

長崎県の介護保険の現状と未来

第38回長崎県公衆衛生研究会シンポジウムの記録概要

光武 顕¹・橋口久仁子²・青木 道朗³・永石 和夫⁴
門司 和彦⁵・永田 耕司⁵・斎藤 寛⁵

要 旨 以下は、2001年（平成13年）3月16日午後2時間半にわたって長崎大学医学部講義室で行われた、第38回長崎県公衆衛生研究会シンポジウム「長崎県の介護保険の現状と未来」の記録の概要をまとめたものである。

長崎大学医学部保健学科紀要 14(2): 139-156, 2001

Key Words : 介護保険, 長崎県, 佐世保市

シンポジウムの趣旨

様々な問題を抱えながらも21世紀に向けてスタートした介護保険制度は、介護福祉と医療と地域保健の現場を大きく変えつつあります。この制度をいかに活用し介護を必要としている高齢者・障害者とその家族に適切なサービスを公平に、科学的に、効果的に、かつ人間的に提供することができるかが問われています。

今回、介護保険に取り組んでおられる地方自治体の長として光武顕佐世保市長に基調講演をお願いし、佐世保市での介護保険への取り組みとその課題をお話しいただきます。その後、西彼杵広域連合の橋口久仁子保健婦、琴海町立病院の青木道朗医師、テレビ長崎・報道部の永石和夫氏の3シンポジストに保健、医療、ジャーナリズムの立場から介護保険導入後の変化や問題点を自由に話していただき、参加者全員で地域の介護と医療・保健について考える機会にしたいと考えます。とにかく色々な効果や問題点を共有し、今後、本会としての介護保険への取り組みを考える機会にしたいと思います。

シンポジウム開催挨拶

斎藤：今日は第38回長崎県総合公衆衛生研究会に参加いただきましてありがとうございます。ポスターによる発表、自由集会に続きまして、これより「介護保険の現状と未来」というテーマでシンポジウムを行います。まず、基調講演を光武顕佐世保市長をお願いした次第であります。光武市長は日本の高齢社会における介護の問題で最もすぐれた認識あるいはお考えをお持ちの首長のお一人です。光武市長のような首長が長崎県にいらっしゃるということは私たち長崎県民の誇りとする所であります。

昨年からは是非、本研究会でお話しをとお願ひしてありまして、折りから市議会の開催中で本日もお忙しいなか午前中の議会を終えてからお越しいただきました。

基調講演に続きましてシンポジストとして西彼杵広域連合の橋口久仁子さん、琴海町立病院の青木道朗さん、テレビ長崎・報道部の永石和夫さんにそれぞれの立場からのご報告をいただき、参加者全員で議論を深めたいと思います。よろしくお願い致します。

基調講演 佐世保市長 光武 顕

ただ今、ご紹介いただきました佐世保市長の光武でございます。今、全国に福祉自治体ユニットがございまして、平成11年にできた時には90ばかりの市町村で作ったのですが、現在160ぐらいの市町村でやっております。その代表幹事を務めていることもあり、あちこちから話を頼まれまして、佐世保市の介護保険についての考え方、それから現在どうなっているかといった話をさせていただいています。今日は私どもの佐世保市の介護保険の実状、それから、これから先どんな風になるのかについて、地方自治体の長として考えることをお話をさせていただきたいと思います。

佐世保市

佐世保市は人口が現在24万強です。いわゆる高齢化率が全国では17%であります。私も佐世保市ですでに20%を超えており、5人に一人が65歳となるわけです。長崎県を見ますと離島等が多いということがあり、一般的に高齢化率が非常に進んでおり、その中では佐世保は

- 1 佐世保市
- 2 西彼杵広域連合
- 3 琴海町立病院
- 4 テレビ長崎・報道部
- 5 長崎大学医学部

高齢化率が特に進んでいる方ではありません。

3 番目の制度

介護保険制度が話題にのぼったのは平成9年頃からだったと思います。当時から厚生省でいろいろと議論があって、国会に法律として提案されたのです。皆さんご承知の通り、戦後、社会保障制度の中で医療保険制度、国民年金制度に続く久しぶりに大きなプロジェクトとして介護保険が登場したわけです。

日本の介護保険の特殊性

日本の介護保険は世界の中では例がなく、特異なものです。ドイツは介護保険といっても現物給付よりは現金給付、つまり介護に要する費用、介護度に応じてお金を出し、「そのお金で介護を受けて下さい」というやり方です。我が国の場合には当初から現金という考えを持たずに、いわば現物支給、サービスに重点を置いていた。この辺がいわゆる保険制度としては世界でも例がなかったわけです。

自治体の責務

したがって、これをやっていく事は地方自治体にとっては大変なことであります。例えば年金制度は国が決め、それを私どもが代行して国民年金をやっていくわけです。しかし、この介護保険制度は、国として一つの基準は示すものの、始めて市町村の首長が保険者として責任をもってやるということで、どの自治体も当時は尻込みをしていたわけです。

実は私はその前に3年7ヶ月程国会議員をやっていた事がありまして、その当時、高齢者問題に取り組んで色々勉強いたしておりましたから、これはいずれにしても地方自治体で引き受けなければならない仕事でもあるし、是非勉強してみようということで勉強会を立ちあげたわけです。

保健と福祉の行政組織の一体化

佐世保市は介護保険制度について熱心に取り組んでいるという評価を現在は頂いておりますが、実は私が市長になった平成7年頃はホームヘルパーの派遣が長崎県79市町村の中で一番ビリでした。施設介護はそれなりに整っていたのですが、施設介護にばかり重点をおいて、在宅介護に対する認識がなかった。その当時を振り返って統計を見ますと一番成績が悪かったわけです。

私どもに誠に幸いしたのは、ちょうど平成7年度から8年度にかけて次のような行政組織改革を行なったことでした。私どもの保健婦は優秀な人がたくさんいるのですが、その保健婦さんたちが保健婦という立場で訪問をしていろいろと聞かれることは、体のことだけではなく、例えば収入だったり、保護家庭になるかならないか、あるいは保護家庭になってしかるべきなのだけど、どうし

たらいいかわからない、そういう質問を多く受けていたわけです。それで、本来は保健婦の仕事ではないですが、福祉事務所の方に連絡を取っていました。しかし、それぞれのパートが違いますのでなかなか連絡が充分にいかない、福祉と保健がバラバラの状態でした。そういう問題があったわけです。そこで、平成8年5月に今まであった福祉と保健を一緒にしました。そして環境を切り離して環境部を作りました。全国の地方自治体を見ますと保健福祉部と名前が付いている所はたくさんあります。しかし、中身を見ますとやはり保健と福祉が部の中で縦割りになっているところが多い。佐世保市では保健と福祉を全く融合させるという事で、例えば長寿社会課ではケースワーカー、作業療法士、保健婦、理学療法士と一緒に仕事をしています。そうしますと、例えば光武という家に行くと、その一軒の家のことが一つの課で見れるわけです。保健としてはこういう政策が必要、しかし、また一方福祉の方でカバーしていかなければならない項目はこういうことである。それが一つの課の中で全部見えてくるわけです。

そういう組織を平成8年5月に作ったわけです。これが介護保険にとってプラスになりました。昔は、保健婦さんは一つの課に全員集まっていたましたが、それを全部バラバラにして各課に配分し、作業療法士やケースワーカーと一緒に仕事ができるようにしたわけです。

住民の参加と協力

そして、いよいよ介護保険が始まるという時になり、どうすればいちばん市民の皆様のニーズを的確に把握できるのかという話になり、その時に審議会を作りました。この審議会は、お医者さんとか福祉関係の方々を委員に致しまして介護保険制度の勉強をしようと、そこで色々議論されたものを答申という形で出してもらって佐世保独自のメニューを作ったりしようということで始めました。しかし、例えば市役所が出す資料を権威のある審議会の方々にそれなりの勉強をしていただいてまとめる訳で、そんな違ったものができるはずは無いけれども、しかしそれだけではどうも一般市民の皆様の声が届かないと考えました。こういうことからメンバーを市民から公募しました。20人応じてくれました。その時の保健福祉部長がやってきて、この中から5人を選んで審議会に出てもらったらどうかという話がありましたが、いや、それでは本当に市民が参加したことにはならないと思い、20人全員で協議する場をつくりました。

その方々に介護保険のいろはから説明し、マル秘に属するような情報まで提供して徹底的に議論していただきました。全体として24回やりました。これは全国でもめずらしいと思いますが、一銭も報酬も払わず食事も交通費も出さない本当にボランティアといえばボランティア、そしてまた行政に影響を受けないという意味では徹底した集団でした。私は最後に慰労会をやるという提案を

しましたが、それも会費を取ってくれというくらい徹底していました。

市民オンブズマン

その人達から今一口でいいますと「市民オンブズマン」のような活動を5人の方にしてもらっているわけです。最初は保険料を決める仕組みから始めたのですが、その人達は全くの素人でして、その中には例えば保険料をうんと安くしろという人がいます。これはおそらく市民でなければわからないと思いますが、隣近所に貧困な家庭がある、それを見てとても高い保険料ではやってはいけなと考えるわけです。そうすると、ではサービスはどうか。サービスの組み合わせをやっていくとどうしても保険料はある程度のもとなります。一方では保険料を下げるというし、一方ではサービスを増やせという。この葛藤が1年間続くわけです。その中で佐世保における特別な保険サービスとしてどんなものをやるのか、保健福祉事業としてどんなものをやるのかといった事を全部そこでやってもらい、それを審議会に上げて決定しました。全国でこのシステムでやったところは私が知っている限りいくつかしかありません。西伯町というところは非常に有名なところですが、ここはまた徹底しており、人口も2万人ぐらいの中の100人でやったそうです。

全員で支える介護保険

今日の人口構成からいきますと年寄りが現在17%で、おそらく日本全体ですぐに20%を超えます。年金にしても医療保険にしても今までのシステムは次世代の人間が稼いだ金から保険料を出して、そしてその前の世代の社会保障を支えていくというシステムでした。しかし、ご承知のようにこのシステムはもたなくなってきました。年金制度におきましても国が今3分の1基礎年金の拠出をするわけですが、それに対して半分ぐらい税金で賄わないと間に合わないということになっています。人口が高齢化・少子化し、当然の事ながら若い人だけでもつのは到底難しい。そこでお年寄りの元気な人でもとにかく出してもらって全部で支えていこうというのが介護保険の一番の基本になります。

住民への周知徹底

そのの所がわかっていないと不満が出てくるわけです。佐世保市ではそのために市民の方への周知を徹底しました。当時の保健福祉部長がやって来て、「市長は徹底してやれとおっしゃいますが、我々が呼ばれていくのは夜だったり土曜日だったり日曜日だったりする。そうすると残業手当がもたない、今の3倍ぐらいはないと出来ない」というので、私は「3倍つけるのでとにかく徹底してやってくれ」ということで、みなさんにやってもらいました。その結果、他の都市よりは佐世保は周知徹底が進んでいるのではないかと私は思っています。

サービス供給量の確保とサービスの質の向上

また、サービス内容について何が問題かもいろいろと皆さんと話をしました。そうしますとホームヘルパーが少ないこと、つまり私どもが79市町村で一番ホームヘルパーの派遣回数が少なかったのは何と申しましてホームヘルパーがいなかったということです。これを何とかしなければいけないということで、ホームヘルパーを年次ごとに増やしていきました。現在、市で養成したホームヘルパーだけでも900人ぐらいおります。大体私共の人口でいきますと600人いればいいだろうといわれています。しかし、600人いればいいであろうということで600人だけ養成しますと競争の原理が働かない。つまり、ホームヘルパーさんが事業所に勤めてやるわけですが、ご承知のように措置制度から契約制に移行し、契約に伴って権利というものが出てまいります。「私はこのホームヘルパーさんはイヤだ、交換してほしい」と、こういうことは自由に言えるわけです。昔の措置制度の時はそれが出来なかった。イヤでも決まった人に来てもらわないといけなかったわけです。今は、それを取り替えようと思えば取り替えられるわけです。しかし、そのためには量が充足していないといけません。ということで量の充足をまずやったわけです。実はこの量の充足をやることは質の向上に繋がるわけです。つまり、選択が働くということはホームヘルパーさんの方で当然のことながら競争が起こるわけです。そういう意味でホームヘルパー養成を徹底してやろうということで、今900人ほど養成したわけです。量が確保できたことで質がよくなるだけの基盤が出来ました。

協調的な「外部評価」体制

しかし、ヘルパーさんの全部が全部いい人ばかりであるかどうかは別ですし、良いヘルパーを養成するために色々なことをやらなければいけないということで、また考えました。例えば、ホームヘルパーによるお世話が本当にケアマネージャーが作ったプラン通りに動いているかどうか、あるいはサービスを受ける人は不満があるかどうかをどう解決していくかという問題です。

先程いいましたオンブズマン制度、私の方ではとりあえず施設についてその施設と佐世保市とオンブズマンとで話をしあって、施設改善のための研究としてオンブズマンを受け入れてもらう契約を結びました。先程いった20人の内から5人がある施設にいきまして、その施設に入っている人達の苦情を聞く。佐世保ではオンブズマンと呼ばず、苦情調整員と呼んでいます。そのことによって施設のサービスがそこに入っている人達、要介護者にとって十分であるのかないのかを、見てもらっています。いわゆる、監査型・告発型とは違い、話し合い型として円満にやっていこうという方法です。告発型になりますと非常に刺々しくなります。せっかく今立ち上がった介護保険を皆さんが十分に理解し少しずつ改善していくため

には話し合い型システムの方がいいだろうということで、あえて告発型ではなく協調・話し合い型という制度で始めました。

改善されるサービス

最初、我々は療養者に不満があったり、施設側も十分なサービスを提供せず、悪くいえば本来与えるべきサービスをごまかしているのではないかと思っていました。しかし、その中でやってみると、身の上話を聞いてくれる人がいると随分違う、ということがよくわかりました。慣れてくると段々に利用者の本音の部分もはいつてきます。「私は病院で、あなたは血圧が高いから塩辛いものを食べてはダメだといわれているのにこの施設の食事は皆一緒で、この一緒の食事をずっと続けて大丈夫だろうか」という相談が出だしました。それを施設側に言うところ施設側は「それは気が付かなかった、早速食事カルテを作ろう」ということで個別にその人の健康状態を調べて、この人には塩味の強いものは与えないといった改善がみられました。

在宅介護サービスの評価

本当は在宅介護でこれをやりたいのですが、在宅介護ではなかなか難しいところがあります。なぜ難しいかと言いますと密室のことなんです。施設ですと例えば50人入っているとすると50人に話を聞くと、割とオープンに話をきいてオープンに対処できる。しかし密室の場合は難しい。例えば、介護を受ける人がみんなが全部いい人だとは限らない、中には少しすねた人がいて、ホームヘルパーの人が「おばあちゃん起きましょね」といって起こす。しかしその起こし方が気に入らず「あのホームヘルパーは私の襟首を掴んで起こした」等、そういう話になるかも知れない。その時、誰が証明するのか、証明のしょうが無いわけです。したがって、今すぐこのことに取りかかるのは非常に難しいということで、まず施設からやってみようということで今施設を2年目に入りました。

最近できた老人ホームにおきましても、積極的にそういった人達を使おうという所が出て参りました。我々としてはこういったことを通じながら介護保険というものの信頼性を高めていきたいと思っているわけです。

今後の課題と現在の取組み

介護保険利用率

現状について結局どうだったかと申しますと、永石さんから頂いた資料の通り介護度は、「要支援」の人から介護度1.2.3.4.5まで6段階にわかれます。実際に介護認定を受けて、どれだけ介護を受けているかという利用率の指標があります。例えば要介護5の人は1ヶ月約36万円の介護を受けることができるわけです。36万円ということは本人1割負担ですから3万6千円払ってい

る。この人がどこまで使っているのかを全国的に定点観測しますと、平均で43.2%です。利用率は、要支援の人が54.2%で一番多く、あと37%, 42%, 43%, 大体それぐらい使っています。例えば要介護4という人は30万円ですから30万円に対して40%ということは12万円使っていることになります。つまり要介護5の限度額が36万円になっていると36万円まで使っていることになっていますが、その内43%ぐらいしか使っていない。

佐世保市での介護保険利用率

利用率が佐世保市ではどうなっているのかを調べました。実はその数値が非常に低いのです。例えば、全国では要介護5の人は44.6%ぐらい使っています。ところが佐世保市においてはそれが17.43%です。要介護4の人で月に30万程使える人は、全国では43.9%ですが、それが佐世保では20.78%です。平均値からいきますと実は22~3%と全国の43%から比べて随分低いわけです。どうしてそうなっているかを実は今調査をお願いしているわけです。長崎国際大学が去年開学いたしまして、社会福祉学科があるのですが、そこをお願いをして今1年間の追跡をやっています。

低い訪問系サービスの利用率

いろんな所で介護保険に対する意識といったものから始まり、こういった数字についての調査・研究が実施されています。その中で私がこうなのだろうと思ったのですが、全国的に見ましても、「家の中に他人を入れたくない」という気持ちを持った人がまだたくさんいるという事から在宅介護は平均して43.2%という数字が出て来るのだと思います。

介護保険の居宅サービスには、訪問系と通所系、短期入所の3つがありますが、佐世保の場合訪問系サービスがわずかに38.2%しか消化されていない。ところが、通所系サービス、これは通所介護、通所リハビリテーションの2つがありますが、これらはいずれも160%, 170%使っています。今日、お越しの方の中には市町村の方もたくさんいらっしゃると思いますが、一度皆さんもどのようになっているか調べていただければと思います。

訪問サービスと通所サービス

私どもの方は施設の方が最初に進んでおりまして、在宅介護というのは遅れて出発しました。施設はそれなりに整っている訳ですが、訪問介護、訪問看護、訪問入浴サービスといったものは実はのきなみ非常に低い数字です。通所リハビリと通所介護が高い値なのはなぜか。通所が優先されているのは、多分、施設に行き一日そこで過ごすことになれば、仲間がたくさんいて、食事もちんと取れる。施設サービスにいきますと入浴もできる。結局現在の制度・システムを考えますと、通所リハビリ、通所介護は非常に使い勝手がいい。と同時に、その施設

が例えば東京の都内だと場所がない為に施設が少ないのですが、そういう施設の少ないところと違って佐世保市では施設が多い。その施設に通所リハビリにしても通所介護にしても迎えにいったり連れてきます。そして1日近くいるわけです。したがって、通所の方が使い勝手がいいというようなことが多分あるのではないかと思います。それから、在宅介護でのサービスを受ける割合が低いというのは、都会にいけばいくほど核家族化が進んでいる。佐世保の場合にはまだ家族介護ができるという可能性が結構あるのではないかと、これも調査をやってみなければわかりません。

サービスの割合の最適化

そういうようなことでして、我々としては3年間やってみて、またこの仕組みを考え直さなければいけない。つまり、訪問介護よりも通所リハビリ、通所介護の方が皆さんが選択をするということであるとするならば、そちらのほうにウェイトを移していくということになるのかなと思っています。

低所得者に対する減免措置

以上のような形で今日進んでおりますが、その中で低所得者に対して減免措置を取るかとらないかという問題が起きました。実は、これは当初から問題としていました。例えば医療保険にしても払えないという人が結構います。うちでは国民健康保険の徴収率が90%を切っています。なかなかそれが回復しません。その中で更にまた介護保険が加わって、一緒に徴収するわけですから徴収率はおそらく90%を切るのではないかと考えていました。そうした場合に、低所得者に対しての対応をどうするかという話は当然先程申しました市民の皆さんの会から出ました。私共は、「皆で支えるという当初の理念からいくと最初からその理念を放棄するべきではない、3年間とにかくやってみよう。」と考えています。そのやってみる過程の中で例えば低所得者であっても特に介護保険の場合「収入はないが資産はもっている」という人は結構います。65歳すぎて資産はあるが収入はない。そうはいっても例えば年金が3万円以下の人はそれだけで食べているはずはない。どこかから何らかの収入は得ていると思います。そういう人まで含めてただ低所得者であるというだけで最初から徴収を放棄するということは、このシステムからいっていかがなものかと考え、ともかく3年間やってみることにしました。

その結果どうなったかということ、国民健康保険の徴収率から比べますと介護保険の徴収率はずっと高いです。これは意外に思いました。国民健康保険の方は65歳以下の人で40歳から50歳、そのあたりの人の徴収率が非常に悪いです。どちらかというと65歳以上の人は徴収率が良いのです。今度の介護保険もその徴収率は見事に反映され65歳以上の人が高い。やはり40歳以上から65歳までの

層が低い。国民健康保険は89%、介護保険の徴収率は95%を超えています。そういうことから考えますと、この制度というのは当初から足りない部分は税金で賄うというやり方をやるよりも、3年間払ってもらえない人の実態をよく調べて本当に払えないのかどうかということをしきんとやってその上でどうするかを考えないといけない。最初から放棄してしまうと、この制度そのものを否定することになる、国民健康保険の二の舞になる。こういうことで私共としては宿題にしております。

ケアマネジャーの現状

最後に申します大切なことは、ケアマネジャーの資格や処遇です。本来、ケアマネジャーはサービスをする上で一番キーポイントになる人です。ケアマネジャーが十分な権威をもっていれはうまくいくはずなのですが、事業所に雇われている。事業所の意向とケアマネジャーの意向が合わないとき、どちらが優先されるかということ、事業所の意向が優先される。例えばケアプランを立てたときはデイケアに1日4時間ということをやっていたのが、実際にやってみると6～7時間のデイケアになっている。ケアマネジャーを飛び越して事業所が「4時間になっていますが、もっと居なさいよ」という話になって、それが結局ケアマネジャーの権威を失墜させることになる。ケアマネジャーにしてみれば、いろんな組み合わせをやってその人が最適な状態に置きたいと思って組んだことが実際は無視されることがおこってきている。

ケアマネジャーの社会的地位

当初から私はこれを指摘して厚生省とも大分議論をしました。丹羽厚生大臣のときに私は諮問委員の一人だったのですが、このケアマネジャーの社会的な位置と待遇を考えないとこの制度の根幹を揺るがす事になるという話をしました。現在は、ケアマネジャーは書類を書くのに追われ本当に要介護者の最適なサービスを組み合わせるところになかなか至らないことが問題です。本当はその仕事で社会的にきちんと生きていける形にしていけないとケアマネジャーの存在が薄くなっていくと思います。その結果として、この介護保険制度に対する信頼を失っていくと思います。こういう点もこれから政府に改善してもらいたいと考えます。

私どもの市役所で考えましたことはかなりの部分厚生省で取り入れられまして、介護保険の周辺の事業に入っております。我々としては今研究をしておりますことが更に国の方にとり上げられ、国がそれをまた一般化して下に落としていく、というようなことでこの介護保険制度に貢献できればと思っております。

ご静聴ありがとうございました。

シンポジスト1 西彼杵広域連合 橋口久仁子

皆さん、こんにちは。西彼杵広域連合の橋口です。介護保険法の施行にあたり、その業務に携わった経験を通して、学んだこと、感じたことを述べさせていただきます。

1. 広域行政で困惑したこと

私はもともと琴海町の保健婦です。平成11年2月に長与町、時津町、琴海町、西彼町、大島町、崎戸町、西海町、大瀬戸町、外海町9町で広域連合を組織し、介護保険に取り組むことになり、準備室が設置されました。私は、同年の4月に広域連合準備室へ出向の辞令を受けました。それまで琴海町は、介護保険を町単独で行う準備をしていて、そのため保健婦の増員が決まっておりました。それが突然広域連合で行う方針に変更されたのです。戸惑いました。加えて、広域行政に対する不安もありました。

市町村合併をしてからの業務体験を一足先に経験したようなものでしょうか。事務職の中での保健婦であることの苦労もありましたし、同じ法でも担当者の考え方の違いで対応がずいぶんかわるものです。共通認識に立つまでに時間がかかりました。

地域が見えないわたし

町に居ると住民の方にも顔見知りの方がたくさんいらっしゃるし、どこにどんな人が住んでおられ、また町の中のどのようなサービスを利用しながら生活されているかは大体のところ分かっているわけです。ところが、広域になりますと人口が12万人です。西彼杵広域連合というのは西彼杵半島全部の9町で、離島もふくまれておりますので長崎県の縮小版という感じです。地理や住民性もわからず、各町の医療機関やサービス機関の分布、マンパワーの充足状況も全くわからない中、限られた時間内で介護保険の体制づくりの準備をしなければならず、結構大変でした。

西彼杵広域連合は総務係、電算係、介護保険係があって、介護保険係は、認定と給付管理と保険料徴収に担当が分かれています。私はその中の認定の係りをしてきました。認定を申請する方は4,200人ぐらいいらっしゃいます。40名の調査員で認定調査を行い、審査会は1週間に8会場で行われます。これには郡医師会の支援が大きく、運営には大変助けられました。

なんとか平成12年10月の準備までに形だけは整いましたけれども、中身は国がそうであるように走りながら考えることにならざるを得ませんでした。

ひとりひとりに対応が行き届かない

広域連合は西彼町のオランダ村の事務所を借りているのですが、場所は9町の住民の皆さんにもあまり知られ

ておらず身近にありませんので、直接住民の方と会って話す機会もありませんでした。新しい複雑な制度で住民にもとまどいや不安が多いだろうと思うのですが、問い合わせや苦情は電話でのやり取りに限られてきます。非常に限られた関係で、その対応が難しく感じました。役場だったら私たちが出向いて顔を合わせて話すこともできるのですが、それができないじれったさをひどく感じました。それでも苦情や相談の電話があることはいいことだと思っています。

介護度の認定について問題点が指摘されています。認定の際、コンピューターによる部分が本当にあれで良いのか。痴呆の方の介護度が低いとか色々言われていますが、本当にその人にあった介護度がでているのか。その介護度を使ってどのように生活が組み立てられているのか担当者にはよく見えないのです。私たちの仕事が本当にこれでいいのか、答えが返ってこない。住民の声が届かないところでは改善が難しいと思います。構成町役場との連携が不可欠だろうと思います。

広域連合と町の役割分担

住民の方の情報が、「こういう苦情が今多い」という様に1箇所に集まってくれば、次の対策が立てられるのですが、一部は広域連合に電話があり、町役場にも相談があるという具合に情報が分散されますので全体像がなかなか把握しにくい。また、対象者の生活も見えない状況です。

先に述べたことと関連するのですが、今後の問題としては、広域連合として外枠はできましたので、これから構成町と連携を取って中身を充実していくことが大きな課題になると思います。また、サービス事業者の連携、支援事業者の連携も、地域性やこれまでの歩みの違い等で、9町全体となるとかなり難しくなってきます。ひとつの町ではなんとかできるのですが、それも、構成町のバックアップが無いとできるものではありません。

また、これは職員自身の問題でもありますが、自分が勤めた町は、町との連携もとれて相談も多いけど、ほかの町はなかなか連携がとれにくい。同じ内容の電話でも自分が知らない町の方の電話だと、なぜか対応も緊張してしまいます。住民は町を越えて利用されているのですが、行政の方が広域にうまく対応できてない部分があるという感じを自分の反省として持っています。

2. 私の目に映った地域

心のケアを求めている人がいる

広域をまわると住民はいろいろな訴えや、いろいろな顔を見せて下さいます。その中で感じたのは、身体的な障害ももちろん持っておられるのですが、それよりも不安や寂しさのため、例えば閉じこもりやうつ傾向があり、精神的にケアが必要な状態の方が多くことです。そして、

それは介護保険の介護度の判定や介護サービスの対象になりにくいということです。精神的にどこに相談してケアは誰が行うか、今の介護保険制度では抜け落ちている気がしてなりません。

あまりにも複雑な制度は、住民に理解しにくく、物が言いにくい

自分でサービスを選択するには制度があまりにも複雑すぎて、分かりにくいことも問題です。利用者は高齢で、支援事業者や居宅サービス事業者から決められたレールに乗っかるしかない人が多いのが現実です。それに郡部ではサービスの量や種類も選べるほどたくさんあるわけではありません。利用者の権利を行使できるとはいつても、利用者が物を言うには難しい現実です。

家族作りの大切さを学ぶ

同居しているとか、同居していないとかに関わらず、離れていても家族の絆を強く満たされている人もいます。同居していても寂しい思いをしている家族もおられます。何が違うのだらうと考えさせられます。答えはわかりませんが、家族が成長していく過程で、家族に必要なが生じたとき、社会的にサポートできるシステムと、支援を求めることを学ぶプログラムが必要ではないかと思うのです。女性があまりにも我慢をしすぎているように思います。

3. 調査員のアンケートから

認定調査員へアンケートをお願いしました。結果を一部ご紹介します。別表のとおりです。

介入が必要なのに...

認定調査員にとっては、秘密の保持というのがありまして、どこにも相談できない。また、ケアマネージャーに言ったらケチつけていると受け取られそうでどうしたらいいか悩む場面も多いようです。質問1-2の「調査する上で心配になること」にそれが反映されています。今、保健婦など町職員と調査員の連絡会を一部の町で行うことを試みています。

地域としての介護への取り組み

認定調査員が全ての対象者を回りますので、一番全体がみえるのではないかと思います。2-4「今介護保険制度の下で私たちの町で必要と思われるものはなんですか？」という質問をしました。回答で一番多かったのは、「地域の見守り、地域のケア体制」で、つまり、「地区の皆で守っていこうという働きかけをしないといけないのではないか」という意見でした。その他「もっとカウンセリングの場を作って家族や対象者の精神的な安定を図る」「家族とか利用者間の情報交換をもっとできるようにしないといけない」という項目でした。

調査員のストレス

アンケートの結果は出していませんが、調査員も体調を悪くするケースが多いです。「頭が痛くなる」、「ごはんが食べられなくなる」とかいう訴えで調査が出来なくなります。調査員は介護保険の調査をするだけでサービス事業者とか住民の方から厳しい目で見られるのですが、調査員も精神的ストレスを感じながら調査をやっている大変なのです。

以上始まったばかりの介護保険制度をめぐって、私の短い経験の中から感じたことを発表させていただきました。ご清聴ありがとうございました。

質問

門司：調査員の方と橋口さんとサービス事業者とサービスを受ける方が一緒に話し合う状況は作れないのでしょうか。

橋口：本当はそこまで達するのが理想でしょうが、出来ていません。私は調査員とも話せますし、事業者間の学習会とか出させてもらうこともありますので、それぞれの立場で利用者の方を思いやっておられるのがわかるのですが、介護保険施行前のようにはいきませんね。新しい制度にシステムが定着していなくて、みんなが不安状態にすることもマイナスになっていると思いますが、睨み合っているムードさえあります。本当はみんなが一緒にいる場で、対象者の方が一番いいと思われるサービスを提供できることが必要だと思うのですが、現実と比較すると、今はまだかなりハードルが高いのではないのでしょうか。

質問：調査員の方は嘱託の方とおっしゃいましたが、調査をする前に調査員になるための研修や何かあって勉強された方がされるのか、それとも事務職の方がされるのでしょうか。

橋口：募集する際には、資格として看護婦・保健婦・助産婦・OT・PT・介護福祉士という条件でした。開始前に準備期間があったので14、15回集中的に研修をしました。研修は調査のための研修と対象者に対する対応の仕方とかを講師を招いたり、ロールプレイをしたりして学習しました。調査員の技術的な力量も必要になってきますので、やはり免許を持った方がいいと思っています。

シンポジスト2 琴海町立病院 青木道朗

私の役目は現場からの声を出すのだらうと思います。立場は二つです。一つは医療現場で日々老人と接していて、その老人をどう介護していくのかということを考え

ないといけない立場。問題点が山ほどあるのですが、今日は一つだけ出します。その立場と、もう一つは認定委員をやっています。それについて数々。調査員の話は分かりませんが、認定委員という立場からかいま見た介護保険の現場を語ってみたいと思います。

医療現場の現実問題

まず医療現場からいいますと、今、具体的にひとりの患者を持っています。前に脳卒中を起こしたKさんというおじいさんで、もう85歳。前は軽い脳卒中だったのですが、今回、中大脳動脈梗塞をおこして立つこともできない。これから先のことは大体想像がつく。食事は、ペースト食からようやくちょっとおかゆになってきた状態です。このKさんの奥さんというのは、クモ膜下出血と脳梗塞をおこして既に特老に入っている。この奥さんの年金が25,000円。(先程30,000円というお話がありました。私が経験した中で一番少なかったのは月々17,500円というケースがありました。)この奥さんは特老に5年間の措置制度の継続で25,000円を入れていた。家族はちゃんという。孫もいる。そういう家庭で、25,000円で特老に預けたのですが、家族も金がいるとかで奥さんの年金も持っていき、そうして6カ月滞納して退所しますかという脅迫でやっと一部払うという家族。そうしたところで今度はおじいさんが倒れるという状況。おじいさんの年金も似たようなもの。老健施設に入れるには8万あるいは施設によってはもっとかかる。とてもじゃないけどおじいさんの年金ではどこへもいけない。多分滞納するだろうと思いながらしばらく公立の病院で預かっています。そういう現実がある。それで一番安くあがるのは特老かと相談をしたが今度新しく入るので措置からはずれ、奥さんが払っているよりも倍ちかく高くなる。それでも一番安い。こっちは早く申し込んでくれという訳です。このおじいさんはこれから一生どこでどうやって生活していくのか、家に帰ってもとてもじゃないけど生活は出来ない。

介護保険というのは都会の労働者を対象にしている

年金制度で年寄り生活していけるというのが、徴収について減免の話もできますが、支払いとなると1割負担になってくる。1割負担の対象にもならない食事とかある。おむつ代から何から別立てになってくる。そういうことになってくると今の老人の年金でやれるのかが問題です。大体、介護保険というのは都会の労働者を対象にしている。年金20万円から大体そのクラスでは、基本的に年金でやっていける。それが私の近所はお百姓さんばかりです。年金をたいして払っていないわけです。そうするとそのお百姓さんたちがどうころんでも月々5万円とればいほうです。それではどこへも入れないわけです。基本的な日本の老人達を救う救わないという介護保険たるものは、所詮都会の労働者を対象にした制度でし

かないと私は思っているわけです。とてもやっていけない。そうすると安上がりで何とか少しは動ける人がデイサービス、デイケアを利用してなんとか1日介護を得ているという論理もそこにあるかなと思います。これについてはあとで議論していただきたい。そのほか諸々あるのですが、医療現場からの声はそれだけです。

認定委員の立場から

認定委員として始めは何のことかわからない。広域連合の橋口さんの指示の下でいろいろやっているわけですが、私、琴海町ですから琴海町の患者のことはちょこちょこ噂をきいて情報が得られるわけです。しかし、私が認定委員になったら私が認定する対象として琴海町は来ないのです。崎戸町とか大島町・外海町・時津・長与その辺、私はそんな人知らないよという人ばかり認定しなければならない。そんな全く知らない人ばかりを対象に1週間に30人渡された。「やめてくれ、25人にしてくれ」と言った。この5人の差は大きくて、見ず知らずの人を1週間で30人、中間評価、一次判定の中身、特記事項、医師の診断書などを読みながらわれわれは認定しないといけない。本人にとっては非常に重大な問題を認定しなければならない。そうするとどう転んでもひとりにつき30分以上はかかるでしょう。30人30分で見ると15時間かかる。晩酌やめなければいけないわけです。

例えば一次判定を読み込んでいくと「何かに掴まらな」と起きあがれない」というのは手を付いて起きあがっても何かにつかまってという事になる。そういう特殊な事は一時判定の調査員達は研修を受けて知っている。二次判定の我々は全然そんな研修は受けてない。全国ネットでそういうことに対して厚生省はこういう場合はこうだと多少のブレはあるが回答を出している。我々にはその情報は来ない。例えば不潔行為という一つの例を出すと、本来は「あらぬ所で用をたす」というのを不潔行為という。汚れた下着を恥ずかしいと思ってタンスの中にしまう。これが不潔行為かという不潔行為ではないと書いてある。何をどう思って認定するかというのは一次判定の項目についてよく勉強させていただきました。勉強させていただきましたがこれは一次調査の調査員と認定員とはギャップがある。そうこうしながら我々は項目に従って一次判定の調査員の調査を読み下す。読んでいくととても30分ではやれないわけです。一次判定の計算でなぜこういう時間がかかるのか、時間というのは中間評価項目の判定材料になるのですが、中間評価項目の時間がやたらこの人雰囲気よりは重いとか、軽いとかいうケースがあるわけです。なぜということになりもう一度項目ごとに時間を自分で計算していくわけです。そうするととても30分では出来ない。ということで1週間あたり25例にしてもらい、ただし月4回でも構いませんというやり方にしました。

ところが、西彼杵半島では結構素人が集まって民主的

にやっていますが、長崎市では一次審査がありまして、ひとりひとり審査員に30例くらい渡しそれを3日間を出すのだそうです。この人達は寝る間を惜しんでやっていると思うわけですが、一次審査で2人の人が一致したらそれは審査会に出さない、要介護3なら3とやるわけです。私はホントに読んでいるのかなと心配になるわけです。これはものすごい量をこなしている、寝てられないという感じがします。

介護度の認定

そういうふうに私自身は思うのですが、今審査では、我々は全く知らない人間を認定しているわけです。そうすると自分たちの調査のおかげで認定が下がるのではないかと心配している調査員がいる、しかし下がった方が得する所もある。利用率が悪く単価がやすい。いつでも高ければいいというのは業者だけです。病院に入っている人で、最初、介護度5がでたあと認定調査員が入ったら3になった、文句を言ってもう一度審査したら2になったという例もある。その病院としては認定する上でこの病院に居たければもっと文句を言えと患者にいう。彼らは商売だからそれはそうだろうと思います。介護保険の決定的な良さであり悪さであるのは民間活力を利用する、要するに儲け主義の人を利用しようという格好ですから、それでやろうと言っているのですから、頭から否定はできません。しかし、認定審査会場で我々は高ければいいという論理性はどこか間違っている。介護保険制度の根幹をなす上で低いのも大事じゃないか、ということ。その人に合ったものを出さなければならないということ。

ところが、介護保険制度というのはあくまでも本人の状態をあらわします。どころかだって状態で一発で評価をする。そうすると本当の所は違う。家族とのかねあいの中で、動きの能力はかなりあるけど、この人は家族と離さないと幸福になれない、というケースが現実にある。そういう現実をお互い認めないといけない。しかし、我々は家族の状態を認定の考慮対象にしてはいけないわけです。でも現実の問題としては家族の状態を配慮してコーディネーターは動くべきだ。その辺が介護保険の在り方というのはどうも良くわからない。

医療保険が導入され、進んだときに医師が隔々まで入って行ってよくやってくれた。だから健康保険制度が確立していったと思う。今度の介護保険制度でも医師会の熱の入れようはすごい。良く勉強している。確かに我々の所にたくさん資料は送ってきます。大したものだと思います。ただ、それでも意見書を見ていると、「まだ、浸透はしてないな」と思わないでもない。中にはひどいのがあって、2回目だからといって全然書いてない、突如痴呆3とかチェックだけして、チェックするところは一切記載なしなどというケースもある。中には薬の名前まで丁寧に書いてくれているドクターもいる。それで前回

の分を調べてみると、前回の意見書は他のドクターが書いてあってその通りに写しているだけ。聞いたことのない名前の薬が2種類書いてあって、調べてみるといずれの薬も降圧剤だった。ホントにこのお医者さんはわかっているのかという話になる。そういうことを気付いて指摘しても、ドクターは私ともう一人の2人だけです。で、他の認定委員は業者代表という方で、どうしても重い方に動く。どちらかというと私は軽い方にもっていく。それはいろんな立場があって重い方にもっていくのも軽い方にもっていくのもいいのだろうけれど、例えば、要介護5の寝たきりの人達については介護のニーズがそんなに多くないケースが多いという印象があります。

寝たきりと介護度

動きが非常に悪くて寝たきりの状態を見ただけで要介護5といきなりでてくる。これはおかしい。介護の必要度がどうなのかと問いたい。しかも、胃ろうが入っていると家族が見ていても介護5になる。胃ろうが入っているとごはんを食べさせる手間がいらない。なぜ5が出るのか。看護婦が行ってもヘルパーが行っても介護5だったら単価が高い。安くしてあげればと思う。だから介護5だとちょっとまゆに唾して見るようになる。

痴呆の介護度

ぼけについていうと、一番手間がいるのは活発なぼけの人で、この人達に対処するのは大変だと思う。顔を見ただけで家族の人は嫌になってくる現実がある。この人達の介護度をあげてやって、他人が支えるような状態をつくってやればいいと思うけれども、要介護2か3にしかならない。ぼけに関連する7群の点数が多少あがっても介護度は全然上がらない。それに対して、ぼけ以外でめっちゃくちゃあがる点数もある。例えば、薬が全然飲めない、介助で薬を飲ませる、だと点数は上がる。その他、偶然重なってでてくると30点上がる。30点というと介護度で3度あがる。2の人は5になる。そういうことがある。

家族の状況と介護度

そういうばかげた症例がいっぱい介護保険の点数の中に出てくる。これは施設運営の在り方で決められた点数制だから、在宅でどうなるかはそのうち厚生省が、後2年くらいで出すのだだろうと思います。やはり在宅について言うなら、家族とのからみで点数は付けてくれないかと思わないでもない。

ということで、まずは話を終えたいと思います。

シンポジスト3 テレビ長崎・報道部 永石和夫

テレビ長崎で記者をしております永石です。現場の医師でおおっぴらに話す青木先生の後にはやりにくいのですが、レジメに従って話を進めていきます。

介護保険の利用状況

まず、介護保険の導入目的ということで光武市長の方からもありましたが、「家族介護から社会介護へ」「利用者の自己決定（措置から利用へ）」「寝たきりの予防」「医療と介護の分離」といったものが主要目的としてあったと私は思います。それらの目的に対して現状はどうかを考えてみたいと思います。まず、その後の利用状況がどうなのかという事で、厚生労働省がまとめたものを引っ張り出してきました。レジメの資料は厚生労働省が全国108の市町村に対して行った制度実施前の昨年3月と制度実施後の昨年7月とのサービスの利用状況調査結果です（厚生労働省：介護保険制度の施行状況、「時の動き」平成13年3月号24～29ページ）。

それによりますと、制度実施前からの利用者の6割から7割近くの方がサービスの利用が増加している。また、新規利用者2割から3割増加している。こうした結果、利用状況としては全体で30%～50%増えている。また、サービス別では、訪問介護・訪問看護・通所介護・一時入所でそれぞれ導入前よりも増えています。この2点をとらえて厚生労働省は、介護保険が現在のところ順調にスタートしているとしています（図1、表1）。

定都市町村（全国108保険者）の1,263人に対する平成12年3月と7月とのサービス量の変化の状況（厚生労働省（旧厚生省）実施）

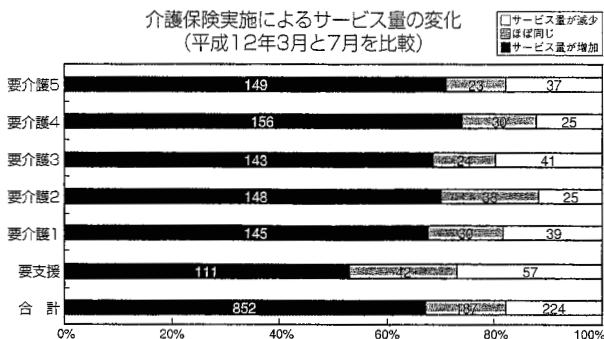


図1. 制度導入前後におけるサービス利用量の変化

表1. 介護保険実施による新たな利用者の増加状況

	従来の利用者	新規利用者	利用者増加率
福島県石川町	60.2%	29.0%	48.2%
横浜市	70.5%	21.8%	30.9%
名古屋市	73.1%	21.6%	29.5%
鳥取県	67.0%	31.6%	47.1%
岡山県津山市	67.0%	33.0%	49.2%

そういう中で介護度別に利用状況を見ると平均で43.2%です（表2）。ここにケアマネージャーの方もいらっしゃると思いますが、皆さんの現場でも大体40%台ぐらいが平均的な利用状況ではないかと思っています。私が現場

の方にお伺いしたところでも同じ様な数値になっていました。

その利用状況の分析を見たときに、利用率がアップした要因として挙げられるのが「権利意識」の芽生えではないかと思います。それまでの「措置」という行政の恩恵から「保険の利用者」という「権利」です。また、サービス別の利用状況を見たとき、在宅サービスが目立って増加している（図2）。介護保険の導入目的である「施設」から「在宅」指向に沿ったサービスの利用につながっているのではないかと思います。この2つは簡単に結論がだせるものではないと思いますので、今後注意深く見ていく必要があります。

表2. 支給限度額に対する利用状況調査

	人 数	平均利用単位数 (a)	支給限度額 (b)	限度額に対する利用割合 (a/b)
要 支 援	1,378	3,334	6,150	54.2%
要介護1	1,764	6,213	16,580	37.5%
要介護2	1,487	8,297	19,480	42.6%
要介護3	1,307	11,681	26,750	43.7%
要介護4	1,232	13,418	30,600	43.9%
要介護5	1,155	15,963	35,830	44.6%
平 均	—	—	—	43.2%

注1 106保険者（定都市町村）8,323人についての調査

（ケアプラン無作為抽出方式。原則として平成12年7月サービス分の調査）

注2 「平均利用単位数」は、訪問通所サービスと短期入所サービスの合計の平均

兵庫県神戸市の調査

平成12年3月から7月までの月ごとのサービス利用量の推移

	3月	4月	5月	6月	7月
訪問介護（利用時間）	65,155	84,114	99,711	126,436	132,866
訪問看護（利用回数）	10,976	11,486	12,143	15,094	14,285
通所介護（利用回数）	23,620	24,161	26,390	32,531	33,291
短期入所生活介護（利用日数）	18,250	10,818	12,294	12,183	12,641

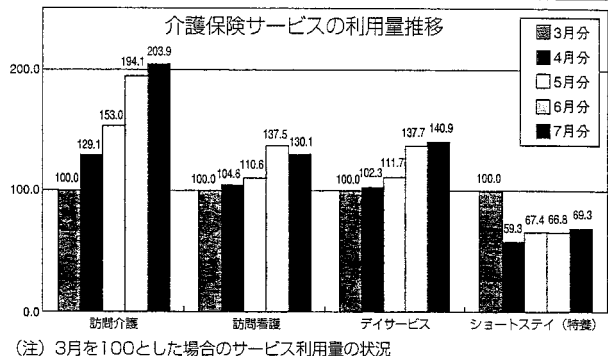


図2. サービス利用量の伸びの状況

利用者1割負担と利用率

ランク別の利用状況がそれぞれの支給限度額に対して低く押さえられている理由が何かということですが、これには介護保険の特徴であります利用料1割負担という

部分が大きいと思います。私が介護保険導入半年後に取材した複数の方もやはり1割負担が大きいという意見で、本来だったらもっと利用したいのだけど自分の収入との関係で出来ないというのがありました。案外1割負担の壁はあるのかなと思います。それぞれ限度額に対して利用が押さえられている点は色々理由があると思いますが、他にはそこにあげてあるような「プラン作成がニーズに合っていなかった」「サービス供給量の不足」「利用者のアレルギー（他人が家の中に入ること等）」などがあると思います。

年金との連動

まとめ・問題点に移りまして、まず1番目に「保険料と1割負担の壁」があげられると思います。介護保険制度では毎月保険料と利用料1割負担という形で出費を余儀なくされるわけですが、これは基本的に年金収入の部分をセットにして導入しなかった問題点が、ランク別の低い利用率に見られる利用状況に関連していると思います。年金といってもさまざまありますが、さっき、青木先生から話がでしたが、厚生年金をもらっている人にはこれは特に大きな問題にはならないと思います。国民年金のしかも最低の年金しかもらって無い方にとっては出費が伴う介護保険制度は非常に厳しいものがあると思います。それをどういう形で今後整合させていくのか、国の制度としての年金の問題も充実すべきだと思います。

介護度の判定問題

あと介護度の判定の問題も先程から話ができています。1次調査、判定会議、医師の意見書、コンピューターソフト問題などが、今後の問題になってくると思います。

ケアマネージャーの問題

光武市長からもでしたが、介護保険制度の中核であるケアマネージャーの方の問題、忙しすぎる・報酬の安さ・身分の問題等が今後大きな課題となります。今後のケアマネージャーの活動が介護保険制度の実を決めていく部分になると思います。今年は1年目でしたので制度導入ということで特別な年であった事もあるのですが、今後これがどういう形で落ちつきを取り戻していくのか、見ていく必要があると思います。中核であるがゆえに、この問題の解決が介護保険制度の将来を左右するかもしれません。

利用者の自己決定

私が報道という立場で介護保険を見るときに一番中心にしているのが、介護保険制度の導入目的であります「利用者の自己決定が果たして尊重されているのか」ということです。現在は、利用者よりも家族の都合による決定ではないのかなと考えています。それは年金の問題、家族介護の問題等含めて、介護保険が利用者の自己決定

を尊重する形で適用されているのかどうか少し疑問に感じるところがあります。

在宅介護と施設介護

ある福祉系のケアマネージャーの方から、パッケージの介護度に応じたパッケージのサービスを目の前に見せられることによってある意味では空白のタイムテーブルを目の前で見せられることで家族が在宅ではなく施設に行ってしまう。パッケージのサービスを見せられることでもう家では看られない、家で看るとしたら自分の介護負担が増えるという形で施設の方に利用者を追い込んでいくという形になっているという話を聞きました。家族介護から社会介護へという建て前はあるのだけれども、そう簡単には行かないのかなと思います。

地方分権時代の福祉

介護保険が地方分権時代の福祉というのが光武市長の方から出るのかと思って、レジメに書きました。「介護保険を市町村の中できちんとやりきらないと地方分権の時代になっても市町村は生き残れない」ということを、介護保険が導入される直前まで佐世保に勤務していたとき、光武市長から教えていただきました。その点で、介護保険が導入されてからの動き、例えば、施設の利用者の囲い込み、ケースカンファランス会議の未開催などを少し懸念しています。現在、永田先生が中心になって長崎大学を会場として毎月1回、事例検討会を行っています。介護保険が導入されてからネットワーク勉強会への出席者が極端に少なくなりました。関係者が組織に所属していることから、利用者・地域より組織優先の考え方になってしまったのではないかと思います。地域の中で高齢者を見守るのだという意識が、介護保険導入によってかえって崩れたのではないかと考えています。そういう意味では介護保険が導入されたのが良かったのか悪かったのか、私の中ではまだ結論は出ません。そういうものを一つ一つ検証していく必要があると思っています。

介護保険以外の介護活動・介護予防

もう一つは、介護保険が導入されてから行政が高齢者の介護について全部介護保険にまかせたという事で手を引いてしまっているのではないかと、という懸念です。昔は保健婦さんが一般の住民の保健活動ということから訪問活動を含めてやっていたのですが、現在は、介護保険の運営だけ、お金の問題だけに偏りすぎているのではないかと気になります。保険サービスを利用しなくてすむ人をひとりでも少なくすることがひいては介護保険の運営にプラスになっていくことに繋がりますが、そういう活動がなかなか見えてこない。会場に市町村の方が多くいらっしやると思いますので、その点を議論していただきたいと思います。私の大好きな言葉に「PPK：ピョンピョンコロリ」、死ぬ間際まで元気でいて、コロリと

行く。私もそういうふうになれば一番いいなと思っている人間ですので、そういうことをするために介護保険の導入目的の一つがリハビリというのがありますし、リハビリ、介護予防にも焦点をあてて欲しいと思います。介護保険制度がスタートして1年ですが、本来の導入目的の部分一つ一つをもう一回検証していくことが必要だと思います。御静聴ありがとうございました。

質疑応答・総合討論

ケアマネジャー問題

鎌田：ケアマネジャーに関する補足発言です。私のように多くは民間の福祉機関に勤めています。そうすると、そこに雇われているわけですから、自分のところの施設利用をまず考えてしまい、中立的な立場がとれないというジレンマがおこってきます。本当はこうしたいけども、施設の利益のためにはこうせざるえないというジレンマです。さらに施設の経営面を考えると、要介護度が高い人ほど施設入所させたがり、逆に要介護度が低いと収入が高くないので、できるだけ在宅にもっていきこうという流れがあるようです。特に要介護度が低くて、かつ痴呆があったら、ケアは大変、療養費は低いとなるとどこも入れたがりません。このように、一人ひとりのスタッフはそのような葛藤を抱えて、日常業務に携わっています。仕事自身もハードで人の入れ替わりも激しい。早く、ケアマネジャーの地位の確立と身分保障が必要だと感じます。それと結局ケアマネジャーは民間だと中立的な立場はとれないと感じています。だから、行政が丸投げするのでなく、ケアプランなどの作成するマネージャーを公務員の規定でやり、中立性を保たせることが大切かと痛感しています。

永田：有り難うございました。ケアネットワークで事務局をやっていて話題提供をお願いするときに感じるのですが、福祉スタッフで退職・転職する方が非常に多い。話をすると仕事自身がハードで、身分保障がされておらず、中立性が保たれない等が理由だと言われました。福祉スタッフの待遇面、業務面などで今後検討していかなければならないと思います。

低所得者層への対応

門司：低所得者層への問題というのは青木先生から出たのですが、これは年金・医療保険・介護保険というシステムの問題だと思いますが、光武市長に追加いただければと思います。

光武：先程、青木先生の方からお話がありましたが、介護保険が出来て低所得者の問題が出てきたと言うわけではないと思います。本来所得保障制度はそれなりに確立されなければいけない。例えば年金が少ない、ホントに

暮らしていけないと言う場合、保護制度もあるわけです。それを受けたくない人がおられるので、これがなかなか説得するのが難しい。保健婦が訪問してその家庭の悲惨さを見て保護世帯をすすめてもなかなか受け入れてくれない、といったこともあります。所得制度としてどうするのか、例えば住宅の問題があります。要支援者が施設に行って5年経ったら出される、それでは行くところがあるのかという無い、という問題が出てきます。そうすると地方自治体としてはそれをほっとけない。こういうことで私たちは「シルバーハウジング」という、身の回りが多少なりともできるそれに対して生活相談員というのをアパートにおいてお世話をする、もちろん家賃は安くしている制度を設けています。

介護保険制度が出来てそれが年金とリンクしていないと言えばその通りなのですが、それは介護保険制度があって出てきたわけではなくて、本来的にその人の生活を見るといういわば、いろんな意味での所得制度、保障制度が日本に欠けていると思います。外国の事例などを見ますと、例えば年をとってから住宅手当とか出ているのですが、問題はそういう制度をやるときにその金をどうするかという国民的合意がなければならない。

例えばデンマークに行ったとき、運転手と3日間付き合っ色々話をして、デンマークで税金が60%も取られる。そのことに対してあなたは不満ではないか、例えば消費税は現在25%で、他にいろんな税金取られた上に消費税をとられる。だけど運転手が言うにはそのことによって自分が年をとったときに今の年寄りのような形で見てもらえるなら税金を払ってもそれは貯金することと一緒だ。つまり我々は老後のために貯金しているわけですが、デンマークでのその人の話によれば、自分は国家に対して貯金しているのだから税金が高くとも仕方ない。その辺の考え方がそれぞれの国によって違う。ですから介護保険制度が出来て所得の低いあるいは収入の高い人が浮かび上がって来たのですが、それは実は別の制度でもって見ていかれるべきだと思っています。その内の一つとしては、保護という制度が無いわけではない。ただそれを受けたくない、お上の世話にはなりたくないという考えの人も居て、ではどうするかというところは、それぞれの生き方があるから私もその人の立場に立って考えることはなかなか出来ないということです。

青木：現実の農村社会の中での低所得者を全て現在救える方法論としては保護の問題もあるのはわかっているのですが、それは介護保険が出てきてもこなくてもそれは対象となったのだと言われればその通りです。それでも、介護保険というのは老後をそれで安定させるんだということで出てきたわけです。そこでリンクさせてこなかった年金制度がまだ不十分なアンバランスのまま介護保険が発足した。低所得の年金制度の人が現実にいる限りそれはいつも問題です。ならば、非常に多くのマスが生

活保護を受けて良いのかそんな税金の使い方をして良いのかということが裏返しに出てくる。

たしかに昔に比べると厚生年金は下がってきている。私は今年3月で退職するのですが年金月々12万だそうです。まあ暮らせる。老健施設にも入れる。昔だったら20万ぐらいはいていたと思いますが、どんどん下がっているように思う。その分だけ国民年金が上がってくれば良いのですが。私は、もう少し年金制度をいじるべきではないかという感じ方で、私自身は保護のほうで問題を立てるというふうには思いません。

地域保健活動と介護保険での活動の連携

門司：永石さんが最後の方で地域が見えにくくなった、という趣旨のことをおっしゃられた。今までは行政の保健婦が、パブリックヘルスナースであったにもかかわらずコミュニティナースがいなかったから、自分たちが訪問してケアをしていた。ケアとしては不十分であったけれども、それによって地域がどうなっているかをよく把握はしていた。それが介護保険に移行したから自分たちはどうしたら良いかわからなくなったという意見を聞きます。今後、地域保健活動と介護保険での活動をどのように連携させるべきでしょうか。

青木：さっき、カンファランスがしにくくなったという話がありました。確かに、営利と結びついているから難しくなった。各業者の代表が集まってくるわけで、カンファランスを開いても、どんな療養者の人がいるという情報が出にくくなるわけです。迂闊に話ができなくなります。ある町の例ですが、おざなりな会議があって、それが終わって皆さんお帰りになった後、町の保健婦と社協出身の人が集まってもう一度カンファランスをやる。社協はある意味、独占企業的な所がありまして、コムスンにしてもダイヤモンドにしても西彼町から抜けていくという現実がある。やはり巨大企業に勝てない現実がある。そうするとそういうカンファランスの中できちんと対等に話が出来て、どういうふうにしていく、コーディネーターがどうするという議論が前よりは気楽にでなくなった。商売の対象でしかなくなったという現実があるからよけいやりにくくなったのだと私は思います。

飯盛町の保健婦：飯盛町ですが、飯盛町は福祉の方に介護保険係りの保健婦が2年前から配属されました。私は保健の方にいますが、ケアマネジャーの資格を取っています。介護の方に保健婦が居ることで、確かにここに来てきたように高齢者に直接関わっていく部分が昔に比べたら保健の方では減ったと思います。介護の看護婦に一任という部分があります。では保健の方ではどういう事をしているかといいますと、もちろん母子とかもありますが、要介護者を作らない保健事業には力を入れているつもりです。先程PPKの話が出ましたが、大村市長

さんは「A A K K・あるけあるけころぶなかぜひく」と言われています。飯盛町の方では大村市のを盗んだ感じで「A N K・歩こうにっこり笑ってころぶなかぜひく」ということで、介護予防に力を入れています。いろんな所に老人会で呼ばれたり、B型リハビリとかしていますので、そういうところに出ていって話をしたり、活力・老人力を高めていってもらいたいという思いで保健事業として一応力を入れているつもりです。多分各市町村の保健婦さんは全てそうだと思います。介護保険担当はどうしても運営に偏っている部分もあります。その辺の介護保険を担当している保健婦からきちんと情報を得ながら保健活動に力を入れていっているのが現状だと思います。

壱岐の保健婦：今の話、原則的にいうとそうだと思います。ただ現実には、例えば、介護保険以前は、寝たきりの方の訪問指導を保健事業として行なったり、或いは機能訓練事業としてかなり重い人までやれていたのですが、今は介護保険の認定を受けた人へのサービスは原則として保健活動から除外せよ、となっていると思います。でも除外したとたんに、先程の話につなげていくと、そういう人は介護保険の限度額まで利用しようと思ったら利用できるけど、実際にはお金の問題や家に来て欲しくないとか色々な問題で利用しない。住み分け論が働くと、そういう狭間でもっと以前よりは問題が起こる可能性がたくさんあると思います。

現に私は壱岐ですが、機能訓練事業などのやり方は非常に介護保険以降変わってしまいました。それが現実としてはたくさん起きているのではないかと思います。そういうところに手が出せなくなった力を介護予防という分野に発揮しようとして、元気な人に対する活動に振り向けていますが、介護の接点にあるような人達に対する活動は確実に弱まっていると思います。

吉井町の保健婦：吉井町ですが、介護保険でのサービスはお金がかかり、営利的なところがある。その一方、私たちがする保健活動部分が無料だということで、地域住民へのサービスのバランスから考えて、どうやっていくか十分にわかってやらないといけないと思います。それで、平成11年度から訪問がなかなか自分だけでは出来ない状況が続いていました。今、保健婦の訪問をケアマネジャーがついていない方というところから入っています。介護保険にまかせて手を引いたというわけではないですが、見ていく中から自分たちの保健の目というところを考えていかなければと思ったからです。

機能訓練事業においてもB型で数は少ないのですが、実は介護保険に行かれていない人を半日施設に迎えにいったサービスをやっているという人が中にはいます。なぜ切れないかと考えてきましたが、少し口が悪いのですが私も脳卒中で倒れたら介護保険の対象になります。でも

デイサービスには行きたくないです。そういう高齢者、麻痺は少ないけどパーキンソン患者がデイケアに行っても、専門家がリハビリする時だけは立ったりしますが、後は歩かれると危ないからと座らせているという方がかなりいらっしゃるようなのです。それで、機能訓練事業でマン・ツー・マンとまでいなくても見られるかというところを模索中です。それが制度として成り立っていくかどうかはまた別問題として、そういったところで考えています。

あと、ケアマネジャーのいない人達の生活の現状がどうなのかを見ていったときに、少し見えてきたこととして、退職者のU-ターンが増えていきます。理想を求めて家を建てられるのですが、そうすると飛び石で玄関までの階段があり、あと10年したらどうなるかなと、盆栽なんかが多くて車椅子で庭にもでられない。そういう現状がかなり出てきています。そういうところが少し見えてきたかなというところですよ。

ケアマネジャー

橋口：一番大事な問題は、ケアマネジャーの役割が確立されてない点だと思います。ですからやはり今、老人保健福祉から行政が手を引くのは良くないと思います。介護保険の中でマネジメントをするのは結構、今まで保健婦が担ってきた部分があると思います。保健婦は、その部分をケアマネジャーに手渡ししながら、介護保険から外れる人たちを考えていかなければならないと思います。行政からケアマネジャーへの手渡しが十分になされていない内に活動を停止してしまうとサービスが回転しない部分ができます。今の制度の中では、お互いに手を引っ込めているところがあると思います。ケアマネジャーは独立した技術職だと思います。いろいろな問題があると思いますが、自分のケアマネジメントする技術を磨く必要があります。対象者が自立した生活が営まれるためには、現場の人が気持ちよく動けることも必要です。制度に慣れずに、スタッフがギクシャクしている面もあると耳することがあります。早くおなじテーブルについて話が出るようになればよいと思います。

門司：それは行政がしっかりしたリーダーシップを発揮してケアマネジャーをうまく起用して業者間の競争というものが成り立つようにリーダーシップを発揮していないといけない。

社協への期待

橋口：そうですね。それと社会福祉協議会の役割も大きいと思います。社協も1つの支援事業者、居宅サービス事業者ですが、一方、地域全体がうまくいっているかどうかを見る役割もあると思います。1つの事業者のままでは終わってはならない、そんな気がします。

経済優先主義と健康・生活の優先度

川越：少し外れるかも知れませんが、私は長い間、衛生公衆衛生の研究をやってきて常に疑問に思っていることがあるのです。それは明治3年に「太政官のご符」がでている中に「道路・橋梁・港湾のごときは政治の基にして、上下水道、住居のごときは政治の末なり」という言葉がでてきます。これを読むたびに今の日本にそのまままだ脈々として流れている気がします。ご承知の通り憲法の25には、「国民は全て健康で文化的な生活をする権利を有する」とありますが、今でも「経済が成り立たなければ人間の生活は成り立たない。生活が成り立たなければ人間の健康などない」という考えでできているのです。本当は健康的で行けば、「健康で文化的な生活が先にあってそれを営む生活はどうであって、それを支える経済はどうあるべきか」と考えるべきですが、その考えが日本には未だかつて無い。今の医療問題一つにとっても、常に公立病院・国立病院の赤字問題だけで論じられるのはどういうことか。なぜ病院が独立採算でなければならないのか。なぜ、水道が独立採算で無ければならないのか。この介護保険においても最初から保険でいくべきか、公費・税金でいくべきかということは論じられているのですが、結果的にはいつも枝葉末節的な考え方で決まる。医療・生活扶助などは明治3年にはまったく出てこない。これをもう一度本気で考え直してみなければいけないのではないのでしょうか。

さらに、皆さんは憲法12条を憶えていらっしゃるでしょうか。憲法12条の中には、「この憲法が保障する権利と自由はここに普段の努力によって保たなければならない」と書いてあります。でも普段ひとつも努力をしていない。この辺を考え直さなければならないと思います。

ケアプランと実践のチェックシステム

光武：先程保健婦の活動ということについて話がありましたが、私は今日皆さんの話を聞きながら大変勉強になりました。この介護保険制度が立ち上がる前に何度か保健婦さんと一緒に話し合いをしました。こうした制度に対する意欲が高かったと思うのですが、その時に措置サービスとしてやっていた時代にケアプランを作ったこのケアプランが本当にその要介護者の方にとって最適であるかどうか、その頃から勉強していました。その後、保健婦中心から事業者が加わって処遇困難な例はケース検討会を開催する。またケアマネジメントの予行演習をする。制度を開始されてからは、ブロック・ケア会議を設置して各地区の代表的な事例についてモデル的なケアプランの検証、それから偏ったケアプランの防止といった勉強会を現在やっているわけです。

実践活動としては、保健婦が対象者を任意に抽出し、そして訪問をしながらそこでのケアプランが適切であるかどうかチェックをします。それをまた持ち帰って先程のブロック・ケア会議等で議論をする。こういうシステ

ムを実は介護保険が出発する前に作りました。当然、介護保険事業から考えたら起こりうる様々なケースを考えながらそのシステムを作っているわけです。問題はこうした会議をやっていてそれがどのように是正されているかということに対する評価のシステムがまだ佐世保市では出来ていないのではないかと思います。

例えば、そういう会をやって問題が出てきた。事業者の皆さん方にとりましてはやはり利益とどう結びつくかということが一つ一方であります。我々行政としてはそれが適正かどうかという判断を保健婦を中心として、事業者に或いはホームヘルパー、ケアマネージャー、そういう人達の議論の中で少しでも高めたい。一方では市としてはそういうものが適正に行われているかどうか、監視といいますと少し言葉が過ぎるかもしれませんが、やはりこの制度をうまく運用していくために、どの辺が問題点かについては絶えず意識を持たなければならないと思っています。

佐世保市の保健婦に関していえば、保健婦本来の仕事と、ケースワーカー的な感覚を持ち合わせて両方見ていける。こういう意味ではかなり成長したなと思います。ただ本当にそれが改善されていくのかどうかという事に対する評価指標というのをこれから考えて、そして一つ一つの会議あるいは訪問指導といったことを通じて事柄が改善されるよう研究してみなければならないと思います。

介護保険と医療

門司：介護保険が入ったことによって医療がどう変わったかというのを聞きたいのですが、ドクターの配慮というのは変わったのでしょうか。主治医として継続的にしっかり関わってくれるようになったという良い評価と、あまり変わっていないという両方の意見を聞くのですが。

青木：介護保険に廻してしまえばシステムは動くので、そこは楽です。前は1から10まで全部自分で調整していかなければならなかった。いまは、客観的に乗せてしまえば良い。しかし、それまでに結局、お金の話がでましたが、そういう所から心配していけないといけないという点では何も変わっていない、という事態だと思います。

介護保健と地域保健システム

新庄：歯学部に来た新庄です。8年前、イギリスで地域ケア法が始まったばかりの時に1年間長寿科学振興財団から痴呆老人の国民的ケア調査ということでロンドンに滞在させてもらった事がありました。その当時はまだ介護保険の議論が始まる直前ぐらいで、それを見て帰ってきて、当時の老人福祉計画に関わってケアマネージメントの紹介などもしました。その後、介護保険が現実になり、「かなり早く進むな」と期待していたのですが、言葉は似ているけれどもかなり似て非なるものが出来つつあるという印象を持っています。先程も光武市長と橋口

さんの提案に触発されて、これは具体的な提案になるかわかりませんが、発言します。

今、我々が進めようとしている日本の介護保険システムとその手本となったイギリスのケアマネージメントとの違うところはたくさんありますが、決定的な違いは先程ご指摘のあった「ケアマネージャーの役割」ともう一つは「日常的な評価システム」を誰がやるかということがはっきりしていないことです。にわかづくりだから仕方ない所はあるのですが、介護認定はコンピューターと二次判定という作業でやります。要するにクライアントについて全く無知な人達ばかりが、そして福祉とかサービスについては確かにいろんな領域の多領域の専門家ではあるけども、介護認定という領域には素人の人達ばかりが審査するわけで、実際に無理な話です。実際にイギリスではケアマネージャーは調査するだけでは無く、自分が担当した地域の予算を全部持っていますので、それができるだけ有効に使われるようにいつもクライアントや自分の担当地区のリスクのある人の状況を評価・監視しています。ケアニーズが高まりそうだとすれば早めにどんなふうにケアに結びつけるかを考えるのがマネージャーの役割で、アセスメントを行う場合も必ずそのクライアントと何らかの関わりのある医療・福祉・保健分野の人達が、週1回ぐらいクライアント・ケースカンファランスといった形で相談して実施します。そういうことでいうと日本のシステム全体は似ているが内容としては裏返しのようなものです。ただ、違う制度になってもただ一つできる所があるとすれば、例えば保健婦さんでケアマネージャーも兼ねている人、或いはもちろんケアマネージャーでなくても保健婦さんでケアプランに関わる立場にある人が、キーワーカーとして一旦判定された人のフォロー、定期的にずっとその地区の60歳以上の人の要介護状態、健康状態、生活状況を継続的に監視しているという形でケアワーカーという形ですればかなりこれから機能すると思います。私が担当したところではそれが欠けているので、やろうと計画しています。

光武市長が取り上げられたデンマークやスウェーデンでは必ずほとんど60歳以上の高齢者になったら元気な段階で、保健婦さんや臨床心理士や誰かが、私がこれからあなたの生活ケアの担当になりますと訪問して名刺を置いていき、どんなことがあっても私がこれからすべての窓口になります、というふうにキーパーソンとなります。ですから早めに問題が発見される。一人一人にカウンセラーのような形で必ず一人のワーカーがついている。人的なつながりが成功したきっかけになっていると思います。そういうことでいえば橋口さんがおっしゃいましたが、地域を見る目を持った保健婦さんがそういうふうにキーワーカーとして全ての老人を誰かがずっと見ていくというシステムにすれば、ざるとかほころびだらけであってもこのシステムは回復する可能性があると思います。

永石：介護保険が広域で行われているところもありますし、単独で行われているところもあります。これからは地方分権時代ということですが、この介護保険をどういう形でうまくやっていけるのか、機能させていけるのかが問われ、それをうまくやったところが21世紀の生き残る市町村ではないかと思っています。

ま と め

竹本：私の講義ではよく保健・医療・福祉の連携ということを用いますが、今日色々お話伺ってみまして、連携ということがまだまだ十分それぞれの地域では行き渡っていないという感じが致しました。それから、色々問題がある中でこうした福祉なり保健がどういうチームでおこなわれるのか、或いは三位一体的な人を作った方がいいのかということ私は昔から疑問に思っていました。どうやらそれぞれ連携ということが三種の職種の中での連携という職種間連携と同時に、一人の人間の中でやはり保健・医療・福祉というものを考えるという立場は必要ではないかと思っています。そういう意味では職種はそれぞれ違ってもお互いの中に例えば医師であれば保健婦の仕事を理解し、或いは保健婦であれば医師、ケースワーカーの仕事を理解していく、共有していくということが一番必要ではないかと思っています。

御礼と閉会の挨拶

斎藤：今日ここに集まっているメンバーは大学であったり、保健所であったり、市町村であったりしますが、いずれも、保険・医療・福祉と深く関係する場所で働いている人間であります。先程、川越先生からお話がありましたが、憲法25条に明記された国民の基本的権利である医療・福祉・保健を守る仕事、あるいはそういう研究に従事していることを誇りとしている所であります。しかし、正直申しあげて、残念なことの一つは保健・医療・福祉のよりよい形を求めて、深い見識と推進力を持つ首長の下で働くことが少ないということだったのです。光武顕佐世保市長にシンポジウムの基調講演をお願いしたのは、是非とも光武市長の話を聞いて私どもは元気になりたいというのが今回のシンポジウムの目的の一つでありました。そのことに深く御礼を申し上げます。また、実際に介護保険に関わっている皆さんから直接的な話を伺うことが出来ました。長崎県も地方における福祉分野で47都道府県の中の旗手の一つになれると感じました。本当に今日は有り難うございました。

門司・永田：皆様から良い論点と提言がいただけたと思います。これを現場に持ち帰ってまた来年ご報告いただければ有り難いと思います。これをもちまして第38回長崎県総合公衆衛生シンポジウム「介護保険の現状と未来」を終了致します。御発表いただいた方々、参加者の方々、どうもありがとうございました。

後 書 き

本文中は敬称を略させていただきました。テープをおこしていただいた崎谷恭子さんに感謝いたします。

シンポジウム・レジメ 1

2001.03.16 西彼杵広域連合 橋口久仁子

介護保険法の施行にあたり、その業務に携わった経験を通して、学んだこと、感じたことを述べさせていただきます。

1. 広域行政に直面して

地域の特性を知らないままに、限られた時間で準備

- ・生活環境、生活様式、考え方、社会資源が違った9ヶ町を対象に

顔を合わすことのない住民への対応（住民にとっても見えない窓口）

- ・生活が見えない 個々の住民への対応が行き届いていないのでは？

- ・介護度が適切かどうか、という不安

- ・複雑すぎる介護保険制度は説明しにくい 住民を戸惑わせる

町と広域連合2つの窓口

- ・高齢者を取りまく情報が分散されやすい 住民のニーズが掴みにくいのでは？

- ・町と広域連合の役割分担と連携がカギ

町の垣根を取り払う

- ・私の中にある"私たちの町"へのこだわり

2. 地域を廻って知らされた事

痴呆でなくても、心のケアを求めている人がいっぱいいる

- ・心が行き詰まっている人、不安でいっぱいの人への対応が必要

自己決定権の保障を目指して

- ・もの言える人も、もの言えない人もいる社会

- ・本当に自分で選べるか

- ・利用者が必要なときにどこでも利用できるか 介護におけるチームアプローチはどうなる？

- ・連携がとれにくい

- ・事業者を越えたケアカンファレンスが開きにくいとの声

家族づくりを学ぶ

- ・同居していなくても暖かい家族とは・・・会話上手な家庭

- ・被援助者と家族のQOLが成り立っている

3. 認定調査員から住民の声を聞く

- ・調査員へのアンケートを通して(OHPで説明)

長崎県の介護保険の現状と未来

認定調査に関するアンケート集計結果

- 【目的】 1. 調査員の研修のポイントをどこに置いていったらよいのか、明らかにしたい。
2. 実際に調査に向かうことは、直接住民と接すると言う点で、苦労が有ると思う。その点を介護保険班として受け止めながら、考えていきたい。
3. それぞれの町の保健福祉計画に、調査員が町を回って感じた情報が参考にならないだろうか。

上記の目的で調査員へのアンケートを行いましたところ、40名中31名に回答していただきました。集計の一部を記載します。

1. 調査について

- 1-① 調査をする上で、あなたが気がけて配慮しているのはどんなことですか。主なものを3つに○をつけて下さい。

対象者や家族の気持ちを傷つけないようにする。	22人
とにかく対象者や家族の話をよく聞く。	21人
聞き難いことも多いので、観察をよくする。	16人
チェックを間違えないよう確認をきちんとする。	15人
聞き漏らさないよう、納得いくまでよく訊ねる。	9人
対象者をけがさせないようにする。	7人
対象者や同席者へ迷惑にならないように時間をかけないようにする。	2人
利用者の権利が守られるような気配りをする。	2人
同席するサービス事業者に不快感を持たないようにする。	1人
結果が前回と変わらないよう、チェックを気配ける。	1人
その他	
・対象者の家族がはなしやすい雰囲気をつくる。	
・だらだらと利用者にも迷惑となるので注意する。	

- 1-② 調査をする上で、一番あなたが心配になることは何ですか。

自分の調査（判断）は適切かどうか。	26人
介護度が下がって、対象者のサービスが（受けられなくなる）減る。	15人
介護度が変動し調査員に不信感を持たれる。	5人
ほかの調査員が、どう対応しているのかが気になる。	4人
介護度が上がって、サービスを受けたとき対象者の負担金が多くなる。	3人
介護度が下がって事業者にききられる。	0人
その他	1人
心配になることはあまり無い。	0人

- 1-③ そのことに関して対象者から直相言われたことがありますか。

ある	15人
ない	16人

2. 訪問調査を行って感じた、対象者や地域（担当町）の様子を教えてください

- 2-① 訪問を行って、「このまま放っておいていいのかな」と心配になるような方の調査を経験されたことはありますか。

ある	25人
ない	8人
だいたい何件くらいありましたか。	
1～2件	11人
3～5件	11人
6～10件	1人
10件以上	1人

- 2-② どんなことでそう思いましたか

同じくもりまたはうつ状態などで精神的なケアが必要	10人
家族の介護力が弱く、社会から放置されている。	8人
放置できないような極端がある	8人
虐待を受けられているような気がした。	7人
介護度が低く、サービスが不足して大変だ。	5人
経済的な理由でサービスの活用が十分なされていない。	5人
その他	6人
・老夫婦世帯で人の助けはまだ必要ないと思っている。	
・介護サービスを利用すると世間体が悪いと思ってしまう。	
・しかし、介護者は疲れきっている。	
・感染をおこしており、このままだと重症化すると思われる。	
・家族も含め、介護保険の理解が全くされていない。	

- 2-③ そういふときどうしましたか。

どうしていいかわからず、心にしまっている。	7人
役場の職員に相談した。	13人
連合に相談した。	9人
調査員に相談した。	3人
その他	6人
・地区の民生委員、自治会長に相談した。	
・特記に記入した。	
・ケアマネジャーの意見をきいた。	
・町在センターに相談した。	

- 2-④ 今回の介護保険制度のもとで、私たちが町（地域）に必要と思われるものは何ですか。（1人3つまで選んで良い）

地域の見守りやケアを強める働きかけ	19人
対象者や介護者の精神の安定をはかるカウンセリングの場	18人
家族や利用者間の情報交換をするための場づくり	15人
介護保険制度を適切に運営していくためのオンブズマン制度	10人
自分の意見を伝える力を養う場づくり	5人
いろいろな事業所に所属しない、公平中立な介護保険の相談窓口がある	5人
心が通うあたたかい家庭をつくるための学習・相談	3人
個々人の自立心を高めるような働きかけ	2人
介護保険を使わなくていいような予防対策が必要	1人
例えば、壮年時から自分の老後の計画を立てる。個別的なサービス	1人
その他	1人
・ケアマネジャーの中立性を確保するための手立て、及び職業としての専門性の確立。	

- 2-⑤ 対象者から直相苦情を言われることが有ったと思いますが、どんな内容が多いですか。

介護保険のしくみがわかりにくい。	17人
介護度が低すぎる。	13人
調査に対して批判的・拒否的。	13人
保険料に対する不満	13人
サービス利用料の一部負担が大変	12人
介護保険の通知文書が解らない。	11人
状態が変わらないのに、介護度が変わった。	9人
介護度が高すぎる。	3人
広域連合の対応に不満。	1人
その他	3人
・通知文書が多い。	
・半年毎の設定は多すぎるといわれる。	
・なぜ毎回同席しなければならぬかと言われる。	
・調査の電話連絡がうるさいといわれる。	
・前のことをきちんと把握して、同じ事をなんどもきかないといわれる。	
・仕事をしているのに同席出来ないといわれる。	

- 2-⑥ 対象者から直相苦情を言われることが有ったと思いますが、どんな内容が多いですか。言われたことがある事の中でも最も多かったことは何ですか。

介護保険のしくみがわかりにくい。	9人
介護度が低すぎる。	2人
調査に対して批判的・拒否的。	2人
保険料に対する不満。	7人
サービス利用料の一部負担が大変	3人
介護保険の通知文書が解らない。	5人
状態が変わらないのに、介護度が変わった。	1人
介護度が高すぎる。	0人
広域連合の対応に不満。	0人
その他	2人

シンポジウム・レジメ 2

2001.03.16 K T N報道部 永石 和夫

(1) 介護保険の導入目的

- ・家族介護から社会介護へ
- ・利用者の自己決定（措置から利用）
- ・寝たきりの予防
- ・医療と介護の分離

(2) 利用状況（厚生労働省まとめ）

- ・全体
 1. 以前からの利用者 60%から70%
 2. 新規利用者 20%から30%台

増加率 30%から50%
- ・サービス別（神戸市、去年7月現在△3月との比較）

訪問介護	2倍
訪問看護	1.3倍
通所介護（デイサービス）	1.4倍
一時入所（ショートステイ）	7割
- ・ランク別（支給限度額に対しての利用）

要支援	52.2%
要介護1	37.5%
要介護2	42.6%
要介護3	43.7%

要介護 4	43.9%
要介護 5	44.6%
平均	43.2%

(3) 利用状況の分析

利用率（全体）のアップ

権利意識の向上（！？）

サービス別の利用状況

利用者の在宅指向（！？）

ランク別の利用状況

1 割負担の壁

プラン作成がニーズに合ったものかどうか

サービス供給量の不足

利用者のアレルギー（他人が家の中に入ること等）

利用者の知識不足

(4) まとめ（問題点）

- ・保険料・1 割負担の壁
 - * 減免・免除 長崎市、三和町が4月から導入、社会福祉法人の減免措置
 - * 年金問題
- ・介護歴の判定（特に痴呆症状）
 - * 一次調査
 - * 判定会議
 - * 医師意見書
- ・プラン作成
 - * ケアマネ
 - * 忙しすぎる
 - * 報酬の安さ
 - * 身分（サービス提供機関の職員）
- ・利用者の自己決定は尊重されているか
 - * 施設指向は本物か
 - * 本当に必要なサービスが供給されているか
 - * ランク分けとその利用限度額は適正なのか
- ・地方分権時代の福祉
 - * 施設の利用者囲い込み
 - * ケースカンファランス会議の未開催
 - * ネットワーク勉強会への出席者減少
 - * 住民の参加
 - * 広域・単独のメリット、デメリット
 - * 行政と保険との関係・・運営だけに偏り過ぎていないかどうか
 - * 医療と介護保険との連携