

介護保険制度への変化の中で

——ホームヘルパーと地域福祉

小野 壽彦

1. 国の地域福祉の概念構築

(1) ゴールドプランと地域福祉論

国は、1989年12月に高齢化社会問題を展望し、「高齢者保健福祉10ヶ年戦略(ゴールドプラン)」を策定した。

この政策は、一極集中の都市化問題、産業構造の再編成等の経済政策の推進によってもたらされた国民生活の変化や困難性の現状と、家庭基盤及び地域の介護(養育)力の基盤低下・崩壊のなかで、地域住民の生活上での困難性を地域レベルで解決することを中心としている。

高齢化社会の介護問題といった社会環境の変化からくる問題は、国民全体の普遍的な性格であり、行政サービスのみに依存しないで地域社会システム(自立自助・相互扶助・企業・行政の協働)で対応することを基本としている。

このように、地方自治体が社会状況の変化を含んで、福祉課題の地域社会システムの政策目標や内容の計画化を図ることを「地域福祉」と呼んでいる。

(2) 福祉関係8法改定と地域保健福祉計画の策定

国は、ゴールドプランの策定を踏まえ、1990年6月に福祉関係8法の改定を行った。これは、21世紀の高齢化社会の到来に対応し、住民に最も身近な市町村で在宅福祉サービスと施設サービスを決め細かく一元的にかつ計画的に提供される体制づくりとして行われたとしている。

このことにより、各自治体は、高齢者問題に関する「地域老人保健福祉計画」の策定が義務づけられ、1993年5月を目途に策定が推進され

ていった。

(3) 国の地域福祉を構成する基本的考え方

国は、この経緯のなかで「日本型福祉社会の実現」を掲げ、具体的には臨調「行革」路線の推進によって、21世紀の社会保障を展望するための「戦後政治の総決算」を打ち出していく。

社会保障分野は、政府の身軽論として展開され、国と地方の役割分担の具体化の推進で、国の公的責任の縮小・後退が顕著となり地方自治体への肩代わりの強要となっていくのである。

2. 国の推進する地域福祉論の経過

(1) 住民に身近な地方自治体業務と国の責任の縮小、その先の問題

厚生省の臨調行革路線は、社会福祉事業の実施は住民のより身近な地方自治体ですめる性格として政策動向を確立しながら、その先に社会福祉制度から保険制度への変更を展望している。各福祉法は、機関委任事務から団体委任事務化の変更を図りながら、同時に「福祉のかがえ方」に関する変更展開を図る。戦後の混乱期から現在の少子高齢社会という社会状況の変化は、社会福祉の考え方を必要があるとし、従来の社会福祉が救貧・防貧の性格であり、今後は高齢化社会の介護問題等のようにすべての国民を対象とした普遍的な性格をもつものであり、みんなのためにみんなで支える「全体を対象とし、全体で財政基盤を支える地域福祉」としての推進を各福祉分野に拡大する意図を明確にしている。

このため、各自治体がすすめる地域福祉は、住

民・住民組織・企業及び自治体で協働し、それぞれが役割分担をもって総合的に展開する方向を取り、住民の自立・自助・相互扶助及び民間企業の育成による供給組織の拡大に置き、地方自治体の業務は民間等の供給組織の育成・監督・調整とする行政守備範囲論の展開となっていく。

厚生省の政策の帰結は、高齢化社会の介護リスクを基本的人権保障や生存権保障の実践によって国民を擁護することではなく、国民の自立自助・相互扶助を基本とした自己責任社会のあり方とその醸成及び財源確保を国民全体で支え合うとする福祉から保険への変更を目標とし、介護保険の創設となる。つまり、保険制度の形態を活用した競争原理に基づく福祉関連企業の活性化という産業化・市場化促進を具体化するものである。

(2) 福祉問題に関する国の国庫負担金の補助率削減とその先の介護保険

厚生省の政策変更の具体的な意味は、財源問題に明確に現れ老人福祉法等の国庫補助率を10分の8から10分の5に変更する。そして、さらにその先を展望しながらソフトランディングは、措置施設と福祉産業を相互補完関係と位置付け、自由契約利用施設の育成を積極的に展開（有料老人ホームの建設展開等）といった企業重視を鮮明にするとともに、現行の措置施設のなかに、措置制度と併行する自由契約制度をモデル事業として導入し同時展開を図る（措置の形骸化）、あわせて施設機能の地域開放施策により、居宅者利用を積極的に推進（自由契約利用の推進）した受益者負担を追求するものとなっていくのである。

このためのあゆみは、1つは国民の高負担の原則、2つは供給組織は民間（企業）活用原則、3つは国及び自治体は管理的調整機能の役割へ限定の原則が貫かれていくのである。介護保険制度は、40歳以上の国民の保険料収入で総介護費用の50%を賄うものであり、国の負担はさらに縮小され25%となるものである。このよ

うに国は、公費負担制度（福祉制度）から保険料財源制度（保険制度）へを21世紀問題としたものである。

(3) 各福祉法の実施は「外部化」「契約化」

老人福祉法は、高齢者の生活支援の需要に対し、自治体が公的責任をもって「需要の把握」「申請の受理」「高齢者の生活実態調査」「援助決定」「利用料の徴収」「国庫負担の清算」を一貫して形骸化させずに制度保障する性格である。この一貫性をもった制度保障は、自治体に公的責任をも明確化させることになる。つまり自治体は、高齢者の生活に対し、その責任において要介護（要支援）高齢者に関する行政状況把握の原則、国民の生活不安・支障に関する行政相談の原則、行政による生活実態の調査と把握された内容に基づく援助内容等の判断の原則、定期的・継続的に生活実態を把握する原則と供給組織先に委託する場合の援助基準の設定原則、利用のしやすさと高齢者生活に影響を及ぼさない応能負担による低額利用料及び減免基準の設定の原則等を行政視点として確立することにもなる。

そもそも老人福祉法の体系は、高齢者の経済、生活面のみならず家庭環境の調整、精神的又は身体的健康の保持、向上を含めた積極的展開を図り、管内の高齢者の実態を把握し、措置を要する高齢者の発見に努めるため、高齢者福祉に関する実情の把握、相談、調査、援護等の実務を行なうことを義務づけられている。介護保険は、保険制度のもとに基本的にこれらの問題を行政から切り離す「外部化」を行うものとなり、同時に国民は事業者（民間企業等）との契約による利用であり、老人福祉法の事業で、その内容を見ていく。

3. 介護保険法に見る厚生省と地域福祉論の関係

(1) 中央集権の担保と地域福祉関係

介護保険法は、その保険者を市町村（特別区）

特集・社会保障の現局面をさぐる

としているが、地域住民及び地方自治体にとっての介護保険制度はどのように創られるものであろうか。2つの事例で検討する。

「地域福祉推進」の国の指導は、その実施に関し、従来「ホームヘルプ・在宅入浴・福祉用具賃貸・福祉用具販売・在宅配食」について在宅サービス事業指針（ガイドライン）による民間事業者の参入を積極的に推進してきた。

介護保険法の成立後は、「デイサービス・ショートステイの民間企業の委託参入」「在宅介護支援センターの運営に民間企業の参入」「指定訪問看護への民間企業の参入（予定）」という流れとなっている。

この政策は、1998.3.31の閣議決定で、医療福祉関係の「新たな規制緩和推進3ヶ年計画」として「企業の指定訪問看護事業への参入（企業が看護婦等を雇用して展開）」「高齢者介護に関する社会福祉事業に民間企業の参入（企業の特別養護老人ホーム設立が可能）」「サービス実施は、民間企業の参入を予定し、利用手続・支払方法の多様化（簡便な商品化を推進）」を介護保険法の施行前に行うこととしている。

この政策動向は、介護保険の施行を起爆として、あらゆる福祉・保健・医療分野に拡大することを展望し、そのため現在「地方分権」「社会保障の構造改革」として総合的に検討を展開している。また、1999年の通常国会に関連法案を提出するともしている。

介護保険の保険給付は、国の試算で65歳以上の高齢者の13.0%が該当するとしている。

この要介護（要支援）認定の問題は、国による「一律の実態調査表」「一律のかかりつけ医の意見書」「一律の第1次判定（コンピュータ）」「第1次判定と第2次判定の相違・取り扱いの一律基準」となっていて、保険事故管理の一元化が貫かれる。

この先は、要介護等高齢者への介護の社会化の具体化としてケアプランのパッケージ化、ケア提供内容の定型化といった福祉商品化の実践

となる。つまり、基盤整備も被保険者の要介護認定も、福祉の市場化も全て中央集権によって推進されているのである。

（2）介護保険と民間介護保険及び第1号被保険料の関係

国の介護保険制度は、極限られたものであり「在宅12種類」「福祉用具給付及び住宅改修」と「介護保険施設3種類」の内容である。国の発表した望ましい公民補完関係のイメージでは、公的介護保険には限界があり「1割自己負担部分給付の民間介護保険加入」「額の上乗せ部分給付の民間介護保険加入」「種類の横だし部分給付の民間介護保険加入」「際限ないサービス給付の民間介護保険加入」を前提として設計している。

また、地方自治体で国の介護保険をこえて水準設定する場合は、「額の上乗せ、種類の横だし、保健福祉事業」部分について、第1号被保険者の保険料で賄えとしている状況にある。

ここでは、「公的介護保険制度」と十分な介護保障の関係が明確に示され、所得等の支払い能力により国民の個々の介護水準を自己責任において設定するものとなっている。

（3）新ゴールドプランと介護保険の基盤整備の関係

介護保険制度は、2000年4月から施行されるが、新ゴールドプランの基盤整備によって国民の総介護需要を吸収するものとはならないことが判明している。

国は、新ゴールドプランが達成したとしても、国が示したモデルケースの総需要で在宅サービスは40%しか供給できないとしている。

こういった事態で介護保険法は、この基盤整備の未達成問題を「自治体の基盤水準での第1号保険料決定（国より低い）」及び「種類支給限度基準額の設定によりサービス種類毎に利用の総枠を抑制」する措置が講じられるようになっている。

4. 地域福祉をめぐる基本的問題整理

(1) 歴史的問題での地域福祉

例示になるが、社会福祉の地域援助技術にコミュニティワークがある。これは、個人ニーズに対する地域社会内の社会資源の開発とよりよい組織化目的で、一人一人がその生活を営む上で快適な望ましい地域社会への発展を実践するものと言える。

実践は、社会福祉政策や地方自治体の政策と深く関連し、狭義には情報の公開、資源の開発・充実・改善、新しいサービスの開発、利用者の権利擁護・弁護・代弁・支援活動等を行うものと言える。

広義には、地域社会全体に呼び掛け参加の促進、事業や計画への代表の派遣、資源開発や財源の開発に積極的関与、専門領域の各集団の交流、法や条例等の実施状況の見守り等が考えられる。いわば、住民が自治の発展として組織的によりよい地域社会の育成を展望し、実践し、変革していくものであると言える。

(2) 住民自治としての地域運動

地域問題を地域内の住民の力を生かし、制度を創り、変え、改善する実践は、主権在民及び個々の生存権・基本的人権及び幸福追求権問題でもあり、住民自治問題として住民の主體的な取り組みを通して地域（地域福祉）を創りあげる点で、今日の国からの動向と本質的に対立すると考える。

社会福祉の援助技術には、「ソーシャルワーク」「グループワーク」「コミュニティワーク」が存在するが、各活動領域を包括もした福祉に関する地域運動は、歴史的に保育所づくり運動、障害者の施策・施設づくり運動、高齢者の医療費無料化や乳幼児医療費無料化運動等々が存在し、地域自治体の政策・制度化から国制度化へといったあゆみでもあった。

地域住民がまさに主体的に組織化とともにつくりあげる運動は、常に存在し、また継続されるものである。

(3) 介護の社会化問題での整理

国は、社会福祉をめぐる状況が少子高齢社会、家庭・地域基盤の崩壊、低成長経済への移行の変化のなかで、国民の社会福祉に対する考え方が変化をし、増大・多様化する社会福祉需要に対しての社会福祉のあり方そのものの変更を求め、現在社会保障制度の構造改革を推進している。この帰結は、公的責任から国民自助（措置制度から自由契約利用）という自己責任論を前提として構築される。

介護の社会化問題は、国民の連帯と協働の取り組みとして、「保険方式」での実施はこれまで見てきた内容となっている。

この保険方式は、「保険あって介護なし」と批判にさらされているが、介護の社会化という問題をホームヘルプ事業を通じて本質的な地域福祉との関係等を明らかにしながら検討をしてみよう。

5. 介護保険制度とホームヘルパーの関係

(1) 老人福祉法から介護保険法への移行

ホームヘルプ事業の歴史から見ると、ホームヘルパーが果たしてきた仕事の社会的役割は第3発展段階にあるといえる。

第1段階は、家政婦派遣事業といった家事援助の性格であり、寝たきり高齢者等の存在から発生する洗濯・掃除・買い物・調理など、要介護者への直接的な介助ではなく家事支援の性格で出発した。この期間は、長かったと言える。

第2段階は、家庭及び地域社会の介護基盤の低下・崩壊のもとに、特別養護老人ホームへの施設入所待機者の在宅生活支援が課題となって生じる。

こういった時代的背景を前後して、在宅生活支援は従前の家事援助とともに、食事・排泄・清拭・入浴介助、おむつ交換、病院付添い等の要介護者への直接介助の性格となって発展し、また、要介護者の心身の機能状況の維持・向上の視点から車椅子の使用や社会とのかかわりでの外出等が意識的に取り組まれ、一層発展した。

特集・社会保障の現局面をさぐる

第3段階は、要介護者の希望等に基づいて地域で住み続ける在宅生活保障の問題であり、訪問診療・訪問看護・通所及び訪問リハやデイサービス・ショートステイ等とともに、経管栄養摂取等の保健・医療・福祉施策の連携や活用を総合的に実践する性格となり、ホームヘルパーはこの在宅福祉の中心に位置し今日の段階にあると言える。

この発展を保障したものは、ホームヘルプ事業そのものが要介護者および世帯の生活維持・発展のため、その家庭内を仕事の間としており、全人的・全生活を見聞きし、それを支える性格であり、生活を営むという自らが主体的に生活を維持しようとする意欲等を引出しながら、具体的なケアの援助を行なう性格だったからと言える。

あわせて、高齢社会での要介護問題は、要介護者のADL問題だけでなく、ひとり暮らし、高齢者が高齢者を介護する現状や要介護者と精神疾患をもつ世帯員、また生活習慣の獲得や金銭管理の不適當状況等の諸問題も多く発生しており、老人福祉法において発展してきたホームヘルプ事業はその機能の発揮が一層重要となっている。

介護保険制度でのホームヘルパーが行う家事援助・介護というケア業務は、その仕事内容が制約を受けることになる。

これまでの基本であった滞在型ヘルパー制度は時間単位の縮小の方向をもち、まず高齢者の話し相手・相談相手といった人間関係及び信頼関係の樹立問題が捨象される特徴をもつ。

24時間巡回型事業の推進は、「起床・着脱・食事介助・清拭・体位変換・おむつ交換・就寝」等の定型的介助が行われ効率化を追求する福祉の商品化となり、これだけでは世帯の生活維持、向上を継続的に総合的に対応することを難しくもする。ケアは定型業務で達成できる面をもつが、生活習慣の獲得・社会生活の獲得・家族間問題の調整・精神的な支え・話し相手・課題解

決を共に考える等の本質的なホームヘルプ業務は時間単位での対応は無理であり、また保険制度に馴染まない性格とも言える。

(2) 介護保険制度での「居宅サービス事業者」

指定と独立採算

介護保険制度下では、居宅サービス事業者の指定を受けなければ（反面企業が指定を受け参入）ホームヘルプ事業もできない。したがって、自治体や社会福祉協議会や福祉公社等でホームヘルプ事業を推進しているところは、指定を受けていく必要がまずある。

介護保険のヘルパー報酬は以下の内容が説明されているが、多様な供給組織は介護保険の保険給付（報酬）に対する利潤追求のためコストの削減をすすめ、ホームヘルパーのパート化やアルバイト化及び登録ヘルパー等の雇用形態の発生しない身分化の実施を先行している現状にある（表1）。

表1 介護費用の推計に当たっての計算基礎

ホームヘルプ	身体介護中心業務 1回 1時間	3,130円
	家事援助中心業務 1回 1時間	1,410円
	巡回介護業務 1回 20分	1,570円
	早朝・夜間・休日は、25%加算 深夜は、50%加算	

時間帯の区分

早朝	午前	午後	夜間	深夜
4～7の時間帯	8～11の時間帯	12～17の時間帯	18～21の時間帯	22～3の時間帯

この介護報酬問題は、今後も検討し確定されていくが、基本的考え方に「介護・家事援助・巡回」の報酬区分、「要介護度毎」の提供内容の困難度からの報酬区分及び「早朝・夜間・休日・深夜」等の派遣時間帯による報酬加算が考えられており、市場化・企業活動への考え方といえる。

したがって、要介護度が高くなると多くのサービスが増大して受給できることではなく、1割の利用料額が高くなり一度にたくさんの支給限度額を消費していきただけとなる関係にある。

介護報酬は、効率的な実施体制を持てば収支に均衡は欠かないとの厚生省の説明であり、ここからは、要介護者及び世帯員がその世帯機能を維持し、人としての尊厳確保のなかで社会生活の交流を含めて守られ、そのための手だてや準備等の必要な話し相手・相談相手や工夫等の業務は捨象され、ホームヘルパーの業務範囲の縮小や賃金の引き下げ・不安定身分の雇用形態への移行等が発生する問題を含むものになっていくと言える。

介護報酬は、同時にその1割が利用料（自己負担）でもあり、年金のみの高齢者生活にとっては生活の維持を難しくする。保険制度と福祉制度の利用料（負担額）で現在の状況を見てみよう。

利用料の問題では、現行のホームヘルプ事業の利用者の83.1%は無料世帯であり、ここでも低所得者に対する減免制度がなければ、利用抑制を生み実際の介護が受けられなくなる要介護高齢者を発生させることとなる（表2）。

表2 厚生省在宅高齢者福祉サービス
利用料等実態調査（1996.2）
「現行ホームヘルプサービス受給者の1ヵ月当たりの費用負担」

無料	5000円未満	5000～10000円	10000円以上	その他
83.1%	7.9%	3.7%	2.6%	2.6%

（3）ヘルパー労働の曜日・時間帯・提供内容と位置付けの変化

国が示している「居宅サービスに関する参酌すべき標準（案）」は、表3の内容である。

介護報酬設定との関係で検討されている状況は、表4の内容である。

ホームヘルパーの行うケア部分の直接処遇は、これまでの行政処分といった行政側（供給側）の視点に基づいた対応から、需要側の必要性に基づいた（介護支援専門員によるケアプラン）契約の視点に変化する。プランは、パッケージプランの性格となることがこれまでの資料から

表3

		訪問介護 回/週 (巡回・ 回数)	訪問看護 回/週	訪問リハ 回/週	訪問入浴 回/週	通所介護 通所リハ 回/週	短期入浴 週/6月
要支援	通所型					2	1
	訪問型	2	0.25			1	1
要介護1	通所型	3	1			2	2
	訪問型	5	1			1	2
要介護2	通所型	3	1			3	2
	訪問型	5	1			2	2
要介護3	通所型	5.5(7)	1			3	3
	訪問型	7.5(7)	1			2	3
	痴呆型	1	0.5			4	3
	医療型	6.5(7)	3	1		0	3
要介護4	通所型	9.5(7)	2			1	3
	訪問型	8.5(7)	2	1	0.5	0	3
	痴呆型	1	0.5			5	3
	医療型	8.5(7)	3	1		0	3
要介護5	通所型	12(14)	2			1	6
	訪問型	13(14)	2	1		0	6
	医療型	9(14)	3	1	0.5	0	6

訪問介護は、1時間程度のサービス提供を単位として、回数を算出している。

巡回型は、1回30分程度のサービス提供を想定。回数は参考。

伺える。しかし、本人の気分・感情・病状変化及び性格や世帯員との関係等、パッケージ内容とその都度の状況に応じる弾力的な対応や能力（専門性）等を萎縮させることにならないか。また、要介護者本人や世帯の生きていく力を維持・向上させてきたホームヘルプ事業が消失しないか。この変化は、同時に在宅を重視する介護保険制度により高齢対象者（要介護認定者等）も、例えば医療問題で検討すると「長期療養患者」から「高度医療対応患者」「末期医療対応患者」の変化も現れ、ホームヘルパーの労働の曜日・時間帯・業務内容に大きな変化をもたらすものになる。ホームヘルパーは、要介護者等の自宅で日常的継続的に業務を行う存在であり、対象高齢者の状態の変化の第一発見者及び代弁者の位置にもあり、これまで以上に連絡調整機能の役割の発揮を求められてくる。

このように一層ホームヘルパーの質の向上（専門性）が求められる状況にあり、しかし国が企画する介護保険制度下でのホームヘルプ事業は

特集・社会保障の現局面をさぐる

それに応えるものにはなっていないと言える。

表4 サービス内容による標準的な所要時間の目安
(設定のイメージ)

	サービス内容	標準的な所要時間の目安
基本	状況把握・簡易な環境整備・相談・助言等	あわせて10分～20分程度
身体介護サービス	簡単な排泄介助・体位変換等	短時間 (30分以内)
	部分清拭・食事介助等	中程度 (30分～1時間程度)
	食事介助 (困難な場合)・全身入浴介助等	長時間 (1時間～1.5時間程度)
家事援助サービス	簡単な清掃・簡単な食事の用意等	短時間 (30分以内)
	清掃・調理・買物等	中程度 (30分～1時間程度)
	清掃 (困難な場合) 等	長時間 (1時間～1.5時間程度)

包括部分の設定イメージ

		標準的な所要時間	サービスの一例
身体介護	巡回型	30分程度	基本+簡易な排泄介助
	深夜巡回型	30分程度 (2人派遣)	基本+体位変換
	滞在型1	30分～1時間程度	基本+部分清拭
	滞在型2	1～1.5時間程度	基本+調理+食事介助
	滞在型3	1.5～2時間程度	基本+全身入浴介助
家事援助	滞在型1	1～1.5時間程度	基本+清掃 基本+買物+調理
	滞在型2	1.5～2時間程度	基本+清掃 (困難な場合)

サービスの所要時間は、利用者の状態や生活環境によって異なる。

包括して評価する部分は、地域差を勘案し、サービス内容に応じた介護サービス経費と運営管理費を考慮した報酬設定の検討だが、加算の考え方は、移動加算及び早朝・夜間・休日加算等が検討されている。

6. ホームヘルパーと「地域福祉」の関係整理

(1) ホームヘルパーの不安定身分強化の打破

各供給組織は、高齢者の多様なニーズに多様な供給形態で応えとし、「多様な身分のホームヘルパー」の創設が介護保険制度の施行をにらんで先行実施されている。

自治体ホームヘルパー (常勤・非常勤・嘱託) の欠員不補充、自治体から社会福祉協議会及び

福祉公社への業務委託及び身分移管、また、介護支援センター等をもつホームヘルパーステーション等の民間への切り替えが全国的に発生している。パートヘルパー、登録ヘルパーの他にアルバイトヘルパー、ボランティアヘルパーとコストの切り詰めは、ホームヘルパーの身分の細分化となつて、しかも仕事内容も身分にあわせた部分的な従事とされている。ホームヘルパーの身分の分割化と仕事内容の細分化の同時進行は、効率的・効果的な運営という供給側の哲学で、要介護者が必要とする本質的な介護課題を置き去りにして進行している。

自治体や自治体関連で従事する公的ホームヘルパーの職場は、こういった動向の直接的な影響を受け各自治体が民間活動にのみ依拠し、公的ホームヘルパーの解雇及び民間への事業の丸投げも発生する事態となっている。

公的ホームヘルパーは、自治体の公的責任の明確化を求め、要介護高齢者とその世帯を支える役割をもたせた仕事と身分の保障を統一して追求することが重要課題と言える。

(2) 在宅要介護者の援助の中核的役割の推進

厚生省は、自治体の直営ホームヘルプ事業について以下のように述べている。

「市町村が直営で行なうサービスは、今後民間と同一の立場に立つこととなる。こういうなかで、自治体はサービス供給量の確保、サービス提供の安定性の確保、サービス提供の模範を示すことによる全体水準の引き上げ、民間事業者に対する発言権の確保等、実情に応じ直営で行なう必要性は様々である。」

歴史的な公的ホームヘルパー労働の到達点である「家事援助・介護・相談・助言・調整」を一貫した仕事として位置づかせ、制度的に発展を作り上げていく必要がある。

本来的なホームヘルプ事業の発展は、「寝たきり高齢者等の存在により発生する家事援助」「寝たきり高齢者等に対する介助」「寝たきり高齢者等の生活保障に対する医療機関等関連機関への

対応」をへて「地域での社会生活とのかかわり確保への支援」から「高齢者自身の文化的・人間性要求への具体策支援」等に発展すべき内容であったと言える。

介護保険制度は、介護はケアとし、それを越える「人間的な諸願望」は、自己責任による例えば民間介護保険の範疇及びボランティア領域とした。よりよいホームヘルプ事業を求める運動を継続発展させる課題が存在している。

高齢者が地域で生活し続けるためには、保健・医療・福祉を総合して提供していくシステムの創造をも各自治体毎に必要となり、トータルケアシステムを検討していく上で具体的な課題を挙げてみよう。

①特に在宅でのターミナルケアのシステム化が必要であり、かかりつけ医師制度は、「居住圏域でのかかりつけの医師（訪問診療）・訪問看護の継続性・要介護認定時の意見書記載・緊急医療体制の確保・死亡診断書がかける体制・癌等のモルヒネ等の麻薬剤使用の体制」の確保といったソフトな仕組みづくりを必要とする。

この体制確保を個人の病院・診療所としてできる範囲と地域の医師会が組織として負う範囲を検討し、訪問看護・訪問介護及び世帯変化等を吸収する教育及び相談機能を含めた連携の中で、各地域内に「在宅医療・福祉のターミナルケアネットワーク」をひく必要がある。

②痴呆性高齢者対応は、医療・保健・福祉にまたがる総合的なソフト機能も創設する必要がある。これは、痴呆高齢者を家族だけで支えるのは限界があり、地域社会が支える・家族を支える・痴呆高齢者の行動異常に対応する援助のシステム化を必要とする。

③脳血管障害の場合は、急性期治療・医療リハ・生活リハ・在宅及び通所リハ・在宅介護サービス支援を一貫して地域毎の社会資源の構築と利用の仕組みを創設する必要がある。

ある。最大限、心身機能の回復・維持・向上を進める体系化を創造し、世帯と高齢者の自立援助のわかりやすい仕組みを必要とする。

公的ホームヘルパーは、介護保険下のすべての供給組織と同列に位置するのではなく、求められている仕事の内容は老人福祉法のもとに作ってきたものであり、今後もこれに変化はない。さらに、地域高齢者の生活実態に対応した施策の創造の位置にいとる。

地域で生活を維持していくためには、想定される状況に合わせた多くの仕組みづくりが必要となる。公的ホームヘルパーは、これまでの業務のなかで調整機能等を通じて多くの実践とそのまとめを持っている。

介護保険制度の不備を改善する運動を大きく推進することが重要であり、要介護高齢者を地域で支える道でもある。

(3)ヘルパー労働の発展方向

厚生省は、これまで老人福祉法上の措置が「介護放棄・介護虐待」と説明してきたが、厚生省資料によると「意志能力が低く申請等を代わって行う家族もいない場合、サービスを利用することに消極的な場合、本人の素業に問題がありサービス事業者がサービスの提供を忌避するような場合」職権措置をするとあり、通常「孤立事例・サービス拒否事例・高齢者虐待事例・多問題事例・市場からの排斥事例・意志能力低下事例」等であり、接近困難及び援助困難ケース等は措置による援助を行うことになる。

同時に、介護保険法は、保険事故（要介護認定等）に該当した高齢者への給付であり、現行の老人福祉法での援助を受けている高齢者が「自立」と判断された者にも対応を図る必要がある。厚生省は、現在これは高齢者在宅生活支援事業で対応して欲しいと述べている。

介護保険制度は、保険料及び1割利用料の徴収があり、これが高齢者の生活そのものの悪化や困難性を持ち込むものともなり、高齢者の所

特集・社会保障の現局面をさぐる

得によるサービス利用の抑制等の発生する諸問題も老人福祉法上での役割を含め自治体の責任を果たさせることが必要となる。

また、老人福祉法は、その対象者をおおむね65歳としており、個人の特性により60歳から適用もしている。すると、介護保険法では年齢未到達（65歳未満）で特定疾病以外に介護施策の適用が必要な者は、老人福祉法で実施することになる。

行政の中に、介護保険法上の取り扱いだけでなく、経常的にこの老人福祉法の機能を残し維持することが重要である。

例えば、行政のホームヘルプ事業は、老人福祉法・身体障害者福祉法及び難病患者や精神疾患等とともに介護保険法上の訪問介護があり、行政の直接処遇機能は今後とも十分に維持する必要がある。特に、老人福祉法の基本的枠組みである職権措置の考え方から、世帯把握及び地域実態把握機能を推進する必要もあり、こういった視点からも、介護保険法上でのサービス事業者及び基準該当事業者等の指定問題と共に、事業も介護保険給付のみでなく保健福祉事業及び自治体単独事業も含めて検討していく必要がある、その体制を事前に十分確立することである。

従って、関係福祉職場は、介護保険法上での介護支援事業者等の指定を受けると同時に、また、介護保険制度運営全体のなかで、どういった任務と役割を負うかの内容を明らかにしていく。

介護保険の行政処分の一連の工程から、「申請受付－実態調査－認定審査会設置数とその事務局－ケアプラン作成及びセルフケアプランの受理」等の組織・人員体制の確保が必要となり、また、介護保険証の発行体制・再発行・転出入や行政不服審査・苦情処理の窓口等も関係してくることが予想されている。この過程での役割

を果たしていくことも重要である。

こういった状況の変化を踏まえ介護保険制度の施行に関連し、公的ホームヘルパーの業務範囲を「直接処遇」「実態調査」「ケアプランの作成」に拡大していく必要がある。

また、自治体によっては、ホームヘルパーの絶対数そのものに問題があるところも多くある。介護保険制度でのホームヘルパーは、「養成研修の修了者（何級かは未確定）」であり、この養成研修の講師等に位置づく対応が必要な場合もあると考えられる。

- ①直接処遇は、老人福祉法から介護保険法への制度的変化だけでなく高齢者・障害者・HIV・難病患者・精神疾患等を含めた対象者の領域拡大等とともに、労働の時間帯や労働内容にも変化が現れ、老人福祉法のなかで発展させてきたホームヘルパーの任務と役割、その労働の内容を多くの実践に基づいて整理・検討することが必要である。
 - ②介護保険制度の要介護認定に関する実態調査とともに、老人福祉法上での職権措置対応として地域実態把握機能を有する必要もあり、現行のホームヘルパー事業実施要綱・要領のなかに、介護保険法上での調査及び老人福祉法上での地域実態把握等を位置付ける必要がある。
- あわせて、実態調査機能は、対象者等に対するホームヘルパーのアセスメント能力の育成問題があり、行政に人材育成のための方策を講じさせる必要がある。
- ③ケアプラン作成は、公的ホームヘルパーが介護支援専門員の資格を取得した場合に対し、その役割を果たすために行政上の仕組みを作らせることが必要となる。

（自治労連社会福祉部会長）