

## 厚生労働省との懇談

( 敬称・略 )

日 時	2011年 10月7日 (金) 15:30~17:00
場 所	厚生労働省 1階 共用第2会議室 (中央合同庁舎5号館1階)
参加者	老健局 介護保険計画課 菅原係員 / 老健局 高齢者支援課 藤原係員 吉川係員 老健局 振興課 和井田係員 / 老健局 老人保健課 円谷係長 大島係員 21・老福連 幹事会 小野・介山・坂口・西岡・福澤・正森 (上杉代行) 細貝

## \* 概要 \* &lt;&lt; 懇談事項 &gt;&gt;

2011年・夏以降、当会が実施している要求署名「安心の介護と職員の待遇改善を実現するために 介護保険制度の抜本的改善を求める要望書」に基づき、以下のような概要で厚生労働省と懇談をおこなった。懇談・要請の基本的内容については、東日本大震災を受けて被災地における概況・状況(高齢者福祉)を冒頭に説明し、以後は署名項目と医行為に関する議題等で陳情をおこなった。

懇談内容 ( ◆ : 厚生労働省からの発言 ◇ : 老福連からの発言 ) ※ 概要

□司会 : 今日はお忙しい中時間を取っていただきましてありがとうございます。私ども21・老福連は、老人福祉施設・社会福祉法人を中心とした全国にある施設の当事者団体です。今日は要求署名に基づく要望の趣旨説明をおこなわせていただきたいと思います。それでは、簡単にではありますが、参加者の自己紹介をさせていただきますと思います。(※途中略)

本日お持ちした資料の中に、いま私どもがおこなっている署名用紙が入っているかと思いますが、この署名項目の1~6までを補完するものとしてリーフレットも持参しております。併せてご覧いただければと思います。

まずは、本署名の鑑文にも記載しているとおり、3月に起きた東日本大震災にかかわる点でまずは発言させていただき、順に要望項目に沿ってご説明したいと思います。

◇ : 今日震災のことについて4つの点からお話をしたいのですが、まずは福祉避難所のことからはじめます。私どもの施設は仙台市の宮城野区にあり、海岸から5.6キロのところのところに位置しています。施設には福田町地域包括支援センターが設置されているのですが、担当圏域の中には津波で被災した岡田や蒲生といったエリアも含まれており、壊滅的な被害が生じています。元々このエリアからもデイサービスやショートステイをご利用いただい

る高齢者がいらっしゃいましたので、震災が起きた日も、帰る家が失くなった方やご家族に連絡がつかなかった方などを私どもの施設にお泊りいただきました。その後、電気と水道が復旧したあとのことですが、宮城県と仙台市に連絡をとりまして「福祉避難所を開設したい」と申し出をおこない、行政からは「被災地に一番近い施設なので大変ありがたい」といわれ、開設の運びとなった経緯があります。すでに11日の時点で厚労省から災害救助法での福祉避難所開設という通達がなされ、最終的には介護保険での対応ということで緊急ショートステイの扱いになったかと思いますが、私どももそうした対応で実施しました。しかし、たとえば限度額を超えて利用された方や、食費や居住費の問題、そして認定を受けていない方の扱いに非常には苦慮することになりました。私どもの福祉避難所は3月19日から5月31日までの期間で開設をしましたが、その間30名の高齢者とご家族4名、合計34名が避難所におられました。その中でも認定を受けていない方は5名おられ、認知症と思われる方でも認定を受けていない方もいらっしゃいました。ご存知の通り、介護保険はケアプランを立ててはじめてサービス利用となる制度ですので、こうした場合に「ケアプランをどうするのか」といったことで現場は非常に混乱しておりました。また認定がおりても要支援は限度額が非常に低額ですし、費用負担の問題にしても、仙台市は遡って

全額支払いをしてきましたが、他の市町村では自己負担が発生したところもあると聞いています。被災した高齢者に自己負担を強いることは、こうした災害時には惨いことではないでしょうか。

今後こうした災害が起きたときに、どのように介護保険を適用していくのか、また、保険者は自治体ですから居住エリアによってこうした格差が生じること自体をどう考えるのか？これらの点を検討いただきたいと思います。

2点目ですが、福島・岩手・宮城の高齢者施設関係の被害状況がまだすべて明らかになっておらず、もしこの点について厚労省が情報をお持ちであれば教えていただきたいのですが、宮城県は38施設が全壊・半壊でした。亡くなった方が入所者301名、職員が99名、あわせて400名がなくなっています。もちろんこの数字には在宅系の中小の事業所などは含まれておりませんので実数としてはもっと大きなものになるかとは思いますが、施設関係ではそういう状況だと把握しています。そういった施設にまつわる意味での復旧・復興はなかなか大変で、実際に廃業する事業所もあると聞いています。私どものデイ（認知症）でも5名が「在宅では介護を続けることができない」ということで施設に移られました。震災を境にして家庭での対応をあきらめたという方も増えており、施設自体の数が非常に不足しています。

震災前は宮城県全体で1万2千人、仙台市だけで3300人の待機者がいたのですが、今はもっと増えていると思います。施設整備自体も急がれていますが、被災したところが海岸に位置しており場所を移らざるを得ない問題、そしてその際の土地代の問題、加えてこれまで持っていた負債の問題、そうしたことについても厚労省としてお力を貸していただくとありがたいと思っています。

もう一点、職員配置基準についてです。午後2時46分に地震が発生し、津波が到達した時間帯はそれぞれ地域によっても異なるでしょうが、これが夜であればもっと被害は大きかったといわれています。夜間帯はどうしても職員体制が少なくなります。3対1基準がありますが、夜間帯であれば24人に対して1人となっているので、そういった意味でこの問題をどう考えていくのか。実際に、この震災で津波が来たときに高齢者の車いすを押して避難していた職員は、お年寄りから「あなただけでも先に逃げなさい！」と言ってもらったにもかかわらず、「私はそういうことはできません」と言って、波に飲まれてしまった職員もいたと聞いており、こうした事実私たちに胸を痛くしています。もちろん近

隣・地域の方から応援をもらうなどの方法はあるかと思いますが、この件についても検討をお願いしたいと思います。

続いて仮設住宅の問題です。高齢者が仮設に入居となりましたので、私どもの施設でも週に一回茶話会を開いて、雑談をして介護予防の取り組みをしています。その中で出されている意見は、「現金収入を立たれているから年金だけに頼る生活になっている」ということが多く言われていました。たとえば、夏場であれば節約をしてシャワーだけにする。もう少し暑くなる前であれば2日に一度だけのシャワーにするなどして高熱水費を節約しているのです。これからの時期は東北では寒くなっていくので、入浴の際には湯船にお湯をはってゆっくりと温まってもらいたいと思うのですが、そうした現状に、たとえば消費税を上げる、復興財源として別に税を取るとなると、もっと節約を強いられるのではないかと思うのです。ですので、消費税を上げたり、復興財源を税でおこなうということについては絶対に止めていただきたいと思っています。以上、4つのことについてお願いいたします。

◆：介護保険料や利用料については、市町村の判断によって基準を満たす方であれば、免除・減免をするという国庫補助をおこなっています。先ほど県内で差があるといっておられましたが、国としては基準のみをたせば、被災にあった方、住宅で被害があった方については、国庫補助を市町村に申請してもらっているようにしています。その場面で市町村に何があったかはわかりませんが、利用者には自己負担とならないよう措置はしています。

◇：確かに全壊・半壊についてはそうした措置をしてくださっていることは知っていますが、一部損壊、たとえば津波が床上でも一部損壊とされ、半壊にならない方がいて、その辺の差は微妙です。

◆：そのあたりは確かに判断が難しいところだと思います。全部を国でみるというのも大変と言いますか難しいことですので、ある程度の線引きはさせてもらっているところです。

◇：災害救助法の適用についてですが、実際には災害救助法の適用ではなく、介護保険を適用しなさいという県からの指導・見解があったということですが、その辺りのことについてはいかがでしょうか？

◆：特措法を立て、特定被災区域については国から国庫補助ができるような措置を取っておこないました

が、そういう話ではなくてでしょうか？  
国としては、介護保険については、保険料や利用者の食費・居住費は基準を出して、被害があった方には、たとえば原発で被害を受けたエリアも同様に減免措置をしているところです。

◇：災害救助法が適用になった場合と介護保険でおこなった場合と、私どもも試算をおこないましたが、施設側としては結果的に介護保険の方でよかったのだと思っていますが、基準などの単価が低いのではないのでしょうか。10人に対して生活相談員が1名、そういった基準になっています。本当に必要な日常生活費や食費の単価そのものは、あの文面だけでは低いのではないかと考えています。国が言っているところの適用と言う条件に満たない方が要介護者の中にはいらして、それに対してどう考えているのかということをお聞かせいただきたいと思います。そして、各自治体での対応が異なるという事実があることを厚労省としてご認識いただければありがたいです。

◆：仕組みとしては介護保険法で、市町村の判断によって、震災等の被害にあった方は1割負担を減免できるという規定があり、今回は立法措置で、減免されて基準を満たしている方であれば国からの補助が出るという内容となっています。極端に言えば市町村の判断に任せるという内容になっているため、そこで少し対応の差が出ているのかというようにも思いますが。

◇：被害状況が広域なため自治体によって差が生じているということでしょうか？国からは市町村に対して、具体的にどういう運用・対処・対応をしているのかという集約や調査はなさっているのでしょうか。

◆：基準を出していますから解釈については聞かれますので、その返答はしています。

◇：被災地もかなり混乱していますし、それは被災地の行政でも同様でしょうから、被災した立場から言わせていただくと、現状としてはそのようにうまくいっているとは思えません。ぜひ現場の最前の部分をみていただければと思います。

◇：未曾有の震災で混乱しているところですから、ぜひ国も保険者や自治体の判断ということで任せるのではなく、バックアップをしていただきたいと思っています。最終的に弱い立場に立たされている高齢者に郵寄せが行くと思いますし、事業者も困難など

に輪をかけて困難になっていると思いますので、ぜひその辺りのことを国として把握をしていただきたいと思います。

◇：2つ目に発言した、被害施設の復興のための支援についてはいかがでしょうか？

◆：高齢者支援課で災害復旧については対応をしていますが、本日は担当者が同じ時間に陳情が入っておりまして、今日は私が代理で来ております。本日細かい内容をすぐに返答することはできませんが、後日でよろしければ資料等お渡しすることはできると思います。

◇：職員配置については、私どもの署名項目の5番目にもありますが、人員配置を増やす必要があるという部分についてはいかがですか？

◆：被災した際には夜勤の場合であれば人員が足りない、こうした災害が起きた場合、職員配置が今の基準のままであれば被害が今よりもひどくなる可能性が大きいことはこちらも認識していますが、人員配置につきましては、配置することによって費用をどうするのかといった問題もありますし、実際、災害に対して対応できるほどの人員を通常時から置くという意味では、現段階ではなかなか難しいのではないかと思います。基準を増やしてとなるといろいろと問題があるかと思っておりますので、慎重に検討する必要がありますかと思っております。ですので、現段階では、災害時に限らず介護職員の配置基準引き上げについては、引き上げをするということにははっきりとは言えないような状況です。お聞きした状況については意見として受けさせていただきます。

◇：せめて夜間帯、もう少し人員を増やして二人体制にできないかということについてはぜひとも検討をお願いしたいと思います。

◇：ご存知の通り小規模の事業所も増えておりまして、グループホームでも大きな火事が起きた際などは、「もう少し早く避難できたのではないか」という指摘もありました。しかし、ワンフロアに一人での夜勤体制と言うことの危険性をあらためて考えていただいて、せめてもう一人の配置をお考えいただければと思います。

□司会：続きまして、被災地からの4点目の発言に消費税の話が出てきましたが、これは介護保険制度でも同じことが言えると思うのですが、社会福祉・社会保障などの機能を発揮させる上では消費税では

逆進性も強く、被災者にとっても減免することができず負担として重く押し掛かってくるような中身ではないかと思うのです。その辺りについてのお考えをお聞かせいただければと思います。

◆：社会保障と税の一体改革という成案が出されたのですが、その中では「国民が広く受益する社会保障の費用は、あらゆる世代が公平に分ち合うという観点から、社会保障給付に要する公費負担は消費税収入から出してもらう」ということになるのかと思うのですが、ただ逆進性という面もありますので、低所得者の方には配慮にはなっていないという面はあると思います。

消費税についてはもちろん社会保障だけではなく、あらゆることに使うお金になると思いますので、震災や復興があったことで、当然お金が足りないということがあります。どこからそのお金を出すのかという問題については、財源を捻り出すための施策を進めてはいるのですが、消費税からも足してもらうという側面もあるのかと考えています。

◇：税の中にはいろんな税金があるのですが、その中でも消費税にするというのが相応しくないのではないかと思っているのですが、この点についてはどうでしょうか？

◆：これについては厚生労働省が独自に「これでいこう」という判断を下したわけではありませんが、社会保障については広く受けるものとなりますので、消費税には逆進性といった面はありますが、国民のみなさまに平等に負担していただいているものですから、そういった意味合いからなのかと思っています。

◇：公平・平等を優先して、それによって格差が広がったり、所得の再分配機能が弱まったりすることについては止むを得ないということなのでしょうか？

◆：低所得者対策はまた別にする必要はあると思いますが、実際、具体的に消費税をあげた際にこのような低所得対策があるということについては現時点ではわかりません。しかし、消費税から財源を見込むといった観点は先ほど申し上げた点からだと思います。

この問題については厚労省だけの話ではなく、総務省や財務省なども絡んでくる話ですので・・・。

◇：厚労省だからこそ、そういう方法はやめてもらえないかという意見を各省にも出していただきたい

と思うのですが。

◆：その辺りにつきまして、正直、厚労省がどういう意見を出したかについて、私は把握をしていなかったのですが、そういう議論はされているのだと思うのです。その議論を踏まえた結果として出たことではないかと思うのですが・・・。

◇：それでは時間もあまりありませんので、署名項目の説明に入っていきたいと思います。

まず1番からですが、軽度者の方の予防給付や生活援助などの部分を総合事業に割り振りをするということになった件についてです。この中では地域支援事業の中に位置づけるということですが、地域支援事業の財源は介護保険給付の3%が上限という縛りがありますし、実際にはその数字では不可能ではないかと言う不安と混乱もすでに現場からはあがっています。

◇：厚労省は昔の厚生省の時代からずっと在宅と言うことに重点が置かれていて、そして医療の問題がいつも背景にはあったように思うのですが、今回の介護保険制度の改定でも医療との関係が強く出ているように思います。

今度の改定では、介護予防・日常生活支援総合事業が創設されることになっていますが、これは保険者の選択で、介護予防でおこなうのか、それとも新しい事業でおこなうのか、いま事務局長がいわれた地域支援事業でいえば、この辺りの3%がどうなっていくのかという問題もあると思いますし、本当に介護給付の中でやれるのかということも疑問に感じています。

また、医療的な看護や医療に重きが置かれていて、生活と言うことが自己責任のように扱われているようにも感じています。実際には在宅では生活自体をしっかり支えることで、継続ができるという部分も多くありますので、こここのところにこそ費用をきっちりかけると在宅生活の継続が可能になるのではないのでしょうか。

また、介護保険サービスの適用を除外していくような方向も審議会の議論として出されていて、自助・互助・共助を駆使して、地域のボランティアなどを活用・展開することも言われていますが、本当にそれである一定の質が担保できるのかどうか、かえって将来的には問題が複雑になっていくのではないかという危惧もいただいています。

特にそういう層の方たちは、給付を見てもそうですが、生活ニーズの高い人たちの割合が多く、これが高齢化とともに増えてくるわけですから、その辺り

の部分介護保険ではできないのであれば、老人福祉法の事業でしっかりとやっていかなければ、非常に落ちこぼれていく部分が増えてしまうのではないかと思います。

特にたまゆらの問題も一つのきっかけではありますが、あまり所得の低い、年金の給付の低い層、特にこれからは女性の高齢者も増えていくわけですから、その方たちの年金給付は国民基礎年金のレベルで満額に給付されても7万にもならない金額です。生活保護で補っていくということでも対応しきれない部分もあるでしょうし、この辺りの議論が聞こえてきませんので、老人福祉法の適用と言う問題はもっと柔軟におこなっていく必要があるのではないのでしょうか？

◇：補足として、長野県の飯田市や松本市の状況をお伝えしておきたいと思います。22年度の話ですが、飯田市で「地域支援事業であとどのくらい使えますか？」と聞きましたら、「1億4千万くらい」との回答で、現在1.4%くらいを使っている状況です。松本の場合にはすでに2.3%くらいを使っており、もう残り僅かしかないという話でした。2つの自治体をみても、あと僅かしかないわけです。飯田市の場合でも、私も具体的に試算をしてみました。1億4千万では何か事業ができるという状況ではないのです。そうしてみると、基本的な考えとして、介護度3・4・5にシフト化して、「あとはもうしょうがないね」と言っているような意味にしか取れないのです。それ以外は財源もなく、選択の余地もない。立場上なかなか言いにくいとは思いますが、その点について少し考えをお聞かせいただければと思います。

◆：（※冒頭の返答は聞き取れず）日常生活総合支援事業については、もちろん市町村の選択にはよりますが、予防と非該当を行き来している高齢者が多く、今のままの制度であれば非該当になれば抜け落ちてしまうという面もありましたので、あらたな事業で地域包括支援センターが望ましいサービスを判断し、使いやすいサービスにしようということ中考案されたものですので、決して中重度の方ばかりに重きを置いてつくられたわけではないと思うのです。それと3%の上限と言うことについては、直接この部分の担当がここにはいないものですから正確なお伝えできないのですが、上限に達しているところは少ないと聞いていますので、上限の金額まで使えばおこなえるのではないのかということも含めて、やれる・やれないということ併せて検討しているところ。現状としては上限に達してい

るところの数は少ないと認識しております。

◇：ということは、3%に達していないところが多いので、残りの中で厚労省は何かサービスができるという考え方なのでしょうか？

◆：いえ、そういう意味ではないのですが。

◇：先ほど説明したのは、3%に達していないけれども、その余力はほとんどないに等しいということが趣旨で、今後予防給付が増えてくることが予想される中で、果たしてこの上限でできるのかどうかという意味だったのですが、これについてはいかがですか？

◆：現状としてそうなっているということしか把握はしていないのですが。

◇：この3%の中には地域包括支援センターの運営費も入っていますよね。今後、この地域包括ケアシステムを大きく動かして、2025年までには報告書にあるような中身を、厚労省としては達成しようとしていると思うのですが、自治体をみても「地域包括支援センターを中学校区に一つ」という整備はまだ進んでいないですよ。本当に地域包括ケアシステムを推進しようとしているのであれば、地域包括支援センターの整備もそれぞれの自治体が強力に進めていかなければならないでしょうし、そうすると、そういった費用も含めて、さらに、予防の人たちも入れて地域支援事業をおこなおうとするのは相当難しいことではないのでしょうか。当然そこには介護保険領域で考えている以外の生活領域・福祉領域の問題もあるかと思いますので、介護保険一本でやっていこうとすることが土台難しいのではないのかと思うのですが。

また、東京の自治体の人たちと話をしても、この3%の地域支援事業については大変使いづらいという話をよく聞きますし、本当にこのシステムを推進するのであれば、そもそもここを見直すことが必要なのではないのでしょうか。やはり老人福祉法という制度があるわけですから、これをもっとうまく活用することもお考えいただいたらどうかと思うのです。そうでなければ、一体何の根拠で地域包括支援センターの三職種が動くかというところの根拠自体もなくなってしまうのではないのか、動きづらくなってしまっているのではないのかとも思うのです。

また、実態として福祉事務所機能はなくなっていますから、老人福祉法の措置的なものが施設入所のところしか、たとえば路上生活者の措置くらいしか残っておりませんし、生活全体を見るような機能はほ

ばないと思うのです。この問題は今後ますます深刻になっていくと思うのですが、その辺りを厚労省としてどう実態を掴んでいるのか、どのようにお考えなのかということが非常に気になっています。

□司会：それでは予定の時間よりも大分過ぎておりますので、署名項目の5番に移っていきたくと思います。介護職員処遇改善交付金が創設されて現場では幾分改善されたといわれておりますが、まだまだ民主党が掲げていた4万円には達しておりませんし、私たちの業界の職員さんたちの労働条件は依然厳しい状況にあります。良心的な職員さんの中には日々がんばりながらも、「自分たちの給料が上がってしまうとそれが保険料や利用料に跳ね返って、結局高齢者が困るのも気の毒」と、安い給料なのにまだ遠慮しながら働いているという若い人たちも多くいます。今回、この介護職員処遇改善交付金が介護保険の財源の中に組み込まれるのか、それとも一般財源の中からなのか、私どももこのことは大変注目をしています。この間の統計でも、サービス種別によっては経営改善になったというようなデータも出されておりましたが、このテーマで少しお伺いしたいと思います。

◇：財源の問題はもちろんあるでしょうが、厚労省として介護職員処遇改善交付金の措置について、次年度以降も引き続きおこなっていくのかどうかという点をまずはお聞きしたいと思います。併せて、私たちの職種というのは他業種と比べて年収が平均で3分の2ほどしかなく、そうした条件の中で4K・5Kと言われるような仕事を日々おこなっています。中には、「高齢者介護をやりたい」という強い志を持って入職してきた方々が、実際に働いて「これでは生活がしていけない」と徐々に離職していくということも依然続いています。この交付金の制度は今後も続けてもらいたくはありますが、しかし、これが介護報酬の中に組み込まれてしまうと、一割の自己負担の問題が生じ、お金の問題ですからご利用者との間でも亀裂が生じかねないと思っています。ですので、単にこの制度を廃止して、介護報酬の引き上げとするような措置ではなく、ぜひ別枠で公費の負担をおこなって続けて欲しいとお願ひしたいと思います。

◆：交付金についてですが、ご存知のようにこの制度は21年度の10月から始まり、同じく21年度に介護報酬の改定がおこなわれて、これまでより2万4千円ほどの賃金の改善効果が出ているところ

です。今後も職員の処遇改善についてはおこなっていく必要があると考えていますし、効果を維持することは重要ですが、いま現在のところでは、半数の交付金の支給が一時金によるものとなっており、継続性が弱い点などを踏まえて、方策を検討する必要があります。現行の介護職員処遇改善交付金については23年度の末で終了してしまいますので、24年度以降具体的に処遇改善をおこなっていくかについては、予算の編成がありますのでその検討過程で考えていきたいと思っております。具体的にどうしていくかにつきましては、交付金による交付もありますし、報酬に入れてあげる方法もありますし、いろんなメリット・デメリットが考えられますので、正にいまその点について検討を重ねているところです。介護報酬を使っておこなう場合については、保険料に跳ね返ってしまうということもありますし、まずは事業所に入のお金となってしまうので、直接職員さんの手元に届かないということも考えられますので、それを確実に職員の給与や賃金改善にあたるような方策になるように検討しているところで、今後介護保険部会等でその辺りを検討するかと思います。

□司会：厚労省自体はどのようにしたいとお考えなのでしょうが？

◆：処遇改善をする必要はもちろんあると思っておりますが、財源がやはりどうしても足りない部分がありますので、すべて交付金でみるというのも難しいかなと思います。方法としては、私がいま「こうです！」というような内容でお伝えすることができませんが……。現在、有識者等をお呼びして部会などで話し合われて、一番いい方法でおこないたいと思っておりますので。

□司会：この問題にはいろんな議論があるかと思うのですが、当初は処遇改善をおこなうための額が足りないので交付金を設けるという考えではじまったと記憶しています。当時、厚労省が「足りない」という認識をして交付金をはじめたわけですから、今後も足りるように運営をしていく介護保険制度にしていく必要があるのではないかとということがまず一点。そうした意味では、ただ交付金を続けるということではなく、介護保険という一つの箱の中で責任を持って充足できる仕組みをつくっていくことが必要ではないかと思うのです。

反対に、介護保険では足りないというのであれば、制度内ではやりくりできないものだったということも認めて、今後は税と一体改革という形でおこなうということを行わなければならないのではない

かと思うのですが。

本当に大事なことは、現場職員さんの給料を上げられる財源が、一時的にではなく、将来も展望できるようなものとして続けていくことだと思いますので、厚労省としてその部分を指し示していただければありがたいと思っています。

それと、今回の署名項目の内容には入れておりませんが、現場の処遇改善のところで医行為にかかわることについての発言を、今日はせっかく若い職員も参加をしておりますので発言させていただきたいと思っています。

◇：医行為の研修のことですが、当初14時間の設定で研修が組まれていたと思うのですが、最近になって50時間の研修と言うことで内容が変わりましたよね？それが提案なのか決定事項なのかはまだわかりませんが、研修内容についても少し幅が広がったようにも思いますし、指導看護師の研修時間も増えたと記憶しています。現場の中では研修に送ることが難しいという声はすでに厚労省にも届いていたかと思うのですが、来年度まであと半年しかない中、その中で敢えて方向性を広げていくということにより現場に混乱を招いていると思いますし、無理に近いのではないかと感じています。

当初、介護職が一部の医行為をはじめるということにはあたっては、介護職と看護職の連携ということが基本にあったと思います。今日の冒頭で配置基準をあげるの難しいというお答えがありましたが、医行為をおこなうにあたっては看護職員の数が増えなければ実際難しいのではないかと考えています。この問題について厚労省がどのようにお考えかを教えていただきたいと思っています。

◇：広域連合傘下の特殊な地域で12の施設が集う会合があり、その会長をしておりますが、この医行為の14時間の研修の話が出た時点ですでに「やれない」という意見が多く出されたのです。今度の50時間の研修についてはすでに決まった内容かとは思いますが、どういうふうにすればできるのか…これについて率直に教えて欲しいと思います。

◆：今日はあらかじめこのような話が出されるという予定では聞いておりませんでしたので、本日はこのことについて明確なお答えはできませんが、これについては持ち帰って返答をさせていただきたいと思っています。

◇：少し私の施設の話を見せてもらいますが、研修をおこなうためにうちの看護師さんに監修してもらって、厚労省から出されている医行為に関する学習

資料やQ&A集などをダウンロードして冊子にしたらこのような厚さの資料になったのです。(※厚さ1.5～2cmの分厚い冊子を持参)

この内容を教えるために看護師さんは一生懸命準備をしております、そのための超勤手当も出さなくてはなりませんし、研修を受ける職員さんたちの手当も出さなくてはなりません。職員が次々入れ替われば、またその度に教えなくてはならず、これを受けなくては夜勤にすら入ることができませんから、新人さんを一人前にするための時間がすごく長くなるのです。

こうしたことを一つひとつの施設が地道に取り組んでいて、しかも報酬単価も何も上がらない中で続けていかなければならない。こうした実態はぜひ厚労省の方にも実際に知っていただきたいと思います。本当に現場は大混乱になっています。こうした混乱を招いてまで医行為の一部を介護職員がおこなう必要があるのか…？率直に現場に看護師の配置を増やしたら済む問題ではないかとも思うのですが、こうした実態を厚労省の方にも知っていただきたいと思いますので発言をさせていただきました。

□司会：それではすでに時間を超過しておりますので、4番目の項目に移っていききたいと思います。

◇：金沢市が自治体の事業計画をつくるということで、来年度からの事業計画策定に向けて市民フォーラムを9月に開催したのですが、開催の周知もあまりされないまま、私たちの施設にも法人に一通だけ案内が届き、地域の方などは新聞広告で見たという程度で、どこでいつ開催されるのかがわからない状態で準備がおこなわれていました。

そこに参加された地域の方は、「国は在宅・在宅と言うけれども『最後はここに行ったら大丈夫だ』という施設があるからこそ安心して地域で過ごせる」とおっしゃっていました。同じように参加された数人からも「在宅だけで24時間最後までと言われても安心できない」という感想が聞かれました。

うちの特養でも待機者の方は本当に減らないんですね。待機している間にお亡くなりになって、「申込をしましたが亡くなりました」と連絡が来るのです。いま困っているという状況があるからこそ申込に来られたはずなのに、そして、その困っている方のための介護保険制度だと思うのですが、実態はなかなか厳しいですし、そうした意味でも特養の緊急整備については喫緊の課題ではないかと思っています。特養の申込に来られたご家族が、施設の相談員に「そんなにたくさん待っているんですね。でしたら、もうあなたの顔も見ることはないですね」と言われたことがあり、非常に落ち込んだということもあり



ました。何ヶ月・何年待ったら入れるということもご家族にまったくお答えすることのできない現実、こうした実態を厚労省はどのように掴んでおられるのかお聞きしたいと思います。

また、来年度からの改定で出されているサービス付高齢者住宅、これについて本当に24時間・365日、輪切りでなく切れ目のないサービスが可能なのか、そこが不透明で非常に不安に感じています。

最近、新聞広告のチラシで不動産会社などからの案内も多く入ってきますが、有料老人ホームではなく「シニア向け住宅」と銘打った折込が非常に増えています。広告の下の方に「介護相談窓口もあるので介護保険も使えます」と小さな文字で書かれているのですが、お金を持っているお年寄りほどだけでも多くのお金を使って住まいを確保することができるでしょうが、うちの特養でも入居されている方の3分の2が減免を受けておられますし、国民年金しかもらっていない方々がサービス付高齢者住宅に入れるのかといえば、金額の時点ですでに無理なのではないかと思うのです。この辺りの金額の問題を含めて、お年寄りがどんどん喰いものにされている現状といえますか、介護というものがどんどん商品化されている、こうした現状を厚労省ではどのようにお考えになっているのかお伺いできればと思います。

◇：サービス付高齢者住宅については、自治体の職員に話を聞いても、「特養であれば住所地特例があるが、サービス付高齢者住宅の場合はそれがなくて、自分の街に多く参入してきて在宅サービスを使いはじめたら大変なことになるのではないかと」という話もされていました。また、昨今では寝たきりの人だけを抱え込んで住居にするような高齢者向けの悪質な住宅などもありますし、これについては非常にリスクな制度ではないかと思っているのですが、こうした点についてお答えいただければと思います。

◆：これについては担当が全国会議をおこなっておりましたので、代理でメモを読み上げる形になりますが代読をさせていただきます。私自身も事業の内容を把握しておりませんので申し訳ございません。

高齢者の生活や人権を守るための法的規制についての答えですが、高齢者が安心して暮らすことができるよう、サービス高齢者向け住宅の登録制度では、入所者保護の観点から登録要件や登録事業者に対する遵守義務を設定するとともに、登録主体であると都道府県知事による監督処分について定めているところでもあります。具体的には、竣工前の家賃等

の前払い金の徴収禁止、権利金・礼金の受領禁止、家賃等の前払い金を受領する場合の根拠や返還ルール of 明確化や保全措置の実施などを登録要件にすることによって、退去時の前払い金の返還問題によって高齢者が困ることがないようにする他、入居者の長期入院を理由とした事業所からの一方的解除も禁止しています。また、登録時業者の遵守義務として、誇大広告の禁止、登録事項の公示、入居契約締結前の登録事項説明などを義務付ける。具体的に提供されるサービス内容は入居者に事前に示されるほか、入居契約どおりのサービス提供も義務付け、入居者の保護をはかっているところでもあります。さらに、登録事業者が登録基準や遵守義務に違反する場合に備えて、都道府県知事による報告徴収や立入検査、是正指示、登録取り消しと言った監督処分についても定めているところです。このほか、登録を受けた有料老人ホームについては、高齢者住まい法に基づく指示や登録取り消しのみならず、老人福祉法に基づき、都道府県知事が改善命令をおこなうことも可能である。これらの制度を背景として、登録住宅において悪質な業者等を排除し、高齢者の保護をはかってまいりたいという回答を預かってきております。

◇：有料老人ホームは老人福祉法の制度でおこなうということはわかるのですが、それ以外のあらたな住まい法に基づくサービス付きの住宅の場合は、いわゆる住まい法の部分となり、老人福祉法の関与はないという理解でいいのでしょうか。

◆：私は代理で来ている立場上、何も把握していないものですから…。

◇：前のコムスの時もそうですけども、いわゆる事後規制が中心になってくると、被害を受けてから是正されるということになるわけですし、被害を受けるのは高齢者なわけで、資産もあまりない、もしくは資産を使い果たしてそこに入所しているというケースも多いと思うのです。老人福祉法の適用がある場合だとまだいいのですが、そうでない住宅のケースでは、事業者自身がトラブルを起こしたときなどに撤退と言う問題が起きたりして、そういったことについて国や自治体が関与できないのではないかと、それを高齢者が当事者として問題解決をはかれといわれても大変なことだなと感じています。その辺りの部分が充分でないように思っています。あとは、値段が高いですね。これからもっと安いところも出てくるのかもしれませんが、東京などですと介護保険を使わなくても20万を超えるような、それくらいの費用が月額設定になっています。



ご自分の自宅を売ってその資金で入居するという方法であれば使えるでしょうが、この金額では非常に厳しいのではないかと思います。支払えない人たちの場合は「たまゆら」しかないのか…。高齢者のかなりの部分を占めている所得の低い方たちのことをどのように考えていくのか、費用自体の問題にしてもそうした視点が欠落しているのではないかと危惧しています。

◆：申し訳ありません。代理で来ておりますので発言できることが何もなくて…すみません。

◇：すみませんが、前半部分の意見について、何かメモがあるのであれば代読いただけませんか？

◆：特養のことにつきましては、国としましては平成21年度の補正予算におきまして、各地域において将来必要になってくる介護施設や地域の介護拠点を緊急に整備するために、各都道府県に基金を設置したところです。この基金の中に地域密着型の特別養護老人ホームや認知症高齢者グループホーム等の助成単価の大幅な引き上げを実施しております。たとえば小規模の特養で言えば、従来の補助単価は1床あたり200万の交付金で補助していたところ、21年度当時設置した基金で350万円という補助をおこなったところです。また、先日補正で単価アップを図っておりまして、350万を400万に引き上げたところでございます。ほか、施設の円滑な開所に資するため、開設準備経費の補助の創設もおこなっており、これらのことも含め平成21～23年度の3年間で16万人分を目標に介護基盤の緊急整備をいま現在にかけているところでございます。

◇：今のお話をお聞きしても、小規模多機能や地域密着型の特養など、いわゆる特別養護老人ホームではない形でしか今後の方向性がないということも感じたのですが、小規模多機能などの制度ができて、それがなかなか転がらない背景には、私どもは建てる時ももちろん大変なのですが、運営してペイしていかなくてはならないということがあります。こうしたことが事業者が二の足を踏む要因になっているのではないかと思います。このような点を改善していけばもう少し事業も増えていくのではないかと思います。本論を外れたことですので感じたこととして発言させていただきました。

□司会：それでは最後に2番と3番の項目に移っていききたいと思います。  
この間、保険料などが改定のたびに上がっていき、

食費・居住費も必要になり利用者の負担は膨れあがる一方となっていますが、私どもとしては、すでに高齢者が安心して利用できるレベルを超えた金額になっているのではないかと認識しています。このまま続いていけば、たとえば税との一体改革でおこなうと言っている、負担割合自体を変えていかなければ、国民は負担だけが相当膨れ上がっていくのではないかと思います。

おそらく国も限界だと感じていて、だからこそ埋蔵金を使ってこれ以上使わないように工夫を…という話になっているのではないかと思います。この今の負担割合の仕組みがある以上、負担は増えざるを得ない、あるいは給付は減らさざるを得ないのではないかと思います。厚労省としてはそうした認識はありませんか？という質問が一点です。

もう一つは、要介護認定という制度について、これはサービスの上限を決めるための仕組みでしかなく、私たちとしては廃止すべきではないかという認識です。これについては「介護保険の根幹部分でもあるためなくすことはできない」といった回答もいただいておりますが、私たちは不要だと思っています。

それと、この要介護認定については、最初のころには認定にかかる費用がどれくらいというデータが出ていましたが、最近はこのことに要する費用はほとんど明らかになっていません。これについてはどのくらいかかっているのか、調べているのか調べていないのか、これらについてお答えいただきたいと思っています。

◆：まず公費負担の割合についてですが、引き上げについては、介護保険制度が社会保険制度であることを踏まえて、主たる財源は保険料で賄うべきだと考えております。また、他の社会保険制度との均衡や国・地方の厳しい財政状況を考えた場合、負担の割合を引き上げることは率直に検討する必要があるのかなと考えております。

また、今後とも高齢化の進展によって介護給付費の増大が見込まれてしまうので、将来に渡って介護保険制度の持続可能性を確保していくためには、国民のみなさまの合意を得ながら、給付の効率化や重点化に取り組んで保険料や公費などによる財源の確保について議論が必要かと考えております。負担の引き上げについては以上です。

◆：それでは続いて二点目についてですが、要介護認定というのはおっしゃる通り制度の根幹をなすものなのでございまして、仮に廃止をしたとなると全国一律の基準がなくなってしまう、そういった状況に陥ってしまいます。そうすると、たとえば場合によっ

てはサービスを無制限に利用するというようなことも考えられますので、要介護認定の制度を廃止すること自体は考えられないと思っております。

あと、認定にかかる費用についてですが、いま現在主治医意見書や認定調査、審査会にかかる費用というのが具体的にどうしても全国一律ではありませんので、いま現在全国でどれくらい費用がかかっているかということは算出が難しい状況かと思われまます。おそらくこのパンフレット書いてあります500億円という数字も、要介護認定は年間500万件発生しておりますので、おおよそ1件あたり1万円、だいたいこれくらいの費用になるかと思うので、そこから出された数字ではないかと思います。しかし、現状としては幾らかかっているかについては把握しておりません。ただ、要介護認定にかかる事務が年々申請件数も増えているということもありますので、事務負担の軽減と言う意味で今年度4月1日から有効期間を一部の区分において延長などもしております、今年度も事務軽減の拡充・研究などもしているところですので、介護認定にかかる費用の抑制は考えているところです。

- 司会：要介護認定の費用がどれくらいかかっているかということについては国民の知る権利もありますし公表すべきではないかという意見として受け止めていただきたいと思います。
- それから、仮に廃止をして全国一律の基準がなくなってしまうと、サービスを無制限に使うという話がありましたが、今日の冒頭に話をした予防給付から総合事業に移行するという件については、これはまさに全国バラバラのサービスにしていくことを推奨したわけですから、ここには大きな矛盾があるのではないかと思います。
- もし一律の基準を求めるのであれば、総合事業についても最低限これくらいのことが必要であるという全国一律の縛りをかけておかなければならないのではないのでしょうか。たとえば事業をおこなうためにこういった条件が必要であるとか、そのための財源はどのようにしなさいとか、職員の最低人員はこのくらいが必要であるとか、そういったナショナルミニマムを総合事業の中にもつけるべきではないか、そうでなければ今の話との整合性がつかないのではないかと思います。

- ◇：いつの介護保険部会でしたか、この件が議論になった時に、仮に要介護認定がなくなったとしても10年間制度を続けている中で、いわゆる介護給付の部分たとえば100%とか80%になっているわけではなくて、相変わらず40~50%のところまで推移しているわけですから、ケアマネジャーの

プランさえしっかりしていれば、先ほどのご心配のようなことはないのではないかとということが話されたことがありました。

また、平成18年の改定の際、適正化の流れの中で、コンピューターでケアプランの適正・不適正のようなチェックができるというような話が一時期ありましたが、尋常ではない給付額の大きなケアプランなどを、保険者である自治体がチェックできるようにしておけば、先ほどのような心配はないのではないかと思います。そうすれば、かえって認定にかかる経費をもっと別のところに振分けることができるということが部会の意見でも出されていたと記憶しています。

これについては、昔から委員をされている方がすごい剣幕で罵倒するように批判を述べていたことを議事録で読みましたが、その辺りにこだわりすぎているのではないかと、10年も続けているのですからそろそろ見直すべき時期に来ているのではないかと思います。

また、先ほど費用については把握していないという回答をしておられましたが、それこそ500億円という費用があるのですから、そのお金があれば厚労省としてもより有効に使えるのではないかという気がしています。私自身も認定審査会に入っておりますが、現場で直接利用者に接して認定を下しているわけではありませんし、意見書も医師によっては相変わらず充分書き込まれていない中で判断せざるを得ないということもありますし、抜本的に見直すほうがお金の効率的で有効な使い方になるのではないかと思います。

- 司会：当初は40分という予定でしたのに長々と聞いていただいて本当に申し訳ございません。今日はここに書いていないこともたくさん述べてしまいましたがありがとうございました。この署名が集まりましたらまた12月には届けに参りますので、よろしく願いいたします。

以上