

私は大阪府吹田市にあり、社会福祉法人こばと会で法人の事務局長をしております。正森克也と申します。こばと会は、法人設立 45 年をむかえ、吹田市で保育園を 3 園、特別養護老人ホーム、高齢者グループホーム、サービス付き高齢者住宅など、主に児童と高齢者福祉を行っています。本日は随行者として、当法人が運営します、特別養護老人ホームいのこの里の山本智光施設長、同じく、いのこの里ホームヘルプステーションでサービス提供責任者を担っています、久保田真理子さんに、付き添っていただきながら、陳述させていただきます。よろしくお願いいたします。

ヘルパー、デイサービスの予防給付の廃止

まず、要支援 1・2 の方の「予防給付」とりわけ、生活援助を中心とする介護予防訪問介護と、介護予防通所介護（デイサービス）を、市町村がとりくむ「地域支援事業」に移行するという件について、意見を申し上げます。

予防給付は、要介護になることを「予防」していくために必要な「給付」として創設されたものですが、私は、新制度に移行することで、この「予防」の効果がどうなるか？について、大変強い懸念を持っております。

私たちが行っている、ホームヘルプ、生活援助の対象者は、独居の方も多く、注意深い観察を要する方々です。例えば、独居の方で、食事がまともに摂れず痩せてきていることや、着替えや入浴ができていないことの気づき、正確に薬が飲めているか、とか、同じものをたくさん買い込んでいないか？等、「軽度な物忘れがあっても日常生活におおむね支障のない状態」から「適切に支援を行わなければ生活に支障を伴う恐れのある状態」の見極めは、生活状態を注意深く観察する目と見極める力が必要です。これらに、「いち早く気づくこと」として「必要な専門機関につなぐこと」さらに、「そこで整理された情報を提供する」ことの中で、その方の急激な身体上、精神上の悪化を「予防」してきた事例はたくさんあります。

法案についての、厚生労働省の説明資料では、「必要な方には、これまでどおり専門家によるサービスがうけられる」というような内容がありますが、大切なのは、「そのサービスが必要な方であるかどうかの初動の見極め」こそが「予防」のために重要である、ということです。

在宅の高齢者は、認知症や病気を抱えていて、毎日のように、誰かに何らかの異変や問題が発生しており、私たち専門家は、その都度対応のため、地域を駆け巡っています。要支援のみなさんは、本当にぎりぎりの不安定な状態で、在宅生活を何とか維持されている方々なのです。もし、こうした変化に気づけない、あるいは、初動が遅れば、その方々の多くは重症化し、たちまち要介護状態になってしまうのではないかと、心配しております。

今回の「事業」移行の提案については、拙速に移行してしまうのではなく、私たち現場の専門家も納得できる「予防」効果の検証が、最低限必要であると思います。

特別養護老人ホーム入所要件を要介護 3 以上に限定

次に、特別養護老人ホームの入居要件を原則要介護 3 以上に引き上げる件について意見を申し上げます。

特別養護老人ホームの入居者をより、重度の方に特化することが狙いだと思っておりますが、今でも十分にその狙いは達成できているのではないのでしょうか？一つには、特別養護老人ホームの入所判定審査の指針により、重度の方が優先的に選ばれるしくみがつくられていること。もう一つは、介護報酬に格差をつけ、施設としても要介護度の高い方を入居していただかないと経営が成り立たない報酬設定になっていることです。私どもの施設でも、平均要介護度は 4.1 となっています。あえて、要介護 3 以下の人を切り捨てる必要はないのではないのでしょうか？

特別養護老人ホームは、介護保険制度で運用されていますが、一方で老人福祉法に基づく、生活施設としての役割があります。特別養護老人ホームの機能は介護だけでなく、見守りや相談・助言、バランスのよい食事提供や住まいを提供することも含む、総合的な生活を支える機能です。介護保険制度のもとで運用される中で、こうした老人福祉法上の役割が機能していないという問題意識を私はもっています。

虐待や認知症など、必要と認められるケースについては、要介護1、2でも入居ができるとも言われています。しかし、申し込みがまずあって、特別養護老人ホームの相談員が面接や事情をお聞きする中で、そうしたケースは特別養護老人ホームの対象者として認知されるのですから、申し込みがもともと出来なくなれば、その発見すらできなくなります。

申し込むことそのものに、費用は発生するわけではありませんので、要介護1からの申し込みは継続でよいと考えます。

一定所得のある方の利用料を2割に

続けて、一定所得のある方について2割負担にするという件について意見を申し上げます。

今回の2割負担の対象者は、年収280万円と聞いています。「一定所得のある方」のレベルがあまりにも低いというのが、私の印象です。

私どもの参加している、21世紀・老人福祉の向上をめざす施設連絡会(略称 21・老福連)で、昨年秋に、全国の老人福祉施設の施設長さんに対してアンケートを行いました。(お手元に資料として提出しております。)P.8に、保険料・利用料についてお聞きした内容が載っています。「負担によってサービス利用を制限されている方がおられますか?」との問いに、沢山いる12%、少ないが51%と回答が出ています。合わせて60%を超える施設から、現状の負担でさえ、サービスの利用控えが起こっているという報告があるのです。

介護保険制度は、「介護の社会化」を目指してつくられた制度です。保険料を支払うことで、介護が必要になったときに、わずかな負担で必要なサービスが受けられる…。負担能力の見極めについて、現場感覚、お年寄りの生活実態から相当かけ離れていると思います。

補足給付(低所得者の負担軽減施策)の厳格化

次に補足給付について意見を申し上げます。

特別養護老人ホームの利用料の体系は、食費、居住費、と介護にかかる費用の3つに区分されています。そのうち、食費と居住費については、所得に応じた軽減制度(補足給付)があります。

単身で1,000万円以上、夫婦なら2,000万円以上の預貯金があれば、この補足給付を受けられなくするというのが、今回の法案です。

そもそも、特別養護老人ホームは先ほども申し上げましたとおり、見守りや相談・助言、バランスのよい食事提供や住まいを提供することも含む、総合的な生活を支える「生活施設」です。食事や居住費を別に徴収するのは、「在宅で生活をする方との不公平を正す」という理由づけでした。現在、食費は1日1,380円、居住費に月6万円ですが、在宅の高齢者がこれだけの食費と居住費をかけている方はそうおられないのではないかと思います。そういう意味で、これ以上の負担は、公平性の観点から逸脱すると考えます。

人材確保法案について

最後に介護・障害福祉従事者の人材確保に関する特別措置法案について、意見を申し上げます。私どもの施設でも、人材確保は困難を極めています。介護保険制度は、職員の賃金を上げるために、介護報酬を上げると、それが、保険料に跳ね返るしくみです。今回のように、介護保険財源とは別に職員の処遇改善のための予算をあてることについては、利用者への負担なき処遇改善であり、評価できると思います。一方で、福祉で働く職員は、他産業と比べて平均月収が10万円も低いということが言われています。今回の改善額は、1万円ということのようですが、是非、職員処遇の改善を法律として成立させていただき、更に充実させていただきたいと願っています。