

2018年7月6日

全日本建設交運一般労働組合

## 7・6 厚生労働省・介護保険交渉議事録

■建交労側：全国事業団・高齢者部会幹事及び東京の代表 25人参加

▲厚生労働省側： 9人参加

### ◎建交労あいさつ ※正式な要請書を手交

それでは、3月に引き続いて要請をいたします。ぜひ真摯なご答弁をお願いしたい。私たちは日々介護労働に関わりながら、要介護高齢者のみなさん、あるいは家族のみなさんの声も聞きながら、自治体にもいろんな要請をしたりして活動しております。要請項目、るるあげておりますけれども、非常に「介護の市場化」がまさに進んできて、介護事業者の淘汰がすすむ、あるいは総合事業がなされていますけれども、住民主体のとりくみ、介護予防なども含めているんなとりくみが出て前にすすんでいる面もあると思うんですけども、力のない自治体、自治会等では結局何もできないというようなですね。だから、一般介護予防事業も受けられる地域と受けられない地域というのが、もう明らかになってきている。それから「介護の市場化」と言いましたけど、そういう中でやっぱり経済効率性を優先するという面が出てくると、どうしても人口密集地にサービスが偏ってきてますね。過疎地域には介護サービスが届かないという実態が、もうはっきりと表れてきている。このままでは社会保険制度、社会保障制度と言えなくなってしまう。そういったことに、もうなりつつあるという危機感を私たち感じております。ぜひそうならないように、しっかりと制度運用を進めていただきたい。ひとつひとつよろしくお願いします。

### 【要請1】

「保険あって介護なし」「介護難民」と言われる状態を即刻改善し、利用者にとって必要なサービスが安心して利用できる介護保険制度にすること

#### 【要請1-1】

貴省の来年度概算要求にあたり社会保障費の抑制ではなく、とくに介護保険制度における予算の大幅な増額を強く求めること。

#### 【要請1-2】

介護費用における国の負担割合を引き上げ、介護保険料の引き下げや利用者負担を全て1割負担に戻すこと。今年8月から実施予定の3割負担は撤回すること。

#### 【要請1-3】

生活保護基準以下の低所得者の人も安心して介護保険サービスを利用できるよう、減免措置や費用の軽減策を更に拡充すること。

**【要請 1-4】**

小規模多機能型居宅介護における生活保護者の宿泊費は給付対象になっておらず宿泊利用ができない。早急に生活保護者に対して給付対象にすること。

**【回答 1-1、1-2】老健局**

1-1につきましては、予算の獲得に向けて努めてまいりたいと思います。

1-2につきましては、介護保険制度においては保険料、公費、利用者負担の適切な組み合わせにより、制度の持続可能性を確保しているものになります。国の負担割合を引き上げるべきとのご要望については、介護保険の制度創設以来の分担ルールを変更するものであり、給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用していることとの関係等も踏まえれば、なかなか難しい課題であると認識しております。

ただ、介護保険料については平成27年4月から消費税率8%への引き上げによる増収分を活用しておりまして、所得の低い方への保険料軽減措置を実施しているところであります。また負担割合の引き上げも、介護保険制度の持続可能性を高めるため制度内、制度間の公平や負担能力に応じた負担を高める観点から行うものであり、平成30年に予定している3割負担の導入については、対象は2割負担よりもいっそう範囲を限定した、とくに所得の高い層であり、負担の上限額月額4万4400円を据え置くといった配慮を行っているものになります。

こうしたとりくみに加えまして給付の重点化、効率化などにより、持続可能性のある介護保険制度を維持していきたいと考えております。

3つ目、生活保護基準以下の低所得者の方に対してもご安心いただけるよう、さらにサービス等、措置を拡充するようというご要望をいただいているものになりますが、介護保険制度は国民の支え合いによる社会保険制度であることなどから、保険料やサービス利用料をご負担いただいております。低所得者の方への配慮として、保険料については所得の状況に応じて段階的に設定しているほか、平成27年度からは給付費5割の公費負担分を別枠で公費を投入して、低所得者の保険料をさらに軽減する仕組みを制度化したところであります。利用料においても、所得の状況に応じて高額介護サービス費等の負担の限度額を設けるなど、低所得者の方への配慮を行っております。

高齢化が進展する中で、制度を持続可能なものとして次世代に引き渡す必要があると考えておりまして、低所得者に配慮しつつ、引き続きさまざまな方策を検討していきたいと考えております。

4つ目、小規模多機能型居宅介護における生活保護の受給者の方の宿泊費についてのご要望になります。平成17年の制度改正により在宅等施設の利用者負担の公平性の観点から、介護保険施設の食費、居住費等について在宅の方と同様、保険給付の対象外としましたが、低所得者については福祉的観点から補足給付として給付を行うこととしたものになります。

小規模多機能型居宅介護は居宅サービスに分類されるものになりまして、在宅生活者のご負担の公平性という観点からも、制度創設当初から在宅の方と同様、食費、居住費等にかかる経費は保険給付の対象外とし、保険給付の対象とはしていないところであります。

#### 【要請1-5】

昨年4月からすべての自治体において総合事業が実施されたが、各自治体での実施状況についての厚労省としての評価と問題点について明らかにすること。

利用者への影響や事業者(通所・訪問)への経営状況、介護職員の賃金にどのような影響があったのか明らかにすること。

#### 【回答1-5】老健局振興課

総合事業の実施状況に関しましては、先日、昨年度実施いたしました調査の結果が公表されております。事業所数に関しましては、いわゆる従前相当以外の多様なサービスが訪問、通所ともに全国1万か所以上になっているということで、総合事業移行前に比べて全体としての選択肢が増えていると言えます。

また利用者数に関しましては、総合事業の移行前に比べまして訪問の方はほぼ横ばい、通所は増加という結果になっておりまして、こちらは少なくとも全体として見た場合、サービスの量は以前と同等か、それ以上確保されていると言えます。

ただその一方で、やはり個々の市町村ごとに見た場合は、サービスの創設状況ですとか生活支援の体系整備についての状況等に関しましては、やはりかなりばらつきがあるということも確認されております。これに関しましては、今年度から老健局の補助金事業等も活用いたしまして、実際に事業を進めていくにあたってのノウハウの構築や横展開、とくにその点、都市部、中山間地域等の地域特性にも配慮した形で、そういった研究を行っていきまして、市町村による地域資源の掘り起こしですとか課題の発掘等、適切に実施されて総合事業が全国的に円滑に推進されるよう、とりくみを進めていきたいと考えております。

**【要請 1-6】**

障害者総合支援法による居宅介護サービスを利用していた利用者が満65歳になり、介護保険に移行し要介護認定の申請をしたら「自立」となった場合の対応策を検討すること。

**【回答 1-6】 社会援護局障害保健福祉部障害福祉課**

障害者総合支援法と介護保険法の適用関係につきましては、障害を持つ方についても他の障害を持たない方と同様、40歳以上になれば介護保険料を支払っていただくとともに、サービスの利用にあたっては現在の社会保障制度の原則である介護優先の考え方のもと、まずは介護保険制度にもとづく介護保険サービスを利用することになっております。

ただし、介護保険サービスによる支援が可能な障害者が介護保険法にもとづく要介護認定などを受けた結果、非該当と判定された場合など当該介護保険サービスを利用できない場合で、なお申請にかかる障害福祉サービスによる支援が必要と市町村が認める場合は、介護給付費にかかるサービスについては、必要な障害支援区分が認定された場合に限りませけれども、障害福祉サービスの利用が可能となっており、この旨は地方自治体あてに通知を行っているものであります。

またサービスの支給決定に際しては、市町村においてサービスの利用に関する具体的な内容や意向を把握した上で、個々の障害者の状況に応じたサービスが提供されることが必要と考えており、今後ともこうした考え方の周知徹底に努めてまいりたいと考えております。

**【要請 1-7】**

新たに2019年10月に消費税を増税する際は消費税を課税化しないこと。

**【回答 1-7】 老健局老人保健課**

消費税の性格から、課税対象になじまないものや社会政策的な配慮から課税することが適当でない取引については、非課税取引とされております。介護保険サービスについては、社会政策的な配慮から課税することが適当でないものと位置づけられており、介護事業者が介護保険サービスを提供するにあたり、仕入れたものの税負担についてはこれまで介護報酬で手当をされております。

2019年10月に予定される消費税率の10%引き上げにあたり、現在、社会保障審議会介護給付費分科会で議論いただいております。議論の結果、関係者のご意見等

を踏まえ、具体的な内容を今後検討してまいりたいと思います。

**【要請 1-8】**

介護の市場化で競争が激化し、採算のとれる人口密集地にサービスが偏り、過疎地域ではサービスが利用できなくなっている。実態調査を行い是正策を講じること。

**【回答 1-8】 老健局振興課**

離島等の介護サービスの確保が困難な過疎地域につきましては、指定基準や基準該当の要件を満たさない場合でも、市町村が必要と認める場合は、これらに相当するサービスとして柔軟なサービスの提供を可能としているところでございます。こうした対策については、介護報酬改定の効果検証にかかる調査等を実施した上で検討を行っておりますが、引き続きこうした過疎地域における介護サービスの実態把握を行うことは重要であると考えております。また、反対に人口密集地においてサービス供給量が過剰にならないように、平成 29 年度に保険者である市町村が居宅サービス等の供給量を調整できるようにして、拒否や条件不可といった仕組みを導入しているところでございます。

**【要請 2】**

介護に従事する人材確保に対する対策を抜本的に確立するとともに、ヘルパーやケアマネジャー、介護職員等の賃金を大幅に改善できる具体的で抜本的な対策を講じること

**【要請 2-1】**

介護職員の賃金は、他の産業に比較して依然として月額 9 万円程度下回っている状態が続いている。現行の「処遇改善加算方式」ではなく、全額国庫負担にし、基本賃金が毎年引き上がる仕組みを事業所の労使間協議に委ねるのではなく、国の責任において予算化すること。その際の賃金の積算根拠は国家公務員賃金を基準にすること。

**【回答 2-1】 老健局老人保健課**

処遇改善加算につきましては、平成 21 年度補正予算で全額国費による処遇改善交付金を措置した一方、平成 24 年介護報酬改定において、安定的で継続的な処遇改善を図る観点から、処遇改善加算として介護報酬に組み入れたものとなっております。介護職員の賃金は、あくまで労使間において自律的に決定されるべきものであり、処遇改善加算はその算定額を原資として、事業者が介護職員の賃金引き上げを行うものであることから、算定額の分配は事業所に委ねております。

**【要請 2-2】**

訪問介護事業所での人材確保は深刻で、求人募集を出しても応募してくる人がほとんど無い実態が続いている。訪問介護は有資格者でなければ従事できず、また、在宅での1：1での対人援助で、より専門性と責任が求められる職種であり、国として在宅援助の人材確保のための抜本的な特別対策を早急に講じること。

**【要請 2-3】**

訪問介護およびデイサービスについて、休日・祝日加算を新設すること。あわせて稼働時間帯別の加算を新設すること。

**【回答 2-2、2-3】 老健局振興課**

人材確保についてですが、平成30年度の介護報酬改定の中で、生活援助中心型の担い手として介護職員初任者研修の130時間ほどの研修時間を求めないものの、必要な研修等を行っていただき生活援助を担っていただくということで、人材の裾野を広げる形で、新たな人材の確保をという形でとりくませていただいております。また、直接的な人材確保ということではございませんが、当局におきまして介護事業所におけるICT機器の導入について推進を進めておりまして、事業所で行う作業について少しでも負担が軽くなるようにという形で、こちらも推進させていただいております。

続きまして休日加算等につきましてですが、訪問介護におきましては休日、祝日についても平日と同様の介護報酬を算定させていただいているところでございます。その上で、祝日、休日にサービス提供することに対する加算を新設するかどうかにつきましては、社会保障審議会介護給付費分科会等でご意見を踏まえて、また検討させていただくものと承知しております。

また、稼働時間帯別につきましてですが、訪問介護につきましては夜間、及び早朝にサービスの提供をした場合は、所定単位数の100分の25に相当する単位数、深夜にサービス提供した場合は所定単位数の100分の50に相当する単位数を算定するという形で評価をさせていただいているところでございます。

**【要請 2-4】**

居宅介護支援業務に対しての報酬を改善させ、国または自治体がケアマネジャーの身分を保障、安定させることで公正、中立な立場で業務を遂行できるようにすること。

**【回答 2-4】 老健局振興課**

ご指摘のとおり、ケアマネジャーが公正、中立な立場で業務を遂行することは、わ

れわれとしても重要と考えております。そのため、ケアマネジメントの公正、公平性ですとか中立性を高め、利用者の選択やその心身等の状況に応じ、地域の多用なサービスを適切に提供する観点から、正当な理由なく特定の事業所に偏っている場合に減算する、特定事業所集中減算を位置づけております。

さらに今年度から利用者の意思にもとづいたケアプランの作成プロセスを確保するために、利用者やその家族に対し新たな契約時の説明責任をケアマネージャーに義務づけております。

また、ケアマネージャーの身分保障も公平、中立な業務遂行には重要な手段の1つと考えております。平成30年度における法改正においては、居宅介護支援にかかる基本報酬の引き上げを行うとともに、退院・退所加算の増額やターミナルケアマネジメント加算の創設など、ケアマネージャーの増収につながるような改正を行ったところでございます。今後も改定検証ですとか、その結果を踏まえて引き続き検討してまいりたいと思っております。

#### 【要請2-5】

外国人労働者(介護人材)について貴省は安い労働力の導入として捉えているのかその見解を示すこと。

#### 【回答2-5】社会・援護局福祉基盤課

外国人の介護人材につきましては、現在、EPA経済連携協定の実習制度、あと在留資格「介護」にもとづく受け入れがございます。これらの制度にもとづき、受け入れる外国人介護人材に対する報酬の額につきましては、各種法令にもとづき日本人が従事する場合の報酬と同等以上とする必要があるとされております。そのため、ご指摘のように外国人介護人材を安い労働力として考えてはおりません。

#### 【要請3】サービス事業所の事業運営が安定的に継続できるようにすること

##### 【要請3-1】

介護職員の人手不足が深刻化するなど、経営のかじ取りが難しさを増し、業界内では淘汰の動きが加速していると指摘している。厚労省として何が原因で、どう対処しているか考えているかの見解を示すこと。

#### 【回答3-1】老健局老人保険課

原因といたしまして、同業他社との競争激化から経営力が勝る企業の淘汰が進んだこ

と、介護職員不足の中で離職を防ぐための人件費が上昇したことなどが原因と承知しておりまして、今後も動向の方を注視してまいりたいと思います。

**【要請 3-2】**

訪問介護の「生活援助」は、専門職であるヘルパーの支援のもとで利用者が自立した生活を送るうえで必要不可欠な介護サービスであり、切り捨ての方向ではなく、より充実したものにする事。

**【回答 3-2】**

生活援助につきましては、日々の利用者の方が介護サービスで介護提供する方が専門的な知識、技能が必要だということは承知しております。その中で、先ほどの回答と重複しますが、生活援助の担い手としまして新たな研修課程を設けまして、人材の確保に現在努めているところでございます。

**【要請 3-3】**

通所介護における口腔ケアはすべての高齢者に必要であり、通所介護サービスで口腔ケアを義務づけ、基本報酬を引き上げて反映させること。

**【回答 3-3】 老健局振興課**

現在、通所介護において口腔機能向上サービスの提供については、口腔機能向上加算がございしますが、こちらについては利用開始時に言語聴覚士、歯科衛生士、または看護職員が中心となって、利用者ごとの口腔衛生、嚥下機能に関する解決すべき課題の把握を行い、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員、その他職種の者が共同してとりくむべき等を記載した口腔機能改善管理計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載している場合は、その記載をもって口腔機能改善管理指導計画の作成に代えることができるとしておりまして、計画や記録の作成についても簡素化を図っているところでございます。

また、昨年度に開催されました第140回社会保障審議会介護給付費分科会においても、テーマの1つとして口腔ケアを取り上げておりまして、その重要性についてもご指摘いただいたものと承知しておりますので、ご要望の件については引き続きご意見として伺ってまいりたいと考えております。

**【要請 3-4】**



居宅介護支援事業所の「特定事業所集中減算」は廃止すること。また、居宅介護支援費の利用者負担の導入はしないこと。

### 【回答3-4】老健局振興課

特定事業所集中減算については廃止の意見が多かったものの、全面廃止にしますと正当な理由なく特定の事業所に偏っている事業所まで減算から逃れられるというデメリットがございました。一方、医療系サービスは医師の判断により位置づけられるサービスであって、ケアマネジャーの判断でないことですか、事業所の負担自体が少なく、ケアプランに位置づけられるサービスが偏っていないサービスについては(判読不明)となりました。そのため、今回の改正で種類を大幅に減少し、4サービスのみを特定事業所集中減算の対象といたしました。なお、さらなる公正、中立性を確保するためのとりくみについて、今後も改定検証等の機会で検証してまいりたいと思っております。

ケアマネジメントに関する利用者負担については、利用者や家族に専門的な業務であるケアマネジメントに対するコスト意識を持ってもらうためにも、一定の負担が必要という賛成の立場からの意見ですとか、サービスの利用抑制につながる危険性があるという反対の立場からの意見など、賛成、反対の立場からさまざまな意見がございました。一部報道では、居宅介護支援の利用者負担の導入を行うとされていますが、現段階では賛否の意見が出ている段階であるため、慎重に検討してまいりたいと思っております。

## 【回答を受けて 厚労省とのやりとり】

◎**建交労** どうもありがとうございました。このあと私どもの方から質問なりさせていただきます。

◎**建交労** 帯広から来ています。いくつかありますけど、まず1-2に関連してなんですけど、負担割合の3割負担撤回というのはいらないんでしょうけど、これだけはやってほしいなというのが、8月から7月まで1年間というふうに負担割合書が来ていると思うんですけど、これを役所から言われたんですけど、その途中でも負担割合が変わることがあります、と。それは事業者には伝わらずに本人の所に新しい負担割合書が送られてくるというので、それに気づかずに請求してしまうと返戻がありますので気をつけてください、ということ。

事業所でそれを把握するといっても、結局、利用者が持って行かないと把握できない

んですよね。ケアマネージャーも、毎月行った時に「負担割合書、来てませんよね？」みたいなふうには、あまり聞かないと思うんですよね。なので、気づかないうちに返戻になって、負担割合が変わっているのがわかるっていうのは事業者非常に負担をかけるということもありますので、せめて1年間は負担割合を変えないようにしていただきたいというふうには思います。事業者がかなり負担かかりますので。返戻になってまた再請求しなきゃならない、入金になるのが1か月以上遅れるということもありますので、ぜひここをお願いしたい。利用者にも追加でもらわなきゃならないとか出てきますので、利用者にも負担かかりますので、そこはちょっとどうにかしていただきたいと思っています。るところです。

◎**建交労** 1つずつ答えてもらいたい。今の件で何かコメントありますか？

◆**厚労省** 貴重な現場のご意見、ありがとうございます。そのような本人様もいろいろな方がいらっしゃるんですけど、負担割合書を事業所ができないというのはたしかにあり得ることだと思います。1年間、負担を変えるのをやめてほしいというところの観点もご意見としてございますし、また本人様の所だけではなく事業所にも届くようにという観点等々もご意見としていただいておりますので、そのようなご意見を踏まえつつ、私どもも検討してまいりたいと思います。

◎**建交労** よろしくお願ひします。次、ちょっと飛びますけど2-5、外国人労働者のことですね、ちょうど1か月前でしたか、安倍首相が経済再生諮問会議で外国人労働者の受け入れ拡大を表明したような日経報道があったかと思うんですけど。その時に、人手不足が深刻な建設や農業、介護など5業種対象に在留資格を設けるといった時に、日経に「原則認めていなかった単純労働に門戸を開き」というふうに書いてあったと思うんです。今、スマホで出しましたけど。「介護など5業種対象に」と書きながら、「単純労働に門戸を開き」と書いてあるんですよ。これだけ見ると、介護も単純労働というふうに見えるんですよ。厚生労働省として、こういうふうに言われた時に何かアクションを起こしたのか。介護は単純労働じゃありません、というふうにアクションを起こしていたのかという点が、ちょっと疑問に思っています。

それで1つ、外国人労働者EPAやっていると思うんですけど、定着してますかね？介護ってコミュニケーションの仕事だと思うんです。外国人の日本語能力でコミュニケーションできますかね。私、個人的に時々温泉とか泊まるんですけど、温泉ホテルのレストランとか結構、外国人労働者を見かけるんですけど、コミュニケーションとれませ

ん。何か質問しても、たぶん大丈夫です、みたいな。本当に大丈夫なのか、みたいな。介護でそれやられたら無理です。ということで、もしかして厚生労働省、単純労働と考  
えてるんじゃないかっていう疑問を持っているんです。その辺、どうですかね。

◆**厚労省** まず1つ目の安倍首相のお話であります。この在留資格の拡大の件につき  
ましては、主に法務省の方で中心になって検討が進められているというふうに聞いてお  
ります。ですので、現段階でわれわれから何かコメントを… 今後、内容につきまして  
は検討されていくんだろうと思っておりますが、その点についてとくに今の段階ではお  
話しすることはできません。ただ、介護につきまして単純労働であるというようなこと  
を考えているわけではございませんので、引き続きしっかりと介護の質を担保しながら  
受け入れをしていきたいと考えております。

また日本語の能力の話ですが、今現状、EPAから3か国、フィリピン、インドネシ  
ア、ベトナムから介護福祉士候補者の方がおみえになっています。3年ないし4年経っ  
て資格を取られた方は、EPAの介護福祉士ということで引き続き日本で働いていらっ  
しゃるという状況にあります。

ただ、EPAにつきましては入国前、及び入国後に日本語の講習を集中的に行いまし  
て、皆さん、ある程度の日本語のレベルを到達していただいてから、実際の現場に入っ  
ておりますので。もちろん介護の分野での日本語というのは、なかなか難しいところも  
ありまして、なんらかのご苦労はしていらっしゃる傾向がありますが、たとえば施設に  
就労した後も引き続き国際厚生事業団という所が年に1回は訪問をして、介護の技術も  
そうですし、日本語のレベルといったものもチェックをし、また日本語の勉強の方法だ  
とか、そういったことのアドバイスをしていただいているとかという形。あるいは、勉  
強の学習環境については県を通してではありますが、補助を出したりとかいう形で日本  
語の能力を高めていただくように、そういう施策を講じているところでございます。

◎**建交労** 今回、文章化するのが難しかったデイサービスのこと、この要望書に入れて  
なかったんですけど、デイサービスの時間帯、今回、細かくたとえば5時間、7時間と  
か1時間刻みになりましたよね。何年前の改定でしたっけ、6時間、8時間、デイサー  
ビスだった時代があったと思うんですけど。そこから5時間、7時間変わった、と。  
その時に5時間以上、6時間、8時間じゃ時間が短いのでということで回数が減ってま  
すよね。そこから今度、6時間、7時間というふうになった時に、6時間、8時間でや  
っていたデイサービス、うちもそうだったんですけど、6、8の時に6時間20分とか  
いうサービスをしていたんですよね。で、5時間、7時間になって極端に下げられない

んで5時間50分とかでやってたんですけど、今回、6時間、7時間ということで、また6時間20分ぐらいに戻したということ。

数年前の改定の時に6、8の時から今の6、7って単位数下がっているんですよね。これは何ででしょうかね。ちなみに認知症では、5、7から6、7になった時に5、7の単位数をやっていた事業所が6、7に変わった時に単位数、若干だけど上がっています。普通のデイサービスは上がっていない。これは何が違うんでしょうかね。

◆**厚労省** デイサービスのサービス提供時間の区分に関しましては、それぞれどの時間帯にサービス、どの時間をサービス提供している事業所があるかというような調査なども行った上で、区分ですとか単位数というものは検討しておりますので。そこで、その… 前回の6時間、8時間のところから落ちているというのは、すみません、ちょっとすぐに私の方でお答えできなくて申し訳ないんですけども。そういった単位の設定に関しては、調査などを行った上で検討しているので、こちらとしてはご意見としてそういったことをいただいておりますけれども、一応、そういった調査なども行った上でしっかりと単位設定はしているという認識でいますので、必要に応じて今後も、そういった単位の増減などは行っていくことも検討するべきではないかなというふうに考えております。

◎**建交労** また、次回11月に来た時に同じことを聞きたいと思いますので、そういうふうに至った経緯等を教えていただければなと思います。うちの事業所は普通のデイサービスと認知症デイの両方やっているものですから、なんで認知症デイは上がったんだという疑問が若干出ていますので、明確な回答を次回の時にでもお願いしたいなと思います。

◎**建交労** 訪問介護の新たな研修の部分で、前にも話したんですけど帯広市で新たな研修、元の3級ヘルパーに近いような感じでやっていると思うんですけども。今年で2年目になるのか3年目になるのか、やっぱり受講者が少ない、と。はっきり言って1桁なんです。そういう養成をやっていますので、そこに求人の案内を出しますかという案内が来るんですよね。帯広は人口で16万くらいの市ですから、ヘルパーの事業所も何十かあるんですけど、その研修に求人を出しているのが3事業所だったかな。それくらいしか出してないんですよ。なぜかと言うと、求人出しても結局、のらないんで期待していないんですよ。うちの事業所は一応、出していますが誰も来ないです。

ということで、新たな研修というふうにはやっていますけど、どれだけ役に立つのかわかって、こう言ったら変なんですけれども、ちょっとどうなのかなというふうに思っていま

すので。市のやり方なのか、他の市ではどうなのか、ちょっとわからないんですけど。市の広告の仕方なのか、そういう周知のやり方なのか、その辺ももしかしたら問題あるのかもしれませんが、市でやってますので市の方に何らかの他の市でこうやったらうまくいったとか、そういう指導なりしていただけたらなというふうには思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

◆**厚労省** 貴重なご意見、ありがとうございます。こちらとしましても、研修の実施状況等につきましては追って調査をさせていただいて、その状況分析、確認をするということは必要かと存じておりますので、その中でうまくいっている事例であったりとか、課題等があった場合に、それについて自治体等に周知するということは考えさせていただきます。ありがとうございます。

◎**建交労** 先だって、厚労省の方から2025年度の介護職員充足見込みということで新聞報道もされていますけども。33万人、今のところだと不足するということになる、だいたい3対1基準でやっていますから3倍ということは、100万人の要介護高齢者が介護サービスを受けられない危険性があるということになると思うんですけども。

全国的に介護職員が不足して、現時点でも不足していて募集しても来ない、と。それは職業的な魅力と労働条件などの魅力が、若い人たちに職業としての魅力が感じられなくなってきたのかな、と。これについて、各自治体も資格取得に対する補助事業だとか、いろんなことをやり始めてますけども、それを厚労省は推進しているんだと思いませんけれども、そうしても今の話じゃないけども研修を受ける人が少なくなっている。調べている範囲でいいですけども、高校で初任者研修を受けたりして一定の資格を取って出る学校がありますけども、そこで本当にそういう資格を取って卒業する子たちが、私の感覚だと減ってきています。全国的にどうなのか。あるいは、介護福祉士の専門学校が定員割れをする。一時、ガクンと減ったけども、中高年の雇用補助金をもらいながら行くという形でグッと増えたことがあったんですけども、またそれも減ってきているという感覚ですけども、そこら辺はどういうふうに関継者育成のところを実態をつかんで、それに対してどういうふうな対策をしようと思っているのか。まずはそこら辺を教えてください。

◎**建交労** 答えられる方、います？ 難しそうですか。大きい2には関わるんですが。

◆**厚労省** ご意見いただいてどうもありがとうございます。すみません、ちょっと、そうですね、介護職全体というところになってしまうので。今、本年度できた生活援助従事者研修ももちろんそうなんですけれども、やはりそういった状況であっても介護に従事する人を増やすという目的で、たとえば主婦の人ですとか定年退職をした方、そういった方々にも参入していただきたいというところで、カリキュラムの時間数を減らして生活援助だけでも携わっていただけたらというところで、力を全体的に上げていこうというところでやっているところではございます。やはりそういったところにも、たいへん危機感を感じておりました。

そうですね、介護に就く人が全体として減っているかどうかということについては、ちょっとどの程度減っているのかというのは、今すぐにお答えは難しいんですけれども。そうですね、やはり今、生活援助従事者研修も今年度からできまして、今後、調査を行っていく中でどのようなやり方がいいのかですとか、どういった効果があるのかということを検証しながら、やり方についても介護職を今後ますます増やしていくということにもつなげていきたいと思っておりますので、こちらの方、今後とも検証していきたいと思っております。

◎**建交労** 今日は北海道から九州までの人たちが来ています。たまたま今日の大雨の関係で新幹線が止まって来れなくなった代表もいます。厚生労働省の方たちに伝えたいことがあれば、どうぞ話してください。

◎**建交労** 京都です。日常的には介護の仕事はしてないんですけども、私たちの支部の組合員に介護をされている労働者がいられるので、そういう人たちの声と合わせてですね。今日の回答を聞いていまして、今回、2019年の概算要求に向けて介護保険制度の改善を求めて要請をしたんです。先ほどの回答の中で、今の制度だから、この制度だから国の負担を変えることはできませんという言い方だと思うんです。1-2で国の負担を上げてほしいという要望に対して、今の制度だからできません、という回答だと思うんですね。

もう1つは、介護保険が発足して17~8年になるのかな。介護の社会化ということでは始められて、一定の役割を果たしてきた。しかし、ここに至って介護保険料が年々、上がることはあっても下がることなしという状況で引き上げられていっている。これはやっぱり利用者負担に大きく重なってくるし、それがひいてはそこで働いている介護労働者の労働条件というものを抑える役割になっている。介護労働者の賃金を上げれば介護保険料上げなあかんという言い方でやられている。

その根幹はどこにあるかと言ったら、国の制度がそういうことにしてるからそうせざるを得ない、地方自治体としてはやらざるを得ない。国の制度を変えるしかないと思うんですよね。国の負担割合を引き上げることを要求してほしいわけですよ。そして、そういう介護労働者、あるいは介護を利用する人が安心して介護が受けられるような状況をつくってほしいというのがあります。

総合事業も同じだと思うんですね。今まで介護保険でされていたものを、要支援の1、2をその事業に委ねていくという中で、実際に信頼できるヘルパーさんだから何もかもお願いをしていた。しかし、それがボランティアとか臨時でされるような人たちに家の中を安心しては頼れない。今まではヘルパーさんだから、続けてやってもらってたから安心して何もかも、介護を必要とする人たちがそれを受けていたのに、それが受けられない。そういう状況があると私も聞いていますし、先ほどの回答の中でもやっぱり地方自治体でのばらつきがあるという、そんなことも含めての中身じゃないかなあというふうに推測しているんですけども。このばらつきがある現状を、介護の社会化という前提に戻していってもらうような要求を、皆さんがぜひしてほしい。国に対して出してもらってやってほしいという要望、お願いをしておきたいと思います。

◎**建交労** そういう意見です。私から、先ほどから持続可能性ということをご皆さん方、おっしゃったんですが、本当に今の介護保険制度が持続可能なんですか？先ほど部長の方からも言いましたけど、2025年までいけば介護職員が相当足りないという現状がある。それでいて、一方で介護人材の外国人労働者の方を入れようかということも出ている、と。それは本当に持続可能な介護保険制度になっているのか。前から、こちらからはお伝えしてますけど、なっていないんじゃないかと。なんかおかしいね、というのがここに来ている人はみんな思っている。参加している仲間はみんな介護保険料払ってます。払ってる私たちが、自分が介護が必要になった時に認定されて見てもらえるのか、みんな不安がってますよ。私も同じです。

もう一方で、口腔の医者から今回の要請にもとづいていろいろと事例なんかも教えてもらいました。介護の場で今日出ている部分でいけば3-3の口腔ケアというのは何も通所介護だけのケアを望んでいるわけではありません。介護の中で、認知症の方とかいろいろな方がいらっしゃるんですけど、そういう人たちは歯医者にも行けないという人が口腔がガタガタなんですよ。そういう人たちに対する介護保険をきちんと充足させてほしいという要望なんですよ。それがされてないんで、この要望を出しているんですけど、今の回答を見ると、そういう話じゃないんですけど、というふうに私は思いました。なんかやっぱりちぐはぐなんですよ、回答が。みなさんにとっては持続可能性を持った介護

保険になっているというふうに思うのかもしれませんが、私たち普通の国民、市民から見れば、そういうふうになっていない、と。じゃあ自分たちが払っている介護保険というのは何なの？ もう払いたくないよというのが一方ではあるのも確かです。でも払わざるを得ない。強制的に取られている後期高齢者の方や前期高齢者もいるし。

この充実に向けてどうするのかというのが、今回の私たちの趣旨なんです。2019年度の8月末の概算要求に、きちんとこの項目を入れてほしいという思いで出しています。単に社会保障審議会の… 私どもの組合、昔は社会保障審議会の中に委員を出してました。社会保障のエキスパートがいたんです。組合の数も減って、今、こういう形になっていますけど、他の組合から出していただいていますけど、それでも社会保障では唯一の、国民の中での存在をもっている労働組合という形で社会保障審議会に委員も出していた、そういう名門の組合です。ですから、ここの介護保険の問題についても毎年、3月、7月、11月にこういう要請を出させていただいている。

あえて言えば、今日出ているケアマネージャーの方もいらっしゃれば、私もあえて言えば別の団体の所の理事長をやって介護事業所を経営しています。そこのトップをやっています、労働組合として。部会長も小規模多機能の事業所2つを事業している理事長です。そういう経営的な立場の方がいる。一方で労働組合の立場もいる。そこで利用している方もいらっしゃる。そういうことを代弁しながら3つの大きな項目で要請を出しているんです。ですから、単に言葉面で持続可能性のことを言われちゃうと、なんかやっぱり違うなというところだけは認識していただきたいと思っています。

集中減算の問題ですが、なぜ私たちがこの集中減算のことをこだわるのかというのは、前にもお話ししていますが、財務省がこれはもう廃止したらどうかと言って、それに対して厚生労働省が抵抗しているという。先ほどの2-4の部分と3-4の部分でいくと、私からするとなんか違った回答、2-4の部分ではご指摘のとおりやつで集中減算で中立、公正でやっているんだということを言いながら、3-4の中では改善計画などを簡素化して、いろんな意味での介護給付の中での集中減算で充てているんだという、なんか相矛盾した言い方をしているなあと思いつつ聞きました。だから、この集中減算の中で単なるミスでの、遡って返還させられちゃうっていうのは介護事業所にとっては致命的なんです。こんなものはやっぱり廃止すべきだとは強く思っていますので、ぜひそこら辺だけは認識を改めていただきたいなと思っています。

あと社会保障審議会の中でのいろいろな分科会があります。その有識者という方と、先ほどの賛成、反対という両方があるというのも確かです。でも、いろんな有識者の方が国民の今の介護を利用されている方の本当のことを代弁しているのかというと、あんまり私はそう見ていません。一方で、国民を代弁する方もいらっしゃいます。でも大方



はやっぱり、いろんな意味での事業の問題、重点的効率だとかいろんなものを加味しながら、なんか違う国の中での政策を肯定するような立場でやられている方が多いというふうに見ています。だから、皆さん方は厚生労働省の職員なんですから、どういう視点で厚生労働省としてやるべきなのかということ、そういう場でもはっきり指摘してほしいなと思っております。

◎**建交労** 先ほどもちょっと言いましたけども、もう一度あらためてお願いをしておきたいんですけど、11月にまた来ますので。1-5で、総合事業について自治体でのばらつきがあるというお話がありましたけども、この総合事業もそうですけども一般介護予防にしても、自治体が自治体の判断でいろいろとりくむということが増えてきたというのは、一面で地域密着的なところでいい面もあるかと思えますけども、自治体によってできる所とできない所、同じ自治体の中でもできる地域とできない地域というのははっきりしてきて、だけどこれ、財源は介護保険財源でやっているわけでしょう。同じ財源を使ってやっているのに、一般介護予防にしても総合事業にしてもまったくサービスが利用できない人とできる人と出てしまうというのは、これはいかんと思うんですよ。

うちの島根の太田市ですけども一般介護予防事業、公民館単位の通いの場づくり等々もできてる所とできてない所、できてない方が多いですよ。そうすると、できてる所は1年間に300万も市から補助金が出てコーディネーターを置いて毎週利用できるんですけども、自分の住んでる町はそれはできないから利用できません。不公平感、介護保険料はまた上がったけども、ということが全国で起きてますよ。これ、どういうふうになっているのか実態をしっかりと。地域にばらつきがありますということでは、いかんと思えます。もう少し詳しく調べてみて、どういうふうな手を打つべきなのかということは考えてもらわないといけないと思えます。

それから1-8で、この実態把握は重要だというふうに先ほど返答でありましたけど、これも同じような形ですけども。これは都市部と過疎地域の自治体と比べるというやり方でもある程度、把握できると思えますし、過疎地域の中でも人口集中の市街地と山間部、あるいは離島だとか、そういった所では…自治体の保険者にデータを出させればすぐわかります。そういったことは実態把握として全国全部をしなくても、ある程度調べたらわかります。都市部と過疎地域、そして過疎地域の中でもある程度市街地的な所と、ごく山の…私なんか島根の中国山地の山の中というのは、ばらばらっとしか家がないような所、ここは事業者がよう行かないんですよ。片道30分から1時間かかるような奥にはね。その人たちはサービス利用しようと思っても、ケアマネがプラン

を作ろうと思っても、プランができない。これは少し調べてみるとわかると思うんで、その過疎地域にどういうふうな手立てを打つべきなのかということは考えてもらわないといけないと思うんで。この実態を重要だと思うという先ほどの話がありましたんで、ちょっと調査してみて、これぐらい差があるんだなということは把握してもらって。それが把握できないと手は打てないと思います。

それから大きな2項目の介護人材確保ということで、先ほど言いましたけども研修期間だとか学校とかでの定員がどういうふうになってきているのかということ把握しなければ、今後、高校だったら3年経ったら卒業していくわけですよ。専門学校だって2年、あるいは3年で卒業していくわけです。今、入っている人間がどれくらいおって、それがどういうふうな変化があるのかということを見て、減少傾向にあるとしたら今後、33万人足らんのをどうしていくのか。高齢者や女性のパートの人たちも参加してもらってと、それは一面ではあると思いますよ、一面ではね。だけど、それが主体にはなりませんわ。介護事業の中心を担っていくのは、やっぱり専門職ですよ。高齢者やボランティア的な方に手伝ってもらう域はいいですけども、それが主体にはなりませんよ。本当に中核になっていく人たちをどう育てていくのかということ、ちょっと学校だとか養成機関だとかの実態がどうなっているのかということ、せめて調べておいてほしい。この次の時、また聞きますんでね。

◎**建交労** 時間が若干ありそうなので、どう考えているのかちょっと聞きたい所があります。帯広で試行している事業所、試しにやっている事業所が1か所あるだけなんですけれども。

新総合事業も通所も時間帯区分がないですよ。何時間以上何時間未満とか。月にいくらっていう、単位っていうのしかないと思うんですけど。そこであるサービス、今、週1回テスト期間みたいなんですけども、要介護は1日、たぶんどこかやっていると思うんですけど。新総合事業は要支援認定の総合事業で午前中だけ、午後だけっていうふうに半日だけにして、要するに倍取れますよ、定員的には。うまくいくかどうかわかりませんが。要するに短時間にしても単位数は変わらないですよ、単純に言うと。

これってどうなのかなっていうふうに思うのと、さらに同じデイサービスでそれをやられると要支援と要介護に行ったり来たりという方がいらっしゃいます。そのボーダーの人って、認定更新したら要支援になりました、次に更新したら要介護1になりましたっていう、行ったり来たりってどうしても出てくるんです。その方って、要支援になったら午前中ですよ、午後ですよ。要介護になったら、また1日いますよ。認定更新するたびに、時間が延びたり短くなったり、同じデイサービスに行っているのに、

利用者が混乱するような気がするんですけど。

そのデイサービスがうまくいくかどうかは、たしか先月だかくらいから、週1回試行しますみたいなふうに行っているはずなんで、うまくいってるかどうか、私もつながりがあるデイサービスではないのでちょっと状況がわからないんですけども、そういうふうにする所って厚生労働省としてどう考えているのかなというのと、あと、総合事業も時間帯区分とか設定した方がいいんじゃないかなという気はしないでもないのと、あと、予防通所の時代からそうなんですけども、月に1回だけ行って、あとは具合や調子が悪いとかでずっと休んでも結局、月計画で取られますよね。結構、割高になっちゃっているのもあるので、介護と同じような考えにした方が利用者にもいいんじゃないかなというふうに思うんですけども、そういう点あたりどういうふうに考えているかということ、ちょっとお伺いしたいなと思います。

◆**厚労省** まず、総合事業に関して振興課の方からお答えいたします。そうですね、伺ったケースですね、たしかに旧予防の時の基準に、ある意味、沿ってさえいけば従前相当という形で行うことは、たしかに制度上は可能ですので、少なくとも保険の制度上、明らかに問題があるという形では少なくともないとは思いますが。

ただ、おっしゃるように利用者さん側の混乱ですとか、要介護と要支援を行き来される方の整合性と言いますか、やはりそういった点で実際的に利用者さんの方に何か不利益というかが、やはり生じてしまうということは望ましいこととは言えないとは一方では思います。

やはり、そうですね、最終的にケアプランを立てるのはご本人さんと包括の職員になりますケアマネさんになってくるわけですから、そこでそういった形でのサービスを使うということに関して、ケアマネさんとご本人さんと、あとはその指定を行っている市町村の方がどう考えていくかということのところだとは思いますが。

たしかに、事業者さんの側のお考えというか立場というか、戦略的な所というのが一方ではたしかにあるのではあろうとは思いますが。それが本当に言えば制度どうこうというよりは、結構、一般論というか考え方の話にはなってしまうと思うんですけど。事業所さんを別に自らが、それこそ持続可能性的なことを考えつつ、利用者さんにとって最大の利益というか、やはり考えつつ、本当に試行錯誤しておられるところかとは思いますが。やはり、その点を本当にどうしていくのが保険者にとっても利用者さんにとっても事業所にとってもいいことなのかということでは、やっぱり本当に簡単に答が出るものではないかとは思いますが。それを市町村の中でそれぞれのプレーヤーと言いますか、自治体の方々同士がどうやっていくのかをしっかりと一緒に考えていくとい

うのが、やはり大事なことだとは思いますが。

一般的にはといたしますか、短時間ですという形になると、たとえばミニデイサービスみたいな感じで、そういうところで報酬とかに関して差をつけてというところでやっている自治体も、実例はあるかと思しますので。そういったことも可能である中で、本当に従前相当という枠内で同じようにすることが、どこまで適正なのかというのが、国の制度としてはだめという根拠がありませんので、保険者さんがどう考えるかというところにはなってしまうんですけども。

ただ時間帯区分は一応、1回当たりの単価というものも設定は可能にはなっていますので、それを包括報酬だけでいくのか、1回単位を入れるのかというものと、保険者さんの決定事項にあたってくるんですけども。この趣旨としては、やはりできるだけ保険者とか事業所の人負担のこともあって、以前のような包括報酬を残しつつ、選択的にしかし1回報酬も可能ですよという建て組みにはなっていますので。

そうですね、こう考えるべきとか、こうすべきとかって、ちょっとお答えを返せなくて申し訳ないんですけども、そういったさまざまな要因を考えながら保険者の中で、とにかくコミュニケーションをお互いにとっていただくのが、まずは重要なことだとは思っております。すみません、感想レベルの回答で。

◎**建交労** はい、結構です。ありがとうございました。

◎**建交労** 時間帯区分は難しいかもしれないですけど、検討しながら自治体等に通知等を出していただければなと思しますので、ご検討よろしくお願ひします。

◎**建交労** 時間がきました。どうもありがとうございました。これで終わります。また11月に来ますのでよろしくお願ひいたします。

2018年7月6日午後2時33分終了