

# 2011年度介護・福祉責任者会議は 何を打ち出したか

全日本民医連介護福祉部部长 山田 智



## はじめに

東日本大震災から1年が経過しようとしています。被災地では生活環境の変化などに伴い介護保険の要介護認定を申請する高齢者が急増しています。一方介護度を決める認定作業が申請に追いつかない自治体も出ています（「読売新聞」2011年11月30日付）。被災した介護施設の再建が進まず、避難した高齢者の中には、もとの居場所に戻れないまま、定員オーバーのほかの施設でお正月を迎えた方もいます（福島）。仮設住宅や親類宅などで年を越した被災者は30万人を超えました（「読売新聞」2012年1月4日付）。

遅々として復旧・復興が進まないなか、ショック・ドクトリン（惨事便乗型市場原理主義改革）ともいえる「産業特区」「水産特区」など、この機会に「構造改革」を一気に推し進めようとする財界などの復興計画の危険な動きがあります。これらの動きに対し、仮設住宅での「孤独死」を出さない「災害関連死」を防ごうなど、あくまでも住民主体の復旧・復興を行う立場で運動や提言を行うことを目的に、復興センターが拠点として立ち上げられ、民医連の医療・介護の仲間が活動しています。

2011年度介護・福祉事業責任者会議は3日間（10月3日～5日）の日程で開催されました。以下「問題提起」の要旨を解説します。

## 1. 責任者会議の目的

2011年度の責任者会議は、以下の4つの目的で開催されました。

①「改正介護保険法」、「地域包括ケア」を含めた社会保障をめぐる情勢を深め、共有する、②そのもとの、今後の介護ウエーブ、事業活動の方針・課題について意思を統一する、③「民医連の介護・福祉の理念（案）」を議論する、④この間の各地のとりくみの現状や問題意識を交流する。

改正された「介護保険法」、その中心となる「地域包括ケア」という新たな政策枠組みのもとで、これまで「最後まで、安心・安全のまちづくり」を合言葉に地域で築いてきた到達点をふまえ「地域包括ケア」とどう向き合うのか、地域の要求にいつそう答えていくために何が求められているのか、全国各地からの実践例やそれらに基づく問題意識を持ち寄り、議論を深める目的で開催されました。

## 2. 東日本大震災と介護支援 ——震災から何を学ぶのか

介護分野では、地域訪問、避難所訪問を通して支援チームの一員として介護職ならではの役割が発揮されました。介護職の被災地でのとりくみの特徴は、第1に、地域住民に寄り添い、行政をはじめ各関係団体と連携して活動を進めたこと。第2に、民医連綱領の理念で結ばれた全国の仲間の力と確信でした。ケアハウス「宮城野の里」では、震災直後に「必ず民医連、21老福連から支援が来る」と職員と意思を統一し、救援活動にとり

くみ、1週間後には福祉避難所を立ち上げました。「宮城野の里」には全国各地から185人の介護・看護職が支援に入り、支援を通じて心をつなげました。第3に、介護職による被災者への心とからだのケアの重要性が再確認されたことです。避難所での体操、フットケア、マッサージなどを通じて被災者の思いを傾聴するなど、介護の本来的な役割が発揮され、職員1人ひとりの確信になりました。第4に、日ごろの、防災、減災対策の大切さがあらためて明らかになったことです。災害マニュアルの見直し・整備、安否確認のネットワークの構築、利用者・家族への情報提供や法人事業所との連携手段確保、停電対策、食料の備蓄、移動手段の確保などが指摘されています。

同時に、今回の大災害を通じて現在の制度に起因するさまざまな問題点が浮き彫りになりました。第1は、要介護高齢者、とくに認知症高齢者の「行き場がない」深刻な実態と、震災直後の介護対応が後回しにされる現行災害時法制度や行政対応の問題です。第2は、支給限度額、利用料、要介護認定など、大災害時に現行介護保険法の枠内での対応に限界があるという点です。第3は、介護保険を利用していない高齢者・障害者などへの対応の不十分さです。介護保険利用者への支援は、介護事業所の奮闘により一定進みましたが、地域に多数点在している要介護認定を受けていない高齢者、障害者の支援は遅れています。第4は、地域の中で、援助が必要な人への日常的な支援体制と、「住居」確保の大切さです。これはまちづくりの課題でもあります。

大震災を通じて学んだこと、今後克服していかなければならない課題の1つひとつが、これから始まる、「地域包括ケア」の重要な実践課題になりました。

### 3. 改正介護保険法の概要と問題点

2000年にはじまった、介護保険制度は、3年ごとに見直し、5年ごとに改正することになっています。2011年6月15日の2回目の改定は、参考人質疑もない、採択の際の賛否討論もない、きわめて短時間の審議で採択されました。

「改正」法（介護サービスの基盤強化のための介護保険法の一部を改正する法律）は、団塊の世代が後期高齢者に達し、日本社会の高齢化がピークを迎える2025年に向けて「医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ間なく提供される地域包括ケアの実現に向けたとりくみを進める」（法案概要）ことを前面に掲げました。

「改正」の柱は、①医療と介護の連携の強化、②介護人材の確保と養成、③高齢者の住まいの整備等、④認知症対策の推進、⑤保険者による主体的なとりくみの強化、⑥保険料上昇の緩和の6点です。この中には、「情報公開制度の見直し」「認知症支援の強化」など、利用者の要求や介護現場実態に即した内容も盛り込まれていますが、現行制度をめぐるさまざまな困難の根本的打開に踏み込めぬものではなく、それどころか、これまでの政府による社会保障制度を、「参加型社会保障（Positive Welfare）」にあらたに定義しなおし、地域での住民の助け合い、相互扶助の強化を押し付けています。

さらに「ペイ・アズ・ユー・ゴーの原則」を制度化し（2010年6月閣議決定）サービスの拡充や新しいサービスをつくる時は、その財源を持ってこなければ、サービス拡充を認めないとしています。

利用者、介護現場に新たな困難を強いる「改正」に対して、民医連は制度の改正が持つ問題点について、責任者会議で以下の8点について指摘しました。

#### (1) 制度の根本問題は放置

応益負担、要介護認定、支給限度額、予防給付、基盤整備方式など、「保険あって介護なし」という事態を生み出している現行制度の根本問題は放置されたこと。介護職の処遇改善についても抜本的な処遇改善を図る内容とはなっていません。離職率は上昇傾向で介護現場は依然として人手不足状況にあります（介護労働安定センター「2010年度介護労働実態調査」）。

※2011年12月21日、野田政権は、2012年度改定について1.2%引き上げるとしましたが、2012年3月末に廃止される介護職員処遇改善交付金の相当額を介護報酬に組み込むことが前提となるた

め、交付金を介護報酬に置き換えると2.0%強の引き上げとなり、差し引き0.8%を超える引き下げになります。

## (2) 予防給付をターゲットにした 軽度介護者の切り下げ

新設された「介護予防・日常生活支援総合事業」（以下総合事業）により市町村の判断で、予防給付が容易に切り下げになる可能性があります。また総合事業を実施するかどうかは市町村の裁量にゆだねられています。総合事業の導入は、今後の本格的な軽度介護者の切り捨ての地ならしにすぎません。次期「改定」で予防給付を本体給付から完全に切り離す方向も示唆されています。ヘルパーの生活援助の時間短縮は、保険はずしとセットで推進されようとしていることで重大です。

## (3) 新たなサービスは有効に機能するか —このままでは「絵に描いた餅」に

「地域包括ケア」を支える基本サービスとして、24時間対応の「定期巡回型・随時対応型訪問介護看護」「複合型サービス」が創設されました。定期訪問と緊急時の対応を組み合わせ、1日複数回、必要なタイミングで、訪問介護・看護を一体的に提供するサービスです。しかし2006年に制度化された「夜間対応訪問介護」の利用者は全体で5000人余りでしかないこと（2009年度末）。モデル事業も目標の半数にも満たない状況です。

このままでは「絵に描いた餅」になりかねません。「複合化」の事業も介護報酬や職員配置の「効率化」につながる危険性があります。自治体による公募で事業所の地域独占を認めることになり問題です。

## (4) 介護療養病床廃止と期限の延長

2012年3月末までとされていた介護療養病床の廃止期限を6年間延長するとともに、今後は新規開設を認めないとなりました。6年の間に実施される2度の介護報酬改定、介護保険事業支援計画の見直しを通して早期に削減・廃止していく方向に誘導されていくと考えられます。

介護療養病床は、胃ろうなどの医療的な処置を

多く必要とする要介護者のための入所施設であり、転換・廃止によって入所困難例が増加することが考えられます。引き続き存続を求めます。

## (5) 介護職員等による「たん吸引等」の解禁・拡大

この改正の最大の問題点は、医療行為を介護の仕事として「業務」化しただけではなく、「介護」の定義に取り込み、介護の本質をかえてしまったことです。試行事業による検証作業も終了していない、委員会で審議も終了していないなか、「改正」だけが強行されたことも大きな問題です。また、今後は、いちいち法を「改正」しなくても省令の変更だけで、医療行為の範囲を広げることが可能になるのです。

※新たな介護報酬改定で、たん吸引を誘導しようとしています。実施できる介護職員と、できない介護職員間に、新たな分断や差別を持ち込まないように注意が必要です。

## (6) 企業・市場まかせの「住まい」の整備

高齢者住まい法が2011年10月「改正」され、高齢者専用賃貸住宅（高専賃）など従来の高齢者住宅の類型が「サービス付き高齢者向け住宅」に一本化されました。厚労省は厚生年金受給者が対象と説明しており、建設業界は「空前のビジネスチャンス」と位置づけています。

「改正」に伴い、公的な家賃助成が組み込まれていた高齢者優良賃貸住宅（高優賃）は廃止されました。政府は、低所得者の住まいについて「養護老人ホーム」「軽費老人ホーム」などを列挙していますが、整備は進んでいません。低所得者の住宅保障の課題は放置されています、低所得はどこに行けばいいのでしょうか。不安の声を聴くべきです。

## (7) 居宅サービスへの総量規制の導入と 事業者の再配置・選別

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」「小規模多機能型居宅介護」などを対象に、市町村が地域ごとに事業所を指定する「公募制」が設けられます。指定の有効期限は6年以内で、「指定取り消し」の行政処分がない限り、受託業者が固定化さ

れてしまう可能性があり、特定事業者による「寡占化」を生むなど、地域の事業者の配置が一変する可能性があります。小規模事業所などは閉め出されてしまいかねません。

居宅サービスにも総量規制が導入されました。普及に支障が生じると市町村が判断した場合、都道府県に事前協議を求め、訪問介護や通所介護の新規開設に「待った」をかけられるという制度です。これまで通り、必要なものはつくれるように運動しましょう。

### (8) 市町村に責任を丸投げ

介護報酬の設定や事業者指定にかかわる市町村の権限が拡大されました。介護保険制度の運営を実質的に国から市町村へ移し替えていく流れの一環です。その顕著なものが、前述した「介護予防・日常生活支援総合事業」です。国は手を出さずに給付の切り下げを市町村に選択・実施させるという、あからさまな「政府公認のローカルルール」であり、市町村に「負担と給付の調整」を押し付けているのです。介護・福祉に対する国の姿勢が大きく問われる制度です。

## 4. 構造改革強化路線としての「社会保障・税との一体改革」

2011年8月15日、政府は「社会保障・税一体

表1 医療・介護サービスの需要と供給（1日当たり利用者数等）の見込み

	2011年	2025年		増減 ②-①
		現状投影①	改革②	
入院	133	162	129	▲33
急性期※	80	97	79	▲18
長期療養	21	31	25	▲6
精神病床	31	34	24	▲10
介護施設	92	161	131	▲30
特養	48	86	72	▲14
老健+介護療養	44	75	59	▲16
居住系	31	52	61	+9
特定施設	15	25	24	▲1
グループホーム	16	27	37	+10
在宅介護	304	434	449	+15
うち小規模多機能	5	8	40	+32
うち定期巡回	—	—	15	+15

※高度急性期・一般急性期・亜急性期・回復期含む、目標数が前後するため合計数が異なる。第10回社会保障に関する集中検討会議「医療・介護に係る長期推計」より作成

改革」を閣議決定しました。最大の目的は消費税の増税であり、医療・介護・年金をはじめとする社会保障費の徹底的な削減と一体的なものとして提言しています。「地域包括ケア」はその中心的課題の1つです。

患者・利用者を「入院から施設へ、施設から居住系施設・在宅（住宅）へ」と押し流し、医療行為の実施者を「医師から看護職へ、看護職から介護職へ」拡大し、公的給付を削減、営利化・市場化を推進する制度です。そのために社会保障国民会議（2008年）が、「2025年に向けた医療・介護の長期推計」を作成しています（表1、2）。これは「地域包括ケア」がめざす将来の医療・介護の提供体制像であり、医療が減り介護が増加しています。また看護・介護職の圧倒的な増加を見込んでいるのがわかります。

## 5. 「地域包括ケア」時代のとりくみ 基本視点 ～介護保険時代から 「地域包括ケア」時代へ

「地域包括ケア」は2003年「2015年高齢者の尊厳を支えるケア（高齢者介護ビジョン）」として初めて政府の文書に登場しています。医療・介護提供の一体的再編のキーワードになったのは、2010年4月に発表された地域包括ケア研究会（座長：田中滋慶応大学大学院教授）の最終報告です。団塊の世代が後期高齢者に到達し高齢化がピークを迎える2025年に向けた長期構想として、介護保険をはじめとする関係制度「改正」を積み重ねながら実現させていくとしています。

「地域包括ケア」は、「ニーズに応じた住宅

表2 マンパワーの必要量の見込み／万人

	2011年度	2025年度	
		現在投影	改革
医師	29	33~35	32~34
看護職員	141	172~181	195~205
介護職員	140	213~224	232~244
医療その他職員	85	102~107	120~126
介護その他職員	66	100~105	125~131
合計	462	620~651	704~739

が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義され、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域を理想的な圏域とし、具体的には中学校区を基本とする」とされています。研究会は「地域包括ケア」の本質は「ケア付きコミュニティーづくりにある」としています。単に介護保険という一制度の枠内にとどまらないものになりました。

2010年の「全日本民医連介護・福祉責任者会議」以来、民医連は政府の「地域包括ケア」構想の持つ2面性を、①高齢者が置かれている現状や要求を反映、身近な地域単位に生活の基本的基盤である住まいが重視され、必要な医療、介護が切れ目なく保障される体制づくりは、今後の高齢化に向けた重要な課題、②一方、政府のねらいは「自己責任」「市場化」の理念を土台にすえ、高齢者・国民の要求を逆手に取り、国にとって「安上がり」な、新たな医療・介護の「公費抑制・効率化システムを作り上げることにある。として、①を対応の課題として、②をたたかひの課題として介護・福祉活動にとりくんできました。

私たちが考える“地域”とは、区域を区切った単なる「エリア」ではなく、人々が生活を営む「コミュニティー」です。民医連の特徴は、「誰もが」という、民医連綱領に掲げる「無差別・平等」の理念を根底にすえている点にあります。介護が必要になっても、認知症になっても、終末期を迎えても、一人暮らしや夫婦二人きりになっても、そして低所得者であっても、施設、在宅の種別にかかわらず、1人ひとりが「その人らしく」「人間らしく」過ごすのに最もふさわしい生活・療養の場の選択が保障されなければなりません。

「地域包括ケアシステム」を地域から発信する、新しい社会福祉国家型の運動と事業の課題として、民医連綱領の課題として正面に位置づけとりくんでいきましょう。

## 6. 介護ウエーブ2011と 民医連介護・福祉理念（案）

介護ウエーブは、いま民医連の最も大きいウエーブになりました。慣れないながら始めた街頭宣伝、介護職員1人ひとりがマイクを持って訴える、「介護改善運動」。国会や議員への要請行動にも大勢の職員が参加しました。

「介護・福祉責任者会議」を受けて、「改正」介護保険の学習会や、問題点を指摘するシンポジウムが全国各地で開催されています。シンポジウムでは、地域分析にもとづく、地域ごとの役割と方針を確認し合い、共同組織の人たちと一緒に、自治体に「提案型」の運動が行われるようになりました。

24時間対応型の新事業や、「地域包括ケアシステム」の主役になるといわれている小規模多機能型居宅介護と訪問看護との「複合サービス」へのとりくみも始まっています。

「住まい」づくりは、人権の保障として、まちづくりの課題としてとりくみ始めています。これらの実践を通して介護職に「“民医連の介護”を実感した」などの声も上がるようになりました。事例集もつくられるようになってきています。

介護職部会をすべての県連に設置を合言葉に、自分たちの手で民医連介護・福祉理念をつくりましょう。民医連介護職のキャリアパスは理念と一体のものです。

今回の交流集会では、これらにかかわるすぐれた実践例が、各地から数多く報告されました。「全国支援で行えた福祉避難所を中心とする支援活動から学んだこと」（宮城）、「介護ウエーブ2011とりくみ」（東京・沖縄・大阪）、「地域包括ケアと今後の事業課題」（山形・兵庫・北海道・三重）、「民医連の事業と運動を担う職員養成」「介護福祉の理念（案）」に関して（神奈川・京都・山形・長野・長崎）など貴重な報告となりました。

おわりに、福島第一原発による放射能汚染は、そこに暮らす人々の生業、居住、財産、健康、コミュニティー、地域社会のすべてを奪う最悪の事態です。このたたかひは長期にわたります。私たちは社会的使命としてこの課題に立ち向かひます。