

# 規制改革会議 介護TF

## 議事録

内閣府規制改革推進室

# 規制改革会議 介護TF 議事次第

日時：平成21年5月19日（火）15:30～16:55

場所：永田町合同庁舎2階 A会議室

## 1. 開 会

## 2. 議 題

介護保険に係る諸問題について

- ・総量規制の在り方について
- ・自治体毎に異なる規制の現状について 等

## 3. 閉 会

○有富主査 それでは、規制改革会議の第2回介護タスクフォースを始めたいと思います。  
お忙しいところ、御足労賜りまして誠にありがとうございます。

本日は、特定施設事業者連絡協議会の皆様に御足労いただき、「総量規制の在り方」、「自治体毎に異なる規制の現状について」、事業者としてのお立場から御意見を賜りたいと存じます。

本日の議事録及び配付資料は、いずれ後日、当会議のホームページ上で公開する取り扱いとさせていただきます。ぜひ本音の議論をしていただきたいと思います。

それでは、御準備いただいた資料に沿って20分程度で御説明をいただきまして、その後、意見交換ということで運営をしたいと思っております。ひとつよろしくお願ひいたします。

○中辻氏(特定施設事業者連絡協議会・代表理事) 本日は、意見聴取にお招きいただきまして誠にありがとうございます。機会を与えていただきましたことに深く感謝申し上げます。

まず最初に、特定施設とは何かという一般的な浸透、御理解も低いようですので、事務局の次長から用意させていただきました資料の方で御説明をさせていただきます。その後でお時間をちょうだいしまして、私の方で主たる希望・要望等について述べさせていただきますので、よろしくお願ひいたします。

○長田氏(特定施設事業者連絡協議会・事務局次長) それでは、資料について御説明させていただきます。

1 ページ目に特定施設事業者連絡協議会の概要をまとめておりますが、特定施設事業者の事業者団体でございます。会員数としては、法人数で言えば300法人、施設数で言えば900施設程度組織しております。

2 ページ目にまいりまして、では、特定施設とは何なのかということについて御説明します。特定施設入居者生活介護という制度が介護保険制度にございますが、有料老人ホームですとか、ケアハウスなどに入居している要介護者に対して、ケアプランに基づき、介護のサービス、機能訓練のサービス、療養上のお世話、そういったものを包括的に行うサービスというふうに定義されております。特定施設というのは、(2)に挙げておりますが、有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、適合高齢者専用賃貸住宅という分類のものが属しております。いずれも高齢者の住まいとして制度づけられたものに、その施設、その住まいで包括的に行う介護のサービスが、特定施設入居者生活介護というサービスになってございます。

費用については、下に書いてありますとおり、一時金というのを頂戴する事業所もありますし、そういうものは頂戴せずに、月払いのみだけで費用を賄っているという施設もございます。

駆け足になりますが、3ページを御覧いただければと思います。事業者数の規模感は、特定施設の事業者数は全国で1,500社ぐらい。事業所(施設)数で申しますと2,600ぐらいということで、大変小さな会社が多いということになっております。実際にサービスを受

けておられる方というのが2つ目の段ですが、11.3万人ということです。ほかの施設サービス、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）が42万人となっていますが、その4分の1ぐらいということになります。3ページの3つ目で、特定施設の定員は、平均で見ますと73名となっております。しかし、最近はもう少し小さめの40～60人ぐらいの施設が中心になっており、だんだん平均定員が小さくなってきているという現状にあります。最後は、3ページの一番下で有料老人ホームの入居者の要介護度について分析しております。いろいろな施設がございますが、平均をとってみますと、自立の方が2割いっしょって、残り8割ぐらいの方が介護保険を使っておられるということになります。ただ、近年できております特定施設入居者生活介護の有料老人ホームなどについては、自立の方がもっと少なく、要支援・要介護の方がほとんどという施設が多くなっております。

4ページを御覧いただければと思います。特定施設入居者生活介護のサービス水準というのはどうなのかをご説明します。比較対照として介護老人福祉施設、特別養護老人ホームと比較をして御説明いたしますと、管理者というのはそれぞれ1名置きなさいとなっております。医師を配置しなさいという義務は特定施設入居者生活介護にはございませんが、特別養護老人ホームの方は必要数、非常勤の医師などを配置しなさいということになってございます。生活相談員というのは100人に対して1人。看護職員は、ここに書いてありますとおり、30～80人ぐらいの施設であれば常勤換算をした場合に2人という定義づけがされております。また、直接処遇職員と呼んだりしておりますが、看護職員と介護職員合わせた職員と利用者の比率が3対1。利用者3に対して職員を1人配置しなさいとなっております。これらについては、特別養護老人ホームと同じ配置基準になってございます。機能訓練指導員と計画作成担当者というケアプラン作成の担当者についても同等ということで、基本的には特別養護老人ホームとほぼ同レベルのサービスを提供しているということになります。

5ページにまいりまして、特定施設入居者生活介護では、介護報酬をどの程度いただいているかというところですが、グラフ上で赤い線で引いておりますのが特定施設入居者生活介護の介護報酬です。下に要支援1から要介護5を並べておりまして、要支援1のときは6万円、要支援2のときは14万円という見方をさせていただきたいと思うのですが、押し並べて赤い線が割と下の方にあるということをご理解いただけるかと思っております。その上の青の線、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）と比較すると、3万円ぐらい介護報酬が違うという現状がございます。

以上が特定施設の制度的な御説明になりますが、6ページが今日の本題となります要望の概要です。

一番初めの特定施設事業の総量規制の撤廃・緩和というところが要望のメインですが、そのほかに、2つ目として介護職員による医療処置の規制緩和。3番目として、高齢者の住まいに関する諸々の規制について適正化していただきたいということ。4番目として、都道府県による特定施設事業の指導にバラツキがあるということをご統一していただきたい

ということ。5番目として、若干細かな話になりますが、経済協力協定に基づいて海外から介護士を受け入れておりますが、特定施設での受け入れというのが認められておりませんので、それを認めていただきたいということを順に御説明いたします。

7ページは、現在、高齢者の住み替えニーズ、高齢者がケア付きの住まいを求めているという状況についてまとめてございます。一方で、下から矢印を引っ張っていますが、総量規制によって、都市部では新規に特定施設入居者生活介護という事業を行うことができないという状況があって、事業者としては、ニーズはあるのに供給ができないというジレンマに陥っているという状況を表しております。

8ページですが、これはニーズがあるということの1つの資料として、財団法人生命保険文化センターというところが、平成10年から3年おきに調査をされています。どこで自分が介護してもらいたいかということ調査してみると、近年、民間の有料老人ホームであるとか、介護などのサービス付きの住宅、それぞれ定義は明確ではありませんけれども、そういった割合が増えてきているという状況にございます。

9ページですが、諸外国と比較した資料として、これは厚生労働省などでもよく使われておりますが、各国の介護施設、ケア付きの高齢者の住まいが人口の比率で見ますとどれぐらいあるかというのを比較した資料です。日本では介護保険の「施設」に分類されるものはある程度満たされてきておりますが、ケア付きの高齢者の住まいというところでは、ほかの国に比べて非常に手薄になっているという資料です。

10ページですが、こうしたニーズがある中、特定施設の総量規制というのがどうしてできたのかということをお説明いたします。平成18年(2006年)にできた規制ですが、当時、小泉改革の中で三位一体改革、地方分権を進める上で、補助金と交付税と税源について三位一体で見直していこうという中で、厚生労働省が施設に関する都道府県の負担割合を大きくしました。もともと左側の円グラフにありますとおり、介護保険の財政は保険料で50%、公費50%のうち国が25%、都道府県が12.5%、市町村が12.5%を負担するという制度だったのですが、施設については、国が20%、都道府県を17.5%というふうに都道府県の負担を大きくする。そのかわりに、都道府県が介護保険事業支援計画で、特定施設を含めた施設の整備数量を定めて、それを上回る場合には指定申請があっても指定しないことができるという権限を認めたというのが2006年の出来事です。その後3年が経過しておりますが、新たに特定施設の指定を受けるといえることができにくくなっている。特に今後、高齢者の住まいが必要な都市部において難しくなっているという現状にございます。

11ページですが、これに対して、特定協としても厚生労働省に対して要望し、厚生労働省としても、都道府県に対して、こうした特定施設のニーズについて指導はしていただいております。しかし、ご指導の効果は、2009年4月から始まっている第4期の介護保険事業計画における総量規制の緩和については、限定的な結果にとどまっております。

12ページです。各市区町村では、12ページの大きく二重線で囲ってある部分を介護保険財政として見込んでおります。その中で、施設がある程度増えると見込みますと介護保

険財政が大きくなっていく。この半分を被保険者数で負担するとすれば、介護保険料が上がっていくということになるので、それを嫌って、各自治体は特定施設なりの施設を限定的に絞っていくという動きにあるということになります。

しかし、13 ページですが、特定施設に入居される方はどういったところからいらっしゃるかを特定協としてサンプル調査をしたところ、入居前に病院にいらっしゃったという方が3割、老人保健施設というリハビリ施設にいらっしゃった方が1割弱いらっしゃいました。そういったところから特定施設に来るということは、公的な保険財政から見ると軽減につながっており、必ずしも介護保険財政に悪影響を及ぼすものではないということがわかってきております。また、病院や老人保健施設といった施設にいらっしゃるよりも、本人にとっても、よりよい住まいに移っていくと言えます。地域ケア体制の整備に当たって、特定施設の果たす役割大と書いておりますが、そのようなメリットもあるかと思っております。

それから、14 ページですが、ちょっと本題からズレるところもありますが、特定施設の指定が受けられないので、各事業者は今度、特定施設ではない高齢者の住まいを建てて、その近くに訪問介護事業所であるとか、居宅介護支援事業所を建てて、包括サービスではなく、個別サービスを実施していく動きが見られます。しかしながら、個別サービスを実施すると、特定施設の介護報酬の方が（在宅の区分支給限度額よりも）安いということもあって、介護保険財政に悪影響があるおそれがありますし、地方自治体によっては、こうした類似施設を逆に今度は規制し始めるというイタチごっこになっている状況です。

15 ページからは、政府の方で開催された社会保障国民会議で将来的な医療・介護の在り方をシミュレーションしたのですが、そういった社会保障国民会議では、居住系施設というところをもう少し拡充していきましようということがうたわれております。

15 ページはイメージ図ですが、16 ページにもう少し具体的な数字として挙げておられます。真ん中よりやや下のところの居住系特定施設という欄で、現状は1日当たり11万人の方がサービスを受けておられることに対して、Bがよりよいシナリオとして描かれておりますが、2025年には1日当たり33万人、3倍に増やすというシナリオが描かれております。しかしながら、介護保険ができて以降、11万人までのサービスとなっておりますが、その後、残り18年間で3倍に増やすというのは、これまでと同じぐらい急速な拡大が必要なシナリオになっていますが、現時点、2009年時点の地方自治体の計画としては、そこまで増える十分な計画にはなっていないという現状がございます。

一方、17 ページについて、今回の不況に対して経済危機対策というのが政府でまとめられておりますが、その中では、ちょっと小さな字になりますが、黄色のバックのところ①というのが左側にありますが、介護拠点等の緊急整備として、特養・老健・グループホーム・小規模多機能事業所など、介護拠点の緊急整備を通じた雇用の創出というのがうたわれております。

具体的には18 ページに、補正予算の中で、事業規模3年分で3,000億というふうに挙

げられておりますが、3,000億のお金を使って特別養護老人ホームなどを緊急に整備していかうとされています。この開設経費を一部補正予算で対応していかうということがうたわれております。しかしながら、特定施設の総量規制を緩和なり撤廃するという一方で、事業者としてはニーズのあるところに進出していきますので、こうしたお金を使わなくても、経済対策が柔軟にできると考えております。

ここまでが1つ目の総量規制の要望になります。

19ページ、20ページは医療行為に関する規制緩和になります。この点については、医療の方のタスクフォースでも議論がされているというふうにお伺いしておりますが、介護側としても、もう少し緩和していただきたいと考えております。特定施設については、先ほど申し上げたとおり、医師が配置されていませんので、地域の在宅療養支援診療所といった届出をしている診療所などとの連携を図り、協力医療機関という契約を結ぶことで医療を支えることが中心になっております。施設の中には看護職員がケアを行うということになっております。

20ページですが、しかしながら、特定施設に入居されている方も、重度化ないし医療依存度の高い方が増えてきておまして、看護職員のみが医療処置をしていくということでは実際にサービスが回らないという現状にあります。その結果として、医療の必要な方の受け入れを拒否したり、あるいは入居されている方が医療が必要になった時に退去していただく、病院等に移っていただくというお願いをするような場面も生じております。これについて、点線の四角で囲っています「安心と希望の介護ビジョン」という厚生労働大臣の私的懇談会で、一定の答えを出していかうという方向性が出ており、さらに、右側の、水色の四角で囲ってあります「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会」というのが開催されておりますので、この動きについて、より一層スピードアップしていただくとともに、特定施設も同じように、経管栄養や痰の吸引といった医療措置を介護職員が行うことについて認めていただきたいと考えております。

21ページですが、3つ目の要望として、高齢者の住まいに関する規制の適正化というのをお願いしております。後ろから2つ目の資料に、今日、国土交通省と厚生労働省にお持ちした要望書がございますが、その中から1つ例として、有料老人ホームにおける容積率の緩和というのを挙げております。高齢者専用賃貸住宅という、国土交通省が所管しています賃貸住宅、もっぱら高齢者に入居していただく賃貸住宅については「共同住宅」という定義に含まれ、建築基準法の中で、廊下とか階段の床面積を容積率の算定に入れないということになっておりますが、有料老人ホームについては「共同住宅」ではないということで、（この規制緩和が）適用されないということになっております。実質的には、（有料老人ホームも）高齢者の共同住宅でもありますので、法の解釈によって容積率に算入しないといった措置を認めていただきたいと考えております。

22ページ、都道府県による指導のバラツキについて、これも最後に厚生労働省に出した

要望書を付けております。例えばですが、生活相談員という職員を配置しなさいという法令上のルールがあるのですが、特定施設の生活相談員にはどういった方を置きなさいという要件はありません。しかし、一部の都道府県では社会福祉士、社会福祉主事など、そういった資格を持っていないと生活相談員にはなることはできないという法令に根拠のない指導をされているということがございます。こういった根拠のない行政指導について、国から慎むよう指導していただきたいと考えております。

23 ページ、最後になりますが、E P A（経済連携協定）に基づいて、インドネシア、フィリピンから介護福祉士の候補者を受け入れることが進められております。現時点で、介護福祉士の資格を取得する前の受け入れについては、特別養護老人ホームなどに限定されております。下の図は厚生労働省の資料ですが、資格取得前の受入れはピンク色の別表第1というところの施設に限定されていて、資格取得した後は有料老人ホームなど別表第4という施設でも受け入れられるとされています。しかし、やはり養成した施設でそのまま就職される方が多いということもありますし、特定施設においても、資格取得前の外国人介護士の受け入れができるようなことを要望したいと思います。

非常に駆け足で申し訳ありませんでしたが、資料の説明は以上です。

○中辻氏 ただいま特定施設に係るさまざまな問題について事務局の方から御説明させていただきました。

特定施設事業者連絡協議会の実際の会員は95%以上が株式会社でございまして、私のような社会福祉法人の理事長が特定施設の代表をするというのは余りそぐわないということもよく言われるわけですが、私の法人としては特別養護老人ホームを中心とした社会福祉事業を行っています。

特別養護老人ホームというのは、あくまでナショナルミニマムとしてのセーフティネットであって、福祉施設を根幹とするものですから、かつてこの会議で議論された株式会社の特養参入ということについては、私自身は非常に強い反対意見を持っています。

それに対して、国民が望むスタンダードな介護というのは、やはり特定施設がきちんと担うべきだろう。それによって、特別養護老人ホームは本来の社会福祉施設としての役割を果たすべきだと思っております。介護保険の中で、特定施設は比較的盲腸のように隅っこに置かれていたわけですが、むしろ先ほど介護報酬の表でもお示したように、一番スタンダードな介護をしていて、在宅と比較しても、一番コストの低いサービスでもあります。

これについては、介護保険がスタートしたときから、きちんとホテルコスト、あるいは生活費は利用者負担であるとして、介護報酬として負担する部分は、あくまで介護を提供するための介護・看護のコストだけがここに入っています。特別養護老人ホームのように、おむつ代が入ったり、あるいは部屋代の一部が入ったり、あるいは特別養護老人ホームの場合は、ホテルコストの導入を2006年に行いましたが、入居者の85%以上が、今でも部屋代等の、あるいは生活費の補足給付を介護保険から受けているわけですね。ですから、

この表のほかに、まだ5万円とか6万円、介護報酬から特別養護老人ホームの方に支給されている。確かに、特別養護老人ホームの待機者というのは40万人以上おられるとあって、地方自治体は、市民からも議会からも、特養をもっと整備してほしいという陳情はあっても、特定施設をつくってほしいという陳情はない。だから、特定は要らないとおっしゃるわけですが、今後、介護を必要とする首都圏等の都市部で、実際に大半の高齢者はかなりの金融資産をお持ちであって、あるいは住宅をお持ちである。そのような普通の中産階級の方々、それらの資産を持っている方々が福祉施設に入ることが本当に望ましいことなのか。あるいは、それを結果的には次の世代の負担で賄っていいのか。

片一方では、先般あった群馬県の老人施設のように、無認可の施設が貧困階層を受け入れて、貧困ビジネスということで不当な利益を上げているというような実態を見ると、やはりきちんと特定施設が今後一定の社会的役割を担う方が、はるかに社会的な負担としても公平であるというふうに思っています。

ところが、2006年、急に最後の最後の3月に、特定施設の総量規制が、都道府県、市町村の強い要望で決まりまして、結果的に第3期の介護保険事業計画の中では、特定施設がほとんど位置づけられていませんでしたので、この3年間、特定施設の数というのは1万ベッド程度しか増えずに非常に抑制をされてきました。

そして今回、特に我々はこの3年間、厚労省と、あるいは都道府県や政令都市に直接、特定施設の役割というのをきちんと介護保険計画に反映してほしいという要望をずっとしておりました。厚労省からはかなり強い形で都道府県課長会議等で特定施設をきっちり評価するようというおっしゃっていただきました。地方自治体においても、ごく一部受け入れられた、理解していただいた地方自治体もあります。

ところが、今回の平成21年度の補正予算、緊急経済対策で、交付金をもって介護施設の整備を行い、それによって雇用の創設もするということですが、都道府県、あるいは市町村が交付金の消化という形に目が向いて、結果的には、今度は特定施設の枠をより抑制する形に必ずなるだろうというふうに強く懸念しています。ある意味、経済対策として、特定施設にこの3ヶ年だけでも例外的に総量規制の対象から外していただく等の対応をしないと、結果的にまた公費、税金でたくさんの介護施設をつくって、むしろマーケットがある、あるいは利用者の希望があるのに特定施設が不当にベッド数を制限されるという本末転倒の結果が出るのではないかと非常に恐れています。

そのほか介護職員による医療措置に関する規制緩和も、「特別養護老人ホーム等」と役所の得意な「等」がついていけばいいのですが、「特別養護老人ホームの」になっていまして、場合によっては特別養護老人ホームでは認めるけれども、特定施設では認めないというような結果になりかねません。そうすれば、当然、特定施設は（看護職員を配置せざるを得なくなることにより）コストアップになってくるという懸念を持っていて、ここに付け加えさせていただきました。

EPAに関しましては、我々が外国人労働者を雇用して介護事業をしたいというふうに

思っているわけではないわけですが、ここでも他の介護施設は受け入れを認められているのに、同じ要件を満たしても、特定施設であるからということで除外されているということについては、さまざまな影響が反映した1つの事例ではないかということでここに挙げさせていただいています。

以上で、私どもの基本的な要望について御説明を終わらせていただきまして、各委員の御質問、御意見等を頂戴したいと思います。よろしくお願いいたします。

○有富主査 どうもありがとうございました。それでは、残された時間、少し確認をしたいと思います。何かあればどうぞ。

○草刈議長 最後のところのいわゆる緊急対策ですけれども、これを見ると3,000億ですか。自民党のものには2,500億と書いてあったけれども、3,000億ですか。

○中辻氏 3,150億だったと思います。

○草刈議長 助成対象は特養と老健、グループホーム、小規模ケアハウスなどが書いてありますね。ということは、いわゆる民間の経営のグループホームなどの部分もこの中にはあることはあるんですか。

○中辻氏 かつて介護保険の創設期に、医療法人に対しては拡大をしてグループの施設整備の交付金が出たことがあります。今回これが株式会社まで拡大されているのかどうかということについては、ちょっと確認はとれていません。

○草刈議長 そうすると、今のお話だと、いわゆる特定施設については、この3,000億というのは適用範囲外だということをはっきりしているんですか。

○中辻氏 はい。私ども、特定協としては、交付金の対象にしてほしいとは全く思っていないくて、自由な経済活動として事業展開をしたいと考えています。ですから、むしろ公費をくれなくても、首都圏等を中心に、今後介護ニーズの高まるのであれば、行政の規制がなければ我々が同じことをしますよと考えています。1ベッド当たりの投資額なども、特別養護老人ホーム等よりは高いでしょうから、経済効果もむしろ我々の枠の方がはるかに高いというふうに思っています。

○草刈議長 もう1つ同じような質問ですけれども、結局この3,000億を使ってやりなさいと国は言いますね。そうすると、総量規制をやっている、特に都心部というか、人口密集都市は飛びつくかもしれない。しかし、そうじゃない、比較的それほど逼迫していないところもあるわけですね。そういうところが、これはどういうふうな分配をするのかわからないけれども、そういうところは総量規制があるから、うちはそれは要りませんからやめますと。あるいは、総量規制をやっているから、もうそういうものはつくれまないと、そういうことにはならないんですか。

○中辻氏 四国とか九州、あるいは北海道等、既に介護施設の充足度が非常に高く、総量規制の枠も介護保険がスタートしたときに超えているようなところがありますが、それらでは恐らく小規模多機能地域密着型等、新しいサービスについては受け入れるけれども、余り特養をつくるという発想にはならない、あるいは、なってほしくないと思っています。

都市部等については、例えば介護保険料もまだ 3,000 円台前半であったりして、これらの施設整備をしても全国平均の介護保険料より安いということは、施設がそれだけ足りないということですから、かなり前向き、積極的な整備をされるのだろう。ただし、その場合も、えてして起こりやすいのは、せっかくの交付金の枠があるから、それをできるだけたくさん消化したい。変な話、交付金を要らない特定施設は、その邪魔になるという扱いを受けるということはあると思っております。そこで、総量規制を理由に、特定の要望はないからという形で排除されて、むしろ結果的にでき上がった介護のサービス体制というのが、社会保障国民会議等で議論した結果と比較して、また後戻りになるという可能性は非常に高いと思います。

○有富主査 関連して。前回のタスクフォースで、行政側の人からいろいろお話をお伺いしまして、要は一番心配しているのは、特に例えば都市部のドーナツ圏の地域では、都心から越境してくる人がいる。越境があると、結局、そこにもともとから住んでいる住民の保険料が上がって困ってしまう。その辺を調整しながら、特定施設はどう、特養はどうというような形でやればあまり問題はないんだと。簡単に言うと、そういうことなんですよね。

だから、そういう程度の計画をつくりながら、規制をしないと野放図になってしまって、保険料が上るところはどんどん上がってしまって、ただ乗りする自治体がどんどん出てきて収拾がつかませんよと、簡単に言うところのことなんですよね。この辺に対しては、何かご意見は。

○中辻氏 2006 年の改正で住所地特例が特定施設にも適用されましたので、引っ越しした場合には、もとの自治体の介護保険財政の負担になるという基本的な形はできています。ただし、特定施設には 3 種類ありまして、介護専用の特定施設、それから混合型の特定施設、それから外部サービス利用型特定施設とあります。介護専用の特定施設であれば、住所地特例が完全に適用される。自立の方が入れませんので、一度要介護・要支援の認定を受けたら、転出前の自治体がずっと負担するという形になります。

それから、混合型の特定施設にはさまざまなタイプがあって、介護を主とした混合型と、あるいは自立の方の多いタイプと 2 種類ありますので、おっしゃるように、もし自立の比率が高いと、自立の間に引っ越しをしていって、転入先の自治体で将来、要介護になって、引っ越し先の特定施設所在地の自治体の介護保険料が上がるという可能性は確かにあると思います。

ところが、実際には、住宅型の有料老人ホームであったり、あるいは私どもも施設の 3 階から上にシルバーハウジングという市営の高齢者専用住宅を併設したりしていますが、既に 39 戸、五十数名入っておられて、平成 5 年から 16 年サポートしてはいますが、特養入所になった方というのは 1 人だけなんです。ですから、要介護状態になってしまえば、その要介護状態というのは 10 年とか、場合によっては 20 年とか、長く続くということで、結果として 15%の方が要介護老人、13%の方が要支援以上の認定を受けたりしてい

ますが、要介護にならずにお亡くなりになるの方が圧倒的に多い。

○有富主査 85%以上あると。

○中辻氏 ええ。なおかつ生活支援サービスとして、食事とか常日ごろの健康管理をちゃんとサポートしていれば、むしろ結果的に介護保険のお世話にならずに亡くなる確率の方が高まるということで、単純に、例えば100のホーム型があつて、スタートのときは要介護・要支援の人が2割だけけれども、10年たったら80%、90%になるのかということでは決してなくて、それらのことは、介護型でないケアハウスとか、あるいは介護型でない養護老人ホーム等でも、過去に遡った調査をすれば完全に証明できることだというふうには思っています。

○長田氏 最近都市部で開設されていますのは、大体50人規模の小さな特定施設を各駅ごとにつくるようなイメージで、周辺2kmぐらいから7~8割の方が集まってくるので、そもそも、越境というのは限定的です。親を呼び寄せる形での入居の形はありますけれども、ほとんど近くの方が入りますし、結局、周辺自治体にしても持ちつ持たれつの関係ではあると思います。自治体として、うちのところに大きな特定施設をつくと介護保険財政が上るとするのは心配し過ぎと感ずます。もちろん200~300の大きな施設であれば大きく変わってくると思いますが、ニーズを満たす50人ぐらいの施設であれば、財政的にもそんなに影響はないかなと思っております。

○有富主査 逆に言うと、その辺を証明するようなものがあるといいかもしれないですね。

○中辻氏 はい。

○有富主査 では、わかりやすいところからいきますか。EPAの問題と容積緩和の問題。後でまた複雑な話がたくさんあるので、この辺にいきたいのですけれども、特定施設の方は容積緩和がないんですね。

○中辻氏 はい。

○有富主査 これは一回、国交省に聞いてみる必要があると思うんだけど。

○中辻氏 お願いはしているのですが、地方分権の時代に一度地方に権限を与えたものを取り上げるのは難しいとも言われております。

高専賃では容積の緩和を認められております。有料老人ホームでも、廊下を外部外付けにできるわけですが、我々の方はなぜしないかということ、やはり夏冬の温度の差で脳梗塞の発症等の原因にもなるしということで、やはり高齢者向きということでは内廊下にせざるを得ない。そうすると、全部面積に入ってしまうという話になって、環境をよくすることが高コストにつながっているということについて、やはり時代の流れの中では緩和していただけないかなと。

9ページの資料にありますように、高負担・高サービス・高福祉で知られているスウェーデン、デンマークでも、こういう生活支援サービスの付いた高齢者住宅のマーケットといますか、枠というのは6.5%ぐらいある。もちろん、これは公費でつくられて、低家賃で提供されているものです。品質的にも、65㎡以上とか高いものがあります。低負担・

低福祉で知られているアメリカでも 6.2%の枠があるということで、それから比べますと日本が極端に低いということで、今後、大きなマーケットに本来なっていかなければいけない部分だと考えております。御存じのように、今の高齢者の方々の資産は 700 兆円とも 750 兆円とも言われていて、やはり高度成長期等を経て、唯一ストックを持った高齢者の方々が、70 歳を中心とする今の高齢者かなと。団塊の世代以降はそれだけの甲斐性は財政的にないのかなと思っていますが、今の高齢者のストックがマーケットに出ることで、やはり内需の拡大、あるいは経済成長にもつながる。ですから、唯一期待されているといえますか、国内マーケットの中で期待されながら、諸外国に比べて非常に成熟していない。今回、介護が成熟していないと言われましたが、むしろ介護以上に高齢者住宅等の受け皿マーケットが欠けている。それが低所得者にとっても、高所得者にとっても、さまざまな老後の問題につながっているという認識をいたしております。

○本田副主査 1つ宜しいですか。容積率の緩和に対して国交省に申し入れをされたということだったのですが、容積率は別に市町村とは関係ないですよ。

○長田氏 自治体の権限の話は、共同住宅に駐車場の設置を条例で義務づけられているのですが、「高齢者の住まい」については緩和してほしいという別の要望についてでした。これに対しては、なかなか国土交通省として動きにくいということをおっしゃっていました。容積率の緩和については、検討はするけれども、ちょっと正確な表現ではないかもしれませんが、有料老人ホームは老人ホームとしての開発許可を与えて、高齢者専用賃貸住居には共同住宅としての開発許可を与える。その開発許可の与え方と容積率の話が連動しているので、いいところだけ取ってくるのはなかなか難しいということをおっしゃっておられました。開発許可が下りやすいということなのかどうかまでは伺わなかったのですが。

○草刈議長 別の質問をしていいですか。

○有富主査 どうぞ。

○草刈議長 素人みたいな質問かもしれないけれども、さっき群馬県の例の無届施設の話がありましたね。結局、あの施設は要するに無届ですから、いわゆる認可も何も受けていない。それで、1つは、認可を出しても総量規制があるから蹴られてしまうだろうという想定もあるのかもしれないし、そういう認可を出すと、当然、さっきおっしゃったようないろいろな要件がありますよね。そうすると、当然それを満たさないで、そんなことをしてもしょうがないから、闇であのようなものをつくってやっていますねということなんですか。

○中辻氏 基本的には、低コストで生活保護の方をほとんど専門にされることで当初から設立されていますので、設備投資を最低限にしないと儲からない。当然のことながら、認可申請すれば、スプリンクラーだけじゃなしに、個室であるとか、最低限の床面積とか、バリアフリーとか、さまざまな規制・指導が出てきて高くつくので、初めから闇であることを設定されている事業者がほとんどと感じています。一部の事業者は許可を求めると総量

規制にかかるからとか言っている方もおられますけれども、それはごく一部だし、あくまでも言いわけ便法として使われている。やはりあの施設でも介護保険は適用されていて、先ほどあったような在宅サービスとして、訪問サービスとして行っている。さらに、厨房は本来雇っていた御夫婦に個人契約を結んでいるというような形で、有料老人ホームの規制からも対象にならないですよといういかいぐりをして、結果的にああいう事故につながったというふうには聞いています。

○草刈議長 そうすると、もぐりではそうなんだけど、いわゆるそういうものをあのような形で、しかも、鍵をかけたり、認知症の方もずいぶんいらっしゃるとい、そのような方を受け入れる施設として不適合であると。

○中辻氏 もちろんそうです。

○草刈議長 一見、普通の住宅風にしつらえてあって、だけど、介護保険は下りているわけでしょう。

○中辻氏 介護保険の指定施設としての認可ではなく、在宅介護サービス、訪問介護サービスの指定業者の分を別個に取っているという形です。

○草刈議長 では、それを規制するというか、そういうものを取り締まるという明確な法的根拠はないわけですか。

○中辻氏 ですから、完全に規制の下に潜り込んだ状態ですね。

○長田氏 有料老人ホームというのは、介護保険以前のレベルとして老人福祉法に規定があります。その老人福祉法には有料老人ホームは届け出なさいという義務が課せられているのですが、「たまゆら」という施設が有料老人ホームだったのか、そうでなかったのかは定かではありませんが、そうではない形として届出をしていなかったのが事業者側の意見だと思いますし、行政側から見れば、本当は有料老人ホームなのに届け出ていなかったと言いたいところだと思うのですが、そこがはっきりはしていないという現状にあるかと思えます。届出をしたとしても、都道府県はそこに立入検査などはしますけれども、例えば個室にしなさいとか、そういった指導については、ガイドラインは定められていますけれども、法的な規制というのは特にはない。届出の規制しかないという状況です。

○草刈議長 だから、あのようなものがはびこってしまって、いわゆる非常に悲惨な事態が起こり得る可能性はほかにもたくさんありますね。だから、やはり総量規制を解いて、ちゃんとした施設をつくって、あと、生活保護の方とか、いわゆる貧困の方のセーフティネットなり何なりは別途定めるべきだろうと私は思う。あのようなものが出てこないためにも、やはり総量規制を解いて、きちんとしたニーズに応じた量的緩和、量的な増設をすべきである、そういう論理になるんですか。

○中辻氏 特定施設が対象とされている方は、比較的裕福な方から中産階級の方々に徐々にマーケットが拡大されている。ところが、今、無届老人ホームのほとんどは貧困ビジネスとしてはびこってきていて、中産階級等の方を初めから設定はしていない方々です。かなり劣悪なことを前提にして、その中で利益を確保するという完全なビジネスモデルに

なっています。ですから、これがむしろ特別養護老人ホームであったり、養護老人ホーム等の本来の福祉施設がきちんとした機能を果たしていないか、必要数をきっちりと整備していないということの問題になってくると思います。

私自身も特別養護老人ホームを5施設経営していますけれども、うちの法人の施設では、生活保護対象の優先入居枠というのを新たにつくったときなども、1割と設定しました。私も古くから特別養護老人ホームをやっていますから、特別養護老人ホームの普遍化ということに関してはここ何十年間か取り組んできて、その最後の部分で、確かに介護保険で特別養護老人ホームは普遍化した、社会的認知を得たと思うのですが、残念ながら、片一方では老人福祉施設の根幹というのが消えていったというような思いは非常に強く持っています。

○草刈議長 特養にしても、有料老人ホームにしても、それも総量規制の対象にはなるんでしょう。

○中辻氏 もちろんそうです。

○草刈議長 コンセプトとしてはそうですね。

○有富主査 総量規制の問題も関連しないわけではないけれども、最近、NHKが取り上げているように、要は、昔は特養というのは、今おっしゃっているような、低所得で福祉の対象になるような人を優先的に入れていた。しかし、最近の特養というのは、要介護度の4、5を中心に入れ始めた。だから、結果的に元々のそういう人たちが押し出されて、貧困ビジネスみたいなところに入って行ってしまふ。よって、さっき中辻さんが言われたように、福祉と介護というのは別に分けなければだめなんだよねと。

○中辻氏 必ずしも福祉と介護を分ける必要はないと思っているのですが。

○有富主査 考え方ですね。

○中辻氏 ただ、地方自治体もそうですが、介護保険が2000年にスタートして、老人福祉のことを忘れてしまったといいますか、老人福祉をしようと思うと自分の財源が要りますから、介護保険の財源でできることで何とかごまかしをしようという対応になったのだと思います。私自身は、1歳のときに父親が自宅を開放して養老院をしましたので、昭和26年ですが、昭和38年に老人福祉法ができますまでは、入居者170人全員が生活保護対象でした。その後、昭和38年から老人福祉法になったわけですが、私が初めて特別養護老人ホームの施設長をしました昭和56年に50人の特養を開設したときに、生活保護世帯の出身者というのはもちろん6割を超えておりましたし、それが今、全国的には生活保護の方の入居率というのは2%なくて、1.何%だったと思います。ですから、生保のいない特養というのは当たり前になっています。もちろん、先ほどの株式会社の特養は認めるべきではないという判断でいけば、特養に生活保護の優先受入義務というのを課すことは全くおかしくないと思います。非課税であるし、さまざまな交付金にしろ、施設整備にしろ受けているわけですから、社会的義務はあると思います。

○有富主査 それは1つやるべきじゃないかな。

○中辻氏 「たまゆら」の問題については、先ほどおっしゃったように、特養が介護保険のもとで、経営上、要介護4、5、あるいは3、4、5に集中しないと経営できないということで、要介護1、2の方、あるいは要支援の方が排除されている。それについては、受け皿としては養護老人ホームがあるわけですが、養護老人ホームは全国に900強ありまして、定員規模で900人ぐらいですね。ですから、うちの分離したもとの法人なども養護老人ホームを今やっておりますが、これについては昭和50年以降、ほとんど10施設も増えておりません。特に今回、2006年の法改正で、外部サービス利用型が認められましたが、例えば神戸市のような政令都市だと、養護老人ホームへの措置というのは、自己負担が年金等で若干入りますが、原則神戸市が100%負担になります。生活保護で対応すると、神戸市の負担が25%になる。例えば50人の養護老人ホームだと神戸市で23万円ぐらいかかる。生活保護だと、住宅扶助を含めても12万円ぐらいで済む。しかも、その4分の1で済む。こうした事情があつて、地方自治体自身も養護老人ホームをつくらせないというような構造もあります。かといって、別に公営住宅で生活支援サービスの付いたものがちゃんと用意されていれば、それはそれで時代の流れとしてはいいとは思いますが、それらがこの30年間空白になっていて、しかも、介護保険の時代になっても、その分野に関しては何ら解決されなかった。ですから、ある意味、介護保険制度が「老人福祉」というものをなくしてしまったというのは有識者の間でもいろいろな議論はされています。

○本田副主査 総量規制に関して教えていただきたいのですが、9ページにある。スウェーデン、デンマーク、英国、米国などは。例えば州知事等に設置の総量規制を認めているところはあるのでしょうか。

○中辻氏 スウェーデン、デンマークは公営住宅として積極的に展開をしています。特にデンマークでは、既に十数年前に、プライエム等というのは最終的に廃止するんだと聞いています。24時間365日、特定施設と同じで、介護サービスは付いているけれども、単なる個室の施設じゃなしに、お部屋の中が45㎡、全体では65㎡以上。お部屋そのものとしては40㎡以上で、寝室とリビングが分離していなければいけなくて、キッチン、トイレ、それからシャワールームが付いて、ルバーストの住宅だと。国民住宅支援法か何かというのが十数年前につくられて、その後、名称変更されていますが、これがデンマークの一般的に言われる「脱施設化」です。そのコンパクトになったものが、日本の新型特養といえますか、個室化となっています。

英国も、一時期の高福祉国家ではなくなっていますが、基本的には公的整備が中心だというふうになっています。アメリカに関しては、低所得者用の高齢者住宅というのは本当に1%もなくて、99%が裕福層、あるいは中所得以上の方々に対するサービスとして整備がされている。

○本田副主査 公的などがどれだけつくるかというのは、もちろん自治体ないしは国が決めることではないかと思うのですが、いわゆるプライベートなところをつくるケア付き住宅、介護施設に対しての総量規制というのは、皆様が御存じの限りにおいては行

なわれていないということでもよろしいでしょうか。日本だけしかないという理解でもよろしいでしょうか。

○長田氏 率直に申し上げて、承知しておりません。ないのかあるのか自体わかりません。

○事務局 統計は、プライベートの事業が手厚いので、ないと思います。

○本田副主査 それはしようがないと思うのですけれども、事業として成り立つような需要があるところでも総量規制をしているというのは日本ぐらいであると。

○中辻氏 そうですね。アメリカの場合、総量規制という概念はないですね。

○本田副主査 ありがとうございます。ちなみに、本年の1月25日に、厚労省の阿曾沼老健局長に対して出された要望に関して、どういったようなフィードバックが先方からあったか、差し支えない範囲で教えていただくことはできますでしょうか。

○中辻氏 1月25日時点で要望したことについては、老健局の阿曾沼局長だけでなしに、担当の振興課の方も非常に理解はしていただいている、積極的に都道府県等に呼びかけをしている。第4期の計画の中にきちんと入れてほしいということは言っているけれども、でも、実際に都道府県、市町村の第4期計画では余り進んでいない。

○長田氏 パワーポイントの方の資料の11ページに挙げております。要望の後、2月27日に全国会議で、この文章は厚生労働省のつくった資料をそのまま記載しておりますが、こういう形で説明はしていただいています。

ただ、2月以降、その後具体的に計画を立てていく段階で、都道府県に対して強力な指導があったかというところ、そこは我々のプッシュが足りなかったところもあるのですが、十分ではなかったと思います。その結果として、この4月から第4期の計画が明らかになっているのですが、一部の自治体では緩和されているところもあるのですが、逆にむしろ厳しくなっている自治体もあります。今まで割と緩やかだった自治体が厳しくなっているというような結果もございます。

○草刈議長 なぜですか。

○長田氏 その自治体は、第3期、2006年から2009年の間に割と緩やかに取り扱っていたので、周辺自治体に比べて施設がかなり多くなってきたというふうに説明をされております。周辺自治体の方が当該自治体の施設に入っているようなケースがあるので、もう少し周辺自治体で整備してほしいというようなことを言っていました。

○本田副主査 踏み込んだ質問で恐縮ですが、私どもの理解では、厚労省が都道府県に対して指導をされても、あくまで指導であって、強制力がないものですね。

○中辻氏 はい。

○本田副主査 ですから、その強化をお願いしたとしても、厚労省が仮に非常に一生懸命前向きにやっていたとしても、できることには限度があると思うのですが。

○中辻氏 非常に限度があります。

○長田氏 厚労省が都道府県に言って、都道府県も今度、各市町村に対して計画を立てさせているのですが、都道府県が市町村に言えることは限度があると各都道府県の方はおっ

しゃっています。

○本田副主査 そうすると、根底になっている平成18年度の介護保険法をもう一回見直すというのが根本的な解決方法ということになりますでしょうか。

○中辻氏 はい。もとの届出制に返っていただくのが一番効果があります。事業者も当然のことながら、田舎にいつてつくるということはほとんどなくて、やはり都市部等、ニーズ、マーケットの期待できるところに先行投資としてつくっていきますし、それは自己責任ですることですので、一番望ましい形だと思います。そうでない限り、将来の望ましい形、社会保障国民会議がつくった形であっても、その反対の方の作用しか現状では起こっていないというのは非常にまどろっこしい気持ちであります。

○有富主査 特定施設は、おっしゃるとおり基本的に民間がやるわけだから、人が入らないようなところにつくるわけないだろうというのが素人の第一感ですよ。そんなところまでなぜ規制しなければいけないのか。それで、さっきからずっと御説明があるように、介護保険料が上るといふことも、いろいろなデータから起きませんよということだとすれば、ほかに何か理由があるのですか。

○中辻氏 ですから、市町村の窓口では、特定施設というのは裕福な人が入るから、市民の受けが悪いとか、そういうふうにおっしゃられることがあります。あるいは、先ほど申し上げたように、市民からも議会からも、特定施設をつくってほしいという要望は一度も聞いたことがない。だから、行政としては特定施設を積極的につくる必要性を感じないと。

○有富主査 積極的につくる必要性は感じなくても、邪魔はしないでほしいと言っているわけでしょう。

○中辻氏 ええ。ですから、総量規制の対象外だったときは問題なかったわけです。対象になった途端にそういう形で言われるので、自由な整備、あるいは特定施設事業者側が思っている、「せっかくマーケットがあるのに、そこで活動ができない」という事態が起こっている。それは結果的に国の政策とも我々の方は矛盾していないと考えています。

○有富主査 何か別の既得権益の人たちがあるわけですか。

○中辻氏 社会保障国民会議の事業計画を特養つぶしだということで真っ正面から会合等で批判をされている方もいらっしゃいます。

○本田副主査 今回、日本の中でどこにいろいろなサービスの需要が増えているかというのを見たときに、介護はまさに需要が増えていくということで。そこにスキルを持つ人を養成することで雇用を増やしたいというのが国にとっても、国民にとっても願うところであると思うんです。そうだとしますと、ある程度中規模ぐらいのネットワークを持つような、つまり特定施設でもいいんですけれども、複数の介護施設を持つような会社が増えてきて、そこで経験があまりない状態に入って、だんだん施設の展開によってシニアポジションがつかれるようなことを目指してつくっていくというのは、企業経営的な観点からすると非常に効果的なのではないかと思っていたのですが、実は今日驚いたのが、ほとんど1施設しかお持ちじゃないところが多いと。これは何か特別な理由があるのですか。それ

とも、例えば届出制に戻るような形になって、経営スキルでありますとか、人事育成スキルのあるようなところが多施設を展開するような形になるのが今非常に難しいからこういう状態にとどまっているのでしょうか。

○中辻氏 まず最初に、介護施設全体でいけば、社会福祉法人が経営する特別養護老人ホームも、約半数が1法人1施設で、それも定員規模が50人に若干の在宅サービスが付いた小規模とされています。保育所などでしたら、従業員数が30人以下などの1法人1保育所等があります。ちなみに社会福祉法人というのは、サービスをする社会福祉法人が1万6,000強あります。それで、零細法人が多いために、1つは専門性が低いということが言われておりますし、恐らく、サービスの提供コストも高いつている。あるいは、質が向上しないという形態になっているという批判を受けております。

介護の人材不足という問題についても、やはり事業者が中規模化していく、あるいは大規模化することでスキルアップができるとか、キャリアアップができるというようなこともありますし、それなりの雇用条件等を担保しないと必要な人材が集まらないという意味で、プラス効果というのはかなりあるだろうというふうに思っております。しかし、零細事業者が、特定施設に多いということだけじゃなしに、ヘルパーの事業所とか、全ての事業所が零細事業者の比率というのは介護保険上では多いわけです。3割ないしスタートのときには5割近くを占めていた社会福祉法人もそうでした。それから、コムスンやニチイ学館のように全国展開をしようとした事業者もおられましたが、基本的には地域密着型のサービスですから、その地元で誰かが手を挙げて、誰かが乗り出すという形の創設期の中にまだあると思います。中長期的には人手不足等を含めて、株式会社系のものに関しては統合化されていく方向性にある。あるいは、比較的中規模以上の大規模なところでは、この数年間、そういったM&A的な再編成がされています。地方の零細なところは、淘汰と合併に進んでいくのかなと思います。

ただ、社会福祉法人というのは、持ち分のない公益法人なので逆に始末に悪いと言われていまして、かえって持ち分のある株式会社であれば、その経験を買って対価に換えることができるわけですが、社会福祉法人というのは持ち分がないために、むしろ再編成は難しいだろうと思っています。

○本田副主査 大変恐縮ですが、大手であるベネッセスタイルケアの長田様の方からも一言ちょうだいしても構わないでしょうか。

○長田氏 弊社、ベネッセスタイルケアは、全国に130~140の施設を展開しております。同じく株式会社メッセージも150以上の施設を展開しております。我々は、自分たちのサービスをなるべく多くの方に受けていただきたいということで、年間10なり20なりの施設を拡張しているながらも、介護保険ができて以降の何年間ですので130~140のレベルにとどまっているところです。小規模零細事業者が多いのは、今までは誰でも参入できるということで、中小企業の土木建築の会社なり不動産業なりが転換していく例が多かったのは1つあるのかなと思います。

もう1つは、やはり職員とも利用者とも顔の見える関係なので、個人的な見解ですが、小規模な事業者が優れている点もあるのかなというふうに思います。

○本田副主査 規制とは余り関係ないということでしょうか。

○中辻氏 2006年から規制がされているので、小規模なところにとっては中規模化、大規模化するチャンスを与えられなかったということは通常の経済論理の中では言えるのかなと思います。

○有富主査 話は限りないんですけど、EPAのところだけちょっと確認しておきたいのですが、なぜだめだと言っているのですか。

○中辻氏 忘れていたと、その前に担当していた方がおっしゃっていましたが、我々も今まで要求していなかったのです。今までは介護福祉士の履修施設として除外されていたので認めてほしいということで、この4月から特定施設も認められるようになりました。

EPAに関しては、事業者として外国人労働者をこの形で受け入れたいという要望もなかったわけですが、今回、機会を与えていただいたので、類似している他の施設との差は全てなくしておく方が、特定施設業界の将来のためにはいいだろうということで、最後に付け加えさせていただいたというところです。

○有富主査 そうすると、忘れていたというのは、厚労省としては、言われれば対応するよという感じですか。

○長田氏 このEPAの議論の後に介護福祉士の資格の在り方の見直しが厚生労働省でされています。それまでは介護福祉士の実習施設は特別養護老人ホームとか、このピンク色の中だけでした。そのときにEPAの交渉をしていたので、この形でまとまってしまって、その後、介護福祉士の実習施設は特定施設でもいいですよ、民間企業でもいいですよというふうに拡大されたのですが・・・。

○有富主査 EPAの方だけは残ってしまったと。

○長田氏 そのとおりです。EPAの仕組みがまだ始まったばかりなので様子見なのか、忘れていいのか、あるいは初めなので慎重に社会福祉法人などに限定すべきか、そういう議論がされていたと想像されます。

○有富主査 そうすると、もっとざっくりばらんに言うと、規制改革会議が言ってあげると厚労省もやりやすくなるというような側面もあるということですか。

○中辻氏 ええ。

○有富主査 わかりました。

○長田氏 ただ、相手方のインドネシア、フィリピン等とどういう形でまとまっているかという問題もあるとは思いますが。

○有富主査 そうですね。

大体いいですか。ありがとうございました。またいろいろわからないことがあったら、場合によっては、事務局からも教えていただくようにしたいと思います。

どうもいろいろありがとうございました。またこれからもよろしくお願いします。