

介護TF
第4回議事録

内閣府規制改革推進室

第4回介護TF 議事次第

日 時：平成 21 年 5 月 29 日（金） 13:00～14:10

場 所：永田町合同庁舎 2 階 A 会議室

【議 題】

介護保険制度に係る諸問題について
(議事録公開)

【出席者】

龍谷大学 社会学部 地域福祉学科
池田 省三 教授

○有富主査 それでは、規制改革会議の第4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、御足労を賜りまして、誠にありがとうございます。

本日は龍谷大学の池田教授に御足労をいただき、「介護保険の現在と未来」について御教授を賜りたいと存じます。なお、本日の議事録及び配布資料はいずれも後日、当会議のホームページ上で公開する取扱いとさせていただきたく、お願いいたします。今日は本当にぎっくばらんな内容を教えていただきたいたいというふうにお問い合わせを申し上げます。

それでは、御準備いただきました資料に沿って20分程度、御説明をいただいて、その上で意見交換をするという形にさせていただけたらと思いますが、それではよろしゅうございますか。

○池田省三教授 はい。結構でございます。

○有富主査 はい。では、ひとつ、よろしく願いいたします。

○池田省三教授 龍谷大学の池田と申します。15年間ぐらい、介護保険のことを毎日考えているという変わり者で、ある意味で現在の老健局より介護保険のことを知っているかもしれない。お手元に資料をかなりたくさん用意いたしましたので、幾つかを中心にしてお話をさせていただきます。左上に「スライド1」とか「スライド2」と書いてありますが、それを手がかりに見ていただきたいたいと思います。

まず、一枚、開いていただきまして、最近、日本の介護保険の評判が悪いという傾向がありますけれども、実は国民に知られていないことがあります。それは日本の介護保険は「贅沢」な制度だということなのです。

スライド2にお見せいたしましたのは、国民所得に占める社会的な介護費用投入についての各国の状況です。これは社会保障国民会議のデータから持ってまいりました。見ていただくとわかるとおり、スウェーデンを除いては、日本の介護費用の投入は欧米を大きく上回っています。北欧に次いで高いのが日本の介護保険です。これはほとんど知られていないことですが、事実でございます。

スライド3を見ていただきますと、これは在宅介護サービスをどこまで保障するかということをも日本とドイツとフランスと韓国、この4か国で比較してみました。北欧も入れたかったのですが、システムが違いますもので、こういう比較ができないのです。これは要介護度という形で介護の手間のかかり方をランキングして、それぞれ幾らまで介護サービスを保障するかということを決めているスタイルの国、4か国でございます。

では、どういうふうになっているかというと、まず、赤い折れ線が一番上でございますが、これが日本の在宅サービスの支給限度額。つまり、「ここまで使っても、9割給付をいたします」ということです。これ以上使っても構いません。医療と違って、介護保険は混合介護が認められておりますので、これを超えて使っても一向に構わないのですが、その場合は10割自己負担ということになるだけです。

黄色い階段状の棒グラフがございまして、これが実際に使われている利用額の平均です。一目瞭然ですが、日本の場合は支給限度額の半分しか使っておりません。「なぜだろう」

という話はまた後でいたします。

では、ほかの国はどうなっているかということ、緑の点線の折れ線と実線の折れ線があります。これがドイツです。2つに分かれているというのは、去年、ドイツは法律を改正しまして、支給限度額を少し上げることになりまして、2012年度にこの点線の折れ線まで上がります。現在はこの実線の折れ線です。

その下に青色の実線の折れ線がございます。これがフランスです。フランスは介護保険ではございません。個別自立手当という、租税を原資にしたものでございますが、こんなところです。その下にやはり青い破線の折れ線がありますが、これはフランスの平均利用額です。やはり、限度額ではかなり低いということです。

その下にチョコレート色に線が引いてありますが、これが韓国でございまして、去年から始まりましたが、こんなものです。

一番下がドイツの現金給付です。ドイツの場合は現物給付か現金給付を選ぶことができまして、在宅サービスを利用しているというか、利用できる人たちのうち8割近くが現金給付です。だから、ドイツは安上がりで済んでいるということなのです。こんなに低いからです。

この図を見ていただきますとわかりますように、日本の介護保険は2つ大きな特徴があります。一つは支給限度額がほかの国と比べて3倍から2倍、高いということです。

もう一つの特徴は軽度への給付です。要支援1、要支援2、要介護1、そして要介護2のかなりの部分、こういった軽度を対象にしている国は基本的に北欧を除いてはございません。北欧と日本だけです。しかも、二本の場合、要支援1、要支援2、要介護1は認定者の43%を占めております。

ですから、介護保険の給付の対象になるというのは、ほかの国と比べると日本は適用範囲が2倍広いとお考えいただいてもいいということです。ことほどさように日本の介護保険が「贅沢」にできています。しかし、このことを言った人間は、私以外にはだれもいません。なぜ言わないのか、理解できないのですが、これが非常に知られていないというのは、私は非常に残念だと思っております。

スライド4でございしますが、施設給付です。これも同じように、日、独、仏、韓の4か国を見ておりますけれども、まず、階段状の棒グラフが日本の特別養護老人ホームの介護費用です。1割自己負担も含めています。

要介護度を示してありますが、一番上のチョコレート色が日本の療養病床の費用です。療養病床は非常に金がかかる。要介護で40万円かかっておりますけれども、2012年度にお取りつぶしになりますので消えます。

その下に青い線がありますが、これが日本の老人保健施設です。そして、赤い線がほぼ平行に引かれておりますが、これは認知症を対象にしたグループホームの介護費用です。食費と居住費は別立てですから、入ってはおりません。この上に食費や居住費が積まれるということになります。

階段状の特別養護老人ホームの、大体、85%掛けぐらいでしょうか、きれいに斜めに線が引かれておりますが、これが日本の特定施設、つまり、有料老人ホームでございます。有料老人ホームも日本はかなり高い水準で給付をしているということがおわかりいただけると思います。

さて、それではほかの国はどうなっているかという、その下の緑色がドイツ。破線は2012年にここまで上がります。実線は現在です。韓国、それからフランスというふうに見ていただくと、施設入所者に対する給付についても、日本はやはり極めて高いということがおわかりになると思います。

この理由は簡単です。日本の場合は施設に入ったとき、施設でかかる介護の費用は全部、介護保険が面倒を見るということになっているわけです。勿論、9割給付ですから、1割の自己負担はいたしますけれども、基本的に完全給付なのです。

ところが、ほかの国は完全給付ではございません。部分給付です。つまり、ドイツでもナーシング・ホーム、こういった施設に入れば介護費用だけで30万円かかるという事例は幾らでもございます。では、どうするかというと、そのうち15万円を出してくれるわけです。あとの15万円はというと、「自分で払え」ということになるわけです。韓国は完全給付だそうですが、それにしても介護報酬が低すぎるといえるでしょう。

当然のことながら、低所得が入れなくなることが起きますので、この場合は社会扶助。日本の生活保護でございますが、それが代行する。こういう形を取っている。

完全給付を取っている国は意外に少ないのです。北欧は別ですけども、そういった意味では在宅・施設を通じて日本の介護保険がいかに「贅沢」にできているかということも最初の知識として皆さんに知っていただきたいと思ってつくりました。

○松井委員 今のご説明にありましたが、医療と違って、混合診療は医療では禁止されていますけれども、介護では混合介護はオーケーだということですよ。

○池田省三教授 はい。構いません。

○松井委員 そうすると、保険以外の部分は全部自費負担だと言っているながら、その部分はあることはあるけれども、実際には、日本では自費部分は大きくないと、そういうふうに理解していいですか。

○池田省三教授 御質問の趣旨がよく理解できないのですが、日本は混合介護は全く自由でございますので、自己負担であれば何に使ってもいいということに。

○松井委員 保険給付を超えた部分は、それはある意味では青天井ですよ。

○池田省三教授 はい。

○松井委員 だから、その保険で給付される部分が日本は極めて高いということですよ。

○池田省三教授 これは説明しにくいのですが、関連して言いますと、日本は完全給付であるがゆえに施設の収入が伸びないのです。完全給付だから、その上には積めないのです。

○松井委員 積めない。逆にね。

○池田省三教授 はい。介護費用に関しては介護報酬が決定してしまうので、変えること

はできないですね。

○有富主査 自由に払う分は。

○池田省三教授 施設では「たくさん払うから、いいケアをしてくれ」ということはできないのです。ただ、居住関係であるとか食費、これは一向に構いません。有料老人ホームはケアの質が高いから、その分についてケア費用を上げるのは構わない。そういう構造になっていて、これは確かに非常に重要な問題をはらんでいます、大きな論点だと思います。

○有富主査 はい。わかりました。

○池田省三教授 スライド6は加齢に伴って認定率が急上昇するということを示しておりまして、大体、74歳まではほとんど元気です。75歳を超えてから、だんだんリスクが高くなって、85歳を超えると、これは半分以上が要介護になっていくということを示したものです。ですから、75歳以上の問題ですね。私、一向に言葉に違和感を持ちませんが、評判の悪い表現を使えば、後期高齢者が問題なのです。

スライド7は47都道府県の認定率。要介護、要支援から要介護1、2、3、4、5、それぞれ、お年寄りの何%が認定されているかということ、47都道府県ごとに見てみたものですが、大変なばらつきがあります。

本当はこのばらつきをちゃんと調べていく必要がありますが、特にひどいのは軽度がとんでもなく格差が大きいということです。要支援等と要介護1は大きな格差を示しており、要介護度が上がるにしたがって収束していきますけどね。

スライド8は、これは時間があつたら詳しく御説明したいのですが、実はこんなに大きな認定率の格差があるといっても、実は軽度の方は、要支援、要介護1は家族と一緒に暮らしたらサービスが要らない人がざらにいます。ひとり暮らしとか夫婦のみ世帯だと、「あつた方がいい」というということになる。そのこともあつて、地域によってばらつきがある。

だから、軽度の方は、認定率が高いから軽度の方がたくさんいるかという、そうでもないのです。軽度の認定率が少ないからといって、軽度の方が少ないかという、そうではない。家族の中でやっているというのは幾らでもあるわけです。

ところが、重度は要介護3、4、5になりますと、これは絶対介護が必要ですから、ほとんどの人が認定されております。実は重度でも2割ぐらいは認定されていてもサービスを使っていない人がおります。この理由は簡単です。病院に入っているからです。医療保険の適用になれば使えないだけのことです。

高齢者といっても、前期高齢者と後期高齢者ではその要介護になるリスクが全く違いますので、スライド8は65歳以上の高齢者を5歳刻みに刻んで、それで補正をしたものです。縦軸は「重度の認定率指数」といって、全国平均を100として、それぞれの地域に重度の高齢者がどのぐらいいるのかという指数で示してみました。これは上へ行けば行くほど、元気です。下へ行けば行くほど寝たきりです。

横軸は軽度の方のサービス利用意向を見ております。右に行けば行くほど、軽度のサービス利用意向が高い、左へ行けば行くほど、サービスの利用意向が低いということを示しております。

そうすると、日本で一番、お年寄りが元気な県は佐賀県です。そして香川県、宮崎県と続いてきて、基本的に西日本が結構、元気です。それで一番元気でないのが青森県、それから秋田県、沖縄県と続きます。沖縄県はちょっと特殊な事情がありまして、これは沖縄戦が影響していると思われまます。

○草刈議長 沖縄戦ですか。

○池田省三教授 太平洋戦争末期の沖縄戦です。

○草刈議長 戦争ですか。

○池田省三教授 そうです。沖縄戦のときに動員された年齢階層を考えてください。ちょうど、その方たちが要介護世代に当たるということですが、それをやりますと、ちょっと時間が足りませんので、そこは抜きます。

一番、サービスを活発に使っているのは、「やはりね」と言っでは怒られるかもしれませんが、大阪です。それから長崎、徳島と続きまして、一番使っていないのは東日本で、山梨県、茨城県。こんな状況で、意外と日本全国、均質かという、逆でしてとんでもない格差があるということがこれで読み取れるということなのです。

次を見ていただきますと、これは私たちが開発したマップ・システムですが、市町村毎に高齢者元気度を色分けしています。青ければ青いほど元気です。赤ければ赤いほど寝たきりだと思ってください。これは佐賀県と沖縄県を出しましたけれども、佐賀県は真っ青です。沖縄県は真っ赤です。こんな違いがある。

ちなみにこの地図は変な地図でして、見たことがないと思いますが、これは人口地図です。高齢者の人口が面積になっています。

○草刈議長 そういうことですか。

○池田省三教授 その次を見ていただきますと、これは大都市、すなわち、東京都と、それから大阪府でございます。大都市の高齢者は必ずしも元気ではありません。

大阪を見ていただきますと、全体として北の方が元気です。東、南が悪いのですが、これは何に関連しているかという、住民の所得と関連しております。北大阪は結構、小金持ちが多いところですが、そういう傾向があって、いろんなものが見えてきたということがあります。

さて、スライド 11 はちょっと時間がないので、これは抜きましょう。スライド 12 も抜きましょう。実はスライド 11 とスライド 12 はとんでもない秘密が隠されているのですが、それをやりますと、たくさん時間がかかるので、抜きます。

ずっと抜いていって、スライド 14 を見てください。介護保険は社会保険でございます。社会福祉ではありません。介護保険を社会福祉だと勘違いしている方が大変多いわけです。今でもその議論が多くて、「1割自己負担の上に居住費、食費を自己負担にしたら、低所

得者が支払えないではないか」、そういった現実を知らない議論がすごく横行しています。実は 2005 年に法律が改正されまして、施設入所者についても調理代もひっくるめた食費と、それから個室は住居費、4 人部屋は光熱費しか取れませんけれども、「それを払ってくれ」ということになったわけです。

それは諸外国では当たり前のことですがけれども、日本では昔は社会福祉でやっていたものですから、応能負担だったもので、低所得者から取らないということになって、それが中産所得階層も高額所得階層も、全部、適用されてしまっていて、2000 年から取らないということになってしまったわけです。それを 2005 年でやっとなら改正したわけです。

そうしたら、御存じのとおり、ごうごうたる非難を浴びたわけで、その結果として補足給付をつくったわけです。補足給付によって、低所得者は施設に入っても、大幅に減免されておりまして、簡単に言うと、食費も、それから居住費も補助されているという現実があるわけで、その実態を示したものでございます。

実はこれはインカム、つまり、収入にしか着目しておりませんので、例えば預貯金を 2 億円持っていて補足給付は出ます。息子夫婦と暮らしていて、息子は年収 3 億円であっても、施設に入った途端、世帯が分離されますので、その人の年金収入しかないの、補足給付が適用されます。これは大体、年間 3,000 億円ぐらいの給付になってはいますが、とんでもないむだ遣いだと思えます。

これは本来、介護保険から給付するものではなくて、社会福祉の方から給付するものなので、そこところが混乱しているのが、実は介護保険のかなり大きな欠陥であります。ただし、これを指摘して、手を付けようとする、間違いなく野党とジャーナリズムと、それからマスコミ御用学者、福祉系研究者たちから襲撃を受けることは間違いございません。ちなみに私はもともと自治労中央本部の書記でございまして、労働組合の出身者でございまして、どちらかという、本来、左派系有識者に分類される人間ですがけれども、私から見ても、ちょっとひど過ぎるという感じがあります。

○本田副主査 済みません。もう少し詳しく教えていただけますか。どういう話になっているのか。

○池田省三教授 これは 2 つずつ棒が並んでおりますが、施設に入ったとき、幾ら払うかということが縦棒で表されております。それぞれ、4 種類に分かれたものが 2 組に並んでおりますが、右側は多床室、つまり、4 人部屋です。4 人部屋の特養と個室ユニットの特養とに分けていますと考えると、

4 人部屋で見ますと、例えば一番右を見ると、生活保護の方は、1 割自己負担は 1 万 5,000 円で結構です。食費は 1 万円ですとよいということ。あわせて 2 万 5,000 円を払えば入れたわけです。実際は生活保護は生活扶助を受けていますから、生活扶助からこの金が出ますので、ただです。これは変わっていない。

今度は、国民年金しか受給していない方は年収 80 万円を切ります。その方たちは、2005 年改正以前は 1 割自己負担は 2 万 5,000 円ですとよいということになっていました。あ

と、食費を1万5,000円、払ってくださいねということになっていたわけです。居住費はもともと取りませんでした。

それが2005年改正以降は、2本並んでいる右の側で、1割自己負担は1万5,000円がいい、そのかわり、居住費を1万円、払ってください、食費は1万2,000円がいいですよという形で、減免したわけです。

そうすると、見ていただくとわかるように、国民年金だけの方は従来は4万円払わなければいけなかったものを、法改正後は3万7,000円で済む。安くなっているのです。そういうふうに進んでいくとわかるので、全部、これを説明していると、とても時間が足りませんので、何かわからなかったら、また後で聞いていただければと思います。

スライド15はこの間の給付の伸びを示したものでございまして、2005年改正の関係で訪問介護が若干減ったということと、福祉用具が軽度の規制をして減ったけれども、また上がっております。あとは療養病床が2012年度に廃止されるので、撤退し始めていって減っている。そういう傾向を示したものです。

スライド16は都道府県別の給付格差を見たものでございます。

スライド17は縦軸がお年寄り一人当たり、どれだけ在宅サービスを使っているかということを示し、横軸がお年寄り一人当たり、施設サービスをどれだけ使っているかということを示しています。

4象限に分けて、真ん中が全国平均です。右上は在宅サービスがたくさん使われていて、施設もたくさんある地域です。左上が在宅サービスがたくさん使われているけれども、施設は少ない地域です。左下は施設も少ないし、在宅サービスも少ない。こういう分け方になっております。

47都道府県をばらまきますと、こんなふうな格差があります。日本で一番在宅サービスを使っているのは、何と青森県です。非常に不思議なことですが、基本的には西高東低ですけれども、青森県だけが別立てになっております。

施設が飛び抜けて多いのは、富山県と徳島県でございます。この時点、直近のデータでは、今、富山県がトップですが、ずっと徳島県がトップでございました。どちらも使っていないというのは、大体、関東、東北ということになります。その地域差を見たものでございます。

スライド18は飛ばしましょう。

スライド19は在宅サービスの通所系のサービスと訪問系のサービスの分布を見たものですけれども、縦軸がお年寄り一人当たり、訪問系サービスをどれだけ使っているか。横軸がお年寄り一人当たり、通所系サービスをどれだけ使っているかということにして、基本的に田舎は通所、都市は訪問という形になります。これは、通所は一定施設が要りますので、地価が高いところはどうしても簡単につくれないということを示しています。

ただ、これを見ていただくとわかるのですが、沖縄は外れ値です。沖縄は通所サービスが乱用されています。それと和歌山県は訪問サービスが乱用されている。これは理由がよ

くわからない。沖縄はわかるのですが、こういうことになっています。だから、介護保険は給付を分析すると一筋縄ではいきません。様々な観点から、地域差が大変大きいのです。

スライド 20 はグループホームと特定施設の給付を高齢者一人当たりで割ったものでございまして、こんな格差があるということです。

スライド 21。これは療養病床を廃止するということに、療養病床を廃止すると介護難民があふれ出て大変なことになるという議論がいっぱいありました。「本当だろうか」と思って調べてみたのですが、これは老人保健制度のデータと突き合わせてつくったものです。

まず、縦軸が老人保健制度適用者一人当たり、入院費用が幾らかかっているかということを示しております、上へ行けば行くほど、お年寄りの入院が多いということです。下へ行けば行くほど、お年寄りの入院が少ないということを示します。

横軸は介護保険適用者の一人当たり、介護施設が幾らかかっているかということ調べたもので、右に行けば行くほど、介護施設が多いから、たくさん入っているということです。左に行けば行くほど、介護施設が少ないから給付がかかっていないということを示しています。

それで 47 都道府県をばらまいてみますと、予想した結果と全くの逆の結果が出ました。つまり、皆、施設が少なければ行くところがないから、病院に入院するだろうと思ったのですが、全く違うのです。施設が多くて病院も多い地域は、例えば高知県、沖縄県。しかし、施設も多い。どちらも多いでしょう。

逆に言うと、施設もなければ病院もないというのは、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県。首都圏ですよ。そうすると、首都圏では難民暴動が起きておかしくないですよ。介護保険から見れば療養病床の廃止で、医療保険適用の方に統一するわけですけども、はっきり言って、地域格差に関する議論が全くないのです。

幾ら何でも、沖縄、高知、北海道、福岡はひど過ぎませんか。これは明らかにベッド数を減らすべきです。逆に言うと、首都圏は圧倒的に足りないことがはっきりしているわけです。そのバランスをどうしてきちんとすべきです。そのところがほとんど解明されていないという問題がありました。

○有富主査 後に出てくるのかもしれないけれども、これは保険料との問題は。

○池田省三教授 保険料との問題は、当然、絡みます。つまり、施設が多ければ多いほど、給付は高くなりますから、保険料は上がります。ただ、介護保険の場合、施設だけではなくて在宅サービスもありますので、単純な問題ではない。

ただ、老人保健制度は社会保険ではございませんので、負担への跳ね返りは読みにくい。しかし、一般的には、当然のことながら、これは負担にはね返ってくるのは間違いありません。

○松井委員 これは老人比率の高低とは関係がありますか。このグラフは一人当たりの数値ですから、高齢者全員の数で割っていますけれども、老人比率が高い県とそうではない県がありますよね。例えば、首都圏はどちらかということ老人は相対的に少ないですよ。

それで、グラフで反対側に位置する方は多いのかとも思うのですが、その辺りはいかがですか。

○池田省三教授 高齢化が先行したところの方が施設も病院も多いということは、間違いありません。

○松井委員 そういうことですよね。

○本田副主査 75歳以上の高齢者の負担によつての調整は、これはしていらっしやいませんね。

○池田省三教授 これは前期高齢者、後期高齢者の調整はしておりません。できないのです。なぜかという、老人保健の方のデータがそろわないのです。

介護保険のすごさは、100%、IT化されているということです。だから、要するにリアルタイムで全部、分析できるのです。ところが、老人保健の方は2年遅れ、もしくは3年遅れでデータが出てきて、しかも、公開されているものはペーパーレベルなのです。

○吉田参事官 わかります。それは。

○池田省三教授 ただ、私は自治体にお友達がおりますので、自治体にはある程度、データは磁気レベルで来ているので、それをいただいて分析しております。

○有富主査 わかりました。

○池田省三教授 それから、スライド22は在宅サービスの利用者が一人当たり、幾ら使っているかという全国平均ですが、ずっと時系列的に追いかけてみたら、余り変わっていないのです。ちょっと、重度のところ伸びているような感じはしますけれども、これまでが現状でございます。

それで、これから一体、何が必要なのかということで、これはごめんなさい、20分では終わらないから、ちょっと、5分ぐらい余分にください。

○有富主査 大丈夫です。もう質問も一緒にやっていますので、どうぞ。

○池田省三教授 はい。まず私の考え方から言いますと、介護保険は三段跳びだと思っております。ホップ、ステップ、ジャンプ。そのような段階的な発展を展開しなければいけなかったというのは、もともと、介護は社会福祉の措置制度という租税で賄う制度でやっていたわけです。

したがって、社会福祉的要素が強く、それを社会保険に切り換えるのが難しいのです。つまり、本来、社会保険で引き受けるべきではないものも、一応、包括してやらないと、制度がつながらないというのがあって、それで始めるしかなかった。

ところが、それを永遠に続けていたら、制度は完成しない。したがって、社会福祉的なものを外して、外したものについては、もう一回、社会福祉で再構築する。介護保険は社会保険原理で運営することが必要なのです。また、実は介護サービスは税金でやっていた時代はレベルが低かった。そのレベルを上げて、次のステップに進むためには、段階的に改正が必要だということです。2000年の介護保険法施行が介護保険のステップです。そして、2005年改正がジャンプでして、早ければ2011年がジャンプということになります。

ジャンプの着地点は何かというと、団塊の世代が要介護世代になったときです。団塊の世代は御存じのとおり、今、定年退職し始めておりまして、60歳を超えたところです。あと15年すると75歳を超えて、いわば介護のリスクが非常に高くなる世代に突入する。したがって、焦点は2025年なのです。

2025年に耐えられる制度をつくれれば、介護保険は安定する。なぜならば、その後、団塊の世代が死に絶えていくとともに、高齢者の数も増えませんが安定していくということになるわけです。そこに向けて段階的に発展していくというのが戦略ですと。

今のところ、ホップ、ステップは何とかうまくいったのです。今度、今、目の前にジャンプが来ているわけです。ただし、現在の厚生労働省が、ほとんど制度疲労が来てアウトになっているという状況があって、このままいくと、ホップ、ステップ、肉離れになる可能性が非常に高い。もし、そうなると、団塊の世代が65歳を超え、70歳になったときに、既得権が生じますので、今度は制度に手で触れなくなるんです。

そうすると、かつて年金や老人医療で起きたことの繰り返しになります。だから、今、手を付けなければいけないのです。今、団塊の世代は、まだ自分が要介護になるなどとは、思っていないのです。その間にきちんと整理をしておかなければだめなのです。

今、介護されているお年寄りには75歳以上が80%以上ですから、戦前生まれです。戦前生まれの人の持っている品格とか節度とか、団塊の世代とははっきり言って違うのです。というか、それは実は今でも介護保険の中に現れていまして、介護保険でも利用者に「モンスター利用者」がいます。

これは利用者がモンスターではないのです。ファミリーなのです。家族。つまり、息子夫婦なのです。これは皆、団塊の世代です。家族のレベルでもう起きているわけです。それが本人の世代になったら、どうなるか。

これは本当に緊急を要することだと私は思いますが、それに対する危機感がほとんどなくて、むしろ、「お年寄りを守れ、守れ」の大合唱でしょう。それをしていると、今度は当然、団塊の世代は「自分たちも同じように守ってくれ。いや、それ以上に守ってくれ」ということになる。

そうすると、どういうことが起きるかということです。それに対する想像力がジャーナリズムにも、政治の世界にも余りにもなさ過ぎる。「なさ過ぎる」というよりも、それを言った途端にやられてしまうわけです。現在の状況は自民党幕府の幕末であって、横行しているのは攘夷論ですよ。給付を引き上げて、負担は軽減するなど言うのは、本当に荒唐無稽な攘夷論です。幕末は尊王攘夷でしたが、今は「尊老攘夷」です。これを批判すると暗殺されかねない。そう言えば、幕末も徳川の埋蔵金という話がありましたね。

それはともあれ、スライド24を見ていただくと、実はこれはちょっと驚くべきグラフです。現在、240万人ぐらいの人が在宅サービスを使っております。その一人ひとりが幾ら使っているかということ、縦棒で表しています。赤い折れ線は支給限度額、つまり、「ここまで使っても、保険で払いますよ」ということです。それで一人ひとりが幾ら使ってい

るかという、こういう形になります。

これは受給者は1,000人単位でまとめてありますし、使っている金額は1万円単位でまとめています。そうでないと、ちょっと処理できませんので。これは統計情報部のデータですから、公式データです。

見ていただくとわかりますが、要支援1、2は包括払いになったので、ある程度、まとまりが見られますが、要介護1以上は皆、1年間未満から支給限度額目いっぱいまで、均等に分布しています。

普通はこんなことはあり得ないのです。なぜかという、要介護度は心身の状態で判断しているのではなくて、どれだけ介護の手間がかかるかで判断しているわけですから、要介護3なら3というのはどれだけ介護の手間がかかるかということはまとまるわけです。こんな右肩上がり一直線の階段にはならない。かならず踊り場ができるはず。ところが何のまとまりも見せていない。

これは一体、どういうことなのだろうかということなのです。スライド25を見て下さい。今、言ったことは左のように一定のまとまりを示すのが普通です。ところが、右のように全くまとまりを示していない。では、空白の部分は家族がやっているかということ、実はそうではなかった。実は家族の介護、在宅介護の実態について、在宅の1分間タイムスタディというのがあります。

在宅でどんな介護をされているかということ、48時間、ぶっ続けて1分刻みで記録していく。その結果、家族はやっていません。在宅介護は多くが基本的に手抜き介護です。施設介護と比べたら、話にならないくらい手抜き介護です。

勿論、家族を責めることはできません。家族は介護の専門家ではないのですから。基本的に安全であればいいということで、布団の中に突っ込んで寝かせきりにしているのが普通なのです。

つまり、あの空白の部分は何もされていない可能性があるんです。人間は三食、食べなくても大丈夫なのです。二食あれば十分なのです。場合によっては、一食でいいのかもしれないのです。

あるいは、おむつを適宜、取り替える必要はないのです。一日2回でいいのかもしれないのです。場合によっては、一日に1回でいいのかもしれないのです。そういうことが起きている可能性が極めて高いのです。

その次のスライド26は、これも公式のデータで、これも情報統計部のデータでございますけれども、要介護度別に見て、どんなケアプランがつけられているかということを見ました。

皆さん、ケアプランはいろんなサービスの組合せだと思われているでしょう。それは当たり前です。では、一体、何種類のサービスで構成されているかということ、全部、調べてみたのがこれです。

例えば、要支援の方の平成15年、16年、17年を見て下さい。18年以降は情報統計部が

これを公開していないものですから、手に入りません。要支援の方のケアプランは1種類サービスが80%です。もっとも、軽度のところは1種類でも構わないのかも知れません。

黄色が1種類だけのサービスのケアプラン、薄い緑色のところは2種類で構成されたケアプラン、オレンジ色が3種類で構成されたプラン、赤は4種類以上で構成されたケアプランです。

そうすると、要介護3、4、5という重度においても、2種類以下のサービスで組み合わされているケアプランが半分です。普通、要介護3とか4になったら、何が必要でしょうか。訪問介護が必要ですよ。通所介護も使います。福祉用具も利用するでしょう。短期入所がないと家族がもちません。訪問看護も多くの人が必要としているでしょう。これで5種類です。

ところが、何で2種類以下が半分なのでしょう。これはケアマネジャー・システムが機能していないということを意味しています。ケアマネジャーは「御用聞き」レベルが8割です。勿論、優秀なケアマネジャーがいることは間違いありません。でも、宝石級のケアマネジャーは、私の印象では2割です。

しかも、それに幾ら払われているのでしょうか。賃金が極めて厳しいから、「大変だ」という議論ばかりなのです。では、「大変だ」と言えるほどのサービスの質が担保されているのかというと、この2つのグラフから見て、どう見てもないのです。

勿論、「そうではない」という議論を期待して、私はいろいろと挑発していますが、「そうではない」という反論はほとんどありません。ちなみに、あるところでこういう発言をしたところ、インターネット上に流れまして、その掲示板で悪口をいっぱい書かれました。それは一向に構わないのですが、そのうち、勢い余って大学あてに抗議メールを送ってきたのが8人いました。

しかも、私あてではなく、大学あてに送ってきたものですから、非常に迷惑しましたが、メールですから、全部、返信ができるので、このデータと説明文を付けて、全部、送り返しました。その8人に送り返した結果、7人の方から謝罪とお礼のメールが戻ってきました。その人たちはかなりまともな人たちだと思うのです。だから怒ったと思うのですが、やはり、この数字を見た途端、そういう人たちですら慄然としたということなのです。

このこともほとんど知られていないことです。「お年寄りはいかがそう。介護サービスは不足している。介護崩壊状態。大変だ、大変だ」の議論はマスメディアで、いやになるほど送られてきます。では、どんなサービスがあるのだ、どんなサービスをやっているのだということは、全然、検証されていない。私はこれが最大の問題だと思います。

ところが、やっているところはやっているというのが、スライド27を見ていただきますと、これは自治体、Z市、M市、W市、K市と分けてありますけれども、例えば、右上でM市を見てください。

要介護3、4、5あたりを見てください。かなり、まとまりを示しています。軽度はいいのですが、重度がまとまりを示しているのは非常に重要なのです。このM市は、昔から

ケアマネジメントについてはきちんとやっていたところですから、きれいに出ていますね。

左上の方は、これは例えば要介護4、5を見ますと、何とも貧弱な形になっていますけれども、これはZ市です。実は私、このグラフをすべての市町村で読めるシステムをつくりましたので、どの保険者でも見ることができます。

更にその次のスライド28を見ますと、これは事業者ごとに読めるシステムをつくりましたので、その結果です。事業者ごとに見ますと、こんなに差があります。例えば、左下を見ていただきますと、要介護3、4、5を重点的にやっているから、これは特定事業所といって間違いのないのですが、これは目いっぱい使っていますね。

これがいいかどうかはわかりません。でも、いいかもしれないという程度のことです。ところが、右下を見てください。何という使い方をしているのだろうか。どういうケアプランをつくっているのだろうか。これは絶対、悪いに決まっているのです。

もっと面白いのは、右上を見ていただくと、軽度、要介護1、要介護の軽度のところをきれいにたくさん使わせています。重度は少ないでしょう。重度も結構、使わせていますけれども、これはやはり、かなり有能なセールスマン型ケアマネジャーがいると思われるということです。

だから、簡単に言うと、「ケアマネジャーはセールスマンか」と言われたこともありますが、残念ながら、多くのケアマネジャーはセールスマンとしても無能です。こんなケアプランをつくっているようでは、どうにもならない。これが多分、介護保険の最大の問題です。

ただ、ケアマネジメントをきちんとしますと、当然のことながら、サービスを使いますから、在宅の給付がぐっと上がります。したがって、重度は使ってもらわないとひどい生活になるから、軽度は抑えて、重度を上げるというのが私の考え方です。

私は「給付抑制派」と言われていますが、実は「給付増大派」なのです。つまり、「認知症と中重度を大切にしろ」「そのためには金を使え」と言っているのです。軽度は自分で頑張ったり、家族が協力したり、別にそれを強制するわけではありませんが、「むだ遣いはやめてくれ」ということを言っているのです。

○有富主査 さっき、ちょっと、その方が体のためにいいよと。

○池田省三教授 それもあります。スライド29は、これは私が非常に信頼しているある会社にすべてのケアプランを出していただいて、それをグラフ化したものですが、これはやはりよくできていますね。かなり、まとまりを示している。やはり、良心的なサービスの事業者を抽出してやっても、こういうのが出ます。

スライド30ですが、今度は訪問介護だけを見たものです。訪問介護は一体、どのくらい使われているのだろうかというのと、訪問介護を使っている人は、生活援助は月10回程度使って、身体介護は要介護5で一日1回程度の利用です。これは全国平均です。

スライド32を見ていただくと、施設と在宅はどんなふうに社会的な介護が入っているかを見たものです。左を見ていただくと、施設は基本的にこんなふうに介護が入ります。つ

まり、朝6時に起きて、トイレに行きます。7時に食事を食べます。8時に歯磨きをして、10時に休憩で、お茶あたりが出て、12時に御飯を食べて、それで13時におやつが出て、16時にトイレに行って、18時に夕食を食べて、20時にトイレに行って、22時に就寝して、2時ぐらいにまたおしっこに行ってという、最低、これはやっているわけです。

つまり、「三大介護」と言って、このほかに入浴も入りますけれども、入浴は毎日ではございませんので、入れていないだけです。つまり、食事、排泄、入浴という三大介護は、一応、きちんとやっているんですよ。ところが、在宅の場合は、大体、1時間半か2時間、ホームヘルパーがいて、それだけなんです。あと家族がやっているかということ、どんなものなのかなという話はちょっと横に置きまして、しかも、実はかかっている時間はどちらも両方合わせて2時間なのです。

どちらも2時間。要するに、施設の場合は巡回介護なのです。在宅の場合は、これは滞在型の介護なのです。日本の訪問介護の最大のコストパフォーマンスが悪いのは、滞在型です。滞在型は効果が低く、効率が悪い。これを何とかしなければいけないということで、例えば、その次のスライド33を見ていただきますと、デンマークの例をちょっと出しておきました。

デンマークを出して、日本はデンマークに及びもつかないということをする人がいますが、文化も風土もまるで違うので、簡単に同じふうには言えません。また、デンマークは地方分権の国ですから、全部、コムーネによって違います。だから、困ったことに、全国統一のデータとか基準が出てこないのです。

ここでリュンビュー・トアバックコムーネという自治体のデータ、行政データを持ってきました。ここではやはり在宅の要介護高齢者を5種類に分けていまして、基準0から基準4までです。

基準0は日本の要支援です。介護は必要ではないけれども、日常生活上、何らかの手助けが必要だという人たち。基準1が日本の要介護1に相当します。基準2、3はよくわかりません。でも、基準4は要介護5であることは間違いない。

どれだけ行っているかということ、行政データは1週間に行く時間しか書いていなかったもので、それを7で割りました。日本の要支援レベルですと、一日に直すと訪問は0.9分しか行っていません。ということは、 $7 \times 9 = 63$ ですから、1週間に6分ぐらいですから、本当にちょっと顔を出すぐらいです。基準1で14.6分ですから、これは一日1回か2回、顔を出しているということですね。

基準4は極度の介護で日本の要介護5に当たりますが、112.3分です。1日に2時間もありません。あのデンマークにして、これです。これを見て「デンマークも少ないな」と思って、「この数字はどこかで見たぞ」と思って思い出したのは、日本の介護保険認定基準時間です。これはどうやって決めたかということ、ケアレベルの高い施設を選定して、そこに入所して介護されている人がどんな介護を受けているかということ、48時間にわたって1分間刻みでずっと調べていくということをやったのです。同時に、それぞれ、一人ひ

とりの人の心身の状態像を 320 項目ぐらいに分けて、全部、調べたというのがあります。

心身の状態のどんな組合せの場合、何分かかっているかということを経験的に処理していく。実はこういう形で日本の要介護認定システムはできているわけです。かかっている時間を 20 分で切っていくって、ランキングをしているという構造なのです。

そうすると、一番重い人は何かというと、110 分以上。基本的に 120 分なのです。デンマークの数字とぴったり合うんです。つまり、最重度の方も、いわゆる巡回型であれば、120 分の介護が必要なのです。しかし、日本のように、それをまとめて 2 時間やっても意味がないのです。24 時間を 2 時間に縮めるわけにはいかないのですから。そのところがどうも日本の最大の、いわば在宅介護の失敗ではないでしょうか。

ただ、難しいのは、日本は家族の代わりに求めています。今、在宅介護サービスはレンタル家族の時間貸しシステムになっています。したがって、重くなったら対応できないという構造になっている。これを何とかしないと、どうにもならない。この滞在型の訪問介護から巡回型の訪問介護に替えられるかどうか、多分、これからの最大の課題になってくるのではなかろうかと思っています。

スライド 34 は介護事業者が大変だというのは分かりますが、どこに原因があるのかを客観的に見る必要があります。特に訪問介護は零細企業が乱立しているという問題が見逃せません。

見ていただきますと、1 か月の訪問回数が 800 回を超えると黒字になっていて、1,000 回を超えると安定してきます。ところが、NPO を中心にして、零細が非常に多いものから、ここは経営コストが高くてだめなのです。しかも、零細だとキャリアアップ・システムもできないのです。

これが何かのつべらぼうに語られて、「大変だ、大変だ」と言われている。しかし、その原因を介護報酬の水準だけに求めている。しかし、問題はそこにあるだけではないのです。零細を統合して、それほど大規模にする必要はありませんが、でも、せめて従業員 200 か 300 にしていかなないと、永遠に何も変わりませんよね。

あとは給料とか人員とかというのは、実は後でこれを見ていただくとわかりますけれども、職員の給料は上がっていますし、人員は増えています。何でこういうことになったかということ、介護保険が始まったのは 2000 年です。当時は就職氷河期です。就職氷河期で行くところがなかった人たちが、どっと新規産業である介護保険産業になだれ込みました。それを徹底的に安く使いました。それで嫌気が差して、どんどん辞めていきましたけれども、代わりが入ってきたのです。ところが 2005 年あたりから労働市場が逆転し、売り手市場になっていったわけです。そうすると、介護労働者が逃げ始めたわけです。

逃がさないためには、給料を上げなければならない、人を増やさなければならない。だから、人員も賃金も上がったのです。当然のことながら、給料を上げて人を増やせば、事業収入は下がるに決まっているわけです。

それで「介護報酬が低すぎる。経営が維持できない。大変だ」のキャンペーンが始まり

ました。一体、どこに責任があるかということは、これは介護保険という世界だから、ほとんど、皆、見えていないのでしょうか。けれども、普通の経済学とか経営分析をやればすぐわかるはずなのですが、そのところがまだ隠されているということなのです。

スライド 37。私が、以前、自治労にいたということを言いましたけれども、その自治労の調査です。直営の介護施設をまだ自治体は持っておりますので、その介護職員の給与実態を調べたものです。それと比較してみました。

折れ線で組んである真ん中の黒線が、地方公務員である介護職員の給与の中央値です。赤線が最大値。これは東京ですね。下にある緑線が最小値。これは田舎の一部事務組合です。

では、民間のホームヘルパーと施設職員はどこにいるかということで、これは年齢でもって置いてみました。赤のマーカーが女性で、緑のマーカーが男性で、施設職員とホームヘルパー職員に区分してあります。

年齢で見ますと、男性の場合は地方公務員の最小値とほぼ重なります。つまり、生活給という概念で賃金が設定されていることがわかります。女性の場合は完璧に外れておりまして、家計補助賃金で扱われていることが一目瞭然です。

ところが、これを勤続年数で置いていきますと、左の方に丸がありますけれども、ここに位置します。決して地方公務員より低くないのです。結局、この勤続年数と給与の関係をどう整理するかということですよ。これは非常に難しい。

勤続年数で給与が上がっていくという、旧来のいわゆる年功序列賃金型は、施設では可能なのです。ところが、今、在宅はそうではなくて、能力給主義になっていますので、そのところをどうするか。賃金政策そのものは介護産業が確立していない状況の中の現象です。非常に未成熟な産業をどうするかという問題が出てくると思います。

スライド 39 は施設職員はもっと給料が払えるはずだということを試算したものです。ちなみに、今、特別養護老人ホームは全体で 1 兆円の内部留保金を持つと言われていません。

その 1 兆円の内部留保金はどこから出たのでしょうか。介護報酬からでしょう。何でそれを給料に回さなかったのですかということです。これもほとんど何も議論になっていないという問題があります。

スライド 40 は離職率の問題ですけれども、「離職率が高い」といわれているのは全産業と比べているので、無理があります。介護職員はほとんどが女性です。全産業の女性を赤線で示していますが、そうやって見ると、特に訪問介護員、ホームヘルパー系は大変離職率が低いのです。施設も非常勤は高いということが言えますけれども、常勤はそれほど高いわけではありません。

更にスライド 41 を見ていただきますと、離職率は両極化します。離職率のきわめて高い事業所もたくさんあるけれども、定着率が高いところも同様にあるということです。これは簡単に「離職率の高いような事業所はろくでもない事業所だ。つぶれればいい」という

発想でやらないと、もつはずがない。ここを救ったら、どういうことになるかということです。

もう、時間がないので、認知症ケアは飛ばします。これをやっていたら大変な時間がかかってしまうので。それで最後から2枚目です。結局、介護サービス市場というものが全然、成熟していない。つまり、皆、介護保険にぶら下がっているということなのです。

ここの図のように、介護保険給付サービスは基盤としてあります。その介護保険で賄えない部分は社会福祉という形で公助、補完的福祉でやる。その上にハイクオリティサービスを積むのは一向に構わないわけです。この市場がほとんどできていないということです。

この市場ができれば、当然のことながら、その財源をどこから求めるかということ、費用保障という市場もできる。つまり、民間の介護保険ですよ。この仕組みがうまくできていないのです。はっきり言って、皆が全部、この共助である介護保険のところへぶら下がってしまうものだから、制度がゆがむのです。

しかも、本来は市場の外にある互助、ボランティア・システムまでが介護保険に参入してしまったのです。これは産業をつくっていくという意味では失敗だったと思うのですが、ここにメスを入れないともたないのではないかと思います。

それから、住居、居住サービスについては、これはもともと居住は自分の問題ですので、自己負担なのですが、日本は持ち家制度にこだわり過ぎた結果、こんなことになったので、これがかつての戦前の東京のように、住み方によって家を替えていくということをやれば、もっとうまくスムーズに進んだはずですよ。

高齢化に向けての住み替えの問題です。高専賃などが大きくなっていますが、そういうことをきちんと組み込まないと無理だろうと思います。

2時になってしまいましたので、こういうところで、全部、説明に使ってしまって申し訳ございません。そういうところでございます。

○有富主査 いやいや、どうも、本当に網羅的にお話しいただきまして、ありがとうございました。お時間、残り10分間ですが、どうぞ。

○本田副主査 地方の格差、都道府県ごとの格差は除いて、3つ、改革を行おうとすると、何をすべきでしょうか。

○池田省三教授 要支援1、2を介護保険から外して、地域支援事業に持って行って、社会福祉的な事業に組み込むことが一点です。それから、そのために消費税獲得を頑張れということですね。消費税を全部、年金に持っていかれては困るということです。

二つ目は、現在の滞在型の在宅サービス、つまり、在宅サービスは今、家族補完なのです。だから、ひとり暮らし、老夫婦の二世帯で重度であっても、どうしたら地域生活が可能であるかという、そういうサービス・システムを開発することです。これは制度の問題とか、いわば介護報酬の問題です。介護報酬の問題です。法律の問題ではありません。

それから、三つ目の問題としては、施設をやめてしまうことですね。要するに乱暴な言い方をすると、皆、有料老人ホームにすればいいのです。もしくは、皆、自宅にすればいい

いのです。そういうふうには施設、在宅という概念を一回、ぶち壊してしまうということ。それに向けた方法はいろいろあります。

それから、細かい話ですけれども、例えば 24 時間、在宅でやれるためにどうすればいいかという、例えば食事サービスに非常に注目しています。なぜかという、ホームヘルパーのつくる食事は、介護報酬上では、生活援助 1 時間未満にあたりますから、調理費だけで 2,080 円かかるのです。サラリーマンが 650 円のランチを食べているときに、何でお年寄りの食事に 2,080 円の金をかけなければいけないのか。はっきり言って、私には理解できません。

「食事づくりは大切だ」と言われるかも知れません。しかし、「それは大切かもしれないけれども、公のお金は払えないよ」というのが普通の社会常識だと思いませんか。でも、たしかに、食事は必要です。ならば、宅配と会食なのです。食事自身一定の厨房設備があれば、400 円でできます。

問題にぶつかるのは、その配送なのです。その配送に介護報酬を付ければよい。ホームヘルパーに 2,080 円を払うぐらいなら、配送の費用に、それが一体、200 円なのか、400 円なのかというのは、今すぐ試算はできませんけれども、それを付けることによって、そうすると配食産業は広がるのです。これは別に要支援・要介護高齢者だけが欲しいわけではない。普遍的なニーズがあります、ドイツの介護報酬はそういった部分があります。

○松井委員 療養病床との絡みは、どういうふうになればよろしいのでしょうか。

○池田省三教授 療養病床は本来、もっと減らすはずだったのが、結局、うやむやになってしまって、わけのわからない療養型老人保健施設ができました。あれは老人保健施設ではない。

基本的にはさっき言ったように、在宅と施設はもう二元論をやめるということが必要なのですが、あり得るとしても、3つの施設に分ける必要はないのです。特養は医療機能が低過ぎます。療養病床はむだな医療機能が張り付き過ぎています。そうすると、その医療を外に持ってくるのか、内蔵型にするのか。

内蔵型にして、欧米のようなナーシング・ホームのような仕方にするのであれば、あの療養病床をそちらに引き継ぐ方法はあります。そここのところは、やはりもう少し議論が必要で、医療を外に持っていくのか、中に張り付けるのかという問題は、きちんと議論しなければならないと思います。

基本的には、私は外に持っていくべきだと思うけれども、内部的に持っていなければいけないというケースもあって、それは必要ですから、そここのところの整理の仕方でしょうね。

○松井委員 一つの例ですが、たんの吸引だとか、すごくマイクロな話ですけれども、確か病院では認められるけれども、介護施設ではだめですね。だから、病院に入りたがる。

そういうつまらないことも十分あり得る。本当は、介護と医療というのは、そういう意味ではすごくオーバーラップする部分があるにもかかわらず、厚生労働省の中で担当が分

かれています、お互い、縄張り争いをしている。非常に非効率的なことが起きているのではないかという気がするのですが。

○池田省三教授 厚生労働省の縄張りというと、日医と看護協会の責任ですね。

○松井委員 そうですね。

○池田省三教授 大体にそれは放さないということですね。

○松井委員 既得権益の話が必ず絡む。

○有富主査 そろそろ終わりにしますけれども、先生、一つだけ宜しいですか。このホップ、ステップ、ジャンプのところの「認知症ケアの開発・普及がキーポイント」というのは何となくわかるのですが、これをちょっと一言だけ解説してください。

○池田省三教授 認知症はそもそも、よくわからなかったもので、皆、経験則的にやってきたわけです。経験則的にやったから、認知症ケアである程度、成功したところは、皆、一国一城の主。したがって、「うちこそが本家認知症ケア」「こちらが元祖認知症ケア」ということで、結構、それぞれが分立して叩き合っているんです。

ところが、最近、脳科学が物すごく発展していきまして、基本的に例えばアルツハイマーはアミロイドベータ仮説が一番有力で、アミロイドベータを駆逐する、もしくは蓄積させないという方法が見付かってきており、向こう 10 年の間にアルツハイマーが克服される可能性は強いわけです。

同時に脳のどこがやられるとどういう中核症状になって、それがどういう周辺症状を起こすかということが、だんだんだんだん、見えてきたわけです。だから、一番重要なのは、まず認知症の診断です。

○有富主査 両方とも関係ないですね。

○池田省三教授 入り口は医療なのです。精神医療も非常に役に立ちます。カウンセリングにしても、投薬にしても。それを一切、介護の世界は排除してきた。それは理由があります。

それは精神病院がひどいことをしてきたからです。しかし、それをもう一回、ちゃんとして、システム化、体系化することが必要です。標準化はできるのです。それを何もやっていない。

○本田副主査 認知症クリニカルパスとかケアパスは、諸外国にもあるわけですよ。

○池田省三教授 あります。

○本田副主査 それとは違うのですか。

○池田省三教授 日本にはありません。日本にはそれがないのです。

○本田副主査 日本にはない。

○池田省三教授 ないのです。持っている医療機関はありますよ。けれども、行政とかそういったシステムの持っているところはないのです。そういうのを集めて、きちんと整理をして、もう一回、現場に返していくのは例えば認知症研修研究センターの役割のはずですけれど、一切、手つかずです。

○有富主査 ありがとうございました。またひとつ、いろいろ、教えていただきたいと思
います。本日はどうもありがとうございました。