

コメントをいただいた皆様へ

何と16名の方からコメントをいただきました。ありがとうございました。

仕事柄、しばしば、大学などで学生さんを相手に社会保障の話をする機会がありますが、これほど積極的に反応をいただいたのは初めてです。感激しました。

本来であれば、お一人お一人にご返信すべきところですが、内容的に重複するようなご質問などもあったことから、一つにまとめて返信させていただきます。

もしかして、いただいたコメントに対する私の理解が誤っていて、トンチンカンな返事となっていたらスイマセン。ご容赦ください。

今回の出会いも、ゆきさんを通じたひとつの「縁」だと思います。今後ともよろしく願いいたします。

伊原 和人

私の雑談調の講義に対して、「厚生労働省の役人にも、こんな人がいたんですね」という評価をいただき大変、恐縮しています。

こうしたコメントをいただくと、改めて、霞が関の官僚のイメージがいかに良くないかを痛感させられます。一人一人は「普通の人」です。しかし、組織の一員となると、「杓子定規」、「融通が利かない」、「思いやりがない」となってしまう。組織に属する以上、逃れられない宿命かもしれません。

講義の中でも申し上げましたが、霞が関の仕事は、担い手の個性が現れる現場の実践とはやや異なり、「個人」ではなく、「チーム」で行われます。基本的に誰がやっても大きな違いが生じないような仕組みになっています。特定の者が長く関与することによる弊害を回避するために2～3年で人事異動するのもそのためです。

したがって、しばしばこの仕事は〇〇がやったから成功したとか、××が担当したから失敗したという話題が出ますが、話半分で聞いておいた方がよいと思います。たまたまそのタイミングでそのポジションにいたからというのが真相です。行政の仕事は、特定の個人でなくては為しえない仕事ではありませんし、また、そうあってはならないものです。

ただ、霞が関の組織文化として誇るべきは、政策立案の過程において、上下を問わず、個性豊かな様々なメンバーが喧々諤々、議論し、「今やるべきことはこれだ」と考え、まとめていくというプロセスです。いかに頭脳明晰な学者であったとしても、同じ目標を共有した官僚達が、とことん議論した内容は、ちょっとやそっとでは太刀打ちできないと思います。

問われるべきは、果たして、官僚達は、こうした議論を行う前提として、現実（現場）を

正確に把握しているのか、またそれを踏まえて、適切な目標を設定しているのかという点です。

霞が関の官僚が今後ともその存在意義を認めてもらえるどうかは、この2点を果たし続けることができるかどうかだと思っています。この2点をおろそかにすると、いつか民間のシンクタンクで十分だと言われてしまうでしょう。

リップサービスだったとは思いますが、皆さまから数多くの励ましのコメントをいただき、ありがとうございました。同時に、手厳しいご意見として、以下のようなコメントがありました。

「官僚は国民のほうを見て仕事をしているのか、政府の顔色をうかがいながらしているのか」と思ってしまうことがある

ご指摘の趣旨は、官僚は、国民（⇒市民）のことよりも、その上司である政権（ひいてはそれを支えている経済界、有力団体）のことを考えて行動しているのではないかということだと思います。

講義の中でも申し上げましたが、霞が関の仕事の中核は「問題解決」であり、現状に合わなくなった既存のルールを見直すことです。長年積み上がってきた状況を見直すわけですから、簡単に解決しないし、どちらかに軍配を上げられるようなものでもありません。

そしてその結果も、遠山の金さんのようにスパッといかず、関係者全員に「不満」が残ることが常です。メディアでは、こうしたどっちつかずの結論を「利害調整の末の妥協」と否定的に評することが多いです。私自身は、長年、こうした問題解決の仕事に携わってきましたが、関係者全員が等しく不満を持つような結論であったときの方が、振り返ってみると、良かったように感じています。

一番良くないのが、特定の関係者のみが満足し、それ以外の関係者が不満を持つこと、その次に良くないのが関係者全員が「不満」を持ちつつ、誰もこうした結論となったことを納得していない状態であることです。

関係者全員が席に着いて、自分達が考えていること、困っていることを述べて、同時に、他の立場の者の言い分を聴き、その上で関係者全員が「やむを得ない」と思うような状況を作っていけるかどうか、霞が関の役割ではないかと思っています。

付け加えますと、その際、重要なのは「ファクト（事実）」です。確かに以前は「発言力があるかないか」といった点が大きく作用していましたが、今日、具体的な数値に裏付けられた客観的なファクトは誰も無視できません。ウェブサイトでどんな情報でも知る時代です。政策決定の場面で最も重要となっているこのファクトを提示できるかどうかが大切だと思います。

もう一点「支え合いの負担から逃げないこと」に関して、国民は税金を払いたくないわけではない、税金の使い道が透明性に欠けるから払いたくないのだ、とのご意見がありました。

確かに、最近の都知事の政治資金の使途の問題など、憤りを覚えるような事件が続いたり、リニア新幹線など作ってほしいなんて思っていない、一体、なぜ税金を払わなくてはならないのかという思いを募らせている方もおられるかと思います。

税金の使い道の透明性を確保したり、あるいはその使い道について、民主的なコントロールをさらに強めていくことは当然のことです。ただ、私が申し上げたかったことは、現在の税金の負担の水準が、私たちが享受している社会保障の水準からすると、あまりに少なく、次の世代への付け回しが深刻であるという事実です。

先般の講義の際に私が配布した資料「社会保障の安定財源確保」をご覧くださいと、今、社会保障4経費（医療・介護・年金・子育て）に充当されている税金（国と地方合わせて）は44.5兆円です。それに対し、消費税10%の税収は25.2兆円（地方消費税1%分を除く）、差額は19.3兆円（消費税7%相当分）です。これがすべて赤字国債（借金）で賄われています。

ちなみに舛添知事の政治資金の私的流用で問題となった政党交付金は年間総額320億円ですし、リニア新幹線が賄われる公共事業費もすべて合算して年間6兆円です。仮にこれらすべてをとりやめたとしても19.3兆円－6兆円＝13兆円強（消費税5%相当分）も足りません。

私が好きな北欧では確かに、透明性の高い行政が実施されていますが、それでもしばしば政治的なスキャンダルが起こります。起こったら今度はそれを防ぐための方法を考えます。高い負担を行っているがゆえに自然にチェックも厳しくなるわけです。「税金の使い道が不透明だから払いたくない」ではなく、「高い負担をせざるを得ない以上、税金の使い道をより厳しいチェックする」という方向に向かうべきじゃないかと思います。

医療・福祉職種の養成見直しに関しても様々なご意見をいただきました。

・現行の医療職種の養成課程が長期化（大学院化）している一方で現場の即戦力となっていないのではないか

⇒これは医療職種に限らず、どの職種でも同様のようです（国家公務員の採用でも大学院卒が増えています。決して、院卒の方が即戦力とはいえません。むしろ、社会人経験の方がずっと職場では役立ちます）。

養成の見直しは今後、本格的に議論を進めていくことになると思いますが、社会人となる前に高度な専門課程を経るという現在の仕組みを否定するわけではありませんが、ある程度、仕事を積み重ねた段階で、次の職種にチャレンジするという仕組みを日本でも本格的に考えるべきではないかと思っています。

・ヘルパー1級、2級、3級というステップアップする仕組みが、幾度の改正を経て、1級→実務者研修、2級→初任者研修、3級→廃止となり、そのたびに現場で働く者にとって大きな混乱となった。見直しを行うのであれば、「その場しのぎ」ではなく、現場で働くスタッフが不利益を被らない仕組みとすべき。

⇒ホームヘルパーの在り方は、ゴールドプラン以降、現場の状況に応じて変わってきました。措置制度の時代は、社会的にも支援が必要な人を対象に週に2～3回の生活援助が中心でした。それが介護保険の時代となり、要介護者への支援へと視点が移り、身体介護に重点が置かれるようになりました。これまでの研修制度の見直しもこうした現場の状況を踏まえたものだったと思います。

ただその際に、座学講習を受けること、あるいは試験をパスすることを重視するあまり、実務経験や現場での研修が軽視され、長年、同様の仕事をしてきたベテランへの評価が軽んじられてしまったとの指摘は重く受け止めなくてはと思います。

前述のように、今般の養成課程の見直しは、ある程度、仕事を積み重ねた段階で、次の職種にチャレンジすることを応援するものであり、それまでの実績を評価するようなものであるべきだと思っています。

・医療と福祉の共通基礎課程を統一することは望ましいことだと思うが、看護職一つとっても、看護師と准看護師で教育課程が分かれ、2年課程・3年課程の専門学校、短大、大学、大学院と様々なコースが複雑に存在していることを考えると、大変な改革になる。よくよく現場の声を聴いて見直しを進めてほしい。

⇒准看問題もなかなか解決できない中で、職種横断的な養成課程の見直しなどできないんじゃないかとの懸念はその通りだと思いますが、他方、資格を取りたい者の立場からすれば、入り口が共通の方がその後の職業人生を考えれば、ずっと選択の幅が広がるように思います。今回の改革は、あくまでも入り口を共通にすることを目指すのであって、資格を統合することを意図するものではありません。その点を各職種の関係者の方々に丁寧に説明し、わかっていただくことが大切だと思っています。

住宅政策に関しても、様々なご指摘、ご意見をいただきました。

・厚生労働省の行政において、「住宅」の視点があまりに軽視されてきたために、在宅介護といっても住み続けることができず、大量の施設入所待ちという事態が生じているのではないか

⇒この点については、歯切れの悪い回答しかできそうにありません。そもそも、厚生労働行政において、生活保護の住宅扶助以外に、「住まい」という視点があったのかと問われれば、なかったとお答えするしかないと思います。

ただ、一般歳出の55%を超える予算を使っている厚生労働省が、住宅政策まで守備範囲を広げることが現実的なのかという問題があります。そもそも厚生労働省自体が大きすぎるので分割すべきとの声が優勢な状況下で、本格的な住宅政策を厚生労働行政の枠内で実施す

ることは容易ではないと思います（現在は、福祉と住宅政策の連携強化の目的で、厚労省の介護保険担当課長と国土交通省の住宅局の課長を相互に交換している程度です）。

介護保険の枠内で住宅改修の拡大を目指すことが適当なのか、高齢者対応のバリアフリー環境の一般化を目指す方が現実的なのかは思案のしどころかと思えます。

・「地域包括ケア」といっても、それまで住み慣れた自宅で暮らすという考えではなく、サービス付き高齢者住宅への住み替えなどが想定されるのはおかしいのではないか。「今まで住んできて、今後も住み続けるしかないところ」から移り住む必要がないような発想で政策を組み直すべきではないか

⇒1990年代、北欧諸国にかぶれていた時に調べたことがあります。北欧では家族構成の変化に合わせて住み替えていくというのが一般的でした。日本は「持ち家政策」が効き過ぎてしまい、高齢者の多数が持ち家を保有していますが、現状では、子ども達は離家してしまい、夫婦二人あるいは単身で広い家を持て余しているというケースが相当数に上っているように思います。

こうした状況を考えると、住み替え自体は否定されるべきものではないと思います。実際、東京周辺でも郊外の一戸建てを売却し、23区内のマンションに引っ越す高齢者世帯が増えているとも聞きます。

問題は、要介護となった段階で、否応なく特養代わりにサービス付き高齢者住宅等に自宅を放棄して移り住まざるをえない場合だと思えます。

介護保険の住宅改修の枠を拡大し、数百万円規模の改修を給付化するのか、それとも、私有財産である以上、本格的な改修は低利融資までとするのか、悩ましいところです。

やはり、本格的な高齢化時代に「持ち家政策」は馴染まないと思えます。

・現在の有料老人ホームは、「介護付き」、「介護なし」が存在し、このほかサービス付き高齢者向け住宅などがあり、複雑極まりない。もっと利用者にとってわかりやすいものへと整理できないものか。また、今後は、「住居サービス」と「医療、介護、生活支援サービス」をパッケージで提供する「施設」ではなく、「医療、介護、生活支援サービス」は外付けとなっていく方向ではないかとの説明があったが、見知らぬ地域に住み替えざるを得ない高齢者にとって外部サービスを選択するなんてことはハードルが高いのではないか

⇒確かに、様々なタイプの高齢者向けの住宅や施設をすっきりできればよいですが、高齢者の方が入居を決断した時期によってニーズが異なっていること、また、こうした多様なニーズに即応したホームが長年かけてできあがってきたという経緯があることから、簡単に整理することは容易ではないと思います。

⇒ただ、長期的な視点に立って考えると、サービスの外付けが次第に一般的になっていくのではないかと思います。「サービスの外付け」の意義がどこにあるかと考えると、例えば、特養の場合には、配置医が決まっていて、一般的な医療はその配置医から受ける仕組みとなっていますが、外付けとなれば、それぞれの入居者が自分の主治医を持つことになります。すべてのサービスがパッケージ化されている施設は、確かに、サービスを選択する面倒はあ

りませんが、自分が好みの事業者を選ぶという選択肢がなく、自由度が低下します。

そう考えると、住居サービスは住居サービスとして切り出し（家賃負担は自ら行う）、他のサービスは自ら選ぶことを基本に考えていくことの方が自由度が高いという点ではメリットがあると思います。

ただ、ご指摘のように、自ら外部サービスを探し、調整するのは一苦労ですし、また、現実的でない場合も相当あると思います。実際、有料老人ホームに入居されている方は、むしろ、そうした手間を負担と考えて、こうした施設自体が提供するケアサービスそれ自体を当てにして入居されている場合も多いかと思えます。

また、サービス付き高齢者住宅の場合には、これらの施設の生活支援員や介護保険のケアマネなどが適切と思われる提供者の候補を示し、選んでいただくという方向ではないかと思えます。

いずれにせよ、外付けとすることの意義は、利用者自身の選択肢を広げることにあって、サービス利用を自己責任とすることによって、サービス利用を困難にすることではありません。

・サービス付き高齢者住宅など併設された通所介護事業所等の家賃コストを居住者の家賃に転嫁している事例がみられるが、これらの事業所が居住者のサービス利用分を介護保険で請求することは二重取りではないか

⇒こうした法律の解釈は、担当者でないと正確にお答えすることが難しいですが、一般的に申し上げると、

・居住者であっても、介護保険を利用した以上、他の利用者と同様に報酬請求の対象となることから、居住者の場合だけ、介護保険の請求を認めない、あるいは減額するということはできないと思われます。

・サービス付き高齢者住宅の家賃等については、基本方針（告示）において、「近傍同種の住宅の家賃の額との均衡を失しないように配慮しなければならない」としており、入居者の不利益とならないよう、一般の賃貸住宅の家賃設定と同様に、整備費用等を基礎として合理的に算定することが求められています。

・また、高齢者の居住の安定確保に関する法律において、当該住宅の家賃やサービス費等以外の「権利金その他の金銭を受領しない契約であること」と規定されています。

・以上からすると、サービス付き高齢者住宅に係る費用とは取り扱えない経費について、居住者に負担させることは、適切ではないと判断される可能性がありますが、ご指摘のケースがこれに当たるかどうかは、担当者でない私がコメントすることはちょっと難しいです。

このほか、以下のようなご質問がありました。

・厚生労働省の官僚に対し、現場の実践者から意見や相談をしたいと思ったときにどのような方法があるのか。

⇒私自身、（今の年金の仕事だけでなく、医療や福祉など様々な案件について）しばしばご

相談を受けることがあります。そして、そのきっかけは、講演に出かけたり、現場を見に行った際の出会いです。現場で実践を積み重ねている方ほど、現在の制度などについて語りたことは山ほどあると思います。講演終了後に時間がありそうならば話し込むのもよし、時間がないなら名刺交換し、後日、メールを送ったり、資料を送り付けるのもいいと思います。私の現場の友人達の多くも、こうしたことがきっかけで知り合いました。

・今、提案されている「地域包括ケア」では、医療と介護の情報の一体化が制度的に担保されないまま、市町村に委ねられたように思うが、市町村にとっては難題で、今後何か支援策が講じられていくのか

⇒「医療と介護の情報の一体化」の部分がちょっと判然としませんが、確かに、医療（在宅医療）の部分を市町村でカバーしていくのは、市町村の能力（多くの市町村には医師資格を持った職員すらいない）を考えると容易ではありません。

しかし、「地域包括ケア」で求められている在宅医療と介護の連携とは、市町村が医療や介護の中身に一つひとつ口を出していくことではなく、医療機関（医師）、介護サービス事業者などの関連機関が一人一人の利用者に対して、連携しつつ、それぞれがサービスを提供していける環境を市町村が作っていくことです。

そういうプラットフォームづくりは、医師資格を持たないスタッフでも十分可能です。ちょっと苦手な地域医師会に出かけていって、在宅医療に前向きな先生をつかまえて、このプラットフォーム（ネットワーク）に巻き込んでいく。そんなネットワークの軽さこそが大切です（ただ、こんなコミュニケーション力の高いスタッフを介護保険部門に配置してもらえるかどうかちょっと心配ですが・・・）。

その際、ご指摘のように、医療関係者と介護関係者が共通して利用できる便利な情報連携ツールがあると好都合ですね。社会福祉法人や医療法人という単位では、相当程度、導入されています。自治体単位で導入している事例はまだまだですが、例えば、滋賀県全体の取り組みとして、「淡海あさがおネット」などがあります。

<http://www.shiga.med.or.jp/kenmin/asagaone.html>