2025年10月23日

財務大臣　片山さつき様
厚生労働大臣　上野　賢一郎様

介護崩壊**STOP**！　対政府交渉実行委員会

連絡先　全国一般当労働組合東京南部ケアワーカー連絡会
東京都港区芝2-8-13-3F
電話（03）6453-7858　Fax（03）6453－7857

介護・福祉総がかり行動（大阪）
大阪市港区南市岡3-6-26 NPOみなと合同ケアセンター内
電話（03）6583－1122

（はじめに）

現在、介護保険事業は6割の事業所が経営悪化していると回答しています。昨年より更に瀕死の現状で崩壊の危機です。第10期介護保険事業計画の審議が始まっていますが2027年を待てない現状です。
ヘルパー不足で介護を受けられない人の増加、介護離職の増大、老老介護による心中・殺人事件の増加、老人ホームの職員による虐待事件、ホームヘルパーによる利用者宅の窃盗事件など危機的な事件報道が続いています。中山間地だけの問題ではありません。事業所や個人の責任問題にして良いのでしょうか？
倒産・廃業・営業譲渡の件数が至上最高を更新しているのに、現在進行中の第10期計画には全く危機感が反映されておらず、追い打ちをかけるような内容となっています。その内容は、介護保険サービスの利用負担率を高める（2割以上3割へ）、ケアマネジメント（計画作成など）有料化、要介護1や2の在宅サービスを自治体の「総合事業」に移すことなどです。
医療・看護、介護、障害などに携わる労働は、コロナ禍で明確になったようにエッセンシャルワークと言われ人が生きていくために必要な労働です。ケア労働者の労働条件の見直しなくして、人手不足は解消されず、ケアの質の向上はありません。今年も、厚生労働省・財務省にも同時に質問・申入れを致します。事前に文書での回答をお願いし、有意義な意見交換ができることを期待しています。

（1）日本の社会保障政策＝介護保険25年間の評価・振り返り

2000年にスタートした介護保険制度は、少子・高齢化が進み、家族構成が3世代型から、単身者型へと移行し始めた時期に制定されています。「介護の社会化」の名の下に公務員であった家庭奉仕員は非効率で賃金が高すぎると廃止。民間事業所を参入させました。それによって長年家族介護に縛られてきた女性たちを労働市場に放出し、介護事業所も拡大し、自由競争の中で介護の質も高くなり介護労働者も増加する。少子高齢化を克服できると展望してきました。
しかし介護保険制度25年の結果は真逆だと思えます。介護福祉士の受験者数の減少や有効求人倍率の増大、介護報酬の引き上げの実態は物価上昇や最低賃金に追いぬかれ人手不足が改善されない現状です。25年間の介護保険制度の根本的見直しが必要との認識ですが、どう思われますか？

【（1）について厚労省、財務省のそれぞれの見解を文書で回答してください】

（2）　高齢者施策～介護保険制度を中心に

1　訪問介護事業について

1－1　訪問介護事業所の倒産、事業所廃止、休業、営業譲渡の実態について

1）　昨年の厚生労働省・財務省交渉に際し、訪問介護サービスにサービス付き高齢者向き住宅（以下、サ高住）を報酬引き上げの分析に含まず分けるべきと要望しました。しかしその要望は受け入れられず、訪問介護は7．8％の利益が出ているからと、訪問介護の基本報酬全てを引き下げた結果、経営難や、人材確保ができない事業所が6割以上となっています。移動時間の掛からないサ高住と、移動時間が掛かる地域の訪問介護の報酬を検討する場合、同じ統計で考えることを見直さない理由は何ですか？
2）　訪問介護事業所が1か所もない自治体や2か所しかない自治体が多数うまれています。それぞれの直近の数はどれくらいですか？それらの自治体はどのような地方・地域に多いか、また、そのように至っ

た理由・原因は何であると見ていますか？

3） 一部の都市部では、訪問介護事業所数が増大しているとの調査結果を目にしていますが、実際はどうですか？増加しているのは、サ高住や集合住宅へのヘルパー派遣事業、時間雇い派遣にサービス（タイミーなど）を特化する事業所であると思いますが、小規模事業所で移動時間を掛け訪問する事業所の廃業や縮小傾向がはっきりしているとも言われています。その実態を把握していますか？

1-2 訪問介護職の大幅賃上げについて

1） 厚生労働省は訪問介護の基本報酬が引き下げられても、処遇改善加算を取得すれば赤字にならないと説明してきましたが、処遇改善加算の1を取得しても赤字になっている事業所もあります。その結果について厚生労働省の見解はいかがですか？

2） 訪問介護職員の処遇改善加算の取得状況を見ると、加算上位の「加算Ⅰ」について特養では79．1%が取得しているが、訪問介護では39．5%（通所介護では39．2%）となっており、訪問介護事業所では、加算が取りにくい条件が多いと考えられますが、その原因をどう思いますか？

3） 加算を取らない理由として、利用料金に跳ね返るためサービス控えが発生する（週3日を週1日に減らすなど）、加算要件となる介護職の条件が揃っていない、書類作りに手間がかかる等が言われてきました。これらの状況を改善するために、どのような政策をとったのか明確にしてください。

4）処遇改善加算を基本給（時給、日給に反映させた）事業所はどのくらいありますか？厚生労働省はどのように把握しているのかを明らかにしてください。

5）2025年最低賃金全国平均1121円、物価上昇前年比2．7%（同年8月）の中で処遇改善加算を基本給として定めている事業所の把握をしていますか？

6）最低賃金は毎年改定されていますが、公定価格は3年に1回の見直しです。それで人手不足は解消できるとの考えでしょうか？

7）処遇改善加算を基本給（時給を含む）に上乗せした場合、その後に経営難でも基本給を下げると基法違反になるリスクがあります。そのため一時金や手当でしか対応できない事業所が多いと思います。職員構成の変化（介護福祉士や年収要件を満たす職員の離職）、経営状態の変化、処遇改善加算の変更があり、一時金や手当に加算を上乗せする対応が一般的となっています。このような実態に対してどう考えますか？製造業と同じような賃金体系が介護職で可能なのでしょうか？

8）介護職と全産業平均賃金格差10万円を埋めるために、どのようなビジョンがありますか？

1-3 訪問介護事業所のクリームスキニング（利益の上がる利用者しか介護しない）

1） 処遇改善加算の取得金額は、1ケ月の総単位数×加算率×単価で導きだされますが、単位の高いサービスを選ぶことが高報酬に繋がります。生活援助の単位数は、身体の約半分となるので大規模事業所は単位数の多い身体介護などの利用者を選別し、小規模事業所は単位数の低い生活援助が多くなります。そのため小規模の訪問介護事業所では、処遇改善加算取得額は少額となり、さらに、地方では、地域区分に基づく介護報酬単価は、大都市の単価より低いので、処遇改善加算額は低くなります。事業所が高齢者を効率化と生産性で選別している実態や、遠距離、介護職の負担の大きい利用者と契約しない傾向を把握していますか？把握している場合の対策をどう考えているのか教えてください。

2）介護保険法41条2項についての平均的費用の勘案について（移動時間など）
地方では、広域介護になるため移動距離が長く自家用車で移動することが多いです。そのため、事故処理も自己負担。ガソリン代は事業所裁量のため賃金に含まれていると言われたり、全く出ない事業所もあります。事業所がこれらの費用を支払えば、たちまち経営を圧迫することにもなりかねません。
国は、地方を問わず移動費用は介護報酬の中に勘案して組込まれていると主張してきましたが、自動車移動に係るガソリン代や車両にかかる費用の実態を把握した上で、介護報酬中でどう組み込み、位置づけられているのか教えてください。また移動について厚生労働省は「離職理由として調査」された結果についてもどう考えるか回答してください。

1—4 訪問介護労働者の出来高支払いと変形労働時間管理について

登録訪問介護の出来高支払いについて

出来高払制の業績給の有効性【サカイ引越センター事件】（東京高裁令和6年5月15日判決）
社会福祉法人幹福祉会事件【東京高裁令和5年10月19日判決　労働判例1318号97頁】

この間、2つの最高裁判例が出され、厚生労働省は初めて出来高支払いの存在を認めましたが、上記の最高裁判例の確定を受け「訪問介護の労働時間管理について通達の見直し」を余儀なくされていると思いますが、どう考えていますか？

1－5 気候変動と猛暑について

今年の夏の猛暑で、訪問介護サービスは、極めて危険な労働となり、移動時間だけでなく、空調の効いていない室内での作業は、命にかかわる労働となっています。ことに入浴介助、トイレや台所での作業は辛く、「ケア社会をつくる会」の8月末からの調査では、ヘルパーの4分の3が頭痛やめまいなど熱中症のような症状を経験（朝日新聞、9月11日）。倒れる寸前の状態で労働していると多くのヘルパーは訴えています。この経験から、高い気温・湿度の中で働くことになる場合、「危険手当」などの割増手当があってしかるべきであり、労働衛生安全の視点からの対策が求められます。今までも強風や集中豪雨下での移動に危険を感じてきています。豪雪地域や寒冷地での勤務ついても「危険手当」など割増手当が制度化される必要があると考えますが、どう思いますか？

【（2）1-1～5 について厚生労働省と財務省の回答をお願いします】

2 居宅介護支援事業―ケアマネの人材不足と高齢化を中心に

2－1 ケアマネジャーの人手不足と高齢化 資格の更新の必要性

ケアマネジャーについても、人手不足と過重労働で、居宅介護事業の運営が困難になり始めています。その結果、利用者のニーズを明らかにして介護計画を立案する機能が減退しています。資格の更新のための研修の義務化や費用の有料化で更に人手不足を促進させています。人手不足の原因と何が必要とされているのか厚生労働省の見解を明らかにしてください。

2－2 ケアマネ業務の有料化について

ケアマネ業務が有料になれば、利用者からの「業務外サービス」の求めを断ることが、ますます困難となります。そもそも被保険者は、介護サービスを受ける権利を持っているの、サービスを受けようとすれば、居宅介護支援事業所等のケアマネにケアプランを作成してもらい、介護事業所等とのサービス調整を受けることが必要になります。このサービスを受ける前提条件を「有料化する」ことは、介護を受ける権利を制限することになり、有料の利用料金の支払いが困難な利用者は、その権利を剥奪されることを意味します。ケアマネ業務の有料化は、介護保険の根幹を揺るがすことになると考えますが、国の見解を回答してください。

【（2）2-1 について厚生労働省 2-2について厚生労働省・財務省の回答をお願いします。】

3 不足する介護人材問題と外国人も安心して働ける社会へ

3－1 高市政権は「経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）2025」の継承をするのか

石破政権は、「経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）2025」として、「30年続いたコストカット 型経済の終焉」「介護・障害福祉分野の職員の処遇改善や業務負担軽減等の実現に取り組むとともに、これまでの処遇改善などの実態を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるように検討する」としていました。この「改革の基本方針」は、高市政権でも活かされ、早急に介護労働者の状況を改善する施策を国は実施するつもりがあるのでしょうか？また実施するとして、その改革の具体的な項目・内容についてどのように考えているのか回答してください。

3－2 地方自治体のやむを得ない予算確保について 地域格差と国の責任

介護現場の人材不足・疲弊の状況の改善は、待ったなしです。危機感を持った介護保険者である地方自治体において、独自に予算を組んで様々な人材確保のための対策をとる動きが活発になっています（東京都内の幾つかの区政が突出しています）。この状況を国はどのように見て、評価しているのでしょうか？財政力は地域間格差があり、どこの自治体でも実効性ある対策を取ることはできません。
こうした事態をどのように見るのか、国の責任としてどう考えるのかを回答してください。

3－3 日雇い派遣の拡大へ、時間給紹介予定派遣の規制について

1） 介護人材不足に対し多くの事業者は、やむなく人材派遣事業者に高額な費用を払い人材の穴埋めを行っており、介護保険の原資が流出しています。本来なら低賃金労働者の賃上げの原資に回されるべきと思いますが、どう考えますか？
2） 近年、「タイミー」などの短時間バイトによって、時間単位の人材の穴埋めが行われています。不安定で

も副業をやらざるを得ない介護労働者が大量に生まれています。その実態を厚生労働省は調査し、把握しているのでしょうか？目先の生活を優先せざるを得ない労働者の老後の保障を想定しているでしょうか？

3） 日雇い派遣は高収入の専門職派遣の場合で、命に直結するため紹介予定派遣に限定されてきました。しかし日雇い派遣が紹介予定派遣ではない違法の現状を厚生労働省は規制しているのか、具体的に回答してください。

4） 厚生労働省は介護職の「魅力化発信」「就職フェア」などに予算をたてていますが、もはややりがいだけでは入職してくれません。人材確保に生かされているのかを回答してください。

4 外国人労働者の介護事業への受け入れについて

国と介護業界は、外国人労働者を日本の介護現場に受け入れることを進めてきました。人材不足を補うため、外国人労働者の受け入れに力を入れてきた結果、介護福祉士の専門学校の入学者の半数は外国人によって占められています。また外国人でも資格を取得しやすいよう介護福祉士の資格取得の規制緩和、訪問介護にも外国人の受け入れを決めています。このような現状で海外から来てくれている人々への差別や偏見。悪質な場合、渡航費として借金を背負わせ、有給休暇も与えず、外出も許さないような取り扱いもあります。厚労省は外国人介護職の受け入れにおいて、人権の視点からどのような政策を通達しているのか明らかにしてください。

【(2) 3-1～3　4について、厚労省・財務省の回答を求めます。】

5 障害者政策について

5－1 65歳問題について

昨年度の意見交換で厚労省は65歳まで障害者サービスを受けていた人が、65歳になって引き続きサービスが必要な場合、自治体に申請すれば継続でき、自治体にその通達も出していると回答しました。しかし実態は、その通達内容は周知されておらず、サービスが切られて寝たきりになっている高齢の障害者もいます。現状について改善の方向はありますか？明確にしてください。

5－2 重度訪問介護の介護職の深刻な人手不足

1）重度訪問介護には医療的ケアと24時間の見守りが必要です。しかし介護職不足で有償ボランティアを大学などにリクルートせざるを得なくなっており、命に直結する実態が多くあるのをご存じですか？
厚生労働省の対策をお聞かせください。

2）独自に重度訪問介護事業を始めている自治体もありますが、地域財源に格差があると命の格差につながります。国として助成する必要がでていますが、どのように考えますか？

5－3 告知523号の就労・就学の要件見直しについて

1）重度障害者が地域で自立した生活をするために、重度訪問介護を就労・就学を含めたあらゆる生活場面で活用できるようにしてください。常時介護が必要な障害者のために作られた重度訪問介護制度は、現在厚生労働省の告示523号により、就労・就学に使用することが出来なくなっています。
国は障害者の社会参加をいいながら、それとは逆行する告示を出すことで介助者を付けた外出に制限を課し、障害者の基本的人権を奪っています。早急にこの人権侵害を改善、告示523号を撤廃し、重度訪問介護の使用制限をなくすことを要求します。

2）また、この使用制限に関して重度訪問介護を使っていた障害者が国会議員になったことをきっかけに、2020年10月1日から施行された「重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金」ならびに「重度訪問介護サービス利用者通勤援助助成金」について、5年が経過した今日、厚労省内に担当部局が設置されています。にもかかわらず実施自治体の数は少なく、重度障害者の就労・就学は制限されたままです。
この助成金の現在までの実施自治体をお知らせください。なぜこの制度が広がらないのか、その原因がどこにあるのか厚労省の見解を求めます。

5－4 「生活介護」の報酬改定の1日単位でない利用時間に応じた1時間単位の弊害

改正前は利用者が1日利用すると、1日単位の報酬が入ってきましたが、この改正により、サービス提供時間に応じて報酬単価が変わりました。それにより利用者が遅刻や早退した場合、その分報酬が減ることになります。しかし職員の配置人数は決まっているので、利用者が帰っても職員を減らす訳にいかず、人件費

は改正前と同じように支出されています。そのため収入が減っても、支出が変わらない状況にあり、運営が円滑にできない状況があります。そんな実態を理解しているのか、見解を求めます。

5－5 入院者訪問支援事業について

1）精神科病院で治療中の主に市町村同意による医療保護入院者について、一定の研修を受けた訪問支援員が訪問し、面会をする入院者訪問支援事業が令和6年度から始まっていますが、この事業の目的と、事業開始以降の各都道府県別の実績を、入院種別、月ごとの件数で提示してください。
2）事業開始後の訪問件数が伸びていない理由のひとつとして、都道府県からの訪問の件数、年度内に一人1回のみというような制限がされていることが挙げられています。これには予算不足が大きな要因になっていますが、これでは入院患者との信頼関係を構築することは難しく、形骸化された事業になってしまうことが考えられます。この事業に関しての予算、財源を厚労省（財務省）はどのように考えていますか？

5－6 精神科病院内における権利侵害について

1）精神科病院内での虐待事件の報道が絶えることがなく、明るみに出ない事案も含めて、多くの入院患者が安心して治療を受けられる環境になっていません。また、任意入院を含めた患者に対するスマートフォン持ち込みの禁止や、面会制限をする病院があるなど、入院前と違う環境での入院生活により、退院後の地域生活に戻りにくい原因になっています。このように必要以上の制限は権利侵害にあたると思われますが、入院生活の実態把握をどのようにして行っていますか？
2）この国では他国に比べ、多くの精神科病床が存在しており、今後は人口減少に伴い多くの空き病床が出ると考えられています。多くの精神科病院が民間経営であることから、空き病床対策が各病院で行われており、その対象が認知症高齢者に向けられています。
認知症高齢者は年々増加しており、確実な治療法もないことから、一旦入院すると退院するのが難しいことが予想され、コロナ禍以降多く行われている面会制限が治療の妨げにもなっています。
現在、高齢者施設では面会制限が行われることにより、家族と会えない高齢者の症状も悪化させています。今後精神科病院に入院した認知症高齢者について、その人らしい生活をおくるため、面会制限がないよう病院に指導することが必要です。また高齢者施設についても同様です。この点について十分考慮し、施策に盛り込むことが必要であると思います。

5－7 就労継続支援B型事業所の基本報酬改定の影響で
利用者、職員ともに昼食も取れない過重労働になる理由について

2021年の改正で、B型事業所は平均工賃月額に応じた報酬体系に変わりました。前年度の平均工賃額がランク分けされ、工賃額の高い事業所は高い基本報酬となり、工賃額の低い事業所は低い基本報酬となりました。また2024年の改正で、工賃額の高い事業所の基本報酬はさらに高くなり、低い事業所はさらに引き下げられました。利用者の特性により、生産性の高い利用者、低い利用者がいるので、生産性が変わり工賃額に開きが出る実態があります。
前年度の平均工賃額により次年度の基本報酬が決まるため、より高いランクの報酬を目指し、生産性を伸ばすため、利用者や職員に無理な労働をさせている事業所も出てきています。実際に休み時間もほどんとなく働かされ、精神的にも追い詰められ離職する職員もおり、事業所からは平均工賃額によるランク付けを廃止すべきだという声があがっています。

【5－1～7について、厚生労働省の回答、財務省の見解を求めます】

以上