

2 本 堂 秀 利 議 員

- 1 泊発電所からの放射性ヨウ素放出について
- 2 子ども子育て支援事業にかかる岩内町家庭的保育事業等の設備及び運営に関する基準を定める条例について
- 3 介護保険事業改定介護保険について



1 泊発電所からの放射性ヨウ素放出について

私は、日本共産党議員団を代表して一般質問を行います。

まず最初に、泊発電所からの放射性ヨウ素放出についてお伺いいたします。

北電は原子力発電所の安全対策について、「多重の防護対策が施され、原子力発電所で使用している燃料の中には放射性物質が含まれていますが、この放射性物質は発電所の外に漏れないように「5重の壁」で閉じこめられている」として原子力発電所建設は安全だと住民へ説明してきました。

10月18日の北海道新聞は、泊発電所が過去25年間に放射性トリチウム、合計570兆ベクレルを海に放出してきたと報道しました。東京電力福島第一原発ではアルプスで処理できない放射性物質トリチウムを現地に貯蔵しています。IAEAは人体への影響は限定的と言うが半減期は12.3年。影響が無いとは言っていない。

町は発電所からのトリチウムの放出について環境への影響についてどのように思っているのか。

また、こうした報告は受けていたのですか。

泊発電所1. 2. 3号機の海に放出できるトリチウムの上限は120兆ベクレルに設定されているが原子力規制庁の「原子力施設に係る平成24年度放射線管理等報告について」では、3号機が運転開始をした2009年に1、2号機の合計より10兆ベクレル放出量が多くなり、2009年30兆、10年33兆、11年38兆ベクレル、運転停止をした12年は8兆7千億ベクレルに低減している。3号機運転前の1、2号機では報告資料03年から08年までは20兆ベクレル台で推移している。

なぜ120兆ベクレルと放出量の4倍もの上限が必要なのか。

放射性物質は発電所の外に漏れないように「5重の壁」で閉じこめるといいながら上限の引き上げは、運転時に放出される放射性物質を規制委員会がお墨付きを与え垂れ流しを認めていることになると思うがいかがですか。

発電所が通常運転時に環境に放出する放射性物質の線量目標値を示す「発電用軽水型原子炉施設周辺の線量目標値に関する指針」では線量目標値について「周辺の公衆が受ける線量をできるだけ低く保つ努力目標として」「合理的に達成可能な限り低くの方針に立って」目標が達成できないからと言って直ちに運転停

止や出力制限の措置は必要ないとしています。これほど地域住民を愚弄した指針はない。

この指針についてどのように考えるかお伺い致します。

北海道がんセンターの西尾正道名誉院長は「水の形で体内に取り込まれたトリチウムは内部被ばくの原因になり、影響がないとは言い切れない」としている。町は、放出できるトリチウムの上限は放出実態に合わせて38兆ベクレル以下を目指すよう関係機関に言うべきではありませんか。

原子力規制庁の「原子力施設に係る平成24年度放射線管理等報告について」では放射性ヨウ素の年度別、放出量が明記されています。

町は希ガスや放射性ヨウ素はN・D（ノウデータ）で放出されていないとしていたが12月1日に開かれた原発問題特別委員会で規制庁の報告を認めた。

報告では2007年、12万ベクレル。3号機が運転を開始した09年、8万7千ベクレル。11年、69万ベクレルと放出をしているが町はこの報告は受けていたのか。報告を受けたとしたらどのように対応したのか。

07、09、11年以外はN・Dなのになぜこの時期に放射性ヨウ素が放出されたのか。

年度ごとの放出理由をお伺いいたします。

福島原発事故後2011年4月7日、北電は、泊原発敷地内と周辺の大気中のちりから、福島第1原発事故に由来するとみられるごく微量の放射性物質のヨウ素131を検出したと発表しました。健康や環境への影響はないとしています。

北電が計5カ所に設置しているモニタリングステーションの月1回の定期測定で分かったと言っています。ちりの採取期間は2月末～3月末で、ヨウ素131の検出量は大気1立方メートル当たり、泊村の堀株ステーションで0.029ミリベクレル、原発敷地内で0.025ミリベクレルだったと発表しています。

国が定める濃度限度は大気1立方メートル当たり5千ミリベクレル。と報道されたが、泊発電所が放出した07年12万ベクレル、09年8万7千ベクレル。11年69万ベクレルは濃度限度から見るとどのように受け止めるのか。

また、07、09、11年は、国が定める濃度限度の何倍になるのか。

原子力災害時における、医療活動でスクリーニングレベル2では、甲状腺（放射性ヨウ素）は3キロベクレルですが、07、09、11年に放出された日の風下に当たる地域の住民にスクリーニングを実施するべきではなかったのか。

福島原発事故の教訓から泊3号機ではフィルターベントを2017年度中に安全対策として設置の予定だがフィルターベントの設置で放出される放射性物質は完全に押さえることができるのか。

対象になる放射性物質は。対象外の放射性物質は何ですか。放射性ヨウ素131はフィルターベントの設置で放出を抑制できるのか。お伺いいたします。

発電所の事故で放射性ヨウ素が放出された場合、放射線被曝により誘発される甲状腺ガンの発生確率は若年であるほど高く、乳幼児期は特に高いと泊発電所周辺地域原子力防災計画で甲状腺への影響が指摘され、安定ヨウ素剤の服用タイミングは放射性ヨウ素を吸収または体内摂取する前、24時間以内または直後で取り込みを90%以上抑制できる。摂取後8時間以内の服用であれば40%、24時間以降の服用は7%の抑制効果と明記しています。

町はヨウ素剤の服用場所を避難時の集合場所となる学校施設などでの対応を考えているとしていますが、集合する時間までの間に被爆のおそれもあります。

服用タイミングは体内摂取する以前24時間以内です。乳幼児など子どもたち

のことを考えたら事前配布が求められていると思いませんか。

原発事故発生時に甲状腺被ばくを防ぐため服用する安定ヨウ素剤を泊村が住民に「事故時に漏れなく行き渡らせるには事前配布が適切」と判断し「事前配布」する方針を決めました。

福島第一原発事故では発電所から風下側に避難してしまうなど、その把握が困難なことから実際の避難では、まず安定ヨウ素剤を服用してから避難を開始することが重要となると日本医師会のガイドラインは指摘しています。

甲状腺がんを避けるための安定ヨウ素剤を原発周辺の家庭に事前に配布するべきだとの提言をまとめた原子力安全委員会の分科会は「事故後にヨウ素剤を配布する時間はほとんどないと判断した」としています。

安定ヨウ素剤を要避難者・要配慮者のいる施設、学校、乳幼児期は特に高いと指摘されている保育所、幼稚園などへの事前配布を実施すべきと思いますが所見を伺います。

2011年9月12日に開かれた道議会保健福祉委員会で、「稼働中の原発の影響についても健康被害の実態調査が必要」と質問した日本共産党の真下紀子道議に対し、道保健福祉部が全国のがんによる死亡率の調査で、北海道の市町村別SMRによると1位が泊村、2位が岩内町、3位福島町、4位松前町、5位積丹町となり、一番低い音威子府村と比較すると、北海道電力泊原発がある泊村が2.3倍となっていることを明らかにしました。

特に、子宮がんの死亡率についてみると、道内はSMR 98.9で、全国平均よりも低くなっていますが、泊村と積丹町はSMR 250を超えています。また、肺がん死亡率では、泊は2位、岩内は5位と、いずれも高位となっています。

放射性ヨウ素¹³¹Iやトリチウムの放出など被ばくに対する不安が広がり、がんや遺伝子への影響の出現が早まる危険などに対して調査を進めて対応することは不可欠です。

がん対策としても、原発立地の放射能の影響も含めた精度の高い疫学調査を行い、検証することが必要と思いますが所見を伺います。

【答 弁】
町 長：

泊発電所からの放射性ヨウ素放出について、14項目にわたるご質問であります。

1項めは、発電所からのトリチウム放出について環境への影響と町に対する報告についてであります。

北海道電力泊発電所から放出されたトリチウムに関する報告については、泊発電所周辺の安全確保及び環境保全に関する協定第10条の規定に基づき、四半期ごとに北海道電力より報告を受けており、その測定結果は、有識者等で構成される「泊発電所環境保全監視協議会技術部会」において評価を受けたのち、公表されるとともに、年度ごとに「泊発電所環境保全監視協議会」の確認を受けております。

従って、町としては、トリチウムについても第三者の客観的な確認を受け、適切に放射性物質の放出管理を実施しているとの認識であります。

2項め、3項め及び5項めは、トリチウムの放出管理基準値についてのご質問であります。関連がありますので、あわせてお答えいたします。

液体廃棄物のトリチウムの放出管理基準値120兆ベクレル／年は、原子炉設置許可申請書において、平常時における一般公衆の線量評価を基に、国から認可を得、かつ泊発電所保安規定に定めている値とのことであります。

また、トリチウムの放出量は、原子力安全委員会による「発電用軽水型原子炉施設の安全審査における一般公衆の線量評価」に基づき算出した放出量であり、事業者である北海道電力においては、少しでも放射性廃棄物の放出量を減少できるよう、取り組みがなされているものと考えているところであります。

4項めは、線量目標値の指針等についてであります。

「発電用軽水型原子炉施設周辺の線量目標値に関する指針」につきましては、専門的及び技術的知見を反映し、国際放射線防護委員会等の国際機関の基準を踏まえた指針と認識しているところであります。

6項め、7項めはヨウ素131の測定結果報告について、関連がありますので合わせてお答えいたします。

気体廃棄物のヨウ素131の放出状況につきましては、さきにお答えしたトリチウムの放出報告と同じく、安全協定第10条の規定に基づき、四半期ごとに北海道電力より報告を受けており、その測定結果につきましては、有識者等で構成される「泊発電所環境保全監視協議会技術部会」において評価を受けたのちに公表されるとともに、年度ごとに「泊発電所環境保全監視協議会」の確認を受けております。

8項めは、放射性物質が検出された年度毎の理由についてであります。

平成19年度及び平成21年度において、それぞれ12万ベクレル、8万7千ベクレルの放出量がございますが、この放出につきましては、1号機第14回定期検査、1号機第16回定期検査時において、1次システムの機器類の補修等に伴って放出したものであり、平成23年度の69万ベクレルにつきましては、福島第一原子力発電所の事故の影響によるものとのことであります。

9項めは、ヨウ素131の濃度限度についての受け止めと、国が定める濃度限度の何倍になるのかについてであります。

国が定めるヨウ素131の濃度限度は、1立方メートル当たり5000ミリベクレル、1立方センチメートル当たり 5×10 のマイナス6乗ベクレルで、この数値は3ヶ月間の平均濃度であり、ご質問にある数値については放出量であるため、濃度限度と放出量を単純に比較できるものではありませんが、泊発電所での放出における3ヶ月間の平均濃度でお答えしますと、平成19年度では、3ヶ月間の平均濃度は最大で1立方センチメートル当たり 1.77×10 のマイナス10乗ベクレルで、国が定める濃度限度の約10万分の4、平成21年度では、3ヶ月間の平均濃度は最大で1立方センチメートル当たり 1.21×10 のマイナス10乗ベクレルで、国が定める濃度限度の約10万分の2、平成23年度では、3ヶ月間の平均濃度は最大で、1立方センチメートル当たり 5.30×10 のマイナス10乗ベクレルで、国が定める濃度限度の約1万分の1となっており、国の定める濃度限度よりかなり低い数値であり、適切に管理されているものと考えております。

10項めは、ヨウ素131が放出された日の風下に当たる地域住民には、スクリーニングを実施するべきではなかったのかについてであります。

医療活動であるスクリーニングについては、北海道が緊急被ばく医療活動実施要領に基づき実施することとなっており、ヨウ素放出時の状況において、どう対応すべきであったかについては、町としてお答えする状況にはないものと考えております。

11項めは、フィルタベントの設置に係る除去性能についてであります。

泊発電所のフィルタベント設置は、新規規制基準において、加圧水型軽水炉においては5年間の猶予対象施設とされ、北海道電力では平成29年度を目途に設置する予定で、現在、詳細検討を進めているところと伺っております。

また、沸騰水型を設置している他の電力事業者では、原子力規制委員会による新規規制基準の審査会合で審査を受けている段階ではありますが、公開されている説明資料によりますと、セシウムなどの粒子状放射性物質においては、99.9%以上の除去効率、またヨウ素131などの無機ヨウ素については、99.8%の除去効率、有機ヨウ素については、98%の除去効率のフィルタベントとしているところであります。

なお、放射性希ガスについては、除去することは難しいとのことでありませぬ。

12項めと13項めは、安定ヨウ素剤の事前配布についてでありますので、合わせてお答えいたします。

原子力災害時における安定ヨウ素剤の服用については、甲状腺への内部被ばくを低減させる効果があることから、泊発電所周辺地域原子力防災計画において配布・服用することとしております。

この安定ヨウ素剤をいつ、どこで配布・服用するかについては、昨年7月に国が作成した「安定ヨウ素剤の配布・服用に当たって」の解説書で、PAZ外は全面緊急事態に屋内退避し、その後、空間放射線量率等に応じて避難等の防護措置が講じられる際に、配布・服用すると国の解説書には記述されております。

こうしたことから、本町においても国の解説に沿った対応とし、避難時の集合場所となる学校などを配布・服用場所としております。

また、要配慮者の入所及び通所施設での配布・服用につきましては、保育

所や幼稚園の入所児童は、原子力災害時の緊急事態区分が施設敷地緊急事態となった段階で、帰宅等の対応となることから、事前配布は考えていないところであります。

14項めは、がん対策としても、原発立地の放射能の影響も含めた疫学調査の必要性についてであります。

がんの原因には、喫煙、食生活及び運動等の生活習慣やウイルス感染など様々なものがあり、がんの発症による死亡者を減らしていくためには、予防や早期発見、早期治療が重要と考えております。

疫学調査は、こうした「がん」の発症の原因を科学的に検証するうえで必要なものと考えております。

< 再 質 問 >

放射性ヨウ素の件についてですが、フィルターベントでセシウム、ヨウ素131は無機ヨウ素、有機ヨウ素は98%台で除去できるが、放射性希ガスは除去は難しいとの答弁ですが、新基準で炉心損傷後にフィルターベントを使用する場合、放出されるセシウム137が100テラベクレル以下になるよう求めています。敷地境界線での被ばく線量を確認することをもとめていますか。

セシウム以外のヨウ素や希ガスなどの放射性核種が放出されますが、放出規定はありますか。

有機ヨウ素は本当に除去できるのですか。

原子炉立地審査指針は、万一事後が発生した場合でも、周辺公衆の安全を確保できるように原子炉と周辺住民の隔離を求めています。

甲状腺小児に対しても基準を示しましたが、福島原発事故では、住民へ多大な放射性被害を与えてしまいました。立地指針は見直されましたか。

こうした教訓から住民への放射性被害を与えないためにも立地指針を新たに作るべきだと思いませんか。放射性物質が大気と共に放出される放射性プルームは希ガス、放射性ヨウ素が含まれ、外部被ばくや内部被ばくの原因になります。

フィルターベントで希ガスやガス状の有機ヨウ素は除去出来ないと東京電力は認めています。

危険な放射性物質をまき散らす、原発の再稼働などすべきでないと思いますが、いかがですか。

【答 弁】

町 長：

本堂議員からの、再質問であります。泊発電所からの放射性ヨウ素放出について、5項目のご質問であります。

1項めは、新規制基準によるセシウムの被ばく線量についてであります。

原子力発電所の新規制基準適合性審査においては、炉心損傷後にフィルターベントを使用する場合、放出されるセシウム137が100テラベクレル以下になるよう求められておりますが、敷地境界線での被ばく線量については、求められておりません。

2項めと3項めは、ヨウ素などの放出規定と有機ヨウ素の除去性能に関する質問であります。関連がありますので、合わせてお答えいたします。

セシウム以外のヨウ素や希ガスなどの放出についてであります。希ガスについては、 1.3×10^{15} ベクレル。

ヨウ素131については、 1.2×10^{10} ベクレルの放出管理基準値とされているとのことでもあります。

また、有機ヨウ素については、他電力の公表されている資料では、98%除去できるとされているとのことでもあります。

4項めは、立地指針についてのご質問であります。

立地指針につきましては、昨年7月に施行された新規制基準に網羅されているとのことでもあります。

5項めは、フィルターベント設置に関しての原発の再稼働についてであります。

す。

原発の再稼働については、フィルタベントを含む各種安全対策について、現在原子力規制委員会において、厳正な審議をされているところであります。

< 再々質問 >

新基準では、敷地境界線での被ばく線量を確認もせず、セシウム以外のヨウ素や希ガス等の放射性核種の放出規定もなく、線量目標値は努力目標ということは、例えば六ヶ所村の再処理工場の場合では放出基準は、1.89京ベクレル、1京というのは兆の1万倍になりますけれども、1.89京ベクレルとされており、幾ら放出しても問題なしとするものであり、放出線量目標値とは到底言いがたいものであると思います。これでは周辺住民の生命と健康は守られません。守られないということを強く指摘しておきます。こうゆうような原発は再稼働するべきではありません。

次に、9項目めの答弁についてであります。国の基準よりかなり低い数値と答弁しておりましたが、国はヨウ素の排出量が1立方メートル当たりの濃度限度を5千ミリベクレルとしているが、答弁では1立方センチメートル当たりで答弁しており、比較が出来ません。質問による単位で答弁して頂きたいと思います。

2 子ども子育て支援事業にかかる岩内町家庭的保育事業等の設備及び運営に関する基準を定める条例について

子ども子育て支援事業にかかる岩内町家庭的保育事業等の設備及び運営に関する基準を定める条例について、お伺いたします。

子ども子育て支援新制度は保育の市場化を目指し、最大の特徴はこれまで市町村の責任で保育を提供する現物給付の制度を改め、利用者と事業者の直接契約を起点にする現物給付の仕組みへの変更です。

条例の趣旨では家庭的保育事業などの設備及び運営に関する基準を定めるとし家庭的保育事業、小規模保育事業、居宅訪問型事業所、事業所内保育の一部を除き定員19名以下の地域型保育が導入されます。

定員規模が小さいことを理由に保育所に比べ保育者の資格条件の緩和などが国基準により盛り込まれたことで、保育に格差が持ち込まれることになってしまうものと思うがいかがですか。

保育士資格者の割合や給食の扱いについて条例では第3条、家庭的保育事業（3～5人）では素養があり、かつ、適切な訓練を受けた職員が保育を提供することにより心身ともに健やかに育成されることを保証するものとする。

第8条、家庭的保育事業者などの職員の一般的要件。健全な心身を有し、豊かな人間性と倫理観を備え、児童福祉事業に熱意のある者であって、出来る限り児童福祉事業の倫理及び実際について訓練を受けた者でなければならない。

第23条第2項では、家庭的保育者は町長が行う研修を修了した保育士または保育士と同等以上の知識及び経験を有すると町長が認めるものであって、保育を行っている乳幼児の保育に専念できる者とありますが、どのような施設・事業であっても子どもの保育を等しく保障するために全ての事業で保育者は保育資格者とするべきではありませんか。

第15条、食事

家庭的保育事業者などは、利用乳幼児に食事を提供するときは家庭的保育事業所等内で調理する方法（当該家庭的保育事業所などの調理設備または調理室を兼ねている、他の社会福祉施設などの調理室において調理する方法を含む）により行わなければならない。

第23条、職員

家庭的保育事業を行う場所には、次項に規定する家庭的保育者、嘱託医及び調理員を置かなければならない。

但し、次の各号のいずれかに該当する場合は調理員を置かないことができるとして、調理業務の全部を委託する場合搬入施設から食事を搬入する場合とありますが、給食は自園調理が原則です。連携施設からの搬入も認め、調理場所は「調理室」ではなく「調理設備」とされ、調理員も委託や連携施設から搬入の場合必要ではありません。

調理設備とはどのような設備を想定しているのですか。

保育に格差を持ち込むのではなく自園調理とし、調理員の配置をするべきではありませんか。

小規模保育（6～19人）29条、A型、全員保育士。嘱託医及び調理員を置かなければならない。

搬入施設から食事の搬入は調理員を置かないことができるとあります。

小規模保育は、乳児、3才未満児、3才以上4才未満児、4才以上と異なる年齢の子どもを保育するためには、乳児室、ほふく室、保育室または遊戯室が必要で1人あたりの面積基準に加えて食事や遊びなど生活のスペースと睡眠のスペースなど年齢差を考慮した複数のスペースが確保できる基準が必要です。

混合保育を行うスペースの確保などこうした基準に対応ができるのですか。

31条、B型、保育士の割合が2分の1以上。

保育士その他、保育に従事する職員として町長が行う研修を修了した者。

(保育従事者) 保健師または看護師1人を保育士とみなす。

嘱託医及び調理員を置かなければならない。

ただし、搬入施設から食事の搬入は調理員を置かないことができるとしています。

保健師または看護師1人を保育士とみなすは、保育士の仕事をどのように考えているのですか。保健師や看護師が保育士と同じとみなす根拠は何ですか。

第33条、小規模保育事業 C型(6~10人以下) 嘱託医及び調理員を置かなければならない。

ただし、全部を委託する小規模保育事業所C型、搬入施設から食事の搬入は調理員を置かないことができるは、子どもの安全、健全な育ちという観点から非常に問題があります。

保育中の重大事故は圧倒的に2歳児以下で起きていることを考えると子どもの命を守るうえで質の確保が必須となり保育士以外を保育士として配置するべきではありません。

特にC型の小規模保育事業所での保育士ゼロは問題と思いますがいかがですか。

居宅訪問型保育事業障がい、疾病などで集団保育が著しく困難な乳幼児に対する保育。

母子家庭の乳幼児の保護者が夜間、深夜の勤務に従事するための保育で、保育職員は家庭的保育者です。

密室の中で国家資格を持たない保育者と乳幼児が1対1となる。埼玉県内でベビーシッターが子どもを死亡させた事故は記憶に新しく、施設の定員数が多かろうが少なかろうが、保育にあたる者は国家資格である保育士を配置すべきであり、子どもの数が少なれば資格がなくて良い、あるいは半数で良いと考えるのは間違いではありませんか。

密室の中で国家資格を持たない保育者と乳幼児が1対1となる居宅訪問型保育事業で保育士配置ゼロは子どもの安全に関わる問題と思うがいかがですか。

家庭的保育事業、小規模保育事業、居宅訪問型事業所、事業所内保育などの子ども子育て支援新制度の実施主体は岩内町ですから実施責任は岩内町にあると考えて良いのですか。

新制度の下、家庭的保育事業、小規模保育事業、居宅訪問型事業所、事業所内保育が実施され、利用に際して認定判断や利用調整は町が行うのですか。

障がいのある子どもも保育の利用ができるのか。

利用者の希望に沿った調整ができるのか。

希望が叶わなかった場合、町はどのように対応するのか。お伺いいたします。

新制度の下では新たに保育所以外の施設についても町が保育料を設定することになると思うが、保育料について国の基準が高額なため町が独自に軽減措置を行っています。保育所以外の施設、事業の保育でも軽減措置を行い利用者の便宜を図るべきと思うがいかがですか。障がい児保育、乳幼児保育での保育士の加配な

ども明確にするべきではないのか。

新制度においても、児童福祉法 24 条 1 項に規定されているように、保育を必要とする子どもには、保育を受ける権利があり、町は保育を求める子どもを保育所に入所させて保育する責任があります。

保育内容や保育士の資格条件の緩和などが国基準により盛り込まれたことで、保育に格差が持ち込まれることのないよう町の保育実施責任を最大限活用し対応すべきと思うが所見を求めます。

【答 弁】
町 長：

「子ども子育て支援事業にかかる岩内町家庭的保育事業等の設備及び運営に関する基準を定める条例について」13項目にわたるご質問であります。

1項めの、「保育者の資格条件の緩和により、保育に格差が持ちこまれるのではないか」と2項めの、「全ての事業で保育者は保育資格者とするべきではないか」については、関連がありますので併せてお答えいたします。

子ども・子育て支援新制度については、待機児童の解消などを主目的とした中で、子どもの年齢や親の就労状況など、子育てを行う家庭の様々な事情や地域の実情に応じた、多様な支援体制の構築を目指すもので、幼稚園・保育所・認定こども園といった教育・保育施設と、家庭的保育事業等の地域型保育事業を連携させながら実施することにより、子どもの年齢、保育の必要性及び保護者の多様なニーズ等に対して、これまで以上の保育体制が実現されることを目指した政策であると考えております。

こうした中、子ども・子育て支援新制度では、地域型保育事業に係る認可や確認行為は町が行うこととされており、ご質問にもありますように、町としても、全ての事業に対して保育資格者を配置することが理想であると認識しております。

しかし、その反面、待機児童数に見合った保育士の確保が極めて厳しいといった現下の状況にあって、仮に保育資格者が確保できず、子育て家庭の保護者の希望・要請に応えられない事例が発生したとするならば、子どもや保護者、また、町にとって、この上もなく残念なことと考えております。

したがって、保育資格者の配置基準等については、そうしたケースを出来るだけ発生させないことと、地域の大切な子どもの安全・安心といった保育環境を確実に確保する体制づくり等を総合的に考え、個々の事業規模や事業形態に合わせた実施基準が国においても、専門機関での議論を踏まえて定められたものであり、町としてもその最低基準の考え方に沿い、さらに最低基準を常に向上させるよう、管理指導と併せ、可能な限り、運営に係るサポート等を行っていきたいと考えております。

3項めは、「調理設備とはどのような設備を想定しているのか。また、全て自園調理とし、調理員を配置すべきではないか」についてであります。

調理設備については、必要な調理のための加熱・保存等の調理機能を有する設備を示すもので、こうした見解は、現在、都道府県が行っている保育所等の施設認可基準においても同様であります。

また、調理員の配置については、地域型保育事業では、原則、自園調理による方法により行うものとされておりますが、事業所によっては、近接した同一・系列法人が運営する施設又は病院等から搬入することが可能であり、運営上の効率性が図られるとともに、衛生管理等も十分保たれる場合もあると思われることから、こうしたケースに対応可能な規定を設けることで、より民間事業者等の参入も促進されるようになり、結果的に地域としての保育体制の充実に繋がるものと考えております。

4項めは、「年齢差のある混合保育にこの基準が対応できるのか」についてであります。

小規模保育事業については、原則として、0歳児から2歳児までを対象とした施設となっており、3歳児以上の子どもを同一事業所内で保育すること

は、基本的には想定されていないものの、家庭の事情等によっては、保育するケースも考えられることから、町としても、基準に沿った適切な保育スペースの確保と子どもの安全確保を第一とした保育が行われるよう、適正に確認行為を行って参りたいと考えております。

5項めは、「保健師や看護師が保育士と同じと見なす根拠は何か」についてであります。

小規模保育事業における「A型・B型」については、保育所における基準に「1人」を加えた数を保育従事者数の最低基準としており、乳幼児1人に対する保育従事者数としては、保育所よりも充実した基準が設定されております。

また、保育士を1人に限り保健師又は看護師と見なすことができる規定については、児童福祉施設の最低基準の一部を改正する省令により、乳児4人以上を入所させる保育所においては、保健師又は看護師を1人に限って保育士と見なすことができるとされており、そうした保健師や看護師といった資格者を配置できることは、特に、子どもの健康状態の把握や体調変化を見逃さないといった健康管理面において、効果は発揮されるものと考えております。

しかしながら、事業所の本来の目的が「保育」である以上、その資格者である保育士を配置することが、保護者の要望に添った望ましい保育体制であることは理解しているところであり、町としても、事業者に対しては、認可や確認行為の際に、可能な限り保育資格者の配置に努めていただくよう伝えて参りたいと考えております。

6項めの、「C型の小規模保育事業所での保育士ゼロは問題ではないか」と、7項めの「子どもの数にかかわらず、保育にあたる者は、保育士を配置するべきではないか」については、関連がありますので、併せてお答えいたします。

子ども・子育て支援新制度は、先ほどご答弁申し上げましたとおり、子どもの年齢や親の就労状況など、子育てを行う家庭の様々な事情や地域の実情に応じて、多様な支援体制の構築を目指すものであります。

したがって、その受け入れる側の事業種類も人数規模や目的等によって多様な設定がなされており、保護者が自らの就労事情等に応じて、自らがより適当な保育を選択できる仕組みとしているところであります。

その事業形態の1つとして「C型」事業が設定されており、当該事業所における保育従事者は、保育士と同等の知識や経験をもつ家庭的保育者がその職に就ける規定となっておりますが、事業所によっては、保育士のみの配置とする所もあるものと考えられます。

いずれにいたしましても、事業所における保育体制を保護者に十分説明し、保育内容を確実に把握していただいた上で、保護者に入所の有無を判断していただくことが重要であると考えております。

また、居宅訪問型保育事業における子どもの安全面については、居宅での保育であることや障がいを持つ子ども等が対象となる保育事業であることから、事業者としても保護者との信頼関係の構築が何よりも大切であると考えており、町としても、事業の目的・趣旨に添った適切な保育が行われるよう、事業所に対しての指導・管理等を徹底してまいります。

8項めは、「新制度における家庭的保育事業等の実施主体は岩内町である

ので、実施責任も町にあると考えてよいのか」についてであります。

地域型保育事業に関する実施主体については、新制度に移行後も実施主体はあくまでも事業者であり、町は事業所に対しての認可及び監督指導責任の立場となっております。

9項めは、「新制度における家庭的保育事業等の利用に係る認定判断や利用調整は町が行うのか」についてであります。

子ども・子育て支援新制度に移行した事業者への入所に係る保育認定や利用調整については、その地域における各自治体が行うこととなっております。

10項めは、「障がいのある子どもは利用できるのか」、「利用者の希望に沿った調整ができるのか」及び、「希望が叶わなかった場合はどう対応するのか」についてであります。

近年、障がいを持つ、又は、障がいが後で見つかるなどの事例が多く見受けられ、本町においてもそうした傾向は、他の地域と同様にあるものと考えており、町としても、障がいを持つ子どもの保育については、その子の心身の状態及び症状にあった適切な保育を受けることが最も大切であると認識しているところであります。

したがって、保護者には、出来るだけ早期に、医療機関や児童相談所等の専門の機関などとも相談していただき、子どもにとって、より良い保育を選択していただくことを切望しており、町としても、より適切な保育が受けられるよう、認定や利用調整などの面でも、可能な限りの協力と支援をして参りたいと考えております。

11項めは、「保育所以外の施設、事業の保育でも軽減措置を行うべきではないか」についてであります。

地域型保育事業を行う事業者が、子ども・子育て支援新制度に移行するかどうかの判断は、あくまでも事業者の自由選択であります。事業者が消費税等による財源を活用する新制度への移行を選択し、申請・確認行為がなされた事業所については、町が保育利用料の上限を設定することとなっております。

しかしながら、地域型保育事業に区分されるもので、現在、認可外施設として運営している町内の3事業所については、現時点では、新制度への移行を考えている事業者はないものと確認しており、したがって、保育利用料の軽減措置については、町として関与できる事項とはなっておりません。

12項めの「障がい児保育や乳幼児保育での加配なども明確にするべきではないか」と、13項めの、「保育に格差を生じさせないための、町の保育実施責任を最大限に活用した対応が必要と思うが見解は」についてであります。

平成24年8月に子ども・子育て関連3法が成立し、これに合わせて、本年4月30日以降、関連する政令及び省令等が制定され、子ども・子育てに係る教育・保育事業の指針が示されてきたところであります。

こうした中、一例を挙げますと、現在ある認定こども園の利用料と子ども・子育て支援新制度に移行した場合の公定価格基準との格差に伴い、経営上、収入減となるため、認定こども園事業から撤退を表明する事業者が続出し、国として、改めて対応策を講じるなど、実情に合わせて一定の見直しも行われているところであります。

現時点においては、平成27年4月から実施予定とされる子ども・子育て支援新制度であり、地域型保育事業についても同様に、この基準に沿って新たな教育・保育施設の枠組みの中で実施されることとなります。

したがって、国・都道府県においては、実施までに保育士の加配も含め、あらゆる検討事項について専門機関を通じて協議されることとなっており、町としても円滑な事業の推進が図られるよう、北海道を通じて国・関係機関へも要請し、併せて本事業への参入意向が示された場合には、事業者として「子どもにとって適切な保育と環境」が第一に確保されるよう、その役割と責任を徹底していただくことを強く求めて参りたいと考えております。

3 介護保険事業改定介護保険について

介護保険事業改定介護保険についてお伺いします。

介護保険はスタートから14年を経て、来春から第6期高齢者保健福祉計画介護保険計画が始まります。

12月2日に開かれた社会文教委員会で理事者から「高齢者日常生活調査」の実施結果について、介護施設の入居者や病院の入院患者を除く満65才以上の4,202人全員を対象として実施し、回答者数が3,491名。回答率は83%。

この内、要介護になるおそれの高い二次予防高齢者など戸別訪問事業の対象者は1,237名で全体の35.4%を占めた。

なお、全回答者のうち独居高齢者は882名で全体の25.3%を占める。今年度の結果については、訪問事業の台帳にデータを追加し専任の介護予防担当者と地域包括支援センターの職員による高齢者見守り事業や相談業務に活用すると報告がありました。

要介護になるおそれの高い対象者は1,237名で全体の35.4%を占め予防と生活支援サービスが必要です。

新総合事業は要支援者の訪問介護・通所介護を保健給付から外し、市町村が実施している地域支援事業に移す。地域支援事業の「介護予防事業」に要支援者の訪問・通所介護の代替サービスを加え「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」に改編します。

新総合事業への転換は介護サービスの切り捨て、費用の効率化、介護給付費の抑制を図るよう市町村に要求するものではありませんか。

要支援者の訪問型サービスには訪問介護員。通所型サービスには通所介護事業者の従事者が介護保険のなかで対応していたのを新総合事業では、訪問型サービス・訪問介護と多様なサービスA・B・C・Dに振り分け、通所型サービス・通所介護と多様なサービスA・B・C振り分けされます。

理事者は多様なサービスを受けることができると報告していましたが、多様なサービスは介護資格のないボランティアや介護事業所に委託し雇用労働者が担うことになり、サービスAは研修受講生でもよく、シルバー人材センターの活用も可能とされています。

安上がりサービスへの振り分けが要支援者の状態を悪化させ、結局、重度化による給付費膨張をもたらすだけと考えますがいかがですか。

現行制度では高齢者から町に介護の必要性の訴えがあった場合まず介護認定を行っていましたが、新制度では、窓口の担当者が「要支援・要介護になるおそれがある人」を見つけ出すために使われてきた簡単なアンケートで窓口の担当者が要支援相当と判断した人のうち要介護認定を受けさせるのは、訪問看護や福祉用具貸与など保険給付に残ったサービスの対象者に限定し、訪問・通所系のサービスの対象者は要介護認定を省略すると明記しています。

要介護認定の省略と基本チェックリストの活用は「要支援相当」や「要介護1相当」の人の受給権侵害と状態悪化を生み出しかねない重大な改悪だと思いますがいかがですか。

低所得者が介護施設を利用する場合に食費・居住費を軽減する「補足給付」の打ち切りが2015年8月に実施されようとしています。

入居者本人が低所得でも、世帯分離している配偶者が住民税課税の場合「補足

給付」の対象外に。

配偶者が課税ラインぎりぎりの収入で、家賃や医療費など負担しているケースでは入所者と配偶者の生活が「共倒れ」に追い込まれ負担を苦しめた退所も出かねません。

預貯金等で単身で1千万円、2人世帯で2千万円を超える場合補足給付が打ち切られる。預貯金の中に信託、有価証券、タンス貯金も含まれ、利用者には預金通帳の写しの提出が求められ行政による金融機関への調査も可能になります。

障害年金、遺族年金と言った非課税年金も今後は収入と判定されます。

社会保障と税制の理念に風穴を開けるものであり他制度への波及を許せばさらに甚大な被害が引き起こされます。

「補足給付」の打ち切りはサービス利用者の介護サービスからの追い出しや切り捨てに繋がるのではありませんか。自治体の「新総合事業」の費用が伸び続けた場合、その超過分については国庫補助を拠出しないと厚労省は明言しています。

介護保険の利用料が初めて2割負担に2015年8月から導入されようとしています。

高齢者の利用増加から保険料の増額を検討と理事者が報告していますが、ますます介護サービスからの追い出しに繋がるものです。

高い保険料の値上げを抑制するため一般会計からの繰り入れで保険料を軽減すべきと思いますがいかがですか。

市町村の新制度への移行は2年間猶予期間があると理事者は報告しています。

今回の法改正が実行された場合、個々の利用者のサービスをどうするのか、直接判断するのは市町村です。

町がサービス切り捨ての先兵となるのか、高齢者や家族の暮らしと権利を守る防波堤となるのかが問われています。

介護保険の改悪ではなく住民の立場に立った介護保険事業が求められていると思いますが、所見を伺います。

以上、質問いたします。

【答 弁】
町 長 :

介護保険事業・改定介護保険について6項目にわたるご質問であります。

1項めの、新総合事業への転換は介護サービスの切り捨て、費用の効率化、介護給付費の抑制を市町村に要求するものではないかについてと、2項めの、安上がりサービスへの振り分けは要支援者の重度化による、給付費膨張をもたらすだけではないかについては、関連がありますので、合わせてお答えいたします。

今般の介護保険制度の改正により、今後は要支援者の予防給付である訪問介護と通所介護については、市町村事業の地域支援事業に移行し、新総合事業の中で現行の予防給付と同様のサービスのほか、多様なサービスの提供を行うことになりました。

総合事業については、介護サービスの切り捨て等を行うものではなく、多様な事業主体が参加することにより地域全体での支え合い体制づくりを進め、要支援者等に対する効果的、効率的な支援を行うことを目的としたものであります。

今後は、一人暮らしや認知症の高齢者等が急速に増加するため、軽度な方を中心に生活支援サービスの需要が高まることが予測されており、このため、国においては、こうした需要に対し多様な主体による、多様なサービスの提供が必要だとして、全国一律の定型的な予防給付の見直しを行いました。

この制度改正により、今後は、要支援者が、既存の介護事業所の利用のほか、個々の状況に応じた、多様な生活支援サービスを選択できるようになるため、国は市町村の実情に応じた、適切な支援を行うことで、介護予防や重度化の防止に繋げることが重要であるとし、結果として効果的で効率的な介護保険事業の運営を図ることができるとしております。

3項めは、要介護認定の省略と基本チェックリストの活用は、重大な改悪ではないかについてであります。

要介護認定の省略については、高齢者が保険給付の利用を明らかに必要としていない場合で、かつ新総合事業だけを利用したいときに、要介護認定に代えて基本チェックリストによる判断を行うものであります。

制度改正の目的としては、通常、要介護認定の申請から決定までその手続きに数週間を要するところを、基本チェックリストの活用により、手続き上の大幅な時間短縮を図ることができ、高齢者の迅速なサービス利用を可能とすることであります。

なお、新総合事業のサービス対象者になった後も、心身の状況の変化に応じ、要介護認定の申請を行うことが可能であります。

4項めは、「補足給付」の打ち切りはサービス利用者の追い出しや切り捨てに繋がるのではないかについてであります。

補足給付とは、特別養護老人ホーム等の費用のうち、住民税非課税世帯の利用者については、自己負担である食費や居住費の支払額に上限を設け、請求額との差額分を介護保険から支給するものであり、本来の給付とは異なり福祉的な性格を有しております。

このため、在宅の高齢者が食費や居住費を支出しながら生活している状況と比較し、公平性を確保する必要があるとともに、預貯金を保有するなど、

負担能力が高いにも関わらず、住民税非課税により補足給付を受給できる現状について、その不公平性を是正する必要があることから、今般制度の見直しが行われたところであります。

したがって、今般の、国による制度見直しの趣旨は、補足給付を打ち切るといったことではなく、補足給付が福祉的な性格を持つことを踏まえる中で、公平性の確保や不公平性の是正を図ることを主眼としているものであります。

5項めは、保険料値上げを抑制するため一般会計からの繰り入れで、保険料を軽減すべきではないか、についてであります。

保険料の自然増に対する、一般会計からの繰り入れに関する国の見解としましては、介護保険が40歳以上の国民みんなで助け合う制度であり、高齢者自身も助け合いに加わることを踏まえ、被保険者間の公平性の確保や健全な介護保険財政の運営、さらには、健全な財政規律の保持の観点から、厚生労働大臣の答弁として市町村単独による保険料減免に対する繰り入れや保険料の設定における、引き下げのための繰り入れは「必ずしも制度の趣旨に合致しない」とともに「慎まなければならない」との発言がなされているところであります。

したがって、保険料の引き上げを抑制するための一般会計からの繰り入れについては、制度の趣旨に則り実施しないことといたしますが、一方で今般の制度改正により、低所得者の保険料負担に対する配慮として通常の公費負担とは別枠で、消費税の社会保障の充実分を財源とする低所得者の保険料軽減が実施されることになり、本町においても、平成27年度からの実施に向け町財政への影響も考慮しながら事務作業を進めている状況にあります。

6項めは、住民の立場に立った介護保険事業が求められるのではないかについてであります。

今般の制度改正においては、今後の介護サービス需要の増大に伴う保険料水準の上昇が見込まれる中、介護保険制度の持続可能性を高める観点から、保険給付の重点化や効率化、低所得者の保険料軽減など様々な見直しが行われております。

本町としても、こうした一連の制度改正に即した介護保険事業の運営を行う必要があることから、介護保険の健全性を確保していく中で、地域の実情に合った介護サービスの充実や低所得者対策、さらには、きめ細かな支援の実施など住民の立場に立った取り組みの実施に努めてまいります。

以上です。

< 再 質 問 >

改定介護保険計画について。

市町村が新総合事業を実施する際の指針となるガイドラインでは、市町村に効率的な事業実施に努めるものとして、1つ目に、新規利用者は基本的に多様なサービスに振り分ける。2つ目に、認定に至らない高齢者を増加させる、つまり基本チェックリストに答えさせただけで、新総合事業のサービスを割り振ることが可能となる。医療保険に例えれば、患者に待合室で問診票を書かせただけで、病院の事務員が医師に見せるまでもないと判断するようなものです。3つ目に、そしてこの自立の促進ということで、目標、課題を持たされ、改善が見られたということになれば、単価の低いサービスへの転換やサービスの終了を求められるこのような方向が示されています。多様なサービスにより、多様な生活支援が行われるとのことですが、実態として安上がりのサービスに誘導することが求められており、介護の質の低下に介護難民を生み出すものでしかありません。まさに介護サービスの切り捨ての先兵となるか、そういうことが問われていると思います。

根本的には、国の国庫負担を増やすことが必要ですが、町独自でも一般会計からの繰り入れするべきであるとそのことを再度求めて質問を終わります。

【答 弁】

町 長：

2点目は、介護保険事業・改定介護保険について、独自の繰り入れをしてはどうかについてであります。介護保険が、40歳以上の国民みんなで助け合うという制度でありますので、一般会計からの保険料の「改定における引き下げのための繰り入れについては、行わないこととしております。

以上です。