

衆議院 厚生委員会 議 録 第 七 号

平成九年三月二十一日(金曜日)

午前十一時一分開議

出席委員

委員長 町村 信孝君

理事 佐藤 剛男君

理事 津島 雄二君

理事 岡田 克也君

理事 五島 正規君

安倍 晋三君

江渡 聡徳君

奥山 茂彦君

桜井 郁三君

田村 憲久君

能勢 和子君

松本 純君

青山 二三君

大口 善徳君

坂口 力君

榊原 敬悟君

吉田 幸弘君

家西 悟君

枝野 幸男君

瀬古由起子君

土屋 品子君

出席国務大臣

厚生 大臣 小泉純一郎君

出席政府委員

厚生政務次官 鈴木 俊一君

厚生大臣官房長 近藤純五郎君

厚生大臣官房総務審議官 中西 明典君

厚生大臣官房審議官 江利川 毅君

厚生省健康政策局長 谷 修一君

厚生省業務局長 丸山 晴男君

理事 住 博司君

理事 長勢 甚遠君

理事 山本 孝史君

理事 児玉 健次君

伊吹 文明君

大村 秀章君

嘉数 知賢君

鈴木 俊一君

根本 匠君

山下 仁君

徳夫君

井上 喜一君

鴨下 一郎君

福島 豊君

矢上 雅義君

米津 等史君

石毛 鏡子君

中桐 伸五君

中川 智子君

土肥 隆一君

委員外の出席者

厚生省老人保健福祉局長 羽毛田信吾君

厚生省保険局長 高木 俊明君

厚生省年金局長 矢野 朝水君

厚生大臣官房障害保健福祉部長 篠崎 英夫君

厚生委員会調査室長 市川 喬君

委員の異動

三月二十一日

辞任

家西 悟君

同日

辞任

中桐 伸五君

補欠選任

家西 悟君

同日

補欠選任

中桐 伸五君

同日

補欠選任

家西 悟君

本日の会議に付した案件

介護保険法案(内閣提出、第三百三十九回国会閣法第七号)

介護保険法施行法案(内閣提出、第三百三十九回国会閣法第八号)

介護保険法の一部を改正する法律案(内閣提出、第三百三十九回国会閣法第九号)

医療法の一部を改正する法律案(内閣提出、第三百三十九回国会閣法第九号)

○町村委員長 これより会議を開きます。

第三百三十九回国会、内閣提出、介護保険法案、介護保険法施行法案及び医療法の一部を改正する法律案の各案を一括して議題といたします。

質疑の申し出がありますので、順次これを許します。松田仁君。

○松田委員 自由民主党の松田仁でございます。いよいよ介護保険法案も議論が佳境に入ったように思います。今まで、財源の問題とかサービス

第一類第七号 厚生委員会議録第七号 平成九年三月二十一日

基盤の整備、市町村の事務の負担の問題、保険料の未納問題、あらゆるものが議論されております。特にこれからは、現金給付をどうするかという大きな課題になるのではないかと考えております。しかし、そういう議論も非常に大事なことで、多く議論を呼んでいるわけではございませんけれども、三月十八日に橋本首相は、財政構造改革のとり、いろいろな御意見をいよいよ出していただきました。私は、この介護保険の実施という問題も、いかに財源を節減しながら国民の介護のニーズにこたえるか、こういう気持ちでございますので、本日は、この観点にのっとり質問させていただきます。

まず第一は、小泉厚生大臣にお伺いいたします。

大臣も、三月十八日、御出席でございまして、財政構造改革では、首相はまさに聖域なき財政再建という御決意のように聞いております。ずばり、社会保障の担当大臣でございまして小泉大臣はどのような姿勢でこの介護、福祉に関する分野を意欲しながらの財政再建にお臨みになるお気持ちか、お聞かせいただきたいと思います。

○小泉国務大臣 けさも八時から閣議が行われまして、その後、閣僚懇談会で財政構造改革会議の、会議がついに今し方まで行われたわけでありまして、時間が足りなくなりました。各委員会が控えていますからまた次回ということで途中で議論を中断したのですが、その中でも、この財政構造改革、橋本総理の打ち出した五原則、これは大変な内容を含んでいる、一切の聖域なしで十年予算について前年度比マイナスで予算編成をしようというところで、当然、厚生省としてもこの会議の成り行きについては重大な関心を持って臨んでいるところであります。

黙っていても、年金、医療、介護は予算要求が

ふえてくる分野であります。しかしながら、将来、国民負担率、公的負担率を五〇％を超えないように努力しよう、一切の聖域なしで歳出を削減していこう、増税はしない、赤字国債も発行しないということの中で、現実の問題でこれから議論しようというので、私も、この方針を了承したからには、厚生省関係予算全般を洗い直して、今後、この方針に沿って最大限の努力をしていかなければならない、そう思っております。

○松田委員 小泉大臣の非常に真摯な御決断、高く評価したいと思います。

私は、医療の現場、福祉の現場にもおります者の一人として、今までのこともいろいろ考えなければならぬことがたくさんあった、前向きな、そして建設的な、そして改めるべきものは改めていく、重大な決意が要するという気持ちでもございます。そこで、今からの質問は、多くの切り口、視点があると思います。あるいは、いろいろな御意見もあり、いろいろな団体の方やいろいろな思いもあると思いますが、私は、あくまで一つの考え方として、これから政府委員や大臣にお伺いしたいと思っております。

次は、そういう視点に立ちまして、まず第一には、このたび、御存じのように医療保険制度改革が出てきているわけです。今までは、介護というのはいわばこの中にある程度含まれていた部分もあると思います。この財政再建という観点に立つて、介護保険と医療保険制度改革との関係はどのようになっているのか、保険局長にお伺いしたいと思います。

○高木(俊)政府委員 今度の介護保険制度の創設であります。これはまさに先生御指摘のとおり介護を医療保険から切り離すということで、介護については独立したシステムをつくらうということであるわけでありまして、医療の方はまた医療

としてそれにふさわしいあり方を検討していく、
 こういうことだろうというふうに思っております。

そういった意味で、私も、今回お願いしてお
 ります医療保険制度改革でございませうけれども、
 これは、二十一世紀の高齢化社会を踏まえまし

て、医療については良質かつ適切な医療というも
 のを提供していく、それと同時に、医療保険制度
 につきましても安定的な運営というものを確保し
 ていく、この両立を図っていく必要がある、そう
 いうことでこの抜本的な改革を行いたいというこ
 とであります。そういった意味では、いずれにつ
 きましても社会保障の構造改革の第一歩である
 というふうに考えております。

○松田委員 保険局長は大変重大な立場におりま
 すので、ぜひ積極的に、かつ、この介護保険との
 関係も御努力いただきたい、このように思いま
 す。

そこで、今までの医療の中には、いわゆる社会
 的入院、言葉は適切かどうかわかりませんが、け
 れども、社会的入院というものがございませう。日本
 では、医療、介護の中間型としてこの社会的入
 院、アメリカではナースングホームというものが
 ございまして、これが日本のいわゆる社会的入院の
 一部にオーバーラップしているのではないかと
 いう気持ちもございませう。

そこで、アメリカのナースングホームというの
 は一体どのぐらいあつて、かつ、六十五歳以上人
 口一万人対比でどのぐらいの人数になるのか、さ
 らには、これが日本では今のところ特養とか老人
 保健施設というものになつていっているように考
 えまうので、日本での、同じく対比をすることで
 ぐらゐのものになるのか、お教えいただきたいと
 思ひます。

○江利川政府委員 アメリカの厚生省の調査によ
 りますと、ナースングホームの数は、ベッド数で
 百七十七万でございませう。六十五歳以上人口一
 万人当たりでは六百二十五床ということだす。我が
 国のナースングホームに相当する、先生のお話に

ありました特別養護老人ホームと老健施設でござ
 いませうが、合計しますと、ベッドの数は三十九万
 七千でございませう。六十五歳以上人口一万人当
 りでは二百七十七床ということだす。比率にしま
 すと三五%ぐらいということになります。

○松田委員 ただいまの御発表は大変重大な示唆
 を含んでいられると思ひます。社会的入院というこ
 と、あるいは介護という問題、あるいは施設整備
 という問題で、アメリカのナースングホームは日
 本の約三倍あるという一つの数字だと思ひます。
 逆に言えば、施設介護という面からいいますと日
 本は三分の一しかないということだ、今後、この
 施設介護にかけける財源、マンパワー、あるいは人
 といふものの教育の仕方、大きな課題を呼んでい
 ると思ひますから、これは今後真剣に議論させて
 いただきたい、このように思ひます。

そういう意味におきましても、私は、この介護
 保険制度の創設に関しては、国民は今までの医療
 保険に加えて新しく介護保険の負担が加わると
 いうことですから、ただいまの社会的入院とか
 ナースングホーム、あるいは日本の特養、老健と
 いうこともよく考えながらいきたいと思います。単に介護
 保険料を上乗せするのではなく、今までの医療と
 の関連も真剣に考えながら、医療との整合性も考
 えながら、財源を検討し、また新しい方向に持っ
 ていくべきではないかという気持ちを持っており
 ますが、この点、いかがでしょうか。

○江利川政府委員 介護保険制度は、老後の最大
 の不安要因であります介護を社会的に支えてい
 うというところでつくられるものであります。現
 在、医療保険の中に介護部分がある、これを医療
 保険から切り離して、いわゆる社会的入院を解消
 していくというところを一つの目的とし、また、そ
 れによって医療の効率化が図られるというふう
 に考えているわけだと思ひます。

具体的には、現在医療で見ております老人保健
 施設あるいは療養型病床群、訪問看護サービス、
 こういふものを老人医療から切り離して介護保

の方を持っていく、それからまた、老人医療と老
 人福祉に分立しているためにいろいろな不合理、
 格差があるわけだと思ひますが、これを再編成し
 て、介護サービス基盤を充実しまして、整備を図
 りまして、利用しやすく、かつまた社会的入院の
 受け皿、こういうものをつくっていくというふう
 に考えているわけだと思ひます。こういうこと
 によりましていわゆる社会保険構造改革の第一
 歩、これによって医療保険の構造改革の前提が整
 理されてくるというふうに思ひます。

介護保険料は確かに新たに賦課される保険料で
 ございませうけれども、今申し上げましたように、
 医療費の中の一部分が介護保険に移る、あるいは医
 療そのものの効率化を図る、こういうことになり
 ますので、介護保険料分すべてが新たな追加とい
 うことではないわけだと思ひます。

○松田委員 これらの社会的入院とか、医療、介
 護の境界線の問題、これも今後大きく議論を呼
 ぶところと思ひます。この委員会でもこの問題は
 あらゆる方々から真剣に議論いただき、いい意味
 で、日本の医療、福祉を、理想と言つていい過ぎ
 でしょうが、きちっと分けていくものは分けてい
 き、負担するものは負担していく、こういうこと
 が必要だと思ひます。引き続きよろしくお願ひし
 ます。

それでは、少し視点を変えて、財源を節約、あ
 るいはまた国民の同意を得ながらという問題です
 からなかなか難題ではございませうけれども、あ
 るて財源を節約するにはどうすればいいかという視
 点から考えてみたいと思ひます。

もう一つの問題点は、皆様、委員が御存じのよ
 うに、今までの医療、福祉というものは、いわば
 所得制限というものは徴収する側、税の側には
 あつたわけですが、給付を受けるという立場に立
 つとまさに差がない。ちよつと極端な例ですが、
 どんな大金持ちの方も、生活に困窮している方
 も、受ける給付に関するものは同等である。これ
 も一つ大事な考え方、理念でもあると思ひます。

ただ、それだけで本当にいいのかという大きな議
 論になってきた時代というように私は考えており
 ます。

その意味におきましても、先ほど小泉大臣にお
 答えいただいたわけだと思ひますが、聖域
 なき財政構造改革をするということになります
 と、もう今までの既成の概念でなく、いよいよ真
 剣にこの問題を考えなければならぬ時期に來て
 いる、こういうふうに私は感じております。

各論では大変というのはいくつかあるのですが、
 まずは総論的に、今までの医療、年金、福祉につ
 いてはほとんど所得に関係のないシステムにな
 っておりますけれども、一律に給付するといふこ
 と、一体これはこのままでいいのかどうか、ある
 いは、今後、厚生省やみんなはどう考えていくの
 か、国民の同意はどういうぐあいに求めていくの
 か、こういう視点に立つて、今後の所得の、もっ
 と言えば高所得者に対しての給付制限をどのよう
 に具体的に検討すべきかということに關してお伺
 いします。

○中西政府委員 一定の収入以上の高齢者への公
 的年金、医療等の給付の見直しの施策につきま
 しては、今般の財政構造改革会議の「歳出の改革と
 削減の具体的方策を議論するに当たつての基本的
 考え方」において指摘がなされているところだ
 と思ひますが、厚生省といたしまして、この指摘
 を重く受けとめまして、財政構造改革という観点
 とあわせまして、少子・高齢化の進展に伴つてま
 すます増大する社会保障給付のあり方、とりわけ
 給付と負担の公平という観点から、検討してい
 べき課題の一つであるというふうに考えておりま
 す。

今後、国民の納得、御理解を得られるものとす
 るためには、それぞれの社会保障給付の特性を踏
 まえながら、どのような内容のものが考え得るの
 か、あるいは、実務を効率的かつ円滑に行うこと
 ができるのかどうか、そういった視点を踏まえ、
 幅広くこの問題については検討を行っていく必要
 があるというふうに考えております。

○松田委員 この問題は今後も大きく議論を呼ぶというよりは先ほど申し上げました。福祉、医療、もつと言えきょうの介護という問題に關して、自分の収入が多いから、少ないからというところが果たしてどんな基準になるのか。ある方々の御意見でいきますと、財産もあるではないかと御意見もあると思います。ある地方の方によりますと、都市と地方では単なる収入で比べてもらうては困る、生活態度や物価指数、さらには地価、あるいは持っている財産とか、いろいろなことが全部関係しているから一概にいかないという御意見もありますので、今後この問題は大きく議論を呼ぶと思いますが、慎重に検討し、しかしながら、私は、基本的な理念としては、苦しむ方々や弱者を救うための財源を確保するためにはどうしても収入の多い方にはある程度の我慢と負担をいただく、この問題を頑張りませんといずれこの財源の問題は厳しい状況になると思いますので、この問題は積極的に検討し、また、いい案を皆様にお願いしたい、このように思っています。

その意味におきまして、きょうは介護保険のことですから余りほかの方へそれたくないのですが、やはり、年金の問題です。

年金も、必ずしも今後、非常に安心できる状況、若い方たちが十分年金を受けられますよというところは難しいかもしれません。しかしながら、年金という問題と医療、福祉、特にきょうの介護という問題はまさに密接な関係があるわけでございますから、この年金との関係も、今後、この委員会でも慎重に、また真剣に検討し、年金と介護、あるいは給付との関係をどうすべきか、ぜひこれを真剣に考えたいと思います。

ですから、この年金の問題はまた別のところでの議論にはなると思うのですが、ともかく、介護保険あるいは介護という問題に關して年金との今後をどのように見ておられるか、お伺いいたします。

○矢野政府委員 年金と介護の関係でございます

けれども、年金制度といえますものは、高齢になるとか障害になる、こういって一定の保険事故に該当いたします場合に加入期間等に應じまして一律の給付をする、こういう仕組みで運営されているわけでございます。一方、介護につきましては、受益者負担、こういう観点から一定の負担をしていただく。こういう形で両者の役割分担が行われる、これが現在の考え方でございます。したがって、施設等に入っている場合につきましても、年金をカットする、こういうことよりも、むしろ適切な負担をしていただく、こういう考え方で対応することが適当ではないかということを考えております。

いずれにいたしましても、年金と介護の関係、いろいろな考え方があるわけでございます。これにつきましましては、今後とも、関係者の御意見なども伺いながら検討してまいりたいと思っております。

○松田委員 特に、年金受給をカットするの、あるいは、介護を受けて、在宅介護あるいは施設介護を受けるときに年金をどのような形で給付するのか、これは重大な問題です。多くの御意見があると思います。ひとつ真剣に御検討いただきたい、このように思います。

それでは、少しまた視点を変えまして、この介護保険ができたとしてもすべての方がサービスを受けられるのか、国民が非常に不安に思っている要素もあると思います。特に、財政構造改革の限られた財源の中で施設やマンパワーのサービス基盤の整備というものをどのように進めていくのか、お聞かせいただきたいと思っております。何かよい知恵を出さないか、このままでは全部の方は受けられないということになりはしないかと思っておりますが、いかがでしょうか。

○羽田政府委員 先生御指摘ございましたように、介護保険制度を円滑に導入いたしますためには、その前提といたしまして、現在進めております介護基盤の整備、すなわち新ゴールドプランの達成ということにつきまして最大限努力をしてい

かなければならない、その中に特にマンパワー対策なども着実な推進を図っていかねければならないというところは御指摘のとおりでございます。その際には、一つは、財源をいかに確保していくかという問題がございます。そしてまたその財源を、現在、整備が全国格差がございます。ばらばらでございます。そういつたことで、介護サービス基盤の整備がおくれている地域に重点的に整備を図っていくというようにことをやりますと同時に、限られた財源の中で進めていくという意味では、先生今、知恵とおっしゃっていただきましたけれども、公共施設とかさういつた既存資源をいかに活用するか、さらには民間活力の導入、民間の事業をいかにサービス提供機関として、事業として位置づけていくかというような点を今後の重点の置きどころにして、効率的なサービス基盤の整備に努めていかなければならないというふうに思っております。

こういつた観点から、これからいろいろ、ヘルパの養成の問題につきましましての民間のお力添えをいただくというようなことも含めまして、あるいは、他の社会福祉施設とか地域の公共施設あるいは余剰教室の利用というように今年度も含めましてさらにやっていく、さらに、九年度の予算でもお願いをしておりますような、公衆浴場とか公民館あるいは空き教室等を利用しました出前方式でデイサービスを展開するというような、一つの例示でございますけれども、そういうことをも含めた工夫がさらに要するものというふうに考えております。

○松田委員 ただいまの答弁は、大変ありがたい答弁で、前向きだと思っております。総論であります民生活化、あるいはいろいろな、空き教室というのがいかにどうかわかりませんが、その他の既存の施設、あるいは今から何とか利用できるものをするということはぜひ検討いただきたい。そして、前向きに皆さんの御意見を聞いて何か実現していく、これもお願いしたいと思っております。

そこで、私は、大きく二つほど提案がございま

す。今、羽田老人保健福祉局長がお答えになったことに加えて、二つ提案がございます。

一つは、今まで病院というものは、あるいは診療所というのは病床利用率というものがございます。これは、調べてみますと一般病院八二%。八二%ですからあてはまっているというふうにすぐ思われると困るのですが、一日、前の日にあけて、手術のために、翌日、それから一日後にあけるということもありませんから、すべて一〇〇%という数字ではないのですが、少なくとも、ある程度まだ余裕があるというところもわかっています。もう一方、有床診療所は、きょう現在、日本全国で約十五万床ぐらいいわばあいている状況でございます。これは、せっかく医療の財源としてベッドをおつくりになり、お医者さんもおられ、そして給食設備もあり、看護士もあられる、この十五万床といえますと実は約半分あいているという状況でございます。

そこで、私は、病院のベッドの約二十万床程度、そして特に有床診療所の十五万床、合わせて三十万床前後、これを何とか介護のために積極的にお使いいただくことはできぬだろうか。いろいろと問題点もございます。余裕も要ります。救急のための余裕、あるいは緊急入院のための余裕も要りますが、介護のためにこれを少し積極的に整備を図ってお使いいただく。

それは、今までやっていただいておりますような療養型病床群という考え方、有床診療所に幅を広げていただいておりますが、どうも基準が厳し過ぎて、マンパワーの充足が厳し過ぎて、でも、私は、財源節減から見ると、少し考え方を変えて有効利用できぬだろうか、こういうふうに思いますが、いかがでしょうか。

○谷(修)政府委員 今お話ししましたように、この介護保険制度の円滑な実施ということで、介護保険施設に予定をされております療養型病床群を整備を促進していくということは、私も非常

サービスについて県民に知ってもらうために、介護制度街角相談モデル事業として、地域の薬局などを相談窓口として活用する事業を実施しているのと伺っております。厚生省で承知していらっしゃるか、お尋ねをしたい。

また、現在、全国には約六万九千の薬局、薬店がありますが、地域住民に最も身近な健康相談の窓口として存在しております。現在の介護福祉事業について周知のために、介護保険制度の実施後は介護給付の相談窓口として、地域の薬局、薬店を活用することは国民にとっても有用であり、また実際の業務を拡充、実施して地域の相談窓口体制を整備することを検討すべきだと思いますが、いかがお考えでありますでしょうか。

○羽毛田政府委員 御指摘の岩手県の事業につきましては、昨年私ども、各県の老人保健福祉計画の進捗状況を聞き取りをいたしました際に、岩手県から、在宅介護支援センター事業の促進策として御指摘のようなモデル事業をやっているというところで、その概要を御説明をちょうだいしておりますので、私も承知をいたしましたしております。そして、私も承認として、一つの有用な方法かというところで、全国の担当者会議等の場を通じてまして全国にもこれを紹介するというようなことをやってきております。

先生今御指摘のように、地域のさまざまな社会資源を活用しまして、住民の身近なところで、これが大事なところだと思いますが、住民のできるだけ身近なところでの相談あるいは情報提供というところを行う取り組みにつきましては、地域の要介護ニーズを把握する、あるいはそれを地域のそういった資源に結びつけていくという意味から大変大事なことだというふうに思います。

そのようなことでございますので、私も承認して、今後とも、地域の実情に応じた独自の取り組みに努めまして積極的に情報を収集、紹介する、それから地域の創意工夫、そういったものが全国に有用なものは広がっていくというよ

うなことに努めてまいりたいというふうに思います。

○松本(純)委員 昨年の一月、厚生省はシルバーマークに係る国の関与を廃し、都道府県に通知しました。通知の趣旨は、行政関与により民間事業の活動を不当に制限することがないようにする配慮と理解をしております。その経過及び理由について伺いをしたい。

また、最近、地域で介護機器関連企業等が介護福祉機器協会というような組織をつくる動きがあると聞いておりますが、中には、入会金が高額で、零細な介護用品などの供給業者が参加することは難しいというような例もあるようであり、また、このような組織は、大手企業が中心となり、地域の零細企業に対しては排他的なものとなりかねません。せっかく厚生省が通知を出しても、地域で同様の仕組みがつくられてしまふのでは意味がありません。厚生省は、こうした実態をきちんと把握しておられるのか、また、必要な対策についてはどのように考えておられるのか、お尋ねします。

○羽毛田政府委員 シルバーマーク制度でございますけれども、これにつきましては、当初の私どもの目的としましたところは、利用者が安心して良質なサービスを選択できるということがあったお年寄り向けのサービスの場合は大事でございますから、そういった際の目安になるものといたしまして、社団法人のシルバーサービス振興会が認定、交付をするということで、いわば民間の動きとしてそういうことをしていただいているわけでありまして、これに對しまして、厚生省では、民間事業者への在宅サービスの委託を推進するという観点から、平成元年以降でございますけれども、市町村に對しまして、シルバーマークを取得した事業者が優先的に委託をするという指導をしてきたわけでありまして、

しかし、こういったシルバーマークに係りますいわば公の関与、国の関与というものにつきましては、一つには、もう既にシルバーサービスの普

及ということが、そういう公がてこ入れをするというよりは、民間の自律に任せる段階に来ているではないかという御議論と、もう一つ、逆に、そういう形でシルバーマークにいわば公が関与をすること、シルバーマークに係る国の関与をすることによって、むしろ、競争制限的といったこと、新規参入を妨げるような形になっているのではないかと、御指摘を行政改革委員会等からいただきました。そういったことを踏まえまして、本年の一月に廃止をするということで、そのようなことを、廃止を実施したわけでございます。

その際に、先生、一点目でお話のございました、こういったものが、国の今の関与だけではなくて、地方公共団体レベルあるいは住民規制的な形で、いわば民間の形の中でもそういった競争制限的なことについては、私も承認として、そういうことにならないようにということの周知徹底ということとは、都道府県等を通じて周知徹底を図ってまいりました。

今般廃止をされましたシルバーマークに係ります国の関与と同様のことが地方公共団体レベルでやられている、そういった特定の認定制度に對して地方公共団体が関与しているというような事例については、私も承認をいたしましたような趣旨にのっとって、今回、シルバーマーク制度に對して国の関与を廃止した趣旨というものが国といたしまして、関係機関とも連携をしながら、良質な介護サービスの提供の確保に努めながら、そういった方向を目指してまいりたいというふうに思います。

○松本(純)委員 次に、医療法に關して、病院、診療所における薬剤師の新たな職務についてお尋ねします。

医療法改正案第一条の四第二項においては、医療の担い手に、医療を受ける者への適切な説明とその理解を得るよう努めることが求められております。さらに、厚生省の各検討会の報告では、医

薬品情報管理業務を薬剤部門が中心となって実施する重要性、治験担当医師を支援すべき治験担当薬剤師の配置の必要性、あるいは副作用情報の収集、評価に当たってチーム医療の中で薬剤師が一定の役割を果たすことができる体制整備の必要性が指摘をされております。病院診療所薬剤師は、従来から行っている調剤、病棟業務等に加えて、それら情報提供の徹底、治験の支援、副作用情報の収集、評価等、医薬品の適正使用を推進しなくてはならないと考えます。また、来月から施行される改正薬剤師法でも、患者またはその看護に当たっている家族等への、調剤した薬剤に関する情報の提供が義務づけられることとなります。今後、病院診療所薬剤師に求められる期待がますます大きくなると感じられますが、薬局局長の見解をお聞かせいただきたい。

また、病院診療所薬剤師には、従来の業務に加えて、医薬品市販後調査の支援、副作用情報の管理等の遂行が求められます。医療審議会の意見書の中には、「病棟単位に薬剤師一人を配置するなど入院患者等を考慮した基準に見直すことが適当」と記されております。薬剤師法改正の目的として厚生省の各委員会の報告の目的を果したためには、病棟業務及び調剤業務は必要ではなく、それらを行う薬剤師数の配置が必要であります。国民が望む医薬品の適正使用を推進するために、今後、医療法改正に伴い省令で検討されることになると思いますが、健康政策局長の御見解を伺いたいと思います。

○丸山政府委員 前半のお尋ねに關しまして、近年、社会の急速な高齢化あるいは医療技術の高度化など、医療をめぐる状況は大きく変化してまいっております。医薬品の適正な使用を確保していく上におきまして、薬剤師の方が医薬品の専門家として、他の医療関係者と連携しながらその責務を果たしていくことが重要であると考えております。

病院、診療所におきまして薬剤師の業務は、従来、調剤ですとか病棟からの請求に応じた医薬品

の供給など、ややもすれば臨床の場から離れた薬局の中での業務が中心だったと考えております。しかしながら、近年、作用が強く、取り扱いに注意を要する医薬品が増加しており、薬剤師の方が入院患者に対して直接、薬歴管理、服薬指導などを行うとともに、そこで把握された情報を医師や看護婦へフィードバックするなど、薬剤師が臨床の現場において医療チームの一員として積極的に取り組むことが期待されているわけでございます。

一方、医薬品の安全性に対する国民の関心が高まっております中で、治験から市販後に至ります各段階におきます医薬品の安全対策の充実強化が求められておりまして、昨年六月に薬事法等の一部改正の法律が成立いたし、この四月から施行の運びとなっておりますけれども、ここにおきましても、薬剤師の方の役割が期待されております。

まず、改正薬事法の一つの柱でございます治験の適正化につきましては、これを適切、円滑に実施するため、医療機関におきまして体制の整備が必要でありまして、治験担当医師に加えて、これを支援すべき治験担当薬剤師など、いわゆる治験支援スタッフを確保していくことが重要であります。現在、厚生省におきましてGCP適正運用推進モデル事業を実施しておりますけれども、こうした試みを通じて、具体的な薬剤師の方の治験への関与の方面についても明らかにしていくものと考えております。

また、改正薬事法のもう一つの柱であります市販後の医薬品の安全対策につきましても、質の高い副作用情報や医療機関から積極的に提供されることが不可欠でございます。来年度から、モニター病院制度を改めまして、すべての医療機関からの副作用情報を求めることとしておりますけれども、こういったことも、病院におきまして、いわゆる医薬品情報管理室、D.I.室を中心とした副作用情報の収集、評価、分析を行うなど、薬剤師の方の積極的な関与が求められている次第でございます。

さらに、薬事法と同時に改正されました薬剤師法におきましても、患者あるいはその看護に当たっておられる家族などへの、調剤した薬剤に関する情報提供が義務づけられるようになった次第でございます。

このように医薬品の適正使用のほかに、治験あるいは市販後における各般の医薬品安全対策の充実が図られるためには、病院、診療所における薬剤師の方、現在四万五千名ほどの方が勤務されておりますが、この役割が今後ますます大きくなるものと考えております。これに対応して、厚生省といたしまして、薬学教育、実務研修を中心とした生涯研修の強化などによりまして薬剤師の方の資質の向上を図るとともに、薬剤師業務の充実などの環境整備に努めてまいりたいと考えている次第でございます。

○谷(修)政府委員 後段の病院薬剤師の人員配置基準の見直しについてお答えをさせていただきます。医療におきまして薬剤師の役割、特に病棟業務がふえてきた、薬歴管理あるいは服薬指導、そういう業務がふえてきたということと、これを見直していく必要があるというところは医療審議会からも御意見をいただいております。私どももそのように考えております。

そういうことで、医療法改正の施行に合わせまして、今後、病棟業務の今申し上げましたような薬剤師の役割の拡大、変化ということを踏まえまして、具体的な配置基準を関係者の御意見も聞きながら検討してまいりたいと考えております。

○松本(純)委員 次に、介護法に関連し、療養型病床群や介護力強化病院における診療包括化についてお尋ねをいたします。

施設介護サービスとして、現在、医療保険の対象となっている療養型病床群や介護力強化病院、老人保健施設などの介護型施設を介護保険に移行させることを考えていると思うわけでありまして、介護保険制度における介護給付に対する費用は、医療保険のようないわゆる出来高払い制では

なく、包括点数制と聞いております。包括制は、医療保険においても既に一部で採用されており、薬剤費の節減や不必要な検査の抑制に有用であると言われておりますが、その一方、医療の質を低下させるのではないかと懸念もあります。

例えば、平成四年の第二次医療法改正により療養型病床群制度が新設されましたが、その際、療養型病床群の投薬、検査、看護などの技術料が丸められ、包括点数とされました。そして、病院薬剤師の病棟臨床業務もその包括点数の中に丸められました。このため、名古屋市のある病院で、薬剤師が病棟業務を開始した直後、その病院が療養型病床群の許可を取得したため、病院経営が病棟業務を中止してしまつたという事例があったと聞いております。現在は、病院薬剤師の病棟臨床業務は包括点数から外され、独立した点数として設定されておりますが、この事例に見るように、包括制は医療の質を向上させようとする努力を阻害してしまいかねない面も持つております。

療養型病床群や介護力強化病院などを介護保険に移行させ、一律に包括点数を適用した場合、医療の質を下げたしまつたというところがないよう介護保険報酬上の工夫が必要と考えておりますが、いかがお考えでありますでしょうか、御質問します。

○江利川政府委員 介護保険制度が導入されますと、その法律のもとで適用されますサービスにつきましましては介護報酬を定めるということになります。介護報酬は、施設の場合には、サービスの内容であるとか利用者の要介護度、それから事業所の所在地、そういうことを勘案しまして、平均的な費用をもとに定めるということになっております。具体的には、今後、介護費用の実態を調べまして、関係審議会の意見を踏まえて、適切な内容となるものにするということでございます。

療養型病床群とか介護力強化病院の関係でございますけれども、これにおきましても、要介護度の別の定額制がやはり介護報酬の基本になるのだからというふうに考えておりますが、適切なサービスが提供されますように、それに当たりましたは十分な工夫、そういうものを検討してまいりたいと思っております。

○松本(純)委員 次に、介護法に関連し、老健施設における薬剤管理指導の重要性についてお尋ねします。

高齢者は医薬品の使用頻度が高く、また、老齢化によって肝臓や腎臓機能が衰えており、若年層以上に薬剤使用についての指導、管理が必要と言われていると思います。特に寝たきり老人等の要介護者のはとんどが医薬品を使用していると言われ、要介護者のADLやQOLに対する医薬品の副作用の影響は大きいと言われております。このため、高齢者介護には薬剤使用についての指導や管理が重要な項目であると考えております。

ところで、このような高齢者に対する薬剤の安全確保の重要性が指摘されているにもかかわらず、現在の老人保健施設の施設及び設備、人員並びに運営に関する基準に関する厚生省の通知によれば、三百人未満の老人保健施設では薬剤師の配置の必要はないとされておりますが、その理由が何か、お尋ねをいたします。

また、老人保健施設の患者のほとんどが医薬品を使用していると思いますが、調剤や患者に対する服薬指導はだれが行っているのか。

さらに、例えば老人保健施設を併設している病院の薬剤師が調剤を担当しているとも言われておりますが、実態はどのようなようになっているのか、また、法的に問題はないのか。

そして、薬剤師法の改正により、この四月から調剤時の薬剤師の患者への情報提供義務が実施され、一般の医療機関や薬局の服薬指導が強化されることとなりますが、老人保健施設では情報提供や服薬指導は必要ないのでしょいか、あわせてお尋ねをいたします。

○羽毛田政府委員 老人保健施設におきまして薬剤師の方の配置につきましてはお尋ねでございます。御案内のとおり、老人保健施設と申しますのは

実態でございますけれども、平成七年の調査報告でございますが、平成七年十月現在で申しますと、その時点で全国に千九百九十五の老人保健施設がございましたけれども、その中で、専任が二十三人、兼任が三百九十人、合計四百十三人の薬剤師ということでございますから、今お述べのございましたように、実態的にも専任あるいは兼任の薬剤師を置かないところがございます。それから、そういった兼任の薬剤師が調剤を行うということについては、法的に問題はないものというふうに私も考えております。

そこで、さらにお尋ねのございました、調剤時の情報提供、服薬指導というものは老人保健施設

そして、このように老人保健施設の薬剤管理に
関する基準は、薬剤師の配置を不要としたり、高
薬価の抗がん剤の処方せんの発行だけを認めるな
ど、余りに経営者の発想に偏り過ぎ、医薬品の適
正使用、安全管理という視点が欠けているように
思います。この際、これらの基準を再検討するこ
とも、老人保健施設における薬剤師の配置が必
要と思いますが、御所見を改めてお伺いしたいと
思います。

でございますけれども、老人保健施設における薬剤師の配置について考え直すべきではないかという再度のお尋ねでございますけれども、今申し上げましたような老人保健施設としての性格ということからいたしまして、やはり、三百人というような大規模になりますれば、これは必置をするというようにいたさなければならぬと思います。が、それ以外のものにつきましては、施設の実情に応じた数という形でやっていくのが現実的であ

介護保険につきましては、これまで百五十を越える質問を文書で厚生省にさせていだきました。輪郭はほぼ理解できましたけれども、まだまだお聞きしておかなければいけない点が多いというふうに思っています。

今回、新進党で、全国の自治体に介護保険に関する緊急アンケートをさせていただいております。今まだ回収の途中でございますけれども、その内容の一部を本日は紹介しながら質問をさせて

いただきたいというふうに思います。

本日、お聞きしたい点は二点あります。

一つ目は、社会保険のメリットを強調し過ぎておられませんかという点です。そのために、このまま制度を発足させると、国民が、期待と現実のギャップの前に、介護保険に対して、あるいは社会保障全体に対して、さらに政治に対して大きな失望を持たないかというふうに危惧している点。

二つ目は、そもそも介護保険とは一体何なのかという点を考えたときに、私は、医療が福祉の世界にどんどん入ってくる、少し悪く言えば、医療が福祉を切り取っていくのだというぐらいに感じを持っております。この点については午後にお伺いしますけれども、どうもやはり医療と介護の関連というのについてまだまだ議論が深まっていないのではないかとこのように思います。

きょうは、委員長にお許しをいただいて、パネルをつくらせていただきました。

社会保険を導入することによるメリットということで、いつもこの四つを挙げておられます。給付と負担の関係が明確になる、普遍性がある、選択性がある、権利性があるというのが今までのずっと政府が御説明をなさっておられる点です。

権利と負担の問題については、せんだって福島先生の御質問の中で、これは順番が逆ですよ、これはただだけ負担をしないとどれだけの給付がもらえませんかというものであつて、恐らく、この介護保険を導入することで、この先は医療保険も年金もきつちりと負担をされませんと給付されませんよという形にしっかりと話を持っていこう、国民の意識を変えていこうという一助だろうというふうに私は思っています。

問題は、普遍性の問題なんです。普遍性をいつもおっしゃっているときは、すべての人に心身の要介護状態だけで要介護認定をするのだ、家族の介護力もあるいは本人の資産状況も考えません、だれでも介護保険の利益を得ることができるのですということと普遍性をおつ

しゃっておられる。

二月十九日の本委員会では、私は小泉大臣に、日本の社会保障の将来像はどうなりますかという点で何点か御質問させていただきました。その中で、高額所得の高齢者への支給の制限はどうですかと申し上げたときに、ある程度制限しているのではないかとこのように大臣は答えになりました。先般来ておりました、きょうも議論になっております。橋本総理が今おっしゃっておられる財政構造改革の五原則を発表された中で、「一定の収入以上の高齢者への公的年金、医療等の給付の見直し」について触れておいでになります。この「医療等」の「等」の中に今審議しております介護保険も入っているというふうに理解してよろしいのでしょうか。

○小泉国務大臣 一切の聖域なしに検討するということですから、当然入ってくると思います。

○山本(孝)委員 保険は、皆さんもおっしゃっているように、期待権を生んでいきます。この財政構造改革五原則、このとおり、これは口先だけの話ではないのだ、必ずこのように実現しますよということでおっしゃっているというふうに理解をすれば、当然そうならなきゃいけないわけですが、そうしますと、将来の社会保障においては、所得の状況においては給付対象から除外される、あるいは減額支給となるケースが必ず起こってくるのだということをおっしゃっておられるのだと思ふのです。

そうしますと、介護保険は普遍性の一つのセールスポイントにながら、保険料を払っていただくというところが起こり得ますよということをもう今から言っている。そういうことを今制度がスタートする前に言っていますと、保険料を払っても損じゃないかという気持ちを当然起こさせることにはなりませんか。

私は、先ほど申し上げたように、政治や行政への信頼感も損ねると思うし、今ここで介護保険の審議をしているときに、この制度ができたが将来どうなるかわからぬということを政府みず

からおっしゃるようでは、審議のしようがないではないか。普遍性の保障というのはい、一体どこまでこの介護保険を出すときに御検討になったのか。この介護保険のセールスポイントとおっしゃっておられる普遍性というものをこの介護保険の中ではどこまで貫徹していこうというふうに思っておられたのか。将来において、当然給付の水準は下げなきゃいけないというのではだれもが考えているが、なぜ介護保険で普遍性をそこまで強調されておられるのか。どこまで検討されて、どこまで貫徹する意図があるのか。

○小泉国務大臣 それは、あらゆる聖域なく一切見直しをしていくという方向の中で、当然、高額所得者に対してどこに基準を置くかで違ってくると思ふますね。年金においてもそうです。受け取る方で制限を設けるのか、あるいは税で制限を設けるのかで違ってくる。当然、介護保険においても、どの範囲に高額所得者と位置づけるのかによっても違ってくる。その点も含めて、今から特定、これだという固定概念を持たずに、いろいろな意見を踏まえて、それでは高額所得者に対して一定の制限を設けるのだたらどういう点があるのかということを含めて検討する必要があると思ふております。

○山本(孝)委員 申し上げているように、平成十二年に四十歳になる人たちがそこから保険料を二十五年間払い続けて、ようやく六十五歳になるとどんな状況でも介護保険の対象になり得るといふことになるわけですから、そこどころでもし高額所得であるというところになれば、一生懸命働けば将来は介護保険の対象にならないのだという、私はまたこれから検討かと思つたけれども、今の大臣の御説明でいくと、高額所得、どこに線を引くかわからないけれども、必ずそこから外れる人がいるということ、これはもう普遍性、今の状況では私はないと思ふますよ。だから、今の話でいけば、これはもうセールスポイントではない方になってしまふというふうに私は思ふますよ。

だから、やはりそのところをはっきりしないのです。十九日にお聞きしているときでも、日本の将来の社会保障構造はどうなるのですか、将来像はどうなるのですかという前提において高額所得者の人はどうするのですか、あるいは被保険者の範囲はどうするのですか、各制度でそれぞれみんな違いますがどうなるのですか、地域間格差はどうするのですか、いろいろなことを私はあのとき御質問させていただきました。

医療保険だって、リスクに備えるという保険の原則から外れて、完全に高齢者に対する所得移転になっているじゃないですか。世帯単位で考えるのですか、個人単位で考えるのですかという中で、将来の社会保障構造を考えるとどこまで高額所得者の問題が出てきますか。それは制限した方がいいのだ、制限せざるを得ないだろう、それが一般的な庶民の感情だろうとおっしゃる。橋本総理は、感情論を超えて財政改革の一環としてこれをやるのだとおっしゃっている。だから、そこをどこまでどこまで検討された上でこの介護保険の仕組みを普遍性だということを言ってお組み立てになったのか。ちょっとそこは余りにもずさんではありませんかという、議論が薄過ぎませんか、私はそう言っているわけですね。

きょう午前中の質問の時間に限りがありますので、済みません、もう一つおっしゃっておられる介護保険の権利性という部分のところも、一号被保険者と二号被保険者で給付の要件が異なるというところは法の目的を極めてあいまいにしているというふうに思ふます。

すなわち、外因性の事故等起因する障害者は、障害者となった後も保険料を払い続けなければならない。しかしながら、介護保険からの給付は四十から六十四歳の間はありせん。片一方で、同じ障害状況になりながら、すなわちそれが外因性であるがゆえに、保険料を払い続けなければならないけれども介護保険の対象にはならない、これは非常に差別的だというふうに思ふます。高齢者介護サービスに権利性というものを言う

反面で、障害者福祉は従来どおり措置制度でいいのだというふうにおっしゃっておられる。これは障害者に権利を認めていないのじゃないかという石毛先生の御主張もこの間ありましたけれども、私もそう思います。なぜこういう形をとるのか。極めてあいまいな法律の書き方をして、障害者を介護保険の対象外に置いて、しかも、そこで障害に遭った人は全員権利があるのだという形、一号被保険者と二号被保険者の給付要件が異なるような権利性を言うのか、私には理解ができないのですけれども、御説明をお願いします。

○篠崎説明員 保険制度にはいわゆる権利性というメリットがあると言われておりますけれども、障害者介護サービスにつきましては、むしろ公の責任として公費によってサービスを提供すべきという認識が障害者団体を含めて関係者に強いことの一つ、また、障害者に対しては、介護サービス以外にも、授産事業とか社会参加のための施策など多様なサービスが必要であること、そういうことを踏まえまして、従来どおり、身体障害者福祉法など公費によるサービス体制により対応していくということにいたしております。

障害者に対する施策につきましては、現在進めております障害者プランの着実な推進を図ることによりまして、サービスの水準において高齢者と格差のない介護サービスを確保していきたい、このように考えております。

○山本(孝)委員 どうも、この説明を何遍聞いていても、この間の委員会の議事録を読み返しても、よくわからないのです。障害者に対しては公費でちゃんと対応していきまうというふうにおっしゃる。それじゃ高齢者の介護については公費で対応しないのですかという、そうじゃないのです。これはやはり公的な対応なんです。

しかも、我々が社会保険方式じゃなくて税方式の方がいいのじゃないですかと申し上げると、いやいや、先生そうおっしゃるけれども、これは税方式とはとんだ一緒なんです。大臣は、介護目的税というか、これは一種の目的税的なものだ

おっしゃる。強制保険ですから一種これは必ず取られるわけであってほとんど税金と一緒の形、という意味でいけば、ほとんどこれは公費と同じじゃないかという答えが逆に幾つも来るわけですね。二分の一以上公費を使っているのだからほとんど公費と同じですよ。片一方で高齢者介護に社会保険を適用するがゆえにそういう説明をしなから、障害者の方は、これは全部公費で対応しているのです。だったら全部公費でやればいいじゃないですかというふうにはやはり思うのですよ。

それで、公費で対応しているから権利性があって、公費で対応していないから権利性がないとか、権利性と公費との関係というの、それはやはりどう考えたって説明がつかない。私は、そのところはどう考えても説明がつかないのです。もう一遍、済みません、私の頭が悪いのかも知れませんが、大臣なり、障害者担当ではない方のお答えをいただきたいというふうに思っています。

○江利川政府委員 介護は老後生活の最大の不安だというふうに言われています。そうすると、一生において老後の生活のそういう問題をだれの責任で考えるのだろうか。自分の老後の生活は、いわゆる個々人の責任というのでしょうか、自己責任というがまず社会の原則としてあるのではないだろうか。

保険といふものは、そういう将来の問題に備えて保険料を拠出してやっていく、社会連帯、みんなて連帯してそういう危険に対応していくという仕組みでございまして、保険料を拠出していきまうから、それによって、保険事故に該当する事態が生じましたら権利として受給ができるというものでございまして。そういう意味で、こういう社会保険制度をとって保険料を払って将来に備えていく、そういう仕組みの中で権利を形成し、それに該当する事態が出たら権利として実行できる。

障害者施策につきましては、いわゆる福祉施策として公的な責任でしかるべきサービスを提供することが適当である、そういう考え方はいまま

た関係者の声、そういうこともありまして、そういう仕組みをとっているということとでございいます。ですから、こういう保険方式をとることによって権利が形成されるのだということとでございいます。

○山本(孝)委員 保険料を払うから権利が生ずる、それはそうでしょう。だけれども、公的な責任でやっているところで、結局、これまでずっと国がやってきていることは権利を認めていないわけですよ、この措置制度の中においては、反射的な権利ではないのだ、利益ではないのだという形です。ここはやはり社会保障構造の構造改革をしていこうというのであれば、それは権利として認めたらどうですか、障害者だってそれは権利として生きているのだから、それを、保険料を払ったから権利があって保険料を払っていないから権利がないのだとかという形の御説明はもうおやめになった方がいいのじゃないか。

この制度そのものは、四十から六十四歳の人たちに保険料を払ってもらうに、保険と給付の関係をはっきりさせるためにはどうしても四十から六十四歳の人にも給付をしないと話が合わないという状況の中で、それじゃその人たちはどういう状況だったら給付をするか、それは加齢に伴う疾病によるところの要介護状態だったら給付しますという形にしたわけですね。それが二号被保険者への給付でしよう。でも、一号被保険者への給付は、そういう状況も含めて何でもいいますよ。要介護状態だったら全部だと言っている。

だから、一号被保険者の給付要件と二号被保険者の給付要件が違うものを一緒にしているところにこの制度のややこしさがあるのであって、そここのところは、一号被保険者の方たちに、申しわけない、あなたたちは高齢者の介護を支援するためにお金を出してくれという形にした方がよほどすっきりするのじゃないか。あるいは、そうしないのであれば、四十歳以上全員が全員を支え合うところの、障害者も全部含めた形の障害者福祉保

障制度というものにした方がよほどわかりやすいのじゃないですか。

この保険方式というものを導入するがゆえに、あるいは四十歳から六十四歳の人に保険料を負担してもらったために、保険と給付の関係を無理やりこの中につくってきて、ややこしい制度にして、制度も複雑にして、事務量もふやしてということをするよりは、こっちは側だけの制度にするか、あるいは全体の制度にするか、どっちかの選択に切りかえた方がいいのじゃないですかというふうに私はこの権利性という問題を考えていて思うのですけれども、その点はどうなんでしょう。

○小泉国務大臣 言っている疑問なり趣旨はわかります。しかし、新しい制度を導入するというのと、既存の制度を維持していこうという両方組み合わせていかなきゃならない。将来は一緒にしてもいいじゃないかという議論は、私もその点は理解できます。しかしながら、新たな制度と既存の、既に障害者にしてもいろいろな制度でやっている、その中で、介護という観点から見れば、障害者、介護を受ける高齢者も一つの障害者を持っているわけですから似たような面も十分ある。いろいろな制度が分立している中では両方が、新しい制度で介護が導入された段階で、簡素、効率という中で今の問題は一本化なり整合性を持った制度に変えていこうというふうな理解はできないでしょう。

○山本(孝)委員 できるだけ理解しようとしているのです。だから結局、将来において日本の社会保障制度はこういう形になりますよというものが、恐らく今もう御検討されていて、ある意味でいけば意図としてお持ちになっていて、それを出してくるに当たって、今回の介護保険の導入というのが日本の社会保障の構造改革の第一歩だというふうに見えを切っておられるのであれば、もう少し将来の姿とつながる形でこの介護保険というものが出てきてもいいのじゃないか。

だから、ここでもかく入れて、これから先三年間の準備期間で考えますよ、その先また、見直し規定を置いていますからいつでも検討して見直すことができますよというふうな、問題のいわば先送りをするのではなくて、もう少しその制度を筋道に合った形で出してみんなに理解を求めていくという形の方が、私はまだ国民として理解がしやすいのじゃないかというふうに思うのです。そのスタートのところで余り変な理屈をつけてしまふとかえっておかしくなりませんかというのが、実はきょう、私の午前中の質問の趣旨なんです。きつちりとした将来像を見せていただきたい。その意味で、さつき、普遍性というのはやはりないのじゃないですか、あるいは、みずから出しておきながら普遍性というものが無いという方向性に、すなわち、だれもが使えるということが普遍性ですから、そうじゃない形にもう既になつてくるのであれば、そこは盛り込みを検討を十分にしていただいているはずだろう。

今回の、一号被保険者と二号被保険者の給付要件が違ふというの、与党の皆さんというか地方公聴会の中で、こういう形でないといふ保険料を払ってもらえないという不安の中でこの制度になったのだと思ひますけれども、しかし、そのところは国民にもう少し理解を求めていけば、この高齢者介護というものの対して、あるいは高齢者医療というものの対して——そこはもう少し制度としてすっきりしたものにはできませんかね。

○小泉国務大臣 高所得者の場合は、私は、普遍性というのは制限されても本人は利用できると思ふのです。自前でやるといふことを考えれば十分普遍性があるのです。自分は払うだけだし、しかし、やむを得ないといふて払ってこれるのです。それは十分普遍性に通ずるのじゃないでしょうか。

○山本(孝)委員 それは普遍性と言わないと思ひます。介護保険の選択性と効率性についても、私はこれもやはりおかしいと思ふのです。

とにかく今のお話の中で、私は、権利性というのは絶対的に、障害者に対しても同じように保障すべきだと思ひ、あるいは、そうでないのであれば、六十五歳以上の老人にきつちりとした権利性を保障するのだという形の、すっきりとした制度の組み直しにしたい。やはり私は、クエスチョンもしくは三角印くらいの採点しか上げられないと思ひます。

介護保険の選択性と効率性の問題なんですけれども、今回の我々の調査の中で、各自自治体を選択性が本当にあるかどうか、政府が言っているような形になりますかという質問をしました。七三・七％、四分の三の自治体が、選択性などありません、サービスの基準は到底そこまでいっておりませんと言っています。ゴールドプランについてこれまで政府のお話を聞いていますと、ゴールドプランは各自自治体それぞれみずからの目標としてお立てになったことだから、それを努力して達成するのは各自自治体の責任であつて、そこはやっていただかなければいけないというふうな言い方を常にされて、責めをどちらかというところ、地方自治体の方に持たせていって、なかなかそこはうまくいかなかった。しかし、本当に政府が今おっしゃってられるような選択性を保障するのであれば、平成十二年のサービスの提供時点にはやはりそれだけのサービスがないといけません。

そういう意味において、ゴールドプランを前倒して実施していく、前倒しするに当たつてもやはり財源問題が出るわけですから、本当に選択性を売物にするのであればゴールドプランを前倒して実施して、これだけのサービスを提供していたださいという状況に持っていくのが政府の責任。選択性をおっしゃるのであれば、それはそれです。余り選択性があるというのは言われたい方がいいと思ふ。だから、これも少しトーンを下げられる、もしくは、選択性が本当に持てるのは一体

いつから持てるのか、そのところをはっきりとしたいだきたいと思ひます。

○羽毛田政府委員 今、新ゴールドプランの達成ということにつきましてお話をございましたけれども、私も、介護保険制度を導入しますその前提として、新ゴールドプランの十一年度末をめどにした達成ということは大変大事だといふふうに思つております。それは、地方公共団体がつくった計画の集大成だから地方公共団体に責任があるよといふことを必ずしも申し上げているわけではなくて、これはやはり、国といわず地方公共団体といわず、挙げて取り組まなければならないことだと思ひます。

しかし、その目指すべきは何かということについて申し上げれば、まず、新ゴールドプランというものは、それぞれの地方公共団体がお立てをいたした目標、そういうものに基づいてできていく計画でございますから、そのことに基づいて国、府、県の面、もちろん地方公共団体の財源の面もございまして、それから、先ほどは先生のほうにお尋ねもございましたように、現在まだ十分に進捗していない部分をどう重点的にやっていくかということにつきまして、この介護保険の制度の創設をにらんでさらに力を入れていかなければならないという意味合いで申し上げました。

さらに、介護保険制度導入後におきましても、介護保険の今御提案を申し上げております制度によつて、最終的な、いわば全体的に満足の度と申しますか、整備達成水準を、目標として達成するめどを一応二〇一〇年というふうなことに置いてやってきておりますし、したがひまして、介護保険制度創設後におきましても介護保険事業計画という形でさらに整備を進めていくということ、その間に財源も確保しながら、あるいは在宅サービスを中心にした既存施策の拡充、あるいは民間活力の導入等、多様な方法を活用することによつて達成していくことはやはり並行してやっていかなければ、おっしゃるようないわば選択性に実を与えるということについて、そういう形で

の努力が一方において大事であるといふことは、私ども、そのようなことで考えておるところでございます。

○山本(孝)委員 前段が長かつたのもう一遍聞き直しますけれども、平成十二年の四月の時点で、局長として、その利用者すなわち要介護認定を受けた被保険者に対して、私の欲しいサービスがないと言われる状況、それはないというふうな言い切れるのか。あるいは、その後ずつとそのサービスをしていくがゆえにようやく選択性ができるといふふうな言えるのか。だから、平成十二年の時点で、サービスに選択性がないじゃないかと言われたときに、ありますと言へるのか、そこはどうなんですか、責任持てますか。

○羽毛田政府委員 選択性という言葉にはいろいろな段階があると思ひます。そういう意味で、先ほど満足の度と、余り使ひなれない言葉を使ひましたけれども、本当に理想的なところまで、満足の状態が平成十二年から直ちにできるかと言われれば、それはやはり、先ほど申し上げましたように、私どもの計画でも、標準的なサービスモデルというものの一応の達成水準といふことは介護保険制度創設後の十年間で最終的にやっていくという段階的なことも考えておりますし、それは必ずしもその時点、時点でのニーズというものの対応してないといふことではございません。

そもそも、介護保険ができることによつてニーズがだんだん顕在化してくるというところは現実問題としてございまして、そういうことも含めてサービスをしていますから、そういうことも含めてサービスをしていきますから、それでは平成十二年度で本当に満度に充足できるという意味での選択性があるかという点については、それはやはりある程度段階を追ひながらやっていくという要素は残つてくると思ひますけれども、しかし、そのことをもつて選択性がないといふのもまたいかにかといふふうに思ひます。むしろ、そういうものをつくることによつてより選択性がきくような制度に持っていくという努力を並行して

やっていくということが施策の努力の方向ではないかというふうに思っています。

○山本(孝)委員 私なりに今の解釈すれば、平成十二年度の時点では満足いくサービスは十分に提供できていないだろうと思う、その後の、見直し規定で規定されている十年間の間にできるだけ選択性の保障できるように制度に持っていくきたい、整備に努力をしていきたいという多分意味合いだろうと私は理解をしました。

この法律の施行は十二年ですけれども、実際のところは、今その導入に向かってどんどん準備を進めておられるのだろう。介護保険事業計画を、言ってみれば新しい形の、ニュー・ニュー・ゴールドプランというような形で各自治体がこれから計画を立てていかれる。計画を立てていける中で、それぞれの自治体の中で介護を必要とする人がどのくらい出るだろうか、あるいはどのくらいサービスを提供しないといけないだろうかということとをこつこつと側面として洗い直してされるわけですね。こつこつと側面、いよいよ十二年から始まりますよということ、介護に対する潜在的なニーズを喚起してくるわけですね。当然のごとくに、供給しなればいけない水準というのは両方の側から上がってくるわけですね。こつこつの方は高い水準を期待している、こつこつの方はどうも実際に計算してみるとこれじゃ足りないのじゃないかということとでどんどん上がってくるということになります。平成十二年のスタート時点は、実は今想定している新ゴールドプランの水準ではなくて、それよりも上のところから本当はスタートしないと、この選択性云々の部分にできるだけおこたえできる、選択できなくともできるだけたくさんサービスを提供できるという状況には至らないのです。

四〇%の在宅の利用者ということ想定するというのは、逆に言えば四〇%の在宅の利用率しか保障できませんよと言っているのと同じであって、そこそこは、これからの三年間の間にどれだけ地方の事業計画等をおつくりされる中で

この水準を上げていかなければいけないということになるのか。早くもこれは、事業計画を取りまとめた数字を出したときに、十七万人というヘルパーさんの数はほんとに上になるだろうし、施設介護の数字もほんとに上になるかもしれない。そういうことを考えると、そこそこは、十二年度スタート時点の水準の見直しをやったり早くしないといけないのではないかと

思うのです。ゴールドプランのできるだけ前倒し実施ができるように努力をすべきではないかと思えますけれども、この点はどうか。

○羽田政府委員 私ども、現在の段階でのいわば力の入れどころと申しますのは、現在の新ゴールドプランにございますから、これをまず全国的にできるだけ格差のない形で達成していくということに施策の重点を置きたいと思えます。

その後における、先生おっしゃった十二年度以降におけるいわば新しい基盤の体制というものにつきましまして、これは当然、介護保険制度というものを織り込みまして、それはある部分については新しいニーズもありましようし、あるいは、今まで私どもの施策の方向でいけば、施設よりは在宅を充実していくということによって、逆に施設のニーズというものがどのように変わってくるかというような要素も押さえないわけにはいきません。

したがって、むしろ介護保険のスタートする十二年度から直ちに新しい事業計画が引き続く新ゴールドプランからやれますように、その間におきまして、私どもとしてもニーズを把握し、平成十二年度、十二年度一時点というよりは十二年度以降におけるそういう新しいニーズを把握した介護基盤の整備の水準というものを新しい計画の中でやっていくということを目指してまいりたいというところになろうかと思えます。

○山本(孝)委員 国民のためを思っても、やはりできるだけ早く介護保険事業計画に着手して、法施行後の話にはなっていますけれども、前倒しで

早くそこそこをやっている、これだけの基盤整備をしていかなければいけないのだという実態を国民の方に知らせて、だからもう少し負担をしてくださいとかという、見直し規定そのものは施行後の見直ししかありませんけれども、私は、平成十二年の施行前においてもほとんど見直ししていくぐらいの柔軟さがあつた方が、多分、介護保険制度としてはうまくいくのではないかと

思うわけですね。

今のお話を聞いていても、やはり私は、この選択性というものは今の時点では到底保障できない。だから、すべての人が十二年の四月からすべてのサービスを利用できますよという形をおっしゃるのは私は無理があると思うから、このところの御説明の仕方もう少し工夫をされた方がいい。私は、申しわけありませんけれども、今の状況においてはこれはないと思えます。

だから、そこそこはきつちりとした制度の、余りいいこと、いいことをおっしゃらない方がいいです。よという、私の半ば忠告めいたというか、失礼でございすけれども、そういうお話であります。

江利川さんは、権利性が強いから選択が働く、選択が働くから競争が生じる、競争が生じると効率化や質の向上につながると。これは確かにストーリーとしてはそのとおりなんですけれども、同じ社会保険である医療保険で、本当の意味で良質の医療とは言えない医療が今提供されている。残念ながら、こういうストーリーに医療の世界ではなっていない。サービスに対するチェックも働いていない。私は、介護保険も医療保険と同じような道をたどっていくのではないだろうか、そういう心配をしているのですけれども、そういう心配は全く私の杞憂でしようか。

○江利川政府委員 介護保険制度ができましたと、保険給付九割というところでございすから、一割の自己負担で十割のサービスを買うことができる。そういう意味で、今まで介護需要を持っていた人たちが、そのニーズが市場に顕在化しなかつ

たものが、一割の自己負担で買えるようになるという意味では顕在化する。民間事業者もまた、そういう購入力を持った人に対するサービスであれば安心して事業参入ができる。そういう意味で、今までの介護の分野というのは比較的公的なセクターが中心でサービスをやっておりましたけれども、民間事業者の参入も期待できるのではないだろうか。

そういうことになりますと、公的セクターのほかに民間セクターが入っていく、そして、要介護認定を受けた人がケアプランの中で、同じホームヘルプサービスであってもどういう事業者のものを受けるかということになってくれば、そこに選択が働き、それが競争を生んだり効率化に資しているというふうになるのだろう。

平成十二年段階で十分にそれが整っているかなれば、これは介護保険で目指すべき保障サービスに向けて、すべてそうしたいのではなくて、やはり段階的にいかなるを得ない部分があると思えますけれども、選択性は、バツではなくて、スタートにおいてもある程度の範囲ではあるのではないかと

思います。

医療保険でございすけれども、医療保険は介護サービスに比べまして専門性が高い分野でございす。そういう意味で、医療保険につきましましては、いわゆるサービス等を提供する側と受ける側とおきまして、情報の非対称性というのでしようか、持っている情報の格差があるわけではございまして、単純にそのままでは市場機能は十分働かない部分があるわけではございす。それを補う意味では、例えば第三者による医療機関の評価とかさまざまな情報の提供とかをやっていくかなんていかならないのでしようけれども、ここは、そういう道を厚生省としても探しているというのでしようか、段階的に取り組んでいるところではございす。

ただ、医療保険制度ができましたことによりまして、我が国の国民は諸外国に比べまして医療へのアクセスというのは十分保障されているので

はないか、そしてまた、患者側の、受け手から見た医療機関の評判という形でいろいろな選択も行われているのではないかと思います。全体的に、諸外国等を見ますと、医療について、いろいろな議論があるにしても、我が国の医療は、国際的に比較しても、比較的成本パフォーマンスというものでしょうか、それはよく機能しているのではないかと、思っています。

○山本(孝)委員 コストパフォーマンスとして諸外国に比べて日本の医療はうまく機能しているというお話に多分なる、それは数字の上では確かにそうなのかもしれないけれども、だから、介護保険の話は医療保険と同じように議論をしないと、介護保険を先に採決して医療保険の話を次に考えるというのではなくて、介護保険と医療保険、実は一緒に考えないといけないんじゃないか、と私は思っています。

これまでの答弁を読み返して、今のところで介護保険を導入した方が効率はいいのだ、質の向上が見込めるのだ、介護を導入しないと質の向上がないのだとか効率がよくならないのだというふうにも実は聞こえてしまっていて、これは私がひねくれているのかもしれないけれども、

これまでの答弁を見直しても、十九日の能勢先生の質問に対して大臣が、今回の介護保険制度を導入することによって、どのようなサービスが必要かは窓口一カ所に行けばわかる、総合的サービスを受けるという点で格段に進歩するとおっしゃっておられる。これは介護を導入しなければならぬのかというふうには私は首をかしげます。

「今回の介護保険は、言ってみれば、利用者にとって従来非常に使いづかった制度を、こういう形で利用者負担の面あるいは利用手続等の面で再編成をして使いやすい制度にしたところ、これが一つの大きなメリット」ですと羽田田局長が鴨下先生の御質問に対して答えておられる。こういうものは、介護保険という、保険という新しい制度を導入しなくても、今の制度そのものを見直し

ていかなければいけないことは当然であって、これは介護保険を導入するメリットというだけのもでは多分ないだろうというふうにも思っています。ここは言い放しにさせていただきます。

介護保険について、きょうは午前と午後に分かれますのであれですが、私はやはり、メリットを強調し過ぎてはいけません。保険、保険、あるいは介護保険が導入できればこれですべてが解決するというふうなバラ色の夢を与えるのはやめた方がいい。そのために、このまま制度を踏足させると、国民の間に、介護保険、さらには社会保険全体あるいは政治そのもののへの不信感が生まれるだけだ。取られたけれどもサービスの質が低いという状況、あるいは一部の人にはあるのかもしれない、しかし、それは本当にいいサービスになるのか、選択性はあるのか、そこはやはりもう一遍考えた方がいいと思うのです。

私は、別にこれは税方式を導入するためにそういうことを言っているわけではなくて、これまでのいろいろな議論を読み返してみても、九六年の七月、去年ですか、与党が地方公聴会を精力的におやりになっておられる。横浜で高秀横浜市長がお出になったと思います。市長がこんなふうにおっしゃっていました。福祉と医療サービスの一体化、選択に基づく利用者本位の制度などは、必ずしも社会保険を前提としなくても、法改正で今の制度でもやっていけるし、やっていくべきだと思ふ、国が介護保険制度導入のメリットとして掲げているものは必ずしも保険制度でなければならぬとは思わないというふうな、去年七月の横浜の公聴会で横浜市長がそうおっしゃっておられました。

今度の介護保険導入に当たって各自自治体いろいろなアンケートをさせていたでいます。その中で、公費負担方式、税負担方式、どっちがいいですかという御質問をすれば、今の時点で、すなわち、社会保険の制度での法律が提出されて、しかも、法案がここでこれだけ審議されてい

るという状況の中でお聞きしている。その状況の中でお聞きして、社会保険方式、今のままでいいとおっしゃるところが五〇%そこそこ、公費で対応した方がいいところとところが四割、全国の自治体の四割はいまだにこの制度に対しておかしいと思っているわけなんです。

自由記述でいろいろお聞きしますと、要はやはり消費税なんです。消費税の一部を特定財源とする方がよい。また、自己負担があるとサービスを受ける人がずつと減るのではないかと。自己負担なしを検討すべき。という意見もあります。「普通税方式の方が多数の国民の感情を平穏なものに維持できるだろう。弱き高齢者等を確実に手当するシステムをどのように構築するかを検討、論議に時間をそそぐべきだった。五%消費税の一定割合を「福祉税」と位置づけるべきだった。」と書いておられる方もあります。「消費税の導入目的は当初から福祉(高齢者社会)対策の為だったのだ、税の一部でなく税そのものを福祉にあてるべきだ」というふうにアンケートに対して自由記述でおっしゃっておられるのです。

やはりここ、議論は私は少ないと思う。余りに、この制度を導入するために財源論として社会保険制度というのを持ってこられて、そこを強調されるがために、おかしい制度になっているのではないでしようかというふうに思うわけです。介護保険、保険とおっしゃるのではなくて、本当は高齢者介護制度というふうにおっしゃった方がよかったのではないかと、あるいはそうすべきではないか、老人保健の拠出金制度との一体化を考えた、高齢者の医療と福祉を統合して保障するような制度に組みかえていくという形をとった方がいいのではないかと、いうふうに私は思うのですけれども、大臣、いかがでしょうか。

○小泉国務大臣 今までのお話を聞いて、大体わかりました。完全なものを求めていらっしゃるね、完全なものを。しかし、私は完全なものはないと思います。消費税を福祉に使えといったって、四月から

五%に上がります。全部福祉に使ったって、それ以上の福祉関係の費用を使っています。しかし、何と介護の問題についても公費で負担するような公的な介護保険制度を導入せよという声があったればこそ、今回の介護保険制度、法案提出にこぎつたところでありました。

今の世の中、十人が十人賛成するものはありません。そういう中で、それでは完全じゃないからやめようか、私はそれはもう無理だと思えます。それでは税負担でやれ。どこを増税するのですか。私はできないと思います。医療保険だって年金だって、完全だと言ふ人はいないですよ。何らかの不満がある、弱点がある。私は、完全を求め何もやらないよりは、若干不備な点もあるだろう、実施するにおいて、少しでもいい点がある、そこで改善を促そうという方をとりたい、そう思います。

○山本(孝)委員 だから、とにかく制度を導入して、その後で検討して直していけばいいじゃないかというこの間からの御主張は、あるいは厚生省の担当者の方たちが介護保険というものを出したからここまで議論が深まったのでしょうか、だから皆さんこれを中心に議論してくださいよとおっしゃることは私はわかるのです。だから、国民的な課題としての介護の問題をどういうふうに解決していかなければいけないかということは大切だから、その方法の一つとして出されておるといことは私は理解しているのです。

しかしながら、日本の将来の社会保障構造がどうなるのかというその将来像を当然念頭に置きながらこの制度というものは組み立てがされているべきであって、そのところ、先、先に行つて、その場面、場面で変えていくのだということではあんまりありませんか。余りうそを言うというわけではありませんが、きつちりとしたことを御説明なさった方がいいんじゃないか。三月九日の全国の新聞に、消費税に対してのPRの政府広報が載りました。一億二千万円かけて全国の七十五紙にこの同じ広告が載ったのだそう

であります。「活力ある福祉社会へのプラスです。」と書いてある。「3+1+1」、「1」は「未来プラス1」これからの高齢化社会に備えて」と書いてある。大蔵省にお聞きしましたら、二兆一千三百九十億円がこの一％に当たるのだそうです。それで、このところ、「四月一日」消費税率五％「高齢化社会をしっかりと支えるために」という説明がわざわざついていて、その中に、「高齢者介護等の一層の充実を図るほか」という、高齢者介護等の一層の充実をこの一％で回っていきまうと書いてある。

でも、この一％、実はこの説明は、これまでの減税の部分を穴埋めするというか、先にあなたたちはいいところを食ったのでしよう、だからこれはそれで埋めていくのですとおっしゃっているわけでしょう。本当はそうお書きになればいいのに、これからの「活力ある福祉社会へのプラスです。」と書いて、「高齢化社会をしっかりと支えるために」「高齢者介護等の一層の充実を図る」ということとお書きになって、一体ここに幾ら当たっているのですか、国費で一体この部分に当たっているのは幾らなんですか。

○小泉国務大臣 それは、税に色はついていないから難しいと思いますよ。所得税だろうが法人税だろうが、あるいは消費税だろうが、この税金はここに使うというよりも、全体の税収の中で——それじゃどれだけ社会保障関係に使われているかというと、十四兆円を超えている。消費税五％を全部充てたって十兆円は来ない。言うならば、九々五五を全部社会保障関係に充てていいますということも言えないこともない。そうでしょう。だから、そういう議論は余り建設的じゃないのじゃないかなと私は思います。

○山本孝委員 今回の税制改正において、少子・高齢社会に備えるための福祉施策として、九年度以降四千億円、国費二千億円の財源を確保しました、さらに、税制改革時の与党合意において、七、八年度においてもそれぞれ一千億円、二千億円、国費で五百億円、一千億円、すなわち、これ

まで三千五百億円の費用をこの少子・高齢社会に備えるための福祉費用としましたよと。

税金に色はついておりません、活力ある福祉社会というものが高齢化社会のためであるというならば、それは何に使っても、道をつくらうが下水道を引こうが、それは何だっこのところにあるところの「高齢化社会をしっかりと支えるために」ということになるのでしよう。なるのだからうけれども、そこはきつちりとした説明をされた方が、このコミーシャルというか、これは厚生省がおつくりになったわけではなくて、政府広報ですから政府広報の担当者の方の問題ですけれども、こういう形でおっしゃると、制度の中身も、これから将来の社会像もどんどんわからなくなるのではないかと、午後に質疑を引き続きさせていただきます。

○町村委員長 午後二時から委員会を再開することとし、この際、休憩いたします。

午後二時五十分休憩

午後二時一分開議

○町村委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

質疑を続行いたします。山本孝史君。

○山本(孝)委員 午前中の質問で、いろいろお話を伺いました。

完全な制度はないと思います。制度スタート時は多少不完全な部分があるということ、私もそういうものだろうと思えますけれども、申し上げておきますように、日本の将来の社会保障制度の姿というものを念頭に置きながら新しい制度というものは当然つくられるべきであらうと思うし、そこを少し、整合性といいますが、考え合わせながらぜひ御提案をいただきました。今、私たちのやっております調査の中でも、地方自治体の四割の方たちが社会保障制度で行われる今度の公的介護保険制度というものに対して疑念を呈しておら

れるというあたりは、やはり真摯に受けとめていかないといけないのではないかと、これは大変大きな数字であるということをおし上げていただいております。

公的介護制度を創設して良質の介護サービスをするに十分供給する体制というものは、今、国民が一番望んでおりますし、これはつくらないといけない、そう思っています。私、絶対この一点だけは譲るわけにはいかないという点があります。

それは、制度の施行後に、老健施設あるいは療養型病床群、介護力強化型病院、これらの医療法の領域で扱われてきた領域、それをそのままにしながら今度の介護保険の対象にするということになっていきます。そうであるならば、療養型病床群あるいは介護力強化型病院の設備基準、設置基準を、この際、絶対上げるべきであるというふうに思うわけですね。したがって、施行法第十条に書いてあります介護力強化型病院に関する経過措置、これはぜひ外していただきたい、そして、設置基準をぜひ外していただきたい、そして、設置基準を、社会的入院の本質的な解決にはなりません。狭い居室に要介護者を閉じ込めておくということ、介護保険の理念に全く合いません。

念のために申し上げれば、特養の患者一人当たりの居室面積は十・六五平米以上ということになっておりますが、介護力強化型病院は四・三平米以上で、半分以下でありますね。これをそのまま持ってくるということ、繰り返しになりますけれども、狭い居室に要介護者を閉じ込めておく、社会的入院をそのままにしておくということ、これは介護保険の理念に全く合いません。この点はどうなんですか。

○江利川政府委員 療養型病床群の基準までいっていない介護力強化病院、これを経過措置で三年間、介護保険の対象とするということになっていくわけでございますが、この介護力強化病院は、先生御案内のとおりでございますけれども、療養型病床群と同じ職員の配置基準を持っておる、そ

して、いわゆる老人の慢性疾患患者が入院治療をする、この介護保険法が対象とする要介護者が多く入院している施設でございます。

そういうことで、いわゆる介護サービスができる施設でございますのでこの施設の活用を考えるわけでございますが、しかし、おっしゃいますように、余りにも狭い基準では好ましくないということ、そうするとハードの部分を変えなければいけない、そうなりますので、いわゆる転換には一定の期間を要することから、期限を切って、三年以内ということで療養型病床群と同じような水準に転換してもらおう、それでちゃんと介護サービスをしてもらえよう施設に変わってもらおう、そういうことで経過措置を設けているものでございます。

○山本(孝)委員 介護サービスをするのだとおっしゃっているけれども、老人病院あるいは介護力強化型病院に必要な施設は病院に必要な施設であって、介護サービスをするための施設は持っていないわけですね。療養型病床群になって、ようやく食堂とか談話室とかそういうものが出てくる。転換型の療養型病床群でもそういうものは設置基準に入っていないわけですね。

申し上げているのは、経過措置として介護力強化型病院を入れるのではなくて、転換されてから、もう少し基準が上がってから対象にすべきではありませんか。あるいは、療養型病床群の設置基準も、この際、介護保険の対象とするのであれば、老健施設が一人当たり八・〇平米以上、特養が十・六五平米以上という基準を持っているわけですから、少なくともその基準を上げてから療養型病床群を対象にすべきではありませんか。

午前中の質疑の中で、自民党の議員さんが、社会的な規制が厳しいので療養型病床群もなかなか厳しいのだというようなことをおっしゃいましたけれども、療養型病床群の中で社会的入院を温存していくということは、繰り返しますけれども、介護保険の理念に合いません。だから、この部分は、もっと設備基準を上げるか、設置基準を上

けるか、もしくは、経過措置の中でそのまま介護力強化型病院をやるといふことはやめていただきたい。そういうふうな思ふのですけれども、大臣、いかがでしょうか。

○谷(修)政府委員 今お話のございました療養型病床群につきましては、病室面積について一般の病院より広げる、また、機能訓練室あるいは談話室等を設けるというふうなことで、長期療養を必要とする方々の生活面に配慮した構造設備あるいはまた人員配置となっております。そういう意味で、介護保険の給付対象施設として私どもとしては適当であるというふうに考えておりまして、現行の療養型病床群の施設基準というものでやっていきたい、このように考えております。

○小泉国務大臣 いろいろな意見があるなと思っておりますが、それはよりよき基準というのは望ましいのですが、施行の段階で、待機者が出た場合は、少しぐらい基準が悪くても入りたいという人は出てくると思ふですね。そういう場合、移行期として、私は、ある程度望ましい基準よりも落ちるかもしれないけれども、そちらの施設でカバーするという点も必要ではないかと思ふます。

○山本(孝)委員 結局、この法案の審議を通じてもう一つみんなの頭をクリアにしなければいけないのは、介護と医療というものをどういうふうに組み合わせるのかということと、これを、単に、こつこつ側で従来医療保険の対象にしていたものをこつこつ側で介護保険の組み合わせのところに持ってきて、右のポケットから出したものを左のポケットから出すことという形ではなくて、社会的な介護というものを国の公的責任でもってやっていきますよというのであれば、個々の医療水準というか、こちら側で行っている社会的入院というのをそのまま介護保険の枠の中に持ってくるのではなくて、せめてその施設の内容というのを上げていかなければいけないのではないかと、実は上げていく方向に持っていくべきだというふうに思ふわけです。

確かに、施設として、困っておられる方があ

るのだから、そういうところでしばらくは受けなければいけないのだというお話はそうかもしれないけれども、せめて制度のスタート時点においては、私が余り完全を求め過ぎているのかもしれない、あるいは理念を言い過ぎているのかもしれない、けれども、せめてそういう理念をきっちり掲げた上でやっていくことではないかと思ふ。

○小泉国務大臣 何事も、最初は質より量だと思ふのです。量がある程度充足してくるのを求め、今の時点において介護施設が足りないという面から考えると、それは質を求めるのもいいですけれども、ある程度量が充足してから質を向上させていくという段階も必要ではないかと思ふます。

○山本(孝)委員 きょうは質問取りでいろいろお話ししているの、聞いておられればもういいと思ふますけれども、そうすれば、養護老人ホームは給付の対象にならないのです。従来から措置制度の中でやってきています特別養護老人ホームは今度対象になりますけれども、養護老人ホームは介護保険の対象にならないのです。有料老人ホームは介護保険の対象になるのです。何で養護老人ホームはこの介護保険の対象にならないのですか。

○羽田田政府委員 今お話し、有料老人ホームと養護老人ホームの違いということでございますけれども……(山本(孝)委員)違いとは言っていないと……養護老人ホームだけでよろしいですか。

養護老人ホームでございますけれども、御案内のとおり、養護老人ホームの対象というのは、本来、要介護ということではなくて、身体上、精神上あるいは環境上の理由と、あわせて経済的な理由で住むところが得がない、居宅での生活がしたいということでお入りになっている施設でございます。

したがって、そういう意味からいえば、むしろ、そういう経済的な理由というふうなことの

かぶさった方に対して住宅、つまり住むところをどう確保していくかというところに主眼がございまして、そういう意味での施設としていえば、経済的な理由によるということで措置の世界に残しまして、今の介護保険の体系には入れないという仕切りを一応いたしました。

しかし、養護老人ホームといえながら、やはり介護を要する方が入っておられるという実態がございまして、そこはただ建前だけでは確かにぐあい悪いということ、実態上そういう養護老人ホームが介護型のいわば特別養護老人ホーム化している、そういうことにつきましては、転換という形で基本的に対応していく。その際に、全部が転換しがい場合には、併設あるいは小型のものを認めていくというふうな形で柔軟に、そういう実態に合わせて対応していくという形でこの問題に対処していこうということにいたしましたわけでございます。

○山本(孝)委員 今御説明にありましたように、養護老人ホームの中にも要介護あるいは要支援の高齢者がおられる、しかも、そのところは措置制度でそのまま残してやっていくのだ。今の公的介護保険制度を導入するに当たって、何回も申し上げましたが、皆さんは、措置制度というのは悪いのだ、措置制度を変えていくのだとおっしゃりながら、同じように処遇されている高齢者がおられる養護老人ホームは介護保険の対象にしないでそのまま措置制度で残していくというところがやはり私は理解ができません。

○羽田田政府委員 今回、特別養護老人ホームを初めとする要介護老人に対します諸サービスを、措置の体系からいわば契約の体系、保険の体系に移したということにつきましては、要介護というものがいわば普遍化して、例外的に非常に経済的に困っている方に対する措置をするというふうな、そういう限定されたサービスというよりも、先ほど来、普遍化の御議論がございまして、だれしものいわばリスクという形になって

きたというものの背景の中で実は今回の提案を申し上げているわけでございます。

したがって、過去において特別養護老人ホームが措置をずっとやってきたこと、それはそれなりに、歴史的にはそういう意義があったと思ふます。そういう意味合いにおきまして、養護老人ホームは、今、その施設の性格、施設にお入りいただく、まさにそういう施設のサービスをすること自体が、経済的にそういうことができない人という形で、居宅での生活が困難な人というの大きな要件としてびしっとかぶった施設でございまして、そういう意味合いにおきましては、特別養護老人ホームとは趣を異にするということ、このようにしているわけでございます。

○山本(孝)委員 私は、今の説明もやはり聞いてわかりません。であれば、養護老人ホームの中におられる要介護老人あるいは介護保険の対象になるようなお年寄りはどうすればいいのですか。

○羽田田政府委員 今申し上げましたように、基本的には、そういう要介護状態の老人の方々に、今度の特別養護老人ホーム、老人保健の体系による施設にお入りいただくという形で対応ができますし、それから、先に申し上げましたように、施設がそういうふうな要介護老人のための施設化しているところにつきましては、転換という形で施設そのものを転換をしていく、それも併設のような形でやっていくというふうな対応によって基本的にはできると思ふますし、それから、それは申しまして、養護老人ホームに経済的な理由で入られた方についても、体が弱いというふうなことで手のかかるというふうなことに、つきましては、養護老人ホームの体系の中でもそれなりの加算等の対応を現在もいたしておるところでございます。

○山本(孝)委員 時間があつたらもう一遍ゆっくりやりたいと思ふます。

私は、今回の介護保険制度が導入されることによって、午前中も言いましたけれども、医療が福祉の分野になだれ込んでくるというふうに思いま

す。私は、基本的には、高齢者介護というものは福祉というものが中心になって担っていくべきだと思っているのです。

競争の原理をこの福祉施設間に持ち込んできて質を向上させるとおっしゃってられますけれども、資金力の豊富な医療というものが老健施設や療養型病床群という形で今回どんどん入ってきますと、そこにいわば医療と福祉の間の競争が始まる。片一方にはかなりの財政力があるわけですね。そういう意味でいくと、アメニティーだとかサービス水準というところで、医療がバックについている介護保険対象施設の方が多分いいサービスが提供されるということになって、福祉の部分がかなり苦しい立場に追いやられていくのじゃないか。なかなか理解していただけないかと思えますけれども、私、いわば旅館というものがホテルに駆逐されたと同じような状況がこの高齢者介護の施設の中において起こるのじゃないかという心配をしています。

本日は、被保険者側がサービスを選択できる、選び取れるはずなんですけれども、今、サービス供給側による要介護老人、要介護者の選別が静かに進んでいることは事実。参議院の地方行政委員会が青柳老人福祉計画課長さんが、質問に対して、「処遇が困難なケースほどこちらかといえれば避けたい」という施設側の意向が微妙に影響する場合がありますというふうにご答弁されていますけれども、実際、施設というものはそうなんです。全部が要介護老人になってしまったのじゃ困る、軽度の人もいなければいけないというふうに思うわけですね。老健施設においても、軽度な人はどう実ばもうかるのです。

そういう意味において、必ずサービス供給側による要介護者の選別というものがこれからもさらに進むのじゃないか、ある意味において、医療が供給する介護サービスというものが医療側の思いによってどんどん広まっていくのじゃないだろうか、そういうふうな思いをしているのですけれども、そんなことはないですね。サービス供給

側による逆選択はないというふうに理解していいですね。

○江利川政府委員 医療と福祉というのがいかにも対立概念のようなお話をされますが、医療というものはいろいろなサービスの中身の総称でありまして、福祉というものは、ここで言っている福祉という意味は、いわゆる昔からの福祉施設策というふうな意味でおっしゃっているのではないかと思います。そう、この介護保険制度になりましたときは、そういう従来の医療であるとか福祉であるという仕分けではなくて、ホームヘルプサービスとか訪問看護とか、そういう具体的な個々のサービスの中身、そういうさまざまなサービスをこの保険給付の対象にしていこうということであって、何か医療と福祉の競争みたいなのが介護の場で行われるというのではないのだと思うのです。

そして、このサービスの選択は、どういうサービスを受けるかというのには御本人が選択していくわけでありまして、その選択に当たって、御本人だけの判断では難しいときは介護支援専門員がアドバイスをして、そして最終的には本人が、本人の希望を入れて選択していくということですから、いわゆる供給側からの争いということではなくて、受ける側が自分に適したサービスを選択していきまします。そういう意味で、医療が福祉を駆逐するみたいな、そういうふうなことは起こらないものというふうに考えております。

○山本(孝)委員 江利川さんも現場をよく御存じの上でそうおっしゃっている。私も、いろいろな老健施設だとか病院だとか老人福祉施設を回ると、こんなにサービスの水準に違いがあるのかなと。やはり財政力のあるところで、これは大臣なりに言えば、いいサービスが受けられるのだったらいじやないかとおっしゃる。確かにそうだとおっしゃる。やはりここの施設に行きたい、僻地に設置された特養に行くよりは、自分の身近なところにある老健施設に入りたいなと思うのですよ。思うときに、それじゃ今まで一生懸命に福祉を担ってきた方たちのサービス水準

というのはどうなるのだというあたりがやはり不安です。実のところ、こう言くと、おまえは医療に対して偏見を持ち過ぎているといつて怒られるかもしれないけれども、医療の経営者の経営マインドというのはなるほどすばらしいものでありまして、私はそれをそのまま認めるわけにはいかないというふうに申し上げているわけであります。

質問時間が終わりますので、若干の私なりの御要望というが、ぜひ検討していただきたいと思っておりますけれども、私の福祉マインドからいきますと、要介護認定なりケアプランの作成というのはいざ医療側ではなくて福祉側が中心になって担っていただきたい。生活を一番見ている福祉が中心になるべきであるというふうに思っています。

サービスの質の評価をぜひ第三者機関で行う仕組みをつくっていただきたい。お年寄り、高齢者の場合はその特性からして社会的な経験とか知識がやはり乏しい部分がありますので、その方たちの側に立ってくれる人とか機関というのをぜひつくっていただきたい。

選択の前提となるサービスに関する正しい情報をしっかりと提供する仕組みをつくっていただきたい。正しい情報がないと選択というものもあり得ないのじゃないかと思えます。

養護老人ホームも対象にされたいのじゃないかと思えます。

この間、石毛さんがおっしゃっている、配食サービスという食事というものをひとつ重要視して、給食サービス、配食サービスもぜひ給付対象の中に入れるべきである。私は、衣食住という中において住も今度は見ていくわけですから、ぜひ食という部分も重要視していただきたいと思えます。

我々、実態調査をさせていただいて、現場の担当者の率直な御意見を寄せていただきました。介護保険の現場に立つであろう地方自治体の職員の方々は、国民は九五％はこの制度の内容を理解

しておりません。今の時点ですから、これから三年間、一生懸命理解させるように努力するのだとおっしゃるのでしょうけれども、今の時点ですらほとんどの国民が理解していないという部分はやはり問題があるなと思っております。

それで、医療法の改正についても、きょう午前中、何人かの方が急に医療法に関しての質問をされ始めましたけれども、インフォームド・コンセントの問題であるとか地域医療支援病院の問題であるとかというのは医療の供給というものの対して大きな変化を及ぼしますので、ぜひこの部分の審議も十分にやらせていただくお時間を委員長にも御配慮いただきたいということを最後にお願い申し上げます。

○町村委員長 大口善徳君。

○大口委員 新進党の大口でございます。

きょうは、この介護保険法、まだまだ審議が不十分であると思えます。地方公聴会に行きまして、地方の現場の声というものは相当いろいろとこれに対してはあるというものを体験いたしました。そういう点でもっとも現場の声を聞いていかなければいけないと痛感しております。

今回、三月十八日に、財政構造改革会議におきまして財政構造改革五原則というものが出されたわけでございます。その中で、さきの委員もお話がありましたが、一定の収入、所得を持つている人について給付を受けられない可能性もあるということを大臣も示唆されております。

そういう中で、今、医療保険制度の改革法案あるいは児童福祉法の改正法案、また介護保険法案におきまして、応能主義から応益主義という方向に流れているのじゃないか。これの一番の問題は、低所得者の方々の負担が大きくなって、そして中高が軽くなる、こういう現象があるわけでございます。

例えば特別養護老人ホームにつきましても見ましても、新潟県の地方公聴会で石田さんという新潟県老人福祉施設協議会の副会長さんは、一万円以

下が五二・九％、二万円から三万円が二一・四％、七四・三％の人が三万円以下の負担であるところ、今度は、平均四・七万円というよりな形で特別養護老人ホームの利用料が上がるわけですね。こういうことを一つとってみても、公益主義についての低所得者に対するしわ寄せ、こういうことにつきまして大臣にお考えを聞きたいと思っています。

○小泉国務大臣 制度が変わりますと、高額所得者のみならず低額所得者についても、負担がふえる場合があると思います。それは、社会保障全体のこれからの見直しの中で、給付だけでなく税の面でも言えると思います。その点、税の把握の問題もあります。

私は、給付だけ、税だけということじゃなくて、これからは税負担の面も考えながら、年金、医療、介護、全体的な見直しの中でその議論は当然出てくるし、検討していかねばならない問題ではないかと思っております。

○大口委員 また、この財政構造改革五原則の中で、社会保障制度との関係といえますか、これが議論になっておりますが、聖域なし、こういうことであるわけですか。

そういう中で、これは前の委員との関連もあってお伺いするわけでございますけれども、羽田田局長も、今回の介護法についての整備について四〇％である、それを平成十二年から十年かけて八〇％ぐらいにしていきたい、こういうふうにおっしゃっておられるわけでございます。その場合に、これはこの法案の百六条で国が基本方針を出して、そして百七条、百八条で市町村の介護保険事業計画あるいは都道府県の介護保険事業計画、そういう中で五年ごとに整備をしていく、こういう計画をつくるわけでございます。

この国の基本方針と都道府県、市町村の事業計画、こういうこと、財政構造改革五原則の四項の「歳出を伴う新たな長期計画は作成しない。」こういうこととの関係についてお伺いしたいと思います。

○羽田田政府委員 今回の介護保険のお願いをしております法案の中には、新ゴールドプランに引き継ぎまして、各地方自治体におきまして介護基盤の整備のために介護保険事業計画をつくっていただく必要を整備をしていくという方針が法律自体として入っております。

今回の構造改革会議の基本方針なり「考え方」という中におきまして、こういった介護保険そのものにつきましては今回ぜひ成立をお願いするということは明記してありますように、介護保険をつくることによりまして、もちろんこれからの高齢社会におきまして介護需要というものは出てまいりますから、それをいかに財政的な面からいっても効率的に対応していくかという視点は既にこの介護保険法案の中に入っておりますので、そういう意味において、むしろ、介護保険は今回通していただくのだということが明記してありますので、そういう意味におきまして、介護保険事業計画というものは今回の「基本的考え方」におきまして、事業計画そのものがつくられなくなるというようなことではないかというふうに思っております。

私も、私どもとしても、そういった介護保険をつくるに当たりまして、保険と同時にそういったサービス基盤の整備というのは大変なことだと思っております。引き続きやっていくという姿勢でやってまいらなければならないと思っております。

ただ、今申し上げましたように介護保険自体がそういう意味でのいわば全体の合理的、効率的な社会保障のあり方を追求する一環にもなっておりますけれども、さらに、今回の財政構造改革会議の基本方針等を受けて、私どもとしても、今まで以上に、さらにそういった意味での効率的にやれる要素はないかという点については、新ゴールドプランあるいは今回の介護保険の事業計画を通じまして、そういった点でのさらなる検討というものは当然必要となってくると思っております。そういう意味での幅広い検討は引き続きやりますというふうに思っております。

○大口委員 我々としては、本当に果たしてこのサービス水準が充足できるのかということ、非常に心配しておるわけで、そういう点で、新ゴールドプランに加えてスーパーゴールドプランも策定すべきだ、こういうことであるわけでございます。今の局長の話ですと、この介護法案の中に組み込まれた事業計画については、この第四項の「歳出を伴う新たな長期計画は作成しない。」これに当たらないということになります。そのことについて、大臣にもう一度確認をさせていただきま。

○小泉国務大臣 介護保険制度導入に際して、今までのゴールドプランの計画を着実に推進していかねばならない。そして、この財政構造改革にしても、介護保険法案、医療保険制度改革法案、これの成立を前提にして五原則をどう生かしていくかという視点でとらえておられますので、そのような手順で、私も、そういう切り込み方があるか、省内で最大限検討して努力をしていきたいと思っております。

○大口委員 次に、今回の要介護認定の規定を見させていただきましたが、この要介護認定に関する規定は、省令に委任されていることが多くて、具体的にはどうなんだというところは非常にわかりにくい条文なんです。ほとんどあとは、法案をつくらせてその仕組みについては省令で厚生省がつくってしまえばいいというふうな、そういう姿勢がここにはあるのじゃないか、あるいは、むしろ実態というものは余り把握されていないので、そのためにきちっとしたものが出せない、ですから省令に委任しているのじゃないか、こういう感じがいたします。

今回、介護認定基準につきましては、大綱におきまして「公平かつ客観的な基準」、こういうことになっておるわけでありまして、そこで、厚生省の資料等を見させていたしまして、例えば要介護分類ごとの高齢者の状態像、こういうものを見させていただいておりますが、非常にあいまいな点がある。

これは岡山の公働会で常久さんという方もおっしゃっておりますが、例えば、この項目の中に、高齢者の状態像という中に、寝返りを打つか否かというところで分けていくわけですけれども、移動といいますが、そういう要素がここにはない。

あるいは、私もこの要介護度ⅠからⅥというものを見させていたしましたが、その対応の金額がありまして、例えば、その中の要介護度Ⅳが二十一万から二十七万、こうなっているわけでありまして、これは在宅サービスの単価です。それがⅥの場合は二十三万から二十九万円ということ、重度の要介護度Ⅳで二十一から二十七、Ⅴで二十三から二十九、そうしますと、ⅣとⅤが金額によって重なるのです。

あるいは、これは札幌公働会で市村さんという看護協会の研修運営係長さんもおっしゃっておりますが、この六段階に分けているわけですけれども、これにケースを適用していくのは非常に難しいということもおっしゃっています。

実際、これを見ましても、例えば「概ね」とか「なんと」とか「一部」とか、非常にあいまいな用語が使われている。私も驚いたわけですね。こういう制度において、「概ね」とか「なんと」とか「いまいまい」があるわけですから、これでもって本当に「公平かつ客観的な基準」と言えるのかな、こう思ったりしておるわけでございます。そういう点で、この六ランクについてはいろいろと問題がある。

また、痴呆と障害だけのと一緒になつておりますけれども、痴呆は痴呆でも一つ分類を考えるべきじゃないか、こういう議論もございします。

こういうことにつきまして、この要介護認定区分の六ランク、これを七ランク、八ランクにしていくということも厚生省は考えているのか。使いやすいランク分けということからいいますと、むしろ、いかなるサービスを提供するのかという視点で区分けをした方がいいのではないかと、こういう意見もございします。この点について御意見をい

点がある。

点がある。

ただきたいと思ひます。

○江利川政府委員 要介護認定に当たりまして、どういふ区分で要介護者を分けていくかというところでありますが、これは、私どもとしては、サービスの提供量というのでしょうか、それが大体同じようなランクになるような人とどうグループ分けできるか、そういう考え方で考えているわけでございます。

要介護の区分の六段階という考え方、その一つのモデルとすると、要介護認定をするための調査項目というのがありますが、そういうものをもとに現在六十カ所でモデル事業をやっております。二十日までには国に返事をしようというところでお願いしているものでございますが、十九日の段階で三県から報告がありました。まだ少し県議会等がありましておくれるというような報告が来ておりますが、その調査結果の中で、例えばこういう判定がしやすいとかしにくいとか、このVランクとV+ランクが分けやすいとか分けにくいとか、今のグループとそれを判断するアセスメントの指標、そういうものが使いやすいかどうか、こういうことを今モデル事業で検証しておりますので、この結果を踏まえて評価をして、改善が必要などところは改善をしてまいり、そういうふうにしてまいりたいと思っております。

○大口委員 調査項目ということがそういう点では非常に大事になってくるわけでありまして、

ただ、この調査項目につきましても、札幌市の公聴会でいろいろ御意見がございました。札幌市の医師会の理事であります赤倉さんは、痴呆の判定はマークシート方式では対応不可能である、痴呆を同一のアセスメント票で判定することは困難である、こういうことをおっしゃっております。それから、これは七十一項目であるわけですが、MDSは三百五十項目である。あるいは、北海道看護協会研修運営係長の市村さんも、七十一項目では少ないと思う、MDSは三百五十項目ある、厚生省は七十一項目に絞り込んでいるけれども、こ

れは調査項目が余り整理されていない、こういうことをおっしゃっているわけでありまして、

そういう点で、これは悩ましいところがあるのです。調査項目を多くしますと、それだけ時間がかかる。しかしながら、何のために調査をするのかといふと、要介護者あるいはそのおそれのある人についての確にその状況を把握するということであるわけですから、この調査項目につきましても要検討事項である、こう思うわけですが、いかがでしょうか。

○江利川政府委員 七十一の調査項目でございますが、これは前年度の研究で介護の種類というものを細かく三百ぐらいに分けて、その三百ぐらいに分けた介護の種類と介護を受けている人の状態との関連というものを分析してきて、そういう中で、このぐらいの介護の量である、そういう介護の量とこのグループとを分けていくのを判断する上で、三百全部というのではなくて、その判断に影響を与える項目を精査していく、そういうプロセスを経て七十一項目というふうになったわけでございます。

そういう意味では、この項目はそれなりにいわゆる専門家の研究、分析を経てつくられたものでありますが、現実には当てはめてみますと、公聴会でも先生お話しのようなお話がありましたし、恐らく、これから上がってくる報告でもいろいろ意見が出てくると思ひます。そういう意見を踏まえて、できる改善は対応してまいりたいというふうに思っております。

○大口委員 今回の要介護度の認定といふものは、心身の状況のみを参考にします。ですから、心身の状況が同じであれば、家族の介護力あるいは所得の格差とかそういうものは全く考慮されません。とにかく心身の状況によって要介護度が1から5までになる、こういうことであります。

そうしますと、これは、実際にそういう格差があった場合、低所得者あるいは家族介護力に乏しい人とそうでない人とが同等に扱われることになるのです。そうした場合に、今までは低所得者

あるいは家族介護力の乏しい人がある意味ではその実態あるいは実質的公平ということからサービスを受けていたものが、今度はそれが心身の状況というところで、新たなサービスを受ける方々が入ってくることによって、そのサービスが十分に行き渡っていかねば別ですが、要求すれば必ず希望どおり満願返ってくれば別ですが、そうでないというところが今までの審議で明らかであるわけですが、そうやってきた場合に、こういう低所得者あるいは家族介護力の乏しい人に非常に過酷な結果になるのではないかとこのことを危惧しておるのですが、いかがでございますでしょうか。

○江利川政府委員 要介護度の認定はその人の状態を判断するものですから、所得が多いから少ないからということと関係なく判断されるものでございます。

要介護状態にある人には介護サービスが的確に提供されることが必要でございます。そういう意味で、先ほど来いろいろ先生方から御指摘を受けておりますが、サービス基盤の整備充実ということが大変大事なわけでありまして、民間事業者の活用等も含めて、総合的にそういう基盤整備を進めていくということが必要になってくるわけでございます。そういうことによりまして、介護サービスの確に受けられるようにしていくということが原則でございます。

ただし、そのサービス基盤が地域によって必ずしもしるべき水準に達していないというケースもあり得るわけでございます。そういう場合には、いわゆる経過措置の中でその目標に向けて段階的に達成していくという形でサービス給付が行われるわけでありまして、そういうような形で、いわゆるサービスの程度を少し薄めて必要な人にサービス提供がいくようにするというような形でやっておりますので、何か低所得者がしわ寄せを受けて低所得者が受けられないとか、そういうようなことのないような運用ができるのではないかとこのように思っております。

○大口委員 しかしながら、薄まるわけですか

ら、当然、しわ寄せが来るということであると思ひます。

次に、要介護認定のプロセスについてお伺いしたいと思います。

私も条文を読ませていただきました。条文を読む限りは、認定のプロセスとしては、まず申請があつて、それで市町村が調査をする。市町村の職員あるいは、後に挙げますけれども、介護支援専門員に委託してもいいということになっております。また、かかりつけのお医者さんの意見も添えて、これが認定審査会上がってくる。認定審査会において要介護度の区分というものを認定して、そしてその認定に基づいて、利用者が希望すればケアプランを作成機関に依頼をする。そしてまた、そこでアセスメント、調査が行われる。こういう流れになっておるわけです。この流れの中では、調査のためのアセスメント、要するに認定審査会に行く前のアセスメントとケアプランを作成するためのアセスメント、こういう形で二重のアセスメント、こういう形になるわけでございます。

こういうことについて、現場の声として、札幌の公聴会でもそういうお話がありました。むしろ、申請があつた場合に、ケアプラン調査機関が認定審査会の資料としての調査とケアプランの作成に必要な調査を同時に行う、そして、ケアプラン自体もつけて、この人にはこういうケアが必要であるというケアプラン案という形でつくって、それを認定審査会において承認する、それによって認定してサービスを受ける、こういう流れにした方が効率的ではないか、こういうお話がございました。

これは現場の声として非常に重要に受けとめていかなければいけないと思ひます。ですから、この法案において後者のようなタイプは認められるのかどうか、これを確認したいと思ひます。

○江利川政府委員 一つのアセスメントで要否判定をし、またそれを使ってケアプランをつくる

いうことでございますが、それは可能でござい

○大口委員 では、確認しますと、その調査員が、またはケアプランの機関のケアマネジャーであるその人が介護認定の申請のための調査またはケアプランのアセスメント両方できる、そしてケアプランの案も出すというふうなことも可能ですが、もう一度伺いします。

○江利川政府委員 ケアプランをつくるときは介護支援専門員が本人の意向等を聞きながらサービス提供事業者と調整をしながらつくるわけでございますので、調査に行き、アセスメントをし、それからケアプラン作成にそれをまた使っていくというその人がそういう介護支援専門員であれば可能だということになります。

○大口委員 では、申請を希望する人が介護支援専門員の人に相談をしてやれば、こういう第二の類型ということもある、この法案上可能であるということでございますね。実態としては後者の方がむしろ多くなるのではないかと。むしろ、ケアマネジャーが積極的に相談に乗ってあげて、申請もし、そしてまたケアプランもつくってあげてやった方が介護認定審査会自体の中身も充実したものになるのではないかと。逆に、第一類型の方ですと介護認定審査会自体の審査というものが非常に形骸化したものになるのではないかと。思うのです、いかがでしょうか。

○江利川政府委員 介護の要否とか介護の程度を判定する最初のアセスメントの方でございますが、やはりそれは、基本的には、そういう目的に照らして、かつ申請が出てくるわけですから、できるだけ迅速にやる必要があるということでございます。そういう観点から、私も一つ一つのモデルとして七十一項目のものをつくったわけであり

ます。先ほど御指摘のありましたアメリカのMDSとい

かいものが必要になってくるのだらうというふう

に思うわけでございます。ですから、先生がおっしゃられた方法も当然あるわけですが、全体の事務の効率化、迅速化という面を考えたときに、常にケアプラン作成用のアセスメントをもってやるのが適当なのかどうかというものはあり得ると思います。

そういう意味で、この法律上は、要否認定用のアセスメントは、できるだけ正確、客観的かつ迅速にという要素、ケアプランの方は、まさにケアプランをつくるために必要なアセスメントというふうに書き分けているわけでございます。どちらが主流になるかということは、ちょっとまだ今の時点で私は予想ができません。

○大口委員 ただ、全体の迅速性ということから考えますと第二類型の方が早いのではないかと、要するにアセスメントが重複しませんので、そう思うわけでは

ない。だから、そういうことも可能性があるというように法律の案でない、この法律だけ見てみますと第二類型の方が全然見えてこない。そういう点では、この法案のつくり方そのものがちょっと何かを隠しているのではないかと、そういうように思われても仕方がないのではないかと、こう思っているわけでは

ありません。そういう中で、例えばサービス供給機関がケア機関としてケアマネジャー、介護支援専門員というのを抱えまして、そのサービス供給機関あるいはサービス供給機関を母体とする例えば在宅介護支援センターとか、そういうところの専門員が各戸を戸別訪問いたして、そして代行申請をしてあげようというところで代行申請をする。そして、代行申請をして訪問調査、これもお役所と話を付けて、私の方で訪問調査もやりましよう。そして、認定をして、ケアプランも作成して、サービス供給もましよう。こうなってきたと、サービス供給主体は公的ではなくて民間もあるわけでは

ない。株式会社もある。もちろん、営利目的の株式会社も入ってくるわけでは

ない。そういう形で、要するに、開拓からサービス供給まで一貫してやるということについて、逆にこれが例えば選り込みになってくるのではないかと、あるいは逆選択、要するに採算の合う人だけどんどんつまみ食いしていくのではないかと、こういう危険があるわけでは

ない。そこで、こういうようなことについてどう考えているのか。あと、訪問調査と申請代行、申請の代行というのは利用者側の立場、そして訪問調査というのはどちらかというと認定側の立場、これはお互いに相反する場合があるわけでは

ない。こういうことが許されるのか、こんな点について伺いたいと思います。

○江利川政府委員 申請は要介護者がやりますので、その人がどなたかに頼むという、頼む人を選ぶのは申請者の自由ということになります。それから、そういう申請がありましたときに、市町村は職員を派遣してアセスメントをするわけであり

ます。それは、先生おっしゃいましたように、委託をすることができると。この委託をするのは市町村の判断でございますから、その申請した人に必ず委託されるということではないと思うのです。やはり、市町村の職員で行けるときには市町村の職員が行くでしょうし、あるいは、ほかの人に頼むことが適当なときは、いろいろな実績を踏まえて、しかるべき判断をされていくのではないかと。そういうふうに思うわけでは

ない。また、申請がアセスメントをして上がってきたものは介護認定審査会にかけられるわけで、ここは専門家がグループでその資料を見て判断していくわけであり

ます。ここは、アセスメントを委託を受けてやる人とは全く違った人が客観的にやるわけでは

ない。そういうようなことで、客観的、中立なところで一応チェックが入っていくということでは

ない。それからまた、そういう申請を代行したり、調査を委託を受けて行うような人につきましては、その業務の遂行が中立公平でなければいけません。

○大口委員 そうい意味で、そういう中立公平が確保されるような運営について何かしかるべき運営の基準等をつくって、先生が御懸念されるような事態にならないような工夫を考えていきたいと思

います。○大口委員 そうしますと、調査員を頼む、だれを調査員にするかということとは市町村で決めることだということなわけでは

ない。申請代行をしたケアマネジャーが訪問調査もやる、こういうことが許されるのか、これは禁止はしないわけでは

ない。○江利川政府委員 法律上、それは禁止されてはおりません。○大口委員 私の危惧についてはやはりきちっと対応していただかなければ、それこそ利用者の皆さんに非常に、これは逆選択でありますとかあるいは困り込みという形になるのではないかと、こう思っております。

○小泉国務大臣 民間、自治体、それぞれ協力していかねない点、恐らく要介護認定等ではかなり難しい点、あいまいな点も出てくると思いますけれども、それは何らか実施しているうちに、かなり施設も整備してくるでしょうし、人材の方も充実してくるでしょう。決められたとおり全部いかとうと、そこまではなかなかあいまいな点もあると思いますが、お互い協力関係を維持していくということが私は大事ではないかなと思っています。

○大口委員 ただ、協力関係もいいのですが、癒着となつて本来の目的を逸脱することのないように、これは厳に考えていかねないかなと思います。

そういうことで、利用者がそういう点ではサービス提供機関の情報というものをしっかりと受けやすいように、情報公開といいますか、あるいはしっかりとデータベースというのを用意して、いつでもアクセスしてそのサービス機関についての情報が入るように、こういう整備を積極的に行っていくかなと思います。こう私は思っております。情報が入るように、サービス提供機関等に対する情報が入るようになって利用者が被害をこうむる。こういうことがあってはいけません。この点、いかがでしょうか。

○江利川政府委員 御指摘のとおりだと思います。利用者が適切な選択ができるためには、どういうサービスが行われているか、的確な情報が利用者には届いていく必要がございます。そういう意味で、サービス提供事業者みずからがその事業内容等を公開していくことは当然でございます。また、サービス事業者を指定します都道府県におきまして、そういうようなところを取り組んでいただく、あるいは、保険者としてこの事業の実施の責任者でもあります市町村においても同じような工夫をしていただく、それからまた、要介護者といういろいろな意味で接触することの多いケア

ラン策定機関、介護支援専門員、そういう方々のところにも公平な情報が届くようにして、そういうところを通じて要介護者に適切な情報が届くようにしていくべきであると思います。

データベースのお話もありましたが、市町村によつてさまざまな取り組みがございます。そういう中で、そういうものも生かせる自治体も多数あるかと思いますが、そういう形も含めまして十分な情報の提供が行われますよう、実施に当たりましていろいろな形で自治体と相談していきたいと思ひます。

○大口委員 この法案の二十七条の十四で、「処分は、当該申請のあった日から三十日以内にしなければならない」というふうになっているわけですが、それについては、できない場合について規定もございしますが、一カ月以内にやろう、こういうことなんですけれども、岡山の公聴会の常久さんが、実際に対象者を知っている私たちが要介護認定をしていても判断が難しい部分もあり、かなりの時間を必要としました。一斉に申請書が出されて市町村の審査機関が審査する場合、何カ月もかかって援助がとれるのか、逆に機械的な書類審査で実態にそぐわない判定がなされることも心配です。こういう危惧がございます。

この点について、果たして三十日というのはどういうところから出てきたのかということも含めて、そういうことが可能であるかということを知りたいのです。

○江利川政府委員 要介護認定申請があり、市町村の職員がそこを訪問してアセスメントをする。それから、かかりつけ医師から意見書をいただく。一般的なケースとしては、月に一定の間隔で開かれます審査会におきまして、それをもとに判断していく。そういう流れを考えまして、基本的に三十日以内には処理が可能というふうになっているところでございます。

公聴会で出ました御意見の背景には、現在のアセスメント票で混乱が生ずる、あるいは十分な判断ができない部分があるのではないかと、このこと

もあろうかと思ひます。先ほど申し上げましたように、モデル事業の各実施主体から寄せられます意見、そういうものを踏まえて必要な修正をするというのが確に迅速に行われるように改善をしてまいりたいというふうに思っております。

また、公聴会で出ました御意見の、一度に多数の申請があった場合は大変ではないかといひますのは、多分、法施行時のことを想定してではないかと思ひますが、法施行時におきまして大量の要介護認定申請が出てくるということには当然見込まれるわけであり、現に介護施設に入っているとか、現に介護の在宅サービスを受けているとか、そういうような人につきましても、あらかじめ手続的な審査というので行うか、そういうのをやって、施行時に事務が円滑に行われるような、そういう工夫はしてまいりたいというふうに思っております。

それから、要介護認定が遅くなるとそれまでサービスが受けられなくなるのではないかと、懸念が表明されるわけ、一般的にいろいろな方から言われるわけであり、この法律におきましては、審査会で事実上要介護認定が行われていないけれども、要介護認定が最終的に行われ、その認定の効果というものは申請日にさかのぼるといふことになっておるわけでございます。申請をしますと、介護支援専門員のアドバイス、そういうものを踏まえて、必要であれば介護サービスを受けていく。それで、認定の効果は申請日にさかのぼりますから、介護保険の給付対象になるわけでございます。

例えば申請をどうしようと思ったときに、たまたま何らかの事情でなかなか申請ができなかった、そういうことは本日に数日ぐらゐの問題だとは思ひますが、そういう場合には、申請前であつても真にやむを得ないような場合であれば介護給付の対象にする、特別居住介護サービスとかそういうような形で対象にすることになっておりますので、手続で仮に何らかの形で要介護認定までに申請から時間がかかったとしても、その

人に必要なサービスは提供できるような運用が可能になる形になっております。

○大口委員 ただ、要介護状態というのはいかにきやいけないうので、先ほどの説明だと施行時だけ大変だけれどもという話ですけれども、これは継続していく話ですので、また人も変わっていく話ですので、説得力はない、こう思っております。

それから、今回、要介護認定に係る人員、介護支援専門員あるいは訪問調査員それから介護認定審査会の委員の方々、こういう方々がどれだけの数必要なのか。これは要介護認定の事務経費において非常に影響してくるわけであり、今までの議論の中で、今回の事務経費について、八百億とかあるいは五百億とか、こういう話がありますけれども、これについては入っていないと思ひます。これについてはどういふふうに考えているのか。必要な人員あるいは金額、その見込みを教えてください。

○江利川政府委員 要介護認定に必要な人員数、これを正確に見通すというのは現時点では当然無理なわけでございますが、一定の前提を置いて機械的に計算をしてみる、そういう形で事務費あるいは人というのを考えているわけでございます。十二年度におきまして、実施の初年度でございますが、これにおきまして訪問調査に必要な人員は、私どものそういう前提を置いた試算では約六千人ぐらゐというところでございます。

それから、介護認定審査会の委員の数でございますが、この審査会も三人でやるのか五人でやるのかということでも大分変わってくるわけでございますけれども、五人ぐらゐでやることを前提に考えて二万人ぐらゐかかるのではないかと、いふふうに思っております。

そういうことでございしますが、認定事務に係ります経費は平成十二年度で、平成七年度価格でございますけれども、大体五百億円ぐらゐかかると

いうふうに見込んでおるところでございます。
こういう事務費とかの所要経費がどうなるかというふうなことにしましては、現在、モデル事業等を実施しているわけでございますが、そういう結果を踏まえて、そういう実績を見ながらきちんと計算していく必要があるというふうに思っています。そういう意味で、これで確定的というのではなくて、そういう結果を踏まえてさらに精査をしていく考えでございます。

○大口委員 今の中に介護支援専門員というのは入っております。これについて明らかにしていただきたい。

それから、今回、介護支援専門員という、これは業者が指定を受ける場合にも必須の要件になっておりますし、こういう介護支援専門員については、最終報告の中に、介護支援担当者、医師、歯科医師、薬剤師、保健婦、看護婦、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士等の専門職のうち、一定の実務経験を有し、所要の研修を経た者、こういうことになっておるわけです。この中で社会福祉士、これは社会福祉事業法の中にありますが、社会福祉士、ケースワーカー、こういう人も含まれるのか、これについてお伺いします。

それから、こういう方々についてこれからいかに養成をしていくのか。例えば、こういう資格をどこが付与するのか、あるいはカリキュラムはどうなっているのか、能力のチェックはどうするのか、そういうことについて、いろいろと大事なことでありますので、この基本的な考え方を聞かせていただきたい。

それから、訪問調査の方におきまして、この訪問調査ということで定義が法上なされておられません。そして、この訪問調査員というの、これがかなりのそういう技術、経験というものを要すると思えます。これについての養成をどうしていくのか、こういうことについてもお伺いします。これはみなし公務員にもなっておりますし守秘義務もある、非常に公の資格であると思うので

すね。こういう公の資格について余りまだはつきりとされていない、国家資格になるのかどうなのか、このあたりについてお伺いしたいと思えます。

○江利川政府委員 介護支援専門員、どういう方にそれになっていただくかということにつきまして、現在、専門家にいる委員会をつくっております。そこで検討していただいているところでございます。福祉関係職種あるいは医療関係職種を初め、先生先ほど報告書に書いてある職種の方々を挙げましたけれども、そういうような方々を初めとしまして、あるいはまた介護の現場で一定の実務経験を持っているような人、そういうような人などを対象に、そういう基礎的な知識を持つていかどうか、そういうことをきちんとチェックした上で、さらには、ケアプランに係る作成とかそういう研修を積んで、そういう方に介護支援専門員になってもらうというふうに考えているわけでございますが、現在、その具体的なやり方、中身については専門家による委員会において検討しているところでございますし、最終的にはその結論を踏まえて老人保健福祉審議会において検討されることとなります。

社会福祉士について、今検討の過程にあるわけではございますが、基本的には、その人がいかに高齢者介護の現場経験を持っているのか、そういうようなことなどを踏まえて、最終的にはそういう審議会を経て決まります基準に合致していれば、当然のことながら、介護支援専門員ということで業務に従事することができるようになるわけでありまして、

養成でございますが、今年度、介護支援専門員の指導者というのでしようか、の養成を行っております。これをやっていくわけでございます。こういう人たちが核になりまして、各都道府県におきまして介護支援専門員の研修等を行ってもらうことを考えておりますが、その具体的なやり方等につきましては、先ほど申し上げました委員会におきましてできるだけ早く結論を出してもら

ように検討を急いでいただいているところではあります。今詰めている状況でございます。

○大口委員 専門員は、人数はどれくらいと予定してありますか。

町村に置くべきではないかという御指摘でございますが、市町村が保険者として事業の実施主体でございますので、そういう意味で、その処分の当事者たる市町村に置くのではなくて、もう少し中立的、第三者的立場である都道府県に置くのが適当ではないかということで都道府県に置くことにしたわけでございます。

○江利川政府委員 これも一定の前提を置いた推計でございますが、全国で四万人を超える程度の人が必要になるのではないかとこのように思っております。

ただ、これは一カ所に一つだけという考えではございませんで、公聴会も北海道で行われましたが、大変広いという話がありました。全部札幌市では大変だというような話もたしかあったと思えます。そういう意味で、そういう広いところにおきましては、県の責任でやっていた話ではあります。幾つかの審査会を置いて、広いところには広いところのやり方というのでしようか、そういうようなものを考えて、的確に運営できるようにしたいというふうに考えております。

○大口委員 今、調査員が六千、専門員が四万、それから審査会の委員が二万ということですが、それらを養成するの、その指導者を養成するところから始まりますと三年間ということと養成できるのか、これは極めて重要な役でございます。今、今回の介護認定の処分に対する不服申し立てということで、百八十三条、百八十四条で介護保険審査会が設置される、これは都道府県であつて市町村でないということなんです。が、やはり不服審査につきましても、これは身近なところに置くべきである、こういうふうに思っています。

それから、オンブズマンの関係でございますが、オンブズマン的な業務を国保連がやるということになっていくけれども、身近な市町村において行うべきではないかという御指摘でございます。これも、オンブズマンといいますが、いわゆる行政に対する監査的な立場でありまして、特にこの実施主体が市町村ということでございますので、そういう意味で、実施主体の中に置くということなんだらうか、やはり外に置く話ではないだらうか。そしてまた、サービス事業者につきましては都道府県知事が指定をいたしますので、広域的な事業展開が行われるということになります。と、県単位で物を考えられる国保連、公法人である国保連というのが適格ではないかというふうに考えているところでございます。

それから、サービスの状況についてのいろいろな苦情ですとか、そういうことについて身近なところにはやはり苦情が出るようにしていかないと。そういう制度をきつと、これは利用者の身近なところに置かなければいけないと私は思います。指定業者につきましては、これは指定の取り消しというのがございます。その中で、都道府県がこれを指定するわけでありましても、業者が都道府県に報告をするわけですね。こういう都道府県に対して指定の取り消しを求める申し立て権とかそういうことも認めるべきではないか、そういうことによつて利用者の人権を守っていくか、きやいけないのじゃないか、こう私は思うわけですが、いかがでしょうか。

ただ、これも、県に一つ国保連があつて、そこだけが窓口では事実上なかなか声が届かないというような問題も考えられるわけでございますが、そういう御懸念での御指摘だと思いますけれども、市町村がそれを取り次ぐとか、あるいは別の、例えば介護支援専門員のような方がかわりに

○江利川政府委員 まず、不服審査の関係でございます。不服申し立ての審査機関を都道府県ではなく市

町村に置くべきではないかという御指摘でございますが、市町村が保険者として事業の実施主体でございますので、そういう意味で、その処分の当事者たる市町村に置くのではなくて、もう少し中立的、第三者的立場である都道府県に置くのが適当ではないかということで都道府県に置くことにしたわけでございます。

届けるとか、何かそういうような工夫で地域の声がきちんと届いていく、そういうようなことを心がけたいというふうに思います。

それから、取り消しのお話がございまして、都道府県に対して、あの事業者はおかしいから取り消しをさせるとか、そういうようなことを求めていくようなことというのはどうだろうかという御指摘だったと思います。

サービス業者としての指定を受けた人を取り消すというのは指定要件に合致しなくなったときにやる話でありまして、そういう意味で、それは指定を止めた都道府県の専断的な機能ではないかというふうに思います。

○大口委員 それでは次に、サービスについて若干お伺いしたいと思います。

一つは、ケアプランを作成する自由も作成しない自由もある、こういうことなんです、ケアプランを作成しない場合は現物給付にならない、償還払いになる。ケアプランの提出というのが現物給付の要件である、これはその自由の制約ではないか。

それから、介護認定審査会がサービスの指定をするということ、これもサービスの選択権に反するものではないか。

それから、虚弱高齢者に対して足切りをされるおそれがあるのではないか、これも危惧がされておる。

そしてまた、要介護認定の更新との関係もありますけれども、サービス提供者が努力して要介護の改善が成った場合、それだけ要介護度が、ランクが上がるわけです。その場合に特養から追い出されないか、こういう心配がある。

この点についていかがですか。

○江利川政府委員 ケアプランは、その人に必要な介護サービスを計画的、総合的に受けてもらうために、その人に合った的確なサービスをきちんと受けてもらうために重要なものというふうに認識をしているわけでございまして、御本人みずからケアプランをつくるか、あるいはケアマネ

ジャーのアドバイザーを受けながら、あるいはケアマネジャーに自分の意見を伝えてケアマネジャー自身につくってもらうとか、そういう形でケアプランをつくって、計画的、的確にサービスを受けようというところが基本だというふうに思っております。

ただ、そういうものなしに受けるということになりますと、どういうサービスがどう提供されたかなかなかわかりにくいこともありますので、その場合には償還払いという方法をとっているわけでございます。これは、ケアプランを作成する、しないの自由を制限するというよりは、的確なサービスをきちんと受けてもらうということ、いわゆる審査支払いというのでしようか、そういうふうな面からの実務の関係を総合的に考えまして、こういうやり方が適当ではないかというふうに思っているわけでございます。

それから、介護認定審査会の意見を聞いてサービスを指定することがあるというようにございございますが、これは常に行われるものではなくて、審査会において必要があると認めたときに行われるわけでありまして、これは要介護状態の軽減とか悪化防止のために何か必要な療養を受ける必要があるとか、そういうようなことで行われる。例えば、特にリハビリが要るのではないかと、そういうときに行われるものでありまして、その人に的確なサービスを提供するというもので行われるわけでございます。

それから、要介護認定が行われますと虚弱の人の足切りが行われるのではないかとということでございますが、判定の基準については客観的、公平なものをつくっていくことが必要でありまして、けれども、足切りをするというのではなくて、やはり必要な人にはきちんと対象になるようにしていく。現実にあるかどうかかわかりませんが、もし判定基準に照らして従前受けた人が対象でなくなるということが仮にあるとしたら、それは私どもの立場からいえば、そもそも前に受けたときが

必要だったのだらうかというような問題も含めて考える話ではないかというふうに思います。

それから、特養に入った人が、施設の職員の、あるいはその施設でのサービスを受けて、例えばリハビリ等をやって機能回復をして前よりも要介護度が低くなる、改善するということがある、そういう場合にどうなんだということでございます。

これは、今後の検討課題というか、よく考えなければいけない問題でありまして、確かに、一生懸命リハビリをして要介護度が低くなるというのは、その人にとっても大変幸せなことでありまして、ただ、それによって介護度が低くなるから単純にレベルが下がって給付費が下がりますよというだけでいいのだらうかというふうなこともありますので、一体どういうふうに考えたいか、この部分についてはこれから検討する課題でございます。

○大口委員 御指摘の趣旨も十分頭に入れて検討させてもらいたいというふうに思います。

○大口委員 以上で終わります。

○町村委員長 石毛鏡子君。

○石毛委員 民主党の石毛でございます。

私は、前回に引き続きまして、介護保険に関する市民参加という視点で質問をさせていただきたいと思っております。

前回、私は大臣に措置と契約の違いについて質問させていただきました。大臣のお返事を踏まえまして、私、もう一度考えますに、保険制度という場合には、非常に大きなポイントになる点は、保険者と保険契約者、つまり被保険者と双務的な関係が成立する、そのところが一つ大きな要件であるというふうに考えております。

無論、前回大臣は、措置は公のサービスであり、契約はさまざまな主体が参加するというふうにおっしゃられました。そのことも重要なポイントかと思いますが、ただいま申しましたように、契約といいますが、双務的な関係が成立する、したがって、当然、社会保険であります介護

保険についても、被保険者である市民が契約の当事者としてあらわれるということに大きな意味があると考えております。つまり、一般的な意味での市民参加を超える、市民の制度における権利性の担保がさまざまななされているという特徴がある、この点が契約についての重要なポイントだというふうに私は考えるわけでございまして、再度大臣に、措置と契約についての御認識をお伺いしたいと思っております。

○小泉国務大臣 措置と契約、この明確な区別はどうかと言われても、はっきり言えるかどうかかわかりませんが、私は、保険の方が公費だけの措置よりもサービスの自由な選択の度合いが広がると思います。

あとは、専門的な、哲学的な見解はどうかと言われても、ちょっと私の能力を超える面があるものですが、サービスの選択の度合いは保険の方がはるかに広がる、そして多くの施設においても、公費だけでは足りない、民間の参入が促される、この点では保険の方がその度合いははるかに高いであらうと思っております。

○石毛委員 選択の度合いが広がるといふのは、午前中の山本委員さんとの御議論の中でもポイントになった点でございますし、私も、選択の度合いが広がるという方向性で、ぜひよりよい制度が実現しますようにと期待をするものでございまして、制度の運営主体である市町村が責任をさまざまなに持つのは当然のことでございますけれども、同時に、被保険者もさまざまな意味で制度への参画ができていく、つまり、決定システムへの参画ができていくというところが重要ではないかというふうに考えておりますので、ぜひ、今のようないふ、哲学的ななどというふうにはおっしゃいませんで、極めてプラクティカルな問題だというふうに思っておりますので、そういうレベルでお受けとめいただけたらというふうに御要望をさせていただきます。

契約であるという点に非常にこだわっております。

すのは、私は実は、介護の社会化を進める一万人市民委員会という介護保険に關して大変大きな関心を寄せてまいりました専門家市民グループ、そういう市民団体に所屬をしておりまして、その市民団体でこの介護保険の政府原案に關しまして三つの修正を要望しております。

簡単に紹介させていただきますと、まず第一点は、介護保険運営委員会の設置をお願いしたい。これは、男女同数の被保険者が代表として参加できるような介護保険運営委員会を設置して、そこで、何を情報公開するかというような問題、あるいは介護保険事業計画の策定、あるいはその検討への参画、あるいはオンブズマン機能を確立すること、そういうような機能を含めまして、繰り返しのようになりますが、介護保険運営委員会を設置してほしい。

第二点目は、今大臣が御指摘なされた点とかかわりませうけれども、利用者が自由にサービスを選択できるようなするには、現行法案では、例えば認定審査会が市町村にサービスの適用に關して意見を述べることができるといふようなこと、あるいは市町村はサービスの種類を指定できるといふようなところで、過渡期の政策プロセスの間では仕方ないところかも知れませんが、選択権をいけば制約するようないふことが法文にございますので、この点を何とか考慮していただきたい。

そして第三点目は、私、前回も指摘をさせていただきました点でございますが、私も、加齢事項あるいは特定疾病などという限定を削除していただきたい。

この三点を要望させていただいております。

恐らく、一万人市民委員会の方から厚生省にも要望書の提出がきつとなされていっているといふふうに思いますが、介護保険といふものは、被保険者が参加して制度をつくり上げていく双務的な関係の制度だといふところをぜひ御了解、御認識いただきまして、その方向でいい方向に介護保険の制度化を考慮していただければというふうに考えております。

これは、質問というよりは、前置きが長くなりましたけれども、要望という観点で、大変恐縮でございますが、述べさせていただきます。もう一点、私は、きょうは、ぜひ市町村のエリアあるいは幾つかの市町村にまたがるエリアでNPO的な団体の参加を含む、これは私の表現でございますが、介護情報センター的な組織を設置するといふことをお考えいただけたらいいかと思っておりますが、いかがでしょうかというのを質問させていただきます。

と申しますのは、ずっとこの介護保険の審議に關しまして、大臣あるいは担当者の皆様のお答えの中に、立ち上げていい制度につくっていくという、つまり、プロセスを重視していくというような観点のお話が随分ございました。介護保険は、立ち上がりましてから、恐らくサービスに対する苦情が随分出るでしょう。あるいは、さまざまな事業者が参加してまいりますので、その事業者の間での認識の不一致とか、あるいはサービスの質、量の格差とか、さまざまな問題が出てくると思っておりますので、そうしたことがずっと続いていくのでは保険制度の信頼性というものが危うくなってくるかと思っております。

そこで、保険者であります市町村が、情報の開示ですとか情報の提供、さまざまな場面で責任を持たなければならぬのは当然のことでございますけれども、もう一つつけ加えてぜひ御検討いただきたいのは、介護保険はさまざまな民間が参加をして進める、そういうシステムでございますから、施設ですとかあるいはさまざまな事業者、この場合、介護のNPOそれから高齢者福祉に取り組む市民活動団体、そうした市町村行政以外の営利、非営利の民間活動が参加して構成する介護情報センターあるいは介護サポートセンター、そういう機能を果たしていただくことはできませんでしょうかという質問でございます。

そこに市民からの、あるいは被保険者からのさまざまな質問や意見や苦情や提案やらが寄せられる、あるいは営利、非営利、そして行政も

含んで事業の運営に携わるメンバーからも相談がされたり方向性の検討がされたりという、そうした、問題を共有し合意形成を図り、場合によってはそこでの事業者あるいは被保険者への研修等々もできるような多機能の機能をぜひつくっていただきたい。これは法律にはないことでございますけれども、そういう機能の設定をしていくといふことをお考えいただきたいというふうに思います。

○江利川政府委員 先生が御指摘になりましたような機能といふのでしようか、介護サービスに關する情報が集まってくる、あるいは関係者がいろいろと意見交換をするような場が持てる、そういうようなものは、この介護保険制度が円滑に運営されるために必要なことではないかというふうに思います。

ただ、今、総合的な事業が行われる場所として在宅介護情報センターという構想をお話しになられたわけでございますが、部分的には幾つか行政施策で取り組んでいるものもあるわけであります。例えば在宅介護支援センターとかシルバー11番とか、こういうところでは、いろいろな相談機能といふのでしようか、そういうことはやっています。あるいは接続といふのでしようか、事業者の紹介みたいなことをやつたりしているわけでございますし、研修などにつきましては、例えば社会福祉協議会とか、そういうところでも行われているわけであります。ただ、今行われているからそれで十分だといふことではなくて、そういうものがより強化される、より充実されること、そのことは大変重要なことだといふふうに考えております。

ただ、御構想の在宅介護情報センター、これを公的な施策として支援していくことになるようになりますと、既存の施策との重複といふのでしようか整合性、そういうものについて十分考える必要があるのかな。直ちにばんとそういうものが総合的にできるかどうかということについては、そういう既存の取り組みとの整合性、そういう

うものについて十分検討する必要があるのではないかと思います。

ただ、御指摘の趣旨、そういうものは大変必要なことを一つ一つ指摘されているというふうに受けとめておりまして、そういうような御指摘の趣旨といふものがどういったら生かせるか、そういうことはこれから運用を考えていくに当たりますして十分検討させていただきますというふうに思います。

○石毛委員 ありがとうございます。

在宅介護支援センターは、例えば介護を必要とする者あるいはその関係者と在宅介護支援センター、その組織との関係でございますし、あるいは研修組織は今事業提供に参画している事業者だけが集まる組織で、私も十分に精査しているわけではございませんけれども、恐らく今の組織は非常に限定された方たちにそれぞれが分散している組織だといふふうに了解しております。

私は、繰り返しになりますけれども、サービスを提供する方、運営に携わる方あるいは利用する方それぞれがそれぞれの立場で出合いながら、いい情報を交換し、いい方向性をつくっていく、そういう機能が必要ではないかというふうに申し上げたいわけでございまして、ぜひ審議官おっしゃられました方向を豊かに膨らませていただきたいがらと申し上げるとちょっと言葉が過ぎるかとも思いますが、ぜひ御検討いただきますようお願いをして、次の質問に移らせていただきたいと思います。

もう一つ、きょうぜひお尋ねしたいと思っておりますのは、ホームヘルプサービス、ホームヘルパーのことについてでございます。

言うまでもなく、介護保険制度が安定的に定着するかどうかという非常に大きな、本当に大きなポイントが、このホームヘルプサービスの確保といふことにかかっているというふうに私は認識をしております。

そこで、まず確認させていただきたいのが、介護費用の積算の単価の中で、その計算基礎

が公開されておりますけれども、身体介護中心業務が三千三百十円、家事援助中心業務が千四百十円、一時間当たりの単価がこれで積算されているというふうに聞いておりますけれども、これは介護報酬という意味ではないですね。その点の確認をまずさせていただきますと思います。

○羽田政府委員 ホームヘルパーの単価につきまして、今回の法案を提案申し上げる際に出しました介護費用の推計という中で、先生今御指摘のような推計を行っております。これはもとを申し上げますと、現在の、平成七年度民間に市町村が委託をいたします場合の国庫補助基準単価、これをもとにしまして、それに管理コスト的なものを含めまして一時間当たりを出すという形でやっております。したがって、これはあくまでも今の推計として用いているものでございますが、もちろんかけ離れたものを使っているわけではありませんが、現にそういう補助単価に使っているものを用いているという意味では妥当な単価として推計に用いているものでございます。

ただ、今後これを介護報酬でどのように決めていくかというところにつきましては、推計に用いたサービス単価がそのまゝ自動的に介護報酬になるというものでももちろんございませんで、介護保険導入後の介護報酬につきましては、サービスの内容、利用者の要介護度、事業所の所在地といったようないろいろな要素を勘案いたしまして、平均的な費用を勘案して定めていくということで、今後、これは実態を勘案して関係審議会でも御議論いただいて、その上で決めていくというものでございますから、それが自動的にもう現在これは決まっていますというふうなものではございません。あくまでも介護費用のいわば見当をつけていただきますために出しておるものでございます。

○石毛委員 そうしますと、今のお答えで、介護報酬という受けとめ方をさせていただきますと、介護報酬を構成する、コスト構成といったらよろしいのでしょうか、私の問題意識は、ヘルパー労働

働に対して支払われる労働対価をどれくらい含んでいて、それから、ヘルプ業務を運営するのに必要なコストをどれくらい含んでいるか、さらに、その労働対価のうちには、ヘルパーの業務には仕事につく準備あるいは仕事が終わってからの報告書の作成、それから研修の必要性等々、いわゆる間接労働に対する賃金支払いも当然含むべきだというふうに考えますけれども、介護報酬のコスト構成はおおよそどんなふうにかえられておられるのかという点をお答えいただきたいと思ひます。

○江利川政府委員 介護費用を推計するに当たりましたときは既存の補助単価を念頭に置いて計算したわけでありまして、具体的に介護報酬をどう定めるかということになりますと、これは実態を調べて、いわゆる平均的な介護費用、そういうものを把握してそれに基づいて設定をしていくということになるわけでございます。

そういうことでございますので、今の段階では、おっしゃられますようないわゆるヘルパーの費用と単価というのはまだ定めている段階では全くだいけませんので、その中に労働コスト分がどうであるとか準備分がどうであるとか、まだそこまでの検討には至っておりません。実態を調べた上で、それを踏まえながら検討していくということになります。

○石毛委員 介護保険に関するこれまでの審議の中で、三級ヘルパー、二級ヘルパーあるいは一般ヘルパーの養成を積み重ねながらヘルパーの確保を図っていきたい、おおむねこういう筋道の御答弁を何度かなさっておられると思ひます。

私は、三級ヘルパー、二級ヘルパーの講習を受けた方々が現在どういうふうにか介護労働力として定着しているのかということに大変心配をしております。今、登壇ヘルパーといひますのは、一時間働いたら幾ら、極端に言えばこれ以外に保障がない。在宅サービス総合保険というところに入っている自治体もございましてけれども、非常に厳しいといひましかるやうか危ういといひま

しょうか、そういう条件で働いているヘルパーさんが大変多いというふうに出ております。全部が全部そうというふうに言うつもりはありませんけれども、とりわけ登録ヘルパーさんというような形はそういう形で進行しているのが実態だというふうに出ております。

こういう形が続いていきますと、ヘルプ労働力というものがただ定着していくかというのは大変不安ではないかというふうに出てくるのでございまして、これから貴重な在宅介護を担う基幹労働力になる方々の、少なくとも私はフルタイムではなくてパートタイムの労働自体は肯定するわけですが、パートタイム労働としてもきちっと定着するような労働報酬のあり方というものが実現していかないと、なかなかホームヘルプサービスが広がっていくことにはなりにくいのではないかと、いふふうに思っておりますので、この点に關しまして、簡単に答えをいただきますと、それで私の質問は終わらせていただきます。

○江利川政府委員 先生のお考えになっている問題意識というところは、今のお話で十分承りました。

ただ、この介護報酬がどうなるかという点、現時点では先ほど答弁した域を超えることはできませんで、実態を調べて平均的な費用を勘案して、関係の審議会にかけまして、そこで議論をしていただいで定めていくことになりましますので、そういう手順を踏んでまいります。先生の問題意識というところにつきましては、十分承りました。

○石毛委員 質問を終わります。ありがとうございます。

○町村委員長 中桐伸五君。

私は、介護保険制度の導入は、高齢者及び国民の生活の質の向上のために、また社会的理由による社会的コストの削減を行うために極めて急いで導入すべきであるという立場から、幾つかの質問をさせていただきます。

まず第一に、我が国の行政においては、市民からの苦情を処理するシステムの導入という点からいいますと全般的に非常に不十分でございまして、極めておくれていると言わざるを得ないというふうに思ひます。私が知る限りにおきましては、今、福祉オンブズマンという形で制度ができていて、ところが、都内に中野区と世田谷区の二カ所でございます。また、市に一つ、横浜市にできております。三カ所しかございません。また、一般的に行政をチェックし改善するオンブズマン制度は、都道府県で二カ所、市町村では六カ所しかございません。つまり、十一カ所しかないという状況でございます。

そういう中で、今般、介護保険制度の導入に伴います厚生省は都道府県の単位で設けられております国民健康保険団体連合会にオンブズマン機能を持たせるようにするという方向で検討しているというふうに出てくるものでございまして、この点に關しまして、私は、利用者がアクセスしやすいというふうにするためには市町村単位あるいはより身近なところ、都道府県に一カ所というのではなくてより身近なところ、都道府県に一カ所というふうな考えです。先ほど幾つかのエリアに設けるということでございますが、その点に關してどのような形で厚生省は具体的に検討されているのか、再度御質問いたします。

〔委員長退席、住委員長代理着席〕

○江利川政府委員 オンブズマン機能を国保連に持たせるといふことで制度案ができていますけれども、先ほど申し上げましたように、市町村にオンブズマン機能を置くといひますのは、いわゆる今度の介護保険制度の実施主体が市町村でありますので、市町村の中に行政監視的な機能を置くというのはいわゆる行政がかわるという形になるということでありまして、外に置くという形になるのではないかと、そういうことから、全般的な、都道府県単位でカバーできる公法人である国民健康

保険団体連合会にオンブズマン業務を担わせるというふうにしたわけでございます。

ただ、その場合に、いろいろな苦情、相談等が持ち込みやすいような工夫をするということとは必要だというふうに思っています。そういう意味で、先

ほども、例えば、そういう苦情やら調査依頼その他の申し入れというのを市町村に届けられれば、市町村から国保連の方にその話が伝わって、国保連として必要であれば調査を行うとか、そういうふうな機能をやる、そういうような形で、県に一つの

国保連だから苦情処理がしにくくなることのないように、いわゆる窓口的なものはいろいろな形で便宜を図る工夫、これの運用を考えていくということが必要だというふうに思っているところでございます。

○中桐委員 私は、オンブズマン制度というのは、行政のあり方をチェックして改善するというものでありますから、やはり行政がつくるパブリックなものでありまして、いわゆる市民オンブズマンというような形では、市民団体がいろいろ運動をされている、これはいいことなんです、それは市民オンブズマンという名前がついているように本来のオンブズマン制度ではない。オンブズマン制度というのは、これはやはり公正、効率、中立性あるいは迅速性を担保するために、つまり行政訴訟は非常に時間がかかるし、あるいは、現にある民生委員では、これはちゃんとした権限を持っていないし、アクセスはできるけれども改善勧告を出せない、そういう問題があります。そういう意味で、現在ある制度の中では非常に不十分であるということでありまして、つまり、オンブズマン制度というのは、公的な、行政を推進する長が別の独立した権限を与えられているのが本来のオンブズマン制度でありまして、そういうふうな理解しているのです。

○江利川政府委員 まず、国保連は、審査、支払

○江利川政府委員 また、市町村だけではなくて、民間事業者も介

また、市町村だけではなくて、民間事業者も介

○江利川政府委員 このオンブズマン的な業務の機能でありま

ありますから、これは狭過ぎるし、また、そういう運営団体の中に置くというのは、本来、オンブズマンの機能としてはおかしいというふうに私は考えるわけです。そういう点でどのようにお考えなのか、お聞きしたいと思います。

○江利川政府委員 まず、国保連は、審査、支払

また、市町村だけではなくて、民間事業者も介

また、市町村だけではなくて、民間事業者も介

また、市町村だけではなくて、民間事業者も介

また、市町村だけではなくて、民間事業者も介

また、市町村だけではなくて、民間事業者も介

また、市町村だけではなくて、民間事業者も介

ました機能は、利用者、市民等から受けた苦情をもとに、必要があれば調査をし、必要があれば意見を申し上げるというようなことができるようになっていくわけでありまして、そういう意味では、国保連に置いて機能が狭くなるというふうには考えておりません。

また、このオンブズマン的な機能を附置しました趣旨は、サービス料に関する利用者の意見、こういうものが的確に反映される仕組みをつくる、ということでございます。そういう考え方から、強制的な権限発動というところで臨むのではなくて、いわゆる利用者の立場から出てくるいろいろな意見を踏まえて、サービスの質の向上につながるようないろいろな注文を事業者に助言していく、そういうような機能を考えておりました。そういうようなことで、その機能は現在の案で十分行えるものというふうに思っております。

○中桐委員 私の質問の意図がよくわかりました。この介護保険法の百六条、百七条、百八条の関連でいいますと、事業計画なるものをつくらなければいけないということになっている、その事業計画というのは必ずしも国保の連合会がカバーしている問題だけを取り扱うわけではないと思うのですけれども、その点で私は非常に納得いかないの

○江利川政府委員 介護保険事業計画の策定に当たっては、例えば要介護者等の介護サービスの利用に関する意向とかその他の事情などを勘案しながら作成するというようなことでございまして、介護サービスを利用する側の希望とか意見とか、そういうものが把握され、そういうものを踏まえて、幅広い関係者から検討が行われて策定されるべきものだというふうに考えているわけであり

現につくられております老人保健福祉計画、これをつくりますときも、住民とか関係者の意見を踏まえて作成するということで、学識経験者とか保健、医療、福祉の関係者が参加する体制を組ん

で計画を策定していただいたわけでございます。そして、これを踏まえて、その地域におけるサービス目標というのでしようか、そういうものが固まってきた、それに向けて事業を推進していくことになるわけでありまして、今度の介護保険法に基づきます介護保険事業計画をつくる時も、恐らく、基本的には同じようなやり方で、幅広く関係者の意見を聞いて策定していくことになるう

○中桐委員 別ではなくて極めて重要な、そこが非常に重要なところでありまして、国保の団体というものは関係者の中に入るわけですから、より中立性を持った委員を選ばなければいけない、それがオンブズマンだと思ふ。その委員には改善を勧告できる権限を持たせたいということが重要なんです。そこがわかりたいではないのです。

○江利川政府委員 国保連を使う場合の具体的な実施の仕方としては、いわゆる国保連の通常のルーチン業務とは別に、しかるべき形というのでしようか、そういう形を考えて、公平、中立性を持って行われるような工夫は要するのではないかと

ただ、私どもは、この仕組みは、いわゆる行政権がいろいろな改善命令を発するような強制的な権限を付与する仕組みというのでは考えていない、利用者等から上がってくるさまざまな苦情をもとに、必要な調査を行い、改善すべき点を助言等をしていく、そういう形で自主的に的確なサービスが確保されるように、サービスの質が上がっていくような、そういう機能を果たすべきものだ、そういう形で構成しているものでござい

○中桐委員 別ではなくて極めて重要な、そこが非常に重要なところでありまして、国保の団体というものは関係者の中に入るわけですから、より中立性を持った委員を選ばなければいけない、それがオンブズマンだと思ふ。その委員には改善を勧告できる権限を持たせたいということが重要なんです。そこがわかりたいではないのです。

○江利川政府委員 国保連を使う場合の具体的な実施の仕方としては、いわゆる国保連の通常のルーチン業務とは別に、しかるべき形というのでしようか、そういう形を考えて、公平、中立性を持って行われるような工夫は要するのではないかと

ただ、私どもは、この仕組みは、いわゆる行政権がいろいろな改善命令を発するような強制的な権限を付与する仕組みというのでは考えていない、利用者等から上がってくるさまざまな苦情をもとに、必要な調査を行い、改善すべき点を助言等をしていく、そういう形で自主的に的確なサービスが確保されるように、サービスの質が上がっていくような、そういう機能を果たすべきものだ、そういう形で構成しているものでござい

○中桐委員 別ではなくて極めて重要な、そこが非常に重要なところでありまして、国保の団体というものは関係者の中に入るわけですから、より中立性を持った委員を選ばなければいけない、それがオンブズマンだと思ふ。その委員には改善を勧告できる権限を持たせたいということが重要なんです。そこがわかりたいではないのです。

○江利川政府委員 国保連を使う場合の具体的な実施の仕方としては、いわゆる国保連の通常のルーチン業務とは別に、しかるべき形というのでしようか、そういう形を考えて、公平、中立性を持って行われるような工夫は要するのではないかと

ただ、私どもは、この仕組みは、いわゆる行政権がいろいろな改善命令を発するような強制的な権限を付与する仕組みというのでは考えていない、利用者等から上がってくるさまざまな苦情をもとに、必要な調査を行い、改善すべき点を助言等をしていく、そういう形で自主的に的確なサービスが確保されるように、サービスの質が上がっていくような、そういう機能を果たすべきものだ、そういう形で構成しているものでござい

○中桐委員 別ではなくて極めて重要な、そこが非常に重要なところでありまして、国保の団体というものは関係者の中に入るわけですから、より中立性を持った委員を選ばなければいけない、それがオンブズマンだと思ふ。その委員には改善を勧告できる権限を持たせたいということが重要なんです。そこがわかりたいではないのです。

そういう意味では、先生のお考えになっている。いわゆる典型的な意味でのオンブズマン制度そのもの、私ども、オンブズマンの業務とか機能とかというふうに申し上げておりますが、典型的な意味でのオンブズマン制度ということではなくて、そういう機能を国保連というところを使って果たせるような仕組みにしたということとでございいます。

○中桐委員 ほかの質問がありますので、簡単にまとめまして要望をさせていただいて、次に移りたいと思います。

今日の市民の苦情を処理するシステムというのは、先ほど申し上げましたように不十分なわけですから、現に、市民が行政にいろいろ問題を感じたときに行政手段としては行政訴訟という方法がありますけれども、これは非常に時間がかかる、これでは迅速に行うことは難しい。それから、地方自治法に監査委員という制度がありますが、このカバリーという範囲が非常に狭い。それから、民生委員というのは、今さっき言いましたように、パブリックに改善勧告を出せるほどの権限を持っていない。アクセスまではサービスとしてはできず、けれども、できない。それから、国が、行政相談委員、これは総務庁、人権擁護委員、これは法務省が設けておりますが、これも、市民がアクセスするには非常にアクセスしにくいシステムなんです。それから、行政監察というのがあります。これは国の行政監察ですから、自治体が主体になって行う業務を監察できない。

このように考えますと、やはりきちんとした自治体におけるオンブズマン機能を持ったシステムをスタートさせる必要がある。特に、介護保険制度は、制度の創設が急がれるのですが、反面、いろいろなサービス提供の公平性や適切性をめぐって混乱を起こす可能性があるわけですね、十分な基盤整備ができるのを待つまでもなく導入すべきだと私は思います。そうしますと、それに対する丁寧な苦情処理システムをつくってほしいというのを強く要望しておきたいというふうに思

います。

次に、介護サービス事業者を指定する場合、現在の法案では、介護保険法案の第四十一条あるいは第七十条から八十五条の関連で、厚生省で定めるところによって、都道府県知事が指定する者と、いうふうにされております。ここはやはり、団体委任事務として市町村の事務とすべきではないかと私は思うのであります。いかがでしょうか。

○江利川政府委員 今の指定の事務は、都道府県の団体委任事務、団体委任事務であることは先生の御指摘のとおりでございますが、市町村ではなく都道府県の団体委任事務ということになっております。

それは、まず国が一つの基準を定めるところとになっておりますが、厚生省令で定めるところにより、とありますが、これは、この介護保険制度そのものに国費もかなり入っておりますし、あるいはまた、二号被保険者の保険料というのは全国的にプールされたものがいくというところもありますので、そういう意味で、全国的に一定のサービス水準を確保するという観点から事業者の基準そのものは国が一応定めるところにしているわけでございます。

それで、指定をするに当たりましては、その事業者が一市町村にとどまらずに市町村を超えていろいろと恐らく広域的に活動するだろう、そういうことを考えますと、市町村単位でやるということになりますと、相当重複というのでしょいか、幾つかの市町村から受けなければならぬというところになるわけでありまして、その活動がある程度の広がりを持つというのを考えますと都道府県で行っていくことが適当なのではないか。また、市町村がやるとなると、当然、監査等も必要になってくるわけでありまして、同じ事業者にいろいろな市町村が監査に入るということになっても、これまた事務が重複するのではないだろうか。そういうことから、事業が広域的に展開されますので、都道府県単位が適当ではないかというふうに考えたものでございます。

○中桐委員 その場合、都道府県の団体委任事務であるというところはわかったのですが、市町村が主体になるということがやはり基本ですから、そこで、その調整機能というのはいかがお考えになるのですか。要するに、都道府県というだけで、これから市町村の自律的な機能を高めるという点で非常に問題があると思っておりますが、そこ、やはり市町村に移行させるというのか、そういう方向性というのはどのようにお考えなんですか。

○江利川政府委員 介護保険制度の実施主体は市町村でありますし、具体的なサービスの利用というものはそこに住む住民がみずからに適した形で選択をしていくわけでありまして、基本的な、具体的な実施というものは市町村中心に、いわゆる住民に身近なところで行われる部分というのが多いのだと思っております。

ただ、事業者の指定というのは、そういう事業者の活動が一市町村を超えて広域的に行われていることが多分多いだろうということを考えますと、市町村単位にやると市町村ごとに事業者を指定するということになりまして、相当重複が出てきたり、あるいは監査の事務なども相当重複が出てくるのを考えますと、どう使ってどうサービスを組み立てるかということはどういう地域単位で考えていく話になってこようかとは思いますが、事業者の指定については都道府県において行われる方が基本的には効率的なのではないかというふうに思います。

○中桐委員 重複、重複とおっしゃるのですけれども、市町村が行う業務、市町村の枠内でカバーできるものと、広域的にカバーした方がよいというところとをきちんとして話をされると、市町村の自律的な機能を高めるといことが前向きに話されるように思われぬ。重複しているからどちらかというとそれはまずいというイメージで受け取れるのですが、そこは、前向きにそういう方向でいくとどうですか、それとも、いや、これは絶対都道府県しかないというふうにおっしゃるのですか。

のですか。

○江利川政府委員 的確な例では必ずしもない面も含んでおりますが、医療保険で国民健康保険があります。医療機関の指定というのは都道府県知事が行っているわけでありまして、そういう保険診療機関としての指定は都道府県知事が行っておりまして、いわゆる国保の運営というのは市町村が自主性を持ってやっているといるというわけでありまして。

今回のこの指定については、私は、サービスの中身をどう組み立てていくかという住民に密接した部分ではなくて、事業者を指定するというところでございまして、市町村の上にとさらにその事務を移すことが適当かどうかというところは、少し慎重に考える問題ではないかという気がいたします。

○中桐委員 調整機能を持たせるという意味で都道府県が間に入るといことは私は認めるものでありますから、その点でぜひ前向きに——市町村の現在の規模自体がいかにどうかという問題はあります。その点で、非常に重要な問題が、それは今後の課題といたしまして、やはり前向きに、そういうふうな検討をぜひお願いしたいということをお願いしたいと思います。

時間がありませんので次のところに移りますが、私は、介護保険制度は早期に導入すべきだというふうに変えて強く思っているわけでありまして、しかし一方、基盤整備という問題が、将来的に時期を切って基盤整備を急ぐというふうにすべきだと私は思うのです。

つまり、これは制限給付の経過措置の終了の期日というものを、未来から切り取って今明記すべきではないかと思うのです。これが、国民が非常に不安を持って、公職等でも、保険はあるけれども給付が不足するのではないかという懸念を異口同音に出されておられるわけですね。ですから、これは、未来の完全給付の期日をここでやはり決断すべきだと思っております。これは厚生大臣にぜひお聞きしたいと思うのです。

いうふうに考えておるところでございます。

○児玉委員 全体としておこなわれているということについては率直に今御発言があったし、そして、この後それを押し上げていくときに、予算のつけ方、重点的な配分、そして何が困難なのかということについてのヒアリング、これは私は、もう思い切って、ある意味では奮勇を振るってほしいと思います。思い切った努力をされなければ、この三年間はあつという間に推移してしまいます。文字どおり保険あつて介護なしということになる。

それから、基盤整備の重要な要素である人的な要素、この点で恐らく一番困難な分野の一つが看護婦さんの部分だと思えます。

厚生省がおつくりになった資料をいただいているのですが、平成五年度で介護保険制度において必要な人材数、看護婦等二万人となつていますね。そして、平成十二年度八万人、二十二年十六万人。これは療養型病床群で必要とする人材を除いています。平成五年度二万人で、十二年度に八万人にならなければいけない。今、全体として社会的に看護婦不足が大きな問題になっているときに、このところの目標の達成という点で皆さんどのような努力をなさろうとしているか、そして、先ほど指標の一つとして挙げた九五年度末までの到達点はどうか、この二つについてこれまで簡潔に答えていただきたい。

〔住委員長代理退席 委員長着席〕
○谷(修)政府委員 人材の中で特に看護婦の確保ということでお尋ねがございました。

看護婦の需給計画につきましては、全体としては、先生御承知の平成十二年に需給を均衡させる計画をつくっております。この中にはもちろん、ゴールドプランにおける必要看護婦数というものも含まれています。現在、実績として平成六年までのものしかございませんが、平成六年の実績としては、平成三年につくりました平成十一年を最終目標とする需給計画の供給は予定数を上回っております。私どもの感じでは、看護婦職員の供給

というのは今後この計画を上回って推移していくというふうに予測をしております。

○児玉委員 これも努力をお願いしたいし、そして、今の厚生省のお話、全体の需給計画を文字どおりトータルで言われているので、介護の幾つかの分野にどのようにその方たちが配置されるかという問題はそれはそれで厳しく見ていかなければいけませんから、この点の努力を私は求めておきたいと思うのです。

そこで、大臣、先ほどの質疑の中で、あなたは、制度というのは発足時においては質よりも量だと言われたのだけれども、しかし、新ゴールドプラン全体、在宅そして施設介護、二つの領域で、先ほど二つの分野は除いてずっと数字を挙げました。全体の状況を言え、今やかなり非常に厳しい状況ですね。

ところが、これはことしの二月九日、全国の主要な新聞に文字どおり一ページ全部を使って、「しあわせに暮らす二十一世紀のために」大臣のお顔もこうやって掲載されている。その中でこう言っています。「今度の介護保険では、利用者が受けたいサービスが総合的に利用できるようになります。利用者本位のサービスになり、質も向上すると思えます。」そうやってほしいと私は思います。ところが、今の論議からも明らかのように、そうならないのじゃないですか。

そこで、ここは大変な努力が今求められていると思うのです。新ゴールドプランについて多くの委員が前倒しの実施について既に述べていらつしゃいます。私たちもそうだと思う。

特別養護老人ホームについて言えば一〇〇%到達しても二万人以上待機者が出る。ホームヘルパーは、常勤と非常勤、三対七で言えば、ホームヘルプサービスが行き届くのは五十万人にならない。そして、その他は先ほどのパーセンテージのとおりです。

私たちは、この際、計画を前倒しにするためには関連予算を二倍にしなければいけない。ともあれ、おこなわれている分野について、二〇〇〇年の三

月三十一日といったらあと三年ですから、そこに向けて到達するためのこれは政府を挙げた努力が必要だと思つて、いかがでしょうか。

○小泉国務大臣 私は、この介護保険制度を導入することによって、介護サービスは量的にも質的にも導入しないよりもはるかに向上すると思つて、最初から完全なものを求めようという議論はわかりません。今からいろいろ心配をさせていただいて、よりよいものを目指そうという気持ちがあるからこそこうして連日御審議をいただいている。

私は、昭和十七年生まれですけれども、私の小学校時代は二部授業でした。遅番、早番というのがありまして、一週間ごとに交代してました。学校教育を受けた、義務教育、戦後の荒廃から、教育は大事だ。一週間ごとに、きょうは早番という午前中、帰ってくるころになると午後番の人が通う。朝早く起きなくていい。午後番になると、今度は、みんな帰って遊ぶときに行かなきゃならない。そういう状況でしたよ。いつの間にか、中学になるとそれは五千人、六千人学級、四十人学級になっちゃいかぬ、やはりだんだん四十人学級になってきましたね。

最初、どうしてもサービスを受ける方と提供する側、そんなに完全にはいかならないと思つて、今回の御審議もそういう御心配をいただいていると思つて、その御心配、関心こそがこの介護制度を充実させていくものと思われ、三年かかってできるだけよいものにしていくという努力、これだけの多くの皆さんが心配をされている、多くの国民が関心を持って、私は、ますますこの介護保険制度の必要性が認識され、そしてよりよいものにしていくという声が大きくなつてくると思つて、ともあれ三年後を目指して精力的な努力が国も県も市も民間も必要ではないか、それに向けて全力を投球していきたいと思つて、

○児玉委員 小学校のお話がありまして、私はあ

なたより多分十歳上なものだから、原爆の落ちた後の広島で、集団疎開から帰って、国民学校から旧制中学に入りました。そのときのひとりと、そして今のかんりの前進、そのことに最も貢献した人たちが今私たちが議論している介護保険の対象になろうとしているのだから、だから本当に国の総力を挙げてその方々の努力に報いる、その点で大いに議論をしていきたいと思うのです。この点は今後にもまた議論したいと思うのです。

そこで、次の問題なんです、介護保険にかかわる国民負担についてです。
第一号被保険者、難しい言い方で、要するに年金受給者、高齢者からの保険料の問題です。正今、この人たちの三五%が住民税非課税です。正確に言います。この方たち、高齢者世帯の三五%が住民税非課税です。そういう方々から、月額千二百五十円または千八百七十五円の保険料を徴収する。それから、住民税非課税者は三九%の広がりがありますけれども、この方々からは月額二千五百円を徴収する。その方々の生活の状況はどうだろうか。

現役のサラリーマンなどについて言えば、事業者、事業主、そして国保の場合、国からの負担が入っています。ところが、第一号被保険者について言えば、事業主、国からの負担は入っておりません。そして、今、老齢年金受給者の過半数千四百四十万人は月額平均四万三千円の年金で暮らしています。こういう方々から先ほど述べた保険料を徴収する。世代間の均衡という言葉がよく言われるけれども、他の世代に比しては、この第一号被保険者の保険料の負担というのは重きに過ぎないか、こう思うのですが、見解を伺います。

○江利川政府委員 住民税の非課税である世帯の数などを先生御指摘になったわけですが、年金等控除等がございますので、世帯全員が市町村住民税非課税である場合、高齢者夫婦世帯で見まして年金のみの収入というときに年金額が約二百七十万円以下ぐらいの世帯になるわけでございます。ですから、二百七十万円以下ですから、当然

またこの中にも幅があるわけでありますが、税制非課税といえども、公的年金等控除とか老年者控除、結構大きい数字でございまして、そういう意味で、税制で非課税だからといって相当低い水準かという点必ずしもそうでもないというふうに考えているわけでございます。

それで、私どもとしては、高齢者につきましては、二〇〇〇年段階におきまして現在価格で平均二千五百円の負担、真ん中の人が二千五百円程度で、五段階に分けてというふうに考えております。四十から六十五未満の人も平均すると一人当たり同じ額ではございますが、これは医療保険とか国保に乗ってきまして、当然、その制度に基づいて国の負担であるとか事業主の負担があります。ただ、一方でまたサービスを受ける頻度というのでしうか、そういうもので見ますときに、四十から六十五未満の人たちが要介護状態になる確率というのは大変低くて、一方、六十五歳以上の人の受益は大きいわけでございます。そういうことを全体的に考えまして、私どもはこれで妥当に運営できるのではないかとこのように思っているところでございます。

○児玉委員 厚生省、ここはよく御存じだと思ふのだけれども、年金受給者などの世代に対する税制における控除が比較的高い部分で設定されているというのは、長い間の税制論議の一つの到達点なんですね。そのことを理由にするのは私は大いに議論しなさいけないと思ふのです。それから、頻度のことについておっしゃったけれども、もし皆さん方がこれを保険制度として押し出そうとされるのであれば、そもそも保険制度というものはある種の危険が起きたとき保険全体から保障を受ける、その頻度云々で年代の保険料が異なるというのは、これは保険制度の本来の姿から外れていきますね。その二重の意味で私は言っているのです。

働いている人たちには、言ってみれば事業主として国からのお金が入ってくる、二分の一。ところが、第一号被保険者になるとそこは断ち切られ

てしまつて、そして先ほどの負担になる。これはやはり構造上問題ですね。どうですか。

○江利川政府委員 同じような話の繰り返しになるわけですが、二号被保険者の保険料負担の考え方は、四十から六十五未満でありまして加齢に伴う疾病等によって要介護状態になることがある、これはただ確率的には確かに低い。一方、そういう人たちにとっての親というのでしうか、両親、それが場合によつたら介護を受けるような危険性のある年齢に入っていく。そういう意味でいうと、構造的には世代にまたがるというのでしうか、相互扶助、社会連帯という中でやっています。

そういう意味で、民間の保険であります、当然、発生の危険度の大きさによつて保険料も違うというふうな形になるわけですが、社会保険です、基本的な一人当たりの単位の保険料というものは同じにする、リスクが違ふ分、それがあつて意味で世代間扶助のようになつていく。ただ、この仕組みをどういうふうに仕組むか。介護保険制度のこういう仕組みは全く新しい保険制度でございます。本人、いわゆる要介護の高齢者、確率の高い高齢者について負担をしていただく、あるいはまた若い人たちは医療保険という仕組みの上に乗つて保険料を払っていただく、こういう中で、トータルとして一人当たりの保険料の比率が、金額が平均すると同じような水準に設定したわけでございます。私はこれは議論をすればいろいろ議論の余地はあるとは思いますが、一つの考え方というふうに御理解を賜りたいと思ひます。

○児玉委員 その点も重要な論点ですから、この後、議論したいと思ふのです。そうやって利用料を上積みしてその保険料は徴収する。今、特別養護老人ホームについて言え、月平均四万五千円ですが、しかし、収入の段階によつて細かに刻まれていますから、入所者からの徴収額という点で言えば、全くゼロの部分、千円の部分、それから八万一千円、もっと上回

る部分、非常に細かになっています。ところが、今度皆さんから示された資料によれば、厚生大臣が定める基準により算定した額の百分の九十、これが約二万四千円、それから、食事提供費から食費の標準負担額を控除した額、これが二万二千八百円、合せて四万六千八百円、一部ではむしろ負担が減る部分もあるけれども、多数の部分について言え、ここで大幅に負担がふえていきますね。

私は、きょうの議論の最後で一つ述べておきたいのですが、この制度が発足する二〇〇〇年時点での国の負担はどうなるか。いろいろ資料をいただきました。現行制度で一兆五千五百億円、それがこの制度が発足することであるのかと思つたら、逆に一兆一千八百億円になる。市町村を円、国の負担はむしろ減少してしまふ。市町村を合めれば、公費負担トータルで四千五百億円も減少してしまふ。自分の方は身軽になつて、国民の側からはがっちり取り立てる、これは本末転倒だと思ふのです。

国が、この際、事柄の重要性からして、財政負担についても、その他いろいろ分野の浪費は削りに削つてここに必要な予算を振り向けていく、そうでなければならぬ。負担は力に応じて、給付は平等に、そういう立場から措置制度を思い切つてこの際拡充して、それと保険制度を組み合わせてこの介護保険制度を発足させたいと私たちは思つておるのですが、この点について、皆さんの言つてみれば大局的なお考えをまず聞かせておいていただきたいと思ふのです。

○江利川政府委員 要介護者の介護サービスをどう提供する。これは今まで、医療保険、老人医療という制度と福祉、措置制度というところで行われてきておりますが、それぞれの制度の当初の原点からいへば、福祉制度は低所得者に対する対策、医療の方は一般には医療保険、いわゆる急性期の医療が中心。それが、戦後の医療技術の進歩や生活水準の向上等によつて長寿化がどんどん進み、また、要介護者もふえてきたわけござい

ます。これは新しい社会の事態への対応が求められる、今までの古い伝統的な仕組みからではカバーできない新しい課題が出てきているわけでございます。

これをどういうふうに考えるかといふと、私どもの方では、まさに老後の生活も含めて生涯の生活というのはいわゆる自己責任を原則として考えるべきではないか。そういう意味では、将来の自分の生活に備えるという意味で、若いときから保険料を入れて、年金もそうだし、医療もそうだし、また、介護という新しい問題もそういう仕組みで考えるということでございます。

措置というのは行政に責任があつて、ですから特別養護老人ホームや措置に基づく事業をするときも、行政自身がやるか、行政が委託をするか、あるいは、自己責任のもとに自分で自分の生活を設計していく。そういう意味では、サービスも自分で選択をしていく。戦後になつて長寿化それから高齢化、医学の進んだ、こういう新しい事態に対応する新しいいわゆる自己責任のもとに確立するバックアップ体制というものを、保険というものを中心に考える。

ただ、自己責任といつても、自分の保険料だけでは大変ですから、それを支援するという意味で、あるいは今までの制度との接続という意味で、公費負担というものをかなり入れ込んだ仕組みになつていくわけでございます。これは、そういう自己責任のもと、あるいは権利、選択、こういう考え方からいいますと、基本的にはこういう方向を目指すべきものではないかというふうに思つております。

○児玉委員 重要な論点が今浮き彫りになつてきていると思ふのです。時間ですから、次回以降、その点で質問いたします。

○町村委員長 中川智子さん。
○中川智子委員 社会民主党・市民連合の中川智子です。

先ほど大臣は昭和十七年生まれとおっしゃいます。私は二十二年生まれで、何か性格的に、五十年前のお兄さんではないかと思うくらい私も樂觀的でして、何でもやってみなければわからないというところはございます。それでも、私がきょうから禁酒禁煙をするという、自分自身で責任がとれる範囲の樂觀的な性格ならそれでいいのですけれども、介護保険法というのは、国民全体の将来をきっちり保障していく、この介護地獄からみんなが抜け出していきけるのじゃないか、解放されるのじゃないかという期待がすごございます。いいものをなるべくスタート時から発足させていきたいという思いが強くあります。ですから、この国がもっと人間にお金をかけてくれるものならいいなということを感じております。

大臣が本当に物すごいいい顔で郵政三事業の民営化をおっしゃるときに、ああ必死なんだな、本当にこの国を人間の国にするために必死なんだなとかかなり心の中で拍手を送っているのですけれども、やはり公共事業の抑制などを同時に言っていたら、もっと大蔵省、建設省とけんかしていただいて、郵政以外にもっと削るところはたくさんあるのではないかと感じております。予算の執行時にはしっかりとそのあたりも大臣よろしくお願いいたします。先日の地方公聴会での感想を少し述べさせていただきます。

私も、熊本にいた五年間に、しゅうとの介護をして介護地獄の真ただ中に日々生きていたわけでございますけれども、地方はやはり在宅介護が主なサービスの中心になっていくと思うのですね。とても信じられないのですけれども、年寄り、高齢者を施設に入れる、特養に入れるとかになりますと、三代後まで指を指されて生きていかなければいけない、そのような状態です。まだまだ本場に保守的な中で、在宅サービスの充実が今どこまで進んでいるのかということがみんなのごく大きな関心で、毎日のように手紙やファクスをいただいております。

地方の女も、最近、女性はとても元気でございまして、いろいろな地域の生協などがワーカーズ・コレクティブとかいろいろなところで、今は食の問題と同じぐらいの重さで福祉の分野ができていまして、その人たちが自分たちでそのような施設をつくっていくというところで頑張っているのですが、まだまだ、自分たちの貯金をはたき出して、へそくりをはたき出して小さな家を借りて、そこでそのようなサービスを始めていくという状態がございまして。

ですから、今、基盤整備がはかっている中で、圧倒的なマンパワー不足の中で、民間活力、特にそのような地方で今起こっている民活に対してこれからはどのような政策をとっていくかと考えています。いらっしゃるのか、お教えいただきたいと思っております。

○羽田政府委員 今先生のお述べをいただきましたように、これからの介護問題を考えますときに、いかに在宅で支えていくか、その在宅で支えるそういったサービス基盤を民間活力をも含めていかに確保していくかということは大変大事になってくるというふうに思っております。そういう観点から、私どもも、今後は民間サービスの積極的な活用が必要だというふうに考えておりますので、そういった方面の施策に力入れをしていきたいと思っております。

したがって、従来から在宅福祉市場分野におきましては、農協あるいは先生今お話のございましたワーカーズ・コレクティブというような非営利の、あるいは営利のものを含めたい民間団体といったようなところへの委託というようなことについても積極的に進めてまいりましたが、今度、介護保険ができましたら、さらにそれを進めまして、在宅サービスのものへの参入に当たります。公的であるがゆえに優遇するというようなことにはしないというのを基本にしながら、もちろん、公的であれ私的であれ、一定のサービス基準といえますか、適正な基準は満たされなければ

ならないということは当然の前提としながらでございます。

それから、それを選ぶのは、言ってみれば消費者としての利用者が基本的に選んでいくという方向をできるだけ制度的にも仕組んでいくというように形を考えたというふうに思っております。そして、具体的な展開に当たりましたが、先ほどワーカーズ・コレクティブの話が出ましたけれども、事業展開が比較的小規模にとどまっているというふうなものもございまして、そこは、都道府県単位でいわゆる指定の事業者になる道と、さらに僻地等で、そういう大ぶりの施設よりももうちょっとときめ細かいといえますか小回りのきく対応が要するというようなものにつきましては、市町村単位でそういうサービス展開というところも制度上認めるといって格好で、いろいろそういうきめ細かな配慮も加えながら、先生お話しの方向で力入れをしていきたいというふうに思っています。

それは、施設に入れることについて後ろ指をさされることをいとうがゆえに在宅というよりは、これからさらにもう一つ高い段階で、だれしも家庭で、地域で過ごすことが基本的には幸せだし、そういうことがしたいという人はできるようにするということが大事だという視点に立って進めていくことだろうというふうに思っております。

○中川(智)委員 いろいろな、たくさん、できるだけの声を、この間、公的介護保険法に関しては聞いたのですけれども、最近はいくつかのことを言う友人たちも出てきました。

まるでオレンジ共済のようにお金だけ取られちゃうのじゃないとか、普通の人が出せないぐらいの負担がかかってきてしまつて、普通のサラリーマンではこんなふうにお金が上がってしまったら、一割負担が二割負担になり三割になり、膨大な負担で、普通私たちはとても受けられないようになってしまつたのじゃないかという声がある一方では、もう解放される、これでバラ色の、私たちは、もう自分たちの老後も心配せずに、本にな

けなしの貯金を一生懸命つめに火をともしような形でやらなくても済むのだという声と、両極端なんです。

何かきつちりとした情報が行き渡っていないということを実感するのですけれども、そのような極端な形になってしまつている原因は、こういう議論の中心をもっと正直にいうか、みんなが国民が議論して、これをともにつくり上げていく姿勢というのがなくて、単にお金さえ出せばどうにかなるという状況が今あるような気がいたします。

それで、先ほど石毛さんも中桐さんも話しておられましたけれども、私も、特にこの準備段階の中で、各都道府県の窓口とは言いませんが、日本の幾つかの場所ですべてのプロジェクトチームのようなものををつくらなければならないと思います。先ほどの返事と同じになるかも知れませんが、先ほど社民党もそのような気持ちでございまして、少しく御答弁をいただきたいのです。

○江利川政府委員 介護保険制度は新しい制度の実施でありますので、これが的確にできるように、我々もいろいろ検討しながらモデル事業を実施して、実際に当てはめて、例えば要介護認定は、これは的確かどうかとか、こういうことをやってきているわけでございます。

このモデル事業は、九年度におきましてはさらに圏域を拡大して実施する。そして、今回やったモデル事業を修正して、要介護認定の基準とかチェック項目とかそういうものを見直して、それを踏まえて、また新しいものでもう一回さらに実施していく。それは、できれば単に要否判定とかだけじゃなくて、今度はケアプランのところまで進めるとか、一歩一歩実施に向けて、先にモデル事業を進めてやっていくというふうに思っているわけでございます。

そのときに、モデル事業のやり方については、いろいろな地域の取り組み方ができるような工夫というのを、大枠の中で地域の個性を生かしながらできるような工夫というのを考えてみたいとい

うふうに思っております。

○中川(智)委員 ありがとうございます。

地方公聴会でとても印象に残ったのは、私も本
当に最近勉強し始めたばかりで、とても地方公聴
会の意見というのが胸に刺まれているのですけれ
ども、現金給付の問題がかなり出ました。そし
て、圧倒的なマンパワー不足の中で、経過的な措
置として現金給付というのはかなり実効性がある
ものだというような気持ちになってきたわけなん
ですけれども、厚生省としましては、この現金給
付に關して、地方公聴会の皆さんの御意見を受け
た中で今のお考えを聞かせていただきたいと思
います。

○江利川政府委員 介護をしている家族に対して
現金給付をするということにつきましては、この
介護保険制度を考えて検討していただいていた審議
会、最初は審議会で検討していたわけですがいま
すが、その審議会でもかなり意見が分かれたわけ
でございます。

私は、先生方のお供をして岡山と広島で聞かせ
ていただきましたけれども、そこでも、現金給付
をやるべきだという意見と、やるべきでないとい
う意見と、それから、基盤整備が整うまでの間、
暫定的に現金給付をやるべきだという意見と、逆
に、整備が整ってからならいいけれども、今やる
のは問題ではないかという意見と、非常に意見が
分かれていたと思います。どちらかに軍配が上が
るというようなことではなくて、まさに本心に意
見が分かれているという状況だったのではないか
というふうに思っているわけでございます。

この介護保険法案をまとめるに当たりまして
は、この問題についてはそういう関係者の意見も
分かれていますということもありまして、今の時点
でどっちかに決めるというのではなくて、実施後
のさまざまな状況を見てからの検討課題の一つと
いうのでしようか、そういう先の問題ではなく
て、今の段階で方向は決められないのではない
か。それよりも、今の段階でいえば、基盤整備に
ついてなお充実しなければならない点があると思
います。

すので、それは基盤整備の充実のために使ってい
くということが必要ではないか。各公聴会とも基
盤整備の充実を求める声も多かったわけござい
まして、今の段階では、私も、従前どおり、
基盤整備の充実にもす力を注いでいくことが先決
ではないかというふうに思っているところでござ
います。

○中川(智)委員 わかりました。

先ほどの石毛さんが、介護の社会化を進める一
万人市民委員会のことを話されましたが、私もこ
のメンバーになっているのです。会費一万円払っ
て一生懸命勉強したのである。一万人委員会では
ないかと思うのですが、一万人委員会なんです
が、そんなにお金を出してその会に入り、そし
て、みんな手弁当で一生懸命この間勉強してき
て、すごく中身の濃いものでございます。

「介護保険法案に市民修正を」このときに、社
民党と民主党は市民という言葉に対して余り違和
感のないのですが、市民という言葉は私どもの市民
フォーラムで意思一致したので、市民、市民とい
う言葉がぶつくと出ますが、ちょっと市民という
定義を聞いてください。

市民とは、労働者、農民、庶民、女性、青少
年、企業家などの広範な国民を意味し、自分たち
の生活を自分たちで選び取りとする自発的な
人々を意味しています。

そういう意味で市民という言葉は聞いてくださ
い。そして、その市民が精いっぱいお金と時間を
かけてつくったこれに対して、この三つの修正案
をぜひとも要求いたします。これは千円で買った
のですが、ただで小泉大臣にプレゼントしますの
で、ぜひとも次のときにはこの三つの修正案に対
してのお答えを私の持ち時間にいただきたい、こ
れを心からお願ひいたします。それではプレゼン
トを。――よろしく。これで。でも、夜はゆっ
くり休んでください。朝早く起きて読んでくださ
い。
それでは、次の答えを楽しみに、これで終わり
ます。ありがとうございます。

○町村委員長 土肥隆一君。

○土肥委員 あと十分ですから、皆さん、御辛抱
いただきましたと思います。

私は、今回の公的介護保険が導入されることに
ついていろいろな思いを持っているわけでありま
すけれども、これが三年間の準備を経てスタート
しても相当混乱があるだろうと思ひます。ある意
味で大混乱かもしれないですね。しかし、私は、
当然混乱は生じる、その混乱の上に立ててどうす
るかということが真価が問われるわけでありまし
て、この委員会でも余り整然たる準備をして実際
まいくのかということ、これはやってみなきゃわ
からないというのがたくさんあるわけですね。

私もその行政というものは、住民に対して、私は
市民よりも住民、地域住民と言っているわけだ
も、個別的な対応をしたことがないわけですね。も
ちろん、生活保護でありましてもさまざまな福祉
サービスがありましても、例えば神戸、私は
神戸出身ですが、被災地で個別支援と言ったとき
に行政はとまってしまうわけですね。個別支援を
しては、個別対応をしてくれと言ったときに行政
ははた足がとまるわけですね。つまり箱物、公
営住宅を建てましよう、インフラ整備しましよ
う、港湾をやましよう。しかし、お一人お一人
の被災者の、あるいは仮設住宅に入っている人
に、こうして一人お一人の問題について、あはして
くれ、こうしてくれという要望が出ると、それは対
応ができない。だから、今までの行政対応という
のは、言ってみれば大ざっぱな、大枠で、特にイ
ンフラを中心にしてやるわけですね。

今度の介護保険というのはまさに在宅福祉サ
ービス、恐らくスタート時百万人ぐらい手が届く
のじゃないでしょうか。そうしたときにどうやっ
てこれをぐり抜けていくか、乗り越えていくか
といったら、私は、住民の参加しかないと思うの
です。地域住民の参加なくしてこれは絶対に克服
できない。
ですから、きょう私が論点として申し上げたい
のは、混乱するのはいい、混乱したら地域住民と

がっぷり四つに組んで、この町を、この高齢者た
ちをどうしようというのを初めから地域住民を
当てにしていうか、地域住民を入れてやらない
限り、この介護保険はいつも不満の残る、いつも
不十分が残る結果を生むだろうということを申
し上げたいと思ひます。

したがって、極端なことかもしれませんが、これ
も、市町村介護保険事業計画、これは法文による
と行政がやるのです、行政が計画を立てる。そ
うすると、行政は、あの老人保健福祉計画のとき
もそうでしたが、計画は立てるのです。だけれど
も、いざやるとすると、とんとそこに知恵が出て
こない。そして結局、行政がやりますとその計画
に縛られますから、なぜやらないのか、ちよ
うどゴールドプランがそうでしたけれども、計画を
立てました、はい、やれ、こう言われるわけだ
ね。私は、ちよっと立ちどまっていてもいいの
じゃないか、在宅福祉をやってみて、その後、ボ
リュームとしてインフラ、特にハード物、箱物が
一体どれだけ必要かということを考えてもいいの
ではないかと思ひます。

したがって、この保険事業計画を市町村がやる
というときに、もちろん厚生大臣の指針が出るわ
けですが、どうでしょうか、もう最初からこの事
業計画にも地域の住民の参加があつて、そこで情
報の公開も行われて、こんな計画でどうだろうと
いうふうなクッションを置いたらどうかと思うの
ですが、いかがでしょうか。

○江利川政府委員 介護保険事業計画を市町村が
策定する場合に、これは、その地域の人の人たの
意向というのでしようか、そういうものが反映さ
れて、住民の望んでいる目標に向かって動くもの
が期待されるわけでございます。

先ほども答弁したことがございますが、そうい
う意味で、どういうニーズが地域にあるかとい
うものを把握する、あるいはまたいろいろな学識者
といふのでしようか関係者、そういう人たちの参
加を、声を聞いて検討して策定する、こういうこ
とが行われてしかるべきだろうというふうに思

ております。

○土肥委員　ですから、それはやはり制度として保障しないといけないのじゃないかと思つて、この法案を読むにつけて、何か従来の上から下の措置制度のような、上から下の税金を使つてやる手法にすぎないような感じがしてありまして、これはよほど注意しないと、本当に国民あるいは地域住民のものにならないということを申し上げたいと思います。

それと同じような論旨でありますけれども、介護認定審査会というのがつくられますけれども、ここが一番大事なわけで、ここには多様な人材を集めましてなるべく客観的な審査をしようということのようでありまして、例えば二十七条の第二項で「市町村は、前項の申請があつたときは、当該職員をして、当該申請に係る被保険者に面接させ、その心身の状況、その置かれていた環境その他厚生省令で定める事項について調査をさせるものとする。」と書いてあります。

もちろん、民間事業者に委託してもいいわけでありまして、これもまた役所の、役所の人が悪いというのじゃないですよ、その事業計画を背負つて、そして自分のできないことがいっぱい頭の中にあつて、これもできない、あれもできないといつてそのクライアントの前に立つたときに、それはもう本当に実のない話になつてしまふのです。

在宅福祉というのは、一人一人のおたくのお年寄りなり家族とどういふ人間関係や信頼関係をつくるかというところが根本的に大事なことであつて、これもだめです、あれもだめです、審査票が何か持つて、テレビで私見しましたけれども、そうやってだめだめだと言つてゐる間に、一体何なんでしょうかこれはと当然なるのです。そこで何回かやりとりしながら、しかも、一たん引き受けまうと真夜中でも電話がかかれますよ、大変だとか、すぐやってくれとか。この法律では三十日以内にやりなさいといつて一カ月間の幅を持たせておりますけれども、私はこれでは到底無理だと思つて

います。あす、あさつてがどうか、あるいはきよりの午後何とかしてほしいというような話も入るわけでありまして、当該市役所の職員が出かけていって、そして調査票を持つて、こんなことをやつていたら間に合わない。そして、そのケースを持つて帰つて審査会にかけて、やるかやらないか、やれないときには文書でどうだこうだといふような話をしてゐると、もうどんどん先に行つてしまひます。お医者さんの診断書をとつたつて、きょうは風呂に入れないと言つても、次の段階で風呂に入れないと言つても、出てるわけでありまして、そういう即応体制を十分とれるような体制にしないとこれは非常にまずいといふふうに思つてゐるのですが、どうでしょう。

ケアプランの作成もありますが、もう少し時間的に圧縮して、しかも、瞬時にと言つたら語弊がありますが、すぐに対応できるようにシステムを考えないといけないと思うのですが、いかがでしょうか。

○江利川政府委員　介護保険制度が実施されますと、福祉の世界でいへば、従来の措置事務が新しい保険の事務になりますので、そういう意味で、担当する市町村の職員も意識を改革してというのでしようか、新しい意識で仕事に取り組んでもらうことが必要であると思つてゐます。そういう意味で、先ほどの計画の話も、それから今のお話につきましても、そういう従来の発想の延長ではなくて、新しい仕組みを実施するという意識で考えてもらふことが必要だといふふうに思つてゐます。

期間につきましても、これは三十日以内となつておりますが、もちろん迅速に行われることが望ましいといふことであります。ただ、この制度は、申請をしますと、要介護認定が仮におこなつても、専門家が見て、これはやはり介護が必要などいふふうになれば、あるいは本人が指定業者等から介護サービスを受けて、後で保険請求ができるようになるわけでございますので、それからまた、何らかの事情で申請がおくれたような場合に

は、申請の前に受けてそれがやむを得ないような場合、申請の前にそういう指定業者から介護サービスを受けて、それを後でまた介護保険制度の中で費用を支払うこともできるようになつておるわけでございますので、手続的なものはきちんとやらなくちゃいけません。そういう緊急のときにはそれに応じて対応できるように形になつておるわけでございます。

○土肥委員　要するに、特別な人材養成をしないとこれは間に合わない。しかも、それに非常に意欲を持った人で、本当に自分の地域住民の生活は私が担つてゐるのだという人材をつくらない限り、ちよつと公務員では無理なんじゃないかといふふう感じております。

最後に、やがて介護費用の単価が出てくるわけですね。今の公的ヘルパーでいきますと、行政ヘルパーさんは年間で三百万円以上の賃金を得ている。しかし、パートになりますと、パートといふか部分的な介護ヘルパーになりますと、介護で千九百円とか、あるいは家事援助では七百何ぼですか、ちよつと資料をここに持つておりませんけれども、しかし、今度、介護保険ができて単価が設定されると、介護という労働に対する対価としての世間の評価が出るわけです。これは重大な問題ですね、大変意味のある問題だと思つております。

つまり、今まで家事や看護というところから隔れていたものが明らかになつて、世間的に、あの人はこういうような仕事をすればこれだけのお金がもらえるのだなということが大体わかつてくるわけです。そうすると、行政ヘルパー、行政が抱えているパートヘルパー、あるいは今度一般的に参加する業界のヘルパーだとか、いろいろな人たちが入り組んでまいりまして、これも大混乱になるわけです。

私は、ここで、どんな料金設定をするのかといふことは問いません。私が申し上げたいのは、ここにいわば市場原理といふか競争の原理が働かないと、ただそれだけをやればいいといふふうにし

ますと、結局、健康保険と同じで出来高払いみたいになるわけでありまして、その辺の料金設定が非常に難しい。あるいは入札制度なんか入れたらいいのじゃないかなとも私は思つてゐるのです。が、最低限の見積もりを出して、そして入札をするといふようなこと。それから、このグループ、この事業者は非常にいいけれどもこの人はだめだといふような、そういう評判やユーザーの選択ができるようなさまざまな事業者をつくらなきゃいけないと思つてゐるのですが、料金設定について今どんなお考えか、お聞かせください。

○江利川政府委員　介護保険のいわゆる介護報酬というのでしようか、その設定は、これから実態を把握して考えていくということでございますが、御指摘のありました、市場機能が働くような仕組みを工夫しろといふようなことは十分頭に入つて、これから検討してまいりたいと思つてゐます。

○土肥委員　終わります。

○町村委員長　次回は、来る二十五日火曜日午前九時五十分理事会、午前十時委員会を開会することとし、本日は、これにて散会いたします。

午後五時十四分散会

平成九年四月二日印刷

平成九年四月三日発行

衆議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局