

衆議院 厚生委員會 議錄 第二十五号

平成九年五月十四日(水曜日)
午前十時三分開議

出席委員
委員長 町村 信孝君

委員 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
戸井田 徹君
松本 純君
吉川 貴盛君
井上 喜一君
鴨下 一郎君
坂口 力君
樹屋 敬悟君
吉田 幸弘君
家西 倍君
枝野 幸男君
中川 智子君
土肥 隆一君

委員 住 博司君
理事 長勢 甚遠君
理事 山本 孝史君
理事 兒玉 健次君
伊吹 文明君
大村 秀章君
嘉数 知賢君
鈴木 俊一君
竹本 直一君
根本 匠君
山下 徳夫君
青山 二三君
大口 善徳君
北側 一雄君
福島 豊君
矢上 雅義君
米津 等史君
石毛 鉄子君
瀬古由起子君
土屋 品子君

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
厚生大臣官房審議官 江利川 毅君
厚生省健康政策局長 谷 修一君
厚生省保健医療局長 小林 秀資君

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
五月十四日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

同日
補欠選任
能勢 和子君
戸井田 徹君
北側 一雄君

第一類第七号 厚生委員会議録第二十五号 平成九年五月十四日

同(藤田スミ君紹介)(第二五三三號)
同(正森成二君紹介)(第二五三三號)
同(松本善明君紹介)(第二五三三號)
同(矢上雅義君紹介)(第二五三七號)
同(山原健二郎君紹介)(第二五三八號)
同(鰐淵俊之君紹介)(第二五三九號)
医療保険制度改悪反対、公的介護保障制度の確立に関する請願(木島日出夫君紹介)(第二五四〇号)

同月十三日

医療保険制度の改悪反対、医療の充実に関する請願(松本善明君紹介)(第二五九五号)
同(矢島恒夫君紹介)(第二五九六号)
公的介護保障制度の早期確立に関する請願(松本善明君紹介)(第二五九七号)
同(矢島恒夫君紹介)(第二六七〇号)
同(辻第一君紹介)(第二七二二号)
厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願(瀬古由起子君紹介)(第二五九八号)
同(松本善明君紹介)(第二五九九号)
同(石井郁子君紹介)(第二六七一号)
同(穀田恵二君紹介)(第二六七二号)
同(辻第一君紹介)(第二六七三号)
同(寺前巖君紹介)(第二六七四号)
同(濱田健一君紹介)(第二六七五号)
同(春名真章君紹介)(第二六七六号)
同(東中光雄君紹介)(第二六七七号)
同(藤木洋子君紹介)(第二六七八号)
同(藤田スミ君紹介)(第二六七九号)
同(古堅実吉君紹介)(第二六八〇号)
同(正森成二君紹介)(第二六八一号)
同(山原健二郎君紹介)(第二六八二号)
同(吉井英勝君紹介)(第二六八三号)
同(赤松正雄君紹介)(第二七二三号)
同(金子満広君紹介)(第二七二四号)
同(川端達夫君紹介)(第二七二五号)
同(古賀一成君紹介)(第二七二六号)
同(児玉健次君紹介)(第二七二七号)
同(坂口力君紹介)(第二七二八号)

同(志位和夫君紹介)(第二七二九号)
同(辻第一君紹介)(第二七三〇号)
同(土肥隆一君紹介)(第二七三二号)
同(中川正春君紹介)(第二七三三号)
同(濱田健一君紹介)(第二七三三三號)
同(深田肇君紹介)(第二七三四号)
同(正森成二君紹介)(第二七三五号)
同(矢上雅義君紹介)(第二七三六号)
国民健康保険制度の抜本改革に関する請願(佐藤剛男君紹介)(第二六〇〇号)
医療等の改善に関する請願(上原康助君紹介)(第二六〇一號)

同(熊代昭彦君紹介)(第二六〇二号)
同(谷垣横一君紹介)(第二六〇三号)
同(中村正三郎君紹介)(第二六〇四号)
同(宮路和明君紹介)(第二六〇五号)
同(稲葉大和君紹介)(第二六八四号)
同(奥田幹生君紹介)(第二六八五号)
同(白保台一君紹介)(第二六八六号)
同(川内博史君紹介)(第二六七七号)
同(玉置一弥君紹介)(第二七七八号)
重度戦傷病者と妻の援護に関する請願(塚原俊平君紹介)(第二六〇六号)
同(中山正暉君紹介)(第二六〇七号)
同(細田博之君紹介)(第二六〇八号)
同(櫻内義雄君紹介)(第二六九一号)
医療保険制度の改悪反対、医療制度の抜本的改革に関する請願(佐々木憲昭君紹介)(第二六〇九号)
同(瀬古由起子君紹介)(第二六一〇号)
同(平賀高成君紹介)(第二六一一号)
障害者フランクの拡充と具体的推進に関する請願(瀬古由起子君紹介)(第二六一二号)
同(山本孝史君紹介)(第二七四五号)
医療と介護の拡充に関する請願(北村直人君紹介)(第二六一三号)
同(児玉健次君紹介)(第二六一四号)
同(佐々木憲昭君紹介)(第二六一五号)
同(瀬古由起子君紹介)(第二六一六号)

同(深田肇君紹介)(第二六一七号)
同(榊屋敬信君紹介)(第二六一八号)
同(矢島恒夫君紹介)(第二六一九号)
同(山原健二郎君紹介)(第二六二〇号)
同(吉田幸弘君紹介)(第二六二二号)
同(中島武敏君紹介)(第二六九二二號)
同(濱田健一君紹介)(第二六九三三號)
同(東中光雄君紹介)(第二六九四四號)
同(井上一成君紹介)(第二七四六号)
同(家西悟君紹介)(第二七四七号)
同(池端清一君紹介)(第二七四八号)
同(石毛鏡子君紹介)(第二七四九号)
同(川内博史君紹介)(第二七五〇号)
同(五島正規君紹介)(第二七五一号)
同(佐々木秀典君紹介)(第二七五二号)
同(辻第一君紹介)(第二七五三三號)
同(土肥隆一君紹介)(第二七五四四號)
同(中沢健次君紹介)(第二七五五五號)
同(鳩山由紀夫君紹介)(第二七五六六號)
同(濱田健一君紹介)(第二七五七七號)
同(平賀高成君紹介)(第二七五八八號)
同(山本孝史君紹介)(第二七五九九號)
高齢者医療費値上げ中止に関する請願(吉田公一君紹介)(第二六八七号)

公的介護保障の早期確立に関する請願(金子満広君紹介)(第二六八八号)
同(木島日出夫君紹介)(第二六八九号)
同(松本善明君紹介)(第二六九〇号)
医療保険制度改悪反対、医療の充実に関する請願(矢島恒夫君紹介)(第二七二〇号)
被爆者援護法の改正に関する請願(正森成二君紹介)(第二七二二一號)
医療保険制度改悪反対、公的介護保障の確立に関する請願(河合正智君紹介)(第二七三三九號)
子供の性的搾取・虐待をなくすための立法措置に関する請願(丸谷佳織君紹介)(第二七四〇号)
療術の法制化に関する請願(熊谷弘君紹介)(第二七四一號)
医療保険の患者負担の大幅引き上げ中止に関する

る請願(池坊保子君紹介)(第二七四二二號)
同(穀田恵二君紹介)(第二七四三三號)
同(寺前巖君紹介)(第二七四四四號)
は本委員会に付託された。

五月九日

医療保険制度改悪の中止と国民健康保険制度拡充に関する陳情書外一件(大阪府高槻市桃園町二の一高槻市議会内段野啓三外一名)(第二七五五号)
医療制度の抜本的改革に関する陳情書(津市広明町一三三三重県議会内石井三好)(第二七六号)
医療政策の確立による高齢社会の福祉国家実現に関する陳情書(神戸市中央区中山手通六の一の三〇瀬尾藤)(第二七七七号)

児童福祉法改正等に関する陳情書(東京都千代田区霞が関の一の三〇鬼迫明夫)(第二七八号)
保育制度・放課後児童対策等の充実を図る児童福祉法等の改正に関する陳情書外一件(札幌市中央区北二条西六北海道議会内内川義雄外一名)(第二七九号)
保育所措置費の見直しに関する陳情書(岐阜市今沢町一八岐阜市議会内松岡文夫)(第二八〇号)
遺伝子組みかえ食品等の安全性の確認と表示制度に関する陳情書外一件(鳥取市東町一の二二〇鳥取県議会内井上万吉男外一名)(第二八二一號)
は本委員会に参考送付された。

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)
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。佐藤剛男君。

○佐藤(剛)委員 自由民主党の佐藤剛男でございます。

委員長の卓越した議事進行によりまして、この介護保険につきましても、たしか、地方公聴会が二回にわたり四カ所、それから、当委員会におきますといますとあれこれ四十時間を超えるわけでございます。いろいろな意見が本件につきまして出ました。それで、私は、この三十分間を活用させていただきまして、少し、いろいろな整理の意味も含めまして、厚生政務次官それから厚生省事務当局に御見解を、あるいは確認を含めてお聞きしたいと思っております。

一つは、幾つかの項目があると思うのですが、こういう分け方がいかどうかは別として、私の言葉で言いますと国民参加というところでありますが、市民参加という意味でいろいろな意見がなされておりました。

サービス事業者情報等を積極的に開示する、あるいは介護保険事業計画策定へ被保険者の意見というものを反映する、あるいは、国保連の行うオンブズマン制度、こういうものを充実いたしました、とにかくこの介護保険事業計画の策定とか改定に際しまして被保険者の意見の反映というふうなものをはっきりと書けという意見も多々あったわけでありまして。

私は、これは非常に重要なことだと感じているわけでございますが、こういう面につきまして、例えば被保険者を参画させまして第三者機関を設置したり、そういうふうなことで運営の公平公正性を保つというところは非常に重要なことと解しておりましたが、これにつきましては厚生省の御見解を問わねばならないと思っております。

○江利川政府委員 介護保険制度の運営につきま

して、住民の、あるいは国民の意見の反映、こ

ういうものを考えるというのは大変重要なことだといふふうに思っております。特に、この事業の基本になります介護保険事業計画の策定に当たりまして、これは市町村が策定するわけでありまして、けれども、どのようなサービス水準を達成するか、その中身が決まってくるわけでございます。そういう意味で重要な計画でございます。これを定めるに当たりまして、住民の意向、こういうものを反映するよう工夫をするということは必要であるといふふうに考えているわけでございます。

具体的にはどう反映するかということにつきましては、この国会の場におきましてもいろいろな御意見が出されたわけでございますし、そういう御議論を踏まえまして、私どもとしても適切に対応したいというふうに考えているところでござい

ます。

○佐藤(剛)委員 私は、これは拘束規定ではないかもしれないが、一つの政策提言として、そういうことを法律の中に明らかにしておきたいという形は、こういう新しい制度を導入する場合にあって必要ではないかと思うのでありますが、その点についてどのようにお考えになられるか。

○江利川政府委員 この国会における、委員会における議論を踏まえて、各党から修正のお話が出ているというふう聞いております。そこでもそういう御指摘がございまして、先生の御指摘は傾聴に値するものというふうに受けとめているところでございますが、各党で詰めの議論をしているところというふう聞いておりますので、その議論の結果を受けとめさせていただきたいというふうに思っております。

○佐藤(剛)委員 前向きな答弁、ありがとうございます。

それでは、それに関連するのですが、広告制限の条項が九十八条にありますね。この広告制限というのとはなぜこの中に入っているのかというのに、恐らく医療法の流れからくる話なんだろうと私は思うのです。医療法には広告制限規定という

のがありますね。ですが、事業者のサービス内容を広く利用者に伝える、選択を容易にする、そういう観点からいたしますと、この九十八条の存在、これについては私はクエスチョンを持っておるのですが、これについて、厚生省はなぜそういう九十八条を入れたのか、その思想からはどうなのか、もう一度、確認と考え方をお聞きします。

○江利川政府委員 介護保険制度案におきましては、利用者が主体的にサービスを選択するということを基本としておりますので、その意味で、必要な情報が公開される、これは大変重要なことと

ござい

このような観点から、制度の運営、運用の段階でございますけれども、介護老人保健施設を含めまして、サービス事業者に対して、サービスに関する基本的な事項について、例えば施設内で掲示をするとか説明を行うとか、そういう情報が提供されるような、そういう事業者に対して運営基準を設ける、それに従って必要な指導を行う、こういう形で情報提供を考えていく、さらには、サービス事業者を指定します都道府県におきまして、あるいはまた保険事業者であります市町村におきまして、それぞれの立場で情報提供を推進していくということでございます。これは重要なことだといふふうに思っております。

御指摘の広告制限でございますが、これは、介護老人保健施設は医療提供施設であるということでもございまして、診療とか治療行為という、一般に内容の評価が困難ないわゆる専門的な分野につきまして広告が行われることが想定されることから、利用者保護という観点から、いわゆる客観性と正確性を維持できないような事項については広告を行ってはならない、広告制限を行っているというものでございます。

ですから、そういうものとまた別途、いわゆる利用者に十分情報が渡る、これにつきましては、最初に申し上げましたような運営基準に基づいてそういう情報が利用者に提供されるような、そ

うい

いう運営を考えていきたいというふうに思っております。

○佐藤(剛)委員 確認の意味ですが、そうすると、九十八条の撤廃はできないということですか。

○江利川政府委員 現在のところでは考えておりません。

○佐藤(剛)委員 一つ考えるのですか。

○江利川政府委員 利用者への情報提供は、運営に当たって定めます運営基準によりまして、こういうものを施設内に掲示する、こういう中身を利用者に説明するということをしたいと思っております。そういう形で、いわゆる広告ではなくて、利用者への掲示や説明という形で内容を提供していくということによりまして情報提供ができるのではないかと、別の主体であります都道府県、市町村の立場でもできるのではないかとこのように思っております。

広告制限は、医療のような専門的な分野について誤解を招くような広告をしてはならないという趣旨のものでございまして、これはこれで、その存在意義があるのではないかとこのように思っております。

○佐藤(剛)委員 私は、この問題は、これからお話し申し上げる検討期間、三年間ぐらいのときに検討する、その中で一つの検討項目として導入してもらいたいと思っております。また、その間に、社会保障改革問題というのがあるし、それから、医療法人をどうするかというような問題がいろいろありますから、そういう問題で、今ここでは余り深みに入りませんが、その問題はあろうというところをテーカノートしておいてください。

それから次に、私はかねてから、この介護保険法の最大のメリットというのは利用者の選択権の確保ではないか。利用者の選択の幅をできるだけ広げる、そして、十分な介護サービス供給量の確保に加えて、法律四十条に関係すると思いますが、パウチャー制度の導入というのができないのか、私は望ましいと思っております。

これは、保険者たる市町村が、要介護度あるいはケアプランに応じて、サービス区分ごとに必要なサービスを受けられるようパウチャーを発行するわけです。そして利用者は、そのパウチャーを利用して、介護サービス供給者をより自主的に選択できるようにするわけです。介護サービス供給量の確保のためには、従来のような、すべての介護サービスというものを自治体や社会福祉法人など公的機関が提供するという発想を脱却する。これは、大臣も、できるだけ民間を活用すると御答弁いただいていたわけでありま

す。これは、八十六条、九十四条に關係するのですが、このパウチャー制度の導入の四十条、それから、民間企業やボランティア団体など多様な事業主体の参入というものを積極的に促すということが私は必要ではないかと考えるわけでありましたが、四十条、それから八十六条、九十四条に關係しまして、厚生省の御見解を伺います。

○江利川政府委員 介護保険制度におきましては、介護を必要とする者が、その選択に基づいて、本人の心身の状況に応じて適切な保健医療サービスあるいは福祉サービスを総合的に受けるようにするということをねらいとしているものでございまして、そういう意味で、選択の確保というふうに思います。

パウチャー方式は、サービス利用の自由度が増す、そういう特性を持っているわけにございまして、ただ、一方で、パウチャー制度につきましても、懸念もあるわけにございまして、一つは、供給量がまだ不足している段階において価格を自由にパウチャーで利用するというようなことになりま

す。事業者から直接パウチャーでサービスを買おうとなりまして、消費者保護的な観点で配慮が欠けるようなことにはならないだろうか。そういう意味で、ケアプランに従って、いわゆる専門家のアドバイスを受けてサービスが利用できるような形というのが一つの仕組みではないかという感じもするわけにございまして、それからまた、パウチャー制度の場合、使い残された切符、パウチャーがどんなふうに使われることになるのだろうか。

その辺などの問題もございまして、これにつきましましては、幅広く検討させていただきたいというふうに思っております。

○佐藤(剛)委員 それでは、この問題は、附則の検討項目の中に、具体的な項目としまして考えていただきたいと思います。

それから次は、いろいろな給付の問題でござい

ます。例えば、ひとり暮らしの老人を含めまして、そういう人たちに必要な給食、配食サービス、こういうような問題について、私は、このシステムは、今申し上げたような民生活を含めたシステム確立が必要であるというふうに考えるわけですが、いかがでございましょうか。政務次官にお伺いします。

(委員長退席、長勢委員長代理着席)

○鈴木(俊)政府委員 今後、公的介護サービスに対するニーズというものは増大し、また、多様化すると思えます。これに対応するためには、利用者の選択によるサービスの利用でありますとか、あるいは、健全な競争を通じた効率的な介護サービスの供給というものが必要でありまして、そのためには、民間活力を積極的に導入していくということが必要であると思えます。

在宅福祉事業につきましては、従来から、民間事業者、農協等の事業主体への委託を進めておりますが、今後、これをさらに進めていくという考えでありまして、介護保険制度におきましても、在宅サービスへの参入に当たりましては、公

的サービスと民間サービス、これを同一に取り扱う。あるいは、サービスの利用は利用者の選択にゆだねる、措置ではなくそういう選択にゆだねる仕組みとしております。さらに、サービスの上乗せでありますとか、それから横出しの部分につきましましては、公的サービス、民間サービスの組み合わせが自由に仕組めるようにする。こういうこと

にしておるわけでありまして、こういうことによりまして、民間活力の導入というものが一層図られることを期待いたしておるところであります。

○佐藤(剛)委員 ありがとうございます。政務次官の前向きな答弁、多々ありがとうございました。そのような方向でいろいろお願いしたいと思えます。

外出介助サービスの問題とか、そんな問題もあるわけにございまして、また、ここでも議論になりましたが、市町村の特例給付の現物給付という

ような問題もありますね。これについては、いろいろ運用上の工夫で可能な部分というのとはあると私は思うのですが、これについて、市町村特例給付の現物給付問題について厚生省はどのような立場をとられるか、お聞きしたいと思えます。

○江利川政府委員 普通のサービス事業者は都道府県知事の指定を受けているわけにございまして、その地域における例えばボランティア団体のような形で十分なサービスができるようなケースに、市町村がそれを認めて特例給付を行うことになるわけにございまして。

原則としてそれは償還払いということを念頭に置いていただくわけにございまして、先生御指摘のように、償還払いの場合には、その利用時に全額払って、後からそれを領収書を持って市町村に行

って九割払い戻してもらうということになるわけにございまして。それではなかなか大変ではないかという御指摘も確かにそのとおりという側面もございまして、どういう工夫ができるか、これは少しお時間をいただきたいと思います。考えてみたいというふうに思っております。

○佐藤(剛)委員 どうか厚生省で、これは具体的

な運用のやり方で考えられる部分だろうと私は思いますので、これについては検討していただきたいと思っております。それから、ここで、先ほどちょっと私は確認していたのですが、例の附則の關係の検討すべき具体的な点で、これについてパウチャーの問題だとか苦情処理の問題だとか、これは、先ほど最初に言いました、条文でどこまでできるのか、明記して広く知らしめるのかの部分ですけれども、特に、これからの検討すべき具体的な項目、こういうようなものについて、私は検討期間というのをまず明示すべきではないかという論者でございまして、附則第二条の關係についての問題の条文修正とあわせて、どういう項目を検討するか。

例えば、先ほど言われたパウチャー方式の導入もやる、あるいは市町村の事務処理体制というのをどうする、いろいろなものがあると思うのですが、それじやどういうようなものをこの機会に具体的項目として考えておるかというところをこの機会にお聞きしたい。附則第二条の検討期間の明示と、それから、検討すべき具体的な項目についての質問でございまして。

○江利川政府委員 附則の検討規定は制度全般を書いておりますので、そういう意味で、実施状況を踏まえて、例えば被保険者の範囲がどうであるのかとか、障害者施策との關係をどう考えていくのかとか、大変幅広く書いてあるわけにございまして。この場でもさまざまな御指摘がございまして、指摘されたものについては幅広く検討すべきではないかというふうに思っているわけにござい

ます。この検討事項につきましては期限が付されてございませぬ。期限を付すべきではないかということも、この委員会でも御指摘を受けているところにございまして。それにつきましても条文修正を行うべきではないかということで、現在、各党間で検討が行われているというふうに承っておりますので、私どもは、その検討の結果を尊重させていただきたいというふうに思っているところでござい

ます。

○佐藤剛委員 検討の相場が大体あって、これは初年度で、一年でやれなんて言ったってこれは事実上無理な話だから、調査したりやればどうしても三年というのが一番早い時期かなという感じはいたします。そして、そのときにはやはり財源問題が一番中心になる話ですから、そういうふうな問題を含めて広くやっていく。つまり、何が一番重要かというのは、日本の、世界にないような新しい独特のユニークな制度であるわけですから、これがずっと維持されて発展していくような方向にしたい。

今、高齢者医療の問題で、現在の老人保健拠出金制度というのが各医療保険の財政を窮地に追い込んでいくわけですね。そういうことを見ますと、これは、医療保険からの納付金問題というのを、ここでも議論ありましたけれども、被保険者への財政圧迫にならないような形に持っていかなければいかぬわけですし、そして、そういう面で、介護保険法の施行と同時に老人保健制度の抜本改革をやることになっておるわけですが、老人保健拠出金制度の問題を含めて一体的なものとしてやっていかなければならない課題だろうと私は思います。非常に難しい問題ですが、やらなければいかぬ。

とにかく、高齢者にとって医療と介護というのは一体なわけでありまして、制度間の十分な整合性を図っていく。そして、一割の自己負担を求める介護保険法案に対して、老人保健制度も定額制の問題とある、負担のアシバランスがある。それから、それを介護保険制度でどこに移動してしまうか、それじゃ医療の方に今までもおいてしまおうというふうなことで社会的入院の問題が解消されないというふうな話になりかねないわけですから、その点について、どうかひとつ高齢者医療保険との整合性ということをやっていたきたい。

それで、私、ここで聞きたいのですが、そもそも論ですが、仮にこの法律が通ったときに、平成

十二年までに、この三年間で大丈夫ですか、準備、市町村体制。

私は、いろいろ地元に行つてこういう話を聞きますと、最近になって、そろそろ介護保険法が通りそうだなという、市町村長も非常に真剣に考え出しながら、悩み出しているような感じをお見受けするのです。ですから、三年間の間にこの制度、大丈夫なのか、四年かかるのじゃないかなという感じまで持つのですが、そんなにかかってはいかぬわけですから、そのところを非常に心配しております。それに対して厚生省、政務次官、局長、どのように今実情を把握しているのか。

○羽田田政府委員 介護保険の発足二〇〇〇年、平成十二年、大丈夫かというお話でございます。その前に、介護保険の発足に当たっては、それと同時に老人医療制度、これについてきちっとすべきであるという御議論、そして、その間の整合性をとるべきであるという御議論でございます。

まず、老人保健制度でございますけれども、私も、老人保健制度あるいはその中における老人保健拠出金の制度、これにつきましては、今、医療保険制度の中でも大きな課題になっております。抜本改革の大きな柱とされているように思っています。また、老人医療制度、老人保健制度の改正を進めるに当たりまして、介護保険制度を発足させることによりまして医療と介護の役割分担といったようなことをきちっとすることが大事だと思っております。

また、整合性の問題について言えば、先ほどの、負担の問題がございました。当然、今後における老人医療の負担の問題につきましては、介護保険との整合性ということをにらみながら今後の抜本改正を考えていかなければならないと思ひます。今回の改正につきましては、そういうことも念頭に置きまして、高齢者の方々についてはおおむね一割程度の負担水準ということを頭に置きながら、しかし、高齢者の心身の特性に配慮を

して、急激な変化ということを避けるという意味から、定額を維持するという形で御提案をし、御可決をいただきたいところでございます。

修正によりまして、さらに入院の一部負担につきましては引き上げをするという形で利用負担一割の水準に近づくような御措置もいただいたわけでございます。先ほどの、今後の抜本改革につきましては、さらにどのような負担をお年寄りの方々に持たせていただくか、また、若い方々の負担をどうするかということにつきましては、さらに検討をし、医療保険の抜本改革の中で答えを出していかなければならないというふうに考えております。

それから、介護保険の発足に当たつての準備の問題でございます。一つは、やはり介護基盤、介護サービスをするための在宅サービスあるいは施設サービスのサービス基盤が整うかどうかということについてでございます。

私も、新ゴールドプランを何とか達成できるように、格段の努力を予算の面、あるいは、それぞれの地域ごとのばらつきというようなことをいかに奮励をし、整備をしていくかということと対応していかなければならないと思ひます。もう一点、事務処理体制につきましては、正直なかな、この三年というのはかなりきつい日程でございますけれども、精力的にシステムを検討いたしまして、制度の成立を待ちまして、地方公共団体ともども準備体制を整えていきたいということと、現段階でいろいろやれますことにつきましては検討を進めておるところでございます。

（長勢委員長代理退席、委員長着席）

○佐藤剛委員 時間になりましたからあれですが、後ほど同僚議員から加齢疾病事項の問題とかについていろいろお話があると思ひますが、私は以上の問題について、ありがとうございました。また、政務次官、ありがとうございました。感謝を申し上げまして、終わりにいたします。

○町村委員長 この際、暫時休憩いたします。

午前十三時三十分休憩

午前十四時四十一分開議

○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。

○山本孝史委員 おはようございます。まず最初に、この原案にあります介護保険の性格というもののについてですけれども、これは一年単位の短期保険であつて、その年に保険事故がなければ掛け捨てになるというような保険ではないかというふうに思つておりますが、二号被保険者について負担と給付のあり方が問題になっておりまして、介護は生涯を通じて二人に一人ぐらい要介護状態になるのではないかと常におっしゃっておられます。であるならば、積立方式というのは御検討なさつたのであろうか。今回、そうなるおそれはないけれども、なぜ積立方式でない方式になつたのか、この御説明をいただきたいと思ひます。

○江利川政府委員 介護保険制度は、御指摘のように短期保険というところで構成されておりますが、この制度を短期保険にするのか、年金のような長期保険にするのか、関係の審議会でも議論があつたところでございます。そこにおきまして、平成七年七月の老人保健福祉審議会の中間報告でございますが、その中間報告におきましてこんな一文がございます。

年金制度のように納付実績に応じて給付が決定される仕組みを設けるべきであるという意見があつたが、これに対しては、介護というリスクの性格のほか、納付管理事務の煩雑さ等を考慮すれば、実際上困難ではないかという指摘があつた。

というふうなことでございます。つまり、長期間保険料を管理していくという考え方になじむのかどうかというふうなことだと思ひますが、こういうふうな御意見を踏まえまし

て、医療保険制度と同じような短期保険制度というふうにしたものでございます。

○山本(孝)委員 二号被保険者の立場でいきますと、ほとんど百人に一人、あるいは金額的にいけば〇・一％ですか、納付をしているもののうちの給付しか受けられないという計算になるわけですね。ということであれば、六十五歳以降に受けられるという今の年金も積立方式と言いつつながら実際的には賦課方式に近くなっている、ということではないか、そういう形で二号被保険者の方たちに御理解をいただくということもできたのじゃないかというふうにも思うのですけれども、ちよつと今のは積立方式をとらなかつたということの理屈としては根拠が薄いんじゃないかと思いますが、どうでしょうか。

○江利川政府委員 先生御指摘されましたように、そしてまた中間報告にもありますように、確かに意見としては、長期保険として考えるべきではないかという意見もあつたことは確かでございます。

ただ、繰り返しになりますけれども、審議会におきまして、いわゆる介護リスクというのが年金のような積み立てといった所得保障となじむのかどうか、ある意味で疾病に近い部分というのがあつたのではないかとと思つております。介護リスクというのはどんなふうにとらえるのだろうか。それから、保険料を長期間、若い時代からずつと積み立ててそれを管理していく、こういうことが、実務的な意味での煩雑さというのでしようか、そういうふうな御指摘でございました。同じようなことの繰り返しでございますけれども、そういう議論の結果だということでございます。

○山本(孝)委員 であれば、二号被保険者の負担と給付の関係でいけば、同じように保険事故に遭つた場合に給付をするという形をとる方が、特定疾病云々と書いているよりはるかにすっきりしているというふうに思ふわけですね。

問題の、一条にあります加齢疾病条項について、ここを外すべきだというふうに修正項目として

て各党お出しになつてゐる部分があるわけですが、けれども、まず、その削除に應じられるのかどうかという点が一点です。応じられるということになると、年齢や原因にかかわらず、すべての要介護状態にある者に対して給付をするという方向にいくという意思を踏まえてその加齢疾病条項を外すということになるのか、単に形の上だけで外すということになるのか、そこを、保険の大きな制度になりますので、大臣のお考え等もございましたらお伺いをさせていただきますかと思ひます。

○江利川政府委員 法制的な意味合いからの関係もございまして、ちよつと私から御答弁させていただきます。

目的規定に、「加齢に伴つて生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態、それへのサービスを対象とするのだ」ということが書いてあるわけでございますが、これは、一号被保険者、二号被保険者に共通する給付事由を代表例で挙げて、そういうものに対して介護給付をする仕組みでありますということが書かれてゐるものでございまして、具体的な給付の中身というのはそれぞれ関係の条文に書いてございまして、この「目的」というのは、そういう法制的な仕組み、この法律は基本的にまずそういう共通するものを例に挙げて給付の対象を明示してゐる。この「目的」を仮に直すということになりますと、本来であります、何か「目的」だけ直してあと直さないうのかというのではなくて、例えば給付の対象の範囲をどう変えるのかとか、そういう議論に基づいて、それに應じて、いわゆる給付の中身に應じて「目的」が変わつてくるのではないだろうかというふうに思ひます。

したが、いま私どもとしましては、この法律は附則に検討規定がありまして、幅広く制度のあり方を見直す、検討するということになっております。その検討の結果、例えば二号被保険者の給付の事由が広がるか、そういうことになりますと、それに應じて目的規定を変えていくべきものでないだろうか、その部分が直らないでただ「目的」を変えようというのはいかがかという感じを持っております。

○山本(孝)委員 わかりました。

書き加えたときもなせ書き加えたのかという質問で、法律的な意味での実質的な変更はありませんと江利川さんの御答弁もありましたので、外しても同じことになるのだからというふうな思いですが、おっしゃつてゐる通りに、後ろの方の条文のところをさならぬとだめだ。でも、「目的」を変えれば実質に法律の目的が変わるわけですから、その方向性というものがあつたわけですね。こつちの方に行くのだというはつきりしたものがあつたわけ、そういう方向性を踏まえた上でこの条文からの修正云々のところの御検討をしていただけたらいいものなのか、この辺の方向性を示していただけたらいいというふうな思つてゐるわけですが、その点でどうでしょうか、もう一度。

○江利川政府委員 附則に検討規定がございまして、制度の実施をして、さまざまな要素を勘案して検討していくわけでございます。検討の結果がどうなるかというのは今の時点ではまだ明らかにならないわけでございます、そういう意味で、その検討の際に、例えば障害者まで対象とする方向で検討するのとかどうか、そういうことは今の時点では方向は決まつておりません。

この法案をまとめる段階では、関係者の中には、障害者、介護保険制度の中に入るべきであるという議論もあれば、果たしてそれが適当なんだろうかという議論もあつたというふうに聞いておりますが、そういうことでございまして、今後、障害者プラン、二〇〇三年までかつて、現在のプランが計画の最後の年を迎えるわけでありましても、そういう施策が進んでいく中でこの辺の議論がどう深まってくるか、そういうことを踏まえて検討すべきものだというふうに思つております。

今の段階で方向性は持つてゐるわけではございません。

○山本(孝)委員 きょうは保険料のことについてお尋ねをしたいというふうに思ひます。

保険料の決定は、まず各自自治体が介護事業に要する費用を予測して、国がそれを全国的に集計して、政令で定めるガイドラインに従つて決めていくということになっております。この総費用は、要介護認定のそれぞれの度合いに應じての人数、あるいは介護報酬の額、そして利用率、希望率といひましようか、それで決まる、この三つの掛け合わせで決まるというふうに理解をしております。

そうしますと、認定度別の対象者数の見込み、IからVIまでの度合いによるわけですが、これは予測をされたおりの度合いに實際やってみるとばらけるものだろうかという点ですね。すなわち、要介護度Iの虚弱の要支援者というのは見込みの数よりもつとふえるのではないだろうか、あるいは要介護認定をするのに痴呆にある方の割合というのはもう少しふえるのではないだろうか、そういう意味で対象者の見込みが各要介護度別にかなりばらついてくる。それが見込みとおりにいくだろうかというふうに思ふのです。

今、モデル事業等いろいろやつておられますけれども、これはこのような見込みとおりになりましますでしょうか、見直しをお聞かせください。

○江利川政府委員 介護費用の将来推計をするに当たりまして、要介護度がどう分布するかということが計算上の一つの前提になるわけでございます。要介護度の発生率といひますのは、年齢階級別に今までの調査でございまして、そういうものを掛けて、トータルとしては発生率というのが把握できるのではないかと。

そうすると、その要介護者の中の、重度の要介護であるとか中度であるとかというその分布がどうなるかということでございますが、これにつきましましては、私どもの方で、いわゆる施設入所者などの実態を踏まえた分析をやつておりまして、それに基づいて分布を決めてゐるわけでございます。

す。これは抽出調査でございますから、一つの調査の結果ではありますけれども、すべてを調べていたりそのとおりになるかどうかというのは、これは難しいところだと思います。ある程度は幅を持って考えるべきだというふうに思いますが、その幅は重度の方に行ったり、逆のケースもあるかもしれませんし、一応現在の推計は、そういう調査結果に基づいて分布を調べて、それでやったものだというところでございます。若干のばらつきは、それが違った形でばらつくことはあり得ると思えますけれども、それによって費用が大きく変わってくるかというと、それほど大きくは変わらないのではないかと感じを持っておるところでございます。

○山本(孝)委員 もう一つの要素でありますサ―ビス価格の設定です。

これは、報酬単価がどういうふうになるのかということをお示しいただきたいというふうにお願ひしているのですけれども、実際のところは、平成十二年二月、開始直前にならないとこの報酬額はお示しすることはできないというふうにおっしゃっておられる。

ということとは、そういう費用の集計という中において、平成十二年のスタート時において幾ら取られるかという部分は、幾ら納めなければいけないかというのは、この介護報酬の単価額によってくるわけですから、今のところでは総額ははっきり言えないという話になってしまつて、そういう意味で、かつて予測のときにお示しになった額にはほぼ等しい額としてヘルパーさんの金額であるとかというのが設定されるのか、その中に例えば、地域差を勘案するとおっしゃっていますけれども、ヘルパーの熟練度といましようか、そういったところは考慮していただけるものなのか、その見通しをお聞かせをいただきたいと思ひます。

○江利川政府委員 介護費用の将来推計は、予算の単価などを参考にしながら計算したものでございます。一つの目安というのでしょうか、見込み

というものを持ちながらやっていかなければならないということで、利用できる現下の資料を使いながらやったものでございます。

二〇〇〇年における要介護者につきましては、要介護者、虚弱を含めて二百八十八万人ぐらゐり予測されておりますが、そのうちの半分、百四十万ぐらゐりが要介護状態にある人ではないか。そのうちの半分、七十万ぐらゐりは施設に入るのだらう。施設ですと、現在の特養であるとか老健施設であるとか療養型病床群であるとかということ前提にしますと、単価につきましてはそう大きな差はなく、七十万人ぐらゐりという人数が決まりますと大体正確な推計ができるのではないかと思います。

それから、在宅サ―ビスの関係でございますが、これは、費用につきまして、実態調査をやつて介護報酬を定めようというふうに考えております。ですから、実態調査の数字を踏まえて、地域ごとに価格にばらつきがあれば、そういう地域差も踏まえながら決めていくということになります。その結果が出てきませんと実は正確な費用推計はできない、これはおっしゃるとおりでございます。ただ、予算等の単価がございまして、今やっていますものと若干のばらつきはあるにしても、極端に大きくはばらつかないのではないかと、いうふうに思っているところでございます。

それから、熟練度の評価ということがございまして。そういうものを一体どう評価するかということについてはなお詳細な検討が要するのだと思ひますけれども、多分、熟練の方は要介護度の重い人を見ていくことになるのではないかと。要介護度の重い人というのは、要介護度に応じてサ―ビスの水準が変わってきますので、そういうのを踏まえると、結果的には要介護度の重い人を熟練者が見ていくことになり、事実上そういう形で評価されるということになるのかな、詳細な検討はさらに要するのかもしれないけれども、イメージ的にはそんな感じを持っております。

○山本(孝)委員 一番の問題は、利用予測を四

〇%と見る、在宅サ―ビスを四〇%というふうに見て総額の四兆三千億弱という金額になるというところだというふうに思ふのです。この四〇%という見込みの数字が妥当なのかというのは何回も質問に出てきますけれども、本当にこれが妥当なのかどうか。どのような根拠で四〇%という見込みだといふふうにおっしゃったのか。サ―ビス量からして逆に四〇%しか利用できないというふうにおっしゃっているのか、あるいは四〇%の人しか利用しないだらうというふうにおっしゃっておられるのか、この四〇%という数字の根拠を教えてください。

○江利川政府委員 市町村が策定しました老人保健福祉計画がございまして、その計画におきまして、地域における要介護老人あるいは虚弱老人、そういうのをとらえて、どういうニーズがあるか、どの程度のニーズがあるかということ把握しまして、そのニーズに対応するという形でサ―ビス量を設定して、市町村の老人保健福祉計画がつくられているわけでございます。

これを全国集計して平均を見ますと、全部がホームヘルパーを一〇〇%、一人が一〇〇%分利用することではない。説明の仕方がちよつと難しいのですが、自分は週二回ずつホームヘルパーを利用する、あるいはほかの人が二回ずつ利用するとか、そうすると、ホームヘルパー一人で何人も見られるわけでございますが、そういうサ―ビスを、ホームヘルパーサイドに立つて、一人当たりフル稼働したら何人分見られるか、こういうことが四〇%という数字でございます。

ですから、もう少し薄く多くの人が利用するのだらう、一〇〇%のサ―ビス量を四〇%の要介護老人が利用するのではなくて、在宅の四〇%が利用するのではなくて、一〇〇%よりも少し低い水準のものを四〇%よりもっと多くの人が利用するのだらうということにならうかと思ひますが、そういう利用の仕方を、市町村が定めました老人保健福祉計画のサ―ビス量、サ―ビスを提供する側からのフル稼働で割っていきますと大体四

〇%の水準である、これをもとに、二〇〇〇年におきましては四〇%程度の利用率になるだらうというところで推計したものでございます。

ただ、これは、介護保険制度が定まると利用率が高まってくるだらうということ、十年ぐらゐりかかってこの利用率がフル換算で八〇%ぐらゐりになるだらうというふうに見込んでいられるところでございます。

○山本(孝)委員 十年かかって四〇%が八〇%にいくだらうというふうな、十年間待ってもらえるのかどうかという気もするのですけれども。

そうすると、四〇%の利用率、フルに四〇%の人が使えよということですから、それを結局広く薄く使ってもらふのだ、こういうお話をしておられるわけですね。そうすると、要介護度別に二百万から二百万の人たちを、虚弱は百三十万人ぐらゐりが対象でしよう、こういうふうに分けておられるわけですね。それぞれに四〇%ということをやつておられるわけじゃないですか。全部掛けで四〇%とおっしゃっているわけですね。そうすると、重度の方たちは、やはりきちつとしたサ―ビスが欲しいだらうという話になる。そういうふうになつてくると、結局、虚弱の人たちのサ―ビスというのが極めて薄くなるという形になるわけですか。

○江利川政府委員 市町村が老人保健福祉計画をつくる際の水準でございまして、いわゆる要介護の人と虚弱の人を比べますと、現実の利用状況は虚弱の人の方が利用率が実際に低い。これは、サ―ビスが行き届かないというのではなくて、多分、まだ自前でやれる、自分でやれるというふうなことで、利用しないで済むと頑張っておられる方が多いのではないかと、いうふうに思ひます。スタートしたときに、重度の人ばかりに行つて虚弱の人が手が薄くなるのではないかと、御指摘がございましたが、仮にその地域におけるサ―ビス水準が十分満たせないというふうな場合には、この法律の附則に経過措置がありますが、いわゆる暫定的な給付水準にして、全体に少しづつ

利用率を下げていただく、それで保険料率もそれに応じて下げる、そういう経過措置を利用したいだいて、その地域内のサービスが公平に行われるように運用していただくということになるうかと思ひます。

○山本(孝)委員 施設サービスは、施設の入所者の数で決まっているから、ここは利用者側からしてもよくわかるですね。あそこここの施設があつて、大体でこれだけ入れるだろうと。でも、そこにはもう既に入っている人たちがいるわけだから、あるいは入所待ちをしている人たちがいるわけだから、そうすると、重度の認定をされた人たちは結局、在宅でしばしお待ちくださいという話。そこには、それだけに、施設介護に見合うだけのサービスは提供しますよという話にならないと、多分納得してもらえないだろうと。その人たちにまず優先的に、やはり困っている人から優先的にヘルパーさんでもできるだけ回つてくださという話にならざるを得ないのじゃないかと思ふのです。

サービス水準が低いから保険料率を下げて、納める金額も下げればよいじゃないか、下げているのです、よその町は二千五百円取っておられますけれども、うちは二千円しか取っていませんよ、だからしばらく待つてくださいという話は、理屈としてはあるだろうけれども、払っている側からすれば、幾ら払つても一緒だという話ですね。取られている側からいけば、取られているということにおいて、それに対する見返りの給付というものが結局全然受けられない。いや、サービスはこれだけしかないのです、だからそれを皆さんで、ひとつつあなだ独占しないで、皆さんで薄く分けてくださいよということになると、週三回来てほしいと思つていところが週一回しか来てもらえないという話になって、何だこの制度はということに結局はなつてしまふのじゃないか。

だから、そのところが、私、かねてから御主張申し上げるように、介護保険を導入すればすべて解決するようなことをおっしゃっているけれども、それほどのものじゃないのですよ。大変にサービスも少ないはずだというふうに思ふわけですね。この四〇〇の割合というものが、本当に四〇でしかないのか。あるいは逆に言うと、介護事業計画をこれからつくつていく中において、それぞれ足してみたら四〇じゃやはり無理だ、五〇のサービス量でないといけないという話になれば、四兆三千兆とか四兆三千兆とかといつてい話がある上と上がるわけですね。ということは、二千五百円じゃなくて、やはり二千八百円だとか三千円だとかという話になつてくるのじゃないか。その辺はどうなんですか、実際のところは。これは四〇で二千五百円を平均ということにスタートするといふお考えなんですか。

○江利川政府委員 介護報酬もサービスの実態調査をやつて決めていきますし、それから、新ゴールドプランに基づいて計画的にやつてい部分があります、民間事業者の参入ということで、新たにサービス供給に入ってくる主体もあるわけがございます。それから、この法律の中では、さらにボランティアでありまして、恒常的にサービスが提供できて市町村が認定するものについて、介護保険給付の対象にしようというものがあつてございまして。

ですから、新ゴールドプランの四〇びたりなのか。そうではなくて、スタートの段階では、そういうものが入つてくれば、四〇を少し上回るような形でいくのだから、それは十分考えられるところだと思ひます。また、二〇〇〇年からスタートする介護保険事業計画の際には、さらに直近のニーズ状況を踏まえて目標値を定めていきますので、そういう意味では五年間の計画になります。が、またさらに高水準を目指していくことになるうかと思ひます。

ですから、これは、二〇〇〇年の四・二兆円といひますのは、利用できる単価を前提に、新ゴールドプランで整備される水準を、まず二〇〇〇年がそのスタートになるわけでございますので、それを前提にやっておりますが、そういう面で大きな変動はないと思ひますけれども、さらにサービスが追加されたり、そういう介護費用についての実態調査を踏まえてどうい価格、単価が設定されるかということによつて、ある程度の動きといふものはあり得るといふことでございまして。

○山本(孝)委員 そうすると、こういうことになるのですか。二千五百円というものを今の時点で御負担をいただくということになると、平成十二年の制度スタート時においては、在宅サービスを利用する人たちの全部のサービスの要求量の四〇%を満たせる体制がつくれるのだ、それが、もっとサービス水準が上がる、あるいは民間が入つてきてサービス水準が上がる、あるいは必要望でサービス水準をもっと上げることになれば、そこは二千六百、七百、八百という話になつて、それは実際のところは、制度直前までなかなか金額としては見込めない、今は仮に置いてみたら二千五百円なんだという話ですか。

○江利川政府委員 基本的にそういうことでございまして。いわゆる現在利用できる価格を使つて将来推計をやつてみた。そして、それがどのぐらになるかという推計がわからなければイメージがつかめませんので、これは絶対必要なことだと思ふのです。

ただ、現実には、そこで出てくる提供できるサービスを前提に、そしてまた実態調査を踏まえた価格を前提にやつていきますので、その段階で推計したのと少し違つた数字になつて、それに応じて保険料も変わるということはあり得るところでございまして。

○山本(孝)委員 わかりました。もう一遍、その金額の話は後でお伺ひしますけれども、第一号被保険者について、五段階で各自治体で取つてくださいうことになっていきますけれども、この五段階というものが、例えば六段階とか七段階にもなる可能性があるのか。あるいは、そこで五割増減、二割五分の増減という形の数字を出しておられますけれども、今後は各自治体においてその割合も変えていいのか、いや、全国一律

この形でやつてくださいうお話なのか、そこはどういう考え方なのではないか。

○江利川政府委員 一号被保険者の保険料の負担のあり方につきましては、政令で所得段階別の定額保険料の算定方法の基準を定めるわけでありまして、その際に、負担能力の低い者には基準となる額から一定率を減額した額、逆に高い人には一定率を増額した額というふうに定めることになろうというふうに思つております。これは、全国の市町村はこの基準に従つて定めていただくということ、現在、五段階というふうに考えておりますが、この五段階で全国の市町村でやつていただくというふうに考えております。

○山本(孝)委員 五段階という区切りを今は全国一律で決めておられて、例えば、私の自治体は、低所得者の方たちのために、今でいいますと五割の減額が書いてありますけれども、五割以上減額するのだ、うちの自治体は、あるいはうちは高額の所得者からもと取るのだというふうに、各自治体の判断でその割合は変えていいものですか。

○江利川政府委員 平均的な保険料水準そのものは、その地域におけるサービスのトータル量の給付水準、それに応じて定めていくということになりますから、そのサービスの水準がどうであるかによつて差異があり得るわけでございますけれども、保険料の算定ルールにつきましては、市町村間の公平というのでしようか、これは一応、全国一律の制度でございまして、半分は公費負担が入るという制度でございまして、そういうこともありまして、その五段階の決め方は全国一律のルールでやつていただきたというふうに考えております。

○山本(孝)委員 大臣にお伺ひをさせていただきますけれども、低所得の高齢者に対する負担の問題ですね。高齢者の所得の状況が、高額な人と低所得の方と二極分化していくと思ふのですけれども、国保加入の七十歳以上の高齢者の保険料を見ますと、

今、年間二万五千円、月二千円以下の方で百五十万世帯、三四・五％。七十歳以上の高齢者の三分の一の方たちの国保料というのは、月二千円以下なんですね。恐らく、もっと低い、五百円とか千円というような国保料を払っておられる高齢者は多いと思いますけれども、この方たちは世帯住民税非課税に多分相当するでしょうから、今の介護保険料の決め方でいきますと千二百五十円ということになります。国保保険料の金額と兼ね合わせると、国保を払いながら、新たに介護保険料として千二百五十円、今二千五百円という基準からいけば、その減額割合として半分ということになるわけですが、この負担というのはかなりの負担になってくるのではないかとこのように思うのです。

この程度の負担ということでも問題になりますけれども、介護保険料の千二百五十円、今で言われている金額は、高齢者にとって、特に低所得の方にとって、国保は免除制度がありまさんので、今御説明にあったとおり五段階の一定金額をやはり取らなければいけなくなります。この辺の負担をどういうふうに大臣としてお受けとめていらっしゃると思いますか。

○小泉国務大臣 それは、負担はない方がいいに決まっています。低所得者に対しては、それなりに低い保険料額を設定しておりますので、これが負担できないかどうかというのはその人によって違うと思いますが、私は、負担できない範囲ではない、負担し得る、そう思っております。

○山本(孝)委員 いつも、病院に行くときの医療保険、これは、高齢者の医療保険制度はまた別になっていますけれども、保険料の点からいけば、国保の保険料として五百円とか千円とか、あるいは二千円弱という金額を払っています。そこへ、夫婦でいけば二千五百円という介護保険のための費用、今、多分最低水準だと思えますけれども、これからふえていくと思えますけれども、というものが出てくる。この国保の保険料と見比べて、介護の保険料の金額、この辺も無理のない妥当な

範囲だという御認識でいらっしゃるでしょうか。

○小泉国務大臣 私は、給付に見合ったそれほど無理のない、負担とは思っておりません。

○山本(孝)委員 きめ細かな減免制度、免というのがないものですか、減額はするけれども免除はしないということになっていきます、この利用料の割負担というものも、ここもお伺いをしたいのではないのです。

高額介護サービス費ということで一番最後の質問で振ってありますけれども、高額介護サービス費ということでは、医療保険の医療費の自己負担の高額限度額、六万三千六百円という形の限度が医療保険の場合は決まっています。介護の場合に、同じような制度をつくるということになっていきます。金額は今明示をされていません。ここを一体幾らぐらいで決めるのか。かかる費用の割の自己負担ですから、四十万円や四万円というような形ですね。医療費の場合でいくと、上限額は六万三千円というところで設定されている、低所得の方は三万円ぐらいのところで設定されていますけれども、この金額を横目で見ながら、高額介護サービス費というものの上限をどのぐらいに決めて、所得の低い人たちはどの辺の金額を決めようというふうにお考えなのか、そのところはこういう数字を今お持ちですか。

○江利川政府委員 高額介護サービス費の支給基準額でございますが、これにつきましては、法施行までの間に審議会で御議論いただいて決めるということでございますので、まだ幾らというものは決めていないわけでございます。

ただ、これにつきましては、現在の医療保険制度の仕組みあるいは老人医療の仕組み、その中で、さまざまな工夫を凝らした高額療養費制度がございますので、あるいは老人の場合には定額になつておりますが、ありますので、こういうものも参考にしながら設定をしたいということでございます。

今の段階で幾らということではございませんし、また、六万幾らとかなりますと該当する人

がないんじゃないかというふうな話にもなりますし、この制度の実態とそういう医療との関係のバランスを十分吟味させていただいて、検討させてもらいたいというふうな思っております。

○山本(孝)委員 思わすおっしゃいましたように、一割負担、四十万の利用料で一割負担四万ですから、それを減額してあげるという意味でいけば、高額介護サービス費をそれよりも限度額を低くして設定しないと、高額サービスの利用の負担を軽減してあげるというふうにならないので、医療保険の金額としては六万とか三万とかいう金額がありましても、介護の場合においてはかなりの低目のところに上限額を設定しないと意味がないんじゃないか。だから、もうその設定をしないのであれば、制度そのものをつくらないでもいいんじゃないかという議論になりますので、ここをかなり低目のところで設定するということをお考えをぜひ持っていただきたいのですけれども、もう一度御答弁をお願いします。

○江利川政府委員 かなり低目というのは、大分何度も強調されましたので、ストレートに、はい、そうですとなかなか言いにくいわけでありまして、介護サービスの実態、それからやはり所得に応じて、配慮は特に低所得者について行われるのが適当なんだろうというふうに思うわけでありまして、そういうふうなことを加味して十分多角的に検討させていただきたいというふうに思っております。

○山本(孝)委員 二号被保険者の保険料についてお伺いをしたいと思います。

きょうの御答弁で二千五百円は仮置ききの金額であるというお話でしたけれども、一号被保険者に対しての平均金額は二千五百円、お示しいただいている資料では、二号保険料は各保険者ごとに金額が変わってきますので、政管健保に入っている人は二千六百円、組合健保に入っている人は三千四百円、国保の人たちは千二百円というのが平均の金額であるというふうにお示しをいただいています。

問題は、医療保険との絡みの中で、医療保険の負担は減るのかということですね。介護保険という制度が新しくこちらにできます。従来の医療保険の中で、老健拠出金で見ていた部分が全部こちらの方に動いていきます。ということでは、医療保険としては財政負担が軽くなる。その分のメリット、すなわち、被保険者としては、こちら側で介護保険料を払っているわけですから、医療保険からこっちに会計が移るのであれば、医療保険の料率を下げてもらって医療保険料を少し安くしてほしい、安くしてもらおうべきだというのが当然の考え方だと思えますけれども、これは当然下げたいただくということになるのでしょうか。

○高木(俊)政府委員 まず、制度論と申しますが、制度の仕組みで申し上げたいと思えますが、介護保険が実現しますと、介護に必要な費用というのはこれは介護保険の保険料が充てられる、そこで財政の収支バランスを、公費も入りますが、とていく、こういう制度ができるわけでありまして、それに伴って、医療費の方、医療保険サイドでありましても、当然、医療保険サイドは、従来の医療保険サイドで見ていた分が介護の方に移りますから、そういう意味では、その部分が減るわけでありまして、制度論としてはそういうことでありますから、医療保険制度が収支バランス相償つておれば、これは保険料を引き下げるという格好にいくということだと思えます。

問題は、実態論の問題になるわけでありまして、現行の医療保険制度はこれは大変な赤字構造になっておるわけでありまして、今、そういう中で抜本改革ということをお願いしておりますから、医療保険の中で、赤字構造にありますが、医療費を賄うだけ取れないというところにもなるわけでありまして、そういう中でございまして、実態上、保険料を下げられるかどうかというところになります、そこは、現行制度であればなかなか難しい状況だと思えます。

ただ、現在の医療保険制度は、このままではこ

れからの新しい時代にはやっていけないということとで抜本改革を行う。その際、介護保険制度は予定どおり平成十二年度から導入されるということになります。介護保険制度それから医療保険制度、それぞれの負担と給付の関係がやはり明確になつて、国民が負担する際においてもあるいは支出の面においてもわかりやすい形になつていくことが必要だと思ひますから、そういった意味では、私どもとしても、介護保険が導入されるまでに医療保険制度についても安定軌道に乗せる必要がある、そういうことでこの医療保険制度の抜本改革ということをお願いしておきます。

○山本(孝)委員 今の高木局長の御答弁ですと、介護保険が入って、医療保険の中で賄つていた部分がこちへ移るといふことで、でも下がらないといふことであれば、我々利用者側といふ被保険者側からすれば、結局、介護保険の負担分だけ上乗せされてしまふ。新たな負担が生じただけであつて、医療保険はもろに財政上は若干よくなる、しかし、それは今の財政状況を変えるには至らないといふことですね。ここは抜本改革をして医療保険としてはその利用の負担を減らすといふことであつて、でも、我々からすると、こちで賄つていたものがこち側にも動くわけだから、こち側は当然負担が軽くなるのだから、その分、見合ひの分は減らしていただく、それとは別個に抜本的な改革をしていただくべきなのだというのが筋だといふか、理屈だと思ひますね。そうでないと、結局、またこちで余裕ができたからまだまだ四、五年もつてはないかといふ話になつてしまつて、介護保険制度といふものをつくつた意味もなくなつてしまふといふふうに思ひますね。

だから、そういう意味においても一度、せんだつて来の健康保険の審議の中で、八月いっぱいには抜本改革案はつくりまふと。その案に従つていけば、介護保険ができようができませんが、医療保険料としての御負担はふえていかなければ、減るとは言ひませぬけれども、ふえていかなければいふこと

に多分なるのだといふ抜本改革案だと思ひますけれども、案ならば、やはり介護保険として払う分くらいの見合ひは、こち側で負担が軽くなる分は医療保険料を下げるのだといふ形になつてしかるべきだと思ひます。大臣、そんなふうにはありませんか。やはり要るものは要るのだ、浮いた財源は減らすといふわけにはいかないのだといふ考え方になりますか。

○小泉(務)大臣 介護保険が導入されて、その分の負担が今の医療保険の負担とプラスになつていくといふことには直接にはならないと思ひます。介護保険を導入することによつて、今まで医療保険の方にかかつていた費用の中でも重複する場合がありますから、介護保険が導入されて、今までの医療保険プラス介護保険の費用といふことにはならない。若干整理されてくる。医療保険の方で負担していた分が低くなる面もある。額でどうなるかといふことはわかりません。

しかし、かといつて、介護保険制度が導入される前に医療保険制度の抜本改革をやれば、介護保険制度を導入する分の負担がなくなるというものでもない。私はやはり、介護保険制度を導入するからには、それなりの費用はかかつてくるといふふうに思ひます。

○山本(孝)委員 介護保険制度をつくることで、新たに医療保険でないところの負担といふものが出てくることは事実として、だから、ここで介護保険制度といふものに対する費用負担はしてくださいといふ話はあるのですが、今、医療保険の中で、老人拠出金の中で出ているお金があります。例えば老健施設であつても、あるいは療養型の病床群であつても、今度、介護施設といふことでみんなこち側へ移つてくるわけですから、こち側の負担として、各保険者としての老人拠出金の御負担の部分は減るといふことは、財政状況は改善されるのだ、その分に見合ひだけのものは健康保険料率として当然利用者に還元するべきではないかといふふうに思ひます。だから、そこはそういう考え方にはならないのですかといふことです。

といふことは、したがつて、健康保険料は下げてしかるべきではないかといふふうに思ひますので、それども。

○小泉(務)大臣 それは、医療保険制度の抜本改革の中で、医療も介護も国民が給付を受ける、同時に国民が負担するといふ問題ですから、医療保険の負担が減ると自分がプラスになるといふ一面的なところからは私はいさぐさと思ひます。介護保険制度、医療保険制度あるいは年金制度、いずれも給付の裏には負担がある、それをどうやって整合的に給付と負担の均衡を図るかという視点で私は改革に取り組んでいきたいと思ひます。

○山本(孝)委員 おっしゃっていることはわかるのですけれども、健康保険料の上乗せ部分としてお支払いをするわけですね、介護保険料という形で、一つの制度になつていけば、新たに介護といふサービスがつかまつるから、その分、負担がふえますよといふ、理屈としては非常にわかりやすいのだけれども、従来は、こち側の会計があるわけですから、健康保険の会計を持っています、こち側で介護保険は介護保険の会計を持っていますわけですから、こち側で新たに御負担をする、新たな御負担といふのは、新たなサービスとしての負担もあるし、従来、健康保険で払つていたものを今度は介護保険という中で払うのだといふ部分もあるわけですから、今度、介護保険として払うようになった従来の健康保険の部分といふのは当然下がつてしかるべきじゃないか。理屈の上ではそうじゃないのですか。

○高木(俊)政府委員 制度の仕組みの理屈の上ではそのとおりだと思ひます。したがつて、この抜本改革を進めるに当たつて、新たに保険料といふものを設定していくわけでありまして、その際には、その辺の説明に当たつて、区分はきちつとした形でお示ししていく必要があるだろうと思ひます。ですから、今、トータルとしては赤字基調にありますから、実態として保険料を下げるような形の抜本改革案ができるかどうかといふ問題があり

ますけれども、いずれにしましても、介護保険に回つた分については医療保険では理論的には負担しないといふことに、従来と変わるわけですから、その分がこれだけの保険料になります。しかし、残された医療保険制度全体の財政バランスといふことを考えますと、これだけの保険料をいただかなければなりません。

その差がマイナスになれば、先生おっしゃるとおり、医療保険の保険料を下げることでできるわけでありまして、今、この医療保険制度の運営の実態からすると、非常に財政が厳しい状況ですから、そのところがマイナスになるかどうか、これは抜本改革案をどういふふうにつくるかといふこととの関係だと思ひますが、保険料を設定する際の明確な説明という意味では、その点について十分配慮しなければいけないといふふうに思ひます。

○山本(孝)委員 皆さん側からすれば、食い逃げしてしまふ、こち側は新たな負担だけが出てしまふといふ形になるのは絶対おかしいわけですね。こちで払つていたもののサービスが、健康保険料で払つていたといふところのサービスで受けていたものが、今度は介護保険料を払つて、介護保険という枠組みの中でサービスが提供されるわけだから、当然、こち側で払つていたお金はこち側に払つていくわけだから、こち側の負担が楽になれば、健康保険の負担が楽になれば、その分の保険料としては下がつて当然なんだ。抜本改革をやつてどうだこち側といふのは、抜本改革をやればもつと下げなければいけないわけですね。今だつて、別に介護保険料といふ制度をつくらなくても、新しい介護保険といふお金を取らなくても、抜本改革をやれば、抜本改革の分だけ料率は下がるはずですよ。あるいは、上げていかなく済むはずなんだ。そうじゃないのですか。だつて、こち側で老人保健の拠出金制度といふことで各保険者が出しているお金が、介護保険といふ中で今度は出るわけですよ。そういうことによつてこち側の負担は楽になるのだから、当然、健康

保険料の減額という形で利用者に對して還元されるべきではないのですか。首を振っておられますけれども、違うのですか。

○小泉國務大臣 これからは高齢者がふえてまいります。すると、国民負担率がふえてくる。このままであつたら大変多くなつて、負担にたえられないから、今、抜本改革をしようといふのであつて、私は、介護保険制度の導入をやつて、今までの保険料の負担が軽くなると思つていません。年金、医療に介護を加へれば、いかに五〇％以下に抑へるかといふことでありまして、介護保険制度を導入すると今までの負担が軽くなるというような状況には、今の人口構造から考えると、それはなかなか無理ではないかなと。

今ほとんどふえていつていますから、このままの状況だつたらもつとふえざるを得ない。そのふえ方をどうやつて抑へるかといふことがこれから大事な点でありますから、全体の国民負担率をどの程度に抑へるか、その中で年金と医療と介護とを、どうやつて国民が給付に見合う保険料を払うにたえられるか、どのくらいの給付を要求するか、どれほどの保険料にたえられるか、その均衡を図りながらやつていく問題であつて、私は、介護保険を導入し、抜本改革をやれば今の負担が減るとは思つておりません。

○山本(孝)委員 實際問題としては、人口構成が変わつていきますし、その年度年度の財政状況といふのがありますから、おつしやつていくことは、私、半分は理解しているのですけれども、でも、理屈の上でいけばやはりこうです。

皆さん、新たに介護保険料といふことで、二千五百円なり、あるいは組合の方でいけば三千四百円なりの御負担をしていただくのですよといふ部分が出てくるわけだから、それに見合う部分が、負担が減る部分は、これだけのものは実は財源上は浮きますよ、財源上は浮く部分を、それを保険料の減額という形で還元をするか、あるいは新たな方策に使つていくかといふのは、これは政策的な判断であつて、我々がまた決めることであつて、

だけれども、そこは基本原則としては下がるのだといふことではないと私はやはりおかしいといふふうに思ひます。

時間になつてしまつたのであれですが、それと、やはり若年者の人たちの負担が、保険料を払いながら〇・一％部分しか實際は給付として返つてこないといふ部分がありますので、もう完全に掛け捨てになつていく。世代間の負担だ云々といふけれども、それはちよつとまた違ふので、保険の原理という意味でいけば違ふ。私はやはり、若年者は、これはなかなか保険料を払うことの理屈が立ちにくいだらうと思ひます。

もう一つ、地域保険でありながら、企業に負担を求める、企業負担をさせる。今、国民健康保険は企業負担していません。あれと同じシステムであるならば、地域保険であるならば、なぜ企業が負担をしななければいけないのかといふ部分は、私はこれも理屈にやはり合わないと思ひます。企業が相応の負担をするのであれば、法人税であれ、あるいはそういう介護目的税であれ、企業が負担すればいいことであつて、保険料の半額を企業が負担するといふ形は、地域保険といふ中では私はやはりこれもおかしいといふふうに思つています。

時間がなくなりましてけれども、やはり保険といふ原理を持つてくるのであれば保険の原理に従つたものにしていただきたいし、単に負担だけを上げていくといふ話でもない。きょうのお話で、二千五百円は仮置き金額だといふことで、たの、将来、實際に幾らになるのだ。五百円といふ数字もいまだにひとり歩きしてありますので、五百円なのか、二千五百円なのか、千七百円か幾らかわかりませんといふ形になつて、やはりそこはきちつとわかる形でない負担をする方としては納得できないといふことを最後に申し上げて、質問を終わらせていただきます。

○町村委員長 矢上雅義君。

○矢上委員 新進党の矢上雅義でございます。

介護保険法案につきまして、ちよつと個々具体的にいらせていただきますが、まず、用語の定義についてお聞きいたします。

「要介護状態」や「要介護状態となるおそれがある状態」といふ定義が法案の中にございまして、その中で、その状態が「厚生省令で定める期間にわたり」継続した場合において認めるといふことが規定してございしますが、具体的に、厚生省令で定める期間」といふものはどのくらいの期間に相当するののか。

○江利川政府委員 検討中の段階ではございしますが、けれども、大体三カ月ないし六カ月ぐらゐを考へるのかなといふふうに思つております。

それから、これは、この法律の対象になります要介護状態といふのは、三カ月あるいは六カ月たつてからなるといふのではなくて、それが見込まれるといふことでありますので、要介護状態になつて、今後長く続くか、そう見込まれれば、なつて間もない段階といふのでしようか、一週間とか二週間しかたつていなくても、その人が今後三カ月あるいは六カ月見込まれるという場合には、この法律の要介護状態の人に該当するわけでございます。

○矢上委員 きょう厚生省から御説明をいただいたときには、こゝういふ解釈で、例えば医療が対応するときに、こゝういふものは急性期に当たり、介護保険が対応するときに、こゝういふものは慢性期に当たる、すなわち、寝たきり状態がおおむね定着したときから保険の対象になるのではないかと御見解もお伺いしましたが、ただいま江利川審議官からお答えいただいたことと少し食い違ひますが、どちらが正しいのでしょうか。

○江利川政府委員 實際、要介護の申請があるのはそれぞれのケースだと思ふのです。

私が申し上げましたのは、要介護状態だといふことで申請をされたときに、引き続きこれから三カ月とか六カ月見込まれるという人が対象になるというものでありまして、それは病気で治療を受けて入院しているといふことであれば要介護

申請はないと思ひますし、そういう場合には、当然、医療をやつていくのだらうと思ひます。要介護状態になつて手を挙げてくるケース、病気でなつた場合もあればその他もあると思ひます。単に、まだなつたばかりだからどう、そういうことではないといふことを申し上げておきたいわけでございます。

○矢上委員 私がこの点を質問したのは、結局、先ほど申しましたように、一般的な理解では、急性期の状況では医療、慢性期になつては介護保険が対応することとなりますが、その端境期といふか、ちよつと境目、医療が面倒を見るのか介護保険が面倒を見るのかが一歩わかりにくい過渡期の時点で、これは介護保険の対象ではないから認定いたしません。そうすると、今度は医療の世界に戻つて、そこで、社会的入院を認めるのか認めないのかといふ問題にもつながつてきますし、また、寝たきり状態になるような病氣、重大な病氣を起したときこそが一番家族にとつても負担がきつたときでございまして、また、本人の社会復帰がそのときの最初のケアで早くなるか遅くなるかといふ瀬戸際でもございしますので、この辺の解釈等きちんとしていただくことと、現実の対応で、その合間、ちよつと境目におられる方の要介護認定等の対応をきちんとなされるかどうか、そのあたりが心配で質問させていただきました。御了解いただければと思ひます。

続きまして、二番目の質問で、四十歳から六十五歳未満の被保険者の場合には、加齢を原因とする特定疾病による障害でなければ保険給付を受けられないとございしますが、具体的にどのような疾病を予定しておられるのか、お聞きいたします。

○江利川政府委員 四十歳以上六十五歳未満の要介護者、これは、心身の障害の原因が「加齢に伴つて生ずる心身の变化に起因する疾病」、そういう場合に介護保険から介護サービスが給付されるということになるわけでございます。加齢に伴つて発生頻度が高まつていく、そういう疾病を原因として継続して介護状態になるということでは

でございます。

具体的にどういふものがあるかということにつきましては、実はこれは専門家による検討を行っていたらいておるところでございます。そういう検討を経て決まるところでございますが、代表的な見込まれる例として、例えば脳血管障害によるいわゆる障害であるとか、あるいはまた初老期痴呆による要介護状態であるとか、こういうものは含まれるのではないかと、ううふうに思っています。専門家の検討によりまして、もつと医学的、客観的にこういうものを特定疾病にすべきだということが今後決められていくということになります。

○矢上委員 この特定疾病というものを具体的にどのように特定するか、それがひいては、四十歳から六十五歳未満の被保険者の方にとって、その権利があるのかないのかという大きな分かれ目になると、権利の有無にかかわる事項に関して専門家による検討が行われておるところでございますが、それだけ重要な事項の検討に当たって、どのような専門家がどのような構成で現実に行われておられるのでしょうか。

○江利川政府委員 要介護認定における特定疾病に関する研究会というのがございまして、座長は井形先生、国立療養所中部病院の院長でございまして、医療関係の人、それからハビリテーション関係の人、社会福祉関係の先生、みんな、そういう医療施設の責任者であるとか、あるいは大学の先生でございまして、医療関係団体で医師会の人にも入っていただいておりますが、全部で九名でございます。

○矢上委員 その研究会で仮に研究結果が最終的に出されるとして、その最終的な研究結果というのは、先ほど申しましたように、個人の権利に、生命、健康に関する権利という重大な権利に大きな影響を与えるものでございますから、ただ研究会の結果が出たらそれでオーケーということなんですか、それとも、きちんと国会での承認等が必要なんですか。

○江利川政府委員 特定疾病は政令で定めることになっております。ですから、そういう意味で国会の御審議というのはいりません。

ただ、今の専門家の研究会で専門的な分析をして整理しました結果は、老人保健福祉審議会、関係の審議会にかけまして、こういう中身でどうだろうか、そういう御議論を審議会でもたしていただきます。その結論を踏まえて政令で定めるところにさせていただきます。そういう手はずでございます。

○矢上委員 何回も繰り返しますが、重要な基本的人権の一つであると思っておりますので、その審議会だけの結論で済むのかどうか、その辺も含めて再度御検討をいただければと思います。

続きまして、二番目の質問に移らせていただきますが、いわゆる要介護認定についてでございます。

法案の第十四条、「介護認定審査会」等に規定されておりますが、品川区の調査によると、新聞の報道でございまして、厚生省の調査票のみによる判定と個別の事情も加味した判定とは、その答えに四割もの相違が生じたと言われております。そういう報道がなされておりますが、要介護状態を正確に把握するためにこれからどのような対策を考えておられるのか。この段階としては、現場調査に行く人のレベル、調査票を書く方法論の問題、また、最終的に審査会において構成する委員が審査判定をする、いろいろな段階がございまして、一番重要となる現場調査に当たってのそういう対応等をお答えいただければと思います。

○江利川政府委員 平成八年度にモデル事業を六十地域で行いまして、要介護判定につきまして、調査員の調査結果に基づくコンピュータによる処理の結果、それと介護認定審査会における判断の結果の違いがどう出るかというのを調べたわけでございます。品川区の事例が新聞に出ていたということでございまして、全国からの報告を集計しますと、一致率が大体七割ぐらいということ

でございます。

ただ、なぜ違いが出てくるのか、これは、機械の処理と専門家の判定ですから、全部、一〇〇%一致するということは私はないのだと思います。また、その方がある意味では判断として健全なかどうかというふうに思うわけでありまして、しかし、違いがなぜ出てきたか、その原因の分析は必要だということに思っています。

いろいろ意見もあわせて寄せられてきておりまして、この意見をこれから、やはり同じように研究会で分析、検討していただいて、例えば調査項目の、誤解を招きやすい、あるいはわかりにくいところの表現を直すとか、記入マニュアルみたいなものを、誤解があたりしっているケースもあつたようでございますので、そういうところを直していくとか、今回のモデル事業の結果に基づいてさまざまな可能な改善を重ねまして、今年度におきましてさらにモデル事業を実施する。三百四十七地域で行うということでございますが、そこでの実績を踏まえて、さらにまた改善する点があれば改善をする。こういう形で、できるだけ、より公平で客観的、正確に調査ができるものにしていくというふうに考えております。

○矢上委員 法案によりまして、現場の調査に行く人は、市町村の職員が行くとされておりますが、御存じのように、市町村の職員は二、三年で一回交代してしまいますから、きちんとした調査能力を持つ前に交代してしまうというおそれがございます。

そこで、よく現場で指摘されておりますし、私も自身も経験したことでございまして、何遍も言いますが、うちの父のことで、身内のことで申しわけございませぬが、座らせておいた方がいいだろうというところで家族で抱えて座らせておる。それで、やはり自分の父ですから、きちんとひげもそってあげる、床屋さんも呼んで髪の毛も整えて、ひげも毎日そって、一日に何回か座らせておる。そういうものを市の職員の方がばつと見られ

て、ああ、この方はきちんと身なりも整って座っておられるので自立した方だと思ふことが自然な状態ですよ。そして、結果的にはそれで福祉サービスを受けられない。

また逆に、家族が面倒を見ていなくてというか、家族と同居でなくて、ひとり暮らしの頑張つて努力しておられる老人の方でも、体が虚弱な方で何らかの介護支援が必要なおられる方が、やはりそれも、ひとり暮らしで暮らしておりますが、意味では精神的に自立心がありますから、市町村の職員の方が行かれて、ああ、この方はきちんと自立した生活をされておられるなと。

そうなりますと、努力した人が認定されない、また、家族がきちんと介護するところの老人はなかなか認定に入らない。そしてその結果、家族がおつても身なりを整えずにそのままにしておるか、座らせずに寝たきりにしておるか、そういう状態の方が劣悪な環境でございまして、職員の方が見られて、この方は本当に介助が必要な方だな、ひとりではなかなか生活できないし家族も介護の手が及ばないから認定をしようということになるのも自然ではないかと思ひます。

今の流れのままでいくと、自然なままではいきますと、結果として不自然な結果が及ぶわけでございますが、市町村の職員の研修、資質向上と、さらに専門家の活用等をどのように考えておられるのでしょうか、御意見を伺いたします。

○江利川政府委員 この制度では、訪問調査を市町村の職員が行うということになっております。これは、的確にできるためには、この制度について御理解をいただくなり、それから十分な知識を持つてもらう、長期間の研修というのはなかなか難しいので、いろいろなことも含めて、持つていただくことが必要であります。

それからまた、この調査を介護支援センター等の介護支援専門員に委託することもできるわけでございますが、この介護支援専門員につきましては、これから養成に入るわけでありまして、そう

いう業務の専門家として養成をしていきたいというふうにも思っているわけでございます。

ただ、そういう市町村の職員あるいは介護支援専門員の資格だけではなくて、調査票そのものの、いわゆるある程度の人が書いていても大体同じようなものになるような、そういう意味で調査票そのものの工夫であるとか、あるいは、介護認定審査会に専門家が入りますので、調査だけではなくて、介護認定審査会全体の運営の問題であるとか、医学的、専門的な立場からのかかりつけ医師の意見書の書き方の問題であるとか、そういうかかわるいろいろな方々の総力がうまく生かせるような形で、できるだけ公平な判断ができるように運びたいというふうにも思っております。

○矢上委員 続きまして、要介護認定にかかわる問題で質問いたします。

要介護認定を審査する際に、その御本人の心身の状況、つまり、特に四十歳から六十五歳未満の方についてでございますが、加齢に伴う特定疾病であるかどうかが一番重要な問題になってきますので、かかりつけ医師の意見を聞くことになっております。

しかし、かかりつけ医師の意見を聞いたとしても、最終的には介護認定審査会の構成員であるお医者等の他のお医者さんの判断が加わるわけでございますから、現実の認定に当たって、かかりつけ医師の意見と審査会を構成する医師の意見とが食い違った場合、どちらが重視されるのか。その辺の手順についてお聞きしたいと思っております。

○江利川政府委員 特定疾病につきましては、検討等の結果、追って政令で定める、疾病が定まりますので、疾病の認定ということになってございと思います。ただ、かかりつけ医師の判断は、意見は総合的な評価も当然あるわけでございますし、その評価がまた介護認定審査会の方に提出されて、検討の材料になるわけでございます。かかりつけ医師はその人を直接診ている、ケースによつては継続的に診ているということで蓄積があるわけでありまして、この判断は極めて重要な

情報だというふうに思います。

ただ、要介護状態、どのぐらい介護を要するかどうかという判断につきましては、福祉の専門家等も含めて多角的に判断をしてもう認定審査会の判断が最終的なものになります。現在のモデル事業の実施段階では、まだばらつきがあるかもしれませんが、だんだんその辺の整理ができてきますと、かかりつけ医師の判断と認定審査会の医師の判断が大きく食い違うというケースは出てこないようになるのではないかとこのように私は思います。

○矢上委員 江利川審議官も厚生省におかれてよく御存じかと思いますが、水俣病で、前年、和解いたしましたのが、十数年問題を引っ張ってきまして、あの問題のときも、水俣病の四肢末端の神経障害が出て、手足がしびれるという水俣病の病状を訴えても、県で行う認定審査会では、水俣病の患者さんたちは六十歳、七十歳、平均年齢七十歳ぐらいでしたから、年をとって手がふるえるのは当たり前のことというのを審査会の意見でございました。年をとっておれば老人病である、老人病であれば手足がしびれて当たり前だ、視野も狭くなつて当たり前だということ。そういう判定ですと十年間引っ張ってきて、去年、和解したときに、私もいろいろかかわりまして、かかりつけ医師の診断書も重視して判定を行う、その結果、結局、おかげさまで水俣病が解決したわけでございます。

私も何年前から、地元が水俣ですから、ずっと行つて、地元のお医者さんたちに、本当に水俣病と老人病の区別はできないのかとお聞きしましたら、そのお医者さんが、元医師会長さんですけれども、ばつと見せられたら老人病の手足のしびれかどうかかわからない、しかし、毎日自分の患者さんとして診ておると、あれあれと思うときに転んでしまふ、やはり成人病と違う、それはもう何年も前からわかつておったことだと。それだけ、かかりつけ医師の見る目というのはある意味では肥えておるといふことだったのですけれども、では、あなたはなぜ、そんなに早くからわかつて

いるのだたら責任ある立場で言わなかったのかとてい言いましたら、チツソの城下町ということであつて、お医者さんといふことをやっておると、思ったことを言にくい、それで、みんな口をつぐんできた結果、自分の思うことも言えなかったことは残念であるといふことであります。

今回、若年の場合に、加齢による特定疾病が否かという判断についても、加齢に伴うのか伴わないのかという判断は、書類を見せられてただ単に判断する構成員の意見よりも、きちんと本人を診ておるかかりつけ医師の、医師の判断というものに大きく左右されると思うわけでございます。その辺について、江利川審議官、急なことでございしますが、かかりつけ医師の重要性といふものはどのように認識しておられるか、私が言ったことは江利川審議官ももう既に御存じの経過だと思ひますので、よろしくお願ひいたします。

○江利川政府委員 介護認定審査会にかけられま情報二つである。一つは、訪問調査した調査票に載っているその人の状態、日常生活の状況と、それから、かかりつけ医師の意見書ということでありまして。そういう意味で、非常に大きなウエイトを持つておるわけでありまして。また、両方とも直接その人に会い、その人の状態を見て調べている。認定審査会は資料で調べるわけでありまして、そういう直接見ているという意味で大変重要な価値を持つ資料だといふふうに思つております。そういう意味で、かかりつけ医師の判断といふのは、介護認定審査会で判定するに当たつて大変重要なものであるといふふうに思つております。

○矢上委員 ぜひ今の御答弁のようにかかりつけ医師の所見を重要視されていただければと思ひます。

続きまして、介護保険法の二十七条八項後段に、介護認定審査会は、居宅サービス、施設サービスの適切な有効な利用に関し被保険者が留意すべき事項について市町村に意見を述べるものが

できるとされております。利用に関する意味での指定につながる規定でございますが、具体的にどのような事項を指しているのか。また、二十七条の意見を受けて三十七条で、市町村が具体的なサービス内容を指定することになると規定しておりますが、要介護者の選択権が制限されるのではないのか。これらについてお答えいただければと思ひます。

○江利川政府委員 御指摘の二十七条八項第二号の規定でございますが、この規定の趣旨は、要介護者等に介護サービスを提供する上で留意すべき点があると認定審査会において判断される場合に、その旨を市町村に意見として述べることでございまして、具体的なことではないです。

具体的にどういふことかといふことでありますが、具体的な中身は例えばモデル事業を通じて実績を積み重ねて明らかにしていきたいといふふうで申し上げますが、例えば訪問入浴を受ける、そういうサービスを受ける際に、あらかじめ、例えばこの人については血圧とか体温とか測定してからやつた方がいい、その人の症状から見るとどういふことが必要ではないか、そういう意見を述べるとか、あるいはハビリテーションなどにつきまして、かなり注意をして受ける、例えば高血圧で急にやると危ないケースがあり得るとか、そういうような場合に留意事項といふものををつける、過激なリハビリテーションはやらなとか、そういうようなことがあるのではないのか。

これは九年度、モデル事業、先ほど申し上げましたように三百四十七地域で行つたといふことでございまして、八年度にやりましたのは、要介護の調査票での判断と審査会での判断ができるだけそごなくいくにはどういふ点に問題があるのか、その辺を調べるに力点があつたわけでありまして、九年度におきましては、一部の地域ではケアプランを作成していくとかそういうようなことも予定しております、そういうその人に合ったサービスをどう提供するか、そういうモデル事業

を実施する中でどういう点をどう留意していったらいいか、これをさらに具体的に明らかにしてまいりたいというふうに考えております。

○矢上委員 確認のためにお伺いしますが、この二十七条、三十七条は医学的な側面での配慮であり、サービスを制限するという方向ではない、プラスアルファして配慮する方向であるということであるのか。一般的にこの規定を読みまして、サービスの基盤整備が進んでいない状況で、逆に、この規定によってサービス内容自体の種類が制限されるのではないかとのおそれがある、そういうことでみんなが心配しておるわけでござい

ます。

いま一度、これは医学的な側面での配慮であり、サービスを現状に合わせて制限する規定ではないということの御確認をいたしたいと思

います。よろしくお願ひいたします。

○江利川政府委員 この意見は療養に関する事項でございまして、おっしゃいますように医学的な見地からということではございまして、例えば危険な感染症にかかっているようなケースであるとか、あるいはリハビリテーションをきちんと受けていた方がいようなケースとか、そういうような場合に特定して行われるものでございまして、サービスの選択を制限する、そういう趣旨のものではございません。

○矢上委員 続きまして、要介護認定やサービス内容等に不満がある場合についての質問に移らせていただきます。

不服審査機関である介護保険審査会、またサービスの質のチェックを行う国民健康保険団体連合会、オンブズマン的な役割を持たせるとされておりますが、例えばこの国民健康保険団体連合会にしても、都道府県に一つ、そういうことから考えますと、利用者から見ても、利用する立場から見ても、距離的に県庁所在地まで行かないと利用できないとか、なかなか敷居が高くて利用できない、迅速性に欠けるのではないかと、そういう批判もござい

ます。また、この二つの審査機関が利用者側に立つた機関となり得るのか、それも疑問である、そういう声も出ておりますが、もっと身近な市町村に住民も参加した機関をつくり、その機関が介護サービスの質のチェックや住民の苦情にこたえるというような、小回りのきく機関にしてい

くべきではないかという声もございしますが、どのようにお考えでしょうか。

(委員長退席、住委員長代理着席)

○江利川政府委員 まず、介護保険審査会の関係でございまして、この不服申し立ての審査機関につきましても、事業実施主体を当事者たる市町村、そこに置くよりも都道府県に置いた方が、いわゆる中立的あるいは専門的、そういう観点から公平に判断ができるのではないかと、このこと

でございまして、そういうことで都道府県に設置するというようにいたしております。そういう考え方は、現行制度でも、国民健康保険制度や健康保険制度の中に同じような考え方で都道府県に置くという形になっておりました、先例もあるところでござい

ます。

それから、国民健康保険連合会のオンブズマン的な機能の関係でございまして、これは都道府県に置かれるのでは、一つでは利用勝手が悪いのではないかと、御指摘でございました。

これにつきましては、国保連の機能として、苦情処理をするとか事業所に調査させるとか、その事業所は市町村の範囲を超えて事業をやっているのが普通でございまして、そういう意味で、市町村単位というよりは国保連において行った方が的確に対応できるのではないかと、このこと、国保連がオンブズマン的な機能を行うわけでござい

ます。

ただ、苦情を国保連にうまくつなぐ、迅速にこなぐというための工夫は要すると思ひます。そういう意味で、市町村であるとか、あるいはケアプランをつくるような介護支援専門員、ケアプラン策定機関、そういう身近なところで苦情を受け付けて、そこから国保連がその苦情処理の事務を行う、そういうことでアクセスはできるだけ簡便に

できるような工夫を検討してまいりたいというふうに思っております。

○矢上委員 この介護保険審査会の問題について、まず意見を述べます。

この構成員をいかに配置していくかがなかなか不明確で、どこかで読んだものですけれども、利用者代表、市町村代表、公益代表とござい

ます。

が、大体おおよそ四十歳以上の人はみんな被保険者ですから、何が利用者代表で、何が市町村代表で、何が公益代表かわからないわけ

でございまして、例えば町長さんとか助役さん

が代表で出てこれても、その方は公的

代表でもあり、また利用者の代表でもござい

ますし、何か介護保険審査会の構成員に対して求められる要件

というのが非常に意味不明な部分があるの

つ。

あと、国民健康保険団体連合会というものは、その利用者の利益を代弁する立場でもござい

ます。

が、逆にお金を支払う立場でござい

ますので、お

金を支払うべき立場にある大蔵省

的な立場からすると、余りサービ

スを乱発してお金をたくさん出

したくない、それは当然のこと

でござい

ます。

サービ

スを利用することに

対して、いわゆる抑

制する機能が働いて、果たして利用者側の立場に

純粋に立てるのかという御指摘があることを述べ

ておきます。

時間がござい

ませんので、次に、三番目の質問

のケアプランの作成等についてお伺いいたしま

す。

ケアプランの作成についてでござい

ますが、受

けたいサービ

スがもう要介護者自身が決ま

って

いて、ケア

プランを必要としないような場合もあり

得

ると思ひ

ますが、そも

そも、この

ケア

プランと

いうものは、だ

れ利益のた

めに作成さ

れるの

か、また、必

ず作成しな

ければなら

ないもの

のな

か、お聞

きたい

ます。

○江利川政府委員 ケア

プランを

作成する意

義で

ござ

います

が、利用

者の一

人一人

の心身

の状況

に応じ

て、適

切な

介護

サー

ビス

を提

供す

る。

多

様

な

サ

ー

ビ

ス

提

供

す

る

。

サ

ー

ビ

ス

の

提

供

す

る

。

サ

ー

ビ

ス

の

提

供

す

る

。

サ

ー

ビ

ス

の

提

供

す

る

。

サ

ー

ビ

ス

の

提

供

す

る

。

サ

ー

ビ

ス

の

提

供

す

る

。

サ

ー

ビ

ス

の

提

供

す

る

。

サ

ー

ビ

ス

の

提

供

す

る

。

サ

ー

ビ

ス

定の知識水準にあり研修を受けた者、こういう者が介護支援専門員になるといふことをごさいます。

○矢上委員 法案におきましては、七十条で「指定居宅サービス事業者の指定」、七十九条で「指定居宅介護支援事業者の指定」と書いてございまして、その中に指定する基準がありまして、人員とかきちんと含めてその対応能力があるか否かが述べられておりますが、例えば、一般的に常識で、指定居宅介護支援事業者というものが経営上独立して運営できるものなのか。それは非常に無理じゃないかと。当然考えられるのは、介護サービスを行って各施設の実業者が同じ施設の中で並列した形で居宅介護支援事業者を指定をいただいてその事業を行うのではないかと、実質的には両方同じ人がやるのではないかと、そういうおそれがあると思いますが、その辺についていかがお考えでしょうか。

○江利川政府委員 居宅介護サービス策定する場合に、居宅介護サービス計画費というものが介護保険法において支払われるということになるわけですが、これは、実際にそういうものをつくるに当たってどのぐらいの費用がかかるのか、こういうものを実態を踏まえて基準を定めていこう、居宅介護サービス計画費の基準を定めていこうというふうな考えております。

支援事業者だけで独立して経営する場合があるのか、あるいは、そうではなくて他の事業と一体的に実施される部分が多いのか、これは、片方を否定しているわけではございませんので、両方あり得るのではないかといいふに思えます。

○矢上委員 実質的に介護サービスを提供する事業者がケアプランをつくる居宅介護支援事業者になった場合にどのような弊害が考えられるか、三つほどございします。

まず、その施設が提供しやすいケアプランの内容に偏るおそれがあること、もう一つは、事業者とケアプラン作成者が実質的に同一であれば、要介護者の困り込みにつながるのではないかと。

現実には、地方ではこういう状況が起きております。例えば、過疎地域で、山村で、老人ホームが欲しい。山村といえども、人口が一万人もいおりますと、医院が二つぐらいあります。すると、A医院、B医院がありまして、A医院の先生の方が老人福祉施設をつくりたいと市町村役場、県を通して申請されます。しかし、A医院の方で老人福祉施設をつくって、しかもケアプランを作成することになりますと、もうその村とか町の患者さんたちは全部A医院がとってしまうことになる。そういうことで、B医院の先生が非常に恐れて、村当局、県当局に働きかけて、うちの村には介護施設等はいらないからやめてくれ、そういう動きが各地で起きております。

皆さん方が把握しておられるかどうか分かりませんが、国、県で、この地域には老人介護施設が少ないからぜひつくってくれという要望があるにもかかわらず、地元の方の政治状況とか経済状況によって御返上しますと。そういうことで、なせうちの村には五年ほど前から老人保健施設をつくる話があるのに話が進展しないのだろう、そういうふうな、介護基盤整備を進める上に当たって非常に弊害となるような事例が今発生しつつありますので、このケアプランをだれがつくるか、そして、それによって要介護者の困り込みにつながり、地域の医療関係者また福祉関係者のおつき合いが生じて、結果的に福祉の介護基盤整備がおくれる、そのようなことが一番懸念されることとございしますので、このケアプラン作成について、公平公正にやっていただけるような指針をきちんとつくることをお願いいたします。

時間が来ましたので、二、三、御報告だけして質問を終わらせていただきます。

きょうの新聞にもございしましたが、有料老人ホームの不正広告について公正取引委員会が警告をしております。一九九三年、一九九六年、そしてこととして三回目の警告だということとございしますので、これから要介護者がサービスを選択するときの情報公開に関しまして、情報公開をする以上、不正な情報公開は防ぐような手段をきちんと講じていただきますことと同時に、またもう一つ、ずっと言われております公的介護の権利性をうたった場合に、将来的には、ケアプランというものをもしかすると業者と要介護者との契約内容と同一視されることが起きると思ひます。

現在提供すべきサービスとしてのケアプランなのか、現に提供できる可能な範囲のサービス計画としてのケアプランなのか、いろいろ解釈はございしますが、この介護保険がスタートして数年たちますと、多分、業者と要介護者との間は契約関係になつて、しかも、契約関係を示す内容というものが結局ケアプランになる。そのケアプランが仮に実行されなかった場合には、民法上の債務不履行になつて損害賠償のおそれも出てくる。いろいろな法律的な問題に発展いたしますので、その辺の権利性、そして契約というものをどうとらえてケアプランをきちんと処理していくのか、その辺について将来的に御検討をいただければと思ひております。

これで質問を終わらせていただきます。

○住委員長代理 次に、北側一雄君。

○北側委員 新進党の北側一雄でございます。私は、既に当委員会でも議論をされておるかと思ひますが、若年障害者の方々の介護をどうするのだという問題を、ALSという、これからお話をいたしますが、難病の患者さんの介護の問題を通してぜひ議論をさせていただきたいと思ひております。

この問題につきましては、私、二月に予算委員会の一部質問をさせていただきました。大臣からも御答弁いただいております。その後、聞いたところによりますと、大臣もこのALSの患者さんとお会いになられたというふうにも聞いております。

また、実を申し上げますと、きょうは、このALSの患者さんたちが、代表の方でございしますけれども、私が聞いておるところによりますと、六人の方が車いすで、そして人工呼吸器をつけて

て、もちろん付き添いの方がいらつしやるわけとございします。国会内を陳情に回つておられるようございします。先ほどの話ですと、先ほど何か、社民党の土井委員長に陳情をされておられたようございします。今、議員会館の方におられるようございします。今回の介護保険法案のこれからの行く末に非常に関心とそして不安、心配を持っていらつしやうとして、陳情にいらつしやうしているわけとございします。もしかしますと、きょう、当委員会、厚生委員会やっておりますので、どこかの委員会質疑の場で傍聴にいらつしやるかもしれません。

私、このALSの患者さんたちの介護の問題を通して、それと今回の介護保険法案との関係、また、こうした若年障害者の方々の介護をどうするかという問題について、聞かせていただきたいと思ひておるところとございします。

もう大臣はよく御承知でございますけれども、このALSという神経難病でございますが、どういふ病気かというのを改めて簡単に話をさせていただきます。

今、全国で約四千人ぐらいの患者さんがいると言われております。正式名称は、このALSというのには筋萎縮性側索硬化症というふうないうのですが、人の運動神経が冒されて、発症して三年から五年ぐらいで手足が全く動かなくなりまして、話すことも食べることも、そして呼吸さえもできなくなつてくる、そして人工呼吸器を装着しなければ死は免れない、こういう難病でございます。全く原因不明でございまして、治療法もない。しかし、頭脳は最後まで、最後の最後まで正常でございします。大臣も患者さんに会われて、恐らく文字盤等を通して話をされたのじゃないかと思ひますが、頭脳は正常、極めてある意味では明晰でございします。

人工呼吸器を装着すれば生きることができるとございします。当然、二十四時間介護を必要とする、そういう病気でございまして、これは御本人はもうございしますけれども、その患者

さんを介護する特に家族の方々の負担というのは、もうこれは想像を絶するものがございます。前もお話ししましたけれども、私の同級生もこの病気で闘病いたしました。亡くなりました。私も、そういうことで若干この病気の姿というのをかいて見ているわけがございます。

そこで、お聞きをしたいと思うわけでございますが、このALSのような二十四時間介護が必要な神経難病、これはほかにもあるわけでございますが、こういう二十四時間介護が必要な神経難病の患者の方々は、今回の介護保険制度の対象者、すなわち法案で言うところの「要介護者」になるかどうか、まずその点について改めてお答えをお願いしたいと思います。

○江利川政府委員 介護保険法案におきましては、六十五歳以上の方はまず介護保険の対象になるわけでございますが、四十歳から六十五歳未満の方ににつきましては、「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病」による場合、その要介護というものが対象になるわけでございます。これにつきましては、先ほどもちよつと申し上げましたが、老人医療関係の専門家による検討を行っているところでございます。

先ほども申し上げましたけれども、典型的な例として、脳血管障害であるとか初期痴呆などは該当するのではないかとこのように思っているわけでございますが、まだここで検討しているというところでございまして、結論というのはいないわけ、一つの検討結果というのはいまだ出ていないわけでございます。ただ、検討の場では、このALSが特定疾病に該当するか否かも含めて検討が行われているところでございます。

○北側委員 大臣、私は、これを二月の予算委員会でも同じ質問をしているのですよ。そのときとは同じお答えなんです。

要するに、七条の三項の「要介護者」、その二号の「四十歳以上六十五歳未満の者」で、その「障害が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であつて政令で定めるもの」によって生じた

もの」に当たるかどうかなんです。この「政令で定めるもの」が一体何なのかということ、個々の病気にどこにどれとでは言わなくても、それは今研究会で検討しております、研究会の結果を待つて判断しますということでは、この厚生委員会の審議は一体何なんだというふうになるわけでございます。

やはり対象の範囲がどこまでなのかという極めて大事な問題なわけでございますから、この「政令で定めるもの」というものの考え、言いかえますと、「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病」というのがどういうものであるのか、これについてももう少し類型化した答弁をいただけないと、一体、自分の病気が、また自分の家族の病気がこの介護保険の対象となるかどうかかわからないわけでございます。それは先にならないうわからないのだというのじゃ、私は、この委員会審議は一体何なんだというふうに思っているわけ。もう少し類型化した答弁をぜひいただきたいと思

○江利川政府委員 法律に「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病」ということでございします。その疾病の発生頻度というものが加齢に伴ってどう高まっていくか、それで、その疾病を原因として継続して介護を要する状態になるのかどうか、こういうような点を、疾病ごとのデータで分析しながら、なお検討していくということになっていくわけでございます。

○北側委員 そのデータというのはどこからのデータで検討するのですか。

○江利川政府委員 疾病に関する統計がさまざまなございまして、患者調査であるとか、年齢区分ごとになんという疾病の発生率があるか、そういうものがあつてございしますが、そういう資料を蓄積して、検討していただいているところでございます。

○北側委員 例えばこのALSについて、そのようなデータはあるのですか。

○江利川政府委員 難病の統計からとったデータ

がございします。五歳階級の年齢区分ごとに、これは難病の対象者というのがどうなっているかというところになるわけでございますが、それによりまして、年代ごとの発生率というのでもございまして、症率というのがわかるということでございます。

○北側委員 難病なんといってもたくさんあるわけ、さまたまなんですね。ALSについてあるのですかと聞いているのです。

○江利川政府委員 難病の統計調査の中にALSについてのデータがございします。

○北側委員 そのデータに基づいたら、どうなんですか、どのように判断し得るのですか。

○江利川政府委員 研究会、専門家によって御判断をいただく話でございますが、このデータによりまして、加齢に伴って発生率が高くなっている傾向がございします。ただ、先ほど申し上げましたような初期痴呆とか脳血管障害とかいいますのは、加齢に伴ってずっと右上がりで発生率が高くなっている、これにつきましては、山型になつていくというのでございします、そういうふうなことでございします。(北側委員「だから」と呼ぶので、断をいただくこととさせていただきます)

○北側委員 大臣、これは専門家に判断していただくのはいいのですが、私は、この質問を二月にしておるのですよ。そのデータはそのころには当然あるわけ、なぜ、こうした委員会審議をきつちりしているときに、そうした研究会、専門家の意見をそれまでに聞こうとしないのか。私は、むしろこの国会審議の後に決めようというふうな厚生省の意図じゃないのかというふうに思われてなりません。

これ以上この問題を詰めたら時間がなくなつてしまふので、次の質問に行きます。

要するに、この七条三項の二号に言う「特定疾病」、介護保険の対象となる「特定疾病」に当たらないとお話なんです。

このALSのような二十四時間介護が必要な神

経難病、これはほかにもパーキンソン病とかがあります。そういう難病の患者さんの介護をどうするかということなんですけれども、仮に、この法文に言う「特定疾病」に入らないというのであれば、このALSのような二十四時間介護が必要な神経難病の患者さんの介護対策はどうするのですか。

これは、前提として、このALSの患者さんはほとんどの人が身体障害者等級の二級か三級の認定を受けております。ですから、身体障害者手帳を持っていますことを前提に、これはどうするか、また、現状がどうなっているのか、それをお答えください。

○篠崎説明員 ALSによる身体障害者の方も含めまして、常時には医療を必要としないけれども二十四時間の介護が必要な身体障害者につきましては、身体障害者福祉法に基づき、身体障害者療養施設におきまして必要な介護サービスを提供することが基本であると考へております。

一方、在宅での生活を望まれる方につきましては、障害の状況に応じて、ホームヘルパーなどの在宅サービスが提供されることとなっております。

○北側委員 私は、そういう一般論を聞いているのじゃないのですよ。

もう限定しましょう。ALSの患者さんに対して、医療、看護、介護の面でどのような対策がとられているのですか。ALSに限ってお答えください。また、そもそもそういう実態というものを調べたことがあるのでしょうか。なかったら、そもそも答えられないわけでは。

○篠崎説明員 ALSによる身体障害者に対する在宅福祉サービス等の提供の実態については、特に把握しておりません。

○北側委員 これは、私、もう前から言っているのに、なぜきちんと実態を把握されようとなされないのか。特に今、介護保険が重要課題で提案されておられるわけですから、私は、この提案をしたのは、ことしじゃなくて、もっと前にしている

のですよ、何年も前に。やはり別の委員会で作っているわけですよ。でも、全然やっていない。

これは、ALSの協会の調べによりますと、この協会が平成七年の一月にアンケート調査を、八百十八名の患者さんから回答がございました。これは、約四千八百人からいらいしやる患者さんのうちの八百十八名ですから、かなりのサンプルでございます。その結果によりますと、回答があった人からの比率で言いますと、入院の比率が約四〇%、在宅の比率が六〇%なんです。入院の問題も、なかなかこれは受け入れ病院がありません。

これは、かつて同僚の福島委員なんかも厚生委員会に質問しているのですけれども、現行の診療報酬制度というのは、入院期間が長くなりますと点数が減ってしまうんですね。入院時医学管理料、これが減ってしまうわけなんです。今は何かまた改正されて、さらに短期間、二週間ぐらいですか、二週間までは非常に高いのですけれども、二週間から一カ月後はかなり低くなって、一カ月後はさらに低くなってしまっている形で、病院としては、一つは、特にほとんど民間病院の場合、利益に合わない。それと、もう一つ大きいのは、これは、入院されてしまうと看護、介護が大変だというのがありまして、なかなか受け入れ病院が現実はないわけなんです。

本当は、時間があつたらいろいろ話をしたいのですけれども、大臣の地元の横須賀で、こんな話を私は聞きました。今、入院されているのです。人工呼吸器をつけています。その人は奥さんなんですけれども、御主人はタクシーの運転手をされてはいます、おばあちゃんにいて、おばあちゃんも八十何歳で、既に介護が必要な方なんです。そして、子供さんがまた重度の障害を持っておられて。こういう御家庭でございまして、ところが、受け入れている病院の方は、転院を強く求めるわけですね。それで、どうしようかというような相談が来ている。これは横須賀の例ですよ。

こうした、仮に一たん入院できても転退院を求められるような事例がたくさんございます。また、入院できても、現状は介護体制が当然整っていませんから、結局、家族や付添人が介護をしないといけないのが大半です。

この協会の調査によりますと、入院している方の五九%の家族が宿泊をしております。実態は、七三%の人が、家族の人または付添人が介護をしているわけなんです。また、差額ベッド代なんかを払っているところもございまして。

在宅の六割の方を見ましても、ホームヘルパーの派遣について利用している比率は何と二五%、四分の一の人しかホームヘルパーの派遣を利用していないのですよ。なぜ利用していないかといったら、知らないという人もいるかもしれませんが、一つは、派遣回数と時間が少ない、また、たんの吸引のような医療行為ができない、こうしたことがあつて、ALSのような二十四時間介護を必要とする患者さんの場合は必ずしもニーズに合わないわけなんです。というふうな状況でございます。

こういう在宅介護の場合も、実際は家族が介護をしているのが大半でございます。介護人を雇っている方もいらつしやいますけれども、家族が介護しているのが大半のような状況です。また、介護人を雇っても、その費用というのはいかにらないで、毎月三十万、四十万払っている。また、それ以上払っているという方がいらつしやいます。

このような状況で、このような本当に介護が必要な、ALSのような二十四時間介護が必要の方々の問題を現状のまま放置したまま、今回の介護保険制度をそれではスタートいたしましていうのは、私はなかなか納得できないわけでございます。

今回の介護保険制度を見ましたら、この制度の適用のある方々に対して、大臣も御存じのように、要介護高齢者等に対するサービスモデルというのが類型化されております。これはあくまでモ

デルでございますけれども、これを見ましたら、例えば、一番高齢者で介護が必要と思われる類型、「自分で寝返りすることができず、日常生活活動には介護を必要とし、深夜巡回のホームヘルプサービスが必要であり、療養上の管理を必要とするケース。要介護高齢者が複数世代で同居している場合。」といった、この類型の場合にはこのようなサービスをやりましようということと、ホームヘルプサービスが週十四回訪問、九時間二十分、デイサービスは週三回通所、週十八時間訪問看護は週二回訪問、ショートステイ、月一回入所、七日間、このような類型がされているのです。一番介護が必要なお年寄りの方々でいう。こういう類型が全部で九つくらいされているのかな。

このALSの患者さんというのは、まさしく一番介護が必要、社会的にそういう介護体制を整えていく必要がある、そういう人たちでございます。一方で、介護保険の対象となる方々については、このような類型化をしてやっているにもかかわらず、仮に、介護保険の対象とならないような若年障害者等を初めとして、また、ALSが入らなかつた、そういう難病患者の方々の介護体制を現状のままほつておいて介護保険制度がスタートするというのは、私は到底納得できないわけでございます。

大臣、このALSについて、私聞いていて本当に一番悲しいといいますが、一番大変なときは、この患者さんたちが、これは進行性の病気でございまして、だんだん運動神経が麻痺してくるのです。最後、上に上がつてきて、自分でなかなか呼吸ができなくなってくる。そろそろ人工呼吸器をつけなさいといけませんね、あと一カ月後ぐらいには必要ですね、そういう話が医者さんから言われます。そのときに、このALSの患者さん、そしてその家族は悩むのです、本当につけていいものかどうか、つけていいのかわるか。

つけてしまえば、これは生きられます。きょうも後で来られるかもしれませんが、陳情に

国会に来られるぐらいですから、極めて元気なんです。人工呼吸器さえつけられ生きていけるわけなんです。ただし、二十四時間介護が必要なんです。家族に対する負担は大変な負担がかかってまいります。そういうことで悩まれるのです、人工呼吸器をつけるかどうかというところで。

協会の調査によりますと、つけられる方というのは二五%だということです。それ以外の方はどうかといったら、つけられない。つけなくて、要するに、呼吸困難になつてきて死に至るわけなんです。という選択をされるわけなんです。選択をされるのです。

なぜそういう選択をするかといったら、一つは経済力、そして、家族の介護の負担、家族の生活がむちゃくちゃになってしまう。また一方、病院の受け入れ先はない。そういう状況の中で、人工呼吸器をつけることの選択をしないで死を選ばれるわけなんです。

ある具体例を紹介させていただきますと、これはつい最近の話でございますけれども、東京であつた話です。この方は、やはり奥さんでございますが、御主人と息子さんとその奥さんと三人暮らし。その奥さんは、発病して二年半で要全面介護状態になりました。そして、夫が会社をやめざるを得なくなりました。会社をやめて専らその奥さんの介護に当たる。一年後、気管切開しました。だから、気管切開をしたときは人工呼吸器をつけようというふうに思つたわけなんです。そして、たんの吸引だとか寝返りだとか、それはもう二十四時間介護となつて、息子さんも会社をやめて介護に加わります。もう収入はゼロです。蓄えもわずかばかり。夫の、御主人の退職金だけで頑張る生活が続きます。気管切開して人工呼吸器をつけようといふと思つたのですが、その方は結局、人工呼吸器を装着することをあきらめまして、そして亡くなつたわけなんです。亡くなったのは去年の十二月です。

こういう事例が全国にたくさんあるわけなんです。このような本当に介護が必要な方々のこと

を放置したままと言ったら申しわけないかも知れませんが、現状のままおいたまま、そして仮にこの特定疾患に入らずに現状のままにきて、そして介護保険だけはどんどん充実していこうというのは、不公平なところだということに私は思うわけなんです。

ですから、この介護保険制度をスタートするのときに、ぜひこの若年障害者も含めた、また、こういうALSの患者さんのような難病の患者の方々、二十四時間介護が必要な方々も含めて、そういう方々の介護をどうしていくのかということについて、少なくともその方向性と当面の対策についてきちんと一方であつた上で介護保険制度はスタートしないといけないというふうに私は思います。大臣、いかがですか。

○小泉國務大臣 先日、ALSの患者さんと御家族の皆さんにお目にかかりまして、その御苦勞、苦痛、大変だなと実感いたしました。

そこで、このALSは、加齢に伴う単なる疾病、障害ということだけでなくて、若い人にも発生しますし、この難病によってむしろ障害になつてしまふという面が強いわけです。

ですから、今回の介護保険とはまた別に、介護問題、障害者に対する介護施策は充実していかなければならないのですが、それだけでなく、これは難病に対する医療とそして福祉の総合的な対策が立てられないか。できるだけ早期にこのALSに対しては新たな対策を立てる必要があると思ひますので、そういうような形で今後努力していきたいと思ひます。

○北側委員 時間が来ましたので終わりますが、このALSだけじゃないと私は思ひます。若年障害者の方で二十四時間介護が必要な人はおられるわけです。こういう介護保険制度の枠外に置かれた人たちの間に、公的介護が極めて必要な人たちがいるわけでごいまして、この問題をやはりこのまま放置してはならない。このまま放置したまま介護保険制度をどんどんスタートすればいいのだという話にはならないと私は思ひうわけでごい

まして、ぜひともこの介護保険制度が審議されているのときに、それじゃ具体的にこのALSのようないくつかの典型的な話です、この人たちの介護を具体的にどうサポートしていくのか、私は、ぜひ真剣に検討し、抜本的な対策をするには時間がかかりますから、当面の対策としてどうするか。

東京都は、前も申し上げましたけれども、介護手当を出しているのです、介護券を発行して。こういう制度を東京はやってます。北九州でも介護手当を出しています。地方自治体ではそういうことをやっているところがあるわけなんです。そういう事業を、国が、厚生省が支援することができないのかどうか。これは私は当面の措置として検討の価値が十分あると思ひうわけでごいまして、最後に、ちよつとこの介護手当の問題だけお答えいただいて終わりたいと思ひます。大臣、ぜひお願いいたします。

○小泉國務大臣 それは介護手当とかどうかというところはまだわかりませんが、新たな対策は必要だと思ひます。難病を含めて。その点も検討させていただきますと思ひます。

○北側委員 以上、終わります。

午後三時三十分から委員会を再開することとし、この際、休憩いたします。

午後三時三十分開議
○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。米津等史君。

○米津委員 新進党の米津でございます。

私は、介護サービスの供給体制について詳しくお尋ねしたいと思ひます。

この介護法案が成立いたしましたけれども、介護サービスの供給主体である市町村において十分なサービスを供給することができるとか、受け皿の整備が間に合わないのではないかとというような問題が

いろいろなところで指摘されております。

新進党では介護問題プロジェクトを設置いたしました。介護保険法案について自治体に緊急アンケートを実施いたしました。このアンケートの中で次のような質問をしてあります。「平成十二年度の制度発足時に、貴自治体では介護サービスの「選択」ができる状態であると思ひますか。」というものであります。この質問に対して、回答したうちの七四％が選択できる状態ではないというふうに答えております。

また、全国市長会は、先月、厚生省に対して、多くの都市は新ゴールドプランに基づく基盤整備の達成が困難である、サービスの需要が計画を大きく上回るといふような懸念を伝えているというふうに聞いております。

これらの声につきましてどのようにお考えか、お伺いしたいと思ひます。

○羽田田政府委員 今度の介護保険の実あるものにいたしますために、その基盤になります施設あるいは在宅サービスが整っていくということが非常に大事であることは、今までもずっと御議論があつたところでございます。

そうした中で、新ゴールドプランにつきまして、先生お挙げになりましたように、それぞれの市町村によりまして、あるいはサービスの種類によりまして、進捗が必ずしも思ひしくないものがあります。それは事実でございますけれども、しかし、いずれにしても、新ゴールドプランは、単に厚生省あるいは国が一方的に決めて進めておるといふよりは、各市町村から始まりまして、自治体がみずからの住民ニーズを把握する中で、そこにはそれぞれの市町村の意欲というふうなものも含めながら策定をされた老人保健福祉計画のいわば集大成でございます。したがって、この新ゴールドプランを達成していくことは、とりもなおさず、それぞれの市町村がみずからやっ

したがって、そういう意味で、私も、市町村あるいは都道府県の努力というものをさうお願いしたいかなければならないであろうというふうに思ひます。しかし、それは言っても、いろいろネックがあればこそなかなかないという面もあるわけでありまして、実現が困難としておられる理由あるいは実現のための条件というふうなことにしましては、今まで以上にそれぞれの状況の把握ということに私も努めてまいらなければならぬということ、毎年度これから整備のヒアリング等も行います。そうした中で、原因分析でありますとか、今後の推進方策の検討を求めていくという形の中で対応していきたい。

また、それを財政という意味でどう国が支援をしていくかということにつきましても、総額につきまして、今日まで新ゴールドプランに欠けないような形で予算の確保をさせていただいておりまして、整備等が進めやすいようないろいろな手段を考えていくという意味で、特に整備条件の難しい都市部でありますとかあるいは過疎地域における施設でございますならば、規模等についての弾力的な扱いでございますとか、あるいは施設メニューの中でなかなか進まないということも心配をされております。デイサービス等につきましては、通常のフルセットのデイサービスに加えて、いわば出前型と申しますが、既存のいろいろな施設等の利用もできるようなサテライト型のデイサービスというふうなものも考えていくというふうな手段をあわせて、そういった工夫もあわせて何とか整備に努めてまいりたいというところでございまして、これからスタートまでの期間に大車輪をかけてやってまいりたいというふうに考えておるところでございます。

○米津委員 ぜひ、いろいろな整備を進めていただくとともに、現場の方々の意識につきましても積極的に改革をしていただきたいというふうに思ひます。

と申しますのは、私の母も七十を過ぎておまして、先日まで仕事をしておりましたので極めて元気なんです、先般、民生の方がいらっしやいました、生活保護の面談みたいなのをやっていたら、健康なものですから、生活保護の必要はなしというふうに判定をされたわけです。しかしながら、同居している姉が八十をかなり超えておまして、やはりもう寝たきりになっておる。そうなりますとヘルパーさんのお力添えが必要だということとで区役所に介護を申し込みに行ったところ、ヘルパーさんの数に限りがある、おたくはもう生活保護もなし、かなり先だというふうに、おさなりの答えしか返ってこない。

いろいろな方に伺いますと、現場の方々は、やはり福祉に携わっている方々は意識は高いのですけれども、今までの流れからすると、区役所の中あるいは市役所の中でも、どちらかというと主流ではないようなところというふうに思われて、意識のかなりおさなりの対応しかできないというふうな実態もあるようでございます。

したがって、感覚的にも、経済力のある要介護者がほとんど後回しにされていくということになりますと、逆の不公平感みたいなものも出てきます。こういう介護につきましても、担当者の説明不足から出てくる誤解もとりながら、より公平な形で推進していただくというふうなことをお願いしたいのですが、このような点につきましてもどのように御指導なさるのでしょうか。

○羽毛田政府委員 お答えを申し上げます。

今先生のお挙げになった問題につきましては、まず、お挙げになりましたホームヘルパーの場合を取り上げていけば、そういったホームヘルパーの体制がまだ十分整っていない。端的に、数が足りないというところからくるということが恐らくあると思います。そういうことで申し上げれば、第一段で申し上げましたヘルパーの増員確保ということについて、今後とも努力をしていかなければならないというのが第一だろうと思えます。

それから、次の点で、ともすれば所得的には上位層の方が劣後に置かれがちであるという点につきましても、一つは歴史的なものが実はございまして、やはり福祉施設がどちらかというと低所得者というところから出発をしているということから、事実、ホームヘルパーのサービス事業につきましても、制度発足時におきましては、低所得者を派遣対象というところでおわび明示をしておたわけでありまして、それが、先生まさに身近なところでの話として今お挙げになりましたように、一般家庭の方々につきましても、そういった介護を要する状態、そういう状態になった場合はやはり公的な支援というものがないと家庭的にも大変だという状態になってきて、それをある程度広げていかなければならないということの中でホームヘルプの対象事業を広げてきたという経緯がございまして。

そういった経緯の中から、ともすれば一般世帯が劣後になってくる、それが、全体をやりくりをするというふうな工夫なしに頭から劣後にするというようなことがあるとすれば、そこは、全体の数の問題とあわせて、やはり私どもとしても意識をきちっとしていただかなければならないというふうに思っています。

それで、第三弾の問題といたしましては、まさにそういう公費サービスについてはそういう事態もあり、これから国民だれしも、どの家庭においてもそういうホームヘルプ需要というふうなものが出てくるということをも一つの前提にして、そこは介護保険という形で、いわば相互扶助というふうなものをベースにしながらの保険制度というものを考えることによって、まさに先生が今おっしゃったような対応について、これからそれぞれ相應の負担もしながらやっていくという方向が、まさにホームヘルプにつきましても先生の問題状況というふうなものについてもある種の基本的な解決の方ではないかということで、介護保険を提案しているゆえんもそこにあるということになろうかと思えます。

○米津委員 介護サービスの供給体制を均等に整備していくというのはとても難しいことだと思えます。やはり受ける側からすると、不公平感をなくしてほしい、しかしながら、供給する側からすると、体制の整備についてももっと整備していかなければならないというふうなことで、ここら辺の整備をしていく難しさというのは、受ける側にもやる側にも、今現在どういう状態なのかということとを正しく認識していただくことが必要なのではないかなというふうに思っています。

したがって、現在の施設並びに在宅サービスについて、市町村によりどのくらい格差が生じているのか、具体的にお伺いしたいと思えます。

○羽毛田政府委員 確かに、これから整備を進めていきますときに、それぞれの地域の格差がどのようにあるかという実態をきちっと把握する、そしてまた、先ほども御答弁申し上げましたように、その原因がどこにあるか、そのネックがどこにあるかということをよくえぐり出すということが非常に大事だということに思っております。

そういう意味で、施設や在宅サービスは、それぞれの地域におきまます要介護者のニーズというものをきちっと対応した形で整備されるべきであるというふうに思っています。また、そのことの体制が、言ってみれば一番そういう状態をよく把握をしている、あるいはしていなければならない市町村による老人保健福祉計画というものでございまして、これから、これを目標にして整備を進めていくというのがまずは大事なことであろうというふうに思っています。

したがって、市町村間の介護サービスの整備状況を比較します際にも、やはり地域の置かれた事情というものを考えますという、単純に人口当たりの施設入所者数でありますとかホームヘルパーの数だけで比較し切れないものがございます。したがって、今のお尋ねの、実態、どうなっているかということの関係でいけば、老人保健福祉計画の整備目標に對します達成状況ということ

とで申し上げますならば、平成七年度末で、これは都道府県単位で申し上げますと、特別養護老人ホームにつきましても、岩手県が九五・九％というところで最も高くございまして、埼玉県が六五・二％というところで最も低くなっておりまして、また、ホームヘルプサービスにつきましても、兵庫県が九三・九％と最も高くなりまして、茨城県と沖縄県が二三・一％というところで最も低くなっているというところで、今申し上げましたように、それぞれかなりの格差がございまして、冒頭にお答え申し上げましたように、できるだけそれぞれの地域の、もちろん地域ごとのいわばサービス競争という意味でそれぞれの地域が力を競うということも大事でございまして、全国的にどこでも必要なサービスが受けられる体制整備という意味からいけば、こういった格差の是正に先ほどのように努力をしていかなければならないというふうに思っております。

○米津委員 今お伺いしましたように、今現在もかなりの格差が出てきているというふうなことで、すから、平成十二年度のスタートまでにこの格差をどれくらいいい方向に是正できるかというふうなことで、十二年度になったらどれくらいになるのかということ、十二年度で、もし格差が余り、期待したほどでなくならないのであれば、さらにどのような形で格差をなくしていく努力をなさろうとしているのか、お伺いいたします。

○羽毛田政府委員 お尋ねに的確に数字でお答えをする、それぞれの地域ごとの状況をお答えをするというのはなかなか難しいところがございますけれども、全体の、新ゴールドプランの目標が、先ほど来お話しになっておりますホームヘルパーでいけば十七万人、デイサービスでいけば一七万七千カ所、あるいはショートステイなら六万人分というふうになっておるわけでございますから、まずは、先ほど来申し上げておりますように、これは地方の老人保健福祉計画のいわば集大成でございまして、この整備目標を達成するというのが十二年

度に向けて大事なことであらうというふうに思います。そのことによりまして、老人保健福祉計画で地域のニーズという形でそれぞれ市町村が御把握をいただいているサービスには、需要には対応できるようにするものであるというふうに考えております。

しかし、介護保険がきますならば、けさほどの御議論でも、希望に対する、利用希望率と申しますか、どのぐらい希望しておられるかというところを織り込みながらの整備率であるということをお願いしたわけでありまして、こういうこと、こういった希望率も、これから介護保険でサービス水準が上がってまいりますといわば顕在化をしてまいります。そういう意味からいえば、介護保険成立後も、むしろそういう需要というものはふえてくるということを前提に考えていかなければなりません。

そういったことから、今回の介護保険法案の中におきまして、老人保健福祉計画を見直す形で介護保険事業計画というものを新たににつくっていただいて、全国の、国ベースでいえば、新ゴールドプランが十一年度末に終わりますけれども、それに引き続いて新しい計画をつくり、それによってさらに整備を進めていくということにいたしていかねばならないということで、その枠組みをこの法案の中に入れていただいておりますということでございます。

○米津委員 わかりました。

それでは、厚生省の準備スケジュールに連動しまして各市町村や区役所でも準備を進めになると思えますけれども、先ほどの質問でも申し上げましたとおり、自治体の格差が非常に問題になっている。この問題は、言いかえまして、各首長さんたちの取り組みの差にあらわれており、もつと率直に言わせていただければ、介護問題に対する熱意のあらわれではないかなというふうに思います。

そうしますと、その市町村の住民の方々の要求が強弱を非常に左右してくるというふうなことに

なるのだと思うのですけれども、私は、この強弱があつてもいい、各地方自治体によって差はありますけれども、それなりの違いがあつても、特色としていいのではないかなというふうに思っています。

厚生省では、この点につきまして、各首長さんたちの取り組み方の強弱について、正直なところをお話しいただきたいと思ひます。

○羽毛田政府委員 そういった要介護の高齢者の方々に対するサービス供給体制の整備なりについて、各市町村長さんの取り組みあるいは都道府県の取り組みというものの強弱ということについてどう考えるかということでございます。

それぞれ地方自治の中で、それぞれのところでやっていたりしているわけですから、そういう意味で、それぞれの首長さんの御方針というものがあつて、あるいはその力の入れどころというものがあつて、それはまたそれぞれの地域におけるニーズというもののそれぞれ差がございまして、それから、そういったことに基づいての対応というのは当然あつていいのだと思ひます。しかし、介護問題という非常に大きな、今後そのままだでは深刻になつてくる事態について、それをきちんと対応していくということ、これはやはり全国的にできるだけ対応をきちんとしていかなければならないということも事実でございます。

その両方が一つあらわれていることで申し上げるならば、まさに今、老人保健福祉計画という形で、それはほかならぬ首長さん自身、その自治体自身、地域のニーズに対してどう対応しているのかという計画でございまして、これはやはり達成していただくような努力をし、それから、達成をしたいけれどもなかなかこういふことでネットワークがあるということ、国の方でそれを支援できることがあれば最大限の支援をしていくということとは別途やっていたいかなければならないであらうというふうなことを、先ほど来の御答弁申し上げていような努力を進めていかなければならないというあるいは工夫をしていかなければならないという

ことでお答えを申し上げているわけでありまして。

○米津委員 強弱が余り大きくなり過ぎてはいけないというふうなことなんでしょうが、そうしますと、介護保険法施行法の第一条において、介護保険法施行から五年経過した以降であつても市町村のサービス供給水準が基準を下回つてもよいという経過措置がとられております。市町村が基準をクリアすべき目標年次を法律で明確に定めるべきであると考えますけれども、いかがでございましょう。

○江利川政府委員 介護保険法施行法のいわゆる暫定的な給付についての経過措置のお話でございます。

介護保険でしかるべき水準の給付が行われるべきであるところでありまして、基盤整備の進捗状況にかんづいては、どうしてもすぐにその水準に達し得ないケースもあり得るだろう、あるいはそういう自治体もあるというふうなことで、経過措置を設けているわけでございます。

これは、法律が施行されますと全く新しい制度になるわけでありまして、需要がどんなふうに変つていくのか、それからまた、今後、整備を進めていくわけでありまして、例えば民間事業者の参入というのは、地域によって参入の仕方も多分差があるのではないかと思います。一方、それは公的にそれはどう補えるかということについても、今見込める予想ですと推移するの、日本経済も思わぬ変化を遂げたりしておりますので、そういう先の変化もあるわけでございます。

そういうこともありまして、まだ法律が実施されないうちに終期を切るといふのは結構難しいのではないだろうか、そういうことで、五年を経過して「政令で定める日」といふ書き方になつていくわけでございます。これは、実態を見て判断する必要があるのではないかとことから来ているものでございます。

○米津委員 確かに、長いスタンスで見ると予想を立てるのは非常に難しいことだと思ひます。そうしますと、現場の、居宅サービス計画、ケ

アプランの作成を依頼できる介護支援事業者、これが大きい役割を果たすと思ひます。厚生省は、居宅介護支援事業者としてどのような人たちがいるかは会社を具体的に指定することを考えていらっしゃるのか、それは民間会社なのか、それとも、多くの場合、公益法人を想定しているのか、お伺いしたいと思います。

○江利川政府委員 居宅介護支援事業者は、個々の高齢者の心身の状況やその置かれている環境等を勘案して、その人に適切な介護サービスを提供する、それを確保するためのケアプランを作成する事業でございます。

この事業は在宅サービスの関係になるわけでございますので、公民同一の条件、公的な主体であるとか、公益法人であるとか社会福祉法人であるとか、あるいは民間の企業であるとか、そういうようなことについて特段の主体の差異を設けず、一定の基準を満たしていればこの事業が行えるということでございます。どちらかに偏つて、こちらを主体で考えるということとは考えておりません。

○米津委員 居宅介護支援事業者は介護支援専門員を置くこととされておりますが、この介護支援専門員は厚生省令でどのようなものを定めることとしておるのか、お伺いしたいと思います。

○江利川政府委員 介護支援専門員は、福祉の関係あるいは医療の関係の各職種、あるいはまた高齢者介護について実務経験を有している、そういう人に対して、ケアプラン作成に係る研修と、研修を受けた者が介護支援専門員になるわけでございます。

この要件の詳細につきましては、現在、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。その結論を踏まえて、審議会に諮つた上で定めようというのを考えております。

○米津委員 今審議会がおつしやつたように、居宅介護を支えていく上でケアプランの基礎となる非常に重要なものであると考えられますので、こ

の支援事業者が作成したケアプランに要介護者が満足しない場合、居宅介護支援事業者を変更することが可能であるのかどうか、また、要介護者が希望すれば、福祉事務所や保健所などの公的機関が作成する道も開く必要があるのではないかなと思います。いかがでございますでしょうか。

○江利川政府委員 ケアプランは、要介護者あるいは要支援者、そういう人の依頼を受けてつくるわけでございます。ですから、その依頼を受けて介護支援専門員がアドバイスをしてくれていきまして、しかし、これがある意味で不十分である、満足していないというようなケースもあり得るかと思います。そういうような場合には、ケアプランの作成機関の選択は原則自由でございますから、当然、作成機関を変更することも可能でございます。

それから、御指摘のケアプラン作成事業者につきましては、福祉事務所であるとか保健所であるとか、そういう公的機関が事業者として指定を受けることも可能でございます。その場合には、福祉事務所であるとか保健所であるとか、そういう公的機関の介護支援専門員によりましてケアプランが作成されるということもできるわけでございます。

○米津委員 この介護保険制度が導入された場合、行政の現場でも、今までのような行政機関という立場ではなくて、いかにサービスをしていくのか、やはりサービスの供給ができる窓口としてより進歩していく必要があると思います。

そういった意味では、民間事業者もこの主要なサービス供給主体としてどんどん位置づけられるべきだと考えておりますが、今後、どのように民間活力を導入していくのか、お伺いしたいと思っております。

○羽毛田政府委員 お答えを申し上げます。

高齢者の介護の問題を考えますときに、そのいろいろなニーズに対応して、しかも、できるだけ利用者の選択を基本に置いて考えていくということとを基本理念にして進めていくということになり

ますというところ、健全な競争を通じた、効率的で良質な介護サービスの提供ということがやはり大変大事になってまいります。そういう観点から、公的サービスのみならず、民間のサービスをこれからさらに積極的に活用するという方向が大事だろうというふうに思います。

そういうことで、従来からいろいろ、在宅サービス等の分野におきまして、民間事業者あるいは農協等の参画をいただくということをお願いしております。それはいわば今の制度の中における整備におきましてもそういう方向を目指しております。すけれども、介護保険制度におきましては、こうした方向をさらに一歩進めまして、一つには、在宅サービスの場合に、いわば提供される事業者というものにつきましましては、公的なサービス主体も民間サービス主体も同じ条件で入っていただくということをお願いしたいと思います。

また、その利用ということにつきましましては、基本的には、利用者の選択による、いわば契約による利用というものをベースに考えていくということにしたい。

それからもう一つ、保険設計の面で、標準的なサービス部分は公的サービス、つまり介護保険で給付をするにいたしても、もちろんサービスの実施そのものは、介護保険の給付そのものも実施機関はできるだけ民間を活用するという前提でございまして、それにしても、公的給付であれするにしましても、いろいろな多様なニーズ、特に、より快適なという部分や何かでニーズはいろいろございまして、そういった部分のいわば上乗せのサービス、あるいは介護保険で対象にしていな

い言ってみれば横出しのサービス、こういったものを民間で提供していただく、あるいは自力でそこに一緒にやっていただくということ、自由な組み合わせにするということ、自由なことを基本にして、そういった方向で民間活力を活用していくということ

を基本に置きながら考えていきたいというふう

考えております。

○米津委員 いろいろ御審議してきました介護

サービスですけれども、私もそうですし、ここにいらっしゃる方の大半もいずればお世話になるこの介護だと思っておりますので、そういった意味からしますと、私は、二つだけぜひ大臣にお願いをしたいと思います。

というのは、全体像をもっとわかりやすく明らかにしていく必要があるのではないかな。供給体制の基盤をどのように確保するかという不安ばかりが非常に先行して、厚生省が十分整備なさっていらっしゃることも余りわかられていないということが非常に問題になるのではないかな。したがって、なるべく早い段階で、御努力なさっていることを国民に対してもっとわかりやすく明らかにする必要があるのではないかなと思います。

それから、現場の方々の対応がいろいろと、私も実際に経験して感じたのですけれども、福祉に携わっていらっしゃる方々の体質をいかに改善、改革していくのか。要は、行政として上から与えられる介護サービスあるいは福祉という形から、いかにサービスの一端として福祉をみんな考えて取り組んでいくか、この体質改革を早急にする必要があると思っております。大臣のお考えをお聞きしたいと思います。

○小泉国務大臣 仕組みなりこれからの拡充策等は幾ら口で言っても、現実に実施されていないわけですから、それはある程度不安があるのはやむを得ないと思っております。

初めての制度を導入する、どんな制度でも、い

い面もあればあるいは弊害点も出てくると思えます。しかし、今の社会におきまして、だれでもが、これから介護問題は重要だ、個人や家族だけの負担には限界がある、お互い社会全体で支えていこうということ、この導入を決定したわけでありますので、早くこの法案を通していただきまして、そしてその法案にのっとった基盤整備を拡充していく。そして、実施を見て、実施の段階で、また当初計画していた段階、あるいは思っていたとおりにいかない点も出てくると思っております。その

実施状況を見ながら少しずつ改善措置を講ずるということが私は妥当な策ではないかなと思っております。

また、もちろん介護に携わる人材の質、これはもう大変大事であります。だれもが、そばにいてくれて気が休まる人が介護してくれるのが一番いいのでありまして、ただそばにいればいい、むしろ、嫌な人がそばにいたら、いてもらわれない方がいいという場合もあるわけですから、これは人がいかに大事か、人材の養成がいかに大事か、人次第で、看護でも介護でも、大きくその受ける方の精神的、肉体的状況が違っていますから、人材の質の向上については、今後とも鋭意、少しでも質の向上に努力していかねばならぬと思っております。

○米津委員 今大臣おっしゃったように、人次第、法案も大臣次第というふうなことで、強力なリーダーシップを期待しております。

以上で質問を終わります。

○町村委員長 五島正規君。

○五島委員 午前中、北側議員からALSの患者さんに関しての質問がございました。

きょう、ALSの患者さんたちは、秋田、山形初め非常に遠くから大変な思いをして傍聴に見えておられます。

御案内のように、ALSの患者さん、その病気の原因についてはいまだ現在の医学で明らかにすることはできておりません。難病として取り扱われていることは御案内のとおりでございます。そして、この患者さんたちが、午前中の北側議員の質問の中にもございましたけれども、人工呼吸器をつけることによって大幅に延命効果が期待できる。

かの今世紀最大の頭脳と言われておりますホーキング教授、彼もまたALSの患者でございますが、彼が人工呼吸器をつけ、わずかに機能する筋肉の動きをもってコミュニケーションをし、あのすばらしい、私の頭脳からいえば科学と宗教との区別もつかないような大変な学説を展開しておら

れます。

きょうお見えのALSの患者さんまた全員、在宅で、そして人工呼吸器をつけながら農園を経営し、多くの介助の人々の力によって社会生活を営んでおられます。そして、その陰には、三倍に上る方々が人工呼吸器をつけることをみずから拒否し、あるいは医療機関の側からつけると大変だというそういうサジェストのもとで、みずからつけないことによって消極的に死を選択されていると思います。

現在、ALSの患者さんは、厚生省の平成八年の調査で、難病登録していない方が約三千八百人、約一割にも満たない方が公的病院において治療を受けておられます。全く公的病院に治療を受け、我が国の医療体制というのは問題を持っていて考えておられます。まさにこうした医療というものを担うのが公的病院の役割なのだから、まさに政策医療としてこうしたものをぜひ強化していただきたいというふうに思っています。この方々はみずからそうではないと発言する機会をほとんどお持ちになっておられません。第三者を通じてそのことを訴えるしかない状況にございます。

けさの大臣のALSの患者さんに対する思いやりについては伝わってまいりました。しかし、私は大臣の答弁は率直に言って大変大きな誤解があると考えています。

今回議論しておりますこの介護保険の中に、「要介護状態にある四十歳以上六十五歳未満の者であって、その要介護状態の原因である身体上又は精神上の障害が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であって政令で定めるものによって生じたもの」はこの介護保険の対象とすることになっていきます。

疾病対策課からもおいていただいていると思います。ALSの発生は九七・五％が四十歳以上六十五歳をピークとするきれいな正規分布を描いてこの病気が発生しています。先ほど担当の職員と話しますと、年齢がどんどん進んでいけば進ん

でいくほど数がふえる病気ではない、六十五歳がピークなのだからという話がありました。この法案というものは、そういうふうに厚生省が勝手に読みかえて、年齢と関係しない疾病は違うという立場に書かれている内容なんです。

まず、疾病対策課の方から、これまでもこの問題については特定疾病の対象について検討依頼しているというお言葉が再々ございました。この疾病について、年齢との関係、現状について御報告願います。

○小林（秀）政府委員 ALSの発症は年齢に伴ってどのように推移しているのかというおたしでございしますが、一九九二年に実施をいたしました特定疾患治療研究医療受給者調査報告書によりまして、新規受給者の多くは四十歳以降に発症をいたしました。人口十万人当たりの新規受給者数を見ますと、四十歳代まで加齢とともに増加をしていますが、現状でございします。（五島委員「四十歳まで」と呼ぶ）ごめんなさい。四十歳以降発症しており、人口十万人当たり新規受給者の数を見ますと、六十歳代まで加齢とともに増加をいたしております。

○五島委員 まさにそうなんです。六十五歳でピークを持ち、それ以後は、もちろん高齢もあり、お亡くなりの方もございします。そういう意味もございまして、六十五歳でピークを持ち、それから緩やかに発症数は減ってまいります。ほぼ八十五歳になりますと発生者はございしません。しかし、同じく四十歳以後に九七・五％が発生する疾病でございします。

これは、大臣、この条文を常識上読むとすれば、加齢に伴って発生する疾病じゃないのですから、もちろん加齢だけで発生する疾病であると言っているわけではありませぬ。そういう言い方をするならば、アルツハイマーであろうと、脳血管障害であろうと、加齢だけで発生するわけではございせん。加齢要因というものがこれほど明確に、しかも六十五歳ピークという形で正規分布しているこの疾病が、なぜ対象であるかないか検

討しなければいけないのか、その辺、介護対策本部の方、どうなんですか。

○江利川政府委員 先生御指摘のように、年齢に伴う発症率は、四十歳ぐらいから立ち上がりまして、六十五歳ごろがピークになっているわけではございします。

そういう意味で、一般的に、この政令で定める特定疾患といえますのは、加齢に伴って発生頻度が高まり、そしてその疾病の原因として継続して介護を要する状態になる、そういう場合が対象になるわけではございします。政令で定める疾病全体を専門家で成る研究会で検討していただいているわけではございします。きちんと専門家が医学的な立場で判断していただくということではございしますが、確かに、このALSが年齢と関係があつて高まっておりますので、そういう意味で加齢と無関係だということは言えないというふうに思っています。

ただ、そういう意味で、先ほど申し上げましたが、検討対象として入っております、専門家の検討会できちんと医学的な根拠も全部含めて、いろいろな諸要素を含めて判断をしていただきたいというふうに思っているところでございします。

○五島委員 私は、このALSの患者さんに対する対策がこの介護保険だけで十分に対応できるとも思っておりません。また、障害者プランだけでも十分であると思っております。こうした疾病に対しては、それを超えた国の施策というものが、必要だということに考えています。

ただ、私はこの場においてどうしても厚生省にただしておきたいのは、こうした政令事項に委任しなければならぬ部分というのはたくさんございします。そのことに對して、明らかに今私が申し上げたように難病であり、したがって原因疾病その他についてはまだ医学的に明らかではない、しかし明らかに年齢が四十歳以後において発生し、そういうような疾病であったとしても、例えば先ほど申し上げましたように加齢によって、それと一生にわたって相関しふえ続いている疾病ではな

いからこれはどうかというふうな勝手な解釈が入ってくると思えば、国民は大変こうしたことに對する不信感を持つ、我々もまた政令事項に定めるといふことに對して大変疑問を持たざるを得ないわけではございします。

そういう意味では、現在のわかつている知見の範囲の中において、このように明確に四十歳以上においてその九七・五％が発症するそういう疾病であり、しかも、非常に大きく介護というものが必要となってくる、積極的治療の方法がない、生涯にわたっての介護を提供することによってその人の命というものが輝いてくる。それに対して、この介護保険が十分でないまでもその可能な範囲において豊かにできるという法案であるということについては、ぜひ大臣の方から一言御意見をちょうだいしたいと思ひます。いかがですか。

○小泉國務大臣 先ほどの北側委員の質問でもこのALSの問題を指摘されました。大変ALSの患者さんが御苦勞されている、また、それを支えておられる御家族の方の御苦勞も一方ならぬものがあるということは、私も重々理解しているつもりであります。先日もお目にかかりまして、今もこうしてこの委員会を傍聴されておられる。私もきょう傍聴しておられる方に先日お目にかかつて、こうして関心を持ってこの審議を見守っているのだなと。

私は、専門家ではありませんから、ALSがどういふ症状であるかということとは詳しくはわかりませんが、特に加齢に伴って確かに症状が出る方が多いのは事実であります。ルー・ゲーリックさんというのは、三十代で亡くなっていたわけですね。戦前、ニューヨーク・ヤンキースの黄金時代を築いて、ベーブ・ルースとルー・ゲーリックが三番、四番を打っていた。あのルー・ゲーリックが今考えてみると、鉄人強打者と言われたルー・ゲーリックでさえもALS患者であつたといふことを考えますと、若年者にも発症する可能性がある。そして、天才的な学者でありますホーキング博士でさえもこの難病にかかつておられ

る。しかも、現在、ALSの治療、医業がなかなか見つからない、原因もわかっていない。お医者さんにしてみれば大して治療も施せないという、医療だけでは解決できない。

当然私は、今後、障害者施策だけでは不十分であるということも考えますと、医療と福祉の両面から考えるべき問題じゃないか。そして、現状だけでは不十分でありますから、今後できるだけ早期に新たな対策を考える必要があると思っております。

○五島委員 新たな対策を考えるという大臣の御意見に対して大きな期待を寄せたいと思います。そしてまた、今審議しておりますこの介護保険の中におきましても、厚生省には統計の専門家もたくさんおられることでございます。したがって、この法律が言っている範囲の中にこの疾病が含まれるかどうかというのは、おのずからその数値を眺めていった場合に決定される範囲でございます。そのことを含めて、この法律は、そもそも原因がどこにあるのかということについては不明の疾病についても、そのところを問題にしているわけではございません。発症、障害の発生のところを問題にしているわけではございません。

そういう意味において、このALSが当然この介護保険の適用から排除されるということがないのだということ強く訴えまして、私の与えられました質問時間が終わりましたので、石毛委員と交代します。

○町村委員長 石毛委員さん。

○石毛委員 民主党の石毛でございます。

通告させていただきました質問ではないと思っておりますけれども、まず最初に、情報開示ということにしまして、大臣にお伺いしたいと思っております。これまでの介護保険の議論の中でも触れられてまいりましたけれども、被保険者の立場に立って介護保険制度を円滑に進めるためには、指定事業者などのさまざまな情報を都道府県や市町村が被保険者、市民に積極的に開示していくことが必要であることは言うまでもないと思っております。

思い返しますと、介護保険審議の冒頭で岡光問題が発生しましたし、社会福祉法人のあり方が問題になりました。そして、偶然といえますが余りにもと思う気持ちもいたしますけれども、きょうの新聞には、公正取引委員会が有料老人ホームの不当表示についての警告を発しております。これらの事柄を考えてみますと、これから介護保険で消費者の選択の自由とサービスの選択の自由ということを実現していくためには、正確な情報が必要で、大前提だということに思っています。情報開示なくして選択なしというふうに私は考えますけれども、これまでにもお伺いしているわけですが、情報開示の必要性という点につきまして、大臣の御見解を承りたいと思っております。

○小泉国務大臣 お話のとおり、どういうサービスを受けるか、選ぶためには情報がなければ選べない、当然だと思っております。情報によって、うちはこういうことをしていますよ、よそのところはああいうことをしている、情報によってどういうサービスを受けられるかということはいわゆる消費者が決めるということを考えますと、情報開示というのはサービス水準を向上させる上においても大事なことでありますから、情報開示なくして選択なし、この言葉を大事にして、国民が選択しやすいような情報開示に努めるよう格段の努力を図っていききたいと思っております。

○石毛委員 ありがとうございます。

そこで、少し細かいかもしれませんが、他にもさらに具体的に、この介護保険法が成立いたしましたとしますと、その施行の中で介護に関する事業者情報を被保険者に開示していくことが大切であることは言うまでもありません。都道府県や市町村が活動する当該地域で事業者情報を積極的に開示するように指導するように厚生省に求めたいと思っておりますが、いかがでございましょうか。

○江利川政府委員 御指摘のように、どういった事業者がどういった特徴のある事業を行っている、そ

して、利用する人がそういう内容を見て選択できるように、そういう意味では事業者みずから自分らの事業の内容を提示していく、それは必要だと思っております。そういう立場に立って、事業者が積極的に対応できるような運営上の努力をしたいと思っております。

○石毛委員 短い時間にたくさん質問をさせていただきたいと思っておりますので、次々に申し上げますので、よろしく願います。

次の質問でございますけれども、これまで私は、配食サービスと送迎サービスにつきまして質問をしております。配食サービスにつきましては、高齢者の方々がお宅で自立して生活をしていく上で不可欠のサービスであるという意味で、介護保険のサービス給付の中に含めるように申し述べさせていただいてまいりましたけれども、この点はさておきたいとして、配食サービスあるいは送迎サービスを国がこの介護保険の施行とあわせて有効に拡大していくように支援をしていく、そのための予算措置をするおつもりがあるかどうかということをお聞きさせていただきたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

○羽田政府委員 配食サービスあるいは送迎等、外出介助のサービスというものを介護保険と同時に老人保健福祉施策の中として積極的に推進をしていくように、そのための予算を確保していくようにという御要望でございます。

私も、配食サービスにつきましては、ひとり暮らしの高齢者の方々にとりまして、健康の維持増進あるいは安全確認というような側面からも非常に意義のある事業だということに思っております。ただ、事は御飯を食べるという、いわば食事という日常生活の基本のところでございます。これにつきまして、それぞれのところでございましょう。その仕組みをしていくかということにつきまして、地域の実情に応じましたそういった食事提供を含みます生活支援システムを組まれましたときに、あるいはシステムを組むことについて、支援をするという方向で考えていきたいと思っております。

○石毛委員 ぜひよろしくお願ひしたいと思います。今の在宅生活の継続というふうにおっしゃられたかと思っておりますけれども、ひとり暮らしの高齢者ばかりではなく、必要とされる方というふうには、当然のことだと思っておりますが、お受けとめください。

それからもう一つ心配なのは、これから先、財政の問題は非常に厳しくなっておりますので、ぜひ介護保険が有効に機能するように、総合的な施策の観点という、そうした視点で予算の配分についての御配慮をお願いしたいというふうに思います。

続けて質問をさせていただきたいと思っております。

法案の第七条第十項に、居宅療養管理指導を医師が行うという内容がございまして、その管理指導の報酬についてお伺いしたいのですが、これは、介護保険法に基づきまして新しく介護報酬という観点で設定されるのでしょうか。それとも、介護保険からの給付であるとしても、考え方として医療保険の診療報酬と同じような点数方式をとる、例えばでございますけれども、そういう考え方をとりますのでございましょうか。その辺のところをお教えいただきたいと思います。

○江利川政府委員 介護保険法案におきまして居宅療養管理指導でございますが、これは、在宅の要介護者等に対するかかりつけ医師による医学的管理、これを介護保険の給付対象とするというものでございまして、したがって、診療報酬の適用ではなくて、介護保険給付として評価されるもの

おります。

それから、いわゆる外出介助あるいは送迎というようなものにつきましては、介護サービスを受けますための送迎部分につきましては、介護保険の中で考えていく部分があると思っておりますが、介護以外のものにつきましては、これは一般施策の中になつてくると思っております。そういったいわゆる送迎につきましては、訪問介護サービスの中に含まれるような運用という問題を含めまして、対応してまいりたいというふうに思っております。

○石毛委員 ぜひよろしくお願ひしたいと思います。今の在宅生活の継続というふうにおっしゃられたかと思っておりますけれども、ひとり暮らしの高齢者ばかりではなく、必要とされる方というふうには、当然のことだと思っておりますが、お受けとめください。

それからもう一つ心配なのは、これから先、財政の問題は非常に厳しくなっておりますので、ぜひ介護保険が有効に機能するように、総合的な施策の観点という、そうした視点で予算の配分についての御配慮をお願いしたいというふうに思います。

続けて質問をさせていただきたいと思っております。

法案の第七条第十項に、居宅療養管理指導を医師が行うという内容がございまして、その管理指導の報酬についてお伺いしたいのですが、これは、介護保険法に基づきまして新しく介護報酬という観点で設定されるのでしょうか。それとも、介護保険からの給付であるとしても、考え方として医療保険の診療報酬と同じような点数方式をとる、例えばでございますけれども、そういう考え方をとりますのでございましょうか。その辺のところをお教えいただきたいと思います。

○江利川政府委員 介護保険法案におきまして居宅療養管理指導でございますが、これは、在宅の要介護者等に対するかかりつけ医師による医学的管理、これを介護保険の給付対象とするというものでございまして、したがって、診療報酬の適用ではなくて、介護保険給付として評価されるもの

でございます。

この報酬は、地域性を考慮しながら決めることになっておりますが、そういう地域における平均的な費用の額を勘案して厚生大臣が定めるということになっております。これはこれから検討して定めることになっております。定めるに当たりましては、審議会等にかけて決めていくことになりまして、診療報酬との整合性、これは配慮しながら定められることになろうかと思っております。

○石毛委員 それでは次の質問ですけれども、保険給付の認定に当たって、被保険者の意向を反映するとともに、認定審査会の意見が被保険者のサービス選択の自由をできる限り阻害しないように運営すべきであると考えますが、いかがでしょうか。法文では、種類の指定ですが、かなり認定審査会の意見が強く出てくるような文面がございましたので、この質問をいたします。

それから、要支援者の認定あるいは訪問介護の給付限度額の設定などに当たりまして、例えば山間部でありますとか、それから、都市の中層の集合住宅で、エレベーターなどがなくて介護を必要とする方の生活が非常に困難な状況にある方とか、そうした問題が起ってくるかと思っておりますが、そうした生活環境的な要素にも配慮を求めたいと思っておりますが、この点はいかがでしょうか。

○江利川政府委員 要介護者が要介護認定を受けまして介護サービスを利用するというようなことになりましたときには、このサービスの利用は要介護者の選択を基本とするということでございますので、その被保険者の意向というのですか、利用者の意向というものが反映されるということになるわけでございます。

それから、介護認定審査会の意見に基づいて、利用できるサービスの種類、これを市町村が指定できるという規定につきまして御質問がございましたが、これは、特にリハビリの必要性が高い場合とか医学的管理の必要性が高い場合など、被保険者の要介護状態の軽減あるいは悪化の防止、そういうことに必要な場合を念頭に置いたものでござ

いまして、本人によるサービスの選択という介護保険本来の理念が損なわれることのないように、介護認定審査会の運営方法等に関しましてこの規定の趣旨の明確化を図る等、十分な措置を講じてまいりたいと思っております。

もう一つございました、生活環境要素の取り扱いの話でございますが、要支援認定等におきまして生活環境要素の取り扱いの関係では、平成九年度に実施を予定しておりますモデル事業におきまして、そういう要素についても訪問調査で把握して、それが高齢者の介護や生活支援の必要性にどういった影響を及ぼしているか、それを把握して、そういうものを踏まえて、要支援認定等の実施方法に反映させていきたいというふうに考えております。

○石毛委員 ちょうどこの五月の末で最初のモデル認定の報告書が出るというふうに伺っておりますけれども、それを踏まえて、今審議会がおっしゃられましたように、いろいろと見直す点がございますとおありになるのさうと思っておりますけれども、その見直し中に、生活環境的な要素も考慮に入れながら再度そのモデル認定の方法について精査していく、今こういう御説明だということに何わせていただいてよろしいのでしょうか。

○江利川政府委員 そういう趣旨で御答弁申し上げます。

○石毛委員 それでは、その結果が明らかになりました段階で、また私どもにもその情報をぜひ開示していただくように求めたいと思っております。

次の質問でございますけれども、これも私がこれまで介護保険の審議で質問に立たせていただきましたときに強く強調させていただいた件でございますけれども、介護保険では、若年者、四十歳以上六十五歳未満の方につきましては、先ほど来議論に上っておりますように、加齢に伴って生ずる疾病、それを起因とする特定疾患、それが要介護状態というふうに規定されているわけですが、私も、私には以前にも申し上げましたように、加齢とその病気がストレートに相関するわけではあ

りませんけれども、例えば加齢に伴って発症が多少上がったたり下がりたりというふうな病気の、あるいは要介護の状態でありまして、加齢に伴って状態が悪化するということは確実にあるというふうに言ってよろしいのだと思っております。

ですから、加齢と疾病との相関と、それから、疾病は加齢に相関するわけではないが、加齢によつて疾病が引き起こす状態が悪化するという問題があるというふうに考えますけれども、この点につきまして、もう一度、どのように受けとめていらいしやるかということをお聞きさせていただきます。

そして、私は、そうした加齢に伴って状態が悪化する疾病、そういうとらえ方が、先ほど来、審議会、専門委員会等で精査しているというふうにおっしゃっておりますけれども、今私が申し上げましたような観点もその中には含まれているのかどうかという点とあわせて御質問をさせていただきます。

○江利川政府委員 特定疾病の範囲でございますが、それにつきましては、現在、専門家による研究会におきまして検討を行っているところでございます。今後、疾病の発生状況あるいは加齢に伴う状態の悪化等を総合的に勘案しまして、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病が否かに伴って、検討会の検討結果等を踏まえて適切に対応してまいりたいと思っております。

○石毛委員 その専門委員会第一の結論とでも申し申し上げますが、そうした結論はいつごろ出るのか、制度として確定するまでにはいろいろあると思っておりますけれども、プロセスをお教えいただけたらと思っております。

○江利川政府委員 専門家の研究会の報告は、この夏ぐらいを目ざして進めております。そこで研究成果が出ますと、改めて老人保健福祉審議会等関係の審議会にかけまして、議論を経て政令で定めるといふことになってまいります。

○石毛委員 わかりました。それでは、次の質問でございますけれども、た

だいまの加齢疾病との関係と密接に関連する事柄でございますけれども、今までも、介護保険法の適用にならない若年の障害者の方につきましては、障害者プランの方で対応するという回答をいただいております。

そこで、ぜひ強調させていただきたいと思っておりますのは、障害者プランの充実を積極的に進めるといふことは言うまでもございませんけれども、今の制度で、市町村の老人保健福祉計画につきましては策定義務がございますけれども、障害者プランにつきましては義務づけがなされておられません。策定している市町村も必ずしも多いというふうには言えないと思っております。

そうしたことを考えますと、介護保険法の適用にならない障害者の方々が確実に介護サービスを受給できるということを考えてまいりますと、障害者プランの策定を市町村に義務づけていく必要があるというふうに考えますが、この点はいかがでしょうか。

○篠崎説明員 市町村障害者計画は、障害者基本法におきまして、各市町村に策定の努力義務が課されてきておるところでございます。昨年四月現在で三百三十四の市町村で策定済みでございますが、五百三十一の市町村で策定のための作業中というところでございます。

障害者プランの着実な推進のためには、市町村障害者計画の策定が重要でございます。厚生省といたしまして、市町村障害者計画策定指針の普及ですとか、あるいは計画策定モデル事業の推進などを通じまして、市町村の計画づくりを積極的に支援しているところでございます。今後ともこれらの取り組みを通じて、障害者プランに掲げられた目標が達成されるよう努めてまいりたいと考えております。

○石毛委員 今の御説明では、努力義務というふうにお話しいただきましたけれども、老人保健福祉計画と同じように策定の義務化はされていないわけですが、このお答えをいただくのは難しいかと思っておりますので、私の方は、ぜひ策定の義務づけ

をして、今の御説明で大体九百市町村に近いぐら
いの、ですからまだ三分の一まで行っていないと
いう状況だと思えます。ぜひ積極的な推進になる
ような方策を講じていただきたいと思えます。

私は、ずっとこれも主張させていただいてまい
りましたけれども、介護保険法にも適用にならない
い、それから障害者プランの方にも当てはまらな
いという方が恐らくたくさん出てくるだろうとい
うふうに、現にいらっしゃるわけですから、
介護保険が施行になればそれがより明確になっ
てくるというふうに思えますので、ただいま申し上
げましたことを、障害者プランの義務づけの方向
で積極的な展開をということ、このことに関し
ましては主張させていただきたいと思えます。

それでは、次でございまして、やはり介
護保険法の施行に関しまして心配されますこと
は、保険料あるいは利用料、それから午前中、山
本委員が丁寧に展開されておられましたけれど
も、高額介護サービス費の問題など、負担の問題
をめぐって、高齢者の中で、なかなか低所得者
の方がどういう実態に置かれるかということが心
配であるわけです。

医療保険の保険料、介護保険の保険料、そして
サービスを利用すれば利用料の割、それらを合
わせていきますと決して負担が軽いというわけに
はいかないと思えますので、軽いか重いかという
論争を私はここでするつもりはありませんので、
低所得者の生活実態を念頭に置いてそうした負担
のあり方を考慮していくということにつきまし
て、ぜひ申し上げたいと思えますし、お考えを伺
いたいと思えます。

それから、ちょっと問題の質が違いますけれど
も、もう一つ経済的な事柄という意味で続けて申
し述べさせていただきます。
これから介護保険の中で心配されることの一つ
に、ホームヘルパーなどの担い手がどう定着する
かということも心配されることだし、制度の安
定のためには大変重要な課題であると思えますの
で、ぜひマンパワーが定着するだけの介護報酬の

設定の仕方に工夫をお願いしたい。あるいは、水
準もそうした水準を求めていただきたいというこ
とをお願いしたいと思えますけれども、いかがで
しょうか。

○江利川政府委員 介護保険料でございまして、
この保険料の設定に当たりましては、所得段階別
の保険料といたしまして、低所得の高齢者につ
きましては普通の場合よりも軽減された保険料で
いようにする。あるいはまた、利用する場合の一
割負担が要るわけですが、高額介護サー
ビス費の設定、これは一般的なケースの場合と低
所得者に配慮する場合と両方あるわけございま
すけれども、これにつきましては、医療保険にお
ける高額療養費の自己負担限度額あるいは老人医
療費の自己負担限度額などを勘案しながら、関係
審議会の意見を聞きまして適切な設定を考えてい
きたいと思っております。

それから、ホームヘルパー等のサービスの提供
主体に係る介護報酬のお話もございました。事業
主体は一定の人員、設備等の要件を満たしてい
るわけですが、そういう事業者がどういう
コストをかけて事業を行っているか、そういう費
用の実態を把握しまして、サービスの内容、事業
所の所在地等に応じた平均的な費用を勘案して、
これも関係審議会の意見を踏まえて設定して
まいりたいと考えております。

○石毛委員 私が申し上げるまでもないと思いま
すけれども、今の社会福祉法に基づきます施設
職員の配置基準など、どういう経緯で決まったか
という質問をさせていただきまして、かなり以前
に実態調査をした、それをベースにして展開して
きていると。賃金、労働条件について、労働条件
は労働基準法上のことがございまして、労働条件
件もあると思えますけれども、賃金などにつきま
しても実態調査を踏まえてというふうに説明を
伺っております。

その実態調査を踏まえて、結構問題があるので
はないかというふうに思っていますので、要は、実態
調査をどういう視点でとらえてどういう合理的な

考え方を設定するかということだと思えます。私
は、介護労働の分野はパートタイマーで働く方が
とてもふえてくるのだというふうに思っています
で、時間もありませんから細かいところまで入り
込む気持ちはございませぬけれども、その実態調
査を受けとめる視点がとても大事であらうという
ことを、大変惜越かとも思えますけれども、ぜひ
つけ加えさせていただきたいと思えます。

この間、厚生省ではケアマネジメントにつ
きましても、モデル調査とあわせてケアマネジャーの
養成講座などを開かれていたというふうに伺って
おりますけれども、それに参加されました都道府
県の方からの意見では、今回なされましたそれ
につきましては、数日の研修しか行われなくて、と
てもそれでケアマネジメントをしていくというに
は質的に問題があるのではないかとというような声
が私のところに聞こえてきております。ケアマネ
ジャーの養成というところにつきましても、どう
お考えを持っていられしやるかということを確認
させていただきたいと思えます。

○江利川政府委員 八年度に行いましたのは、ケ
アマネジャーを養成する指導者研修を行ったわけ
でございまして。指導者になる方々は多忙な、通常
毎日勤務しているような方でございしますので、そ
ういう人たちの研修の受けやすさということも考
えまして二泊三日の研修をやりましたが、これは
前期、後期と分ける考えでございまして、この秋
口にでも後期の研修をやつて、その指導者研修が
最後までいくということになるわけでございます。

今回の指導者研修は、初めてということもあり
まして、いろいろな意見が寄せられております。
そういう意見は、今年度はさらに第一期生の後、
第二期生の指導者研修も行う予定にしております
で、そういう研修にいろいろな声を反映させて研
修の中身の工夫をしたいと思えます。

こういう指導者研修の方々が都道府県に戻りま
して、都道府県において介護支援専門員の養成に

入るわけでございます。私どもとしては、で
きればことしの十二月ぐらいからそういう研修に
入らないと実施までにはかかるべき体制が整わな
いのではないかと、十二月ぐらいから順次研修に入
っていくことが必要ではないかというふうに思っ
ておりますので、そういう準備を進めているところ
でございます。

○石毛委員 それでは次の質問でございませ
けれども、介護保険法では市町村が特例給付とし
てサービスを提供していくわけですが、そのことが
法律では公認されているわけですから、これが
に関連しまして、営利を目的としない人格なき小
規模団体、NPO的な団体がサービスを行う場合
は、そのサービスに対する対価の支払いは償還払
いになるというふうに聞いております。これでは
せっかく、全国恐らく、例えばホームヘルプサー
ビスに携わっている方々だけでも九万人ぐらいお
られると思えますし、ミニデイサービスとかさま
ざまな小規模団体の活動が広がっているわけだ
けれども、そうした活動をなさっている方々と指
定事業者の方々の間で競争条件が違ってくる
というふうに私は思います。

それで、ぜひ私は主張をしたいと思えます
けれども、この競争条件を同じにすべきであらう
というところはどうかと申しますと、小規
模な団体に国保連から直接指定事業者に対する支
払いと同じような方法をとることは困難であつて
ますから、市町村が特例給付の認定をするわけ
です。あるいはまた国保連の方から市町村に代理
支払をするとか、そういう配慮をして、地域でさま
ざまな被保険者、市民がこの介護保険にかかわ
るサービス活動に参加、従事するというエネルギー
を積極的に生かす方向の方法をとるべきだとい
うふうに考えますけれども、いかがでございま
すか。

○江利川政府委員 多様な介護サービスを提供す
る主体があるというのは大変好ましいことでござ
います。

そういう意味で、一定の要件を満たし、安定的に事業が行えるような者は都道府県知事が指定をして介護サービスを提供する事業者になるわけですが、そういう事業者の場合には、いろいろなお金が届け出られてあったり、あるいは監査等の義務づけがあったり、常に基準を満たしているということが担保されていなければいけません。ということがあつたわけですから、また、そういう事業者だということを前提に、国保連がそういう事業者から来る請求につきまして審査、支払いができる。これが、市町村が特別に認定した例えばボランティア団体という場合に、国保連におきましては一体どういうサービス主体なのか、どういう質のサービスが行われているか判断しなかつたので、国保連がそういうところも含めて同じような現物給付をするというのは、これは法制的にも難しいのだからというふうに思っております。

ただ、御指摘のように、一方、利用者側に立ちますと、償還払いということになりますと、金額一たん払って、領収書を持って市町村に届け出て、後で九割分を返還してもらおうということになるわけですが、これをもう少し利用者側に立った工夫ができないか、先生の御指摘はそういうことではないかと思ひます。御指摘の手法も含めまして、運用上どういう工夫ができるのか、これは少し検討させていただきたいというふうに思ひます。

○石毛委員 それでは、その利用者側に立った工夫の検討ということにあわせて、もう一つ、この件に関連しまして検討をぜひお願いしたいのでございませうけれども、法案では、指定事業者は法人格を持たなければいけませんし、それから、設備ですとか職員の資格あるいは人数などについて基準が定められることになると思ひます。その基準をそのまま特例給付に該当する団体に当てはめると、法人格は別でございませうけれども、例えば資格職の種類の種類ですとか、あるいは配置すべき職員の数ですとかというふうなことは

とを同じ条件で設定しますと、これまた大変地域で自主的に活動しているボランティアや有償サービスあるいはワーク・コレクティブなどの団体には当てはまらない場合が出てくると思ひます。これも地域の実態に合わせて、無論、提供されるサービスの質と量がきちっと担保されなければこれは論外だと思ひますけれども、そうしたことがベースになりましたら、そのほかの要件といひますのは地域の実態に合わせた形で検討していくというふうな求めたいと思ひますけれども、先ほど審議官がおっしゃられました、工夫の仕方を検討していくということに、今申し述べました点も加えて御検討をお願いしたいと思ひますが、いかがでございませうか。

○江利川政府委員 指定事業者については一定の要件があるわけですが、確かに、市町村で行われる、市町村が特別に認めるサービスについて法人格以外すべて同じ要件だということなことは恐らく実際のではないかと思ひます。先生のおっしゃられますように、論外のよきなケースは別でございませうけれども、サービスの種類も多様にあり得るわけですから、そういうことも踏まえて、どういう要件を満たしていなければならないのか、その辺も含めて検討させていただきたいというふうに思ひます。

○石毛委員 ぜひ、地域で活動しているさまざまなグループの方々、元氣を出して介護保険を積極的に機能させていくといひませうか、生き生きと活動できますような方向で御検討をお願いしたいと思ひます。

それでは、これもこの委員会での審議で多く議論になったこととございませうけれども、介護保険を実施してまいりますと、当然、提供された介護サービスへの苦情ですとかあるいは要望、さまざまな申し出が出てくると思ひます。それで、やはり苦情処理を多元的に行っていく、そして介護保険制度の信頼性を確保していく、そのことが大変重要だといふように思ひます。これに関しましては、この委員会での御答弁で

は、国保連にオンブズマン機能を持たせることにしているのでもそれによって対応していくというお答えを何度かちょうだいいたしました。私は、さらにこれが有効に機能していくためには、もう少し具体的な展開を示していただく必要があるだろうというふうに思ひます。

そこで、そのオンブズマン的な機能を持たせる国保連の活動に関しまして、その中で被保険者が参画できるような第三者機関を設置して、そこで苦情の申し出を受けたり、それから苦情を申し出た方に対する適切な対応、あるいは申し出をした人と本人が違つ場合もあると思ひますので、介護サービスを利用している御本人への解決の方策の通知等々、あるいは情報の開示など、有効に機能するためにも一工夫、二工夫必要かというふうに思ひますが、これまでこの委員会でも御答弁いたしましたが、内容に加えて、もう少し具体的なところで触れていただければと思ひますけれども、いかがでございませうか。

（委員長退席、住委員長代理着席）
○江利川政府委員 国保連に苦情処理業務を行わせるということとオンブズマンの機能を持たせるわけですが、その業務の公正中立な運営が必要であるというふうに思ひます。そういう意味で、通常の事務局とは別に、苦情処理業務を担当するところを設けて、それを担当するのにはふさわしい学識経験者、そういう人を活用していく、あるいはまたその中には被保険者としての視点で対応できるような方、そういう人も選任をしていく、こういうことを検討してまいりたいと思ひます。

苦情処理業務の具体的な運用につきましては、地方自治体の中に先駆的な事例もございませうので、そういう事例を参考にしながら、被保険者とか家族等の利便を考慮して市町村や居宅介護支援事業者など身近な窓口で苦情の訴えができるのか、あるいは口頭でも訴えることができるのか、あるいはまた苦情を申し立てた人に対して調査結果等について連絡をするとか、そういうふうな

な運用のあり方、これは現にある先進事例を参考にしながら具体的に検討してまいりたいというふうに考えております。

○石毛委員 もう一つ質問でございませうけれども、この介護保険法は附則で見直し規定がございまして、その見直し規定に関しましては、全般的な検討というふうに、私にとつては、かなり抽象的といひますか、大きくくり方がされていると思ひます。

介護保険につきましては、何度も繰り返しますが、さきほどにも、さまざまに心配点等々が議論されてきたわけとございませうので、これから申し上げますこと、例えば、特定疾病に該当しない若年要介護者、支援者の方に関する対応、あるいは、今審議官から御回答いただいたわけですが、これも、国保連のオンブズマン機能が果たしてどのように有効に作用しているかという点、それから、介護保険の大きな役割としてこれまで主張されてまいりました社会的入院の解消が果たしてどこまで進んだかという点、それから、市町村の事務処理や市民参加、苦情処理体制のあり方、さらに言えば障害者施策との関係性、そうしたかなり具体的な内容を附則検討事項としてきちっと提示して、見直しの視点を確定しておかなければならないというふうに私は考えるものでございませうけれども、この点に関しましてはかがでしうか。

○江利川政府委員 附則の検討規定に基づきます検討の範囲でございませうが、法案におきましては、「被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲」等を含めて、制度全般に関して検討を加えるということになっております。

そういう意味で、運用していく中で出てくる新たな問題は多々あり得ると思ひますけれども、先生が今御指摘になりました大きな五つの柱でしうか、そういう御指摘も含めまして、幅広く検討していくべきものだといふように考えております。

○石毛委員 時間が参りましたので、最後に、介

護保険制度のスタートに関しましては、基盤整備の問題が大変心配されているところでございいます。新ゴールドプランの実現、さらに、この先、大変財政状況が厳しくなるわけですから、この先、スーパーゴールドプランの策定等々を含めまして、この介護保険制度が私たち市民にとって有効に機能するように、期待する制度として機能するように、ぜひこれからの予算措置を含めまして積極的な対応ということが必要であるということをお願いしてございまして、持ち時間終了というカードをいただきましたので、最後は要望というところで申し上げさせていただきます。質問を終わります。

ありがとうございました。

○住委員長代理 瀬古由起子さん。

○瀬古委員 日本共産党の瀬古由起子でござい

ます。私はまず最初に、認定問題について質問いたし

ます。要介護者として認定されるか否か、また、要介護度の判定がどうなるのか、これは給付を受けられるかどうか、サービスの総額とのかかわりで大変重要な問題を持っていると考えます。当初のモデルケースの介護度の実態に当てはめてみますと現状より後退するものが少なくなかったと、岡山県での公聴会で常久参考人が意見陳述をしております。

厚生省が示している要介護状態の六区分を生活実態に照らしまして、当面の給付額六万円から二十九万円程度で、具体的にどのような介護給付が受けられるのか、家族がある場合、また、ひとり暮らしの場合、国民にわかりやすくモデルケースをきちんと示すべきだと思っておりますけれども、どうでしょうか。そして、実態に合った基準にきちんとするべきだと思っておりますが、いかがでしょうか。まず第一に質問いたします。

○江利川政府委員 介護サービスのモデルにつきましても、関係の審議会で議論をする際にもこういうモデルがあるだろうということで検討され、

また、それは公表されているところでございいます。いろいろな態様に応じていろいろなケースがある、そういうモデルが示されております。その中身はまた、パンフレットその他でも広く多くの方にわかってもらうような工夫はしているところでございいます。

そして、要介護の区分でございいますが、これも、特養とか老健施設であるとか、そういう施設に入っている人たちに對するサービスとその人たちの状態との関連を、一分間ごとにどういうサービスをしていくかというのを調べていって、その状態とサービスとの関係を調べて、どういう状態がどういう介護サービスに結びつくか、そういうことを项目的に拾い上げて、たくさんある項目のうち相関の強いものと弱いものを除去して、いわゆる要介護を見る場合の指標というのを定めているわけにございいます。

また、そういう実態から、要介護の量がどのくらい要るか。状態はさまざまであって、一見元氣そうに見えても大変要介護状態の人であれば、見た目では重篤そうであっても介護としては余り多くの手はかからないというケースもあるわけにございいます。そういうことで、見た目ではなくて、要介護量から見ると一体どんなふうに分けていったらいいのだろうか、こういうことを専門家の検討会議で事例を積み重ねながら検討して整理したものでございいます。

モデル事業でそれを実施して、それに対してまた意見が寄せられているわけですが、必要な改善はしていくつもりでございしますが、私も私どもとしましては、かなりの研究を積んでこういう整理をしたものだというふうに考えているところでございいます。

(住委員長代理退席、委員長着席)

○瀬古委員 いろいろな介護の状態というのがあ

るわけですが、例えば今まで出されたケースで、随分批判がございました。今回出されている六つの区分、これについてどうかといいますと、例えば重度のIV区分は、「昼

夜の逆転があり、忠告や介助に抵抗、危険や迷惑な行為を行い、常時の介護を必要としている。」こういう区分でございいます。それから第V区分というのは、「問題行動は少なく、知能の低下が著しい場合があり、過酷な介護を要する。」つまり簡単に言いますと、区分のIVは徘徊があり、またVは寝たきりという分類ではないかと思っております。そうしますと、本来、点数の低い区分のIVの方が断然介護量が多いということは明白ではないかというふうに思うのです。

そういう逆転が実際の問題としては起きていると思うのですけれども、これはやはり検討すべきだと思っております。いかがでしょうか。

○江利川政府委員 先ほど申し上げましたが、特養等に入っている、老健施設に入っている、療養型病院に入っている、そういう要介護の人に対するサービスとその人の状態の関連を調べて、こういうグループの方にはこういう程度のサービスが要るだろう、そういうものを積み上げて、このぐらいの費用がかかるのではないかとというふうにやったものでございいます。

ですから、見た目の、徘徊と寝たきりということとどうかというのではなくて、徘徊には徘徊に伴ういろいろなケアがある、重度の寝たきりであればまた重度の寝たきりで別の形のいろいろなケアがある、そういうものを一つずつ区分して、それに見合うサービスの単価を調べて、給付水準としてはこのぐらいではないかというふうにしたものでございいます。

私も私どもとしては、かなり実態的な分析を踏まえて、必要なサービスはこういう形で提供できるのではないかとということで水準を出したものでございいます。

○瀬古委員 実態的な分析からこのような区分を出しているということなんですけれども、では、具体的な例で私はぜひ明らかにしたいと思うのです。委員長と理事会での御配慮によりまして、資料を皆さんのお手元にお配りさせていただいている

と思うのですけれども、これは名古屋市のみなみ医療生協南訪問看護ステーションで行われた調査の表でございいます。

これは、B2群の一部介助、それからC2群の全介助に分けて一枚目は載っております。二枚目は、介護されている方で訴えがある場合と訴えが余りない場合、こういうケースに群を分けまして調査がされております。これは介護者の行動を二十四時間、五分置きにタイムスタディー方式で調査をしたというものです。大変苦労されてつくられたものです。

これを見ますと、意思表示があり行動力のある方が、寝たきりよりも介護量が大幅にふえているということがわかりただけだと思っております。介護時間のところを見ていただければ、わかりますね。また、障害が重くなるほど医療依存度が高くなる、こういうことも明らかに。このことも明らかです。こういう内容の介護では、重度の方の場合はヘルパーではなかなか対応できないという事態もあります。そこで、巡回型の訪問看護も含めた医療的な取り組みが一層必要となつていきます。

ところが、厚生省が提起しています、こういう最重度の場合にどういように想定されているかといえますと、例えば、訪問看護は週二回、こういうふうになっています。デイサービスは週三回通所、こういうふうにも出されています。

実際はどうかといいますと、私も現場の人たちにも聞いてみました。こういう重度の方、特に鼻腔栄養を行っているような方は、実際には、施設に入れないとか、施設にデイサービスを利用したいと言っても拒否されるというケースが随分多いわけですね。今回の政府の提案のプランでは、重度の人ほどデイサービスやショートステイを多く利用するということになっていきますけれども、実は、これも実態になかなか合わないという状態もあるわけですね。

こういう具体的な事例を当てはめて、現場に

行つてみますと、いろいろ調べてつくり上げたと言ふけれども、実際にはそぐわないというケースが随分多い、現場の実態を反映していない、このように現場の声がございましたが、この点ではどのようにお考えでしょうか。

○江利川政府委員 名古屋市の南生協病院の資料でございますが、ぱっと見せていただきましたので、ちよつとどうこうコメントはしにくいわけですが、いまいちも、私どもの方は、ケース分けをするのに七十一の項目で分類をして、それでグループ分けをしているわけでございますが、恐らくこれよりも少し細部、分かれているのではないかと。そういう意味で、多分、これは大きく、寝たきりかどうかというふうな形で見ているのではないかと。そういうふうな形でございまして、一律にこれだけをもつて比較はできない部分があるかもしれないという感じがいたします。

それから、具体的な運用の方の問題で御指摘がございましたが、確かに、私どものパンフレット等に書いてありますが、最重度のケース、これは、サービスモデルでは訪問看護は週一回というふうになっております。ただ、これは週二回に決めているというところではございまして、ケアプランはその人の状態に応じて決めていくわけでありまして、もう少し頻度を高めた方がよいケースがあれば、そこは高まることは十分あり得るわけでございます。一つのモデルケースということであれが示されているわけでございます。

それから、デイサービスとかショートステイ、こういうものにつきまして、最重度の人は入所を拒否されるというふうなお話がありました。実態を聞いてみたいといかんともしがたいわけですが、適切でない運用であれば、それは運用を改善していただくのが筋だというふうに私は思います。

○瀬古委員 厚生省の本当に最重度の要介護者が一つのサービスモデルをとった場合に、実際には実態とそぐわないという事例、もちろん私が例示いたしました資料がすべてではありませんけれども、

も、現場ではかなり、最重度などの場合はもっと実態に即したケアの充実というものがなければ、とてもこのモデルケースではやれない、こういう事例が指摘されていたということを言っておきたいと思ひます。

次にいきます。
寝たきり状態をつくらないためにも予防やリハビリに重点を置く必要がある、これはもうだれしも認めることだと思ふので、すけれども、予防やリハビリは今後の介護制度の中でどのように位置づけられているかという問題なんです。

厚生省は、高齢者自身による選択を基本とするとの介護保険制度についても説明をしておりますけれども、例えば虚弱老人、この場合にそういう自分で選択できる権利をきちんと保障しているのかというと、これは実は問題になっております。虚弱老人の場合は、「高齢者や家族の生活状況、社会環境など、総合的に勘案した上で給付すべきかどうか判定する」、こういうふうになっておりまして、明らかに要介護と虚弱老人の要支援に隔たりがございまして、こうした虚弱老人は選択できないといひますか、こういう状態に分けた、隔てた合理的な理由があるのでしょうか、お聞かせいただきたいと思ひます。

○江利川政府委員 虚弱の状態、「要介護状態」となるおそれがある状態、これは常時介護を要する状態ということではないわけでありまして、常時介護を要する「要介護状態」に比べれば当然軽い状態というのでしようか、そういう意味で、介護サービスの量は少なくとも済む状態にあるわけでございます。そういう意味で、要介護の人と虚弱の人を比べて虚弱の人のサービスというのが少なくていいというのは、その人の自立度の違いというのでしようか、そういうことから見て、私は合理的ではないかというふうに思ひます。

ただ、この介護保険制度におきましては、そのままほうっておくと要介護状態になってしまふ、そういうことを防ぐ施策が必要だということから、「要介護状態」となるおそれがある状態、虚弱

の人に對しましても、予防の重要性、そういうことにかんがみて、「要支援者」として介護保険法からサービスを受けられるというふうな形にしているところがございます。

○瀬古委員 これもぜひ、実態から見て改善が必要だと私は考えております。

愛知県半田市の赤星高齢化対策室長が、日本福祉大学の社会福祉学会が編集、発行しております「福祉研究」八十一号で、このように報告されているのですね。半田市の「ホームヘルパー日常生活自立度別派遣世帯」を見ますと、全体の七割が虚弱老人であり、愛知県下全体でも、その虚弱老人の占める割合が、こうしたヘルパー派遣などによるその割合が約六割を占めていると指摘している。長期的な医療費削減という面から見ても、要支援状態と要介護状態を区別しない、寝たきりの予防や自立への支援につながるようなサービス提供を介護給付の対象とすべきだ、このように指摘をしております。

しかも、何らかの介護を必要とする六割から七割の虚弱老人は、現在利用し、給付を受けている特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群、こういうところからは、一応今回、五年間の経過措置というのを設けられてはいますけれども、結果として締め出される可能性も十分出てまいります。これでは、何のための介護保険かというところに私はなると思ふのです。そういう意味で、今、今の虚弱老人の方が自分で選択をして、そして後々、これが文字どおり実際に、予防やリハビリの立場から分けられないでやることをがむしろ実態にも即しているのではないかとこのように思ひますけれども、その点はいかがでしょうか。

○江利川政府委員 介護保険制度で介護サービスを提供するとういふ場合には、これは要介護度を、いわゆる介護需要の大きさに応じて給付があるのが公平なのではないか。そういう意味で、要介護認定の際に、要介護度はどのぐらいか、あるいは虚弱であるかどうかというのを判断して、必要に応じた給付というものを提供する。これ

を、要介護度と関係なく同じようなサービスを提供するということになりまして、かえってむだとか非効率が生ずるのではないかと。

限られた資源をできるだけ効率的に重点的に、必要な人により厚く、自立できる人にはそういう努力をしていただいて、全体として効率的にこの制度を運営するとうい意味で、要介護度に応じて給付のレベルが変わってくるとういことが合理的ではないかというふうに私は思ひます。

○瀬古委員 要介護と要支援についても、厚生省が言うように、選択できるようにきちんとやるべきだ。そして、積極的に事前に選ぶことによつて全体としては自立に結びついていく。そして、それが全体としても、悪くなつてから始める施設や介護を受けるとういのがよくなくて、事前にそういうように積極的にやれるような制度にしていくために、分ける必要はない、やはり介護を必要とする人たちが選べる、こういう制度としてきちんと検討すべきだとういふうに私は思ひます。次に質問いたします。

さきの参考人質疑の中で、枚方市役所の上谷参事から給食サービスについての指摘がございました。先ほどもお話がございました。

枚方市では、ヘルプサービスとあわせて毎日二食の給食サービスを行っている。給食があることで、二百六ヶ所のうち七十六人が、入院せずに在宅の生活ができています。また、十六ヶ所の方が、入院から在宅に変わることができた。このように指摘をされておりました。

私が、先ほどお配りいたしました南生協病院訪問看護ステーションの資料でも、食事の時間というのが介護に占める割合というのは大変多いわけですが、そういう点ではどうして、この給食サービスというの在宅介護にとって大変大事だとういように私は思ふのです。特に食事の支度や買い物に出ることが苦手になった高齢者にとっては、給食サービスなしには自宅生活はできないとういのが実態じゃないか。それで、今、市町村は給食サービスを地域でどんどん広げて、独自の制度と

してやっているわけですね。

今回、こうした基本的な給食サービスが介護保険サービスにどうして含まれなかったのか。何か深い事情といますか、そういう理由があったのでしょうか。

○羽田田政府委員 配食サービスにつきましては、先ほどもお尋ねがございましたように、要介護の高齢者の方々に対するサービスというだけにとどまりませんで、むしろ、ひとり暮らし等の高齢者の方々に対しまして、健康の維持増進でございまして、あるいは安否の確認というふうなことも含めた意義を持つものであろう。さらに、いわゆる食事という生活の基本にかかわることとございまして、確かに、大事という意味ではそれはもちろん大事でございまして、地域におきまして配食ボランティアの活動といったような地域福祉の観点から切り口を考えていくということが必要ではないかというふうに思っております。

このような配食サービス事業の目的なり利用対象者ということを含めた場合には、要介護者であるというように考えるだけではなくて、ひとり暮らしの高齢者等も含めた形で、各市町村におきまして、配達費用等は、要介護者だけのサービスあるいはそのほかのサービスというものを別にやるのではなくて、全体的に、民間のボランティア等の活用も含めて、システムを組んでやっていくというふうな考え方に立ってやっていただく方がいいのではないかということで、そのような地域における事業展開に對しまして、私も、そのシステムを組まれることについての支援などは従来も行っておりますし、さらに、そういう方向での、介護保険のいわば一般的な施策との組み合わせという中でやってまいりたいというふうに思っております。

それから、もちろん、ホームヘルパーの方々が要介護の方々のところへ行かれたときに、食事の世話という意味でのいわゆる介護があるというのは、それは当然大事なことであり得るであらうと

いうふうに思います。

○瀬古委員 三百六十五日、一日二食、この枚方ではあるわけですが、実際には食べるのが生活の基本になりますから、こういうのをボランティアでやっていくんだという発想はできないわけですね。そういう点でも、もちろんボランティアの人たちの力もかりて努力されているところもありませんが、この介護保険制度を実施するならば、こういう基本的なところはぜひ入れるべきだというように私は思います。

次に質問いたします。

次は、現金給付の問題なんですけれども、全国の八割の自治体で介護手当が支給されております。東京では、最高額で月五万五千円の給付になっております。

ドイツでは、介護保険の導入によって、現物給付あるいは現金給付、またはその併用という形で選択できるようになっております。九五年にドイツで導入したときには九割が現金給付になったそうですけれども、最近では申請者の割合は現物と現金の割合が半々になっている、こういう報告もされているわけですね。ドイツのプリューム連邦労働社会大臣は、要介護者が確実にサービスを受け取ることができると点が現物給付のメリットだ、このように述べております。

我が国の介護保険の発出においても、当然、給付のアンバランスがあるというところは考えられるわけで、そういう点では、介護保険の導入時に置いて現金給付を検討するのは当然ではないか、なぜ導入しないのか、この点をお聞きいたします。

○小泉国務大臣 これは、この介護保険制度を導入する際にかなり議論された問題であります。

そこで、現金給付を導入した場合に伴う問題点として主に三つありました。一つは、現金を支給したからといって、それが介護サービスに使われる保証はなく、高齢者の生活が改善したり、家族による適切な介護に必ずしも結びつかない。これが第一点。第二点は、介護サービスの不十分な段階で現金を支給すれば、ドイツに見られるよう

に、多くが現金に流れ、サービスの基盤整備が進まなくなってしまうおそれ強い。これが第二点。第三目に、現金支給は、新たな給付であり、費用の増大を招き、保険料等費用負担の大幅な引き上げにつながる。

こういう問題点があったからこそ、まずは、限られた財源をどこに振り向けるべきかというところ、基盤整備の充実に向けられることにした方がいいということ、今回は現金支給を認めなかったわけでありまして。

これから、この保険が導入された段階で基盤整備が進み、在宅サービスの充実が図られることによつて今後また現金給付の問題が出てくると思いますが、今回はむしろ、現金給付を行わないでこの基盤整備の充実に向けていくことを選択した次第であります。

○瀬古委員 私たちが今まで質問させていたばかり、取り上げさせていたばかりだけれども、例えば、この介護保険制度がスタートすると言われている出発点でも、要介護者が二百八十万人以上、ヘルパーさん、また特別養護老人ホームの入所者待機者がたくさんいる状況で出発をせざるを得ないというのが厚生省の今の計画になっているわけですね。そういう意味では、さまざまなところから保険あつて介護なしという意見も出ている中で出発するわけですから、少なくとも給付が極端なアンバランスの中で出発すれば、そしてその中に、保険料だけ払うけれども近くに特別養護老人ホームはない、ヘルパーさんは来てもらえない、こうなると、私は、制度の存続そのものが問われるという状況になると思うのです。そういう意味では、ぜひこの現金給付についてもきちんと検討すべきだというふうに思います。

最後ですけれども、医療と介護の問題なんですけれども、介護保険制度によつて、高齢者の医療を受ける権利が奪われてはならないというふうに思います。これは参考人の意見陳述の中でもインフルエンザの問題も問題になりました、なかなか特養ホームではお医者さんが来てもらえない、こ

ういふ問題がございました。

今後、介護保険制度に移行した場合、特養などの医療へのアクセスが具体的に、やはりあのインフルエンザの教訓からきちんと導き出すべきだというふうに思います。介護保険の導入を理由に高齢者に対する医療が薄くなるということはないと思いませんか、最後に伺いたいと思ひます。

○江利川政府委員 介護保険制度におきましては、介護ニーズに対応するよう医療サービスであるかぎりつけ医による医学的管理あるいは訪問看護などの在宅サービス、療養型病床群とか老人保健施設への入所サービス、こういうものを保険給付の対象としているわけでございまして。介護保険の被保険者も医療保険の被保険者であることに変わりはありませんので、急性期の医療が必要だ、そういうような場合には医療機関において医療を受けることは当然可能なことでありまして、その費用は医療保険から支払われるということになります。

○瀬古委員 終わります。

○町村委員長 中川智子さん。

○中川(智)委員 社会民主党、市民連合の中川智子です。

私は、去年の十二月十三日に本会議で、この介護保険法の質問をしたことを感慨深く思い出します。胸をどきどきさせながらあの場所に立ち、総理をセイリと言ってしまった、また、愛する夫人などということを大きな声で叫んだりの思い出します。ちょうど半年近くがたちまして、そろそろこの介護保険法が出口に差し掛かっているというところで、この半年にいろいろなことがあったななんて思い出しながら質問をさせていただきます。

まず最初に、ずっとこだわっていましたが、この介護保険の中身に関して市民がきっちり参加し、市民である利用者がそれに対してきっちり意見を述べる場所をつくってほしいということを言い続けてまいりました。介護保険制度への市民参加が

進むように、厚生省としてはどのように考えていくのか、支援していくのかということをお願いしたいのです。

割と、自治体というのは、三千二百ちよつとでしたか、ありますが、村とかだったならば、その市民参加というのが、言葉だけが駆けめぐってて実体がつくれないのじゃないかという御意見を結構聞きますけれども、最近では、農協、JAです、JAの婦人部で福祉のそのようなグループもたくさん出ていますし、また、公民館なんかですと、福祉だとしても人が集まります。そしてまた、社協というのは各自治体に必ず設置されています。

そのようにさまざまな、そのような協議会など、また研修などを通じて、ぜひとも市民参加ということの中に生かしていただきたいと思うわけで、すけれども、どのようにそれを厚生省、行政が支援していくかということをまず最初にお伺いしたいと思ひます。

○江利川政府委員 介護保険制度に被保険者の意向を反映していくということは、いろいろな場面面で考えられているわけでございます。

一つは、介護保険制度は被保険者が保険料を納めて、そして、要介護状態になりましたときに給付を受けるわけでありますが、今までの福祉の措置のような形で受け身ということではなくて、サービスを受ける側が積極的にそのサービスを選択していく、そういう意味で、主体的にこの制度に利用の面でもかかわれるのではないかとというのが一つでございます。

それから、介護保険事業計画を策定するような場合にも、この事業計画は介護サービス水準をどこまで引き上げていくか、そういう目標を定めるわけでありますし、また、これに従って保険料率をどう決めるかということにもかかわってくる重要な計画になるわけでございますが、この策定に当たりまして、利用者側、被保険者側の意向というものが適切に把握され、反映されるようにしていく必要があるわけでございまして、そういう

形で市町村に對しまして要請をしまひたいというふうな思ひ方があるところでございします。

それから、利用者の苦情処理というように形でも、国民健康保険団体連合会、国保連にオンブズマンの業務を担わせるということにしているわけでございまして、運用におきまして、できるだけそこへのアクセスというのを便利にして、そういう意味で、利用者、被保険者の意向がうまく反映されるような工夫をしたいというふうに思ひていられるわけでございします。

また、ボランティア団体であるとか、社協、農協、先生からそういうお話がございましたが、さまざまな民間の主体的な活動がございします。こういう活動もこの制度の中で活用していく。そういう意味で、これもまた一つの、市民団体というの、そういうか、自発的な各種団体の活動が生かされる、そういうようなことでも先生の御指摘に沿うような側面があるのではないかと思います。

○中川(智)委員 はい、わかりました。

ぜひとも、市民は最近とてもしつかりしておりますので、国もしつかりして——国がしつかりしていないから市民がしつかりしてきたか、どっちが先だかわかりませんが、とても関心は特に福祉に關しては強いので、一生懸命ともに手をとっていい中身をつくるように、ぜひともお願いしたいと思ひます。

それと、次ですけれども、市町村において介護保険が導入されたときの不安というのが地方公聴会でよく聞かれました。地方公聴会で、特にその長から出された意見に對してこたえるためには、一つの具体的な例として、そのような事務経費、割と煩雑になると思ひますし、新たな制度ですのでもさまざまな、思ひてもみなかったようなことが出てくると思ひます。そういうときに、そのようなことを処理していく場面での事務の経費なんかはかなり心配されている様子でした。そのあたりに對しての厚生省のお考えをお聞かせください。

○江利川政府委員 介護保険制度は、現行の老人

福祉制度と老人保健制度を再構築するということが新しい制度をつくるものでございします。介護保険制度になりますと、保険でございしますから、例えば保険料の徴収であるとか被保険者の管理であるとか、新しい事務が入ります。一方、老人福祉制度の措置制度などはなくなっていくわけでありまして、そういう意味では、それに係る事務が減少するという側面もございします。

私も国保の事務などを参考に推計した事務費でございします。平成七年度価額で大体八百億円ぐらゐかるのではないかと、ただ、既存の事務が縮減するという形で三百億ぐらゐ縮減するのではないかと、そういうことで、追加的に生ずる費用は五千億程度、特に要介護認定関係が事務的には多くの費用がかかるのかなというふうに推計しているところでございします。これらにつきましては、法施行までの間にそれらの事務を分析し、実態を踏まえて積算を精査していく、こういうふうな考えでおります。

○町村委員長 江利川さん、今、五千億と言った……五百億では。

○江利川政府委員 五千と言いましたのは間違ひでございします。五百億でございします。

○中川(智)委員 わかりました。

私もこのごろ年をとるのが早いと思ひますけれども、平成十二年四月スタート、何かあつという間だと思ひますけれども、そのスタートに向けて、具体的にスケジュールをお聞かせ願ひたいと思ひます。

○江利川政府委員 この法律は平成十二年四月から実施ということでございまして、現在から数えまして三年を切る期間しかもう残っております。

それで、平成十二年四月に実際に動き始めるわけですが、四月から要介護認定の申請を受け付けて、そこから要介護認定をしていくということになりますと、スタートの時点で大変混乱をすることが想定されますので、その部分の業務というのは前倒しでやっております、できるだけ

円滑に十二年四月を迎えるようにすることが必要だというふうに考えております。そのためには、県と市町村の事務分担とか、広域的な事務の仕方とか、そういうことについて関係者間の話し合いが行われていくためには、その前に、ある程度の準備が整っているということが必要でございします。

それから、新ゴールドプランは平成十一年度までの計画でございまして、平成十二年度からは新しい法律に基づいて介護保険事業計画を考えているわけでございします。この事業計画が平成十二年四月からスタートするためには、平成十一年の夏ぐらゐ、概算要求段階ぐらゐには、全国的にどのぐらゐのことになるか、そういう集計ができるような形で事務を進めていくことが望まれるわけでございします。そういうことを考えますと結構準備が忙しいということもございまして、それからまた、担当するスタッフ、事務職員の研修なり勉強なりの期間が要りますし、要介護認定の事務とか介護支援専門員の養成であるとか、さまざまな準備が要るわけでございします。

法律が成立しましたら、全力でそういう事務の準備に取りかかっているというふうに思ひております。

○中川(智)委員 本当によろしくお願ひいたします。やはりスタートしてよかったと、本当にこんなにと喜ばれるものになるために、一生懸命御努力をお願いしたいし、それを切に要望しておきます。

最後の質問なんですけれども、私もこの間、何か、永田町に涙の抗議なんて、いつも泣いているような記事を書かれました。こんなにも泣いて笑っている人間も少ないのじゃないかと思ひます。毎日泣いているような記事が出ました。でも、私もマスコミによつてさまざまな情報をもたされていく。やはり新聞なんかを一生懸命読んで、ああこうなっているのかなというふうな判断せざるを得ない、そのような状況

がございます。

その中で、先日の新聞で、介護保険の中身に関して、とても不安だ、このようなところの基盤整備が全然できていないとか、いろいろ書かれました。それはやってみないとわからないという大臣のあれというのはいさぐさだと思ふのですけれども、やはりその辺の不安がとても今多く聞かれます。ですから、ぜひともこのような不安を払拭するような、大臣の明快な御答弁をぜひともお聞かせいただきたいと思ひます。

朝日に、この間、いろいろ載っていました。介護保険というのは、施行されてもサービスが受けれないとか、お金だけがどんどん上がっていつて、一割というのがもう月に何万も何十万もなつてしまつて本当に困るのじゃないかというううな、割とマイナスイメージな書き方をされてしまつたけれども、そのような不安を払拭するために、大臣がどのような決意でこの介護保険というものを実際にやっていくのかというところの御意見を願ひたいします。

○小泉国務大臣 介護保険制度が導入されようとして、導入された場合にはどういふ点が問題点か、また、よりよいものを目指そうとしている皆さんの御意見というのは私も十分理解できまふ。しかし、今までの日本の戦後の社会保障制度の歴史を振り返ってみますと、よくここまで日本も進んできたなど、年金にしても医療にしても、ヨーロッパの進んだ制度を見習いながらここまでやってきて、いよいよ長生きできる社会にしようという目的を達して、この介護の問題が大きき国民的な問題になってきた。この介護を全国民でどうやって支えていこうかというところで、ようやく平成十二年度の導入を目指して今審議していただいているわけですので、当然不安はあります。また、不十分な点も今から見えます。

しかしながら、このままほつておいたのでは介護問題はいつまでも解決できないということから、早く目標を定めていろいろな基盤を整備していくということ——日本人は、どちらか

という、目標を設定しますとそれに向かつて着実な施策を進めていくのがうまい国民、民族だと私は思つております。医療保険が導入されたときも、保険を掛けたつてお医者さんいないじゃないかと言われたのが、今や、お医者さんが過剰だからこれから減らそうというような状況になつてきている。私は、この介護の問題も、当面は不十分な点がありますけれども、導入して、全国民がこれは必要だという気持ちがあれば、そして、この介護保険制度は、国民がみんな支えていこうという気持ちを持つ限り、私は、実施していくうちに着実に整備していくと。

同時にこれは、将来、介護保険制度、導入されてよかつたなと思へば、今度はいかに寝たきりを少なくするかと形が、これが導入されればすべて解決するとは思つていません。また、新たな問題が出てくるでしょう。そして、将来はできるだけ介護を受けたいような元気な高齢者をどうやってこの日本が輩出するかというううな目標をまた持つてくるのではないかと。

ともかく、この制度を導入して、できるだけ、介護の負担で御苦労されている方に対して、お互い支え合つていこうという大事な法案でありますので、早い機会にこの法案を成立させていただきまして、その平成十二年度に向けて着実な整備拡充のスタートを切らせていただきたい。そして、円滑な導入に向けてまたいろいろの御意見、御指摘をいただきたいと思つております。

○中川(智)委員 ありがとうございました。私も、生まれて初めてこの間ここに座らせていただいたので、いかに通告どおりに質問することが大事かということがよくわかりました。何か被告席のような感じで、本当にいつも御迷惑をかけて、きょうは通告どおりで非常に気持ちよかつたです。

どうもありがとうございました。

○町村委員長 土屋品子さん。

○土屋委員 21世紀の土屋品子でございます。先般の厚生委員会でも質問いたしました、広

域化についてお伺いしたいと思います。

そのときには、財政の広域化は保険者の財政の安定化を図る選択肢の一つたということでしたが、実際に、私の選挙区の市長さんや町長さん、この介護保険法の問題についても時々意見を交換しておりますが、一番心配しているのが財源の問題でございまして。特に町長さんにとっては、人口が少ないうえに、介護保険の運営については不安を持つていらつしやるようです。

そうした意味では、今回の法案では第百四十八条、百四十九条で市町村相互財政安定化事業が規定され、市町村の広域的な運営も想定していることは大いに評価しております。しかし、規定を読んでもみまふと、「その議会の議決を経て協議により規約を定め、これを都道府県知事に届け出」をするにとりまふ。

小さな市町村については、この市町村相互財政安定化事業を行いたいという希望も多いと思ひますが、一方、提携相手の市やその市民は、保険料が上がるかとサービスの問題など、余り積極的に相互事業を行いたくないと思ふのではないでしようか。そうすると、実際は、相互事業が余り活用されないという結果になるのではないかと危惧をしております。

政令、省令あるいは運用のレベルで広域化を促進するような基準を示すガイドラインを設定することや、都道府県知事のイニシアチブを強化すること、地域の自発性を尊重しながら広域化を推進することについてのお考えをお聞かせ願ひたいと思ひます。

○江利川政府委員 介護保険法案におきましては、複数の市町村が共通の調整保険料率を設定して、介護保険財政について、相互に調整を行う事業を実施できるということにしております。この事業によりまして、保険財政の広域化、財政規模の拡大が行われて、いわゆる大数の法則による保険財政の安定化が図られるものというふうにご考へております。

この法案におきましては、この市町村相互財政

安定化事業が円滑に実施されますよう、共同事業を行う市町村の求めに応じて、都道府県が共同化に係る市町村の相互関係の調整を行うとともに、相互調整を行う市町村の求めに応じて調整保険料率に係る基準の提示等を行う、そういうことになつております。

今後、制度の運用に当たりましては、この事業が活用されますよう、御指摘の点も踏まえまして、具体的な実施方法を明らかにしたり、あるいはこの制度の趣旨の周知徹底を図つたり、あるいは市町村の意向、そういうものを踏まえながら、どんなふうにしたらこの事業の促進方策が考えられるのか、そういうことにつきまして検討を進めてまいりたいと思ひます。

○土屋委員 よろしくお願ひしたいと思います。次に、介護サービスの苦情処理についてお伺ひしたいと思ひます。

第百七十六条にも規定されておりますが、サービスの苦情処理については、都道府県ごとの国保連合会が、介護保険事業関係業務としてオンブスマンの機能を担い、サービスの質の向上に関する調査並びに施設に対する必要な指導及び助言を行うとされております。

しかし、実際には、在宅で介護サービスを受けている人や施設に入所している人にとつて、国保連合会が身近ではないので苦情を申し立てにくく、また、そのような苦情はまず真つ先に市町村の方へ向けられるのではないかとと思ひます。

やはり被保険者が気軽に苦情や不満を申し立てることができ、その申し立てを受け迅速に調査をし、改善の必要がある場合にはサービスの提供者や保険者に必要な措置を講じていくようにするためには、都道府県レベルに設置されている連合会よりも、むしろ保険者である市町村ごとに苦情処理機関を設置すべきではないかと考へます。そして、そこに、被保険者でも保険者でもサービスの事業者でもない、第三者による苦情処理機関を設置し、適切な調査のもとに勧告、助言などの措置を講じていくことが必要かと思ひますが、いかが

でございましょうか。

○江利川政府委員 苦情処理機関を市町村に置くようにという御指摘でございます。

私どもの方におきましては、市町村がサービス提供機関である、そういう場合も多いこともありまして、市町村では実質上中立的な第三者機能が働きにくいのではないかと、市町村がサービスの実施主体ということになりますと、そういう第三者的な中立的な機能が十分働かにくいのではないかと、それからまた、民間事業者等におきましては、市町村の区域を越えて活動するものが多いのではないかと、そういうようなことから、市町村単位に置くのではなく、都道府県にありまして国保連、そこに苦情処理の窓口を置くというふうにしたわけでございます。

ただし、御指摘がありましたように、そこでは十分苦情を持ち込みにくい、そういう心配もあるわけでございますので、運用に当たりましては、市町村の窓口であるとか、あるいは介護支援専門員であるとか、そういう人を通じて苦情がしかるべく国保連の方へ届いて、国保連におきまして的確な処理ができるようにしてまいりたいというふうに思います。

なお、国保連でやります苦情処理は、どちらかというと事業内容の質等についての不満とか、あるいはいろいろな注文ということでございます。事業者に対する改善命令、基準を違反しているとかといったものは、そういう強制権限を伴うものになります。これは、指定をしまして都道府県知事の仕事ということになります。そういうものに至らないさまざまな苦情処理につきまして、国保連が意見を聞き、あるいは事業者について調査し、そして改善を指導する、そういうような形で運用させていただくことになります。

○土屋委員 今の質問に関連しましてお伺いします。

サービスについての苦情は国保連合会というところでございまして、一方では、要介護認定の不服は介護保険審査会ということだと思えますけれども、利用者、被保険者の側からしますと、別々の機関に申し立てをしなければならず、わかりにくいと思われまして。そういう点において、苦情を受け付けられる機関を一元化するというところで、今もお答えがありましたけれども、受付だけは市町村に置くような考えもあられるようですが、それが無理ならば、実際には苦情に対応する機関が別々であつても、せめて窓口だけは一元化するという仕組みが可能であろうかということでお伺いしたいと思います。

も、利用者、被保険者の側からしますと、別々の機関に申し立てをしなければならず、わかりにくいと思われまして。そういう点において、苦情を受け付けられる機関を一元化するというところで、今もお答えがありましたけれども、受付だけは市町村に置くような考えもあられるようですが、それが無理ならば、実際には苦情に対応する機関が別々であつても、せめて窓口だけは一元化するという仕組みが可能であろうかということでお伺いしたいと思います。

○江利川政府委員 不服審査と苦情処理では少し機能が違ひまして、不服審査というのは、例えば要介護の認定、判定の結果に不満があるとか、そういう行政の仕組が的確かどうかということについての議論でございまして、これにつきましては、都道府県に不服審査機関を置きまして、そこで、通常の権利義務にかかわるようなものにつきましては三者構成の介護保険審査会、そして要介護認定にかかわるものについては、公益の学識者というのでしるもの、そういう方によりまして審理をしていただくということになります。

苦情処理の方につきましては、もっと幅広い、運用上のいろいろな問題でございまして、これは、できるだけ身近なところで申し込みをして受けられるような形に運営したいというふうに考えております。

○土屋委員 同じような質問になりますが、大臣にお願したいと思ひます。

被保険者が利用しやすく、その意見が反映される苦情処理の仕組みを考える必要があると思ひますが、どのようにお考えでしょうか。よろしくお願ひします。

○小泉国務大臣 この介護保険制度が導入されれば、必ず苦情が出てくると思ひます。その際に、苦情処理機関がどこにあるからというよりも、身近な市町村に出てくる、あるいは、身近な公的な機関に出てくる。そういう点を考えますと、私は、身近に、苦情処理を的確に受け付けるようなところが必要であるし、そういう苦情に対しては適切な処置を講ずるようなことを運用面において十分配慮すべきだと思っております。

○土屋委員 どうもありがとうございます。よろしくお願ひしたいと思います。

続いて、介護サービス事業者の情報開示について御質問いたします。

本法案は、介護が必要な人が、みずからの意思に基づいて、利用するサービスを自由に選択することを可能にする法律となっております。利用者が、複数のサービス事業者の中から、自分自身のニーズに合った質の高いサービスを選択するためには、情報の開示を義務づけていく必要があると思ひます。例えば、施設の規模と内容、職員構成、有資格者の人数、サービスの種類と内容、価格、苦情手続などの情報について十分知らせることが必要だと思ひます。

しかし、老人保健施設については広告制限が規定されているなど、この法案では必ずしもサービス事業者の情報開示について十分に規定されていないように思われますが、この点についてお伺いいたします。

また、有料老人ホームなどでも最近あるようですが、誇大広告への対策や苦情処理についてもあわせてお伺いしたいと思ひます。

○江利川政府委員 利用者が主体的にサービスを選択する、そのためには情報公開が必要だということ、ごもっともだと思ひます。この制度の運用に当たりましては、介護老人保健施設を含めサービス事業者に対して、サービスに関する基本的な事項について施設内での掲示や説明を行います。事業者に係る運営基準、そういうものに基きまして必要な指導を行つてまいりたい、また、サービス事業者の指定権限を有する都道府県、あるいは保険者たる市町村、そういうところにおきましても情報提供を推進していくように要請をしていきたいというふうに考えております。

なお、介護老人保健施設に係る広告の制限でございまして、これは、この施設が医療提供施設でありまして、診療や治療行為といった、一般に内容の評価が困難な広告が行われる、そういうことが想定されることから、利用者の保護の観点に立つて、広告のいわゆる客観性と正確性を維持できないような事項について広告の制限を行つていけるものでございます。施設の内容等につきましては、先ほどの運営基準で、掲示をされるような形で中身が利用者におかれるようにしていきたいというふうな思ひでございます。

また、誇大広告のお話でございましたが、一般的に誇大広告などについての苦情処理等につきましては、先ほど申し上げました国保連のオンブズマン的な業務の中で対応していくというのを考えております。また、サービス事業者の誇大広告によって被害を受けたような場合、こういうことは、そういう場合には司法的な救済、これは当然あるわけでございますが、国保連の方にその苦情を寄せていただくことによりまして、必要があれば、国保連が調査を行つて事業者に対して指導助言をするというふうなことも可能でございまして、そういう活用も考えてまいりたいと思ひます。

○土屋委員 最後の質問になりましたが、都市部と過疎地域との格差の是正についてお伺いしたいと思ひます。

介護サービスの基盤の地域間格差については、都市部では、企業、生協など、さまざまな事業主体の介護サービス事業者が積極的に参入してきていると思ひますが、一方、過疎地域においては、効率性が十分に確保できないことから、公共セクターの整備、農協などの活用、民間セクターの誘導策などを積極的に推進する必要があると思ひますが、地域間格差の是正についてどのように対応、支援をしていこうかと考えているのか、お伺いしたいと思います。

○羽毛田政府委員 お答えを申し上げます。

先ほど来お話しするように、この老人保健福祉計画、それぞれの地方でお定めをいただいておりますこの計画に基づく基盤整備ということが

進んでいくこと、介護保険の施行にとりましても大変大事なことでございます。そういった意味合
いで、お話しのと疎地域でございますとか、ある
いは逆に大都市部といったようなところで介護
サービスの基盤整備がとれていくということに
つきましては、私どもとしては、それぞれの地域
ごとに、その原因なり、どこのところにてこ入
れをすればいいのかといったことを個別によく地
方団体とも分析をしていただいて、検討をして対
応をしていきたい。もちろん、そういう部面への
財政支援というものも、いわば張り詰りのついた
形で申しますか、重点的にやっていく方向でい
きたいというふうに思います。

その際に、先生お話のございましたように、民
間事業者でございますとか、あるいは農協といっ
たような非営利団体、こういった組織がそういつ
たところで十分に展開をされるということが非常
に大事でございますので、私ども、そういった観
点から、平成九年度にも、こういった過疎地域あ
るいは離島といったような地域におきまして、民
間の事業者でありますとか、あるいは農協でござ
いますとか、そういったところが在宅サービス
を展開をしていく、二十四時間のホームヘルプとい
うようなものも含めました事業展開をしていく、
そのことによる課題、あるいは、どういうところ
を克服すれば事業展開が図られていくかというよ
うなことにつきまして調査研究を行うということ
で、モデル事業を行いまして、そこをさらに進め
ていくというようなことも考えておるところでござ
います。

○土屋委員 どうもありがとうございました。以
上で質問を終わらせていただきます。

○町村委員長 次回は、来る十六日金曜日委員会
を開会することとし、本日は、これにて散会をい
たします。

午後六時六分散会

第一類第七号

厚生委員会議録第二十五号

平成九年五月十四日

平成九年五月二十七日印刷

平成九年五月二十八日発行

衆議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局