

第百四十一回 参議院厚生委員会 會議録 第二一号

平成九年十月二十一日(火曜日)

午後一時開会

委員の異動

十月二日

辞任 塩崎 恭久君

補欠選任 石井 道子君

十月十五日

辞任 渡辺 孝男君

補欠選任 海野 義孝君

十月十六日

辞任 海野 義孝君

補欠選任 渡辺 孝男君

十月十七日

辞任 中原 爽君

補欠選任 世耕 政隆君

十月二十日

辞任 世耕 政隆君

補欠選任 中原 爽君

出席者は左のとおり。

委員長 山本 正和君
理事 上野 公成君
南野知恵子君
浜四津敏子君
清水 澄子君

委員 石井 道子君
尾辻 秀久君
田浦 直君
中島 眞人君
中原 爽君
長峯 基君
宮崎 秀樹君

事務局側

常任委員会専門員

参考人

日本看護協会常任理事

法政大学社会学部助教授

財団法人地方自治総合研究所政策研究部長

介護の社会化を進める万人市民委員会運営委員

奈井江町長 甲府共立在宅介護支援センター長

全国社会福祉施設経営者協議会会長

木暮 山人君
水島 裕君
山本 保君
渡辺 孝男君
今井 澄君
西山登紀子君
釘宮 馨君
大貫 延朗君
山崎 摩耶君
伊藤 周平君
池田 省三君
北 良治君
生松みち子君
吉村 収生君

続案件

○委員長(山本正和君) ただいまから厚生委員会を開会いたします。

委員の異動について御報告いたします。
去る二日、塩崎恭久君が委員を辞任され、その補欠として石井道子君が選任されました。

○委員長(山本正和君) 参考人の出席要求に関する件についてお諮りいたします。

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審査のため、本日の委員会に日本看護協会常任理事山崎摩耶君、法政大学社会学部助教授伊藤周平君、財団法人地方自治総合研究所政策研究部長・介護の社会化を進める万人市民委員会運営委員池田省三君、奈井江町長北良治君、甲府共立在宅介護支援センター長生松みち子君及び全国社会福祉施設経営者協議会会長吉村収生君を参考人として出席を求めたいと存じますが、御異議ございませんか。

〔異議なし〕と呼ぶ者あり

○委員長(山本正和君) 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

○委員長(山本正和君) 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を一括して議題といたします。

本日は、三案について参考人の方々から御意見を賜ることにいたします。

参考人の方々に一言ごあいさつ申し上げます。
本日は、御多忙のところ、当委員会に御出席いただき、まことにありがとうございます。

介護保険法案外二案につきまして、参考人の皆様から忌憚のない御意見をいただき、委員会の審査の参考にいたしたいと存じますので、よろしく

お願いいたします。

次に、議事の進め方でございますが、まず参考人の皆様からお一人十分程度で順次御意見をお述べいただきまして、その後、各委員からの質疑にお答えいただきたいと存じます。

なお、参考人の御発言は座ったままで結構でございます。

それでは、まず山崎参考人から御意見をお述べいただきます。山崎参考人。

○参考人(山崎摩耶君) ただいま御紹介いただきました日本看護協会常任理事の山崎でございます。本日は、本委員会が発言の機会を与えられたことをまず委員会の先生方に感謝申し上げます。

私は、保健、医療の専門職の立場で参考人意見を申し述べさせていただくわけでございますが、同時に介護保険の利用者の立場も若干代弁させていただきます。

実は、つい先日八十五歳で痴呆のお年寄り、寝たきりのお母さまを抱えていらつしやる娘さんから、この方は在宅で訪問看護やヘルパー、ボランティア等の大変効果的なサービスを利用なさって、七年間も自宅の介護をしていらつしやる方でございますが、介護保険が平成十二年からスタートするならば、私はあと二年頑張ればいいのねと言ったような、大変期待のこもった切実なお声を聞いたところでございます。

そのような期待を裏切ることなく、本制度が利用者本位の仕組みでぜひ早期に介護保険法案を成立させていただきたいという立場から、本日は大変時間が短うございますが、幾つかの重視すべき点を申し述べさせていただきます。

お手元に私の発言要旨と若干の資料を差し上げさせていただきますので、ごらんいただきたいと思います。

まず最初に、介護保険制度創設上重視すべき点

お話しさせていただきます。

介護保険制度創設上重視すべき点

と申しますが、以下の四つの点につきまして御審議いただきたく、実りある制度におつくりいただきたくぜひお願いを申し上げる次第でございます。

まず、基本的には、医療と介護といったものが一体的に提供できる仕組みでこの介護保険が運営されるということがやはり大変望ましい姿ではないかということでございます。そのために四つのことをちよつと申し述べさせていただきますと思います。

一つは、これもやはり議論になっております要介護認定の問題でございます。平成八年、九年と全国でモデル事業を展開されておりますが、この要介護認定が迅速にかつ公平、しかもそのプロセスが透明にというようなこと、何よりも利用者の権利性がそこに発揮できる、そういった要介護認定のあり方が望ましいのではないかと考えている次第でございます。

二点目は、ケアマネジャーの役割とサービスを提供いたしますときに組まれるケアプランの質の担保といった問題でございます。自立支援というのが本制度の理念でございますが、自立支援のためには生活と健康状態といったものをトータルにアセスメントして、しかも、自立支援でございますから、要介護状態の改善、悪化防止などを目指した効果的なサービス提供が求められるわけでございます。保健、医療、特に看護職等は予防的、予測的な視点でトータルに利用者をアセスメントし、サービス提供のためのケアプランを立てるといったようなことを従来業務としてまいりましたので、この予防的、予測的な視点といったものが効果的にケアプランに反映されることが大変重要ではないかと考えている次第でございます。

三つ目は、要介護認定への不服申し立てとか苦情の処理体制の整備とサービスの質の確保といった問題でございます。これも法案の中に不服申し立てとか苦情の処理といったものは担保されているところでございますが、こういったものが制度の改善に反映される仕組み、これも大変重要

ではないかと考えている次第でございます。また、介護認定をされなかった方への支援体制、このこともぜひとも御議論いただきたく思います。また、サービスの質の確保という点では、第三者機関によるサービスの質の評価、これは現在、医療機能評価機構等が既に動き出しておりますので、そういった仕組みも介護保険はスタートと同時に必要ではないかと考えている次第でございます。

四点目は、冒頭申し上げましたような老人の医療と介護のシームレスケアと申しますが、一体的にスムーズに運営できる仕組み、このようなことを重視いただいて制度創設に盛り込んでいただければということをお願いさせていただきます。

二つ目は、基盤整備の強化といったことでございます。これにつきましていろいろ既に御議論していただいているところでございますが、特に新ゴールドプランの鋭意推進といった問題が一つあるのかというふうに思います。これも、新ゴールドプランのサービス個々によつて若干ばらつきがございますが、まだ決して高い進捗状況であるとは言いがたいといった実態もあるわけでございます。さらに、今年度以降、全国市町村がこの介護保険制度のために介護保険事業計画を立案することになっているや何っておりますが、この介護保険事業計画もぜひ保健・医療職の参加を求めて老人福祉計画と一体的に推進をしていただく、このこともどうぞ御議論いただきたいことでございます。

そのために、三点ばかりきょうは少し申し述べさせていただきますことがございます。

一点は、在宅の受け皿整備をぜひ二十四時間ケアのシステムでということでございます。このことのために、いわゆる訪問看護といったものとホームヘルパー、ホームヘルプ事業といったものの協働、例えば訪問看護ステーションにヘルパーさんが一緒に働ける仕組みをおつくりいただくといったような協働の促進、これも大変重要でございますし、もう一つは、こういったホームヘルパー

が介護者の日常生活を支えていただければこそ専門職訪問看護が有効に機能し得るのだ、このこともいろいろ私も現場で聞き及んでるところでございます。

また、もう一つは、ニーズに柔軟に対応する訪問看護の提供のシステムをぜひ整備していただきたいということでございます。二十四時間ケアということになりますと、早朝でも夜間でも御要望にこたえて飛んでいくということが二十四時間ケアでございますので、このためには現行の仕組みではなかなか柔軟な対応が難しいということがございます。

二点目は、医療依存度の高い利用者の訪問看護など医療的部分の給付上の配慮、これもぜひ御議論いただきたいところでございます。

お手元に差し上げてございます、私も日本看護協会が調査いたしました長期入院患者の実態、これをあらためていただくとおわかりになりますが、現在、医療機関に長期入院していらっしゃる患者さんの約半数は訪問看護があれば退院可能というふう現場の者が判断をしているといったようなデータもございまして、要介護度が高ければ高いほど医療ニーズも高まるという実情もございまして、ぜひこのことの御配慮をお願いしたいというところでございます。

三点目は、地域の看護職や医療職を確保するための環境整備でございます。

先般の地方公聴会等でも、訪問看護婦のなり手がいないという御意見もございましたようでございますが、在宅へのマンパワーのシフト、このことの促進策はやはり環境整備といったことにならうかと思っております。

最後の点でございますが、ぜひとも今国会で早期にこの法案を成立させていただくとともに、市民の声を反映しまして、さらに三千三百市町村の地域特性を重視した制度の創設をお願い申し上げます。簡単でございますが、時間でございます。どうもありがとうございました。

○委員長(山本正和君) ありがとうございます。伊藤参

考人。

○参考人(伊藤周平君) 法政大学の伊藤と申します。きょうは参議院の厚生委員会の方に参考人として招いていただいて、どうもありがとうございます。厚くお礼を申し上げます。

早速本題に入りたいんですが、私は、多分この参考人の中では一人かもしませんが、介護保険法案に対して反対の立場から意見を述べさせていただきます。

なぜ反対かといいますと、これは制度の内容がほとんど国民に知られておりません。介護保険証一枚あればサービスが自由に選択できる、そういうイメージで国民はとらえております。恐らく世論調査もそうだと思うんです。早く入れないと介護の現場の状況は悪化するとか、あるいは保険制度をいれないと介護サービスがふえないとかというのは、全く根拠はありません。少なくとも、介護保険制度を導入してもサービスがふえるかどうかはわかりません、介護報酬が決まっておりますから。

こういう状態で、国民に幻想に近い期待をあげて、制度の問題点が十分国民にわかっていない段階で法案の成立を急ぐことは絶対やめていただきたい。こういうことをやって、後で恐らく期待を裏切るでしょうし、国民は介護保険制度に対して重大な不信感を抱くと思えます。

そういう立場から、きょうお配りしたレジュメに沿いながらお話ししたいと思っております。主として、介護保険制度を利用する立場から見た場合、その制度にどういった問題があるかというのを話したいと思っております。

これは、衆議院の厚生委員会でもう既に明らかになったところですが、保険あつて適用なしとつまり、多くの国民は、医療保険と一緒に、保険証一枚あれば自由に介護サービス提供機関が選べて、例えば特養でも入所できる、あるいは在宅ホー

ムヘルプサービスが受けられると思つてゐるんでしようが、要介護認定を受けられない限り介護保険の適用はありません。

しかも、これは今の四つの社会保険制度と比べてもはるかに高いハードルが存在します。年齢による選別もありますから、当然、第二号被保険者は特定疾患、つまり加齢に伴う疾病が原因で介護が必要な状態にならないと介護保険の適用はありません。大きく見ても、厚生省の推計で見てもせいぜい介護保険の適用があるのは一割です。あとの九割の人は、保険は生涯掛け捨てです。

これは、税金とどこが交わるのでしょうか。なぜこれを保険でやらなきゃいけないんですか。政府が言つてゐるような負担と給付の対応関係などを社会保険方式で行うのは制度設計が間違つておられます。これはどう見ても税でやるべきだと私は思います。

次のページですが、二番目に、この要介護認定、非常に手続が煩雑で、要介護認定自体が行政処分と、厚生省のQアンドAなんかには書かれておられます。行政処分ということは、今の措置制度と変わらないわけですから、これは現在の措置制度よりも官僚的、利用者不在の制度となる可能性が非常に高い。

一番目に、要介護認定の手続が非常に煩雑です。申請から結果が出るまで一カ月、ケアプラン作成まで入れても二カ月かかります。そうなりますと、その前にサービスを利用しても、償還払いですから、すべて金額自己負担です。早ければ翌日からでもサービスの利用が可能で現行制度より大幅に後退したのになります。

あと、コンピュータで選別しますが、コンピュータの場合に既にモデル事業で三割近いずれが出たことが判明していますし、また結果が非常に軽く扱われております。サービスが不足すれば、当然認定は厳しくなるでしょう。ドイツでもそうでした。自治体の事務量の増大は確実です。財源確保はできてゐるんでしようか、人材確保は

大丈夫なんでしょう。恐らく、これは導入と同時に不服申し立て続出で、現場は大混乱になるでしょう。

三番目、国民の負担が大幅に増大します。厚生省の推計で月二千五百円という保険料の水準は、これは明らかに過少推計です。恐らく、この推計では家族の介護三・四兆円ぐらい含まれていませんから、四・二兆円というふうになります。将来的に保険料の引き上げは確実です。それも国会を通さずに、政令、省令もしくは条例で行われます。年金額が月三万円余りしかない高齢福祉年金の受給者からも保険料を天引きする仕組みは、どう考えても低年金の高齢者の生活実態を無視してあります。

さらに、保険料未納者に非常に厳しい罰則があります。これだけのペナルティーがあるということは、既に厚生省が保険料未納者がたくさん出るといふことを見込んでゐるんだと思います。

利用者負担率一割ですが、これも現在の福祉サービスの利用者の多くは明らかに負担増になります。利用者負担を払えないとどうなるか。法案には減免規定がありませんから、生活保護を申請してください、介護扶助を創設しますと。しかし、生活保護なんて高齢者はだれも受けたがりません。それほど厳しい制度です。

介護保険で想定されている保険外負担ですが、これは余り知られていないんですけれども、資料の上乗せサービス、横出しサービスというのを想定しております。保険給付で賄われる範囲というのはごくごくわずかです。したがって、これだけでは自宅で自立した生活など到底不可能です。あとは自分で自己負担してお金を出して買ってください。

上乗せサービスというのは保険給付以上のサービスです。例えば、ホームヘルプサービスが週三回しか保険給付では来てくれない、あとの残り週二回来てほしいんだけど、その部分は自分でお金を出して買いなさいと。そのほか配食サービス、外出介助、おとといちよつと「サンデープロ

ジェクト」でもしやべつたんですが、民間営利企業はここをねらつて参入してきています。介護ローンなんか今できております。したがって、これは当然利用者保護というのが必要なんです。そういうのは全く法案にはありません。野放し状態です。

それも含めて最大の問題は、四番目の問題ですが、保険あつてサービスなしとよく言われることです。現在、新ゴールドプランの達成が不可能視されております。七割か八割の自治体がよく知りませんが、財政支援がちゃんとなされておられません。特にホームヘルパーについてはパート化が進んでおまして、国の方針は、パートでふやせばいいという非常に現場を無視した方針です。ゴールドプランに基づく基盤整備の達成がなぜ困難なのか、それを最初にやるべきです。介護保険法案を出す前に、私はそう思います。

その在宅のサービス供給体制が整備される見通しが全く立っておりません。仮に新ゴールドプランが実現されても四〇％です。そういう状況で保険料の徴収など行うべきではありません。しかも、武蔵野市の推計では保険制度導入に伴う事務で全二億二千万円かかる。これだけの税金があれば常勤ヘルパーが六万人雇用できます。なぜそつちのサービスをやすことにお金を使わないでこういうことに使ふんですか。私は疑問でたまらないです。

それから、国や自治体のサービス整備責任が完全この法案では抜けております。これは憲法二十五条に違反するんじゃないかと私は思ふんですが、それはともかくとして、いざにしても、施設サービスも含めて新ゴールドプランの目標値自体も低過ぎます。

施設サービスの場合には特養が終身介護・生活施設ではなくりますので、何と特別養護老人ホームは退所プランをつくるように迫られております。つまり、特養というのは生活していく場がない人が入つてゐることが多いわけで、その人たちが

を追い出してどうするんですか、要介護状態が低いということだけで。そういう問題もありますし、社会的入院も私は解消できないと思います。

いざにしても、一番大きな問題は、政令・省令事項が非常に多い、つまり何も決まつていない、重要などところはすべて厚生省が決めるということになつておまして、保険者といひながら、市町村は全く関与できません。立法府である国会も十分なコントロールができません。こういう官僚主導型の法案というのは私は即刻やめるべきだと思います。

そもそも社会保険方式でやるということが間違つてゐる、むしろ現在ある制度を、措置制度は問題があります。まずサービスをふやしていくということを考えるべきです。それが介護地獄から抜け出る唯一の道だろつと思ふし、それをやらすつて保険保険と言ふのはなぜか、私は非常に疑問です。衆議院の総括と参議院審議に望むことは、とにかく法案可決を急ぐということは絶対に避けてほしいということ。国民的議論をもうちよつと深めるべきです。

それから、厚生省もルール違反をしてゐると私は思ふ。法案が衆議院を通過した段階から厚生省は既に七月に介護保険制度準備室を設置しております。予算も計上しております。これは参議院での審議を無視してゐるとしか言ひようがありません。まずサービス整備が先決でありまして、それでもしどうしてもお金が足りないということであれば、私は目的税なり税でやるべきだと、そういうふうにかんがへます。

以上です。時間が来ましたので、あといろいろ言ひたいことがありますが、また質問のところでお答えしたいと思います。

どうもありがとうございました。

○委員長(山本正和君) ありがとうございます。

次に、池田参考人をお願いいたします。池田参考人。

○参考人(池田省三君) 池田でございます。この

ような場所でお話してできる機会をいただきまして、大変ありがとうございます。

私は介護保険法案について、この臨時国会で問題点をさらに解明し、修正できる部分は修正の努力をお願いし、しかしながら、この臨時国会で何としても成立させて、二〇〇〇年度施行に向けて確実に準備を始めることを前提としていただきたいというふうに考えております。

さて、参議院で最も審議を深めていたいただきたい事は、介護サービスの基盤整備計画の問題であります。衆議院での議論は、介護サービスの質と量についての施策はほとんど提示されませんでした。政府も新ゴールドプランの着実な推進ということを語るだけで、新しい計画策定については全く触れておりません。

しかしながら、新ゴールドプランが完成したとして、確かに介護サービスは一九九五年度の二・二倍程度増加いたします。しかし、お配りした資料のページを見ていただくとわかりますように、実は家族介護は絶対量としてふえるのであります。一九九五年度と比べて一・四倍ほど増加いたします。すなわち、新ゴールドプランベースでは日本の高齢化、したがって要介護高齢者の増加に追いつかないということなわけです。皆さんは、介護保険制度が創設されたにもかかわらず、家族介護が増加するということが市民が納得されるとお考えでしょうか。

実は、老人保健福祉審議会においては、厚生省は新ゴールドプランに在宅介護サービスを上積みしました計画を提出しております。ケースA、ケースBと言われるものですが、もともとケースAでも在宅サービスの整備率は二-thirdsの半分、ケースBでも四〇％にすぎませんから、極めて不十分なものではあります。しかしながら、その不十分な計画すら法案審議の中でいつの間にか立ち消えになってしまいました。基盤整備の努力が放棄されているとしか言いようがないわけです。

まず、施設整備についてであります。デイケアセンターや在宅介護支援センターなど、在宅介

護関係施設と特別養護老人ホームなどの建設を促進する必要があると私は考えます。この間の厚生省の考え方は、特養の建設に対して消極的であり、設置者負担に対しても社会福祉・医療事業団の融資の枠を狭めるというような傾向にあるようです。在宅重視は私たちも賛成するところですが、それは今の日本で施設建設を抑制することにはつながりません。

資料の圖表四に示しておりますが、日本の施設利用高齢者はデンマークの十七分の一、イギリスの九分の一にすぎません。さらに、介護保険施行以降は、要介護認定とされれば軽度であっても利用者には施設介護を選択できることとなっております。現在の措置制度のように行政が職権で入所させるわけではないのですから、現在の措置制度の延長上で施設整備を考えるのは極めて危険だろうと考えるわけです。

今後、高齢化が急ピッチに進行していく中で特に考えなければならないのは、単身高齢者あるいは高齢者夫婦世帯が急増していくことであります。東京の多摩ニュータウンを考えてみていただければわかると思いますが、エレベーターのない高層集合住宅の未来を考えてほしいと思います。特別養護老人ホームの増設ということだけではなく、ケアハウス、グループホームを含め、限りなく在宅に近い施設建設は将来必ず必要となり、今からそれに着手すべきであると思います。

恐らく政府、厚生省も基盤整備に關して本音は推進したいとお考へではないでしょうか。しかしそれが及び腰になるのは財政再建という至上命令があり、社会保障予算を切り込むという政府の方針のためでありましょう。しかしながら、財政機構改革とは一律に歳出を削減することではなく、政策の優先順位、すなわちプライオリティーの再検討であるべきです。歳出のむだを排して、市民生活の安定を優先させる改革が求められる。であるとするならば、政策のプライオリティーからいへば、市民にとって介護サービス基盤の整備は第一位にも挙げられるべき課題であります。しかも、

この基盤整備にかかる費用は大したものではありません。ゴールドプラン関係の施設整備予算は一九九五年で七百億円、九六年で一千三百億円、本年度で一千六百億円にすぎません。この五年間で六千億円にも達しない額にとどまっております。

御承知のこととは思いますが、本年度で終了する第十一次道路整備計画の総予算は七十八兆円であります。七十八兆円の一分は幾らでしょうか。七千八百億円です。介護の施設整備は道路予算の百分の一にも満たないというささやかな金額だった。これを倍あるいは三倍にしても、道路予算の二、三％にすぎません。しかも、その効果は後代にわたって極めて大きなものとなるでしょう。

しかし、ささやかな金額とはいえ財源は必要でしょう。財政再建の折、そのような財源はないと大蔵省はお答えになるかもしれません。しかし、財源はあります。介護基盤の財源を新しくつくる必要はございません。なぜならば、介護保険が導入された場合、私たちが保険料を負担することにより、従来国や市町村が負担していた金額が減少するからであります。

参考資料の五ページを見ていただきますと、現行の措置制度と老人保健制度における国の負担は利用料を除く費用のおおむね十二分の五に該当いたします。介護保険は四分の一ですから十二分の三です。したがって、国庫負担は十二分の二ほど軽減されるわけです。金額でいえば二〇〇一年度で五千億円と厚生省も試算しております。もっとも、最近政府は老人病院への社会的入院の解消に係る国庫負担減少分、これを外して三千七百亿円としてゐるようであります。実際の減少額は五千億円と見るべきでしょう。この介護保険導入による国庫負担減少分を前倒しにして基盤整備の費用に充てれば、財源は十分に確保できるということです。いや、この介護保険導入による財源を介護サービスの基盤整備に使用しないとすれば、それは私たちの保険料の一部が道路予算に流用されることと同じことになります。それは到底私たち

の合意できるものではありません。

したがって、私たちは介護基盤整備緊急措置法というものを策定し、来年度より五カ年計画でサービス基盤を確立することを提案いたします。

この場合、在宅も施設も生活圏域である中学校区で完結するように小規模特養、グループホーム、ケアハウス、在宅介護支援センターなどを建設するということが望ましい。介護保険が本格的に動き始め、サービスの選択が利用者の自己決定にゆだね始められますと、町外れの大規模特養は恐らく無用の長物と化します。クオリティーの高いものとするところこそが実は極めて効率的な投資になるということであります。

次にマンパワーの問題でありますが、教育、研修などの人材育成については、公費を投入して質の高い人材を育成すべきであります。しかし、ヘルパーなどの人件費については二〇〇〇年度以降は介護保険によって支出されるわけですから、公費でヘルパーなどの雇用をふやすことは困難だろうと考えます。したがって、この問題については介護報酬の水準を高目に設定し、民間セクターの参入を促し、優良な人材が集まるという労働市場の形成を政策誘導すべきではないでしょうか。

介護保険と基盤整備は車の両輪です。参議院ではこうした方向を打ち出し、第一号被保険者の保険料の引き下げによる制限給付という経過措置についても明確に時限を切り、いつから市民の介護サービス利用の権利が完全に保障されるか、それを明らかにすべきだろうと考えます。

加えて、簡単に二点ほど申し上げますが、衆議院の修正論議で第一条の「目的」に書かれた加齢疾病条項についてなぜ削除しないかが明らかにされませんでした。小泉厚生大臣も将来的には障害者への適用が望ましいと述べられたにもかかわらず、削除修正要求は無視されました。これは政府がアカウンタビリティー、すなわち説明責任を果たしていないということです。改めて加齢疾病条項の削除が検討されてしかるべきであります。さらに、利用者の権利擁護システムが不分明で

あるという問題も指摘しなければなりません。

先般、法務省の研究が成年後見問題研究会報告書を公表されました。しかし、民法の禁治産、準禁治産の見直し、財産管理が中心であり、身上監護を含めた本格的な成年後見法の策定にはほど遠いものがあります。したがって、身上監護を含めた成年後見制度の策定を急ぐとともに、当面、介護保険法案の中で市町村が財産管理、身上監護を代行するシステムを推進するような規定を設けることが必要ではないでしょうか。

加えて、市町村に被保険者代表で構成された苦情処理委員会を設置し、調査、勧告、公表の権限を与え、サービス提供事業者の情報公開及び利用者とのサービス提供契約に利用者の苦情に対する手続を明示するなど、そうした利用者の権利擁護の規定を新たに追加すべきであると考えます。

以上でございます。どうもありがとうございます。

○委員長(山本正和君) ありがとうございます。

次に、北参考人をお願いいたします。北参考人。○参考人(北良治君) 御紹介いただきました北海道奈井江町長の北良治でございます。住民に最も身近な立場にある町長といたしまして、お招きをいただき、意見を述べることができまして、これを本当に感謝を申し上げます。

まずは、私の町の構成から申し上げたいと思いますが、人口七千八百人を割る小さな過疎の町でございます。かつては、石炭産業が全盛のころには大小十四の炭鉱がございまして二万人近くの人気があった時期もございましたが、昭和四十八年に最後の炭鉱が閉山した後は減少の一途をたどっております。

現在の六十五歳以上の高齢化率につきましては二二・六％であり、コホート法による平成十二年の高齢化率につきましては二四・七％、まさに四人に一人という試算に相なっているところでございます。国の発表によりますと、高齢化の推移は昭和四十五年には七％を、平成七年には一四％

を超え、平成十二年には一七％と試算しております。地方の高齢化の進行につきましては、先ほど申し上げましたように国の見込みより早く、介護問題は行政の最重要課題となっております。あわせて、少子・高齢化は産業構造にも重大な影響を与えているところでございます。

したがって、今回の介護保険制度の必要性と早期制定について、私はこうした立場に立つて地方としての意見を述べさせていただきます。思いいます。先ほど申し上げましたが、我が国において急速に高齢化が進行するとともに介護を必要とする者の数も急激に増加いたしております。あわせて、介護の期間の長期化や家族の核家族化による介護能力は大きな変化が生じております。

私は多くの高齢者から、自分や配偶者が寝たきりや痴呆になったらだれが介護してくれるかという不安の声を聞いております。私は、このたびの介護保険制度は、国民共同による連帯の理念に基づき高齢者を支えるという視点と、自助、共助、公助の相互扶助の精神により支えるという視点があるものと理解をいたしております。

現在の介護は、保健、医療、福祉にまたがり、おのおのの制度により提供されておられ、公的介護保険制度は、これらサービスを一つの制度にまとめ、利用する者にはもちろん、提供する者にもわかりやすく、高齢者が安心して暮らすことのできるものとするための制度調整を図るものと理解をいたしております。今まで地方からの三制度の制度間調整の要望に对应していただいたものと考えております。

また、利用者の負担や手続等が別々ということから、多くの高齢者から不公平感の指摘があり、これらを解消し高齢者が安心して暮らすための保健と医療、福祉が横断的に連携し、一体的な介護のサービスが受けられる介護保険制度の創設は極めて重要であり、早急に制度化されることを願うものでございます。

また、介護保険の財源の負担方法について税金

か保険かの議論がございしますが、私は、特に福祉について申し上げますと、今日まで行政がただ与えるもの、行政からしてもらうもの、こういう受け身の考えが率直に申し上げて定着しているのではないかと思います。同時に、市町村におきましても、ニーズに対し措置すればよいとの考えがございました。介護保険制度の創設によって保険者である市町村は、被保険者のニーズに対し、サービス等の政策の展開が必要となり、地方分権の具体化の一つであると考えております。

先ほど申し上げましたが、自助、共助、公助の相互扶助のシステムが必要であると考えております。高齢者におきましても、最小限度といえますが、一定の負担はみずから負担するという自助の意識を醸成することもこれまた大切な一つでございます。とともに、権利義務の関係を明確にし、利用者の選択が可能となることから、保険方式が時代に適合する方式であると私は考えております。

私は、この介護保険は、市町村が保険者として実施すべきであると考えております。私は、介護保険制度の考えが提示されて以来、限られた財源、人材の確保が困難となることが予想される、我が町でもそのように考えるところでございますが、そういった立場から広域事業で取り組む。自治体の枠を超えて、隣町と協議をいたしながら、平成八年度には共同で要介護認定の事前試行や介護認定審査会の設置等も行いました。訪問看護ステーションについても共同運営する等、コストや人材の確保等に一定の成果をおさめたところでございます。

隣町と一体になってやりました。そして、この保健、医療、福祉ばかりでなく、あらゆることについて両町の町民が協力を合せて、お互いにつくり上げていく、こういう雰囲気になってきたこともこれまた事実でございます。

特に、両町のこれまでのノウハウを相互に提供し合い、行政の垣根を越え、住民のためのサービスを提供するという行政間の意識改革ができたこ

とも私は大きな成果であると思います。

平成九年度からは、これらの成果を踏まえまして、近隣の町三町を加えて五町でございます。この五町につきましては産炭地跡で高齢化率は非常に高くなっております。純農村、そして都市のベッドタウン的な要素もあるところの町もございします。若干工業化している町もございします。町々が本当にケースが違いますが、隣町との成功の例を見まして、ほかの町からも声がかかってまいりました。ぜひ協力してやりましょう、そしてお互いに協力し合うことによつて事務のスリム化とか、これはもう現にできておるんです、隣町と。あるいは、御案内のとおり、マンパワーの不足とかそういったものをこの五つの町で本当に知恵を出し合つて、そして住民参加の中で協力し合つてこれをやるという動きになっております。

そして、はつきり申し上げますと、介護認定の事前試行におきまして公平性の確保、客観性の確保、これは住民にとりまして非常に大切なこととでございます。私の町だけで要介護認定の審査会をやらせていただきました。そしてその後、隣町ともやらせていただきました。お互いに参加して、その中でどういったことが起きたかといえます、自分の町のことは医師、福祉関係者も含めて、自分の町のニーズ、人の状況というのは詳しくわかるわけでございます。しかし、ねたみが出ています。あの先生、あの医者にはお世話になってから介護度を高く見た、こういうねたみであります。しかし、隣町が入ることによって全く白紙の状態で客観的に公平に見ることができ、これは町民がみんな言っております。聞いてみたらわかると思います。

そんなことで、私どもはこの五町の会議を真剣に昨日も行いました。皆さん協力し合いながら、町村間の垣根を取り払う。そしてまた、その隣の市もぜひ参加させてくれと呼びかけがございします。

介護保険法案にはいろいろな問題、課題がございします。先ほどからお話があるとおりでございま

す。しかし、現場で実際に介護等に従事している者や要介護者、市町村の意見を、制度を立ち上げると同時にしっかりとその制度に対する意見を反映できるようにしていただきたい。

問題点が多々ございます。ただ、それは従来の審議会方式でなく、実際運営を行っている人たちが主体にながら意見の聴取をし、国会等に反映をさせていただきたいとお願いを申し上げる次第であります。

また、個々の市町村の財政基盤は脆弱でございます。国がしっかりとその財政基盤を支える調整あるいは支援の機能を確立していただく。真に本当に住民のため、国民のニーズにこたえながら、住民に密着した制度に育て上げることが必要であることを申し上げ、意見いたします。

○委員長(山本正和君) ありがとうございます。次は、生松参考人をお願いいたします。生松参考人。

○参考人(生松みち子君) 甲府共立在宅介護支援センターの生松と申します。

私は、支援センターに転勤する前は、甲府共立病院で医療ソーシャルワーカーを二十年経験してきました。私が病院及び在宅介護支援センターの仕事を通して感じていることを総括的に申し上げます。

まず、お手元の資料一をごらんになってください。当支援センターでは、この四月から九月まで延べ件数で三百七十九件の相談を受けてきました。新規に相談受理したケースはちょうど百件ありました。寝たきり、痴呆については厚生省の障害老人の日常生活自立度判定基準と痴呆性老人の基準に沿って分類したものです。

相談者の半数が寝たきり状態の要介護状態で、特に後期高齢者の七十五歳以上の方が三十六名おられます。今年度民生委員さんが調査した要介護高齢者の実態調査で、甲府市には寝たきり老人が四百九十名、痴呆性老人が七十九名、ひとり暮らし

し老人が四千六十九名と報告されています。

当センターの位置する地区にはひとり暮らしで常に虚弱の方が百十七名、やや虚弱が四百五十三名住んでおられます。支援センターの協力員であります民生委員さんから紹介されて訪問いたしますと、想像以上に家の中にじっとしている、閉じこもる高齢者が多いことに驚きます。当センターの新規登録者でも四割の方が子供夫婦、孫たちとの同居世帯ですが、日中はひとり暮らしで、一日のほとんどをこたつに入ってテレビを見て過ごしています。ちよっと介護の手があればトイレで用を足せるのに、紙おむつを使って家族が夜仕事から帰るのを待っている、そういうケースがたくさんあります。

支援センターから出て在宅福祉サービスの御紹介をしても、ほとんどの方はまだ結構ですとおっしゃいます。日中ひとりで過ごせなくなったとき、家族からの SOS が発せられます。高齢者も家族もぎりぎりまで制度活用をしないで我慢し、みずから相談の電話を入れるときには重症化し、重度化しています。家族の訴えは、せめて自分のことは自分でできるようにするまで入院させてほしい、在宅はとてども心配、施設を紹介してくださいという訴えです。しかし、実際は病院にはなかなか入院できませんし、老人福祉施設にも入れません。仕方なく家で見るしかないといった捨て身の相談も多くなっているのが支援センターの相談事例の特徴だと言えます。

悪戦苦闘している毎日の中で、介護保険法は深刻で切実な介護問題にこたえてくれる制度なのかどうか、疑問を持っております。

次に、介護保険法についての問題点を二点申し上げます。第一点は、介護保険は医療保険の給付と比較して余りにも手続に手間がかかること、低所得者にとつて費用負担が大きき利用しづらいということとです。申請から要介護認定審査を受けて三十日以内に通知を受けた後、ケアプランを作成していただき、そしてサービス開始となります。私は、

障害年金や特定疾患の申請から決定まで数カ月を要しますが、介護保険法における介護認定のシステムもそれに近く煩雑で時間を要すると思われる。

また、介護保険料と利用料の定率負担は多くの市民にとつては介護サービスを受けられない深刻な事態を引き起こすものと考えられます。

資料二をごらんになってください。甲府市のホームヘルパーの派遣状況の資料です。利用者の約七〇％は利用料ゼロの世帯です。

そして、資料三をごらんになってください。甲府市の平成七年度の国民健康保険世帯の二八％が所得を全く持っていない世帯で、これに百万円以下の世帯を入れると四二％を占めています。国民健康保険料の未納世帯は低所得者層ほど多く、新たな介護保険料の負担はますます未納世帯を増加させることが予測できます。

資料四は、山梨県内にある八十床の特別養護老人ホームの調査報告書です。入所者の年金受給状況を見ると、福祉年金及び国民年金を受給している方が五十九名で全体の七三％を占めています。そして、国民健康保険加入者が八七・五％を占めています。そして、入居者のうち介護保険導入時の一割負担の概算額である四万七千円を負担できず、二十六名しかおらず、あとの五十四名は負担できなくなると報告されています。

以上のような報告資料から読み取れることは、介護保険料の負担は、決して悪質ではない経済的理由から納入困難を生じさせます。法案には極めて厳しいペナルティーを課していますが、見直すべきだと考えます。

第二の問題は、要介護認定に当てはまらず、大量の介護給付漏れを引き起こすおそれのあることです。介護認定の基準を機能障害中心に置いています。

資料五をごらんになってください。一九九五年に甲府共立病院を退院した甲府市内に居住する六十五歳以上の高齢者四百十九名を訪問調査し、退院後の医療や介護についての実態調査を行ったも

のです。その中から要介護状態と判断した六十事例の中から、五十三例再訪問し事例調査を行いました。

厚生省のモデル介護認定審査会運営要項に沿って分類いたしましたところ、A群、要介護と認定される人の方が十九名、B群、要支援と認定される方が十四名、いずれにも該当しないC群が十九名おりました。介護認定から漏れるC群は麻痺や切斷など機能障害はないが、腰痛などで動作に時間がかかる、足腰が弱くて余り外出できない、筋肉痛のために自分で買物に行けない、内部障害で身体障害者手帳を持っているが家事ができないこともあるといったような多様な生活障害を抱えている方たちでした。これらの人々は多病で、たくさんの病気を抱えています。例えば狭心症、胃潰瘍、慢性腎炎、肺がん、慢性呼吸不全、精神分裂病などの疾患を持っています。以上のような方たちはADLや身体機能面では特に問題はなくても、疾患などのために、身体虚弱のため家族の世話を受けなければなりません。換言するならば、介護保険法は以上のような方たちについては何の支援もないことだと思えます。

問題は、こうした方たちには従来は措置制度による福祉サービスとして家事ヘルパーなどを派遣してきました。介護保険が実施され、従来行われていたサービスが廃止されることはとても問題だと思えます。

最後に、私の意見をまとめて申し上げます。少なくなると低所得者については次のような対策をとっていただきたいことです。

一つは、手続を簡略化し現金払い、償還払いなどを強いることなく必要即応の原則を明確にさせていただきたいこと。第二は、非課税世帯だけでなく、生活保護基準の一・四倍以下といった低所得者の方たちにも保険料の全額免除と利用負担料の全額免除。第三に、保険料滞納者へのペナルティー制度はやめること。第四に、介護保険法ができて措置制度を残す方策をとること。

以上のように、多くの問題と課題を残しているとしたら、介護保険法の決定は、国民全体の十分な討議を得て実施するか否かを含めて決めてほしいと思います。

○委員長(山本正和君) ありがとうございます。次に、吉村参考人をお願いいたします。吉村参考人。

○参考人(吉村親生君) 全国社会福祉施設経営者協議会の吉村でございます。

当参議院厚生委員会にお招きいただき、貴重な時間を割いて意見をお聞きいただきありがとうございます。私のお礼を申し上げます。

私の所属しております全国社会福祉施設経営者協議会は、全国社会福祉協議会に組織されており、社会福祉施設を営営する社会福祉法人を会員とし、ほとんどの特別養護老人ホームが加入している組織であります。

今回、審議が行われております介護保険制度についての基本的考え方と要望事項を申し上げます。

まず、基本的考え方について三つ申し上げます。

第一に、現在我が国には二百万人を超える寝たきりや痴呆など介護を必要とする高齢者がおり、その介護の問題は要介護高齢者の増加、介護期間の長期化、要介護状態の重度化、介護者の高齢化など年々深刻化し、介護に対する福祉対策の需要はますます高くなってきています。

第二に、今後高齢化が急速に進む中で、高齢者の介護需要に的確に対応していくことは、社会福祉施設を営営する者のますます大きな使命であると強く認識しているところであります。

第三に、今後の高齢者介護対策に対応するためには、現在の制度による財源調達等には限界があり、新たな介護保険制度の導入により、介護サービスを経営的に利用できるシステムを構築することには賛成であります。

次に、要望事項について申し上げます。

介護保険制度の導入は、これまでの措置制度から保険制度へと移行することとなり、根本的な改革を伴うものでありますから、福祉関係者の不安があります。このため、社会福祉施設を営営する関係者が安心して、新しい保険制度にスムーズに移行できるようにするため、次の点について特段の御配慮をいただくよう要望いたします。

第一は、社会福祉事業の公益性、公共性を確保するためには、社会福祉法人制度の根幹は変えるべきではないと考えております。特別養護老人ホームにおける介護は、高齢者の最後の生活の場を保障するためのものであり、高齢者に不安を与えてはならず、何よりも安定性が求められております。このため、特に特別養護老人ホームは社会福祉法人で運営されるべきであると考えております。

第二は、特別養護老人ホーム等の福祉施設の整備については、福祉制度としての位置づけ、基盤整備の促進等の観点から、引き続き国及び地方自治体の公費中心で進める必要があります。また、施設整備に伴う設置者自己負担分については現在その返済財源を寄附金に頼っていますが、これは現状にそぐわない面が多いため、介護保険制度対象施設については減価償却制度を導入し、その相当額を介護報酬に算入していただきたいと考えています。

第三は、特別養護老人ホームは、これまで現行制度の中で高齢者や家族の立場に立った良質の介護サービスを提供してきており、このサービスの水準を低下させないため、定員別単価、級地区分単価及び各種加算制度、例えば民間施設給与等改善費などについては現行制度を保障していただきたいと考えております。

第四は、福祉施設職員の処遇向上を図るため、現在、社会福祉・医療事業団で実施している退職共済制度等種々の制度については、現行の制度を保障していただきたいと考えております。

第五は、介護保険制度をスムーズに特別養護老人ホーム等福祉施設に導入するためには、十分な

経過措置を講じていただきたいと考えております。

第六は、保険料やサービス利用に伴う自己負担は、一般の高齢者にとつて無理のない妥当な水準を設定していただきたいと考えます。また、低所得者が不利をこうむることがないように十分な配慮を特にお願いいたします。

最後に、社会福祉法人の運営に関しては、例えば役員や会計処理についても細かく規定されておられ、経営努力が生かされない現状となっております。今後、経営努力が生かされ、経営の安定化が図られるように社会福祉法人に対する規制は緩和する方向でぜひともお考えいただきたいと思っております。このことは特別養護老人ホームのみならず、社会福祉施設を運営する社会福祉法人の共通の課題であります。

各国会議の先生におかれましては、本国会において介護保険法案をぜひ成立させていただきたくお願い申し上げます。あわせて、これら要望についてぜひとも実現いただきますようお願い申し上げます。

以上で私の発言を終わらせていただきます。貴重な時間をいただき、ありがとうございます。

○委員長(山本正和君) ありがとうございます。以上で参考人からの意見の聴取は終わりました。

これより参考人に対する質疑に入ります。質疑のある方は順次御発言願います。

○中島眞人君 自由民主党の中島眞人でございます。六人の参考人の方々には、大変御多忙の中を貴重な御意見を賜りまして大変感謝をいたしております。

実は、世論調査を見ても、介護保険制度の導入に賛成か反対かという世論調査は、日ともにも上がつてきています。八月三十、三十一日の実施では七六%、なるべく早くというのが八〇%というふうなデータが出てきているわけであり

ます。

そこで、全員の先生方にお聞きをしたいと思うのでありますけれども時間の関係上できませんので、まず実践をなさっている北さんと、そして、この制度が定着しない段階で既に御熱心な取り組みをなさっておりました山崎さん、それに、私どもと若干立場を異にしております伊藤さんの三名にちよつとお聞きをしてみたいと思います。

まず、北さんが町長さんとしてお取り組みになつております。五町で介護保険事務研究体制がスタートした。その中に、ちよつと読んでみますと、「制度の善し悪しは論議すべきですが、老後生活の不安要因を解決するための「介護保険制度」こそが、福祉の地方分権として、高齢者に常日頃接する市町村が取り組むべき最大の課題であると思つております」と。こういう一つの御主張の中でいち早く五町でこのような事務の取り組みがなされた。同時に、福祉自治体ユニット設立趣意書を見ていきますと、ともかく日本の福祉の体系を一日も早く確立しなきゃならないんだ、その中に本日の参考人の池田参考人もお入りになつていて、この中で、大変私ども地方は困るのではないのかというふうな危惧をしておった点の中で、そういう面、地方でこのような地道な取り組みが行われているという点に対して大変深い関心と敬意を表するわけであります。

そこで、北参考人にお聞きをいたしますけれども、とかくこの制度が導入をされていくと第二国保になるんじゃないのか、あるいは介護あつて保険なしということが起こるんじゃないのか、あるいはマンパワーが不足しているのではないのか、あるいは最大要因のごとく私どもには伝わってくるんですけれども、先ほど北町長さんが言つたようにこの制度こそ福祉の地方分権はここから始まるんだというそんな発想の中で、この問題についてはどんなふうなクリアしていったらいいんだろうか、

そしてクリアできるんだろうか、こんな点を北条考人からお聞かせいただきたいと思います。

まとめて申し上げます。

次に、山崎先生には非常に早い時期から介護という問題に積極的にお取り組みをいただいているわけがあります。

私どもいろんな御論議を聞いてまいりますと、先生も御指摘をしておられますけれども、マンパワーシフトの促進策というのがあります。確かに、過疎高齢化地域、農村部、山村なんかに行きますとそういうマンパワーが不足をしている、やはり薄いサービスといえますか、そういうものになっ

てしまふんじゃないのか。そういう中で、このマ
ンパワーを確保していく一つの対応というのはど
ういうことのかを呼びかけをしたらいいんだろうか。

同時に、介護といっても医療とのかみ合わせでございまして、やはり医療あるいは看護という中でその絡み合いというものを制度的に取り組ん

でいかなきやいけない、こんなふうに思うんですけれども、特にそうでなくても看護婦不足がございます。しかし、看護婦さんの資格をお持ちになっ

た、リタイアした看護婦さんというのはいくらいたるわけにあります。宝でございます。

こういうふうな方々も介護の実践の中にもう一

ら、看護協会としてこの介護保険導入に当たって、どういう取り組みを考えていらっしゃるのか、こ

次に、伊藤参考人でございますけれども、極論を申し上げますと、もう保険じゃだめなんだ、公

具体的には、先生の著書なんかを読みますと福
祉目的税を創設すればいい、福祉目的税が創設で
ない場合とは消費税と目的税と下れば、いゝ、いゝ、

きない場合には消費税を巨額転付するにいいといふふうな、これは先生の持論をまともて私は言っているわけでありませうけれども、日本の現在の社会の中で消費税とか賦課目的税とかいう形の中で介

護をやつていくというシステムは国民が合意するんだらうか。

同時に、私は従来の福祉という問題から考えていきますと、先ほど御意見がございましたけれども、福祉というのは税金という形の中で、見てやるものだ、見てもらうものだという形の福祉、上から下へという考え方だった。しかし、やっぱり保険というものは、みんなが扶助していこう、助け合っていこうという形の中から生まれてきた日本の福祉の発想の大転換だと私は思うんですね。北欧のような高負担の中でも高福祉を望む国もございましょうけれども、日本の場合かつて苦い経験を、福祉目的税もありました、消費税の問題についてございしました。

そういう問題の中で、果たしてそのことが日本の国に合うんだろかという問題、同時に、もしよしんばこの税負担でいくとしたら、これから進

んでいく超高齢化の中で税負担の財源というのはどのぐらいを見込み、どのぐらいの国民負担をお願ひしていかなければならないのか、そういうこ

とをまずお聞きいたしたいと思います。
以上です。

○参考人(北良治君) それでは、御質問いただき

ましたので、私から冒頭、お答えといいますが私の考えを申し述べたいと思う次第でございます。

まず、御質問の最初にありました国保の二の舞

になるのではないか。こういうお話をさせていただきますけれども、実は国保で私とも市町村は非常に厳しい財政運営を強いられて苦しんでいることもこれ

また事実でございまして、そして、御案内のとおり、毎年国保税が上がる、議会、町議会あるいは市議会等も含めて議論をしながら値上げをする。

毎年のように、御案内のとおり、今最高限、戸数が五十三万でございますけれども、そういうふうな徐々に値上げしていく。これが大変住民にとりま

しかし、これの根拠は何かといいますと、私ども考へてみると、あくまでもこれは医療費が膨大しては不清な事になっていることも事實でござい

にアツプしてきている、これもやはりきちつと冷静に受けとめなけりやいけないと思うんです。し

たがいまして、私の考えといたしましては、介護の分野まで医療が全部見ている、これが医療費アップの大きな原因ではないかと思えます。それが今回の介護保険によりまして医療費がある面で削減される要素が非常に強うございます。私どもの町だけでちよつとシミュレーション的に計算させていただきましたが、確かに医療費が下がるということがはつきり明確になってまいります。したがいまして、国保の二の舞という単純なことではなく、国保の運営のしやすいうように介護保険を成立させてほしいというのが私の考え方でございます。

それからいま一つは、地方分権と介護保険がどうつながるんだというお話かと思いますが、これにつきましても今率直な話を申し上げますと、お

話がありましたように福祉というものは与えられるものだ、全部何からかまでしてもらいものだという考え方が措置費をいただくということに

よつて案外定着をしてきていたんです。
しかし、私は、市町村がこれをみずから考える、
みずから努力して、そしてその人らしく生きても

「これらも展開ができるだろう、こういうふうになんか

りに考えている」ということは、みすからが市町村をどうしたいか考えていきます。そして、自己責任が拡大してまいります。それが地方分権の方向性です。

私は市町村長として責任がある。市町村長として、富士は叩たたき、三原は叩たたき、これは一

で、相手が知らない。医療に知らない。これに一番大きな問題なんです。これはやはり私も体を張って、住民とともに解決していかなきやならない。ですから、これは地方自治の流れをつくり出す

それから今、要介護認定で煩雑ではないかというお話し、私ももともと、確かにそれ

は事実です。直すところは直していかなければいけない、こういうふうに思いますが、ただ基本的

には、やはり福祉の介護度等につきましては、今
若い人たちも相当前向きに勉強してきておりま
す、地域でも勉強してきております。それをなお
養成する機関をきちつとつくっていただきたい、
こんなお願いをいたしておきたいと思ひます。
それから、マンパワーの確保につきましては先
ほど広域でというお話をいたしました。隣町と、
そしてまた今度五町一市が加わるということに
なっておりますが、この五町一市でみんなで人材
を提出し合いながら、そしてこれらの介護認定に、
あるいはまたマンパワー確保に当たりたい、こう
いうふうに思っております。

○参考人(山崎摩耶君) どうも御質問ありがとうございます。地域でのこういった介護保険提供サービスを担いますマンパワーについての御質問

先生が御危惧なさいますように、大変この看護婦不足の中で果たしてマンパワーがシフトしてい

くのかということでしたが、幸いなことに看護婦等の人材確保法、九二年に先生方の御尽力で新しいものができました後、大変看護のマン

率も下がってきておりますし、労働条件等も週四十時間労働等で職場も改善しておりますので、厚生

省の將來見通しによりますと、介護保険がスタートいたします。その中で、約七万人から削減されております。こういった見通しの看護婦はもう充足してくる、こういった見通しの

いがこの介護保険の関連するサービス提供、在宅福祉ですとか訪問看護ステーション、それから福祉施設等へ配置ができればいいのではないかと、こんな見

通しが一つ出てございますので、私どもも手を
挙げて楽観しているわけではございませんが、何
とかなるのではないかと、いろいろ考えておりま

それからもう一つは、やはり看護職の中にも、
いろいろな在宅の場ですとか老人看護、訪問看護
です。

等が大変魅力ある職場という選択肢の上位に上がつてまいりまして、その理由の一つは、やはり

先ほど難職ナースの活用という御意見もちょうだいたしたましたが、フレックスタイムで働けるメリットもございますし、例えば都心の訪問看護ステーションが二十四時間、夜間の訪問も施行してございますが、夜間だけのシフトで働きたいというような看護婦たちがそこに採用されたり、多様なシフトで働けるといった一転魅力のある職場になりつつある、こんなことも一つ目にございませう。

こういった背景を受けて、私も日本看護協会としてもこの介護保険にはやはり貢献をしたいというふうに考えておりまして、今まで幾つかの事業を進めてまいりましたが、一つはやはり担い手として、みずからの資質の向上といったものも努力させていただいておりまして、一つは訪問看護婦の認定研修ですとか、それから昨年度からはケアマネジャーの養成研修等も既に始めさせていただいておるところでございませう。

いずれにしても、量の確保は何かの形でいくのではないかとこのように考えておりますが、先ほど申し上げましたような経済評価と申しますか、やはり環境整備、先ほど池田参考人の方からは介護報酬を高く設定してインセンティブをといて御意見も出ていらつしやいましたが、そのような考え方も一考かというふうにも考えているところでございます。

○参考人(伊藤周平君) 御質問ありがとうございます。

先ほどあつたように、国民の合意といいますが、そういう福祉目的の税金なり消費税なりというのは果たして国民の合意が得られるか、日本にこういう税方式というのはないんじゃないかという御質問です。それについてちよつとお話ししたいんですが、そもそも国民の合意が得られるかどうかという問題は、世論調査の調査もあるんですが、税というものが何に使われるかよくわからない、そこにあると思うんですね。消費税も最初福祉目的の言いながら、全然福祉に使われていないわけですから、それがもし税というものが本当に目に見える形で、目的税なんなりで福祉に使われるので

あれば、それをちゃんと説明して、これだけの費用が必要でこれだけの負担をしてくださいます、そうすればこれだけのサービスが受けられますというのを国なりあるいは国会議員の先生方がちゃんと国民に説明すれば、私は十分合意は得られると思ふんです。それをしないで、単に税だと国民の反感が強過ぎる、じゃ保険なら制と簡単に取れるんじゃないか、そういう安易な発想で私は介護保険が設計されているんじゃないか、そういうふうな思ふてなりません。

じゃ、なぜ国民は増税にはたえられないというふうに断定してしまふんでしょうか。それはちゃんと、まさに先ほどおつしやったアカウンタビリティーといいますが、説明というものをこつちがやつていないからじゃないでしょうか。それをちゃんとやつて、これはこういうところに使います、福祉に使いますし、介護に使いますし、これだけのサービスを整備しようというふうに説明すれば、私は国民は増税にも納得すると思ひます。それをしないで、何に取られるかわからない消費税を上げていくからこそ国民の反感を買うのです。

それから、先ほど税でやれば権利意識が強くない、相手から与えられるような福祉になると言われますが、そもそもサービスが足りないから権利意識は生まれないのであつて、サービスがふえていって多くの人がそれを利用するようになれば、だれでも手軽に利用できます。それは、税であるか保険であるかというよりは、保険であればそれは自分負担しているんだからサービスが受けられるという意味での権利意識は確かに生じるでしょう。だけれども、その権利意識というのは、よく考えてみると、自分が保険料を払っているのに給付が全く与えられないということになると、これは不満になってくるわけです。不満というかも、不信になってくるわけです。

社会保険というのは保険の保険料負担と給付の対応関係から成り立っているわけです。その信頼関係で成り立っているわけです。それが崩れたと

きに保険制度に対する国民の不信というのは、今の年金制度もそうですが、私もゼミなんかでやると若い人たちはもう年金払わないというんです。どうせ我々年金がもらえないんだ、給付はもらえないというわけです。そういう信頼関係から成り立っている保険なんです。

だから、保険料を払うためのインセンティブといふのは給付がちゃんとされていることです。その給付がちゃんとしていないのに保険料だけ取られたら、それは不信に変わります。権利意識というよりは不信です。そうならば、もう保険料は払わなくなると思うんです。介護保険制度自体、特に我々みたいに給料から天引きされればどうしようもないですが、第二号被保険者といいますが国保の人なんかですと、そもそも医療保険を改善するために考案された私はそう思っているんですが、その介護保険で国民健康保険に上乗せして介護保険料を取るわけです。そこで滞納が起ると今度はどうなるんですか、これは国民健康保険も巻き添えですよ。非常に私は、保険料だから権利意識が生まれますとか、そういうことは逆も考えてほしいと思ひます。権利意識が生まれる一方で期待が生まれていくわけです。その期待を裏切るようなことをやれば、保険制度というのはもう崩壊します。これはもう絶対明らかです。今の年金がそうですと思ひます。

そもそも、社会保険というのは高齢化率が余り進まないで経済成長がずっと右肩上がりのときに有効な制度なんです。高齢化率がこれほどになったら、保険における給付と負担の対応関係というのは全然明らかになってこないわけです。そういう中で社会保険制度、何でも今で税でやっていたのをわざわざ社会保険に変えなきゃいけないのか。先ほど地方分権とおつしやいましたが、この介護保険制度は地方分権に私は反すると思ひます。だって、重要なところは中央で全部決めて、市町村がやれることは政令に従って何かつくることぐらいです。

そんな中で、本当にこれが地方分権なんだろうか。というのは、よく市民参加とか何とか言われますが、果たして市民が参加していつてどれだけ修正しているんだろうか、そう思ひます。私がかつてちよつと官僚をやつていたのでわかるんですが、一回法律ができてしまえば官僚というのは非常に強いんです。特にこれのように政令・省令事項で保険料まで決められてしまえば、もう権限はばつち官制が握つちやうわけです。それに対して国会のコントロールとか市町村とかというのは非常に無力な状態に置かれます。だから、私はこれは早急に成立させるべきじゃなくってちゃんと議論すべきだ。もちろん私は保険には反対なんです。もし保険にするにしてもちゃんと保険料率を書けとかそういう改正をやらなく限り、これは走り出したら修正なんてほとんど不可能です。私はそう思ひます。

○渡辺孝男君 参考人の皆さん、本当にきょうは貴重な御意見を伺ひましてありがとうございます。先ほどから税方式がいいのか社会保険方式がいいのかというお話になってまいりましたけれども、先ほど伊藤参考人の方から、一割程度の適用しかないものを社会保険方式でやるということ自体がおかしいんじゃないかというふうなお話がありました。

私自身も、本来ならば、介護のサービスが充実している段階であれば介護保険という社会保険方式でも通用するのかなという感じはするわけですが、今までの新ゴールドプランの進捗状況を見ましても、まだまだそういう地域間格差があつたり、五〇％ぐらいしかまだ目標を達成していないというふうな状況であつては、社会保険方式では、保険あつて介護サービスなしというみんなが心配されることが現実になってくるんじゃないかというふうに私自身感じています。その不安というのが、本当に国民もだんだんに実情がわかってきた場合には強くなってくるんじゃないかというふうに感じております。

そこで、社会保険方式とそれから税方式、どちらが高齢者介護保障にふさわしいのか、もう一度伊藤周平参事人からお話をいただきたいと思ひます。

○委員長(山本正和君) 伊藤参事人、実はお一人の質疑応答で二十分となっておりますので、なるべく簡潔にお願いいたします。

○参事人(伊藤周平君) 今ちょっと私も話したとおり、保険制度でやる場合というのは、保険と給付の対応関係というのをある程度はつきりさせておかないといふ非常に国民が不信を抱くということなんです。制度自体に対する不信は、保険料未納につながるのとは明らかです。したがって、保険に納めるような給付と負担の対応関係が今明らかになりつつないわけですね、高齢化が進む中で。その中では明らかにもう税方式でやるしかないし、私は年金も、その基礎年金部分は税でやるべきだといふふうに考えております。

それから、これを言うことはなんです、やはり保険だと厚生省の権限が非常に強くなる。国会のコントロールというのは非常にきつにくい。税ですと、例えば消費税を上げるときでもちゃんと国会の審議を通すわけですし、法律改正をやらなきゃいけません。ところが、この場合の介護保険なんて、保険料を上げるときそういうのを一切通さなくていいわけです。コントロールという面から考えても、ある意味でいえば厚生省なんか保険官庁ですから、だから私は保険でやりたいんだと思うんです。保険でやれば自分たちの権限は非常に強まるし、いろんな意味でうまみが大きいわけですね、その面では、国民の代表である国会でのチェックがきくという意味でも税方式というのがいいんじゃないかというふうに考えております。

○渡辺孝男君 政府が提案しております介護保険法案では、国民年金法や健康保険法とは異なりまして、保険料とかあるいは給付額の具体的数字を盛り込んでいないこととあります。これは政令以下のもので決めていくこととあります。

して、保険料を払う立場から見ると、将来どれくらい保険料が大きくなってくるのか非常に不安になるわけがあります。政府や、また地方自治体の財政状況によつて保険料率が将来急速に増加した場合に、特に年金受給者などは、年金受給額の物価スライドをはるかに超える介護保険料の改定が、これは三年ごとに行われるということであり、これは三年ごとに行われるということであり、将来の不安といふのが大きいんじゃないかといふふうに考えるわけがあります。

その点に關しまして池田参事人にお尋ねしたいんですが、こういう保険料とかが法令に定まっていらないといふことに關しましてはどのようにお考えでありますでしょうか。

○参事人(池田三君) 保険料率については、この制度では条例で定めることになっていて、このように私は理解しておりますので、地方議会のチェックがきくといふふうに考えております。

もう一つ、おっしゃったとおり、今度の介護保険の保険料率で将来的に考え直さなければいけないのは、五段階の段階保険料率にはなっておりますが、実は所得比例の定率ではないわけでありまして、したがって、これはクヨロン、トーゴーサンピンという所得捕捉格差の問題を解決しないと根本的な解決になりませんけれども、ドイツの介護保険は収入の一・七%という定率方式をとっております。将来的にはそのような所得に対する定率の保険料という方式をとるべきではないだろうかといふふうに私は考えております。

○渡辺孝男君 今回の政府案では、保険料の未納者に対してペナルティーが科せられるということになっております。非常に私自身は問題だと思ふんです。

先ほども生松参事人の方からも御意見がございましたけれども、保険料が高くなつてきますと、払おうとしても払えないような低所得者というのがやはり出てくる。あるいは、保険はあつても介護サービスがないとなれば、保険料を納めていても何のメリットもないということとで保険料を払う

のをやめてしまふといふようなことも当然起こってくるわけがあります。そういう方が市町村にどんどん出てきてしまつた場合に、介護給付がある程度下げるにしても、全く提供しないといふようなことは実際上市町村でできるのかどうか、非常に現場と市町村長さんは大変なことになるんじゃないかと心配するわけでありまして。

そのペナルティーに關しまして、伊藤周平参事人の御意見をお聞きしたいと思ひます。

○参事人(伊藤周平君) 私は、このペナルティーはもつてのほかだと思つております。こういう罰則はやるべきではない。しかも、この罰則は施行規則か何かで国民健康保険法まで拡大されております。したがって、国民健康保険で一括して介護保険料を取りますが、介護保険料未納の場合は国民健康保険料も未納になつてしまいますので、国民健康保険の場合でもその未納者については医療給付の差し止め、この場合はすることができそうです。ただ、介護保険の場合は保険給付の差し止めをするものとするといふふうに出ていまして、ちよつと微妙な違いがありますが、医療保険にまで拡大しております。

実際に、ちよつと私がかかわつた日程の調査では、自治体の人にはアンケート調査をしますと、これはやっぱりペナルティーについては恐らくできないだろう、これを厳格に適用することは現場では不可能だと。ケース・バイ・ケースという意見も多かつたんです。したがって、困つていいる人が現実に市町村の窓口に来て、あなたはかつて保険料を払つていなかったからこういうサービスはもう与えられませんかといふことは、まず自治体サイドとしてはできないといふ意見が多かつたんです。それから、ペナルティー自体は、先ほども言いました、これほど厳しいペナルティーというのは医療保険にもないわけですね。なぜこれほど厳しいものを定めているかといふのは、やはりつくつた側が、厚生省の側がそれだけの保険料未納者が出るということを見越しておるわけですね。だから、そこにもう既に問題があるんじゃないか

といふふうに私は思つております。

○渡辺孝男君 同質問ですけれども、奈良江町長さんであります北町長さんは、そのペナルティーに關しましてどのようにお考えでしょうか。

○参事人(北長治君) 率直に言ひまして、ペナルティーがかけられて、私ども市町村が窓口でそれを実施するといふことは難しいことだと思ふんです。

ただし、今お話しございました中に、例えばサービスが行き届かないから保険料は払わないよ、こゝろ言われないように、いわゆる保険あつてサービスなし、こゝろいうことにならないように私どもは真剣に取り組んでおるんです。ですから、なるほどなと理解できるように私どもとしては最大の努力をしないといけない。そして低所得者に対しては、低所得者対策がうたわれておりますけれども、これはやはりきちつと低所得者対策はやらなければいけない。当然のことですから、その中にも入つております。

ただ、国保でも私どもそうすけれども、高齢者はどのデータを見てもわかると思うんですが、支払いがよいんです。徴収率は非常に高いんです。お互いに支え合つていこう、自分たちもこうなつたらどうなるか、こゝろいうことから皆さん考えていただいているわけでありまして、したがって、保険あつてサービスなしにならないように広域連携したりいろいろな連携をしながら、そして財政、マンパワーの確保のために市町村長は最大の努力をしなきゃいけない、私はそう思つております。

○渡辺孝男君 マンパワー、それから施設等を含めまして介護の基盤の整備、それを一番早く充実しなければいけないというのが皆さんの御意見であらうと思ひます。

マンパワーの確保に關しまして、介護保険料とかがまたこの法案そのものではきちんと決められていない。どのくらいの費用が介護保険料として設定されるのか、それによりましてマンパワーの確保も決まってくるのではないかと。例えば、へ

ルバーさんがどれくらいの給与をもらって一生の仕事とできるのかどうか、その辺がやはり現場としては非常に不安があるのではないかとというふうには私は考えます。民間の方がそこに参入していけば自然と妥当な費用になつてくるんだというふうなお話もありましたけれども、今までのいろいろな例を含めまして、過当競争みたいな形で十分適切な介護費用が設定されないというふうなことも当然考えられます。

そういう意味で、その介護費用が設定されていないと、民間業者が参入しても質的に十分な介護が提供されるのかどうか、かえって悪貨が良貨を駆逐するようなことにならないかとか、現場ではどのようにお考えなのか、伊藤周平参考人にお伺いしたいと思います。

○参考人(伊藤周平君) ちよつと私がお配りした資料二を見てもらえらるでしょうか。

「実質的に厚生省が決める重要事項の例」というのを挙げております。ちよつと質問とは違ふんですが、第一号被保険者の保険料については、これは条例で定めるところになつてはいますが、この一のところ、これ百二十九条二項では「政令で定める基準に従ひ条例で定める」というふうになつていますので、標準保険料といいますが、あくまでも標準的な保険料は政令で定めます。したがつて、それに従つて二千五百円なら二千五百円、市町村によつて若干の上下は出るでしょうが、条例で定めるところになつてはいます。

もう一つは介護報酬の問題ですが、今おつしやつたように、つまり個々のサービスに保険から支払われる単価というものは今決まつていないわけですね。これが池田参考人もおつしやつたように高く設定されない限り、ホームヘルパーとかもちゃんと人件費すらも支払われないという状況になるんです。新しく医療保険福祉審議会というのができたそうでした、これはそこで審議して決めるということなんですよ、が、実質的に今の医療保険における診療報酬の決め方を見ていてもかなり密室で行われていまして、これは公開すると

は言つていますが、どれだけここに市民が参加したりあるいは利益代表者が参加できるかわかりません。あるいはその意見が反映されるかも全く未知数です。したがつて、民間を中心にサービス供給は増大するというように介護保険推進論者の方はおつしやつていますが、これはわかりません、介護報酬によつて決まりますから。

この介護報酬が明らかになつていないということとは、まだわからないというのが研究者としては私はちゃんとした立場だろうと思うんですが、それはともかく、営利企業の人、民間企業の人に聞くと、恐らく介護報酬は低くなるだろうからここではもうからないうふうにもう断言されております。在宅サービスではもうからないだろうと。したがつて、ほかの横出しとか上乗せの部分で何とかもうけていって、全体で採算が合えばいいやと。

実際に今ホームヘルパーの現場で私がよく知っている方とかに聞くと、労働強化が行われているんです。ホームヘルパーは今度事業費単価というふうになつて、介護報酬を見越してか何か知りませんがそういうふうになりまして、今まで午前中二時間、午後二時間というふうに滞在型でヘルパーさんがやつていたんですね。ところが今度事業費単価になると、市の方で今度は一時間とか三十分でやつてくれと。あれは五人やらないとだめなんです、一単位が。五人というところは、一人当たり一時間やつていたら五時間です。八時間労働としてあと三時間はもう移動とかなんとかで使われちゃいます。お年寄りにヘルパーさんがやつていて、私もやつたことがあるんですけども、物を食べさせるというのはいくつ時間もかかるんです。そんなもの一時間が三十分でやつていたらとてもじゃないができません、のどに物を詰まらせて死んじゃつたりするかもしれない。したがつて、ホームヘルパーというのは、先ほどもおつしやつたように、人材の面でこういう福祉の仕事に非常に熱意を持っている方がいらっしゃる。私の学生もいます。でも、実際にそんな

まともな職業はないんですね、パートとか。結局そういう事業費単価とか何とかで、補助金みたいな形で国の補助というのはいくら減らされていっているわけですか。今度介護保険になつて非常に安い値段といひますか介護報酬を安く設定されれば、恐らく設定されるでしょう、そんなに高くない。私は厚生省の人に聞いたらそうおつしやつていました。そうすると、当然のことですが、ヘルパーさんというのはいくら民間企業なんかみんなパートか使い捨てということになつて、マニパワーは当然育ちません。ちよつと長くなりましたが、その辺でよろしいでしょうか。

○渡辺孝男君 時間的に最後の質問になるかもしれませんが、今回の介護保険の方が社会保険として成立することになれば、今まで医療が担つていた介護の部分で介護保険で賄えるということ、医療保険の方も節約できるのではないかと、医療保険の最初目的があつたというふうにも聞いております。けれども、私自身は、介護保険が社会保険方式で出た場合に本当に医療費の方が削減されるのかどうか、その点に信じられないというふうな面もあるんです。

先ほど北町長さんあたりは国保の方の医療費も下がってくるのではないかと、そういう期待を込めておりましたけれども、その点に關しまして一度伊藤周平参考人にお伺いして、これで終わりにしたいと思います。

○参考人(伊藤周平君) 医療保険については、厚生省の推計で二〇〇〇年で一兆千六百億円で、それは介護保険の導入によつて減少するといふ推計がありますが、さきの衆議院の厚生委員会では厚生大臣が明言していましたが、医療保険は下げない、医療保険料の引き下げはないというふうにおつしやつていました。実際に二〇〇〇年度で国民医療費が約三十八兆円ですが、全体から見れば介護保険の導入によつて医療保険の負担部分が減るというのはいくくかわずかと言つてもいいわけ、実際にこの介護保険が入ったからといって

医療保険の財政再建ができるというふうなことはあり得ないわけですね。これは厚生省もちゃんと認識しております、だからこそ、健康保険法改正法案ですか、そういうふうな医療保険再建のための法案をまた今度も出すそうですが、そういうふうな政策をとっているわけですね。

社会的入院がなくなるとか医療保険のむだが削減されるというのは、社会的入院というのは介護サービスがふえない限り減らないわけ、それで無理やり社会的入院を減らすと思えば、一つのベッド当たりの費用を少なくする、ベッド数を減らすとか医師を減らすとか、そういう医療費抑制政策をやっているわけですね。そんな中で介護保険というのはい、まさに家族介護を軽減するとかそういう言葉が使われていますが、家族介護はもつとひどくなるんじゃないかと思ひますね、私は。ましてや、さつき言つたように施設からも追い出されちゃうわけですよ、要介護認定で低く認定されればその人たちは置いていても施設は経営が成り立ちませんから。施設は良心的な施設であればあるほど倒産の危険がありますよ、介護保険が入つてくれれば。すると、利用者にとっては本当に身近に利用者のためを思つてくれるような施設がなくなつてくるわけですね。あるいはそういうサービスがなくなつてくるわけですね。

私は、だからこれは家族介護にかわる新しい介護システムなんか真つ赤なうそで、これはどう考えても今の家族介護をもつとひどくなるんじゃないか。介護保険制度は私は今より悪くなることはあつてもよくなることは絶対あり得ない、というふうな断言したいと思ひます。

○渡辺孝男君 ありがとうございます。時間です。で終わりにいたしたいと思います。

○今井澄君 民主党・新緑風会の今井澄でございます。

六人の参考人の方からそれぞれのお立場で非常に貴重な有益な御意見をいただいたわけでありまして、ただ伊藤参考人の言われたことで一つ事実誤認があるので、これは最初に御指摘申し上げて

おきたいと思うんです。

今、厚生省が都道府県や市町村、主に都道府県などと協議をしながらいろいろ指示を出したりモデル事業をやっている、これは国会監視のルール違反だというお話がありました。これは、百四十通常国会六月十七日の本厚生委員会の議事録を見ていただければ、そこできちっと私が質疑をいたしまして、大臣の答弁もいただいて、これは介護保険法案が成立するとすれば、二〇〇〇年施行までに時間がないので成立するという前提で準備万端整えるべきだということで、この委員会、私の後に二人質疑がありましたが、別に異論もなく行われておりますので、これは国会監視ではないかということでは事実誤認ですから、これだけははっきりさせておきたいと思います。

その上で、私は、先ほどから議論されております税か保険か、これは実は理念の問題とか何かで、どっちが正しいという問題ではなく、私も理想的には税方式でできれば一番いいと思うんですけども、現実には今の新ゴールドプランが一九九九年で終わってしまう。その後の財源対策が何らない中で、今のうちに家族に負担をかけるない介護をマンパワーにしろ何にしろ充実するにはどうするかということで今議論をしているんだと思うんです。だから、悪くなるんじゃないかどうかという予想をされるのも御自由ですが、それよりはどうやって充実するかという前向きの議論を私はすべきだと思っております。

その点で、まず第一に北町長さんにお伺いしたいと思うんですが、先ほど何人かの参考人の意見の中から新ゴールドプランの達成ができない、七、八割の町村でできないというふうな御指摘もありました。そうすると、新ゴールドプランの達成ができれば保険方式だろうと税方式だろうとこれは二〇〇〇年は絶望なんですよ。

新ゴールドプランの達成が七、八割の町村でできないと言われているけれども本当かどうか、北町長さんの町では達成できる見込みがあるのかなのか。もしできないとすれば、あるいは御自分

のところではできるけれども、よそでできないような市町村がありそうだとということになるとすれば、その理由は何かにについてお尋ねしたいんです。私が考える理由は、まず一つは、市町村によつては目標を高く設定し過ぎたからできないということがあります。

それからもう一つは、国の財政支援が不足だからということがよく言われます。しかし、例えばこれはホームヘルパーだつたら今は年間三百六十何万あるわけです。半分国が出すわけです。そうすると年俸三百六十万円以内でヘルパーを雇える地域は国の財政支援はちゃんとあるわけです。ただ都市部などで四百万、五百万出さなきゃホームヘルパーを雇えないところはまさに超過負担が出るから財政支援がないと言えらると思えます。あるいは、特養をつくる場合も、場所によっては土地が高過ぎてできないというのほまさに財政支援が必要だけれども、地方へ行けば十分できるわけですね、国の基準でもできて、九割程度はもうかるというところがあるのですから。これはもう事実として、箱物については恐らく国の財政支援が不足しているということは否定されていると思うんです。そうすると、この国の財政支援が不足というのは一体どういう意味なのかということ。

それからもう一つは、マンパワーがなければこれは目標を立ててもできません。予算があつてもホームヘルパーを募集したら応募者がいないとなればこれは新ゴールドプランは達成できない。けれども、これは私の聞いているところでは、今ホームヘルパーを募集すると最低五、六倍、多ければ十何倍の応募者があると聞いております。

そうすると、新ゴールドプランの目標あるいは市町村の老人保健福祉計画が達成できないという話があるけれども、私にはそれができないという理由がわからないんです。その辺について町長さんのお考えをお聞きいたします。○参考人(北島治君) 今のお話でございすけれども、一つは、いわゆる市町村が新ゴールドプランを初めといたしまして基盤整備が確立してい

いのでこの介護保険等についての法案が難しい、そして市町村がいわゆる目標達成が困難だ、こういうことで理由があるんです。

確かに、事実関係といたしましては、いわゆる過疎、高齢化率が非常に高い地方において特にそうです。先ほど申し上げました四人に一人、もう三〇％を超えているところもある。こういう大変な現実であることはこれはまた事実でございす。したがって、そういう意味では、私どもの目標まで達するかどうか、これもはっきり申し上げまして確かに難しいと思うんです。

それからどうするか。厳しい財源の中で、あるいは厳しいマンパワーの中でどうするか。先ほどからよく申し上げておりますように、例えば隣町と連携をしてこれをクリアしていこう。そうすることによって、例えば要介護認定がございすけれども、先ほどもちよつと申し上げましたけれども、この事務経費が、もし要介護認定を一町一町でやっておりますとオフィスには二名なり三名置かなければいけないのです。これは二町で一つのことをやるとしますと二人ないし三人でこれができる。

そしてマンパワー。例えばホームヘルパーについても私どものところも率直な話、満度に達しておりません。したがって、これも両町でまがたがた連携をすることによってこれをクリアしなければいけないのです。達成できない達成できないと言つて私も放置するわけにはいかないんです。身近に住民がおりますから。

ですから、そういうことに工夫を加えながら連携を広げていくということが大切でございす。そして、やはり率直に申し上げまして、国が財政支援云々という話は、確かに財政は脆弱である、しかし私どもはそれの中であまり知恵を出して財政援助をしてもらわなければいけない。知恵を出しながら住民対策をきちつとすることが広域連携によつてこれは乗り切れる、こういうふうにお申し上げておきたいと思ひます。

○今井道君 まだもう少し深めたいのですが、時間がないものですから、次に移らせていただきます。

基盤整備の点で、先ほど池田参考人が施設整備の必要性のことを言われました。それで緊急措置法、ある意味では保険料を集めることによってこれまでの公費が浮いてくる、これはもう絶対によそで使つてはいけないよ、施設の基盤整備に使う。これは私どもも大変すばらしい提案だと思ひます。その施設整備についても中学校区単位でグループホームとかケアハウスとか小規模特養など、そういう形で生活に密着した形、どこか山の中にでかい特養をつくつてやるのじゃないという御提案は、まさに私どももそういうふうについているわけでありす。

実は私は、とかくこの施設整備についてプレキをかけるような発言をするので誤解を受けるのですが、私自身も施設整備がまだ十分ではないと思つております。ですから必要だと思ひますが、しかし、どちらかというと在宅の介護の整備をサポートして、サポつてというかそっちに力を入れないで施設をつくつて入れちゃうといういわゆる土建型福祉国家の流れが変わらないものですから、私はむしろ警告的に申し上げている点がよくあるんです。

そこで、先ほどの池田参考人の示された資料の中でも、施設整備が必要なのはわかるんですが、私はちよつと疑問に思ひますのは、三ページで、デンマークに比べると日本は十七分の一だというふうなお話ですが、デンマークは結局医療と福祉がはつきり分かれていて、医療は県、福祉は市。それで県の方からもう退院勧告が出るわけですね。入院したままだとペナルティが出るから市が引き取るべきを得ない。そうすると、市の方で引き取るときに何と介護施設に酸素の配管があるんです。ある程度病院のものを市がつくらざるを得ないというところがあるんです。この数字がそのまま、だから日本も今の十七倍、デンマーク並みに施設をつくればいいというふうにはならないと思ひます。

もう一つ、そこで留意しなければならないのは、介護保険は、要介護状態と認定された場合、軽度障害であっても施設介護を選ぶことができるということとです。要支援の虚弱は施設を選ばませんが、要介護はだれでも施設を選ぶことになっております。そうしますと、今の措置制度であれば行政が、職権でもって措置をするわけですからコントロールができますが、介護保険の原則でいきますと、軽度の方が施設を要望して入れないという状況、これはルール違反であります。したがって、ある意味で過剰きみにベッドをつくっておかないとうまく回らない、そういうった意味でやや過剰きみであつてしかるべきだろうと思ひます。

捨てということですね。これは大変誤解を生むんではないかと私は思っております。この九割は掛け捨てというのは本当に事実なのかどうかということについてまず私は疑問に思ふんです。

別に配られました本の三十三ページでは、第二号被保険者が四千三百万人で、その適用になるのが十万人だと〇・三％とか、あとは第一号被保険者も別に二千二百万人いるわけですね。こういうところから一割というふうに出されたのかもしれないけれども、別の数字を見ますと、現在日本では、亡くなる半年前には大体半数以上が寝たきりになる。亡くなる日にちに近づくに従って寝たきりになるというわけですね。もちろんこれは病

○参考人(伊藤周平君) 最初の御意見、九割の根拠ということですが、根拠といえますか厚生省のものに推計で、そのレジュメにも書いてありますように、二千二百万人のうち二百八十万というのは推計でして、これは六十五歳以上の第一号被保険者、それから第二号被保険者については四千三百万人のうち十万人、恐らくそこから推計して一割ぐらいだろうと。

先ほどおっしゃったように、八十歳とか九十歳になれば死ぬ半年ぐらい前はそういう要介護状態になる。したがって、もつとこの介護保険を使おう人は多くなるんじゃないかとおっしゃっていますが、要介護認定が一カ月かかるわけです。しかも、ケアプランとかを作成したりなんたりすれば

それからもう一つ、一カ月かかるかかると言いますけれども、これは医療保険と違うのは、医療保険は突然風邪になったり熱が出たり腰が痛くなったりけがをするんですよ。だけれども、要介護状態というのは突然なるんじゃないんですね。問題なのは、今、医療と福祉の連携が悪いから問題なんです。例えば脳卒中で倒れて入院したときから既にこの患者さんはいつごろから在宅に帰そうとか、いつごろからこうしようという話が始まって、医療と福祉の連携がなければならぬわけですから、既にその段階からもうこういう手続が始まるので、いざ本家に帰って介護が必要になってそこから始まるんじゃないんですよ。この認識が違うというか、現状を変えなければならぬんじゃないかと私は思っているんですが、その辺はいかがですか。

○参考人(伊藤岡平君) ちよつとそれは極論であつたんですが、結局、償還払いというのを書いたのは、例えば要介護認定をさかのぼつてと言いますが、その要介護認定の結果が出るまでにサービスを利用した場合はこれは全額自己負担になるというわけでしょうか。(「違う」と呼ぶ者あり) それは違うんですか。

○今井道君 違うんです。さかのぼつてという方針で今議論しているんです。

○参考人(伊藤岡平君) そのときも一割負担でないですか。法案を読んだらそういうふうに見えますが、全額負担ではないんですか。(「いや違う」と呼ぶ者あり)

償還払いというのはそういうことでしょうか。だって、それは一たん払ったのを払い戻してもらうんですよ、保険から。一たん払うときは全額払うんじゃないんですか。

○今井道君 全額払って、認定した度合いで……

○参考人(伊藤岡平君) そうですよ。だから、認定が出るまではそれずつと全額払わなければいけないでしょう。(発言する者あり)

○委員長(山本正和君) 速記録の関係がありますので、挙手をして発言してもらわないと速記がとりにくいので、よろしくお願いします。

○今井道君 償還払いというのは、とりあえず自分で払って、後で認定されたもののうちの自己負担分を除いたものが返ってくるんですから、保険の適用になるわけですか。

○参考人(伊藤岡平君) それはわかるんですが、一カ月かかるわけですよ、認定まで。だから、その期間は、その前に使ったときは全額自己負担でしよう。だから、金策ができなかったら利用できないじゃないですか、サービスは。

○委員長(山本正和君) それでは、あと一分ございますので、どちらからか御発言でございますか。

○今井道君 もう結構です。

○清水澄子君 社会民主党の清水澄子です。

参考人の皆様にお礼申し上げます。

時間が短いものですから、私は奈井江町長さん

と池田さんのお二人に質問させていただきたいと思ひます。

(委員長退席、理事上野公成君着席)

まず、北町長さんにお伺いします。

非常に過疎地、そういうところほど高齢者人口というのは多いと思うんですが、そういう自治体の場合に、介護保険の導入によってデイサービスや介護支援センターの運営費の補助金が今後減ると思うんですが、そういう場合に介護保険の支払い給付だけで運営ができるという見通しをお持ちなのか、それともそういう場合にはどういうことを希望しておられるのかという点。

それからもう一つ、先ほど奈井江町の場合は広域の他の市町村とうまく共同で運営したり、そういう方向に行っているというお話でした。

まず、きょうは自治体の代表としてお聞きしたいんですが、いろいろな地域に行きますと、村の単位とか小さい町の単位で抱える人口の中で高齢者の方が非常に多いという市町村、そういうところが他の市町村と広域でやろうというときに、これまでの介護施設がそれぞれの自治体で一般財源が投入されておるわけですから、そこにはとんどそういう整備がなかったところの他の市町村の住民を受け入れるという場合になかなか話が一歩進まない、そういうことも私どもは聞いて

いるわけですが、そういう点については自治体の首長間ではどういうふうな今後やつていくとされているか。

この二点についてまずお伺いしたいと思ひます。

(理事上野公成君退席、委員長着席)

○参考人(北長治君) それでは、答弁というより意見を申し上げたいと思ひますが、まず介護保険ができることによつてデイサービスやその他サービスが非常に低下するのではない、あるいは今まで本当に少ない料金だったのが高くなるのではない、こういうお話でございます。それは確かに問題点としてあることは事実でございます

が、これは私どもとしても常にこれをお話し申し上げながら要求をいたしておりますので、その点についてはひとつこれからはよろしくお願ひ申し上げたいと思ひます。

運営するに当たりまして、デイサービスや何かのサービスが低下するということはないと思ひます。思つておりますが、料金については確かに介護度、正直に申し上げますと、介護度が六つに分かれた中で、そこに当てはまるかどうかという人たちが確かに利用されていることは事実でございます。したがって、厳格にそれをやるとなると落ちこぼれてくる人がその中で出てくることもまた事実でございます。それらについてのフォローを、また理解をしてもうためにするか、やはり今後ともこれらについては理解をしようという一つの柱を考えていかなければいけないだろうと、こういうふうな思ひます。

それからもう一つは、広域の中で連携している施設の利用等についてもお互い超過負担とか、そういうものがあるではないか、これを一体どうするかというお話でございます。高齢化率によつて確かにいろいろな問題点が出てきます。しかし、これは介護保険でも給付につきましては傾斜配分するという点になつておりますから、そういうことをきちっと徹底して交付税措置をしていただきたいと思います。そして、不足分はそういう立場で援助して、サポートしていただくことによつて公平な、格差のないようにしていこう、こういうことで私どもも考えております。施設の相互間の利用というのは決して何ら問題はございません。

○清水澄子君 どうもありがとうございます。

それでは、池田さんに五点ばかりお伺いしたいと思ひます。

伊藤さんの方の九〇%の問題はもう終わりましたけれども、今後要介護認定基準によつて現行のサービス水準の低下を招くおそれがあるという声が特に大都市であるわけなんです。そしてまた、現在の特養ホームなどに入っている人たちの問題

ですけれども、現在のサービス受給者が将来的に排除される可能性があるという心配を私どものところへたくさん寄せられているわけですが、こういう問題についてはどういうふうな処理されていくべきとお考えなのか。

それから次に、要介護認定は審査会が決定しますね。そうしますと、利用者が自分の介護サービスを認める権利、自己決定権とか選べる権利とかの審査会の認定基準との関係はどのようなべきかという点が二点目です。

それから三番目に、もちろんこの介護サービスの基盤整備が一番緊急の課題だと私も思ひます。そこで、先ほどおっしゃいました介護基盤整備緊急措置法の内容、イメージといいますか、それはどういうことか、ぜひお聞かせいただきたいと思ひます。

そして次に、今回衆議院で、市町村では介護保険事業計画策定に当たっては被保険者の意見を反映させるために必要な措置を講ずべきだという修正をされたわけですが、そういう被保険者の権利を擁護する権利擁護システムはどういうシステムが考えられるかという点です。

最後に、国保連合におけるオンブズマン業務の運営に関してですけれども、ここでも第三者委員会の設置を提案していらつしやるんですが、どういうシステムをお考えで、それには財源的なものはどういうふうにお考えかという点についてぜひお聞かせいただきたいと思ひます。

○参考人(池田省三君) かなりたくさん御質問いただきましたので、なるべく簡単に私なりの考え方を述べてみたいと思ひます。

まず、介護保険が入つて、上限つきの定額給付でございますから、サービス水準の低下を招かないかという危惧は私もあちこちで聞きます。恐らく現在受けているサービスを例外的に下回るというところは生じ得ると思ひます。

ここで考えなければならぬのは二つございまして、現在の措置制度は主に所得に着目をして要介護で困っている人にサービスを配給するという

が、これは私どもとしても常にこれをお話し申し上げながら要求をいたしておりますので、その点についてはひとつこれからはよろしくお願ひ申し上げたいと思ひます。

仕組みをとっております。したがって、限られた人間にかなり大きなサービスが投入されているという実態はあるわけです。これがいわば所得、資産のある中流サラリーマン家庭にも全部広がります。そういった意味では、対象が広がるということによって限られた部分に大量に投入されているという現象が起きます。しかし、それは社会的なサービスそのものの提供量としていえば大きく押し上げるわけですから、そのところは誤解を招かないような表現として押さえた方がいいのではないかと思います。

次に、それではサービス水準の低下を招く高齢者というものが存在したかどうかということですが、それはサービスを減少させることはできません。それは不可能です。今までサービスというものを提供していた人たちに對して、介護保険が入ったからサービスはこれでおしまいだよと、そういうことの言える鬼のような市町村長がいたら私は見てみたい。それはだめなんですね。新しい制度というのは常に制度の追加でございましてから、既に給付していて介護保険でいわば足切りになった部分というのはその市町村が引き続き単独事業で見ているか否かは私にはわかりません。それはその地域の住民意思と地域政治の関係で、まさに自治の問題だろうと思います。

特別養護老人ホーム等の施設については、五年間は認定はしないで、たとえ健常であっても入所を排除することはないということになっております。二〇〇五年まではいられる。では二〇〇五年を越えて追いつくことができるのか。今の日本は江戸時代じゃないんですから、貧乏人の布団をはくような福祉というものを想定した議論というのはいくらもやめた方が私はいいと思います。ここまで成熟した国が、やっと中流サラリーマンの要介護世帯というものを対象にして救済の手を伸べようとしたときに、貧乏人を見捨てるはずはないじゃないか、私はそのような一つの構えで介護

保険というのは見ていくべきだろうと思います。

次に、認定審査会と選考権利の問題でありました。これは衆議院でも随分議論をされましたけれども、認定審査会は認定に当たって意見を述べることもでき、かつ保険者はその意見を考慮してサービスの種類を指定することができるということが法案に書いてあります。これは大問題として私たちは衆議院で議論しました。その結果、これは医学的・管理的あるいはハビリテーションの必要性のある場合というかなり限定的な使い方をしない、そういう答弁をいただいておりますので、その程度は下がっているわけですが、それでも実は指定ではなくて本来助言程度にとどめるものであつて、やはりサービスの選択の権利というのは、悪く言えばハビリテーションの権利といたう選択も自己選択だということを含めて本人に与える、そういう方向で考えられていくべきではないだろうかというふうに思っております。

基盤整備のイメージ、これは資料としてお配りいたしましたので改めてまた読んでいただけたら大変助かるのでございますが、私は、要するにその人が住んでいるところというものを一つの福祉区域、福祉圏域というふうに見直すということ、そこから始まると思っております。

中学校区というものが差し当たってはいいんではないけれども、中学校区内において在宅サービスが完結することが前提となつておりますけれども、施設サービスもやはり中学校区の中で完結していく。つまり、二十人、三十人の小規模特養、あるいは五人、六人のグループホーム、あるいは個室を中心とした限りなく自宅に近いケアハウス、そういうものを中学校区内で整備していく。大規模特養、収容型特養というものをやめて、そういう小さいわがオリエンティールの高いものをつくっていくことが恐らく二十一世紀に向けて最も効果的な投資である。そういう面から、従来の施設整備というものをひっくり返して、地域というものを小さくとり上げた上で基盤整備を行っていくべきであらうということを考えております。

さらにもう一つ、基盤整備というのは建物、ハードの部分だけではなくてソフトウェアも、すなわちマンパワーにもあるわけですが、マンパワー、これは自治体が直営でホームヘルプサービスをやるといふ形には介護保険以降ありません。民間セクター、とりわけ非営利あるいは営利団体というものが中心的な部隊になってきますので、繰り返しになりますが、それはそこに働くホームヘルパーが社会的に公正な待遇、報酬を受けられる、そのような介護報酬というものをきちんとつくっていくということです。

どうせ介護報酬なんか厚生省のやることだから安からう悪からうになる、それではだめなわけであつて、そのために国会もあるし私たちも市民として発言をするわけですから、介護報酬について押し上げるという努力がマンパワーの問題では非常に重要になると思います。我々市民は、介護報酬が押し上がったことによつて当然のことながら保険料は上がりますが、当然それは引き受けま。私たちは、高くてもより望ましいサービスというものを要求する、そういう立場に立つております。

あと、権利擁護システムの問題が言われました。実はこの権利擁護システムの欠如がこの介護保険法案の恐らくは最大の欠陥だろうというふうに私は思っております。

現時点で用意されていますのは、各都道府県に置かれた国保連合会にオンブズマン機能というものを付加させる、そしてそれは第三者機関として公益委員も入って苦情を受け付ける、この苦情の受け付けは市役所の窓口でもいいしケアマネジャーでもいいということになっていきますから、そこまではできたんです。その苦情について公益委員が専門的に調査し、結果を本人に通知する、そこまでは確認されていますからそこまではいいんですが、実はこういふ権利擁護システムというのは基礎自治体である市町村ごとに用意されなければならないと私は思っています。例えば、中野区では福祉オンブズマンがござい

ます。中野区の福祉オンブズマンが具体的に解決した内容を見ると、これは要するに窓口できちんと説明をして、そして問題があつたらその現場に通達する、それだけのことで九〇％は解決するわけなんです。ということは、限りなく現場に近いところにそういう苦情処理機能を置けば恐らく九割は解消する。残り一割でどうしてもぶつかつてしまつたところは国保連合会に上げていく。そういう二段階システムの権利擁護システムというものをつくっていくべきではないだろうか。

もう一つ、事業者に対しては残念ながら警察権力がないわけですから立入調査もできません。協力を要請することだけになります。我々は、介護保険運営委員会というものを被保険者代表でつくつて、そこに苦情処理機能を置き、そこが苦情処理を受けた場合、事業者に対して調査の協力依頼をする。大抵これは応じてくれるはずですが、当然り前の事業者がだつたら、そして、調査をして、その結果問題があれば勧告する。そして、その結果を本人に通知する。なおかつ悪質な業者がいた場合は、その資格を取り消すのは都道府県知事。現在、機関委任事務ですから都道府県知事しか

できませんから、それは市町村ではできません。しかし、オリエンティールのあるそういう市民で代表された委員会がそういう問題に勧告してなお聞かない場合は公表すればいいんです。事業者にとつて最も怖いのは公権力の行使よりも風評です。したがって、オリエンティールのある風評というものがその地域に立てばその事業者はやっていけない。そういう形で具体的な市町村ごとに権利擁護システムというものを条例の中で組み込んでいく、それが次の取り組みになっていくのではないだろうかというふうに私は考えております。

○清水道子君 財政的なものはこの法律だけでは、そういう専門家だけではできませんよ。○参考人(池田省三君) 財政につきましては、オンブズマンの財政だけではなくて、まず財政一般を申し上げますと、介護保険は市町村の財政構造

というものを軽減の方向にもたすということ、このことが随分誤解されているようであり、市町村の財政は構造的に介護保険が入ることによって六分の一から八分の一に下がるということ、したがって市町村にとっては非常にこれは望ましい財政構造だということは一つあります。

ただ私たちが一番考えなければならぬのは、現在市町村が直接あるいは措置委託によって提供している介護サービスのコストの問題であります。これは御質問の趣旨とちよつとずれるかもしれませんが、これは自治体によつては物すごい格差がございます。例えば私の知っているある首都圏の市では、ショートステイ一泊の実際上のコストが三万九千円かかっております。これは帝国ホテルに泊まれます。あるいは、ある市における社会福祉協議会がやっているホームヘルプサービスは、ほとんど家事援助中心でありながら実際のコストは一時間九千円かかっております。

だから、そういった意味で、もし市町村が従来のような形で直営もしくは措置委託のような形でサービスを直接コントロールして提供しようとするものになると介護報酬との間に大変な差というものをつくって、いわゆる超過負担というものも莫大につくってしまつて財政危機に陥るという可能性はあります。したがって、規制緩和であり多元化であり民間セクターの参入とその活用ということが最も望まれるわけでありまして、介護保険のランニングコストそのものについては非営利が一番望ましいと思いますが、非営利、営利を中心とした民間セクターがどこまで参入できるか、あるいは市町村がどこまで誘致してくるか、そのことによって大きく変わってくるだろう。

そのほかの事務費については半分国庫負担でございますし、国保連合会のオンブズマンにおける費用についても、私、直接確認はしておりますけれども、公費でもって裏打ちされるということとは間違いないのではないかとこのように理解しております。

○清水達子君 もう三十秒しかないのであれです

が、看護協会の方、認定されなかった人への支援体制とか第三者機関によるサービスの質の評価というのはどういうことをお考えでしょうか。

○参考人(山崎隆昭君) 一つ目の御質問の認定されなかった方への手当てということでは、やはりこれは老人保健事業との連携を各市町村が真剣に考えなくてはならないだろうということを考えているわけでございます。

それから、二つ目の第三者機関ということでは、先ほどもちよつとサービス提供者の質の保証ということでも申し上げましたけれども、第三者質評価機構のようなものでランクを発表したり公表したりして利用者にきちんと情報公開できる質の保証機関、このことが非常に重要だということに考えているわけでございます。これはもう既に医療の質評価機構で前例がございます。

○西山登紀子君 日本共産党の西山登紀子でございます。きょうは、参考人の皆さんには貴重な御意見をいただきました。ありがとうございます。時間の関係で皆さんに御質問できないのが非常に残念なんですけれども、よろしくお願いいたします。まず、生松さんの方に伺いたいんですけれども、現場で二十年間、医療のケースワーカーをしてこられたということで具体的なお話が伺えるかと思ひます。生松さんがお勤めの介護支援センターというところで、資料もいただいているわけですが、半年間で百件新しい相談があったということなんですが、その中で、閉じこもりとか寝たきりの方が非常に多いという地域を担当されているわけですが、この原因はどこにあるというふうにお考えなのか。そしてまた、このようなお年寄りに支援センターとしてどのような相談、具体的な支援をされてこられたのか。そして、改善されたケースなんかがございますかと思ひますので、具体的にお答えいただきたいと思います。

○参考人(生松みち子君) 閉じこもりや寝たきりをふやしている第一の原因は、在宅福祉サービスが絶対的に足りないということだと思ひます。閉じこもりや寝たきりの直接的な原因は、老化や脳

血管性の病氣などで体が不自由になって今までできたことができなくなった。そのために外出ができなくなったというところはあつたと思ひますけれども、若い人や病氣や障害を持ったからといって、その人らしい生活ができな原因、やっぱりその辺を改善していくことが支援センターの仕事だと思つております。

といつて、すぐに住宅改造とかホームヘルパーとか訪問看護ステーションの看護婦さんとかと機械的に導入するということだけではないと思ひます。孤独や寂しさの中にお年寄りの心に寄り添いながら、一緒にどうしたらいいのかわかることを考えながら、その共同作業をしながら、その方が今一番求めているものを探り出していくことだと思ひます。

私が今かわつていっているケースで、二度の脳梗塞の発作で身体障害者手帳の二級をお持ちになつていらっしゃるんです。奥様と二人暮らしなんですけれども、その方は自暴自棄になつて奥様をうんとどなたたりとかするんですけれども、その方の奥様から御相談があったときに、何を希望するのかなというふうになつて探っていきましたら、うんと頑張つて無理して病院に通院するんですね。その通院を無理してなくても往診ということなので、それから訪問看護婦さんが来て健康管理をしながらということを通して、安心してお家の中で健康管理できるようになつたんです。

その次に、訪問看護婦さんが、この方にリハビリをすれば起きられるようになるんじゃないかというところで、介護支援ベッドと歩行支援具というベッドに褥をつけたんです。そうしたら起きられるようになって、そこからポータブルトイレに移動して、そして少しずつ歩けるようになってきました。

それで、おふろにも入りたいということで、ちよつと自宅のおふろが狭かつたものですから、甲府市にあります巡回入浴サービスの申請をしまして、そしてそうこうしながら、在宅で閉じこもりをなくすデイサービスを使いたいということ

で、すごく生き生きと生きられるようになってきたんです。やっぱり私は、そういう寝たきりでいらつしやる方たちの孤独や寂しさをいやしながら、どう生活をしたのかという、そういう共同作業がとても大事なことはないかなというふうにも思つております。

それからもう一点は、支援センターは直接のサービス機関じゃありませんので、行政にこういうケースがあるよ、よりよい在宅の支援をどう組むのかという、そういうネットワークを組みながらやっていくことがとても大事なことになるのではないかなというふうに考えております。

○西山登紀子君 生松さんのお話の中で、山梨県の特別養護老人ホームの具体的な内容分析がございました。

この問題、私も非常に関心を持っています。問題なんです。私の地元は京都ですけども、七十三の特養ホームのうち、この間三十七カ所をずっとお訪ねして、この介護保険法案についての御意見なんかも伺つてまいりましたけれども、この生松さんの御報告では、四万七千円負担できる人が非常に少なく二十六名というふうなことで、かなり率が高いかなと思ひますけれども、払える方が二十六名ですね、払えない方が七割ということですからね。私がお伺いした地元の施設では、大体二割から三割が介護保険法案が通ると払えない人が出てくるというふうな訴えがありました。

これは全国どの施設でも共通しているというふうにも思ひますけれども、一つは、今入っている人の問題ももちろん非常に大きな問題ですけども、そうなりますと、介護保険法案が導入されて経費が払えないという場合には入れないという人がたくさん放置されることになるんじゃないかと思ひます。

現在、甲府市の特養ホームの特養者の数、それからどういふような状態で待たされているのかというところについて、わかれば教えていただきたいと思ひます。

○参考人(生松みち子君) 私の住んでいる甲府市では、特別養護老人ホームの待機者は百数名と報告されております。

特別養護老人ホームの最近の入所場所はどこからかという統計もあるんですけども、数年前は自宅から入所するという方もおりましたけれども、最近の特徴は老人保健施設から入所が一番多いそうです。特別養護老人ホームに入るまでの間に医療機関を何カ所も転々としながら、最終的に老人保健施設で待機して、それで入ってから入るといふふうなことになるんですけども、特別養護老人ホームは入るのがとても大変という現状にあって、老人性痴呆の重度の方で、徘徊とかそういう問題行動のある方は二年以上待たなければ入れないという状況が生まれています。

在宅で見られない方たちが特別養護老人ホームに入所するわけですので、それと在宅支援が、どんなに障害が重くても見られるという体制があればお家で見られるんだらうと思うんですけども、そういう方たちができないために入らざるを得ない、そういう最後の受け皿になっているんだらうと思います。

○西山登紀子君 そこで、甲府市の高齢者保健福祉計画の達成状況がどうなっているかということなんです、資料の七、平成八年度の到達度というのが出ています。私これを見させていただきまして、達成率にアンバランスがあります。ホームヘルパー五〇%、デイサービスが三三%なんです、ショートステイは一八%、それから食事のサービスは目標の五倍になっているわけなんですけれども、現在の介護保険法では配食サービスが対象になっていないということがいろんなところから指摘されるわけですけども、この到達度というの住民とのニーズではどんな関係にあるのか、説明をしてください。

○参考人(生松みち子君) お答えさせていただきます。

デイサービスについては、国のゴールドプラン

では二回ないし三回というふうになっておりますが、甲府市では現在週一回の利用しかできないんです。それでかつこういう状況ですので、在宅介護支援センターで、閉じこもりをなくすためにデイサービスの申請をしても二カ月から三カ月も待たなければ実際利用できないという状況が生まれております。

それから、ショートステイについては、これは一八%と随分高いんですけども、先ほどから議論されておりますように、広域圏域でのということですので、甲府市外の新しくできた特別養護老人ホーム、二十床ぐらいのショートステイのベッドがありますので、そちらにお願いをしてお借りして利用している状況です。それでもかつショートステイは、介護者が病気になるったりしたときに利用するというのではかなり有効な制度で、利用度も高いと思っています。

それから、食事サービスについては、介護保険では横出し部分ということで介護保険の適用というふうにはなされておられませんけれども、甲府市については当初予測した以上にニーズが高かったんです。ボランティア団体がいろいろ研究しまして、食事サービスを進める会が食事をつくって、甲府市が助成をして、そして配食をボランティアの方たちがしているわけですけども、一軒一軒に声をかけながらお食事を届けてくださるんです。

今、私の働いている支援センターは町の真ん中なんですけれども、小さな商店が、お年寄りがお買い物に行く八百屋さんとか魚屋さんがほとんどつぶれていって、大きなスーパーマーケットに車で行かなければいけない状況なんです。お年寄りが買い物に行けないということから、食事をつくれないために退院できないという状況が生まれてきているんです。そういう方たちには、温かい手づくりの食事は本当に生きる意欲を一つ一つ開拓していくというとてもいい制度だと思っています。

○西山登紀子君 配食サービスというのは安否の

確認というんですか、そこでお顔を見てお話ができるという点では非常な介護サービスじゃないかと思うんですけども、こういうのもやはりぜひ対象にしていかなければいけないというふうに思います。

生松さんに最後の御質問なんですけれども、この介護保険法案のもとでは営利を目的とした民間企業の参入というのが予想されているわけですけども、既にそういういろんな形で動きが起きているということがあちこちで報告されておりますけれども、生松さんのセンターにはどういうふうな動きがあるでしょうか。

○参考人(生松みち子君) 甲府市は地方都市ですので、そんなにたくさんの方のそういう企業はないんですけれども、少しずつ出てきています。毎日のように医療機器屋さんやベッド屋さんというのか、そういう方たちが営業に見えられます。そういう面では介護保険をにらんだ企業がかなり研究し、商品を開発しているというところは実感しているんですけども、私が仕事をしていて感じることは、民間でサービスを、今ホームヘルパーだとか緊急通報システム、二十四時間に対応するような緊急通報システムをつくっているんですけど、入会料が十萬だとか一カ月の利用料が幾らというふうなことなんです。私たちが日ごろ相談の対象になっている方たちはとても利用できない。

民間救急車なんかも、病気になるたびに救急車がピーポーピーポーと鳴らしてくるのが嫌だからとおっしゃる方もいるんですけども、そういう民間救急車を利用するというのもやっぱり年会費を払ってということで、資産能力のある人についてはかなり利用はいいと思うんです。

それと、あと企業が対象者を選ぶんだと思うんです。手のかからない方を選ぶんだと思うんです。私は、命はすべて平等だと思ふんです。医療も介護もすべて平等でなければいけないんじゃないかなというふうな思っておりますので、本当に行政が責任を持って介護保険はされるべきではないかなというふうに日ごろ感じております。

○西山登紀子君 どうもありがとうございます。

それでは、伊藤先生にお伺いしたいと思ふますが、私は先生がお書きになりました「賃金と社会保障」に載せられました、衆議院の審議で十分に問題点が審議されたのかという論文を読ませていただきます。全面的に大変詳細に分析をされているというところで、私たちも消費税という点については若干意見を異にいたしますけれども、しかし現行の介護保険法案の持っている問題点につきましましてはかなり専門家としての鋭い御批判、御指摘を持っていらつしやるということは私は敬意を表したいと思つております。

それで、特に参議院の審議に望まれる第一のところで、先生が拙速を避けるべきだと言つていらつしやる点は私も同感でございます。そして、先ほど議論がありました一カ月償還払いがどうのこうのという、あれはやはり一カ月たつていくな形で認定がされまふと本当に九割はきちつと戻ってくるかどうかということも保証がありませんので、先生が一度やはり全額自己負担だという点はそのとおりだというふうに思います。

それから、その点で次に伊藤先生にお伺したいわけですけども、時間がありませんので二点まづめてお伺いいたします。

先生は、基盤整備が非常にない中でこういう保険が実行されまふと保険あつて介護なしになるし、それは憲法の二十五条第二項に違反するといふぐらゐ非常に厳しくその点を、基盤整備の国の責任をあいまいにするということについて指摘されております。私も修正案を出しております。衆議院に出しましたけれども、第五条に基盤整備についての国の責任を明記すべきだといふふうに提起をさせていただいておりますけれども、その点をどのようにお考えになるかということが一点であります。

それからもう一点ですけども、介護保険を今早く成立させてほしいと言われる方の中には、確かに基盤整備が不十分だということは認めるけれ

ども、しかしまずスタートさせて、その中で基盤整備不足が解消されるんじゃないかというようなことを言われる方もおられるわけです。

その点につきまして先生はどのような御指摘をされるのか、この二点について御意見を伺いたいと思います。

○委員長(山本正和君) 伊藤参考人、三分間ございますので、どうぞ。

○参考人(伊藤岡平君) どうもありがとうございます。済みません。先ほどからちよつと議事を混乱させて申しわけないです。

今の御質問なんですが、やはり基盤整備というのは、私が一番主張したいのは新ゴールドプランというのが今達成できないという状態にあるわけです。

いろんな原因があると思うんですが、自治体の財源不足、それから国がちゃんとホームヘルパーに対して補助単価をつけていないというのがあると思うんですね。予算人員はふやしているんですが、一人当たりの補助単価は大体年額六十万ぐらいです。ということは、かなり少ないので自治体が超過負担をして、それに上乗せしてかなり待遇をよくしないとヘルパーは集まらないという状況もあるわけです。

やはり、国の責任で新ゴールドプランというのはできたのであるから、最低限それを完全達成するという責任をまず追及していくと。あるいは、例えばヘルパーが集まらないなら全部パートでいいというふうにするんじゃないかと、ヘルパーさんは私は十七万人は全部フルタイムで必要だと思えますし、それだけの具体的なプランをまず出さないと。それをしないので介護保険なのかというのが私は一番疑問で、急いでこれを導入しなきゃいけないという人たちは、つまり私の身近に話す人ですと、先ほどの御質問にもありましたが、介護保険を導入したらサービスがふえる、あるいは保険料を払うんだからサービス水準はよくなるだろうという漠然とした期待から皆さんある程度の賛意を示しているわけです。

ただ、実際に果たしてサービスがふえるかどうかというのは非常にわからないわけですね、先ほど言いましたように介護報酬ということで。介護報酬を市民の力でどんどん高くしていけばいいと言いますが、とにかくこれを成立させてその中で直していけばいいという議論は果たして私は成立するんだらうかと思うんですね。直していくというよりは、そもそもこれだけの問題点があるし、これだけ議論が必要なものに対して、なぜそれを早く成立させなきゃいけないのか。これはどう見ても、私またこういうことを言う、今井議員あたりから怒られるかもしれませんが、やっぱり問題点がよくわかっていないうちに早く成立させようという意図があるんじゃないかというぐらいに思うわけです。

実際、問題点がわかってきたら、例えば日経の世論調査ですと、早急に成立させるべきというのはいくつか八割ぐらいいいなくて、あとは問題点をじっくり議論するべきだ、あるいは法案を出し直すべきだという方が圧倒的に多いわけですね。なぜこの問題点がわからないのかというところは極めて疑問で、それはもうちよつと税か保険かの議論も含めて国民的議論になっていないわけですよ。ほとんど内容を知らないわけですよ。内容を知らない人が七割で、賛成八割と、こういう総理府の世論調査もありましたが、これなんか全く私にはばかばかしいと思うんですね。内容も知らないのになぜ賛成なのか。介護保険とは社会で支え合う仕組みですというふうに言っているというふうな質問紙法をやればだれだって賛成と言いますよ。今の現状から。これで反対と言っている人はいないですよ。これは明らかに私は世論操作に近いと思うんですね。

だから、そこら辺も含めて私はもつと議論を深めるべきだし、国民に問題点が知られていないのになぜこれを早く成立させなきゃいけないのか。現場は待っていると言いますけれども、現場の実情をわかっていない人はもう反対していき

よ、実際に、特養の人たちでも。

なぜそれをこんなに急いで、しかも私は政治の世界で幻想を抱かせることは一番最悪の方法だと思えます。幻想を抱かせておいて、これが実際に入ったとき、みんなが言っていたようなものと全然違うと思ったときに、期待を裏切られたときに、国民は本当に、政治家にもそうですが、みんな不信感を抱くと思うんですね。だからこそ、これはもうちよつと慎重に議論してもらいたいし、これを政治的な思惑で処理してもらいたくないというのが私の主張です。

○西山登紀子君 ありがとうございます。

○釘宮馨君 最後の質問でございますので、よろしく御協力をお願いしたいと思います。

きょうは参考人の皆さん、本当に御苦勞さまでございました。

今までのいろいろな議論が出てまいりました。税でいくべきか、保険でいくべきか、最も根本的な問題のとらえ方から、さらにはそれぞれの認定の問題であるとか、また市町村、それぞれの自治体はどういうふうな御意見をもちました。

私は、ここで吉村参考人にお聞きをさせていただきたいと思いますが、日本の今日までの老人介護といふのは、いわば社会福祉法人が経営する特別養護老人ホームが今日までの任に当たってきたわけでありまして。しかしながら、今回の介護保険の導入によってこれが医療機関やさらには民間の営利団体、そして地方ではJA、農協あたりもこれに参入をしてきょうという現在の状況であります。

私は最近特に特別養護老人ホームの皆さん方と意見交換をする機会が多いわけでありまして、今まで措置制度という一つの制度の中で老人介護といふものを担ってきた特別養護老人ホームが、老人介護のニーズが増大してきたということによってこの介護保険制度の中に組み入れられていく、そのこと自体については我々もこれに異論を挟むつもりはない。

しかしながら、実際特養あたりを経営するにいては、今までの建設に当たっては土地はみずから国家に寄附をし、さらには四分の三の補助はあるといえ、今一床当たり一千万ぐらいうるわけですから、八十床つくればこれが八億円。この八億円のうちの四分の一といえは二億円。この二億円のお金をこれはみずから手出しをしてつくってきいているわけでありまして。

しかしながら、この借金をどういうふうにして返していくかといえ、一つの規制の中で措置費の中から事務費のパーセンテージを決められて、これを返していく。この制度自体もつい最近起こったわけでありまして、ほぼ今日までいゆる善意の中でこの制度というものは成り立ってきた。それが民間企業も参入する中でいゆる競争原理の矢面に立つわけでありまして、吉村参考人がおっしゃったように、全く違つた世界の中でこれからやつていかなきゃならないわけですから、大いに不安があることは事実だろうというふうに思います。

したがって、先ほど参考人が言われました、いわゆる免税の特典であるとか、それから退職金制度も今は公が二分の一は出してくれているわけですが、さらに特養あたりは五十人、八十人ぐらいますから職員数が非常に少ない。職員はある意味では定着率が高くなつていまして、定額で払われてきますと、給与が上がつていきましたと、定昇財源がもう確保できないというふうなことも非常に不安として指摘をされておられるわけでありまして。

そういう意味で、激変緩和といいますが、この制度がやっぱりなじむまで特養の関係者といふのは、この制度そのものは賛成だけれども、ある意味では今までの社会福祉と営利を目的としたこの介護保険制度との間がなじむまではという強い希望があるようでありまして、その点について特に吉村さんの方から再度御意見があればお伺いをさせていただきますというふうに思います。

○参考人(吉村親生君) 今、釘宮先生からお話がありましたように、社会福祉法人の経営する特別

○参考人(伊藤周平君) 済みません。
○釘宮鑰君 もう時間がなくなりましたので、最

請願者 長野県大町市平借馬団地四七ノ四
九 平林清秀外九千九百九十九名
紹介議員 鶴岡 洋君
この請願の趣旨は、第二二号と同じである。

第二二号 平成九年十月一日受理
公的臍帯血(さいたいけつ)バンクの設立、臍帯血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定に関する請願
請願者 宮崎県えびの市大字西郷一、二二三
〇 外赤勝朗外九千九百九十九名
紹介議員 大森 礼子君
この請願の趣旨は、第二二号と同じである。

第二四号 平成九年十月一日受理
公的臍帯血(さいたいけつ)バンクの設立、臍帯血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定に関する請願
請願者 福島県双葉郡大熊町大字小入野字西大和久四七一 愛川文代外九千九百九十九名
紹介議員 渡辺 孝男君
この請願の趣旨は、第二二号と同じである。

第二五号 平成九年十月二日受理
公的臍帯血(さいたいけつ)バンクの設立、臍帯血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定に関する請願
請願者 名古屋市中区那古野二ノ一七ノ二 三 森富士子外九千九百九十九名
紹介議員 荒木 清寛君
この請願の趣旨は、第二二号と同じである。

第二八号 平成九年十月二日受理
公的臍帯血(さいたいけつ)バンクの設立、臍帯血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定に関する請願
請願者 広島市南区宇品東七ノ七ノ一六
紹介議員 加藤 修一君
この請願の趣旨は、第二二号と同じである。

嘉屋重国弘外二万九千九百九十九名
紹介議員 山下 栄一君
この請願の趣旨は、第二二号と同じである。

第二九号 平成九年十月二日受理
公的臍帯血(さいたいけつ)バンクの設立、臍帯血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定に関する請願
請願者 茨城県猿島郡三和町東山田一、五九二 鈴木務外一万九千九百九十九名
紹介議員 風間 昶君
この請願の趣旨は、第二二号と同じである。

第三一号 平成九年十月二日受理
公的臍帯血(さいたいけつ)バンクの設立、臍帯血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定に関する請願
請願者 広島県福山市三吉町南二ノ二ノ六 坂田茂外九千九百九十九名
紹介議員 及川 順郎君
この請願の趣旨は、第二二号と同じである。

第三四号 平成九年十月二日受理
公的臍帯血(さいたいけつ)バンクの設立、臍帯血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定に関する請願
請願者 東京都墨田区立花三ノ九ノ一四 結城春子外九千九百九十九名
紹介議員 加藤 修一君
この請願の趣旨は、第二二号と同じである。

第三七号 平成九年十月三日受理
公的臍帯血(さいたいけつ)バンクの設立、臍帯血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定に関する請願
請願者 三重県志摩郡志摩町布施田四九八 南立身外九千九百九十四名
紹介議員 山本 保君
この請願の趣旨は、第二二号と同じである。

第五二号 平成九年十月六日受理
公的臍帯血(さいたいけつ)バンクの設立、臍帯血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定に関する請願
請願者 広島県尾道市新高山一ノ二、七四八ノ一二 志茂源次郎外九百九十九名
紹介議員 及川 順郎君
この請願の趣旨は、第二二号と同じである。

第五三三号 平成九年十月六日受理
公的臍帯血(さいたいけつ)バンクの設立、臍帯血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定に関する請願
請願者 埼玉県狭山市上広瀬二五九ノ一ノ一
紹介議員 今井 澄君
この請願の趣旨は、第二二号と同じである。

る請願(第五三三号)
一、介護保険法案の抜本的修正に関する請願(第五五五号)(第五六六号)(第五七七号)(第五七八号)(第五九九号)(第六〇〇号)(第六〇一号)(第六〇二号)(第六〇三号)(第六〇四号)(第六〇五号)(第六〇六号)(第六〇七号)(第六〇八号)
一、公的臍帯血(さいたいけつ)バンクの設立、臍帯血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定に関する請願(第七五五号)(第七五六号)
一、遺伝子組換え食品の表示と安全性確保に関する請願(第八三三号)
一、公的臍帯血(さいたいけつ)バンクの設立、臍帯血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定に関する請願(第九七七号)(第一〇九号)

第五五号 平成九年十月六日受理
介護保険法案の抜本的修正に関する請願
請願者 埼玉県秩父郡皆野町皆野三二〇 大塚芳男外千七百五十八名
紹介議員 阿部 幸代君
介護保険法案は、第四百三十九回国会に提出後、参議院で継続審議となつてゐる。衆議院での審議を通じて、このまま介護保険が実施されれば、「保険あつて介護なし」となる危険性が一層明らかになつた。同法案は、国民の権利を明確にしていな

いばかりか、具体的な内容を三百といわれる政省令にゆだねておられ、現在行われている介護・医療のサービスよりもサービス内容が低下することと危惧(きぐ)される。ついでには、切実な国民の介護要求にこたへ、安心してサービスが受けられる制度とするため、次の点で介護保険法案を修正されたい。

一、給付の認定にかかわる要件を大幅に緩和・拡大し、介護を必要とするすべての人に必要な給付が実施される制度とすること。
1 四十歳以上の介護を必要とするすべての者を給付の対象とすること。加齢疾病条項は廃止すること。
2 狭く限定されている「要介護者」の範囲を拡大し、手続を簡素化し、給付内容を拡大すること。
二、低所得者の保険料は免除すること。国庫負担

四ノ二四ノ一〇一 長沢信男外九百九十九名
紹介議員 今井 澄君
出産が終わった後の胎盤の血液は、人の命を助けることができ、提供者には負担が掛からない。出産という一つの命を産み出すときに、他人の命を助けることができるのは大変素晴らしいことである。ついでには、次の事項について実現を図られたい。

一、「臍帯血(さいたいけつ)バンク」を設立すること。
第五五五号 平成九年十月六日受理
介護保険法案の抜本的修正に関する請願
請願者 埼玉県秩父郡皆野町皆野三二〇 大塚芳男外千七百五十八名
紹介議員 阿部 幸代君
介護保険法案は、第四百三十九回国会に提出後、参議院で継続審議となつてゐる。衆議院での審議を通じて、このまま介護保険が実施されれば、「保険あつて介護なし」となる危険性が一層明らかになつた。同法案は、国民の権利を明確にしていな

いばかりか、具体的な内容を三百といわれる政省令にゆだねておられ、現在行われている介護・医療のサービスよりもサービス内容が低下することと危惧(きぐ)される。ついでには、切実な国民の介護要求にこたへ、安心してサービスが受けられる制度とするため、次の点で介護保険法案を修正されたい。

一、給付の認定にかかわる要件を大幅に緩和・拡大し、介護を必要とするすべての人に必要な給付が実施される制度とすること。
1 四十歳以上の介護を必要とするすべての者を給付の対象とすること。加齢疾病条項は廃止すること。
2 狭く限定されている「要介護者」の範囲を拡大し、手続を簡素化し、給付内容を拡大すること。
二、低所得者の保険料は免除すること。国庫負担

を抜本的に引き上げること。措置制度を拡充すること。介護保険料の滞納、未納を理由とする排除や制裁をやめ、罰則規定を削除すること。三、サービス利用料は徴収せず、介護給付の受給に当たっては負担のないものとする。四、民間事業の自由料金による補完を前提とする低い保障水準を抜本的に改めること。民間保険や介護サービス会社などの営利企業の介護への参入は認めないこと。

五、公費負担によるサービス供給基盤の整備をまず先行させること。また、介護保険の給付の内容・水準は、人間の尊厳を保障するにふさわしいものになるように常に見直し、改善することを法律に盛り込むこと。苦情処理手続やオンブズマン制度等を導入し、常にサービスの適正化を図ること。

六、介護給付が困難な状況の下での当面の措置として、介護手当を支給すること。七、保険事業の運営を民主的なものにし、公開の原則を貫くこと。住民の参加を保障すること。八、国民健康保険税(料)滞納者に対する制裁強化条項を削除すること。

第五十六号 平成九年十月六日受理
介護保険法案の抜本的修正に関する請願
請願者 宮崎市大字塩路二、七九四ノ七
松田ひろ子外千六百七十九名
紹介議員 有働 正治君
この請願の趣旨は、第五十五号と同じである。

第五十七号 平成九年十月六日受理
介護保険法案の抜本的修正に関する請願
請願者 東京都港区三田一ノ一ノ三三ノ十九名
Aノ二〇三 丸山孝男外千六百七十九名
紹介議員 上田耕一郎君
この請願の趣旨は、第五十五号と同じである。

第五十八号 平成九年十月六日受理
介護保険法案の抜本的修正に関する請願
請願者 鹿児島市田上五ノ四九ノ八 中村 信一郎外千六百七十九名

介護保険法案の抜本的修正に関する請願
請願者 東京都練馬区西大泉四ノ二二ノ六
伊藤文博外千六百七十九名
紹介議員 緒方 靖夫君
この請願の趣旨は、第五十五号と同じである。

第五十九号 平成九年十月六日受理
介護保険法案の抜本的修正に関する請願
請願者 三重県四日市市尾平町三、八〇三
ノ五 中島高成外千六百七十九名
紹介議員 笠井 亮君
この請願の趣旨は、第五十五号と同じである。

第六〇号 平成九年十月六日受理
介護保険法案の抜本的修正に関する請願
請願者 栃木県小山市松沼四三〇 板橋好一外千六百七十九名
紹介議員 藤澤 弘君
この請願の趣旨は、第五十五号と同じである。

第六十一号 平成九年十月六日受理
介護保険法案の抜本的修正に関する請願
請願者 新潟市坂井砂山二ノ二〇一ノ〇
Bノ二〇一 丸山恵里外千六百七十九名
紹介議員 須藤美也子君
この請願の趣旨は、第五十五号と同じである。

第六十二号 平成九年十月六日受理
介護保険法案の抜本的修正に関する請願
請願者 茨城県結城市結城一、七〇一ノ七
小林純一外千六百七十九名
紹介議員 立木 洋君
この請願の趣旨は、第五十五号と同じである。

第六十三号 平成九年十月六日受理
介護保険法案の抜本的修正に関する請願
請願者 鹿児島市田上五ノ四九ノ八 中村 信一郎外千六百七十九名

紹介議員 西山登紀子君
この請願の趣旨は、第五十五号と同じである。

第六十四号 平成九年十月六日受理
介護保険法案の抜本的修正に関する請願
請願者 兵庫県尼崎市武庫之荘七ノ二九ノ一六ノ二〇一 増田勝彦外千六百七十九名
紹介議員 橋本 敦君
この請願の趣旨は、第五十五号と同じである。

第六十五号 平成九年十月六日受理
介護保険法案の抜本的修正に関する請願
請願者 横浜市区弥生台六二ノ一七 大戸義男外千六百七十九名
紹介議員 筆坂 秀世君
この請願の趣旨は、第五十五号と同じである。

第六十六号 平成九年十月六日受理
介護保険法案の抜本的修正に関する請願
請願者 大阪府堺市北野田五八ノ五四
向井末子外千六百七十九名
紹介議員 山下 芳生君
この請願の趣旨は、第五十五号と同じである。

第六十七号 平成九年十月六日受理
介護保険法案の抜本的修正に関する請願
請願者 群馬県利根郡月夜野町大字下牧二五七 藤原大寿外千六百七十九名
紹介議員 吉岡 吉典君
この請願の趣旨は、第五十五号と同じである。

第六十八号 平成九年十月六日受理
介護保険法案の抜本的修正に関する請願
請願者 北九州市小倉北区木町三ノ一三ノ七 小島聡外千六百七十九名
紹介議員 吉川 春子君
この請願の趣旨は、第五十五号と同じである。

第七十五号 平成九年十月七日受理
公的臍帯血(さいたいけつ)バンクの設立、臍帯血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定に関する請願
請願者 神奈川県藤沢市南藤沢一ノ一四ノ五〇一 稲葉優子外千九百九十九名
紹介議員 魚住裕一郎君
この請願の趣旨は、第二十二号と同じである。

第七十六号 平成九年十月七日受理
公的臍帯血(さいたいけつ)バンクの設立、臍帯血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定に関する請願
請願者 広島県安芸郡府中町城ヶ丘二四ノ七 篠田久男外千九百九十九名
紹介議員 及川 順郎君
この請願の趣旨は、第二十二号と同じである。

第八十三号 平成九年十月七日受理
遺伝子組換え食品の表示と安全性確保に関する請願
請願者 長野市小島田町二、〇五七 安川 朝夫外千九百九十九名
紹介議員 今井 澄君
この請願の趣旨は、第一〇号と同じである。

第九十七号 平成九年十月八日受理
公的臍帯血(さいたいけつ)バンクの設立、臍帯血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定に関する請願
請願者 広島県竹原市田ノ浦一ノ五ノ二
水野文弘外千九百九十九名
紹介議員 及川 順郎君
この請願の趣旨は、第二十二号と同じである。

第一〇九号 平成九年十月九日受理
公的臍帯血(さいたいけつ)バンクの設立、臍帯血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定

公的臍帯血(さいたいけつ)バンクの設立、臍帯血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定

公的臍帯血(さいたいけつ)バンクの設立、臍帯血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定

公的臍帯血(さいたいけつ)バンクの設立、臍帯血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定

公的臍帯血(さいたいけつ)バンクの設立、臍帯血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定

公的臍帯血(さいたいけつ)バンクの設立、臍帯血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定

公的臍帯血(さいたいけつ)バンクの設立、臍帯血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定

に關する請願

請願者

広島市南区段原二ノ一三ノ二

下垣登外九百九十九名

紹介議員

及川 順郎君

この請願の趣旨は、第一二号と同じである。

平成九年十月二十九日印刷

平成九年十月三十日発行

参議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局

F