

第百四十一回国 参議院 厚生委員会 會議録 第五号

(四五)

平成九年十月三十日(木曜日)
午前十時二分開会

委員の異動

十月二十八日

和田 洋子君

十月二十九日

但馬 久美君

今井 澄君

出席者は左のとおり。

委員長

理事

委員

国務大臣

政府委員

厚生大臣 小泉純一郎君

厚生大臣官房総務課長 田中 泰弘君

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

厚生省社会・援護局長 炭谷 茂君

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

事務局側 大貫 延朗君

常任委員会専門員

本日の會議に付した案件

○委員派遣承認要求に関する件

○介護保険法案(第百三十九回国会内閣提出、第百四十回国会衆議院送付)(継続案件)

○介護保険法施行法案(第百三十九回国会内閣提出、第百四十回国会衆議院送付)(継続案件)

○医療法の一部を改正する法律案(第百三十九回国会内閣提出、第百四十回国会衆議院送付)(継続案件)

○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。

去る二十八日、和田洋子君が委員を辞任され、その補欠として水島裕君が選任されました。

また、昨二十九日、但馬久美君及び今井澄君が委員を辞任され、その補欠として山本保君及び朝日俊弘君が選任されました。

○委員長(山本正和君) 委員派遣承認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につき、現地において意見を聴取するため、委員派遣を行いたいと存じますが、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) 御異議ないと認めます。

つきましては、派遣委員、派遣地、派遣期間等の決定は、これを委員長に御一任願いたいと存じますが、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し、質疑を行います。

質疑のある方は順次御発言願います。

○宮崎秀樹君 おはようございます。自由民主党の宮崎秀樹でございます。大臣初め厚生省の皆様方、連日大変御苦労さまでございます。

私は、この介護保険法、やはり必要だということとは十分認識をしておりますし、また、いろいろこの作成に当たっても議論を重ねてきた者の一人でありますので、その内容等についてこれから御質問を申し上げ、そして国民に本当にわかりやすい、介護保険というのはいくつかの点だということに認識できるような立場での議論を進めていきたいと思っております。

ただ、私、皆様方の議論を聞いていまして、聞けば聞くほど大変いろいろな問題を内蔵しているなというふうな思っております。厚生省令で定めるところが非常に多いということも一つでありまして、それから、国民の方々の本当にこの保

険はどういう保険かと理解をしているその度合いというものは大変温度差がある。

私は、今週の月曜日ですが、往診をしてまいりました。これは私がかねがね診ている患者さんでありますけれども、二年前に脳血栓で私が身体障害者の認定をしました。このときはまだ立つことができた。数歩歩けた。これは二級ということ、で、体幹の障害ということで私は書きましてけれども、実は、今週の月曜日に行つたときには完全に寝たきりでありました。

これは七十五歳の御婦人でありまして、御主人がひとりこれにつきっきりで面倒を見ております。私に、先生、テレビで見えていますよ、介護保険ができたから私も楽でできますよ、これで解放されると。私は、とてもじゃない話だよ、あなたは解放されませんよ、おむつが積んであるわけですが、これはとてもそんなわけにはいかないんだという話をしたら、そうなんですかと、こういうことであります。

そこで、こういう寝たきり状態の人在宅でケアしたときに、一体一カ月で何時間介護の人が来て見ていただけるか、平均的なもので結構ですから、実態をお教え願いたいと思っております。

○政府委員(江利川毅君) 要介護状態になりました方につきましては、申請を受けて、介護認定審査会で要介護状態にあるかどうか、あるいはまた要介護状態の程度はどうかを決めていくわけでございます。そして、その要介護度の程度に応じて給付限度額が異なりますし……

○宮崎秀樹君 そういうことはわかってはいます。寝たきりになったときにはどうか、実態的なことを教えていただければ結構です。

○政府委員(江利川毅君) では、最重度のケースでどういうモデルを提示しているかということでございますが、審議会で議論がありましたときに

一つのモデルとして私どもが示したものでござい
ますけれども、例えば自分で寝返りをすることが
できない、日常生活に介護を要しまして、夜間の
巡回、訪問看護が要ると……

○宮崎秀樹君 そういふことはわかってる。時
間ありませんから、どのぐらい来てくれるか言っ
て。

○政府委員（江利川毅君） 最重度のケースです
と、例えば訪問介護は週十四回、合計しまして九
時間二十分ぐらい。それから日帰り介護、デイサ
ビス、デイケアでございますが、週三回、合計し
まして十八時間。それから訪問看護週二回、短期
入所月一回七日間というサービスの組み合わせを
一つのモデルとして示しているところございま
す。

○宮崎秀樹君 そうしますと、だれかが全くそば
から離れることはショートステイの七日間以外
はないんですね。そういうことがわかってないで
すよ、一般国民は。

だから、あくまでもこの保険は支援、サポート
なんです。片方、在宅介護支援センター、これ
は「支援」がついているんです。それから今度つ
くるといふ介護支援専門員、これも「支援」です
ね。ところが、介護保険だけは「支援」が入って
ないんですね。だから、私はむしろ介護支援保険
と、国民にわかりやすく、これはあくまでもサポ
ートなんだよというのを徹底的に今言っておか
ないと、保険料を取った、申請を出した、何だ約束
違ふじゃないかと、こういう話になってくると、
私がそのとき話したその御主人が、それなら保険
料払うことないね、今までもとそう変わらないね、
私どもはもっと大きなことを国が、市町村がやっ
てくれるのかと思っただけでも、という話が出て
くるわけですね。

大臣、国民にわかりやすくするために、支援と
いうことを大いに今から言っておかないと大変な
誤解を招くというのを私もそうやって実感的
に感じてきましたので、この辺に關して大臣の
御所感をお伺いしたいと思います。

○國務大臣（小泉純一郎君） 介護保険よりも介護
支援保険の方がより適切ではないかという御指摘
だと思えますけれども、介護保険制度というのは
もともと介護を支援する保険制度ですから、私は
むしろ用語というのはいい方かいいと思う。厚生
省も保健、医療、福祉を担当しているんです。保
健医療福祉省よりも厚生省の方がわかりやすい。
老人保健福祉局も呼び名は老健局ですね、老健局
長。大体、日本人というのは四文字でも二文字に
省略しちゃう。できるだけ私は用語というのはい
い方がいいと思う。介護保険は介護支援ですとい
う説明の方がいいんじゃないか。長つたらしい
名前ではできるだけ短くしよう、要約するといふと、
介護支援保険より介護保険の方が私は適切ではな
いかと思っております。

○宮崎秀樹君 私に言わせると、それは一つのヘ
リ屈ですが、国民はやっぱりわかりやすい方がいい
い。そういうふうな誤解を招くんでは。だから、
それはそれできちつとそこを徹底的に厚生省やっ
てもらわないと困るわけですね。現場はそう思っ
ていまして、実際私も窓口で全部一対一で話を
しますと。だからそこはひとつ徹底的にそういう
御主張ならばやっていただきたいと思うわけであ
ります。

それでは具体的な問題に入りますけれども、こ
の法律の第七条の第二十三項、これちよつと読ま
せていただきます。療養型施設とは、療養型病床
群、第一条の五第二項に規定する療養型病床群を
有する病院であつて、当該療養型病床群等に入
院する要介護者、この要介護者が問題でありまし
て、括弧して「その治療の必要の程度につき厚生省
令で定めるものに限る。以下この項において同
じ。」というんですね。その治療の必要の程度に
つき厚生省令で定めるものに限る。この厚生省令
はどういうことをお考えなのか、お教えいただき
たいと思います。

○政府委員（江利川毅君） 厚生省令におきまして
は、長期療養を目的とする施設に適した状態とし
まして、病状が安定期にあり、定型的医療や看護、

介護、機能訓練を主眼とする治療を必要とするこ
とを具体的に定めることを予定しております。現
在の療養型病床群に入院すべき方と同様の状態の
方を想定しているということでございます。この
厚生省令につきましては基本的にそういうことで
ございまして、十年度中にそういう内容を公布す
る方向でやっていきたいというふうに思っており
ます。

○宮崎秀樹君 これ非常にあいまいでありまし
て、この判断というのとはなれたがするんでし
ょうか。
○政府委員（江利川毅君） 介護認定審査会がござ
います。ここは、医療、保健、福祉の方が要介護
度を判定する、その人の状態を見ているわけでご
ざいます。そういう中に、この人は療養所のケア
が必要であるということになります。そういう指
示をすることがございます。当然、今申し上げま
したようにその中にはお医者さんも入ったところ
でございます。あるいは、かかりつけ医の意見書
をいただくということがありますが、その中にそ
ういうかかりつけ医として注意すべき事項を記入
していただくということがございます。この資料
も介護認定審査会にかけられます。そういうこと
を踏まえてそのサービスを受けていただくことにな
らうかというふうに思います。

○宮崎秀樹君 それじゃ介護認定審査会がする
ということですね。そういうふうな理解してよろし
いですか。
○政府委員（江利川毅君） そういう指示をするこ
とができるということでありまして、もちろんそ
ういふ指示のないケースもあるわけございま
す。そしてその場合には、本人が施設入所を希望
する場合は選ぶわけでありまして、その人の状態
を見て、例えばその施設のお医者さんがここは
いでしょう、どうぞというふうな形で判断する。
そういう個々の両者間でのその状態を見ての判
断、そういうこともあります。

○宮崎秀樹君 どうもその辺が私もさう言ってい
るというふうな感じなんです。

これはやっぱりルールをきちつとしておか
ない。私がなぜそれを申し上げるかという、デイ
ケアの場合は、厚生大臣もこの間の田浦議員との
話の中で、人に介護もすれば医療も行えますよと、
こういうことですね。ところが、施設入所になり
ますと、療養型病床群に入りますと、これは介護
保険だけで見ると、こうなっているんです。医
療保険の給付は行われないでしよう。老人保健施
設もそうでしょう。そこをはつきりしておかない
とこれは人権問題になるんですよ。

というのは、医療保険で面倒を見ればこれは傷
病手当金というのがあるんですけど、給付の
内容に。介護保険になったら傷病手当金はその日
からもらえなくなりますよ。それをだれがどこで、
バックに国家権力が何だか知らないけれどもそ
ういふものもあつたとして、そういうものをす
ばんとそこでやられたらその人は大変困る。と同
時に、労災保険は六十五歳以上の人でも労災保険
ありますから、労災保険の適用を受けている人が、
おまえ介護保険だよと言われたら、これはまた問
題が起きてくる。

いろんな関連性があるものですから、やはり私
は、施設に入つても、デイケアと一緒に医療の分
は医療保険で見ましよう、介護の分は介護保険で
見ましよう。ただ、介護と医療と同じ行為をす
るときには、これはタブつちやいけませんよと。
こういうふうにするシステムをつくらないとこれ
は私は大問題になると思う。だからそこら辺はど
ういうふうにお考えになっているのか、これから
御検討してそのような方向でいくのか、どんなふ
うにお考えでしようか。

○政府委員（江利川毅君） お話がありましたよ
うに、例えば療養型病床群、そういう施設に入り
ますというふうになりますと基本的にまず介護保
険の適用になるわけでございます。ただ、急性増
悪等が起る場合には、原則としては療養型病床
群の場合には医療施設も持っていますので、医療
施設の方に移つていただいて医療保険で治療を
していただくというふうになります。

○政府委員（江利川毅君） お話がありましたよ
うに、例えば療養型病床群、そういう施設に入り
ますというふうになりますと基本的にまず介護保
険の適用になるわけでございます。ただ、急性増
悪等が起る場合には、原則としては療養型病床
群の場合には医療施設も持っていますので、医療
施設の方に移つていただいて医療保険で治療を
していただくというふうになります。

ただ、緊急やむを得ないような場合で、なおかつ医療を必要とするようなケースというものはあり得るわけでございます。これにつきましては、例外的なケースとそれから介護保険で対応するケースと区分けしていかなくちゃいけません。介護保険の方で上乗せして見るか医療保険で見ると、これは厚生大臣が定める形になっておりますので、それによりまして医療あるいは介護ともに受けられるような形にしていこうということでございます。

○宮崎秀樹君　そうすると、医療と介護と両方受けられるというのは、給付も両方からできるということですか。ということはここにきちっと書いてあるんですね。二十三項の後ろの方に、「介護療養施設サービス」とは、介護療養型医療施設の療養型病床群等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて行われる療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療をいう」と書いてある。これ明示されているんです。ですから、そこは今どうもあやふやなんです。もう一回はっきり、人に対して医療の分は医療保険から給付するし、介護の分は介護保険から給付する。入所している場合ですよ、それはきちっとできるんですね。

○政府委員(江利川毅君)　入所している場合です。入所している人が医療を要するようになりましたら、例えば療養型病床群の場合には当然介護施設部分と医療施設部分があるわけでございますので、その場合には医療施設部分に移っていただく。医療保険の適用を受けていただく、通常はそういう形だろうと思います。

ただ、緊急やむを得ない理由があつてどうしても動かさない、なおかつそこで適切な医療ができるということもあるわけでございます。その場合には、ある特定のものにつきましては医療保険で対応する、そうでないものにつきましては介護保険で対応する。ただその介護保険の中には、包括的な介護給付のほかに、サービスに見合った部

分も含めて提供する形にする。いずれにしても、その人に必要な介護サービス部分と医療サービス部分が提供される、そういう形にするということでございます。

○宮崎秀樹君　何かどうもそこら辺がはつきりしないので、特定なものとおっしゃるけれども、特定なもので何でしょう。

○政府委員(江利川毅君)　これから検討して決めていくことでございます。非常に典型的なわかりやすい例で言えば、例えば、その療養型病床群に入院している人に歯科治療が要る、そういうようなものであれば、これはもう介護保険ではなくてそういうものは医療保険で見るとか、そういうようなものを定めていくということでございます。

○宮崎秀樹君　中耳炎なんかどうなんですかね。いろいろ出てきますよ。だからそんなこと言わないで、医療の部分は医療で見ざるを得ない、これは。そんなもの一々全部挙げていたら、病名全部で二万幾つあるんですからね、病名は全部おやりになるつもりならいいけれども、それはとてもできません。だからそこはもっと柔軟性を持ってひとつこれから御検討いただきたいというふうにお願いたします。

それでは次に進みます。

介護支援専門員の問題でございますが、介護支援専門員の研修を既にもうおやりになっていると、そしてその指導者ももう決めて進まれているというお話を伺っているんですが、それは都道府県がやっているんだというこの間のお話ですが、どういふ人を指導者として、だれがどこでその指導者をお決めになったか。その指導者は介護専門員の資格試験を受けた人、それはまだやってませんよね。どういふお考えでそれを、勝手に決めたと言っちゃ失礼ですけども、我々何も知らされておりませんし、どういふ方がやっていらっしゃるかお教え願いたいと思います。

○政府委員(江利川毅君)　介護支援専門員の研修は都道府県が行うということでございますが、現在行っておりますのはその介護支援専門員の研修

の指導者の養成でございます。この指導者の養成は国の事業として行っております。現在まで第一期の指導者養成が終わっているわけでございます。受けた人数は四百八十名でございます。都道府県から推薦をいただいて研修をしたわけでございますが、職種としては、医師、歯科医師、薬剤師、保健婦、看護婦、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士などの方々が受講されております。

それからもう一つ、介護支援専門員のお話もございました。これはこれから都道府県において養成することになります。養成の仕方については、保健、医療、福祉の分野について知識を有し、かつ介護について経験を持っている者、こういう人を対象にするわけでございますが、その人が介護支援専門員として必要な専門的知識等を持つていかどうか、そういうことを調べるために試験をしまして、一定の知識を持っている人を対象に都道府県において研修を行うと、こういう形でございます。

○宮崎秀樹君　各都道府県の推薦というんですけれども、これは広くどういふふうに公募したのか、どんな方法で出したのか、その経緯はおわかりでしょうか。

○政府委員(江利川毅君)　高齢者介護サービス体制整備検討委員会、こういうものをいわゆるモデル事業の一環として設置していただきまして、そういうところの意見を踏まえて選定をさせていただいているわけでございます。都道府県におきまして県下の保健・医療・福祉サービスに従事してその内容に精通している、そして指導的役割を担っている者、そういう者をそういう委員会の意見などを踏まえながら選定をして、各都道府県が十名推薦をして研修を受けたわけでございます。

○宮崎秀樹君　そうすると、一本釣りですね。

○政府委員(江利川毅君)　推薦をするに当たりましては各職能団体の意見を聞いて、職能団体からこういう人という推薦を受けて、手続というか事実上の行為でございますが、各職能団体等と相

談しながら人選をしたというふうに聞いております。

○宮崎秀樹君　どうもそういう話は私は聞いていないんですけども、まあいいですよ。今記録残りましたから実態をうちの方もちゃんと調べておきます。

私は、できるだけこういうのは公募して、本当に密室でそういうことをやらないで、こういう制度をつくるんならスタートが大事ですから、スタートを誤るとこれは大変な誤解を招きますから、何でもガラス張りに行なうというのは厚生大臣の主張でありますから、そこら辺は明快にだれでも納得のいく方法でひとつおやりいただくようお願いいたします。

それから、介護支援専門員であります。今のところは歯科医師さんや薬剤師さんや医師も、それから介護福祉士とかいろいろ書いてありますね。それで最後に「等」となっている。この「等」はどういうことをお考えになつていらつしやるのか。

○政府委員(江利川毅君)　介護支援専門員は、先ほど申し上げましたように、研修を受けるに当たって試験を受けていただく、それである程度介護支援専門員として必要な幅広い基礎知識を持つていかどうかをチェックするわけでございます。ですから、この「等」を含めまして書いてありますのは、その試験の受けられる人ということでございますから、私どもは幅広く認めてよろしいんではないかというふうに思っているわけでございます。

先ほど国家資格のようなものを持っている方を例示したわけでございますが、それ以外に、実際介護の実務経験を持っていて、十分勉強して幅広い知識を持つておれば、特定の国家試験の資格者だけじゃなくて、幅広く認めていきたいというふうに思っております。

○宮崎秀樹君　現場で五年以上の実務経験があるとか、いろいろそうやってホームヘルパー等も含めておやりいただくのは大いに結構だと思

ます。

ただ問題なのは、医師もホームヘルパーも同じ試験を受けさせるという話は、これはやっぱりちよつと私は問題があるんじゃないかと思うんですよ。医師にしてもいろいろまた種類ありますよ。例えば整形外科の医師で理学療法専門のことを二十年もやっている人とホームヘルパーさんと同格で資格を与えてケアプランをつくれといったら、それは専門家のケアプランと、そう言っちゃ悪いけれども素人さんがちよつと資格を取った人がつくったのとこんな差が出てきます。これは公正、公平の面から私は大変問題が出てくると思うんですよ。

だからそれは、いろいろな人がチームを組んで、そして皆さんの合意で一つのケアプランをつくるというシステムにしないと、単独でそんなことを同列に並べたら、恐らく医師はこの試験は余り受けないと思いますけれども、私は、やっぱりそうやって長年の経験がある人には黙っていて資格を与えとか何かやらないと、余りばらつきがひどい問題が出てくるんじゃないかなと。そこら辺を危惧していますので、それをひと御検討願いたいと思います。これは御返事はできないと思うので結構だと思いますが、頭の中へ置いておいていただきたいと思います。

時間もないので先に進みます。
私は障害認定をしていますし、またかつて県の再審査の委員をやっていたんです。そのときに体の障害認定がありますね、一級、二級、三級、四級がなくとも五級なんです。介護のケアプラン、また認定その他が、例えば三級の人の方が介護の内容が濃くて二級の人が介護の内容が低いなんということがあると、これやっぱ大変な問題が出てくるんです。ですから、体の機能障害の一級、二級、三級、五級というものと介護の介護の内容、これが程度整合していないと私は問題が出てくると思うんですよ。だから、その辺のところは障害者手帳というものをやはり参考にしてもらいたいと思うんです。

それと、リユーマチやなんか、こういう病氣はいわゆる審査をするときの状況で非常に変わるんです。きょうは天気が悪いという、私も今一人寝たりのリユーマチの患者を往診していますけれども、やっぱり天気の悪いときは痛くて身動きできない。ところが、天気がよくて調子がいいと自分で横へおいて大便秘で。その日によって違うんですよ。こういうふうに非常に変わる病氣がいっぱいありますから、そういうことを考えるとやはりある程度連絡をとってやってもらわないと困るなというふうに思っています。

そこら辺は、いわゆる身体障害者の認定とこの介護の問題をどういうふうにお考えになっているか、お聞かせ願いたいと思います。

○政府委員(江利川毅君) 身体障害者の、特に体幹に障害のある方についてというお話でございまして。体幹に障害のある方の等級を見ますと、一級というのとは座っていることもできないとか、二級であるとか座位とか起立を保つことが難しいとか、そういう状態が書いてあるわけがございまして。こういう要介護認定といえますのは、その人に対する介護サービス量の大きさを判断していくものであります。そういう状態から見まして考えますと、一般的な要介護認定からサージス量と障害等級、特に体幹障害の場合ですが、大きな不整合が生じないのではないのかなという感じがするわけがございまして。びたりと合うかどうかというのはいずれでございまして、余り大きな不整合は生じないのではないかなというふうに思います。

○宮崎秀樹君 あなたは素人だからそういうことを言うんですよ。患者さんを見てないでしよう。患者さんを見てない人に何がわかりますか。実際に行ってみて現場で介護の内容を見ると、それは整合しなきゃおかしいですよ。動く範囲は全部一緒なんです。あなた方は机上で何でも考えてやるからとんでもないものが出てくるんです。現場と全くそぐわないものが出てくる。一回私と一緒に往診に行きましよう。それで見て一回やろう。そうしないとだめだ、私はそう思うんですよ。あ

なた方も現場をきちっと見て、そして実際におやりください。技官の方が来られたから、あなたは患者を見ていかないと聞いたら、見ていないと言います。幾ら医者でも見てない人にはわからない。やっぱり現場へ行つてこなきゃいけない。だから、議論するときは、一度それをしてからぜひ御返事をいただきたいと思います。

問題は、医学的管理の側面というものをやはりそこで考えていかなきゃいけない。介護介護と言つても、介護になるにはバックグラウンドがあつて介護になるんです。病氣があつたり、いわゆるけががあつたり、外傷があつたり。ですからその因果関係というのは、これは必ず調査してその側面を見なきゃいけない。結果的な機能障害だけとらまえて介護介護ということ、あなたたみたいなことをおっしゃるんで、そのバックグラウンドには必ず疾病があるわけ。だから、そこら辺をきちっと見た中で御判断いただきたいということだけ申し上げておきます。

それからサージスであります。民間会社に介護サージスを委託するといふようなことをおっしゃっているんです。認定をして、認定した内容によつて介護サージスを支払するわけ。そのサージスが実際そのとおり行われているかどうかということとどこでだれがチェックするんですか。

○政府委員(江利川毅君) 先ほどの障害者の関係につきましても、ぜひ先生にお供させていただきまして、どうぞよろしく願ひいたします。それから、今の民間事業者との関係でございまして、介護サージスを受けるということになりますと、その人にケアプランをつくるわけがございまして、介護サージス計画をつくり、その計画に従つてサージスを受けるわけがございまして。

そして、これが適切に行われているかどうかといひますのは、一つには、サージスを受けている本人が計画どおりになっているかどうかといひのを見ることができ。それからまた、介護支援専門員がときどきフォローアップを行うということ

になつておりますので、そういう形でその計画どおりサージスを受けているかどうかをチェックすることができ。こういうことになつております。○宮崎秀樹君 それは、そういうシステムを具体的にどこでどうつくるかというのは全く何も書かれていません。それはどこでそういうことを決めるんですか。あなたが今思つていらつしやるのか、そうじゃなくてもう議論をしていて具体的にこういうことをするんだということなのか、これからそういうふうになるであらうという話なのか、そこら辺はどうなんですか。

○政府委員(江利川毅君) 介護サージス計画をつくるというところは法律に書いてございまして、そういう形で受けるわけがございまして。そうしますと、どの事業者からいつどういうサージスを受けるといふのはその計画の中に書かれますので、その事業者が来てこういうサージスをやったかどうか、これは受ける本人もわかるわけがございまして。苦情、問題がありまして、苦情処理等の仕組みがありまして、それで指摘をすることができるといふことになつてます。

また、介護支援専門員が介護サージスを行う人と一緒に会議をしながらケアプランをつくるわけがございまして、そのケアプランのサージスが計画に従つてきちんと行われているかどうか、これをその後チェックするといふのも介護支援専門員の一つの業務でございまして。ですから、そういうサージスを受けているか、これも介護支援専門員が一定の間隔で確認してまいりますので、業務としてそのチェックも行われるということがございまして。

○宮崎秀樹君 そうすると、介護支援専門員といふのは非常に忙しいですね。これは、何人受け持つて、そして何週間に一回チェックするのか。それから、今の内容の介護サージスは、一月もたつたら認定したときよりもよくなつたか、全然違う状況になつたかというところも、例えば施設介護の場合はいいですが、それは一体具体的に

どうなんですか。

○政府委員(江利川毅君) サービスを受けまして要介護度が改善をしていくということはあるわけでございます。そして、これは三カ月ないし六カ月ぐらいに介護認定を更新していきますので、重くなっていれば重くなったように、軽くなっていれば軽くなったように、そういう形でその人の状態に合わせて介護認定が行われていくことになり

ます。
また、軽くなったときになかなか申請はないかもしれないが、重くなったような場合には、これは変更はどちらでも構わないわけでございますが、本人が再認定の申請をすればまた改めて要介護度の変化に応じて再認定をし直す、三カ月ないし六カ月という期間とは関係なく、変化があれば申請をして再認定をすることが出来ます。

○宮崎秀樹君 今あなたは六カ月とおっしゃったですね。六カ月だったらこれは膨大な数になるんですよ。

それで、これは介護サービスをしている人たちが一月ごとにレポートとか、そういうもので実態をお出しになるんですか。これはどういう方法になるんですか。それと、それを審査する機関というのはおつくりになるんですか。そこはどんなんでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険に基づいてサービスを受けるということになりますと、で、上る仕組みとしては、基本的には市町村が保険者であります。審査、支払いを国保連に委託することができるということになっておりまして、実際は国保連が審査、支払いをするんだらうと。

そのときに国保連はどういう形で審査、支払いをするかといいますと、国保連の方にその人の介護サービス計画というものを届けてもらい、チェックする材料として国保連が持っている。一方で、介護サービス事業者がいつこういうサービスをしたいということで請求を出していく。その請求と計画との突合をしながら、的確に行われて

いるというのをチェックした上で国保連の方から支払いが行われる、こういう形になります。

○宮崎秀樹君 これはもうちょっと細かく詰める必要があるんで、ひとつ検討しておいてください。それから、きょうは時間がないから詳しく突っ込みませけれども、この前、今井先生がおっしゃっていましたが、内科的には確かに急に介護状態になるようなことはないんですよ。ところが、外科的にはあるんです。

この間も私のところへひとり暮らしのお年寄りのおばあさんが転んで骨折をして来ました。きき手を骨折しちゃった。これは入院することはないですね。シーネでやって一週間ぐらいたればはれがひける。ギプスを巻けばいいんだから。ところが、きき手だから飯もつくれない、動きがとれない、介護をだれか欲しいですよ、こう言うんですね。ところが、申請して一月もかかったら治っちゃうんですよ、申請している間に。だから、そういうときに介護保険へ入ってお願ひしますというのはおつくりいただけるんですか。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険制度を創設します趣旨といえますのは、いわゆる寝たきり老人等を家に抱えて、ずっと家族が介護サービスをしてそれはもう大変だと、そういう介護を支援していくということでございます。

ですから、要介護状態がある程度の期間継続する人を対象にするということでございます。そういう意味では、骨折等で一カ月ぐらいいという場合にはこの法律の対象にはならないのではないのかという感じがするわけでございます。

○宮崎秀樹君 あなた、重大発言ですよ。そんなことで欺瞞的にやつたら国民は怒りますよ。それならそれで、それはやりませんと言えは話をはわかるけれども、介護保険というのはそんなことを一つも書いてないですよ。一月ぐらいいのものは対象にしませんとか、そんなことは法律のどこへ出てくるんですか。例えば、足の骨折なんかはやつぱり三カ月ぐらいいかりですよ。動きがとれない。

こういうときなんかもやつぱり考えてもらわなければいけない。これはきちっとひとつ検討してください。

最後に、私、健政局長さんにお尋ねしたいのは、地域医療支援病院のことをぜひ聞きたいんです。これは医療圏に二つぐらいいをめぐって地域医療支援病院というものを医療法の中でつくると言っているんですが、地域というのはいろいろ実情があるんです。あれを読むと割かし公的病院を中心にお考えのようですが、既に民間病院がそれにかかわってそういうものが全く必要ないという地域もありまして、これから何にもなくてつづきなきやならない地域もある。いろいろ地域格差がある。

それはやはりその実情において、地域の特性というのを考えてひとつこの問題は検討していただきたいと思うのですが、いかがでしょうか。

○政府委員(谷修一君) この地域医療支援病院の整備については、最終的には都道府県の医療計画の中で決められていくわけですが、私どもが複数ないしは複数以上と言っているのは、いろいろ申し上げておきますのは、一つに限定をしないという意味で申し上げているつもりでございます。何かもう一方の意見として、一つしか認めないんじゃないかと、そういうような意見がときどきあるものですから、そういう意味じゃないという意味で申し上げておきますので、最終的にはそれぞれの地域の実態に合わせて判断をしていくということだと考えております。

○宮崎秀樹君 まだ一分半ぐらいいありますから先ほどに戻りますけれども、この法律で、「身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について」ということが書いてあるんですね、要介護状態とは。だから私は、先ほど言ったことは、やはりお考えいただく中でそういう緊急な、救急的なものに関しての二つの道というものはつけておいてもらいたいと思うんです。そういうような場合、国民からお金を取るわけ

ですから、それに対する給付をきちっとできるようなシステム、体制づくりをぜひお願いしたいと思います。最後に大臣に一言だけいたしたい、私の質問を終わります。

○国務大臣(小泉純一郎君) お話のように、国民もこの制度の趣旨、内容というものをよく理解してもらわないと協力は得られないということでありまして、この保険制度の内容等、どのように国民に理解していただくか、パンフレット等あるいはいろいろな機関を通じて今後理解を深めるような方々からの協力を得られるように今後一生懸命努力していきたいと思っております。

○宮崎秀樹君 終わります。ありがとうございます。

○山本保君 平成会の山本保です。先週に続きまして御質問させていただきます。

私は、今、宮崎先生も本場に御経験に基づいた緻密な厳しい御指摘があったと思っております。厚生委員会はぜひ、これは党としてじゃなく私個人の考えですけれども、与野党問わずこの保険制度の問題点はきちんと直すなり、そういう話し合いをやるべきだと思っております。今、与野党の方々の委員会じつくりとやろうということを進めておられると聞いておりますし、まさにそのように進んでおりますので、非常に結構なことだということに思っています。

私は、先日厚生省がもとになっている介護量、総量というが、そのための費用というものが極めて脆弱というが根拠のないものではないかというお話を理論的なところだけ原理的なところだけさせていたいただきましたけれども、きょうはもう一度それを少し数字も入れてお話ししたいと思います。といひますのは、この介護保険が必要だということの一番根拠は厚生省の試算によれば平成十二年度ですか、四・二兆円のお金が必要なんだ、国費は二兆円程度しか出ないんだ、そこでどうするんだと、こういうことがその根本にあったわけでありまして、これが本場にそうなのかどうか、ここが

崩れてしまえば、どうしてこんなに問題が多い、また反対が多い、また事務も大変である、保険料を払わなかった人は今まで受けていたサービスも受けられなくなる、こういう制度が導入されなければならぬのかというこの根底が崩れるのではないかと思うわけです。

御存じのように、私も、今ある現状の措置費制度を、国の責任でこの費用を賄う制度を基本にしつつ、今持っている処分という措置制度のさまざまな問題点と、それからこの介護を實際に行う場合の運用上のいろんな問題を直していくような制度で行った方がいいのだという考え方を発表しまして、介護保障制度という形で法案化を今やっているところであります。その発想のもとにも実は私はこの保険制度というものの、みんなが常識として考えていた、本当にそんなにお金がかかるのかということについても一度きちんと議論をすべきだ、研究者の人にもやっていただきたいと思っておるわけです。

うがった見方をしますと、これだけ各委員が、私もを初めとして、こんな二千五百円ではとても済まないんじゃないか、権利意識が芽生えればもつととお金がかかるんじゃないかということをおっしゃいます。厚生省は平気な顔をしているというのは、私は自分も福祉に携わった身として隠し玉で持っているんだということとはわかるわけです。

つまり、この前申し上げ、これから言いますが、民間のサービスを導入していけばそれは実際にはそんなにお金をかけなくてもいいです。ですから、これはもちろん予測ですからわかりませんが、減るのかふえるのか、いずれにしても試算どおりうまくいくなれば結構でした。しかし、これは結果よければいいというわけにはまいりません。国民から大変なお金をいただくということ、厚生省が出す以上、そのもとの積算根拠をきちんとして国民に示さなければ、そんなお金を取るというようなことはしてはならないと思います。

そこで、最初に、もう一度確認でございますけれども、現在、例えば在宅で一・三兆円要するという費用推計が資料にあるわけですが、この一・三兆円がどのような形で、特に民間公的なサービスとして行われているのか、こういう割合などについて詳しい分析というのはされているのかどうか、これについてお答えをいただきたいと思えます。

○政府委員(江利川毅君) 在宅の介護費用がどうかかるかということでございますが、これにつきましては、私も施設に入る人と在宅でサービスを受ける人との、施設に入る人を除きまして、除いた人たちが在宅サービスを受ける対象になると。そして、年齢ごとに発生率、どのぐらい対象者がいるかというのを推計し、それに現在の補助基準とかそういうものをもとに単価を設定して計算しているわけでございます。

これは、介護保険制度ができましたと、費用の実態等を調べて、地域差等も踏まえて介護報酬を設定すると。それで出てくるのが意味では本当にかかる費用ということになるわけでございますが、まだそういう仕組みになっておりませんので、そうすると一定の前提を置いて推計するしかない。その推計としては、現在の補助単価とかそういうものを前提に計算したということでございます。この中で民間の割合がどのぐらいになるかというところまでは推計はしておりません。

○山本保君 先の将来予測の辺でもお話があったのでまとめて考えてみますと、今おっしゃったとおりだとすれば現在の〇・五兆円の内訳についても特に調べていない。そして、それが平成十二年度ではこの前のお答えで一・三兆円になるであろうと、こういうふうな推測されたけれども、これは基本的にこの前のお話もまた資料も含めて結論を言えば、老人人口がふえていくであろう、そしてそれにGDPの伸び率を三％として掛け算をしていく、こういうことが一番大きなものになった数字だということに思えます。それでよろしいですね、もう一度確認でございます。

○政府委員(江利川毅君) そういう対象者がふえていくということに加えて、新ゴールドプランがで上がりますとどういうサービス体制になるか、どれだけのサービス量が提供できるか、そういうことも踏まえて、あるいは療養型病床群のように、今の新ゴールドプランには入っておりませんが、介護保険の施設になっていくわけでございますので、こういうものがどのぐらい整備されるか、こういうサービス量も踏まえまして推計しているものでございます。

○山本保君 それで結構です。というのは、つまり今よりももう少し使う人がふえるであろうというところも入れているということですから、私は最初に申し上げましたように、この額が余りふえないのではないかといいたいわけですが、私からそのことで結構でございますが、多く見積もつてこれぐらいである、こういうふうに言われているということですね。

ここが、この前も申し上げたわけですが、非常に現実のお金、全部これ信用いたしますが、そうしますと、今約〇・五兆円ですから、一・三兆円になるということは二・六倍になる、こういうことですね。ですから、これをそのまま信用して考えてみますが、しかし、民間サービスと公的なサービスの間には現実には非常に費用の差があるということが言われておるわけです。坂田教授の調査では、いろんなことをやられていますが、例えばホームヘルパーなどでは二・一％というような数字があつて、大ざっぱに二割から五割ぐらいというふうな言われて、これは御存じだと思います。

それでちょっとお聞きしますが、ホームヘルパーなどについてはある程度のデータがあつて、公的な、市町村が独自でやっているサービスと、それから民間、特に法人その他がやっているサービスについての調査結果があるというふうな聞いておりますので、それをお示しください。

○政府委員(羽毛田信吾君) 今、先生のお尋ねは、いわゆる在宅サービスで民間に委託している実態

等についてのお尋ねでございます。それにつきましては、現在の状況につきまして御報告申し上げますと、訪問介護、いわゆるホームヘルパーのサービス事業、それから訪問入浴介護事業等につきましては、営利法人等も含めました民間事業への委託を進めております。

それで、現状でございますけれども、平成八年の八月でございますが、訪問介護につきましては三十七市町村、いわゆるホームヘルパーでございます。それから、訪問入浴につきましては四百十八市町村におきまして委託ということが行われております。そういった民間事業への委託を進めております。現状はそんなところが今わかっているところでございます。

○山本保君 これは先回のときにも細かく数字を出していただいたというふうに言っておきましたので、今すっきりした数字じゃないようですが、私がいただいていっているものをちょっと言いますと、平成八年三月三十一日現在で、訪問介護、ホームヘルプサービス事業を委託している市町村数は、それを実施しているのは三千二百五十一、ほとんどです。そのうち委託をしているのは二千七百一十一市町村であると。そして、ダブルもあるが、その中でいわゆる福祉法人にやっていただいていっているのは六百五十七、その他が二百四十九という数字をいただいております。間違いないと思います。

○政府委員(羽毛田信吾君) 失礼いたしました。訪問介護事業全体の委託、民間等に限らず委託の実態というのは先生お挙げいただいた数字のとおりでございます。

○山本保君 それでは、私、厚生省の方にこの前もちょっと申し上げたように、実際こういうノウハウを全部持っているのは官僚なんですから一度これで試算をしてくださいとお願したんですが、どうもやっていただけないようなので、自分で、小学校の力でできるだろうということで計算してみました。

といいますのは、ほかに数字がないわけですか

これはやむを得ないわけで、今出た数字を、余り厚生省に酷な数字では悪いのでちよつと丸くして、今委託について簡単に言えば七対三というふうにもつと少ないですけれども、ちよつと多目に見て七対三ということになるでしょう。それから、坂田教授の二二%という数字がありますけれども、これもちよつと低過ぎるかもしれないので、仮に三割と。公的なサービスとすれば民間サービスの費用は三割である。こういうふうな仮定しまして、そして、もちろん委託数と実際のサービス量というのは違いますけれども、これはもう全くわからないことですから、大きな町から小さな町まで込み込みにして全部同じだと考えますと、そうすると実施量については七対三、そしてその費用については十対三ということになります。

これで計算をしますとどういうことになつてくるかという、例えば現在〇・五兆円ですが、このうち民間に払っているのは、このお金をもとにして考えますと〇・〇五七兆円、つまり五百七十億なんです。〇・四四三兆、四千四百三十億が公的なサービスに使われているというふうな考えられます。これをもとにして、平成十二年には現在の二・六倍になると。この二・六倍は、今の構造とは関係のない全体規模の話ですから、これをそのまま信用したとしますと、民間は全部で今申し上げたの二・六倍ですから、約三千四百億円で済むんじゃないかと。

ごめんなさい、今ちよつと途中を飛ばしました。私は平成十二年に全部もう民間でやるというふうな仮に仮定して計算してみますと、大体三千五百億弱、これで済むような数字になつてくるんですね。間違ひがあるかもしれませんが、これはどうぞ専門家の方できちんとやっていたきたいんです。

そうしますと、実は一・三兆円というのは、今ある七割から八割が公的なサービスで、そして三倍からそれぐらいのお金を払っているという今の現状、今の福祉がよくないと言っているこの公的

なサービスだけが優先して民間がちつともできないというこの現状をそのままにしておいて、それを平成十二年に持つていった数だということなんです。これはもととそんなことはあり得ないわけですよ。ですから、一・三兆円は要らないんじゃないか。もつと極端なことを言えば一兆円要らないんじゃないかという数字も出てくる。厚生大臣、これ、今の数字、そんなに難しくない数字なんです。どうお思いですか。

○国務大臣(小泉純一郎君) 私は数字が苦手なもので、それは専門家にちよつとお任せしてみたいと思います。

○山本保君 どうも失礼しました。突然で申しわけありません。

ただ、私ももちろん数字が得意なわけではありませんが、計算機でやっただけで難いことではない。ただの比例計算をしてみただけなんです。それは一・三兆ではなくして、〇・三兆少しで済むと、全部民間に今の規模でやつていただければ、そういう数字になつてきたわけですよ。

それから続いてもう一つ、次に進みますけれども、これに加えて実は日本の社会福祉というのは民間施設がほとんどなんです。ほとんどこれはもう明治以来のいろんな状況によつて、国家がやるよりも民間の方が一生懸命やつてこられたという歴史があるわけですよ。そして、小泉大臣おられるからあれですが、よく郵貯のことを言われますけれども、福祉分野においてはほとんど民間型なんです。ところが、民間型だといつてもその費用はほとんど国が持つていて、こういう形であるわけですよ。これは非常に外国と比べますと特異な形である。

私もアメリカが一番わかりやすいので、アメリカについて資料がないかということ厚生省にお願いしましたら、ジョンズ・ホプキンス大学の研究会、これは日本人も有名な人が入った研究会で、六カ国をずっと調べたものなんですけれども、それを見ますと、社会サービス分野というのがあ

るんです。日本はそのサービスの運営に関する収入割合でいきますと、民間の寄附金は〇%であつて、アメリカは二八%。イギリスでは四〇%という数字が出ておられます。つまり、民間の寄附がこの分野には二割から三割と言つていいと思うんですが、入っているわけですよ。日本の方はほとんど入っていない。

これも、先生方はもう御存じだと思いますが、今の実情をあらにしなければすぐわかることとして、措置費が四億四、五億円いくような施設でも、年間どれだけ寄附金を集めましたか。この前、長野に一緒に行かせていただいたときに聞いたんですが、もう百万円から二百万円集めるので精いっぱいなんです。ですから、この〇%というのは全く正しい数字だと思つていいです。

ですから、もしこれを民間の寄附が、公益寄附金でこういう分野にきちんと入つてくれば、さつき申し上げたお金、約〇・三と言いましたけれども、〇・三兆、四兆でもいいですが、これもまた実は七掛けで済むかもしれない。公的に用意しなくても、つまり税金や保険料全部でやらなくちゃいけないもの七掛けで済むんだと。簡単に言えば、大臣、一生懸命大蔵省と交渉してほかの省にとられないように何とか持つてこようと努力されていると思いますが、こんな簡単な方法があつたわけですよ。

つまり、大蔵省に全部与えてしまえば大蔵省は今までどおり分類しますけれども、寄附金という形で、そしてこの寄附金は非課税でありますので、この非課税の寄附金をこちらへ持つてくれば何てことない、最初から福祉の方にそれだけのお金があるんだと。こういうことをきちんと計算をして示すべきではないかと私は思つておるんです。

またいろいろ今までの創設された背景等を調査して研究しようということでも今その作業に取りかかっているところでもあります。今のお考え等も含めて参考させていただきながら、現状を改善する上においてどのようなことが必要かということをお勉強させていただきたいと思つております。

○山本保君 前向きのお返事をいただいたわけなんです。しかし事は急を要するわけでありまして、まさに先ほどの四・二兆円要するという数字で国民の皆様から二兆円負担していただきたい、こつ言つておられるのはちよつとこれはまずいんじゃないかと思つておるわけですよ、こういうことになりま

もちろん、これはおわかりだと思つていただけます。寄附金だつて保険金だつて同じじゃないかと、これは全然違います。保険金であれば、これは公的強制保険ですからお金持ちもそうでない人も、今までも何回もこの中で話が出たように年金生活者からいいただかなくてはならない。ただかなければ保険給付はできない、これが当然保険の考え方ですから。ところが、寄附金というのはそうじゃなくて、簡単に言えばお金を持つていての方が自分の善意で出すわけですから、ない方はもちろん出さなくてもいい。税と同じですが、税は強制的に使われるしその使い道が全くわかりませんけれども、この場合は自分の気に入った施設に出せばよろしいから施設間の競争が広がりますし、そして当然役所の方を見るのではなくして施設が市民の方を見るようになる。途中途中のお金のむだもなくなるということですよ。

ですから、この制度について、特に今までこういう議論をしますとよく出てきますのは、日本ではそういう寄附金などというのは集まらないんだ、風土が違うんだとかそういう話があるんです。でもそれは違うんですね。つまり風土ではなくして、一つの例を言うと、今度はお金を強制的にいただくまじしよと言つておるときに、強制的に払うのがいいか自分で払うのがいいかという選択になり

ます。

それから、これはもう先生方なら御存じのように、社会福祉法人に対する寄附は、限度額がありますけれども、これは非課税になります。個人ですと収入の二五％だと思いましたが、法人ですといろいろ規模によって違うようですが、二％から三％でしょうか。アメリカですとこれが法人収入の一〇％まで寄附ができるんですよ。一〇％まで損金算入ができるんです。だから寄附がふえるんです。風土じゃないんです、制度なんですよ。

こういう制度をきくと我が国に導入すれば、今これだけ大変になっている介護問題も、解決と言ったおかしなけれども、お金の部門が最初この問題のものであったというのを考えますと、これは大至急検討しなくちゃならないと思ひますけれども、大臣もう一言お願いします。

○国務大臣(小泉純一郎君) 今の話、十分参考にすべきだと思いますし、そういう考えを我が党の税制調査会でも何人かの方が主張しているという点も私聞いております。その点も含めまして、今の寄附金が集まらない、制度面によつて奨励すべきじゃないかという点も、アメリカの例等、また今の御意見を参考にしながら、今後早急にしていくべきではないかというお考え十分わかりますので、もう少し勉強し、どの方法がいいかという考えをまとめる時間を少しいただきたいと思っております。

○山本保君 今そういうお話ですので、その結果を見守りたいと思います。

そこで、ちょっと観点を交えて、私はこの前も、なぜ措置ではないのか、そして保険制度がすぐれているのか、もう少し客観的に両方どういう違いがあるのかということをお聞きしまして、局長さんからお答えいただきました。結論的に言えば、特に措置の問題とすれば、サービスが画一的であるとか、または行政的な処分であつて非常に悪いイメージを伴うとか、また運用が手続がというようなことが出てきたのではないかなと思ふんです。

個々について私は説明といひますか反駁したいとは思ふんですが、きょうはちよつとその観点を交えて考えてみますと、今出たような問題点というのは、これは役所がやるからということよりはサービス量が非常に少ないからだ、独占されているからだ、独占の弊害とほとんど同じじゃないかという気がするわけですよ。つまり、この分野のサービスがもっと競争的にたくさん出てくれば、今まで福祉にまつわる、措置にまつわる問題点だと言つていたことは、実はそうではないんじゃないか。もちろん、処分をするとか措置をするとかいふこの老人福祉法の規定がおかしい、こんなものはすぐ直すべきだということもこの前申し上げたわけですが、そういう法形式の問題、法制度の問題はおくとして、それ以外にこの部門におけるサービスが非常に限定されているんじゃないかと思ひます。

ここで少しお聞きしたいんですが、社会福祉法人というものが、我々、一般の方が一番安心できる、厚生省また県がその基準も立てて責任を持ってやる、今までは措置ですが、安心できる福祉サービスを提供できる主体だと思ふわけですが、福祉サービスを提供できる主体というのはどういう実態にあるのか。特に介護分野でどのぐらいの法人がこれに参加されているのか、どういうサービスをされているのか。わかる範囲で結構ですから、少し御説明をお願いいたします。

○政府委員(廣谷茂君) 社会福祉法人のうちで介護に関する事業をどれだけ行っているかという点につきましては、社会福祉法人に着目した統計は現在とつておられないわけでございます。したがいまして、先ほど山本先生自身が御披露していただきましたように市町村が社会福祉法人に委託をされているという実態はつかんでいないわけでございますが、先ほどの数字の繰返しになりますけれども、委託している市町村数が二千七百十一、そのうち市町村社会福祉協議会、これも社会福祉法人でございますけれども、二千四百四十九、それから社会福祉法人に委託しているというものは六百

五十七あるわけでございます。このような実態をつかんでいく程度でございます。

あと、個別の県におきまして一、二調べてみましたところ、例えば東北の岩手県でございますけれども、岩手県ではデイサービスでは六十九法人、全体で二百六十六法人岩手県にございますけれども、六十九。また、ショートステイにおいては五十八。ホームヘルプサービスでは五十七。こういうような実態でございます。

○山本保君 調査といひますか、厚生省にその資料がないということですから、これ以上それについてはい言えませんが、私は、こういう介護という問題が今大変な問題になり、この五年間ぐらい厚生省は介護保険一本で突っ走つてきたわけですから、そうなりますとこういう基本的な実態どういふサービスを法人がやっているのかということなどは、幾ら県の所管であるとしてもやっぱり調べておくべきだったんじゃないかということだけは、残念ですけれどもこういうことは一言申し上げますし、ぜひ調べていただきたいと思ひます。

岩手県の実況がそうであるということを言つていただきましたので参考にはなりますが、考えてみますと法人をなかなかつくらせないんじゃないかということ。私も、地元の方からいろいろな障害の方とかそれから保育関係とか、いろいろな問題があつて相談を受けますけれども、なかなか法人をつくらうと思つてもつくらせてくれない。社会福祉法人をつくるというのはそんなに難しいことなのかという気がするんですけれども、今、社会福祉法人というのはどういふ形でつくることができるとか、その考え方が要るお金であるとか、この辺を説明してください。

○政府委員(廣谷茂君) 社会福祉法人は当然社会福祉事業という極めて公共性の高い事業を目的に設立されるわけでございます。現在は大体一日に一件程度社会福祉法人が設立されているという実情でございます。

り財政的な基盤、また役員が公正であるかというような二点が非常に重要なポイントではなからうかというふうにご考へているわけでございます。

○山本保君 この前突然お聞きして、正確だったかどうかはちよつと別として、もう一度お聞きしますが、社会福祉法人をつくらうとするときに基本基金といふものが要ると思ふんですけれども、それは一体幾らぐらいで、また設立のときにそれ以上要るのかどうか。これは民間の方がやる場合、それから例えば社会福祉協議会がつくらうとする場合どういふふうになっているのか、これについてもお願いします。

○政府委員(廣谷茂君) 社会福祉法人にもいろいろな形態があるわけでございます。まず、現在設立されている社会福祉法人の大半は社会福祉施設をつくるというものでございます。こういう法人につきましては施設自身が基本財産ということになりますので、特別の現金といひますか、そういうものは特に要らないわけでございますけれども、施設を経営しない事業につきましては基本財産として一億円といふものを求めることを原則にしております。

この一億円の根拠でございますけれども、これは、社会福祉事業法の中に、例えば助成を行う場合、施設経営以外の事業につきましては最低年間五百万円以上の助成を行うということとを原則にいたしております。そのようなことを勘案いたしましたのでございます。そのようなことを勘案いたしたという点が出てきているわけでございます。しかし、今、先生御説明されましたように、事業の性質によりまして確実な収入が見込める、例えば委託費など市町村から確実に参入するものにつきましては弾力的な取り扱い、必ずしも一億円ということにこだわっているわけではないわけでございます。

○山本保君 では、もう一つ重ねてお聞きしますが、施設を経営する場合にということでした。この場合、国として認めている最低限の施設、特にこの老人介護ということについては何人規模以

上の、そして面積はどれぐらいというようなことであつたのか。大まかな数で結構ですけれども、お答えいただけますか。

○政府委員(炭谷茂君) これは、当然社会福祉施設でございますからそれぞれの、例えば老人福祉施設であれば最低基準というものが決められていくわけでございます。それは、面積また収容の人数というものは定められておりますから、それに基づく規制を基準にいたしているわけでござい

○山本保君 一般に五十人以上であるとか三十人以上というようなことがあると思いますが、じゃちよつとそれを。

○政府委員(羽毛田信吾君) お尋ねの点を特別養護老人ホームに例をとつて申し上げますと、現在のところ、私も国で補助を出しまして整備を進めております基準をいたしましては、原則五十人以上の規模というものを一つの原則にいたしておりますが、先生も今お挙げになりましたように、僻地とかあるいは都市部だとかということでもう少し小規模に弾力的にやるべきところにつきましては三十人ということにしております。さらに、個別の事情で今後弾力的に対応する必要があるところ、例えば在宅サービス等の拠点になるような形でいわば収容部分も要る、入所部分も要るというような場合にしましてはさらに今後弾力的に考えたいと思いますが、原則としましては五十人あるいは三十人という数字を示しておるところでござい

○山本保君 それは、ちよつとさっきの炭谷局長と今の羽毛田局長のこれをクロスさせますと、例えば単独で三十人の施設をつくるということで法人を申請しますとできますか。どうですか。

○政府委員(羽毛田信吾君) 私どもが特別養護老人ホームをそれでつくつていただいて結構でございますし、もう一つで補助金をつけるような場合につきましては当然法人はできるといふことで、入所施設の場合には社会福祉法人の取り扱いもしていただいているはずであります。

○山本保君 一つこのことについての問題点は、今小規模の施設をつくりたいという声がたくさん上がつていっていると思います。大規模で生活の場から切り離されたような生活を人生の最後に送らなければならぬということが非人間的なものだということももう想像がつくわけですから、なるべくこれまで生きてきた、生活してきた場であるような形でつとめていかなければいけないのだらうという一つの問題点があります。

それにもう一つ、もつと大きなことは、これから在宅支援サービスをするときに一億円のお金を積まなくてはならないという根拠はないと思うんです。つまり、今おっしゃつたように、これは施設経営をするための、簡単に言えばたくさん人がおり、職員がいて、そして国からも措置費が出る、こういうことを前提とした制度だと思つていただければ、先ほどからも申し上げておりますように、これからこの分野においてはそういうものはメーソリやなくさなくてはならないわけですよ。そういうときにこの社会福祉法人をもつと柔軟につくりやすくなければならぬのではないかと、思いますけれども、この辺についてはどうお考えですか。

○政府委員(炭谷茂君) 今、先生が御指摘されましたように、例えば在宅福祉サービス、これが市町村からの委託ということをする財源にしている、そしてほぼ恒常的にある程度の収入が得られる、財政基盤がしっかりとついているということであれば、繰り返すになりますけれども、必ずしもこの一億円とかという多大な基本財産は必要としないというように弾力的な取り扱いをしていこうと

○山本保君 ただ、その弾力的というのが非常にわからないわけですね。言うならば法人理事長に役人のOBが来ればいいのか、それからこの前非常に思ひまわしい事件があつたわけですが、設立認可よりは国の補助金が行くか行かないかによって実際には運用されるといふように非常に不

明朗だと思ふんですね。だから、これはもつとはつきりと、例えば在宅支援のさまざまなサービスにおいては、有限会社であれば三百万円、しかもこれはそのまま凍結するのではなくして使えるわけですから、そのお金を持つてくればできる、こうなつてい

さつき言わなかつたんですけれども、私、いただいた資料で、社会福祉協議会ですか、何か役所がかりであれば三百万円で済むというたしかそんなのがあつたと思ふんですけれども、それはどうですか。そういう資料をいただいているんですけれども、こ

○政府委員(炭谷茂君) 今、先生が言われましたように、現在の私の認可基準では社会福祉協議会が三百万円以上という基本財産といた

○山本保君 言うならば、県や市の役所がかりでやつてい

では、話を先へ進めますが、先ほどもお話があつたと思ひます。きょうテレビを見ていましたら、経済企画庁だつたんですか、きょうのことなのかきのうのことなのかちよつとわかりませんが、いわゆる営利の法人なんですよ、もつと民間を導

○政府委員(羽毛田信吾君) 私ども、今後の介護サービスに対する民間事業の参入につきま

は、やはり積極的にそういう方向で考えていきたいということでも申し上げておるとおりでございます。もう一つの方針に沿ひまして、特に在宅サービスにつきましては今後民間の事業者、その中には営利法人も含めまして、民間事業者の参入というものについて今まで以上に規制緩和を進めていきたいということを考えております。

○山本保君 その問題で、私はもう本心に福祉をやつていた者として情けない気がするわけですが、そんなことを経済企画庁から言われなくちゃならぬのかと思ふわけですが、ちよつとそれはおきまして、この場合、民間と言つてい

そのためのひとつ論証といふか証拠としてちよつとお聞きしたいんですが、株式会社で例えばこういうサービスをやるときは社会福祉法人の認可をいただいてやるべきとでは税制上どういふ差がありますか。

○政府委員(炭谷茂君) 税制上につきましては、社会福祉法人については大変優遇措置がございまして、例えば各種の法人税、所得税、また固定資産税その他のものが非課税になつておると。また、社会福祉法人に対して寄附を行う場合につきましても、前半のところに御議論がありましたように、我が国においてもこれを損金扱いとしてできるというふうな優遇措置がとられております。

先生方も御承知おきいたしたいんですけれども、この営利法人というか社会福祉法人というのは非常に優遇されているわけですね。これは私、悪いと言ふんじゃないです、いいことなんです。当然のことであつて、まず法人税は非課税です。一般の会社であれば小規模であつても二八%、もっと大きくなれば三七%以上の税が、まさに今税調などでやっておる、大臣御存じのとおりです。

それから、言われませんでしたけれども、例えばみなし寄附というものがあつて、今の社会福祉法人であれば、例えば給食サービスを利用して地域のレストランをやったり、それから喫茶店をやったり図書館をやったりとか、いろんなことができるわけですね。いろんなことをやつたときのその収益事業に關しても、たしか二〇%がみなし寄附としてこれはもう収入から除外できて法人が使えるということもあるはずですね。

今申し上げたのは特増法人の話なんです、このみなし寄附についてもちよつと確認させていただきたいんですけれども、何か聞きましたら、社会福祉法人はもつと優遇されているとかいうことを聞いたんですが、その辺御説明願えますか。

○政府委員(廣谷茂君) 社会福祉法人において、例えば余裕のある部屋を事務室として貸すとか、また空き地を駐車場に貸すと、このようなものは収益事業というこゝでくられてるわけでございますけれども、収益事業についてはすべてこれは社会福祉事業に充てなければいけないという縛りがかかっているわけでございます。

その場合、この収益事業に係る法人税の扱いでございますけれども、その収益事業の二分の一につきまして損金扱いという形になっております。ただし、その額が二百万円を下回る場合は二百万円まで損金として扱えるという制度になっております。

○山本保君 そうですね。きのう私も初めて知つたんですけれども、一般の特増法人よりももつと優遇されているんですね。一般はたしか二割だと

思いましたから、これでいきますと二百万円までは全額、二百万円以上でも半分まではみなし寄附としてその事業から出せる。ところが、ちよつと局長の話にもありましたけれども、どうもいろいろ縛りをかけているような指導をされているようですね、本来事業より規模を超えてはいけないとか、なんとか。でも、それは全部今までの古いタイプの古い福祉のやり方じゃないかと思うんです。

例えば、社会福祉法人がやっている営利事業といふんです、本来事業でない部門でいろいろ各施設がそういう事業でお金を集めているのかといふ数字もありますか、ないですか。

○政府委員(廣谷茂君) この資料につきまして、現在、全国社会福祉施設経営者協議会というところで今年の一月に調べた資料が一つございまして、これはアンケート調査でございますけれども、この調査によりますと、収益事業を実施している法人の割合というのは五%未満という状況でございます。

また、これは平成七年度の実績でございますけれども、これはやはりアンケート調査でございますけれども、必ずしもすべてがカバーされているわけではございませんけれども、例えば年間収益額が百万円未満のものは十法人、百万から百九十九万のもの十四法人というふうな実態ということになっております。

○山本保君 私、もつと多いと思つていまして、きのう夜遅くになって厚生省の担当からそういうのがあつて聞いたんですが、その結果については、何かずれて私の前にいただけなかったもので、ここで大変大きな数字が出てくるのかなという、半分期待と半分ちよつとびつておつたんですけれども、たつた五%ということではびつくりしてしまつたわけですね。

先ほど寄附のことも言いました。寄附もほとんどない、それから地域の中で地域の皆様と一緒にやらなくちゃいけない、その社会福祉をやつていふ団体、その地域とかかわりといふのは、こういうサービスをやり、それについて対価をいた

だく。当然のことですね、それだけの資産とかいふんならウハウがあるわけですから。そういうものもほとんど活用していないということですね。ちなみに、先ほどのホプキンス大学の数字を言いますと、アメリカでは、これはやはり二割から三割がそういう収益事業でもつてソーシャルワークのところも動いておつて、言うなら国からの公的なお金は五割ぐらいなんです。これは当然なんです、考えてみれば。

今までの福祉が、最初に申し上げましたように九割方公費で全部お金をもらつて、施設で一生懸命やつていられる方もたくさん知つていますので全部押しなべてということはいまいませんけれども、しかしここであらわれてきたイメージというのは、動いて、そしてそれをサービスではなくて言われたいと、そしてそれとあつて、こういう形で施設も動いてきたんじゃないか。ここを変えなければだめなんだということですよ。例えば三百万円なら三百万円、五百万円なら五百万円をどんどん法人としてきちんと認めて、厚生省がその基準をつくり参入させる、こういうことでなければ、結局何だかわからない会社がいっぱい出てくるだけじゃないですか。

大体、福祉でお金がかかるといふわけですね。福祉でお金がかつたら、サービスを低下させるか働いている人を搾取するかどつちかしかないじゃないですか。そんなものはないと、実際は会社などができないから、社会福祉法人をちつともつくらせないからやむを得ずシルバ産業だ何だと言つていられるだけですよ、これは。本来、きちんと法人として国が責任を持つて見て、そしてその中身を保証しなくては安心してサービスなんか使えないじゃないですか。今までは、法人をつくるということは即設置費を出す、補助金を出すことだと、こういうふうにしてきたから全然やらなかつたわけですよ。

それからもう一言、サービスにしても、ある地域で一個だけやればもう独占であつて、それ

以外のサービスなんて認めなかつたわけですよ。ここが一番いかぬわけですね。これがなかつたら、僕は保険をつくるのは反対ですけれども、もし保険ができたつて同じじゃないですか。ある町で社協がやつていられるサービスしかなくたらどうやって選択するんですか。選択でき、競争し、皆さんのためになつて、何にもできないじゃないですか。そういう方は隣の町へ移つてくだされいと言ふんです。そんなばかなことはできないですね。

だから、私はもう一回これ言ひますけれども、まず第一にやらなければならぬことはサービス量をふやすことだし、そのサービス量はきちんとした内容を持ったサービス量をふやすことであり、はつきり言えば社会福祉法人という規制緩和をもつと大至急やつて、そのサービスによつては、今までのように入所型できちんとかやらないと、小規模の施設を認めること、そして在宅サービスについてははつきり柔軟な、三百万とか五百万でできるようなものを大至急つくつて、そしてこの地域の中でサービスが競合できるようにする。

これを最初にやらなかつたら、どんな保険をつくつて何が何しようが、使う方にしてみれば保険金であるが国の金であるがやつぱりお上りやることであるということになつてしまつて、決して保険がすばらしいなという論理にはならないと私は思ひますけれども、大臣、これまでの議論をお聞きになつて、御感想をお願いいたします。

○国務大臣(小泉純一郎君) 福祉事業に対して民間の熱意とか活力をもつと導き出せという御意見、賛成です。どういふ基準の見直しがいかに、今言つたように、一億円が妥当なのかどうか含めて、規制緩和は今一つの時代の流れでありまして、多くの民間人の参入を促して福祉サービスの水準を向上させるということを考えますと、今の御指摘は私は大変重要なことだと思つています。厚生省としても、今の趣旨が生かせるように、早速検討して、もつと民間の活力を導入する、福

社事業に大いに国民の皆さんが参加してもらおうという観点から見直すべき点は見直していきたい、そう思います。

○山本保君 どうもありがとうございます。

今のことで二点だけちょっと御指摘をさせていただきますと、一点は、もう先ほどから申し上げたことですが、民間の導入といったときにすぐ営利会社の方というふうに行きますが、福祉の場合はこれは非常に危険があります。

それはだめだという意味じゃありませんけれども、先ほど具体的な出しにいたしたいように、法人をつくれればこれだけ所得税だつて三割か四割違うとなつてくれれば、これは当然お金も安くになりますし、働く人にとつてもプラスになるわけですね。会社をつくれればそれだけお金がなくなるんですから、その分どうやってお金を持つて来るんだというところになつてくる。寄附金は集まらない。

もちろん寄附を集めるためには厚生省も中心になつてキャンペーンを張らなければならぬと思ひますけれども、申しわけないが、介護で保険で強制的に取られるよりは、この方がいいのではないかと思います。

それから、もう一点は、三百万円とか五百万円でやるときに、実務家の方からは、そうしたら何万というか、一万とかそんなのがいっぱい出てくるんじゃないか、それをどうやって役所がチェックするんだと、こういうのが必ず出てきます。しかし、私は、役所がチェックをするという体制がもう古いんじゃないか。

もちろん責任を持たなくちゃいけません、今の法人が信用されていらないのは、その経理だとかその内部が全然もう透明性がないからなんです。これは特例として小さいものを認めるのであるればきちんとその中身が、関係ない人に、暴力団に入つてこられてやられてはそれは困りますから、この辺はきちんと仕組みをつくりましょ、しかし、例えば私たちの政治家のお金が全部オープンになつていけると同じように、各法人の経理の状況についてもきちんと公開をする。役所

が一定の基準をつくるなり、または役所に出させた書類を公開する。こういう形をとれば、今の世の中、そんなチェックがうまくいかないなどということはない。

あの様な事件だつて、今の法人だつて、あんなことが何億円も動いたつてわからなかつたじゃないかと言いたいわけですが、逆のことを言えば、あれは役所任せだつたからあんなつたわけだつて、あんなことがもつとオープンになつておれば、どうしてこの企業からこの法人にお金が入つてくるんだんてことが明確になつておれば、あんな問題は絶対起きなかつたと思うわけですので、その辺もぜひ進めていただきたいということを申し上げます。

次の質問に移ります。先ほど宮崎先生の方からもちょっとお話があつたこととございますので、ダブリはやめまして、訪問看護ステーションというものと在宅介護支援センターというものが、両方が今のプランであるわけですが、これもこれ私などが見てもちよつとわからないんです。この二つはどういう関係の機能を持つてどういう関連になつておるのか、今後これはどういう形で動いていくのかという点について、一般的なお説明で結構ですが、お願いいたします。

○政府委員(羽毛田信吾君) 訪問看護ステーションは、御案内のとおり、在宅におきまして寝たきり等で看護婦さん等によります看護が必要な状態でおられる方に看護婦さんが行つて療養上の指導等をするというのを主体にした施設で、そういうサービスを提供するという点です。これは、今後の介護保険のもとにおきましてもそういうサービスは非常に大事であるというふうに思ひますので、介護保険のサービスとしても位置づけをおるわけでございます。

それから、在宅介護支援センターでございますけれども、これについては現在二つの機能があらうかと思ひます。一つは、寝たきり等でサービスを受けたい、あるいは受けなければならぬという需要のあるお年寄りに対して、いわば相談をす

る。相談をして、次にそれを今度は地域のそういうサービス資源と申しますか、サービス主体とどう結びつけていくか、そういう役割が在宅介護支援センターには現在あるわけでございます。

そうしますと、今度の介護保険ができまして場合には、一つにはいわゆる介護支援計画、つまりケアプランとよく言つています。そういうものををつくる主体としての役割というものが一つあると思ひます。それ以前に、現在でも担つておりますような地域の介護需要、あるいは介護需要にとどまりませんでもちよつと広い需要かもしれないませんが、そういった地域の何らかの介護等のニーズを持つておられるお年寄り地域の方のそういった資源あるいは提供主体と結びつける相談あるいは調整的な業務というものは非常に必要になつてまいります。そういう人々たちを把握し、それからその人たちの相談に乗り、そしてそれが介護保険に結びつくものであれば介護保険のサービスに結びつきますよという相談に乗つてあげ、あるいはそのほかの、例えば一番広く申し上げれば健康づくりだとか生きがいづくりみたいなところ結びつけるようなものであればそういうふうな方向に持つていき、あるいはヘルス事業と言われるいわゆる保健事業に結びつけるものはそういうふうな持つていく。

そういう相談支援事業というのは、今後の介護保険制度後におきましても、それは介護保険そのものというよりは、介護保険の周辺にありましてそれをバックアップする施設として今後必要になつてくるだろう、そういうような位置づけになつてこようかというふうに思ひます。

○山本保君 ちよつと聞いておりましたが、私の理解がうまくいかなのかと思ひますが、わかりにくいですけれども、ちよつと簡単に整理してみますと、こういう分野については、直接的にその方たちにケアサービスを行う、実際看護婦さんたちがやつていられるそういうことも含めた、そういうものとそれから社会福祉士さんができたときにあつたような、いわゆる相談であるとかケース

ワークと言われているような、その他の資源を調整したりする、その中に例えば今度ですと認定をするというようなことも入るのかもしれないけれども、こういう周辺のものを組み立てていく。今お聞きしててこういう二つの機能があるんだということかなと思ひますが、これは両方の機能がどう関係するの。

というのは、実際私もいろんな町へ行つたり聞いておりますと、特に市が直営しているようなステーションに行きますと、何かお役所の係長さんみたいな人しかなくて、あなたここへ行きなさい、ここへ行きなさい、こういうことしか言わない。この書類書きなさいと。逆に今度、施設が一生懸命やつている民間の施設の方が持つているところへ行きますと、そうすると、もう即、その中にはないかもしれないけれども、大体併設型ですから、その施設の方へ行つて例えば必要なチェックをすぐしたり、具体的なことをやつてくださつたり、またこれは必要だということですが飛んできつたり、こんなようなことをやつていく。

何か中身が、まず、ステーションじゃないセンターの方からいきましょ、センターが何か分かれていられるんじゃないかという気がしておるんですけれども、この辺の実態はどうなつておりますか。

○政府委員(羽毛田信吾君) 理想的には、先ほど申し上げましたように、やはりその需要を持つたお年寄りの方がそれにふさわしいサービスにいかにつく、いかに的確に結びつけていくか、その結びつけ役としての役割というものが在宅介護支援センターには大きなものがございます。そのとき、やはりそこでのいわば今の様なサービス内容というものはできるだけこの支援センターであつてもそういうことであるべきだと思ひます。すし、そういう意味から言えばまだまだ改善の余地のあるものはたくさんあると思ひます。

それから、今お話しのこととて言え、現実問題として言えば、介護支援センターのいわばバックグラウンドとしての場所がどういうところにある

か、どういう施設あるいはサービスをバックグラウンドとして持っているかという点があることがその業務の濃淡であったりあるいは得意分野であったりする部分に影響するというのは、これは現実にはやはり出てくると思います。

そういうことを補う仕組みというものをやっぱり考えなければならぬということでは、実は在宅介護支援センターをいわば仲立ちにしまして、先ほども出てまいりました訪問看護ステーションでございましてとかあるいはホームヘルパーのステーション、こういったものを三つを総合的にやるというような形のモデル事業もつくって、まさに先生今おっしゃったような問題意識のもとに立つて、それが総合的に発揮をされて、いかに迅速に、いかに的確に介護を要するお年寄りのニーズがそういういたサービス部門に結びついていくかということについての改善の方向を見出していきたいという努力を今いたしておるところでございまして。

○山本保君 結論のところはよくわかりますが、ちよつとその前に、この在宅介護支援センターというのはどういう規模でどういう方が置かれるのか、この辺についてお願いします。

○政府委員(羽毛田信吾君) 現在、在宅介護支援センターは、身近な地域において在宅介護に関する総合的な相談に応じますほか、各種の保健・福祉サービス等が総合的に受けられるように、あるいは関係行政機関への連絡調整というようなことを担うという趣旨からやっております。

設置主体につきましては、社会福祉法人等やられてはいるもの、市町村が直接やっておりますもの、あるいは医療法人等がやっておりますもの等、必ずしもどのようであるところではなくてはいかぬというところまでは縛っておりませんし、これについても、今後の方向として言えば、できるだけ幅広い設置主体を認めていくという方向での緩和も図っていきたく思っております。

また、そこはどういうスタッフを置かなければならないかという点につきましては、例えば社会福祉士等のソーシャルワーカー、保健婦の

方々、看護婦、あるいは介護福祉士の方を置くというような形で、いわゆる職員の配置につきましてこういうスタッフを置いてくださいというような指導をいたしておるところでございまして。

○山本保君 今どれぐらいセンターがあつて、目標はどれぐらいですか。

○政府委員(羽毛田信吾君) 現状でございまして、平成七年十月一日現在で総数が二千二十八カ所ということになっております。

そして、これを今度の新ゴールドプランの中におきましては、先般来お話がございましてすように整備がややおくれていくというサービスのたぐいになつておりまして何なんですけれども、全体で一万カ所に持っていきたいということでも今やっております。

○山本保君 介護支援専門員はこのセンターに置かれるというふうな規定ではなかったですか。こちよつと確認でございまして。

○政府委員(江利川毅君) 法律上、当然に置かれるということになってはいるわけではございまして。ただ、一般的には在宅介護支援センターに介護支援専門員が置かれることになるだろうというふうに思っています。

○山本保君 支援専門員の目標数というのか、予定数は何人だったのございまして。

○政府委員(江利川毅君) 介護支援専門員につきましましては、制度実施までに四万人ぐらゐ養成する必要があります。

○山本保君 済みません、数字ばかり並んでしまつたんですけれども、私は、この介護支援センター、名前とはかかとして、地域の方が最初に行くとところであらうし、それからさつきから言つていきますように、いろんなサービスが出てきたときにそれに対して公平な情報を教えてくれなくちゃ困りますし、それからさつき言へば、先ほどもお話がございましたが、認定というのはお役所の仕事としてやるわけですから、お役所の仕事に対して一般の、しかも動けないような方が互角に渡り合えるなんというのではないわけ

すね。

だから、コンピュータを使ってチェックをやられたり、たまたま機械的にやられてしまつては不満が出てくる。不満が出てきたら委員会をつくればいいとか訴えればいいのかそんなものじゃないわけですか。そんなことが起きないようにあらかじめ、この場合ですとお年寄りの側に立つ専門家がきちんとして、また一方役所の方の専門家、これはお金を出す方ですから、そつちの方と公平な形でやり合う。そうすれば、先ほどのようないろんな問題にしても、もつと専門家同士の話し合いがなされればそんな問題は起こらないんじゃないか。それが一番大事であつて、それを抜きにしておいて後から問題が起つたらというのは、これは話が前後逆だと思つていただけます。

ですから、これはさつきからお聞きしていても、内容がまだはつきりしないとか、それから私がお聞きする前にお答えがありましたけれども、看護ステーションとヘルパーのステーションとを一緒にすると言つても、具体的に何もないやうです。この辺は保険のあるなしにかかわらず、これはまず現在困つてはいる方のために一番最初に役所がやらなくちゃいけないことじゃないか。それが、御自分で言われましたように、非常にその整備がおくれていくというのは心配なわけです。この辺もきちんとしていただきたいということをお願いいたします。

あと時間が余りありませんので、ちよつと飛ばしまして、こういう問題について、じゃどうやってだれが検討するのかということ。たしかそのための審議会が前回の保険法の、医療保険のときのことでできた医療福祉審議会ではないかと思つてはいますけれども、認識が違つたかどうかはあれですが、たしか二つの審議会はもうなくなつたはずですからこしかならないはずですが、どういふうに今動いておられるのか、その辺について教えてください。局長で結構です。

○政府委員(高木俊明君) 介護保険絡みといひますか、介護部分の検討の部会はむしろ老人保健福

祉局長の方から御説明した方がよろしいかと思いますが、全体の状況を御説明いたしますと、このたび新たに設置することになりました医療福祉審議会、関係政令は本年九月に施行いたしておりますが、委員の人選等の事務手続がおくれてまして、去る二十八日に委員の名簿を公表させていただきました。

この医療福祉審議会でございますけれども、これは三つの部会で構成することになっておりまして、一つが医療保険制度等の抜本的な改革を御議論いただく部会といたしまして制度企画部会を設けることにいたしております。この制度企画部会につきましては、来月十二日に第一回の部会を開催する予定でございまして。

それからまた、現行法における医療保険制度あるいは老人保健制度、これらの運営的な事項につきましまして御審議いただく場として運営部会というのを設置いたします。

それから、介護等の関係あるいはまた老人保健法におけるいわゆるヘルス事業等でございますが、医療を除いた部分、こういったものにつきましては老人保健福祉部会というのを設置することにいたしております。

介護保険法を成立させていただきまして、この老人保健福祉部会において関係の御議論、御審議というものををお願いする、このように考えております。

○山本保君 いつも委員会でも、中身について全く全部政令、省令任せじゃないかということであり、法律ができなければできないというものは、それは全く役人答弁であつて、この審議会などももつと具体的なものを早く出していただかないと審議会もできないことになるということなので、努力していただきたいということだけ最後に申し上げます。

どうもありがとうございました。

○渡辺孝男君 平成会の渡辺孝男でございます。前回に引き続きまして質問をさせていただきます。

医療団体の中にも、公的介護については、国民に不公平感を与えないためには全国均等な施策の展開が求められるが、それには租税による公費方式が最良である、介護に要する費用の調達には消費税を充てるべきである、そのように税方式での公的介護制度を推奨しているグループがある。

この医療団体は公私病院連盟でありますけれども、政府提案の介護保険法案には次のような理由で反対を表明しております。

一つは、ドイツを除く西欧、北欧、北米、オーストラリアなどの先進諸国では介護保険をつくらず高齢者介護をきちんと行っている。日本においては、ドイツと異なり健康保険に介護の部分に併設されており、その上、老人保健福祉制度も併設されております。これら既存の制度の有機的連携、合理的運用によって十分対応できるのではないかと、そのような意見であります。

第二番目には、新制度創設は行政簡素化の国民的課題に逆行する、そのような意見であります。第三番目には、介護認定の困難さと介護の人的、物的基盤の不足により、国民の不満は噴出し、訴訟の多発が予想され、混乱が起る、そのような理由を挙げて反対を表明されております。

したがって、このような意見を勘案しますと、私としては、早急になければならないのは問題の多い社会保険方式を含んだ介護保険の拙速な創設ではなくて、介護の人的、物的基盤を早期に充実することであり、ゴールドプランの完全達成であると考えます。

そこで、まず小泉厚生大臣にお伺いしたいのですが、先進諸外国では、ドイツと異なり、介護保険というシステムではなくて高齢者介護を十分に行っているという指摘であります。先ほど山本委員からも、米国のNPOのような方式でもやれるのではないかとというような発言もありました。諸外国と異なると、またなぜ日本でも介護保険を導入しなければならないのか、その点に關しても一度厚生大臣の見解をお聞かせいただき

たいと思います。

○国務大臣(小泉純一郎) 社会保障制度の先進国でありますヨーロッパと日本の背景はそれぞれ違うと思います。人口においても、あるいは租税制度につきましても考え方が違うと思いますが、保険ではなくて税でもできるのではないかと、私はあえて否定はいたしません。

しかしながら、今、保険を導入しなくても介護問題に対応できるのではないかとのお話ですが、私も方法によってはできると思います。ドイツ以外でも、いろいろ介護基盤整備をしている国は消費税が一五%以上です。日本も今、消費税を一五%にしろと言ったら、私は保険を導入しなくてもできると思います。

しかし、国民性からいって、それを国民が許容できるかどうか。むしろ、私は難しいのではないかなと。五%でもこれだけ抵抗が強い。それを一五%以上に引き上げると言うならば十分財源は確保できますけれども、私は日本ではそのような状況にない。むしろ、年金も医療も社会保障制度の基幹をなすものはやっぱり保険制度だ、これが望ましいという現状から考えると、日本では消費税を一〇%以上、上げるよりも保険で対応した方が国民の理解を得られるのではないかなと思っております。

○渡辺孝男君 第二番目の指摘に關しましてお聞きしたいと思うんです。

新制度創設は行政の簡素化の流れに反するのではないかという指摘でありますけれども、政府提案の保険制度では、何回も今までも言われてきておりまして二千億円程度の費用を要するというような試算もなされております。このような国費を投ずる覚悟を政府が決めているのであれば、この費用を新ゴールドプランの未達成部分の基盤整備に充て、二〇〇〇年までに目標を達成することがより重要なのではないかと、私は私には考えるわけでありまして。私は、このように新ゴールドプランの目標とした介護基盤を整えた上で、でき

ば税方式で介護保険をすべきである、そのように考えているわけでありまして。

先日行われた参議院の公聴会でも、伊藤周平参考人も同様の趣旨で発言をされておられますけれども、厚生省としまして、そのような新規事務の負担というのに対して、それを基盤整備に充てた方がいんではないかというような意見に關しまして御意見を伺いたいと思っております。

○政府委員(江利川毅) 介護保険を導入しましたとき事務費がどのくらいになるか、これは私どもも国保の事務経費などをもとに推計しているわけですが、これは八百億円ぐらにかかると。ただ一方、老人福祉関係の措置の事務がなくなっていくわけでございますので、そういうことを考えていきますと、いわゆる要介護認定などの業務を中心に新たに必要となる新規増分、これは五百億円ぐらにはないか。既存事務の振りかえて三百億円ぐらには賄えるのではないかと、このことでございます。

二千億円という数字は、恐らく武蔵野市で言っていることをとらえておっしゃられたのではないかと、武蔵野市で言っている数字ではないかと思っております。武蔵野市の推計の仕方を聞きますと、武蔵野市の国保の事務費が今二億円かかっているんだそうでございます。そして、武蔵野市の人口は十三万人ぐらでございます。ちよと日本全国で一億二千五百万人でありまして、大体千分の一だと。国保の事務費が武蔵野市で二億円かかっている人口比率が千分の一だから、全国で見れば二千億円かかるだろう、こういうことで二千億円と言われている数字でございます。何というか非常に目の子算で出したものではないかという感じがするわけでございます。

介護保険制度は、事務費もさることながら、今医療と福祉とに制度が分立しておる、その中に例えれば社会的入院などの非効率な部分というのがあるわけでございまして、こういうものを効率化して、社会保障制度全体として介護の部分を中心に効率化を図ろうということでございまして、事務

費の増云々だけでは制度の効率化にはならないのではないかと、この制度を的確に運営するということになりますと、仮に税方式でやるにしても、例えば要介護認定に關係する事務が要るとか、あるいは給付關係の事務費がかかるわけでございます。私どもの見込んで八百億円そのものが全く要らなくなるということではないわけでございます。どういう方式であつても事務費は要するわけでございますので、ずっと全部はかものものに回せるということとはなかなか難しいのではないかと。

ただ、御指摘の介護サービス基盤を整備する、これは確かに絶対必要なことでございまして、再三ここでも御指摘を受けお答えしているところでございますが、まず新ゴールドプランを計画どおり達成していくように最大限努める、これがまず第一でございます。

そしてその際には、介護保険制度ができますとさまざまな民間活力の活用ということも行われましますので、介護保険制度の実施に向けてそういう民間活力を活用する工夫も行って、そういうことをやりながら基盤整備を進めていくということではないかと思っております。

そしてまた、その後の基盤整備は、介護保険法に基づきます介護保険事業計画に基づいて整備を進めていく。これもこの委員会でも御指摘を受けたわけでございますが、介護保険制度を導入することによって公費の効率化される部分があるのではないかと、そういうものを基盤整備に充てていくべきだという御指摘があるわけでございますが、そういう御指摘を踏まえながらその後の整備を進めていくことが適当だというふうに考えているところでございます。

○渡辺孝男君 今、新ゴールドプラン達成後の計画、そういうものも厚生省としては考えているということでもありますが、衆議院のときの審議の中でも、新ゴールドプランが終了する平成十一年度末に、引き続いて平成十二年度を初年度と

する新計画を策定するとの見解が示されたと考え
ております。

二〇〇〇年時点では要介護者の予想数が二百八
十万人でありますけれども、その十年後の二〇一
〇年にはその数が三百九十万人と約一・四倍に増
加する見込みであります。単純に計算しましても
新ゴールドプランの四〇％増しの計画が必要にな
るのではないかと考えております。また、
その間にまた少子化が進むわけでありまして、また、
この間も御指摘がありましたけれども、介護ニ
ーズの掘り起こしによって二〇〇〇年度に四〇％ぐ
らいの方が利用するのではないかと考えており
ますけれども、二〇一〇年の段階では八〇％の介
護ニーズが起きてくるというような予想も当然さ
れているわけでありまして。

そのようなことを考えまして厚生省の方では、
平成二十二年、二〇一〇年でありましてけれども、
ホームヘルパー五十八万人、デイサービス、デイ
ケア五・四万カ所、それからショートステイが二
十四万人分、それから訪問看護ステーション二・
一万人分ぐらいが必要になるのではないかととい
うような試算も既になされているところでありま
す。

具体的な計画の骨格みたいなものが、国として
整えるべき骨格的なものがなかなか見えてこない
ということでありましてけれども、厚生省として二
〇〇〇年度の、十年間計画になるかどうかかわかり
ませんが、その次の新介護基盤整備のための計画、
もしそういうものの骨格というものを厚生省
で考えておられて準備を進められているのであれば
国民に対して示していただきたい、そのように
考えておりますが、いかがでしょうか。

○政府委員(羽毛田信吾君) 新ゴールドプランが
終わります平成十一年度末に引き続きまして、平
成十二年度、すなわち介護保険法が施行される
ということになりますと、それに合わせてその
介護保険法の中の枠組みとして、今、先生お挙げ
になりましたように、介護保険事業計画を市町村
レベルでまず需要を把握した上でつくっていただ

いて、それは五年を一期とする計画にする、三年
ごとに見直しをしていく仕組みにしようというこ
とは、既にこれは法律の中の仕組みとしてとって
おります。それをまたバックアップする都道府県
は介護保険の事業支援計画をつくる。国は当然そ
ういった計画に基づいて整備につきます。それを今
後も、従来の公費によって基盤整備等を図ってき
た部分については引き続き公費による基盤整備を
進めていくという大枠組みのもとで支援をしてい
くという、その大きな枠組みというのは決まっ
ております。

そのときに、介護保険の計画をつくるための、
いわばどういう考え方に立つて、どういう要素を
入れてその計画をつくるかということにつきまし
ても、これはその時点までに国が示すことになっ
ております。基本方針を示してそれにのっとって
やっていくということになっております。お話を
ごさいましたこの基本方針なりで具体的にどうい
うことを示していくかということにつきまして
は、法律の施行後におきましてさらに具体的には
詰めていかねばなりません。

先ほどお挙げをいただきました試算でございま
すけれども、将来を見越したときにどういふ
に要介護の方々が見えていくか、そのふえた要介
護の方々に見合ったサービスをつくっていくと
いう点は、当然それはそういうこととして織り込
みます。その際には、単純に高齢者人口の増加
に伴う要介護人数の増加だけではなくて、介護保
険というものができることによるサービス需要の
いわば掘り起こしと申しますか、顕在化というよ
うな要素を当然そこに入れてまいります。

それから、介護保険自体が目指しております在
宅サービスの重視という考え方に立ちまして、在
宅サービスの希望率というものが上がっていく
であろうと先般お答えを申し上げておりますよう
な思想というものは、これはやはり具体的に詰め
た上で基本方針としなければなりませんけれども
も、試算の説明として申し上げましたような考え
方は、当然今後の介護保険計画をつくる場合にも

基本方針として生かしていく方向になるであろう
というふうには思っております。

○渡辺孝男君 この法案が通るとすれば、今後の
市町村の介護保険事業計画あるいは都道府県の支
援計画の策定の積み上げで、今回予想されたホー
ムヘルパーであれば五十八万人、少し変わって
く可能性はあるかもしれませんが、それを国の責
任としてきちんと整備していく、そのような発言
ではないかというふうに思うわけでありまして、
けれども、やはりそれは最終的には国が責任を持っ
てきちんと整備していくべきである、そのように考
える次第であります。

では、次の質問に入らせていただきます。
平成八年度から平成十四年度までの七カ年を計
画期間とします障害者プランでは、障害者介護
サービスの充実のために、最終年度の平成十四年
までに四万五千人のホームヘルパーを上乗せ配
置する目標を立てております。介護保険が導入され
ますと高齢者介護のためのホームヘルパーのニ
ーズが高まり、両制度間でホームヘルパーの取り合
いとなり、結果的にホームヘルパー不足が一段と
厳しくなるのではないかと、そのような心配もして
いるわけでありまして。

平成十四年度段階で、厚生省としましてはこの
介護保険と障害者福祉でそれぞれホームヘルパー
の必要数をどの程度と考えると、その充足のため
にどのような計画で養成に当たっていくのか、その考
え方をお聞きしたいと思います。

○政府委員(田中泰弘君) ホームヘルパーの養成
のお尋ねでございますが、障害の関係の方からお
答えをしたいと思っております。

障害者プランにおきますホームヘルパーの確保
につきましては、平成三年度から、老人と共同
いたしまして、ホームヘルパー養成研修事業にお
いてその養成に努めているところでございます。そ
の際、新規卒業者のみならず、家事の従事者、他
の職種からの転職者であって介護の仕事に関心を
持つ方々に対しまして声をかけ、養成研修事業
の推進に努めているところでございます。

加えまして、このホームヘルパーの中からガイ
ドヘルパー、外出介護員でございまして、重度の
視覚障害者や脳性麻痺等全身障害者の方々が外出
する際の移動の介護を行うガイドヘルパーでござ
います。この養成を今年度から都道府県、指定
都市にお願いをいたしましてガイドヘルパー養成
研修事業を開始しているところでございます。

それで、来年度予算の関係で申し上げますと、
障害関係のホームヘルパーといたしまして二万四
千人分でございます。目標の四万五千の中で、
来年度予算で二万四千百人分の予算要求をしてい
るという段階でございます。

○政府委員(羽毛田信吾君) あわせて、十四
年時点における高齢者分のホームヘルパーの教
というところでお尋ねでございました。

私も、先ほど御説明申し上げましたように、
ホームヘルパーの数、当然新しい介護保険事業計
画の中で、それぞれ先ほど申し上げましたような
要素を織り込んでいただいて、まず市町村段階か
ら積み上げていただければ必要数というものを出し
ていくという考え方に立つております。十四
年時点での見込みというのは具体的に示してあり
ません。むしろ長期的な見込みとして、先ほど先
生お挙げいただきましたような例えは二〇一〇年
の五十八万人というふうなものを見込んでおり
ますので、現時点では十四年度で幾らというこ
ろは見込みはいたしていません。

ただ、養成につきましては、やはりそれにしても
当然先ほどのようなことで増加をしなければなら
ないわけでございまして、養成研修なりあるい
は特に潜在的な人材の掘り起こしというふうなこ
とについて意を用いていかなければならないとい
うふうに考えております。

○渡辺孝男君 先ほど、二〇一〇年度で五十八万
人ぐらいのホームヘルパーが必要なのではないか
というふうな一応の仮の目標値が出されていたわ
けでありますけれども、単純の比でやりますと十
二万人ぐらい平成十四年度までに必要になるの
ではないか、これは高齢者介護の分野であります

れども。

厚生省としては、そういう障害者対象のホームヘルパーとそれから高齢者介護のためのホームヘルパーで取り合いみたいな形になるとうふうな心配は抱いてはおられないでしょうか。その点に關しまして一度お聞きしたいと思ひます。

○政府委員(羽田信吾君) 障害者の方々にとつても、また介護を要する高齢者の方々にとりましてもホームヘルプ事業あるいはホームヘルパーの方々の需要というものは大事でございます。したがって、やはりその両方の需要にこたえていくようにやっていくかなければならない。そうなれば、どういふふうなベースになる人材を掘り起こし、またそれを養成研修という形で育成をしていくかということにかかってくると思ひますので、そういう意味では、現在も進めております養成研修等をさらに力を入れてやっていくことがこれに対する回答にならうかと思ひます。

それから、先ほど来のお話で言へば、そういう部分におきましてもできるだけ、これは営利に限らず、非営利の方も含めました民間活力というようなことも大いに活用してそれをやっていくという努力が一方においてなされないと先生御懸念のようなことになり得ますので、そういう努力を並行してやっていくことでやりたいというふうにお思ひしております。

○渡辺孝男君 障害者対象のホームヘルパーさんとそれから高齢者、要介護者に対するホームヘルパーさんと業務は多少異なることあると思ひますが、ある面では共通する業務内容で働くようなホームヘルパーさんも当然おられると思ひます。そうしますと、障害者の方のプランは平成十四年度目標でありますけれども、ある程度介護報酬といったものが両者に違いがあれば、やはりホームヘルパーの偏りがどちらかに起こってしまうのではないかと。介護報酬単価が高い方になってしまうヘルパーさんが流れていく。特に、民間業者が参入した場合には当然そういう形になると思ひま

す。そういう意味で、ホームヘルパーの報酬単価、そういうもので高齢者、要介護者対象のホームヘルパーとそれから障害者対象のホームヘルパーさんのそういう介護報酬に關しまして何らかの調整を考へておられるのかどうか、その辺の厚生省の考へ方をお聞きしたいと思ひます。

○政府委員(田中泰弘君) お答えします。

現在、障害者のホームヘルプサービス事業では高齢者と同じ単価で実施しているところがございます。

介護保険後のことでございますが、衆議院の附帯決議の中で、若年障害者に対する介護サービスを紹介保険給付と遜色のないものとするという附帯決議がございまして、私どもとしましてはこの趣旨を踏まえまして、若年障害者の方々に引き続き必要なホームヘルプサービスが確保されますよう、介護保険におきますホームヘルプサービスの単価を考慮しながら適切に対応してまいりたいというふうにお思ひしております。

○渡辺孝男君 次の質問に入らせていただきます。

政府案の介護保険のサービス開始時点でありまして二〇〇〇年の時点では、虚弱高齢者は要介護者二百八十万人中百三十万人、約四六％を占めると推定されております。しかし、平成八年度の要介護認定モデル事業では要支援者と判定された構成比は九・四％と小さな比率であります。

寝たきりの人は当然要介護者と判定されることとなると思ひますが、虚弱高齢者の場合、要支援か否かを判別、判定するのは非常に難しい作業と思ひます。九月二十六日に行われました介護のシンポジウムで厚生省の介護保険制度準備室の唐澤次長は、虚弱老人に對しまして日常生活動作における虚弱の線はどこに引くかは、今後症例数を多く集めれば見えてくるのではないかとというような見解を示されておりました。

具体的には今後症例数をどのくらい集めて、またいつごろまでにこのような要支援の虚弱者の判定基準を詳細に詰めていくつもりなのか、厚生省の方針をお聞きしたいと思ひます。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険法案におきましては、常時介護を要するような要介護者のほか、常時介護を要するわけではありませんが、日常生活を営むのに支障がありまして何らかの援助等が必要な状態にある人、そういう要支援者に対しては、介護認定審査会でその判定されましますと介護保険からのサービスが受けられるようになるわけでございます。

先ほど、推計値では半分近く要支援者がいるのに、モデル事業で出てきたのは数％であつたというお話がございましたが、現在行つておりますモデル事業は、現に介護サービスを受けている人を対象にその要介護度はどうかということ判定して、その中で要介護というより要支援に属する人がそれだけおつたということでございます。パーセントが少ないのは、基本的に要介護と思われてサービスを受けている人を対象にしているからでございます。

ただ、平成八年度は六十地域でありましたけれども、今年度は四百地域を超えるところで同じようなモデル事業を実施するわけでございます。一地域百人の対象者をもとに要介護判定をしていき、その中には当然ある程度の割合で要支援者が含まれると。こういう実績を踏まえながら、要介護者あるいは要支援者の基準というものを明確にしていくように努力をしてまいりたいと思ひております。

○渡辺孝男君 要支援者と認定されるかどうかというのは大変な違いがあるわけで、要支援者と認定されれば介護サービスを受けられる、要支援と認定されない虚弱高齢者の場合はサービスを受けられないということ、認定されない方からは不満も起きてくるのではないかとというふうにお考へるわけでありませう。

そういう意味で、介護保険法案がもし通るとすれば、通つた後、厚生省としましては要支援者の構成比といひますか、今はモデル事業での構成比はこれはまた別だというふうなお話がありました

けれども、予測としましては要支援者と認定される構成比というものを大体どのくらいに予想されているのか、ちよつとこれ質問通告に入つておりませんでしたが申し上げなければ、要支援者の構成比がどのようになるかお教えいただければと思ひます。もし今すぐにわからなければ、この次のときにでもお教えいただきたいと思ひますがいかがでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 二〇〇〇年におきます要介護者、要支援者の合計が二百八十万人ぐらゐるというところでございまして、これは今までの調査の中で各年齢ごとの要介護、要支援の発生率に人口を掛けて計算をしているものでございまして、ですから、私どもは、先ほど先生の御指摘にもありましたけれども、二〇〇〇年におきましては要支援者そのものは百三十万人ぐらゐるのではないかとこのように思ひております。

ただ、要支援者全員が例えば介護サービスを受けるという形で申請するかどうか、それはまたその人の置かれていた状況や考へ方によつて変わりますので、比率として言へば、恐らく要介護者よりは多分申請率は少し下がるのではないかと感じはするわけでございます。そんなふうにお考へているところでございます。

○渡辺孝男君 時間がありませんけれども、少なくともモデル事業で行われました九・四％を下回るようではやはり不満が大きくなつてくるのではないかとこのように思ひますので、要支援者の認定をきちんとして、サービス提供で国民に不満が起らないように十分配慮すべきであるというふうにお考へます。

以上で質問を終わります。

○委員長(山本正和君) 午前の質疑はこの程度とし、午後一時十五分まで休憩いたします。

午後零時十九分休憩

午後一時十五分開会

○委員長(山本正和君) ただいまから厚生委員会を再開いたします。

休憩前に引き続き、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し、質疑を行います。

質疑のある方は順次御発言願います。

○朝日俊弘君 民主党・新緑風会の朝日でございます。

まず冒頭に、私は、現在審議されております介護保険法案外二法案に対して基本的に賛成をし、これらの法案の一日も早い成立を求める立場であることを明らかにしておきたいと思っております。しかしながら、今日なお各方面から寄せられている幾つかの不安や危惧にかかわる事項を中心に幾つか質問をさせていただきたいと思っております。

もちろん、今回提案されております介護保険制度の創設は、高齢者のための新たな介護システム構築に向けて従来の保健・医療及び福祉の両制度にまたがる構造そのものを改革し、新しい制度の創設を意味するものでありますから、多少の戸惑い、危惧の念が伴うことはやむを得ないことかもしれません。

とはいえ、これまでの審議の経過をお聞きしますと、どうしても法律の条文では必ずしも明確にし切れていない部分が多くございます。言いかえれば、政令や省令にゆだねられている部分が多い、あるいは今後の予算措置がどのようにとられていくのかということにかかわる課題もかなり多いだけに、どうもこれまでの各委員からの質問に対して政府側は必ずしも明確には答え切れていないのではないかとこのように感じざるを得ません。この際、今後の検討にゆだねざるを得ない部分については、その考え方を明確に示すということを含めて、可能な限り明確な答弁を求めたいと思っております。

そこで、まず第一点に、改めて私から申し上げますまでもなく、介護保険制度は主として介護が必要となる状態になった高齢者あるいは虚弱で要介護状態に至らぬよう支援を要する高齢者のための制度

だというふうには私は理解をしておりますが、その要介護状態にならないようにするためには何が必要なのか、あるいは政策としてどういう政策を優先しなければいけないのか、こういう点がまず介護保険の中身に入る前に重要な問題ではないかというふうにも思っております。

そこで、この介護保険制度と現在、老人保健法に基づいて実施されております老人保健事業、いわゆる医療以外のヘルス事業との関連についてお尋ねいたします。

言うまでもなく、高齢者が要介護状態に至る主な原因といえますか誘因は、かつては成人病と呼ばれた、最近では生活習慣病と呼ばれている一群の慢性疾患が多いというふうにならわれております。そのことを考えるならば、私はこうした生活習慣病の予防、あるいはその進行を可能な限り食い止めるためのヘルス事業の重要性はいよいよ高まりこそすれ決して弱まるものではないというふうにも考えます。そのためには、いわゆる現役の世代において職場における安全衛生活動や健康増進の活動はもちろんのこと、市町村が実施主体となつていられる老人保健事業が果たしてきた役割は極めて重要だということに認識をしております。

したがって、新たな介護保険制度の創設とあわせて、この際、改めて現役時代の健康増進の活動、退職後の老人保健事業に基づくヘルス事業、そして介護保険制度の中に組み込まれている虚弱老人に対する支援事業、これらの施策を一連のものとして体系化を図りつつ、より一層拡充強化すべきであるというふうにも思います。少なくとも新しい介護保険制度の導入によつて、これまでの老人保健事業の中身が、あるいはその事業の範囲が後退するようなことがあつてはならないというふうにも思っております。

この点に関する厚生省の基本的な考え方をまずお聞かせいただきたいと思います。

○政府委員(羽毛田信吾君) お答えを申し上げます。

先生今お挙げになりました老人保健法に基づき

ます保健事業、いわゆるヘルス事業と申しております事業につきましては、老後におきます健康保持という大きな目的のもとに、市町村におきまして、要介護者であるということになる前の段階と申しますか、要介護者であるかどうかということにかかわらず、しかも四十歳以上ということにその高齢者になれる前の段階から地域住民を対象にして行う総合的ないわば保健活動でございます。

今度の介護保険法の中におきましても、先ほどの御議論にも出ましたように、いわゆる虚弱老人に対する保険給付ということで、要支援者に対する給付というものが、その選択に基づいて必要なサービスというものが位置づけられておりますけれども、その対象におきまして、今申し上げましたようなことで、いわゆるヘルス事業と対象者やサービス内容は違つております。

しかし、言つてみればこの二つを有機的な連携のもとにするということがまず一つ大事だろうという点は先生御指摘のとおりでございます。介護保険制度創設後におきましても、老人保健法に基づきます保健事業、これは引き続き充実実施をしていくということに考えております。その際には、介護保険法におきまして虚弱老人対策を含みます他の事業との連携ということに意を用いながら、その着実な推進ということをやはり心がけていきたいというふうに考えております。

介護保険、ある意味からいって、寝たきりあるいは介護を要するお年寄りに対する対策と、それ以前にやはり寝たきりにならない、あるいは健康であるためのヘルス事業というものの重要性は、むしろ介護保険ができていよいよ重要になつてきているというふうにも認識をいたしております。

○朝日俊弘君 今、特に老人保健事業に基づくヘルス事業と介護保険制度の中における虚弱老人に対する支援事業、より連携をとつて、こういうお話でございましたが、きょうは厚生省の皆さんしかお呼びしておりませんのであえて御質問とい

う形では出しにくいんですが、ぜひ現役時代の職場における安全衛生あるいは健康増進の活動、そして老人保健事業におけるヘルス事業、それから介護保険制度における虚弱老人に対する支援事業、やはりこれらがどうも制度的にばらばらに行われていて、必ずしも十分連携的に行われない面があるのではないかと思いますので、この点はぜひ今後の課題ということでお受けとめをいただければありがたいというふうに思います。

それでは次に、今回、介護保険制度の対象者について高齢者の介護及び老化に起因する疾病に伴う介護に限定されているという問題点がございまして、この点については衆議院及び当院においても再々議論の一つになつてきているというふうに理解をしておりますが、ぜひ私からも確認のために二、三伺つておきたい点がございまして、

正直申し上げて、介護保険制度のスタート時点においてその対象を高齢者の介護の問題に絞らざるを得なかったという経緯については私なりに一定の理解を示すものであります。当面、障害者プランの着実な推進、そしてその後の介護保険制度の円滑な実施、これを見きわめつつ、可能な限り早い時期にその介護保険の対象範囲を含めた制度全体の見直しを行われることを強く期待しておきたいと思つておりますが、その上で具体的に障害者の問題についてお尋ねをいたします。

多くの障害者の皆さんから寄せられている不安の一つは、若年期から引き続く障害者のための介護施策が六十五歳から一体どうなるんだというか、仮に、六十五歳までは障害者プランに基づいて、あるいは従来の障害者福祉施策に基づいてさまざまなサービスを受ける。六十五歳になりますと、当然そういう障害者の皆さんも介護保険制度の適用になるといふふうに考えられます。しかし、そのことによつてサービスの水準がえつて低下するとか、あるいはサービスの種類、範囲が狭くなつてしまふのではないかと不安が訴えられております。

私は、こうした不安は決して理由のないことではないと思います。率直に申し上げて、今回提案されている介護保険制度に基づくサービスメニューの中身は、どちらかといえば医療モデル、例えば典型的には寝たきり老人を中心とした医療モデルにちよつと引き寄せられたサービスの内容になっているような気がしてなりません。逆に言うと、障害者プランの理念でもございますノーマライゼーション、一人一人の生活を支え活動を支援するという、そういう要素がいささか薄いのではないかという点を指摘しておかねばならないというふうに思います。そういうこともあつて、障害者の皆さんがみずからの老後のさまざまな介護サービスのあり方についていささかの不安をお持ちなわけでもあります。

そこで、この辺は今後の障害者施策のあり方とも絡んでくる問題ですのでぜひ大臣にお伺いしたいと思いますが、若年期から引き続き障害者が六十五歳に達した場合、どこまでの範囲のサービス介護保険制度でカバーすることができなのか。仮に、その介護保険制度でカバーできないサービスがあるとしたら、当然に従来の公費に基づく障害者福祉施策によってカバーされていくものだというふうに理解しますが、それを一体どんなふうに組み合わせていくとされているのか。その場合に、両者のサービスの連続性といえますか、一体性といえますか、そういう点はきちつと保たれているかどうか。仮に、サービスの種類が重複している場合には、そのサービスの中身について本人の希望に基づいての選択が可能なのかどうか。

この辺、具体的なサービスの中身に踏み込んで御説明をいただくよりも、基本的なお考えとそれから大臣の御決意をお聞かせいただきたいと思います。

○国務大臣(小泉純一郎君) 介護保険が導入されることによって今までの障害者施策によるサービスが受けられなくなるんじゃないか、あるいは低下するのではないかと危惧だと思ふんですけれども、介護保険が導入されれば、障害者施策による介護サービスから介護保険によるサービスに移行するわけでありまして、それ以外のさらに障害者の施策が必要であれば、当然そのサービスが低下することなく努力していかなきゃならないと。

個人個人に差がありますからケース・バイ・ケースだと思ひますけれども、ともかく、むしろ介護保険を導入することによって障害者のサービスがでないというようなことはしないように最大の配慮をしないか、また努力をしていかなきゃならない、そう思ひます。

○朝日俊弘君 今、明確にお答えをいただきました。

具体的に言えば、ガイドヘルパーの問題とかさまざまな形でむしろ若い時期からの障害者福祉サービスを受けてこられた人たちは、仮に六十五歳になったとしてもぜひその地域で活動したい、こういう方もおいてだと思ひますので、ぜひその両方のサービスの一体的な提供というか、あるいは連続的な提供ということをぜひ具体的に検討され、またもしそういう不安をお持ちの方があれば十分に説明をいただきたいなど、こんなふうに思ひます。

それでは次に、これまでの審議の中では必ずしも焦点を当てて取り上げられていなかった課題であります。精神障害者の問題について、これを介護保険制度との関連で幾つかお尋ねをしておきたいと思ひます。

といひますのは、皆さんも御存じのように、精神病院には今日でも約三十五万人の入院患者さんがおいでであります。その入院患者さんのおよそ三分の一近い数、二八%程度だったと思ひますが、この三分の一近い数が六十五歳以上の実は患者さんであります。言いかえれば、精神病院の問題の少なくとも三分の一は実は高齢者問題なんだと言つても過言ではありません。

そういうことをまず踏まえた上で、しかもその六十五歳以上の精神病院に入院している患者さんのおよそ六割はいわゆる痴呆性老人とか痴呆性疾患ではないのであります。もちろん、高齢になつて痴呆性疾患にかかつて入院されている方もおいでですけれども、しかし六十五歳以上の入院患者さんのおよそ六割は実はもつと若い時期に精神分裂病などの精神疾患で入院をして、さまざまな理由によつてそのまま長期入院を強いられる結果、病院で高齢化してきた、こういうのが実態であります。

ところで、介護保険制度のサービスメニューの中には痴呆性老人のためのメニューも在宅あるいは施設を含めて含まれておりますから、著しい精神症状さえ落ちついてくれば、痴呆性疾患の患者さんについては当然に介護保険制度の対象になっていくものと考えます。

問題は、そうではない、それ以外の人たちが、つまり先ほど申し上げたように、精神疾患のために入院をして長期入院を強いられる結果、病院で高齢化してしまった人たちが、この人たちのほとんどはやはり著しい精神症状があるという状態ではなくて、むしろある意味では後遺症といひますか二次的な障害が残る、しかも長期入院による日常生活上のハンディキャップを持つていて、そういう方が多いと思ひます。そのためになかなか自立した社会生活が困難な人たちであるというふうには私に思ひます。こういう層の人たちについては、まだまだその数は決して多くはないわけですが、精神病院から例えば特別養護老人ホームの方へ入所するという形で退院をされている方も相当数ございひます。

新たな介護保険制度のもとでこうした人たちが要介護状態というふうな認定をされ、その状態と目的を合致すれば介護関連施設の利用もできるものというふうには私は受けとめております。この点について、まず基本的な考え方を尋ねておきたいと思ひます。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険制度におきましては、六十五歳以上の第一号被保険者の場合には、その理由のいかんを問わずに、要介護状態あるいは要支援状態、そういう場合に一定の手続を経

て認定されまふと、介護保険制度から介護サービスの給付を受けることができるということでございます。

したがひまして、今、先生が例に挙げました、若い時代に精神疾患を有していただけれどももう著しい精神疾患状態にはない、しかし要介護という意味ではそれに当たるのではないかと。そういうことでありますから、これも手続的には申請をして要介護認定を受けてということになります。介護認定審査会で要介護にある、あるいはまた要介護の程度はこのぐらいであるということになれば、またそれに基づいて介護施設の方のサービスを受けることは可能でございます。

ただ、判定に当たりましては、お医者さんであるとかあるいはかかりつけ医師の意見をいただきますので、そういう意味で医学的見地からの確かな判断、そういうものに基つて判断されることにならうかというふうに考えます。

○朝日俊弘君 今のお話のように、制度的にはちゃんと利用できるんだと、こういうふうに私も思ひます。

ただ、実際にそういう人たちが介護保険制度のもとでの要介護状態というふうな認定されることごとく普通に行われるのかどうかや心配をしております。つまり、要介護状態の認定に関して、どちらかといへば寝たきり老人あるいはそれに近い状態とか、痴呆性老人あるいはそれに近い状態というところが念頭にあつての要介護状態であつて、どうもそれ以外の要介護状態のことについては必ずしも十分認識されていない面があるのではないかと思ひます。これは運用の問題でございひますから、今後の具体的な要介護状態の認定に当たつて、このような観点と要介護状態のどこまできちつと押さえた取り組みをぜひしていただきたいなど、これはお願いでございます。

それでは次に、介護保険制度に基づく介護報酬の設定の仕方と関連して、特にこの委員会でも再々論議になっているようですが、施設介護サ

ビスにかかわる部分の介護報酬をどのような考え方に基づいて設定しようとしているのかということについてお伺いしておきたいと思ひます。

そこで、この質問の主題に入る前にぜひ御説明をいただきたいと思ひのは、この介護保険法とセットで医療法の一部を改正する法律案が提出されておりました。この医療法の改正案の中で、従来は病院を前提として療養型病床群という新しいいわば病床あるいは病院群をつくってきたわけですが、今回の改正では、新たに有床診療所が療養型病床群への転換を図っていくということが盛り込まれているように理解をしております。

今回の改正でそのような項目が盛り込まれたことの意図するところは理解できるわけですが、しかし率直に申し上げて、有床診療所の実態あるいは現状を考えれば考えるほど、仮に有床診療所が具体的に療養型病床群に転換を図っていくという場合に、これまでの療養型病床群が求めていた水準の療養環境とか生活空間の確保とか、そういう点はかなり難しいのではないかと危惧せざるを得ません。

そうした観点から、今回提案されております有床診療所の療養型病床群への転換に当たって、一体どの程度の施設要件を想定して提案されているのか、現時点におけるお考えをお聞かせいただきたいと思ひます。

○政府委員(谷修一君) 療養型病床群を有床診療所に設置をするということの前提といたしまして、長期療養にあふましい介護者の人員配置あるいは構造設備を決めていくということが必要だと思っております。そういう意味では、基本的には病院の療養型病床群に求められております人員配置あるいは構造設備を十分に勘案して考えていきたいというふうに思っております。

具体的な基準につきましては、これから国会での御審議あるいは関係方面の御意見、そういうものも踏まえながら検討をしていくことといたしておりますけれども、問題はどの程度、現在の病院の療養型病床群にも認められております転換の特

例というのをどこまで勘案するかということだろうと思っております。例えば廊下幅、これについては現在の有床診療所から転換をしていくということを前提として考えていく場合には、やはり既存の建物からの特例というのは認めざるを得ないんじゃないかというふうに思っております。

ただ基本的には、先ほどの繰返しになります。現在、有床診療所には求められておりません人の配置基準あるいは構造設備、こういうものは決めていくという考えでございます。

○朝日俊弘君 基本的な考え方は今お答えいただいたとおりで、私もぜひその基本的な考え方はきちっと守りつつ、さはさりながら現実的にどこまで何をどう対応するかという問題が課題になってくるんだというふうに思ひます。都市部の中にそれほどの大規模ではない、しかし気軽に利用できる療養型病床群というのはぜひとも必要だということに思ひますので、そういう観点から具体的な要件等についてはきめ細かい配慮をぜひお願いしておきたいと思ひます。

そこで、本題に入りますが、介護保険法では、その施設介護サービスにかかわる介護報酬のことについてこのように規定されております。施設サービスの種類ごとに、要介護状態区分、所在する地域等を勘案して定める。その施設サービスの種類としては、介護福祉施設、介護保健施設及び介護療養施設の三種が挙げられております。しかし、今ほど御説明いただいたように、介護療養施設として位置づけられる療養型病床群については、その施設要件については必ずしも同じレベルが保障されているわけではありません。全く新しくつくる場合は当然求められる水準をきちんと確保された形でつくられていくと思ひますが、その移行型などについていえば、決して十分な条件ではないのではないかとこのように思ひます。また、仮にハード面というか、構造面では同様の要件を満たす施設であっても、そこで提供されるサービスの内容は必ずしも一様ではないだろう、こういうことを想定しておかねばならないと

思ひます。

とすれば、介護報酬の設定に当たっては、例えば一人当たりの居室面積や廊下などの生活空間の広さの違いとか、あるいはその施設がリハビリテーション機能をどこまで充実した形で持っているのか、早期に在宅介護が可能となるような取り組みをどこまで積極的にやっているのかなど、そこで提供されるサービスの質的な違いを一定程度評価することができるとする仕組みを、介護報酬の設定に当たってその仕組みとしてあらかじめビルトインしておく必要があるのではないかと思ひます。

この点について、ぜひ厚生省のお考え方を聞きたいと思ひます。

なお、念のため申し上げておきますが、私は介護報酬の設定に当たって、現在の医療保険制度における出来高払い制度のような、ある行為について何点何点、こういうことを求めているのではありません。今、議論になっておりますように、診療報酬制度のこれまで果たしてきた役割と現在直面している問題点などが指摘されておりますので、そのメリット、デメリットを十分見きわめた上で考えなければならぬと思ひます。

要は、よりよい療養環境、より良質な介護サービスの提供を介護報酬の面で積極的に評価するという仕組みをあらかじめ考えておく必要があると思ひますが、そういう観点から、ぜひ厚生省のお考えをお尋ねしたいと思ひます。

○政府委員(江利川毅君) 介護報酬につきましては、具体的にはこれから審議会に諮って決めていくという手順になるわけですが、施設サービスにつきましてはサービスの種類ごととか要介護施設の所在地ごとに決めていくわけですが、同じ療養型病床群であっても質の違いがあるのではないかと、そういう評価ができないかというように考えております。

これは大変難しい御指摘だということに思ひます。一定の人員基準あるいは運営基準、これを定

めると。これを満たしているものについての評価というのが一つあると思ひますが、その基準がいかなる事情で一定まで行っていないという場合にどう評価をするか。これは確かに一つの論点だと思ひます。

それからまた、一方、今度は積極的な評価でございますが、例えば早期退院にうまく結びついていく施設であるとか、こういう努力というものをどう評価するかということになります。これはなかなか介護報酬の中で評価し切れるだろうか。これは一定の基準を満たしていれば当然そのサービスができるような介護報酬を付けなければいけないわけですが、そういう一つ一つの成果を踏まえて評価していくと出来高払い的な議論にどうしても陥ってしまうのではないだろうか。そういう施設であれば、その施設の評価というのがまさに利用者の選択という中で生かされていくのではないだろうか。こういうようなことによつて質が評価されるというののも一つのあり方ではないかというふうに思ひます。

ただ、これはまさにこれからいろいろな分野の専門家の意見を集めて、御指摘の問題点というものを十分そういう審議会に諮りながらよく検討させていただきたいというふうに思ひます。

○朝日俊弘君 時間が参りましたので終わります。

○西山登紀子君 日本共産党の西山登紀子でございます。

一昨日、私は施設の介護報酬の問題で質問をいたしましたので、きょうはその続きを質問したいと思ひます。

施設経営者やとりわけ働く労働者にとつて施設運営の財源は死活問題です。この死活問題である財源が非常に明らかになっていないということがこの法案の重大な欠陥の一つではないかと思ひます。

一昨日お示しをいたしましたけれども、「現場から公的介護報酬を考へる会」の方々が、大変不安なので在宅の介護報酬を当てはめて試算をされ

ていらつしやるわけですね。現在の在宅介護報酬を当てはめた場合に現在の特養ホームでは一体どれぐらい減収になるのかということに非常に綿密に試算をされているわけです。一人当たりの減収額もさることながら、それがまとまりますと五十床のホームだと一カ月約六百万円減少するだとか、それが年間になると七千二百万円減少になるだとか、百床のホームでは一カ月に約百二十万円減少になる。一年になりますと約一千四百万円減少になる。定数でも違いますし、また入っていらつしやる方の介護の度合いによっても違ってくるわけですから、厚生省は一昨日の答弁で、在宅と施設の介護報酬は当然異なるんだと、こういうふうに言われたわけですね。

そこで、お伺いしますけれども、特養の介護報酬の単価、今一カ月当たり二十九万円程度ということで情報が出ていますけれども、これは平均値なんですか、それとも上限なんですか、平均だとするならばどの程度の介護報酬を考へてのことなのか、またその根拠、基準を教えてください。

○政府委員(江利川毅君) 現在の特別養護老人ホームにおきまして一人当たり平均の措置費というものでしょうか、それは二十七万円ぐらいである。ただ、介護保険制度ができた後の特養のサービス水準でありまして、これは老人保健施設や療養型病床群と同じように、要介護者とサービスを提供するスタッフとの比率を今の約四対一から三対一ぐらいにサービス水準を高めたいということも考へておられます。そうなりますと二十万七円より少し高い二十九万円ぐらいの水準になるのではないかと。これも平成七年度価格における全国の水準値ということで出ております。それを前提に二〇〇〇年の費用を推計しているということでございます。

○西山登紀子君 それでは、その平均値ということなんですけれども、上限はどのぐらいを考へていらつしやるのでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 平均値と言いましたの

は、現在の特別養護老人ホームにおける一人当たり二十七万円かかっておられますというのが平均値ということでございます。その考へ方の延長線上に立った上での平均値というものでござい

ます。介護報酬につきましては、これは今の二十九万円というの、基本的には将来費用を推計するときの一つの前提条件を何か置かないと計算できませんから、そういう意味で置いたものでありまして、実際、施設の費用につきましては実勢価格というものを調べてそういうものを勘案しながら、地域ごとの格差も勘案しながら介護報酬で定めていくわけでございます。ここは定め方としては、これから検討する話であります。恐らく施設であれば一人当たり共通してかかる経費というものはあるんだらうと、そういうことと、要介護度に応じて一人ごとと違うサービス量があるんだらうと、そういうものを組み合わせていくことになるのかなというふうな思っているわけでありまして、今の時点で、例えば上限が幾ら下限が幾らということを決めていくわけではございません。

○西山登紀子君 私が示しました試算は、二十九万を最高の額として試算をしまして、それでもなおかつ減収額が非常に大きいということで、施設の皆さんは非常に不安に思っているわけなんです。施設長が不安に思っているわけではなくて、そこに働いていらつしやる労働者の皆さんも本当に不安だ、どうなるんだらうかと。もちろん、自分たちの処遇もさることながら、入所されている方々の介護はどうなるのだらうかという不安感を持っているいらつしやるわけですね。

今、介護度Ⅴの場合三十六万というふうな情報も流れていまして、これはどうですか。

○政府委員(江利川毅君) そういう数字を議論したことはございません。

○西山登紀子君 事ほどさように、情報が非常に限られたものですからいろいろな情報が出てお

りまして、大変皆さん不安に思っているわけですね。私があちこちの特養ホームを訪問させて

いただいたときにも、これは海図なき航海のようなものだとおつしやつた施設長さんもおいらつしやるわけですね。どのような仕組みなのか今検討中だということですが、今の施設の運営が成り立つような水準を必ず確保するということはお約束できますか。

○政府委員(江利川毅君) その施設において行われます人員の配置基準や構造基準、サービス水準というものはそういうものによって確保されるわけでありまして、そういうサービス水準を前提に、かつ要介護度においてサービス量が違うだろうというのを加味していくわけでございます。

これをこれから議論するわけでありまして、審議会の各専門の先生方にお集まりいただいて議論していただくわけでありまして、幾らになりますと申し上げるのは今の時点ではできないわけでありまして、議論していく中におきまして、少なくとも現在の施設の経営がどうなっているか、これは十分踏まえて議論が行われるものというふうに思っています。

○西山登紀子君 審議してみなければわからないということでは困るわけですね。ですから、検討するだけども、それは今の施設の運営が成り立つ水準を必ず確保するその方向で検討すると、少なくともそれぐらいは言っていたか

ないかと。皆さんが大変不安なのは当たり前だと思

れて初めて運営が成り立っている、こういうことはお認めになりますか。

○政府委員(羽田田信吾君) 現在の特別養護老人ホーム運営のための措置費でございますけれども、私どもの考へ方では、やはり適切な入所者処遇が行える、そのことのために必要な人件費でございますとか、あるいは入所者の生活費として支弁をされておるわけでありまして、この中で人件費につきましては、必要な職員数を確保するための費用を算定いたしまして、毎年、人事院勧告等に準じまして改定を行うような形でその単価を実勢に合わせておるわけでありまして、

今、先生お挙げになりましたように、東京都等の一部の自治体におきましては、措置費とは別に自治体で単独の補助金を施設に交付しておられる事例があることは承知をいたしておりますけれども、こうした場合につきましては、これもいろいろな事情がそれぞれにおありでございますけれども、自治体が独自の御判断でもって自治体の職員との給与格差の是正を図りたいとか、あるいは基準を上回るような職員配置を行うといったようなことでやつておられると承知をしております。現在の措置費によりまして私どもが想定をしておりますような経営が成り立たないというふうなことは、ないというふうな考へておるところでございます。

○西山登紀子君 やはり、現実をしつかり見詰めていた方がいいと思ひます。自治体の補助が加わってもなかなかそれでも経営が大変だと、運営が大変だというのが現実でございます。

入所者の高齢化とか重症化というのは年々進むわけですが、今回の介護保険法案を機会に設備の基準とか職員配置とか運営の基準、こういったものを抜本的に高めていくと。現状、例えば老人福祉法というのがありますが、これは三十八年に決められた以降、最低基準が改善されてい

ないというふうなことで、現場の皆さんからは少なくとも、先ほどお話をありましたが、四・一対一というのを三対一に改善してほしい。でも、そ

れでも足りない。というのは、最重度の場合は一対一にしてほしいと、こういう要望も出ているわけですが、そういうことも含めて、最低基準を引き上げるといふことも含めて検討していただきたいと思いますが、どうでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 特別養護老人ホームにつきまして、介護保険制度が導入された後、その施設は要介護度の高い人に対する専門的介護を行う施設であるという介護力を強化する、そういう観点から必要人員を配置するということは必要だといふように思っているわけでありまして、先ほどもちよつと申し上げましたが、現在の四対一という介護員と要介護者の割合、そういう割合を三対一という水準に引き上げていきたい、こういうことを目標として、その運営に必要な費用といふものを勘案しながら介護報酬を考へるということにしていきたいといふふうに思っております。

ただ、一対一というのはなかなか大変すごい水準でございまして、大体今の四対一というのを三対一に引き上げて、そしてその中で全体的な運営をしていただくということができないのではないかと、いふふうに思っております。

○西山登紀子君 今一対一がすごいと言われたんですけれども、しかし現場では、例えば私はお伺いしましたけれども、二人の職員の方が、夜ですけれども、七十人近いお年寄りのおむつがえをずっと二人でやるんですよ。そうすると、もうおむつがえだけで空が白んでくると。そして、腰痛バンドも常時してるとか、大変な現実があるの、一対一にしていくとつてびっくりしたと言われたのは困るんですね。それは現実を見ていただきたいと思ひます。

大臣にお伺いしたいんですけれども、現行の措置制度というのは、施設長さんに伺いまして、運営を安定するといふ点では確かにメリットがあるといふうなことは多くの施設長さんもおっしゃるわけですね。保険制度の導入といふことで、特別養護老人ホームの運営財源が非常に不安定に

なったり、あるいは低くなったりするということではこれはいけないと思ふんですね。

それで、さらに運営費を補助するだとか、あわせまして十分な介護が保障できるような介護報酬額にすべきではないかと思ひますけれども、大臣の御意見を伺ひます。

○国務大臣(小泉純一郎君) 今後、サービスに係る費用、どういふものかといふことについては実態をよく把握して、平均的な費用の額はどういふものか、地域の実情においても違ふと思ひます。審議会等の意見も踏まえた上で、この介護保険制度導入後におきましても適切な運営費が確保されるように努力をしていきたいと思つております。

○西山登紀子君 長野に視察に当委員会で行きましたときにも、長野県の老人施設事業連盟の理事長さんの方から要望がありまして、要望の一つに、施設利用、介護給付額の定額化といふようなのが出されておりました、非常に不安定になるからと設けたいではないかと、非常に不安定になるからといふような要望も出されておりましたが、私もそういう方向がやはり必要じゃないかといふふうにも思ひます。

ところで、介護費用といふのは施設の問題だけではなくて、今度は入所者の利用料に今の法案ではリンクしてまいります、一割負担といふことで、そこで、介護報酬額を上げるといふことになりまして、それがリンクされていくと直接も利用者の利用料が高くなるといふふうになってしまふ。それが一つこの法案の重大な問題であり、欠陥じゃないかと思ひます。

私たちは、利用料は無料といふことで主張をしているわけですが、例えば先日の参考人の方の御発言の中で、特養の費用四万七千円が払えない入居者が七割いるという報告がございまして、生松参考人の報告でしたけれども、ということ、私もいろいろはかるところもどうかと思つて調べたんですけれども、私がいただいているこの会の十六施設の入所者千二百三十七名の調査であるわけですが、入所者の年収は五十万円以

下が五〇%、うち無収入が一三%いるということなんです。

こういう矛盾といふのはどのように解消するんでしようか。施設の運営をきちつとしていくための介護報酬、それと入居者の利用料がリンクしているといふ問題、そして払えない人が施設の中にいるといふ問題、これを七割、三割、いろいろあるんですけれども、しかしやがて五割近い人がいるといふのがこの会の資料でございまして、この矛盾はどのように解消するんでしようか。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険制度ができましたと、被保険者には保険料を納めていただく、またサービスを受けるときには一割、施設に入ります場合にはさらに食費の一部を負担していただくといふことになっていくわけでございます。これは制度全体の公平性、負担する側あるいは利用する者、しない者、そういう全体の公平性を考へて、こゝういふ一部負担を織り込んだ制度を考へたわけでございますが、一方で低所得者に対する配慮もまた必要だといふことはそのとおりだと思ひます。

低所得者としての利用者負担が無理のない負担になりますよう、そういう意味で高額介護サービス費、定率負担でありますとサービス量が大きくなれば負担額は大きくなるわけですが、こゝういふものにつましまして低所得者には一般の場合よりも低い限度額を設定する、あるいは食事の標準的な負担につましまして低い額を設定するといふようなことで配慮を行うといふことにしているわけでございます。

また、今御指摘のありました現に施設に入っている人といふことにつましましては、法施行後五年間の経過措置を設けているわけでございます、その場合には所得に応じて利用者負担の減免措置を講ずるといふことになっております。こゝういふ形で対応してまいりたいといふふうに思つております。

○西山登紀子君 今のお答えでは、本当に収入の少ない、五十万円以下といふような方が五〇%もい

らつしやるのか、これは今入所されている方の統計数字ですけれども、これから入りたいといふ二一三を持つていらつしやる方の推定といふか、実相もあらわしているんじゃないかといふように思ひますので、本当にこの矛盾が私には一つこの法案の重大な欠陥である。ですから、やっぱり利用料は無料にするといふことで対処しなきゃこの矛盾といふのは解消できないんじゃないかといふふうに思ふわけですね。

それから次に、先ほど言われました五年間の経過措置の問題なんですけれども、これも非常に重大な問題じゃないかと思つております。介護保険法施行法第十三条、これは経過措置といふのが決められているわけですが、これは何のための経過措置なんですか。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険法施行法の十三條の経過措置は、特別養護老人ホームにいわゆる介護保険法施行前に入所している人に対する経過措置でございます。

内容は、そういう人につましましての自己負担、第四項が自己負担の關係の経過措置でございますが、その自己負担につましましては、所得の区分ごとによりわゆる本来なら一割負担といふことになっていいますが、一割から全くゼロまでの間において厚生大臣がその割合を定めて、こゝういふ形で、その所得に応じて、一割ではなく、一番所得のない人の場合には自己負担なしといふことも含めて経過措置を定めるといふことになっていふものでございまして。

○西山登紀子君 自己負担じゃなくて、五年間入所を継続するといふ場合には、介護の度合いとかこゝういふことは関係なく五年間の経過措置をとるといふ、こゝういふ意味でしようか。

○政府委員(江利川毅君) 今のは経過措置の中の自己負担についてお答え申し上げましたが、要介護認定にかかわらず、五年間、現に施設に入っている人については継続して施設に入ることができるといふ経過措置でございます。

○西山登紀子君 なぜ五年間なんですか。

○政府委員(江利川毅君) 特別養護老人ホームに入っております方は、基本的に要介護状態にある方あるいは状態が重い方ということだと思えます。したがって、現に特別養護老人ホームに入っている方の多くは要介護状態にあり、当然引き続き施設に入れるんだらうということでありま

す。ただ、施設に入所するときは要介護状態にあった人がその後の生活指導や訓練を経て介護度が軽くなっている、例えば自分の家に戻れるとか、特別養護老人ホームの中になくても生活できる、そういう人もあるわけでありまして、そういう人につきましては、基本的には、例えば自宅に戻って、必要があれば在宅サービスを受けるなり、あるいはケアハウスのような施設に移ってそこで生活を行うなり、そういうふうにするのが基本なのではないかと。ただ、介護保険制度が実施されましたと直ちにそれに移るようになります。これは準備がかりますから、元気で、体が丈夫で、ある程度自立して生活できるのであれば、この五年の間に、例えば自宅に戻れるなら戻れる準備をして戻っていただく。あるいはそうではなくて、別の住居を探さなければならない、ケアハウスなどを探さなければならない場合にはその間を探して入っていただく。そのために必要な期間ということでございます。

○西山登紀子君 私、そのことを伺いたしますと、これは要するに退所勧告をするというふうな感じに受け取れるわけですね。より軽い人は、あなたは在宅に戻れませんか、あるいはケアハウスに移れませんか、あるいはもっと軽い老人ホームに移れませんかというようにことをまず勧告して、そして猶予期間を上げますから五年の間にそのことを検討なさうというふうな受け取れるんですよ。私もいろいろ考えてみたけれども、これは非常に過酷な経過措置ではないか、入っている人のために本当になるのかなというふうな思いました。これは特養からむしろ追い出すような追い出し条項というふうに、極端に言えばそんな

ふうになるんじゃないかなと思つたわけですね。

それで、私もたくさんの特養ホームを訪問させてもらいましたけれども、ほとんどやっぱり車いすだとか、それからほとんどベッドの上だとか、あるいは目が見えない方とか耳が聞こえない方だとか、大変な状態のお年寄りがほとんどだと思えます。その方々に、あるいは少し軽い方に、五年猶予があるからその間にいろいろ考えなさいよというふうなことを言うこと自体が私は非常に非人道的だと思いますが、そういうことまで言っているのかと思うわけですね。もちろん本人の御意思で、よくなったから家に帰りたいとかいうのはそれは全く別ですけれども、今入所されている方々の状況をみてもそれは非常に過酷ではないかというこ

とです。それから、これは東京都の社会福祉法人、東京都社会福祉協議会老人福祉部会の方が平成九年十月に出された報告書なんです、現在入所されている方一万六千四百人の分析をずっとしていって、しるわけですね。どの程度の介護度、困難な方々かという分類をしております。

その中で、要介護度Ⅰというのは構成比はわずかに四・一％です。非常に少ない方々です。その少ない方々に、どういう状況で特養ホームに入所なさったかという理由を一人一人からお聞きしているのを見ましても、六十六歳の方で交通事故で後遺症があるだとか、あるいは下半身麻痺で、介護者の加齢により在宅生活は不可能だとか、あるいはいろいろな困難な事情が事細かく書かれております。

私も実際にいろいろなところを見させていたでいて、平均年齢はもう八十歳以上です、皆さん、入っていらつしやる方は、ついの住みかとして選んだ、そして行政が適当だと思つて措置をした、そういう人たちに、介護保険が導入されたからといって、あなたの次の次の住みかを探さないといふふうなことを言っているのか。むしろ、それは非常に人道的な問題も含めて問題があるんじゃないかというふうに思います。

無条件に本人の意向を尊重するというふうにごの部分は運用すべきじゃないかと思うんですけれども、いかがですか。

○政府委員(江利川毅君) 今、先生が例を挙げましたようなケースは多分要介護度ありと認定される方だと思ひますので、当然その人たちは施設にずっと入つていけるわけですね。要介護度ⅠからⅤまでの要介護にあるという人は施設利用が可能なので、その人たちは施設に入れるわけでありま

す。虚弱というんでしょうか、いわゆる要介護度という意味では要介護度はなくて、そのちよつと手前の、常時介護を要するのじゃなくて若干の支援が要る、そういう虚弱の人たちになれば五年間は入れるけれども、ある意味で自活もでき、若干応援すれば生活もできる人ですから、そういう人は自宅に帰れるのなら帰ってもらつて、いろいろな事情で自宅に帰れなければ、例えばケアハウスとかそういうところを探して、そこで生活をしてもらうということでありまして、要介護者に施設から出ていってもらうという趣旨のものではないと思います。そういうことをぜひ御理解賜りたいと思ひます。

○西山登紀子君 この間の特養ホームに対する厚生省のいろいろな指導を見ておりましたも、できるだけ出られる人は出して、そして待機者を入れていくと、こういうのが見えるわけで、その点はこの五年間の経過措置については、私の懸念しましたように、むしろこれは特養からお年寄りを追いつく、極端に言えばそういうふうになる危険性があるということを私はぜひ指摘をしたいと思ひます。

次に移りますけれども、この間、特養ホームをいろいろ回らせていただいた中で、個室の問題と八人部屋の問題を考へてみたと思ひますが、ちよつと時間がなくなつてきましたけれども、八人部屋も含めて二十九万人のこの整備目標の中に入つていますよね。現行、特養ホームの八人部屋の現状はどうなつていますか。

○政府委員(羽田信臣君) 八人部屋の現状でございますけれども、現在の統計では八人という区切りにして七人以上ということになっておりまして、七人以上ということでは御報告申し上げることをお許し願ひたいんですが、平成六年の社会福祉施設等調査報告によりましてあれしてありますが、特別養護老人ホームの七人以上用居室が七百六十四室ということで、全部の部屋の中に占める割合が一・一％ということでございます。

これは経過的に申し上げますと、昭和六十二年以降は原則として四人以下というふうにしていくのでございまして、それ以前がございまして、そのものですから、そういうものが残っております。○西山登紀子君 およそ居室の割合にいたしますと一・一％ということなんですけれども、全国的に見ますと、およそ百ぐらいの施設がこの七人以上の居室を持っているんじゃないかと思ひます。○委員長(山本正和君) 西山君、時間ですので簡単に願ひます。

○西山登紀子君 はい。八人部屋で果たして入居者のプライバシーが守られるのかということなんです。最後に、大臣にお伺いたしますけれども、この八人部屋の解消などを重点的に図るべきじゃないかと、介護保険の基盤整備の一つとして解消を重点的に図つていただきたいということをお伺ひいたします。

○国務大臣(小泉純一郎君) 過去に整備された施設の中には八人部屋という大部屋があるということとを承知しております。しかし、これらについては今後増改築の際にそのような点をできるだけ解消していくように対応を図つていきたいと思ひます。

○釘宮馨君 前回に続いて施設サービスについてお伺ひをしたいと思います。

今回の介護保険の導入に伴つて、福祉分野、医療分野に加えて、民間の営利法人を在宅サービスに加えていこうということが今回の法案の中でも

認められておるわけです。
そこでお伺いをいたしたいんですが、今回施設サービスについて在宅サービスのような多様な法人の参入を認めない理由、これについてお伺いをいたしたい。また、将来的にこの施設サービスに設置運営主体の拡大があり得るのかどうか、その点についてもあわせてお聞かせ願いたいと思います。

○政府委員(羽田田信君) 施設サービスに対する民間営利法人の参入の件でございましてけれども、典型例で特別養護老人ホームの例で申し上げますと、介護を必要といたします高齢者を処遇いたします施設、いわばそういう性格という意味での機能の施設といたしますれば、現在介護専用型の有料老人ホームという形での民間企業の参入ということに現に可能となっておりますし、現実にもそういう施設はございます。現在の特別養護老人ホームという形態での参画でございましてけれども、これは現在はいわゆる営利法人は認められていないわけでございます。

その理由は、特別養護老人ホームというような施設については現在行政の責任で入所を決定し、また必要な運営費も公費で負担をしておりますという姿の中で、またそういうことを実現するためには建設費につきましても公費を導入してやっておりますという姿になっていくわけでございます。そういうことでやっております施設でございまして、民間営利法人につきましては、これは厳密な議論をしましてまいりますが、公の支配に属しない慈善または博愛の事業に対する公金の支出の禁止というような憲法上の制約といったこともありまして施設整備費の助成もできないというようなことから、特別養護老人ホームを同列で現在の体系の中に入れていくということについては無理があるということで現在はそうされております。

それで、今度は介護保険ができました後でございまして、これにつきましても、やはり今の民間営利法人に対して施設建設費を直接補助するというのが難しいということになりますと、その部分

を保険で賄う費用の中に入れていくということになりますとまた保険料はその分高くなるということもなるともございまして。

また、それよりも基本的な点として、在宅サービスと施設サービスの場合にはやっぱり利用者のいわばかわりぐあいといいますが、が違ってくるのでありまして、在宅サービスにつきましては利用者が居宅に生活基盤が一応あるということでございますから比較的自由にサービス事業者を選択して、少し碎けて申し上げればそのサービスが気に入らなかつたら変更するというのも一応可能でございましてけれども、介護サービスの施設サービスになりますと生活基盤そのものを移してしまふということがございましてより安定性なり公益性なりということについての配慮が必要だということな点はきちと押さえていかなければならないというところがあると思っております。

したがらいうことがあろうと思っております。当面はやはり営利法人という形の参入ということとは想定をしない形で介護保険をスタートさせていたでございますけれども、しかし施設サービスといわず在宅サービスもやはりできるだけの参入を得てそこにサービス競争が起る、あるいはサービスがそういう形で自由に選べるような状態をできるだけつくっていくことが非常に大事だという点はそのとおりでございまして、一つの工夫として現在介護保険の中で取り入れましたものといたしましては、有料老人ホームのいわば住むという部分以外の在宅サービスの部分を提供している部分については有料老人ホームのサービスそのものを保険給付の対象にするというような工夫をまず一ついたしました。

それから、将来に向けてどういうふうに施設サービスの運営主体を考えていくかという点につきましては、きょう午前中來の御議論でもございましたその運営をいたします法人のあり方の問題等も含めまして、場合によりましてはそこはやはり税制のあり方の問題も含めて、あるいは今の助成の問題も含めまして検討した中で今後慎重に

対応を決めていきたいということで、当面は今申し上げたようなことでございまして。

○釘宮馨君 局長の立場とすれば今のような答弁しかできないんだらうと思っております。

大臣、大臣は大体生活者でありますから、この施設サービス、これから介護保険が成熟化していく中である程度はそういう部分も予測をしておかなきゃならぬのじゃないかなというふうな気持ちをお、私自身は社会福祉法人の関係者にはそういうお話はしたことがあるんですけども、その点について大臣はどういうふうにお考えでしょうか。

○国務大臣(小泉純一郎君) 午前中の議論にもありましたけれども、できるだけ民間がこういう福祉事業に参入しようという意欲というものをむしろ奨励する方が私はいいと思っております。

ただし、普通の営利法人に対して国が補助とかそういうことはできませんから、その点、既存の非営利法人と営利法人との違いをどうするか、また公的な資金と民間の活力、慈善なり博愛的な気持ちからの寄附金をどうするかということも含めて持ちこいるいろいろ検討の余地があると思っております。基本的には民間の方々がこの福祉事業に参入したいという意欲をそがないように対策をとることが私は必要だと思っております。

○釘宮馨君 今回、施設サービスが現状では当面民間参入を認めないというふうなことですけれども、どうも厚生省の施策というのは、ある程度将来が見通せるというふうな中でこういう問題について示唆をしていかないと、その都度審議会に諮らなければならぬというふうなことで、ある意味では逃げの答弁に終始しているように思われてならないんです。

私はなぜこのことを問うかといいますと、きょう午前中の議論の中にもありましたけれども、社会福祉法人には今いろいろな恩典があるわけですね。例えば、施設整備費については公費四分の三を補助しておりますし、それから、午前中の御議論の中でもありましたけれども、免税措置もあり

ます。こういう恩典があるがために一方では建物の減価償却というものを今のところ認めていない。さらには、さきの委員会でも私は強く指摘を申し上げたんですが、規制緩和どころか、六八、六九号通達だったんですが、厚生省の不祥事を境に逆に社会福祉法人に対して規制を加えていくような、そういうある意味では矛盾したことを行政指導としてやられている。

こういうふうなことを考えたときに、少なくとも民間参入は当面いまでも医療法人と社会福祉法人である程度同じ土俵でこれから施設サービスというのは進んでいくわけですから、そういう意味で施設関係者にとっては施設整備費が将来どうなっていくのか、さらには免税措置はどうなのか。今、実際の施設を経営している皆さんにしてみれば、職員は現実におられるわけですね。介護保険がスタートした時点から全く制度の違う中から収入が入ってくるわけでありまして、その時点で入るものではなくて、今までのずっと経営をしてきた、ある日突然新しい制度になっていくということになりますと、それで職員の給料体系というのは果たして今のままでやっていくのだろうか。御承知のように、今、民間の社会福祉施設には職員の勤続年数に応じて民間給与改善費というものが出されているわけですから、これは一体、この介護保険がスタートしたときはなくなるのか、なくならないのか、それから退職金制度はどうなっていくのか、というふうなことは、やっぱり施設関係者にとつては制度が二〇〇〇年からスタートしたその次からどうなっていくのかというのは非常に不安に思っているわけです。

ですから、ここで私が申し上げたことについて若干整理してお答えをいたしたいんですが、この社会福祉法人の公的補助というのはある程度厚生省としては介護保険がスタートしても続けていくおつもりなのか、また免税措置についてはどうなのか、その辺のところを少し整理して聞かせてください。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険制度のあり方

を審議していただきました老人保健福祉審議会、この最終報告でこの辺の考え方が示されているわけでございます。

特別養護老人ホームの施設整備の関係でございますが、最終報告書におきましては、「介護保険制度導入後も公費の助成が必要」という指摘がございます。そういうことを踏まえて私どもは現在の基本的な枠組みを介護保険制度導入後も維持していきたいというふうに考えているところでございます。

それから、税制の関係でございますが、税制の関係につきましては同じように老人保健福祉審議会の最終報告の中で触れられておりまして、施設整備に関する税制については、「それを維持する方向で検討する必要がある」というふうに言われているところでございます。

これを踏まえまして、現在の基本的な枠組みを直ちに變更することなく進めていきたいというふうに思っているところでございます。

○釘宮馨君 今、私が聞いた中で、民間給与改善費という今の制度、これはもう措置費じゃなくなるわけですから基本的にはなくなるかと考えた方がいいのか、その点はどうなんですか。

○政府委員（江利川毅君） 民間給与改善費とかあるいは先生が先ほど社会福祉施設職員の退職手当共済の話をおっしゃいました。この取り扱いにつきましては、全体の介護保険施設の運営というのを一体どう考えるべきか、そういう中で介護報酬を検討するときの考慮していくべき事項になるんだらうと思います。

今の段階で具体的には申し上げられませんが、けれども、そういう御指摘を踏まえて審議会でも御検討いただいて方向を出していきたいというふうに思います。

○釘宮馨君 そうすると、基本的認識として、今の特別養護老人ホームが措置費によって運営をされているわけですが、これが措置費という税からの収入ではなくて介護保険の保険からの収入ということ、基本的には今の社会福祉法人が

経営する措置費体系での特養の運営としまして変化はないというふうに理解をしてよろしうございませうか。

○政府委員（江利川毅君） そこまで断定的に言われまじとかなかなかあれなんですけれども、介護報酬といふのは施設のサービスの種類ごとに、それから要介護状態の区分、あるいはまたそういう地域の実態などを踏まえた平均的な費用、これをもとに考えていくわけでございますので、施設経営の平均的な費用というのがつかまえられるわけでございます。そういう中にももろもろの要素が入っているというふうに思います。そういう実態を踏まえて……

○釘宮馨君 その点はいいんです。私が今お聞きしたいのは、先ほどから言いますように、社会福祉法人にある程度与えられた恩典というふうなもの、先ほどの答弁の中では担保されているようにお見受けしたので、そういうふうにお聞きしたわけですが……

ここで私は、そういう恩典があるから一方で規制があるわけ、それはやむを得ない部分はあるんだらうけれども、そのこと自体がいわゆる民間活力というものをある意味では阻害していくことになるのではないのか。一方で恩典を与えているから規制は加えるよということもわかるんですが、そのことが規制を生み、規制が結果的に活力を生まない、その点について私は一番指摘をさせていただいたわけですが……

これについてはさきう午前中に山本委員が非常にいい議論をされましたので、私はそういうことも勘案しながらぜひその辺の調和を十分考えていただいて、しかし社会福祉法人というのはいわゆる私財をなげうってスタートした民間の善意から始まったところですから、それが医療法人とまた民間が入るといふようなことになったときに、その部分の最低限の社会福祉法人のアイデンティティーというのは私はやっぱり尊重していくべきであらう、そのことは指摘させていただきたいと思ひます。

それから、先ほど西山委員からの質問の中にもあったんですが、在宅サービスについてははいわゆる介護区分によってある程度の報酬額が出されているんですが、施設サービスについては先ほどの議論の中でもまだかなりこれからというふうな感じがしておるわけですが……

先ほどの議論を聞いて私も大体のめたわけですが、けれども、いわゆる施設サービスには管理費とかいろんな部分が、共通経費というのがあるんだらうと。その共通経費の上にある意味では介護度に応じて保険点数が支払われる。そういうことになればいきなり在宅のような急斜面にはならないんだということなんですが、先ほど西山委員がおっしゃられた中で、今の措置費で足りないのか足りるのかという議論については私は西山委員とは若干違う見解を持っております。

ただ、これから施設を経営していくときに、少なくとも介護度Ⅱの人は何%、Ⅲの人は何%、Ⅳの人は何%、Ⅴの人は何%というふうな、ある程度施設としてはそういうふうなものを当然考えると思うんですね。例えば、Ⅴの人はばかり入れれば確かに点数は高いですけども、施設自身がやっていけるのかどうかというところがあるんだらうと思うんですね。緩やかな斜面になるとはいいいながら実際問題どれぐらいⅠの人と、Ⅱの人は余り特養には入らないのかわかりませんけれども、ⅡとⅢ、Ⅳ、Ⅴぐらいでどれぐらいの金額の差が考えられるんだらうか。

その辺、ちよつと数字としてまだ出せないのであれば、今私が申し上げたようなことが施設経営側としては当然考えられるんだらうと思うんですが、厚生省としてはどういう御認識を持っていますか。

○政府委員（江利川毅君） 基本的な考え方は先生のおっしゃるとおりではないかと思ひます。介護報酬というものは、施設の場合には共通経費と要介護度に応じて決まると。ただ、要介護度Ⅰという人は多分余り入らずに在宅が多くて、施設に入る人というのは要介護度ⅤであるとかⅣであ

るとかⅢであるとか、そういう人が中心になるんだらうというふうに思ひます。

当然、介護度が多くなればそれだけ手間もかかるわけでありまして、そういう介護サービス部分がきちんと評価される報酬でなければならぬと。ですから、仮に介護度Ⅴばかりの人が入っても、そこはそれなりの体制を組んで施設経営ができる、そういうものでなくちゃならないのではないかとこのように思っております。

○釘宮馨君 そうすると、それは施設自身が描く施設の像なんだと思うんですけども、例えば今、特別養護老人ホームを実際に経営されている施設長さんが二〇〇〇年から介護保険を導入したそのときに、さつきも言いましたけれども、今の職員の給料をとにかく確保しなきゃならないという経営サイドからの、介護というハートの部分は別にして、施設サイドとしてはそこをまず考えなきゃならぬ。

そうすると、今言う特養の中にはやっぱりⅡの人もⅢの人も現実に入っていますよ。ですから、そういう人たちの計算を今の在宅の点数で計算すると、これは足りなくなる。さつきの一千二百萬だとか一千四百萬減収になるとか、そういうような話になっていくのでこのところは非常に誤解があるんですね。

だから、やっぱり私は厚生省としては、そういう意味での施設が転換するときにこういう金額で大体出るんだというのを早く示してやっていただきたいと思ひますよ。そうしないと、今施設は非常に混乱しています。このままだと職員は首を切らなきゃならないんじゃないかと。

この前も私は五年間の経過措置の間のいわゆる保険点数の支払いの問題について意見を申し上げました。それについては非常に前向きな御答弁をいただいたんですけども、やはり今、現実には二〇〇〇年からスタートする施設、そこで職員を新たに採用するならいいんですけども、そこがあらう程度スタートしたときにどんと下がるというふうなことになるかと大変なことになるので、その部

そのために、例えば東京の品川区役所のホームヘルパーの方ですけれども、実際にこのマージンシートをずっとつぶしていく、これで介護の必要度が本当にわかるのかなという疑問が出てきたと言っています。その作業の仕方ではいわゆる介護を必要とする人の生活が見えてこない、そういうことに気がついてきたと。例えば、援助サービスを組み立てようとするとき、自分たちはまず家族や近隣との関係も含めてその人の生活全般を見て考えるのだと。例えば介護を必要とする方の近所の人で毎日のぞいてくれる人があるのかどうか、

あるいは買物だけはやってあげよう、という声をかけてくれる人がいるのかどうか、そういうことを調べた上で、それがあればその力を大切にしながらかの他のことのサービスの内容を組み立てていっている。そういうのを見たとき、このマークシートのつぶしの作業の中ではそういうものが全然見えてこない。これは寝返りができるが排せつができるか、そういうマル・パツであるわけですからここでは全然その生活というのは見えないわけですね。さらに、二次判定の記述方式の調査でも生活環境に関するそういう設問は全然ありません。

要介護者の身体状況を中心にしたこのような調査だけで果たして要介護度の認定を行うということが適切であるのかどうか。これは非常に不十分ではないかと思えます。もっと居住の環境とか家族の環境とか近隣の環境を加えた生活全般を踏まえた調査を行うような介護認定方式に改めるべきだと思えますが、その点、厚生省はどのようにお考えになりますか。

○政府委員(江利川毅君) 要介護度を一体どういう形で把握をするかということですが、この要介護度の把握の仕方につきましては、平成八年度からモデル事業を実施しながら研究をし、先生先ほど御指摘いただきました調査票は八年度の実績を踏まえ改善した九年度の調査票をこちらになりながら御指摘されたのではないかと、いうふうに思っています。

私どもの基本的な考え方は、要介護度の判定はその人の状態に着目して、その人に対する介護サービスの量はどれだけ要するか、そういうことで判断すべきなのではないだろうか。ただ、そこで要介護状態にあるということで認定されました場合には、今度は介護支援専門員がアドバイザー役になってその人に介護サービスの計画をつくるということになります。介護サービスの計画をつくることは、本人の意向や家族の意向も大切ですし、その人の生活環境も大事です。そういうものをさらに細かく調べまして、調べる方法も私どもの報告

書では五つの手法が触れられておりますが、非常に多い二百五十項目ぐらいの多い項目を調べて、それでその人に必要な介護サービスの計画をつくる、そのときにはその人の生活の状況であるとか家族の状況であるとかを踏まえてつくる。

ただ、要介護度があるかどうかの判定は、家族がいるからいろいろ支援してもらえから例えば要介護度が軽くなるということであってはかえって的確なんだろうか、要介護度というのはその人の状態に着目した客観的な判断で行われてしかるべきなのではないかと、そういうことでこのようになっているわけではございません。

○清水澄子君 先ほども、午前中の御発言もあつたんですが、もう少し現場で働く人の、実際にこの法律を施行するとき、今厚生省から出されているそういう問題、いろんなやり方が出てきているんですが、それをやってみて、これではできないというものが幾つも出てきている、こういうことにはやっぱり真剣に耳を私は傾けるべきだと思うわけです。

特に、このマークシートでマル・パツだけでコンピュータで第一次はやるというとき、本当にそういうことでできるのかという心配を私どもも非常にしていますけれども、厚生省の方自身がある会合で、これは平成十二年にこの法律が施行されるときは二百何万というたくさんの人たちから一度に申請が来るだろうと、そのとき追いつかないからこのマークシートで早く、前年の十月から平成十二年の三月の六カ月までにある程度の処理をしないといけないんだと報告をされておられるわけですから、何のためにマークシートになったかという理由は厚生省みずからが御説明をしていらつしやいます。

ですから、そういうことで現場の人たちはそのマークシートでやってみているわけです。そして、これではやれない、そこには生活が見えないという大変大事な部分を指摘されているわけですから、そういう四角四面の机上の計画ではなくて、ああそういう問題があるのかということでもう一

度やっぱり確認し直すということをぜひ私はここで強く要望しておきます。

そして二番目に、介護認定の調査票の項目にはとても高齢者の人権とかプライバシーに触れる微妙な設問があるわけです。例えば、虐待が疑われる状況と思われるかとか、周囲が迷惑する性行動があるかなどということがあります。そうすると、介護認定に当たっては高齢者の人権やプライバシーをどのようにつけていくのかということとは非常に重要なことだと思っております。

ですから、厚生省は介護認定に当たって、それを機械的に行うのではなくて、もっと人間的に接するような方法、それから高齢者の人権やプライバシーが損なわれないような配慮、工夫、努力をすべきだと思っておりますが、それについてはどのような対応を準備しているか、それについてはどういうふうか。

○政府委員(江利川毅君) 介護認定の関係の調査票の作成あるいは実施の仕方、これにつきまして現場で実践を踏んでいる方々を委員会のメンバーにして検討しているわけではございません。そして、その新しい調査票につきましては、自分の施設でやってみた、これで前の八年度にやったものよりも非常に記入しやすく、かなりわかりやすくなっているのではないだろうか、そういうようなやつていただいた方の経験なども踏まえながら九年度の調査票をまとめていったわけではございません。

それから、この調査票の中に確かに先生のおっしゃるような人権の面、プライバシーの面、そういう面での配慮を要する項目も入っております。これは調査の仕方の問題もあるわけではございません、これもまた八年度のモデル事業を通じて寄せられた意見であります、調査員に対してきちんと研修をする必要があるということではございません。そして、そのために調査員用のビデオテープをつくって、これは各県でまた研修してもらわなくちゃいけませんので、テープをつくり、記入要領もかなり細かく書きまして、そういうことでその配慮をしてもらうようにやっているわけではござ

います。さらに、この事業を通じて例えばこういう改善をした方がいいということがまた出てきましたら、十年度の事業に向けてさらに改善ができると思っていますので、そこはそういういろいろな意見を踏まえて改善をしてまいりたいと思っております。

また、市町村の職員が調査するときは、公務員ですから職務上知り得た秘密は漏らしてはならないという公務員の規定が働いております。そうではなくて、市町村が職員以外の介護支援専門員に調査を委託するような場合、この場合にも介護保険法の中に当該委託業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならないという規定を設けているわけではございません。そういうことでプライバシーの保護が図られるような法的な措置も講じております。

○清水澄子君 指定居宅介護支援事業者には、これは市町村は民間の事業にも委託することができるところですから、ぜひそういう人権侵害にならないような教育のシステムを十分に強化していただきたいと思っております。

次に、介護認定を受けるとき、第二十七条の二項では、訪問調査員というのは被保険者のみに面接する、調査するということになっております。しかし、さっきの認定モデル事業では、痴呆が進んだ被保険者に対しては実際に日常の介護に当たっている家族や介護している者に聞いていただきます。それはそうしないと調査にならないと思うわけですが、厚生省はやはりこの事実に合わせて介護認定に直接影響を与える面接調査対象者としては家族や介護者をやっぱり面接の対象に明確に位置づけておくべきではないかと思っておりますが、その点いかがですか。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険という保険制度の運営でございますが、法律の構成上は被保険者というように形になっておりますが、要介護認定がより公平、客観的に行われることが必要であることは御指摘のとおりでございます。

そういう意味で、モデル事業におきましては要介護者だけでなく家族に、八年度は家族から

の聞き取りの項目は少なかつたわけでありすが、ある程度の期間を含めての情報が入りますように家族とかあるいはかかりつけ医師から御意見をいただくというような様式にしたわけでございます。

こういうモデル事業の成果を踏まえて、事業の実施の仕方としてはできるだけその要介護者の状態を的確にはかる方法、これを大事にして運営してまいりたいというふうに思います。

○清水澄子君 次に、これは大臣にお伺いしたいわけですが、被保険者が受けた介護認定に不服があった場合には第百八十三条に基づいて審査請求を都道府県の介護保険審査会にできるようになっております。

しかし、その前提として自分がなぜ介護認定から外れたのかとか、そういう介護認定を判定した際の資料というのはほとんど被保険者本人はわからないわけですね。ですから、やはりぜひ被保険者本人が要求した場合は判定の資料というものを開示すべきだと思うわけです。それがなければ、これは行政不服審査法がもう一つあるわけですから、そういうところで裁判問題が起きてくる可能性が非常に多いと思うわけです。また、自分がどういうふうな認定されたのか全然自分でわからない、情報が無いという場合には非常に審査請求そのものも権利としては行使しにくい。ですから、介護認定審査会における判定資料を被保険者が要求した場合には、例えば今日医者にしかかかっていないフォームド・コンセンスト、やはり説明する、また説明を求めるといことが当たり前の権利になつていく時代ですから、この判定資料の情報開示をするというのをぜひ検討いただきたいと思います。厚生大臣のお答えをいただきたいと思います。

○国務大臣(小泉純一郎君) 判定資料については、個人情報そのものですから第三者に開示するというのは適当でないと思いますが、申請者本人が請求した場合には本人に開示するよう、その方向で検討していきたいと思います。

○清水澄子君 ぜひそれを皆さんにわかるようにしていただきたいと思います。

次に、審査請求に関してですが、被保険者本人は当然なんですが、被保険者が痴呆状態のような場合、この審査請求を本人にかわつてできる者、例えば後見人というのがやはり必要だと思います。これは被保険者の権利としてこういう法律を設定するとき非常に必要だと思いますが、この介護保険法ではそれが無いわけですが、その点では厚生省はこの法律施行までに再度この問題を検討されるつもりはないかどうか、ぜひ検討していただきたいと思います。

○政府委員(江利川毅君) 痴呆等によりまして意思能力が十分発揮できないという人のために、その人がみずからの権利をきちんと行使できるように先生御指摘のような新たな仕組みが何か要るんだらうということとはそのとおりだというふうに思います。

これは、恐らく民法の特例をさらにつくるという形になると思います。現在、法務省で法制審議会におきまして成年後見制度、こういうものが検討されていると伺っておりますが、この検討状況を踏まえて対処すべきものではないかというふうに思います。

ただ、審査請求につきましては、恐らく県庁の方に文書で申請するということになりまして、そうなりますと要介護者の家族がかわつて審査請求をしたり、かわつてというのが代筆してというのではありませんか、代理人になつて申請したり、あるいは介護支援専門員が専門的な立場でアドバイスをしたり、そういう形で実質的にそういう手続が行われるような運営にしたいというふうに思います。

○清水澄子君 民法の分野がそういうふうに介護の問題だけじゃなくて改正されるのはそれでいいわけなんですけれども、この介護保険法が施行される年、平成十二年には介護を必要とする痴呆性の高齢者数二十万人というのが対象として出てくるわけですし、また痴呆性の人を含む寝たきり高

齢者数を入れると百四十万人と厚生省自身が数字を出していらつしやる。そういう方々が結局介護保険法の対象になるわけですから、それは民法が改正されたらそれでおやりくださいじゃなくて、介護保険法の中でやはり代理人の設定をしていただく方が私はむしろ混乱が起きないんじゃないか、そういうふうに思いますので、この点はぜひ私は再度検討していただくことを要請したいと思ひます。

○政府委員(江利川毅君) 今申し上げましたように、痴呆等でありまして例えば家族がその立場になつて不服があれば審査請求をかわつて行うとか、あるいはそういうことを介護支援専門員が、常日ごろ要介護者と接しているわけですから、そういう方がアドバイスをするとか、そういう形で事実上それが行われるような運用ができるのではないかとこのように思つております。

○清水澄子君 次に、保険料の徴収についてですが、介護保険法では第一号被保険者と第二号被保険者の保険料納付では保険料の性格が違うんですね。二つ、同じような給付を将来受けるはずなんですけれども、性格が違つてくる。

まず、百三十二条では、六十五歳以上の第一号被保険者の保険料を普通徴収する場合に世帯主あるいは配偶者が連帯で納付義務を負うとあるわけですが、ここで言う「連帯」とは何を指しているのか、御説明いただきたいと思います。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険制度では六十五歳以上のすべての高齢者を被保険者というふうにしていくわけでございます。そして所得に応じて五段階を設けて無理のない範囲で保険料を負担していただくということになつていくわけでございます。

ただ、高齢者も生計は世帯で一体として営まれていること、それから国保等の制度におきましても世帯主の連帯納付義務が規定されているようなことなどを踏まえまして、世帯主や配偶者に連帯納付義務を百三十二条で規定しているところがございます。

○清水澄子君 ちょっと説明が違つていんじゃないですか。この「連帯」というのは民法で言う連帯債務の考え方ではないんですか。これは本人が払えなかつたら、例えば母親の保険料が払えなかつたときに息子さんが払わなかつたら、それは連帯責任になるということじゃないんでしょうか。その場合に、後期高齢者になつているときは息子さんといつても高齢者の場合があるわけですが、そういう意味で連帯責任が果たせなかつたなら今度はペナルティーがあるわけですね。そういう点で、この保険料の取り方というのは非常に高齢者に対して厳し過ぎると思ひます。もちろん、払わなくていいという意味じゃありません。だけれども、そういうことだけは条文でしっかりと書いてあるという、この介護保険法の中に一つの厚生省の姿勢が余りにも露骨に出ておりますので、私はその点について非常に気になるので、「連帯」の意味をもう一度聞きたいと思ひます。

○政府委員(江利川毅君) まず、百三十二条第一項では、第一号被保険者がそれぞれ保険料を納付しなければならぬという義務があるわけですが、それがそれ以外に世帯主あるいは配偶者の一方、それが先生おっしゃいますように連帯債務を負うというのでしようか、そういう形で納付義務を課しているところがございます。

○清水澄子君 そうしますと、この百三十二条で、連帯で納付義務を負う世帯主が滞納した場合に、今度被保険者は第六十七条で滞納した場合は保険給付は七割にしますと、そして自己負担は三割になりますというところになるわけですね。そうすると、物すごく故意にというのとは別として、本当に後期高齢者の場合で払えなかつたときに、払えない人が今度三割も自己負担をしたり、そういうことができるとお考えでしょうか。だから、非常にここには何か個人の責任に帰せない理由でペナルティーを受けるというやり方というのは、やはり私は被保険者を納得させることができないと思ひます。

厚生大臣、この点についてどうお考えになりますか。

すか。

○國務大臣(小泉純一郎君) 協調と連帯という言葉

業があるように、社会保障制度におきましては協調と連帯という言葉が大事な観念だと私は思います。そして、今、保険料を払っている人と払っていない人の公平性というものを考えて、当然払っていない人と差をつけるのは、これはやむを得ないことではないか。払わなくても払っても同じだということのじゃ、税金もおかしいです。保険料もかしくなつて来う。払っている人と払っていない人の差というのはどういふ程度かというの、それは検討する問題でありますけれども、同じだということのじゃないかと。その辺はどうお考えになりますか。

○清水澄子君 払っても払わなくても結構ですとは言っています。今、この介護保険法についてこれだけ真剣に、どうこれを政策として、また今度は受ける者は権利としてこれを一日も早く保険料を負担しついで出されていくモデル的な介護給付を受けたい、そういう制度にいかにしたらできるかということで議論していると思います。

そういう中で、故意に滞納ではなくて、そうになっている後期高齢者の場合もあると思うんですね。もう寝たきりになって自分の所得もない。世帯主ではあるかもしれない。そういう場合もあるし、それから連帯というときに、子供との関係という場合には必ずしも子供との関係で連帯にならない場合もあります。ですから、これはそれじゃ子供に責任を持たせろということであると、後にお伺いしますけれども、保険というのは世帯単位ですとやるのか。本来、保険というのは個人単位だと思ふのですけれども、ここでは特に第一号被保険者の場合には、特に後期高齢者でどうしても生活に困る人にこういうペナルティーをかけるべきではない、このことはまた後ほど御質問いたしますけれども、その点を私は大臣にお伺いしたわけです。ですから、公平とかそういうことは当然私の方も承知しております。むしろサービス

が早く公平になるようにこそ努力をすべきだと思っております。

次に、第一号被保険者の保険料は第百二十九条の規定に従って市町村の介護保険事業計画の給付サービスの進展状況といいますが、見込み量によって設定されることになるわけですが、この第一号被保険者の保険料というのは市町村ごとに非常にばらばらといいますが、違うわけですね。一見合理的に見えるわけですが、被保険者の立場から見れば住んでいる市町村によって介護サービスの内容も保険料も違うというのは非常に戸惑いがあると思います。

ですから、厚生省は各市町村に自分の市はこの程度しか給付できないから保険料は自分この程度ですということをしちんと、自分の町ではなぜこういう状況なのかということが被保険者にわかるように説明をするということがある程度市町村に義務づける必要があるんじゃないでしょうか。そうしないと、皆とても混乱が起きると思いますので、その点についてはどのようにお考えになりますか。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険料は、先生御指摘のように、その市町村における介護保険事業計画、これで給付のサービス量がわかりますので、そのサービス量をもとに保険料を幾らにするかというのが決まるわけでございます。

この介護保険事業計画を策定するに当たりましては、衆議院でも修正があつたわけでございますが、広く被保険者の意見が反映されるようにする、そういう意味で被保険者の代表も参加して計画策定を行うということになっているわけでございます。いろいろな形の意見を聞くと、そういう意味で、その市においてこの五年間にどういふ介護基盤整備が進むかということがその計画で明らかになります。

また、保険料はその計画をもととして条例で定めるわけでございますから、当然議会で議論をされるわけでございます。その議論は公開ということになるわけでありまして、そういうことを通

じて基本的にはそこに住んでいる住民に十分わかるものになっていく。さらに加えて、積極的にそういう情報を提供するというのもまた大事だと思ひますが、仕組み上もそれができるようになっているというふうに思っております。

○清水澄子君 第百四十二条では、市町村が条例で保険料の減免ができるということと定めておりますけれども、ここで言う「特別の理由」というのはどのような範囲を含んでいるのでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 基本的にすべての方から負担能力に応じて保険料をいただくということになっているわけでございますので、ここで定めます保険料減免の特別の理由は、災害などのそういう特別な理由によりまして一時的に被保険者の負担能力が低下する、そういう場合のことを定めます。たいというふうにお考えしております。

○清水澄子君 じゃ、失業しているときはどうなりますか。

○政府委員(江利川毅君) 高齢者でございますから、その失業というのを一体どうとらえるか、無職というのを全部失業というふうになかなかとらえられないと思うんですね。例えば、交通事故等に遭つて働けなくなつたと何か企業を経営していたけれども倒産をしたとか、そういうようなことともいわれる一時的な負担能力の低下というように、なことになるならば、それは特別な事由として書くことができるのではないかとこのように思っております。

○清水澄子君 そういうことは省令か何かで書かれるんですか。

○政府委員(江利川毅君) 保険料につきましましては、市町村が条例で定めるといふようなことになつておりますので条例で定めようということになるわけでありまして、今のような考え方は例えば条例準則のような形でこういう考え方がとれるのではないかとこのことはお示しをしたいと思います。うふうに思います。

○清水澄子君 第一号被保険者の保険料の最低額は基準額の半分という考え方が示されておるわけ

ですけれども、市町村によっては国保の均等割よりも介護保険の保険料の方が高くなるケースが出てくると思います。

この場合、国保の保険料よりも介護保険料が高くなるということになるとまたこれも高齢者の第一号被保険者にとっては、別々の保険制度なんですけれども、均等割よりも介護保険料が高くなるという、これもまた高齢化社会といながら、それは払える人は当然払ってもらわなきゃいけないですけれども、やはり所得のない人と年金金だつても少ない人が多いわけですね。月四万円なんという人が非常に多いんです。

こうした場合、せめて国保の均等割と同額に設定するというふうなことが考えられないのかどうか、その点はどういふところにお考えになりますか。

○政府委員(江利川毅君) 国保につきましましては、各市町村において均等割と応能割を組み合わせて保険料を取っている、そしてまた所得に応じてその軽減措置が講ぜられているところでございます。

ただ、医療保険と介護保険、同じように保険料を取るわけでありまして、それぞれその制度の中で保険料の取り方を考えるということだと思ひます。特に介護保険制度の場合には、市町村単位で見たとときに全体的に所得水準の非常に高い市町村もあれば市町村単位で見たとときに全体的には所得水準の低い市町村もあるわけで、そうしますと同じ基準で保険料を課していても保険料の格差というのが出てくるわけでございます。

こういうものは国の国庫負担の中の一部を交付金として出すことによって調整しようと思つていられるわけでありまして、そのときに市町村ごとに全く違つた考え方で保険料を取るということになりますと調整が非常に難しくなるわけでございます。ですから、そういうこと全体を考えまして、前から御説明しておりますが、五段階で同じような考え方に従つて軽減をし、あるいは所得の高い人にはより多く負担をしていただく、こういう形で運用をさせていただきたいというふうに思つて

おります。

○清水澄子君 それでは、第二号被保険者の保険料は条文の中で厚生省令により算定されることというふうになっているんですが、なぜそうなるんですか。この条文を読むだけでは非常にわからないんですが、第二号被保険者の保険料の算定方式というのはいくつかの意味を持つんですか。なぜ厚生省令で定めるんですか。

○政府委員(江利川毅君) 第二号被保険者の保険料の取り方といえますのは、基本的に一人当たり制度スタート時は七年度価格で二千五百円ということになるわけですが、四十歳以上六十五歳未満の方が保険者の中に何人いるか、その人数に二千五百円を掛けて、それを全体の被保険者の総報酬で割り戻して保険料率を決める、その分を医療保険に上乗せするというふうになっているわけですので、その考え方に従って保険料を徴収させていただくということになります。

○清水澄子君 第一号被保険者と第二号被保険者の保険料の取り方がともにおかしな仕組みになっているんですね。これはまた次のときに聞きます。

最後に、厚生大臣、この第二号被保険者でサラリーマンの妻の保険料というのは夫の保険料に含まれる形になっております。男女共同参画二〇〇〇年プランのみならず、社会保障制度審議会の報告においても税制とか社会保障制度、賃金制度の総合的な検討に入るべきだと。それはこの制度を世帯単位から個人単位に組みかえるということを前提にしているわけですね。介護保険法は新しい制度の導入であるにもかかわらず古い世帯単位に立った保険料の徴収をやるシステムになっているわけですが、やはり保険料というものは、ある程度一本にしていかなければ非常にわかりにくい面だけじゃなくて、今後この法制度を見直す中で個人単位の保険料に変えていくという、そういうお考えはお待ちでないのかどうか、厚生大臣のお答えをいただいて終わります。

○国務大臣(小泉純一郎君) 社会保障を考える場

合、今後個人が世帯かというのは大変大きな問題だと思っています。

今、国民年金も学生は親が負担している方、結構多いですね。今回の介護保険におきましても、一つの生計を世帯で一体として営まれているというところからこういう世帯の連帯責任という観念があると思いますが、今後個人の責任、世帯の問題、十分検討されるべき課題だと考えております。

○清水澄子君 終わります。

○長峯基君 自由民主党の長峯基でございます。いろいろ議論が進んでおりますけれども、私は、一日も早く実行して、そしていろいろ問題点があればそれを積極的に改善していく、そういう姿勢でぜひやっていただきたいというふうに思います。

昨年でしたか、ある報道でちょっと読んだことがあるんですけど、スウェーデンの専門家、日本からは毎年国会議員を初め地方議会あるいは専門家が何百人とスウェーデンのいろいろな福祉政策を学びに来る、しかし一向に実現の気配がないというようなことを言っておられた記事を私読んだことがあります。

つまり、北欧の高齢者介護の大きな柱、これはいわゆるグループホームというものが中心だといふに言われておりますけれども、日本でもいよいよグループホームがスタートしたようでございますが、介護保険法案の中でグループホームの役割はどういうふうな位置づけられているのか、またその補助制度はどのようなものになっているのかというところをまずお伺いしたいと思います。

○政府委員(羽田田信吉君) 先生お話し、特に痴呆対応型の老人共同生活援助事業、つまり痴呆性老人向けのグループホームでございますけれども、スウェーデンそのほか北欧諸国を中心に非常に先駆的に行われていて効果が上がっております。うふうに私も承知をいたしております。

そうしたことから、我が国におきましても、少人数の、これ中期程度の痴呆性老人の場合に有効だということのようでございますから、余り重度

になりますと、いわば共同生活、家庭的な環境のもとで共同生活をされるということが症状の改善にも資するということからやられておるようでございます。中期程度の痴呆性老人を対象にいたしまして、そういった家庭的な環境のもとで一日じゅう共同生活をしていただく、そういうようなことを内容とする事業でございます。

私どもの方もこの平成九年度から国庫補助事業で取り上げまして、これをさらに介護保険につないでいくということでございます。

○長峯基君 二点ほど伺います。まず、グループホームの定員が八人程度というふうに定義されておりますけれども、その理由について、それからもう一点は、現行のグループホームでは十人以上の入所者を抱えているところもあるわけでありまして、定員を超える場合にもどのような対応を考慮しておられるか。二点ちよつと伺いたいと思ひます。

○政府委員(羽田田信吉君) 痴呆対応型の老人共同生活援助事業、グループホームにつきましては、やはり小規模な生活の場において共同して家庭生活を送られるということがこの施設の非常にいいところ、つまり効果を上げておられるところというふうに言われております。

したがって、その人数については、やっぱりある程度少人数でということを考えていきますと八人、これは八人がちがちではございませんけれども八人程度ということで、少し幅を持たせて五人から九人ぐらいのところ利用定員を設定するという中で今補助事業をスタートさせていただいております。そういった程度今後に向けてのひとつのスタートでございますから、そういった効果の上がるものを推奨し、広めていきたいという趣旨で入れたものでございます。

そうしたことでございますので、十人以上の方、たくさん一緒に生活をされるということになりますと、そこはグループホームということのよき、グループホームとしての効果という点からするとどうだろうかというところが出てまいりますので、

で、私どもとしてはまだ、今補助事業をしてそれを推奨していくという側面からいえば、できればそういうところにつきましまして利用人数をある程度分けていただくかなんかというふうなことをも考えていただかなきゃいかぬのかなというかと。

ただし、それも八人がちでなくちやいかぬということではございませんで、ある程度弾力的に考えながらそのところをしていきたい。無制限にあげたいと、もうお年寄りの共同の住まいというだけのことになってしまつて、それをグループホームとして推奨するのは、いわば有料老人ホームみたいな話になってしまいますので、やはりおのずとそこは小規模の人数で家庭的な雰囲気の中で共同生活をされる中期程度の痴呆性の老人の方々等については非常に効果があるというところはきちつと押さえないという気がいたしております。

○長峯基君 次に、介護支援事業について伺いたいと思ひます。

まず、ケアマネジャーが約四万人必要だといふにされておりますけれども、これはどのような推計に基づくものか、また将来的には増減はどのようになるのかということについてお伺いしたいと思ひます。

○政府委員(江利川毅君) 介護支援専門員は、一定の知識、経験を有する保健、医療、福祉の専門家、これを都道府県が研修をしまして養成するということになっているわけでございます。制度実施までに四万人ぐらい必要であるというふうに申し上げておりますが、これは在宅サービスであるとか施設利用者、そういう数につきまして、一人の介護支援専門員が四十人ないし五十人担当するというふうな考えますと四万人程度は必要になってくるんじゃないかということでございます。

もちろん、介護支援専門員は制度実施後もずっと養成し続けていくわけでございます。リタイアしていく人もいますし、あるいはまた全体としての質を高めるために、いろんな業務に介

介護支援専門員の知識を持っている方が携わった方がよいということもありますので、そういう意味で制度施行後も計画的に養成を進めていこうというふうに考えております。

○長瀬基君 このケアマネジャーの受験資格、これは保健・医療・福祉分野で合計五年以上の実務経験を有する者となっております。これは具体的にどのような職種が含まれるのかについてお答えいただきたいと思っております。

○政府委員(江利川毅君) 介護支援専門員は、基本的に介護支援専門員としての役割を果たすに必要な幅広い知識があるかどうか、これを試験いたしました。一定の水準以上の方にさらに研修を受けていただくことで介護支援専門員になっていただくということになるわけでございます。

したがって、一たん試験でその知識等を確認するわけでございますので、受験資格はかなり幅広くていいんではないかというふうに思っています。もちろん、当然国家試験の資格を取っております医師とか歯科医師とか薬剤師とか保健師、看護婦、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士等、そういう資格を持っておられる方も当然でございますが、さらには一定の実務経験を有している例えばホームヘルパーであるとか、幅広くそういう方に受けていただければいいのではないかとこのように思っております。

○長瀬基君 それと、その試験に合格した方に実務研修を行うということでございますけれども、その実務研修の具体的な内容について伺いたいと思っております。

○政府委員(江利川毅君) 介護支援専門員は要介護認定にかかわる知識を持つ必要がある。特に、要介護認定に当たりまして、市町村から委託を受けて要介護者の調査をしたりすることもあるわけでございますので、そういうことも含めまして要介護認定にかかわる幅広い知識が必要であると。それからまた、要介護者が介護サービスを通じて受けられるように、要介護者の希望等を踏まえてその実態を分析した上で介護サービス計画

をつくっていただく、そういう介護サービス計画をつくる能力が必要である。さらには、介護サービス計画をつくる上でいろいろなサービス提供者と話し合いをしながらまとめていくわけでございまして、そういうようなことにつきましても知識が必要である。そういうような中身につきましても演習、実習を主体として実務的な研修を行うというふうなことを考えております。

○長瀬基君 その実務研修期間が原則として六日間という話があるわけでございましてけれども、ちよつと短過ぎるのではないかと指摘もあるようでございますが、そこら辺はどのようにお考えになっておりますか。

○政府委員(江利川毅君) 介護支援専門員で実務研修を受けていただく方は、現に保健、医療、福祉の現場で実務経験を持っている、そういう意味では大変知識、経験の豊富な方であらうと。そして、試験を受けてから研修を受けるわけでございまして、そういう意味で一定の知識を有しているということが確認されているわけでござい

ます。この実務研修は六日間ということでありまして、前期と後期三日ずつに分けてまして、まず前期の三日間で要介護認定であるとかあるいはケアプランの作成であるとかについて勉強をして、そしてその人たちは、多くの人は恐らく現場を持っていて、そのフィールドに戻りまして、そういう勉強したもので実際にそれを活用してフィールド、現場でやってみる、そしてやってみた経験を踏まえてまた後期の研修を受ける。そういう形でござい

ますので、単に六日間知識だけを受けるということではなくて、かなり実践的なものを織り込みながらやっていくものでございます。

最初に申し上げましたように、受ける方がかなり実務経験なり知識なりを持っている方というふうなことを考えますと、これで適切な研修が行えるのではないかとこのように思っております。

介護サービスの認定調査は七十三の調査項目があると思っております。それらの項目はどのような経緯で決められたのか、もとなる研究はどのようなものであったのか、また研究はどこで行われたのか、そういう点についてお聞きしたいと思

○政府委員(江利川毅君) 要介護認定は介護サービスを受ける入り口になる部分でございまして、大変重要なところでございまして、これが公平に客観的に行われるということが大切であります。

私どもは、平成四年度以降、高齢者の介護の必要度をどういうふうにはかたいたらいかが調査研究をしてきたところでございまして、厚生省の試験研究機関等が中心となりまして、特別養護老人ホーム、老人保健施設、それから介護力強化病院、そういうところに入所している人あるいは入院している人、約三千五百名でございまして、三千五百名の高齢者に対して具体的にどういうサービスが行われているか、これをタイムスタディーのような形で細かく把握をしまして、かつそのサービスと高齢者の心身の状態がどういう関係にあるか、こういうことをあわせて把握をしまして、そういう調査に基づいて要介護度を把握する方法を組み立てたわけでござい

これをもちに、平成八年度におきまして、そのチェック項目だけを挙げますと四百近い項目があるわけでございまして、これを全部やっていると、なかなか調査も大変でありますので、その項目の中の特に状態と要介護度との相関の高いものを中心にピックアップをしていきまして七十数項目を合理的に絞り込んだわけでござい

ます。これに、平成八年度に全国六十カ所でモデル事業を実施しまして、一地域百人というところでござい

ますから六十地域でありますと六千人というところなのでござい

ますが、一部百を割っているところもありましたので、五千五百ぐらいの事例を蓄積したと。この作業をやりながら、なお改善すべき点も指摘されましたので、そういう改善を行いま

して今年度のモデル事業につなげているところで

ございます。

○長瀬基君 一次判定と二次判定の誤差、これが問題となつてい

るわけであります。調査項目の配点はどのようになつてい

るのか、また調査票の項目や配点を再検討する考

えがあるのかどうか伺

いたいと思

います。

○政府委員(江利川毅君) 平成八年度にやりましたモデル事業でござい

ますが、この要介護認定を

どういうふうに行つてい

ったかとい

いますと、判定調査票というのをつ

くりまして、いわゆる要

介護者の生活状態をその調査票に基づいてチェック

をします。多くの項目

がありますから、その項目

をざつと見てい

てもなかなか全体像がつかみに

くいものでござい

ますが、その相関関係をもとに

コンピューターで分析

をして全体像が見えるよう

な形にした、これが第

一次判定と言

われるもので

ござい

ます。これによりまして要介護度がどのく

らいかという判定を

します。

一方、正式な要介護の判定は、介護認定審査会

で医療、福祉の専門家の方々が見てい

ると。その判定する場

には、その調査結果だけ

じゃなくて、かかりつけ

医師の意見とか、そ

ういう寄せられたもの

をもとに見てい

るわけでござい

ます。

その結果、平成八年度にお

きましては、一次判定、

コンピューター処理した

ものと介護認定審査

会で判断したもの

とが一致した、これが

七一・五

％というところで

ござい

まして、変更されたもの

が二七・六

％でござい

ます。ただ、その変更

されたものの多くは

一ランク上である

とか一ランク下

というこ

とで、極端に離れて

いるケースは皆無

で

ござい

ません。少ないとい

うことでござい

ます。これにつ

きましては、いわゆる

ランクが二

階以上、例えば要

介護度Ⅲと言

われた人が要介護

度Ⅴであ

ったとか要介護度Ⅰ

であ

ったとか、こ

うい

う二

ランク以上離れて

いる割合というの

は全体の

三

％でござい

まして、一

ランク以内には全

部で九

七

％が入

つてくるというこ

とになるわけ

でござい

ます。

この中身につ

きましては、モデル

事業をやり

していろんな意見が寄せられました。これを改善して今年度やっております、今年度はこの乖離率がさらに小さくなることを期待しているところでございます。

○長瀬基君 調査項目によつては調査員や家族の主観が大きく影響することが予想されるわけですね。その調査の客観性をどのように確保するのかという点について伺いたいと思います。

○政府委員(江利川毅君) 平成八年度のモデル事業を通じて先生御指摘のような御意見が我々にもあったわけでございます。専門家を集めている委員会におきましてどういう改善ができるのか意見を踏まえながら検討したものでございまして、その中で、例えばいろいろと調査票がありますが、少しあいまいな概念、時々とか、そういうあいまいな概念についてできるだけ明確化を図つて、調査員によつてとらえ方が変わらないようにする、そういう概念の整理が一つございまして、それから、調査員がきちんと調査できますように、調査員を研修することも重要だということで、先ほどもちょっと御答弁申し上げましたが、例えばビデオテープを作成しまして、そういうもので実際どういうふうにするかというのを勉強してもらおう。こういうようなことを通じて調査の客観性、正確性を高める努力をしているところでございます。

○長瀬基君 それでは、介護認定における不服審査請求、これはどのような仕組みになっているのか。また、不服審査機関と認定審査会との関係、これはどのようなものかということをやつと伺いたいと思います。

○政府委員(江利川毅君) 市町村に要介護状態ではないかと申請をして介護認定を受けるわけでございますが、その結果に不服しないというケースもあり得るわけでございます。その場合には不服審査請求をしていただくこととなりますが、これは都道府県に介護保険審査会というものを置きまして、ここで不服申し立ての審査、裁決をしていただくということになります。

介護保険審査会は、構成を法律に規定しておりますが、市町村代表の委員が三名、それから被保険者の代表が三名、それから公益代表、この人につきましましては別の基準で人数を置いていくわけでございます。なぜこういう形になっているかといひますと、普通の権利義務的なものについての不服審査につきましては、そういう市町村や被保険者の代表などいわゆる三者構成で審査していただくことになるわけでございますが、要介護認定のところにつきましては非常に専門性の高いものでございまして公益委員だけで要介護認定部分については不服が多ければ、公益委員だけの審査会というものを幾つかつて迅速に処理できるようにする、そういうふうになっているわけでござい

ます。

都道府県に置かれます介護保険審査会とそれから市町村に置かれます介護認定審査会、これは基本的に全く別の機能を果たすものでございまして、介護保険審査会では要介護の判定が正しいかどうかを判断するということになりまして、当然、介護認定審査会に出ていますいろいろな資料、必要に応じてその判断の理由などを聞きながらやっていくということになるわけでございます。それからまた、介護保険審査会で審査請求に理由がある、要介護認定は取り消されるというふうなことになる、要介護認定審査会が審査請求に理由がある、改めて市町村に置かれております介護認定審査会が審査判定をしていただくということになります。

○長瀬基君 次に、介護保険制度での薬局あるいは薬剤師の役割について伺いたいと思ひます。

○政府委員(江利川毅君) 薬剤師が行います居宅療養管理指導でございますが、在宅の要介護者あるいは要支援者に対しては薬剤師がその家を訪問して、服薬の指導であるとか服薬歴の管理、そういうものを行うサービスだというふうな考え

おります。

サービスの具体的な内容につきましては、保健・医療サービスと福祉サービスが総合的に受けられるというようなことを念頭に置きながら、介護報酬を検討する中で検討してまいりたいというふうに思っております。

○長瀬基君 それでは、現在訪問薬剤管理指導というのがあるわけですね。それと、新しく出てくる居宅療養管理指導というのはどのような関係になりますか。

○政府委員(江利川毅君) 訪問薬剤管理指導は、治療を要する人に対して同じように服薬指導等を行っているわけでございます。そして、これの対象者はすべての国民、医療保険の対象者となっております。要介護者に同じように薬剤管理指導を行うということになります場合には、医療保険の訪問薬剤管理指導と介護保険の居宅療養管理指導は中身が大体オーバーラップするのではないかと、いうふうに思ひます。そう思ひますので、介護保険制度ができましたときは、要介護者に対しては介護サービスの一種というふうにとらえまして、それは介護保険制度から給付をするということになるかと考えております。

○長瀬基君 それでは、老人保健施設の薬剤師の問題について、私は五月二十七日の厚生委員会では薬剤師を配置すべきではないかという質問を申し上げました。局長から、「今後とも老人保健施設における職員配置のあり方につきましては、よく実情を聞き、また関係者の御意見も聞きながらやつてまいりたい」という御答弁があったわけであります。

それから五カ月が経過しておりますので、どのように実情をお調べになったか、どういふ関係者から御意見をお聞きになったか、今どういふ御判断をお持ちになれるか、お聞きしたいと思います。

○政府委員(羽田田信君) 老人保健施設における薬剤師の方の配置の問題につきましては、先生今お話しのごさいますように、五月の時点で先

生から御意見をちょうだいいたしました。

私もそういったしましては、その後の実態ということをも御報告申し上げたいと思ひますけれども、実情につきましてはその時点で平成八年の十月一日現在の配置状況が新しく調査として出てまいりました。その中では、全国の千五百十七の老人保健施設に専任が三十一人、兼任が四百三十一人、合計四百六十二人の薬剤師の方々が配置をされておりますこと、前回御報告を申し上げましたところと数字的には動いておりますけれども、その傾向はほぼ同じ状態が続いております。したがしまして、先生から少ないではないかという御指摘をいただいたその実態とは基本において変わっておりません。

そこで、私どもの方の検討でございますが、そのときにも御答弁を申し上げましたように、やはり老人保健施設というものは、入所対象者が急性期の治療が終わりまして病状安定期に入つたというところで、積極的な入院治療というよりはリハビリテーションでありますとかあるいは看護、介護というふうなことを中心としたいわゆる医療ケアと日常生活上の世話というふうなことを主体とした形態になりますので、そういう意味での濃厚な投薬治療は要らないというところから、いわゆる通常の病院等における配置と異なる扱いにしておるわけであります。

そうした中で、この前も御報告申し上げましたように、入所者数が三百人以上の場合を除きまして施設の設置形態等の実情に応じた適当数ということの配置を指導しておりますものですから、今申し上げましたような実態に実はなつておるわけでございます。

そのときも御報告申し上げましたように、やはりそれでもそういった老人保健施設については投薬があるではないかという点につきましては、老人保健施設の場合は医師が必置でございますので、薬剤師が配置されておらない老人保健施設にあっては通常の調剤や服薬指導は医師によって行われているということですが、そのことに

つきまして先生から問題提起がなされたわけであり
ます。

私どもの方も今老人保健施設協会等の関係者の
御意見も伺っておりますけれども、これは長期に
わたってそういう職員配置をどうするか、そのこ
とは介護保険法後における老人保健施設のあり方
にもつながるという問題でございますので、な
お検討を進めたいというふうに思っておりますし
て、老人保健施設協会の協力も得て今年度研究費
という形で進めていきたいということですので、
結論はまだ得ておりませんし、なお今申し上げた
ことしの調査を見ましても実際に投薬のウエイト
というものは小そうございますので、そこらあた
りのところをどういうふうに踏まえていくか、そ
の両面を考えていかなければならないであろうと
いうふうに思っております。

○長峯基君 ただいまの答弁を聞いておりまし
て、五月二十七日から全然変わっていないのです
よ。こういう答弁では私は不満であります。

薬事日報というこれは医薬業界の専門紙、御存
じと思っておりますけれども、この記事に、これは厚
生省が発表なさったんだらうと思いますが、老人
保健施設の入所者の七・六％が薬を投薬されてい
ると。つまり、約八割の方は老健施設に入って
いても薬を投薬されているんですよ。これは御存
じだと思えます。高血圧もあれば糖尿病もあるし
お年寄りにはいろいろな病気がある。同じことを
二度は言いたくないのでありますけれども、八割
の人が薬を投薬されていると。そして、従事する
薬剤師数は百人当たり〇・三人であるという数字
が出ております。これはもう御存じだと思います。
つまり、お医者さんに任せているからいいという
御発想をなさるんですよ。

それで、きょうはドクターもいらつしやいまし
て、これは大変失礼があるかも知れませんが、し
ども、文部省で調査しますと、医師は六年間で薬
について百七十時間勉強するんですよ。薬剤師は
四年間で千七百時間勉強するんですよ。これを六年
やったら二千五百時間。当たり前ですよ、薬剤師

という国家試験の免許があるんだから。薬のこ
とは専門家だというのは当たり前。私は素人ですけ
れども、もうペーパーで、使っておりますから
ね。しかし、それは専門家なんですよ。そして、
この老健施設においては八割の人が薬を飲んでい
るんですよ。それをあなたが、これは軽い薬だ、
これは重い薬だ、という判断ができませんか。

私は、現場の医者、施設長、そういう人を何回
も訪問して聞いて、百人の患者がいれば、後から
この医療法改正にもつながりますけれども、病棟
という単位がどのくらいかという議論になると思
うんですよ。今、病棟というのとは三十か四十
、病棟に一人薬剤師が要するという病棟薬剤師の
考えがございましてね。三百床以下には薬剤師は要
らないと言っているんですよ。そんなことは医療
現場で通らないんですよ。いや、これは福祉だ、
医療じゃないとおっしゃれば、またこの議論に
なつてまいります。しかし、患者が病棟にいて、
それが特老であろうが入院であろうがいて薬を投
薬している。

ドクターに聞きますと、今、もう薬というのは
ゾロゾロ品からいろいろあるんですよ。そして、一
般の開業医にかかった人が老健に来るんですよ。
そうしますと、こんな処方ではないだろうかとい
う施設長の方がびつくりするよう、高血圧の薬
が二倍になつていたりする。それはゾロ品です
から、知らないんですよ、薬の種類が多いから。だ
からもう心配でたまらないという御意見もあるん
ですよ。

ですから、実態を調査されれば、絶対薬剤師が
要するというのはいま言っても私は思うんですよ。
だから、もう少し考えていただきたいと思いま
すが、いかがですか。

○委員長(山本正和君) しっかりと答弁して。

○政府委員(羽田信吉君) これは五月の時点で
もお答えをさせていただきましたように、この点
については実態を踏まえ検討したいということ
は申し上げたとおりでございますので、検討させ
ていただくつもりで、今年度の研究費でそのよう

ことをしたいということで今やっておりますところ
でございます。

ただ、そこにつきまして、私どもなりにこの
五カ月の間に、そういう意味では体系立ったこと
ではございませんけれどもいろいろ意見等を聞い
てみますと、先生のような御意見の方は確かにご
ざいます。それから、やはりそうはいっても、こ
の老人保健施設というものの性格なり実態、確
かに先生から先ほどお話のあったように、施設内
薬を受けられた者が八割弱あることも事実でござ
います。ただ、例えばその一施設当たりの施設事
業収益に占めます医薬品費の割合ということにな
りますと一・八％ということ、老人病院の一
四・五％と比較しましても老人保健施設における
医薬品の使用はかなり限定的であるということも
また事実でございます。それは先ほど申し上げま
したように、老人保健施設の性格というものの
くるんであらうと思えます。

そうしますと、薬剤師の方、そのほかの方々に
ついてもその施設の機能に応じての職員配置とい
うことになるのでございますけれども、どこまで
どの程度の強さで求めるかというところは、や
はり総合的な判断というものが一方において要
であらうと。そういうことも踏まえまして、少
し時間をちやうだいするような格好にはなつてお
りますけれども、老人保健施設におけるいわば医療
行為のあり方全体を含めたところのことしの研究
ということで今やらせていただいているという
ところでございます。

○長峯基君 これ以上議論しても平行線のところ
もありまして、全然納得しません。これはしかる
べく答弁をまたいただくとか、ここで一生懸命局
長と議論してももうこれ以上はないでしようか
ら、委員長に一任しますのでよろしく願いま
す。委員長も薬剤師ですから、よく御配慮いた
だきたい。

これは薬剤師のために言っているんじゃないん
ですよ。患者さんのために言っているんですよ。
しかも施設長にいろいろ聞いて、みんなそうだと

納得しているんですよ。だから、局長が老健施設
に行つて、そうじゃないという意見があれば、そ
の老健施設を教えてください。私が行って施設長
と話してみます。よろしく願います。

それから次に、余り時間もありませんので、病
院の薬剤師の員数の算定基準、先ほどちょっと触
れましたけれども、近年、薬剤師の病棟活動とい
うのを、私も最近、京都大学の附属病院ですとか
日赤病院とかを何軒か回つてみました。非常に病
棟活動が高い評価を受けているようでありま
すけれども、厚生省はどのように考えておられるか、
お聞きしたいと思えます。

○政府委員(合修一君) 病院におきます薬剤師さ
んの業務というものは、従来は病院の中の薬局の業
務が中心であつたと考えておりましたが、今、先生
がおっしゃいましたように、最近では入院患者に
対して直接薬歴管理ですとか、あるいは服薬指導、
さらにそこで把握をされました患者さんの情報を
医師や看護婦に還元するといふことも、そういう
ことで、薬剤師の臨床の場におきまして役割とい
うのが、医療チーム全体の一員という形で積極
的に取り組むという形になつてきたんじゃないか
というふうに考えております。

○長峯基君 それで、医療審議会基本問題検討委
員会では「病棟単位に薬剤師一人を配置するなど
入院患者数を考慮した基準に見直すことが適当
である。」という意見が提言されたわけでありま
す。

それで、この病棟数というのをどのくらい、こ
れはいろいろ病院によつて違うと思ひますけれど
も、どのくらい一つの基準、病棟薬剤師が必要
であると、病棟数は大体どのくらいの数をお考え
になつていらっしゃるのか、適切な薬歴管理や丁寧な服薬
指導を行うためには病院の薬剤師員数の算定基準
を見直す必要十分な員数を確保することが必要
だと思ひますけれども、もっと審議会で
いろいろ詰められると思ひますけれども、現段階
で局長はどのように理解しておられるか、お聞き
したいと思ひます。

○政府委員(谷修一君) 今、先生お触れになりました医療審議会の意見書の中では、例えば病棟単位の薬剤師を配置することを考えたらどうかと、またあるいは入院患者数を考慮した基準に見直すというような意見が出ております。そういう意味で、従来の調剤数に依じた薬剤師の配置という考えではなくて、この前の御質問にもございましたような薬剤師の役割は変わってきたということから、入院患者数等を考慮した基準に見直すことが適当だと考えております。

なお、今お話しになりました病棟の数でございますが、私たちの理解は大体四十から五十、多いところで六十ということだと考えております。

○長妻基君 じゃ、以上で終わります。

○中原興君 引き続きまして、自民党の中原でございます。私の分担任は、今回の医療法の一部改正の部分につきまして少し御質疑をちょうだいしたいと思っております。

私も臨床から離れまして少しく年がたつておりますので、隣の同僚議員と同様にペーパードライバーでございますけれども、直接臨床に即したお話しはできないかもしれませんが、お許しをいただきたいと思います。

〔委員長退席、理事上野公成君着席〕

それで、今回の医療法の一部改正の一番先に書かれておりますことは「医療提供に当たつての説明に関する事項(第一条の四第二項関係)」だということになっております。手取り早く申し上げると、いわゆるインフォームド・コンセントの関係のものが条文として取り入れられたと、こういうことのようにあります。それはそれでよろしいわけですが、現在、別途の法律といたしまして、現行の医師法二十三条、歯科医師法二十二条でございますが、おのおの保健指導を行う義務という条項がございます。この意味が、今回導入されました医療提供に当たつての説明に関する事項の医療法の一部改正とどうかかわりがあるのかということ、まず行政側の見解として御意見が

ございましたらお聞かせいただこうと思っております。少し説明をつけ加えますと、医師法の二十三条というのは、「医師は、診療をしたときは、本人又はその保護者に対し、療養の方法その他保健の向上に必要な事項の指導をしなければならない」という規定でございます。医師法につきましましてはそういうことでありますが、歯科医師法は医師を歯科医師に置きかえただけで、あと以下同文であります。

〔理事上野公成君退席、委員長着席〕

そうしますと、今回の医療法の中に入りました問題については、先般五月に行われております衆議院の厚生委員会の場等におきまして、インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会、あるいは医療審議会の最終答申等、「等」と言いますのは、そのほか社会保障制度審議会の勧告、こういった中にインフォームド・コンセントを徹底させたい、そういう趣旨の答申等があつてのことであろうかというふうに思っています。

しかし、私も、医師、歯科医師という立場から申し上げますと、医師、歯科医師の基本法であります医師法、歯科医師法に患者さんに対して保健指導を行えという義務規定があるわけであります。

この関係について、御担当になるわけであります厚生省の御見解をまず伺いたいというふうに思っています。

○政府委員(谷修一君) 医師法二十三条それから歯科医師法二十二条、これは今、先生お触れになりましたように同様の内容が書かれているわけでございます。

この医師法あるいは歯科医師法の解釈というが基本的なこの条文についての考え方でございますが、もともと医師の責務あるいは歯科医師の責務というところで医師法、歯科医師法第一条にそれぞれ書かれております。「医師は、医療及び保健指導を掌ることによつて公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保する」というこの第一条に掲げる任務を医師あるいは歯

科医師は持つていらっしゃるわけでございます。したがつて、患者の診察に当たつても、単に疾病、病氣に對する手当てをするだけじゃなくて、日常の療養の方法、その他の保健指導を行う義務を課したというふうに解釈をしております。

今回、御提案をさせていただいておりますこの医療法の改正案におきましては、これらの規定も踏まえつつ、基本的には患者との信頼関係に基づいて医療が提供される、また医療従事者が個々の医療内容について十分患者さんに説明を行い理解を得るといことが重要である、そういうような考えのもとに、今申しました医師法二十三条あるいは歯科医師法二十二条の規定も踏まえつつ、医療従事者全般、医師、歯科医師のみならず医療従事者全般が医療を提供するに当たつて適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るように努めなければならぬということとを法文上明らかにしたものでございます。

○中原興君 お話を伺いまして安心いたしました。

今回の医療法改正に伴いまして、今御指摘の医師、歯科医師、薬剤師、看護婦、その他の医療の担い手は医療を提供するに当たり適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るように努め、こういうこととあります。

これが出てくる基本に、私は、やはり医師たる者あるいは歯科医師たる者という人たちが自分の法律でありますこの義務をどのように理解しているかということが一番大事な基本であるということとを、口幅つたいことでありますけれども、この関係の免許を持つていらっしゃる立場から申し上げたいというふうに思つたわけでございます。ありがたうございました。

それでは引き続き、先ほどやはり同僚議員の方からお話ございました成年後見制度につきましてお尋ねをしようかと思つております。

介護保険実施、それとのかかわりがどうということではありませんけれども、いずれにしても高齢社会が到来いたしますと、その高齢化に伴いま

して痴呆症等の判断能力、理解力を欠く高齢者あるいは障害者がふえていくわけであります。自分の権利擁護ということが自分自身でできないということでありまして、諸外国、イギリス、スウェーデン、ドイツ等におきましてはそれぞれやり方は違ふと思いますが、成年後見制度の必要性が認められていくわけであります。

先ほどのインフォームド・コンセント、そういう言葉は使いたくありませんけれども、説明に対して理解と同意を得るといことでありますが、説明をいたしましたも御本人が御理解いただけない、まして同意もいただけないという、医療を提供する側から言へば、そういう患者さんがふえていくというののも一つの現実の問題であります。

そういう意味で、先ほどお答えもございましたけれども、法務省関係から成年後見問題研究会の報告書が出ていますという御説明がございました。その状況も踏まえて厚生省としては判断をされるという趣旨のお答えもあつたかというふうに思っています。

しかし、この報告書を読みますと、報告書の(3)のところでありまして、「成年後見の事務」というのがありまして、「ア 身上監護」、身の上の監護をする。それで、「医療に関する事項」という項目がございます。その主たる結論は、ちよつと読んでみますが、少しわかりにくい文章でありますけれども、「医療行為については本人の判断能力に問題がある場合における第三者による決定・同意全般に関する問題として、将来の十分に時間をかけた検討に基づいて立法の要否・適否を判断すべき事柄であり、当面は社会通念のほか、緊急性のある場合には緊急避難等の法理にゆだねることとせざるを得ない」と意見が多数であつた。、こういうことであります。結果的にはこの成年後見制度、民法上から検討されているということが主体でありますけれども、しかし医療の現場というのは日々即その時点の問題でありまして、それがすべて緊急避難の法理に当てはめて処理ができるというはずはないのであります。

成年後見制度の研究会の中では、先ほど先生がお触れになりましたように、医療については幾つかの留保条件につき、なおかつ今後必要な検討をしなきゃいけない、それから意見が分かれているというところでございますので、この成年後見制度については、私ども厚生省全体としては、医療の問題だけじゃなくて障害者の関係、そういうようなことも含めて法務省の検討に合わせて研究会等でも検討しております。当面の話として、この医療法の一部改正案が成立をした段階で、いわゆる

診療の契約というのは、病気を治してほしいという患者さんの委任あるいは依頼がございまして、それに対して医療担当者側がお引き受けをしましょうという、いわば双務的な委任契約が成り立つという形になるわけであります。しかし、病気を完全に治すというお約束はできない場合がほとんどであります。したがって、治すために努力をするという事務的なお約束になるということでありますので、通常は医療の契約は準委任の契約だと、こういう形を言われているわけであります。

平成八年三月末の時点で三百四十四圈、現在はい
三百四十八にふえているということだそうであり
ますけれども、こういったエリアと、それから今
回ここにかかわってくるのが必要病床数、それにつ
いて一般の病床、それが二次医療圏で設定され
るわけですけれども、今回はその中にこれから出
てまいります地域医療支援病院が加わってくると
いうことになるわけでありまして、今度設定され
ます地域医療支援病院と従来の二次医療圏のあ
り方のかかわりはどういふふうに整理をされるの

そのところを明確にいたしませんと、地域医療支援病院の内容というのは国、都道府県、市町村、それから特別な医療法人の病院がかかわるということに恐らくなと思いますし、そう説明されているわけがあります。それが今回廃止をされます総合病院、その総合病院がそのまま地域医療支援病院として移行するという程度にしか考えられないということでありますと問題でございまして、

今御説明がありましたように、かかりつけ医を支援するという意味での二次医療圏の中の地域医療支援病院であるところを明確に御説明いただきましたというふうに思っております。

それでは引き続きまして、同じく療養型病床群の件でございますけれども、これもたびたび御質問等、御意見の交換が出ておることでございますが、ごく簡単に申し上げます。

このたびの有床診療所は、医療計画上の療養型病床群へ転換病床が出てくるということ、その療養型病床群の中でやはり高齢者対応の病床というのがあるでしょうし、療養型という意味では若年者の患者さんに対する病床もある。それから、相変わらず有床の診療所という意味では、同一の患者さんを四十八時間を超えて収容しないように努めなければいけない部分もあるでしょうし、また今後これからは医療提供体制の抜本的な改革が行われる中で、たびたび御説明がありますけれども、急性期用の病床、慢性期用の病床、病棟の区分、わずか十九床以下の病床数の中での有床診療所が管理上どういう形で対応していくのかということについてはつきりとした御指導をちょうだいしたいというふうに考えておるところでございますけれども、この辺のところはいかがでございますでしょうか。

○政府委員(谷修一君) 有床診療所というのは、現在ベッド数にいたしまして二十六万床ぐらい。しかし、実際に稼働しているベッドは、患者調査等によりまして大体半分でございます。

今、この十九床以下の有床診療所を療養型病床群に変えていくという際に、私どもの理解は、これは先ほど朝日先生の御質問の中にもございましたけれども、構造設備、それから人の配置、これの基準も決まっていかなきゃいけませんので、十九床そのまま療養型病床群に転換されるのは考えておりません。当然のことながら、スペースを広くしていかなくちゃいけませんので、二分の一なり三分の一あるいは三分の二になっていくだろう。その場合に、これは今、先生お触れになりました

ように幾つかの類型が現実にはあるかもしれないが、十九床のものが三分の二なりあるいは二分の一になった場合に、さらにそれを細分化するようないことが実際に起きるんだらうかと。それは理論的には起きると思いますが、しかし、当然のことながら、改築なり必要な構造設備を変えていかなきゃいけないということになれば、やはり有床診療所が療養型病床群に変わる場合には全体として療養型病床群に変わっていくということが多いんじゃないかというふうに考えております。

そういう意味からいいますと、当然のことながら、有床診療所が現在果たしているいわゆる地域のかかりつけ医としての機能、そういうものと療養型病床群を設置するということによって介護保険の施設としても地域に身近な施設として機能していくということでございますので、ある意味では施設側の立場に立てば選択肢が広がってくるということになるのではないかと。

なお、先生がおっしゃいました病床の区分ごとの管理という点に關しましては、構造設備基準を決めていく中で具体的に詰めていかなきゃいけないと考えております。

○中原義君 ありがとうございます。

お話しのように、十九床そのままが施設基準の中で療養型病床群に移行するという場合もあるでしょうし、病床数を減らさないという基準に合わないということも当然起こってくると思います。基本的には、いずれにしても有床の診療所の機能として、御説明がありましたように地域のかかりつけという意味合いをいかに位置づけていくかというところであります。ここが大事な今回の医療法の一部改正のポイントであろうというふうに思っておりますのでわざわざお尋ねをしたということでございます。

それでは次になりますけれども、立场上、歯科医業にもかかわっておりますので、そのところを少しお聞きしようかと思っております。

このたび、二次医療圏と地域医療支援病院の制度が創設されるわけですが、現在、全国で

国公私立の歯科大学、歯学部附属病院が二十九あるわけでありまして、この地域医療支援病院の制度と二次医療圏の設定に当たりまして、歯科医療の中心的役割、教育的な役割を担っておりまして歯学部の附属病院の位置はどのような形で地域の医療にかかわるのか、あるいは地域の歯科医療にかかわるのかということが、歯科医業にかかわった立場の者からいいますと非常に問題意識を持っております。

この地域医療支援病院の中身は、いわゆる地域に対してオープンシステムがとれる、あるいは救急医療の実施ができる、それから地域の医療従事者の研修、卒後の研修あるいは生涯研修を行える、さらに施設的な条件として、厚生省令で定める病床数以上一定の病床数を取容施設として持つていく、こういった条件が書かれていくわけでありまして、こういった条件が書かれていくわけでありまして、要件に満たないという条件は、恐らく病床数、ベッドの数、クリアできないということになるだろうと思っております。

また、二次医療圏という考え方がいまして、三百四十幾つの医療圏に対して二十九の施設しかないというところでありますから、全国的な展開という、歯科医業に対する支援、かかりつけ歯科医に対する支援という意味でも充足できないということになるわけでありまして、しかし、歯学部の附属病院というのは、やはりその附属病院が存在している地域にとつては、その地域のかかりつけ歯科医師に対する中核的な病院であるうかということがあります。

別途、今回の改正の説明の中に三つのポイントがございまして、一つは地域医療支援病院の整備の目標ということで、もう一つは療養型病床群に係る病床の整備の目標、その次にその他機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項、この三つが掲げられておりまして、都道府県が定める医療計画の中身は、今申し上げた三つの事項について定めるんだ、こういう趣旨でございます。

そういう意味では、わずか二十九しかございませんけれども、歯学部附属病院は、医療提供施設相互の機能の分担及び業務の連携等に関する事項を二次医療圏ごとに定めるといふ趣旨を踏まえて、その他機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項、こういったところに該当させていたければ、その地域にとつて、医科の病院、医学部の病院というところと施設等の相互の機能分担ができるというふうに考えているわけでございますけれども、今申し上げたような考え方について御意見がございましたらお願いしたいと思います。

○政府委員(谷修一君) 大学病院の位置づけをどうするかということだと思います。

今、先生が引用になられましたこの地域医療支援病院の整備の目標、療養型病床群に係る病床の整備の目標その他機能を考慮した医療提供施設、これは、がん、歯科も入ると思いますが、要するに専門病院、専門機能を持った病院というふうな位置づけで一応具体化していくというふうに考えております。

歯科大学の附属病院が地域医療支援病院であったはならないということは私はないと思います。ただ、専門医療機関としての位置づけと、いわゆるかかりつけ医を支援していくという機能と、どういうふうな考えていったらいいのか。それから、先生もお触れになりました数の問題もありますから、最終的には、これはこの地域医療支援病院をどういうふうな当てはめていくかというのは、果段階での医療圏ごとの整備になると思っておりますけれども、歯科医療の特殊性というか、いわゆる医科の医療に比べて病院が非常に限定されているというふうな事情も考慮して、今後具体的な問題について詰めてまいりたいと思っております。

○中原義君 ありがとうございます。

もう一点、やはり歯科診療にかかわりましてお尋ねをしたいと思っております。先ほど来のこの地域医療支援病院は、国あるいは都道府県、市町村あるいは特別な医療法人の病

院ということが該当するようであります。かなり大型の病院であろうかと、中小病院ではないというイメージがあるわけがあります。そうしますと、その規模の病院については必ず歯科の診療科が存在しているはずであります。その地域医療支援病院に該当する病院の機能として、先ほど御説明申し上げましたけれども、臨床研修が行えるということが承認要件の大きなポイントであろうかと思っております。

そういう意味で、その地域医療支援病院になりました医師の病院、当然研修医を受け入れるという研修施設でもあろうかと思っております。しかしその中の歯科診療科はどういうふうな立場になるかというところであります。もちろん、昨年から歯科医師法上も、歯科医師の卒業直後の臨床研修ということが法制上行われるわけがあります。親の病院と申しますか、その地域医療支援病院が医師の臨床研修病院になっている。しかし、その中の歯科診療科において歯科医師の臨床研修ができるのかできないのかということになるわけでありま

す。

今の歯科医師法の条件といたしましては、歯科の臨床研修の施設の指定要件がございまして、歯科大学はもちろんであります。医学部の附属病院の中の歯科施設、これは自動的に研修施設に法令上はなるわけがあります。また単独で十二ヵ月研修を行うということができます。しかし、一般病院あるいは歯科の単独の診療所というところは十二ヵ月間単独で研修はできません。厚生大臣の指定によりまして従の施設、歯科大学あるいは医学部の附属病院を主という病院にいたしますと、診療所等の研修施設は従の研修施設になるという規定でございまして、その比率は研修期間四ヵ月ということが従の施設であります。しかしその中間程度のものがございまして、一般病院の中の歯科診療科で一定の要件を満たしますと単独で研修を引き受けることができるということになります。

それにはいろいろ条件があるわけでありま

れども、その条件を満たすために、先ほどお話がありましたように、都道府県単位というところでのこういった地域医療支援病院のあり方、大変問題でありまして、例えば三名の常勤の歯科医師が必要だというときに、県立病院で歯科医師数をふやさない、人件費上の問題もあつてふやさないということになりましたと、我々歯科の研修施設はそこには存在しないという形に追い込まれるわけでありま

す。

そういう意味で、厚生省として、こういった新しくできてまいります地域医療支援病院の中の歯科診療科というところにも一応目をとめていただくということがお願いしたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

○政府委員(谷修一君) 地域医療支援病院について、いわゆる医療従事者の研修という項目がございまして、これは今、先生がおっしゃられました意味で、いわゆる卒後医師なしは卒後歯科医師の臨床研修というものは必ずしも同じものだと位置づけられておりません。かかりつけ医を中心とした地域のお医者さんなり歯医者さんの研修なり研究をその支援病院が提供していくという趣旨でございまして、そういう意味では、昨年から始まりました歯科医師についての臨床研修の施設であります主たる病院あるいは従たる病院とは概念としては別だというふうに考えております。

ただ、先ほどの歯科大学のお話とも関連いたしますが、歯科の診療科を持つている病院というものは全体としては非常に数が少ないということでございます。ですので、地域医療支援病院の要件を考える際に歯科というものをどういうふうな要件の中に入れるのか、それがなければだめだとするとなかなかこれはまた難しい。したがって、歯科については、別の一般的なルールとは別に歯科についてある程度当てはめる要件というものを考えた方がいいのではないかと。またそれが、そうすることによって、歯科のためだけじゃございせんが、歯科も含んだ支援病院ということができれば、歯医者さんだけじゃなくて一般のお医者さんにとつ

ても役に立つ病院になるんじゃないかというふうに考えております。

そういう意味で、先ほどの歯科大学の取り扱いも含めまして、この地域医療支援病院の具体的な要件ということについては、今後、法案を成立させていただきました後に、国会での御審議も踏まえまして医療審議会の中で具体的に詰めてまいりたいと考えております。

○中原義君 ありがとうございます。

今お答えをいただきました内容で本日のところは十分なお答えであろうかというふうに思っております。

御指摘がございましたように、歯科医師の臨床研修は昨年から出発したばかりでありまして、臨床研修の実施率を高めるといことが当面の我々歯科医業にかかわります者の目的でございまして。したがって、主たる病院という研修施設は限られた数でございまして、やはり主と従の従の研修施設ということもこれから確保していくということも踏まえて、今申し上げたように地域医療支援病院の中の歯科診療科という位置づけを今後重要視していきたいということ発言をさせていただきました。どうもありがとうございます。

委員長、少し早いんですが、大体お答えがスムーズに進みましたので、これで終わらせていただきます。ありがとうございます。

○委員長(山本正和君) 本日の質疑はこの程度とし、これにて散会いたします。

午後四時五十分散会

平成九年十一月十二日印刷

平成九年十一月十三日発行

参議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局

F