

第百四十一回国参议院厚生委员会会议录第六号

平成九年十一月六日(木曜日)
午前十時開会

委員の異動

十月三十日

辞任

朝日 俊弘君

十一月五日

辞任

渡辺 孝男君

補欠選任

今井 澄君

補欠選任

牛嶋 正君

出席者は左のとおり。

委員長

山本 正和君

理事

上野 公成君

南野知恵子君

浜四津敏子君

委員

石井 道子君

尾辻 秀久君

田浦 直君

中島 眞人君

中原 爽君

長峯 基君

宮崎 秀樹君

牛嶋 正君

木暮 山人君

水島 裕君

山本 保君

今井 澄君

西山登紀子君

釘宮 磐君

国務大臣

厚生大臣

小泉純一郎君

政府委員

厚生大臣官房総務審議官

厚生大臣官房審議官

厚生省健康政策局長

厚生省保健医療局長

厚生省老人保健福祉局長

厚生省保険局長

常任委員会専門員

文部省高等教育局医学教育課長

田中 泰弘君

江利川 毅君

谷 修一君

小林 秀資君

羽毛田信吾君

高木 俊明君

大貫 延朗君

木谷 雅人君

説明員

事務局側

本日の会議に付した案件

○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。

去る十月三十日、朝日俊弘君が委員を辞任され、その補欠として今井澄君が選任されました。

また、昨日、渡辺孝男君が委員を辞任され、その補欠として牛嶋正君が選任されました。

○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。

○水島裕君 平成会の水島でございます。

介護保険については随分いろいろなデイスカッションがございましたので、私はきょうは介護三法のうちの医療法一部改正ということを中心質疑をしたいと思います。

それから、こういう福祉と医療というものは中長期展望がないといけないわけでございますので、厚生省でも二十一世紀国民医療総合政策会議をなさっておりますけれども、そういう長期展望についてもお伺いしたいと思っております。

その前に、介護保険法の本体について私の経験から一つだけ申し上げておきたいのでございますけれども、介護保険、重要なことがいろいろございまして、その一つが介護認定審査会があるいは不服申し立ての後行われます介護保険審査会などございまして、これがうまくいくかどうか、早く正確にそれから余り費用もかからずいくかどうかということ、私は難病の認定とかあるいは研究費の論文審査とかを随分やってまいりまして、その印象でございまして、うまくやれば決してこういうものは困難なことではなくて正確にいくわけでございます。とにかく専門家で常識的な人を各方面から集める、一つのところから集めるとどうしてもうまくいかないの、各方面から決めて、それでオープンでしかもその場でもう決めてしまおうというふうになると、意外と点数とかいろいろなものというのは一致するわけございまして、六段階ぐらいですと恐らくぴしゃり合っているのではないかとおもうと思っております。もちろん細かいことについてはいろいろ意見はございまして、時間の関係で省略したいと思っております。

私個人、例えば厚生省の研究班ではベーチエツト病とかリウマチの研究班、あるいは中央薬事審議会もやらせていただきましたけれども、中央薬事審議会は本当に専門家をいろいろなところから集めてその場で決める、かなり正確なのでございます。ですから、エイズのときもああいうところに問題が回つてくれば私は正しい判断ができたんじゃないかと思っております。

一方、エイズの班会議でありますように何か一つの専門の集団が集まっておりますと、どうしてもボスの意向とか心配りとかいふようなことが働いてしまつてうまくいかないので、ひとつその点を十分配慮してやっていただきたいと思っております。

もし何かございましたらお聞きいたします。

○政府委員(江利川毅君) 大変心強い貴重な御示唆だと思っております。心して当たっていききたいと思っております。

○水島裕君 それでは、医療法改定の方でいろいろございまして、まず地域医療支援病院というところから入っていききたいと思っております。

これからの医療ではかかりつけ医と大きな病院、これがうまく連携する、従来は病診連携と申しましたけれども、これからは地域医療支援ということが大変重要なことだと思います。私の関係している大学病院、その他幾つか聞いてみたら、これが意外とうまくいっているの、ございましてね。例えば先端技術の機器を開放する、あるいは共有するということも、かかりつけ医の方から申し込みを書けば、患者さんが一回大病院に行つて、支援病院に行つてまた外来やらなくてもちゃんと検査できるシステムが、これは全部じゃありませんけれども幾つかの病院ではもう既にでき上がっているわけでございます。ですから、私はこの地域医療支援病院というのがちゃんと創設いたしましたら、そういうふうになつていくと思

る病院をモデルとして厚生省が示してそれをやっていたに非常によく似ていたのではないかとこのように思っています。

実際、そういうところへおいでになつていろいろ検討されるとおもうんですけれども、機械を共有するというより、やはり今のようにならば、システムというのをつくらなければ大丈夫で、ほかの分野でも同じようにいけると思いますので、これから創設後モデル事業を始められてもいいし、あるいはそういうものを示してそういう例にならつてやっていたらいいけれども、いかかでございますか。

○政府委員(谷修一君) 地域医療支援病院につきましては、今、先生お触れになりましたように、かかりつけ医を支援するというのを目的としたものと考へております。

今の御質問はモデル的な病院を提示するというお話だったかと思ひます。確かにそういつたように、地域医療支援病院というものは名前は名乗っていないにしても、その地域の中で関係機関と連携をして地域医療を支えている病院があるということとは承知しております。

私どもとしては、モデル的な病院を提示するという形ではございませんけれども、平成十年度の概算要求で従来やつておりました病院と診療所の連携事業を支援するというのを拡充しまして、地域医療支援病院が行う病院と診療所の連携というものを支援していくという事業を考へております。

また、今後具体的な事業を進めるに当たつて、そういったようなモデル的なものは非常によくやつていく病院の例も参考にしながらこの支援事業というものをやつていきたいというふうに考へております。

○水島裕君 幾つかの病院を調べてみましたら、例えば、それぞれのかかりつけ医の持つてゐる症例をいろいろデータとともに大きな病院、中病院

に持つていつて、そこで一緒にカンファレンスをしてやつていくということもありまして、私はこういう方向に進めば大変よろしいし、またそういうことがなせうまいといふかというところを聞いてみましたら、かかりつけ医が検査をするとか、結核検査の点数もつくそうなんです。ですから、そういうことでいろいろ配慮がうまいといふところ、これはうまいといふ人じゃないかと思ひますので、ひとつこれを推し進めていただければいいのではないかと思ひます。

ただ、一つ問題は、後で触れますけれども、今では病診連携、これから地域医療支援病院とかかかりつけ医、何が一番うまくいっていないか、今後もうまくいきそうもないかといふと、大病院への患者の集中、かかりつけ医に行くべき人が大病院に行つていくというのがどうも最大の問題でございまして、後で触れたいと思ひます。

それから、次は地域医療支援病院、これは全国で今第二次医療圏が三百四十八で、そこに複数以上の病院を指定するということになりまして最低でも六百九十六になるわけでございます。例えばこの間NHKでがん治療を取り上げられておりましたし、またM.R.S.A、抗生物質の使い方もよく取り上げられていまして、いろいろお医者さんといふのはもう非常に数が限られていて、これからそういうお医者さんをふやしていかなければならぬといふので、差し当たりはそういうお医者さんの知識をうまく使わなくては行けないといふことだと思ひます。

〔委員長退席、理事上野公成君着席〕

そうしますと、ほかの分野もみんな、我々がやつていく難病もそうなんですけれども、全国に六百九十六人の専門家なんといふのはもう絶対ないんです。もうどんなことがあつてもない分野が多いんです。ですから、その地域医療支援病院も十分かかりつけ医の要求、ニードといふのにこたえられないと思ひます。ですから、もう一つこの地域医療支援病院と大病院あ

るいは国立のナショナルセンター、そういう間も連携を密にしてやつていくのが必要ではないかと思ひますけれども、この辺御意見ございましてらお願いいたします。

○政府委員(谷修一君) 私どもの考え方としては、地域医療支援病院は二次医療圏に、できれば複数以上というように考へておりましたが、そういう意味では今お触れになりましたように二次医療圏の数が現在三百四十八でございまして、六百幾つになるということでございます。

〔理事上野公成君退席、委員長着席〕

ただ、このこと自体は基本的には最終的には都道府県においてそれぞれの県が定める医療計画に基づいて地域ごとにどうするかということでございますので、数そのものがどうなるかということとはこれは今後のことだろうと思ひます。

ただ、今具体的にお触れになりましたが、いろいろな問題について、すべての医療施設が国立の例えががんセンター並みの機能なり体制といふものをとつていくとは、これは現実にはそうではないわけでございます。これは現実には、地域の支援病院がやはり専門の医療機関であります。国立のセンターですとかあるいは大学の病院ですとか、そういうところと、また一方専門的な分野で連携をしていくということは必要だといふふう思つております。

そういう意味におきましては、医療計画の中におきまして、地域医療支援病院と他の医療施設との連携ということも含めて医療計画を作成する際に決めていただくということとをそれぞれ都道府県単位でやつていただきたいといふふうに思ひます。そういうことをまた医療計画の作成の指針といひますかガイドラインといひますか、そういうものの中に盛り込んでいきたいと思ひます。

○水島裕君 次の質問も簡単にしたいと思ひます。医療法の一部見直しの方でも医療計画の見直しというところで僻地医療なども取り上げていら

しゃいます。そういうことも含めて今の支援病院と大病院との連携というのをネットワーク、コンピュータを使ってやるとどうもうまくいと思ひます。現在は主としてファクスで心電図を送るとか、そういうことでやつていと思ひますけれども、そういうネットワーク化もぜひ進めていただきたい。これは進めていられしやと思ひますので、よろしくございませう。

○政府委員(谷修一君) 僻地医療という観点から、それだけじゃないと思ひますが、ネットワーク化ということも必要だと思つておられます。また特に最近では遠隔医療あるいは遠隔診断ということの必要性が言われておられますので、そういう趣旨も含めて体制の整備を図つていきたいと思ひます。

○水島裕君 次からは多少問題がありますので、ぜひ質疑させていたきたいと思ひます。

そういうふうによつていまして、やはり今専門病院あるいは専門的な系列といふのが不十分と言わなくては行けないところがあるわけでございます。これは、国立病院の報告書を見ても、多分もう二年ぐらい前だと思ひますけれども、今あるがん、循環器、それから成人病、精神科、そういうナショナルセンターの次に来るものとして、免疫疾患、代謝性疾患、それから感覚器といふことを予算があればナショナルセンターあるいは準ナショナルセンターをつくるという方向づけはできているのでございまして、一方で、一向にその後進んでいない状況だと思ひます。これは医学界として大変憂慮している、あるいは早くできないかと希望しているところでございます。

それで、せっかく今のようシステムができましたら、国立センターあるいは準ナショナルセンターといふものの機能、義務は何かと申しますと、診療と研究、それから研修と情報交換だと思ひます。ですから、なかなか予算の関係で国民のために早くつくらなくては行けないナショナルセンターに準じたものができないんでしたら、

今までの既存のものを利用して、それに今申し上げた情報とか研修機能とかそういうものを加えて、少なくとも形だけ、センターとある以上一応立派なものじゃないとぐあいが悪いわけですから、予算も余り使わないでそういう機能だけでも日本としてつくらないと、これはやはりある分野の医療、研究のおくれとも関係してきていると思いますので、その辺小川局長いかがでございますか、何か御計画がございましょうか。

○政府委員(小林秀實君) 今、先生お話しただきましたように、国立病院・療養所というのは昭和六十年三月に策定しました基本指針によって再編成を進めておりました、それもその後の状況の変化で平成八年の十一月に改定をいたしました。その中で、先生がおっしゃられましたように免疫異常だとかその他のもの、政策医療を何にすればいいかということについては細かく疾患名を挙げているわけではございませんけれども、実は七つの項目をこの基本指針の中に挙げておりました、先生が今御指摘されたようなものも政策医療の項目の中に私は含まれていると解釈をいたしております。

問題は、方針はできたけれども実施体制の方がなかなか進まないのではないかと御指摘でございますけれども、この再編成、リストラというのは、一方でいわゆる統廃合をしていくとかそれから移譲をするとかということ、それから強化をしていくというところ、両方あるわけでありまして、片方だけの強化というのは、それは国家財政の面から見ても片方だけを推進というわけにはなかなか実際にはいかない。

ただ、方向としては先生がおっしゃられるような方向を向いて、いわゆるこの医療法でも出てまいります地域医療支援病院をやったりサポートしていく必要があるというところは先生の御意見のとおりだと私も思っておりますので、今後は先生が言われましたナショナルセンターとか準ナショナルとかということで、問題は国としてやるべき機能、先生は多分一番重要な情報は情報発信な

んかではないかとおっしゃれると思うのでありますけれども、そういう御意見を十分体して、今後とも財源に限りがありますのでその中でよいものを、政策のどの機能を一番重要視するかというのをよく検討して、地域医療支援のために今後努力してまいりたいと思っております。

○水島裕君 この辺の組織の設立というのは極めて大切だと思うんですね。

それで、まだどこどこ決まっているわけではないわけですが、例えば代謝病でしたら京都で多少進んでいる、それから感覚器ですと東京で多少進んでいる、それから免疫病でしたら神奈川県で多少進んでいるというのは、御存じというよりか国立病院でなさっていることでございますけれども、それもやはりなかなかうまくいかないんですね。

例えば免疫病の神奈川県を例にとりますと、譲渡予定の国立病院が一つなくなればこれはうまくいくのではないかとということで、小泉大臣のおひざ元の国立横須賀病院も、もうあそこは病院がたぶんさんあつて国立横須賀病院は要らない、要らないなんて言っているわけでもありません。ですから譲渡予定にもなっているわけでも、大臣がいらしてもなかなかうまくいかない。

もちろん、それを推し進めるのも一方ですけれども、なかなかうまくいかない可能性もあるもので、それまでの間というよりは、譲渡とかがうまくいかなくても、予算がつかなくとも既設で結構センターに移行してもいいというようなところはあります。それに、情報と研修あるいは必ずしも診療、研究は同じところじゃなくて、ヘッドクォーターになるところはそんなになくて、それぞれそういう機能のあるすぐれた病院とか研究所もあるわけですから、その辺をひとつぜひ早急にお考えいただきたいというふうに思います。

○政府委員(小林秀實君) 再編成、リストラというのは、実際にはその医療機関で医療を受けていらっしゃる人々もいらつしやることで、それ

で統廃合についても移譲についても大変地域住民の方は心配をされているわけでございます。これはこの病院がうまくいかないから、じゃ担当者がかちつとやっていないのかということではなくて、それぞれ皆さん御努力をされていることでございまして、私もこの指針に沿って一生懸命やっていますので、私どもは御存じのとおりでございます。それから、あと問題はどの機能をより充実するかという選択があるかと思っております。そういう点については先生の御意見を十分参考させていただいて今後検討を進めようと思っております。

○水島裕君 よろしくお願いたします。

それから、次も重要なテーマですのでこれは大臣にもお考えをぜひお聞きしたいと思っております。わけですけれども、これからの地域医療病院、かかりつけ医と大きな病院との関係というのでもうよくいかないのは、あるいは、今、物すごくうまくいっていないのは、大病院へ行かなくてもいい、行かなくてもいいと言っているのは、言葉が悪いかもしれないけれども、そういう人が大病院に行ってしまう、かかりつけ医に行つた方がその患者さんのためにも本当はいい人が大病院に行つてたくさん待たたりなんかしているということなのであります。いろんな考えとかあるいは条件とかをつけてやっているんですけれども、一つもうまくいっていないわけですね。相変わらず慶応病院に一日五千人も風邪引きも高血圧もいろんなものも含めてみんな行つておりますし、私の関係しているところでも二千人来て、これではなかなかきちとしたはかの医療とかあるいは臨床研究などではないわけでございます。

それですと、いろんな方法はあるけれども、私はやはり気分の問題が非常に多いと思います。この間厚生省では、大病院へ紹介もなく、それからそこに来る必要も乏しいような人は自己負担を上げるということで、与野党の反対でちよつと引込めている形でございますけれども、私は、上げるとは言いませんけれども、上げていいか

と思います。とにかく差をつけた方がいいと思

誤解がないように申しますと、大病院に行く人の中で、紹介状を持っていない人、あるいは大病院で受診する必要性の乏しい患者さんは、かかりつけ医に行けば自己負担は少なくて済むけれども大病院に行くことと比べるとどうもふやふやで、しかも、あんなにいろいろなことを考えてもその辺が一番、我々の病気がたつたらかかりつけ医に行つた方がちゃんと診てくれるし、それから負担も安くて済むというのが患者さんにとつては最もわかりやすいんじゃないかと思

あと、大病院にそういう風邪引きの人とか高血圧で後ずつと維持療法をしている人とかいろんな人が来たときに、なかなか来るとも言えませんが、窓口であなたはここじゃ診ませんと断るわけにもいかないし、じゃそういう人たちは待たせるという意地悪をするのもどうかとも思いますので、やはり自己負担あたりに差をつけるのが一つのいい方法ではないかと思

見はございます。現在の制度では患者が病院、お医者さんを選ぶことができる、この基本的な制度は私は維持した方がいいと思

その場合に、今の大病院集中傾向をどうやって変えていくかという、紹介制だけで果たして可能かなと。むしろ、患者は病院を選ぶことができるけれども紹介があった方が安く済む、大病院へ行けるけれども直接行つた場合は紹介よりも高くなるという方法も考えられるのではないかと。全部紹介制にするというのは、今の日本の病院を選ぶことができるという制度になれた国民にとつてはかえって不自由に感ずる面があるんじゃないかという点もありますので、この点はよく今後国民的議論の動向を見ながら考えていきたい。両方行けるけれども、ある程度紹介と直接行くのと料金に差を設けるというのは一つのいい考えだと私も思っております。

○水島裕君 おっしゃるとおりだと思います。我々も実際に紹介を書くというのがもう大変なときもございまして、それから紹介状がなくなるとこれは大病院に間違いなく行った方がいいというの、このごろ一般の人の医学の知識も上がってきたので、それもわかる例が多いわけですね。ですから余り紹介にこだわることはないと思いますけれども、その辺よく厚生省の中でお考えいただいて、与野党から少し反対が出たからといってあれするんじゃないかと、与野党ともよく説得していただいて、現場できちんと機能が果たせるようにぜひ勇断を持ってやっていただきたいというふうに思います。

その続きなんですけれども、そうなりますと大病院にはその分だけ患者さんが来なくなるという、単純に経営からいきますと経営難になるわけなんです。それからもう一つ、大病院、大学病院というのは、診療ばかりでなくて教育とか研修、特に臨床研究というのは今後の日本の自然科学の発展というのを考えますと非常に大切なのでございまして、けれども、そういうのが現実は今うまく行われていないわけでございますね。

委員長に許可をいただいて、今、一枚のグラフを大臣のところに健康局長のところに渡していると思っておりますけれども、これは一つの臨床研究の例でございます。二、三年前は一つの研究をやるのに二百人以上の患者さんに一年間協力してもらわないと、これは実際は治療の例でございましてけれども、治療ばかりではなくてほかの臨床研究も同じでございます。一つの研究に二百人以上の患者さんに集まっていたかかないと、それに入っていたかかないとぐあいが悪いという研究が一般的なのでございます。従来は、この上のグラフで書いてありますように、一年ぐらいで大体集まっていたわけでございます。ところが、いろんな最近の理由でもって現在はほとんど症例が集まらない、下のカーブでございます。と申しますと、これだけの一つの研究をするのにこのままいきます

と五年ぐらいかかってしまつて、こういうことに五年かかるようでは全くできないのと同じなわけでございます。

今、科学技術基本法が通りまして、五年で十七兆ですか、一年四兆四千万の科学技術の研究費が出ていますわけでございます。もちろんその最終目的が医療だけとは言いませんけれども、医療はやはり一つの最終目標の非常に大きなところなのであります。ですから、幾ら研究費をつぎ込んだりなんかしても、最後の臨床研究、これは最後はどうしても臨床研究が必要なのでございましてけれども、それが日本ではほとんどできないような状態ということでは何のために研究しているのかということにもなつて、今皆さんどうやっていかうという、日本ではだめなので、最後の方は外国へ行って外国人で研究しているところがある非常に多くなつてきているわけでございます。こういうことも日本できちんとできるようにするためには、やはり大学病院とか幾つかの病院がきちつとこういう研究ができるようにシステムをつくつて行つたという以外にはないわけでありまして、

ところが、先ほどのように、軽い患者さんは診るな、こういう研究はちゃんとやれと言っているのではなかなか大学病院の経営がうまくいかないわけでございます。私は、一定の条件、例えば国にためになること、国際貢献のために研究はきちつとやること、それから難しい病気はちゃんと診てちゃんと治療方針をつけること、それから学生ばかりではなくて周りの人をちゃんと教育すること、そういう要件を満たす病院を何か特定の病院にしまして、そういうところは、保険の点数でいえば例えばの話でございましてけれども一点十一円にするとか、そういうふうにして機能分担をしていかなければ、もう今後の日本は、このグラフをもつと説明するともつとわかつていただけると思ひますけれども、本当に日本はこういう分野でもうだめになつてしまつたという可能性が非常に強いわけでございますので、その点ひとつ今後よく検討していただきたいと思います。

大臣、よろしく願ひいたします。

○國務大臣(小泉純一郎君) 大病院集中の流れを変えようとして、仮にそういう方法を講じたとする、あるいは紹介制と直接行った場合にも料金に差をつけるような形で今の外来患者が大病院から減つたとすると、大病院の経営にも大きく影響してくる。今、当然、外来の患者が来ることによつて経営が成り立っている大病院も、そういう外来患者が直接大病院にこないような機能分担が成功したとすると、今までのやり方では経営として成り立たないという場合も出てくると思ひます。となれば、大学病院本来の役割は何かということを考えますと、外来患者が直接来ない場合でもちゃんと成り立つていくような診療報酬の評価が私は必要だと思ひます。

この点については、医療保険福祉審議会等よく御審議いただいて、その結論を踏まえて取り組んでいきたいというふうに考えております。

○水島裕君 よくわかつていただいてありがたいと思ひますけれども、それと同時に、やはり後半で申しましたきちんとした臨床研究、基礎研究もそうでしょうけれども、がでるというののも一つの条件にして、それでもって何かそこに経営が成り立つようなことを考えていただくということをしてほしいとお願ひいたします。

それから次は、広告事項の追加ということがございます。今回は、主として福祉事業の追加ということとを広告してもいいか、その他が中心だと思ひますけれども、やはり医療機関の広告として一番大切なのは、国民側から見て、医療に関する情報、ここにはこういう専門家がいてこのぐらゐの治療成績を上げてとかいうことであります。その意味では、昨年九月に追加していただきました標榜科、アレルギー、リウマチ、心療内科、リハビリテーションでしたけれども、それもそれなりに非常に役に立っているわけでございます。ところが、国民からすれば、では糖尿病はどうだろうか、肝臓病はどうだろうか、腎臓はどうだろうかということになりまして、そういうものの

標榜をするのも一つだと思ひますけれども、それにかわるものとしては各学会で定めている認定医がございまして、その認定医がいるということとを広告に出せばいいわけでございます。

これは、私も学会の方に依然として身を置く者として私どもの恥かしめさせなければ、こつちの学会間で認定医の共通の土俵をつくる、こつちの学会は認定医の評価がすく甘い、こつちは厳しいとかというのは国民に対する情報としてぐあひ悪いわけでございますので、それを調整しているわけでございます。それを認定医制協議会というところでやっているとございまして、ところが、どうもそこは学会のエゴとかそういうことも入つてもう一つうまくいかないのございまして。

ですから、きょうの質問あるいは提案は、アメリカではこれはナショナルボードというところで国がある程度関与してやっているとございまして、けれども、また余り国が入るといふこともありますので、何かしら第三者機関のボードをつくりまして、そこで国民の意見、国会の意見あるいは厚生省の意見、それから患者団体の意見も入れて早急にそういう共通の土俵で判断できる認定医をつくらうかと思ひますけれども、これは厚生省の方ではいかがかと考えてございましてうか。

○政府委員(谷修一君) 医療機関の広告事項ということにつきましては、客観性、正確性が確保され、患者さんによります医療機関の選択に役立つというものについてはできるだけ広告事項として認めていくという方向で検討しております。

今、お触れになりました具体的な医師の専門分野というについては、一般の市民に対するアンケート調査の中でも、そういうことをぜひ知りたいという要望が非常に高い項目でございまして、この夏に示しました厚生省案あるいは与野党医療保険制度改革協議会の改革の報告の中でも、専門医あるいは認定医の問題について広告を認める、そういう方向で、今先生お触れになりました各学会

の中で基準が必ずしも統一をされていらない、それを統一した上でそういうことをするという意見がまとめられております。

私ももととしては、既に認定医協議会の方にそういうことを前提にしているだけ早く認定基準の統一というのをやっていたらいいかと思ひますが、同じというわけにはこれはいかないと思ひますが、ある程度基本的なところは統一をして、その上でそれぞれの学会が認定されるなりなんなりということをしていただきたということをお願いをしております。

ただ、それが今進んでいないということのお話で、第三者機関ということですが、この認定医協議会の中でも先生御承知のように第三者機関というものを設置したかどうかということが一方ことしの二月の総会で議論をされ、これも検討事項の一つとなっております。私も、第三者機関であらうと現在の認定医協議会であらうとそれはどこでもいいといひますが、統一をしていただければそれでいいんじゃないかというのが基本でございます。したがって、第三者機関でやられるのももちろん構わないと思ひます。

ただ、この問題については、こういったような各学会の認定医なり専門医制度をスタートさせるというそのスタートの時期に、役所側というの行政側は余り介入をしないという前提でこの問題がそもそもスタートしているというような経緯もありました。また私はこういう問題は専門家の集まりである学会がみずから決めていくというのがやはり基本じゃないかというように思っております。ですので、そういう意味で、現在直ちに第三者機関について私も何かするということ問題じゃなくて、学会の認定医協議会の中での第三者機関の問題が取り上げられておりますので、そういうことの中でぜひむしろ検討を早めていただきたというふうに思っております。

○水島裕君 よくわかりました。

また、第三者機関、患者さんとかいろんな方を入れてつくるようにしていきたいと思ひますけれども、

ども、そのときはまた厚生省の方もいろいろよろしくお願いいたします。

時間が少しなくなつてきましたので、まことに済みません、今後の質疑は簡単にお答えいただきたと思ひます。

高木局長、先ほどの病院の経営ということもありますし、ベッドの回転、社会的入院を減らす、少しでもゆとりのある病院生活がいいということ、非常に療養環境がいいところは、例えば大病院でも一部でよいいんですけれども、差額ベッドをまた認める、そういうような方針は今のところございませんでしょうか。

○政府委員(高木俊明君) 現行制度の中でもいわゆる特定療養費制度というような形がございます。それで、今、先生御指摘の点は、社会保険としての医療保険制度をどう考えるかという問題と密接に関係するわけでありますけれども、現在ある程度特定療養費制度というように差額徴収のよう形を認めているわけですが、全体的にこの辺のところをどう考えるのか。統制経済としての医療保険制度というものについて、それがなし崩し的なものということじゃなくて、やはりきちとした議論なりあるいは合理的な判断ができるものについてある程度その辺のところを緩和していくという方向がいいのか、あるいはまたいやいやそれは皆保険制度の形骸化につながるのではないか、そういうような心配があるからこれは慎重にやるべきである、あるいはまたそうやるべきではない、いろんな議論があるわけでございます。

先般、発表されました与党協の抜本改革案あるいは厚生省の抜本改革案の中でもその辺について触れておりますけれども、これは抜本改革の議論の中で私どもとしてはきちんとした御議論をお願いしたい、こんなふうな考えております。

○水島裕君 では、いろいろ御検討いただきたと思ひます。私個人は混合診療の禁止を少しも緩和していく方がよろしいんじゃないかと思ひます。

では、各局長も簡単に、申しわけございませんけれども。

インフォームド・コンセントとか末期医療、いろいろ厚生省でも検討なさつていらつしやいますけれども、こういうものが出来てきまして、どうしても専断死とか、きょうの新聞にもありましたけれども、安楽死のこととか、そういうことが出てくると思ひます。厚生省の方としては、こういうものの検討会、そういうものがあるいはやつていまして、今後おやりになるおつもりはございますでしょうか。

○政府委員(谷修一君) 末期医療に尊厳死、安楽死ということも含めるのかどうか、そこは必ずしもはつきりしておりませんが、末期医療に対する国民の意識、特に医療従事者、医師、看護婦の意識はどうなのかということについて調査を行うということ、実は昨日、その調査の委員会もございまして一応その調査をする内容も固まりましたので、ことしできるだけ早く調査を実施した上で、どういう方向にあるのか、これは前回の調査との比較もできますので、その結果を踏まえて今後の方向というものを考えていきたいと考えております。

○水島裕君 脳死移植で国民も死について非常に真剣に考えておりますので、今がいい機会ではないかと思ひます。

それでは最後に、文部省に来ていただいておりますので、文部省の方からお願いいたします。

この二十一世紀ビジョンでもそうですけれども医師数の削減というのがありますので、それに関連しての質問でございます。本日に私の同僚たちが一生懸命やっておりますので、質問しにくいところもありますけれども、特殊な名前がついてある医科大学というのが大部分その機能も果たしたので、むしろ今後は、例えば大学院大学とか、海外の、アジアの人たちの医学教育とか、日本の医師をつくらなければいけません。医師を教育する場にもそういうことを少しずつ発展していったらどうかと

いう考えがあるのではないかと思います。

というのは、私、厚生省の方も臨床医学など勉強していただきたい方がいますけれども、これはロンドンに行きましてもアメリカに行きましても、医師になるためにやなくて、臨床医学も含めて医学を教える大学というのは結構あるのでございます。日本からも行つて勉強している。そういうのが日本にこれからできてこない、製薬会社の方でも一向に医学がわかる人が出てこないというのでは困るわけでございます。そういう観点も含めて、時間の関係でついでにもう一つの質問もさせていただきます。

学問というのは、あるいは診療もそうだと思いますけれども、自由度が高い方がいいわけでございます。そうしますと、むしろアメリカと同様私学をさらに育成して、今何となく私学はちよつと悪いとか、実際に悪いところもあるんですけれども、というのではなくて、やっぱりそういう方向が一つのいいんじゃないか。

あるいは、もし国立を相変わらず期待なさるのでしたら、国立の研究その他の自由度を高める。今は、大部分の研究は三月まで終わらないとそこでやめなくちゃいけない、次に持ち越せないんです。研究は道路工事とかそんなのと違って、いつまでやめろといつてそこでできるわけがないので、そうしたらもう三月が終わったからやめというのはいかにも非能率的だし、非現実的、非科学的でございますので、その点、全部含めてお答えいただきたと思ひます。

○説明員(木谷雅人君) まず、医師の需給に関連した大学医学部の入学定員のあり方につきまして、現在、文部省において有識者から成る二十一世紀医学・医療懇談会にお願いをいたしまして、将来における国民の医療サービスに対するニーズや適切な教育条件の確保等を総合的に勘案して医学教育あり方全体の中で検討をいただいております。

その具体的な検討に当たっては、国際医療協力の推進のための、先生の御指摘のございま

たような外国人留学生の積極的な受け入れ、あるいは製薬、福祉など今後医学的知識を有する人材の一層の需要が見込まれる分野に関する人材育成のあり方などに十分留意の上検討を行い、必要に応じて医学教育、研究体制の整備充実を図られるように努めてまいりたいと思ひます。

次に、私立大学の果たしている役割につきましてでございますが、我が国の医師の養成においてそれぞれ建学の精神に基づく特色ある教育を行い、大きな役割を果たしているものと認識しております。文部省として、今後、国公私立を通じて各大学の医学部がそれぞれの役割、目的に応じた特色を生かしつつ、全体として多様な発展を遂げていきますように支援をしてまいりたいと思ひております。

国立大学の特に予算面の制約というふうなことに御指摘がございました。先生御指摘のように、大学の組織運営については、大学の教育研究の質的向上を図るためにそれぞれの大学の自主性と自由度を高め、自律的な運営が行えるように改革を進めていくことが重要でございます。

このため、文部省におきまして、去る十月三十一日に大学審議会に對しまして二十一世紀の大学像と今後の改革方策について諮問を行いました。その中で、大学の組織運営システムの改革も検討事項の一つとしておりまして、具体的には大学の教育研究の機動的な対応を可能とするための措置として、例えば特定プロジェクトの年度を超えた執行など、予算執行上の弾力性の確保等についても検討をいただくこととしております。

今後、文部省といたしまして、大学審議会の議論を踏まえ適切に対応してまいりたいというふうな考えでおります。

○水島裕君 私、国立も私立も動めてきましたので全く中立な立場ですけれども、いろんな格好いい言葉を言うよりも、三月が終わっても研究費は次に持ち越せるということを一言言っていただけの方がよほど大学で働いている者は助かるわ

けでございますので、早急にそういう結論をひとつ出していただきたいと思います。

それでは時間でございますので、ありがとうございました。

○牛嶋正君 平成会の牛嶋正でございます。

きょうは、一九九五年四月に導入されまして、それから二年半経過しようとしておりますドイツの介護保険制度に対する評価から議論を始めさせていただきますと思ひます。

このドイツの介護保険制度も、導入当初は事務処理の遅滞や現金給付を受ける要介護者が予想以上に多くて若干の混乱はあったように思ひますが、ようやくこの種の混乱もおさまりました。現在ではおおむね順調に推移しているというふうに見受けられます。

その意味では、ドイツの介護保険制度はある程度の評価が与えられていいのではないかと思ひておりますが、厚生大臣はこのドイツの介護保険制度の導入についてどのように評価されておられるのか、まずこの点からお伺いしたいと思います。

○國務大臣(小泉純一郎君) ドイツの介護保険制度については問題点があるという事は承知をしておりますが、全体として定着してきている、また評価も、むしろ積極的に受け入れている人が多く、整備も順調に進んでいるということを知っています。

主な点、三つあると言われています。一つが、制度導入後、日帰り介護や短期入所の生活介護などの在宅サービス基盤の整備が顕著に進んでいるということ。二つ目、在宅介護者に対するアンケート調査でも、介護の状況が改善されたとの評価が高いことや、要介護判定の手続や結果についての信頼性も高まってきたこと。三つ目、要介護者の多くが社会扶助、これは生活保護ですけれども、この社会扶助を受給しなくなってきたこと等の状況を聞いておりまして、全体的に見ればこの制度をさらに改善していこうという意欲が高いのではないかとこのように考えております。

○牛嶋正君 私は、山本委員長と御一緒にいたしまして、昨年の夏、議員派遣でドイツをお訪ねいたしました。幾つかの施設を見学させていただき、ドイツの関係者から事情も聴取する機会を得ました。そのときの印象は大体今、厚生大臣がおっしゃったと同じような印象を私も受けておりまして、制度の出發はまずまずの出発であったというふうな思っているわけです。

なぜ比較的うまくいったのかということをお私なりに考えてみました。

四つほど理由を挙げることができるのではないかと思っております。

その一つは、介護サービスの供給体制が長い時間をかけ、宗教団体を初めとする非営利団体等の努力によりましてほぼ確立していた、そういう状態にあったということでありまして、ですから初めから保険あつて介護なしの心配は全くなかったという点、これが一つ挙げられるのではないかと思ひます。

いま一つは、介護保険制度の導入までは、要介護状態になった場合の経済的負担は基本的にはその者自身、または家族の個人的問題として考えられてきた。いわば原則といたしまして利用者負担という形をとっていたということでありまして、三番目は、幾つかのホームをお訪ねして高齢者の生活を見ていただいたんですけれども、その生活態度に非常に自立性が確立しているというふうには私は見受けました。

それから四番目は、今申しましたように原則的には利用者負担でございましたので、その負担ができない人に対しては連邦社会扶助によりまして介護扶助を行っていたわけですが、この受給者が一九八五年ごろから急速に増大をして、四十万を超えてどんどんふえていったわけです。大体そのころからドイツでは介護保険についての検討が始まっております。ですから、十年以上にあつた議論されてきた、こういう経緯があつたというふうな思ひます。

ですから、ドイツにおいて介護保険制度が定着

しつつあるからといって、我が国においても介護保険制度がうまくいくだろうということにはならないんじゃないか。そのためには、今私が申し上げました四つの理由について我が国の状況を改めて検討しておかなければならないと思ひます。

先ほど大臣の評価をお聞きいたしましたけれども、比較的順調に推移しているこの介護保険制度の理由といえますか背景、そういうものを政府の方はどういうふうにお考えになつておられるのかお聞かせいただきたいと思います。

○政府委員(江利川毅君) 先生から四つ御指摘があつたわけでございます。

確かに、ドイツにおきましては多様な介護サービスの供給主体があるということではあります。が、介護施設の利用費は基本的に全額自己負担。自分で払えなくなるといふゆる社会扶助でそれを見てもらうというふうなこともありまして、介護保険制度ができる前の段階においては、施設サービスあるいは在宅サービスも水準として十分だということでは必ずしもないのではないかと、識者の意見もあるところでございます。これが、介護保険制度が導入されることによつていろんな基盤整備が進んでいるということも一つは見られております。

それから、こうした基盤整備が進んでいることによりまして、ドイツの介護保険制度は在宅重視ということをやつておりますので、施設から退所して在宅に行く人というのも出てきています。そういう在宅でのサービスの改善あるいは在宅介護というものが制度ができることによつて定着をしてきている。

それから、先ほど大臣からもお話がありました。が、ドイツのハンブルク大学が行いましたアンケート調査を見ますと、やっぱり全体的に介護制度についての評価というのが高まってきた。その高まってきたのはサージスの改善や要介護の認定等に信頼が置けるという評価をしている、こういうことによるものだと思います。

それからさらに、先ほど申し上げましたように、自分の資産がなくなりますと社会扶助、日本では生活保護に相当するようなのでございすが、こういうものの給付を受けたわけでありすが、けれども、こういうものを受けずに済むようになつてきている、こういうようなことから定着してきているのではないかと。

ドイツにおきまして介護保険制度を創設するに当たり十年以上におたる議論がありましたと、確かにそうなんでありすが、これは何年か前にドイツの事務次官が日本に來ましたときに、長い期間をかけてやるのが決して議論の中心にプラスだったとは必ずしも言えないと、最後の段階における議論が一番充実していったというふうなことを言っておられまして、十年という期間そのものが本当に長かつたかどうかということでもございす。

それから、一方、日本におきましては、介護保険制度ではございせんが、平成二年にゴールドプランをつくりましたところから介護基盤の整備、介護問題といふことを一つの大きな施策として取り上げてきておりまして、何年か前からいふんな形で介護の基盤整備のあり方として、いわゆる介護制度の運営の仕方として介護保険というものもあるのではないかと、こういう議論も行われてきたところでもございまして、日本でも五、六年かけてかなりそういう議論は行われておりますので、そういう意味でドイツの最後の部分と相当するぐらゐの熱い議論は十分行われてきているのではないかと、いふふうな思っております。

○牛嶋正君 今の御答弁を聞いておりますと、大体私が挙げました四つの条件というふうなものを考えになつていふような気がいたします。

例えば、先ほど三番目に挙げましたドイツの高齢者の自立性あるいは自立心、こういったものが恐らく社会扶助を受けるよりもリスクをヘッジするのための保険料を前から負担するというふうな方向に向かわせたのではないかと、いふふうな気もするわけでありす。

しかし、今も御指摘のありましたように、我が国におきまして保険あつてサービスなしの心配、これを払拭するためには、ともかく今新ゴールドプランに沿つて施設の整備や人材の確保に努めていけるわけでありすが、したがつて二〇〇〇年の制度出発のときに新ゴールドプランの目標の実現が、私は保険あつてサービスなしの心配を取り除く決め手になるというふうな思ふわけでありす。

そこで、政府は新ゴールドプランの目標実現にどのような見通しを立てておられるのか、まずこの点をお聞きしたいと思ひます。

○政府委員(羽毛田信吾君) お答えを申し上げます。先生今御指摘のとおり、この介護保険を実現するものとしてスタートをさせるために基盤整備、その基盤整備のための新ゴールドプランの目標実現といふことが大変大事であるという点は私もそのように考えております。そして、現在の進捗でございましては、大抵の部分についてはかなり順調に進んでいけると言つてよろしいと思ひますけれども、二つ大きな問題がございまして、一つはサービスの種類によつてやばり進捗の非常によろしくないものがあります。

それともう一つ、さらに大きな問題としていへば地域差が非常にございまして、そういう地域差によりまして介護サービスの整備が進んでいない、あるいは種類によつてサービスの整備が進んでいないといふところの部分をどうしていくかといふことが、これから残された期間に向けての私どもの努力を集中的にしていかなければならない部分だつたといふふうな思つております。

そういう観点から、整備のおくれがあります地区につきましましては老人保健福祉計画、それぞれの市町村あるいは各自自治体がいばみずから主体的に取り組みをいただく事柄として計画をおつくりいただいていけるわけがございまして、そういう自治体に対しましても、もう一回そういうたおくれ

ている理由なりのそれぞれの地域での分析、あるいはそれに応じたきめ細かな対策といふものをどういふふうな打つていくかといふ点についての考へ方をさらにきちつと整備をしていただく。そういうことをお願いいたしますと同時に、私もどうしても、そういった各自自治体それぞれ地域の事情に応じた施策を打つていきやすいように、各種の施策につきましまして規制の緩和あるいは民間活力の導入、あるいはその事業の整備等を進めるに当たつての規制といったものの弾力化をしていくといふようなことで、地域の事情に応じました介護サービスの整備といふことができまふような工夫といふようなことをやつておるわけでありす。

そうした中で、例えば公民館だとかあるいは公衆浴場等の既存の施設を活用するようない日帰り介護事業の実施など、いろいろ多様な手段を活用する道を多様に開くといふようなことをきめ細かくやることによりまして、目標達成に向けて引き続き努力をしてまいりたいといふふうな思つております。

そして、先ほどのドイツの例にもございまして、ように、ドイツも当然介護保険をスタートさせるに当たつて基盤整備に努力をされてこられたわけでありまして、介護保険導入後におきましてもさらにその努力をされることによつて、先ほど御披露申し上げましたように、サービス水準がまた上がったことという側面もございまして、介護保険導入後におきましても、さらに引き続いての介護基盤計画といふものをつくりまして地域の事情に応じた対応をしてまいりたいといふふうな考へております。

○牛嶋正君 この保険あつて介護なしの問題に関連いたしまして、今二つの問題点を指摘されましたが、私はそれに加えてもう二つほど心配な点がございまして、そういう意味で、私は三つほど今解決しなければならぬ問題があるのかなと思つていふんですが、その一つは、先ほど御指摘のありました進捗状況における地域間格差の問題です。

私もこの夏幾つかの市町村を訪ねまして実情を見てまいりましたけれども、行くといふことになりまして、非常に財政力の豊かなところとそうでないところ、人口もいろいろと区別して行つたんですけれども、やはり格差は残念ながら歴然としております。また、ことし九月に発表されました福祉マップでも地域格差の拡大が指摘されております。

したがつて、このまま格差が拡大していきまふと、二〇〇〇年の目標年次全体としてかなりの進捗状況、進捗率に達したといひましても、多くの市町村において低い水準にとどまるということが予想されます。そうしますと、かなりの地域で全体的に見ると、進捗状況がかなり高くてそれぞれ地域におきまして保険あつて介護なしの状況が生まれてくるおそれがあると思ひます。

そうなりますと、全体的にうまくいったといふふうに評価されるよりも、その前にそういうた保険あつて介護なしの地域が非常に取上げられて、我が国の介護保険制度に対する評価は非常に厳しいものになるんじゃないかといふふうには心配してはいるわけですが、この点について政府はどんなふうにお考えですか。

○政府委員(羽毛田信吾君) 地域差につきましては御指摘でございまして、

現状につきましまして、私も問題意識を同じやうしてはいるところは先ほど申し上げたとおりでございまして。介護保険導入といふことをにらんで今後の介護サービスの展開といふことを考えれば、ある程度の水準に達しての後のこととして言へば、それぞれの自治体間におけるいわばサービスの競争、あるいは介護、その地域におけるそういうた介護についての福祉にどのように入力していくかといふことについてそれぞれの地域が特色を発揮してやつていたかといふのは一つの方向ではあるかと思ひますけれども、やはり介護保険を導入するに当たつて、一つの基盤的な部分において欠けるところがあるといふことについてはやつ

ばりこれはぐあいが悪いということは、私どももそのように考えております。

したがって、そこを解消する努力というのは非常に優先的にしなければならぬ。そのために、まず今の地域のお取り組みについて、それぞれのほうで一度そういったお取り組みの分析から始めていただけたら、それに向かっての国の支援という意味でも、予算の重点的な配分という意味でおくれたところに重点的に配分をしていくということとは当然でございます。

そのほかに、先ほど申し上げましたような例えば既存施設の活用とか、さらに、先ほど省略させていただきましたが、特に過疎地域あるいは大都市地域における事業展開が非常に難しいという問題がございますから、例えば過疎地域におきましてでございますと、その過疎地域におけるそういった特に在宅サービスの展開を容易にするためのモデル事業等を行って、そこで民間事業者等がどういったふうに入っていくのか。また、その民間事業者という中でも農協なんかは相当力を入れていただいておりますから、農協組織や何かがどのように展開をしていただくか。また、農協組織にもそういったお願いもしながらやっていくという点でありますとか、あるいは箱をつくるということになりますとか、あるいはその事業もおもしろいといふようなところとか、そこもございまして、そういった場合には学校の空き教室を利用した日帰り介護施設をやるとか、そういったさまざまな弾力的な運用を含めまして対応をして、何とかこの大きな格差というものを埋める形で十二年度に向けてその格差を是正する方向でやってまいりたいというふうに思っております。

そういった形で全体の底上げを図りながら、さらに介護保険施行後もそういう手を緩めることなく新しい事業計画というものにつなげていくということ而努力をしてまいりたいというふうに考えておるところでございます。

○牛嶋正君 私が悪念します第二番目の問題ですが、けれども、こしし一月公表されました国立社会保障・人口問題研究所の日本の将来推計人口に関連した問題でございます。

前回の平成四年九月の推計から五年経過しておりますが、この間に我が国の少子・高齢化が一段と加速しております。二〇二五年の高齢化率で申しますと、前回が二五・八％に對しまして、今回は二七・四％まで上昇しております。二〇二五年のアップということであります。二〇二五年と申しますと今から二七、八年でありますから、その長さからいいますと、二％のアップというのはその数字自体はそれほど大きな影響はないというふうに思われますけれども、問題は高齢化の進展の加速にも地域格差が見られるということでございます。

すなわち、高齢化率が既に高い水準に達しております中山間地域ではそれほど加速しておりません。もう行くところまで行ったという感じでございます。問題は大都市圏の中小都市、ここでは御承知のように人口構成が団塊の世代をはっきり持っているわけですから、したがって高齢化の加速も非常に大きいわけでありまして、そのため、新ゴールドプランのベースになっております老人保健福祉計画の高齢化率を既にもう上回っている都市が多く出てきております。

だいたいたしますと、新ゴールドプランの目標値が実現したとしても、そういうところでは保険が介護なしの状態が懸念されるわけでございます。また、介護なしの状態が懸念されるわけでございますけれども、この点についてどうのようにお考えなのかよくとお聞かせ願いたいと思っております。特に、大都市圏での介護サービスの供給体制の整備というものは案外おこなわれているようにも思いますが、それも含めましてちょっとお尋ねしたいと思います。

○政府委員(羽毛田信吾君) まず、先生御指摘になりました地域間における高齢化の加速と申しますか、その違い、格差の状況ということでござい

これは、確かに全体の高齢化が加速する中で、さらに地域間においてもその差があるというものは、そういう実態があらうと思っておりますけれども、事今回の老人保健福祉計画なり新ゴールドプランという側面から見えてまいりますというところ、新ゴールドプランのもとになります保健福祉計画を立てました時点で、平成十一年度末に、つまり達成時にどのぐらいの高齢化率になるであろうということを見込んで計画をそれぞれ立てていただいたわけでございます。

そのこととの乖離という意味で、例えば今最新のところでいいますと、平成七年度末あたりで既にその目標あるいは織り込み済みの高齢化率を超えているというように地域がどのぐらいあるかというところを、先生の御指摘もありましたので市について調べてまいりましたけれども、平成七年度末というところで見ますと、全体ではまだ二十市ぐらい、ウエートでいいますと市の中では二・九％ぐらいでございます。しかし、七年度から十一年度というところもございまして、まだそういうところが出てくる。それから、多い少ないにかかわらず、そういうところの問題というのは確かに拾象して考えてはいかぬであろう。そういう意味では、先ほど申し上げました重点的な整備というときに、そういったことも頭に入れたらやっつけていかなければならない要素だと思っております。

ただ、これもなかなか難しいところの一つございまして、確かに高齢化率は上がっておりますけれども、それじゃやういふところで利用状況はどうかというふうに見ますと、例えばホームヘルパーの方々ならホームヘルパーの方々を整備して、その活用がされぐあいいいようなところを見ますと、必ずしもそのことと、非常に逼迫した、つまり非常に活用してなおかつ足らないというふうな形に少なくともマップの上で見るとなっていないというところが実はございまして、そういう利用の動向がどうかというふうなところも、先ほどそれぞれにその原因分析をしても

らつてということをお願いしましたが、そういう細かい分析もそれぞれのところでやっていくということが一面必要なんじゃないかなということも思いつつ、しかしすべしに、全体的に整備を進めていくときに格差というものは対応していかなければならない。

そのときに、先ほど過疎のお話を申し上げましたが、特に大都市について、例えば施設整備なんかでなかなか土地が得られないということが進みにくいというふうなこともございまして、そういったときには合併して、併設の施設とか複合施設形態でやるような形を大いに導入していく。あるいは規模につきましてもある程度弾力的な取り扱いをしていく等のことを含めまして進めていきたいというふうに思っております。

特養等につきましては、最近かなり東京都あたりはそういったことで当初の初動部分に比べましたら急速にこのところ整備が進んできているという実態もございまして、しかし、それで樂觀視をするというわけではございません。一生懸命そういったところについての役割あるいは細かな工夫というふうなことを含めてやっていかなければならないというふうに思っております。

○牛嶋正君 保険あつて介護なしの問題に関連いたしまして私が懸念します第三の問題は、財政構造改革法案との関係でございます。

この改革法案では、社会保障関係費につきましては二つのキャップがはめられております。一つは、平成十年度の当初予算における社会保障関係費の額が平成九年度の当初予算における額に三千億円を加算した額を下回ることというキャップでありまして、もう一つのキャップは、平成十一年度及び平成十二年度の当初予算における社会保障関係費の額は、各年度の前年度における額におおむね百分の百二を乗じた額とすること。

この平成十年度の当初予算の三千億円のプラスであります。これは率で申しますと、平成九年度の当初予算が十四兆一千二百億円でございますから二・一％ということになります。要すると

ころ、この期間というのは財政赤字を削減する集中期間でありますので、その間大体二％ぐらいの伸びということになるかと思ひます。ですから、公共事業等はマイナスになっているのに対しましてプラスの伸びになっているわけですね。しかし、これまでの平成二年以降の各年度の当初予算に対する伸び率を平均いたしますと大体四％ぐらいでございまして、二分の一に抑えられたいというこゝとになります。平成十年の当初予算で、もし義務的経費の自然増というふうなものを積み上げていきますと八千億円と聞いておりますけれども、これを五千億円抑えるわけでありまして、これは社会保障関係費の中で新ゴールドプランについての介護サービスの供給体制の整備に少なからず影響を与えるのではないかと、こういうふうには懸念しているわけでありまして、

財政再建が優先するのとかという議論がありますけれども、財政が果たさなければならぬ役割から考えますと、こういうことで財政再建の方が赤字幅が減るというふうなことで若干進んだといはしても、介護制度におきまして保険あつて介護なしの状況が仮に生まれたといはしますと、我が国の財政運営というのは必ずしも健全な方向に向かつているとは言えないのではないかと、私はこんなふうには思ふわけでございます。

この点につきましては、非常に重要な問題でございまして、厚生大臣にお尋ねしたいと思ひます。

○国務大臣(小泉純一郎君) 財政構造改革と介護基盤の整備との問題ですが、今回の財政再建、財政構造改革の方針における厳しい枠、この中でいかに介護基盤を充実させていくかということとは私は両立できると思つております。

三千億円の枠が設定されましたけれども、その中で、十年度予算の概算要求においても、新ゴールドプラン関係経費としては水準を落とすことなく前年度よりも増額を要求しておりますし、この整備費の中で当初のゴールドプランの目的が達成できるように最善の努力をしていく。来年度もそ

うでありますし、十一年度、十二年度もそのとおり進めていって当初の目的を達成したい、整備に全力を尽くしていきたいと、そう考へております。

○牛嶋正君 それでは次に、先ほどドイツの介護保障制度が定着しつつあるという理由を四つ挙げましたけれども、そのうちの二番目の理由と三番目の理由を取り上げまして、我が国での介護保障制度の運営についてちよつと検討させていただきますかと思ひます。

今、改めて、ドイツが保険制度を導入する前提、原則としておりました利用者負担、それと、今我が国で導入されようとしております公的保険、そしてもう一つ税方式、公費でありますけれども、それについて少し比較検討してみたいと思ひます。

税と公的保険につきましては、どちらにも強制性を伴うということと共通しているのではないかとと思ひます。それに対して公的保険と利用者負担とは、要介護サービスの受給者が何らかの負担を負うということと共通性を持っているというふうな考えることができます。公的保険はリスクをヘッジするための部分負担でありますけれども負担しているわけでありまして、利用者負担の方はほとんど全部負担ということにならうかと思ひます。

したがって、介護サービスの受給者がそのサービスにかかる費用をどれだけ負担するかということと、今申しました三つの方式を比較いたしますと、一番左に利用者負担が置かれ、真ん中に公的負担、そして一番右に税というふうな並びになるのではないかと、こういうふうには思ふわけでありまして、したがって、公的保険というのの部分負担でございまして、ちよつと中間に位置します。その中間の位置が右寄りなのか左寄りなのかというのはそれぞれの国の保険制度によるわけですから、ドイツの場合のように利用者負担から公的負担への移行というのは、介護サービスを

福祉サービスと考へて、原則公費というふうな考へますと自然な流れである。全部負担から部分負担の方へ移行して、そしてそのもう一つ向こうに税があるわけですから、私は自然な流れであつたのではないかと、導入がうまくいった一つの理由に挙げさせていただきます。我が国では、先ほどそれに對して、我が国の場合でありますけれども、むしろ逆の方向に向かうわけですね、今まで税であつた、公費負担であつたのが公的保険で部分負担になるわけでありまして、そういう流れから申しますと、やはり高齢者の考へ方からいいたしますと少し抵抗がそこに生まれてくるのではないかと、こういうふうには思ふわけでございます。

この点について、あえてドイツの方向と反対方向の形で公的保険を採用しようとしていられるわけですが、私は、そのためには相当な理由づけをしなければならないと思ひます。この点についてどのような考へえを持っておられるか、お聞きしたいと思ひます。

○政府委員(江利川毅君) 介護に関する制度、どういふものができるかということ、各国の介護を取り巻くいろいろな考へ方あるいはそれまでの施策との連続性、そういうものがあるんだと思ひます。先生の考へおっしゃるのも、そういう意味で、ドイツは全額自己負担だつた、それから保険というのであれば部分的に自己負担が残る形であり、連続性があるのではないかと、そういうお話をお話をされたんだと思ひます。

我が国の介護の場合も、先生御案内のとおりでございまして、現在の制度では社会福祉、措置の仕組みでやつていられる部分と、それから医療、老人医療が中心でございまして、そういうものでやつていられる部分とあるわけでございます。

この制度は、社会福祉でやつていられるところは税が財源であります、全額税で出しているのではありません、所得に応じて費用徴収をしているということで、自己負担が全くゼロで全部公費で見ているという仕組みではないわけでございます。所得

に依つて、場合によつては所得が高い人にはかなりたくさん費用負担をしていただいているということとあります。また、老人医療を医療費で見ているところにつきましては一部自己負担があるわけでございます、これは基本的には保険的な形でやっておりますので、当然一部自己負担があるわけでございます。

ですから、我が国の場合、例えば先生のおっしゃいましたように、全額利用者負担、それから一方の極に全部税負担で利用者負担なし、そしてその真ん中に介護保険がある、そういう図式になつていないんだと思ふんです。そういう仕組みの中で、介護保険を一体どうつくつたらいいかということだと思ひます。特に二つの、福祉の仕組みと医療の仕組みで分立していることによつて生ずる負担の不公平であるとか全体としての制度の非効率であるとかそういう問題が、特に社会的入院の問題などが指摘されていましてございまして、これをどう解決するかということになるわけでございます。

介護保険を導入するのであれば、介護保険を導入する積極的な理由というのをもそこにあるべきではないかというお話がございました。

厚生省の審議会ですと、厚生省の思がかかつているという感じがするのではないかと、思ひます。実は、平成七年七月に社会保障制度審議会、総理の諮問機関でございまして、ここが戦後五十年たつたということを契機に、社会保障のあり方について勧告を行つていられるわけでありまして、この中におきましても、これからの社会保障の大きな課題の一つとして介護不安を解消するための対策が必要であるということを言つていられるわけでございます。

この勧告を読んでいきますと、こういう指摘があるわけでございます。

一つは、「今後増大する介護サービスのニーズに對し安定的に適切な介護サービスを提供していくためには、基盤整備は一般財源に依存するにしても、制度の運用に要する財源は主として保険料

に依存する公的介護保険を基盤にすべきである。」「こういう提言をしております。

その理由として、一つは、長寿社会になるとだれでもそういう介護リスクというのに直面している、要介護状態になるおそれというのはだれでも持っている、あるいは自分の親というものを含めれば、それを今度は逆に介護する側、そういう立場に自分が置かれる、そういうことで、介護問題に直面するおそれというものが普通のところか一般的なおそれになっている。ですから、保険でカバーするのになじむのであるということを書いてあるわけでありまして。

さらに、保険制度のメリットとしまして、給付を権利として受けることができるようになるということであるとか、あるいは負担と給付との対応関係が比較的わかりやすいことから、ニーズの増大に対してサービスの量的拡大や質的向上を図っていくことに国民の合意が得られやすいということであるとか、あるいはまた民間事業者等の費用も介護保険で負担するということになりますと、利用者にとってサービスの選択が可能になって、供給者間の競争を強めてサービスの量的拡大と質的向上が期待できるとか、こういうようなことを言っているわけでございます。積極的にこの問題は介護保険という保険の仕組みがいいのではないかとこのように言っているわけでございます。

さらに、私なりにあれでございまして、仮に介護保険制度を、例えば保険ではなくて税でやるというふうに考えますと、税でやれば、やはり負担というのは所得に応じて費用徴収するのが原則ではないだろうか。いわゆる税でやって費用徴収はしません、全部出しますということでありまして、例えば現下の、国と地方と合わせて四百兆円を超える借金というものを抱えているわけでありまして、財政再建が大きなテーマになっているわけでありまして、こういう中で、十分負担能力のある金持ちの人も負担なしに税で全額見ていくのが本当に正しいのだろうか、そういう議論はあり得るのではないかと思います。

【参議院】

それからまた、そういう費用徴収をするということになりますと、その費用徴収の大きさによって、税の施策でサービスを受けて非常に大きな費用徴収をされるという場合には、費用負担の問題から、病院に入院した方が自己負担が小さくてその方が安上がりだという選択が行われてしまうおそれがある。サービスとしては福祉・介護施設サービスの人がその人に適したサービスが行われ得るにもかかわらず、負担の関係で的確な選択が行われないおそれもあるわけでございます。

現在の一人当たりにかかっている費用を見ますと、入院する方が全体的にコスト高になっておりますから、これは社会保障全体の効率性を介護保険を通じて実現しようという目的が達成できなくなってしまう、そういうふうな問題もありません。積極的に保険制度でやるべきだという考え方もある上に、さらに加えて、税でやったときの問題点もある。逆の、税でやったサービスの面もあるわけでございますが、大きな制度全体で見たときのねらいという意味ではそういうことがありまして、そういう観点から、老人の介護の問題につきまして介護保険制度で対応することが適当ではないか、そういうふうなことを考えているところでございます。

○牛嶋正君 これまでの厚生省が出しておられるパンフレットなんかを読みまして、今御答弁いただいたような幾つかの保険方式が持っているメリットというふうなものを私も理解をしております。

私なりに整理をさせていただきますと、利用者の選択が今の制度の場合には全く認められていないという、選択性に関する問題が一つあると思っております。

それからもう一つは、給付と負担の対応関係が不明確である、今それは御指摘になりました。これは私は権利性に関する問題というふうには呼ばせていただきたいと思います。

それからいま一つは、行政主体が直接にしろ委託にしろ介護サービスを社会サービスとして供給

する場合には高コストになるということで、効率性に関する問題というふうには呼ばせていただきたいと思います。

それから四番目の問題といたしましては、今も御指摘のありました介護と医療の一体性の問題。これを考える、一方が保険で他方が税というものは制度上整合性を欠くという御指摘だろうと思っております。これは一体性に関する問題というふうには呼んでおります。

今までの政府のそういう御見解を聞いておりますと、どうもこういう現行制度が持っている問題点は保険方式を導入すれば全部うまくいくんだというふうな御説明なんです。私は、やはりもう少し積極的な説明を国民に対して行い、そして国民の理解を得るためには、税方式についてどういう税で財源を調達するかということとをきちっと想定した上で、税方式とそれから保険方式の、これらの四つの問題に対する問題点というものをどのようクリアするかというふうなことで十分に比較検討して総合的な判断をしていかなければ、せっかく介護保険制度ができてうまく定着しないでしょうし運営もうまくいかないのではないかと、こういうふうには私は思っております。

実は、私はこの四つの問題についてこれから順次税方式と保険方式の比較を行っていきたくて思っておりますけれども、きょうはもう時間がございませんで、一番最後の介護と医療の一体性の問題についてだけちょっと私の考えを述べさせていただきます。お考えをお聞かせ願いたいと思っております。

政府案は、この一体性を考えるに当たりまして、むしろ介護保障制度の方を医療に合わせた保険方式を導入するという方向を考えておられるわけですが、もう一つの方向としては、医療保険の方をむしろ介護に合わせた公費とするという方向もあるんじゃないかというふうに思っています。

そして、そのことを考えますと、むしろ今政府が考えております保険方式の導入というのは、私

はこういう問題が出てくるんじゃないかと思うんです。今の医療保険そのものがいろいろな問題を抱えております。財政問題、それから世代間の負担配分の問題、そして地域保険と被用者保険の間の格差の問題。これはいづれをとってみましても原因が老人医療費の急激な膨張によって起きているわけです。だとしますと、ここでもまた保険方式を介護の方に持ち込んだとすれば、そっくりその問題を介護制度に持ち込むことになるんじゃないか。そうなりますと、私は両方の制度とも行き詰まりを、ぶつかるんじゃないかというふうな懸念を持っております。

ちよつと時間がもうありませんので、この点について一言、大臣の御見解をお聞きして、この問題についてはまた次回に検討させていただきますと思っております。

○國務大臣(小泉純一郎君) 税でやるか保険でやるかというのはこれからいろいろ問題が出てくると思っております。保険料を上げるのは嫌だとなるとき、税をどのぐらい投入するのか、利用料、自己負担をどの程度にするのかという組み合わせです。

私は、むしろ今回の介護保険の審議の中で野党側から税でやれという意見が出てきたことに対して大変実は注目しているんです。これは将来必ず消費税に行き着いていきます。私はそう見えています。年金にしても医療にしても介護にしても、ヨーロッパは一五%以上ですから、消費税。与党が税を嫌がっている。野党の方が税方式を導入しろという点は、今後社会保障制度を構築する上において必ずこの問題が出てくる。

ですから、今後どちらがいいのかというよりも、両方問題点があると思います。それをよく議論することが大事ではないか、そう思っております。

○牛嶋正君 それじゃ、きょうはこれで終わらせていただきます。ありがとうございました。

○委員長(山本正和君) 速記をとめて。
(速記中止)

○委員長(山本正和君) 速記を起して。

○今井澄君 私、十月二十三日の質疑で、医療と介護の関係について若干入りの議論をさせていただきました。前回、宮崎委員の方からかなり詳しい議論があったというふうにお聞きしておりますが、私、たまたまそのときは差しかえておりませんが、場合によってはちよつと重複することがあるかもしれませんけれども、その点を深めていきたいと思ひます。

まず、原点に戻りたいと思ひますが、介護保険法の第一条、「この法律は」というところに「医療」という言葉が出てくるわけですね。「入浴、排泄、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、云々、介護保険法第一条で言う「医療」というのは一体どういうものか、それをまずお尋ねいたします。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険法第一条にありますのは、目的規定に、要介護状態になった人に対しして、介護あるいは機能訓練、看護、療養上の管理その他の医療という規定があるわけでございます。そして、介護保険の給付対象となる医療を指している。具体的には、例示されております「看護及び療養上の管理その他の医療」ということでございますが、それ以外には、例えばリハビリテーションであるとか、介護保険施設で行われる投薬、検査等の医療サービスであるとか、そういうものが相当するものというところでございませう。

○今井澄君 そこで、在宅の場合には、この前の質疑でもちよつとお尋ねいたしましたが、訪問看護とか、それからいわゆる在院診療ということ、今医療保険の中で見られているもの等いろいろあるわけですが、投薬とか注射とかそういうものは純粹に医療でできるわけですね、往診とかあるいは通院によつて。問題は、施設の場合がなかなか難しいことになると思ひます。この辺は、前回、宮崎議員の方で大分御質問されたようですが、私は費用の面からお尋ねをしていきたいと思ひま

す。

介護保険給付の対象となる三つの施設類型、特養、老健、療養型病床群、これについて、特養は月大体二十九万円、これが標準的な額、老健は月三十二万円、療養型病床群は四十三万円という基本的な給付額が今想定されているというふうにお聞きしております。

在宅の場合には、要介護度の分類がⅠからⅥまでになって、Ⅰは虚弱ということになりますね。それが六万円から始まって六段階目の最重度が大體二十三万円から二十九万円、最高二十九万円ぐらいというふうにもこれも想定されているわけでありまして、この中身は比較的わかりやすいんですね。例えば、ホームヘルパーが週二回でいいのか、毎日行かなければならないのか、あるいは一日一回じゃなくて夜も巡回型で派遣するとか、こういうことで、人件費なり実費なりいろいろ計算をするとこれは大體わかりやすい。

ところが、特養二十九万、老健三十二万、療養型病床群四十三万というのは、これはなかなか理解したいことなんですね。介護ということを中心として考えれば、そもそもこの三つの施設類型があるのだけれども、たまたま老人が特養に入ったと、そこが療養型病床群だったと。そうすると、結果的に月四十何万、五十万近くかかっていくという、これが実態としてあるだけであつて、逆にそのことが社会的入院あるいは老人医療費の不必要な高騰ということで問題になっているところから、実はこの介護保険の必要性も出されたと思ひます。つまり、社会的入院をなくする、あるいは、もつと言へば、三類型の施設もできれば一元化するというのがスタート時点であつたと思ふんですね。

ところが、現時点でこの三類型を残したままこういうふうな費用算定をするということが想定されているということ。特養では介護給付は二十九万が平均的な額だ、老健では三十二万になる、この差ですね、三万円。これは一体特養と老健とで

どういう介護サービスの違いがあるのか。あるいはさらに、療養型病床群になると四十三万ですから、特養に比べると十四万も多いわけですね。これが一体どういう介護サービスの違いでこういう費用が算定されることになるのか。むしろ、これは医療というものを、これまでの医療部分にかかっている費用を突はそのままここに引き継いでいるだけではないのかという疑問を持つのですが、いかがでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 今、御指摘のありました二十九万あるのは老健三十二万、療養型病床群四十三万という金額でございますが、これは介護費用の将来推計をするに当たりまして単価をどう設定するか。そのときに現行制度を基盤に、前提に置いて推計をしない数字が決まりませんので、そのときに推計した数字でございます。特養の二十九万というのは、現実の特養の措置費が二十九万あるというのではなくて、現在では平均して二十七万ぐらいだと思ひますが、特養の場合には現在の入所者と職員の比率は現在四対一ぐらいでございますが、これを三対一ぐらいに改善する、こゝうすると今よりも費用が高くなるだろう、こゝういうことを前提に特養二十九万ということに推計したものでございます。

この三つの施設の一元化につきましては、当面現行制度のままでございますが、いわゆる、今後その一元化の問題というのは一つの課題ということの整理でございますが、施設につきましてはそれぞれ役割があるわけでございます。特別養護老人ホームであります、常時介護が必要で在宅で生活が困難な寝たきり等の人が入る。老人保健施設であれば、入院治療を必要とするのではないけれども、リハビリとか看護、介護を必要とする。ある程度リハビリや看護という医療のサービスも伴う施設である。それから、療養型病床群であります、長期にわたり療養を必要とするということ、より医療サービスが多いものというこゝうなつていられるわけでございます。現在こゝういう施設に、特養は先ほど申し上げた

とおりでございますが、老健や療養型病床群は老人保健制度から給付費が出ているわけでございます。費用推計に当たりましては平成七年度における実態ということ、その実態を踏まえて推計をしたということでございます。

○今井澄君 やつぱりその辺ちよつと不明確だと思ふんです。特養の二十七万の現行の費用を二十九万と見込んだというのは人員配置の問題で理解をいたしますが、例えば特養と老健の三万円の差をいかにお話でしたが、これは特養も老健もリハは変わらないんですね。実態を見ていただければおわかりのように、特養と老健とでリハに違いがあるということはないんですね。

それから、看護ということですが、例えば看護が特養と老健はどう違うのか。特養は、例えば褥瘡のない人がほとんどだけれども、老健は褥瘡のある人が多いから毎日褥瘡の処置が必要になるのかとか、この看護の違いというのは一体何なんでしょうか。

それからもう一つ、一番あいまいなのが療養型病床群では療養が必要と。この療養の中身が特養との差で何で十四万になるんですか。その中身に

ついてちよつと教えてください。

○政府委員(江利川毅君) 特養の場合には、例えばリハビリを行う職員につきましては必置ということではなくて雇い上げという形ができるということになっているわけでございます。老人保健施設の場合には理学療法士とか作業療法士が必置になっているわけでありまして、それから、療養型病床群の場合には看護職員の配置基準というのは厚目になっていると。

これは、確かに現時点で申し上げますと、介護基盤整備が必ずしも十分でない、例えば特養施設が十分でないということで、その部分を医療施設で受けて、それがあつて意味で社会的入院という問題を起しているのではないかと指摘があるわけでありまして、これは確かに福祉施策の不十分さを医療でカバーしていく、これによつて国民の

ニーズに対応してきた、これが現実だと思いま

す。
ですから、現在の状況で見れば、例えば特養で
いける人が医療関係の施設に入っていることもあ
るわけですが、これから基盤整備をして
いく中ではできるだけこういう機能に即した施設
利用が行われるように持っていきたいということ
でございます。

○今井澄君 そうしますと、実際の今の違いとい
うのは、どちらかというと職員配置基準の違いと
いうふうに今受け取ったわけですが、これも、そ
他にももちろん施設基準も違いますが、一人当
たり面積も違うということもこの費用に反映する
のかもしれないが、現在の特養の実態を見ます
と、確かに軽い人も入っていることもないわけ
ではないんですが、実際には痴呆がかなり進んでい
たり、それからいろいろ看護を必要とする人が多
くて、例えば特養の場合には、看護婦さんが、規
模によって違いますけれども、複数配置してもせ
いぜい二人とか三人ぐらい。そうすると、二十四
時間体制で看護婦がいっぱいいることができない施
設まで出てくるを得ないんですね。そうする
と、看護というものが非常に不足して、特養には医
療がない、看護がないという批判もあるわけで、
むしろそっちの方が一方では問題になるんだろ
うと思います。

もう一方では、しかし療養型病床群の場合に、
先ほどあいまいな療養という名称でどういう看護
が必要かの内容のお示しがあったわけですが、し
かも、看護婦が多いからあるいは医師の数が多い
からということでも月四十三万というのは、余り
もまたちよつと問題があるのではないだろうか
と思ふんですね。ですから、入っている人の違いと
いうのは率直に言つてほとんどない、現状におい
ては特養と老健と療養型病床群に入っている人
の違いはほとんどない。何が違うかというと、費
用がこういうふうに違うほかに、一番大きな違い
は、特養に入ったら一生いるところ、老健は一応
三カ月をめどということ、療養型病床群は、もち

ろ入っている期間に限度はないけれども、費用
の点で三カ月あるいは六カ月ぐらいで出される。
こういうふうな違いがいろいろにしか現実にはなつて
いないんですね。

その辺についてもう少し、じゃ入る人の質で区
別する方向でいくのか、人員配置あるいは施設基
準の違いを設ける三類型でいくのか、それとも現
状に照らすならば、入っている人の質や受けるべ
きサービスの内容にそう違いがないんだから、こ
の三施設類型はいずれ統一する方向でひとつ方向
を探っていくのか、そのどちらを基本的にお考え
なのか、お答えをいただきたいと思ひます。

○政府委員(江利川毅君) 三つの施設類型がある
わけですが、ここで行われるサービスの
中身はそれぞれ異なるという前提でございます。
したがって、この施設特性に合わせたような
人が入所していくようなことを目指して制度の運
営を考えていきたいと。

ただ、施設体系につきましてはどういう一元化
がいいのか、一元化というのも一つの課題になつ
ておりますので、どういう一元化がいいのか。そ
れは全くみんな統一、同じ施設という形で一元化
なのか、そうではなくて、やっぱり入ってくる人
にさまざまな需要があるわけですので、そういう
需要に応じたある程度の多様性を持った形の中で
全体としての整合性のとれる一元化ということ
を考へるのか、そういう議論もあるわけございま
す。

この辺は漸進的に検討を進めるべきであるとい
う審議会からの指摘も受けておりまして、制度の
実施状況を見ながら具体的に検討を進めていき
たいというところでございます。

○今井澄君 この問題は当初のねらいと現状での
可能性との違いの乖離、なかなかお答えしにくい
ところがあると思ふんです。

最後に、この問題については御指摘申し上げて
おきたいんですが、いわゆる要介護度分類Ⅰから
Ⅵというのは基本的には在宅ということですが、
これもこのうちの要介護度Ⅰ、虚弱は施設入所の

対象にならないわけですね。Ⅱ以降は施設入所の
対象になるとすると、この分類が大体施設入所
でも適用されるんじゃないかと思ふんですが、その
場合、要介護度Ⅱの軽度者は、在宅で見ると月
十四万から十六万で大体在宅サービスをする。そ
れから、一番重い最重度、要介護度Ⅵが二十三万
から二十九万ということになりますと、今の答弁
をそのままこれとあれしますと、療養型病床群に
は最重度の人が主として入るんだ、そして特養の
方には比較的軽い人が入るんだというふうに言わ
ざるを得なくなってくるんですね。ここでもまた
矛盾が出てくるんです、費用の点でも。

じゃ、施設に入ることによって在宅よりはど
れだけ厚いものが得られるのかということとか、
この辺は引き続き少し御検討いただいて、日を改
めてまた質問させていただきたいと思ひます。

そこでもう一つ、今度、医療と福祉、介護との
関係ですけれども、前回、デイサービス、デイケ
アのことに付いて質問をいたしましたけれども、
その質問の中で、時間がなかった点があるんです
が、御答弁いただかなかった点があるんです
ね。それは、デイケアとデイサービスについて報
酬額はどうなっているのかということについてお
答えをいただけていない。

デイケアについては一日一単位幾らか、それ
からデイサービスについては一日一単位幾らかか
っているのか。デイサービスの場合には、基本的
には公費でやって利用料というか費用徴収をして
いるわけですから、費用徴収の額じやなくて、デ
イサービスに平均的にかかっている一人当たりの一
日の額、これについてお答えをいただきたいと思
ひます。

○政府委員(羽田田信君) お答えを申し上げま
す。
デイケアとデイサービスのそれぞれの報酬額と
申しますか、いわばどのようなコスト計算になつ
ていくかということでございますが、まずデイケ
アでございます。

デイケアは、御案内のとおり、痴呆等の精神障

害がある患者の方あるいは脳血管障害等に起因す
る運動障害を持つておられる方に対してリハ
ビリ等をするという在宅医療サービスという位置
づけでございます。医療保険から診療報酬の形
で、つまり老人保健から診療報酬の形で支払いが
行われておりまして、その診療報酬のいわば点数
という形で申し上げますと、老人のデイケア料と
いうのは、これも時間当たりの平均的な
なところで申し上げますと、四時間以上六時間未
満というケースでございます。これの中に、また
通院途上において機能訓練等をあわせて行う場合
ということ、いわゆる送迎つきというふうに通
常言っております。その点数でございますと七百六
十八点ということですから七千六百八十円とい
うことになります。そうでないいわゆる送迎つきで
ない場合には五百二十点ということですから五千
二百円という報酬になっております。

これに對しまして、日帰り介護、いわゆるデ
イサービスにつきましては、これは身体が虚弱ある
いは寝たきり等のために日常生活を営むのに支障
がある方に対する入浴等とか食事の提供、ある
いは機能訓練等の在宅福祉サービスという体系で
やっているとございまして、この方でご
ざいますけれども、これは御案内のとおり、今の
体系のもとですと運営費という形でいわば公費で
出しております。したがって、それぞれかか
っている人に着目して、一人当たり幾らかという仕掛け
にはなつていませんけれども、便宜、先ほどの
比較という意味である種の仮定計算を行いたい
と思ひます。

施設種類ごとに定額の補助ということござ
いますから種類もあれですけれども、いわばこれも
幾つかタイプを分けておりますけれども、詳しい
御説明を省略させていただきます。比較的普通の場合
の場合につきまして、運営費を出しますときの想定
をしております標準的な利用人員で割つて一人当
たりを出すという手法で出してみますという
一日につき約六千五百円ぐらいの額になってくる

ということが計算として出てくるということでございます。

○今井達君　そこで、確かに福祉サービスであるデイサービスのA型からE型までありまして、いわゆる痴呆型とか重介護型とか、標準型でいきますと、運営費を標準的な人数で割ると六千五百円ぐらいになると。ところが、老人デイケアの方は、六時間以上ということでは一日お預かりをする場合に、本人に来てもらう場合は七百八十点、七千八百円というお話ですね。ここにもかなりの違いがあるんですね。

実際に、やっていることにどうい違いがあるか。実は、私は老人デイケアを昭和五十九年に病院で実験的に始めまして、そのときには精神科デイケアはありましたが、老人デイケアに点数はありませんでした。それで、ボランテアの人たちに手伝ってもらいまして老人デイケアをやりました。それを八ミリにも振りまして、厚生省にお持ちをして、デイケアをやることによつて家にいて暗い顔をしているお年寄りがこんなに明るくなる、そしてADLも向上するんだ、これはぜひ病院としてこういうものは認めてほしいということ、実際にそれにかかる人件費だとかいろいろな費用も算定して持っていきました。ぜひこれは点数をつけて奨励すべきではないかということ、老人デイケアが診療報酬点数に載ったことについてはそういう意味で私も関与しているという自負を持っております。

それで、この点数自身はそれはそれでいいんだと思うんですが、それが福祉とでちよつと違いがあるんですね。違いがあるということ、果たしてこれがいいのかどうか。今後、これは恐らく今医療機関でやっているデイケアは介護保険の方に入ってくると思うんですね。そうしますと、福祉で見ている六千五百円、これは正確な数字ではありませんので単純に比較できないんですが、それが六時間以上で本人が来る場合ということとは、何とか家族が手伝えるか比較的元素、七千八百円、この違いというのはどうするかをはっきりさせ

ていかなければならないと思います。これは送迎がない場合ですね。送迎がないと、元気な人あるいは家族に十分手のある人しか来れない。

問題は、家族にも手が足りない、自分では来れない人を連れてきてデイケアすることが大事だから送迎が大事なんだということ、送迎をできる場合にはということ、点数を余分につけたと思うんですね。これで、六時間以上で見ますと七百八十点と千二十八点ですから二百四十八点、約二千五百円違うんですね。送迎をする二千五百円プラスしますよと。実際に一人一人あるいは小さな車でいせいで二人か三人を迎え入れるとそのぐらいの費用はかかるんですね。

ところが、この前ちよつと御紹介しました関西の方の、西の方の某県ではバスで集めて回ると。そして、ゲートボールをやっているお年寄りを選手がいないくなるぐらい集めていくのにこういう点数がついているのは非常に問題があると思うんですね。バスで集めていくと二千五百円プラスになるというままではいいのかわるか。この辺はぜひ大きな問題としてやらないと、またむだで問題が出てくるだろうと思います。

そこで、前回のときには、デイケアの対象者とならない元気な高齢者がデイケアに集められているという問題、ある市では六五％が実は対象者でない。そのために医療費がその市だけで十何億でしたか余分にかかっているということがあった。局長の御答弁では十分承知をしております。二週間たつたわけですが、どんなことをお調べになられたのか、それに対して今申し上げたようなことも含めてどう対処するおつもりか、お聞きしたいと思います。

○政府委員(羽田信吾君)　老人デイケアの運用のありよう、老人デイケアそのものは先ほど先生もお挙げいただきましたように有効な手だてだと思えますけれども、それが乱に流れて不必要な人にまでやられていて、あるいはそのことによつて非常に全体的に医療費等についてもそういう悪影響を及ぼしているというふうなことにについてはやはり問題であるというふうに思っております。それで、そういう問題意識に立つて先回も御指摘をいただいた、その際に私も十分承知をしていないという部分についてその後どうなったかというお尋ねでございます。

その間で全国を巡って調査をしたというふうなところはまだいつているわけではございませんけれども、やはり私もなりに聞いております。範囲でいきますと、具体的に、例えばレセプトに一応疾患名を書かせてやらせるといふようにしていますけれども、そのレセプトの中に準痴呆、痴呆に準ずるといふ意味での準痴呆というふうな記載で非常にあいまいといえますが、そもそもその対象になるかどうか非常にあいまいな例でありますとか、あるいは具体的に、デイケアを行わない日にはゲートボールや農作業に従事するといったような人が来ているけれども、本当にデイケアの必要はあるのかどうかということを実際の話しとして私どもの方も伺っております。

それから、先ほどお挙げいただきました、この前の御質問のときにもありました某市につきましては沖繩県の市でございましたが、これにつきましては私も聞き取りをいたしまして、その聞き取り調査自体は市の職員の方々が現実に受けておられる方とこのへ行かれてその人に直接聞かれた結果ということそのまゝのようでございます。それから、それにもう一回医学的な判断等をさらに加えていこうとまで詰めたものではないですけれども、その中で先生おっしゃったようなデイケアに該当しないのではないか、その段階でのあれからいってそういうふうになるものも六〇％以上あったという実態は私どもの方も聞きましたし、そのほかの市からもそういうふうなことが出ております。

したがって、この四月から、そういう実態をも踏まえて、やはりデイケアの対象というふうなものを明確にしなさいかぬということ診療報酬上もそういう措置を行いましたし、さらにその

後の状況というものを、今、先生おっしゃるようなことからいえばフォローする必要は十分私どもあると思えますので、さらにそういう実態把握ということに今後努めながら、そのことを踏まえて今の実態につきましても少し適正化と申しますか、きちっとした対応をしていくという必要があれば、そこはそういう方向にもつとよく検討しなければならぬというふうに思っております。

○今井達君　沖繩の那覇等で発表されたそういうことは非常に残念なことでありまして、こういうことがあるとすぐいろいろな社会的な批判でたたかれるわけですし、厚生省も、実はこういうことはもう既に去年からお聞きになっていたから、この四月、デイケアについて制限する方向で厳しい改定をされたんだと思うんです。しかし、先ほど申し上げましたように、デイケアというのは実は大変意義がありまして、例えば脳卒中で倒れて病院で療養してリハビリをやつて家へ帰ってきた。この人が家の中にじっとして、テレビの前にくぎづけになったり、こたつに入りっぱなし、あるいは御飯を食べるとすぐ寝床に行くということをやっているから寝たきりになるので、外へ連れ出すということがばけ防止の点でも機能維持の点でも非常に大事ですから、こういう不祥なことが起こったからといってデイケア、デイサービスが制限される、本来の目的のものが制限されることがあってはならないと思います。

先ほど牛嶋先生の御質問にもありました。私もデンマークやドイツを見てきて、生活態度の自立性という点では日本人は非常に劣っている点があると思うんですね。病気を持っていないときは物すごい元気で、それこそエコノミックスニマルだか何だか、とにかくやたら元気で頑張りくせに、一たん病気がなつたり障害を持ってしまうと途端に弱くなって、閉じこもり、寝たきりになり、ばけになっていく。このことを考えないと、幾ら制度だけ仕組んでもしょうがないと思います。そういう意味でも、このデイケア、デイサービ

ス、外へ連れ出すということが非常に大事なもので、これをうまく育てていかなければならない。そういう意味では、これを悪用する人に対しては私は逆に非常に激しい怒りを覚えるを得ないわけですが、そういう点で、デイサービスの方は今、措置制度だということからこういうことは起こっていないんですが、医療の方は保険制度の中できちんとして認定を経ないで行われている点でこういうことが起こっていると思うんですね。

そこで、さっきの三類型の施設で費用が大変異なるということや、今のデイケアとデイサービスの問題も含めて、この医療と介護の問題について、前回は厚生大臣にお伺いしたんですが、区分よりは連携の方が大事だと、私も確かにそうだと思うんですが、いたずらに分けることだけが問題ではないんですが、ただやっぱりここにどういう医療を介護の方で見ているのか、持ち込むのか、なかなか難しい問題があると思いますけれども、大臣に、今の質疑をお聞きになつての御感想をお聞きたいします。

○国務大臣(小泉純一郎君) 今のデイケアとデイサービスの問題ですが、確かに制度としてはいい効果を発揮するであろうと思われたこの制度が悪用されているということなんですが、これも今後改善する点があるとすれば、デイケアなりデイサービスなり、いい給付が受けられる、あるいはいいサービスが受けられるということになると、ある程度自分も負担しなきゃならないという点が出てくると思いますね。

どの程度負担するべきなのか。負担が全然ないとなると、地域的な特色もあると思いますが、隣近所から誘われれば行くかと、あるいはつき合があるから行くかというのも出てこないとも限らない。しかし、家に閉じこもるよりは外に出て元気になる、それから家族も世話をしないでも済むという点があればいいというふうな環境になつていく。しかし、それで結果的に元気になるという点があればいいわけですから、この制度は、本来の趣旨が生かされるような形でど

ういう改善点があるかという観点から私はいろいろ調査し、見直す必要があると思います。

また、介護保険が導入された場合に、医療と介護の給付の問題ですが、在宅であれ、あるいは施設に入っている、介護サービスを受けている人も、当然ある状況においては治療を受けなきゃならない事態が発生すると思います。その際に、在宅であれ、あるいはお医者さんが来てくれる場合もあるでしょうし、あるいは家族がお医者さんに連れていく場合もあるでしょう。施設に入っている場合にも、むしろ施設側がお医者さんを呼ぶ場合の方が多いいと思いますけれども、そういう際に、私は介護保険から給付される部分と医療保険から給付される部分は当然出てくると思います。その専門的な違い、これはなかなか専門家できやわかないと思います。ある部分はやはり医療の部分においても介護保険から出る場合もあると思います。その境で、この境は今私からどういう具体例を出せばいいか、私は専門的知識がありませんからそれを言えませんが、当然、連携して介護給付も受けられる、医療給付も受けられるという形で整備は進められていかなきゃいかぬというふうに私は考えております。

○西山登紀子君 日本共産党の西山登紀子でございます。きょうは要介護の認定の問題についてお聞きをしたいと思ひます。

要介護の認定がすべての介護を必要とする人に適切に、かつ迅速に行われるかどうかということが介護保険のかぎを握っているのではないかと、このように思ふわけですが。

私はことしの一月に当院から正式の視察団としてドイツを訪問させていただいたわけですが、ドイツの社会労働省のハウシルド介護保険部長にも公式の代表として会っていただきましたが、そのときに、申請者のうち認定がゼロになる人が二五％あるということを知りました。

さらに、MDK、ドイツの介護段階認定機関、ここにも訪問させていただきました。ドクター・ロルフ、介護保険の責任者とも長時間お話をさせて

いただいたわけですが、そこでもいろいろ大変興味深いお話を伺いました。大変誇りを持っていらつしやうと、先ほど二十年間のお話がありましたが、ドイツは介護保険について二十一年間議論をしてきた、国民が期待をしていた、それでたくさん申請があったんだというふうなこともロルフさんの方から直接お聞きをいたしました。

確かに、いろんな問題を持ちながら解消されているわけですが、例えば州によっていろいろ認定の差があると、これはよく言われていることとあります。高いところでは四七・三％が該当せずというような結果を出したベルリンの州もあれば、該当せずが二五・二％と少ないバーデン・ビュルテンベルク州というふうな州があつて、州の格差がこんなにあるというふうなことだとか、該当せずだけでなくて、介護度IIIに認定したところが高いところ、その該当せずを出したバーデン州では一六・一％なんだけれども、ベルリンは介護度IIIが四・一％というふうな、州によつても認定に非常に大きな差がある、こういうことについても直接いろいろ伺つてまいりました。申請された方の中で認定されたい人がたくさん出ると、このことについて、国民の中に介護保険に対する不満の非常に大きな要因になつていくということも事実として伺つてまいりました。

この点で、保険あつて介護なしと、つまり保険を掛けたけれども給付の対象にならなかつた、あるいは低く認定がされてしまったということにならないようにする必要があると思ふんですが、この認定の重要性について大臣の基本的なお考えをお伺いしたいと思います。

○国務大臣(小泉純一郎君) 介護保険が導入された場合に、認定の問題は最も重要な点の一つになると思つております。

当然、認定されようとして申請する方は採択されて必要な介護サービスが受けられると思つていますから、それに対して、客観的に公平に見てそうじゃないと判定された場合、これは不満が出てき

ます、不平が出てきます。あるいは認定されたとしても、もつと密度の濃いサービスが受けられると思つたのにそうでないという不満も出てくると思います。しかし、それはある程度は試行的段階が、認定作業も経験が必要だと思ひます。客観的な判断を下すにおいてもある程度の量の実際の判定が行われないと、どれが適切か、どれが不満が多いかという調査も出てきませんし、不満度も人によつて違いますからそれは仕方ないにしても、私は今の時点でこの介護認定に全く問題ないとは言ひません、当然出てくると思ひます。しかし、それはやがていくうちに、施行していく中に改善点を見出していくべきではないかなというふうな考えております。

○西山登紀子君 どうしても大臣は早く成立させて、そして並行してというふうにも言われるんですけれども、しかし国民がこの現行法案を是とするかどうかということについては、やはり自分が保険を掛けて、そしてどんな給付が受けられるか、うまく認定がされるのかという、その妥当性、信頼性がなければ、この現行法案を是とするかどうかということもやはり判断ができないと思ふわけです。

それで、これは衆議院段階では議論ができなかつた、つまり八年度のモデル事業の結論がまとめられているわけですね。それを私は大変注目して見せていただきました。八年度の要介護認定のモデル事業というのが全国でやられて、その結果がまとまつているわけです。一次判定はマークシートによるコンピュータ処理で行つて、あと認定審査会がかりつけ医などの意見を聞いて二次判定を行うという、こういうシステムで全国でやられたわけですね。

そこでいろんな意見が出てくるわけですね。この意見は非常に実践的ですから貴重な意見じゃないかと思ひます。調査方法についても一回の調査では高齢者の状況は十分把握できないというふうなことだとか、介護認定調査員について調査員の資質の向上が必要であるとか、あるいは調査員の

参加によつて認定審査会を行うべきであるとか、それから調査項目についてもいろんな意見が出ておりまして、社会的な能力をもっと重視すべきだとか、いろいろあります。

そこで、判定基準についてですけれども、判定基準については要介護状態区分ごとの説明を改善し、判定基準を明確化すべきであるというような意見があります。また、痴呆が軽視されている、こういう意見もあります。一次判定の考え方が不明確である、在宅と施設で同じ調査項目を用いた判定でよいのか、区分の数が多い、あるいは境界がわかりにくい、こういうふうな意見が、率直な御意見だと思えますけれども、出ているわけですね。

ですから、今準備されております九年度のモデル事業は当然そういう点が改善されて行われるというふうに思ふわけですが、果たして十分そういう改善点が盛り込まれるかということで質問をしたいと思ひます。

一次判定がコンピューターで処理されるという点では八年度も九年度のモデル事業もこれは同じなんです。少し項目が変わるかもしれませんが、けれども、コンピューター処理で一次判定を行うという、そういうシステムは変わりありません。コンピューターで介護度を評価する、こういうことについて、その科学性とか妥当性ということについて果たして証明がされているのか、問題が指摘をされている点であります。

コンピューター処理の調査票のシートについては、専ら身体動作、身体機能の項目が多い。主に日常生活動作から介護の必要性を判断するので、この基準だけでは要介護者に痴呆状態あるいは内部疾患の問題、あるいは例えば老老介護のような生活環境の問題、あるいは離島とか交通が大変不便なところに住んでいらっしゃるというふうな社会的な条件が十分加えられない、評価されないというふうな意見が出ています。評価されたい、このコンピューター処理のシステムはそういうふうな問題を持っているのではないのでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 要介護判定とい

のは、その人の見かけの状態というよりは、その人がどのくらい介護を要するかということによってランクをつけるのが適当である。そういう考え方に立ちまして、いわゆるタイムスタディーというんでしょうか、こういう状態であればこういうサービスが要る、どれだけ要る、こういう状態とサービスとの関連を三百何十項目というのを調べまして、その中の相関の強いものから順次選んで七十数項目というふうに絞り込んでいくわけでございます。これをフェースシートそのままで判定委員会に見ていただきますと、非常にいろんな項目が並んでいますのでこの解説というは大変難しい。そこで、そういう調査をしたときの要介護状態とサービス量との相関全体をシステム化して、その項目を置いていくことによって評価をする。これを介護認定審査会における一つの資料にしていくわけでありまして。

ただ、介護状態といふのは確かに日によって変わることもありまして、その部分につきましては今回の調査では、その人の概況部分あるいは調査員が文字で書く特記事項、そういうところにある時点で、ある時点における調査だけじゃなくて家族からの聞き取り等によつてその人のある程度の幅の中における生活状態を把握できるように形にしたわけでありまして。また、かかりつけ医師の意見書につきましても、前回には非常に大きな項目について記入していただいたわけですが、そうしますとお医者さんによつて大分書き方が違う。非常に詳細に書いていた人もある、あるいは非常に簡単に書いていた人もある。それで、項目を整理してそれぞれについて書いてもらう。そういうような形で、調査した時点だけではなくてある程度の幅を持った情報も介護認定審査会に集めて判断をしていただくというふうにしたわけでありまして。

コンピューター処理はそういう生活状態を全体として眺めるための一つの分析でありまして、その分析と、日常生活の状況についての字で書いた

いろいろな記入部分と、それからかかりつけ医師の意見の部分、それを総合的に判断して要介護認定をしていただくということになっているわけでございます。

○西山登紀子君 今もお認めになったように、そのコンピューター処理というのはやはり認定の部分なんです。それがすべてではないと。それはそうだと思います。やっぱり生きていく人間ですから、そんなに機械的に断定的にはかかれるということがそもそも問題だと思いますから、その点はそうだとおもうことです。

しかし、そうはいっても、その一次判定の中にたくさんの方の意見がありますように、痴呆状態とか取り巻く環境、社会的条件が反映されていない、そういう問題を持ったものが第一次判定でされていくということについてはやはり確認をしておきたいとおもうんです。

実際、一次と二次では判定にずれが起きている。厚生省がまとめた平成八年度のモデル事業の概要によりますと、コンピューター処理の一次判定と二次判定にずれが起きている。これは率にいたしますと全体の約三割が一次判定と異なっております。例えば、東京都が行った八年度のモデル事業でも、同じく二百ケースのうち一次と二次のずれは約四割、こういう結果が出ているわけですね。

時間がありませんので先に移りますけれども、この判定のずれ、なぜそういうずれが起きたのかというその違いが非常に私は重要ではないかと思ふわけですね。

厚生省からいただきました八年度のモデル事業のまとめで、なぜ判定が違ったのかということの理由は、介護上の判断によるものが三七・九%ですね。それから、判定基準によるものが二二・二%、かかりつけ医の意見によるものが一六・三%、こんなふうに変化しております。また、勘案した要素を見ますと、痴呆、これが二一・二%、寝たきりの状態、勘案した要素として七・五%、こんなふうにはやはり一次判定から二次判定

に変更された内容といふのはなかなか私は重みのある内容じゃないかと思ひます。

つまり、これは一次判定の結果を機械的に適用しないで、二次判定を十分に加味して慎重に行うということの重要性を示しているというふうに思ひますけれども、いかがですか。

○政府委員(江利川毅君) 御質問は最後の部分かもしれませんが、お話の中になりました、例えば要介護申請者の周辺の環境等が加味されていない云々という御指摘がありました。

私も、要介護の判定は客観的に行うべきである、家族がいるからといって軽くなるとか重くなるか、どういふ環境だから軽くなるか重くなるか、ではなくて、要介護の判定は客観的に行って、ただその人にどういふサービスを提供するか、介護サービス計画をつくるときはそういう諸状況を踏まえ、本人の意見や家族の意見を踏まえ、その人に合ったサービスを提供していくべきだということに考えておりまして、要介護認定の判定はできるだけその人に即して客観的に行うべきだということに立っております。

それから、コンピューターの処理でございますが、御指摘のように、八年度のモデル事業を集計しますと、先生今御指摘のような状況でございます……

○西山登紀子君 今の質問にだけ答えてください。先に進めないので。

○政府委員(江利川毅君) これについては初めての調査でありますから、一つには、調査票自身にまだ改善すべき点がある、調査の項目が不明確で調査員がどう記入していいかわからない点がある、こういうことを改善する。あるいはまた、介護認定審査会の方の判断の仕方につきましても、初めてですので、これまた介護認定基準についての考え方についての浸透、そういうものが十分でなかった。そういうさまざまな要素があるわけでございます。今回は調査票についてできるだけの改善を行い、そして判定についてもマニュアルをつくりまして、介護認定審査会の判定がより客

観的に行われるような工夫をしているわけでございます。

私どもは、できるだけコンピュータ処理はコンピュータ処理でより正確なところに持っていきたい、ただそういうもので把握し切れない、かかりつけ医師の意見であるとか面接書でわかった情報とか、そういうことも加味して、それで二次判定で総合的に的確な判定をしようようにしたい、そんなふうに考えております。

○西山登紀子君 同じモデル事業の結果で、大変おもしろいんですけども、二次判定の変更率が、全く変更されなかった地域では一〇〇％変更がされていない。ところが、強く変更された地域では四三％変更がされている。この変更率の格差、どうして起こったんでしょうか、説明をしてください。

○政府委員(江利川毅君) 一般的に考えますと、一〇〇％一致するというのは、行き過ぎと言っておかしいんですが、そうなのかなという感じもしますし、しかし半分以上上回っているというのも、果たしてそうなのかなという感じがするわけでございます。

この二次判定の変更率が地域によって異なりました理由でございまして、一つには、必ずしも介護の必要度とは関係しない、一致しない重症度、その人の状態、そういうものを加味して判断した地域があった。これは本来の要介護認定とはちよつと違つたわけでございますが、そういうことがあった。

それから……

○西山登紀子君 済みませんが、時間がないので、簡潔に。

○政府委員(江利川毅君) そういうような問題がありましたので、九年度におきましてはできるだけそういうものが小さくなるような記入要領あるいは審査会の運営要綱、こういうものを定めまして、このずれの幅が小さくなるような改善を行ったところでございます。

○西山登紀子君 このずれというのは非常に重要

だと思ひます。

それで、二次判定と一次判定の結果がずれてくる、当然そのずれが起こるわけですが、そのずれが多くなる場合に介護度が高くなる方向で変更がされている、つまり上向きに修正がされているということなんです。逆に言えば、一次判定というコンピュータの判定というのは、より低く判定されるような傾向にあるんじゃないか。東京都が調査をしたデータの中では、変更したのが四割、そのうちの七割は上向きに変更されているわけですね。コンピュータの一次判定というのは認定度が低くなるようなそういう傾向があるんじゃないですか。

○政府委員(江利川毅君) 全国集計の結果では、要介護度が高い方に修正されたものが大体六割、低い方に修正されたものが四割でございます。今回はそういう結果が出ましたが、基本的には、差はいままでのほとんどがランク上下の問題でございまして、大幅な乖離というのがあったわけではございません。

八年度のモデル事業をもとにお調査票等の改善をしているわけでございまして、今年度のモデル事業ではこれがより正された形で出てくることを期待しているところでございます。

○西山登紀子君 コンピューターが低く判定するという傾向が実際の結果にあるんですけれども、これは結局は痴呆の扱いが非常に軽視されているということが、いわゆるコンピュータの操作の中で結果として必要な人が必要介護度認定されないという、そういう結果が起こっているんじゃないかと思うわけです。この痴呆の扱いについて、判定に生かされていないという意見が八年度のモデル事業のときに随分出たわけですが、この意見というのは次の九年度のモデル事業にはどのようになされるんでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 検討過程かなり前の段階で、痴呆というのは第IVランクに該当するのではないかということが考えられた時期がありました。実際、現在の要介護認定ではそういう考え

ではなくて、要介護状態において判断することになっていてあります。ただ、古い情報で頭にある人が痴呆というのはIVランクかなと思つて、それがしかし新しい基準でいけば本来Vランクになるんだとか、そういうものがあつたのではないか。

今回は、そういう痴呆状態をより正確に把握するという意味で、かかりつけ医師の意見書につきましても痴呆状態等についてわかるような記述の欄を設けて書いていただく、それから訪問調査をする調査員が家族等から聴取します事項としまでも日ごろの状態を書いていただく、こういうことによりまして、その人の生活状態をできるだけ正確に把握する、そういうふうな形で調査票を改善したところでございます。これによってより正確に把握できるものというふうに思つております。

○西山登紀子君 この痴呆の問題というのは非常に介護にとつては重要な問題でありまして、呆け老人をかかえる家族の会という全国組織がございまして、そこからの要望書を見ますと、痴呆老人というのは軽い症状があつても二十四時間介護が必要だ。そういう点では、もう二十四時間心身とも休まないという点では非常に介護度というのは高く見る必要があるし、また痴呆性老人はすべて要介護老人というふうに認めてほしいというような御要望が出ています。痴呆性老人のうち要介護老人はその一五％だといふふうなことで都道府県に計画をつくるときに指示を出してきたといふようなことがあつて、要望書の中では、すべて要介護老人といふふうに認めてほしいという実際の家族の声としては出ているので、こういう点も非常に重視した認定の方法、改善を図っていかなければならないと思ひますけれども、今おつしやつたように、かかりつけ医、お医者さんの十分な御意見もということで、二次判定というのは非常に重要なわけですね。

それで、八年度のモデル事業で、二次判定の審

査時間というのはどれぐらいだったんでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 八年度のモデル事業におきましては、自治体によりましてはいろいろ介護認定審査会にかけます資料を事前に審査員にお配りして見ていただく、そしてそれを検討してもらつた上で会議に集まっていた、こういう形でやっております。そういうものを含めまして、平均しますと大体一件当たり五分程度の検討時間で判断されているようでございます。

○西山登紀子君 今、五分ということですが、私も資料を見たときに五分というこの審査時間に大変驚いたわけですが、

私も児童相談所で判定員をやっていましたから、ケースコンファレンスという、一つのケースをいろいろ集団で検討するんですけれども、とても五分なんて結論が出るわけはありません。一つのケースにケースワーカーとかあるいは心理判定の部分とか、いろいろな状況を突き合わせをいたしましていろんな点で検討するわけですから、この五分というのは、五分よりも少ないケースもあつたということですから、平均五分というところになります。これで果たして十分な認定ができるのかなというふうなことはとてもそういうふうには思えないわけです。

ところで、九年度のモデル事業というのはいつ実施されて、その結果はいつ公表されるんですか。

○政府委員(江利川毅君) 五分といひますのは、恐らく事前に資料を調べまして一次判定と一致しているものについては余り議論がないんだと思ひますので、恐らく異なるものを中心に、全体の二七％ぐらいあつたわけですが、そういうものを中心に多分議論されたのではないかと思ひます。そういうものを全体を平均して五分だということでありまして、それから、先生のおっしゃいますような介護サービス計画をつくるような会議のときには当然十分時間がかかると思ひますが、ここは認定の審査でございまして、先生の御指摘の

ときとは場合が若干異なるのではないかというふうに思います。

今年度のモデル事業でございまして、十一月から十二月にかけて調査を実施しまして、そしてその取りまとめを来年一月末を目途に厚生省に報告してもらおうということで各都道府県にお願いをしております。

○西山登紀子君 いみじくも今御答弁なされたように、短いのは一次判定のコンピュータ処理でもういいよというふうな処理したと、私はそこが非常に恐れているところなんです。先ほど来議論してまいりましたように、一次判定のコンピュータ処理と二次判定の処理には明らかにずれがあります。三〇%、四〇%のずれがある。これは真剣に二次判定でいろいろな点を加味してより上向きの介護度が必要なそういう方向に上向きに修正がされたという、これは事実であります。ですから、二次判定が非常に重要だというふうに私は思うわけなんです。

時間が短くて五分ぐらいで、あるいはもつと五分よりも少ない、一、二分でけりをつけるということになれば、勢い一次判定のコンピュータ処理に頼ってしまうんじゃないかと。そうすると、本当に必要な対象者に必要な適切な介護が受けられるような認定が十分にされるのか、非常に軽々に機械的な判定に流れていかないかという危険性があるし、また精神科医だとかお医者さんの十分な診断あるいは御意見なんかを加味して判定をしなければいけない痴呆の対象者の場合にはそういうことが十分なされないんじゃないかという、そういう懸念を持っているわけです。

最後に、大臣にお伺いしたいと思っておりますけれども、このモデル事業の認定、果たして今のようないて十分検討が必要だと思わなければならない、介護保険のこれはやっぱり大前提だと思わなければならない。この点での国民の信頼性が確立しなければ、やはり介護保険法案を早急に成立させるということとはなかなか妥当なことではないというふうに私は

は思います。もつとも十分な検討がされるべきであるし、本当に必要な人に必要な介護が給付される信頼性のある妥当な認定の方法、制度、体制、こういうものを確立すべきだというふうに思いますけれども、どうですか。

○国務大臣(小泉純一郎君) 要介護認定はこの介護保険制度の核的な大変重要な問題だと私は思っています。一次判定、二次判定の問題であります。これはコンピュータの判定で振り落とすということじゃありませんから、コンピュータ判定の上さらに二次判定をやる。今、五分では十分ではないと、十分なら十分と読めますけれども、この時間の問題はさておき、何分がいいかというのはこれは百人百様ですから時間の差は出てくると思います。私は、一次のコンピュータ判定とかかりつけ医も含んだ公平な見識のある方の二次判定、両方やるわけでありまして、二次判定の重要性というのは十分認識して、この介護の信頼性を高めるという点からも認定については十分な理解を求める努力が今後大切だということふうに考えています。

○釘宮磐君 質問に入ります前に、きょうの今井委員の質問の中に、実際にはデイケアの対象ではない人がかなり多く入っている、しかもバスで集めて回っている、そういう話がありました。

実は、私の関係する医療法人が実際に精神科デイケア、老人デイケアをやっています。今、マイクロスコープで実際に老人を拾ってきているわけですが、その大半が痴呆性の老人で、家族は仕事に行っていて、かぎをかけたままどこかへ行ってしまふものですか。かぎがあるところを教えてもらっていて、看護婦がかぎをわざわざあけてお年寄りをバスに乗せて連れて行って、夕方また連れて帰るというようなことをやっているわけです。

先ほどのお話というのは、ごく一部の問題を例にとつてそういうことが行われているということについては、私はこの場で現実のまじめにやっているところがあることによつてゆがめられ

てデイケアそのものが後退をするということをぜひ避けていただきたいということをお願いしておきたいんです。

特に、そのままにしておけばこれはみんな施設に入るか病院に入っていくケースが多いんです。先ほど車とて言いましたけれども、車で三人ずつ拾ってくるような、そんな人件費はとてもしないけれども出ないわけでありまして、予防的な意味で今井先生が現場におられたときに実際にそれをやらせてきて、そのことの重要性というものをも自分も認識し、この制度そのものをつくるのにいささかなりとも役立ったという自負があるというふうにおっしゃっていただきましたけれども、私は、先ほどのような意見をこの厚生委員会の中で言われると、結果的にデイケアそのものが低下していくという認識にとられては困るということをして一言申し上げておきたいと思っております。

それで、施設サービスの整備についてはまず何をしたいかと思っております。

今回、保険あつてサービスなしということが随分言われてまいりました。きょう午前中の牛嶋先生の議論の中にもありました。特に私は施設介護というものがスタートすれば非常にニーズが高くなってくるのではないかなと。どちらかというと厚生省は在宅をできるだけ広げていきたいということでしょうけれども、私どもが実際にいろいろな御相談を受けるのは、施設に入れたいんだけれども施設がいっぱいと、そういう相談が非常に多いんです。私はスタートすれば施設介護そのものを求める家族が非常に多くなるのではないかなというふうに思っています。

したがって、厚生省としてこの施設サービスの二〇〇〇年時点でのいよいよ始まったときに大体どの程度を考へておられるのか。特に特養、それから老健の二〇〇〇年時点での施設整備数、ベッド数、それからその後どういふような整備を念頭に入れているのか、その辺についてまず聞かせてください。

○政府委員(羽田田信吾君) 介護保険をスタート

するに当たりましての介護基盤の整備についてのお尋ねでございます。

平成十二年度に向けて現在進めております新高齢者保健福祉推進十カ年戦略に基づきます施設関係の目標でございまして、平成十二年度の初めまで、特別養護老人ホームにつきましては二十九万人分、老人保健施設につきましては二十八万人分ということで目標を定めております。また、療養型病床群については十九万人分を確保したいということを目標にいたしております。

そして、これに向かって当然この達成をまずやっていくということが目下の大課題でありますけれども、今、先生お話のございましたように、介護保険導入後における基盤整備をどう考えるんだということにつきましては、介護保険法の中におきまして介護保険事業計画という枠組みをつくっていただいております。その中におきましてそれぞれの地域のニーズをもう一回それぞれ市町村段階から需要を把握していただきまして、その上に立つて新しい事業計画をつくって、それに即して充実に図っていく、整備を図っていくという考え方に立つて進めたいと思っております。その際には当然、介護保険導入に伴います需要の顕在化ですとか、あるいは高齢化が進むに従いまして要介護の方々がふえてまいりますので、そういった要因は織り込みながら新しい事業計画をつくってやっていきたいというふうに思っております。

その際の試算という形では、その後のめども一応試算はつくっておりますけれども、具体的には今のようないて、もう一回市町村段階から積み上げる形で全体の整備を進めてまいりたいというふうに考えております。

○釘宮磐君 特養が二十九万、老健が二十八万、療養型病床群が十九万ということなんですけれども、それぞれの達成率というのは平成九年度時点でどれぐらいになるんですか。

○政府委員(羽田田信吾君) 実績という意味では今のところでは平成八年の十月一日現在が実績になつてございまして、その後につきましては予算

での整備ということになりますけれども、実績のところでは平成八年十月で申し上げますと、特別養護老人ホームが二十九万に對しまして約二十三万六千人まで来ております。老人保健施設が二十八万に對して十三万二千二人ということでございますから、率で申し上げますと特養が八一％、それから老人保健施設が四七％ということになっておりますが、なお老人保健施設につきましては、その後急速に伸びておりますので、平成九年度末ではかなり追いついてきているような状況になってございます。

なお、療養型病床群につきましては、今は基本的に転換をしていくことを基本に置いておりますから、現状で申し上げますと、療養型病床群という形でございましてものが四万七千床、それから老人性痴呆疾患の療養病床という形でございましてものが約三千床、それから介護力強化病院、移行時におきましては介護保険施設として入れて、そして療養型病床群に一定期間内に移行していただくという形態のものが現状では十四万七千床ございます。

したがって、そういう意味からいいますと療養型病床群については現時点では、今のをただ単純に足しますとかなり多いところまでいいますか、達成をしておりますけれども、先ほど申し上げましたように、介護力強化病院については施設整備あるいは面積等について療養型病床群への移行をしていただくということがございまして、その間に於ける転換ということに伴う整備ということが当然必要になってくるであろうというふうに思います。

○釘宮警署 時間がありませんから答弁は簡潔にお願いいたします。

当初目標にしている数字、特に老健あたりは半分もいっていないわけですね。今はだんだんふえてきているという話ですけれども、これは二〇〇〇年の時点で厚生省として大体一〇〇％達成できるといふ見込みはありますか。

○政府委員(羽田田信吉) 新ゴールドプランの

達成自体、全体としての進捗度、大どころの特養等につきましては比較的順調に進んでおりますけれども、老人保健施設につきましてはその後の整備は順調でございます。

そういう意味におきまして、先生お挙げいただいた施設整備の関係については、新ゴールドプランについては全体としては、決して樂觀はできませんけれども、大いに努力をしなければなりません、何とか持つていけるのではないかとこの気持でやっております。

ただ、地域的な格差の問題はやはりございまして、から、そういった点についての配慮がこの施設整備に関しましては非常に大事になってくるかなというところで、今お挙げになりました三施設についてはそんな点が非常に多くなりました三施設についても決まっております、全体につきましても決まっております、今の老健はしり上がりになっているわけではございませんから、努力を要する数字であろうというところはあります。

○釘宮警署 局長、極力簡潔にお願いします。

私は、やはり希望の観測のような話では国民にこの介護保険の導入を求めるといふことは政治家として責任を負えないというふうに思います。

今、特養なんか相当待機者があるわけですね。こういう人たちが介護度がIIからVIまでに該当すればかなり施設への入所というのを求めていると思ふんですが、その時点でまた入れないということになると介護保険そのものが国民の信頼をなくすということになりかねない。介護保険制度をスタートしたときに、少なくとも国民の皆さんがこの制度にやっぱり信頼感を持たなきゃいけないというところ、このことについて特に指摘をさせていただいたわけです。

それから、この前西山委員から、先週の質問だったと思いますが、いわゆる平成十七年度から特養の職員配置基準を四対一から三対一にすることについてはどうかという話がありまして、江利川審議官からこのことについては厚生省の方針と

して考えているという話がありました。きょうの今井議員の議論の延長線上にもなるかと思うんですが、施設そのものが介護度のそれぞの分野の人を入所させる場合、IIの人であればVIの人もある、そういう状況の中に入ってくるわけですね。ですから、療養型だから四十三万で特養だから二十九万だという議論というのは、現場ではそういう整理はなかなかつかないのではないかと先週も私は質問をさせていただいて、今井議員からもきょうそういう話がありました。

そこで、この三対一に改善するという場合に、特養は例えば五十人定員だとすれば大体介護度何度の人が何人ぐらいたったときに二十九万、しかも三対一になるのか、そのところをある程度厚生省としてマニュアルを示さないか、特養は今現実に施設を運営して職員もおられるわけですね。それが今、なべて二十七万の措置費でもって施設を運営しているわけですから、今自分のところにお入所者が本当に三対一になるのかどうかという思いも不安感として持つわけで、目安がここで立たないというのは非常に困ると思ふんです。

今、厚生省が平成十七年度に三対一に改善するという場合に、大体どのランクの人がどの比率で入ってきたことを想定しているのか、そのところをきちっと教えてもらえませんか。

○政府委員(江利川毅) 具体的にはそれは介護報酬の設定の仕方と絡んできますので、きちんと明確な提示というのは介護報酬の設定とあわせて議論しないとできないのだと思ふます。

ので、選択されるのではないかと。そうしますと、施設では要介護度が基本的に重たい人が中心になるのだらうと。そして、そのときに療養型病床群と特養では、単に要介護度だけじゃなくて日常的な医療的なケアが必要な人は療養型病床群に入る、医療サービスが濃い部分に入るといふことになると思ふます。イメージはなかなかきつとわきにくいんですが、要介護度Vの人、IVの人、IIIの一部の人、そのぐらいついていく中でそういう水準になっていくのではないかとこの感じがしております。

○釘宮警署 そうすると、先ほど今井委員の議論の中にもありましたけれども、特養というのは療養型よりも老健よりもさらに軽い人を想定しているのか。その辺のところはどうも、この前もその議論を随分したんですけれども、私は現実にはそういう整理というのはなかなかできていかないのではないかと。というのは、いわゆる相対契約です。自分が行きたいというところ、いやあなはそういう対象じゃないと言えないわけですね、その施設とすれば。そのところがどうも見えてこない。だから、逆に言えばこれはもう一元化するべき時期が来るのではないかなというところの方に私自身の認識としては持つております。この議論を始めればまた時間がなくなっちゃいますので、後に譲りたいと思ふます。

今度の介護保険の議論の中で、先ほど西山委員からいわゆるコンピュター処理と認定審査会で三〇％の誤差が出たという話もありました。私は厚生省がある意味では少し軽く見ているというのが痴呆性の問題ではないかと思ふます。私はこの痴呆性の問題をもう少し重きを置いて見えないかと、すべての介護保険の中でその痴呆度というのが加味されていかないと現場は大変混乱するのではないかなというところを思ふわけですね。そこで、老人性痴呆疾患療養病床、これが介護保険がスタートすれば介護保険になるわけで、一方の治療病床というものは医療保険の対象になるわけですね。

ここで私が質問をしたいのは、この療養病棟と治療病棟というのは本当に区別が可能なものかどうか。この人は治療が必要だ、この人は療養だというように形で実際に現場で区別が可能なものかどうかというところを感じておられます。それとあわせて、現行の診療報酬制度では治療病棟の方が介護職員の配置が高いわけですね。これが本当に療養病棟の方が少なくないという論議というのは一体どこにあるのか、そのことを考えてもこの治療病棟と療養病棟の違いというものを厚生省としてはどういうふうな判断をしているのか、その辺をちょっととまず聞かせてください。

○政府委員(羽田信吉君) 老人性痴呆疾患の療養病棟と治療病棟の性格の差なりそれについての処遇の差というところでございます。

老人性痴呆疾患療養病棟、これは本来、精神症状あるいは行動異常が著しい痴呆疾患の方々が言ってみれば入院をされて、長期にわたることが多いのでございますが、医療を行うための病棟として位置づけしております。一方、治療病棟という範疇の病棟につきましては、そういった異常が特に著しい重度の痴呆疾患ということで集中的に手厚い入院治療をしなきゃならないという方々を一括にしているという形で体制整備を固めたわけでありまして、やはり、痴呆の方々につきましても、その病態にに応じて手厚い介護あるいは異なるスタッフのかかわりというようなことは当然必要であるという観点から、両方のそういう病棟を整備いたしました。

このような観点から、考え方としては治療病棟は療養病棟とは対象の方々の呈します精神症状だとかあるいは問題行動の度合いというものは当然違ってくる、そういうことを踏まえて、それに応じた体制という意味で、例えば徘徊をされることに付き添いましたり、あるいは話し相手になることといったような介護的な働きかけがいわば集中的治療という中で非常に大事になってくるということ等を考えまして治療病棟については介護職員について手厚く評価をするというようなことを

いたしております。実際の運用の中でそこがどうなっているかという問題は確かに一つあるかと思いますが、本来のありようとして言えばそういうことを考えて区分けをしているわけでありまして。

○釘宮警署 それは厚生省の答弁とすればそうふつやうなものでしょうけれども、現場がそういうふうにしてあなたたちは療養病棟、あなたは治療病棟というように形で一方は介護保険だ、一方は医療保険だ、そういうふうな分け方というのは実際にできるのかというところは私は聞きたいわけですよ。ですから、そういう意味での問題を私はあえてここで指摘をさせていただきたいと思っております。

それから、今、精神病院が治療病棟と療養病棟を病床転換によってベッドを確保するというような状況が進められておるようでありましてけれども、現実には精神病院のベッド数というのは全国で三十八万でしたか、この三十八万の中から病床転換でつくっていく。これが先ほどの答弁では三千床ですか、というふうな形で進んでいるわけですが、私には実際問題、そういうふうなスピードで、しかも精神病院の中におられる患者さんがそこに移るとい場合は当然あるんだらうけれども、外から新たに痴呆性の患者さんというのはいくらもふえてきているわけですから、これで十分対応できるのかという思いがあるんですけれども、その点についてはどうですか。

○政府委員(田中泰弘君) お答えいたします。

痴呆性老人の中で精神科治療が必要な患者さんが精神病院におきまして治療及び療養を行っておりますが、精神病院に入院中の老人性痴呆疾患患者数は平成八年六月末現在で三万六千人でございます。この数字はここ数年一定をしております。新規も入れまして三万六千人では一定しているというところでございます。

そして、こういう老人性の痴呆疾患患者については、今御指摘ございましたように、療養環境に配慮した老人性痴呆疾患治療病棟及び療養病棟で

の処遇が望ましいということから精神病院の転換を図っているところでございますが、現在のこの病棟に入られている方は合わせて八千人でございます。したがって、今後とも病床転換を図りましてこれらの病棟の整備を鋭意進めていく予定だということでございます。

○釘宮警署 私は、病床転換だけで現実には痴呆性の親を持った家族のニーズにこたえられるのかというところが非常に問題だと。現実には今私どもが地方で相談を受ける痴呆性の問題というのは非常に深刻なんです。これがどうも私は少し緩慢ではないのかというところを指摘を申し上げたかったわけですね。精神病院の病床転換を進めていくということだけで事足りるのかどうか、それと介護保険そのものの全体の中で痴呆に対する認識度がちょっと低いのではないかとこのことをここであえて指摘させていただきたいと思っております。

時間はなくなりましたので、最後に数点お聞きしたいんです。私は、平成八年度のいわゆるモデル事業を実施した大分県のある町を先日訪問しました。この町は六千人の人口で高齢化率が大体三三%、非常にこの介護保険については期待もあり、不安もあるということだろうと思っております。

そこで、まず開口一番に担当者が言ったのは、まだ決まっていな部分が多いので非常に不安であるということが一点ありました。それと、先ほどから指摘にありますがいわゆるコンピュータ判定と認定審査会での二次判定に非常に大きな差があるということも言っていました。特に、一次判定をコンピュータ処理にしたということは恣意的な部分を排除しようという部分があったんですけれども、結果的にはこれだけ差が出ますと認定審査会での判定の方がかなり優位になっていくんだらうと思っております。そこで、これだけの差があるとか恣意的な部分がある、あの人はVなのになんかの年寄りは何で田なのかなというようないくつかの町に持ち込まれて困るというようないくつかの町に

持込まれて困るというようないくつかの町に

ました。できれば、いわゆる介護認定の調査と現実の問題との差を、コンピュータの結果と二次審査との差をできるだけなくしていくようなマニュアルを再度検討してほしいというふうな話もありました。特に過疎地域ですから、審査会の委員を見つけることも非常に困難だということもございました。それから、かかりつけ医の意見書でかなり変わってくるという部分の中で、かかりつけ医の意見書の内容のばらつきによって随分またそれが変わってくるということもあるわけで、この辺についても十分かかりつけ医の研修をやるのか、何かそういうことも必要なのではないかというふうな意見もありました。

そこで、私が質問を申し上げたいのは、こういう問題点がいろいろ指摘されておりますが、厚生省として平成九年度、今からスタートするわけでしょうけれども、こういうことは当然調査の結果でわかっているわけですから、特にいわゆる地域格差という問題が先ほどから議論の中にもありました。これは、認定業務そのものも私は地域格差というのが非常に大きく今後問題点になってくるだろうと思っております。その辺をトータルに考えて、今、厚生省として平成九年度、どういふ点に留意をしてこれを実施しようとなさっておられるのか、その点をお聞きしたいと思います。

○政府委員(江利川毅君) たくさん御指摘がございましたが、八年度のモデル事業を通じて寄せられた意見を踏まえて、一つには調査票を改善したと。これは専門家の先生方の意見も聞きながら、寄せられた意見をもとに一つ一つ項目を整理して改善をしてきました。

それから、調査員がきちんと調査できるかという問題だということでもございましたので、調査員の研修用のビデオをつくりまして、きちんと調査ができるように、そういう調査員の研修も行うということをやっております。

かかりつけ医師の意見につきましても、前回大分ばらつきがありましたので項目を整理して、項

目ごとに書いていただけのような形でこのかかりつけ医師の意見書の内容のばらつきというのはいかには正されるのではないかとこのように思います。

それから、小さな町村で介護認定審査会の専門家を確保するのは難しいという話がありました。が、今回モデル事業をやっている中ではかなり広域対応、当初三百四十七の老人保健福祉圏域でやろうとしたんですが、上がってきたものをトータルしますと四百を超える地域になりました。その中でかなりのところが一市町村ではなくて幾つかの市町村が連携してモデル事業をやろうと、そういう動きがございまして、そういう意味で広域的な対応でそういう問題をカバーしようとする動きが今度のモデル事業を通じては出てきているところでございます。

○委員長(山本正和君) 午前の質疑はこの程度とし、午後二時二十分まで休憩いたします。

午後一時十五分休憩

午後二時三十一分開会
○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。

○中島眞人君 自由民主党の中島でございます。もう既に、我が党の各先生方が介護保険のまさに専門的分野の中での質問をさせていただいております。私は地方議会の出身でございます。地方は今介護保険はつくらなければならぬ、やっていただかなければならぬ、しかしそれには大変な問題がある、そしてどうしたらいいんだろうかというのを苦しみながらも、介護保険実施に向けての大変強烈な取り組みをなさっていらっしゃるわけでありまして、私はそういう意味で、時間もございませんから端的に御質問を申し上げます。

まず、新ゴールドプランというのがございます。この新ゴールドプランというのは、既に質問が出ておりますが、いろいろな場面場面によって到達度が違います。これは、平成十二年度実施に当たって到達できるのか。

同時に、これは在宅サービス、施設サービス等いろいろまちまちでございまして、各地方によってこの到達度のばらつきもたくさんあると思うんです。この地方別のいわゆる到達度というものをまず冒頭、私は厚生省に出していただくことをひとつお願い申し上げます。

次に、新ゴールドプランは十一年度で終わるんです。しかし、高齢化の進捗率は非常に高いわけでありまして、同時に、介護保険が実施されることによつてこの介護保険に対する関心というものはふえているわけでありまして、新ゴールドプランが十一年で終わった後、当然厚生省は施設整備の計画はあるだろうと思うんです。ゴールドプラン、新ゴールドプランと言っているわけですから、スーパーゴールドプランと呼ばれるような計画をお示しいただくべきだ、そしてそれぞれの地方にやっばりこういう実態というものを示していくべきだと思っておりますけれども、この点についてまずお聞かせいただきたい。

○政府委員(羽毛田信吾君) 三点お尋ねがございました。

まず、新ゴールドプランについて到達できるのかというお尋ねでございます。これにつきまして、新ゴールドプランの各サービスの中で、その大どころにつきましては順調に整備が進んできております。そういう意味におきましては、その大どころについては、特別養護老人ホームでございます。また、ホームヘルプ等については、全体としては到達が可能ではないかと思っております。ただ、サービスによっては極めて厳しい、これからの努力が必要だという部分もございまして、しかし、やはりこれは努力が大切でございますので、十一年度末に向けて、その達成に向けて今まで以上の努力をしなければならぬ目標であります。

というふうに考えております。

それから、地域でのばらつきでございます。これはかなりございまして、実態を全部にわたってですと時間もあれでございまして、例えば一例を申し上げますと、ホームヘルプ、訪問介護あたりで見ますと、整備の進んでおりますところとそうでないところとの間には、場合によりましては四倍近い差があるというような実態もございまして、サービスによっても違いますけれども、各都道府県単位で見てもそういうふうな差がございまして、これをいかに縮めていくかということも非常に大きな課題でございます。

それから、三点目でございますけれども、十一年度末の新ゴールドプランが終了しました後の、つまり介護保険がスタートしてさらにその後の整備について計画いかんという話でございます。これにつきましては、新ゴールドプラン、十一年度末で終わるわけでありまして、それに引き続きまして、当然介護保険の導入をにらみまして新しい介護保険の事業計画というものを立てるということを進めておりますので、新計画に基づきまして介護サービスの基盤整備を進めていく。その際には、当然今後における介護サービス需要の増加というものを織り込んでその整備を進めていくという方針です。またそれにつきましては今までと同様のいわゆる公費による助成ということとをセットに考えていかなければならないと思っております。そういう意味で、国も支援をしていくという枠組みでやっていかなければならないというふうに考えております。

○中島眞人君 各県のばらつき、各県によっても各町村のばらつき、これは非常に深刻な問題になっております。厚生省としても十分熟知しながらやっているだろうと思っておりますけれども、これは実態をやっばり明らかにして、そしてある面ではその低いところには最大の取り組みをしていかなければいけない、こういうことを含めて各県別のいわゆる実態を出していただきたい。私はかなりこのばらつきが都道府県であるだろう、こんなふう

に思いますので、これすぐお願いをいたします。そこで、介護を行っていく場合の民間参入による介護サービスの体制整備に当たっての問題であります。

これはもう再三出ておりますけれども、やはり民間参入を認めていく、民間参入がなければならぬという形であるならば、事業の採算がとれるような適切な介護報酬を定めていかなければいけない。これはよく意見の中で出ておりますから、その後の考え方の中でこの問題についてもひとつ御見解をいただきたい。

そして、その中で、私は長野へ派遣されて行きました。やっばり農村部においては、長野はすばらしいJ.A.、農協が確たる農村をつくるんだという意気込みの中でこの部面に取り組んでおる、大変すばらしいことだと思っております。農協等に対して、あの長野をモデルケースとしたような形でやっばりお願いをし、そして協力要請をしていくべきだろう、こういうふうに思っております。

その中で、農村部におけるJ.A.の役割なんですかけれども、社会福祉法人が行う老人福祉事業については法人税が非課税とされております。農協協同組合が行う在宅福祉事業については、法人税に關し、一般の税率よりは低いけれども、二七％という軽減税率が適用されるにとどまっております。こういうことに配慮をせずして、農協さんややっばり農協さんに対しても失礼だと思っております。また限界があるかと思うのであります。

これは農水あるいは大蔵等に対していわゆる要求は行っておりますけれども、大臣、やっばり日本の農村の福祉をある面で担ってもらうのはJ.A.だと、こういう形の中で、この軽減税率の問題についてぜひひとつ強い姿勢で大臣に臨んでいただきたいと私は思っておりますが、大臣の御所見をいただきたい。

○政府委員(羽毛田信吾君) 大臣がお答えを申し上げます前に、現状、三点ございましてので答えてさせていただきます。

まず、民間参入に当たりまして、その参入を進めるという観点をも踏まえた介護報酬の決定をすべきである、設定をすべきであるというお話でございませう。

これにつきましては、サービス費用の実態を把握して、その結果を踏まえて、今後審議会等の意見を聞いて介護報酬の設定をするわけでありますけれども、その際には当然実情をきちんと把握して、そういった中で事業運営が成り立つというように、なことを当然頭に置いた形で水準設定をいたしませんと、おっしゃるように民間参入も絵にかいたもちになりかねませんので、その点は十分配慮をしてやってまいりたいというふうに思っています。

また、そうしたことを背景にして、特に農協等がこの部面、恐らく農村地帯あるいは過疎地帯における事業展開という意味で非常に大事ではないかということで長野の例をお引きいただきまして、そういう形で農協組織に対して協力を求めていき、またこれと連携をしてこれを進めるべきではないかというお話でございませう。

この点についても私もそのとおり考えておりまして、既にJAにおきましては相当そういう部面での事業展開を図っておられます。ホームヘルプサービスもそうですし特養等につきましても別法人の形ですけれどもやっていたいておりまして、今後とも特に手薄になりがちな農村・過疎地帯等々におきましての農協組織の役割、あるいはその事業運営を通じての介護保険の基盤整備という部面での貢献というものは大変大きいものがあると思いますので、私も今後とも農林水産省としてJAと相携えながら進めてまいりたいと思っておりますし、このための話し合い等は頻回にわたってやっておるところでございませう。

また、事業展開に当たりましては、極力農協等の組織が組み込まれるような形で、現在やっております過疎地域等の在宅保健・福祉サービスの推進モデル事業等々もそういった視点を踏まえて進めておりますし、今後ともそういう方向で持ってい

きたいというふうに思っております。

そして、最後の税に關してでございます。先生お挙げになりましたとおり、現在は農協等のもので、介護保険は非課税ではなくて、いわゆる軽減税率の扱いになっております。これは、必ずしも福祉の関係の仕事だけというよりは、農協組織自体がやっておられるいろいろな仕事を総合的に判断した上での税制上の扱いでございますから、福祉の切り口からだけこれを申すというのはいさなかな難しいところがございます。ただ、そういったところでも、先ほど申し上げましたように、介護保険を進めていく上で非常に大きな役割を担っているところ、そういった意味合いで、現在農協組織のうちで医療事業を行われます厚生農業協同組合連合会がございませう。これは、実は医療事業につきましては公的医療機関という扱いになっていて、公益性を有するというところで、御案内のとおり医療事業は非課税になっております。

ところが、現在は介護関係の業務は非課税扱いになっておりませんので、そういう意味から厚生連がここに乗り出されるというところについての実は大きな制約になっておりますし、そこに乗り出していただく途端に非課税が崩れて軽減税率の方に行っちゃうという問題がありますもので、ここは実は農林水産省とも協議を申し上げまして、現在その点については医療事業と同様、こういった介護業務等にあれされした場合につきましても公益法人等の扱いにしたいという、非課税措置の対象になるようにということで、このことをこの年末の税制改正に向けまして、私も引き続き強く要請をまいりたいというふうに思っております。

○国務大臣(小泉純一郎君) この介護サービス事業に対して民間の参入を期待しているわけでありますが、農協もこの事業の一翼を担ってくれるものと私は期待しております。そして、公益事業に対する課税措置については、関係省庁と連携をと

りながら、公益事業に対する課税というのはどうあるべきかという点も含めまして税務当局と折衝していきたく思っております。

○中島眞人君 そういふふうな転機がJAの取組んでいただけるはずになっていくだろう、このように思っています。

民間参入といつても、JAの場合ですと地域の農村の中を営農指導とかいろいろな形でやっている方、そういう中から出てくる職員ですとお年寄りにとつても気軽に迎えることができるという点で、農協と農村地域はそういう形で取り組む、大変理想的な姿が私は長野県だったというふうに思っていますので、これができるようなそういうはずみをおつけいただきたい、心から御要望申し上げます。

さて、時間が実はございませう。项目的に申し上げますから、答弁も簡略で結構です。

国保保険料の収納率が低下をしていくのではありませんかというのを各自治体は大変懸念をしております。これは、これにセットされるわけですから、そうでなくても国保の収納率が低下傾向にあるという形の中で、これは低下をしていくのではないかと。同時に、国保の電算システム、これは今まで国保料の徴収だけですけれども、介護保険もいくわけですから、これにかかる費用、これも自治体にとつてみるとかなりの費用でございませう。

次に、自治体は介護保険制度の導入及び導入の準備期間において多大な人員を要することになる。言うなれば、介護保険を導入していく過程で今までは過大な人員になるわけでありまして、これらの職員確保の問題と財政措置。これに對しては厚生省だけではできないと思っておりますけれども、さっきの二点の問題と、これに関連する自治省、大蔵省に対する働きかけはどのように進んでいるのか、簡略にお答えください。

○政府委員(江利川毅君) 国保の保険料の関係でございませう。確かに国保の保険料の上に介護保険料が上乗せになります。私も、まず介護保険制度の趣旨をよく御理解いただくことによつて保

険料徴収の低下が生じないように努力をする、これがまず第一だということに思っております。ただ、多大の努力をしても徴収が下がる事態については何らかの支援、こういうことも考えなければならぬというふうに思っております。

それから、電算処理の話でございます。介護保険をやりますと、被保険者の管理であるとか徴収であるとか、さまざまな事務処理を円滑に進めるために電算処理システムを導入したいということに検討しております。これにつきましては、市町村とかあるいはそれを共同処理する国民健康保険団体連合会、こういうところで電算処理システムを開発していただく必要がありまして、その標準的な仕様を現在検討しているところでございませうし、またその開発費の一部を支援するという方向で来年度の予算要求を考えているところでございませう。

それから、市町村の事務処理等についての支援の話でございます。介護保険制度が導入されますと、従前の事務処理が軽減される部分もあれば逆に新しい事務処理が入る部分もあります。どのような事務量になるかにつきましては、これは実態を調査する、そしてそれを踏まえてしかるべき対応を考えてもらうべく自治省を初め関係省庁と相談していく、こういうことを考えております。

○中島眞人君 時間がありませんけれども、僕が山梨県の県と町村会からそれぞれ、介護保険はやらなければならぬ、けれども私も私どもが不安を持っています問題というのが約百項目あるんです。私はそういう点でこれを素直に、やるのは町村です。これに對して温かい配慮というものをしたいかなきやいかな。

そういう点で、私はこの間から、政省令が三百に及ぶと、これは国会の場の中でおかしきやないかと言つても、逆に私はそういう声を政省令の中で出すことによつて声が反映をしていくんだというふうに、言うなれば政省令は全く厚生省独自だけでいくんじやなくて、そういう声の集積が、あるいは地方公聴会等もやった集積がそ

いうものの中に反映をされていくんだと、こういうふうには認識してよろしいかな。

○政府委員(江利川毅君) この事業の実施主体、市町村を初めとして自治体でございます。そういう御意見をできるだけ組み入れながら、関係の政省令を設定するときは考えてまいりたいと思います。

○中島眞人君 そうあるべきだと思いますし、そういうことになったら、政省令が多ければ多いほどそういうふうな意見が反映をされていくんだと、町村の皆さん方が、私たちの叫びもそういうものの中に組み入れられていくんだと、そういう期待、そういう流れの中でひとつ取り組んでいただきたいけれども、念を押してお願いを申し上げておきます。

さて、先ほど午前中、今井先生からお話がありました。まず、特養、老健あるいは療養型病床群、これは違うんじゃないか。二十九万、三十二万、四十三万と違う。これは現行の形でいきますと特別養護老人ホームというのは公費ですね。そして、老人保健施設、療養型病床群というのは医療費ですね。そして、例えば社会福祉法人の特別養護老人ホームの借入金返還はこの措置費の中から一切出してはいけなく、そうですね。しかし、老人保健施設の場合はこの中から一定の常識の範囲内ではあるけれども、返済金額は返してもいい。そのかわり公費負担は、こういう補助はありませんよ。

この一つの流れは現行ではわかるんですけども、これが介護保険制度、私は率直に言って全体論を見ればそれだけではないと思いますよ。けさ、審議官が言ったようなこともあるだろうと思うけれども、大きく施設側にとつてみれば特養はある補助金で賄える、あとの自己負担分は善意のあれでできると。しかし、老人保健施設というのは率直に言って補助の限度額は一施設五千万ですね。あとはその施設、医療法人、社会福祉法人で経営する老健施設は借入金をしてくださいます。その借入金を返すことについては、これは常識の

範囲内でいいですよという形でやっておる。この制度の中で老健の費用と特養の費用というのが今位置づけられているわけです。

これを見ますと、僕には現行の延長のように見えるんだ。そういう形になっていくと、じゃ特養の場合は公費でこれからも賄うんだ、新ゴールドプランあるいはスーパーゴールドプランになるか知らないけれども賄えるんだ、これは公費で施設整備をするんだ、公費でない老人保健施設はこうなんだという形になっていくと、例えばこっちは返済金はまかりならないよ、こっちは返してもいいよという制度は続くの、続かないの。

○政府委員(江利川毅君) 介護報酬の設定の仕方と絡んでくるわけでございますが、当然施設整備に補助金が出ている、出ていないとかというのは介護報酬のあり方に絡んできますが、介護報酬は保険で入った収入でございまして、その使途を今の補助金のように制限することはできないんだらうというふうには思っております。

○中島眞人君 そうすると、特養は今から十二年以降も公費でつくっていくんでしよう。新ゴールドプランの延長でいくんでしよう。これは現行と同じですね。老人保健施設は今までと同じ形で行くんでしよう。医療保険の中から施設整備費を全額出すわけじゃないんでしよう。そうするとこの形は残る。

そうすると、保険の中に施設整備費負担という形が、この二十九万、三十二万、四十三万という金額の中にはそういうものが加味される、延長だというふうには私は思うし、思わざるを得ないんだ。この辺をはっきりしない、保険料の中に知らない間に施設整備費が食い込んでいくという格好になるよ。

○政府委員(江利川毅君) 介護報酬を設定するときに、施設整備がどういう形で行われているかということも当然配慮された形で設定されることになると思います。したがって、補助制度があればそれを踏まえた形で介護報酬のあり方も考えらる。ただ、補助制度がありまして一部自己負担

担があつて、その自己資金の返済も、借り入れれば返済もあるわけでございまして、そういう部分の評価も必要ではないかと思ひます。

ただ、むやみにまた介護報酬が変なふうになるか、本来の介護サービスにきちんと適用されることも必要でございまして、こういう部分は施設運営の基準のような形で担保していくことも必要だというふうに思っております。

○中島眞人君 その説明だけでは納得できない。これはいい、後でやるから。

しかし、今までのシステムが介護保険実施の中へ延長されていくと、保険の中で施設整備は公費で見ると、公費で今から計画を立てていくんです。しかし、今のこのシステムでいくと、社会福祉法人でも老人保健施設をやっているから、その施設整備に要した費用はこの中から支払うというふうな格好になって、施設整備費をいわば介護保険の中で見ているということになるから。わかるでしよう。だから、そのことについてははっきりけじめをつけておかなく、おかしいよということになる。これは宿題にしておきますので、次にやります。

次に、施設運営です。在宅サービスの中にIからVI、虚弱のケース六万円、最重度のケース二十九万円、この方たちは本人が希望すれば特別養護老人ホームへ入れますね、老人保健施設へ入れますね。ところが、現行では措置費並びに介護保険等から来るのは一律、例えば二十何万円、二十六、七万という形で来ている。

お聞きしますけれども、要介護度II、軽度のケース十四万一千六万円の方が入所した。現行では老人保健施設三十二万円程度だと、そうするとこの人が入ったら、この人に対しては十六万円しか出ないでしようか。

○政府委員(江利川毅君) 在宅のケースそれから施設に入りましたケースの介護報酬のあり方というの、それぞれに即して考えなければならぬと思つております。

したがって、例えば施設の場合には、施設の共通経費というのが若い人でも重い人でもあるわけでございまして、その上に要介護度に応じて変わるサービスがあります。そういうものを加味して設定していくということになりまして、先ほどの在宅の場合の数字とは同じにはならないと考えております。

○中島眞人君 ならないと思うけれども、全部一律ではない。

とすると、福祉施設は経営上の大変な不安感を常に持ちながら、時によると、こういう低額な取入しか得られない方は困りますよと施設側が拒否する場面も起こってくる要素というのは、この介護保険の要綱の中では、施設と関係者が成り立つわけでありますから、そういう問題が起こる懸念もありますね。これは施設経営者の切実な悩みなんです。これはやっぱり検討しておかないと、社会福祉法人それぞれ自分の私財を投じてやっている方々にとつてみると、これは大変深刻な問題ですよ。だから、そういうことに対する一つの形というのをもやっぱり検討しておいてもらいたい。

次に、私はもう一点だけ申し上げておきます。

例えば、保険外給付サービスの問題。老人医療の問題でもそうでした。七十歳という基準があつたけれども、自治体の努力によって六十五歳で実施した町村もある。同じように、介護保険が導入をされてきた、あすすばらしいと喜ぶ地域もあるかもしれないけれども、進んだ地域によって介護保険の六認定の中でやっていくと今までの福祉より下がってしまうというその不満、実態に陥る町村もあると思うんです。この場合、町村にしてみると、今までやってきたものを守りますよと言つたら、この差額は全部丸抱え、いわゆる本人負担、町村負担という形になると同時に、本人負担は今まで本人負担が少なかったんだから自治体の負担になるよという格好になる。このことに對して、いわゆる国は血も涙もないんですか。

○政府委員(江利川毅君) 現在、自治体でやって

いる事業も介護保険の対象になりますから、そこはそれで一つの仕組みができるわけでありす。それから、そういう仕組みになりますと、全国としては自治体でもいわゆる一般会計で負担する部分はかなり浮くだろう、浮き財源ができるだろうというふうな思っております。

市町村が手厚くやっている部分、恐らくこれは市町村の単独事業で行っている部分だと思いが、つまり市町村の一般会計から出している部分である。これが介護保険の給付とダブらない範囲の世界におきましては当然市町村の単独事業を認めていくわけでありすし、今まで市町村がみずから出していたお金であるわけでありすから、それは認められるわけでありす。

また、先ほど申し上げましたように、介護保険ができることによって市町村の一般財源の浮く部分もあるわけでございすので、そういう中で工夫をしていただく話ではないかと思いがす。

○中島眞人君 これはしゃくし論じゃなくて、それぞれ高齢化が進んでいく町村の中では少ない財源の中から知恵を絞って、あの町村よりはずうちの町村はより一歩進めたものをやろうと言ってきた。これは、はつきり言つて血のじむ町村長の努力だったと私は思ふすよ。

ところが、介護保険で決められた、もつと端的に言えば介護保険前は例え特別養護老人ホームとかホームヘルパーとかそういう対象者になっていた。ところが、介護保険の認定という問題を受けたら、今まで福祉のサービスの受け手になっていた方が対象外ですよとなったときに、町村長は残念ですと一言じゃ済みませんね。やっぱりそこに思いを寄せるのが町村長の気持ちであり、あるいはまた福祉を自治体の中で取り組んでいる町村長の姿勢だろうと思ふす。こういう場面にぶつかったときに、介護保険ではこれだけですよ、民間の生命保険会社のように、おたくは保険に入るときにこれをしなかったからだめですと、けんもほろろに切るといふわけにはいかないわけですよ。

同時に、介護保険の基準より進んでいるところの町村、これは少なくとも介護保険が導入をされてもこれを守りますよ、住民のために守りますよと、このことに対して、これは少しおかしいよという問題はともかくとして、厚生省は担当の自治省等々という問題について話し合いを進めているのかどうなのか。

そして、地方財政はこれからも大変厳しくなつて、そういう問題がだんだん切迫してくる。聞くところによると東京都は、はつきり言つて今まではらまいっておつたものをどどんやめるなんというのが新聞に先日出ていました。実施することは簡単だけれども、しかし縮小することは自治体にとつてみると大変苦しいことなんですよ。こういうことに対して、各自自治体の町村長さん方が苦しんでいる姿を厚生省の皆さんは率直にどう受けとめておるんですか。

○政府委員(羽田田信吾君) 各市町村長さん方はやはり地域における高齢者の方々の福祉という問題について行政として言えば一番心を砕かれるお立場にあり、現実にもそういう形の中で心を砕いておられるであろうこと、そのことを十分配慮しながらやつていかなければならないという精神はそのとおりであらうと思いがす。

ただ、先生が今具体的な御提言としておっしゃいましたことについて言えば二つの側面があるかと思いがす。

現在の特別養護老人ホームなりあるいはホームヘルパー等々の対象について、現在やられている人たちが今度要介護認定になつたらばその対象にならなかつた人が出てくるではないかという点につきましては、現在でもそういう意味におきましては、特別養護老人ホームに入る要件につきましてもあるいはホームヘルパー等の派遣をする要件につきましても、措置等でやられているものにつきましてはそれとしてのやはり要件がございす。当然その要件に合致した、具体的に要介護であるとかあるいは虚弱であるとかという形の中の方々が対象になるはずでございすけれども、そ

この部分が実際運営が基準と違つておつたりした場合に、今度は要介護認定ができてそのはざまをどうするかという点については、やはりこれは基本的には制度を、これは保険料であれあるいは税であれきちつとしてやつていくためには、そこはきちつとした物差しでやつていかなければならないであらうと思いがす。

その上で、もう一つの問題として言えば、そういった要介護に至らない人たちをも含めて、市町村長としてその地域の老人保健福祉をどうしていくかという大きな視点での対策の打ち方という点については、これは市町村長もそういうことに心を砕いていただくことは大変大事なことですし、私どもの方も介護保険ですべてということではなくて、予防あるいは生きがいづくりというように含めて国として支援できるところはしていく、そのことについては私どもも自治省等とも手を携えながらやつていく、そういう姿勢で臨まなければならぬものであらうというふうに考えております。

○中島眞人君 私もそれ以上の言葉は出ないと思いがす。介護保険の審議をしている最中に保険給付外サービスについて何とかしろ、何とかしますなんと言つたら、これはしつちやかめつちやかで、政治家ができればしない公約をばらまくのと同じようなことですから。しかし、そういう事態が町村長の中にある、そしてそういうものに対してどうしようかといつて日夜頭を痛めている方々に對して、そういう市町村長にやっぱり思いをはせたいいろいろなこれからの、例えば十一年までの施設計画、そしてそれ以降の新しい策定をしていくということの中で、マクロで私はこの問題について考えていかなければいけないと強く指摘をしておきたいと思いがす。

さて、先ほどの市町村への財政支援の問題です。国は要介護認定に係る事務費等について必要な費用の二分の一を交付すると。先ほどの質問に答弁をすれば出るかと思つたけれども、二分の一の相当のという言葉だつたから、私の方が調べて

あるのは、相当というのは二分の一の額が交付されることになつてゐるんです。しかし一番心配なのは、市町村の確かな介護保険運営が図られるよう十分な事務費の支給がされたい、二分の一の補助が出されると言ふけれども、実態はこれはだめよ、あれはだめよと、市町村の要望にこたえられない支出がされているので、的確な費用のカバーをされた、実態に應じたカバーをされた、こつと言つてゐるんです。これについてはどうですか。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険制度が導入されますと、その関係の事務費は基本的には一般財源で賄われる。現在一般財源でやっている事務の一部が移行するものはあるわけでございす。私どもの推計では、介護保険制度が導入されまうと事務費が全体で八百億円ぐらゐかるだろう、その中の、措置等の事務の移行する分が三百億円ぐらゐありますので、新規に必要な分というののは五百億円ぐらゐになるだろうと見込んでおるわけでございす。

ただし、これは見込みでございすので、市町村における事務の実態を把握した上でその経費について関係省庁と協議しながら固めてまいり、その上で要介護認定事務等につきましましては必要な費用の二分の一に相当する額を国庫から交付するということになつたというところでございす。

○中島眞人君 よく国が地方に対して支出をするときに、一生懸命各町村によつてそれぞれやり方があるわけですよ。ところが要綱を見ると、これはだめよ、あれはだめよと言ふから、町村ではあれはだめよというからあれはいよいよという方向に書類を組み直して出す。そうすると会計検査院が来ておかしいぞ、返還だ。ですから、そういうことのないように、少なくとも各町村がやつてゐる実態に應じた形をやつてほしいということをつくれぐれも強く要望をいたしておきます。

さて次に、何といつても市町村間格差、先ほども質問をいたしました。市町村間格差とそれに伴う一つの対応として広域化という問題がございま

す。厚生省が取り組んでおりますが、今年度、私の知るところでは四百十カ所をモデル地区にしてやる、山梨県でも六十四市町村の中で八カ所がモデル地区として既に入っております。

この中で、広域に対する取り組みというのはどんなような計画が全国ベースでは進んでおるのか。それと関連をして、広域化が主たる目標で進めている内容は何か。それをお聞かせいただきたい。

○政府委員(江利川毅君) 九年度に行いますのは要介護認定の関係のモデル事業でございますので、一部の地域ではさらに介護サービス計画を策定するところも入りますが、基本的には要介護認定事務のモデル事業でございます。

九年度におきますモデル事業におきましては、全部で四百十六地域において行われますが、そのうち複数の市町村から成る地域において実施する、これは百二十二地域、全体の約三〇％。それから市町村でいいますと、今度事業を実施します市町村の数は特別区も含めまして九百二十二ございますが、そのうち六百八市町村が共同で行うということになります。割合では約三分の二ぐらいになっております。

以上でございます。

○中島眞人君 最後にお願いをしておきます。答弁は要りません。

各委員の中からも出ておりましたけれども、町長が一番頭を痛めているもの、これは端的に言って、生活保護ぎりぎりの、特にひとり暮らし老人に対する介護保険の実施の中で取り組んでいく行き方でございます。まさに低所得者であります。この生活保護対象者、生活保護制度の適切な措置から外れていくひとり暮らしの低所得者、ひとり暮らしのお年寄り、この方々に対する配慮というものは、町長にとってみると生活がわかるだけに、実態がわかるだけに何とかならないのかといういわゆる人の情けみないものがある。この問題に対しての取り扱いというものはこれからますます多くなってくるだろう。しかし、こ

れらに対する配慮というものをぜひひとつ私は取り組んでいただきたい。答えは今のところわかっておりますので、しかしこれらの問題等について格段の配慮をしていくことこそ、まさに高齢化社会へ向けての一つのあり方だと、こんなふうに思っています。

予定をした時間でございますので、ここで私から、同じように地方議会でも御活躍をいただき、そして私以上に地方に精通しております長峯先生に残余の質問をしていただくことをお許しいただきます。

以上です。

○長峯基君 それでは、今、中島先生からいろいろ地方の御質問がございましたけれども、その継続として少し御質問を申し上げてみたいと思っております。

今回の介護保険法案、いろいろ議論がございまして、私も聞いておりました、それぞれ御専門の方々からの御意見でありますからうなずいたり、勉強になったり、感心したりしているところでございます。これはすべて市町村にゆだねられていくということについては、今、中島議員からの質問もございましたように、市町村の事務処理体制といえますが、非常に心配をしておられる。週末に帰るたびに市町村長とお会いするとそこら辺の心配があるわけでございます。特に、過疎地町村といふのはもう御案内のとおり高齢化率が非常に高い、しかし財政基盤は弱い、こういうことでどのようになるんだろうかという心配がござい

ます。

そこで、確認でございますけれども、市町村の事務経費増は約五百億ということでしたが、よろしゅうございますか。それはどのような調査に基づいて出てきた数字か、お聞きしたいと思

うのは難しい問題ではございます。ただ、介護保険と同様に市町村が保険者となっておる国民健康保険の事務に係る経費、こういうものを参考にしながら推計をいたしますと、平成十二年度では平成七年度価格で約八百億四千万かかるだろうというふうに見込んでおるところでございます。そのうち介護保険制度の導入に伴いまして例えば老人福祉の措置の事務が縮小するということが出てきます。一方でこういうような事務の軽減が見込まれる部分があるわけではございますが、その関係で約三百億四千万の減少するのではないかと、うように見込んでおります。そうしますと、差し引きしまして約五百億四千万程度新たに必要となる事務費増ということになります。

ただこれは、先ほども申し上げましたが、推計でございますので、今後市町村における事務の実態を把握した上でその経費について関係省庁とも協力しながら精査をしてみたいというふうに考えております。

○長峯基君 地方においては大幅な事務経費の増加、特に財政力の弱い町村にとっては大きな負担になると思われのでありますけれども、先ほどもちよつとございましたが、具体的にどのような手当てを地方の町村の事務増量増加についてお考えになつておられるか、お聞かせをいただきたいと思

います。

○政府委員(江利川毅君) もう御案内のとおりでございますが、介護保険制度は現在の老人福祉制度と老人保健制度を再編成して新しい制度を構築するものでございます。介護保険制度創設に伴いまして市町村の事務に要する経費が生ずるわけでございますが、そのすべてが新たに生ずるものではなくて、一部は現在一般財源で賄われている事務が移行するということもあるわけでございます。

介護保険法案の中に規定を置きました、国は市町村が行う要介護認定事務等について必要な費用の二分の一に相当する額を交付するということがなっておりますが、この考え方は要介護認定事務、これは介護保険制度の非常に基本的な事務でございますので、この事務がばらつきのないように全国統一的な水準の確保を保つことが必要であるということ、それから介護保険関係の業務の中で特に要介護認定事務といふのは全く新しい事務、介護認定審査会を設置して審査判定業務を行う、こういうことで市町村にとりましては全く新しい、定着していない新しい事務でございます。

さらにはまた、現行の市町村の事務費と比較した場合に、要介護認定事務の経費に相当する部分が大体新規に負担増になる部分である、経費的にも負担増になる部分に該当する、そういうふうに見込まれること。こういうことなどを勘案しまして要介護認定事務に係る経費について国による事務費の二分の一の補助というものを考えているわけでございます。

これにつきましては、事務量の実態把握や要介護認定のモデル事業の結果なども踏まえながら、市町村における介護保険に係る事務量をよく精査いたしまして、その経費について所要の措置が講ぜられますよう関係省庁とも協議を行つてまいります。

○長峯基君 ぜひ積極的に取り組みをいただきたいと思

います。

それから、町村というのは、もう御案内のとおり、過疎地もありますし散在いたしておりますから、どうしても事務の共同化というか、そういうことが必要になつてくると思うのであります。

先ほども広域化の話がちょつと出ておりましたけれども、要介護認定の体制づくりには不安がある町村について厚生省として何らかの支援を行う考えがあるのか、具体的にお聞きしたいと思います。

○政府委員(江利川毅君) 要介護認定の体制でございますが、これは原則として保険者であります市町村がその体制づくりを行う、市町村に介護認定審査会というものを置きまして仕事をしていた

規模の小さな市町村におきましてもこれが適切に行われるようにすることが必要でありまして、工夫としましては例えば市町村は共同で介護認定審査会を設置する、それをまた都道府県が支援する、そういう広域的に処理する方法が一つ。あるいは市町村で例えばしるべき専門家がなかなか十分確保できない、特に町村部でみずから実施することが困難な場合があるかと思いますが、そういう場合には都道府県が審査判定業務、介護認定審査会の部分の業務を市町村から受託する、そういうような形の仕組みが考えられているところでございます。

こういうやり方を活用いたしまして、小規模の町村におきましても要介護認定が適切にできるようにしてまいりたいというふうに考えております。

○長瀬基君 言葉ではわかるんですけども、要介護認定の共同化とかあるいは保険運営の広域化、こういうものは大抵都道府県に厚生省としては任せ、こういうことになると思うんですけども、その末端まで厚生省がこの介護保険がうまくいくようにどのように具体的に指導されていくか。もちろん、財政面とそれから方法論があると思うんですけども、そこら辺についてもう少し突っ込んでお答えいただければありがたいと思います。

○政府委員(江利川毅君) 特に共同化、広域化のお話でございます。共同的な事務処理の仕方というのは地方自治法などの規定にもあるわけでございますが、一つは先ほど申し上げました介護認定審査会というものを複数の市町村の共同設置で行う、そこでしるべき専門家をまとめて申請に對しまして対応していくということが一つでございます。

それから、地方自治法の仕組みの中に広域連合というのがございます。こういう仕組みを使って共同実施するというのも一つでございます。

それから、介護保険制度の中に市町村相互財政安定化事業という事業が規定されておりまして、

これは介護保険制度独自の事業でございますが、これで市町村間の財政調整を行って財政運営を共同化する、こういうやり方でございます。

こういうやり方につきまして、より具体的にどういうことに留意しながらどう運営していったらいいか、これは都道府県等にも十分説明をしながら市町村のそういう動きを支援していただくように持ってまいりたいと思います。また、関係省庁がありまして、そういう関係省庁とも十分相談しながらそれをバックアップしてもらうようにお願いしてまいりたいというふうに考えております。

○長瀬基君 やつてみなきやわからぬというところがありますけれども、基盤整備の違いによりまして保険給付について市町村間に格差が生じるということが予想されるわけですね、できるだけ公平であるというか公正でありたいと思うのでありますけれども。

それで、市町村相互の財政安定の事業あるいは広域連合の活用、こういうものをどのようにお考えになっているか。特に財政的に市町村格差というものが出てくる可能性があるわけでございますが、その辺について御答弁をいただきたいと思っております。

○政府委員(江利川毅君) 確かに、先生御指摘になりましたような基盤整備の水準が市町村間で格差がある、こういう場合の共同化というのは大変難しい問題でございます。

基本的には、市町村がそれぞれ介護保険事業計画をつくり、そこで提供されるサービス水準をもとに保険料を設定していくわけでございますが、そのもととなる基盤整備が異なっているとこれは当然保険料の差異にはね返っていくわけでございますから、そういう中において財政運営を共同化していくとか、こういうのはなかなか難しい問題でございます。

ただ、サービスの提供主体、これは特に民活等を考えていきますと市町村の区域にとらわれずにもっと広域的に事業展開が行われるようになりますし、また介護保険事業計画、いわゆる基盤整備

の計画につきまして広域的な対応を相談していく、広域的に全体を考えていく、こういうようなことも可能であるし、またできるのではないかと、いうふうに思っているわけでございます。

こういうような取り組みにつきまして、都道府県が市町村間のいろんな意見の違いの調整にお骨折りをいただく、国もできるだけそれをバックアップする、難しい問題はあるんですけども、そういう形で一步一步進めてまいりたいというふうに思っております。

○長瀬基君 大體理解できましたけれども、なかなか介護保険というのは、特に過疎地あるいは町村あたりは基盤整備も弱いし、人もいないというところでなかなか大変な面があるかと思っております。しかし、いろいろ議論しておりますが、国民が非常に期待している法律でありますから、早く通して、具体的にいろいろ矛盾点が出てきたら積極的にやっぱりそれを解決していくということで御努力をいただきたい。

でないと、なかなか厚生省から、私は宮崎でございますが、南九州のどここの村でどんなことが起こっているかといつても、それはなかなか聞く方も大変でございますし、お答えになる方も大変だろうと思っております。要は、とにかくこの法律を具体化して、そしていろいろな矛盾点についてやっぱり謙虚に反省するところは反省して積極的に実行に移す。国民が非常に期待している法律でありますから、期待を裏切らないようにぜひお取り組みをいただきたいとお願いを申し上げておきたいと思っております。

それから、医療法に關すること、一点御質問を申し上げます。診療所とかあるいは調剤薬局等の時間外の手当といふか時間外の取り扱いについて、今までのような基本的なお考えを持ってこられたか、あるいは指導してこられたかについて伺いたしたいと思います。

○政府委員(高木俊明君) 医療保険における時間外の取り扱いでありますけれども、まず時間外についてはこれは初診に加算がつくということに

なっております。

そこで、その際の取り扱いであります。これは保険医療機関、それから保険薬局、それぞれ同じ扱いをしておりますけれども、この考え方を申し上げますと、いわゆる医療機関あるいは薬局が診療なりあるいは調剤の応需体制というものを閉じた後、患者さんが調剤なりあるいは診療を求めてこられた、そういった場合、再度また診療なり調剤の体制というものを準備しなければならぬ、こういった観点に着目してこれが設けられたということでありまして。

したがって、仮に表示されております時間外でありましても医療機関あるいは保険薬局なりが調剤なりあるいは診療の応需体制にある場合、この場合には表示時間外でありますけれども時間外の取り扱いはいしな、このような取り扱いのものとして加算というものを認めてきた、こういうふうなことでございます。

○長瀬基君 それでは、具体的に申し上げます。大臣もお聞きになっていただきたのであります。私もお聞きしてございます。

例えば、寒いときになりますと、冬になってまいりますと流感があります。そうすると、小児科のお医者さんというのは、例えば七時とか八時に赤ちゃんを抱いて診てくださいますと、地方において病院とお医者さんが同居しておりますということがわかっていきます。そうしても出ない、いやいけな。そしてその患者さんを診る。そうすると、ほかの高熱を出したとかいろいろな子供さんを連れて来られる。そうしますと、その患者さんが近くの薬局に来られるわけです。

調剤を主とする薬局というのは六時にはもう閉めます。もちろん、保健所の指導により、当薬局は朝八時から六時まで対応します。時間外のとときはどこに電話してくださいますと表示するような指導があるわけですね。その表示のところが大体薬剤師の自宅です。それで自宅にその患者さんから電話が来ますから、本当はほかの薬局に行けばいいわけですが、ほかの薬局にはその薬品が

○長峯基君 終わります。

○田浦直君 自由民主党の田浦直でございます。

私は、まず初めに医療と介護、あるいは医療保険と介護保険との関係についてお尋ねをしたいと思っております。

これは前回もいろいろお尋ねをしたわけですが、これも、今回、私も地元に戻りましてお医者さん方とか患者さん方に介護保険の話をいろいろしてみたいです。おおむね介護保険に対しては賛成、協力的な意見があったわけでございますけれども、

も、もう一步私が突っ込んでお尋ねをしますと、余りよく理解していないんじゃないかという面が、お医者さん方にもそうだし患者さん方にもそういうところがあるんですね。

その一番のところは、医療保険と介護保険というのは全く別々のものであって、どちらも自由にその保険の適用が受けられるというふうな考えを持ってもらえるわけなんです。私が、いやそうではないんですよ、ある部分は制限されるんですよという話をしてもなかなか信じないんですよ。そんなことはないと言われたいんですよ。で、今の国民やあるいは当面するお医者さんでもそういう感覚でおるんじゃないか。そういうことで、私はひとつこの問題を少し整理しておかなければいかぬのじゃないかなというふうに思っております。

それで、素直に聞けば、そうおっしゃる方々の方が意味では正しいわけなんです。医療保険は医療保険料を納めてちゃんとしている、介護保険も今度は介護保険料を納めるわけですから、当然その必要があるときにはどちらからも適用されてしかるべきだ、そういうふうに常識的に思っているわけなんです。

私はまず第一に質問したいのは、厚生省としてどういうふうにその辺を国民に対してPRできるのか、その辺のところを正確に伝えなければならぬと思うんですが、まずそれについてお尋ねをしたいと思います。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険制度を的確に運営するためには、この制度の内容を十分わかっていただくということは大変大事なことでございます。そういう大事なことのひとつの例として、介護保険と医療保険の適用分担関係、これもあらうかと思ひます。

私どもの基本的な考えは、介護を要する人のサービス、これは介護保険で出てくる。ただ、介護を要する人についてのサービスの中には医療的なサービスもある。医療的なサービスであります。大きい広い意味での介護の中に入るような医

療的サービスは、これは介護保険で見たい。ただ、そういうものではなく急性期的な普通のいわゆる病氣、そういうものについては医療保険で見ていく。これが基本だと思っております。

例えば、訪問看護のようなものは医療保険でも多分残ると思ひますし、介護保険でも入ってきます。同じ理由で給付されるものについては介護保険の方を優先して適用していく、そうではない普通の病氣にかかって例えば往診を受ける、治療を受けますとこれは当然医療保険で見ていく、基本的にはそういう考え方でございまして、それを十分わかってもらうように今後ともいろいろな機会を通じて説明をしていきたいというふうに思ひます。

○田浦直君 その一つは、介護保険の場合は認定を受けぬといふことなんです。この辺もしっかりPRしてほしいと思うんです。今までは長年、医療保険の場合だと保険証さえ持っていけばどこでも診察をしていただけたというふうなことでございまして、恐らくそれともうひとつと違わない制度だというふうな大多数の人は今思っていると思うんです。しかし、今度はそうじゃなくして、介護保険の場合は認定をまず受けなければならぬ。これは新しい仕組みになるわけなんです。そこで、この辺が今、全然認識がないという感じがするんです。この辺をどういうふうにしてPRをすればいいのかというところですけれども、その辺について何かお考えがあらうか。

○政府委員(江利川毅君) 住民に対する広報ということになりまして、私ももちろんそうでございますが、都道府県、保険者、実施主体であります市町村、こういうところの努力も大きいと思ひます。こういうところで市町村が市町村広報を持っていると住民、各家庭に配布をされます。そういうところに介護保険の制度の骨格をわかりやすくした資料などを送りまして、そういうものを通じて住民に説明していただくなり、いろんな工夫をしながらこの趣旨の説明の徹底が図られるよう努力してまいりたいと思ひます。

○田浦直君 先ほども市町村のことで議論が出ていましたけれども、私もこの前、県の福祉の担当の人を呼んで、どうやっているのか、今どういう段階なのかとお聞きしたら、今、県が市町村に説明をしている段階であるということでした。しかしながら、その説明をするのにも、先ほどからもちよつと論議が出ておりましたけれども、政令とか省令とか細かいところが一つもわかっておらないので、説明する方も何となくあやふやな説明をしている。聞く方も何となく漠然として聞いているものですか、一般の国民に話をしろと言われても、なかなか今の段階では難しいような印象を私は今受けています。

その一つは、やはり数字というものが具体的にきちんとしてこないのですから、あるいはその出どころがきちんとしていないところがある。市町村もその辺で何かまだもやもやしている段階で、そこら辺がまずしっかり介護保険に対する認識を持たなければ住民に対してのPRはできないんじゃないか。そのネックが、どうもやっぱり細部にわたるところがまだ決まっておらない。政令とか省令で決まるように、三百何項目もあるというんですから、その辺がやっぱりネックになっておるんじゃないかなという印象を私は持っております。

したがって、できるだけその辺についても具体的な数字で指導をするようにしていただきたいたと私は思っているんですけれども、その点についてはいかがでしようか。

○政府委員(江利川毅君) 政省令で定める中身は多様なものがございます。その中には、大変形式的な手続であるとか様式であるとか、そういうものを定めるものもあるわけでございます。それから、介護報酬のようになかなか骨格にわたるものは関係の審議会に諮って決めるということになっております。これは関係の審議会でも審議が必要になってくるわけでございます。ただ、そういうものが全部決まらないうと十分周知ができないかという、そうでもない部分もま

たあるわけでございまして、わかる範囲の骨格できちんとしていただければいい、ある部分は、また時間がたつて決める部分はそういうことを説明しながら理解を求める、こういう努力も必要かと思ひます。工夫をしながら周知の努力をしたいと思ひます。

○田浦直君 市町村の問題はまた後ほど改めて絞ってお尋ねをしようかと思ひます。初めの問題に戻しまして、医療保険と介護保険の問題ですが、今の制度を見ると、どちらかというと介護保険の方が優先されているような気がいたします。介護を受けていれば医療保険は制限されるというふうになっておるような感じがするんです。それはそのとおりですか。

○政府委員(江利川毅君) まず在宅のケースで申し上げますと、要介護者につきましては、介護保険給付の中で医学的管理などが受けられるようになっておるわけでございます。あるいは訪問看護というものが受けられるようになっておるわけでございます。そういうものというのは医療保険の中にもあるわけでございますが、同じ行為をダブルで二つの保険で給付するということは行いません。ですから、その場合には、内容がダブルのものについては介護保険の方でそれは適用する。ただ、それは医療保険の適用を狭めることではなくて、治療が必要であればその部分は医療保険で適用するということでございまして。

○田浦直君 そんなんですかね。だからそこで医療保険の方が抑えられている感じがする。

逆ならどうなんでしょうか。医療保険でやっているから介護保険ではそれはやりませんと、そういうわけにはいかないんですか。

○政府委員(江利川毅君) 施行法の中で健康保険法の規定をこの関係で改正しているわけでありまして、その中で介護保険から給付される場合には医療保険の給付は行わないというふうになっております。つまり、同じ事由で出る場合に、どちらでもいいですよという選択ではなくて、一つのルールをつくる、そういう形で施行法の中で関係の規

1

の考えていくということになるわけですが、その意味では、今申し上げました療養型病床群の定額的な部分に包括されるもの、あるいはそうでなくて歯科などの専門外の治療を受ける部分についての医療保険が適用されているもの、こういうような現在の取り扱いを踏まえて検討していくことになるわけですが、そういう方向でまた具体的な取り扱いについては関係審議会の意見を聞きながら決めていくということになります。

○田浦直君 説明がわかりにくいので、具体的に細かく聞きますからお答えをいただきたいと思いますが、療養型病床群に入って介護保険を受けている人について、例えば自分が今までかかっておった病院に行くと診察を受ける、これはできますか。

○政府委員(江利川毅君) 療養型病床群は医療機関でございまして、その医療機関に入院している方は、普通はその医療機関でそういう医療サービスは受けられるのではないかと、他の医療機関に行くということとは普通原則としてないのではないかなというふうに思うわけでありまして、

先ほど申し上げましたが、現在のいわゆる定額払いが行われていた療養型病床群、ここにおきまして多くの医療行為が包括的に入っているわけですが、検査とか投薬とか入っているわけですが、例外的に歯科などの専門外の治療というのは医療保険の適用を認めている、こういう実態があるわけですが、おっしゃいます他の医療機関で診察を受けるというのはそういうようなケースに該当するかどうか、そういう議論が実際はあるのかなと。

ただ、介護保険法上という介護報酬を適用するかということにつきましては、今申し上げました現在の療養型病床群の取り扱い、これをひとつ念頭に置きながら、関係の審議会でも議論していただいで具体的に決めていくという手順をとらせていただきます。

○委員長(山本正和君) ちよつと委員長から申し上げますが、端的にお答え願いたいんです。今の質問に対して、一般論じやなしに端的に、具体論ですから具体論としてお答え願いたい。

○政府委員(江利川毅君) 他の医療機関で診察を受けるという、その診察の中身によって変わると思いますが、通常の診察であれば療養型病床群で受けられるんだと思いますので、その報酬の中に入りますからそれは認められないだろう。特殊なケースがあれば、あるいはそれは認められることがあるかもしれません。

○田浦直君 そうすると、今まで自分がかかっていた診療所にもかかるわけにいかないんですか。あるいは今おっしゃられた、これは専門外の病気であるからかかっているという、それはだれが判定されるわけですか。その療養型病床群に勤めている医師の専門外な言い方ですか。

○政府委員(江利川毅君) 療養型病床群は医療機関です。そこに入院していただく医療機関で診察を受けるか、あるいは療養型病床群の中の丸められた報酬の中には、通常の医学的管理であるとか看護であるとか検査であるとか投薬であるとか、そういうものが入っているわけですが、それとサードサービスは十分受けられるはずではないかというふうに思うわけでありまして、

ただ、現在の療養型病床群でも例外があるわけですが、そういうことでは医療保険で受けられるものはないかというふうに思っています。○田浦直君 その場合は、だれが例外的なものとして認めるのかということなんです。

○政府委員(江利川毅君) 厚生大臣が定めるということになっておりますので、今も療養型病床群においてそういう例外的なものを定めているわけですが、同じような形で定めていくということになります。

○田浦直君 そうすると、そういう病気が恐らく非常に難病みたいな難しい病気じやないかと思うんですが、端的にお答え願いたいんです。今の質問に対して、一般論じやなしに端的に、具体論ですから具体論としてお答え願いたい。

○政府委員(江利川毅君) 療養型病床群にお医者さんがいて健康を診ているわけですので、そこで血圧がおかしいとかちゃんと診てもらえるのではないかと思います。ですから、そういうものについては介護保険の給付で対応するということがございます。

○田浦直君 いや、だから、そのお医者さん以外には診察はできないわけですね、厚生大臣が認める病状以外。そういうことですか。

○委員長(山本正和君) 端的に答えてください。今の質問にそのものずばり。

○政府委員(江利川毅君) やむを得ないケースを除いてそういうことになるわけですが、○田浦直君 では、例えば治療、投薬、長年高血圧の薬を近くのお医者さんでもらってあった、それを引き続き飲みたいという場合もこれもだめですか。

○政府委員(江利川毅君) 療養型病床群では包括の中に投薬も入っておりますので、同じ薬を今度その病院でいただいでいく。ですから、だめということにはなりません。

○田浦直君 それは理屈としてはわかるんですが、患者と医師の関係というのはそんなものではないと思うんです。何十年も自分を診てもらっているお医者さんというのがいれば、そこで診察を受けたらあるいは薬をもらおうということは僕はあり得るんじゃないかなというふうに思っています。○政府委員(江利川毅君) 検査も現在の療養型病床群では包括的な中に入っているわけですが、

ビニーター断層撮影、MRIとか、こういうものについては他の医療機関において算定できる、そういうふうな認められている例もありますので、いわゆる非常に高度な検査についてはまた別の考え方もあり得るわけですが、一般的な検査は包括されておりますので、他の医療機関で受けることはできないということになります。

○田浦直君 わかりました。だから、介護保険で療養型病床群に施設入所をした場合には、ほとんど医療保険を使えないというふうなことになるような感じがします。

では、療養型病床群でなくして老健施設の場合はどうなんでしょうか。老健施設で同じように介護で入所して認定を受けている人が、やはり自分の近くで診察を受けたい、投薬を受けたい、あるいは検査していただきたい、そういうふうな思っているとしたらそれはどうなんでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 先ほどの答弁にちよつと補足させていただきますと、介護保険の適用を受けるにあたってはだめなところからいって、これは現在の医療保険の中でもそうなるわけですが、現在の医療保険の中で、療養型病床群に入れば他の医療機関の診察を受けられないというふうになっておるわけですが、

同じような給付を考えていきますので、いわゆるサードサービス水準が低下するということではないということを御理解賜りたいと思います。

それから老人保健施設でございまして、老人保健施設の場合には、老人保健施設に入る方は病状が比較的安定している方ということで、医療サービスのレベルも療養型病床群に比べて水準が、厚みが薄いというふうな感じがすると思います。したがって、複雑な措置とか画像診断あるいは手術など、こういうものにつきましては基本的に老人保健施設の中では提供できないだろうと、それは他の医療機関で受けていただいで、それは医療保険の適用になるということになります。

○田浦直君 先ほどの、今でも療養型病床群に入っている人は医療保険がでないというけれども、それは既に医療保険が使われているんですよ、その療養型病床群で。今度は介護保険ができて、介護保険でその療養型病床群の適用を受けて場合に医療保険はどうなるのかと、こういうこととですね。今、既に医療保険でそれは診られていたわけですから、それは当然医療保険を使えないということはあり得るかもしれないけれども、今度の場合は、介護保険が適用になった場合に医療保険はどうなるのかということを先ほどは質問したわけですね。

○委員(山本正和君) 保健施設から外へ行って治療や診療を受けられるかという質問なんだから、端的に答えてください。

○政府委員(江利川毅君) 現在の老人保健施設におきましては、診療というのは他の病院に通院する場合を除いて可能だということになっております。その考え方を踏襲して、介護保険でも検討していくということになります。

○田浦直君 そうすると、この診療に関しては療養型病床群と全く同じですね、入所している場合と。厚生大臣の決めたもの以外はいないというわけですね。

○政府委員(江利川毅君) 現行の定め方で言いますと、ボジとネガみたいな関係なんです。療養型病床群については原則ためて、特殊なものについていいという形になっていると、それから老人保健施設の方は、現行は一部だけありますが、基本的にオーケーと。いわゆるただだけを厚生大臣が決める、基本的にはいい、そういう形になっておるわけですね。現行の制度の説明でございまして、そうなるかと。田浦直君 老健施設においてはだめなものだけ指定してあるというわけですね。それはどんなものがあるんですか。

○政府委員(江利川毅君) 老人保健施設に入所している者に対する医療にかかる診療料ということでありまして、その老人保健施設に医療機関が併設されている場合とそうでない場合とに分けられております。

併設されている場合には、だめなものというのは基本診療料とか初診料とか再診料、そういうものとか、もう施設に入っていますから在宅医療はないと。それから、検査については厚生大臣が定めるのはだめですが、その他のものは結構と。画像診断はオーケーと。投薬もいいと。それからリハビリテーションについても、一部厚生大臣が定めるのはだめですが、他はリハビリテーションの請求もできる等々となっているわけですね。

そしてそれは、今のは併設で申し上げましたが、併設していない場合にはさらにもう少し拡大されておりました。基本診療料等も取れるとかです。それから検査、画像診断については同じ考え方です。その基本診療料あたりの取り扱いがちょっと違うというものでございまして。

○田浦直君 そうすると、ちょっと整理して、老健施設においては診療はどうなのか。それから検査はどうなのか。治療はどうなのか。それから往診ですね。ほかの先生が、例えば眼科の先生が、ぜひ患者さんが自分の白内障を診てほしいといった場合、これは先ほど療養型はちょっと言いました。老健施設でも可能なのか、そのときの支払いはどういうふうになるのか、それもひとつお願いします。

○政府委員(江利川毅君) 往診でございまして、老人保健施設に入所している場合に、老人保健施設に併設の医療機関がある場合とない場合で分かれています。先ほど申し上げましたが、併設の医療機関がある場合には、往診というのは医療保険の請求はできないと。ただ、他の医療機関から来ていただく、こうい

う場合には往診の請求ができて、これは医療保険で対応するということになります。

それから療養型病床群の関係でございまして、基本的に療養型病床群の場合は医療機関でございまして、その病院で診てもらおうというのが原則でございまして。ただ、現在の療養型病床群におきましては、やむを得ない場合に往診を受けることを認めているというのがありますので、こういう実態を踏まえて介護保険でも対応のあり方を考えるということにしております。

○田浦直君 支払いについてはどうですか。

○政府委員(江利川毅君) いずれもその支払いは医療保険ということになります。

○田浦直君 その医療保険を往診した先生が請求するの、その療養型病床群が請求するの、そこはどうか。

○政府委員(江利川毅君) 往診につきましては、往診した先生の方が請求するということになります。

○田浦直君 両方ともですね。

それから次は、特別養護老人ホームですね、これはまあ医療機関ではないからほとんど適用できないんじゃないかなと僕は思っているんですけども、特別養護老人ホームにおいては今言いました診療あるいは治療、検査、往診、それぞれどうなのかお尋ねをしたいと思っております。

○政府委員(江利川毅君) 特別養護老人ホームにおきましては措置費で配置医師が置かれていることになっております。その配置医師の役割は健康管理とか療養指導ということになります。

したがって、それ以外の医療に關しましては、他の医療機関から来ていただくわけですね、その医療機関から来ていただくわけですね。

○田浦直君 これはもう全く在宅と一緒にですね。在宅で介護を受けているのと大体同じだということに理解しておけばいいですか。

○政府委員(江利川毅君) 在宅も先ほど申し上げましたように、訪問看護とか一部介護保険でカバーして、あとの治療的な部分は医療保険でカバーすると申し上げました。特養も同じでございまして、一部配置医師を置いて、あとの医療は医療保険でカバーする、大体同じでございまして。

○田浦直君 そうすると、その老人ホームにお医者さんが行って投薬をするとか往診をするわけですね。これはもう何の制限もなくできるんですか。そこに嘱託医というのがあると思うんですけども、それは別に、同じ専門であろうとなかろうとそれは可能なのではないですか。

○政府委員(江利川毅君) 現在の特別養護老人ホームにおける取り扱いでございまして、配置医師につきましては初診料とか再診料、往診料、これは請求できないわけですが、それ以外のいわゆる措置とか薬剤等の費用につきましては医療保険で請求できる、配置医師はその病院に配置されているものでございまして、そういう扱いになっているわけですね。

それから配置医師以外の場合につきましては、緊急の場合等に対象になるわけですが、診療情報提供料とか若干算定できない項目がありますけれども、普通の措置とか薬剤費等の請求は医療保険で請求できることになりました。

○政府委員(羽田信吉君) ちょっと補足をさせていただきますが、現在の特別養護老人ホームにおきましては、今、審議官が御説明を申し上げたのとおりでございまして、やはり配置医師というものが一応置かれておるわけですね、その中で、その医師によつて期待をされているサービスというのは現在の措置費という中でいけば面倒が見られているわけですね。

したがって、そういう面倒が見られている範囲のところをまた再度外から往診で診療報酬という形で別のお医者さんに払うという二重になれば、言ってみればサービスとしては二重に費用が払われるということになりますので、その点については、その配置医師が置かれているという趣旨をよくかんがみて、みだりに往診というふうな形

にはならないようにという指導をいたしております。

○田浦直君 配置医師が御説明申し上げましたように、配置医師のやるべき健康管理でありますとか療養指導というふうな範疇の部分については、そういう範疇の部分のようなどころについては、まあ外から往診をしてもらうというふうなことは避けるようにという運用の指導をいたしております、このことは今後の中でもそういうことになろうと思ひます。

先ほど来の全体を通じて、結局それぞれの施設の中でどの程度医療の中身の濃いサービスができるか、その医療の濃いサービスを求める、これは医療保険でやろうと介護保険でやろうとそれぞれ公的保険でやっているわけですから、それを二重にやる必要はない。それを二重にばらばらにやるというのは公的保険のありようとして問題がございまして、そのやっぱりサービスの濃さによって、療養型病床群は三つの中では一番濃うございまして、療養型病床群でなし得るサービスの部分については、いわば外からのサービスは医療の形で求める部分を薄くし、老人保健施設は、特別養護老人ホームはそういう意味では一番医療的な色彩が目前でございまして、医療的な必要が出た場合には外へ求める度合いが一番多い。ちよつとアバウトな言い方ですけれども、そういう形のもので先ほどのような個別のところが出てまいることになるんだらうと思ひます。

ただし、先生おっしゃいますように、一つ一つで見ると、これから割り切りをつけていったり、周辺をきちつと仕分けしなきゃならない部分もございまして、これは審議会の御議論もいただきながらきちつとしてまいりたいというふうに考えております。

○田浦直君 配置医師というのは、僕らがよく囁託医とかそういうふうに言っているそのことだらうと思ひますね。

そうしますと、原則としては一応その先生に入所している人は診ていただく、そしてその人は囁託医ですから当然初診料とか再診料とかそういうものは取れませんが、それで、特別な病気の場合で、例えば、例えは痔瘻が出たから皮膚科で診てほしいとか、白内障があるようですからちよつと診てくだされといった場合、これはもう全く普通の医療保険を普通のように使えというふうなことだ。今のお話を総括すると私はそういうふうに感じたんですが、理解はそれで大体いいですか。

○政府委員(江利川毅君) おっしゃるとおりでございます。

○田浦直君 医療保険と介護保険との関係では大体わかりました。

それで、できればその辺を、シェーマティックスというのでも難しいかもしれないけれども、在宅それから療養型あるいは老健施設、特別養護老人ホームと横に書いて、縦に診察、治療、検査、往診というぐらゐに書いて、丸書きでもいいですが、何かそういうふうな少しわかりやすいのをひき出していただければと思ひます。もう僕でもわからぬし、ほとんど一般の先生方はわかっておらないと思ひます。また、患者さんの方でもわかっておらないので頼みに来たりするんですね。

そういうときに、やはりきちんとその制度を話して答えをしてやらぬといかぬと思ひます。そういうふうなシェーマでできるかどうかはわかりませんが、少しわかりやすい何かそういうものをつくっていただけたらと思ひますが、その点はどうでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 御希望に沿うように努力をして、わかりやすいものをつくりたいと思ひます。

○田浦直君 では、そういうことでぜひお願いをしたいと思ひます。

それで、今度は介護について少しお尋ねをしたいと思ひます。介護制度ですね。

この介護制度というのは、第一号の被保険者、

第二号の被保険者となつておるわけですが、これら六十歳未満までになつていくんですね。この人たちは当然保険料を払うわけですね。そうしますと、この人方が介護が必要になつた場合、これはどういふふうになるのか。まず、総論的なものからお尋ねをしたいと思ひます。

○政府委員(江利川毅君) 第二号被保険者、四十歳から六十五歳未満の方ににつきましては、例えば脳卒中であるとか初老期痴呆であるとか、そういう老化に伴つて生じた要介護状態あるいは虚弱な状態、それに対して介護保険から保険給付として介護サービスを提供するということになつております。

○田浦直君 文章で言うと、初老期痴呆とかあるいは脳血管障害等に起因する疾患の場合は適用するといふことになるわけですね。その脳血管障害等というものが、これはこの前もディケアのところでも随分もめたわけですが、この「等」といふのはどういふ意味なんですか。

○政府委員(江利川毅君) 加齢に伴つて生じる疾病というふうな大きくくくつていくわけですが、その例示として脳血管障害とか初老期痴呆と申し上げたわけですが、加齢に伴つて生じる疾病、これはどのような疾病があるか、その疾病を「等」の中で規定していく。これにつきましては、老人医療の専門家の検討委員会を設けておいて、現在その「等」の範囲を検討していただいているところでございます。

○田浦直君 そうしますと、それ以外の人たちは、それ以外の病気の場合はどうなるんですか。

○政府委員(江利川毅君) それ以外の場合には、要介護状態になりましても介護保険の対象といふことにはなりません。

○田浦直君 それは介護保険じゃなくて、福祉の方から障害者プランに基づいて介護されるということになるんですね。私は、そこは少しおかしいんじゃないかなと思ひます。この四十歳から六十四歳の人たちも介護保険の保険料を

払っているわけなんですか。でも、六十五歳以上の人と比べるともう本当に限定されたものしか使えないというふうになるわけですね。そして、それは公費で見ると、その辺は、何で公費で見なければいけないのか、保険料を払っているわけですから当然保険で見ると本当にやらないかなというふうになるんですね。

公費で若年の障害者の場合は見るといふところが何か理屈としておかしいなという気がするんですが、その辺はどうなんですか。

○政府委員(江利川毅君) 若年の障害者に対する介護サービスは介護保険制度で対応するかどうかというのは、審議会等でも議論になつたところがございます。

これにつきましては、一つには障害者施策については公的責任で実施すべきではないかと、関係者の間でそういう認識が強いということが一つございまして、それから、身体障害者以外の障害者施策が一元的に市町村ではまだ行われていないと都道府県で行われているものもあるわけがございます。そういうような実態。さらには、障害者の介護サービス内容は高齢者に比べて多様であるわけでありまして、いろいろな介護サービスがある、こういうことに対応したサービス類型を確立するにはまだ十分な検討が必要ではないかという意見。それからまた、現在の施策との調整の問題。そういうようないろいろと検討すべき事項などがありまして、これは審議会だけでなくて与党の協議会においても大分御議論のあつたところでございまして、関係者の認識は必ずしも一致していませんが、この中で当面このような形にいたしましたので、そして若年者の問題につきましては、障害者プランの枠組み、二〇〇二年までの目標年次の計画でございまして、これに従つてその障害者施策の水準を引き上げて、介護保険で提供されるサービスと遜色のないサービスが提供されるようにしていこうと、こういうことで対応しようというところになつたところでございます。

○田浦直君 今、当面というお話もありましたか

ら、それはそれで、確かにいろんな考え方がこの場合はあるだろうと思うんですね。だから、当面これでやってその間に検討していくということですが、僕はそれはそれでいいと思うんですが、私が受ける感じとしては、六十五歳以上の人はその疾患も保険で適用を受けているわけですから、年齢で四十歳から六十四歳までは公費でやる、何かちがう感じがするので、そこら辺はまた時間をかけて御検討していただきたいというふうに思います。

先ほどちょっと議論が出ておりましたけれども、この介護保険をやっていく中で、本場にサージビスのためのお金と、それから、いわばランニングコストみたいなものがあると思うんですね。そのランニングコストというのが大体どのくらいになるのか。さっき八百億とかいう話がありましたのが、大体その八百億の中に入っているものというのとはどんなものなんですか。

○政府委員(江利川毅君) 八百億と申し上げていますのは介護保険制度を運営していくために必要な経費という考え方でございまして、大きな事務は要介護認定にかかるとして、職員が調査をしたり認定審査会を置いて議論してもらったりすると、それ以外に、保険料を徴収するとか適用状況を認めるとか、そういう実施に当たっての事務があるわけでございます。トータルとして八百億円というところでございます。

○田浦直君 人件費が主なのかなと思いますけれども、例えば介護を申請しますね、介護を申請して認定が出るまでの間に携わる人がいろいろおります。

例えば役場での窓口、ここにも人がいるでしょうし、あるいは介護支援の調査員、専門員という者もいると思いますね。あるいはかかりつけ医の意見書も要りますから、そういう経費も要ると思うんですね。それから、この介護の認定のための審査員という人もおられると思うんですね。それからまた、未納者の保険料を催促して回るようなそういう方々もいると思うんですね。

これを、どの人たちは公務員になり、どの人たちは介護保険で見る人なのか。あるいは嘱託で雇うとか、そういうケースもあると思うんですが、おおよそはどうなんですか。今私が幾つかの人たちを挙げましたけれども、それぞれどのあれに所属するのかということをお尋ねしたいと思えます。

○政府委員(江利川毅君) 要介護申請の受付の窓口、これは市町村で行います。市町村の職員が受け付けます。

それから、申請を受け付けますと、その人の生活状態を調査に行くということがあります。これは市町村の職員が行く場合もありますし、事業者の介護支援専門員に委託をして行ってもらうこともあります。すべてが市町村の職員ということではございません。

それから、申請が上がってきたとばかりつけ医師の意見書をお願いしますが、これはまさに要介護者がふだんお世話になっておられるお医者さんということとございまして、これは通常の場合は公務員ということではないと思えます。

それから、介護認定審査会を開きますが、市町村長が委員に委嘱をして委員会のような形でやるわけとございまして。そういう意味で委嘱を受けた委員という形でございまして、いわゆる通常の公務員とは違う形になると思えます。

あと、要介護認定が終わりました後、要介護者の介護サービス計画をつくる人がいますが、これも大体介護支援専門員でございまして、多くは民間の方ではないかというふうに思えます。

○田浦直君 そうすると、今の中で言うと、公務員という市町村が雇うような方々というのは、例えば窓口の受付とか調査員の一部、それから未納者の方から徴収して回るような方々、これは大体公務員ですね。地方公務員ということになりますか。

○政府委員(江利川毅君) 保険料未納者に督促をするというようなこと、これは市町村のやる保険事務でございまして。督促だけではなくて、保険料

を徴収したり、あるいはその関係の、例えば転居等がありますと資格を常に管理するということが必要になってきます。そういうような保険者としての事務がございまして、これは市町村の職員がするということになります。それと、先ほど先生がおっしゃられたようなことが大体地方公務員が対応することになるかと思えます。

○田浦直君 その数ですけれども、今のところ何名とかんとか出ないでしようが、先ほどちょっと御答弁の中でありましたような、国民健康保険に携わる人ぐらゐの数が要るんじゃないかというふうなことで大人数は理解しておいていいですかね。

○政府委員(江利川毅君) どのぐらゐの職員数が要るかについては事務量の実態調査をやりながら精査をしていきたいというふうに思っております。

国民健康保険の場合には保険料の徴収と適用関係でございまして、介護保険の場合には、恐らくそういう保険料の徴収などにつきましては既存の例えば年金から天引きをしたりあるいは国保の保険料に上乗せをしたりということなんで、そういう関係の事務というのはそれほど大きくはならないんじゃないか。それよりは、介護認定審査会の事務局としていろんな準備も必要だと思えますし、そういう関係の事務の方が多いんじゃないかというふうに思えます。

○田浦直君 市町村からいうとそういう職員をふやすめとかぬといふことになりますね。そうしますと、これは厚生省としてはそういう人たちがふやしてくれと、こう言っていると思うんですが、自治省の方はなるべく定数はふやさないでほしい、これは定員条例にのっとって抑えてほしいといふことを言っているわけですね。

したがって、ここをふやすためにはどこかを減らさぬといふことがあるんじゃないかといふことを市町村の方々はよく心配されているんですが、その点についてはどうでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険制度が導入されますと市町村でどういう事務量がふえるか、こ

れは先ほど申し上げましたように実態を調査しながらということとございまして、関係省庁と相談しながら調査をして、またその結果に基づいて人の配置、人の手当ても含めまして関係省庁と相談をしてまいりたいと思えます。

○田浦直君 それは、話は進んでいるんですね。というのは、その辺を私が市町村で聞いてきまして、一方からはふやせと言ってくる、一方は抑えろと言ってくる。それと縦の線と横の線から困るんだといふことを言っているわけなんです。だから、それはもう大もとで話をしていた方がいいと解決できないと思うんですね。末端の市町村では、その辺をひとつぜひ早く話し合っていたら市町村に流していただきたいと思えますが、その点はどうでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 担当者ベースでありまして、自治省と何ども打ち合わせをやっておりますが、この自治省との関係は結構幅広くあるもので、それから、いろんな関係部局と打ち合わせをしておりまして、急ぐものから順次協議を詰めて実施していきたいと考えております。

○田浦直君 一つ、かかりつけ医が書く意見書というのがありますね。この意見書の意義というのはどんなものでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険制度の確な運用に当たっては要介護認定というのが大変重要でございまして。大変重要な要介護認定でございまして、その要介護認定をやる介護認定審査会に二つのデータが出る。一つは市町村の職員が調査した調査票、もう一つはかかりつけ医師の意見でございまして、かかりつけ医師の意見は、かかりつけ医で診ていただきますからある程度長期的なその人の様子もわかった形で出てきますので、要介護認定に当たりまして大変重要な位置を占める資料だといふふうに考えております。

○田浦直君 この意見書は平成八年度と平成九年度では様式が異なっているわけですが、その辺はどうしてそういうふうになったのかお尋ね

○政府委員(江利川親君) 平成八年度に六十地域でモデル事業を行ったわけですが、その際にかかりつけ医師の意見書といいますのは非常に大きくりな様式でございまして、医者によって非常に丁寧に書いていただけるものもあれば、極端なケースでは症状固定ぐらしか書いてないというふうなものもあったりしまして、それでは十分な情報が伝わらないということがモデル事業の反省点として出たわけでございます。

これを改善するために、今回は項目をかなり細かく区切って、あるいは特に痴呆についての判断なども十分入れるべきだという話もありまして、そういう部分の様式を入れて、少し丁寧な様式にしてつくったものでございます。

○田浦直君 私はそれは非常によかったんじゃないかなと思ってるんですね。対象者の身体機能とか精神状態とか医療の内容をケアプランをつくる¹ときの指示を含めた充実したものにするためには、そういう意味で非常によかったんじゃないかなというふうに思います。

また、調査員の基本調査の項目にあります、四肢の麻痺とか、拘縮、皮膚疾患、癱呆等の検証、これについても意見書に書き入れるようになっておりますから、そういう意味では非常によかったと評価しているんです。

ただ、今度は医師の方からいうと、これはもう非常に複雑になっているんです。私もここにこの意見書を持っていますけれども、平成八年度のは二枚です。今度は四枚になっている。しかも、今言いましたように非常に難しいことを書かなければいけない。そして、書くと同時に今度は責任をとらぬといかぬわけです、書いたことについて

例えば、現在使っている薬剤の種類についてすべてを記入しなさいと書いてありますね。これ一つでも大変だと思っんです。いろんなところから調べないといけないわけですから。あるいは、いろんな検査をしておりますけれども、その検査に

ついでの見所を書きなさいというのがあります。あるいは、意識水準とか精神疾患、痴呆について何かがありますか、あるならそれについて具体的に書いてくださいという項目もできているんですね。それから、失語、失行あるいは失禁などについても具体的に書いてくださいというのがあります。それから、先ほど述べましたように、関節の拘縮とか、あるいは欠損、麻痺、そういったものも図を書いて具体的に書けと、こういうようなのがあるんですよ。これは相当時間がかかる、一生懸命取り組みねば。

これは、平成八年度のかかりつけ医の意見書の
 単価というのが三千円となっているんですよ。
 今、医療機関で書く診断料というのは三千円とい
 うのが大体最低なんです。それを九年度もこれだ
 けふやして同じなのかなという疑問がありますけ
 れども、それだと恐ろしくなかなかに書かな
 いし、書きたくないという医者ができるんじゃない
 かと思うんですが、その辺についてはどうです
 か。

○政府委員(江利川毅君) 八年度、九年度とモデル事業を実施してきているわけでありますが、いずれもこれはモデル事業でございます。そして、八年度のモデル事業を通じて九年度の様式も改善をしていった、また九年度のモデル事業を通じて十年度に必要なあればさらに改善を行う、こういうモデル事業でございます。そして、八年度はかかりつけ医師の意見書を書いていただくお医者さんには手数料三千円でお願したわけでございますが、今年度もそういう予算を組んでやっていたいてるところでございます。

ただ、最終的に介護保険制度を実施してからどうするかというの、これはまたいろんな意見書にかかわる実態などを踏まえて検討する必要があると思うんですが、現時点ではモデル事業でございまして、これで御理解を賜って協力をいただいているところでございます。

○田浦直君 お金のことだから余り言いませんけれども、ぜひ検討していただきたい。特に往診を

するわけですよね、この場合。しかも検査をする。こういったのは医療保険からできるんですか。介護保険が導入されてもこれは半年に一遍書かないといけないということになっていきますから、今はどうなのか。これは十一月ごろから始まるわけですね。だから、介護保険が導入されないときはどうなのか。介護保険が導入されてからはそういったものはどの保険で面倒を見るのか、お尋ねをしたいと思います。

○政府委員(江利川毅君) 現在、要介護認定のモデル事業で行っておりますのは、意見書の記入につきましては、高齢者が日ごろから診察してもらっているかかりつけ医師に診てもらうということとでございますので、そういう意味で日ごろの診察を通じてその高齢者の状態がわかつている、そういう方をお願いしているわけでありまして、意見書を記入していただくに当たりまして改めて診察とか検査を行わなくても書ける人がこのモデル事業では書いていただいているということになります。

それから、モデル事業でございますので、かかりつけ医師がいないケースについては今回は対象にしないということでやっておりますので、かかりつけ医師がいるということをやっているわけでございます。

介護保険制度ができました後につきましては、かかりつけ医師がいれば今のような形でできるはずでございますが、いない場合には、法律上は市町村が指定する医師または市町村職員である医師によって診断を受けることとなるということになっておりまして、この際の費用の取り扱いにつ

きましては今後検討してまいりたいというふうに思っております。

○田浦直君　最後ですが、冒頭に戻りまして大臣に一言。私はこの介護保険を成功させるためには、一つはやはり情報公開を早くすること、国民に対するPRを早くすること、ということが必

要だろーと思えますけれども、その点についてのお尋ねを最後にしたいと思います。

○國務大臣(小泉純一郎君) きょうは、お話を伺っていて、わかりにくい問題を実に整理していただいて、わかりやすく質問をしていただいてありがとうございます。今の一問一答を手際よく整理することによって、国民も、また医療関係者もこの介護保険の内容をより理解していただけるんじゃないかなと感じました。

今後この介護保険制度の導入については、特に要介護認定というのは大変重要な点でありますので、この点について、いろいろな機会を利用して一般国民にも、そして医療関係者にも周知徹底、理解していただくよう努力をしていきたいと思います。

○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。
午後四時五十二分散会

十月三十一日本委員会に左の案件が付託された。

一、公的臍帶血(さいたいけつ)バンクの設立、臍帶血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定に関する請願(第二二六号)

一、医療保険制度の改悪反対、医療の充実に関する請願(第二二二号)(第二二三号)(第二二四号)(第二二五号)(第二二六号)(第二二七

号(第二二八号)(第二二九号)(第三三〇号)
(第三三一号)(第三三二号)(第三三三号)(第
三三四号)(第三三五号)

一、介護保険法案の抜本的修正に関する請願
(第二三六号)

一、医療保険の改革等に関する請願(第二五八

一、公的臍帯血(さいたいけつ)バンクの設立、
臍帯血を血液事業の中へ位置付けた血液事業

法の制定に関する請願(第二六〇号)
一、脐帯血(さいたいけつ)バンクの設立に関する請願(第二六九号)

一、公的臍帶血(さいたいけつ)バンクの設立、

臍帶血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定に関する請願(第二七一号)

一、介護保険法案の抜本的修正に関する請願(第二七八号)(第二七九号)(第二八〇号)(第二八一号)(第二八二号)(第二八三号)(第二八四号)(第二八五号)(第二八六号)(第二八七号)(第二八八号)(第二八九号)(第二九〇号)(第二九一号)(第三〇一号)

一、被爆者援護法の改正等に関する請願(第三〇六号)

一、年金給付水準の維持に関する請願(第三一八号)

一、難病医療への自己負担導入反対に関する請願(第三二六号)

第二二六号 平成九年十月十七日受理

公的臍帶血をいいたい(けつ)バンクの設立、臍帶血を血液事業の中に位置付けた血液事業法の制定に関する請願

請願者 香川県木田郡牟礼町牟礼一四〇ノMノ二六ノ三〇五 平見康春外九百九十九名

紹介議員 及川 順郎君

この請願の趣旨は、第二二二号と同じである。

第二二三号 平成九年十月十七日受理

医療保険制度の改悪反対、医療の充実に関する請願

請願者 埼玉県浦和市間宮四五〇ノ一七 富樫徳治外二千三百九十二名

紹介議員 阿部 幸代君

国民に大きな負担を強いる今回の医療保険の改悪は、「命のさたも金次第」という状況をつくって国民を医療から遠ざけることになり容認できない。今回の改悪に続いて自費部分の拡大や薬代の「保険外」が検討されているともいわれ、社会保障としての医療保険制度が崩壊していくおそれがある。「高齢化社会のため」、「福祉のため」と宣伝して消費税を導入しさらにその税率を引き

上げようとする一方で、国庫負担を一方的に削減して患者負担を増やしあるいは地方自治体や保険者、被保険者に負担を転嫁していくのでは、憲法第二十五条に基づく国の責任を放棄するものと言わねばならない。医療保険制度の改悪をやめ、だれもが安心してかかれる医療の充実を求める。ついで、次の事項について実現を図りたい。

一、健保・共済など被用者本人の二割負担をやめ、保険料を引き上げないこと。

二、高齢者の負担増を行わないこと。

三、薬代の新たな負担を行わないこと。「軽い病気」や薬代の保険外しを行わないこと。

四、国庫負担を増やし、安定した国保・健保の運営を保障すること。

五、すべての医療保険を十割給付に改善すること。当面、老人医療の無料化の復活、乳幼児医療の無料化を図るとともに、入院時の給食費負担を無料とすること。

第二二三号 平成九年十月十七日受理

医療保険制度の改悪反対、医療の充実に関する請願

請願者 埼玉県浦和市代山五一八 栃沢文彦外千六百名

紹介議員 有働 正治君

この請願の趣旨は、第二二二号と同じである。

第二二四号 平成九年十月十七日受理

医療保険制度の改悪反対、医療の充実に関する請願

請願者 埼玉県浦和市上野田七〇一ノ四 千葉紀明外千六百名

紹介議員 上田耕一郎君

この請願の趣旨は、第二二二号と同じである。

第二二五号 平成九年十月十七日受理

医療保険制度の改悪反対、医療の充実に関する請願

請願者 埼玉県浦和市間宮一九二ノ三 森

章外千六百名

紹介議員 緒方 靖夫君

この請願の趣旨は、第二二二号と同じである。

第二二六号 平成九年十月十七日受理

医療保険制度の改悪反対、医療の充実に関する請願

請願者 埼玉県浦和市西堀一〇ノ二ノ一 四 戸嶋房夫外千六百名

紹介議員 笠井 亮君

この請願の趣旨は、第二二二号と同じである。

第二二七号 平成九年十月十七日受理

医療保険制度の改悪反対、医療の充実に関する請願

請願者 栃木県足利市大橋町一ノ一、八二五ノ四 田村直輝外千六百名

紹介議員 藤澤 弘君

この請願の趣旨は、第二二二号と同じである。

第二二八号 平成九年十月十七日受理

医療保険制度の改悪反対、医療の充実に関する請願

請願者 埼玉県与野市鈴谷五ノ一七ノ二 山中弘外千六百名

紹介議員 須藤美也子君

この請願の趣旨は、第二二二号と同じである。

第二二九号 平成九年十月十七日受理

医療保険制度の改悪反対、医療の充実に関する請願

請願者 埼玉県浦和市田島四ノ一三ノ一 佐藤進外千六百名

紹介議員 立木 洋君

この請願の趣旨は、第二二二号と同じである。

第三〇号 平成九年十月十七日受理

医療保険制度の改悪反対、医療の充実に関する請願

請願者 埼玉県大宮市蓮沼六二ノ一一 千葉暁光外千六百名

紹介議員 西山登紀子君

この請願の趣旨は、第二二二号と同じである。

第三一一号 平成九年十月十七日受理

医療保険制度の改悪反対、医療の充実に関する請願

請願者 埼玉県浦和市皇山町三五ノ四 千葉精男外千六百名

紹介議員 橋本 敦君

この請願の趣旨は、第二二二号と同じである。

第三一二号 平成九年十月十七日受理

医療保険制度の改悪反対、医療の充実に関する請願

請願者 埼玉県浦和市別所六ノ一七ノ一七ノ六〇二 奥間政孝外千六百名

紹介議員 筆坂 秀世君

この請願の趣旨は、第二二二号と同じである。

第三一三号 平成九年十月十七日受理

医療保険制度の改悪反対、医療の充実に関する請願

請願者 埼玉県志木市上宗岡三ノ八ノ二〇 大熊登外千六百名

紹介議員 山下 芳生君

この請願の趣旨は、第二二二号と同じである。

第三一四号 平成九年十月十七日受理

医療保険制度の改悪反対、医療の充実に関する請願

請願者 埼玉県与野市鈴谷四ノ九ノ二四ノ二一〇 村田晴彦外千六百名

紹介議員 吉岡 吉典君

この請願の趣旨は、第二二二号と同じである。

第三一五号 平成九年十月十七日受理

医療保険制度の改悪反対、医療の充実に関する請願

請願者 埼玉県浦和市間宮一九二ノ三 森

請願者 長野県松本市島内三、五八一ノ一
小林いずみ外千名
紹介議員 吉川 春子君
この請願の趣旨は、第五五号と同じである。

第三〇一号 平成九年十月二十二日受理
介護保険法案の抜本的修正に関する請願

請願者 長野県松本市北深志三ノ六ノ六
寺松湊外百九名
紹介議員 吉川 春子君

この請願の趣旨は、第五五号と同じである。

第三〇六号 平成九年十月二十二日受理
被爆者援護法の改正等に関する請願

請願者 広島県福山市駅家町大橋三八九
小原悦子外三十九名
紹介議員 矢田部 理君

一、国家補償に基づいた被爆者援護法(原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律(平成六年法律第一一七号)の改正を行うこと。
二、韓国・朝鮮人、中国人など外国人被爆者及び在外被爆者に対し、補償と援護を行うこと。

第三一八号 平成九年十月二十二日受理
年金給付水準の維持に関する請願

請願者 栃木県宇都宮市下栗町九七二ノ七
小林修外二千七百九名
紹介議員 国井 正幸君

一、年金給付については、現行水準を維持すること。

第三二六号 平成九年十月二十三日受理
難病医療への自己負担導入反対に関する請願(二通)

請願者 兵庫県三木市志染町東自由が丘二ノ五八 北野裕威外四百九十九名
紹介議員 朝日 俊弘君

厚生省内部で、来年度から特定疾患治療研究事業の対象疾病医療に自己負担を導入する方針が打ち

出された。難病疾患者は、その原因も治療方法もわからない病気に襲われ、肉体的にも精神的にも深刻な苦しみの中で生きており、経済的にも健康保険法の改正により本年九月から受診料の負担が増加され、家族の生活は筆舌に尽くし難い貧困さを余儀なくされている。昭和四十七年に、厚生省は「原因が不明でありその治療方法が確立していない難病」を特定疾患治療研究事業の対象とし、患者の医療の確立と普及を図ることを目的に、治療費の負担軽減を図るために今日まで公費負担を基本にしてきた。また、この事業を根拠に、自治体が独自に対象の拡大と治療費の上乗せを行うなど、難病者を始めとする障害者の医療権の拡大が図られてきたが、この方針は行財政改革の名の下、現行諸制度を改悪し、難病患者などに犠牲を強いるものである。財政事情を理由に、難病患者などの生活を犠牲にする施策は、国民不在の福祉切捨てにほかならない。ついては、次の事項について実現を図られたい。
一、難病医療費の自己負担を迫る施策導入に反対し、現行の公費負担制度を維持すること。

第二号中正誤

ページ 段行 誤 正

二 二 七 七 クヨロン クロヨン