

第百四十一回 参議院厚生委員会 會議録第七号 (その一)

平成九年十一月十三日(木曜日)
午前十時一分開会

委員の異動

十一月六日

牛嶋 正君

補欠選任
渡辺 孝男君

十一月十二日

辞任

渡辺 孝男君

補欠選任
牛嶋 正君

今井 澄君

朝日 俊弘君

出席者は左のとおり。

委員長

理事

山本 正和君

委員

上野 公成君

南野知恵子君

委員

石井 道子君

尾辻 秀久君

委員

田浦 直君

中島 眞人君

委員

中原 爽君

長峯 基君

委員

宮崎 秀樹君

牛嶋 正君

委員

木暮 山人君

水島 裕君

委員

山本 保君

朝日 俊弘君

委員

西山登紀子君

釘宮 磐君

国務大臣

政府委員

厚生大臣

小泉純一郎君

事務官

厚生大臣官房総務課長

田中 泰弘君

局長

厚生省健康政策局長

谷 修一君

局長

厚生省保健医療局長

小林 秀資君

局長

厚生省老人保健福祉局長

羽毛田信吾君

局長

厚生省保険局長

高木 俊明君

事務局側

常任委員会専門員

大貫 延朗君

本日の会議に付した案件

○派遣委員の報告

○介護保険法案(第百二十九回国会内閣提出、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(第百二十九回国会内閣提出、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(第百二十九回国会内閣提出、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。
昨十二日、今井澄君が委員を辞任され、その補欠として朝日俊弘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いたします。

去る十一日、当委員会が行いました委員派遣に

つきまして、派遣委員から報告を聴取いたします。
まず、高知市の報告をお願いいたします。浜四津敏子君。

○浜四津敏子君 第一班につきまして、御報告いたします。

派遣委員は、山本委員長、南野理事、石井委員、渡辺委員、西山委員、釘宮委員及び私、浜四津の七名で、去る十一日、高知市において地方公聴会を開会し、八名の公述人から意見を聴取した後、委員から質疑が行われました。

まず、公述の要旨について御報告申し上げます。

最初に、高知市長・高知県市長会会長・松尾徹人さんからは、新たな介護システムを整備することは緊急の課題であるが、国民健康保険の敷を踏まないように安定的で利用しやすい制度を確立すべきであること、超高齢社会における介護サービスはどこに住んでも最低限保障されるべきであり、シヨナルミニマムとして確保されるべきであり、そのためには給付水準がどの市町村でも同レベルになるよう、制度発足までに基盤整備に必要な財政措置や人材確保措置を集中的に講ずるべきであること等の意見が述べられました。

次に、高知県医師会常任理事・山内昇さんからは、制度発足に際し一番心配されるのは介護基盤整備のおくれであり、保険あつて介護なしの状態になると憂慮されること、厚生省の平成八年度モデル事業の調査票や要介護度分類については重大な問題があり抜本的な見直しが必要であること、療養型病床は医療提供施設であるから病室や病棟単位での区分は必要ではなく、介護保険給付はあくまでも要介護者を対象として支払われるべきであること等の意見が述べられました。

次に、社団法人高知県看護協会理事・川添テル子さんからは、要介護認定については迅速性、公平性、透明性の確保が必要であり、認定されな

かったときの不服申し立てや苦情処理の体制整備と第三者機関によるサービスの質の評価を行うべきこと、ケアマネジャーの質の確保が重要であること、社会的入院の解消や予防のためのシステムとして二十四時間介護体制の整備を図るべきであり、医療、介護、福祉の一体化が図られるべきであること等の意見が述べられました。

次に、社会福祉法人土佐平成福祉会常務理事・水田武夫さんからは、介護に要する費用は保険ではなく公費、すなわち税金で賄い、最低限度の介護は国家責任で受けられるようにすべきであること、消費税を特定財源として公的介護保障制度を確立すべきであること、現在の保険制度による案では保険給付をめぐるトラブルの多発、不服審査の混乱は必至であること、介護サービスが必要となるときは求めるサービスが素早く受けられるようにサービス供給体制の早期充実を図るべきこと等の意見が述べられました。

次に、老人保健施設あつたかケアみずき施設長・和田節さんからは、介護の社会化に向けて制度の整備が緊急の課題であること、要介護認定の基準と方法については現時点主義の調査方法が独居生活者や痴呆症状に対する調査として適当であるかどうか問題であること、配食サービスなどの保険給付外のサービスに対する支援が必要であること等の意見が述べられました。

次に、高知県社会福祉協議会会長・中澤秀夫さんからは、法定保険給付基準額を下回る基準は公的介護保険の制度上疑問であり体制整備を急ぐことが肝要であること、山間僻地の要介護者の居宅介護サービス水準を確保する必要があること、コストに応じた介護報酬の設定が求められること、家族介護に対する介護報酬の支給を検討すべきこと等の意見が述べられました。

次に、高知医療生活協同組合訪問看護ステ-

第七部 厚生委員会會議録第七号(その一) 平成九年十一月十三日【参議院】

一

(六八)

シヨンれいんはー所長・小松桂子さんからは、要介護認定については認定手続が煩雑で時間がかかり過ぎること、介護手当を支給すべきこと、公費負担を増額して早急に新ゴールドプランを完全実施すること、認定基準を緩和し要支援の区分や六十五歳未満の疾病制限を撤廃すること、保険料滞納者に対するペナルティーを廃止し低所得者の保険料を免除すべきこと、利用料は原則として徴収すべきではないこと等の意見が述べられました。

最後に、豊寿園施設長・岡崎深さんからは、特別養護老人ホーム等の福祉施設については引き続き国及び地方自治体の公費中心で整備すること、サービス水準を低下させないため介護保険制度導入後においても現行の措置基準等の水準を保障すべきであること、特別養護老人ホーム等の福祉施設に対する助成を継続させるなど十分な経過措置が必要であること、特別養護老人ホームはこれまでどおり社会福祉法人で運営されるべきこと等の意見が述べられました。

公述人の意見に対し委員より、保険でなく税でという考え方について、新ゴールドプランは達成可能か、要介護認定のモデル事業から得られた反省点や教訓、介護保険における家族介護の評価、高知市が実施している現行の福祉サービスは維持できるのか、介護保険の運営主体となる市町村の事務量及び財政負担増についての対策、高知市では要介護認定に係る苦情処理を行うことになるのか、未納者へのペナルティー実施について、介護保険制度の創設に伴う生活保護の受給や国民健康保険の滞納への影響、法案に不確定要素が多いことからくる関係者の不安の実情、一元化すべき特養ホーム、老健施設、療養型病床群のあり方など、多岐にわたる質疑が行われました。

会議の内容は速記により記録いたしましたので、詳細はこれにより御承知願いたいと存じます。

以上で、第一班の報告を終わります。

○委員長(山本正和君) 次に、甲府市の報告をお願いします。

派遣委員は、清水理事、中島委員、中原委員、宮崎委員、木暮委員、水島委員、山本委員、今井委員及び私、上野の九名で、去る十一日、甲府市において地方公聴会を開会し、八名の公述人から意見を聴取した後、委員から質疑が行われました。

まず、公述の要旨について御報告申し上げます。

最初に、山梨県知事・全国知事社会文化調査委員会委員長・天野建君からは、介護サービス基盤の整備のための財源確保について国の特段の配慮が必要であること、制度導入に伴う県の新たな事務の適切な遂行のため国の財政支援策が望まれること、市町村等の準備の円滑化のために公的介護保険制度の具体的な内容が早急に示される必要があること等の意見が述べられました。

次に、山梨医科大学神経内科教授・塩澤全司君からは、介護保険は高齢者のみならずすべての要介護者に適用されるべきであること、患者の要介護認定に当たっては状況の変化を踏まえ慎重に行う必要があること、医療と介護は表裏一体のものでいづれも病態の回復を願って行わなければならないこと等の意見が述べられました。

次に、医療法人高原会高原病院副院長・高原仁君からは、介護制度が福祉政策として受け入れられるためには受けるサービスに対する利用者の選択の自由をある程度保障しなければならないこと、負担の公平を実現させるためには社会保険料よりも税を財源とする方が望ましいこと、要介護認定に当たっては公平性の確保が不可欠であること等の意見が述べられました。

次に、自治労山梨県職員労働組合副中央執行委員長・樋川隆君からは、財政全体の配分を見直し税方式による公的介護保険制度の創設について検討すべきであること、福祉制度として介護保険制度を創設するのであればすべての要介護者を制度の対象とすべきであること、在宅介護を支えるヘルパーの供給量を増加させる必要があること、家族介護を適正に評価し現金給付を行うべきであること等の意見が述べられました。

次に、全国保険医団体連合会常任幹事・上所洋君からは、低所得者に対する利用料の廃止や保険料の減免措置が必要であること、給付範囲を要介護、要支援を問わずすべての入所を必要とする人に広げるべきであること、介護供給基盤の整備にまず取り組むべきであること、保険料滞納者等への制裁措置を削除すべきであること等の意見が述べられました。

次に、山梨県社会福祉協議会常務理事・酒井健吉君からは、ホームヘルプサービスや訪問看護などの給付の額の設定に当たり地域の特殊性に配慮すること、ケアプランを作成する介護支援専門員の資格要件を明確にして法的に位置づけること、高齢者の福祉サービスのための財政的な支援について考慮すること、特別養護老人ホーム等への入所者の範囲を明確にすべきであること等の意見が述べられました。

次に、社団法人山梨県医師会会長・溝部孝二君からは、要介護認定審査会は地域の開業医が委員長となり会務を総理、指導すべきであること、要介護認定に当たっては要介護者間で不満が出ないよう配慮すべきであること、介護保険制度の内容が明らかになるよう情報の開示を早く行うべきであること等の意見が述べられました。

最後に、社団法人山梨県看護協会会長・望月弘子君からは、県、市町村の福祉行政分野に看護職を登用すること、介護認定審査会の委員に看護職を登用すること、市町村介護保険事業策定委員会を設置すること、要介護認定への不服申し立てや苦情処理体制を整備しサービスの質を確保すること、医療依存度の高い利用者の訪問看護などについて医療的部分の給付に配慮すべきであること等の意見が述べられました。

公述人の意見に対し委員より、公的介護制度の必要性、山梨県老人保健福祉計画の費用とその達成見通し、公的介護保険制度導入に伴って増加する山梨県の事務量と費用の試算、山間部地域に対する支援のあり方、公的介護制度の財源問題における税方式と社会保険方式の比較、保険料負担の

公平を維持しつつ低所得者に配慮するための方策、要介護認定に対する信頼性の確保とかかりつけ医の関与の必要性、我が国の実情に即した要介護認定審査項目の必要性、医療保険と介護保険の適用範囲、公的介護保険制度導入に伴い潜在的介護ニーズが顕在化する可能性、介護マンパワーの確保と民間参入、成年後見制度導入の必要性、地域病院の位置づけと公的病院の役割など、多岐にわたる質疑が行われました。

会議の内容は速記により記録いたしましたので、詳細はこれにより御承知願いたいと存じます。

以上で第二班の報告を終わります。

○委員長(山本正和君) 以上で派遣委員の報告は終了いたしました。

午後零時三十分まで休憩いたします。

午前十時十二分休憩

午後零時三十分開会

○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。

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。

○釘宮君 ます、質疑の順番について御配慮をいただきましたこと、お礼を申し上げます。

介護保険法の審議もかなり回数を重ねてまいりました。一昨日は山梨、高知において地方公聴会も持たれました。私は、率直に、この地方公聴会に出席をして感じましたのは、皆さん非常に関心が高い、それとよく勉強なさっているという感じを持ちました。

とりわけ、この委員会の中でも議論がなされてまいりましたが、政省令にゆだねる部分が非常に今回の法案は多いわけでありまして、今後厚生省令で細部を埋めていくわけでありまして、今後厚生省令の際にはぜひこうした地方の声、現場の声を十

分に勘案をして、今後の実施に向けて、厚生省としての努力をお願いしたいと思っております。

まず、先般の地方公聴会の中で出てまいりました件で一点確認をさせていただきたいと思うんです。施設サービスはとりわけ特養、さらにはデイサービスというようなものは既にいろいろある福祉という分野で始まっているわけでありまして、これが介護保険の導入によって大きく変わるんじゃないか。そのことに対する不安が非常に大きいというのを私は過去の委員会でも再三再四申し上げ、その都度確認をさせていただいてまいりました。一昨日の公聴会の際にも、高知の岡崎参考人とのやりとりの中で、いわゆるデイサービス事業について、平成十年度から現行の委託補助方式から介護保険の導入のために出来高払い方式に移行するというようなことが厚生省の方から県あたり

に流されている旨のことが報告をされました。その件について、今まで委託補助で定額、デイサービスの場合は幾らだったのかね、金額はちよつと今定かではありませんけれども、いただいているものが来年から一度になくなるんじゃないかというような危惧を持たれているようでもあります。まず、このデイサービス、平成十年度からどういうふうな形で移行をし、そして介護保険の施行につなげていくのか、その点についてお聞かせください。

す。そうすることによりまして、それぞれのいいサービスをいかに効率的にやっていたかどうかという誘因と申しますか、こういうものが働くような仕組みというのを心がけていかなければならないと思っております。

意味では、そういう経過措置はぜひ御配慮いただきたい。皆さん、介護保険に移行するということについてはもう十分心の準備はできているわけですから、現実には今預かっている、デイケアに通っている方を、平成十年度から変わったから、じゃあしたから来てはいけませんよというわけにはなかなかまいらない。だから、そういう意味では、入所の特養あたりで五年間の経過措置があるように、少なくともデイについては、十二年度のスタートまでのある程度の準備期間というものは、施設運営に支障を来さないような形でぜひお願いをしたいと思っております。

この業務がございます。

そうすることによりまして、それぞれのいいサービスをいかに効率的にやっていたかどうかという誘因と申しますか、こういうものが働くような仕組みというのを心がけていかなければならないと思っております。

しかし、そのことによりまして、今の先生お話のありましたような御懸念で、そういう一生懸命やっておられるところの事業運営が適切に行われないうようなことになっては困りますので、そういった適切な事業運営が行われるようなところには当然現行の場合と遜色のない運営費が行くように、経営ができなくなるというようなことのないような、そういった方向での事業費の単価なりの設定ということとは当然踏まえてやっていかなければならないと思っております。

それとあわせて、在宅介護支援センターがやはり同じような問題をはらんでおりまして、これは在宅介護支援センターの場合は人件費補助が主であります。したがって、これがいわゆる事業費補助というふうな形になれば、ある意味では今一千八十万ですが、定額補助ですが、これが半減ないしは三分の一ぐらいになるんじゃないか、そうなることとしたらからやらないといけないというような疑問もありませんが、それについても同じような考え方です。

○政府委員(羽毛田信吾君) 在宅介護支援センターは、介護保険ができませんという、非常に大きな役割をむしろ担っていたかなければならぬ。いざというふうな形に思っています。介護保険のいわば担い手としての側面と、同時に介護保険の給付の対象とならねえようなものも幅広い老人保健福祉対策のいわば調整役、あるいは情報流し、またそういったニーズ、実態の需要を把握をする、そういった役割を担っていたという意味で非常に機能強化はこれからの一層大事だと思っております。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険の適用対象者をどうするか、これは関係審議会でも大分議論になったところでございます。

○政府委員(羽毛田信吾君) 日帰り介護、いわゆるデイサービスについてのお尋ねでございますけれども、介護保険が導入をされますと、やはり当然のことながら、利用されます要介護老人の方々にとりまして適切にして効率的なサービス提供ができるような体制整備ということが大変大事になってまいります。

○政府委員(羽毛田信吾君) 介護保険導入後におきましては、当然今度はそれぞれサービスを受ける人のいわば要介護度に応じてその人のいわば持ち点といえますか限度額が決まってやってまいりますから、それに対応した姿に持っていく。一つはそこをいかに円滑に進めていくかという観点でございます。それから、先生の今の尋ねに端的にお答えするとすれば、これからの検討でございますけれども、一挙にではなくてある種の選択でまずやっていくという段階は踏んでいくべきかなと。それが一つと、それから、事業費補助に切りかえました場合にも、その単価の設定ということについては、今度は経営のサイドとして、このぐらゐの人が入ってこのぐらゐの稼働をすればこのぐらゐはちゃんとやれるはずだということ踏まえながらやりたいというふうな考えを踏まえておきます。

○政府委員(羽毛田信吾君) 在宅介護支援センターは、介護保険ができませんという、非常に大きな役割をむしろ担っていたかなければならぬ。いざというふうな形に思っています。介護保険のいわば担い手としての側面と、同時に介護保険の給付の対象とならねえようなものも幅広い老人保健福祉対策のいわば調整役、あるいは情報流し、またそういったニーズ、実態の需要を把握をする、そういった役割を担っていたという意味で非常に機能強化はこれからの一層大事だと思っております。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険の適用対象者をどうするか、これは関係審議会でも大分議論になったところでございます。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険の適用対象者をどうするか、これは関係審議会でも大分議論になったところでございます。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険の適用対象者をどうするか、これは関係審議会でも大分議論になったところでございます。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険の適用対象者をどうするか、これは関係審議会でも大分議論になったところでございます。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険の適用対象者をどうするか、これは関係審議会でも大分議論になったところでございます。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険の適用対象者をどうするか、これは関係審議会でも大分議論になったところでございます。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険の適用対象者をどうするか、これは関係審議会でも大分議論になったところでございます。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険の適用対象者をどうするか、これは関係審議会でも大分議論になったところでございます。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険の適用対象者をどうするか、これは関係審議会でも大分議論になったところでございます。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険の適用対象者をどうするか、これは関係審議会でも大分議論になったところでございます。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険の適用対象者をどうするか、これは関係審議会でも大分議論になったところでございます。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険の適用対象者をどうするか、これは関係審議会でも大分議論になったところでございます。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険の適用対象者をどうするか、これは関係審議会でも大分議論になったところでございます。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険の適用対象者をどうするか、これは関係審議会でも大分議論になったところでございます。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険の適用対象者をどうするか、これは関係審議会でも大分議論になったところでございます。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険の適用対象者をどうするか、これは関係審議会でも大分議論になったところでございます。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険の適用対象者をどうするか、これは関係審議会でも大分議論になったところでございます。

歳から六十五歳までの人は被保険者になつていただきますので、その人たちの例えば初老期痴呆であるとか脳血管障害による障害であるとか、そういう高齢に伴うような障害につきましましては介護保険の適用対象にしよう、そういう整理をしたところでございます。

○釘宮馨君 この点についてちよつと大臣にお伺いをしたいんですが、今回、若年障害者については、いわゆる障害者プランの完全達成ということとをまず優先させて、介護保険のいわゆる給付対象から外そうということでもあります。このことについて私自身は、まず福祉施策の拡充を優先させるべきだという観点からある程度理解を示しているんですが、ここで私が懸念をしておりますのは、今、財政構造改革が参議院で審議されておりますが、この枠の中で今後この障害者プランの完全達成、拡充が非常に不安になつてきているわけです。そこで、その点について大臣の御所見をお伺いしたいと思ひます。

○国務大臣(小泉純一郎君) 障害者に対しては介護保険が導入されようがされまいが対策は講じていかなきゃならないということで、障害者プランの中で今までの計画を整備していく中で対応していくということ、介護保険とは切り離しております。

今後、障害者プランに支障がないようにこの財政状況が厳しい中でも対処していかなきゃならぬということ、全体としては、厚生省予算、厳しい削減をしていきますが、障害者プランに対しては必要なる予算を確保するように伸び率等は重点的に対処していきたい、そしてこの障害者プランの達成に支障がないように最善の努力をしていきたい、そう思っております。

○釘宮馨君 午前中の財政構造改革法案の審議を見ておりまして、八千五百億の自然増に対して三千億まで抑え込むというふうなことで、この財源すら今のところ非常に厚生省としては苦慮しているというふうには私は認識をしているわけです。そういう中で、今、大臣から改めて障害者プランの

完全達成についてはこれを最優先させるというふうな決意をお伺いしたので、私としてはその言葉を重く受けとめさせていただきたいと思ひますが、ぜひその点についてはよろしくお願ひを申し上げたいと思ひます。

同時に、今回、給付対象から外されたその若年障害者の問題の中で、いわゆるALSを初めとする難病患者の皆さんの切実な要望が出てきております。私はこのことはよく理解できるのであります。要するに難病患者に対する福祉施策が障害者プランのスタートに合わせてようやく日の目を見たような状況でありまして、そういう意味では難病患者に対する介護福祉サービスの整備拡充ということは極めて急務であるというふうに思ひます。この点について、厚生省としては今後どういふうに進めていこうとなさつておられるのか、その点についてお尋ねをしたいと思ひます。

○政府委員(小林秀資君) 難病患者さんの中には、実は大変症状の重い方、またさほど重くないという方もいらっしゃる。それは医学の進歩が背景にあつたということだと思ひます。けれども、そういうことで状況の変化を来しておりますので、実は公衆衛生審議会の中に専門委員会を設けまして、今後の難病対策のあり方ということをお審議いただきました。

その中で、難病の対策はもつと重症患者に重点を置いた施策の充実ということが大事だということとを言われておりまして、それで制度の全般的な見直しを今行つているところでございます。具体的には、ALS等の重症患者に対しては、重症難病拠点病院の確保とか訪問看護等の充実、それから施設、在宅を通じて療養環境の整備というものを進めて、患者、家族の負担の軽減を図ることにしたいと思つております。そのために必要な予算として、今回新たに約二十一億ほどの予算要求を行つているところでございます。

○釘宮馨君 今回、難病患者の皆さん方から、特に介護保険のスタートに当たつてこの給付対象に、掲げるべきだという強い要望があつたことは、い

わゆるこういう方に対する福祉施策というのが非常におくれてたということだろうと思ひます。私は、そういう意味では、障害者プランの完全達成の中でこの難病患者に対する介護福祉サービスというのをぜひ力強く進めていただきたい、このことはお願い申し上げておきたいと思ひます。

次に、身体障害者やその他療養施設等に入所している方の取り扱いについてお伺いをしたいと思ひます。今回の介護保険法施行法では、当分の間、身体障害者福祉法の規定により、身体障害者療養施設に入所しているもの等、厚生省令で定めるものについては、介護保険の被保険者とならないこととしております。その理由は何か、まずお聞かせください。

○政府委員(江利川毅君) 御指摘の規定を置きました理由でございますが、身体障害者療養施設等におきましては、特別養護老人ホームと同じような介護サービス水準が確保されているわけでございます。そして、その施設には必ず入所して、将来的にも介護保険の対象となつていく施設に移るといふことはないので、そういうことが想定されることにはなかながら、そういうことが介護保険の適用除外としたものでございまして、

○釘宮馨君 そうすると、この方たちは保険を払わなくていいわけですか。

○政府委員(江利川毅君) 保険料の負担はございません。

○釘宮馨君 それでは、さらにお伺いしますが、この療養施設に入所しているもの等という等の部分です。これは具体的にどういう人を対象として考えているのか、お伺いしたいと思ひます。

○政府委員(江利川毅君) 具体的な範囲につきましては今後検討してまいるところでございます。が、例えば重症心身障害児施設のようなものが想定できるのではないかと、このように思つております。

○釘宮馨君 そうすると、現在の知的障害者、さらには精神障害者あたりについてはどう考えておられますか。

○政府委員(江利川毅君) 精神薄弱者更生施設や精神病院入院患者ということだと思ひます。これらの施設につきましては、具体的な対象範囲になるかどうか、これは今後検討していくということでございます。先ほど申し上げましたように、ずっと入所し続ける施設なのかどうか、そういうことがポイントだと思います。そういう観点から、施設の入退所の実態等を踏まえながら検討させていただきたいと思つております。

○釘宮馨君 そうすると、これらの障害者施設に入所している人が、例えば在宅に戻つたりそれから高齢者の施設に入院入所した場合、この場合は介護保険からの給付はどうなるんですか。

○政府委員(江利川毅君) 先ほどの例にありました、例えば身体障害者療養施設に入つていながら何らかの理由で退所をするということになりますと、その段階で、高齢者ということが前提でございますが、介護保険の保険料を納めていただきます。介護保険の適用になります。

○釘宮馨君 それでは次に、介護保険のサービスの水準についてお伺いをしたいと思います。

老人保健福祉審議会の議論の経過を見ても、今回の介護保険の制度設計に当たつては、どのサービスを介護保険の対象にするかといったような各論から入つていようと思つております。制度設計そのものの中で、サービス水準のあり方や家族の位置づけ等の理念についての議論が少なかつたように思われるわけでありまして、

こうした中で、老人保健福祉審議会の最終答申が、「一人暮らしや高齢者のみの世帯でも、できる限り在宅生活が可能になるよう二十四時間対応を視野に入れた支援体制の確立を目指す」というふうなうたつておる、このことは私は評価をしたいというふうな思つておる。しかし、現実の市町村における介護基盤の整備状況や月額二千五百円という保険料水準でこれを実現することが果たして可能なのかという疑問を私は持つわけでありまして、

そこで、改めて介護保険の給付水準について、

厚生省としてはどのような目標を持っておられるのか、この点について聞かせてください。

○政府委員(江利川毅君) 先生が御指摘になりました審議会の答申にありますような形で、例えば高齢者夫婦世帯で、一方が寝たきりになっても在宅で自立した生活が送れるようなサービス水準を目指し、これが目標でございます。直ちにその目標に達しないということも十分あり得るわけでございますが、介護保険法ができましたら介護保険事業計画をつくりまして、そういう目標に向けて基盤整備を進めていきたいというふうに考えているところでございます。

○釘宮肇君 ちよつと今の答弁ではよく理解ができないうです。

要するに、二千五百円というその保険料水準、さらには市町村の今の状況というものを考えたときに、多分二〇〇〇年のスタート時点では厚生省が目指している保険水準というのは達成できないんだらう、だから大体どの程度の時点であろうか、介護をこの介護保険では保障しようとしているのか、その点について聞きたかつたんです。

○政府委員(江利川毅君) この時点というのを明確に申し上げるのは、基盤整備に従っていきまさんと大変難しいわけでございますが、いわゆるサービス水準としては、先ほど申し上げましたような、高齢者夫婦でありましてどちらか寝たきりになっても家庭で生活できるように、いわゆる支えていけるような体制をつくること。

そして、全体としましては、二〇〇〇年段階では要介護、要支援者を含めて二百八十万人ぐらゐ対象者があられるだろうというふうに見込んであるわけでございます。そのうちの寝たきりになる要介護者の半分ぐらゐは施設、これが大体二百八十万の半分ぐらゐ、百四十万人ぐらゐいるわけでございますが、その半分ぐらゐは施設に収容できるように、施設で生活できるように、特養であるとか老健であるとか療養型病床群であるとか。あとにつきましては在宅サービスになりますか、この在宅サービスは、現在の新ゴールドプラ

ンを達成しましても皆さんがフルにサービスを利するということ水準と比較しますと四〇〇程度のサービス量になつていられるだろうと。

これを私どもの介護費用の推計で申し上げますと、十年後を目標にしているわけでございますが、その十年後における寝たきり老人等の人数、二〇〇〇年においては施設と在宅が半分半分と考えておりましたけれども、施設を四割ぐらゐ、在宅重視という意味で在宅をふやしていく。そして、在宅のサービス量につきましては、全員がフルに利用するということを想定して八〇〇ぐらゐの水準を目指すと。そういうことになりますと、大体、いわゆる高齢者夫婦世帯におきまして片方が寝たきりになつても十分支援できる体制になるのではないかとこのように思っております。

○釘宮肇君 私は介護保険のサービス水準というものに何で固執するかといふと、これから保険がスタートをして、国民の中には非常に大きな期待を持っています、ある意味では過大な期待を持っている人すらおられるのではないかと。それだけに、この水準そのものがある意味では期待外れに終わったときに、保険そのものを掛けるのをやめる人とか、そういう人が出てくるんじゃないか。そのところを心配しておるものですから、その点について私としては、厚生省として大体こういうものだ、しかもそれは何年ぐらゐにはできるんだというように示すべきではないのかというところを感じておるわけでありまして、大臣、いかがでしょうか。

○国務大臣(小泉純一郎君) その点は多くの方が心配しておられる点だと思ひます。保険あつてサービスなしという点が何回も当委員会でも言われましたし、我々としてもこの制度を導入するからには、多くの方に、やつぱり保険に入つてよかつたな、あるいは必要だと思はれるような、できるだけ低い保険料そして適切なサービスをどうやって提供していくかということが非常に重要だと考えまして、今後今言われたような心配がないように、事前の準備、そして導入されてからも各

地方自治体関係者の意見をよく聞いて、この制度が定着するように、また多くの方から協力が得られるような体制を整備していきたいと考えております。

○木暮山人君 平成会の木暮でございます。介護保険法等三法案につきまして質問いたします。

法案については、既に同僚委員からさまざまな角度から質問されてきました。問題は山積しており、詰めるべき事項も多数あります。本日は、こうした諸課題の中から、歯科医療との関連に絞つて質問いたしたいと思います。

改めて申し上げるまでもなく、寝たきりの高齢者にとつてそしてやけたり食べたりする機能を向上させることは、その全身状態を向上させ、同時にその生活の質を高める上で非常に重要な意味を持っております。しかし、現在審議されている介護保険法案においては、全般的にこうした口腔ケアの重要性に対する認識が薄いように思われます。

介護保険における口腔ケアの重要性及びその位置づけについて、まず厚生省の基本的な見解をお伺いしたいと思います。

○政府委員(江利川毅君) 要介護高齢者の生活を支援するために口腔の衛生管理も重要な要素だといふふうに考えておりました。口腔管理上必要がありましたら介護サービス計画を通じて、施設の場合でありましても在宅の場合でありましても、適切な口腔管理指導が行われるようになっていくところでございます。

例えば、在宅におきましては居宅介護サービス計画に居宅療養管理指導を盛り込みまして、かかりつけの歯科医師等による高齢者の口腔衛生管理に携わっていただく、あるいは施設におきましては口腔衛生管理を含めた施設介護サービスで対応してもらふ、こういうようなことになるわけでございます。

○木暮山人君 具体的にお伺いします。現在の介護法案では要介護認定に当たつてかかりつけ医師の意見書を求めています、寝たき

りのお年寄りが歯科診療を受けている場合にはかかりつけの歯科医師の意見も求める必要があるのではないかと思います。

○政府委員(江利川毅君) 要介護認定は、その人の全体的な介護サービスをどのぐらゐ必要とするか、そういう状況を把握するものでございまして、そういう観点から介護認定審査会にかけられるわけではございますが、調査員が訪問調査をして心身の状況を調べるほか、かかりつけ医師の意見書をいただくということになつていられるわけでございます。全体的な状況という意味ではかかりつけ医師の意見書をいただくということでもよろしいのではないかとこのように思つていられるわけでございますが、今年度やりますモデル事業におきましては、そのかかりつけ医師の意見書の中に歯科を初めてして他科の、他の分野の医療を受けているかどうかといふようなことも記入をしていただくということになつていられるわけでございます。

また、要介護認定に当たつて必要がありましたら主治医の医師の意見を聞くことというふうになつておりますので、こういう必要がありましたときに、そういう歯科医療の分野だけに限らないわけでございますが、各分野の医学的な意見が必要と考えるときには医師からも意見を聞けるような形になつております。

○木暮山人君 しかし、今のお話であるならば、歯科の問題の記入欄というものがあるわけだから、きだと思つてございまして、この記入欄については今のところちよつと見当たらぬのですが、それはどんな意味を持っていますか。

○政府委員(江利川毅君) かかりつけ医師の意見書の中の様式では、歯科を含めた他科の受診の有無についてのことだけでございまして、それから調査項目につきましては、口腔清潔に関するところが、これは調査員が調べることでございまして、そういう項目が含まれているということでございます。ですから、記入要領の中ではその二点ということになります。

○木暮山人君 もう一つ加えて、口腔状態を

記述する欄がないということ、在宅歯科医療の受療状態や歯科訪問診療、訪問歯科衛生指導等の必要について記述する欄がありません。こうした点は口腔管理の重要性から考えると極めて不十分であると考えますが、いかがなものでしょうか。

また、最低限、歯科医師や他科の専門医への紹介の必要性の有無についてもチェックする項目を設ける必要があると思いますが、御意見を伺いたいします。

○政府委員(江利川毅君) 要介護認定の際には、その人の全体的な要介護状態を把握する、そういう意味でかかりつけ医師による総合的な評価をしていただきまして、それと調査員の意見書とで要介護認定をしていただくということになっておるわけでございます。

具体的にどういうサービスをその人に提供していくことが必要か、これは介護サービス計画をつくるときに重要になるんだと思います。そういうときにその人の口腔管理も必要であるということになりますと、その介護サービス計画の中にそれを書き入れて適切なサービスを提供する、そういうことを考えていくことになる、そういう仕組みでございます。

○木暮山人君 介護認定に当たって、認定審査会には必要があると認めるときは主治医とその他の関係者の意見を聞くことができるとしておりますが、その他の関係者に歯科医が含まれていることを明示すべきではないでしょうか。

また、仮にかかりつけ歯科医の意見書を求めている場合には、審査及び判定に当たり歯科医師の意見を聞くことを必須の要件とすべきではないかと思いますが、御所見を伺います。

また加えて、認定審査会のメンバーに歯科医師、歯科衛生士等を口腔ケアの専門家として参画させていく必要があると思いますが、この点についてはいかがなものでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 要介護認定におきます認定審査会は、高齢者の介護の必要度を審査、判定するところでございますが、保健、医療、福祉

の学識経験者がメンバーになっているものでございます。

その委員につきましては、高齢者介護について専門的な学識経験を有する、その役割を十分果たせるという方を選定していただくわけではございますが、歯科医師とかにつきましてもそういう観点から委員として活躍できる方であれば認定審査会の委員の対象になり得るわけでございます。これは、市町村が介護認定審査会を設置するときに人選をするということになります。

また、介護認定審査会に歯科医師がいないような場合でありまして、必要な場合があれば歯科医師から意見を聴取することは可能となっているということでございます。

○木暮山人君 認定審査会は、必要があると認めるときは被保険者の要介護状態の軽減や悪化の防止に必要な療養に関する事項について市町村に意見を述べることでできるとされております。これは口腔管理指導に関する事項に当然含まれると理解しておりますが、この点を確認させていただきたいと思っております。

○政府委員(江利川毅君) 介護認定審査会が市町村に療養上の留意事項等を意見として述べることでできるわけでございますが、先生の御指摘のような分野、例えば脳梗塞の後遺症で嚥下機能が低下している要介護者、要介護高齢者に対して、その軽減あるいは悪化防止、そういう観点から、居宅療養管理指導による管理が必要である旨、あるいは介護サービスを提供する上で留意すべき点として、食事摂取の介助の際に間違つて飲み込むというようなことがないように注意するとか、そういう口腔領域につきましても必要な意見を付すことができるものでございます。

○木暮山人君 ケアプランの作成に際してお伺いいたします。

まず、介護支援専門員の資格についてであります。介護支援専門員は、医師、歯科医師、薬剤師、保健婦、看護婦、OT、PT、社会福祉士、介護福祉士等の保健、医療、福祉の専門職である

ことが求められておりますが、ここで言う専門職には歯科衛生士は含まれていると理解してよろしいでしょうか、お伺いいたします。また、含まれるのであればこの点を明示すべきではないかと思いますが、いかがなものでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 老人保健福祉審議会の最終報告におきまして、先生がただいまお話になりましたことが指摘されているところでございます。

これを受けまして、さらに専門家の方々から成る検討会を設けまして、制度の円滑な実施のためには一体どうしたらいいかと。相当数の介護支援専門員の養成が必要でございますので、そういう意味で、現在現場で活躍している方々で能力のある方につきましては幅広く養成の対象にしていくべきである、そういう提言を専門家の方々から成る検討委員会へいただいているところでございます。

具体的な対象者につきましては検討中でございますが、現在の介護の現場で活躍している者で能力がある者、そういう者につきましては幅広く対象とすると、そういう方向で検討してまいりたいと考えております。

○木暮山人君 そういたしますと、歯科衛生士、これは能力があるというだけの表現でいくわけでありませうか。

○政府委員(江利川毅君) いわゆる介護の現場で介護というものの現に携わっておる、そして介護支援専門員としての勉強、研修をしておる、そういう方につきましては養成をしていくということでございます。したがって、介護支援専門員は、そういう方々に一定の知識があるかどうか試験を受けていただく、それで一定の知識がある方に研修を積んでいただくという趣意で対象者、候補者として幅広く考えていくことが適当だろうということでございます。

具体的には今後詰ましまして、その対象者の範囲というものを明確にしていきたいと考えております。

○木暮山人君 そういたしますと、現在歯科の衛生士の教課程のカリキュラムの中にはこういうものを大きくうたっていないわけですね。そうしますと、やはり卒業しまして資格を取ってから試験を経て、それでその中から試験を受けていただく、指定していただく。これを逆に、せっかくいる歯科衛生士でありますから、どこかカリキュラムの中に必要なことを盛り込むわけにはいかないものでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 介護支援専門員はいろいろな機能があるわけでございますが、例えば要介護者のためにいろいろな介護情報を提供したり、それから介護サービス計画をサービスを提供する人たちと相談しながらまとめていくと、そういう仕事をやるわけでございます。

そういう意味では、それぞれの専門の勉強のほかに違った角の知識が要りますし、また介護そのものにつきましまして実務経験、こういうものを身につけることが必要なんだろうと思うわけでございます。そういう観点から、介護支援専門員の候補者に一定の試験を受けていただく、その上で必要な研修を受けていただく、そういう形で介護支援専門員を養成したいというふうに考えているところでございます。

○木暮山人君 これに關しましての質問でもないみたいですが、せつかく今話が出たもので、それから、介護保険法そのものの中身、こういうのができますと、今のところはいろんな面でもまだまだ欠陥がたくさんあるみたいでございます。しかし、私はこれは必要な法律だとは思っています。

それについて、これを改善し、直していくのに審議会というものがある。厚生省の中には今からできていくと思うんです。今、厚生省でお考えの審議会、これは幾つぐらい想定されているか、ちよつとお伺いしておきたいと思っております。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険法を実施する関係でいろいろと諮る審議会は、今回新しくできました医療保険福祉審議会、その中に老人保健福

社部会というのがございますので、そういう部会にかけていくことが基本になると思います。

そのほか、この実施の関係で他の審議会でも絡んでの議論があり得ると思いますが、中心になりますのは、今の医療保険福祉審議会でございます。

○木暮山人君 次に、寝たきりの要介護高齢者が十分な口腔ケアを受けることができるかどうかは、ケアプランを策定する介護支援専門員の認識によるところが大きいと思います。しかし、現在の養成研修のカリキュラムではこの点が極めて弱いのではないかと思います。

介護支援専門員の試験及び研修課程において口腔ケアの必要性を十分認識させるような配慮が必要と考えますが、厚生省の御意見はいかがなものでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 介護支援専門員に必要な基礎的な知識につきましては、標準テキストというものをつくりまして、介護保険制度であるとか要介護認定でありますとか、介護サービス計画の内容あるいは広く保健・医療サービス、福祉サービス、そういうものを総合的に網羅したテキスト、これを今まとめていくところでございます。要介護者等に係る口腔ケアにつきましては、その重要性にかんがみまして、テキストの中でかかりつけ歯科医師による口腔管理や指導等につきまして位置づけるといふことにしているところでございます。そういうことで、テキストの中に位置づけて、それを介護支援専門員になる方に勉強していただくということになっているところでございます。

○木暮山人君 そのテキストそのものは教科課程の点から見ますと何単位、どれぐらいの時間なものでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 勉強という意味では、そこは何というんでしょうか、テキストをもとに自分で勉強していただくということでございます。つまり、介護支援専門員の養成は標準テキストをつくりまして、このテキストをきちんと理解

すると大体関係の知識について勉強することができると。そういうことを勉強したというのを前提に都道府県の実施する試験を受けていただきます。そして一定の知識を持っている方を研修をして養成していくということでございます。テキストに基づく勉強自身は養成研修プログラムの中に入っているわけではございません。

○木暮山人君 一般に歯科の重要性についての認識が薄い現状で、実際のケアプランの策定に当たり歯科医師や歯科衛生士等口腔ケアの専門家の参画が必要であります。在宅のケアプラン策定機関の施設におけるケアカンファレンスに歯科医師の専門家を参画させる仕組みをつくるべきであると考えますが、いかがでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 在宅の要介護者に対しまして介護サービス計画をつくり出すときには、実際にサービスを提供する方々に入ってもらったままに介護サービスの担当者会議、こういうものを開きまして、そこで介護サービス計画を決めていただくということになるわけでございます。また、施設の場合におきましても、同じようにサービスを担当する方々におきまして担当者会議において介護サービス計画をつくるということになるわけでございます。

この介護サービス担当者会議は、要介護者の必要を必要、解決すべき課題、こういうものを明らかにして、それに応じて必要な介護サービスを提供し、そういう提供できるような計画をつくるというものでございます。実際に、会議には当該要介護者のサービス提供に携わる方々がメンバーになりますので、その要介護者が歯科医師による口腔管理や指導が必要な場合には、当然歯科医師もそのメンバーになって介護サービス計画をつくっていただくということになります。

○木暮山人君 例えば訪問診療を行った場合に、歯を削る等の治療を行った場合、あるいは同じ内容の治療を改めて外来に来ていただいていた場合、治療処置にかかわる部分は介護保険の給付の対象になるのでしょうか、あるいは医療保険の

給付の対象になるのでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 訪問歯科診療の際に、介護保険に定められます居宅療養管理指導以外の歯科医療行為を行った、そういう場合につきましては医療保険で給付をするということになります。訪問診療によって行われた歯科医療でありまして、また外来診療によって行われた歯科医療でありまして、歯科医療の部分は医療保険によつて給付をするということでございます。

○木暮山人君 介護サービスの内容についてお伺いします。

介護保険では、歯科医師等による口腔管理についても居宅療養管理指導として位置づけられるようになりませんが、具体的にはどのようなものがあるでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険におきまして居宅療養管理指導の一つとして、歯科医師により行われる療養上の管理及び指導、こういうものがあるところでございます。かかりつけ医師、かかりつけの歯科医師による口腔管理指導のうち要介護者の自宅に赴いて行われる基本的な歯科医学的管理、こういうものが給付の対象になるのではないかとこのように考えております。その詳細につきましては、審議会でご検討いただきます。

○木暮山人君 では再度、介護保険では歯科医師等による口腔管理指導についても居宅療養管理指導として位置づけられることになりましたか。

○政府委員(江利川毅君) ただいまお答えしたところとちよつと重なるかもしれませんが、介護保険におきまして居宅療養管理指導の一つとして、歯科医師によって行われるものでございますが、それはかかりつけの歯科医師によりまして口腔管理指導、これは現在医療でも認められているところでございますが、そういうもののうち基本的な歯科医学管理部門、こういうものが介護保険で見えていく部分だろうと、それを超えた治療のような部分になります。これは医療保険で見えていただく、

医療保険の対象で、医療保険として給付するということになるわけでございます。

○木暮山人君 条文では、居宅療養管理指導は「医師、歯科医師、薬剤師その他厚生省令で定める者により行われる」とされていますが、「その他厚生省令で定める者」とは具体的にだれを想定しているのでしょうか。歯科衛生士はこれに含まれているのでしょうか、そして訪問歯科衛生指導は介護保険の対象となると理解してよいのでしょうか、お伺いします。

○政府委員(江利川毅君) 居宅療養管理指導を行う人の範囲のお話でございます。歯科衛生士による訪問歯科衛生指導、こういうものが介護保険における居宅療養管理指導等に位置づけられるのかどうかということでございますが、口腔衛生管理の内容とか実態等も踏まえまして、これも関係の審議会などの意見も聞いた上で、居宅療養管理指導に訪問歯科衛生指導が位置づけられるかどうかを検討させていただきます。

○木暮山人君 歯科医師はこれまでとは少しは診療所において、そこに来る患者さんを診るのに忙殺されております。しかし、これからは歯科医も積極的に地域に出ていく必要があると思います。しかしながら、以前、私が本委員会でご問題提起をさせていただいたように、在宅の歯科医療には一定の限界があることも事実であります。厚生省は在宅の歯科医療の限界についてどのような認識でおられるのでしょうか。

また、訪問歯科の限界を踏まえて、寝たきりの患者さんを歯科診療所まで運ぶ搬送サービスについてその位置づけを明確にする必要があるのではないかと思います。御所見をお伺いします。

○政府委員(江利川毅君) 通院が困難な在宅の寝たきり老人の方に対しては歯科治療につきましては、従来から老人診療報酬におきまして評価をしてきていますところでございます。例えば在宅寝たきり老人に対する計画的な歯科医学管理を評価した寝たきり老人訪問口腔指導管理科、それから訪問診療時の歯冠修復または欠損補綴を行った場合

そのものがみんなに信頼されて施行されていくための方法としては五年ではちよつと長過ぎるん

じゃないか、もう少し短く小まめに対応するような方法はないものか、こう私は思っているんですが、それに対してはいかがなものでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険制度は全く新しい制度でございますので、今でもいろいろな御議論がありまして、実施をしますとさらにまた新しい指摘も出てようかと思ひます。

そういう御指摘にいかに対応していくかということでございますが、いろいろなレベルでの対応があるんだらうと。一つは法律を改正するというのもありますし、あるいは政令とか省令を直して直していくというのがあります。それから、運用の仕方などを直していくのがあります。要介護認定というの今モデル事業をやっています

が、できるだけ改善をしていきますけれども、恐らくまた制度実施後もあるいはそういうことについてあるかもしれません。そういう年々の運用で直すべき話もあるかと思ひます。

私が五年を目途にと申し上げましたのは、法律の条文を素直に読んだというんでしようか、そういうことで申し上げたわけでございますが、実際の運用や政省令の改正も含めまして、必要なものにつきましてできるだけ弾力的に対応していくというのが基本だと思ひます。

○木暮山人君 最後に、ひとつ大臣に御所見をお伺いしたいと思います。

本日は齒科の問題に絞って質問をさせていただきましたが、具体的な内容になると、これからの検討課題という答弁がやはり考えられると同時に、納得のいく答弁とは思いません。

いずれにいたしましても、介護保険において口腔管理、指導の重要性をしつかりと認識され、これを位置づけていくことは、高齢者の自立支援と生活の質の向上という観点から、不可欠の課題であると考えます。

本日の議論をお聞きになりましたので、この点について大臣の御所見をお伺いしたい、かように思ひます。よろしくお願ひします。

○国務大臣(小泉純一郎君) 人間生きていく上に

おいて、食べるということ、これは最も重要な点でありますから、齒科の果たす役割というのは、介護の問題を考える場合においても私は大変重要な要素だと思つております。

特に要介護高齢者の生活の場合に、口腔管理等については今お話を聞いておりましたもそれぞれ問題点が多いということもわかります。今後、この齒科の持つ重要性というものをよく多くの方が認識して、適切な指導が必要ではないかというふうに感じました。

○木暮山人君 これで質問を終わります。どうも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。前回に引き続きまして質問させていただきますが、よろしくお願ひいたします。

私は、前回の質疑におきまして、介護保障制度を定着させ、今後とも安定かつ効率的に制度の運営を図っていくためには、まず制度の基本的枠組みを決める費用負担のあり方についてきつととした議論をしておかなければならないということと申し上げ、現行の介護制度が抱えている四つの問題点を取り上げまして、これらの問題について、税方式と保険方式の優位性を比較検討することを提起させていただきました。

そして、前回の質疑では、このうち四番目に挙げました医療と保険の一体性の問題を取り上げて質問させていただきましたが、きょうは、給付と負担の対応関係という、より基本的な問題を取り上げて質問させていただきたいと思ひます。

六月十七日の当委員会におきまして、私は厚生大臣に対しまして、これまで公費方式で行われてきた介護に対して、なぜ今社会保険を導入されようとしているのかという御質問をさせていただきました。そのとき厚生大臣は、昭和二十五年と平成七年度の社会保障制度審議会の勧告を取り上げて、この二つの勧告の間に四十年以上の時間の経過がありながら、似たような内容であり、いづれも増大する社会保障の財源として社会保険料負担が中心になるべきであると勧告しているという

ことを申され、それだけに介護だけ税方式だという方が難しいのではないかとというふうな御答弁をいただいたわけでございます。

きょうは、この厚生大臣の御答弁に対する質問からちよつと始めさせていただきたいと思ひます。

私は、この二つの勧告の内容を読ませていただきました。内容は似たようなものでありますけれども、その意図するものは全く異なつていたというふうに思ひます。それを御説明するために、今私は、昭和三十三年の社会保障関係費の予算案と、それから平成八年度の社会保障関係費の予算案を申し上げたいと思ひます。

昭和三十三年の社会保障関係費は総額が千三百億でありました。まだまだ小さな予算額でございます。平成八年度は十四兆二千八百七十九億であります。それから百倍、いかに我が国の社会保障制度がこの間、もちろん高度成長があつたとはいへ、非常に拡充し、そしてまた世界的な給付水準に達しているということ、この数字で証明できるかと思ひます。

ただ、その構成をちよつと申し上げますと、三十三年で一番大きな構成比を示しているのが失業対策費でございます。これが三一・七％。そして二番目が生活保護費で三〇・五％。社会保険費は一八・二％で、三番目にランクされております。

これに対して平成八年度の予算案を見ますと、一番が社会保険費でありまして、五九・四％、六〇・六％に近い。二番目が社会福祉費でありまして、二六・六％。そして生活保護費は七・四％。失業対策費になりますと二・八％。戦後の日本経済と今の日本経済の置かれてある状況がこういった数字でよく理解できるかと思ひます。

この予算案を比較して言えることは、昭和二十五年の勧告では、社会保障制度の拡充、整備のために社会保険制度をできるだけ早く確立し、国民皆保険の実現を目指すことを勧告したものと

これに対して平成七年度の勧告は、既に我が国の社会保障制度が医療及び年金の両面におきまして国際的にも高い給付水準に達していることを明らかにしながら、この高い給付水準を維持していくためには、それに必要な財源を引き続き社会保障料負担を中心に行つていかなければならないことを勧告したものであるというふうに思ふわけであります。

そうだといたしますと、この勧告二つを比較した場合に、大臣が言われるように、介護も保険方式でなければならぬという必然性は私はこの二つの勧告から出てこないと思ひますけれども、改めて大臣の意見をお聞かせいただきたいと思ひます。

○国務大臣(小泉純一郎君) 私は保険方式でなければならぬということではなくて、税と保険を組み合わせた方がいいのじゃないかと言つてゐるわけです。

年金も医療も保険方式が基本であります。税も投入しております。同じように、介護も保険だけじゃありません。税半分、保険半分、利用者一割負担。給付と負担を考えると、年金も医療も保険と税を組み合わせている。介護も同じような方が理解を得られるのじゃないか。なおかつ、税でしろと言つても、どの税を増税するかという、具体的なことは言つていただかない。

むしろ私は、そういうことを考えますと、保険というのはどちらかという明確ですから、自分たちの保険というのは介護に使われるんだという目的も明確であるということから考えると、私は今の税目を増税しろというよりも、税も投入しなきゃならないけれども、給付と負担ということとを考えると、保険方式の方がより理解を得られやすいのではないかとこのことを言つてゐるわけであります。

○牛嶋正君 今の御答弁と関連いたしましたので、もう少しこれまでの我が国の社会保障制度の変遷を振り返つてみたいと思ひます。

社会保障制度というのは、結局国民生活を守る

システムを与えているものだというふうに解釈しなければならぬと思えますけれども、その根底には所得の再分配の機能があるわけですね。社会保障制度でこれまで進めてまいりました所得の再分配というのは、二つの方向があったと、あるいは二つの方向に区分することができると思っています。

一つは、公的扶助であります。これは所得階層間のいわば垂直的な再分配というふうに考えることができます。この方向での再分配につきましては、税方式で進められてきたわけでございます。それに對しまして、もう一つの再分配の方向は相互扶助であります。これはほぼ同じ経済状態にある人々の間の水平的な再分配であります。この方向での再分配が今、大臣おっしゃいました保険方式、わかりやすい保険方式で進められてきたわけでありました。

先ほどの予算の社会保障関係費の分類で申しますと、生活保護費と社会福祉費はこれまで税なしは公費方式で行われてまいりました。それに対しては社会保障費は社会保険方式で行われてきたことは明らかであります。そうだとしますと、戦後の我が国の社会保障制度の経緯をもう一度今申しました再分配の方式で振り返ってみますと、初めはやっぱり税方式が主流であったというふうに考えられます。税方式が主流にした税制であった。先ほど申しましたように、生活保護費が三〇・五％も占める、それから失業対策費も三・七％も占めるということでありましたから、そういうようなことが言えるのではないかと、それが次第に保険方式の比重が高まってまいりまして、今では社会保険方式が我が国の社会保障の中核をなしている。これは勧告に言われているとおりであります。

こういうふうに、この再分配方式でもってもう一度我が国の社会保障制度を振り返ってみますと、ここに来て私は非常に大きな問題が出てきたと、それは所得の再分配の方式に關しまして新しい問題が出てきたということでありました。それは

何かと、これは高齢化の進展とともに、世代間の所得の再分配が重要な意味を持ち始めてきたということでありました。その場合にまず考えねばならないことは、この世代間の再分配を税方式または保険方式、いずれの方式で進めるべきかということとであります。

これまでは、医療と保険の分野が中心に世代間の再分配の問題が起つてきたために、保険方式が中心でありました。しかし、高齢化の進展と世代間の再分配の量的拡大が次第に非常に難しい問題をもたらし、この前の質疑でも御指摘したとおりであります。

この点を考慮いたしますと、社会保障制度審議会が言うように、今後とも保険料負担が中心になることが当然と言えぬのかということとあります。やはり高齢化が進む、そして世代間の再分配の量的拡大が進んでいくと、今までと同じように保険方式の枠組みの中でそれを行っていくならば、今抱えている問題はますます拡大される形で出てくるのではないかと、ですから、もう一度ここでやはり世代間の再分配については考える必要があるのではないかと思いますが、これにつきましてもちよつと大臣のお考えをお聞きしたいと思っております。

○国務大臣(小泉純一郎君) 世代間の給付と負担の問題というのは、これから大変重要な問題になってくると思えます。お互い給付を受けるために過重な負担をさせないような社会保障制度を構築していかねばならない場合に、当然年齢構造の問題が出てきます。給付と負担の均衡を図るということは、当然年金にしても医療にしてもあるいは介護にしても重要な課題であります。その際に、それでは税と保険と受給者負担という問題をどう考えるかということに私は帰して来ると思えます。税だけでやれということから社会保険方式でやるべきだと、そして税だけでやるという戦後の時代はどちらかというと救済対策といえますか、困窮者対策が私は主だと思えます。当時

は。しかし、社会保障制度は単なる救済法ではないと。国民全体の福祉の向上にどういう制度がいかということから、年金にしても医療においても、あるいは今回の介護の問題においても出てきたわけでありまして、救済対策、困窮者対策とは違った観点から考えれば、お互い支え合っているんだというのが、保険方式というのが出てきて私は当然じゃないか。

でありますから、私は一つというのはとりません。税がいいか、保険がいいかということとはなりません。税と保険と受給者負担をいかに適切に組み合わせていくかというのが今後の大きな課題ではないかというふうに考えております。

○牛嶋正君 その場合、ちよつともう一度お尋ねしたいんですけれども、その組み合わせはそれぞれの制度、すなわち年金制度、それから医療制度、そしてまた今度考えております介護保険制度、それぞれの中でそういう適切な組み合わせがあるというふうにお考えなのでしょうか。それとも社会保障制度全体の中で組み合わせでお考えなのか。その点も一度。

○国務大臣(小泉純一郎君) 私は、個別と全体、関連があると思えます。しかし、当然年金の保険料、医療の保険料、介護の保険料、全体を組み合わせ、どの程度の負担が可能かということをお考えないと、これは過重な負担になってしまうのじゃないか、そう考えております。

○牛嶋正君 その場合ですね、介護保険制度あるいは介護保障制度、これは高齢者を今考えているわけでございますけれども、そうなりますと、世代間の再分配の問題がもうここに入ってくるというふうにお考えられるわけですね。そういったしますと、今、大臣がおっしゃいました介護制度における負担のあり方の組み合わせ、私はそれと考える場合、やっぱり税がある程度中心になるべきではないかと、こういうふうにお考えしております。今、税も、それから保険も、それから自己負担も入っているではないかというふうにおっしゃいます。

ましたけれども、要するところ、そこは組み合わせの問題であると思ふんですね。そうしますと、五〇％、二分の一、保険で賄っていくというのは、やはり今までの保険方式というふうには私は解釈をしたわけでありまして、むしろ私はこの介護に關しましては税方式を中心にするべきではないかと、こんな組み合わせを考えております。これにつきまして、大臣の御意見がありましたらお聞かせ願いたいと思ひます。

○国務大臣(小泉純一郎君) この介護保険制度が導入された後では、そういう議論がまた出てくると思ひます。保険料に見合った給付が受けられないではないかと、あるいは今の給付状況では不満だという声が出てきた場合に、もう保険料を上げるのは嫌だ、何とか税でやってくれという国民の声が上れば、当然税をもつと投入するという議論が政治の場でも議論になってくる。それは、そのときの時点で政治家なり国民がどう判断するかではないかと私は考えております。

○牛嶋正君 今のその点が非常に重要なのでありまして、制度を出発させてから問題が出てきたとき考えるのか。あるいは、やはり制度が出発する前に十分に議論しておくのかということ、私は、これからやっぱり社会保障制度を安定的に、医療制度にいたしましては、やっぱり前にきちつと議論しておいた方がいいのではないかと、もう一つで、きょうまた改めてこの問題を取り上げさせていただきます。もう少しちよつと議論を進めさせていただきますかと思ひます。

保険と税というふうな言っておりますが、保険とは何かということ、保険の本来の役割、機能みたいなものをもう一度整理させていただきますかと思ひます。保険とは、本来日常生活における災害や疾病など不測の危険に共通にさらされている者が一定の掛金を掛け、資金を積み立て、たまたまその危険に遭遇した人に対して、その資金から一定額の保険金を支払う形で難を逃れた人々が援助を行う制

度であるというふうには私は整理させていただきまし
した。したがって、相互扶助の精神を最もよく実
現する方式であるというふうに言えます。

また、給付と負担、保険料とが結びついている
ことから、保険料は極めて価格に近い性質を持っ
ているのではないかと思います。いわば保険料とい
うのは将来予測される危険、リスクに対する回
避費用であるというふうにも解釈できるのではな
いかと思います。

そうなりますと、その意味からいいますと、本
来保険の加入というのは、任意のものというふう
に考えられ、強制すべきではないというふうにと
えられますけれども、しかし保険制度は、共通の
リスクを持つ者が多く加入すればするほど保険数
理から申しまして保険料を引き下げることがで
きることは確かですね。

私は、強制性を伴う社会保険の存在理由とい
うのはそこにあるのではないかとこのように思っ
ておりますけれども、これについてどういうふう
にお考えでしょうか。

○政府委員(田中義弘君) 社会保険のお尋ねで
ございますが、現在の社会保険は社会保険の一環と
いたしまして、疾病、老齢、障害など、個人の自
助努力のみでは対処できない普遍的なリスクに基
づきまして、社会連帯の理念に基づきあまねく国
民生活を守ろうということで制定されたものでご
ざいまして、そういう趣旨から全国民の参加が
必要ではないかというふうにお考えを伺います。

また、仮に任意加入をした場合に、保険事故の
発生率の高いや、保険料負担が軽減されている
低所得者、こういう方々に偏り、いわゆる逆選
択の問題がございまして、財政的に難しくなる
面があるのではないかとこのように考えておりま
す。御指摘の点についても、強制加入により、安
定した保険集団を確保するということから、結果
として保険料の平均化、低額化が図られる面があ
るというふうにお考えを伺います。

○牛嶋正君 非常に難しい御説明をいただきまし
たけれども、先ほど私が申し上げたのと全く同じ

御説明であつたというふうにお考えを伺います。

要するところ、社会保険は加入、それから保険
料負担に当たりましては強制性を伴うわけであ
る。そうすることによりまして、今も御説明のあ
りましたように、社会全体でそのリスクに遭遇し
た人々を助けていくということになるわけであ
ります。

しかし、この制度を安定的に運営させていくた
めには、やっぱり制度として幾つかの要件を整え
ておかねばならないというふうには私は思いま
す。そうでないと、制度としてなかなか安定した
運営はできないのではないかと思います。

その要件を三つ挙げたいわけですが、
一つは、だれもが特定的事象、災害や疾病等に
対してほぼ同じ程度のリスクにさらされていると
いうことですね。これは非常に重要な要件だと思
います。

それから、二番目の要件は、強制性を伴います。
保険料がかなり税に近くなります。ですから、負
担の公平を確保するということが大切だと思いま
す。この負担の公平に関しましては、後ほどまた
改めて御議論したいと思えます。

それから三つ目は、保険料の上限というものが私
はあるんじゃないかと思うんですね。それは、リ
スクとそれから保険給付を勘案いたしまして、リ
スク回避のために負担してもよいと考える保険料
です。そういうものがあるんじゃないかという
ことであります。できれば保険料はその上限以
下で設定すべきであるということでもあります。

私は、この三つの要件がきちっと整わなければ
保険制度を導入いたしましても非常に安定した運
営は難しいのではないかと。先ほど厚生大臣がお
っしゃいましたような問題が起こってくるのではな
いかということが懸念されるわけでありまして、

この三つの要件につきまして順次質問してい
きたいと思うのでありますけれども、六月十七日の
当委員会でもこの問題について質問をしておいま
すので、ちよつと重複する部分がありますけれど
も、お許しをいただきまして順次御質問させてい

ただきたいと思えます。

まず第一の要件でございすけれども、政府案
で問題となるのは、一つの保険制度の中に給付と
負担の關係が全く異なる第一号と第二号の被保険
者が含まれているということでありまして、これは
要件一を満たしていないわけでありまして、この点
についての政府側の答弁は、四十歳から六十五歳
未満のグループは、確かに自分自身のリスクはそ
の時点で小さいが、将来いつかはその人たちがも
七十を超え、八十を超えていくわけであるので、ま
自分の親もそうなるっていくわけであるので、そ
うした人々を社会連帯で支えるという世代間扶養
的な意味合いを持って保険料を考えてほしいと、
こういう御答弁をいただきました。

ここで世代間扶養という非常にいい言葉が使わ
れているわけですが、私も、実際に保険料
を負担する現役世代というのはもつと割り切った
考え方をしているんじゃないかと思えます。恐
らく、高齢者の介護保険料というのは少しでも低
く抑えらるんだと、そのために自分たちは強制的に
保険料に加入させられるんだと、こういうふうな私
は考えではないかと思えます。いわばこれは世代
間の所得再分配の一つの手段であるということだ
ですね。

そこで、私はちよつと計算をお願いしたいと
思っておりますが、聞くとこのようにありますと、今
の保険制度で二〇〇〇年の出発のときに月額保
険料は二千五百円というふうになっております。
今、仮に二号被保険者を外したら、その保険料は
幾らになりますか。今度は逆に、三号被保険
者を設ける、すなわち二十歳以上四十歳未満の被
保険者を三号被保険者として入れた場合に、保険
料は幾らになりますか、教えてください。

○政府委員(江利川義君) 介護保険の被保険者を
六十五歳以上の方にする、そういうふうにな
りますと、今見込んでいます四十から六十五ま
での給付の部分を外して負担を考えると、平成
十二年度におきまして保険料は、同じように七年度

価格で申し上げまして約七千円ぐらい。

それから、今度は逆でございすますが、二十歳以
上の方を対象にするということでもあります。二十
歳から四十歳未満の方は恐らくほとんど給付はふ
えないだろうということで、現在の給付額を人数
で割ってみると、そういう計算でございすますが、そ
うしますと平成七年度価格では約千六百円ぐら
いになります。

○牛嶋正君 この数字に対する解釈はいろいろあ
ると思ひますけれども、一応先ほど申しましたよ
うに、加入被保険者がふえればふえるほど保険料
は安くつくという公的保険の持つべき性質を
ちよつと知るために計算をしていただいたわけ
であります。

この第一の要件が必ずしも満たされていない
ということを感じるわけですが、私も、それによつ
て懸念される点が幾つかあります。私はその中で
最も大きな懸念というのは、二十一世紀の少子
高齢社会を支えなければならぬ現役世代の人た
ちのインセンティブ、あるいは生活における前向
きの姿勢がこのような負担増で抑えられてしま
うのではないかとこのように心配をしております。

もし、介護保険制度の導入によりまして第二号
被保険者に属する人々が少しくてもやる気を失
えば、我が国経済の活力はさらに後退し、社会保
険制度の存立自体も危うくなることも考えられま
す。この点について政府はどんなふうにお考えな
んでしょうか。

○政府委員(江利川義君) すれ違ひのような感じ
になるかもしれませんが、第二号被保険者に保険
料負担を求めている趣旨は前に御説明したとお
りでございます。四十歳以上になりますと、脳
卒中等により要介護状態が生じると、給付を
受ける可能性が高まってくるということが一つで
ございす。

それからもう一つは、自分たちの親が介護サ
ービスを受ける、家族に介護を要する人がいます
と、大変な家庭の負担、いろいろな意味での負担が
かかるわけでございます。そういうことで自分み

らの親が介護サービスを受ける、そういう立場で利益を受ける可能性もあるわけでございまして、そういう意味合いから世代間連帯によって介護費用を支え合うというふうになっているものでござい

ます。民間の金融機関系のシンクタンクの調査によりますと、例えばこれは企業管理職に対する調査をやったのを読んだことがあるわけでございまして、介護を要する人を家庭に抱えますと、仕事について例えば出張ができないとか、あるいは残業ができないとか、あるいはまた家庭の中で非常に不和になるといふようなことが、家族内でのいさかいなどがあえてくるとか、そういうことで、いわゆる管理職というところと四十から六十五の間にいるようなクラスだと思いが、そういう方が介護によって大変家庭生活や仕事上の業務に支障を生ずる、そういうようなことも出ています。

これが現在考えておりますような形で例えば月額一人平均二千五百円程度と、こういう負担をしていただきまして、その問題に直面すると大変な負担になるというものが回避できるのであれば、私はこの制度について御理解がいただけるのではないかとこのように思っているところでござい

ます。○牛嶋正君 自分が支払う保険料が重いか重くないかというところは、これはその人の所得にも依存するでしょうし、その人が置かれている、今おっしゃいましたように自分の親をお世話しなければならぬ、介護しなければならぬというふうな状況の人はそれは安いか不安か。我々は一一人のそういう状況を勘案して議論しております、これは議論になりませんよ、ここで新しい制度をつくるわけですからね。ですから、私は今の御説明ではなかなか第二号被保険者の人たちの負担感がぬぐえないんじゃないか、こんなふうに思

いますよ。○政府委員(江利川毅君) マスコミの世論調査で介護保険についていろいろと調べているもの

がございます。最近の新聞でもございまして、そういうものを読みますと、保険料負担につきまして三千円程度とか、あるいはウエイトは少し減ります五千円程度とか、その辺ぐらまでの保険料負担というのはやむを得ないという方、そのあたりにアンケート調査をとってみるとピークがあるわけでございます。

そういう意味で、やっぱり要介護状態になりましてたときのリスクの大きさを考えると、この点について、世論調査の数字ではございまして、理解をいただいているんじゃないかという感じがするわけでございます。

○牛嶋正君 要件一と関連して、もう一つ懸念されるのは保険料未納の問題なんです。

それで、今取り上げております第二号被保険者の場合、被用者取扱いの場合は保険料が源泉徴収でございまして、取りはぐれはないというふうに思

いますけれども、問題は国民健康保険の場合です。今でも未納率がかなり高いわけでありまして、もし、介護保険をさらに導入いたしますと、両者

も、今の国民健康保険と連動し合せて、さらに納付率と申しますか、未納率と言ってもいいと思

いますか、納付率を低下させる、そういう私は心配があるのではないかと思います。もし、これが八〇%を切るようなことになりま

す、これは社会保険としての体裁は整っていないというふうに見なさいかと思うんですけれども、そのあたりの見直しをちょっとお伺いさ

せてください。○政府委員(江利川毅君) 第二号の被保険者のうち、自営業等の方々は、先生御指摘の国民健康保

険の保険料に上乗せして介護保険料をいただくということになるわけでございます。

ただ、介護保険がございまして、現在医療保険で見ております、例えば療養型病床群の費用であるとか老人保健施設の費用であるとか、あるいは在宅医療のうちの一部であるとか、こういうものが

介護保険の方に移るわけでございます。そうしま

すと、国民健康保険として例えば老人医療に拠出する費用というものがその分減ってくるというこ

とになるわけでございます。私どもの試算では、国民健康保険全体としまして、そういう負担減の

分と介護保険で新たに負担増になる部分が大体同じぐらいではないかということでございまして。た

だ、これは全体で見ているので、それだけ言う

と不正確でございますが、四十歳から六十五歳の方だけが介護保険料を負担しますから、その年齢

では負担が少しふえるというふうな形にはなり

ます。ただ、この保険料負担につきましては、いわ

ゆる介護保険制度についての理解を求めると、そ

ういふ趣旨でこういう負担を求めているのだと

いうことの理解を求められれば、この国民健康保

険の保険料の収納率が低下することというのは余

所得の把握をもとにしているわけでございまして、市町村における保険料賦課総額、これを一号被保険者全体で割ったものがまず基本になると、そしてこれが真ん中辺にあるわけでございまして。そして、所得に応じて二五%増しあるいは五〇%増しという階層を上の方に付けると、それから、逆に負担能力が低いと考えられる、これは世帯全員が市町村民税非課税である場合、これは二五%を軽減すると、そして老齢福祉年金を受給しているような場合にはさらにその基本額に對して五〇%軽減すると、こういう仕組みに考えているわけでございまして。

こういう段階で一応私どもとしては負担の公平の要請は満たしているのではないかとこのように考えております。

○牛嶋正君 私も大体五段階で大きくするのが、やっぱり先ほど申しましたように、所得に基準を求めてきちっと取るよりも、所得の捕捉性というものの、捕捉率なんか考えますと、それは非常にいいんではないかなというふうには思っております。しかしこれは保険料率体系だけの議論でございまして、全体としては私は税の方式を主張しておりますので、その点だけちょっとつけ加えておきたいと思っております。

最後に、上限の話であります。やっぱり、本質的には先ほど言いましたように保険料というのは将来のリスク回避のための費用というふうなことであらうと思えます。ですから、そのリスクを背負ったときにどれぐらいの給付が得られるのか、そしてそのリスクに遭遇する確率、そういったものをいろいろと判断いたしまして、それぞれの被保険者というのは自分が支払う保険料に對してこれ以上は払えない、これ以下であればある程度負担してもいいというふうなものがあるように思うんですけれども、こういった保険料の上限が存在すると私は考えているわけですが、これについての政府のお考えをお聞かせいただきたいと思っております。

○政府委員(田中泰弘君) お答えします。

多少またすれ違いになるかもしれませんが、保険料の水準につきましてはそのときの財政、経済状況もあると思ひますし、一つは将来の給付の水準との関係、それから負担される方、受給される方の所得状況の変化に對した世代間も含められた負担の公平、こういった観点から国民的な選択という中で決まってくるべきものではないかというふうに思ひます。その際、受益と負担の関係を勘案しながらその時々状況に応じて上限の設定や低所得者への配慮、こういったものをする必要がある場合が出てくるのではないかとこのように考えております。

○牛嶋正君 私は上限があるんではないかということをお尋ねしているわけですが、けれども、ちよつと今もお答えがすれ違ったような感じがいたします。

この間、社会保険庁が国民年金の保険料について、八年度でございまして、納付率を発表しておりました。国民年金の場合、八年度の納付率はたしか八二・四%であつたかと思ひます。なぜそんなに低いのかということ、若い世代の人々、その理由を尋ねますと、その理由のかんりの部分がやっぱり高過ぎるということ、すなわち、恐らく自分たちが年金をもらうのはもう今から四十年先とか五十年先の話ですね。そのためのリスク回避ということ、恐らくリスクなんて考えていないんじゃないかと思ひます。だとすると、やっぱり今の保険料というのは高いというふうになると思うんです。そういう意味からいいますと、私はやっぱり上限というものはあるんじゃないかというふうな気がいたします。

さらに、政府案も、財源負担では一〇%の自己負担、それから残りの二分の一は公費負担、そしてさらに第二号被保険者を導入されております。これは私は保険料の上限の存在を一応認めた上での措置ではないかなというふうに思ひております。先ほど計算をしていたかききましたけれども、第二号被保険者を外しますと七千円になつてしまふ。こんな七千円ということになりますと、私は

やっぱりこれはもう上限をはるかに超えているのではないかとこのように思ひます。

恐らく、今想定されております二千五百円の保険料、これも第二号被保険者はもちろんですけれども、私は高齢者もやっぱり高いというふうにして、自分が思ひているよりも高いというふうな感じを受けとめていらっしゃるのではないかと思ひますけれども、この点についての政府の見解をお尋ねいたします。

○政府委員(江利川毅君) 保険料の上限があるんではないかというお話でございましたが、介護保険制度の財源は、先ほど大臣のお答えの中にもありましたように、公費と保険料と自己負担の組み合わせでやつているわけでございまして。

そして、保険料につきましては、先ほどちよつと触れましたマスコミの行った世論調査によりまして、一切負担したくない七・一%、答えない四・二%、その他〇・六%というのを引いていきますと、八割を超えて三千円まで負担してもいいと、もつと五千円でもいいという人もいますし、二万円でもいいという人もいますが、そういう人も当然三千円はいいということになりますから、足し合せていきますと八割以上を占めることになるわけでございまして、そういう意味合いから二千五百円という保険料が過大なものというふうには思ひております。

○牛嶋正君 時間が参りましたので、ちよつとその点についてまた次回、機会がありましたら御質問させていただきますと思ひます。

きょうはこれで終わらせていただきます。

○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) 速記を起こして。

○朝日俊弘君 民主党・新緑風会の朝日でございます。

先ほどは随分制度の基本にかかわるやりとりを聞かせていただきましたが、私は、この新しい介護保険制度の具体的な実施を想定しつつ、改めて確認しておきたい点を中心につか質問させていただきます。

ただきたいと思ひます。

最初に、前回ちよつと時間切れで大臣にお尋ねできなかった点を先にお伺ひしておきたいと思ひます。

今回の介護保険の中では、施設介護サービスの種類について三類型が想定されております。従来の医療及び福祉制度の中にそれぞれ位置づけられてきた三種類のサービス類型を、スタートするに当たつてそのまま引き継いでいくことは現実的な対応として理解できないわけではございません。ただ、振り返つてみますと、この介護保険制度をつくるに当たつて幾つかの問題点が指摘されていたわけです。

その中の一つに、特別養護老人ホームがあり、老人保健施設があり、療養型病床群があつて、しかし現実には、それぞれの施設、病院に入院しておられる高齢者の結構似通つた状態の人が、ある人は特別養護老人ホームに、ある人は老人保健施設に、そして別のある人は病院の療養型病床群に入所したりあるいは入院している。しかも、それぞれの施設あるいは病院に入つて負担する費用はそれぞれに制度上異なつていくわけですから、そういう現実が少々理解しにくい、いささか非合理的であるのではないかと、こういう認識があつたんじゃないかと思ひます。

そのことを振り返つてみますと、先ほど申し上げたように、とりあえずスタート時点で過渡期的に従来の三類型を認めざるを得ないとしても、将来的にはどういふ施設サービス類型が望ましいのか、そしてそれぞれの施設要件が果たしてこれまでもどおりでよいのかどうか、十分に検討していく余地があるというふうには私は思ひております。

そこで、大臣にお伺ひしたいと思ひますが、私は、できる限り近い将来において介護保険法に基づく施設介護サービスに関しては、もちろんそれぞれ一定のバリエーションがあつたり、それに適切に對するするためのフレキシビリティが必要だと思ひますが、基本的なレベルでは一元的に体系化を図るべきではないか、こんなふうな考え方

おりますが、この点に關する大臣のお考えをお聞かせいただきたいと思います。

○國務大臣(小泉純一郎君) 基本的に私も賛成です。

施設に入っている、あるいは施設に入る方にしてみれば、特養であろうが老健であろうが療養型病床群であろうが、いいサービスを提供してもらいたいということが第一主眼であつて、これは介護保険で給付されますよ、これは医療保険で給付されますよということよりも、自分の体の状態に応じてどういう施設に入るか、またどういうサービスが受けられるかというのが最大の関心があると思います。

そういう面において私は、将来この制度が一元化していくというのが当然出てきますし、制度導入後あるいは現在の施設の状態を見ながら一元化の方向で検討していくというのは望ましいと思つております。

○朝日俊弘君 ありがとうございます。

それでは次に、新たな課題についてお伺いしたいと思ひます。

この介護保険制度の発足に当たつて、法律の中では市町村は介護保険事業計画を、そして都道府県は介護保険事業支援計画を策定するというふうに定められております。これらの計画と、既にこれまでに市町村と都道府県で策定されてきた高齢者保健福祉計画、これとの關係についてお尋ねしたいと思ふんです。この二つの計画、つまり新たな計画と従来からつづられてきた高齢者保健福祉計画、内容的にはほとんど同じような内容でもあり、しかし異なった性格を有しているようでもあつて、どうもその両者の關係がよく理解できません。

そこで、まずそれぞれの計画の基本的な位置づけについて改めてお伺いするとともに、この両方の計画の相互關係といふか、あるいはこれら二つの計画がそれぞれのレベル、つまり市町村のレベルと都道府県のレベルでどのように整合性を

持つて策定され実施されていくのか、こういう点について御説明をいただきたいと思います。

○政府委員(羽毛田信吾君) お答えを申し上げます。

まず、介護保険事業計画でございますけれども、今回の介護保険法案におきまして、市町村が策定をしていただきます市町村介護保険事業計画というものがまず基本的にあるわけでありましてけれども、これにつきましては、一つには、今後の介護保険をいたします場合に、その介護保険の給付あるいは費用というものがそれぞれの市町村でどの程度になるかということが必要になるわけでありまして、そのベースになります要介護老人等の人数をどのように把握をし、それからその介護保険で給付対象となりますサービスがそれぞれ種類ごととどのくらいの量が見込めるか、そういうこととで介護保険運営のいわばもとになるベースをつくるという側面がございます。当然そのことの裏腹として、今度はそういった介護保険に必要な介護サービス基盤、つまり今で言う特別養護老人ホームであつたり、あるいはホームヘルパーであつたり、こういった介護保険事業になります基盤の整備をどう進めていくかという整備計画という側面も持つておるわけでありまして。

そうしますと、こういった介護保険の対象になります介護サービスについては、従来の老人保健福祉計画というものは、従来の老人保健福祉計画といたしまして、これも市町村でつくることになっております。市町村の老人保健福祉計画というのは市町村における老人保健福祉全般にわたりますまさに基盤整備の計画でございます。そういう限りにおきましては、介護保険の対象にしておりますような介護保険事業の基盤整備の計画という側面と、老人保健福祉事業の基盤整備の計画というものは具体的にダブつてくる部分が極めて多くあります。それはもう事実でございます。

ところが、老人保健福祉計画はその介護事業で対象にいたします事業以外に、具体的に申し上げれば、例えば養護老人ホームをつくる、これは介護

保険にはございません。あるいは趣を変えて申し上げればヘルス事業、老人保健計画を進めていく、こういった地域における老人介護事業も含む老人保健福祉計画全般にわたる計画という位置づけになってございます。

したがしまして、基盤整備という側面から見れば、大きな老人保健福祉計画という中で介護部分がいれば介護計画という形で別途つくられる。しかし、この介護計画についてはそういう基盤整備と同時に、その基盤整備の結果として、あるいは基盤整備とその地域における需要量の把握の結果として事業量がどのくらいあるかということの把握を介護保険をつくるためにするという側面がございます。そういった關係に両者は立つわけでありまして。

しかし、今申し上げましたように、それぞれ整備をしていくものの面、あるいはその事業の面においては重なりますから、当然その間の連携というものをきちっとしていかなければ、ちぐはぐになったら非常に困つたことになってしまいます。したがしまして、こういった介護保険事業計画と老人保健福祉計画ではその共通する事項も今申し上げましたように含んでおりますので、整合性を持つて策定をするようにということで、法文上も調和が保たれるようにする旨の規定も置いております。現実にもそういったことで、例えば介護保険事業計画を見直していくというときには同時に老人保健福祉計画も見直していくという形で、平仄を合わせながらやっていくということが大事になつてくると思ひますし、そのような指導をいたしたいと思ひます。これは都道府県レベルにおける計画においてても同様のことと言えるというふうに思ひます。

○朝日俊弘君 なるほど、その二つの計画の相關性については少しわかつてきたんですが、ところで次に、都道府県が策定してきた従来の高齢者保健福祉計画では、主として施設サービス提供体制の整備を図るための圏域として、市町村のレベルを超えて一定の広域圏、高齢者保健福祉圏という

形でそういう新しい圏域を設定してきています。

これまでの全国の計画の中でその高齢者保健福祉圏というエリアはどういう考え方に基いて設定されたのか、そして現時点でその高齢者保健福祉圏は幾つもの圏域数になつてゐるのか、お尋ねしたいと思います。

さらに、先ほども質問しましたが、これから都道府県が策定することとなる新たな介護保険事業支援計画についても同様の圏域設定が必要となると思ひますが、その際、これまでの高齢者保健福祉計画で設定されていた圏域はそのまま引き継がれることになるのかどうか、この点についてお尋ねをしておきたいと思ひます。

○政府委員(羽毛田信吾君) まず、老人保健福祉計画の中におきます老人保健福祉圏域というものの考え方でございますけれども、老人保健福祉のいろんな事業、あるいはそのための施設を初めといたしまして施設の整備を図つてまいりますときには、必ずしも一市町村で完結的に整備をするというよりは、より広域で対応していくことが適当であるものがあると思ひます。例えば老人福祉施設でありますとかあるいは老人保健施設といったようなものについては、そういった広域的な観点からやつていくという点が必要になつてまいります。そういった観点から、老人保健福祉圏域という形で市町村を超えまして一つの圏域を考え、その中でその地域のそういった、例えば老人福祉施設ですと老人福祉施設に対する需要を考え、提供体制を考えるということにいたしておるわけであり

ます。具体的にこの圏域の設定に当たりましては、老人保健福祉施策を進めます場合に保健あるいは医療、福祉といったことの連携を図るといふ観点から、もう一方でございましてやうな都道府県の医療計画というやうな中でいわゆる二次医療圏というやうなものもございまして、こういった二次医療圏といったやうなことが基本的には合致をしながら定めていくことが今申し上げましたそれぞれ

園の設定と介護保険制度を踏まえた療養型病床群の整備、それから老健施設なり他の介護保険施設の整備全体の整備目標というのを念頭に置いた上で、なおかつ都道府県がそういう判断をするという場合があるのかどうか、私どもとしてはできるだけそういう全体を考えた上で圏域の一致ということに持つていく必要がある、またそういうふうな指導していきたいというふうに考えております。

○朝日俊弘君 合致してないところをどう調整を図っていくかということは基本的には都道府県の責任になるわけですが、できるだけ先ほど私が指摘したようなことがないように十分当該都道府県とも相談をして進めてほしいなと、こんなふうに思います。

時間がなくなってきましたので先を急ぎます。質問を幾つかはしります。

次の質問は、医療法の改正の中で提案されております地域医療支援病院について一点だけお伺いしておきたいと思っております。

私の理解では、この地域医療支援病院という新しい病院は、その一定の地域の中にある医療機関、例えばかかりつけ医療機能を持った診療所などと積極的に連携を図っていきながら全体として地域医療を支える、こういう機能を持った病院だということに理解をしております。そうなりますと、この地域医療支援病院というのは相当程度総合的な診療機能が求められることになるのではないかと、いうふうに、また求めたいというふうに期待もしたいと思っております。

そこで、その地域医療支援病院の承認要件といいますが、その中で診療機能としてはどの程度の診療機能を想定されているのか、あるいは求めていくとされているのかお伺いしたいというふうに思います。

といいますのは、実は私は精神科医でもございまして、特に精神科医療のことが気になります。一定程度の精神科診療機能を持つ病院になるのか

どうかという点が大変気になります。仮にそのすべての地域医療支援病院がそういう機能を担うことができなかったとしても、せめて二次医療圏内には精神科の救急医療とか、あるいは昨今問題になっております痴呆性脳疾患をきちんとアセスメントできる機能を持った病院がぜひともあつてほしいというふうに思います。

そういう意味で、二次医療圏の中に幾つか地域医療支援病院というのをつくっていくというところを考えた上で、その地域医療支援病院の診療機能についてどの程度に考えなのかお聞かせいただきたいと思います。

○政府委員(谷修二君) 今、先生お触れになりましたように、私も、地域医療支援病院については、かかりつけ医あるいはかかりつけ歯科医を支援し、また地域の医療を全体として支えるという、これが基本だと考えております。そういう意味で、診療機能ということにつきましてはどの程度のものかということは今後具体的に検討していかなければなりません。紹介患者への医療の提供あるいは施設の共同利用や開放、それから必要最低限の救急医療というようなのはやはり実施していく必要があるのではないかと、いうふうに考えております。

ただ、それらはそういったような診療機能というのをすべて一つの病院で持たねばならぬとなると、これはまた非常に制約が多いことになるわけですので、そういった意味で、ある特定の診療科を有するとか有しないということを余り条件にするべきではないのではないかと、いうふうに考えております。

一方、精神科の問題につきましては、特にこの痴呆性疾患に対する精神科病床の整備ですとかあるいは精神科救急医療システムの整備ということを進めていくことが必要だということに指摘されております。具体的に地域における二次医療圏ごとの精神科医療の機能をどういうふうに考えていくのか。現在、精神科床というものは、従来の考え方は三次圏単位というふうな感じでやってきたわけ

でございますが、今後精神医療が地域の中で果たしていく役割というのを考えますと、やはり二次医療圏単位での精神科医療のあり方というものを改めて検討していく必要があるというふうに考えております。

それからもう一つは、地域医療支援病院というのは必ずしも一つの圏域に一つということではなくて複数以上、複数以上というのは一つではないという意味で申し上げておきたいと思っております。したがって、地域医療支援病院をどういうものにするかというのは、最終的には国の方で判断をいたしますけれども、都道府県それぞれの地域の中で議論をして決めていただくということだと認識しております。

○朝日俊弘君 ぜひ二次医療圏単位での精神科医療のあり方について積極的な御検討をいただきたいと思っております。

最後に大臣に一言お伺いして終わります。

先ほど同僚委員から御質問がありました、どんな人たちが介護支援専門員になつていくのか、こういうことでございます。先ほどの御説明では、一定の資格なりあるいは一定の実務経験に基づいて、できるだけ幅広くその対象を考えて試験をして、こういうお話でございました。私も、介護支援専門員の資格要件といえますか候補者といえますか、そういう方たちはできるだけ幅広く考えてほしいと思っております。現行のさまざまな社会福祉施設等における実務経験のみならず、最近では例えばワーカースコレクティブなど住民参加型の活動で介護を実践されている方、そういう経験をお持ちの方もあられるわけですから、そういう方たちも含めて、ある意味では現場主義というか実力主義を徹底して考えていただきたい、こんなことを思っているんです。

この点に関して、大臣のお考えをお聞かせいただいて私の質問を終わりたいと思っております。

○国務大臣(小泉純一郎君) この介護保険制度が円滑に実施されるためにも相当数の介護支援専門員が必要とされると思っております。今お話しのように、

能力のある方、現場でいろいろな実務経験のある方を幅広く、この専門員になりたいという方が出ていただくということは大変好ましいことであります。ですので、そういう方にもなれるような道を開き、積極的にいい方々、資質に恵まれた方々がこの専門員になるように大いにこれから検討していきたい、そう思っております。

○朝日俊弘君 ありがとうございます。

○西山登紀子君 日本共産党の西山登紀子でございます。

先日開かれました地方公聴会、高知と山梨で開かれたわけですが、私は高知の方に参りましたけれども、大変熱心な御意見をたくさんいただきました。当日の地方公聴会を報道いたしましたある新聞が「弱者救済へ切実な声」という大きな見出しでこういう掲載をしているわけですが、きょうは保険料の問題について御質問をさせていただきます。

特に、国保の加入者にとつて今度の介護保険法案が一体どうなるかというところ、大変不安が広がっているわけですが、介護保険料の上乗せがお年寄りやあるいは低所得者にとつて深刻な影響を与えるということは先日の参考人招致でもこの場所でも陳述がございましたし、また高知、山梨の地方公聴会でも率直な御意見があつたところ。特に四十歳から六十四歳の二号被保険者、こういう方々の中で、介護保険料がもし払えないというふうな事態になりますと医療保険が取り上げられる、こういうことになるんじゃないか、こういう不安が広がっているわけですが。

この国保の加入者、今国民の三人に一人が国保の加入者でございます。国保の実態というのは当然委員会でも幾度も議論がされてきたわけですが、けれども、低所得者の方々が加入者の中に大変多いわけですから、年収三百万以下が六五%を占める、そして六十歳以上の方が約六割を占めるという、そういう国保の実態でございます。そこで、お伺いいたしますけれども、この国保の

が払えなくて資格証明書だとか短期被保険者証が
発行された世帯の数、これだけ見ましても倍によ

今後、そういった意味では負担が過重にならないような制度というものをやはり早急に確立して

大工歴三十年の熊谷さんは、作業中に転落をして両腕を骨折して八カ月仕事がなくなった。収入

とで、東大阪市の国保料金がいかに高いかということはおわかりいただけると思います。そういう

の十分はしなくした上での運用というものをしているかなきゃならないというふうに考えておりますので、私は実態的にはそれほど変わらないというふうに考えております。

○西山登紀子君　ちよつとおかしいと思うんですね。実態的に変わらないというのなら、この法改正、変えなきゃいいんですよ。私は変える必要はないというふうに思います。

次の質問に移りますけれども、そういうように法改正がされた場合に、今の自治体の裁量権、「できる」となっているこの裁量権が否定をされるということになるんじゃないかと思うんです。

そこで、懸念されますのは、先ほど資格証明書の数、それから短期被保険者証の数を私紹介いたしましたけれども、それは資格証明書を出すというふうに決めていた短期被保険者証を出すというふうな自治体は全国はまだ二割か三割の自治体なんでしょう。ところが、今度改正されて、これは返還を求めるといふふうになりますと、今現在、そういう資格証明書や短期被保険者証を持つ世帯は約二十一万世帯、約四十万人になるわけですが、それが全国的に拡大されるということになれば、そういう人たちが、私の推定ですが、約八十万から百万世帯に拡大されるんじゃないか、そんな懸念を持つておられますけれども、いかがでしょうか。

○政府委員(高木俊明君) そんなに大幅に拡大されてしまうと、これは制度が成り立たないといふふうに思います。私も先ほど申し上げましたように、この被保険者証の返還という措置自体が先ほど御説明したようなケースについて対象とする、そういった中で慎重に対応していくということと考えております。やはり負担能力があるケース、それにもかかわらず納付をしていただけないというようなケースについては、これはやはり制度全体がいわゆる相扶共済といえますが、保険制度というのはいかに助け合いの中でできているものでありますから、能力に応じた負担というものはしていただかなきゃならないということでありまして、これを厳正にやっていくということとは、これは各市町村の努力のもとにお願いしているわけですが、大事なことであらうというふうな思っております。

そういう意味では、私どもとしては、制度の趣旨というものを十分理解していただいて、そしてまた負担できる方については応分の負担ということをややお願いをしていくことではないかというふうな思っています。そういう意味では、そんなに大勢の滞納者、滞納世帯というものが出てくるというようなことはないと思っておりますが、またあつてはならないというふうな思っております。

○西山登紀子君 「国保が人を殺すとき」というふうな書物が出されたことがあるわけですが、これも、介護保険が加わって医療保険の給付が制限される、つまり介護保険のために医療保険の給付が制限される、つまりお医者さんに行けなくなる、こういう深刻な事態が生まれる大変な心配があるわけですね。特に、四十歳から六十四歳のいわゆる二号被保険者の場合には、これは世帯主というのになつて家族を抱えております。子供もいれば親の面倒も見ていられるというその世帯が、介護保険が加わって払えなくなつたら医療保険ももらえないということになる、これは非常に深刻だと思えます。高知の市長さんもペナルティーはなくすべきたという陳述を先日もしましたけれども、未納者というのはいかに決して悪質な滞納者ではなくて、経済的な理由から納入困難な人だということではせん

だつての参考人招致でも、この場合でも生松参考人が述べられましたことでもありますけれども、新しい制度を充足させるためには、この保険料を払えないという人を最初から排除する、保険料のハードルを高くして越えられないようなものをつくつて、そして払えないからあなたにはペナルティーだ、こういう制度ではおかしいんじゃないかなと思ひます。

十分に低所得者に配慮をし、ペナルティーをなくして過重にならない、そういう抜本的な再検討が必要だと思ひますけれども、お考えをお伺ひして終わります。

○国務大臣(小泉純一郎君) 保険制度というのは皆さんに参加していただかないと成り立たない制度でありますので、当然負担能力に応じた保険料を設定しなきゃならない、そして確実に納付していただくために、よく制度の趣旨を理解していただき協力を仰ぐ。特に、今お話しのように、低所得者に対しても無理のないような負担料を設定しないとこの制度は成り立ちません。最初からもう負担してもしくなくとも同じだということでありましてこの制度そのものが成り立ちませんので、で

きるだけ多くの方々に御協力いただけるような、理解と協力を求めるような啓発活動と、そして無理のない負担設定に十分な配慮をする必要があるというふうな考えております。

○宮崎秀樹君 自民党の宮崎でございます。

公聴会を拝聴してまいして、やはりこの介護保険法、皆さん総論ではこの制度は必要であるといひながら各論部分になると大変いろいろな問題を指摘されているわけでありまして、それは、この介護保険法案というのはいくらでも骨格部分でしかない、そしてまた運営上の問題になりますと、これは将来この骨格に血となり肉となる部分であります。厚生大臣が定める基準が六十五項目、政令が九十二項目、省令が百六十項目でありますから、さらに運用規定なんかを含めると膨大な検討項目がまだはつきりしていない、ですから見えてこない。

そこら辺に問題があると思うので、私は具体的にきょうはちよつとお尋ねをして、こういう委員会の場で国民に情報を早く開示していくというところがこの保険を進めるのに大いに役立つのではないかと。同時にまた各種委員会、各種と言つたけれども、今度新しく発足しましたいわゆる審議会、これは金平さんですか、東京都の前の副知事さんが会長をやつていらっしゃる審議会がおりますけれども、その論点等を早く国民に開示していただいて、そしてこういう前向きな姿勢ではつきり姿が見えてくるということである、そういうことを頭に置いて質問をさせていただきます。

まず第一点は、介護基盤整備との関連についてお尋ねしたいと思ひます。介護基盤整備が十分であるというのを前提にして、保険者、市町村ですが、経過措置として提供サービス量において保険料額を軽減することができるといふ制度となっております。この前の公聴会でも、地域格差、山間僻地の介護サービスというものは大変問題を指摘されている方が多く見られたわけであり

ます。

そこで、在宅サービスについてはサービス量を軽減することによって対応できるんですけれども、施設サービスになりますとそうはいかないわけですね。そうしますと、自分の近くにそういう介護施設があれば遠い市町村へ行つて入るしかないかと、そうすると、そこへ入ればそれでいいではないかと、こうおっしゃるけれども、例えば老健施設なんかに入るのは、まずそこへ入所させるのに要介護者を車で連れていく。それで入れてしまえば終わりというわけじゃないんです。家族が必ず一週間に一回行かなきゃいけない。それはなぜかという、大体老健施設というところは洗濯はやらぬんです。洗濯は家族が必ず来て、それを持って帰つてやるようなシステムになっているんです。そうしないと、家族が来なくなる。

ですから、これ現実の話ですから、家族と会う機会を十分つくるようなそういう非常にきめ細かい配慮までしているわけですね。ですから、そうすると家族も通わなきゃならない。これは大変問題があるわけで、そういうときには一切保険料の軽減は見ませんよとか、そこら辺はそういうところにお住まいの方たちには何かの配慮をしてあげたいんじゃないかと私は思ひますが、現実的にはどういふふうにお考えになつていらっしゃるか、お答え願ひしたいと思います。

○政府委員(江利川毅君) 保険料の設定に当たりまして、先生おっしゃいますように在宅サービスの場合には、その基盤整備が不十分であれば経過措置としてそれに見合った形で保険料を下げるというのができるわけでございます。施設サービスにつきましましては、基本的にその地域で受けられないということになりますと、他の市町村で受けていただくというふうなこともあるわけでございますが、これはまた先生のおっしゃつたような問題があるんだと思ひます。そうしますと、施設に入れないければ在宅で例えば介護サービスと医療サービスを組み合わせながらサービスを受けていただく、そういうことで次

善の策というんでしょうか、そういう形でやらざるを得ないのではないかと、いうふうに思っております。

○宮崎秀樹君　そういうことを頭に置いて弾力的なことを考えていただかないと、何でもしゃくし定規に考えていただくと困るわけであります。

それです、要介護状態になって、それで施設に、これは希望して被保険者が選択できるといふように法律ではなっているんです。ところが、本来なら特養でいいといつても特養がない。特養がなければ、療養型病床群しかなければそこへ入らざるを得なくなる。そうすると、その分の介護保険料というのは、担保できればいいですよ、しかし特養へ入ると今度は自己負担というのは変わってくるわけですね。これがなければ、あるところへ仕方ないから入らざるを得ない。こういう事例も出てくるんです。そういうことも起きてくる。

と同時に、逆に三つの介護施設があつて、本人は新しくできた老健施設へ入りたい、これは選べるんですから。ところが、あなたは特養だよ、あなたは療養型だよ、こう割り振りをだれかがやるような、これは介護認定審査会で割り振りをされてしまうのか。それから、この前の答弁を聞いてみると、その介護度によつて主に医学的な管理の面のある方はもう療養型、それからその次のグレードの人は老健、さらにその次の軽い人は特養と、こんな御返事がありましたけれども、それはだれかが指示してそういうふうに分けてしまふのか、それともあくまでいわゆる要介護者がどこでも選べるのか、法律では選べると書いてあるんですよね。そうすると、新しくできたから今こつちへ入っているけれどもそつちへ行きたいと、こういうことが起きてこないか。

この辺の整理はどういうふうになつてゐるか、お考えがあつたら教えていただきたいと思ひます。

○政府委員(江利川毅君)　確かに、施設整備がスタートの段階で十分ではないということが各地域

で想定されるわけがございますので、施設の選択といひましても限られた条件の中でやらざるを得ないということになるんだと思ひます。

先生おっしゃいましたような、特養がなくて例えば療養型病床群に入るというのであれば、ある意味でサービス基盤も厚いわけで安心感があるんだと思ひます。逆に、医療を要する人がそういう療養型病床群がなくてどうするんだという方がまた問題としては深刻なんだろうと思ひます。

施設の選択は基本的に本人ができるということでありまして、介護認定審査会がこの人は療養上のサービスが必要だといふような場合にはその認定審査会で指定をすることができるといふことになつておりました。その場合には、その指定された人は特養に入りたいと思つていても、その人の医療上の必要性で療養型病床群に入りなさいといふことであればそこに入らなければいけないといふことになつてきます。

そういう指示がなければ選択ということになります。また、これも介護支援専門員とかあるいはかかりつけ医師とか、そういう方のアドバイスを踏まえて選択をしてもらうことになるのではないかと思ひます。

○宮崎秀樹君　それでは、もう施設がなけりやむを得ぬから入つてもいいけれども、そういう多様な施設のあるところは介護認定審査会で指定をしたらそこへ行かざるを得ないと、こういうことでよろしいですか。

○政府委員(江利川毅君)　療養上の管理が必要だといふ場合だけ療養型病床群の方に入れといふ指示がございまして、特養に入れといふような指示は普通はないといふことでございます。

○宮崎秀樹君　そうすると、老健施設とそれから特養は選べるけれども、療養型については選べませんよと、こういうことですか。

○政府委員(江利川毅君)　今、介護認定審査会の指示の話をしましたが、それ以外に指示がないケースでありまして、例えばかかりつけ医師が

施設に入るんであれば医療管理のある方がいいだろうといふようなアドバイスがあつて、それで自分で選択する。それは十分あることでございます。つまり、介護認定審査会で指示をするといふのは非常に限られた、絶対これは必要だといふ特例的なケースに指示をするといふこととございまして、通常はその人の状態に応じて選んでいただくということになります。

○宮崎秀樹君　どうもそこがはっきりわからないんです。だから、具体的に医学的管理の必要度で、療養型病床群はこちらの方で指示するけれども、それ以外は本人に選ばせるだけの選択権は与えますよと、こういうことですか。

○政府委員(江利川毅君)　先生のおっしゃること大体近いと思ひます。

○宮崎秀樹君　大体というのが大体わからないので、やっぱりこれはきちつとやつてもらわないと困るわけです。そこら辺はこれからきちつと整理をして、国民にこうですといふことを示していただかないと、大体という話なんといふのは大体困るんです。みんな迷つちやうから。そこら辺は、これ以上追及してもお答えが出ないから、ひとつペンディングにしておきます。

それから、介護認定の問題でございます。これは前々から、もう説明しなくてもわかつていふように大変複雑なんです。こんな複雑なことを時間をかけてやつて、それでこの平成八年度のモデル事業では平均して二七％も一次審査と二次審査と誤差が出る。

この原因はやつぱり人を見ていないんです。人を見ていないといふのと環境を見ていないことが、この間、清水先生の方から御指摘がありましたけれども、まさに人間の住んでいる状況、そしてその人間の動作といふものを本当に生きた目で見ていない。書類だけでチェックしていくわけですね。それも、痴呆性の方は御家族からマル・バツの聞き取りをやる、それをコンピュータに入れる、それからかかりつけ医、主治医のある方はその方の意見を求めて、そして認定審査会で認定

をする。

それで、これは三十日以内と言つていますから、三十日かかったらこれははっきり言つて死んだやつてゐるかも知れないです。実は、きょう電話があつて私の診ている寝たきりの患者さんが亡くなったといふんです。残念なことをしたなと、江利川さんにぜひ見せてあげたいと思つたんだけれども。

そういうことで、やはり一月たつと年寄りにはわからないです、その状態が。それから、一日のうちですごく変わるんですよ、状態のいいときと悪いときと。我々だつてそうでしょう、もう夜疲れているときと朝起きてすがすがしいときとは全然違ふわけですよ。だから、やつぱりお年寄りは余計その格差がひどい。それをいつ聞き取つていくかという話、これが一つあるわけですよ。

だから、本来医療保険は、保険証を持つてくるとそこでやはり問診をして、そして視診をする、目で診るわけですよ。それから、今の若い先生方は余りやらないですけれども打診、聴診、これは全部やるのが鉄則なんです。我々の年代はそれはたたき込まれたけれども、今の人はすぐ検査をやつちやつて血液の結果を見てどうだこうだと検査に走るけれども、私はやつぱりそういうことをきちつとやれば、その場で専門家が三人なら三人の認定審査会で見れば即決できると思ふんですよ、この人のグレードはこれだ。そうすると、そこでもうすぐ介護の指示ができるわけですよ、ね、グレードがわかるから。むしろ、その方が簡素化であるしお金もかからないし、被保険者、要介護者も非常に喜ぶわけですよ。

ですから、これはひとつ簡素化を図つていただきたいと思ふんですが、大臣、どうでしょうか。○国務大臣(小泉純一郎君)　お話のとおりだと思ふんです。

名医にかかれれば一人が一番いいと思ひます。もうそんなに多く要らないと思ひます。ところが、世の中そうじゃないといふことと、こういうややこしい複雑な用法を用いなきやならない。しかし、

今お話しのとおり一月というのは確かに長過ぎる。できるだけ短く認定できるように体制をつくるよう努力しなさいかぬと思っております。

○宮崎秀樹君 今、名医というお話がありましたけれども、だから今五人ということとはさておいて三人ぐらいで見れば、三人の意見を聞けば大体まとまっていけると思いませんか。

障害者の障害認定というのがあるんです。これは一級、二級、三級、これを決めるわけですね。一級なんかだと税金が免除されるわけですね。そういう大きなバックグラウンドがあるやつも、はっきり言って医師一人で行って全部認定して書類を書いて、それでおかしいやつは二次審査会というのがあるんです、確かに。

そこで、例えば脳出血なんかですぐ申請を出す人があるんですね。これは症状がそのとき診たときと変わってよくなる可能性がある、だから時期尚早といつて返却するわけです。ところが、年齢を見てもう九十歳で年齢的にもこれはもう無理だろうというふうになるとみんな相談して第二次審査会ではこれは一級おろせと、こういうふうなことをやったり、それからある者によつてはこれは再認定を要する、それは六カ月後だと、こういう指示を出すわけです。

現場で最初に出てくるのは、一人でやっていると、これはみんな。これは申告制でありますから、認定をとるのには申告して、そして市町村へ出して、それを認めてもらってその認定医というのが決まる。だから認定医以外には書けませんけれども、その書類は。

だから、今回もそうやって認定をして、そこでやはり動けない人はそこへ午後からでも行って、そして診てくる、そういうチームを幾つかつくと、こういうことをして簡便化しないとこれは大変なことになる。しかも、今度施設に入っている人も全部一人一人やるんですよ。こんなことは私はできるのかなと今から心配しているんですけれども、その辺はどうでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 要介護認定について求

められる要素は三つあるんだらうと思います。

先生の御指摘のありました迅速性をどう確保するか。それからもう一つは、全国の制度でございまして、公平性というのでもう一つ、全国の統一性というのでもう一つ、そういうことも要請される。それから、認定の透明性、こういうことが要請されるのだらうと思っております。

そして、要介護者の数は、要支援者も含めると制度スタート時に二百八十八万人ぐらいいまして、一遍に二百八十八万人ということではありませんが、この人たちは順次見ていって三カ月、ときには六カ月ぐらいいの間でまた再認定をするということが起こるわけでございます。

こういう業務を公平性、透明性も確保しながらやるというのは大変なことではございまして、そこで一つの方法として、いろいろと長期間診ていただいている成果というものをかりつけ医師の意見書で出していいただく。それから、全国統一の様式で調査をして、それで判断をする。そういうことで要介護認定をやつて公平性とか透明性を確保したい。

これはまた逆に、先生の御指摘になります迅速性に欠けるではないかという問題が起こるわけでございます。先ほど大臣からもお答えがありましたので、これをどうやったら迅速にできるか、これは一生懸命勉強させていただきたいと思っております。

○宮崎秀樹君 一生懸命勉強してください。勉強してもらわないとこれは大変なことになるということだけ指摘しておきます。

それから、今厚生省の案は五段階です。それでも四万刻みでなっています。それでは、一月のうち十三日間その対象になったというときは、これは日割り計算なんですか。

○政府委員(江利川毅君) 要介護状態にあるというのには、ある程度の期間そういう状態にあるというのが見込まれる人でございまして、そういう意味ではその期間をまた厚生省令で定めるといふことになっておりまして、大体三カ月ないし六カ

月というふうなイメージで考えておりますが、そういう期間ある人というふうな考え方ではございまして、そういう意味では、認定されますと基本的に月単位というのでもう一つ、あるいは場合に よつて、物によつては三カ月単位ぐらいいで見た方がいいたいかもしれませんが、こちらではちよつと検討事項でございまして、そういう単位で見ていくものでございまして。

○宮崎秀樹君 痴呆性の方を三カ月なんて見たらだめですよ。三カ月で治る痴呆ならみんな痴呆にならないうえ。それからみんな厚生省令ですから、これが怖いんですよ、どうなっちゃうか。だから、そこら辺は本当ならもうここできちんと目安というのが出てこないかね。けれども、これはいたし方ないことですから、やっぱり現場をよく見て、そして間違えないひとつ対応をしてもらいたいと思っております。

その関連で一つ今やりますけれども、老健施設という中間施設があるでしょう。中間施設、今三カ月で出すように一生懸命、羽毛田老人保健福祉局長さんは恐らくそういう指示を文書で出していると思うんですよ。皆さん私のところへ言っているのは、そんな痴呆性の人を三カ月で出すなんというふうになる、またたらい回し、一回出して、今度はほかのところの施設に入れて、また引き取る、こういうことをやって、キャッチボールをやっちゃうんですよ。当事者としては、それで困るわけですよ。だから、そういうことのないように考えて、この痴呆性の老人という方をどういふふうな今後やっていくかと。

介護保険が発足したときに、今やっていることとはつきり整合していません。それがきちっと将来整合するようにやってもらいたいんですが、その辺はどういうふうにお考えでしょうか。

○政府委員(羽毛田信吉君) 痴呆性老人の介護保険下における、特に老健施設における扱いという御質問でございまして。

現在、先生が御指摘になりました老人保健施設につきましましては、御案内のとおり老人保健施設と

いいますのは、言ってみれば高齢者の方々が家庭に復帰をしていただくことを支援するということを主たる目的にできています施設であります。したがって、そこをついの住みかになれるということを想定しない、むしろリハビリテーションをして家庭に帰っていただくというのを主たる目的にした施設という形でお願いをいたしております。したがって、三カ月たったら機械的に出すというふうなことはしておりませんけれども、三カ月ごとにやはり入所継続の要否というふうなことの判定はしていただきたいというふうな指導をしていることは事実でございます。

そうした中でございまして、今後介護保険ができましたときに、一つは、先ほど御議論出しましたけれども、三つの施設類型を長期的にどう一元化という方向で考えていくかという問題がございまして、まず当面の話といたしまして、おっしゃるような老人保健施設の場合に今かなりの部分、痴呆性老人の方々が入つておられるという実態がございまして。

したがって、その痴呆性老人の方々の場合に、今家庭復帰というのを目的とする施設だということだけで割り切れるかという問題が当然あると思っておりますので、そういう点につきましては、今度の介護保険の導入に合わせまして、老人保健施設を今度の施設体系に合わせますときに、いわば痴呆性老人等の方々が長期入所にならざるを得ないという部分についての扱いをどういふふうにしていくか、施設のあり方として長期の検討と同時に当面の対応として検討してまいりたいというふうな考えでございます。

○宮崎秀樹君 検討が非常に多いのですけれども、ひとつ検討してください。

次に移りますけれども、先ほど言ったように、五段階という四万四千刻みですから、細かければ細かいほどグレイゾーンですね。先ほど言ったように、朝診たときと夜診たときとグレイゾーンが両方にまたがっているということがあり得るわけですね。しかも、一月たったら大分変わっちゃ

うと。いざ介護になったときにはもう全然行つたときと状態が変わつたと。それで非常にまたわかりにくいのです。

これは一番大事なのは、インフォームド・コンセントと医療でよく言いますけれども、要介護者の方に納得してもらわなきゃいけないわけですよ、あなたはここの範疇です、こうこうです、よというのを。これは痴呆性の方は無理ですけども、そうじゃない方はきちっと、痴呆性でもわかる部分がありますから、これはやっぱり説明をしてあげるといふことは大切ですよ。しかも理屈がきちつと合っていないじゃないわけですよ。ところが、厚生省のこれは余り細かくて、我々でも理解しにくいような、健康者でも理解しにくいので、これはなかなか難しいですよ。

先ほど私の資料をお手元に差し上げましたが、これは日本医師会が今一生懸命取り組んで、もう少し簡便でそして早くできて納得のいく方法をひとつ出そうじゃないかということをや今研究して、全体の本文はこんなにあるんですけども、最終的なことを実はここで表で見ていただきたいのです。

表二であります、「要介護度総合分類の分岐項目と基準」。これは実は三つの段階に分けてあるんです。

I A D Lというのは家事や金銭管理の能力ということなんです、分類Iは、これに対しては問題がある。それから、これはVIまで全部あるわけがあります。対象外はもう外してありますから問題ないわけがあります。

それからA D Lにつきましては、これは数字であらわしています。例えばこのA D Lを説明すると、四から七なんという数字が出ていますけれども、これは非常に簡単でありまして、これの内訳が食事とそれから排せつ等そういうことを全部数字で記録をつくっております。

分類Iというのはベッドの上での可動性、自立ないし観察が要するというのが一点、それから部分的援助が要る、これは寝返り等を含んでいるんです。

すが、これが三点、それから広範援助ないし全面依存、これが四点。それからトイレの使用、これは観察が要するというのが一点、部分的援助が三点、広範援助ないし全面援助が四点。それから移行で、移動に對して自立ないし観察をしなければいけないのが一点、それから部分的援助が三点、それから広範援助ないし全面依存で援助するのが四点。それから食事、これも観察しなきゃいけないのが一点、それから部分的援助が二点、広範援助ないし全面依存が三点というので、この点数で実はこれをあらわしている。

それから痴呆状態、それから医学的管理があるかどうかというので大体この三つぐらいに分けておかないと、三つという、金額でいうと八万円だ、八万円じゃ大きな差があるじゃないか、こういう議論もあるんですが、これは一つグレードが上がる下がるで確かにそれは問題あるけれども、前の四万円よりは、四万円だと小刻み過ぎたこれは非常にグレイゾーンがわかりづらい、これだと大体要介護者に納得のいく説明ができるわけなんです。あなたはこういうことだから総合でこんなんだよという説明を、それはやはり簡単でなきゃ、簡便でなきゃ説明つきません、もう複雑怪奇なことでは。やっぱりわかりやすくした方が私はいいと思うんですが、これについてはどういうふうにお考えでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 要介護認定の結果が要介護を申請する人にわかりやすいものであるということとは本当に必要なことだと思います。

私どもも、八年度のモデル事業を踏まえて九年度のモデル事業は改善したわけですが、そしてまた、それぞれの要介護度の説明についての工夫などをしたわけでありまして、けれども、なお改善を要するのではないかと、そういうことを専門家の検討会で言われております。医師会ですと、中間報告というところでございまして、この先まださらにいろんな調査等を行いながら最終報告をまとめていくということでございます。

私どもも、また今モデル事業を実施しておりますが、この成果を踏まえてさらに改善を図るといふことになっております。これを検討する専門家の委員会には、この調査を担当している医師会の先生もメンバーになっておりまして、各方面の英知を集めてできるだけわかりやすいものにしていく、そういう努力はしていきたいと考えております。

○宮崎秀樹君 ぜひお願いしたいと思ひます。

それから、介護保険制度における療養型病床群と老人保健施設の問題についてお尋ねしたいんですが、御案内のように、今、療養型病床群、四万床台であります。これを将来十九万床にする、こう言っているんですが、この転換に対する経過措置が平成十四年で切れるんです。十二年から発足して二年しかありません。とても私はこれは間に合わないんじゃないかと思ひます。だから、その経過措置をもう少しと延ばしていただけないか、少なくとも五年ぐらいは最低延ばしていただけないとこれは対応できないんじゃないかと思ひますが、そのあたりはどうでございましょうか。

○政府委員(谷修一君) 療養型病床群の整備でございまして、今、先生お触れになりましたように、ことしの一月現在で四万七千床ということでございます。ことしの七月の段階で五万三千床という形でかなり整備が進んでおります。このうちの約三分の二がいわゆる介護力強化病院も含めた既存病床からの転換という形でございまして。

療養型病床群の整備ということにつきまして、全体としては医療施設の整備補助金によりまして、一般病床からの転換に対する国庫補助の実施、それから老人保健拠出金事業による助成金の交付、それから社会福祉・医療事業団によりまして融資の確保、それと特に診療報酬によりまして療養環境加算あるいは移行計画加算というふうなことにによりましてできるだけ支援をしていく、整備促進を図っていくことを考えております。

先ほど冒頭に申しましたように、今から三年前

は約五千床というような規模でございましたけれども、この三年の間に約十倍になってきたというふうなことで、私どもとしては、今申し上げたような取り組みを通じて、引き続き、この介護力強化病院からの転換の促進ということを図っていきたいと考えております。

○宮崎秀樹君 この介護力強化病院というのだけれども、これ有限ですから、全部いったって、まだこれ五万というのとあと十四万床ですから、これはもう種切れになるわけです。だから、そこら辺をやはり考えてもらわないといけないので、これはぜひともひとつ延長は考えておいていただきたい。できないときに、それじゃ延長しますよでは、もう今から準備しておかなくや間に合わないわけですから。その辺の見込みを間違えと、よく見込み間違いを厚生省おやりになるから、見込みを間違えないようにひとつやっていただきたい。これをお願いしたいんですが、どうですか。

○政府委員(谷修一君) 法案上は、施行後三年を超えない日で政令で定める日という形になっていったと思ひますが、先ほど来申し上げているように、かなり転換が進んできている、今からまだ五年あるわけでございますから、そういう意味で、この範囲の中で私どもとしては整備、転換を図ってきたいというふうには考えております。

○宮崎秀樹君 それじゃ、そのときにできなかつたら、やはりこれは考え直して、これは変えてもらわなきゃいけないというふうに思っておりますので、ひとつそれは頭の中に置いておいていただきたいと思ひます。

それから、療養型病床群というのは、いわゆる介護保険適用の療養型病床群と医療保険適用の療養型病床群と、この二つがあるわけですが、施設基準だとか人員配置基準には差別がないんですけど、差異が。ただ、ケアマネジャーの存在だけが差があるわけです。

それを見ると、非常に私は一つの例を挙げると考えさせられるんですが、例えば全身リユーマチの人が入所したと、介護度がこれは非常に多いの

で、おまえは介護保険と。ところが、あの病気が痛がるとこれは大変です。鎮痛剤を朝昼晩やって、そしてステロイドをやって、注射も関節内へ入れたり、いろんなことをするような、私も一人患者さん持っているんですけれども、これは大変であります。そうすると、これは医療だからといって、今は病室ごとに変えたから、じゃ医療だからおまえこつちの病室にきようは移れと、よくなつてあしたは介護だからこつちに移れと。ケアマネジャーが移ればいいんです、健康なのが。それが、実際これではそういうばかな規定になつてゐるわけです。

これは、人じゃなくて施設にお金をやるという制度ですから、そこはやっぱり血の通つたことをやつてもらわないと、これ大変困るんです。そこらあたり、大臣、聞いていてちよつとおかしいと思いませんか。——おかしいと思ひますよ。大臣答えてくれないけれども、じゃ江利川さん、お願いします。

○政府委員(江利川毅君) 施設に対する適用、人に対する適用、この問題はこの制度を考える過程で老人保健福祉審議会でも大分議論になつた点でございます。

老人保健福祉審議会での議論の結果として、当面の考え方と先々の考え方と二つ出ているわけですが、当面の考え方として、療養型病院に入院している高齢者が要介護状態になつたというところで、そのまま介護保険を給付するとなると、社会的入院の追認になつてしまふのではないかと、あるいは介護保険制度というのは介護の質を向上させる、そういう意味で病院とは少し違う体制、長期的な介護にふさわしい体制を整えた、そういうような形に持つていくべきではないか、当面の話としてそういう指摘があつたわけでございます。これを受けまして、介護支援専門員を置き、そして、その人に対して介護サービス計画を策定してサービスをする、そういう仕組みになつていくわけでございます。

また、将来的には、同じく老人保健福祉審議会

の答申でございませうけれども、専門的介護機能とかりハビリ機能の強化とか、介護保険適用施設としてふさわしい施設のあり方をさらに考えるべきだということも言われているわけでございます。そういうこともありますので、そういうことも考えなくちゃいかぬ。

ただ、また先生がおっしゃいましたように、人を見てすぐ病室を行つたり来たりという、これまた非常に非人道的な扱いではないかというお話でございます。法律上は、現在の療養型病床群の考え方を念頭に置きながら療養型病床群の介護報酬の適用の仕方を考えていくわけでありまして、現在の療養型病床群は、もう先生御案内のとおりでありまして、看護とか投薬とか丸められていて、食事を含めまして大体月三十万ちよつとぐらいだと思ひます。それに医療の出来高が入つて、平均すると四十三万ぐらいの費用がかかつてゐるというのが今の療養型病床群でございます。

ですから、そういうことで普通の治療はそういう形でできるんだらうと。ただ、先生が御指摘になりました非常に変なケースもあるじゃないかと、そのときに病院を移つて処置するのが適当なケースもあれば、必ずしもそうでないこともあり得るんではないかというお話がございました。法律上の規定では、原則として介護保険施設には介護保険法が適用されるわけでありまして、厚生大臣が定める療養については例外というのがございまして、これをどんなふうにかえていくか、今、先生の御指摘がありましたことも踏まえながら検討させていただきますと思ひます。

○宮崎秀樹君 私、今例外もあるという事例を出したんですが、例外はやっぱり認めてもらわなきゃ困る、こういうことですので、頭へ置いて、これも対応できるような運用というものをやつてもらわないといけないというふうに思つております。それから、療養型病床群へ入つていて、そこから他の医療機関へ行くことについてはいろいろ制限があるわけです。田浦議員からの質問に

対してはつきりした答弁があつたんですが、やはり放射線治療なんかできる療養型病床群はそうないわけですね。例えば、子宮がんの患者さんが入つた、これは大した症状じゃないけれども、やはり何回かほかへ行つて照射をしてこなきゃいけない、しかもその方は脳血管障害があつて今介護状態にある、こういう場合なんかないことはない。私は例外的なことを言うんですが、しかしそういうのは割かしあるんです。そういうときに、お前はだめだ、介護保険だからそんなものだめだぞと頭からやられるととても困るわけであつて、そういう場合には、やはり外へ行つたときにきちつと医療保険の適用ができるようなシステムを講じてもらわなきゃ困る。在宅の場合は両方からというお話なんです。ただ、入所した場合には、入院した場合にはという話になるとこれはいろいろ問題が出てくるので、その辺の整理をしていただきたいと思ひますが、どうでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 療養型病床群で必要とされます医療につきましては、原則的にはその施設において一体的に提供されるべきものというところでございますが、特殊な検査であるとか特殊な治療であるとか、そういう取り扱いについては、確かに現在の医療保険でも療養型病床群について、一部について他の医療機関からの医療の提供を認めておりますので、そういう現在の医療保険での取り扱い、また新しい介護保険制度における介護報酬をどうつくっていくか、そういう中で先生の御指摘も踏まえながら具体的な取り扱いを検討したいと思ひます。

○宮崎秀樹君 それから、緊急な場合ですね。この緊急な場合の対応をやつてもらわなければ困るわけですよ。施設に直接飛び込む。今はどこへ行つても対応してくれるけれども、介護保険になると、これは申請を市町村に出さなければいけないわけですよ。そこで認可をもらわなきゃすぐ対応できないというのでは困るわけです。

(委員長退席、理事上野公成君着席)
要介護者が要介護状態になつたといつて施設に

直接飛び込んだときに、この法令では療養費払いですが、何かそんな対応ができるという話があるんですけれども、ただそのときに介護度が違つてゐるとおりの金が変わつてくるわけです。そうすると、その分はあなた負担しろよと、こういう話になるので、私はある程度施設に認定の委託をして、その意見を聞いて決めるという道をあけておいてもらいたいです。そうしないとやはり混乱が起きますと思ひますが、どうですか。

○政府委員(江利川毅君) 要介護認定そのものは、保険者の決定する機能ということでございまして、被保険者が寝たきりや痴呆等の状態にあるかどうか、介護保険からの給付条件を満たすかどうか、これを全国共通の基準に基づいて認定する、そういうものでございまして、保険者である市町村が行う行為でございまして、これそのものを施設に委託してしまふ、これは大変難しいことではないかと思ひます。

ただ、施設にいますと、施設には特養でも嘱託医がいたりとか、あるいは老人保健施設や療養型病床群の場合には医師がいるわけでございます。当然かかりつけ医師の意見はそこで決めていただくということになるわけでございます。また、施設にも介護支援専門員がおりまして、調査の委託などでもできるわけでございます。そういう仕組みを活用しながら、権限そのものの委託は難しいのではないかと今思ひます。

(理事上野公成君退席、委員長着席)

○宮崎秀樹君 だから、そこら辺の調整もやつてもらわなきゃ困るわけです。

それから、介護支援専門員ですけれども、これは主に調整役、コーディネーター的な仕事をするんです。これは施設には全部いなきゃいけないんです。療養型病床群にはいなきゃいけないけれども、では、それ以外にはどういふ身分でここに配属をされるのか。資格を取つたら、その介護支援専門員の生活保障というのは一体どういふうになるんですか。

○政府委員(江利川毅君) 介護支援専門員は、仕事として、在宅で介護サービスを受ける人の介護サービス計画をつくるコーディネーターみたいな役割をする。あるいはまた、施設におきましても、施設に入った人の介護サービス計画をつくる役割を果たすわけでございます。そういう意味で、施設は特別養護老人ホームでも老人保健施設でも療養型病床群でもそういう人を置くということになります。

それから、在宅の場合には、時として施設にいる人もそういうことをやることもあり得ますが、在宅介護支援センターであるとか、あるいはそういう事業者であるとか、そういうところに介護支援専門員が置かれます。

○宮崎秀樹君 これは専門で定着して置くんですか。パート的なものでいいんですか。そこら辺はどういうふうにお考えになっていらっしゃるんですか。

○政府委員(江利川毅君) 法律上は常勤であるとか非常勤であるとかは決まっております。事業の運営のあり方を決める中でどう定めるかということになると思います。

○宮崎秀樹君 そこら辺もあいまいで、その人たちがいなかたつたらこれまた困るわけです。だから、やっぱりそこら辺をきちんとフォローしておかないと困ると思うんです。

それから、そういう施設に入所した人たちが一生懸命リハビリをやつて努力する、そうすると介護度がどんどん軽くなるんですね。軽くなると施設にはお金が入ってこないんです。一生懸命やるほど施設の経営が苦しくなる。これはインセンティブが逆なんです。そこもやはり重大問題なので考えてもらわないと、これはなかなか介護をやる身になると、今各施設が非常に不安になっていくんですよ。この制度が入ったら、おれたちが一生懸命やればやるほど飯の食い上げになっちゃつて、もう経営ができなくなるといふようなことがあるので、そこら辺を何か補完する考えというのはあるんですか。

○政府委員(江利川毅君) 要介護者がリハビリ等

を通じて要介護度が軽くなる、これは本人も大変幸せだと思いますし、大事なことだと思います。ただ、これを妨げるような形の介護報酬であつてはならないのではないかといいことでございまして、そういう改善度を増すようなインセンティブというんでしようか、リハビリをやつて成果が上がつたらそれを評価する、そういう仕組みを介護報酬の中で考えられないかというふうに思つております。これは何とか検討してうまく仕組みみたいというふうにお考えしております。

○宮崎秀樹君 介護の五段階の今の厚生省案だと金額が決まつてしまつていくわけですね。そうすると、ほかにもどこから財源が来るかと、これは財政構造改革の中で大変な問題だと思うんで、これは大臣、やっぱり大臣から答弁いただいて、私の質問を終わりたいと思います。

○国務大臣(小泉純一郎君) もうお話を聞けば聞くほど難しい点が出てくるという率直な印象です。

あいまいな点があつて、どつちでも解釈できるというふうな点は、やっぱり人が大事じゃないですかね。お医者さんなり介護支援専門員なり、そこが人間性の重要な点だと思ふんです。全部法律で規定する、箱物だけで規定するといふんじやなくて、その点でよくこの介護保険制度の理解を得る、その衝に当たる人たちに趣旨そのものを理解してもらつたのが大事ではないか。そして人で

すね、養成の点においても、常識を發揮して、人間を扱うのが基本なんです。常識を徹底させるのが大事じゃないか。やっぱり人間を信頼して、その人間性を涵養していく中でこの制度が生かされるような人の配置、人の養成が大事だと思います。

○清水澄子君 本日は、私は介護保険法の中心とも言ふべき在宅介護サービスを担うホームヘルパーの身分確立についてお尋ねをしたいと思います。既にこれまでもいろいろお聞きをいたしました

が、現在のホームヘルパーはさまざまな問題を抱

えております。その最も大きな問題は身分が非常に不安定であるということでありまして、非常に低賃金で労働条件が劣悪であつてはヘルパーとしての職業の確立が非常に困難であるということだと思います。

今、大臣は人という問題をおっしゃいました。福祉はやはり人だと思ひます。介護はなおさら人だと思ひます。ですから、質の高い福祉というのはその人がどれだけそれに心を持って要介護者に接していくか、ヘルプをするか、ケアをするか、そういう意味で人という問題は介護の中では特に重要だと思ひます。現在の実態では、本当に介護保険の導入に伴つてそれだけ質の高い介護を提供できるかどうかというときに、このホームヘルパーの実態、そういう問題は非常に重要なテーマになると思ひます。

昨年、自治体労働組合、自治労が政令都市と県の都市の調査をやつております。それを見ますと、自治体でホームヘルパーの正規の職員は六三三なんですね。そして、社会福祉協議会では正規の職員は二二・三、そして福祉公社では四・五で、平均しますと一〇％にすぎないわけですね。九〇％は登録、非常勤、パートで占められております。

厚生省は、介護保険実施の平成十二年には十七万人のホームヘルパーが必要だといひます。それを目標としていひます。平成二十二年には五十八万人のホームヘルパーの確保が必要だと見積もつておられるわけですね。その場合に仮に一〇％しか正規職員のホームヘルパーが確保されないといふれば、介護保険が目指す在宅介護はマンパワーの面から本当に確保できるのかどうかという問題がここに私は示されていると思ひます。

そこで、厚生省にお尋ねしたいわけですね。でも、正規職員のホームヘルパーの比率が一〇％程度にすぎない現状の理由についてどのように認識しておられるのか、お伺ひいたします。

○政府委員(羽毛田信吾君) ホームヘルパーの

方々の勤務形態に関しますお尋ねでございますけれども、今、自治労の調査の結果をお挙げいただきましたが、私も、ちよつと古うございましてけれども、平成三年のホームヘルプサービス実態調査というところで市町村等の社協等へ委託をされた実態によりますと、正規職員が三五・四、そのほかが非常勤の形で二八・五、登録ヘルパー三〇・三というところでございまして。ただ、先生今御指摘のありました全体の傾向という意味では同様の傾向を示しておると思ひます。

これは、今の実施主体、今、自治労でお挙げをいただきました数字をこらへないでございまして、市町村の場合には正規職員比率が高い、社協はその後で福祉公社は非常に低いというところでございまして、やはり事業主体によりましてホームヘルパーの正規職員比率というものが大きく違つております。この理由というのはいくつもあると思ひます。労働条件にかかわることももちろんあると思ひますし、それからそのサービスの従事しておられる側、卑近なところで言えば例えば主婦等の方々がパートというふうな形でお勤めになる場合には勤務に都合がいい形態になるというふうなサービスの従事者の意向というふうなこともあ

ると思ひます。

サービス提供とサービス需要といふことの関係で見ますといふと、やはり正規職員でありますホームヘルパーの方々は通常の勤務時間でサービス提供を行われる、それから福祉公社等の民間事業者のホームヘルパーの方々が休日だとか夜間におけるサービス提供を行われるというふうなことでサービス需要に応じた対応ということが事業主体ごとに行われている、そういうことの一つのあらわれとして今のような格差が出てきています。

そうすると、そういう格差の結果として比率に違いも出てきますし、その結果として今お挙げをいただいたような全体の正規職員の比率が比較的低いことになってきているというふうなことはなからうかというふうな思つております。

○清水澄子君 非常に認識は違つております。

まず、これは労働省との関係もありますが、週の労働時間を十八時間以内に抑えた登録ヘルパーとして扱っている福祉公社が非常に多いわけですね。これは自治体が行っているところですが、そういうのはさきの自治体の調査でも、臨時で六時間から三十五時間というのがあったり、登録で六時間から四十四時間という週の労働時間になっているわけですが、週十八時間に抑えようと非常に得なんですね。何が得かといえは、今の法律では、いわゆるパート労働法なんですが、事業者は短時間労働被保険者の雇用保険を払わなくていいんです。それから、健康保険も払わなくていい、そういうふうないろいろな社会保障の権利を与えなくていいわけですね。二十時間以上になるとそれを払わなきゃいけないわけですから、そこで十八時間に抑えよう、そういう傾向が現実にあると思います。

ですから、ほとんど二十時間未満で、本当はパートの労働というものは三十時間未満なんです、十八時間未満なんです。そして、年収九十万円以上とか雇用期間一年以上にこの調査を見てもなっていないわけですが、全部そういう社会保険の適用外に置くことができるというこの十八時間に抑えるというやり方なんです。そういう実態をもっと厚生省はつかまなきゃだと思わなければならない。

というのは、これからのヘルパーというのは、こういう仕事にはやはり男性だってもっと入ってほしいと思うわけですね、この職業は。しかし、九州のある市で福祉のヘルパーに男性をもっと雇用してほしいという要求をしたら、その事業主は、ヘルパーの賃金は男性が生活していけるようなものではない、だからそれは女性の仕事であって、男性がそういう仕事をして生きていけないぞということで採用を拒まれているという現実があります。事例がはつきり出てきております。ヘルパーというのはそういう仕事でいいんだ、そういうふうな女性の労働という扱いをして、これを職業として確立していく、専門性を持たせていくという、そういう面の認識が非常に足りない

と思うんです。

厚生省は、この介護保険の導入に当たって、こういう介護を担うホームヘルパーの雇用実態を今後どのように変えていくのか。そういう意味で、やはりもっと指導性を持って、介護の質を高めるということは労働省の責任というだけでは私は逃れられないと思いますので、ぜひその点の建設的な御意見を伺いたいと思います。

○政府委員(羽毛田信吾君) ホームヘルパーの方を初めとする介護保険のための人材確保ということが介護保険の生命を制する非常に大事なことであることにつきまして、私もその方々もそのように考えておりますし、そのこととの関係において就労条件といったようなことをどういうふうにしていくかということが重要な要素であることは私もそのように考えております。

先ほどお話のございました実態の方でございすけれども、今、非常勤の訪問介護職員、ホームヘルパーの平均勤務時間を見ますというところ、これもちょっと古くて恐縮でございますが、平成三年の実態調査で週十四時間というところになっております。確かに先生言われる二十時間ということからいうと平均的には下回っておりますけれども、これもいろいろな見方が確かにできると思いますが、先生の言われるような事業者の都合で労働時間を抑えているんじゃないかという見方もできると思いますが、先ほど申し上げましたように、就労を希望されている方々の意向というところが反映されている結果であるという側面もあると思います。

いずれにしても、人を確保しまして、その人に十分に働いていただくことは大変大事なことだと思いますし、そのことが先ほどのように男性の職場としても十分あるようなことになさなければいけません。これは男性女性を問わずでございますけれども、ホームヘルパーとしてお雇いした方々が十分働いていただけるような形に持っていかなきゃいかぬ。そういう意味で、今、事業費補助に切りかえたという

こともそういったことをねらっているわけであり

ます。そうしたことを前提にしまして、しかしそれは勤務形態は全部正規の職員という形がいいかというところになりますと、私もやはり、高齢者の方々の介護サービスに対する需要という側面から考えますと、非常に多様化をしますし、増大をする。夜間が必要であったり休日が必要であったり、それからずっと滞在していただくというよりは短時間巡回していただくことが必要であったり、そういう多様な需要が出ますので、こういったことを考えますというところ、サービスの提供の形態も非常勤のヘルパーだとかあるいは福祉公社のいわゆる登録ヘルパーというふうな形も含めまして多様な業務形態の組み合わせの中でやっていく、また市町村がそれぞれの自治体で一番必要に合った、実態に合ったやり方を考えていくということが基本ではなからうかと。

そういったようなことを含めながら介護サービス基盤の整備に努めていくことが大事ではなからうかというふうに考えております。

○清水遼子君 厚生省は平成八年五月に老人福祉計画課長名で「非常勤ホームヘルパーの就労条件の確保について」という通達を出しておられます。その中では、やはりこういう状況がある意味では察知しておられることと思いますが、「適切なホームヘルプサービスが提供されるためには」とあって、「ホームヘルパーは原則として所属先団体と雇用関係にあることが望ましい」、私はこれは当然のことだと思います。

こういうふうな考えでおられるわけですが、なぜここで「原則として」ということが挿入されているわけですか。適切なホームヘルプサービスが提供されるためには、やはりそれは雇用関係にあることが必要だと思ふという形に発展させなければ、先ほどのように、もちろん夜間に働く人もいます、そういう需要と供給の関係はありますけれども、これからマンパワーの確保という点ではこの

ホームヘルパーの雇用の安定というものが重要な課題だと私は思います。

そういう意味で、私は一度厚生省がこの面で労働省とちゃんと話し合うとかそういうことにもっと積極的な姿勢を示していただきたいと思いますが、そういうことについての決意をひとつ述べていただきたいと思います。

○政府委員(羽毛田信吾君) 決意を述べさせていただきます前に、「原則として」ということがございましたから、ちょっとだけそこを申し上げさせていただきます。

私も、先ほど申し上げましたように、ホームヘルパーの方々の就労条件は大変大事だと思っております。そうした観点に立ちまして、例えば事故等が発生しました場合の責任の所在が明確にならないとか、あるいは専門的なサービスが個別の援助計画に基づいてきちっと提供されるというような意味からも指揮命令系統をきちっとするというような、むしろいいサービスを提供するということのために雇用関係を求めるというのが基本であろうと。それはそのとおりであろうというふうに思っています。

ただ、先ほど来申し上げましたように、そういった雇用関係以外に登録ヘルパーというふうな形でサービスの利用の多様な需要に応じるという弾力的なサービスというものの組み合わせっていくことは、やはりそれを利用する人の需要ということを考えれば大事なことでありたいというふうに思っています。そういう意味合いでそういうものも組み合わせながらということをお願いしたいわけであり

ます。しかしながら、今後、一つにはそういった今後例えば民間活力を利用するという形で民間が、これからホームヘルプ事業がふえてくる、そこへ民間が参入をしてもらえる、そうすると民間が参入してこれら需要に合ったサービスを提供しようとなさる、そのことによって民間の市場というのが確立をされてくれば労働という意味でもちや

んとペイをするような産業として位置づけたいか
れるという一つの側面はございます。そういった
いわばホームヘルプを介護保険によってこういう
形で民間にも開放し、介護保険による介護ニーズ
というものの増大というものが踏まえれば、そう
いったことによつて民間市場が育つことによつて
先生の今御指摘になったようなこともやはりき
ちつとしていくという面が一つございます。

それとも一つ、おっしゃるように、そういった
労働条件の面につきましては労働省と今後とも
密接な連携をとつてまいり、それは労働条件のみ
ならず、そういったホームヘルパーの方々のいか
に確保していくかという面でも労働行政とかか
わりは非常に大事だというふうに思つておりま
す。

○清水澄子君 ぜひその点は労働省と本格的な協
議をやつていただきたいと思ひます。賃金が安い
上に雇用保険もない、労災の適用もない、有給休
暇もない、そして一年ごとの更新というのが大体
非常勤の皆さんの待遇なんです。

そして、今、登録ヘルパーの活用というのは、
もう言わなくてもみんな登録のみでいきたいとい
うのがほとんどです、安上がりですから。ですが
ら、それは言わなくてもヘルパーの登録は非常に
多いんですね、各自治体でも。しかし、その人た
ちは本当にそれは職業では成り立たないというこ
とでみんなやめていって、とても多くの人が登録
しても全部やめていきますよね。そういうので本
当に五十八万人の、私はそれでも足りないかもし
れないと思つてゐるのに、マンパワーが確保でき
ますかという点において、やはりそこに職業とし
て定着できるような、そしてまたこれからの雇用
政策としても非常に大事な部分なんです。

ですから、その点はやはり厚生省としても、こ
の辺の福祉関係に働く人たちの身分の安定とか、
そういう面は真剣に考えていただきたいと思ひま
す。

が今度は被保険者に直接介護サービスを行うよう
になるわけですね。こうなりますと、介護サービス
は自治体直営のもの、社会福祉協議会のもの、福
祉公社のもの、そして民間の事業者などがそれぞ
れの契約に基づいて行うということになるわけ
ですね。そうすると、これまで以上にホームヘルパー
の労働条件がそれぞれ異なってくるわけなんです
が、それだけに私はやっぱりホームヘルパーには
一定の労働条件の確保とか、そういう位置づけと
いうのはとても重要になってくると思ひます。

ですから、厚生省は介護保険法のもとでホーム
ヘルパーの労働条件について、介護サービス事業
者に対してどのように具体的に指導をしていかれ
るおつもりか、その点について御見解を聞かせて
いただきたいと思ひます。

○政府委員(羽毛田信吾君) 今後におきますホー
ムヘルパー等の体制につきましては、やはり基本
は、労働条件をどう考えるか、あるいは正規の職
員でどれだけ確保するかということがまずありき
ではなくて、やはり多様な介護を要する方々の需
要にどうこたえていくか、またそれをこれから大
きくやっていくときにどういうふうによつていく
かということが今までの以上に大事になってくる
と思ひます。

今までの措置制度は、ある意味からいえば配給
で、公の方で準備したサービスを受けていただく
という形でありましたけれども、ある意味からい
うと今後は需要の方から供給を考えていくという
ふうになっていかなければならぬという側面が
ございます。そういう意味からいえば、今の勤務
形態等も含めてどういう形でサービス提供をして
いったらいいかということにつきましては、介護
を要する方々の需要ということを中心に考えてい
かなければいけません。

そうしますと、先ほど来の繰り返しになります
けれども、やはり勤務形態も、今、登録ヘルパー
という例を出したところ、あるいは地域によつては
ワーカーズコレクティブというお話もございまし

たが、そういう非営利の民間でやっておられる住
民参加型のサービス、そういったいろんな形態の
中でやっていくということになると思ひます。

そうした中で、しかし就労条件の確保というこ
とは非常に大事でございますから、先般も雇用関
係をきつとすることを基本とするという通知を
出してありますように、そういった姿勢というも
のの一方において労働条件をきつと確保してい
くということもかたがた私どもとしても忘れてな
らない姿勢であろうというふうに思ひますし、そ
のことにつきまして労働省とも連携をとりながら
進めていきたいと思つております。

○清水澄子君 それは需要からの立場のみじゃな
くて供給する立場から、厚生省はどちらかとい
え供給する側を今いろいろやつてゐるんでしょ
うから、その立場でやはり質の高いといひますか
専門性を持ったヘルパーを提供していく、という
人たちをつくり出していくという、その点で私は
要求しておりますので、ぜひこの介護保険法実施
の中でそれを具体化することを真剣に追求してい
ただきたいと思ひます。

次に、介護報酬についてでございますが、昨日
の地方公聴会でも、私は山梨県へ行きましたけれ
ども、非常におくれた計画の中でこれは二〇〇〇
年までに実行できるのかということを尋ねまし
た。そうしたら、知事からはこの介護保険法の中
身が何ともわからないじゃないか、このことにつ
いて早く我々に示してもらわなければ自分たちの計
画の立て方がない。これはもうどこでも聞か
される問題であります。

厚生省の示した計画の中で介護報酬の決定は介
護保険の始まる平成十二年四月の直前となつて
いるわけですが、これでは各市町村は介護保険事
業を具体化するのには非常に難しいんじゃない
でしょうか。なぜこの一年前とか事前に介護報酬の
決定を行わないのか。そして、私どもがこれはど
うなるんだとどんなにお聞きしても、もう絶対に
教えない、そういう秘密主義で私どもはここで一
体何を議論したらよろしいんでしょうか。この質

疑始まつて以来、これはどういう考え方でどうな
るかというのは一切教えてもらえないんです。

どの程度のことを考えているのかということ
こちらにはイメージしたいわけですから、そう
いうことで全然理由を説明してもらえないんです
が、こでぜひ、なぜ一年前や事前に介護報酬の決
定を行わないのか、理由を説明していただきたい
と思ひます。各市町村が事前に介護保険の事業計
画を立てていかなければ、幾ら経過措置がある
としても、それに安住してゐたのでは、やはり私
は非常に怠慢だと思ひます。そういう意味で、
厚生省はそれを立てなくともいい、直前でもいい
んだ、平成十二年四月でいいんだという理由とい
うのは、一体そのためにはどういう措置をされるの
か、その点についてぜひこではっきり私どもに
わかるように御説明をいただきたいと思ひます。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険法案では、介
護報酬につきましてはサービスの種類ごと、要介護
度ごと、それから施設や事業者の所在地ごとに平
均的な費用を勘案して設定するというふうになつ
てゐるわけでございます。これは、今後介護保険
の給付対象となります各サービスの費用に関しま
して実態調査を行ひまして、その上で関係審議会、
医療保険福祉審議会になると思ひますが、その中
の老人保健福祉部会、ここが介護保険の基本を議
論するところになると思ひますが、そういう関係
審議会における意見を踏まえながら検討していく
ことになるわけでございます。

そして、介護報酬の具体的な水準そのものは、
十二年度から実施しますと十二年度予算に反映さ
せるというふうになりますので、最終的な数字が
決まるのは十二年度予算案が固まる時になつ
てしまふわけでございます。予算案が固まるとい
うか、予算案で骨格というか大枠が固まると、
それを踏まえて各論の整理ができるということに
なるんだと思ひます。

ただ、介護保険の介護報酬につきまして、私ど
もとしては、これは単に実態調査をするだけ
で数字が決まるのではなくて、どういう考え方で

それで、厚生大臣、私が今申し上げたことは一遍検討する気はないかということと、もう一つ最後にお尋ねしたいのは、医療保険では高額医療費

十一月七日日本委員会に左の案件が付託された。

一、介護保険法案の抜本的修正に関する請願

の請願の趣旨は、第五五号と同じである。

請願者 埼玉県川越市今泉一七四ノ一ノ二

紹介議員 西山登紀子君

この請願の趣旨は、第五五号と同じである。

第三三七号 平成九年十月二十四日受理

介護保険法案の抜本的修正に関する請願

請願者 埼玉県浦和市瀬ヶ崎一ノ八ノ一三

兵藤昭二外三百名

紹介議員 橋本 敦君

この請願の趣旨は、第五五号と同じである。

第三三八号 平成九年十月二十四日受理

介護保険法案の抜本的修正に関する請願

請願者 埼玉県羽生市南七ノ一ノ二

中島達明外三百名

紹介議員 筆坂 秀世君

この請願の趣旨は、第五五号と同じである。

第三三九号 平成九年十月二十四日受理

介護保険法案の抜本的修正に関する請願

請願者 横浜市区区汲沢三ノ四ノ二

仲田俊夫外三百名

紹介議員 山下 芳生君

この請願の趣旨は、第五五号と同じである。

第三四〇号 平成九年十月二十四日受理

介護保険法案の抜本的修正に関する請願

請願者 神奈川県厚木市愛甲二、六〇三ノ

一 大須賀正行外三百名

紹介議員 吉岡 吉典君

この請願の趣旨は、第五五号と同じである。

第三四一号 平成九年十月二十四日受理

介護保険法案の抜本的修正に関する請願

請願者 横浜市区和泉町一、五九八ノ二

七 堀田弘司外三百名

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。

第三四六号 平成九年十月二十四日受理

介護保険法案の廃案に関する請願

請願者 東京都国立市東四ノ二ノ一

鈴木柁子外七百七十三名

紹介議員 浜四津敏子君

継続審議となつてゐる介護保険法案(介護保険法施行法案を含む。)を廃案にされたい。

理由

導入されようとしてゐる介護保険制度には、以下のような重大な問題がある。(一)四十―六十四歳までの第二号被保険者は、加齢(老化)に伴う疾病が原因で要介護状態になることが必要とされ、例えば、交通事故で要介護状態になつても介護保険の適用はない。四十歳以上の被保険者全体では、九割強の人は介護保険の適用はないと考えられ、保険料は生涯掛け捨てとなり、実質的な増税と同じである。(二)介護保険の適用を受けようとする人は、市町村に申請し、要介護(要支援)認定を受ける必要がある。現行制度の下でデイサービスなどを利用してゐる高齢者の多くは、この認定であるい落とされ、利用できなくなるおそれがある。また、手続が煩雑な上、申請から認定結果が出るまで一ヵ月、利用まで二ヵ月近くも掛かり、現行の措置制度以上に利用しにくい制度となり、保険者である市町村の事務量、事務費も急増する。さらに、介護サービスが不足している自治体では認定が厳しくなるなど自治体によって認定にばらつきが出てくるのは確実で、公平な認定など不可能であり、また、認定結果に対する不服申立ての制度も不十分である。(三)保険料負担が大幅に増大する。介護保険制度導入時の一人当たりの平均保険料月額二千五百円という厚生省の推計は極端に低い国の事業費単価などから試算されており、明らかな過少推計であり、将来的に保険料の大幅引上げは避けられない。しかも、保険料の引上げは国会を通すことなく、容易に行われる。一方、高齢者世帯のうち年収百万円以下の世帯が十六・七、三百万円以下の世帯が六十以上であり、国民健康保険の保険料滞納者は二百五十万人にもなる。このように高齢者世帯は低所得者が多く、

現在の国保制度においてすらこれだけ滞納者がいる中で、月三万円の老齢福祉年金の受給者からも介護保険料を年金天引きにし、国保保険料に介護保険料を上乗せして徴収するという法案の内容は、高齢者や低所得者の生活実態を無視しており、保険料未納者の急増は確実である。さらに、未納者には厳しい措置があり、介護保険料の上乗せのため国保保険料が払えなくなった人は、医療保険の給付も受けられなくなる可能性がある。(四)サービス利用の際には定率一割の利用者負担があり、これまで無料や低額で利用できた人の負担が大幅に増大する。また、介護保険の保険給付はカバーする範囲が狭く、給付額にも上限があるため、保険が利かない部分が大量に発生し、生活上必要なサービスを利用する場合ですら高額の自己負担が必要となる。(五)法案のままでは、「保険あつて介護なし」の状態が水続きし、社会的入院の解消も不可能であり、かえつてそれを公認するようなものである。何よりも介護保険制度導入の大前提であるはずのサービス整備計画(新ゴールドプラン)の目標年次までの達成は困難な状況にある。特に、在宅サービスの要であるホームヘルパーは、国庫補助が低すぎ、人材が集まらないのが現状である。また、予定されている介護報酬は低く、保険給付額に上限が設定されているため、民間営利企業の参入も進まない。中でも現在の特別養護老人ホームは、こうした低報酬では利用者から保険外負担を取るなどしなければ、確実に経営が赤字になる。良心的な施設ほど倒産のおそれがあり、その結果良好なサービスは減り、家族介護の現状はむしろ悪化する。(六)介護保険制度導入には、厚生省の権限や利権拡大という隠された目的がある。社会保険料は厚生省主管の特別会計となるため、権限や利権が拡大し、厚生官僚の天下り先も確実に増大する。実際、介護保険法案には政令・省令事項が三百近くもあり、重要事項はほとんど厚生官僚の裁量で決められてしまふ。また、保険料の不正流用をチェックする中立的な第三者機関の規定も、情報公開規定も、厚生官僚の介護保険

関係機関・業者への天下り禁止規定も法案にはない。これでは、介護保険を舞台にした第二、第三の岡光事件が起こることは避けられない。以上のように、介護保険制度の実態は、現行制度より後退した高負担低福祉をもたらし制度といえる。よつて、介護保険法案等は廃案にし、介護保険に代わる公的介護保障についても一度議論し直すべきである。

第三五五号 平成九年十月二十七日受理

被爆者援護法の改正等に関する請願

請願者 広島県府中市元町四九七ノ一

村文字外二百二十五名

紹介議員 山口 哲夫君

この請願の趣旨は、第三〇六号と同じである。

第三九二号 平成九年十月二十九日受理

介護保険法案の抜本的修正に関する請願

請願者 埼玉県浦和市原山一ノ九ノ二

生形久子外七百五十一名

紹介議員 阿部 幸代君

この請願の趣旨は、第五五号と同じである。

第三九三号 平成九年十月二十九日受理

介護保険法案の抜本的修正に関する請願

請願者 鳥取市浜坂東一ノ一〇ノ五

松岡 紀子外七百五十名

紹介議員 有働 正治君

この請願の趣旨は、第五五号と同じである。

第三九四号 平成九年十月二十九日受理

介護保険法案の抜本的修正に関する請願

請願者 長野市吉田一ノ八ノ一

加藤さと子外七百五十名

紹介議員 上田耕一郎君

この請願の趣旨は、第五五号と同じである。

第三九五号 平成九年十月二十九日受理

介護保険法案の抜本的修正に関する請願

請願者 埼玉県大宮市本郷町一、四四六ノ

三 榎本和恵外七百五十名

紹介議員 緒方 靖夫君

この請願の趣旨は、第五五号と同じである。

第三九六号 平成九年十月二十九日受理

介護保険法案の抜本的修正に関する請願

請願者 鳥取県気高郡気高町山宮一七二

平尾伸一郎外七百五十名

紹介議員 笠井 亮君

この請願の趣旨は、第五五号と同じである。

第三九七号 平成九年十月二十九日受理

介護保険法案の抜本的修正に関する請願

請願者 横浜市旭区今宿町二、六一四ノ三

六 吉田清治外七百五十名

紹介議員 穂満 弘君

この請願の趣旨は、第五五号と同じである。

第三九八号 平成九年十月二十九日受理

介護保険法案の抜本的修正に関する請願

請願者 山形県鶴岡市大字東目丙二六三ノ

二 真田静子外七百五十名

紹介議員 須藤美也子君

この請願の趣旨は、第五五号と同じである。

第三九九号 平成九年十月二十九日受理

介護保険法案の抜本的修正に関する請願

請願者 山形県鶴岡市大西町一八ノ二八

佐藤武外七百五十名

紹介議員 立木 洋君

この請願の趣旨は、第五五号と同じである。

第四〇〇号 平成九年十月二十九日受理

介護保険法案の抜本的修正に関する請願

請願者 石川県金沢市八日市五ノ二九八

高崎加都子外七百五十名

紹介議員 西山登紀子君

この請願の趣旨は、第五五号と同じである。

第四〇一号 平成九年十月二十九日受理

介護保険法案の抜本的修正に関する請願

請願者 石川県金沢市涌波四ノ八ノ二六

森美子外七百五十名

紹介議員 橋本 敦君

この請願の趣旨は、第五五号と同じである。

第四〇二号 平成九年十月二十九日受理

介護保険法案の抜本的修正に関する請願

請願者 横浜市泉区和泉町五、三〇二ノ五

川井輝男外七百五十名

紹介議員 筆坂 秀世君

この請願の趣旨は、第五五号と同じである。

第四〇三号 平成九年十月二十九日受理

介護保険法案の抜本的修正に関する請願

請願者 大阪市福島区福島五ノ二ノ一七ノ

六〇七 中田多津子外七百五十名

紹介議員 山下 芳生君

この請願の趣旨は、第五五号と同じである。

第四〇四号 平成九年十月二十九日受理

介護保険法案の抜本的修正に関する請願

請願者 山形県鶴岡市鳥居町二八ノ二〇

井上和子外七百五十名

紹介議員 吉岡 吉典君

この請願の趣旨は、第五五号と同じである。

第四〇五号 平成九年十月二十九日受理

介護保険法案の抜本的修正に関する請願

請願者 長野市三輪九ノ二三ノ二〇 大澤

智秋外七百五十名

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。

第四二二号 平成九年十月二十九日受理

臍帯血（さいたいけつ）バンクの設立に関する請

願 請願者 和歌山県田辺市湊六七四ノ二 岡

本公外一万百六十六名

紹介議員 石田 美栄君

この請願の趣旨は、第五三三号と同じである。

第七部

厚生委員会会議録第七号(その二)

平成九年十一月十三日

【参議院】

平成九年十一月二十七日印刷

平成九年十一月二十八日発行

参議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局

第百四十一回国参议院厚生委员会会议录第七号(その二)

(本号(その一)参照)

高知地方公聴会速記録

期日 平成九年十一月十一日(火曜日)

場所 高知市 高知新阪急ホテル

派遣委員

団長 委員長

理事 山本 正和君
理事 南野知恵子君
理事 浜四津敏子君
理事 石井 道子君
理事 渡辺 孝男君
理事 西山登紀子君
理事 釘宮 磐君

事務局側

常任委員会専門員 大貫 延朗君

公述人

高知市長(高知県市長会会長) 松尾 徹人君
高知県医師会常任理事 山内 昇君
社団法人高知県看護協会理事 川添テル子君
社会福祉法人土佐平成福祉会常務理事 水田 武夫君
老人保健施設あつたかケアみずき施設長 和田 節君
高知県社会福祉協議会会長 中澤 秀夫君
高知医療生活協同組合訪問看護ステーションレインボー所長 小松 桂子君
豊寿園施設長 岡崎 潔君

(午後零時三十七分開会)

○団長(山本正和君) ただいまから参议院厚生委员会高知地方公聴会を開会いたします。

私は、本日の会議を主宰いたします厚生委員長の山本正和でございます。よろしくお願いいたします。

まず、私どもの委員を御紹介いたします。

自由民主党所属の南野知恵子理事でございます。

同じく自由民主党所属の石井道子委員でございます。

平成会所属の浜四津敏子理事でございます。

同じく平成会所属の渡辺孝男委員でございます。

日本共産党所属の西山登紀子委員でございます。

太陽所属の釘宮磐委員でございます。

以上の七名でございます。

厚生委員会におきましては、目下、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、以上三案について審査を行っておりますが、本日は、三法案について関心の深い関係各界の皆様方から貴重な御意見を承るため、当高知市及び甲府市において同時に地方公聴会を開催することにいたしました次第でございます。何とぞ特段の御協力をお願い申し上げます。

次に、公述人の方々を御紹介申し上げます。

高知市長の松尾徹人公述人でございます。

高知県医師会常任理事の山内昇公述人でございます。

社団法人高知県看護協会理事の川添テル子公述人でございます。

社会福祉法人土佐平成福祉会常務理事の水田武夫公述人でございます。

老人保健施設あつたかケアみずき施設長の和田節公述人でございます。

高知県社会福祉協議会会長の中澤秀夫公述人でございます。

高知医療生活協同組合訪問看護ステーションレインボー所長の小松桂子公述人でございます。

豊寿園施設長の岡崎潔公述人でございます。

この際、公述人の方々に一言ごあいさつ申し上げます。

皆様には、御多忙のところ御出席をいただき、まことにありがとうございます。

皆様から思惟のない御意見を拝聴し、今後の法案審査の参考にいたしたいと存じます。どうぞよろしくお願いいたします。

次に、議事の進め方について申し上げます。

まず、お一人十分以内で順次御意見を述べいただきます。その後、委員の質疑にお答えをいただきます。

なお、御発言は御着席のままでお願いいたします。

それでは、これより公述人の方々から順次御意見を述べ願います。

まず、松尾公述人をお願いいたします。

○公述人(松尾徹人君) それでは、着席のままで発言させていただきます。

高知市長会長の高知市長の松尾でございます。

本日は、参议院厚生委員会におかれましては、介護保険関係三法案に関しまして高知地方公聴会を開催していただきまして、意見を述べられる機会をいただきましたことを心より御礼を申し上げます。

超高齢社会を迎えるに当たりまして、新たな介護システムの整備は緊急の課題でありまして、その解決策として公的介護保険制度はぜひ実現しなければならぬものというふうに思っております。

す。また、その中におきまして私たちが都市自治体の役割も大きいものと認識をしております。真剣にこの問題に取り組んでおりますことをまず申し上げておきたいと思っております。

しかし、率直なところ、市町村はこれまで国保制度の運用で大変苦勞してきた経験から、つくるならその轍を踏まない安定的に利用しやすい制度を確立してほしいというふうに切望いたしております。

今、県下市町村では介護保険に關します協議会を設置いたしまして、情報交換を行いながら議論を深めてまいっておりますが、市町村にとりましても高齢者にとりましても安心できる制度の確立を願いながら、協議会で出された意見も交えまして、幾つかの意見、要望等を申し述べたいと存じます。

第一に、これからの超高齢社会におきましては、介護サービスは人間としてどこに住んでいても最低限保障されるべきナショナルミナムムとして確保されるべきというふうに考えます。その意味では、どの地域におきましても同一給付、同一負担が原則となるべきものと思っております。したがって、市町村の財政力やあるいは住民の所得水準の差によって基本的なサービスや負担に地域間格差が生ずるようなことはあるべきではないというふうに思っております。制度全体としてそのような考え方に基づいて基本的な仕組みの構築あるいは運用を図っていただきたいというふうに要望いたします。

そのため、まずは給付水準がどの市町村でも同レベルになるよう制度発足までに集中的に基盤整備に必要な財政措置や人材の確保措置がなされますことが前提となるべきというふうに思います。それらが確認できた上で実施されるべきが望ましいというふうに思っております。

第二に、法案には政令あるいは省令等にゆだねる事項が相当数に上っており、かつ、あるべきけれども、特に介護報酬単価の設定とあるいは具体的な介護認定基準の策定などに当たりましては、運営する市町村にとりましては保険運営やあるいは介護サービス体制に大きく影響するところでもありまして、市町村の意見が十分反映されますようにぜひお願いをいたしたいと思っております。

また、地方分権が言われておる時代でもありますが、財源的なゆとりも含めまして、何もかも縛るというのではなくて市町村の判断にゆだねる部分、裁量の余地というものをできるだけふやしていただきたというのをぜひお願いいたします。

第三に、一割の自己負担金でございますけれども、現行の老人福祉法に基づきますサービスは、例えばホームヘルプサービスの場合、本市では対象者に非課税世帯が多いということもありまして、利用者の八五％が無料という状況にあります。したがって、介護保険に移行することによってこういった方々に新たな負担が生ずるわけでありまして、また施設サービスにおきましても多くの入所者について現行以上に負担が生ずることが見込まれます。介護を受けながら保険料も自己負担金も払わなければならない。しかも、医療と違いまして介護は長期にわたりますので、負担能力がなく生活保護を受けるしかなくなるという方がふえてくるように懸念をいたしております。

特に、介護保険料負担は、想定されております所得階層区分が少ないこともございまして、国民健康保険制度と比較しても相対的に低所得者負担が重くなっております。高齢者の精神的な面もぜひ配慮をいたしまして、低所得者の自己負担、保険料の負担軽減や減免措置といったものもぜひお考えいただきたいというふうに思っています。

第四に、要介護認定基準についてでありますけれども、本県では高知市を含め五地域で既にモデル

ル事業として要介護認定を行っているところでありまして、厚生省方式によりますコンピュータ判定と実際現場で行いました介護認定審査会での判定との差異は、平成八年度に実施いたしました結果では国全体でも二八％とお聞きいたしました。高知市の場合、地域的特性もあろうかと思っております。三三％の差異が出るといふ調査結果になっております。

特に、痴呆のように機械的な判定の困難なケースもあることもぜひ考慮されまして、要介護認定基準につきましてはある程度弾力性を持つてできる限り現場実態に近いものとなりますようをお願いをいたしたいと思っております。

第五に、制度そのものは基本的には在宅重視の考え方に立っているものというふうに考えておるところでございますが、在宅介護を促進する前提としてさまざまな条件整備が必要ではないかというふうに思っています。特に、家屋内の段差をなくしたり手すりをつけたりといった住宅のバリアフリー化が常識化するよう民間住宅、公営住宅も含め制度的に促進することでありまして、あるいは同居推進のハード、ソフト両面の在宅誘導策を積極的に展開することが必要ではないかと考えます。

第六に、財政調整交付金等についてであります。

国と地方の国費負担の割合ですけれども、国と地方の負担区分でありますので、この割合につきましては、どの市町村につきましても二五％はぜひ保障していただき、財源面での市町村格差を是正するための措置としての財政調整交付金はその別枠での上乗せ措置としていただきたいというふうに思っています。

また、交付金は要介護状態になりやすい後期高齢者比率や高齢者の所得能力で算定されるというふうになっておりますが、単に後期高齢者比率で算定されますと、要介護者の多い地域では交付額が実態を十分反映されたものにならないことも想定されますので、高齢者全体に占める要介護者の

比率で算定するなど、できるだけ実態を考慮した算定方式にしたいというふうに思っています。

また、第一号保険料の未納によります赤字対策につきましては、財政安定化基金の交付、貸し付け基準についてですけれども、事業の安定化の観点から最低責任保険料取納率等において各自自治体の実情に即した設定をお願いしたいと考えております。

第七に、市町村の一般会計の負担でありますけれども、国の試算では、制度導入後一般会計負担額はトータルでは減少するのではないかとというふうになっておりますが、本市のように医療施設が全国平均の約三倍もあり、療養型病床群等が多い場合には、施設サービスの市費負担が現行の十二分の一から八分の一に引き上げられることによりまして、措置費や在宅サービスの公費負担が減少したとしても、差し引き一般会計は負担増になるという試算もいたしております。

このように、制度導入後一般会計負担額が増加した場合には、介護保険事業の円滑な推進を図るためにも、地方交付税等によります確実な財政措置、補てん措置をお願いしたいと思っております。

最後に、介護保険制度における医療サービスについてでございます。

現行老人医療費のかりの部分が介護保険に移行することによりまして、老人医療費の多い本市のような市町村は、このままでは保険料水準が高くなるを得ない可能性があります。一方、現在は市町村は福祉サービスのみ担当いたしておりますので、老人医療等の医療保険対象のサービスで、介護保険に移行する療養型病床群、老人保健施設、訪問看護等の医療情報については、居宅介護支援事業者や市町村は仕組みの上で把握できない状況になっております。今後、介護保険の対象に医療サービスも入ってくる場合には、医療及び福祉の分野における総合的なケアプラン作成のために、市町村において介護サービスに関する医

療及び福祉の情報把握とチェック、さらにサービス管理を可能にする権限も含めた仕組みをぜひ確立していただきたいというふうに考えます。

また、介護保険制度による医療サービスは自己負担増等によりまして抑制されることになろうかと思われましても、介護認定等々今までのサービスが受けられなくなった方や社会的入院者対策なども含めまして、介護保険制度を補完する何らかの救済措置により、現状より後退することのないよう対策を講じていただきたいというふうに思っています。そして、こうした介護保険財政が将来にわたり健全に運営されるためにも、寝たきり、痴呆を未然に防止する若いころからの特に生活習慣病の予防を中心とする健康対策、あるいは元気な高齢者がいつまでも健康やかに輝いて暮らせるための従来に増しての積極的な支援策が大変重要だということに思っておりますので、このことも申し添えておきたいと思っております。

以上、問題点、課題等につきまして大小さまざまな意見を申し上げました。私どもの、特に現場からの意見をお聞きいただきまして、市町村の不安のない、だれもが安心して老後を迎えることができる介護保険制度の確立を希望いたします。意見陳述を終わります。

○市長(山本正和) ありがとうございます。

次に、山内公述人にお聞きいたします。

○公述人(山内昇彦) ただいま御紹介いただきました高知県医師会常任理事山内でございます。昨年八月、与党介護保険制度の創設に関するワーキングチーム主催の公的介護保険制度に関する高知公聴会に公述人として出席させていただきましたが、今回また図らずも参議院厚生委員会の高知地方公聴会に公述する機会を与えられたことを感謝いたします。

本日は、保健、医療、福祉を担当する立場から、ただいま参議院で審議中の介護保険について問題とするところを申し述べさせていただきます。

少子・高齢化社会を迎え、介護保険そのものの必要性は申すまでもありません。高知県医師会は本制度の創設に賛成であります。法案は人間に例えるならば骨格であります。血となり肉となるのは政省令、運用規定であります。この政省令、運用規定によって、制度が高齢者にとって優しいものになるか冷たいものになるかが決まると思っています。どうか参議院での御審議を通じて厚生省に注文をつけていただいて、血の通った介護保険制度の創設に向けて御努力をお願いする次第であります。また、一日も早くたまたま検討中の血となり肉となる部分の情報を開示していただいて、制度の内容が目に見える形にさせていただきたいと願うものであります。

制度発足に際し一番心配されるのは、介護基盤整備のおくれであります。保険あつて介護なしというのが一番心配される事態であります。高知県の基盤整備を見てみますと、現在、目標値に対して特別養護老人ホーム九四％、老人保健施設八六％、訪問看護ステーション七五・四％、ヘルパー常勤換算で四七％の整備率であります。ヘルパーを除いて一見整備が進んでいるように見えますが、いろいろ問題があります。特養については、約三千床の整備ベッドに対し待機者が千二百三十一人もいて、とても充足している状態とは言えません。老健施設は計画中也含めるとほぼ目標達成であります。訪問看護ステーションは高知市に偏在し、中山間地帯は過疎の状態であり、ヘルパーに至っては目標の半分しか充足されていないという整備のおくれが問題であります。市町村が基盤整備のおくれを理由に経過措置に走り提供サービスの量を減らしますと、それこそ介護なしの状態になりはしないかと憂慮されます。特養の目標値の引き上げを含め、基盤整備の充実が急がなければなりません。特に、本県のように小規模町村の多いところでは、市町村レベルでの整備状況の点検が必要かと考えられます。次に、要介護認定審査の問題であります。平成八年度厚生省のモデル事業の報告によりま

すと、一次判定と二次判定の間に地域によって〇％から五八％の相違があり、平均して約二七％の相違率であったとされております。これは給付金額が絡むだけに大変な問題であります。要介護認定調査は、だれがやっても同じ対象者について同じ結果が出るような仕組みでなければなりません。これは厚生省案の調査票、要介護度分類に重大な問題があることを示唆するもので、早急に抜本的なやり直しを行うべきであります。また、要介護度区分は、申請者に対して、あなたはこういう状態だからこの区分ですとはっきり説明でき、そして納得してもらえらるものでなければなりません。その点、厚生省案の要介護度区分は相互の違いが明確でなく、果たして申請者の納得が得られるかどうか心配であります。

例えば、日本医師会案のように横断面だけの調査ではなく、一週間あるいは二週間の間にどの程度の頻度で調査事項が見られたかを聞き取ることで、また痴呆の有無並びに医学的処置の必要性が軽度から中等度以上であるかといった医学的側面を加味した要介護度分類にすること等、ほかのモデルも参考に比較検証の上、よりよい要介護度分類案を採用すべきであります。厚生省案のように、日常生活機能、ADLの評価だけによる分類であります。幾らかかりつけ医意見書を書いて、それをどのように要介護度分類に反映させるか困難であります。

療養型病床群には介護保険適用型と医療保険適用型とが考えられています。両者に施設基準、人員配置等に差異があるわけではありません。ケアマネジャーがいるだけで介護保険適用型となるだけであり、もともと療養型病床群は医療提供の施設として位置づけられており、両者間に線引きの必要はないと思われ、その方が老人の急性増悪に対してよりスムーズに対応できることになり、病室や病棟単位での区分は必要でなく、介護保険給付はあくまでも要介護者を対象として支払われるべきで、施設に対して支払われるべきではありません。

また、今回の医療法改正の眼目に、地域での適切な療養環境を確保するために、有床診療所への療養型病床群の整備が重要な目標となっております。が、厚生省はこれを病床規制の対象とすると言っています。そうしますと、高知県のような病床過剰県においてはせっかくのこの整備計画が絵にかいたもちとなってしまう。ぜひ、病床過剰地域においても療養型病床群の整備が進むように御配慮をお願いいたします。

その他検討すべき問題として、中間施設として位置づけられている老人保健施設に長期療養を必要とする痴呆老人が増加していることであり、この傾向は、今後も強まると考えられ、老健の位置づけを再検討する時期に来たのではないかと考えられます。

現在、病院、老健での老人デイケア、特養あるいは保健センターでのデイサービスは、やっていることが同じであるのに利用者の負担には差があります。病院は何回行っても食事つきで月二千元で頭打ち、老健は一回千二百円、デイサービスは一回六百円の負担と聞いております。介護保険の中でこのような矛盾をぜひ解消していただきたいと思う次第であります。

最後に、熱心に介護やりハビリテーションに努力して、要介護者の状態をよくした場合の成功報酬をどうするかという問題であります。これがありませんと、いつまでもだらだらと介護やりハビリテーションを続けて、介護保険の浪費につながり、はしないかと恐れる次第であります。一考を要する問題ではないかと思ひます。

以上、高知県医師会を代表いたしました。公的介護保険の内容について幾つかの問題点を指摘させていただきます。御質疑いただきまして、今後の審議に生かしていただくことを願う次第であります。

御清聴を感謝いたします。

○団長(山本正和君) ありがとうございます。

次に、川添公述人にお願ひいたします。

○公述人(川添テリ子君) ただいま御紹介いた

きました高知県看護協会理事の川添でございます。

本日、本委員会で発言の機会を与えられましたことを、まず委員の先生方に感謝申し上げます。私は、看護職としての意見を申し上げさせていただきます。身近に高齢者が高齢者を介護していること、よくそういう状態を見ておりますので、介護保険利用者の立場も含めて発言させていただきます。本国会において法案が成立することを前提としての意見でございます。

基本的に、医療と介護が一体的に提供できる仕組みで運営されることが望ましいと考えます。また、福祉面と看護面の協力体制も必要でございます。

御承知のように、高知県は高齢化率が全国第二位であり、看護協会といたしましても全員一丸となつて関連の問題に取り組んでおります。

まず、この介護保険法により私どもが何を期待するか。それは、まさに利用者と要介護者を抱える家族の負担を軽減することにはなりません。老人が老人を介護するという状態をそのまましておきますと、悪循環でまた介護している者が病気になるということは必ずしも。それから、病院に長い間いるという、社会的入院という言葉がよく使われますが、中間施設と病院とを行き来して在宅につながる、そういうふうなことがないように、そういう点の整備をして法の制定をお願いしたいと思ひ、まず第一にそれには要介護認定についてでございます。

認定に至るまでの申し込み、訪問調査、主治医の意見、認定、ケアプラン作成、サービス提供の開始という流れがいかに迅速かつ公平であるかが重要です。また、早急性がある場合、山間僻地、施設数の少ないところへの対応、さらに認定されなかった場合の不服申し立て、苦情処理など、介護認定における障壁はさまざまです。これらにつきましては、市長さんも述べられましたように、モデル事業において差が見られたということは周

知のとおりです。それからさらに、サービスの質の確保の点で、施設における第三者的機関によるサービスの評価が必要かと存じます。

次に、ケアマネジャーの質の確保です。ケアマネジャーの立てる介護計画、すなわちケアプランの中身いかんで介護サービスの質は決まると言っても過言ではないでしょう。自立支援の理念に基づき、個々人の生活と健康状態をトータルに評価し介護計画を立てる。私も看護婦は今まで業務の中にこのことを実践してまいりましたので、効果的にケアプランも立てると自信を持っております。

次に、社会的入院を防ぐシステムづくりです。多くのお年寄りが、家に帰りたい、家族といった思いながら、病気のためではなく社会的事情で退院できないでいます。被介護者の意思が全く無視されてしまいかねない現状なのです。それは、家の狭さという空間的原因のみならず、共稼ぎが多い高知県の場合、介護の人手がないということも要因となっております。この現象は特定機能病院においてすら起こっております。患者が退院できる状態になっても帰る場所がないため、在院日数が延び、医療費の高騰につながっていると言えましょう。この現象を防ぐためにも、二十四時間体制の整備が不可欠です。これには訪問看護ステーションとホームヘルパーの協働がなければ実現は難しいかもしれません。

我々、看護協会の訪問看護体験からいいますと、親しくなったお年寄りから買い物や掃除を頼まれることが少なくないのです。ところが、看護婦はそこまで深くかわかつてはくれません。そこで、訪問看護ステーションにヘルパーを雇用できる仕組みを希望いたします。

以上、要介護認定、ケアマネジャーの質確保、社会的入院を防ぐシステムづくりについて述べさせていただきますが、なお新ゴールドプランの見直しも必要と存じます。

以上のことを踏まえまして、そのことの実現のためには、特に資料二をごらんください。この図

をもとに説明いたします。

第一は、最も重要なことでありますが、介護保険制度の運営や活動の効率化、円滑化を図るための組織、機能の設置を明文化していただきたいというところでございます。

小規模な民間のサービス提供施設をバックアップするため、太字の四角の中に示しました企画運営に関する専門相談、さまざまな情報の提供、マンパワーの確保、研修、新しいサービスの開発や研究、地域ケアの推進組織づくりなどの機能を持つ専門支援センターの設置義務を明文化することとでございます。また、サービス提供施設だけでなく、これまで長年にわたって築いてきた市町村など行政における保健、医療、福祉の基盤を活用することにより行政と民間施設との役割・機能分担を図り、後追ひにならない、しかも効率的な福祉施策を推進することに最も貢献すると確信しております。

第二には、ケアマネジメントにかかわる体制に関するところで、看護、医療的な教育背景を持つ職種と福祉的な教育背景を持つ職種が必ずペアになってアセスメントからケアプラン作成、実施、評価に至るプロセスに責任を持つことを明確にしていただきたいと存じます。

要介護高齢者は健康レベルの変化が激しく、たとえADLレベルが良好に見えても重大な疾病が潜在しているたり、また状態の悪化が予測されたり、急変するものが常であります。したがって、予防的な観点からも高齢者とその家族を支援するには、上に述べましたような看護、医療と福祉の専門職がペアになってケアマネジメントしていくような仕組みにしていただきたいをお願いいたします。

第三には、大多数を占める小規模な民間のサービス施設の経営基盤を堅実なものにし、二十四時間体制を含む質の高いサービスが提供できるように、設置基準や訪問や介護報酬の基準を引き上げることについてでございます。

数は三、四人が最も多く、非常勤換算でも六ないし七人で、それもほとんどの施設では看護職のみという状況であります。必要なヘルパーサービスを提供するためには、看護管理者が多様なエネルギーを費やして市町村その他に対して連絡調整をしますが、こうした調整や膨大なことに費やされる業務に対してはほとんど経済的な保障が得られない状況です。したがって、設置基準や訪問介護報酬の基準をぜひ引き上げていただきたいということをお願いいたします。

そして、やがて成立するであろう介護保険法こそ利用者本位の居宅介護の実現が可能になるものであることを願いつつ、私の公述を終わらせていただきます。

御清聴ありがとうございました。

○田長山(本正和君) ありがとうございます。

次に、水田公述人にお願いたしました。

○公述人(水田武夫君) 社会福祉法人土佐平成福祉会常務理事の水田でございます。

本日は意見陳述の名譽を与えられたわけでございますけれども、私は民間の社会福祉の仕事一筋四十年間お手伝いをしてきたわけでございます。そういうことで、私ごときの者が、既に衆議院を通過しております介護保険法案につきまして意見を申し上げることは大変おこがましくさへ感ずるわけでございますけれども、四十年間の仕事に免じていいただきまして、一つの愚痴程度のものでございまして、意見を述べさせていただきます。

一つは、介護保障制度の早期確立ということでございますけれども、このことは、介護を社会全体で支えるということについて国民的合意が得られておるのではないかと認識でございます。

今日の高齢化社会にあつて、要介護者のますますの増加、それに伴って起る家族の介護機能の低下とか家族の過重な介護負担、また自分自身が要介護状態になったときの介護への不安ということが非常に大きく、介護問題は国民最大の関心事であり、だれもが安心して老後を迎えることがで

きる介護保障制度の早期成立が必要だと思ひます。

社会福祉にかかわっていないながら、介護保険というのを聞いておりました、非常に不勉強でございましたが、皆さん大体その程度であらうと思ひます。総理府の世論調査では国民の八割が介護保険の創設に賛成しているということでございまして、けれども、私は法案の本当の内容を十分知った上でのことではないのではないだろうかということを感じます。

私は、介護保険法でなく介護保障法にできればしていただきたいというふうに考えます。介護は憲法二十五条で保障された健康で文化的な最低限度の生活保障の範疇に入るべきで、私はこれは福祉法の一つだと思ひます。したがって、介護にかかわる費用については保険でなくて公費で、税金で賄われるのが正しい姿ではないだろうかというふうに考えます。現在の国家財政の窮乏は理解できますけれども、できることなら消費税を特定財源として介護保障制度を確立していくということについては、必ずや国民的合意が得られるのではないかと考えます。

一番の問題は、現在日本は老後の生活保障としての年金制度が必ずしも成熟していない。福祉年金から国民年金、厚生年金、その他共済年金等いろいろ制度が複雑でありまして、しかもその給付の内容は大部分、国民年金までは非常に低い水準にあります。

そういう中で、しかも保険料の負担は所得の多い人も少ない人もほとんど同額の負担、それから保険給付の割合負担というのは非常に低所得者層にとつては大きな負担となるものであり、最近の医療保険における負担の増を見ておきますと、お年寄りが医療機関を敬遠せざるを得ない状況というものは本当に気の毒な状況にありまして、やはり少なくとも、一生懸命働いて、年をとつて不幸にして介護を受けなければならなくなったときには国家責任で保障を受けるというふうにするのが一番正しいのではないかと。しかも、今の日本は確

かに力がないと言われておりますけれども、そういうことについては、やはり国民の責任として支え合っていくことについて理解は得られると私は確信をします。

特に、政府案の保険については、四十歳以上の中高齢者の受益者負担的な考え方が感じられ、強制的な保険、第二の税金なわけですが、その給付が聞くとところによると十数%しか当初は保険の給付を受ける者がいないような予測もされているようにございますけれども、果たしてそういうことでいいのかどうか。保険ということになれば、かけたものはやっぱりもらいたいというのが私どもの人情であり、そういう少ないことにはならないんじゃないだろうかと思ひます。また、その保険の給付をめぐっての不服というものは必ず大きく起ってくる。隣の人と比較をしてどうだろう、うちは少ないんじゃないかというふうな、そういう程度のことでは非常に不服の申し立てが多くなって、いろいろ事務的な混乱も予想されるのではないかと私は思ひます。

現在、民間の保険会社の介護保険がありまして、それぞれそれに入って老後に備えている方もあるわけでございますけれども、最低限の介護の保障については公的な責任で行い、それ以上のサービスについては民間の保険会社の介護保険等の充実に期待をした方がよりよいではないだろうかと思ひます。

この介護保険法案がたとえ成立して保険制度が実施されるといたしましても、社会的な弱者への視点というものを忘れることなく、特に保険の未納者等は必ず出てくると思ひます。生活保護法に介護扶助というのをつくっていただいたようにございまして、そういう意味では一つの、私どもが考えていた所得の低い方への最後の頼みというのはできたわけでございますけれども、ポーターラインの低所得者がおりますし、世の中には本当に不幸だな、不運だなと思えるような方がたくさんおり、そういう方々がその保険の未納者層となることも予想ができます。そういう未納者が出て

も、保険だからといって大きなペナルティーをかけるといったようなことがなく、温かい運用をしていただきたいなと思ひます。

それから、サービスの供給体制の早期充実にについては、基本的には、どこに住んでいても必要なとき早く、この案早くが問題でございますけれども、現在の法案でございますと、やはり実際は三十日以上かかるのではないかとということでございます。

ただ、つい先日勉強させていただいた中では、やむを得ない緊急を要する場合は、後からでも認定いただくような救済の制度ができておりますので一月でも構わないと思ひますけれども、求めるサービスが受けられるようにサービスの供給体制を早急に充実していただきたいと思ひます。

あと、時間が来ましたのであれですが、負担の問題をなくせばこの法案は内容的には非常によくできている、できていると言ふのは悪いんですけれども、特に申し上げることもないくらいよく整った法案だと思ひます。よろしくお願ひいたします。

ありがとうございます。

○国長(山本正和君) ありがとうございます。

次に、和田公述人にお願ひいたします。

○公述人(和田節君) 紹介いただきました老人保健施設の施設長をしております和田と申します。

介護保険制度に関する意見陳述をさせていただきますと思ひます。

まず、私の基本姿勢でございますけれども、介護保険制度の成立に賛成の立場から、以下意見を述べさせていただきます。

その根拠といたしましては、もう何人かの公述人の方がお話しなさっておりますけれども、少子・高齢社会においてだれが介護を引き受けるのか。要介護者の急増に対して介護問題が表面化する中で、家庭における介護力は低下し、今や限界に達してきております。もしこの状況を先送りするならば事態はさらに深刻化するだろう。二〇〇

〇年、二〇一〇年、二〇二五年に向かつての深刻化を考えると、介護保険に関するタイムスケジュールはもう余裕はないだろうというふうに考えます。介護における家庭の介護力の低下、限界に達してはもう皆様の十二分に御了解いただけている内容だと思ひますし、介護の社会化に關しましてはだれもが異議のないことだろうというふうに考えます。

二つ目に、介護保険は私は新たな社会保障制度だというふうに受けとめております。

人間の一生の中には、疾病に罹患することもございます。障害に見舞われることもあります。要介護状態に陥ることもあります。そうした状況に遭遇したときに、果たして個人の力で、個人の経済的なストックでその状況に対処できるだろうかと思ひます。とてもそれは不可能だ。そういう意味から、介護保険は高齢社会に到達した結果生ずる新たな社会的リスクに備える社会保障制度だというふうには私は考えておりますので、社会保障制度であるならば、当然世代間の連帯と負担が必要になつてくるだろうと思ひます。そこに市民の自覚と準備が今問われているのではないかと考えます。高齢社会に向けての制度整備は急務を要する緊急課題でございます。ぜひとも今国会で介護保険法案が成立されますようにお願ひいたしますと思ひます。

それでは、介護保険制度は何一つ問題がないかと申しますと、先ほどの数人の公述人の方からもお話がありましたけれども、さまざまな問題点を持つているのもこれは事実だろうと思ひます。私は昨年、高知市におきますモデル事業の介護認定審査の方に入っております。その立場から、重複することもございますけれども、介護認定における基準と方法について幾つか問題点を述べさせていただきますと思ひます。

まず一つは、介護認定における調査のあり方ですけれども、現時点主義、その当日行った調査だけで果たして独居生活者、特に痴呆症状を有する方の状態がわかるであろうか。現時点主義の限界

があるかと思ひます。

それから、調査項目は行為を一つ一つ点検することになっております。行為の細分化で果たして生活全体がわかるのか。行為の細分化のチェックはもちろん必要だろうと考えますけれども、生活行動の評価及び日常生活維持能力の評価等を含めた総合判定がぜひとも必要であるというふうに考えます。

さらに、認定の尺度です。これは全国的に多くの問題になっておりますけれども、痴呆の介護度と寝たきり度に対する介護度を同一尺度で見ることにおいては非常に問題がある。この介護度の設定に關しましては、あるところでは何いまして介護の量と時間でもって介護度をつくってきたというふうに言われておりましたけれども、寝たきり度の介護度に関しましては介護の量と時間設定というのは比較的うまくいくのであろうと考えますけれども、痴呆の介護に關しましては果たして量と時間というものがどういふふうな形で測定できるのか、そこにおきましては当然認定の尺度を別尺度で行うべきであらうというふうに考えます。そうでないと、痴呆の患者さんの介護度は非常に低いランクに認定されがちであるというふうに思ひました。

もう一つ、介護保険法案、これは非常にすばらしい一項目がございまして、予防的活用を提唱されております。

予防的活用といひますと、支援に対する活用になつていふかと思ひますけれども、前回の調査の中では、支援項目は非常に不十分であつて、支援の必要とされるケースがほとんど見落とされてしまいがちであつた。予防的活用を提唱する介護保険であるならば、また予防的な活用ができることによつて要介護の状況を延期することができたら、この支援の基準というものをきちんとして持たなければならぬというふうに考えます。

それらをあわせまして、調査時点及び評価の状況ですけれども、本人の持つ個々の能力だけではなくて本人の置かれていた状況、環境因子を含め

た介護度判定を行っていくべきではないかと考えます。

それで、一次判定と二次判定のばらつき、先ほども報告がございましたけれども、全国平均でも約三〇％、高知の場合はそれを超えております。これが次に申します不服申請の件数にも重なってくるだろうと考えます。介護のサービスは迅速であらねばならない、またかつ公正であらなければならぬと思いますけれども、このばらつきが結果的には不服申請の状況をあらわしているだろう。

また、いま一つ介護保険に関しましては、三カ月ないし六カ月の見直しというふうなことを言われております。果たしてその期間が適切であるのかどうかもお考えいただきたいと思ひます。介護の状況は三カ月程度で果たして好転する状況にあるのか否か。新たな介護状況が加わることはあるだろうと思ひますけれども、三カ月単位で見直さなければいけない状況なのか。追加する介護項目がふえましたら、もちろんその都度介護状況に關しての申請は必要だろうと考えます。

と申し上げますのは、介護サービスに關しましては迅速なサービス提供が要求されているわけですから、不服申請の問題、短期間の見直しの問題、スタートいたしますと膨大な量の申請があらうかと思ひます。それらを含めまして、事務作業は非常にたくさん作業量になってまいらると思ひます。そういったしますと、公平さ、迅速さにおいて果たして介護サービスを受ける者に満足を与えるサービス提供になり得るのか否か、作業の簡素化をどのように進めていくのか、それもあわせて考えていかなければならない問題点ではないかというふうに感じました。

以上、問題点も含めて介護保険に關する私の要望ですけれども、早急に基盤整備の充実を図るべきであると考えます。

今なお、基盤が十分整備されていないから介護保険の導入は早過ぎるのではないかというふうな声も聞かれますけれども、それでは基盤充実が進

んでいない市町村に住む住民の今後はどうなるんだろうかと考えますと、まさに基盤整備こそ各地方自治体の責任でもって積極的に進めていっていただきたい最優先課題ではないかというふうに考えます。

また、保険財源と給付内容に關しましては、住民参加によるサービスの整備をぜひとも検討していかなければならないのではないかとこのように考えます。

さらに、サービスにおきましては、基本サービスは当然保障されるべきだろうと考えますが、今介護保険で言われております中に保険給付外のサービスがございます。既に、現行サービスとしてスタートしております配食サービス等は給付外になっておりますけれども、配食サービスは既に在宅生活を支えるための一つのサービスとして定着しているわけです。これら定着している既存のサービスが介護保険給付外になったとして、どのような形で支援していくのか、それもぜひとも考えていただきたいと思ひます。

次に、重なりますけれども、調査、認定の公正化とサービスの適正化。

調査の時点でかなりの部分の介護度が決まってくると言つても過言ではないと思ひます。調査員の資質によつて、本人の持っている状況がどこまで把握できるのか。そういう意味におきまして、調査員の資質は非常に大事な要素を帯びてくると思ひますので、ぜひとも調査員に対する教育と質の問題は考えていただきたい。これが、とりもなおさず一次判定と二次判定のばらつき、介護サービス、介護認定の公正化にもつながってくることではないかと考えます。

さらに、介護認定がおりてまいりますとケアプランを立てていくわけですが、ケアプランに關しましては総合的な判断力を持つケアマネジャーがぜひとも必要ではないかという意味におきまして、ケアマネジャーの養成も粗製乱造のケアマネジャー養成ではなくて大事な意味合いを持つケアマネジャーということを考えていただいで

の養成に取り組んでいただきたいと思ひます。三番目に、成人後見法の成立による権利擁護。高齢者になりまして痴呆症状が出てまいりますと、自分の意思を十分に表明することができなくなつてまいります。特に、そうした状況に關しましては、介護保険の制度成立とあわせて成人後見法の成立をぜひともお願いしたいと思ひます。

その他、医療保険制度との整合性、上記問題点に対する取り組みを進めていただきたいながら介護保険の早期実現をお願いしたいと思ひます。

なお、本日、資料といたしまして高知市の地域支援システムの紹介を高知市の方からいただいたて持つてまいつております。高知市の方は非常に積極的に地域支援システムの体制をつくつていただいていると思つております。このパンフレットを見ていただきますとその状況がおわかりかと思ひますけれども、在宅における要介護者の状況調査も既にほぼできております。それから、高知市全域を支援センターが網羅した形で地域実態調査も行われております。ケアプランも既にできております。こういうふうなことを参考にさせていただきながら、各地方自治体での積極的な取り組みをぜひともお願いしたいと思ひます。少々時間をオーバーいたしましたので、私の意見はこれで終わらせていただきます。

○團長(山本正和君) ありがとうございます。

次に、中澤公述人にお願ひいたします。○公述人(中澤秀夫君) 高知県社会福祉協議会の中澤でございます。高齢社会を互助制度で支えていこうという公的介護保険につきまして、賛成する立場から意見を申し上げたいと思ひます。

まず第一点は、段々に公述人から御意見もありませんけれども、介護保険の給付基準につきまして経過措置が設けられていることについて意見を申し上げたいと思ひます。

介護保険法施行法によりまして、介護保険の実施体制の準備状況を、サービスの量とか準備の状況を考慮して介護保険法で定められます基準を下

回る基準で実施をしてもいいですよ。一定期間、これは政令で定める期間というふうに法律上書かれているわけですが、その期間は定かでありませんけれども、ある期間はそういう準備が整っていないところは下回る基準でもって実施できるような措置が講ぜられておるわけでございます。

そのことについての考え方でございますけれども、仮にその低い水準の給付しか受けられない市町村ににつきまして保険料の負担も軽減をするというふうなお考えのようでございますけれども、確かに保険料を下げることで負担と給付のバランスはとれると思ひます。しかし、肝心の被保険者の立場からしますと、給付が低くていい、あるいはもつと高いのがほしいというのはこれは住んでいる町村でもって決められるわけですから、被保険者には全く選択権がないと言つてもいいのではないかとこのように思ひます。それだけではなくて、私は公的介護保険のこれは根幹にかかわる問題だというふうに認識をいたしております。制度上問題であるという認識でございます。

ただ、市町村の保険サービスの提供体制の準備状況を見てみますと、市町村間に大変格差がある現実には十分に理解をしておるつもりでございます。だからといってサービスの基準を下げるのではなくて、逆に法律で定めようとする基準を提供できる体制の準備を急ぐことが今求められておると思ひますし、そのことが制度を整えていく上では肝要なことというふうに考えるものでござい

ます。二点目でございますが、山間僻地の要介護者に対する居宅サービスの確保と水準を維持していくというところについて意見を申し上げます。

御承知のように、本県は大変に山間僻地と言われる地域が多々ございます。その山間僻地に要介護者が点在して居住をされておるという実態がございます。そういう市町村にとりましては、保険者ですけれども、居宅サービスで居宅まで訪問い

たします時間、あるいは要介護者の家から次の家へ移動する時間、これは大変時間を要する状況が出てまいります。ということは、いわば介護サービスのコストが高くなりますということだと思っております。

ところが、ちよつと法律は不勉強なところがあるんですけども、果たしてそのコストに見合う介護報酬が算定されるのかどうか、それを疑問に思っていますし、そのコストをだれが負担するのか。保険者が負担をするのか被保険者が負担をするのか、そこが不勉強で申しわけないんですけども、法律を見る限りどうも明確になっていないなと、よう見つけ出しておりません。そのことが大変気になるところでございます。

少し話がそれますけれども、郵便事業を見てみますと、五十円のはがきあるいは八十円切手を張りますとどの地方でも必ず配達していただけます。ところが、配達のコストというのは地域によつて違うわけですが、それは郵便事業全体の中でそのコストを吸収するというんですか、コストを見ていくわけですから、山間僻地の多いそういう地理的条件というの、この介護保険法案の中にあります調整交付金ですか、そういうものの中でやつぱり介護保険制度全体の中でそのコストをカバーしていく。そのことによつて、山間僻地の介護サービスを維持し、水準を確保していくことができるのではなからうか、そんなふうに考えておるものでございます。

それから最後、三点目でございますが、家族介護に對します介護報酬について意見を申し上げたいと思います。

今回の介護保険法案によりまして、一定の条件を満たします民間営利企業あるいはボランティア組織、そういうものも介護サービスに参入ができることになり、介護報酬が支給されることになっております。ただ、家族介護につきましても、どうもそれが介護サービスの支給の対象に入っていないということでございます。家族介護の問題につきましても、それはいろいろ考え方は

あろうと思えますけれども、少なくとも一定の要件を備えた家族の方、知識あるいは技能を持たれた方が家族の介護をする、これは最も好ましい状況じゃないか、介護される方もあるいは介護する方もお互いが一番好ましい状況ではなからうかというふうに思うわけですが、それに対しては介護報酬は支給されない、こういうことになっております。

家族介護について社会的にどう評価をし、介護保険の中でどう位置づけていくのかということとは改めて議論をしてよりよい方向を見出すべきではないか、そんなふうに考えておるものでございます。

以上、三点を申し上げまして私の意見陳述を終わらせていただきます。

ありがとうございます。

○團長(山本正和君) ありがとうございます。

次に、小松公述人にお願いたします。

○公述人(小松桂子君) 小松です。よろしくお願いたします。

現在、私は訪問看護の仕事に携わっております。在宅看護の経験は一年足らずですが、一般病院の看護婦として三十年仕事をしました。

私どものステーション利用者の平均年齢は八十二歳で、全国平均とはほぼ同じです。八十五歳以上が一番多く四十名中十四名、三六％です。収入状態を見ますと、老齢福祉年金と国民年金受給者十七名で四四％を占めており、経済的には決して豊かとは言えません。

在宅で療養されている方々は、慢性期の病状が多いわけですが、疾病の種類も多岐に及んでおり、重複した疾患や障害を持っている場合も少なくありません。現在訪問させていたでいる方々も種々の疾病を持ちながら、社会資源を活用したり、各種サービスを受けながら生活をされております。この方々が安心して住みなれた地域や家庭で必要とするサービスを速やかに受けることができないだろうか、今回の介護保険法案を見

ます、介護保険の制度の内容が知られていません。保険証があれば自由に使用ができ、サービスの選択ができると思われています。現在、試算されている保険料は市町村によつて異なっております。平均二千五百円ぐらいと言われていたが、将来的には保険料の引き上げも確実になっていきます。

この介護保険法案では、まず負担の増大が考えられます。

私が訪問させていたでいるSさんは、介護保険料二千五百円を納めれば現行のサービスは維持でき、将来は安心して生活ができると考えていました。S氏、八十歳、女性、ひとり暮らし、痛みを伴うため外出ができません。

Sさんの介護度Iとして予想される負担額を見てみますと、収入は国民年金、月額四万九千九百円、現行サービスの内容は、訪問看護一週一回、基本利用料として二百五十円掛ける四で千円、その他の利用料百円掛ける四で四百円、ホームヘルプサービスは一週二回各二時間ずつの利用ですが、住民税非課税で無料です。現行では千四百円しか要りません。介護保険が導入されますと、まず保険料、これは現在言われていますが、二千五百円を大幅に上回ると予想されます。訪問看護四回、現行料金で三千八百四十五円、ホームヘルプサービスは自己負担となり、利用料は予測できません。

年金生活者のSさんは、とてもこんなに支払えない、しかしサービスを受けないと生活を維持することができません。法案が実施されれば、サービスの回数を減らす以前にサービスは受けられなくなると言っています。お金のない人は介護サービスから排除されてしまうという重大な問題ではないでしょうか。しかも、介護認定は六つに区分され、申請者の身体的機能中心に決まりますので、希望するサービスは望めません。Sさんを在宅で支えるには家事援助がどうしても必要ですが、この自立支援のためのサービスは適用になっていないからです。

現在、高知市内でヘルパーサービスを受けている八割強の方は利用料無料の方々です。この方々の生活基盤はどうなるでしょうか。健康状態の悪化を招く可能性も高く、寝たきり予備軍になっていくのではと考えられます。介護保険料は年金から差し引かれます。少額の年金しか受け取っていない人たちが天引きする方法は、高齢者の生活を無視したひどい内容と思われまします。

次に、要介護認定について感じたことを述べさせていただきます。

平成八年度要介護認定のモデル事業は、高知市の江ノ口地区で対象者百名で行われました。その中で審査、査定の問題点が出されています。全国平均で約三割、高知市でも判定すれば三七％と出ています。

I氏、七十七歳、女性、四人暮らし。Iさんはアルツハイマー病で常に目離れできません。食事、入浴など何とか自立できています。症状はよいときとそうでないときがあり、一定していません。このIさんは身体的状況から見ると要介護度Iではないかと思われまします。収入はIさんの国民年金で月額六千円、支援の要する夫は厚生年金六万円、長男給与で二十万、娘は介護のため無職です。長男は家族を支えるため独立できず、家賃その他で十万円必要とします。

現制度で、経済的事情が許されるなら、毎日のデイケア、ショートステイの利用も可能です。現状に於いて判断されますので、特に制限はありません。ただ、実際は経済的に困難なため、娘が仕事をせざるを得ない状況です。介護保険になってモデルサービスの内容を当てはめてみると、娘が仕事に行ける状況とはなりません。サービスの内容に家庭の介護状況がどのくらい反映されるのでしょうか。介護疲れの娘さんからは、生活ができまません、もう私たちに死ねということですねと言われまします。娘さんの介護状況を考えれば、介護手当の支給も必要と思われまします。また、認定手続が煩雑で、申請から調査し結果が出てメニューが決まり実施まで約一カ月以上かかります。Iさん

が申請をするとなれば、経済面も考慮しながらぎりぎりの時期ではないかと思ひます。認定までの期間どうすればよいでしょうか。決定前の利用は償還払いですか全額自己負担、果たして利用できるでしょうか。困るのはIさんであり、介護者の娘さんです。

予想よりはるか高額な保険料を払えない人もふえてきます。この制度は保険料の未納、滞納があれば給付水準の切り下げ、給付の一時差し止めが発生します。これは人道的に許される行為ではありません。高知市の国保税の滞納者は約六七％、払いたくとも払えない事情のある方より保険料も加えて支払うことは可能でしょうか。負担の増加は国保税の滞納者も増すと考えます。

介護保険の目的が老後を安心して暮らせ、生活を、自立を支えることができるものでないと思ひます。なれません。自分で決めた上で十分な介護が受けられ、生きていくよかつたと、そんな言葉が聞けるためにも以下の点を提案させていただきます。

一、公費負担をふやして早急に新ゴールドプランの完全実施を行ってください。高知市のヘルパー充足率は四九・二％、特別養護老人ホームの待機者二百三名、基盤整備が十分とは言えませんが、サービスの提供体制が少なければ認定基準も厳しくならざるを得ないからです。

二、必要な人に必要な介護が保障されるよう認定基準を緩和し、要支援の区別や六十五歳以下の疾病制限をなくしてください。モデルサービスの内容も実情にそぐわないものもあり、再検討が必要と思ひます。

三、保険料滞納者への罰則、ペナルティーは廃止してください。支払い可能な保険料とし、低所得者の保険料は免除してください。

四、利用料は原則として徴収しないでください。少なくとも利用料のため介護が受けられないということがなくなるようにしてください。

以上を述べまして、在宅看護にかかわる者として、だれもが人間としての尊厳が全うできる介護

保険制度を確立されることを期待し、私の発言を終ります。

○団長(山本正和君) ありがとうございます。次に、岡崎公述人にお願ひいたします。

○公述人(岡崎潔君) 初めに、介護保険法案の審議が行われております当参議院厚生委員会の介護保険関連三法案に関する地方公聴会にお招きいただき、貴重な時間を割いて意見をお聞かせいただきことに心から御礼申し上げます。

私は、特別養護老人ホーム豊寿園とデイサービスセンターつどいの家などの現場を担当しております岡崎潔と申します。よろしくお願ひいたします。

今回審議が行われております介護保険制度について、私が考えておりますこととお願ひを申し上げます。

現在、高知県には五千人を超える寝たきりや痴呆など介護を必要とする高齢者が在宅しております。県全体で見ますと、要介護高齢者は増加傾向にあり、また介護期間の長期化、要介護状態の重度化、介護者の高齢化など介護の問題は年々深刻化してきております。このような状況の中で、高齢者の介護ニーズにこたえていくことは福祉の現場で働く私たちの使命であると強く認識しております。と同時に、介護サービスを安定的に、総合的に利用できるシステムをつくるため、現在国会で審議されております介護保険制度の導入については賛成であります。

しかし、介護保険制度の導入は、私たちに与りましてこれまでの措置制度から保険制度への移行という根本的な改革を伴うものでありますので、幾つかの不安があります。このため、私たちが安心して介護保険制度にスムーズに移行できますよう、特に次の点について特段の御配慮をいただきたくお願ひ申し上げます。

第一は、特別養護老人ホーム等の福祉施設の整備については、引き続き国及び地方自治体の公費中心で進めていただきたいと考えております。特に高知県の場合、五十人定員の、しかも中山間地

に多くの施設が配置されておまして、この経営は極めて厳しい状況にあります。現在、施設整備に伴う四分の一の設置者自己負担金の確保につきましても非常に苦慮しているのが実態でございます。

第二は、私たちはこれまで措置制度の中で高齢者や家族の立場に立った良質の介護サービスを提供してきております。例えば、私の施設では寝たきりや入所された高齢者が離床できるまでに改善した例など、その介護サービスは高く評価できる内容であると確信しております。このサービス水準を介護保険制度導入後においても低下させないため、定員別単価、級地区別単価及び各種加算制度、例えば民間施設給与等改善費などについては現行制度を保障していただくようお願いいたします。

あわせて、福祉施設職員の処遇向上を図るため、現在、社会福祉・医療事業団で実施しております退職共済制度や施設職員の処遇にかかわる制度については、現行の制度を保障していただくようお願いいたします。特に、このことは優秀な人材を確保するためにも不可欠であると考えております。

第三は、介護保険制度をスムーズに特別養護老人ホーム等福祉施設に導入するための十分な経過措置が必要であると考えています。特に私たちは、これまでの長い間、国からそして地方自治体からいろいろな面で助成等の御配慮をいただいてまいりました。御承知のとおり、福祉施設の経営基盤は非常に弱い実態であります。介護保険導入後においても、当分の間はこれら地方自治体等からの助成措置は続けていただけたら幸いです。

最後になりますが、私たち特別養護老人ホーム等における介護は、高齢者の生活の場を保障するためのものであり、高齢者に不安を与えてはならず、何よりも介護サービスの安定が求められていると思ひます。このため、特別養護老人ホームは公益性、公共性を確保するためにも、これまでど

おり社会福祉法人で運営されるべきものであると考えています。

あわせて、一般の高齢者にとって無理のない保険料を、そして低所得者が不利益をこうむることのない制度にしたいと強く十分御配慮をいただきたいと思います。

以上で私の発言を終わらせていただきます。私が現在担当しております施設の概要につきまして別に資料を添付させていただきます。お目通しいただければありがたいと思ひます。

○団長(山本正和君) ありがとうございます。以上で終わります。

○速記をとめてください。

○速記(中止) 速記を起してください。

○団長(山本正和君) 速記を起してください。

それでは、これより公述人に対する質疑を行います。

なお、委員の質疑時間が限られておりますので、御答弁は簡潔にお願ひいたします。また、御発言は私から指名をいたしますので、それをお願ひいたします。

○石井道子君 きょうは、公聴会に当たりまして大勢の方々のおいでをいただきまして、お忙しい中をありがとうございます。貴重なお話を伺わせていただけて大変参考になったわけでございます。

高知県は、高齢化率が第二位である、そして医療費もやはり平均よりも三倍かかっているというふうなことも伺ったわけですが、まず最初に市長さんに伺いますが、このたびの介護保険制度を導入するに当たりましては、国保の敷を踏

まないようにということが大変市町村が危惧をされてきた経緯もございます。それで、今までの国保の運営についての赤字の状況はどんなふうなことでございましょうか。そして、この介護保険制度を導入することによって、社会的入院がある程度制約されとか減っていくとか、何らかの形である程度医療費削減に対して効果があるかどうかというふうなこともちよつと御意見を伺いたいと思います。

○公述人(松尾徹人君) 二点の御質問をいただきました。まず国保財政の件でございすけれども、今の国の方の安定化支援事業によりまして、私たちの国保財政についてもおかげさまで一応赤字を維持いたしております。ただ、その支援事業は一定の期間というふうに向つておりますので、この支援が切れますと途端に赤字になってしまうと、そういう将来に不安を残したような状態であるということをお願いしたいと思います。

それから医療費の抑制効果でございすけれども、今回の介護保険制度の導入によりまして、少なくとも介護対象者につきましては医療サービスについては今の老人医療費の方からこちらの介護保険制度の中に入つてまいりますので、その分だけ医療費が減るということはあるかと思ひます。それからまた自己負担というものがあつたので、当然心理的な面での抑制といふことがあつたかと思ひます。

ただ、先ほど少し私の方から申し上げましたように、こういったふうな本来受けたいけれども経済的な理由で受けられなくなる、そんな面での医療費抑制というのは決して私はあるべきではないと思ひます。その意味での何らかの救済策が必要なのではないかということをお願いいたします。

○石井道子君 国保が黒字であると伺つたんですが、これは一般会計から相当繰り入れた上でのこととございましょうか。

○公述人(松尾徹人君) 金額につきましては、正確ではございませんが、このところ毎年十億を超える金額を一般会計から繰り入れたしておりますが、ただ、これは先ほど申し上げました支援事業の一端で行つていて、一つのルールに基づいて行つていふものでございす。

○石井道子君 それから、このたびの介護保険制度を行うに当たりまして、せんだつてモデル事業もやつていただいでいるわけですね、高知市はいろいろなことがお気づきになつたと思ひすけれども、この制度を導入した場合に保険料の徴収をするわけですが、その徴収の問題については、国保の保険料も未徴収があるということをお願いいたしますが、介護の保険料についてはどのようなことが予測されるでしょうか。

○公述人(松尾徹人君) 国保保険料につきましては私たちが大変徴収に苦労をいたしております。当然、国保の対象になられる方々はどこからかといひますと高齢者の方々、あるいは十分なお仕事を持つておられる方々が多いと思ひますので、その意味でも大変苦労をいたしております。大体毎年九割くらいかつかないかといったような状況でございす。そして、この介護保険制度を導入された際には、当然国保の方の徴収率も私たちは落ちていくのではないかと見込んでおります。

例え、国民年金の検認率等といひますと大体八割程度でございすので、この介護保険制度について十分御理解をいただけない方々の中にはあるんじゃないかというふうな懸念をいたしております。そういうことからしますと、この国民年金の検認率程度ぐらゐの収納率に落ちてしまふのではないかとこのように思つております。先ほど私の意見の中で申し上げましたように、県の方で設置をいたします財政安定化基金から収納率等が落ちた場合に一定の補てんはいただけることになつておりますけれども、最低収納率といふものが設定をされますとそれ以下のケースの場合は穴があくということになつてしまひますので、この設定についてはそれぞれの団体の、精いっぱい頑張つておりますので、その実績といふものを十分踏まえた上での設定をぜひお願いしたいといふふうに思つていふところであります。

○石井道子君 それから、いろいろとお話を伺つていふと、要介護の認定が非常に難しいといふ話も伺つてまいりました。せんだつても高知市の方でいろいろと経験をされたようございす。その結果いろいろの点が反省されたといふふうにも聞いていふわけですが、その点についてお気づきの点をちよつと伺いたいと思ひます。

○公述人(松尾徹人君) 私も直接携わつておりませんので専門的なことはよく承知をいたしておりますが、担当から聞いております限りでは、特に痴呆の判定について、かなり厚生省の基準によりまして判定と私どもが行ひました審査会での判定と大きな食い違ひが出てきておるといふことが言われようかと思ひます。やはり機械的な判定はなかなか痴呆の場合は難しいのではないかとこのように考へておるところであります。

また、先ほどほかの公述人の方もおつしやつておられましたように、一回限りの判定は非常に難しい状況があるわけでございますので、少し経過を見ながらという、そういうたゞめ細かさといふものがあつたと思ひます。そういう状況でございす。

○公述人(松尾徹人君) 公述人と和同公述人にお伺ひしたいのですけれども、介護認定におけるいろいろ御経験を踏まえた上で大変貴重なお話も伺つたわけでございますが、認定の尺度をどうするかといふことが大変重要であるといふふうにも伺ひました。この点についての具体的なことも幾つか伺つたのですけれども、公正で適切な認定、そしてそれを迅速に行うという点で非常にこの点も重要であるといふふうにも思ひます。それで、この点についてのケアマネジャーの養成について、どのような点に注意をすべきでございしょうか。

○公述人(和同公述人君) 介護認定の尺度に関しましては全国的にモデル事業を行われたわけですが、こゝしもまた第二回目が、高知市の場合は認定とケアプランの方で入つていくようになっていふ第一回の調査の結果、調査項目、方法においてはかなりの手直しも、先日、調査項目を見てもなされてはおりますが、その結果の判定がどういふ形で出てくるか。またコンピュータにかけ、あと審査会にかけて総合的な評価が全国的に出てくる中で新たにどうなるだろうと思ひます。

私、考えますのは、やはり介護認定におきましては基準は必要であらうと思ひます。基準はどう

しても必要であらうと思うのですけれども、そういうふうな認定基準の審査に加わった方たちの意見を出して、どのような尺度をもつてすればより現実の状況に近い介護認定サービスが入っていくのかというところをこれから何回も何回もやったり国がやっていたいかなければならない作業ではないかというふうに感じます。

それから、迅速、スピーディーな介護認定という意味におきましては、コンピュータ活用というものはこれはせざるを得ないことだろうと思うのです。圧倒的な数、不服申請の問題、見直しの問題等を含めると、膨大な事務量の中で手作業でそれを行っていくことはとても不可能だろう。

ただし、調査の段階と審査の段階でのばらつきが極力少なくなるような調査項目の設定の仕方とかそういうふうなことを今後考えていく。その期間があと二年、もしことし介護保険法案が通ってもあと二年少々ございますので、本当に英知を集めた形の中でそれを行っていくべき必要があるかなと思います。

ケアマネジャーの養成に関しては、今全国的に、講習の後テストをやって、その後実地研修というふうになっているようですけれども、確かに期間的にもございませんで、そういうふうな形でやっていかざるを得ないだろうと思うんです。職種に関しましては、さまざまな職種が今ケアマネジャーの試験を受ける資格を持っている、それも当然必要なことだろうと思います。

ただし、言いましたように、ケアが必要の人に本当に必要な総合的な判断を持ってケアプランを立てられるかといえます。その後の、単にペーパーテストだけではなくて総合能力を持ったケアマネジャーがどうしても必要になってくるだろう。その養成をどういうふうにしていくのかということもまた考えていかないとはいえないと思います。

ケアマネジャーの前に、私は調査員の問題も非常に大きいかなと思います。調査項目のチェック

をいたしますのは調査員になりますので、そのチェック項目に従ってマークシートにかけられてまいりますから、その状況を踏まえた調査員の調査能力というものが非常に機械的になされますとイエス、ノーの状況だけで見てしまう。先ほど申し上げました能力評価と人の置かれている状況の中での能力を総合的にどう見ていくのかというふうなことが調査員には問われてくることだろうと思いますので、ケアマネジャーとあわせて、その調査員の問題というのは非常に重要視していかなければならないんじゃないかというふうに考えております。

○石井道子君 山内公述人にお伺いいたしますけれども、かかりつけ医という仕組みが入っているわけでごさいます。このかかりつけ医という立場と内容的なもの、これをどのように医師会として対処されるおつもりでございませうか。

○公述人(山内昇君) かかりつけ医というものにつきましましては、これは法的にもあるいは制度的にもまだいまだ全く規定がございませんで現状といたしましては、ただ言葉だけが先行して、そういうところでございませう。

日本医師会といたしましては、かかりつけ医機能の制度化ということについては今のところそれほど乗り気でないように見受けしております。かかりつけ医につきましましてはそういうことでございませう。

○石井道子君 最近大きな病院にいろいろと患者さんが行くケースが多々ございませうので、かかりつけ医を持っているかいないかということも問題ではないか。ドクターの意識とそれから患者さんの意識とが果たしてびたりしているかどうか、その点もちょっと問題になるかと思ひます。その点を今後どうするかということも今度の介護保険制度では重要なことではないかと思ひますので、その点についていかがでございませうか。

○公述人(山内昇君) この制度の中でのかかりつけ医意見書ということですが、これは一体だれが書くかということが一番問題でございませう。

現場におきましては、かかりつけ医に指定されたいけれども、私はこの人のかかりつけ医ではないというふうな事態もございませうし、あるいは公的病院の先生がかかりつけ医の役割を果たしておるといふようなことも現実にはあるかと思ひます。

したがって、この介護保険制度の中においてかかりつけ医意見書を書く人は、それはその患者さんをごさいます。一番よく診ておる方が書く、そういうことではないのではないかとただいまのところは考えております。

○石井道子君 それから、今度の要介護認定の意見書を医師が書くことになっておりますが、この様式ですね、この点について御意見がありましたらお伺いさせていただきます。

○公述人(山内昇君) せんだつてのモデル事業は非常にそのかかりつけ医意見書が不備であったというところで、今回はこのモデル事業の反省に立ちまして、いろんな要望、あれも足らぬこれも足らぬというのを全部取り入れております。したがって、かなり記載事項が多くなっております。したがって、これを書くのは大変時間がかかる仕事である、そういうふうに変わっております。

これをやりまして、これじやとても作業量は多過ぎるといふことになりまして、この中から何を除き何を残すか、そういう見直しが必要だとこれから行われると思ひます。

それからもう一つ、先ほどケアマネジャーの養成について御質問が他の公述人にございませうけれども、これはただいま厚生省がやっておりますが、ケアマネジャーの指導者講習会というのがまだ終わっておりません。したがって、それが終わらないとケアマネジャー養成も進まないわけでごさいます。また各県のケアマネジャー養成がスタートしていない状況ではないかと考えております。全国的に約四万人以上の養成の計画があるというふうになっております。単純に平均いたしますと各県千人、そういう数だというふうになっております。

以上でございます。

○石井道子君 それから、要介護の方々でお薬を飲んでいらっしゃる方が大変多いと思ひますが、ほとんどの方が飲んでいらっしゃるでございませうか。それは一般の在宅の方もそうだけれども、施設に入つていらっしゃる方もそうございませう。

○公述人(和田節君) 御質問でございませうけれども、老人保健施設は医療行為も提供するというところになっております。大半の老人が内服治療を受けております。場合によっては点滴等の治療ももちろん入りますし、なかなか治療に関しては内服量が減らないというのも現実でありまして、薬依存もありませうけれども、医療行為は当然なされていまして、医療的に申しますとマルメ医療のような形で、医療費を持ちながら施設療養をあわせて行っているという状況でございませう。

○公述人(岡崎潔君) 私のところでは常勤医が配置されておりますので、配置されております常勤医の指導をいただきながら看護婦二名で対応させていただいております。ほとんどの方の対応を看護婦で賄っております。

○石井道子君 それから、岡崎公述人に伺ひますけれども、今度老人ホームが措置制度から保険制度に変わるといふことでお話がありました。その場合に、今後の運営の問題についていろいろ御心配があるようにお見受けしておりますが、どのような点でございませうか。

○公述人(岡崎潔君) 一点は、現在入所者一人当たり幾らという負担額設定で措置費を支給いただいております。それを基礎にして運営しておるわけでごさいます。介護保険になった場合、こういう今の制度は続けたらいいのであろうか、いわゆる民間の場合に、特に介護保険移行後、経営が成り立つかどうかというのが最大の心配でございませう。その辺については、五年間はとりあえず平成十二年四月一日現在の入所者については保証するというようなお話もいただいております。

で、それらを土台にしながら御指導いただきました、何とかいけるというお話をいただけたとありがたいたと思っております。

○石井道子君 それから、和田公述人にちよっとお伺いしたいんですが、いろいろ御要望の中で医療保険制度との整合性という項目がございました。具体的にありましたらちよっとお聞かせいただきたいと思います。

○公述人(和田節君) 少し時間がオーバーしましたので説明の方を省かせていただきましたけれども、一つは、社会的入院の問題をどうしていくのかということだろうと思っております。それからもう一つは、長期療養型病床群の中に診療所を開放するというふうな項目も出ております。

もちろん、そういうふうにしていかないと、介護保険に適用されるベッド数の患者さんの看病はできないかとも思いますけれども、その際に、規制緩和の問題に関しては十二分に検討していただきた。いわゆる社会的入院のケースを長期療養型病床群が介護保険の適用になったということだけで移行いたしますと、右から左にシフトしただけになってしまつて、本来介護保険の持つべきアメニティーの問題とか快適な生活環境においての介護の適用ということになりますと、やはりそこに問題が残るのではないかとこのうに考えます。

それから、まだこれ論議になっておりませんが、介護保険との関連では言うべきかどうかかわかりませんが、高齢者医療保険という制度もあわせて考えられているようですが、まだその財源等を含めて、七十歳以上の医療独立型にしていったときに、果たして医療保険の中で負担、給付の問題とそのバランスがとれてやっていくのか。今、現状の中で、医療保険における健康保険の赤字の問題が出ております。健康保険組合、政管健保の方も赤字でとても老人医療に提出金が出せない状況であるという中で、高齢者の独立保険というものが考えられているのだらうと思っております。また、それは介護保険とあわせて考えていく、検討

課題になっているようなんですけれども、その辺のところにつきましては、先ほど松尾市長さんの方からお話があったんですが、基本的なサービスが受けられないという状況にはすべきではないのではないかとこのうに考えます。

それと、重なつてのお話なんですけれども、規制緩和の中でもすれば守られないといけないものが削られてしまつたということに関しては細心の注意が必要ではないかといううに感じはしています。医療保険制度、私の思うところを簡単に述べさせていたいただきました。

○石井道子君 以上でございます。ありがとうございます。

○南野知恵子君 本日は、お忙しいところをいろいろとお話を聞かせていただきました。本場にあるがとうございまして。

まず第一に気になったことは、モデル事業における第一次と第二次の判定の差が三八%もあつたということでございますが、我々の今進めております保険は認定を要請してから返事が来るのが大体三十日ぐらしかかる。そういうことも含めまして、調査の段階、要介護認定の段階、そういうものを合わせまして、モデル事業を通して何かお考えになったことがありかどうか、松尾公述人、山内公述人、川添公述人、お三人にお伺いしたいと思っております。

○公述人(松尾徹人君) 先ほど申し上げました点もございまして、一次判定のデータがもう少しわかりやすいような認定基準の設定が必要なんではないかということもそれぞれの担当から聞いておるところでございます。

また、要支援あるいは要介護状態区分というのが必ずしも明確でなくて、判定がなかなかしにくいつたような問題も出されておるところであります。

○公述人(山内昇君) 先ほどの公述の中で要介護度分類の問題点を指摘いたしましたけれども、これが大体すべてでございます。

私自身は、直接モデル事業に携わったわけでは

なくて、高知県医師会の中の高齢者福祉担当としてこのモデル事業を推進した、そういう立場でございます。実際は高知市医師会がやりになつたということでございます。

この点につきましては、先ほどの公述の中でも申しましたように、日本医師会が一つの対策をつくつておりました、それをたまたま検証中でございまして。なかなかいいデータが出ておるといふうなことを申し上げておきます。

そして何よりも、厚生省案によりまして、先ほど松尾市長もおっしゃいましたように、その六分、区分が非常にわかりにくい。あなたの区分はこれですと言つても、なかなかびんとその状態像が浮かばないというのが非常に問題であるということが言われております。

もう一つ、調査項目につきましても非常に表現があいまいであるといううな問題があります。

○公述人(川添テリ子君) 実際、今手元に要介護認定モデル事業の審査項目を持っております。「はい」、「いいえ」で答える場合にも、家人の介護者のレベルによつて「はい」、「いいえ」の項目が、本人がしたくなくてしないのか、知識のない者が寝たきり状態にしてしまふほど手を出し過ぎる、本人の最後に残つた能力をどう生かそうかということをしないで何もかもしてやるといふことが起こりかねない返答の内容になっております。

それとも一つでございますが、寝たきりと痴呆を対象にしておりますけれども、この後にもう一つ老人虐待の問題がございまして。

少し事例を挙げさせていただきますと、七十七歳の肺機能不全、日常生活は自立しております。病状が悪化したときに入院する程度で、病院にいたのが非常に嫌で娘夫婦と同居しているために、この場合、嫁と違つて娘は虐待という項目では調査上一番数字が少ないわけでございますけれども、それでも、その娘さんが言うんですけれども、感情をコントロールするのが非常につらい、母親でありながら思はず言葉の上の暴力を使つて

しまふことがある。そこら辺の調査で、介護者の虐待に対する意識、「ない」、「全くない」を合わせても五三・二%という数字が出ております。その調査はどこでやられたかと申しますと、埼玉、福岡、山形の三県の市町村、保健所の保健婦約千八百人を対象に、過去二年間にわたつて虐待の調査をしたというところの事例でございます。

その点にも御配慮を願いたいと思ひます。

○南野知恵子君 そうしましたら、いろいろと調査をされる方と要介護認定をされる方というのは別々な立場でございますね。そういったものを通してモデル事業では、私にしてみたら多少じれったさがそこにあるのではないかと。実際、調査に行つた人からの情報ならもっと早く、この人はどの程度だと。また、家族とそれから調査をした人本人との間のそこが早くチェック、確実な段階で知り得るはずだと思つたところが調査票には出てこない、そういう問題があるだらうと思ひます。

そういうことについて、川添公述人、もし何かございましたら教えていただきたいのと、和田公述人、何かありましたらその点について教えていただきた。

○公述人(川添テリ子君) この点については、和田公述人も申しましたように、調査員の教育、きちんとした事項が調査されるということは私も同感でございます。

それと、資料にお渡ししてあります市町村の保健福祉活動、それが一番下にあります介護サービス提供機関というものに委託されるわけです。それで報告があつて、これだけのお金を欲しいといふこと、その間に何か血の通つたものがないとこれは非常に大変でございます。そこらあたりで行政とそういう介護サービスを提供する機関との関連、それからさつき強調いたしました、市長さんもおっしゃつていました専門支援センターを明文化していただくということが非常に大事かと思ひます。

以上です。

○公述人(和田節君) 調査における調査員の資質

と資格の問題ですけれども、確かに、おっしゃられましたように、わかっている者が行けば情報は非常に早くつかむことができるだろう。ただし、わかっている者が行ったときに、その人の状況と本人が望むところのギャップを感情的にどういうふうにとコントロールできるかという問題もまた新たな問題として出てくると思います。ただ、痴呆の患者さんとか同居老人の患者さんの場合には、全く知らない者が訪ねていつて現時点主義で調査を行うということに関しては、まるで詰問の様式になってしまつて本当に実態が把握できるかどうかということを感じます。

ことし、高知市の第二回ケアプランのモデル事業の調査員は、在宅介護支援センターが調査に当たるようになっていゝと伺つておりますが、そういったしますと、先ほど高知市の参考資料でお渡しいたしましたけれども、担当地域エリアを在宅介護支援センターは持つておりますので、そういう意味合いにおきましては、そのケースの状況を十二分に知った者が調査に入ることに関しましては、かなり正確な情報が入ってくるのではないだろうかという期待も持つております。

○南野知恵子君 それで、先ほど第一次調査、第二次調査の差がひどいと言われたのはどこに原因があったのだろうか。ただ調査資料だけなんだろうかとというのがちよつと私の気になっていゝところでございます。和田公述人、もし何かありましたら。

○公述人(和田節君) 一つは調査項目の設定の仕方問題があるかと思ひます。私の公述のところでは述べさせていただきましたが、支援の状況がまず見えてこないような、イエス、ノーだけの行為の細分化でチェックしていく様式が一つ問題であつたかと思ひます。

それから、状況を判断した上で能力評価ということにはなつていなかったということも二つ目の問題だろつと思ひます。

それから、先ほど公述人の方がおっしゃいましたけれども、状況の中には環境因子ももちろんござい

ます。それとあわせて、施設状況の中でのチェック項目がこのたびの調査の様式では「してない」という項目を新たに設けてもらつていただけでも、できるかできないかという聞き取りだけでしたので、例えばある事例で申し上げますと、施設の中で全体の調査項目から見ますとかなり自立していると思われながらもかわらず、内服とかその他のところに「できない」というふうになつておりました。それを調査の審査の中で尋ねますと、施設の中に入つておりますと施設サービスとしてさせていないことが「できない」という項目になつていゝと、そういう調査上の様式のテクニクとか組み合わせ方とか考え方の問題もばらつきの一つになつてきたのではないかとこゝうふうに考えます。

○南野知恵子君 そういたしますと、今我々の方でも一番ポイントになつていゝのが、申請してから三十日間と、調査それから要介護認定者。要介護認定者にはいろいろな職種の方がそれぞれのモデル事業の中に入つていゝわけですが、どのような方が要介護認定者にセッティングされたらいいのかということをもう一度お聞かせいただきたい。

では、その要介護認定者が調査をされたら三十日間も待たなくてもつと短縮できるのじやないかという気持ちもあるんですが、それは現実には無理ですとか、そういうアイデアがあれば和田公述人、川添公述人、山内公述人、お聞かせいただきたいと思つております。

○公述人(和田節君) 一つの問題といたしましては、だれが調査に入るべきかということだろうと思ひます。公述人、公正さということに関しましては、その人の所属するところをきちんとしていゝといけないうふうにはないかというふうに考えます。そういう意味合いにおきましては、在宅介護支援センターの職員の教育という中でそれが一つの役割を果たすのかなというふうにも思つております。

それと、認定期日までの期間の問題ですけれども、私どもやはり迅速なサービスの導入が必要であらうかと思ひます。そのためには、何度も申し上げますけれども、一次判定と二次判定のばらつきを極力少なくするよう調査項目のあり方、調査のあり方をしていゝて、ある程度どうしても機械に頼らざるを得ないと思ひます。圧倒的な数を受け付けていゝてそれを認定していく中では機械によつてある程度見ていゝかないといけないうと思ひますが、そのばらつきが極力ゼロに近いといゝければ、そこにかかる時間の短縮というのは可能じゃないかというふうには考えますけれども、それはまだ何回かの繰り返し作業を行つていゝかなければならないというふうに思ひます。

○公述人(川添テル子君) 全く和田公述人と同じ意見でございますが、私が意見の中で申しましたように、やはり医療的な面で看護の分野の職員がする行為はかなり今まで病院の中でケアマネジャーとしての役割を果たしてきていゝます。それとどちらかというところ、そういう点においては自分たちがプロであると自負してありますが、いや、ほかの職種が力がないとかということも申ししております。私たちが協会としても極力勉強したいと。ケアマネジャー養成についての教育企画をいたし五十人募集しましたら三倍の百五十人が三日間のうちにもう電話電話電話で言つてきて、さあどうしよう、じゃ講師はどうしようかという段階で、できるだけ県の段階で行つてきた講師を有効にお使ひせ願ひたいということ。

それから、やはり看護教育において最低のレベルを上げるために教育の一本化ということとせひ厚生省がお約束していただきましたら、二〇〇〇年の早期に高卒後最低三年、看護教育の一本化をお図り願ひたいということ。

それからもう一つ、他職種とのベアで行うということ。福祉的な面の方は社会資源を利用することとがなかなかお上手です。人との接触が上手で、もちろん看護婦もそれが仕事ですけれども、情報を得て調査をするということが非常にお上手でございます。ですから、看護と福祉、そういう

職業の者がベアで行うということを私は望みたいと思ひます。

以上でございます。

○公述人(山内昇君) 正確な調査ということになりますと、現時点調査というのはいやばりだめでありまして、一週間ないし二週間の期間の出来事を調査する、もちろん聞き取り調査でいいと思ひますけれども、そういうことが必要ではないかと思ひます。

それからもう一つ、調査員の資格でございますけれども、これもケアマネジャーのような法的資格を必要とするというふうなことにしますと、もうちよつと調査の質が上がるんではないか、こゝういうふうには考えられます。

それから、認定審査会の能率の問題でありますけれども、必ずしも三十日はかからないんじゃないか。言うなればただいま練習中であるという期間でございますので、これは習熟いたしますともっとスピードアップする、一週間ないし二週間であるんではないか、こゝういうふうには考えられます。

以上です。

○南野知恵子君 それでは、中澤公述人にお尋ね申し上げたいんですが、このペーパーの三番目の家族介護という問題について少しお述べになつておられましたけれども、もう少し御追加いただけますでしょうか。

○公述人(中澤秀夫君) いろいろところで家族介護につきましては介護保険の絡みで議論をされたというふうには承知しておりますけれども、本当に家族介護というのは、これはもちろん被保険者といゝますか対象者とそれから家族双方の合意といゝことと、一定の資格要件を具備した家族の方が介護するといゝ前提で考へていゝるわけですが、そういう場合にボランティアの団体のやるものは介護報酬の対象にはなる、だけれども、家族がやりますとそれはだめですよといゝことですね。そのかわり、短期入所のサービスの方へ振りかへといゝますか、こゝういう利用はできますよ

ということ、家族の方の時間といいますが、介護疲れを和らげる措置としてそういうことが考えられているわけですが、これなども基本的に私は被保険者が何を選択するかということに重視せぬといふかと思うんです。

被保険者が家族の介護を望むのならば、そのことを家族も同意をして家族もそのことを望むのならば、そのことは介護保険の中でもきちんと介護保険の給付ですよという位置づけをすべきではないかと。そうすると、被保険者がだれにどこからサービスを受けたいかという選択の幅が広がってくる。家族なのかボランティアの方なのか営利企業なのか、あるいは公的な保険者がやるサービスを受けたいのか、そういう選択の幅も広がってくるし、選択の幅が広がるということはお互いが介護の質についても一番ベターなところを選べる。そういう趣旨から家族介護をもう少し介護保険制度の中できちんと位置づけるべきではないかというのが私の考え方で申し上げたところでございます。

○南野知恵子君 前に我々が秋田県とそれから長野県に御訪問させていただきましたときに、長野県ではやはり現物・現金支給、これは要らないと。でも、秋田県では現物・現金支給を考えてほしいというようなアイデアが出されたことがございましたので、そういう意味では、この家族介護というものをどのようにお考えになつておられたのかということでもちょっとお尋ね申し上げます。

引き続きまして、あと残りわずかでございますが、保険でなく税制でというようにお話をいただきました水田公述人にもちょっとお尋ねしたいんですが、先ほどのお話の中で、掛けたものはいらない、これは保険のお金でございます。そして、税として出したのは、出しておられない方たちもおられるわけですが、税を出しておられる方から同じようなことが言われるのではないだろうか。保険と税制というものが違うのかどうかというように観点がですね。もちろん、財源その他のあ

れは違いますが、税制でする場合と保険でする場合の考え方というのはまるっきり違うものなんでしょうか。ちょっとお尋ねしたいと思つてます。

○公述人(水田武夫君) 私も簡単に人情としてとらえたということで、理論的な、科学的な根拠はないわけでございます。

今までは保険というと、医療は保険ですけれども、一般的な保険というのはいろいろ民間の保険とか郵便の保険とか、毎月払ってその代償給付を求めるといふように理解をしている中で、このことが起きるんじゃないかと言われておる。特に私も中山間地域に住んでおると、非常に低所得者の方がほとんどでございます。そういう中であつて逆に保険のサービスを求める人は非常に多いわけですが、すぐ隣の人がという比較をすることが多いわけ、そういう中からくると、案外、保険を掛けているんだからということとで申請することが多いんじゃないかと。

税金の場合は、保守的なといえそうですが、思ふんですけれども、よほどでないややはり生活扶助も申請しないような風土でございます。そういうことからいって、今現在の制度でもなかなかそういう施設は利用しないとか、例えば老人ホームに入るのは肩身が狭いとか、そういうことが現在も生きているわけでございますので、いい悪いは別としてそういうことが考えられるんじゃないだろうかという単純なことでございます。

○南野知恵子君 では、もう一つ続けてなんですが、税制でやっているところはデンマークがございまして、それから同じ調査しましたら、ドイツ、オランダでは、やはりこれは消費税というところで日本の消費税と比べますと、我が国は五%ですが、ドイツでは一五%、それからオランダでは一七・五%、それは保険でやっているというデンマークでは二五%の消費税ということでございまして、じやどのくらいの税制が必要だと思われまふでしょうか。

○公述人(水田武夫君) 現在の五%のうち、一%

とか二%とかを特定財源にしてやれば、よくわからないですけれども、今の推計でいけば保険でなくても何とかできるんじゃないだろうかと思つてます。私の本当の個人的なあれでなければ、私は一〇%くらいなら我慢できるんじゃないだろうか。

ただ、これは税金の方法の問題でございけれども、今のような外税ですか、例えばデパートに行つて買い物をするとか定価が書いてある。その定価かなと思つておつたらお金を払う段階で五%税金が上積みされるとか、飲み屋さんに行つて一杯飲んで、また税金分は別なところがあるんです。何でこつこつ、わずかと云つたら悪いんですけれども、三%、五%のことと云つたら悪いですけれども、税金も含んで値段を請求されてそれを払うと、払う方としてそんなに大きな負担はないわけですが、私は学者でないし、よくわからない庶民の一人ですからあれでございけれども、どうしてそういうことができないのかと思ふんです。そういう方法論の問題がちょっとあるんじゃないだろうか。

それから、みんなにわかつてもらえば、この介護でもそうだし、とにかく一生懸命働いて、働けるうちは税金を払つて、それで年をとつて働けなくなつたとき、しかも倒れて働けなくなつて死ぬまでのしばらくの間、それは人によって長短はありますが、それよりも、そのくらいやっぱり国で見るといふんで、税が高ければ余りもうあれでいいかもしれません。税金が高いのは余りもうあれでいいけれども、できるだけ節約する分は節約していただいたりすれば、そんなに大きな問題ではないんじゃないかと私は個人的には思ふんです。

○南野知恵子君 ありがとうございます。

○浜田津敏子君 平成会の浜田津でございまして。本日は、お忙しいところ、それぞれのお立場から貴重な御意見、御提言、大変ありがとうございます。

高知県は公的介護保障制度について大変関心が高いと伺つてまいりました。まず、高知市長にお

伺いたします。

現在、高知市で実施しておられる措置制度による介護サービスと今回の政府案での保険の対象とされているサービスとの間に違いがありますでしょうか。まず、その点をお伺いいたします。

○公述人(松尾徹人君) 違いと申しますのは、サービスをしておる種類で申し上げてみたいと思つてます。

まず、私どもの方は、もちろん法律で定められました。一定の福祉サービスのほかに、今行つていましてはいわゆる配食サービス、それから高齢者保護ネットワーク事業ということで、これは緊急の事態が生じた場合の、お電話で受け付けてすぐそれに対応するという体制でございます。それから在宅介護手当についても五千円ほど出してあります。それから、ヘルパーについてはもちろん二十四時間体制で行つておりますし、痴呆性老人についてもグループホームの事業をこしらへて行つておるところであります。

○浜田津敏子君 今お述べいただきました配食サービスあるいは緊急通報装置、それから介護手当の支給、これは今回の政府案では保険の対象となつておりません。これを高知市として引き続き実施されるとすれば、高知市がみずからの負担で単独事業で実施することになります。いわば上乗せあるいは横出しサービスというのは自治体の単独事業でございまして、こういう内容になつております。

高知市は、この介護保険制度導入によりまして現在のサービス水準が維持できるとお考えでございましょうか。あるいは、単独事業として単独で財政負担したとしても今のサービス水準を維持しようというお考えでございましょうか。

○公述人(松尾徹人君) 今申し上げましたうち、特に介護手当でございますが、これは先ほども地域によっていろいろな御意見があるというお話も伺いましたけれども、私どもも、今出してあります介護手当は、今後介護保険制度が制定されれば行われますと取りやめたいという気持ちを持っ

ております。

平成五年から始めた制度ではございますけれども、もちろん金銭的な援助があるということについては、それを受ける立場からすればそれにこしたことはないと思えますけれども、やはり全体的なサービスが拡充される中で本当に必要な人たちに本当に必要なサービスを提供するという形で支援するのが本筋ではないかというふうに私は考えております。言ってみますと、一律ばらまきの金銭給付という形は、これからの高齢化社会においてはむしろそれではなくて、今申し上げましたようなサービスの提供という形に変換していくべきではないかというふうに考えております。

なお、そのほかのサービスについては、配食サービスも含めまして特別給付という一つの余地も残されておりますので、そういったことを活用しながら従来どおり続けてまいりたいというふうに思っております。

あえて言わせていただきますと、この配食サービスにつきましては、きょうは先ほどの意見の中でも申し上げたこととございまして、やはり生活を持続するために本当に最低限必要なサービスでございます。民間あるいはボランティアでということも言えるかもしれませんが、これもやはり本人の負担をできるだけ軽減し、かつまた栄養的にもそれぞれ配慮がされたような公的な配食サービスについては、できれば私は標準的なサービス項目の中に入れていただきたいという気持ちを持っております。

○浜四津敏子君 私も全く同意見でございます。配食サービスにつきましては、特に高齢者の方々にとっては本当に基本的な問題であろうと思えます。私たちも、ぜひ配食サービスはこの保険のサービスの対象に入れるべきである、こう考えております。

次に、この介護保険制度が導入されたときと、運営主体となります市町村の財政負担それから事務負担は大変膨大になるものと予想されてお

ります。これはある地域の自治体担当者による研究会が試算したものでございますが、二〇一〇年には市町村の財政負担は十倍にまでふえる、こういう試算が出ております。

この介護保険制度に係る事務量の増加について、高知市としては、職員をふやすとか、あるいは人的負担については十分に対応できると考えているのか。また、もう一つ財政的にも、これは今の政府案で市としての財政負担に何ら御心配はないとお考えでしょうか。この二点をお伺いいたします。

○公述人(松尾徹人君) いずれも大変心配をしておるところでございます。

事務負担の問題につきましては、今まで私どもがやっておる業務もございまして、そしてまた、今モデル事業でもいろいろ行っておりますので一定の対応のめどは立っておりますが、やはりその部門については人員の増員を図っていかなければいけないだろうというふうに思っております。

それから、財政負担の問題については、いろいろ試算をいたしておりますが、今後、療養型病床群等がどの程度ふえていくのかあるいは今の病床から転換をしていくのか予想がつかない面もあるわけでございまして、一定の推計をしております。先ほど申し上げましたけれども、まず一般会計負担がむしろ私どもの方はそういった療養型病床群等が大変ふえてくる可能性があるということから従来よりもふえるのではないかと懸念しております。また、あるいは保険料につきましても、医療サービス関係のものが、老人医療で見えるプラス部分が相当転換してまいれる可能性がござい

ますので、それが保険料の水準に寄与していくのではないかと試算もいたしております。その意味でも、先ほど申し上げました財政調整交付金の配分等につきましては、できるだけ実態に合った要介護者の比率ということに基づいて置いた算定調整をぜひお願いしたいというふうに思っております。

○浜四津敏子君 多少重なってまいりますが、市

町村が徴収することになります保険料は、第一号被保険者のうち年金から徴収しない高齢者、市として大休月三万円以上の年金受給者については年金から天引きされるということとを予定しているように思われます。それ以下の高齢者、それから第二号被保険者のうちの国保加入者、これは市町村が個別に徴収する、こういうシステムになっております。この保険料徴収について、高知市としては不安をお持ちでしょうか。

これまでも、身近な医療保険であります国保でも、高知市もかなりの程度の滞納と伺っております。その現状を見ますと、介護保険においては滞納、未納が相当多くなることが予想されます。この滞納、未納により生ずる不足分は、結局は一般会計からの持ち出しあるいは保険料の値上げに転嫁されることになるのではないかと、という危惧の聲が上がっておりますが、いわゆる第二の国保の危険性について、高知市としては不安と危惧は拭き取られておられるのでしょうか、お伺いいたします。

○公述人(松尾徹人君) 第二の国保になるのではないかと不安は必ずしも拭き取られておりません。特に財政的な面では、徴収が確実になされるかどうかということは大変大きな不安を持っております。

介護保険制度そのものが大変複雑だということもございまして、必ずしも市民の方々に十分この内容が周知されておらないという面もありまして、理解が十分得られるかどうかという不安は非常に持っております。

これからそういったPRにも努めてまいらなければいけないと思っておりますが、少なくとも先ほど申し上げましたように、現在取っております国保そのものについても徴収率が落ちてくるのではないかとこの心配をいたしております。それから、この介護保険の保険料について収納率が落ちた場合の補てん策として財政安定化基金からの交付があるわけでございますけれども、その交付に

ついて収納率の最低限度が設定されました場合は、それを下回る場合には本当に持ち出しをしていかなければいけない、そういう状況になってまいりますので、大変危惧をいたしております。

○浜四津敏子君 この未納・滞納者につきましてペナルティーが定められております。

しかし、要介護になった高齢者が介護サービスを要求してきた場合に、あなたは保険料を払っていないからサービスを提供しませんと、この自治体として言えるのかどうか。この介護保険制度におけるペナルティーの制度は実効性があるとお考えでしょうか。

○公述人(松尾徹人君) ペナルティーの問題につきましては、実際どういう運用がされるかということにもなるわけでございまして、保険給付ではなくて本人が負担をするという前提でサービスを提供するということになるのではないかと、思っています。本人にその時点で負担能力がないということになりますと現実問題サービスが提供できないということになるわけでございまして、現場としては、給付といえますがサービスを受ける方との間でトラブルが生ずる、あるいは人道的な面でもサービスが必要な状態であるのにサービスの提供ができないというふうな状況が起るのではないかと、このペナルティーについて再考をお願いしたいと思っております。

○浜四津敏子君 引き続き、市長にお伺いいたしますが、高知市は新ゴールドプランの達成は可能なのでしょうか。達成困難なものがあるとは、それはどのようなものでしょうか。

○公述人(松尾徹人君) 私どもの方は、今数字の面で見ますと、先ほど申し上げましたホームヘルパーについては充足率がかなり低いと思っております。また、現実には、さっき申し上げましたけれども、ほかのサービスでかなり満足がされて、実際にはホームヘルパーの需要に対して現状はほぼ充足されておるといふ状況だと承知をいたして

おります。

あえてほかで申し上げますと、例えばケアハウス等、比較的元気な高齢者等についての対応施設がまだ十分ではないという状況がございますが、大体今の見込みではほぼ達成できるのではないかといいふに思っております。

○浜四津敏子君 ありがとうございます。

それでは次に、特養ホームの運営に携わっておられる水田公述人と岡崎公述人にお伺いいたします。

この介護保険制度が導入されることになりまして、特養ホームに今おられる方がそのまま介護認定を受けて、いることができるのかどうか、そういう危惧の声が上がっております。

これまでの老人福祉法は介護だけに焦点を当てた法律ではないわけです。ですから、現実には特養ホームに入っている方々は介護が必要だから入っておられる、そういう方ももちろんいらっしゃるわけですが、生活支援、つまり帰るところがないあるいは単身生活に非常に不安がある、行き場がない、こういう方々も特養ホームでは面倒を見てこれたんだらうと思えます。こういう方々が、今回のこの制度ができることによって要介護認定で認定されない、要介護度からすると特養ホームには入れないあるいは保険サービスの対象にはならない、こういう方々が何人かは必ず出てくるんであらう、こう予測されております。

そうなりますと、こういう方々は自己負担でサービスを利用するあるいは施設を出ていかざるを得なくなる、行き場がないのに出ていかざるを得なくなる、こういう結果が予測されているわけですね。もちろん、この法案には五年間の経過措置がありますけれども、この五年の経過期間が過ぎた後はどちらかを選ばざるを得ない、こういうことになりそうです。

施設を運営されておられる水田公述人そして岡崎公述人、この点についての危惧、こういう方々をどうするのか、お考えをお聞かせください。

○公述人(水田武夫君) 現在、特別養護老人ホームに入所する場合は入所判定委員会という審査機関を通して入っておりますので、比較的適正に行われていたとしても、入所判定委員会の制度は十年ほど前にできたわけでございまして、それ以前にはそういうものがなくて、福祉事務所の入所措置の権限で入っていたわけでございまして。

確かに、現実に今施設を見ますと、いわゆるびんびん老人というんでしょうか、そういう言葉が使われておりますけれども、非常に元気な、これが特別養護老人ホームに入っている人だらうかと思う方が相当数入所されているのは事実でございます。

ただ、高知の場合は公立施設が多いので、この五年の間に決めればいいわけですが、民間の場合には、よくわからないんですけれども、介護給付のたくさんいたただける重い方に入っていたかたないかと経営が成り立たないんじゃないかという問題もございまして。そういう意味では、この五年間に介護報酬の少ない元気な方は出ていたかたにやいかぬと思うんですけれども、それが一つの課題だと思っております。

ただ、受け皿として考えられるところがないわけではございませんので、どこに出てもいいわけですか。また在宅に戻って地域で生活できるような支援体制ができるのか、それは住宅政策とかそういうことでやっていただけたらいいのかな。あるいは養護老人ホームとかケアハウスのような元気なお年寄りに対する施設をもっと充実させていた方がいいのか。そういうことが確かに現実の課題としてはあると思いますので、施行後の対策として、現実に施設に入ってから暮らしておられる方々の行き先まで考えていただきたいと思います。そうしないと不備であるというふうに私は思います。

以上です。
○公述人(岡崎潔君) 私どもやはり心配をしておる点でございます。
とりあえず五年間は保証しようというお話でござい

ざいますけれども、施設の中では必ずといえますか、比較的小元な方もおいて運営が成り立っておりますという状態でございます。その方々が五年後にさよならと言えようような従来の取り扱いではなかったわけ、今までは住みかとして生活の場を提供して運営してきたわけでございまして。それが制度になったからさよならというのはいさよならと酷いじゃないか。ただ、私も心配しておりますのは、重度の方だけが歓迎されるべき方々なのか、比較的軽い方も当然においでで、その中でやはり余生を送っていたら、それが当然考えられるべきじゃないかと思っております。

要介護認定という問題がありますけれども、今後入られる皆さんに対して、あなたは十三万円しか入りませんからできるだけ遠慮してくださいとか、あなたは歓迎ですというふうな施設の対応はおかしいんじゃないかと思っております。それが先ほど申し上げました、施設でも安心して介護保険に移行できるような仕組みをぜひ御検討いただきたいという根拠でございます。よろしくお願いいたします。

○浜四津敏子君 今伺いましたとおり、私も幾つか特養ホームを見させていただきましたけれども、この法案の要介護認定、要介護度のランクづけを見ますと、寝たきりになれば非常に介護報酬が大きいです。つまり施設としてはお金が入ってくる。しかし、リハビリを一生懸命やって努力して、施設側が一生懸命努力してその要介護度が低くなれば、今度は入ってくるお金が少なくなる、こういう大変矛盾した制度になっております。

つまり、一生懸命リハビリに励めば励むほどみずから首を絞めることになるというふうな矛盾があります。あるいは、重度の寝たきりの人の介護よりも、本当は徘徊する方とかあるいは暴力的行為に出る方とか、そういう介護の方がむしろ現場では大変、こういう実情にある。それが評価されていない、こういう問題点もあらうかと思っております。

これは質問しようと思いましたが、今お答えがありましたので、最後に、介護報酬の点数

のつけ方ですけれども、これまでの国の単価の決め方は必ずしも実勢単価と合っておりません。今回の介護保険制度についても同様な算定がなされることになりまして、介護報酬だけではほとんどの特養ホームというのは経営が成り立たない、こういう危惧の声が上がっております。

介護報酬の点数がどうなるのかにつきまして、法律を見ただけではわかりません。骨格しかわかりません。後は全部政令委任事項になっておりまして、具体的にどういう評価がされるのか、どれぐらいで本当に経営が成り立つのかというのが見えてまいりません。仮に、これまでのように実勢価格よりも単価が非常に低く設定される、こういうことになりまして、現在の特養ホームは恐らく利用者から保険外負担をいただかないと経営が成り立たない、倒産の恐れが非常に大きいのではないかと、こう言われておりますが、この点についての御不安は何かお持ちでしょうか。水田公述人と岡崎公述人にお伺いいたします。

○公述人(水田武夫君) 私どもそのことを一番危惧しております。しかし、どういった資料だったか見ましたら、一番重い方の介護報酬が特養の場合一人二十九万円という数字が出ていたと思うんですけれども、ただ現実には、価格という言葉はどうかと思うんですが、実勢価格でいくと、自治体立等の特別養護老人ホームは現在既に三十六万円の単価、費用がかかっている。民間の場合はたしか二十六、七万円じゃなかったかと思うんですが、そういう非常に差があるわけです。

確かに、二十九万円というのは中間的になっておりますので、私どもの現実のあれからいいますと大体二十八万円前後ですので、施設の規模とか場所によつていろいろ違いますが、二十九万円なら現状に近いのでいいんですが、それは一番重い方ですので、介護度によつて施設に払われる報酬が違いうという形にされますと若干問題があるんじゃないか。それを施設サービスに限っては何かいらないものを加味して、従来のように単価を一本に設定していただければ、実際運営上

は、事務的には楽だと思ふんです。そういう問題を持つておると思ひます。

以上です。

○公述人(岡崎潔君) とりあえず五年間は保証しますという中で、単価設定が平均二十九万円と言われております。そういう単価でいきますよというところのようでございますが、新しく入所される方の場合には、入所のときに要介護認定が実施されて、あなたの要介護度は何段階ですというようになると、いわゆる平均の二十九万円というのとはなかなか確保が難しくなるんじゃないかという心配をしております。

私どもとしては、特養でお世話させていただく方は単価を一律でお願いしたい。その中に重度の方もあれば、いわゆる中程度の方もおいでる。重度という場合の理解の仕方なんです。寝たきりというのとは、状態としては重度ですけども、お世話させていただく限りではそれほど手のかかる方ではない。痴呆の場合も同様でございます。やはり中程度という方が一番手のかかる方だと思います。それらについて、これからの要介護認定作業の中で詰めをされると思ひますけれども、施設におけるそれは在宅の場合の要介護認定とは違う物差しで御検討いただけたらと、そんな希望を持っております。よろしくお願いいたします。

○浜四津敏子君 ありがとうございます。終わります。

○渡辺孝男君 続きまして、渡辺でございますけれども、また御意見をお聞きしたいと思ひます。まず最初に、今回の厚生省の試算であります。と、公的介護保険が導入される二〇〇〇年の時点では、要介護者の方の大体四割ぐらいが最初の段階では介護保険を利用して給付を受けるんだという一応四割ぐらいを最初の段階で想定しているというところでありますけれども、高知の場合は、いろいろお聞きしますと、やはり世帯の人数が二・幾らという形で、一世帯の同居の方が少ないとか、また一極集中型で高知市の方にかなり人口が集まっているというような状況もありまして、

本当に利用度が四割ぐらいで済むのかという不安な面も感じたいわけなんです。

そこで、予想としまして、そういう介護保険が導入された場合に、実際、介護保険を利用しようという住民の方が大体四割ぐらいであらうという予想というのは、おおよそそのようなものであるというふうに感じていらっしゃるかどうか、松尾市長さんと、それから実際に介護の調査をされた和田公述人にもお伺いしたいと考えております。

○公述人(松尾徹人君) 介護保険制度が適用された場合に、いわゆる介護を要する方について、その介護サービスを利用する方の割合が大分落ちるだろうというお話を今伺ったんですが、必ずしも私どもがそう思っておらないんです。要するに、要介護認定を受けられる方で要介護の対象になる方は、基本的にサービスを受けていただくのではないかとこのように思っております。

現状といたしましては、大体市内に五万二千人の六十五歳以上の高齢者がおられますが、私どもが在宅支援センター等を通じて把握しております。在宅の要介護の高齢者は大体三千人ぐらいではないかというふうな把握をいたしております。これは大体六割ぐらいに当たるのではないかと思っておりますが、こういった方々については、できればそのサービスを受けていただくというところがむしろ当然でございますので、そんなふうにお勧めもしていきたいと思っております。介護を要するに受けられない事態が生ずるといふのは大変問題な状態ではないかと思ふんです。が、ちょっと私の誤解でございませうか。

○渡辺孝男君 家族で見ますので介護保険サービスを受けてなくても結構です、ヘルパーさんとかが家庭に来てもらわなくても結構です。私のうち自分たちで介護しますというふうな方もいらっしゃるというところで、実際、介護保険になっても一応厚生省の方では試算をされているということ。私自身高知の状況はよくわかりませうけれど

も、入所される方も多いというお話も聞いておりまして、また、入所待ちの方もいらっしゃるというのを聞きますと、四割ではきかないんでないか、もうちょっと多くの方が利用されるのではないかと。そうしますと、それだけまた費用もかかるということになりまして、保険料も上がってくるのではないかと。そういう不安、心配もあるわけなんです。

では、現場でそういう調査とかされていて、ニュアンスといいますが、感性的に四割の方ぐらいしか受けないのではないかと、あるいはもっと多くの方がこの介護保険を利用してサービスを受けたいというふうな願っている状況なのかどうか、もし和田公述人にそういう印象がありましたらお聞きしたいでございます。

○公述人(和田節君) これは、むしろ行政の方がどれだけ実態を把握しているかということになるかと思ひます。先ほどお配りしました地域支援システム、これは松尾市長さんのところの資料ですが、私がお答えするべきではないかと思ふんですが、この十ページのところに要介護老人総数と在宅における要介護者数と長期入院者、老健入所者という数が入っておりますので、対象といたしましては、この長期入院の方たちが社会的入院ということと介護保険の対象の中に入ってくるだろうと思ひます。その数が四割なのか五割なのかということとはまだ出してみないとわかりませんが、ただ、高齢化率の高いところにおいては当然それは高くなるだろうと思ひますし、全国平均で四割ということだろうと思ひます。

それで、高齢化率が高いところでは当然そこにおけるサービスの財源負担も多くなるわけですので、そういう意味から、第二号被保険者を含めて全国的にそういうところに必要な経費をプールして、こういうのが介護保険の制度の一つだろうというふうな考えております。すべての問題をその都道府県単独でもって財源負担というのはとても高齢化率の高いところにおきましては不可能だろうと思ひます。

私、最初に申し上げましたけれども、社会保険というのは、高齢社会に到達した結果生じてくる一つの社会的なリスクに対する社会保障制度だろうというふうな考えておりますので、非常に負担度の高い県におきましては、全国的に資金のプールということを考えていただかないと、それはとても成り立たないことだろうと思ひます。

若干質問と答えが変わりましたけれども、お答えいたしました。

○渡辺孝男君 入所されている方は当然サービスを受けたい、受けるということと現在入所されているのでしょうけれども、在宅で要介護の方が、ある地域ではやはりいろんな体面があったり、ヘルパーさんが入ってくるのを嫌がったりする場合があつて受けることを希望しない方もあるということで、一応要介護状態にあるけれども介護保険のサービスは受けないという意思表示をされる方も一定数値に入れた、全国的には四割程度が受けるんじゃないかと試算されているようなんですけれども、高知のちよつと実態をお聞きしたわけ

です。

次の質問になるんですけども、この公的介護保険、国と国民が保険料を払って社会保険という形で介護サービスを提供していきましようということになったわけなんです。そのなった背景にはやはり医療費の増大があります。このままでは医療保険の方がパンクしてしまふ、そのうちの一部分、介護の部分をもた別建てで介護保険という形で、悪く言えば、国民からまた保険料を徴収しようという意図があるんじゃないかというふうな論評をされる方もいるわけでありまして、実際に問題となります。この介護保険ができた場合に本当に解消できるのか、それができなければ医療保険の方の費用も削減されないんじゃないかというふうな考えるわけなんです。

先ほど医師会の山内先生の方では、これ高知県全体なんだと思ふんですが、現在、待機者が千二百三十一人いらっしゃるということで、なかなか

施設入所あるいは施設目標値が一応達成されたとしても、まだまだ入所を希望される方が多いという実態ではないかと思うんです。医師会ではいろんな患者さんを診ていて、そろそろ医療からケアの、介護の段階というふうに判断される方が多いとは思いますが、待機者千二百三十一人というのは、この介護保険がスムーズに進みますと解消されるというような御認識をされているのかどうか、山内公述人にお伺いしたいんです。どうでしょうか、印象的には。

○公述人(山内昇君) 最終的な受け皿といたしまして特養というものがあろうかと思えますけれども、現在、この千二百三十一人の待機者の中で施設での待機者というのが九百三十六名、ほとんど施設での待機者である。在宅は二百九十五名、ほぼ三百人。在宅というよりもむしろ施設での待機者が多いというのが高知県での現状になっております。

その施設での待機者というのは、もう病院から出ていってこれと言われている人あるいは老健施設からも出ていってほしいと言われている人、いろいろあるかと思えますけれども、この数が千二百三十一人あるからといって特養をどんどんふやせというわけにもなかなかこれはいかならないと思いますが、それにしても、現在の整備状況の約三分の一ですか、それくらいの特機者がおるといことは、特養の需要が非常に多いということ、これでは足りぬということではないかと思えます。そして、今後痴呆老人がますますふえるであろうし、あるいは行き場のない老人がふえるということからいいますと、特養の需要というものはあるいは特養の整備というものはもっと進めなければならぬというふうな考えに考えられます。

以上です。
○渡辺孝男君 現在、待機待ちの方が千二百三十一人いらっしゃるということですが、高知市の松尾市長さんとしては、この待機者に対して新ゴールドプランの達成だけではやはりまだまだ対応

処できないんではないかと考えますけれども、二〇〇〇年以降の新たな介護サービスをするかというふうな計画は市の方ではもう準備されておられるのか、検討されておられるのかどうか、その辺の事情をちょっとお聞きしたいと思えます。

○公述人(松尾徹人君) 今現在の状況では、確かに私どもの方でも約二百人程度の特養の待機者があるように把握をいたしておりますけれども、今後、介護保険の制度が施行されてまいりますと、例えば病院でありますとか老健施設、そういったものも介護保険の対象になってくるわけでございますので、特別養護老人ホームに入所をする、希望する方も必ずしもそうふえてはこないんではないかというふうな感じておるところでございます。今後の動向を見なければわかりませんけれども、それらに対応しながら施設についても十分に見通しを立てていかなければいけないと思っております。

○渡辺孝男君 次の質問なんですけれども、要介護認定をする場合に訪問調査員がございます。先ほど言いましたけれども、きちんとした要介護認定をするためには質の高いよく理解された訪問調査員の方が聞き取りをしないと介護認定のときに十分適切な認定ができないということでありまして、今、そういう訪問調査員をどのように市町村として確保していくのかということが問題になると思っておりますけれども、民間業者が入っているところには委託して調査してもらうというところも考えられますが、やはり当初は市町村の職員が当たるとか、そういう公的な役割を持つた方が当たるといことが現実かなというふうに感じるわけなんです。

そこで、高知の松尾市長さんに、その訪問調査員というのは、今後そういう市の職員が当たるのかあるいは民間の方に委託してやるのか、その辺の比率的なもの、将来の推測みたいなものがございましてお聞きしたいと思えます。

○公述人(松尾徹人君) 私どもの市では、在宅介護支援センターの拡充をこれまで図ってまいった

ところでございますが、私どものゴールドプランをほぼ達成できている状況でございます。私どもが先進的に進めておると思っております現在の要介護者の把握等につきましては、こういったところの御支援をいただきながら行っているわけですが、今後もその調査員については、特に在宅介護支援センターの皆さんにお願いをするという形が、実態も把握しておられますし経験もございまして、一番望ましいのではないかとこのように思っております。

○渡辺孝男君 高知市の場合には大きいので、そういう在宅介護支援センターとか十分整えられると思うのですけれども、規模が小さい町村ではそういう調査員を本当に養成できるのか、確保できるのか、なかなか難しいところもあるのではないかと思っています。実際調査に当たられました和田公述人に、町村の小さい規模の自治体ではそういう調査員はどのように確保されるのか、その見込みがあるのかどうか。どうでしょう、印象的には。

○公述人(和田節君) 私自身も高知市に在住しておりますので、小さな市町村がどうなのかというのとはわかりませんが、むしろ逆に、小さな市町村におきましては住民の動向はかなり情報としてわかるわけです。町村の行政を使つてやれば、既存の行政の中で十分把握し切れるのではないかと思います。

高知市は三十万人を超える中核都市になっておりますけれども、そういったある一定程度の人口を持つ都市においてはほとんど実態が把握できていないというのがむしろ逆に問題ではないだろうかと思えます。小さな市町村単位ですと、調査においては比較的スムーズに進むんじゃないか。

ただ、サービスの提供におきましてはさまざまな財源が必要になってまいりますので、広域市町村構想というふうな構想の中でサービス提供をつくっていくかないといけません。むしろ大都市になればなるほど調査の実態が非常にわかりにくい、つかみにくい、だから調査員そのものも養成し

にくいということがあろうかと思えます。調査員の資質の問題と立場の問題にしましては、半ば公的な立場を調査員に持たすべきであらうというふうには考えております。

○渡辺孝男君 そうしますと、市町村なんかでは、調査に当たられる人は役所の職員しか調達できないようなこともあると思うんですが、そうじゃなくて、和田公述人の印象としては、何か民間のいろんな介護サービス産業みたいなものを利用しながらされるというふうな印象でしょうか。それとも、やはり市の職員に事務的な、人的な負担がかかるというふうな御認識でしょうか。

○公述人(和田節君) 在宅介護支援センターというのは、市町村の方から委託を受けてやっております民間が大半なんですけれども、立場といたしましては、公的な立場を持ちながら民間の能力を活用しているというふうなことだろうと思えます。

小さな市町村におきまして行政でやっていって業務量がどうなのか。それから、今後のさまざまなことを考えますと、民間の、能力がある質の高いサービスの提供できる、またそういう人材を持つていけるところは当然そこに参入してくるだろうと思えます。それらをやはり活用していくということは当然必要なことだろうと思えます。その場合にも、どういう基準でそれを指定していくとか、それからその立場にある人たちに對しては、ある程度具体的な、各家庭に入って細かな調査に入るわけですのでプライバシーの問題もございまして、そういうことを網羅できるような立場という保証はやはり必要なことではないかというふうな考えです。

○渡辺孝男君 次の質問ですけれども、実際、要介護認定が始まりますと、やはり苦情処理ということが一番大変な問題になるんではないかと思えます。現在のところ国保連合会の方でその苦情処理の方を担当していただくような方向にあるわけですが、市町村の窓口にも何とかしていただきたい、この認定はおかしいんではない

形で苦情が實際は来てしまうのではないかと、
 ふうに私自身は心配しているわけでありま
 高知市の松尾市長さんとして、市町村に
 もそういう苦情処理の窓口というものを
 いう方向で考えていらっしゃるのかどうか、
 ちよつとその辺をお伺いしたいと思います。

○公述人(松尾徹人君) 介護保険制度を現場とし
 て私も運営することになるわけでございます
 ので、制度の運用に当たりまする苦情は、
 窓口があるまいがどうしてもやはり私た
 ちが受けざるを得ないだろうというふう
 におります。その程度によりましては具
 体的な相談窓口というものが、必要にな
 る場合もあるかと思ひますけれども、一応
 の苦情処理の担当の国保連が十分機能し
 たら、それが一番ありがたいわけござい
 ます。それで御し切れない面もあるわけ
 でございますが、そのことについては受け
 とめをしたいと思います。

○渡辺孝男君 どうもありがとうございます。
 時間ですのでこれで終わりにしたいと思います。
 ○西山登紀子君 日本共産党の西山登紀子でござ
 います。

きょうは、公述人の皆さんは大変お忙し
 ところ、熱心な御意見をいただきましてあ
 りがとうございます。
 お聞きをしております、高知の皆さんが
 高齢者介護の問題に熱心で、しかも、今
 審議をされております介護保険法案につ
 いて高い関心を持っていらっしゃる、そ
 して実態に即した御意見をいただきた
 います。

私たちは、社会保険方式を否定するもの
 ではないけれども、現在の介護保険法案
 のが本当に国民の皆さんのニーズに合
 つたものであるか、こういう点で十分な
 検討が必要だ、こういうふうな立場で
 ございます。
 そこで、訪問看護ステーションの小松
 さんから少し具体的なお話をお伺いし
 たいと思ひます。

ども、病院でも長い間看護婦さんとして
 勤務をされてこられて、今、在宅の訪問
 看護に携わっていらっしゃるということ
 なんですけれども、実際の訪問看護ステ
 ーションのいいところは、一日に何件か
 らい、そしてどのような内容の看護、介
 護に近い看護もありませんが、その中
 身を少し御紹介していただきたいと思います。

○公述人(小松桂子君) お答えします。
 現在、私一人で三、四名ぐらい訪問して
 おります。職員は二、五人です。平均八
 人弱でございます。対象は大体四十名
 ありまして、寝たきりの方が十名、要
 支援の方が九名、あとはその中間に
 属しております。

訪問看護婦ですが、これは必ず医師の
 訪問看護指示書に従って、その人にと
 って必要と思われる援助、悪化をしない
 ように予防的視点を入れて行っております。
 医師との連携はきちと定期的に行つて
 おります。

私たちが訪問する具体的な仕事とい
 いますと、まずは病状の観察、バイタル
 チェックから入るわけですね。生活支
 援といつても、日常的には、必要に応じ
 て、全身の清拭とか部分清拭とか入浴
 介助とか足浴とか手浴とか、場合によ
 つてはおむつ交換、寝衣の交換とか洗
 髪それから散髪、ひげそり、つめ切り、
 そういふ細々とした身の回りのケアを
 しております。

それで、排せつですけれども、これは
 お年寄りにとつて非常に大事なことで
 す。排便コントロールは大事ですので、
 場合によつたら浣腸をしたり、導尿し
 たり腹部のマッサージをしたりして
 います。
 処置的なことは、褥瘡の処置、それ
 から膀胱洗浄をしたり、褥瘡の予防
 処置をしたり、場合によつてはIVH
 ルートの交換、吸入とか吸引とか、そ
 れから人によつたら軟こうをつけた
 り座薬を挿入したり、こういうような
 処置が入ります。

リハビリは、私たちは生活リハビリを
 中心に行いまして、患者さんをベッ
 ドから起こしてあげる

座位保持とか体位を交換したり、起
 立訓練とか歩行介助、ポータブル移
 動とか車いす散歩、それからROM
 訓練、呼吸訓練とかそういうような
 さまざまな日常生活に必要な援助を
 しております。
 患者さん家族にとつての指導とい
 うのは、服薬指導とか社会資源の活用
 指導とか緊急時の対応をどうするか、
 それから在宅酸素をされている方が
 いらっしゃるから、そういう方たちの
 指導、褥瘡が起らないような予防の
 仕方、家族の健康管理、それから患
 者さん及びその家族に対しての精神
 的援助なんかを含めて、こういうこ
 とを取りまけて行っております。

こういうふうな内容は非常に多岐に
 及んでおりますし、本人への援助は
 もちろんですが、介護をされている家
 族、この方の健康が非常に大事です。
 この方への健康管理といふのがアド
 バイスは抜きでございせん。

私たちが訪問するのは、訪問がその
 利用者さんに満足された内容であるの
 か、また私たちは専門職として援助
 が適切であったかというふうなことを
 自分に問いかけながら毎日の仕事
 をしております。

○西山登紀子君 平均すると八十五
 歳というのか、対象のお年寄りの方々
 は大抵高齢なわけですね。でも、小松
 さんたちの訪問というものを大変心
 待ちにしていらっしゃるのではない
 かと、その点では看護を待っている
 方の生の声というのか、そういうもの
 があれば聞かせてください。

○公述人(小松桂子君) 在宅でターミ
 ナルの患者さんがいらっしゃる。この
 方は七十八歳でS字状結腸がんの術
 後の再発で、家族が最後を家で見て
 あげたいということで、自宅に連れ
 帰られていたケースですが、医師の方
 からはもう二カ月の五月ぐらいで
 もうダメじゃないかと言われていま
 したけれども、家族が一生懸命食事
 とかいろいろ愛情いっぱい接し
 まして、現在元気でおられるわけ
 です。この方に私たちが週三回訪問
 させていたいでいます。

特に、体を動かすことができません
 ので、生活援助を中心に食事の指導とか
 服薬の指導とか、それから腫瘍があ
 りますからその傷の交換とかやつ
 っておりますけれども、特に患者さん
 家族の精神的な支え、非常に家族は
 場合によつては泣きかくなるような
 状況が出てくるわけですね、一人で
 介護をする場合があるわけですね。
 そういふときに私たちが行つて一緒
 にお話し、一緒に悩みを聞いてあげ
 ることによって本当に頼りにしてい
 ますというふうな言葉が返ってきます。

私たちは、そういう患者さんを最後
 までその人らしく人間として尊厳を
 大切にしながら一緒に頑張ってい
 きたいというところで、家族と今や
 っている事例がございまして。

○西山登紀子君 先ほどの小松さん
 の具体的な御提言の中に、四十歳か
 ら六十四歳の保険料を納めてい
 らっしゃる方に対する給付の問題で、
 加齢に関する疾病の限定をなくし
 てほしいという御提案があったと思
 います。私もそのとおりだと思
 いますけれども、現在訪問していら
 っしゃる患者さんは、もちろん平均
 八十五歳というところから高齢の方
 が多いわけですね。中には四十歳
 以上六十四歳以下の方もいらっしゃる
 のではないかと思ひますが、その
 例は、何かありましたら。

○公述人(小松桂子君) 私のかか
 わっている利用者さんでは、四十八
 歳の女性で、病名は進行性の筋ジ
 ストロフィーです。家族は夫と母
 親の三人暮らしですけれども、八
 十四歳の母親が家事一切を行つて
 おります。本人は食事を食べること
 が辛うじてできる程度なんです。進
 行性の疾患ですので、今後はやつぱり
 介護度はずっとアップしてくると思
 います。この方は今回の介護保険の
 適用からは間違いなく外れるわけ
 です。

ほかに脳性麻痺とか事故で介護
 の必要方もたくさんいらっしゃる
 わけです。障害による要介護者の
 だれもが原因を問わずに介護保
 険の給付を

受けられる、これが基本となるように改めていただきたいというふうに考えます。

○西山登紀子君 現場で実際回っていらつしやうて看護している立場からすると、保険料を納めていらつしやるのに、年齢によって、こちらの人は保険給付が受けられない、こちらの人は受けられるということの見きわめがなかなか難しいということでしょうか。

○公述人(小松桂子君) そうです。

○西山登紀子君 それでは、少し角度を変えまして、保険料とそれから利用料の問題で市長さんにお伺いをしたいと思います。

やはりこれは保険でございますので、基本的な問題だと思えます。保険料がどれくらいになるのか、だれから徴収するのか、それから利用料が一体どれくらいになるのかということは、私は、保険である以上最も根幹にかかわる問題じゃないかと思つておられるわけですが、先ほど市長さんがおつしやうていた第三の項目です。

高知市では、ホームヘルプサービスの利用者の八五％が無料だという状況にあるということ、それから、施設サービスにおいても多くの入所者について現行以上に負担が生じることが見込まれるということ、最後は負担能力がなくなると生活保護を受けるしかなくなる方がふえてくるように思うと、こういう御意見で、これはむしろ私は、市長さんとしては非常に率直に予想される事態について御意見を言われたなというふうに思うわけですが、高知市の実態としてはどうなんですか、国保の未納者の実態、それはどのようなふうな状況でしょうか、世帯数などもわかれば教えていただきたいと思つてます。世帯数がわからなければ、納付率でも構いませんけれども。

○公述人(松尾徹人君) 国保の収納率は大体今九割程度でございますので、約一割の方が未納というふうになっております。

○西山登紀子君 さらに詳しくわかりますでしょうか。

○公述人(松尾徹人君) 滞納世帯が約八千世帯と

いう状況でございます。

○西山登紀子君 それでは、先ほどの市長さんの御意見の、特に介護保険料の負担が加わりますと非常に低所得者に負担が重くなるということから、いろいろな低所得者への自己負担や保険料の軽減、減免などを市長さんが御意見として出していられつしやるわけですが、もしそういうふうな措置がとられなければ、今のうちに、保険料は平均して二千五百円、それから利用料は一割というふうな負担が低所得者にかかっていた場合に、未納者というのは拡大するということに市長さんは思われるか。あるいは、その数はどれくらいと推定し、今不安に思つていらつしやるか。そこら辺のことをもしお考えになっていらつしやうたら出していただきたいと思つてます。

○公述人(松尾徹人君) 先ほど第三の項目で御要望申し上げましたような状況がもしないとしたら、恐らく生活保護世帯がふえるでしょうし、それからまた、国保そのものについての未納者もふえてくるだろうというふうに思つております。

大体今の想定では、先ほどもちよと申し上げましたが、国民年金の検認率は八割程度でございますが、その程度ぐらゐまで落ちてしまふのではないかとというふうに試算とか予測をいたしておるところであります。

○西山登紀子君 今、国保の場合、保険料と介護保険料が一括して納入されるというシステムを考へられておられるわけですが、こういう介護保険の保険料と医療保険の保険料を一括して、込みにして納入をさせる。そして、それが納入されない場合には医療保険も給付はされなくなる。先ほどお話に出ましたように、給付を差しとめるというふうなことで、第六十八条なんですけれども、今まであった地方自治体の裁量権もなくなってしまう。強制的に給付ストップ、保険証を取り上げる、こういうことを盛り込もうとしているわけですが、そういうことを盛込むというわけでは、ええでしょうか。

○公述人(松尾徹人君) 医療保険の制度とリンク

させるといふ形そのものは、むしろ私はそうあるべきだといふふうに思つております。市町村が直にそれぞれ別に徴収するというのは大変なことでございまして。国保は市町村がやるわけでございますけれども、そのほかの医療保険もあるわけでございますので、その意味ではぜひ一括してやっていた方がいいように思つております。

ただ、さつき申し上げましたように、未納者に対するペナルティーの問題については大変危惧をいたしております。できればペナルティーという措置はやめて、別の形をとっていただきたいといふふうに思つております。

○西山登紀子君 それでは次に角度を変えまして、中澤さんにお伺いしたいと思います。

先ほど少し御意見が出ましたが、家族介護についての御意見をもう少し詳しくお伺いしたいと思つております。

実はこの家族介護、言葉は介護手当というふうには言われたりいろいろしているわけですが、私ども、私もこの介護手当はぜひ必要じゃないかといふふうに思つております。

この介護手当についてなんですけれども、いろいろな角度からももちろん検討はされなければいけないと思つてますが、例えばドイツの、介護保険が始まりましたドイツには介護手当があるわけですが、最初給付の要望が一番高かったのが介護手当です、八割というところで、あと現物給付などの普及が広がる中で八〇％の率は少しずつ落ちてはいつているわけですが、しかし、かなりの給付の要望があります。選択制になつていくわけですが、私ども、

介護してほしいか、あるいは御近所に介護してほしいかという、公のヘルパーだけじゃなくて選択ができる、その幅が広がるのでぜひこれは必要だということ、これはオランダで聞いた意見なんです。

そういう点で中澤さんに御意見をお伺いしたいんですが、特に高知市の場合、今、市長さんがおつしやうたように、要介護老人の約四〇％、三千人は在宅介護ですね。そういう在宅介護の実態から見ても、家族介護手当といふべきか、それをきちっと評価するということについて、もう少し御意見を加えていただけたらと思つてますが、いかがですか。

○公述人(中澤秀夫君) 私が先ほど家族介護について申し上げたのは、要するに、家族介護というものが今度の介護保険制度の中の介護報酬の中へ入れたらどうか、そうすることによって被保険者の選択権が広がってくる、そういうメリットがあるから、それはぜひ再考していただきたいということをおつしやうたわけですが、

今御質問のありました介護手当というのは、現在それぞれの市町村独自の施策として、そういう在宅介護を要する方を抱える家庭に対して手当を支給されておられるわけですが、私は、必ずしも在宅介護手当と連動させた発想ではなくて、新しくつくろうとされる介護保険の中で家族介護に対する報酬を払ふことについてお考えいただけないかという趣旨の発言をしたところで、すなわち、ちよつと質問と趣旨が違ふかと思つてます。

○西山登紀子君 少し私の言葉が足りなかったと思つてます。

今、地方自治体で行われている介護手当、そういうことではなくて、私も、おつしやるように在宅の家族の介護を評価するということで、そしてそれを評価した上で介護保険の給付の対象にもしていくという現金給付、そういう意味で申し上げているわけですが、少し時間がなくなつてきたんですが、先ほど市長さんのお話で、介護保険が導入されますと、そ

れこそ今のお話と運動になるんですが、今までの介護手当はやめていきたいというお話があったんです。

そこでお伺いしたいんですが、高知の場合には女性の共働きが非常に多いということをお聞きしたわけですが、実際に、年間八万人の女性が介護のために仕事をやめざるを得ないという状況が全国的にあるわけですが、働いていて、やはり家族の介護のために仕事をやめざるを得ないという女性が高知でもかなりいらっしゃるんじゃないかと思うんです。そういう女性の場合には、やはり年金にしましてもそれから健康保険の問題にしましても、生活上大変不安定な状況になってしまします。まして、無収入ということになってしまいうわけですが、そういう女性の立場に市長さんほどのような対策という方策とか、あったらいいとお考えになるでしょうか。

○公述人(松尾徹人君) 数字の上で高知市にそういう対象になる方がどの程度おられるかというのは私も把握はいたしておりませんが、生活の面でこういった介護者を抱えるというのは大変なことだということに私も実感として思っております。これに対して、ただ現金給付という形ではなくて、私は、基本的にいろいろなサービスが提供できる体制ができるわけでありまして、そういったサービスの提供という形で御利用いただき、あるいは支援をするというのが本当は筋じやないかというふうに思っております。

ただ、例えば介護保険とかそんな形での税制上のいろいろな支援措置といいますが、そんなものは私はあってもいいかと思いますが、公費なり保険料の中で現金給付というのは、これからの介護サービス全体を考えると、ちよつと私は賛成しかねるという状況でございます。

○西山登紀子君 それでは、最後の質問なんですが、ゴールドプランの達成ということがやはり制度を発足させていく上での大前提ということになるわけですが、なかなか進まないという状況があります。中でも、ホームヘルパーの進捗率

というのが大変低いんです。

この点について市長さんにお伺いしますけれども、何がネックになっているんでしょうか。また、何か国に対する御要望があれば、その点も伺いたいと思います。

○公述人(松尾徹人君) さっきこの点も少し申し上げたんですが、私どもの進捗率の中でもホームヘルパーは九年度末見込みで四八・五%と、大変数字の上では低いんですが、これは最初の目標値を設定する際に、ほかのサービスの状況の中でこのホームヘルパーのサービスの方にシフトするのではないかと前提の中で、かなり高い目標を結果的には設定したと思っております。

現実には、今ヘルパー要望がありますものに対しては現在のヘルパーの体制では十分対応できておるといふように思っておりますので、その意味では現状が、ゴールドプランの目標値が高いがために数値が低いと思っておりますけれども、達成できていないというふうには思っておりません。

○西山登紀子君 ゴールドプランの目標は高く設定した、だから今進捗率は四八%だと、こういうことなんです。需要には合っている。

○公述人(松尾徹人君) 目標そのものが現実には少し過大であったということでございます。

そのほかのゴールドプランの項目の中で訪問看護ステーションというのがございますけれども、これについては目標値を一・六倍上回る進捗になっておりまして、こういった形で実質的には補完されておるといふ状況があるんだと思うんですが、現在のホームヘルパーの需要に対してはほぼ対応できておるといふように把握しております。

○西山登紀子君 高知市の実情についてよくわかりました。

○釘宮馨君 いよいよ最後でございますので、皆さん方が今まで質問をされました中で重複した部分もありますので、少し角度を変えて質問をさせていただきます。

ていただきたいと思ひます。

本日は、皆さん大変御苦勞までございました。特に、きょう私も大変感激をしております。私は、私どもが国会の方で今審議をしておりますこの介護保険法、皆さんの問題の指摘といいますか、これがまさに今、国会の中で議論をされている中心的な課題になっていることだろうと思ひます。

そこで、まず皆さんに一言ずつお答えをいたしたいと思うんですが、今回の介護保険法案というのは三百を超す政省令事項にゆだねる部分というのがありまして、正直申し上げて不確定な要素が非常に多い。このことの意味では非常に疑問心暗鬼を生んでいる部分があるわけでありまして、とりわけ皆さん方、それぞれ現場または自治体、実施主体の皆さん方でございますので、今一番不安に感じていること、このことだけはきっちり議論をしていただきたいという部分を一言ずつお願いしたいと思ひます。

まず、松尾公述人から。

○公述人(松尾徹人君) 先ほどいろいろ申し上げました中で、やはり私どもは市町村として現場でこの制度を運用する立場でありますので、第二の国保にならぬように財政的な面できちっとサービスに対応できるかどうかということが一番不安な点でありまして、政省令にゆだねられていて、内容が不確定かつどんどん変わっていく、非常にたようなこともありまして、その意味で大変不安を感じている面があるのはいかがでしょうか。

○公述人(山内昇君) 一番心配なのはやはり医療でございます。介護保険にどれくらい医療が取り込まれるか。療養型病床群の配置の問題ですが、特に病床過剰における療養型病床群の配置の問題、そして介護保険適用の老人の急性増悪のときに一体医療保険がどういふふうになるか、定額になりはしないか、出来高払いがどこまで主張できるか、それが一番の心配でございます。

○公述人(川添テル子君) 私は、社会的入院の受け皿がどうかということにも気になる点がござい

ます。ですから、行政と福祉それから医療分野、その連携を十分にとって、小さなこと言いましたら、民生委員さんに地域地域で小さなグループをつくって情報を提供して、一家一家の高齢者のひとり住まいの人に声かけ運動とかそういう具体的な方策で、地域でその人をどう支えるか、生きてきた地域でその人がその人らしくうれし気持ちで死んでいけるか、死ぬるといふ言葉はちよつと語弊があるかも知れませんが、老後を過ごせるかということについて、行政と医療とか福祉を担当する分野の人の連携が最も必要かと思っております。

以上です。

○公述人(水田武夫君) 私は、基本的な問題が財源の問題で、保険が公費かということが基本的に違うわけでございますけれども、あとは創設される法律としてはすばらしく整った法律ではないだろうかと思ひます。

ただ、一番心配なのは、社会的弱者に対する配慮というものをもうちよつと配慮していただきたいということだけなんです。

○公述人(和田節君) 私は、問題点も要望もいろいろ挙げておりますので重複しますから、それ以外のところでございます。年代的に団塊の世代に入っております。この世代がやはり高齢社会のすべての問題にさまざまな波及を及ぼしていく世代だろうとも考えます。

最初のところで申し上げましたが、本当にタイムスケジュールでやっていかないとけない。世代間連帯の問題を今市民の自覚と準備という形できちんとおろしていかなければ、現在受給している当事者の問題ではなくて、世代間の連帯をきちんと自覚のもとに準備していくということをやっていくかといかないんじゃないかというふうに考えます。

○公述人(中澤秀夫君) 最初の意見陳述のときに申しましたように、私自身は高齢社会を互助制度

で支えているという公的介護保険については賛成なんですよけれども、今御質問のありました何か不安に感じていることをいうことでですから率直に申し上げます。

まず、政省令にゆだねられる部分が非常に多い。これは松尾公述人も言われましたが、多い。そのために、公的介護保険とはいいなから幾ら負担をして、給付の内容はありますけれども、どの程度の給付があるのか、そういう保険の根幹にかかわる部分すら明確でない。したがって、この公的介護保険という制度の全体像が具体的に現れてこない。そのために、国民といいますが皆さんにどう理解してもらおうか、具体的にわかりませんからなかなか理解を求めにくい。そのことが公的介護保険に対して国民がどう納得をするか、これが一番心配をしておるところでございます。

○公述人(小松桂子君) 私は、やはり現場の者として、低所得者の負担の増加です。保険料を払えない、しかも利用できる、そうすると切り捨てられる。こういう人々を救うために措置制度というのを残して、やはりそれも充実していただく方向で改めていただきたいと思っております。

○公述人(岡崎潔君) 今までの制度を利用しておられる方の大部分は、明治、大正生まれの方でして、非常にこらえ情がよいわけですね。中には福祉だけはお世話になりたくないという方も多数おいでまして、そういう方々の御理解も得ながら運営しておる。ところが、介護保険になりますと保険料を払うわけですから、当然の権利として、私の介護をどうしてくれるか、どういうサービスを提供してくれるかという要求が表面化すると思えます。それに果たしてこたえられるだけのパワーを準備できるのかという心配をしております。それが最大です。

○釘宮警署 ありがとうございます。

それでは、個別にお伺いをさせていただきたいと思っております。まず松尾公述人にお伺いしたいと思うんですが、先ほどから議論になっております保険料未納者に対する措置、いわゆる罰則規定の間

題であります。

この問題は、確かに私も地元(市町村)長さんにお会いすると、特に小さな町あたりですと顔も知っているし家庭事情も全部わかる。だからそういう状況の中で、このペナルティーというのはとてもじゃないけれども我々そう言ったら実行できないというふうなお話がありました。

率直に市長さんからは、これはぜひ見直していただきたいというお話があったんですが、ただ、そうした場合には、今度これは悪用するケースが出てきますね。掛けない人が得をするということ、かえってそれが保険料の未納者をふやしていくというふうな、逆にそういうことが懸念をされるわけですから、その辺は市長さんとしてはどういうふうにお考えになりますか。

○公述人(松尾徹人君) 今お話がございましたような悪用されるケースが出てくる、あるいは不公平感ということ、恐らく現在の法案の制度ができておるのではないかとこのように思うわけですが、これも、過去、若いころ払ってこなかったことのツケが介護を要する状態になってきて介護サービスが受けられないという事態になるわけですが、過去の過ちは過ちとして、現実には介護を要する状態になった場合は、これはもう人道的な面でもどうしてもやはり介護サービスというものは提供せざるを得ないのではないかと私は思っております。

ただ、介護を要する状態になる以前の段階で何らかの未納防止策といえますか、そういったものを考えていく必要があるのではないかとこのように思っています。介護を要する状態になれば、これはもう人道的な観点からやはりサービス提供はすべきだといふように思っています。それが何であるかというのはいささか私にも今すぐは思いつきませんけれども、払える状態のときにきちっと払ってもらって、それだけの制度的な担保というのは当然私たち保険財政を運営する側としても何か必要ではないかというふうに思っております。

○釘宮警署 もう一点お伺いをしたいんですが、

現行のデイサービス事業を今は福祉という財源でやられているわけですが、介護保険の導入によって、このデイサービスの利用者そのものがデイサービス事業を受けられなくなる方がかなり出てくるのではないかと。

と申しますのは、今デイサービスに通っている方というのはかなり軽い方が行かれていたケースが多いんじゃないかというふうに言われているわけですが、そうなりますと、自治体としては、介護保険制度が導入されて対象外になったからあなただちはあしたからだめですよというふうにはなかなか言えないんじゃないか。そうすると、そういう人々に対する受け皿を自治体が独自でやっていたのかなきゃならないんじゃないかという悩みを実際に首長さんが持っておられるというふうには私は思っています。

特にデイサービスは小規模が多いですから、軽度の方ばかりを入れれば多分経営がやっていけない。そうするとデイサービスというのは、いざればやっぱりかなり重い人も受け入れていかなきゃならなくなる。そうするとますます軽い人は行く場所がなくなっていくというふうなこともあるのではないかとこのように危惧を持っておりますけれども、自治体の行政に携わっている松尾公述人にその点についてちょっとお伺いしたいんです。

○公述人(松尾徹人君) まず、現在高知市が行っておりますデイサービスですが、このデイサービスの対象者につきましては、今後介護保険制度が導入されましても、その対象になるようなレベルの方を対象にしておりますので、基本的に軽い方か漏れるということはないのではないかとこのように思っております。

ただ、自己負担が出てまいりますので、そういった意味で経済的な面で受けられなくなるといった方はあるかもしれませんが、その点は私たちも懸念をいたしておりますので、先ほど申し上げましたように、そういった低所得者対策ということとはぜひ考えていただきたいというふうに思っております。

○釘宮警署 高知市の場合には非常にデイサービスが正常に運用をされているんだらうと思えますけれども、そういう自治体がある、実態があるようなことを私自身はお伺いしたものですから、お伺いしたような次第です。

それでは、山内公述人と和田公述人にお伺いをしたいと思うんですが、これから施設サービスというのは特養と老健と療養型というふうに分けられるわけですが、今からサービスを受けようとする人は選択権があるわけですからどこにも入れるわけですね。特養は二十九万、老健三十二万、療養型四十三万というふうな形になっていいますが、私はこれは、行く行くは一元化をしていかないと難しいのではないかという思いを持っております。

とりわけ老健施設というのは、これから横並びでスタートしますと、いわゆる三カ月という入所の枠組みがあるわけで、そういう同じ土俵でやっていけるのかということをお老健施設の施設長さんあたりからお聞きするケースもあるんですが、その点についてはどういうふうにお考えでしょうか。

○公述人(山内昇君) 先ほど申しましたけれども、老健が中間施設として位置づけられているわけですが、ここに大分痴呆老人がたまってまいりました。そういうふうなことで、療養型病床群、それから老人保健施設、特別養護老人ホーム、この三本につきましてそれぞれある程度の、何といいますが、こういう人は療養型病床群に入る、比較的医療の比重の重い方ですね。その次の程度の者は老健へ入る。最後の受け皿として特養へ入る。そういうふうな新しい役割の割り振りというふうなものを考えまして、そこでもう一遍この施設サービスというものを再検討してみているかどうか、そういうふうな考えの次第であります。

特に、老健というのは、最初の設立の目的が中間施設、移行施設と、そういう発想から出てきたものですから、厚生省はここにいつまでもいても

今井	山本	水島	木暮	宮崎	中原	中島	清水	上野
澄君	保君	裕君	山人君	秀樹君	爽君	眞人君	澄子君	公成君

全国保険医団体
連合会常任幹事 上所 洋君
山梨県社会福祉
協議会常務理事 酒井 健吉君
社団法人山梨県
医師会会長 溝部 孝二君
社団法人山梨県
看護協会会長 望月 弘子君

〔午後零時五十八分開会〕

○議長（上野公成君） ただいまから参議院厚生委員
会甲府地方公聴会を開会いたします。

私は、本日の会議を主宰いたします厚生委員
理事の上野公成でございます。よろしくお願
いいたします。

まず、私どもの委員を御紹介いたします。
社会民主党・護憲連合所属の清水澄子理事で
ございます。

自由民主党所属の宮崎秀樹委員でございます。
同じく自由民主党所属の中島真人委員でござ
います。

同じく自由民主党所属の中原爽委員でござい
ます。

平成会所属の木暮山人委員でございます。

同じく平成会所属の水島裕委員でございます。

同じく平成会所属の山本保委員でございます。

民主党・新緑風会所属の今井澄委員でござい
ます。

以上の九名でございます。

厚生委員会におきましては、目下、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、以上三案について審査を行っており
ますが、本日は、三法案について関心の深い関係
各界の皆様方から貴重な御意見を承るため、当甲
府市及び高知市において同時に地方公聴会を開会
することにした次第でございます。何とぞ特
段の御協力をお願い申し上げます。

次に、公述人の方々を御紹介申し上げます。

山梨県知事、全国知事会社会文教調査委員会委
員長の天野建公述人でございます。

山梨医科大学神経内科教授の塩澤全司公述人で
ございます。

医療法人高原会高原病院副院長の高原仁公述人
でございます。

自治労山梨県職員労働組合副中央執行委員長の
樋川隆公述人でございます。

全国保険医団体連合会常任幹事の上所洋公述人
でございます。

山梨県社会福祉協議会常務理事の酒井健吉公述
人でございます。

社団法人山梨県医師会会長の溝部孝二公述人で
ございます。

社団法人山梨県看護協会会長の望月弘子公述人
でございます。

以上の八名の方でございます。

この際、公述人の方々に一言ごあいさつを申し
上げます。

皆様には、御多忙中のところ御出席をいただ
き、まことにありがとうございます。皆様から忌
憚らない御意見を拝聴し、今後の法案審査の参考
にいたしたいと存じます。どうぞよろしくお願
いいたします。

次に、議事の進め方について申し上げます。

まず、お一人十分以内で順次御意見を述べべ
いいただき、その後、委員の質疑にお答えいた
ささせていただきます。

なお、御発言は御着席のままで結構でござい
ます。

それでは、これより公述人の方々から順次御意
見をお述べ願います。

まず、天野公述人にお願いたします。

○公述人（天野建君） 山梨県知事の天野でござ
います。

各委員の皆様には、平素から厚生行政に対し
して特段の御指導、御尽力を賜っているところで
ありまして、この場をおかりいたしまして厚くお
礼を申し上げます。

また、公私ともにお忙しい中を、地方公聴会
のため山梨県にお越しをいただきまして、地方の実

情をつぶさに御察察いただきますことに対し
て、衷心より敬意を表する次第であります。

本日は、このような機会をいただきました
で、私の立場から幾つかお話を申し上げます。

まず、本県の高齢化の現状につきまして触れ
させていただきます。

本県におきましては、毎年、高齢者に係る調査
を実施しており、本年四月一日現在の六十五歳以
上の高齢者数は十五万八千九百四十九人とな
っております。高齢化率は一七・八％とな
っております。高齢化率は本県の水準に達するの
が平成十三年と見込まれておりますために、本
県の高齢化は全国より四年ほど進んでいること
になります。

特に、本県におきましては、過疎・山間地
域の高齢化率が高くなっております。六十四市
町村のうち高齢化率が二〇％を超えている市
町村が三十六市町村あり、三〇％を超えている
ところも六町村あります。

このように高齢化が進行をし、要介護高齢者
の増加が見込まれている中で、高齢期の最大の不安
要因であります介護を社会全体で支え合う新たな
高齢者介護システムとしての介護保険制度は、我
々が国の社会保障制度の一翼を担う極めて重要な
ものであります。

私も、全国知事会社会文教調査委員会委員長
という立場から、これまでも国に対して、国と
地方の役割分担と費用負担を明確にし、地方公共
団体と合意形成を図った上で制度の導入を行うべ
きことなどを申し上げてきたところであります
が、本日は、特にお願いしたいと考えていま
す幾つかの事項につきまして申し上げます。

まず、施設の整備や人材確保など介護サービス
基盤の整備のための財源確保についてであります。
地域住民のニーズに応じた介護サービスを提供
するためには、特別養護老人ホームやデイサービ
スセンターなどの施設整備やホームヘルパーの確

保など、介護サービス基盤の整備を促進する必要
があります。現在、国におきましては、高齢者の
保健福祉サービスの分野における基盤を早急に整
備するため、新ゴールドプランを推進されてい
るところであります。本県におきましても、平成六
年に策定いたしました老人保健福祉計画に基づき
まして、いつでもどこでもだれでも必要とする在
宅サービスや施設サービスを受けられるようその
基盤整備を積極的に行い、平成十一年度までには
計画目標を達成できるよう鋭意取り組んでいると
ころであります。

介護保険制度が導入となりますと、介護や支援
を必要とする方々に対しましてよりの確に介護
サービスを提供することが必要となつてまいりま
すため、介護サービス基盤の整備は一層重要にな
るものと考えられます。したがって、国にお
きましては、介護サービス基盤の整備のための財
源の確保につきまして特段の御配慮を賜りたいと
考えております。

次に、介護保険制度の運営にかかわる財政支援
についてであります。

介護保険制度が安定して運営されるために、県
といたしましては、介護給付費にかかわる費用負
担や財政安定化基金への出捐など保険者となる市
町村の支援を行うことになっておりますが、こ
うした県の財政負担に對しまして、明確な財政支
援を講じていただきたいと考えております。さら
に、県におきましても、介護保険制度導入により
新たな事務を行うこととなり、その事務量は多大
なものになると見込まれております。

例えば、県が設置する財政安定化基金の運営に
ついてであります。この基金から市町村の介護保
険特別会計へ資金の貸し付けや交付を行う場合
には、当該介護保険特別会計における財源不足額を
算定する必要がある、このための事務は非常に複
雑になるものと思われま。また、介護保険審査
会の運営につきましても、ドイツにおける介護保
険制度導入時に見られましたように、制度発足当初
は多くの審査請求事案が予測され、県の事務量が

膨大なものになることも考えられます。このように、県として新たに行うこととなる事務を適切に遂行するためにも、財政支援策が講じられますようお願いしたいと考えております。

次に、制度の内容についてであります。

県下の各市町村からは、制度の詳細がわからず、具体的な取り組みに困惑しているという声が多く聞かれます。特に、事務量などの程度になるのか不明確な部分が多いため、来年度以降の事務執行体制などをどのように整えていったらよいのかということ。また、介護サービスの費用、すなわち介護報酬が示されていないため、現在市町村が行っている、あるいは社会福祉協議会に委託して行っているホームヘルプサービス等をどのように運営していったらよいのかということ。さらには、介護保険事業計画につきましても、具体的な策定方針も示されていないために市町村が取り組むべき方向性を見出せないという状況にあります。

政令、省令で定めるものとされている事項もありますが、市町村等が準備を円滑に行うことができませんように、制度の具体的な内容を早急にお示しいただけますよう要請するものであります。

次に、国民健康保険特別会計への影響についてであります。

県内市町村の国保財政は、近年の経済基調の変化などにより、保険者の努力にもかかわらず収納率が漸減傾向にあり大変厳しい状況にあります。こうした中で、国民健康保険の保険者でもある市町村におきましては、第二号被保険者にかかわる介護保険料を国民健康保険料に上乗せし一体的に徴収することとなり、さらに徴収率が低下するのではないかと心配をされているところであります。

したがって、このことが国保財政に影響を及ぼすことのないよう、国におきましては財政支援につきまして特段の御配慮をお願いしたいと考えております。

以上、四点を申し上げまして、公述人としての

意見陳述を終了させていただきます。ありがとうございます。

○団長(上野公成君) ありがとうございます。

次に、塩澤公述人にお願いたします。

○公述人(塩澤全司君) 私は、山梨医科大学の神経内科の塩澤でございます。

大学病院において診療に従事している立場から、今回の介護保険制度について一言発言させていただきます。この機会を与えていただきましてありがとうございます。非常に身に余る光栄と思っております。

高齢化社会を迎えて、高齢者の医療が医療保険で賄い切れなくなることが判明し、今回の介護保険制度が導入されることとなったわけでございますが、政府は独立採算性を基本原則としている以上、この介護保険制度は高齢化社会の到来に伴って出現したいわば必然性を持ったものと考えられているわけでございます。しかし、この制度の導入に当たってはさまざまな問題を抱えていると思うわけでございます。

一番としまして、この今回の介護保険の適応というところでございます。

高齢者の加齢に伴って起こる疾患としましては、アルツハイマー病、ビク病、クロイツフェルト・ヤコブ病などが従来から代表する痴呆疾患として知られてきました。このほかにも、脳血管障害に伴う痴呆、パーキンソン病に伴う痴呆、筋萎縮性側索硬化症に伴う痴呆、正常圧水頭症とかビンズワンガー病とか那須・ハカラ病など、さまざまな痴呆症候群が存在するわけでございます。

とりわけ、脳血管障害に伴う痴呆は、脳出血、脳梗塞、脳塞栓などの病態が進行し、寝たきり、痴呆状態となります。また、脳血管の先天奇形によるもの、それから脳血管のアミロイド沈着によるものなど、日々予期しないで出現する脳血管障害が多数存在します。

一方、骨粗鬆症は骨のカルシウム含量が低下して起こる疾患で、カルシウム剤やビタミンDの投与が推奨されていますが、症状が進行すると寝

たきりとなり、歩行ができなくなってくる疾患であります。

今回の介護保険制度の適応は、以上のような高齢者の長期ケアを必要とする患者さんに対して考えられた制度と言えるわけでございます。しかしながら、私どもがよく遭遇するものの中には、この疾患のほかにさまざまな痴呆の患者さん、寝たきりの患者さん、下肢が不自由な患者さんたちがいます。いずれも寝たきり状態で、ただ介護をするとしか言えないような患者さんです。これらの患者さんの介護は、従来医療保険で行われてきていますが、介護は十分でなく、新たな対応が望まれているところでございます。

私も、以前からこのような方々への介護を十分に保障する必要があると考えております。例えば、筋萎縮性側索硬化症の患者さんですが、上肢の脱力から始まり、下肢の脱力が起こり歩けなくなり、さらには嚥下障害、構音障害となりまして言語も不自由となります。大脳は正常で、人の言うことは理解できます。このような人に対して気管切開を行い人工呼吸器を装着しますと、五から十年ぐらいは生存できるわけです。現在、その方法が広がってきていますが、人工呼吸器を装着したために全人的な介護が必要となります。私どものところでは、そういった患者さんに夜間ポランテアを含めた在宅介護を支援しているところでございます。そのような患者さんの介護は、極めて言葉に言い尽くしようのない努力が必要でございまして。

介護保険というのは、この高齢者のみならずすべての要介護者に適応されるべきものと考えております。その意味で、今回の介護保険は高齢者の長期ケア保険という限定されたものになったことを残念に思っております。介護を必要とする人の経済は苦しく、一刻も早く援助の手を差し伸べる必要があると思っております。

問題点の二は、リハビリテーションの必要性と認定の客観性についてでございます。

です。すべての疾患に、寝たきりであっても痴呆状態であってもリハビリテーションが必要で、機能訓練を行うということをリハビリテーションと言わなければならないが、これを行わないで患者を放置すると、患者は拘縮を起こし、病状は固定して最悪の状態となってしまいます。

私どもは、すべての患者さんに対して、回復の到達目標、ゴールというのを定めて早期にリハビリテーションを行い、ゴールに到達しても機能を維持するための維持リハビリテーションを続けている次第でございます。リハビリテーションを行うことと同時に、よい治療薬を投与します。こうすることによって、私どものところでは、今まで歩けなかった人が歩けるようになったり今までできなかったことができるように回復していただくことがあります。回復する希望を持ってリハビリテーションに励むように指導するわけでございます。

このような患者の介護保険の認定を行う場合には、その認定の状況は常に変化するために慎重に行う必要があります。患者が介護保険を申請しますと、市町村は訪問聞き取り調査から要介護認定を行い、これを一次判定といいますが、さらにかかりつけ医の意見を伺い、これを二次判定というわけですが、審査委員会が要介護、要支援者の認定を行い、等級が定められるわけでございます。この認定の間には、ケアマネジャーの意見それからかかりつけ医の意見など専門家の間でも大きな意見の相違が起ります。多分起こるであろうこととしまして、患者は、よいサービスを受けられなくなることや過剰サービスが与えられることなどが生じてくるわけでございます。このように、高齢者では病態の把握が極めて難しい点があるので、その状態の認定については非常にフレキシブルに考えなくてはならないというふうに考えておる次第でございます。

問題の三は、高齢者の特殊性でございます。医療と介護ということでございますが、高齢者は外出可能でも閉じこもりがちになったり、不安と抑うつが強かったり、少しの臥床で大きな機能

障害を起したりいたします。十分慎重に対応しなくてはなりません。また、将来を予見した病状の把握をしなくてはなりません。客観的な認定が困難であることが高齢者の臨床上注意すべきことなのです。さらに、医療もその間に並行して行う必要があります。単に介護だけするわけにはいきません。医療と介護は表裏一体のものであり、いずれも病態の回復を願って行わなければなりません。介護される患者さんは常に医療の面でも援助を差し上げなければ、治療をしなくてはならないわけでございます。

その四として、ケアサービスの格差でございます。

高齢者では、よいところでした。しかし、ケアサービスを受けたという希望があります。大都會などでは要介護者なども多いにもかかわらず土地代が高いのでよいケア施設が少なく、むしろ広い土地を持つ近郊の方がよいケアが受けられます。さらに、人口の少ない村ではよいケアを受けられるはずはありません。市町村が経済的負担をしてケアシステムを行っている今回の介護保険で、このような状況を国が察知してしっかりと財政的基盤をつくられることを希望いたします。

以上四点でございますが、まとめとしまして、医療保険が高齢化社会ゆえに破綻するとして、今回の介護保険は必要であり、支援していかねばなりません。その確立に向けて問題点を整理する必要があります。常に患者の立場に立った介護保険制度がつくられることを希望してやみません。

以上でございます。

○団長(上野公成君) ありがとうございます。

次に、高原公述人にお願いたします。

○公述人(高原仁君) 高原と申します。

私は、地域の診療に従事しており、何年か前から在宅患者の訪問診療、訪問看護を実施しております。現実在宅介護にかかわってきたもの一人として、お手元にお配りした抄録に沿って発言

させていただきます。

我が国は、世界じゅうのいかなる国も経験したことのない、人類史上初めてというスピードで高齢社会に突入している。高齢化が今以上に進展する二十一世紀を前に、医療と福祉の重要性がますます高まっている。また、高齢化と並行して進んでいく若年労働力の減少を考えると、経済構造あるいは社会構造そのものが大きく変化していくのであり、そういう中で医療と福祉の水準維持、そして向上を図っていく必要はない。

高齢者で自立している人の割合は、六十五歳から七十四歳で九〇%、七十五歳から八十四歳で七五%、八十五歳以上では五〇%以下と言われており、二〇一三年には七十五歳以上の後期高齢者が現在の七百万人から一千四百万人にふえ、高齢化社会において介護を必要とする高齢者は今後増大していき、現在の百万人から四百万人に増加すると予測されています。

一方、我が国の国民医療費は、対国民所得比ではイギリスと並び主要先進国の中では最も低い国に属するものの、近年、老人医療費だけが突出して上昇を続けています。この一因として、無論当然の自然増は除くとしても、老人福祉や介護サービスの水準が低いということが挙げられます。

現在、高齢化した親の介護のための離職者が毎年八から九万人と言われていることや、連合が昨年一九九六年に行った五十五歳以上の家族介護者へのアンケート結果では、介護が必要な在宅の高齢者に対して食事を与えないなどを含めた虐待を経験したことがあるという家族が半数に上り、また他の調査では、殴る、閉じ込めて縛るなどの虐待の経験者が三九%もいたという驚くべき報告もあり、その主たる原因が心身ともに介護疲れでありました。

以上述べましたような社会構造的、経済的あるいは精神的ひずみを是正していくためにも、新しい介護制度は可及的速やかに導入されるべきものと考えます。

そこで、今回の介護保険法案について私の意見

を述べさせていただきます。

最も基本的なポイントには、介護制度が福祉政策として受け入れられるためには、利用者に受けるサービスに対しての選択の自由がある程度保障されねばならないという点であると考えます。つまり、在宅サービスを受けるのか、施設型のサービスを受けるのか、利用者に選ぶ自由がなくてはならないのですが、現状では、このプランが実行されても圧力的に施設が不足するが現実であり、要するに、ニーズにこたえられない、利用者に選択の余地がない押しつけ型の現在の措置制度に近い、高齢者にとって不満の残る介護制度となってしまうのです。

日本では、一九九五年で高齢者世帯が八百六十万、二〇一〇年には一千五百万世帯となり、また高齢単身世帯は一九九五年で二百二十万世帯、二〇一〇年には四百六十万世帯に増加するとの統計もあり、この予測値は在宅介護の限界を示唆しているものであります。施設に入れないのでやむを得ず在宅介護を利用した場合においてもホームヘルパーの不足は明らかであります。

政府は、一九九九年までにホームヘルパーを七万人にすると予定しておりますが、現在全国で十二万人しかおらず、しかもその六割以上はパートタイム勤務というのが実情です。政府が目指す二十四時間対応の在宅サービスは可能にするには、フルタイムのヘルパーが八十八万人程度必要という試算もあります。結局、ヘルパーが少なければ一回に二時間程度のホームヘルプが週二回ほど行われるというふうなことになる、ためにおけるニーズへの対応のみとなってしまうのです。すなわち、掃除、洗濯といったためにおけるニーズです。こういった家事を中心にしたものになってしまっています。介護の中では、ためにおけるニーズとしては入浴介助くらいしかないので、食事、排せつ、清潔といった人間らしい生活を保つためのニーズは二十四時間三百六十五日存在するわけで、全くニーズに合わない介護サービスになりかねないのです。

厚生省が介護保険法案を上程するに際して公表しているデータによれば、一九九三年の時点で在宅サービスに〇・二兆円、施設サービスに一・三兆円、家族介護費用に二兆円、合計で三・五兆円が費やされていきました。ここで注目しておきたいのは、現実金銭的な移転が行われているわけではない家族介護の費用が推計されている点であります。なお、ここでの家族介護は、介護時間を介護について一日五・六二時間、その他の介護については一日三・三七時間を基礎とし、ホームヘルパーの費用を現行の補助基準単価、一時間当たり重介護については千三百八十円、家事援助については九百十円をベースに推計がされています。

その後厚生省は、介護保険料を徴収する一方として上程しようとし、介護保険料を徴収する一方としてからの投入を加え、二〇〇〇年に在宅サービス一・一兆円、施設サービスに三・四兆円が費やされることになるという案を示しました。なお、ここで家族介護分は三・二兆円になると想定され、合計では七・七兆円になると予測しています。これで見積もりが低過ぎると各方面から指摘されております。二〇〇〇年に四・二兆円で予算を組んだということは、三・五兆円分は家族による介護ということになり、現在の一・五倍の家族の介護を当てにしていることになるわけで、家族の負担が今まで以上に増していく程度の保障ということになり、これはサービスに対して相対的な不満が出てくると予想されるのであります。

以上述べました点も含めまして、今回の介護保険法案について問題点の幾つかを整理してみますと、一、要介護度によって定められた範囲内のサービスについて介護される側の選択の自由が保障されていない非常に困難となるでしょう。そして、社会保険制度では利用者の反対給付の権利性が強化されるので、給付の要求が高まり、大きな社会問題となると思われまます。

二、給付内容に大きな地域格差が生ずるであろうこと。現状では大変な不平等が生ずるのはほぼ

間違ひありません。例えば、東京都の一人当たりの所得と山梨県の一人当たりの所得を比べますと、東京都を一〇〇とすれば山梨は五〇ぐらいになりましようか。さらに、地方税の一人当たりの金額になりますとさらに低い。東京都を一〇〇とすると沖縄あたりでは三〇ぐらいという数字になりますから、かなりの格差が出てくると思われま

す。財源は、保険方式でよいのか、あるいは税の方がよいのか。

負担の公平を実現させるためには、社会保険料によるよりも、所得税や資産課税を中心とした税を財源とする方が望ましい。所得税は累進課税であるのに対し、社会保険料は所得比例であるからです。もちろん社会保険方式のメリットも多く認められます。いずれにしても、予算の見積もりが低過ぎたということが問題になるでしょう。

高齢者は貧富の差が大きいので、低所得者層への配慮が十分行われているか。富裕層には応分の負担増も望まなければならないかもしれません。

五、介護の認定をめぐるトラブルの発生はどうか。公平さの確保が不可欠ですが、これは非常に困難が予想されます。

不服審査委員会の構成と位置づけをどうするのか。相当数の不服申し立てが予想される。ドイツでは、かなり多くの不服申し立てがあり混乱をきわめたようです。

六、国保自体既に未納者が七％存在するのですが、当然さらにふえる未納者に対してのペナルティーをどのようにしていくかという問題がござ

います。

七、第二号被保険者についての加齢による病気という条項を今後どうしていくのか。これも検討の一つだと思われま

す。申請から認定にかかる期間がどのくらいかかるのか。三カ月もかかってしまったのでは、これは実際のニーズに合いません。

九、医師を含めた専門職者の養成の必要性。十年くらい前より、大学の医学部に老人科が設置されましたが、ほとんどが従来の内科的研究と同じ方法で、その視点を単に老化のメカニズムに向けただけの老人内科になってしまいました。障害を持つ高齢者を社会科学的視点を含めて、福祉、税、社会保障、相続、法規などを含めて、総合的に研究するいわゆる老年科の確立が早く望まれるところであります。そこで介護制度に従事するさまざまな人間が学ぶことができ、研修をすることが理想的と思われま

す。十、介護制度発足後当分の間は、毎年制度の見直しをするという柔軟な姿勢が必要となるでしょう。

このほかにも、一九八〇年に七十万であった死亡が二〇一〇年には約四十万と倍増します。現在の病院のキャパシティを超えてしまう可能性と、高額なターミナル医療費を減少させるためにも、在宅ターミナルケアが必要となり、それが行えるだけの介護システムでなければならないことなど、まだまだ考えねばならないことはたくさんございますが、以上のような問題点を吟味し、整理した上で、早期に国民が納得できる介護制度をスタートさせるべきと考えま

す。二に示しますように、我が国の六十五歳以上の高齢者と子供の同居率は低下傾向を示しています。六〇％程度の率を示し、一方、老親扶養に対する考え方は、「子どもとして当たり前の義務」と、「施設・制度の不備ゆえ止むをえない」が同程度となつてゐる。そういう現実を見ますと、介護の社会化は急務です。

本県の例を申し上げますと、資料図三に示したように、老年人口比率は一七・八％で、全国に比して約四年早く高齢化が進んでいます。高齢者の介護問題は、家族に多くを依存している現実があり、事態が深刻化している面も見受けられる現在、介護を社会全体の問題としてとらえ、制度として創設する基本的理念に賛成いたします。

次に、介護制度案について申し上げます。法案は、介護制度を社会保険方式で創設しようとしてゐます。その理由として、従来の措置制度に見られた受益者側のステイグマの払拭や自己決定権、選択権の確保など、権利としての社会保障の確立等が挙げられてゐます。社会福祉に対する国民の意識は成熟してきており、福祉行政を執行する行政現場では、対象者の自己決定、選択権の確立、権利としての福祉の実施に努めており、措置制度でも対象者の権利は十分確保されてゐると思

います。逆に社会保険方式になれば、権利性が必ず確保されるとは言いがたい部分があります。保険料を負担できない方への介護保障を最終的に公的責任の福祉制度で保障していくならば、さきに述べましたステイグマの解消にはなりません。社会福祉は、本来公的責任で行うべきです。これは国全体の財政論と関係しますが、要するにどれだけの予算を社会福祉に投入できるかという問題です。現在の国民全体が置かれてゐる状況から見たとき、財政全体の配分を大幅に見直し、税方式による介護制度の創設について積極的に検討し、措置制度をもっと充実させるべきです。

我が国がモデルとしてゐるドイツは、介護制度を二十年間の検討の後、社会保険方式として創設し、二年目を迎えています。ドイツも当初税方式を検討したようですが、財政的問題とあわせ、従来から社会福祉制度が保険方式で行われていたという実績があるなど、我が国とは状況が違ひま

す。次に、現行案の社会保険方式とした場合についての意見を申し上げます。

第一に、制度の対象者についてです。法案では、第二号被保険者である四十から六十四歳の者は、法案第七条に示す「要介護状態」となつても、その原因が加齢による疾病でないと同条が示す「要介護者」とはならず、その部分は身体障害者福祉法の対象としてゐます。介護は当事者の状態像が問題となります。保険料を納め、結果的に要介護状態になったとき、同じ状態像であるにもかかわらず保険料が受けられない、これでは十分な合意が得にくいと思ひます。福祉制度として創設するのであれば、原因を問わずすべての要介護者をその対象とすべきです。その場合、被保険者は二十歳以上とすることが妥当であり、その方が九五年勧告にある高齢化を社会全体で支えるという趣旨に合致すると思ひます。

ドイツの介護保険は、すべての介護状態とすべての年齢層も対象としてゐます。私は、七月にミュンヘンにあるMDKを訪問する機会がありました。その際に伺つたバイエルン州の九六年度実績は資料二枚目の下に表で示したとおりであります。

第二に、費用負担の問題について申し上げます。六十五歳以上の第一号被保険者は、年金からの特別徴収または町村による国保料への上乗せによる保険料の徴収が行われ、さらに具体的に介護制度を利用した際には利用料として一割の定額負担がかかります。施設を利用する場合には、試算により負担額が多くなつてゐます。年金額が相対的に低下する将来予測もあり、制度発足時から負担感は大きくなるばかりではないかと思ひます。ま

た、現にドイツでは施設を利用されている方で自己負担が困難となり、公的扶助を受けている方が増加しているとのことです。

第二号被保険者は、医療保険者ごとに徴収することになっていますが、原則労使折半、第一号被保険者の負担額と同水準の方針が示されているので、具体的な負担率が示されていないのが現状です。勤労者にとつてこれは不安材料です。財政的な安定を保つことを考慮した上で早急に負担率を示し、その上での議論があるべきです。

また、法案は実施主体を市町村としています。住民への直接福祉サービスは身近な自治体で実施することが適当であることはだれもが納得するところですが、本県のように八十万人のうち、約二十万人が甲府市に集中し、九七年十月一日現在で六十四市町村のうち四十一町村が一万人を割り込む状況において、町村の財政的安定は制度の運用や後に述べますマンパワーの確保からも重要です。各自自治体が現在国保料の徴収が大変なのは御存じのとおりです。国保による経験が各自自治体にとつては、介護保険料徴収に対する不安となっています。それへの対応として各自自治体の公費の導入を検討されているのですから、冒頭申し上げた公費・税負担による介護制度の創設があつてよいと考えています。

第三は、供給する介護の量と質の問題です。

まず、量的問題は、現在老人保健福祉計画に基づいて人的、施設の整備が進められています。介護制度創設の根本は、介護の社会化により高齢者の住みなれた地域、家庭で十分な介護を受けながら生活を維持可能にするところにあると思います。現状の介護実態で在宅介護を可能にする具体的なマンパワーはホームヘルパーです。本県の九七年三月末までのヘルパーの確保状況は五六・三%の達成率となっています。

また、各町村の老年人口比率は、資料の図四に示したように、四二%台から九%台までと約五倍もの差があります。また、高率の町村は山間部であり、介護の対象となる高齢者が偏在しているこ

とを示しています。さらに、制度が確立するとそれまで家族内に潜在化していた要介護者が顕在化する、制度の趣旨からはよいことですが、いゆるモラルハザード現象を起こすことを想定できます。一方、山間部、いゆる田舎に行きますと近隣の相互扶助、連帯感が強くありますので、要介護者が逆に潜在化することも想定できます。それでは制度としての介護ではなくなつてしまします。したがって、在宅介護を支えるヘルパーの供給量は、地域人口とともに、偏在する要介護者に対応するための地理的条件を踏まえ、今後の基盤整備とあわせてさらに増加させる必要があると思います。

また、介護が要介護者の自己選択と自己決定に基づくことを前提にするならば、要介護者が家族による介護を選択する権利を確立し、家族が行っている介護を適正に評価し、現金給付を行うべきです。先例のドイツでは、介護保険受給者のうち六〇%が現金給付を希望し、現金とサービスを組み合わせて介護を受けています。

さらに、現行案ではサービスの供給量が月単位で設計されていますが、一日の中で何回、どれだけの介護サービスを提供するのかという、日単位の細かな制度設計にしないと、制度の目指す人間の尊厳を保った生活の維持は困難になつてしまうおそれがあります。ドイツの介護保険では、資料に示したように、一日を単位にサービス提供量を設定しています。ぜひ細やかな制度設計にしたいだきたいと思っています。

次に、提供するサービスの質的な問題について

老人保健福祉計画は、量的な確保が目的ですが、質の問題は余り議論がなされていません。しかし、現実的には老人保健福祉計画で確保した人、施設が要介護者への介護サービスを提供することとなります。介護サービスは、厚生省の試算でも制度発足時の二〇〇〇年度に四兆円、二〇一〇年度には七兆円近い市場になるとされており、単に市場原理に任せるだけではなく、公的な

立場からの質の管理を徹底させる方策や介護認定審査会の透明性、公平性、指導性を強化する方法を具体化するべきと考えます。あわせて、介護の持つ意味合いを要介護者の全人格を守る観点から考えると、現在法制審議会が検討されている成年後見制をも視野に含めながら検討を進めていただきたいと思っています。

最後になりますが、これからは社会福祉に多くの予算を配分しなければならぬ時代です。ゼ、財政の構造改革が叫ばれている今その配分のあり方について国民が納得できるよう、今まで以上に意を注いでくださるようお願いいたします。また、高齢者の問題は同時に将来を生きる子供たちの問題でもありますので、あわせて配慮をお願いいたします。

以上、介護保険について思うところを述べさせていただきました。ありがとうございます。

○団長(上野公成君) ありがとうございます。

次に、上野公述人にお願いたします。

○公述人(上野洋君) 上野と申します。本日は発言の機会を与えていただきありがとうございます。

私は、全国保連といまして九万人の開業医で組織されている団体と、その周りで日常的に診療している患者さんや地域住民の方の声を代表して発言したいと思っています。

まず初めに、介護保険法案とも関連があると思われるので、九月から実施された改定健康保険法による受診抑制の深刻な実態につき一言触れさせていただきます。

一枚目のB4の資料をごらんください。保連連のアンケート調査では七二%の医院で一割以上の患者減になっています。また、下段の表のとおり、高血圧や糖尿病の慢性疾患の治療中断も多く発生しています。そのため、脳卒中や心疾患で倒れて寝たきりになる患者がふえることが心配されます。介護保険を語る前に、医療改善を中止し不要介護者をふやさないようにする予防策が重要と考えます。

さて、本題の介護保険法案について述べます。

高齢社会の中で、要介護者の急増、家族への深刻な心身的、経済的負担増のため、介護保障制度の確立は国民の切実な要求となっています。一方、長引く不況と消費税率のアップ、特別減税の中止、医療費の増大で九兆円もの国民負担増のため国民生活は厳しさを増しています。特に、年金生活をしている高齢者世帯は大変です。このような現実の中で国民が望んでいる介護保障制度は、すべての人がいつまでもどこでも必要な介護が十分受けられる公的介護保障制度です。しかし、介護保険法案はこの国民の求めるものとはかけ離れています。

以下にその問題点の一部を挙げ、私の意見を述べさせていただきます。

まず、保険料、利用料の負担の重さについて述べます。

国民の家計は大変厳しくなっています。次のページの資料一をごらんください。特に高齢者の所得は、表のとおり年取百五十万円以下の世帯が二七・八%を占め、決して多くはありません。この高齢者の家計に介護保険料、また医療被保険料により導入が計画されている老人医療被保険料が重くのしかかっています。

ここで低所得者にとつて介護保険法案がいかに酷いものかを示すため実例を挙げてみます。

資料二をごらんください。この例は私どもの病院に入院中の方ですが、八十八歳の女性で、車いす座位は辛うじて可能ですが、日常生活は全面的に要する方です。入院前は障害を持つ娘さんとの二人暮らしでした。収入は老齢福祉年金の三万三千五百三十三円のみで、現在娘さんの身体障害者一級の認定手続をしていますが、これが認められれば二万六千四百三十三円の収入になります。生活保護の申請もしましたが、古い自宅と売りに出しても買手のない細地があるということで却下されています。特別養護老人ホームに入所申請をして現在一年七カ月待機中です。

下のグラフは特養入所後の家計に占める介護費用を示したものです。現行制度では二万三千三百円ですが、介護保険法が施行されると、利用料四万七千円と二人の介護保険料二千四百五十円、計四万九千四百五十円が介護のためにかかります。残りの一万四千八百三十三円で娘さんが一カ月生活を送ることになります。

次の資料三をごらんください。次の例は在宅介護サービスの例です。九十一歳の女性で、寝たきりで全面介護を要する方です。六十七歳の息子さんが介護に当たっていました。息子さん自身の腰痛が悪化し介護困難になり、特養入所申請を待機中の在宅介護サービスが必要とする方です。現行の制度では、低所得のためホームヘルパーの派遣費用、ショートステイの費用は無料、往診と訪問看護にかかる費用二千八百円のみが必要で、介護保険では三万円の利用料と二人分の保険料二千五百円が必要となります。

この二つのケースより、低所得者にとって利用料、保険料の負担は大変重く、支払い不能になる人が多数出ることが考えられます。山梨県の特養入所者千八百七十四人のうち千四百四十八人、六一・三％の方は月収四万八千二百五十円に満たず、利用料、保険料が支払えなくなります。介護が必要になればいつでもどこでもだれでも安心して受けられる制度にするためには、利用料はなくすることが必要です。また保険料も低所得者には減免措置が必要です。その分の費用は国庫補助の増額で賄っていただきたいと考えます。

次に、給付範囲について述べます。百三十万人に達すると予測される要支援者と要介護Ⅰ、Ⅱの要介護者は施設入所対象から外される可能性があります。入所を希望しても門前払いとなる人が出てきます。

資料四をごらんください。表は、平成八年に行われた山梨県モデル介護認定審査の結果ですが、現在施設入所中の五十人中二十三人。この表の一番右端になります。「施設サービス受給者数」というところをごらんください。四六％が要支

援、要介護Ⅰ、要介護Ⅱに認定され、これらの人は五年の猶予期間が過ぎれば退所を迫られることになりかねません。ＡＤＬと痴呆を判定基準とした要介護、要支援の区別をやめ、すべての入所を必要とする人に門戸を広げる必要があると考えます。

次に、介護供給基盤の整備にまず取り組んでいただきたいと思っています。特に、現在不足している特養の増設を緊急に行っていただきたい。先ほど述べたケース一の夫は特別養護老人ホーム入所申請から一年後入所もできずに死去、またケース一の本人は入所申請後一年七月月たった現在も待機中です。ある町では入所申請に行っても三年待ちという事態です。九七年二月現在、山梨県では四百十二人の待機者がいて、日々増加中です。

資料五をごらんください。この待機者の増加にもかかわらず、県の平成十一年までの目標は二百五十床で、現在よりも百四十二床がふやされるだけです。他の計画も表のとおり達成率が十分進んでいません。待機中に死亡する人や三年も待つ人が出ないように、特養の増設を緊急にお願いいたします。また、全国的にも九万八千八人の特養待機者がいます。さらに毎年二万人ずつ増加しています。特養を初め介護の供給基盤の整備をまず急いで取り組んでいただきたいと思っています。

最後に、保険料滞納者、国保滞納者への制裁措置を法から削除していただきたいと思っています。

先ほどのケースで述べたとおり、保険料の負担は高齢者世帯には重く、生活苦のために滞納する例が多発することが予測されます。低所得者への減免範囲を広げるとともに、滞納者に対する給付制限を削っていただきたいと思っています。さらに、国保滞納者への給付制限は介護保険とは全く別の制度であり、電気代が未納なので水道もとめてしまうというもので、到底国民から納得が得られるものではありません。経済的理由で滞納せざるを得ない人が多く含まれていいます。貧富の差で介護給付制度から排除されること

のないよう、制裁条項を削除し、すべての人が必要な介護を受けられるようにしていただきたいと思っています。

以上、いつでもどこでもだれでも必要な介護を受けられる制度となるように、介護保険法案の十分な審議と修正をお願いして、私の陳述を終わらせていただきます。

○国長上野公成君　ありがとうございます。

次に、酒井公述人にお願いたします。

○公述人(酒井健吉君)　県の社会福祉協議会の常務理事を務めております酒井と申します。

私は、県下六十四市町村社会福祉協議会や老人福祉施設などを会員とする社会福祉団体の立場から介護保険制度について一意見、要望を述べさせていただきます。

人口の高齢化が著しく進行する中で、本県の高齢化もますます進行度を増しております。ちなみに、平成九年度における本県の高齢化率は一七・八％となっており、国の平均一五・六％を二・二ポイント上回っており、国に先行すること四年という高齢化先進県であります。また、ひとり暮らし高齢者も高齢者の八・六％を占め、在宅寝たきり高齢者は前年度に比べ一・三％増加していることを考慮すれば、介護問題は今後相当深刻な問題となることを予測されます。

こうしたことから、今国会で審議中の公的介護保険制度が公平で効率的な社会支援システムとなり、利用者が介護サービスを自由に選択できる仕組みとなることを願い、お手元のレジュメに従いまして次の五点について意見を述べさせていただきます。

まず第一は、介護給付の額の設定に当たって地域の特長性を配慮してほしいことでございます。本県におけるホームヘルプサービス事業は、県下六十四市町村のうち五十八の市町村社会福祉協議会が町村から委託を受けてサービスを実施しております。また、デイサービス事業については、現在運営されている五十八施設中二十六施設において市町村社会福祉協議会が委託を受けて実施し

ている状況にあります。

これらの大半が過疎・山間地域などを含む小規模な町村となっており、利用者の需要にこたえていくためには基本的な施設の維持管理費や人件費などは不可欠となっております。そうした意味から、これらの経費の縮減は極めて困難な状況にあります。

特に、ホームヘルプサービス事業においては、保険給付の対象となる訪問時間に比べ家庭に到着するまでの相当な移動時間が必要な状態となっており、これに要する経費も無視できないものとなっております。現在は、町村から定額の委託料により運営されておりますが、介護保険制度では利用実績に応じた介護報酬の仕組みとなっているため、小規模の町村では利用者数の大幅な増加も見込まれないことから、事業運営に要するコストがどうしても高くなることは否めません。また、過疎・山間地域などにおいては、民間事業者の積極的な参入も見込みがたい状況にあり、市町村社会福祉協議会がサービスの担い手とならざるを得ない実態にあります。

法案では、介護給付の額は、サービスの内容やサービスを行う事業所の所在する地域等を勘案して厚生大臣が定める基準により算定していくこととされておりますが、額の設定に当たりましては、こうした過疎地域等における特殊性に十分御配慮をいただけるようお願い申し上げます。

第二は、ケアプランを作成する介護支援専門員の資格要件を明確にして法的に位置づけることであります。

介護支援専門員は、要介護者等からの相談に応じ、その心身の状況に応じ適切なサービスを提供できるよう、市町村、居宅サービスを行う者及び介護保険施設等との連絡調整を行う者であって厚生省令で定める者とされております。具体的には、介護サービス計画の作成、市町村からの委託による要介護認定等に携わり、直接高齢者やその家族と接することになりますが、これらの業務は介護保険制度の根幹をなす極めて重要なものであ

ります。

法案では、これらの業務に従事する者に対する罰則適用については、公務に従事する職員とみなすとしておりますが、業務内容の重要性、その公平性とを勘案し、介護支援専門員については資格要件を明確にし、社会福祉士、介護福祉士、看護婦、理学療法士、作業療法士等と同様な法定の資格とすることが適当と思われる。

第三は、介護認定で自立と判定された高齢者の福祉サービスであります。

もとより、介護保険制度は、高齢化に伴う身体的障害を持つ高齢者の介護を保障で賄う制度であります。しかし、この制度だけでは高齢者の生活福祉課題のすべてをカバーできないわけであり、介護認定で自立と判定された高齢者は、介護保険も医療保険と同様に自分が希望すればいつでも自由に介護サービスが受けられると思っております。当然、保険者との間にトラブルが生じることが予測されます。

そこで、介護保険の該当にはならないけれども、介護サービスを必要とするケース等への対応策を立てておくことが必要と思われ。具体的には、住民やボランティアが参画して行う給食・配食サービスや小地域でのネットワーク活動などと同様に、例えば週一回のホームヘルプサービスを行うとか、月一回のデイサービスなど予防活動を含めたさまざまな福祉保健事業の積極的な展開が必要であります。県社協といましては、市町村社協との連携を深め、県下すべての地域で行うこれらの事業を推進したいと考えております。

つきましては、これらの福祉保健事業に要する財政的支援を要望するものであります。

第四は、特別養護老人ホーム等への入所について利用者の範囲の明確化についてであります。

介護保険制度においては、現在の措置制度と異なり、施設への入所は要介護者と施設との契約によって行われることになっております。この場合、施設側が受け取る介護報酬の額は入所者の要介護度に応じて決定されることから、施設経営者

側からすると、入所者について施設の経営上一定の判断をせざるを得ない状況も想定されるわけ

あります。この際、利用者側からは入所拒否という誤解を招くおそれもあり、施設に対する評価に影響を与えることも懸念されるわけであり。このため、介護保険制度の基本理念であります被保険者の選択の自由を実現するために、施設サービス利用者の範囲について明確にされ周知されるよう要望するものであります。また、介護度の異なる施設利用者の入所、退所に伴い、施設経営に支障が生じないよう入所定員などで調整できるように措置も検討されるよう要望いたします。

第五は、低所得者に対する利用料等についてであります。現行の措置制度と異なり、介護保険は医療保険と同じく社会保険として取り扱われることになっております。したがって、一般の高齢者にとつては、医療保険の保険料に加え介護保険の保険料、介護サービスの利用料は相当な負担になります。一号被保険者の多くは年金生活者であり、一定額以上の年金受給者からは天引きで保険料が徴収され、低額年金者で天引きしにくいところは地方自治体が徴収することとなっております。

低額年金者の中には、国民健康保険の国保税が払えない人も聞いております。これに介護保険料が上乗せになるとさらに未納者や滞納者がふえることが予測されます。また、介護サービスを受ける場合には、利用料の一〇〇の自己負担があります。保険料の負担が厳しい高齢者にとって利用料の支払いにはさらに困難と思われ。このため、制度に乘れない要介護者が出るおそれがあります。

そこで、低所得者には減免を含めた所要の措置を切望いたします。終わりに、介護保険制度は、介護を国民全体が支える制度であります。すばらしい制度となりま

すことを期待いたしまして、発言を終わらせていただきます。ありがとうございます。

○団長（上野公成君） ありがとうございます。

次に、溝部公述人にお願いたします。

○公述人（溝部孝二君） 山梨県医師会会長の溝部でございます。

私は医師会の立場から意見を述べさせていただきます。時間の関係がございますので、論点を整理いたしました。簡潔に申し上げます。

一、医療保険で寝たきり老人の訪問看護、服薬指導、治療サービス等、現在からかかりつけ医師が自院の看護婦、保健婦を同道して実施しておりますが、これは寝たきり老人在宅総合診療といたしまして、公的な介護保険を利用した訪問看護の在宅サービスの提供をも重複して受けることができま

す。医療保険の適応と介護保険の適応とが重複して利用されますので、医療費はかえって増大すると思いますが、この点、国民に理解されていないと思ひます。

二つ目といたしまして、要介護認定審査についての問題点を申し上げます。平成八年度厚生省のモデル事業の報告書により、平成八年度厚生省のモデル事業の報告書により、一次判定と二次判定との相違率が平均二七・七％あったとされておりますが、詳細を見ますと、地域ごとにばらつきが大きく、〇％から五八％の相違率になっております。

平成八年度の反省から、平成九年度のモデル事業では、一次判定の結果、調査表の特記事項、かかりつけ医の意見書を参考資料として総合評価を行い、二次判定を行うことになりましたが、一

つ、厚生省案に示されております要介護区分、状態像基準が不明確のまま総合評価を行うことは非常に難しいことであります。二つ目、要介護度状態区分の判定結果を申請者に説明し理解してもらうことがまた困難であります。三つ目、要介護度状態区分に医療的処置の必要度が明記されていないため、訪問看護サービスや服薬指導などの必要度が評価できません。さらに、在宅施設が、施設サービスにおいて医療的処置の必要度から選択される基準が示されておられません。地域に設置される介護認定審査会の委員は、現

在におおむね五名となっており、委員長は互選となっており、地域の開業医師が委員長となり、専門的知識を駆使して会務を総理、指導すべきであると思ひます。

三、要介護度分類を見ますと、要介護度の状態によって介護サービスの費用が六段階に分かれていますが、一度決定された高齢者の状態像の見直しは何か月ごとに見直しすることになっております。国民の理解が得られていないと思ひます。要介護者同士で分類による不公平が出てこないように配慮すべきであります。

四、サービス提供者やサービス提供機関がサービスメニューに沿って介護報酬を受け取るようになっておりますが、在宅要介護者の介護サービスを家族が行っているケースには現金給付をしないことと決められておりますが、かかりつけ医師の指導で在宅において家族介護あるいは看護をしてい

る家庭もあります。保険料は支払っているのに不合理なところと思ひますが、いかがでしょうか。要介護度は、I度は六万円、II度は十四万から十六万、III度は十七万から十八万、IV度は二十一

万から二十七万、V度は二十三万、VI度は二十三万から二十九万と決められてあるようですが、何

万から何万でなく、はつきりした分け方の方がト

ラブルは起こらないと思ひます。

五番、在宅サービスが施設サービスかを選択によってサービスにおける利害得失が生じてはなりません。かかりつけ医の往診による在宅サービスは寝たきり老人にとって軽視できないサービスであります。在宅サービスにおけるマンパワーの確保は十分でしょうか。マンパワーの不足により、サービス提供について今後自治体格差が出てくる懸念があります。人的不足は介護サービスの質の低下にもつながると思ひます。六番、介護保険給付の問題点について申し上げます。現在、二十四時間対応のホームヘルプサービスや訪問看護サービスが試行されておりますが、介

介護保険制度下では保険給付額に加え相当額の自己負担、場合によっては保険給付額以上が必要となる場合があります。在宅を希望するような要介護者は施設に入った方がよいという国の政策でしようか。当初の介護保険制度の理念から相当後退しているように思われます。

七、政省令も三百項目以上になり、厚生大臣が定める基準六十五項目、政令九十二項目、省令百六十項目に達し、運用規程等を含めると膨大な検討項目になると伺っております。早急に結論を得て、介護保険制度の内容が明らかになるように情報の開示を早く行っていただきたいと思っております。八番目、介護基盤整備との関連で問題点があります。

介護基盤整備が不十分であることを前提に、保険者は提供サービス量に応じて保険料率を軽減することができると制度になっております。しかし、在宅サービスについては、提供サービス量を減少することで対応が可能であるが、施設サービスについてはどのように対応していくのですか。介護施設が市町村に整備されていなければ、介護施設を求めて他の市町村に転居するか、あるいは在宅サービスで我慢をしなければならぬと思っております。

要介護の状態が特養が施設として最適と判断されても、特養がなければひとまず老健施設や療養型病床群を選択することになります。介護費用額が担保するのであればその場合は代替も可能であると思いますが、療養型病床群が最適である要介護者が療養型がないために老健や特養を代替施設とすることは不可能であると思っております。その場合をどう対応していくのか明示していただきたいと思っております。

以上、意見を述べさせていただきました。どうもありがとうございました。
○団長上野公成君 ありがとうございます。
次に、望月公述人にお願いたします。
○公述人望月弘子君 本日、このような機会をお与えくださりまして、ありがとうございます。

た。私は看護職の立場から発言させていただきます。

まず、介護保険法案が一日も早く国会会で成立されますようお願い申し上げます。今、全国各地で在宅療養者を抱え、家族だけでの介護では限界がある人々の苦悩が目に見えます。在宅と施設ケアを相乗りしながら利用者が選択できるサービスの質と量の確保と供給システムが公的介護保険に期待されております。専門家と地域の人々に支えられてその人らしく生涯を終えることができる介護保険の仕組みが期待されております。こうした中で、看護職としての立場から申し上げたいと思っております。

まず、介護保険創設期における基盤整備についてであります。生活者のニーズに満遍なく対応するためには、保健、医療、福祉の連携をもとに専門性を総合的に生かす必要があります。そのような観点から、いわゆる県の本庁あるいは市町村の福祉行政部門に看護職の登用をお願いしたいと思っております。

看護職は病院や保健所、市町村などに就業しておりますが、病人や家族、地域の住民と接触しております。特に看護職の登用についての理由について申し上げますと、病院の施設内における看護職は、入院時より長期目標を患者家族と共有して、患者家族のQOLを基盤に病院内の効率的な医療ケア促進と、病院と地域を結び継続看護ができるようコーディネートする実践者でもあります。また、地域にありましては、市町村の公的看護職として住民の生活と医学的側面から住民のニーズを直接とらえ、予防活動と運動させながら社会資源を有機的に結びつけ、住民参加型のサービスを総合化させて継続した活動を展開している実践者でもあります。

このような面からも、看護職の登用についてお願いをしたいと思います。
次は、マンパワーの確保であります。このように形で福祉部門への看護職の参入がございませうときは、片手間として今までの業務を遂行する

ことはできません。したがって、従来の業務を実施しながら、特に介護保険の創設期の基盤整備に備えて新しい福祉領域への看護職の確保をお願いしたいと思います。そうした中で、マンパワーの確保によりまして公的介護保険導入における役割を果たしていきたいと思います。

次に、三番目につきましては、介護認定審査会の委員に看護職を登用させていただきたいということです。

四番目には、市町村介護保険事業策定委員会の設置であります。市町村の介護保険事業計画は基本指針に基づいて策定することになっております。介護給付対象者へのサービス提供体制の確保や介護給付サービス対象者の利用の意向を勘案して策定するとされており、市町村介護保険策定委員会を設置して、地域の保健・福祉事情に精通している保健、福祉の担当者や住民の代表者を加え、必要に応じては広域的な視点から保健所職員の参画などを求め、事業の進行管理や苦情解決の場にしたらどうかということを提案したいと思います。

次に、介護保険の運営についてでございます。ケアマネジャーとケアプランの質の担保というところでございます。

個々のニーズに合わせた介護サービスが効果的に提供できる仕組みを今回の介護保険制度では位置づけております。最後をみると看護から自立支援をする看護へとということで、個々の生活と健康状態をトータルにアセスメントし、しかも要介護状態の改善とか悪化防止を目指した効果的なサービスの提供が求められております。そのためには、保健とか医療とか看護職の予防的、予測的な視点効果が効果的にケアプランに反映されることが重要であると思っております。

二つ目といたしましては、要介護認定への不服の申し立てや苦情処理体制の整備とサービスの質の確保であります。
不服の申し立てや苦情が制度改善へ反映される仕組み、認定されなかった人への支援体制、これ

らをどういうふうにしていくのか、どのような仕組みをつくり出していくのか。それから、第三者機関によるサービスの質の確保が必要でございませう。

三番目は、在宅の受け皿整備で二十四時間ケアの体制を。

これは、訪問看護とホームヘルパーとの協働の促進ということが重視されております。特に今、訪問看護ステーションのモデル事業で挙げられておりますけれども、このモデル事業は在宅支援センターを核にヘルパーステーションと訪問看護ステーションが協働した形の中でニーズにこたえていくということでございませうが、このシステムを促進していただきたいと思っております。

特に、ホームヘルパーが要介護者の日常生活を支えていけばこそ訪問看護が有効に機能し得るわけでございます。訪問看護ステーションでホームヘルパーと協働できる仕組みが必須であります。つまり、同じところで同じ問題を共有しながら共同で仕事ができるような仕組み、これが必要だと思っております。その上でニーズに柔軟に対応できる訪問看護の提供システムを整備していくということをお願いしたいと思います。

四番目には、医療依存度の高い利用者の訪問看護など医療的部分の給付上の配慮でございます。今、訪問看護の対象者は、医療保険の改正などによりまして医療依存度の高い高齢者や末期のがん患者の利用者がふえております。それに伴いまして、毎日訪問とか、営業時間以外の深夜訪問とか、時間延長などの訪問が増加しております。

医療依存度の高いケースの場合、基本療養費に含まれない業務が多くなります。現行の管理療養費では対応ができなくなっております。訪問看護対象者の変化に伴い、訪問看護業務内容も大きく変わっておりますが、これに見合った療養費の改正が必要であると思っております。

私も山梨県看護協会におきましては、訪問看護ステーションを十一カ所予定して、それぞれの地域でのネットを張りながら、いつでもどこでも

だれでもが必要なきにケアが受けられるような体制を組みたいということで頑張っております。以上、介護保険創設期における基盤整備の問題と介護保険運営上の課題について発言させていただきました。

○団長(上野公成君) ありがとうございます。以上で公述人各位の御意見の陳述は終わりました。速記をとめてください。

(速記中止)

○団長(上野公成君) 速記を起していただきます。それでは、これより公述人に対する質疑を行います。

なお、委員の質疑時間が限られておりますので、御答弁は簡潔にお願いいたします。また、御発言は私の指名を待ってからお願いいたします。それでは、質疑のある方は順次御発言願います。

○宮崎秀樹君 自由民主党の宮崎でございます。本日は大変お忙しい中を公述人の皆様方には大変貴重な御意見を承りましてありがとうございます。ごさいました。時間が限られておりますので、端的に御質問をさせていただきます。

まず最初に、天野公述人をお願いいたします。天野公述人は、山梨県の知事さんとして、また全国知事会の社会文教調査委員会委員長さんとしてこちらの方面には御造詣が深いというふうにして承っておりますが、特に山梨県におきましては既に県単でこの介護の問題につきましてモデル事業をおやりになっているということで、先ほど来高齢化率一七・八%の本県におきましてのいろいろの問題点を御指摘いただいたと思っております。特に、山梨県におきましてモデル事業をなさっていらっしゃる、財政的ないわゆる財源問題、これが私は今後介護が現実的に行われるときに一番大きな運命を決めていくというふうな思っております。

そこで、介護保険制度が平成十二年から施行されますと、山梨県の実情を私拝見しまして、甲府市に二十万という人口が集中している、それで過

疎の町村が非常に多い。そうしますと、これは県が相当カバーしないと運営できないというふうな思っています。

そういうことで、試算されて、人件費それから先ほどおっしゃったいわゆる特別会計を組んで、それにかかわる相当な負担がかかるであろうというところで、大体のことで結構ですから、どのぐらいの財源をお考えいただいているか、お教え願いたいと思います。

○公述人(天野建君) 今、モデル事業推進やらこれからの取り組みについていろいろと検討をしているわけですが、今後介護保険法が導入をされましてさまざまな対応を進めていきますと、現在山梨県で試算したものは約百億と言われております。

○宮崎秀樹君 ありがとうございます。基盤整備は平成十一年度には達成したい、これは御希望もあらうかと思いますが、大体実現できる見通しはございますでしょうか。

○公述人(天野建君) 平成十一年度を目標にいたします保健福祉計画に基づきまして現在整備を進めているところでございます。これは前々から、平成六年ごろから計画を進めまして、段階的に進めておりますものから、現状では平成十一年度には第一次の保健福祉計画は達成でき得るものと、このように考えております。

○宮崎秀樹君 ありがとうございます。それで、塩澤公述人と高原公述人、溝部公述人、お三方にお伺いしたいと思っております。

介護認定の問題でございしますけれども、それぞれ御意見をいただきました。この法案によりますと、介護認定は介護を必要とする方がいわゆる保険証を持って市町村へ行きまして申請をする。そうすると市町村から相談員なる方が来て、そして今のところ七十項目にわたる項目をチェックしていく。それを持ち帰ってコンピューターに入れます。それで、コンピューターからある程度の線を出して、そしてまた主治医、かかりつけ医がい

れを認定審査会にかける。そしてグレードをお決めいただく。そしてそれに基づいて今度はケアプランをつくる。こういう段取りになっております。

認定審査会でございしますけれども、平成八年度の一次審査、それから二次審査の誤差が平均して二七%あった、こういうことでございしますが、私は問題は、医療におきましては、保険証を持っていたって医療機関において診察を受けて、そして患者さんを診ていろいろ診断、治療し、これは病気ではない、単なるあなたのいわゆる思い込みだという場合もありましようし、いろいろあると思うんです。しかし、介護保険制度のこの法律は人を診ないんです。最初に、そして書類で決めていくというところに私は問題があらうかと思うんです。この辺はどういうふうにお考えになっていらっしゃるか、御意見をお聞きたいと思っております。

○公述人(塩澤全司君) 塩澤でございます。市町村から訪問をして二時間ぐらいの聞き取り調査をして帰ってくる、そしてコンピューターにかけるといふことでございしますけれども、やっぱり患者さんを診ないで聞き取り調査だけで診断をするというところは非常に危険なことだと思うわけでございします。それは、例えばいろんな病気を診ていても実際反映できない非常にたくさんあることがあろうと思うので、一つはここに大きな問題があるというふうには私は考えております。

○公述人(高原仁君) このようなケースの場合、主治医がいる場合と主治医がいない場合とかなり事情が違ふと思うんです。三年間、四年間その要介護者を診てきた主治医がいる場合には、現場に行つてその患者さんを診なくてもかなりの部分は把握できていると思ひます。

主治医がいない場合にだれがどういふように要介護の申請の後調べるかというのは、主治医でない場合には、初めての患者さんを診に行つて一回その人を診察してこの人の状態がどうであらうか

という認定をするのはかなり難しく、もちろん日によつてもかなり患者さんの状態に動揺がありますから、微妙なラインにいる人にとつてみれば、介護度のII度からIII度、あるいはI度からII度という動揺は幾らでも起こり得ると思うんです。ですから、少なくとも三度ぐらい日を変えて診るぐらいの慎重さがないと不服がいろいろ生じてくるだらう、そのように思ひます。

○公述人(溝部孝二君) 先ほど意見陳述の中で申し上げましたとおり、この介護区分につきましては、主治医がいない場合にはドクターを頼んで意見書を書いていただくようでございますけれども、この意見書を参考資料として総合評価を行うことは大変困難でありますので、申請者にあなたは何度であるというところを説明するわけですが、これも、大変難しい作業だと思っております。

しからば、どういふ方法があるかということになりますと、今のところ厚生省で示された方法にのつとつて平成九年度に行いますので、その結果で評価がまた違ってくるだらうと思っております。

以上です。

○宮崎秀樹君 それでは、もう一度今のお三方にお尋ねしたいんですが、この法律の第七条の二十三項に書いてあるんですが、療養型病床群に収容された被介護者、この方たちが、療養型病床群は介護保険になるわけでありまして、医療保険と介護保険、これは同じ人間でございまして介護保険だ、きのうまでは医療保険、こういう例が出ないとも限らないわけでありまして。

そこで、この二十三項に、治療の必要の程度は「厚生省令で定める」という書いてあるわけですが、この「厚生省令で定める」という、じゃその厚生省令は何だということ、まだできていないわけですが、これが議論になるわけでありまして、ここら辺が私は非常に問題があるということを今指摘しているわけでありまして。

医療保険であれば傷病手当金の対象にもなっております。介護保険になると今度は生活保障部分

の傷病手当金がその日から打ち切られる、こういうことがございますので、私は今の議論の中では、医療行為については医療保険で見ない、介護の部分は介護保険で見ない、そういうことでやはり明確にこれはしておかないといけないと思っております。今度の法律の介護保険というのはそこら辺がどうもまだあいまいなところがございますが、三公述人、この辺についてどういふにお考えかお聞かせ願いたいと思います。

○公述人(塩澤全司君) 私、具体的にちよつと答えにくいところがあるんですが、きょうから医療費ですからは介護という、保険が分割されると思います。かきによって変わるといふことは、患者さんにとつてみれば、要するに愁訴が続いているわけございまして、患者さんにとつては治してもらいたいわけだし、よくなりたいてある。それが介護であるか医療であるかというところはなかなか区別がでないんじゃないかと思うわけです。それを行政的にこれが介護だ、これが医療だ、こういうふうに言いますと、またそこで大きな問題が生じるんじゃないか、私はそんなようなことが一つ大きな不服の材料になるんじゃないかというふうな考えがいたします。

○公述人(高原仁君) このようなケースの場合、一番問題になるのは費用負担の問題だと思えます。

家族がこれまで医療保険で療養型病床群に入院して家族が本人が負担して、それから今度は介護保険に移動していったときに、その負担がかなり差があるという事になります、これは当然相当の不満が出ると思えます。

給付する側とそれを受け取る側の権利と義務の問題だと思えますが、その場合、受け取る側、給付される側が、多少お金がふえてもこれまでよりもさらに緻密なサービスが受けられているという実感に伴えばそれは余り問題になりませんが、ほとんど行われていることが同じであるのに急に一日を境にして費用に差が出てきたということにな

ると大変な不満が出ると思えますので、まず、介護保険に入っても医療保険に入っても余り家族の負担に差がないということが望ましく、もし差がある場合には、それなりにサービスの質に変化を義務づけるような方法が必要だと思えます。

○公述人(溝部孝二君) 新たな症状、疾患が発生した場合、それから症状が悪化した場合等々につきましたは医療保険を利用してもいいというようになことを伺っておりますけれども、介護保険から医療保険に保険の費用を変更する場合には、あくまでもその線引きは主治医の裁量に任せていたいただきたい、このように思っておりますので、法の整備をお願いしたいと思えます。

以上です。

○宮崎秀樹君 それでは皆さんに、これは一言で結構ですが、この介護保険制度は平成十二年導入と、こういうことで国会で審議をやっております。私も責任を感じて今やっております。厚生省令が政令、省令三百というところで、これは大いにそこら辺は詰めて、国民にわかりやすく情報開示をしていくというところでやっておりますが、超高齢化社会を二十一世紀に迎えるに当たりまして、こういう制度が必要だ、いやそうでなくてもと違う制度をつくってやるべきだ、それぞれ御意見が細かいことではいっぱいおありでしょうが、こういうものについて必要だという方は必要、またそういうことでなくて、端的にこうすればいい、今のままでは反対と、こういうことで一言ずつお願いいたします。

○公述人(天野建君) 高齢化社会を考えてまいりましたとき、こうした制度は確立されれば必要だと、このように思っています。

○公述人(塩澤全司君) 同じような、同一の意見でございます。

○公述人(高原仁君) 必要だと思えます。

○公述人(堀川隆君) 介護制度の設立は必要だと思えます。ただ、その方法論において、社会保険方式、今の現行案も五〇％が公費を投入するとい

う前提になっていますから、ということであれば、予算全体の枠組みを変更する中で税負担方式ということも考え得るだろうと思っております。

○公述人(上野洋君) 介護保険制度に限らず、公的な介護保障制度というのは本来に国民が望んでいるものだと思えます。切実な問題です。ただし、先ほど述べましたように、措置制度で受けている介護保障制度がもう少し充実されればそれで済むんじゃないかという考えもありますが、財政の問題とかいろいろあつて、一部保険とまじることとはやむを得ないというふうに考えています。少なくとも低所得者とか、こういう制度から排除される人のないようをお願いしたいというふうに考えています。

○公述人(酒井健吉君) 必要だと考えております。ただし、財源問題についてはもう少し検討していただくことがよろしいかというふうに思っております。

○公述人(溝部孝二君) この介護保険制度は重要であるとは考えておりますけれども、制度の運用の方法にかかっているかと思えますので、まだ政省令もはつきり決まっておりますので、その辺のところまで運用の方法につきまして御検討をいただきたい、このように思っております。

以上です。

○公述人(望月弘子君) 必要だと思えます。

○宮崎秀樹君 ありがとうございます。

○中島眞人君 本日は、公述人の皆さん方には大変貴重な御意見をいただきまして心から御礼を申し上げます。

それぞれ皆さん方全員にお話を聞きたいわけでございますけれども、時間の限りもございいますから、まず天野知事さんにお聞きをいたしたいと思えます。

先ほど、平成十一年度までに目標値、施設整備はほぼ達成されると。これは大変な御努力だろうというふうに思えます。ただし、私どもしばしば国会の中でも指摘をしているのでありますけれども、平成十二年以降の整備計画というのは現在のところ出ていないわけですね。これは特に本県の場合には高齢化率が四年も進行している。同時に、介護保険導入が十二年でありますから、さらに関心がふえてくるだろうという形になってまいりますと、新たな、新ゴールドプランですから我が党はスーパーゴールドプランというふうな名称を述べているんですけれども、これに対する一つの地方自治体をお預かりしている知事さん、同時に全国知事会の責任者でもこの面ではございまして天野公述人、どのような考え方をもちか、お聞きしたいと思えます。

○公述人(天野建君) この問題につきましては、従来から保健福祉計画というものが策定をされて、現在五カ年計画でこれが進められている、それが平成十一年度までの目標値ということでございます。

まず、我々はこの保健福祉計画に基づきまして福祉の充実を図っているということでございます。この計画が達成されたから介護保険法に対して完璧であるということではないわけでありまして、今後、さらにこの目標値を達成いたしました後に、次の保健福祉計画の策定を急いでいきたいと思います。十分これに対応する状況にはないと、このように判断をいたしております。

○中島眞人君 この介護保険が世に問われ出しまして、市町村が保険者になる、その中で市町村長さん方が大変心配しているのはまず財政問題でありますけれども、財政問題については、先ほどから話が出ておりますように、財政安定化基金というのを都道府県に設けることになっております。これによって、市町村長さん方はそこに頼っていくという形になろうかと思うのでありますけれども、この財政安定化基金というものを県が役割を背負っていくということの中で起こってくるさまざまな思いと申しますか、そんなものを忌憚なくお教えいただきたいと思えます。

○公述人(天野建君) この介護保険制度が導入をされてまいりますと、当然保険者であります地方自治体につきましてはさまざまな課題が提起をさ

れてくるというふうに思います。とりわけこれらの制度を推進していくためには財政的な安定化を図らなければならないということは当然考えていかなければならない、このように思います。

御指摘のとおり、保険財政の安定化は保険者として市町村が最も関心を持っており、県におきましても、被保険者のいわゆる保険財政の安定化を図りながら予想外の支出に対応するために財政安定化基金を設置するということになっておりますが、各市町村のいわゆる介護保険特別会計に収支の不均衡が生じたときに一定の算定によりまして財政不足等を交付する、あるいは貸し付けをするということにいたしているわけでありまして。

したがって、この基金は各市町村の保険財政の安定化を図るためには大変重要な役割を果たすものと、このように考えております。この基金運営の事務を適切に遂行するためには、財政支援を講じられることをぜひともお願いをいたしたい、このように思っております。

○中島眞人君 保険者である市町村にとってみると、いざというときには県がという形になるわけですが、今度は県の財政的な問題というのは、知事さんお話しになるように大変な心配事があるの国へという御要望だろうと思っております。

それともう一つ、保険者となっている市町村長さん方が大変心配し、不安がっている問題に介護認定の問題がございまして。介護認定の問題はそれぞれ町村間の格差とかいろいろな問題があつてこれは大変なことだと、こんなことはできないぞと。そういうことの中で、平成九年度、早速山梨県は高齢者介護サービス体制整備支援事業というのを行う中で、介護の認定の広域化というような問題に取り組んでおりますけれども、そのねらい、これ結果出てこないというふうに思っておりますけれども、ねらいというものと、将来こうあつてほしいというふうな、そんな意図などがあつておやりになっているのか、その辺について。

○公述人(天野建君) この問題は介護保険法

にとりまして一つの大きな問題点であるというふうに思います。とりわけ小さな自治体におきまして介護認定制度を実施していく場合にさまざまな問題点が提起をされてくるであろう。そういうことを考えてまいりますと、町村の中でもこれらは広域的にいわれる審査会を策定する必要があるのではないかと、こういう意見もございまして。あるいは県という機関に何か協力をお願いしてはいい、こういう意見も将来出てくると、この可能性はあるわけでありまして。

介護を受けるその基本となりますものが、この介護認定によることが出発点になるわけでございますから、地方自治体にとりましても非常に重要なものとしてとらえているというふうに思っております。市町村の介護認定審査会の共同設置につきましては市町村の意向を尊重する中で広域的な観点から検討して必要な調整、指導は今後していきたい、このように一つ考えております。

それから、市町村への説明会等を現在開催しております。国におきまして全市町村での実施を予定しております平成十年度のモデル介護認定審査会が制度施行時の体制を見据えた上で設置できるように取り組みを現在進めているところであります。ですから、国が今実施を予定しております平成十年度のモデル介護認定審査会がこの制度の施行時までに体制ができるように見据えた上で設置できるように県も取り組みをしていると、こういう状況にございまして。

○中島眞人君 知事さんに最後のまとめを御質問したいと思っておりますけれども、先ほどから医療と介護が分離をされていく、あるいは医療と介護というのには密接不可分だというふうなさまざまな御意見があるわけですが、制度的には医療と福祉の縦割りの制度であるということとは従来の線だと思っております。

そういう点で、国民のサイドからいいますと、利用手続や利用者負担の面で不均衡があつた、またサービスを使いにくい面があつたと指摘を受けた面が実はあると思うのでありますけれども、介

護保険ではこのような問題、そういう指摘に対して総合的にそういう問題をカバーできるんだろか。こんな点について、ちよつと抽象的になろうかと思ひますけれども、従来の医療と介護の縦割りみたいなものの中で利用にいろいろな不便さがあつたという問題が介護保険によつてはどうなんだろうかと、この辺についておまとめをいただければと思ひます。

○公述人(天野建君) 縦割りの弊害と総合的な制度の必要性という問題になろうかと、このように思ひますが、高齢期におきましては、介護を必要とする方は日常生活、活動、動作についての介助を必要とするだけではなくて、その機能回復を図ることも必要だというふうな考えられるわけですね。また、加齢に伴います心身の衰えを原因として病気を有している場合も多く見られますことから、要介護者の心身の特性を踏まえながら医学的管理等も行っていくことが必要である、このように思ひます。

介護保険制度の導入によりまして、これまでのいわゆる老人医療とそれから老人福祉に分かれております高齢者の介護に関する制度を再編成しまして、利用しやすく公平で効率的な社会的支援システムが構築をされることは必要である、このように考えます。必要な介護サービスは保健・医療サービスもそれから福祉サービスも総合的、一体的に受けられるようになることを私もは期待いたしております。

○中島眞人君 ありがとうございました。

望月公述人にお聞きをいたします。日ごろ看護という職にありまして大変御努力をいただいておりますことを心から敬意を表したいと思います。同時に、訪問看護ステーションを十一カ所目標値を置きながら整備をなさっているというところで。

とはいひながらも、マンパワーの問題が先ほど出てまいりましたが、特に過疎地域におきましてマンパワー不足という問題が出てくる。これは保険者である市町村にとつてみると大変な一つの難

題のようではありますが、その場合、厚生省の案の中には民間参入が入っていますね。

専門職の立場として、民間参入が入ってくることでよつて懸念されるのは質の低いサービスといひますか専門性に欠ける面というのが指摘をされているんですけれども、そういう民間参入が導入をされてくる過程の中で、専門職でございまして看護協会の会長さんとしてどう一つの方策が必要なんだろうかと、こんな御意見をお聞きしたいと思ひます。

○公述人(望月弘子君) 民間参入の場合にもやはり質の確保ということが最も大切なことだと思ひますが、質の確保といひますと、やはり研究とか研修の機会を十分に享受していくということが必要だと思ひます。

民間産業が参入をした場合、その方々と協働しながら学習の場を広めていくということでもございしますが、やはりその中では横の連携というふうなものも十分必要だと思ひますので、そういう例えれば協議体のような中に一緒に参入していただいて学ぶ機会を持つというふうなことも必要でしようし、また学ぶ中においてはケーススタディーだとかそういうふうな学び方の方法論なども考えるということが一つあると思ひます。

それから、行政的な中でも、やはり民間の参入につきましてもそういう視点をチェックしていただくような、チェックといひますか、そのような学習活動の中に参画するような、そしてまた質についての総合的な第三者的なチェック機能というふうなものも必要ではないかと、こんなふうに思ひます。

○中島眞人君 どうもありがとうございました。じや次に、医師会の立場で溝部公述人にお願ひしたいと思つておりますけれども、今回、介護保険法案として医療法の改正案も提出をされます。新たにこれらで総合病院にかわり地域医療支援病院が提案されているわけですね。今後かかりつけ医とか、一般病院、地域医療支援病院、特定機能病院等による地域の新しい医療提供体系を構

築すべきだと思ひますけれども、言うはやすしでなかなか難いと思ひますけれども、このことに對する御所見をお伺ひしたいと思ひます。

○公述人(溝部孝二君) 御指摘のとおりでございます。新しい医療提供体系を構築すべきだと思ひます。外來は診療所、入院は病院、地域支援病院はあくまでも二次医療機関として位置づけていただき中核病院の役割を果たす、特定機能病院は三次医療に徹し外來紹介型として機能分担を図る中で、病診あるいは病病連携を強力に進めていくべきだと思ひます。

以上です。

○中島眞人君 では最後に、高原公述人と樋川公述人にちよつとお聞きしますけれども、介護制度というのは必要だ、しかし惜しむらくはいわゆる税負担、公費負担でいくべきであるという基本的なお考えが述べられました。

そこで、高原公述人や樋川公述人が申されていくわけではございせんけれども、とかく税負担という形の中で起こってくる一つの問題として、例えば目的税を設置すべきだとか消費税をそれに充てていくべきだという考え方も一つの考え方としてありますけれども、公費負担という問題の中でそういう問題が出てきた場合、高原公述人、樋川公述人はどのようにお考えになっていきますか、お聞きしたいと思います。

○公述人(高原仁君) 誤解があるようですが、私は社会保険方式でも税負担方式でもどちらもメリットがあつて決めかねるという立場ですが、負担の公平を実現させるという意味では税負担の方がいいだろうと。それは先ほども申しましたように、所得税は累進課税ですから、多く所得のある人たちから少し厚く取る、それから余り所得のない人たちからは取らない、それも比例方式ではなくてだんだん上へ行くと大きくなるという方式ですから公平であろう、そういう考えです。

しかし、今の日本の政治状況を考えますと、予算編成というのがありますから、目的税を設置したところでその税がどのように使われているかと

いうことを考えてみますと、あの予算編成のやりとりを見ていけば、目的税すらそのとおり使われないうちが多分にある。

例えば、一九九四年に決まりました消費増税のアップ、あれで消費増税アップ分は五・二兆円ありました。あれは福祉に使うという約束でした。ところが、あの五・二兆円のうち福祉に振り分けられたのは四千億円。残りのお金は別の用途に使われているということになると、目的税を設置しても、今の日本の予算編成の仕方では必ずそこにそのお金が流れてくるという可能性はない。そこら辺のシステムが変わらない限りかなり難しいだろう。社会保険方式の方がそういう意味では財源がそのまゝ即全部そちらに使われますから、今の日本の実情では社会保険方式の方がいいだろうという考えです。

しかし、将来的には税を用いたシステムの方がいいだろう。それは、地方自治体を中心になって運営していくためにも税の方がやりやすいだろう、そういう考え方です。現時点では社会保険方式のメリットをたくさん感じています。反対給付という約束事が成立しておりますから、必ずその約束に對して住民の欲求が高まりますから、それは要するに制度を早く普及させる促進効果は十分あると思ひます。

○公述人(樋川隆君) 社会福祉のあり方として、九〇年に関係八法が改正されたときに、例の社会福祉事業法の三条の改正がございました。その中で、従来いわゆる要援護者に対する福祉ということが福祉の必要な者という言葉に切りかわっております。もともと日本の社会福祉そのものが税負担方式でずっと流れてきているという経緯もございます。そういう観点から考えますと、日本の国民的な状況からいへば税負担方式の方が実情には合っているだろう、私はそういうふうに考えております。

ただ、現状の中で、先ほど高原先生もお話しございましたけれども、目的税を用いた場合に必ずそれに投入されるかということはかなり国民全体

が疑問を持つている部分は心情的にはございませう。そういう点を考えますと、先ほど来私申し上げておりますが、国家予算の全体の割り方を変えない限りは、要するに歳出のあり方を見直していかない限りはなかなか税負担方式というのは難しい部分もございませうけれども、新しい制度をつくるわけではございませうから、基本的にはそのまゝ見直しをして、今後こういう福祉制度はますますふえてくる予測されますので、そのたびに負担がふえていくというのはなかなか国民的には受け入れがたい部分も出てまいります。そういう面でも、歳出の全体的な配分のあり方を変える中において、税負担方式が望ましいだろうというふうに考えております。

○中原眞君 天野公述人にまずお尋ねをしたいと思ひます。

ただいま中島委員から、県と市町村のかかわりにつきまして、財政上の問題から安定化基金のお話がありました。また、認定制度の問題からは認定システムの広域化といひますか、本来この認定制度といふものは今回の法律上は市町村が行うということでありませうけれども、広域化という意味ではお互いに市町村が協力し合うという意味も含めてかと思ひます。

もう少し各論的なことでお尋ねをしようと思ひますけれども、現在、当県においては市町村たしか六十四カ所というお話があつたかと思ひます。この要介護の認定にかかわりまして、本来保険者である市町村が業務上の認定を行うわけでありませうけれども、しかし、業務としてそれがなかなか実行が困難であるという場合には、制度上、県に委託ができると、こういうことになっております。このことについては、県と市町村両者が合意をした上で、またその地方の自治法にうたうという形になるわけでありませうけれども、実態としては、訪問調査あるいは認定そのものは市町村がおりやりになつて、判定は県が行うと、こういうシステムであらうかと思ひます。

このことについて、現在六十四カ所市町村があ

るといふことではございませうが、県と市町村との要介護の認定にかかわります今申し上げた業務を委託するしないという問題について、県行政の最高責任者の立場から、現在どういう形でこういうものを進めておられるかということをお伺ひしたいと思います。

○公述人(天野達君) 先ほどもちよつと申し上げましたが、この認定制度につきましては、私は大きな今後の課題であるというふうに認識をいたしております。

そこで、現在、モデル地区を八つに分けまして、それぞれモデル地区でこれらの問題について対応をしていっているところがあります。

そこで問題は、それぞれの町村におきまして、被保険者ですから、介護の要求のあつた場合には認定をして直ちにこれに對するということが原則になるわけでありませうが、なかなか公平にこれを判定をしていくということになりますと、どのような制度の中で、どのような人材で、どのような形でこれを判定をしていくのかということになりますと、さまざまな課題が出てくるというふうに思ひます。

そこで、ある程度広域的な中でこれを認定するということになりませうと、それだけの人材的な要素、そういうものは整ってくるわけですが、今度は逆にスピード感という点についてはなかなか時間がかかるといふ問題も出てくるというふうに思ひます。

そこで、今、八地区に分けましてモデル町村をつくりまして、まずこの問題について対応をしていく。先ほど申し上げたように、将来にわたつてはそれらを基盤にしてさらに自治体の理解を求めながら、意見を求めながら広域的に対応をして、制度対応に至るまでにこうした問題についてはどのような形でやるかが望ましいかという方向を見出ししていきたい、このように考えております。

○中原眞君 ありがとうございます。

この問題は最終的に県に委託をするという形でありませうが、市町村ではその判定の結果の裁量

権がなくならないということも含めていろいろそういった面での、委託をした業務の中でのトラブルが起こることという心配もあるのかと思っております。

もう一点は、先ほど、看護協会の方からの御要望でしょうか、ホームヘルプの問題でありますけれども、訪問看護の立場というところで、ホームヘルパーとの連携を密にしたいということでございます。

この県のホームヘルパー関係の確保状況がたしか五六・三％というふうにとなたかおっしゃっておられました。これはやはり一級、二級、三級というこの養成は県の指導ということにかかっていると思えますけれども、今後こういった面での県としてのホームヘルパーの養成について、見通し等ございましたらお話しいただきたい。

○公述人(天野建君) 介護保険制度を運用してきますのはもう人材でございます。この人材確保につきましてはさまざまな形で今後充足をしないかなければならない、このように思っています。

現在、先ほど申し上げましたように、保健福祉計画の中で平成十一年度までにはある程度のヘルパーの数字を設定をいたしまして、これらの充足には今努力をいたしているところであります。今までの福祉計画の中では、公的機関で福祉という範疇でさまざまなサービス提供をしてきたわけでありまして、家庭サービス、入浴サービスとか給食サービスをやってきたわけでありまして、今後は、仮に介護保険制度というものが導入をされてまいりますと、保険料を払う立場、被保険者と保険者という立場に変わるわけでありまして、

そういうことを考えてまいります。今後の福祉サービス、公的介護サービスは、相対的に充足をさせんと十分に満足をするという形にはなり得ない、こういうことになるというふうに思います。

そういう点で今後介護サービス提供をする場合に、どういう枠組みで、どのような形で、どのような人材を、こういうことがある程度明確になっ

てまいりませんとなかなか難しさが出てくるであろう、このように思います。

そういう意味でも、今後介護サービスがいよいよサービスを受ける被保険者に対して十分納得のいくサービス体制をつくるために一番必要なのは私は人材の確保だということに思います。例えばリハビリテーションの場合でも、専門的なPT、OTを要するのとかという問題も出てまいりますし、保健婦が必要なのかという問題も出てまいりますし、それからホームヘルパー、どういうチームで介護するのかという問題も今後出てくる。このように思いますから、こうした方向性もある程度早く決められて指示を、方向を出していただく。それから、それに向けてやはり地方も人材確保のために努力をしていくということが今とらなれないに思います。

○中原興君 ありがとうございます。

このホームヘルパーの総数と申しますか人的な問題、確保というののももちろん一番大事なことでありますけれども、やはり一級、二級、三級とかそういう種別がある、あるいは養成が終った段階で登録をどうする、その登録の中で介護施設あるいは在宅へという形で派遣が進むのかという全体のバランスが一番問題であらうかと思えますけれども、とりあえず現状では五六％の養成率だということでございますので、そのお話を伺ってみたい。

それでは、塩澤公述人にお尋ねをしたいと思います。

先生のお立場では、痴呆症についてアルツハイマー、ニーマン・ピック、いろいろ病状に依じて、それなりの変化していく病状あるいはその疾病自体に対するいろいろな回復の到達目標を立てる、それが機能のリハビリテーションにつながるんだと。ですから介護と医療は表裏一体である、こういうような御意見でございます。

これで一番問題になるのは、介護という状況の中で在宅の介護それから施設介護に、一括して痴

呆症といわれています。その中の病気の種別が違っているわけでありまして、それに対するケアプランの中でサービス計画を立てて、先生がおっしゃっていただける介護と医療をどう区分けしていくかという問題が出てくると思うんです。

ここで御尋ねしたいのは、そういった病気の種別にかかわって介護サービスの中の在宅と施設というものについて、先生のお考えの疾病の種別ということでは何か御意見がございましたらお願いをしたいと思います。

○公述人(塩澤全司君) 在宅と施設でどのように違うかということでございますが、特にこういう痴呆の患者さんは、在宅で自分の生活を維持しながらやれる状況と、またそれができなくなつて寝たきりになってくるような状況。そうなる家族の状況によつては施設に入れざるを得ない。できたら在宅の方がいいんではないかと、家族の状況がそれを許さないということ、私のところへ入院した場合でも、家族は現在そのケアができないということでも、家族は現在そのケアができないということでも、そういう患者さんは、施設というところへ入る、そういう患者さんは、施設というところへ入る、そういう患者さんは、施設というところへ入る、

うのは三月月ごとの限度がありますので、たらい回しに病院を移っていくというような状況が現在の状況なわけですね。

ですから、そういうことで介護保険でそれがかなりカバーされますと、施設に入れられない在宅でもかなり援助がもたらえて在宅でもケアができるんではないかというふうに思っています。そういうことがこの介護保険に希望するところでございます。

○中原興君 在宅の場合は在宅にないと言えませんが、それまでありますけれども、施設介護の場合には療養型病床群、それから老人保健施設、それから特養の老人ホーム、こういった区分けがありまして、ある程度医療にかかわるかかわり方が少しづつ違うかというふうに思います。したがって、先生がおっしゃってられるような、一括して痴呆症というのではなくてそれぞれの病状、疾患に

応じたりハビリが必要であらうということが出てくると思うんです。そういう意味で在宅と施設の違いいくことをお尋ねしたつもりでございます。

それでは、高原公述人にお尋ねをしようと思えます。

先ほど中島委員から地域支援病院の話がちょっと出ておりました。高原先生は医療法人という立場でございますので、そのことにかかわつても御意見があればというふうに思います。

地域支援病院は、国、都道府県、それから市町村の病院ということが主体でありますので、どちらかといえばそれは公的な病院になります。民間病院という形で地域支援病院ということになりますと、今出てまいります特別医療法人ということになると思っていますけれども、医療法人というお立場から特別医療法人ということについて何か御意見がございましたら伺いたいと思えます。

○公述人(高原仁君) 地域支援病院をある程度国あるいは都道府県、公的な病院に限るということと、特定医療法人がそれに追従する形になっている、これは恐らく医療法に基づいての利益を追求してはいけないという思想背景があると思えます。その利益を追求しない病院の最たるものが国立病院と特定医療法人という考え方からいう区分けになったのだと思えますが、現時点では、その法律自体、その思想自体かなり背景が揺らいでおります。医療機関も会社でありますからある程度の利益を追求しなければ存続できないわけでありまして、そのような分け方をする必要はなくて、むしろ機能的に地域支援病院にたえ得る機能を持った病院は積極的に地域支援病院とする、国立病院よりもむしろ民間病院の方が小回りのきく住民に密着したサービスができやすいという点もありまして、そのような分け方は私は余り意味がない、一定の基準を満たしていれば積極的にそういったものを取り込んでいく方が今後の医療は柔軟になっていくのだと思えます。

○中原興君 ありがとうございます。

おっしゃるように、公益性という問題でこの医療法人の制度を少し区分けするという形でありま
すけれども、全国的に二次医療圏を設定していく
中で、その二次医療圏にこういった支援病院を設
置していくということになりますと、どういう割
合で設置するのかということになりますから、公
的な病院だけでは数が足りないという場面も地方
においては起こると思います。

したがって、民間病院の活用ということにつ
いては、ここで言っている公益性ということだけ
にとられませんと、先生のおっしゃってられるよ
うな民間のそれなりの機能を持った病院が参画で
きないということになるというふうに思っています
わけでありま。

ありがとうございます。

それでは、樋川公述人をお願いを申し上げたい
と思います。

レジュメをいただいておりますので、四ページ目
のところ成年後見制をぜひ設置したいという御
意見であろうかと思いますが、私もそう思ってい
ります。介護保険が発行すると同時にこの成年後
見制度というものは同時発効すべきだというふう
に考えておられるわけでありま。

すの、やはり痴呆を伴った高齢者については御
自分の財産管理もできないという状況でありま
しょうし、ましてその医療を受けることについて
御理解ができないというような痴呆性を伴ってい
るという状況が起こると思います。

こんなところでございますが、もう少しこの成
年後見制について先生の御意見を御追加してい
ただければと思います。

○公述人(樋川隆君) 成年後見制自体、九五年の
六月から法制審議会の民法の関係でもう既に
審議が始まっておりますし、今回の民法改正の
中でかなり改正の方向に入ってくるのではない
かという中で動いております。

御承知のとおり、今いわゆる法律行為を制限し
ている部分に禁治産あるいは準禁治産というこ
ろで制限している部分があるわけでございますけ

れども、要介護者がふえていく中において、もち
ろん本来的には身分的あるいは財産的な部分を保
護する意味合いでのそういう宣告でございますけ
れども、この部分をいわゆる高齢者の方の介護、
身体的な部分も含めるべきだろうというのが私の
考え方でありま。

そういう中において、成年後見制、既に諸外国
においてスタートしているところもございま。
そういう例も見ながら、この介護保険制度そのも
のがもともとは高齢者の人権を守るという発想の
上に立つて発想されている部分でございますか
ら、そういう部分もあわせて考えていく必要があ
ろうかと、このように考えております。同じよう
に日本弁護士会の方でも九五年の十月にそういう
部分を取り入れるべきだという決議もしているよ
うでございますので、これについてはぜひ介護保
険制度、介護保険といいますが介護制度を整える
際にはこの部分を視野に入れていただきたいと思
っております。

○中原典君 ありがとうございます。私も同意
見でございます。

以上でございます。

○木暮山人君 木暮でございます。
本日は、公述人の皆様に貴重な時間を割いて
いただきまして御出席いただきまして、心から
ありがとうございます。

私は、今ここで介護保険法というものが制度と
して法的に成立していく過程におきまして、日
本のいわゆる国家の制度としてできるだけ汚点の
ない制度をひとつ考えていかなければいけないん
だ。今その制度の一部を公表され、約三百政省
令のもとにこれを今からいろいろな意味で是正し
てまた改めていくということが行われます。

そこで、一番大切なことは、皆さんは現業に少
なくともタッチなさっている方々でありまして、
こころの現業の見た目、そして常に感じている
ようなこと、これが非常に大きく影響していくの
ではないか、私はこんなふうに思っております。
それともう一つは、せっかくでありますから、

今の公表されたいわゆる介護保険三法案、これに
対するシミュレーションといいますが、試算をな
された団体の方は今お見えでございませうか。
そこをお聞きするのがまず第一でございます。

○団長(上野公成君) どなたからおられますか。

○木暮山人君 これはないかとすねばなくて結構な
んだけれども、できればこれを早急に皆様のお
立場お立場でひとつそれなりにやっていただき
たい、試算していただきたい。これがたくさん集
まってこそ初めていい方向に進んでいくと思っ
てます。

それと、バランスでございますけれども、いわ
ゆる医療に対するところの薬剤、これはいろんな
意味で薬剤を安価に引きおろす、それによって良
質な医療が低下していく、こういうことが非常に
今懸念しなければいけないところじゃないかと思
います。しかし、逆にマンパワーの方のいわゆる
経費、これをどんどん削減していく。これまた非
常に矛盾した話でございますので、できましたら
溝部公述人と望月公述人にそこら辺の御意見を簡
単でよろしいんですけれどもお伺いできたらと思
います。

○公述人(溝部孝二君) ただいま医療費の暴騰は
薬剤が関係しているというように私は受け取り
ましたけれども、私も医師はあくまでも良質な医
療を国民に提供する立場でありますので、必要
な治療は行っていないと確信をいたしております。
以上です。

○公述人(望月弘子君) 介護保険法が創設される
ときの基盤整備としては、やはり必要な人材が必
要だと思えます。したがって、その面におき
ましてはある特定の機関を定めてもよろしいわけ
ですけれども、やはりそれなりのマンパワーの確
保ということは必要であると考えております。

○木暮山人君 次に伺いたい一つのポイント
としての問題は、いわゆる介護認定を六項目に
分けて行う、これにつきまして七十項目あるん
だ。この七十項目に納得をしておいでになるかな

らないか。これは塩澤全司先生、高原先生、それ
と溝部先生にひとつ伺いたいと思います。

○公述人(塩澤全司君) 七十項目について一応納
得をして検討しております。

○公述人(高原仁君) 私、七十項目詳細について
今全部認識していませんので、はっきりしたお答え
ができませんが、一読した限りでは、これからこ
の項目についても追加されるようなことが出てく
るであろうというふうに感じまして、毎年こう
いった項目についての見直し作業というのは必要
になってくるのではないかなというふうに感じま
した。

○公述人(溝部孝二君) 最も重要な訪問調査でござ
いますけれども、これはモデル事業でいろいろ
な各層の方々を調査員でやっておるわけですが、
医師以外の調査員が果たして医学的な判断ができ
るかどうかがということが大変問題であります。ま
た、運動障害等々あるいは痴呆の状態等の判断基
準が難しいので、我々一般内科医においてもやは
り精神科の医師との連携が大変必要ではないかと
は思っております。

つきましては、かかりつけ医の意見書をもう少
し詳しく書くような項目にしたいと思っております。
要介護者の状態は大変変化が多いものでございま
すので、再認定の審査方式等々も取り入れていた
だく、このような方法にしたいと思っております。
以上です。

○木暮山人君 今アメリカでMDSといういわゆる
介護関係の基本になるような書籍が出ておりま
す。これは二百から三百ぐらいの項目に小さく分
けて、それでなおかついろいろな角度の職種の人た
ちに判定を下してもらうというようなシステムに
なっております。

しかし、残念ながら、これがアメリカでは貧民
といいますがアパハウスに入所させて介護とかそ
ういうものをするいわゆる認定の基準なもので、
日本が今これだけ経済的に栄えているところにそ
れを導入することはちょっと私は格好が悪いん

じやないかと。

そこで、急にドイツの公的介護を導入したわけですが、今の介護の状況はドイツの公的介護とアメリカのケアハウスの基準等々がミックスされているんじゃないかと思うんですけれども、やっぱり日本流の本当の意味の判定基準から介護方法というものを我々がここで考え出さなければ私はいく加減な方向に行ってしまうのではないかと、こんなふうに思っておりますけれども、皆様がかなものですか。天野公述人、塩澤公述人、高原公述人、溝部公述人、望月公述人の皆様にお尋ねします。

○公述人(天野建君) 介護保険につきましては、さまざまな先進地の参考もなされると思いますが、日本は日本の介護保険法として確立されることを期待いたしております。

○公述人(塩澤全司君) 今回の介護保険に関して、先進国の保険の内容について十分調査して日本の日本流のものをつくりたいという考えが必要だと思えます。

私、さっき七十項目は了解しているというふうに言いましたけれども、さらにこの項目以外に二百とか三百とかいろいろ項目を分けてやるといって考え方もあるわけですが、項目を分ければ分けるほど診療する方の立場としては煩雑になることが非常に多いものですから、項目としては七十項目ぐらいでいいんじゃないかというふうに思っています。以上です。

○公述人(高原仁君) 介護認定につきましては、判定基準をしっかりと定めるということと、もう一つは判定する人間を均質化しなくちゃいけないという二つの問題がありまして、基準を幾ら厳しくつくっても、それぞれの市町村でみんな違う人間がそれを認定するわけですから、その人たちのレベルを統一することは非常に難しいと思います。そういう人々たちを一カ所に集めての研修だとかあるいは教育をかなりしないことには一定の認定が出てくるとはちょっと考えにくいと思

ています。

○公述人(溝部孝二君) 昨年のモデル事業の反省によりまして、本年度もまた実施しておるわけでございますので、モデル事業の結果待ちで、欠点のものは改善していただきたい、このように思っております。

以上です。

○公述人(望月弘子君) MDSをベースにしたがらの判定項目ということでございますが、それぞれの分野から見ますといろんな短所、長所がございます。したがって、生活を見ながらその人の病態に即した保健、医療、福祉をトータルした総合的な見方での検討がなされた七十項目というふうになっておりますけれども、ただ、これも実際にモデル事業で検討いたしました結果の中で再構築する必要があるのではないかと思います。

○木暮山人君 次に、ずっとお話を聞いておりますと、この介護問題につきましては制度それからやり方等につきましても、非常に不安と不満が何かあるような感じがするであります。

しかし、せっかく一つの制度をつくるのでありますから、先ほど塩澤先生がおっしゃったように、この制度に患者さんや治療される、そしてまた患者さんや治療する方というふうな段階にならないように予防する、こういうことについて各立場上に優秀な先生がお見えになると思うのでございまして、それぞれのお立場、それとまた介護にかかりまして気力というものが大切になってくると思うんです。いわゆる気力にプラスするいうような問題が加味されて、少なくとも一〇％でも二〇％でも予防をしてあげる、治らないまでも予防してあげるといような何かお考え、それと経験、実際やっていくというふうなお話があったらひとつお伺いしたいと思えます。塩澤公述人、高原公述人、溝部公述人、望月公述人にお伺いします。

○公述人(塩澤全司君) 現状といえますが、そういう介護保険が適用された後でもいっていただくけれども、やはりいいかきりつけ医に診ていただくというところで、そのかかりつけ医が病態を把握

して専門のところへ紹介をして、それでその意見を問うて正確な治療をしていただくということが非常に大事なことでないかと思えます。紹介制の患者さんであれば大学といえどもちゃんと診るわけでございますから、そういう患者さんをよく診るような医者といえますか、そういうかかりつけ医が必要ではないかと思っております。

○公述人(高原仁君) 質問の内容がいま一つつかみ切れなかったんですが、機能を落とさないための予防ということですか。

○木暮山人君 結局、痴呆症ならばそれにかからないような予防、こんなことだと思っております。できれば全体的に寝たきりも何とかならないものかと。

○公述人(高原仁君) その問題につきましては恐らく全国的にいろんな試みがなされているとは思いますが、現実には医療保険制度の中で行われていることといえ、デイケアへ通うようになる人が今までに比べればはるかにふえてきたとかデイサービスを受けるようになってきたとか、痴呆症を進ませないためにはどうしても家の中に一人であるというの是最悪の状態を招きますので、その人たちが表へどんどん出ていくということが痴呆症を進ませない第一だと思えます。

そのためには、先ほどから申し上げておりますように、社会全体の整備が整ってこないとなかなか、車いすの人たちがどんどん表へ出ていくためには、アメリカだとか西洋型の住宅に比べますと玄関があれだけ高い今の日本の住宅構造ではほとんど不可能に近い。その第一歩としてバリアフリーの住宅がつくれないといふのが障害になっておりまして、そういうことからすべてを改善して、障害を持った人たちが積極的にあるは今よりも楽に外へ出ていく社会の中にあるというシステムづくりをしてあげるの、身の回りの介護だけをずくるのが介護制度ではなくて、そういうものを整備してあげるのも介護制度の中の一環としてとらえて、ぜひこの制度をなるべく早くつくりに上げていただきたいという思いです。

○公述人(溝部孝二君) 成人病の予防といたしましては、現在厚生省でも唱えておりますように生活習慣病という形でとらえておりますので、私も小学校、中学校、高校の学生に対しましては健康教育を十分に行っております。

また、山梨県におきましては、健康づくり推進会議の中でも、地域住民に対しまして健康の推進、それから疾病予防等々につきまして教育をいたしておる、運動をしておりますけれども、一たん発病した場合にはやっぱり早期治療、後のリハビリ等々が必要ではなからうか、このように思っております。

以上です。

○公述人(望月弘子君) 特にひとり暮らしの方が伏せた場合というのが寝たきりの中でも重要な問題だと思えます。地域におきましてひとり暮らしのお年寄りが風邪を引いて七日以上休むというふうなことは、例えば本県の場合ですと愛育組織とか組織活動というものがよくなされておりました、その方々が保健婦の方に伝えていく。保健婦とヘルパーと一緒に訪問して、そしてその方がひとり暮らしでどうにもならないような場合には、もし食事サービスがその地域にあるのなら、そういう資源を活用しながら寝たきりを予防していく、そんなふうな方法もとられております。

したがって、予防、寝たきりにさせないために、いわゆる後追いにしないためにどのような細かい配慮が必要かというふうなことを関係者は心がけております。

○木暮山人君 最後に一つ質問したいことは、この二月ぐらいに「クロウズアップ現代」というNHKのテレビを見ましたら、スプリントという問題が出てきました。このスプリントというのはいわゆる体力を増強する、活力をつける、そういう一つの方法らしいんです。これを私見しまして、これは何かこれからの介護に必要になってくるんじゃないかと。それで痴呆症が二〇％ぐらい予防になるといふようなことを言っているんです。これはNHKのテレビで出ていますから、またどこ

か探すとあると、こんなふうに考えます。

私は、それも一つの問題だと思ひまして厚生省の書籍を探してみましたら、厚生科学研究費で国立予防研究所においても咬合について報告されていました。それはまだ全部完治するというものじゃなくて、少しは何かの足しになるだろう、今から研究課題の一つであるというところであつて、いるわけでありすが。

寝たきりが立ち上がって自分の用を足す、それから痴呆症にならないようになる、こんなことができるようなしやばになれば、皆さんの努力も、制度だけにぶら下がっていくんじやなくて、それを全部引張っていきける大きな牽引力になるんじやないかと思ふんであります。そういう意味では、ぜひまたひとつそこら辺を御研究なさいます御指導くださいますことをお願いして、私の質問はこれで終わらせていただきます。

どうもありがとうございます。

○水島裕君 皆様のお話をお聞きいたしております、保険なので選択肢は保たれるかどうか、あるいは低所得者は大丈夫だろうかとか、あるいは介護認定は本当にうまくいくだろうかとか、それから医療と福祉の関係は大丈夫かと、随分共通したことをおっしゃっておりまして、またそれなりに大変勉強させていただきまして、どうもありがとうございます。

最初に簡単に私の意見を申し上げてからお聞きしようと思ひますけれども、私は、これから高齢者医療あるいは末期医療、介護医療ということを考えていきますと、今までと比較してですけれども、医療よりもケアの方が大切、ケアよりもサビスの方が必要というふうになってくると思ひますので、それぞれの職種の方に頑張っていただなくちやいけないわけでございます。

ただし、医学という診断、あるいはこの場合は認定ということになりますけれども、そういうことに關しましては、やはりこれは医師、医師といつてもある程度のレベル以上の医師がきちんとやらないとこれはなかなか無理だと思ひます。

それですから、先ほどから話に出ておりますように、介護認定、これは認定審査会は医師もいて、なれた方がきちんとやれば、我々も難病の認定とかそういうのですごい経験ございまして、これはほとんど同じような結果が出てくるわけでございます、そこに出てくる資料さきさきんとしていただければ私はきちんと判定はできると思ひます。

問題は、一次認定に入っているかどうかあれですけれども、そういう一次認定のところに医師の目が全然入らないでやられるということになりますと、これは幾ら勉強されても無理でございますので、やはりそういうところにはきちっと常識ある、しかもそれぞれの専門と關係した医師が入っていたらいいということで、後で時間があつたら御質問したいと思ひます。

それでは、比較的話題に出なかったことからお聞きしたいと思ひます。

まず、低所得者の場合は保険料を安くすることか、それから本人が納入するとか、いろんなことが言われているわけでございます。一つには、低所得者は十分考えなくてはいいないので、もちろん安くするその他が必要だと思ひますけれども、低所得者あるいは低年金者の間で不公平があつてはいいけないわけでございますので、そういうことも考えますと、どういふのが一番好ましいと思はれているか、御発言のありました酒井公述人、それから高原公述人から御意見をお聞きしたいと思ひます。

○公述人(酒井健吉君) 六十五歳以上の高齢者につきましては、ほとんどの方が年金受給者でございます。年金から保険料等が天引きされる方たちはよろしいわけでございますけれども、例えば国民年金におきましても二十五年以上全額納めていなければ月額六万五千円ですか、というような額には達しないわけでございます。

といひますのは、それ以外のものがなければその年金の範囲で食べていく、あるいは生活保護を受けなければ生活していけないわけです。生保の

対象になれば減免という問題もあるわけでございますが、そうしたボーダーラインの方たちが保険料を納め、先ほどどなたか申されましたように、そういう年配者だけの生活をされていまして、一人が施設へ入つてしまひますと、その生活の収入が足りないという非常に問題がある。

本県の場合、国保の収納率が漸減という格好で平成八年度は約九四・九一%、未納率が五%強というふうな状態でございまして、国保税すらそういう問題がありまして、それに上乗せするような格好で介護保険料の徴収等々を考えれば、介護……

○水島裕君 今の未納者なんかについてどういふ方法がいいかということをお聞きしているんです。実際のところはわかつておりますので。

○公述人(酒井健吉君) これにつきましては、減免の方法をも少し検討していただきたい。いわゆる具体的なことについて私現在のところ持ち合せてはございません。

○公述人(高原仁君) 所得金額に応じてラインを決めて減免するなり、一度徴収したものを再還付するような方法を何かとすることはできないでしょうか。

○水島裕君 とにかく一度差し上げてそれを納入すると。同じ苦しさでも、ある人はきちっと払うしある人は払わないということがあつてはやはりこれは不公平さ、それからそれぞれの人間關係その他にも影響しますので、そういうところで何か御意見ございしますでしょうか。

○公述人(高原仁君) 要するに福祉にはこれだけお金がかかるんだということ認識してもらふという意味で、原則としては一度徴収して、その上で所得に応じてバックするというのが意識を高める上ではよろしいかと思ひます。

○水島裕君 私もそれに賛成でございます。それから、ついでに高原公述人にお伺ひしますけれども、これからは在宅での死亡者が多くなるから在宅ターミナルケアが必要で、この介護保険もそういうことも考えてと。私も大変賛成でございます。

います。そういうときに、どういう職種の人がそういうところで働けばいいというふうにお考えでございますか。

○公述人(高原仁君) 在宅ターミナルケアの場合です。

○水島裕君 そうです。

○公述人(高原仁君) それは医者と看護婦とヘルパーと、それからできれば、理想的に言えば心理療法士みたいな患者さんの不安を取り除ける方がチームになってやっていくことが望ましいと思ひます。

○水島裕君 それでは、関連した質問を望月公述人にお伺ひしたいと思ひます。

私も医師ですし医師の立場を軽んじるころは全くないわけでございますけれども、やはりきちっと診断がついて治療方針がついた後はケアじゃなくてケアということが大切で、それにおいてはナースの役割は非常に高いと思ふんです。今の在宅ターミナルケアに限らず高いと思ひますけれども、日本のナースの実情を見ますと、果たしてそれが十分できるかどうかということもやや懸念があるわけでございますので、やはりよく勉強、研さんされて、特に介護保険あるいはターミナルケアということに關してはナースにこれまで以上に頑張つていただきたいと思ひますので、すけれども、いかがでございますでしょうか。

○公述人(望月弘子君) そのとおりだと思ひます。

そこで今、特に早期退院、いわゆる看護の質が、早く退院ができるというふうないろんなケースを持っておりまして、そういった面も含めて、そしてまた今の終末におけるところのケア、これらにつきましては非常に研修、研究、それは今盛んに行われております。本場に最後をみるとということの大切さ、そしてまた高い知識と技術とそれから実践というふうな中で今勉強しております。大変必要なことだと思ひます。

○水島裕君 頑張つていただきたいと思います。次は、医療と介護の關係で、これは医師の方に

お伺いした方がいいと思いますので、清部公述人にお伺いいたしますけれども、介護保険ができませんと、介護と医療、どっちの保険を使うかとかいふようなことで混乱が起きるのではないかと話もありますが、私はそれほど心配してはいないわけでごさいます。常識的な線で、今でも、大病院に入って今までかかっていたのとや別な医療を受けるということも、通常はその病院で済むわけでごさいます。ですから、従来どおりの医療を受けるという考えで介護保険も使っていくということと、特に問題はないと思いますけれども、何かこういう場合は非常に問題だということがありなれば教えていただきたいと思っています。

○公述人(清部孝二君) 施設に入所している要介護者については問題がないと思っております。冒頭私が意見を申し上げましたとおり、現在厚生省の指導によりましてかかりつけ医師に在宅の往診診療というものを認めて推奨してきております。私どもは地域におきまして、看護婦、保健婦を同道して、あるいは医師が行けないときには一週間に一度ないし二度までは自院の保健婦なり看護婦が訪問看護・介護をしていくという法律が医療保険の中で適用になっておりますので、そういう方向で実施しております。

それに新たな介護保険が重複して適用になってくる場合、果たしてそれが認められるのかどうかというこの点は、つきりした形が見えてこないというところで、医院におきまして看護婦、保健婦の看護、介護が不十分で、看護協会とは申しませんが、他、他の介護保険によるところの保険者の介護・看護サービスの方がいいかということになってきます。これはどちらがいい悪いということとはあり得ないわけですから、重複してそういうことがもし行われるならば、かえって医療費は増大するんじゃないだろうか。その辺の線引きがはっきりしませんので、冒頭意見を述べさせていただいたわけではあります。

○水島裕君 これだけの法律ですから、やってみますといういろいろな問題は出てくると思っております。そのときまたいろいろ検討していけばよろしいと思っております。これによって医療の質が下がるか、そういうことがあつてはならないし、そういうことはないんだと思っております。

ただ、今まで医療がやり過ぎていたところ、あるいは医師じゃなくても十分だったところをそういう福祉関係の人にやっていたらどうかということ、うまいいけばいいんじゃないかな。これはいろいろやっていきますと問題は起りますけれども、やはり従来うまいいっていた医療がこの介護保険のおかげでそれがうまいいかなというところは、これはみんなで協力してなくしていかなきゃいけないというふうに思っております。

それではもう少し、まだ五分以上時間がございますので、一番最初の認定ということについて、これはもう一人のお医者さんであります塩澤先生の方にお聞きしたいと思っております。

先ほど私の言ったことと同じことをもう一回繰り返してになりますけれども、これが身体のだいすアビリティー、身体障害とことだけでしたら、これはいろんな方が訓練、勉強すればある程度という介護が必要かということとはわかんないですけれども、やはり先ほどの痴呆もありまして、それから代謝病その他いろいろありますと、医療に近い職種の方が勉強されてもなかなかこれはわからない。また逆に言いますと、ある程度以上の医師でしたら、本当の短時間でデータさえちゃんと教えていただければわかるわけでごさいますので、その辺、もし介護保険の評価、認定ということで大きな問題があると思えば、御意見をいただきたいと思います。

○公述人(塩澤全司君) 先ほど先生がおっしゃられました一次認定のところ、市町村が訪問して聞き取り調査をしてそれでコンピューターにかけるといったところで、やっぱりしっかりという医者がしつかり診た方がいいんじゃないかということ、を先ほど言いましたけれども、その中に入る項目なんかで異常なものがあつた場合には、特にそ

の専門に近い医師がもう一度診察するというようなダブルチェックをする必要があるんじゃないかと思うわけではあります。そういうことによつてある程度防げるのではないかと思っております。

○水島裕君 それでは、多少介護から、介護も関係すると思っておりますけれども、もう一つの医療法一部改正の方にも関係するので、本当の私の勉強になるということでお尋ねしたいのですが、これは医療の代表の清部公述人にお伺いしたいと思っております。

一つは、先ほどから話になっております地域支援病院、私の関係したところは大学でございまして、大学が開業医、プライマリケアをやつていらつしやる方と直接例えは検査を共用したり、カンファレンスに出席していただいたりして非常にうまいいっているわけでごさいます。もうそういうときは三次医療なんというのは必要なくなると思ひましてやつていくわけでごさいますけれども、山梨県ではそういうふうにしてうまいいっているかどうかということが一つ。

それからもう一つは、九月から法律が変わりまして薬剤費の一部負担、これは聞いてみますと大変評判が悪いみたいでございましてけれども、そのほか自己負担がふえたりしまして患者さんが減つていくと、これが好ましい方向に減っているかどうかということでも私も調査して私の意見もございまして、そういう診療状態が九月の改正後どう変わっているか。

その二点について、本当に私の勉強になりますのでお教えいただきたいと思ひます。

○公述人(清部孝二君) 先ほどの中核病院の位置づけでございましてけれども、先ほど中島委員から御質問いただいたとおり、あくまでも外来はかかりつけ医で診療所が行い、病院は入院を主としていたいただきたいというのが私の最も願ひであります。

また、先生の大学病院というのは特定機能病院ということで位置づけられております。山梨県の医大がここへ開設されましたときには、医大の使

命というのは教育と研究であるというふうには申し上げたことがありますが。外来患者さんを歓迎して地域の民間病院と競合するための大学ではないというふうにあえて申し上げたことがありますがけれども、これからは厚生省が申し立てるようにな、大病院は外来を紹介型にしないという方向が最も私はよろうかと、こう思っております。

したがって、山梨県では、医療圏の中で一次医療、二次医療、特定機能病院は三次医療と、言葉が三次医療ということにはいろいろ含みがあるわけですが、に徹していただきまして、全県的な医療圏の中で対応していただき、病診連携、あるいは診療連携、あるいは病病連携を推進していただきたいというのが私ども医師会の願ひであります。

以上です。

○水島裕君 九月からのあれはどうですか。

○公述人(清部孝二君) 九月からの一部負担金はこれは大変不評判でございまして。医療機関の収入減があるのでも不評判ではないわけでごさいます。御案内のとおり医療機関の窓口が非常に煩雑をする。殊に、私どもは患者さんが減るということとを心配しているわけじやありません。患者さんに対していかに親切に丁寧な医療を提供していくかということを心配しておるわけでごさいます。先ほど上野先生が外来の患者さんが減つて収入が落ちたというような報告をなされたやに聞いております。

私は、医療分業というのにはある意味では結構だと思ひますが、一月の日本医師会雑誌にも理事として投稿してありますが、オウムで有名になりました上九一色にもかなりの患者があります。したがって、医療分業をするということはその地方の特性に大変合っていないということで反対であるというのを申し上げております。

以上です。

○水島裕君 終わります。

○山本保君 平成会の山本保です。

実は厚生委員会の先生方はお医者さんが非常に

第七部 厚生委員会会議録第七号(その二) 平成九年十一月十三日【参議院】

多くて、私は医師でもないですが、福祉の専門家として仕事をしてきましたのでその立場、特にきょうお伺いしまして樋川公述人が私と同じような感覚で、福祉はそんなに悪いのかというように、私もそう思っているわけにございます。もちろん運用の仕方問題があったにしても、そこを直せばよかったんじゃないか。

この介護問題の一番大きなといいますか最初のボタンのかけ違いといえますか、行政側の失策というのは、保険をつくらばすべよくなるというような幻想を与えたことであって、その前に、保険をつくらばすべよくなる、今の状況をこのように変更していけば、運用を直していけば、また法律を変えていけばこのような結果が出る、その利害得失、プラスマイナスというものを国民の前にはっきりさせて、どちらを選ばれますかと、こういうふうに出すべきであったものを、何か保険ができればすべよくなるんだというところ間違ひがあったのではないかなと思っているわけでありす。

そこで、私も平成会、これは新進党と公明でつくっておる会派でございますけれども、この案に對しましては、私も主には今の税方式を中心とした介護保障制度というもののプランを持っておりす。残念ながら、この国会中なかなか法文の形には出てまいりませんけれども、それもそのはずでありまして、私も現状にあるものをすぐにでも変えていこうという立場ですから、何か全く新しいものを全部つくり上げる必要はない、できるところから直していけばいいと考えているわけでありす。

例えば、きょうも税の問題が生まれたけれども、譲与税というような形をとりまして、各県、各市町村に入る税の量とそれに応じたサービス量というものはつきりさせていくような方法を考えたかどうかとか、また、自立というふうには判定されてしまう人とか、または認定が出るまでの間とか、こういうところが非常に重要なわけですから、そのためにアドバイザーというふうな

方を公費できちんと置いて、いろんなトラブルが起きないように、起きてから行政訴訟をするとかしないとかという問題の前に、本場に弱い立場にある方のための専門家がどのようにフォローしていくのかという体制をつくることであるとか、このような、もしくは家族への支援ということもきょうも出ました。

それも現金給付というのはなかなか難しいところもあるとすれば、例えば切符制、パウチャー制というふうなものを、これは今の税制度でもできるわけですね。つまり個々のお年寄りもしくは家族の方にお金に替わる切符を交付して、それを使えば現金でいろんなサービスを買うのと同じようにできる。こういう形をとりませんと、もとは保険であれ税であれ、小さな村などで一つしかサービス供給者がいないような状況でありましたら、もともとが保険であったとしてもこのサービスを出す方と受ける方との関係というのは全く変わらないうわけでありすから、この辺は変えようではないかと。

ただ、そうは言うものの、多数決の世界ですのでもしこの保険法が通ったとしても、何とかな今のような考え方が入れられるような、厚生委員会の先生方は非常にそういう点では専門家がそろっておりまして、なるべくそういうものを組み込んでいただけるような対応はしていただけないかというふうに思っているわけでありす。そんな立場からるお聞きいたしますけれども、最初に税について高原公述人と樋川公述人に、先ほどお話しあつたところではありますけれどももう一度お聞きしたいわけでありす。

つまり、二つの点ですね、どちらからか答えたいだいて構いませんけれども、譲与税という、これはいわばテクニクでございます、特別会計をつくるかというテクニクがありすけれども、一般的に言われている税の負担とサービスとのバランスがわからないのでなかなか税というのは難しいんだというのに対して、いや、そこをきちんと言うような対応をすればよろしいのではな

いかというふうには私に思いますが、それについてどうでしょうか。

また、もう一つは、もう少し今度は保険の長所というものを仮に認めるとしますと、きょうもお話に出ましたけれども、五〇％を公費でやる、税を入れる、五〇％は保険で皆さんが負担する、このことの論議は余りないんじゃないか。みんなが負担するのであれば四〇％でもいいんじゃないか、三〇％でもいいんじゃないか。この辺の議論がされてないわけなんです、五〇％公費で五〇％保険でということについてどのようにお考えなのか。ほかのことでも結構でございますが、高

原先生、樋川先生お願いします。

○公述人(高原仁君) 先ほど申し上げたことは重複しますので申し上げませんが、今の措置制度では老人ホームに入ることは老人の権利としてはみなされておられません。公的機関に老人をホームに入れる義務があるために、それから派生する反射的利益であるという法的な解釈になっている。これはどういふことかという、日本のこれまでの税に對する考え方の基本でありまして、税をその人に税補助として与えるかという場合には、本当にこの人は税金を投下して救つてあげなければいけないんだというふうな厳しい審査がついて回つてしまふ。これだと、介護される側の自由とかそういうものはかなり束縛されるであろう。この辺の考え方、枠組みが変われば私は税でいいと思つております。

ただ、それを今変えるのは現実には難しいので、かといつて介護制度をこれ以上導入をおくらせることは現実的ではありませんから、なるべく早く介護制度を根づかせていくためには保険制度の方が早いであろうと。財源の問題で、厚生省は当初もつと大きな予算を組んでいたはずだけれども、これが四億になつてしまつたというのは、それは政治の世界のやりとりがいろいろあつたからだと思います。

保険制度のメリットというのは、やっぱり保険は約束事ですから、ずっとお金を払っていたら自

分が必要ときに給付が受けられるんだという権利意識が支払い側に生じてきますから、その権利意識の高まりというのはどんどん制度を進めていく上では大変有効な方法だということ。

それから、私は最終的に民間が参入して介護制度をやつていかなきゃいけないと思つておりますから、民間が参入していくということにおいては、税であるよりも保険である方が入り込みやすい、そういう考え方で、現実論としては今は保険だらう。いざだん少少率を上げていつて税で賄うしうにしてもいいのかもしれない。今民間を導入しなければ二〇〇〇年の時点で実際介護は十分やっ

ていけませんから、そういう意味合いもあつて今は介護保険でいいのだからと思つております。○公述人(樋川隆君) まず、税方式かどうかという問題でございますけれども、福祉制度の中で、例えば介護制度を保障制度にする、そのことによって権利性云々という言葉であるならば、ほかの、例えば障害者の部分については権利性はどうかという部分がある疑問として出てまいります。保障制度であれば権利性が保てるのか、措置制度であれば権利性が保たれないのかということ。

確かに今までの社会福祉の、裁判上の問題もあつて反射的権利ということがずっと定着していることは事実でございますけれども、私自身福祉事務所で経験を踏まえて考えますと、例えば老人施設に入所される希望者が上がつてきた場合に、かなり具体的にその方と一緒に施設を直接何か所か回つて、その方の希望を聞き入れながらというふうな形の中で実際の行政の現場は進められております。そういう面から考えますと、措置制度であれば権利性が保たれないという発想は私自身は持つておりません。それと、先ほど申し上げた福祉制度全般との整合性のことを考えれば税負担でいいんじゃないかなと思つております。

それと、五〇％云々の問題でございますけれども、一割の定額利用料というのを前提にするので

あれば、仮に保険料という格好で集めるのであれば、九割の部分を集めればいいんじゃないかという発想も一方で出てくるんじゃないかと思うんです。今は一号被保険者と二号被保険者でそれぞれ五〇％、公費で五〇％、一〇〇％の財源を保とうという発想になっていくわけじゃないですか、でも、一割の定額負担をするという発想に立てば、それだったらその部分を九割負担でもいいんじゃないかということも考えられるんじゃないかと思っております。

以上でございます。

○山本保君 それでは、時間が余りありませんので、ほかにもたくさん聞きたいことがあったんですが少し飛ばします。

今のお話は私も同じでして、それについてはいつも言っていることなんです、この前児童福祉法を改正しまして、そこでは保育所へ入るの措置ではないというふうに法律を変えました。法律を変えれば権利性というのはいくらも出てくるというところであって、税だから権利がないというのは全く論理的に成り立たないことである。なぜならば、どういう方式をとっても金の金はやはり税ですから、それだけ申し上げます。

それでは、施設区分についてちょっと酒井先生と塩澤先生にお聞きしたいんです。

私は、この保険制度が出てきたときの最初の考え方は、まさに医療と福祉の並立というか、それがまずいんだ、これを一緒にしなくちゃいけないんだというはずだったのに、今度施設区分は残っているじゃないかと。それで、一体三つの施設にそんなに機能の違いがあるのか、まさに現状あるのを分けるだけだろう、こういうものは先に施設の統一をすべきではないかと私は思うんですけれども、酒井先生、塩澤先生、お願いできますか。

○公述人(酒井健吉君) 私は、社会福祉協議会という立場で意見を述べさせていただいたわけでございます、医療的な病床群、あるいは老健施設の件については詳しくはわかりませんけれども、

少なくとも一番危惧しておりますのは、ゴールドプランにおきましては、知事から申し上げましたように平成十一年度には施設は十分足り得るという考え方でございまして、保険制度ですと権利意識が出て、施設入所という希望が出されまうと、これは完全に数字的に足りなくなる必然性が出ております。

ですけれども、この介護保険は在宅福祉を主眼に置いた保険だということに私は考えておるわけでございまして、施設の量をふやすのかあるいは介護の認定度によつては、先ほど意見を述べさせていただきまして、このケースにおいては在宅を推進していくのかというようなことをやはり基準に置いたところで認定していかなければならないというところでございまして、施設におきましては、老健施設であれ特養施設であれ、考え方は同じでないかというふうに思っております。

○公述人(塩澤金司君) 施設の種類の、認定の程度によつてこの施設に入るかということが問題になるわけですが、現在の老健、特養などの施設を一つの施設として認めるというわけにはどうもいかないではないか。というのは、やっぱり病状によつてその施設の必要性があるのではないかとこのように思っております。

○山本保君 次に、審査について、判定の問題についてお伺いします。

溝部先生と酒井先生にお聞きしますが、原理的に伺いたいのは、今までの判定、特に一次判定七十項目ですが、これはつまり医療的原因も問わない、それから、これは溝部先生にお聞きしたいわけですが、その方がある障害を實際持つていて介護が必要であるというものと、これは医療的原因というのとはまず問わないような調査項目じゃないか、そういうふうなでき上がっているんじゃないかという気がするんですけれども、その辺について先生はどうお考えになるかということ。

今度は反対に、その方に社会的な介護体制なり

応援体制がどのようにできているかどうかということについてもこれも問わない、それとは関係ない、まさにデイスエールという時点だけである方たちの判定をする、こういう構造になっておると思うわけですが、これについて酒井先生はどのように福祉の側からお考えになるのか。

○公述人(溝部孝二君) おっしゃるとおりだと思いますので、私はかかりつけ医の意見がかなり重要ではなからうか、このように思っております。なおかつ、今度の平成九年度のモデル事業の結果を慎重に見きわめていきたいと思っております。どれくらいの判定の相違率、誤差率といえますかが出てくるかということを見守っていきたい、このように思っております。

以上です。

○公述人(酒井健吉君) 今先生のお尋ねは、私なりに解釈すれば、認定されるかされないかの基準というふうな受けとめておるわけですが、私が陳述いたしました内容は、これは保険でございまして、医療保険のようにすべてというわけにはいかないということであれば、一定のボーダーラインは必要だということは考えております。

しかしながら、金額で申し上げましては失礼かも知れませんが、この方は六万円程度ではないけれども三万円程度は必要だというふうなものが出てきた場合、これは今市町村の社会福祉協議会が市町村から委託を受ける中でこういう方たちの介護、補助あるいは相談等を行っておるわけですが、補助あるいは相談等を行っておるわけですが、いずれにしても財源の問題が絡みますけれども、本人負担を少しした中で、何らかの財源的な助成をいただく中で第一線の市町村社会福祉協議会がこの辺をフォローしていければというふうに考えておるところでございまして。

○山本保君 ありがとうございます。

それでは、天野知事にちよつとお伺いしたいんですが、お話の中で、非常に事務量がふえるのではないかと、お話を御指摘があったわけですが、その

内容区分についてはおっしゃったわけですが、先ほど私どもの方からもお聞きしたことですけれども、額としてどれくらいふえてくるのだというふうな見積もりはお持ちでございませうか。

○公述人(天野建君) 平成九年度の県予算額では、老人福祉施設の整備におおむね二十億、五年間分としたものでありますから、一つの目安として先ほど申し上げましたように基盤整備費には約百億円ということになっていくわけですが、事務量につきましては、さまざまなケースがございまして、なかなかその額の算定については現在いたしております。

○山本保君 わかりました。

もう一つお聞きします。樋川先生、先ほどの中に、市場原理導入ということについて御批判というかちよつと厳しいことがあったと思うんですが、私も実は前回の厚生委員会、会社を導入する前に、今一億円要ると言われている社会福祉法人のこの規制が全くナンセンスであつて、もっと有為な方に社会福祉法人を例えば三百万円なりぐらいでどんなに認めてこの方たちにやっていただく、これを県がきちんと見ていく、こういうふう

にすべきであると主張しているんですけれども、この私の意見について、突然で申しわけありませんが御意見をいただければ幸いです。

○公述人(樋川隆君) 法人の認可とかそういう部分が額で算定できるかどうかというのはちよつと私よくわかりませんが、ただ、福祉を提供する側に回るわけですから、先ほど来から出ている、例えば介護をとって考えてみても、スタンダードで数字で出せる部分と、実際のタッチで提供する質をどうやって確保するのかという部分がございまして、一概に資本の多寡で法人の規制云々というのは余り、もちろん安定性の問題はございしますが、そこだけでいいのかなという感じが持っております。

○山本保君 導入についてはどうですか。法人をもつとふやすということについてはどうですか。

○公述人(樋川隆君) そのところは、先ほど申

し上げたように質の問題があります。タッチできるところがきちっと確保できるという部分であるならばふやす、またふやさないという現実的な問題としては間に合わないんじゃないかなと思っております。

○山本保君 ありがとうございます。

○團長(上野公成君) 速記をとめてください。

(速記中止)

○團長(上野公成君) 速記を起してください。

○今井澄君 民主党・新緑風会の今井澄でございます。

本日はこちらへお世話になって御意見をお聞かせいただきましたけれども、大変参考になっております。特に、現場を踏まえて、例えば介護報酬は地域によって、特性を見て地域格差をつけるべきではないかという御意見とか、例えば上公所述人など低所得者についての具体的な資料を出していただきまして、どういうところに本当に困っておられる、配慮しなければならぬ人がいるかというところについてもお述べいただきまして、大変参考になりました。私どもの審議に生かしていきたいと思っております。

さて、私は、いろいろ公述人の皆さん方の御意見にもありますように、将来的にこの介護保障制度をどういうふうにしていくかというのは、税を中心とする方法等、私もそういうものがあると思うんですが、当面現実論の問題として保険制度でやっていく以外にはないかという立場からお聞きしたいんです。

まず、今介護保険制度についていろいろ問題の指摘がありますが、特にマスコミなどではマイナス面ばかりいろいろ取り上げてやられていて、ところもあるものですから、その辺も気になるところですが、いずれにしても新たに国民に負担を求めるわけですので、保険料をいただいた、なのに期待されるサービスが提供できないということになる保険あつて介護なしということだけはしたくない、私も法案を審議し成立させようとしてい

る立場からは責任としてもこのことを感じております。

そこで、まず最初に天野公述人にお伺いしたいんですが、まず保険あつて介護なしにならない大前提、必要最小限の前提は、国にあつては新ゴールドプラン、都道府県、市町村にあつては保健福祉計画が目的を達成するということ、これは必要最小限の条件だと思います。

先ほどの質問に対して、天野公述人の方からは山梨県においては目的は多分達成できると思うという力強い御証言をいただきました大変安心したわけですが、昨今のマスコミなども六割あるいは七割の市町村が保健福祉計画の達成ができていないと言っている、こんなアンケート調査とか何か出ているんですね。私はこれはちょっと報道の仕方がおかしいのではないかと実は思っております。というのは、例えばケアハウスは恐らく達成できないでしょう。だけれども、特養はもうほぼ超過達成しそうな状況にある。項目ごとの中身を抜きにして報道されている点もあるだろうと思ひますし、いろいろな点があるだろうと思ひます。

そもそもの保健福祉計画がとつてもない計画をつくつたのならともかく、一応現場を踏まえてつくつたのだとすれば達成できるだろうと思ひますし、国の財政的な支援が足りないと言ひますが、これは今のルールで国が二分の一、都道府県が四分の一、市町村あるいは設置者が四分の一というところで、確かに市町村財政が苦しいのはわかりますが、この程度はやるという約束でやっているわけですからできないことはないと思ひます。ただ、施設をつくらうと思つても土地が買えないとか、それからホームヘルパーなどを募集したけれども応募者がいないということになればこれは問題です。都市部ではホームヘルパーの単価が都市部の人件費に見合つてはちょっと安過ぎるという都市部の問題はあります。

ですが、山梨県では一応達成できるといふ話をお聞きしましたが、マスコミで報道されているように、六割あるいは七割の市町村が達成できな

いのではないかというふうな報道について、今私見を述べましたが、天野公述人はその点についてどうお考えでしょうか。

○公述人(天野建君) お尋ねの件でございますが、先ほど私が申し上げました保健福祉計画というのは、介護保険制度の提唱される前の平成六年度から平成十一年度までの間におきまして保健福祉計画というものを各町村の計画を積み上げていたしまして県の計画としてつくり上げているものでございます。

これによりまして、ホームヘルパーの数とかデイスサービスセンターとかショートステイとか在宅介護支援センターとか訪問看護ステーションとか特別養護老人ホームとか、あるいは老人保健施設とかケアハウスとか、それから高齢者生活福祉センターの敷地を出しまして、これを平成十一年度までに整備をしていくという考え方に立ちまして現在整備を進めているわけでありまして、

この第一次のいわゆる老人保健福祉計画におきましては平成十一年度に達成できる見込みである、こういうことでございまして、その点は御理解をいただきたいというふうに思ひます。

今後、老人介護保険等の新しいシステムが出てまいりますし、また新ゴールドプランなどで……○今井澄君 いや、私がお聞きしたのはそのこととなんです。その後の問題ではありません。○公述人(天野建君) ですから、そういうことでございまして御理解をいただきたいと思ひます。

○今井澄君 どなたでも結構なんです、マスコミで盛んに新ゴールドプランの目的が達成できない市町村が六、七割あると報道されていることについて何かお考えのある方、おかしいとか、いや当然だろうと、何かお考えがある方がいたらどうか。——それでは結構です。

それで、保険あつて介護なしにならないための二番目の問題は、今天野公述人がお話しになろうとしたことを途中で遮つてしまいましたが、実は介護保険制度が導入された場合どうなるかという

それからの問題だと思ひます。

これについては高原公述人、樋川公述人、溝部公述人、望月公述人、四人の方にお尋ねしたいのですが、平成十二年度介護保険スタート時点、自己負担も含めて約四兆二千億円でスタートしたいというときの試算は、入所に関してはほぼ一〇〇%入所待ちがなくなるという見込みなんですね。これは特養だけではなくところろろみそんですけれども、特養、老健、療養型病床群を含めて七十六万床が整備されるということですからそういうことになっていきます。これは後でお尋ねいたします。

一方、在宅の方は、客観的に見てこの人はホームヘルパーさんを入れた方がいいと思つても、必ずしも本人や家族が希望しないという現実を踏まえて、潜在的ニーズの四〇%が顕在化するだろうというところで今試算をしているんです。ところが一方で、保険料を払つたからには今まではホームヘルパーを派遣してくれと言わなかったけれども今度は言うよと、権利意識が高揚してくるという意見があるんです。ですから、四〇%の見込みじゃもう途端に介護保険制度がスタートした時点でニーズが顕在化して足りなくなるだろうという意見がありますが、その点について、いやその程度のものだろう、あるいはいやニーズが顕在化するだろう、そのどちらだとお考えか、簡潔に四人の公述人の方にお答えいただきたいと思ひます。

○公述人(高原仁君) 一点目の、入所者が……

○今井澄君 入所は関係ない、在宅だけです。今お尋ねしているのは在宅のニーズがふえるかふえないか。

○公述人(高原仁君) 明らかにふえると思ひます。

○公述人(樋川隆君) 私も、瞬間的にもしれませんが、ふえると思つております。ただ、最初に申し上げたとおり、本県の場合地理的な条件がありますから、山間部に行くことと逆に潜在化するといふことも想定できます。

○公述人(清部孝二君) 在宅を希望する要介護者はふえるだろうと思ひます。

○公述人(望月弘子君) ニーズはふえると思ひます。

○今井澄君 そうすると、やっぱり四〇%の計算ではホームヘルパーなどは途端に足りなくなるおそれがあるということを皆さん方の御意見として伺ひておきます。

三点目ですが、先ほどちよつと高原公述人の発言を述べて申しわけなかつたんですが、入所の方なんです、先ほど貴重な資料をいただきまして。上所公述人の資料ですが、ここで高原公述人と上所公述人と酒井公述人にお尋ねしたいと思ひます。

先ほどの資料四を見ますと、今度のモデル事業でやつた中で、施設サービス受給者数五十人のうち、要支援が四人、要介護Ⅰが八人ということですね。要支援の四人というのは、今の基準で言えば週二回程度ホームヘルパーさんが来て、掃除、洗濯、入浴、買い物をやってくれば、あとは自立して生活できる。自分で御飯もつくれるし、大休生活できるという人なんです。そうすると、こういう人が現に今施設に入っているわけですね。

こういう方がもし在宅の方に移行するとすれば、今単純に施設待ちというふうになつていく、例えば全国で九万人というお話もありましたが、その人たちが全部施設に本当に入らなければいけない、待っているというわけでもないだろう。また、その中には入院している人、あるいは老健に居る人も居るわけです。先ほど申し上げましたように三施設を合わせると七十六万床を整備するという目標で、これは恐らく達成できるだろうと思ひます。

そうすると、ここで、社会的入院という言葉がありますが、社会的入所というの現実にはあるんじゃないだろうか。より在宅を重視するということを考えれば、この辺はどうでしょう。

○公述人(高原仁君) 一般の方々の要求は施設型のサービスを望んでいる方が多いです。それ

と、ここで要支援は四人ですね。数からいくと少ないです。

入所待機者が今のぐらいいるか、現実の数は把握できませんが、実感としては七十六万床で足りるという数ではない。現時点で百万人とも言われている状況があり、一年に大体十万人ずつはふえていくというのを考えても、七十六万床ではとても平成十二年度には足りなくなる、そのように思ひます。

○公述人(上所洋君) 要支援が四人今施設に入つておられるということなんですが、これはどうして施設に入っているかという原因はよくわからないんですけれども、やはり社会的な要素というのは当然あると思ひます。介護ができるかどうか。それからもう一つは、生活能力だけじゃなくて、内部疾患を持っていなかつた家庭環境がよくないというふうな方が含まれているんじゃないかと思ひます。

私たちの病院からなかなか退院できない方も、結局見る人がいない。それから、要支援ぐらゐの程度であっても、病気の方、例えば腎不全の方とか心臓が悪いとかということでも少し動くように症状が出てくるとか、これは医療の適用になるのかもわからないんですけれども、じつとしていけば余り問題がないような方もおられます。それから、あとは関節とかいろんな整形外科的な疾患でなかなか動けない方、これがこの認定で入ってくるかどうかというのはよくわからないんですけれども、その基準の問題と両方かわってくるんじゃないかと思ひます。

○公述人(酒井健吉君) これには在宅福祉の推進の仕方にもかかわってくると思ひます。在宅福祉でも十分やっていると云うような、要介護者がそういう認識をすれば施設は間に合うと思ひます。

ただ、先ほど陳述の中で申し上げましたとおり、施設も経営が成り立たなければならぬという問題になりますと、やはり介護度の高い人を優先というふうなことになるかな部分も出てく

るのではないかと云うように考えております。

○今井澄君 この辺に關しては、私も病院長をやつていたり福祉施設の嘱託医をやつていたりして思ひますけれども、基本的に、入れられていない本人は家へ帰りたい人の方が圧倒的なんです。むしろ家族の都合で入れていることが多いというところに実は今の老人福祉や老人医療の問題点の一つがあるのではないかと云うこと。

もう一つは、本来介護保険は自立支援というところで導入しようとしていたわけですが、自立という面でも欧米と日本とちよつと違っている面があるんじゃないかと思ひます。在宅の方がきちつとすればかなり解決できるかなと思ひているんですが、これは議論をしても切りのないことであるので、次の問題に移ります。

いわゆる加齢疾病事項というのが非常に問題になつていっていると思ひます。

六十五歳以上は原因のいかんを問わず要介護者は介護保険でサービスを受けられるわけですね、認定されれば。ところが、四十歳から六十四歳まで、これも二十歳からという御意見も先ほどありました。第二号被保険者の場合には加齢に伴う疾病が原因で要介護状態になった者のみがサービスを受けられる、それ以外の障害による者は障害者プラン、公費によるサービスを受けるということ、谷間はつくらないということになつていくわけですね。

そこで、塩澤公述人と清部公述人にお尋ねしたいのですが、この辺で加齢による疾病に伴つて起る要介護状態という場合に、具体的にどんな原因、疾病が考えられるのか。それは広く考えるべきか、それともかなり限定すべきか、その点をお尋ねしたいと思ひます。

○公述人(塩澤全司君) 四十歳から六十五歳までです。

やつぱり介護保険の適用が痴呆または痴呆前状態、それから脳血管障害によるもの、もう一つは骨折整症ですか、こういったものが必ずしも六十

も起つていないことは皆さんも認めることだと思ひます。ただ、その頻度が比較的少ないということと云うことが問題になつてくるのかも

しれません。ですから、それでも六十歳、五十歳代の脳血管障害発生率、それから寝たきりになる人たちというのはある程度存在するんじゃないかと思ひます。

○公述人(清部孝二君) サービス提供の対象となる要介護認定者は約一割と言ひておりますけれども、あとの九割の人々は保険料を掛け捨てると云うような形になつていっていると思ひます。四十歳から保険料を掛けておつても、生涯にわたつて保険制度の恩恵を受けることのできない人々も居るわけですから、四十から六十四歳までの第二号被保険者は、保険適用は加齢に伴う疾患、先ほど先生がおつしやつたとおりでございませう。

ただ、これは塩澤先生が専門でございませうけれども、若年者の中におきまます筋萎縮性の側索硬化症等々の疾病で家族で介護している方々は大変な苦勞をしておるという現状もありますので、その辺の問題をどのように扱っていくかというふうなこともひとつ検討されてもよろうと私は思ひます。

以上です。

○今井澄君 次に、認定の問題について簡単に

お尋ねしたいと思ひます。実は、介護保険でも認定がちゃんとできるのかとか外れたらどうするんだとか、そういうことで非常に介護保険制度は問題になつて批判をされているんですが、そこで、まず最初に樋川公述人にお尋ねしたいんです。

樋川公述人がきょうお配りいただきました三ページ目の下から三分の一のところ、"いわゆるモラルハザード現象を起こすことも想定できます。"と。これは恐らく認定の必要性との關係で言ひていらるんではないかと思ひますが、その点ももう少し詳しくお話しただけですか。

○公述人(樋川隆君) 認定の部分もございませうし、私がそこで一番言ひたかつたのは、今までな

かつたものが制度として立ち上がってくる、その際に、そこにも書きましたが、潜在化していたものが、先ほどから話に出ていますように権利性というものを前面に押し出していますから、であるならば受けたということが当然想定をされてまゐります。

そういう意味で、今まで比較的日本の福祉、全般的にそうだと思うんですが、家族内福祉みたいなのが日本型福祉とよく呼ばれますけれども、家族内に依存して成立してきた部分が多分にございまして、そういう部分がニーズとして起き上がってくるであろうと思っております。一つのいい例が、施設を建設しますと、種別を問わず入所者がすぐに満ち足りてくるというようなことが考えられると思います。

以上です。

○今井澄君 どうもありがとうございます。

一つは、認定の問題にまつわる問題として、重く認定した方が月当たり給付される額も多くなるわけですね、先ほど経営の問題も言われましたけれども、逆にいろいろリハビリをやったりして軽くなる、三カ月ないし六カ月に一度見直しして軽くなる、今度は低いランクになって安くなる、ちやうどわけです。そうすると、あえてそんなことはだれもやりたがらないだろうということなんですが、この点について、一生懸命リハビリなり何なりして認定が再判定で軽い方になった場合に、それにかかわった人にメリットになるような何か、メリット制ですね、そんなものを何か現場でお考えのことがあったらお尋ねしたいんです。酒井公述人あるいは樋川公述人、そんなことで認定が軽くなっていたらその分だけまた評価されるような支払い方法とか何かお考えになったことがありませんでしょうか。

○公述人(酒井健吉君) 質問を想定していなかったもので、それから考えてなかったんですけれども、リハビリ効果というのは当然出てくると思うわけでございます。悪い方に解釈してはいけません、重くなることしか考えていなかったもの

のですから。

当然、私も社会福祉協議会につきましては、やはり自分の生まれ在り所で介護していただくというのが恐らく人間だれしも持っていると思いますので、在宅福祉の充実ということをやはり中心に考えていく、この保険の趣旨もそうなんですけれども、その辺を中心に考えていく方がよろしいかなというふうに、お答えになったかどうかかわかりませんが、そういうふうに考えております。

○公述人(樋川隆君) 再認定で障害レベルが軽くなったというのは、何よりも御本人が一番喜ぶことだと本来的には思います。基本的には、自立という部分、なかなか自立ということが根づいていない部分が実はあると思いますけれども、自分の力で生活がやっていると実感がつくかめようにする、それが十分なメリットとして返ってくるんじゃないか。

ただ、そのための前提条件として、リハビリだけではなくて、先ほど高原先生おっしゃっていましたが、社会的なシステムとして、そういう方たちがリハビリによって障害認定度が軽くなったという判定になったときに、十分地域で生活できるようなシステムをどういうふうにつくっていくのかというところを整備すれば、それが十分当事者のメリットになるんじゃないかと思えます。

○今井澄君 望月公述人、訪問看護の方も関係して、今の軽くなった場合に月当たり安くなつちやうわけですね、保険のあれとしては、そこを、訪問看護ステーションとして、認定で安くなればそれだけ何かメリットになるような方法などお考えになったことがありませんでしょうか。

○公述人(望月弘子君) 直接考えたことはございせんけれども、先生にそういう視点を与えていただいたというふうにとらえております。

ただ、先ほどのお話にありましたように、私はやっぱり自分の生きる力とか喜びとかというふうなもの、その人自身が軽くなったということによって自分がこれだけできるようになった、という面での支えとか意欲をお持ちになるような

形の支援というふうなことで、非常に精神的なものなんですけれども、でも何かそのメリットを何かに返していきけるようなものが具体的にあったらいいなと、こんなふうに思いました。

○今井澄君 それでは最後に、上所公述人とそれから高原公述人にお尋ねしたいんです。

お二人とも低所得者対策ということを特に強調しておられたと思いますが、この低所得者という定義がなかなか難しいんです。本人だけの所得なのか、あるいはその所得も可処分所得で考えるのか、あるいはその所得も可処分所得で考えるのか、あるいはその所得も可処分所得で考えるのか、また家族との同居形態をどう評価するのか、非常に難しいんです。今、医療費の方で低所得者というの、一つの基準は年齢福祉年金受給者、三万五千三百幾らでしたか、ということ、これはもうほとんど八十五歳以上の人しかもらっていないものですね。それから住民税非課税世帯という基準があります。

先ほど上所公述人の資料では、年間所得が百万から百五十万のところに一定の線が引いてあって、これだけ大勢いるんだというお話があるんですけれども、低所得者というときには、軽減なり何かする場合、どんなことを基準にお考えになっているのか御意見を伺えればありがたいと思えます。

○公述人(上所洋君) これは生活実感とか本人の主観とかいろいろあつてなかなか難しいとは思いますが、基本的には地方税非課税の方が大体このあたりには当たるんじゃないかと思つて線は一応引かせていただいたんです。医療保険の方とは同じ、実際はもっと苦しい方がいっぱいおられるとは思いますが、当面この辺は救済しないとすぐに大変になってしまうんじゃないかという意味で線を引かせていただきました。まあそんなところ

○公述人(高原仁君) どういう単位で考えるかというところになりますと、医療保険の場合だと本人と扶養というのがありますが、その範囲内で扶養されている人であれば当然その方を扶養している

方の所得になりますように、本人であればその方そのものの所得、一番近い表現をすれば世帯当たりの所得になりますか。それで、具体的な金額については、幾らが低所得者であるということとはなかなか明記できない。今、私個人として、年取幾ら以内ということは言えませんが。

あともう一つは、富裕層がたくさんいるということですね、これに関連した問題としては、例えば年俸二千万以上の所得を上げていく方というのは全国で三割ぐらいだそうなんです。その申告の中に一五割ぐらいは年金受給者がいるという報告がありますから、その方たちまで介護保険を利用した場合に同じような比率で負担していただくのではなくて、そういう方たちからは何らかの方法でもう少し負担をしていただくというふうなことも考えたらいかがでしょうか。

○今井澄君 終わります。

○清水澄子君 私が最後ですから、もうしばらく御辛抱ください。

きょうは皆様方のさまざまな立場からの御指摘や御提言は大変参考になりました。私もそれぞれの政党の立場は違いますが、厚生委員会においてはきょう皆様方が御発言なさった問題点、また心配されておられる点について大方質問とか議論になっております。ですから、きょう皆様方のさらに具体的な、特に山梨県における実情を踏まえての問題提起につきましては、さらに今後の審議の中に生かしていきたいと思つてます。

私は社会民主党なんですが、当初はやはり税方式を考えておりました。しかし、結局現状の中でとにかく急がなきゃいけないという面等もありまして保険方式を選択したわけですが、これが将来的に最もよいものというのではなくて、よりよいものにしていきたいという、その希望を持っています。ですから、現在提案されている保険方式の枠組みを前提にしていろいろお尋ねをしたいと思つます。

まず、今低所得者のところは質問がありました

のでできるだけ重複しないようにしたいと思いますが、望月公述人にお伺いしたいと思います。

それは、要介護者の介護認定は、訪問の聞き取りによって七十三項目のマークシート方式でマル・バツをつけていくということになっており、まず、先ほどの御質問の中では、その要介護者の人を診ていないというのがあります。私はそこにもう一つ加えて、生活も見えないというところを問題に感ずるんだけれども、望月公述人としては、このマークシート方式による要介護認定のあり方、この点についてはどのようにお考えになるか。

私は一人ずつに幾つかお伺いしますので、もう一つは、マンパワーの確保、これは最も基礎的なことなんです。介護報酬の問題との関係では望月公述人はどういうお考えをお持ちであるかというところが二つ目です。

それから、要介護認定の不服審査についても問題を提起していらっしゃるんですが、それはどういう苦情処理体制を考えていらっしゃるんですか。そして同時に、サービスの質の確保ということと第三者機関によるサービスの質の確保というのを提起していらっしゃるんですが、これについてももう少し御説明をいただきたいと思っています。

○公述人(望月弘子君) まず第一に、要介護認定の問題でございまして、七十三項目についてのマークという問題ですが、この中で今先生御指摘の生活を見ていないという問題があります。これは実態調査をする段階におきまして、生活が十分見られながら、なおかつ病態的な問題をもとらえていくというような対処をそういうふうな方が直接行っていることで、多くは保健婦がこれにかかわっております。実態調査の中で、そしてまた、いわゆるソーシャルワーカーもその中にかかわっております。それぞれが持っております問題を通して総体的ないわゆる話し合いといいますかカンファレンスを行って補完し合っているというふうな問題が今行われております。

その次に、マンパワーの確保の問題ですけれど

も、この中で介護を行うためのマンパワーというところでしょか。——その問題には、やはり訪問看護、例えば私の立場でしたらば訪問看護婦の確保という問題に入りますが、今行われておりますのは、無料で在宅におります看護有資格者の方々に対しての訪問看護の認定講習というのをしております。三十日間でございますが、行っております。その方々の認定講習を終えてから、なおかつ臨床部門における不足部分については基幹の医療機関などで補完していく、研修をしていくというふうな方法もとられております。そういうふうな中で、質と量のマンパワーの確保というのがありますが、質的にはそのような確保が必要でございます。

ただ、今のところ、医療の依存度の高い方々が在宅に帰ってまいりましたときの訪問看護というのは、やはり臨床の経験、しかもICUとかそのような幾つかの経験する部署というふうなものが大変必要になってまいりますので、そのあたりの力量を持たれた方々をおかつ確保するという形の中で考えております。

次に、介護報酬の問題でございましてけれども、これはやはり今のところ訪問看護ステーションにおきます介護報酬というのは、その報酬とそれからもう一つは管理料金というふうな二つの、基本料金と管理という中で取り組まれておりますけれども、この管理料金というのが、医療の依存度の高いケースについて、特に訪問をしていきますと、十二回が一応限度でございまして、その後は大変必要な人たちに訪問しているんですけれども、管理料金が非常に少なくなってしまうという形はつかないという形で、ボランティアという形になってしまっています。そのあたりについての検討が必要ではないか、検討していただきたいというふうに思っております。

それから、要介護認定の中で不服審査の考え方でございまして、これらにつきましては、その問題に対して対応するところの委員会というふうなものをつくらねながらその問題を処理していく、

あるいは認定不可になった場合には老人保健法のどのような適用をしていくのかということもきめ細かい視点で検討していく必要があるんじゃないか。また、それをお示しを早くしていただきたい、このように思います。

サービスの質の確保につきましては、これはもう絶対的に必要なことでございまして、これは特に患者にいま患者から学んでいく、しかもそれに對して保健、医療、福祉というそれぞれの専門性を持った方々がそれぞれの立場から補完していくような場をつくっていくという、いわゆる保健、医療、福祉の連携の中での専門性という問題、これらをとらえていくということが一点であります。

それから今大変医療の依存度の高いケースが多く在宅にきております。したがって、それらにつきましても、本人とか家族とか含めながら、しかもドクターの指示に従った中でのような形に看護判断をしながらそれができ得るかという、その面については具体的な研究、研修活動というものが今実際に行われております。

○清水澄子君 ありがとうございます。

それでは、樋川公述人、第二号被保険者の負担率が示されていないという点で勤務者にとって非常に不安材料だとの御意見がありました。それは私も同感なんです。が、どのような心配が具体的に考えられるのでしょうか。

○公述人(樋川隆君) 今我々は実際毎月の給料の中からいろいろな社会保険料等を引かれております。そういう中において、例えば我々は公務員でございまして、年金関係も長期の掛金という格好の長期共済の中で掛金を納めておりますし、医療関係も短期給付という格好の中で掛金を納めておりますけれども、例えば年金一つとってみても、これからの年金財源、五年ごとに財政の再計算をされていってまいりますけれども、そういう中において、年金の支給水準を守るためには掛金率を引き上げていくというふうなことも想定がされているわけでありまして。

そして、そういう中においていろいろな社会保障制度をこれから構築していく中において、いろいろな形で一人一人の勤務者の負担というのが個々の制度ごとに積み上がってくるというところになります。また、実際に我々の可処分所得の問題が、これからの経済発展にもよるんではないでしょうか、非常に響いてくるということでもあります。

そういう点において、どのぐらいの負担率が想定をされ、この介護保険、保険制度が建前ということでございますから、というところで制度が成り立ち得るのかということが率として、数字としてあらわれてきませんと、我々が実感として年間一体どのぐらい負担するんだらうということがなかなか浮き上がってこないということでもあります。その辺を明確にしていなければもうちょっと議論が深まるんじゃないかと思っております。

○清水澄子君 それでは、山梨県の場合は非常に山間部が多いわけですね。そういう中で介護保険の基盤整備がより重要だということを主張していらっしゃるんですけれども、実際にこうした山間部の在宅介護サービスを十分に担えるようなホームヘルパーの確保というのは可能だとお考えでしょうか。そしてまた、そういう場合、過疎地はまだまだヘルパーを自分の家に要請することを嫌うというそういう慣習も非常に残っていると思っております。特に自治体にはいらないと思いますので、そういう点も含めて、ヘルパーの確保とあわせて、今度はホームヘルパーの身分という点についてはどういう実態で、どうい問題があるとお考えでしょうか。

○公述人(樋川隆君) まず先に二番目のことからお答えしたいと思っておりますが、先生おっしゃる通りに、別に過疎地というふうに限定しなくても、なかなか他人が家の中に入ってきて具体的に自分の家族に援助をしていくということについてはまだまだ一般的になれていないということがまず一点あるかと思っております。

そして、過疎地という言葉が出ましたが、先ほど私資料でお示したとおり、高齢化率の非常に

高いところは山間僻地と呼ばれているところがございます。例えば高齢者のいらっしゃるところへ訪問しようと思っても、次のところに行くのにまた一たん戻って別の沢を入っていくというような地理的な要件もございます。そういうことを考えたときに、例えばそれが民間の企業としてヘルパーさんを派遣させるということになった場合に、そのかかる経費、いわゆるコスト論が当然企業からすれば出てまいります。そういう点をかんがえますと、なかなか山間部に行けば行くほど難しいのかなと。

では、その点をどこで担えばいいのかということになりますと、やはり常勤のヘルパーさんを自治体で抱えていくということが必要になってくるのかなと思っております。ただ、その際に自治体にかかる財政的な負担というのが当然ありますので、その点の公的な支援策というのが当然そこには裏づけとしてないとなかなかそれは実施されにくいだろう、このように考えております。

○清水澄子君 ヘルパーさんの身分は。

○公述人(樋川隆君) 身分は、先ほどちよつと常勤というふうに申し上げましたが、当然本来的に地方自治体の職員、正規の職員として雇用するのが一番望ましいと思っております。しかしながら、全体的なバランスの問題もございますので全部の方をというふうにはまいらないかと思っておりますけれども、基本は自治体の職員として雇用すべきだと思っております。

○清水澄子君 それで、介護制度における自治体の保健婦の役割をもっと明確にしないかと主張されているんですが、これについてはどういうふうな位置づけたいんでしょうか。

○公述人(樋川隆君) 先ほどどなたかおっしゃっていましたが、今この時点でそれぞれの自治体の中で高齢者の状況を一番把握されているのは恐らく各自自治体の保健婦さんだろうと思っております。その保健婦さんたちが具体的に要介護者の方たちに対する介護計画をつくる際のやっばりキーパーソンになるんだらうというふうに考え

ておりますし、直接的に介護の技術的な部分についても支援をする中心的な存在になるべきだろうというふうに考えております。

○清水澄子君 今度は介護サービスの質の問題についてなんですが、法案審議の中ではどうしてもまだ量的な面の確保が不足していますからそれに重点が置かれているわけですが、公述人は福祉の専門職のことですので、この介護サービスの質についてどのような内容のものが必要なのか、そして現在の介護保険では何が最も不足していると考えられるか、そのことについてちよつとお聞かせください。

○公述人(樋川隆君) 何が不足しているのかというのはいちよつと明確にお答えできないと思っておりますけれども、ただ質の問題は、先ほどちよつと申し上げましたが、要介護者に対してどういうタッチをするのか、タッチという表現もちよつと抽象的で申しわけないんですが、要するにその方たちに対してどういうタッチができるのかというところが専門職として問われてくるところであらうかと思っております。

そういう意味で、量的な部分というよりも、いろんな職種の専門家がそこにタッチすべきだろうと思っておりますし、何よりも要介護者が本来的な自立に向けて何ができるかというところがきちと押さえられるような介護の中心、それを実施することによって質が高まってくるであらう、このように考えております。

○清水澄子君 樋川公述人は税方式がベターだとおっしゃっているんですが、現在私たちは社会保険方式でいきたいというふうな状態の中で、今の介護保険法の枠組みを前提とした場合に、被保険者の権利性の拡大、それをどのようにすれば確保されるというふうにお考えになりますか。例えば低所得者、後期高齢者、そういう人たちの保険料の免除枠を設けるとか、何か具体的な考え方がおありであればお聞かせいただきたいと思います。

○公述人(樋川隆君) まず権利性の拡大というこ

とにしましては、今介護保険法案が話題になっている割には中身の問題が一般に余り知られておりませんと私は思っております。そういう意味では、その中身の情報をいかに広く開示していくかということがまず一点あるかと思っております。そういうことによつて権利性というものが我々一般に認知されてくるのかどうかというところが一つあるかと思っております。

そしてもう一つ、後期高齢者、これから七十五歳以上の方が非常にふえてくるということは統計的な数字でございましてから間違いないと思っておりますけれども、やはりその方たちあるいは低所得者の方たちが、私はこれが制度として立ち上がるのであれば、平等感というものがやはり全国的にならんと制度としては立ち上がっていくかというところを思っております。そういう意味では、低所得あるいは後期高齢者の部分に關しての減免的な方式を取り入れることもその一つの方法だろうと考えております。

○清水澄子君 ありがとうございました。

じゃ最後に、天野公述人にお伺いいたします。山梨県の高齢化率というのは全国よりも非常に高いということ、一七・七とか八とかおっしゃっておられたと思います。それは、全国的に言えば全国の都道府県と政令都市を含めた中で二十四番目ぐらいなんです。そういう状態の中で、平成十一年には新ゴールドプランのそれを達成して、平成十二年の介護保険の成立のときにはある程度の介護サービスが満たされるというお話が先ほどあったんですけれども、最近、平成八年に老人保健福祉マップというのが発表されているわけ

です。それを見ますと、山梨県の場合は高齢化率が非常に早く進んで、四年ぐら早く進んでいるとかおっしゃったわけですが、このホームヘルプサービスの利用度というのは、百人当たりで年間何回ホームヘルプサービスを利用したかとか、そういう利用度のマップなんです。これを見ますと、いわゆるホームヘルパーそのものを利用した

というのは年間百人の中で六十一回ぐらなんです。全国で五十番目になっております。それからショートステイの利用度は年間百人の中で十八回というんですから、百人が一回もやっていないということなんです。やらない方がいんですけれども、しかしそれは施設が制度が不足しているという意味で、これも五十番目なんです。特養ホームの数も五十二番目、そして老人保健施設も四十番目なんです。こういう非常に高齢化が進んでいるという県の中で、これだけ制度が整っていない中で、本当に平成十二年のときに今審議している介護保険制度をスタートさせることができるのでしょうか、その点をお聞きしたいんです。

○公述人(天野君) 先ほど申し上げておりますように、現在私も申し上げておりますのは、平成六年から国のゴールドプランによりまして保健福祉計画というものを策定して、平成十一年度までの福祉計画の策定をするということでございます。この計画につきましては、それぞれ町村の需要の積み上げをいたしまして県の計画として策定をいたしているものでございます。

そこで、この計画が即十二年から実施される公的介護保険に適用できるかということになりますと、まだ介護保険法の内容が十分に熟知されていない状況でございますから何とも言い得ないわけでありまして、しかし、私も今第一の目標として考えておりますのが、平成六年度につくられて平成十一年度を目標に保健福祉計画の整備を進めているこの計画を達成すること、これがまず第一であらうと。そして、その中で、内容がもっと明らかになつてまいりますと、これに対してどのようなものを加えていけばよりよい介護サービスができていくのかという考え方になるというふうに思っています。

そこで、先ほど申し上げておりますように、この第一次保健福祉計画の達成がまず介護保険制度導入への早道になる、こういう考え方で整備をしていく。その計画が、私どものこれから努力によるわけでありまして、今は達成できる見通し

ではないか、こう申し上げているわけでありま

す。
御存じのように、山梨県は大変山間地域もございまして高齢者比率に大きな開きがあるわけでございます。もう既に三〇%を超えているところが六町村もございます。二五%から二九・九九%これが約十町村ございます。それから二〇%から二五%以下が約二十町村、一〇%未満の町村というのは二%、こういう状況にあるわけでありま

す。
そこで、今後私もこうした過疎地域の介護保険に対する対応というのは少し工夫をしなければならぬであろう。仮に一自治体の人口の少ないところで介護保険が導入されてまいりますと、保険と同時に介護の費用というものがバランスがとれるのかということになりますと、なかなか難しさが出てくる。こういうこともあるわけでありまして、そうした問題については今後検討を加えていかなければならない課題であろうというふうに思っております。

○清水澄子君 実はこの介護保険法は、二〇〇〇年になっても非常に地域格差が大きいのですから、実行できないだろうというので一応経過措置がついている法律なんです。ですから、私がお聞きしたいのは、この経過措置は一応五年というのがあるんですけども、山梨県は一体いつごろまでに、今、この介護保険では要介護者の重度にはどれだけのサービスとか幾らか介護のメニューを出していますか。それらのメニューや介護サービスが本当に皆さんに公平にという意味では、これを望む人に行き渡るようにするにはやはり自治体、県とか市町村が非常にそれについて積極的な取り組みをしていただかないとなかなかこのスピードは早まりませんし、実効性が上がらないわけなんです。

それで、そういう意味では、山梨県ではいつごろまでにこのサービスの見込みといえますかを実行しようと思われているか。それによって、これは市町村ごとにサービスの見込み量によって保険料

率が違うという制度なんです。保険料もサービスのメニューがそろわないと低くできるんですよ。そうすると、いつまでも低いのはサービスは手に入りませんし、そういう意味では自治体の皆さんたちが今度の介護保険法でそういう点私は物すごくいろいろ疑問とか問題を感じていらっしゃるんじゃないかと思っております。

その点で、いつごろ大体、介護保険法が通っても五年後とか八年かかるかもしれないとか、しかし今私たちは、山梨県はこういうように市町村の関係者を集めてこういう目的を持ってやっていくんだということがあれば、ぜひそれをお聞かせいただきたいと思っております。

○公述人(天野建君) 今、正直申し上げまして、先生のおっしゃるように、介護保険法が導入されまして満足なサービスを提供するということになりまして、この体制を整えることは地方自治体にとつては大変なことだというふうに思っています。とりわけ、私先ほどもちょうと申し上げましたように、介護保険法が導入されるに当たってどのような展開をしていかなければならないのかということとをあらかじめいまい少し細かく地方に情報の提供がありまないと、現在はなかなかそれに対応し切れない、こういう状況がございます。そこで、私はこの介護保険法については、地方自治体のサービス体制というものはどういう形に大体整えるべきか、こういうことをある程度早く指示していただくということが必要だというふうに思っています。

そして、当然それぞれの自治体によりましてこれらの整備については格差が出てくるというふうに思いますが、医療保険のような場合は、保険証を持って医療機関に参りまして保険証を提示しますとある程度の水準の医療サービスは受けることができる、こういうことになっているわけですが、介護保険の場合はなかなかそう統一的にはいかない問題がある、このように思います。

そういう意味で、介護保険法を導入する場合に、例えばサービスする場合に、今度は先ほど申し上げました被保険者それから保険者という形の

中でこれを運用しなければならぬ、こういうことになってまいりますから、当然被保険者は自分の受けるべきサービスについてはある程度のサービスの内容というものを考えていかなきゃならない。例えば、今まで社会的な入院の人が今度介護に回った場合に、医療と介護との格差という問題も当然出てくるわけでございます。こういう問題も私ももちろん考えていかないと今後大きな問題点が出てくるような気がいたしております。

ですから、介護保険法というのは、導入することによって、実際に自治体に対応する、その対応のあり方についてさまざまな想定できないような問題が提起されるという可能性が私はあるというふうに思っております。

いずれにしても、今申し上げましたように、平成十二年度を目途に介護保険が導入されるとするならば、その段階までに我々としては今進めている保健福祉計画に基づくサービス体制を整備しておいて、それにどう付加することができるか。もう既に現時点では公的な立場でサービスのな介護、給食、それから社会復帰等のサービスはやっていくわけでございます。ですから、それを今度は保険に変えていく、こういうことになりまして、保険に変えるならば、その点をどう付加すればいいかということによって差し当たっての対応が可能ではないか。

しかし、それはレベルのより高いものを求めていくということになりますと、ある程度の期間をかけて整備していく。それから自治体間のバランスをとっていくということについても、施設的にも相当お互いに研究し合い、連携し合わなければ本当の意味の介護保険制度というのは確立ができないだろう、このように思っております。

○清水澄子君 ありがとうございます。

特に過疎という地域には特別のやはり支援策が必要でしようし、財政的な支援策というのが地方自治体に向けてもっと真剣に受けとめなければならぬと思っておりますので、今後とも私も皆さんの御意見を反映するように努力してまいり

たいと思います。

きょうはありがとうございました。
○岡長(上野公成君) これにて公述人に対する質疑は終了いたしました。

この際、公述人の方々に一言御礼を申し上げます。

皆様には、長時間にわたり有益な御意見をお述べいただきましてまことにありがとうございます。拝聴いたしました御意見は、本委員会の審査に十分反映してまいりたいと存じます。委員会を代表いたしまして厚く御礼を申し上げます。これにて参議院厚生委員会甲府地方公聴会を閉会いたします。

(午後五時三十一分散会)

平成九年十二月一日印刷

平成九年十二月二日発行

参議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局

O