

第百四十一回 参議院 厚生委員会 會議録 第十号

平成九年十一月二十七日(木曜日)
午後二時開会

委員の異動
十一月二十七日
辭任
小山 峰男君

補欠選任
釘宮 磐君

出席者は左のとおり。

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

委員 石井 道子君
尾辻 秀久君
田浦 直君
中原 爽君
長峯 基君
宮崎 秀樹君
木暮 山人君
水島 裕君
山本 保君
渡辺 孝男君
今井 澄君
西山登紀子君
釘宮 磐君

國務大臣
厚生大臣 小泉純一郎君

政府委員
厚生大臣官房総務審議官 田中 泰弘君
厚生大臣官房審議官 江利川 毅君

厚生省健康政策局長 谷 修一君
厚生省社会・援護局長 炭谷 茂君
厚生省老人保健福祉局長 羽毛田信吾君
事務局側
常任委員会専門員 大貫 延朗君

本日の會議に付した案件

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

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

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

○委員長(山本正和君) ただいまから厚生委員会を開会いたします。

委員の異動について御報告いたします。
去る二十五日、牛嶋正君が委員を辭任され、その補欠として水島裕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。

第百四十回国会において成立した健康保険法等の一部を改正する法律が去る九月一日施行されたことに伴い、現在当委員会では審査中の介護保険法施行法案について、条文の整理が必要となっております。

つきましては、その点について政府より説明を聴取いたします。江利川審議官。

○政府委員(江利川毅君) 現在、御審議いただ

ております介護保険法施行法案において、健康保険法等の医療保険各法の改正をすることとしております。介護保険関連法案の国会提出後、さきの通常国会に健康保険法等の一部改正法案が提出され、介護保険法施行法案で改正することとしている健康保険法等の關係条文に項ずれが生ずることとなりました。

そのため、健康保険法等の一部改正法案の附則第十四条で、お手元の資料三のとおりでございますが、項ずれを手当てすることとし、具体的には、資料二のとおり、下の段の介護保険法施行法の關係条文を上段のように改めることとしております。

健康保険法等の一部改正法案は、本年六月十六日に可決成立し、この附則も含め、本年九月一日から施行されておりますが、その段階で介護保険法施行法は公布されておられませんでしたので、この附則は、いわば空振りの規定となり目的を達しないこととなりました。

この結果、改正箇所を正しく特定するため、健康保険法等の一部改正法の附則で行うこととしていた項ずれの手当てを介護保険法施行法案自体において行う必要が生じたものでございます。

○委員長(山本正和君) 速記をとめてください。
〔速記中止〕

○委員長(山本正和君) 速記を起こしてください。

次に、介護保険法案、介護保険法施行法案及び医療法の一部を改正する法律案につきまして、前回に引き続き質疑を行います。

○山本保君 平成会の山本保です。

私は、これまでこの委員会におきまして、特に二点に絞って質問をさせていただいたわけであります。それは、まだこの介護保険の中身に入る前の問

題でございまして、一つは現実に存在している公私の格差の問題、これに対する調査もきちんと余りされていなくて、実情も把握せずに今度の介護保険法を施行する場合に於いてのいろんな数字、根拠にしているのではないかと、このことを指摘いたしました。いろんな積算の方法があるようでございまして、一概に厚生省のやっただのがいけないという意味ではございせん。ただ、その中で当然、公的部分と私的な感じでやっておるもの、この問題をもっと重要視すべきではなかったかというのを申し上げたわけであります。

第二番目には、これもさまざまな角度から今まで議論が出てまいりましたけれども、まさに今問題になっております。福祉が一方的でまた非常に定型で、そして福祉を受ける方の権利に配慮していない処分になっていっているというこの問題点は、実は法的な問題のほかに、そのサービスを行う分量が非常に少なく、独占形態になっている、このことがさまざまな現在の福祉の問題点を生み出す大きな要因ではないかという観点を指摘しました。そのことから、すぐにできることとして、民間サービスを導入させるという前に、本来厚生省が率先してやるべきことは社会福祉法人に関する規制の緩和であり、現在一億円基金をつくらなければ認めないと指導している社会福祉法人をもっと簡便につくり、実際にさまざまなシルバースービス、株式会社というような形、有会社と

いうような形でしか参加できないさまざまなサービスの形を社会福祉法人として取り込んでいって、厚生省がきちんと責任を持った福祉サービスを行うべきであるということを指摘したわけであります。

もっとこの問題は続けてやっていきたいところでありまして、時間的なこともあるということですので、きょうはそのことは少しおしま

て、もう少しこの介護保険法の運用について、細かなところですが、お聞きしたいと思っております。

最初に、この委員会でも何回も問題になりました要介護認定ということについて、また介護報酬についてお聞きしたいと思います。時間が限られておりますので、簡単に答えていただければと思っておりますので、その辺はよろしくお願いしたいと思います。

〔委員長退席、理事上野公成君着席〕

最初に、今回の要介護認定というのは非常に特徴的なものだと思います。といいますのは、介護といふのは、きょう午前中、今井先生のお話にもありましたように、現実には福祉と介護が非常にごちゃ混ぜになっているというのがありまして、けれども、原理的に考えますと介護といふのはやはりお年寄りの障害者問題の一環としてとらえるのが正しいと思います。障害を持たずに社会的な要因だけで介護が要するという場合においては、やはり本来の福祉制度が対応するべきであらうと思うわけです。

そういう点から考えますと、これまでの措置の判定というのは、まさに障害者の障害というものを認める際の有名な分類といえますが、多軸、三つの軸で障害を見ると言われておりますけれども、機能障害、インペアメントというものと、そしてこれによって引き起こされる能力低下、ディスパビリティ、そしてそれの上に社会環境的な要因によって社会的に活動が行いにくくなるというハンディキャップ、この三つのものがあるわけです。この三つは決して個々ばらばらにあるわけではなく、やはり基本的には医療面が基本になる機能障害があって、その上に順番に積み重ねていく、こういうふうに考えられていくわけですね。

今までの福祉の措置というのは、この総合的なものの判定を行うという建前で、これが実際にうまくいったかどうかというのは難しいのですが、しかしこの三つの総合判定でこの方にどうい

う措置、サービスをするべきであるかというところを決めていたわけですね。今度の介護保険法というのはこの点で非常に特徴があると思えますのは、この三つでいうならば真ん中のディスパビリティ、具体的には手が上がらないとか足が動かないとか、この場面だけをとらえてまず判定をするということに非常に特徴があるわけです。このことが今までの福祉とは違うというふうに押さえて、次に、そうなりますとここでもいろいろな問題が出てくるということですね。

まず最初にお聞きしたいのは、こうなりますと、きょうもお話が出ておりましたけれども、実はディスパビリティというものは、そのもとに医療的な、精神医療も含めての医療的な機能の損傷というふうなものがあった上に出てくるものだというふうになりますので、これはやはりまずお医者さんがこのことをきちんと見なければならぬはずなんです。これはこの委員会でもお話を聞いておりましたし、先回私も名古屋の公明会へ行きましたときに、愛知県の医師会の副会長さんから医師会を代表して非常にこの辺についても厳しい御指摘があったと思えます。

〔理事上野公成君退席、委員長着席〕

この辺は一体、今のやり方ではお医者さんの介入というのには必要なきにすればよろしいし、何かお聞きしますとかかりつけのお医者さんがやればよろしいんだというふうに聞いておるんですけども、これは専門的なお医者さんが診なければとわからないものじゃないかと思えますが、まずこの医療面といふことが、その最初の機能障害のところからどういふふうに今回の要介護判定にかかわるかという点について、原理的なところですが、お答えをいただきたいと思えます。

○政府委員（江利川毅君） 要介護認定は介護認定審査会で判断されますが、その審査会のメンバーには保健、医療、福祉の専門家ということで医療関係者が入るといふふうに思っておるわけでございます。

それからまた、そこに書きます資料は、市町村

の職員をして調査する日常生活の調査票のほかにかかりつけ医の意見書があるわけでございます。このかかりつけ医の意見書では、身体上、精神上の障害である疾病または負傷等につきかかりつけの主治医の医師から意見を求めるわけでありまして、さらに現在どういふ治療を受けているか、ほかにかかっている医者がいるかどうか、そういうことも含めて調査することになっているわけでございます。

そういうことで、そういう情報を踏まえながら介護認定審査会で判断をしていただくことになっておりますので、その人にかかわります医療関係の情報の情報も十分考慮されて判定がされるものというふうな考えております。

○山本保君 全くないであろうというふうな言っておるわけではありませんが、これからもしこれが実際に実施される場合には、ぜひ医療関係者の意見を取り入れられても適切な対応ができるように、診断ができるようにしていただく必要があると思えます。

もちろん、すべての例に必要だというふうにはお医者さんたちも言っておられないようですから、そこにある基準を設けて、それ以外については、それ以上のものといえますが、それにかかわるものについてはその専門のお医者さんの判断がやはりシステム的にもきちんと入ってくるようにしなければ、これは実際現場で、言うならば自分の親に本当は痛くなくても痛いと言えとか、本当は動くんだけれども動かないと言えとかというときに当然なってくるわけですね、そういうことをさせないために、させないというかそんなことはだめだよというために、お医者さんがちゃんと診ておればそんなことはできないわけですから、その辺はまずお願いしたいということですね。

次の問題なんです、そうしますと、ディスパビリティの段階だけで判断しますと、すぐに考えつきますのは、つまりどんなお金持ちでどんなに豊かに介護する人がいまして、この方につい

ては、こちらに逆に本当に年金暮らしの方がいても、全く同じ状況であれば同じ介護度ということになるわけですね。しかし、これは社会的な公正ということから見たとき、あそこは十分介護体制があるではないかというものに対してこれでは不公平であるというふうな思われると思うんですが、これは今の原理からいってどういふふうに整理されるわけでしょうか。

○政府委員（江利川毅君） 介護保険制度に被保険者として入っているわけでございます。その人たちは保険料を納めているということでありまして、介護保険制度に加入している被保険者につきましては制度としては平等に扱うということになります。

ですから、ある方が大変経済力が豊かでありまして、申請がありましてその人の状態に着目して要介護認定を行うということでございます。そして、この介護保険で想定している標準的なサービスというものは給付を受けることができるわけでございます。その方がさらにそういうものを超えて、自分の資力を使ってさらに別途のサービスを加えて受けるということとは、またその人の御判断で行われるところでございます。

○山本保君 しかし、それは今までの御説明で、この介護保険というのは社会保険であって半分は税金であるということを言っておられる以上、今の論理だけではおかしいんじゃないでしょうか。なぜならば、その方が出しておるとしてもそれは保険料の部分だけであって、税の方があつたわけですから、この税の方までそちらに引きずられてお金持ちだと同じであるというのは、これは理屈に合わないんじゃないかと思えますが、そこはどうですか。

○政府委員（江利川毅君） 現在の社会保険の中には、医療保険でも年金制度でも公費が入っているわけでございます。そして、例えば国民健康保険、お金持ちはその所得に応じて保険料を納めておりますが、給付につきましては半分公費が入っております。所得が高いからといって給付の制限

があるわけではございません。いわゆる、財政的には公費が入っておりますが、制度の考え方としては保険制度で運営されているということでございます。

○山本保君 きょうこれ以上のことについてはやみませんけれども、医療保険がそうだからというのとはちょっとやはり一般的に考えて同じだとは思えないような気がするわけです。

それで、今のことに関連しまして、今度の介護保険の認定というのは処分であるというふうになつていくわけですね。その後、いろいろ実際に利用するときにサービスを行つて幾らかかるかというのを決めるというのはこれは処分なんじゃないか、処分ではないんじゃないか。

○政府委員(江利川毅君) 要介護状態にあるかどうか、そしてまたその要介護度のレベルかどうかであるか、これは市町村が認定するところになるわけでございます。そして、そのレベルに応じて限度額が決まりますので、限度額というところまではその認定行為に付随して決まるものでござい

す。この中で、具体的にどういうサービスを受けるかというところは介護支援専門員のアドバイス等を受けるが、あるいは本人の希望を入れていろいろなものを選択していくわけでございます。中身はそういう選択を踏まえて決まってくるということになります。

○山本保君 つまり、はっきり言えば要介護度を決めるまでは行政的な処分であるけれども、それ以後、実際に使うかというのはいち決定だということですね。このところを余り今まで言われていなかったと思うんですよ。

羽田田局長も、前に何かさっきのことに関連して、いや、いろいろ実際認定度が同じになつても使う幅があるんだ、それについて実際には、先ほどお答えがなかったけれども、いろんな方のまさに社会的な状況、ハンディキャップの状況についてはその幅で対応できるからよろしいんだ、たしかそういうふうに二度ほどお答えになってい

たけれども、局長、それでよろしかったですか。

○政府委員(羽田田信吉君) 今、江利川審議官からもお答えを申し上げましたように、要介護度に応じたいわば支給限度額、その範囲内においてどのようなサービスを受けるかというところは本人が決定するわけですが、その本人の選択に当たりまして、この仕組みの中ではいわゆる介護支援専門員等によるアドバイスをして、介護サービス計画というものをつくって、それによってい

ばその人のニーズに合うようにやっていくという形で運用がなされるような仕組みになつていくことを申し上げたつもりでございました。

○山本保君 今、厳密な言い方をされたのでそれと、やはり限度額があるけれども、ここに問題が二つ出てきますね、すぐ考えつくのは、つまり、一つの問題は、限度額があつてもとも地域

のサービス体制が整っていないから全く使えない。ところが、これは今までの感覚ですと、そういうことができないのはこれは当然措置処分をする処分権限者の責任になりますから、市町村はもっときちんとかやらないか、いかにいうふうになる

じやないかと。ところが、今度の場合は自己決定であると。こうなつていいますと、実際には自己決定するときのものがなにかかわらず、しかし法的にはこれは自己決定だから、あなたが勝手に決めたんだからということになつて、決してサービス供給を

立派な市長さんにはやると思いますが、法律的に言つたらサービス供給をしなければならぬという理屈にはならないんじゃないかと思ひますが、そこはどうですか。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険制度での給付の対象になりますと、一割の自己負担でサービスを受けることができるわけでございます。そういう意味で、サービスを受ける人の購買力というふうな点で、それが制度によって保障されることになるわけでございます。ですから、そういうことでニーズがありますと、私どもは在宅サービス分野では特に民間活力の活用というふうなことも言っているわけでございますが、そういう形でサービス提供が充実してくるのではないかと。それから、もし仮にその地域における例えばサービス基盤が少ないような場合、これは市町村において介護保険事業計画をつくる時に必要はどのぐらにあるか、そしてサービス提供はどのぐらにあるか、こういうことをもとに介護保険事業計画をつくるわけですが、これに基づいて保険料を設定する。サービス量がまだ本来あるべきところまで十分でないということでありまして、これは施行法の中に規定している経過措置であります。保険料の水準を下げて提供するんだというふうになつていくわけでございます。もちろんそれが望ましいというわけではなくて、できるだけしかるべきサービスが受けられるようにその水準を上げていくというのが基本ではござい

ますが、制度上はそうなつていくということであり

ます。

○山本保君 もちろん自己決定だからサービスが上がらないというふうには決めつけることはできないと思ひます。もちろん自己決定ですからそのために情報を出されて、このようサービスが必要なんだ、特に市町村もそういうサービスをすべきであるというのを、やはりこれは個人の責任だからその個人の要求を待つて市町村が動くというのではちょっとこれは方法としては生ぬるいというか今までのやり方を余りにも変えるの

ではないか。実際には、要求しづらい、自分ではまず声を出せないような方が相手であるという、やはり福祉の大きな中の仕事ですから、そこは市町村に

対してもある一定限度のといひますか、ある決まったタイプのサービス供給のモデルなどは示されて、そこまではやるべきであるということ

を御指導されるべきじゃないかというふうに思ひます

が、この辺はどうでございましょうか。

○政府委員(江利川毅君) すべての事業を市町村自身の責任で全部出すかどうか、これはまた別だとは思ひますが、その区域内におけるサービスを

確保するために市町村に努力していただくということは大切なことだと思ひます。

○山本保君 それでちょっと戻しまして、そのときにマネジメントで、ケアマネジャーですか、介護専門員のアドバイスを聞いてということになりますけれども、この専門員と介護を受けられる方との関係というのは、そうするとこれは私的契約ということになるんですね。そうしますと、その場合、専門家のアドバイスというプランをつくつたりするということ、本当にきちんとしたものができるのかどうかと心配なんです。

具体的にはちょっとお聞きしますと、例えば限度額があるといつて自己決定で使えますよとなれば、だれだつてその限度額いっぱいまで使つてい

うんじゃないでしょうか。決してそれより低いなんて要求しないんじゃないでしょうか。それ以上になつてしまふ、つまり今まで家族がまた奥さんが働かずにお父さんまたはお母さんのことを一生懸命に見ておられたというものが、それをやっておれば限度額より下がついてしまふから、当然これは仕事に行つてこは公的にお願ひしようというま

さにモラルハザードが起こるというのはこれは当然じゃないかという気がするんですが、ここは

して家族も含めてできるだけ満足度の高い生活というんでしょうか、そういうものが送っていたけるようになれば、これはこれで制度の目的を達したことになるのではないかと思います。

○山本保君　今お聞きしていますと、この介護保険で提供するサービスというのはまさに最低限度のサービスなんだから構わないんだということを言われたんじゃないかという気がして、ちょっとそれでは残念だなと思うんです。

たでもう一つ、それは今の財政的にはそういうことかもしれないけれども、ケアの中身論からいきますと、やはり欠けているのはケアマネジャー、専門員の出すアドバイスなりプランというものが、やはり何らかの権限が法的に保障されていないからだと思うんです。ですから、ここはもちろんすべての人がマネジメントを受けなくちゃいかぬということはないと思いますけれども、しかし何らかの形で専門家が今までの経験またはその方に対する福祉の心でやられたものについて、それが何らかの意味で決定するときに位置づけられておる、そういうことが必要じゃないかかと思うんですけれども、そういう仕組みはどうお考えですか。

○政府委員（江利川毅君） 介護サービス計画につきましては、これを本人独自で作成するケースもありません。あるいは介護支援専門員等のアドバイスを受けながら本人の希望も入れて作成する場合もある、多様な選択というのか、それはあるわけでございます。また、ある程度の期間サービスを受けるわけでありますので、この一定の限度額の中でできるだけ効率的にその人にふさわしいサービスを受けるようにするためには、計画的にサービスを利用することが必要ではないかというふうに思うわけであります。そういう観点からこういう制度を設けているわけでございます。

これは本人の選択ということですが、介護サービス計画を作成して、それに従ってサービスを受ける、そういう形の中でその後の報酬の支払い等も行われてまいりますので、そういう意味

で制度の中では非常に大きな位置づけを与えられている計画だというふうに考えております。

○山本保君　そうしましたら、ここでちょっと介護支援専門員のことについてもう少し詳しくお聞きしますけれども、きょうも午前中にもお話があったんですけれども、五年の経験で試験がある。いただいた資料を見ますと、医師から始まって介護福祉士までの資格を持った方であって、しかも五年の経験があり、そして国家試験を受ける。ここだけ見ますと非常に高い資格のようにも思えますけれども、本当にそうなのでしょうか。逆にだれでも受けられるということになっていないかということですね。

それで、まず養成といいますが、その仕組みについてどうなっているのかということ、この人たちの格付はどうなっているのか。一番わかりやすく言えば、じゃ給料といいますが、このときの介護報酬はどの程度のものを、今もちろん決まっていますけれども、イメージがあると思いますが、どの程度の方としてこの専門員を位置づけておられるのか、その辺についてお聞きします。

○政府委員(江利川毅君) 介護支援専門員の養成に關します基本的な考え方でございますが、養成の対象者は、先生御指摘のように、医師、歯科医師、薬剤師、保健婦、看護婦、OT、PT、社会福祉士、介護福祉士等専門職で実務経験を有している、そういうことでございます。この実務経験は關係の専門の検討会におきましては五年ぐらい必要ではないかということが指摘されております。

この人たちにつきましては、の研修の仕方でありまして、都道府県が実施する試験、これは資格試験ということではなくて、一般的な介護支援専門員として必要な介護にかゝる幅広い知識とかあるいは介護保険法上の仕組みであるとか、そういうものについて基礎的というか必要な知識を持っているかどうか、これを確認するための試験でございます。

そうしまして、そういう必要な知識を持つておられるという方に対しまして研修を行う。この研修は、現在考えております案では二泊三日の研修を二回に分けて行おうと。例えば介護サビス計画のつくり方、こういうことを研修して、一回自分の職場等に戻っていただいて現場で少しそういう勉強の成果を使ってやってみまして、それでそういうやってみた結果でのいろんな経験や問題意識などを持ち寄って二回目の研修を受ける、こういう形で介護支援専門員を養成しようというふうな考えているわけでございます。

現在、介護支援専門員の指導者の研修が行われているところでありまして、できれば今年度中にはその介護支援専門員の研修に入れるようにしたいというふうに思っているところでございます。

それから、その人たちの給与、格付というお話がございましたが、介護サービス計画をつくり出すその費用は当然介護保険から給付されることにによるわけでありますが、この単価というんでしゅうか、そういうものを幾らで定めたいか、これはどの程度の業務を介護支援専門員にやっていたかどうかということを踏まえて検討する必要があるわけでございまして、これから関係の審議会に諮りながら、介護報酬を決める一環として検討してまいりたいというふうに考えております。

○山本保君 時間がないので一々お聞きしないで、その辺について整理して、私が今まで知り得た限りで考えますと、大體平成十二年のときに四万人から五万人をいうことになりますと、大體百六十万人ぐらゐ、全部は使われないにしても、數字のいへば一人で四十ヶ所ぐらゐを持つといふことを想定しているんだらうと思ふわけです。しかも、八十八条とか九十七条を見ますと、この方たちは各種の施設にも置くといふふう書いておりますね。施設には置くことが明示されております。

ちよつと済みません、ここは確認だけですが、支援センターに置くというふうには書いていない

のかなど思ったんですが、それでよろしいですか。

○政府委員（江利川毅君） 法律上それは書いてございませんが、実際は置かれるのではないかと、うふうに思っております。

○山本保君　そうしますと、これはまだ決まっていないうことなのではっきりと断定するわけではありませぬけれども、今までいろんなところでお聞きしたことによりますと、例えばそれは施設の職員が、アルバイトと言ったらおかしいですが、今でも実際にいろんな御相談を受けている。そのことににお礼を出す程度の意味であるというような感覚も受けておるんですよ。

それは、今のうちに、例えばどこに置くかという
ことにしても、施設に置くということが明示さ
れているのに、例えばセンターには置かないと

例えば、こういうふうにお聞きしましょう。

はつきり言えば、この方たちは専門員として独自性、専門性を持って商売ができるのかどうか、そういう位置づけになっているのかどうか、そこをお聞きしたいんですが、いかがでございますか。

○政府委員（江利川毅君） 法律上、施設に置くといふことになっておりますが、施設に入っている人につきましても介護サービス計画をつくるということが必要でございます。そういうことでそれを担当してもらう。単純な相談だけではなくて、そういうものがあるうといふふうに思っております。

また、法律上は居宅介護支援事業者というのが位置づけられておりまして、これは介護支援専門員を置いて、そこで、主として在宅の要介護者だかと思いますが、そういう人に対します介護サービス計画の作成を行うものでございます。

ですから、そういうような機関として法律上位に位置づけられているものもあるわけでございます。

○山本保君 これは要望でございますけれども、
大きな考え方の違いかもしれません。私は、介護

保険というものが数年前に構想されたときの大きなメリットといえますか、重要な改善策である、改革であるといった中に、マネジメントというものが、個々の弱い、障害を持たれた介護される方の立場に立って一番よろしい生活を応援するためのものである、こういうふうに言われていたはずなんです。

しかし、今お聞きしていますと、どうもそれはそういうふうには考えられていなくて、施設でやる程度のことをやるんだ、またはアドバイスをして、それは別に法的には何の意味もなく、いいアドバイスをしたからそれが使われるという保証も何もないというふうな、うがった見方ですけれども、そのように聞こえるんですね。

ですから、ここはもう少し、私は専門家がきちんとこの方たちのサービスをいいものにしているような体制は、今申し上げたところに工夫をしていくことによってできると思っていますので、検討していただきたいなと思っております。

続きまして、ちょっとこれと関連するんですが、介護報酬についてお聞きしたいんです。

本来、これは牛嶋先生がパウチャー制をこの委員会の場で皆様に提起しまして、その基本的な効果などについてお話をするということであったんですが、いろんな事情でどうもできなくなつたようなので、私としてもちょっと困っておるんです。

つまり、今のやり方ですと、介護報酬というのは厚生大臣が決めることになつてますね。この額に結局近づいていくか、もうそのものになつてしまつて、実際には例えば現場でヘルパーさんや介護の方がもらっている給料と、それからその業者や施設が受け取る金の間に格差、まさに今の薬価差益と同じ問題が結局起こつてきて、全部サービスタというのが高値安定になつてしまふんじゃないか。

もちろん、その方がいいサービスを提供し、働く方によい条件を与えるという意味ではいいことなんだけれども、国民全体とすれば、それはこ

のことにかかる費用を際限なく上げてしまふんじゃないかという気がするんですけれども、それよりも低い価格でやることのできるのかどうか、そして、それはどういうふうにしてそのことが進められるのか、つまり高くならないようにするような何か仕組みはあるのか、それについてお答えいただきたいと思ひます。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険法の第四十一条で居宅介護サービスマネジメントというのがあるわけですが、この居宅介護サービスマネジメントは、サービスマネジメントにこういう形で厚生大臣が基準を定める、これが介護報酬というものになるわけでありますが、そういうものに対して九割を保険から給付しますと、そういうことが書いてある規定でございまして。

ただ、厚生大臣が定める基準で一応介護報酬上のサービスマネジメントというのは決まるわけでありますが、現にサービスマネジメントを提供する人がそれより低い価格でサービスマネジメントを提供する場合はその価格にするというのが法律の中に書いてあるわけでございます。

そういう意味で、サービスマネジメントをこれよりも低いサービスマネジメントでやる者があれば、それは単価が適切に評価される。一割負担でございまして、その負担もそういう意味で若干ではありますから、軽減するということになるわけでございます。

○山本保君 今の答弁は、それはやはりちょっとおかしいと思ふんです。

つまり、簡単に言えば、三千円と五千円のサービスマネジメントがあると、今のお話であれば、一割負担が三千円であるから五千円よりは安いので、当然安い方をとられるであろうから、この業者は三千円というところでやるでしょうと、こういう話です。五千円にはならないですよ、三千円であれば三千円です。ところが、それは考え

たつてそんなことにはなりつこないわけですよ。なぜならば、三千円と五千円で二千円高くなるけれども、受ける方は、本当にお金のない方は別にして、二千円以上の付加価値がつけば払います

ね。どういうことかといえ、三千円だけれども、五千円にしますが、今までよりもよくしますよ。例えば、体を洗ってくれる方は向こうは機械と男性がやりますが、こちらはきれいな女性がいい音楽をつけて、これは実際に長野に行ったときにそんな話が出たんですから、見学のときに、いい音楽が流れて、美女がやってくれますよ、それでそのとき使う浴衣とかそんなものは全部そのままとっていただく、奥茶店からレストランの券もつきます。こうすれば、当然五千円の方がだれが見たていいでしょう。そんなことができるか、できますね。

だって、業者の方は三千円だったから三万円金が入るんだけれども、五千円にすれば五万円入るんだから、二万円ふえるんですからね。二万円より超えることはやらないけれども、そんなもの、二千円ぐらいふえたって構わないわけですよ。だから、必ずこれは一番高い方に行くに決まっています。じゃないですか。それはちょっとむだ遣いを勧めるといふことになると思ふんですよ。

ですから、このときに、方法としてパウチャー、切符ですね。つまり、サービスマネジメントを受ける御本人に現金を渡すというところは、今回までにあるような問題があつてなかなか難しいところもありますから、それについての切符を渡す。おぼろげにやんが来た人にあげてと出す。こういうやり方をしなければ、結局サービスマネジメントを本当に選ぶというところはできなくなるんだと。幾らもののお金で税金だろが、保険であるから、受けるおぼろげにやんが来た人にとってはやっぱりお上のお金なんですよ、そのときになったら。

だから、ここで一遍にできないかもしれないけれども、ぜひこのパウチャー制というのは検討をしていただきたいなと思ひますけれども、御答弁だけですか。

○政府委員(江利川毅君) パウチャー制度のメリット、デメリット、それぞれあると思ひます。サービスマネジメントの選択が自由になるんじゃないか、これが一つのメリットで言われております。

ただ、一方で、パウチャーを主張しています経済団体の人などに聞きますと、その上に自己負担を加えて買えばいいんだということ、何か差額負担を前提に言っているような方もいらっしゃるわけでございます。

それからまた、選択は自由だと言ひながらも、実際に選択する人は高齢の寝たきり老人あるいは痴呆の入ったような方でありまして、いわゆる健全な消費者ばかりではないわけでございます。そういうときに、適切な選択ができるのかどうか、介護支援専門員を置いて介護サービスマネジメントをつくるというのは、まさに専門家を連れて適切な選択をしてもらいたいということに入っているわけでございます。

ただ、御指摘のように、メリットもあるしデメリットもあるということでございますので、こういうものを果たしてどういうふうな形で活用することが可能かどうか、幅広く検討してまいりたいというふうには思つております。

○山本保君 ありがとうございます。

大分時間が来たんですが、ちょっと、多分牛嶋先生の分に食い込んでいいことだと思ひますので、少しだけあと二つほど聞きたいのがあるのでやらせていただきます。

ちょっと話が全然違つてきますけれども、具体的に、先日金曜日、土曜日に名古屋でミニデイサービスマネジメントの方たちが、御存じだと思いますが、全国大会といふんですが、まだ組織もないんですけれども、私も行ってまいりましたが、七百人ほど、もっと多かったかと思ひますが、お聞きしますと、全国に百五十カ所ぐらいそういうものがあるって、はっきり言へば非常に安い単価だけれども、そして資格も公的にはなかなかない方などもたくさんいるけれども、逆にヘルパーだけでヘルパー資格を取つたりまたは介護福祉士を取つた方よりも本心に心のこもったサービスマネジメントをやっているんですよという実践をいろいろお聞きしたんです。

ただ、今はこういう小さなサービスマネジメントは公的な支援というのは全くないんじゃないかと思ふんで

すけれども、この辺について何か考えておられるのか。まさにこの介護保険ができてもうそういう方たちには全く何のメリットもないというのではこれはおかしいと思えますので、この辺について御返事いただけますか。

○政府委員(羽田田信吉君) ミニデイサービスと
言われております。託老所ともよく言われていま
すけれども、こういったものについての扱いにつ
きまして、現行制度とそれから介護保険後におき
ましての扱いを御答弁申し上げたいと思います。
現在もいわゆる日帰り介護、デイサービス事業
に對します補助につきまして、やはり入浴だとか
食事介助だとかいろんな日常生活訓練等の一定
のサービスを実施するための必要な職員ができて
すとか、そういった一つの標準的なものができて
いる上に立つて補助をしておりますものですか
ら、どうしてもそこに一つの規制というものはあ
るわけでありまして。そして、一定規模以上ないと
事業の効率性も保てない、そのことがひいては不
安定になるということもありまして、補助対象に
一定の基準を設けております。

ただ、先生お話のございましたように、地域のま
さに実情から生まれてきた小規模なものについて
の必要性というの一面もございますので、実はそ
ういった基盤整備を進めるといって、利用定員
についても弾力化を図るといってその基準を下
げてきたり、あるいは供給主体についても多様化
を図るといってような方向をしておりますので、今
いわゆるミニデイサービスとされているものの
中でかなりの部分広げていって補助対象にしてき
ているというのが現在までのところでございます
し、そういった方向自体については今後もやって
いかなければならないと思っております。

そして、そのことの延長線上で今度介護保険が
できました際には、当然今のいわゆる託老所とい
うようなものも、その事業内容はいろいろござ
いますけれども、一般的には日帰り型の介護サ
ービスの一種というふうにならず類型としては考えら
れると思っておりますので、したがって、その日帰

り介護の指定基準をどう定めるかになりますけれ
ども、そういった指定基準を満たす場合には介護
保険の給付対象にしたいというふうに思っています。
さらに、介護保険の中ではそこをもう一段弾力
的な扱いということ、指定基準を満たさない場
合でもいわば地域を限定して一つの市町村内の需
要を満たすというような形のものにつぎまして
は、また日帰り介護類似の基準該当サービスとい
う形で給付対象にする道も開いておりますので、
より弾力的な対応という形の中で対応していきたい
というふうに考えております。

○山本保君 今の答えはよくわかりましたので
すが、それに関連しまして、ちょっと飛びますけ
れども、今度七十九条の二項一号に法人でないとき
はこの介護居宅サービス事業者を指定してはなら
ないとか、こうありますね。これは時間がないので
言いますが、多分この法人でなければというの
は、つまり憲法八十九条の公の支配に属するとか、
こういうことから持ってきたんじゃないかと思
うんですけれども、この場合法人でないときに営利
の法人はいないんだ、営利法人も含むんだと、こ
ういうふうに言っておられるというふうに聞いてお
るんです。

まためてお聞きしますが、営利法人までよろし
いと、こう言っていて、しかし法人格がないから
だめだというのは、ちょっとこれは理屈に合わない
んじゃないかと。公益法人だけならわかるんだ
けれども、営利法人もこれに含まれるんだと、こ
ういふ片方は今のようないふことは、いろいろ
基準は下げるといふことは結構なんです、原理
的な話をしているんですけれども、この七十九条二
項の「法人でないとき」ということの意味なん
ですけれども、この辺はどうでしょう。

○政府委員(江利川毅君) 都道府県知事が指定し
ます介護サービス事業者、これは法人格があるこ
とが必要であるということになっております。こ
の法人格は公益法人等に限らず株式会社であつて
も商法上の法人であつてももちろん構わないわけ
でございます。

これはなぜそうしているかといいますと、事業
が安定的、継続的に行われるということを担保す
るためでございます。それに至らないようなもの
についてでございます。なおかつサービスとし
てしかるべき内容があるというものについては、
市町村が特例介護給付の事業の対象としてそうい
うサービス活動を行える団体等を活用するという
ことが別途講じられておるところであります。

○山本保君 まさに安定的、継続的によいサ
ービスが行われるというのが基本だと思つたので、
形式論ではなくして、そこに着目した基準、七十
四条で基準をつくるということですから、それを
ぜひつくっていただきたいと思つた。

それで、大臣には最後にお聞きしますが、その
前に、先回私も質問の中で、きょう最初に申し上げ
ましたように、社会福祉法人をもっと簡便に状
況に応じて、特にデイサービスであるとか通所型
の施設については、今の一億円というような、し
かもこの一億円は凍結させておく一億円ですね。
普通の会社のように使つていいというんじゃない
で、その果実で運用というようにすることが書いてあ
るわけですから、これは大変なこと、とてもこ
んなのはできないんじゃないかと思つたんです。そ
ういうふうに主張しましたら、きのうですか、

「社会福祉の基礎構造改革について」というもの
をいただきました。私が申し上げたようなことが
検討として書いてあるので非常によかったなと
思つていまして、今後これは本当に実現されるのかど
うか、その辺について御説明いただけますか。

○政府委員(廣谷茂君) ただいま先生が指摘され
ましたペーパーは社会福祉の基礎構造の改革とい
うふうなもので、主要な論点について実は八月末
に私ども社会・援護局の中に学識経験者十二名か
ら成る方にお集まりいただきまして御検討いた
だいた結果でございます。

ええ社会福祉法人のあり方とか、または福祉事務
所のあり方とか、またそもそも社会福祉事業の範
囲といったような事項については、実は昭和二十
六年の社会福祉事業法というものが制定されてま
ま基本的にはほとんど変更されないで今日まで来
ているという事情がございます。その間、福祉の
状況は随分変わつてきております。したがって、
社会福祉法人のあり方、また福祉事務所のあり
方、そもそも社会福祉事業の範囲というふうな
ものも今日の目から見るとやや狭いんじゃないかな
というふうな問題点がありますので、これを今後
検討していかなくちゃいけないというふうに思
っております。

ちょうどたまたま昨日、中央社会福祉審議会を
開きまして、この論点をもとにして今後検討して
いただくというふうになっております。審議会
の中にさらに分科会をつくりまして、ちょうど明
日第一回の会合ということでやっておりますの
で、精力的な御検討をいただきまして、この結果
が出ればその所要の改正ということまで運んでい
きたいというふうに考えている次第でございま
す。

○山本保君 ぜひやっていただきたいと思いま
す。具体的にはこの前いろいろ申し上げたんです
が、そのことに関連して一つだけ追加で申し上げ
ますと、この前お聞きしたら全国の施設の五%し
か収益事業をやつていない、その総額自体もつか
んでいないぐらい微々たるものだということだと
思つたんです。その辺を詳しく聞いてみましたら、
今の規定では、規定といひますか指導では、
収益はすべて本来事業に突つ込まなくちゃいけな
いという、そういう規定になっているんだと。こ
れは当たり前のように見えますけれども、考へて
みますと、いろんな事業をするときに、そのため
の事業拡大といひますか、そのためにそのお金を
使つていくということは当然のことでありまして
に、どうもお聞きしていると、福祉の方はそうい
う発想ではなくて、単純に収入から元を引いたも

のをそれを全部収益でやって全部入れてしまおうんだと。こういうやり方をやっておれば、収益事業といえますか、このための事業が拡大するといえますか、広がるわけがないと思うんです。

大臣は、この福祉、特に介護に関しては税と保険と自己負担の組み合わせだとよくおっしゃるわけですが、この辺はこれから今お聞きしますけれども、私もそうは思うんですけれども、この前から申し上げていますように、実はこの分野には寄附金という分野と、そして社会福祉事業に携わる地域の人の応援による収益事業という分野があり、アメリカのデータなどを見させていただきますと、アメリカのこういう関係では、大体五割が公費で三割が寄附で二割が収益事業というような研究報告もあるわけがあります。アメリカと日本をそのまますぐにというわけにはいきませんけれども、現在の日本のように、ほとんど全部が措置費であるというのとはよくないと思はれておりますので、この辺はぜひ検討の中に入れていただきたいと思っております。

最後に大臣、いろいろお聞きしたいんですけれども一つだけ、お得意の規制緩和ということについて、特にこの社会福祉に關してのこれからの御決意を述べていただきたいと思っております。

○国務大臣(小泉純一郎君) 今お話し、社会福祉法人のあり方について見直しを検討しよう、できるだけ社会福祉活動に参加しようという意欲のある人は参加してもらおうという視点での見直しというのは、これからのサービス水準を向上させようという観点からも必要だと思っております。

そういう中で、今後さまざまな活動家がこの介護活動のみならず、社会福祉活動に意欲を持ってもらうような環境整備を政治の面でも支援していくことが大事ではないか、そう考えております。

○山本保君 ありがとうございます。終わります。

○木暮山人君 平成会の木暮山人です。

介護保険法に關しましては幾多の問題があると思ひます。また、解明すべき点が多々あると認識しております。このうち、本日は特定疾病と利用料及び介護報酬の問題を中心にお伺いしたいと思います。

まず、特定疾病の対象についてであります。先日の同僚委員に対する答弁では、例示として、従来どおり初老期痴呆、脳血管障害を示していました。一方、衆議院の確認質問では、ALSについても加齢に伴い発症頻度が高くなり検討項目の一つである旨の答弁がなされております。しかし、加齢に伴う発症率、状態の悪化という点から、これらの疾病のみならず、がん、糖尿病等、生活習慣病の多くがこれに該当することになると思ひますが、いかがなものでしょうか。お伺いさせていただきます。

○政府委員(江利川毅君) 四十歳以上、六十五歳未満の人につきましては、加齢に伴って生ずる心身の変化により、身体上または精神上の障害を起す特定の疾病によって要介護状態または要支援状態となった場合に介護保険の給付対象になるということとさせていただきます。そういう意味で、この特定の疾病をどう定めるかというのが先生の御質問でございます。

この範囲については、加齢に伴って生ずる疾病というところでございますが、高齢者医療の専門家によって構成されます研究委員会が現在検討をしております。六十五歳未満の要介護者の方々の実態を踏まえながら、疾病の発生状況とか、あるいは加齢に伴ってどういう状態の悪化が生ずるかとか、そういうことを踏まえて現在検討をいただいているところでございます。

脳血管障害とか初老期痴呆などよく例に挙がるもののほかに、がんとか糖尿病などの生活習慣病、これについても加齢に伴って発症率が高くなるのではないかと、そういう御指摘でございます。この生活習慣病につきましては、医療サービスとして対応するのか、介護サービスで対応するのか、そういうようなことも含めまして、先ほど申し上げました専門家の会議での意見、そういうところでの検討を踏まえて、公平な運営ができて具体的な基準を設けますよう検討を進めてまいりたいというふうに考えております。

○木暮山人君 まだ極めて不十分な答弁であります。検討中ということになれば、いずれ立派なものが出ると思ひます。もともと本法律案が若年障害者を排除し、加齢疾病事項を規定したところに無理があったと言わざるを得ません。ところが、厚生省は若年障害者を排除した理由の一つとして、障害者の皆さんの意見がまとまらなかったことを取り上げております。しかし、障害者団体が介護法にゴーサインを示さなかったのは、基盤整備が不十分で介護報酬等の水準が明らかにならぬ段階で介護保険に移行すればかつてサービス水準が現在よりも低下するのではないかと懸念したからであります。

そこで、お伺いしたいのでありますが、介護保険で提供できるサービスが自治体の上乗せ部分を含めた障害者サービスよりも低くどまった場合、介護保険の対象となる六十五歳以上の障害者が介護保険を上回るサービスを受けることはできないのでしょうか。また、介護保険で実施していないが、ガイドヘルパー、社会参加事業等は利用できるのでしょうか。お伺いさせていただきます。

○政府委員(田中泰弘君) 障害者の関係のお尋ねでございます。

介護保険制度が施行されました場合には、障害者が六十五歳に達した時点で要介護認定を受けまして、これまでの障害者施策によります介護サービス、これは介護保険制度のサービスに移行いたします。介護サービスは基本的に介護保険制度により給付されることとなります。

その際、それまでの障害者施策の関係でございますが、まず外出介護人、いわゆるガイドヘルパー、それから授産施設の利用や手話通訳、リフト付福祉バス等の社会参加促進事業など、障害者施策に固有のサービスでございますが、六十五歳以上になりましては引き続き障害者施策の方から給付を受け

ることとしておりまして、障害者にとって必要なサービスが確保されるよう対応していくと考えてございます。

以上でございます。

○木暮山人君 他方、厚生省は衆議院の確認質問において、障害者に対する介護サービスについて、高齢者に対する介護保険給付と遜色のないものとなるよう障害者プランに基づきその推進を図っていく旨答弁されておりますが、現在の障害者プランで介護保険と遜色のないサービス水準の達成は可能と考えておられるのでしょうか。逆に、公費による現在の障害者プランで介護保険と同等のサービスが提供可能であるとすれば、保険でなければ十分なサービスの提供を望めないとする厚生省の従来の主張と矛盾するのではありませんか。この点、ひとつお伺いさせていただきます。

○政府委員(江利川毅君) 障害者施策の話と介護保険の話と、二つあったわけでございます。

障害者に対する介護サービスにつきましては、障害者施策は公の責任として公費で実施すべきという関係者の意見が強い、あるいはまた若年の障害者の場合、介護のほかに授産であるとか社会参加であるとかさまざまなサービスが必要である、こういうことなどを踏まえまして、基本的に障害者プランなどの障害者施策の枠組みの中で対応していくということになっているわけでございます。

その水準につきましては、介護保険制度と同じようなサービスについては、介護保険制度と比較して遜色がないように整備を進めるということと目標を立て対応して取り組んでいるところでございます。

それから、介護保険制度でございますが、これは現在の高齢者介護につきまして、老人福祉施策というものと老人医療制度と二つの体系でその対応が行われているわけでございます。そのために利用者負担あるいは利用手続、そういうものに不均衡が生じている、あるいは利用しにくさというものがある。社会的入院といったようなもの、医療の面から見ますと医療費の非効率というふうに

しょうか、そういうような問題も指摘されているところがございます。そういうものを抜本的に解決を図る、そういうことで現行制度を再編成して、保健、医療、福祉にわたる介護サービスを総合的、一体的に賄う制度を創設する、こういうことで介護保険制度を考えているわけでございます。

我が国におきまして、高齢化が急速なスピードで進んでいるわけですが、それに伴いまして高齢者等の介護サービスに要する費用というものの増加は避けられないわけでございます。そういうことを踏まえて介護サービスの財源を安定的に賄う仕組みというのを考えますと、給付と負担の関係が明確である、そしてそういうものを踏まえてこの制度をどうするか、国民の理解を得やすい社会保険方式が適当である、そういう理由から、社会保険方式によりまして介護費用を賄う仕組みを創設することにいたしましたものでございます。○木暮山人君 次に、利用料の問題について伺います。

もともと介護保険においては、その利用限度額が設定された要介護者が最も適当な介護を受けられるようケアプランという要素も組み込まれております。このためモラルハザード等の問題も起きにくい仕組みになっております。にもかかわらず、介護保険において利用限度額という総量規制に加えて個別に利用料負担を徴収するという二重の縛りをかけているのはなぜか。このように二重の縛りをかけた制度はほかにもどのようなものがあるか、ひとつお知らせしたいと思っております。

○政府委員（江利川毅君） 介護保険制度におきましては、高齢者の心身の状況等を踏まえまして、その高齢者が介護を要する状態にあるかどうか、またある場合にはどの程度の介護を要する状態にあるのか、そういうことについて認定を行いまして必要な介護サービスを提供するというふうになっ

ています。サービスを利用するというふうになっているわけでございます。

御指摘は、そういう利用限度額がある上にさらに一割自己負担は必要だと、二重に縛りがかかっているのではないかと御指摘でございます。その利用限度額というものにつきましては要介護度に応じてその人に必要なサービス量を保証するという意味で定められる、決まってくるものでございます。

一方また、利用時の一部負担といえますのは、サービスを利用する人と利用しない人がいる、そういう間の公平、あるいは多くサービスを利用する人と少なくサービスを利用する人という間にもあるわけでございまして、そういう人たちの間の公平の問題。さらには、実際の利用の都度自分でその費用の一部を支払うということによりまして介護費用全体についての意識というものを保持していただく。そういうような観点から利用時に基本的な一割の負担をお願いするということになっていくわけでございます。二つはそれぞれの目的に応じて置かれているというものでございます。

こういう例がほかにあるのかということでございます。例えば、医療の世界におきましてもいわゆる定額制というんでしょうか、例えば末期のがん患者に於いては緩和ケア病棟、そういうところにつきましましてそういう定額制になっているわけでありまして、それに対して医療保険に基づいてあるいは老人保健制度に基づく一部負担というのはあるわけでございます。

そういうことで、先生のイメージするものと同じかどうかはわかりませんが、一方で給付の限度額があり、それに対してまた一部負担も入っていると、そういう制度の例はあるわけでございます。

○木暮山人君 現在の特別養護老人ホームに入所された在宅サービスを受けておられる方の大半は低所得者であります。この方たちにとって一割という自己負担は確実に負担増になります。利用料を払えないために、これまで受けていた

サービスが受けられないようになるか、あるいは施設を退所せざるを得なくなるお年寄りが続出するのではないかと、厚生省はこの点どうお考えかをお伺いさせていただきます。○政府委員（江利川毅君） 特別養護老人ホームに入っている人につきましては介護保険制度からの保険給付の対象になるわけですが、通常の場合には、そういう施設に入りますと、サービスに於いての一割負担とそれから食費に關します一定の負担をお願いするということになっているわけでございます。

ただ、定率負担であります負担限度額が高くなってくるということがあるわけでございます。で、この負担限度額を高額介護サービス費と、医療保険の世界での高額療養費と同じような考え方でございまして、上限を設けるというふうに考えているわけでありまして、これを設けよう際には、さらに低所得者に配慮するということになっておりまして、低所得者に一般の場合の高額介護サービス費の額よりも低い限度額を設定してその負担が高くならないようにということができるわけでございます。また食事の標準的な負担につきましても、同じように低所得者については一般の場合よりも低い額を設定するということができるわけでございます。こういう形によりまして利用料を無理なく負担をしていただくよう配慮を行うこととしていくところでございます。

○木暮山人君 なお、現在サービスを受けている方に対するサービスの確保という観点からは、要介護認定によって認定されなかった方たちの問題も大きいものがあります。ひとり暮らしのお年寄り等にとっては、たとえ要支援、要介護に該当しなくても、家事援助を中心とするホームヘルプサービスが予防、自立支援のために不可欠の要素があります。

一方、特別養護老人ホームについては五年間の経過措置があるとはいえ、ここに入所しておられる方の中には、よくも悪くもついの住みか、最後の住みかとして入所されてきております。この方たちに退所を迫ることは、イコール生活の場を取り上げるということにはかなりせん。

この点について、厚生省はどのように認識し、この方たちへのサービス確保のためにどのような方策をとるお考えか、お伺いさせていただきます。○政府委員（羽田田信吾君） お答え申し上げます。特別養護老人ホームは、現行の制度におきましても、常時専門的な介護が必要だという方々のための施設でございます。したがって、そういう方々が本来お入りになる入所施設ということでございます。その性格は今度介護保険制度に移行しますと同じでございます。したがって、そういう入所者の方々で現在も施設の対象と考えられる方については今度の介護保険制度下におきましても要介護あるいは支援ということになるわけでございます。

ただ、事実上のことといたしまして、なかなか在宅介護サービス等の提供が十分でない、したがって、バックアップが受けられないのでやむを得ず特養にお入りになるとか、あるいは要介護状態が改善したけれども、やっぱり帰る家がない、あるいは帰ってもそういう地域での在宅サービスが受けにくいというようなことから、事実上おられるというようなケースがあり得るわけでありまして、このような状況にどう対応していくかというところにつきましては、やはり一つには訪問介護あるいは日帰り介護といったような在宅介護サービスを充実していくということが必要であります。

また、住む家がないというような事情で特別養護老人ホームにというようなことにつきましては、例えば介護利用型の軽費老人ホーム、いわゆるケアハウスでございますとか、あるいは建設省と共同で進めております高齢者のお世話についての整備を進めていき、生活の場というものの整備を並行してやっていかなければならないというふ

うに思っております。

また、今お話の中で特別養護老人ホームだけではなくて、いわゆるホームヘルパー等につきましても、要介護に当たらないひとり暮らし等、そういった人たちの需要にこたえるような施策が必要だということをごさいます。こういふことにつきましても、この介護保険だけで地域のお年寄りの需要を全部満たすというわけではございませんで、ひとり暮らしのお年寄り等のためには、地域における一般的な老人保健、あるいは医療、福祉のサービス、あるいはさらには生きがい対策といったようなものも含めまして市町村の実情に応じまして、そういった市町村における自主的な取り組みというのについて国としても支援をしてまいりたいという方向を目指したいと思ひます。

なお、特別養護老人ホームにつきましては、先般お答えを申し上げておりますように、そういった方も事実上なかなか要介護の基準に該当しない方が入っておられるような事例もあるということで、それについて円滑に本来の施設に持つていくということで、五年の経過措置を設けまして、五年間は要介護認定を受けることなくこういった施設の利用を認めると、特別養護老人ホームにつきましても経過措置を適用することにしたしておりますので、そういった経過措置の中で先ほど来御答弁申し上げておりますようなことを円滑に進めてまいりたいと思ひます。

○委員長(山本正和君) 木暮君、時間になりました。

○木暮山人君 時間が参りましたので、これで質疑を終了させていただきます。

どうもありがとうございます。

○今井澄君 民主党・新緑風会の今井澄でございます。これまでに引き続き質疑をさせていただきます。

この間、地方公聴会あるいは本日の中央公聴会の中で、いわゆる民間の皆さん方、例えば住民参加型のサービスをやっている皆さん方とか、ある

いは有限会社で訪問看護ステーションをやっておられる方の御意見もお聞きしましたが、そういう営利、非営利を問わず、民間活動を行っている皆さん方が介護保険が施行された場合に対象とされるのかどうか、大変心配をされておられるわけで、その点は情報開示が足りないために無用な心配をされている点も多々あったように思ひます。

そこで、最初に大臣に御尋ねしたいわけですが、先ほど山本委員からの御質問にもありましたように、大臣はこういう点について積極的な民間活用というお考えをお持ちだと思ひますが、その点について、特に民間の中でも規模が小さいとか、法人格を取得できない、いわゆるNPO法案が成立するか否かにもかかってきますが、そういうところについても積極的に自治体、保険者を指導して、こういった介護サービスのサービス提供事業者にしていくということについての御決意、お考えを伺いたいと思ひます。

○国務大臣(小泉純一郎君) 今後高齢者福祉サービスについてできるだけ多くの方々に関心を持っていただく、またこの事業に参加していただくということは、私は介護保険制度が導入された後はますます重要になってくると思ひます。多くの人が参加するということ、意欲を持つことは当然競争も激しくなりまして、サービスを効率化していきこう、質をよくしていくという意欲が出てまいりますから、この参入意欲をどのように健全に発展させるかということを考えていくべきではないか。でありますから、公的サービスだろが民間のサービスだろが、営利だろが非営利だろが、そういう意欲を持った方がどんどん参入していくような環境整備を厚生省としても積極的に行っていくたいというふうに考えております。

○今井澄君 そこで、きょうもまたま午前中あったわけでありまして、例えば生協あるいは農協、そういう協同組合がサービスをする場合、これは当然組合員に対するサービスをする組織という前提がありますから、員外利用の制限があるわけですね。この介護サービスについては現

在のところ員外利用の制限を外しているものが四つあります。老人保健施設、老人訪問看護事業、デイサービス、それから在宅介護支援センター。ところが、在宅サービスの中で非常に大事なホームヘルプサービスについてはこの項目にもないわけですね。現にきょう午前中の公述人などはその点のことを述べておられたわけですが、こういう生協、農協などが在宅福祉サービスを行う場合には、各種のサービスに参入してもらうには、これはこの法を改正していくのか、それとも別組ををつくってもらうのか、その辺についての見解をお願ひいたします。

○政府委員(炭谷茂君) 生協、農協に在宅サービスへの活動をしてもらうということについてでございますけれども、まず生協について御説明させていただきますと、先生も御指摘されましたように、生協というのは組合員に最大の奉仕をするということを目的にしておりますので、本来的に生協事業というのは組合員のみが利用するということを原則にしているわけでございます。しかし、法律の規定では正当な理由がある場合はいいというところになっておりますので、今、先生御指摘されました生協が行うホームヘルプ、いわゆる在宅福祉サービスにつきまします員外利用の許可については、これを今後の法律の規定を適用いたしまして、これができるように対応するという方向でいきたいというふうに考えております。

農協につきましても、既に法律の方で手当てをされておりますので、在宅福祉サービスの実施には支障がないというふうに承知いたしております。

○今井澄君 ぜひそういうことで、重要な介護サービスについてできるだけ、いわゆるこういう意味では規制緩和をきちんと進めていただきたいと思ひます。

さて、民活ということとは私自身も基本的には賛成なわけですが、最近ちょっと心配になるような記事が幾つか新聞でも報道されました。それは二十四時間巡回型ホームヘルプサービス

について、現在これは行政がやっているわけですが、その入札のときに一部の民間の営利会社がダンピングとも言えるような非常識な安い値段で受注しているということが一つならずあるわけですね。これは一時的にはいいかもしれませんが、けれども、そんな安い値段でやっているわけではありませぬから、そんな安い値段で受注をしている、あるいはその延長上に介護保険のサービスをやるということになると質が低下するんではないかというおそれがある。これはどう防止するのか。

それからもう一つ、こういうダンピングして受注しているというのは一つのねらいがあると思ひます。ある一定の大手業者と申しますか、そういうところが事業を独占しておいて、他の参入を阻んで独占した上で今度は値段を適当につり上げるとか、そういうおそれもあるんではないですか。こういう昨今報道されているダンピング、この弊害について、対策について厚生省はいかがお考えでしょうか。

○政府委員(羽田田信吾君) 高齢者に対します介護サービスの需要に的確に対応するという観点からすれば、やはり良質な介護サービスの供給が推進されなければならぬ。そのためには健全な競争を通じてこういったことが確保されなければならぬという点は、そのとおりだろうと思ひます。

新聞報道にもございました訪問介護、具体的に現在行われているものがダンピング等の結果で質が非常に落ちていくということも私どもまだそのように承知しております。本来的にはやはり質担保という点については、本来的にはやはり質担保を一定の指定基準等で担保するということにして、経済行為であります料金のことには、独占禁止法等のものを除きましては、価格そのものに介入をして、この価格に、市場でやられていることをしなさいというふうな方向はできるだけとらない方がいだろうと思ひます。

さいというところでサービスの質をきちっとする、それで仮にダンピング等の結果で質を割るようなことがあれば、そこについて指定基準等それから指導監督規定もございいますから、そういうことを通じて担保していくという方向を基本的にやるべきではなからうかと思ひます。しかし、独禁法等の規定に触れるようなことがあれば、これは言ってみれば論外でございいますから、それはそのようなこととして対応することが必要であらうというふうに思ひます。現在新聞報道されておるもの自体は、まだそういう事態にはなっていないように私も承知をいたしておりますが、なお注意を払って見守っていきたいというふうに思ひます。

○今井 登君 もちろん現在はないわけですが、永遠にダンピング、原価割れの価格で続けられるわけではありませんで、そういうことは十分注意して見守らなければならぬと思ひます。

さてもう一つは、民間事業者の場合、特にこれから介護報酬がどう設定されるかということにも実は関係するわけですが、それはそれとして限度額が決まれば、介護保険の範囲内でサービスをやるわけですが、これだけでは足りないでしようというところで、現場で自己負担、自費を出していただければさらにプラスできますよと。例えば、ホームヘルパーの派遣が週三回、あと幾ら出していただければもう一回来ますよというふうな形で、過剰サービスを現場で要介護者本人あるいは家族の方に売り込んでいくというおそれもないわけでは無いと思ひますが、その点についてはどういうふうにお考えですか。

○政府委員(江利川毅君) 介護保険法案におきましては、介護保険の給付対象となるサービスといふゆる給付対象とならない、あるいは上乗せ云々、そういうようなサービスとの組み合わせの利用が可能ということになっております。ですから、先生がおっしゃいますようなことは現実問題としては起こり得る話ではございます。ただ、一

つには不明朗な差額負担はいけないというふうに思っております。これは例えば事業運営について、運営基準が何かでそういうものはきちんと対応するようなルールをつくりたいというふうに思っております。

また、保険給付の分とそうでないものを明確に利用者に説明するなど、しかるべき十分な情報提供をして説明をする、そういうことも必要だと思います。そして、そういう上で御本人が選ばれるというものは、これはこの制度としては許容されているところではないかというふうに思ひます。

○今井 登君 実はその点、厚生省は前歴があるわけですが、例えば医療保険の方で自己負担が明示されているもの以外には自己負担はないはずだと言っているものでも、現実にはお世話料とかいうので、厚生省の調査では平均二万幾らかと云うのが実際調べてみると十幾らかのお世話料が現実にとりしても特に都市部で払われているということもありますので、その辺はよく反省をしていただいても、今後もきちっと不当なサービスの押しつけや差額負担のようなことがないようにしていただきたい。

そこで実は問題なのは、先ほど本委員の御質問の中で、私の聞いたところでは、この制度は要介護度の認定をして限度額を決めるのでモラルハザードは生じないというお話がありました。その前の山本委員の御質問では、これは実はモラルハザードを生ずるシステムであるということが言われました。これは非常に微妙な難しいところだと思ひますが、私はやはりこの介護保険制度はモラルハザードが内包されている危険性があると思っております。

と申しますのは、この間の審議の中で要介護度の認定が低くされたらどうするんだという、低く認定されることばかりが問題にされてきました。そして、それはこの制度で要介護者や家族が保険料を納めておきながら十分なサービスを受けられないというふうなことで言われてきました。私もそういう問題は現にあると思ひますね、低く認

定されてしまつと。しかし逆に問題なのは、介護の場合には高く認定をされてしまふ、あるいはより多くのサービス、必ずしも必要のないような、必要もないと言つて失礼かもしれませんが、客観的に見たらこれで過不足ないだろうと思ひられるよりも過剰なサービスが要求されることがあると思ひておるんです。というか、そもそも認定に不満を持つ構造になっておると思ひます。

というのは、医療においてもむだはあるわけですね、飲まないお薬をもらつてゐたためにおいて捨てちゃうとか。それはただだからとか自己負担が安いからというのがあるんですけども、しかし本質的には医療においては何でも患者さんがサービスを求めるという構造にはなっていないんです。カメラをのんでもらつたとか、あしたのまてしてくれ、あさつてものまてしてくれ、こういう要求はないんです。つら、苦しい、痛いということがあつたらなすね。薬についても副作用という常識があるから、医療においてはむだがあるという常識はあつても、本質的には無限に要望が広がるというところは実はないんです。よね。

ところが介護においては、介護サービスを受ける側にとっては苦痛は生じないんです、ふえても。場合によってはうるさいという苦痛が生ずるかもしれない。毎日ホームヘルプに来られるとうるさいという人もあるかもしれないけれども、一般的には多々あります。升々なんです。介護サービスは、したがって、この介護保険で注意しなければならぬのは、ちょっと悪い言い方をしますと、要介護老人あるいは家族の人の希望を何でも聞いていたら無限にサービスは広がってしまふ。

そうすると、今、月二千五百円でやりますよと言っているのが保険料が上がつちゃう。これは国民をだましたことになるんですよ。やっぱりこれは国民の皆さんにも、過不足ないサービスとは何かという、ある意味では科学的というか平均的なことをきちつとやつてもらわなきゃならないと思ひます。そういう意味では、要介護度を低く

認定されるおそれではなく、高く認定されてしまふおそれについても、特に私も政治家としては、政策を決定する側としては十分認識しておかないと無責任な垂れ流しの制度をつくっちゃうおそれがあると思ひます。

そこでお尋ねしたいのは、これにかかわる人々が随分入るわけですね。まず、サービスを受けたら、要介護度の認定を受けるにはどうするかという相談をする。例えば、民生委員さんが相談を受けるか、市役所の窓口か在宅介護支援センターか、そこから始まる。あるいは、相談なしにいきなり市役所の窓口で要介護認定申請を持ってくる人もあるでしょう。そこで要介護認定の認定をするに当たって、申請する資格を持っているかどうかという資格認定をする人もあるでしょう。そして、それに基づいて今度は調査員が調査をするわけですね。それから、そのデータに基づいて審査会が開かれて、そこに審査委員がかかわつて、要介護、要支援の認定をする。そうすると、今度は介護サービス計画というんですか、いわゆるケアプランをつくるわけですね。そして、それに従つて今度は各種の事業者からサービスが行われる。そのサービスの今度はレベルをチェックする人もある。それからまた、三ないし六カ月ごとに今のケアプランでいいのかわるかというチェックも入る。こういうことにかかわる大勢の人たちがいるんです。

そこで、これにかかわる人々について、厚生省としては、今どういう資格があるかは立場、職種、それが公務員なのか公務員でないのか、民間か、その辺のところについてどう考えているのかをきちつと整理してお答えをいただきたいと思ひます。

○政府委員(江利川毅君) 要介護認定の申請は市町村に出されるわけでございます。これを受けまして訪問調査をする。この調査員は基本的に市町村の職員ということでございます。具体的には、法律で職権が特定されているわけではありませんが、けれども、やっぱり保健、福祉関係に明るい担当

者が派遣されることにならうかと思ひます。これは、市町村の職員であれば当然公務員でございます。それからまた、この訪問調査は介護支援専門員を委託してその専門員に行わせることもできるわけでございます。この人が仮に公的な行政機関等に勤めている人であれば、あるいは公立病院等に勤めている人であれば公務員となるわけであります。民間事業者ということもあり得るわけであります。

それから、審査会の委員でございますが、これは市町村に設置されます認定審査会に市町村長が委嘱をして行います。保健、医療、福祉に関する学識経験者ということになっておりますので、その分野の専門家の方々でございます。委嘱をしますので、非常勤の公務員という扱いにならうかと思ひます。

それから、介護支援専門員でございますが、介護支援専門員は、在宅サービスの事業者であるとか、あるいは介護保険施設などにおかれて介護サービスの計画をつくる立場にあるわけでございますけれども、この居宅介護支援事業者なり介護保険施設が公立のものであれば当然公務員ということになります。民間立であれば公務員ではないということになるわけでございます。

非常に簡単でございますけれども、よろしいでしょうか。

○今井澄君　そこで、実は先ほど申し上げた過剰サービス、本人に聞けば幾らでもサービスしてほしいわけですから、そうすると全体が膨らんでしまうということ。これは現にケアマネジメントの母国であるイギリスでそういうことが起こっているというんですね。それで、利用者がよりサービス供給者の便利のように誘導されるといふ結果が起こって非常に膨らんじゃったということとでその見直しが行われているという話もあるわけですね。

そこで、今お聞きしたように各種関与するわけですが、保険者である市町村の公務員が適正な関与をしていないと、介護支援専門員には調査も委託

託できるわけですし、それは恐らく民間あるいは事業者に属する。独立した介護支援専門員というのは非常に少ないんじゃないかと思うんですね。調査から委託すると調査のチェック項目もちょっと甘くして要介護度認定が高くなる。そして、ケアプランをつくるときも限度額目いっぱいサービスをつくる。そして見直すときもやっぱりそれでやっていくということになると、利用者本位ではなく非常に事業者本位の、午前中から問題にされていきますけれども、一見利用者の要望を入れたように見えながら、サービス提供側がより多くのサービスを提供したいという線に沿ってつけられてしまふおそれが十分ある。これは歯どめをかけなければいけない。

そうすると、この中の少なくともケアプラン、サービス計画を作成することに携わる者、それからそのチェック、見直しをする者、それからサービスの質をチェックする者はこれは供給事業者の側に身を置いている者ではだめじゃないかと思ふので、公務員にしないといけないですけれども、そこはやっぱりある程度保険者が委嘱をしてきちんとその仕事に専念できるようにしていかなければならないとモラルハザードを生み出すと思うんですけれども、その辺ちょっと大臣、御見解がもしありましたらお願いしたい。

○国務大臣(小泉純一郎君)　私は両方見ることが大事じゃないかと思ひます。供給者の立場、利用する立場。今から心配すると本当にこれ心配の切りがないんですけれども、いずれの例を見ても実施してみてもそういう問題が出てくるわけですね。心配も大事ですけれども、私は、この支援専門員というのは導入時は両方よく見られる人がいいんじゃないか。供給者の立場に立たないかどうかというサービスが実際に提供できるのかというものもよくわからないでしょうし、それから利用者の立場から見ればどういふことを望むのかというのわからない。偏らないで両方見られるというのか、両方よく勉強できる人を置くということが大変大事ではないかと思ひます。

○今井澄君　そうなんですけれども、私が先ほど申し上げたのは、やはり供給者のサイドに立った人にみんな任せちゃうような結果にならないように、独立した介護支援専門員をきちっとどこかに確保しておかないといけないと思ひますね。今の医療費だって、こまごまふえちゃった医療費を今から減らそうといつてもこれは無理な話です。ね、むだがあることはわかっていても、それは制度自身がこまごま膨らんでしまつたわけですから、そういうことを申し上げておきたいと思ひます。

さて、そこで問題は利用者の権利擁護なんですけれども、利用者の権利擁護という場合もいろいろあると思ひます。けさの公聴会で出てきたことでも、少なくとも利用者がサービスを利用する上で情報開示をしてもらわなきゃいけない、不服申し立ても身近なところでできなきゃならない、いろいろなことがあると思ひますけれども、もう一つ奇妙なことがあるまして、本当は要介護者が権利擁護されなければならぬんですが、家族はとにかく老人ホームへはうり込んでやうと。要するに家族によって要介護者の権利が損なわれている場合もあるわけですね。

ほけの問題、いろいろ出てきました。そこで、高齢者の権利を擁護するためには新たな成年後見制度を創設することが必要なんじゃないかというところが叫ばれていると思ひますが、聞くところによると、今現在法務省で検討が進められているということでもあります。厚生省としてはこの成年後見制の問題についてどういふふうに取り組むお考えなのか、これをお尋ねいたします。

○政府委員(羽田信吉君)　先生御指摘でございます。したうに、やはり介護保険というが高齢者の介護問題を考えますときに、特に意思能力が十分ないあれで成年後見制度をどう擁護していくかという意味で成年後見制度が大事だといふふうな私どもも考えております。したがって、先生今御指摘ございました法務省の検討に当たりましたは、私どもも検討段階からオブザーバーで参加をさせていただきます。

いただきまして私どももなる意見も反映をさせていただきますようにするといふような工夫はしながら、審議会等で検討が始まりましたので、これからそういう形で法務省とよく連携をとりながらやってまいりたいと思ひます。

それからもう一つ、実質的な権利擁護のためのソフトの部分、つまり相談とかそういう業務の部分については、むしろ私どもの方でそういう相談体制の充実というふうなことに市町村、都道府県ともよく相談をしながら意を用いていくということをしていかなければならないといふふうに考えております。

○今井澄君　そこで、高齢者の権利の中でも大事な、いわゆる高齢者には低所得者が多い、少なからずいるという問題ですね。特に女性のひとり暮らしの低年金者や家族のない高齢者、先ほどからも低所得者対策の問題が出てきておりますが、きょう午前中の中央公聴会でも非常に事態が鮮明になってきましたけれども、私どもが今議論しているのは、これは要介護状態あるいは要支援状態にあつて自立して生活することができない人の自立支援をどうするか。また、要介護者がいるために、それが家族の肩にかかつていて、家族が勤めにも行けないし、勤めに行けないどころか休めにも行けない。こういう家族介護の悲劇をなくすために介護保険制度をつくらうとしているわけですが、そこにどうしてもこれまでの福祉制度を引っぱってきている。先ほどの特養のお話にもありましたが、これには介護保険の対象者じゃないのか低所得に入っている人がいて、それは家がないのか低所得だと、これは介護保険の対象者じゃないんです。これはあくまでも憲法に基づく国の福祉制度の対象者なわけですから、それはそれとしてきちっとしなければならぬというところが午前中の公聴会でも、先ほどの木事先生等の質疑でも明らかにしてきたと思ひます。

それにしても、介護保険においてはあまねく保険料をいただくということになっているわけですね、これはお互いに助け合うシステムということ

から。

それで、低所得者対策ですが、年金から天引きできる人は年金から天引きをする。それが高齢者の約七割、残りの三割は年金をもらっていない、あるいは低年金ということで天引きができないので市町村が普通徴収をする。それが約三割ということですから、平成十二年の段階で約六百六十万人でしようか。その方たちを所得に応じて五段階に分けるといふ案が現在厚生省から示されているわけですね。第一段階の人は老齢福祉年金受給者で、その方は保険料を月額半分にするというところから始まって五段階まであるわけですが、むしろふやしていただく。

厚生省としては、この第一号被保険者の中の普通徴収となる被保険者約六百六十万人のうち、第一段階から第五段階までのそれぞれの被保険者数を今どういふふうにかえ把握しておられるんでしょうか。

○政府委員（江利川毅君） 第一号被保険者、六十五歳以上の方々につきましては所得に応じて五段階にということでございますので、これは年金から直接天引きをされる方につきましても所得に応じて五段階の水準がありまして、それで徴収をするというわけでございます。

それから、年金が一定額以下の場合には普通徴収ということで個別に徴収しますが、この普通徴収の対象になる方だけについて特別に所得分布を把握したというものは正直ございせん。

ただ、一号被保険者、いわゆる六十五歳以上の方ににつきまして、全国ということではないんですが、幾つかの市町村について抽出をしまして所得の分布状況を調べたことがございまして、これは大まかな推計が入っているわけでございますが、所得段階で市町村民税が世帯全体で非課税な者の割合、今のあれでいいますと一段階、二段階に両方含めて該当するレベルでございますが、これが抽出調査でやりましたら約三五%でございます。それから、三段階目に該当するいわゆる平均的なところといいますが三九%でございます。

それ以上のいわゆる四段階目、五段階目に該当する人、これが二六%ぐらいということでございます。

○今井澄君 ちょっと確認したいんですが、そうするとこれまでの第一段階、老齢福祉年金受給者というのとは、第一段階としていたのは第一号被保険者全体ということですか、普通徴収だけではないですか。

○政府委員（江利川毅君） ただいま三五%と最初に申し上げたものでございまして、これは第一段階目と第二段階目を含めた数字ということで申し上げたものでございまして、第一段階目はその中の老齢福祉年金受給者ということでございます。老齢福祉年金受給者そのものの数は、平成七年度末現在で約四十万人ぐらいいふふうに見込んでおります。

○今井澄君 老齢福祉年金受給者は年金から特別徴収をする、天引きをする対象にも入るんですか。

○政府委員（江利川毅君） 金額を幾らに決めるかということと変わってくるわけでございますが、現在の老齢福祉年金は三万三千円余りでございまして、ただ、一般的にそういうものを勘案しながら、年金から天引きする対象を考えているわけでございますが、福祉年金受給者はその天引きに含めない方向で考えるのかなというふうに思っております。検討中でございます。

○今井澄君 そうしますと、第一号被保険者のうち、年金から天引きする中には第一段階の人はいなくなるということですね。それとも、年金で老齢福祉年金相当額、月額三万三千五百三十三円ですか、それ以下の人は第一段階にすることですか。

○政府委員（江利川毅君） 通常の老齢福祉年金を受給している人たちは念頭に置いていたわけでございますが、その基準の決め方は、最終的にはこれから審議会等に諮って決めるわけでございますが、今までお答え申し上げましたとおり、老齢福祉年金などの水準を頭に置いて、三万円ぐらいいふのが一つの水準かなというふうに思っているわけでございます。

ただ、この仕組みのときに、老齢福祉年金も対象にしてやるのかどうか、そこはやりない方向で、対象にしない方向で考えるのも一つの方向ではないかという議論もありまして、今後検討して決めていくということになるわけでございます。

○今井澄君 時間が来ましたので、この続きは後日に譲りたいと思います。

○委員長（山本正和君） 速記をとめてください。

【速記中止】

○委員長（山本正和君） 速記を起こしてください。

○清水澄子君 今まで何回も質問があった部分なんですけれども、やはりこの介護保険法というのは、目的のところに「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病」という問題が入っているために、今後矛盾が起きてくるということが、この条項によって非常に多くそういうことが予測されます。

しかし、今回のこの法律では、第七條に、六十五歳以上の者を第一号被保険者と決めて、そして六十五歳以上は原因を問わず要介護者、サービスの給付を行うとあって、そしてそこに四十歳以上六十五歳未満には特定疾病と、健康保険ですべての疾病は給付されるはずなのに、わざわざ今度はこの特定疾病を決めなきゃいけないという。そういう介護を必要とするという面でも必ずそれは疾病だけでは足りない場合がありますし、それからやはり加齢に伴っていろいろのかどうかは区別できない疾病も含めて障害者プランを適用すると、介護を必要とする人たちがいろいろ年齢なりそれぞれの立場で区分されていく。

つまり、この法律は明確に六十五歳以上の人の要介護サービス法であるとなればはつきりするんですが、保険料を取るのには四十歳からということのために、非常にこれが矛盾を生んでいると思

ます。ですから、いろんな皆さんたちの質問の中でも、何かその辺がやっぱり納得できない、すつきりできないという部分があるんです。

ですから、この辺はやはり五年後の法案修正を視野に入れて、そして私はこの法第一条の「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により」というところを削除することが一番いいんじゃないかと。今回の場合、それをたとえ削除しても第七條でそのまま運営できるわけですから私は、そういうことを厚生省はどうお考えでいらっしゃるかということをお伺いしたいと思

○政府委員（江利川毅君） 第一条の目的に先生御指摘のような文言があるわけでございます。これは先生のお話にもありましたが、その後の規定で第一号被保険者あるいは第二号被保険者の給付の条件が書いてあるわけでございますが、そういう関係から第一条の規定が書かれていたわけでございます。つまり、一号被保険者、二号被保険者に共通する給付事由というものを挙げて、それ以外もあつたので、「等」といふふうに書いてあるわけですが、そういうことで、そういうものに対する給付なんだということを目的に書いてあると。

これがもし目的規定にそぐわなくなりましたと、いわゆる一般的な介護給付を前提としていて、その目的は大きいのに各条の項目でそれを狭めてしまふということ、法律の体系からすると若干そごがあるのではないかと、ある意味で法制的な考え方、でこいう形になっているわけでございます。

ただ、先生のお話の中にもございましたが、当然今後実施状況を見ながら制度全体の見直しがあるわけでございます。そして、そういう中であるいはサービスの対象範囲も変わっていくこともあり得るわけでございますが、二号被保険者のサービスの範囲が変わってくればそれに応じて目的規定も手直しが必要になってくると、それはあり得るわけでございます。

○清水澄子君 それでは、五年後にはこの部分は

修正することがあり得るというふうに私は受けとめましたが、そういう方向でぜひ進めていただきたいと思ひます。

次に、ケアプランの作成についてですけれども、この要介護認定を受けた被保険者はケアマネジャーによってケアプランが作成されることになるわけですが、このケアマネジャーは介護サービス事業者に属しているわけですね。ですから、業者サイドに偏るということが心配をされます。こうした心配を払拭するために、自治体が一カ所はいわゆるきちんとした責任ある機関といえますか、そういう役割を持ったケアマネジャーの機関を配置するというようなことが、被保険者が自分のケアプランを評価する上でも非常に安心できるわけですし、そういう意味で、厚生省は今後その点をどのように指導されようとしていらっしゃるのですか。

○政府委員(江利川毅君) 介護支援専門員の業務が中立公平に行われることは必要でございます。そういふようなことは今後運営基準等を定める中で担保してまいりたいというふうには思っております。

ただ、先生の御指摘は、さらにそれに加えて市町村等が必ずその圏域の中に一カ所は自分でそういうものを持つべきではないかという御指摘でございます。居室介護支援事業者の整備につきましては、介護保険制度の運営上極めて重要なものであります。介護保険事業計画の中でも整備目標を定めて計画的に整備をしていくということになるかと思ひます。その基盤整備にかかわる介護保険制度の運営の責任者という意味におきまして、市町村がみずから居室介護支援事業者となつてそういうような機関を設置すると、そういうことも必要になるのではないかとこのように思ひます。

○清水澄子君 ぜひそういう方向でお願いしたいと思ひます。

次に、いろいろ医療の場合も、患者が医師の診断ミスなどで被害を受けた場合には損害賠償を求め

める、そういう医療訴訟などというのが特に最近よく起きるわけですが、介護サービスでも私は同じようなことが起きてくると思ひます。そういう点で、厚生省は介護サービスを行う事業者に対して、介護ミスで被保険者に損害を与えたときどういう措置をする考え方をもちでしようか。

○政府委員(江利川毅君) 介護サービス事業者が介護に際しまして被保険者に何らかの損害を与えてしまったというような場合でございますが、基本的には当該事業者は民法上の使用者責任に基づきまして被保険者に対して損害賠償義務を負うというところになるかと思ひます。したがって、損害賠償に關しましては介護保険法案の中には特別の規定は置いてございせん。

ただ、こういう御指摘のような利用者に対して何か損害賠償を行う事態が生ずるということを踏まえて、現在、民間事業者のサービス提供に係る指針というのを定めておりまして、その中でそういうような事態が生じましたら速やかに損害賠償を行うようにということが書かれているところでございます。

介護保険制度ができました後におきましても、このようない指針と基本的には同様な基準を設けて事業者の指導等を行っていくことになるかというふうに考えております。

○清水澄子君 私は、この保険制度はこれから広範な人たちが利用するだけに、利用者いわゆる被保険者の権利というのはいささか一緒に考えておかなきゃならないと思つて今お尋ねをしているわけなんです。

被保険者が介護認定を受けてそして介護サービスを受けることになった場合、介護サービス事業者と被保険者の間には今後契約が結ばれると思うわけですが、この場合、本間に契約に基づいて介護サービスが契約どおりの内容で行われているかどうか、それをやっぱりちゃんとどこかで評価するといふことがチェックする、そういうシステムが必要だと思ふんですけれども、保険を支払う立場にある市町村はどのような手続でチェック

クをしたり事業者が行っているサービス内容を評価するの、そういうふうな役割というのはどういふふうに考えておられるのでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 介護サービス事業者と被保険者との間の契約の前提となると、その事業者がどういふサービスを行うかということにつきましては、介護サービス事業者についての人員基準であるとか設備・運営基準、こういうことを定めて、それに基づいて都道府県が指定を行う、またその基準に合致しているかどうかということについては都道府県が監査を行うということになるわけでございます。

また、市町村におきまして、ある事業者が設備・運営基準に違反しているおそれがあると、その認められるような場合には、市町村が都道府県に通知をして監査をしてもらうというふうなこともできるようにしております。

また、運営基準の違反に至らない、契約内容から見て十分なサービスが、しかるべきサービスが提供されていないという先生の御指摘のようなケースでございますが、そういう場合にはまずは利用者から当然個別の苦情が出てくるだろうと。これは市町村に出たり、あるいは介護支援専門員を通じてそういう苦情が寄せられたりするわけでございますが、国保連におきまして苦情処理の中でその対応をいたしていくということでございます。

もちろん市町村も、市町村事業の中で福祉相談などを行っているわけでございますので、そういうところでも当然相談が寄せられ、市町村として対応できることもあると思ひます。またそこに寄せられました情報を国保連の方に提供して、国保連で苦情処理をしてもらうということもあろうかと思ひます。

また、介護支援専門員でございますけれども、介護支援専門員が被保険者の意向を聞きながら、あるいはサービスを提供する人たちと相談をして介護サービス計画をつくるわけでございます。その計画どおりきちんと行っているかどうか、これ

はまた介護支援専門員も把握をする必要があるわけでございます。適宜そういう把握に努めていただく。問題があれば、事業者ととだん接触があるわけでございますので、必要な注意を促すなりしていただくほかに、問題があれば、国保連の苦情処理機関の方に連絡をしていただいて、それで対応するというところもあるわけでございます。

そういうような形で実際行へべきサービスがきちんと行われていないというふうな事態に対応していくことができるのではないかとこのように考えております。

○清水澄子君 国保連合会の苦情処理機関は県単位ですから、なかなか県のとこにまで普通の市民が、特に要介護者、またはそういう人を抱えている家族が行けませんから、そういう窓口はやはり市町村に置くと。さつき社会福祉事業とか事務所の中というところもありましたが、ぜひそういう点はきめ細かな対策をお願いしたいと思ひます。

同時に、サービス内容に関する利用者やサービス提供事業者との間で利用契約書を義務づけるといふことをひとつぜひ考えていただきたいと思ひます。

その点と、それから最近新聞に出ていましたけれども、国民生活審議会が一九九九年を目指して消費者契約適正化法案なるものを考えていると。それは今後、ゴールドプランも含めて介護問題で契約関係というのが行われる。つまり、利用者は消費者でございます。ですから、供給者と利用者との関係で消費者の権利という問題も含めて、今後厚生省はこの問題をしつかり考えていただきたいと思ひます。そういう意味で、この法案が審議されるところには介護サービスの問題を必ず提起していただきたいと思います。その点いかがでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) まず一つは、契約書の義務づけでございます。確かに、介護サービスの利用をする人とサービスを提供する人は一種の契約関係にあるわけでご

ざいますが、具体的にどういうふうにサービスを利用するかといいますのは、介護サービス計画の中で決めていくと。介護支援専門員が間に入って、本人や家族の意向も聞いて、介護サービスを提供する各種の事業者と相談をしてそれで介護サービス計画をつくるわけでございます。その計画ののちでサービスが行われるというのは、ある意味ではこれは契約的な行為になるわけですね。

そして、その事業者から、例えばホームヘルプサービスを受けていても、この事業者のサービスは余りよくないということであれば、また事業者をかえて別の事業者からも受けることが可能になるわけでございます。

そういうことを一つ一つ契約行為でやるか、あるいは介護サービス計画の中の変更みたいな形で、当然事業者も本人も入って、間に介護専門員が入ってつくるものでございますから、実質上そういう意味での担保はできるのではないかとこのように思っております。

それから、消費者契約適正化問題の関係で、今後立法化の話がございました。私まだ勉強でございまして、先生の御指摘を踏まえまして勉強をさせていただきたいというふうに思っています。

○清水澄子君 それから次に、市町村は、被保険者から請求があった場合でいいんですが、請求があった場合には介護報酬明細書を発行していくということができるといいですか。

○政府委員(江利川毅君) 医療保険で今レセプトの開示の問題が出ておりました、個人情報保護とか本人が傷病名等を知っても本人の診療上支障がないこと等を十分配慮してレセプトの開示を行う、そういう基本方針が示されているところでございまして、介護保険制度におきましても被保険者にとって必要な情報が開示されるということは重要であるというふうに考えております。

具体的にどういうふうな運用をするかということとは詰めさせていただきたいと思いますが、医療保険制度における取り扱いなどを踏まえながら前

向きにというのでしようか、御指摘を踏まえて検討させていただきたいと思っております。

○清水澄子君 次に、オンブズパーソンを設置なすけれども、先ほどこれからは介護サービスが契約に沿ってうまくいくのではないかとこのようにお話しなすけれども、介護認定を受けた被保険者の要望に沿って介護サービスが事業者から本当に適切に行われているかということ、私はこれは市民なり被保険者の参画による第三者委員会でもいいんですが、介護事業の評価委員会のようなものを設置して、やはり市民参加の形でオンブズパーソンを市町村ごとに設けていくようなお考えはないでしょうか。

○政府委員(江利川毅君) 介護サービスが適切に行われているかどうか監視をするあるいは評価をするということにつきましては介護保険法の中に幾つかの規定があるわけでございます。先ほど申し上げましたように都道府県が介護サービス事業者を指定するわけでございますので、指定基準あるいは運営基準等の違反の問題があれば、基準都道府県において対応する。それからまた、基準違反に該当しないような幅広い苦情の問題につきましては、各都道府県に置かれます国民健康保険団体連合会、国保連におきまして苦情処理のための仕組みをつくりまして対応するというところでございまして。

先ほど先生の御質問にございましたように、確かに都道府県に一つでは住民にとって遠いではないかというお話がございました。これは市町村あるいは介護支援専門員、いろいろな方を通じて苦情処理の確にここに届けられますような形で、いわゆる利用者にとっては身近なところで苦情処理の訴えができるというふうな形の運営を考えていきたいというふうに思っているわけでございます。

それから、御指摘のオンブズパーソンという話でございます。オンブズパーソン制度といえますのは基本的には行政を監視するような形で行われる制度でございます。

いまして、各自自治体において条例等を定めてやっているものがございます。今の先生の御指摘の趣旨は、行政というよりは介護サービス事業者を監視するということなことでございまして、活用できないかという話でございます。

どういうふうな置くかということでございますが、いわゆる市町村自身もある意味でサービス提供者になっていくわけでございますので、本当に市町村が窓口としてあるいは相談相手として乗るのはあれでございますが、そういう市町村がサービス事業者であることも踏まえながら、サービス事業者全体についての苦情を的確に処理する、あるいは民間事業者も広域的なサービスを行う、一市町村にとどまらずに幅広く行うということでございますので、私どもとしては、この国保連の苦情処理業務をできるだけ充実し、あるいはできるだけ機動的、円滑に運営できるようにしていくことが適切な運営ではないかなというふうに思っているところでございます。

○清水澄子君 次に、指定されたサービス事業者たちがどういうサービスをしていくかということ、市町村がそれをある程度掌握している必要があると思えます。やっぱり保険者ですから、お金を払うわけですから、業者は自分たちの業務を市町村に報告するということを義務づけるべきだと思っておりますが、それはどのようにお考えですか。

○政府委員(江利川毅君) 介護サービス事業者あるいは介護サービスを提供している施設、そういうものは事業者として都道府県の指定を受けているわけでございます。そして、もちろんどういうサービスを行うか、そういう業務の中身も都道府県に報告が出ているわけでありまして、そういう情報は当然市町村も持ち、それから介護支援専門員も持って、そういう情報をもとにサービスを利用したい人が一体どこからどういうサービスを利用したいか、それがわかるようにしてあるというところは大事なことだというふうに思っております。

そういう意味で、市町村は都道府県と十分な連携をとりながら、サービス事業者がどういうサービスを行っているか、これを把握できるようにしていく、これはそのような形の運用になるようにしてまいりたいというふうに思います。

また市町村は、三年ごとに五年計画であります介護保険事業計画をつくる、三年ごとにそれを見直していくわけでありまして、そのときに、その地域を調べ、介護サービスの提供がどうなっているかを調べていくわけでございます。当然、サービス提供者であります各事業者につきまして、どのようなサービスが行われるか、こういうものを把握して計画をつくっていくわけでございますので、そういうふうな形でいわゆるサービス事業者のサービスの中身、そういうものが具体的に把握できるようにしていくものというふうに思っております。

○清水澄子君 そして同時に、いろいろ公聴会を開きましても、やはり保険事業者自身である市町村も、介護を受ける者も情報が十分じゃないというのはこの公聴会でも聞きましたし、きょうの午前中の公聴会でも一番問題はほとんどその内容がわからないということでした。ですから、これはこの介護サービスを自分で選択してよろしいと言いつつ、選択できる情報というのが必要なんです、私はやはりきちんと情報提供というものを義務づけていくという程度強い指導が必要だと思えますが、その点についてはもう具体的なお考えはありますか。

○政府委員(江利川毅君) 先生の御指摘のように、選択ができるんだと言いつつ十分な情報がなければ実際に選択ができない、そういう問題が起るわけでございます。サービスを利用する人に対して十分な情報が提供されるということが必要でございます。

私どもは、当然まず事業者はみずからそういう情報を提供するだろうと。選んでもらうためにはそういうことが行われるというふうに思うわけで

ありますし、また都道府県は事業者を指定するわけでございますので、当然都道府県も情報を提供すると。それから市町村も保険の運営者でございますので、市町村も当然被保険者に対して情報を提供すると。それからまた、いろんな介護サービス計画をつくるときの相談相手になります介護支援専門員、こういう方々、あるいはそういう専門員を持って居る居宅介護支援事業者、こういうところも当然情報を十分持つてサービスを利用する方に情報を提供する必要があるわけでございます。

それぞれの立場でそういう十分な情報が提供できず、いろいろな形でそれが実現できるようになりまいと思っております。

○清水澄子君 各地の公聴会で多くの施設関係者がやはり一様に問題にしていたのは、施設に入所の後、リハビリなりまたはよいケアをする、そのことで入所者の自立度がどんどん改善されていく、そういうことはよいケアサービスをしたことになるわけですが、それによって介護報酬が減額されていくという矛盾を各地で訴えられたわけですから。

こういうことに對して、ある施設の人には成功報酬的な介護報酬を検討してほしいと言っておりますけれども、こういう問題について厚生省はどのように今後対処されますか。

○政府委員(江利川毅君) 介護報酬につきましては、基本的にはサービスの種類ごと、あるいは価格の実勢等を調べまして、関係の審議会において諮って決めていくことになるわけでございますが、先生の御指摘にありましたいろいろサービスを受けて要介護者の要介護度が改善する、これは本人にとっても大変幸せなことですし、そうあるべきだというふうに思うわけでありまして、一方、改善していったら介護保険からの給付が下がっていきまして、いわゆるそういうサービスを提供すること、これはこの委員会でも何度か指摘を受けたところでございます。

それにつきましては、やはりそういう御指摘を踏まえて、何かそういう改善の動機づけというんでしょうか、そういうものが働くように介護報酬上で評価をする、これを検討したいというふうに思っております。重要な検討事項の一つというふうに考えております。

○清水澄子君 続いて、やはり施設関係者から、介護保険の導入時に保険請求から給付まで二カ月ぐらいかかる、その間は施設がそのままケアしなきゃならないわけですから、そういう意味で運転資金に非常に不足が出てくるということ、何らかの措置をとる必要があるという点、こういうケースの場合にはどのような対応ができるんではないかと。

○政府委員(羽田信吾君) お答えを申し上げます。先生、今御指摘ございましたように、介護保険制度導入時には今までのいわゆる措置制度から変わってまいりますので、特別養護老人ホームの運営費が今後は医療保険と同様に請求があらって所要期間で言えば二カ月後にその支払いが来るという格好になります。そうしますと、いわばこの介護保険制度への移行時の特有の運転資金の繰りの問題というものが当然そこに出てまいります。したがってその点については、その間に施設経営が不安定になっては困りますので、その間の金繰りをどのようにするかと、これについては今後施行までにできるだけ早く早急な対応策をやはり考えるということをやりたいというふうに思っています。

○清水澄子君 もう一つは、この社会福祉法人に對して法人経営者として経営努力が必要だと言われるんですが、社会福祉法人の経営努力というのは介護報酬を節約することが経営努力なのか、そこ余剰金が残るようにするのが経営努力なのか、この場合の経営努力というのは具体的に何を指しているんでしょうか。

○政府委員(炭谷茂君) 社会福祉法人のほとんどの方は大変立派に社会福祉事業をやっていたい

ておるわけでございますけれども、従来の社会福祉事業は措置制度というものが基本になって構成されておりました関係上、大変変途が制限されているという点で、一律的なサービスを提供するとか非常に経営が非効率になっているという点が指摘されているわけでございます。

このような観点から、これからはより効率的でより質の高いサービスを行うというような工夫とか、またこれまでの社会福祉法人はともすれば法律で定められた事業だけを行う、だからもっと地域の需要にこたえるような法律に定められた以外のサービスにも積極的に乗り出すとか、また現在の社会福祉法人は大半は一人施設という状況でございます。これを一法人が幾つかの施設もあわせて経営するという多角化の努力というふうなさまざまな経営努力というのがこれから必要になってくるんじゃないかと、こういう面ではこれから私も検討していきたいと思っております。

○清水澄子君 最後に大臣にお願いします。国の財政が非常に危機的状況だということ、高齢者の年金収入の一部も財源に充てながら実施している介護保険法に對して、やはり多くの国民はその必要性を認めながらも非常に多くの危惧と不安を抱えているわけですから、それで、実際の運用に当たって改善すべきものはやはり速やかに改善して、高齢者の人間としての尊厳と人格の尊重に最大限の配慮をお願いしたいと思っておりますが、この点について小泉厚生大臣の御決意をお聞かせいただけますか。

○国務大臣(小泉純一郎君) 大方の人は、この介護保険制度の趣旨とか必要性ということに對しては理解をいただいているものと思っております。問題は、その趣旨どおり制度が運営されるかどうか、そういう点でいろいろ不安や御心配等があるのはわかります。

しかし、この制度、平成十二年度から導入するというところで、今国会でこの法案が成立させていただければその制度導入に向かって努力していか

なきゃなりませんが、その一番の重要な点は、利用者の方に真に喜ばれるような利用者本位の視点というのが一番大事ではないか。高齢者ですから、それなりに社会の経験も経験も豊富な方でありまして、個人の自立を促し尊厳が守られるような利用者本位の制度運用に心がけるように精いっぱい努力をしていかなきゃいけないと思っております。

○西山登紀子君 日本共産党の西山登紀子でございます。

きょうは、私は在宅のヘルパー問題について質問をしたいと思っておりますが、質問に先立ちまして、去る十一月二十五日に全国の市長会の有志の皆さんがわざわざ都府を訪問していただきまして、各厚生委員の皆さんのもとにも伺っておるかと思っております。介護保険法案慎重審議のお願い」という文書をわざわざ持ってきておられた。その文書の中には、「現在国会で審議されている介護保険法案については、重大な問題を含んでおり、現行のまま施行された場合には、地域に混乱と不信をもたらすものと懸念いたしております」と、こういうふうな述べられまして、最後に、「良識の府、参議院におかれましては、さらに実態に即した議論が行われますことを切望いたします。国民的議論が深まり、現場での体制整備の見通しがつくまで、慎重にご審議くださるよう強く要望いたします」というような内容が書かれておりますので、私もぜひ当委員会での慎重審議をまず要望させていただきたいと思っております。

それで、きょうの質問に入りますけれども、基盤整備の問題で、特養施設の特養者の問題を私出したことがございます。調査をしたところ、一年間に二万人近い待機者がふえているという問題提起をいたしました。ところが、その際に、在宅のヘルパー、ヘルプ、こういうのが進めばそういう待機者も吸収されるというような意味の御答弁があったわけですから、それでは在宅の基盤整備は一体どういう状況にあるかということが非常に重

要な問題ではなからうかと思うわけです。

新ゴールドプランのホームヘルパーの目標十七万人、この十七万人の根拠になっておりますのは平成三年の実態調査だというわけです。平成三年の実態調査では、正規職員は三五・四％、あとは正規ではない人たち、つまり、常勤対非常勤というふうな言われておりますけれども、その比率がおおよそ三対七というところで、目標の十七万人というものは、それだけの要素で十七万と決めたわけではありせんけれども、常勤、非常勤の割合は三対七というように目標も決められ、それからその後の予算も、常勤が三、非常勤が七という割合で予算が組まれてきたというところであります。当委員会でもこの三対七が、じゃ今もそういう比率なのかということが問題になってまいりました。九対一という数字も出されました。

私の地元京都府ですけれども、京都府はそれではどうかといふと、常勤の比率は二二％、登録ヘルパーという項目で統計が既に出ていて、登録ヘルパーは八八％、それから、都市部の京都市は一体どんな比率になっているのかといふことで見てみますと、これは常勤が七・八％、非常勤は九二・二％という比率になっているわけです。今日、三対七という比率ではなくて、常勤ヘルパーの割合が低下をしております、こういう傾向については厚生省はお認めになりますね。

○政府委員(羽毛田信吾君) ホームヘルパーの雇用形態でございますけれども、これにつきましては、今、先生お挙げになりました平成三年時点での調査によりますと、正規が三五・四％、非常勤が二八・五％、いわゆる登録ヘルパーが三〇％というところでございますから、三強対七弱という割合でございます。

その後の傾向につきましては、今申し上げましたものを直接フォローした調査はございませんけれども、やはり今の中で正規職員が多いのは市町村だとか社会福祉協議会が多いわけです。市町村、社会福祉協議会の割合というものが年々低下をしておりますことはいえ、そして民間事業

者が多くなっているといふことからいえば、やはり傾向としてはだんだんに常勤の割合が若干減つて、非常勤の割合がふえているといふのが実態であらうといふふうに思います。そのことのまた評価は別でございますけれども。

○西山登紀子君 そういふ傾向はあるということをお認めになったわけですが、常勤の割合が減れば当然サービスの提供量というものは減少をいたします。十七万という目標自体が非常に低いといふふうに私たち考えております。我が党の場合には、対象百万人の要介護老人の介護には、常勤対非常勤を三対七というふうにすれば約四十五万人のヘルパーが必要、常勤だと二十万人が必要であるといふふうな考えでいるわけですが、今おっしゃったように、常勤が減って非常勤がふえております。

きょうは、その中でも私は、登録ヘルパーの伸びが非常に急増している、この登録ヘルパーがふえているといふことについて問題にしたいと思っておりますが、この登録ヘルパーというのはどういう職種なんですか。

○政府委員(羽毛田信吾君) いわゆる登録ヘルパーといふことになってございまして、登録ヘルパーという正式の法令上の用語があるわけはございませんけれども、通常申し上げておりますのは、ヘルパーとしてお働きになる方が、あらかじめ自分が希望する日なり時間を社会福祉協議会だとかあるいは福祉公社等の事業主体に登録をされて、それに従いまして、利用される方の希望日時との調整を事業主体がしまして、それで特定の曜日であるとかあるいは時間だけ行って就労されるという形態のことをそのように申しております。

○西山登紀子君 この登録ヘルパーというのはもうかなりポピュラーになってございまして、登録ヘルパーの例えば研修については何時間とか、登録ヘルパーという言葉が公文書の中にも出てまいります。そこで、この登録ヘルパーの問題などに詳しい

研究者はじゃどういふふうに言っているかということですが、岡山県立大学の山本隆先生は、登録ヘルパーはおおよそ次のような性格を持っているといふことで、こんなふうな分析をされているといふやうです。今、局長がおっしゃいましたように、名称のごとく市町村や社会福祉協議会などに名簿登録されていること、これが一つ。それから、直行直帰の就業形態をとっていること、これが一つの特徴なんです。何か一つのステーションに行つてそこから仕事に行くことじゃなく、自分の家から直接行つて直接帰る、こういう就業形態をとっている。時間決めのパート就業である。登録はヘルパーの申請に基づいて行われ、登録内容は住所、氏名、年齢などの基本属性、資格、提供できるサービスメニュー、活動できる時間帯。この時間帯も、その方の希望によって時間帯が決まる、こういう共通点を持っているといふふうに研究者の方は規定をしております。

この登録ヘルパーの数が非常に急増しています。一つは、例えばこの間、地方公聴会をやりました名古屋市の間で、この名古屋市中では、これは名古屋市の労働組合の調べでありますが一九九二年度、職員ヘルパー、正規のヘルパーは百二名、五年たった九七年は一名しかふえておりません、百三名。ところが、いわゆる登録ヘルパーと呼ばれる人たちは九二年には四百三十八人だったのが、今、登録されている数は二千二百二十六名という形で約五倍にふえているわけです。常勤はたった一人しかふえていません。登録ヘルパーは五倍にふえている。それがヘルパーだといふことで教が登録されているといふことになるわけですね。市の職員、常勤と、登録ヘルパー、非常勤の割合というの是一对二十一になります。三対七どころじゃありません、一对二十一です。

それでは、東京の場合はどうか。この大都市東京ではどうかといふと、ここでも九二年には区市町村の職員ヘルパーは五百四十七名い

らっしゃったわけですが、それが平成八年には六百七十四名ですね。全体のヘルパーの中でいわゆる常勤ヘルパーの割合は七％から実に三％に率は減っております。

一方、その登録ヘルパーと言われる人たちはどれくらいふえているかといふと、一万九千六百五十六名ふえております。結局は約三倍近くふえているわけです。常勤の方は一・二倍ぐらいしかふえていないわけです。東京の場合は、ですから、ここでもやはり登録ヘルパーと常勤ヘルパーの割合というのはいくらも三対七どころか一对二十九、こういうふうな開きが出てくるわけであり

ます。こういうような状況を厚生省は把握していらっしゃるか、またその急増しているといふことについてどのようにお考えになっているか、お伺いたします。

○政府委員(羽毛田信吾君) いわゆる登録ヘルパーの方々がふえているという実態について数字をお挙げいただきました。私も名古屋それから東京については数字を把握いたしましたけれども、今の先生の数字と若干違いますが、しかし東京都等についてはふえていることは事実でございます。

しかし、これについては私も少しは、登録ヘルパーであるか、あるいは非常勤であるか、常勤であるかといふことが大事といふことがまずあるわけではなくて、やはりその利用をされる要介護の方々の多様な需要にこたえるためにはどういふ形態でサービスをしていくのかがいいかというところから出発をする話だろと思つて、したがって、三対七といふのも、これは三対七といふある種の規範と申しますか、そういうものでやらなければいけないといふことを申し上げておいてはならないと、そういうことで織り込んでおいて、そこはあくまでも実態、そういう必要性に応じての対応といふことが非常に大事だといふふうに思います。

それでは、東京の場合はどうか。この大都市東京ではどうかといふと、ここでも九二年には区市町村の職員ヘルパーは五百四十七名い

そういう観点で考えますと、やはりホームヘルプの場合でも、先ほど登録ヘルパーについての要件でお挙げをいただきましたように、むしろ利用者の方も、特定の時間で短くても頻回にかか、あるいは長くおってほしいとか、そういう組み合わせが当然ございますから、そういった中でヘルパーの勤務形態というふうなものも決めていくことがむしろいいんじゃないかと。そういう実態を反映する結果の中で、登録ヘルパーという形が言ってみれば実態に合うという形の中で登録ヘルパーがふえてくること自体については、それを否定的に考える必要は私は必ずしもないんじゃないかというふうに思います。

現に、これは私どもとしてもこれから詰めていかなきゃならないことなんですけれども、ホームヘルパーの方々の人員は順調に伸びておりますけれども、その中でやはり配置人員と稼働率というものの間に非常に差がございまして、人員は多く配置をされていましてけれども必ずしも稼働率がよくないというふうなものもございまして、そういった点について考えますと、そこはやっぱり逆に勤務形態というのがこういう形でもいいだろうかというふうな問題提起も要るケースも当然あると思いますので、やはりそこは実態をまずどういうふうにしたら一番ニーズに合うかと。そのことを一番よく把握し考えていただくのは市町村でございますから、そういった市町村の考え方に即しまして私どもの方も、ホームヘルパー等について出てまいりましたものについては、たとえ三対七でなくともそれは助成等の対象にいたしておるわけでございます。

○西山登記子君 今の局長の御答弁だと、利用者のニーズによって登録ヘルパーがぐんぐんふえたと、こういうふうな認識であるというふうに思うんですね。私はそうではないと思っております。利用者が登録ヘルパーがいいからもっとふやしてくださいというふうに言ってきたのかということでもあります。

そこで、名古屋の場合に例をとりまして、今配

らせていただきましたけれども、重度のお年寄りを求めている家庭の場合にどのようなヘルプ、介護を具体化してみたいと思うんですね。

今お配りしておりますのは、十一月二十日の名古屋の地方公聴会で、南区というところがあるんですが、その南医療生活協同組合な訪問看護ステーションの方が御報告なさった調査結果のごく一部を配らせていただいた。私は、この実態調査はなかなかできないことをおやりになっているので、ぜひ国会で紹介したいというふうに思っています。

この訪問看護ステーションは六十五人の五十一歳から九十八歳までの方を訪問していらっしゃるわけですが、五人のスタッフで常時回っていらっしゃるわけですね。

この調査は何の調査かといいますと、全介助五人、一部介助三人、八人の方を二十四時間ずっと密着調査した、どんな介護をしたのかということと五十分置きに時間ですとカウントしていったという記録でございます。ですから、このグラフを見ていただきますと、もうほぼ二十四時間ずっと拘束されて介護に当たっているというのがこのグラフなんですね。食事や排せつや清潔、身辺の整理もいろいろ全部入れている二十四時間神経の休まる暇がない、それが介護の実態です。

二枚目にはその数字がずっと分析されているわけですが、排せつに四十一分かかっているとか、身辺の整理には五十三分かかっているとか、合計いたしますと、その二十四時間の緊張の中で実際具体的な介護は三百三十六分、約五・六時間相当の介護をいろいろな形でやっている。

三枚目は、その中でも状態像によってその介護の時間が違うわけですが、うんと寝たきりで全く訴えのないお年寄りや訴えのあるお年寄りでは、むしろうんと寝たきりの訴えのない方の方が介護時間は少なく、訴えのある人の方が四百四分、それに対して二百二十五分というふうに違

うわけですね。排せつのお世話だって、寝たきりで訴えのない方がむしろ時間は少なくて済むと。こういうふうな非常に実態に即したリアルな調査、これは二十四時間、五分ごとですからなかなかできない調査だと思えます。

こういう介護に当たっていらっしゃる、在宅の介護に外からヘルプに入る、支援に入るといふことなんですけれども、そういうときに求められているヘルプは、家事援助はもちろんだけれども、食事を食べさせたりおむつをかえたり、重度ですからそういう身体介護もやっぱり求められているということになります。

それでは、それに登録ヘルパーのヘルプの内容がこたえられるのかという問題になるわけですね。

名古屋からいただいた別の資料を見てみますと、市職の常勤のヘルパーとそれから登録ヘルパーの方の活動の時間帯なんかを分析いたしますと、寝たきりの高齢者に対し、市の常勤のヘルパーの世帯は三〇％なんですけれども、登録ヘルパーの場合は一％しかありません。登録ヘルパーの方が寝たきりの介護に当たっていらっしゃるのは一％。それから、市の職員、ヘルパーは五割身体介護に当たっていらっしゃるんですけども、登録ヘルパーは身体介護は一七％しか行っていないし、つまり、あと八三％は登録ヘルパーの方は家事援助、もちろんその家事援助も大切なんですが、家事援助に当たっているというふうになります。ですから、市の職員、常勤のヘルパーの方は寝たきりの高齢者や重度や重症者への対応というのが非常に重要な部分を占めているということがおわかりいただけると思うわけですね。

ところが、名古屋市の南区の場合は市のヘルパーはたった八人しかおりません。寝たきりのお年寄りは五百三名もいるわけですね。ですから、圧倒的にこの常勤ヘルパー、身体介護に当たれるヘルパーが足りないということが言えるのではないかとと思うわけです。

登録ヘルパーはほとんどふえていく、常勤は五年間で一人しかふえない、こういう名古屋市の一つの例ではありますけれども、こういう状況が改善されない、あるいは大半をこういう登録ヘルパーにゆだねるというふうな傾向があるわけですが、これで本当に要介護者ニーズにこたえられるというふうに思われるでしょうか。私は、これでは要介護者のニーズにこたえられない事態が生まれているというふうに思うんですが、どうでしょうか。

○政府委員(羽田田信吾君) 具体的なケースを挙げてのお尋ねでございます。

それぞれの地域において実際にどういう業務をどれだけおやりになっているかということについて、その処遇が適切であるかどうか、あるいは対応する勤務形態が適切であるかどうかという点についてにはお答えしがたいわけでありまして、いざいざ申し上げても、先ほどのお話で申し上げれば、登録ヘルパーであることがよいとかよくないとか、あるいは非常勤であることがよいとかよくないとか、常勤であることがよいとかよくないとかではなくて、地域の利用者に応じまして常勤で比較長くやられるのが必要部分についてはそういうふうなやられ、また地域の事情に応じてここは頻回にむしろ時間を区切ってやった方がいいというときに、それも常勤でもやれるということなら常勤でもいいわけですね。

そういう形態としていけば、地域のマンパワーを得るという観点からも、登録ヘルパーあるいは非常勤という形が非常に利用を進めるといふ点でいいということになればそういう対応をされるというところで、そこは市町村がいろいろ利用者のニーズに合った形態なりあるいはヘルパーの雇用のされ方なりをされるということをやまず第一にして、そのことを尊重する形で私どもも支援してまいりたいというところであります。

ということでは、先ほど申し上げましたけれども、現に、いわゆる整備率と申しますか配置率と

いう意味でのヘルパーの方々の人数の整い方と、それからその方々がどの程度利用されているかというこの間にかなり格差のあるところが相当あるという事は、やっぱり利用率というような、利用者にとってみればどれだけ来ていたか、どれだけ自分のニーズにこたえていたか、かといふことが大事でございまして、そういう意味でいえば、そういった利用率が必ずしも高くないといふことについては、私もこれは改善をしなければならぬ。そのときに、その一つとして必ずしも適切な形態でなければならぬ、そこはできるだけ利用率を上げられるような形態を考へられるといふのも一つの方法であらうといふふうに思いますので、そういったことを総合的にそれぞれの市町村において勘案をいただきまして決めていただくということがよろしいのではないかとはいふふうに思います。

○西山登紀子君 ちよっと歯切れが悪くてよくわからないんですけど、登録ヘルパーというのは平成七年までは身体介護はできない三級の免許というふうなことでした。平成七年から身体介護ができるようになったんですが、しかしまだ急増する登録ヘルパーさんの中にそういうきつとした研修というのが行き届いていないわけですから、例えばこんな笑い話のようなお話があるんですね。

登録ヘルパーの人が利用者の要介護のお年寄りのところに行ったら、体のふき方知りませんと。そして、利用者の方がわざわざ体のふき方はこうするんだと教えて、そして利用料を払ったんだ。一体私は何のためにヘルプに来てもらったんだらうという、こんな話があるわけですね。私は登録ヘルパーを全面的に否定しているわけじゃありません。そういう人たちの力ももちろんかなり必要じゃないかと思う。しかし、それが急増し、九五％登録ヘルパーになりつつある。この事態を厚生省はもっとシビアに見なければいけない。

例えば、感染症のお年寄りには登録ヘルパーの

方は今はまだ行けないわけですね。当然のことだと思ひます。ちゃんとした保証がないわけですから。そうすると、MRS Aのような感染症のお年寄りのところに行くには、名古屋では常勤の方が行っていらつしやると。午前ケース、午後ケース、間でちよっと服を着て行っているんです。そういう常勤ヘルパーが五年間でたった一人しかふえていない。これで要介護者のニーズにこたえられるのかという問題提起です。

登録ヘルパーの方はケースカンファレンスもできないわけですね、直行直帰ですから。年末年始になりますと介護の必要度は高まるけれども、登録ヘルパーの方々は別の仕事があるといふことで、今度は供給の方が足りなくなる。非常に不安定感があります。というふうななどなど、もう少し厚生省は実態をきちんと把握する必要があると思ひます。

この登録ヘルパーの方の身分保障といふことについては、もうるるいろいろな方々も言われて、きょうも中央公聴会で言われた点であります。その生の声がここに届いていきますけれども、利用者の状況は教えてもらえないとか、腰痛や胃の痛みが出た自費で通院しているとか、有給休暇や代替保障、失業保険、経験加算、こういうのがないとか、収入が少なくて生活ができない、身分保障をしていただきたい、雇用保険に入りたい、こういうふうな切実な御要望があるわけですね。

こういう状態が本場に誇りのある仕事として、また安定的な仕事として、必要な人数を確保する、意欲のある人を確保するといふことができるのかと。私はできないと。改善を図る必要があると思ひますが、厚生省のお考えをお聞かせいただけます。

○政府委員(羽田田信吉君) 登録ヘルパーの増加といふこと自体につきましては、あるその地域のやはり利用者の方々の需要といふものが基本になつての話といふふうに思ひます。

例えば、市町村の正規職員でございします訪問介護員が通常の勤務時間でそのサービスをされる、

それから登録ヘルパーといふような形の方あるいは民間の事業者のホームヘルパーが休日、夜間を分担されるというふうな形での対応というのは、これは一つの形態として当然あり得ることだといふふうに思ひます。したがって、その勤務形態そのものでホームヘルパーのあり方を規定するといふ必要はなからうかといふふうに私は思ひます。しかし、それにしても、今お挙げになりましたように、登録ヘルパーであろうとあるいは常勤ヘルパーであろうと、そもそも介護ができない人が介護に行くといふようなことはあつてはならないこととございしますから、そういう意味での研修を今まで以上にやらなければならぬといふことは、そのとおりでございします。逐年そういう意味で研修の内容につきましても充実を図つてきていくところとございします。現在でも、登録ヘルパーにつきましても、感染症の理解と予防のための基礎知識も含めてやつております。

しかし、どうしてもそれは、登録ヘルパーもそうですし、その他の方たちでもそうですけれども、例えば三級の養成課程を修了されてまだ日も浅いといふような場合には専ら家事援助的なことを中心にしないと十分に回れないといふときには、いわゆるチーム運営方式といったようなことの活用を通ずるといふような方式もあるわけでありまして、もちろん常勤の方々にそういうときに行つていただくといふこともあるわけでありまして、そこは弾力的に取り扱つていければよろしいと思ひます。

それから身分に関しましては、やはりホームヘルパーの方々が安定して働いていただくといふことは大事でございしますから、そういう意味で、原則として所属先団体との雇用関係にあることが望ましいといふのはやはり原則でございしますけれども、その勤務形態につきましても、先ほど来申し上げておりますように、弾力的なサービス提供ができる点、あるいはまたそのサービスの従事しておられる方も、先ほど登録ヘルパーの定義で申し上げましたように、自分はこういう時間帯で弾力的に働きたいという形もあるわけですから、そういった点も一面において配慮をしながら雇用関係の安定ということに努めてまいりたいと思ひます。

○西山登紀子君 私は満足のできる御回答はいただけなかったといふふうに思つております。それで、市町村のお考えだとかいろいろおっしゃるんですけども、私は、もちろん市町村任せであつてはいけないといふのは一点ありますけれども、これはやっぱり国の政策としてそういう方向が、むしろ流れがつくられていくといふふうに思ひます。

十七万のただでさえ低いヘルパーの目標を何としても数で達成していこうと思ひます。これはもう登録ヘルパーをうんとふやすといふことの方が近道ですね。だから、どんどんふえていくといふこととに、数だけ追えばそういうことになつていくわけですね。厚生省がそういう方向をむしろ助長する措置をとつていらつしやるといふことはわかりました。

問題は、私も大変驚いたんですが、平成九年、常勤、非常勤の壁を取るといふことで、ホームヘルパーに対する補助方式を変えております。これは七月に通達を出して変えていらつしやうわけですね、今までは人件費補助方式といふのをとつていたんですけども、これを事業費補助方式、結局、出来高払い制で、一件行つたら何ぼ、そういうふうに変えて補助をするといふふうな、常勤、非常勤の壁をなくしてしまつた。常勤であろうとなかろうと、幾らのケースをこなしたかといふことで結局補助がふえていくといふことになつていくことがわかつて、これは私は非常に重要な問題だといふふうに思ひます。

ちよっと時間の関係で先へはしりますけれども、厚生省は市町村とのQ&Aまでちゃんとつくつていられるわけですね。例えば補助対象について、「ケース会議、ヘルパー会議、研修等の時間については、事業費補助方式において補助対象となるのか。」、こういう質問に対しては、「事業費補

助方式の補助単価の中に上記勤務に要する経費がおり込んであるので、これらの時間は直接補助対象となりません。」という答弁が回答方式で書いてあるわけですね。私は、こういうことをやっておりますと、ヘルパー会議をきちんと開こうという方向にはなかなか動かないと思います。むしろそれよりも、一件でも多く行った方がいいというふうに、経済効果というか、そういうふうに向くのではないのでしょうか。

ですから、非常に重要なこのケース会議やヘルパー会議や研修などについても、結局はもうやらない、数だけこなすという方向に流れていくということ、厚生省が介護保険への移行を展望し、変えるというふうにならざるを得ないと思いますから、この介護保険制度と大きな関係があるということでは、私は今までの述べてまいりましたが、登録ヘルパーが急増しているという問題にさらに拍車をかける、そういうことを今政府がおやりになっているということは大変重要な問題だということに考えます。

最後に大臣にお伺いいたしますけれども、こういうふうに向く常勤、非常勤の壁を取っ払ってしまつて……

○委員長(山本正和君) 西山君、簡単にお願います。

○西山登紀子君 ということで、大臣に、むしろきちんとしたヘルプの質を高めるという方向での予算の増額をぜひ考えていただきたいと思ひます。

○国務大臣(小泉純一郎君) 常勤、非常勤というのはどうやって適切に組み合わせていくか。要は、介護を希望される方のいろんな要望にどのように応じていくか、その体制を整えることが一番重要なことではないか。その体制整備のために、厳しい財政状況ではございますが、格段の努力をしていきたいと思ひます。

○釘宮磐君 きょうは、今までのいろんな問題について議論をしてまいりましたが、その中で幾つかの点について確認も含めて御質問をさせていただきます。

きたいと思ひます。特に、質疑の中で以前に出た分については、重複を避ける意味で角度を変えて質問をさせていただきたいと思ひますので、よろしくお願ひします。

まず、要介護認定についてお伺いをいたしたいと思ひます。平成八年度のモデル事業の結果、これはもうこの委員会でもたびたび指摘をされてまいりました問題であります。一次判定と二次判定の結果に大きな食い違いがあった。地域によっては六割近くは達しておいた。さらに、その内容を見ても、一次と二次の判定で四ランク異なっている。そういう事例もあつたわけでありまして、今回のモデル事業の中で、特に痴呆性老人が非常に多いという点で目立たんではないかというふうに思ひます。

それで、厚生省に私は確認をしたいわけですが、痴呆性老人の問題については現行の調査票でいいのか。かつ、一回の調査で痴呆性老人の正確な要介護認定ができるのかというようなことが指摘をされたわけでありまして、この点について厚生省としては、このモデル事業における要介護認定を踏まえてどういうふうな改善を考えておられるのか、その点についてまずお伺ひします。

○政府委員(江利川毅君) 八年度に要介護認定の初めてのモデル事業をやつたわけでございます。六十地域でやりまして、今年度は、その成果というか実績、あるいは反省、問題点、そういうものを踏まえて必要な改善を行い、現在四百を超える地域でモデル事業を実施しているところでございます。

今回、特にどういふ点を痴呆の問題で改善したのかという御指摘でございますが、一つは訪問調査、市町村の職員が訪問調査をするわけであります。その調査におきまして、八年度は調査時点における状況を記載するというところでございました。今度は、その調査票の中に家族等から最近一カ月の日ごろの状況をいろいろ聞き取り調査して入れていくということで、一時点だけではなくて、ある程度の期間での生活状況を把握できるようにしたということが一つでございます。それから、かかりつけ医師からも痴呆の状況等につきまして意見を書いてもらうというようにすることにしております。

そういうような点を改善しまして、八年度に比べてまして幾つかの改善を行い、これで適切に審査判定できるようになったのではないかとこのように思ひているわけでございます。

ただ、この調査票によりましてまたどういう問題が出てくるか、今年度のモデル事業の成果を分析して、必要があればまた改善をしていく、そういう考え方でいってございまして。

○釘宮磐君 特に、痴呆性の場合、まだ痴呆としたときは全く異常がない、しかし時間が経過する中でいわゆる痴呆の症状が出てくるというように、痴呆が非常に多い。実は、私の弟が痴呆を専門に扱っている精神科医です。特に痴呆の問題については、かなり長期間にわたつて見ないと大きな誤差が出てくるだろうというように言われております。

その点について、今医師の診断をということではありますが、とりわけ過疎地域においては精神科医が非常に少ないということも指摘をされております。こういう問題をぜひ平成九年度のモデル事業の中では注視をしていただきたいというふうに、これは要望をしておきます。

それから、今回の認定の中で、痴呆性の疾患についてはおおよそ要介護度Ⅴに認定されるというように私どもは認識しているものであります。痴呆性というものはかえつて寝たきりの方が介護しやすい、徘徊が始まると、そのことによつても職員がつかうようなことも言われております。この点については、特に徘徊等の非常に手のかかる部分については、要介護度を一律Ⅴにすることにしているような指摘があつたわけですが、これについてはいかがですか。

○政府委員(江利川毅君) 前回のモデル事業にお

きましては、どういふふうな要介護度を区分するかというの、厚生省の中でも、あるいは審議会にかけてもいろいろな段階があつたわけでございます。その途中の段階で、痴呆の人は要介護度Ⅳぐらいになるのではないかとこのように議論されたことはございまして。そういうことが定着したために、逆に前回のモデル事業では痴呆の人は要介護度Ⅴに位置づけられるという傾向があつたのではないかと思ひます。

ただ、実際のモデル事業で使いました調査では、決してそうなっているわけではなくて、要介護状況に応じて判断をするというわけだつたんですが、そういう過去の議論の中の先入観といひましようか、そういうものが影響した部分があつたのではないかと。今回はそれを改めてよく説明をしているところでございまして。

ただ、徘徊をします要介護の人が必ずⅤかという、これは一概にそういうことではございませんで、やっぱり調査項目を見て要介護状態を調べる、それからまた専門のお医者さんあるいはその家族から聞き出した聞き取り調査の結果、そういうものを見て介護認定審査会で判断していただくわけでございます。徘徊を伴う痴呆の方が必ず要介護度Ⅴになりますというわけでは必ずしもないというふうに思ひます。

○釘宮磐君 私がここで指摘をさせていただいたのは、要するに、痴呆性の方が普通の例えれば療養型だとか特養だとか老健だとかそういうところに入所を希望しても、私は多分拒否されると思ひます。

〔委員長退席、理事上野公成君着席〕

ほかの人はずっと寝たきりなんだけれども、一人だけろうろろされたら、その人のために職員をつけないやならぬわけですから。だから私はそういう意味で、痴呆性の方のある意味では専門病棟というのには非常に整備が急がれるだろうというふうには思ひますが、その要介護度ⅤとかⅣとかというふうな問題以上に、痴呆性の問題というのは非常に私は深刻な問題だと思ひます。ぜひこの

辺はモデル事業の中で十分確認をしていただきたい、これも要望させていただきたいと思ひます。それからケアプランの問題であります。これは先ほど今井委員からの指摘もあつたところでありますが、まずお聞きしたいのは、ケアプラン策定機関の主体、それから要件、これについて具体的にどのようなものを想定しているのか、聞かせてください。

〔理事上野公成君退席、委員長着席〕

○政府委員（江利川毅君） 介護サービス計画を作成する事業者、法上は居宅介護支援事業者というところになっておりますが、その要件は、一つは法人であること。それからもう一つは、所要の人数の介護支援専門員を配置していること。所要の人数をどう定めるか、これは恐らくその地域における人口等を勘案しながら考える必要があるかと思ひますが、そういう専門員を配置していること。それから、運営基準に適合し適切な事業の運営ができること。運営基準を別途定め、三つの要件を満たしている者につきまして都道府県が指定をする、その指定を受けた者が居宅介護支援事業者というふうになるわけでございます。

具体的な事業者としては、当該業務を行うだけの事業者というのがあり得るわけでございます。それからそれ以外に、在宅介護支援センターであるとか訪問介護等の在宅サービスを行う事業者があわせてそういう居宅介護支援事業者となる、そういうこともあり得ると思ひます。

また施設等におきましても、介護サービス計画が当然入所者に対して必要でございますので、そういう施設を行う事業者があわせてそうなるというケースもあろうかと思ひます。

○釘宮馨君 ところで、いわゆる介護支援専門員、ケアマネジャーと言われる方ですが、これから国家試験を行って資格を認めていくわけですが、先ほど今井委員が指摘をしたように、いろいろなサービス提供者の施設にこぞってケアマネジャーを置くかと思ひます。そうなる

と、やっぱり自分のところにお客を呼ぼうと思つて、公平なケアプランというものが策定できるのかどうかということを先ほど今井委員は一番指摘をしたかったところだろうと思ひます。

先ほど小泉大臣は、提供者とそれからサービスを受ける人、両方の立場に立つてというお話、それはもっともなんです。そういう意味で公平にやれることが一番大事なのであつて、この前の大分では、この介護支援専門員の定数をやっぱり決めるべきではないのか、とにかくどこでもこどもみんなに取らせて、それぞれの民間業者も自分のところにケアマネジャーをつくるということになると、自分のところへ自分のところへというふうな傾向が出てこないかということを指摘する意見もありました。

私はその点についてまず江利川審議官にお聞きしたいんですが、小泉大臣にぜひ、私は郵便局の職員にこういう試験を受けさせるべきだと思ひます。郵便局というのは、特に過疎地域なんかはそういう地域のことをよく知つておりますし、そしてそういう新たな地域サービスをするのに非常に適しているのではないかと、しかも公平性という面でも保てるのではないかと、そういうことを私は思ひますけれども、その点についてもあわせて答えてください。

○政府委員（江利川毅君） 介護支援専門員が自分の関係する事業主体からサービスを提供するよう誘導を行うのではないかと、そういう懸念がないかと、そういうのが最初の御質問だったと思ひます。

先生の御指摘にありますように、基本的にそういうことが行われてはいけないうわけでありまして、この介護サービス計画をつくるに当たつては、被保険者本人の選択、家族の意向、そういうものを踏まえて、サービス事業主体と相談をして介護サービス計画をつくつてもらふ、これが公平、公正に行われなくちゃいかぬと。そのためには、やはり運営基準というもののうちにきちんとそれを担保するということが必要ではないかという

ふうに思ひます。事業者はそういう運営基準に従つて公平に行ふ。そうしまして、自分と関係あるところにサービスを誘導するようなことを禁ずるといふんでしようか、そうさせないような形に持つていくと。この運営基準は、それに違反すれば都道府県が監査を行うとか指定の取り消しを行うということができるものでございますから、そういう形で担保していくのかなというふうに思ひます。

また、介護支援専門員の定数を考えるべきではないかというお話がございました。介護支援専門員はこれから養成するわけでありまして、大変急ピッチで養成をしていくことになるわけでありまして、介護サービスを必要とする要介護者はどの介護支援専門員に頼んだらいいか、これもまた選択できるようになつていくわけでございます。ですから、ある程度数がいって、そして適切でない介護支援専門員というのは選択されないという形でしようか、評判のいい介護支援専門員が利用されるというか、評判のいい介護支援専門員が利用されるというか、適切な人が選択される。そういう意味では、初めから定数を考えるべきなのかどうか。まずはある程度の数の介護支援専門員が地域にいることが重要ではないかと、現段階ではそんなふうには思つております。

○国務大臣（小泉純一郎君） 郵便局員に介護サービスの研修をさせる、あるいは介護サービスに従事させるというのは、これは私は全く別の問題だと思つています。郵便局員は郵政三事業のサービスで精いっぱいだと思います。それに余分なサービスなり研修をさせるというのは、本人の特性もあります。適性もあります。そして、何よりこの介護事業に意欲的な人でないと、される方も迷惑ですから、この点は私は全く別の問題だと思つておきます。

○釘宮馨君 意欲のある人もいるのではないかと思ひますので、特に過疎地域ではなかなかそういうケアマネジャー的な公平性を保てるような人材を確保するのが難しいという意味で、一つの私の

考えとして申し上げたわけでありまして。次に、これは清水委員からも先ほどお話があつた件であります。情報提供の問題についてお伺いしたいと思ひます。

前国会で成立した児童福祉法の中には、市町村、保育サービス提供者の情報提供というものが責務として前面に打ち出されたわけでありまして、今回、介護保険ではこの点が若干希薄ではないかというふうに指摘をさせていただきたいと思ひます。きょうも清水委員から出ましたが、選択できる選択できるという言いながら、その情報が十分提供されなければ選択のしようもないわけでありまして、特に医療法では広告規制というものもあるわけですね。こういうものについての取り扱いがどうなるのかということがまず一点。

それから、清水委員の指摘の中にもありましたが、入った人が一生懸命リハビリをして介護度が軽くなつたと、そうすると、ある意味ではその施設なりは減収になるわけですから、成功報酬的なことがいのかどうかというお話が先ほどあつたわけですが、私も、これはこれも逆にいえば、情報提供の中で、この施設でこれだけの人が介護度が軽くなりましたよと。要するに、この施設に入つたら非常にいいサービスで介護度が下がりましたよというふうな実績をやつたり出していきべきではないか。成功報酬というものは、医師が入院した患者を治したら成功報酬があるかという、そんなものはないわけですから、成功報酬というのはちょっとなじみにくい話だろうと思ひますけれども、しかし、あの介護施設に入つたらこれだけ介護度が軽減されたよということぐらいは、私は情報提供の中にやつたりそれだけの保険者なりが出していくというのを義務づけたらどうなのかというふうな思ひますけれども、その点についてお聞きください。

○政府委員（江利川毅君） 医療法の広告規制と情報提供、あるいは介護報酬に絡めての情報提供と二点ございまして、再度御質問がありますれば健政局長から答えていただくことにしまして、両方

まとめます私の方からお答えさせていただきます。

医療法におきまして広告規制につきましては、患者保護という観点から設けられているわけでございますが、一方、患者が自分の症状に合った医療機関を選択する、そういう観点からも情報提供というのには必要なものでございます。

広告事項としてどういふものを認めていくかという点はあるわけでございますが、現在御審議いただいておりますこの介護三法案の中の一つ、医療法の一部改正におきましても、療養型病床群の有無等を法律の広告事項として盛り込む、こういうことが入っているわけでございます。またそれ以外の事項につきましても、医療審議会において御議論、御検討は今されているところでございます。

それから、成功報酬というんでしようか、その施設に入って介護サービスを受けていふゆる介護状態が改善された。私は、介護保険の制度の目的が自立支援であるということを考えますと、一番大事な点だというふうに思います。そういう点がこの事業運営の中で全体として評価されていく、それはまた必要なことであります。恐らく、要介護状態になった人がどういふ施設を利用するかというときには大変重要な判断の要素になる情報ではないかというふうに思います。

これを保険者たる市町村に義務づけてまでできるかどうかというの少し検討が要するのではないかと思います。そういう実績というの、事業者も自分のところに入った人たちがこうなりましと当然報告をしていくと。そして、それは実績をもって裏づけられる。それからまた、介護支援専門員が介護サービス計画をつくるときには、そういういろいろなサービス事業者の情報を提供して本人の意向を聞きながら選択をしてもらうということになると思います。市町村だけではなくて、この制度全体の運営の中で先生の御指摘の趣旨が生かされる工夫はしていく必要があるというふうに思います。

○釘宮馨君 それでは、介護報酬の設定、積算方式についてお伺いしたいと思います。

介護報酬がどのような考え方に基づいて設定されるのかという点であります。食事介助や入浴介助等、介助の種類、内容ごとに細かく積み上げて出来高払いを基準にするのか、それとも定額払いを念頭に置いておられるのか、またその積算方法については、例えば介助の種類、内容、所要時間ごとに細かく原価を設定して積算するのか、あるいは現行制度における施設・在宅サービスの国庫補助単価をベースに考えていくのか。さらに、この介護報酬はどの機関で検討されて、どのように決定されるのか、その点についてお聞かせください。

○政府委員(江利川毅君) 介護報酬は、在宅サービスの所定地等、施設サービスの所定地等、事業所の所在地等、施設サービスの種類、内容、事業所の種類、要介護度、施設の所在地等を勘案しまして、そのサービス提供にかかる平均的費用を勘案して、審議会の意見を聞いた上で厚生大臣が定めると。この審議会は先般でございました医療保険福祉審議会、ここで諮って議論をしていただくというところになるかと思っております。

その介護報酬の決め方の中でございますが、一つ一つの行為を細かく分析して、それを積み上げて出来高払いにやるといふのも一つの議論ではございますが、そういう決め方がいいのかどうかという議論もまた一方でございます。

例えば一つのホームヘルプサービスをすれば、ホームヘルプサービスというのはどんなふうなものかわかりませんが、例えば、A型、B型、C型があつて一定のサービスパッケージみたいなものをもって評価する、そういう形がいいんではないだろうか、こういうことを言う識者もいるわけでございます。

そういうことでございますので、そこはどういう仕組みがいいかということにつきまして、識者の意見等を聞きながら、関係審議会の意見を聞いて定めていくと。その単価につきましては、先ほど申し上げましたような実績等を踏まえながら

定めていく、審議会の議を経て、最終的には厚生大臣が定めるということになるわけでございます。

○釘宮馨君 ということは、まだ細部については決まっていないということですね。

私は審議会、審議会という言葉が出てくるのがどうも気になるんですが、審議会が出てきていろいろなことをお決めになるわけでしょうけれども、これについてやっぱり当厚生委員会に、実施に至るまでの間、私はぜひ十分報告をしていただきたいと思っております。審議会の委員は国民の代表じゃないわけですから。国民の代表は我々なんです。人たちの現場の意見とか、また介護を求めている人たちの意見を一番我々がわかるわけですから、その点についてはぜひお願いをしておきたいと思っております。

時間が参りましたので、最後の質問にさせていただきます。

今回、地方公聴会、中央公聴会、数多くやりました。いろいろな意見が出たわけですが、その中でも、幾つもの公聴会の公述人の皆さんが指摘した部分で、今福祉サービスで現実に行われているサービスが、介護保険が導入されたことによりって切り捨てられるんじゃないかという指摘が随分あつたように私は思います。

特に、今福祉施設でやっている在宅サービス、これはデイサービスというものが、それと医療施設でやっているデイケアというふうなものもあるんですが、特にデイサービスの部分で要介護認定に入らない人も今かなり来ている部分があるんですね。これは例えばひとり暮らしであるがゆえに、病院に行くよりは来ていただいて、そして話し相手になるとか、お互いに友達をつくるのか、そういう精神的なケアというのがあるんですけれども、こういう人は多分私は今度の介護保険の中では切り落とされる人が何%か出てくるんだらうと思つてます。特に市町村長あたりは、福祉サービスそのものの低下になるというところで、これをどうしてくれるんだらうというふうな意見

を私も聞いたわけです。この点をまず厚生省としてどう考えるのか。

それと、もう時間ありませんのでこの問題については後日にしたいと思います。給食サービス、それから移送サービスというふうな問題についても、既にもう地方の自治体でやっている。しかし、それが今回、介護保険の受給サービスの中に入っていないという問題についても非常に現場はお困りになっているようでありまして、その点についてまとめたいとお聞かせください。

○政府委員(羽田田信吉君) 現在の運営の実態を踏まえての御質問だらうと思つていますが、現在でもデイサービス事業につきましては、本来のあり方と申しますか、事業の対象としていけば、やはり身体上あるいは精神上の障害があつて日常生活を営むのに支障のある高齢者の方を対象にした事業として実はやっておられるわけがあります。その限りにおきましては、移行後も対象者がそこが生じるということとは原則としてはないということになるわけでありまして、今お話しのような、場合によっては生きがいが対策までいくのかどうかかわりませんが、予防、生きがいといったような観点も含めて、いわばそこはそういつたいわゆる介護対策と地域におけるそういう保健、医療、福祉、老人福祉、広い意味でのそういう福祉対策とが混然一体となつてやられているという実態からくることだらうと思つてます。

したがって、介護保険でそういう実態になつていふ部分を丸ごと受けとめようというの、これは保険料でまかなつてやるとすればなかなか難しいところがございますが、先ほどお話のございました給食だとか移送サービスの点も含めまして、やはり介護保険と同時にそういう地域の一般的な老人保健、医療、福祉施策、それから生きがい対策といったようなものを幅広く展開していくというところは、むしろ介護保険が導入された以後もますます重要になってまいりますので、そういうこととしてそれぞれの地方団体においてそういう施策を展開される、そのことを私どもの方も極

力支援をしていくという考え方でやっていかなければならないと思います。

ただ、デイサービスを取り上げて、それを介護保険にそのままのまんまでしまふ、どういう運営であれのみ込んでしまふというのは、やはり介護保険としてのあり方からいってなかなか難しいところがあるというふうに思います。

○委員長(山本正和君) 本日の質疑はこの程度とし、これにて散会いたします。

午後五時二十三分散会

平成九年十二月十一日印刷

平成九年十二月十二日発行

参議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局