

平成 23 年 5 月 25 日

午前 9 時開議 (第 16 委員室)

○**牧委員長** これより会議を開きます。

内閣提出、介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案を議題といたします。

この際、お諮りいたします。

本案審査のため、本日、政府参考人として警察庁長官官房審議官神山憲一君、厚生労働省医薬食品局食品安全部長梅田勝君、労働基準局安全衛生部長平野良雄君、老健局長宮島俊彦君、保険局長外口崇君の出席を求め、説明を聴取いたしたいと存じますが、ご異議ありませんか。

「異議なし」と叫ぶ者あり

○**牧委員長** ご異議なしと認めます。よって、そのように決しました。

○**牧委員長** 質疑の申し出がありますので、順次これを許します。松本純君。

○**松本(純)委員** おはようございます。自由民主党の松本純でございます。

早速質問に入らせていただきますが、たくさん用意をしておいて、簡潔なご答弁を宜しくお願い申し上げたいと思っております。

介護保険法は、平成 9 年に制定され、平成 12 年 4 月 1 日に施行され、11 年目を迎えております。

今回の介護保険等の一部改正法案の改正の目的は、今さらにその進行が予測される、我が国の高齢社会の中にあって、国民が高齢になっても安心して生活が出来る社会環境を構築することにあると考えております。

政府は法律提案の趣旨説明においても「高齢者が住み慣れた地域で安心して生活が継続できるよう、特に健康に直結する介護と医療等が切れ目なく、そのサービスを享受できる体制の構築」を目指すとされていることから、改正の方向性は明らかとなっております。

一方、こうした施策を財政的に担保するためには、社会保障と税の一体改革の議論や社会保障制度改革の方向性と具体策等が政府から示されており、その大きな課題の中には介護サービスも含まれていると考えております。

こうした視点から、今回の改正法案と政府が進める社会保障制度改革や社会保障と税の一体改革との関連あるいは位置づけについて、お考えをお伺いしたいと思います。

○**細川国務大臣** おはようございます。松本委員にお答えをいたします。

今回の介護保険法の改正案は、現在の財源の制約のもとで可能な限り保険料の上昇を抑えつつ、24 時間対応の定期巡回・随時対応型サービス等の創設、そして介護職員等によるたんの吸引等の実施など、効率よく質の高い介護サービスを提供するための制度の見直しを平成 24 年度から始まる第 5 期介護保険事業計画期間の段階から速や

かに行うもの、こういうことで改正案を提案いたしております。

一方、今お話がございました社会保障制度改革の方向性と具体策につきまして、これは 2025 年ごろを念頭に置きましてあるべき社会保障の姿と方向性を取りまとめたものでございまして、その改革案のうちの介護に関しましては、地域包括ケアシステムの確立、専門職種間の協働と役割分担の見直し、介護職員等の人材確保と向上などを盛り込んでおります。

このように、今回の法案の内容とそれから社会保障制度改革の方向性と具体策において示しました改革案は、いずれも地域包括ケアシステムの構築を目指したものとなっております。その方向性は軌を一にいたしているところでございます。

○松本（純）委員 今後、超高齢社会を迎える我が国では、医療・福祉・年金といった社会保障制度の整備は不可欠であり、これらと同時に、国民の生活を支える「介護サービス」も欠くことのできない社会保障制度の一翼を担うものであります。こうしたことから、現在公表されている改正法案並びにそれらの概要等を眺めると、国民目線あるいは介護サービスの安定的な提供という観点から、看過できない点があります。

高齢者は疾病構造も複雑で体調も日々変化し、又急性期疾病と異なり薬物治療に比重がかかっている患者も多く、使用する薬剤の数も多くなる傾向があり、入院から在宅に至るシームレスな医療提供には地域へ戻った際に適切な医療が提供できる十分な入院機関や受け入れ側の状況把握が必要となります。しかし改正法では、平成 24 年 3 月 31 日までを期限とした介護療養病床の廃止期限を猶予するとしており、廃止期限を延長する一方で新たな指定は行わないとしています。

介護療養病床廃止は社会的入院等を解消し適切に地域での受け入れ体勢を構築することを目的として決められたと認識をしております。今まで進まなかったからといって単に廃止期限を猶予する、或いは延長するというのは、如何にもおざなりな対応と考えざるをえません。猶予はするが計画通り進めるのであれば具体的にどんな手順で廃止を進めていくのか、明確な計画とそれを裏打ちする工程表を示すべきと思いたすがお考えをお伺いしたい。また、具体策があればお示しを願いたいと思いたす。

○宮島政府参考人 介護療養病床のお尋ねですが、介護療養病床、現在まだ 8.6 万床残っているということで、この転換が進んでいないという実態を踏まえ、6 年延長するということになりました。6 年の間には 2 回の介護報酬改定があって、各市町村の介護保険事業計画は 2 回つくられ、5 期、6 期ということです。この間に、転換先である介護療養型老人保健施設に対する介護報酬上の評価ですとか、あるいは有床診療所と併設した老人保健施設の創設に対して支援していくとか、あるいは補助金、あるいは融資制度、これの一層の充実に努めて転換支援を図ってまいりたいと考えております。

○松本（純）委員 介護人材の確保とサービスの質の向上について、訪問看護ステーションにかかる人数要件を緩和し、看護師の配置をこれまでの複数人から 1 人でも開設可能とすると仄聞をしております。

介護サービスが必要な患者に対する適切なサービス提供という観点からすると、マ

ンパワーの面からの不安を感じますが、こうした人的な懸念に加えて、国民・患者が適切にサービスを提供する者を選択ができるように、「サービスの公表制度」が義務付けられていました。適正なサービスが提供されるために、施設の監視・指導、第三者評価、これらを踏まえた情報公表制度は、欠くことの出来ない三本柱と認識をしております。

ところが、今回の改正法案によれば、年に1度の調査員による実地調査の義務を廃止して、手数料を伴わず、都道府県知事が必要と認めた場合に調査するという仕組みに変えるとしております。こうした見直しの結果、任意での実地調査で提供するサービスの質の担保は十分に行えるのでしょうか。また、都道府県知事が必要と認めた場合とありますが、具体的にはどんな場合が想定されるのかを明示されないままでは、大きな不安が残ります。指導・監査とどう違うのか、具体的事例を明確にお示しいただきたい。

また、これまで創設以来、公表制度の精度を確保するために、実地に施設を調査する専門の調査員の養成を進めてきていると思いますが、こうした調査員の今後について、その処遇も含めてどのように考えていらっしゃるのか、お尋ねします。

○宮島政府参考人 まず、情報公表制度そのものにつきましては、これは利用者に対して介護サービスの選択に資する情報を提供するということですので、これは維持するというごさいます。これは、行政処分を伴う最低基準を守る指導監査、あるいは介護サービス事業者がみずから希望した内容を評価してもらう第三者評価とはそれぞれ趣旨が異なっており、それぞれ必要だということごさいます。

ただ、情報公表につきましては、調査における手数料の問題、あるいは事業者に対する負担の問題等がありましたので、今後は、都道府県知事が認める場合、調査を行えると。その際、指針をつくる。指針については、指定調査機関などの意見を聞いて、都道府県が指針をつくる際のガイドラインを厚労省でお示しするということになっておりますが、例えば最初の指定のときでありますとか更新のときなどは調査に入ってもらいたいようなことを検討したらどうかということを考えております。

また、調査員のノウハウを生かしていくということは、介護保険、情報公開にとっては大事なことと思っております。今後とも、利用者の情報活用支援や事業者の問い合わせへの対応、あるいは今回の法改正で盛られております指定都道府県事務受託法人というもので監査などの委託を受けることになっておりますが、その活用も検討してまいりたいと考えているところでございます。

○松本(純)委員 高齢者が安心して生活できる場として居宅が最も望ましいことは、様々な調査や研究から明らかにされています。しかし一方で、家族構成や住宅の環境などの理由から、止むを得ず施設に入居して介護等のサービスを受けなくてはならない高齢者は少なくはありません。

こうした方々の受け入れ施設の一類型として「特別養護老人ホーム」が開設され、現行では、開設主体を十分な公益性及び安定性が確保されている地方公共団体、社会福祉法人、独立行政法人、日本赤十字社並びに厚生連に限定しています。その趣旨は、

営利によらない安定したサービスの提供を担保し、入所する高齢者もその家族も安心して介護サービスが受けられるためと認識しておりますが、どの様にお考えでありますでしょうか。

また、今回の改正案では特別養護老人ホームの開設を上記の法人以外に社会医療法人にも可能な、規制を緩和する案が示されています。公益性・安定性が担保されているという条件を要件として付してはありますが、本来の社会医療法人の担う役割は医療の提供にあって、そのことをもってのみ公益性・安定性が高いとすることは疑問を感じます。なぜ、社会医療法人にまで開設の幅を拡大するのか、その意図はどこにあるのか、お伺いします。

また、収益事業や公募債券等の発行が可能とされている社会医療法人にまで、特別養護老人ホームの開設を拡大することにより、結果として営利目的の株式会社等の施設分野への参入にまで拡大されていくことが懸念されるので、社会福祉法人と医療法人の役割とあり方について議論することなく、現行の開設要件を改正してまで、開設主体の幅の拡大をする必要はないと考えるのでありますが、如何でしょうか。

○大塚副大臣 お答えを申し上げます。

まず、どのような主体が特養を担うべきかということについては、先生が冒頭に整理をしていただいたような考え方で現在定められております。

そういう中で、後段で、なぜ今回、社会医療法人にその担い手としての立場を与える内容になっているのかということですが、この点につきましては、昨年6月18日に閣議決定されました規制・制度改革に係る対処方針において、「特別養護老人ホームへの社会医療法人参入を可能とする方向で検討し、結論を得る。」ということとなりました。規制制度改革の協議の場でも十分な議論が行われた結果でありますので、この閣議決定を受けて今回の法案の内容になっております。

なお、社会医療法人は、僻地医療、小児救急医療等の地域で特に必要な医療の提供を担うこととされていること、あるいは解散時の残余財産を国、地方公共団体などに帰属させる旨を定めていることなど高い公共性を有しており、さらには、原則として社会福祉法人が行うこととされている事業の多くを附帯業務として実施可能であることなどを勘案いたしまして、今回の対応となっております。

ただ、先生が最後にご指摘になりましたように、収益事業等を併営していることも事実でございますが、そうしたことも含めて慎重に検討した結果が、今回の法案の内容でございます。

○松本（純）委員 医療と介護の連携強化を進める方策として、地域包括ケアシステムが提案されています。その具体的事例として「介護職員によるたんの吸引」が挙げられていますが、一口にたんの吸引といっても、医師の指導のもとで実施する行為から、家族でも行えるものまで幅広にあると考えております。

現在、医療行為として整理されているたんの吸引を医師以外の者が実施する上で、安全性の担保はどのように確保されるのか。また、登録機関による研修を行うとされておりますが、具体的な研修機関としての登録の要件や研修プログラムについてどのよ

うにお考えか、お尋ねします。

○岡本大臣政務官 先生お尋ねのたんの吸引に関しましては、これまでは通知による運用で、一定の範囲についてたんの吸引を認めてきたところでございますが、今般の法改正を受けまして、医師、看護師等の医療関係者との連携確保等の安全措置を講じた事業所の業務として、たんの吸引等を行うことを可能としたいというふうに考えています。

たんの吸引を実施する施設につきましては、医療関係者との連携が確保されている、そういった体制がとれていること、また、たんの吸引等の実施に関する記録が整備されていることや緊急時の対応、感染症の予防措置などを定めていること、こういった安全確保措置を要件とし、都道府県知事への登録制度とすることとして、安全性の担保を図っていきたいと思っています。

一方で、介護職員等に対する研修プログラムにつきましては、これも法改正後、省令以下等で定めたいとは思っておりますが、たんの吸引等に関する講義や実地研修から構成されるプログラムであり、研修機関も都道府県知事の登録制度としていきたいと考えています。

その要件といたしましては、医師、看護師等の医療関係者が講師として研修を行うことなど、研修を確実に実施できる体制を整えていることを登録要件とさせていただきたいというふうに考えておりました、具体的な事業所の安全確保措置、研修プログラム、研修機関の登録要件につきましては、現在行っております試行事業の検証評価結果を踏まえ検討していきたい、そのように考えております。

○松本（純）委員 在宅医療に関わる各専門職の有する専門的知識の共有と業務の補完は安定した介護サービスを供給する上で不可欠なことは周知のことです。多くの調査結果によれば、在宅患者の抱える医療上・介護上の課題として、医薬品の適正使用の確保とその適正な管理が挙げられています。

医療の現場で使われる医薬品の取り扱いについては、切れ味のよい医薬品や副作用等の発現が疑われる前駆症状のチェックなどが不可欠であり、介護スタッフ・看護スタッフ単独では十分な管理が出来ず、患者の安全な薬物治療が確保できません。在宅で療養する患者の医薬品の管理には薬剤師の参加が不可欠と考えますが、如何お考えでしょうか。

その上で、地域包括支援センター等を中心とした、地域包括ケアシステムの構築は喫緊の課題ではありますが、在宅医療の提供を受けている患者の抱える医薬品の問題を解決しないままでは、十分な連携体制とは言い難く、適切な薬物治療を在宅でも提供可能なように、今後の超高齢社会を目前に、連携の仕組みの中に医薬品の専門家である薬剤師が参加できる仕組みを構築すべきと考えますが如何でしょうか。

○宮島政府参考人 薬剤師の介護保険制度における役割のお話です。

介護保険は、現在、薬剤師さんが利用者の居宅を訪問して服薬指導などを行うとか、必要に応じてケアマネジャーや訪問サービスの事業者への情報提供を行う居宅療養管理指導というようなことで評価をして、利用者の状態に応じた薬剤の提供及び医薬

品の管理ができるような仕組みがあります。

今後、地域包括ケアシステムの整備を推進していかなければなりません。やはりこのシステムでは、多職種協働ということが大事でありまして、医薬品を必要とする高齢者、認知症の方が在宅でふえるということで、薬剤師さんが在宅のケア体制の中でさらなる活躍をいただくということを念頭に、今後検討を進めていく必要があると考えております。

○松本（純）委員 現代の医療においては、これまでの医師のみに依存した医療の提供ではなく、医師を中心に歯科医師・薬剤師・看護師等の医療職種が連携・補完し合いながら進める「チーム医療」が不可欠として、厚生労働省においても、その効果的な運用に向け、現在、議論中と認識をしております。施設・在宅等患者のいる場所を問わず、介護サービスも医療と同様な観点から考える必要があります。

現行では、入院中の患者あるいは在宅療養中の患者にはそれぞれに必要な医療職が関わって、その治療に関わる「チーム医療」が可能になります。しかし、当該患者が特養等の施設に入所をすると、当該施設に医師が配置されているという理由から、抗がん剤等の一部の高額な医薬品を除き、薬剤師が患者の薬物治療に関わることが出来ず、その結果適切な薬物治療の提供に支障をきたす事例も少なくありません。医療サービスが、このように施設の種類により介護保険または医療保険から給付されるサービスの範囲が違っているのです。例えば、薬剤に関しては、特別養護老人ホームは、必要な薬剤をすべて医療保険から提供することが可能です。一方、介護老人保健施設は、定額払いのため、結果としてゾビラックス、アリセプト等の高額な薬価の薬剤の提供が制限されております。どこにいても必要な医療サービスが提供できるように、給付調整および仕組みの変更が必要であると思っております。

単に、患者の療養する場所が変わったというだけで、受けるサービスや負担する費用が大きく変化してしまう、このような状況をどのように受け止めていらっしゃいますか。また、介護と医療との棲み分けを再確認するなど、課題とされている事項を改善することが、介護と医療の連携したサービスには不可欠と思いますがいかがでしょうか。そしてもし問題があれば、今回の法律改正において解決すべきときではないかと考えます。

こうした視点からの議論が無いように思うのでありますが、いかがお考えでしょうか。

○外口政府参考人 介護保険における施設サービスについては、その施設類型ごとに提供することができる医療等に応じて医療保険による給付の範囲を決定しており、例えば、老人保健施設においては、入所者の介護にかかわる費用や日常的に必要な医療行為については介護保険により支払われておりますが、手術や特殊な検査など、密度が高く高額な医療が必要な場合には医療保険から支払うことができるとされております。

いずれにしても、次期診療報酬、介護報酬改定は同時改定ということもあり、入所者がその状態に応じて必要なサービスを適切に受けられるよう、中医協及び介護給付

費分科会における議論も踏まえ、どのような対応が適切か検討してまいりたいと考えております。

○松本（純）委員 現在の介護保険料は全国平均で月額 4150 円となっていますが、平成 24 年から始まる第 5 期事業運営期間では、介護保険料は 5000 円を超えると見込まれております。高齢者から見れば年金額が増えない中で、介護保険料が 1000 円近く上がるということになります。できるだけ保険料の上昇を抑えるような方策を考える必要があるのではないのでしょうか。

そこで、保険料の上昇を防ぐために、第 4 期で終了する介護職員処遇改善交付金を延長する考えはありませんか。

○細川国務大臣 これから高齢化がどんどん進んでまいります。介護を必要とする高齢者が増加する見込みでありますから、それをお世話する介護分野の人材を確保していくということは大変重要なことでございます。

介護職員処遇改善交付金でありますけれども、24 年度以降どうするかという問題がございますが、この点につきましては、引き続き現行の交付金を継続すべき、こういう意見がある一方で、給与等の労働条件については労使が自律的に決定していくことが適当であること、国の財政状況が厳しい現状であることなどを踏まえまして、介護報酬の改定によってこれに対応をしていくべきだ、こういうご意見、いろいろあるわけでございます。

今後の介護職員の処遇改善をどのように進めていくか、この具体的な方策について、今年末には医療、介護同時改定もございまして、そういうところで方策を決めていきたい、このように考えております。

○松本（純）委員 また、都道府県に設置している財政安定化基金については市町村分だけでなく、国費分と都道府県費分も取り崩し、保険料の軽減に充てると考えますが、いかがでしょうか。

○細川国務大臣 この財政安定化基金の取崩しによりまして返還される額の取り扱いにつきましては、市町村の負担分につきましては一号保険料の軽減に充てるもの、国及び都道府県の負担分につきましては、一般会計からの支出であります。介護保険財政の安定化を目的として支出をされた、こういうことを踏まえまして、返還額につきましては介護保険に関する事業に充てるように努める旨の規定をしております。

この返還額につきましては、私といたしましては、この法案条項の趣旨を踏まえまして、地域包括ケアシステムの実現に向けて有効に活用されていくようにしていきたい、このように考えておりますが、いずれにいたしましても、今後、その活用方法については、都道府県とかあるいは関係省庁と調整を図ってやってまいりたい、このように考えているところでございます。

○松本（純）委員 介護保険の地域支援事業の中で、高齢者が介護施設等でボランティアをした場合、ポイントが貯まり、そのポイントを換金や寄付することができる介護支援ボランティアポイントという事業があります。横浜市でも平成 21 年度から導

入したところ、登録者は4600人を超え、受入施設も250施設まで増えてまいりました。この制度は、元気な高齢者の力を介護の分野で活かすことができるため、これからの互助、共助の仕組みとして注目されています。

そこで、第5期から介護保険料も上昇することから、介護支援ボランティアの普及を促進し、介護保険料の軽減を目指すべきと考えますがいかがでしょうか。

○宮島政府参考人 ボランティアポイント制についてのお尋ねでございます。

この制度は、ボランティアの活動を通じて高齢者の社会参加、地域貢献を推進する、同時に、高齢者の健康増進、その結果として保険料上昇の抑制にも寄与する。各自治体において積極的に活用されるよう支援を行っていくことが重要であると考えております。

22年度補正予算で創設した地域支え合い体制づくり事業を活用して、こうしたポイント制の取り組みを進めていただけるよう、全国課長会議などを通じて周知、依頼しているところであります。

○松本（純）委員 時間になってまいりましたので、最後に一問お伺いしたいと思います。少し飛ばします。ご了解頂きたいと思っております。

医療保険で入院治療した後、退院時に医療保険で処方された医薬品などは、保険薬局から医療保険によって保険者に対して保険請求されます。しかし、退院後介護保険の申請をされると、遡って介護保険適用になるため、保険薬局側から保険請求されたレセプトは戻されることとなり、保険薬局は請求が遅れ、経営を圧迫することにつながってまいります。

介護保険が適用になる前の調剤や在宅薬剤管理指導料などは、保険請求を可能にすることはできないのでありましょか。

○外口政府参考人 医療保険においては、介護保険から同様のサービスを受けることができる場合には、医療保険からの給付は行わないこととなっております。

したがって、介護保険が適用となったものについては、薬剤料や調剤料は医療保険に請求できるものの、在宅患者に対する薬学的な管理指導料は、医療と介護でサービス内容が同様であることから、申請日にさかのぼって介護保険に請求することとなります。

厚生労働省といたしましては、次期診療報酬、介護報酬改定においては、医療、介護の同時改定ということもあり、医療と介護が切れ目なく円滑に提供されるよう、どのような対応が適切か、中医協や介護給付費分科会の議論を踏まえて検討をしてまいりたいと考えております。

○松本（純）委員 ありがとうございます。

予定の時間となりました。質疑を終了させていただきます。