

○山井委員 二十分間、質問をさせていただきます。

冒頭、五月二十四日の本委員会での私の不適切な発言に対して理事会で削除要求があり、私の発言についておわび申し上げ、議事録を削除させていただきます。

私は、杉並区や南伊豆町を批判する意図はありませんでしたが、結果として不適切な発言になったことをおわび申し上げます。

それでは、質問に移らせていただきますが、法案の前に、一つ、最近の重大な問題、年金のことを質問させていただきます。

GPIF、年金積立金管理運用独立行政法人で、株の運用を拡大されたと。それで、国内債券、国債を六七%から六〇%に下げて、国内の株式を一一%から一二%にふやされた、外国の債券と株式を一七%から二三%にふやしたと。この結果、例えば国内の株式への投資が一・一兆円ふえるということになったんですが、ちょっとこのことを冒頭に一つお聞きしたいんです。

田村大臣、やはり年金というのは安定な運用が一番重要だと思うんですが、より安定な国債を減らして株をふやすということは、リスクが高くなると思うんです。今回のこの運用比率の変更によって、リスクは高まったんじゃないですか、いかがですか。

○田村国務大臣 冒頭、先ほどの、ちょっと言い放しで終わられましたので、申しわけないんですけども、今回のこの法律は、逆に精神科医療機関を、義務化で、外に、要するに、退院をさせて、患者の方々をしっかりと退院の中において、地域の中において生活をいただくということに対してのいろいろな義務づけをしているわけでありまして、全く言われていることが我々は理解しませんし、そういう要望を受けてこの法案の中身に反映したことは何らございません。それは、おつくりになられる過程をじっくりと、皆様方がつくってこられた中においてできてきた法律でございますから、そのことも十二分に御理解をいただいて御発言はしていただきたいというふうに思います。

その上で、今のお話なんですが、国債自体は確かに比率が減りました。これは、しからばリスクは高まったのではないかというような今お話であったというふうに思うんですが、実のところ、国内債券並みのリスクと同じ水準のリスクで最も効果的な基本的なポートフォリオということで、今回このような形で出させていただきました。

それはどういうことかといいますと、国債の比率が高い、当然、国債の値段が下がる可能性もあるわけです。そのときにはリスクが顕在化します。そのときに比較的反対に動くのがやはり株式でございます。国債が下がったときには株式が上がる、株式が下がったときには国債が上がる、こういうようなリスクヘッジの構図がございます。

でありますから、長期化した国債、長期物の国債が最近出ている量が多いものでありますから、そういう中において、国債が長期化すればその分だけ国債のリスクが上がりますから、今回は、そのような意味からして、そのリスクヘッジという部分も含めて株式をふやした。

結果的に、国内債券並みのリスクと同等程度のリスクという形にポートフォリオ上はなっておりますから、そういう意味では、決して、委員がおっしゃった意味ではないわけでございます。リスクが上がったわけではございません。(発言する者あり)

○山井委員 法案質疑に入りますのでこれ以上質問はしませんが、私は、今の田村大臣の答弁というのは極めて不誠実だと思います。債券と株とを比べたら株の方がリスクが高いのは、これは常識なんですね。同程度とおっしゃいますけれども、やはりリスクは高まっているんです。

国民の大切な年金の保険料を、より株に投資して株価対策で使うということは、私も厚生労働大臣政務官をやっていましたから、その当時から議論はありました。そういう要望はたくさん来ていました。百兆円以上ある年金の運用資金を株に投資してもらったら株価が上がるんじゃないかという話がありました。ありましたけれども、やはり年金をそういうものにこれ以上使ってはならないということで、そこは抑えてきたんですね。

私は、今回その禁じ手を使ってしまわれたのではないかと非常に心配しておりますが、これはまた改めて議論

をしたいと思っております。

それでは、配付資料一ページ目にもありますように、きょうの横路委員そして大西委員の中でもありますように、まず、精神病院、社会的入院というのが二七・六％。かつ、今認知症の方が非常にふえてきているんですね。合計八万人入院されておられて、一年未満が三・四万人、一年から五年未満が三・三万人、そして五年から十年未満が九千人。

先ほどの大西委員の質問にもありましたように、私、実は、議員になる前までは高齢者福祉、特に認知症のケアの研究をしておりましたので、あえて申し上げたいんですが、認知症の高齢者にとってどの居場所が一番適切なのか。そういうことを考えたときに、もちろん、症状に応じてさまざまな議論はあると思います。もちろん、入院が必要な方もおられるでしょう。ただ、今も議論しましたように、ある程度治療が一段落をしているにもかかわらず、帰る場所がない、受け皿がない、そのことによって病院に長居をするということは、やはり問題だというふうに思います。

そこで、田村大臣に認識をお聞きしたいんですが、今のような認識でよろしいですか。基本的に、治療が必要なときは病院だけれども、その認知症の治療が一段落すれば施設なり在宅に戻っていくのが基本だという認識でよろしいですか。

○田村国務大臣 先ほど来お話がありますとおり、認知症患者で精神科病院に入院されておられる方々、約五万三千人ということで、全体の一八・二％ということになります。

やはり早期診断、早期治療ということが大変重要でございまして、どうしても症状が重くなられて精神科病院等々に入らざるを得ないという方々がおられるのは事実でございまして。しかし、それも、早期の治療をしてできる限りそれぞれ地域に戻っていただくというのがやはり前提であろうというふうに思います。

ただ、一方で、迷惑行為等々を起こす可能性が高かったり、あと、どうしても退院が困難という方もおられるわけございまして、そういう方々に対してしっかりとした治療というものをどう進めていくかというのは、やはり大きな課題であろうというふうに思っております。

○山井委員 認知症高齢者については、例えばグループホーム、特別養護老人ホーム、老人保健施設等、さまざまな居場所があると思います。

配付資料四ページを見ていただければと思います。

それぞれの場合、利用者の自己負担がどれだけか、そして、医療や介護にかかっている費用はどれだけか、そのことについて、田村大臣から御答弁をお願いしたいと思います。

○田村国務大臣 グループホームと老健施設、あと特養、精神科病院の認知症高齢者一人当たりの平均的な月当たりの自己負担額と入院総額ですね。

自己負担額から申し上げますと、グループホームが約十二万円、老人保健施設が、ユニット型個室の場合が約十三・二万円、多床室の場合が約八・二万円、特別養護老人ホームが、ユニット型個室の場合が約十三万円、多床室の場合が約七・九万円、精神科病院が約四・四万円でございます。

それから、利用者負担も含めた介護もしくは入院費用額の平均的な月当たりの合計額でありますけれども、グループホームが約三十六・五万円、老人保健施設が、ユニット型個室の場合が約四十・四万円、多床室の場合が約三十五・三万円、特別養護老人ホームが、ユニット型個室の場合が約三十八・四万円、多床室の場合が約三十二・四万円、精神科病院が約四十三・八万円です。

○山井委員 さまざまな居場所がある中で、これだけかかっている費用が違うし、また自己負担が違うわけです。

それで、配付資料にはつけておりませんが、例えば人員配置基準はどうかということですが、認知症対応のグループホームに関しては、日中は、介護職員、三対一以上、特別養護老人ホームは看護師さん、介護職員さんが三対一以上、老人保健施設は看護、介護職員さんが三対一以上、それに対して、認知症治療病棟入院の主な要件として、看護師さん二十対一、看護補助者二十五対一というふうになっていて、もちろん精神科病院の場合にはお医者さんがおられますから、お医者さんは病院常勤一名、医師四十八対一となっているわけです。

これは当たり前の話ですけども、医療は手厚い、しかし介護等ケアは薄いという特徴の違いがやはりあるわけですね。それと自己負担が違う。

こういう中で、高齢者にとって一番適切な居場所はどこなのかということが、これからふえ行く認知症高齢者ケアにとって一番重要だと思いますし、一番適切な場所はどこなのかということと、もう一つは、横路委員、大西委員からも話があったように、本人の自己決定ですよね。本人は認知症でなかなか自己決定ができないわけですが、いかにそれをそんたくして、本人が望む、ついの住みかなのか、居場所を選ぶのかということになってくると思います。

ここで、今回の法案、御本人の意思がなかなかはっきり示せないときにどうなっていくのかということなんですよね、入院のときだけでなく退院のときにも。

だから、田村大臣、今回の法案では、精神科病院に入院したとしましょう、それで、やはりずっといるわけにはいきませんから、ある程度の時期で退院をする、そのときに、誰がどういう形で判断をすることになりますか。

○田村国務大臣 まず、認知症の方々が精神科病院に入院をされた場合に、そもそも、都道府県で医療計画というのを定めておきまして、その中で、例えば、認知症の方々がどれぐらいの期間入院するか、そういう目標値を定めております。

一方で、委員、認知症、そもそもどういう状況で入院になるか。もちろん、医療行為が必要だからということで入院になるわけでありますが、そうはいっても、またこれは、認知症というのは加齢に伴う疾患でございますから、そういう意味からいたしますと、病態というもの、こういう病態ならば精神科病院に入院をする必要がある、そういうこともやはりある程度明らかにしていかなきゃいけないわけでありまして、そういう意味での研究会等々も今開催をいたしております。

さらに、五カ年計画などで、退院後の受け入れ体制、これをやることによって、退院をしていただくという環境整備をまずした上で、それならばどのような形で退院というものが決まっていくかということでもありますけれども、一番は、やはり、その指定医の方々が症状を見て、これはもう退院をしてもいいというような形に診断をいただくという、この医学的な判断というものが、当然一義的に、退院をしていくための一つの大きな判断になってくるといふふうに思います。

それから、先ほど来の議論の中にもございますように、あとは退院請求ですね。本人や家族から退院請求が出てまいりますと、精神医療審査会の方から、請求者や病院の管理者等と、話をいろいろとお聞かせいただく。場合によっては指定医等々によりまして診察が行われた上で、その必要性というものを判断されるということもございます。

いずれにいたしましても、退院ということになれば、それは生活環境相談員等々、そういうような形での退院のための準備を医療機関の方はしていかなければならないわけでありまして、一方で、地域援助事業者等々ともいろいろとアクセスをする中において、退院に向けての準備というものを進めていかなければならない。そして、その上で、退院後のことも含めて、チーム医療、いろいろな、多職種、協力をしながら、もちろん外来での医療というものも提供していただかなきゃならぬわけでありまして、それから、地域に出ていってアウトリーチということでもございまして、訪問支援ということも含めて対応していくということになろうというふうに思います。

○山井委員 どうしても、入院し続ける、あるいは、退院がなかなか困難だということになりかねないんじゃないかという危惧を私たちは持っているわけです。だからこそ、本人の代弁者、代理人をやはりつける必要があるということで、参議院で修正もさせていただきました。

また、その前提となるのが受け皿だと思うんですね。きょうの配付資料にも入れましたけれども、一つは、やはり認知症高齢者のグループホーム、これがなかなかふえないわけですね。私も何冊かグループホームについての本を書きましたけれども。

特にお聞きしたいのが、例えば、東京では特別養護老人ホームが足りない、だから、グループホームだったらまだ土地がそれほど要らないから建てやすいんじゃないかというけれども、都市部でもなかなかグループホームがふえないという問題点があるんですね。やはりここを、何とか特に都市部でグループホームがふえるような、そういう方策というのを考えていくべきじゃないかと思いますが、いかがですか。

○田村国務大臣 認知症施策推進五カ年計画の中において、この認知症のグループホームというものを整備していこうという計画を立てているのは、委員も御承知のとおりでございます。

二十四年ですか、今現在、大体十七万人のグループホーム、枠があるわけでありすけれども、これを平成二十九年、二十五万人までふやしていこうということで、都道府県に基金をつくっていただきまして、ここに国からお金を入れながら、グループホームをつくっていただくに当たりまして、一事業所当たり三千万円ということで上限をつくって、今いろいろな助成をしておるわけでありす。

各自治体ではそれぞれいろいろな御努力をいただいておりますわけでありまして、例えば、未利用の公有地の低額での貸し付けでありますとか、それから、先ほどの助成に対して上乗せをさらにしていただいている。東京都の場合は上乗せをさらに三千万だとか二千万していただいておりますというような自治体もございます。そして、合築等々で、一階は例えばグループホームで、二階に他の施設を合築する、そういうような努力もしていただいております。

国は国として、グループホームの推進に向けていろいろな施策を進めてまいります。各自治体でもそれぞれ御努力をいただきながら、このグループホームというものをつくる中において、認知症の皆様方の受け皿になるべく、今いろいろと計画を進めていただいております。

○山井委員 精神病院の長期入院はよくないという問題で、何よりも受け皿がないと退院ができないわけで、逆に、受け皿があれば、もしかしたら入院する必要がない方も出てくるかもしれないわけですね。一つはグループホーム、もう一つは、この配付資料にも入れましたが、二十四時間体制のホームヘルプ。一日に何回かホームヘルパーさんが来てくださって、例えばデイサービス、毎日昼間預かってもらったら、ひとり暮らしで軽度の認知症の高齢者が在宅でやってくれる可能性が出てくるんですね。実際、そういう事業もされているわけです。

ここの資料を一つ一つ言いませんけれども、要介護二の認知症の高齢者、要介護三の認知症の高齢者、この方々は、在宅でホームヘルパーさんを一日三回、四回、五回受けながらデイサービスも利用して、こういうふうにして暮らしておられるわけです。

ところが、この二十四時間のホームヘルプサービスがなかなかふえないんですね。ここにもありますように、本来だったら、平成二十四年度は百八十九の保険者で行われているはずなのが、まだ百二十しかふえていない。今年度、平成二十五年度は二百八十三保険者で一・二万人が利用する、そういう見通しになってはいますけれども、このとおりきっちりふえるのか。

この精神病院の問題というのは、単体の問題じゃなくて、受け皿をどう整備するかという選択肢をふやしていないと、根本的に対応がなかなかできない。そういう意味では、二十四時間体制のホームヘルプというのはもしかしたら認知症に対しては余り効果はないんじゃないかと思っている人がおられるかもしれませんが、非常にやはり効果はあるんですね。入院をおくらせる、あるいは退院の受け皿となる。

そういう意味で、この二十五年度、二百八十三の保険者、一・二万人、ちゃんとふやせるのか。今、予定よりもふえていないんですけれども、それに対する方策を田村大臣にお聞きしたいと思います。

○田村国務大臣 認知症の皆様方は、早期発見していただいて早期治療を始めていただくということがまず大事だというふうに思います。その上で、重症化をしない。

これはどうしても、認知症も、委員おっしゃられますけれども、グループホームというのは平均すると大体三前後、ちょっと手前ぐらいですかね、それぐらいの方々が入られていることが多いわけでありす。重くなると、どうしても施設入所せざるを得ないという方々も出てくる。さらに重くなると、それこそ精神科病院に入らざるを得ないという方々も出てくるわけでありす。

そう考えたときに、認知症をお持ちの方々が地域で介護を受けながら生活するという意味では、この二十四時間の定期巡回・随時対応型のホームヘルプサービスというものは、今言われたとおり、定期的に巡回してきますから、その中において、生活のリズムという意味では、例えば排せつの介助であったりでありすとか、それからあと服薬の確認なんかは、きちきちと決まった時間にそういうような確認をすることによって生活のリズムがうまく生まれてくるわけでありまして、認知症を悪化させないという意味では、やはりそれなりの効果というものは認められているというふうに思います。

その上で、現状、進んでおりません。今、進んできてはおりますけれども、計画どおりにはいっていないんです。

それは一つには、やはりしょっちゅうコールを呼ばれるんじゃないかだとか、夜中に呼ばれるんじゃないかだとか、そういうことを心配してなかなか事業者の方々も参入しづらいということがあるんですが、実態はそうではございませんでして、比較的、夜でありますとか、コールを呼ぶということはそれほど多いわけではございません。ですから、その部分をしっかりと事業者の方々にもお伝えさせていただきながら、この二十四時間サービスに参入をいただくということが一つ。

それからもう一つは、やはりケアコール端末ですか、こういうものはお金がかかりますから、こういうものに対しての補助というものもやっておりますので、こういうことを引き続き御理解いただきながら、しっかりと事業者それからケアマネジャーの方々にも御理解をいただきながら、この事業を進めていくという中において、事業者の方々に対して我々もさらなるPRをしながら、この二十四時間型のサービスの普及に努めてまいりたいというふうに思っております。

○山井委員 時間が来ましたので、残念ながらこれ以上質問はしませんが、今、田村大臣は大事なことをおっしゃった。グループホームは要介護三ぐらい、認知症で。もうちょっと重くなると施設に入って、もうちょっと重度になると精神科病院に入院しているのではないかと。

問題はそこなんですよ。そうであればいいんです。でも、実際は、残念ながらそうじゃないんですよね。軽い人でも、面倒を見る人がいなかったら入院しているケースがあったり、重くても、いい介護のケアがあれば在宅で暮らせたりとか、さまざまなケースがあるんですが、問題なのはやはり、本人の状態というよりも、家族の経済状態とか家族の介護力とか、その地域にどれだけのサービスが受け皿としてあるとか、そういう外部的要因によって認知症の高齢者の居場所やターミナルというものが今決められてしまっているのではないかとということが非常に深刻な問題であります。

そういう意味では、今回のこの法案の中でも、もちろん、家族の都合、家族の言い分、医療的なニーズ、いろいろなものがありますがけれども、やはり一番重要なのは本人の意思でありますから、代理人、代弁者というものをしっかりと認知症の高齢者につけていく、そういうことが必要だと思います。

以上で終わります。