174-衆-厚生労働委員会-18号 平成22年4月14日
阿部知子議員、古屋範子議員、柿澤未途議員の質問に対し、山井厚労政務官　答弁

○藤村委員長　次に、阿部知子君。
○阿部委員　政権交代を受けた激しい御論議の後でありました。しかし、国民から見れば、やはり後期高齢者医療制度の問題をとっても、御高齢期も含めて、どうやってきちんと、人間が尊厳を持って権利である医療を受け、その寿命を全うできるかという問題は、実は私は、今の厳しい経済状況の中で、与野党の別なく、本当に真剣に考え直してみないといけない時期だと思います。
　失われた十年と言ってもいいような、医療政策の分野でもそうでした。医療費をどうやって抑制するか、そのためには御高齢期を、はっきり言って、なるべく治療も受けないで、亡くなってほしいとまでは言いませんが、受けないで、医療資源を使わないでほしいとするような医療費抑制策が二千二百億円でした。そのことでまた自民党政権も苦しまれたと思います。いろいろな批判も受けられた。しかし、今、新政権になって、私ども与党側ですが、やっぱりこの問題に立ち向かうのに本当に厳しい状況があります。
　私は、きのう、参考人の御意見を聞いていながら、実は各党派で推薦をいたしましたが、どこの党派といわず、問題はかなり収れんをされてきておって、そのことにまじめにこの委員会がこたえていけば、きっと国民の納得するものが手に入る。あきらめてはいけないし、あきらめないで御一緒にやっていこうと思います。
　その意味で、きょうは、私は、後期高齢者医療制度を冒頭に取り上げます。
　私は、かつて野党だったとき、激しくこれに反対し、今も即時廃止がいいと思っております。これは民主党の皆さんとは違います。また、きのうの参考人の中にも、そういう御意見は少のうございました。しかし、後期高齢者医療制度、せんだって、尊敬する坂口元厚生労働大臣が、何がいけないんですかと長妻さんにお聞きになりました。私は、この後期高齢者医療制度は、御高齢期にとって最も大事な健康管理、保健指導、健診などを、ある意味ではぷっつりと切ってしまったことに最も問題があると思います。
　きょう、皆さんのお手元に、健康診査の充実ということで、厚生労働省が最近つくられた資料がございます。これは批判を受けて、後期高齢者医療制度では広域連合が保険者ですから、ほとんど、健診というものについての取り組みは極めて少なかった、人間ドックもなくなったなどで、政権としても、また前政権としても見直されて、健診の受診率が平成二十年度は、その始まる前の二六％に比べて二一％に下がったから、予算づけをしてどんどん上げていきましょうということで、二七％というふうに、これは受診率ですが、改善するための予算措置をつけられた。これで解決しているでしょうかというのが、きょうの私の質問の第一番目です。
　資料の三枚目を開いていただきたいと思います。
　三枚目は藤沢市の例ですが、どこの市町村でも一緒です。特定健診と呼ばれるもの、これは実は御高齢期の後期高齢者も受診されるところとなりましたが、しかし、今でも、この瞬間にも、七十四歳以下と七十五歳以上には違いがございます。この１と２、詳細な健診項目という方は、１において異常が出た方が、２の例えば貧血検査あるいは心電図、眼底検査などを受けられるかどうかというお話であります。
　まず冒頭、細川副大臣にお願いいたします。
　これは各市町村によって異なってしまいました。１まではやるんです。異常が出たときに２を受けたいと思うと、市町村によってばらばら、全く違います。
　ちなみに、貧血検査、眼底検査あるいは心電図検査で、市町村の実施率というものについて、細川副大臣に冒頭お伺いいたします。もしおわかりでなければ、私が数値を言わせていただきます。
○細川副大臣　お答えいたしますが、受診率が低下をしていることなど、これは委員御指摘のとおりであるというふうに認識をしておりますが、今の具体的な市町村でのあれは質問の予告がなかったので、ちょっと私の方では答えられません。
○阿部委員　実施率ですが、貧血は三三％、心電図は二九％、眼底は二三％の市町村しか実施していません。１で項目を満たし、異常だから健診をしたいと思っても、市町村自身がやっていないんです。そうなると、どうなるか。自費とは言いません、自分で健康保険を使ってやられるわけです。七十五歳以上の方だけです。これは、今ま

で基本健診、老人保健制度の基本検査においてはすべて項立てされて、それも含めてクリアすることが目標になっておりました。

老人保健制度という名は、保健のケンは、医療保険の険じゃなくて健康の健です。この概念は、健康に生きていただくために、四十歳以上の方に予防保健を頑張ろうということでした。私は、制度的には問題があると思います。ただ、理念的には、やっぱり大きな転換点だし、高齢社会に向かって、それがなければ、だれがどう考えたって医療費は高騰してまいります。抑制のためでなく、また健康のためにも、健康の健診、そのフォローは絶対的に必要です。

次に伺います。

では、七十五歳以上の方と七十四歳以下の方で、七十四歳以下の方は、いわゆるメタボ健診などを受けて、異常があれば特定保健指導というものがございます。これはいいか悪いかは別として、私はもっと糖尿病などにターゲットを絞った方がいいと思いますが、とにかくそのチャンスがあるわけです。しかし、御高齢者は、もちろんこれはありません。特定保健指導、例えば食事をどうする、カロリーをどうする、全くありません。では、だれがこの七十五歳以上の方の健康管理に責任を持つでしょうか。

ちなみに、十九年までの老人保健制度の中でやられていて、これもおわかりだったら御答弁いただきたいですが、七十五歳以上の受診された方の要医療率と要指導率についてはどうでしょうか。これももしかして、私にけさ資料が来たので、御存じないでしょうか。

○細川副大臣　申しわけありませんけれども、通告がなかったので、ちょっと答えられません。ぜひ、通告をしていただけたら答えられると思いますので、よろしくお願いします。

○阿部委員　実は、通告はしたのですが、お返事が遅くて、なかなかそろわなかったんだと思います。

でも、副大臣には申しわけないので、私から数値を申し上げますと、七十五歳以上の方で老人保健制度下の基本健診をお受けになると、何と、六五％が要医療、三割近くが要指導であります。普通に考えれば、七十五歳以上で健診を受けに行こうかなと思うのですから、どこかの自覚がある方だということで、要医療が六五であってもいいと思います。

でも、要指導の三割が、今回、今の制度の中では抜けてしまいます。要指導の方を要医療にしないための取り組みが、七十五歳を過ぎるとぷっつりなくなるんです。私は、このことはどう考えても、一千三百万人の後期高齢者と区分けされた方々について、各市町村、自治体が、住民ですよ、税も払っていますよ、そこに住んでいる仲間ですよ、しかし、そこからないんですね。このことをぜひ即刻是正していただきたい。

私の提案は、老人保健制度に戻せということです。制度的な問題があることは存じています。しかし、理念的に、どうやって全体で予防保健をやっていくかというその考えをとります。もし民主党の皆さんがそれをなさらないのであれば、この抜けてしまった七十五歳以上の方の健康管理について、だれが責任者で、だれが実施して、どうそのデータを集積していくのか。これについて、では今度、山井さんでお願いします。お返事、お願いします。

○山井大臣政務官　阿部委員、御質問ありがとうございます。

確かに、この後期高齢者医療制度は、七十五歳という年齢でその取り扱いに差をつけてしまうということが根本的な問題点でありまして、その中の象徴の一つが、今、阿部委員が御指摘の特定保健指導のことであると思っております。

このことに関しましては、厚生労働省としては、現時点では、各市町村に対して、健康相談等の体制の確保を要請する、あるいは、広域連合が高齢者の健康づくりのために実施する健康教育、健康相談、運動教育等について財政的な支援を行ってきたところでありますが、阿部委員御指摘のように、この部分は非常に弱くなっていると思いますし、阿部委員の御指摘はすぐに何とかできないかということだと思いますので、平成二十年度の健診受診率の低下を踏まえて、すべての広域連合において健康診査受診率向上計画を策定するなどやってはまいりましたけれども、今後、高齢者の方々、専門家、現場の職員の意見も伺いながら、後期高齢者医療制度の見直しの論議と並行して検討させていただきたいと思っております。

○阿部委員　私が言っているのは、待てないということなんです、人の一生は。その瞬間にも、御病気というのは

襲ってくるかもしれないんです。四年間待てというのは、その四年の一日一日の重みをどう考えておられるかです。

山井さんに答えてほしいのは、健診をして、その結果をどう生かして、本人にどう返して、より健康に日々を生きてもらうかということを、もし皆さんが即刻廃止しないのであれば、今どうできるかを真剣に考えていただきたいんです。

これは、市町村だって、ここの住民、この高齢者は、自分たちの市町村の保険者のカバーする範囲じゃありません。では、広域連合がこの方たちの健診のデータを含めていろいろな管理ができて、その方のよりよき健康な日々に指導できるか。できません、大き過ぎるから。

だったら、もし廃止されないんだったらどうするのか。そして、そもそも後期高齢者医療制度の制度改革の中で最も抜けたるものは、費用負担がどうか。これは対立も生みます。だけれども、理念がありません、哲学が。

大体、去年の十一月三十日、この会議、山井さんも御出席であったと思いますが、そこで日本福祉大学の近藤先生が御指摘でありますが、そもそも、集めたお金でどういう医療を提供するのが世界一の高齢化の進む日本の今後に対応できる制度になるのかという議論が全くない、とても心配だと。基本的な考え方六点についても保険財政の話ばかりで、この六点は長妻大臣がおっしゃいましたが、財政の話ばかりで、医療の中身、今後の高齢社会に対応できる日本の医療をどうすべきかがないんですという指摘なんですね。

医療費抑制で語るは間違っています。しかし一方で、では、どうやって高齢期、超高齢社会を本当に健康管理していけるか。そこが抜けると、画竜点睛の制度いじりになります。

きょうはもう、時間の関係でもう一つの質問がほとんどできない状態になりましたので、これは山井政務官にお願いです。高齢者医療制度の改革の会議の中で、今言った視点にのっとった論議をぜひしていただきたい。そうなれば当然、健診なり予防保健なりをして、そこでより健康に生きていただくための制度設計はどうあるべきかというのが出てくるんだと思います。御答弁お願いします。

○山井大臣政務官　阿部委員にお答え申し上げます。

非常に重要な御指摘であると思います。根本的な制度改革は、確かにこれは時間がかかりますが、やはり、この後期高齢者医療制度の中で七十五歳以上で不利益をこうむっておられる部分に関しては、急げる部分は当然急いでいかねばならないと思っております。

この検討会の中でという形になるかどうかわかりませんが、とにかく並行しまして、今阿部委員御指摘の、特定保健指導に相当する健診後のフォローの実態をまずどう把握するか、そしてそれをどう是正していくか、検討してまいりたいと思います。

○阿部委員　理念なき制度は必ず失敗しますから、高齢社会を本当に健康に生きるため、御努力いただきたいと思います。

終わります。

○藤村委員長　午前十時五十分から委員会を再開することとし、この際、休憩いたします。

午前十時十七分休憩

◇

午前十時五十分開議

○藤村委員長　休憩前に引き続き会議を開きます。

質疑を続行いたします。古屋範子君。

○古屋（範）委員　公明党の古屋範子でございます。

まず初めに、医療関連で二問、質問してまいります。

近年、睡眠時無呼吸症候群の増加が指摘をされております。この症候群、日中に眠気を引き起こすということで事故が発生をしたりもしております。また、心血管疾患などのリスクも高めるというふうにも言われております。

専門外来も拡大をしてきておりまして、治療に用いられますＣＰＡＰ、シーパップというそうなんですが、この保険請求につきましては一カ月に一回受診することが必要とされております。

しかし、状態がかなり安定をしている場合には、一カ月に一回受診をしなくてもよいのではないかというふうにも思います。薬剤投与の長期化などに倣いまして、二カ月に一回ですとか、もしくは三カ月に一回の受診で可能になるようぜひとも見直しを行っていただきたい、このように思いますが、いかがでしょうか。

○長妻国務大臣　これに関しては、睡眠時無呼吸症候群でありますけれども、睡眠時に無呼吸、十秒以上呼吸が停止するのが五回以上ある病態を総称的に指すということでありますけれども、今御指摘の点は、今月から始まりました診療報酬の中でもどうするかという議論がありまして、これは日本呼吸器学会より同じような御提案もございまして、そして医療技術評価分科会のもとに設置された呼吸器関係の専門家から構成されるワーキンググループで議論をいたしました。

その結果、この睡眠時無呼吸症候群については、やはり少なくとも一カ月に一回は、状態が改善しているかどうかを確認するとともに所要の指導を行うことが必要である。確かに、安定しているのか、安定しているように見えるのかということもありますので、これはいろいろな御意見はありましたけれども、結論としてはそういう結論となったわけで、今回の診療報酬では一カ月に一遍というような限定で報酬をするということとなったところでございます。

○古屋（範）委員　今回の診療報酬改定の過程で、ワーキンググループでは議論になった点であるということでございました。

こうした方々も、実際には働いていらっしゃる方々も多いわけですし、仕事を休んで月に一回受診に行くというのもなかなか大変なことだろうというふうに思います。ぜひ、この課題につきましては次期の改定に向けて前向きな検討を引き続きお願いしたいということを要望しておきます。

それからもう一問、パルスオキシメーターの流通についてお伺いしてまいります。

このパルスオキシメーター、体に針を刺したり切ったりもすることなく、ＳｐＯ2、経皮的動脈血酸素飽和度の測定を行うことが可能でありまして、これにより心肺機能が常時正常であるかを知ることができるということで、患者の呼吸リハビリの継続あるいは病状の自己管理などに有用なツールとされております。

医療機器というものの区分なんですが、一つは一般医療機器、クラス１ということで、リスクは極めて低い。この中には、メス、ピンセットあるいは家庭用の救急ばんそうこうなどが含まれております。また、もう一つは管理医療機器、クラス２ということで、リスクが比較的低いということで、エックス線の撮影装置ですとか家庭用のマッサージ器、磁気治療器などが含まれます。三番目の高度管理医療機器、クラス３、４、これはリスクが非常に高いという区分で、人工呼吸器、透析器、コンタクトレンズ、ペースメーカー、このような分類になっております。

このパルスオキシメーターを製造販売していることに関しましては、管理医療機器の製造販売を対象とした第二種医療機器製造販売業の許可が必要となっております。製品ごとに、クラス分類に応じた承認もしくは認証の取得、届け出を要しております。パルスオキシメーターは、指定管理医療機器として、国の指定する第三者認証機関による認証が必要とされております。

しかしながら、パルスオキシメーターは、血圧計ですとか体温計と同様に、人体に危害を及ぼす可能性が極めて低い、安全な測定機器でありまして、この１の一般医療機器に分類されてもよいのではないか、このように考えております。

現在、パルスオキシメーターの価格が比較的高く、その購入に当たって患者団体から助成制度の創設が要望されております。そこで、この医療機器の区分を見直して低価格化を図るべき、このように考えますが、いかがでしょうか。

○長妻国務大臣　今、パルスオキシメーターの説明をいただきましたけれども、おっしゃられたような使い方と同時に、例えば、人工呼吸器を装着して呼吸補助を受けている患者さんに対して、本当に人工呼吸器がきちっと作動しているのかどうかというのを、このパルスオキシメーターをその患者さんにつければ患者さんの呼吸状態がわかりますので、呼吸がなされていないという状況が、そこでアラームが出れば人工呼吸器のふぐあいだと推定するということで、ある意味で、確かに血圧計と同じ側面の使い方もあるわけでありますけれども、今申し上げたような使い方でありますと、これは最悪の場合、命にもかかわる状況になる危険性もある、可能性もあると

いうことも言えるのではないか。

そして、今御指摘いただきましたように、日本国の医療機器というのはクラス１、２、３、４と四種類に分類して、四番目が一番厳しいチェックがなされて、一番低いのがクラス１ということで、今おっしゃられたメスとかピンセットとか、これは承認というのは必要ないわけであります。

今おっしゃっていただいたものはクラス２ということでありますが、これを例えばクラス１に下げますと、承認が不要ということになります。そういう意味では、使い方によっては命にかかわるような使われ方も今実際なされているという現状にかんがみると、これを直ちにクラス１に下げるのは困難であるというふうに現状では考えております。

○古屋（範）委員　大臣、命にかかわる使用方法もあるという御説明でございました。

一方で、こうした機器が広く低価格で普及をしていくということは多くの人々の健康に資するものでもありますので、こうした使用用途の別もございますので、ぜひ前向きな御検討をお願いしたい、このように思っております。よろしくお願いいたします。

では次に、高齢者が安心をして、また尊厳を守って暮らしていける社会の構築ということで、介護、医療にも関連をいたします高齢者の問題について質問してまいりたいと思います。

私は当選以来、高齢者虐待防止の問題に取り組んでまいりました。平成十六年に高齢者虐待防止対策のワーキングチームを立ち上げまして、当時、日本高齢者虐待防止学会の田中理事長を初めといたしまして、多々良先生ですとか高崎絹子先生、専門家をお呼びし、さまざまな勉強会を行いながら、また、視察、関係団体のヒアリングも行ってまいりました。

こうした中で、高齢者虐待の問題は私たち政治家が責任を持って取り組むべき課題である、このように訴えまして、与野党の皆様にも御協力をいただきながら法制化を進めることができた、このような経緯がございます。

そして、この春で、高齢者虐待防止法が施行されて四年になります。数々の課題も浮かび上がってまいりましたので、この件につきまして、まずはお伺いをしてまいりたいと思います。

厚労省で昨年発表いたしました調査結果によりますと、高齢者に対する虐待件数が平成二十年度で、家庭内で一万四千八百八十九、前年度比一二％増となっております。また、介護施設内での虐待は七十件ということで一三％増に上りまして、十八年度の高齢者虐待防止法施行から二年連続で増加をしていることがわかっております。これとともに、市町村への相談、通報件数も、両者ともに増加をしております。法施行後三年を過ぎまして、住民や施設事業者などに理解が進んだ、そういうことが言えるかと思います。

高齢者虐待防止法が議員立法で成立をしまして三年目に入りましたが、この間、地域包括支援センターが整備をされまして、虐待防止、早期発見、権利擁護のためのネットワークも少しずつではありますが形となってきました。また、都道府県の虐待状況調査、公表、立入調査の取り組みなどもあらわれております。反面、数々の課題も浮かび上がってきていることも事実であります。

大臣に、まず、高齢者虐待への御認識、そして法制化の成果について、御見解をお伺いいたします。

○長妻国務大臣　これについては古屋委員が長年取り組んでおられるということで、これは民主党の議員からもよく聞いておりまして、まずは敬意を表します。

これは、施行されて約四年が経過をしたということで、そういう意味では、今数字もおっしゃられましたけれども、実態の把握というのはある程度できるようになってきたということであります。通報件数も相談も増加をしているということでございます。

その一方で、いろいろな御議論の中で、やはり六十五歳以上ということ、あるいは医療機関においての虐待はどうするのか、あるいは立入調査についても、おそれではいいのかだめなのか、いろいろな論点が、これは国会議員の中でも言われているということは承知をしております。

厚生労働省としても、今はこの法律の範囲内で、さらに高齢者虐待の防止に努めて高齢者の権利擁護をしっかり図っていきたいというふうに考えております。

○古屋（範）委員　大臣から、幾つかの論点、御指摘がございました。私たちも、最初に法律をつくるときにもさまざま議論になった点でございます。今回、改正をしていきたいという意向もありまして、当初の論点も含めて、

今議論をしている最中でもございます。

その中で、虐待の定義ということについてなんですが、法の附則に、施行後三年を目途として、施行状況を勘案して検討を加え、必要な措置を講ずるということを当時定めまして、今、有志の議員のメンバーで検討を行っているところでもございます。

虐待の定義ということなんですが、これは当時も非常に議論になった点であります。高齢者の虐待というのは、加害者と被害者、こういう立て分けをするのが非常に難しい案件であります。また、児童虐待と違いまして、両者ともに大人であるということもございます。そういう上で、犯人捜しをする、加害者を見つけて罰する、それが目的ではないわけであります。

その中で、五種類の定義を当時、類型として立てました。身体的虐待、高齢者の身体に外傷を生じ、または生ずるおそれのある暴行。また、ネグレクト、高齢者の介護や世話の放棄、放任。また、心理的虐待、心理的に著しい外傷を与える行為。そして、性的虐待。最後に、経済的虐待。この五つであります。

アメリカにおいては、こうした法律は日本よりも先にできておりますけれども、アメリカの州法の中で、セルフネグレクトというもの、本人が全く生きる意欲を失ってしまう、自分は生きていても価値がない、死んだ方がいい、そのような状況に陥ってしまう、そういう者を放置してしまうということも定義に入れております。なかなかこれも難しい点があろうかというふうには思いまして、当時は類型に入れなかった経緯がございます。また、身体拘束、向精神薬の投与など、どこまで虐待とするのか、それも非常に難しい点だったと思います。

今回、虐待防止法を見直すに当たりまして、このセルフネグレクトを虐待類型の中に新たに追加すべきだというのが私の意見であります。

セルフネグレクトは、みずからの権利利益を侵害して、自分自身の生命、健康、生活を損なうままに放置している状態でありまして、これは、老人福祉法に基づく、やむを得ない事由による措置の対象として救済をされる道はあるにはあります。しかし、セルフネグレクトの状態にある高齢者の側から積極的に支援を求めるということは非常に考えにくいわけであります。

そこで、まず、セルフネグレクトの状態にある高齢者について、これを国としてしっかり把握して対応しているのかどうか、この点についてお伺いいたします。

○山井大臣政務官　古屋委員、御質問ありがとうございます。

思い返せば四年前、本当に公明党として、この高齢者虐待防止法の原案を中心になってまとめられたのが古屋委員でありまして、当時私も、園田議員を中心に、一緒になって民主党案を、うちの事務所の上で、秘書なんかも事務局になってもらいまして、つくって、それで与野党協議をしてこの法案ができ上がったわけであります。

しかし、三年後の見直し規定が入っておりますように、やはりこの虐待の問題というのはなかなか表に出ない問題でありまして、今、その見直しが必要だということで、党派を超えて議論をしていただいているところだと思っております。

お尋ねのセルフネグレクトについてですが、定義自体は明確ではありませんが、みずから介護サービスを受け取ることを拒否している方、あるいは認知症のために介護サービスを受けることが困難な方は、いわゆるセルフネグレクトの状態にあると考えられます。

厚生労働省としては、今年度から実施する、日常生活圏域ニーズ把握手法のモデル事業において、ひとり暮らしや引きこもりの高齢者の状態像やニーズの把握手法を検討することとしており、こうした事業等の展開により、セルフネグレクトの問題について検討してまいりたいと考えております。

○古屋（範）委員　ありがとうございました。

モデルケースとして、こうしたケースをこれから把握する努力をしていくということでございます。これからますます独居老人がふえていくと思いますし、現在、孤独死も増加をしているという状況であります。そういう中で、高齢者がみずから生きる意欲を失ってしまう、こういう状態、だれかが働きかけていかなければいけないんだと思います。これは、介護の問題とも重ね合わせまして、積極的な現状の把握に努めていただきたいと思っております。

このセルフネグレクトなんですが、これからモデルケースとして行っていくということでありますけれども、

もっともっと積極的な介入が必要ではないかと考えております。今おっしゃったように、認知症の高齢者も非常に急増しているというところから、これを放置するというわけにはいかないと思っております。

セルフネグレクトを虐待防止法の定義に追加することによって、通報義務の範囲に含まれることとなり、その通報により、ある程度顕在化が図れるのではないか、市町村の措置に導かれることが期待をされる、有効な解決策につながってくると思っております。

この虐待の定義にセルフネグレクトを加えることについて、政務官はどのようにお考えか、お伺いいたします。

○山井大臣政務官　古屋委員、御質問ありがとうございます。

セルフネグレクトは、家族や介護従事者の手による虐待とは異なり、加害者が存在するわけではないことから、身体的虐待や経済的虐待とは同じ虐待の類型の中には入らないとは考えておりますが、私もつらい経験がありまして、私の知り合いの寝たきりの高齢者の方が、御主人が介護疲れで亡くなって、ひとり暮らしになられて、それからもう生きる意欲を失われてしまって、結局、最終的にはホームヘルプも食べることも拒否してしまわれて、そのまま亡くなってしまわれたというケースが身近にございました。

そういう意味では、本当にこういう方々をある意味で放置するというのも、やはり何とかならないかという気もしますので、先ほど申し上げましたモデル事業での実態把握にまずは努めていきたいと思いますし、このあたりはまさに超党派の議連の中でも御議論いただければと思います。

○古屋（範）委員　行政の側としてもそうした実態把握にしっかりと努めていただきたいというふうに思っておりますし、私たちは議員立法、改正の段階で、これは定義に含めて今後対応していく必要がある、私自身はこのように考えております。

また、昨年の三月なんですが、ちょうどもう一年になりますけれども、群馬県渋川市の高齢者入所施設、静養ホーム「たまゆら」で火災が発生をいたしました。十名が死亡するという非常に痛ましい事件でございました。また、墨田区が入所者十五名を同施設へ紹介していたということでありまして、入所者の多くは都内自治体から生活保護を受けている受給者でありました。

静養ホーム「たまゆら」は、実態は有料老人ホームですが、老人福祉法に基づく届け出をしていない、いわゆる無届け施設でありました。このような無届け有料老人ホームあるいは住宅型の有料老人ホーム、この環境の劣悪さ、あるいは身体拘束、虐待など、問題事例もあるということを指摘されております。有料老人ホームの約一割に達する三百七十七施設もの無届け施設が存在をしているとの指摘もされております。

厚生労働省は、無認可あるいは無届け施設の数、そしてこの中にある虐待の数を把握して対応されているのかどうか。また、この無認可、無届けの施設は第二条二項「養護者」に含まれるものではないか、この点についてお伺いいたします。

○山井大臣政務官　古屋委員、御質問ありがとうございます。

有料老人ホームに該当し得る施設であって、老人福祉法に基づく届け出が行われていないものについて申し上げますと、昨年十月末現在で三百八十九施設であると認識しております。

そして、老人福祉法に定める有料老人ホームに該当するのであれば、高齢者虐待防止法では、届け出の有無にかかわらず、養介護施設従事者等による高齢者虐待に該当することになります。したがって、そこで生じた虐待について、通報義務が課せられます。また、当該施設について、高齢者虐待の防止を図るために措置を採用すべきと命ずるなど、都道府県知事が適切に指導監督を行っていくこととなります。

なお、仮に高齢者虐待防止法で定める施設に該当しないところで虐待が行われた場合であっても、委員御指摘の同法第二条第二項で規定する養護者による虐待事案に該当し得るものであり、通報義務などがかかることになります。

○古屋（範）委員　養護者に該当するというお答えでありました。

しかし、やはりその辺の周囲の認識といいますか、また当事者におきましても、私は、今後改正の中で、こうした無届け施設もこの中にはっきりと明示をしていかなければいけないのではないか、このように考えております。

現行法でも十分そこに対応できるというお答えであったと思いますので、ぜひ、こうした痛ましい事件が連続しておりますので、無届け施設、ここに対するこうした火災の再発防止には強く取り組んでいただきたい、この

ことを求めておきたいと思っております。

それから次に、医療機関における虐待についてお伺いしてまいります。

これは非常に、法律を最初につくるときにも議論になった点であります。盛り込んではいないわけでありますが、医療機関における高齢者虐待について、厚生労働省としては把握をしていらっしゃるのかどうか。この点についてお尋ねいたします。

○山井大臣政務官　古屋委員、御質問ありがとうございます。

現在の高齢者虐待防止法における高齢者虐待の定義には、医療機関のうち、介護療養型医療施設の業務に従事する者による高齢者虐待が含まれております。高齢者虐待防止法に基づく対応状況等に関する調査によると、介護療養型医療施設に関して高齢者虐待の事実が確認されたのは、平成十九年度は二件、平成二十年度はゼロ件であったという結果が出ております。

その他医療機関における高齢者虐待の状況について網羅的に把握しているものではありませんが、医療機関や医療従事者は、高齢者虐待防止法上、高齢者虐待を行う側ではなく、高齢者虐待を早期に発見する側として位置づけられてきたものと承知をしております。

○古屋（範）委員　介護療養型に関しては掌握をしていらっしゃる。そのほかに関しては、虐待が発生したかどうかというのは現実には把握はしていないというお答えなんだろうと思います。

先月なんですが、兵庫県の病院で女性の入院患者、八十五歳の方なんですが、肋骨を折られた。当時の担当看護師、二十六歳の方なんですが、逮捕されました。医療関係者による入院患者への暴行事件を改めてクローズアップさせた案件であると思います。病院内での高齢者虐待というものを印象づける事件であったと思います。それも、被害者は一人ではありませんでした。立て続けに六人も肋骨を折るということでありました。それでも働き続けるという信じられない事件が起きたわけであります。

また、報道によりますと、病院での被害、二〇〇七年、北九州市の病院で、女性看護師が認知症患者二人のつめをはがして傷害罪に問われた。これで一審で有罪判決を受けております。それから、群馬県太田市の病院でも、男性看護師が当時六十七歳の男性患者の頭をけるなどして死亡させた。傷害致死罪で一審有罪判決を受けております。そのほか、病院内での被害というものは恐らく表面化していないのではないか、このように予測をされます。

私のもとにも、病院での虐待と思われる事態に遭遇して、どうしたらいいかといったような相談が寄せられております。

例えば、同じ病室のおばあちゃんが、介護する職員によっておしりをたたかれたり、ひどいことを言われたりするのを何度か目撃した。私の母もこの病院にお世話になっている手前、何も言えずじまいでした。時々、母は水分を余りとろうとしない。なぜかといいますと、水を飲み過ぎると怒られてしまう。多分、おむつを交換するときにそんなことを言われるんだろうと思います。この病院の介護職員による行為について、一体どこに相談をしたらいいのかという問題であります。

介護療養型医療施設については、今おっしゃいましたように、高齢者虐待防止法第二条五項一号におきまして規定をされているわけです。しかし、その他の医療機関についての規定はございません。法律制定の過程で、医療施設を含めるかどうか、あのときも大きな議論になりました。やはりこれは、漏れなく高齢者の尊厳を守る趣旨から、除外すべきではないという意見が寄せられております。

もちろん、現行法においても、医療機関における高齢者虐待については、医療法の規定に基づいて、国、都道府県知事、保健所を設置する市の市長または特別区の区長による監督権限の行使が可能でありまして、医療法を中心とした制度の枠内で処理されるという原則は守られるべきと思っております。

しかし、医療機関による虐待を明確に規定することによりまして、通報の範囲が拡大されて、高齢者虐待の防止に資する、このように考えますけれども、この点についてどうお考えになりますでしょうか。

○山井大臣政務官　古屋委員、御質問ありがとうございます。

確かに、四年前の議論のときにも、医療機関を含めるかどうかが大きな論点になったり、また、高齢者虐待防止法は正式名称は高齢者虐待防止・養護者支援法、つまり、介護する人を支援することなくしては根本的には虐待は防止できない、そういう理念のセットの法案になっておりますが、そのこととともに、この医療機関を含める

かどうかが大きな論点になりまして、まずは含めずにスタートして、見直しのときに議論をしようという宿題になっていたというふうに承知をしております。

現在、仮に医療機関において医療従事者による高齢者虐待があった場合には、高齢者虐待防止法ではなくて、医療法の規定に基づき、医療機関の開設者、管理者が適正な管理を行っているか等について都道府県等が検査をし、不適正な場合には指導等を通じて改善を図ること、そして、各都道府県等に設置されている医療安全支援センターが、医療に関する患者、家族からの苦情、相談等に対応するとともに、医療機関等に対する助言等を実施することといったような対応などが考えられます。

高齢者虐待防止法においては、既に介護療養型医療施設が対象となっておりますけれども、それ以外の医療機関も対象とすることにした場合には、高齢者の入院の多少にかかわらず対象とするのか、お子さんがたくさん入院している病院はどうするのかとか、そして、治療に伴う必要最低限の自由の制限との関係の整理をどう考えるのかといった論点も考えられるところだというふうに思っております。

これは、もう委員御存じのように非常に大きな議論でありますので、政府としてもここは当然議論をせねばならないと思っておりますが、議員の議連の方々の中でも御議論をしていただければと思っております。

○古屋（範）委員　高齢者の入院患者が非常に多いということから、医療関係者の方々も非常に御苦労なさっていることと思います。そういうことも勘案しなければなりませんし、関係団体の御主張もあろうかと思います。そういうことも配慮しながら、しかし、何らかの形で前進をさせていきたいと思っておりますし、今後、私たちもしっかりここの議論を深めてまいりたいと思っております。

それから次に、市町村の体制整備についてお伺いをしてまいります。

高齢者虐待防止法が機能するためには、市町村の体制整備が不可欠であります。

さきの調査結果からもわかったことなんですが、法施行後、対応が進んでいる市町村とそうでないところ、非常に差が大きくなっております。マニュアルなど整備がないところが五三・八％、さらに、市民啓発なども進んでいないところも一四・八％あることがわかりました。こうしたところでは、仮に虐待があったとしても、虐待であると認識をされず、対応するところまでは結びついていない。家族の中の問題だろう、そのような考え方がいまだにあるのではないかというふうに思います。

私の住んでおります横須賀市では、全国に先駆けて、平成十三年から、高齢者虐待防止のために、地域の高齢者の介護にかかわる関係者によるネットワーク事業が開始をされました。保健所、社会福祉協議会、長寿社会課、医療機関、在宅介護支援センター、民生委員、老人福祉施設、介護保険サービス提供事業者、また警察、ケアマネジャー、地域の関係機関がそれぞれの役割を生かしまして、協力連携をとりながら支援していくネットワークができました。こうした中で、虐待のサインを見逃さないというようなきめ細やかな事業を行っております。

こうした横須賀市の取り組みのように、ネットワークの構築は非常に重要な課題であることが実感をされるんですが、一方で、調査結果から、全国の関係機関介入支援ネットワークの構築の取り組みを見ますと、五八・九％がまだ実施をされていないということがわかっております。関係機関が連携をして、高齢者と介護者の双方をきめ細やかに支えていく体制づくりが重要であると考えております。

また、この調査結果から、経済的虐待が三千八百二十八件と、前年度から一二％ふえております。全体の二五・七％を占めておりまして、現場の福祉関係者からは、やはり景気の悪化、こういうものが影響して経済的な虐待、年金を奪ってしまう等々、こうした虐待がますますふえるのではないか、懸念の声が発せられております。

引きこもりの子供に年金などを勝手に使われ自分の生活もままならない、あるいは実家で子育てをするというシングルマザー、あるいはうつ病で就労できない子供を高齢者が面倒を見ているケース、非常に、家族による経済的虐待、経済的依存、いわゆるパラサイトといいますが、家庭内の問題もありまして、第三者が立ち入りにくい問題であります。行政や地域社会が高齢者の困り事を吸い上げる工夫、あるいは失業や引きこもりなどの対策を講ずる関係機関の連携も必要だと思います。

そこで、厚労省は平成十九年から、高齢者の権利擁護等推進事業のメニューの一つとして、権利擁護相談支援事業の予算も盛り込んで、ネットワークの構築の支援の取り組みを進めていらっしゃいます。この取り組みが全国の市町村に展開できるよう、来年度もこの予算を確保あるいは増額してさらに推進していただきたい、このよ

うに考えております。この点、いかがでしょうか。
○山井大臣政務官　古屋委員、御質問ありがとうございます。
　高齢者の権利擁護等推進事業は、都道府県における高齢者の権利擁護のための取り組みを推進する事業であり、具体的には、都道府県が、高齢者の権利擁護に関し、弁護士や社会福祉士等の専門職による相談窓口を設置したり、虐待者と被虐待者とを離して一時的に施設等において保護する際に市町村間の調整を行ったりする場合に、要した費用を補助するものであります。
　この事業においては、全都道府県で展開するだけの予算を確保しているものでありますけれども、実施をするか否かは都道府県に任されております。今後とも、都道府県の意見を聞きながら、高齢者虐待の防止や対応に役立つ施策を展開してまいりたいと思いますし、必要な予算はしっかり確保してまいりたいと思います。
　また、委員のおっしゃった横須賀は、高齢者虐待防止についても、そして権利擁護についても日本のモデル地域でありまして、私もヒアリングで勉強させていただいたことがあります。
○古屋（範）委員　経済的な虐待も増加をしていく、あるいは一定の資産というものがあれば弁護士等を雇うということも可能なんでしょうが、わずかな年金もそうした中で奪われてしまうというような案件もございます。やはりそこには、こうした高齢者の権利擁護、それは高齢者自身もそうした概念をしっかりと持っていくということも重要でありますけれども、周りでこうした意識啓蒙、あるいはこうした事業の推進ということがまずは重要かと思いますので、そうした予算の確保、事業仕分けにめげず確保していただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。
　次に、立入調査についてお伺いいたします。
　防止法の制定で、最も注目をされましたのが立入調査であります。しかし、法の規定では、立入調査の要件を「高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認めるとき」と定めておりまして、強制的な権限行使が現場で非常に困難である、本当に対応できるのかどうかの判断に苦労していると伺っております。
　早期に高齢者虐待を発見して、虐待を受けている高齢者を適切に保護するために、この立入調査の要件を児童虐待防止法と同様に、高齢者虐待が行われているおそれがあると認めるときとすべきではないかとの関係者の御意見をいただいているんですが、政務官、この点に関してはどのような御見解をお持ちでしょうか。
○山井大臣政務官　古屋委員、御質問ありがとうございます。
　本当に、四年前の議論の積み残しの課題が今改めて議論になっていることを痛感しております。
　高齢者虐待防止法では、家族などの虐待によって高齢者の命や体に重大な危険が生じているおそれがあるときに限り、市町村がその高齢者の住居に立ち入り、必要な調査または質問をすることができることとされております。
　そして、このことについて当時も議論になりましたのは、委員御指摘のように、これは児童虐待防止法の立入調査のハードルよりも非常に高くしてあるわけですね。その理由は、子供の虐待のときにはいち早く家の中に入らないと命が危険だ、ところが、高齢者虐待防止の場合には高齢者と介護している大人同士の関係なので、少しハードルが高くてもいいんじゃないか。逆に、介護疲れの介護者が弱って近所で介護をちょっと放棄みたいにしていたら、急にほかの人が家の中に入ってきて、ちゃんと介護しなさいと言うようなことが起こっては問題になるのかどうかとか、そういう児童虐待防止とちょっと同列に議論できないところがあるのではないか、そんな議論を四年前にしたことを覚えております。
　ですから、そういう意味ではかなりハードルを高くしてありますので、このハードルが高過ぎて結局発見がおくれているではないかという批判も当然あると思います。このようなことを、政府としてもそろそろ見直しの時期でありますので議論をしてまいりたいと思いますが、また超党派の議員間でも、私たち政府にまず実態を把握する責任があるわけですから、今までのこの三年間の取り組みの中でハードルが高過ぎたのかどうなのか、そういうことも把握しながら、また議員の先生方とも議論をしていきたいと思っております。
○古屋（範）委員　児童虐待防止法の方は、より多く通報されるようにそのような規定をされていながら、やはり死亡事件が後を絶たない、一方ではそういう問題も残されているわけであります。
　高齢者の方は大人同士であるということもありましたし、当時は、例えば嫁しゅうとの争いをすべて通報され

たらどうなるのかとかまじめに議論したこともございましたが、やはりそこのところを、大人同士とはいえ、時代も違い、家族状況も変化をしている中で、どうしても法律による介入というものが必要になってきた時代だというふうに思います。ですので、私たちも、今議論している最中ですが、やはり少しずつ強化をしていく必要があるのかな、このような考えを持っております。

次に、最も重要な点であります養護者への支援についてお伺いをしてまいりたいと思います。

家族介護者、養護者への支援が非常に重要であるというふうに思っております。

今回、公明党も介護総点検運動というのを行いまして、要介護御本人、また家族への調査も行いまして、やはり家族にとっては非常に介護の負担というものが重い、これはもう心身ともに、身体的にも精神的にも、あるいは経済的にも大きな負担である、このような調査結果が出てまいりました。

私たち、この介護総点検の中で、高齢者が介護を受けている場所、これは七割強が自宅であります。やはり自宅の方が多いわけなんですね。潜在的には、住みなれた我が家で介護を受けたいと願っている高齢者が多いのではないかと思っております。しかし、家族が介護する意思があっても、実際には疲労こんぱいしてしまう、精神的にも限界に達してしまって、結局は高齢者へ、暴力ですとか介護放棄など高齢者虐待がふえている、こういう現状がございます。

自宅で介護する四分の一にうつ状態が疑われる、いわゆる介護うつの問題がございます。また、七十代の高齢者を介護する家族の半分以上が七十歳以上ということでありまして、いわゆる老老介護、この実態も深刻であります。

そこで、虐待防止とともに重要なことは、先ほど政務官もおっしゃいましたように、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援というこの法律の名称にもありますように、養護者への支援が非常に重要であります。

私たちが行ったアンケートで、自宅で介護を受けている人のうち、困っていることは、介護する家族の負担が大きい、これが三五・八％と最も多くありました。本人や家族のぐあいが悪くなったときに一時入所できる施設がない、これが一八・八％と続いておりました。これは非常に、介護する側もいつ病気になるかわからない、病気になっても高齢者を預ける先が全くない、あるいは冠婚葬祭においても同じようなことが言えるかと思います。そして、在宅介護は家族の負担が重い、緊急時に入所できる施設をふやしてもらいたい、これが切なる声でありました。

家族に休息をとってもらうために、ショートステイあるいはデイケアなど一時的に施設に預かってもらうこと、あるいは短期間病院で預かってもらうレスパイトケア事業、この大幅な拡充が必要であると思っております。また、いつでも、どこでも、すぐに対応してもらえる相談窓口の整備も必要であると思います。

虐待防止法には、養護者への支援として、市町村に、養護者負担軽減のため、養護者に対する相談や助言、さらに、緊急の必要がある場合、高齢者が短期間養護を受けるために必要となる居室の確保、この規定を設けております。これは、政務官が当時、強く最後まで主張された点でありました。

私は、この措置を拡充して、要介護者の人数に応じて各自治体が一定程度の緊急時の受け入れ空床を確保しておくこと、また、介護の悩みに答えるために二十四時間の相談窓口を整備すること、これが必要なのではないか、このように思いますが、いかがお考えでしょうか。

○山井大臣政務官　古屋委員、御質問ありがとうございます。

古屋委員まさに御指摘のとおりでありまして、要は、虐待を受けた高齢者をどう守るかということはある意味で次善の策であって、この法律の趣旨というのは、いかに虐待そのものを未然に防ぐかというのが最大の眼目でありまして、その意味でも、養護者そして介護者の支援というのは一番重要なポイントだと思っております。

このため、デイサービス、在宅サービスの充実や、コールセンターによる電話相談支援、権利擁護に関する専門相談窓口を設置する事業についても、都道府県への助成を実施しております。さらに、被虐待高齢者を保護するための居室の確保については、緊急ショートステイを活用する場合、宿泊可能な施設における一時的な保護など、さまざまな方法が考えられるということを思っております。

そして、やはり今の高齢者虐待に象徴される介護保険の問題というのは、介護施設が満杯であってなかなか入れないということとも絡んでくると思うんですが、介護施設が足りないということは、裏返せば、それだけ在宅

福祉の充実が不十分だということも裏返して言えると思います。

その意味では、今までのサービスが使い勝手が悪かったのではないかということで、同居要件を緩めたり、あるいは余りにも現場の権限、ケアマネジャーさんやホームヘルパーの権限がやはり縮小され過ぎていたのではないか、また、公明党さんも御主張のように、書類が多過ぎて本当に高齢者のために使える時間が現場で減っているではないか、そういうことについても改善の取り組みをしてまいりたいと考えております。

○古屋（範）委員　家族への支援というのは非常に重要だと思っております。

施設の拡充ということももちろん重要なんですが、家族が介護をしたいという意思を持っている方もいらっしゃるでしょうし、北欧諸国の介護制度などを見てみますと、意外と、家族あるいは周辺の人々が介護にかかわっているという比率が思いのほか高いわけなんですね。ですので、そうした場合、やはりさまざまな側面から介護している家族を支援していくということが不可欠であろうというふうに思っております。二十四時間、また三百六十五日、あるいはいざというときに家族を支援していく体制づくり、これが急務であろうというふうに思っております。

また、養護者への支援、また虐待をしない環境づくりということが非常に重要だというふうに思っておりますが、行政としても、特に在宅介護をしている方々への支援、これをしっかり行っていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

また、施設で働いている介護職への支援も必要だというふうに思っております。

介護現場で、全国的に今深刻な介護従事者の不足ということが問題となっております。特に、若い介護者の、非常に志を持って介護職についたにもかかわらず、低賃金のために結婚ができない、家庭も持てない、悩んだあげくに離職をしてしまうというケースが後を絶ちません。

今回、私たちも、介護職についてみたいかという街角アンケートを行ってみまして、希望が持てましたのは、十代の方々の答えの中に五割は、介護職についてみたい、そう答えた方がいらっしゃいました。ですので、そういう芽を摘まないように、私たちも介護職の処遇改善というものを行っていかなければいけない、このように考えております。

介護現場のスタッフが心の課題を多く抱えている、これでは利用者に対するケアの質にも大きな影響が出てまいります。適切なケアを提供できないだけではなくて、逆に、やむを得ず虐待まで発展してしまう、このようなケースもあるわけです。

こうしたスタッフの介護現場におけるストレスの要因として、夜勤等の不安や仕事内容の割に賃金が低い、休息時間がとりにくい、人手が足りない、ケアに不安がある、利用者同士のトラブルに対応できない、非常に多様な理由が挙げられております。また、研修の重要性が指摘されながらも、スタッフ不足のために、結局は日常業務に追われてこうしたものにも参加ができない、そういうところまで追い込まれてしまうのが実情なんです。

介護現場において高齢者虐待が起きないようにするために、現場の介護職員が余裕を持って働くことができる環境の整備、また必要な知識、技術を計画的に習得できる研修への参加、そして、高い倫理性と介護技術を持った人材が求められ、力を持った人材が介護現場に入ってくるような制度設計も必要です。

介護現場における高齢者虐待への防止対策、介護従事者への支援について、お考えをお伺いいたします。

○山井大臣政務官　古屋委員、御質問ありがとうございます。

在宅での家族の介護者のみならず施設の介護者も、本当に肉体的な疲労、精神的な疲労に悩んでおられる方も多いと思っております。

介護施設従事者について、ストレスを適切にマネジメントし、入所者に対する虐待を未然に防止していくことが極めて重要であるため、この従事者に対しまして、単独で高齢者虐待の防止を図るための教育を行えるようにすることが効果的であるというふうに考えております。このため、平成二十年度には、認知症介護研究・研修仙台センターで、介護職員による高齢者への虐待防止を図るため、ストレスマネジメントの教育システムなどを開発いたしました。

また同時に、やはり根本的な問題ですが、今やっておりますように、賃金を引き上げていって、それで一生の仕事として誇りを持って働いていけるようにしていくということも必要であると考えております。

○古屋（範）委員　介護現場では非常に御苦労されていると思います。私の身近にいらっしゃる方も、認知症の高齢者に介護をしようとしたら、いきなり非常に大きな力で何発も殴られたという方もいらっしゃいまして、非常に御苦労されている。そうした方々への支援、これは不可欠であると思います。ぜひ、さまざまな事業の推進をよろしくお願いいたします。

また、都道府県の役割強化についてお伺いしてまいります。

市町村が大変に苦労している、この中で、短期養護を受けるために必要な居室の確保、病床の確保、あるいは、狭い行政区内では、せっかく病床を確保してもすぐ見つかってしまうという可能性もありまして、高齢者のシェルターとして秘密性をどう確保するかという問題もあります。

都道府県の役割、これは助言、援助にとどまらず、市町村では対応できないこうしたシェルターの確保など、具体的な責任を都道府県に義務として課すべきではないかと思いますが、この点はいかがでしょうか。

○山井大臣政務官　古屋委員、御質問ありがとうございます。

高齢者虐待防止法においては、虐待の通報があった際の対応は基本的には市町村となっております。しかし、市町村が行う措置は広域に及ぶことも考えられ、都道府県は、市町村相互間の連絡調整、市町村に対する情報の提供などを行うとされております。

緊急ショートステイのベッドなどに関しましても、あいているところ、あいていないところあるわけでありまして、こういうふうなことに関しましても、高齢者の権利擁護等推進事業において、虐待を受けた方を施設に入所させる際に市町村間の調整を行ったりする場合など、都道府県に対して補助を行っております。

また、認知症の方に介護を行う従事者を対象として都道府県が研修を行う場合に、高齢者の権利擁護に関する講義を開催するよう、標準カリキュラムを示しております。

今、高齢者の虐待防止に関しましては、各市町村などが、高齢者虐待防止、同時に養護者支援窓口をつくっておりますので、ぜひとも、虐待が起こってからではなく、虐待が起こる前に養護者が気軽にそういう相談窓口に来られるような、そんな体制をつくってまいりたいと考えております。

○古屋（範）委員　時間が残り少なくなりましたので、最後の質問に参ります。

今回の法案の後期高齢者支援金につきまして、被用者保険グループでの総報酬割の導入についてお伺いをしてまいります。

今回の改正によりまして、健保組合等の後期高齢者支援金の支出が増加をすることとなります。景気の悪化によりまして厳しい財政運営が続いているのは、健保組合においても同じであります。協会けんぽの国庫補助を削減してその負担をサラリーマンに肩がわりさせる本法案は、国が果たすべき責任を放棄している、このように考えます。

健保組合は、二十一年度に六千百五十億円もの赤字が見込まれております。不況のために、この赤字額はさらに膨らむと予測をされております。これ以上の負担に耐えられるのか。前期高齢者納付金の負担が重くのしかかって、解散に追い込まれている組合もあります。組合制度の存続にかかわる問題であります。保険者間の財政調整については、保険者機能を低下させないために、必要最小限度にとどめるべきと考えます。

今回、後期高齢者支援金の算定方法に総報酬割を導入した見直しは、結果的には単なる国庫補助のつけかえと言わざるを得ません。さらに、新たな高齢者医療制度の検討段階にあるにもかかわらず、今回の改正で後期高齢者支援金の算定方法を見直す、これは理由が明確になっていないわけであります。

公明党では、この被用者保険の後期高齢者支援金への総報酬割の導入を取りやめて、これに伴う協会けんぽの負担金は従来どおり国庫から補助すべき、このように考えております。大臣、この点、いかがでございましょう。

○長妻国務大臣　まず、これは昨年の年末にかける予算編成の中で非常に、財政当局も含め政府内でもぎりぎりの判断をしたわけであります。

協会けんぽの財政が急速に悪化する中で、ほっておけばかなりの保険料の急上昇があるというような中で、まずは国庫補助率を三年間に限り本則にあります一六・四％に引き上げる、こういう措置は当然だということで、させていただいた。それでも保険料の上昇というのがかなり極度にありますので、それを抑えるということで、総報酬割導入によって、これは健保連の皆様とも、何度も足を運び、御理解を得るべくお話を申し上げたという

ことでございます。

これは、満年度、平年度ではトータルで一千八百億円の支援措置でございまして、国庫では九百二十億円、総報酬割導入による捻出では九百十億円ということで、そういう意味では、協会けんぽの支援という目的の中で、国あるいは総報酬割というような仕組みの中で財政的な支えをさせていただきたいということで、我々、ぎりぎりの判断をさせていただいたところであります。

○古屋（範）委員　後期高齢者医療制度の廃止をマニフェストで掲げたにもかかわらず、それをそのまま温存し、まして、今回、国庫補助の分を肩がわりさせる、こうした本法案の改正に関しましては反対である、このことを再度申し上げ、質問を終わります。

ありがとうございました。

○藤村委員長　次に、柿澤未途君。

○柿澤委員　みんなの党の柿澤未途でございます。

きょうは、まず、年金担保融資のことについてお伺いをいたしたいと思います。

公的年金というのは前借りができるんですね。公的年金を二百五十万円まで前借りできる、国の年金担保融資制度というのがあります。厚生年金や国民年金を受け取っている人が利用できる年金担保融資、これは一回に十万から二百五十万まで、年金の年額の一・二倍まで借りられることになっています。

もちろん、厚生年金や国民年金また労災年金などの公的年金を担保にとって融資をするということになると、後で生活困窮に陥るおそれがありますので、これは原則として法律で禁じられているんですけれども、厚生労働省傘下の独立行政法人福祉医療機構だけ、年金を担保にとって融資をするということが認められています。

返済は融資を行った翌々月から始まって、これはしかも、年金から基本的には天引きで返済が行われるということになるんですね。返済は年金から天引きということになるので、これは貸している側の福祉医療機構からすれば、全く取りっぱぐれがないというか回収コストが全くかからない、天引きですから。そういうこともありまして、非常にこれは審査が緩かったということが言われています。

昔ですけれども、新聞報道などもされていますけれども、年金をこの年担で前借りして車を買っただとか遊興費に充てただとか、こういうことが続出をして、結局、前借りで年金を全部使っちゃって、そうするとどうなるかといえば、生活費に困ってしまう。年金を受給する年代になって、受け取れる年金がもう既に前借りで使っちゃっていますからなくなっちゃって、それで結果として生活困窮に陥るということが非常に多く見られたということであります。

そういう人たちがどうなったかというと、みんな最後は生活保護に行っちゃうんですね。二〇〇八年ですけれども、この年金担保融資を利用した上で、結局それを使ってしまって、最後に困って生活保護を申請した、こういうケースが五千百八件あったそうですけれども、そのうち四千九百八件、九割近くというか、もうほぼ一〇〇％が受給を認められています。

こういう形で年金を前借りして生活保護を受給するとなると、年金を受け取り、なおかつ生活保護ですから、二重受給となってしまう。どうしてこんなことが行われているのかなというふうに思うんです。

まず、そういう意味で、制度としてなぜこういうことが行われてきたかということについて、年金担保融資の趣旨をお伺いしたいと思います。

○山井大臣政務官　柿澤委員、御質問ありがとうございます。

年金担保貸付制度は、昭和五十年の創設以降、年金を受給されている方が、急な入院や冠婚葬祭などのために、どうしてもお金が急に必要であるが手持ちの現金がないといった場合に、年金の受給権を担保として小口の資金を低利でお貸しする制度として定着しておりまして、毎年二十一万人の方に御利用いただいております。

この制度は、高齢者の皆様の主要な収入源である年金の受給権を担保にすることは法律上禁止されておりますが、医療費などの一時的な資金需要が生じた場合に、一般の金融機関からの融資を受けにくい高齢者の方が、貸金業者から高利で借り入れを行い生活困窮に陥る事例が見られたことから、そうやって生活保護になっても逆に困るというようなこともありまして、それらの方々が利用しやすい融資制度として創設をされたものであります。

本来禁止されている年金受給権を担保とする貸し付けは、例外として行われているものであることから、独法

の福祉医療機構が実施主体となり、ここから業務の委託を受けた金融機関を窓口として行われております。貸付限度額は十万円から二百五十万円までの範囲で、貸付金利は年一・九％、返済は二カ月ごとに支払われる年金から一定額を返済するものであります。

柿澤委員が御指摘の、年金を担保にしてお金を前借りしておきながら結局生活保護を受けちゃっているというのは二重取りじゃないか、そういう問題意識は私自身も共有をしております。

〇柿澤委員　最後に、年金を前借りして使っちゃった上でなおかつ生活保護にその方々が流入をしてくるということについては、やはり非常に問題があるというふうなことで、問題意識を共有してくださっていると山井政務官から御答弁をいただきました。

これについては、生活保護の実務を担っている自治体の方からは、もう悲鳴に近いクレームが来ています。これについて、福祉医療機構が本当にこんな緩い審査でどんどん年金の前借りを認めてしまって、そして、例外といいながらさっき言ったような実態ですから、結果として自治体がやっている生活保護に流入していくというのは、本当に自治体からすると受け入れられないということなんだろうと思います。

こうした自治体の強いクレームの声にある意味では応じて、独立行政法人福祉医療機構もさすがにこの年担融資のあり方を多少見直しを行ったところでありますけれども、この見直しの内容についてお尋ねを申し上げたいと思います。

〇山井大臣政務官　柿澤委員、御質問ありがとうございます。

この議論は、本当に今までからずっと指摘をされております。そういう指摘に基づきまして、福祉医療機構において、年金担保貸付事業の在り方に関する研究会を設置して、平成二十年一月から七月にかけて研究会を開催しました。この研究会の報告を踏まえ、可能なものから実施していくという考え方で、ことし二月から四つの点の見直しを行っております。

一つ目は、借り入れ申し込み時に、借り入れの理由、必要金額及び緊急性等を御記入いただく等の貸付審査の強化、緩過ぎだという批判に対してこの貸付審査を強化するということが一点。二点目は、年金が少しでも手元に残るように、支給される年金のすべてを返済に充てることができないようにする、できるだけ生活保護になりにくいようにする。三番目は、返済中に生活困窮に陥った方の負担を軽減するため、返済額の途中変更を認める。四番目、一回当たりの返済額を抑えるため、返済回数の増加、最大十二回から十五回に増加を認めるというような見直しを行っております。

なお、研究会の報告においては、例えば、貸し付けの審査に際して信用情報機関に利用者の借金の有無を一つ一つ照会するなどの案も検討すべきといった、より厳格な案も提起をされておりますが、同時に、その場合には、真に必要とする方への貸し付けが行われない事態を招くのではないかといった、そんな視点からも検討する必要があるということも指摘されておりまして、引き続き慎重な検討が必要と考えております。

〇柿澤委員　今から質問しようとすることを後段の答弁でお答えをいただいてしまったような形になったんですけれども、今回、見直しを行ったということなんですけれども、しかし、今聞きましたか。見直しの第一に挙げられているのが、年金担保融資を受けるに当たって、何に使うのか、理由と使い道を書く、これが審査の厳格化だというわけです。こんなことで、本当に今までのあり方を変えていくことができるのか。

その一方で、福祉医療機構が設置をした有識者会議の中で検討された、例えば、利用者本人ではなくて利用者の支払い先に融資金を振り込むとか、あるいは信用情報機関に照会を行うとか、こういった措置については今回行うことが見送られております。

そういう意味で、先ほど山井政務官が御答弁をされたとおり、これは、年金を前借りしてしまう、将来の老後の生活の糧を先食いしてしまうという、本当に例外中の例外として認められるべきものでありますので、この審査は極めて厳格なものでなければならないというふうに思いますが、今回、見直しについては、有識者会議をせっかくつくって検討された内容の一部は見送りになってしまったわけです。

こういう形で行われているということが、この見直しによって、先ほど申し上げたような年間五千人近くもの方が年金前借りを全部使い切ってしまって生活保護に流入している、こういう実態をしっかり変えていくことができるのかどうか、年担の安易な利用に歯どめがかかっていく状況になるのかどうかということについてお伺い

をしたいと思います。
○山井大臣政務官　柿澤委員、御質問ありがとうございます。
　実は私も、この質問を受ける前からこの年担には同様の問題意識を持っておりまして、私自身、いろいろ担当課と議論をしておりました。
　一番極端な意見は、そもそも年担はおかしいんじゃないか、年金を担保にお金を借りること自体が、福祉医療機構であろうがおかしいんじゃないかという議論もあるんですね。もうなくすべきだというのも一番極端な意見としてあります。片や、ただ、なくした場合、急な入院とかで本当に困窮してしまった人が高利の金融業者に行かざるを得なくなる、やはりなくしてしまうのはいかがなものかという議論もあったりはします。
　ただ、一つの方向性を言えば、今回かなり厳しくした方向性を打ち出したわけですが、柿澤委員が御指摘のように、まだ十分に厳しくなっていない。つまり、これによって前借りしてお金を使って、結局は生活保護になって二重取りになるというような実態が減らないのであれば、やはりこれはさらに厳しくしていくということが私は当然必要ではないかというふうに考えております。
○柿澤委員　今の御答弁は、二〇〇九年度、二〇一〇年度、こういう制度変更というか見直しを行った以降もこの実態をしっかり調査して、把握して、そして対応を検討するということでよろしいですね。
○山井大臣政務官　柿澤委員にお答え申し上げます。
　おっしゃいますように、この問題は、やはり今生活保護が非常にふえて、市町村からも悲鳴が上がっております。そういう中で、この年担をどうするかというのは非常に重要な問題だと思いますので、実態を把握して、今までの問題点をどう解消するかということは引き続き検討してまいりたいと思います。
○柿澤委員　これに関しては日弁連も、今回の見直しは問題を根本的に解決するものではないということで批判をしております。その一方で、社会福祉協議会、社協が扱う生活福祉資金貸付制度というのが見直されて、年金生活者も利用しやすくなっている。こういうことで年担が存続すべき目的はなくなったということで、日弁連としては、この年担融資制度の廃止を提言しております。
　また、これは聞き及ぶところによると、福祉医療機構は今の独法仕分けの対象にもなっていて、その中でこの年担融資について、廃止も含めたいろいろな多角的な検討の俎上に上っているというふうにも聞いております。
　今申し上げたように、本来、それは公共的な使命を帯びているといっても、独法にだけ年金を担保にした前借りが認められていて、それを独立行政法人が一手に引き受けて行っている、この事業のスキームそのものにも、私はどうしてこういうことになっているのかなというふうなことも多少感じております。
　その意味で、ここまでの山井政務官とのやりとりを聞いてこられて、私は、この年担融資制度というのはいっそ廃止をして、今申し上げたような生活資金の無担保貸し付けに制度を拡充して移行していくべきだというふうに考えますけれども、長妻大臣、御答弁をいただけますか。
○長妻国務大臣　まず、先ほど来山井政務官も答弁申し上げましたけれども、ほかの金融機関は年金の担保融資というのは禁止をしておりますが、なぜここの独法だけそれができることになっているのかということでありますけれども、本来の趣旨は、必要最小限の、最後のセーフティーネットの役割を果たしていくというのも一つの趣旨だったわけでございます。
　つまり、ほかの行政サービスでは年金受給の方が、例えば、入院をして非常に医療費がかかる、あるいは建物、住宅が雨漏りがあるなどなど修繕をしなければいけないけれどもその費用がなかなかないとか、あるいは冠婚葬祭費、あるいは急な必要不可欠の出費があるときに、ほかの行政サービスがあればそれを活用していただくわけですが、それもない場合どうするのか。
　つまり、ある意味では行政サービスの一つの穴をふさぐセーフティーネットとして機能するというそもそもの趣旨で私はこれがあるんだというふうに考えておりますが、今御指摘いただいたように、そもそもの趣旨に合致した融資状況があるのかどうかというのをやはり再度きちっと確認する必要があると私も感じておりますので、本当に、どういう使途なのか、あるいはほかに受けるべきサービスがないのか、必要不可欠なものなのか、これをある意味ではさらにサンプル調査的に確認を、実態把握をして、この事業自体を今後どうするのか。
　先ほど御指摘いただいた社会福祉協議会でもそういう融資制度というのが充実しつつありますので、そういう

行政の制度を組み合わせれば、本来の、ここで機構がやっている目的が達せられるのであれば、それは非常に必要性が低い、あるいはなくなるということも言えるわけでありますので、どこまでそういう整備、ほかの制度との整合性がとれているのか、いま一度きちっと確認をしていきたいというふうに考えております。

○柿澤委員　私は、年金生活者の最後のとりでをなくせと言っているわけでは決してありません。しかし、二〇〇八年度末の融資残高でいえば、三十四万件、計一千九百億円が年担融資の規模としてあるわけでして、本当に厳格な中でそういった審査が行われているのかなということについては、いささか疑問に感じているわけであります。

長妻大臣初め山井政務官、皆様方の今後のお取り組みを御期待申し上げまして、次の質問をしたいと思います。

国保組合について、多少お伺いをいたします。

東京都と厚生労働省が、無資格者が多数加入をしていたということで、二月に、全国建設工事業国民健康保険組合、通称建設国保ですけれども、この本部と徳島支部に国民健康保険法に基づく立入調査を行っています。また、報道を見ますと、三月には、この建設国保の埼玉県建築支部にも立入検査に入っております。三月に入ってからの報道だと、何かこの建設国保について、多額の補助金を受領しながら不正加入が各地で多数見つかっているということで、会計検査院が担当者を派遣して、実地検査に入るということが言われております。

ここまでいろいろな形で報道されてきましたけれども、厚生労働省、また東京都も入っておりますけれども、この国保組合、建設国保に対する立入検査の状況についてお伺いをしたいと思います。

○長浜副大臣　全国建設工事業国保組合における無資格加入問題に関する御質問でございました。

この組合の一連の無資格加入問題の報道等を受けまして、本年一月以降、東京都及び関東信越厚生局が、同国保組合の本部、徳島県及び埼玉県の支部に実地検査を実施したところでございます。組合本部には二月の九日、十日及び三月十二日、徳島県支部には一月二十五日から二十八日の三日間、埼玉県建築支部には三月九日でございます。

先ほど委員が言及をされた会計検査院は、三月の十七日、十八日、会計検査院が組合本部を検査。四月中に、組合が東京都に全国調査の結果を報告する予定となっております。

特に、徳島県支部の実地検査においては、支部の職員から聞き取りを行うとともに、抽出した二十五名の加入者に面談した結果、建設業関係に加入当初から従事していないことが明らかな者が二十五名中十二名確認をされているところでございます。

また、埼玉県の支部の実地検査においては、法人事業所であるにもかかわらず、個人事業所として加入している疑いのある事例が数件見られたところでございます。

このような実地検査の結果も踏まえ、現在、東京都が同組合本部に対し、全国調査を指示しているところであり、早急に無資格加入者の実態を明らかにすることとしています。

○柿澤委員　立入検査の今判明している状況を御説明いただきましたけれども、加入当初から無資格だったという人がサンプル調査二十五名のうち十二名、半分、もともと無資格の人が加入をしていたということであります。

また、これは報道ではありますけれども、例えば北海道の札幌の方で、やはり建設国保、従業員の分割をして、個人事業主を装って加入していたのが三百近くとか、法人隠しの疑いがあるのが六百社に上ったということが言われています。

どうしてこういうことが起きるのかといえば、これは、会社の保険料の事業主負担をどういうふうに回避するかというインセンティブが働いているというふうに思います。法人などには、協会けんぽとセットで厚生年金に加入をする、こういう加入義務があるわけで、いずれも、厚生年金も協会けんぽも保険料を事業主の折半で負担するわけです。小規模の個人事業所であれば、建設国保と国民年金のセットでこれを選択することができて、これはいずれも事業主負担がない。

それで、協会けんぽとか厚生年金の加入義務は九七年に大変厳格化をされて、法人事業所などが原則としてこういう組合に加入をできないということになりました。協会けんぽについては加入を免除する例外規定があって、国保組合に残ることができたんですけれども、厚生年金への加入は避けられない状況になりましたので、この九七年を境に個人事業所のある種の偽装が急速に広がったということが言われております。

これは、実は協会けんぽそのものの財政収支にも大きくかかわってくる問題で、こうした実態を明らかにし、そして対処を進めていくことが、実は協会けんぽの財政の収支改善にもつながっていく面があろうかというふうに思っております。

そういう意味で、これからの厚生労働省としての、建設国保にあらわれたようなこうした問題に対する対処の方針ということについてお尋ねを申し上げたいと思うんですが、ぜひよろしくお願いいたします。

○長妻国務大臣　まず、今お尋ねの全国建設工事業国保組合、建設国保に対しては、先月の交付金について、国庫補助を五・一億円カットいたしました。そして、今長浜副大臣からも御答弁申し上げましたように調査をしておりまして、全容が判明して実態が明らかになり次第、行政処分に加えて国庫補助を返還させる、こういう措置をとっていきたいと思います。

○柿澤委員　一方で、国保組合全般については、先日、東京都が都議会の答弁で、これから国保組合、都が認可をするものの全部について実態調査に乗り出す方針を明らかにしております。

都が認可する国保団体というのは、二十三万人加入していて、それに六十八億円の補助金が投入をされているそうでありますけれども、国保組合の中には、まさに中小零細の皆さんの命を守るといいますか、暮らしと医療のまさに最後のとりでになっている、そういう重要な役割を果たしているところもある。一概に、すべてが建設国保のようなことではないということは理解をしておりますが、実態を調査し把握する、この東京都のような取り組みは、やはりこの際、必要ではないかというふうにも思っております。

この点について、厚生労働省として国保組合全般にわたる調査を、この際、東京都のように行うという方針があるのかどうか、お伺いをしたいと思います。

○長妻国務大臣　国保組合に関しましては、我々、政権交代後、財政の調査をいたしまして、それぞれ今まで公表していない指標もお出しをして、チェックできる体制を一定程度整えているというふうに考えております。

そして今回は、まさに無資格で加入するというような問題が報じられ、我々としても調査をしておりますので、仮にほかの国保組合でそういうような御指摘があれば厳正に対処をしていくということで、まずは財政面でのチェックというのを体制を整備していくということであります。

○柿澤委員　これは一月に、まさに長妻大臣おっしゃったように、国保組合に補助金として出ている補助の割合、また額についてお出しになられました。中には、補助率が七〇％を超えている、五五％の上限を大幅に超えている組合がある。五五％を超えている組合自体も十九あるということが言われております。

協会けんぽの財政が大変厳しいということが言われ、今回こういうふうに財政措置が行われ、また肩がわりなども求められるわけですけれども、しかし一方で、多額の積立金を持ちながら、入院費無料、また一部には外来の医療費も無料のところもあるというふうにも聞きます。こうした実態が果たして負担と給付の公平性、国民全体の中での公平性から見て本当に正当化できるものなのかどうかということについては、やはりしっかりとしたチェックをしていかなければならない点もあるのではないかというふうに思います。

これからの、まさに納得、理解をして、国民がひとしく負担をする、こういう医療保険制度のあり方を実現していくために、ここは見過ごすことのできない問題をはらんだところだというふうに思っておりますので、お取り組みをこれからもお願い申し上げまして、質問を終わりとさせていただきます。

ありがとうございました。