

岡本の国会での答弁

177-衆-厚生労働委員会-13号 平成23年05月20日

○斉藤(進)委員 それでは、実際にこの日本で不活化ワクチンが使用され始めるのは一体いつごろになると推測をされていますでしょうか。

先進国で生ワクチンを使用しているのは日本だけです。国民の命と健康を守るべき立場にある厚生労働省が、いわば護送船団方式と言われるようなメーカーの横並びの開発プロセスを守ろうとする余り、国民を、乳幼児を、そしてその御家族を犠牲にするような本末転倒の施策をゆめゆめとるべきではないし、数百万人に数人しかかからないから、かかった人は運が悪かったというような話ではありません。このようなロシアンルーレットのような施策は今すぐやめるべきであるし、ましてや、人々の健康を守るべき立場にある厚生労働省ではありませんか。お子さん、お母さん、御家族のかけがえのない人生が、健康のためによかれと思った接種によって狂わされてしまう、このような状況はもう終わりにさせなければなりません。

不活化ワクチンという、生ワクチンよりも世界的にはるかに安全性が確認されているものを使わず、このままいくのであれば、これは間違いなく行政の不作为となります。

ニュースでは、医療機関がお母さん方の不安に対応するため、外国メーカーから不活化ワクチンを個人輸入する形で接種するケースが急増しているという話でございましたが、その件数についても把握をされておりますでしょうか。

それと、もう一点、私が懸念しておりますのは、万が一、個人輸入されている不活化ワクチンで事故が起こった場合、一類疾病の定期接種になっている生ワクチンとは違って、現状では、国の補償がなく、PMDAの健康被害の救済ができません。不活化ワクチンは、今、現状では民間の補償となっており、事故があった場合、民事裁判で医師の過失が認められなければ支払うだとか、医療機関でも補償は手厚いものではない、そういったただし書きがついているわけです。

それをかんがみても、これは放置できる話ではなく、新型インフルエンザのワクチンを輸入したときと同様のプロセスで、不活化ワクチンの緊急輸入と、それに関してPMDAによる健康被害救済の制度の対象にすべきであると思っておりますが、いかがでしょうか。

○岡本大臣政務官 委員御指摘のとおり、不活化ポリオワクチンの導入というのを求める声が大変高まっているということは、私たちも認識をしています。

一点目の、一体いつ承認がおきて使えるようになるのかということでもありますけれども、現実的な話とすると、大体、承認申請がなされて一年ぐらいはかかるということのをこれまで聞いています。しかし、もっと早くできないかということについて省内でも検討をさせていますので、我々としても鋭意努力したいと思っています。

二点目の個人輸入の件数でありますけれども、いわゆる我々として承認をしているというものではありませんし、実際どれだけ接種をされているかということについて詳細を把握しているわけではありませんが、しかし、一定程度の方々が接種をされているという事実をかんがみますと、先ほどお話がありました補償の面も含めて、やはり、これからどういふふうにしていくかということを危惧される方が見えるということは当然だと思っております。

ただ、一点だけお話をしておかなきゃいけないのは、不活化ポリオワクチンであれば完全に安全ではないということです。今委員から御指摘もありましたように、不活化ポリオワクチンによる副反応で、場合によっては補償を求める声が上がりが得るというのは、まさに逆に言えば、不活化ポリオワクチンでも副反応が起こり得るということでもありますから、ぜひ保護者の皆様方にはこういった御認識を持っていただきながら、予防接種の効果とリスクについて正しく御理解をいただくというような取り組みを厚生労働省も行っていかなければならないと考えています。

○斉藤(進)委員 緊急輸入についても求めておりますし、あと、PMDAの対象にもすべきだというふうにもお伺いしたのですが。

○岡本大臣政務官 緊急輸入の対象としては、特例承認というようなことであるとすると、これは一応一定の要件がありまして、現行ではなかなか難しいというところがありますが、委員が御指摘になりましたように、できるだけ早く承認がされるようにしていくということで対応したいと思っています。

それから、PMDAの補償については、今お話をしましたけれども、当然、承認をされれば補償の対象になるという理解でありまして、現状で、承認されていないものに対してPMDAの補償という制度にはなっていないということを御理解いただきたいと思います。

○山崎(摩)委員 大臣、ありがとうございます。

鋭意お進めいただければ本当に地元の市町村が助かるかなというふうに思いますので、よろしくお願いたします。

もう一点は、被災地では、医療機関が流されてしまったということで、患者さんが病院に通えなくなりました。在宅で療養していらっしゃる方が、訪問看護ステーションから訪問看護師が行くわけですが、そのときに、ふだんお使いになっている医薬品ですとかガーゼですとか、そういったものをお持ちできる仕組みに今なっていないということで、患者さんがそういったものの入手が非常に困難になっているというお声がまた上がってまいりました。

これは先般、自民党のあべ俊子委員が御質問なすった後、五月十三日に、ストックはできますよ、保管はしてよろしいよというような通知が出ているようでございますが、実は、現場が求めているのは、保管は今までもしているわけでございますので、患者さんに提供ができる仕組みをやはりつくっていただかないと在宅の方がお困りになるかなということでございますが、これについてはいかがでございましょうか。

○岡本大臣政務官 今御指摘ありましたように、訪問看護ステーションにおいて、これまでもガーゼ等の衛生材料についてはあらかじめ保管ができるというふうになっておりましたが、本委員会での御指摘も受け、五月十三日に関連通知を発出しまして、グリセリン浣腸液、生理的食塩水、注射用水など、医師の指示に基づいて行われる臨時応急の処置や褥瘡の予防、処置に必要な医薬品についても、卸販売業者から直接購入ができることとしたところでございます。

また、これらの在宅医療に必要な衛生材料等については、診療報酬上は保険医療機関が提供することとなり、これらの費用を別途患者に求めることのないように、改めて在宅医療の現場に周知を行ったところでもあります。

そういった意味で、現場のニーズを踏まえつつ、また取り組んでいきたいと思っております。

○山崎(摩)委員 二十四年の同時改定も目の前に来ておりますので、ぜひ、患者さんに提供できるというような仕組みを、もちろんこれは医師の指示のもとでございまして、御検討を進めていただければというふうに思います。これは要望しておきたいと思っております。

続いて、介護保険法の改正に入りたいと思っておりますが、今回、被災地を歩いてよくわかりましたのは、やっぱり介護保険をつくっておいてよかったなという、介護保険の価値ではないかなというふうに思います。私も、九四年からこの制度創設に政府の審議会の委員というような形でかかわらせていただきましたけれども、十年たって、いろいろ課題はありますが、しかし、介護保険をつくっておいてよかったなというのが率直な気持ちでございます。

その意味では、今回の改正も、地域包括ケアシステムということで、少なからず課題もあるわけですが、やはり一歩前進をさせていっていただきたいということで、今回の法改正には賛成の立場で、もちろん与党でございまして、推し進める立場から質問したいというふうに思います。

一点目は、二十四時間対応の定期巡回型の看護、介護といった新たなサービスですが、これはもう、諸外国の在宅ケア先進国を見ていると当たり前の仕組みでございますので、ようやくこれでグローバルスタンダードの入り口に日本も肩を並べたかなと思っておりますが、しかし、今回の制度改正は、まだまだ課題がないわけではないというふうに思います。

その一つが、訪問看護ステーションの伸び悩みでございます。介護事業所は随分ふえてきましたが、ステーション自身が伸び悩んでおりますので、二十四時間随時対応していくためには、やっぱりステーションの数をもう少しふやさなきゃいけない。このあたりについての御見解はいかがでございますでしょうか。

○岡本大臣政務官 訪問看護ステーションの充実という観点でいいますと、厚生労働省においては、今回の改正を通じて、地域包括ケアシステムの構築を目指して、訪問看護はその中核的な役割を担うサービスとして位置づけていくわけでありまして。

そのためには、これまで行ってきたさまざまな事業があるわけでありましてけれども、例えば訪問看護支援事業によって訪問看護ステーションの充実を図ってくるなどしてきたんですが、今後は、定期巡回・随時訪問介護看護サービスの創設、そして訪問看護と小規模多機能などさまざまなサービスを組み合わせ提供する複合型サービスの創設を実施していくというようなことを通じて、訪問看護ステーションの充実、数だけではなくて、そのサービスの充実ということも図っていきたいというふうに考えております。

○山口(和)委員 日本だけの問題ではなくて世界の問題であるというふうな認識がやはり必要なのではないでしょうか。もしよろしければ、大臣もしくは大塚副大臣、どうぞお願いします。

○岡本大臣政務官 今、大変示唆に富むお話をいただきました。

文科省からも御答弁いただきましたことを踏まえ、関係省庁と協力をして検討していきたいというふうに思います。

○山口(和)委員 ありがとうございます。

これ以上、一人たりとも将来にわたって被害が及ばないように、ぜひとも国全体で、世界全体で検討していただきたいと思います。

さて、今回の復興は日本人の意識が変わる大きな機会であるようにも思います。避難所での生活、日本じゅうからのボランティアの支援、寄附、支援物資など、日本に限らず、近隣諸国、世界じゅうからさまざまなきずなが見えました。

今後、仮設住宅を含め、町づくり、地域づくりが行われていくと思いますが、そのかなめとなるところが地域包括支援センターと思いますが、その考えでよろしいでしょうか。どなたか、お願いします。

○岡本大臣政務官 今委員御指摘のように、これから被災地においてさまざまなニーズが発生すると思います。医療、介護の分野では、それぞれそのニーズに応じて対応していかなければなりません。介護のさまざまな、きめ細やかなニーズを把握し、そしてそれを推進していくという意味において、地域包括支援センターというのはかなめになり得るということで考えております。

○山口(和)委員 ありがとうございます。

障害がこれぐらいまで、予防の段階はここでこういうサービスを、生活をしてください、障害を持つようになって要介護状態、要支援状態になったらこのサービスを利用、ここでコミュニティーをつくってください、重度になったらここでコミュニティーをつくってください、これは地域コミュニティーが成り立たないわけで、ぜひとも地域のベース、町づくりをつくっていただいて、そこに必要な介護保険サービスであったりそういうものが広がるような地域社会ができることが大切だと思います。

以前から、民間ベースでいろいろなことを展開しようとしたけれども、なかなか、お金がかかって難しいところもあります。あるいは、ボランティアの方々が、地域で生活するために集会所等々を利用していろいろなことやっておりますので、それ自体が地域づくりだと思っておりますので、ぜひともよろしくお願ひしたいと思ひます。

それから、今回、被災地において、DMATやJMAT等々、急性医療にかなり入られて、有効な支援が行われたと思うんですけれども、少し時間がたってくると慢性的な問題が出てきます。

今まで農作業をしていたり、あるいは家畜を飼っていてえさをやったり、活動されている方々が避難所におりますと、予防が必要になってくると思ひます。できるだけ、介護保険を必要とされる方は地域の介護保険を活用して、避難所にいるところの介護保険サービスを受けて支援してもらおうというのは少しずつ広がってきて、安心できるようになりましたけれども、そのほさまの、その以前の人たちなんですけれども、予備軍ですね、地域支援事業でいえば特定高齢者になってきそうな方々、あるいは要支援以前の方々が中途半端な状態です。

今、ボランティアで理学療法士や作業療法士などが全国から集まって支援しておりますけれども、もうこれは限界だ、定期的にちゃんとやっつけていかなきゃいけない、これは入っている慢性期の医師やあるいはケアマネジャーや理学療法士や作業療法士からの現場の声でございます。

そういった意味で、避難所のある市町村が地域支援事業として避難されている方々に対して支援できるような体制があったらどうかと思うんですけれども、多分そのような支援をするようになってはいるんでしょうけれども、現実的にはなかなか進んでいない。被災されている市町村自体が機能しておりませんので、ぜひともそれをうまく支援する方法を検討していただきたいと思うんですが、これはちょっと通告していたかどうか疑問なんですけれども、ぜひともお答えしていただければと思うんです。

○岡本大臣政務官 今委員御指摘のように、被災地におけるケアのあり方というのは、暫定的なケアプランを作成するとか、ケアプランがなくなって手元にないというような方に対しても、これまでのケアプランを継続できないかということも今検討しています。一年ぐらいできないかというようなことを検討していますが、いずれにしても、リハビリテーションを含むさまざまな取り組みというのは必要とされる方にきちっと届くようにしなければいけないし、そもそもどういう方がどういうニーズをお持ちなのかということをきめ細やかに把握をしていくということが重要になってくると思ひます。

そういう意味では、先ほど御指摘がありましたけれども、保健師さんの活用も含め、避難所でのニーズ、また御自宅にそのまま見える方のニーズを十分把握していくということの中で、今委員御指摘のリハビリテーションのニーズについても把握し、対応していきたいというふうに思っております。

○山口(和)委員 ありがとうございます。

そうなりますと、実は、介護給付費分科会というところで、リハビリテーション関係者が不在なんです。我が国にとって非常に重要な問題と思ひますので、旧態依然の、古い時代のリハビリ軽視のあらわれではないのかというふうに思うところがあります。日本の現状を認識すれば、ぜひともリハビリテーション関係者が介護給付費分科会等に入っていかなければいけないと思うんですが、その辺はいかがでしょうか。

○岡本大臣政務官 今委員御指摘ありました介護給付費分科会の構成でありますけれども、御指摘のように、さまざまな関係者がいる中、確かに、理学療法士という方に入っているということではなく、リハビリに関係する医師というのが委員の中に入っているというような状況であります。

現時点でも、いわゆるサービス提供側、そして患者、負担側、そしてそれ以外にもさまざまな皆さんを含め多くの委員が入って見えます。学識経験者とか、全体で二十五人の方が今委員でいらっしやいますけれども、こういった皆様方で既に議論をされておまして、なかなかこれ以上人数をふやすというのは難しいのかなというようなことも考えております。

したがいまして、先生御指摘のリハビリの関係者の方々ということではなくて、リハビリテーションを現に行っておられます理学療法士の皆さん方からの御意見というのを、委員会の場で、委員としてではなくてもヒアリング等で聞いていけるような体制はつくっていきたいというふうに考えておりますので、そういった場を活用して理学療法士の皆さんの御意見もお聞きをしていきたいというふうに考えております。

○加藤(勝)委員 大体、長い答弁のときはよくわからないことが非常に多くて、今回もそれに該当するというふうに私は思うわけでありまして、今回の法案を議論するベースとして、社会保障審議会の介護保険部会でもいろいろ議論があった。しかし、その意見書の中の給付と負担の見直しに係る検討部分というのは、もうほとんどこの中には入っていないわけでありまして。

それから、お出しなされた社会保障制度改革の方向性と具体策の中には、「医療・介護サービス提供体制の基盤整備を図るための一括的な法整備を行う。」と。要するに、次にそういうのが出てくるよというようなニュアンスもあるわけでありまして、そういう意味で、甚だ何か、どういうふうにこれを私はとらえていいのか、中身の方にもこれから入ってまいりますけれども、何か非常に位置づけがある意味では中途半端なような印象をどうしても持っている。

しかし、他方で、今おっしゃった地域包括ケアシステムを進めていく、これはもう異論のないところでありまして、例えば、今回の中で幾つか申し上げさせていただきますと、後ほど同僚からも質問があると思いますが、介護職員等によるたんの吸引等の実施というの、これも医療行為と介護、そこをどう位置づけるか。これまでは緊急避難的にやってきたわけでありまして、これを制度として落とし込んだときに、その辺はどう整理していけばいいのか。

あるいは、これは私自身は適切ではないと思っておりますが、社会医療法人による特養ホームの開設。社会医療法人からはやらせてくれという声はないという話を事務局からお聞かせいただいておりますが、いわば規制改革との議論の中で一つの妥協的なことかもしれないけれども、しかし、やはり医療とそしてこうした介護、この辺をどう切り分けていくのか、これに大きく絡む話であります。等々、ここに来ている一つ一つの問題自体は現実的なことを議論しているわけでありまして、その後ろには非常に大きな議論が実は隠されている。

あるいは介護サービスの情報公表制度についても、なぜこれがこういう形でつくられてきたのか。要するに、介護保険制度を入れたときに、社会福祉法人に加えてさまざまな、株式会社まで含めて、多様な人方の参加を前提とするということになれば、そうしたものがきちんと行えるための仕組みをつくらうということをつくったのがこの情報公表制度の一連だと思っております。それを一遍に義務を任意という形にし、しかも、その任意の形が甚だよくわからない。あるいは他方で、今実施主体に対して、情報公表あるいは評価制度あるいはそれぞれの当局による調査、査察というんでしょうか、さまざまなものがどう整理されているか、この辺も非常に未整理だな、こういう印象をまず申し上げさせていただきます。

その中で、まず一つ、民主党のマニフェストの中には、衆議院のときには、介護労働者の賃金を四万円引き上げると書いてありました。それから参議院のときにも、給与の引き上げに引き続き取り組むと書いてあるわけでありまして、この辺は今後どう対処されていかれるのか。これから介護報酬の見直しがございますけれども、その中で対応していく、こういうふうにお考えですか。

○岡本大臣政務官 処遇改善交付金の扱いをどうするかということは、一つ課題になってくるだろうと思っております。

御指摘のように、介護労働者のいわゆる賃金について問題意識を民主党はこれまで持ってまいりました。また、そういった中で、引き上げの方法についても、さまざま党内で議論をしてきたところでありまして、今委員御指摘のとおり、来年のいわゆる介護報酬の改定に向け、今後の議論としてあり得る話だろうというふうに思っております。

○加藤(勝)委員 今のあり得るといふのは、四万円があり得るといふふうに考えてよろしいんですか。

○岡本大臣政務官 四万円を目指してどう頑張るかという議論があり得るといふことでございます。

○加藤(勝)委員 頑張るといふのは、政府がおやりになれば、やるという意味でありますからね。あるいは、やることに向いて最大限手だてを尽くすということでもありますけれども、今ほとんど手だてがない、そういう努力をされているとは私どもには思えないのであります。まあ、頑張るといふことでもありますから、ぜひ実現をしていただきたいと思っております。

もう一つ、ほかにも幾つかありますが、今回の法案との関係で、介護療養病床の点についてお伺いしたいんです。

マニフェストでは、「当面、療養病床削減計画を凍結し、必要な病床数を確保する。」こういうふうにお書きになっているんですけれども、そのマニフェストと今回の法案の、さらに六年間猶予、猶予といふか六年間さらに延ばして転換を図る、この考え方は皆さんの中では整合がとれておられるんですか。

○岡本大臣政務官 御指摘のとおり、凍結という言葉の中には、今回のいわゆる、来年三月末で廃止というようなことがこの法案の提出で凍結をされたといふふうに考えております。(発言する者あり)

○加藤(勝)委員 だから、最終的にはあと六年間で転換を完全に実施する、そういうことですか。

○岡本大臣政務官 マニフェストには、「当面、療養病床削減計画を凍結し、必要な病床数を確保する。」こういうふうに書いています。八万六千が必要な病床数なのかどうかということもぜひ皆さんにも御議論いただきたいと思っておりますし、当面凍結をする、こういう話ですので、今お話をしましたとおり、今回、介護療養病床の二十四年三月末での廃止ということは凍結をされたということでもあります。

○加藤(勝)委員 今政務官の言われた話と大臣の言われた話を聞いて、ちょっと私の中ではきちんと整理できないのですが、要するに、今の大臣のお話は、今ある介護療養型病床を基本的に介護療養型老健施設にすべて、すべてといふか流していく、こういうこと。したがって、少なくとも今の介護療養型の病床自体はなくなるといふふうに聞こえるんです。一方で、政務官のお話は、その辺の扱いも含めてどうするかという話には私には聞こえませんが、もう一回確認をしますが、今ある、まさに介護保険における介護療養型病床といふもの、これはあと六年間で完全に解消する、そういうことでよろしいんですか。

○岡本大臣政務官 語弊がないように、ちょっと、もう一度言わせてください。

マニフェストを読んだんです。「当面、療養病床削減計画を凍結し、必要な病床数を確保する。」と言いました。これは、介護療養病床については、先ほど大臣から御答弁いただきましたように、我々としてこの六年間で転換を進めていって、結果としてこの転換を完了させるということではありますが、転換する先にはもちろん医療型の療養病床になる病床も出てくるという意味では、必要な病床は確保するということでもあります。

○加藤(勝)委員 もう一回確認しますが、要するに、今の介護保険制度の中にある介護療養型病床はあと六年間で完全になくなるといふことを前提に、この六年間の延長措置、そして、さっき大臣がおっしゃった、そのためのさまざまな支援策の強化、取り組みを行っていく、こういう前提ですか。大臣に聞いております。

○岡本大臣政務官 今御質問いただきましたとおり、私の考え方と今の御質問は、私の答えた趣旨でございます。

○あべ委員 おはようございます。自由民主党、あべ俊子でございます。

本日は、社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正案、これに関しましての、たんの吸引に関して質問をさせていただきたいと思っております。

特に、規制・制度改革に関する閣議決定、総理の指示を踏まえまして、たんの吸引等の医行為が必要な者に対してより安全に提供されるよう、介護福祉士などの介護職員によるたんの吸引等の実施のための所要の法整備ということで今回出されているわけでございますが、特にたんの吸引に関しましては、非常に簡単な業務であるとはいわく言いがたし。特に、そのたんの吸引を間違えてしまいますと呼吸の停止が起きてしまう、また、人工呼吸器の方は非常に難しいとされておりますが、この安全性の確認、担保について教えてください。

〔委員長退席、藤田(一)委員長代理着席〕

○岡本大臣政務官 今お話がありましたように、たんの吸引については、今回の法改正で、事業所の登録や介護職員等の研修を行う制度をもって安全性の確保を強化していきたいというふうに考えております。

実施に当たりましては、医師、看護師その他の医療関係者との連携が確保された体制をとること、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、緊急時の対応を定めていることなど、安全確保措置を講じることを要件としております。

現実には、試行事業を今やっております、その結果の検証そして評価を踏まえて行っていくわけでありまして、委員御指摘のとおり、確かに、たんの吸引というのは一定の知識とまた訓練が必要だということも事実でありますので、先ほどお話をさせていただきました評価そして結果を見ながら決めていくということとさせていただきたいと思っております。

○あべ委員 今から安全管理体制をどのように整備していくか。法律に書いた後でまた整備をしていく部分も大きいのかと思っておりますが、特に私は、患者さんの安全性ということが一番担保されなければいけない、法律に書いたから安全ではないんだということでもあります。

特に、その研修期間の妥当性、今その研修の実施の部分をやっているみたいでございまして、今言われている研修期間でたんの吸引をするのはなかなか難しいという声も、いろいろなところから聞かれております。また、このことに対して、研修期間の妥当性というのがございまして、特に、二十回以上の実施が課せられたというのは非常に難しいからと、このハードルを低くして三回ぐらいいいんじゃないかというふうな方向に政府が動いているということも聞いておりますが、これに関しましてはいかがでしょうか。

○岡本大臣政務官 現実に私もたんの吸引、何回かやったことありますけれども、当然、委員御指摘のように、何遍やっても難しいし、それから御本人のそれぞれの特性がありまして、確かに難しいところがあります。何回やったからできるというようなものではなくて、ケース・バイ・ケースで対応する、そして、何かがあったときにきちっとそれが連絡できるようにする、こういうようなことをそれぞれの従事する方にしっかりと周知することもまた大切であろうというふうに考えております。

○あべ委員 さらに、記録ということを大臣が、また政務官も強調しておっしゃいましたが、記録を書いているということが、実際現場の中での確にされていたかどうかということ必ずしも証明するわけではない。何かあったときの連絡体制が一番大切なわけがあります。

そうした中におきまして、このたんの吸引が実施された後に、定期的な指導また監督をしていくということが私は特に重要であると思っておりますが、これに関しましてはいかがでしょうか。

○岡本大臣政務官 御指摘のとおり、先ほども私もお話ししましたように、何かあったときに連絡をするということが徹底されるということは重要であります。

記録の整備に時間を要するということではなくて、何か異変があったときに、それがたんの吸引とどういう因果関係があったかということを確認することができるという意味でもやはり記録は必要だろうと思いますし、また、看護職員等のその後のチェックも、できればこの記録に入れられないかということを考えております。

いずれにしても、先ほどもお話をしましたように、たんの吸引というのは、ケース・バイ・ケースで難しいケースもあります、個々によって変わります。したがって、不断の修練と、そしてまた、それぞれ実施をしていただく皆さんへの認識の周知徹底が重要だという観点では、委員御指摘のように、そういったその後のフォローアップというのも一つの検討課題だろうというふうには考えております。

○あべ委員 ありがとうございます。

最後になりますが、やはり医療者との連携が大切という中、このもとの、たんのサクションを介護職員の方にさせていただくということは、看護師不足ということがあります。先ほどの質問の中で民主党の山崎摩耶委員も質問をしましたが、先ほど大臣が三つお答えくださいました。しかしながら、私は、その三つでは十分ではないと思っております。なぜかといいますと、やはり、ナースの育成ということもおっしゃいましたが、私は、何といても介護現場における看護師の処遇の問題、何といてもお給料が安過ぎてみんな行きたがらないというところに大きな問題があるんだと思っています。

これは介護保険料が足りなくてそのようになっているのか、私はよくわかりませんが、やはり医療機関と介護系の施設と比較したときに、どうしても及び腰になってしまう待遇であるということは否めないわけございまして、この部分はしっかりと体制を整えていただきたいと思っております。

特に私が思うのは、たんの吸引に関しては、在宅というのは非常に危険なところであります。施設であれば、ヘルプを出せばだれかが行ってくれることもある、連携もしやすいということですが、在宅、患者さんと介護職員だけでそのサクションをしたときに、何かあったときの緊急体制が本当に図ることができるのかということが非常に不安なわけございまして、これに関して、政務官、御意見ございますか。

○岡本大臣政務官 安全確保をどのように在宅で図っていくかということでもありますけれども、今回成立をさせていただきますと、法律に基づき、介護職員等によるたんの吸引等を実施する事業所は登録をすることとなって、都道府県へ登録を行う仕組みとなっております。医師、看護師その他医療関係者との連携が確保された体制をとっているということをその要件としたいというふうに考えています。

この要件は施設であっても在宅事業所であっても適用されるものでありまして、看護師のいない訪問事業者については、訪問看護事業所等との連携を確保する等により、緊急時の対応などを含め、医療関係者との連携体制を確保する必要があるというふうに考えておりまして、安全確保措置の具体的な内容につきましては、先ほども御答弁させていただきました試行事業の結果の検証そして評価を踏まえて定めていきたいというふうに考えております。

○あべ委員 では、施設における安全確保対策としての連携システムと在宅におけるものと、このところはしっかり分けながら安全管理体制を整えるという理解でよろしいでしょうか。

○岡本大臣政務官 先ほどお話ししましたように、試行事業の検証と結果を見て、委員の御指摘もありますので、そういった御意見も踏まえて決めていくということになるかと思っております。

○古屋(範)委員 おはようございます。公明党の古屋範子でございます。

介護保険法等改正案の質疑に入ります前に、一、二、質問させていただきます。不活化ポリオワクチンについて、私からも質問をさせていただきます。

当委員会におきまして、今国会、二回、不活化ポリオワクチンの質問をさせていただきました。一回は震災の前でございました。震災後、四月の二十二日、本委員会において、不活化ポリオワクチンの緊急輸入をすべきということで訴えをいたしました。

それは、震災が起き、長引く避難所生活の中で手洗いあるいは入浴も不十分である、こういう中でポリオの生ワクチンを接種した場合には、衛生管理が不十分な場合には便から感染をする可能性がある、未接種の子供に感染をするおそれがあるために、不活化ワクチンへの切りかえは、こうした震災が起きた後であるから待ったなしだ、こういう質問をいたしました。

実は、質問取りに前日来られた方は、国内承認が得られるまで何もしないというふうに答えられていまして、震災が起きたにもかかわらず、厚労省は一体どう考えているんだ、では、何もしないということを明言してもらいたい、はっきり国民の前で厚生労働省の人が明らかにしてほしいと言って、帰っていただきました。

岡本政務官は、これに対しまして、被災地の衛生状態を勘案すると、実際に自治体で今回接種を見合わせているところがある、ポリオの弱毒生ワクチンのリスクを考えることはあり得る話だというふうに答えられました。今改めて委員からのお話をいただきましたので、私の方としても、再度、どういったことがとり得るのか、政務三役とも相談しながら、少し事務方と改めて協議をしたいというふうに思っている、そういう意味で、委員の御指摘、重く受けとめたい、このような真摯な御答弁をいただきました。感謝しております。

その後、時がたちまして、専門家の方々に、この不活化ポリオワクチンがなぜ欠かせないのか等のお話をいただきました。改めて緊急輸入の重要性を感じております。

現在、三種混合ワクチンに不活化ポリオワクチンを混合した、いわゆる四種混合ワクチンの治験中でありまして。多分、使用できるまで、早くて一年半あるいは二年かかると言われております。

それまでの期間だけが問題というわけではございません。一例を挙げますと、この四種混合ワクチン発売までにDPT接種が四回終わった方に四種混合ワクチンを追加投与すると、過剰免疫のため局所反応が強くなる可能性があつて、基本的には接種ができない。また、既にDPTを一回から三回受けていて、途中から四種混合を受ける場合、不活化ポリオワクチンの回数が足りなくなってしまう。そして、一度もポリオワクチンを受けていない人には、単独不活化ポリオワクチンが欠かせない。すなわち、輸入単独不活化ポリオワクチンか、現在治験を行っていない国産の単独不活化ポリオワクチンがどちらにしても必要だ、こういうことになるかと思っております。

ぜひ、この不活化ポリオワクチンの緊急輸入、これを御決断いただきたいと思っております。いかがでしょうか。

〔藤田(一)委員長代理退席、委員長着席〕

○岡本大臣政務官 これまでの古屋委員のポリオワクチンに関するお取り組みに本当に私も敬意を表しているところでございますが、先般来御指摘がありますように、日本の不活化ポリオワクチンの導入につきましては、過去のいわゆる導入に失敗したという経緯もあり、諸外国に比べて遅いという指摘を重ねて受けてきておりますことを、私もじくじたる思いを持って、この促進が図れないものかということは、これまでも累次にわたって事務方とも議論をしてきております。

今回、当委員会で、本日大臣よりお話をいただきましたとおりでございますけれども、不活化ワクチンの中でも今御指摘の単抗原のワクチンの導入について、我々としても、その必要性を含め、五月二十六日開催予定の厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会において審議をしていただき、議論していただくというふうに今考えております。

不活化ポリオワクチンに生ワクチンから切りかえるときに、さまざまな論点があろうかと思っております。

例えば、一回生ワクチンを打っている方に二回目以降不活化にするということが果たして是か非か、先ほど委員が御指摘された論点以外にもそういった話もありますし、実際に不活化の単抗原ワクチンが導入されるやに話が広まりますと、急激に生ワクチンを受ける方が少なくなる可能性もあります。

そういったときに、では、日本の公衆衛生上、それがどういう問題点を起こすのかとか、議論はさまざまある、論点はあると思いますが、そういったさまざまな論点も踏まえつつ、やはり委員の御指摘を重く受けとめさせていただきながら、厚生労働省としても、さらにこういった議論の加速化、また、当然、承認申請が出てきた場合には迅速に承認をするというためのさまざまな議論も進めていかなければいけないというふうに考えております。

○古屋(範)委員 ありがとうございます。

次に、介護関連の質問に移ってまいります。

五月九日の共同通信の記事でございます。東日本大震災で被災した岩手、宮城、福島の三県で、介護保険適用に必要な要介護認定申請が少なくとも二千九百六十件滞っているという記事がございました。自治体への取材でわかったそうですが、被災による行政機能の麻痺が原因で、被害が甚大な十五市町村では介護認定審査会も開けていない。今後長期間、多くの高齢者が認定を受けられない可能性が出てきた、こういう記事がございました。

厚生労働省では、認定ができない場合はケアマネ独自に要介護度を判定する暫定ケアプランで対応することを通知しています。暫定プランでは、介護度を低く見積もりがちであります。十分なケアが受けられないのではないかという懸念が広がっております。宮城県では、今回、更新分だけでも自動的に延長を認める特例措置を政府に要請中とのことでございます。

介護保険制度に詳しい結城准教授は、要介護認定には煩雑な事務作業が必要で、被災自治体にやれというのは酷だ、政府は当面は無条件の介護サービスを認める特例措置をつくるべきだ、このようにおっしゃっています。

必要なサービスを利用または提供できるよう、新規の利用、暫定プランについても、柔軟な制度運用を認めるべきと考えます。

意見書を作成する医師や審査会メンバーが被災をして審査会が再開をできない、そういう地域もあろうかと思えます。政府としては、当面の間、柔軟かつ手厚い介護サービスを認める特例措置をつくるべきではないか、このように思いますが、いかがでしょうか。

○岡本大臣政務官 御指摘にありますように、通常、要介護認定の事務を行うことが困難な場合について柔軟な取り扱いを認めるということを既に表明しているところであります。

その中では、具体的には、今お話がありましたようなものも含めまして、新たに介護サービスが必要となった場合、要介護認定の申請前であっても市町村の判断により介護サービスの利用ができること、それから、要介護認定の申請を行っている方については、通常、要介護認定を行えない場合でも暫定ケアプランにより介護サービスの提供ができること、要介護認定の更新時期に達した方については、従前どおり介護サービスの提供を継続し、災害が落ちついた後で更新申請ができることなど、事務取り扱いの簡素化を認め、周知を図っておりますが、そのほかにも、介護認定審査会の合議体の委員の定数は五人を標準としていますが、委員の確保が困難な場合には二人で審査判定ができることも認めております。

また、こうした事務の簡素化に加えまして、市町村の判断で有効期間を最大一年間延長することを可能とする特例省令の制定などを今検討しているところでございます。

○古屋(範)委員 この事業の目的を大臣から御答弁をいただきました。理念はすばらしいものであると思えます。確かに、要支援あるいは非該当を行き来する方々に柔軟に総合的なサービスを提供していく、これは理想であると思えます。ぜひそれが現場で有効に実施されるように今後取り組んでいかなければならない、このように考えております。

次に、軽度者に対する介護サービスの考え方についてお伺いをまいります。

介護保険部会の意見書では、要支援者また軽度の要介護者への介護サービスについて、今後さらに高齢化の進展に伴い介護給付費が大幅に増加していくことが見込まれる中で、重度の要介護者や医療ニーズの高い高齢者に対して給付を重点的に行い、要支援者と軽度の要介護者に対する給付の効率化と効果の向上を図ることが適当か否かを検討する必要がある、このように提言をされています。

高齢社会で健康に生きていくためには、何より、適切な栄養あるいは清潔な住環境、こういうものは不可欠であります。そして、重度化を予防していくことが介護保険の本来の目指す目的ではないかと考えております。生活援助などの訪問介護は、介護費用全体から見ると一割程度であります。自宅でできるだけ長く暮らしていただくためには、軽度からの生活援助というのは非常に重要であると考えております。また、高齢者の方々の希望でもございます。

今回の改正では、軽度者に係る給付の見直しはなされず、先送りとなりました。大臣は軽度者に係る給付のあり方についてどのように考えていらっしゃるのか、この点についてお伺いをしたいと思います。

○岡本大臣政務官 今御指摘の軽度者の方々に対する支援に当たりましては、地域の実情に応じて、多様なマンパワーや社会資源を活用しつつ、配食、見守り等の生活支援サービスも含めて、総合的で多様なサービスを提供していくとともに、本人の能力をできる限り活用して自立を目指すという観点に立って、社会参加や地域貢献を促しつつ、介護予防の取り組みを推進していくということが重要だというふうに考えています。

今御指摘にありましたように、介護予防・日常生活支援総合事業につきましては、市町村の判断により、要支援、介護予防事業対象者向けの介護予防、日常生活支援のためのサービスを総合的に実施できる制度を今回創設し、事業を導入した市町村においては、市町村、地域包括支援センターが、利用者の状態像や意向に応じて、予防給付で対応するのか新たな総合サービスを利用するのかを判断することとなっております。

利用者の状態像や意向に応じて、介護予防、生活支援、権利擁護、社会参加も含めて、市町村が主体となって総合的で多様なサービスを展開することで、先ほどからお話がありますように、軽度者の皆さんへの支援をより強化していく、こういう考えに立っているということを御理解いただきたいと思っております。

○古屋(範)委員 続いて質問してまいります。介護予防事業についてお伺いをいたします。

地域支援事業の必須事業である介護予防事業、これは事業仕分けの対象となりまして、二回にわたり仕分けをされた結果、事業の効果の検証が不十分で、対象者を明確にすべきとされまして、予算要求の縮減となりました。

そして、介護予防サービスの中でも需要度の高い訪問介護、通所の利用について、その利用が月単位となっているため、支援程度の十分な利用が望めないことが問題となっております。週一回の方も二回の方も同一料金で不公平だという声がございます。介護予防通所事業費の月額制を廃止して単位制に移行すべきではないか、このように思いますけれども、この点はいかがでしょうか。

○岡本大臣政務官 今御指摘がありました介護予防サービスの中のいわゆる介護予防通所事業費の月額制を不公平だという御意見でございますが、現在、介護予防の通所介護の介護報酬につきましては、利用者の状態像から見てある程度標準化が可能であること、また、必ずしも時間がかかることが目標の達成に結びつくとは限らず、かえって柔軟なサービスを提供するその妨げとなるおそれがあること、こういったことを勘案して月額制としているところであります。

引き続き、こうした仕組みは必要と考えていますけれども、いずれにしましても、介護予防通所介護、この介護報酬のあり方につきましては、平成二十四年度の介護報酬改定に向けて社会保障

審議会介護給付費分科会において議論をしていく、こういった対象となるというふうに考えております。

○中島(隆)委員 それでは四点目ですが、今回の改正のもう一つの目玉が、二十四時間対応定期巡回あるいは随時対応サービスの創設です。前回の改正では夜間対応訪問介護事業が創設されました。この延長線上に新たな事業を行うとしていますが、今きめ細かいサービスが求められていますから、大筋に趣旨は理解しますが、しかし、本当に機能するかどうか、懸念をいたします。

前回の改正で創設された夜間対応型訪問介護事業については、全国で六千百件程度しか利用されていない。会計検査院からも指摘をされているわけですが、今回の改正で設置しようとしている定期巡回・随時対応サービスも同じようなことになりはしないか心配しているわけですが、これについてお尋ねいたします。

○岡本大臣政務官 御指摘の夜間対応型訪問介護は、利用者が日中と夜間を通じたサービスが受けられない、また、従業員の確保が難しく、勤務ローテーションを組みにくいといった課題が指摘をされてまいりまして、委員御指摘のような実績状況であります。

今回、定期訪問と随時対応を組み合わせるサービスにおきましては、利用者のニーズをしっかりと酌み取っていかなければいけないというふうに思っていますし、より運営しやすい仕組みを導入できるというふうに考えています。

いずれにしましても、モデル事業の結果を踏まえて具体的な基準や報酬設定を行うということにしております。

また、会計検査院から指摘をされたという点につきましても、十分対応していかなければいけないというふうに考えております。

市町村が公募を通じた選考によって事業者を指定できるような仕組みを提供することとしておるところでございまして、適切なサービス提供確保にしっかり取り組んでまいりたいと思っております。