

参議院社会労働委員会会議録第二十二号

昭和四十年五月二十五日(火曜日)
午前十一時三十二分開会

委員の異動

五月二十五日

補欠選任

山本 杉君

鹿島 俊雄君

出席者は左のとおり。

委員長 小柳 勇君
理事 草葉 隆圓君
丸茂 重貞君
杉山善太郎君
藤田藤太郎君

委員

国務大臣

政府委員

厚生大臣 神田 博君
労働大臣 石田 博英君
厚生政務次官 徳永 正利君
厚生大臣官房長 梅本 純正君
厚生省公衆衛生局長 若松 栄一君

事務局側

常任委員会専門員 中原 武夫君

本日の会議に付した案件
○社会保障制度に関する調査
(医療法の一部を改正する法律案に関する件)
(医療費問題に関する件)

○寄生虫病予防法の一部を改正する法律案(衆議院提出)

○労働者災害補償保険法の一部を改正する法律案(内閣提出、衆議院送付)

○精神衛生法の一部を改正する法律案(内閣提出、衆議院送付)

○委員長(小柳勇君) ただいまより社会労働委員会を開会いたします。

社会保障制度に関する調査中、医療法の改正に関する件を議題といたします。

本件につきましては、丸茂君から、委員長の手元に、医療法の一部を改正する法律案の草案が提出されておりますので、この際、まず、提案者から、草案の趣旨について説明を聴取いたします。

丸茂君 丸茂重貞君 ただいま委員長から御報告のありました医療法の一部を改正する法律案について、その趣旨を御説明申し上げます。

本草案は、すでに本委員会御審議を願ひ、先般撤回されました同名の法律案と全く同一の内容でございます。念のため、その趣旨を申し上げます。

まず、医療法第七十条の診療科名に、新たに「脳神経外科」を加えるとともに、「放射線科」を独立の診療科名としようとするものであります。以上でございます。よろしく御意見をいたします。

○委員長(小柳勇君) 本草案に対し、御質疑、御意見等ございましたら、御発言を願います。

特に御発言なければ、本草案を医療法の一部を改正する法律案として本委員会から提出すること御異議ございませんか。

「異議なし」と呼ぶ者あり

○委員長(小柳勇君) 異議ないと認め、さよう決定いたします。

なお、本会議における趣旨説明の内容につきましては、委員長に御一任願ひたいと存じますが、御異議ございませんか。

「異議なし」と呼ぶ者あり

○委員長(小柳勇君) 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

○委員長(小柳勇君) 寄生虫病予防法の一部を改正する法律案を議題といたします。

本案に対し、これより質疑に入ります。質疑のある方は、順次御発言を願います。――別に御発言もなければ、本案に対する質疑は尽きたものと認めて御異議ございませんか。

「異議なし」と呼ぶ者あり

○委員長(小柳勇君) 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

○委員長(小柳勇君) 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

寄生虫病予防法の一部を改正する法律案(衆議院提出)を問題に供します。

○委員長(小柳勇君) 全会一致と認めます。よって本案は、全会一致をもって衆議院提出案と可決すべきものと決定いたしました。

なお、本院規則第七十二条により、議長に提出すべき報告書の作成につきましては、これを委員長に御一任願ひたいと存じますが、御異議ございませんか。

「異議なし」と呼ぶ者あり

○委員長(小柳勇君) 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

○委員長(小柳勇君) 労働者災害補償保険法の一部を改正する法律案を議題といたします。

本案に対し、前回に引き続き、質疑を行ないます。質疑のある方は、順次御発言を願います。

○藤田藤太郎君 私は、一言、労働大臣に質問と要望を申し上げておきたいと思うわけであります。

何といつても、この前の質疑において、労働災害をなくしていこうと労働省がいろいろ努力されていることについては、これは大いに進めていただくとだことだと思ふのであります。しかし、なお一段とここで労働予防施策を進めていただく中で、いろいろまた意見が出てきているわけであり、ますけれども、私は、やはり労働災害というものは、国の法規に定められている安全衛生の設備、行政指導、社会から負担された、災害者を出さないという社会連帯の上に立つてこの施策を進めて、災害者を少なくしようとするのには、何よりも労使の理解を深めることが必要でございます。しかし、何といつても、使用者は、経営者の賠償責任

という問題がぼけてくるとこれは解決しない問題であろうと、私はそう思います。その点は肝に銘じて、労働行政は、その方向の中で労働災害防止のあらゆる施策を進めていただきたい、これが第一点でございます。

それから、もう一つの問題は、将来、社会保障制度が年金制度に発達して行くわけでありまして、五七・五％が五〇％になったわけでありまして、けれども、何と云っても、業務上の災害を受けた人または家族というものは、社会進歩の中の私は柱だと思われなければならない。ですから、いろいろと今後社会保障制度やその他の制度が変わっていくことでありまして、あらゆるものを乗り越えて、労働災害者には最優遇の措置を講ずるといふ、この前提がなければ、私は、社会連帯的な全体の幸福というものはあり得ない、それが社会の規律、近代化の規律じゃないか、こう思うわけでありまして、その点についても、労働者としては、肝に銘じて申し申し上げるか、その考え方を基本にして、今後ひとつ特段の施策を進めていただきたい。私はこまかいことには触れませんが、けれども、その二つの基本を確認していただきたい。

○国務大臣(石田博英君) 第一段の、災害の予防、防止につきましては、かねて本委員会においてもたびたび決意を表明いたしてまいりましたが、さらに決意を新たにいたしまして行政的な能力を結集し、同時に、各種災害防止団体等の御協力を得てその効果をあげてまいりたいと考えているのであります。しかし、それは一般的な一種のモラルサポートを要求するという以上、やはり責任の所在を明確にしていこうことが前提になる必要があるという御意見は全く同感でございます。行政上の監督指導も、その見地から強化をいたしてまいりたいと思っております。

第二番目の、将来の社会保障というものは、私も、すべて年金でまかなわれる、老齢年金も、あるいは疾病その他による場合も、いかなる場合においても最低生活は保障されるという方法でいく

べきものだと考えておりまして、それはいまのすぐれた企業が企業年金でまかなうとか何とかいうようなことでなくして、全産業、全地域、全職域を一貫した年金制度というものが確立されること、これが社会保障制度の理想だと考えておる。特にその場合において、労働の能力を失った人、あるいは一家の支柱であった人を失った遺族等についての災害補償年金というものは、外国等におきましても他の年金より手厚く行なわれているのであります。わが国におきましても、外国に劣らないような考え方をもちその制度の整備にさらに一段と努力をしてまいりたいと思っております。

○委員長(小柳勇君) 他に御発言もなければ、本案に対する質疑は尽きたものと認めて御異議ございませんか。

〔異議なしと仰る者あり〕

○委員長(小柳勇君) 御異議ないと認めます。それでは、これより討論に入ります。御意見のおありの方は、賛否を明らかにしてお述べをお願いします。――別に御意見もないようでございますが、討論はないものと認めて御異議ございませんか。

〔異議なしと仰る者あり〕

○委員長(小柳勇君) 御異議ないと認めます。それでは、これより採決に入ります。

労働者災害補償保険法の一部を改正する法律案(閣法第二二四号)を問題に供します。

本案に賛成の方の挙手を願います。

〔賛成者挙手〕

○委員長(小柳勇君) 全会一致と認めます。よって本案は、全会一致をもって衆議院送付案のとおり可決すべきものと決定いたしました。

○藤田藤太郎君 私は、この際、ただいま可決されました労働者災害補償保険法の一部を改正する法律案に対する各派共同の附帯決議案を提出いたします。

まず、案文を朗読いたします。

労働者災害補償保険法の一部を改正する法

律案に対する附帯決議案

政府は、本法施行にあたって、次の事項について、これの実現につとめ、もって被災労働者及び遺族の福祉の増進を図ること。

一、労働者災害補償保険の全面適用については、改正法附則第十二条の期間内においても、できるかぎりすみやかに立法化を図ること。

二、被災労働者の補償及び遺族に対する援護の拡充及び社会復帰の促進を図り、特に一酸化炭素中毒者及びけい肺、外傷性せき腫障害者等については、次の特段の配慮をすること。

1 長期及び重度の療養を行なっている者に対する給付の改善を図ること。

2 治癒後再就職の機会が極めて困難である重度障害者については、離職防止のための配慮を行なうとともに、やむを得ざる離職者に対しては、その社会復帰施設の設置に努力すること。

3 打切補償のみによって災害補償を打ち切られた者に対する保護措置について十分配慮すること。

三、保険給付の改善について引き続き更に努力し、特に通勤途上災害の取扱、精神障害及び内部疾患に関する障害等級表の改定、スライド制の改善等についてすみやかに検討するとともに職業性疾病についての予防及び補償につき総合的な検討を行ない、その結果に基づいて所要の措置を講ずること。

四、農業従事者その他特別加入することができず、本法の適用については、それだけの実情を十分考慮すること。

以上でございます。何とぞ御賛成くださるようお願いいたします。

○委員長(小柳勇君) ただいま述べられました藤田君提出の附帯決議案を議題といたします。

藤田君提出の附帯決議案に賛成の方は挙手を願います。

〔賛成者挙手〕

○委員長(小柳勇君) 全会一致と認めます。よって藤田君提出の附帯決議案は、全会一致をもって本委員会の決議とすることに決定いたしました。ただいまの決議に対して、石田労働大臣から発言を求められておりますので、この際、これを許可いたします。石田労働大臣。

○国務大臣(石田博英君) ただいま決議されました附帯決議は、すべてきわめてごもっともなことでございますので、この決議の御趣旨を尊重いたしまして努力をいたしたいと存じます。

○委員長(小柳勇君) なお、本院規則第七十二条により、議長に提出すべき報告書の作成につきましては、これを委員長に御一任願いたいと存じますが、御異議ございませんか。

〔異議なしと仰る者あり〕

○委員長(小柳勇君) 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

午後一時まで休憩いたします。

午前十一時四十六分休憩

午後一時三十八分開会

○委員長(小柳勇君) ただいまより社会労働委員会を再開いたします。

委員の異動についてお知らせいたします。本日、山本杉君が委員を辞任され、その補欠として鹿島俊雄君が選任されました。

○委員長(小柳勇君) 社会保障制度に関する調査中、医療費問題に関する件を議題といたします。

質疑のある方は、順次御発言を願います。

○藤田藤太郎君 私は、この際、医療行政のあり方につきましても若干御質問してみたいと思っております。このごろ毎日新聞が報じておりましたように、ついに医療費の混乱は、診療拒否にあつた患者の生命を奪う、こういう深刻な事態を招いております。私は、国の責任であるべきことを保険者及び被保険者の負担で解決しようとしておるところにいろいろの問題がこんがらがってきておる、こう思うのであります。

まず、新告示の効力を、五月一日に本訴の判決があるまで停止するという地裁の決定にもかかわらず、医療機関の窓口で支払う家族負担分を新点数によって算定し、また、その金額を支払うことにしております。そして、新旧の差を、仮払いの形にする意味で、窓口徴収分の領収書を交付することによって、将来精算する可能性が生ずるから、地裁決定の趣旨を没却するものではないとしております。しかし、窓口で領収書を受領した患者にあつたら新旧の差額をばたして請求ができるものでしょうか。自分が、場合によっては命を託すことが起こるかもしれない医師に対して、いやな思いをしてまで返還の請求ができる患者は、よくよくせつば詰まつた人に限られることになるだろうと思ひます。多くの患者は、内心返してしまつても、請求できないで払いっぱなしになつてしまふ事態が起こると私は思ひます。それが一般の患者心理であるし、したがつて、新料金で窓口払いは地裁決定の無視となつてくるのではないでしようか。といつて、地裁決定に従つて旧料金で窓口払いをする道を選べば、自分の責任でもない人たちが、行政の不手ぎわによつて追加払いを要求されることになる患者がわざわざ支払いにはこないだろうし、また、医師側としても、診療のときには、それが適正だとされていた料金について、行政の不手ぎわであれは不足だったのだといつてあとから請求できかねるだろうから、結局取りそこねてしまふ結果にもなるのではないか。したがつて、被保険者側の負担が医療機関側の負担に責任を転嫁しようとする限りは、いずれの道を選んでも、どちらかの犠牲をしいることになつてしまふ。これを打開するのには、責任を患者側にも医療機関側にも帰さないで、国の責任で解決をはかるという基本的姿勢がまず第一であるとは考えますが、この点についての大臣の御所見を伺いたいと思ひます。

○国務大臣(神田博君) ただいま藤原委員から、医療費の改定に関連いたしました、いろいろな裁判上の問題等もございまして、この五月一日から新旧料金になつた、いわゆる四組合が旧料金であり、その他が新料金でありますことはいまお述べになつたとおりでございます。そこで、患者と医療機関の窓口等におきましていろいろの争ひといふか、トラブルがあつたことはいまお述べになつたとおりでございます。私も調べましたのによりまして、五月二十四日まで三百二十六件というトラブルがあつたことが報告になつております。内訳を申し上げますと、五月七日までは二百四件、それから、五月十四日まで六十八件、それから、五月十八日まで二件、こうなつております。それから、不明が四十四件で、これが総体で三百二十六件といふことでございますが、これだけのトラブルが起きてございまして、さらにいまお述べになりましたように、八戸の全国食糧健康の組合員だつた方が盛岡市の岩手医大に紹介されてそれからに受診に参りまして、保険証が使えないで、いわゆる自由診療といふような扱いを受けようとして帰つてこられた、そして他に入院してなくなつたといふような、いわゆる不祥事件も起きておりますこともお述べになつたとおりでございます。厚生省といつたしましては、そういうトラブルが起きないように、四月二十二日に裁判所の決定がございまして、その決定が下されるや、新旧両立の混乱の生じないやうに、それぞれ都道府県知事、あるいは医師会等を通じて、この方針を厳重に守るやうにといふ指令を流したわけでございます。それにもかかわらず、いま申し上げたやうな数字が出たことは、まことに不祥事件については遺憾のことでございます。ことに岩手医大の問題につきましては人命に關したことでございまして、まことに遺憾千萬と存じております。

そこで、いまお話のございました四組合と國との關係の問題は、國の責任でひとつ解決したらどうかといふことでございまして、これは私から申し上げますと、そういう声はいままでいろいろの方面から出ておつたことも御承知のとおりと思ひます。しかし、國といたしましては、直ちに上告いたしましたして、いま上告審でこの問題を再審しておるといふ段階でございまして、國の責任でこの四組合、いわゆる旧料金と新料金の差額を何らかの形でみていこうといふことはむずかしい、そういうふうに考えております。

○藤原道子君 私はそこに問題があると思ひます。私は、裁判所が、あつた決定のあり方は間違ひである、という判決を下したといふことは、四組合だけの医療費の問題にしたのじやないと思ひます。四組合だけをあなたに職権をやつたわけじやない、全部の医療費にそういう方法をとられた。ところが、たまたま提訴したのが四組合だけだ、だから四組合だけに対するあつたやうな方が違憲である、ほかは正しいのだといふ理屈は、私は、どこを押しても出てこない。その裁判所の判決に対して、ただ法律的な解釈だけにこだわつて、政治性を忘れておるのじやないか。人の命を預かるやうな厚生大臣が、この裁判所の判決を不服として抗告をしておる、私はこれがわからない。國民の命をあなたは守るのですよ、そのやり方が間違つていればこそ裁判所が判決を下した。それは四組合だけが抗告したのだから、四組合だけに裁判所の判決が及ぶのだ、こういう解釈は私はどうしても納得ができません。そのことを出発点として、非常に混乱が起きてくることはごらんのとおりなんです。そこで、いま大臣は、厳重に処分する、こつと言われましたし、また、そういう新聞発表を——ここにきたのだけでもこんなにあるのです。新聞でも発表していらつしやる。ところが、すでに三百二十六件からの問題が起きておる。厳重に処置するといふと、法律のたてまえからは、保険診療を取り消す、診療機関を取り消すといふことになる。もし今後続々起るであらうこつという争ひに対して、もしこれを取り消す等の処分に出た場合に、日本の医療はやつていけるのでしうか。結局私は、あなたのやつていらつしやることは、ただ体面のみにこだわつて、血の

通つた厚生行政ではないと思ひます。いまからでもおそくはないから、私はこの混乱の收拾をはかるべきであると思ひますが、あなたのお考えはどうですか。

○国務大臣(神田博君) いま藤原委員のお述べになりました、裁判所の決定があるのだから、訴えたもの以外に全体に及ぶのが当然じやないかといふお話は、他からもそういう御注意があつたことございまして、それも私は一つの考え方であり、そういう考えもよく頭に浮かべまして、しかし、私、決してこだわらなければいけないが、医療費の改定といふものは適法に行なわれたのだ、そこで、四組合がこれに不服を言つて、その決定をみられたわけでございます。ですから、この段階においては、裁判所の言つておることとは四組合だけでございます。それから、私どもも考えておりますことは、日本の全体の医療のことを考えておりますので抗告した、こつといふこととございまして、こつは意見の相違ではなからうかと思ひます。何といつても、医療は、診療側、また、支払い側、特に患者側の問題なんでございます。患者に診療側が親切丁寧と申しましたら、やはりその人の身になつて病氣を救ふ、こつといふことでなければほんとうの私は医療といふものはできない、こつといふ私は強い見方をしておるのでございます。でございまして、岩手医大の問題等につきましては、これはもう保険とか医療とかといふ以前の問題であつて、これはもう倫理観の相違の問題じやなからうかといふやうなふうに考えまして、非常に強い怒りと憤りを感じておるといふことを申し上げたいのでございまして、まああと始末だから國でといふことでもございまして、結局の判決ができてきたわけでもございまして、これはやはり民主主義のルールであると考えまして、そして抗告しておる、この抗告の決定に従つてまた処置をしていく、こつといふことにならうかと思ひます。

○藤原道子君 私は、そういうやり方は、医療行

政の責任を放棄して、司法機関の決定に身を随すあり方だと思ふのです。と同時に、医療機関側に対しては、通達無視という形式的な立場をとられるならば、行政側が地裁決定を無視して、新料金による窓口払いを要求することも同様ではないでしょうか。これはどうなんですか。

○国務大臣(神田博君) これは窓口払いの新旧料金のうち、新料金で扱うというようなことは、むしろ患者の同意を得てやる、同時に、また、私どももいたしましては、支払い側の四団体の同意を得てやるというような手を踏んでおるわけでございます。だが、たまたまその終局のお約束がまだできていないのが実情でございます。決して裁判所の決定を無視して当然やるのだということではないのでございまして、裁判所の決定は当然そのとおり施行されていく、しかし、御本人の同意を得てそういうような簡易な方法をとっている、こういう考え方でございまして。

○藤原道子君 同意を得てやると言われますけれども、結局医者に行くときには、からだが悪いから行くのですよ。生命の問題なんですよ。そういう場合に、同意を得てやるやると言うけれども、同意をしましたか、すべての人が。支払い側は同意してないじゃありませんか、裁判無視じゃありませんか。と同時に、あなたは五月十八日、支払い側に何らの了解を求めることもなく、医療機関側と申し合わせ事項なるものを調印した。結局その申し合わせ事項はここにございまして、長くなるから省略いたしますけれども、たださき紛糾しておる支払い者側、この支払い者側に何らの了解を求めることもなく医療機関側と申し合わせ事項をした、こういうことがますます問題を紛糾する結果を来しておる。日本の医療行政は、あなたのやり方でめっちゃめっちゃになっておる。しかも、その二日後には、支払い側の了解なしに話を進めたというところは遺憾である、支払い者側の意向を無視しては行政を進めない、したがって、右の申し合わせに基づく通達を出すことは考えていない、こういうことを言う。常にまた医療機関側の

不信をかけていらつしやる。常に一方の圧力に負けて、他方の反発をおおることの繰り返しを続けている。第三者として中立性について相互の信頼をますます喪失していらつしやる。とりわけ、支払い者側は、今後の交渉に厚生大臣の交代を条件とするに至っておるのが今日じゃございせんか。これで一体日本の医療行政はやっていくのではありませんか。この際、私は、いままでもおさくなくと思ふのです。裁判所の決定のそのほんとうの真意を理解されて、メンツにこだわらないで、どうぞ日本の国民の命を守るといふこの大事な問題でございまして、抜本的に国の責任においての解決、これをおやりになる御意思はございせんか。政府は、せっかく労働行政のガンであった相互不信を打開する、こういうことでILO問題もあすこまできた。ところが、今度は医療行政に大きなガンをいま育てつつあるというやうなことが、私は国民の一人としてたえられない気持ちなんです。いまからでもおさくなくと思ふのです。要は、国民の命に関する問題で、いまのあり方は国民不在の論争に明け暮れておるといふ感じでございます。これに對しましてあなたの御所見を伺います。

○国務大臣(神田博君) いま医師会と厚生大臣との間に取つかわしたもののついて御議論がございまして、いろいろなものは早くやめて、ひとつ出直してやれという御注意でございます。そのお気持ちには私もよくわかるのでございまして。と申しますのは、これは私のほうの関係当局から両方に同時にお話をつけまして、そして両方同意の上だということでは私は介入したわけではございません。ところが、最後の段階において支払い側の御了解を完全に得ることができなかったというところ、いま藤原委員のおっしゃったとおりでございます。この点は私遺憾だと、こう申し上げておるのでございます。ただ、今回は、御承知のように、私も、私どもといたしましては、今度のトラブルによって国民の方にいわゆる自由診療というやうなことが行なわれては困る、どうしてもこれは国民皆保険でございまして、保険診療でなくちゃならぬ、こういうふうな態度をまとったわけなんです。岩手の例もございまして、に、保険診療をやらないというやうなことで、とうとう人命があらぬ結果をみたという例もございまして。皆保険をくずしたくない、そのためには保険をひとつとっていきたい。いわゆる人命を軽視どころじゃない、人命を重視したからそういうことに踏み切ったわけでございます。そのために、先ほども申し上げたやうに、トラブルも減ってきた、こう申し上げておるわけでございます。したがって、私どもは、支払い側にも、もつと他のいい方法があるなら御相談に応じます、小委員会を設けてひとつ御相談してくれぬか、こういうことを申し上げておるわけでございます。保険を守りたいというやうなことがあつたお話し合いになったというやうに御理解願ひたいのでございまして。御承知のように、そやうでない、四組合に対する保険辞退などというやうな暴論が出ておるから、こういうのを一日も早くひとつ取り除きたい、そのために、保険診療を守るためにやむを得ずとした処置だと、こういうやうに考えておるわけでございます。

それから、なほ、国でやるということにつきましては、先ほど来お答え申し上げましたやうに、国でやるというふうにいたしますと、なかなかこれはそう簡単にまいらないことは藤原委員も御承知だと思ひます。裁判の結果をいうやうなことになると思います。これは格別でございますが、この段階で国がそういうところまで介入して経費を持つというやうなことは、これは私もいまの段階ではできない相談ではないか、こういうふうなことを考へております。

○藤原道子君 私はどうも納得いかないのです、あなたの言うことが。患者の命を大事だと思ふならば、まず、その抜本的な解決から手を染めていかなくちゃだめだと言ひます。しかも、私は、どうしても今度政府がとられた抗告の手段についてさらに納得がいかない。かつて結核で入院しておる生活保護患者の朝日茂さんも、この人がい

まの生活保護ではやっていけない、せめて牛乳の一本も飲みたいけれども、たまたま行方不明の兄から金を一千五百円の一部負担を政府から命ぜられた。千五百円きたら、やはり六百円の日用品費を残しただけで、あとは差額徴収、一部負担といつて全部取り上げられた。そのとき朝日茂さんが、どうぞ私に牛乳一合、ちり紙を買ひ金を与えてほしい、わずかなその金を与えてほしいと願われたときに、結局裁判になった。これは政府が不服の申し立てを却下して裁判になったそのとき、厚生大臣が、厚生大臣の代理でございまして、法廷で何と言つてゐるか。ちり紙が足りないと言ひけれども、結局わらで用を足しても健康で暮らしている人もある。はだ着が足りないといつても、はだして飛んで歩いても健康で育つておる子供がたぐさいる、だから、いまの決定は憲法違反ではない、こういうことを厚生大臣の代理として法廷で主張されておる。それでも裁判所は、そのとき一審においては朝日側の申し立てを、これを勝訴に認めて朝日さんが勝つたわけなんです。ところが、このときにも厚生大臣は抗告をした。ところが、抗告しながら、一面においては、急速に日用品費が上がりまして、わずかの間に当時の倍以上に値上げされておるのです。あなただつていまこのやり方が正しかったとは思つていないと思ひます。私もだつて、何も九・五に上げることに反対したわけではない、正当な手続を踏みなさい、これが支払い者側の言つたことじゃありませんか。それを、職権告示というやうな、答申を無視したやり方が今日この混乱を招く原因になってゐる。あなたは、全部国がやろうとしたつて容易でないことは藤原さんも御案内でしようとおつしやるけれども、容易でなくないですよ。日本のやうな低医療費政策をとっている国はあまりございせん。したがって、この際、国庫負担を増額していけばこんなトラブルは起きないで済んだはずだと私は思ふ。このことをひとつ厳重にお考えを願ひたい。しかも、命を守りたいからやつてゐるのだとおつしやるけれども、結局岩手の清水さ

んは、あなたのやつた不手ぎわからとうとい命を失ったわけです。もし医療の混乱がなかったら、あるいは清水さんは助かったかも知れない。私は、厚生省が行ってきたそのやり方によって生じたこの現実に対して、一片の通達や小手先だけの申し合わせがいかにむなしいものであるかという事を憤りをもって痛感している。死んだ人は帰らないですよ。これらと、メンツにこだわられることなく、私は抜本的な解決をしてもらいたい。金がないと言ったり——国民の税金は、使途さえ明白であるならば、だれもこれに対して反対の者はございせん。ここで政府は、この政府の不手ぎわから生じて人命を落とした清水さん、この霊に対してはいかなる責任をとられますか、これを伺いたい。また、愛する夫や、一家の大黒柱になる夫を失った遺族の生活の保障はどうなるのでしょ。死ねば死に損、これでよろしいのでございしょうか。当然国家の責任で国家による補償がなされるべきであると考えますが、厚生大臣の責任ある答弁を求めたいと思います。第二、第三の清水さんを出さない確約をしてほしい。それには一体どうするか、その裏づけを示してほしいと思います。

○国務大臣(神田博君) いまの、なくなられた清水さんの問題でございしますが、これはいま厚生省から調査班が行っておりまして、目下調査をしておる段階でございまして、この死んだことと、いまの岩手大学の処置とがどういふ関係にあるか、これは十分調査をして、その結果に待たなければわからないこととございまして、国にそういう責任があるところの場合お答えを申し上げることはいかにがかと思ひますが、まあ私どもの部内の考えを率直に申し上げますと、国はそういう考えをただいまのところ持っていない、そういうことを考へておりませんということをお願いしたいと思います。

○藤原道子君 それじゃ、死ねば死に損で済む、どこに責任があるのですか、こういう事態を招いた責任は一体どこにあるのですか。ただ、新聞の

報ずるところによれば、十分調査して責任ある処分をする、嚴重な処分をするということを言っているらしいんですが、その処分とはどういふことを考へておるのですか、調査の結果はどのようなことであるか、それをひとつ御報告願ひたいと思います。

○政府委員(小山進次郎君) 先ほど申し上げましたように、目下調査に行っておりまして、あと二日ぐらいかかる予定でございまして。歸つていろいろの事実が確認された上で、すべての問題がこれから確定的な判断の対象になる、こういうわけでございます。

それで、いま先生の仰せの問題について考えますと、問題は二つに分けて考えられると思ひます。非常に大きな関連において、今回の問題がい

わゆる医療費紛争といわれる問題から発展して、その過程の中に起きた、そういう意味において、政治の衝に当たり、責任を持つてゐる者として、この事態に対して何らかの意味において責任を論ずる必要があるんじゃないか、こういう問題が一つございまして。この問題でありますれば、先生おっしゃるような意味においての責任問題というものは当然十分考へてまいらなければならぬと思ひます。

それから、もう一つの問題としては、今回清水さんの死亡ということに直接関連して、どこに責任があるか、その責任との関係においてどういふようなことが論議されるか、こういうような角度から問題を論議する余地はあると思つております。この点については、先ほど申し上げましたように、調査の結果を待つて判断をきめるべきだと思つておりますが、そういう意味における責任であるならば、ただいままでつかみ得た事実では、おそろく国には責任はない、かように判断をしております。

○藤原道子君 調査をされたその報告をしてほしいのです。私は、窓口扱いというか、自由診療にするというより張り紙がなされているということとをあなた方は前から知つてゐると思ひます。

それなのに、それに対しての適切な指導等がなされていなかった、怠慢だと思ひます。それに對してどういふふうな指導をしておられたのか、現地調査の結果はどういうことであつたのか、もう一回伺ひます。

○政府委員(小山進次郎君) ただいまの点、たいへん大切なことでございしますが、この病院に對しては、四月二十八日付の厚生省からの通達に基づきまして、三十日に、五月一日から四組合關係については旧料金の適用になる、したがって、その者については旧料金の扱いをするようにという指示が届いておつたことは、大体いままでの報告で動かないようでございます。ただ、その後——い

ずれこれからの事実で具体的に固めたいと思ひますが、五月に入りましてから、五月六日というふうに一応中間報告ではございしますが、これは、しかし、日にちの点はさらに最終報告を待つて確認したいと思ひますが、それ以降自由診療の扱いをする、こういうことで、さようにずつとやってきておる、こういうふうな事実になつております。

○藤原道子君 委員長、もう少し大きい声で答弁するように言つてください。

○委員長(小柳勇君) はい。

○藤原道子君 結局、いずれの面から押しまして、健康保険法の違反であることは明白ですね、これはどうなんですか。

○委員長(小柳勇君) 小山保険局長、大きな声で答弁してください。

○政府委員(小山進次郎君) いままで私どもが確認し得た事実、つまり四組合關係については自由診療の扱いをいたしますと、こういうことを病院の正規の機関の決定を経てきており、そういうふうな扱いを病院を訪れる者すべてに對してやつておつたという事実は、どうも否定できないようでございます。それだとすれば、それは明らかに健康保険法の違反でございまして。

○藤原道子君 違反ということが明らかであるならば、これに對しての処分ですか、これは具体的にひととつとされるかということをお伺ひしたいと思ひます。

○政府委員(小山進次郎君) それをどうするかというところがこれからの問題でございまして。そういう問題を判断します場合に、幾つかのことが考慮に入つてくるわけであります。第一は、何といつても、その行為の持つ実質的な意味、あるいは性質といふことがいろいろの考慮をきめる判断の素材になると思ひます。それから、第二には、特に今回のような問題の場合には、それがどういふ医療機関で、どういふ条件のもとで行なわれたかといふことも考慮の対象になり得るだろうと思ひます。それから、第三には、それがいつ行なわれたかといふことも、いろいろ問題を吟味する上において考慮の中に入つてまいらると思ひます。それから、第四には、行なわれるべき行政上の処置と、それから、その結果出てまいりますいろいろな問題、特に広い意味における国民健康保険、被用者保険全部を通じての被保険者の立場、利便というふうなものがどういふふうに入つてまいらると思ひます。まあ、いま申し上げましたような四つの点について、具体的に確認された事実に基づきまして総合的に判断をして結論を出すわけでありまして、元來、この種の事件は、先生御承知のとおり、都道府県知事がみずから判断をきめまして、地方医療協議会の議を経てきめるわけでありまして、ただ、今回の場合は、問題の規模、性質等から見まして本省側が直接調べているわけでありまして、いまのような点に照らしまして判断の方向をきめましたならば、これを岩手県知事におろしまして、おおむねそういう判断をもとにして事を運ばせる、こういうふうにいいたす考えであります。

○藤原道子君 私は、もし今度の岩手医大の処置がうやむやになるようなことがございしましたならば、今後の医療行政における法の無視はますます強くなる。絶えず弱い患者がその犠牲を受けなければならぬ、患者保護の立場から嚴重に臨むべきである、こう考へておるのです。と同時に、私は、そのあらゆる責任を医大側に押しつけるとい

うことにも問題があると思うのです。こうならざるを得ないような混乱のままに医療行政を放置してきた、こういう点で、私は政府の責任である、この二本立てで私はその責任の追及をしているわけです。

そこで、この医療費二本立てによる混乱の根本的な解決は、やはり中央医療協議会を一日も早く再開をして、そうして支払い、診療両者の同意を得る新料金を告示することだと思ひます。厚生大臣は、薬価引き下げを含めて、中央医療協再開のために具体的にいかなる施策を実施しようとしておるか、今後の見通しについて明らかにしてもらいたい。

○国務大臣(神田博君) 問題の解決をいたす機関として中央医療協議会が活動することが望ましいというところにつきましては、私もその論者でございまして、この問題を解決するには、どうしても中央医療協が軌道に乗って、そうしてものごとを進めていくことが解決の焦点じゃないかろうか、こういうふうに考えております。まことに同感でございます。

そこで、中央医療協じゃどうやって一体進めていくかという問題でございますが、先般も支払い側とお会いいたしまして、いきなり中央医療協といつてもなかなか困難な事情もあるから、小委員をあげてひとつ御相談しようじゃないかというようになことをお話し申し上げているわけでございます。その考え方にはついては、自分たちも協議することはやぶさかじゃないという回答を得ておりますが、ただ、問題は、先ほどもお答え申し上げたように、医師会との申し合わせをひとつ破棄してこい、そうでなければ応ずるわけにはいかないのだというところで、多少その点が軌道にまだ乗りかねているところでございます。私としては、なお十分ひとつ支払い側、また、診療側とも懇談いたしまして、そうしてできるだけ早くひとつそれぞれ中央医療協議会が活動できるようになるところに持っていきたい、かように考えております。

○藤原道子君 あなたが努力している努力しているとおっしゃるけれども、こう言っているときに第二、第三の清水さんが起こっていないとは断定できないですよ。そこで、あなたで、硬化しておる支払い側、あるいは医療側とほんとうに話し合いができて、円満妥協ができる見通しがあるにないのですか。私は、その道を一日も早く開きたいけれども、それら両団体にしても一般国民にしても、このことの解決は大臣の辞職以外にはない、大臣が一身に責任を負って、そうして一日も早く解決をはかるべきである、こういうことがいわれておりますが、大臣はどうこの点に對してお考えでしょうか、あわせて伺いたい。

○国務大臣(神田博君) そういふ声のあることも私も承知いたしております。しかし、私といたしましては、誠心誠意のものを進めようといましておるわけでございますから、とどまつて十分ひとつ懇談を続けてまいりたい、かように考えております。

○藤原道子君 どうも大臣と押し問答してもしかたがないのですけれども、それが国民の声だということをご銘記していただきたい。

それから、今回の事件に對して、新聞の報道するところによれば、「現地調査団は単に窓口事務官の道義的責任でこの問題を片づけようとしている。清水さんが保険診療を拒否されたことは明白な事実であり、当該医師が八戸病院に紹介したという理由でその責任が回避されるものではない。」こういうことが言われている。厚生省の現地調査団が真実をおおつて責任ののれの口実を教えたに行ったのかというふうな記事さへ見えるわけですね。私は、この際、委員長にお願いいたします。押し問答していてもちがひありません。右にゆられ左にゆられ、そして国民の生命が絶えず不安にさらされている。そこで、この清水さんの問題、これらの真偽を明らかにいたしますために、ぜひ参考人等と呼んで、この医療問題の徹底的な究明、その責任の所在を明らかにしていきたい、こう考えますので、委員長の善処をお願いしたい。

私、時間の関係もございしますので、この程度で終わりたいと思ひます。

○政府委員(小山進次郎君) たいへん大切なことでございますので、一言申させていたただきたいと思ひます。

ただいま藤原先生御引用の中に、私どもの派遣をいたしました調査官の話としてお述べになった点があるのではありませんが、私どもが承知しているところでは、さういふ不謹慎な発言はしてはいないはずであります。私どもも、この問題を単に事務の問題とは考えておりません。むしろ感じ方としては、これは出先の問題よりも、むしろ病院について言へば、病院のあり方、管理体制に問題があるというふうに逐次判断をしなければいかまいじゃないかという感じを強めているわけでありまして、同じように、この問題は、出先の者、あるいは病院、診療所だけが悪いという問題としてだけ考えたのではなかなか問題の正しい把握はできない。やはり問題は、いろいろな意味において中央にあるんだということを十分反省すべきさうだがあらわれていっているという感じで、深刻に考えているわけでありまして。現地の者がかりそめにも軽々しいことを言っておらぬということだけは特に御了承いただきたいと思います。

○藤原道子君 私はぜひそうあるべきだと思ひますけれども、そう納得できないような節々があるというところを報ぜられているわけですね。私は、嚴重処分とはどういふ処分かということについては明確な御答弁を聞いてない。あるいは、不幸にしてこの医療問題の争ひのために命を落とした清水さん、その遺族に對しても、何らかの私は考慮があつてしかるべきだと思ひますけれども、それについても明確な御答弁がないわけですね。不満でございます。

以上で私の質問を終わります。

○委員長(小柳勇君) 参考人の召喚など、理事諸君と相談いたしまして、藤原委員のお気持ちに沿うように善処いたします。

本件に對する質疑は、本日はこの程度にとどめます。

○委員長(小柳勇君) 精神衛生法の一部を改正する法律案を議題といたします。

本案に對し、これより質疑に入ります。質疑のある方は、順次御発言を願ひます。

○藤田藤太郎君 精神衛生法の今回の改正は、隔離入院をさせるという今日までのことを改めて、家庭や学校や職域を含んだ広い視野から精神衛生全般に對して対策を立て、また、患者には、早期発見、早期治療、社会復帰、アフターケア、系統づけて一貫性のある治療対策を講じて積極対策を切り開いていくように私はいままで説明されてきたと思ひますけれども、そういうことでよいのかどうか、そのことをまず先にお伺ひしたいと思います。

○政府委員(若松栄一君) 御趣旨のとおりでございます。従来、精神障害者を医療保護するという立場だけじゃなしに、さらに広く精神衛生の向上という観点から、精神障害者の隔離収容のみならず、その早期治療、早期発見、あるいは在宅医療の普及、あるいは精神障害者に対する相談業務の強化、あるいはそのために技術的な確立を行なうための精神衛生センターの設置等、決して十分とは申しませんが、そういう方向に向かつて第一歩を踏み出したという所存でございます。

○藤田藤太郎君 そういふことで、これが万全を期したいという念願で精神衛生法を今度改正するというなら、たとえば学校とか家庭、職域を含んで、その広い視野から精神衛生全般についてどういふぐあいに、それじゃ具体的に、たとえば家庭、学校、職域、こういうところでどういふ施策を講じようとしているか。また、その目的の中に「その発生の予防に努める」とあるが、そういう大胆な施策を講じられるのでありますけれども、そうならば、この発生の予防といふのはどういふぐあいに具体的ににおやりになろうとしているのか、これらのことを具体的にひとつ御説明願ひたい。

○政府委員(若松栄一君) 精神衛生の仕事は広く

展開いたします場合に、いわゆる社会的に危害を及ぼすような自傷他害の患者の医療保護を加えるというだけではないに、一般の家庭についても、あるいは一般の職場における精神衛生、あるいは学校における精神衛生、あるいは社会における精神衛生というように面にまで広めてまいりたいと存じております。しかし、何ぶんにも、まだ私どもの力が弱体でございますので、一挙にはなかなか進展いたしかねると思ひますが、それを逐次やつていく。そのために、まず第一に、技術的なセンターとして精神衛生センターというものを、少なくとも一県に一カ所ずつつくりたい。そういう精神衛生センターが、その地域における精神衛生の実情を調査研究いたしまして、最も地域に適応した対策を考へる。また、技術者をそこにできるだけ集めまして、そういうものたちが、たとえば学校における精神衛生上の問題、たとえば学校きらいであるとか、あるいは受験に対する恐怖を持つ子供であるとかいうような、学校の精神衛生、あるいは職場における職業性の精神ノイローゼという問題、あるいは社会的な問題といたしましては、犯罪、非行というような面についても、将来、精神衛生的な技術的な指導をしていきたい、そういう第一段階として、まず精神衛生センターというものをつくつていきたいという趣旨でございます。これが将来実現いたしますと、精神衛生センターと、各保健所に置かれた精神衛生の相談のための専門の職員というものが一緒にになりまして、そういう地域社会のいろいろな方面にまで協力をしていきたいと存じております。

なほ、発生予防という点でどのようなことを考へるかということでございますが、精神障害者の発生予防という問題は、一義的な問題といたしましては、民族的な資質の問題であるとか、あるいは出産に關係する時期の問題だとか、いろいろございしますが、第二義的には、やはり精神障害者がその社会生活の中からできるだけ発生しないように予防することでございますが、そういう予防というものも、すべての人間を見てい

て、そうして一々お世話をするというような具体的な問題はなかなかできません。したがって、現実に精神障害者が軽いうちに発見されて、軽いうちに治療する、また、一たん精神障害になつた者が適切な治療を受けてなお、なおった者が再発をしないような方向にしていって、そういうようなことがわれわれのなし得る予防のおもなる方策ではないかと存じております。そういう意味で、私どもは、患者の家族というような者を教育し、あるいは一般の世の中を教育して、少なくとも、障害の起こつた者ができるだけ早く医療機関、あるいは相談機関に行けるような体制を整へると同時に、相談員その他の専門的な指導員の活躍によりまして、患者家族等の二義的な発生予防に協力してまいりたいと存じております。

○藤田藤太郎君　そこが非常に大事なところだと思ひます。あといろいろ聞きたいと思ひますけれども、精神病患者というのは百二十何万おるといふことが言われている。あとほど聞きたいと思ひますが、それだけたくさん精神病患者がおります。この予防というものは、いま局長が言われたように、胎内における当時から問題もあるでしょう。しかし、私は、やはり一番大きいのは、先天的な体質からくる問題もあるでしょうけれども、大きい問題なのは、私はしろろと考へてありますけれども、社会環境や生活環境、私はその面が非常に多いのではないかと。たとえばノイローゼの問題が出てまいります。厳密に言へば、ノイローゼは精神病じゃないという話も出てくるわけなんです。そういうことを考へてみると、私は広くこの議論をやつていければ、根源は何かということになると、非常に大きなたくさんな問題を含んでいると、私はそう思ひます。しかし、そのいま局長の言われたように、個々のケースをそれじゃ全般的に一切手をつけてそれでやろうというのにはなかなかむずかしい問題である、私もそう理解をいたします。しかし、少なくとも、一般行政、一般社会が共存の中でなし得ることというのは、おのずから数えられる問題が一、二、三と

いうぐあいに順序立って出てくるのではないかと、私はそう思ひます。たとえば貧困の問題をどうするか。この問題について、この厚生行政は、一貫して社会保障をどうやっていくか、人権尊重の中でどうその問題を——それがすぐ家庭生活の問題に入ってくるわけですが、豊かな生計をしておられる中でも、こういう病気の人が出てくる場合には、これは社会道徳やそういう問題との關係がどうなつていくか、これは全般的政治の動向との關係も出てくるわけでありまして。だから、少なくとも、この発生予防につとめるといふことの一般的な施策というものは、私はそういうものがあられるのではないかと、こう思つておつたのです。ところが、どうもそいつが従になつてしまつて、個々のケースのお話がありまして、たけれども、そこら一般行政でやり得る問題、社会共同生活上でやり得る問題、そういう問題について厚生省はどうお考へになつていくのか。出てしまつた者の対策といふことも重要な問題でありますけれども、発生を予防するといふところのほうに私は大事ではないか、こう思ふ。だから、そこら点、学校や職場や家庭や社会でやるのだ。ただ、その並べるだけではどうもわかりにくいのであります。だから、そういう根になる問題について厚生省はどうお考へになつていくか、お聞きしたい。

○政府委員(若松栄一君)　まことにどうもな御意見だと思ひます。私どもも、基本的にはそういう思想で進んでおります。私いま保健所にケースワーカー等を置くといふことから、非常に個々のケースだけにこだわるがごとく印象の客弁を申し上げましたけれども、実はそうではございませんで、学校衛生、産業衛生というような面を重視いたしております。ということは、御承知のように、組合管掌の健康保険というよりなもの、本人、家族を入れますと、近い将来には人口の四分の一にもなります。また、学校の生徒、その結びつきのある父兄というものを考へますと、やはり同じ程度のものになります。したがって、私どもが公衆

衛生という立場で全国民を一樣に対象としていくことはきわめて困難でございますので、それぞれの分野におきまして、産業関係は産業衛生の担当者がそれぞれでございます。各事業場、会社等には衛生管理者等がございまして、あるいは衛生管理室というようなものもございまして。学校には、やはり学校の保健の担当者がございまして、そういう方々に精神衛生知識の普及、技術の伝達をはかりまして、そういう方々の協力を得て、それだけでできるだけ社会的な資源を活用してまいりたいという趣旨でございます。保健所の受け持つべき分野として、そうなるまいりますと、やはり個々のケースの仕事がかなり重みを帯びてくるという趣旨で申ししたのでございまして、産業、学校衛生、あるいは、ただいま申し落しましたのが、警察関係のほうにもやはり精神衛生の専門的な援助がぜひ必要であらうと思ひまして、社会的な方面ではそういう方面との協力も確保してまいらなければならぬと存じておるわけでありま

す。

○藤田藤太郎君　まああとほどからも出てくるわけでありましてけれども、精神病患者を早期発見をして治療をするという、このつながつた問題があります。その予防の問題について精神衛生相談員といふものを今度お置きになるようですが、どうも保健所八百幾つある中で、百人の予算しか取つていないといふことになると、非常に大きく打ち出しはせられなければならない、中身になってくると、なかなかまあ客弁がしにくいようでありまして。だから、私は、一度にこしやるということとは困難であれば、年次計画的にどうやっていくのだと、そういうことがやはりつまびらかにされない、窓口は広げられけれども、今度は受ける側の、たとえば精神病患者から社会がどんな被害を受けるかといふことを考へてみますと、なかなか私たちが、即、それじゃそういう危険のある人は社会と遮断をしたらいいんだという簡単なわけにはいかない。人権の問題もかかってくるわけですから、問題は、根本の根柢をしていくという

ところによつて問題の重点が置かれなきやならぬのじゃないか。そうなつてくると、その問題が明らかに計画的になつて、そして施策、治療の問題が計画的になつてこない、なかなか大胆に踏み切られたその入院拘束から、社会の中でなおしていろいろの非常なつらばなことで、たとへばよい薬ができたから、それによつても相当なその治療のために力になるのだと、アフターケアによつて再生をさしていくのであると、口で言うことは言えるのであります、これはね。口で言うことは言えるのでありますけれども、ただ、おふれを出しただけではなおらないわけですね。現実には百二十何万という人がおるわけですね。だから、それを順次どういふ人がおるわけですね。それから、指導員はかくかくのことをやつていくと、アフターケアはかくかくのことをやつていくのだと、それを年次的に大体全体がよくなるようにやつていくには、總体的にこういう計画でやつていくのだというところがやはりおしになつてしまふべきじゃないか。そうでなければ、こんな大胆な法改正というものは、どうも私たちは議論をして厚生省のおしやることを理解したといつたとしても、社会的にその問題だけがぼつと出た場合にどうなるかというところは、非常に私は不安を感じるわけでありまして。私は、精神病院や精神病患者の過去の歴史についても相当見てまいりました。今と昔とはだいぶ違いますけれども、精神病患者の扱いというものは、全く権力じやなしに、最も身の近い人から排除していくという社会のならわしと申しましようか、そういうものがやはり相当な事実として社会問題を起こした歴史を持つていられるわけでありまして。それを社会全般の中で、近代社会の中でなおしていくといふんですから、それだけ医学や技術や薬も発達したのでありますから、これはなかなかいいことだと思ふけれども、しかし、その不安というものが残つていふと思うのです、社会には。だから、そこあたりはやはり計

画を持つてやつていく、その一環としてこれを踏み切つて、今度の衛生法の改正というものはこうやつていくんだというところを、もう少し全体をとらえた計画性というものを示していただきたい、こう思ふのです。

○政府委員(若松栄一君) 私どもが今回法律改正の内容に盛りましたことは、まだきわめて不徹底でございまして、まだこれから盛り入れたという内容は多々ございまして。それは、大体先進国といふから、イギリスあたりが比較的早く、一九五〇年代からやつておりました計画がございまして。また、フランス等においてもそのように例に乗つてやつておられます。アメリカが非常に努力をしておられます。そういうような方向へ、私も将来それらの国々の例を見まして、進むべき方向、あるいは目標といふものは大体想定いたしております。それにできるだけ近いやり方を目標にして、年次的な計画でやつてまいりたいと存じておりますが、何ぶんにも相当な仕事でございまして、いまここで予算の裏づけもないような、あまりにとつて計画を申し上げることもいかにがと思ひますので、あまり具体的な構想は出しておりませんが、少なくとも、現在盛られました内容は、大体五カ年度程度の計画で、精神衛生センター、あるいは病床の整備、保健所職員の充実というようなのは五カ年度計画でやつていきたい、さらに、そのほかのいわゆる社会医療と称せられます分野につきましては、おそろくもう少し長いかかるのではないかと考へておられます。なお、それらのことが進む過程におきましても、昔の精神障害者に対する取り扱いといふものと新しい形の取り扱いといふものの間に、世の中の人の適応といふことも、世の中の人が理解し、ついでこれからは必ずしもスムーズにいふとは考へておりませんが、そういう点につきましても、やはり精神障害というもののに対する教育普及、そういうものと学問の進歩というよりなものを理解させることによつて、できるだけそういう

理解、考へ方のギャップによる社会的なトラブルの起こらないようにやつていきたいというように存じております。

○藤田藤太郎君 どうもちよつとわからないんだけれども、たとえば目標百二十万も出るやつを防ぐ、いまおられる人を治療していく、それから、今後出てくるやつを防いでいく、これには先天的な要素とか、それから、他の障害によつてできてくるというものは、これはなかなかとらえられないにしても、一般的に起きてくる精神障害のおもなものは何と何だといふ、これはさう予算をとらなくても、宣伝といふか、教育、理解のもとに国民全体がそれに協力していくという体制があるはずだと私は思ふ。そういうものを掲げて、そしていま施策として、戦術として何をやっていくかという問題の方向といふものは、皆さん方の厚生行政の中に付随して研究機関もあるでしょうし、専門家もおいでになるわけですから、そういうものを戦略目標を明らかにしてお出しになつて、そしてそれを戦術的に施策として、予算上の関係や財政上の関係があるから、かくかくやつていくけれども、将来の全体の今度の目標といふものを何でお掲げにならないのかといふことを私は申し上げていふ。ただその場当たり的な、みんながなくなることと期待するといふことは、国民全般として私たちがそう思つていふわけですから、それには専門的な立場から、社会一般にかららないように、問題になるのはどれとどれだ、これは社会の国民の皆さん協力してくださいといふ呼びかけも私は重要な要素を持つていふと思ふ。そういうものを明らかにして、それを全体の計画を三年でいふとか、五年でいふとかいふ問題じゃないと思ふ。いまあなたのお話じやヨーロッパのほうに順次近づいていくのだとおしやるけれども、なかなかともいふのヨーロッパ各国がやつていふところから見れば、近づくといふのは、百年かかって、いまのようなテンポでは近づけない。しかし、そうではいけないと思ふ。やはり一日も早く順次三年で近づけるか、五年で近づけるか、十年で近

づけるか、われわれの全体の能力に応じて近づいていくわけですから、そういう計画をもつと私は真剣に考へて出したいだかなければいかぬのじゃないかといふことを申し上げた。だから、そのことを、これはひとつこの法律はこの法律として通りまして、そういうことはもつと早く検討されて社会に放り出して、社会の皆さんに理解をして、社会人によつて理解をして防いで予防するといふ重要な役目を、私は、単に金だけの問題じゃなくて持つておると思ふ。だから、そういうものもひとつ計画の中に入れて、根本の原因は何か、社会、家庭、それからいろいろの社会の中から出てくる家庭内に持ち込まれたいざこざとか、そういう問題が多いのじゃないかと思ひますから、そういう問題をどう進めていくかという問題も触れなければいけないでしょうし、そういう問題をひとつぜひ計画を立てて、そして構想を国民に協力願うといふような方法を片一方でやりながら計画をやつていただきたいと思ひます。それで、さうでなければ、予算の範囲内で、こつと予算を取つてセンターをこしらへました、指導員は八百の保健所の中で百ぐらいしかこつとではできませんのだから、こつとを、そろばんを合わせるだけではこういふものはなおらないのだと思ひます。そういう点をもつと力を入れてひとつやつていただきたいと思ひます。早期発見とか早期治療とか社会復帰、アフターケアとか、一貫して計画を立てていくのだといふ、改正案の中に出てきますが、それじやそれをどういふかといふことを聞きたくなつてくるわけですね。だから、それも少し話してください。○政府委員(若松栄一君) 先ほどもちよつと出ましたけれども、国民の中に年々非常に多数の患者が、もちろん精神障害者が発生をしております。それを一人一人をつかまえて早期発見するといふようなことは事実上不可能なことでございます。

やはりこういうような問題は、できるだけ窓口になるようなところを多くして、そしてそこにきやすいようにしていくということが事実上早期発見であろうと思います。したがって、医療機関という窓口に対して、早期の治療が行なわれるように、医療機関に患者が受け入れやすいように施策をする。そして患者が、より多く集まってくるということもひとつでございますが、相談所という窓口、あるいは保健所の相談という窓口を通じて早期発見される患者が多くなればなるほど、これは実があがるわけでございますし、そういう方面の窓口を多くし、キャッチする機会を多くするということも一つでございますし、先ほど申しましたような関連分野といたしましては、たとえば産業方面では衛生管理者、あるいは衛生健康管理室というよりなものを持っている職域に協力していただく、あるいは学校保健、あるいは少年関係の指導機関というよりな方々、そういうできるだけ窓口を広く、その窓口にそういうケースが集まりやすいように指導して、それを終局的にできるだけたくさん集めるということが早期発見ということの具体的な実施方法ではないかと存じております。

○藤田藤太郎君　まあ公衆衛生局長は専門家ですから、私がこんなこと言うのはどうかと思いますけれども、

〔委員長退席、理事丸茂重貞君着席〕

私も、最近じゃないけれども、精神病院というのをあつちこち見てまいりました。あれで私は精神病患者がなおるのかなという、私はどの病院へ行きましたが、そういう感じを持ったわけです。一人の精神病患者の施設には、一人四坪という規定で増築許可、認可、それから補助、融資というものが行なわれている規律だと思ふ。ところが、たとえば三百人の精神病患者の病院だといつたとしても、個々の隔離というのは、せいぜい十人か、もうちよつと多いところがあるかわかりませんが、けれども、まあほとんど、男女は区別していますけれども、全く大部屋で何十人という人が雜居して

るわけですね。だから、患者自身がみずからの構想にふけるとか精神を落ちつけるという条件は、精神病院の中では、私はあると思わないです。医学上、精神病患者の治療というものはあいいいものなんでしょうか。私はあれを見て、と、ちょうどその昔、一番血の近い者が、家族や親族に患者が出れば、何とかしておてくれないほうがいいという環境になったような人が病院に入つて、そしてあの中で難居してわつさわつやって、そのような、ああいう現状というものでどうももうなつてするような私は気がするわけだが、その医学上の問題として厚生省は一人四坪という規律をつけておいでになるけれども、実際の病院の患者の扱いというものはあれでいいのだろうか、実はこの際、ひとつ聞いておきたいと思う。

○政府委員（若松栄一君） 端的に申しますと、

先生たいへん誤解をなさつていらつしやるように
思ひます。昔の精神病院は一部屋一部屋が一人
で、かぎをかけておくというのが昔の精神病院の
行き方でございます。現在の精神病院は開放療
法主義でございますして、一人一部屋に隔離する期
間は、もう特に危険のあるやむを得ない最短期
間、そのほかはすべて開放的にし、お互いに患者
の接触によつて社会性を取り戻すということが精
神医療の主軸でございますして、むしろ昔のように
一人一部屋に閉じ込めておけば、病院管理として
は非常に楽なのでございますが、そうでなしに、
できるだけ一部屋に引込んでやりたいのを、わ
ざわざ看護者が引っ張り出しまして、そうしてお
互いの仲間とつき合わせ、そうして一緒に簡單な
作業をさせ、あるいは人と話をしたり、とにかく
社会的につき合いができるようなやり方に指導し
ていくのが現在の精神病患者治療の方法ござい
まして、決して先生がごらんになって、わいわいと
デイルームで騒いでいるのが、部屋が少なく
あるいはスペースが少なくてあはしてるんじゃない
しに、あはすることが現実には一番いい治療方法
であるというふうに変つてきているわけでありま
す。

○藤田藤太郎君　ちよつとそれはどうも、私はその一人を隔離して、そしてやれなんということは、ここから先も言つてない。その病棟があつて、そして個々の部屋があつて、そして集団的にいまおつしやるように訓練したり、人とつき合ひしたほうがいいです、私は何も隔離をしたほうがいいと言ふわけではない。そんな部屋が一つもないのですよ、そこを聞いているのです。患者でしよ、精神病患者として入院して個々の部屋を持つたり、個々の部屋で自分がものごとを考えたつて、そして集會する場所があつて、それが開放的だとおつしやるなら、全くそのとおりだと私は言ひたい。そうじゃなしに、個々の部屋というものは全然なくて、入つたら全部追ひ込みのところ

で二十人、三十人、四十人というものがおつ

て、そのほかは何もないというのが現状ではあり
ません。そういう状態の中で、そういうことで
私はいいのかということを言っている。同じよう
な人がかたまつて、好きなことをする人がかた
まつたら、ほかの人はすみっこで棒立ちに立つ
て、一日見ているといひませんけれども、畳の上
ですからそういういひませんけれども、そういう状態
です。どこに行つたつて、それが近代開放の治療
方法ですかと私は聞いているのです。私は、それ
も必要であれば、いこいの、自分が他の人にじゃ
まされないで休めるような条件といひますか、精
神を落ちつける状況といひましようか、そういう
ものがあつて初めて精神を落ちつけるとか、鎮静
行為とか、または精神を直していくという方法が
成り立つと思う。大部屋以外に部屋がないところ
で、ただ隔離をしていたらいいというような、全
く隔離といひても、広い部屋に隔離している、そ
れが精神病の治療になりますかと言っているの
です。それはどうですか。

○政府委員(若松栄一君) 個々の個室がなくて大部
屋だけで、そこに詰め込んでおるといふお話が
ございましたが、私どもはそういうものはないと
存じております。少なくとも、それぞれの病室と

いうものが必ずありまして、その病室のほかにデイルームとか、あるいは娯楽室とか作業室というものには設けておるのでございまして、通常、私どもは、最高六人部屋をもつて、病室は六人部屋ということを指導しております、四人ないし六人部屋の病室がございまして、そのほかに、比較的急性期の症状の患者はもちろん個室がございまして、それぞれの四人ないし六人部屋の個室がありまして、そのほかにデイルームというものがあるわけでございまして、先生がごらんになったところに、もしデイルームだけをごらんになって、見落としたらどうか、そこら辺のところは私も非常に疑問に思っております。

○藤田藤太郎君　よく調べていたかと思ひます。東京の精神病院に行きましたら、それは別

個のいい部屋がついているところもあります。そ

の部屋一つ十万とか十五万とか言っておりまし
た。それは、だからそういうもの、いま局長の
おっしゃるような部屋があるところもあります。
しかし、いま言うように、十万とか十五万とか、
そういうものを出さなければ特別に入れてもらえ
ないということで、他はほとんど私は追ひ込みの
ような状態をずっと見てきたんです。だから、いま
おっしゃったような、ちゃんと寝室があつてどう
こういうような、そんなふうにあなたのほうでは
管理しておられますか。男の人でも女の人でも、そ
の大部屋で、片方はマージャンしたり何やかんや
やつて、横でふとん着て寝ているわけです、その
部屋のすみで。それはどういうことになるのです
か、別に部屋があつたら、そこでふとんをかぶつ
て寝る必要は少しもないです。だから、私は、ど
ういう行政指導をおやりになっているのか、それ
を聞きたかった。

○政府委員(若松栄一君) この精神病院の設備に
は基準がございます、当然医療法の基準もござ
いまして、必ず病室があるはずでございます。病
室のほかになんというデイルームがある、それはデ
イルームでふとんをかぶつて寝ているという患者
はおそらくあつたと思います。そういう患者は自

分の病室からふとんを持ち出してきたりして寝ている患者もあるのをごいまして、そこが本来の病室としてベッドがあるわけでは決まてないはずでございます。そういう点は、基準あるいはその施設の運営についての指導はしておるわけでございます。

○藤田藤太郎君 この問題は、事実を前にしてもの言わないと問題になりませんので、私は、これはあなたのほうに基準があるのだと、こうおっしゃるから、それじゃもう一度ひとつあなたの指定した病院へ行ってもよろしゅうございませうが、その議論をするほか、とにかく私はあつた状態では、精神病の治療には、何は開放治療といつたて、なかなかおりにくいんじゃないかという印象を受けて帰ってまいったわけでありまして、そこらあたりは、厚生省の基準を見てみると、一人に対して四坪という基準をきちんとおきめになっておりながら、中へ入ってみるとそういう状態なんです。私は非常に疑問に思つておつた。厚生省もそこまで目が届かないのかどうか知りませうけれども、これは水かけ論ですからやめませう。しかし、そのこともひとつ今後の行政の中で十分に目を光らせて、ほんとうに精神病患者がなおるような施策を積極的に行つてもらいたい、こう思いますので、それはお願いをしておきます。

【理事丸茂重貞君退席、委員長着席】

そこで、精神病患者の総数が百二十四万、私が見た資料ですが、そのうち、入院治療を要する者が二十八万人、別に重度精神薄弱者が七万人、二十八万人のうち、入院している者が十六万人、入院できない者が十二万人おる。十六万人というのも、どうもだいぶ病床等からいくと超過しているようですが、いずれにしろ十六万人、それ以外に治療を要する者の四十八万人を加えると、在宅のままに現在治療を必要とする者の数が六十万に達するのを見てよろしゅうございませうか。

○政府委員(若松栄一君) いま先生がおあげになつたような計算をいたしますと確かにそういう

ことになるわけでありませう。しかし、この内容は非常にいろいろございませうので、また見方もいろいろございませう。実態調査の数字でございませうが、たとえば精神病というものについて見ますと、五十七万人おりますけれども、その中で医療も指導も受けていないという者が五二%ございませう。したがつて、それが約三十三万人になります。それから、精神薄弱が四十万人ありますが、このうち、何にも指導を受けていないという者が約八〇%ございまして、約三十二万人になります。そのほかの精神障害者が二十七万人おります。その六六%が医療も指導も受けていないといわれま

すので、それを十八万人と計算いたしますと、八十万人が指導も治療も受けていないということになるわけでございます。計算のしかたですが、これも実態調査の一つの資料としてそういう計算ができるわけでございます。決して現在十分な管理が行き届いておるものと存じておりません。しかし、同時に、こういう者が実際に全部治療を受け得るような状態になり得るかというところ、これをまたきわめて疑問にございまして、たとえば、やはり同じ実態調査で、結核患者が二百万人おりましたも、現実には治療を受けておる者は約五〇%でございませう。そして、その治療を受けるべきことを知つていながら、なお治療を受けない者がやはり約四〇%程度でございませう。精神病の場合も、おそらく本人が精神病であることを家族が知つていても、故意に隠したがるか、あるいは精神病でないと信じているとか、いろいろな事態がございませうし、あるいは、また、経済的な問題もあるうかと思ひますので、そういう行政で、この数字の見方としては、やはりいろいろな角度から検討していくべきものと存じております。

○藤田藤太郎君 そうすると、いま私があげました数字の中で、大体似たような数字がある。そこで、治療対策ですね、結局治療を受けていない人の治療対策をどうするかということが次の議論になつてくるわけです。だから、私は一番最初に少し議論をしたのだけれども、どうですか、計画が

ないわけですが、その六十万といわれるか八十万、指導も治療も受けていないのが八十万人とすることになるわけですが、そういう方々の治療対策をいづれ一年に二べんやるということは返事できないと思ひますけれども、将来どういうふうな扱いにして対策を立てていくかということをお考えになつていただけますか、ちよつと聞きたいと思ひます。

○政府委員(若松栄一君) 治療、指導というふうな申しましたも、たとえば精神薄弱等でございますと、これは治療というよりは、むしろ指導の範囲に入るわけでございます。それぞれ精神薄弱対策の中である程度の施策を進めていかなければならぬと存じますが、一番問題になります分野は、いわゆる精神病の治療でございます。精神病の患者が、これまで申しますように、新しい精神医学の進歩によりまして、治療によって相当よくなる者も多数いるにかかわらず、治療を受けないというところが一番大きな問題であらうと思ひます。そういう意味で、精神患者の治療ということになりますと、ただいま三十三万人ほど治療を受けていない者がいるというところを申しましたが、その中の十二万人程度の要入院といわれる程度の者は、これはやはり早く何とかして治療しなければならぬ問題だらうと思ひます。ところが、精神病といつておられます中に、実は器質性精神病と称しまして、脳卒中のあとの精神障害、あるいは老人ぼけ、あるいは交通傷害等による頭部傷害のあとによつて起こる疾患、そういうもののいわゆる精神障害、これは比較的治療の方法の少ないものでございまして、そういうものが、五十七万といわれる精神障害者の中が、約二十二万程度含まれております。そういう意味からいいますと、現実には医学的治療を受けなければならぬ分野の者の数はかなり減少してまいります。これを正確にはじき出すことはいまやっておりますが、大ざっぱな計算はできますけれども、そういう意味で、これから入院ベッドをある程度増加し、外来治療の組織を拡大していけば、相当程度までカバーできるであらうということとは私も確信を持っておるわけでございます。

○藤田藤太郎君 そこで、私は、また前のことを繰り返すことはやめませうけれども、いろいろあげておいてになりましたが、そうすれば、大体いま治療をしなければならぬ人たちはつかめるわけでしょう、大体つかめるわけですね。つかめたら、その対策を年次計画的に国民の協力を得て指導するやつと、国が施策としてやるやつが明らかに大體なつてくるわけですね。だから、そういうものをやれば国民に知らせて協力を得て、そうして政府の施策はこうやるのだということをなせおやりにならないか。たとえば四十五年計画に病床は二十一万五千と、こうおっしゃる、三十九年十月現在における十五万八千六百六十床に十六万人入つてゐる。これが二十一万人の病床になつても、いまあなたがなさつたおっしゃつたことのそれじゃ何割ですかということも聞いても、最小限残つた何割はどうするのですかという問題の答えが出てこないわけでしょう。だから、五年でいかなければ、十年でいかなければ、十五年でいかなければ、二十年でいかなければ、三十年でいかなければ、四十年でいかなければ、五十年でいかなければ、六十年でいかなければ、七十年でいかなければ、八十年でいかなければ、九十年でいかなければ、百年でいかなければ、百十年でいかなければ、百二十年でいかなければ、百三十年でいかなければ、百四十年でいかなければ、百五十年でいかなければ、百六十年でいかなければ、百七十年でいかなければ、百八十年でいかなければ、百九十年でいかなければ、二百年でいかなければ、二百十年でいかなければ、二百二十年でいかなければ、二百三十年でいかなければ、二百四十年でいかなければ、二百五十年でいかなければ、二百六十年でいかなければ、二百七十年でいかなければ、二百八十年でいかなければ、二百九十年でいかなければ、三百年でいかなければ、三百十年でいかなければ、三百二十年でいかなければ、三百三十年でいかなければ、三百四十年でいかなければ、三百五十年でいかなければ、三百六十年でいかなければ、三百七十年でいかなければ、三百八十年でいかなければ、三百九十年でいかなければ、四百年でいかなければ、四百十年でいかなければ、四百二十年でいかなければ、四百三十年でいかなければ、四百四十年でいかなければ、四百五十年でいかなければ、四百六十年でいかなければ、四百七十年でいかなければ、四百八十年でいかなければ、四百九十年でいかなければ、五百年でいかなければ、五百十年でいかなければ、五百二十年でいかなければ、五百三十年でいかなければ、五百四十年でいかなければ、五百五十年でいかなければ、五百六十年でいかなければ、五百七十年でいかなければ、五百八十年でいかなければ、五百九十年でいかなければ、六百年でいかなければ、六百十年でいかなければ、六百二十年でいかなければ、六百三十年でいかなければ、六百四十年でいかなければ、六百五十年でいかなければ、六百六十年でいかなければ、六百七十年でいかなければ、六百八十年でいかなければ、六百九十年でいかなければ、七百年でいかなければ、七百十年でいかなければ、七百二十年でいかなければ、七百三十年でいかなければ、七百四十年でいかなければ、七百五十年でいかなければ、七百六十年でいかなければ、七百七十年でいかなければ、七百八十年でいかなければ、七百九十年でいかなければ、八百年でいかなければ、八百十年でいかなければ、八百二十年でいかなければ、八百三十年でいかなければ、八百四十年でいかなければ、八百五十年でいかなければ、八百六十年でいかなければ、八百七十年でいかなければ、八百八十年でいかなければ、八百九十年でいかなければ、九百年でいかなければ、九百十年でいかなければ、九百二十年でいかなければ、九百三十年でいかなければ、九百四十年でいかなければ、九百五十年でいかなければ、九百六十年でいかなければ、九百七十年でいかなければ、九百八十年でいかなければ、九百九十年でいかなければ、千年でいかなければ、千十年でいかなければ、千二十年でいかなければ、千三十年でいかなければ、千四十年でいかなければ、千五十年でいかなければ、千六十年でいかなければ、千七十年でいかなければ、千八十年でいかなければ、千九十年でいかなければ、二千年でいかなければ、二千十年でいかなければ、二千二十年でいかなければ、二千三十年でいかなければ、二千四十年でいかなければ、二千五十年でいかなければ、二千六十年でいかなければ、二千七十年でいかなければ、二千八十年でいかなければ、二千九十年でいかなければ、三千年でいかなければ、三千十年でいかなければ、三千二十年でいかなければ、三千三十年でいかなければ、三千四十年でいかなければ、三千五十年でいかなければ、三千六十年でいかなければ、三千七十年でいかなければ、三千八十年でいかなければ、三千九十年でいかなければ、四千年でいかなければ、四千十年でいかなければ、四千二十年でいかなければ、四千三十年でいかなければ、四千四十年でいかなければ、四千五十年でいかなければ、四千六十年でいかなければ、四千七十年でいかなければ、四千八十年でいかなければ、四千九十年でいかなければ、五千年でいかなければ、五千十年でいかなければ、五千二十年でいかなければ、五千三十年でいかなければ、五千四十年でいかなければ、五千五十年でいかなければ、五千六十年でいかなければ、五千七十年でいかなければ、五千八十年でいかなければ、五千九十年でいかなければ、六千年でいかなければ、六千十年でいかなければ、六千二十年でいかなければ、六千三十年でいかなければ、六千四十年でいかなければ、六千五十年でいかなければ、六千六十年でいかなければ、六千七十年でいかなければ、六千八十年でいかなければ、六千九十年でいかなければ、七千年でいかなければ、七千十年でいかなければ、七千二十年でいかなければ、七千三十年でいかなければ、七千四十年でいかなければ、七千五十年でいかなければ、七千六十年でいかなければ、七千七十年でいかなければ、七千八十年でいかなければ、七千九十年でいかなければ、八千年でいかなければ、八千十年でいかなければ、八千二十年でいかなければ、八千三十年でいかなければ、八千四十年でいかなければ、八千五十年でいかなければ、八千六十年でいかなければ、八千七十年でいかなければ、八千八十年でいかなければ、八千九十年でいかなければ、九千年でいかなければ、九千十年でいかなければ、九千二十年でいかなければ、九千三十年でいかなければ、九千四十年でいかなければ、九千五十年でいかなければ、九千六十年でいかなければ、九千七十年でいかなければ、九千八十年でいかなければ、九千九十年でいかなければ、一千万年でいかなければ、一千万十年でいかなければ、一千万二十年でいかなければ、一千万三十年でいかなければ、一千万四十年でいかなければ、一千万五十年でいかなければ、一千万六十年でいかなければ、一千万七十年でいかなければ、一千万八十年でいかなければ、一千万九十年でいかなければ、二千万年でいかなければ、二千万十年でいかなければ、二千万二十年でいかなければ、二千万三十年でいかなければ、二千万四十年でいかなければ、二千万五十年でいかなければ、二千万六十年でいかなければ、二千万七十年でいかなければ、二千万八十年でいかなければ、二千万九十年でいかなければ、三千万年でいかなければ、三千万十年でいかなければ、三千万二十年でいかなければ、三千万三十年でいかなければ、三千万四十年でいかなければ、三千万五十年でいかなければ、三千万六十年でいかなければ、三千万七十年でいかなければ、三千万八十年でいかなければ、三千万九十年でいかなければ、四千万年でいかなければ、四千万十年でいかなければ、四千万二十年でいかなければ、四千万三十年でいかなければ、四千万四十年でいかなければ、四千万五十年でいかなければ、四千万六十年でいかなければ、四千万七十年でいかなければ、四千万八十年でいかなければ、四千万九十年でいかなければ、五千万年でいかなければ、五千万十年でいかなければ、五千万二十年でいかなければ、五千万三十年でいかなければ、五千万四十年でいかなければ、五千万五十年でいかなければ、五千万六十年でいかなければ、五千万七十年でいかなければ、五千万八十年でいかなければ、五千万九十年でいかなければ、六千万年でいかなければ、六千万十年でいかなければ、六千万二十年でいかなければ、六千万三十年でいかなければ、六千万四十年でいかなければ、六千万五十年でいかなければ、六千万六十年でいかなければ、六千万七十年でいかなければ、六千万八十年でいかなければ、六千万九十年でいかなければ、七千万年でいかなければ、七千万十年でいかなければ、七千万二十年でいかなければ、七千万三十年でいかなければ、七千万四十年でいかなければ、七千万五十年でいかなければ、七千万六十年でいかなければ、七千万七十年でいかなければ、七千万八十年でいかなければ、七千万九十年でいかなければ、八千万年でいかなければ、八千万十年でいかなければ、八千万二十年でいかなければ、八千万三十年でいかなければ、八千万四十年でいかなければ、八千万五十年でいかなければ、八千万六十年でいかなければ、八千万七十年でいかなければ、八千万八十年でいかなければ、八千万九十年でいかなければ、九千万年でいかなければ、九千万十年でいかなければ、九千万二十年でいかなければ、九千万三十年でいかなければ、九千万四十年でいかなければ、九千万五十年でいかなければ、九千万六十年でいかなければ、九千万七十年でいかなければ、九千万八十年でいかなければ、九千万九十年でいかなければ、一億年でいかなければ、一億十年でいかなければ、一億二十年でいかなければ、一億三十年でいかなければ、一億四十年でいかなければ、一億五十年でいかなければ、一億六十年でいかなければ、一億七十年でいかなければ、一億八十年でいかなければ、一億九十年でいかなければ、二億年でいかなければ、二億十年でいかなければ、二億二十年でいかなければ、二億三十年でいかなければ、二億四十年でいかなければ、二億五十年でいかなければ、二億六十年でいかなければ、二億七十年でいかなければ、二億八十年でいかなければ、二億九十年でいかなければ、三億年でいかなければ、三億十年でいかなければ、三億二十年でいかなければ、三億三十年でいかなければ、三億四十年でいかなければ、三億五十年でいかなければ、三億六十年でいかなければ、三億七十年でいかなければ、三億八十年でいかなければ、三億九十年でいかなければ、四億年でいかなければ、四億十年でいかなければ、四億二十年でいかなければ、四億三十年でいかなければ、四億四十年でいかなければ、四億五十年でいかなければ、四億六十年でいかなければ、四億七十年でいかなければ、四億八十年でいかなければ、四億九十年でいかなければ、五億年でいかなければ、五億十年でいかなければ、五億二十年でいかなければ、五億三十年でいかなければ、五億四十年でいかなければ、五億五十年でいかなければ、五億六十年でいかなければ、五億七十年でいかなければ、五億八十年でいかなければ、五億九十年でいかなければ、六億年でいかなければ、六億十年でいかなければ、六億二十年でいかなければ、六億三十年でいかなければ、六億四十年でいかなければ、六億五十年でいかなければ、六億六十年でいかなければ、六億七十年でいかなければ、六億八十年でいかなければ、六億九十年でいかなければ、七億年でいかなければ、七億十年でいかなければ、七億二十年でいかなければ、七億三十年でいかなければ、七億四十年でいかなければ、七億五十年でいかなければ、七億六十年でいかなければ、七億七十年でいかなければ、七億八十年でいかなければ、七億九十年でいかなければ、八億年でいかなければ、八億十年でいかなければ、八億二十年でいかなければ、八億三十年でいかなければ、八億四十年でいかなければ、八億五十年でいかなければ、八億六十年でいかなければ、八億七十年でいかなければ、八億八十年でいかなければ、八億九十年でいかなければ、九億年でいかなければ、九億十年でいかなければ、九億二十年でいかなければ、九億三十年でいかなければ、九億四十年でいかなければ、九億五十年でいかなければ、九億六十年でいかなければ、九億七十年でいかなければ、九億八十年でいかなければ、九億九十年でいかなければ、十億年でいかなければ、十億十年でいかなければ、十億二十年でいかなければ、十億三十年でいかなければ、十億四十年でいかなければ、十億五十年でいかなければ、十億六十年でいかなければ、十億七十年でいかなければ、十億八十年でいかなければ、十億九十年でいかなければ、十一億年でいかなければ、十一億十年でいかなければ、十一億二十年でいかなければ、十一億三十年でいかなければ、十一億四十年でいかなければ、十一億五十年でいかなければ、十一億六十年でいかなければ、十一億七十年でいかなければ、十一億八十年でいかなければ、十一億九十年でいかなければ、十二億年でいかなければ、十二億十年でいかなければ、十二億二十年でいかなければ、十二億三十年でいかなければ、十二億四十年でいかなければ、十二億五十年でいかなければ、十二億六十年でいかなければ、十二億七十年でいかなければ、十二億八十年でいかなければ、十二億九十年でいかなければ、十三億年でいかなければ、十三億十年でいかなければ、十三億二十年でいかなければ、十三億三十年でいかなければ、十三億四十年でいかなければ、十三億五十年でいかなければ、十三億六十年でいかなければ、十三億七十年でいかなければ、十三億八十年でいかなければ、十三億九十年でいかなければ、十四億年でいかなければ、十四億十年でいかなければ、十四億二十年でいかなければ、十四億三十年でいかなければ、十四億四十年でいかなければ、十四億五十年でいかなければ、十四億六十年でいかなければ、十四億七十年でいかなければ、十四億八十年でいかなければ、十四億九十年でいかなければ、十五億年でいかなければ、十五億十年でいかなければ、十五億二十年でいかなければ、十五億三十年でいかなければ、十五億四十年でいかなければ、十五億五十年でいかなければ、十五億六十年でいかなければ、十五億七十年でいかなければ、十五億八十年でいかなければ、十五億九十年でいかなければ、十六億年でいかなければ、十六億十年でいかなければ、十六億二十年でいかなければ、十六億三十年でいかなければ、十六億四十年でいかなければ、十六億五十年でいかなければ、十六億六十年でいかなければ、十六億七十年でいかなければ、十六億八十年でいかなければ、十六億九十年でいかなければ、十七億年でいかなければ、十七億十年でいかなければ、十七億二十年でいかなければ、十七億三十年でいかなければ、十七億四十年でいかなければ、十七億五十年でいかなければ、十七億六十年でいかなければ、十七億七十年でいかなければ、十七億八十年でいかなければ、十七億九十年でいかなければ、十八億年でいかなければ、十八億十年でいかなければ、十八億二十年でいかなければ、十八億三十年でいかなければ、十八億四十年でいかなければ、十八億五十年でいかなければ、十八億六十年でいかなければ、十八億七十年でいかなければ、十八億八十年でいかなければ、十八億九十年でいかなければ、十九億年でいかなければ、十九億十年でいかなければ、十九億二十年でいかなければ、十九億三十年でいかなければ、十九億四十年でいかなければ、十九億五十年でいかなければ、十九億六十年でいかなければ、十九億七十年でいかなければ、十九億八十年でいかなければ、十九億九十年でいかなければ、二十億年でいかなければ、二十億十年でいかなければ、二十億二十年でいかなければ、二十億三十年でいかなければ、二十億四十年でいかなければ、二十億五十年でいかなければ、二十億六十年でいかなければ、二十億七十年でいかなければ、二十億八十年でいかなければ、二十億九十年でいかなければ、二十億十

○政府委員(若松栄一君) 精神障害者の発生する階層、主として生活程度のことであらうと思ひますが、実態調査の行なわれなかつた断面で有病率というものを見ますと、人口千人に対して、世帯員一人当たり一カ月の支出金額が二千元以下のところでは二五・八、四千元以下のところでは一九・

三、七千円以下のところは一三・八、一万円以下のところは一〇・〇、もっとも、それ以上はもう二万円以下のところは五・五というような形になりまして、個人の支出額に反比例して患者が多いという実態がござります。

○藤田藤太郎君　そうしますと、四大家族で四万円以下の収入、そこあたり一万円ですから、しかし、一人当たり二千円から四千円のところは四五％、大体半分、低所得階層のところから精神病が半分近くの人が出ていくということですね、断面的に統計を見ると、そうなるべくと、何となく第一にあげられるのは生活環境の問題が出てくるわけで、このことをどうしていくかというところの対策を立てていかなければ、そのことは一般的に先天的な問題とか、障害によって起きたとかいうようなことが精神病の原因になるのか、このところではどうにもならぬ問題だと私は思うのです。やはり社会環境、家庭環境というところに起因するところが非常に多い。

それから、もう一つこれにつけ加えて、発生率が、所得の低い人は低い環境の中にいる。低い環境の生活というふうな、低い環境の人ばかりが集団で住む地域におるという現状との関係が患者発生に、より拍車をかけているのではないかと、私の独断ではありましたが、そういう気がするのです。ですから、国民の協力とか、その基礎になる問題の施策を立てるとか、重要な問題だと私は思うわけでござります。ですから、厚生大臣どうですか、先ほど公衆衛生局長が、結核の問題もたくさんの中から六割くらいなんだとか、そういうふうになってまいりますと、よそと比べて、よそといつてはいかぬけれども、ほかの結核の問題を引き合いにお出しになりましたけれども、しかし、結核は結核として徹底的に治療して措置入院までやっている、あるいは遺伝ではなしに伝染病だ、だから、もっと大きな施策をして結核病の根治をやろうじゃないかという国民運動になっている。たとえばこの村へ行きまして、結核が一人出たら、あれは結核の筋だから婚姻関係はだ

めだといつて、昔の婚姻というのはその一族はだめだったわけですね。ところが、いまはそうでなしに、あれは伝染病だといふくらいに社会認識が変わって、結核は遺伝とか、そういうことの慣習というか、国民の理解とかいうのは変わったとくは思うのです。だから、精神病にしても、伝染病じゃないにしても、やはりいま低所得階層から五割近くも出ておるという一つの資料をとってみても、この精神病患者というものがどういう環境からおもに生まれるか、この根をひとつ絶やそうじゃないか、そういうふうになってまいりますと、いまの結核病の社会認識と違った新しい民主社会の認識というものが、むしろ全体が包んで、精神病でも結核でも伝染病で、また環境が悪くなつたのだから、みんなで寄つてなおしてあげようじゃないか、こういうふうなことが起きないような社会をみんなてつくつてあげようじゃないかというくらいに社会の気持ちが変わつていかなければ、この精神病というものはなおらないのです。私は、局長のことばじりをとつて、何も局長をいじめるわけじゃありませんけれども、そういうやりかたえといふものが厚生行政になければこの問題の解決はできないと思ふのですが、この点について大臣の御意見を聞いておきたい。

○国務大臣(神田博君)　いま藤田委員からお述べになりました、生活程度の断面を見て、いわゆる低所得階層に精神病者が多いという問題でござります。いまお話をございましたように、やはり生活程度が低いというところは、いろいろなやうな環境が隘路になつておる点があると思ふます。ことにそういう一つの集団でもあれば、なおそれが自乗的に悪い環境になるわけでござります。そこで、いま統計にもあらわれましたように、四千円以下の場合ですと四四五％ですが、七千円以下でも五五％近い発生率になつておりますから、そういうことはやはり意味があるのじゃないか、私も表を見ておりました、そういう感を深くしております。これはやはり政府がやるといふまでも、大きな国民の協力を得なければできないと思ふの

です。たとえば結核対策がわりあいにうまくいったといふことは、結核の本質を政府が究明して、そして国民が非常な結核予防に協力していただいたたまものだと思つております。でござりますから、精神病の撲滅にいたしまして、私は、やはりそれらの点を勘案しまして、そして強力に施策を講じていくことが大事なことだ、かように考えております。したがしまして、今後はそういう面を十分ひとつ検討いたしまして、いまお話をございましたような御趣旨に沿つてひとつやつてまいりたい、かように考えております。

○政府委員(若松栄一君)　ただいま申し上げました数字に理解の違ひがちょっとござりますので、訂正をお願いいたしたいのですが、いま申し上げました二五・八とか一九・三というのは、精神病者のパーセントを申し上げたものではございませんで、千人対といふことを申しました。それらの階層の人たち千人についてそれだけの患者がおるということでございますので、総合的な問題は同じでございます。

○藤田藤太郎君　そこで、精神障害治療に対する公費が、入院を含めて百五十九億という支出をされておるわけですが、この支出がほんとうに適切に使われておるのか、病院施設基準の整備とか、そういうことについてひとつ御意見を承りたい。

続いて、もう一つ申し上げますが、精神科を標榜する医師が現在二千八百名日本ではあるといわれておるわけですが、そこで、これは百二十四万に對して見ますと、四百四十三人を一人の医師が受け持つことになるわけだと思ふのです。そうしますと、欧米諸国と比べてみて、日本ではどれくらい医師が精神科に必要なのか、そこあたりから見当をつけれれたことがあるかどうか、これもひとつ聞いておきたいと思ふのです。二つ。

○政府委員(若松栄一君)　第一点の、精神衛生の費用、百数十億が適正に使われている保証があるかという問題でござりますが、その点につきましては、一番大きな費用は措置入院費でござりますので、措置入院の患者を扱つていただく病院は県が

指定をいたすことになっております。その指定の際に、その病院の設備、構造、設備基準が適合しているかどうか、それから、医師が適切に配置され、その他の職員が適切な数だけあるかどうかというようなことも全部検討いたしまして施設を指定しておりますので、指定施設以外の精神病院に比べて、相当設備、構造、あるいは運営の水準が高い。したがって、公費をもつて治療をしておりますそれらの指定病院では、一般の平均よりもさらにいい治療が行なわれているであらうということを考えております。なお、そのほかに、そういうような指定病院につきましては県が直接指導をいたしておりますし、あるいは精神病院協会というふうなものを通じまして、お互いに切磋琢磨し、あるいは外国の状況等を見させるといふようなことも指導いたしております、そういう運営に支障のないように配慮いたしております。

なお、精神科の医師の問題でござりますが、現在二千八百で、これを百二十四万に割り当てると四百四十三人になるというお話でございましたが、先ほど申しましたように、百二十四万が精神科医師の治療の対象となるものではございせん、大体三十万程度が精神科医療の対象になるわけでございますので、およそ四分の一程度であらうと存じております。なお、将来におきましては、昭和四十五年までに二十一万五千床といふのを目標にいたしまして整備いたします。そのほかに、当然中間施設のものも増設してまいりたいと思ひますが、そういういたしますと、理想的には、五千百名程度が必要であらうという推計をいたしております。それに對して、従来の実績から見ますと、そのころまでにおそらく三千二、三百程度になるのが精一ぱいではないだらうかといふふうに推計をいたしております。したがって、絶対数がかなり不足するであらうといふことは考えておりますが、さて、これを養成するといふようなことを申し上げても事実上できませんで、やはり精神科の医療施設がうまく運営され、よく伸びていく、また、仕事が魅力的であるといふこ

とから、それぞれ医科の卒業生がそういう方向に志望していくことが一番望ましい姿であらうと存じております。もちろん国立の結核療養所等で多少余つてくるといふような人員がございますれば、そういう方々が適宜新しい方向に転向するというような場合には、できるだけ国としても援助するという体制は考えております。

○藤田藤太郎君　そこで、一つの参考に申し上げたいのだが、たとえばアメリカが一九六三年に大統領の教書を出しておりますね。そこで、一九六〇年の精神医学の専門家、精神科医、医療社会事業職等を含んで四万五千人おる。十年後の一九七〇年には八万五千人になると、こういうことを言っているわけです。それで、アメリカの人口の日本が半分として、日本がこれから五年後の一九七〇年にアメリカ並みにいこうとしたら、四万人の精神医療の医者がおつてアメリカ並みということになるのです。これは日本では結局医者は二千八百名なんでありますけれども、医師以外のその医療指導体制ですか、要するに、精神医療の専門家というのは何と何があるかということですが、ここでも出てくるわけですが、精神衛生で資格を有する者というのはどういうものを含んで、それで、この精神医療の専門家の範疇に入るような人が現在何人おつて、将来、たとえば五年後には何人、医師を含めて何人くらい日本はいる見当になりそうかということもひとつ聞いておきたいと、こう思うのです。

それから、もう一つ、先の質問の中で忘れておったのですが、指導体制の指導員の問題でございいますけれども、これが八百十二保健所があつて、保健所にそれぞれ一人精神指導員を置くというのは、四十年代には百二十二人しか予算上の措置が講ぜられていないわけです。これはどうなるのか。それからP.T.、O.T.の法律案がこの間通つたのですが、これとの關係をどうするのか、そこらをおあわせてお答えをいただきたいのであります。

○政府委員(若松栄一君) 精神衛生のための専門

的な従業員といたしまして、医師のほかいろいろな職種があるわけですが、最初の、保健所における精神衛生の指導員と申しますのは百二十二名しか予算を組んでいないじゃないかというお話でございますけれども、百二十二名の指導員と、それから、九十六名のメディカル・ソーシャルワーカーというものをこれに充てると二百十八名になる。それから、現在三百九十名ほどのソーシャルワーカーの定員がすでに配置されております。それらの者がさしあたってやるわけでございますが、さらに将来は、五年後くらいまでには全保健所に二名ずつということで、千六百名程度にしたいというふうに考えております。そのほかに、今年度は三百五十カ所の保健所に精神科の嘱託医をその指導のために配置する。もちろん非常勤でございますが、そういうことを考えております。嘱託医も将来は得られる保健所は全保健所、小さい保健所でそういう専門家がどうしても得られないところがございますが、少なくとも得られるところはそういうふうに配置したいと存じております。

なおPT、OTというような職種も当然この精神医療の従事者として必要になってくるわけでごさいます。現在でも大きな病院では、それぞれ男の看護人のほかに、作業員と称しまして、事実上いろいろな作業の訓練等を行なっております。将来いわゆるOTというような職種が完成されました、そういう専門家が出てまいりますと、精神病院における作業療法、あるいはレクリエーション療法というようなものに参加してまいるわけでごさいます。そうなつてまいりますと、当然精神科領域に相当数入ってくるわけでごさいます。が、これらの問題につきましては、現在皆保険の体制下にありまして、作業療法というようなものにどうbeitするかというような問題もございまして、いまのところ、はっきりした見通しが立てかねるような状況でごさいます。

○藤田藤太郎君　そうすると、いまアメリカの話
をちよつとしたわけですけれども、いまのお話で

いくと、医師が二千八百人がどれだけふえるかという構想もお話になりませんし、ただ、保健所に三百五十人の嘱託を置いて、いまの精神医療担当者全部で千六百人がらいにソシアルワーカー、指導員合わせてしたいということになると、五千人ぐらいということですね。それらのことも、私は、全体の構想や社会施設の基準に対する取り組みが、どうも場当たり的なような気がしてゐるわけでありますが、たとえばリハビリテーション、また、アフターケア施設、こういう問題についてはどういう構想をお持ちでございますか、これは非常に大事なことだと思いますけれども、これもひとつ聞かせておいていただきたい。

（政府委員（若松栄一君））最初に、前の関連事項をちょっと追加させていただきますが、医師が現在二千八百名が五千人程度ほしいと、あるいはそのほかにいろんな職種を申し上げまして、それがせいぜい五、六千人程度じゃないかと、アメリカの数に比べて非常に少ないということを申されましたが、アメリカの数というのは、たとえば精神病院全体の職員というものが全部入っておりますので、そういう意味からいいますと、日本の二十一万五千のベッドをかかえる病院の従業員全部が実はそういう計算に入るわけでございまして、そういう点、直接の比較はただいまできないと存じます。その点だけを申し上げておきます。

なお、そのほかに、職員といたしましては、ただいまお話のありましたような中間的な施設、あるいはハビリティーション施設というものが、将来通常のベッドのほかに計画されておるわけでございまして、アメリカ、あるいはイギリス、フランス等におきましても、ベッドのほかにデーホスピタルであるとか、あるいはナイトホスピタル、そういうようなものを総称いたしましてハーフウェイハウス、あるいは中間施設というようなことばで呼んでおりまして、そういうものがハビリティーションという範疇にも入ってくるわけでございますが、そういう施設につきましては、私どもも今後の計画として考えておりますが、いま直ちに数

字でもって申し上げることができないのが残念でございまして、これも特に日本では国民皆保険と
いうような問題がございまして、どういふことを
やっても、やはり医療に關しては保険からの支払
いが得られないと経営ができないというような問
題もございまして、医療法の關係、保険の關係
等も解決すべき問題でございまして、われわれ
も現在そやういふ方向で研究しながら努力してい
るわけでございまして。

○藤田藤太郎君　だから、一つ一つあけてくると、やっぱりこのリハビリテーション、アフターケアの施設ですね、いまの、たとえばアメリカと日本とはうまくかみ合わないんだということだけではなかなか納得がいけない問題です。何もアメリカにならってどうせいということは私は言いませんけれども、アメリカの水準、日本の水準はどこなんだという話ができないわけでしょう、ざつくばらんに言つて。病院も数に入ってます、だから食い違いですということだけじゃいかぬ。それじゃどういうぐあいになっていきますかと言われたって、一ぺん検討して資料を集めてみなければならぬということになると私は思ひんです。だから、そこらのかまそこの問題がぼくは非常に大事じゃないか。だから、全般的にひとつ厚生大臣に私はお尋ねをしておきたいのであります。

一つの問題は、やっぱり先ほど厚生大臣がおっしゃったように、国民全体の協力なしにはなし得ない問題ということでございますから、国民に協力を得るような形を含めて、この精神病の発生の予防と施策を、大体日本はあらゆる面から含んで今日の戦略目標を立てたら、戦術的にはどれほどの個々の処置の中でやっていくのだ、だから、国民の皆さんから協力していただくいろいろな問題を掲げてやるということのひとつ計画を厚生省としてはやっていただきたいということで、その見解を承っておきたい。

もう一つは、措置入院の入割公費ですね、二割は府県知事、それがまあ費用を患者に負担させてもいいというかっこうになっているのであります

けれども、私は、先ほどの例を見ても、所得の低いところから千人率ありますけれども、直ちにこれが計算になるとは言いませんけれども、おおむねこういふ比率ですね。おおむねこういふ比率であるということでは、そういう患者が措置入院して、二割の負担を患者の家族や何かが受け持つということになると、私はたいへんだと思うわけでありまして、何と云っても、地方自治体の財政事情というのはなかなか案ではございません。案ではございませんけれども、特別交付税や何かの処置を講じて、こういう負担の差額はやっぱり地方自治体がつつように指導をしてもらいたい。そうして患者から直接取らないように、名実ともに、社会がこの精神病をなおすような考え方を立ててもらいたい、私はそう思うのですが、大臣の決意のほどを聞きたい。

もう一つございしますが、もう一つは指導員の問題で、ソシアルワーカーの問題は大事な問題だと思ふのです。ソシアルワーカーという役割りは非常に大事な役割りだと思ふ、保健所において。だから、私は、この人が全部の保健所にまだおいでにならないので、こし見てみても五百人ぐらにならぬのですが、まだ全部の保健所から見ると足らないわけでありまして、少なくとも、いま五年後に二人当て置きたいというお話がありましたけれども、これはやっぱり家庭を一軒一軒訪問をして、そうして家庭のいざこざの問題も相談にのつてやりながらやる役目というのは、ソシアルワーカーというのは非常に大事な役目だと思ふ。これをやっぱり何らか無理をしてでも早急にふやして、各家庭を訪問して、保健所の区域の中で二人か三人至急に置いて、その人が家庭のもめごとまで指導してやる、それから、所得の問題も相談にのつてやる、就職の問題も相談にのつてやる、こういうことになれば、私は、それが何と云つても、やっぱり法律をきめるのも必要ですけれども、このことが一番いまだところ大事じゃないかという気がするわけでありまして、このところろに力を入れて、こしは五年後に二人ずつとい

うようなことでありますけれども、その五年後のやつを、二年の間に実現してもらいたいと思ふ。これが私は、いろいろここで御意見を伺いましたけれども、全体の目標を立てた今日治療計画をお立てになる非常にキポイントのような気がするのです。それは薬とか医学とか、いろいろなものがなければどうにもならぬ問題ですけれども、やはりそこらあたりに非常に大きくこのたぐさんの数を減らす重要なポイントがあるような気がするわけですね。これを、二年の間に二人のやつを実現する決意が厚生大臣におありかどうか、ひとつこの三つの問題について見解を承っておきたい。

○国務大臣(神田博君) ただいま藤田委員からのお尋ねでございますが、国民全体の協力を得なければほんとうの精神病の全治対策というものはまづどうもこしにくい、そういう計画があつて初めて精神病を放散する、全治させるということができるといふこと、これは、私が先ほどお答えいたしましたとおり、全く同感でございます。これは何と云つても相当数のほつておりまして、また、この病気の自体的なことを考えましても、国民のあたたかい御協力なくしてはこれは至難だと思ふ。私も、私どももいたしまして、そういうようなことに十分考えをいたしまして、計画を再検討いたしたいと思ふ。

第二でございますが、第二の措置入院の国費負担が八割、地方費二割。地方財政が困窮しておる際でありますから、地方財政にできるだけ負担をかけることがよろしいのじゃないかということにつきましても、これは同感でございます。もし地方財政に持つていくというなら、持つていくことと自体を明瞭にして、そうして財源調整が何かの方法をとつてやつていくことで進むことが望ましいことではあります。患者が〇・二%ほど負担しておるようですが、負担能力のあるものは別にいたしまして、できるだけこの種の療養は公費負担をして、そうして早く全治するような措置をとりたい、そういうようなひとつ計画を再検討

をいたしたいと思ふ。なお、また、保健所の相談員がわずかであつて、また、この配置計画もあまり長い計画のようで、非常にまづこしにくいじゃないかという御意見のようでもあります。この点もまづこしにくいともございします。私も、私どももいたしまして、できるだけ早い機会にひとつ相談員の充実をはかりまして、そうして精神病の全治をいたしたい、かように考えております。

以上お答えいたします。○藤田藤太郎君 そこで、まあ私は全般的な問題でお尋ねしておきたいわけでありまして、その精神病の危険がある場合、四十八時間拘束するわけですね。で、国民の立場から見れば、危険、障害を及ぼすような人が、無制限な社会によつて他に障害を及ぼすようなものがあつては困る。これは国民共通の願いだと思ふのです。たとえ精神病者が人に危害を加えて、いろいろな社会に障害が起るような条件をのほんと放任されては困る、これは事実だと思ふのです。その願いがあるというところは、しかし、一面から見れば、その拘束措置をすることとをどこで判断し、どこで判定をするかというところが非常にむずかしい問題だと思ふ。ですから、できれば複数によつて判定してもらいたいという願いは当然出てくる問題だと思ふのです。個人の主観ではなしに、複数によつてそれを認定、判断をして措置をするということが、私は、やはり将来問題が起る危険のある問題点ではなからうか。ですから、そうなるべくと、人間の自由を拘束するわけでありまして、だから、そこらの問題の運営というものは、なかなかいふ、まずではなかつたように、一つのモデルを持つてきてどうこうというところは、私はできないと思ふ。できないと思ふけれども、そこらは運営の味のあるところだといふし、それから、運営を全うせしむるところだと私は思ふわけですね、ですから、その点は、この精神衛生法が歩き出して、これが適用されて、むしろそういう危害その他の

問題になつたら、警察その他の関係もむろん関係が出てくるわけでありまして、そうして人権関係の問題が起らないように、慎重な態度でこの問題は措置していただかないと、国民の素朴な願いと個々の人間に対する人権問題とは、なかなか利害相反する場合があるようなこともあるし、その障害を起さないようなものなら人権侵害になるわけでありまして、そこらの運営については、全くもつて十分な慎重な配慮をしていただくというところをこつてお約束をいただきたいと思います、こう思ふ。

○政府委員(若松栄一君) 御趣旨の点、全く私も同感でございます。社会の保安の問題と個人の人権擁護という問題を最も合理的に調和させるといふことがこの法運用の根本的な精神であらうと思ふ。そういう意味で、強権発動の措置という場合には、現在の法律でも、いわゆる申請、通報、全治主義というたてまえでございまして、何らかの形で国民のどこから申請、通報があつた場合に初めて知事が鑑定医を派遣して診察する。その鑑定医も、必ず二人の鑑定医が見合つたときに初めて措置をするというたてまえをとつております。それに対して、今回例外的に緊急措置の制度を設けたわけでありまして、この緊急措置の制度の運用にあたりましては、特にその点を重視すべきものでございまして、そういう意味で、緊急措置を行なう場合にも、必ず鑑定医の、これは複数とはいはしません、鑑定医の診察を受けて、しかも四十八時間を限ると、その間に適切な本来の措置にかけるかどうかを早急に決定する。もしそれが決定されない場合には、本人の保護の意味からも、この緊急の措置を解除しなければならぬというたてまえになつております。私も、私もそれらの点を十分配意いたしまして運営をいたしてまいりたいと思ふ。

○林道君 精神衛生法の一部改正につきまして、私もいろいろ根本的のことを伺つてみたいと思つ

ておりましたが、藤田委員がその大半の質問をされまして、お答えもありましたので、時間もないことですから、それを繰り返すことをやめたいと思います。

で、予防ということを考えていつている立場におきまして、この予防対策に非常にお金が必要なものですから、このことでおくれがちなっているというところは、もう厚生省でもよく御存じだと思います。で、予防をやつて、そうしてできるだけ一人でも患者の発生を防ぐということが、将来のこの精神衛生に関する経費を省いていくことになるのじゃないかと思ひます。で、百五十九億の中で、予算をそれだけとつてございしますが、先ほどその方面についての研究その他をしてPRもやつていかなきゃならぬというふうなお答えでございしましたが、国立精神衛生研究所に対しては百四十七万しかお金がないようでございしますが、これあたりを考へてみましても、将来予防方面に、そうしてものと研究その他に予算がとられていかなきゃならぬのじゃないかと、もちろん予算の問題はむづかしい問題でございしますが、国民がみなそれに協力するといふ立場が大事だと、それは藤田委員も言われたとおりでございしますが、かつて結核の撲滅運動を国民運動として展開しようとしたときにいふん大きないろいろなことがなされて、そうして二十年前ぐらいでしたから、大きな国民運動になりました。いま結核が撲滅されたわけではございませんけれども、一応国民の中に、結核は決して伝染病ではないという観念は植えつけられたと思ひます。それから、その予防法その他についてもいふん進歩したと思ひますが、それだけの熱意をやはり展開していかなきやならないのじゃないか。十何年前でしたが、私アメリカにおりました、アメリカの精神衛生運動というのを見ておりました。それで、そのときに大きなポスターをたくさんつくりました。そうして精神衛生、精神病患者を一人なくすることに努めてこれだけの国が得をするのだ、これだけの得をするのだというふうなポスターをずっと張りまし

た。で、国民運動をどうして展開するかというときにそういうことも考えられてよろしいのじゃないかと思ひます。で、いまは患者さんの、先ほど病院の問題なんかたくさん出まして、それに対する御答弁もございましたので、まあその内容その他については、私は質問すること、時間もございませんで、差し控えますが、当面の問題としては、やはりいまある患者をできるだけおさすといふこと、それから、リハビリテーションをして、どうしても症状固定した人が病院にいたくても、社会で何と自分でも生活をしていくような状態をつくるというふうなことで、そのために作業療法などがございします。職業指導もございします。で、そういうふうなことを考えますと、やつぱり一連の施策というものを立てていく必要があるのじゃないかというふうに考えるわけでございます。これは精神病患者、そういう者だけでなくて、先ほど藤田委員もしきりに言つておられましたけれども、やはり経済の問題とか生活水準の問題とかいふようなものとみ合はせなければならぬかできないことはよくわかりますが、一応やはりせつかくできました精神衛生法の一部改正といふときに関連いたしまして、もつと何か焦点をびしやつと合わせたような施策が出ればと、こう思つておりました。が、なかなかたどるに精神衛生法だけが出たというだけで、施策がないように思ひます。で、いま病院の中に入っている患者さんの取り扱いでございしますが、精神病患者の治療法につきましても、精神医学の向上その他でいふん進んでいるのだといわれております。これにも書いてございしますが、一応その進んだ医学をほんとうに現在いる患者が受けられるような状態かどうかといふことについて、まあ先ほど御答弁もございましたから、私も御答弁を望みますが、付け加えて、そういうことについてうんと考えていかなければならぬのじゃないかというところでございします。で、御答弁を聞いておりました、一応規則はできていますのですけれども、そういう運営の問題とか監査の問題になる

と、まことにできていないといふことは確かでございます。それで、一例を申し上げますと、精神病院の中の患者さんの生活状態というものは、先ほど藤田委員が御指摘になったようなことが非常に多い。それで、生活指導を通じて患者さんはおるといふのが先ほど局長も御答弁になりましたが、そのとおりです。だが指導しているかといふこの問題でございします。だが指導しているかといふときに看護面の問題が出てまいります。で、そういうところで適当な指導者の人員が足りないといふことでございします。それについては、ここが私がぜひこのことだけを何つておきたい点ですが、どんなふうにお考えになつており、どんな対策をお持ちですか、伺いたい。

○政府委員(若松栄一君) 特に精神病院の院内における看護態勢の問題であらうと思ひます。精神病院の特殊な一般病院との違いがございします。で、やはり精神病院の看護につきましては男性の看護人ももつと入れていきたいといふこともございしますが、同時に、現在でも男性の看護人もいろいろな方面、作業療法等に使われておりました。実際の看護にはなかなか手が回らぬという面がございします。そういう意味で、将来、精神病院の中には、先ほどもお話が出ましたように、特にPTといわれるような職種の仕事が非常にふえてまいることが予想されます。そういう意味で、看護人の充実といふことと同時に、現在看護人が食われているそのようなレクリエーション療法、作業療法のためには、そういう専任の職員を振り当てるといふ方向で努力しなければならぬと存じております。そういう意味でPTといふような職種ができるだけ早く十分に供給されることを望んでおります。また、それに対応するような医療費体系、あるいは医療機関の育成といふ面も改善をはかつてまいりたいと思ひます。

○林堀君 病院のあり方もあると思ひます。大体公立病院の精神病院におきましては、わりあい基準が守られている。精神病院におきましては、患者六人に対して看護者一人といふことになつて

おります。その中に看護人を交へ、それから看護婦を交へ、それから看護婦を交へております。それだけの基準を満たしているところは国立病院しかありません。他の公立病院でも、よほど看護管理のいい病院でなければいけません。御承知でございますが、医療法人といふのがございします。これは医療法人の病院の内容は、局長御承知かどうかわかりませんが、どこでもたいへんなことでございます。そうして資格者はおきません。それでほとんどが無資格者でもつて、看護人にいたしまして、ちよつと手があいていけるから来て、それで病院の患者の監視をしるというくらいが関の山でございします。そういう人たちが使つていまして、そうして県当局に行きまして、この医療法人をどんなふうにも監督をしておりますかと言ひましても、そこまで手が伸びておりません。医療監査そのものは病院だけでも伸びておらない。まして精神病院といふような、患者がものを言わないといふ、それで、家族におきまして、精神病院に入つていけば、それでも何といひますか、預かつてもらつていけばそれでいいといふような気持ちが相当あるところでは、無資格者をもつてとかく監視をしていふ状態が多いわけですね。その状態は私よく存じております。ところが、その医療法人の病院の経済状態は非常にいいわけです。この間もある医療法人の病院に行つてみますと、そこには医師は院長さんが一人、それから、当直の先生は非常勤です。看護婦長が一人、それで患者二百人、その中にたつた四、五人の看護婦しかおりません。あとは無資格の人が、何か患者があられたときの用意に置いてあるのです。どうかしたときにどうするのですかと言ひましたところ、これは非常勤の先生がおられるからといふことでございしますが、わりあい経済状態はいいのです。ですから、見たところはたいへんいい病院になつていふのです。先ほど藤田委員が言われましたように、一たび中に入つてみますと、だれも指導してはありせん。ただ、けんけんどうとして、そこで起居しているにすぎな

いというような状態がほとんどであるというのが五〇%くらいじゃないかと思ひます。それから、この間もある病院に参りました。精神衛生法も出ていることでございます。私ども看護関係については、いろいろ見ていかなければならない責任もあります。そういうようなことで行きましたが、入ることを拒否されました。というのは、なぜ拒否されたかというところにつきましては、その状態が、私は悪く解釈して、もしかりにそういうところに入つた場合にはいろいろ言われるのじゃないかというようなことで拒否されたのでは来ないかと思ひます。原因を突きとめたときには、中を見せが、やはりそこに入りましたときには、中を見せないような状態がある。そこまでやはり厚生省は

るように向けていくためのやはり技術者が要るわけです。そういう点につきましては、治療の面そのものにおいて、私は、はなはだ欠けるところがあると思います。ですから、そこがたまたま家族から離れて収容されているというにすぎない状態になっているということは、やはり私は精神衛生上、ことに医学が進歩して、結核と同じでございます、なおるのだということが立証されているときに、なおらないでそのまま埋もれていく人がたくさんあるということは、非常に私は憂慮すべき問題じゃないかと思えますので、その点について当局はどのようにお考えになっているか、その状態を御存じかどうか、伺いたいと思います。

ないというのが病気でございますので、そういう点では普通の病院以上に、やはり監査、それから、指導などがなされるべきだと思つたのです。それでないと、やはりせっかく法律ができてしましても、決して実があらがないのではないか、こういうふうな思ひますので、実情を申し上げました。

それから、看護体制は、やはり数が足りない問題、精神病院も含めまして、看護婦の数が足りない問題、看護人の数が足りない、これはしょっちゅうい、看護婦の数で足りませんが、特に精神病院におきましては看護婦の数が足りないために、非常に治療上困つてゐる状態でございます。

それから、もう一つ、この際に当局の御見解を聞

○政府委員(若松栄一君) 私ども、決して精神病院の看護婦は程度の低い看護婦でいいということとは全然考えておりません。お話しのように、むしろ非常に特殊な技術、技能を必要とする点が多々あると思いますので、国立精神療養所に付設されたものが准看護婦養成所であつたということが、私直接の担当でございせんので、そのときのいきさつを知りませんが、おそらくやはり要員が得にくかつたという点があつたかと思ひます。しかし、精神療養所は、そこで卒業した准看護婦だけしか使えないということではございせんので、その点も考慮して、能力ある看護婦を配置していただくように私どものほうからも連絡をいたした

手を伸ばはされる必要があるのではないか、患者は家族からは見放され、そうして病院からは、そういうようにただ入れられる措置入院でございすが、入院料だけは入る。ですから、人件費を使わないで入院費を取れば、ものを言うことのできない患者です、精神病患者を私は取り扱ってよく知っております。ものを言うことができない、どこが悪いか、どうするかというようなことを言えない患者です。なおすような段階ではないのです。なおすように努力をしておるところはほんの

○政府委員(若松榮一君) たいへん事情についての精細なお話をいただきました。まことに恐縮に存じております。十五万ベッドぐらいの精神指導ベッドがござります。十五万ベッドでも実質的に指導監督をいたしておりますのは指定病院の六万ベツドでござります。したがって、九万ベツドというものについては私ども直接関与をいたしておりません。そういう意味で、そういう中に非常に程度の悪いただいまのお話のようなものがあるのではないかと思ひまして、私自身も、お話を聞いて、非常にりつ然といたすようなこともございませ

いとおきたいと思ひますが、国立關係におきましては、国立療養所がございます。精神病の療養所が二、三カ所ございしますが、そこで看護關係が足りないか、ちとというので、准看護婦の養成をしております。それにつきまして、私はこういふふうに思つていつも言つてきたのでございしますが、精神病の看護というのは、普通の看護よりたいへんむずかしいものでございします。精神に病氣があれば、身体のはりにも病氣がある。そうして目に見えないものを見るわけでございしますから非常に觀察がむずかしいわけでございます。それで、先ほどから言つておりますよう

○林塩君　私が言おうとしておりますところは、精神病患者の治療に対して看護婦が非常に大事だということと、生活指導が非常に大事だということとございませんで、これ以上の質問をする時間もございませんでやめまますことによつて、民衆のほうもそういうふうな姿勢で臨むと思いますし、それから、経営者もそういうことでなくてはならないと考えるだろうと思うので申し上げたわけでございます。

少しでしょう。そうして、ほんとうの治療をしようと思つて努力すれば、全部病院は赤字になる。先ほど申し上げましたOTというよりうなものを雇つてしていると言われますけれども、そういうものを雇うにも雇えない、数が少ないのですけれども雇えない。一番いいのは無資格者を入れて給料を安くして、そこで経営をするということが五〇%でしょう。それで、治療をするというところまでいってないということでございます。精神病の治療をするところの、例のショック療法で

す。先ほどの藤田先生のお話も、あるいはそういうような点を御指摘されたのではないかと存じます。しかし、私どもは、本来、病院であれば当然医療法の規定が適用され、医療監視が適用されて、医療法の規定どおりのものが当然であるものというふうに考えておったわけでございますが、私どもも自身、そういう十分手が回らないところがございますので、今後、医療法の施行担当者とも協力いたしまして、できるだけ実情を把握しては正していくようにつとめたいと思います。

に、なぜ精神病が起つたかというより、な問題につきましては、その人の社会背景なり生活の状況なり、いろいろなことを考へて指導していかなければならぬので、准看護婦程度では、臨床経験を何年かしますれば別でございますけれども、とても私は治療の効果をあげ得ないと思うのでございますが、手が足りないからというので、精神病ならば准看護婦でよからうというより、国立でさえそういう考え方をお持ちでございますが、それは精神病というものに對して、非常に私は何

それから、その次に、第四十二条に書いてござ
います。先ほどから出ておりました戸別訪問を
していかなければ、一人一人にそういう精神衛生
上の指導をしていくのでなければ、とてもこうい
う問題の解決ができないというような御意見が
いろいろ出ていますけれども、私もそういうふう
に思います。それにつきまして保健所の問題でござ
います。保健所に、精神衛生に関する相談に
応じ、及び精神障害者を訪問して必要な指導を行
なうための職員を置くことができる。」、こう書い

でございますが、こういうショック療法も看護婦の手が足りないからできないというような状態、それから、お薬だけ飲ましておけばいいという状態なら、これはそう手が要らないでしょうが、生活指導の面ではやはり患者を取り扱い、治療でなお

○林垣君 精神病者でございますので、普通の患者さんでございましたら、この病院は待遇が悪いとか、あるいは看護婦の数が足りないというようなことは言うわけですし、それから、いろいろ訴えられるんですが、精神病患者さんはその訴えさえでき

か精神病自体を重視されないような、治療に対して重視されないような態度を、国立自体が、厚生省自体が持つておられるように考えるのですが、そういうことについてはどういう御見解をお持ちでございますか、伺いたいと思います。

でございます。それにつきまして、保健所が一応精神衛生行政を取り扱うということになっていきますと、公衆衛生局長さんは保健所のことをよく御存じでございますし、私も保健所のことをよく知っております。いまの人員で、それでなくても

たがって、たとえば精神科の治療を、精神療法、あるいは精神分析法というように行なうといふことは、一時間、二時間というように時間がかかると、しかも、非常に報酬が少ないという点に非常に欠点がございます。したがって、現在の医療費の体系の中では、精神神経科の外来診療所というものが事実上不可能な形になっております。そういう意味で、これらの精神関係の医療、特に精神療法的なものをやりますためには、どうしてもそういう保険の医療体系の中から改善していかなければならない状態があります。また、一方、病院においても、先ほどのような作業療法、レクリエーション療法というものをやりましても、これが現在点数化されておられませんために、持ち出しでなければそれができない、したがって、公的医療機関等では事実上行ないないという形になっております。こういうような事情につきましては、できるだけ早い機会に是正をしまいたいということ、保険当局とも、こういう問題についてできるだけ早い機会に協議をして進めようということは話し合ひをいたしております。

○林 堀君 もう一つ質問いたします。ここにも二件ございますが、非常に少ない医師、第四十二条にございますが、うしろのほうに、そういう精神障害者が出た場合には、医師をして精神に關する相談に常時応じさせるということがございます。医師の命令のもとに、そういう医師はたやすく得られるであろうかということでございますが、書いてはございますが、実際の場合にはどんなふうになるかと考えになりますか。

○政府委員(若松栄一君) 専門の医師を保健所の職員にすることは、これは事実上不可能でございます。したがって、保健所に精神神経科の専門の嘱託の医師を置くということでは、いろいろなケースができましたときに、一週間に一回とか二回とか来ていただく必要な指示を受ける、そして常勤のケースワーカーがそれをこなしていくという形にしたいと思ひます。そういう意味で、本年度

から、さしあたり三百五十人の非常勤の医師を置く予算も計上いたしてございます。

○林 堀君 その次に、この相談員の資格でございますが、「前項の職員は、学校教育法に基づく大学において社会福祉に關する科目を修めて卒業した者であつて、精神衛生に關する知識及び経験を有するものその他政令で定める資格を有する者のうちから」と、こうございまして、その中に、相談員になるための資格は大学卒でなくてはならないと定めてありますが、保健婦はこれに該当するかどうか、それを伺ひます。

○政府委員(若松栄一君) こういう法律の定め方をするとときには、最初の一例だけをあげて、あとは「その他」ということで政令に譲つてあるわけでございます。したがって、「その他」の中に、私どもは、心理学系統の学部を卒業した者とか、あるいは保健婦も含める考えでございます。

○林 堀君 時間もないようでございますから、精神衛生問題は大きな問題でございますので、その他いろいろ承りたいこともございまして、具体的な問題として法改正に際しまして伺ひまして、將來また統括していろいろな問題を伺ひていきたいと思ひます。この際、ぜひ非常に強い姿勢で精神衛生問題を解決していけるように、厚生省当局におかれましては、予算その他の問題につきましても、憶することなくそれを実行していただきたい。そうであらねば、患者並びに家族はたいへん不幸になると思ひますし、健康な社会建設といつて打ち出しております当局としても、精神衛生だけは別だといふふうなお考えになつては非常に執行いたしますので、今日におきましては、身体、健康より、むしろ精神の健康のほうがより大切だといふ時代になつて、国民もそのように望んでおると思ひますので、その辺も強い姿勢で臨んでいただきたい。来年度の施策におきましては、特にその辺に留意をされるようお願いしたいわけでございますが、厚生大臣の御意見、それから、御決意を伺ひたいと思ひます。

○国務大臣(神田博君) ただいま林委員から、この精神衛生の取り扱いに關しましては、前向きな姿勢で、特に強い姿勢でひとつ処置をするようにという御要望がございました。これは私たちも同感でございます。そのような考えのもとに、今後なお計画を十分練つて推し進めてまいりたいと思ひます。

○委員長(小柳勇君) 林君の意見は非常にりっぱな意見でありますし、閉会中の調査に精神病院なども加えましてやるように対策を立てていきたいと思ひます。

本案に対する質疑は、本日はこの程度にとどめておきます。

本日はこれにて散会いたします。

午後四時二十四分散会

〔参照〕

本日の委員会において決定した本委員会提出の法律案は左のとおり。

医療法の一部を改正する法律案

医療法の一部を改正する法律

医療法(昭和二十三年法律第二百五号)の一部を次のように改正する。

第七十条第一項第一号中「整形外科」の下に「脳神経外科」を加え、「理学診療科(又は放射線科)」を「理学診療科、放射線科」に改める。

附 則

この法律は、公布の日から施行する。

昭和四十年五月二十九日印刷

昭和四十年五月三十一日発行

参議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局