

○山下委員長 これより会議を開きます。

内閣提出、老人保健法案を議題といたします。
本日は、参考人として、全国市長会国民健康保険対策特別委員会委員長羽藤栄市君、健康保険組合連合会専務理事廣瀬治郎君、高崎市医師会顧問村田謙二君及び国民健康保険中央会理事長首尾木一君、以上四名の方々に御出席を願っております。
この際、参考人各位に一言ごあいさつを申し上げます。

参考人各位には、御多用中のところ本委員会に御出席いただき、まことにありがとうございます。
どうぞ老人保健法案についてそれぞれの立場から率直な御意見を賜りますようお願いいたします。

議事の順序は、まず参考人各位からお一人十五分以内で御意見を述べいただき、その後、委員からの質疑にお答え願いたいと存じます。
なお、念のため申し上げますが、御発言の際は、その都度委員長の許可を得られるようお願い申し上げます。

また、参考人から委員に対して質疑することはできないことになっておりますので、さよう御了承願います。
それでは、羽藤参考人から御意見を述べいただきますと存じます。羽藤参考人。

○羽藤参考人 ただいま御紹介をいただきました全国市長会国民健康保険対策特別委員会委員長をいたしております今治市長の羽藤栄市でございます。

衆議院社会労働委員会の諸先生方には、日ごろから社会福祉行政の諸問題につきましては格段の御配慮、御尽力をいただいておりますことを厚く御礼申し上げます。

本日は、老人保健法案につきまして全国市長会を代表いたしまして意見を陳述できる機会をいただきましたので、地方の第一線で直接都市行財政に携わっております者の立場から若干の意見を陳述し

たいと思うわけであります。

市町村は、住民の福祉の増進を第一の行政課題として、住民と直接に接触する第一線にあって行政を行っておるわけでありますが、種々の住民福祉施策の中でも、これまで社会に貢献されてきた老人の健康をどのように守っていくかという問題は、今後の高齢化社会を迎える上で最も重要な問題だと考えております。このような観点から、全国市長会としては、従来より老人の医療保障制度の創設を要望してきたものであります。多数の関係者の利害が錯綜する問題でもあり、今日まで実現することがなかったわけでございます。

今回政府が老人保健法案を提案され、予防から治療、リハビリテーションに至る一貫した保健サービスを総合的に実施するとともに、それに必要な費用は国民すべてが公平に負担するという制度を創設し、高齢化社会に対応する老人医療対策の基盤を確立しようとしたことに大きな賛意を表するとともに、高く評価するものであります。

御案内のとおり、現行の老人医療費支給制度は昭和四十八年に創設されたものであり、この制度は、老人の受療機会の確保という点で極めて有意義なものがあつたと思つております。老人医療費は年々増高を続け、市町村財政に与える影響にも大きなものがあります。これを全国の国民健康保険で見ますと、五十四年度において老人の加入率が八・五％、老人医療費の割合が約三〇％に達しております。特に西日本におきましては三五％を超える状況にあることは御案内のとおりでございます。

もともと低所得者が多く、保険料に事業主負担がないという、財政基盤の弱い市町村国保にとつては老人医療費の圧迫は大きく、その運営に危機的な状況をもたらしていると言つても過言でありません。特に毎年三月の当初市町村議会におきましては、国民健康保険税また料の毎年の値上げのために理事者と市町村議会が大いに対立する状況にございまして、この調整には全国の市町村長が至つて頭を痛めている問題でありますことは、御

案内のとおりと思うわけでございます。

人口の高齢化に伴つて、このような老人医療費の増高は今後とも著しいことが予想され、安定成長下にあつて、そのための財源をどのように確保していくかは全国的な課題となるわけですが、その場合に負担の不均衡を放置しては財源の安定的確保は困難であろうと考えます。このような観点に立つと、老人保健法案により老人医療費について公的責任を明らかにしつつ、保険者間の負担の不均衡を是正することは国民健康保険財政の健全化に資するものと、高く評価したいと考えております。

したがって、老人保健法案を一日も早く成立させ、明年十月から必ず実施に移していただくことを強く要望するものであります。

老人保健法案は、すでに申し上げましたように、高齢化社会に対応する施策を講ずる点において高く評価されるものであります。事業が円滑に実施されるのであれば、絵にかいたもちにすぎないのであります。この点から実施体制の整備を図ることが最も重要な課題であると考えます。

老人保健法案の最大の眼目は、医療以外の保健事業、いわゆるヘルス事業の積極的な拡大にあると考えております。全国市長会としては、従来より老人医療問題については、単なる財政対策のみならず、来るべき高齢化社会を展望して、予防からリハビリを一貫して行う総合的な対策の必要性を要望しておりますが、今回の老人保健法案において、このような趣旨を踏まえたヘルス事業が大きく位置づけられておることを高く評価するものであり、実施主体である市町村としてもヘルス事業の積極的な展開を図る考えでございます。この実施主体は、直接国民または市町村民と接触する市町村長がぜひ実施主体になることが必要だと強く要望するものであります。

ヘルス事業につきましては、予防を重視した諸活動に住民ぐるみで取り組み、脳卒中の発症予防等において著しい成果を上げている市町村が少なくありません。またそのような市町村においては、

長期的には老人医療費を中心とする医療費が隣接の市町村に比べて低くなつていくという注目すべき報告も出ております。

今回の老人保健法案は、ヘルス事業の拡大によりこのような先進的な市町村の活動を全国的に広げていくというものであると考えます。私が市長をいたしております四国の今治市においても、今年度国の補助を受け、市町村保健センターを設置したところでございます。今後、この施設を中心に新しいヘルス事業に取り組み、健康で明るい老後を送ることができるよう町づくりを進めていきたいと考えております。

しかしながら、全国的に見ればヘルス事業はまだ十分の実施体制ができておるとは言えません。本制度のヘルス事業は四十歳以上を対象としており、その数は全国で四千万人を超えると考えられます。このような大事業を円滑に行うためには、実施主体である市町村の主体的な取り組みが重要であることはもちろんでございますが、国としても次の点について十分な配慮を願うように要望したいと思います。

第一は、保健事業の中心となる保健婦の確保が現在では十分でないという点です。厚生省では五カ年計画で八千人の増員を図りたいと言つておられますが、そのような増員ができるよう十分な財源を確保していただきたい。また、保健婦が未設置の市町村も全国には四百六十ほどあると聞いておりますが、離島、僻地を抱える市町村にとっては保健婦の確保は非常にむずかしい現状となつておりますので、このような点についても十分配慮が願いたいと考えております。

また、ヘルス事業の実施の拠点となる市町村保健センターや検診車等の施設面の整備についても、十分な補助を行つてその充実に図られたいと要望いたします。

第二は、保健所の機能強化であります。市町村には保健婦の未設置市町村もある等、実施体制には大きな問題があり、全国的な実施が期待できません。そのために、実施主体である市町村の整

備とあわせて保健所の機能を強化し、市町村を支援する体制をとっていただきたいと考えるわけであります。

第三は、検診事業等の補助単価が従来十分に措置されていない点であります。ヘルス事業を本当に充実していくためには、この点について十分な財源措置をとっていただき、地方に超過負担が生ずることのないように御配慮を願いたいと考えてるわけであります。

なお、本制度の実施時期である明年十月を目途にして、実施主体である市町村は各般の準備作業を鋭意進めることになりませんが、このような制度を実施するためには相当の準備期間が必要となることはもちろん御承知のことでございます。この点からも法案の早期成立を重ねて御要望申し上げたいと思っております。

なお、老人保健制度に対する国保の拠出金については、従来の国庫負担の水準を基準として政令により補助することになっておりますが、その場合、現行の水準は確保されるよう要望したいと存じます。老人保健法により老人加入率の格差が調整され、国保財政の健全化が図られますが、現行補助が削られてはその効果もなくなってしまうので、従来どおりの国庫補助を強く要望するものであります。

以上、老人保健法案についての所見を述べさせていただきます。この法案は、高齢化社会に対応する老人保健医療対策を推進するためにはぜひとも必要なものであると私も基本的に賛成するものであります。実施主体の立場から、実施に当たるとして幾つかの要望をさせていただきます。

現在、国家財政については財政再建の努力が進められており、行政改革は政府の最大の課題ともなっております。地方財政においても、財政の立て直し、行政改革は必須の要請であり、市町村それぞれが努力を重ねられていることは御承知のとおりであります。このような状況にあつて、老人保健事業を積極的に推進するための財源やマンパワーを十分に確保することはきわめて厳しいものと

があります。しかしながら、高齢化社会に対応するための対策は緊急かつ着実に進めていかなければなりません。国としての十分な御配慮を要望するとともに、本法案の早期成立を再度御要望いたして陳述を終わりたいと思ひます。

○山下委員長 次は、廣瀬参考人。

○廣瀬参考人 ただいま御紹介をいただきました健康保険組合連合会の専務理事をしております廣瀬でございます。現在、当委員会におきまして審議されております老人保健法案につきまして意見を申し上げたいと思ひます。この法案の目的とするところは、従来の治療偏重を正し、予防から機能訓練に至る一貫した保健サービスに重点を置くこととございまして、そのねらいは大いに評価してよいと考えております。

しかしながら、この保健事業の主たる内容である健康相談、健康診査あるいは機能訓練、訪問指導等につきましては、これを真に実効あらしめるためには、これらの事業の実施に必要な要員の確保や施設の整備が必要であると思ひます。特に、現在不足している保健婦、OT、PTなどの養成、確保が必要であり、また、欧米諸国で非常に奨励されておりますナースিংホームやデイケア施設などいわゆる中間施設を整備することもきわめて重要であると考えています。これらの対策が十分でないこと、この法案のねらいとするところの保健事業は単に言葉だけに終わってしまうおそれがあると考えています。

次に、支払い方式の問題でございますが、老人の病気の特性として、一般に病気にかかりやすく、一人で多くの病気を抱えていること、長期慢性化する病気が多いこと、生理的な老化も加わって機能障害を起こしやすいと言われていること、こうした特性を持った老人につきましては、特に平素から日常生活、たとえば食事や運動、休養などの日常生活全般にわたつての指導がきわめ

て重要であると考えています。

そのためには、かかりつけの医者、いわゆる家庭医を持つことが大切で、家庭医は、その老人の病歴や体質、家庭の事情までよく知っていて、その老人に最も適した生活指導や治療をすることができるといふ。そしてそのような家庭医に対しては、それに見合った報酬を支払うようにすべきであると考えています。

現在のいわゆる出来高払い方式は、それ自体多くの長所があり、社会保険の普及、発展に大きな貢献をしてきたことは事実でございますが、この方式は、ややもすればいわゆる薬づけ、検査づけなど過剰診療に流れやすいという欠点を持つており、また治療中心であつて、老人の特性に見合った生活指導をし、予防と治療を一体的に行うという点についての支払い方式としては適当ではないと考えています。

しかればどうすればよいかということになります。一つの方法として、イギリスで行われております登録人頭請負方式がございまして、この方式ですとホームドクターは生活指導や疾病予防に力を入れることになるという長所がありますが、一面、病人に対して粗診粗療になりがちになると言われております。それを防ぐために、イギリスでは住民は年一回自由に登録医をかえることができるようにしております。また家庭医の報酬は、人頭報酬にしております。また家庭医の報酬は、人頭報酬のほか、時間外加算、公衆衛生サービス手当、あるいは非登録者の救急診療手当等、出来高払い的要素も加味してあります。

またデンマークの家庭医は、登録人頭請負方式と出来高払い方式をほぼ半々のウェイトで併用して報酬を支払うことにしております。これは二つの支払い方式の欠点を相補う非常にうまく考えた方式だと思ひます。このような方式をわが国でも取り入れるべきだと考えますが、そのためには家庭医の整備など計画的に条件を整える必要があると思ひます。したがって、このような方式がいま直ちに実施

できないとすれば、現在の出来高払い制度を維持するとしても、その欠点を是正するためにその医療費総額を規制するという方法が考えられます。

御承知のように西ドイツでは一九七七年に疾病保険費用抑制法を制定しました。これは医療費の総額を賃金、物価など経済動向に見合つたものとしようというものでございまして、わが国では一点単価が現在十円と決められておりますが、毎年出来高払いによる医療費の総額とあらかじめ設定された医療費総額とを見比べて単価を変更して調整するという方法が考えられます。このような方法は実際にはいろいろ技術的な問題があるとは思ひますが、この方法をとれば医療関係者の内部でいわゆる乱診乱療のチェックを行うことになり、いわゆる自浄機能が確立されまして、出来高払いの欠点が是正され、医療費の適正な活用が期待されると考えております。老人審議会では、各種の支払い方式の検討とあわせて、このような医療費の総額の抑制という問題も審議することはきわめて重要であらうと思ひます。

厚生大臣は、老人保健の診療報酬の支払い方式については、老人の心身の特性を踏まえたものとする必要があると、この観点から現行方式を見直すこととし、制度の実施に先立ち老人保健審議会において審議していただき結論を得たいと言明されておられますが、この法案では、老人保健審議会では「老人保健に関する重要事項を調査審議する。」というきわめて抽象的な表現しかされておられません。社会保障制度審議会や社会保険審議会の老人保健法案についてのかつての答申におきましても、現行の支払い方式を見直すべきことを強調されていることは、皆様御承知のとおりでございます。

私は、行政の責任者である政府が老人の特性に見合った支払い方式の骨格ぐらひは提案すべきだと思ひますが、一歩譲つて、具体的な方式は老人保健審議会が審議するとしても、少なくとも大臣の言われるように老人の特性を踏まえて現行方式を見直すという趣旨は、法律に明確に織り込んで

いただきたいと思ひます。

次に、一部負担金についてでございますが、原則として無理のない程度の負担をすることは適当であると考えます。

最後に、保険者の拠出金についてでございますが、この法案では、各保険者の老人の医療費実績と老人の加入割合を基準として決めることになっております。大変苦心された方法だと思ひますが、各保険者の拠出金は現行の負担に比して著しく増大したりあるいは同じ保険者が年度ごとに拠出金額が極端に変動することがないようにしていただきたいと思ひます。

厚生省の説明によりますと、老人医療費の実績と老人加入割合の二つの要素を半々とした場合、俗に試算Ⅰと言われておりますが、この方法によりますと、五十六年度ベースの計算で、健保組合全体の拠出金が、現在負担している老人医療費に比べ六百三十億円の負担の増加となり、老人加入割合だけで計算すると、俗に試算Ⅱと言われておりますが、千六百五十億円の負担増加になるといふことでございます。その組み合わせをどのようにするかは政令で定めることになっておりますが、このような保険者の拠出に関する事項はきわめて重要なことであり、また政令の定め方いかんによっては何百億円という金額の差が出てくることになり得ますので、このような重要事項は政令ではなく、法律で定めるべきものであると考えます。

また厚生省の説明によれば、保険者の拠出金は現行の負担に比して著しく増大することは適当ではないので、試算Ⅰの方法、すなわち老人医療費の実績と老人加入割合を半々のウェイトで算定することにするとおられます。このことを口だけでではなく法律で明確にしたいだきたいと考えます。具体的には法案の五十九条第一項第一号の「二分の一以下」とある「以下」を削除していただきたいのでございます。

また、今後老人医療費が増加すれば保険者の拠出金も毎年自動的に増加していくことになり得ますが、これにつきましても一定の歯どめを講じてい

いただきたいと存じます。

また、小規模の組合におきましては、老人の加入、脱退の異動や老人医療費の大幅な増減によりまして毎年度の拠出金の額が極端に変動することが予想されますので、このような急激な変動は避けていただくよう適当な調整措置を講じていただきたいと存じます。

時間の制約がございますので、意の尽くせんない点が多かったと思ひますが、今後急速な高齢化社会を迎えるに当たりまして、限りある医療資源を最も効率的に配分、使用することが重要であると考へます。私がただいま申し述べました意見につきまして何とぞ御高配いただきますようお願い申し上げます。

ありがとうございました。(拍手)

○山下委員長 次に、村田参考人。

○村田参考人 このたび老人保健法案がこの衆議院の社務委員会で審議されるということで、私のような人口二十万の高崎という小さな中都市の町医者に参考人として出頭せよということにございまして、私のほかにそういう方はたくさんおられるといふことで再三固辞したわけでございます。

けれども、私はこれまでに老人問題について国の厚生科学研究班員として論文を三回に出してあります。その一番最初の論文は、在宅寝たきり老人の訪問看護のあり方に関する研究、それからその次の問題は、地域における病弱老人の一貫した健康管理のあり方に関する研究で、昨年度の論文が、そういう在宅の老人の家庭看護に関する問題あるいはそれを通じてのボランティアの育成という、これらの三回の論文を厚生省の厚生科学研究班員として書いて提出いたしました。そのことと本日この社務の老人保健法案というのが、中身を拝見いたしますと大変合致するものがあるわけでございます。そんなことでお引き受けしましてまかり出しました次第でございます。

で、お手元にお配りいたしましたいまから六年前になります、五十年の十月に初めて私は老人

問題に関する論文を発表、講演をしたわけでございます。その中の要旨をあらういただきますとわかるのでございますが、人口問題から私はこの問題に対する取り組みをしていったわけでございます。ローマクラブの問題から始まりまして、世界人口会議あるいは日本における厚生省の中の人口問題研究所の黒田先生の論文等を読みまして、いわゆる社会医学的なアプローチということでこの問題に取り組んでまいりました。ただ、私自身が内科の臨床医である。それともう一つ、社会医学を研究しているということで、二つのものが私にすると別のものではないというふうにとれたわけでございます。

一番最初の問題としまして、私はいまから約二十二年前になりましたが、昭和三十四年度に高崎市における二百三十名の八十五歳以上の長寿者の健康調査ということをして、当時、医師会会長をしておりまして、内科、外科、耳鼻科、眼科、精神科それに歯科医師も入れて訪問をしたわけでございます。そしてそのときに初めて、私は在宅の寝たきり老人という実態に触れました。そしてそれ以後、その一つの研究は終わりましたけれども、私は自分で一人で保健婦さんを通じて、地域における在宅老人というものはだれの手もかざれない、家族の素人看護によって細々と支えられているという実態を拝見したわけでございます。

そのことから市に進言いたしまして予算化してプロジェクトチーム、医師と看護婦と保健婦とケースワーカー、それらの方々、それにホームヘルパーを交えまして訪問看護というのを始めてまいりました。さらにそれを拡大いたしましたというよりは、むしろそれでは実態に触れにくい、やはり看護している家庭の主婦を教育してそして見ていただくということがどうしても必要だといふので、家庭看護教室というのをいまから五年前から始めたわけでございます。その家庭看護教室のためのテキストをつくり、そして毎月四日間続けてまいっております。

さらにその中に若者に対する教育、これからの

高齢化社会を支えてくれるのはいまの中学生でございます。中学生、高校生、これらに教育なくして、将来性という、パースペクティブな展開ということはあり得ないわけでございます。したがって、女子高生の夏休みの一日講習、それから短大生の冬休みの一日講習ということでは若者の方へそれを広げてまいったわけでございます。

そういうことから、ことしで三年目になります、家庭看護教室を卒業した、習得した婦人の方たちが約二千名近くになりますが、その中からいわゆるボランティアのホームケアの会というものができました。これは地域における各小学校区に役員をつくりまして一つのサブシステムとして、プロの保健婦さん、看護婦さんのサブシステムとしてホームヘルパーと同じように地域の連帯感を持った話し相手にもなろうと、あるいはお世話もできる、それには看護を勉強した家庭婦人であるといふことでつくってまいったわけでございます。

そういう変遷を経てまいりまして、本日この老人法案を私拝見いたしました。熟読いたしました。ところが、やはり私が六年前に気づき、そして今日までやってまいりました世界的な問題でございまして、すでに先進国、特に社会保障の国としてのイギリスを初め北欧あるいはアメリカのアメリカには、自由診療でこういう社会保障の医療というのにはなかったわけでございますけれども、老人問題でメデイケアというものができたわけでございます。そのメデイケアも当初出発した考えよりも余りにも膨大な経費がかかるということで、予期しない問題にぶつかった。あるいはイギリスのナショナル・ヘルス・サービスという人頭方式とかいうことも、これは受ける方の、医療を提供される患者の方の立場からすると非常に問題がある。いわゆる粗診ということになりかねないといふことでございます。

医療がなぜそんなに国の財政まで脅かすか、あるいは国保の財政の中の大きな部分を老人医療が占めるかという根本的な問題は、私は入院医療だと思ひます。

これは実は十月の十日、十一日の二日間に行なわれて朝日新聞のモダンメディスン・セミナーが、日本医師会が後援いたしました老人医療の講習があったわけでございます。それに私は二日間講習に参加、受けてまいりましたときに、大学の教授が、七十歳、八十歳でも手術ができますというのをどうと講義をされるわけですね。七十、八十、そこに死を迎えている老人疾病の中でそこまですなせ高額な医療が必要なのであるのか。静かな涅槃という安楽な往生の姿にしてあげるといふ、そういうものが今日の医療、医学の中にならぬでございます。生命の延長のみを考へて、生命の本質を考へない。ただもうすでに機械をとめれば亡くなっているというお年寄りを機械の中で生かしておく、そういうことが今日の医療の大きな実態ではないかと思うのです、特に経費が非常にかかるという。

先ほど来のお話にもございましたように、イギリスにおいてもいわゆるインドアリビング、ドアというのはいわゆる施設というところでございます。インドアリビングからアウトドアリビング、要するに施設内の医療からホームケア、施設外の、ドアの外在宅のケアというふうになり切られて財政の危機を突破したというふうには私は本の上で——これは大阪大学の吉田三郎というイギリスやら北欧へ長く行って研究された教授の本を拝見しました。

そういうことで、日本の場合も老人医療の中で特に入院医療によって大変高額医療費がそこに出てくる。これをホームケア中心に在宅の——老人自身も自分の家で死にたいのです。機械の中で、病室へ入れられないで最期息を引き取ってから入れられるという実態を老人は決して喜んでない、あるいは家族もむしろ家で治療してもらえたら家だということ、これは私どもの地域におけるあるいは日本全国のお年寄りの願いであらうと思うのです。そういうことによつて、日本の医療費、老人の医療費がかなり有効に使われるのではないかと私は感じるわけでございます。

問題は、この参考資料を拝見しまして、やはりマンパワーの量と質とそれからその意識革新、意識革新に伴つての行動、これに尽きると思うのでございます。この中を拝見しまして自治体の保健婦のみが非常に強調されておりますけれども、この法案の中にある受けざらざり、その問題が私はもう少し詰める必要があると思うのでございます。

本来、保健婦さんというのは、文字どおり予防医学に専念するわけでございます。看護婦というのは臨床看護でございます。予防からハビリテーションまでというのはいわゆるコンプリヘンシブ・メディスン、包括医療ということでございます。この法案はまさしくその包括医療をうたつてある。すなわち従来ありました医療という小さな観点でなく大きな包括医療でございます。こういうものがこの中に含まれているという点では、私は大変評価するわけでございます。単なる医療行為ではなくお年寄りの健康づくりということ、あるいは寝たきり老人をつくらぬ、そして寝たきり老人でなく丈夫で長生きをする高齢化社会が来たつて、それはちつとも困らない。そして亡くなるときはそんなに薬づけの長い寝たきり老人ではなく、本当に安らかな涅槃の姿で成仏できる、これが日本民族の願いでもあると私は思うのでございます。

したがって、老人医療のいろいろな問題がある、そのトータルシステムの中のサブシステムということとを医療として考えますと、これはやはり医師という専門職のオーダから出ました、その情報に始まる保健婦、看護婦あるいはPT、OT、さらには専門職ではないけれどもホームヘルパー、あるいは私どもがいつくつて地域でやっておりますボランティアの方たち、こういう人たちを一つの地域の在宅老人の看護、あるいは専門職の場合には看護という言葉を使いますが、介護ということでございますが、看護、介護のスペクトラムというのです、そういうスペクトラムをつくらなければならぬということをしみじみと感じるわけでございます。

わけでございます。

私の過去十年間やつてまいりました地域におけるこういう体験から、試行錯誤を重ねてはまいりましたが、この保健事業の中の「訪問指導」という言葉、これにひつかかるのでございます。その前にも前提には寝たきり老人というのがあるのです。寝たきり老人というのは、老人の病態の中で健康の老人があり病弱の老人があり、そして病弱の老人から寝たきり老人になる。そういったしますと、ADLといひまして、日常生活行動というものはこれは老人医療の場合によく使う社会医学的な言葉なんですけれども、日常生活行動の中の重中、軽、軽というのとは自分では全く自分では部分介助を要する、重というのとは全く自分ではできない、食ふことすら排せつからできない、床ずれもできるであろう、その問題が重度の寝たきり老人。これは保健指導ではだめである。保健の問題ではなく、これは看護の問題、医療の問題だと思ふのです。保健婦さんがそれができるならば、今日のような問題にはならなかつた。看護ではなく保健指導である、この辺にこの法案の中の、今後いろいろ考へていただかなければならない問題があるのじゃないかと私は考えるわけでございます。

以上、私のこの法案に対する考え方を申し上げまして、責任の御報告といたします。

どうもありがとうございます。(拍手)

○山下委員長 次に、首尾木参考人。

○首尾木参考人 国保中央会の首尾木でございます。本日、私は、国民健康保険の保険者団体としての立場から、老人保健法案につきましての意見を述べさせていただきます。

老人保健制度の創設につきましては、私どもは非常に長い間要望を続けてまいっておるわけでございます。昭和五十年の七月には国保中央会といたしまして老人保健制度の創設に関する提言をいたしておるわけでございます。

その提言の内容は、今日の老人保健医療制度の

現状のもとにおきまして、いわゆる公費負担と社会保険の相乗りによる老人医療の無料化ということが行われたわけでございますが、その中におきまして、特に老人の比重がきわめて高い国民健康保険制度の方に非常に負担が過重になっておるといふ問題を解決すべきであり、今後といたしましては、国民全体でひとつ公平に負担をしていくような制度の創設が望ましいという点が第一でございます。

第二点といたしましては、老人医療の問題の現状を考へてみますとき、老人の真の福祉ということとを考へるのであるならば、単なる病室に対する医療ということにとどまらないで、予防の段階からハビリの段階まで、いわゆる包括的な医療の体制というものが実現をされるべきである、そういう観点から、私どもとしまして老人保健制度の創設を当時強く要望をいたしましたのでございます。

結論的に申し上げまして、今日政府から提案をされております老人保健法案の内容を見ますと、以上の二点におきまして私どもの考えと軌を一にいたしておるところでございます。私どもといたしましては、大筋においてこの法案に賛成をいたすという態度に立つておるわけでございます。

私ども、冒頭に申し上げたいのは、すでに昭和五十年当時から、このようなことで全国各保険者が老人保健制度の創設を強く要望していた経緯、そしてまたこの老人保健制度は、今後のわが国の高齢化社会というものを考へてみますとどうしても手をつけなければならぬ問題であるということから、やはりこの問題については早急に結論を出していただき、そうして政府がもうろんでおりますような五十七年度実施が可能になるようにぜひひとつ御配慮をいただきたい、かように考えておることを最初に申し上げたいと思ふ次第でございます。

内容に入りまして、若干申し上げてみたいと存じます。私どもが国保の保険者としていたしまして、率直に申し上げまして最も大きな関心を持っております

のは費用負担問題ということでございます。御案内のように、国保におきましては、国民皆保険下における制度の仕組みから申し上げまして、被用者保険に比して国民健康保険の方では、制度的に老人の加入割合というのが高くなるを得ない状態になっておるわけでございます。しかも、これまでのわが国の、皆保険の時期を経過いたしました戦後の状態を考へてみますと、国保の主体でございまして被保険者の中から、産業構造の変動によりまして、若い層がどんどん被用者保険の方に流れ去り、こういったような状態が一つあるわけでございます。そしてまた、国保自体の被保険者の高齢化と同時に、被用者保険を退職された方々が国保の方に流入をしてくる、こういったようなことで、国民健康保険の被保険者の高齢化が進んでまいっておるわけでございます。

今日、制度的に申し上げますと、御案内のように、被用者を退職された方々は、被用者保険の被扶養者に認定をされない限りにおきましては、国民健康保険の被保険者になるわけでございますが、今日の状況におきましては、核家族の進行というものがございまして、老齢の退職者等につきましては、漸次国保の被保険者として加入されるものが多くなつてまいっておるわけでございます。これをまた将来について考へてみますと、年金受給者というものが著しくふえてまいること、是が当然予想されるところでございますが、年金受給者の家庭が国民健康保険の方にどんどん流入をしてまいるといふことになりまして、これからの国保の高齢化はますます著しく進行するのではなからうかと考へておる次第でございます。

私も、このようなところから、国民健康保険の高齢化が進みますと、その高齢化によりまして、御案内のように老人の方々が使われる医療費は、若年層に比較をいたしまして、一人当たり四倍ないしそれ以上の金額が費消される。このようになつておりますので、おのずから国民健康保険におきましては、他の被用者保険に比しまして、高齢者による医療費の負担が非常に大きいという

結果にならざるを得ないわけでございます。

国民健康保険が、このようなところから、財政的な問題として大変に大きな重圧を受けておることは申し上げるまでもないところでございまして、御案内のように、国保は全体といたしまして、被保険者といひまして低所得の方々が非常に多い。これらの方々にそういった負担がかかっている。このような結果にならざるを得ないわけでございまして、私も、私どもは、ぜひこの状態を何らかは正ししなければならぬのではないかと、かように考へておるところでございます。

私どものこのような主張に対しましては、国民健康保険に對して補助金を導入すれば、それで問題は片づくのではないかと、このような意見もございまして、また現に私も、このような制度改革のない今日におきまして現実的な対応をいたしまして、国の負担をこれについてお願いをするというところで、いわゆる臨時財政調整交付金という形で、国保の高齢化の当面する老人医療の重圧を緩和するということをお願いしてまいつたわけでございまして、ところが、これはあくまでも臨時の措置でございまして、このようの中では臨時財政調整交付金の伸びというものがその老人医療費の伸びにとても追いつくような補助は得られない。せいぜい全体的な医療費の伸びに対応する程度の臨時財政調整交付金の伸びしか期待ができない、このような状況で推移をしてまいつたわけでございまして。

問題を基本的に解決するためには、この老人医療の費用負担の問題は、事、単に国民健康保険の問題としてだけではなく、もっと広くわが国の高齢化社会における医療費負担の方法いかんという高い次元において問題を考へていただき、そうして国民全体において高齢化社会における老人医療費の負担をどうするかというところを真剣に考へるべきではないかと、そのような考え方から、私も、私どもは、一つの新しい制度をこの際創設すべきである、かように考へたわけでございまして、これが私どもの老人保健医療制度につきましても、

老人医療を現在の医療保険と別建ての制度として創設をすべきであるという考え方でもございまして、この考え方は、いわばこれからの高齢化社会に對するあり方として現在の医療保険全体を見直すべきであるということの一環として考へるべき問題であるというふうに考へた次第でございまして。

長々とくだくだ申し上げましたが、以上が私どもの率直な意味においてこの老人保健法案に最も期待をいたすところでございまして。

第二の問題は、これは先ほど来いろいろ御意見が出ておりましたが、健やかな高齢期というものが迎へることを望むということがこれから高齢化社会においては特に重要であるというふうな考へるわけでございまして、これまでのように疾病に對する医療は医療、予防は予防といったような状態に對しまして、今後の老人医療のあり方という全体的にいわれる包括医療の体制というものを導入すべきである。そうでなければこれからの医療問題というものに真に對処することはできないし、また高齢者の福祉、老人福祉という点から考へてみましても、これは適当でないというふうな考へた次第でございまして。そのような観点から申し上げますと、今回の法案の内容は明らかにコンプリヘンシブ・メディシンの方向を指すものである、かように考へられるわけでございまして。

その具体的な今後の運営の仕方ということについてはいろいろ問題があらうかと存じます。たとえば、その市町村における実施体制の問題であるとか、そのような点についてはいろいろの問題があると考えますが、基本的な考え方におきましてこのようなコンプリヘンシブ・メディシンの体系をここに持ち込んだらというところは、この法案として大きな意味があるところと考へておる次第でございまして。しかも、市町村の地域において予防と医療、リハビリといったようなものを一体的に運営をしていく、このような形のものを新たに構想

いたしておりますことは、これは市町村地域というものが国民生活、地域住民の生活に最も密着した場であるという観点におきまして、非常に進歩的な意義を持つておるものと考へておる次第でございまして。

国保のこれまでの実践におきまして、私も、国民健康保険の保健施設事業というものをいろいろ保険の医療給付とあわせて活発に興し、そのうして地域において国保の場において予防と医療の一体的な運営ということを心がけてまいつたわけでございまして、多くの保険者の中にはそういったことによつてむだな医療費が排除されるというたようなことも現実の成果として上がつているところがかなりあるわけでございまして。

こういったような観点から考へまして、私も、国保の中においてこのような実践というものが今後の医療保険の適正なあり方を考へる場合にぜひとも必要であるということを感じてまいつたのでございまして、今回の法案におきまして、四十歳以上のすべての住民に對しまして地域において予防と医療、リハビリを一貫する包括医療体制の実現を志すという制度が提案されましたことは、単に国保の被保険者のみならず、全体の地域住民の地域医療というものを進める上において非常に前進的な意味を持つてものではなからうか、かように考へておるところでございまして。

時間の制約がございまして多くのことを申し上げませんが、私も、この大きな二点において私どもの従来の主張と軌を一にするこの老人保健制度の早期の実現ということを中心から望んでおる次第でございまして。

この法案をまとめられるに当たりましては、それぞれ利害が錯綜する点があるわけでございまして、各方面でいろいろ議論をされました。先ほど申し上げました五十年の私の提議以降、厚生省におきましても老人保健医療問題懇談会、あるいは老人保健制度準備室、あるいは老人保健対策本部といったようなところの検討を経て、また社会保障制度審議会あるいは社会保険審議会等を通じ

ましていろいろと議論がなされて、今日の段階で最良と政府が考えた案を提出されたものとされておるのでございまして、もう私もこれらにつきまして、細かい点についていろいろの問題あり、また運営の面においてこの法案の成否がかかっておるといふ点が多々あることは認めるわけでございますが、どうしてもやはり早急にこの制度の実施に踏み出していただきたい、その中で私もこれはこれからさらに制度の改善についてそれぞれ意見を述べてまいりたい、かように考えておるところでございます。

○山下委員長 質疑の申し出がありますので、順次これを許します。浜田卓二郎君。

○浜田委員 自由民主党を代表いたしまして、参考人の諸先生に質問を申し上げたいと思います。お忙しいところをそれぞれの先生方お越しいただきまして、大変ありがとうございます。

私に与えられております時間は二十分しかございませんので、ひとつお答えの方は恐縮でありますけれども、ヘルス事業の積極的推進という点についてお述べになったわけでありまして、

最初に羽藤参考人に御質問を申し上げたいと思っております。

参考人は全国市長会の代表者というお立場でこの法案の早期制定を御主張なさいました。その中で、いろいろ評価をされているわけでありまして、けれども、ヘルス事業の積極的推進という点についてお述べになったわけでありまして、

な治療を受けているところでございます。父が入院をするまでの経過を私振り返ってみますと、やはり日ごろの健康管理といいますが、そういうものがいかに大事であったかということをつくづく感ずるわけでありまして、

先ほど村田参考人のお話にもありましたように、七十四歳で手術をしなければならぬ、そのために広く医療資源の効果的な活用という面からいっても大変なむだがあったのではないかと、なぜその予防的な措置、いわゆるヘルス事業に乗るような行き方がいまままでできていなかったか、これは私も大変反省するところが大きいと思うのですが、一つは患者の主観的な要因もあるわけでありまして、医師がきらいだとかいろいろあるわけでありまして、また同時に、地域社会においてヘルス事業を個々の患者があるいは個々の高齢者がいかに受けやすいかというその受けざるの問題、実施体制の問題、私は、それが大きなウェイトを持った問題ではないかと自分の場合を振り返ってみても痛感をするわけでありまして、

羽藤参考人は、全国市長会の代表というお立場でもありまして、今後のヘルス事業の推進については積極的な姿勢を示されたわけでありまして、

かし同時に、その事業の実施に当たりましては国の方からいろいろな措置が必要だとか幾つかの問題点も指摘なさいました。ひとつ市町村という立場で、このヘルス事業に今後取り組んでいかれてそれをやっていける自信があるのかどうか、またこの事業に取り組まれる御決意、そういったものをまず最初にお聞かせをいただきたいと思っております。

○羽藤参考人 貴重な御質問をちょうだいいたしました。在来といえどもヘルスらしいものはやっておりますし、また模範的にやっておる市町村も若干あるというところは先ほど陳述いたしましたとおりでございます。しかしながら、設備やそれをやりますための財源が非常に少ないわけではございまして、このことの充実をぜひお願いしなければならぬと

思うわけでございますが、新しい制度では、厚生省案でしようか、三分の一は市町村、三分の一は都道府県、三分の一は国が見ようというところでございまして、もしそうなることをならばまたヘルス対策がでる得ると考えております。

したがって、この対策は、お尋ねがあったかどうか存じませんが、やはり実施主体は市町村でなければならぬ、こう考えております。

○浜田委員 重ねてお伺いいたしますけれども、現行のままでもすでに多くを実施している市町村もあるわけでありまして、したがって、制度を論ずる前に、その市町村サイドの受け入れ体制、取り組み方、そういう問題も多分にあるのではないかと私は思うわけであります。それに、制度的にそういうヘルス事業を充実していこうという法案でありますので、今後これに積極的に取り組んでいかれると思っておりますけれども、その御決意をひとつお伺いしたいわけであります。

○羽藤参考人 御指摘のように、こういった制度ができましたらば、充実した受け入れ体制を整え、やっていきたいと思っております。

いま現在やっておるものは、たとえばがんの検診をやるとかあるいは予防注射をやるとか、県とタイアップしていろいろなことをやっておりますけれども、保健所が第一線に当たっていただいて、市または町村がこれに共同してやるという体制でございまして、それは、先ほどお願いいたしました財政基盤が至って低いためにそういうことでございまして、法案を通していただきますならば、市町村長としては責任を持ってやるつもりでございまして、御理解、御協力いただきたいと思っております。

○浜田委員 どうもありがとうございます。それでは次に、廣瀬参考人にお伺いをしたいと思います。

参考人は、出来高払い制を変更する必要があるというところで陳述なすたわけでありまして、私も、現在の出来高払い制が完璧なものであつて問題がないというふうに考えているものではございません。確かに、おっしゃられた登録人頭請負制

度とか総額抑制方式とか、諸外国において医療費の総額を何とか節度あるものに持っていくという努力がなされ、制度的な実施を見ているところもあるわけでありまして、しかし要は、それぞれがどういった利益を持ち、また同時に欠点を持っているか、これは参考人自身も御指摘になられたわけでありまして、まさに出来高払い制をいまままでいくべきか適当な諸制度、具体的に実施に移していくべきか制度が直ちにあるかどうかという点が最大の問題ではないかと私は思うわけであります。

それとともに、いままでも中医協におきましてもこの問題には全く取り組んでこなかったわけではない。ですから私は、中医協ならでなくして老人保健審議会にしたらでございまして、老人保健に考えられること自体がいかがかと思つてあります。この問題は老人医療に固有の問題ではなくて、まさにわが国の医療を考へていく場合に、現在の出来高払い制を維持していったらいいのかわるいはそれにかわるより効果的な制度があるのか、これは永遠の課題でありまして、ひとり老人保健審議会の問題というふうには考えられないと私は思っております。

そこで、今回の改正内容は、御承知のとおり老人保健審議会が議論しなければならぬ、中医協であつてはいいけないというふうな立て方になっていくわけでありまして、この点について、中医協ではなぜだめなのか、私はむしろその支払い方式の問題については、老人保健の問題だ、老人保健審議会であるので中医協はもう考えなくていいのだというふうな立て方をしよう方が、わが国の医療制度全般についての問題を考えると、きはいかがかというふうな考え方をしているわけでありまして、その点についての御見解をお伺いしたいと思います。

○廣瀬参考人 御指摘のとおり、現在の出来高払い制度は長所もありますが、いろいろ欠点もありまして、これは何も老人医療だけの問題ではないわけ、全般の問題であると思っております。本日は、老

人保健法についての意見ということでございまして、そういうふうな申し立てでございしますが、ただ、現在の中医協の所掌事項はたしか健康保険と船員保険の診療報酬の適正化を審議するというふうになっていると思いますが、今度できる老人保健法案は健康保険あるいは船員保険とは別な新しい制度であると考えられておりますので、仮に中医協でやるのであれば、法律を直して中医協の権限を拡大する必要があらうかと思ひます。

それから第二に、老人保健審議会では単に支払い方式だけではなしに、ただいま御議論のありました市町村でやられる保健事業をどういうふうに行っていくかという実施大綱等もここで審議してもらふんだという厚生大臣の説明がありました。そのためには、単に支払い側とか医師だけではなしに、保健事業に関係する保健婦さん、そういう関係者もこゝへ入れてやるんだということで、現在中医協には保健婦さん等の代表がおりませんから、仮に中医協でやるのであればその構成も検討しなければならぬという問題があるように思ひます。

○浜田委員 参考人の言われたことも私の申し上げているのとは同じだと思ひます。むしろわが国の医療制度全般の問題として支払い方式の問題、全体の医療費を節度あるものに、しかも内容的にも充実したものにいくために絶えず検討を重ねていく必要がある、そういう観点からの御発言というふうな理解をいたしたいと思ひます。それでは次に、村田参考人にお伺いをしたいわけでありま。

参考人の先ほどの老人医療の問題に対するお考え、お取り組み、私も大変感銘を受けたわけでありま。質問はその点と直接的な関係にはありませんが、本年六月に診療報酬の改定が実施されたわけでありまして、検査の扱いとかあるいは薬価等についての扱いで従来の考え方に新しい考え方をつけ加えた、導入したというふうな評価がなされております。この点についてどうにお考えになつておられるか。つまり現在の出来高払い制

を内容的に改善していくという手法がここにあらわれているわけでありま。けれども、この点についての御所見を承りたいと思ひます。

○村田参考人 浜田先生のただいまの御質問、巷間あれに対するいろいろな批判、評価があるわけでご覧いただけますけれども、医療の本質というものが、いわゆる薬づけとかあるいは検査づけとかということであつたものが、あの六月の改定によりまして本来の医師の持っている技術というものを正しく評価した、したがって、あれに対してとやかく言う医師あるいは医師集団というのは、本来プロフェッショナルな医師が仁の心を持って行う、それが仁術なんだ、そういうものを失つてしまつた人たちがあつて、正しい医療をいままでもやり、これからはやめていこうという人は、あの六月の改定は評価されている、したがって、いまのお話のように、これは支払いの問題にもつながることではないかと私は考えるわけでご覧いま。

○浜田委員 重ねて恐縮でありますけれども、先生のお考えでは、いま出来高払い制度に對していろいろな批判が行われているわけでありま。けれども、そういう問題とこゝろ診療報酬の改定等の努力でカバーしているものかどうか、その点について重ねて御見解をお伺いしたいと思ひます。

○村田参考人 御指摘のとおり私はそれによつてカバーできるし、現場の医師諸君は次第にそういう方向になつていくというふうな考えでございま。したがって、出来高払いでいままでやってきたものがさらに別な方式でやられると、現場の混乱、医療の現場において生命を預かり、そして診療している医師が、片一方はこういう支払い、片一方はこういう支払いというその書式一つを考えてもみて大変現場の混乱が起きますし、それは医療に對してプラスであるかマイナスであるかというところを考えると、やはり現在の出来高払いの中でわれわれはいろいろなものを反省し、考案していくということがよろしいのではないかと考え

ます。

○浜田委員 村田参考人は今年度の日医功労賞を老人医療に尽くしたということでお受けになつておられるのであります。心から敬意を表する次第であります。

それでは最後に首尾木参考人にお伺いをしたいと思います。

参考人は国保の立場からこの法案の早期成立を主張されたわけでありま。けれども、重ねて、国保にとりましてこの法案がどのような意義を持つておると評価しておられるか、簡単に答えたいと思ひます。

○首尾木参考人 冒頭の陳述に申し上げましたように、国民健康保険にとりましては、この法案が成立することによりまして財政的に、全体的に申しまして好影響を受けるというところは間違ひのないところと考えております。ただ問題は、私どもは国保の立場からだけ、この法案をいわば国保の救済策として考えておるといふようなものではないと存するわけでご覧いま。この法案は負担関係を公正にするということ、それからさらに包括医療の体制を実現するということの意味において、国民健康保険に對して全般的に好影響をもたらすものと考えておる次第でございま。

○浜田委員 次に、国保の立場から、現在地方公共団体が単独事業として国の老人医療制度にさらに上積みをして各種の無料化制度を実施しているというのが現実の姿でありますけれども、このような現状に對しまして国保のお立場からどのように考えておられるか、御見解をお伺いしたいと思います。

○首尾木参考人 今日、老人に對する医療費の支給制度以外の形で、たとえば年齢を引き下げますとかあるいはまた所得制限を外すといひますか、実態的にはそのような形で条例によつて付加制度を設けておるといふ現実があるわけでご覧いま。私どもも国保という立場から率直に申し上げま。すと、現在の相乗り制度のもとにおきましては、この制度の実施によりまして国保が財政的に大

な影響を受けるといふことは紛れもない事実でございまして、十分そのような点に配慮がなされておるかというところについてはいろいろ問題のあるところと考えておる次第でございま。

なお、今後この老人保健制度ができました際に、一体どのような付加制度についてどのように考えるのか、こういうことでございまして、これにはいろいろ法律的問題での意見もあるようでご覧いま。私どももこの老人保健法の趣旨から考えれば一部負担が今度の制度には導入をされておりますが、その一部負担をなくするということは、老人保健法の制定の趣旨から考えますといふいろいろな問題があるのではないかと私は考えておる次第でございま。

また、七十歳未満の方々に對しまして、現在老人の無料化ということが条例で行われておるといふことがございまして、そのようないところにおきましては、七十歳未満の方々と新しい老人保健法による一部負担との関係というところを考えると、きわめてぎくしゃくした奇妙な形になつてくるのではないかと。

そのようないところから、全般的には老人保健法の趣旨が十分理解されまして、老人保健法の趣旨にもとらなない状態になることを私どもとしては期待したい、かように考えておる次第でございま。

○浜田委員 大変ありがたうございま。時間でございますから、最後に羽藤参考人に、いまの首尾木参考人の御意見も十分踏まえて、ひとつ今後、市町村の実施体制を十分御検討いただきますようお願いをいたしまして、私の質問を終らせていただきます。ありがたうございま。

○山下委員長 田口一男君。

○田口委員 社会党の田口でございます。本日は、参考人の皆さん、大変お忙しい中を、しかも貴重な御意見を聞かせていただきまして、まづもって厚く御礼申し上げます。私は、あと同僚議員と時間を分担をいたしておりますので、三点

ほどにしほりましてお尋ねをしたのであります
が、その途中、失礼にわたる言辭があるかもしれ
ませんが、もしあるとすればひとつ御寛恕いた
さないと前もってお断りしておきます。

一つは、羽藤参考人と首尾木参考人、お二人に
まずお聞きをいたしますけれども、増大をする老
人医療費というものについてどう考えるかとい
うことでございます。

先ほどのお話によりますと、若人といひますか、
簡単な言い方で若人一人の医療費に対して大体老
人が三から四という数字を示されたと思うので
すけれども、こういった老人医療費について、今
度の政府の老人保健法案というものは、言うな
らば子防からハビリまでで時宜を得たものでは
ないかと、私も長年いろいろな皆さんの御意見
を聞きながら、老人保健制度というものを早く
つくべきであるという観点からしますと、今度の
政府原案についてやはり制度をつくるという意
味からは私も賛成でございます。ただし、この
のどんどんどんふえてまいります老人医療費
をどういふふうな処理をしていくのか、どこで
う負担をするのかという問題について考えま
す、多少意見が違ってくるのではないのか。し
たがいまして、この四人の参考人の方々に特
に廣瀬さんそれから村田さんのお二人は、この増大する
医療費の原因についてやや触れられておりました
けれども、首尾木さん、羽藤さんにつきましては、
確かに国民健康保険の財政から見てもう手い
っぱいでしょうから、このふえてくるというこ
とについて、どうも私はなぜふえるかというこ
とについて、どこまで気が回る余裕がないんじ
やないかという気がするのであります。

そこで、先般三日の朝日新聞だったと思うので
すが、国民医療費の通知の実施ぶりを、各市町
村保険者、国保組合も入っておるのですが、昭
和五十五年四月から五十六年九月までに一回
でも実施したものとすることで実施率、実施
率を見ますと、総体的に六九・五％、府県別
に見ますと、一〇〇％というところは高知県
なんかございますが、私は

三重県であります九四％、東京は五・九、埼玉
が八・二、愛知が八・五、滋賀が九・八とい
うふうにとんとやられていない。こういった面
について、まず国民健康保険の保険者という
立場から、国民医療費の通知運動が、増大する
医療費についての観点からこの問題を取り上
げられておると思いますが、いまいちとつ
ぶるわなという原因について、お二人はどう
考えてみえるか、ひとつ伺いたいと思いま
す。

○首尾木参考人 先生の御指摘になりました医療
費通知の問題でございますが、この点につ
きましては私も十分な関心を持っておるわけ
でございます。いまして、保険者の立場に
立ちまして、医療費が適正に使われるとい
うことは最も好ましい点でございます。私も
、医療費の通知制の問題は、被
保険者に保険からの受益について適正な
認識を与えるという点について、保険運
営の点からきめて望ましいことであると考
えておるわけでございまして、適正化の一
環として、この被保険者教育の一環とい
はしまして、この医療費通知運動につ
きましてはさらに積極的な努めてまい
りたい、かように考えておるところで
ございまして。

○羽藤参考人 西高東低という言葉を使
わさせていただきますが、西の方は老人が
多いために老人医療費が国民健康保
険に大きな負担を与えておりますこと
等もあわせて、医療費の通知制度は、
高知県を例に挙げられましたが、かな
り徹底してやっておるようでございま
す。東日本は、先生御指摘のように若
手薄というところも多少存じておるわけ
でございますけれども、これはやはり
関係方面の御努力と相まって実施す
べきである、私はこう考えております。

○田口委員 どうもありがとうございます。
そこで、村田先生にちよつとお伺い
したいのですが、老人医療費という
ものがふえてくるのは、端的に言
って仕方がないのだ、そういうもの
なんだ、年をとってくれば、いろ
いろなところがかたがたくと俗に
言いますけれども、お医者さんにか

る率が多い。したがって、医療費の
ふえるのは仕方がないんだとい
うことになるのでしょうか。そ
れとも、包括医療というお話が
ございましたけれども、子防を
すればそれが程度抑えられる
というところは常識的にも理
解ができるのですが、今日の
老人医療費が毎年毎年ふえて
いく、それは時代の趨勢、文
明の趨勢なんだというふう
に割り切つて考えるべきな
のかどうか、そのことを
ひとつ。

○村田参考人 いまの問題は、私も、
今回の老人保健法案の内容に盛
られておるようなことで老人
医療費は適正な医療費にな
って行くんじゃないか。今日
までの医療の仕組みという
ものもいささか考えなければ
ならない。

私、具体的に一つの例をも
って申し上げますと、本来
老人、六十歳以上あるとい
は六十五歳以上とい
うような方がございま
すが、老人本来の疾
病構造というのは複
数であるわけございま
す。一つ、二つ、三つ、一
年に一度老人健診を
いたします。必
ず幾つかの病気を
持つておられる。そ
れを今日までのよう
な、どこへ行つても
ただである、初診料
は要らないとい
うことであらうか、
それを回るとい
うことがよく言
われておりますが、
そういうことによ
つて実際に果た
して処方された薬
あるいは投薬され
たものがその年寄
りの病気に對して
有効適切に使わ
れているのであら
うか、あるいは破
棄されているので
あらうか、これを
確かにつかむこ
とはできません
が、そういったも
のがある程度こ
れによつて防
げることが考
えられるか、もう
一つは、子防す
れば抑制される
というところは
先ほど来お話に
ございまして、
食事の問題から
栄養の問題、運
動の問題とい
うことでござ
います。さあ、
で上がったもの
だけをしたのは
何にもならな
いので、後追
いは何にもな
りません。こ
れが、そこで
四十代からの
健康管理、健
康教育とい
うことが必要
だ。ただし、
これは今月の
「内科」とい
う私どもの専
門雑誌にござ
いますけれども、
その巻頭に、
本来、成人病
という言葉は
日本の

造語であつて、外国では
そういうものを使つて
ない。ただし、老人病
と云うより成人病と云
うの方が耳ざわりが
いいからそういうもの
にしてあるので、し
たがつて老人病の
で上がったものを
後追ひすれば医療
費は非常に高くなる
が、しかし老人病の
スタートの四十歳
のときから健診を、
あるいは健康管理を
進めれば、当然老人
医療費というものは
いまよりはふえるとい
うことは、これは
ないか、ふえて仕
方がないといふこと
は、私は思つて
ございまして。

○田口委員 それでは、先ほど廣瀬参考
人からは、この老人保健制度ができた
場合に試算ⅠとかⅡとい
うことで数字を挙げ
られておりましたか
れども、それに関連
をして全部の各参考
人の御意見を
それぞれお聞きを
したいのですが、
端的な質問を
いたします。

廣瀬参考人もおつ
つたように、この政府
原案で厚生省の説明
があつたその一つの
うちに、試算Ⅰとい
う方式がございま
す。それに、現行
制度に比較をして
新制度、増減はどの
程度かといふこと
を、私ちよつとは
しよつて言いま
すが、保険者の増
減が、さつきも
お話ありましたよ
うに、組合健保の
場合には六百三十
億増になつてお
る、政管健保の場
合にも六十億増に
なる、共済が百三
十億増になる、そ
の他がマイナ
ス五十億で、国民
健康保険がマイ
ナス千五百億とい
うことでございま
す。昭和五十六年
度新制度というこ
とで厚生省から
いただいた数字
なんですけれども、
これを昭和六十
年、六十五年とい
うふうにとつと延
ばしていきま
すと、老人医療
費が、いまお話が
ありましたよ
うに、どの
ふえていく。ふ
えていけば、ふ
えた分の負担を
みんな公平に負
担し合ふんだとい
うことで、いま
言つた六百三十
億が七億になり、
八百億になる
といふことは火
を見るよりも明
らかです。ふ
えていく。こ
ろが、ふえて
いって、国民
健康保険の方は
いまマイナ
ス千五百億で
すから、これは
プラスになる
か、マイナス
になるか、
は別として、
マイナスは
ある程度減
らう。し

かし、負担は現行制度に比べると相当助かつていく、こういう傾向にあると思うのですけれども、これはしょうがないのだ、それはひとつ健保組合とか共済制度で負担をしてくれればいいんだというものがいいと思うのです。

したがって、さつき老人保健審議会の老人の特性を踏まえてというお話もありましたけれども、やはりいまの支払い方式、そういうものがある程度チェックするような機能というもの、そういうものはやはり必要なんではないのか、そう思うのですけれども、その辺、特に私は、国民健康保険というものを預かってみえる首尾木さん、羽藤さんの立場から、やはりこれはどこかで歯止めはかけなければならぬという気持ちがおありなのか、そのところを含めまして、四人の方々からお一言ずつ、いまの支払い方式については何らかの手を加えなければならぬか、いまのままが一番いいのだ、他に方法はないだろう、こうお思いなのか、ひとつお教えをいただきたいと思っております。

○羽藤参考人 田口先生の御質問でございますが、先ほど陳述で申し上げましたように、現在ただいまが、保険料の引き上げを毎年しなければならぬ。ところが、納める方々は低所得者であり、担税力がない。そこで、理事者である市町村長と市町村議会が毎年この問題ではもめにもめて、当初議会においてはこの問題のみに集中して議会の承認を得るべく最善の努力をいたしておりますが、最後は妥協といえますか、話しまして、一般会計から補てんをするという制度をとっておられるわけでございます。わが今治市、人口十三万、税金が七十億前後でございますが、毎年一億数千万円の一般会計からの繰り入れをいたしまして保険料の引き上げの率を引き下げて、やっと議会の御承認をいただいております。ところが、国民健康保険の加入者は大市民の四〇％、それに税で払いますことの議論もございまして、毎年苦慮するわけでございますから、ぜひ根本的に、財政

負担の問題でこの際、本制度のことを高く評価いたしておることは申し上げたとおりであります。それは厚生省の御試算では、もしこの法案を通したければ、引き下げになるであろう、こういう御試算をいただいております。これは試算のIになりすかどうか、よく存じませんが、そういう御意見を私も尊重いたしまして、是非でもとにかく当面保険料の引き上げを抑制してもらわなければならぬ。担税力の弱い人のみが保険料を納めるのですから、この問題だけは非常に頭の痛い問題でございますから、われらにもする思いで、保険料が五百円でも下がらなければこれを全面的にバックアップと言ったと語弊がありますが、通してもらいたい、こういう考えでいってございまして、終わります。

○廣瀬参考人 この老人医療費の負担につきましては公平にということでございます。健保組合の方が国保に比較して老人が少なからずたくさん出せという趣旨は、私も承知しております。ただし、いま負担しているよりも非常に急激な増加はやはり実際困るということ、試算第一でセッとしてほしいということを先ほど申し上げました。ただ問題は、いまお話しのように、これは六十三億の持ち出しでも、今後どんどん老人医療費が上がりまして、方式だけが決まっておられるわけでございますから、毎年この金額が相当上がるというおそれを抱いております。これは何と健保組合の持ち出しがふえることだけではございまして、総医療費がふえる、すべての保険者の、あるいは国庫負担もふえるというやはり医療費全体の問題であろうと思っております。ただいま村田先生から、この老人についてはそんなにふえないであろうという御観測がありましたが、そうであってほしいと思っております。どうも現在の支払い方式をそのままにしておきまして、やはりどんどん伸びていくというふうなおそれを私は抱いております。何と

不当に医療費を下げるという意味ではありませんが、むだな医療費は徹底的に排除するということが必要であろうと考えております。

○村田参考人 結論的に、支払い方式はいまのままでしておいていただきたいと思います。現場の医療機関が大変混乱を起す。なぜならば、いままでになかった保健というものがいわゆる保険の中に入ってきた。いわゆるポジティブヘルス、健康を保持増進する保健とそれから疾病に対する保障の保険と、この二つのものを一つの中はどういうふうにしていくか、このことを一つ考えても恐らく大変むずかしい問題が出てくるし、事実私がこへ参ります前に自治体の高崎市の市長あるいは関係の部長さんにもお会いして、あるいは県当局のその関係の人にもお会いして、あるところが、末端の自治体ではこの受け入れについて方途はまだはっきりしないし、大変混乱が起さるし、まず機構改革をしないといならない。それから財政面、いまのようないろいろなお話を踏まえての支払い方式ということでもまた別なものがくれば大変なことになるといことは、私も承知しております。私、国保運営協議会というものが自治体の中にございまして、その医療担当者代表としてその中に出ていくときにも、こういう問題は当然考えなければならぬ、ただいまの支払い方式の中でお願いしたい、かように考えております。

○首尾木参考人 私も、医療費全体がむだに使われるということがいよいよないように、そのような観点からいろいろの対策を検討すべきであるという意見につきましては全く同じでございます。ただし、支払い方式の問題につきましては、現在の出来高払い方式というのについて、率直に申し上げまして全く欠陥のない制度であるとは私どもも考えておらない次第でございます。この問題に何かその欠陥を直せるような制度が考えられるかどうか、こういう問題については、医療保険に課せられた長い問題として考えられる問題であらうというふうに思っております。

が、当面この老人保健法案につきましては、先ほど羽藤参考人からお話ございましたように、現実の問題といたしましては国保の立場から申し上げますならば、制度的な仕組みによる医療費負担の増大ということに耐えられないような現状になりつつありますので、早急にその問題につきましては実現をさせていただきたい、かような考え方に立っておる次第でございます。

○山下委員長 佐藤君。

○佐藤(健)委員 社会党の佐藤でございます。きょうは御苦労さまでございます。若干失礼にわたる質問もあるかと思いますが、あらかじめ御容赦いただきたいと思います。なお、わが党の代表者が質問しておりますから、なるべくタブーないように質問していきたいと思っております。

第一は、首尾木さんと羽藤さんをお願いしたいのでありますが、患者の一部負担の導入についてであります。

御案内のとおり、この法案によりまして外來一カ月五百円、入院一日三百円、四カ月にわたって、こうなっております。これは、そういう意味での新しい患者の一部負担の導入であります。しかし、全体の医療の負担の仕組みを見ますと、新制度の試算でいきますと、いろいろございすけれども、その中で国庫負担は八百七十億円減なんです。つまり、患者の負担は八百七十億円減なんです。首尾木さんと羽藤さんはどのようにお考えであるか、それをお聞かせ願います。

○首尾木参考人 国庫負担の減は、現在の老人保健法の仕組みによりまして、費用の負担の面におきまして、拠出金の面におきまして国保の拠出金を加入者割合によって課することにより全体として国保の負担が減る、その関係でもって国民健康保険の方の法律上の国庫負担が減るという数字になっています。したがって、その問題と一部負担の問題とをいっしょに絡めて、その問題については、率直に申し上げまして絡む問題ではないのではな

かろうか、かように考えておる次第でございます。

○羽藤参考人 佐藤先生のお尋ねでございますが、まず第一点の負担の問題でございますが、病院が老人のサロニ化するという話も聞かぬではございません。そういったことは私はある程度抑制すべきだと考えておりますけれども、せっかく育ってきた老人医療の無料制度を有料化していくことに對しましては、私どもは多少抵抗を感じる立場にございます。しかし、国の財政再建という意味におきましては、先生方は三Kという言葉を使われる方もおられるようですが、その三Kの一つ、国民健康保険が二兆三千億という国の助成をいただいて、しかも毎年税金を上げなければやっつけいけぬという現状等を考えますと、やはり財政再建の中で国民健康保険に国が出していただいております額は減らしていただくことは困る、私はこういう立場におりますことを御答弁申し上げます。

○佐藤(詮)委員 それじゃ次に、支払い方式について村田先生にお願いしたいのですが、先生は先ほど医療費を担当される先生として、支払い方式が二つになると困る、そういう趣旨のことも言われたわけですが、御案内のとおり、これがすべて原因ではないけれども、この現行の点数出来高払い方式が今日の総医療費のたれ流しといえますか。保険財政のたれ流しというか、それから一方においては医療の荒廃という大きな原因をつくっておくことは甚だしいとおもいます。したがって、これは何も老人医療制度でなくとも、一般的に見直さなければならぬじゃないかという議論が一方にあるわけですが、ところがいまの老人保健法に基づいていろいろの趣旨をすつと見てみますと、例の老人の置かれていた病気の慢性化であるとか、あるいはまた保健、治療、リハビリの一貫的な健康管理という観点から見た場合に、さなきだに私は現行の出来高払い制度を考えたていかなければ、本来の老人保健法に基づく趣旨が徹底できないんじゃないかというふうに思うのですけれども、重ねてひとつ先生の御見解を承りました。

と思います。

○村田参考人 先ほど来私申し上げておりますように、医療担当者というのはそのお年寄り及びお年寄りの家族との人間関係の中で、先ほどお話がございましたように、七十四歳で脳の手術をするというふうなこともよくある。いまC.T.S.という、当初三億円までイギリスのエリザベスで来たときに日本でおみやげにももらったあの高額のものが、日本の医療機械屋でもっと安くできるようなった。C.T.S.キャンというのはいままでの日本の死亡率の一番高い脳卒中の診断及び治療に對しての画期的な大きな情報を出してくれ。そういうものから医療費というものはますます高くなつてきているということですが、したがって、単なる乱診乱療という言葉で全部を処理し切れないものがたくさんあるわけだと思ふのです。どんな開発されてくる医療器具機械あるいはその手術の方法等考えたときに、生命を支える医療費は高齢化社会、老人人口がふえて、そして医療を受けるチャンスはたくさん与えられれば、ふえてくるのはあたりまえのことである。

ただ、その中で一部の医療担当者の中に、いまの保険支払い制度の中のある欠陥部分といえましょうか、皆様は先ほど来御指摘されておられることに便乗して、社会の非難を受けてきたということもあるかに私も思います。しかし、私も含めて私どもの医師会の会員の中で、そういう者はほんのわずか、一握りあるかないかでございます。大部分の者はそんなことはないわけでございます。だからこそ、われわれのところでも、こういうものを今日まで十年も近くやってまいれたわけでございます。

しかし、その中で健康づくりと医療というのを一つの枠の中で、支払いの中でうまくやっていたかというのを、全く合意するまでの理論展開をするというのは、恐らく一年二年ではできないと思ふ。今日の中央医療協議会の歴史を見て、それは何らいまのあれをどうにもならな

い。しかし、先ほど御質問を私受けたように、今年六月の医療費改定というものは、そういうものをうんと踏まえた技術評価をして、物、薬を売ってさやかせをするというふうなものを改めた。処方せんを発行するとか、そういうことが、この新しい老人高齢化社会に對する一つのあり方だといふに私は私に考えておりますので、先ほど来申し上げましたとおり、現行の支払い方式の中でやっつけていく、もしもベストの方法があるならば、これから審議を重ねていくということが、最も望ましい。現場の混乱、医療担当者の混乱を起こさない方法ではないかと思ふわけでございます。

○佐藤(詮)委員 一言だけ言いますが、では現行の点数出来高払い制度は検討の余地なしと、現行のままでもいいんだ、こういうことですか。

○村田参考人 私はいまお話し申し上げましたように、いいか悪いかということとは私の本来やる仕事ではない、これはそのためのそれぞれの役、私は医療の現場にいらして、老人の病氣をつくらない、病氣を治す方の仕事は本分でございます。

以上でございます。

○佐藤(詮)委員 まあ、これ以上は結構です。時間がありませんので、廣瀬参考人に、老人医療費の提出金の問題です。

先ほど廣瀬参考人はいろいろ見解を述べておられました。私は非常に共鳴をする部分が多くて敬意を表しておるところであります。その中で、老人保健法案の目的の中に、例の総合保健事業というその項目と、それから費用の公平分担という、言われれば二つが中心になっております。この費用の公平分担といふものを、いま申し上げた提出金の具体的な姿で見えてきますと、端的に言つて、試算Iで言つたとき、減るのは国保の千五百億で、それから先ほど言つた国庫の八百七十億、ふえるのは患者負担、それに地方自治体の八百六十億、それに被用者保険団体、その中でも特に共済の百三十億、組合健保の六百三十億、政管健保の六十億、これが具体的にふえるわけです。つまり端的に言えば、国保並びに関連する国庫が減つ

て、いま申し上げた分野、とりわけ被用者保険団体の分担金がふえるというのが紛れもない現実なわけですが、これはどなたが見ても、しかもこの新制度になることによって、被保険者の保険料率は、共済は千分の〇・八、組合健保は千分の二・一、政管健保は千分の〇・二上がる。さらに、これはその後の推移を見ると、この保険料率が上がるということは、いままでの検討の中で明らかになっているのです。

こういうように、この老人保健法が制定され、そして新制度ができますと、いま申し上げたような分野の被用者保険団体、被用者の保険料、これはずっと上がっていくわけです。このことについて、廣瀬参考人はどのように現場の状態から見て考えていらっしゃるか、これをひとつ。

○廣瀬参考人 健保組合の立場で申し上げますと、先ほど申し上げましたように、老人の分布の不均衡等を考慮いたしまして、分相応の提出をすることは、私どもも了解しております。

ただし、これは健保組合が徴収するわけでございますが、全部この老人医療制度の方へ出すわけでございます。いま御指摘のように、厚生省の説明によりますと、六百三十億、これは料率にして千分の二・一というふう聞いておりますが、これはこの千六百の組合全部平均しての話でございます。個々の組合でいま計算しておりますけれども、もう千分の五とか千分の八とか取らなくちゃならないという組合もございします。

そういうことになりましたと、老人保健のために非常に高い保険料を取る、そうすると本来の当該組合の保険料率はとも出せないというふうなところもあるようでございまして、余りにもこれが多額になりますと、本来の健保組合そのものの事業が円滑にいかないというのが、一部の組合でございすけれども、そういう声を聞いておるわけでございます。

それから先ほど申しましたように、どうしても六百三十億、千分の二・一要る、じゃわれわれも協力しようという気持ちになっておりますが、今後

医療費がどんどん上がっていきますと、これが千分の三になり、千分の五になる。一体どこまでいくのか、そこが非常に不安でございまして、できれば、千分の二・一が妥当であるということであれば、この程度でセツトしてほしいというのが率直な気持ちでございます。

○佐藤(証)委員　そこで、先ほど廣瀬参考人も言いましたけれども、それにかかわってくるのが第五十九条の例の二項の問題ですね。特に二つのファクターがあるわけですが、加入者調整率と、それから案分割り当てですね。加入者調整率でいきますと当該組合の加入率分の全平均加入率ですから、そうなりますと、老人全体の加入率はふえるけれども、いま申し上げたような被用者保険の加入率はそうふえないと思うのです。そうすると加入率つまり加入調整率というのが、私の試算ではそういう当該組合、組合健保、政管健保、共済、これはぐっと高くなってくると思う。これはこの間の社労の中でも、政府もこれを認めておりますが、そうなりますと、いまの当該組合の費用はますます高くなっていく、こういう問題が五十九条にかかわって一つあると思うのです。

それからもう一つは、先ほども指摘されましたが、第一項一号の「二分の一以下の範囲内で政令で定める割合」、「以下」になっていきますから、そうなりますと、これは簡単に言えば、医療費の割合が少なくなつて加入者の率が、ウェートがぐっと多くなつてきますから、したがって、それがいまの当該組合、つまり組合健保、政管健保、それから共済組合というのは、いま言った加入調整率でふえて、また案分の割合が二分の一以下ということになりますと、さなきだにふえていく、そういうことがこれからこの法律が執行されていった場合出てくる大きな問題だと思うのです。

その辺について、先ほどは二分の一の「以下」を削れ、しかも法制化すべきだという見解がありましたけれども、その辺が大きな現場の議論になっているのじゃないか。したがって、この保健法案に対する賛否の問題もその辺にかかわってくるの

じゃないかと思ひますので、重ねて見解をお聞きたいと思ひます。

○廣瀬参考人　ただいま御指摘のとおりでございまして、私も同じ問題を持っております。先ほども申し上げましたように、こういう保険者の拠出金については、六百三十億から千六百五十億円の範囲で、決めるようにしては数百億円の相違が出てくることを政令に任ずるということは、私どもは絶対に承服できないと思ひます。こういうことは法律事項であると思ひます。

それから法律で決めるとしても、いま御指摘のように「二分の一以下」という「以下」を削つて「二分の一」ということできつとセツトをしていただきたいと思ひております。

○佐藤(証)委員　時間になりました。大変どうもありがとうございました。

○山下委員長　平石磨作太郎君。

○平石委員　本日はわざわざおいでいただきまして、心から御礼を申し上げる次第でございまして、だんだんの質疑がございましたので、あるいは重複するかも知れませんが、その点お許しをいただいて、ひとつ質問をさせていただきますかと思ひます。

まず中央会の首尾木参考人にお伺いをいたします。参考人は、先ほどの陳述の中で、いままでの経過その他を述べながら、老人保健法の創設については、非常に早期に成立することの陳述がございました。

ところで、国保連合会におきましてもそれぞれ審査をしながら支払いを行つておるわけでございまして、この支払い方式については、現在の出来高払い、これがどのようなことなのか、いわば功罪といったようなことについてお考えがあればお聞かせをいただきたいと思ひます。

○首尾木参考人　現在の出来高払い方式につきましては、一般的に言われておるところでございまして、個々の診療につきましてこれを評価をいたすわけでございまして、医療の面からいきます

と医師の積極的な治療といひますが、そういうようなことから考えて望ましいというような点が一般的に長所であると言われております。また一方におきまして、逆に、出来高払い方式につきましてはややもすれば過剰に流れるおそれもある、こういうようなことが一般的に言われておることかと考えておるところでございまして。

うのは家族ぐるみ全く真つ暗い一日を送る。これは保健指導でどうにもなりません。だから、このときこそ初めて施設へ措置をする。そうでない限りは自宅でケアができるというふうには私は考えるわけでございまして、特性そのものは、若いときと違つて大変深いところとかあるいはけちになるとか物忘れするとかという、こんなあたりまえのこと以外に、脳の変化というものが最も恐ろしいことでございまして、体の部分が平均して老化していけばいいのですけれども、ある部分だけがぐっと老化する。すなわち、狭心症、大平さんに見られるように、突如心筋梗塞というようにある部分だけが動脈硬化を起す、そういうことが老人医療の中で非常に大きな問題だと思ひます。

○平石委員　いま二点にわたつて功罪のお話がございました。そこで村田参考人にお伺いをいたします。この老人保健法の諮問がなされ、そして答申が行われておるわけですが、社会保険審議会あるいは制度審というところで審議がなされて答申が行われた中に、老人の特性、これを生かす方法での支払い方式といったようなものについて言及されておるわけでございしますが、老人患者についての特性とは一体どういうことなのか、診療を通じていろいろお気づきの点、あるいはここだといったところがございしますればお聞かせをいただきたいと思ひます。

以上でございまして。○平石委員　この特性ということとは、治療するということでなしに、病状が徐々に徐々に進行していくのだということを先生はお述べになられました。この特性が医療費増高の大きな原因になつておるのかどうか、この点。医師として適正な診療が行われているか、そしてその老人の特性というものが医療費の増高については過度に作用してくるのかどうか、お聞かせをいただきたい。

○村田参考人　御指摘のとおりではございまして、それを野放しにしていたのが今日の後追いの医療費だと思ひます。だからそれを若い四十代から健康づくりの方に、食事の問題であるとかあるいは体力づくり、そういうものをボジティブヘルスと言ひますけれども、そういう健康づくりの方に投資をしていけば当然後で医療費のウェートが軽くなつてくる。これは両方の問題が絡み合つておるわけでございまして、今日それが初めてここに老人保健法案が出てきた。これまではそういうことが一つもされなかつた。これは、先ほど来お話が出ましたけれども、現実に朝日新聞で出している老人のいろいろな雑誌がございまして、その中に、いま聖路加病院の看護大の

○村田参考人　老人の特性というのは、精神的にも肉体的にも、若いときの、本来の姿とは大変変わつてまいります。それはいわゆる老化、私が果知事の要請によつてつくりました本にも書いてございしますように、医学的にいへば不可逆性の進行性の萎縮、もとへ戻らないでじわじわ進行していく衰えである。したがって脳の細胞は減つてくる、それから筋肉あるいは骨、そういうものに対していろいろな変化が目に見えないで来る。それが、この法案にありますような健康づくりで健康なお年寄りができれば、お年寄りがふえても医療費もそんなに問題にならない。

○平石委員　健康づくりに必要な経費というものがその中で後追いの医療費よりウェートが高くなつてくれば高くなつてくるほどいい老人社会ができましますし、そのお年寄りの特性というところをそこに考えますと、やはり痴呆という問題、ほけでございまして、これが一番恐ろしい問題だと思ひます。ほけの老人を抱えた家族とい

学長になっておりますが、日野原先生が書いておりますね。現在のあれでいくと薬づけの医療ということを言われるが、どうも私のような聖路加病院に勤めている者でも始終指導ばかりしていたのでは飯が食えないので、ときにはそういうことをやらざるを得ないのだということを日野原先生あたりのお立場で書いております。

それが、今回のこの老人保健法案が通り、これを積み重ねて、試行錯誤の中で直す部分もあると思うのですが、それを訂正していきながらいい日本の高齢化社会ができ、そしてそれは日本の財政に対して圧迫するようなことからかなりいいメリットが出てくるのではないかと、私はさように考えております。

○平石委員 いま先生お話しされましたように、確かにヘルスと医療とが包括医療として今回の制度の中に組み込まれてきた、これは大きな前進だと私も評価するわけなのです。その前進が生かされていかなければならぬという意味から言いますと、先ほど全国市長会の羽藤委員長の方から陳述もございました、確かにそのことはよくわかる。ところで、そういった医療費が増高するという点については、一方で保険財政といったものに大きな圧迫が出てくる。そして医療費の年々の増高というものが国民所得の伸びを三倍くらいオーバーするくらいの伸びを示しておる。こういったことを考え合わせると、確かにこの診療報酬というものについては、この出来高払いというのにも非常にいい面がございますし、そしてその中で老人の特性というものを何かこの制度の中に組み込めないものかどうか。これは中央社会保険医療協議会の仕事ではございませうけれども、お医者さんとして、特性が診療報酬の上に生かされることのできるかどうか、ひとつお考えをいただきたいということでございます。

○村田参考人 ただいまの御質問に対して、私はいまここで答えることはちょっとできないと思うのです。いまの特性と医療費を、医療費のマイナスの面に特性を生かすということは全く今日

までの考え方と相反するものでございます。特性があるから医療費が増高したんだ、これを特性を生かして医療費を軽減するということは即答はできないと思うんですね。そこで、いまのお話のヘルスの部分を拡大すれば、大きな医療費の中、いわゆるコンプリヘンシブ・メデシンの中の投薬、治療、手術とかいうその医療費は健康投資によって減ってくるということは言えると思うのでございます。

○平石委員 そうすると、これは診療報酬は出来高払いとして、治療としてのものが点数として出てくるわけですが、この予防ということですね。これは支払い方式の中に予防と治療とを組み込むというふうなことはどうですか。これは参考までに御意見を伺いたいのですが、可能なんですか。

○村田参考人 非常にむずかしい問題だと思うのです。かつてそういうことはないわけでございます。歴史的にもないわけでございます。いままで私どもがたとえばやってきたこの老人保健に限らず、学校保健にしても、予防医学というものは歴史的に日本の医療の中で物を与えなければ全く金にならないという、そういう無形のものに対する評価というものは今日まで余りなかったわけでございます。したがって、この点は非常にむずかしい問題じゃないかと私は思うのですが……。

○平石委員 廣瀬参考人にお伺いをいたします。この診療報酬の変更といいますが、考え方をもう幅広く考える、特性について私にお聞きをしてまいりましたけれども、十分な結論を得られませんでした。ところで、いまの出来高払いというものは現在のいわゆる中医協、ここでやっておるわけですが、これを一定特性を生かして何か見直しをするというふうなことを考えるにはやはり法改正が要る、現行の法ではできない、こういう御認識でしょうか。どうでしょうか。

○廣瀬参考人 私の理解が正しいかどうかかわかりませんが、現在の中医協の所掌事項は、健康保険

及び船員保険の適正な診療報酬額を定めるということになっておると記憶しております。したがって、どういう医療行為を何点にするとかということは中医協でやっておりますが、現在の支払い方式そのものを別の変わった支払い方式にしたかどうかという議論は、いまの法律のままでできないんじゃないかと思っております。

ただし、いま御指摘のように、もう少し予防面と治療面とを丸めて、平均払いみたいなそういうことに丸めたらどうか、出来高払いを前提としながらも、ある程度もう少し包括的に点数を丸めるというふうな議論は現在の中医協でもできるんじゃないかと思っております。

○平石委員 現在の中医協で、そういった丸めるという特性を生かすといいますが、そういった面でもできるのではないかと、こういう発言がございました。私もこれについては十分に研究が行われておりませんし、また自信もございませんけれども、現在の中医協の中でそういったものがある程度審議が可能だということであるならば、私は現在の中医協においてもこのことについては十分に審議ができるのではなからうかというふうな認識もあるわけですが、時間が参りましたので、まだお伺いしたいことはございますけれども、これで終わらさせていただきます。

どうもありがとうございます。

○山下委員長 堀田晋君。

○堀田委員 参考人の皆さん方におかれましては、御多忙のところ御出席を賜わり、各方面から貴重ないろいろな御意見を賜りまして、ありがとうございました。どうもありがとうございます。

私、時間の関係で端的に御質問を申し上げますので、羽藤さん、廣瀬さん、村田さん、首尾木さんの各参考人、順次御回答をお願い申し上げます。第一番目は、老人保健審議会の関係でございます。これは法律案の第二章がこれに当てられております。この法案のとおり設置することに賛成か反対か、これはイエスかノーかで答えていただきたいと思います。

賛成の場合に、無条件で賛成の方はそれで結構ですが、条件つきで、こうしてもらえらるならば賛成だということであるならば、そういうふうにお答え願いたいと思います。それが第一点です。

第二点は、この老人保健審議会の中で調査審議する事項、これは法案では非常に抽象的になっておりますけれども、具体的にこの医療費の増大を抑制するための観点から、出来高払い制度を含めてこの支払い方式を老人保健審議会の調査事項に入れるかどうかということにつきまして、これも賛成か反対かと端的にお答え願いたいと思っております。それに関連して、賛成の理由、反対の理由を簡単に聞かしていただきたいと思います。

まず第一に、設置そのものに賛成か反対か、条件つきか無条件かということでお答え願います。○羽藤参考人 私は全国市長会の立場でございますから、お尋ねの件に対しましては御意見を述べた立場にないように思いますけれども、現在の制度で審議会は設置されることが好ましいと考えております。

また、請負払い制度も……(堀田委員「それは後で聞きますから、いまはまず設置だけで」と呼ぶ)

○廣瀬参考人 絶対に必要だと思っております。

○村田参考人 私はなくともいいと思います。

○首尾木参考人 設置に賛成でございます。

○堀田委員 次に、調査審議事項についてお伺いします。

○羽藤参考人 冒頭に申し上げたように、立場から申し上げることがあるかと思っております。現行制度でよいのではないかと考えております。

○廣瀬参考人 審議事項につきましては、この法案でははつきりしませんが、いままで私の承知している範囲では、大臣の言っておられる、この診療報酬の見直し、それから拠出金の方法、それからヘルスの保健事業の代行、そういうことをここで関係者集まって相談するんだと言っておられますが、先ほど申し上げましたように、拠出金につきましては法律で明確にしてほしい。そうしていただければ、この審議事項から外して、他の二つ

はそこで十分に審議することに賛成でございます。

○塩田委員 ちよつと……。調査審議事項の中に出来高払い制度を含めての支払い制度を入れるかどうかという点についての賛否でございます。

○廣瀬参考人 せひ入れるべきだと思っております。

○村田参考人 先ほどの関連で、中医協その他、そういう審議をする機関がございまして、私はそれで十分であると思っております。

○首尾本参考人 先ほど申し上げましたが、出来高払いの問題は全般的な問題でございますので、中医協との関係からいってこの審議会で扱うことについてはいささか問題が生ずるのではなからうかと考えております。

○塩田委員 次に財政調整の関係でございますが、法案の第五十九条の関係です。これには廣瀬参考人から意見が出ておりましたが、「二分の一以下の範囲内で政令で定める割合」とありますが、この「政令で定める割合」というこのところを削るといふ廣瀬参考人の御主張でございますが、この御意見に賛成か反対かを、ひとつ羽藤さんからお願いたします。

○羽藤参考人 御質問に対してお答えがむずかしいと思います。私も現場の市町村長としては現行の法律どおりやっていただいて差し支えないと考えております。

○塩田委員 現行といいますと法案のとおりということですか。

○羽藤参考人 そうです。

○村田参考人 私はこういう問題についてはよくわかりませんので、お答えできません。

○首尾本参考人 この問題にしましては、二分の一を法定すべきであるという議論は、現状の負担に余りにも大きな変更が生ずるか、あるいは保険者として不安定な立場に置かれるといったような点で法定化が主張されておる、かように考えておるわけでございます。法定化することによって安定するということにつきましては、私もそれ

はそのとおりだというふうに考えておるところでございます。

二分の一が適当かどうかという点につきましては、いろいろ議論のあるところと考えております。

なお、これに関連をいたしまして、二分の一が仮に法定されるというようなことでございしますれば、附則の国保の改正法の中に政令で定めるところにより四〇％から四五％までの提出金に対しての負担が行われるという規定がございしますが、平仄から申しまして、その政令で定めるところによりということのははつきりとやはり百分の四五といふことで法定されることが望ましいのではないかと考えておるところでございますので、一言付言をさせていただきます。

○塩田委員 次に一部負担の問題でございますが、法案三十二条にございします一部負担の導入そのものに賛成か反対か、これも恐れ入りますが羽藤さんからお願いたします。

○羽藤参考人 先ほどの先生に御答弁申し上げたわけでございしますが、病院が老人のサロン化しておる現状も私は現場の市長としては存じております。そういった問題に対する対策も必要ではないかと思ひますけれども、昭和四十八年以来老人医療無料制度が今日まで来た関係において、一部負担をなるべくしない方がよろしいのではないかと考えますけれども、前段で申し上げた趣旨を加味するならば、若干の一部負担もあるいはやむを得ないと考えなければならぬのではないかと考えますけれども、おおむね現在の無料制度は維持していただきたい。

以上でございます。

○廣瀬参考人 程度の問題はありますが、無理のない程度は、イエスでございます。

○村田参考人 たてまえでいいますとこれは反対でございますけれども、しかしやはりこの法案の中身を見ますと賛成ということでございます。

○首尾本参考人 無理のない程度の一部負担は必要かと考えております。

○塩田委員 法案には御存じのとおり、毎月五百円、入院一日三百円の四カ月限度という規定でございますが、これについてどの程度ならいいと自分分は思ふということも、端的にすばつと金額を出してください。

○羽藤参考人 先ほど御答弁申し上げた趣旨からいって、なるべく少額が希望でございます。

○廣瀬参考人 この法案の考え方はよくわからないのですが、私も、初診時、再診時、入院時、わずかでもいいから、たとえ百円でもいいから医師さんに行く都度一部負担をした方がいいと思っておりますが、この法案についての意見ということになれば、この程度は適当であらうかと考えております。

○村田参考人 いままでの、福祉というのは何でも与えるものが福祉だという考え方がこの辺から改まってきた、そういう意味では適正な、この法案に盛り込まれた程度のことではよろしいのではないかと。特に外国などでも入院のときから退院の日を考えてリハビリテーションを行うということでございますから、その意味でも負担額というものはそういうものに入っていると考えるとよろしいと思ひます。

○首尾本参考人 すばりと幾らが適当だということとはなかなか出しにくいかと存じますが、この法案に即して考えますと、この程度のものについては差し支えないのではなからうか、かように考えておるところでございます。

○塩田委員 最後に二問お尋ねします。法案の第二十五条の関係でございますが、医療給付の対象年齢は七十歳以上になっております。これを六十五歳以上にしようかという意見もあるわけですが、都道府県によつては上乗せをして取り扱っておるところもあります。この年齢について、七十歳以上が賛成か、反対は六十五歳を一応頭に置いていただいたいのですが、これも時間がございませぬので、端的にイエス、ノーで御答へ願ひます。

○羽藤参考人 趣旨からいまして、あるいは国の財政や市町村の財政からいまして、七十歳以上が適正ではないかと思ひます。

○廣瀬参考人 賛成でございます。

○村田参考人 賛成でございます。

○首尾本参考人 賛成でございます。

○塩田委員 ありがとうございました。

○山下委員長 羽藤参考人には、お急ぎのこととありますが、御退席いただいて結構であります。ありがとうございます。

小沢和秋君。

○小沢和秋委員 初めに村田参考人にお尋ねをいたしたいと思ひます。

今度の法律は、予防からリハビリまで一貫した老人の健康管理ということが言われているわけですが、私も、私は実際にはこれは財政対策ということに終始しておるのではないかと印象を強く持つておるわけです。つまり、老人医療費をできるだけ削ろう、あるいは政府の負担をできるだけ免れた、こういう発想が貫かれているのではないかと気がしてならぬわけでありまして、そういう立場からまず一つお尋ねしたいのは、いまもちよつと問題になりましたが、老人医療費の無料という現在の原則を有料に転換することについてであります。私は、これは金額の大小の問題でない、まさに原則の転換だといふ点でどうしても賛成することはできないわけでありまして、私自身も、かつてちよつと福岡で県会議員をしておったときにこの無料化の大運動が起こつて、一生懸命この無料化のためにやった方なのですけれども、この無料化を実施したことによつて病院にかかるのにお金のことをまず心配しなくていいようになった、そして実際患者さんたちが、老人が病院にかかって、それでいふ日本人の寿命にまでこれが大きく響くという点で私はこの無料化というのは消しがたい大きな功績をすでにあらわしておるのではないかとこのように評価しておるのですけれども、医療の当事者としてどのよう

尋ねをしたいと思ひます。

○村田参考人 私はおかように考えます。

世界的な方向として医療費の削減の方向が出てきておるわけですね。ドイツ、イギリス、フランス、アメリカ、日本にしても、薬のメーカーなども、六月の改定された保険の問題、あのことから世界の趨勢にならうという方向が出てきた。地域社会においてもそのような方向がなくても、学童の問題にしても何にしてもそうですが、何でもただだといふことは問題意識を持たないと思ふのです。やはり多少、わずかでもいいから、自分のふところから金を出すことによって、自分の健康に対する、ヘルスに対する管理というのには自分がやるんだ、そのための健康づくりにも、今度は老人保健法案に盛り込まれるものがあるのだから、一部負担のわずかな、相なるべくは財政を——その家の、そのお年寄りのふところを脅かす程度のものでなければ一部負担があつた方がむしろ健康づくりにプラスになるのではないかと、私はおかように考えておるのです。

○小沢(和)委員 私は、その無料化が消しがたい大きな功績を残したのではないかとお話を尋ねをしたわけですが、いまだにお話からするとその辺の評価がちょっとあいまいだと思ひますけれども、そうすると参考人御自身もいわゆる乱診乱療というふうな評価をお持ちかなという気もちよつとするのです。

厚生省自身が発表しております一人当たり診療費の推移というのを見ても、五十年ごろまでは確かに老人の診療費の方がぐつと大きく伸びておつたのですけれども、五十年ごろからは、もうほとんど毎年、一般の医療費の伸びとほとんど同じという状態ですつと並行して推移してきておる。だから私はこの数字を見ても乱診乱療などということは言えない。初めは、さつきも申し上げたようにお金のことを心配してお医者さんにかかれないうような潜在的な需要が顕在化する過程ではぐつと伸びたように見えるけれども、それが一段落したら、後は全く同じような傾向し

か出ておらないという点では、私はいわゆる乱診乱療というふうな批判は当たらないのではないかと、いふように考えるわけです。

ここで有料化というふうな問題を持ち出すならば、私は必ず受診抑制ということ、老人の健康を維持していく上ではマイナスの影響しか与えないのじゃないかということをお考へしようかと、参考人はその点いかがお考へでしょうか。

○村田参考人 医療機関側から見ると、受診抑制あるいは診療がただでないということによって患者の来るのが少なくなつたと言ふような医療機関があるとするれば、これは日本の国家財政のこととも考へない、世界の趨勢も知らない人であると思ふのです。やはり現在すべてのものを、高度成長はもう終わつてしまつて、もう一遍見直さなければいけないう、もう一遍締め直さなければいけないう中で、医療の役割の中でもそれに協力していくということが今日の重要な問題だと私は思ふのです。

ですから、過去に医療費がただであつたということによって今日のいろいろな問題点もやはり出てきた、そこで今度の新しくできた法案は、そういう過去の試行錯誤を踏まえて将来志向的にできた法案である。

したがうして、私は、いまのお話のような医療費の一部負担、ごくわずかであり、老人年金の中から幾らかでも出せる程度の医療費の負担であればこれはやむを得ない、そうしていくことによって役割分担をしていただく。何でもかんでも与えてもらうということではなく、自分も社会の中の一人として役割分担をする。それは、健康づくりをするということも役割分担であるし、病気になるたときに、ほんのわずかであるけれども初診料を払うということによって自分の意識を持つということの方がベターなような気がするわけでありませう。

○小沢(和)委員 どうも議論が余りかみ合つてこぬような感じがするのですけれども、しかし、きょうは参考人の意見を伺うということでありませうから、私もあえて論争をしようとは思ひません。

もう一つ村田参考人にお尋ねしたいと思ふのですが、参考人は特養などについても関係をしておられるのか、あるいは先ほどのお話でも、非常にこの老人医療全体について、周辺の問題も含めて広く関係してきておられるというふうに承知をしておるわけでございますけれども、私は、今度の法案で掲げられているような予防からリハビリまで一貫した健康管理を文字どおりやれば、そういう周辺の問題も広く本当にやっていくようにすれば、これこそが老人医療に關係する総費用という点で見ればは大きく減らすことになる。この点が岩手県の沢内村とかあるいは高知県の野市とか、こういうようなところの経験などから見ても言えることではないかというふうに考へておるわけですね。

参考人としても、そういうような關係に広く関与された立場から、こういうようなことに真剣に取り組んでいくということは、問題になつてくるような老人医療費を全体としては非常に大きく抑えていく効果を結果としてはもたらすのではないかと、いふ点についてどうお考へか、お尋ねをしたいと思います。

○村田参考人 小沢先生と全く同じ考へでございます。

○小沢(和)委員 私、それならばお尋ねをしたいと思います。今度の法案で果たしてそういうようなことが本当に保障されるようになっておるかどうか。財政危機だということ、こういう積極的な一貫した老人の壮年時代からの健康管理ということについてはいろいろたわれてはいるけれども、保障という点では非常に乏しい、下手をすれば絵にかいたもちというふうなことに終わりはしないだろうかということをお考へるのですけれども、その点いかがでしょうか。

○村田参考人 私も若干その不安は持つております。と申し上げるのは、私は、医療機関として外来でお年寄りを診、あるいは往診をします。そうして老人ホームの、特養老人ホームという一番重い、寝たきり老人、病院から送られてきた老人のとき

ろへ週二回行つております。そのことは医療の後追いでございますけれども、老人の健康づくりというところで、老人大学という知事の開催するところに出ては、老人の健康づくり、要するに自分の食いたいのものを食ひたいものを飲んで、その後始末を、ツケをよそに持つてきたつてだめです。それは自分で若いときからの心構え、まあ四十、五十までは食いたいのものを食ひたいものを飲んで、それを過ぎたら自分でも丈夫で長生きするための食事を考へなければいけないのじゃないですか、それはその人が国家の財政の面にもお役に立つことなんだということでございます。

一部不安というのは、先ほど申し上げたのですけれども、寝たきり老人の問題を保健としてとらえていくところ、これは訪問指導ではなく訪問看護ということになるのです。自治体の問題として、市長さんお帰りになつてしまひましたけれども、保健婦さんというのには保健所、自治体あるいはごくわずかの組合の事業所にあるわけですが、その保健婦さんでなく、看護婦というものを自治体においては伝染病の発生のために役所の中に入るのである、伝染病がないときには予防接種等に出るということでありませうけれども、本来は、将来の問題として訪問指導でなく訪問看護にその看護婦を自治体の中に置いて、数人の看護婦がいれば十分外国で、カナダあるいはイギリス、アメリカ等でやっているようなことが可能になつてくる。それにはもちろん底辺の問題として訪問看護制度ということがあります。それが、しかしとりあへず自治体の中に保健婦と同じような看護婦を置いて活用すればその辺が切り抜けられる、かように考へております。その点だけでございます。

○小沢(和)委員 どうもありがとうございます。それでは、廣瀬参考人にひとつお尋ねをしたいと思います。四十歳からのヘルス事業について

では、職域の關係の方はそれぞれのその職域で健康診査とか相談事業とかいうのをやるということになっております。大手の組合健保などは病院も自分でお持ちですから、私は当然可能だろうと思ふのですが、中小企業の中に連合して組合健保をつくっておられるところもあります。こういうようなところは果たしてこれが可能かどうかということをも一つ懸念を持っておるわけです。それだけでなく、政府管掌の健康保険、さらに国保に加入している五人以下の労働者の方々というのになると、いよいよこれは恩恵を受けられないのじやなかろうかというような危惧を持っておるわけでありますけれども、そういうような点についてどうお考えか、その点お尋ねをしたいと思います。

○廣瀬参考人 おっしゃるとおり健保組合も非常に大手の健保組合から中小企業の集まった総合組合もございます。御指摘のように大手の健保組合は非常に健康管理がよろしゅうございます。中小企業は必ずしも十分じやありません。それから大手企業と申ししても、事業所が全国に散在していて必ずしも一カ所に集まっていけないという問題もありますので、われわれ健保組合内部では、共同事業としてお金を健保組合が出し合つて、どの地域に住んでおらうと共同でそういう健康対策をやっていくということで、いまその実施のための具体的な内容を相談しているわけでござい

ます。なお、政管と健保組合とは制度が違いますけれども、健康づくりは健保組合だけではなしに政管も同様の問題がありますので、政管とも相談して、相協力して健康づくりをやることは相協力してやろうということ、政府管掌の方とも相談をしながらそういうことを検討しております。

○小沢(和)委員 それから廣瀬参考人にもう一つお尋ねをしたいと思うのですが、この老人医療費の負担について先ほどからいわゆる財政調整というところが盛んに問題になっておるわけでありまして、保険者だけでなく国や県、市町村などが全体としてそれぞれ負担をするというわけでありま

すけれども、差し引きして全体を見てみると、国だけが負担を減らすというような、バランスシートといえますか、なっておるようなのですけれども、そういうような点を見ると、私はこれはいよいよ国の財政危機対策ではないかという感を強くするわけですね。少なくとも国がいままで出していた以上のものは、どんなにいま財政的にはむずかしいといつても出すという姿勢は貫くべきではないかというふうに感ずるのですが、この財政調整を受ける当事者として、その点どうお考えでしょうか。

○廣瀬参考人 先ほど時間が少なくて申し上げ

ては、こういう国家財政の折ですから、従来以上にはふやせということはいくらも言うつもりはありませんが、この案を見ますと大分減ることになっておりまして、結局は健保組合、共済等の一部がそれを肩がわりしているという数字になっております。したがって、いまおっしゃるように、少なくとも従来出している国庫補助はぜひ確保してほしいという気持ちを持っております。

○小沢(和)委員 どうもありがとうございます。

○山下委員長 菅直人君。

○菅委員 きょうは、参考人の皆さんにはお忙し

いところ本当にありがとうございます。

なるべく重複しない形で幾つか意見をお伺いしたいのですが、最初に村田参考人にお伺いをしたいのです。

先生がさつきアウトドアからインドアへといまますか、多分入院から在宅ケアをもっと重視すべきだということだと思ふのですけれども、私もそういう考え方はぜひ、この老人保健をもし実施するのであれば、その中にうまく盛り込んでいかななくてはならないと思ふのです。実際にそういう地域でこの問題に携わっておられて、先ほど専門家がそれからホームヘルパー、さらにはボランティアなどを含めてのサブシステムという言われ方もなさっておりましてけれども、そういうものをうまくする上で一つのコツといえますか、今回の場合

は市町村が実施主体になるわけですが、市町村が実施主体になることは私も適切ではないかと思ふのですが、ただ、たとえば保健所は都道府県が管轄をしていたり、それから地元の医師会の皆さんやボランティアの皆さんやまた保健婦が市町村に属していたり保健所に属していたり、いろいろな問題があると思ふのです。

そういうことをうまくやるための何か制度的な提案なりコツなり、先ほど訪問指導から訪問看護制度ということもおっしゃっていましたけれども、そのあたりについての御意見をお伺いできればと思ひますが。

○村田参考人 これは日本全国、北海道から沖縄、地域特性があると思ふのです。社会の歴史やあるいは文化、いろいろなものの背景の中で、できるところと一巡にはできないところがあると思ふのです。したがって、国でこうだと言つて全部を一遍にやろうと思つてもできませんから、大平総理のときに初めて地方の時代あるいは地域主義というお言葉が出ましたが、この辺で、できるところに対して国の方から重点的に助成をするとかモデル地区をつくるとか、いろいろな方策が、発足するまでに行われればよい。その具体的な方策というのは、いま御指摘のございましたように、その地域社会におけるコミュニティだと私は思ふのです。それまでに何もやつてこない医師会ではうまくできつこないですし、保健所と医師会と自治体とうまくやつていないところはすぐにはできかねると思ひます。しかし国保運営協議会といふものもありますし、あるいは私どものところにはございしますが、日本全国でたくさんはないのですが、地域保健委員会といって、婦人会とか衛生団体、すべての民間団体と行政の労働衛生、それから地域保健、学校保健、そういうもののあれを全部含めた委員会というのがございしますが、そういうものが従来あつて運営されていた地域だったならば、この問題はさほどむずかしくないのでござい

ます。したがって、今後そういうものはやはり教育を

して、そして参加を求めるといふこと以外にはないのでないかと考えるわけでござい

○菅委員 コミュニティーの中でつくっていくと

いうことで、大変参考になる御意見だといふう

に伺いました。

それから、少し内容に入りまして廣瀬参考人にお伺いしたいのですが、拠出金を出される保険者である立場として先ほど意見の開陳の中にも負担の問題が出ておりましたけれども、今回の場合、各保険者は実施主体ではなくて、拠出金を出す責任はあるわけですが、審査、支払いの責任は市町村が持つということに法体系がなっているわけですから、その点について拠出金を出す責任を持つ立場からの御意見を伺いたいと思ひます。

○廣瀬参考人 健保組合は、被保険者であれ家族であれ、その医療費レセプトにつきまして支払基金からの審査が終わつたものが組合に返つてきますが、組合でさらにそれを点検いたしまして、納得のいかないところは異議を申し立てて過誤調整をしておるわけでござい

○菅委員 いまレセプトの点検のことをおっしゃ

いましたけれども、それに加えて先ほどの御意見

の中に、老人医療費がどんどん伸びたときに、拠

出責任者としては拠出しなきゃいけないわけだ

けれども、その歯のための問題をおっしゃって

くれましたが、たとえばどういう形でその歯のため

に望まれているかといふような、そういったこ

とについてお伺いします。

○廣瀬参考人 これは先ほどるる申し上げたつもりですが、一つは支払い方式の改善でございすけれども、もつとはつきり申しますと、やはり総医療費を国の経済状況等に見合つて総額を決め

○菅委員 それでは少し話を戻しまして、先ほど村田参考人が医療費高騰の原因の中で入院にかかるとする費用、特に大変高齢な方に對しても治療を加えて、何といったらいいのでしょうか、安らかに亡くなられるということでない形が非常にとられてゐる。私も老人病院なり特別養護老人ホームなりいろいろなところに何ってみて、やはり最終的にはできるだけ自宅で亡くなった方がいいのじゃないかと思うのですが、その問題と、医療費高騰の原因がそういったいまの入院のあり方にあるので

9

保を健全に運営していくためにはこの公平な賦課

あるいは疾病上と申しますか、その心身の特性で

ございます。御承知のように老人の特徴と申ししますのは、基本的には、老化の進行によりまして疾病と老化とが混在をして非常に複雑な様相を示すというのが基本的な特徴であろうと思います。その結果、まず有病率が高い。それからまた、一人でたくさん病気をあわせ持っておる。私も実施いたしました老人健康調査の結果によりまして、九〇%のお年寄りに何か病名、診断名が必ずつくと、つまり百人中九十人の方は病気を持っておるというふうなデータが出ております。それからまた、その九十人の方々は一人で平均二・六個の病気を持っておるというふうな結果でございます。有病率が高く、かつ一人で多数の疾病を持っておる。それからその次に、その病気でございましてけれども、病気が循環器疾患その他慢性的疾患が多いというのが特徴でございます。そのために投薬とか注射というふうなことも必要でございますけれども、食事指導、生活指導といったようなものが非常に重要な場合が多いということでございます。

それから、要治療とか要指導とかそういう分け方がございまして、要治療という方ももちろん多いございますが、直接の治療は要らないけれども、観察、指導が必要だというふうな方が多いというの、老人の特徴だと考えております。それから疾病とは別に、日常生活動作と申しますか、たとえば歩くとか排せつをするとか自分で食事をとるとか、そういった日常生活動作の障害、つまり心身機能の障害を有する方が非常に多い。これも老人実態調査という調査の結果でございますが、六十五歳以上のお年寄りでは四二・九%の方が何か身体、精神面のいずれかの機能障害を持っておるということでございます。

以上のような点が老人の心身上の特性ではなからうかというふうに考えております。

○池端委員 そういいますお話のありましたような老人医療の特性に配慮して、それでは一体医療供給のシステムはどういうふうにしていかなければならないのか。私は、そういう意味での医療供給システムの確立が急務だというふうに考えておるわけですが、概括的で結構でございますけれども、その構想についてお尋ねをしたいと思っております。

○田中(明)政府委員 ただいま竹中審議官から御説明申し上げましたように、老人にはその身体的な特性というのがございまして、したがって、その老人の医療につきましても、身体的な特性あるいは家庭環境から、入院を必要とする者、在宅医療を必要とする者あるいは通院医療を必要とする者、また医療は必要といたしませんけれども福祉施設においてケアを必要とする者あるいは在宅でケアを必要とする者等々、非常に多様な様態が考えられるわけでございます。

医療の分野におきましては、これまで入院医療を必要とする者につきましては、病院での医療を確保することに努めてまいりました。また、特にリハビリテーションの施設の整備を推進しているところでございまして、入院の必要はないけれども通院して医療を受ける必要があるという老人に対しましては、デーケア施設の整備を図っておるところでございます。また、在宅で医療を必要とする者につきましては、お医者さんの往診のほか保健婦等による指導を行っているところでございます。また、常時医療を必要としないが介護その他のケアを必要とするという者につきましては、特別養護老人ホームへの収容あるいは在宅サービス等の提供等、必要に応じて医療と福祉の連携を図ってまいっております。

今後、これらいろいろな施策の充実並びに施策間の連携の強化を一層図ってまいりたいというふうに考えております。

○池端委員 そのような老人医療の特性にかんがみまして、たとえば慢性的な疾患が多い、あるいは必ずしも入院を必要としないが在宅でのケアが必要だ、その他看護施設等々というのがありまして、そういうような特性を考えていきますと、現在の診療報酬というものの支払い方を考えますと、非常に大きな問題があるのではないかと私は思

います。本委員会におきましても再三議論をされたところでございますが、診療報酬の支払い方式についても当然この特性が考慮されてしかるべきではないか、このように思っております。これについて改めて見解を求めたいと思っております。

○吉原政府委員 ただいま申し上げましたように、そういった老人医療の特性がございまして、診療報酬の面でも十分そういったものを考慮したものにしたいというふうな考えをお聞かせでございます。たとえば病院におけるデーケアというもの、必ずしも現在の診療報酬の面では配慮されていないという面もあるかと思っております。そういったこともございまして、新しい老人の診療報酬につきましては、そういった点も十分考慮したものにしたいというふうに審議会で御検討いただきたいと思いますというふうに思っております。

○池端委員 それは支払い方式も含めてでございますか。

○吉原政府委員 支払い方式も含めて議論をしていただきたいと思いますというふうに思っております。

○池端委員 それでは、厚生省としては現在具体的にどのような方法をお考えになつておられるのか。

先般、十月十五日の本会議での村山厚生大臣の御答弁をお聞きしております。決してこの審議会には私どもとしても白紙で臨むというものではない、ある程度具体案を持ちながらこの審議会で御相談を申し上げていきたい、こう言われておるわけでありまして、しかば、その具体案は、まだ固まったものはないでしようけれども、たたき台とも言うべき試案というふうなものと申すのであります。ひとつその具体案をお示しいただきたい、こう思うわけですね。

○吉原政府委員 率直に言って、現在の時点におきまして具体案を持っておりません。

先生御承知のとおり、老人の診療報酬のあり方、支払い方式も含めていろいろな考え方、議論がございまして、そういった議論もございまして、

具体的にどうするかということとは、この法律が成立をお認めいただきましたならば設置を予定されております審議会におきまして十分その御検討をいただきたい、その審議会での御議論なり御検討を踏まえて具体案をつくっていききたいというふうに思っているわけでございます。

○池端委員 しかし、この老人保健審議会というのは、この法律が通りましたら直ちに発足させる、こういうふうな予定されていると思うのであります。そういうことを踏まえますと、まだその具体案はございませぬというのは、余りにも怠慢といえますか無責任といえますか、そのそしりを免れないのではないかと。

どうも厚生省は消極的で、さねらぬ神にたたりなし、こういうような姿勢を持ち続けているのではないかと、こういう危惧を私は覚えるのであります。その点はどうか。

○吉原政府委員 先ほど申し上げましたように、この診療報酬のあり方につきまして現在の出来高払い制度、それから諸外国で行われておりますような請負制度あるいは登録人頭払い制度、そういったいろいろな考え方があるということは先生御承知のとおりでございます。それだけに問題がむずかしいし、いろいろな考え方に分かれておるわけでございます。したがって、一体その考え方のどれをとるか、また何を前提にして、具体的にそれではどういった観点から老人医療にふさわしいものをつくっていくかということにつきましては、私も本当に慎重に、また真剣に考えなければならぬというふうに思っているわけでございます。

それだけに、実は現在の時点で厚生省として具体的な案を持っていないということでございます。審議会での御議論を踏まえて最もふさわしいものをつくっていききたいというふうに思っております。

○池端委員 現在の出来高払い方式は、実態的には昭和二年の健康保険法の施行以来、そして制度的には昭和十八年以来実施されてきたわけであり

まして、その意味では、医療の側でもあるいは診療を受ける側でもこれはある程度定着してきた制度だ、こう思います。ですから、これを一挙に変更するというのは、いま御指摘のようになかなかむずかしい問題だとは思いますが。そのことは理解はいたします。さらに、諸外国のいろいろな制度をストリートにわが国に持つてきてそれでよしとすべきものでもない、こう思います。やはり日本の風土に根差した、医療制度に根差したものでなければならぬということも十分承知するわけであります。

しかし、これは与党の有力な政治家の中でもこの制度は諸悪の根源だとすら発言された方もいるように、与党の中にもいろいろな議論がある問題であることは御承知のとおりでありますし、また私も、今日の医療荒廃はやはりここにきていふというふうにあるわけでありまして、この問題の直直しは一刻の猶予も許されません。したがって、わが党は、登録医頭数に経験年数を加味した方式をとるべきだという主張をすておるわけでございます。

そこで、具体的に吉原審議官にお尋ねしたいのでありますけれども、あなたは去る四月二十七日東京の半蔵門にありまして東条会館で行われました第三百四十四回社会保険特別研究会という席上で、「老人保健医療の内容と今後の方向」と題する講演を行われたというふうに承知をしておりますが、間違いございませんか。

○吉原政府委員 いたしました。

○池端委員 その中で、これは厚生省の立場というところで最初に断り書があるわけですが、「私どもとしては、新しい制度における診療報酬支払方式というのは、現在の健康保険制度で行っているその仕組みをそのまま持つてくるつもりはない。老人の心身の特性というものを踏まえた、老人にとって最も望ましいあるべき医療が実現できる新しい診療報酬の体系を考えたい。」というふう述べてたと伝えられておりますが、間違いございませんか。

○吉原政府委員 間違いございません。

○池端委員 そうしますと、ここでは「私どもとしては、新しい制度における診療報酬支払方式というのは、現在の健康保険制度で行っているその仕組みをそのまま持つてくるつもりはない。」とおっしゃっているということ、現行方式を何らかの形で変更するんだ、その前提で審議会という御検討してもらうんだ、こういう趣旨に理解してよろしいでしょうか。

○吉原政府委員 その時点におきまして、健康保険の診療報酬なり支払い方式というものをそのまの形で老人医療に使うということを考えていない。やはり新しい制度をつくるわけですから、新しい制度にふさわしい最も適切なものを考える必要がある、こういうことを申し上げているわけでございます。

○池端委員 よくわかりませんが、その当時におきましてとこう言われたのは、どういう趣旨でございましょうか。

○吉原政府委員 現在も基本的にその考え方に変わりございませんが、その時点におきまして、必ずしも健康保険の支払い方式なり診療報酬というもの、また逆に言いますと変えるということ、前提にして申し上げたわけでもございません。そのままだってつくるつもりはない。同時に、それをもう変えることを前提にしているんだというふうには申し上げなかつたつもりでございます。やはり新しい制度でございまして、現行の制度、それからその沿革、それから諸外国の制度等も参考にしながら、最も適切なものを考える必要がある、考えたいということをおっしゃったわけでございまして、その時点におきましては、六月に診療報酬の改定が行われましたけれども、その改定前の時期であつたということもお含みおきただきたいと思ひます。

○池端委員 「そのままだってつくるつもりはない。」ということ、この形を変えるんだ、これは修正といひますか変更を前提としたものだ、こう

いうふう理解するのが日本語として常識じゃないんではないか。そういうふういろいろな説明をしなければならぬという性格のものではないかと思うのであります。その点どうですか。

○吉原政府委員 新しい診療報酬というものを考えたい、こういうことでございまして。現在の健康保険をそのまま持つてくるつもりは現在の時点においてもございません。

○池端委員 「そのままだってつくるつもりはない。」ということ、何らかの形で手直しをする、こういうことですね。間違いありませんか。

○吉原政府委員 間違いございません。それでは大臣にお尋ねをしたいのでありますけれども、大臣も再三見直すというような表現で言われておりました。場合によっては見直すかどうか含めて審議会でも検討してみたいといふような趣旨のことと言われたようなんです、いろいろな使い分けをされておるのであります。

また日本語の解釈になつて恐縮でございすが、見直すといふのは見て思い直す、考え直す、こういうことでございまして、そういうふうには、これは新しい立場に立つてこの制度を全般的に考え直していくんだ、そういう発言だというふうには御理解してよろしいでしょうか。

○村山国務大臣 まさに、さつきから言つておりますように老人の疾病というものが非常に特殊なものであるだけに、診療報酬につきましても外国の制度も参考にし、それから、わが国の持つております長短いろいろございましてけれども、そういうものを全部組上にのせて、そして全面的に再検討したい、そして最もふさわしい制度を確立したい、こういう意味でございまして。

○池端委員 支払い方式をどうするかということはずぐれて国民の権利と義務にかかわる問題であります。したがって、本来ならばこれは法定化するべき性格のものだと私は思ひます。私は乏しい知識で諸外国の事情を調べてみましたけれども、各国においてもこういう支払い方式制度は法律の

中で明確にうたつておる、そういう状況がございします。しかし残念ながら、今度は審議会の中でその問題を検討するということについては、私どもとしてはどうも納得はいきません。しかし、いま御答弁ありましたように、全面的に再検討するということ、ひとつこの問題に対処していただくということ、これを強く申し上げておきます。

次に、この法案第三条に「国の責務」ということがございまして、「第一条に規定する目的の達成に資するため、医療、公衆衛生、社会福祉その他の関連施策を積極的に推進しなければならぬ。」このようにうたわれているわけであります。しかし、私どもこの法案を通じて見ますと、確かに保健と医療の施策についてはうたわれておりますけれども、社会福祉との関連というものがどうも明確になつていない。たとえば、地域の保健事業の中でホームヘルパーの生活援助や介護などという訪問指導システムがございしますが、これと保健婦さんの保健指導との連携、こういうようなものについて非常にあいまいになつていまして、私どもは連携がとれないように考えるわけでございしますが、この「社会福祉その他の関連施策を積極的に推進しなければならぬ。」というところについてどのように考えておられるのか。言葉をかえて言いますと、公衆衛生なり医療、社会福祉の総合化を目指す、そういう考え方をどのように推進されようとしておられるのか、その点を御尋ねしたいと思ひます。

○大谷政府委員 保健婦の行います訪問指導事業は、たとえば在宅の寝たきり老人等の家庭を訪問いたしまして、健康管理の面からその家族に対して看護方法やあるいは療養方法等につきまして指導を行うものでございまして。しかし、そういう寝たきり老人に對しまして単に保健の面からの指導だけではなしに、日常生活の介護についても指導、援助を求めている事例も多いわけでございします。そういう問題につきましては、保健婦の訪問指導と家庭奉仕員、ホームヘルパーの派遣サービスとを緊密に連絡して行ふ必要があるということ

は先生御指摘のとおりでございます。また寝たきり老人の中には、機能訓練等によってその効果が期待されるケースもございます。そのほかにも医師あるいはOT、PT等の専門職種の指導のもとに行われる機能訓練事業ということも非常に大事な点がございます。こういった点につきまして、保健事業あるいは福祉事業といったものにつきましても総合的にアプローチしていくことは当然必要なことでございます。

そこで、こういった総合的に連携してやっていくというふうな問題につきましては従来からも指導いたしておりますけれども、今度の老人保健法の成立を契機といたしまして、市町村ごとにこういった問題についてそういった連携を一層緊密にしてやっていくように国としても十分指導してまいりたいというふうに考えている次第でございます。

○池端委員 私は北海道出身でございます。北海道の医療問題について日ごろから不安を感じている者なんですが、ここに昭和五十五年三月北海道で策定をいたしました「北海道保健医療基本計画」という冊子がございます。

実はここであつたわけでありますことは、北海道の、なかんずく僻地の医療体制がきわめて危機的な状況にあるということでございます。北海道には北大、札幌医大あるいは旭川医大というような医科大学がございますけれども、医師問題はきわめて深刻でございます。また地域的な偏在、都市集中、過疎地域にはお医者さん一人もおられない地区が、昭和五十五年十月の資料でございますけれども、実に八十四市町村、二百九地区にも及んでいまして、きわめて深刻な状況でございます。そこで、僻地における医療供給体制をどのように整備をするのか、喫緊の課題だと思つてわけでございます。

この資料にも出ておりますけれども、たとえば「北海道における医療の自給度」という項がございます。これは市町村所在地で外来診療を受けた者の割合を示すものでございますが、全道平均で

七六%、自分の市町村で外来診療を受けた者は七六%であつて、自給度五〇%以下の町村が実に全道二百二十市町村のうち二二・五%の多きに達している、こういう状況でございます。

このように、過疎地域の医療機関や医師の不足に見られる僻地の体制、まことに重大な問題だと思つてわけであります。これらについてどういふふうにしてこの整備を図っていくのか、ひとつ具体策を明示していただきたい、こう思つてわけであります。

○田中(明)政府委員 北海道におきます医療については非常に大きな問題となつておられることは先生御指摘のとおりでございます。われわれといたしまして十分承知いたしておるところでございます。

僻地の医療対策につきましては、御案内のように昭和三十一年度から年次計画を立てまして、いわゆる無医地区の実情に応じた各般の施策を講じてきてまいつておられるわけでございます。ただ問題が非常にむずかしい問題でございます。一朝一夕に有効な対策がなかなか立てられないというのが偽らざるところでございます。

実際に行つております施策といたしましては、一つは僻地中核病院というのをつくりまして、これからお医者さんなりあるいはその他の医療関係者を僻地に派遣するというのをやっております。これは比較的效果を上げておられるものであります。このように考えております。従来からございまして、僻地の診療所あるいは僻地の保健指導所といううなものをつくつて僻地にお医者さんなりあるいは保健婦さんに駐在してもらうということも引き続きやっております。ただ、お医者さんの場合、いろいろな理由から僻地に行つてくださるというお医者さんを得ることがなかなか困難でございます。ので、先ほど申し上げました僻地中核病院から交代で医者を派遣するという方がどうも実効が上がつておられるのではないかとこのように考えております。

そのほか、僻地に対して巡回診療を巡回診

療車を使いまして実施いたしております。また本年度から僻地医療情報システムというものを導入いたしました。僻地にある診療所と中核病院とを電話で結びまして、僻地のお医者さんが中核病院に対して情報を提供し、それに対して中核病院の専門医の方から適切な指示をする、あるいは先ほど申しました僻地の保健指導所につきましても、最寄りの病院あるいは診療所との間を電話回線で結びまして保健指導所の保健婦に対してお医者さんが適切な指導をするというふうなことをやっております。

その他、僻地の勤務医師の確保のための修学資金あるいは僻地の医療に従事して下さるお医者さんを得るための確保事業の助成というふうなことも、また沖繩につきましては無医地区に医師を派遣するという費用等も計上いたしております。

○池端委員 僻地医療対策の強化というものは叫ばれてから久しいわけでございます。しかし、五十七年度の厚生省の概算要求を見ましても四十六億八千七百万円、五十六年度が四十五億八千五百万円でありまして、わずか一億円の増額にすぎない。ゼロシーリングという制約下にある、こう言えればそれで済んでおりますけれども、しかし私はいま局長が言われたようなことではきわめて不十分だと思つております。いまやられておられることは、中核病院の整備であるとか、あるいは僻地勤務医師等の確保のための修学資金の制度、こういうようなものにとどまつておつて、決り手が無い、抜本的な対策というものが欠如している、こういうふうな言わざるを得ないと思つております。いかに過疎地であろうと、僻地であろうと、そこに人が住んでおられるわけであります。住民がいるわけであります。この住民の生命、健康を守る、このことはなおざりにしてはならないわけであります。やはりそういう意味での抜本的な策をぜひ講じてもらわなければならぬ。そういうことでやらなければ、この老人保健法にうたつていろいろな保健事業についてもまさにそれは絵にかいたもちに終わる、こういうふう

うに言つても言い過ぎではないと思つております。大臣、この点についてはどうでしょうか。○村山国務大臣 これはなかなか決め手が無いことは事実でございますが、先ほど医務局長から申し上げましたような、考えつくあらゆる方策をいま進めているわけでございます。委員はどうも予算も少ないのじゃないか、こういう話でございます。増額は四十六億ぐらいでございますので、増額は少ないけれどもわれわれとしては五カ年計画を立てまして懸命にやっておりますつもりでございます。

それから、私の間長野県の佐久に行つてみたのでございますが、あそこではやはりおつしやるように無医地区はございました。その中核病院が実に熱心によつておりました。私一番びっくりしたのは、日曜、休日を除いて全部の医師が、約一割でしたか二割でしたか、必ず巡回をやるといふことを励行しておりました。それでお帰りはいつももう夜になつてしまふ。これは一般に要求するのは無理かもしれませんが、超額手当を要求されるお医者さんが全然ない、ということも承つたわけでございます。いつからお始めになつておられるのかと言つたら、終戦直後からやつておる、こういうことでございました。

制度として私たちもあらゆる制度を考えてまいらねばなりませんけれども、やはりみんな本当に僻地の健康を守るのだ。これにぜひ厚生省を初めといたしまして地方団体とも力を合わせる。それから診療機関ともまたその住民とも力を合わせて、意思疎通をすることがもう先決問題じゃないかということをつくづく感じたわけでございます。参りましたときに、ちょうど農村の健康の講習をやつておりました。そのときに若い人たちが大ぜいそこに集まつて受講をされている姿を見まして、私もごあいさつさせていただいたわけでございますが、その地域が挙げてもう健康に力を入れている。これが一番大事なことだと思います。いま委員から御指摘の点重々頭の中に入れておきまして、一生懸命やるつもりでございますが、

やはり関係者が力を合わせてやるのが一番大事なような感じがしております。厚生省といえども、全力を挙げてやるつもりでございます。

○池端委員 確かに大臣言われるように、献身的な努力をされて多くの成果を上げているという地域もございます。しかし、この問題は単に担当者の情熱の問題だけで解決してしまうという問題は問題であって、超動手当も一銭も受け取っておられないことだけで、この問題をよしとすべきではないと思うのです。やはり制度的にきちっと確立をしていく、それが行政の責任であらう、こう思うのでありますから、そういう立場からひとつ推進をしていただきたいと思いますのであります。そこで、次は時間がございませんで、先を急ぐかっこうになるわけでありませんが、救急医療の問題でございます。

実はこれは昭和五十六年度でこの五カ年計画が終ることになっておるわけでありまして、当然五十七年度以降も新たな計画を策定されるというふうに理解してよろしいかどうか。その点お尋ねをしたいと思ひます。

○田中(明)政府委員 御指摘のとおり、救急医療対策につきましては最も緊急を要する課題の一つとして昭和五十二年以降五年計画で推進を図つてまいっております。本年、昭和五十六年がこの五年目に当たるわけでございますが、本年度におきまして当初計画の大体九〇%以上が達成できるという見通しを持っておるわけでありまして、昭和五十七年度におきましては、ただいま申しましたように、残念ながら当初の五カ年計画は五十六年度におきまして完成するということができませんので、その残事業等につきまして、特に救命救急センターの整備を中心といたしまして第一次の五カ年計画の完成に努力いたしてまいりたいというふうに考えております。それ以後につきましては、五十八年度以降の課題として、当初計画を見直してさらに取り組んでまいりたいというふうに考えておるところでございます。

○池端委員 五十七年度は当初の五カ年計画の残

事業を完成させるということで、五十八年度以降についてはまた新たに考えていきたい、こういうことのようにありますが、御承知のように、残念なことではありますけれども、たらい回しという状況は依然として後を絶つておらないわけでありまして、事柄は人の生命に関する問題であります。確かに臨調、財政再建下という問題はございまして、しかし、これはいま申し上げましたように人の生命に関する問題でもございまして、これらについても万全の体制をとっていただきたい、体制の強化をひとつお願いを申し上げておきたいと思ひます。

それで、実は同僚委員から関連質問がございまして、私はあと一点だけにとどめたいと思ひますのでありますけれども、国立病院、療養所の関係の問題でございます。

現状、国立病院は全国に九十九カ所、国立がんセンターが十一カ所、国立循環器病センターが十一カ所、国立療養所が百四十カ所、国立らば療養所が十三カ所、合計二百五十四の施設があるわけでありまして、実は臨調の第一次答申の中でも、国立病院、療養所については、地域の医療供給体制を踏まえた施設の整理統合及びその病床数の削減合理化を推進する、こういう方針が出ています。私はこれはきわめて重大な問題ではないか、こう思うのでございまして、この臨調答申に対して厚生省はどのように受けとめ、今後どのように対処されるようとしておられるのか、その点をお尋ねをしたいと思ひます。

○田中(明)政府委員 御指摘のように、臨調の第一次答申におきまして国立病院、療養所について、地域の医療供給体制を踏まえた施設の整理統合及びその病床数の削減合理化を推進するという文章がございまして、国立病院、療養所は国の政策的な医療を実施する施設として、また一面におきましては地域住民に密着した医療を行っている施設といたしまして、いま直ちに急激な措置をとるということは非常に困難であらうと考えております。今後、国の政策、医療の展望並びに地域の方々

の意向を十分拝聴いたしまして、慎重に対処したいというふうに考えております。

○池端委員 急激な措置をとる考えはないということは、臨調がいつているように、あるいは現在行政管理局でも作業を進めておるようでありまして、こういう統廃合等については、厚生省としてははっきり言えば反対をしていく、そういう態度であるというふうに理解してよろしいかどうか。

○田中(明)政府委員 全面的に反対というようなことではございませませんが、現状にかんがみまして、指摘されたようなことを急激に行うということには非常に困難があらうと考えますので、十分慎重に検討をいたして対処したいというふうに考えております。

○池端委員 国立病院なり国立療養所の果たしている役割りはきわめて大きいわけでありまして、厚生省もそのことは自信を持って対処すべきだと思ふのであります。

特に、今度の第六次の国家公務員の定員削減計画、これは去る九月十二日に発表されたわけでありまして、それによりまして、いままで定員削減の対象にならなかつたお医者さんであるとか、各種訓練士の皆さんあるいは看護婦の皆さんがこの定員削減の対象になつていく。これは平均五割という目標から見ると低い数字ではございまして、けれども、ここまですべて削減の手が伸びてきているということは非常に重大ではないかと私は思うのであります。それでなくとも現在国立病院や療養所では定員だけでは処理できないで、定員見合の賃金職員で賄っているという事態でございまして。

速やかなる定員化を図りたい、定数増をぜひやつてもらいたいという切実な上申書まで出ていくわけでありまして、御承知だと思ふのであります。

そういう状況に逆行するような定員削減は断じて許されないうし、それを甘んじて受けた厚生省の態度も実にふがいない態度だ、こう私は思うのであります。どうですか。

○田中(明)政府委員 御指摘のように厚生省の削減総数の算定につきましては、臨調の第一次答申の趣旨を尊重するという観点から、医師、看護婦等のいわゆる医療職員につきましても、きわめてわずかな減員はございまして、一定の削減率が課せられております。しかし、わずかとはいえ医師、看護婦等の医療職を削減するということはいろいろとむずかしい問題がございまして、削減の具体的な方法並びに必要な増員等につきましては、今後予算編成の段階を通じて、関係省庁と十分協議して決めてまいりたいというふうに考えております。

○池端委員 国立病院、療養所の問題については非常に多くの問題が山積いたしております。きょうの限られた時間ではとても全部を申し上げることはできませんので、機会を見て改めて厚生省の御見解もお聞きをしたい、こう思ひますが、たとえば看護婦さんの看護体制の問題にいたしましてもきわめて劣悪であり、労働条件は非常に強化をされている、他の民間病院と比較いたしますと本当に比較にならないような状況にあるというところだけを申し上げて、こういうような国民の命にかかわる問題でございまして、それはやはり拡充強化をするという方向で今後とも懸命の努力をしていただきたい、このことを強く申し上げておきます。

同僚委員の関連質問がありますので、私の質問はこれで終わります。

○山下委員長 榎野泰二君。

○榎野委員 十分ではどうにもなりません、早速質問をさせていただきます。

大原委員の質問で答弁がはつきりしなかった点をお尋ねしますが、保険者が拠出金を出すことになります。それは結局加入者の保険料という形ではね返ってまいります。「老人保険料」という名前が新しくできまして、保険料というふうになっていきますが、この拠出金なり保険料というのは一体どういう法律的性格を持っているのか、つまり、税金と同じような強制的な負担金じゃないのかというところであります。いかがですか。

○古原政府委員　提出金の性格でございますが、提出金の財源に充てるために、従来どおり被保険者、それから事業主から保険料の形でその財源を調達することができるといふことになっているわけでございます。したがしまして、この老人保険料は従来どおりの保険料と一緒に徴収ができる。その中の一部を老人保健法による提出金の財源に充てることができる、こういうことになっていることが第一。

それから、老人保険料として徴収されたお金が老人保健の医療のために使われるわけですが、いけば使い道ですね。使い道も従来の保険料と同様に、いけば老人の医療費に充てられるわけでございます。したがって、徴収の仕方、それから徴収した保険料の使途、その両方の面からいまして、新しい老人保健法による拠出金、老人保険料というものも実質的に従来の保険料と変わりはない、法律的にも変わりはないというふうに考えております。

○梅野委員 この法律の二条一項は、老人医療と
いうのは全国民で負担するのだ、こういうことで
すね。これは全く保険制度とは違うのですね。こ
れはまさに税金相当の負担金を国民全部が出して
老人医療制度を賄うという趣旨じやありません
か。

○吉原政府委員 制度の趣旨なり考え方は全くおっしゃるとおりでございますが、ただ実際の仕組みとしてどうやっているかと申し上げますと、先ほど申し上げたようなことでございまして、従来の制度の上に乗って新しい制度をつくっている

わけでございます。全く従来の制度とは別個に新しい制度をつくり運用していこうとするのではなく、従来の社会保険制度の上に乗って新しい老人医療制度をつくっていく。(発言する者あり)

したがいまして、新しい老人医療の制度というのは従来各保険制度でやっていた老人の医療というものを、いわば各制度共同でやっていこう、そういう性格のものでございまして、従来の社会保険の觀念からはやや広くはなっておりますけれども、社会保険の共同事業という性格を持っていると思つてゐるわけでございます。

○**褥野委員** 私は本質を聞いているのですよ。いま後ろから声があつたように、本来これは老人医療制度を別建てにして全国民で負担するというのだから、それに見合つた財源捻出方法を考えるべきなのではない。しかし、とりあえずいま保険制度があるから、これを便宜利用したにすぎない。

〔委員長退席、湯川委員長代理着席〕

そこで、お伺いしますが、厚生省提出の資料ですと、いままでの被用者保険が現行のままでいく場合と、それから試算Ⅰで算出した拠出金を比較してみると、政管健保で六十億円、組合健保で六十億、共済で百三十億円多く出すことになる、百三十億円、多すぎますね。だから、現行制度でも老し医療費を負担しているのだから、今度の新しい制度に移行するならまだしもだけれども、全く新しい制度で多く出すようになったこの六十億、百三十億、百三十億といふこの金の性質は何ですか。これは本来の保険制度からいって出さなければならぬ金でしよう。

○吉原政府委員　制度全体の考え方といいたしまし
て、従来は各保険制度、その保険制度の加入者の
ために一定の保険事故が起きたときに給付をする。
確かに厳密には、社会保険の制度というのとは
集団ごとに構成し、運営をされてきたわけでござ
います。しかし、そういったやり方が現在の老人
医療制度でいろいろな問題を起こしているという
ことからこの新しい制度が発を出しているわけで
ございまして、従来個々の保険制度でやっていた

老人の医療を、公と、地方公共団体ももちろんお金を出しますけれども、各保険制度の共同の事業としてやろうというのがこの考え方でございませう。

確かにその一部は従来払っていた保険料よりも多く出すということになりますけれども、社会保険の共同事業でやろうということは、実はたとえれば現在の保険制度の中におきましても、健保組合が共同事業で一つの大きな健康開発事業だとか高額医療の事業だとかそういうものをやっている例があるわけでございます。つまり、保険制度の共同事業としていままでもより多くのお金を出して共同でやっている、場合によつてはいままでもより少ない金で共同の事業をやっているという制度が現在の保険制度の中にあるわけでございますから、この新しい制度も公と社会保険制度の連帯関係の共同事業と考えることができるということでございます。

○梅野委員　もう時間がないので余り議論できませんが、これは共同事業でやろうというのと性質が違ふのですよ。この保健法が成立することにによって無理やりにこれだけ負担せられることにになるのですよ。これは強制負担金ですよ。だから、憲言つてみればこれは税金と同じです。だから、憲法八十四条の趣旨から言つても財政法三条の趣旨から言つても、この拠出金あるいはこれがはね返つてくる保険料というのは法律できちんとしななければいけませんよ。具体的な内容まできちんとしなければいかぬ性質だと私は思うのです。

ところが、今回の制度だと老人医療費が総体としてふえてきますね。それを各保険者が負担する場合には五十九条で適用になってくる。しかも二分の一以下、ずいぶん議論になっていますが、この二分の一以下にどう動かされるかは政令で自由にできるわけですから。そうなつてきますと、この負担分が一体どうなつてくるかです。だんだんふえるけれども、どこまでふえるかわからない。こういう性質の金は、少なくともこのところはきちんとしてなくては

きょうの午前中に参考人に出られました健保連の専務理事も、たとえば組合健保について六百三十億ふえてくる、これは保険料率に換算すれば千分の二・一、これをセツトしてもらいたい、と。これは当然の要求だと思ふのです。つまり、法律でこれを固定的に定めてほしい、こういうことです。これはいまのやり方だと変わってくるわけでしよう。千分の二・一、少なくともこれぐらいは法律で。きちんとしなければおかしいじゃないですか。

○吉原政府委員 いわゆる案分率というものを政令で決めることにしておりますけれども、何も私ども政令で自由に政府の一存で変えるということとを考へているわけではございませんで、政令で現在の時点では二分の一ということを決めたい、老人の加入者の状況なり医療費の状況、そういうったものが将来変わった時点におきまして、関係者、具体的にはその保険者でございます、三千の市町村それから千数百の健保組合、これを全部含めました五千の保険者の方の合意を得て、それから老人保健審議会にもお諮りした上で、合意が得られられた時点においてその内容で変更ができる余地を残しておくといいことでございます。

○樺野委員 この提出金の性格からいって、租料法定主義、憲法の規定からいってもこれは法定しなければいかぬと私は言っているのです。

もう時間ありませんが、今度は健保法が改正になって、一般保険料率と老人保険料率の二つに分けましたね、これがおかしい。いままでずっと保険料率は一本ですね。たとえば政管健保で言えれば、千分の九十一の上限枠、これを変える場合には法律を変えなければいけませんね。その範囲内では現行の保険料率を上げる場合も杜保審の議を経る必要なければいかぬし、しかも上げる場合に、診療報酬の改定があるとか給付がよくなるとかいう要件がなければ上げられぬのじゃないですか。ところが、今度の制度で一般保険料率と老人保険料率が別建になる。結局、いまのように二分の一を繰り作すれば、老人保険料率はほとんど上がっていくく

が、一般保険料率は固定することが自由にできるのです。

出す方から見れば、老人保険料だろうが一般保険料だろうが同じなんです。いままで同じに出して、それが上限枠を超えれば国会の審議になる。なかなか超えられない。枠の中だつて、いま言ったように要件があるでしょう。ところが、老人保険料率と一般保険料率とに分けることによって、そのところは抜け道ができてしまうのです。いま現行保険料率は、政管で言えば千分の八十五でしよう。今度分けたから、五十六年度は一般保険料率は千分の七十四・三になるわけでしょう。老人保険料率が千分の十・七あるから、千分の九十一まではまだあることになったのです。そこら辺の歯どめが今回の法律ではできていないのです。健保法上の歯どめをなくして、それでは老人保健法上別建ての歯どめをつくったかというところ、これは全く歯どめなし。これは大変問題がある。

委員長、もう時間が過ぎましたが、とにかく十分じやどうにもなりませんので、もう少し議論をする時間を御検討いただきたいと思ひます。いかがですか。

○湯川委員長代理 理事会の決定でございしますので、時間厳守でお願いします。

○榎野委員 終わります。

○湯川委員長代理 次に、金子みつ君。

○金子(み)委員 私は、この老人保健法案に関する審議が二十二日以来続いておりますけれども、余り質疑の対象として出てまいりませんでした。保健事業に重点を置いて、きょうは少し質問をしたいと思います。

まず、基本的な問題としてお尋ねしたい問題があります。これは、今度の法案の趣旨が国民が健康に老いるというのを目標にされております。関係で、狭義の医療事業だけでなく、保健事業を取り入れたらば広義の包括医療ですか、そういう形で、予防から治療、そしてリハビリテーションと総合的に体制を組んで老人の健康を管理

していつて、そして健康に老いるという形に持つていこうとしておられるというところに特徴があるというふうには私は一応理解をしているわけでございます。

それで、その趣旨に従つて五カ年計画をとりあえず立てておられます。この問題は、健康に老いるということでありまして、五年たつたらおしまひということではないと思ひます。これは、将来ずっとこの事業は続いていかなければならない問題だと思ひます。五年たつた、あるいは十年たつた段階で、国民の健康状態がよくなつてきたというふうな成果が上れば、少しづつ事業の形が変わるかもしれませんけれども、五年でおしまひというものではないというふうには理解してあります。

ただ、さしあたり五年計画を立ててやつてみようという考え方であるというふうには理解しているわけですが、御承知のように、急速に高齢化しているいまの日本の状態の中では、五年というのはいささか気が長いなという感じがするのです。緊急性が感じられないので、これは意見として申し上げるだけですが御答弁は要りませんけれども、せいぜい三年ぐらいで目的が一応のところまで達せられるような計画をやるのでなければならぬ、本気でやっていると云うか、こころにはならないんじゃないだろうかというふうには思ひます。

さて、戻りますが、その五年間事業を進めていくために、従事者、働く人たちがたくさんおりますが、その仕事に従事する人たちの増員とかあるいは施設の整備拡充、ことに一番問題になる人間の問題でも施設の問題でも、もとはと言へばお金の問題ですから、予算が非常に重要な基盤になると思ひます。

その予算の規模ですが、それを五年間の分を厚

生省は立てていらつしやるわけです。その五年間の予算を立てていらつしやるのを拝見したわけでございますけれども、五十七年度要求額は六十五億。先ほど大臣が六十五億、六十五億とおっしゃつたのはこのことだと思ひますが、五十七年度満年度、五十八年度、五十九年度、六十年、六十一年度、ここまでは行かなければ五年計画は終わらないわけですね。

この毎年度毎年度における予算の金額というのは大変なものです。百五十一億、二百二十八億、二百九十九億、三百七十二億、最後の年度は四百六十三億、こういうふうな金額が一応計画されていゝるわけなんですけれども、こういう計画を立てて行革国会だと言われているうちに、行政改革の問題は大変に厳しゅうございします。あらゆる面に非常に大きな力をかけてきています。厚生省自体でもその予算はゼロシーリングの枠の中にはめられていきますから、必要経費、当然増みたいなものだけで約二割ぐらしかアップになつていゝませんね。そういう行革の厳しいときに、これだけの予算を、向こう五年間果たしてこの事業実現のためだけの予算が獲得できると大臣はお考えになつていらつしやるのでしやうか、そのお見通しとかあるいは自信や決意のほどをまず聞かせていただきたいと思ひます。

○村山國務大臣 この老人保健法における最大の問題は、私はやはりヘルスの問題だと思つてゐるわけでございます。この五年間で基盤整備をやりたいということございまして、おっしゃるやうに、五十六年度は四十二億、それから基盤整備の最終年度は四百六十三億でございますから、約十倍になるわけでございます。

来年度は大体ゼロシーリング、これからやはり厳しい予算の枠が続くと思ひます。しかし、私はどんなに厳しい枠の中でありましても、この予算は何としてでも最大限の努力を尽くして確保してまいりたい。厚生省の予算は御承知のように八兆七千六百億でございます。その中でもやはり工夫

をこらしまして、そしてこのヘルスに関する必要の財源は、私はもう最優先に置きまして獲得してまいりたい、かように考えておるわけでございます。

○金子(み)委員 同じ問題でございしますが、その厚生省の計画の五カ年間の予算の見通しですが、大蔵省はどのように協力体制をとらうとしていらつしやるのでしやうか。よろしいと太鼓判を押されたのでしやうか、それともだめだとおっしゃつたのでしやうか、どうなんですか。

○篠沢説明員 高齢化社会に対応しまして、健康に老いるということ、これを目的としたこの事業につきまして、予防を含む総合的な老人保健対策を進める必要があるという基本的な考え方につきましては、大蔵省としては十分理解をして、ここまですべて法案に積みましていろいろ御相談にあずかつてきたというふうには考えておるわけでございます。

したがいまして、この新制度における保健サービスの具体的な内容につきましては、市町村の実施体制とか、他の同種の事業との調整とか、いろいろなこと考えながら、本当に必要な、老後が確保できるような事業、それを進められるやうに厚生省と十分協議して毎年度対応してまいりたい、こういうふうには考えておるわけでございます。

○金子(み)委員 そういたしますと、考えていきたいということなので、まだ未知数ですね。決まつたものではありませぬね。

そうしたら、ちよつと質問を変えますが、さしあたるの来年度、五十七年度、これについてお尋ねしたいのですが、大体官庁が法律をお出しになるときに、それが予算に関係がある場合には、大蔵省の了解、承諾がなければ法律案は提出できないと私どもは理解してゐたのです。今度老人保健法案が提出されたというところは、少なくとも五十七年度だけは法が了解したというふうには理解できると思ひますが、いかがですか。

○篠沢説明員 ただいま申しましたやうに、基本的な方向につきましては十分御相談に乗るとい

ことで法案が出ていというふうな考えです。
ただ、具体的に五十七年度という数字、中身の部分について、どれをどういう順番に配列して予算を組むかという問題につきましては、現在いわば査定の検討中でもございます。厚生省と、もう少しいきました段階で、またよく御相談をしていくということになるかと思ひます。

○金子(み)委員 では、もう一言お尋ねします。
そうすると、査定の段階で落とされるものがあるかもしれませんね。それだったら、この法案は審議してもしょうがないということになると思ひますが、その辺はどう考えたらいいのでしょうか。

○村山国務大臣 御承知のように、現在まだ予算編成が済んでないわけでございます。概算要求を出してあるわけでございます。もちろん最終的にはこれから両省の間で討議をやり、そして年度末に予算編成が行われるわけでございます。一方、この老人保健法はやはり早く皆様の御賛同を得て成立させていただいて、それで準備期間を持ってやらないうとできない、そういう非常に準備に時間のかかる法律でございます。

そういったしますと、どうしてもその査定を待つてから提出するというところでございまして、非常におくれるわけでございます。この法律案は一刻も早く実施する必要がある、またそれだけのメリットがあるものと考えておりますので、私たちは現在まだ予算の概算要求の段階ではございませけれども、必要なものは必ず確保したい、こういう決意をもって臨んでおるわけでございます。その点どうぞひとつ御了承いただきたいと思いますのでございませ。

○金子(み)委員 厚生省は査定されないようにがんばっていただきたいと思ひますし、大蔵省はこの事業に賛成しておられるのであれば、それが成立するように協力していただくことが国民に対する責任だと思ひますので、その点を十分考えていただきたいと思います。

同じ問題ですけれども、もう一つあります。これは行政官理庁にお尋ねしたいのですけれども、

この事業を進めていくために、厚生省では担当の部局を新たにしようという考えがありますね。それで、これは私が聞きましたのは、公衆衛生局の中に老人保健部をつくらせて、計画課と医療課と保健課と三つの課をつくるという行政機構の新設というのが出てくるのですけれども、これがいま申し上げました行革との関係でどういうふうになりますのでしょか。行政官理庁となさって、この問題についてどういう取り扱いをしようと考えていらっしゃるのでしょうか。これもやはり決まらないうと仕事にならぬのですよ。

○神澤説明員 ただいま御指摘のように、老人保健事業にかかる実施体制につきましては、老人保健部、それから計画課は二課の、三課の新設要求がございましてあります。

しかし、現在臨時行政調査会の第一次答申もありますように、行政の簡素効率化が強く要請されていることでもございませ。それから、従来行政官理庁におきましては、機構の新設に当たりましては厳に抑制する、真に必要があると認めるものにつきましても、既存機構の合理的再編成によって措置する方針でございます。いわゆるスクラップ・アンド・ビルドでございますが、老人保健事業にかかわる要求につきましても、この方針で臨むべく検討いたしております。

○金子(み)委員 スクラップ・アンド・ビルドということで、形としては結果的には新設という現象になりますけれども、いま厚生省が持つてくる機構の中で、切りかえをやり取り取りかえたりというところであればよろしい、こういう意味ですか。

○神澤説明員 もちろん、機構そのものがスクラップがあれば何でもよろしいというわけではございませが、その実施体制のために必要であれば認めます。ただ、その場合であっても、既存の機構の合理的再編成をお願いする。具体的にどのようやるかはこれから予算編成過程を通じて厚生省の方と折衝してまいりたいと思っております。

○金子(み)委員 それでは、この問題は厚生省と行管との話し合いでは具体的にまだ実っていないわけですね。大丈夫ですか。

○神澤説明員 現在のところ、まだ……(聞いておらぬか)と呼ぶ者あり)お話は聞いておりますが、具体的にどうするかについては、いま検討中でございます。

○金子(み)委員 話は聞いていますがという程度です。ね、いまのお話です。もう少ししっかり話し合っていたらだかないと大変心配ですね。審議するのが本当にこちらにも心配になってきたのですけれども、どうでしょうか。

厚生省はどう受けとめていらっしゃるのですか。

○村山国務大臣 やはりこういう際でございます。機構の新設はできるだけ控えねばならぬというところはわれわれも十分承知しております。ございませ。ただ、この制度は国のこれからの保健、医療に関する非常に基本的な問題でございますので、やはりスクラップ・アンド・ビルドの見地に立ちまして、ぜひひとつ関係省庁の御理解を得て、そうしてわれわれが庶幾しております機構をぜひ確立させたいものと、これから予算編成に向けて全力を挙げてまいりたいと思ひます。

○金子(み)委員 スクラップ・アンド・ビルドはなかなかはっきりしませけれども、この問題にばかり時間をとれませぬので、いまの問題は解決がここではつかないというこのまま進めていきたいと思ひます。

その次にお尋ねしたいと思っておりますことは、この老人保健事業というのは、厚生省が所管しておられる公衆衛生事業の一環だと思ひますけれども、どういふふうな位置づけをしておられるのかということが伺いたい。

これはヘルスサービスなんでしょうか、それとも保険財源対策なんでしょうかというところが大変疑問になります。なぜかと申しますと、いままでずっといろいろの方々の質疑の中に出てまいりましたように、医療費の問題の取り扱いがほとんど

主体になつていような感じがいたします。そして同時に、医療費を今度是有料にするというのですね。せっかく無料を進めてきた——無料という言葉には語弊があるかもしれませけれども、本人負担でなくしたものが、今度は有料になる。それだけではなくて、従来公衆衛生の仕事、保健事業というのはそれこそ本人負担はなかつたのですけれども、今度は公衆衛生保健事業についても有料にすることになっているのです。物によつては本人負担をするということが、厚生省の計画の中にちゃんと載つていっているのです。

そうすると、これは公衆衛生事業の一環として位置づけのしようがないかと思ひます。それをどういふふうな考えでいらつしやるのでしょうか。本当にこれはヘルスサービスなんでしょうか、財源対策のサービスなんでしょうかということがどうしてもはつきりしないので、その辺ひとつお返事いただきたい。

○大谷政府委員 先生も十分御承知のように、公衆衛生は健康増進、予防、治療、リハビリテーションといった包括的な立場から、国民の健康の保持増進を図るために社会的な手段を用いて行ふものとされております。したがしまして、この老人保健法案の中でのヘルスサービスにつきましては、四十歳以上の者をライフステージの中で、やはり全体の公衆衛生サービスの一環として行われるものであるというふうな理解していただくわけでございます。

そこで、先生御指摘のように、しからばそのヘルスサービスを有料とするのはどういふわけか、こういうふうなお尋ねでございますけれども、従来からも、公衆衛生サービスにつきましては、国、都道府県、市町村といった公的な費用が中心になりますけれども、原材料費分につきましては一部負担をお願いしているところでございまして、今回の老人保健法におきましては、このがんの検診でありますとか、あるいは循環器の精密検診でありますとか、そういった高度に医学的な診断に共通するようなものにつきましては、どうしても無理のな

い範囲で一部負担をお願いする。もちろん、国、都道府県、市町村が大方はこれを公的サービスで負担するという考え方でございます。

○金子(み)委員 それではそれは一応わかったことにはいたしますが、こういうのはどうなるんだい。たとえば先ほど、厚生大臣は長野県の八千穂村へお出かけになったのですか、八千穂村へいらしたお話を聞いていらしたんですね。あるいは岩手県の沢内とかという有名なところがありますね。ああいうところは、御承知のように十年以上前から大変にすばらしい保健医療計画を立てておられて、医療費はほとんどほとんど軽減されていくし、それから保険料も値下げをできるようにしたし、しかもなおかつ六十五歳以上は無料でやっている。大変成果を上げています。そして町村の財源には一つも影響がない。こういう成果が上っているところがあるのですが、今度この法律ができてしまうと、いままでそういうふうにして成果を上げてきたところでも有料にしなければならなくなりますね。そういうところでもやはり有料にするのでしょうか、せつかくそこまで成果を上げてきて無料でできているものを。

そうだとすれば、住民福祉なんというのは全然なくなってしまう。どう考えてもこれは、厚生省はこの法律をつくることによつて三百億円の削減をするという計画がありますから、その計画に沿っていきたいと思つていらつしやるのでしょうか。

あるいはもう一つお尋ねしますが、五年後の医療費の抑制にはどんな効果がこの結果上がるのでしょうか。その二つ、お尋ねいたします。

○大谷政府委員 確かに先生御指摘のように、沢内村あるいは八千穂村におきましては、村当局の自主的な御努力によつて非常な成果を上げておられます。特に八千穂村の佐久病院につきましては、先般大臣も視察されました大変感銘を受けられたところでございます。

今回の老人保健法による一部負担は、そういう市町村で自主的に行つておられたところに対し

ましても、国、都道府県の補助金も入れる、こういうふうなことでございまして、特に従来から無料でやっておられるということにつきましては、市町村が従来から非常な努力をされてきたということ、国としても今回応分の応援ができるというふうなことで、私もとしては前進というふううに受けとめていくわけでございまして。

もう一つ、しかも保健事業を実施することによつて医療費がどれほどの軽減になるか、これは非常にむずかしい問題でございまして、非常に学問的な小さいデータでございまして、非常にデータによりまして、一時的には二、三年後に受診率が非常に高まる。一時的には医療の費用が多くなるけれども、数年後には医療費が下がっていくというふうな研究データも示されております。ただ、国レベルで申し上げますと、これはなかなかそのところは断定的に申し上げるのは非常にむずかしいように思つております。

○金子(み)委員 二つとも私の質問に答えてくだすつてないのですよ。初めの方は、いままで無料で進めてきて成果を上げていくところに、必要はないだろうけれども国がやはりけんどうを見ましようという趣旨の御答弁だったわけですね。それは大変結構だと思つてます。国の責任としてなされることは当然だと思つてますから、それはいいと思つてますが、住民が、いままで医療費を払つてなかつた人たちが今度払わなければならなくなるという法律になっているわけですが、いままでよりも不利になるわけですかね。既得権はなくなる。そういう姿勢にならざるを得なくなるのですが、それでもなさいますかというお尋ねなんです。

それから後の方は、五年後の医療費の抑制はどれくらいできるだろうかという目算をお立てになつてなかつたのですかということですね。

○吉原政府委員 いままで市町村が単独事業として無料でやっていたところと新しい制度でどうなるかということとございまして、この法律ができてみると、国の制度として各市町村を通じて

一つの制度として運営をしていきたいということとございまして、この法律で予定をいたしております一部負担は、当該市町村においてもお願いをするに思つております。お願いせざるを得ないというふうに思つております。

それから、保健事業をやることによりましてどの程度の医療費の節約といえますか減少につながるのかという御質問でございまして、ただいまも公衆衛生局長からお答えしましたように、ヘルス事業によつての医療費の削減効果、なかなか推計がむずかしい要素がございまして、それからやはり効果が出てくるのが、五年ないし十年というかなり長い期間を考えたければ効果というものが出てこないという点があることも事実でございまして。

それで、お答えになるかどうかあれでございまして、けれども、十年後の医療費、先般の当委員会での御質問に對しまして、六十五年では老人医療費約七兆程度になるのではないかと。過去の推計、伸び、そういうものを勘案をいたしますと、十年後六十五年には七兆程度になると推計をしているというふうな申し上げましたけれども、大体その場合の伸び率というのは、年平均をいたしまして二、三％ぐらい伸びていくという前提の数字でございまして。

しかしながら、こういった予防事業なりあるいは一部負担をお願いすることによつて健康に対する自覚も持つていただくという新たな新しい法律の実施なり施行によりまして、仮に一％程度その伸びが低くなるということを前提にいたしますと、六十五年では実は六兆三千億、一％の伸びといたしますと六兆三千億、仮にそれがもう少し効果が上がりますと一〇％といたしますと五兆七千億というぐらゐる医療費になるわけでございまして。したがって、私どもは、新しい制度をつくつてこれだけの事業をやった場合には少なくともその程度の医療費の削減ということに結びつくようにいたしたい、また、それは可能なのではな

いかというふうな思つておるわけでございまして。

全体としては大体そんな感じでございますけれども、個々の市町村で実際に努力をした成果というものをみてみますと、具体的に……

○金子(み)委員 結構です。いまのお答えですと、いままでは医療費を払わないで診てもらっていたのが、今度は法律が変わつたら払わなければならなくなつた、これはえらいことだと思つてます。こんなことを実施していいのでしょうか。私はよくわかりませんけれども、大変問題になるのじゃないかというふうに思つてます。ここでその問題を議論するつもりもありませんので申し上げませんが、けれども、そういうことをしなければならぬのか、それとも、それは市町村に任せられぬのか。いろいろ方法があるだろうと思つてますけれども、いままで無料でずっと何年もやってきた、十年ぐらゐもやってきたのを今度急にがばつと医療費を取られる、そういうことが政治として、行政として、正しいあり方なのかどうかということも考えてみていただきたいということをお願いしておきたいと思つてます。

その次の問題に入ります。

いま一つのことは、厚生省は従来いろいろな保健事業をいろいろな形で進めてきておられるのですけれども、それはみんな、その都度その都度非常に考えられたことであつて、それがお互いにつつ結びつきがないみたいな感じがいたします。

で、総合的に進めることについての理念をいままでおつくりにならなかつたけれども、今度はおつくりになるのかなというふうな感じもするのです。

それで、たとえば老人福祉法に基づいて行われる保健事業というのがやはり幾つかあります。たとえば、健康診査それから健康教育、訓練、健康相談、保健指導とかいろいろありますね。そういう五つ六つぐらゐる事業というのが挙げられています。それからまた、老人保健医療総合対策開発事業ですか、これも五年計画ですか、始められましてね。この中に出てくるのもやはり健康教育、

健康診査、健康相談、訪問看護、機能訓練、全く同じことが書かれているわけです。今度の老人保健法の中にもまたこのことが保健事業として入ってくるわけですね。こういうようなのが大変に煩瑣なんですけれども、こういうことになりましたと、現場はとて混乱するだろうと思うのです。

そこで、現場を混乱させないで、しかも効果を上げるようにするために、今回新しく老人保健法案を実施しようと思っていられるのを機会に、何かこれはまとめて、そして一つの大きな柱の中で保健事業というものがばっていけるような形にならないものでしょうか。あそここの事業でこれをやる、こちらの事業でもこれをやる、こういうのが大変にまとまらない感じがなんですね。ばらばらになっている。これはどうなるおつもりですか。私ももつかり切れないで困っているのです。

○大谷政府委員 先生が御指摘の老人福祉法に基づく健康診断あるいは老人保健医療総合対策開発事業といったものは、そういったものの経緯を踏まえまして、それらのすべてを含めまして、先生御指摘のように、総合的な見地から、今度の老人保健事業の中に発展的に全部含んでいるわけでございます。従来のもういったいろいろな単独的な事業につきましては、老人保健事業の発足とともに解消いたしまして、全部新しく統合的に実施するということ考えております。

○金子(み)委員 そうすると、それに関連するのですけれども、施設整備のところでお尋ねしようかと思いましたが、いまの問題に関連しますが、国民の健康づくりの施策をお出しになった時に、市町村保健センターというものをとおつくりになりましたよね。この市町村保健センターは現在四百カ所ぐらいあるそうですけれども、その時点で考えられたことは、昭和六十二年までに三千三百カ所ぐらいつくるという計画を立てていらっしゃると思います。ところが、今度の保健事業を見ますと、五カ年計画になるわけですが、一年手前の六十二年では一カ所だとなつていられるのです。大分

数字が違うのですよ。三分の一なんです。これは、一体考え方や計画を変更なさったのでしょうか。その理由はどうなんですか。そして、今後はどうなさるおつもりですか。それをちょっとおっしゃって見てください。

○大谷政府委員 昭和五十三年に国民健康づくりが発足いたしましたときに、新しい旗として市町村保健センターを設立する、しかし、その市町村保健センターだけではなしに、既設のA型の老人福祉センターあるいは母子健康センター、国保のステーションといったものも含めまして、そういったものも保健センターとして運営できるように補助するというふうな考え方で、トータルとしたしまして三千九百五十三カ所を六十二年度に完成させよう、こういう計画で出されたわけでございます。したがって、市町村保健センターは、六十二年度に千五百六十カ所完成して、既存の老人福祉センター、母子健康センターを活用して、それが二千五百二十九カ所、合わせて全国で四千カ所、大体そういう考え方でできたわけでございます。

しかし、その後実際にいろいろやってみてまいりまして、五十三年度とその後財政事情等の変化もございまして、一応今回の老人保健法絡みでは六十一年度に千カ所、こういうことで若干ペースダウンをしたということになっておりますが、私どもとしては、基本的な物の考え方としては、そういう大きな変革はないというふうに考えておるわけでございます。

○金子(み)委員 わかりました。新しい事業の中に吸収して、そして総合的に計画を立て直すというふうになるのだと思えますから、その方でも成果を上げていただければいいと思っております。いま一つのお尋ねは行政管理局の方になんですけれども、これが済みましたら行管の方はお帰りになつて結構でございます。

これは、いまの厚生省の、ばらばらのを一つにまとめるという話とちよつと似てくるのですけれども、御承知だと思ふのですけれども、農林水産省の関係で生活改良普及員という人がいます。この人たちが国の補助を得て仕事をしています。農業が原因となる諸問題というのを前提に置いていまして、この人たちが暮らしの中の健康指導というのをやっているわけですね。その中は、栄養指導、食事指導などの保健活動、それから環境衛生指導、健康意識の高揚、これは健康教育です。そういうことをやっておられるだけでなく、地域を対象として、二年から三年に一遍ぐらいだそうだけれども、濃厚指導と称して健康診断、健康診査をやっておられる。その結果、有病者が発見されれば病院を紹介し、そうでない人たちは直接指導をする。だれが指導するのかと思ひましたら、この生活改良普及員がなさるそうです。その人たちがどうしてそんなことを指導できるのかと言ひましたら、農水省本省あるいは県で主催した研修を行つて勉強してするのだ、こういうことなんです。

この問題は、私も大変に裏であれだったのですけれども、こんなところまで手を伸ばしていらつしやることは知らなかった。生活指導をしてもらえるという問題は知つていましたけれども、健康教育の問題などまでやつていらつしやる。これからの問題は何かと言つたら、老人問題だ、こういう話です。寝たきり老人の介護の問題なんかがあるというお話でした。確かにそういうことはあるだろうと思ふのです。ですから、このことは厚生省所管の公衆衛生の仕事の一環です。実際問題としても保健婦活動とぶつかるわけです。こういう問題が、やつていけないということは私はここで申し上げられませんが、こういういうぐらゐりがあるのです。

こういうところをどういうふう合理的に進めるべきであるかというふうなことに、厚生省とお話があったのかどうかかわらないのですけれども、実態をもし御存じでないと思ひます、これは行政監察をやつていただきたいのです。そして、そういうことがはつきりわかれば、今後、もし

この法律が実施されるのなら、その時点で完全にダブリますからね、その点をどういうふう調整をなさるかということなんかも両方のお役所で考えていただけるように指導していただきたいと思ひますけれども、いかがですか。

○塚原説明員 厚生省が行つております保健事業と農林省が行つております生活改善事業の間の調整は、両省間で十分行われているというふうには聞いております。

そして、私も一昨年、農業技術の開発と普及に関する行政監察というものを実施いたしました。生活改良普及員につきましては、昨年十二月一日付で農林水産省に勧告いたしております。したがって、当分の間、この両事業の推移を見守つてまいりたい、そういうふうな考えております。

○金子(み)委員 きようは時間がございせんので詳しく伺つてゐることはできないのですけれども、農林水産省の方へお出しになつた勧告ですけれども、その勧告を私も教えてください。後ほど結構ですから、いたしたいと思います。

厚生省にお尋ねいたしますが、両省間で調整ができてゐるはずだというお話ですが、そういうことはあつてゐるのでしょうか。詳しいことは要りません。あつたかかなかつただけで結構です。

○大谷政府委員 昭和五十三年に国民健康づくりが発足いたしましたときに、厚生省だけでは不十分である、先生も御承知のように、ヘルスの事業は、国民すべてをカバーするというのは大変なマンパワーと施設が要るわけございまして、現在の状況というのとはどう国民の皆さんすべてをカバーするのは大変だということで、労働省、文部省も含めまして、各省が集まりまして、そういうことでできるだけ統一的にヘルス事業を進めていこう、国民健康づくりを進めていこうというところで話し合つたことはございまして。

○金子(み)委員 では、その問題は問題ないと考えていいわけですね、一応、勧告の内容は拝見い

たしますけれども。

○大谷政府委員 何度も申し上げますように、この問題につきましては、確かに先生御指摘のように、厚生省が統一的にすべてをやれる、こういうふうになれば理想的なのでございますけれども、現在の状況では、いろいろなところでそれを総合的に進めていくというのが実態的ではないかと考えているわけでございます。

○金子(み)委員 総合的、結構でございますけれども、やはり責任ある問題ですから、厚生省でしっかり押さえた形が欲しいですね。現場では保健婦さんが大変困っていました。私は、そのことを聞いて本当にこれはこのままにしておいていいのかなと思ったものですから、きょう質問させていただいたわけですが、今後よろしく御指導ください。

続けて質問させていただきます。

今度の老人保健事業を実施していくにつきましては、国と都道府県と市町村、この三つの行政庁における公衆衛生事業としての行政の責任と分担はどうなっているのかということ。

それから今度は具体的に、技術的な指導その他市町村の指導をする立場に立っている保健所、これは法律の二十一条できちっとたわわていますから間違いないと思うのですけれども、「保健所による技術的事項についての協力その他市町村に対する必要な援助及び市町村相互間の連絡調整を行う」というふうに書かれております。ですから保健所がそういうことをするようになるのだらうと思いますが、したがって保健所と市町村との行政の責任分担がどうなっているのかということをお知らせいただきたいのですが、簡単に答えただけですでしようか。

○大谷政府委員 保健所は、市町村への技術的協力、たとえば事業計画の企画に関する指導あるいは保健婦等の職員の派遣、施設設備等の貸与等につきまして実施いたしますほか、市町村ができないものにつきまして委託を受け、またはかわりましてその事業の一部を実施するというふうに考えております。

ております。

当然市町村はこの保健事業の実施主体でございます。健康手帳を作成、交付する、あるいは健康教育、健康診査等についてみずから実施する、あるいは委託して実施するというふうに整理をいたしているわけでございます。

○金子(み)委員 そこで、法律によつて市町村が保健事業を実施する実施主体ということになっておりますね。そうすると、先ほど来お話が出てまいりましたように、いろいろとお金がかかるわけです。市町村も三分の一を負担することになりますので、かなり大きな金額が必要になってくるのだらうと思います。先ほどの話にも出ましたように、六十一年度は四百六十三億なんて大きな金にもなりますが、いづれにいたしましても、市町村もかなり大きな負担をしなければならぬだろうと思っております。これに対して、市町村が単独でとても持ち切れないんじゃないかと考えられますが、それについて自治省あたりでは、交付税が何かの形で市町村に大きな負担を負わせないでも済むような形を国としてなさるおつもりがありますか、どうですか。

○亀田説明員 保健事業の実施の内容につきましては、先ほどの質疑応答の中ではつきりいたしましたとおり、市町村の実情に応じて逐次これを行っていくということが法的にも明確になっているわけですが、現時点においては具体的にはつきり決まっているわけではございませんことは御承知のとおりと存じますが、いづれにいたしましても、市町村は保健事業を実施していく場合には人的にも物的にもいろいろな所要の整備をしていかなければならぬわけでございまして、その場合には法律で明記しております国庫の負担が必要かつ十分になされることに基づき前提でございますので、私どもは、その点がしかるべく措置されるように関係省に対して要請をいたしているところでございますが、それらを踏まえまして、いづれにしても都道府県なり市町村の負担が出てくるわけでございますので、その点につきましては関係

省と十分協議をいたしまして、地方交付税等で適切な措置をしてまいりたいと考えている次第でございます。

○金子(み)委員 わかりました。仕事ができるように考えていただきたいと思います。

それから、引き続きましてお尋ねがあります。今度は少し具体的な問題になります。いま、市町村が実施主体だけれども、事業の一部を委託することができるといってお話ございましたね。この委託の問題なんですけれども、委託先がいろいろあるだろうと思うのです。その委託先をどうなところから考えていこうかというのを、お尋ねしていくと大変時間がかかると思いますので、現場の方を少し調べてみましたら、いろいろなところに委託しておりますね。それでその委託先によつて大変金額が違ってくるわけですが、

それで、私ちょっと問題だと思いたしましたのは、たとえば保健所とかあるいは県の施設、そういった公的な機関に委託いたしました場合の費用と、それから民間の医療機関とか検査機関、こういったところに委託しました場合の費用とは大変違うのです。たとえばがん検診なんか、対がん協会に委託しますと、本人は無料なんです。町村の負担としては、これは豊科町ですが、胃がん検診で七十一万円ぐらいかかるわけですね。それから同じ豊科町で子宮がんも大体七十二万。ところが、同じ豊科町でも循環器検診なんかを医療機関に頼みますと、町村の分は百二十六万三千円の赤字になつてしまふんですね。こういうふうなぐあいに大変違ってくるので大変心配だと思つてゐるので

こういうふうになつてくるといふことはやはり市町村の負担のアンバランスということが起こつてくるのであつて、公平の負担の原則が壊されてしまふと思ひますけれども、こういうのはどういふふうにかえていこうかと思ひます。仕方がないとお思ひになりますか。

○大谷政府委員 私どもの基本的な考え方は、先ほど申し上げましたように、府県の保健所ある

いは公的な、公益性の強い民間の検診団体等によつて実施するということをしてできるだけ進めてまいつてきたわけでありまして、しかし、いづれにいたしましても、その他民間の医療機関の御協力を得ないことには全体をカバーすることが不可能なことは先生御承知のとおりでございます。さてその場合に、委託先によつて費用が違ふではないかという御指摘でございますが、これはもちろん検診を受ける人の数あるいはその困難性といった場合に、いろいろあるかと思ひますけれども、私どももいたしましては、できるだけ適正な委託単価というものを設定いたしまして、そういった方向でまいりたいと考えているわけでございます。

○金子(み)委員 その委託単価は検討していただく、確かに大変大きな違いがありますので、というのは、医療機関や検診機関を同列に考えることはまずおかしいと思ふのですけれども、たとえばそういうふうな医療機関、検診機関なんというところへ参りますと、患者の病氣探してみたいなかつこうになつてしまふわけですね。あるいは患者探しとでも言ひますが、健康な人が行った場合でもそれが病氣じゃないかというふうな勘ぐり方もありますから。

そういうふうになりますと、先ほど来ずっと問題になつてまいりました今度の老人に対する支払い方式の問題なんですけれども、いまの出来高払いの支払い方式を変えない限り、いまのままではいづれにいたしましても、むしろ医療費は高騰して、抑制どころではないと思ふのです。逆に患者をどうにかつて、そしてそれで費用を支払うことになるからというふうなものもなかなかないわけでございます。先ほどの御説明がありました保健婦を市町村に置きますと、最初そういう現象が起こりましかつても、これは保健婦はもととは健康管理あるいは保健指導をするのがたてまえですから、やがてそれは逆になつて医療費は軽減するといふ実態がありますが、医療機関ではそれを目的にいたしませんから、決して逆転して医療費が安くな

るといふことにはならない。そういう点を私は大変に心配をするわけですので、どうしてもいまお願いのように基準を決めていただきたいというふうに考えるわけでございます。

そこで、だんだんと時間が迫ってまいりまして、十分なことができてなくて残念でございますが、もう一つ、今度は具体的な問題として保健事業を進めるための基盤整備の年次計画というものがありません。その年次計画の中で一番問題になると申します。重要な問題と考えていいと思うのですが、保健サービスというのはマンツーマンサービスです。ですからどうしても人が必要になります。いわゆるマンパワーの問題ということになるわけですが、これも、そのマンパワーの中でも保健事業の成果を上げようと思えば中心的存在は保健婦なんです。それでその保健婦の問題について少しお尋ねをさせていただきますかと思っております。

まず、いま保健婦は一万五千ぐらいですね。全員で一万七千ですが、地域の仕事をしている人は一万五千ぐらいになります。その一万五千ぐらいの人ではとてもこの仕事はできっこない。そこで今度の御計画では約八千人、細かい数字ですと八千二百八十人ですが、増員を五年間でなさるといふ。そこで私は、再び初めのときのように五年は気が長いなとここでまた言いたくなるのです。というのは、八千人ぐらいいやしたって何にもならないと率直には申し上げたいのです。もし本気でこの仕事をなさるのだったら、本気で保健事業を徹底的にしようと思ふのだったら、あと四万五千人ぐらいい、要するに保健婦は五、六万いなければ本当の仕事にはならない。ですから、おざなりと言つたら失礼ですけども、とにかくふやして少しでもよくしようじゃないかという熱意を買うというところにいたしまして、とても八千人ぐらいいやしてもらつた仕事にはならぬと思ひますけれども、とにかく八千人ふやそうというお考えです。それから、一応そのことを考えますが、そのふやし方の問題と、それからその配置が問題だと思ふのです。

ふやし方はいろいろお尋ねしましたから伺つておりますのでここで申し上げませんが、一番問題だと思ひますのは、市町村事業なので、そうだったらすべての市町村に保健婦が設置されているということが前提だと思ふのです。これがまず第一条件。ところが、保健婦が設置されていない市町村が四百五十八カ所もあるのです。四百五十八といふのは単独の予算がどうのこうのと専門的な御意見もあるでしょうけれども、しかしいいことはいないのですから、四百五十八カ所にはいい。まずここから埋めていかなければならないでしょう。

まずここから埋めて最低一人はというふうな形にするべきなんです。いま計画していらつしやる保健所に定員分として八百五十人、市町村に二千五百人を増員しようというふうに考えていらつしやるというのです。市町村にはさらにパートを三千三百三十人、合わせて五千二百八十人、これだけ置こうという御計画のようですけれども、これを伺つていて私が気になりましたのは、保健所に八百五十人というのはいくつの保健所に一人しか当たらないわけですか。それから市町村に置かれるのは、この数をどういうふうな配置計画をお立てになるのか具体的に知りたい。無保健婦村というものもあるのですから、そのことも考えていただきたい。

そしてもう一つの問題はパートです。非常勤で三千三百三十人とおっしゃるのですが、そんなにいますか、非常勤の人。この非常勤の人というのは多分潜在保健婦を頭に考えていらつしやるのだから、そのうちのいくつかがパート問題です。そして非常勤で一番苦労しているのは、これは看護婦の場合でも保育の場合でも同じです。学校の職員の場合でも教員の場合でも同じですが、非常勤で雇い上げようと思ひます場合にはその条件が大変に問題になるわけですね。条件次第であつたりなかつたりということが考えられるわけなんです。ですからこの場合どういうふうに考えていらつしやる

のだろうということが大変気になります。

とにかくマンパワーの基本的な問題ですから、その辺を少しわからせていただきたいと思ひます。

○大谷政府委員 市町村につきましては、都道府県ごとに配置計画を作成するなど、未設置の市町村や相対的に保健婦が少ないところを重点的に配置するように都道府県で指導をしていただくというふうに考えております。

それから潜在保健婦が確保できるかというお尋ねでございますが、現在、私どもの調査では約二千五百人程度の潜在保健婦が全国におられる。また今後の五カ年間に約三千人余りの退職保健婦さんが予定されております。したがって、こういった方々の長年の御経験というものをできるだけ活用したらどうかというふうに考えているわけでございます。

そこでもう一つ、先生がおっしゃつております。そういった保健婦さんの雇用条件というのはいくつもの点でございまして、私どもとしては現在一応雇い上げということで、統一単価ということでも要求しているわけでありまして、今後ともこれにつきましては、私どもとしてできる限り、最大限の努力をいたしたいというふうに考えております。

○金子(み)委員 具体的に伺いたいところですが、時間がありますからきょうは省きます。いずれまた別の機会にこのことはしっかり聞かせていただかないと、潜在保健婦は出てこないということをお願いいたします。

それから、同じような問題なんですけれども、市町村保健婦ですね、市町村の活動が重点ですが、市町村保健婦は現在七千七百五十人おります。そのうち国庫補助の対象になっているのが四千六百九十三人で、三千五十七人は自治体の独自の財源で置いているわけですね。大変なことだろうと思ひます。

そこで、そのことに関連して、今度新しいこの事業が行われるということになりますと、全面的

にこの事業を実施しようということになります場合に、果たして市町村単独で任せられるかどうかという問題なんです。その点につきましては、国はいまのほかに人たちが、その四千六百九十三人と同じように国庫補助を用意するつもりがおありになるのかどうか、するかしらないかということが一つ。

もしそうでなかったならば自治省が交付金か何かの形でこれを助けるか、とにかくどつちかやらないと保健婦は置かれないというふうには私は思ふのです。それをどういうふうに考えていらつしやるのかというのを両方から聞かしてくだされい。

○大谷政府委員 現在、市町村の保健婦補助金が約三千人につきまして補助対象外となつていて、これにつきましては、これはまたことに残念なことでございますが、実は昭和五十三年度に国民健康づくりということで国保保健婦を市町村に一元化いたしましたときからの長い間の懸案の問題でございまして、しかも毎年、これにつきましては国家公務員の定員削減計画と横並びということで削減が課せられるというふうなことで、非常にむずかしい状況でございまして、厚生省としては、こういった削減分だけは何とかそれに見合う増員ということをお願いいたしまして、いままでやってきているわけでございます。しかし、今後ともその点につきましては私どもとして大変努力をいたさなければならぬというふうに考えております。

しかし、それとは別に、今回の老人保健制度の発足に当たりまして、先ほども申し上げましたように老人保健事業に保健婦さんが飛躍的に要るわけでございますから、先ほどの補助対象外はそれはそれといたしまして、老人保健制度の保健婦さんにつきましては、これは補助金ということで増員要求をお願いいたしております。

○金子(み)委員 そうすると、市町村分、定員分とパート分と合わせて五千二百八十人、これの補助金を要求なさるおつもりですね。それはそれでわかりました。

あと一つ問題が残りましたのは、御計画では保健婦をこれだけふやして、八千人ふやして何ができるのかというのを調べてみたらば、月一回の訪問指導というのですね。問題はこれなんですよ。寝たきり老人に月一回の訪問指導、数字は時間がありませんからここで取り上げませんけれども、月一回、何ができるかということです。こんな程度では来ないよりましたという程度にしかありません。

しかも保健指導。これは私は局長にはつきりと申し上げておきたいのですけれども、保健指導という言葉はもう外した方がいいのじゃないですか。これは家庭訪問看護ですよ。家庭では看護のケアを要求しているのですよ。指導されることを要求しているのじゃないのですね。看護のケアがやってもらいたいわけです。ですから、そのためには月一回行くくらいじゃ看護のケアなんかやったことにはならぬですよ。せめて一週間に一遍、本来だったら毎日でも欲しい人もあるでしょうから、だから私は八千人じゃ役に立ちませんよと申し上げたわけで、八千人ふやして月に一回家庭に行って看護の指導なんかやったら何の意味があるかって本当に言いたくなる。

ですから、人間はもっとふやさなければならな
いと思いますのと、この月一回の訪問指導とい
うのは訪問指導でなくてこれは訪問看護というこ
とをきちつと位置づけていただきたいと思いま
す。

きよは午前中に参考人を見えまして、村田さんという高崎市の医者さんでしたけれども、地域保健医療をやつて成功していらつしやる方があるのですが、その方が家庭看護の話を盛んにされておられましたけれども、やはり地域で欲しがつてゐるのは家庭看護、ケアそのものなんだ、決して指導ではないということをおつしやつていました。ですから、私はやはりこれは保健所の保健婦、保健の人たちにもあるいはそのほかの人たちにもはっきりと国としても指導していただきたいのですけれども、これは訪問指導ではなくて、訪問看護な

んだということ、看護をやると同時に指導はできるわけですから、指導、指導と先に立てないでやっていただきたいということを思います。それはやっていただけますか、そういうふうを考えていただけますか。

○大谷政府委員 保健事業の専門家である先生がおっしゃるわけでございますので、私どもとしてもできる限りその方向でいきたいとは思いますが、当面老人保健法のマンパワーのあれにつきましては、非常に厳しい人件費の中でいろいろ考えてやっているわけでございまして、訪問指導のほかに健康教育、健康相談あるいは健康診査、いろいろあるわけでございます。在宅看護も含めて訪問指導をさらにやるべきだというふうな先生の御意見でございしますが、当面私どもとしては予算上のいろいろな制約もありまして、やはりそういった点でいまのところ非常に煮え切らないのでございしますけれども、訪問指導というふうに考えているわけでございます。

○金子(み)委員 はつきりさせてくださいよ。そんなこと言わないで。それは誤解が生じますから。もし強いて言うなら看護及び指導とおっしゃって結構ですから、看護という字をぜひ入れてください。

それからあと一つになりました。これは厚生省と大蔵省と両方にお尋ねするかっこうになるのですけれども、先ほどもお話ししました話の中に出てまいりましたように、市町村に対する全面的な指導と言つてもいいくらい保健所の役割りは大きいと思うのです。その保健所の役割りは大変大きいと思いますのにもかかわりませず、これは風聞でございますから私の耳が悪いのかも知れませんが、保健所の人件費とそれから運営費に対する国庫補助がずっと出ておりますのを、今度こそは切りかえて交付金にしようというお考えがあるように伺つてゐるのですけれども、厚生省としてはそういうふうなことは考えていらつしやるとは思ひませんが、相手は金を持つてゐる大蔵省のことです。大蔵省はそのことについて

てどう考えていらっしやるのか。

私は自分でも何年か前に大騒ぎをして大蔵省にお願いに上がった経験がありますので、またあれをしなければならぬのかしらんと思つてはらはらしているのをごいいますけれども、そういうことは絶対ないようにしていただかないと、せっかくのこの老人保健法も生きていかないのですよ。せっかくできてもしつくて魂入れずみたいなにかっこうになります。保健所がしっかりしていかねなかつたらこの仕事はできないのですから、そういう意味で、ぜひ厚生省側の御決意と大蔵省側の御協力のところを聞かせていただきたい。

○大谷政府委員 この問題につきましては、保健所のあり方というふうな点も考えまして慎重に検討いたさなければなりません、厚生省といたしましては、現状を維持したいというふうに考えております。

○篠沢説明員 今度の新しい保健事業に關しまして、保健所の機能というのは大変重要な役割りを果たすということについては理解をしております。

先生御承知のとおり、保健所につきましてはこの事業がすでに地方で同化、定着をしているので、効率的なかつ弾力的な事業運営を行っていくためにはその運営費を地方の一般財源に切りかえたらどうか、こういう意見は地方側から相当強く出されていることは事実だと思います。

また、いま厚生省からもお話がございましたように、新しく保健所の機能をさらに強化していくその上では、やはり補助金によった方がいい、従来どおり補助金を中心として考えていくべきだ、こういう意見もございます。両方の意見があるわけです。

保健所の運営を強化するという上では、どちらでなければ強化できないというようなものでは必ずしもないのではないかと思いますけれども、私どもはいずれにしても、両方の意見とかこれまでの経緯や何かを踏まえまして、予算編成の中でもう少しよく検討させていただきたいというふうな

考えております。

○金子(み)委員 いまの大蔵省の御答弁にはちよつと私も言いたいことあるのですけれども、時間もありませんのできょうはやめます。いずれ機会を得ましてというふうに考えます。この問題はちやんとするまで続けたいと思います。

そこで、委員長、済みません。ちよつと時間が過ぎましたが、これで最後にいたしますので御了解いただきと思いますが、大臣に最後にお願ひがあります。

いまでもやりとりをお聞き取りいただいて、保健事業というものが、大臣たびたびおっしゃいますが、今度の法律の目玉事業だというふうにおっしゃっていますが、その目玉事業が実現するためにはどんなに大変かということもどうにおわかりになっていると思います。そのためにどれだけ厚生省が努力しなければならぬかということもわかっていただけたと思うわけです。厚生省の努力だけでなくて、関係諸官庁の御協力もいただかなければなりません。それでもやはり主体は厚生省ですから、ひとつこの問題は本氣になつて取り組んでいただく。当然だと思いますけれども、取り組んでいただかなければならないというふうな思いしますので、ポイントをしっかりとつかまえてやっていただきたいと思います。

それこいま一つは、私はきょうは医療問題には触れなかつたわけですが、いまでも多くの方々が触れていらつしやいます。それで大臣のお考えも何過も何過も聞かせていただいております。それで今度のお年寄りが医療を受けた場合の医療費の支払いの問題です。この支払い方式の問題について大臣がおつしやつていらつしやるのは、これは老人に最もふさわしい合理的な方式を検討する必要があるということは何過もおつしやつていらつしやいますし、現在の方式の見直し案をたたき台として老人保健審議会に提出して検討していただくと思つていますともおつしやつていましたけれども、この点について変更はおありにならないかという問題です。なお、さ

らに大臣の御答弁では、老人保健審議会で諮ると
いうふうにおっしゃっていらつしやうて、中医協
ではなくと断つていらつしやるのですね。ですか
らその辺も変わらないのかどうか、最後にお考え
を述べていただいて、質問を終わりたいと思いま
す。

○村山国務大臣 ヘルスの関係はいま金子委員
る御見解をお述べになつたのでございますが、私
もこの仕事は非常に息長い仕事であつて、そして、
将来大きく実りあるものに発展させなければなら
ぬ重要な施策と考えておりますので、御意見の趣
旨を踏まえまして私は全力を挙げてこの実現方に
努力するつもりでございます。

なお、診療報酬の支払い方式の問題につきまし
ては、御提案申し上げておりますように、ヘルス
とそれから診療報酬あるいは提出金のあり方等と
いうものをひとつ総合的に御審議いただく老人保
健審議会を予定しておるわけでございます。そこ
におきます診療報酬のあり方につきましては、諸
外国における制度、わが国の制度、またそれらの
中間的なものもあるかもしれません。それぞれの
利害得失、長短等を十分検討いたしまして、そし
て老人医療に最も適した支払方式をつくり出して
まいりたい、かように考えておるところでござい
ます。

○金子(み)委員 ありがとうございます。

○湯川委員長代理 この際、暫時休憩いたします。

午後四時九分休憩

〔休憩後は会議を開くに至らなかった〕

昭和五十六年十一月十三日印刷

昭和五十六年十一月十四日発行

衆議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局