



同(上田利正君紹介)(第六五四号)  
同(岡崎万寿秀君紹介)(第六五五号)  
同(中路雅弘君紹介)(第六五六号)  
同外一件(永井孝信君紹介)(第六五七号)  
老人医療費の患者一部負担反対等に関する請願  
(伊藤英成君紹介)(第四九五号)  
同(佐藤雄雄君紹介)(第四九六号)  
同(早川勝君紹介)(第四九七号)  
同外一件(伊藤忠治君紹介)(第五三九号)  
同(工藤晃君紹介)(第五四〇号)  
同(沢田広君紹介)(第五四一号)  
同(田中美智子君紹介)(第五四二号)  
同外三件(野坂浩實君紹介)(第五四三号)  
同(安藤巖君紹介)(第六一〇号)  
同外一件(角屋堅次郎君紹介)(第六一一号)  
同(佐藤観樹君紹介)(第六一二号)  
同(佐藤祐弘君紹介)(第六一三号)  
同外一件(石田幸四郎君紹介)(第六一四号)  
同(緒方克陽君紹介)(第六一五号)  
同外一件(草川昭三君紹介)(第六一六号)  
同外一件(柴田弘君紹介)(第六一七号)  
同外一件(城地豊司君紹介)(第六一八号)  
同外一件(永井孝信君紹介)(第六一九号)  
老人保健法改善等に関する請願外八件(稲葉誠一君紹介)(第四九八号)  
同(佐藤雄雄君紹介)(第四九九号)  
同(工藤晃君紹介)(第五〇〇号)  
同(東中光雄君紹介)(第五〇一号)  
同(正森成二君紹介)(第五〇二号)  
同(浦井洋君紹介)(第六一四号)  
同(佐藤祐弘君紹介)(第六一五号)  
同(野間友一君紹介)(第六一六号)  
同(佐藤祐弘君紹介)(第六一七号)  
同(中西廣介君紹介)(第六一八号)  
国立療養所秋田病院の移譲反対等に関する請願  
(小川国彦君紹介)(第五〇〇号)  
同(川俣健二郎君紹介)(第五〇一号)  
同(佐藤敬治君紹介)(第五〇二号)  
同(嶋崎讓君紹介)(第五〇三号)

同外一件(阿部末喜男君紹介)(第五四六号)  
同(川俣健二郎君紹介)(第五四七号)  
同外一件(佐藤敬治君紹介)(第五四八号)  
同(川俣健二郎君紹介)(第五四九号)  
同(新村勝雄君紹介)(第五五〇号)  
同外一件(佐藤敬治君紹介)(第六一七号)  
同(川俣健二郎君紹介)(第六一七号)  
同外一件(佐藤敬治君紹介)(第六一七号)  
国立福知山病院の経営移譲計画中止等に関する請願(西中清君紹介)(第五一〇号)  
同(藤原ひろ子君紹介)(第五五一号)  
同(寺前巖君紹介)(第六二七号)  
同(寺前巖君紹介)(第六二七号)  
小規模障害者作業所の助成に関する請願(稲葉誠一君紹介)(第五一一号)  
国立病院等の再編成に伴う特別措置に関する法律案廃案等に関する請願外一件(古川雅司君紹介)(第五一二号)  
老人医療無料制度復活等に関する請願(浦井洋君紹介)(第五二四号)  
同(東中光雄君紹介)(第五二五号)  
同(村上弘君紹介)(第五二六号)  
同(浦井洋君紹介)(第五二七号)  
同(児玉健次君紹介)(第五二八号)  
国民の医療と福祉の充実に関する請願(工藤晃君紹介)(第五二七号)  
同(田中美智子君紹介)(第五二八号)  
同(正森成二君紹介)(第五二九号)  
同(松本善明君紹介)(第五三〇号)  
同(松本善明君紹介)(第五三〇号)  
老人保健法の改悪反対等に関する請願(瀬長亀次郎君紹介)(第五三七号)  
同(田中美智子君紹介)(第五三八号)  
同(石井郁子君紹介)(第五三九号)  
同(浦井洋君紹介)(第五四〇号)  
同(浦井洋君紹介)(第五四〇号)  
同(佐藤祐弘君紹介)(第六〇七号)  
同(正森成二君紹介)(第六〇八号)  
同(関山信之君紹介)(第六五八号)

同(中路雅弘君紹介)(第六五九号)  
老人医療の無料化制度復活等に関する請願(田中美智子君紹介)(第五二五号)  
同(正森成二君紹介)(第五二五号)  
同(石井郁子君紹介)(第五二六号)  
同(浦井洋君紹介)(第五二七号)  
同(矢島恒夫君紹介)(第五二八号)  
医療・福祉の改善等に関する請願(田中美智子君紹介)(第五二九号)  
同(安藤巖君紹介)(第五三〇号)  
同(岩佐恵美君紹介)(第五三一号)  
同(浦井洋君紹介)(第五三二号)  
同(工藤晃君紹介)(第五三三号)  
同(辻第一君紹介)(第五三四号)  
同(中路雅弘君紹介)(第五三五号)  
老人医療費の患者一部負担増額反対、老人保健法等の改善に関する請願(岡田正勝君紹介)(第五三六号)  
老人保健制度の改悪反対等に関する請願(安藤巖君紹介)(第五三七号)  
同(野間友一君紹介)(第六二四号)  
同(広瀬秀吉君紹介)(第六二五号)  
国立病院・療養所の統廃合反対等に関する請願(金子みつ君紹介)(第五八九号)  
同(柴田睦夫君紹介)(第五九〇号)  
同(野間友一君紹介)(第五九一号)  
同(佐藤祐弘君紹介)(第六二六号)  
老人保健法・国民健康保険法の改悪反対等に関する請願(中村正雄君紹介)(第六二七号)  
建設国民健康保険組合の改善等に関する請願(岡崎万寿秀君紹介)(第六二八号)  
老人医療の患者負担増額反対等に関する請願(浦井洋君紹介)(第六二九号)  
美容業の着付業務に関する請願(草川昭三君紹介)(第六三〇号)  
医療保険制度改善に関する請願(草野威君紹介)(第六三一号)  
同(中路雅弘君紹介)(第六三七号)

は本委員会に付託された。

本日の会議に付した案件

老人保健法等の一部を改正する法律案(内閣提出第九号)  
派遣委員からの報告聴取

○堀内委員長 これより会議を開きます。

内閣提出、老人保健法等の一部を改正する法律案を議題といたします。

この際、本案審査のため、大阪府に派遣いたしました委員からの報告を求めます。戸井田三郎君。

○戸井田委員 私どもは、老人保健法等の一部を改正する法律案の審査に資するため、大阪府に赴き、現地において各界の代表から意見を聴取いたしましたので、この際、私から御報告申し上げます。

派遣委員は、堀内光雄君を団長として、長野祐也君、丹羽雄哉君、浜田卓二郎君、池端清一君、沼川洋一君、田中慶秋君、持永和見君、村山富市君、浦井洋君、それに私を加えた十一名であります。

現地における会議は、昨日午後一時より午後三時まで、大阪厚生年金会館会議室において開催し、まず堀内団長から、派遣委員及び意見陳述者の紹介並びに議事運営の順序等を含めてあいさつを行った後、大阪府立大学経済学部教授大野吉輝君、阪南中央病院医師中田成慶君、兵庫東加東郡社町長石古勲君、全日本労働総同盟大阪地方同盟副書記長岡田元弘君の四名の方から参考意見を聴取いたしました。

陳述者の意見は、大野君、石古君よりは賛成、中田君、岡田君よりは反対の意見が述べられました。

改正案に対する賛成の二君からは、今後の本格的な高齢化社会に備えて、世代間の負担の公平を

図ることにより、国民が安心して老後を託せる老人保健制度を長期的に安定させるという観点から、改正案は大筋において賛成である。

改正案の内容については、まず、老人医療費を適正なものとし、今後急増すると予想される寝たきり老人等の要介護老人に対し、保健、医療、福祉を通じた総合的な施策を進めるために、応分の一部負担の引き上げ及び加入者按分率の見直しを行い、各医療保険制度間で負担の公平化を図るとともに、医療サービスと生活サービスをあわせ持つ老人保健施設制度を創設することは、要介護老人の多様なニーズにこたえる福祉対策の実現であり、賛成である旨の意見が述べられました。

特に、国民健康保険は、国民皆保険の中核として地域医療の確保と住民の健康の保持増進に極めて重要な役割を果たしているにもかかわらず、その財政状況は著しく悪化し、もはや負担の限界を超える状況にある。加えて、老人加入率は著しく高くなり、老人医療費を中心とする医療費の増高は、国保制度の持つ構造的な財政基盤の脆弱さと相まって国保財政を一層圧迫している。このような状況のもとで医療保険制度間の負担の公平を図ることは、国保財政の長期安定と国民皆保険制度の維持につながるものであり、加入者按分率の引き上げは早期に実施すべきものであるとの意見がありました。

改正案に対する反対の二君からは、今回の改正は、国民に負担の増加を強いる財政的な見地からの改正であり反対である。

特に、老人医療費の一部負担の引き上げなどは、体の弱い老人に費用負担を強いることになり、老人に必要な受診を抑制するもので、まさに福祉の後退であり反対である。

また、加入者按分率の引き上げは、実質増税であり、かえって制度間の負担の著しい不公平を生じることになる。したがって、老人医療費の負担方法については、医療費按分率五〇％、加入者按分率五〇％として算定すべきであり、最近における各保険制度の老人加入率を見ても、制度発足当

時と大差がなく、この面からも加入者按分率を急激に引き上げなければならない条件の変化が見当たらないとの意見を述べられました。

なお、以上のほか、医療費適正化対策、診療報酬体制、医療保険制度の一元化、社会保障負担、国保の保険料滞納者の問題等について、それぞれ立場から意見が述べられました。

意見の陳述が行われた後、各委員から医療保険制度の将来見通し、老人医療費の一部負担のあり方、加入者按分率、老人保健施設、国保の保険料滞納者の取り扱いなどについて熱心に質疑が行われました。

以上をもつて報告を終わりたいと思いますが、この会議の開催につきましては、関係者多数の御協力により、極めて円滑に会議を行うことができた次第であります。

なお、会議の内容を速記により記録いたしましたので、詳細は会議録によって御承知願いたいと思いますので、会議の記録ができましたならば、本委員会議録に参考として掲載されますようお願いいたします。

以上でございます。

○堀内委員長 これにて派遣委員からの報告は終わりました。

お諮りいたします。

〔異議なしと認める者あり〕

○堀内委員長 御異議なしと認めます。よって、さよう決しました。

〔会議の記録は本号(その二)に掲載〕

○堀内委員長 老人保健法等の一部を改正する法律案について質疑の申し出がありますので、順次これを許します。大原亨君。

○大原(亨)委員 きょうは、質問の大きな順序としましては、前段の質問もありますが、予告いたしましたのと少し変えまして、第一番目に退職者医療をめぐる問題、連動しておりますから、それから保険制度の問題、それから老人保健法の問題、こういうふうな順に進めてまいります。

質問に入ります前に、先日、吉村前次官が亡くなられました。非常に内外ともに敬しいときに、何とか良心を貫こうということで一生懸命にやっておられました。マイナスシーリングやそういう中に挟まれて非常に苦勞されたと思います。山口年金局長に次いで立派な人材を失った、こういうことになりました。心から御冥福をお祈りいたしましたと思います。

最初に厚生大臣に御質問いたします。

この数年の健康保険法、退職者医療、老人保健法、三年前、これらの経過を振り返ってみますと、言うなれば行政改革の名前でマイナスシーリング方式、こういうものが社会保障に対して非常に大きな圧力となりまして、そして制度本来の改革ではなしに、例えば行革の委員の諸君の中にも指摘をいたしておりますが、簡素化とか効率化とか公平化、そういう趣旨に——大臣、これは応用問題です。それから聞いてください。そういう趣旨に反する圧力がかかって、年金制度、医療制度全体もそうですが、特に医療制度は、医療費がどんどん高齢化に直面して増大しておりますから、これは社会保障制度の正しい改革のためには非常に一つの圧力になっておりまして、そして矛盾やゆがみが顕出をしております。こう私は思います。これはからにはそういう方式を繰り返してはならぬ。本

当に高齢化社会に対応する制度を確立しなければならぬ、こういうふうに思います。現在の段階における大臣の御見解をお聞きいたします。

○斎藤國務大臣 先生も御指摘をいただきましたように、これから本格化いたします長寿社会に安定的に機能していく社会保障制度、医療保険制度を確立していかなければならない、そういう中で、いかに効率的に、体系的に長寿社会に向かっ

て安定していくかという観点からの制度の見直しが行われてきたことと考えております。そういう意味におきましては、行政改革なりまたは行革審議の考え方と異なるものではないと考えております。

○大原(亨)委員 自民党の部会でもそうですが、厚生省の中にもいろいろな研究機関があるので、もうそういうことはけしからぬ、もう返上し、もう、こういう意見があることは政治家である大臣は知っておられると思うのです。以下順次質問いたしますが、最終的に見解を聞きたいと思

第一は、順序を変えて退職者医療制度の問題なんですが、これにつきましては、昭和五十九年、六十年の見込み違いについては一定の補正をいたしておるわけですが、しかしなおそれらの中で残っている面があるわけです。今回出てくる補正の中にはどういふ点が補正をされて出てくるのですか。

○下村政府委員 本年度の補正予算におきましては、退職者医療の影響等に伴う国保財政に及ぼす影響を考慮いたしまして、七百四十億円の特別交付金の計上をお願いしております。当初予算におきまして二百三十億円の特別交付金を計上いたしましたので、合計いたしまして九百七十億円の特別交付金が今年度は国保に対して交付されるということになると承知しております。

○大原(亨)委員 見込み違いというのは大変な問題ですけれども、例えば当初見積もりでは四百六十六万人が二百六十七万人になって三五〇の誤差ができた、それから六十年度末では二百九十七万人です。それから二七〇の誤差が出ておる、それは見込み違いというふうなものではないわけですか、ひどいものです。これは制度自体に欠陥があるのじゃないか、私はこう思うのです。

そこで、今七百四十億円の今回国会に出された補正予算に二百三十億を加えたと九百七十億、こういうふうな言われましたが、まだその誤差が約七百億程度残っているというふうな言わ

れておりますが、これは事実ですか。

○下村政府委員 退職者医療に伴う国保への影響額につきましては、五十九年度が約六百億、それから六十年度が千四百億、合計二千八十億でございます。それからそれに六十一年度の影響額がどの程度出てくるか、こんな格好になるわけでございます。五十九年度、六十年度の約二千億に對しまして千三百七十億ばかり昨年度の補正予算に於いて措置いたしましたので、その差額七百億の影響がまだ残っておりますのじゃないかということが言われているわけでございます。

○大原(幸)委員 きょう大蔵省も見えておると思うのですが、どうなんですか、約七百億円ほど。言うなれば見積もりですから制度上細かなことは説明しませんが、国庫負担の概算払いをするのだと思うのです。そうすると、実績との間に差がでると思うのですが、例えば昭和六十一年度は退職者医療の見積もり人員を何名にしているのですか。何名と見積もっているのですか。

○下村政府委員 三百二十五万人という想定で現在の影響額は算定しておるといふことでございます。

○大原委員　三百二十五万人ですね。三百二十五万人というふうにやりますと、また誤差が出るのじゃないですか。そういう誤差が六十一年度に出る。六十二年度の予算要求はやはりそれに基づいてやるのだと思うのですけれども、また誤差が出るのじゃないですか。そういう制度というのは制度自体に問題があるのじゃないですか。いかがです。

○下村政府委員　ただいま六十一年度の見込み数約三百二十五万人というふうに申し上げましたけれども、現実の加入者数もほぼその程度になっておりまして、退職者医療につきましては、制度創設後の実績を考慮いたしまして、それに応じた数で国保財政の状況を見ておりますので、今後制度創設当初のような大きな差が出てくるということはない、このように考えております。

○大原(亨)委員 昭和六十年代末、つまり昭和六

十一年三月の見積もり修正は二百九十七万人です。三百二十五万人でございまして、これはやはり誤差が出ることは間違いないですよ。やはり退職者医療制度自体にも問題があると私は思うので、すけれども、ここに一つ問題があることを指摘しておきます。精算をするために地方自治体や国保の関係団体は非常に苦労いたしておるわけであります。お百度を踏んでおるわけですよ。それで厚生省は大蔵省との間においていろいろ折衝するわけですが、すけれども、こういうやり方自体に問題があると私は思う。

もう一つは、退職者医療制度は、退職いたしまし  
てから一定の年金条件の人の六十九歳までの医  
療を対象にしているのですけれども、その費用  
負担の中には、御承知のように退職者自身が国民  
健康保険に払っている保険料があるのですね。そ  
の残りは事務費を含めて全部被用者保険から拠出  
するという仕組みになっておるわけです。概算算  
積もりに穴があきますと、国民健康保険に対して  
国庫負担が少なく入っていますから穴があく  
という仕組みになっているわけです。そうでき  
よう。他の制度全体には高齢者に対しては四

○%以上の国庫負担があるのですが、退職者医療には一つもないのですね。本人、退職者が払う国民健康保険の保険料に對しまして、他の国民健康保険には五〇%の国の補助がついていのですけれども、それもついていない。全部自分の責任。保険料だけでやっているとこの制度は組合管理と共済以外にないわけです、これは現役ですっかり高齢者の社会保障としてやる場合に、国庫負

担が全然入っていないというふうなずさんな仕組みというか整合性のない制度というものはあり得ないのじゃないか、成立しないのじゃないかと私は思います。これは国民健康保険制度の中に勘定を設けておる、そしてそこで丸めて処理しようとしたしておりますから、私は老人保健法の改正にこれが連動しているとらむのですが、これは制度的には国庫負担を全然出さないというふうなことで

は、所得の再配分、社会保障の原則から間違いで

はないか。いかがですか。

○下村政府委員 退職者医療は被用者保険総体としてのいわば共同事業的なものとして構成されてきているわけでございます。ただいま大原先生からお話をございましたように、被用者保険総体としては、その本体である共済あるいは健保組合いずれも国庫負担なしで運営いたしておりまして、退職者につきましても、その延長であって、被用者保険総体の負担能力等から考えると、国庫負担はなしという従来の考え方を踏襲して、退職者医療につきましても国庫負担を行わないということで制

度を考えているわけでございます。

○大原(三)委員　今の答弁の中には二つ問題があります。つまり退職者医療制度というものは七十歳まで。高齢者というのは雇用からいっても年金からいっても六十五歳なんです。日本の制度は大体六十五歳でやっているわけです。だから、それ以降の退職者については国庫負担を、税を入れまして、そして一定の助成をしながら国民所得を再配分するという原則が立っておるわけです。というのは、国民健康保険には、減しましたけれども三八・五%ですから、実際的には医療給付費の

五五%の国庫負担があるわけですが、老人保健制度も二割の国庫負担があるわけです。そういうことから考えてみまして、退職者医療に国庫負担がなないというのはおかしいわけです。これについての見解があれば聞きたい。

もう一つは、被用者保険の共同事業として退職者医療をやる、こういうのです。その論点、考え方私は賛成です。ですから、退職者医療のと

きには我々もそういう条件を議論したわけです。しかしながら、もし共同事業としてやるのであるならば、一番自主性の強い、自主的な運営をしておる健保連、組合管掌の健康保険、あるいは共済の短期給付、あるいは政府管掌の健康保険、そういう保険事業の延長線上でやる。つまり費用を出したものが支出について規制ができる、そういうところである。国民健康保険の中に退職者医療と

いう勘定を設けてがらがらでやるのではなしに、

すから、被用者保険の延長線上で自主的に管理できるようにやるならば、あなたが答弁することは若干、半分ぐらいの正当性がある。そういう意味においてこの制度はでたらめではないか。

というのは、国民健康保険制度の中に退職者医療の勘定を設けておいて、そこへ被用者の拠出金をぶち込みますね。そうすると、国民健康保険の国庫負担が削減されるという制度に連動するわけです。つまり退職者医療制度というのは、退職者医療制度に名前をかりて拠出金を出しておいて、

そして今度は国庫負担をカットする。そのため行つたものである。非常にゆがんだ財政調整の一つの手段としてマイナスシリリングの中行つた。そういうことで、これは非常に支離滅裂の、簡素化ではなしに複雑な制度になつておるといふことであると思いますが、いかがですか。

○下村政府委員　国庫負担につきましては先ほど申し上げたところに尽きているわけでございます。

それから、退職者医療制度そのものを被用者保険総体の共同事業的な考え方とらえた場合に、

かという点につきましては、法案立案の過程で、実は被用者保険サイドの代表格ということで健保連とも退職者医療制度のあり方についてはいろいろ協議をいたしまして、健保連が共済組合等も含めて退職者医療を行うという方式もあり得るのではないか、これは話の過程ではいろいろ出てきたのでありますけれども、結局その時点におきまして

ては、健保連としては、それに踏み切ることができなかつた、健保連としては退職者医療を行うことについて当時は非常に消極的だったわけでごやいます。その結果、国保に退職者医療制度の運営そのものを任せるという形でこの制度ができた。最終的には、国会でいろいろな御審議をいただいたりします過程で、健保連から、やはり一部は自分たちの手で退職者医療をやりたいという話が出て

まいりまして、健保組合の中で条件が整ったところ

なっていくという推移等にもらみながら、そのような推計をいたしたわけでございます。したがっている推計がこれからシェアを落としていまして、国庫負担がこれからシェアを落としていきますけれども、二割の国庫負担分については堅持いたしますけれども、国保に対する国庫負担金の部分が減ってまいる結果であるということでございます。

○大原(幸)委員　私はこれは与党の諸君にも聞いておいてもらいたいと思うのですが、厚生省の中でも自民党でもやっているのですが、つまり社会保障の特別会計をちゃんとして、必要なものは税金で取る、あるいは必要なものは保険料で公平に取る、そういうことをやって制度を整備しなければならぬ、こういうことはみんなの意見です。大蔵省の中にもあることは知っております。私どもも稼働能力のないもので保険制度の本質に反するようなものについては、全国民が負担するといふ形をとらないと、社会保障は二十一世紀へかけずして後退するだけではないか、支離滅裂になるではないか、こういう議論ですね。

参議院に皆さん方が提出いたしました「昭和七十五年度老人医療費負担額試算」というのによりますと、老人医療の総医療費は十五兆六千七百億円で、被用者の保険拠出金は六兆七千八百億円であります。保険料負担分です。国保の拠出金が一兆五千二百億円に減りまして、国庫負担が激増いたしました。五兆四千三百億円で、国庫負担の総医療費十五兆六千七百億円に対する比率は三四・七％でございます。これは四〇％を大きく超過し

しているということになります。そういうことで、これから高齢化で老人がふえているときに、社会保障を整備することは基本的にできぬじやないかということですね。そういう問題を議論しないで、目先だけの議論でマイナスイリソングで追いまくられるというようなことは、政治姿勢といひましては下の下である、こういうことです。そこで、これだけ議論しておりまして最終わかりますから、その次の問題は、さて日本の保険制度というものをこれからどうするかということでは

す。自民党の諸君が日本医師会との間においては一本化ということについて約束しておられるようでありま。かつては国保中央会の会長の齋藤君が国会に出たことがあります。それは選挙対策だったのですが、やる気はなかったのですけれども出したことがあります。保険制度については一本化と一元化の議論があるわけですが、これは中身が違わうわけ。厚生省は一元化という趣旨に言っております。私も一元化という趣旨については賛成です。日本の健康保険制度はこれから存続するかどうか。このメリットを生かして存続するかどうか。存続するとすれば、保険制度はどのような体系で存続させるのか、こういう点について答弁してください。

○斎藤国務大臣 今後本格的に高齡化社会に向かつて播るべき社会保障制度を確立いたしてまいらねば、今後とも負担と給付の面での公平化という観点からの一元化を進めてまいりたいというふうに考えておりますが、これまでの歴史的経緯、また日本の特性などを反映いたした現在の社会保険制度の枠組みというものは堅持しつつ、そういう中で考えていくのが現実的ではないかというふうに考えております。いずれにいたしましても、幅広い角度からいろいろと検討をしてみなければならぬ問題であるというふうに考えております。

○大原(孝)委員 社会保険制度は存続する。つまりイギリスとかイタリアのように、これは保険制度が失敗したしまして、ナショナル・ヘルス・サービスになったわけですが、そういうふうなことはしないで社会保険制度は存続させる、こういう原則の上に立つてやりたい。

それでは、社会保険制度は地域保険と被用者保険に分けて考えられるわけですが、これを一緒にするかどうか、あるいは地域保険、国民健康保険は改善して存続させ、被用者保険も存続させるという中で、言うなれば大臣が答弁されたようなことを実現するのか、これは具体的に聞いておきます。

○斎藤国務大臣 今後幅広い角度からの見直しを行ってまいりますので、断定的なことは申し上げられないとは思いますが、現在考えられますことは、地域保険、また職場における保険等という枠組みといましようか、こういうものがこれまでずっと定着をいたしてきております。また日本の生活習慣の中で、職場における連帯感というふうなものも非常に強いものがありますし、職場単位の健康保険組合の事業というものは非常に経営努力を積み重ねておられるという点もございします。こんなことを勘案いたしますと、現行の制度の枠組みの中で枠組みを認めつつ改革をいたしてまいらねばならないことが現実的ではないかというふうに思っております。

○大原(孝)委員 これは深く入って議論をする意思はありませんが、その考え方は、与党と日本医師会との間において一本化の約束をいたしましたけれども、合意いたしました方針とは違っておるわけですね。政府だからそれは違っておいていいわけでは、一本化というのは何かということについては、私も非常に疑惑を持っておったわけですが、問題点があるのです。

地域保険と職域保険の二本でやろう、こういう原則を踏まえつつ整備をしたい。そうすると、一番大きな問題は、非常に職業や所得の階層の格差がある国民健康保険を将来どうするかということとを考えていかなければいかぬ。特に国民健康保険の中には退職者が、リタイアした者がほとんど入っていくわけ。そして高齡化の比率が二十一世紀にかけて革命的に進んでいくわけ。そうすると、老人保健法の問題が出てきたわけ。そこで国民健康保険をどう改革するのかというところをやらねば、市町村も、みんな地域保険をやっている人は困るわけですよ。そのとばち切りがいろいろ意見が出て、ともかくも老健法を通してどこからでもいいから金をやってくれ、国民健康保険を救済してもらいたいという議論が出てくるわけ。しかし、私どもは、その議論は部分的には理解できるのですが、全体として制度

をどうするかということになりますと、これは問題ではないかと思うのです。

そこで、国民健康保険制度をどのように改革していくのかということについてビジョンがなければならぬ。老人保健をやる場合にビジョンが必要である。そういう先決条件ともいえるべき、前提条件ともいえるべき問題に対する厚生省の考え方がかですか。

○斎藤国務大臣 これから医療保険制度の一元化を昭和六十年代後半のできるだけ早い時期をめどにして取り組んでいく場合に、まず最初にやらなければならぬことは、国民健康保険の財政、また運営面での強化安定策ということであろうと考えております。今回、老人保健法等の一部改正をお願いいたしておりますのも、国民健康保険における老人加入率の他制度と比べての非常なばらつき、ひずみ、構造的な欠陥を是正していただくということが一つの大きな観点でございます。しかしながら、この後におきましても、国民健康保険の本質的な体制強化のために検討をいたしてまいりたいと考えておりますが、何しろこの老人保健法の改正を一日も早くお願いするということに全力を挙げておりまして、そのことで頭がいっぱいでございます。これが成立をさせていたただきたら、速やかに次の検討に入らせていただきます。い、こんなふうに考えておるところでございます。

○大原(孝)委員 もうしばらくしたら厚生大臣もやめま。局長も、もうちょっと頑張つてこれを通したら栄進できるかどうか——下村さんは広島県の人だからそういうことはないと思ひます。吉村さんも広島県の人で、広島県の人はいやんとしていますからそういうことはないと思うが、しかし次のポストに行くということではしょう。残された国民はたまたまのものじゃないです。そこを議論しておるのだから、通してもらいたい、通してもらいたいということだけ言ったのではだめですよ。きょう採決するだなどということはもつてのほかだ。

そこで、時間の関係があるので、ざぱり本質問題ですけれども、加入者按分率による拠出金を増加させるということについては非常に議論がある。健康保険制度は、被用者保険の中では組合管掌の健康保険、政府管掌の健康保険——保険庁長官はきょうは来いていないと思うが、吉原君でしう。心臓の強い吉原君です。彼は政府管掌を代表はしないわけですが、これは役所を代表しているのだから。踏み台にしていると言わねければ、代表してはいない。それから共済の短期給付、日雇い、あとは医療扶助。つまり保険制度側を代表しているのは健保連だ。そして労働組合、経営者側もいろいろな議論をやっている。これは当然その中に入っているわけですが、労使が負担しているのですから。そういう意見の圧倒的な意見というものは、加入者按分率を八〇%から一〇〇%に進めていくと、保険制度のメリットを殺してしまう、自主管理体制というものがなくなってしまう。保険制度というのは、保険料を納めた者が自分たちで助け合つて給付を受けるのですから、それが別の目的のために拠出金を出すという制度で、全然チェックでこれが進んでいくということになれば、これは問題である、歯どめのない拠出金の増大は問題であるという議論であります。歯どめがある、ないについての議論はありますけれども、本質的に問題である。

そこで、健保連側が労働組合や経営者側の指示を受けて一つの問題提起をしている。健康保険法は下限の保険料は三%ですが、上限は九・五%です。これを超えま。一割になるわけ。ですから、一定の保険料率については、租税法主義というところで憲法八十四条、財政法三条に基づいて枠を法定しているのです。その範囲で努力をしたならば、保険料が上がつり下がったたりするということにいたしました。効率性を発揮できるようにしておる。自分たちの保険を守るようにしておる。加入者按分率を一〇〇%に進めてまいりますと、いろいろ議論がありましたように、昭和六十一年に、健保連の単位組合が千七百四十



三組合あるのですが、百六組合が九・五%の上限で頭を打つ。赤字になる。昭和六十二年には三百六十二組合、昭和六十三年には八百八十三組合、実に五〇・七%が九・五%の枠を突破するということ、健保組合連合会が共同事業その他のことをおぼろげに、そういう調整をすることを含めまして、突破いたしますと、制度を改正するということになります、こういう指摘をしておる。この指摘は当たっていますか、どうですか。

○下村政府委員 ただいまの数字は、健保連が推計したとおり結果によりまして、そのようなお話があったわけでございますが、健保連の推計は、標準報酬の伸び率が三%台、それから医療費の伸びが八%というふうに、推計の基礎としてはやや極端で、実際の推移としては健保連の言うような極端なことは起こらない、このように私どもは考えております。

○大原(幸)委員 医療費の伸び率が八%以下にとどまらうか。どんな老人がふえている場合にそういうことが可能ですか。賃金がどんどん上がりますか。やはり賃金、所得は使用者の場合には三%台であるということが大體常識ではないですか。医療費の増大は、老人医療費については一年間一〇%ぐらい増大しているのだから、それに近いわけですから、ですから、そういうことから考えてみまして、私はそれは不当な予測ではないと思うのです。医療費の伸び率を国民所得の伸び率の範囲にとどめるということが政府の方針である、そういうことを行革にも盛ってあるし、皆さん方も答弁しておるが、そういうことが実際上可能なんです。どういう方法でやるのですか。いかがですか。それは過大な見積もりだと言っているから言いたくないじゃないですか。なぜ過大なんだ。

○黒木政府委員 老人医療費の御指摘でございませうけれども、私どもは過去三年間の平均で、一人当たりでは五・九程度、それに人口増が加わりまして約一〇%程度の伸びが今後予測されるのではない、そういうふうに見ております。

○大原(幸)委員 それなら健保連が見積もりを出したこの基礎は間違っていないじゃないですか。

○下村政府委員 健保連は老人一人当たり医療費の伸び率は八%として積算しているわけでございしますが、その八%の根拠については、私どもははっきりした説明を受けておりません。厚生省はこれに対して五・九%で見ているわけでございします。

それからもう一つ、老人人口の伸び率につきまして健保連は三・八%、私どもは三・三%を使っておりますが、三・三%は人口問題研究所が本年八月に新しい推計を出しておりますけれども、その新推計に基づきまして三・三%、健保連がなぜ三・八%を使ったかというところは、私どもは承知しておりません。

それから、組合の一人当たり標準報酬の伸び率は、健保連は三・五%で、これは五十九年度の平均だという説明を聞いておりますが、私どもは四・二%、これは上限改定の影響を含まない過去五年間の平均でそんな程度でございします。現在経済状況が非常に悪いように見えておりますが、直近の状況を見ましても三・七%でございまして、健保連が言っている三・五%は低きに過ぎる、このように考えているわけでございします。

以上のような係数上の問題から見ますと、健保連の推計による結果というのは、やや組合に対する財政影響を大きく見過ぎているというふうに判断いたしております。

○大原(幸)委員 医療費の伸びを五・九と見ているわけでしょう、あなた、厚生省は五・九以下、そういうことで済みますか。

○黒木政府委員 一人当たりの伸びでございまして、人口増を加えますと、先ほど申しましたように、これから長期的に一〇%ぐらいかなと思っておりますけれども、正確に申し上げますと、五・九プラス、掛けるお申しますか、三・三%が加わりまして約一〇%を切る九%台というような見方をいたしておるわけでございします。

一人当たり五・九は、さらに申し上げますと、

過去三年の老人医療費の平均の伸びでございします。人口増の三・三%は、人口問題研究所の直近の推計数字を使つて、老人人口の伸びが三・三%のところは三・三%に上るといふ調査資料に基づきまして、私どもは推計をいたしておるということでございます。

○大原(幸)委員 この医療費の自然増と社会増の問題ですが、社会増を考えないで医療費の対策を立てることは我々にはできないですよ。ですから、この議論は議論の開きがあるところを明らかにしただけで前に進みましよう。それはやられたって将来のことだから。皆さんの方は過去を振り返って平均的に賃金も上がると言っている。これからはそんなに上がらないです。政府の中には、来年は人事院勧告なんかやめようかと言つてもおるんだから。これは賃金の所得の方はあなたの方ではできるだけ伸びるようにしておいて、医療費は計算のときにはできるだけ抑えるようにしておいて、何も抑えるような対策はないわけだけれども、これからやる、これが済んだらやる、こう言うんだ。そういうふうにしておいて計算をするというところには私は問題があると思う。

ということ、つまりこういうことであります。歯どめのない加入者按分率の一〇〇%への適用というものは、結局は国庫負担をできるだけなくするという考え方です。あらゆる点にそうである、拠出制度を適用しておいて、つまり保険制度は、今までは国民健康保険については四五・五%、政府管掌健康保険は中小企業であるから一六・四%の国庫補助を入れている、共済と組合管掌は事務費だけをやっていて、こういうことで国費でみんなの力で財政調整してきたわけです。マイナスイメージで今度国費をどんどん削るという方針になりまして削っておられるわけです。そうすると、保険料に転嫁しても、国民から見れば保険料であり税金であり同じじゃないか。そんなものは行政改革でも何でもありません。そういう問題があるのと、歯どめのない拠出金制度をやれば、せっかく社会保険制度は伸ばしてこういうところという政府の

答弁にもかかわらず、保険制度の自己否定、自殺行為になるのではないかと、効率化とか公平化ということにならないのではないかと。

土光臨調のときも中心的な委員であつた亀井正夫さん、国鉄再建監理委員会でもわからねことを、つまらぬことをやっているけれども、あの人がこういうことを言っているのです。三年前の老人保健法の議論をした精神と今回の改正はまるで違つて、これが一つ、これは労使の一致した意見である、こう言っている。それからこの改正によつて、保険制度のメリットを生かす努力をしたならば、負担と給付に影響する、そういう制度というものをお否定する、そしてどんどん被用者の保険料に肩がわりをして国庫負担を減らしていく、こういうのは行政改革でも何でもありません、そういうことを彼は言っておられますね。

ですから、私はこの問題は非常に大きな問題ではないかと思ひます。私はかつて三年前のときに、衆議院の予算委員会、衆議院を老人保健法が通つて参議院に行く前の段階で中間でございした、こういう議論を総理大臣や法制局長官といたしたことがあります。つまり政府は、五〇%以上というふうに、加入者按分率については三年前の老人保健法では規定しておつたのです。以上ということ、政令で決めるということ、歯どめのない拠出金の増大を政府に任ずことは、憲法八十四条、それから財政法三、それを中心とした地方立法、そういうものの精神である財産権の尊重に基づく租税保険料法定主義に違反をする、歯どめのない、そういう委任の仕方というものは憲法違反である、こういう議論を秋田地裁の国民健康保険税に対する違憲判決を引用いたしまして指摘をいたしました。であるのに、今回は以上というところに八〇%、一〇〇%までやっております。時間がないから結論的に言うわけですが、これは今まで私が議論いたしました財政法三

条の違反である。

予算委員会が済みましてから、法制局長官とデイスカッションいたしました。その趣旨はわかったということもありまして、参議院におきましては五〇%以下に修正をしたわけです。だから、三年前に衆議院で議論して、参議院で修正いたしました、その修正の中身とも反するのじゃないか。財政法三条、憲法八十四条の租税法定主義に反するのではないか。保険制度の自殺行為、自己否定の行為ではないか、こういうふうには私は総括的に指摘するわけですが、それに対して厚生大臣以下厚生省、提案者はどういうふうな反論をするのか、ひとつ記録にとどめたい。

○斎藤國務大臣 今お話がございましたように、この老人保健制度が当初設立をされましたときに、この老人医療費というものを将来にわたって安定的にどのように賄っていくかということにおいて国民全部がひとしくこれを持ち合っていくような考え方をとってまいろう、こういうことになったわけでございます。そしてそれを具体的に実現するためには、国民皆保険という中で、国民の皆様方が幾つかある保険制度の中どこかに加入をされている、その加入をされている保険者によってその負担をしていただくということにおいて、その精神を保険制度に確立をいたしましたわけでございます。でありますので、当初政府原案として提出させていただきましたのは、加入者按分率を五〇%から一〇〇%へ向かって政令で決めさせていただきます、順次引き上げさせていただきますという気持ちを持っておったわけでございますが、ただいまお話がございましたように、国会での御議論におきまして、そういう新しい制度の創設という初めてのことである、また激変緩和とでも申しましようか、そういうような観点に立って、まず五〇%で出発をしたらどうか。なお加えて、参議院におきましては、老人人口の伸び率以下にとどめるというふうにしてどうかというふうなことで御修正をいただいたわけでございます。

今回の老人保健制度の改正をお願いいたしてお

りますのは、当初の考え方に立った国民全体の負担を最終徹底をさせていただくという意味におきまして、段階的に一〇〇%に引き上げさせていただきます、こういうことでございます。そうなることによってそれぞれの保険者における老人加入率のアンバランスが是正されて、どの保険者によっても同じ比率の老人を支えていただくということになるわけでございます。また、その結果によって、国保の補助金というものが削減されるという先生の御議論でございますが、しかし、国保に対する補助率というものは、この拠出金について五五%であるということについては、この率は変更をいたしてないわけでありまして、一方、政管健保における一六・四%という補助率も変更しておらないことによりまして、政管健保における国庫負担金というものはふえることになるわけでありまして、一概にこの国庫負担金を減らすのみということではなくて、考え方の基本は、国民全部が均等に老人医療費を負担をしていただく、こういう考えを今回徹底をさせていただくという考え方でございますので、ひとつ御理解のほどをお願いを申し上げます。

○大原(幸)委員 これは冷静に言って、今の厚生大臣の答弁は答弁になっておらぬわけですよ、あなたに非常に悪いけれども、あなたのお父さんとして厚生大臣をやっていたが、もう少ししゃんとしておったと思う。自主性があつたように思うけれども、あなたのは本当にずらずら言って、役人が言っていることと同じようなことを繰り返している。

つまり僕が言っているのはこういうことなんです。医療費が必要なのは、これから高齢化社会になるのですから出さなければならぬ。しかし、出す場合には、保険制度がある、これは税方式でやる場合もあるのだ。稼働能力のない者には、国民がいけるような工夫をして、これはここに掘りもいますけれども、これと私の意見は違うのだけれども、しかし基礎年金とか基礎的な問題とあるいはこういう老人保健的なものは、やはり

税金をたくさん使うのは当然だと思う、保険制度になじまないのだから。必要な税金は開発しなればいかに、こういう考え。例えば社会保障制度審議会は所得型の付加価値税、シャウプが勧告したやつを出したのだけれども、だから福祉目的税の議論を今みんなやっているのですから、厚生省もやっているのですから、与党もやっているのだ。ですから、これは保険制度は保険制度というふう

にやらないと、国民健康保険はたくさん国の負担がいっているから、それで高齢化していついつの医療費の支出が高くなるから老人保健制度を設けるのはいいとしても、その費用について被用者保険から保険料を出していく、こういう考え方は、一方では税金を減す、だけれども、これが保険料に転嫁されれば、保険料を払うサラリーマンとか事業主は実際に増税になるわけですよ。そんなのは、国民から見れば保険料で取るのか、税金で取るのかというところは、政策選択の問題だから、これは政策選択を誤るだけではないに、歯どめのない拠出金の増大というものは制度の自殺行為ではないかというところを指摘しておるのです。

ですから、そういう改革に逆行するようなことを既成事実として設けておいて、期限を設けないで、三年前の老人保健法のときに加入者按分率は以上とあつたものを以下にしたのだから、以上にして八〇%、一〇〇%というふうに変更することは、その当時の審議の経過を無視するものではないか、行為を無視するものではないか、これは労使一致した意見です。亀井正夫氏の意見を私が引用しましたけれども、国民的に見ていいものはいわゆる、そういう整合性のない政策を今やっているのではないかと、このこと。あえて反論の答弁があればやってください。なければ沈黙をしよう。

○斎藤國務大臣 今、先生の御議論のように、国民全部で負担をするということであれば別な税でやるということも一つではないかというお話もございました。私もそれのも一つの方法だと思ひます。しかし、今回の場合には、今回いいまし

ようか、この老人保健制度創設の際にはいろいろ議論のあるところでありましたけれども、そういう観点からそれぞれの保険者から拠出をしてもうというところによって、この保健事業の共同事業的な発想によって行ったという選択をいたしましたのだと考えておるところでございます。

○大原(幸)委員 あと記録へ残るからそれ以上言いませんが、あなたの答弁には進歩がないよ。それでは、だんだん時間が少なくなりますが、医療の供給体制の問題について、やはりどう改革するのかということをおっしゃって取り上げてみたいと思うのです。つまり保険料で負担するものは国民が税金で負担する。それぞれの保険料や税金——税金の場合には所得に応じて公平に取って必要な支出をするわけです。保険料というのは目的を持った保険料ですから。そして相互扶助なんです。そこで自主管理をしているわけですよ。しかしながら、非常に広い分野で保険制度があるわけですから、これを無視するわけにはいかない。効率性という面において、自主管理という自治の面においてこれは非常にすぐれておるということをおもひます。私どもは認めておるわけです。前提として保険制度とそれからナショナル・ヘルス・サービスをどういうふうにかみ合わせるかという問題である。これは税方式をどういうふうにかみ合わせるかという問題である。ただし、それに対応する面は医療の供給体制が患者や国民が納得できなければいけない。

私はひとつ指摘をして見解を聞きたいのです。一人当たりの医療費が都道府県によって非常に違うのです。北海道は一番高いのです。それから大阪とか京都というところが高い。西高東低。北海道はなぜ高いかという、いろいろ聞いてみると、労働がきついか、冬が長いから病院へ冬の間に入院とか、そこで静養するのではないが、保養するとか、いろいろ特殊事情があるのではないか、医療機関の配置等もあります。それと、例えば長野県とか静岡県とかいうふうな東京に近いのですが、かなり山間部にあるところ。



一人当たりの医療費を見ましたら、高いところは

五十万円を超えて、五十五、六万から七万ぐ

らい。低いところは、低いところとかやや低

目のところで長野県とか静岡県等は三十四万円

ですね。これは半分です。そうすると、この提出制

度というのは、高いところ医療費が流れてい

く制度ではないか。必ずしもそうではないとい

議論もありますが、大まかに言うところの議論

ではないか。だから、それは制度上、国民から見

るとかなり制度に欠陥があるのではないかと。広島

県なんか高い方です。制度に欠陥があるのでは

ないかと私は思うのです。そういう地域格差に

ついての公平化を図るということも、行政改革の

皆さん方が言う一つの目標ですから、それにつ

いては、どういう原因で、どういう妥当な医療費を

保障するということがいいのか、そのための政策

はどうか。これは一つの非常に大きな問題、ファ

クターですが、例を指摘して質問したいと思いま

す。

○青森県務大臣 今後の医療費をいかに適正なも

のにしていくかという観点の中で医療供給体制を

どのようにしていくかというところは、一つの大き

でございす。

○大原(幸)委員 医療法の運営と将来の改正、そ

ういう問題に關係をして答弁をしてくださ。

○竹中政府委員 前回お願いを申し上げました医

療法の改正でございすが、私ども、お願いいた

しました改正の部分以外に、これからいろいろと

検討をし改革をしていく要素が多々あるうかと考

えておるわけにございす。例えば医療施設の施

設類型についての検討でございすとか、あるいは

は標榜科名、広告制限についての検討でございま

すとか、さらには医療施設の従業者の数の標準で

ございすとか、そういったいろいろの点がござ

います。現在鋭意検討を進めておりますが、こう

いった問題につきましましては、第二次医療法改正と

いうことで数年後にまたお願いをしたいと思っ

ておるわけにございす。

【委員長退席、長野委員長代理着席】

○大原(幸)委員 やつぱり適正な医療圏を設定す

る、そして医療供給体制を整備する、そういうこ

とだと思ふのです。それは私も賛成でありま

す。そして医療と福祉、これは中間施設を含めて

整備をしようとして、患者や国民のニーズに対応

りませんから、そこだけやっておきます。

しかし、入所型の中間施設は、在宅支援型の中

間施設サービスというものがホームヘルパー、介

護人などの充実の問題として非常におくれない

と、そういうことを並行して整備しておかない

と、これは中間施設の整備ということにならぬの

じゃないか。中間施設というのは、病院と看護老

人ホームの中間施設であるというのですから。そ

れは入所型だけではなく、在宅支援型の中間施

設というものを、デイケアとかショートステイと

いうものを並行してやらないと、これは効果がな

いのではないかと私は思いますが、いかがです

か。

○黒木政府委員 中間施設についてのお尋ねで

ございすけれども、私どもは今回の中間施設のね

らいは、一応病院で治療が終わったお年寄りの方

を個々の施設に受けまして、社会復帰のための医

療ケアなりリハビリをやり、あわせて生活上の世

話をやりながら最終的には家庭復帰をしていただ

くということにございす。したがって、それ

れに合わせまして、私どものこの施設としても、

在宅ケア、在宅サービスの機能も持つことを考え

対象とするのですが、障害者とか難病というのが

社会的にありまされども、病院と老人ホームと

の間の中間施設、医療と福祉の中間施設というこ

とですが、それを充実させていくことには賛成で

す。賛成である上に、私が二つに分けて質問しま

したら、老人保健施設は将来在宅支援型の中間施

設をも兼ねていく、両者の機能を発揮していく。

そうすると、介護人とか訪問看護とかいう制度が

要るわけですが、日本は圧倒的に少ないわけでは

ないか。だからそういうものが相伴うていないでは

ないかというのを指摘をしたわけですが。答弁とし

ては、あなたのは六十点ぐらいで合格ですが、中

身はないということですね。

そこで、この制度、この議論に限定いたしまし

ても、中間施設としての老人保健施設というもの

は将来三十万ベッドを目標にしてやるというので

あるが、その施設の中身はどうかというところは

質問したのです。その中身によって、そういう地域

サービスができるか、介護その他ができるセンタ

ーになり得るかということになるわけですが。その

具体的な構想等はあるのかないのか、将来つくる

用意があるのか、いつつくるのかということにつ

いて答弁してください。

【委員長退席、長野委員長代理着席】

○黒木政府委員 主として今後の整備方針等につ

いてのお尋ねでございすが、私どもは確かに御

指摘のように将来二十数万あるいは三十万床を目

指しまして計画的に整備をやってまいりたいと思

っております。このための施策でございすが、

主として低利融資によって整備を進めてまいらう

と思っておりますけれども、当面はその整備の促

進ということで、来年度は百カ所分の国庫補助も

今要求中でございます。

さらにお尋ねは、この施設の内容でございす

けれども、先ほど申しましたように、私どもは、

病弱な寝たきり老人をここへ入所せまして、家

庭復帰を目指すわけにございすから、それにふ

さわしい施設なり設備なりスタッフなりを備えて

いきたいというふうに思っておりますわけにござい

ます。

九

第一類第七号

社会労働委員会議録第六号(その一)

昭和六十一年十月三十日

す。  
特徴的に申し上げますと、この施設は病院からの、いわゆる社会的入院と今言っておりますけれども、そういう方々をこちらに受けるのをメインにしておりますので、収容型の機能が中心でございます。したがって、在宅型というのの単独で設置するという考えは持っておりませんので、収容機能プラス在宅機能ということでこの施設を考えております。また設備について申し上げますと、もちろん療養室と申しますか、病院でいけば病室的なものから診察室、さらには生活面の配慮ということで談話室等もつくって、家族との交流とか入所者等のいろいろな生活面の快適性を確保したいと思っております。その他、施設はかたにスタッフ面については、必ずお医者さんを配置いたしますとともに、看護婦さんあるいは介護人の方、それから特徴的なのは、一種のケースワーカー的な人を配置いたしまして、家庭復帰ができるだけできるように家庭との調整にも当たりたいということ、OT、PT、リハビリを担当する職員も必ず配置をするようにしたいというふうなことを考えているわけでございます。

○大原(幸)委員 今度の施設には、将来計画という計画の中で、介護人あるいはOT、PTとかいうものもちゃんと配置するというのを法律規則で決めるのですか。その計画の全貌というものを示してください。  
○黒木政府委員 最終的にはいろいろ実験も重ね、専門家の御意見を審議会で聞いて、人数あるいは職種を確定いたすわけでございますが、現時点で私どもが設計いたしますスタッフの内容は、百人施設の場合でございますけれども、医師一名、それから看護婦、介護人につきましては、看護婦については七人から十人程度、看護職員については十五人から十八人程度というところでございまして、この看護婦については、特養が今三人でございますから、その三倍以上の七人から十人程度、看護職員については、老人病院では今十三人、百人当たりで十三人でございますから、十五人から十八人程度に増強したいと私どもは思っております。それからリハビリテーションを担う職員、家庭復帰を促進するために入所者の生活指導とともに家庭の調整にも当たるようなケースワーカー等のできるような職員を置きたいということでございます。その他、薬剤師とか栄養士とか精神科医等については、施設の必要に応じて配置していくことになるのではなかろうかと考えておまして、その辺はこれからモデル実験を踏まえて関係審議会でもよく御議論を賜った上で、最終的には私どもの運営基準で決めさせていただきたいと思っております。

〔長野委員長代理退席、委員長着席〕  
○大原(幸)委員 今回試験的に行って、そしてそれに基いて今答弁があったようなことを含めて計画を立てていく、こういうことであると思うのです。これは何年計画くらいでやるつもりですか。  
○黒木政府委員 この老人保健施設は大変緊急な整備をしていかないと、寝たきり老人等がますます増大しておる現状でございますから、できるだけ急ぎスタートさせたいと思っておりますが、私どもの国では初めての中間施設をスタートさせるわけでございますから、慎重な検討期間も必要だろうというところで、法律をお認め願ってから一年半後にスタートさせたい。法律的には公布の日から一年半以内に政令で定める日から実施するということで御提案申し上げておりますけれども、私どもとしては、法案をお認めいただければ、速やかに実験その他の準備に入りまして、一年半以内には急ぎ実施にこぎつけたというふうに考えております。

○大原(幸)委員 三十万ベッドを目標にして老人保健施設を整備するという場合に、二十一世紀にやると言われておるのですが、大体何年くらい計画でやるのですか。  
○黒木政府委員 一応、二十一世紀の入口と申しますか、昭和七十五年ですか、二十一世紀の初頭

までに三十万床と考えておまして、そのときに寝たきり老人、要介護老人は百万人ぐらいに増大をしておるのではないかとこの前提で三十万床を設計をいたしておるわけでございます。

整備のビッチでございまして、最初は百カ所分の要求をとりあえず来年度いたしておりましたけれども、十五年かけて三十万床ですから、当初は別といたしまして、年々二万床程度ずつはふやしていくと十五年で三十万床にはならないということ、平均しますと、二万程度のビッチで整備を進めていきたいと思っております。

○大原(幸)委員 中間施設を二つに分けて申し上げたのですが、両方兼ねるようなセンターをつくっていく、こういう考えを答弁になりました。そうすると、例えば介護人などというのは、在宅を中心にしたと申しますと、センターを中心に非常にサービスがふえていく、需要がふえていく。今までのような貧しい人たちがたかだかということに、あらゆる市民の要求に応ずるような公的なサービスをやっていくということが在宅を中心とする制度の非常に大切な点であると思っております。ホームヘルパーの例は、スウェーデンでは人口八百三十万人であるのに六万五千人の公的ヘルパーがいる。デンマークでは人口五百万人であるのに二万五千人の公的ヘルパーがいる。東京都は人口一千六十万であるのに公的ヘルパーは数千人だ。東京都は外国に比べまして非常に大きな人口ですけども、実に少ないわけですね。全然問題にならないわけですね。つまり一定の方向としましては、中間施設についての充実、計画的な拡大は必要だ、大切な。これからそれを除いてはいけません。

施設だけではないにサービス充実させなければいかぬ、そういう計画がなければいかぬということとです。しかし、これは法律が通ってから後の話ですから、気安く皆さん答弁しているけれども、これはなかなか大変なことだ。大蔵省、今のことに賛成ですか。大臣になったつもりで答弁してください。

〔委員長退席、長野委員長代理着席〕  
○中島説明員 今後の医療の供給をどのような形で進めていくかにつきましては、大変重要な問題であると私どもも深く認識をいたしております。今後とも厚生省と十分相談しながら検討を進めてまいりたいと考えております。

○大原(幸)委員 それ以上やりましても時間がむだですから。これはやはりそういう体制を整備しなければ老人保健法は問題にならぬということなんです。そういう体制を整備しなければいけない、こういうことです。

それから、供給面について先般も厚生省の首脳部――厚生省の首脳部といいましたら大体次官クラスのことを言うのですが、政府の首脳部といましたら官房長官なんかを言います。そうだと思います。その講演やその他がありましたけれども、記録を見ましたら健康保険証をICカードに変えていくということです。ICカードは大きな病院では皆レセプトをインプットしているわけですね。やっているわけですよ。だが、これはだんだんとプライバシーの問題が起きてくるわけですね。プライバシーの問題については今野放し状況にあるのですが、そういうものについては慎重な管理の仕方、規制の仕方を考えなければならぬ。例えばICカードを導入いたしますと、医療費の支払いが早くなるとか、それから支払いや内容が整備されて合理化するとか、いろいろメリットが言われているし、デメリットもあるわけですね。これについての考え方は、最近しばしば発言しているようですが、厚生省はどういう方針で考えておるのか。

○下村政府委員 ICカードを初めとする診療報酬の審査、支払いあるいは請求、その辺にも関連いたしまして、コンピュータ化のようなことを進めていくということについては、私どもとしては積極的に取り組んでまいりたいと思っております。ICカード化によりまして、私どもとしては、医療機関に対して自己の健康や受診についての正確な情報を伝達するということが

す。  
特徴的に申し上げますと、この施設は病院からの、いわゆる社会的入院と今言っておりますけれども、そういう方々をこちらに受けるのをメインにしておりますので、収容型の機能が中心でございます。したがって、在宅型というのの単独で設置するという考えは持っておりませんので、収容機能プラス在宅機能ということでこの施設を考えております。また設備について申し上げますと、もちろん療養室と申しますか、病院でいけば病室的なものから診察室、さらには生活面の配慮ということで談話室等もつくって、家族との交流とか入所者等のいろいろな生活面の快適性を確保したいと思っております。その他、施設はかたにスタッフ面については、必ずお医者さんを配置いたしますとともに、看護婦さんあるいは介護人の方、それから特徴的なのは、一種のケースワーカー的な人を配置いたしまして、家庭復帰ができるだけできるように家庭との調整にも当たりたいということ、OT、PT、リハビリを担当する職員も必ず配置をするようにしたいというふうなことを考えているわけでございます。

す。  
特徴的に申し上げますと、この施設は病院からの、いわゆる社会的入院と今言っておりますけれども、そういう方々をこちらに受けるのをメインにしておりますので、収容型の機能が中心でございます。したがって、在宅型というのの単独で設置するという考えは持っておりませんので、収容機能プラス在宅機能ということでこの施設を考えております。また設備について申し上げますと、もちろん療養室と申しますか、病院でいけば病室的なものから診察室、さらには生活面の配慮ということで談話室等もつくって、家族との交流とか入所者等のいろいろな生活面の快適性を確保したいと思っております。その他、施設はかたにスタッフ面については、必ずお医者さんを配置いたしますとともに、看護婦さんあるいは介護人の方、それから特徴的なのは、一種のケースワーカー的な人を配置いたしまして、家庭復帰ができるだけのように家庭との調整にも当たりたいということ、OT、PT、リハビリを担当する職員も必ず配置をするようにしたいというふうなことを考えているわけでございます。

れるというシステムをつくるためには、薬価基準制度を根本的に、世界じゅうないのですから、物すごい人や予算がかかってやっておるわけですから、それこそスモールガバメントの一つとしても考えた方がいいのではないか、こういうことなんです。が、薬価基準については問題意識を持っておるかどうか、これはテストのつもりで質問します。

○下村政府委員　薬価基準制度あるいは薬価算定

一部負担の問題があるわけです。太宰さんは、池端さんも引用されましたように、長く働いた老人にこたえる道は、今まで議論いたしましたのが、ヘルスサービス、保健事業を中心にして充実させてもらいたいという全国の老人クラブ、高齢化社会の老人クラブというのはだんだんと大きくなってまいります、会長は難尾元代議員です。あの方も老人保健法を非常に怒っていました。大原君、厚生省の前に行って座り込みしようと思うのだが、

それは、あるいは入院費は整合しているんだというふうに言われておるわけですが、健康保険の二割負担を近く提案する意思があるんですか、厚生省には。それをひとつお答えいただけますでしょうか。

〔長野委員長代理退席、委員長着席〕

○下村政府委員 前回御提案をいたしました健康保険法の改正案におきまして、二割負担というの

改正では一月一科目初診料が千円です。これは病院の場合には料が違えば全部千円払うんですか。そうでないようになっていると思いますけれども、運用や制度でどういうふうにやっているか、答弁してください。

○黒木政府委員　外来の一部負担の支払い方でございませけれども、基本的には医療機関ごとに月の初めに、今回の場合ですと千円払っていただくということになるわけでございます。お尋ねの総

合病院、これは一機関でございますけれども、従来から各診療科ごとにレセプトその他別扱いになつておりました、他の保険制度においても診療科ごとに整理がなされるということであつたわけでございますけれども、国会等でも審議がありまして、そこで各診療科に一部負担というのではおかしという御議論等もありまして、私ももとしまして、現在の運営は、同一疾病なりあるいはそれに関連する疾病につきまして、その総合病院のお医者さんが指示を出す、例えば内科に行った場合に、耳鼻科にも行って診てもらいなさいという指示があれば、あとの負担は不要であるということになるわけでありまして、その指示があれば、その月いっぱいには、その指示の中で二科に行かれても、最初の一部負担の千円だけであつて支払いの結構である、そういう運用に今後なろうと思ひます。

○大原(孝)委員 ある総合病院に行きまして、この専門医が開業医の中でもいい人がある、適当な人がある、そこへ行きなさい、こういふ場合には千円要りませんか。

○黒木政府委員 総合病院の中の各科ではいいわけでございますけれども、病院の外の専門医の方に指示するあるいは紹介しても、私どもの制度としては、さらに一部負担をその医療機関でいただくということになるわけでございます。

○大原(孝)委員 そういう傾向が、入院も外来もそうですけれども、総合病院に殺到するということになるのです。だから、病院と開業医とがあるいは近代的に家庭医として整備するということは、医療法の必然の傾向だと私は思ひます。医師会ではいろいろな議論がありまして、私は必然だと思ひます。そのときにやはり病院に外来が殺到するようになるとは、私はおかしと思ひます。そういう制度は、入院患者や高度な医療については、総合医療については病院がすぐれているんですから、それを中心によつてもらいたいということですよ。だから医療改革には反する医療になつて、三時間待つて三分ということにな

る。非常に不満がうつせきするということになつてくる。だから、機能分化の際には、病院は入院を中心としてやるんだ、それで緊急なことで必要になれば、外来もやるということ、病院は外来でもうけてというふうなことでない方がいい。そういうことで医療保険の整備をすることがいい、こういうことです。

それから、薬価基準の問題で落としている点は、この問題は技術尊重の原則からいへば、私は、世界と同じように医薬分業をやるべきだ、そうすると、マーケティングが成立するといふ議論があることをつけ加えておきます。私の意見です。

それで、時間が参つたようですが、ともかくも老人保健法は行政改革の圧力の中でさくさくに行われている制度である。基本的にたくさん問題がある。しかし、一月おくれれば二百二十億円の穴があくといふことで一生懸命に運動がある。国保中央会の意見についても我々は十分耳を傾け異議がある。ああいうものはやるべきじゃない。これは記録に残しておく。国会議員が中央会の会長なんかやるべきでない。政党の幹部たる資格はない。そのことを指摘しておきます。

保険制度というものは、メリットを生かすという方向で改革しなければ保険制度の値打ちがない。そして公的なサービスが必要なのである。申上げたような中間施設等を含めまして必要なわけですから、二十一世紀へかけてやはり確実に安定した社会保障制度をつくるためには、財源についても、不公正税制は正と、そういうものが前提ですけれども、基本的に考えていく必要がある。ですから、これからの衆議院のこの老人保健法の審議を通じて、さらに私が指摘をした意見を深めてもらつて、徹底的に議論してもらいたい。参議院においても徹底的に議論してもらいたい。そして国会としての機能を果たさなければいけない。自民党が多数をたまたまとつたといふことで、これがむちゃくちゃに正論が抑圧されうということとは議會制民主主義の自殺行為であ

る、こういうふうに私は思ひます。

最後に、厚生大臣の所信を伺ひまして、私の質問を終わります。もし答弁が懸ければほかのところでもやることといたします。

○斎藤國務大臣 今回の老人保健法等の一部改正をお願いしておりますのは、たびたび申し上げておりますように、老人医療費が増高する中で、この医療費をいかに安定的に給付してまいるかという観点から、国民が皆共同でこれを負担をしていただくような制度に徹底をしていただき、負担と公平の観点からの保険の一元化へ向けての一つのステップであるというふうに理解をいたしていただきたいと思います。

同時にまた、先ほども御指摘がございましたように、老人保健制度のもう一つの柱であります医療保健事業等も今後一層推進を図つてまいると同時に、今回新しく提案をさせていただいております医療と福祉の中間ともいへべき老人保健施設というものの創設を図つて、全体として老後を長寿社会に向かつて安定的に、またしっかりとした基盤の中で維持してまいれるようにいたしてまいりたいという考え方でございますので、どうぞ御理解のほどをお願い申し上げます。

○堀内委員長 堀内雄君。堀内委員 本日は、老人保健法についてお尋ねをいたしますが、まず最初に厚生大臣にお伺ひいたします。

私ども人間の社会で一番大切なものは、厚生大臣は何だと思ひますか。

○堀内委員 命であると思ひます。

堀内委員 命は大切ですが、その命を大切にするためにどういう手だてが必要でしょうか。

○斎藤國務大臣 まず、健康であるということが大事であり、もし方が一健康を損なつた場合には、安心して医療にかかるといふことが大事であるといふふうに考えております。

様に思つておるのですが、中西大蔵政務次官に伺ひたいのは、私どものこの世の中というのは今お話しのようなことなんです、とかく経済の問題が優先して、今厚生大臣がお答えになつたような、私たちの命とか健康とか健康を守るための医療とか、こういうものと経済、財政、これはどちらが重要だと政務次官はお考えでしょうか。

○中西政府委員 一言で申し上げますと、どちらも極めて大切ではないのか、そのように思つております。

ただ、極端な言い方でございますが、財政が破綻をしてしまいますと、そういう福祉面にもいろいろ支障が出てまいりまして、健康を損ねてしまふということもあり得るわけでございますので、財政当局としては、財政も非常に大事であるといふことを強調したがる気持ちも私としてはよくわかるのでございます。しかし、堀内先生の御指摘のどちらが大事かという問題につきましては、どちらも極めて重要である、大切である、そのようにお答えをさせていただくのが正確かな、こんなふうに私は考えておるわけでございます。

〔委員長退席、長野委員長代理着席〕

○堀内委員 私は大蔵委員会でもつちうこの問題をやっておりまして、どうも財政に関係のある人は、何だか財政の方が我々の社会で大事なような感じを持っておるような気がして仕方がない。昨年十二月三日に、私は在職二十五年になりました。院議をもつて表彰を受けました。そのときに本会議場で私が言ひましたのは、財政再建と国民生活というものを考えたときに、国民生活のために財政再建があるのであつて、財政再建のために国民生活があるのじゃないですよ、こう言つてゐるのです。

私は、昭和三十三年に当選して、三十五年からはとんど主として財政をやつています。財政というのは国民の命や健康を守るためにあるものであつて、今政務次官がおっしゃつたように、同じ比重だなどという認識では、これは財政を担当しておる者の考え方としては重大な誤りである、私はこ

う考えるのですが、政務次官、いかがでしょう

○中西政府委員 健康を守るためには財政が健全に運営されていかなければならないということを今堀先生もおっしゃられたわけでございますので、財政を破綻しないようにしていくことも極めて大事な問題である。特に二〇二〇年になりますと、世界じゅうでも一番の高齢化社会を迎えることははっきりいたしております。そのためには、本来ならば、今備蓄をして、そのときに備えていかなければならないのが正しいあるべき姿だと思

うのでございませうけれども、なかなか現実には、それなりの成果も御協力、御理解をいただけて上げてはおりますけれども、まだ十分備蓄をするというところまで至っていない。そういうことで、何とか国民の健康の維持増進を図り、また国民生活の安定を保持していくことは、国にとつては大切な使命の一つでございます。そのような使命を達成するためには、繰り返すようでございますが、財政の健全性を維持していくことも必要不可欠であると考えっております。次第でございます。

したがって、国民の健康と財政はともに重要である。そこで、ぜひひとつ老人保健法の改正を一刻も早くお願い申し上げたい、こういうことを我々は切に願っている次第でございます。

○堀委員 中西さんも大蔵委員会に長くおられて、私が常にやっていることは十分お聞きになっているので、ここでひとついって答弁をしてもよろうと思つて御出席をいただいたら、率直に言つて財政当局の代弁のためにこの委員会に来てもらう気はないのですよ、そんなことは私大蔵委員会でやるのですから。ただ私は、我々の世の中では人間の命、健康、そして疾病にかかったときに十分な医療をするということが先であつて、金の話は二の次だということをあなたが財政当局としてここで言ってくれると思うから、あなたを委員会に呼び出したのですが、大変残念です。次は大蔵委員会会で改めてとつぱりやらせていただきますから、御退席いただいて結構です。

そこで、厚生大臣、一つお伺いしたいのは、私今度の問題をちょっと見ておまして、医療法にも医師法にも医療という問題の基本的な定義がないのです。医療とは何ぞやということは法律的にはどこにも書かれていない。保健医療とかかんとか頭がついた医療費に関する医療の問題というのは字は出ますよ。医療とは何ぞやということに対する定義がないのですが、厚生大臣どうお考えになりますか。

○竹中政府委員 まず、医師の行います診断、治療を中心としたしました医行為でございますが、それに若干周辺の分野、つまり看護でございますとかあるいは助産の関係とか、そういったものを加えた範囲が医療だというふうに私は理解をいたしております。

○堀委員 質問に正確に答えてください。今の法律の中で医療とは何かという定義はあるかないかと言っているのですから。ないのですよ。ありませんか。あるのなら、この法律の何条何項にあると言つてください。

○竹中政府委員 明文で書かれた規定はございません。

○堀委員 それでいいです。そこで、きょうはちょっと医療の問題だけを取り上げたのですけれども、実は週刊「社会保険」というのを見ておますと、日本医師会は十月七日に七十四回臨時代議員会を行つて、その中で吉田常任理事が荒木代議員という方の質問に対して「福祉部門の定額制は了承できるが、医療部分については、老人といえどもその特性から、いついかなるときに、どういふ状況が急に発生するかは予測できない。医療部分についてはいまの支払方式の原則は崩してはならない。」こういうふうな公的に答弁しておられるのです。羽田会長はあいさつの中で「従来の主張である、不当な一部負担増額反対と老人保健法の改正内容に対するわれわれの意見、すなわち、老人保健施設を医療法に位置づけること。」こう言つておられる。この二つがどうも私がきょう質問することに関する日本医師会の公

式見解だと思つてあります。私も昭和十六年三月に大阪大学医学部を出て、ずっと日本医師会の会員でございまして、現在もそうでございまして。

そこで、この問題をずっと見ておましてちょっとどうも問題があるというのは、時間がありま

せんから簡単に言いますと、今度のこの法律は老人保健施設療養費というものを規定しています。この老人保健施設療養費というのは、第四十六条の二で「市町村長は、老人医療受給対象者が、老人保健施設から看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練」ここまではこれでいいんです

が、「その他必要な医療（以下「施設療養」という。）を受けたときは、その者に對し、当該施設療養に要した費用（食費その他の厚生省令で定める療養費を除く。以下同じ。）について、老人保健施設療養費を支給する。」こういうふうになっているのです。ここで私が非常に医療にこだわっているのは、この「機能訓練」まではいいんです。「その他必要な医療」、この問題なんです。同時に今度はこの法律は第三十一条の二で特定療養費というものを決めて、「又は保険医療機関等のうち自己の選定するものについてその者の選定に係る特別の病室の提供その他の厚生大臣が定める療養を受けたときは、その者に對し、その療養に要した費用について、特定療養費を支給する。」、こういうふうにしてこの法律では医療行為に対して二つの療養費に区分けをしている。こうなつてい

ます、時間があるからこつちからどんどん言ひませうけれども。

そこで、私が今医療の定義そのものについて詳しく聞いておますのは、医療の關係について、医師法の十九条に「診療に従事する医師は、診療治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。」これは医師の原則ですね。正当な事由がなければ拒んではならない。この中間施設の医師は、医師の免許証もあるし、ここに書いてあるように、必要な医療が行える医師なんです。そうして長い間そこに入院して

おるお年寄りの皆さんを診察して診ておる。その人が風邪を引いているというので風邪の治療をしておつたところが肺炎に移行してきた。肺炎に移行してきたら、今のこの概念では、施設療養費では処理ができないで、特定療養費の方へいかなければ治療ができない。医者が一人の患者の経過をずっと診ていて病気が重くなつたら、おまえさん、もうそこで診てはだめだよ、ほかの機関へ行つて特定療養費で治療を受けなければだめだ。そんなことが医療の世界で通りますか。これは事務方は結構です。きょうは私は政治的な答弁だけを求めるので、厚生大臣、あなたの常識で——私は医者です。私が今の中間施設の医者をしてい

患者を診ていて、ちょっとした風邪だ、わかつた、それで薬を渡す。しかしお年寄りですから、抵抗力が弱いものだから、今の定額部分の程度のことをやつていたが、ぐつと悪くなつて肺炎が起つた。そうしたら、ここではおまえさんはもう診療をやめなさい、ほかの医者に特定療養費でかからなければいかぬ。こんなことが患者にとつても医師にとつても適切な医療に当たるかどうか、厚生大臣の御見解を承りたいと思ひます。

○斎藤國務大臣 ただいまのお話は、老人保健施設における定額療養費払い、それを超えるといひましようか、その他の部分の応急的な措置が必要になつたときどうするかというお話だと思ひますが、原則的に私どもは、そういう症状の変化で応急的な措置が必要な場合には、例えば専門的な病院へ入院をしていただくとか、もしくは専門的な医師に往診をしていただくことによつて、その医師の出来高払いによつてお支払いができるものと考えております。

同時にまた、今先生の御指摘の中間施設における医師が応急的な措置をとる場合どうするかというところでございませうが、この点についても、今後老人保健審議会において、それができるような方策を検討していただきたいと考えておるところでございます。

○堀委員 そうすると、今の前段は、非常に重症



の場合、入院をさせたりその他が必要なのは当然であります。今の定額医療の範囲の問題は、私どもが医師として見れば、外来で治療ができる程度の方ですが、お年寄りが夜ぐあいが悪くなった、そうしてぐつと悪くなった、医師ですからも必要な治療ができるわけですよ。定額治療でなしに必要な治療ができる。そのために医師免許証があるの、その場合に、医師法は正当な事由なくして診療を拒んではならぬとされているので、こういう場合に正当な事由にならないのですよ。法律でそういう規制をしないとすれば、だからそういう意味では、大臣が今後段々お答えになつたように、中におる医師が必要な医療を行い、なおその医師の手に負えない場合には入院処置なり専門医を呼ぶのは当然のことです。そのところはひとつ明確に御検討いただくことをお願いしておきたい。

もう一つは、医療を行う施設ですから、必要な医療を行う施設であるとするれば、日本医師会が言うように、これは医療法の中にも位置づけて少しもおかしくないのじゃないか。医療を行う施設は全部御承知のように医療法に入っているわけですからね。ところがこれはその必要な医療を行うというところをはっきり法文で書きながら、これは医療法に書いてないというの、私は適切でないと思う。ですから、その点は今大臣がお答えになつたように、そういう問題で認識をなさるのなら、これはやはり医療法の中に書いたから不都合が起るものではないわけでありまして、医療を行う機関はここからこままでということを当然ひとつ御検討いただきたいということを申し上げたいのですが、御答弁いただきたいと思ひます。

○斎藤國務大臣 今の前段の問題につきましても、老人保健施設に在る医師が応急処置をした場合においても、その処置が評価されるように老人保健審議会等で今後具体的に検討していただきたいと考えております。

後段の御質問でございますが、この老人保健制度というものが、老人医療費をいかに給付してい

くかということと同時に、老人保健事業を進めて、そして健康と福祉の観点からこれを推進していくということが一つの大きな柱としてこの法律が組み立てられておるわけでありまして、今回も老人保健施設をお願いをいたしておりますのも、いわゆる専ら治療を行うのが病院であるとし、そして特別養護老人ホームが生活サービス、介護というものを専ら行うものとするならば、その中間に位置するような、治療そのものは済んだが、安定的な症状の中で医療サービスが必要とし、そしてまた生活サービスも必要とするという、まさに保健と福祉の中間に位置する新しい施設としてこの法律に制定をさせていただいたわけでございます。この施設については老人保健法に制定をさせていただいていいものだとおもうふうに考えておるところでございます。

○堀委員 少し問題を整理をしなければいかぬと思うのです。医療法とか医師法というのは、要するに経済の話じゃないのです。要するに、医療というものの位置づけであるし、それから医師は医師という業務についての規定なので、あとすべての健康保険法、国民健康保険法、老人保健法、いずれもこれは経済に關係する、ある意味の業務立法なので、これは全然異質なので、だから私は、経済に關係するものと人間の命や健康に關係するものとを区分けをして、最初に実は何っておるわけですね。中西政務次官の答弁は、私も財政を長年やってきておる者にとつてまことに遺憾な答弁であつたわけでございます。

だから、要するに健康保険法、国民健康保険法、老人保健法、いずれもこれは療養の費用や療養のあり方、そういうものを規定する法律であつて、医療法というのは医療というものを規定するその他のことを規定している基本法でありますから、だからあなた方が今の中間施設ということをやろうとしておることは、二つはつきり区別のあるものに、ここに橋をかけて、どっちでも使えるようないかげんなものをつくらうという考えに

なるのです。だから私は、それは医療に關係するものは医療法に書くべきであるし、保健その他の問題についてはそこに書かれていたからといって、保健やその他のハビリテーションとか看護だとかというものは広義の医療じゃないですか。これは医療に關係しないのですか。私は全部これは広義の医療だと思ふのです。老人保健施設で行うことはすべて広義の医療。だから私は、医療の定義というものがないうところにこういふおかしな発想が出てくる、こう思っているのです。だからひとつ厚生省は、この国会じゃもうできませんから、次回の通常国会に、医療法なら医療法の中に医療とは何ぞやということを第一一条に明記をしなければいかぬと思ふのです。それがきちりしないものだからいかげんな話が出てきて、中間施設だなんてわけのわからぬことになるのです。

私は長年財政と経済をやつておりまして、要するに今一番問題なのは、国民の命とか健康、大臣がおっしゃつた健康が損なわれたときの医療、これが我々の社会で一番大事なんです。金の話は二の次なんです。どんなに金持ちでも病気で寝てゐる人は幸せじゃないのです。健康で働ける人が幸せなんです。我々の健康や命は金で買えないのです。その基本認識を皆さん方がはつきり認識しない限り、私はこの問題はいつまでたつても国民の期待に沿えないと思ふのです。

だから、きょう私が財政当局に入つてもらつて言っているのは、大蔵委員会でもしよつちゅう私はそれを言っているのだから、財政当局は十分そのことを私は認識していると思ふのです。どこで財政の方が国民の命より大切だなんてばかなことを言う財政関係者がおりますか。だからそういう意味でひとつ医療というものをきちんと法制化をして、それが国民にとって一番大事なものである、そのためにどういふ財政や保険の仕組みをするかというのは次の段階の話だ、こういう認識にあらなければ、今のこれからの高齢化社会の問題を含めて日本のいろいろな医療と老人保健の問題

というのはしよつちゅうごたごた、こうなる。だからひとつ斎藤厚生大臣のときに、医療とはこういうものだ、医療法としてここから枠のうちは全部医療として考えますよ、今のその費用の關係の分についてはこちらですと、区分けがちゃんとできるような医療法の改正をぜひひとつあなたの時期にやつてもらいたいと思ひますが、どうでしょう。

○斎藤國務大臣 先ほどお答えをいたしましたように、老人保健施設はまさに中間的な施設ということ、そういう言い方が正しいかどうかと思ひますが、半分は医療の部分であるというふうに思つております。しかし、半分は福祉、介護の部分である、そういう観点から保健と医療との中間的な施設として、この老人保健法に今回は規定をさせていただいたところでございます。したがつて医療の観点からは、老人保健法は医療法の特別法としての性格を持ち、老人保健施設を医療法の適用対象外とする規定を置いておるところでございます。

今、先生の御指摘がありましたように、今後の医療法のあり方、またこの老人保健法との兼ね合いの問題等についてひとつ検討させていただきます。

○堀委員 これで終わりますけれども、どこかで区切りをきちんとつけないと、あいまいじゃいけないのです。福祉施設の問題としてそつちにも位置づけられていいし、医療については医療法に位置づける。だから、それをいかにげんに中間だなどというあいまいな形にするところに今度のこの問題の一番原点がある。そのもとは、どうも医療というものが、的確に医療法その他にどういふものを医療というかということが法律的に明記されていないというところにもありますから、どうかひとつ大臣の御答弁のとおり御検討をお願いいたします。私の質問を終わります。

○長野委員長代理 この際、暫時休憩いたします。



午後零時二十八分休憩

午後一時五十七分開議

○堀内委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

質疑を続行いたします。中沢健次君。

○中沢委員 まず最初に厚生大臣に、老人保健法並びに老人保健施設の問題につきまして、基本的な姿勢について伺いをしたいと思います。

私は、十七日の本会議で党を代表いたしまして質問させていただきました。できたばかりの議事録も一通りまた読んでみたのでありますけれども、一つは、私も代表質問でいろいろ申し上げましたけれども、今度の老人保健法の内容について言いますと、後ほど各論にわたって質問をいたしたいと思っておりますのでありますけれども、老人に對しまして大変過酷な一部負担を押しつける。そして按分率という中身で言えば、結局は現役の皆さん方に、制度間の公平とはいえないながら、本会議あるいはこの委員会でもいろいろ議論がありましてたけれども、結果的には増税という形になるという負担を押しつける。そして今度の新しく出されてまいりました老人保健施設、これは中間施設という言葉を自身、私としては非常に問題があるんじゃないかという感じがするのでありますけれども、初めて出されてまいりましたこの施設の内容について、全体的な輪郭はほぼ明らかになりましたけれども、厚生省としては一年六カ月後スタートする、ですからその間関係審議会という議論をするんだ、こういう話なんでありましてけれども、具体的な内容について言えば、非常にまだあいまいである、まだまだ国会論議が十分保証されなければいけないのではないかと、こういう感じを率直に持っているわけでありまして。

ですから、まず大臣に、その辺につきまわりの基本的な考え方をぜひお聞かせをいただきたいのです。

○斎藤國務大臣 このたびお願いをいたしております

ます老人保健法等の一部を改正する法律案は、増高いたしました老人医療費をいかにして国民がひとしく御負担をいただくかという観点から、いわゆる言うところの加入者按分率の一〇〇％へ向けての段階的な引き上げをお願いするということととも、そのように世代間の負担の公平を期する観点から一部負担の引き上げ等についても同時にお願いをさせていただくというものであります。

同時にもう一つの柱は、今先生御指摘がございました老人保健施設の新設ということでございます。これは簡単にわかりやすく申しますと、病院なり老人病院というものが専ら治療を行うところであり、特別養護老人ホームというものが専ら家庭生活にかかわる介護サービスを行うところであるとするならば、その両面を持ち備えたものであって、治療が一応済みしましたけれども、なお安定的な症状の中で医療ケアの必要な方々に対する医療ケア、またリハビリを施すというような医療の部分、そしてもう一つは、在宅で介護がしにくい点についての生活サービスを行う介護の部分、こういうものを兼ね備えた老人保健施設ということであります。そういう意味において、ちょうど中間的なものを兼ね備えておることから中間施設と俗に申し上げておるわけでございますが、そういうような施設でございます。

この施設につきまわっては、寝たきりのお年寄りの皆様を初め、介護を要するお年寄りの方々の非常に多様化するニーズの中で、ぜひともこういった新しい施設を整備してもらいたいという、非常に期待をされている施設だと考えておりますので、今回の改正においてお認めをいただき、ぜひとも新設をし、そして今後将来にわたっての医療と保健と福祉という総合的な連携の中における老人福祉の向上のために寄与させてまいりたい、このように考えておるところでございます。

○中沢委員 それでは具体的に老人保健施設の内容容について、数点にわたりました質問をしたいと思ひます。

今も大臣からお話がありましたように、老人病

院と特別養護老人ホーム、そして今回の老人保健施設、これはだれが考えましてもいろいろな相関関係を持っていると思うのです。

まず第一にお尋ねをしたいのは、厚生省の六十年現在と昭和七十五年、つまり二十一世紀の入り口でございますが、十五年間の時間的な経緯はこれからいろいろあると思うのでありますけれども、その間における寝たきり老人の数の、そして老人病院のベッド数あるいは特養の入所者の数等々の資料がございましたら、ちょっとお聞かせをいただきたいと思います。

○黒木政府委員 寝たきり老人の現在の状況でございますけれども、約六十二万人と推計いたしております。その内訳でございますけれども、六カ月以上の長期入院をほとんどされているわけでございまして、入院の形でいらっしゃる方が二十五万人、特別養護老人ホームに十二万人、在宅で二十五万人という状況であるかと考えております。

それから、昭和七十五年度の時点においてどうなるかという見通しでございますけれども、その時点では六十五歳以上の人口が二千万人という大変な高齢化を見るわけでございますけれども、要介護老人数を私どもは約百万程度ではないかと見込んでおります。その場合の処遇のあり方でございますけれども、老人保健施設で二十六万から三十万人程度、それから福祉サービス、これは特養だとか在宅のいろいろな福祉サービスがございまして、そういう対象として五十七万人から六十一万人、それから長期入院という形で病院にいらっしゃる形で十万人から十四万程度というふうになるのではなからうかと推計をいたしております。

○中沢委員 重ねてもう一つ、七十五年度の内容について改めて質問したいと思うのですが、その福祉サービス等の五十七万ないし六十一万の数字の内訳、つまり特養の入所者の数あるいは在宅の寝たきり老人の数はどういう内容になっていくか、ちょっと教えていただきたいと思ひます。

○小林(功)政府委員 七十五年度におきます在宅

あるいは特養の入所者でございますが、先ほど老人保健部長が申しましたように、福祉サービスで五十七万ないし六十一万というお答えをいたしました。その中で大体二十四万程度を特養の入所者として考えております。その余の者が在宅サービスの対象になる方々、こういうふうにご考えております。

○中沢委員 実は私、本会議で質問しまして、大臣から御答弁をいただきました。老人保健施設の創設、同時に特別養護老人ホームのこれからの整備計画、これは特養そのものも非常に必要な施設なんです、そういう整備計画はつきり持つ、こういうことだと思ひます。

今お答えを聞きますと、数字的には大体納得できるような数字が示されてきたのでありますけれども、問題は、その年次別のプランだとか、今の特養の抱えている非常に厳しい環境をどういう状態で乗り越えようとしているか。後でもちょっと具体的に質問したいと思ひますが、そういう総論的な関係についてちょっとお聞かせをいただきたいと思ひます。

○小林(功)政府委員 特別養護老人ホームの整備につきまわっては、この数年来大体百二十カ所、定員でいいますと八千人程度の増を図ってまいりました。そういった過去の動向、経緯等を考えますと、これから先も、先ほど申しました昭和七十五年度で二十四万人という入所定員は充足できると考えておりますし、また老人保健施設あるいは病院との関係におきましても、特養は今までもおり機能果たさなければいけませんから、整備はこれからも続けたいと思ひます。

○中沢委員 別な問題でまたちょっと質問したいと思ひますけれども、老人保健施設の法的な位置づけ、同時にその機能について少し質問したいと思ひます。

先ほど我が党の先輩議員から質問がございました。医療法との関連についていろいろございました。確かに今度の法改正に関連をしまして、医療法の第七条の二の三項で、「老人保健施設の収容

定員数は、既存の病床数とみなす。」こういうふうな明文化しているわけです。そうしますと、素人考えで言いますと、この老人保健施設というのは、いわゆる医療法で言うところの老人病院の延長だ、このように一つは受けとめるわけでありまして、しかし、一方におきましては、この法の四十六条の十七で、老人保健施設というのは、いわゆる病院や診療所と違う、医療機関ではない。一方では病床数が医療法上の計算の中に入ってきて、一方ではそうではない。基本的に矛盾すると思うのでありますけれども、この辺はどうでしょう。

○竹中政府委員 老人保健施設は、御承知のように、日常生活サービスとともに医療サービスを提供する施設でございますので、その医療機能に着目いたしますと、病院病床の補完的機能を果たすというふうに考えられるわけでございます。こういった点から、医療計画におきまして、地域の病院病床数の現状を示す既存病床数の算定に際しまして、老人保健施設の入所定員数を所要の補正を行った上でカウントすることにしたしております。

それからまた、これも申し上げましたように、日常生活サービス、つまり福祉の面を持つ施設でございますので、従来医療法で規定しております病院、診療所、つまり福祉の要素がなくて医療の要素のみの施設とは異なるものであるということをおっしゃるわけでございます。

〔委員長退席、長野委員長代理着席〕

○中沢委員 厚生省が各都道府県に医療圏、しかも、その医療圏の設定の中身でいうと、個別の病院のベッド数についてそれぞれ算定をする、こういう作業を現在進行中だと思っております。六十二年度中にまとめる、あるいは六十二年度中にまとめるという話を聞いておりますけれども、そうしますと、この医療圏の中で、今度の施設の絡みの中でベッド数がどういう因果関係を持つのか。もつと言え、この施設がだんだんつくられることによって、結果的には病院のベッド数が縮小される。そうすると、過疎地帯のようなところでは地域医

療の後退という非常に大変な現実的な問題にぶつかってくるのではないかと、このように考えるのですが、その辺はどうでしょう。

○竹中政府委員 老人保健施設の創設によりまして、これまで病院に入院をされていた方で、その状態によりまして老人保健施設の方に入所される方が適切であるという方があるかと思っております。それでは、そういう方があるに、今病院に入っておられる方が老人保健施設に移るといふようなことも考えられるわけでございます。それぞれ状態に応じた適当なサービスを受けることができるのではなからうかと考えております。

それから、医療圏の中で必要病床数を算定いたしますわけでございます。最初に医療計画、必要病床数を定めます場合は、現在の時点では老人保健施設がないわけでございます。それは何ら算定の基礎になりませんけれども、医療計画で約五年後にもう一度必要病床数を見直すということにいたしております。その時点で老人保健施設が一定数できておりましたら、その老人保健施設の入所者数をその際に必要病床数にカウントする、これも一定の係数を掛けてございまして、カウントをするということにいたしております。カウンスするので、先生今おっしゃいますような病院の新設、増床、その他の制約に必ずしもなるということではないかと考えております。

○中沢委員 実は、設置主体の関係なんです、医療法人ないし社会福祉法人、あるいは市町村、こういうふうな設置の主体が三種類で厚生省の原案がつくられておるわけですが、大臣も政府委員の皆さんも御承知のように、医療法人の場合と社会福祉法人の場合には税制上だとかあるいはいろいろな政府融資の内容が相当違うわけですね。その辺の違いが今度の施設の運営の問題でいいますと、いろいろな支障が出るのではないかと、いうように率直に思われるわけですが、その辺はどうでしょう。

○黒木政府委員 今回創設いたします老人保健施設につきましては、税制あるいは融資面で特別な

配慮ということで今概算要求に即して要求をしているところでございます。

具体的に申し上げますと、医療法人の老人保健施設にかかる税制につきましては、昭和六十二年度の税制改正要望で事業税、不動産取得税、固定資産税、特別土地保有税、事業所税等につきまして優遇措置を要求いたしております。

御指摘のように、社会福祉法人が行う場合と医療法人が行う場合と税制面で差が生じかねないわけでありまして、私どもとしてはできるだけ差がないようにしたいと考えております。ただ、しかしながら法人の性格上どうしてもやむを得ないものもございます。例えば法人税等でございますけれども、その辺は仕方がないかなというところでございます。

また融資につきまして、私どもとしては社会福祉施設並みの四・六％ということの低利融資を要求いたしておるわけでございます。この面では法人の性格によって差が出てまいらうというものはございません。

○中沢委員 いま一つは、一部の新聞報道でも出ておまして、正直言いますと、老健法をめぐっては非常に暗い話題ばかりなのでありますけれども、これだけはちょっと明るいニュースだというふうに僕らは受けとめております。

具体的には年金福祉事業団です。新しい事業として初めて不動産運用をやつて、その運用の中で特別養護老人ホームでありますとか、あるいは今回の施設の用地の買収資金に何とか充当したい。プランとしては大変結構なんですけれども、先ほど大蔵の政務次官が来ておりましたが、問題は蔵省の壁がかなり厚いのではないかと、率直にそう思うのですけれども、この辺はできれば大臣に、大臣としての決意、見通しなどを率直にお聞かせをいただきたいと思っております。

○斎藤国務大臣 御指摘いただきましたように、来年度の概算要求におきまして、国民年金や厚生年金の積立金の運用につきまして、預託いたしたす、来年度は約六兆円と見ておりますけれども、

そのうちのおおむね三分の一を年金福祉事業団における還元融資に回していただき、そしてその中の半分に当たります一兆円、この一兆円のうち九千五百億円を運用いたしまして、五百億円において土地を取得をし、その土地を低い価格で特別養護老人ホームとか老人保健施設等に利用していただくために貸与をするというような計画をいたしておるわけでございます。

ただいま先生が御指摘のように、これからの予算折衝の中で大変難しい問題だとは思っておりますけれども、特に今都市部における特養の整備というものは、これは土地が非常に高騰をしております。これは土地が非常に高騰をしております中で、老人施設に向く適当な土地を取得することが難しいという状況でありますので、そういうことを考えますと、ぜひにもこれを実現するために最善の努力をいたしたいと考えておりますので、また御支援のほどをお願い申し上げます。

○中沢委員 大臣の方から非常にかたい決意を含めて答弁がございまして、七十五年の特養の二十四万という数字も先ほど出ましたけれども、それにも関連する本当に大事な問題でございまして、ぜひひとつ頑張っていただきたいと思うのであります。

次に、この施設のスタッフの問題について具体的に

にお尋ねをしたいと思っております。何せ時間が一時間でありまして、先を急いであれなんですけれども、厚生省の考え方では、今のところ百人規模のスタッフの配置基準が示されているわけなんですけれども、しかし現実問題として、例えば老人病院の病棟転換をしてこの施設をつくる、こういう話なども出ておまして、そうなりますと、かなり規模の小さいそういう施設もできてくるのではないかと。ですから、百人程度の数字は示されておりますけれども、例えば五十人規模ないし三十人規模、どういうスタッフの配置基準を考えているのか、まずお聞かせをいただきたいと思っております。

○黒木政府委員 スタッフの基準につきまして

は、何回かお答えさせていただいておるわけでございませうが、医師が一人必ず常勤でいること、それから百人規模に對しまして、看護婦は七ないし十人、看護職員は十五ないし十八人、その他OT、PT、相談指導員等ということでお答えをいたしておるわけでございませうけれども、先生御指摘のように、これからはやはり百人程度の規模以外に、多様なニーズにこたえる形で、地域では小規模のものもあるであろう、あるいは五十人規模も要るであろう、中規模も要るであろう、いろんな規模のものがあるいは形態のものが地域地域のニーズその他関連施設との関連も踏まえまして、これから必要になってくるだろうと考えております。

その場合の、例えば小規模のスタッフの基準をどうするか、あるいは中規模についてどうするかということは、これからの検討でございまして、百人当たりで現在のところ考えておりますけれども、これから実験等をしながら、確かに収容定員が少なくなりまして、職員としては少な過ぎて済む部分もありまして、済まない部分もあるわけでございまして、特に問題なのは、寝たきり老人等を入所させてケアするわけでございまして、やはり夜勤の体制というものが非常に重要になってまいります。したがって、その辺のローテーション等も考えながら、看護婦さんなり介護職員のローテーションができるようなことも配慮しながら、小さい規模あるいは中規模の職員数というものはこれから決めていかなければならぬというところで、いましばらくこの点は検討をさせていただきますたいと思っております。

○中沢委員 関連をいたしまして、実は病院の場合は、御承知のように、入院患者あるいは外来の患者さん、これが一つのスタッフの基準になっているわけですね。

今の厚生省の考え方では、この施設でいいますと、入所している人をスタッフの基準に考えている、これはいろんなケースがあるんでしょうけれども、通ってくる方、あるいは随分議論がありま

すけれども、在宅されているところに対する介護サービス、そういうことを考えますと、基準の置き方についていえば、もっと柔軟にといひすか、幅広くやっているとかなければならない、このように一つは思うのです。

もう一つは、今部長の方で答弁がありましたけれども、小規模についてはそれなりにまた検討すると言いますけれども、やはり五十人程度の規模についてはどういふふうにするかというところをこの際明らかにしておかないと、結局は五十人規模になつてくると、基準が全部二分の一にされてしまわないか、こんな心配もあるものですから、重ねて質問いたします。

○黒木政府委員 小規模の施設につきましては、やはりある程度の規模がないとうまく運営ができません。だろいう点のことは考えざるを得ないわけでございませう。それをどの程度にするか、二十名程度にするか三十名程度にするかというものは、やはり総合的に判断をしなければならぬと思っております。それからまた在宅機能というものを非常に重視しておるわけでございませう。

大臣からも答弁いたしましたように、病院からここに移つてこられる、その方にできるだけ自立その他リハビリ等を中心にしたケアを施しまして、家庭復帰をさせるわけでありませうけれども、そのためにも、家庭に復帰されたお年寄りの方が昼間だけここに通われるとか、短期間入所されるというふうな形で、家庭との連携をとりながら、この施設の機能を果たしていく役割も大事だろうというところで、確かに多様な機能を發揮してもらつたためには、基準というものは非常に弾力的に考えていかなければいかぬと思つておるわけでございませう。その辺は基準と、私どもが幾ら費用としてお支払いをして、そういうスタッフを受け入れるようにするかということとの関係の中で、私どもはそういうニーズにこたえるようないい施設につくつていかなければならぬと考えているわけでございます。

したがって、現時点で二十人程度の場合に

は何名になるか、五十人については何名になるかというものは、具体的にはお答えできないわけでありませうけれども、百人程度に比例して単純に減るとは決して考えておりません。十分その規模なりに機能が發揮できるように配慮してまいりたいというふうな考えでおります。

○中沢委員 もう一つ関連してお尋ねをしたいと思ふのですが、例のマンパワーの問題です。これは恐らく今までの議論があつたと思うのでありませうけれども、この施設でいいますと、リハビリテーションの職員というのは非常に重要な役割を持つてくるんじゃないでしょうか。そうしますと、現在のいわゆるOT、PTの養成計画、非常に不十分だと思ひます。これを一体どうするか。ある意味で国の責任でこれだけ具体的に年次計画を含めてこうする、こういう具体的なものがあつたら、この際、示していただきたいと思ひます。

○竹中政府委員 OT、PTでございませうが、現在、昭和六十一年現在でPT、理学療法士が五千二百六十五人、それからOT、作業療法士が二千四百四十二人になっておるわけでございませう。実は、昭和五十八年に医療関係者審議会の理学療法士作業療法士部会におきまして意見書を提出されました、五十八年現在の養成を進めていけば、昭和六十年代の後半に需要と供給が均衡するという予想をしていられるわけでございませう。

ただ、この意見書の推計の中には、医学技術の発展あるいは医療機関等におきましてリハビリテーションの位置づけや、技術の進歩、それから発足当時でございまして老人保健事業の進展、こういういろいろな不確定な要素が含まれておりまして、たので、これらの動向も見きわめた上で、必要があれば改めて需給の見直しを検討したいというふうな考えでおります。

○中沢委員 その必要があれば検討するということなんでございませうが、今度新しいこういう施設をつくるわけですね。しかも将来計画もかなり規模の大きいものをお考えしているわけですね。当然必要

だと思ふのですよ。しかも緊急性があると思ふのですけれども、もう少し具体的なお答えをいただきたいと思ふのです。

○竹中政府委員 先ほど申し上げましたようなことで、六十年代後半に需要と供給が均衡するということでございます。老人保健施設の問題あるいはこれからの医療計画の実施の問題、そういったものを踏まえまして、需給見直しの検討をいたしたいと考えております。

○中沢委員 この問題で余り時間を費やすのもなから……次に、利用対象者の問題について伺ひをしたいと思います。この施設は寝たきり老人中心、ただ、この委員会論議の中では、痴呆老人の場合についても責任を持って引き受ける、こういうやりとりがいろいろあるわけなんです。問題は、痴呆老人の現在の実態、それから昭和七十五年にどの程度まで数字が動いていくのか、まずそのことをちょっとお聞きをしたいと思ひます。

○仲村政府委員 痴呆性老人の問題でございませうが、症状あるいは状態によりまして、ただいまのところは精神病院へ入院されておられる方あるいは特別養護老人ホームに入られておられる方、在宅の方といういろいろの方があるかと思ひます。老人保健施設におきまして、これを対象とするということで従来からお答えしておるわけでございませうが、私どもの推計では、現在、紀元二〇〇〇年までに九十万人ではないかと推定しておりますけれども、これも現在専門委員会等にお諮りいたしておるところでございます。現在のところ、特別養護老人ホームに四万人、精神病院には三万人という推計をしておるところでございませう。

○中沢委員 そこで、先ほどの質問にもちよつと関連をしますので、けれども、この施設の将来計画が二十六万から三十万、特養でいうと二十四万、こういう数字を聞きました。寝たきり老人の教と痴呆性老人の教のダブりは当然あると思ふのです

けれども、問題はこの二十六万ないし三十万というスケール、量が果たして痴呆性老人を責任を持つてお受けをする、そういう内実を伴うのかどうかちよっと心配なのですが、その辺はどうなんでしょう。

○仲村政府委員　先ほどもちょっとお答えいたしました。が、痴呆性老人すべてをこの老人保健施設で処遇することではございませんで、症状によりまして、精神病院へ入院が必要とされる方もおりまして、従前どおり特別養護老人ホームに入所される方もおられるし、この老人保健施設でも処遇をしてまいりたい、あるいは在宅でお世話を願うというふうなことで、いろいろ痴呆性老人という観点からいたしますと、先ほどお答え申し上げました九十万人と一応の推定の中でいろいろの処遇に分かれるのではないかと私ども考えております。

〔長野委員長代理退席、委員長着席〕

○中沢委員　そうなりますと、今お答えの中に、精神病院との関連もある、こういうお答えがあつたわけなのですが、今度の施設の痴呆性老人の絡みでいいますと、そうなると、やはり精神病院の、これからの整備計画もかなり因果関係を持つてくるのではないか。先ほど指摘をした老人病院との因果関係もありますけれども、精神病院との因果関係もあるんじゃないか。精神病院の整備計画、この施設との絡みで具体的にどういふふうに検討されているのか。

○仲村政府委員　精神病床の整備の問題につきましては、現在別途精神衛生法の改正作業の中でも検討項目の一つとして考えられておりますけれども、その中でどのような形でこの痴呆性の老人の方をお引き受けするかということにつきまして、今入っておられる患者さんなどのような形で早く社会復帰させるかという問題との兼ね合いもございまして、現在のところこの痴呆性老人のために精神病床を特に整備するというふうな考え方では私ども考えておらないわけでございます。

○中沢委員　というのは、その必要性を認めてな

ということなのか。必要性はあるけれども、これから検討してプランをつくる、こういうことなのだろうか。

○仲村政府委員 現在ございます精神病床の中で、社会復帰を促進すれば、受け皿を整備いたしますれば、退院できる患者さんも何がしかあるという指摘もございます。そのような社会復帰の施策を促進するという側面もございますので、もちろん今後そういう痴呆性老人の方がふえるという推計を私ども持っておるわけでございますが、その中で特に精神病院に入院される方の必要性は十分認めた上でございますけれども、痴呆性老人用に精神病床の何％をというふうなことで、の計画は、現在までのところないということでお答えいたします。

○中沢委員　ちよつと答弁には納得できないのですが、といいますのは、これから十四年間で痴呆性の老人というのが現在五十万から九十二万ぐらいに物すごくふえるわけです。そうすると、この施設の関連と精神病院の関連というのは、そういう意味では非常に重要な今後の政治課題になつてくると思うのですね。それをわかつていながら厚生省の所管のところでの今のような非常に消極的な答弁では、これは関係者も含めて納得できないんじゃないでしょうか。改めてお伺いしたい。

○斎藤國務大臣　今、御議論を聞かせていただいておりまして、痴呆性老人という概念も非常に正確に定着化しているとはまだ言いがたい時期だと思つております。

そこで、本年の八月から厚生省におきまして痴呆性老人対策推進本部というものをつくりまして、この痴呆性老人の発生のメカニズムとか実態の調査とかその発生の予防対策、そしてまたこういう方々に対する介護のあり方、施設のあり方、こういうようなものについて総合的に研究をし、取り組んでまいろう、こういうことにいたしておるわけでございます。そういう中でいろいろと解明をされ、一つずつ基準といましようか、概念がはつきりしてまいるということになるんだらう

というふうに思うわけですが、今のお話の中では、老人性痴呆症といいますが、非常な軽度のものから非常に重度のものまでいろいろあ

ろうと思うわけであります。非常に重度の場合には精神病院等において収容される。その場合におきまして、精神病院に痴呆性老人だけの精神病院というものがつくられるというよりも、現在の精神病院の中にそういう一つのグループというようなものをグループ的に収容するような部分というものがある。これがこれからできてくるのではないかというふうに思います。また中度もしくは医療との関連の中で痴呆性に陥るという方もあるわけでありまして、こういう方については、この中間施設によつて、

て収容されることがあるのではないか。また医療的に固定した状況であるけれども、軽度の癲癇症であるという場合には、特養においても今までのように収容されることであろうと思いますし、また非常に軽度な癲癇性の方においては、在宅においてケアされるということもあろうかと思うわけがあります。そういうことが自然というか、これからのいろいろな研究や対策を講じていくことによってうまく適正に処理されてまいるのではないか、そのように進めてまいりたいというふうに思

っております。

○中沢委員　今の大臣の答弁で今回は一応納得したいと思うのですが、とにかく総合的なその種のプランづくりといいますが、具体的な政策対応をぜひひとつしっかりやっていただきたいと思うのです。

次に、利用者の負担問題についてお尋ねをしたいと思いますのです。

担というのもある意味で、事のよしあしは別に  
して、厚生省も実態は一応把握をされておる。とこ  
ろが、今度のこの施設でいいますと、先ほど先輩  
の議員の方からの質問の中でもどうも明確に返っ  
てきてないのでありますけれども、いわゆる経費  
などの範囲というのが非常にあいまいだと思ふの

です。もう少し具体的にそういう内容について示すべきだと思うのですけれども、どうでしょう

か。

○黒木政府委員 老人保健施設を利用される方の利用者負担の考え方でございますけれども、基本的には、ここで療養されるためのサービス、つまり医療的なサービスにつきましては、全額保険給付の形で給付をしたいと思っているわけでございます。そして考え方としては、病院の治療が終わって退院をされたとした場合に、その方が家庭で必要とされるような日常的な世話はこの施設がかわって行つてあげる。その場合に、その負担は利用者負担でお願いしたいという考えに立っており

ます。したがって、経費の種目は医療サービス以外の部分でございまして、食事代、それから老人特有のおむつ代、それから理髪代とか美容代を含めましたもの、そのほかには日用雑費みたいなものもございまして、あるいはここが生活の場ということである意味での催しが行われることが期待されるわけでございます。いわばレクリエーションとか楽しみの部類に属する経費、こういうものは私どもとしては利用者負担でお願いできないかなと考えているわけでございます。

○中沢委員 病院の場合は、病院から提供される食事、いわゆる病院給食はどうなっているのですか。

○黒木政府委員 病院の場合の食事というものは、私どもの従来の考え方は、やはり治療の一環として食事が給付されると見ているわけでございます。

今、私どものこの中間施設は、いわば入院治療が終わった段階での医療ケアが必要な程度の、主としてリハビリその他のケアを行う施設でございますから、在宅療養の対象というものを一回受け皿として受けまして、そしてそこで先ほど申し上げましたような医療ケア、リハビリ等を行ないながら、そして生活上の世話を行いながら家庭に復帰させるということでの食事ということを考えますと、病院での入院治療の一環としての食事とい

1

うものは保険の方で給付対象でございますけれども、この施設の方は利用者負担をお願いをいたしたいということでございます。

○中沢委員 自身はその答弁には納得できないのです。見解の相違といえは相違なんでしょうけれども、つまりこの施設は一面では医療サービスをする、もう一つは生活サービスをする、つまり中間施設だ、こういうふうに一応概念的には規定をされているわけですね。ところが肝心の食事の關係で言いますと、医療サービスという観点で全く消しゴムで消したように消されてしまつて、普通の生活をやっても食事代がかかるのだから、これは全額本人の負担になる。これはもう理屈の上でもちよつと納得できない、説得力を持たないと思うのですが、改めて再検討の余地はないのですか。

○黒木政府委員 私どもがこの中間施設を検討しますます最初のベースになった考え方は、社会保険制度審議会の意見答申でございます。要介護老人が緊急の課題であるということから、制度審議会の考え方としては、特別養護老人ホームと病院の機能をあわせ持つような中間施設を緊急に整備すべきである、そのための財源として保険財源を使うとともに、食事その他の生活費は自己負担という考え方で、これから中間施設を早急に政府としては検討すべきであるというような考え方が示されました。その後厚生省の中でも中間施設懇談会等で御議論を得た上で私たちの考え方を固めてまいつたわけでございますから、私どもとしては、食事代等を利用者負担でお願いするという考え方は、ある程度国民の理解が得られるのではないかと、今回法案の形ではつきりお願いを申しているということでございます。

○中沢委員 審議会ですという審議をしていられることは僕らも一応承知はしているのです。しかし、これは法案が提案されて議論をされている国会の場なわけですね。ですから改めて私がそういう質問をしたわけですね。

時間がありまから、ほかの問題に移りますけれども、この施設について最後にできれば大臣

からもお答えをいただきたいと思うのです。

今非常に時間がなかったのですけれども、幾つかの問題について質問をして答弁があつた。例えば五十人程度の規模のスタッフの基準もまだ明確になつていない、今の問題も含めて、さまざまな問題で、言つてしまえば輪郭は一応見えてきたけれども、その正体がよく見えないわけですね。これは恐らくこれから審議会でもいろいろ議論をして一年半後のスタートに間に合わせるということなんでしょうけれども、私はそういうこれから議論の進め方自体にもちよつと疑問を感じるのです。

といひますのは、確かに老健法の一部としてこの施設の問題が出てきたけれども、一年半後に実施をするということであれば、改めてしるべき時期に国会できちつと議論をして、この施設のよしあし、といひますのは、新しくつくる施設で、しかもこの二十一世紀には三十万という直接の関係者を面倒を見る、こういう国民の命や暮らしに大変関係の深い施設でありますから、やはり国会論議というものは、これからまだやりまされども、この施設に限つて言いますと、改めてしかるべき時期にもう少し具体的な内容を固めた段階で国会できちつと議論をする、そういう必要性を私は強く感ずるのですが、大臣、どうでしょう。

○斎藤国務大臣 先生のような御意見もありかと思つたわけでございますが、先生も今お話しただきましたように、大体私どもが考えております輪郭については御理解をいただけたと思つたわけでありま。

なお、この法律を成立させていただきましたら、モデル事業を推進すると同時に、そういうものを見ながら老人保健審議会において細部にわたつて専門家の方々の御意見を徴してきちつとしたものを決めてまいりたいと考えておりますし、また私どももいたしまして、これまで各各種のろいろ福祉施設等を指導監督をいたしてまいつた経験等も十分に生かして、立派な中間施設をつ

つてまいることを決意したいと思ひます。

○中沢委員 残念ですが、この問題についてはこのぐらゐにしておきたいと思ひます。次に、老健法全体の非常に特徴的な問題について、これから順次質問をさせていただきたいと思ひます。

その一つは、かねてから議論がありますように、一部負担の導入の問題です。これは現在、一部負担は六百億負担をされている。これが今度は一千九百億になる、そういう数字が一応示されておりますけれども、確認のためですが、間違ひはございませんか。

○黒木政府委員 そのとおりでございます。

○中沢委員 そうしますと、これは按分率との關係でちよつと質問をしたと思うのであります。今お年寄りの皆さんには改めて一千三百億という大変過酷な一部負担をお願いをする。同時に制度間の公平ということでもこの按分率が出てきたのでありますけれども、これも同じ数字で言いますと、健保組合は一千九百五十二億、それから政管健保で言いますと一千三百八十九億、そして老人の負担が一十三億。問題は政府の国庫補助、これは国会論議でも明らかでありますけれども二千五百億、ここだけ軽減になる、こういう数字、こういう事実について確認をしたと思うのです。

○黒木政府委員 数字はそれのとおりでございます。ただ、国庫負担が減つていゝという御指摘でございますけれども、これは大臣からもお答えしてありますように、老人保健制度に對します私どもの負担というのは二〇%の濃い負担でございます。まして、この金額について申し上げれば、五十九年度六千八百億が六十年には七千五百億、六十一年度は八千四百億、六十二年は概算要求で九千億といふこと、六千億、七千億、八千億、九千億といふこと、この二〇%の老人保健制度に對します国庫負担は年々増額確保をいたしているわけでありま。

トータルとしての御指摘はそれのとおりでございますけれども、今回按分率の引き上げによりまして各制度間の負担の公平を行うということでございます。被用者保険の方の負担が増大をする、片や国保の方の負担は軽減をする、これはまさに老人加入率の格差による負担の不均衡を是正する結果でございます。その結果として、国保には手厚い国庫補助が入つておりますために、トータルとしての国庫分というものが減つてまゐる、こういうふうな御理解をいただきたいと思ひます。

○中沢委員 そこで一つ、関連してお尋ねをいたしますけれども、お年寄りの一部負担、つまり医療費、これはやはり私としては公共料金的な性格を持つてゐる、多くの方がそのように受けとめてゐると思うのです。そうしますと、今回は六百億から千九百億と実に三倍の負担を強いる。公共料金的な性格というものでいへば、いろんな公共料金がありますけれども、過去これほどひどい、三倍も一遍に上げるような、そういう実績があつたのでござい。

○黒木政府委員 過去、公共料金についてのこれほどの引き上げがあつたかどうかというのは、私もちよつと存じないわけでありまけれども、今回の私どもの一部負担の改正の趣旨は、少し観点が変わつてございまして、年々増大する老人医療費、毎年四千億あるいは五千億、医療費が増大するわけでございまして、この増大をどう国民が負担をするかといふことは、やはり真剣にこれから考えていかなきゃならぬ問題であります。ふえる分はいずれ国民が何らかの形で負担をするわけでございます。

そこで、私どもはこれから世界に類を見ない高齢化社会の到来を控えまして、新しい負担のシステムをつくらうということが発想の原点でございます。したがひまして、老人の一部負担について、若い世代との負担の公平という、その観点からの改革でございまして、引き上げ幅といたしましてとから見て大幅でございまして、その観点に立つた引き上げでございまして、御理解を



いただきたいとともに、引き上げ後の一部負担、外来については月一回千円でございますし、入院については月一万五千円でございますけれども、老人の所得の状況等から見て負担額をいふことから、私どもは今回一部負担の引き上げを御提案をしております。あわせて各制度間の負担の公平ということも行いまして、新しい老人医療費の負担のシステムをつくらせていただきたいということで御提案を申し上げているということで御理解いただきたいと思ひます。

○中沢委員 時間もありません。とにかく私としては納得できない。

最後に、国民健康保険制度の内容について、私は出身が北海道でございます、そういう地域的な特性も含めて質問したいと思ひます。

厚生省の方としては実態を把握をされていると思うのでありますけれども、残念ながら北海道は二年連続で老人医療費が全国一、こういうことになりました。当然これは大変な負担になるわけです。同時に、今度の按分率でいいますと、現在北海道では九十四万円、これが一〇〇%になりますと百四十六万円、五十二万円も、びっくりするくらい掘出がふえる。ところが医療費の一番低い静岡の場合は三十六万が五十四万ということで、北海道から見ると比較的負担が軽い。こういう実態について押さえておられますか。

それとあわせて、やはり地域間のこれだけの格差が出てしまう。基本的には僕は反対していません。しかし、現実的にこれだけの格差が出るといふことの具体的な対策、例えば一般的な補助金でいえば高率補助とかかさ上げ、そういう制度が現実的に幾つかあるわけですね。同じ公平を言うのであれば、地域格差についてどうやって埋めるか、そういう具体的な考え方があれば示していただきたいと思ひます。

○下村政府委員 医療費についての地域格差が大きい、その結果、掘出金についても相当の差が出るのではないかと、こういうお尋ねではないかと思ひます。北海道は医療費が非常に高

い、それから一方、地域における産業状況等を背景といたしまして、健康保険組合も保険料率が相当高いところが多い、これは御指摘のとおりでございます。

まず医療費につきましては、私ども全般的な適正化対策を通じて地域格差の解消に努力をしております。最近の傾向で申しますと、従来大体西高東低ということが言われていたわけでございますが、最近の健康保険制度の改正等の結果、地域格差が若干縮小する傾向は出てきておりますが、なお今後この面についてはさらに努力をいたしたいと思ひます。

それから、直接の掘出金問題につきましては、今回御提案しております法案の中で、掘出金の増徴に対する緩和措置を経過的に取り入れるということとで第一は考えております。それから第二の問題といたしましては、被用者保険全体といたしまして、共同事業という形で全体の負担の公平化を行っていくというふうなこともやっておりますので、その両者の対策によりまして、北海道のような負担の重い組合についての対策を適切に講じてまいりたい、このように考えておるわけでございます。

○中沢委員 時間がもう来たようでございます。実は大臣から、先ほど先輩議員の質問に、命が一番大切な、健康が何よりも大事だ、そのためには医療が非常に大切だ、こういう非常に歯切れのいい御答弁があったのですけれども、今度の老健法の

の前身で言うと、大臣のおっしゃっていることとこれからやろうとしていることは百八十度違うと思ひます。私どもとしては、大臣の決断を含めて、この法案の撤回を改めて求めたいと思ひますが、いかがでしょうか。

○斎藤国務大臣 もう時間もございませんので、今回の老人保健制度改正の趣旨を申し上げることが差し控えていただきたいと思いますけれども、この老人保健制度の改正をさせていただくことによつて、これから迎えます長寿社会、その中でお年寄りの医療が安定的に賄え、そして皆さん方が安

心して老後を託せる、そういう老人保健制度を今きちんとつくらなければならない、こういう一心でお願いをいたしておるところでございます。将来の健康とか命とかいうことを守るために、今こそ少しきつてもお願いをさせていただく、こういうことでございますから、よろしくお願いをいたしたいと思ひます。

○中沢委員 時間でありまして、終わります。

○橋本(二)委員 橋本文彦君。

○橋本(一)委員 最初に大臣にお伺いしますけれども、今の中沢先生の質問の中で、最後の質問で、もう時間がないという趣旨は何でございましょうか。慎重審議の最中に、もう時間がない、採決の段階なんです、お答え願ひます。

○斎藤国務大臣 いや、中沢先生が時間を最後非常に急いでおられましたので、私が長々と答弁すると失礼に当たると思ひまして、まあ何といたしましうか、前段をカットさせていただいたということでございます。

○橋本(一)委員 了解しました。

大臣は就任に際しまして厚生省を志願した、こう言われております。大臣のお父さんが昭和四十八年に老人福祉法の一部改正を行ひまして、いわゆる医療の無料化を実現させた。その息子さんであるあなたが、今度は一部負担、有料化への道を開いたその老人保健法をさらに大改悪するという立場であるわけですから、この心境はいかがですか。

○斎藤国務大臣 御指摘のように、私の父が昭和四十六年の暮れの予算編成で老人医療無料化を予算上計上し、四十七年度の中の四十八年の一月から実施になったということを記憶をいたしておるところでございます。

その後約十三年たちまして今日、経済情勢やまた医療費の情勢等々も相当に変わつてまいつておると思ひます。ちょうど昭和四十八年当時、日本の福祉元年と言つた年でありまして、それまで日本におきましては、福祉ということを真剣に取り組むという姿勢は、残念ながらそれまでは余り

なかったと思ひます。しかし、その四十八年からは日本の福祉社会実現ということで、追いつけ追い越せということであるいろいろなことを試行錯誤いたしてまいつたと思ひます。同時にまた、あの当時はいわゆる高度成長時代でもございました。そういう中でいろいろな福祉政策を推進いたしてまいりましたが、今日、今後迎えます長寿社会へ向かつて、真の福祉のあり方というものはどういふものなのかという見直し、また長寿社会に向けて安定的に推移していけるような社会保障制度を今きちんと基盤づくりをしていかなければならないという時期、そういうような時期に今到来をしておると考えております。

老人保健制度につきましては、三年前に発足いたしましたときに、国民全体で持ち寄り、そしてこれを支えていこう、そのかわり同時にお年寄りの負担についても、健康への自覚とか医療費の適正化というような観点から、若干の一部負担をお願いすることもいいではないか、こういうことでこの老人保健制度が発足をいたしましたわけでありまして。今回その見直しの中で、この一部負担の見直しということも同時に行わさしていただいております。このことでもございまして、私は、これからの二十一世紀へ向かつての長寿社会が本当に安定した、そして信頼していただけるようなそういう社会保障制度であるように、今こそ努力をいたしたい、こんなふうに考えておるところでございます。

○橋本(二)委員 厚生省は、厳しい予算編成の中にありまして、大蔵省から俗に優等生と言われておる。今まで大蔵省の言いなりに予算を削減してきた。しかし、今回はもうそうはいかないぞというふうなことを漏れ承つておるのですが、しかし今回のこの老健法の改正も、やはり財政調整という見地しか見えてこない、そう思ひます。

それはともかくとして、大臣が厚生省を志願したといういきさつは、私よくわかりませんが、けれども、少なくとも厚生省というものは、人間の生老病死、四苦です、これを扱う省でございます。人間の生命と健康を守る大変な省庁でございます。

ます。当然憲法二十五条の生存権の規定があるわけですから、この憲法二十五条の規定を大臣はどのように理解しておられますか、まずお伺いします。

○斎藤國務大臣 憲法にかかわることでございますので、正確にお答えをいたしますが、憲法第二十五條の趣旨を具体化するため、国民が生涯を通じて不安なく生活を送れるよう社会保障制度を整備することが国の責務と認識をいたしております。

○橋本(文)委員 大要すばらしい答えをいただきました。憲法二十五條の規定を具体化するため、そのために何があるんですか、社会保障制度がある。憲法二十五條を具体化するために社会保障制度があるというわけです。

老人福祉法でございます。大臣のお父さんが医療の無料化を図った。老人福祉法十條の一でございますが、それを新設なさった。これはまさに憲法二十五條を具体化するものであった。そして先ほど大臣が言われましたように、福祉元年と言われた。しかし、三年前にこの老人保健法が制定されました。同時に老人福祉法の医療無料化を規定した条項が削られた、この事情をどうとらえますか。

○斎藤國務大臣 先ほどもお答えを申し上げましたように、昭和四十八年当時からいろいろな情勢が変わってまいりました。そういう中で昭和五十八年にこの老人保健制度ができましたときに、これをつくるに当たって、今後将来にわたって増高する老人医療費をどのように安定的に負担をしていくかということにおいて、でき得るならば国民全体で持ち寄りの形でこれを支えていく、こういう制度をつくるのではないかと、この法律の基本的な理念でありまして、同時にまた、そのように国民みんなが持ち合っていくということによって、世代間の負担の公平や、また健康に対する自己責任というふうな観点、また医療費の適正化というふうな観点、いろいろあわせてお年寄りの一部負担というものをお願いするということもいいたくないかということで、この制度が発足をしたと考えております。

○橋本(文)委員 老人福祉法の基本理念を読ましていただきます。第二条には「老人は、多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として敬愛され、」――「敬愛され」ですよ、「かつ、健全で安らかな生活を保障されるものとする。」「憲法二十五條の精神にさらに加えて、」安らかな生活を保障される」とこうなっているわけですね。そしてこの前回改正されました老人福祉法の十條では、「老人の心身の健康の保持に関する措置については、この法律に定めるもののほか、老人保健法の定めるところによる。」という規定もございすね。

この老人福祉法のいわゆる「基本的理念」、老人は「敬愛され、かつ、健全で安らかな生活を保障される」、これが一部負担の引き上げとの関連で問題になるわけでございますけれども、この十條の「老人の心身の健康の保持に関する措置については、この法律に定めるもののほか、老人保健法の定めるところによる。」この規定をダイレクトに見ますと、老人福祉法というのは医療に関する法律ではない、福祉の法律である。そうすると、老人保健法という法律は福祉なのか、医療なのか、この点をまずお聞きしたいと思ひます。

○黒木政府委員 老人福祉法の規定は、先ほど先生お読みになったとおりの基本理念を掲げておるわけでございますけれども、私どもの理解としては、健康面も生活面も、要するにトータルの老人の福祉について理念を掲げ、その他の施策を定めておるものという理解をいたしております。その中で、健康の保持に関する部分については、老人保健法におきまして同様の基本理念を置きまして、健康保持についての理念あるいはその費用についての公平な持ち方等を含めまして掲げてあるということでございますから、老人福祉法は老人をトータルとして健康面と生活面合わせた福祉の増進を規定し、そして老人保健法はその中で健康の保持面について基本理念を掲げ、その施策を規定しているもの、かように理解をいたしておるわけでございます。

○橋本(文)委員 老人福祉法そのものが主たるものであつて、老人保健法はその中の健康保持に関する法律である、こういうことでしょうか。そうすると、この関係はどういう関係になりますかね。いわゆる一般法、特別法というふうにした場合にはどういふふうに理解したいらいいのでしょうか。

○黒木政府委員 一般法、特別法、なかなか難しい議論があるところでございまして、老人福祉法で健康の保持についての規定が具体的に定まっております。特別法になりますけれども、恐らく理念的な規定だけでございすから、一般法、特別法と必ずしも言えるのかどうかというものは、私は明確には答えられません。

ただ、沿革的に申し上げまして、老人の無料化のときの公費負担制度、これは老人福祉法に規定があつたわけでございます。その中から老人保健法という形で、医療費の保障とあわせて老人の保健事業、ヘルス事業も加わつた形で別途の法律ができたということでございすから、いわば母法から新しく、何と申しますか子供ができていつて今育つておるといふ関係かなというふうに考えるわけでございますが、特別法、一般法の関係かどうかというのはいちよつと申しかねるわけでございます。

基本的には老人福祉法が老人のトータルな福祉について定め、その中で老人の健康の保持については老人保健法が定めておる、こういう関係だと理解をいたしております。

○橋本(文)委員 老人福祉法は端的に、いわゆる福祉に関する法律ですね。老人保健法というのは老人の健康保持に関する限りは福祉だという御意見ですか、よくわからないのですけれども、端的に聞けば、老人保健法というのは福祉関係の法律なのか、医療に関する法律なのかということでございます。

○黒木政府委員 老人福祉法の第一条を読みますと、「この法律は、老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もつて老人の福祉を図ることを目的とする。」と書いてございすので、狭義のいわゆる社会福祉ではございせん。恐らくここで書いてある老人福祉の福祉というのは広い意味での幸せと申しますか、福祉を指しているものと考えますので、私が申し上げている老人保健法の中の措置も、広い意味での、広義の福祉であろうとは思ひますけれども、巷間言われる狭義の社会福祉施設とか社会福祉の体系とは違ふものというふうに考えております。

○橋本(文)委員 なかなか医療とは言いません。それでは、この老人保健法が審議されたときに、いわゆる老人病院という概念は出ておりましたか。

○竹中政府委員 お話の老人病院でございまして、老人保健法が当初審議をされておりましたときには、老人病院という規定はございせんでした。

○橋本(文)委員 そうですね。老人保健法が審議されたときには、どこにも老人病院という字は出なかつた。ところが、この法律がございまして、三十條の第一項に「医療に関する基準」という条項がある。この条項に従つて、「医療の取扱い及び担当に関する基準並びに医療に要する費用の額の算定に関する基準については、中医協の意見を聞いて大臣が決める。この規定が大変なくせ者だつたわけだ。

この基準について厚生省が幾つもの告示を出しております。この告示によつて初めて医療の現場で大混乱を生じた。そこに初めていわゆる老人病院なる概念ができて、そこに特例許可であるとかあるいは特例許可外とかいふ病院が出てきた、このように私は理解しております。

もし老人保健法の審議の際にかかる名前の、特例許可とか特例許可外という病院が存在するんだ、それに従つていわゆる老人医療に対する取り扱いも違つてくるんだ、診療報酬についても差があるんだよということがこの国会の場で論議されたならば、恐らくこの老人保健法は成立しなかつた。

たのではないかと、思ふのです。福祉と言つておきながら、いつの間にか医療の方に踏み込んでしまつて、そんな感じがするものだから、今言いました。いかがですか。

○黒木政府委員 老人病院は、先生の御指摘になつた事項を受けて規定されているものではなくて、やはり医療法の規定から老人病院の規定なり規制がなされているわけでございます。それを受けまして、私どもは老人病院に対する診療報酬をどう払うかということで、先ほど御指摘の規定に基づきまして、療養担当基準とかあるいは診療報酬点数表とかいうものを定めていくわけでございます。私どもは老人病院が差別的な病院とか老人の福祉を損なうような病院というところから決まらざるを得ないで、老人をたくさん入院させている病院については、それにふさわしい診療報酬を定める必要があるのではないかと、先ほど御指摘から特別の診療報酬を定めておるといふことで御理解をいただきたいと思います。

○橋本(文)委員 話がわかりにくいので具体的に言います。百五十のベッドがあるといふと、一般の病院では医師が十人いなければなりません。ところが、いわゆる特例許可病院、老人病院と言われるものは三人でいいわけですね。五十人の患者に対して一人の医師が要る。また看護婦についても、一般病院は三十八人いなければならぬけれども、老人病院の場合は二十五人です。そして老人病院の場合には介護人といふものが十九人いなければならぬ。一般病院は介護人といふ制度はない。診療報酬からいいますと何となく話がわかりにくいのですけれども、この医師の配置基準からすると、患者に対して相当医師が少なく、看護婦が少ないということがわかるわけですね。

これだけでも相当医療の内容そのものが低下するな、医療サービスが受けられないな、あるいは患者の状況の変更に対応できないのではないかな、いろいろな問題が起きてきます。なぜ老人に對してこのように三対一以上の差が開くようなことを許したのでしょうか。

とを許したのでしょうか。

○竹中政府委員 一般病院と特例許可老人病院との人員の配置は、先生のお話のとおり、特例許可老人病院は医師について三分の一、看護婦その他についても一般病院よりも少なくついでに、このことになっております。これはこの特例許可老人病院が老人慢性疾患患者が対象でございます。医療がおおむね定型的であるといふような点がございまして、一般病院並みの人員配置は必ずしも必要がないといふことで、少ない標準を定めておるものでございます。

○橋本(文)委員 大臣、このように老人病院では医師が三分の一で済むのだといふことなんです。これは老人保健法の審議の際には全然出てこなかった、そうですね。厚生省の告示という存在によつて初めて、医療法のいわゆる例外規定がありまして、それに基づいて都道府県知事の許可を得てこのように三分の一にした、これは全然国会の審議を得ていない。議会制民主主義はどこに行つたのですか、そう思ふのです。この老人保健法といふものを幾ら読んでも実態はわかりません。しかし、厚生省がたたくさん出した告示あるいは通知あるいは問答例、こゝろのものを読むことによつて、その全貌が明らかになるといふ国民にとつては極めてわかりにくい法律なんです。私が一番問題にしているのは、この老人病院という存在が前回の審議の際に出ておつたならば、老人保健法そのものの制定が難しかったのではなからうか、こう思つておるのです。したがって、この三十条一項の基準といふものは、この老人保健法の委任の限界を超えている、こう思つておるのです。その辺の御見解をお尋ねしたいと思います。

〔委員長退席、長野委員長代理着席〕  
○黒木政府委員 先生御指摘のとおり、老人病院という形で老健法の審議の際には出ていなかったのは事実でございます。ただ、老人医療という制度を老健法が取り組んだわけでございます。その費用の支払いのあり方をめぐつては大いに議論を

いたしたいところでございまして、人頭払いあるいは件数払い、老人にふさわしい診療報酬のあり方があるのではないかと、このことで大変御議論をいただき、あるいは附帯決議の形におきまして、老人の特性にふさわしい診療報酬をつくるようにといふことで決議までいただいているわけでありまして、そこで、私どもはこのような審議の経過も踏まえまして、中医協にもお諮りをいたしまして、老人にふさわしい診療報酬のあり方といふことでお決めの願つたという経緯でございます。

したがって、確かに老人病院といふことは議論をされませんでしたけれども、その根拠にある老人の診療報酬はどうあるべきかといふことについては御議論をいただいた。それは私どもの老人病院に適用しておりますように、老人は慢性疾患等が非常に多いので、その特性に照らした診療報酬を決めるようにいふことでございまして、老人病院の診療報酬も、そういう形で非常に長期の慢性疾患が多いといふことを踏まえて診療報酬がでべき上がつておる。そのベースは医療法上のスタッフ等の基準を受けておるわけでございます。

○橋本(文)委員 先ほど、老人保健法といふものは老人福祉法のいわゆる子供みたいなものだ、だから福祉法に規定なんだといふようなニュアンスだった。ところが、その告示の存在によつていつの間にか医療法の適用を受けるような病院の問題に進展してしまつた。一体この法律は何なんだろう、福祉なのか医療なのかといふことをさつきから議論しているわけでございます。

それはともかくとしまして、この特例許可あるいは特例許可外病院といふものの実態についてちょっとお尋ねしたいと思います。

百、六十一年度は九万五千七百。一年間で約一万二百ふえておる。一、二、三、老人病院の病床です。ところが全体の病院の病床数を見ますと、六十一年度は百四十四万、六十一年度は百四十六万七千。全体の病院では二万七千しかふえていない。二万七千しかふえていないけれども、その中で老人の病床数は一万以上ふえておる。しかも老人病院の数は極めて少ない。全体の八・〇%でございます。このデータから見る限り老人の病床数といふものは驚異的な増加を遂げている、こう見ざるを得ないのですけれども、この辺の御見解を聞かしていただきたいと思います。

○黒木政府委員 先生御指摘のとおり、状況でございます。確かに老人病院の病床数の増は一般の病床数の増よりも上回つた形で伸びているのは事実でございます。いろいろ要因はあると思ひますけれども、やはり人口の高齢化に沿ひまして、お年寄りの入院患者がふえてまいるといふこととの相関において老人病院がふえているのではなからうかといふふうに私どもは考えておりました。これもやはり人口の高齢化現象の一つのあらわれであるといふふうに考えております。これがいかうかといふ判断はもちろんです。これがいかうけれども、私どもとしては、老人病院はやはり医療法の、特例基準でございまして、基準に合つた形での病院でございまして、この種の病院が老人の専門病院の形であつていくといふのは結構なことではなからうか。ただ、許可外病院といふのが先生御案内のとおりございまして、これは特例的な基準を満たしてない病院でございまして、この特例許可外病院といふのは年々減つておるわけでありまして、私どもはこゝろの減つておる許可外病院をいふ病院は、やはり老人に對する適切な医療ができないといふことで、医療従事者等をそろえるといふ指導をいたしておつたわけでございまして、老人病院の実態といふのは、ある意味ではニーズにこたへながらあるいは適切な方向に推移しているのではなからうか、こゝろ

厚生省からデータをいただきました。これによりますと六十一年度、六十年度の比較対照があるわけなんです。六十年度のいふゆる老人病院といふのは七百十。それから六十一年度の老人病院といふのは七百六十四、ふえております。いふゆる病床数にしますと、六十一年度が約八万五千五

うふうに判断をいたしております。

○橋本(文)委員 老人の病床数がふえることは好ましい方向にあるということの趣旨に聞こえます。しかし、先ほども言っているように、一般病院に比べて老人病院というものは医者の数が三分の一でいいんだ、看護婦も少ないんだという現実、つまり我が国が問題にするのは医療のサービスが低下するんじゃないかということを言っているわけです。先ほどから部長は一生懸命、慢性疾患があるんだから数が少なくていいんだというふうにとらえるわけですが、老人というものは非常に病気になるがちであります。少ない医師でもってどう対応できるのか、それを問題にしているわけなんです。老人病院のベッド数がふえることは、逆に言えば、その分だけ医者が少なくなくてたくさん患者を見ているという実態になるわけです。この事態は極めてけしからぬと思います。

○黒木政府委員 お答えいたします。

通常の病院は手術をするあるいは大変な検査をするというような形で、いわば急性期の患者の治療を専門的に行っている高度な設備なりスタッフをもって行っているわけですが、老人の疾患は、先ほどから申し上げておきますように、非常に長期慢性型でございまして、やはり急性期なり若い人の疾病とは違うのではなからうかということで、そこところはスタッフ面についても差があつていいという判断のもとに、つまり疾患の態様が違つていうことからそういう特例基準が医療法上設けられていてと承知いたしておりますから、医師数の少なさでもって即老人に適切な医療が行われていないということは言えないのではなからうかというふうに考えております。いずれにしても、老人病院というのは、急性期の若い人の病院に比べましてスタッフは、お医者さんの数は少ないわけでごさいますけれども、老人の慢性疾患に對しまして専門的な申しますか、適切な治療が行われているものというふうに判断をしております。

と申し上げているわけでありまして、先ほどから御審議いただいております中間施設の絡みにおいて申し上げますと、私どもは、老人病院の在院期間と申しますか、六カ月以上が半数以上を占めておる状況でございまして、やはりそういった方は、入院治療は終わつたけれどもなかなか家庭に帰らないという人たちが入っているのではなからうかということで、そういう受け皿としても中間施設の整備がぜひ必要だということで理解をしております。

○橋本(文)委員 それでは、この特例許可あるいは特例許可外の病院の実態というか、それをお尋ねいたします。

まず、特例許可病院というのは、これは医療法上からきておりますので納得できるのですけれども、特例許可外老人病院というのは、いわゆる診療報酬点数表上定められた病院であるというこの概念がよくわからないものですから、確認しておきたいと思ひます。

○黒木政府委員 老人病院につきましては、先ほどからお答えしておりますように、スタッフの基準等が一般病院よりも少なくない面もあるというところで特例的な規定が設けられているわけでございます。もちろん介護人等はむしろ多目に配置しておりますので、トータルとして医療機能を発揮するようになつておるわけでございます。そういう特例的な基準にさへ合致してない病院で、しかも老人をたくさん収容されている病院がある。これに對してどう診療報酬を払うかということでございます。私どもとしては、やはりその基準を満足してない特例許可外病院については、許可を受けている病院と違つた形で診療報酬を設定するのが適切ではないかということで、例えば検査とかそういう医療の一部のものについて、例えば一月に一回だけ算定をできるとかいうような形で、許可を受けた病院と許可外病院についてははどうしても診療報酬面では差をつけざるを得ないということ、そういう報酬を設定して

いただいております。

○橋本(文)委員 基準を満たしてない病院だということ、どうもよくわからないのですけれども、病院と言われる以上は少なくともベッド数が二十以上なければいけません、同時に医師が三人以上なければならぬということですね。そうすると、この特例許可外病院というのはどういふふうに理解すればいいのですか。

○竹中政府委員 特例許可外病院につきましては、医療法上の医師、看護婦等の基準、つまり先ほど来お話の特例許可の老人病院の基準を満たしていないものでございます。したがって、私もさういふことは、このような病院について、はできるだけ早く医療従事者をそろえて特例許可に持っていくように指導をいたしております。

○橋本(文)委員 そうすると、当然のこととして特例許可外病院というものは、まず一般の病院とはなり得ない、こう理解すべきなんです。要するに、病院というためには医療法上二十のベッドがなければいけません。二十病床、そして医師が三人いなければならぬ。医師が三人おつてベッドが二十以上ある、これを初めて病院という。ところがこの特例許可外というのは、病院という名前がついてはいるけれども……

○竹中政府委員 先ほど来お話の従業員の数、医師の数でございますが、これを医療法上従業員の標準として定めておまして、この標準を満たしていないということでございます。したがって、直ちにそれは病院ではないかということにはならないわけでございます。

○橋本(文)委員 では、具体的に聞きましょう。

先ほどの百五十のベッドがある場合に、一般病院の場合には医師が十人、看護婦が三十八人。ところが特例許可病院の場合には、医師が三人、看護婦が二十五人、介護人が十九人、百五十とした場合にはどういふケースで特例許可外病院と言え

○竹中政府委員 今お話の特例許可老人病院の従業者の標準、つまり百五十床という例でございまして、医師が三人あるいは看護婦、准看護婦が二十五人、この従業者の標準に満たないもの、つまりこの数よりも少ないものということになるわけでございます。

○橋本(文)委員 そうすると、特例許可老人病院の場合には医師が三人おらなければだめだ、ところが特例許可外病院の場合には医師が一人でもいい、こう理解してもいいわけですか。つまり百五十のベッドがありながら医師が一人しかいない病院、これを特例許可外病院と厚生省は見ている。あるいは医師がいなくてもいいんだ、看護婦だけでも特例許可外病院と言えんだ、こう理解してもいいわけですか。

○竹中政府委員 一般病院の場合におきましても特例許可老人病院の場合におきましても、それぞれその従業者の数の標準は十人、三人ということに決められておるわけでございます。したがって、私は、私どもはこの標準に満たない病院については好ましくないと考えておりますが、標準に達しないからといって直ちに医療法違反ということにはならない。ただし、今先生おっしゃいました極端な例として医師がゼロであるというようなケースにつきましては、私どもはやはりこれは明確に医療法違反になると思っております。

○橋本(文)委員 大体わかつてまいりました。そうすると、最低医師が一人いる、しかしベッドは三百ある、でも特例許可外病院としていわれるお年寄りを収容することは差し支えない、あるいは医療を受けることは差し支えない、こう理解してもいいわけですね。そうすると、先ほど百五十の場合に三人の医師ということでありましたから、五十人の患者で一人の医師が面倒を見る。特例許可外になつてしまつと、百五十はおろか三百人の患者に對して医師が一人でもいいんだ、こうなつたら、それは医療と言へますか。

○竹中政府委員 先ほどから申し上げておりますのは、従業者の標準に満たないからといって直ち

に病院ではないということにはならない。いづれにいたしましても、標準に満たない、標準を割っておるといふ状態は極めて好ましくないわけでございます。その場合も、例えば三人必要など、一時一人欠けたというふうなケースと、三人必要であるにもかかわらずゼロであるとか一であるとかという場合とおのずからその判断、指導等が変わってくるということでございます。

○橋本(文)委員 それでは、データに基づいてお尋ねいたします。

昭和六十年度の許可外は五十二ありました。ベッド数は三千九百九十ありました。昭和六十一年度の許可外老人病院は四十九に減りました。ベッド数はやはり三千七百九十三、わずかに減りました。この減ったというのは、いわゆる特例許可病院になるように従業員の数を充足させたと見るわけですか、それともそういう病院はけしからぬからもう廃院しないといふことでもって病院そのものがなくなったのでしょうか。この統計上どう読んだらよろしいのでしょうか。

○黒木政府委員 減少した分のほとんどは許可病院に格上げと申しますか、基準に合った形で許可病院になったものというふうに考えております。

○橋本(文)委員 そうしますと、私が先ほどから言っておる五十人に一人の医師のケースでも問題になっておるわけですから、それをはるかに上回るような特例許可外でも現実には病院として認められている。それに対して一生懸命厚生省の方は指導いたしまして、何とか定員数、従業員数を充足しないといふと、何とかなんかところで老人の医療というものが守られますか。老人の安らかな生活というものは保障されますか。なぜこういう病院を厚生省は特例許可外として認めているのでしょうか。一般病院ならば当然許されないことではないですか。なぜ老人に限ってこういう病院でもいいのでしょうか。老人の人権をどう思っているかという問題にまで進展してまいります。

○黒木政府委員 減少した分のほとんどは許可病院に格上げと申しますか、基準に合った形で許可病院になったものというふうに考えております。

○橋本(文)委員 そうしますと、私が先ほどから言っておる五十人に一人の医師のケースでも問題になっておるわけですから、それをはるかに上回るような特例許可外でも現実には病院として認められている。それに対して一生懸命厚生省の方は指導いたしまして、何とか定員数、従業員数を充足しないといふと、何とかなんかところで老人の医療というものが守られますか。老人の安らかな生活というものは保障されますか。なぜこういう病院を厚生省は特例許可外として認めているのでしょうか。一般病院ならば当然許されないことではないですか。なぜ老人に限ってこういう病院でもいいのでしょうか。老人の人権をどう思っているかという問題にまで進展してまいります。

○竹中政府委員 医療法に規定されております従業員の標準を満たしていない病院、これは今お話し

の老人病院の場合もございすけれども、一般病院の場合にもある程度あるわけでございます。私どももそういう状態は極めて好ましくないといふことで強く指導をいたしておるところでございます。すけれども、直ちにそれを改善することができないというふうな例もございまして、私どももいたしましては、粘り強く指導をいたしておるところでございます。あくまでもこの標準を満たしていないといふことは好ましくないといふことでございすので、今後ともそういうことでやってまいりたいと思っております。

○橋本(文)委員 大臣にお尋ねいたしますけれども、要するに、老人保健法の審議の中では、こういう老人病院なる概念すら存在せず、告示によって初めて特例許可であるとか特例許可外老人病院が出現したわけですか。つまりそういう厚生省の告示を見なければ、この法律が全容がわからない、極めてけしからぬ法律だと思ふのですけれども、大臣、いかがですか。

○黒木政府委員 特例許可外病院、御指摘のとおりでございますけれども、経緯的に申しますと、御案内のように、三郷病院とか、老人を悪い意味で言えば食い物にし、検査づけ、点滴づけをするという病院があるというふうな大きな社会問題が生じまして、したがって、私どもはそういう病院、医療法の限界がありまして、全部それを許可を取り消すというわけにはまいりませんが、極端な場合にはもちろんその行政もできるわけでしょうけれども、標準であるといふことからはできない面があるわけでございます。しかし、そういう実態を受けまして、私どもの診療報酬上は、特例許可外病院につきましては、検査とかあるいは投薬とかいろいろな意味で点数を非常に厳しく設定をいたしまして、そういう病院について人員面での指導を図りながら、薬づけその他の不適正な医療が行われないような診療報酬を新しくつくって、この問題に取り組んでおるといふことでございまして、私どもは、そういう病院を認

めて、そういう病院のための診療報酬をつくってあげておるといふ発想ではなくて、そういう病院をできるだけ減らしていきたいというところで、医療監視の面とあわせて、診療報酬面も厳しく点数を設定しながら対処をいたしておるといふことで御理解をいただきたいと思います。

〔長野委員長代理退席、委員長着席〕

○斎藤国務大臣 この方面のことについて私も余り深い認識を持っておりませんので、ただいま橋本議員とのいろいろなやりとりを聞かしていただいております。お年寄りであるからいいかげんでいいということでは決してないわけでございます。特例許可外病院というものはまことに好ましいものではなく、まことに遺憾なものでありますので、この指導を強めて、一日も早く特例許可病院に皆昇格するように強い指導をいたしてまいりたいと思っております。

○橋本(文)委員 部長の答弁は、そういう病院は好ましくないから何とか特例許可を受けられるような体制にしないといふ指導を一生懸命しております。こういう答弁。それはそれなりでいいんですけれども、患者から見た場合は、特例許可外病院にも患者がいるわけですね。この診療報酬の扱いでは、いわゆる特例許可病院の場合には、例えば心電図あるいは超音波、脳波検査あるいはCT検査、こういうものを月に何回やってもいいわけですね。ところが特例許可外老人病院になつてしましますと、心電図、脳波、CT、こういうものは何回やろうとも原則として一月に一回分しか認めない。これならば、収容されているというとおかしいけれども、入っている患者である老人は大変ですよ。

だから、患者サイドから見ると、いわゆる病院としての体感上見ると、外形上見ると、それによってえらい違ふと思うのです。私が問題にしているのは、患者サイドから見た場合に医療がものすごく低下している、劣悪化している、そういう状態を放任するのが厚生省の役割なのか。だからさっきから厳しく言っている。人間の生命と

健康を守るのが厚生省でしょう。その厚生省が、心電図は月に一回ですよ、何回やっただけ一回しか認めませんよなんという診療報酬を定めている。それはあくまでも、そういう医療法上、人的な要素が満たない病院については好ましくないから、こういう診療報酬の方で制裁を加えていく。その制裁を加えた結果、だれがえらい目に遭うのか。これは患者ですよ、お年寄りですよ。その辺の考え方を改めてください。

○黒木政府委員 特例許可外病院につきましては、先ほど触れましたように、いわゆる点滴づけ、検査づけ、その他薬づけといふことで老人に対して大変濃厚な診療が人的なスタッフもそろえないまま行われるといふことで、大きな社会問題になったわけでございます。したがって、私どもはそういう批判なり世論を受けてまして、そこで要するに、出来高払いの悪弊と申しますか、やればやるほど収入がふえる、そして老人に——私どもは老人に対しては注射とか検査とか投薬といふよりも、生活指導の方がむしろふさわしい医療だと考えておるわけでございます。したがって、そういう診療報酬にかえ、老人の特性に合った医療が展開されるようにということから、そういう点数をつくらせているといふことでございす。さらに検査等についても月一回しかやっただけ、一回九割の形で、要するに定額の形で月一回分としてお支払いするといふことでございまして、やればやるほど収入がふえるのじゃなくて、月一回を単位としてお支払いするといふことで、検査づけ、薬づけの弊害を是正したいといふことからの診療報酬の合理化だと私どもは考えておるわけでございます。

○橋本(文)委員 全く患者を無視した論法ですよ。そういう点滴づけ、薬づけ、検査づけ、これで医療費がかさむんだ、だから認めないよ、こうおっしゃっている。だけれども、医師の人員をちょっとふやせば特例許可になつてしまふ。実態は余り変わらない。医師の数が何人いるかにすぎな

健康を守るのが厚生省でしょう。その厚生省が、心電図は月に一回ですよ、何回やっただけ一回しか認めませんよなんという診療報酬を定めている。それはあくまでも、そういう医療法上、人的な要素が満たない病院については好ましくないから、こういう診療報酬の方で制裁を加えていく。その制裁を加えた結果、だれがえらい目に遭うのか。これは患者ですよ、お年寄りですよ。その辺の考え方を改めてください。



いじゃないですか、そう見れば、例えば三人いれ  
ば特例許可病院になるところが、たまたまこの病  
院は二人しかいないから特例許可外です。心電図  
も月一回ですよ。医師が一人ふえた。特例許可に  
なりまして。今度は月に何回診療してもその分だ  
けは診療報酬払いましょう。そんなことで医療の  
適正化あるいは医療費の膨張というものが防げま  
すか。厚生省は医療監査というか、もっとそれを  
しなければいかぬと思うのです。

○黒木政府委員 特例許可外病院における医療の  
あり方でございますけれども、私どもは丸めて検  
査とかを点数として設定いたしておりますけれど  
も、そこで一回しかやらないといけないということ  
ではございませんで、丸めた形での点数の設定で  
あるということと、さらに病状の急変等により必  
要があつて繰り返して行った場合には、その旨レ  
セプトに症状等を記載すれば、月一回の丸めを解  
除するという措置もとっておるわけでございませ  
うから、決してお年寄りの入院患者に対して必要  
な医療が点数設定のために行われないということ  
はないのではないかと考えております。お年寄り  
に必要な医療が行われるように、私どもはそうい  
う病状急変の場合という例外等も認めながら、過  
剰な薬づけ、検査づけというのはやめてほしい、  
老人にふさわしい医療を行つてほしいということ  
から行つていくわけでございませう。繰り返しま  
すけれども、検査その他を一回しか行つてはなら  
ないという趣旨ではございませう。

○橋本(文)委員 しかし、厚生省が出している告  
示を見ますと、この診療報酬、正式に言えば老人  
診療報酬点数表の適応区分、これを見るとこう書  
いてあるのです。特例許可外病院につきまして  
は、例えば心電図は一月に一回に限る、こう明言  
しておられる。そして「ただし、特別の事情のあ  
る場合を除き、」これのただし書きがくせ者なわ  
けです。そう簡単にたし書きというのは動かな  
いでしょ。急変の場合とか、その認定作業を  
どうするのですか。一々レセプトを審査するわけ  
ですか。そんな人員と余裕と時間があるのです

か。

○黒木政府委員 点数を丸めてお支払いするとい  
う形をとっておるわけでありませうけれども、すべ  
ての項目について「特別の事情のある場合を除  
き、」ということはお御指摘のとおりでございま  
す。先ほど言いましたように、病状急変の場合と  
か、そのほか当該担当医が必要があつたという場  
合には、その旨書いてレセプトにお出しただけ  
れば、それを認めるわけでございませうけれども、  
ただし、それは基金とかそういうところの専門の  
医師が合理的な理由があるかどうかということ  
をレセプト上判断をしてお支払いするという形には  
なりませうけれども、私どもは合理的なシステムで  
あるかと考えております。

○橋本(文)委員 この老人病院の問題あるいはそ  
の診療報酬について細かい議論をすれば何時間あ  
つても足りませう。たくさん問題がある。しか  
し、こればかりやっていくわけにいかないから、  
やむを得ず次に移ります。

老人医療の無料化ということが四十八年に老人  
福祉法の改正によってなされた。しかし、そのと  
きに、肝心なための保健事業と申しますか、保健  
活動あるいはリハビリテーションの物的、人的設  
備の完備、そういうものが両々相まって初めて医  
療無料化の実が上がるはずだったのですけれど  
も、残念ながら四十八年の法律では、その辺の保  
健事業に関するところは一切なかった。その辺が逆  
に医療費の暴騰につながつたのではないかと私は  
考えておるのです。

今回の老人保健法というものは、一部負担の引  
き上げだとか、その按分率あるいは中間施設とい  
うことが問題になっておりますけれども、私の方  
ではむしろ保健事業というものを徹底的に推進し  
なければいけないのじゃないかと思つておりま  
す。肝心の老人保健法の主眼である保健事業とい  
うものがなおざりにされておつた、その辺を大い  
に残念に思つております。それで今回の老人保健  
法の改正につきましては、実際保健事業には触れ  
ておりませうけれども、この充実を図る必要があ

るのじゃないかと思つております。

○仲村政府委員 御指摘のように、老人保健法に  
基づく重要な柱といたしまして保健事業というの  
があるわけでございまして、その目的は、申すま  
でもなく壮年期からの健康づくりということが将  
来のお年寄りの健康にも非常にかかわりがあるこ  
とでもございまして、長期的に見れば老人医療費  
の節減ということにもつながるわけでございま  
すので、私どもといたしましては、活力ある長寿社  
会を築くために極めて重要な事業の一つと考えて  
おるわけでございませう。

六十一年を最終年度といたしまして第一次五カ  
年計画が終わつたわけでございませうが、私どもと  
いたしましては、先ほど申し上げたような趣旨か  
ら、さらに第二次計画を策定いたしました。循環  
器疾患、肝臓疾患の予防を強化するために、従来  
の一般診察と精密診察を同時に行なうというふう  
な工夫をいたしまして、これを一応基本健診と呼  
んでおりますが、そういう形の健康診断の導入を  
行つたり、さらには最近増加しつつあります肺が  
ん、乳がんに関しまして健診も導入するというこ  
とを図りまして、魅力ある健診内容、その質的向上  
を図りたいと考えているところでございませう。

さらに、地域や家庭で老人をきめ細かくケアす  
る体制づくりということで、周辺のサービス事業  
も当然強化していかなくては行けませんし、寝た  
きり老人、痴呆性老人対策の強化も含めまして、  
保健事業といたしまして質的な改善を図るよう  
に来年度以降予算要求してまいりたいと考えてい  
るところでございませう。

○橋本(文)委員 今、局長がおっしゃつたような  
保健事業を昭和四十八年ごろから取り行つておれ  
ば、物すごく老人医療費の増加ということが防げ  
たのではなからうかとほそをかむ思いがするわけ  
です。

「委員長退席、長野委員長代理着席」  
ちょっと質問が脱落いたしましたので、もとに  
返らせていただきます。  
先ほど厚生省の告示ということで随分問題にし

ましたけれども、この告示を運用するために、さ  
らに通知なるものが出されております。あるいは  
診療報酬あるいは特例許可病院、よく内容がわか  
らぬということで問答集をつくつております。こ  
れについてお尋ねをいたします。

俗に老人が診療科目を変えるたびに、一診療科  
目幾ら、二つかあれば二倍、三つかあれば三倍と  
なるわけですね。そういうことが問答集に出てい  
るわけですね。総合病院の場合には、耳鼻  
科、内科、眼科、外科にかかっても一回の外來で  
済むということなのです。総合病院では何科目か  
かっても外來診療料は一回分で済むのです。とこ  
ろが総合病院でない場合には、耳鼻科、内科にか  
ければ二回、さらに外科にかければ三回というふ  
うにふえるわけですが、どうしてそう違いがある  
のでしょうか。

○黒木政府委員 医療保険の事務面でございま  
すけれども、ほとんどレセプト単位に事務処理が済  
んでおるわけでございませう。このレセプトとい  
うのは、医療機関が一月単位で支払基金なり国保連  
合会に出すいわば医療費の請求書でございますけ  
れども、総合病院の場合には各科ごとにそのレセ  
プトがまとめられるという形になっておるわけで  
ございませう。したがって、技術的にはほかの病院で  
はなかなか実施ができないわけでございませうけ  
れども、総合病院の場合においては、同じ病院の中  
でございませうから、レセプトなりカルテを回すこ  
ういうことで実施が可能であるということと、国会  
の議論等も踏まえまして、同一疾病あるいは関連  
する疾病について、医師の指示のもとに行つた場  
合に限りまして、一部負担につきましては、最初  
の診療を受けた診療科で支払えば、あとの支払い  
は不要である、そういう運用をいたしておるわけ  
でございませう。

○橋本(文)委員 私が持つておりますのは昭和五  
十八年一月二十四日付の各都道府県、各指定都市  
老人保健主管部長宛の「医療機関における一部負  
担金の具体的取扱いについて」なる通知でござい  
ます。これを見ますと、確かに「総合病院におい

て」というふうにありますけれども、ここに書いてある「総合病院」とはどういう病院と理解すればいいのですか。

○竹中政府委員 総合病院と言っておりますのは、医療法の四条で規定されておる病院でございます。つまり病院であつて、患者百人以上の収容施設を有し、その診療科名中に内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を含むものということでございます。

○橋本(文)委員 確認しますけれども、百ベッドでいいのですか。

○竹中政府委員 百ベッドでございます。

○橋本(文)委員 百ベッドというところ大きな病院ではありませぬ。こういう病院へ行つた場合には、医師の指示があれば、各科ごと一部負担金の外來時の支払いをしなくてもよろしい、こうなるわけです。ところが、今度百を切ると、例えば九十九しかベッドがないが、内科、外科、産婦人科全部そろつて、この場合には各科ごとに外來負担金を払わなければならないと理解するのでしょうか。

○黒木政府委員 先ほどもちょっと触れたわけでございますけれども、総合病院ではレセプトが各科単位の取り扱いになつてゐるわけでございます。これに對しまして、総合病院以外の個人病院では、複数の診療科がありまして、レセプト一本という取り扱いになつてゐるわけでありまして、したがって、実務的なことから、総合病院以外ではそういう方法の実施が非常に難しいということからそういう差が出てゐるということで御理解をいただきたいと思ひます。

○橋本(文)委員 今の質問は、抽象論じやなくて、九十九のベッドしかない、残念ながら総合病院と認定されない、一つ少ないだけであつて、例えば五科目診療すれば五倍払う、こうなるのですかと聞いたのです。イエスかノーか。

○黒木政府委員 やや正確にお答えいたしてない面があると思ひますが、総合病院は従来から各科単位で一部負担を取つてゐることを法律上明記し

ておるわけでありまして、そのほかの、九十九ベッド以下の総合病院以外の病院につきましては、複数の診療科がありましてレセプト一本でございます。したがつて、一医療機関ということになりますから、それ以外の病院では、内科、外科に行かれよう、それは一回の支払いと申しますか、一部負担は、外來は一回の支払いで済むわけでございます。

重ねて申しますが、総合病院の場合には、複数の科ごとにレセプトが違つておりました関係上、その診療科ごとに制度上一部負担をというところであるわけでございまして、それを同一疾病あるいは関連する疾病で医師の指示があつた場合には一つの医療機関とみなすような扱いをいたしておるということでございます。それ以外の病院につきましまして、レセプト一本になつておるから、その病院で複数の医師さん診てもらつたということがあるとしても一回の支払いで足りるということでございます。

月一回今度は千円になるとしますと、総合病院以外の病院で、内科の先生、外科の先生、耳鼻科の先生に診てもらつたとしても、それは外來が一つであるということ、その医療機関に対しては月の初めに千円払えば、あとはほかの科ではかの先生に診てもらつてももちろん無料です、その後引き続き何回行かれようとも無料であるということでございます。ちよつとただだとしてわかにいへば、わかれませんが、総合病院とそれ以外の病院はレセプトが違つておるということで、そのような扱いになつておるということでございます。

○橋本(文)委員 済みません。ちよつと確認します。

総合病院においては、各科にまたがつても一回でいい、ところがベッドが九十九しかない場合には、各科にまたがればその分だけ払う、こういうことですか。

○斎藤国務大臣 この法律を最初に提出いたしましたときに、通常のレセプトの提出に基づく支払

いということに関して、それぞれの診療科目を持つ総合病院の場合には個別にレセプトが出てくる、そして総合病院以下の病院においては一本でレセプトが出てくる、であります。そのレセプト単位に一部負担をお願いするというのが当初の案であつたわけでございます。これが国会でいろいろな御議論があつて、修正いたしました。か、法文修正ではありませんが、事実上の内容修正として、運用上、一つの総合病院の中で診療科をまたがつても、何とかこれは一本にするべきではないかという御議論に基づいて、このような措置がなされたということと御理解をいただきたいと思ひます。

○橋本(文)委員 そうすると、総合病院でない場合に、診療科目がたぐさんあつた、その場合にたぐさんな科目を受診したとしても、レセプト一本だから一回分でいい、そういうことですね。——どうも私、頭が悪いせいか通知がよく理解できない。何となくおかしいんですよ。わかりやすく説明してほしいんですよ。こうやりましょう。

例えば、外來時一部負担金については、まず各月ごとに払うわけですね。ですから、お年寄りが今月、きょう医者に行くと外來金を払うわけですね。そしてあつて十一月一日に行きますと、また新しい月ということで外來金を払うわけですね。つまりわずかに一日、中置いてまたがつてしまふ。それでも二ヵ月分払う、これは間違ひないですね。

○黒木政府委員 間違ひございません。

○橋本(文)委員 そうしますと、お年寄りは今月行くと、もし改定がありますと、まず千円取られてしまふから、きょうとあしたは我慢して十一月一日に行こう、そして千円浮かすわけですよ、寂しい計算をして、悲しい計算をして。そしてその間に気管支炎から肺炎になつて死亡する、あり得るわけですね、これは。こういうことがこの問答集では非情にも決められておるわけですね。

それから、これいつまでやつても切りがないんだけれども、このレセプトの関係につきまして、

確かに都道府県のいわゆる老人保健主管部長あるいは主管局長にはこの通知が行つておるのです。ところが肝心なこの病院側の方には、この通知がなされてないということで、病院側からどうするんだ、どうするんだという問い合わせがあるように聞いております。病院側がよくわからないと、そういうことを聞きませんか。

○黒木政府委員 通常の役所のこういうものの周知徹底というのは、私も県は県の主管課に對しまして、私も県の考え方を取り扱ひの基準を示します。県当局はそれを受けまして、傘下の医療機関に對してその旨を周知なりあるいは通知をする仕掛けになつておるわけで、私もそこでは、医療機関に私どもの通知の趣旨は徹底されてゐるものと思つております。現にその取り扱いがどういふふうになつてゐるかということをお聞き合はせたいこともございまして、やはり総合病院に對しては、先ほど申しましたように、医者の指示があつた場合にはあつた取らないという形で運用がなされておるということも聞いておりますし、指導は行われてゐるものと考えております。

○橋本(文)委員 この総合病院において、外來の場合には、毎月医師の指示がなければ、いわゆるさつき言つた適用はないわけですね。そして医師の指示があつたか否かを市町村はレセプトを審査して一々確認しなければならぬ。そうしなければ、いわゆる外來金を五回分、六回分払わなければならないということも読めるわけですね。この作業は大変じやありませんか。

それから今度は、総合病院に入院してゐる人が入院してゐる科目以外のところに幾らかかつても、医師の指示がなくてもこれは外來金を払わないう。どうもこの辺がわからないのです、この問答集を見まして。外來の場合には各科ごとに医師の指示がなければいけない、しかも毎月、月を更新するたびにそういう問題があります。ところが、入院してゐる場合には、入院患者がどこに行つても、その総合病院の中であれば外來時負担金は払わないう、こういうふうになつておるので

二七

三十一

二七

てないということはこれであらうかと思われるわけであります。一方において、お一人当たりの所得実態等を見てみますと、十一万四、五千円というところで、若い人たちの一人当たりの所得実態とそう変わらないというようなこともあるわけでございます。そして先ほど老人保健部長から申し上げましたように、今回の一部負担の改定をお願いするに当たりましては、加入者按分率一〇〇%というように、その世代間の負担の公平を図っていくというふうな見地で、トータルで、マクロで見ても、医療費の中で現在一部負担をお願いしておりますのが、おおよそ一・六%、そして今度改定をお願いした場合に、トータルで四・五%程度の御負担をお願いする、こういうことでございます。一方、若い人たちの負担を考へてみますと、健保本人の方々については一〇%の負担をいただき、家族の場合には外来で三〇%の負担、また家族の入院は二〇%の負担、国民健康保険の方々の負担は家族、本人とも三〇%の負担、こういうような状況の中で四・五%をお願いしたい、こういうことでございます。

○橋本(文)委員 大臣、まことに申しわけございませんけれども、今の答弁を聞いていますわけじゃありません。私は統計上減つておるといふ事実をどうとらえるのかと言っただけです。物価上昇があつて、しかも収入が減つたという事実をどう受けとめるのかというだけです。負担の公平だとかそういうことは聞いておりません。

さらに、この厚生省の実態調査報告の中では、高齢者の世帯別の中で所得の全部を何で賄っているか。年金、恩給で生活している世帯が年々増加しております。昭和五十六年の段階では三二・八%の世帯が年金で暮らしておつた。ところが五十九年には四一・九%、高齢者世帯の約半数が年金と恩給で生活している、こういう実態調査も報告されております。そこには稼働する所得は一銭もありません。こういう世帯の実態に示されておるデータを限る限り、到底高齢者の外来時一部負担

金、入院時の三百円が五百円への引き上げ、認められるものではないと私は思います。

○長尾政府委員 お答えをさせていただきます。

先ほど先生からの御質問に統計情報部長がお答えをいたしました。私も、私どもの厚生省でいたした国民生活実態調査では、先生から御指摘をいただいたとおり、一世帯当たりの平均の所得金額が五十六年に比べて落ちております。これは事実でございます。その中の分析の一つに、先生からの御指摘がございました、いわゆる勤労所得、稼働所得の内容が落ちてきているのではないかと御指摘がございました。そういう観点から、実は国民生活実態調査で言います高齢者世帯は、働いておられる者働いておられない者両方の高齢者が含まれておりますので、いわば働いておられる方々の世帯がどういふような実態になっておるかというところを、統計局が実施いたしております家計調査をもつて見てみますと、六十五歳以上の者が世帯主である勤労者世帯の実収入、実支出を見ますと、五十六年の時点で二十五万三千二百八十八円という金額でございますが、これが六十年には三十一万二千八百一十一円という形で増加を見ております。これは実収入もそうでございますし、実支出面におきましても増加を見ています。生活実態調査におきましては、生活実感というものを質問いたしておりますが、生活実感の質問の中では、家計の状況が悪くなったというよりも、いわば同じであるというふうにお答えをいただいた方が半数くらいでございます。

こういうような状況を総合的に勘案いたしますと、高齢者世帯におきまして所得の状況は、先生が御指摘のように、非常に悪化しておるといふよりも、いわば横並びであるというふうな認識を持つてよろしいのではないかと考えておるわけでございます。

〔長野委員長代理退席、委員長着席〕

それから、一般世帯と高齢者世帯のいわば絶対的な水準の問題でございますが、これはその所得

の面、貯蓄の面、総合的な観点からこの比較をする必要があるかと思ひます。お答えを老人保健部長がいたしておりますように、一般の世帯に比べてまして高齢者世帯が必ずしも低所得ではないというところを申し上げておるわけでございますが、これは例えば高齢者世帯は世帯人数が少のうござい

ますので、一人当たりでとってみますと、御説明いたしましたように、高齢者世帯は十一万四千円というところでございますし、全世帯平均は十一万五千円でございます。

また、これを消費の面で見ますと、先ほど申し上げました家計調査、実は消費の面は国民生活実態調査はとっておりませんので、消費の面で見ますと、世帯主が六十五歳以上の全世帯、これは勤労者世帯に限りませんで全世帯の場合には一人当たり一月七万五千三百円でございます。かえつて全世帯平均の七万三千六百円よりも若干多いということがございます。

貯蓄につきましては、例えば総務庁の貯蓄動向調査によりますと、世帯主が六十五歳以上の世帯の方が全世帯の平均よりもはるかに貯蓄があるというふうな状況もあるわけでございます。高齢者世帯全体として見ますと、全世帯の中で低所得に偏つておるといふことは決して言えないというふうに考えておるわけでございます。

○橋本(文)委員 今はしなくても横ばいという言葉が出ました。高齢者所得は、実数からすれば、全体から見れば横ばい。では、横ばいだったならば、何も引き上げる必要なし。従来どおりで結構。むしろちょっと減つたんだから、引き下げるべきですよ。私が言っているのは、総務庁の調査は聞いておりません。今あくまでも厚生省の実態調査だけを聞いておるのです。問題の視点をどうかはぐらかさないでいただきたいと思ひます。

本日に統計というものは魔物だと思ひます。自分の都合のいいように読めば、いかようにも読めるし、また反対する方は最大限にそれを利用する、こういう宿命を持つておるわけでありまして。しかし、現実に厚生省がこういう実態調査をした

ということを私は重要視しているのです。こういうふうな高齢者の所得が減つておるといふことを国民の前に出しながら、値上げをする、大変な心臓であると言わざるを得ないのです。

大臣、公平な負担ということは言わずに、いかがですか、率直に、厚生省のこの統計部のつくつた報告書……

○斎藤國務大臣 その実態調査は実態調査として認めざるを得ないわけでありまして。

○橋本(文)委員 結構です。やつと認めていただきました。ありがとうございます。

それでは、やはり統計の問題で恐縮なんです。が、六十一年度の警察白書を見ておりましたら、「豊かな長寿社会を目指して」というようなおおよそ警察庁らしくないサブタイトルがついておりました。警察白書の中で「豊かな長寿社会を目指して」というのは珍しいなと思つて見ておりましたら、中にいろいろなことがありました。そして「高齢者の自殺の状況」というテーマがありまして、大変興味深く見ました。その結果、高齢者が自殺する件数が非常に多い。それを見てびっくりしました。その自殺の原因を調べたところが、何と病気を苦にしておられるのが圧倒的に多い。データ言いますと、各年度七五%前後を推移しております。これはみんな病気でございます。こういう実態がありまして、いかに高齢者が病気で苦しんでおられるかということが統計上見えるわけです。

そういう病気で苦しんでおられるお年寄りに、今度一部負担金の増額という形でさらに追い打ちをかけておられるように見えてならないのです。先ほど言いましたように、例えばあした病院に行けば外来一時金を払う、翌日の十一月一日にまた病院に行けば、またそこで外来一時金を取られる、一部負担金を取られる。病気があつても、何とか我慢しようという動きがある。自殺と今の外来とは直ちに結びつきませんけれども、現実的に病気を苦にして自殺する人が多いという現実をこの警察白書は言っておるわけです。そういう中で老人の診療に対する一部負担金の引き上げというものの

は、その件からしても許されるものではないと思  
うのです。これはあれですか、警察白書のデー  
タから厚生省は関係ないと言われますか。厚生省  
はこの自殺の数をどのように把握しておられま  
すか。

また、高齢者の自殺について、どういう方が自  
殺をしているのか、どこまで調査しております  
か。例えば特養老人ホームの入所者の過半数は八  
十歳以上、そういう高齢者の自殺はどうか。ある  
いは独居老人の自殺はどうか。あるいは  
厚生省の言う家族と温かい生活をしている老人の  
自殺率はどうか。いわゆる厚生省が真剣に高  
齢化社会、高齢化社会ということを言っている以  
上、そういう細かい分析を当然していると思いま  
すけれども、いかがなものでしょうか。

○黒木政府委員 まず私の方から、先ほど御指摘  
のありました警察のデータによる高齢者の自殺の  
問題でございます。

確かに病苦を理由に自殺されている方は年々ふ  
えていく数字が出ております。私も分析をいた  
しておるわけでありまして、六十五歳以上の  
自殺者数に対しまして病苦の割合を見てまいり  
ますと、五十六年度が七六・八％、五十七年度が  
七五・四％、五十八年度が七三・九％、五十九年  
度が七三・二％、六十年度は七二・六％になっ  
ておるわけでありまして、つまり高齢者の人口がふ  
えているために、自殺者の絶対数は年々伸びてお  
るわけでありまして、高齢者の中における病  
苦を理由とする自殺者の割合というのは低下の傾  
向にあるわけでございます。

私も現時点で一部負担、外来で四  
百円、入院で三百円をお願いしているのですけれ  
ども、現行の一部負担制度によって、病気のた  
めに受診ができないということからの自殺というこ  
とでは決してないのか。その因果関係  
というのを先生は御指摘になったかと思いま  
すけれども、先ほど申しましたように、老人医療費の  
一部負担をつけた後の推移を見ましても、全体的  
な割合というのは減っているわけでございますか

ら、一部負担と病苦の自殺というものを関連づけ  
るのは、やはり少し無理があるのではなからうか  
というふうに考えております。

○橋本委員 私の質問したのはそういう趣旨  
でございます。

自殺した老人の置かれていた生活状況、要する  
に、特別養護老人ホームに入っておられる方、あ  
るいは一般の病院に入院中の方、あるいは在宅療  
養されている方。要するに、高齢者の自殺が多いけ  
れども、どういう状況下の人が多いのか。ただ口  
で高齢化社会、長寿社会と言っていますけれども、  
現実にはこのように高齢者の自殺が多い。どう  
いう立場の人が自殺をしているのか。どうい  
う環境の人が自殺をしているのか。その辺を厚生省は  
調べるべきじゃないか、調査をすべきじゃないか  
と言っているのです。その取り組み方を今聞いた  
のです。

○小林政府委員 御質問にびたりしたお答  
えになるかわかりませんが、少なくとも老  
人福祉施設の中におきます入所者の自殺の状況は  
把握しております。

それで申しますと、五十五年から六年にかけて  
の一年間の統計でございますが、養護老人ホーム  
につきましましては二十九人、これは入所者に対す  
る比率で申しますと、十対四・三・七、特養につ  
きましては十二人で、十対一・五・一、軽費老人  
ホームは四人でございまして、十対二・四・  
七、有料老人ホームは一人でございます。十  
対二・九、施設でかなりのばらつきがございま  
すが、そういう実態はつかまえております。

○橋本委員 高齢者社会の生活実態という面  
からすれば、自殺の問題をたまたまデータの関係  
で取り上げましたけれども、年金の問題である  
とか、就労の問題であるとか、あるいは老人を取り  
巻く環境問題であるとか、いろいろなことを論議し  
なければならぬと思うのですけれども、残念なが  
ら時間がなくなりました。まだいゆる按分率の  
問題も聞きたいのです。  
私が按分率の問題でちょっと聞きたいのは、法

律では附則の四条、五条によりまして五〇％、五  
〇％にとどめる、半分半分にするというのがあり  
ます。ところが実態は五〇％を年々切っておりま  
す。今年度は四四・七％になっている。本来な  
らば五〇％、五〇％という数字が加入者按分率と医療  
費の按分率になるわけなんですけれども、なぜ現  
在の加入者按分率が年々低下してきたものでし  
ょうか。その実情をちょっと聞かせください。

○黒木政府委員 御案内のとおり、按分率の定め  
については本則で五〇％と決まっております。特  
例が設けられておりまして、五〇％以下で政令で  
定めるといふ規定が設けられております。さらに  
その定め方が書いてあるわけでございます。さら  
に、端的に申せば、老人の人口の増進に被用者  
保険側の負担増をとどめるようにという趣旨の特  
例が書いてあるわけでございます。したがって、  
老人医療費はここのところ約八％台、あるいは  
最近ですと一二％台の伸びを示しておるわけ  
でございます。片や人口の伸びは三ないし四％の伸  
びでございます。したがって被用者保険の負担増  
を三ないし四％にとどめるためには、老人医療費  
全体は一〇％伸びておりますから、一〇％の伸び  
ではなくて三％の負担の増にとどめるためには、  
按分率の方で調整をいたしまして、つまり老人数  
を持たせる割合を減らすことによって被用者保  
険の方の負担増を急激にならないようにという特  
例措置の結果であるというふうに御理解いただき  
たいと思います。このために、三年後にその特例を  
含めまして、按分率を私どもは今回見直しで御提  
案をさせていただいておるわけでございます。

○橋本委員 部長のお答えを聞いております  
と、もしこのまま三年の間見直しということが  
なければ、年々加入者按分率は下がっていくとい  
うことが現状ですね。しかし、そうなると思  
うと大変だ。いろいろな意味で、この際、一挙に見直  
しという規定があるから、八〇にし一〇〇にしよ  
うというふうなことになるのだと思ひます。あ  
の研究所では、本当の意味の公平な負担割合とい

うのは三七％台であるという調査結果が出てい  
ることを指摘しておきます。つまり急激な按分率の  
引き上げというのは問題である、実情に即してい  
ない、これを言うておきたいと思ひます。  
残念ながら時間がないうので、本来的に  
きょう一番のテーマにしたかった保健事業に入りた  
いと思ひます。

先ほど局長から一部答弁いただきましたが、保  
健事業につきまして、がん対策であるとか、あ  
るいはほかのものについても相当事業を行って  
おるといふことなんですけれども、我が党も、高  
齢化社会を迎えて、単なる福祉だけではなく、い  
ろんな総合的な見地から配慮しなければいけない  
のじゃないかという一つのトータルプランをつ  
けております。その中で一つだけ、この老健法に  
関しまして、こういうような提案をしたいと思  
うのです。

まず、今回の老健法というものは健康づくり、  
これがテーマになっておりました。どうしたら高  
齢者の健康づくりができるのだろうか。その意味  
からいろいろ施策が行われておりますけれども、  
先ほど言いましたように、現実には遅々たるも  
のである。私は、高齢者になってから、四十歳に  
なつてから健康手帳で経過を記録すると思ひ  
ます。もっとも早い段階で健康手帳というものを  
つくる必要があるんじゃないかと思ひます。つまり極  
端に言えば小学生、中学生、高校、大学あるいは就  
職する、そういう人生のサイクルに応じて、その  
たびごとにいろいろなところで健康診断を行って  
おる、そういうものを一つの個人のデータとして健  
康手帳という形で持っておれば、二十代、三十代  
から自分の健康度合いがわかる。大変心配されて  
おる成人病というものが未然に防げるのではない  
だろうか。高齢になってから疾病に陥る危険性も  
大幅に減るんじゃないだろうか。そういうことで、  
ライフサイクルのそれぞれの段階で実施する健康  
診断のデータを記録するための国民健康手帳制度  
をつくるべきだと思ひますが、いかがでしょう  
か。そして年々、年ごとにどういふ変化があるの



か、みずから知る必要があるのではないかと  
思います。いかがでしょうか。

○仲村政府委員 御提案の内容は極めて示唆に富むものと私も考えておりますが、現在行っておりまして手帳、おっしゃるような趣旨の手帳は、母子手帳が既にかなりの歴史を持ってあります。これは世界で一番低い乳児死亡率になっておりますが、このようなシステムが外国でも非常に注目を浴びておるといふことを私は報告として聞いております。

それから、健康づくりという観点からいたしまして、私も少しはいたしました。先ほどもちよつとお答えいたしましたように、壮年期からの健康づくり、健康に留意していただいて、みずからライフスタイルを変える、あるいは運動、休養、栄養というふうな観点で御注意をいただくというふうなことで健康づくりを進めてまいりたいと考えておりますが、その仕組みとしてとっておりますのは、ただいま御指摘ございました、いわゆる健康手帳でございます。ヘルス事業につきましましては、四十歳以上の方々を対象としておりますので、医療受給者、いわゆるお年寄り以外でも御希望される方については、この手帳を交付するということ、年々実績も上がってきておりますが、六十年度でいいますと、お年寄り以外で、四十歳以上で手帳を受け取っていただいている方は、数字でいいますと五百万以上あるようでございます。ただ、今おっしゃいました趣旨に必ずしも量的にもそぐわっておりませんし、内容的にも十分であろうと私なりに考えております。

しかしながら、これは全国民にそのような健康データを個別に蓄積する方法の問題もあろうかと思ひますし、午前中もちょっと御議論が出ておりましたように、ICカードの普及もありまして、そういう技術的な面あるいはコンピュータをどのように活用するかという面もあります。趣旨としては、私も恐らく将来そういう方向に持っていくべきであらうとは考えますけれども、今直ちに制度化するということまでは踏

み切れないでいるわけでございます。しかし、ただいま申し上げましたように、個人別の健康データが必要となるときには必要なお医者さんなりが直ちに思われるというところは、将来非常にいいことだと思ひますので、研究課題として大いに私も研究を進めてまいりたいと思ひます。

○橋本(文)委員 健康づくりには健康診断、健康相談、これはどうしても欠かせないものですけれども、これは老健法の条文にははっきり規定されておりますが、私も提案したいのは、健康診断、健康相談、なかなか身近なものじゃない。これをより身近なものにするために、例えば四十歳とか五十歳という年の節目節目にいわゆる日帰りドックというふうなことをやったらどうかだろう。あるいは厄年健診、男でいけば四十二歳、女性でいけば三十三歳の厄年に厄年健診というふうなことで実施したら国民の関心も深まるのではないだろうか。ちょうど体調が変わるときでございまして、意味があるんじゃないか。そんな形で健康診断をより身近なものにしたいと思ひます。

○仲村政府委員 おっしゃるよう、節目健診につきましましてはいろいろ御示唆がつかつてからでございます。この老人保健法ができました前にも、定期的な健康診断を節目にやれば忘れなくて非常にいいのではないかといいことで、私も検討したことを記憶しておりますけれども、老人保健法におきましては、毎年受けていただくという原則でやっております。

残念ながら受診率は必ずしも高くないので、これをどのように高めるかという工夫もなくてはならないと思ひますが、その際に、節目については、特に個別に通知を出していただくとか、そういうふうな形の工夫をどんどん重ねていただきたいということで、私も都道府県を通じて市町村にも指導してまいりたい、そのような形で、健康につきましましての多角的な検査を受けた上で、自分の健康状態を自覚的に把握して

だくといふことは非常にいいことだと考えております。

○橋本(文)委員 高齢者が健康を維持するためには、どうしても積極的な社会参加が必要である。手取り早いのが、楽しみながら健康づくりができるということになれば、それはもうスポーツシカない。ですから、高齢者健康スポーツあるいはシルバークラブというものを活性化したらどうか。そのためにはどうしても指導者、人材が必要である。そういうような高齢者の健康スポーツの振興あるいは指導者づくり、それはどのようにお考えでしょうか。

○仲村政府委員 高齢者につきまして健康づくりで三大要素といたしましては、栄養、休養、運動ということですが、私もかねてから言っておるわけでございまして、休養あるいは栄養につきましては、かなり医学的にも知見が蓄積されております。栄養士あるいは保健婦等を通じてこのような指導をしておりますが、御指摘の運動につきましては、私もかなり重要な役割はしておりますけれども、具体的にどのような運動量を各個人に賦課するに十分蓄積されてない面もございまして、

したがって、私も、健康づくりのための運動所要量というものを策定したかどうかということ、六十一年度に一応予算化して今検討会で検討をしていただいておりますが、同時に第一線、いわゆる現場で、ただ運動しなさいというふうなことでなかなか具体性がないわけでございまして、さらに健康づくりのための運動について、具体的な運動所要量といふものか、そういうようなものも将来出せばいいなと考えているわけでございまして。

そのようなことで、個別には健康増進センターというところで、スポーツ関係の方々の御参加も得まして、いろいろ運動の指導をしておりますが、もっと総合的に健康づくりの枠の中で、スポーツあるいは運動の具体的な指導をできるようなことは何か工夫はないかということで、

私も今考え始めたところでございまして、資格制度までいくのかどうかも含めまして、なお検討させていただきますと考えております。

○橋本(文)委員 前回のこの審議で、老人に対して心理、生理あるいは肉体的関係等を総合的に研究する機関をつくるべきでないかという意見を提案しました。そして北郷さんの方から調査をする段階になっておるといふ答弁があったのですけれども、今回、痴呆といふことも非常に大きな問題になっている。それも含めて国立で、名前はどうでもいいのですけれども、要するに、高齢者の健康の維持増進を図るために、年齢がふえてくるにつれて老化といふものがどうなってくるのか、その老化のメカニズムの解明あるいは老年病の予防、治療等の総合的研究を進める、これはもう長寿国の先進国ではやっております。国立でいわゆる長寿科学研究所というような形でもって老人固有の問題を専門的に研究していただきたいと思ひます。いかがでしょうか。

○長尾政府委員 お答えをいたします。先生のお話のように、今後の長寿社会におきまして、長寿を明るく健やかに全うできるようという体制をつくっていくことが大変重要であると思ひます。そういう観点では、今のお話のように、老化のメカニズムの解明とか老年病の予防といった長寿科学の体制を整備すること、これは大変重要なことと認識をいたしておるわけでございまして。本年度におきまして、天皇陛下御在位六十年慶祝事業の一環といたしまして、長寿科学研究組織に関する調査検討費を計上いたしております。現在、がんセンターの杉村総長を座長にお願いいたしまして研究会を設けて、その内容の検討を進めさせていただいております。

○橋本(文)委員 最後に、福祉保健活動推進協議会というふうなものをつくりまして、保健、医療、福祉、これを総合的、効率的に提供できるようにしてまいりたい。そして市町村にいわゆる公私の実務者から成る協議会を設けて、都道府県に

しかし、さらに今御指摘のごさいましたような保健と福祉の連携を強化していくというために、六十二年度予算で、実は現在要求中でございませうけれども、都道府県に保健事業総合推進協議会というふうなものも設けるような仕組みあるいけ

○堀内委員長 田中慶秋君。  
○田中（慶）委員 私は、今回提案されております加入者按分率の問題から触れてまいりたいと思ひ

在、八月では〇・六一倍ということでかなり低くなってきております。また完全失業率を見てみま

で、そういう前提で申し上げておりますので、  
ひその辺誤解のないようにしていただきたい。

そこで、大臣にお伺いしたいわけです。

今、全体的な雇用不安なり雇用情勢ということを含めて、私たちを取り巻く社会情勢は非常に厳しいというところはわかったと思います。ところが今回の提案によりますと、加入者按分率は少なくとも八〇、一〇〇に、こんな形でとらえようとしているわけです。そうしますと、この中で、それぞ厚生省の調べる数字もあるでしょう、また労働団体あるいは健保組合の調べた中の数字、その大小は別にしても、大体平均、先ほど組合健保によりますと一万五千七百二十円、政管において七千五百九十円、すなわちこれだけが増税になるのです。おわかりになりますか。今政府を含めて減税の話し合いをしている最中に、それもはっきりしない、そういうときにこれが増税になるのです。全般的な雇用情勢を含めて今お話があった中で、大臣としてこういうことはどのように認識されるのでしょうか。

○斎藤国務大臣 今回の按分率の引き上げは、たびたび申し上げておいておりますように、老人医療費をいかに公平に負担していただき、老人加入率の不均衡のある保険者間の調整をしていただくということでありまして、サラリーマンの実際の増税をもうるんでおることではともないわけでございます。同時にまた、サラリーマンの多くの方が入っておられる健康保険組合等におきましては、ここ数年間安定的な基調になっておりまして、今回をお願いいたしまして、全体としてそれを消化していただけるのではないかと。このことによって直ちに保険料を引き上げて、御負担をすぐおかけするというのではなく、ご理解をいたしております。

○田中(慶)委員 大臣、大変残念な考え方だと思うのです。それは確かに全体的にアップをさせるわけじゃないでしょうけれども、パイというものは餓えて稼ぎ出すわけです。そういう中で全体の費用というものは決まるわけでしょう。サラリーマンだけじゃなくて、事業主も含めて、按分率というものは、掘出というものはそういう形でとら

れるわけですから、今のうちに公平な云々と言ったところで、それでは国保の赤字そのものが、少なくとも政府の退職者医療制度の見込み違いが当初のスタートであったわけですから、そんなことを考えると、その責任はどこに行っているのですか。その責任をばつておいて、按分率だけ上げればいいという問題ではないと思う、はっきり申し上げて。全体的に按分率を上げるといふそのものが、やはり私はそういう時期ではない、こんなふうに見ているのです。

世の中がすべてこういう厳しいときに、せめてこういうものを調整をしない、それが一番ベターではないか。そんなことを言っていたら、今あなただの答弁、公平な負担とかいろいろなことを言っていてまいますと、医療が福祉だとかささっぱりわからなくなってしまう。そういう点では私は少なくともこの按分率という問題については、今申し上げたような情勢で——将来ともと言っているのではないのですよ。今こういう時期、これだけ厳しいときに、そんな形の中で経営者もサラリーマンもすべての人が、働いている人たちが負担増になるようなことであつてはいけません。そのためにも減税の問題をやっているのです。それは政治的な話し合いでしょう。ではなぜ減税の話し合いを今やらなければいけないのですか。そうじゃないかと思えます。全般的な状態の中で、私はトータルとしてそういう話し合いをやらなければいけない、こんなふうに思っています。どうですか。

○斎藤国務大臣 確かに今先生御指摘のように、大変難しい時期であるというふうには考えておりますが、健康保険組合のトータルといたしましてこの数年の基調は、安定基調にあると考えております。またそういう中で、この御負担をいただくことによって、被保険者の方また事業主の方、これによって今保険料を引き上げていただくというにはつながらないで済むのではないかと考えておりますので、御協力をいただきたいと思っております。

○田中(慶)委員 確かに健康保険も政管健保も五

十九年、六十年と黒字になりました。それは黒字の原因というのは総体的にあるわけでしょう。いろいろな形で改正もしました、経営努力もした。それで黒字になったから、その部分は掘出をし、それだったら国もその分出せばいいではないですか。まじめに働いて、まじめに努力したところだけから取り上げていく、そんな不公平な世の中ではないでしょう。

もう一つ、それだつたらせめても今の家族の人たちの七〇％を七五％にしたらどうだ、こんなことをこの前申し上げているわけですが、それに対して具体的に前向きな取り組みもないではないですか。まじめに努力しているいろいろなことをやる者、その者がすべてこんな形でしわ寄せになってはいけません、こんなふうに思っています。大臣、この辺もう一回答えてください。

○斎藤国務大臣 確かに経営努力をさせていただいたところから、余つたからそこをよこせというふうな発想ではないわけでありまして、そういうふうな考え方は決して持つておりません。またその他の保険者におきまして、特に国保等についても十分な経営努力をしていただくように強力に指導をいたしております。またこれからは強めていかなければならないと考えております。

そしてまた、後段でお述べになられました家族の外来の七割給付というものを改善してはどうかというお話でございますが、この点についても、今後医療保険の一元化へ向けてのいろいろな見直しの中で、経済情勢や医療費の動向等慎重に考え、検討して、その方向へ向けてまいりたいと考えております。

○田中(慶)委員 いずれにしても、こういう状態に置かれては按分率の問題ですから、やはりこれは慎重にやらなければいけない、こんなふうに思います。

そこで私は、きょうは限られた時間でありまして、もう次の段階に移りたいと思っておりますけれども、いわゆる老人保健施設の問題、中間施設の問題でぜひ検討していただきたいことは、大臣もお

わかりのように、今から十年前ですか、救命救急センターができましたね。あのときは本当にすばらしい発想でできました。確かにその中で、成人病と言われる死亡というものが全体の六〇％近い。特になん、さらにはまた心臓病、脳疾患。ところがこの救命救急センターのスタートの時点で、ドクターズカーを含めて、心臓病あるいは脳疾患の応急的な処置をするために大変よくならない、こういう発想で、私たちも感心して、今でも期待をしておる。ところが現実にはそういうものをつくっていても、今全国的に見たときに、はつきり申し上げて、その構想は遅々として進まない、これが実態であります。私はその引用じゃありませんけれども、今回の中間施設の問題も、はつきり申し上げて法律ばかりが先走っている。先ほど来いろいろなことを検討されましたね。整備の問題もそうです、負担分の問題もそうです。中身がまだまだ——それを省令としてこれから取り上げていくということですから、中間施設は将来必要であることは事実であります。しかし、まだ私は、今のような法律だけを整備してやっても、省令の問題でこれからやっていくということでは、今申し上げた救命救急センターの一例じゃありませんけれども、そういう点での整備が全然進まないであらう、こんなふうに思います。で、むしろこの前申し上げましたように、この問題というのはパイロット計画を十分やって、一年半から一年半、一年半にいろいろなことをやるというのですから、その後法律を出されて、あるいは二年から二年、その後法律を出されて、まさしく内容の充実した形でやたらどうだ、私はそんなふうに思っていますけれども、どうでしょう。

○黒木政府委員 老人保健施設につきましては、整備計画をお示ししているわけでございますけれども、私どもはやはり現時点における寝たきり老人等を抱えられておる家庭のニーズというものは大変なものがあると思っておりますし、それを抱えられている家庭の御苦勞は大変だということで、ぜひこれは急いでお願ひしなかならぬというふう

に考えているものでございます。

したがって、私どものこれらの整備については、これからの面もありませんけれども、おおよそのところの内容、厚生省の考え方は固め切っているわけでございますから、法律を早くお認めいただいて、そのいただいた線に沿ったモデル実験をやらしていただいて、早急に本格実施に入らしていただきたいと思っております。

救命救急センターが遅々として進まないという御指摘もございましたけれども、私どもは、そういう整備の問題も聞かせていただきながら、万全を期した形でこの中間施設の整備あるいは内容の充実を図り、そして寝たきり老人の期待にこたえるべく最大の努力をしてみたいと思っておりますので、よろしくお願いをいたしたいと思っております。

○田中(慶)委員 私には必要じゃないと言っているんじゃないのです。必ず必要だ。ですけれども、今、法の盲点や法の整備の不良、パイロット計画をやっているのですから、それでやらない、そして十分なデータに基づいて完全なものにしなければいけないであらう。こんなことをしていたら、まさしく未熟児で、大変な形の中で、将来このデータ不足であるとか、あるいは今問題になっているのは、福祉が医療保健かというその選択も迫られているわけですから、そういう点では今度の問題はやはり時期尚早であらう、こんなふうに思うのです。ですから、いまだ少しこれは内容が検討されるべきである、私はそう思います。必ず必要なんだから、必要じゃないんじゃない、必要であり、高齢化というものは進んでいる。寝たきりもある。痴呆老人症も出てきている。ですから、必要であればあるほど、今のところで吟味をしなければいけないということを申し上げておる。

すべて世の中のもの、ボーリングをしたりいろいろなことを含めて、もっとも慎重にデータをちゃんとつくってやらなければいけないというところを申し上げているのですよ。あなたが言っ

ているのは見切り発車みたいなものなんだ。見切り発車をするとなぜ障害が起きる。そうでしょう。医師会だって言っているわけですよ。いろいろな問題を提案、提言をしている。それぞれの団体が心配をしておるわけです。ですから、一年半から一年半、二年でもいいですよ、その間に完全にボーリングして、今の十個の計画を完全に進めて、データの集約をして、それから法案をちゃんとしなさいと、私はそういうふうに申し上げておる。どうですか。

○黒木政府委員 老人保健施設のモデル事業につきましては、六十一年度予算に計上をお願いしておるわけでございますけれども、私どもはこのモデル事業は法の成立を待って実施をいたしたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

なぜかと申し上げますと、法の成立がなければ、病院の形で実験とかあるいは特養の形で実験しか方法がないわけでございます。したがって、私どもとしては、やはりお認め願った法の骨格の中で、私どもの具体的な考え方を当てはめながら実験をやってまいりたいというふうに考えておりました。そのための下準備はいたしておりましたけれども、やはり本格的に国会として法の骨格をお認めいただき、その骨格に沿って、病院というところで、あるいは特養というところ、それから、中間施設という形で施設をつくって、その中で、私ども考えております運営の方針に沿った実験あるいはモデル実験をやっていたきたい。そのデータを集積しまして本格実施に備えたい。それは法の成立後約一年半の猶予をいただきたいまして、その間で最終的な詰めを行ってまいりたいというふうに計画的に考えているわけでございますから、したがって、一刻も早く法の成立を待っているわけでございます。

○田中(慶)委員 病院でもなければあるいは特別養護老人ホームでもない。しかし、現行法でできないという理由もないのです。はつきり申し上げまして、調べてまいりますと、これは現行法でできないという範囲ではない。いろいろな形で

それぞれの工夫をすればできるであらう、こんな話も聞いているのです。ですから、私たちは、そのいろいろなデータの集約を最後にしなさい、法律を先走ると法律というのは今までもひとり歩きを必ずしてしまふ、ですから、法の整備よりはむしろこちらのサイドの条件整備をしたらどうだと、こういうことなんです。特別養護老人ホーム、今まで長い実績があるからわかりますね。病院もわかります。そういう中で、中間施設だからといって新しい法律がなければ、このパイロット計画というものが完全に実施できないわけじゃないということを今言われているのです。ですから、私たちは、むしろデータをちゃんとしなさいと、そういう面を申し上げているのですから、その辺もこれからはつきりと検討してください。

ちょうどもう時間が参りましたけれども、そういうことなんです。私の申し上げているのは、法律をつくるのと法律だけが先行する、ですから、中間施設というものはむしろデータを集約する方が先ではないか、こういうことを申し上げておるわけです。

以上です。

○堀内委員長 塚田延充君。

○塚田委員 本改正案につきましては、昨年七月に老人保健審議会が老人保健制度の見直しに関する中間意見を発表して以来、関係団体の間で意見の対立を見せており、賛否両論に分かれて、署名運動や請願運動などの激しい運動を展開して今日に及んでいるわけなんです。

そんな中で、健保組合、国保団体、事業主団体、労働団体、医師会、老人クラブなどの諸団体は、それぞれどのような運動を展開し、どのような態度をとっておられるのか、御説明願います。

○黒木政府委員 老人保健法の改正をめぐる各団体の動きについてのお尋ねでございます。

基本的には各団体とも賛否分かれた形で意見を表明いたしておりますが、必ずしも明確でない部分もあるわけでございますけれども、全体の動き

の中で私どもが判断をしている状況で申し上げます。

日経連、健保連は、加入者按分率に反対でございますが、一部負担は賛成をいたしているものと思っております。それから老人保健施設については、趣旨は賛成であるけれども、モデル実験の結果を見てから制度化すべきであるという意見のように承っております。それから国保関係団体でございますけれども、加入者按分率、一部負担、老人保健施設、いずれも賛成であるというふうには承知をいたしております。労働団体につきましては、加入者按分率、一部負担ともに反対でございます。また、老人保健施設につきましては、時期尚早というお考えではないかと思っております。日本医師会につきましては、加入者按分率は賛成でございます。一部負担につきましては、基本的に賛成でございます。老人保健施設につきましては、基本的に賛成でありますけれども、条件つきというところのようでございます。老人保健施設でございますけれども、老人クラブは一部負担の引き上げに反対を表明されております。

各団体の動きでございますけれども、主な動きだけ申し上げますと、六十一年の十月十五日に全国老人クラブ大会が一部負担の反対で開かれております。あと、趣旨については今みたいなものでございまして、先ほど申し上げたような態度でございまして、事実関係だけ申し上げます。六十一年十月三十日には健保組合が拠出金増大阻止総決起大会ということで全国大会を開いております。同年の、六十一年十一月二十八日には国保財政危機突破全国大会ということで、市町村国保側の全国大会が催されております。

六十一年に至りまして、一月二十三日には全国医師大会が老人保健法改悪反対ということで催されております。それから八月四日には全老連が緊急全国代表者会議ということで一部負担の反対の趣旨で会議を開いております。それから九月九日には日本医師会が老人保健法に關します主要な意見を発表されております。按分率は賛成である

けれども、一部負担は反対というふうな意見を表明されております。それから九月十八日には経済四団体から総理に対して反対の要望書が提出されております。九月二十四日には健保組合で全国大会が開かれておりまして、同様、拠出金増大阻止総決起大会ということもございます。十月十三日には国保財政危機突破緊急全国大会ということで、老人保健法の早期成立ということで市町村国保側の全国大会が開かれております。

以上でございます。

〔委員長退席、長野委員長代理着席〕  
○塚田委員 九々賛成という団体はほとんどない。そして今御説明いただいたように、ほとんどが反対、反対ということと激しい運動をされておる。このように、激しい意見対立が続いている中で、政府は昨年八月の昭和六十一年度予算概算要求に改正方針を打ち出して、さらにその方針と一致の内容を昭和六十一年度の予算の中に既定事実のごとく盛り込みながら改正案を第百四国会に提出したのは、これは国民世論を全く軽視したものと云わざるを得ないと思います。これは明らかに財政調整を先行させるために見切り発車したというふうに断ぜざるを得ないわけでございます。

九々賛成者がほとんどないという中で、しかも国民軽視という批判が渦巻いておる中で、このような各団体の動きに対して、世論に対して、大臣の見解をお伺いしたいと思います。

○斎藤國務大臣 今の事実関係でございますけれども、老人保健審議会におきましては、法施行後の実績を踏まえて、拠出金の算定方式のみならず幅広く老人保健制度全般にわたる見直しを行うこととして、八回にわたって精力的に御審議をいただいたわけでありまして。

その結果、まず第一には加入者按分率については、加入者按分率一〇〇%を目標として検討すべきでないかという大方の意見をいただき、また一部負担につきましては、老人にとっては無理のない範囲で定額負担の増について検討すべきではないかという御意見であります。これは両論併記であ

りましたけれども、定額負担という御意見と定率負担にすべきではないかという御意見とがいろいろあったというふうな聞きかじりについてお聞きします。

こういった中間意見が昨年の七月十八日に提出されました。これを受けまして、厚生省といたしましては、これらの御意見を踏まえて、総合的な見地から慎重に検討した上で、「老人保健制度の改正案要綱」というものを老人保健審議会及び社会保険制度審議会に諮問をし、御協議をいただき

ました。老人保健審議会におきましては、三回審議をいただき、両論併記という形でありまして、御答申をいただき、また社会保険制度審議会におきましては、七回の審議をいただき、御答申をいただいたという結果になっておりまして、それなりの御議論を十分いただいております。私も考えております。

○塚田委員 各審議会での審議の回数は確かに何回か重ねたようでございますが、今話が出ました本年二月の老人保健審議会の答申も、一部負担、加入者按分率、中間施設のそれぞれについて意見が対立しておる。そしてその賛成、反対の両論を、ここがポイントですけれども、委員の所属を明らかにする形で併記する。これは異例じゃないですか。そしてまた、これほど極端じゃないとしても、やはり社会保険制度審議会の答申も、全体的に了承するようになっていくけれども、一部批判的な意見が加えられる。答申としては両方ともやはり異例だったと思います。

この両審議会における答申の内容が、こういう委員名を明らかにした上で出される、両論が併記されるというふうな異例の形で出されたことについて、大臣はどう受けとめておられますか。

○斎藤國務大臣 先ほど老人保健部長から関係団体の賛否等について申し上げましたが、これを反映しても、やはり同じようにいろいろな御意見がありました。そして意見の一致を見なかったところでございます。しかし、その内容は、今回の改正は

大きく分けますと、三つの分野にわたっておるわけでありまして、その三つに対して、ある方は二つ賛成だが一つ反対、ある方は一つ賛成だが二つ反対、ある方は二番目は賛成だが一番と三番は反対というふうな、いろいろ複雑になっておりまして、それを一本化するということが本当に困難であつたということであり、全面的にすべて反対という方が非常に多かったというわけでは決してないわけでございます。

そういう状況を十分踏まえて、厚生省といたしましては慎重に検討をいたしまして、今回の法律提出とさせていただきますわけでございますので、その辺のところよろしく御理解をいただきたいと思ひます。

○塚田委員 問題は、審議会の意見を軽視したのみにとどまっていられないわけでございます。第百四国会で継続審査となり第百五国会で廃案となつたわけですけれども、その後、老人保健審議会及び社会保険制度審議会に全然諮問もしないで、施行期日だけを変えて提出したのは、冒頭述べたごとく、世論が二分されている中、私の見方では九々の賛成者が全然ない、そんな事態まで考えますと、審議会の存在意義すら無視しているのではないかと疑問を感じざるわけでございます。今度の再提出に当たってなぜ審議会に再諮問しなかつたのですか。

○黒木政府委員 まず、社会保障制度審議会につきましては、「社会保障に関する企画、立法又は運営の大綱に關しては、あらかじめ、審議会の意見を求めなければならない」とされておるところであります。同審議会設置法第二条二項でございます。この規定につきましては、一度諮問、答申を得て提出された法案が廃案になった場合については、諮問内容に大きな変更がなければ再諮問の必要がないとされているところでございます。

老人保健法案につきましては、施行期日に関する部分以外は同じ内容で再提案をいたしましたものでございまして、再諮問の必要はないものと判断をいたしました次第でございます。

老人保健審議会につきましては、厚生大臣の諮問に応じ、保険者の拠出金等に関する重要事項を調査する審議機関であり、老人保健法の国会提出に先立ち、同審議会に諮問し、答申をいただいたところでございます。施行期日に關する部分以外と同じ内容で再提案したものでありますので、再諮問をしなかつたわけでございます。

○塚田委員 改正案の提出経緯がこのように全く不明朗と言わざるを得ないと思ひます。そしてさきの国会審議においても、もろもろの問題点が提起されているにもかかわらず、全く同じ内容の改正案が再提出されたということは、この前の国会審議を無視したに近いのじゃないか、このように考え、遺憾に思ひます。

そもそも社会保障というのは人間を対象とするものでございまして、誤りを犯しますと取り返しのつかないこととなります。したがって、国民が理解し、納得がいき、安心して医療が受けられるような内容にすべきであり、本改正案の再検討をまた徹底的に行つて、二十一世紀の高齢化社会に対応し得る確固たる老人保健制度のあり方を国民にまず示すのが先決だと思ひますが、いかがでしょうか。

○斎藤國務大臣 ただいま審議会等との関連についての御答弁は、老人保健部長から申し上げたところでございますが、前々国会の様子は先生も御承知のとおりでございます。会期中で審議の時間が非常に限られたことによつて継続審議となつたわけでございます。そして次の国会におきましては、衆議院解散というふうなことになるので、案となつたわけでございますので、その辺の御事情も御察をいただきますと、今回再び引き続き御審議をいただくというのはいいのではないかと、いろいろに私どもは思ひます。

○塚田委員 十分な検討を行わないままに制度をつくつたり、法律をつくつた場合大変なことになり、累を後々まで残すのだという、その最たる例が何度も何度もここで質問、審議がございました



退職者医療制度の見込み違いの問題じゃないでしようか。加入者数が見込みより大幅に少なかったことが最大の要因と指摘されているわけですから、でも、発足時の加入者数の推計方法をまずお伺いしたいと思ひますし、また見込み違いを生じた原因は何であつたのか、詳細にお伺ひします。

○下村政府委員 退職者医療の発足時における推計方法でございますが、まず退職者のとらえ方をいたしまして、社会的に一応リタイアしたものを対象として考えるということで、老齢年金の受給者というものを中心にして考えたわけでござい

そこで、五十七年度末の厚生年金、船員保険、共済組合の老齢退職年金受給者数の実績値を基礎といたしまして、過去三年間の年金受給者数の伸びを使いまして、五十九年度の七十歳未満の年金受給者数を推計いたしました。これをものといたしまして、次に年金受給者のうち国民健康保険に加入している者の割合は、年金の受給状況と医療保険の加入状況を調査しております厚生行政基礎調査から国保の加入率を推計いたしました。年金受給者の見込み数にこれを乗じまして、退職者医療制度の本人の加入者数を推計したわけでござい

ます。これに退職者自身の被扶養者がござい

ます。これは健康保険の年齢別の扶養率を基礎にいたしまして推計をいたしましたところでござい

ます。次に、見込み違いを生じた原因は何かというところでございますが、ただいま申しましたように、利用し得る限りの統計を用ひまして、可能な限り正確に推計したつもりでござい

ます。予測し得ない実績との乖離が生じたというところでござい

ます。主たる原因としては、第一は被用者保険における任意継続被保険者制度の活用が急増している、退職後直ちに国保に移らない。この傾向を少し軽く見た。それから退職者の配偶者がサラリーマンとなつた自分の子の被扶養者になるようなケースが多くなつてゐる。あるいは多少自分の所得があ

つて国保に移らないというふうな事情があるのではないか。これらが私どもの推計と実績に大きな差を生じた原因であるというふうに考えておりま

す。○塚田委員 見込み違いによつて生じた国保の赤字は国の責任だと思ひます。誠意を持って対処せねば国保の危機につながるわけでござい

ます。政府はそれを今回の老人保健法の改正によつて対処しようとしてゐるわけですが、まず国保の国庫負担の補助率を従来どおりにするよう見直すことが先決じゃないですか。国保の財政危機への対応策について、大臣の考え方をお尋ねします。

○斎藤國務大臣 国民健康保険に対する国庫補助は、御承知のように給付費の五割という、現在におきま

すところの相当高額の国庫補助を支出しておるわけでござい

まして、これを見直すことは、現在なかなか困難であらうかと思つております。また、退職者医療の見込み違いにより影響を解消するために、五十九年度を以て六十年度、この二年間にわたりまして、二千八百億円と言

われる中、千三百六十七億円については措置をいたしたわけであります。また本年につきま

して、当初予算におきいて二百三十億、またこの老人保健法の成立ができておりますことによつての影響額について七百四十億の補正予算措置をいたしたところでござい

ます。大変厳しい財政状況の中であるので、この努力をいたして、このような措置をさせていただいたわけでござい

ますが、なおこれでも不十分な点は私どもも十分承知をいたしております。国保組合の方々の格別の御努力をいただいておりますし、また私どももこれから最善の努力を続けてまいりたいというふうに考えております。

そういつた退職者医療の見込み違いによる影響というのものも一方にござい

ましたが、同時にまた国保における言うならば構造的欠陥とでも申しました。他制度に比べて非常に高い老人加入率を持つておるという不均衡があるわけであります。今、今回の老人保健法の改正によつて、そういつ

たもう一つの国保における構造的欠均衡を是正もしていただくということにもなるわけでござい

ます。今後にはわたつても国保の安定的な運営が図れるよう、私どもは誠意を持って全力を挙げて努力してまいる覚悟でござい

ます。○塚田委員 十分な検討を行わずに制度化をして、悔いを千載に残す危険性がある二番目の例として、今回提案の老人保健施設だと私は思いま

す。そこで、お尋ねしますが、老人病院と特別養護老人ホームとの中間ということですが、この三施設

の位置づけ、そしてその相互関係、さらに政府

はこのうちどれに力を入れていくつもりなのか、理論的に説明してください。

○黒木政府委員 老人病院と老人保健施設と特別養護老人ホームの位置づけあるいは今後の力点の置き方等についてのお尋ねでござい

ます。今回の老人保健施設は、再三御説明いたしてお

りますように、いわば中間施設ということ、病院と施設の中間、あるいは病院と家庭との中間、あるいは医療と福祉の中間と、いろいろな意味で

の中間的な新しいタイプの施設だと私どもは申し上げて

いるわけでござい

ます。それから、老人病院は治療機能を重視した施設であり、今後とも治療機能を發揮する

ような形で持つていかなければならないであらうと思つて

おります。特別養護老人ホームはいわば家庭がわりでござい

まして、家庭で介護できないお年寄り、寝たきり老人等

を特養が引き取つて介護してやるといふ、そういう意味では家庭と同じ機能を

家庭がわりで果たしてやる機能だと思つております。これに

対しましては、老人病院は老人保健施設に

て入院治療が終えられた人をこの中間施設で引き受け

まして、そこで医療ケアと生活のお世話をしてさしあげ

ながら、特にリハビリ等でお年寄りの日常生活の機能を回復

あるいは維持してさしあげて、最終的には家庭復帰の形に持

つていきたい、そういう機能をこの老人保健施設では重視

いたしております。

○黒木政府委員 特養の場合には、公的な措置とい

ふことで公的機関が判断をいたしますけれども、病

院あるいは老人保健施設というものは、利用型の施設と考

えておまして、保険証を持つていけば利用できる施設

だと考えております。そのときの手続と申しますか、入

り方でございますけれども、この施設と患者側のいわ

ば契約になるわけであり

ます。したがって、家族なり場合によつては老人の申し

出と、それからこの老人保健施設の管理医師の判断

という両面から入所がオーケーになる、いわば承諾

になるという形で入所されると思ひます。特に私

どもは病院からの受け皿としての機能も大いに考

えてゐるわけでござい

ます。

て、その場合に、あわせて病院側の主治医の意見と申しますか、診断と申しますか、そういうものと今度受け入れる老人保健施設の管理医師との情報交換、あるいは意見の交換等によって入所後も円滑に医療ケアができるようなことが必要だと思っておりますし、仮にまた家庭から入所される場合には、家庭のかかりつけの主治医さんと申しますか、そういう方とこの施設の管理医師のまたそういう面での医療上の情報的な提供なり交換の上で患者側の申し入れを聞きながら入所の判断がなされていくもの、そういうふうに考えております。

○塚田委員 老人保健施設における施設療養費については定額制とされていくけれども、定額では医療の質の低下が心配されます。定額制を採用した理論的根拠を明らかにしてください。

○黒木政府委員 まず、私どもの発想の原点と申しますか、検討の一つの材料になったものは、社会保障制度審議会の答申でございまして、「要援護老人のための対策」ということで政府に対して意見が出されておるわけでございましてけれども、この中で、読み上げてみますと、「介護に要する費用に当たる部分は、それが医療における看護に準ずるものであることにかんがみ、社会保険の財源で負担し、この場合、必要とする介護の程度に応じた段階的な定額制とするなど、思い切った措置を考へるべきである。」という提言をまずいたしたいわけでございまして。私どもその後、中間施設懇談会とかいろいろな研究、検討をやったわけでございましてけれども、ここに入ってこられる病弱な寝たきり老人は、症状が安定期にある老人であらうということから、それに対しては医療的なケアなりというものは定型的なものが行われるのではないかと、そういう判断からやはり定額の費用の支払いがふさわしいのではないかと。投票一回に幾らかあるいは検査一つに幾らかというふうな、そういう出来高積み上げの方式ではなくて、定額の形で患者さん一人当たり幾らということでは医療ケアをお願いする仕掛けの方がより適切では

なからうかという判断で、定額制の形で今回の法律にも書き込ませていただいて御提案させていただいてるところでございまして。

○塚田委員 この中間施設の問題では、第百四国会でも、また今回の審議でもほとんどの委員から疑問の形で質疑が行われているわけですが、幾ら聞いてもいま一つはつきりしないと私は感じております。ですから、国民にとってその三つの施設の基準がはっきり理解されるような形に明確にすることが必要だと思っております。ということ、この三つの施設のバランスといひましようか、その辺の総合的な整備計画をはっきり国民に示すと同時に、この中間施設につきましては、何度が提案されておりますように、今回は一たん見送って、よくモデルで研究した上で、悔いを千載に残さないような百年の計を立ててほしい、このように要望して中間施設の件は終わります。

さて、今回の法改正のように、大きな制度の改正を行おうとする場合には、それに先立って十分な議論をすることが何よりも必要なのでございましてけれども、老人保健法を制定したとき、そのときにもいろいろな議論が行われたようでありまして、そしてそのときに決議された附帯決議がございまして。

まず、大臣にお伺いしたいのですけれども、附帯決議とは一体どんな性格のものかと政府は考えているのですか。その基本的見解をお伺いをいたします。

○斎藤内閣府大臣 国会でいろいろ御議論がなされ、そしてその各党の御意見等が大体普遍的にまとまったようなものについて委員会として附帯決議を付せられるわけでございまして。これに対して、私どももいたしましては、その趣旨を尊重して実行してまいりたいということだと考えております。

○塚田委員 そうですね。これは附帯という言葉がついておられますけれども、飾り物じゃない。あくまでもその線に沿って行政当局は施行しなければいかなぬ義務をかなりの程度負っておるものだと

思います。それでは、この前の老健法が制定されたときの附帯決議の施行状況、フォロー状況についてお伺いしたいと思います。

〔長野委員長代理退席、委員長着席〕  
まず、差額ベッド、付添看護などの保険外負担を早急に解消するよう努めること、こういう附帯決議がございましたが、これはどうなっておりますか。

○下村政府委員 差額ベッド、付添看護等の保険外負担の状況でございますが、差額ベッドにつきましては、従来から一人部屋、二人部屋は別といたしまして、三人以上の大部屋についてでありまして、三人以上の差額ベッドを解消するよう強力に指導を行ってきておるところでございまして。この結果、総病床数に占める三人室以上のベッドの割合は、現在〇・八%まで低下してきておりますが、今後さらに適切な指導を行ってまいりたいと思っております。このルールに反する差額負担が行われることのないよう指導を徹底してまいりたいと思っております。ちなみに患者の負担額は、全体の差額ベッドを平均いたしまして、一日三千三百円程度になっている状況でございまして。

それから、付添看護でございますが、普通看護の病院におきまして付添看護が行われた場合、それに要した費用につきまして患者に償還払いをしていくわけでございまして。この看護料と償還料金の間に大都市の場合基本給において一日当たり約千円程度の開きがあり、これは患者負担になっているわけでございまして。これも付添看護料の引き上げを国立病院における看護婦の給与実態等を踏まえて改定を行ってきておるわけでございましてが、今後とも実態を十分に把握して適切な措置を講じてまいりたいというふうに考えております。

○塚田委員 次に、老人の特性を考えると、はり、きゅう、マッサージの取り扱いについては、老人医療制度においては特に受療しやすくなるような配慮が必要であるという附帯決議もございまして。これについては具体的にどういう処置がと

られておりますか。

○黒木政府委員 はり、きゅう、マッサージについての老人の関係のお尋ねでございまして、はり、きゅう、マッサージにつきましては、医師の同意を条件として、かかりました費用を後で償還する医療費の支給対象といたしておりますけれども、疾病が長期、慢性化しやすいお年寄りという特性も考慮しまして、支給手続の簡素化を図っておるわけでございまして。つまり初療の日から三月を経過した時点においてさらに施術を受ける場合に必要の同意書につきまして、実際に医師の同意を得ていれば、必ずしも医師の同意書の添付は要しないということにいたしておるところでござい

ます。

○塚田委員 附帯決議三番目の質問、老人医療の事務処理体制の面では、支払基金における要員の確保、その他業務体制の充実強化や審査体制の整備を図ることとなっておりますが、いかがでござい

ましよう。

○黒木政府委員 支払基金につきましては、老人保健の非常に大事な役割を担っておるわけでございまして。その業務処理体制の状況でございましてけれども、支払基金におきましては、老人保健関係業務の実施のために、制度発足時、本部に二部四課を創設しまして、役員一名、部長二名を含む三十五名と、支部に二十八名の計六十三名を配置してスタートしたところでございまして。その後、業務量の増加に伴いまして、業務体制の強化を図り、現在本部四十名、支部五十八名の計九十八名を配置しております。

レセプトの審査の整備でございまして、レセプト審査の改善充実を図るために、支払基金におきましては、審査委員を逐年増員いたしておりますとともに、高点数レセプトを審査するための専門部会の設置も行っております。著しく高点数のレセプトを中央で審査するための特別審査委員会の設置もあわせて行っているところでございまして。

○塚田委員 医療と並ぶ老人保健事業の柱の一つでございましてヘルス事業でございまして、歯科保

健康事業の確立と歯周病に対する健診の導入が検討されてきたはずでございますが、具体的にどのよう内容の施策を進めているのでしょうか。これにつきまして、例えば特養老人ホームなどでも、歯科診療室をつくってほしいとか歯科医師を定期的に派遣してほしいとかいうような要望が強いわけでございますが、これらについてはほとんど進んでないのじゃないですか。答えてください。

○仲村政府委員 歯科保健についてのお尋ねでございますが、歯科健診等に関する調査事業につきましては、地方公共団体に昭和五十八年度から国庫補助を行いまして調査事業の実施を補助してまいりました。そのような調査結果を踏まえまして、保健事業の第二次計画におきまして、歯周疾患予防を重点とする健康教育、健康相談を実施していきたいと考えております。

○塚田委員 附帯決議についてのその後のフォローの状況、大体わかりましたが、とにかく決議は決議でございますから、厚生省として今後ともこれらの問題について、あはは法案を通すために単に飾ったんだというふうな認識ではなくて、きちんと、これも法律案と一体をなすものであるという認識のもとに施策を講じていただきたいと思っております。

さて、時間が参りましたが、冒頭申し上げたとおり、この老人保健法の賛否両論渦巻く中で、私が申し上げたいのは、あらゆる問題について九々賛成だというのとは全然ないということなんです。審議会でもそう。各国民運動、各団体の意向もそう。そういうような非常に危険性のある法律案を無理してここで通す必要はさらさらないのでないか。やはりこれはもう一度審議会であれ、また国民世論によく聞いて、そして出直すべきである、このように強く要望いたしまして、私の質問を終わります。

○堀内委員 浦井洋君。

○浦井委員 老人保健法等一部改正案につきまして、私の初めての質問をやりたいと思っております。こ

れからたくさん時間をいただいて慎重の上にも慎重を期して審議をしたいというふうに考えて、きょうはその第一段という意味で質問させていただきたいと思っております。

それで、まず最初に、厚生省の出しました「長寿社会にふさわしい老人保健制度の確立」厚生省老人保健部、これの五ページのところに「今回の老人保健制度の改正は、①適切な医療の給付及び給付と負担の公平化という方向をめざして進めてきた第一次段階の医療制度の改革の総仕上げであるとともに、②将来の医療保険制度の一元化をめざす第二次段階の改革への橋渡しとなる重要な改革です。」このように書かれておるわけでありまして、私はこれと全く逆だというふうに思っております。私が、奇妙なことにこれはこの橋渡しという点では私も一致するわけでありまして、

というのは、四年前の老人保健制度、老人保健法の創設がきっかけになって福祉切り捨ての第一ラウンドが進んだ。そして今度の老健法の再改悪が総仕上げであって、いよいよこれから福祉切り捨ての第二ラウンドが始まるのだ。その橋渡しをするのが今度の老健法の再改悪だという点で、私はそういう橋渡しという点では大臣などと思見は同じでありますけれども、全く逆だと思っております。だから、そういう点でこれは国民にとつて非常にマイナスになる改悪案であり、絶対に成立を許してはならぬという決意を固めておる次第であります。

そこで、なぜそうなるかということでありましてけれども、老人保健法が成立してからずっと今までの経過を見ますと、老人保健法が成立して老人医療費が有料化された、そしてその次に健康保険本人の割自己負担、これが出てきた。そのときに拠出方式による財政調整が行われ、そして退職者医療制度がそのときにできたわけですね。それから今年度の改悪で基礎年金という財政調整がやられる。その中で一貫しておるのは、国庫負担を削減する一方で勤労者、労働者の負担がずっとふえていって、こういうふうには

ずっと調べていってわかったわけでありまして。

そこで、資料をお配りさせていただきましてけれども、それを見て答えていただきたいのですけれども、老人保健法が昭和五十八年にできた。それから健康保険法の改悪で退職者医療制度ができた。それから年金の改悪で基礎年金制度ができた。五十八年から六十二年、この五年間で財政調整した額は幾らぐらになるのか、これを教えていただきたい。

○黒木政府委員 老人保健制度が創設をされました、それが国庫負担にどう影響しているかというお尋ねでございます。

なかなか難しい試算でございますが、理念的に計算するよりはかなわないわけでございますけれども、制度がつくられなかった場合とつくられた場合というところで当てはめまして、あえて試算を行った結果の数字を申し上げますと、五十七年度が約一カ月分でございますけれども五十億円の減、五十八年度が約四百五十億円の減、五十九年度が約九百八十億円の減、六十年年度が約百億円の減という計算をいたしております。

なお、このような現象が立つのは、二〇％という老人保健制度に対しまして国庫負担は減額せずにはますます増大しているわけでありましてけれども、老人保健制度創設というのは加入者按分率が原則五〇％で入ったわけでございます。したがって、国庫の負担が軽減された、その結果、国庫に入っております国庫補助相当額が減ってきた結果、ただいま申し上げましたような、理論的には国庫負担の減の計算と相なるということでございます。

○浦井委員 この場合は国庫負担だけを言っているわけではないのです。

それで、私が試算をいたしますと、財政調整による勤労者の負担増が老人保健法で合計で三兆五千五百八十億、退職者医療制度で九千八百二十七億です。それから基礎年金制度で一兆一千五百億、六十二年度終了という段階で計算をして、これ合計すると何と五兆七千億になる。そして、お年寄りやら労働者に負担増という格好になって

おるわけですから、それを労働者三千三百万人で単純に割りますと、非常にマクロな計算でありましてけれども、労働者一人当たりこの期間約八万五千円の負担増という形になっておるわけですが、この数字は全く根拠のないのですか、どうですか。

○黒木政府委員 数字の根拠とあれを見せていただかないとちょっとコメントをいたしかねるわけでございます。

○浦井委員 だから、私はそのことを指摘しておきたい。

財政調整のやり方が始まってから今までの累計、老人保健法、退職者医療、基礎年金、それから今度の按分率の変更、財政調整による労働者の負担増というのが合計で五兆七千億になる。それを三千三百万の労働者数で割りますならば、単純にマクロで考えますと、その間に約八万五千円の労働者一人当たりの負担増になる、こういう計算を私はしたわけでございます。

そこで、今度いよいよお渡しした資料でありますけれども、老人医療費に占める国庫負担の割合を老人保健法ができる前の老人福祉法の時代から計算をして、五十八年から六十二年までどういうふうに推移しているか見てみますと、真ん中に書いてありますように、五十八年は国庫負担が四四・三であったのが六十二年度は三五・三という格好で国庫負担のパーセントが減っているわけなんです。これは確認できますね。

○黒木政府委員 五十八年度が四四％ですか、五十九年度四三％、六十年四二％で、六十一年度が四一％、六十二年度は三五％になる見込みでございます。

○浦井委員 大体都合のいいように四捨五入されて今答えられたわけですが、この推移はそういうこととお認めになった。そういうことで計算をいたしますと、それをグラフでかくと下の段の大きな棒グラフになるわけでありまして、

それで、五十八年に老人保健法がつくられて、そして今回改悪されるという前提の上にもし立ったならば、その間に削減された国庫負担の総額

というのはどれくらいになりますか。——それはその資料で私が試算をしたわけなのです。そうしますと、五十八年度六百二十一億円という欄が四番目にあるでしょう。それをずっと足しますと、合計で一兆九百九十一億、実に一兆一千億円ぐらゐの国庫負担の削減が行われておる。これはお認めになりますか。

○黒木政府委員 突然の数字で分析できないわけでありまして、ここで言う老人医療費をどういうふうに見込まれておるのか、それに対して四六・二というところで、この老人医療費が仮にもこのままということではじかれておるのではなからうかと思ひますけれども、こういう計算に基づきまして一定の前提に立つてこのような計算がなされれば、先生御指摘のように一兆九百九十一億の合計になると思ひます。

○浦井委員 結構です。四六・二というのは老人福祉法時代の国庫負担の平均したパーセンテージであります。

それをつけ加えて先に進みたいわけなのです。老人保健部長がお認めになりましたように、今まで少しわかりにくかったかも知れませんが、結局私が言いたいののは、これは高齢者や労働者に非常に大きな負担を強いている。それで国庫負担だけが一兆一千億ずつと大幅に削減されておる。これが今までの福祉破壊の第一ラウンドの特徴であるわけなのです。だから、負担の公平とかいろいろなことを言いながら、国庫負担の削減というところは着々と進められておる。この法案を調べれば調べるほどこれしか言いようがないと私は思ふのですけれども、これは大臣、どうですか。

○斎藤國務大臣 お言葉でございますが、御理解いたしたいのは、老人保健制度に対する国庫補助というのは二割ですと変わってないわけでございます。都道府県が五割、市町村が五割、そして公費負担としては三割の公費負担をしているというところにおいては一貫して変わってない、今回の改正でも変えていたでないわけでございます。

す。

ただ、今先生が御指摘なのは、トータルとして老人保健制度につき込まれておる国庫補助の額が減っているではないか、こういうお話だと思ひますが、それはこの制度を各保険者がそれぞれ負担をしていただくということから組み立てられておるわけでありまして、その各保険者の中に補助されている国庫補助がいろいろございまして、そういうことになってきた。それで今回加入者按分率を二〇〇％に引き上げていただくというふうな想定して負担していただく。そういうことによつて負担の公平化を図っていただくということでございます。その国保の負担が少なくなる中で、国保への補助率は、拠出金については五五〇というところで一貫して変わっていないわけでございます。でありますので、国保への補助金が五五〇というところは変わっていない中で、国保全体の負担が他の保険者との関係において公平化されてくる、こういうことで御理解をいただかなければ、この制度の組み立てからして少しおかしいのではないかとこのように思ふわけでございます。

○浦井委員 私は、やはり前の老人保健法が創設されたときにも、拠出制度をとつていかにも負担の公平というふうに装いながら、実際にはその間ずっとその手法が各福祉分野に使われて、結果としては国庫負担の削減が一兆一千億もあるではないかというところを試算して大臣に示しておるわけなのです。根本のところは違ひないわけなのです。私は拠出制度というのは悪しき財政調整なのだという認識に立つておるのです。

そこで、各論にわたつて少し詰めてみたいのですけれども、先ほどのパンフレットで、一部負担の項は九パーセントにありますが、皆さんが出されたからよく御承知だと思ふのですけれども「一部負担」の改定は、世代間の費用負担の公平化、健康への自覚と適正な受診という観点からお願ひするものです。」というふうに書いておるわけなのです。七

ページには「老人医療費の大部分は、若い人たちの負担におつています。若い人たちは、自分や子供の医療費のほかは、老人医療費を負担しているのです。」と書いておられます。いかにも世代間の費用負担が不公平なので、一部負担を引き上げるといふような論法でありますけれども、きのう大阪の地方公聴会でも述べられたように、東京の中野区の調査で、老人が入院した場合の費用をだれが出したかという項目がある。それでは家族が出したというのが四五・五％で約半分になっておるわけでありまして、だから一部負担の増大はもとより若い世代がかなり負担しておるわけなのです。だから若い世代の負担軽減になるどころか、かえつて重くなつてしまふ。結果として一部負担はこういうことを招くのではないのですか。どうです。

○黒木政府委員 中野区の調査をもとにお尋ねでございますけれども、これは御案内のように、一区に限られた地域の調査でございますから、それをもつて全国の実態かどうかというのは即断できないわけでございます。仮にそうだとしたとしても、老人を抱えておられる世帯というのは、確かにいろいろな面での出費があることも事実でございます。また逆に、年金の面から見ますと、厚生年金で言えば月額十二万、老齢福祉年金でも二万七千二百円の収入が得られる世帯でございます。そういう意味からいいますと、今回の一部負担の引き上げ——年々四千億、五千億もの老人医療費の負担をいずれ国民がしていかなければならぬわけでございます。そのためには、やはり制度がしっかりしていないと、結局は老人保健制度の基盤が失われるわけでございます。そのためには、制度間の老人数を同じにするという加入者按分率の引き上げによりまして、世代間の調整を図らしていただくわけでございますけれども、その際は、理論的にはサラリーマンに負担増をおかけするわけでございます。そういう意味でいいますと、逆に国保世帯には負担減という形になるわけでございますが、いずれにしても、国民の負担のあり方について大幅なシステムの変更をいたすわけ

けでありますから、お年寄りの方にも、この図でかいてございますように、四兆円という全体の医療費の中の一割、六百億という負担では、これから高齢化社会を国民みんなが支えていくという場合に、やはり世代間の負担の公平に欠ける面があるのではないかとこのことで、今回医療費の四・五％程度、健保本人の半分程度の負担はお願いできるのではないかとこのことで一部負担の引き上げを提案させていただいておるわけでございます。

○浦井委員 厚生省の言い分というのは、私も長年社会労働委員会におりますけれども、ずっと変わつておるのです。老人保健法を強引に成立させたときには、高齢者の皆さんの一部負担というのはごくわずかで、大したことはないのだという言い方で一・六％を通したわけですね。それから健康保険の改悪のときには、お年寄りでさえも一・六％一部負担しているのだ、だから健保本人であれば二割ぐらい自己負担しても当然だという言い方になっておるわけですね。それで今度は、健康保険の本人でさえも一割自己負担をしておるのだから、高齢者の皆さんも、一・六では低いから四・五にしましょう、こういう格好で、うまいこと論理的にやつとつなぎながら国民をだましてきておる。そして世代間の公平論を一生懸命ぶつておるわけなんです。これによつて皆さんの国民が感嘆されてしまつておる。それは当たり前だということな考えに陥つておるのが残念ながら国民の現状であります。だから、そういうことを言うならば、先ほども出ておりましたように、憲法二十五条、老人福祉法の精神にのっとるならば、あるいは健康保険の本来のあり方から言うならば、老人医療費の無料化の復活であるとか、あるいは健康保険本人の二割自己負担を撤廃して、もう一遍十割給付にするとか、そういうことを今こそすべきではないですか、どうですか、黒木さん。

○黒木政府委員 繰り返しになりますけれども、これからの高齢化社会を控へまして、世代間の負

担の公平ということがなければ、国民のこれから  
の老人医療費の負担の仕方という点で、やはり問  
題が出るのではなからうかというふうに考えてお  
るわけでございます。そういう意味で、これから  
高齢化社会を迎えるに当たって、いろいろな制度  
のいわばモデルチェンジ、人生八十年に備えての  
制度改革をやっておりますけれども、特にその中  
で、先般の健保法の改正によりまして、これから  
国民ひとしく負担と給付の両面にわたる公平化と  
いう考えが定着をいたしましたわけでございます。  
老人保健制度におきましても、その方向に沿った  
制度改正をいたしまして、医療保険全体を通ずる  
負担と給付の両面にわたる平等、公平化の措置を  
この際お願いいたしまして、私どもは、その目標  
に制度を持っていきたいということから、今回の  
改正をお願いしているわけでございます。

○浦井委員 負担の公平とか世代間の公平化とか  
言われますけれども、これはもう破綻に瀕します  
よ。実際には高齢者の皆さん方と勤労者の皆さん  
方の負担はふえておるのです。しかしながら、国  
の負担は減っておるわけなんです。私はそこに  
はつきり視点を据えなければ問題の本質を見誤る  
というふうに思っておるんです。

特に一部負担では、今度の場合全体として見ま  
すと、高齢者の皆さん方の自己負担の引き上げ幅  
が約三倍で、一・六から四・五ということ  
です。それから入院の場合で言えば、この間  
NHKのテレビ討論会で申し上げましたけれど  
も、一年間入院すれば今の十倍になる。こんな大  
きな値上げ幅が他の公共料金の例でございます  
か。ここ十年ぐらい考えてみてどうです。

○黒木政府委員 今回の改正が、まず国庫負担減  
らしてはいないかという御指摘でございますけれ  
ども、何度も申し上げておきますように、制度に対  
する二〇〇%の国庫負担というのは減額をいたして  
いないわけでありまして、私どもの今回のねらい  
は、制度間の公平を図る、つまりこのままにさ  
んの老人を抱えたままに国保を放置しますと、老  
人保健制度の基盤が崩壊するわけでございます。

そのために、制度間、老人をたくさん抱える制度  
と、それから少ない制度の負担の公平をぜひ図ら  
していただきたい。その結果として国保の方の負  
担が減少する、その国保に入っている国庫負担が  
必然的に減少する結果だというふうにお受け取り  
をいただきたいと思っております。

○浦井委員 私はそういうことを尋ねているんじ  
やなしに、今度のお年寄りの一部負担が全体とし  
て三倍、入院をしても、一年間入院するとしたら  
十倍になる。最近の公共料金の引き上げでこんな  
大幅な引き上げ率のものがあつたかということ  
を尋ねているわけです。

○下村政府委員 厚生省といたしましては、医療  
保険制度全体にわたって適正な一部負担が必要だ  
というふうなことを考えておるわけでございます。  
したがって、先ほど老人の負担があるからと  
— これもあるいは申し上げたかもしれませんが —  
が、医療保険制度の将来を考えると、全体として  
の給付の公平化ということを考えますと、八割程  
度の給付が妥当であろう。また負担面からします  
と、そういう形ではないかと医療保険制度全体が  
成り立たない、こういうことで八割給付をお願い  
をいたしまして、結果的に九割という結果になつ  
た。またそういう一連の考え方の中で、老人につ  
きましても、今回の一部負担をお願いしている  
というふうに考えているわけでございます。

○浦井委員 そういう大きな引き上げ幅が過去十  
年間にあつたかということを私尋ねておるわけ  
です。ね。経企庁から資料をいただいたのですけ  
れども、昭和五十一年度から六十年までで、電話  
料金あるいは国鉄の運賃あるいはお米の政府売り  
渡し価格、たばこ、こういうものをずうっと調べ  
てみても、皆一〇〇%以下ですよ。三倍になつた  
りあるいは十倍になつたりするようなことはない  
わけなんです。明らかにこの一部負担だけ  
も、これはもう高齢者の皆さん方の受診抑制に必  
ずつながるわけですし、それからこの間テレビで  
申し上げたように、重症化してしまつて受診即入  
院というふうな状態になつてしまふ。マイナスに

なることは極めて明らかである。だから、高齢者  
の皆さん方に老人福祉法の精神に基づいて安らか  
な老後を送っていただくために、やっぱりせめて  
医療費は無料を認める、復活させるということ  
を、決断できませんか。

○斎藤内閣大臣 たびたび申し上げていて恐縮で  
ございますが、これから増高します老人医療費を  
国民全体がいかに公平に負担をしていくか、そし  
てそうすることによって、長寿社会における社会  
保障制度がしっかりとした基盤がつくられていく  
という観点から今回のお願いをいたしておるわけ  
でございます。老人医療費の無料化という方向  
は残念ながら今とれないと考えております。

○浦井委員 私はやっぱり反対です。そういう姿  
勢でやれば、これから必ず制度的にも破綻するだ  
ろうというふうに指摘をしておきたいと思いま  
す。

そこで、今度の改悪点の中で、国保の料金の滞  
納の制裁措置、こういうのが出ておるわけだ  
ね。保険者は「災害その他の政令で定める特別の  
事情がないのに保険料を滞納している世帯主」に  
被保険者証を返還せよというふうな格好の表現  
が出ておるわけなんです。けさ方からもそうです  
し、この前のときの審議もそうでありますけれど  
も、「政令で定める特別の事情」というのは、災  
害、失業、長期入院等という政府の方の答弁であ  
るわけでありまして、これではちよつと余りにも  
抽象的過ぎて、これだけかいたというふうに思  
うわけです。もう少し具体的に教えていただきたい  
い。

○下村政府委員 今回お願いしております保険料  
滞納者に対する措置は、合理的な理由がなく故意  
に保険料を滞納している者を悪質滞納者というこ  
とで対象として考えているわけでございます。し  
たがって、「政令で定める特別の事情」として  
は、たゞいまお話がありましたように、これまで  
の答弁でも申し上げておりますが、各種の災害に  
遭つたとき、それから世帯主またはその家族が病  
気にかかり、家計が極度に圧迫されたとき、倒

産、失業または著しい経営不振に陥つたとき等と  
いうことで大体考えているわけでございます。

等と申しますのは、大体これに類する事実があ  
つた場合ということで考えてまいることになると  
思いますが、大体基本的に今私どもの頭にありま  
すのは、保険料あるいは地方税等その徴収が猶  
予されるような場合が現在いろいろ定められてい  
るわけでございますが、猶予されるような場合に  
は、今回の措置の対象にはしない。運営の実態か  
らしますと、猶予の手続もとらないで滞納される  
というふうな例も結構多いわけでございます。し  
たがって、こういうものを対象にして政令で定め  
てまいりたい、このように考えております。

○浦井委員 地方税の徴収猶予の要件というこ  
ろの適用があるということだろうと思ふのですけ  
れども、こういう場合はどうですか。今保険局長  
言われたように、家族に病人のある場合というの  
は、これに類するといふ中へ入るわけですね。そ  
の場合に、家族に病人とある、その病人の中に寝  
たきり老人は入るわけですか。

○下村政府委員 病氣等で寝たきりで、このため  
家計が極度に圧迫されるような場合には、現在、  
地方税法等におきましても徴収猶予の要件とされ  
ておりますので、単に病人がおりでいるという  
だけでも困りますが、家計が極度に圧迫されると  
いうふうな事情がはつきりすれば、今回の措置の  
対象になるというふうに考えております。

○浦井委員 後でいろいろ老健審で議論されるの  
だろうと思う。そういうのを早く出して、それを  
国会で審議をせよといふかねえなんです。だから  
教えていただきたいわけなんです。失業の場合は  
入りますね。失業、災害、長期入院等ということ  
ですから。国保の場合は零細企業の経営者などが  
割に多いですね。そういう場合に、経営の悪化  
というふうな場合はこれは該当するわけですか。

○下村政府委員 先ほど申しましたように、倒  
産、失業、または著しい経営の不振に陥つたとき  
という場合は該当すると考えております。

○浦井委員 しつこいようですが、著しいといふ



のはどれくらいですか。

○下村政府委員 これは個別認定の問題でござい  
ますので、私、この場でちょっと一律に申し上げ  
かねますが……。

○浦井委員 それで、これまでの答弁の中で、今  
度長期に滞納した場合に制裁措置の対象になる  
ということなんですが、長期というのは大体どれ  
くらいですか。

○下村政府委員 長期というのは、納期が各市町  
村によって異なっておりますが、一回ぐらいとい  
うふうなことではなくて、私どもとしては十分  
に納付についても相談を行ったり指導を行ったり  
した上でやりたい、こういうことを考えているわ  
けでございます。したがって、数回にわたって納付  
指導あるいは納付相談を行うよう呼びかけまし  
ても、これにに応じてもらえない、何回かの納期を  
滞りながら行われているというふうな場合に今回  
の措置の対象にするというふうに考えておりま  
す。

○浦井委員 そうしますと、自治体によって違  
いますけれども、保険局長のお話から類推すれば、  
大体半年ぐらいということになりますか。

○下村政府委員 おおむね半年程度ではないかと  
思います。

○浦井委員 去る十月二十八日、連合審査が行  
われたわけでありまして、そのときに我が党の経  
済議員の質問に対して、あくまで悪質者を対象と  
するの、納める意思があつて納められない人は  
絶対に対象にしない、絶対という言葉を使われ  
た、お答えの中に、納める意思のあるなしとい  
ういう形で確認するわけですか。

○下村政府委員 前回も申しましたように、何  
回も督促をしましても、全く応答がない、納付  
指導や納付相談にも全く応じようと思わないとい  
うふうなことが典型的に当てはまると思われま  
す、そのほかいろいろな督促等を行います、財  
産名義を変更されるというふうなことを行われ  
る方もあるわけでございます。それからまた個  
人いろいろな事業を手広くやっておられるとい

とから見ますと、通常所得があると思われるの  
に全く納付をしないというふうな例がこういう  
悪質あるいは払う意思がないというふうな考  
えられらるかと考えております。

○浦井委員 そうしますと、自治体によって違  
いますけれども、きちんと毎月払えないんだ、し  
かしボーナスのときには一応、二カ月分だけは  
払えるというふうなケースもあり得ると思われ  
ます。これは払う意思ありというふうに見ても  
よいわけですか。

○下村政府委員 通常そのような場合には、よく  
事情をお伺いして、納付についての計画を立て  
て、それに従って納めていただくことになると思  
うわけでございます。したがって、そういう  
ことが計画的にきちんきちんと行われているとい  
う場合には、今回の対象にはならない、このよう  
に考えております。

○浦井委員 とにかく自治体の窓口に行かな  
ければいけませんね。納めてください、納付相談  
を受ける、こういうことになると思われるので  
すけれども、生活保護の場合でもよく問題にな  
るのですけれども、納付をしないために資産の  
処分まで要求することがあり得るのか、これは  
どうですか。

○下村政府委員 財産処分ということになると、  
最終的には強制処分として滞納処分を行う例が  
あるわけでございますが、そういうふうな制度が  
他方において設けられているというところから  
いいますと、私どもとしては通常財産処分まで  
要求することはないというふうに考えております。

○浦井委員 しつこいようですが、通常ないとい  
うことですが、まれにはあり得るわけなんです  
ね。その場合に一体資産の範囲というのはい  
くらまで対象にするのですか。

○下村政府委員 今回の措置によって新たに財産  
に対する措置について変更を加えるということ  
はない、そのように御理解いただいてよいと思  
います。

と、このうちの悪質とみなされるものはどのぐ  
らにあるかと考えておられるのか。

○下村政府委員 悪質といふのは、た  
だいままで申し上げてまいりましたように、あく  
まで個別認定ですので、総体的に把握するとい  
うのは非常に難しいわけですが、大体当該年  
度中に滞納額を納めていたのは九三・四  
％、六％余りが大体その年度中に滞納額を  
払っていないという形になっておるわけござ  
います。そのうち翌年度に入って三％強ぐら  
いは納める、これが実態でございます。その  
三％ぐらゐのうちのぐらゐか、あるいは最終  
的にはこのうちのぐらゐかというところで  
ございまして、ちなみに滞納処分を行っている  
件数からいいますと、年間約十五万件、三十  
億程度でございます。

○浦井委員 今の額の計算ですね、十五万  
件というのは十五万世帯というふうに考  
えていいのですか。

○下村政府委員 世帯数と考えていただい  
てよろしいと思ひます。

○浦井委員 それからもう一つの問題は、今  
度の条項に、滞納しておる保険料を完納した  
とき、または滞納額の著しい減少等と認め  
るときは、被保険者証を交付する、こうい  
う格好になっておるわけですね。この滞納  
額の著しい減少というのはどの程度ですか。

○下村政府委員 これは私どもは必ずしも金  
額的なことではなくて、滞納額について明  
らかに減少するといふようなことが認められ  
ればいいのではないかと、そういうふうに考  
えているわけでございます。したがって、一  
応こういう形で被保険者証に於て資格証明  
書を交付するといふふうな形でや  
るわけでございますが、多分その場合には、  
一方並行して滞納額についてどうい  
う形に処置していただけるかといふ御相談を  
することになると思ひます。その計画に従  
って、ある程度の期間滞納額を納めていた  
だけという事実が見られて、着実にそうい  
う滞納額の減少があるといふふうな事  
実があれば、保険証を交付するとい

う段階に移っていくのではないかと、一般論で  
ございますが、そのように考えております。

○浦井委員 ある程度払っていただい  
て、しかも着実に努力するといふことになると、これは一般  
的、抽象的ですね。出先で迷うわけなん  
です。だから納付するといふ意思、努力が見  
えた場合、額にかかわらずと言つたら言い  
過ぎになるかもわかりませんが、やはり納  
付する努力が見えたという程度で解釈して  
よろしいのですか。

○下村政府委員 これは市町村から悪質滞  
納者と見られるものについていろいろな事例を私ども  
も集めて調べたりしているわけですが、大  
勢の中には誓約して計画を立てて、結局全  
然納めないというふうな方もござい  
ます。そのような状況もあるといふことか  
らしますと、少なくとも何回かはその計画  
に従って納めていただくといふふうなことが  
必要ではないか、このように考えてま  
す。

○浦井委員 この間答を大臣聞いておられ  
まして、大臣自身も国保料は相当に値上げ  
してきて限界に近い状況だと感じてい  
る、前に言われておるわけですね。実  
際に国保料の人の声を聞くと、高  
いという声、あるいは国保料の滞納  
者の制裁措置が自治体によって国の方針  
より先行しておるところがあるわけなん  
です。だから病気になる、あるいは格好  
で、下手をすればまさに国民皆保険を  
突き崩すといふような事態を私何件も聞  
いておるわけなんです。だから、さ  
ういふことのないような努力を大臣に  
この点では望みたい。やはりそういう人  
こそ国民健康保険が必要であり、国とし  
て手を差し伸べなければならぬといふ  
ふうに私は思ふのですけれども、大臣は  
どう認識されておられるのか。ひとつ御  
意見を聞いておきたいと思ひます。

○斎藤国務大臣 この改正をお願いいた  
してありますことは、悪質な滞納者につ  
いて次々と被保険者証を返還していただ  
くといふことをどんどん進めようといふ  
ことよりも、本当に払う意思はある  
けれども、どうしても払えないような状  
況にある

という方に対しては、温情的な措置を行うと同時に、支払う能力があるにもかかわらず故意に、また合理的な理由なく悪質に滞納をしているという人に対して積極的に督促をするという趣旨であると思うわけでございます。

これまで各国保組合におきまして、いろいろな経営努力をしていただく、そういう中でこの滞納者の減少に努めておられるわけでありまして、各市町村の職員の方々も出向いて非常な努力をさせていただいておりますけれども、今度こういうような法改正があったことによって、その職員の方々が十分その実を上げていただけるように、そうならないものと思っております。

○浦井委員 これで時間が大体終わりがけなんです、委員長。だから、これは按分率、中間施設、それから結論というように格好になりますと、やはり私も一度質問をさせていただかなければならぬというふうに思うわけです。

四分までですから、あと十分ぐらいありますけれども、中間施設、老人保健施設は問題点が二つあると思うのです。

一つは、五万円というような定額が自己負担になるといふこと。これは特養が大体平均一万九千円、老人病院の場合には今一日三百円ですから九千円ですか、これから一躍この中間施設ができ上がりますと、五万円程度が自己負担、これが高いという点です。それが一つ。

それからもう一つは、契約という点です。入所者と自由契約ということ。そうなりますと、施設費は定額で二十万という格好になっていきますから、今度はデラックスなものを使って自己負担分をたくさん取るような傾向が出てこないだろうかということが第二点。

それから第三点としては、これは医療というものが中に一部含まれておるものでありますけれども、時間があれば聞きたいと思うのですが、この医療というのはいかに中途半端で、まさに低医療、低福祉、しかも高負担、こういう最悪の施設構想だと思ふのですが、どうですか。

○黒木政府委員 老人保健施設につきましては、生活費については利用者負担を予定しているわけでございます。これが高いか低いかわかりませんが、けれども、私どもとしては在宅でかかる費用をお願いしておるわけでございます。うちで療養されても食費とかおむつ代とか理髪代、日常生活費がかかるわけでございますから、私どもは、高い低いはなくて、これからの負担のあり方としてお願いできるもの、この考え方は制度審議会からも生活費については取るという形の構想の方が適当であるという意見をいただいております。

それから、特養等についての比較がございましたが、特養はそれなりの観点から、所得に応じた、非常に安い人から、全額、あるいは本人の所得ですと十万円という階層がおられるわけでございます。そういう意味では比較が非常に困難なものと思っております。さらになお、この老人保健施設では看護なり介護が機能の中心でございますから、病院であるような付添看護等は一切認めないつもりでございます。ある意味ではパランスのとれたものというふうに考えております。

それから、利用者負担は自由契約だからほとんど負担額が上がっていくのではないかと、いろいろ尋ねてございますけれども、私どもはいたしましては、生活サービスというところで取る費用については、先ほど申し上げたような経費でございますから、おのずからその経費の相当コストというのには限度があるわけでございます。べらぼうに上がっていくということはないかと思っております。ただ、自由契約でございますから、もちろん食費等についても、いい材料を使っている食事になりますと、それはほかの施設よりも高いという面が出てくることは事実でございますけれども、私どもはいたしましては、ガイドラインで、取れる費用を規定しながら、そしてさらにどの費用をどの程度取るというところはちゃんとその施設に表示させていきまして、フェアに、いわば明細会計の形で自由契約の形で負担をお願いしたいと考えています。

るわけでございます。

そして、この施設の中の医療が貧弱ではないかというお尋ねでございますけれども、ここに入っている老人の方々は、入院治療を一応終えられた方々の老人でございますから、私どもの考えでございます。医療というのは、症状安定期に對しまして一般的に注射とか投薬とか検査とか処置もございまして、病院で行われるような医療ということから比べますと、定型的な通常の医療というところでございまして、私どもとしては、ここで行われる医療が決して貧弱なものではない、特にリハビリその他については大いに重視をして、家庭復帰ができるようにやってまいりたいと考えております。

○浦井委員 もう一々反論いたしませんけれども、つくってみたい。どんなものができ上がるか、ようわかるでしよう。

最後に、ちょっと列挙しますので、答えていたいただきたいと思うのです。同僚委員の質問と重複するのを省きますから。

この施設をつくる場合に、医療法の地域医療計画による規制の対象になるのかならないのかという点。それから補正係数という考え方が出ておるようでありまして、一体どれくらいの補正係数を考えておられるのかという点。それから民間病院からの病床転換が当然行われるだろうと思うので、すけれども、施設基準に合わせるとうかかなりベッド数を減らさざるを得なくなる、その場合の特例措置を考へておられるのかという点。そのようなどころをひとつお答え願いたい。

○竹中政府委員 まず医療計画との関係でございますが、老人保健施設の収容定員数は、その地域の医療圏の既存病床数の算定に当たりまして、一定の割合をもつてカウントすることとしたしております。また老人保健施設につきましては、医療計画の病床過剰地域における勧告の対象とは考えておりません。

それから、今の場合に、一定の割合をもつて、つまり補正係数でございますが、この補正係数は

どの程度を考へておられるのかという御質問でございますけれども、私どもは、この補正係数につきましては、医療審議会におきまして、老人保健施設の機能、性格等を踏まえまして、十分御検討をいただきたいて考えておるわけでございます。

それから、病床転換の場合の施設基準の特例でございますが、この点は老人保健部の所管でございますので、老人保健部長から……。

○黒木政府委員 病床転換の場合の基準でございますけれども、基本的には一般的な施設基準でございまして、お願いをいたしたいと思っておりますけれども、関係団体から転換の場合の特例の要望が非常に強く出されておりますので、この点も踏まえまして、審議会の御意見も聞いて特例をつくる必要があるかどうかを含めて検討してまいりたいと思っております。

○浦井委員 どうも肝心なところは老健審待ちというお答えばかり返ってくるわけで、どうも不明な点が多いというふうな印象を私は受けざるを得ないわけでありまして。

そういう点で、最後の質問になりますけれども、これも同僚委員が先ほど言われたわけでありまして、老人病院がある、特例許可病院、許可外病院、それから特養ホームがある、中間施設と称して老健施設がある。これは将来どういうふうにして持っていくとするのか、この辺の御意見を聞いて、それで結局老健施設というものはだめなんだ、もう一遍撤回して出直すべきだと主張して、私の質問を終わりたいと思っております。

○黒木政府委員 老人病院あるいは今回の老人保健施設、それから特別養護老人ホームを今後どう持っていくかというお尋ねでございますけれども、私ども基本的には、老人病院は老人疾患の専門的な病院として育成をしていきたい、育てていきたいと思っております。特養につきましては、家庭がわりの介護機能を重視しながら、それなりにこれからの、何度も答えておりますように、今のペースで整備をぜひ続けていきたいと思っております。中間施設については、これから生活面あ

るいは医療面を兼ね備えた施設として、そういったニーズが多い老人がふえることを考えまして、何度も答えておりますように、二十一世紀の入口で三十万床ということで、これも充実していきたいということで、これから寝たきり老人、痴呆性老人を含めまして、その病院と中間施設と特養を含めまして、その機能を相連携をとってまいりまして、寝たきり老人等のための福祉の増進に努めてまいりたいと思っておるわけでございます。したがって、撤回するつもりはございません。

○浦井委員 終わります。

○堀内委員長 次回は、来る六日木曜日午前九時四十五分理事会、午前九時五十分委員会を開会することとし、本日は、これにて散会いたします。

午後七時三分散会

衆議院 第七回国会 社会労働委員会 議 録 第 六 号 (その二)

(本号(その二) 参照)

派遣委員の大阪府における意見聴取に  
関する記録

一、期日

昭和六十一年十月二十九日(水)

二、場所

大阪厚生年金会館富士の間

三、意見を聴取した問題

老人保健法等の一部を改正する法律案につ  
いて

四、出席者

(1) 派遣委員

座長 堀内 光雄君

戸井田三郎君

丹羽 雄哉君

持永 和見君

村山 富市君

田中 慶秋君

長野 祐也君

浜田卓二郎君

池端 清一君

沼川 洋一君

浦井 洋君

(2) 政府側出席者

厚生大臣官房審  
議官 末次 彬君

厚生大臣官房総  
務課長 土井 豊君

厚生省保健医療  
局老人保健部計  
画課長 近藤純五郎君

(3) 意見陳述者

大阪府立大学経  
済学部教授 大野 吉輝君

阪南中央病院医  
師 中田 成慶君

兵庫県加東郡社  
会長 兵庫県町村会  
(兵庫県町村会  
会長) 石古 勲君

全日本労働総同  
盟大阪地方同盟 岡田 元弘君  
副書記長

午後一時開議

○堀内座長 これより会議を開きます。

私は、衆議院社会労働委員長の堀内光雄でござ  
います。

私がこの会議の座長を務めますので、よろしく  
お願いをいたします。

それでは、派遣委員の御紹介をいたします。

自由民主党の戸井田三郎君、長野祐也君、丹羽  
雄哉君、浜田卓二郎君、持永和見君、日本社会党・  
護憲共同の池端清一君、村山富市君、公明党・国  
民会議の沼川洋一君、民社党・民主連合の田中慶  
秋君、日本共産党・革新共同の浦井洋君並びに私  
の十一名であります。

この際、派遣委員を代表いたしましてごあいさ  
つを申し上げます。

皆様御承知のとおり、ただいま本委員会におき  
ましては、老人保健法等の一部を改正する法律案  
について審査を行っているところであります。当  
委員会といたしましては、本法案の審査に当た  
り、国民各界各層の皆様から御意見を聴取するた  
め、御当地におきましてこの会議を催し、各界の  
代表の方々から忌憚のない御意見をお伺いしう  
とするものであります。

御意見をお述べいただく方々には、御多用中  
にもかかわらず御出席を賜りまして、まことにあり  
がとうございます。

まず、この会議の運営につきまして御説明を申  
し上げます。

会議の議事は、すべて衆議院における委員会運  
営についての議事規則及び手続に準拠して行い、  
議事の整理、秩序の保持等は、座長である私が行

うことといたします。発言をなさる方々は、座長の  
許可を得て発言をしていただきたいと存じます。

なお、この会議におきましては、御意見をお述  
べいただく方々は、委員に対しての質疑はできな  
いことになっておりますので、あらかじめ御承知  
おきをいただきたいと存じます。

次に、会議の順序につきまして申し上げます。

最初に、意見陳述者の皆様から御意見をそれぞ  
れ十五分ずつ順次お述べをいただきました後、委  
員より質疑を行うことになっておりますので、ど  
うぞよろしくお願い申し上げます。

各界を代表して御意見を述べていただく方々  
は、大阪府立大学経済学部教授大野吉輝君、阪南  
中央病院医師中田成慶君、兵庫県加東郡社町長石  
古勲君、全日本労働総同盟大阪地方同盟副書記長  
岡田元弘君、以上の方々であります。

それでは、大野吉輝君から御意見をお述べいた  
だきます。

○大野吉輝君 それでは、老人保健法の改正案に  
つきまして、私の意見を述べさせていただきます。

私は今回の老人保健法の改正案に基本的には賛  
成であります。改正の基本の方向が、人口の急速  
な高齢化の中で老人保健制度を安定的に維持する  
のに望ましいものになっているというところがその  
理由であります。そうした方向の改革なしには、  
今後の本格的な高齢化社会において老人保健制度を  
安定的に維持することはできないと思うのであり  
ます。

今回の改正案のポイントには、一部負担の引き上  
げ、加入者按分率の一〇〇％への引き上げ、老人  
保健施設の創設の三つの点にあると見られますの  
で、そのそれぞれについて私の意見を述べさせて  
いただきます。

まず、一部負担の引き上げについてであります  
が、改正案は、一部負担を適正化するものとして

評価できる内容になっていると考えております。  
その主な理由は次の四つであります。

その第一は、世代間負担の公平という基準に照  
らして見ますと、老人医療費の一・六％を占める  
にすぎない現行の一部負担は余りにも低過ぎると  
いうことであります。改正案では満年度で四・五  
％になるとのことですので、世代間負担の不公平  
がそれだけ軽減されることとなります。それと同  
時に、定率で一割ないし三割となつています他の  
世代の一部負担とのアンバランスも縮小すること  
になります。

第二は、公的年金の成熟化などのため、高齢者  
世帯の所得水準が、世帯員一人当たりで見ます  
と、他の世代とほぼ同じ水準に上昇してきている  
ということでもあります。この所得水準の上昇が意  
味するところは、改正案程度の引き上げであれ  
ば、高齢者世帯の負担能力の点で格別の問題はな  
い、したがってまた、それによって必要な受診が  
抑制される可能性も少ないということでありま  
す。

なお、この第二の理由は、さきの世代間負担の  
公平の見地から一部負担の引き上げを求めること  
の前提条件ということになります。

第三は、老人医療費の適正化にとつてプラスに  
なるということでもあります。昭和五十八年に現行  
の一部負担が導入されてから老人医療費の伸びは  
一時的に低下したのでありますが、このところ再  
び増勢に転じ、受診率も再び上昇してきておりま  
す。これは一つには、現行の一部負担の医療費適  
正化効果が弱まったためであるというふうに考え  
られます。全費用のわずか一・六％の負担では、  
永続的な医療費適正化効果を期待するのはそもそ  
も無理なことでもあります。四・五％程度に引き上  
げますと、適正化効果が従来よりも強く働くもの  
と期待されるのであります。

なお、一部負担の医療費適正化機能を重視する立場からしますと、改正案の定額での引き上げよりも定率での引き上げの方が望ましいと考えます。

第四は、医療サービスの利用者と非利用者との間の受益ないし負担のアンバランスが多少とも是正されるということであり、例えば寝たきり老人の場合、一方は入院、他方は在宅というように、医療サービスの利用には、同じ状態にある人々の間でも大きな個人差があります。それに起因する受益の格差がある程度以上に大きくなり、すすると、それは社会的公平としての性格を持つことになり、是正する必要があると見ます。そのための何よりの方法は、利用者側の適正な自己負担を課することであり、改正案の一部負担の引き上げは、とりわけ入院についての引き上げは、そうした利用者、非利用者間の社会的公平を確保する上においても望ましいことであるというふうに考えるのであります。

次に、加入者按分率を二年間で一〇〇％に引き上げるといふ按分率の改正についてであります。老人医療費の七〇％を各保険者が公平に分担するという制度間財政調整の本来の趣旨からしますと、各制度の補正された老人加入率を均等化しようとする改正案の考え方は、老人保健制度における制度間財政調整の基本的なあり方としては正しいと思います。

その場合には、各保険者間の財源構成の違いなどが考慮の外に置かれることになり、しかし、負担配分の実質的な公平に重きを置く立場からしますと、次の三つの点が気がかりであります。

その第一は、事業主負担と国庫負担とは制度上の位置づけの点でも、また負担の実質的な性格の点でも異なるという点であります。例えば組合健保からの拠出は、そのすべてが社会保険料からの拠出であり、国保や政管健保からの拠出とはその性質を幾分異にしているものであります。第二は、老人保健制度における制度間財政調整

は、事実上、国保に対する財政対策としての性格をも備えているという観点からの事柄ですが、国保は平均的に見ると、保険料取納率が低く、しかも、その保険料の実額の水準も、所得捕提率が低いことなどのために、潜在的な負担能力に比べて低い嫌いがあるということであり、

第三は、さきの第一の点とも関連したことであります。保険料収入からの拠出の割合がある程度以上に大きくなると、保険料による財政調整になじまなくなるのではないかと、このことでは、人口の高齢化度が高まるにつれて、拠出率は大幅に上昇しますから、長期的に見ますと、組合健保などにおいては、加入者按分率の一〇〇％化による負担配分の公平化と、保険料による制度間財政調整とが両立しなくなるかもしれないという懸念されるのであります。

それら三つの点は、いずれも組合健保などについて、その加入者按分率を一〇〇％以下にする方向に作用する要因になるものと考えられます。しかし、事柄の性格からしまして、その度合いを一義的に定めることはできません。

いづれにしても、今後、人口の大幅な高齢化につれて、国保と他の保険者との間の老人加入率の格差はますます拡大しますから、各保険者間の負担の公平のためにも、また国保の長期的な安定のためにも、加入者按分率を現行法の原則の五〇％よりもかなり高い水準に引き上げることがはやむを得ないと思えます。

最後に、老人保健施設の創設についてであります。これはぜひとも推進していただきたいと思えます。その主な理由は次の二つであります。

第一は、いわゆる社会的入院による医療費の増大を排除することによって、老人医療費の適正化に大きく寄与することが期待されるということであり、

第二は、老人の多様なニーズによりよくこたえることができるということであり、この施策につきましましては、次の三つの点を特に要望しておきたいと思えます。

第一は、老人病院の転用など既存の福祉資源ストックをできるだけ有効に活用するという点であります。

第二は、老人保健施設のタイプをある程度多様なものにする点であります。そうすることによって、老人の多様なニーズに対応するという点であります。

第三は、例えば入院のチェックなど病院と老人保健施設との機能分担が有効に行われるための手だてをあらかじめ用意しておく点であります。これは老人保健施設がかなり整備された段階での問題で、せつかく施設ができたのに、該当する患者が老人病院などに流れるというふうなことがなるべく少ないような手だてがあらかじめ講じられておくことが望ましいという意味であります。

以上でございます。

○堀内座長 ありがとうございます。

次に、中田成慶君にお願いいたします。

○中田成慶君 老人保健法等の一部を改正する法律案は、老人と現役の労働者を初め国民に大きな被害と負担をもたらすという点で、私はこの「改正案」に反対する立場から意見陳述をいたします。

まず第一に、改正案の一番目に挙げられていまず一部負担の引き上げに反対します。

外来で現在一つの科につき一カ月四百円を今度の改正案では千円に、入院で現行二カ月限度一日三百円を期限を撤廃して一日五百円へと自己負担をふやすこととされております。これは老人の医療と保健の向上に背を向けた老人の受診を抑制することにそのねらいがあると考えるを得ません。老人の有病率は高く、複数が病気を併発し、強く抑制を受けることになり、また老人病院入院時の入院外負担は、現在でも差額ベッド代、付添看護料を除いた額で、厚生省の調査ですら全国平均二万七千五百円かかるというふうにされておりますし、東京都中野区の調査では、差額ベッド

代月十万元以上が五五％、付添看護料月三十万円以上が八五％を占めるという結果が報告されております。この実態は、私たち現場にある者の実感から、全く日常の実感に即した患者負担の状態であるというふうな考えざるを得ません。このように、現在外来、入院に直接関連する医療費の負担は、老人と老人を抱える家計を大きく圧迫してまいります。

ここに今回の自己負担増が持ち込まれますと、八三年の老人保健法の制定、八四年の健康保険法改悪による自己負担増がもたらした受診抑制が再現されることになり、そして受診の遅れと病気の進行後の受診、治療の中断などによる老人の健康状態の悪化がもたらされるに違いありません。私たちは、本日まで病院玄関で次のような中曽根首相、斎藤厚生大臣に対する抗議がきき出してもらうように患者さんとその家族の方々にお願いをしております。

内容は、

老健法改悪反対  
法案を廃案に

現在国会で審議されている老人保健法改正案は、老人の自己負担を一層強化するものであり、病気に苦しんでいる多くのお年寄りを医療機関から追い出すものである。老人いじめの今回の法改悪に私たちは反対し、法改正案の撤回を要求します。

内閣総理大臣中曽根康弘殿  
厚生大臣斎藤十朗殿

というところでやっておりますと、連日百人以上の方々がこのはがきをお買いになって、御自分の名前を書いて送りつけて、病気のときにこそ医療費の切実さが本場にわかり、老人保健法の改悪は許してはならない、という多くの方々の生の声が毎日聞かれておりまして、これには耳を傾ける必要があると思えます。

第二点の加入者按分率の引き上げについても反対です。この老人医療費の按分率の引き上げは、老人医



療費に充てられる被用者保険からの拠出金をふやすこととで国民健康保険の財政を救済しようというものです。この結果、国保の拠出金が少なくなる分だけ国庫負担も削減されるというからくりになっております。

さらに、国保財政の困難は、国保の財政基盤が脆弱な上に、厚生省が退職者医療制度への加入者数の見込み違いによって生じた大きな赤字にも基づいており、政府に大きな責任があることは明らかです。「負担の一層の公平化」、これは提案理由の説明にある言葉ですが、これは口実で、政府・厚生省の責任を労働者に転嫁するものにほかなりません。

按分率が一〇〇％に引き上げられれば、非常に大きな負担が労働者に課せられ、結果として国保への国家負担が大きく二百九十九億円の削減されることと計算されています。この拠出金の増額は、労働者の保険料値上げにはね返ることは明らかです。労働者の要求する減税が今日なお実現しないようなことで、賃金が保険料値上げとして目減りしていくことを許すことにならざるを得ません。

このような財政調整を進めることで、医療保険制度の財源を確保しようとするそのような動きは、国民健康保険と保険制度全般に対する国の責任放棄と医療の切り捨てを容認することになり、労働者に負担を転嫁する反労働者のな財政対策であり、反対をします。

第三番目に老人保健施設について述べます。

老人保健施設は、寝たきり老人等の要介護老人にふさわしい医療サービスと生活サービスを提供する施設とされていますが、一番肝心の施設の基準が厚生省令で定めるとされ、一たん創設されたら、国民の目に触れにくいところで施設基準が決定され実施されることになりました。

厚生省によりまして、施設基準は、老人病院に比べて医師、看護婦を少なくするかわりに介護人を入れる、しかし、特別養護老人ホームよりは看護婦は多く介護人は少ない基準が考えられてお

り、全体としていわゆる中間施設と言われるもので、老人病院に比べ人員費が削減されることになり、そのことを目的に出されてきていると思えます。医療サービスの丸めや定額部分を大きくすることで、医療と福祉サービスの費用を削減し、食費や生活費を自己負担とし、五万円を基準とするが自由料金も認めるといような大きな自己負担を前提としています。ここにおける多様性といひますのは、お金を持っている人が快適さを金で買うという種類のそのような施設になってしまふのではないかと、その点で反対です。病院サイドからいいますと、老人が病院から締め出され、食費その他の身の回りの費用として最低月五万円の自己負担で、医療スタッフは病院よりも劣る十分でない施設へ送られることになりまふ。福祉サイドからいいますと、国の補助のある措置施設でないといふことで、本来国の責務である福祉を医療保険に肩がわりさせていくものだと思います。

厚生省では、この老人保健施設をふやしていくことで、西暦二〇〇〇年において約三兆円の老人医療費が削減できる、老人医療費の伸びを二％程度低くすることができるといふように推定をされているようですが、ここにこの中間施設、老人保健施設の本質があると思ひます。

この老人保健施設の今後の増加は、大規模な老人病院を中心とした医療機関の再編合理化を前提としていると思ひます。先ほど転用という言葉が出ましたが、厚生省が現在打ち出している国立病院・療養所の統廃合計画ともかみ合っていると考えられます。厚生省による国立医療機関統廃合は、国立医療を切り捨てる、同時にそこに働く労働者への大合理化であるばかりでなく、公的、私的を問わず、スタッフの削減による老人病院から老人保健施設への転用、自己負担増による、経営努力による民間活力の導入ということにならざるを得ないし、このことを国立病院統廃合の中で厚生省が率先してやるとすれば、医療のレベルダウンをもたらし危険な方向性だと言わざるを得ないし、反対をします。

次に、国保料滞納者への制裁措置が盛り込まれております。国保料滞納者から保険証を取り上げて医療給付を一時差しとめるという制裁措置は、国民の生存にかかわることであつて許されることではないと思ひます。多くの人が保険料の値上げによって滞納せざるを得ない状態に置かれてい

るその結果ではないでしょうか。老人医療における自己負担増が受診抑制を結果することになり反対である第一番目の項で述べましたが、この制裁措置は完全自己負担を強いる、すなわち病院で受診した際には、保険証がないので自費で支払わなければならない、そのようなことを強いるもので、経済的障壁という言葉があります。経済的障壁でもって病人を医療から隔絶する、締め出す結果をもたらすと思ひます。この制裁措置の持ち込みは、「改正案がいかにか財政主導、人命と健康軽視の立場で買かれたものであるかを示していると思ひます。

私の同僚がこのたび「厚生福祉」六十一年十月十八日号、ごく最近のものでありますが、これに書きました「受診抑制の功罪」という論文を少し引用させていただきます。アメリカのカリフォルニアで無料の生活保護医療を突然廃止同然にした前後の影響を調査した論文の紹介です。

中身を読みますが、「米国では、ご承知のように「福祉」国論を叫ぶ共和大統領が、大ダンピラを振るってバイの分け前を「富める者に厚く」「富まざる者に薄く」切り分けていた。「レーガン大統領が、かつて州知事であったカリフォルニア州では、先頭をきつて「メディケイド」費用の大削減を行った。あと内容ですが、打ち切られた人百八十七人と、何らかの理由で無料の医療が継続された人百九人と比較で、打ち切り群では拡張期血圧、すなわち最低血圧のコントロールの不良が三％から三・一％に増加、これは死亡率を四〇％高

めるというふう言われています。継続群ではむしろ改善をしております。特に注目すべきなのは、打ち切り群で一年以内に七人が死亡し、継続群では死亡が一名であつたということです。打ち

切り群で死亡した七人のうち四人は「十分な手当てを受けられなかったことが死亡の原因となつていたことが判明している。」「自己負担金」の影響はかくのごとしであつた。これはその論文の引用ですが、と書かれてあります。

自己負担増が受診抑制をもたらしたし、命まで失わせた報告として、他国であるといふ学ばねばならない重要な報告なのではないでしょうか。一部負担の増額による受診抑制、保険料滞納者への給付差しとめ、提案理由の説明では、「健康に対する自覚と適正な受診」「公平な負担」、これらが常に同じ結果を生む可能性を持っているということを目指したいと思ひます。

最後に、自己負担の大幅な増加とそれによる受診抑制、按分率の引き上げによる労働者の負担増と国庫の医療支出の削減、老人の医療と福祉の後退をもたらした、医療機関の大規模な再編合理化につながる老人保健施設の創設、国保支払い滞納者に対する制裁、医療からの締め出しなど、このたびの老人保健法等の一部を改正する法律案は、その主要な内容のどれ一つをとっても、老人の医療、保健の後退であり、社会保障の後退であります。

軍事費の突出、拡大が老人保健法の改悪案という形の老人医療を初め国民の生活に直結する社会保障の後退を前提として進められていることに反対をします。

最後に、老人保健法等の一部を改正する法律案に反対であることを再度表明し、法案が撤回されるべきであるとの考えを述べて陳述を終わります。

以上です。

○堀内座長 ありがとうございます。

次に、石古勲君に御紹介をいたします。

○石古勲君 ただいま御紹介をいただきました全国町村会の理事をいたしております兵庫県社町長の石古でございます。

先生方には、国民生活に最も関係の深い福祉、医療などの諸問題につきまして、日ごろは格段の

御尽力をいただいておりますことに對して衷心より敬意と感謝を申し上げる次第でございます。

本日は、地方公共団体として行政の第一線におりますところの町長の立場から、当委員会が審議をなされております老人保健法改正に私は賛成する立場で若干意見を申し述べさせていただきます。

御承知のように、今日、国保財政は重大な危機に直面をいたしております。このままでは放置いたしますと、国民皆保険体制の中核と言われている国保制度が崩壊に至るのではないかと深く危惧をいたしております。その一人でございます。そのようなことから、全国市町村長会あるいは国保の中央会が組織する対策本部が十三日に国保財政危機突破の緊急大会を開きまして、老健法の早期の改正、また国保の影響への完全な補てんの実現を決議し、強く運動を展開してまいったところであります。

今日の危機を迎えました原因をいろいろと考えてまいりますと、最も特徴的な問題として、次の三点が挙げられるのであります。

その第一点は、国保の被保険者は低所得層が多いため、保険料に対する負担力が既に限界に達しておるといふことであります。

国保制度は、国民皆保険の名のもとに、被用者保険の対象とならない農業者や自営業者を中心とした地域保険として創設されたものであります。でも、もともと財政的基盤の弱い保険グループであります。近年における社会経済事情の著しい変貌の中にあつて、働き盛りの若者は都市へ流出し、いわゆる過疎化現象を生じているのであります。また地域の産業構造、就業構造も変化をいたしました。現在の国保被保険者は五人未満の零細企業に従事する被用者と年金受給者などの無職者がその大半を占めている現状でございます。その負担力はますます弱体化いたしております。近年、国保税の収納率が年々低下する傾向にありますが、これは国保税が既に負担力の限界を超えていることを物語っているのであります。

次に、第二点といたしましては、老人医療費を中心とした医療費が年々増高し続けていることとでございます。このように国保の医療費が伸びるのは、高齢化の進行をそのまま反映して、国保の老人加入者が年々増加しているためでございます。御承知のとおり、老人医療費は一人平均五十万円を超えておりまして、一般の被保険者に比べて約五倍の医療費を要するわけでございます。組合健保だとか政管健保のサラリーマンが定年等によって退職いたしますと、原則として国保の被保険者として加入するという仕組みの中で、国保の負担によってこの老人医療費を支えることが無理であることは明白でございます。

次に、第三点といたしましては、五十九年の健保法改正の際に、国保に対する国庫負担率が大幅に引き下げられたこととあります。退職者医療制度の創設による国保の負担軽減分に見合うものとして、国庫負担率が総医療費の四五%から三八・五%に引き下げられたのであります。退職者医療の対象者数等の見込み違いもありまして、国庫負担率の引き下げが過大であったことは否定できない事実でございます。

以上のような原因が重なりまして、現在、国保制度は崩壊寸前の危機にさらされているのが現状であります。

そこで、私の町の社町の実態について簡単に申し上げておきたいと思ひます。社町は人口約二万人弱でございますが、このうち国保の被保険者は七千人強でございます。しかし、国保の被保険者の割合を占めております。しかし、国保の被保険者の中に占める七十歳以上の老人は一五%でございます。まして、全国平均の一・五%をかなり上回っている状態でございます。したがって、老人医療費の拠出金は、五十九年度は一億六千三百九十八万六千円、六十年年度二億九千八百八十二万二千円、六十一年度は三億六千六百六十六万六千円と増加を続けております。また六十一年度は、六月一日から加入者按分率が八〇%に改正されることを前提といたしまして一億九千八百六十万四千元に減少することを見込んでおりました。

が、法律改正の時期が大幅に遅延することになり、政府案どおり十一月一日から実施されることといたしても二億三千四百五十万円を超える見込みでありますので、本年度においては財政的に大きな穴があく現状にございます。

また、極めて困難な事情の中で住民の理解を得ながら国保税についても年々引き上げておりまして、対前年度比、五十九年度で九・二%、六十年年度で一六・九%、六十一年度は一七・二%というように、過去三カ年間で四九・六%に及ぶ引き上げを実施しております。

一方、私どもといたしましては、健康診査などのヘルス対策、レセプト点検など医療費適正化対策、国保税の収納率向上対策などに力を注いでいるところであります。国保の決算状況も年々悪化いたしております。実質収支において五十八年度は三百四十万円の赤字でありましたが、五十九年度は二百万円の赤字を余儀なくされ、さらに六十年年度においては二千七百万円の赤字を生じまして、基金の取り崩しによってようやくしのいだところでございます。基金も既に底をついてまいりましたので、今後の運営については正直なところ自信が持てない現状でございます。好むと好まざるにかかわらず、国に返上せざるを得ないような厳しい事態を迎えているのであります。

このような国保の窮状を打開するためにも、また急速に進行する人口の高齢化に対処するために、今回の老人保健法の改正は必要なのだと考えております。その成立を期待しております。

二十一世紀を活力ある長寿社会として築き上げるためには、長期的な展望のもとに、現在の社会保障制度を総合的に見直すことが必要でございます。特に医療保険制度につきましましては、適切な医療が安定的に保障されることが大切なことでありまして、その費用負担のあり方についてと再検討されることは当然であります。

また、今回の改正は、医療保険制度の一元化を目指し、給付と負担の公平化を進めることである

ります。将来の一元化への橋渡しとしての意義は大きいと思ひます。

そこで、私は、今回の改正事項のうち、特に加入者按分率を是正することの必要性を強調いたしたいと思ひます。

御承知のとおり、現在の加入者按分率は四四・七%であります。その結果、各保険制度間の被保険者一人当たり老人医療費の負担額は、組合健保は一万五千円、政管健保は一万八千円であるのに対して、国保は三万円でありまして、極めて不公平な負担となつておるところであります。

なぜこのような不公平が生じているのかということでございますが、先ほども申し上げましたとおり、若い時代は組合健保や政管健保に加入していた人たちが、定年などによって退職をいたしました。一般的には国保の被保険者になる仕組みでありますので、国保の被保険者の中に占める老人のウェイトが次第に高くなつていまして、六十一年度現在における各保険制度の被保険者の中に占める七十歳以上の老人の割合を見ますと、組合健保は二・九%、政管健保は四・三%でありまして、国保は一二・五%という高い率を占めているのでございまして、この傾向は今後ますます強まってくるのが明らかであります。

五十八年に創設された老人保健法の基本理念は、国民のみんなが公平な負担によって老人医療を支えていくという考え方でありましたが、今回の改正は、その考え方をさらに徹底して、加入者按分率を一〇%にしようとするものであります。今後の高齢化社会の中で老人医療制度を安定的に維持していくためにも、加入者按分率を一〇%に改めることはぜひとも実現させなければならぬ重要な課題であると考えておるのであります。

加入者按分率は正のほか、今回の改正に織り込まれている一部負担改正につきましても、世代間の費用負担の公平化、健康への自覚、自立自助的な体制づくりなどの観点から、この程度の負担は

当然であろうと考えておりまして、老人いじめとは言えないと思うのであります。

また、寝たきり老人などを対象として医療と介護の中間的機能を有する老人保健施設の整備も緊急な課題であります。

国保税の滞納者に対する給付を一時的に止める等の措置を講ずることについても、まじめに納付している者との公平化を図る意味で当然の措置であると考えておるところであります。

以上、老人保健法改正に対する意見を申し上げますが、諸先生方におかれましては、国保の窮情を御理解いただきまして、改正法が原案どおり早急に成立をいたしますようお願いを申し上げますとともに、実施時期のおくれに伴う国保財政への影響額につきましては、国の責任においてた

だいま補てん措置を考慮中であるようでございますが、どうぞひとつ講じていただきますようお願いを申し上げます。私の意見陳述を終わりたいと思います。

ありがとうございます。

○堀内座長 どうもありがとうございました。

次に、岡田元弘君にお願いをいたします。

○岡田元弘君 大阪地方同盟の岡田元弘でございます。老人保健法等の一部を改正する法律案について、私は原案に反対する立場から以下申し上げたいと思います。

政府は老人保健法改正案を提出されました目的として、一つには、毎年伸び続ける老人医療費をどう適正化するのか、いま一つは、その増加する医療費をどう国民が公平に負担するシステムをつくるのか、この二つの問題を基本にして老人保健制度を総合的に見直しをすることとし、具体的には負担の公平という見地からする一部負担の改定、さらに加入者按分率の引き上げ、そしてまた今後増加が予想される寝たきり老人に対して、新しい施設体系として老人保健施設の創設などその目的を説明されているのであります。

老人保健法そのものは、昭和五十八年二月一日に施行されたものであります。老人保健制度創

設の趣旨は、急速に人口の老齢化が進む中で、保健事業サービスを総合的に実施すること及び老人医療費を国民全体で公平に負担しようとするものであったと承知をいたしております。基本的にはその趣旨には異存はございません。しかしながら、老人保健法施行後三カ年を経過いたしました

が、この間に保健事業については余り成果が上がったとは認識をいたしておりません。そして本改正案は、老人医療費の負担については、外来診療と入院時の一部負担の大幅引き上げと、加入者按分率を一〇〇％にするのが負担の公平を図るものであると説明しておりますが、全く理解しがたいものであり、本改正案に對しましては、明確に反対であることをまず表明をいたしたいと思

以下、反対の理由について申し上げます。

まず第一に、何と云っても一部負担の引き上げについてであります。

現在、外来診療の一カ月について四百円の一部負担を十一月から一千円にしようとするものであります。また入院時、現在は一日につき三百円の負担で二カ月を限度としておりますが、これを一日につき五百円とし、さらに限度期間を撤廃しようとするものであります。つまり外来診療におきましては、一挙に二・五倍の引き上げであります。しかも複数の医療機関に通う人が少なくありませんから、実際には一千元では済まなくなってくるわけでありまして、また入院の際、仮に六カ月間として計算をしました場合、現在であります二カ月が限度でありますから、合計一万八千円で済んだものが、改正案によりますと九万円必要ということになるのであります。更に五倍の負担増を必要とするのであります。余りにも急激な負担増となり、これでは老人が病気になることも簡単に病院に行けなくなるのではないのでしょうか。病氣は早期発見、早期治療が最も必要と言われておりますが、その道を閉ざすともいふべき今回の改正案であります。これに對し、現在の老人一部負担は実際に要した医療費の一・六％であり、今度の改正

でも四・五％になるにすぎない、だから真に必要な受診を抑制するとは考えられない、さらに入院中は食事などの生活費が要らないので、家計の負担はむしろ軽くなるという意見もあるようであり

しかし、先ほど来申し上げましたように、本改正案によって急激な負担増となるほかに、特に申し上げておかねばなりませんことは、いわゆる保険外負担の問題であります。厚生省が国会に報告した資料によりまして、お世話料など入院患者の保険外負担は全国平均で一月月額二万七千五百円、首都圏では約五万円の負担となっていることを示しております。しかも、この二万七千五百円、五万円という金額には、差額ベッド料、付添看護料等が入っております。私は、自身の経験からいいますと、保険外負担、特に差額ベッド料、そして付添看護料は大変重要な問題であり、早急に対策を講じなければならぬ緊急な課題であると考えております。

親が、兄弟が病に倒れたとき、子供が、家族が一日も早い回復のために必死になって付き添い、看病することは当然のことではありますけれども、しかしそれにもおのずから限度があります。やがて二カ月、三カ月ともなれば、病人はもとより大変ではありますけれども、付き添う家族もまた疲労こんぱい、そのため看護人が倒れるという事態も決して珍しくないことではあります。先ほど三十万円以上になるといふお話も出ましたが、付添看護人をお願いすることは多額の費用を要することでもあります。大阪におきまして、三十万円は一月に必要とされるというのが実態でございます。このような中で、まさに病人を抱えた家庭は悲劇ともいふべき事態を生じておるような実情であります。今老人の医療、保険に關して緊急に対処しなければならぬのは、このようなことであつて、決して安易な一部負担の引き上げではないと私は確信をいたすのであります。

次に、加入者按分率について申し上げます。本改正案では、加入者按分率を拡大すれば、各制度の抱える老人数の差は次第に縮小して、加入者按分率を一〇〇％にすれば、すべて同数となつて負担は公平となることを前提としているようでありまして、つまり昭和六十一年度において、全制度平均老人加入率を六・九％と見込み、加入者千名につき各六十九名分の拠出をすることによつて公平な負担を実現しようというのであります。しかし、現行におきましても負担の実態は、加入者千人中組合健保は二十九人の加入者で拠出数は四十七人でありまして、政管健保で加入者四十三人に対して五十五人と、それぞれ実人員以上の拠出をすることによつて、国保の加入者百二十五人を拠出数百人とこれをカバーしているものであります。加えて国保の拠出金に對して五五％の国庫負担が導入されておるのでありますから、加入者千人で六十九人の負担をするとしても、国庫負担を除けば、実質三十一人分の拠出ということになるわけでありまして。

このようにして見てきますと、加入者按分率の拡大に伴い、国保の拠出金とそれに比例して国庫負担が削減されることになりまして、その結果として、その削減された金額はそのままサラリーマン、そして企業の負担増となるのであります。まさに実質的な増税の押しつけといふべきであります。政府は本改正案の提出に当たつて、全制度がひとしく老健法上の負担をするとして美しく言っておりますけれども、実際は、五十九年以降の国保の財政の悪化、それはもとより弱い国保の財政基盤に加えて、政府の退職者医療制度の見通しの誤りに起因するものであります。そのツケをサラリーマンや企業に回し、国庫負担を削減するということ以外に何物もないと判断せざるを得ません。そしてまた政管健保や組合健保は現在黒字であり、したがつて、多額の赤字を抱える国保を援助するのは当然であるという意見のあることも承知をいたしております。しかし、健保組合等におきましては、最近の深刻な不況の中で、保険料の引き上げは到底許されることではなく、積極的な健康管理、指導、教育、啓蒙などによつて疾病の予

防に努めるなど真剣な努力が払われているのであります。その健保組合にいたしましても、本改正案がもし施行されるならば、六十六年度にはおよそ二分の一が赤字組合になるという推定さえ行われているのであります。また政管健保にいたしましても、六十二年度はかろうじて保険料を引き上げずに済むと思われるのであります。負担増が続けば積立金も底をつき、保険料の引き上げとなることは目に見えているのであります。

以上、申し上げましたところに従い、加入者と医療費の按分率は五対五の現行法どおりとすることを強く主張する次第であります。

第三に、老人保健施設について申し上げます。治療を目的とする病院と、生活サービス、介護サービスなど在宅ではできない面を担当する特別養護老人ホームとの中間施設を創設するというところであります。この点は大変大事なことであり、今後の推移を考えますとき、必要なことだと思います。したがって、その趣旨には異を唱えるものではありませんが、一体、具体的にどのような規模、どのような内容のものなのか、説明をお聞きしても漠然として全く理解できないのであります。このようなことから、本改正案の一部負担の引き上げ、加入者按分率の拡大に反対の強い声がありますから、多少説明しやすいように、納得させやすくするために、この一項がつけ加えられたのではないかと勘ぐりたくさえるのであります。実行するかたい御決意がありますならば、その内容が重要でありますから、早急にその実効が上がるような設計図をお示し願いたいと存する次第であります。

以上、各項にわたって申し上げてまいりました。本改正案に反対であります。しかし、私たちは決して労働組合のエゴイズムで反対しているわけではございません。国保の収支の改善は、高齢化が進む我が国医療制度の大きな課題であります。やがて引退し、国保に加入する将来を考えれば、現役労働者にとっても決して他人事ではありません。それは社会の高齢化に伴って生ずるコストの

一つとして国民全体で負担していくべきものであり、我々もまたそのために応分の負担は否定しないことを明らかにしてまいりました。しかしながら、一部負担、加入者按分率の引き上げにしても、余りにも大幅であり、急激であります。老人保健法施行後の三年間にこのように一挙に引き上げるべき大きな事情の変化があったとはどうしても考えられないのであります。

すなわち、今回の政府案は、当面する国保の赤字を病身の高齢者とその家族及び現役労働者と企業の肩に押し寄せ、政府自体の負担を一方的に軽減しようとするものであり、改悪と呼ぶばかりいふような内容であります。しかも、今求められている中間施設についても、項目だけで具体策がないように、制度全体の整備改善の方向も明らかにせぬまま社会保障関係の政府支出を抑えることだけに腐心し、財政面のつじつまを合わせるために起案されたものと言わざるを得ないのであります。医療制度、医療保険制度に対して政府が負うべき責任と負担を放棄した本改正案は断じて容認できるものではありません。したがって、本改正案はこれを撤回され、改めて、将来を展望し、医療と医療保険制度のあるべき姿、ビジョンについて隔意なき関係者の御検討を心からお願いを申し上げまして、私の意見陳述を終わります。

以上です。

○堀内座長 ありがとうございます。

以上で意見陳述者からの意見の開陳は終わりました。

○堀内座長 これより委員からの質疑を行います。

質疑される委員は、答弁者を指定してなさるようをお願いいたします。

○浜田(卓)委員 それでは、意見陳述をいただきました皆様は御質問申し上げたいと思います。

最初に、大野吉輝先生にお聞きしたいと思ひますけれども、私は先生のお説一つ一つ納得がいくなと思つて聞いておたつたわけでありました。また先生の論文も読んだことがございます。日本の、医療に限らず社会福祉政策全般にもっと一部負担といひますか、受益者負担という考え方が明確に導入される必要があるというお説のように私理解しておりますけれども、その中で諸外国の諸制度を引用されて、またいろいろと比較もしておられたというふうな記憶をいたしておりますが、ひとつそのあたりから、どういうお考えでさらに一部負担の、今回の改正に限らず導入が必要というふうにお考えになつておられるのか、ちよつとお考えを聞かせていただきたいと思います。

○大野吉輝君 老人医療の問題からちよつと離れて、もつと一般的な観点から申し上げたいと思ひますけれども、我が国の租税及び社会保険負担率は現在三五%ぐらいですけれども、もし臨調の出しています線、五〇%程度までにとどめるといたしますと、あと一五%ぐらい上げる余地があるわけでございます。そのうち国債依存度を正常化するのにかなりとられますから、残りは一〇%前後ということになります。そういう観点から社会保障の問題をみますと、現在の社会保障の水準をそういう枠の中で維持できるはずはないと思ひます。実際のいろいろな推計によりまして、今の社会保障制度をそのまま維持する場合には、租税及び社会保険料の対国民所得比率が大体五〇%の後半あたりになるといふことのごうでございます。したがって、そういう点から申しますと、今の制度を維持することは物理的に不可能といふことになります。そういう基準を設定した場合には、そうしますと、自己負担になじむ部分についてはなるべく自己負担をしていただくというのが原則ということになるんじゃないかと思ひます。

それからもう一つは、今日の社会保障は、御承知のとおり普遍主義の性格が強まっておりますので、どうしても全体としての費用がかさみます。

ですから、そういう点から申ししましても、自己負担になじむものはできるだけ自己負担というのが今後のあり方として望ましいというふうな考える次第です。

○浜田(卓)委員 どうもありがとうございます。

それでは、次に中田先生にちよつとお伺ひしたいのですが、私の個人的な見解ですけれども、日本の医療制度というのは大変よくできていると私は思ふのです。諸外国に比べてみても非常にサービスが行き届いておられますし、さらにはかかる費用も十七兆円というふうな非常にふくらんでおられますけれども、全体の国民総生産に占める割合なんかから見ると、非常に安い医療だといふふうな私どもは理解をしております。ちよつと残念なのは、今回の改正案についても、私どもも厚生省といふ議論しながら、できるだけの制度をどうやったら高齢化とかいふ制度の成熟化とかいふ条件の中で維持しているのかといふことで苦勞してきたつもりであるわけですが、その辺について何か余り理解していただけないような気がいたします。

今、国民医療費十七兆円の費用というのは、税金で補うか、それから保険料で補うか、そしてまた本人負担で補うか、結局この三つしか選択がないわけですね。大宗を占める保険料については、先ほど石古さんの方からも陳述がありましたけれども、特に国保の方の保険料、これ以上はもうちよつと無理だといふ悲鳴もあるわけでありまして、そうかといつて、また岡田さんの方からも御指摘があったように、それじゃそれを健保でいふのも、幾ら保険料を上げていいという話にもなかなかなりにくい事情もあるといふことが一つあります。それから税金についても、御承知のように、今勤労者の負担軽減をどうやって図るかというふうな観点からも税制改正が進められているわけでありまして、どうもそつちにも出口が見つからないわけですね。

一部負担というのは、要するに得ている所得の

中からどれだけ払ってもらえるかという、これは相談する話だという気がするわけで、いわばこの法案によつて私もはどのぐらゐ負担してもらえんのかというのを相談しているということだと思ふですね。防衛費があるじやないかとおつしやうたけれども、十七兆円の国民医療費に対して防衛費というのは三兆円です、今のところは。老人医療費だけとつても四兆円を超えている。どうも私は先生の議論で出口が見つからぬものですから、こんなことをあえて言うのはあれなうですけれども、短くて結構ですから、その辺はどういうふうにお考えになつておられるか。

○中田成慶君 老人の増加に伴う保険料のプレッシャーといひますか、そういうものが拡大してくるといふことを今からどうするかということに尽きるといふのですが、一つは、現在語られてゐることが実は将来を見越した安定的な財源の確保であるといふことにおいて、今と未来とが混在した議論がなされてゐるのではないかとこのことです。ですから、長期的な展望をいふふうになつてゐますけれども、今いろいろな手だてをもつて対処し得る段階であるにもかかわらず、将来を見越した安定的な財源確保といふことで自己負担が持ち込まれてゐるということについて反対をする。先ほど防衛予算が三兆円というお話がなつてゐる。それとの関係で老人医療費は四兆円かかつてゐるんだといふことを言われまして、けれども、その範囲内で十分対応でき、なお改善できる余地のある現状ではないかといふふうにお答えしておきたいと思ひます。

○浜田(卓)委員 それでは、もう一つ岡田さんにお願ひしたいのですが、中間施設という老人保健施設の性格がはつきりしない、写真真を早く出せ。これは我々も議論してゐると思ふところがかかなりあるわけですが、ただ、今回の出し方というものが、法律で基本的な資格を決めて、あと運用してみても、例えば具体的な治療の範囲とか、もうちよつと詰めてやつてみて出すべきものといふのは、これは政省令にゆだねられてゐると

ころがあるわけですね。だから完璧を期するといふ意味の一つの法律の出しかたといふことを私どもも思つてゐるわけですよ。ここまで法律で決めてあつて、ここから先が政省令、あるいは厚生省通達といふところも出てくるかもしれないけれども、法律で決めてあるところをずつと組み合せてみると、これから施行していつて埋めていけば、輪郭は私は私なりに理解できると思つてゐるわけですが、そういう法律の組み立て方であるといふ点についてはどういふふうにお考えになつておられるか。

○岡田元弘君 先ほど申し上げましたように、中間施設の問題をはつきりしてくれと言ひましたが、問題はそれだけでなくて、今度の改正案全体を見て、政府が今回提案されておりますけれども、基本的に私も理解するのは、現状のつじつま合わせ、そして国保あるいはたがって国庫負担の軽減、これをこちらに持つてくるというその場限りの、この言葉は非常に悪いのでありますけれども、その場しのぎのことではないか。だから、この場で申し上げるべきことであつたかどうか知りませんが、将来的に大変重要な問題、避けて通れない問題だと私も自覚してありますだけに、どういふ医療制度が必要なのか、どういふ改革をしなければならぬのかといふことについては、国民各層が本心にそうだな、おれにも痛みがあるけれども、やむを得ないなといふコンセンサスをやはり得よう、その経過、努力が大変重要なんだと私は考へておるわけですよ。

その一環から申し上げまして、中間施設、こういうふうには私は表現していただきたまはしたけれども、さらに申し上げさせていたゞくと、この間、二十六日の日曜日にテレビ討論会がございまして、あれを見ておりました、あれが終つた途端にうちの電話が鳴りまして、出てみますと、私どもの大阪同盟の、戦前から労働運動、活動をやつておつた活動家の人ですが、もう七十か八十で、その人が電話してきて、今テレビ見終わつたところや、しかしそんな殺生なことがあるか、岡田

さん、あなたは何か意見陳述に出れるようやから、きょうどないしても会つてわしの話を聞いてもらいたいのや、こんな殺生なことがあるかと、憤りと涙を込めて私に言つておりました。だから、どなたがどういふ負担をするにしても、皆が納得する、やはりそういう合意形成——そんなことをしておつたら時間がない、こうおつしやるかわからぬが、私は、このことは本当に将来的なことを考へたら、もう少し時間をかけてでも合意を得られるような努力をされるべきだ、そういう一環で申し上げたので、御了承いただきたいと思ひます。

○堀内座長 丹羽雄哉君。  
○丹羽(雄)委員 岡田さんに再度お尋ねしたいと思ひます。

国保財政の厳しさに十分御認識を持つていらつしやるようでございます。そして今お話を伺ひしてゐる中で、やがて現役労働者も年をとつてくれば国保に入らざるを得ない、これは他人事でない、こういうようなお話を聞いていただいたわけでございます。私もまだ若い年代でございますけれども、やがて年をとつてくれば国保に加入せざるを得ないわけでございます。

そこで、この問題でございますけれども、実は私、今岡田さんがおつしやつたテレビ討論会でも申し上げたこととございまして、基本的な、加入者按分率の件では国保、組合健保、政管、これが一体となつてお互いに痛みを分かち合つていくといふいわゆるオールジャンの精神でこの問題をとらえていかなければならない、こういう考え方を持つておるわけでございます。岡田陳述人の中で、急激は困る、こういうようなことをおつしやつたわけでございますが、しからば、基本的には、今過渡的に四四・七％になつておる、そして今度は八〇、一〇〇にしていく、こういうようなスタンスで政府・与党が臨んでおるわけでございますけれども、岡田陳述人におかれまして、最終的に加入者按分率一〇〇％ということに

ついて異存がないのかどうか、まずお聞きしたいと思ひます。

○岡田元弘君 今の点につきましては、先ほど来も申し上げましたように、特に政権党である自民党さんが、皆がそれやたらなるほどなという案をお示しになつたときには、そういう案であればそうだなと申し上げるかも知れません。しかし、今こういう案を出しておいでになつて、そして将来は一〇〇％もやむを得ないと思つてゐるのかと言われたら、今の案に反対しておるわけでありまして、残念ながら私はそのことにお答えはできません。現状において反対です。

ただ、先ほどから申し上げましたけれども、第一、今度の問題でも、昭和五十九年度のいわゆる退職者医療制度の見通しの誤り、そこで国庫負担を減らした、それを十分補つてない、もともと弱い国保の財政が余計に逼迫してきた、そこに問題の出発点があるわけですよ。それをまず政府がとるべき責任を明確にとつて、示して、そして将来はこれでいくなといふことをきつぱりなさるのがすべての先決だ、こうお答え申し上げておきたいと思ひます。

○丹羽(雄)委員 ちよつとまだ時間があるようです。それから、もう一点岡田さんにお聞きします。

いわゆる入院の二カ月撤廃の問題でございますけれども、二カ月までは有料です。二カ月過ぎると無料になる、ただになる。これに対して私は、論理的にちよつとおかしいのではないかと、これはなぜ二カ月までが有料で二カ月過ぎると無料になるのか、こういう問題が出てくるんではないかと。特に、入院をするかしないかといふのは、本人の意思とは関係ないわけでございますけれども、長期入院してゐるすべて薬もいたゞく、注射もしていただゞく、そしてただで食事も面倒見ていただゞいて、表に出てきたならば、表というか退院したならば、実際に食費もかかる、こういう問題に対する矛盾を感じないかどうか。お年寄り自身、こういう素朴な考え方についてどういふふうにお考えになつていらつしやるか。



○岡田元弘君 素朴にお答えしますと、今の御老人は戦中から戦後にかけて本当にあの苦しい中で頑張ってきた人ですね。そしてきのうまでは元気で働き、収入の得られないことも社会のためにいささかの貢献を皆している。そういう人が不幸、病に侵されたというときは、これは社会全体がそのお世話をして、安心して病院で入院生活を送れるようにするということは当然のことだと私は思います。そして無事退院されたら、また生活費がかかってくるという点に少しおかしなものを感ずるじやないかとおっしゃいますけれども、私は、出てきたらまた生活費がかかるということより、か、長年まじめに社会のために働いた人が、本人の意思にかかわらず病気で倒れたそのときにお世話をするのは当然、その負担のあり方を将来どうすべきかということが問題なんだとお答えをしておきたいと思えます。

○堀内座長 村山富市君。

○村山(富)委員 きょうはそれぞれのお立場から貴重な御意見を聞かせていただきましてありがとうございます。

若干の御質問を申し上げようと思うのですが、今度の老人保健法の改正案は、それぞれの方からお話がありましたように、どうして老人医療費の適正化を図っていくか、その医療費の負担をどう公平化していくかということがうたい文句になっているわけですね。ただ、この一部負担の引き上げが、先ほど来お話がありますように、受診の抑制になる、いや、そうではなくて適正化になるんだ、こういうように大野先生の御意見と中田先生の御意見とは大分違いがあるわけですね。

先ほど大野先生は、今の一部負担の負担率というのは一・六%、これでは適正化の効果が上がらない、四・五%になれば、その効果は上がるのではないか、こういうふうに言われておりますけれども、これは中田先生にお尋ねしたいと思うのですけれども、あなたは実際に病院の業務に携わっているわけですから、日々そうした状況をお感じになっていると思うのですが、果たして千円に上

げることがどのような形で受診の抑制にあらわれるのか。五十八年に引き上げたときに、引き上げた当座は若干抑制になったけれども、しばらくしたらまたもとに戻った。そのもとに戻ったというの、本当に医療を必要とするお年寄りが、引き上げたことによって足が遠ざかって、これではやはり健康が維持できないというので病院に行き出したというところになっておられるのか、そのらの受診の抑制になるという実態について、もう少しお話をいただきたいと思うのです。

○中田成慶君 抑制にならないというデータはまだそう長い期間でないのも難しいかもしれませぬ。そのデータが出る前に、またもう一回自己負担を強いるという今回の改悪案が出されているわけですから、本当はもう少し検討が要つただろうというふうに思っています。

ただ、私も患者さんを診察している間に、現状の四百円でも、月末に受診されたら月初めには受診されないというふうな方々がしばしばおられる。これは、できれば、何とかもたええれば一月あけて翌月々に四百円払うというふうな形で、一月の四百円なり、それから別の科にかかったらもう四百円なり、さらにもう一つの科にかかったら四百円なりを節約しよう、そういう知恵といいますか、そういうものが現場でしばしば利用されておられる、老人のお話の中に出てくるという現状があります。ですから、千円にするということになりますと、受診抑制が起これないというふうなことは決して言えない。その四百円についても、まだそのことが確認されないうちに再び負担が上げられておるといのが現状なのではないかというふうに考えています。

○村山(富)委員 重ねてお尋ねしますが、千円に上れば千円になるわけですね。したがって、一人のお年寄りが受ける診療料の数、例えば内科に行くとか眼科に行くとかあるいは歯科に行くとか、そういう数の資料というのは、厚生省は大体一・五科ぐらいだというふうに言っております。

すけれども、これは全国平均そうなるのかどうか知りませんが、あなたが携わっておられる実際の感覚からしますと、どの程度になるというふうにお思になりますか。

また、もう一つつけ加えてお尋ねしますが、先ほど保険料の滞納者の制裁措置が相当影響が大きい、こういうお話でした。金があつて、不正で保険料を滞納する方もあるでしょうし、実際にこの保険料を払えない方もあると思うのです。そういう状態について、あなたは実際に携わっておられまして、その関係がどういふふうにあるか、あるいはこの制裁措置がどういふ影響をもたらすかといったことについて、もっと具体的に話があらばお聞かせいただきたいと思うのです。

○中田成慶君 私の病院は、ことしの四月に病床が倍になりました。診療科もたくさんふえました。整形外科、泌尿器科、耳鼻科、眼科が常勤になりましたし、そういう形で、多少特殊ではありますけれども、今まで外科で済んでいた患者さんが、外科と整形外科にかかる、それから眼科が常勤の先生でなかったもので、なかなかかかりにくくてほかの病院にかかっていた方が我々の病院で受診をするようになり、手術も受けられるということとで、我々の調査では大体二・幾らから三に近い受診をされておられる。ですから、三千円ということになりますと、これは非常に大きな負担額になってしまふのではないかと。高齢社会になるといふことでおっしゃっていただけるわけで、将来ますますこれは効いてくるであろうということで、非常に問題が多いというふうに考えています。

それから、国民健康保険の滞納者に対する制裁措置なんでもありますが、先ほど町長さんの方から報告がありました。この三年間で四〇%を超す値上げをせざるを得なかったというふうにおっしゃられました。そこまで逼迫しているんだということとあわせて、保険料を支払う側の状態というものを底をついているということをおっしゃったというふうに思っています。保険料率が上がってくるのと逆比例して、滞納者の数が徐々に九

六%あたりから九四・九三%あたりというふうに変化しているという現実を見ますと、これはやはり現状の保険料の負担にたえられないから払えないという人の方が圧倒的に多いと見るのが正しいことではないかというふうに思っています。

そして、その方が病院に受診されたり入院したときにはどうなるかということですが、一回受診をされますと、外来で内科などですと、久しぶりに受診をした、ではこの方の一般的な状態については、一応把握をする必要があるだろうということとで検査等々やりますと、軽く一万円は超してしまします。それを懐から出すので、はつきりしない病気で病院にかかるということとはまずあり得ない。それは一回で辟易してしまふに違いない。それが保険料の滞納全額を払わなければ払い戻しにならないということになりますと、病院から遠ざかり、売薬で済ますという傾向が募つて、先ほど御紹介したアメリカのような状態になるのではないかと。入院については一日一万五千円から一万七千円くらいかかりますから、とても自分の費用で払えるような金額ではありませんから、とてもそういう方については入院はできないのではないかと。外来受診も非常に負担が大きいために受診できないというので、私はここにもともと完全に締め出されるのではないかとこのように書いておいたのですが、完全にというのは余り強い表現過ぎますので、その完全は消しました。消しましたけれども、ほとんどの方は受診できないという状態が起こつてきますから、これは先ほどの繰り返しの線りが出てきていて、この法案の中でも最も厳しい線りを感じております。

○村山(富)委員 もう時間がありませんから、まとめでお尋ねしたいと思うのですが、石古さん、今の国保財政の厳しさというのはよく理解できますし、特に過疎が進めばますます苦しくなる、しかも年寄りがふえて医療費が膨らむ、こういう悪循環を繰り返している国保財政の実態というのは

理解できるわけです。これから医療保険制度については、国保財政をどうするかという問題と老人医療の負担をどうするか、さらに負担と給付の公平化を図っていくためにはどうすべきかといったような課題が残っているわけですが、ただ、先般も連合審査の中で質疑が行われたのですけれども、今の国保財政を、過疎が進んでいくような現象の中で、小規模の町村で運営することは若干無理があるのではないか、ですから財政基盤を大きくする意味で、あるいは県単位にしたらどうか、こういう意見もあるわけですが、そういう意見に対してはどういうふうにお考えになっているか。

それから、中間施設について、ある意味では医療給付も中途半端になる、福祉施設も中途半端になる。ある意味からしますと、うたい文句は大変いいのだけれども、実態はそういうものの谷間にあってしまっているのではないかと、こういう意味の見解もあると聞いているのですが、こういう見解に対して、中田先生はどういうふうにお受けとめておられますか、それをお尋ねしたいと思うのです。

それから大野先生に、今医療費は点数出来高払いですね。そうすると、お年寄りの場合は慢性的疾患が大変多い。そこで定額制にした方が合理性があるという意見もあるわけですが、救急医療等については点数出来高でやって、慢性的疾患については定額制の方がいいのではないかと、そういう意見があるのですが、老人医療費を適正化する意味で、そういう見解があるのですけれども、そういうものについてはどういうふうにお考えになりますか、ということをお聞きしたいと思うのです。

それから岡田さんに、先ほどからもちよつと話がありましたが、健康保険の場合には事業主負担がある、国民健康保険の場合には事業主負担がない、そこでそれにかわって国が負担をしている、こういう意見もあるのですが、本来的には事業主負担は労働者から言わせれば賃金の一部ではないかという意見もあるわけですが、そういう問題についてどういうふうな見解を持っておられるか。以上お尋ねしたいと思うのです。

○石古勲君 私への御質問の国保の将来の対応と方法でございますが、今おっしゃったように、過疎化すると、あるいは規模を大きくした方がいいのではないかと、あるいは県単位、このような御意見があるように伺いますが、私は、県の区域に限る、大規模にした方がある程度は解消ができると思ひますけれども、そんなことよりも、やはり基本的に、国民皆保険という意味から、日本にあるところの保険制度全体を眺めてみまして、全体としての国の国保という考え方でないといけない。したがって、国保の構成人員の所得の問題あるいは老人がどんなふうに入っていくという高齢化の問題、そういうふうな内容が大きく影響しておりますので、県単位にすることに於いてこれが全部解消するとは断言できないと思ひます。したがって、これは国の立場におきまして、日本の将来の国民皆保険という立場から総合的な判断と研究をいただきまして、国保を含めた保険制度全体についての方策が出てこなければいけない、このように考えております。

○中田成慶君 中間施設が谷間になるのではないかと、ということだったのですが、医療の側からいいますと、専門のスタッフを削るということと新たな施設をつくるということとですから、医療のレベルが低くなるということと否めないというふうに思ひます。もう一方で生活サービスという点が向上するか、これはひとえにそこに配置する人数にかかわっていると思ひます。ところが、法の趣旨がどちらかといいますと、老人病床を転床する形で中間施設化していくことですから、将来の老人医療費を捻出するための費用の削減という目的が盛り込まれておるようでございますから、その点で生活サービスの向上、人の配置の増加ということでは望めないのではないかと、これは、望めるというところであれば、また議論が出てくると思ひますが、人件費の低下ということで望めないのではないかと、そういうことで、まさに今ある医療と福祉との谷間における中間点ということになるのではないかと考えております。

○大野吉輝君 一部負担の方式を救急は定率それから慢性の場合は定額というふうに使ひ分ける、あるいはそういう混合方式にするというお話だと承りましたが、これは確かに一つの合理的な考え方ではないかと思ひます。慢性の場合、期間を区切って重ねていくというふうなことであれば、一つの合理的な考え方として評価できるというふうな思ひます。

○岡田元弘君 先ほどの被用者保険であれば事業主負担があるではないか、そして国民健康保険にはそれが無いので、五五割を今援助しているのが、国庫から出すお金と事業主負担をどういうふうにかえるかという御趣旨であつたと思ひますけれども、もとより事業主負担というものは、機械なり設備、材料を提供する資本金、経営者の側と労働力を提供する労働者の側が互いの立場を尊重しつつ一生懸命頑張つて、そして上げた付加価値の中から事業主の負担というのはなされておるわけですから、そういう意味におきましては、事業主負担とはいふものの労働条件の一部であります。みづから稼いだものであります。したがって、そのことと国庫から出さうだする負担金とは全く異質のものである、こう申し上げておきたいと思ひます。

○村山(憲)委員 どうもありがとうございます。

○堀内座長 沼川洋一君。

○沼川委員 沼川でございます。どうも御苦勞さまでございます。時間が限られておりますので、まず最初に三人の方にお聞きして簡単に答えたいだきしたいと思います。

まず大野先生にお尋ねしますが、先ほどの改正について、やはり制度を安定的に維持するため望ましい、こういうことでいろいろ理由を挙げられて御説明になりました。私は今回の改正は余りに財政的観点から改革を急ぎ過ぎたという非常な心配があります。これから超高齢化社会を迎えるわけですから、かつて経験したことのない時代に日本が入つてまいります。こういう改革をやるのに、

財政の帳じり合わせだけで果たして将来に禍根を残すことがないかどうか、非常に心配します。はつきり言つて、日本には医療政策のビジョンがないと思ひます。やはり老後の生活と最も密接した保健、医療、福祉という総合的な観点からのこれからの手順を示した上で、その中の財政対策でなければならぬと思ひますが、先生のお考えをお聞かせください。

それから、中田先生にお尋ねします。先ほどから千円の負担が高いか安い、これは非常に議論の分かれるところでございますけれども、なぜこれが問題になるかというと、先生もおっしゃったように、やはり受診抑制となつて効果的な治療を失うということになりますと、かえつて医療費が増大します。私もこれは率直に言つて心配でございます。そこで厚生省では、今のお年寄りの医療機関に通う平均は一・五である、こういう数字を出していらつしやいます。大抵の方、いわばほとんどの方が一つの医療機関にじつじつとつかつていらつしやるので千円の負担は高くない、こうおっしゃるのですが、先生の御意見をお聞かせください。

それから、岡田先生にお尋ねします。この按分率の引き上げの理由の一つに、現在健保組合にしても政管にしても黒字基調にある、ですから、保険料を上げなくて現在の拠出金で十分賄える、こういうふうにご政府が説明してあります。ところが個々の組合は、例えば健保連を例にとつても千七百あるわけですから、いいところもあれば悪いところもあるわけですね。特に悪いところなんか、現在の保険法で定めた千分の九十五ぎりぎりのところがたくさんございまして、かてて加えて円高不況です。相当厳しいところがあるはずなんです。ですから、そういうところに八〇、一〇〇という按分率は、現場を無視した一つのやり方ではないか。ですから、私は、余りにも全体のレベルだけが論議されて、個々のレベルの論議がないと思ひますが、現場を担当される岡田先生の御意見をお聞かせください。

以上です。

○大野吉輝君 私は、老人保健法の改正の問題につきましては、本来の考え方として、国保の一次的な財政対策の問題と、それから老人保健制度の長期的な観点からのあり方の問題とを区別して考えることが望ましいと思っております。先ほど申しました意見は、それを区別しまして本来のあり方として述べたのでございまして、そういう観点から申しまして、今度の制度改革はかなり基本的な性格を持っておりまして、長期的な観点から見て方向としては望ましいというふうに考えております。

○中田成慶君 千円が高いかどうかという事です、これは本当に現場の感覚ということが我々にとつては一番重要なポイントになるのではないかと。きょう出てくる際に、先ほど御紹介しましたはがきのはけぐあいを見てきたのですが、あと三枚しかなかったのを一枚だけ見本に持ってきてまいりました。我々の予想を上回ってお年寄りの方々ないしはそれを支える方々が、これでは病院にかかれないうふうにおっしゃっている。このことがまず第一番目に全体として確認される必要があるのではないかとこのように思います。

それからもう一つは、本当に病気になるまで幾つかの科にかかる人でしかわからない面についてもぜひ目を向けていただきたい。全体の平均ということとあわせて、もう一方で、幾つかの科を回らないしは我々がぜひ専門の先生に診ていただきたいということで紹介をする、その紹介する際の手が鈍つたために、専門的な治療が行われないというようなことが起こり得るような医療のシステムにしてはならないのではないかとこのように申し上げてお答えにします。

○岡田元弘君 加入者按分率を提案どおり引き上げて、今の政管にしても健保組合にしても黒字を生んでいるんだからというのに対して、現場を預かる者としてどう思うのか、こういうお話でございましてけれども、確かにおっしゃいますように、全体的に見れば現状においては黒字を生ん

でおると思います。しかし、個々にそれを比較検討、精査いたしますと、随分赤字組合があるわけですね。政管健保がもう近く値上げせざるを得ない、それは明らかでございまして、先ほど申し上げましたけれども、私はこの公聴会で意見を申し上げさせていただきます機会を与えていただきまして、大阪府下でも幾つかの健康保険組合の担当者といまして実情を聞かしていただきました。あれはたしか法律によつて上限が千分の九十五しか取れないということになっております。現状において既に九十五を徴収しておるところもたくさんござい

ますし、このままいけば、推計でございすけれども、五年後には、その保険財政を賄うためには百以上の率で徴収しなければ採算は合わない、保険財政がもたない。特に、多いところでは百五、百十一なんというものも出てまいります。それだけ上げたら収支は償うかと思ひますけれども、しかし、それだけ上げ得るような余地があるかどうかという、これは大変な問題でありまして、現状においてはなかなかそれどころでございせん。現場を預かる者にとつては、賃金値上げどころかストップあるいはカットというところさえ出ているわけですから、そういう面から見れば、なかなか提案者の言われるような現状の黒字からしたら十分その枠内で支払えるものだという事は、そのままだに承認するわけにはいきません。

○沼川委員 もうちょっと時間がありますので、石古町長さんに一言。

確かに国保財政の赤字、私たちもよく理解いたします。ただ問題は、やはり国保はよそからの援助というのは私は絶対に必要だと思ひます。だからとつて財政調整だけの援助というののもちよつと筋が通らぬのじゃないか。現に国保の皆さんは、ことしの一月初めごろまでは退職者赤字の問題について国が責任を持って国庫で補てんしろ、こういう陳情を繰り返していらつしやいました。最近そのことをもう全然おとしやめようになつたのです。やはり国にはきちつと責任をとらせろ。その上で今度はまた財調、こういう考え方が

必要じゃないかと思ひますが、いかがでしようか。

○石古町長 今おっしゃる通りに、国保の問題は、内容的に高齢化をして、あるいは過疎化現象、全国的にこれらが若干地域によつての差異はございしますが、全体としてはもうその傾向であります。低所得者が多いわけでありまして、したがひまして、我々といつたしましては、一言で言いますと、これは国に返上せざるを得ない、我々地方公共団体がやるのには荷が重たいという一言でございまして、実際問題としては、外国のいろいろな国の例もございしますが、我々としては国全体の観点から国保を考えていただかないといけません。具体的にいろいろ言うところもございすけれども、言つてみたつて時間をとるだけでございす。そんなわけでございす。

○沼川委員 では一言、大野先生、先ほどの問題は別として、日本の医療政策のビジョンというのが現在あるのかないのか、先生の御認識はどうでしょうか。私はちよつとそういうのはないように思ひますけれども、一言で結構です。

○大野吉輝君 どういうふうにお答えしていいのかわかりませんが、ただ最近いろいろと見直しが進められていますが、また医療の機能分担制度なども合理化されるような方向に動いておられます。今一種の転換期にあるのじゃないかと思つております。非常に急速かつ大幅な高齢化社会に対応するための転換期にあるのではないかと思つておりますけれども……

○沼川委員 結構です。ありがとうございます。大変失礼いたしました。

○堀内座長 田中慶秋君。

○田中慶秋委員 大変御苦労さまでございます。私は、十分しか時間がありませんから、それぞれ明確に答えていただきたいと思ひます。

実は、私のところに一通の手紙がきのう届いたのです。この方は元満鉄に勤めて現在八十になる老夫婦二人であります。子供はおひやしません。そしてこの方は障害年金と国民年金合せて年間百八

十万です。奥さんが心臓病と腎臓病で現在入院をされておる。そしてこの御主人さんは、脳軟化に倒れて、その後遺症で慢性肝炎、前立腺の手術、両眼白内障等で三カ月も入院した。それで無料で助かった。ガス代、おむつ代あるいは差額ベッド等を含めて相当な費用負担であつた。しかし、現在奥さんのことを考えてみますと、こういう形で今の法律ができてしまつと大変困つてしまふ。やがて市のお世話になるかあるいは退院をして死ぬのを待つか、こういう手紙が来ているわけ

です。そこで、実は大野先生に若干お伺ひしたいのは、私は今度の改正というのははつきり申し上げて財政があつて医療のビジョンがないと思ひます。財政を優先する余り医療のビジョンがない、こういうことで本当の医療ができるかどうか。私は、政策的な問題として、負担増、国保がどうのこうのと言う前に、やはり公平な世代間の云々というところであるならば、ビジョンを明確にして、そこでちゃんとそういうことを——財政を優先する、それがいけないのじゃないか、こんなふうに思ひます。その辺でちよつとお考えを聞かせていただきたい。

中田先生にちよつとお伺ひしたいのですが、中間施設の問題を含めてでありますけれども、御案内のように、今現在あります救命救急センター、非常に成人病が多くて、あれが出てきたときにすばらしい発想だということでもドクターズカー構想までありました。しかし現実にはそれが全然整備されてないと思ひます。そしてあの構想がひとり歩きしたために、財政の裏づけも何もなかつたために整備がされなかつた。今度の中間施設も、中身がさつぱりわからないものですから、法律だけがひとり歩きをしてしまつと、同じような経過になるのじゃないか、こんなふうに心配しておりますので、その辺、ちよつとお伺ひしたいと思ひます。

石古さんにちよつとお伺ひしたいのですけれども、最近、市町村の中でのいろいろな形で困つてい

る。実はもつと合理化をしたり、徴収の問題とかいろいろなことがあると思うのですけれども、もつと大きな、例えば県とかそういう形で把握されたらどうでしょう。例えば横浜市の三百万も現実には一つの団体としてやっております。あるいは大阪もやっております。そういう点で指定都市がやられているわけですから、そういう発想の転換を求められたらどうか、こんなふう

に思っております。

岡田さんによつとお伺いしたいのですが、按分率の問題で、実はこの按分率、私は、公平な負担ということであれば、少なくとも健康保険もいろいろな形で同じだと思うのですけれども、今の状態では政管は二年後にパンクあるいは現実には組合健保も三年、四年たかるとパンクします。今の経済状態を見たときに負担増になることははっきり言つても間違いない。現実には国民一人当たり五千円の負担になる。こんなことを考えたときに、私は、この按分率というものは、こんな形の中で、国保だつて同じだと思ふのです。ところがそういうものが退職者医療制度を賄つて、いろいろのことを考えたときに、これ以上は、組合健保に按分率の問題というのは大変負担増になることだということ、全般的には経営者やそこに働いている人たちが、すなわち経営努力の中で出されるわけですから、パイは同じじゃないかと思ふのです。そういう中で、考え方をお聞かせいただきたいと思います。

（座長退席、浜田（卓）座長代理着席）

○大野吉輝君 短期的に見ますと、おっしゃるとおり財政政策的な面がないことではないと思ひますけれども、しかし、先ほど申しましたように、長期的に考えますと、現在の給付水準を今後維持することは不可能だということは明らかだと思ひます。そうしますと、いずれにしましても、好むと好まざるにかかわらず自己負担を引き上げる方向に進まざるを得ないと思ひます。

それから、その場合の考え方ですけれども、限界的に非常に低いところに基準を合わせますと、

どうしても不必要な支出がふえて国民の公的負担を不必要に高めるという結果を招きますので、普遍主義の制度の場合には、その基準のとり方もある程度考える必要があると思ひます。

○石古勲君 前にお答えをいたしましたように、範囲を拡大することにおいて国保財政の健全化が維持できるんじゃないかということでありまして、けれども、これはやはり構成する人たちは、退職者であるとか他の保険に入らない人たちは、国保を抱えるわけでありまして、したがって、都市といわず農村といわず、内容的には同じ内容の人たちであります。したがって、過疎であるかないか、それが小規模であるか大規模であるかということにおいて若干の好転はありまして、それがすべて解決するものではない、このように前段申し上げたとおりでありまして、国民皆保険という立場から、これからの日本の経済大国としての福祉は可能な範囲で国民も負担する、あるいは公共団体も頑張るという、そういうふうなお互いのつくり出す福祉でない限りはだめでありまして、与える福祉とか、できるだけの負担が少くないという福祉であつてはならぬ、これは長続きしない、このように考えております。

（浜田（卓）座長代理退席、座長着席）

○岡田元弘君 先生おっしゃいましたように、健保であれ政管であれ、いわゆる民間労働者の現状は大変厳しいものがございまして、このように一挙に加入者按分率を引き上げられて、それに相当する料率の引き上げと言われましても、現状で資金までも十分上らない、税金も下がらない、そして可処分所得は減つていく、こういう中でこれを負担せよというのは余りにも酷な話で、それは容認のできないことでございまして、したがって、そこは政府の責任で、将来のビジョンを描きながらどう負担するかということ、先ほど申し上げましたように、関係者と十分御検討いただきたいとお願ひするのみにございまして。

○中田成慶君 中間施設の問題についてですが、省令で定めるといふことで、はつきりした

ものももちろん出されておらないようで、いろいろ私も調べましたが、厚生省の黒木さんとかおっしゃる方は、こういう考えを持てているといううなこと、西暦二〇〇〇年、三兆円削減が可能であるという話を見たことがあります。ですが、実際は医療のスタッフを削減するということが、そして今自民党の議員の方もおっしゃいます、たが、病院の中で食費が出て、外へ出て食費が要るのはどうかというお話が非常にリアルにそこに盛り込まれておりますので、食費を初めとする身の回りのお世話代といひますか、そういうものについては間違ひなく自己負担という形で出されてくるだろう。そうしますと、今病院でさえ差額ベッドがありますから、快適さ、すなわち食事の質、ベッドの様子や部屋等の配置によつて、これはかなりの程度融通のきく、多様性を持ち込むということによつて、自己負担ができる人が有利なところへ入れるという施設に成り下がってしまうのではないかと、その点を述べておきたいと思ひます。

○田中（慶）委員 ありがとうございます。

大野先生、まだあと二分ばかりありますので、言つておきたいことはよくわかるのですけれども、現在の、ソフトの考えたときに、私は、医療というものはもつとビジョンを打ち出してやるべきではないか、こんなふうな形です。現状というもののだけではなくして、将来構想も含めてビジョンがないから、こういう形で財政が優先になるのじゃないかという心配をしている、その辺どうでしょう。

○大野吉輝君 そういう観点から物事を考えたことがありませんので、はつきりしないのですけれども、しかし今の医療保障システムにいろいろと問題点があることは確かだと思ひます。供給体制の面でもつと、その面からも医療費を抑制する必要は大いにあると思ひます。

○田中（慶）委員 時間が参りました。どうもありがとうございました。

○堀内座長 浦井洋君。

○浦井委員 まず中田先生にお尋ねしたいのです

が、私は、今度の一部負担、それから按分率の変更、中間施設、それから国保滞納者の制裁措置、いずれも反対でありまして、政府に撤回を迫つておる立場から御質問をさせていただきますと思ひますが、私も医者でありますので、先生今言われた、一部負担の場合に感傷的にかかると、それは私もあるのです。しかし、もしできましたら、先生の病院での具体的な事例、受診即入院、あるいはこのごろは受診即死亡というケースもふえておるといふように聞いておるのですが、具体的な事例とか数字があれば教えていただきたいと思ひます。

それから、中間施設については、たしか先生のところの病院の、今お名前を失念したんですけれども、「アメリカ医療の光と影」という本を書かれたのを拝見したのですけれども、アメリカのナースホームのような格好にならないだろうか。簡単に言えば、低医療、低福祉、高負担のようなそういうものにならないだろうかということをお配しておるのも、もし今お手持ちといひますか、頭の中に持つておられるような、そういうお話をお伺いしたいと思ひます。

それから、国保の滞納者の制裁措置の問題でございまして、これも具体的事例と数字をお持ちでしたらお願いしたいと思ひます。

それから、岡田さんにお尋ねしたいのですが、今お答えにくいでしょうけれども、ある健保組合では五年後に保険料率が千分の百五から百十一くらいにならざるを得ないというお話でしたけれども、そのところをもう少し詳しくお話し願ひたいのと、そういう格好でいけば、政管健保は具体的な数字としては、具体的に労働者の負担分はどれくらい今よりもふえるんだろうかという試算をされておれば、その試算の数字をお示し願ひしたいと思ひます。

それから、大野先生にお伺いしたいのですが、中間施設のところでは社会的入院を排除するといふ、確かに医療の転換点に来ておるわけでありまして、私も私と正反対のような御意見

で、それで中間施設はストックを活用するために非常にいいアイデアだというふうに言われたんですけれども、厚生省も数字を発表しておりますけれども、こういう制度ができれば、民間病院なりあるいは国立病院の統廃合などによって、どれぐらいのデンプで、どれぐらいの病院病床が中間施設のベッドに転用されるものだろうか、その見通し、もし数字をお持ちでしたらお教え願いたいと思います。

○中田成慶君 数字でお答えすることができないので申しわけなのですが、我々の病院は付き添いを原則としてつけない、差額ベッドもとらないということと運営をしておる関係もあるでしょうが、非常に長い入院待ちの患者さんが二週間、一月ということがありまして、重症を飛び越して入院していただくというようなことで病棟担当者が苦慮しておるんですが、にもかかわらず入院できずにお亡くなりになる、病院から往診といいますが死亡確認に出かけるというようなこともあり得るような、そういう状況のもとで、病棟は大変な切った張ったの大忙しで運営をしているということが実情でございます。受診即入院というように差し迫った場合、例えば去年の十二月の二十七日でしたか、救急車で運ばれて、そのまま外来でお亡くなりになって、医者が六、七人かかったけれどもだめだったとか、そういうような重症であるのに家庭で見なければならぬという数が相当程度あるというふうにご実感しております。

それから、「アメリカ医療の光と影」をお書きになった、きょう紹介しましたのをお書きになった方も同じなんですが、岡本先生という先生で、アメリカの医療の構造の矛盾といいますが、そういうものを述べておられるんですが、今日日本では看護協会が、中間施設については看護婦で開設者になれるような形の開業権といいますが、そういうものを要求しているやに承っておりますが、実質上はそのようなナースングホームというもののに近いものというように描かれてるイメージになつてしまふのだなというふうに考えています。

昭和六十一年十一月十三日印刷

す。

それから、滞納者の事例については、実際、私は経験をしておりません。

○岡田元弘君 まず一点目の保険組合、健保組合などで百五とか百十一と申し上げましたが、その内容の数字がわかればと、こういう御質問をちょうだいしたんですけれども、ちよつときよろその数字の持ち合わせがございませんので申しわけございません。

ただ、総じて言えることは、若年層の多い健康保険組合など、いわゆる標準月額の少ないところはもうどうにもやっていけないところに来ていて、その上にこれだということでありましてね。老人保健の拠出金もありまして退職者医療もありまして、それがダブつてきて、だからその担当者に言わせると、健康保険組合を持つておりながら、もう一人でも病気にはなつてくれるな、こう言わざるを得ないのが実情であります、こう説明しておりますことを一言申し上げておきたいと思ひます。

それから、政管健保などこういう改悪が横行されるとどうなるのか、その数字などがあればというお話でしたが、これは先ほど来言われておりますように、国庫負担金が二千億も減少する一方で、組合健保で一千九百五十億円、六十年ペースです、政管で一千六百十億円増加する。これを被保険者一人当たりすると、組合健保におきましては一万五千七百二十円、政管健保におきましては七千五百九十円の負担増となる。すなわち実質的な増税だ、こう申し上げたいわけでありまして。

○大野吉雄君 私が先ほど申しましたのは、老人病院などの既存の福祉施設の活用にとつて中間施設が望ましいというふうに申し上げたのではなくて、中間施設をそれ自体を評価した上で、それを整備するに当たりましては、資源の効率的な利用などからしまして、既存の施設をできるだけ活用することが望ましいというふうに申し上げたわけなんです。

それから、それに関するデータは全く持ち合

昭和六十一年十一月十四日発行

せておりません。

○中田成慶君 滞納者についてのお話がありましたのでつけ加えますが、滞納者というわけではありませんが、病院に直接の滞納者の方がありまして、病院に来るけれども、来るというコミュニケーションがあるんですが、お金を払って帰らない。だけれども、また次に来る。また次に来るといふところにケースワーカーが不斷にかかわつておりまして、お金があつたら五百円置いて帰る、千円置いて帰る。かなり勝手気ままに病院を利用してはいるけれども、そういう人を病院が切らないような、採算に合わないような、病院のシステムを院内に持たなければ、採算だけでは患者は切り捨てられてしまう。その意味でMSWやケースワーカーと言われている人たちの働きというのは非常に重要で、もつと位置づけられなければならないのではないかと申ひたいと思ひます。

○堀内座長 これにて質疑は終了いたしました。この際、一言ごあいさつを申し上げます。意見陳述者の方々におかれましては、長時間にわたり貴重な御意見をお述べいただきまして、まことにありがとうございます。拝聴いたしました御意見は、本法案の審査に資するところ極めて大なるものと信じます。厚く御礼を申し上げます。また、この会議開催のため、格段の御協力をいただきました関係各位に対しまして、深甚の謝意を表する次第でございます。それでは、これにて散会をいたします。

午後三時二分散会

衆議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局