

第七回 参議院社会労働委員会會議録第五号

昭和六十一年十二月九日(火曜日)
午前十時三分開会

委員の異動
十二月八日

辞任
森下 泰君
中野 鉄造君
藤井 恒男君

補欠選任
松浦 孝治君
高桑 栄松君
勝木 健司君

出席者は左のとおり。

委員長
理事
佐々木 満君

委員

岩崎 純三君
田代山紀男君
糸久八重子君
中西 珠子君
石井 道子君
石本 茂君
遠藤 政夫君
関口 恵造君
曾根田郁夫君
田中 正巳君
前島英三郎君
松浦 孝治君
宮崎 秀樹君
千葉 景子君
対馬 孝且君
浜本 万三君
高桑 栄松君
杏脱タケ子君
佐藤 昭夫君
勝木 健司君

國務大臣

厚生 大臣 斎藤 十朗君

政府委員

厚生大臣官房長 北郷 勲夫君
厚生大臣官房総務審議官 長尾 立子君
厚生省健康政策局長 竹中 浩治君
厚生省保健医療局長 仲村 英一君
厚生省保健医療局長 黒木 武弘君
厚生省保健医療局長 小村 功典君
厚生省社会局長 下村 健君
厚生省保険局長 此村 友一君

事務局側

常任委員会専門員

説明員

大蔵大臣官房企画官 田谷 廣明君
文部省高等教育局医学教育課長 佐藤 國雄君
自治省財政局準公営企業室長 警城 博司君
自治省税務局市町村税課長 小川 徳治君

本日の會議に付した案件

○委員派遣承認要求に関する件

○参考人の出席要求に関する件

○老人保健法等の一部を改正する法律案(内閣提出、衆議院送付)

○連合審査会に関する件

○委員長(佐々木満君) ただいまから社会労働委員会を開会いたします。

委員の異動について御報告いたします。

○委員長(佐々木満君) 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

○委員長(佐々木満君) 委員派遣承認要求に関する件についてお諮りいたします。

○委員長(佐々木満君) 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

○委員長(佐々木満君) 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

○委員長(佐々木満君) 参考人の出席要求に関する件についてお諮りいたします。

○委員長(佐々木満君) 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

○委員長(佐々木満君) 参考人の出席要求に関する件についてお諮りいたします。

○委員長(佐々木満君) 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

〔異議なしと呼ぶ者あり〕

○委員長(佐々木満君) 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

○委員長(佐々木満君) 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。

○宮崎秀樹君 トップバッターを承りましてこれからちよっと伺いたいと存じます。

○厚生大臣、御就任早々老健法という大変大きな法案を抱えてこまめに切り抜けてこられた御苦労をお察し申し上げます。大変大きな波でございましたが、これからのさざ波程度のことはあるかと存じます。

私現場の医師として、昨日もお年寄りの患者さんを二人ばかり入院させていただきました。また御老人のところへ往診も実はやってきましたわけでございますが、そういう現場の声をひとつ反映していただいて、この老健法が円滑に活用されるようにしていただきたいと思います。

特に、老人保健施設に關しましては、これは法案ができましたも運営に關して円滑にこれが活用できないということになれば大変なことになると思っております。そういう意味から、現場の声を今後吸収して、よりよい老人の医療を行うという趣旨について大臣はどういうお考えか、ちよっと御所見を承りたいと存じます。

○國務大臣(斎藤十朗君) 現場の声を十分聞くようにというお話でございます。私も常にそのようにせねばならないというふうに考えておるところでございます。特に老人保健施設の今後の運営等についてのお話でございますが、今回の老人保健法等の改正の一つの大きな部分は老人保健施設を創設するというところでございます。

これは、医療サービスと生活サービスを兼ね備えた新しい施設として、今後増大する要介護老人、また寝たきり老人の方々に大きな役に立つ施設として展開をいたしてまいらうというものでございます。それだけに、今後のお年寄りの施設の大きな柱をなしていくわけでございますから、御期待にこたえられるように適正に運営されるものにしていかねばならないと考えております。

そのためには、この法律が成立をさせていただきまして、まずモデル事業を展開をいたし、それによっていろいろ分析をし、検討をいたしてまいりますとともに、老人保健審議会等におきまして関係の方々のいろいろな御審議を経て細目について決定し、そして運営をいたしてまいりように心がけてまいりたい、このように考えておるところでございます。

○宮崎秀樹君 大変御丁寧な御答弁ありがとうございます。

それでは、私、まず老人保健施設に関する現場からの声を申し上げたいと思います。

まず第一番目には、老人保健施設の性格でございます。それと、次に老人保健施設の施設管理者、それから施設のいわゆる責任者の問題についてちょっとお尋ねしたいと思っております。

ここに十一月二十日の衆議院社会労働委員会の御答弁がございまして、これは黒木老人保健部長の答弁でございまして、その中にこういうことがあります。これは何も言質をとってどうこうしようというわけじゃございません。ただ、これははっきりしておかないと大変な誤解を招くし、会議録に載りますので、その辺をちょっと私お伺いしたいと思っております。

そこで、「病院は治療、この施設は治療が終わった」「この施設」というのは老人保健施設でございまして、「治療が終わった人の社会復帰までの間の療養、それから特養は家庭がわりの、介護中心のサービスだ」という言葉でございまして、ところが、この「療養」という言葉でございまして、これは療養所というのがございまして、結

核療養所にいたしましたとしても治療をするところでございます。でございまして、私はやはり、ただいま厚生大臣が言ったように、医療サービスも行うところである、医療を行うということは軽い治療も行うということでございますので、これはやはりここで明確にしておかないといけないということが第一でございます。

それから、第二点の施設管理者の問題でございますけれども、今度の改正法案の第四十六条の七では、「老人保健施設の開設者は、当該老人保健施設に係る施設療養に関する業務を医師に管理させ、又は自ら管理しなければならぬ」ということが規定されておるわけでございます。すなわちその管理者というものは、医療に対する管理者は医療そのものと医療を行う場所並びに設備の管理をするということでございます。そうしますとこの老人保健施設の全部がこれに含まれるわけですね。

そしてまた、先ほど私が言いました衆議院の十一月二十日の社労で黒木保健部長は答弁の中でこういうことを言っております。ここへ入所するに「お医者さん、その管理医師と患者さん側の契約によって入所が決まるわけでございまして、そういうことを言っております。ということとは、管理する医師と入所する側の老人なり家族なりとの契約でやる。そうしますと、管理責任者が医師でない場合は、これは契約するということになりますと大変難しい問題が起きます。入所する人の状況を把握するということとはやはり専門家の医師でなきゃできないわけでございまして、ここに大変な問題があるかと思うので、その二点についてどういうお考えか御答弁願いたいと思っております。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健施設の性格につきまして私の答弁にしてお尋ねでございますけれども、老人保健施設の性格は既に答弁をいたしておりますように、入院治療を終えた方が主として家庭へ復帰するまでの間そこで施設療養をいただくということでございます。当然その中で先生御指摘のような医療が含まれているわけ

でございますが、正確には入院治療という意味での治療ではなくて、医療ケアという程度の言葉として療養という言葉を使わしていただいたわけでございます。なお、法律上はそういう老人保健施設で行われます医療につきましては施設療養と定義をいたしております。そういう意味で私の答弁も御理解をいただきたいと思うわけでございます。

それから、次に施設長の問題でございますけれども、老人保健施設におきましては、入退所に係る医学的判断を含めまして、医療に関することは医師が管理者として責任を持ってその任に当たつてもらうことに法律上いたしております。医師以外の者が施設の管理者となる場合にあっては、医療について医師の判断にゆだねるという旨の基準を運営規則上定めてまいりたいというふうに考えておるわけでございます。

なお、施設全体の管理者につきましては、多くの場合は医師が当たることになって考えておりますけれども、老人保健施設は御説明いたしておりますように、医療と生活サービス、生活上のお世話、両方のサービスの提供を目的とする施設でございます。そういう意味では医師以外の者が管理する場合も施設の態様によってはあり得ることということで、法律では施設長を医師に限定することにはいたしていないわけでございます。

○宮崎秀樹君 時間がございますので、まだまだ突っ込みたいと思うんですが、ないことが幸いしていると思いませんか、そういうふうな御理解しておいてください。私どもの主張はあくまでもその辺はお考えいただきたい。より円滑に動くということではやはり医師でなければ私にはなかなかうまくいかなんではないかと思うわけでございます。

それでは次は、老人保健施設と医療法との関係でございます。老人保健施設の創設によりまして、初めて医療法以外の場所で診療行為なり医療が行われるという道を開いた、こういうことでございます。

も、これはわが国におきましては医療の基本法は医療法でございます。このようなあり方は、医療の体系に混乱を生ぜしめるのではないかと、こので大変我々は危惧しておるわけでございます。この点につきまして、改正案については必ずしも明確にされておらず、医療法の中の適当な条文だけを引っ張り出して、そして老人保健法の中へくっつけたというところでございまして、老人保健法の中でこの医療施設を固定化しようという考えのようでございまして、私はこれは早急に医療法の改正を行って、この老人保健施設を中間施設として正しく医療法の中で位置づけたいという考えを、政府はどういうふうにお考えですか、お答えいただきたいと思います。

○政府委員(竹中治治君) 先ほど来何度かお話が出ておりますように、老人保健施設は医療サービスも行いますが、同時に生活サービスも行い、いわゆる中間施設であるということで今回老人保健法に規定するというところでお願いを申し上げておるわけでございます。その際に適正な医療を確保するために、老人保健法におきまして、医療法が病院・診療所に対して行っております規制に準じた規制を行うということにいたしておるところでございます。

なお、医療法でございまして、私ども医療法の基本的な性格を含めまして、また昨年お願いをいたしました医療法改正で取り上げなかった種々の課題につきまして、数年後を目途に抜本的見直しをしたいと考えておるわけでございます。その際、今先生のお話ございましたように、老人保健施設につきましても難病患者あるいは身体障害者等々の中間施設、あるいは場合によりますればホスピス等とともに中間施設の一類型といたしまして、医療法におきまして位置づけをあわせて検討してまいりたいと考えておるわけでございます。

○宮崎秀樹君 ただいま健康政策局長さんからの御話でございまして、数年後にはかもの

とまとめてやりたいというお考えがあるように伺ったんですが、しかしこれは現在ほとんどできてしまふということになると、この規制勧告というところもございまして、できるだけ早くこれを切り離して単独でも早くやっていただきたいというところをお願い申し上げます。

それから、これは関連でございすけれども、今話が出ました、つくるときは別に勧告はしない、しかしでき上がったものについては病床数としてこれをカウントしていくんだと。これを病院のベッドの半分、〇・五でやるというお話もございす。これはやはりでき上がったときをカウントして、つくるときは手放しだということ、まことに私はおかしいと思ひます。それは適正配置の面でも言えますし、また補助金、融資等を行うわけでも言えます。それからまた、今度の附帯決議にございまして、年金福祉事業団によりまして、いわゆる厚年、国庫の積立金を活用しまして老人保健施設関係の施設用地獲得のための土地取得事業というふうなこともやるわけにございすので、これはお金を貸してしまつた、でか上がつたものはとんでもないものができてしまつたというところになると大変なことになると思ひますね。

ですから、これはやはりそこで行政指導をしつかりやうで、そして医療法の中へ取り込むまではとにかく暫定措置としてでもこの指導をびしとしないと、同じところに老人保健施設が五つも六つもできた、いわゆる適正配置が全くなされないうふうなことになるか、かねないということにございすので、この辺につきましてはひとつしつかりした措置を講じていただくようお願いしたいと思ひますが、これについてはいかがでございすか。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健施設の適正配置についてのお尋ねでございす、御指摘のとおりでございまして、全国的に適正な配置を心がけていきたいと思ひておるわけにございす。地域地域の実情に応じまして適正配置を図られ

るよう、補助金とか融資等に際しましてその運用を通じて十分配慮していきたいというふうに考えております。

○宮崎秀樹君 ぜび、そういうふうに行行政指導なり何かでしつかりこれはやっていただきたいと思ひます。

それから、老人保健施設は適切に配置される必要が今のお話のようにあるわけにございす、これは地価の高いいわゆる東京都とか、全く山の中とかいうところでは大変いろいろな問題もあるし、また住民の非常に近いところにはない、お年寄りというのはいやほいやコミュニケーションがないところで隔離するということ、私は大きな精神的なマイナスになると思ひわけにございす。

そういう意味から、施設の規模でございすけれども、現在あるいわゆる中小病院なり診療所等を活用して、土地の高いところではそういうことをやうて活用していかなくなら、なかなか投下資本というの莫大なものになつてきにくいということもありまふ。そういう規模についてはどのようにお考えか、ちつとお聞かせ願ひたいと思ひます。

○政府委員(黒木武弘君) 都市にどういうふうな老人保健施設を設置、普及していくかというの、大変重要な私どもの行政課題だと認識いたしておるわけにございす。そのために小規模の老人保健施設をという御提案だというふうな何一つあるわけにございす、この小規模の老人保健施設につきましては、夜間の体制をどうするかといったような問題、そのために必要なスタッフをどう確保するかといったような難しい問題があるわけにございすけれども、そういう問題にも留意しながら小規模の施設についても今後検討をしてみたいというふうな考えております。

○宮崎秀樹君 ぜびそういうふうにお願ひしたいと思ひます。

それから、今度の老健法の改正案では、この老人保健施設において、いわゆる都道府県知事が施設

設置者に対して改善命令とか業務停止、それから管理者の変更命令、または開設許可の取り消しなど、こういうことが出来るわけにございす。これは例えば、私どもは老人保健施設の不正不当などというのを決して擁護するような考えは毛頭ございせんけれども、こういうことをやはり行かうというところにつきましては、基本的権利を守るといふ立場から、都道府県に医療審議会というものがあつてございすから、そういうところの一応意見を聞いて、これは処分なり、知事の権限でやるといふことについては私はいいと思ひますけれども、これを知事単独のいわゆる行政だけの考え方ではなかつた、いろいろな問題が起きるんではないかと思ひわけにございす。これにつきましてはどういうふうなお考えでございすでしょうか。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健施設の許可取り消し等の行政処分は当たりまして、関係審議会に意見を聞くかどうかというのは大変重要な政策判断であらうかと思ひますけれども、私どもとしては現行医療法上、病院について許可取り消しをする場合に審議会等の意見を聞くことになつていない、そういうことのパラメータ、それからまた今回提案いたして法律では、取り消しに当たりまして当事者に弁明の機会を供与する等の手続を踏むというふうなことの規定を整備しておりますので、審議会の意見を聞くという形での私どもの提案にはなつていないということ御理解をいただきたいと思います。

○宮崎秀樹君 それでは次に移りますが、老人保健施設におきまして、いわゆる施設費のことについて。

医療サービスにつきましては、やはり一般の社会保険医療というものを活用してやるんだというお話でございす。そうしますと、社会保険医療というものの整合性を十分考慮してやうてもらわなかつたと思ひわけにございす。

これは定額ということに一応今の法案ではなつておりますけれども、ここで問題がございす

のは、いわゆる特養というのがございす。ところが東京都の特養は、一人当たり二十九万三千円にございす。これは七万円を都が上乗せしまして、個人負担はそのうちの一万九千円ということにございす。二十九万三千円。そして、老人病院というのは、これは御承知のように、社会保険診療報酬からその医療費を払つておるわけにございす、これも平均は大体三十万円内外と、そのほか付き添いをつけますと一日大体全国平均が、これは看護婦でなく家政婦でも今一万円取りまふ。そうすると約三十万。大体六十万ぐらゐかけてやうてゐる。そしてこちらの東京都の方は二十九万三千円。

今度でございす老人保健施設は、二十万円を補助しよう、それで五万円ぐらゐは自分で持ちなさい、トータル二十五万ですね。そして入れる人はどういう人を入れるかという、老人病院と特養との中間の人を入れるんだということになりまふ。それから人数につきましても、老人保健施設は医師が常勤で一人、看護婦が七人から十人、それから介護職員が十五人から十八人、こうなつておる。そうしますと、これは重介護を要する老人を入れますと、この人数でこの費用では絶対にこれはできないんですね。絵に描いたもちよりもっとひどいものになるんじゃないかと私は心配してゐるわけにございす。と申しますのは、非常に粗雑なものになつてしまふ。できないから粗雑になつてしまふ。

だから、やはり私はこれは出来高払い方式で、寝たきりの人を入れた場合には三十万ぐらゐかつかつてもしょうがないんだというふうな、しかし軽い人は十万円ぐらゐであつてもいいということに、施設に対して丸めやるよりはむしろその人一人一人の状況に応じて、実態に即した方法をとらないと、私は運用できないと思ひます。私はそのことを申し上げると同時に、もう一つ、設備の問題でございす、これは老人病院のいわゆる一人当たりの平米、八・六平米という一番大きくとらしてゐるわけにございすけれども、今

度の施設の場合、ひとつ少ない費用でやれと、そこへ押し込めるとなりますと、そこに百人寝たきりの人が入ったのと、元気な人を百人入れるのとでは全然変わってくるわけです。そうしますと、でき上がったものは、本当に入りたい重介護者が入れなくて軽い人たちが入ってきちゃう。仮に入ったとしても、中でそれが運営できないから大変なことになってしまうと、そこでございいますので、その辺はちょっと御一考をされないと、うまくいかないんじゃないかという、これは危惧でございまして、私決してこれがどうこうという、これをぶち壊すために言っているんじゃないで、建設的な意見を申し上げているんですから、その辺をひとつ御考慮願いたいということでございいます。これらについてちょっとお答えをさせていただきます。

○政府委員(黒木武弘君) 東京都の措置の例を引用されながらのお尋ねでございしますが、全国平均で申し上げますと、特別養護老人ホームの措置費は約十九万五千円でございします。それから特別許可老人病院の六カ月以上の長期入院患者の一月当たり平均医療費が約三十万円である、こういうことから、今回老人保健施設が性格的には中間施設であるということで、その費用につきましては施設費が約二十万円程度、それに五万円程度の生活費を負担していただいて、合計二十五万円の中で一般的には適正なレベルのサービスが確保できるといふふうに考えております。

なお、この定額につきましては、一律定額ではなくて、いろいろな加算の道があるんじゃないかというところで、これは今後関係審議会等において御検討をいただく事項だといふふうに考えております。

その他この老人保健施設におきます医療なり生活のサービスの質の問題につきましては、人員配置基準あるいは設備の基準そのほか運営の基準におきましていろいろな細則を定めさせていただきまして、質の確保にも十分配慮するように運営していきたいといふふうに考えております。

○宮崎秀樹君 とにかく実態に即してひとつやっ

ていただきたいと思います。それで緊急時の病変でございしますが、入所している方が緊急時にいわゆる気管切開とか骨折の整復手術ということもあり得るわけでございします。こういうことにつきましては、やはりこれは従来の出来高払い方式といふことでやっていたのだかと思ふわけでございします。

言いたいことはいろいろございしますが、時間がございせんので飛ばしていきたくと思ひますが、それから先ほども話しましたいわゆる都心と地方との格差でございします。そういう地域格差といふことがございしますので、生活費なりいろいろな面が変わってくると思ひますが、そういうことにつきましては政府はどういうふうにお考えでございしょうか。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健施設におきま

す緊急時の医療のあり方でございしますけれども、私どもとしては原則的には協力病院からの往診とかあるいは協力病院への入院で対応していただくことにしたいと思ひておりますけれども、緊急の措置として施設のお医者様がみづから対応していただくことも必要であり、その場合には個別の定額加算といったもので評価する方向で今後検討したいといふふうに考えております。

さらに、地域差の問題でございしますけれども、施設費は個人に対する給付でございしますので、地域差といった考え方のほうはなじみむかど

うかという難しい問題もあるわけでございしますけれども、同一の額では場合によっては地域によって経営面で格差が生じてくるということも考えられますので、療養費の額を設定するに際しまして、これも関係審議会でも十分御検討を願う事項だといふふうに考えております。

たいと思ひます。

それから、この施設の療養費の中で、食費その他厚生省令で定める費用を除く施設療養費は、これはまさに医療費であるという観点から、この医療費の額の算定に当たっては、ぜひ中央社会保険医療協議会へ諮問して、その意見を聞いてから大臣が決定をしていただきたい。私はそれが原則だと思ひんでございしますが、これに關していかがで

しょうか。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健施設につきま

しては医療と福祉サービスを一体として提供する施設だと申し上げておりますが、その施設の骨格をなします施設とか人員等についてどうするかといふことにつきまして、御指摘の中央社会保険医療協議会ではそういった施設基準、人員基準とい

うものを御審議願うのはなじまないではないかといふふうに考えております。

そこでまた、施設療養費の額につきましても、そういう施設、人員等の基準と密接に關連する事項であるといふことから、私どもは老人保健審議会

会で一体的に審議することが適当であるといふところで今回の改正法では御提案を申し上げるところでございします。

ございまして、これはぜひ改めていただきたいと思ひのでございしますが、大臣いかがでござい

しょうか。

○国務大臣(斎藤十朗君) 老人保健施設が創設されま

す、この老人保健施設の療養費の額とか、また施設、設備、運営等の基準等については老人保健審議会

で御審議をいただくわけでありまして、老人保健施設のための部会を設けて、そこに医療関係者の皆様方にもお入りをいただいて、そして十分御意見を反映させていただきたい、このように考

えておるところでございします。

○宮崎秀樹君 ぜひどうぞ、そのようにして立派

なものをつくっていただきたいと思ひうわけでござい

ます。

それから、時間がございせんので、これはもう一言い

つ放しになるかと思ひますが、入院時の一部負担でございします。これにつきましても今度は三百円を五百円にして、そして今度も二カ月だったものをエンドレスにしてしまふといふことでございしますが、これは昭和五十九年の九月に調査いたしました七十歳以上の患者の平均在院日数というのがございします。これは中位に出ている資料でございしますけれども、病院は九十三・六日でございします。それから診療所は百一・一日といふことになっております。これは平均でございしますので、短い人、長い人があるわけでございします。しかしこれから見ますと、やはり四カ月から長くても六カ月といふところで私は一応期限を設けていただければほとんどこれはカバーできるのではないかと、いふふうに思ひうわけでございします。

私は、このメンバーを見ますと、これは医療を担当している者が非常に少ないわけでございします。このメンバーの構成に關しまして、やはり私は一考を要するのではないかと思ひうわけでござい

ます。委員構成が全く不適当と私は考えるわけで

うことだけでこれと考えていくよりも、むしろ国民全体でやはり老後を安心して過ごせるといううなものを持たした方が私はいくような気がいたします。これはいろいろフィロソフィーの問題がございまして、政府としてもなかなか難しいかと存じますけれども、私、現場の者としてこればぜひお願いしたいと思うわけでございます。時間が参りましたので、ここで終わらさせていただきます。

どうもありがとうございます。

○関口憲造君 今国会の最重要法案であります老人保健法改正案も、衆議院の方で修正可決されましたので、この機会に、歯科医師という立場からこの法案につきましても幾つかの質問をしておきたいと思ひます。

質問に入ります前に、老人歯科医療についての基本的な考え方を申し述べておきたいと思ひますが、老人が健全で、かつ楽しみに満ちた日常生活を送るためには、食べられること、味わえること、話せること等の機能が維持されることが最も大切なことでありまして、もしこれらの機能が不幸にして失われることがありますれば、その後の老人の生きがいをも失うことになりかねません。したがって、老人の保健医療の中でこれらの機能回復と保持は極めて重要なことであり、ここに老人歯科医療の担う大きな役割があると思ひるのでございます。

そして、お年寄りが歯の機能回復と保持を図っていくためには、何よりも齲歯や歯周病等の早期発見、早期治療が必要でありまして、老人保健法のねらいは、歯科医療の立場に立つならばお年寄りに対しまして早期発見、早期治療の機会を提供することにあるといつても過言ではないと思ひわけでございます。このような考え方に立ちまして幾つかの質問をいたしたいと思ひます。

まず、昭和五十七年の老人保健法制定の際、老人医療のうち、歯科における咬合障害を伴う欠損補綴に対しては、速やかに改善を図るとともに歯周病等の健診に努めることという附帯決議がなされ

れておるわけですが、この決議に対しては、その後厚生省としてどのような対応をしまして、その後進捗がどうかと思ひます。

○政府委員(仲村英一君) 御指摘のように、老人が生活をされる場合に歯の問題というのは非常に大きいわけでございます。当時の附帯決議におかれましては、そのような御趣旨が盛られたというふうに私も理解しておりますが、この御趣旨を踏まえまして私も、老人の歯科診療報酬につきま

して五十八年に歯科口腔疾患診療報酬改定を有床診療指導料等を新設いたしました。その実現を図ったわけでございますが、さらにその後、本年の四月の診療報酬改定に際しまして、このような歯科口腔疾患診療指導料でございますが、有床診療指導料等につきましても引き上げを図るなどいたしまして、改善に努めているところでございます。

また、老人の歯科保健につきましては、ただいま先生の御指摘のように、非常に重要だという観点から、私も従来、歯周疾患等につきましても歯科健診等の調査を行う地方公共団体に補助を行つてまいりましたが、このような調査結果を踏まえまして、保健事業の第二次五年計画におきまして歯周疾患予防を重点といたしまして健康教育事業、あるいは健康相談事業をさらに充実して実施してまいりたい、このように考えております。

○関口憲造君 ただいまお答えにございましたとおり、御案内のような点につきまして、殊に医療の老人保健に對します歯周病等を本事業に組み入れるということについては大いに敬意を表するものでございますが、また医療費改定等の問題等につきましても、四百円の一手手直しというふうな状態としてまだ十分ではないかというふうな考え方を持つものでございます。

さて次に、老人医療におきまして歯科の実態について触れたいと思ひますが、昭和五十九年の老人医療費の状況、厚生省の老人保健部調べで見ましても、三兆四千六百四十五億のうち歯科はわずか八百九十五億で、そのシェアは二・五八%にす

ぎません。一人当たりの診療費を見ましても、年間入院二十五万二千四百七十七円、入院外十七万九千二百八十二円と比べてみると、歯科は一万一千四百三十五円と格段の差がありまして、一月当たり直すと九百五十三円にすぎないというふうな統計もあるわけでございます。さらに昭和五十九年の中医協実態調査によりますと、歯科診療所の収支は昭和五十六年に比しまして一四・五%の減となつておるわけでございます。

ここで老人歯科医療の状況、特殊性から見まして老人歯科の診療報酬の改善を図る必要があると思ひわけでございますが、これについての厚生省のお考えを伺いたいと思ひます。

○政府委員(黒木武弘君) 歯科の医療費についての状況につきましては御指摘のとおりでございますが、医科の外米と比べまして一人当たりではないし、一件当たりでそう大差はないものと考えております。

歯科の診療報酬の改善の問題でございますが、私も老人の方々にしましては先生御指摘のように一般に歯の悪い方が多いわけでございますし、したがって有床診療を用いる方も多いわけでございます。こういふ方々に先ほどの三原則のように、食べられて味わえて話せるというの老人にとつての生きがいにつながる大事な問題だと思つております。したがって、その診療報酬は年々改善をいたしておるわけでございます。老人の口腔の状態等についての療養上の指導、それから有床診療装着時の指導の充実を図る等、老人歯科診療報酬を特別に定めておりまして、老人の特性にふさわしい診療が行われるように努めておるところでございます。

先ほど局長からも申し上げましたように、本年四月の改定におきましても、これら指導料の引き上げのほか、寝たきり老人に対する有床診療指導料の加算の新設、そういった改善を図つておりますし、今後とも中医協の御審議を踏まえまして適切な老人歯科診療報酬の設定に努めてまいりたいというふうに考えております。

○関口憲造君 次に、老人保健施設の関係の質問に移りたいと思ひますが、まず老人保健審議会には歯科代表が含まれておらず、従前より歯科代表を加えることを要望していたところでございます。しかし、本改正法案では、老人保健審議会の権限がいろいろ拡大されたにもかかわらず、委員構成は全く改められておらないわけでございます。委員構成は全く改められておらないわけでございます。同審議会の権限を拡大するのであればそれにふさわしい構成に改めるべきでありまして、歯科医療についての意見を反映できるよう同審議会に歯科代表委員を加えるべきであると思ひわけでございますが、この点につきましてもいろいろの点につきましても大臣から御答弁をいただきたいと思ひます。よろしくお願いいたします。

○国務大臣(斎藤十朗君) 先ほど官庁委員にお答えをいたしましたように、老人保健施設について専門的に御審議をいただく部会を設置し、その際には医療関係者の皆様方にお入りをお願いしたかった、こう申し上げたわけでありまして、その医療関係者という中には当然歯科医療関係者を含めていただいております。

○関口憲造君 また、高齢化社会における老人歯科対策は欠くことのできない福祉対策でございます。老人の歯科医に対するニーズに対応できるように老人保健施設に、歯科診療施設の設置あるいは歯科医師の配置などきめ細かな配慮がなされるべきであらうと思ひわけでございますが、これについての厚生省のお考えを伺いたいと思ひます。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健施設に歯科の診療設備があるいは歯科医を配置するかどうかというお尋ねでございます。現在、特別養護老人ホームあるいは老人病院におきましても、歯科の診療設備あるいは歯科医師の配置の義務づけは行われていないわけでございます。そういう点から考えまして、バランス上、老人保健施設にそういったものの義務づけというものには難しいんではないかとこのように考えておるわけでございますけれども、先生御提案のように、老人にとつては歯科医療の確保というの

は非常に重要でございますので、老人保健施設の入所者の歯科の医療をどう確保するかということにつきましても、例えば提携の歯科医院等をつくるとか、そういったところの連携をよくして歯科医療を確保するとか、いろんな方法があるんじゃないかというふうに考えておまして、これも大臣からお答えいたしましたように、専門部会の中で歯科の代表者の方の御意見も十分聞いてまいりたいというふうに考えております。

○関口憲造君 いろいろ伺っているわけですが、こういうふうな点についても老人の皆様のお手助けになることができるようなことを我々も望んでいるわけでございます。それに対して十分こたえるようないろいろな対応策をおとりいただきたい、かように考えるものでございます。最後に、外来の一部負担金についてでございますが、衆議院の修正によりまして外来時一部負担金は八百円ということになっております。このように千円から八百円になったということについては大いに賛意を表するものでございます。

さて、お年寄りが例えば入れ歯に当たりがあつて来院されるというような場合におきまして、再診月においては再診料と口腔疾患指導料の計七十七点、すなわち七百七十円となることがあるわけでございます。これは現場でいつも経験していることでございます。この場合、一部負担金として七百七十円を徴収することになります。その患者さんがその月にもう来ないということになりますと、その月の医療費の一〇〇%をその老人が負担することになります。他の制度の負担率、被用者保険では本人一割、家族三割、国保ではオー

ル三割というふうになっているわけでございますが、それに比べて非常にアンバランスを生ずることになります。

このようなケースは、医科外来におきましても同様のケースが多々あるわけでございます。さらに歯科におきまして、月に七百七十円だけという場合はともかくといたしまして、相対的に月に八千円以下というような低額の診療のウェイトが高

いと想定されるわけでございます。このような場合、低額の医療費だからといって一割、五割、十割といった高率の負担を老人に負担させることは問題があると思うわけでございます。厚生省でもおおむね五割程度が適当であるというふうなことを言っておられるところでもあります。

そこで、このような低額の診療につきましても、歯科のみならず、医科歯科含めまして別途低い一部負担金を定めるといふような取り扱いが必要だと思ふのであります。この辺の検討をぜひともお願いしたいと思ふ次第であります。

老人をいたわるといふ精神は老人保健法の趣旨でもありますので、老人の立場を尊重するためにも何とかこれを実現していただきたいと思ふわけでございます。この点を強く要望いたしまして、ちょうど時間となりましたので私の質問を終わります。

○石井道子君 現在の財政再建、そして高齢化社会を迎えまして、二十一世紀を展望した長期的安定的な老人保健制度を確立するために、大臣を初めといたしまして皆様方が大変御苦勞なさっておりますことに心から敬意を表したいと思ふわけでございます。

きょうは、私の質問に關しましては、老人保健法の第四十六条の八の第一項と、それから同じく第二項に關する問題でございます。この施設に關する事項と員数に關する問題、このことについてお伺いをしたいと思ふわけでございます。

この施設は介護を主体とした施設であるということでございますが、一方で医療サービスも行われるというところでございまして、そこでは投薬、注射、検査、処置などが行われると、そんなふうに表示されているわけでございます。そこで行われる医療サービスのうちの医薬品に關する部分について、その管理とそれから薬剤に關して、これは当然薬剤師が行うべきである、そんなふうには思ふわけでございますけれども、今回の法律の中には明記をされていないのでございます。その点についてのお考え方を伺いたしたいと思います。

老人の医療というものについては非常に慢性疾患が多々ございます。そして、いろんな医薬品が使用されまして、長期服用により副作用とか、相互作用というものが問題になりますし、またその安全性を守らなければなりませんので、薬を正しく使ったいたくための服薬指導とか、あるいは薬歴管理、指導なども大変必要になってくるケースではないかと思ふわけでございます。それはやはり薬の専門家としての教育を受けた薬剤師が当然行うべきではないかと思ふわけでございます。また、薬には毒薬とか劇薬とか、麻薬もありますし、医学の進歩、薬学の進歩によりまして新しい医薬品もどんどん出てまいりますし、数多くの医薬品の品質を確保して、そしてその有効性、安全性を保つためには、適正な使用に十分注意をしなければならぬと思ふわけでございます。

医薬品はほかの品物と異なりまして特殊なものでありますから、患者が自由に選択ができない品物でございます。それは、ほかにはそういうものがあるかもしれません、唯一の特殊性を持ったものであると認識をしているわけでございますけれども、この有効性、安全性を確保するためには、やはりその医薬品に關する情報というものを的確に患者さんに適用しなければなりません。それを薬剤師が当然行うべきではないかと思ふわけでございます。

最近アメリカで行われておりますことの中に、ゲット・ジ・アンサーという問題がございますのを存じしてございましょうか。このことはやはり三年前からアメリカで行われているわけでございますけれども、現代の医療が問題を多く抱えている中で、よりよい医療を実現するために処方された医薬品について医師とか薬剤師に積極的に患者が質問をすべきであるという、そういう運動でございます。アメリカの調査でございますけれども、これは処方された薬が間違つた方法で使われているというものが約三〇から五〇%もあるというところでありますし、また副作用についても説明

を受けていないとするものが七〇%もあるとか、あるいは内容とか使用法について無関心で質問もしたこともないとかという方が九五%もあるというところで、これは正しく薬が使われていないというふうな一つの証左ではないかと思ふわけでございます。

日本の実態がどのようなものであるかということとは、御調査がしてあればお聞かせをいただきたいと思ふわけでございますけれども、このような問題は、やはりこれは医療従事者にとっても、また患者にとっても大変不幸なことではないか、そういうふうに思ふわけでございます。このような問題を解決するためにも十分に医薬品の使用についての配慮をしていただきたい、そのことをお願いしたいと思ふわけでございます。

医療サービスの主体はもちろん医師でございますし、その重要な役割を果たされているわけでございますけれども、やはり高度化、専門化、また複雑化している医療というものが真に国民のためにその効果を上げるためには、それぞれの分野の専門家がその専門的な学問とか技術を生かして、そして医療従事者がチームワークをとって、そしてその専門性を発揮することが、やはりその医療の質を高めるといふようなことに役立つのではないかと、そんなふうに思ふわけでございますけれども、このようなことについての大臣のお考えをお聞かせ願いたいのでございます。

○国務大臣(斎藤十朗君) 総論的に申し上げますと、老人保健施設におきましても医薬品の適正な管理、調剤の確保ということは必要なことであろうと思っております。今後、老人保健審議会におきまして施設とか、また人員の配置とかいろいろお決めをいただく際に、こういった問題も勘案して御検討いただけるものというふうに考えておるところでございます。

○石井道子君 医療における医薬品の取り扱いとか、薬剤師の役割とかというふうなことにつきましても、さきの医療法の改正におきまして非常に多くの改正が行われたわけでございますし、また

本年四月から行われております診療報酬改定におきましては、調剤費については入院において調剤技術基本料が一部アップをされたことでありますとか、あるいは薬歴管理料が調剤薬局について一応設定をされたというような新しい展開を見ております。それだけ薬剤師の職能というものの評価が定められたというふうにも思いますけれども、それだけ責任があるわけでもありません。

医療費の抑制、老人医療費をやはり抑制する余り受診率が低下して、老人保健施設においてその辺をかなりカットするというような傾向が見られるわけでもございますけれども、これでは入所老人の医療サービスの質と量の低下ということになりますし、入所者に対しては、あるいは老後の問題について非常に不安を引き起こすことになるのではないかと、そんなふうにも思っています。ですから、これからは長寿社会対策における医療はできるだけ細かな配慮をお願いしたいと思うわけでもございます。

この老人保健施設についての薬剤師の配置の問題、調剤する場所の問題について具体的なこともお聞かせをいただきたいのでございますけれども、老人保健部長いかがでございますでしょうか。○政府委員(黒木武弘君) この老人保健施設のサ―ビスにつきましては、何度も御説明いたしておりますように看護、介護、リハビリテーション等が主要なサ―ビスでございます。しかし、御指摘のように、疾病管理等のための投薬も行われることは事実でございます。その際、御指摘のように副作用とか、有効性、安全性あるいは使用についての配慮といったような形での専門的な判断が必要なのは私も理解できるわけでもございます。

しかしながら、この老人保健施設に薬剤師の配置をどう考えるかという場合に、やはり医療法における病院や診療所での取り扱いのバランスも考える必要があるわけでもございます。そういたしますと、一般的には常勤必置ということとはやはりバランス上いろいろ問題があるのではないかと考えておりまして、したがって、設置形態とか規

模に応じた適正なものにしていく必要があるのではないかとこのように考えております。

なお、調剤所につきましては、いずれにしても薬剤師さんが常勤あるいは非常勤の形で勤務される場合には、薬剤師さんの勤務される場合の調剤所というのはどうしても必要になってくるわけでもございます。しかし、薬剤師を常勤で配置するかどうかというのは、先ほど申しましたように、いろいろとバランス的に考える必要があるということでもございます。

○石井道子君 この施設の規模とかいろんな問題については、いろいろと老人保健審議会で審議をするというふうなお話も伺っているわけでもございますけれども、今後やはり薬剤師の職能を生かして少しでも長寿社会に貢献したいという、そういう薬剤師の心、希望というものをぜひ御理解をいただいて、格段の御配慮を賜りたいと思うわけでもございます。

それから次に、老人保健審議会の問題がございまして、先ほど質問が出ておりましたが、今度その審議会の権限が大幅拡大されるということでもございまして、専門部会をつくっているというところというところでございまして、その中に、医療従事者として薬剤師を委員の中に加えていただけるものでしょうか、その点をお伺いしたいと思っております。

○国務大臣(斎藤十朗君) 先ほど来お答えをいたしてまいりました医療関係者の皆様方にお入りをいただきました、こう申し上げておりますが、その中には薬剤師を代表するということか、薬剤師関係の皆様方も当然入るものと御理解をいただいて結構でございます。

○石井道子君 ありがとうございます。それから、先ほど管理者とか施設長の問題が出ました。医師が行う場合が多いというふうなこともありますが、そうでない場合もあるというところでございまして、その施設長となり得る条件とか資格とか、そういうものはどのようなものでございましょうか。

○政府委員(黒木武弘君) この施設につきましては、医療については当然ながら医師が管理することになったとしても、施設長につきましては、施設はそれぞれの施設の態様に応じて医師以外のも施設長になり得る適格者があられるのではないかと、そういうことで、それはそれぞれ開設者なり施設にお任せするということが私どもの考え方でございます。

具体的には医師以外にはどういう基準で施設長をと、こういうことでございまして、まだ具体的には決めているわけではございません。特養に併設した場合には、特養の施設長がこの施設長を兼ねられるというのとはより適当ではないかと思っておりますけれども、いずれにしても老人の医療なり福祉に理解があつて、経験があられて、立派に施設経営ができる方ということとを私どもは念頭に置いているわけでもございます。

○石井道子君 それからこの老人保健施設は、まづことしモデルの施設をつくって検討するということもございまして、六十一年度は余すところ何カ月もございませぬけれども、今年度十カ所を一応決めていられたいというところでございまして、その具体的なことにございましておわかりになる範囲でお答えをいただきたいと思っております。

○政府委員(黒木武弘君) 今年度モデル実施を予定いたしておるわけでありませぬけれども、御指摘のようにモデル実施の期間が窮屈になつておりますけれども、本法が成立し次第モデル実施に入りたいというところでございまして、

具体的にどういうことを考えているかということでもございまして、病院とか特養併設等設置タイプ別及び地域別等種々の条件別に試行的な実施をしてみたいということでもございまして。その結果、データを収集いたしました、私どもの実施に当たります実施細則のいろんな数値等を決めます場合のデータに活用したいというふうにも考えておるわけでもございます。

して、六十二年には百カ所をつくるというふうなことでございまして。この施設をつくることによつて老人医療に対する経済的な効果、そのようなものはどんなことになりませうか、わかりましたらお願いをしたいと思っております。

○政府委員(黒木武弘君) 昭和七十五年を目途に試算をいたしておりますけれども、その七十五年目途に老人保健施設を二十六万から三十万床程度整備をしていきたいというふうな私どもは整備目標を立てているわけでもございます。その関係から、医療費にどういう影響が出るかということも試算をいたしておりますけれども、それによりまして、もちろんその計画どおり整備がされたとしても、そしてまた在宅対策の強化ということ等の効果も相ましまして、いわゆる社会的入院の解消が図れるということから、老人医療費の伸び率が現状のまま推移するとした場合に比べまして約二ポイント程度低下するんじゃないかという試算数値を出しております。

○石井道子君 ありがとうございます。以上でちょうど時間になりましたので、質問を終わらせていただきます。

○糸久八重子君 今回の老人保健制度の見直しは、臨調・行革路線の中、毎年度マイナスイメージ予算編成の中で社会保障にしろ寄せられた財源捻出策として考えられたものであると私も理解しております。そしてそれを国民連帯、世代間の負担の公平に名をかりて、狭い範囲の、しかも誤った公平論を振りかざして国庫負担の削減を意図しているものとか考えられないわけでもございます。本委員会では十分に時間をかけて論議を重ね、将来に禍根を残すことのないようにしたいかなければならないと思っております。

まず、本法案提出の経緯、理由をおさなりの提案理由ではなくて、大臣、本音のところをぜひお聞かせいただきたいと思っております。

○国務大臣(斎藤十朗君) 日本も長寿社会を迎えてきておるわけでありまして、これから本格的な長寿社会へ向かってまいっているわけでもございます。こ

ういった中で、年々お年寄りの医療費の増高というものは、これは避けて通れない問題であり、それだけの大きな医療費をどのように負担をいたしてまいるか。そして、この長寿社会におけるいわゆる基礎的な社会保障としての老人医療制度というものが皆様に安心し、信頼していただいて、そして安定した制度として今後展開をしていけるように今その基礎固めをいたしてまいらなければならぬ、こういう考えから今回の老人保健法等の改正をお願いいたしておるところでございます。

○糸久八重子君 さりとて伺いたしますと大変きれいな言葉で飾られているわけですが、けれども、大変この中身には問題点がたくさんございまして、逐一ただしていきたく思うわけですが、最初退職者医療制度の問題でございます。

退職者医療制度の六十一年度の加入見込み数はどのようになっておりますか。

○政府委員（下村健君） 六十一年度の退職者医療の対象者は予算上三百九十九万人、それに特定健保組合で行う退職者医療の対象者六万人を加えまして三百二十五万人ということでございます。それに対する実績が、十月時点で三百九十九万人ということで、おおむね目標に近いところで推移いたしております。当初、二百六十万人ということで大変国保財政にいろいろな影響を与えたわけでございますが、その後相当に改善されてきておる状況でございます。

○糸久八重子君 政府の当初の見込みの延長線でご覧になるとしたら、その数はどの程度となっておりますかと考えられますか。

○政府委員（下村健君） 四百二十万程度でございます。

○糸久八重子君 厚生省は五十九年度のスタートの時点で四百六十二万人、そして六十年年度はそれを前提に四百二十三万九千九百九十九人の加入を見込んでいたわけですが、大きな見込み違いを生じたわけですね。つまり、退職者医療制度の創設に伴って国保への補助率を引き下げたことが市町村へ大きな

財政影響を与えたわけですね。五十九、六十年年度の財政影響については市町村が満足し得る額ではないけれども、一定額の財政的な手当てがなされました。しかし、六十年年度についても国保補助率をもとに戻さない限りは、その見込み違いによる財政影響は尾を引いている問題であります。その額は一体どの程度のものになると見込んでおりますか。

○政府委員（下村健君） 昭和六十一年度につきましては、各市町村では実態に見合った退職者数を基準にいたしまして予算編成を行っておりますので、五十九、六十年の両年度と同様に、見込み数値と実績数値の差からの影響額というものは、ちょっと現在となつては算出できないのではないかと考えております。

ただし、六十年年度の影響額をもとにいたしましてラフな推計ということになりますが、大ざっぱな推計をいたしますと、六十一年度の影響額は千五百億円程度というふうに考えております。

○糸久八重子君 その額の補てん措置はどのように図っていく考えですか。

○政府委員（下村健君） 退職者医療の加入者数の差によります財政影響の補てん措置でございますが、五十九、六十年年度の影響額二千八百億に對しまして、六十年年度の補正予算におきまして千三百六十七億二千五百万円の特別交付金を措置いたしたわけでございます。それから、本年度におきましては、当初予算に二百三十億円を計上いたしておりましたけれども、先般の補正予算におきまして、さらに七百四十億円を追加計上いたしましたので、計九百七十億円の措置がとられたわけでございます。したがって、退職者医療の影響額、六十年年度が約千四百億、これに對して、ただいま申しました千三百六十七億、それから六十年年度が、老人保健の実施による効果も見込みまして、千五百億に對してただいまの約九百七十億、それと老人保健の一月約百四十億というものを考えますと、六十一年度の影響額についての措置はほぼ十分にとられているというふうに考えております。

○糸久八重子君 ただいま説明がございましたけれども、つまり、国民保険の退職者医療制度の創設、それに伴う国庫負担率の引き下げ、それが大きな見込み違いを生じた。だから、被用者保険側から支援してもらおうと。今回の改正のねらいの一つはそこにあったのではないかと。そのことが何か明確になつてきたような気がいたしますけれども、いかがですか。

○政府委員（下村健君） 私どもとしては、ただいま申し上げましたように、五十九年度が退職者医療の影響が約六百億、六十年年度が千四百億、六十一年度が約千五百億と、こんなふうに見込んでいたわけでございますが、六十年年度、六十一年度につきましては、満額とはいえないまでも、これに對する措置はとつた。したがって、国保の財政は、五十九年度分の影響がどの程度の影響を後に残しているかという問題は残っております。で、退職者医療の影響があるという点については否定はいたしません、国保財政逼迫のより大きな要因としては、老人保健法施行後もなお加入率についての格差が拡大するところにより大きな影響があるというふうに考えているわけでございます。

○糸久八重子君 国民健康保険の国庫負担率を引き下げたけれども、おいおい加入がなされていくとそれは言いますけれども、やはりそれに見合う制度が、その見込みどおりに加入者がなかった。この財政の影響について他制度の被用者側の拠出方法を改めて、負担額を増加させて補てんさせるという理屈はどこにあるのでしょうか、どこから来ているのでしょうか。

○政府委員（黒木武弘君） 今回の老人保健法改正に盛り込みました加入者按分率の引き上げでございますけれども、これは老健法創設後三年後に加入者按分率の見直しを行うという規定に沿ひまして検討した結果でございます。

老健法の基本理念は、老人医療費を国民が公平に負担をするということと理念として掲げておりまして、その理念に沿つて今回の見直しをした結果、国保については負担減になり、被用者保険については負担増が生ずるということでございます。公平の措置の結果として各保険者に負担の増減が生ずる、こういうことでございます。

○糸久八重子君 増税なき財政再建を標榜する政府が、国庫負担率を引き下げて、一方で国保の見込み違いから生ずる国保財政の影響額を被用者側に押しつけるという道理がどうしても理解できないわけですね。これは実質的な増税と見ても間違いないわけですね。

○政府委員（黒木武弘君） 今回の改正は、どの保険者も、どの制度におかれても等しい老人数で老人保健の拠出金を出してもらおうというところでございまして、したがって、私どもは、その公平の措置の結果に伴う被用者保険側の負担増でございますから、それなりに合理性のある今回の改正であるというところでございまして、先ほど御指摘のようないれなき増税あるいは隠れた増税という批判は当たらないのではないかと考えております。

○糸久八重子君 その辺も大変問題が残されておるわけですが、一応総当たりというところでございまして、この中身の問題につきましては次の質問者に譲りまして、次に、一部負担の問題について伺いたいと思ひます。

まず、健康保険法制定当時、一部負担新設に抵抗しまして、患者負担分を肩がわりして従来どおり無料化を維持した市町村が法施行後一年で七十七あったと聞いておりますけれども、現状はどうなっておりますか。

○政府委員（黒木武弘君） 制度発足時、御指摘のように七十七市町村でございましたけれども、現在六十市町村になっております。

○糸久八重子君 数が少なくなつてきているというのは、厚生省の行政指導強化の中で肩がわり中止に追い込まれている状況にあるのではないかと申すわけですが、憲法の保障する地方自治と老人の健康権、そこから見るとどう解釈されま

すか。

○政府委員(黒木武弘君) 私どもは、この問題についてはかねてから御答弁申し上げているところでございますけれども、その上乗せを強制的にやめるといったようなそういう制裁措置なり強制的な手段で干渉する、言ってみれば、お尋ねのように自治体の自治権を侵害するような形で指導をしているわけではございません。

この老健法におきまして、一部負担金につきましては、老人の方々に健康に対する自覚を高めていただくとともに、適正な受診をお願いするという趣旨から導入されたものでございまして、老人医療費を国民みんなで公平に負担するという趣旨からも一部負担の肩がわり措置というものは適切でないと考えておるわけでございます。こういう一観点から、これら老人医療に關します地方単独事業につきましては、地方公共団体に對しまして、先ほど申しましたように制裁措置をとることと

は考えておりませんけれども、老人保健法の趣旨につきまして十分理解を求めて、国の施策との整合性を考慮して適正な対応をとるよう指導をしているところでございます。

○糸久八重子君 十分負担し得る額ということも今おっしゃったわけですけども、現行の外来一部負担毎月四百円というのはどのような算定根據なのでしょいか。

○政府委員(黒木武弘君) 現行の外來一部負担四、五百円の根拠についてのお尋ねでございます。これは老健法創設時の考え方になるわけでございますけれども、その前はいわば無料化制度で無料だったわけでありますけれども、老人医療費につきま

しているような形で問題が生じてまいりまして一部負担が導入をされたわけでございます。その際は、健康に対する自覚を促し適正な受診をお願いするという見地から導入されたわけでございますが、その際、金額につきましては、当時の健保本人の外来の一部負担が初診の際に八百円とされていたこと等いろいろ勘案いたしまして、政府案では一カ月五百円として提案を申し上げたわけでござ

さいますが、衆議院において四百円というふうに修正されたものと承知をいたしております。

○糸久八重子君 健康に対する自覚を持っていたく額、それが三年で二倍、衆議院で修正をされまして二倍になったわけですけども、その根拠はどこにありますか。

○政府委員(黒木武弘君) 私どもは、今回の一部負担の引き上げは主として世代間の公平という見地からお願いをいたしているわけでございます。現在の老人医療費は四兆円を超えておるわけでございますけれども、老人の方が窓口で負担していただいております一部負担は一・六%ということに相なっております。そういう意味では、大部分が若い世代が負担をしておるといふ現状に照らしまして、やはり世代間の負担の公平という観点が極めて重要であると判断をいたしまして今回の引き上げをお願いいたしておるわけでございます。

今回の改正に当たりましては、老人が払いやすいように定額制をとっておりますし、外来の月の初めに一回だけ支払うという現在の仕組みは堅持したいしておるわけでございます。今回の引き上げは、諸物価あるいは医療費の増高にスライドして引き上げるといふよりもむしろ世代間の負担の公平という観点から、一部負担の水準につきまして健保本人が八百円の定額負担だったのが先般の健保法の改正で一割負担に改められたということから、やはり世代間の公平という見地から考えますとその半分程度は御負担を願うべきではなからうかという判断で御提案を申し上げておるところでございます。

○糸久八重子君 老人保健審議会の中間意見でも、「必要な受診を抑制しないよう慎重に配慮しながら、老人にとって無理のない範囲内で定額負担の増について検討すべきである」、そう言っているわけですね。そして具体的な数字は明らかにしていないわけですが、その辺についていかがですか。

○政府委員(黒木武弘君) 審議会の御意見はその

とおりでございまして、必要な受診を抑制しない範囲での引き上げということでございます。

私どもは、今回の一部負担につきましては、先ほど申し上げましたように世代間の負担の公平の見地から主としてお願いをしているものでございますけれども、そういたしますと、原案では月一回外来千円ということで御提案を申し上げたわけでございますけれども、その月一回千円が、現時点におきます老人の所得の状況あるいは年金の水準等から見まして、月一回千円、修正後では八百円でございますけれども、この金額がお年寄りに無理な負担、したがって必要な受診まで抑制するということにはならないのではないかというふう

に判断をいたしましたわけでございます。

さらに、先ほど申し上げましたように定額制を定率に直せという意見等もあったわけでございますけれども、定額制を堅持する、つまりお年寄りが幾ら窓口で取られるかわからないようなことにならないように、老人の医療につきましては、その一部負担は定額制を堅持し、かつ月一回最初に払えば後は何回でもかかりつけのお医者さんに行っていただけのような、月一回最初支払い制というものも維持しているわけでございますから、そういうことを総合的に勘案いたしますと、今回の引き上げが必要な受診の抑制に私どもはならないというふうに考えておる次第でございます。

○糸久八重子君 部長の御答弁は何か同じことばかりの繰り返しのような気がするんですけれども、今最後に月一回の負担なのだからということ、力を込めておっしゃったわけですが、病氣というのはいつなるかわかりませんが、例えば月の後半に病氣になって病院に行った、そこで払った、月がかわるとまた払わなければならないわけですよ。これは一カ月三十日単位で考えるわけじゃないわけですから、そういう意味で大変負担が重くなるのではないかと、そう私たちは主張しているわけです。

それから、先ほども御答弁の中にございましたけれども、健保本人が定率一割負担となつてその

たね。私たちの反対にもかかわらず、それも退職者医療に保険料引き上げもせずに出金をさせるために被用者保険本人の一割自己負担をまず導入し、それを理由に老人の一部負担を重くするというのは矛盾があるのではないかとというふうに考えるわけです。このような理由づけをしていったらもう際限なく負担はふえていくというふうに考えられます。もっとやはり説得力のある説明をしていただかないと、どうしてもこの部分は納得できないんです。

○政府委員(黒木武弘君) 確かに若い世代の医療保険との関連において、今回一部負担の改正をお願いしているということでございますので、他の制度が動いたからということだけでは納得できないというのも一つの御議論かとも思いますけれども、私どもの方の考え方としては、やはりこれからの老人医療費を見ます場合にその増加というものは避けられないわけでございまして、現に四兆円の医療費が毎年毎年一〇％程度伸びるんではないか、四、五千億程度の増加は避けられないわけでございます。この老人医療費の増加額というものは結局は国民だれかが負担をしなきゃならないわけでございます。

やはり老人医療費の増加は、今後適正化に努力はいたしますけれども、避けられないわけでありますから、その増大する医療費を国民に今後とも負担していてもらう、そのためにはやはり老人も若い人と力を合わせて負担する面というものが必要になってくるのではないかとという考え方から、現在、老人医療費の一・六％の負担では私どもの考え方ではやはりバランスがとれない、この際引き上げをぜひお願いすべきではないか、そういうことによりまして国民に今後とも増大する老人医療費を公平に負担していただくシステムをこの際確立させていただきたい。

それは老人世代間の負担の公平という意味での負担の公平化措置と相まちまして、若い世代間の負担の公平も、加入者按分率の引き上げということ

とで、両方世代間も同一世代の中の負担も、今回の改正によりまして公平に負担するシステムというものをこの制度にビルトインさせていたいただきまして、これから二十一世紀に向かってこの老人保健制度を長期的に安定させていく、そのことがこの法の目的であります老人の医療を確保していく、お年寄りにとって大事な医療を今後とも確保していくために非常に大事なことでないか、こういう観点に立ちまして今回の一部負担の引き上げをお願いをしているわけでございます。

○糸久八重子君 世代間の負担の公平ばかりを前面に出していらつしやいますけれども、老人の医療費がふえるという理由はやはりもつと解明していかなければならない問題がたゞさんあると思うんですよ。そういうことを積極的になさらないで、表立った医療費がふえるから、だから世代間の負担を頼むんだと、公平な負担を頼むんだというようなことはやはりどうしても納得できない部分があります。またこの医療費の問題につきましては、後で質問の中に織りまぜていきたいと思ひます。

現在の外米の場合の老人の医療費は、おおむねどの程度の金額になっておりますか。

○政府委員(黒木武弘君) 一月当たりでお答えいたしますと、おおむね一人一万六千円ぐらいにかつております。

○糸久八重子君 一万六千円から二万円というふうに言われているわけですが、政府原案の千円というのは五%の定率負担に等しいのではないかと修正で八百円になっておるわけですが、これも四%の定率負担である。

五十九年十月から被用者保険本人の医療費一割自己負担制度が導入されたわけですが、それは受診率にどのような影響を与えておりますか。

○政府委員(下村健君) 約一〇%ダウンいたしております。

○糸久八重子君 それで、もし老人医療の患者一部負担が倍増されたといしますと、お年寄りは

やはり早期の受診を控えたり、そして治療を受けていることによって病状が安定しているにもかかわらず治療を中断することによってさらにその症状が悪化する、そういう状況が考えられるのではないかとと思ひますけれども、そうならない保証はあります。

○政府委員(黒木武弘君) 今回の外米の一部負担が早期受診なりあるいは必要な医療が中断されるという点で私どもとしてはやはり心配であるわけでありまして、先ほどから申し上げましたように、そういうことも十分念頭に置きまして、現在のお年寄りの所得なり、年金の水準なり、あるいは一部負担の仕組みなり、定額制とか、月の最初に払うとか、そういうものをあわせ講じまして、先生御指摘のように、この一部負担の引き上げによつて、お年寄りにとって必要な受診が抑制され、そのことによつて病気が重くなる等のことが起こることはないであろうというふうに考えておるわけでございます。

○糸久八重子君 老健法が施行されてから老人の受診率が減少しましたね。そして、五十九年度の厚生白書によりますと、老健法によつて老人医療費の切り下げの効果がありと評価されているわけですが、しかし、治療費の一部自己負担並びに受診率の減少というのは当初予定した医療費の高騰の抑制には直結しないことが法施行後の二年を経て明白になっていないのですか。

つまり、受診を抑制することによつて病状が悪化し、そして非常にたくさん費用を要することがその原因と考えられるのではないかとと思ひますけれども、つまり法制定が医療費抑制に効果を上げていなかったと、そういうことがここから言えるのではないのですか。

○政府委員(黒木武弘君) 確かに老人保健を創設いたしましたときに受診率に影響があったわけではございます。入院につきましてはほぼ横ばい程度であったわけでありまして、外米の受診率は低下を見たわけでありまして、

けであります。受診率は若干減少いたしておりますけれども、一方一件当たりの日数が増加しているというところがございます。一つの医療機関でじっくり腰を据えて治療を受けるような傾向のあらわれだというふうにも老人保健創設時の一部負担導入による影響を見ておるわけでございます。

つまり、一部負担を導入いたしました際には、いろいろ老人医療について、はしご受診あるいはサロニ化等々の意見なり批判があったことも事実でございます。それがこの老人保健創設時の一部負担の導入のデータを見ますと、受診率は若干の低下があったものの一件当たりの日数はふえていくというところで、一つの医療機関でかかりつけのお医者さんにじっくり診てもらえるという形に変わったものではなからうかというふうに見ております。

その後、この受診率は入院、外来とも増加をいたしておりますけれども、そのことが私どもは必要受診の抑制にはなっていないとともに、逆に医療費抑制効果というものをもちろ一部負担で考えたわけではございませんで、やはり老人に健康への自覚なりあるいは適正な受診をお願いするという見地からお願ひしたわけでございます。現状の受診率等の推移は私どもとしてはとやかく問題にするべき筋合いではないというふうに考えております。

私どもとしては、最近の入院の受診率というものはかなり大きく伸びている傾向があるわけでございます。これはやはり老人が入院される、しかし入院された後も長期に在院されるというようなことから老人医療費の押し上げの原因になっているわけではございません。

そういう意味から、今回中間施設というものを組み入れることによつて、一部負担による抑制効果ではなくて、長期入院の方、俗に言へば社会的な入院をされている方に対して、その方々にふさわしい施設を提供することによつて私どもは中長期的には医療費の抑制と申しますか、医療費

の適正な水準にとどめていく方途の一つになるのではないかとこのように考えておりました。今回老人保健施設の提案を申し上げているのもそういう面があるからでございます。

○糸久八重子君 受診率は減った。確かに窓口で一部負担しなければならぬから、当然これはお年寄り本人がお医者さんに行くのをやめている方が多くなったのだと解釈します。また一件当たりの日数が増加したということなんです。結局一件当たりの日数が増加した、一カ所ですっきりというふうにおつしやったわけですが、それどもね、日数が増加したということはやはりその病気が大変重くなった、したがって医療費がそこではふえるというふうな、そういう結果になってくるのではないかとと思ひます。

老人に健康への自覚を持たせるようにということもおつしやいましたけれども、そもそも政府は中長期的に考えてお年寄りの医療費自己負担をどのように考えていくのか、何を基準にして考えていくのか、これを明確にしたいだきたいと思ひます。

○政府委員(黒木武弘君) 老人の医療費につきまして、お年寄りの自己負担がどの程度の水準であるのが適当かというのはいろいろ議論があるところでございますけれども、私どもの結論として一応五%程度が適当であるという判断をいたしておるわけでございます。もちろん、今後の医療費の動向等々でいろいろ御議論はあり得るところであると思つておりますけれども、現時点の私どもの考え方は、老人医療費については五%程度の負担、そういうものが適当な水準ではなからうかというふうに考えております。

○糸久八重子君 それでは次に、高齢者が入院した場合のいわゆる保険外負担についてお尋ねをいたします。政府は、本年度予算委員会の段階で老人病院における保険外負担の状況を公表しておりますけれども、そこには差額ベッド代及び付添看護料は含まれておりません。差額ベッド代及び付添看護料

の実態についてどのように把握をされていらつしやいますか。

○政府委員(下村健君) 第一が差額ベッドの問題でございますが、従来から三人室以上の差額ベッドを解消するように指導を行つてきていますところでございます。この結果、総病床数に占める三人室以上の差額ベッドの割合は、指導通知を出しました昭和四十九年には六・六%ございましたが、昭和六十年には〇・八%というふうに相当程度低下しているわけでございます。患者の負担額の方でございますが、差額ベッド全体を平均いたしますと一日当たり三千三百円程度というふうに推計いたしております。今後ともルールに反した不適切な差額徴収が行われることのないよう指導の徹底を図つてまいりたいと考えております。

第二が付添看護の問題でございますが、普通看護の病院におきまして付添看護がついた場合、付き添いに要した費用について患者に償還払いを行つていくわけでございます。この償還される看護料と実際に支払われる償行料金との間に、大都市の場合に基本給において一日当たり約千円程度の開きがありまして、これが患者負担になつていくわけでありまして、付添看護料につきましても、これまで国立病院における看護婦の給与実態等を踏まえまして償還される療養費の額の改定を行つてきたわけでありまして、今後とも実態を十分に把握いたしまして適切に対処してまいりたいと考えております。

○糸久八重子君 昨年、中野区が調査をいたしました高齢者の入院実態調査報告によりまして、報告書のうち六三%に当たる人が差額ベッド料を払つたと回答しております。負担額を見ますと、五万円を超えて十万円以下というのが四三%、そして十万円を超えて十五万円以下というのが一四%、すなわち五万円を超えて十五万円以下の者が約六〇%いるということでございますが、こういった実態についてどのように認識をしていらつしやいますか。

〔委員長退席、理事岩崎純三君着席〕

○政府委員(黒木武弘君) 中野区の調査は私も承知をいたしておりますけれども、中野区の調査は付添看護をつけた人が東京都に対してその費用を償還する、その人たちに對するアンケート調査だと承知をいたしております。したがういふふうなことを考へておるわけでございます。

なお、金額的には非常に高く出ておりますけれども、その内容につきましては、例えばお医者さんの謝金とかあるいは差額ベッド等が非常に大きな割合を占めておりますが、いわゆるお世話料についてはおむつ代あるいは生活諸費でございますが、一万円程度のレベルではなかつたかなというふうに考へております。

○糸久八重子君 政府の調査の場合には病院を対象として調査をしたわけですね。中野区の場合には患者またはその家族からの聞き取り調査であつたわけですね。対象が病院よりも患者またはその家族の方がより本當の値が、実際に付したその値が出るのではないかと考へるんですけれども、そういう意味で患者対象の調査をする用意はありますか。

○政府委員(黒木武弘君) 厚生省としてなかなか患者を直接に調査するというのは難しいわけでございます。今回私どもは、いわゆるお世話料というもののつきましても全国の老人病院を対象に実態調査をいたしたわけでございますけれども、この調査結果につきましては個々の都道府県が承知をしておりますデータその他いろいろ突合いたしておるわけでありまして、私どもの病院を対象にした今回のいわゆるお世話料の調査というものは実態を反映した数字として出ているんではないかなというふうに認識をいたしております。

○糸久八重子君 厚生省がお調べになりました老人病院における保険外負担の状況、どのくらいになつておりますか。

○政府委員(黒木武弘君) 昨年の十二月に全国の老人病院を対象に実態調査を行ったわけでございますけれども、いわゆるお世話料につきまします状況でございますが、入院患者一人一月当たり平均二

万七千五百円になつております。

〔理事岩崎純三君退席、委員長着席〕
○糸久八重子君 平均が二万七千五百円。しかし大都市では違つていますね。どのくらいの金額になつておりますか。

○政府委員(黒木武弘君) 関東を一、二で分けておきますけれども、いわば東京、埼玉、千葉、神奈川という首都圏でございまして、四万九千四百円になつております。それから、近畿につきましては三万六千三百円になつております。

○糸久八重子君 厚生省の調べでは、首都圏では約五万円、そして平均では二万七千円というわけですが、しかし中野区の調査でも見られるとおりかなり高額なものを払つておる方がいる。やはりこの保険外負担を行政としてどうしていかなければならぬと思ひますか。

○政府委員(黒木武弘君) 中野区の調査でございますが、先ほど申し上げましたように非常に高い、月額十万円以上が五割という調査結果が出ておるわけでありまして、その内訳を見ますと、差額ベッドが五万一千円という方が六二%、お医者さんの謝金というのが五万一千円というレベルで五五・四%という数字が出ておるわけでございます。したがつて私どものこの実態調査というものは全国レベルの数字としては実態を反映しているんではないかというふうに考へております。

これに対する指導でございますけれども、かねてからいわゆるお世話料につきましても、医療と医療の給付と重複するものについてはお世話料というものは絶対に認められないということで、その是正を図るよう都道府県を通じて指導をいたしておるわけでございます。したがういふことで、医療として給付されるものについてさらに費用を徴収するということとは私どもは認めないわけでありまして、その方針は今後とも徹底をさしていきたいというふうに考へております。

○糸久八重子君 こういった保険外負担というのは、老人病院からしてみると取らざるを得ないか

ら取つておるんだということになると思ふんですね。取らざるを得ないから取つておる、その理由というのはどこにあるんでしやうね。

○政府委員(黒木武弘君) いわゆるお世話料につきましては、一番重い大きなウェイトを占めますものはおむつ料でございます。そのほか理髪代とか貸しテレビ代等のいわゆる生活費サービスがこれのお世話料に入つておるわけでございます。そういう生活サービスというのは医療の給付として保険の方が病院に払わない経費でございますから、そういう患者さんの身の回りの必要なサービスなりあるいは費用についてはやはり病院としてはその対価をお願いせざるを得ないのではないかと考へておるわけでございます。

○糸久八重子君 特別許可病院の基準で医療介護を行えば別にお世話料などを取らなくてもいいけれども、それでは入院している患者やその家族が満足するかと云へばやはり満足しない、また医療機関側の良心も許さない、それが実態だと思ふんですね。例えば現場の声といたしまして、入院患者に対して入浴を一週間に一回でも入れてあげようとするれば、今の特例許可病院の人員配置ではとてもできない。また、給食でも時間をかけて介助して食べさせてあげたくてもできない、そうすると結局本人が食べられる範囲でしか食事をとらないからやはりどんどんと病状は落ち込んでしまふ、落ち込むから点滴をする、そういう悪循環になつてしまふわけですね。

こうした悪循環を断ち切つてできるだけ食べさせようとするれば、もつと食べさせられる職員を入れていかなければとてもできない。そうするとその分だけ経済的にはみ出るから、経営サイドからお世話料という名の徴収といった理屈になるのではないかと、そう思ふわけですね。

したがつて、基準看護をとつておる病院でも、看護婦とそれから看護婦、看護助手が四、四、二という割合なんです、それをもう四、四、四ぐらいに置かなければとてもやっていけないのではないかと。この現実をどう認識されますか。

○政府委員(竹中浩治君) 特例許可病院の職員の配置につきましてお話がございましたが、御承知のように、特例許可病院におきましては、老人慢性疾患ということでございまして、比較的安定期が長い。したがって、一般の病院に比べまして、診療あるいは看護に比較いたしまして日常的な介護が重視される、そういうことで、この特例許可病院の職員の配置基準につきましては医師及び看護婦は一般の病院と比べて少なくない、つまり基準を緩和するというにいたしてござります一方で、入院患者の介護に当たる職員を置くというにいたしてござります。

したがって、今お話のございました患者の療養上のお世話をする職員、つまり一般病院は看護婦だけでござりますが、特例許可病院におきましては看護婦プラス介護職員ということで、一般の病院の看護婦数の基準よりも特例許可病院の看護婦と介護職員の合計数というは多くなつておる、そういう基準になつておるわけではございませう、私どももいたしましては、この基準で適切な療養上のお世話ができるのではないかと考えているわけではございませう。

○糸久八重子君 私は、老人病院の人員配置は、正看、准看、助手というその要員をどういう比率で置くかというとは別といたしまして、少なくとも三対一ぐらいで置かなければお年寄りの本来的な介護、それから看護はできないのではないかと、そう思うわけですが、いかがですか。

○政府委員(竹中浩治君) 今三対一というお話があったわけではございませうが、一般病院で例えば入院患者百人、百ベッドの病院ということで、その基準数は看護婦さんが二十五人必要ということになつておりました、老人病院、特例許可病院におきましては看護婦さんが十七人、介護職員が十三人ということで三十人ということになつておるわけではございませう。先生のお話の三分の一、百人に三十人ではございませう。十人に三人というのが現在の特例許可病院の基準でございませう。

○糸久八重子君 実は私の知人で、一般病院に入

院をしていただけたけれども、非常に負担が余計でとても耐えられない、そこで身内の者が無理やり老人病院に転院をさせたわけですが、一般病院におりましたときには二十四時間付き添いの看護をつけていたわけではございませう、一年寝たきりでありましてけれども、大変十分な看護ができたと思つたわけですね。老人病院に参りましたところが、三月たちましたら床ずれができてきたということがわかつたわけ、とても体の上に毛布をかいたり重いものをかけると大変だということで私も羽布団などを持ってまいりましたけれども、そういう実態があるわけですね。

だから、やはり老人病院の今の基準では十分にそういう介護の状態がでないということをお私に本当に身をもつて感じたわけなんです。そういうことで、どうしてもこの基準というものはやはり変えていかなければいけない、このことがまた今提案されております保健施設の介護人、看護婦等の基準にもかかわつてくるのではないと思ひますけれども、そういう意味では今実情を申し上げたわけではございませう。

いづれにいたしまして、老人の入院につきましては、老人保健制度に基づく一部負担だけの問題ではなくて、いわゆる保険外負担が非常に重くなつておる、そしてそれが家計の負担にもなつておる、そのことをやはり多く直視すべきです、特に長期に入院する者にとつては今回の改正は非常に過重な負担を強いる結果となるということを認識していただきたいんですけれども、大臣、そのあたりはいかがでございませう。

○国務大臣(斎藤十朗君) ただいまの老人病院における基準の問題等、今答弁申し上げましたように、この基準からすれば先生御指摘のような三対一に近い看護、介護人の配置を義務づけておるわけではございませうが、実態としてこれが完全に守られていないという部分もあるわけではございませう、そういった面の指導を強めてまいりたいと思ひます。また、今後将来にわたつて病院や診療所、また老人病院等にお

けるそういった人員の配置等について現在医療法の見直しを行つていただいておりますけれども、そういう中においての見直しもやつていかなければならないというふうに考えておるところでございませう。

一部負担の点につきましては、先ほど来るるやりとりのあつたところでございませうが、現在の年金、またお年寄りの生活実態等から見まして、全体としては無理なく御負担をいただくものではないかというふうに考えておるところでございませう。

○委員長(佐々木満君) 午前の質疑はこの程度にとどめ、午後一時まで休憩いたします。

午後一時三十分開会

○委員長(佐々木満君) ただいまから社会労働委員会を再開いたします。

休憩前に引き続き、老人保健法等の一部を改正する法律案を議題とし、質疑を行います。質疑のある方は順次御発言を願ひます。

○糸久八重子君 加入者按分率の問題についてやはりここでお伺いしておきたいと思ひます。各保険者の拠出金を現行のような算定方法、すなわち医療費按分率と加入者按分率という二つの按分率が導き出された理由はどこにありましたか。

○政府委員(黒木武弘君) 老人医療費をどう保険者にその費用を按分するかというところでございませうけれども、もちろんすべて老人の加入率を調整した上で、つまり加入者数に応じて按分する方式が一つありますし、もう一つは医療費実績そのものに按分してもらう方式があるわけではございませうけれども、私どもの最初の提案いたしました法案で申し上げますと、五〇%から一〇〇%の間で政令で定めるところによつて両方に按分したらどうかという形が私どもの政府提案だつたわけではございませうけれども、それを国会の修正で五〇%按分ということになつたわけではございませう。恐らく初

めての制度が創設されるわけではございませうから、医療費実績を半分、それから加入者按分を半分にするものがその当時としては適当であらうということとで五〇%に修正がなされたものと承知をいたしております。

○糸久八重子君 今回、本則で加入者按分率を一〇〇とした理由はどこにありましたか。

○政府委員(黒木武弘君) 先ほど申しましたような経緯で五〇%に衆議院で修正され、さらに参議院の段階で五〇%以下で政令で定めるようにというところが再度修正されたわけではございませう。その際に、同じく附則で検討事項が入りまして、その算定方法五〇%以下で政令と書かれた特例の算定方法及び本則の算定方法を含めまして、三年後に検討の上見直すようにということで検討事項が付け加えられたわけではございませう。

私どもは、三年たちました時点におきまして、それではどういふふうにとこの拠出金の算定方法を見直すかということで検討に入つたわけではございませう。そこで、老人保健審議会に前席に相談を申し上げたところ、老人保健審議会の中間意見として、一〇〇%を目指して検討するようにという意見が多数意見として出たわけではございませう。私どもは、やはり法の本旨が老人医療費を国民が公平に負担するという法の精神なり理念からいって、私どもとしては一〇〇%に加入者按分率をさせていたしまして、どの保険者も同じ老人を抱えるという形での拠出というものが最も望ましい公平な負担の方式ではなからうかということとで、今回御提案を申し上げたわけではございませう。

○糸久八重子君 どの医療保険も同じ割合でお年寄りを抱えることになつて、それが公平になる。それならば、按分率五〇%、五〇%でスタートをした理念というのは何だったのでしょうか。

○政府委員(黒木武弘君) 先ほど申し上げましたように私どもの当初の考え方は、五〇%から一〇〇%の間というところで五〇%になつたらどういふふう負担の増減があるか、一〇〇%にしたらどういふ負担の増減があるかということ、政府

の原案として出させていたわけでございますけれども、制度の創設ということもありまして、やはり急激な保険者の負担増等も配慮された上で、国会の方で御修正になって現行の按分の算出方法が決まっているものと承知をいたしております。

○糸久八重子君 加入者按分率を引き上げることによって各保険者間の拠出金はどのように変わりますでしょうか。

○政府委員(黒木武弘君) 私どもは、今回の加入者按分率の引き上げに伴う拠出金の推計につきましては、六十一年度から八〇、それから六十二年、六十四年度までが九〇、六十五年以降が一〇〇%ということで、衆議院による修正があることを受けて試算した結果の数字でございます。もちろんいろいろ前提がございまして、一人当たりの医療費の伸び率を五・九%、老人人口の平均伸び率を三・三%という前提を置き、さらに一部負担につきましては、外来八百円、入院につきましては原案どおり五百円で期限なし、そういう前提で試算した数字でございますけれども、老人医療費総額としては、六十一年度の四兆三千二百九十五億円から六十五年には六兆二千四百億円ということで、約一・四倍に医療費全体が増加するものと見ております。

各制度の拠出金の増減でございますけれども、六十一年度政管健保につきましては、七千二百八十八億円が六十五年には一兆二千九百億円、健保組合につきましては、六十一年度の五千二百三十九億円が六十五年には一兆八百億円に、それから国保につきましては、六十一年度の一兆四千六百四十五億円が六十五年には一兆四千億円になるものと見込んでおります。

○糸久八重子君 午前中の質問の冒頭でも申し上げましたとおり、老人保健の拠出方式というのは、被用者保険から国民健康保険に対する援助ではないのか。そして、加入者按分率の引き上げというのはそれを一層助長するものであるのではないのか、そう思うわけですが、老人保健制度の中だけ

での加入者数を同じにするということ、これが負担の公平と言えるものでしょうか。もっと広い視野で考えていくべきことが多くあるのではないかと感じますけれども、いかがでしょうか。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健制度は各医療保険制度にいわば乗っている形で運営しているわけでございます。それぞれのお年寄りがそれぞれ政管あるいは組合健保あるいは国保という形で、本人あるいはその家族という形で入っておられるわけでございますけれども、そういう中で、私どもはそういうお年寄りの医療費を各制度が持ち寄った形で拠出金を仰ぎ、それを市町村が各保険者に肩がわって共同事業という形で実施しておるわけでございますから、私どもとしての公平の措置という考え方は、やはりおのずから共同に拠出す負担金について、どの保険者もどの制度も同じ老人を抱えた形で拠出し合うというのが老人保健制度にとつては一番公平な負担の方法ではないかというふうに考えております。

○糸久八重子君 現在、国民健康保険にはどの程度の国庫負担が行われておりますでしょうか。また、それは国庫財政全体ではどの程度の割合になっておりますか。

○政府委員(下村健君) 国民健康保険に対する国庫負担の割合でございますが、国民健康保険事業全体に對しまして、まず割合から申しますと、国民健康保険の医療給付費の五〇%、それから老人保健の拠出金につきましては五五%、それからそのほか助産費に對しましてその三分の一、それから事務費の全額という格好で国庫負担を行つておるわけでございます。

金額を申し上げますと、六十一年度予算で国民健康保険の医療給付費に對する国庫負担はいたしまして一兆二千五百八十二億円、老人保健の拠出金に對する国庫負担はいたしまして七千三百五十億円、助産費に對しまして百二十一億円、事務費に對しまして七百五十八億円の国庫負担を計上いたしております。

○糸久八重子君 国庫財政全体から見ると大体五

〇%程度ですね、そうですね。

○政府委員(下村健君) 大体五〇%とお考えいた

だいてよろしいと思ひます。

○糸久八重子君 現在の所得税は税収全体の四〇・四%を占めてゐる。そして、その所得税の八〇%近くは被用者が納めてゐると言われてゐるわけ

です。これに法人税を加えますと、国民健康保険へ補助されてゐる国庫負担のうちの七〇%程度は、被用者とそれからその事業主が租税という形で負担をしてゐるということにはなりませんか。

○政府委員(下村健君) 財源に別になんかあるわけではありませんが、正確にそういう言い方がいかどうかはちょっと疑問が残りますが、財源構成からいへばそういうふうな言い方もできるかもしませんが、必ずしも正確ではないと思ひます。

○糸久八重子君 公平な負担というのは、こういつた広い観点から国民の負担がどうなつてゐるのか、租税、社会保険料の財源がどのように流れていくのか、そういったこともやはり考えていく必要があるのではないかと思ひます。そういう意味では、やはり重要な視点が欠落をしてゐるのではないかと思ひますけれども、これも負担は公平と言へますか。

○政府委員(下村健君) 医療保険制度のこれまでのいろいろな検討の経緯からいいますと、政府管掌健康保険の財政調整等がありまして、医療保険制度全体を通じての財政調整というふうな議論もありまして、事実国会に本格的な財政調整案が提案されたことも四十年代においてはあつたわけ

でございます。しかしながら、それは目の目を見る

ところまでまいりませんで、財政調整については比較的否定的な意見が有力になつた時期がござ

いました。

そのような経緯もありまして、老人保健制度を創設するに際しまして、現在の老人の加入者割合という点にのみ着目して公平化の措置をとるといふ現在の案が成立したわけでございます。したがつて、そのみで完全に公平化ということにつ

いてはなお問題が残るということになるかと思ひます。

したがしまして、私どもとしては今回の老人保健法の改正案で、高齢化社会へ向けての医療保険制度の改革がすべて終結するといふ考え方ではありませんが、六十年代後半のなるべく早い時期に医療保険制度の一元化の努力をいたしますといふことを申し上げてゐるわけでございます。したがつて、これで全部給付と負担の公平化のための措置が終わつたといふことではありませんが、老人の加入者割合という点から見た公平化については今回の措置で十分であると考へてゐるわけでございます。

○糸久八重子君 毎年度の予算編成との関連から、つじつま合わせのために国庫負担減らしをさせられてゐるとどうも思へるわけですね。医療保険における国庫負担というのは、一生を通じて各ライフステージでどのような位置づけ、それからウェートを持たつたらいかにということ。そういう基本的な観点、そして一貫した物の考え方といったものをやはり持つていかなければいけないと思ひます。

現在、医療保険における国庫負担がどのようなものになつてゐるのか御説明をお願いしたいと思ひますが、例えば政管健保で働く中小企業の被用者に対する現役の際の国庫負担はどうなつておるのでしょうか。

○政府委員(下村健君) 政府管掌健康保険に對する国庫負担の割合は、医療給付費及び老人保健拠出金等に要する費用の一六・四%ということ法定されております。

○糸久八重子君 年金生活となつて国民健康保険に移行し、退職者医療制度が適用されてゐる期間

はどのようになつてゐますか。

○政府委員(下村健君) 退職者医療につきましては、被用者保険制度の延長あるいは総体としての被用者保険制度の周辺部分ということで、これについては国庫負担は行つておりません。

代にどの制度に入っていたか分析しておりますでしょうか。現役時代に政管健保と組合との間には平均標準報酬にして二割を超える格差があるわけですね。さらに一人当たりの給付費にも格差があります。そういったことから、政管健保へ現役時代に国庫負担が出されていたものだ、そう思うわけですね。

そうすると、退職者医療制度では国庫負担がなくなっていることから、ここでも政管、組合間の調整がなされている、そう思われるわけです。現役時代国が負担していた部分を、組合や共済などで平均標準報酬総額の高いグループが転嫁させられるということになるのではないですか。

○政府委員(下村健君) 退職者医療については、現在の制度は現役時代の加入者がそれぞれ職場を変わる、あるいは一定の年齢に達すると大企業か

ら中小企業へ移るとか、いろいろ職場の変更等がありまして、それぞれの制度別の加入期間はなかなか正確には把握できないというふうな状況がありますので、被用者保険の退職者全体を一括してとらえて、それを被用者保険全体の共同事業的な

ものとして考える、こういう構成になっているわけでございます。したがって、その費用負担も全体の各制度の標準報酬総額に対する割合で分担をする、こんな感じでやっておりますので、標準報酬に応じて負担をするという形でございますの

で、標準報酬の高い者が特に高額の負担をするということにはなっていないと考えております。

○糸久八重子君 退職者医療制度から老人保健制度へ行くとき医療費の国庫負担割合はどのように変わりますでしょうか。

○政府委員(黒木武弘君) 退職者医療制度につきましては、被用者保険の性格ということから国庫負担は入っていないわけですが、老人保健に移行されますと公費負担ということで二割が国費、それからあと五%、五%が県、市町村の負担ということで負担が入ってまいります。

○糸久八重子君 どうもライフステージに合わせた医療保険の国庫負担に統一した考え方がないよ

うな気がするんですね。五十九年度予算で当初六千二百億円の国庫負担を削減するために被用者保険本人の給付率を引き下げて、そしてそこで浮いた財源を退職者医療制度に向けさせる。国保のお年寄りが退職者医療へ相当数行くから財政的に余裕ができる。その分、国保への国庫補助率を引き下げたというようなことで、まさに予算のつじつま合わせを行ったと言わざるを得ないと思います。

また、老人保健制度の按分率を改めることによつて、そして国保の拠出金を減らして、それを通じて国保の国庫負担を減額させるという、まさにその場しのぎの国庫減らしではないか、どうしてもそう思わざるを得ないのですけれども、いかがですか。

○政府委員(黒木武弘君) 今回の改正が国庫負担の削減をねらったものではないかというお尋ねでございますが、今回の改正趣旨はるる申し上げておるとおりでございます。世代間の負担の公平とか、あるいは同一世代内の今度は制度間の、あ

るいは保険者間の負担の不均衡を是正するという意味でお願いしておるものでございまして、こういう公平の負担のシステムを今構築することによりまして老人保健制度の長期的な安定を図らうというものでございます。

なお、先ほど申し上げましたように、老人保健制度に対します国の負担は公費ということで二〇％入れておりますけれども、これは改正後もこの負担割合は変わっていないわけでございます。全体として国庫負担が減少するのではないかと。

ことでございますけれども、これは患者負担や保険料負担が増加することになることに伴なうものではないかと、お年寄りの加入が多い国保の負担が軽減されるといふことを通じまして、その国保に對します国庫補助相当額がその国保の負担減額に對しては、

に見合つて減少するということからでございます。

でございますが、国保の方の負担減が多いということ、トータルとしては先生御指摘のように国庫補助が減る形になるわけでございます。これは何度でも申し上げて恐縮でございますけれども、世代間とかあるいは医療保険制度間の負担の公平を図る結果として国庫補助が減少するというところでございまして、今回の改正はそういうものを直接的にねらって行ったものではなくて、やはり負担の公平を通じて制度の長期的な安定を図るとういう趣旨からのものであるということを御理解いただきたいと思います。

○糸久八重子君 老人保健法改正案の政府原案と
おりで見てみますと、六十二年度は国保財政は六
千五百億円の支出減、そしてサラリーマンの保険
は四千三百億円の支出増となるわけです。部長は
世代間の負担の公平というきれいな言葉でいつも

答弁をなさいますけれども、やはりどうしてもこの限りでは改正案は被用者保険による国保財政の救援策ということだと思わうですね。そうではなないとおっしゃるんですが、一面、この改正案が国保の財政対策だといいますと、手助けをする被用者

それはどういふことかといいますと、まず第一に、それぞれの保険は制度内の相互扶助が目的であつて、その他の制度を助けるために存在してゐるわけではなかつた。

るわけではない。したがって、例外的に救援出動を依頼する場合には、まず期限を切るとか、それから救援のための拠出額をだれでもがわかるように限定をするとかということが必要になってくるのではないか、そう思います。それから二番目

に、助けられる側、この場合国保になるわけですが、その助けられる側の財政状況を詳細に公表するとともに、その助けがどんな役に立つのか、それを具体的に示すべきではないのでしょうか。これが当たり前の市民感情だと思ふのですけれども、いかがでしょう。

○政府委員(黒木武弘君) 医療保険制度の目的が制度内の相互扶助にあるという御指摘でございます。

すけれども、老健法の理念規定でおわかりのとおり、やはり自助と連帯ということで、国民全体が連帯の精神で助け合うことが増高する医療費を国民が公平に負担していく手だてではないかということである。老人保健制度が私どもは創設されたものとして理解をいたしておるわけでありまして、今回の改正は、国民の連帯という、そういう理念に立ちまゝして、制度を超えてと申しますか、広く老人医療は分立いたしております各保険制度の上に共同事業という形で市町村が実施している事業でございますから、そういう形で他への、老人が多い保険

者に對しまして老人を少なく抱へてゐる保險者が公平の結果として抛出を通じて公平に助け合つていくといふことは最も必要なことではなからうかといふふうに考へております。

は、私どもとしてはできる限り公表をいたしておるつもりでございます。

○糸久八重子君 同じような答弁はさておきまして、大衆私も質問する事項が多々ございますから今後よろしくお願ひしたいと思うのです。

国保財政の赤字は、資料をいただきましたけれども、五十九年度が一千六十四億円、そして六十年年度の速報値で一千七百七十億円と報告されているわけです。この資料における単年度経常収支は、各市町村の一般会計からの繰入金がある場

合、これを含んでおりますか。

○政府委員(下村健吾) ただいま先生御指摘になりました収支の赤字額千七百七十億円は、国民健康保険中央会が公表いたしました六十年年度単年度度の経常収支の速報値の数字でございます。この中

央会の教値によりますと、大体こんな数字ではないかと思いますが、六十年度の市町村一般会計からの繰入金が千七百六十一億円含まれておりますので、これを差し引いての額ということになりますと三千五百三十二億円の赤字という数字も出るわけでございます。

ただ、市町村一般会計からの繰り入れを行う原因については、保険料の引き上げを抑えたいと

か、いろいろ政策的な配慮もありまして市町村の判断で行われているわけでございまして、単純にこれを差し引いて収支を見るのが適当かどうかというふうなことは問題があると思つてゐるわけでございます。

私どもとしては、国保の財政収支は繰越金でありますとか基金からの繰入金等を加えて決算の数字で見た方が適当ではないかというふうに考えているわけでございます。

○糸久八重子君　そうすると、今の御答弁で一応市町村の一般会計への繰入金を含んで、そうおっしゃるわけですが、そうなりまして、これは国保制度の現状を間接的に示してないといふことになるのではないかと思いますね。

老人保健法改正で国保財政が助かるという部分も減るか、それともなくなるかという助かり方がありますし、そうでなくて保険料の引き下げにつながる助かり方もあるわけです。一体どんな財政効果をもたらすかを明確にした上でサラリーマン保険に支援を求めるのが筋ではないのでしょうか。

そこで、一般会計からの繰り入れを除いた収支状況は御報告願えますか。

○政府委員(下村健君)　まだ最終決算の集計が終わっておりませんので確定数値ではございませんが、ただいまの一応の連報の数値で見ますと、一般会計繰入金を除きますと三千五百三十二億円の赤字ということになるわけでございます。そのほかの繰越金あるいは基金からの繰入金というふうなものも加えて決算ベースの数値で見ますと、国保中央会が集計いたしました数字によりまして、五十九年度が千三百億、六十年が六百五十八億、六一年が千億というふうになっております。

○糸久八重子君　国保の保険料には、最高と最低の間に大きな格差があります。いただいた資料で見ますと、一人当たりの保険料の最高が六万一千五百円、最低が八千円、随分不公平になるわけですが、この格差を少なくするといふような方針はありますか。

○政府委員(下村健君)　御指摘のとおり数字でございまして、最高が北海道網走市の六万一千五百円、最低が沖縄県東村の八千円ということでございます。確かに相当開きがあるわけでございます。

私どもとしては、保険料負担に余り大きな開きがないように、財政調整交付金で市町村の財政力等に依りて保険料負担をできるだけ公平にするという観点からの財政調整をやっているわけでございまして、一方において保険料の高低は主として医療費の高低で決まるといふことになるわけでございまして、医療費の低いところというのは、どちらかといえば僻地のようなところが多いわけでございまして、単純に保険料負担をならすという形での調整だけを行うというわけにもまいりませんので、こんな結果が出てゐるわけでございまして、私どもとしてはできるだけ公平な負担の確保という観点から、保険料負担の差をできるだけ縮小していくという基本方針は財政調整を通じて努力をしております。

○糸久八重子君　医療費でもって高低が決まってくるということなんですけれども、その場合に、例えば医療費を分析すると、そういう原因の分析というのはいまはなさいますのでしょうか。

○政府委員(下村健君)　なかなか難しい面がございまして、私どもとしてはぜひともそういう努力もしてまいりたいというふうに考えております。

○糸久八重子君　レセプトを統計的に処理することができれば、医療費分析も可能になると思ふのです。

ところで、レセプトというのは支払基金扱いが今五億枚、そして国保扱いが約四億枚、合わせて九億枚近く人手によってチェックをしているわけですね。この不合理を正すには国としてはまず二つの施策に取り組まなければならないと思ふます。

その一つは、このように膨大な事務量を伴う点数出高払い方式を改めて、もっと簡便な方式に

転換することが検討できるのではないかと。

それから、二つ目としては、とりあえず、点数出高払い方式のもとでコンピュータによるレセプト処理を行うことなど改善ができるのではないかとと思ふますけれども、それぞれについて状況はどうなっておりますでしょうか。

○政府委員(下村健君)　先生御指摘のとおりでございまして、現在の膨大な量のレセプトを適正に処理するための体制の整備あるいはそのためのいろいろな簡素化といふことはかねてからの懸案になっておるわけでございまして、事務の迅速な処理のためにはコンピュータ化といふことがぜひとも必要だと考えておりました。そのレセプト処理システムを導入するための予算も計上いたしました。いろいろな努力をしております。

それから支払い方式、現在の出来高払いをどうするかといふふうなことになるかと思ふわけでございまして、これについては単純に事務処理上の観点からだけ支払い方式を考えると、うわけにもまいらないと思ふますが、簡素化という観点から現在の診療報酬あるいはその請求方式、支払い方式の簡素化といふことについては現在の支払い方式の範囲内においてできる限りの努力はしております。

○糸久八重子君　レセプト処理システム経費といふのは、今御答弁の中にちりちりと出てきましたけれども、五十九年度からずっと予算がついて年々その予算がふえていってございまして、六十二年要求といふのは十二億六千五百万円と聞いておるわけですが、この予算がついていないが、一向にそのシステムはできていない。それどころか、パイロットシステムと称して関東数県で実験的に実施してみようという方針も何か棚上げになっているといふことを聞いてゐるんですけれども、これは間違いございませんか。

○政府委員(下村健君)　御指摘のとおり、レセプト処理システムに要する経費として五十九年度以降支払い基金の予算におきまして、システム開発

の経費と、それからそのシステムのための機器のレンタル料等の運営に要する経費を計上いたしておるわけでございまして、六十二年におきましては、お話しのように十二億六千五百万円の要求をいたしておるわけでございまして、残念ながらなかなか実行段階に至りませんで繰り越しているといふのが実情でございます。

現在関係団体、特に医師会、歯科医師会といふふうな診療側の団体との技術的な問題を合めてできるだけ早く実施したいといふことで努力をいたしております。

○糸久八重子君　簡単に、そうかそうでないかといふことでお答え願いたいんですが、私の調べたところでは、昭和五十二年ごろ、当時の武見医師会長が支払い審査にコンピュータを導入を提言をした。そして、厚生省は日本医師会の指示のもとに構想を練ったと伝えられておりますけれども、間違ひございませんか。

○政府委員(下村健君)　別に医師会の指示といふふうなことではございませんで、コンピュータ化は現在のような情報化が進んでいる社会の中におきましては、医療においても一つの必然的な流れとして関係者みんながそういう認識をしております。実際問題として、医療機関におきましてもコンピュータを導入していろいろな事務処理をやっている、あるいは請求事務についてもそれを行っているところはいくつかはあります。

そんな中で、それじゃ具体的にどうやるかといふことになりまして、例えば疾病名あるいはその請求のためのいろいろな様式の規格化、それから既にいろいろな形のコンピュータが入ってあるわけでございますから、それぞれの相互の間の接続をどうするかといふいろいろな技術的な問題がございまして、また、それに伴って審査でありますとか実際の事務処理がどう変わるのかといふふうな問題もございまして、なかなかこれを実行に移そうとするといふような問題が、あつて円滑にいかない。私

どもとしてはできるだけ早くやりたいということ
で予算計上をして努力をしたんですけれども、ま
だ現実には動くところまでは行っていないという
が実情でございます。

○糸久八重子君 簡単に答え願いたいと申し上
げたはずですが、

日本医師会は、六十年一月の理事会でこの問題
についてはいかにその態度が慎重となつて、六
十年十一月以来検討を続けてきていると聞いてお
ります。そして、だからそういう状況の中でこの
レセプト処理システムの実施というのは昨年の十
一月以来ずっと検討を続けている日本医師会の結
果待ちと理解できるわけですが、かつて推
進役を務めた団体が突然に反対に回つたことが原
因で施策が進まなくなつたということは大変おか
しいと思うんですね。しかも、予算が五十九年
からずっとついているということですから、毎年
度の予算がむだ遣いだと言われても仕方がないじ
やないですか。

○政府委員(下村健君) 六十二年予算につきま
してはこれからの問題でありますので、実情を見
ながら必要額を計上するというところで努力をいた
したいと思つてます。

医師会との関係でございますが、具体的にこの
話が動き出しましてから別に医師会の態度が特に
変わったというふうなことはないわけではござい
ます。ただ、実際問題として私どもの方にしてしま
う、予算を計上しているんだからそのままやれと
いうふうな御意見のようにも承つたわけではござ
いませうが、支払い基金だけが独走いたしましたも
実際にそれを医療機関側で利用していただかないと
非常に効率の悪い形で運用することになるとい
う面がどうしても出てまいります。したがって、そ
の辺の状況を見きわめながら、やはり動かす以上
は効率的なシステム運営ができるような形で運営
をしていきたいということで目下鋭意努力をして

いるという状況でございます。

○糸久八重子君 国保の問題をやっております
ちよつと話が横道にそれたわけですが、話
をもとに戻しまして、国保料の平均というのは大
体三万九千円と聞いているわけですが、この
水準を超えた場合にその自治体原因究明チ
ームを派遣して、そして国及び都道府県が特別な財
源対策を講ずる措置をすべきではないかと思つて
おります。

○政府委員(下村健君) 国民健康保険の保険料に
つきましては、その軽減制度と減免制度がございま
す。軽減につきましては低所得者の保険料負担
を軽減する制度でありまして、全市町村が一応一
律に実施するということになっております。軽減の
種類としては、毎年度低所得者の負担が重くなら
ないように見直しを行いながら、六割軽減と四割
軽減、この二種類の軽減措置をとっているわけ
でございます。

○糸久八重子君 国民健康保険法七十七条に基
づいて各自治体がどんな減免措置や猶予措置を採用
しているのか、今災害というのがちょっと出てき
たわけですが、そして、これらの制度の適
用を受けているのはどの程度なのでしょう。

○政府委員(下村健君) 一般的に軽減制度でござ
いますが、軽減基準は六十一年度であります。

○糸久八重子君 国保の保険料軽減の対象となる
低所得者、これはどの程度のものですか。

○政府委員(下村健君) 軽減対象になります基準
所得は、四人世帯の給与収入ベースで申し上げます
と、百四十五万円以下、年金収入の場合には二百
二十万円以下ということになっております。

○糸久八重子君 六十一年度の所得税課税最低限
度額が標準世帯で二百三十五万七千円、そして住
民税の非課税限度額が二百三十五万七千円、これと
比較しますと今おっしゃつた百四十五万円という数
字になるわけですか。これと比較可能な数字とい
うのは百四十五万円ということになるわけですね。

○糸久八重子君 六十一年度の所得税課税最低限
度額が標準世帯で二百三十五万七千円、そして住
民税の非課税限度額が二百三十五万七千円、これと
比較しますと今おっしゃつた百四十五万円という数
字になるわけですか。これと比較可能な数字とい
うのは百四十五万円ということになるわけですね。

○糸久八重子君 国保の保険料軽減の対象となる
低所得者、これはどの程度のものですか。

○政府委員(下村健君) 軽減対象になります基準
所得は、四人世帯の給与収入ベースで申し上げます
と、百四十五万円以下、年金収入の場合には二百
二十万円以下ということになっております。

○糸久八重子君 国保の保険料軽減の対象となる
低所得者、これはどの程度のものですか。

○政府委員(下村健君) 医療保険制度は被保険者
が相互に保険料を負担し合つて、同一の疾病に対
して同一給付を行うという考え方のもとに成り立
っているわけではございません。したがって、被保険
者はすべて保険料を負担するというのが原則で
ありまして、これがなければ保険としての体をな
さない、こういうことになってしまつたわけでは
ございません。こんな考え方から、国民健康保険の場合
は、皆保険体制ということの中で生活保護の受給
者以外は所得がたとえ低い場合であってもす
べて加入するということ考え方から、住民税に比較し
たしまして広い範囲に保険料が賦課されるという
結果になつていくわけではございません。そんなこと
で、住民税の課税最低限と軽減基準とは同一レベ
ルで議論はできないというふうに私どもは考へて
おります。

○糸久八重子君 納税者個人の所得に着目して免
税点とか減税点をセツトしているその税制という
のは、所得税、住民税、国保税の三つであると思
います。これらの制度がばらばらに低所得者対策
を実施しなければならぬという積極的な理由は
ないと思うのですけれども、そこで大蔵省にお
伺いしたいんですが、あるレベル以下の低所得者
からは徴収しないとする線をナショナルミニマム
ラインとして設定すべきではないかと思つて
すけれども、大蔵省、厚生省、自治省、三つに関
係があるのですが、いかがですか。

○説明員(田谷廣明君) お答えいたします。

最初所得税の課税最低限の考え方を御説明い
たと思うわけではございますが、課税最低限の
水準につきましては、昭和三十年代の後半までは
最低生活費との関連におきまして議論がなされて
いたという経緯もあるわけではございますが、その
後の改正によりましてその水準がだんだんと引き
上げられてまいりまして、諸外国の水準から見ても
遜色のない水準になつた今日におきましては、
税制調査会等におきまして御議論におきまして、
むしろ財政事情でございますとかあるいは所得水

○糸久八重子君 納税者個人の所得に着目して免
税点とか減税点をセツトしているその税制という
のは、所得税、住民税、国保税の三つであると思
います。これらの制度がばらばらに低所得者対策
を実施しなければならぬという積極的な理由は
ないと思うのですけれども、そこで大蔵省にお
伺いしたいんですが、あるレベル以下の低所得者
からは徴収しないとする線をナショナルミニマム
ラインとして設定すべきではないかと思つて
すけれども、大蔵省、厚生省、自治省、三つに関
係があるのですが、いかがですか。

○糸久八重子君 納税者個人の所得に着目して免
税点とか減税点をセツトしているその税制という
のは、所得税、住民税、国保税の三つであると思
います。これらの制度がばらばらに低所得者対策
を実施しなければならぬという積極的な理由は
ないと思うのですけれども、そこで大蔵省にお
伺いしたいんですが、あるレベル以下の低所得者
からは徴収しないとする線をナショナルミニマム
ラインとして設定すべきではないかと思つて
すけれども、大蔵省、厚生省、自治省、三つに関
係があるのですが、いかがですか。

○説明員(田谷廣明君) お答えいたします。

最初所得税の課税最低限の考え方を御説明い
たと思うわけではございますが、課税最低限の
水準につきましては、昭和三十年代の後半までは
最低生活費との関連におきまして議論がなされて
いたという経緯もあるわけではございますが、その
後の改正によりましてその水準がだんだんと引き
上げられてまいりまして、諸外国の水準から見ても
遜色のない水準になつた今日におきましては、
税制調査会等におきまして御議論におきまして、
むしろ財政事情でございますとかあるいは所得水

○糸久八重子君 納税者個人の所得に着目して免
税点とか減税点をセツトしているその税制という
のは、所得税、住民税、国保税の三つであると思
います。これらの制度がばらばらに低所得者対策
を実施しなければならぬという積極的な理由は
ないと思うのですけれども、そこで大蔵省にお
伺いしたいんですが、あるレベル以下の低所得者
からは徴収しないとする線をナショナルミニマム
ラインとして設定すべきではないかと思つて
すけれども、大蔵省、厚生省、自治省、三つに関
係があるのですが、いかがですか。

○糸久八重子君 納税者個人の所得に着目して免
税点とか減税点をセツトしているその税制という
のは、所得税、住民税、国保税の三つであると思
います。これらの制度がばらばらに低所得者対策
を実施しなければならぬという積極的な理由は
ないと思うのですけれども、そこで大蔵省にお
伺いしたいんですが、あるレベル以下の低所得者
からは徴収しないとする線をナショナルミニマム
ラインとして設定すべきではないかと思つて
すけれども、大蔵省、厚生省、自治省、三つに関
係があるのですが、いかがですか。

○説明員(田谷廣明君) お答えいたします。

最初所得税の課税最低限の考え方を御説明い
たと思うわけではございますが、課税最低限の
水準につきましては、昭和三十年代の後半までは
最低生活費との関連におきまして議論がなされて
いたという経緯もあるわけではございますが、その
後の改正によりましてその水準がだんだんと引き
上げられてまいりまして、諸外国の水準から見ても
遜色のない水準になつた今日におきましては、
税制調査会等におきまして御議論におきまして、
むしろ財政事情でございますとかあるいは所得水

○糸久八重子君 納税者個人の所得に着目して免
税点とか減税点をセツトしているその税制という
のは、所得税、住民税、国保税の三つであると思
います。これらの制度がばらばらに低所得者対策
を実施しなければならぬという積極的な理由は
ないと思うのですけれども、そこで大蔵省にお
伺いしたいんですが、あるレベル以下の低所得者
からは徴収しないとする線をナショナルミニマム
ラインとして設定すべきではないかと思つて
すけれども、大蔵省、厚生省、自治省、三つに関
係があるのですが、いかがですか。

○糸久八重子君 納税者個人の所得に着目して免
税点とか減税点をセツトしているその税制という
のは、所得税、住民税、国保税の三つであると思
います。これらの制度がばらばらに低所得者対策
を実施しなければならぬという積極的な理由は
ないと思うのですけれども、そこで大蔵省にお
伺いしたいんですが、あるレベル以下の低所得者
からは徴収しないとする線をナショナルミニマム
ラインとして設定すべきではないかと思つて
すけれども、大蔵省、厚生省、自治省、三つに関
係があるのですが、いかがですか。

○説明員(田谷廣明君) お答えいたします。

準の状況、あるいは税率との組み合わせといったさまざまなものによって形成されます。所得税負担の状況等を総合的に勘案してその水準が議論されているところでございます。

したがって、御指摘の課税最低限というものがいわゆる最低生活費といったものと密接な関連があるということには現段階としてはなっていないのではないかと理解しております。

ただ、いずれにしても、御指摘にございました各種制度の問題につきましては、それぞれ制度の持つ趣旨あるいはさまざまな沿革等によりまして慎重に決定されるべきものであると考えております。

○説明員(小川徳治君) 住民税について申し上げますと、住民税につきましては地域社会の費用を住民が広く能力に応じて負担する、こういう性格の税でございます。そういうことから、所得税と比較をいたしましてより広い範囲の納税義務者がその負担を分かち合うべきものである、こういうことで所得税の課税最低限と一致させる必要はないというふうに考えておるところでございます。

し、この点につきましては先般出されました政府税制調査会の答申においても全く同様の趣旨が述べられておるところでございます。

○委員長(佐々木清君) 厚生省は御答弁ありませんか。

○政府委員(下村健君) 皆保険ということで保険システムをとりまして、その中で現在の国民健康保険というものは成り立っているわけでございます。したがって、被保険者はすべて保険料を負担するという考えから、私どもとしては国民健康保険は生活保護受給者以外は所得が低くても保険料は負担していただくということで考えざるを得ないと思っております。

○久八重子君 住民税は自治体固有のもの、そして国保は団体委任事務だからこれについてはこのライン以上は非課税対象を広げる数量を認めれば、統一的なナショナルミニマムラインと自治権とのバランスが確保できるのではないかと、そう

思っております。これは私の意見として申し上げます。次に、家庭医問題について伺いをさせていた

だいたいと思っております。

厚生省の保健衛生基礎調査によりまして、かかりつけの医師がいると答えた者が約六五%、特に多いのは在宅療養中の者のいる世帯と高齢者でありまして、在宅療養者のいる世帯のうちの八六%、六十五歳以上高齢者のうち八〇%がかかりつけの医師を持つておられるとあります。

同じ調査で、かかりつけの医師として望ましい要件について聞いておられるわけですが、その答えの中で、病気の状態や治療方法を十分に説明してくれる医師というものが、夜間や休日でも診てくれる医師に次いで二番目に多くなっているわけですね。ある、ないで簡単に答えください。

○政府委員(竹中浩治君) お話のとおりだと承知しております。

○久八重子君 六十年度に設置されました家庭医に関する懇談会の養成面に関する小委員会報告が十一月六日に出ているわけですが、これによりまして、一般研修目標のトップに「保健・医療の場での適切な人間関係の確立」をうたっておりまして、その中で次の四つの具体的な目標を掲げています。簡単に言いますと、「医師・患者・家族間に適切な関係を確立することができ」、「患者及び家族に対し納得のいく説明ができる」、「三番目に「医師相互、他の医療提供者との適切な相談と紹介ができる」、四番目に「患者の立場に立つことができる」と。これらの目標は、現在の医学教育においてもやるべきことではないかと思うのです。国立大学の医学部については文部省、そして自治医大と公立大学医学部については自治省の見解はいかがでしょうか。簡単に答えください。

○説明員(佐藤雄雄君) 先生御指摘の、家庭医に関する懇談会の小委員会の報告で引用されました一般研修目標につきましては、私どもも医師にと

って基本的に必要なことだというふうに考えておりますし、現在もそれなりに対応しておるわけでございますが、今後とも十分な配慮をしていかなければいけない、こういうふうに考えております。

○説明員(磐城博司君) 医学教育のあり方につきましましては、直接には文部省あるいは厚生省が担当しているわけでございますけれども、私どもも、この懇談会小委員会報告に書かれております一般研修の目標として掲げられている事項につきましては、当然のことであり妥当であるというように思っております。

○久八重子君 現在の医療は木を見て森を見ず、患者を診て患者を診ずだと思えます。

厚生省が家庭医に関する懇談会を開催するに当たりまして取りまとめた趣意書によりまして、「現在、医学・医療は専門分化が進行し、「人間」から「疾病」さらには「臓器」をみる傾向にあるといわれており、また医師は病院勤務を希望する者が多く、プライマリ・ケアの中心的な担い手である開業医は高齢化してきている。さらに患者に対して十分時間をかけた健康相談や診断・治療が行われにくく、患者も大病院志向が強いともいわれている。このような傾向について改善の努力はしておりますか。いろいろないかでお答えください。

○政府委員(竹中浩治君) 今お話のございましたようなことが現在の地域のプライマリ・ケアにおいて大きな問題だということ、それに対応するために現在、家庭医に関する懇談会で検討をしていただいております。

○久八重子君 この家庭医に関する懇談会は、来年三月に報告書を取りまとめる予定と聞いております。この報告書を政策化するに当たって、文部省そして自治省の両省は積極的に協力することをお願いしたいと思います。

また、厚生大臣は家庭医制度の創設に向けてはどういうお考えですか。簡単に答えください。

○政府委員(竹中浩治君) 家庭医問題、先ほど来お話しいましたように、来年の三月に結論を

いただくということで、今鋭意懇談会で検討していただいているところでございます。厚生省としては、懇談会の結論が出ました段階で、その線に沿いまして今後の対応策を進めていきたいと思います。

○久八重子君 学校法人の自治医大は過疎地域の医療に進んで挺身する医師を育てるとしておるわけですが、これこそプライマリ・ケアのプロを養成する場ではないかと思えます。したがって自治医大は、別な言い方をすれば過疎地の家庭医養成大学と言えらるのではないかと思いますけれども、四十七都道府県では毎年二、三名ずつ地元を自治医大に入れて、卒業後、各都道府県指定の臨床研修指定病院またはこれに準ずる病院で二年間の臨床研修を行うと説明をされておるわけですが、ここで言う指定病院は、それぞれの県内にある病院と考えてよろしいのですか。そういうことならば、自治医大の卒業生というものは、その臨床研修に当たって自治医大附属病院を利用しないで、出身県の研修病院を利用しているのはほとんどだと思ふのですけれども、その辺は間違いございませんか。

○説明員(磐城博司君) 御指摘のように、大多数の県では、例えばそれぞれの県の県立中央病院等、卒業後の若い医師さんを研修するに足る能力を有している病院で研修を行っておりますが、一部それにふさわしい病院を県内に有しないところでは、直接に自治医科大学の附属病院で研修を行っているのが実情でございます。

○久八重子君 自治医大の卒業生というのは、六年間は栃木にある大学で過ごして、そして臨床研修医になってやと地元に戻ってくる。やっぱりそれはどこか不自然だと思ふのです。だから、四十七都道府県ではもう既に医大とか医学部ができておるわけですから、初めから自分の県内の大学に委託することが地域医療に適したやり方ではないかと思ふのですけれども、その辺はいかがですか。

○説明員(磐城博司君) 先ほどのお尋ねの中でも

ございましたように、自治医科大学は昭和四十七年に設立され、今日に至っているわけでございしますが、そこでの設立の目標といえますか、ねらいといえますものが、何といつても一定期間、僻地に勤務していただく医師を都道府県の方で確保していきたいということ。

それからもう一点は、現在の医学というものが大変日々進歩しているわけでございまして、こういうものに対応するために、多くのあるは大部分の医科大学ではより高度かつ専門的な医師の養成に向かいつつあるわけでございまして、御指摘のような総合医といいますが、家庭医の必要性和いうことにつきましても、やっぱりそれはそれとして一つの大学の理念として掲げ、ともに総合医を養成していく、僻地に勤務する総合医を養成していくということはお必要ではないか、このように考えております。

○糸久八重子君 先般開かれた各県の衛生部長会議では、自治医科大学のあり方について見直そうということになったと伝えられております。席上では、各都道府県の定員割当数を見直し、必要に応じて自治医科大学における医師養成定数の削減を図るという旨のペーパーが配られたそうですが、学校法人が各県に定員を割り当てるといふことはやはりおかしいのではないかとと思うのですけれども、この辺はどうですか。

○説明員(兼城博司君) 自治医科大学は形式的には一私学でございしますが、実質的には各都道府県が共同して設立した医科大学でございまして、したがって、その辺の各県別の定員の割り当てという点につきましても、全国知事会にございまして特別委員会等で十分議論をした後に、それぞれが原則二名、多いところは時に三名ということとそれぞれ生徒を送るといふ仕組みにいたしているわけでございます。

○糸久八重子君 制度はいいにいたしましても、いかにいいたしましてもこの自治医大というのは何か今のよう中途半端なものでないか、特にお年寄りなどは地域の病院でぐあいが悪くな

ったら直ちに診てもらおうというような、そういうやはり家庭医といふのをたくさんつくる必要があるのではないかと思いますから、そういう意味ではこの自治医大というのは家庭医養成のセンターとなるべきではないか、そういう意見を申し上げさせていたただきたいと思ひます。

一方でオールラウンドプレーヤーとしての家庭医が必要になり、他方では老年医学の専門家が求められていくわけでございしても、総合化、一般化に対して専門分化の要請にどう対応するかという立場から、もう二、三問伺いたいと思ひます。

それは、資格身分制度ができていないにもかかわらず医療現場で専門家とみなされている各種の医療従事者の問題でございします。このような従事者には、言語療法士とか義肢装具士とかいろいろあるわけでございしても、どういふものがあつてどのくらいの人たちがそれに従事をしていらつしやるのかというのを簡単に教えてください。

○政府委員(竹中浩治君) 現在、制度が確立していない職種ということで今いろいろと話題に上つておりますものに、言語療法士、義肢装具士、人工透析士、臨床心理士、医療ソーシャルワーカー等々があるわけでございします。

これらの仕事に従事しておられる方々の数でございしますが、これはそれぞれの関係団体等の調べというところでございしますけれども、言語療法士は千人程度、義肢装具士は五千弱、人工透析士は四千程度、臨床心理士は二千程度、医療ソーシャルワーカーは三千程度と承知をいたしてしております。

○糸久八重子君 これらの方たちは、いずれも多かれ少なかれ患者に直接接してそして何らかの専門的な判断を必要とする技術者と考へてよろしいですか。

○政府委員(竹中浩治君) 現在多様化しております医療の現場におきましてそれぞれの仕事に従事をしておられるということでございします。

○糸久八重子君 医師以外の、既に資格身分制度

のある専門職を拡大統合することによってこれらの技術を熟知する方法はとれないものなのでしょいか。例えば作業療法士や理学療法士とそれから言語療法士を加えて機能回復訓練士とすると、それから放射線技師にME技師とか人工透析技師などを加えて臨床工学技師とかとするような、そういうお考えはどうなものでしょうか。

○政府委員(竹中浩治君) 今お話しのございしました特にリハビリテーション関係でございしますが、OTとPT、まあ若干共通する面もございしますが、OTとPT、まあそれぞれ養成するには高卒三年が必要だということになりますし、ST、言語療法士ということになりますと、OT、PTと比べてまして、同じリハビリではございしますが、かなり分野も異なつてまいりますので、OT、PT、ST全部ができる職種を養成するということが果たして現実的かどうか、かなり問題があるのではなからうかと思つております。

○糸久八重子君 先ほど幾つかの専門家とみなされる医療従事者を挙げられましたけれども、この医療関係のうち医療事故に關与したところのある職種というのはあります。

○政府委員(竹中浩治君) これらのまだ資格制度を定めておらない職種につきまして、そのために直接医療事故が生じたということはまだ聞いていないところでございます。

○糸久八重子君 実は透析技師と言われている方の中で問題が起つた例がございします。私の調べた範囲ですと、福島県で管の中に空気が誤入してしまつて患者が亡くなつてしまつた。その方は業務上過失致死という形で有罪になつておられるわけですね。それからもう一つは、これは栃木でもつたことなんですけれども、透析クリニックでもつたいきなり警察官が作業中の透析士を無資格診療補助の嫌疑で拘束をしたということがあつたわけですね。

ですから、そういうわけで医療事故に關与するおそれの大きい者についてはやはり公的な資格や身分制度の確立を急ぐべきではないか、そう思う

のです。それが不幸な事故を防ぐための社会的な責任だと思つたのでございしても、積極的な姿勢をぜひお示しいただきたいのです。

○政府委員(竹中浩治君) 言語療法士とか医療ソーシャルワーカーにつきまして、特に言語療法士については何度か厚生省も身分制度を確立したいといふことで検討会をつくつたりいろいろしてまいつたわけでございしますが、なかなか関係団体のコンセンサスが得られないということで現在に至つておるわけでございします。

それから人工透析等でございしますけれども、これらにつきましても私どもいろいろ問題意識は持つておるわけでございしますが、現在かなりの数に上りますこれらの職種についてどういふ対応をしていくのか、この中で一つだけ取り上げるというよりもなかなか難しい面もございまして、全体としてどう対応していくのかという点についていろいろ検討をし、部内で議論をいたしておる段階でございします。

○糸久八重子君 現代の病院はベッドつきのクリニックではないんですね。それがまるで精密電子機器群がひしめく科学工場と言っても言い過ぎではないと思ひますけれども、そういう中では非常に高度な技術を駆使していかなければならぬ。そのためには皆さんの医療を助ける人たちが働いておられるわけですから、これからは医学はどんどん進歩していくでしようけれども、そういう意味でぜひともこれから早急に検討を進めていただきたいというところをお願いしたいと思つたわけでございします。

それでは次に、保健事業についてお伺いをさせていただきます。老健法は健康で健やかに老いる高齢者づくり、そのための壮年期からの健康対策立法であり、疾病の予防の充実とか老人医療の質の向上が柱であつて、目的がまずこれであつたと思つたわけですから、この保健事業というのは老健法の最も重要な柱であると思ひます。

その前に、実施計画について私の手元に数字の異なる計画書があります。一枚は老健法案審議の際に提出されたもの、もう一枚は後からいただいたものなのですが、例えば一般診療の人員を見てみますと、六十一年度で千七百五十万人が千三百十

ております。

○糸久八重子君 第一次五カ年計画は、計画と実績に相当数の乖離が見られますね。資料を拝見しているわけですが、例えば機能訓練事業、これ六十一年度の当初計画三千三百カ所に対し

全体として第一次五カ年計画のおくれを第二次五カ年計画の中でどこまで達成しようとしているのですか。そして、第二次五カ年計画も初年度と六十六年度の目標しか示されていないわけですが、やはり各年度ごとのきちんとした計画変更

ますとが部長会議。その他機会あることに事業の
実施を都道府県を通じて働きかけておるところで
ございまして、先ほどの百三十六市町村も、前年
は三百六十六ということでございましたが、若干
ずつではありますが減ってきておりますので、な

おそのような方向で私も引き続き努力をしてまいりたいと考えております。

○糸久八重子君 そのような目標が達成できない最大の理由というのは、保健婦の絶対数の不足ではないかと思ひます。当初計画では六十一年度までに新規採用三千人、そして退職保健婦雇い上げ三千人に現員活用二千人の計八千人を確保するとしております。それで、六十一年度予算ベースで達成状況を見ますと、これは目標ですか、総数が八千人の当初計画というのは八千三百九十八人と約四百人ふえていてるわけですね。これが必要数となつてゐるわけですね。この内訳を見てみますと、現員活用二千人を二千二百二十九人へ、新規採用分三千人は二千七百七十人へ、それから退職保健婦活用三千人を三千三百九十九人へということになつてゐるわけですね。

これを見ますと、国の計画で増加したのは雇い上げ保健婦の活用部分だということになるわけですが、どうして常勤の職員の比率が少なくなつてゐるのか。訪問指導業務と数が多いのはパートの手にゆだねてよいとお考えを持つてゐるのでしょうか、いかがでしょう。

○政府委員(仲村英一君) 私どもは、でき得る限り定員化された保健婦によって各種の事業が実施されることを望ましいという考えでございますが、地域の事情によりまして必ずしも定員化されてゐない場合には、退職された保健婦さん、その他在野の保健婦さんの雇い上げによつて訪問事業その他を実施していただくというところでございまして。したがつて、今後とも引き続き保健婦の定数化については努力を続けてまいらなくてはならないというふうに考えておるところでございます。

○糸久八重子君 国会審議の中で、当時の公衆衛生局長が、訪問指導は基本的には常勤者が行うべきだと、そう答弁をしていらつしやいますけれども、現実的にはそのような方向にはなつていない。そこで、訪問指導事業に非常勤看護職員を雇用してゐる市町村はどの程度の割合になつており

ますか。

○政府委員(仲村英一君) パートの保健婦さんを採用してゐる市町村の割合でございますが、昭和五十一年度におきましては訪問指導事業に非常勤保健婦が従事してゐる市町村数は六百二十七でございまして、その割合は二〇%でございます。

○糸久八重子君 現場の声として次のような発言を聞いております。

正規保健婦をふやしても補助金がふえないから職員保健婦は事務に戻され、訪問指導はすべて雇い上げ保健婦、看護婦に委託をされた。理事者にしてみれば、正規保健婦に訪問させても事業費補助はふえない。しかし、雇い上げで訪問すれば補助金がもらえると考へてゐる。こういった事態は不合理なのではないですか。

○政府委員(仲村英一君) 私どももいたしましては、先ほどもお答えいたしましたように、このようなマンパワーについては常勤化をしていただきたいというところで考へておりますが、事業に見合いますような形で定員が得られない場合には、雇い上げで訪問事業をできるだけ早く実施していただくような形で予算化をしてゐるわけでございます。そして、もしそのような考へ方があるとしたらすれば、私どもとしてはむしろ常勤化をしていただく方向で働きかけをすべきではないかというふうに考へます。

○糸久八重子君 指導要領によりまして、訪問指導というのは初回訪問指導は原則として保健婦が行うというように指導してゐるわけですね。しかし現実には、今私申し上げましたとおり、初回訪問から雇い上げの看護婦さんに任せてゐる例が多いわけですね。やはりこれは問題ではないかと思ひます。

それ、厚生省は公衆衛生審議会の五十八年十二月の「保健事業の推進方策について」という答申の趣旨を踏まえて、五十九年版、六十年版と健康マップというものを作成いたしておりますね。そのねらいや地方公共団体の事業推進にこの健康マップがどのように役立っているというふう

に認識をしておられるのでしょうか。

○政府委員(仲村英一君) 五十八年十二月に公衆衛生審議会から御答申をちょうだいしておるわけでございます。その「保健事業の推進方策について」ということのひとつといたしまして、「健康マップ」等の指標化を行い、市町村関係者等の事業推進に当たつての目安を示すべきである」というふうなことで御指摘がございました。それを受けてまして私も健康マップというものを五十九年、六十年、六十一年とつくつておりますが、例えば受診率でございますとか、一人当たりの老人医療費でございますとか、四十歳の平均余命とか、肺がんとか乳がんとか、その他の疾患による死亡の比率でございますとか、そういうものを地図として出してゐるわけでございます。

これは一応一目で見れるということで、私どもも一つの重要な事業として位置づけておるわけでございます。先ほど申し上げましたように、事業の全体的な進捗状況を把握する、それによつて市町村等の指導に役立てるということも考へております。同時に実施主体でございます市町村につきましましては、みずからの事業の進捗状況を客観的に申しますか、一応ビジュアルに把握できるといふことでいろいろお役に立つておるのではないかと考へておるところでございます。

○糸久八重子君 健康マップをつくることによりまして各県、各市町村は受診率を高めるためにいろいろと努力をしてゐる。もちろんその受診率は高めていかなければならないわけですが、その中で、従来保健指導を担つてきた保健婦が、老人保健法施行後は健康関連業務が増加して、本来の保健婦業務ができなくなつたという現場の声も聞いているんです。

ですから、やはりこの健康マップ作成もあわせて健康事業というものは、一番最初にも申し上げましたとおり、健康な老人づくりのためにどういふふうにしていかなければならないかという、そのやはり原点を忘れてしまつては本当に逆効果になつてしまふのではないか、そういうふうに思

うわけでございます。

健康保健事業の中の健康診査というのはあくまでも保健とか、それから予防活動の強化によつて病院にかかふことを未然に防がなければならぬ、健康な高齢者づくりというものはそういうことだと思ひますけれども、現実にはもう一つの部分がありまして、健康診査の結果どこか少しでも正常値から外れるところがありますと、直ちに病院の治療とか、それから精密検査を受けなければならぬというような判定と指導がなされる傾向が少なからずあると聞いているわけですね。せっかくの健康診査がかわつて病人をどんどんつくり出す結果になつては何のための健康診査なのかと疑わしくなるわけですね、その辺についてはいかがでしょう。

○政府委員(仲村英一君) いたずらに受診率を上げるために保健婦さんがもともと本来の業務から離れてしまふということがありますれば、私どもとしても非常に問題だと考へておりますので、保健婦さんが本来發揮すべき機能は当然のことでございますから、そこら辺の工夫をぜひしていただきたいと考へておるわけでございます。

市町村が実施主体となつて行います保健事業につきましましては、そう言つてはあれでございまして、経験もまだ浅いという面もあるわけですが、経験もまだ浅いという面もあるわけですが、市町村間に非常に格差が生じてゐるのではないかと思ひますので、例えば健康マップ等の数字を御活用いたしまして、同じような財政規模で同じような自然環境に恵まれたところで格段の差があるとするれば、各市町村ではその実施体制等を十分に反省をさせていただくなり工夫をしていただいて、本来の目的の健康事業を円滑に推進するようになつていただきたいと考へるところでございます。

それから、ただいま御指摘のございましたように、健康診査というものはもちろん早期発見、早期治療というのを目標にしておりますが、同時にその健康診査等に参加いただくということは、国民の一人一人の方々がみずからの健康に常日ごろ

十分健康診査に対して機能していない、その理由があるんですね。というのは、県の方針として保健所が老人保健事業を受託しないと決めているところがあるのと聞いているんですけども、この辺りは把握しておられますか。

○政府委員(仲村英一君) 市町村の保健事業を保健所が受託しないということを県が行っているというふうなことのようでございますが、私ども現在のところそういう事例は承知しておりません。

○糸久八重子君 私の方の調査では、ここに四、五県挙げているんですけども、なぜ県の方針として受託しないと決めたのか理解できないわけですからけれども、どんな理由が予想されるでしょうか。

○政府委員(仲村英一君) 一律に保健所が関与しないという指導を行っているかどうかちょっと私ども把握しておりませんが、もしそういうことがあるとすれば、いろいろ実情が異なっておる面もあるかと思いますので、承知した範囲で調べてみたいと思います。

○糸久八重子君 それに加えて、これらの県のほとんどは老健法施行以前の循環器対策に果たして役割をも後退させているということも聞いて

いるのです。そして、そのような県ではますます保健所とそれから市町村とがこういう状況で遊離をしていく傾向が見られるわけですが、一年十月の国会審議の中で、民間委託では法案の趣旨は生きないとの我が党の追及に對しまして、厚生省は、できればすべて保健所でカバーしたい考えだが、対象が非常に大きいからできるだけカバーしていく、そのために五カ年計画で保健所整

備を行う、そう答弁をしていらっしゃるわけですが、五カ年計画の保健所整備の実績というのはどうなっておりますか。

○政府委員(竹中浩治君) 保健所の基盤整備でございますが、その中で特に健診等に役立つ設備の整備でございます。五十七年度から五十九年度で保健所に対してそういう設備の整備の補助金を出しておるわけでございますが、昭和五十九年

度末までで、そのうち眼底カメラにつきましては三百二十二台、血液自動分析装置につきましては二百二十八台、胃がん検診機器につきましては二十五台等々の整備を進めておるところでございます。

○糸久八重子君 一方、市町村から委託を受けて健診等を実施している幾つかの県、これは保健所ですけれども、受け入れのための人員増や施設整備等の積極的受け入れ策はほとんどない、そう言うところについて不安と危機感を訴えている県もたくさんございます。

六十一年度から一般診査に血液検査が導入されて健診内容の充実が図られてきたわけですが、保健所の機器整備とかそれから検査体制等の強化が図られなければ、健診内容が充実していくために受託できなくなるおそれもあります。現にこれを理由に保健所の受託の後退が検討されている県があると聞かれていますけれども、当初広域市町村単位に四百二十五保健所に健診機器等を整備するとしていたわけですね。先ほどの御答弁、これが入っていたのか、ちょっと数を聞き漏らしたのですが、この整備状況をもう一度教えていただけますか。

○政府委員(竹中浩治君) 先ほど申し上げましたのは、眼底カメラが三百二十二台、血液自動分析装置が二百二十八台それから胃がん検診機器が二十五台ということを御報告申し上げたわけでございます。

○糸久八重子君 それらを四百二十五保健所に整備することになっていただけたけれども、その整備状況は何か所の保健所にこれらが入ったということになるわけですか。

○政府委員(竹中浩治君) 整備をするということと補助対象にいたしております設備が六品目ございまして、それにつきましては整備保健所の数、これ延べ数でございますが、五十七年度から五十九年度までで四百三十一保健所でございます。

○糸久八重子君 六十一年度はどうですか。

○政府委員(竹中浩治君) 六十一年度は、現在予算化しておりますのは六十二保健所、これも品目がいろいろ、六品目全部のところあるいは二品目だけという保健所もございまして、そのトータルで六十一年度は六十二保健所分を予算化したしております。まだ進行中でございますので、実績は把握いたしておりません。

○糸久八重子君 保健事業は、市町村実施体制の弱さとか、それからそういうものが無原則な委託となつて、結果的には事業の営利化とか質的低下につながっているのではないかとするような気がいたします。このままの傾向が続くとすると、市町村は委託事業の管理事務が中心になることとさえず想されるわけですね。またこれに近い自治体も出現しつつあるわけですね。早急に保健所による事業直営の原則とそれから制度管理について厳しい方針を示すべきだ、そう思うのですけれども、この辺はいかがでしょうか。

○政府委員(竹中浩治君) 御説明申し上げましたように、当初の計画に必ずしも設備整備の進行状況が追いついていない現状でございます。私もそれを踏まえまして、六十二年度から始まりまして第二次五カ年計画の中で、できるだけ当初の目標に近づこうと努力をいたしたいと考えております。

○糸久八重子君 民間委託が非常に多くなつていう状況ですけれども、民間委託になった場合の問題点、例えば精密検査率が高くなつたり、それから委託料が高いということとか、そういうような理由があつて市町村によっては受診率を上げたくても財政負担が困難であるから力を入れられない、そういうような現状もあります。

委託料金については、国として標準的な委託料を考へるとしてございますけれども、それはお考えになつていらっしゃるんですね。

○政府委員(仲村英一君) 保健事業を委託する場合の委託先でございますけれども、保健所等の公的機関や公的医療機関を原則とするように従前から指導してきておりますし、今後このような方針

針はできるだけ維持してまいりたいと考えておるところでございますけれども、その他の医療機関等へ委託する場合と、私どももいたしましては、先ほどもお触れいただきましたような内容の質の確保ということが非常に大事だと考えておりますので、さらに質を確保する方向でその事業を特に見てまいりたいというふうに考えております。

今お尋ねの点は、恐らく予算の委託の場合の単価のことだと思ひますが、私ども実勢に合わせるようにできるだけ毎年単価の増を財政当局に要求しておるところでございます。

○糸久八重子君 健康診査につきましては、保健所の対応が非常に弱いということがはつきりわかつたわけですね。第二五カ年計画の実施に当たりましてぜひとも努力をしていただきたい点がありますが、大臣よろしく願ひたいと思います。

そのうちの一つは、全保健所の実施体制の整備をまず図っていただきたいということです。第一次の計画では、計画の五〇％の整備でしかなかった。それから二番目は、一般健康診査については保健所優先受託の指導を徹底していただきたい。三番目といたしましては、一般健康診査の保健所実施について、全保健所の受け入れ、そして保健所実施の割合を当初計画どおり二〇％に高めていくということです。それから四番目といたしまして、保健所以外の健康診査事業を初めすべての保健事業の計画、実施、評価にかかわる市町村への指導、制度管理、関係機関との調整に保健所を全力投球させる、そのための体制をつくる。以上のことについてはいかがでしょうか。

○政府委員(仲村英一君) 保健事業につきましては、市町村がみずから実施するという原則でございますが、そういうような状態が整わない場合には、保健所その他公的医療機関等、先ほど申し上げたようなことで委託をするというふうなことを考へておるわけでございます。

保健所がすべてこの老人保健事業を実施するということはなかなか無理ではないかと考へておりますが、地域の実情によりまして、さらに事業の円滑な推進を図る目的でそのような委託をする場合には大いに進めていただきたいと思います。同時にその行われます事業の質的な内容の向上、あるいは先ほど申し上げましたような保健事業の魅力ある健診の工夫でございますとか、いろいろなことで私ども老人保健法に基づきます保健事業がさらに国民の間に定着して、国民みずから健康を守り健やかに老いるというふうな方向で健康に対する自覚を高めていただくような努力をさらに続けてまいりたいような工夫をしなくてははいけないと考えております。

○糸久八重子君 来年度予算編成の中で、再検討すべき問題点として指摘をしておきたいと思ひます。

それは、老人保健事業の充実に向けて市町村とともに重要な任務と役割を果たすべき保健所の運営費交付金、これがおよそ五十億円削減され、一般財源に回されるとしておるところです。このことは近い将来、保健所運営費交付金の全面的な一般財源化へのステップではないかと心配されるわけですね。国としてはいよいよ本格化する高齢化社会の到来に備えて改めて保健所機能の強化に向けた方針を明確に打ち出していくことが必要ではないかと思ひます。

今回の保健所運営費交付金の方針というのは、逆に保健所機能の弱体化ひいては統廃合を促進するものだと考へざるを得ないわけですが、この点につきまして厚生省に一層の努力をしていただきたいということを願ひするわけですが、大臣の御見解をお願いしたいと思います。

○政府委員(竹中浩治君) 今お話のございました保健所運営費交付金でございますが、当面私どもといたしましては、先ほど来お話のございました老人保健につきましては、第二次五カ年計画の推進、それから来年度から始まると予想されております精神保健対策の充実等々の面から保健所の関係職員をかなり大幅に増員をする必要がございます。その点について、一方で増員要求、増額要求

をいたしておりますと同時に、行財政改革推進の趣旨に照らしまして現在いろいろの厳しい見直しが必要とされておりますが、来年度の保健所運営費交付金の予算要求におきまして、その中で業務が十分定着したと考えられる一部につきまして一般財源化をすることと要求をいたしておるわけでございます。

この増員要求とそれから一部一般財源化ということで、その結果差し引きで五十億円の減ということになっておるわけでございますが、全体の考え方としては六十二年以降、一層保健所の拡充強化を進めてまいりたいということでございます。

○糸久八重子君 あと残りの時間が十分足らなくなつてしまひまして、保健施設の問題まだたくさん残つておるわけでございますが、大変半端になるわけでございますので、このところは残しておきまして、きよりの質問はこれで終わらせていただきます。

○高桑栄松君 それでは質問に移らせていただきますが、私のこれから質問申し上げるのは、十一月七日の予算委員会の総括質問で質問をいたしましたのとやや重複いたしますけれども、あのときは時間も若干私にとっては足りませんでしたので、その辺足りないところを補わしてもらった、あるいは細かいところをもうちょっと質問をしてみたいと思つております。

最初に、外来の一部負担の増加ということについては、私は予防医学の立場から受診を抑制することになるから私はこれは反対であるということ、今度だけじゃなくて、健康保険法が改正されて本人一割負担——近く二割を予定しておられるようでありまして、そういうときには私はこれを主張いたしました。今度も同じことを繰り返して申し上げたいと思うわけでありますが、今までの各委員の先生方の質問を伺っておりますと、どうもみんな一部負担増は受診を抑制することになるといふことを言つておられるので、この主張は私と同じでございます。

くどくなりますが繰り返して申し上げますと、昭和五十八年二月に老人保健の有料化をしたときに、札幌でそれまで年間五万件の受診者がおつたのが、五十八年二月に百円を取ることにしただけで二万四千件に減つたというのが出ておりました。私はこれびっくりしたんです、それだけでそんなに違うのかなど。私は予防医学の立場でやればこれは大変なことなんだと、お金にすればたかが百円でございまして、びっくりしたのがこのときでございます。

その後、ことしの六月六日の朝日の「論壇」に載つたのを見ますと、老人医療の有料化に伴う医療費の伸びがどうなつておるかという数字が出ておりました。これは、五十八年の施行前の老人医療費の伸び率がプラス九・四％である。ところが、一年後の五十九年にそれが三・九％と半分以下に医療費が落ちた。外来の受診はマイナス三・五％であるということ、一年目は明らかに受診が抑制され、それで医療費抑制を受けたということがはつきり出ておると思ふんです。

それが二年後の六十年の四月になりますと医療費は一五・四％になつたというんですが、これに対する解析というのが載つておりました。私もこれは同感だから御紹介をするんですが、この解析をしてるのは中川というドクターで、特養ホームの園長さんを書いてあります。これは明らかに受診が抑制されたことによる早期発見のおくれ、つまり早期治療のおくれである。したがって、重症化をするので、重症化が入院を長引かせてそのまゝ医療費に影響したのであると、これはもうほとんど断定しておられるわけです。

こういったことを踏まえて、私は政管健保の本人一割負担のときに受診率がどれくらい下がったか、このことを申し上げたと思ふんですが、入院、外来ともに約一〇％低下した。これは厚生省、それでよろしうございませうね、政管健保。○政府委員(下村健君) そのとおりでございます。

○高桑栄松君 これを私確認していただきました。

のは、健康保険法の改正のときに本人一割負担をするのに受診率が下がるかどうかで実は前の事務次官をされていた吉村さんと論争をしたんですよ。そのときに吉村さんは下がらないと——当時保険局長をしてもらった、下がらないと言つておられた。私は、そうじゃない、間違いなく下がると申し上げておつたので、ちゃんと一割下がつたというところはここに出たわけです。これは予測ですからお互いに根拠があると違つてくるだろうと思ふんですが、厚生省の挙げられた、長瀬式でしたか、あの辺で数式が出ておつたわけですから。

そういったことで、私がこれを出したのは、政管健保と老人保健とは違ふとはいへども、本人が一部負担を強いられるということはやっぱりこれはストレスである。ストレスというのはいろいろな意味のストレスがありますね。経済的なストレスもありまして、生活にかかわることからくる精神的なストレスも私はあろうかと思ふんです。そこで、もう一度やっぱり予防医学の重要性というのを認識してもらいたいと思ふので私が集めたデータを御紹介いたしますと、北海道でヘルスタウンと言ふのかな、健康町づくりをもう二十年ぐらい昔から続けている町があるんです。私も関係をした町がございまして、鷹栖町、和寒町、中川町、この三つについて北海道から資料をもらいました。それによりますと、鷹栖町というのは健康管理情報システムというのを採用しているわけです。和寒町はヘルス・バイオ・タウンと言つております。中川町というのは、これは私が教授時代にうちの教室員も応援にやつたところでございます。全町健康管理、コンピュータドックというのをやつておるところであります。つまり、受診抑制どころか全員受診というのが建前でございます。

これによりますと、昭和五十九年度と昭和六十年年度の老人医療費を含む一人当たりの医療費が出ておまして、それを北海道の全道平均と比べてみますと、鷹栖町で全道平均に対して八五％、和

寒町八二％、中川町七七％で二、三割方一人当たりの医療費が安いですね。それから六十年度もほぼ同じ数字でありまして、鷹栖町八四％、和寒町八〇％、中川町七七％、やっぱり二、三割ぐらゐ医療費が安くなつておる。一人当たりの医療費ですから、これ医療費にはね返ることがかなり大きいんですね。

ですから私は、健康に老いていくという、何も老いるだけを言わなくてもいいんで、健康に働いて健康に老いていくためにはやはりこういうような健康管理が要る。その最初が早期発見、早期治療でありますから、予防医学の立場からはどうしても本人一部負担というのはいくらもいふことを私は予防医学者として思つておるわけでありまして。

それで、月に一回私はいんだとおっしゃつておられるわけですが、老人は有病率が高いんですが、一人で平均幾つぐらいの機関にかかつておるというデータになつておるんですか、お伺いします。

○政府委員(黒木武弘君) 老人が一人平均どのぐらいの医療機関にかかつておられるかというお尋ねでございますけれども、私どもの全国調査の数字によりますと一・五でございます。

○高桑栄松君 私が聞いたのは二・四何ぼだったか二・五くらいだったかと思ふんですが、だからもう少し多いんじゃないかと僕は思ふんです。つまり一回ではない。今おっしゃつたのは一・五ですね。機関という意味は科が違ふという意味なんですけれども、例えば内科は内科、婦人科は婦人科というふうに、そういうつもりで聞いたんですけれども、一・五ですか、やっぱり。

○政府委員(黒木武弘君) 私どもは全国のレセプトから調査をしたわけでありましてけれども、私どもはレセプト単位で見ているものですから、レセプトというのは一医療機関一つでございますのでその件数で洗つたわけでございますけれども、外来一人やは一・五という数字が国保の調査あるいは支払い基金の調査からも出ております。

ので、やはりお年寄り全体を通じると、一月にお年寄りは平均すると一・五の医療機関に行つておられる。したがって、半端な数字でございまして押しなされて言う、全国のお年寄りが一ないし二の医療機関に行つておられる、こう言つた方があるいは御理解願える数字かなとも思います。

○高桑栄松君 数字のとり方はなるほど今思つたわけですが、いずれにしても月に一回と思つて千円というふうには聞いちゃうんですけれども、やっぱり千円ではなくて千五百円あるいは二千円ということになるんで、その倍率をよく考えてもらう必要があるんじゃないか、こんなふうに私は思うわけですが。

つまり、有病率が高いということはそのまま受診をする今の回数も高くなつてくるわけで、ですから一部負担というの一回という考えではなくて、月なら二回あるいは二・五というふうな数字が上がつてきていると私は思ふんです。したがつて、受診の回数というか、機関を変わつてその分だけ受診回数が機関が多いから上がつていく、多いということとは支払いの金額が大きくなる。そうすると、さき申し上げたストレスということから、それじゃまあこれぐらいのところはカットしようかなというふうなことで受診を怠るということが出てくると思ふんです。

ですから、私はエコノミーで申し上げているのではなくて、やはり予防医学の立場で受診を抑制する措置は困るということでございます。外來の負担に関しては、私はあくまでも一部増は撤回してもらいたい、大臣、いかがでございますでしょうか。

○国務大臣(斎藤十朗君) 予防医学のお立場から、いろいろ御見識のお話でございます。この老人保健制度が創設され導入された際の、受診抑制等についていろいろ分析をいたしました結果、私どもといたしましてはそれによつて受診抑制というものがなされたというふうには理解していない。必要な受診はそれなりにきちつと行われているというふうに理解をいたしておるところでございます。

でございます。

今回のこの改正は、いわゆる老人医療費をどのように公平に負担をし、また世代間の公平を図つていくかというふうな観点から、底分の負担をお願いをしたいという観点からお願いをいたしたいと思いますので、ひとつ何とぞ御理解をいただきたいと思います。

○高桑栄松君 その必要な受診は受けているはずだといふところが問題なんです。確かに、電車でも何でも値上がりしますと、しばらくは何となく乗らないとか、しかし必要な交通機関ですから、歩くわけにはいきませんからやっぱり乗る。ただ、外出を控えるというのが少し出てくるわけですが、それは乗り物の場合ですと行かなければならぬのは乗るわけですが、健康診断を一応念頭に置いていただくとわかるんですけれども、少しぐらいいぐあいが悪くても、これは普通思ふんです。ね、我々そうだと思ふんです。ちよつと胃が痛い、な、しかしまあいいやと、こう思ふか、あるいはやっぱり医者に診てもらふかと。これは行きやすいか行きにくいのかということの差でございます。必要ない受診というのは病気の場合は必要なんです。しかし、病氣であるかないかわからないときには、必要であるかないかの判断があるわけだ。したがって、必要ない受診とおっしゃるの私は違ふと思ふんです。私は受診抑制のことを言っているんです。最初にかかるときの受診なんです。大臣、いかがでしょうか。

○国務大臣(斎藤十朗君) 先ほども老人保健部長が答弁いたしました、五十八年一部負担を導入いたしました際には確かに当初の受診は下がつた、伸び率が下がつたわけでございますけれども、その反面、一つの医療機関にじっくり治療を受けられるというふうな結果も出ておるわけでありまして、またその後の外來と入院との関係等を見ても、入院が非常に多くなつたということも出ておらないわけでありまして、要するに、受診が抑制されたために症状が重く

なつて入院になった、入院が非常にふえたというふうなデータも顕著にはあらわれていないわけでございますし、そんな観点から、それほどの受診抑制にはなつていないのではないかとこのように理解をさせていただいておるところでございます。

○高桑栄松君 この問題は、やっぱり推測の違いみたいなことでございまして、どうなるかというのはいさぐさどうにもならないかもしれません。私は予防医学の立場であくまでも、少なくとも外來は値上げには反対である、これは予防医学の立場で反対をするというのをもう一度申し上げて、次の質問に移らせていただきます。

加入者按分率というので、何遍聞いてもすぐ忘れちゃうのですよ。はてな、どういふことだったかな。ついでこの間も承つて、ああなるほどと思つたのですが、またこへ来てみたらかうだかよくわからないので、加入者按分率の引き上げというのは何を目標にしておられるのか、ちよつと承りたいと思ひます。

○政府委員(黒木武弘君) 加入者按分率の説明でございますけれども、現在の老人医療費の負担がどういふことになつていからます御説明いたしますと、老人医療費全体を公費いわゆる税で負担する部分と、それから保険料で負担する部分と、それから患者さんで負担する部分と三つあるわけでありまして、その老人医療費の中で患者さんが負担している部分、これは現行一・六%ですが、それを除きまして、その残りを公費で三割、その公費の内訳は二割が国、五割が県、市町村が残り五割で、三割を公費で見ているわけでありまして、その残りの七〇%七割をいわば保険者が共同で面倒を見ておる、保険料を通じてそれぞれの中からは得られました保険者としての財源を持ち寄りまして、このあとの七〇%を見ておるといふのがこの老人医療費の負担の仕組みでございます。

これは申し上げて恐縮でございますが、そもそもこの老健法ができました前はそのそれぞれの保険者で

老人を抱えていたで、それぞれの保険者から医療費を給付していただいていた、健保組合に入っているお年寄りは健保組合から給付を受け、国保に入っているお年寄りは国保から給付を受けておつたわけでありまして。

老健法ができてからその給付の事業、老人医療の事業を市町村の事業として肩がわりする形で、いわば各保険者の共同事業の形で肩がわりして市町村が事業を行つてくれるという仕掛けができて、したがつて、その市町村に対して各保険者はいわば受益者の立場に立ちますものですから、受益者負担的に拠出金の形で市町村に拠出金を出し合うという形をとつたわけでありまして。

その拠出金を出し合うその出し方が問題でございますけれども、どういふふうに残りの七〇%を各保険者にその医療費を按分するか、これがいろんな考え方があるわけでございますけれども、制度創設のときにはいろいろ経緯がありましたけれども、最終的には五〇%は、加入者按分と申しますが、加入者数に応じて、いわば加入者数に応じて平等に老人を持つてもらうと、こういうことでございまして、片一方は実績、そのそれぞれに調整して出している加入者按分部分と、それからその保険者が必要とする実績そのまゝ出している加入者医療費按分部分と二つに分けまして、その比率を五〇%五〇%にしようというものが老人保健創設のときの按分率の考えであつたというふうに承知をいたしております。

○高桑栄松君 そうすると今度引き上げを八〇%、ということとは将来一〇〇%を目指すというところのうちに承りましたが、これは保険の一本化というのか、そういうことを目指すということですか、どういふことでしょうか。一元化という言葉を使われたかと思ひましたけれども。

○政府委員(下村健君) 保険制度につきましては、今後の長期的な見通しは一体どうなるかというところからでございますが、医療費と一方におけ

る国民所得と申しますか、賃金と申しますか、そういうものの上昇率の相関関係で決まってくるわけですが、厚生省としては、医療費については国民所得の範囲内にとどめるように適正化の努力をしたい、こう言っているわけですが、人口の増という問題もありますし、高齢化ということもありますので、長期的に見れば、やや医療費の伸びの方がどうしても国民所得の伸びを上回るだろうと考えているわけではあります。特に現在のような経済がかなり悪い状況になってまいりますと、医療費の伸びと、賃金上昇率あるいは国民所得との間の乖離というのは非常に大きくなってまいりまして、これが長期間続くと、当面はともかくとして、いずれ保険料の引き上げ等によって医療費を賄っていくというふうな事態は避けがたいのではないかと、こんなふうに考えております。

したがって、今の制度のままでそれをやりますと、現状で見ましても医療費総額の伸びは、一般の医療費の伸びは総体として七〇程度ですけれども、国民健康保険が大体八〇台、老人医療が九〇台。それに対して、ことしの経済成長は二・六％、こういうことが言われているわけでありまして、賄えないわけではあります。あるいは、それを今の制度のままでやっていくということになりますと、国民健康保険だけは非常に高い伸び率で保険料を上げていく、あるいはそれに見合った国庫負担をふやしていくという運営をすることになります。これでは現在の皆保険体制を維持していくことが困難ですから、給付の面と負担の面と全体的に公平な形になるようにしたい、これが一元化の基本になる考え方でございます。

それをやる場合に、統合という問題はどうかというふうな話もございましたが、一番突き詰めた形でやれば統合ということも確かにあるかと思いますが、私どもとしては、給付と負担が一番公平になる形、それが目的でございますので、なおかつ、それで医療保険制度が効率的に運営されるということを目標として考えますと、一元化という

ことで現在その具体的な形は関係者の間でいろいろ意見が分かれておりますので、広範な議論をやりながら一元化ということに持っていきたい。

さしあたりは老人医療費が最大の問題でございますので、その加入者按分率という形で全体の負担を公平な方向に一つ持っていきたいということとで今回の老人保健制度の改革を考えたい、こういう形でございまして。

○高桑栄松君 今、保険の方の蓄積と支払いのことが出てまいりましたけれども、そういういふ、今思ひ出したのは、政管健保と組合健保が年間三千億くらい、黒字だったようですね。これはどういふプラス、マイナスで黒字になったんでしようかね。推定なさるところはどうか。

○政府委員(下村健君) これは先ほど来話も出ておりますが、給付費の方の伸びが当初の伸びを下回った、一方、保険料は長期的な安定運営を図りたいというところで従来の水準をおおむね維持してまいっておりますので、その結果、双方ともに約三千億円の黒字が出たということではないかと思っております。

○高桑栄松君 保険というものは相互扶助というところでありますので、非常に単純明快に考えると、相互扶助ならあえてここで老人の、特に私は外来と申し上げたいんですが、外来の負担を上げる必要はあるのだろうか、相互扶助の精神でここはやっぱりもとに戻せないのかな、こんなふうに思うんですが、これは御答弁願っても同じかな。

○政府委員(下村健君) 健康保険組合で総体として三千億あるいは政府管掌で三千億といひましても、それぞれの保険の枠内での保険料部分が主として余った、ということでございます。一方国民健康保険の方は、本日いろいろお話が出たわけでございますけれども、相当財政状況は苦しい。

健康保険組合の中でもそれぞれ個別の保険者が持っております個別の黒字を足すと三千億になるといふことで、もとに戻すということになるとそれを赤字のところに戻すというふうな操作がどうしても必要になってまいります。それを個別にやら

ないで、老人の加入率というところで調整をして全体の財政状況をならすというふうなことを考えてまいりたいというものが今回の措置につながってくるわけでございます。

○高桑栄松君 恐縮ですけれども、だんだんおもしろくなってきたものですからちょっとまた聞きたいんですが、そうすると、仮に千円にするとおっしゃったんですが、外来の部分のそこだけ見て、どのくらい違うんですか。

○政府委員(黒木武弘君) 一部負担の今回外来部分の引き上げに伴う数値についてのお尋ねでございますが、六十年度で申し上げますと、一部負担総額が外来で四百六億あるわけでございますけれども、今回六十一年度でそれが、八百円の修正ベイスで申し上げますと八百十億、満年度ベイスで申し上げますと八百十億、これは一部負担総額として入院外の四百六億が改正後、八百円の衆議院修正ベイスの満年度ベイスで約倍の八百十億が患者負担総額として大きくなるということでございます。

○高桑栄松君 再度申し上げますが、私はエコノミーで論ずるだけの僕自身の内容がありませんのでエコノミーでの申し上げようはいいたしません。が、やっぱり黒字が合せて六千億あって八百億とかというんだと、何となく額が違い過ぎやせんのかという、そんな感じもするんですね。

そこで、健康保険の改正のときに一割本人負担を近い将来二割にするということがあって、これはいつになるのか知りませんが、多分そうなるわけだ。そのときの答弁であつたか何だか忘れましてたけれども、そのときには家族の負担も国保の自己負担も全部二割にするというふうに承ったような気がしているんだが、そんなふうに理解してよろしゅうございませうか。

○政府委員(下村健君) 前回、五十九年に健康保険法の改正をお願いしたときには、本人の給付を九割、次いで八割にしたい、その際に将来の構想、ビジョンとして一体医療保険制度はどうするかというふうなお話が国会の方でいろいろ出て

まいりまして、保険給付の対象になっている医療費に対する保険給付の割合を出しますと大体八割、強でございます。医療に関する負担を余り値上げしない、あるいはそんなに大きくは引き上げができないということと考えると、将来目標としては八割程度にそろえていくという方法が一番現実的ではないか、こんなことを申し上げたわけでございます。

○高桑栄松君 たしかそうだったなと思ったんで、今思ひ出して承ったんですが、私は長らく国家公務員をいたしておりますので自分では払うことはなかったわけで、いよいよ一割払われるのかなと思つたときに国会議員になりましたので、国会議員になると国民健康保険になるんですね。それで、随分高く払わされることがわかつたわけですよ。国保というのは随分高いですね、払う方が。ですからこれは大変なことだと思つたんですよ。それで私は医師国保、これはもっと高いようでしたけれども本人が払わなくてもいいようになっていまして、私は医師国保に加入をいたしました。

やっぱり国民健康保険というのは高いな。だからどうせいというの僕にはわからないんです。わがかりませんが、高いなと思つたね。そして自己負担が三割というのは大変なことだ、これが二割になるんならそれもいいことだなあと、今そう思ひ出して伺つたんです。

話を伺つていまして一元化ということのようですが、武見太郎先生が二十年前も昔、健康保険というものは統合一本化しろということを主張しておられました。あの先生の卓見というのか、当時そんなのできるかと思つてたことがだんだんその方向に向かつていっているようでありまして、ここで大臣、やっぱりこの目標は健康保険の統合一本化ということなんでしょうね。それで、一体何年ごろこれを目指されるんでしょう。ちょっと伺いたしたいと思います。

○国務大臣(斎藤十朗君) 医療保険の負担と給付の公平を図る観点から一元化を目指して、この老

人保健法を成立していただきましたならば、検討に入りたいと考えておるところでございますが、昭和六十一年の後半できるだけ早い時期と、こういう目標を置いておるわけでございます。

○高桑栄松君 それでは、老人保健施設の質問に移らしていただきます。

これまたいろいろ問題点があるようでございまして、この前の質問から私もちょっと調べてみたんですが、まず特養ホームのことを伺いたいんですが、特養ホームの医務室というのは医療法の指定する診療所と同じである、要するに医療法の適用を受けるということになっておりますね。

○政府委員(黒木武弘君) 御指摘のとおり、特養には医務室というのがございまして、それは診療所の届け出で、それを認めて……

○高桑栄松君 医療法。

○政府委員(黒木武弘君) 診療所ということで特養の中に置かれていくことになっております。

○高桑栄松君 医療法の指定するということですが、ね。だから、医療法の適用を受けているという意味です。どうもそこがわからなかったんです。それで調べてみたらそう書いてありますから、これは特養ホームの医務室は医療法の言う診療所であるということで、医療法の適用を受けているということですね。

○政府委員(黒木武弘君) 御指摘のとおりでございます。ちょっと読んでみますと、「特別養護老人ホームは、被収容者の医療的処遇の万全を期するため当該医務室について収容施設を有しない診療所として医療法第七条第一項の規定に基づき都道府県知事の許可を得ること」ということで指導いたしております、診療所の許可を受けております。

○高桑栄松君 それで少し黒木さん、明快になったんです。それがよくわからなかったんですからね。

そうすると、この老人保健施設は医師が施設療養を管理するとかというふうになっていきますね。そして医療法の適用を受けていないんだ。そう

ですね。いかがですか。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健施設につきましては、その一角と申しますか、ある部屋を医務室として診療所の許可をとって医療が行われるというふうなことで、施設全体が施設療養と申しますか、医療サービスも生活サービスもそうですが、一体的に行われる施設として今回制度化をいたしたいというところでございまして、病院なり診療所としての適用は受けていないわけでございます。

○高桑栄松君 そこですよね。施設療養とはいうのは何か定義が書いてありますね。ちょっと読んでください。

○政府委員(黒木武弘君) 改正法の第四十六条の下に「施設療養」といふことと定義をいたしております。

○高桑栄松君 明快じゃないでしょうか。医療です。生活は入っていないですよ。機能訓練はリハビリ、それから看護、医学的看護下における介護、必要な医療、全部医療なんです。どうして医療法の適用を受けないんですか。私はやっぱり疑問なんです。いかがでしょう。

○政府委員(黒木武弘君) ただいまの定義は、給付のところを定義をいたしておるわけでありまして、そこで、入所された老人の方々に対してただいま申し上げました施設療養を受けたときにはその者に施設療養費としてその費用を支給する、こういうところの条文を読んだわけでございます。

その前に、「老人保健施設」という定義がもう一つございまして、そこを讀んでまいりますと、「この法律において「老人保健施設」とは、疾病、負傷等により、寝たきりの状態にある老人又はこれに準ずる状態にある老人に対し、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療を行うとともに、その日常生活上の世話を行うことを目的とする施設として、第四十六条の六第一項の都道府県知事の許可を受けたものをいう、」

こういふことでございまして、この施設は施設療養としての医療サービスと、後段で御説明いたしました日常生活上の世話、その両方を目的とする施設というところで制度を仕組んでおるわけでございます。

○高桑栄松君 それに、施設療養を管理するといふのは医者ですね。そうすよね。今の「ととも」に「と言われた。施設療養の部分で医療法だと私は言っているんです。施設療養を医者管理する。そして、これは御説明によると、病院と特養ホームとの中間だと言っているんでしょ。中間だと言っているんだから、特養ホームの医務室でさえも医療法の適用を受けているのに、病院はもろろんでありますが、中間が受けないというのはおかしいではないかということですね。

中間というのは病院寄りなんだから、特養よりも病院寄りです。医務室は医療法の適用を受けているわけだ。そして、医者が施設療養を管理することになっていきます。そのとおり書いてある。施設療養とは必要な医療を言っているんです。生活は入っていない。したがって、それは医療法の適用を受ける場ではないというところで、中間なら、医療法の適用をこつとこつちが受けて、真ん中が受けないということはない。特

養以前のものと違うことではない。どうしてここが私には納得できない。説明してください。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健施設は医療サービスと生活上のお世話という、いわば日常生活サービスとあわせ行うことを目的としておる施設でございます。その医療サービスの部分については、当然のことながら医療でございまして、医師が管理しなければならぬというふうに規定をいたしております。しかし、この施設全体としては、私どもはこの性格は新しいタイプの施設と言っておりますけれども、文字どおり医療と日常生活のサービスができる新しい施設のタイプとして、老健法上に位置づけおるわけでございます。そこで、先ほど読み上げましたように、医療もできる施設として新しい施設を創設させていただきます

たいということでございます。

なお、医療法は病院、診療所についての規制、その他の所要の規定を設けておりますけれども、病院、診療所と違つて、私どもは老人保健施設という新しいタイプの施設をお認め願いたいということでございます。

○高桑栄松君 ちょっと観点を改めてみますと、医療法第一条を見ますと、ベッドが診療所は十九以下で病院は二十以上でありますけれども、二十人以上収容しているのが病院ですが、病院というのは、科学的かつ適正な診療を受けることができないことを主たる目的として組織、運営される、管理者は医者である、こう書いてありますね。それから、病院は医師が医業をなす場所であると書いてありますが、医業とは継続して医療を行うことというふうになっていきます。

そうすると、診療を受ける場で継続して医療をするところが病院であるとする、老人保健施設はまさに病院に近いものではないかということ、これはこの定義をもつてくればまさに病院に近いです。特養よりもつと病院に近い。それをさっきから申し上げているんだが、どうですか。それでも特養よりも以前かな。どうでしょう。

○政府委員(竹中治君) 病院の定義は今先生のお話のとおりでございます。お願いをいたしております。老人保健施設、この中には病院に近い、要するに医療を行う機能があるわけでございますけれども、施設全体を取り上げてみますと、医療を行う機能と生活サービスを行う機能と両方混在しておるというところを先ほどから老人保健部長が申し上げておるわけでございます。

○高桑栄松君 病院で医科と歯科と二つやっていると、主たるというのは何だと書いてあるんです。それね。その主たるというのは、収容人員とか、それから収入額とか、それから使用しているスタッフとか、こういうものを入れて、そして総合的に判断をして医が主たるものか歯の方が主たるものかを決める、そう書いてあります。主たるというものを決めるときのその条件というのを見

ると、収入だとか収容人員だとかになっているわけだ。

この保健施設は、収入の額で言うと二十五万というところだ。二十万が医療です。すると二十万が主たる二十五分の四ですからもう主たるなんでものじゃないですね。大部分がこれであると言いたいぐらい主たるものです。収入は、ベッドは、地域医療計画の中のベッド数に入らないうえ。そうですね。これでも病院じゃないんですか。おかしい話だと思いませんか。医療が主です。これは。

二つとおっしゃるけれども、どんな病院でも生活は入っています。食事を出す、洗濯もしなきゃだめなんです。ですからどんな病院でも生活は入っています。しかし、生活部分が非常に多いのが特養ホームだと思いませんか。これは二十五万のうち二十万が医療なんだから収入の八割は医療である、そうしたら主たる業は医療ではないか。継続して医療が行える、ベッドがある、地域医療計画のベッド数に入る、それでも病院ではないとおっしゃるのかと私は言いたくない。

ですから、新しいのを病院と言いたくないというのはわかった。それは保健施設とおっしゃるんです。しかし、それが特養ホーム以前であって医療法の適用を受けないというのは論理的にどうしても合わないですよ。いかがですか。

○政府委員(黒木武弘君) この施設は、先ほど来御説明いたしておりますように、医療と生活両方のサービスをおこなうことを目的としているわけでございます。またまた付随的に生活サービスを行うということではなくて、医療もそれから生活サービスも、そのものを寝たきり老人等に提供する、二つの機能を提供することを目的とする施設でございます。したがって、定量的にというよりも定性的に両方の機能を持つというところに我々は主眼を置いているわけでございます。したがって、そういう両方の目的を持っておりまして、そういう中間施設については医療法上なかなか規定しにくいわけでございます。

て、私どもは第二あるいは第三の老人病院をつくるということじゃなくて、ぜひ新しいタイプの中間施設として老人保健施設を創設したいというところをお願いをしているわけでありまして。

なお、特養には確かに診療所が適用されておりますけれども、それは特養の中の医務室という一部分を診療所の許可を受けてそこで医療が提供されるという状態でございますけれども、この施設は施設全体として医療ができる施設に構成をしておるわけでございますので、したがって、この施設の性格から見まして私どもは老人保健法に規定をさせていただきたいということで今回お願いしておるわけでありまして。

老人保健法は、御案内のように、「目的」にもございまして、「国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため」云々というところがありますように、まさしく老人保健法を規定いたしました。この老人保健法の制度化というものが決して異質なものではないというふうに出ておまして、私どもとしては、老人にとつてこれから医療とともにこういう中間施設も提供しながら、老人保健施設としてのサービス等も提供したいというところをお願いをしているというところで御理解をいただきたいと思います。

○高桑栄松君 そこで伺いますが、産婆さんのいる助産所の施設管理者はだれですか。

○政府委員(竹中清治君) 助産婦でございます。

○高桑栄松君 助産所は医療を行っておりますか、それとも何を行っておりますか。

○政府委員(竹中清治君) 助産所は助産行為を行います。医療、回復継続医療を行うという医療には該当いたしません。

○高桑栄松君 あそこは、お教えしますと、助産というものは二つあるんですよ。正常分娩は病気でないんですよ。しかし、異常が起こればこれは医療にかかわってきます。それで、医療も入ってきますよ、これ。違いますか。

○政府委員(竹中清治君) 助産所につきましては、先ほど申し上げましたように、助産婦が管理者でございます。したがって、助産所において医療を行ってはいけません。つまり、先生が御指摘のようなケースで医療に該当する行為をしなればならないということになれば、これは往診を求めるとあるいは病院に移すかということになるかと思っております。

○高桑栄松君 医療法の適用を受けていますか、いかがですか。

○政府委員(竹中清治君) 助産所は医療法によって規定をされておるわけでございます。

○高桑栄松君 今の御答弁の状態の助産所でも、あえて「でも」と申し上げますけれども、医療法の適用を受けているんですよ。医療でないというところさえも受けている。なぜか。それは突発事故が起きるからですよ。突発事故が起きたときにやっぱり医療を行わなきゃだめなことがある。それはお医者さんと呼ばないことですね。しかし、それだけの資格を産婆さんに与えてあるわけだ。医療法の適用を受けているんですよ。だから老人保健施設は医療法の適用を受けないのか、不思議だ。もうとても不思議ですね、なぜここで医者を締め出すのかと。施設管理者は医者でないんですよ。これは不思議ですね。もう一遍答弁してくれませんか。

○政府委員(竹中清治君) どうも日本語の発音が難しいので大変恐縮でございますが、助産所は、医療つまり回復継続の業の方でございますが、医療を行う場所ではない。しかし助産所は、助産所全体が医療法に言っております医療を提供する体制の中に包含をされますので、これは医療でございます。やや広い概念かと思っております。それには該当するところであるかと思っております。

先ほど来申し上げておりますのは、老人保健施設という施設全体を取り上げた場合に、その全部が全部医療であるかどうか、それは医療の部分もあり、生活サービスの部分もある、そういう両方の機能が混在をしておる、そのところが助産所とは若干違うのではなからうかと申し上げておるわけでございます。

○高桑栄松君 時間を見ながらなものですから、大臣、今の答弁をずっと念頭に置いておいてください。定額療養費の医療責任ということ、私はこれ前にも申し上げましたけれども、医者はもうけられないというんじやありませんで、やっぱり患者を治すのが第一なんです。結果としてお金はいただくんじやないですか。お金をおまえていただくんじやないですか。お金のところではやらぬとは言わないですよ。結果なんです。収入というものは、つまり、請負じゃないんです。この定額療養費というのは私はやっぱり請負だと思ふんだ。

言いは悪いけれども、健康診断は項目を限定することがありますね。二泊三日のドックとか日帰りドックとか、それは請負です。間違いない請負です。だから二泊三日で十万円出せない、出したくないとか、暇がないとかいう人は日帰りで五万円ですとかということになるわけだ。しかし、病気の療養は請負ではできませんよ。そんなことできるわけがないです。もしそうだとすれば、医学の考え方を根本的に変えなきゃだめですよ。したがって、私は定額療養費の支払いということは非常に抵抗がありますね。

【委員(長退席、理事岩崎純三君着席)】
恐らくすべての医者、歯医者さんはみんなそう思っていると思うんですよ、そんなことでできるのかと。これはやっぱり医師の今までやってきた医療、それから歯科医療、あるいは医療なのか、ちょっと言葉がわからなくなつたけれども、どちらでもわかるでしょう。そういうことに対して根本的にどうするんだというところだと思ふんですよ。健康診断とは分けて考えてもらわなきゃだめですよ。健康診断は私は請負だと思ふ。医療というのは請負じゃないんだ。突発がありま

そこで「必要な医療」というのが書いてありますけれども、「必要な医療」の内容は何なんですか。どんなのを必要な医療と考えておられますかね。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健施設におきましては、私どもが考えておりますいわば医療の内容でございますが、一つにはリハビリテーション、それから看護、介護サービスがあるわけでありまして、そのほか比較的安定した症状に対する医療サービス、こういうものがこの施設で考えられる医療かなというふうに考えております。

具体的にどういうことが考えられるかでございますけれども、やはりここに入所される方は一応病院での入院治療が終わって、それから家庭復帰、社会復帰されるまでの間、ここでの施設療養、医療ケアが行われていくわけでありまして、当然日常生活上のお世話もしていくわけでありまして、その過程における医療ケアが行われるわけでございます。

その際、どんな病気が主として考えられるかというところでございますが、もとより循環器疾患とか消化器疾患、あるいは呼吸器疾患、筋骨格系疾患とか、そういうものが多いわけでございますけれども、

〔理事岩崎純三君退席、委員長着席〕

したがって、そういう疾患に対しまして一般的に行われる医療としましては、当然のことながら診察がありまして、あるいは血液、尿、心電図等の病状のチェックのための検査とか、あるいは疾患の管理のための投薬とか、そのほか褥瘡の処置とか目の処置とかいろいろな処置行為等が考えられるわけでございます。

もとより、そこで風邪を引かれた場合とか腹痛等の一時的な疾病に対する対応も必要でございますし、それから先ほど来御指摘の、病状が急変した突発医療に対するそういう医療も行われることがあろうかと思っております。いすれにしても、私どもが考えておりますことで行われる医療は、一般的には症状安定期の患者さんに対する比較

較的定型的な、先ほど申し上げましたような医療サービスではなからうかというふうに考えております。

○高桑栄松君 その比較的安定という言葉は、素人はなるほどと思うかもしれませんが、そうじゃないですよ。老人というのは、その病氣自身はあるところで固定的になるように見えても、別な病氣が突然起きるといことがあられるわけですね。殊に、循環器のお話がありましたが、きょうの朝のNHKドラマで、心臓発作で倒れたまねをしたら本当になったというのが出ておりましたよ。突発ですよ。そういうのが老人であり、また老人でなくても循環器というのが入ってきまして、循環器なんというのは突発があるから問題なんであって、突発がないのはほっておいてもいいんですよ。循環器は死ぬまで動いているのが循環器、心臓でございますから。突発なんですよ。ですから、安定ということとはまあ特別なあるものなんですよ、それは。

ですから、そういうことでまとめて二十万という手はないと思うんです。それは症状に応じて何をどうするかということが出てくるのであって、まとめて二十万の中でやっていくというや、二十万と決まったのではないのかもしれないが、新聞の伝えるところによりますと二十万となっておりますから申し上げるんですが、二十万でまとめた医療というのは我が国の医療の中でこれはもう画期的なものじゃないでしょうか。初めてでしよう。ですから、そういうことをおやりになるうとしていくには内容の審議が粗末だと僕は思います。

ですから、まず医者を専任したんでしよう。特養との大きな違いです。特養は医務室があつて、非常勤でもいいとなつていて、こちらは医務室がないわけじゃないでしよう。もっと立派な医務室がなきゃおかしいでしよう。ベッドを置いて、地域医療計画の中のベッドに算入されるんだ、計算に入るんです。そうですね。間違いない。それがさっきの特養は医務室でこっちは医務室でないよ

うな、何をするんですか、廊下でぶらぶらつていて診察するんですか。そんなばかなことはない。もっと立派な医務室があるはずだ。レントゲンの施設から何から全部持っているやれません。

ですから、そういうところに医師を専任しておきながら、くどいようですが、どうして医者を施設管理者にしないんですかということ。療養管理は当たり前です。こんなことを書くことはない。医者が療養の責任を持たないでそれが持つんですか。こんなことは書かなくてもいいぐらいです。医者は当たり前です。言わなくても当然だし、当たり前なことを施設療養を医者が管理するとは何事ですか。別な医者がいるのかと思ひます。医師法でない医者がね。医師法にあらざる医師免許証を与えるなら話は別です。療養の責任を持つのは医療法にそのとおり書いてある。

施設療養を管理するんじゃないで、療養の施設を管理する人間でなければ療養の責任は医者として持てない。しかも専任医師を置いていられるんだから、ウェイトを高めています。特養よりはちょっとウェイトを高めている。特養と病院の間です。確かに人間配置を見ると、医師は専任、看護婦の数も多い、それで介護人の方は少ない、特養は介護人が多い、看護婦は少ない、医者も非常勤、こうなります。それでなおかつ医務室があるのかないのかわからないような答弁じゃ困るし、そしてそれが医療法の適用を受けないという理由はないわけだ。もう一度答弁してください。

○政府委員(竹中治治君) 特養でございますが、先ほどからお話ございましたように、特養全体を相手にしないで、特養の一部を診療所としておる。したがって、施設全体から見ると、医療を行う場所というのは極めて限定されておるといのが特養の場合でございます。それから病院は、もう申すまでもなく病院全体が医療を行う施設で、特に入院医療を行う施設である。

そこで、この老人保健施設でございますけれども、お話がございましたように、施設療養という医療が行われることは確かでございますが、あわせて生活サービスが行われる。したがって、老人保健施設全体を取り上げました場合には、医療の機能もあり、それから生活サービスそのものの機能もある、それがお互いに混在しておる非常に新しい施設である。そういうことから、確かにこの施設の中で医療が行われ、この施設が医療の機能を持つということでは確かでありまして、けれども、施設全体をとらえた場合には、やはり両方の機能が存在する。

現在の医療法は医療のみについて規定をするという構成になっておりますので、今申し上げました生活サービス、いわば福祉的な面、こういうものをあわせて持つ老人保健施設を現行の医療のみを相手にしておる医療法に直ちに規定するということは困難だということで、今回老人保健施設は老人保健法に規定をするということをお願いをいたしているわけでございます。

○高桑栄松君 提案者は新しい施設だとおっしゃっているが、新しい施設であらうとなかろうと、医療の対象であるかいかと私は申し上げているので、施設が新しいとか新しくないということを問題にしないんです。医療が行われるのか、その責任はだれが負うのか。そうすると施設を含めて管理しなければいけないんですよ。もしそれだったら生活部門とそうでない部門を分けたらいい、医務室と同じようにね。分けて、管理者を置いた方がいいと思います。でなければ、開設者の監督下に置かれることになる。

それは医師が専任であつて、ベッドがその地域医療計画の中に入つていられるという病院に非常によく似た施設なんだから、それは医者が管理しなきゃおかしいですよ。これはプライドなんでものじゃないんだ。療養の責任を負えるか負えないかというところで申し上げていられるんです。医者というはそういうつもりでいますよ、自分が患者をやらなきゃいけないと思つてやっているとんだから。それを二十万の範囲でやるから途中でやめたとか、

おれは責任者でないから後はどうせいか、そうはいきませんよ。ですから、医療法の適用を受ける範囲がもし必要だったら、範囲を書いても施設責任者を置いた方がいい。それが専任医師を置く理由だと私は思います。

この辺で大臣ひとつ、私は医療法の適用を受けるべきだと思ふんですが、いかがでしょうか。

○国務大臣(斎藤十朗君) たいま健康政策局長からかなり明快な答弁を申し上げたところでございますが、この老人保健施設はまさに医療サービスだけでなく、生活サービスをも提供する福祉的機能を持ち合わせた施設でございます。そういう観点からこの老人保健法に規定をさしていただき、そして、おっしゃるような中には医療が厳然としてあるわけでございまして、医療法の必要な部分をこの老人保健法において規定をさしていただいております。こういうことでございます。

それがゆえに、この老人保健施設につきまして、その基準を法律成立後老人保健審議会等で御決定をいただきますけれども、私もこの考えを御承知いたします。その施設の中には例えれば談話室とか食堂とか、今まで医療機関になかったという施設も兼ね備えたようなものにしていくということでありまして、そういう意味におきまして福祉的機能を十分に備えた施設、こういうふうな考えをわけでございます。

これも健康局長からの答弁にもありましたが、現行の医療法は、医療供給体制の確保を図り、国民の健康を保持することが目的として制定されておるものでありまして、福祉的な面が考慮されていない法律でありますので、ただいまこの医療法に規定をするということは少し困難なのではないかと考えております。しかしながら、医療法につきましまして改正をお願いをいたしたわけでございまして、その後、今後将来へ向かつての医療法のいろいろな角度からの見直しを今検討をいたしております。

そういう中におきまして、将来考えられます老人保健施設につきましても、難病患者とか身体障

害者等のための中間施設というふうなものも考えられると思うわけでありまして、そういう中間施設の一つ形態の中で、医療法の中にどう位置づけをしていくかということも検討の一つの大きな課題であるというふうに考えておるところでございます。

○高桑栄松君 際限なく同じ質問を繰り返しても困りますので、議事録に載っておりますからどの辺が明快であるかわかると思いますが、それにくらべてさしていただいて、次の保健審議会の構成メンバーのことを五、六分やらしていただきたいと思ふんです。

この前私が質問をしたときに、必要な医療というものの審議をこのメンバーでやったのか、医者は何人いますかと言ったら、二十人のうち二人だとおっしゃったわけだ。私も本当はびっくりしたんです。知らなかったんですけれども。そんなに少なくて何を審議したのかと申し上げたら、何か後で今度は専門の委員会だか専門委員会だかをつくって十分検討したいという答弁でした。

逆に言いますと、今のメンバーがこの問題を審議するのには、つまり必要な医療というものの、経費二十五万のうち二十万でございますけれども、それだけの審議をするメンバーとして適切ではなかったと、数の問題ですけれども、適切ではなかったというところをお認めになったことと私は解釈いたしました。いかがですか。

○政府委員(黒木武弘君) 改正法の中に老人保健施設を盛り込んで御提案いたします際に、老人保健審議会に御諮問を申し上げたわけでございます。その審議会には御指摘のように二人の医師の方がおられるわけでございますが、この老人保健施設について御諮問申し上げましたのは、いわば制度の骨格について申し上げたわけでございます。こういう目的を持った施設をつくること、あるいはこの施設に対して医療費財源と申しますか、現在老人医療費に充当いたしております財源をこれは公費のみならず拠出金の形で財源として見ていくこと、そのほか、そういう制度の主たる

内容について御審議を賜ったわけでございます。したがって、これから医療との接点あるいはその額の決定に当たります、ここで行われる平均的なと申しますか、一般的な医療の想定その他についてこれから医療関係者のいろいろな御意見を聞いてまいる場面が多くなるわけでございます。

これからはその実施に当たりました実施基準等を作成していただくために専門の部会を老人保健審議会の中に設けてまして、そこで医療なりあるいは福祉なりの関係者、専門家に参画をしていただいで、老人保健施設が制度のねらいどおり今後立派に運営ができるような諸基準、実施細目を御検討願いたい、こういう意味で専門の部会をつくって御審議を今後賜りたい、こういうふうに申し上げているわけでございます。

○高桑栄松君 老人保健審議会のメンバーというのは、拠出金を出す方々の代表ということが構成メンバーの構成のあり方というふうに僕は伺っております。それを、医療というふうなものが入ってくるという根幹の内容が変わるようなものについて、今までの拠出金関係の方で審議をして根幹を決めてしまつて、細部にわたつては専門家の御意見をというものは、本末転倒というものはこういうことを言うんですよね。そう思いませんか。いかがですか。

○政府委員(黒木武弘君) この制度を私どもが検討するに当たりましては、かねてから各方面からハーフウェイハウスあるいはナースングホームをつくるべしという意見はいただいていたわけでありまして、最近では社会保障制度審議会から特養とそれから病院の中間的なと申しますか、両機能をあわせ持った施設をつくるようにという提言がございました。それを受けてまして、厚生省に中間施設の懇談会をつくりまして、そこでもちろん医療関係者にも御参画いただいで御審議を賜り、その上で私どもの案を固めまして老人保健審議会に御諮問申し上げたところでござい

ます。その私どもの練りに練った案を今出させていた

だいて御審議を賜っているということでございますが、あわせて実施細目等これから詰める事項も確かに多いわけでありまして、そういう点についてもできるだけ私どもの考え方を御説明してまいっているということでござい

○高桑栄松君 私は、厚生省の出された「二十一世紀の我が国の医療」でしたか、あれはなかなか作文としては立派なものだと思ふんです。まあ作文ですから立派なものだ、こう思つて拝見しました。それで、中間施設に関しては私も本当は必要だと思つていまして、今回質問しようと思つていた。だからそれはいいんです。そういうことを言っているんじゃないんです、本当にやる時には周囲で幾らだれが言つたってだめなんで、保健審議会が決めるんだからこのメンバーをちゃんとしなさいでなせ審議したか、それを申し上げているので、本末転倒なんです。

大臣、この辺でメンバーをかえてから出直すということはできませんかね、いかがですか。

○国務大臣(斎藤十朗君) この法律を成立さしていただきましたならば、いろいろな細目について老人保健審議会におきまして御協議をいただき御決定をいただく部分が非常に多いわけでござい

ます。そういう中では、今御指摘がございましたように医療関係の専門的な知識に基づいていろいろ御議論をいただかなければいけない部分がたくさんあると思ひます。でありますので、老人保健施設に関する特別な部会を設けてまして、そこに医療関係の方々にお入りをお願いをいたして、そして十分な御意見を賜り、御議論をいただいで結論を得ていただくようにいたしてまいりたいというふうに考えております。

○高桑栄松君 同じことの繰り返しですからもうやめますけれども、本末転倒なんです。ちゃんと議事録に残りますので、読んだ人はわかると思ふんです。後で検討したつてまじいんですよ。それで、時間があと二十分ぐらいですので、この前からの続きで緊急にお話ししたいことがエイズについてありますので、ちょっとお話ししま

す。

その前に、新聞によりますと、きのうの夕刊で見たんですが、熊本大学に入院しておった三十代の独身男性がエイズで七日に亡くなった。この人は中近東に滞在しておって、けがの際に輸血を受けた。多分輸血感染だろうという感じを受けますが、厚生省はエイズかどうか公式に検討中というので不思議だと思つた。十一月下旬入院と書いてありますから、献血検査体制が整つていたらこういう疑いのある患者はまず診たはずなんだが、調べていない、検討中なんですかどうか、調べるのか、いかがですか。

○政府委員(仲村英一君) そのケースは厚生省に届け出がされておりました、次回の調査検討委員会で検討する事例にはなっておりますけれども、献血者ではございませんで外国で輸血を受けたというふうなことを聞いております。

○高桑栄松君 いや、僕が聞いたのはそうじゃないんですよ。検討中といったって、まず抗体検査をすればよかつたはずじゃないかということをし上げています。その体制が整つたはずだということを書いてあるんです。

○政府委員(仲村英一君) 病院ではエイズではないかということで私どもの方へ御報告をいただいているわけですが、御承知のように、エイズの患者か、あるいはアークのような完全なエイズでない者かということをおもひとしては調査検討委員会に御検討いただいております、そのケースの一人に入ることになります。

○高桑栄松君 そうすると、抗体が陽性であるかどうかかわからない。いかがですかね。

○政府委員(仲村英一君) 抗体は陽性でございます。

○高桑栄松君 わかりました。それならそれでいいんです。もう間違いないでしょうね。それが聞きたかつたんで、厚生省はまだはっきりしないのかいなと思つたんですが、まあ慎重なんですね。慎重審議をしておられて、亡くなつてからわかるというのが慎重な結果なんじゃないか。ま

あ、それはよろしいです。

それで実は私、これは三月の質問のときに出たと思つておつたんですが、そのときは軽くあれしたんですが、今回私の非常に親しいあるお医者さんから、息子さんが歯医者さんを開業した、エイズが非常に心配だと言つておつた。それで、ぜひ厚生省にこれをひとつ質問の形で頼んでくれ、こう言われたので、私もひとつ考えましたけれども、職場エイズ感染というのは非常に重要であると思つています。これはB型肝炎の感染というのを考えますともう明快なんです。大急ぎで調べたんですけれども、歯医者さんはB型肝炎の感染率は高い。非常に高いですよ。それは一般にみんな知つています。データも私持っていますけれどもね。

要するに、職場感染で、医者の場合だと外科医、婦人科医がそうですね、それから血液をとにかく扱うお医者さん、看護婦、それから技術者、みんな入ってきます。それで、注射針をうつかりうっかり自分のところに刺すんですかね。それでB型肝炎に感染しているのがいっぱいあるんです。エイズに置きかえたらすぐわかります、エイズと同じなんです。ただ、エイズビルスは抵抗力が弱いからそう簡単には言ふけれども、簡単にはうつらないというところは、逆にうつりますよということなんだ、絶対うつりませんと言つていないんです。

ですから、歯医者さんはもう毎日の診療で大変なので、歯医者さんに対しては緊急を要すると思つておつた。普通の歯医者さんはB型肝炎感染率が一般の人の数倍高いんです。ところが、歯医者さんはさらにその倍近く高いんだ。それはやっぱり血液を扱うこと、だあつと飛ぶということですね。これは大変なんです。何か指示をちゃんとしておられますか。そういうことはどうなっていますか、歯科医に対して。

○政府委員(仲村英一君) 私ども厚生省といたしましては、エイズ患者からの二次感染防止措置の内容を盛り込みました「発生時点における留意点」

というところで六十一年の七月、これは毎年改めておりますが、都道府県に通知をいたしまして各地域の医療機関に周知を図るようになっております。この通知は、日本医師会の方に日本歯科医師会にも提供していただくことになっておりますし、本年の二月十四日に都道府県等の担当職員を対象とした講習会を開きまして、エイズ対策に関する指導者講習会を開きましたけれども、その際に日本歯科医師会の代表にも参加をさせていただいております。

一方、歯科医師会といたしましては、六十一年の十二月の日本歯科医師会の「日歯広報」で、アメリカ歯科医師会がまとめた「歯科医療職におけるエイズ感染防止措置と対応」というものがございまして、それを翻訳、御紹介をさせていただいておるほか、六十一年四月と六月に日本歯科医師会雑誌でエイズの問題を取り上げていただいております。そして、エイズ感染防止措置の周知、啓発を図つておるといふふうに私も把握しておりますところでございます。

今後とも引き続きエイズの発生状況でございますとか、感染、発症メカニズム等についてその成果が出次第、その都度関係各団体の協力も得ながら、そのようなことで感染防止の徹底に努めてまいるといふふうにやっておりますと考えております。

○高桑栄松君 具体的にどういふ指示をされたか、何が必要かということをおもひたいので、すけれども、時間の都合もありますし、あと研究体制のことを伺いたいと思つております。

通知をされたということも承りました。しかし、末端では知らなかつたということも今申し上げたと思つております。知らないから言っているんです。

それから、私は北海道大学の歯学部教授とデイスカッションをいたしました。プロフェッサーも青くなつていました。私のデイスカッションをしてどういふ対策を要するかということ、これは私と歯科の教授との間のデイスカッションでこんなことが要るんだということを考えた項目を申

し上げます。御参考にしていただきたい。

歯科関係は、急いでこれやっぱ講習会を開いてやつた方がいいと思つています。そして、これに必要な助成金は出してもらわないと困ります。というのは、一つはB型肝炎と同じ扱いです。もう一つは、一つはB型肝炎と同じ扱いです。B型肝炎と同じように予防措置をとれということです。ただ、B型肝炎は百二十度以上で熱しないと死なないけれども、これは百度ぐらいで死にますから、殺菌されるから消毒の内容が違います。消毒を怠つたら完全に危ないということなんです。それで、ディーブキスでもうつると言っているのに、口の中をがあとやうて血が飛び出ているんですから、これです。うつらないわけがないんです。ですから、B型肝炎の感染率が歯医者さんは高い。それです。うけるわけですから、ドリルというのですね、こうやるわけですから、だあつと飛んで入りますものね。ですから、あれが歯医者さんに入つたらやっぱ一〇〇%うつらないということはありません。

これはどうするかということで、ウイルスですからマスクはだめです。ですから、そこで我々考えた。作業盤のプラスチックの透いて見えるやつを置いておいて、少なくとも直接のやつはみんなここにぶつかつて、そういう操作ができる、これが要るんじゃないか。これが一つ。

それから、ドリルの消毒はしなきゃだめですね。そうすると、百二十度以上というのは西独製しかない。僕は見せられた。百三十と百五十と書いてあるのは、ここまでの度数がいいということを示している。乾熱滅菌です。そうすると、B型肝炎は死にますけれども、しかし、百度ならば普通のものでもいいという場合に、百度でも一回ごとに消毒しなきゃだめなんです。五回やうてからやめるなんというんだめなんです。誤解なされないようにしてもらいたいです。毎回やるんです、毎回。そうすると、百度の沸騰、例えば五分なら五分、安全率で見ますから、エイズの場合は二十分入れたいと思つたんだ。そうす

ると、やっぱり材質がだめになるそうですよ。だから、それならそのような材質を改良していかなきゃだめだ。すべての人に一回ずつ消毒することを確認にやらせなきゃ危ないということです。

そして、患者から医者に向うだけじゃないんです。お医者さんがこれで、注射針も同じなんですから、針でうつるといことはあり得ないんです。ただ、間違つて刺したときに医者に向うつて

いる、看護婦がうつっている、そういう事故というのはいくらあるんです。数字見て驚いたんです。かなりある。B型肝炎です。しかし、今度はエイズですから、針刺したらやられますよ。エイズ感染者から注射針を抜いて、自分がうつかり間違つて刺したらうつります。これはうつる。ですから、歯医者さんの場合はそうでなくて最初からこうやっていって血が出ていって、血だけじゃなくて唾液にもウイルスがありますから。

それから、もう一つは、全体の換気が要ると思います。だって、そこにいるお医者さん、看護婦さん、歯科衛生士、待っている患者にもみんな濃厚なウイルスの飛沫が飛んでいるわけだ。乾燥したうらつらないんじゃないかと思ひます、文献によると。しかし、生々しいしづきが飛んだらどうかな。ディープキスと変わりないんじゃないですか。そんなことでもし万一ということがあつて、一〇〇%うつらないと言わない限りは消毒もばつちり一本ずつ、一回ずつやるということです。それから、換気は上から空気を入れて下から抜けば、呼吸線のあたりはいい空気が入ってきて悪い空気が下へ行く分には感染の可能性が減りますから、それは全体ですね。

もう一つは、歯医者さんと患者さんのところの局所換気が要るんですよ。労働省でやっていますね。もうそこで粉じんが飛ぶところは、そこにカバーをかぶせて局所換気をやっていますから、そこから飛ばないようにしているわけだ。だから、患者さんをすっぽりかぶせて局所換気をする。いや、それは私今冗談に言ったんですが、何か方法

があると思います。そうやって患者さんから出てくる濃厚な飛沫は局所換気で取る。そこからはみ出たものがあるから、それは上から空気を入れて下から抜くという方式をとる。その空気を外へ出すわけだ。本当は心配ですけれども、多分外へ出て乾燥したらうつらないんだと思います。いわゆる空気感染はしないと言っているのはそういう意味です。でも、濃厚なしづきは私はうつると見るのが本当だと思います。

そのあとはどういうことだったかな——例えば北海道ですと、上から入れて下から捨てていったら、もう毎回マイナス五度ぐらいの空気が入ってくるわけだから、暖房大変だと言ひます。暖房料を少し追加してもらわなければ困ると言ひましたよ。歯医者さん側は。うん、そうだなと思ひました。しかし、医者とお患者の感染、それから患者から医者、医者から患者への感染を考えると、これは職業病感染としては私は歯医者さんというのは緊急だと思ひます。非常に緊急を要するんじゃないかなと思ひます。

ですから、これは私、今私の得た結論を申し上げましたから、それを参考にしていただいて、日本歯科医師会あるいは歯科大学の先生方と相談をされて、緊急にできるだけの対策を立てていただきたい。

もう一つありました。ゴム手袋をアメリカでは何か歯医者さんにはもう指令を出して、ゴム手袋をはめさせているそうです。それは傷がついていたら歯医者さんに向うんですから、歯医者さんが自分の感染防護のために手袋をはめる。それから、一遍ごとに捨てなければだめです。それを使つたら別な患者さんに今度うつすわけですから。ゴム手袋を一回ずつ捨てるわけだ。そうしますと、このゴム手袋というのはやっぱりコストになるわけですから、だから歯科の点数考へてもらわなければ先生方困ると思ひます。それはしかと申し入れますから。だから、それはやっぱりそうしてもらわなければ困る。

た。私たちは非常に微妙な感覚なんですと。言ううまいこと考えたらいと思ひます。非常に薄いやつね。非常に薄くてびつたりして、しかも破れないやつ、破れたらだめなんだから。コンドームだって同じですよ、破れたやつ使つたらだめなんですから。ですから、ああいう技術があるのだから、それに匹敵する、〇・〇何ミリだか忘れ

ましたけれども、そういうちゃんとしたゴム手袋を開発して、歯医者さんには特別にコンドームよりもっと薄くて、ちゃんと丈夫で、そして診療には間違ひなく使えるというものを開発させて、そしてそれを使ひた方がいと思ひます。大事なことなんです。それで、その手でまたほかの人の手をやつたらうつりますから、全部捨てるといこととです。これはアメリカでは指示しているそうです。日本ではもうちょっといい手袋を開発した方がいいと思ひます。

この前、エイズ研究を急げ、治療を急げと申し上げたのは、感染をした人が、キャリアがいつ発症するかという不安を目の前に置いている、そして今は治療も予防もないと言われたんでは救ひようがない。だから、せつかく權威の人の論文を読みますと、ワクチンはなかなか開発は難しいようだが治療には望みがなきにしろあらずだ。我が国は治療にやっぱり全力を挙げて研究に取り組んでもらいたい、こういうことを申し上げたら総理大臣は、金は幾らでも出す、ただ体制を整えろと言われました。これについて、これを受けてどう考へておられるのか。厚生省当局のお話と、厚生大臣、ひとつづつ聞いていただきたいと思ひます。

○政府委員(仲村英一君) 前回の予算委員会では生からも御質問いただいたわけでごさいます。それを受けた形で、私どもとしてもエイズ対策についてはさらに前向きに体制を進めてまいりたいというところで現在やっておりますのでございませうが、総理もお触れになった研究体制についてございませうけれども、私どももいたしましては、エイズの体系的な研究を推進していくということの必要性を十分認識した上で、今月中にもエイズの

対策専門家会議という会議を持ちまして、エイズ対策全般についての見直し、さらには研究の方向についても御相談をするということと現在準備をしておるところでございます。

同時に、研究費でございますけれども、御指摘のように、治療法等の研究の緊急性は非常に高いということと私どもも判断しております。今年度内にも厚生省の研究費の増額を図る、あるいは各方面とも協議をいたしまして、緊急的な研究についての研究費の増額を図るように現在協議中でございます。

今後とも、御指摘のようなエイズにつきましては非常に問題のある疾患でございますので、十分な予防対策等について万全を期してまいりたいと考えております。

○国務大臣(斎藤十朗君) 高桑先生の所属されまう公明党におかれましては、竹入前委員長を先頭に、党を挙げていろいろお取り組みをいただき、また参議院におきまして、高桑先生を中心に皆様方から大変貴重な意見をいただきました。また御支援をいただいたりいたしてまいりましたことを御礼を申し上げたいと思ひます。おかげで、この十一月から全献血血液の抗体検査を行うという体制をしき、それなりの充実へ向かつて努力をいたしておるところでございますが、今御指摘のありました歯科の問題等、いろいろお聞きをいたしますと、大変難しいというか、恐ろしいお話だと思ひます。しかと承りましたので、専門家の方々にも御協議をいただき、これに対応できるようなひとつ研究をいたしたいというふうに思ひます。

○香取タケ子君 私、これから老人保健法等の改正案について御質問をさせていただきたいと思ひます。

この老人保健法が制定されました四年前の本委員会におきまして、私は老人保健法の基本理念が持つ問題の重大性というものを論議をしてまいりましたのでございます。それは、憲法二十五条は、社会福祉、社会保障、公衆衛生の向上及び増進に努めるべき国の責務を定めておるところでございます。また、老人福祉法は、第二条において「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、かつ、健全で安らかな生活を保障されるものとす」と「基本理念」でうたわれております。

ところが、四年前にこの老人保健法が出てまいったわけですが、老人保健法の基本理念というのは、自助と連帯の名目で、平たく言えば自分の健康は自分で守れ、老人医療費は国民が連帯をして負担をすべし、こういうことで、憲法二十五条も老人福祉法の理念もないがしろにするような理念を持ち込んできた。そして老人医療の有料に踏み切った。この点が四年前に論議をしたところでございました。

今回も、お年寄りに医療費などの自己負担をさらに押しつける。それだけではなしに、一層国民に多額の負担を押しつけて、その一方で、国の負担は着実に減らすという今回の改悪の内容。まさに自助と連帯などという理念を進めてまいりますと、ここまでくるんだなというのを示しているように思ふわけでございます。大臣、どうですか。私四年前にこの問題の論議に参加をして、今回のこの審議に参加をして感慨無量の思ひです。御見解を伺いたい。

○国務大臣(斎藤十朗君) 老人保健法は、ただいま御指摘がございましたように、その基本理念として、国民は自助と連帯の精神に基づいて、みずからの健康の保持増進に努めるとともに、老人医療費を公平に負担するものとしておるところでございます。老人保健制度は、この基本理念に基づ

きまして、国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図ることにより老人福祉の向上を図ることを目的としたしております。

今回の改正が、これから迎える本格的な長寿社会の到来を踏まえ、世代間や制度間の負担の不均衡を是正し、長寿社会にふさわしい公平な負担のシステムを確立しようというものであります。で、老人保健制度の長期的な安定を図って二十一世紀において安心して老後を託せる制度を確立するというものであり、健全で安らかな生活を保障するという老人福祉法の基本理念にも沿うものと考えております。

○香取タケ子君 大臣はそれを言わなきゃしょうがないわけですがね。しかし、今回の改悪によつてそれぞれの負担がどういうふうになるのかというところを見ますと、お年寄りの負担というのは、現行では六十億円で、これが約二千億に引き上げられるわけでしょう。修正があつて若干下がるでしょうけれども、それから被用者保険の負担増というのは、加入者按分率の変更ということで三千億余りですね、満年度にしたら。その一方で、国庫負担は二千五百五十億も軽減をされる。これは修正があつて若干の細かい変化はありますよ。世代間の公平とか制度の長期的な安定などとなかなかうまく言っているわけですけども、どんなに理由づけをしても、結局のところはお年寄りと現役の労働者である働く国民に負担を押しつけて、そして国の負担を減らす、これ以外の何物でもないということが数字は冷厳に示していると思ふわけでございます。これが政府、厚生大臣の言うまさに国民同士が支え合う連帯の姿だろうかと思ふんです。

これは、大臣に聞いたら、また同じことを言うと思うから聞きませんけれども、本当にこんなことが、まさに世代間の公平とか国民の連帯の姿などと言つて押しつけて、国民が納得するかどうか。これはよく考えていただきたいと思ふんです。御見解があれば簡単に聞きます。

○国務大臣(斎藤十朗君) この老人保健制度とい

うものが昭和五十八年の二月から発足をいたしましたわけでございますが、その当初、創設をいたしましたときの考え方は、これからのお年寄りの医療費をどのように支えていくか、国民全員でこれを支えていく、そういう考えに基づいてこの制度を発足させよう、こういう基本的な理念があつたわけでございます。

それを実現するためには、国民皆保険という中で国民が分立します幾つかの保険に入つていただいている、その入つていただいている保険によつてそれを拠出していただいで、そして負担をしていただくということがいいのではないかと、ということで始まつたわけでありまして、医療費按分率と加入者按分率という概念があり、これをまあ五対五というところで、国会の修正もあつて発足をいたしましたわけでありまして、当初からその理念の最終的な考え方としては、加入者按分率を一〇〇％にするということによつてすべての国民が均等に負担をするという理念になつていこう、こういうことであつたと思ふわけであります。今回、そういう形の中でその考え方の徹底を図つていただく、こういうようなことになるわけでござい

ます。ただ、御指摘をいただいております、国庫補助が削減をされているではないかという御指摘であります。老人保健制度に対する国庫補助は二割でありまして、県や市町村を足しますと、公的負担三割というものにつきました。変更をいたしてないわけでございます。ただ、これまでのその保険者の負担の中で、特に国民健康保険などはお年寄りの加入率が非常に高いというような格差があつたわけでありまして、これを均等に負担していただくということによつて国民健康保険の負担が軽くなる。その国民健康保険の拠出金につきましては五五％の国庫補助をしておりますので、その国庫補助が結果的に少なくなる、こういうことになるわけですね。

一方におきまして、政管健保におきましては国庫補助がふえるということになるわけでござい

ますので、単純に国庫補助を削減するためにこのようなことをしたというよりも、先ほど来申し上げておりますように、いかにして公平にみんなが負担をしていただけるようにするかということ、加入者按分率を一〇〇％に段階的に持つていっていただくということのお願いをいたしておるわけでござい

ます。○香取タケ子君 いや、たまたま国の負担額が減つただけやとおっしゃるんでしょう。だから、私は客観的に、数字はこうなるんじゃないかということをお願いした。そんなことをやりとりしてもしょうがないので、どんなにうまいこと説明しても、今度のこの老健法の改悪、国民の各階層から今度ほど反対の強いことはないじゃないですか。例えばね、参考人なんかを運ぶいうたつて、賛成の団体選ぶ方が難しいですよ、反対の団体はいっぱいあるけれども。まあそれは余談だけれども。だから、例えば老人クラブとか、日本医師会だとか、健保連だとか、経団連だとか、そういうようなところの反対理由何ですか、簡潔に言うてください。

○国務大臣(斎藤十朗君) これは反対の強い法案はないというふうにおっしゃられました。すべての方がござつてすべて反対をされているというものではないということも御理解をいただきたと思います。

といいますのは、この改正の大きな柱といましようか、幾つかのポイントを挙げますと、加入者按分率を一〇〇％に持つていっていただくという点、第二点は一部負担を改定していただくという点、第三点は老人保健施設を創設していただくという点でございます。そういう三点について、ある団体は一つに対しては絶対反対だが、二つに対しては賛成だとか、ある団体はもう一つについては反対だが、一つについては賛成だということ、いろいろそれぞれのお立場の方によって賛成、反対が入り乱れているという表現が正しいかどうかわかりませんが、非常に複雑になっておるといふことは事実でございます。押しなべて、

すべてに反対してすべての方が反対しているということではないということも御理解をいただきたいと思ひます。

○香脱タケ子君 いや、それは市町村長会賛成してますわな。国保中央会も賛成してますわな。しかし、賛成している国保中央会だって、国庫負担ふやせという御意見が出てきておられますわね。しかし、全国老人クラブの副会長の太宰博邦さんでしただか、厚生省の御出身の方ですね。その方でも、これは私は朝日の「論壇」で拝見したけれども、もっぱら国庫負担の削減をねらった今回の政府案は到底納得できない、こうおっしゃっているでしょう。まさに各界いろんな意見が、反対のニュアンスも、あるいは反対のお立場も、御意見の違いはありますことは私もよく承知しておりますが、しかし国庫負担の削減のために国民各層に痛み分けで痛みを押しつけてきているというやり方をしているから、国民各層の反対が多いんですよ。

ここを受けとめなかつたらだめだと思ひます。だって、経団連も反対、あるいは健保連も反対、そうでしょう。いお各階層総スカン食らっている、そういうことなんですよ。それは私もなんかに賛成でお話しに來られるのは、確かに市長会などは来られます。しかし、国がもっとちゃんと補助金をもとへ戻してくれたらもっとやりやすいのと、こう言うてますよね。だから、そういう点は、総スカンの形になってきているんだというのをやっぱり考へてもらいたい。

お年寄りや国民にだけ負担かけて、国の方はたまたま減ったのか減らしたのか知りませんが、負担が減つてはくはくとして、こういう結果をつくり出すということになったら、これはやっぱり財源対策をやっていると思へないです。財源対策を老人対策に押しつけるというんじやなくて、むしろ老人対策を充実するためには、それは十八兆四千億も先取りをして決めておるような防衛費を削つてお年寄りに回すというようなことが考へられないだろうかということを感じますよ。どうです

か、大臣。

○国務大臣(斎藤十朗君) 賛成、反対のことございしますが、先ほど申し上げましたように、ある団体は三つの点について賛成をさせていただいているところもあります。ある団体は一つは賛成だが、二つは疑問があるという団体もございします。ある団体は二つについて賛成だが、一つについては反対だというふうなこともなつておるということでございます。

今防衛費との関係をおっしゃれましたが、私は防衛費の方の所管大臣ではございせんけれども、やはり国務大臣といたしまして、国民の生命と財産を守るためには防衛費も大事であり、また老人保健に對する医療費も大事であり、いずれも大事なものであるというふうな考へており、私は社会福祉なり厚生省を担当する大臣といたしまして、こういった社会保障関係予算の充実に全力を挙げて努めてまいりたいと思つておるところでございます。

○香脱タケ子君 長寿社会がどんどん進むと老人医療費はどんどんふえて、何とかしなくちゃならない。だから世代間の公平だとかいうようなことを盛んにおっしゃる。しかし、大臣を初め政府関係の皆さんの言ひ方を聞いていますと、まるで長寿社会になることが迷惑な感じ、長生きをしたお年寄りが肩身の狭くなるような感じがする。こんな言ひ分はやっぱりやめなさいなと思ひます。よ。逆に言うたら、長寿社会の反対いうたら何ですか。短命社会ですよ。短命社会を生み出す原因というのはいくつですか。これは、言わずと知れた戦争と貧困、そして病気。戦前の我が国の歴史を振り返るまでもなく明らかです。長寿社会を大切にするためには、戦争の準備にお金をどんどん使つていくんじやなくて、医療に回して社会進歩に寄与していくということが、やはり人間社会の社会進歩を保障していく道だと思ひますよ。

先日、これまたま朝日新聞の「天声人語」に出ていたんですが、「世界の軍事費が年間で九千億ドル以上に達した」、「まもなく軍事費一兆ドル時代を迎えるだろう」と。一兆ドルというたら、日本の今のドル換算でも百六十兆ぐらいでしょう。さらに、その中にこう書いてある。「年間五億ドルあれば、とニセツが訴えている」。五億ドルというたら日本のお金で約八百億ですね。「ハシカ、破傷風、百日ぜきなどの予防接種をうけられずに死ぬ約三百万人の子を救ふことができるだろう」、「こう言っている。しかし、「兵器文明は幼い命を切り捨てる」。これは「天声人語」の文言ですけれどもね。

私は、人間社会が本当に社会進歩と人間の幸せを考へていくためには、やはりこのことを考へることが論理になつた道ではなからうかと思ひうわけてございします。あんまり難しいことを言うてもろたら困るから、これは御答弁聞きませんがね。そこで、次にお年寄りの負担になります六百十億を二千億にも一部負担をふやそうということになつております、この一部負担についてちよつとお聞きをしておきたい。

国民生活実態調査によりますと、政府がおっしゃつておるのは、平均的な所得は十一万四千円もあつて無理なく負担できるんだ。今度の一部負担の引き上げは無理なく負担できるんだと盛んにおっしゃるし、書いても宣伝をなされておられます。本当にそう思つておられますか。

○政府委員(黒木武弘君) 今回の引き上げが老人世帯にとつて無理なく負担できるかどうかというお尋ねでございますが、私も私としては現在の老人の所得の状況、これは統計ですから間違ひなく正確に出てくるものと思ひますけれども、若い世帯もお年寄りの世帯も一月当たり約十一万幾らというぐらゐのレベルでの所得の状況になつておる。あるいは年金の水準、そういうことから見ましても、今回の一部負担程度であればやはり無理なく負担をお願いしていただける額ではなからうか。そして、私も私としては何よりもお年寄りに払いやすい定額制等を維持しておるわけでございますから、そういう中で老人医療費が年々増加をいたしております、四兆円台に今なつております

けれども、毎年一〇%ぐらゐの伸びを続けておりまして、四千億あるいは五千億の大きな増加額を示しておるわけでございますから、お年寄りの若い世代と力を合せてこの伸びていく老人医療費を支えていただくという観点も大事であると思ひうわけてございします。

したがつて、金額的にも、そういう世代間の公平という点も御理解いただいて、お年寄りに今回の引き上げはぜひ御理解をいただきたいものと考えておる次第でございます。

○香脱タケ子君 あなた方は、十一万四千円の平均所得があるから無理なく御負担いただけるであらうと言ひますが、同じ政府の統計でも暮らしが大変な老人世帯がたゞさんあるということが出ていますね。

例えば、老齢年金の受給実態を見ますと、これは国民年金の老齢年金をもらつておる方が二万七千円台、これが六百五十二万人ですね。それから、老齢福祉年金は、これも二万七千円台で百八十四万人。厚生年金の通算老齢年金をもらつておられる方が百九十九万人。この方々もやっぱり二万七千円台です。それから、国民年金の通算老齢年金をもらつておる方が百三十万人おられますが、一万円台ですね。厚生年金の老齢年金で平均十二万円台をもらつておられる方、この方々は三百一十万人です。

つまり、今申し上げた中の厚生年金の老齢年金の十二万円台、三百一十万人を除きました千百五十万人が年金は三万円以下です。しかも、これは政府統計ですよ。千四百五十万人の今の年金受給者のうち四一・九%、六百十万人が年金が所得のすべてを占めておるという実態が出ています。お金持ちを含めた平均では、確かにその数字で言うたら十一万四千円です。確かに、確かにその数字で言うたら平均以下の暮らしのお年寄りがかなりたくさんおるということをお忘れはならない。

私は、本会議でも申し上げましたけれども、病院に百円玉四つ、そのお金が温かくなるまで握り締めて持つてくるお年寄りの気持ち、こんな事態

が起こっているというのが現実なんです。これは作り話じゃないんですよ、事実なんです。

私も医者仲間が会って話し合ったときに、こういう意見が出ました。月末に百円玉四つをぎゅちりと温かくなるまで握り締めて持つてやってくる。二回お越しになったら、月がかわって、また四百円玉ならぬ。やっぱりもう一遍百円玉を四つ握りしめて持つてこられる。この姿を見たら、本当にこれをもらわなきゃならないんだらうかというふうに思いますよというものが、これはお年寄りの心情を察しての診療担当者の医師の意見ですよ、私申し上げているのは。だから、こういう状態があるんだということを、厚生省やっぱり御認識にならなきゃだめですよ。

ところで、老齢福祉年金はこの四年間に何%上がりましたか。

○政府委員(黒木武弘君) 五十八年度から六十一年度で申し上げますと、八・四%だと承知をいたしております。

○審判タケ子君 国が支給する老齢年金、老齢福祉年金、四年かかって八・四%のアップでしょ。ところが、医療費の一部負担は、外来で今度の修正案だつて二〇%、入院だと一年間入院したら一〇〇%、十倍の値上げ、これはどう考えても理解できない。私どもの身近におられるお年寄りがこう言いましたよ。もう方はさっぱり上げてもらえないのに、取られる方はどうして一遍に二倍半にも十倍にも引き上げられるんですか、あんまりやり方酷くないですかというのがお年寄りの叫びですよ。

だから、六百十億の一部負担金を二千億まで引き上げるといふ、財政上の事情からだけの理由でお年寄りにこんな苦しみを押しつけるやり方、こんなことはやめるべきだと思うんです。

それで、関連して聞きますが、このような大幅な負担増を強いるに際して、厚生省は老人や老人団体の御意見をお聞きになりましたか。聞いてないでしょう。

○政府委員(黒木武弘君) 私どもは今回の引き上

げに際しまして老人保健審議会というところに事前に意見を聴取をいたしたわけでありまして、これも、その際はやはり定額のある程度の引き上げではやむを得ないという御意見をいただいた上、さらに今回の案を固めまして老人保健審議会に諮問したわけでございます。当然その審議会に老人クラブの代表の方もおられるわけでございますから、当然ながら反対の意見表明があったわけでございますけれども、意見は聞いておるつもりでございます。

○審判タケ子君 いや、審議会やら何かで聞いているけれども、厚生省がお年寄りにアンケートをするなり直接調査をして聞いたかと言っている。やってないでしょう、どうなんですか。

○政府委員(黒木武弘君) 直接老人の方にアンケートその他によりましてお聞きしたということとはございません。

○審判タケ子君 私はおかしいと思うんだ。関係者の意見をお聞きになるというのは当たり前じゃないですか。国民大衆、関係者の御意見も聞かずに厚生省がやりたいことを勝手にやるというふうなやり方は、大体民主主義のルールに反すると思いませんか。反対が起るの当たり前やないか。それで全国老人クラブの代表で出ておられる太宰さんも御反対じゃないですか。さっき私申し上げたから繰り返しません。

これは御存じないと思うのでちょっと紹介しますが、尼崎医師会が市医師会として老人医療についてのアンケート調査の集計をなさっている。簡潔に言いますが、通院の老人を抱えている御家族に、寝たきりの老人を直接介護している御家族の方にアンケート用紙を渡したというんですね。回収総数は九百十二人なんです。この一部負担についてはどうだということ、毎月の治療代の支払いについてはどうかという、全体の五八%は本人が払っていると。介護を要しないお年寄りというのは八〇%まで自分で治療費を払っているんだと。だから一部負担を千円に引き上げるといふことについては反対、困るといふのが五六%で一

番多いです。次いでもとどおり無料にしてほしいというの二六%で、合わせて八二%。どうしても値上げをするんでも、負担額は五百円が断然多くて七三%。それ以上はかなわぬ、こういうふうな答えられている。

ですから、こういう声を本当に率直に御調査されて、くみ上げられるということになれば、そう無理なく御負担をいただける金額でございます。うんて、そんな単純なものじゃないですよ。そういう点はひとつ十分つかんでもらいたいと思うんですね。

私、その問題に関連してもう一、二聞いておきたいと思ひますのは、四年前の老人医療費有料化の論議のときに、四百円を一部負担にする理由にこない言われたんですね、お年寄りの健康の自覚料やと。もうありありと覚えておりますけれどもね。お年寄りは自分の健康を自覚しないというふうなことはないんですけれども、自覚料に四百円もらうんやと、こう言うた。今回は二倍半を提案されたんですけれども、お年寄りの健康の自覚は二倍半にも引き上げぬと進まないのか。そんなことになるやないですか、論法としては。どうなんですか。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健制度が創設されました際の二部負担の考え方でございますけれども、健康への自覚を持つていただく、それから適正な受診をお願いする、あるいはもう一つはこの制度に老人も参加していただく、そういう意味で、大臣も三代ぐらいわかっておられるんです。が、いろいろニュアンスの差はあるんですけれども、それぞれの御見識を述べられておるものと承知をいたしております。

今回の引き上げの考え方でございますが、もとより老人保健制度の一部負担というのは、創設の理念であります適正な受診をお願いする、あるいは健康への自覚を持つていただく、そういう観点も忘れては行かぬでございますけれども、何度でも申し上げておきますように、世代間の公平ということから、今回は主としてその観点から引き

上げをお願いしているわけでございます。設立の当初は、健保本人は初診時一部負担というところで八百円であったわけでございますけれども、その健保本人の負担も今は一割負担となっておるわけでございます。そういうことから、現在の老人の負担は老人医療費の一・六%ということになっておりまして、例えば健保本人の一部負担と比較しますと約六分の一、国保の一部負担と比較しますと十四分の一という形の負担の割合になっているわけでございますから、これからの高齢化社会を控えまして何としてもやはり若い世代とお年寄りの世代も力を合わせてこの制度を守っていくという、そういう観点をお願いをせざるを得ないと思ひます。

○審判タケ子君 それはあんた、御理解できへんがな。物価は何も一遍に二倍も十倍にも上がっておらぬです、年金の引き上げ率は四年間で八・四%です。健康の自覚料やいうて取るようになった四百円、一遍に千円やいうてみたところ、そない取らんんだら自覚が高まらぬのかと言ったら、いや今度はそれと違ふ。そんな勝手なことありますか、本当に。勝手過ぎるよ、あんた。そのときそのとき都合のええことばかり言うて国民に負担を押しつけるというやり方じゃありませんか。

それから、適正な診療のためというの言うてる。これは今度も言うてる。この問題は前回も相当論議をしたんですが、お年寄りが自分の健康に気を使つてない人ないです。これは私ども自身でもそうですわ。三十代、四十代のときに自分の健康に気を使った感覚と、今日六十になつて、六十を超したら健康についての意識というのは全然違ひますよ。これはすべてそうなんです。自分の体のことは年がいくに従つてみんな自分で気をつけていますよ。ちよつと頭痛いから、ちよつと頭痛いからというて病院へ行つてゐるやつて言ふんです。そんなもんじゃありませんよ。ちよつと頭痛いけれども、ちよつと横になつておつた

ら治るかなど。繰り返しどうもぐあいが悪いからやっぱり行こうかなということになるんですよ。私も患者さん診ていても、ようこない、はしがこけた、茶わんが欠けたという病院へ飛んでくるなんて人はいませんで、ほんまに。そんな暇はないんやから、実際には。

そこで、厚生省の言う適正な医者のかかり方というのはいくつかあるのかということ、きょうは大分たくさん傍聴の皆さんもおいでだから教えてあげてください。わからぬです。適正な診療、適正な受診、適正な医者へのかかり方というの、厚生省の御見解はどういうことなのか、一遍お年寄りの方々に説明していただけますか。

○政府委員(黒木武弘君) それぞれの病状に応じまして最も適切と思われるお医者さんに診てもらおうということだと思えますけれども、制度創設のときの私どもの申し上げました適正な受診のお願いというのは、制度創設のときにいろいろ御議論がありましたように、お年寄りが、ごく一部ではあったんではしょうけれども、やはりはしご受診あるいは病院にたくさん詰めかけられて病院がサロニ化しているという批判がたくさん出ておったこともまた事実でございます。

そういうことから、私もやはりお年寄りに適正な受診というのは、行き過ぎた受診は控えたい、だいたい、こういうことから一部負担が創設されたことと承知しているわけでございます。適正な受診の内容というのは説明しにくいわけでございますけれども、やはり行き過ぎた受診というものは自覚していただいて、適正な受診のビヘービアにかかっていただきたい、こういうことだろうと思えます。

○審判官(子君) 聞いていた人わかりましたかな。さっぱりわからぬ。いろいろおっしゃるけど、結局のところ財政対策で老人医療費を減らすためにお年寄りの受診を減らす、お年寄りが病院へ行くのをちょっと抑制しようというねらいがあつて負担を引き上げるんやなというふうに思ふんです。そういうことになる、貧しいという

かな、やっぱり所得の低い人、そして中でもいろいろ病氣を持っていて幾つかの病院へからなくちゃならない人、こういう人に一番しわ寄せいくんです。

こんなことをやったら、これは所得の低い人、体が弱くてあちこちからなしようがない、どうしても内科へも行かないかぬ、外科へ行ってリハビリも受けないかぬ、齒科へも行かないかぬ、目もぐあいが悪い、そういうのがあります。そんな人ほど行けなくなる。だから、こういう力づくの抑制ではあかん。厚生省もちゃんと方針出しておるんやけど、基本的な方針とやるのが違うんです。が、やっぱり疾病というの、早期発見、早期治療、このことが一番受診抑制になるんで、受診はふえるかもわからぬけど、医療費は減るんですね。

これはさき高桑先生も北海道の例をお出しになつてお話をありました。これはよく言われる岩手県、岩内村の事例がそうですね。岩手県、岩内村では予防、保健活動を重視して医療をすつとやつてきた。だからお年寄りがふえて、そして一人当たりの受診率はふえたんですね。あそこは三十五年以来無料なんやな。だから、それこそ調子が悪ければ病院へ行くから早期受診、早期診断、結局早く発見して早く治療をするということになつて、だから医療費はどうなつていくかといつたら、一人当たりの老人医療費は岩内村では二十九万六千円です。全国平均では四十六万九千円です。三分の二以下になつていくでしょう。冷厳な事実ですよ。

それは一千万も二千万もかかるような重症の手術、がんとかの手術をするということじゃなく、もっと早期に発見して早期に治療するということがあればそんなに費用がかからなくても治療ができるということになるわけで、その方が結局村民の健康は守られる。そして医療費も安くつくというのを岩内村の事例というのは明確に示しています。長い歴史によつて、ですから、私は、この岩内村の例を一つ見て

も、こんな一部負担金を引き上げてお年寄りいじめをするんじゃないに、少なくとも医療費はもと無料に戻すべきだと、それがあなた方が考えている健康な老人の健康状態をつくっていく上での一番近道だということを岩内村の事例は示していると思ふんですよ。どうですか。

○政府委員(黒木武弘君) 岩内村の例は私どもも十分承知をいたしておるわけでございまして、立派な業績を上げられておることを承知をいたしております。ただ、非常に特殊と申しますか、一定の限られた地域の中でそこに占める公立病院が主として機能されているケースでございます。それ以外に地域においてはあつた形であつた健康管理ができるかどうかというの、大変難しい面があるうと思ひますけれども、やはり予防なり健康管理を徹底すれば、おっしゃるような効果は上がるものだと思つておりました。私どもとしても老人保健事業という形で、そういった健康診断なり健康教育なりを充実強化いたしておるところでございます。

○審判官(子君) だから、話はわかつておるんやから、わかつたとおりのやうに思ふんだけども、ヘルス事業はということになるんではないか。時間の都合できょうは遠慮します。

もう一つ、今度の老健法等の改正案の中で一番気になるのは老人保健施設なんですね。前回、四年前に老人保健法が制定された後でちよつと驚いたのは、これは国会に何にも相談せぬで、政令で老人病院というものがつくられたわけですね。さらに老人特掲診療科というふうなものが次々に出てきた。その結果どんなことが起こつてきたかといふと、本来どんな人でも保険の違ひがあるから負担の違ひはあつても医療給付には区別がなかった。それが日本の医療の水準であつた。ところが、老人病院をつくり老人特掲診療科をつくり出して、年齢による老人差別、年齢による診療差別というものが持ち込まれるという事態が起こつた。今具体的にどういふことが起こつてくるか。これは厚生省はよく御承知でしょう。私も調べて

みて腹が立つた。それほどひどいですよ。どんなことが起こつてくるか知っていますか。老健法施行後持ち込まれた医療差別、一般病院の中でも六十九歳までの患者さんと七十歳以上の患者さんとは部分的に診療報酬が違ふんですよ。そういうことになつていく。だからどういふ結果になるかというのを少し説明しますがね。

私たまたまある患者さん、一カ月の入院、これは初診の月ですね。一カ月の入院の診療報酬を見て、それを七十歳以上の患者さんに置きかえたらどうなるかと調べてみた。そうしたら、同じ疾病で同じ検査をして、同じ注射をして薬を飲まして、三十日入院をさせたとしてみたら、六十九歳以下の患者さんだったら三十八万六千七百三十円なんですね。点数で言うたら三十八万六千七百三十点。七十歳以上の患者さんは三十五万六千八百八十点、約三万円差なんですね。これは不思議だと思つてよく調べてみたら、年齢によつて差別がやられてる。これはひどいんですね。注射から処置から検査からみんな年齢によつて差別されている。これは七十過ぎたら怖いと思つています。まともな治療をしてもらへんんですよ。現実になつておるんですよ。

例えば、処置がどうなつておるかと思つて調べてみた。大体普通の処置は一般の人もお年寄りも一年以内やつたら同じ点数ですわ。ところが、老人特有な褥瘡ね、床ずれと一般的に言う、その褥瘡の処置料を見ましたら、あれはもういっぱいできるんですね。一カ所の人もあれば五カ所の人も六カ所も、その箇所数によつて点数がみな決まつておるんですよ。十三点、二十一点、二十八点、五十六点、百四十四点、百九十九点まで一般の処置料としては決まつておるんですよ。ところが、同じ一般病院でお年寄りが一年以上入院していても、一日二十一点しかやらぬと。二十一点というたら二百十円です。千九百円と二百十円の差別をするんですよ。さつきから話の中で問題になつていた老人病院はどうかというたら、老人病院は

初めから何ぼ褥瘡の処置を何カ所やっても一日に一回限りで二百十円。そういう差別をしている。そして、もつとひどいなと思つたのは、目の処置だとか、耳だとか鼻だとか、口の中の処置をするといふので、一般の病院の中で処置をしたら大体それだけで百四十円、百円、百円、百円と処置料は決まってるんですわ。ところが、お年寄りが一年以上病院におつてくれたら、これはもう何か所所はやつても一日に百円しか渡しませんと、そないなつてゐる。老人病院は初めからもう百円しか渡しませんと、こうなつてゐるんですね。これはひどい。

それから注射もひどいんで、余り一つずつ言うてゐると時間がたつていふので、とにかく同じ注射をやるのに、例えば点滴注射、一般病院で六十九歳までの人は七百五十円診療報酬が来ますね、病院へ。ところが、七十歳以上の人は一日に二百円。同じ薬を使うて、同じように注射をしまして、そないなつてゐる。余りにひどい。老人病院ももちろん同じ。

検査もひどいんです。検査は一般の患者さんで六十九歳までの患者さんなら、検尿も血沈も、便の検査も、簡易循環機能検査も全部含めまして二百十五点、千二百五十円払いますね。ところが、お年寄りはどうもいろいろかしらぬけれども、これ何ぼやっても五百五十円しか払いませんと、こういうことなんですね。何でそんなことになつてゐるのやうに調べたら、いよいよ入院にはお年寄りの特掲点数というので優遇をしておりますから、これは丸めて五百五十円に減らしてまうと言ふんです。何ぼやしてゐるのかと思つて、入院した日から二週間までの点数を見たら、一日三十円ふえておるんですね。二週間から一月までは一点ですから、一般の患者さんよりお年寄りの方が十円高い。一日三十円から十円高いので、検査は千二百五十円払うところを、同じようにやつてもろうても五百五十円しか払いませんと、こないなつてゐる。これはちょっとひど過ぎやしませんか。

これは言へばいづばいあるんだけど、余り言うてると時間がなくなりますので、私はこういう医療といふ行為の中で年齢による差別を持ち込むといふのは一体何だ。お年寄りを何と心得てゐるか。お年寄りの基本的人権も、尊厳も無視して、医療費の支払いということによって差別を持ち込んでゐる。こういうことは断じて許せないと思ふんですが、どうですか。

○政府委員(黒木武弘君) 老人の診療報酬が一般の診療報酬と異なる点について御指摘をいただいたと思ひます。老健法が創設されましたときに、老人の医療費、老人の診療報酬をどうするかという点については、これはいろんな各方面からの御議論をいただいたわけでごさいます。その結果として、創設時の法案が通りまうときに附帯決議の形で国会の方で示されたわけでごさいます。老人の特性に応じて老人にふさわしい診療報酬をつくるべしと、こういう趣旨だと思ふわけでごさいます。

したがって、そういう老人の特性に応じた診療報酬をつくりたいということから、ただいま申し上げましたような老人特有の診療報酬をつくらしていただいている点が一つ。それからもう一つは五十七年当時でしたか、いわゆる三郷中央病院事件といふのがございまして、お年寄りの患者を意図的に集めまして不必要な検査、点滴などの常識外の濃厚診療をしてゐる、老人に薬づけあるいは検査づけをしてゐるというやうなことで大変大きな社会問題になり、国会でも再三取り上げられたところでごさいます。そういう諸情勢を踏まえて、私ももとしましては老人についてふさわしい、老人の特性にふさわしい診療報酬をいふことで中絶協にお諮りして診療報酬を決めさせていただいておるわけでごさいます。

二つ目には投薬、注射、点滴等よりも日常生活についての指導を重視した医療を確立する。投薬、注射、点滴よりも指導といふようなものを重視した診療報酬を確立するといふことでごさいます。それから三つ目として主として老人のみの収容してゐる病院、いわゆる老人病院でございましてけれども、老人病院につきましてもそれにふさわしい診療報酬を設定して医療の適正化を図る、そういった点を主にならねにいたしまして老人保健の診療報酬が設定されておるといふことでごさいます。

てそれを振りかざしておられるけれども、現実にはこういうことになつておるといふことを申し上げたのはなぜかといふと、こういうことが当たり前にやられてゐたら、これはきれいな建物かも知れないけれども、これは捨てる山のような扱いを受けかねないんじゃないかといふことを心配するから、今日でもこういうことが起こつてゐるんです。そういうことを特に申し上げておきたいわけなんです。その点で、私はやはり今度の老人保健施設の問題は、前回の老人保健法が創設されたときに国会に諮らずに政令で全部どかどかをつくつた、実際、そうなんです。それは全部政令です。だから、審議していただければ、老人病院があんな格好になつてくるというのは全然わからぬ。わがからぬのはあんたあほうや言われたらいいですが、本当にわからぬ。今度も、これはもう衆議院以来各委員の御意見を聞いておりますけれども、大事なところの具体的なところというたら全部審議会の御意見を伺ひまして、さつぱりわからぬわけでしょう。審議会に諮つて云々と言ふけれども、法律通してはもうたら相談してまた好きにやりますと言われたんでは、私も国民を代表する国会議員の立場としては責任持てない。だからこの点についてはつきりしていただきたいと思つてゐるわけなんです。

時間の関係がありますから幾つかの問題についてただしていきたくと思ひます。一つは、老人保健施設というのに高い自己負担がつきます。入院料の一部負担の三百円が五百円になつて、ずっと退院するまでやい利用料を押しつけるんです。だから医療の上で差別をされる。さらにまた、入院してもろうたらお金がたふさん要る。一体どのくらい取るんですか。○政府委員(黒木武弘君) 老人保健施設につきましては、生活サービス相当と申しますか生活のサービスにつきましては利用者負担といふことで考えておるわけでごさいます。この考え方は、社会

すのや、医療の中で、食事といふのは、これに治療食なんですね。だから、病院でちゃんと治療食としての経費の計算がなされているんじゃないやありませんか、診療報酬には。それに、今度は食事代は勝手に払えと言うんですか。これは医療の中の一部として位置づけるのかどうかというところははっきりしなくちゃいかぬと思うんです。どうなんですか。これはもう治療食と違うんですな。

○政府委員(黒木武弘君) 確かに病院でなされます給食サービスは治療の一環という面があると思います。この老人保健施設につきましては、入院治療といったような性格の医療を行うものではなくて、介護、看護面を中心に、さらにリハビリを重視しながら医療ケアを行っているかという思想でございます。したがって、家庭におられても必要である食費というのはこの施設においてもやはり出していたかどうかという考えでございまして、入院治療の終わった方がこの施設に入つて家庭復帰を目指すかということでございますから、家庭におられても必要な経費でございますから、御負担を願いたいものということでございします。

○香脱タケ子君 そしたらね、高血圧の患者さんもあるいは脳卒中の後の患者さんも、肝臓が悪い、寝たきりに近い病気になるっている人も、いろいろありますわな。それも食事の内容については一切知らぬと、施設では管理しませんということですか。減塩食を食べさせんならぬ場合もあるでしょう。糖尿のカロリーをちゃんと調整してやらぬかぬ患者さんもおるでしょう。それはもう知らぬと言うんですか。

○政府委員(黒木武弘君) 食事サービスにつきましては、確かに治療という一環で出すわけではなないわけでございすけれども、それぞれの入所されている老人にふさわしい給食がなされるように、私どもとしてはやはり給食面も生活サービスということでこの施設が提供していくサービスでございすから、その適正化はもとより指導していく事項だというふうに考えております。

○香脱タケ子君 そうするとね、あんだとは食事家は家で食べるんやから施設ではお金出してもらいます。病人食あるいは治療食として出さなきゃならない患者さんについて、それらの食事を出したときには自己負担が、その手間代がかかるんですか。一般食で済まない入所者は食事代としてまた自己負担ふえるんですか。だれも管理してんだらそういうことになるでしょう。やらぬのでしょ。家庭で食べている食事と一緒なんやから、みんな家でも御飯食べてんのやから、施設へ入ったかて御飯食べんのは一緒やから金取るというんでしょ。

病院では治療食だから、食事代はちゃんと入院料に含まれているんですよ。病状に従ってそれぞれの食事というものが与えられるようになってるんですね。病院に入院しておられる患者さんにも普通食の方もいますよ、普通食でない方もたくさんいますけれども、同じことなんですよ。どうするんですか。

○政府委員(黒木武弘君) 食事代を給付の形で見るか、あるいは本人に負担を願うかというのと、その入所者のそれぞれにふさわしい給食が提供されるかどうかというのとは必ずしも関係があるとは思っていないわけでごさいます。むしろ食事代として施設側が申し受けたすわけでごさいますから、それなりにやはり患者にふさわしい給食というものが行われる必要がある。

もとより家庭でも減塩食を食べたり、いろんな意味で栄養面の工夫はなされておるわけでごさいますから、それ以上にこの施設においては、もちろん費用としては御負担を願うわけでごさいますけれども、老人にふさわしい給食サービスができるようにということで私も考えておるわけでごさいます。

○香脱タケ子君 それは答えになってない。そんなばかなことあります。食事はとにかく金を出してもうたら給食はします。しかし病人なんですよ。そうでしょう。寝たきりになっているか寝たきりに準ずるような御病人なんですよ。当然の

こととして治療食というのは要るわけですよ。だから、これはだいたいとも検討されていらないというところのあらわれなんですよ。ね。

さつきも高桑先生言っておられたけれども、私どもどう考えてもこの施設が医療法の適用施設にならないというのはわけがわからぬ。何ほ熱心に聞いていますけれどもあれはわからぬ。だから、何でこない分業したようなことをやるんかなと思うんです。施設は医者に管理させて、看護婦もあって、病人を入れるのに、生活の分野がありますので医療法には適用しません。しかし、ベッド数の勘定は医療法で勘定します。これも筋通らぬのですよ。給食の問題もそうです。医療法の適用の問題、ベッドカウントの問題、こんなもん全然筋通らへん。もう時間がないから詳しく言おうと思っただけども、やれませんかともね。

それから、施設療養費をつかみで二十万渡すというのは、大体病人に入ってもらうのにつかみで二十万というのは一体何ですか。私も患者をさわつてきた関係があるから我慢ならぬ思いがします。それは時によれば治療代の少ない人もいます。もわからぬけれども、うんと高い水準でつかみで渡すからその範囲でやるようにやってくれというんならまだ話はわかります。ところが見てもらんなさい、水準からいうたら、この二十万の根拠というの、きょう午前中の質問の中で聞いていたら、老人病院が三十万、特養ホームが十九万五千円で、その間ぐらいで二十万渡して五万円患者さんからもらうんやと、そんなもの根拠になりません。何の根拠にもならぬ。こんなことで老人保健施設をやられたらこれは大変なことになるなという、私冒頭に申し上げたうは捨てる山のようなことになりかねませんよと言ったのはこなんです。

とにかく財政対策でお年寄りの使うお金をずか減らすという、何とか知恵を働かして減らすということ以外の何物でもないじゃありませんか。だって、今老人医療費というのは大体一カ月三十四、五万ですね、老人病院でも大体三十万余

りかかっているんでしょ。特養ホームだって二十万ぐらいしかかかってます。東京あたりでは手が足らぬからちゃんとした人を入れてやってやるから三十九万、都立の板橋特養ホームでは三十九万二千円かかっている。それを二十万で同じことをやれ言われたらえらいことですよ。それはそれでやはり込まれたら働く人はやらなしようがない。しわ寄せは一体どこへいくんですか、全部お年寄りじゃないですか。

私我慢がならぬと思うのは、寝たきりになつていようなお年寄り、あるいは寝たきりに準ずるような病気になるまで弱つておられるお年寄りが、どんなことをやられても自分で主張し、文句を言えないんですよ。だからこそお年寄りの尊厳を守らなくちゃならない。文句の言えないようになつたらとにかく何ぼでもいいからやらしておいたらええ。そんなむごいやり方というのはこれは認めるわけにいかぬですよ。

スタッフの問題にしても、面積の問題にしても私一つずつ聞きたいと思つて実は調査をしてまいりましたけれども、時間がありまじからきょうはやめますけれども、それは看護婦さんにしたって介護人の皆さんの数にしたって、特養ホームより少ないでしよ。それから、施設だつて安心しつてゆったり療養できる構造を確保するなんというようなことを言っているけれども、面積もはつきりせぬじゃないですか。今面積言えますか。病院は二人以上の床面積が四・三平米ですわね。特養ホームでは八・二五平米ですわ。今度の老健施設は幾らのゆとりある面積をお考えになつていますか。

○政府委員(黒木武弘君) いろいろお尋ねの点は、これからモデル等をやつた上で最終的には決めるわけでごさいますけれども、現時点で私も決めるわけでごさいますけれども、一人当たりの床面積でございますけれども、八平米程度が必要ではなからうか。そして一室の入所定員は原則として四人程度の部屋というところで療養室を考えたかどうかというふうにお考えしておりますが、また

いろいろこれは専門家の御意見を聞きながら最終的には確定していきたいというふうに考えております。

○香脱タケ子君 具体的なことになつたら専門家が審議会の御意見でしよ。

私はやっぱりこれは全く財政対策だというふうに思っています。例えば建設についてどうするんですか、来年度二十五億円の施設整備費を組んでいようですけれども、百カ所五千ベッドをつくるというんでしょ。そうしたら、平均割にしたら一カ所二千五百万円ですね。特養ホームを建設するときはどうかといつたら、建設費というのは大体二億一千万から二億四千万ぐらい、国の補助というの三分の一でしよ。四分の一は自治体の補助ですね。ところが、金額もこんなに違うんですが、この二十五億円というのは大体どのくらいの率で補助をするつもりですか。

○政府委員(黒木武弘君) 今財政当局に概算要求中の私どもの考え方でごさいますけれども、百カ所程度お願いしたいということで今折衝いたしておるわけでごさいます。

考え方としては、整備費にやはり多様な形態があり得るということで、もちろん独立の新設もございましょうし、あるいは既存のなところから御指摘がございますように、病床転換等の形で内部改築程度で済む形での中間施設というものはあるかと思ひます。そういう国庫補助としては多額を要する場合と非常に少額で済む場合等々をアレンジしながら決めてまいりたいと思つておるわけでごさいますけれども、私どもの現在の考え方は、三分の一相当で定額で国庫補助を願えないものかということで財政当局と今調整中であるということでごさいます。

○香脱タケ子君 三分の一補助をするというわけね。三分の一の補助ですか。それならついでに聞きたいんだけど、来年度だけなのか、これからずっとそういうやり方を続けたいということなのか、それもあわせて。

○政府委員(黒木武弘君) この中間施設の基本的

な整備の方針は、私どもはやはりこれを低利融資の形で実現していきたいということが基本でございます。したがって、施設施設で融資を受けて整備していただくことになるわけでありますけれども、中間施設は何しろ初めての施設でございますから、急いで全国的に普及する必要があるというところで来年度の要求として百カ所お願いしたわけでございますけれども、考え方としては三分の一補助するということじゃございまして、三分の一相当額を定額でということをお願いをしております。

それから、引き続き今後どうするかということでございますけれども、これは六十一年度の予算化した補助のその執行状況、あるいは中間施設の整備状況を見ながら六十三年度の補助金については検討すべき事項ではないかというふうに考えております。

○香脱タケ子君　だから、施設整備もこれは低利融資で国が補助するというやり方は基本的には考えていない、来年はちょっと特別やと、こういうことですか。それなら特養ホームやたら二分の一補助金が出る、老人保健施設やたら将来は低利融資やと、借金でやってもいいやと。運営費だつて、これももう時間ないから一つ一つ言うてもろうたらいいんだけれども、本来特養だつたら国が八割でしょう。今五割になつてゐるの、臨調行革でね。だけれども、八割国が負担、しかし残り分は一部負担の徴収金を除いて地方自治体ですね。ところが、老人保健費でやる場合は、国が老人保健医療費に出している二割、自治体が一割、あとの七割は拠出金と自己負担分と、こうなるんですよね。施設をつくるのもあるいは施設を運営する費用も、これまあ国はうんと減りますかね、がっぽり老人保健医療費に肩がわりということになりますね。

こういうやり方になりますと、これはちょっと大事なところはみんな審議会への御相談をしないと決まらない、さっぱりぐあいが悪いわけで、高齢化社会を迎えて本気で老年者のために対応し

ていくということであるならば、これは非常に大事なことですからね。こんな中途半端なことで国会の中でもあんじょうわからぬような話ではこれは我々も責任が持ち切れませんので、もっと私は検討をし直して、拙速なやり方をやるべきではないと思ふんですが、その点はどうか。

○政府委員(黒木武弘君)　運営費につきましては先ほどから御指摘のように、二十万円を給付としてお出し、それから五万円を自己負担でということで一応私どもは適正なレベルのサービスが確保できると考えております。いろいろこの点については病院の方だとかこの種の施設の専門家等いろいろな意見を聞きまして、まあ二十五万円あれば運営できるんじゃないかという御意見もたくさんいただいているわけでございましてけれども、さらに実験等を重ねながらこの施設の運営が適切にできるような金額をセッティングしてまいりたいというふうに考えておりますので、御理解をいただきたいと思ひます。

そのほか、いろいろ今後検討すべき事項はもの多いわけでございましてけれども、私たちの考え方を現時点でできる限り御説明をいたしておるわけでございまして、その点これらの高齢化社会を控へまして諸外国にもナッシングホームなりハーフウェーハウスという形でこの施設が用意されております。我が国もやはりこれからの高齢化社会を迎へましてこの種の施設を建てたり老人等のために早く用意をしてあげて立派なサービスがその方たちにでき、そして寝たきり老人等を抱へられてゐる家族の方が安心できるような形にぜひ持っていくたいものというところで考えておりますので、よろしく御理解をいただきたいと思ひます。

○香脱タケ子君　時間がありませんのでね。まあしかし、今わかつてゐる範囲でも本人や家族の負担は非常に高くなる、しかも医療の内容は大変厳しい、低医療やと。それから福祉もどうなるやらわからぬ。全く安上がり施設の施設をつくらうということになりそうだと思うんです。なぜかといつた

ら、だつて七十五年までに老人医療費三割減らすんやと——でしよう。一兆何百やら減すんでしょ、あなたさつき答弁してました。老人医療を三割減らすんやという目標で入院費を抑えまさんやというところで、これをやっている限りはそれはもう患者の高負担、低福祉、低医療のとてもじゃないけれども安上りのものにならざるを得ないというふうに思ふんです。これはそんな答弁してました。文書でも出ている。この問題については、これは私申し上げたように、この大事なことを拙速でやるのではなく、やはりもっと十分検討をやつて再提出をするべきではないかというふうに思ひます。

それで、時間がないので問題を変えます。国保の滞納者に対する制裁措置、これはちょっとゆつくりやりましたんですけれども、時間がありませんので簡単に申し上げておきたいんですが、今度わざわざ制裁措置を法制化しようというの、滞納者の増加というのが広がってきたんです。滞納者の増加というのは国保料の大幅な引き上げと無関係じゃないですね。しかも、滞納者というものは低所得者層ほど集中をしておるんです。私それを具体的に言おうと思つたけれども時間がありませんから、こんな実例も全国の自治体見たらいっぱいありますからね。低所得者ほど滞納者が集中をしてくると思ふ。

そこで、この制裁措置を加へる場合に、低所得者イコール悪質者というのではないでしよう。これははっきりしておいてください。

○政府委員(下村健君)　低所得者が悪質ということと直接に關係はないと思ひます。

○香脱タケ子君　それじゃ悪質者とは何なのかというのをこれははっきりさせませんと、今申し上げた低所得者で滞納が非常に多いわけですから、低所得者が悪質者イコールでないということと明確にけじめをつける必要があると思ふんです。

私は、きょう時間があつたらゆつくり言おうと思つておつたんですけれども、昭和二十年代から

三十年前後の、国民皆保険になる以前の国民医療の状態というのが非常によく知つてゐるんです。それはどういふ状態であつたかといつたら、これは雇用保険のない家庭で病人が出まして一カ月、二カ月とかかるような疾病が起つた場合には、医療費が払えないだけではなしに、一家の生活が成り立たなくなつて生活保護に転落をするというふうなことが随所にあつたんですね。そういう中で国民皆保険になり、やつとあの無保険の時代の嘆きというのは少なくなつた。しかし、今度滞納者から保険証を取り上げるなどということをやつたらそれと同じ状態が起ると思ふんです。

そういう点で、悪質者と低所得者のけじめをどうするかということが非常に大事だと思ふうに思ふんです。ここをはっきりしなかつたら、病氣だけれども保険証がないからというので病院へ行けなくて助かる命も捨てなやならないかもわからぬ。命にかかわるような重大問題だからこのけじめははっきりしなやいかぬということをし申し上げておる。それはどうなさいませうか。

○政府委員(下村健君)　国民健康保険の場合には滞納がふえているというお話でございますが、全般的な状況からいいますと、納付率が必ずしも一方的に下がつてゐるということにはなつておりません。

私どもとしては、一般的にむしろ都市の国保で非常に滞納率が目立っているわけでございまして、都市部では住民の異動が激しいとか就業形態にいろいろな形のものがあるとかいうことで、国民健康保険の運営者にとりましては被保険者との接触をする機会がなかなかつかめないというふうな点が非常に大きな原因であらうと思つております。

一方、滞納の実情を見ますと、合理的な理由がない。合理的な理由がないというのは、国保で入つておられる限りは低所得者につきましては一般的減免制度もございまして、それからそのときの事情に応じて個別の減免手続もつておりますので、しかるべき手続をとつていただければそれ相

応の保険料は納めていただけのものというふうに私どもは考えておるわけでございまして、私どもが考えておる悪質滞納者というのは、だれが考えても納得できるような合理的な理由がないのに故意に保険料を滞納している。私どもが理由があると考えているのは、災害、失業あるいは長期入院という一時的に家計が非常に困窮状態に陥るといふような理由がないのに長期滞納している。また、それについて手続をとっていただけない。それから、私どもが把握している状況でいきますと、財産名義の変更を行うといふふうなことで保険料納付を明らかに回避するといふふうなことが認められる場合に今回の措置を適用しよう、こういうこととでございます。

被保険者証は差し上げませんが、被保険者証明のようなものを出しまして給付は受けられる。ただし、現物給付の形はとらないということで慎重に対応しようと思っておりますので、先生の御指摘のような心配はないと考えております。

○省脱タケ子君 最後になりましたが、これはゆつくり言えないのが残念ですが、はじめをつけていたいただきたいということを繰り返して申し上げておきたい。なぜかという、行き過ぎがあった場合にこれはやはりちゃんと対応してもらいたいんです。

現にまだ法律が通っていないのに、東京の北区では滞納者に対する文書を出しているんですが、「国民健康保険法改正(案)要旨」として、「災害等の特別の事情がないのに保険料を滞納している場合は、保険証を返還していただき、資格証明書を交付します。資格証明書を交付されている間は、医療費は全額自己負担となります」というのを赤枠で囲んで、それで、「滞納理由をお聴かせ下さい」「表記のような事態を避けるため、滞納についてご事情を伺いたいで、下記によりおいで下さい」「こんなものを出している。今局長が言うたように、猶予の措置とか減免の措置とか、御相談ができますからおいでください」と一言でも書いていますか。これ行き過ぎていると思うんです。

よ。

大阪の寝屋川では、「分割延納誓約書」というのを出している。これによりまして、「誓約不履行の際は、いかなる処分を受けても異議申し立て致しません」。法律ができない前から法律を振りかざして住民に対して、被保険者に対して強権的な扱いをやっているところがある。これは行き過ぎでしよう。行き過ぎではありませんか。私は、やっぱり住民に対しては局長がおっしゃったように猶予の措置もあれば減免の措置もあるんだから、事態が変わったときには御相談においでくださいと親切に言うてやればいいものを、法律がこない変わりますからこんなことのないように早う来なさいと、そんなね。私はこういうやり方というのは行き過ぎだと思ふんです。

こういう行き過ぎにならないように、こういう行き過ぎが起ったときには厚生省としてはこれは何とか必要な手だてを講じるというふうなことがあるいは行政指導をするとかいうふうなことをやる必要があるのではないかと思いますので、特に、悪質者と低所得者とがイコールでないという点では、払いたくても払えないという低所得の人たちに対しては被害が及ばないような歯どめ、これをばっちりしておいていただきたい。行き過ぎがあった場合には適切に指導してもらいたい。この点についてお伺いをしておきたい。

○委員長(佐々木清君) 時間が超過しておりますので簡潔に御答弁願います。

○政府委員(下村健君) 国民健康保険の保険料は源泉徴収ではありませんので、被保険者の方で自発的にやはり協力をしていただくという姿勢がないとなかなか徴収できないわけでございます。したがって、現場では大変納付については苦勞しているわけでございますが、この法律を制定させていただきますましたら、法律の厳正な執行につきましましては、私どもとしては十分注意を払ってまいりたいと思ひます。

○勝木健司君 今国会の最重要法案の一つであります老人保健法の改正案につきましてお伺いいた

したいと思ひます。

まず、今回の老人保健法改正の背景には、急速に進む我が国の人口高齢化があるわけであります。高齢化そのものは人類の夢であります長寿の実現につながるものであり、祝福すべき事柄であります。にもかかわらず、政府は将来の社会をお年寄りばかりで活力のない、暗いもののように宣伝をして、財政的立場のみから福祉を後退させようとしているのは問題であります。高齢化社会の明るい面も取り上げていただけて、それにふさわしい政策を打ち出していただくと思ひますが、どうお考えかお聞かせいただきたいと思ひます。

○國務大臣(斎藤十朗君) おっしゃるように、高齢化が進み本格的な長寿社会を迎えるということでは、決して暗い面ではなく、大変喜ばしいことであり、また、この喜ばしいことを喜ばしいように実現をしていかなければならないというふうに考えております。

私どもは、決して暗い面を宣伝するというよりも、喜ばしい状態に向けていくために今しつかりとした基盤づくりをしなればならない、こういう観点から、社会保障制度としての老人保健制度についての改正をお願いをいたしておる、こういうことであるわけでございます。

○勝木健司君 厚生省がまとめた高齢者対策企画推進本部報告によりますと、高齢化社会へ向けての厚生省のプログラムということですが、内容は、自立自助、民間活力の活用などという言葉に名をかりて、公の責任を放棄し、国民に負担を押しつけようとする発想が随所に見られます。このような発想では、活力ある長寿社会を築いていくことはできないのではないかとと思ひますが、お伺いしたいと思ひます。

○政府委員(長尾立子君) 先生のお話のように、高齢者の方が自立をいたしまして、社会の一員として積極的に活躍をしていただくということは、今後の高齢化社会にとって基本的なことではないかというふうに考えておるわけでございます。

今回の高齢者対策企画推進本部の報告が、今先生御指摘がございましたように、自立自助、民間活力の活用ということをおっしゃるわけでございしますが、こういって今申し上げました観点から、今後の長寿社会の対策を進めるに当たりましては、国民の皆様の自立自助というものを前提といたしまして、それだけではもちろん十分ではないという面があるわけでございまして、これを支援する行政施策を適切に組み合わせをしていくということが重要であるという考え方に立っておりますのでございまして。

国民生活の基本的なニーズにつきましては、公的なシステムでカバーはしていくという点には変わりはないと思ひます。その上に民間の創意工夫を生かした適切なサービスを導入していくということが、国民全体の福祉につながっていくというふうに考えておるわけでございまして。

○勝木健司君 また、この報告は、実施の手順というものが明確に示されておられません。今後どういう時期にどういう改革を行っていくのかを十分検討し、具体的なものとしていくべきではないかと思ひますので、お伺いしたいと思ひます。

○政府委員(長尾立子君) この報告書は、省内の各分野の者が、高齢化社会に向かひまして総合的に施策がそれぞれ連携をとりながら、どういった対策をとっていったらいいかということを、二十世紀の初頭をにらみまして横断的に検討をいたしましたものでございまして。

そういう意味では、今御指摘がございましたように、若干精粗を異にするものが含まれておることとは御指摘のとおりかと思ひます。相当具体的に議論が詰まっておりますものもございまして、また基本的な相当長期間を見通して対策をやっていくことができるものもございしますが、なかなか長期の見通しが困難な部分もあるわけでございまして。いわば総合的な各分野が、どういった役割をそれぞれ関連しながら持っていくかということをお考えいただくわけでございまして、この報告の考え方を踏まえましてさらに具体的な検討を加えまし

て、施策の具体化を図っていききたいというふうに考えておるわけでございます。

○勝木健司君　さらにまた、この厚生省の報告とことしの六月にまとめられました政府全体の「長寿社会対策大綱」というものはどう関係にあるのか。また、政府全体の取り組みの中での位置づけを示していただきたいと思ひます。

○政府委員(長尾立子君)「長寿社会対策大綱」は、政府のさまざまな分野、長寿社会でございまして生活環境、住宅の問題、または社会教育、教育の分野、雇用の分野、そういった非常にさまざまな分野を各行政が分担をいたしておるわけでございますが、そういったそれぞれの分担の行政が本格的な長寿社会に備えまして、経済社会システムを基本的に考えていかなければいけないという認識から検討をしたものでございます。

厚生省といたしましては、この大綱の策定に当たりまして、先ほど来御質問がございまして高齢者対策企画推進本部の考え方を踏まえて対処してきつたつもりでございます。大綱として示されました基本方針におきまして、私どもの高齢者対策本部の考え方が反映されたものというふうに考えておるわけでございます。

○勝木健司君　長寿社会に向けてのいかなる対策も、長寿社会に貢献してこられましたお年寄りが尊重され、住みなれた地域で家族の方々に囲まれて暮らしていけるようにという哲学に基づく必要があると思ひますが、このような観点からいけばお年寄りのノーマライゼーションという考え方の普及を図るべきではないかと思ひますが、お尋ねしたいと思ひます。

○国務大臣(斎藤十朗君)　御指摘のように、今後の老人対策の基本的な考え方は、老後も住みなれた地域社会で家族とともに暮らせるということが最もいい方向であるというふうに考えております。これはまさに今御指摘のありましたノーマライゼーションの理念に沿うものでございまして、こういう考え方に沿って老人福祉施策を推進をいたしてまいらう、こういうことで、例えばホーム

ヘルパーの増員とかデイサービスとか、ショートステイなどの拡充とか、また保健と医療を組み合わせた福祉サービスというものの充実というようなものにこれから特に力を入れてまいりたいというふうに考えておるところでございます。

○勝木健司君　今回の老健法の改正というものは、今まで申し上げてきましたように、長寿社会へ向けての長期的展望を欠くために国民に対して説得力というものを持たないものであるというふうに考えます。また、これは何だかんだと理屈をつけてみましても、退職者医療制度の見込み違いで国保が大幅に赤字になったために何とかしてこれを穴埋めしなくてはならない、そして、財政再建という名のもとに国庫負担減らしであり、急速苦心して編み出されたのが今回の老健法改正であると思われま。

確かに高齢化社会の進行に伴いある程度の負担は避けられないと考えますが、そのためには将来の老人医療についての負担と給付の明確な展望をまず示す必要があると思ひますが、どうお考えか、お聞かせ願ひたいと思ひます。

○国務大臣(斎藤十朗君)　これからの本格化した長寿社会にありましても、老人保健医療というものが安定的に確保されるという必要性から今回の改正をお願いいたしましたものでございまして、そのためにこの老人医療費を国民がひとしく支えていくという理念がもととなるわけでございます。ですから、この理念を徹底をさせていただく、こういうような意味で加入者按分率の一〇〇%へ向けて段階的な引き上げをお願いをする、こういうようなことでございまして。

また、一部負担の引き上げ等もお願いをいたしておりますが、世代間の負担の公平という観点から、現在全体でお年寄りが自己負担をいたしております負担率が一・六%程度というところでございまして、これを政府原案でございまして四・五%程度、今回修正をされましたので四%程度ではなかるうかというふうに考えますが、その程度の負担をいただいで、そしてお年寄りもまた若

い者もみんな考え合い、力を合わせて老人医療を今後将来に向けて支えて、また老後を揺るぎないものにしていける、こういうようなことでお願いをいたしておるわけでございます。

今後、将来に向けて一部負担をどのようにしていくかというお話でございしますが、将来いろいろな情勢の変化というふうなものもあるうかとは思ひます。けれども、健康保険の本人の負担、また国民健康保険の本人の負担、またそれぞれ家族の負担率というふうなものを勘案いたしまして、お年寄りという特性から相当程度低い負担であるべきであるというふうに考えております。強いて数字で申し上げれば、五%程度というのが現在考えられるところではないかなというふうに思ひます。

○勝木健司君　時間の関係で次に進ましていただきます。

老人医療費の一部負担引き上げについてお伺いしたいと思ひます。

今回の改正案は、政府原案では外来一月四百円から千円に、こちらは衆議院におきまして八百円と修正されました。しかし、これでもお年寄りにとしましては一気に二倍という負担増となりま。お年寄りが幾つもの医療機関にかかった場合、当然八百円では済まないものでありまして、このようなお年寄りの受診の実態というものを無視したものと云わざるを得ません。先ほどもお年寄りは一月に平均して一・五カ所の医療機関に通院していると言われていますが、そのデータというのは信頼できるものでありますか、お聞かせ願ひたいと思ひます。

○政府委員(黒木武弘君)　御指摘のように、お年寄りが一月に平均して一・五カ所の医療機関に通院しているという私どもの調査結果を持っているわけでございます。

このデータにつきましては、社会保険診療報酬支払基金、それから各都道府県の国保連合会が実際に医療機関から請求のありました実績に基づきまして、六十年十月分、六十一年一月分、六十一年

年四月分の三回にわたりまして延べ一千四十万人の老人医療受給者について調査した結果によるものでございまして。平均で申し上げれば一・五というところで申し上げておりますけれども、さらに詳しく申し上げますと、医療機関に一回もこの調査期間においてかからなかった人の割合が三二%、一回だけ、一カ所だけと申しますか、一医療機関にかからなかった人が四四%、二医療機関の方が一七%となっておりまして、一月に三つ以上の医療機関にかかった人は七%弱という結果を得ておるわけでございます。

このように私どものデータとしては平均すると一・五カ所弱になるわけでございますけれども、直近の医療機関からのレセプト請求をもとにいたしました調査の結果であり、十分診療の実態を反映した信頼できるものというふうに考えております。

○勝木健司君　また、入院の場合に移りますが、一日三百円が五百円に、しかも二カ月の期限というものが撤廃されようとしたしております。これは一年入院すれば十倍に、長く入院される方にとりましてはそれこそ無限大の大変な負担増となるものであります。

老人の所得の実態から見まして負担可能なものなのかどうか。さらに、前回の老人保健法制定時の附帯決議でも言及されました保険外負担の解消、こちらの方は遅々として進んでいません。この実態はどうなっておるか、その対策はどうなっておるか。あわせてお聞かせ願ひたいと思ひます。

○政府委員(黒木武弘君)　入院の一部負担の関係でございます。

先ほど来御質問申し上げておりますように、四兆円を超えます老人医療費になっておるわけでございます。そのお年寄りが一部負担をいたしている額は一・六%になっております。したがって私どもとしては、やはりお年寄りと若い人の世代間の負担の公平という見地から、公平に負担していただくという観点も必要だと思ひます。

ことで、今回の一部負担の改正をお願いしているわけでございます。

特に、入院の一部負担についてのお尋ねでございますが、入院の一部負担が一年、あるいは六月でも結構でございますが、負担増が急激になつていくという御指摘でございますが、これは主として入院期限の撤廃ということから生じておると思つていますが、この入院期限の撤廃の考え方にはつきましては、私どもとしては、入院した場合に食費等の生活費が要らなくなるというふうなことで、在宅で療養している方とのやはり不均衡が生ずるのではないかと。それからまた、老人ホーム等の入所者につきましてもその負担についての期限の限度はないわけでございますので、そういうことを勘案いたしまして、在宅で療養されている方との均衡あるいは老人ホーム等いろいろな制度を見ましても、ある段階から無料になるというふうな制度がない状況等から、やはり老人保健制度も期限の撤廃をこの際お願いをしたいということでございます。

今回の入院の一部負担の改正が無理がないものかどうかとお尋ねでございますけれども、私どもは高齢者世帯の所得あるいは年金の水準から見まして無理のない金額ではなからうかというふうなことを考えております。

それから保険外負担についてのお尋ねでございますけれども、従来から、その負担を適正な範囲のものにするために指導、是正に努めております。各県から、例えばお世話料についてはこの医療機関について指導してやめさせたというふうな報告もたくさん受けておるわけでございますが、さらに今後とも保険外負担の適正化については、改善につきましても徹底を図ってまいりたいというふうなことを考えております。

○勝木健司君 特に低所得老人というものが必要な医療から疎外されることのないように、何らかの措置をとるべきであり、そのための方策を検討しておられると聞きます。その内容を明らかにしていただきたいと思つております。

○政府委員(黒木武弘君) 先ほど来申し上げておりますように、入院の一部負担については一般的には無理なく負担いただける水準であると考えておるわけでございます。しかし、衆議院の御審議や附帯決議におきまして、所得が低く、どうしても支払えないような事情のある方についての配慮を考へるべきであるという御指摘を受けたところでございます。

現在、一部負担がいろいろな事情で払えない方の制度は既に本法にあるわけでございます。災害等の特別な事情のある方につきまして、この規定を運用いたしておるわけでございますけれども、そういう御指摘を踏まえまして、その運用面で何とかいろいろな改善ができないかということ、例えば収入が少なく、その収入も家賃とか被扶養者の生活費に充てざるを得ないというふうなために、どうしても入院の一部負担を支払うことが困難だという方に、その負担の軽減が図れないかどうか、ただいま対象になる方の範囲とか、あるいは実施方法等につきまして検討を進めている段階でございます。

○勝木健司君 時間の関係で次に進みます。

次に、加入者按分率についてお伺いいたします。先ほどもありましたけれども、今回の按分率の改定はどのような趣旨なのか、まずお聞かせいただきたいと思つております。

○政府委員(黒木武弘君) 現在、各医療保険制度への老人の加入の状況を見ますと、やはりサラリーマンも退職すれば国保に加入されるといったような事情から、国保が他の医療保険に比べて構造的に老人の加入割合が高くなつておるわけでございます。健保組合に比べて四倍の老人を抱えて過重負担になつておるという状況でございます。今回の加入者按分率の改定は、このような各医療保険制度間の老人加入割合を是正いたしました。どの医療保険でも同じ割合で老人を抱えることによりまして、老人医療費の公平な負担という法の基本理念をより徹底させようということから今回の加入者按分率の引き上げをお願いをしているというところでございます。

○勝木健司君 衆議院で修正が加えられましたとはいはしても、黒字の健保の力で赤字の国保を救うという本質に何ら変わるところはなく、実質的な増税にはかならないと思つております。だとすれば、本質的な解決は国保制度の根本改革をいってほかにないはずであります。厚生省はどういう見通しと方針を持ってこれを行おうとしておられるのかお聞かせいただきたいと思つております。

○政府委員(下村健君) 国民健康保険の財政状況については大変厳しいものがございます。その原因についてはいろいろな見方もございますが、私どもとしては、退職者医療等の影響もさることながら、やはり老人保健制度がございしてもなお格差が拡大するということで、国保における老人の問題が非常に大きな影響を与えているというところからこれを解決したい。したがって、この改正案が通りますと確かに国保は助かるという結果は出てまいりますが、単にそれだけを考へているわけではないということでございます。

したがって、国保問題については国保問題としての取り組みが必要であるという御指摘はそれとありでございます。私どもは、今後の高齢化の進展あるいは産業構造の変化というふうな事情も考慮しながら、将来にわたる国保財政の安定化のための方策を老人保健法の決着がございましたら引き続き検討してまいりたいというふうに考へております。

○勝木健司君 特に国保におきましては医療費の適正化や経営努力などに不十分な点があると指摘されておりますが、これらの点につきまして抜本的改革までの間に何らかのとりきめ方策があるのではないかと。できるものからすぐ手をつけていくことも必要だと思つていますが、そのための具体的方策があればお聞かせいただきたいと思つております。

○政府委員(下村健君) 国保の制度的な検討はやるとしても、それ以前になすべきことは直ちにやるべきではないかという御趣旨だと考えます。

この点につきましては御意見のとおりでございます。まして、歳入歳出面にわたる経営努力を積極的に推進するという面から、一つは現在国保の医療費適正化という観点から医療費通知あるいはレセプト点検等を行つておられますが、まだその充実を図る面があるというところで、そういう面の強化を引き続き図つてまいりたい。それからまた、保険料の収納率向上につきましても、いろいろな特別対策等行つておられますが、さらにこの面からの努力も行つてまいりたいというふうに考へているところでございます。

なお、御審議いただいております老人保健法の改正案の中には、悪質な保険料滞納者に対する措置も含んでおるところでございますので、今後とも国保の経営努力は強力に推進してまいりたいと思つております。

○勝木健司君 国保の経営というものを県で運営し広域化を図るというプランもあるというふうな聞いておりますけれども、厚生省としてはこの問題について現時点でどう考へておられるのかお聞かせいただきたいと思つております。

○政府委員(下村健君) 国保の経営主体の問題あるいは経営規模の問題というのが従来から国保制度の上での一つの問題点として議論されていことは事実でございます。御指摘のように、保険者を市町村から都道府県に移したらどうかという問題につきましても、財政規模の拡大あるいは安定化というメリットもございしますが、他面、市町村が実施主体になつて行つております地域の医療保健活動あるいは福祉事業等との関連といった問題、あるいは果たして事業運営が果に移つて効率的に行われるかどうかというふうな問題もあつたので、今後の国保制度の検討課題の一つとして、県がいかなる役割を果たすのが適当であるかということについては十分に検討を進めてまいりたいというふうに考へております。

○勝木健司君 国保につきましては、長期的にしろ短期的にしろ早急に対策を講ずることが必要で

ありますが、だからといって黒字の保険者にその肩がわりを求めるのは筋違いであるというふうに思っています。被用者保険の経営努力の成果というものは、その家族給付率の引き上げなど、加入者に還元するというのが本来の意味での公平だと思いが、現段階での検討状況をお聞かせいただきたいと思います。

○政府委員(下村健君) 先ほどの繰り返しになりますが、単に被用者保険が黒字だからということでは今回の改正をお願いしているわけではございませんが、御指摘の被用者保険の家族給付などの給付のあり方につきましては、医療保険制度の一元化の展望を踏まえて検討を行っていききたいというふうに考えているわけでございます。

社会保険審議会の中に政府管掌健康保険の今後の運営をめぐりまして小委員会等もできておりますので、今後そのような場を活用いたしまして幅広く速やかに検討に着手してまいりたいというふうに考えております。

○勝本健司君 加入者按分率の引き上げというのは、国保対策としてはその場しのぎのものであるというふうに思っています。限界が見えておるようになっています。幾ら経営努力をしても、その努力の成果というものが赤字保険者のために吸収されてしまうという仕組みでは、被用者保険の経営努力のインセンティブというものを失うことになると思います。最終的に加入者按分率が一〇〇%になれば経営努力は反映されなくなるのではないかと、いふうに懸念をいたしますが、お伺いしたいと思います。

○政府委員(黒木武弘君) 今回の加入者按分率の引き上げでございますけれども、黒字であるから赤字の保険者にということではございませんで、老人の加入率を公平にいたしたい、加入率の格差を是正したいということが今回の引き上げのねらいでございます。そのねらいの中で、加入者按分率を一〇〇%にした場合に経営努力のインセンティブはどうかというお尋ねでございます。現在の拠出金の算定方法は、各保険者一人当た

りの老人医療費をベースにいたしまして、それから按分された形で老人数にそれを掛けた形で算出することになっておるわけでございます。つまり、老人医療費を加入者一人当たりで割りつけるということではなくて、それぞれの各保険者の一人当たりの医療費をベースと申しますか、片一方の単価にいたしまして、片一方は抱えていた老人人数をそれに掛けるということと各保険者の拠出金が出る仕掛けになっておりますので、各保険者の一人当たり医療費がいろいろ健康管理その他の経営努力によりまして医療費が下げられれば拠出金も下がるという仕組みになっておりますので、私どもとしては、一〇〇%になりまして各保険者の経営努力のインセンティブは失われ

ないんではないか、従来どおりやっていただけものというふうに考えております。

○勝本健司君 黒字であるからということ、より多くの拠出金を負担し得ると言われますけれども、五年後、十年後、さらにその先といった将来見通しはどうでありましょうか。

また、さらに組合健保につきまして、全組合では三千億近い黒字収支であるといいたしまして、個々の組合を見ても、現在でも経営の苦しい組合は少なくありません。こうした組合にとりまして按分率の改定というものはまさにその運営を不可能にさせるものではないかと思えます。その上、今回の按分率改定がなされますと、経営困難となる組合が増えると思われ、あわせてお聞きしたいと思います。

○政府委員(下村健君) 厚生省といたしましては、健康保険組合全体として見ますと当分の間保険料率を引き上げなくても組合運営は可能だといふうに考えているわけでございます。しかしながら、個々の組合について見た場合に財政状況のよくない組合が出てくるのは事実でございます。これら組合につきましては現在政府がある程度の補助事業を行っておりますが、その拡充を考えてまいりたい。また、関係者と協議の必要はございますが、健保連で行われております共同事

業の充実あるいはその改善というふうな面も検討いたしました。組合運営に支障が生じないようにしてまいりたいと考えております。

○政府委員(黒木武弘君) 健保組合の拠出金の負担が五年後、十年後さらにその見通しはどうかというお尋ねでございます。

拠出金の将来推計につきましては、老人医療費の推計の前提となります物価、賃金や医療費改定の動向等につきまして不確定の要素がたくさんございますために、十年後さらにはその先の見通しによる試算というものは非常に困難でございます。私どもとしては、今後五年間につきまして加入者按分率を引き上げた場合の試算を行って加入者でございますが、六十一年度の十二月以降に八〇%、六十二年から六十四年度までは九〇%、六十五年は一〇〇%に引き上げることを前提に、一定の仮定を置いて計算をした結果でございますが、それによりますと、健保組合全体の六十五年度の拠出金でございますけれども、一兆八百億円と見込まれるわけでございます。これは六十六年度に比べまして約二・一倍になるものと見込んでいるわけでございます。

○勝本健司君 六十年代の後半に医療保険の一元化を行うとされておりますけれども、もうそろそろある程度の方向性というものを示して国民の幅広い意見を求める時期に来ていると思えます。この一元化の内容、実施の時期についてお伺いしたいと思います。

○政府委員(下村健君) 六十年代後半のできるだけ早い時期にということと私どもとしては医療保険の一元化という問題に取り組んでまいりたい、これが高齢化社会に対応するための、給付と負担の公平を確保するための基本方針であるといふうに考えているわけでございます。それを具体的にどうやっていくかという問題につきましては、先ほどお答えいたしました政府管掌健康保険の問題、その給付のあり方等について検討に着手したいというふうな意味のことを申し上げたわけでございますが、その検討は制度の一

元化の展望を踏まえて当然やっていくことになる、こんなふうに考えているわけでございます。その検討を通じて私どもとしても具体的な議論を進めてまいりたい、このように現在考えております。

○勝本健司君 若く元気に働いている間は被用者保険、年をとってから退職して病気がちになってから国民健康保険に加入していただくという、確かに国保が大変なのはわかります。しかし、問題はこうした保険制度の立て方にあるんじゃないかと思えます。こうした根本的問題を抜きにして、単なる財政調整で片づけようというのでは納得がいきません。この点につきましてどうお考えか、お聞かせいただきたいと思います。

さらに、最近の厚生行政は、行革の優等生、国民の健康、福祉のためではなく、まず財政ありきということで進められているように思われてなりません。この辺につきまして政府の見解をお伺いしたいと思います。

○政府委員(黒木武弘君) 若い間は被用者保険で、年をとって退職すると国保という御指摘でございます。

確かに、御指摘のように現行の医療保険制度は幾つかの制度に分立をしているわけでございます。しかし、それはそれなりに小集団としての経営努力という点でメリットもあるわけでございます。また、そういう制度として国民の間に定着を

していると考えております。他方、このような制度の分立に伴いましてデメリットも生ずるわけでございます。その例が各保険者の老人の加入割合による格差があるために、老人医療費の負担の不均衡が指摘されているということとなつて出てまいっているわけでございます。このために、老人保健制度におきましては、現行の医療保険制度のもとでこのような各保険者間の老人加入率の格差による負担の不均衡を是正して、老人医療費の負担の公平を図ることになっておるわけでございます。

しかしながら、今回の加入者按分率の引き上げ

でございますけれども、単なる財政的な見地というのではなく、こうした制度の基本的な理念に沿いまして、どの保険者も同じ割合で老人を抱えるようにすることによりまして老人医療費の公平な負担を図ろうという趣旨でございます。これによりまして、老人保健制度の長期的な安定を図り、長寿社会においても安心して老後を託せる制度の確立を目指すというものでございますので、財政対策よりも、二十一世紀をにらんだ長期的な施策であるということをご理解いただきたいと思っております。

○勝木健司君 現在の円高不況のもとで、民間企業というものは大変苦勞をしております。雇用情勢も極めて悪化しております。今後の高齢化の進展というものを考えますと、保険や福祉の分野というものは大幅な拡充が必要であります。このことは安定した雇用の確保という側面から十分意義があります。

現在、福祉の分野で働いている人はどれぐらいおられるのか、お聞かせいただきたいと思っております。

○政府委員(小林功典君) 社会福祉サービスに対しまして国民のニーズに対応するために、従来から寝たきり老人やあるいは重度の心身障害児者のための施設を中心に施設の整備を行ってまいりましたし、また在宅福祉の充実という面で家庭奉仕員の増員も図ってきたところでございます。そのようなことによりまして、社会福祉施設の職員は年々増加をしております。昭和六十年度で見ますと約五十四万人、それから家庭奉仕員につきましては、昭和六十一年度でございますが、約二万三千六百人ということになっております。

○勝木健司君 今後の福祉施設の充実とともに、特別養護老人ホームなどで将来どの程度の人員が必要になるのか、見通しをお聞かせいただきたいと思っております。

○政府委員(小林功典君) 確かに、高齢化社会を迎え社会福祉サービスに対する国民のニーズは高まっておりますから、これに対応しまして、特

別養護老人ホームを初めとして社会福祉関係に従事する職員の量的な拡大が今後とも必要であると考えております。

そこで、社会福祉関係職員の将来の数字ということでございますが、なかなかこれを具体的に示すことは難しいわけでございますが、ちなみに過去五年間の平均をとってみますと、毎年施設職員は約一万三千人増加をしております。この中で、特に特別養護老人ホーム、この施設増が多いわけでありまして、その増員分がその中の四千人に当たります。我々は、特別養護老人ホームにつきましましては、従来のペースを落とすことなくこれからも整備を続けていきたいと考えておりますので、これはふえる様相でございます。

また、在宅サービスの中心になりますホームヘルパー、これにつきましましては、これも過去の平均で申しますと約二千人の増でございますが、これも同規模の増員をこれからも図ってまいりたいと考えております。

○勝木健司君 老人福祉の向上という意味から、内需の拡大の意味からも福祉機器の開発普及というものが重要であると考えますが、その方向はいかがなものか、お伺いしたいと思います。

○政府委員(小林功典君) 介護を要する御老人などの在宅生活を援助するということが、そしてまた、社会福祉施設の介護能力を高めるという点から見まして、福祉機器の開発、普及は重要な課題であると考えております。厚生省といたしましては、今後、福祉機器の規格化、標準化あるいは普及システムについての研究などの取り組みについて努力をしております。

○勝木健司君 厚生省はシルバー産業の振興に力を入れておるようですが、適正な指導のもとにこれを広めていくということは今後の老人福祉の一つの方向であると考えます。現在のシルバー産業の動向と将来の方向というものをお聞かせいただきたいと思っております。

○政府委員(小林功典君) 最近、年金制度の成熟

などということとを背景にいたしまして、例えば有料老人ホームなど民間企業による各種の福祉サービスの供給が次第に拡大されつつある、これは事実でございます。このような民間サービスが有効に供給されますように、その健全な育成を図るために、我々とししましては省内にシルバーサービス振興指導室というのを設置いたしまして、そこを根拠にしまして、例えば有料老人ホーム設置運営指導指針というものを改正いたしました。あるいは有料老人ホームの市街化調整区域内での建設を可能にするといった、そういう振興指導に今努めている真つ最中でございます。

これから高齢者の多様なニーズに対応しまして、シルバー産業はどうしても拡大を続けていくと思っております。そこで、そういうシルバー産業が節度ある健全な発展を遂げますように、我々としても十分注意をして育成を図ってまいりたいと考えております。

○勝木健司君 老人保健施設というものにつきましましては、老人にふさわしい手厚い処遇を行うために十分な人員配置を行う必要があると考えますが、百人程度の施設の場合全部で何人の職員が必要となるのか、お聞かせいただきたいと思っております。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健施設につきましては、寝たきり老人等に対して手厚い看護なり介護あるいは医療ケア、あるいはリハビリテーション、それから生活上のお世話、いろんなサービスの提供が必要であるわけでございます。したがって、このサービスを担当する人員についていろいろな職種の方が考えられるわけでございます。医師、看護婦、介護職員、OT、PTの方、相談指導員、薬剤師、精神科医、栄養士、勤務の形態はこれから詰める点がございすけれども、そのほか事務職員の方、調理員の方といったような各方面の職種の方を必要とするだろうと考えております。

私どもとしましては、これらの職種の方々を合計いたしますと、おおよそでございますけれども

も、最低で三十五人ないし四十人程度の職員の方が入所者百人当たりで必要になるのではなからうかとこのように考えております。

○勝木健司君 次に、老人保健施設——中間施設、この構想自体というものは待望されてきたものであります。ところで、厚生省の考えておられる老人保健施設というものは、まさに老人病院と特養老人ホームとの谷間、つまり病院より医療機能は劣り、特養よりも介護機能が劣るというものになるのではないかと危惧されます。

改めてお伺いしますが、そもそも老人保健施設とは何なのか、だれを対象とし、どういうサービスを提供するのかお聞かせいただきたいと思っております。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健施設でございますけれども、私どもはその中心たる機能は、やはり入院、治療を終えた方々の社会復帰のための施設であるというふうに考えております。

病院につきましましては、入院して治療をしていただく機能でございますし、特別養護老人ホームは家庭がわりの介護機能を中心としたておるわけでございますけれども、この施設は、文字どおり中間施設といたしまして医療ケアと生活上のお世話、両方のサービスを相備えた施設にいたしたいというところでございます。したがって、ここに入所される方は、入院、治療が終わった段階の寝たきり老人の方でございますけれども、私どもとしては、一口で言えば病弱な寝たきり老人がこの対象になるのではないかと、こう申し上げておるわけでございます。

病気で治療される方は病院に、それから家庭がわりで生活のお世話をいただく方は特別養護老人ホームへ、その中間に位置しまして医療ケアと生活サービス、両方を提供するまさしく老人のこれから多様化するニーズにおこたえできる施設ではないかというふうに考えておる次第でございます。

○勝木健司君 では、特別養護老人ホームの対象者としてこの違いでありましょうか。

○政府委員(黒木武弘君) 特別養護老人ホームは、いわば寝たきり等の状態になられて家庭でお世話ができないという方々でございまして、家庭がわりの介護つまり家庭では介護できない方々を特別養護老人ホームで収容されて、そこで生活のお世話をして差し上げる施設だというふうに考えておりますが、この施設は先ほど申し上げておりますように、その主たる機能はやはり家庭復帰の機能でございまして。したがって、脳卒中で倒れたお年寄りの方々が病院で治療を終えられ、それで家庭に帰っていただくわけでございます。すけれども、やはりその段階において家庭復帰のためのリハビリテーション等も必要でございまして、そういった形でリハビリ、機能回復訓練等をして差し上げて家庭に復帰していただくということになるわけでございまして。

したがって、そこでまた、家庭で介護ができないという方々でございまして、その方々が特別養護老人ホームにも入られる場合があるわけでございまして、そういう意味では、病院とこの老人保健施設と特別養護老人ホームがやはり機能面でお互い連携を取り合いながら、お年寄りの医療なりあるいは寝たきり老人のケアという問題に取り組んでいくべきものではないかというふうに考えております。

○勝木健司君 時間も来ましたので最後になりますけれども、今回の改正で国保財政というものは案になるといっても、これから各保険制度とも高齢化社会を迎えて楽観は許されないというふうに思っています。まじめに働く人たちが報われるためにも、また正直者がばかを見ないためにも、最後に老人医療に関するこれからの施策についての厚生大臣の決意というものを伺いたいと思っております。私の質問を終わらせていただきます。

○国務大臣(斎藤十朗君) 本格化する長寿社会に向かつて、この老人保健制度の果たすべき役割というのはいまますます大きなものになってくると思っております。

今回の改正をお認めいただきますならば、これによって老人医療の確保というものを安定的に行っていくことができるというふうに考えておりますし、また、いわゆる健やかに老いるという観点からの老人保健事業を大いに推進をいたしてまいりたい。また、新しく創設をしていただきます中間施設、老人保健施設につきましても、特別養護老人ホームや、また老人病院などともに立派な成長、発展を遂げるように努力をいたしてまいりたいと考えております。

また、あわせて地域における福祉サービスというものの、医療や保健と組み合わせ、そしてきめ細かいサービスを進めをいたしてまいりたい。このように、祝福される長寿社会を迎えられるように全力を挙げて努力をいたしてまいりたいというふうに考えておるところでございまして。

○委員長(佐々木清君) 本案に対する本日の質疑はこの程度にとどめます。

○委員長(佐々木清君) 次に、連合審査会に関する件についてお諮りいたします。
老人保健法等の一部を改正する法律案について、地方行政委員会からの連合審査会開会の申し入れを受諾することに御異議ございませんか。

〔異議なし〕と呼ぶ者あり
○委員長(佐々木清君) 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

なお、連合審査会開会の日時につきましては、後刻、理事会において協議の上決定いたします。本日はこれにて散会いたします。
午後七時十分散会

に關する請願(第七一〇号)

一、老人保健法の改悪反対に關する請願(第七一一号)(第七一二号)

一、老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に關する請願(第七一三三号)(第七一四号)(第七一五号)(第七一六号)

一、老人保健法の改悪反対に關する請願(第七一七号)(第七一八号)

一、老人医療の患者一部負担増額に反対し、老人保健法の改善に關する請願(第七一九号)

一、国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に關する請願(第七二〇号)

一、老人医療費の患者一部負担増額に反対し、老人保健法等の改善に關する請願(第七二七号)

一、国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に關する請願(第七二八号)

一、老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に關する請願(第七二九号)(第七三〇号)(第七三二号)(第七三三号)

一、老人保健法の改悪反対に關する請願(第七三三三号)(第七三四号)(第七三五号)(第七三六号)

一、あん摩・マッサージ・指圧の保健事業導入に關する請願(第七三七号)(第七三八号)

一、老人保健法の改悪反対に關する請願(第七五五号)(第七五七号)(第七五八号)(第七五九号)(第七六〇号)(第七六一号)(第七六二号)

一、老人保健法の改悪反対に關する請願(第七六三三号)(第七六四号)(第七六五号)(第七六六号)(第七六七号)(第七六八号)(第七六九号)(第七七〇号)(第七七一号)

一、老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に關する請願(第七九二二号)(第七九三三号)(第七九四号)(第七九五号)

一、老人保健法の改悪反対に關する請願(第七九六号)(第七九七号)(第七九八号)

一、患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健事業の充実、老人医療無料制度復活に關する請願(第八〇〇号)

一、保育制度の維持、充実に關する請願(第八〇一号)

一、あん摩・マッサージ・指圧の保健事業導入に關する請願(第八〇三三号)(第八〇四号)

一、老人医療費の患者自己負担の増大反対、国保への国庫負担増額、健保本人十割給付復活等、医療改善に關する請願(第八〇五号)

一、老人医療への自己負担引上げ反対等に關する請願(第八〇六号)

一、老人保健法等の再改悪及び国立病院・療養所の統廃合・移譲に反対し、国民医療の改善に關する請願(第八〇七号)

一、老人医療費の患者一部負担増額に反対し、老人保健法等の改善に關する請願(第八一一号)

一、国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に關する請願(第八一二号)

一、老人保健法・国民健康保険法の改悪及び国立医療機関の統廃合・移譲反対等に關する請願(第八一三三号)

一、患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健事業の充実、老人医療無料制度復活に關する請願(第八一四号)

一、老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に關する請願(第八一五号)

一、老人医療への自己負担引上げ反対等に關する請願(第八一六号)

一、国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に關する請願(第八四二二号)

一、老人保健法の改悪反対に關する請願(第八四三三号)(第八四四号)(第八四五号)(第八四六号)(第八四七号)(第八四八号)(第八四九号)(第八五〇号)(第八五一号)

一、老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に關する請願(第八五六号)

一、患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健事業の充実、老人医療無料制度復活に關する請願(第八五七号)

一、老人医療の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に關する請願(第八五八号)

一、老人医療の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に關する請願(第八五九号)

一、老人医療の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に關する請願(第八六〇号)

一、老人医療の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に關する請願(第八六一号)

一、老人医療の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に關する請願(第八六二号)

一、老人医療の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に關する請願(第八六三三号)

一、老人医療の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に關する請願(第八六四号)

一、老人医療の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に關する請願(第八六五号)

一、老人医療の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に關する請願(第八六六号)

一、老人医療の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に關する請願(第八六七号)

一、老人医療の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に關する請願(第八六八号)

四六

二、老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に関する請願（第一〇九八

(第一三三三三三三)

一、老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に関する請願(第一三三三三三三)

一、老人医療費の患者一部負担増額に反対し、老人保健法等の改善に関する請願(第一三三三三三三)

一、国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願(第一三四四四四四四)

一、老人保健法の改悪反対に関する請願(第一三四四四四四四)

一、老人保健法の改悪・国立病院の統廃合反対、健保本人十割給付復活等、国民医療の充実に関する請願(第一三五五五五五五)

一、老人医療への自己負担引上げ反対等に関する請願(第一三五一五五五五)

一、老人保健法、国民健康保険法の改悪及び国立医療機関の統廃合・移譲に反対し、医療・福祉の改善に関する請願(第一三七六六六六六)

一、老人医療の患者負担増額反対等に関する請願(第一三七七八八八八)

一、老人保健法の再改悪反対に関する請願(第一三七九九九九九)

一、老人保健法の改悪反対等に関する請願(第一三八〇〇〇〇〇)

一、老人保健法改悪・国立病院統廃合反対、健保本人十割給付復活等、国民医療の充実に関する請願(第一三八一一一一一)

一、高血圧・脳卒中患者の医療福祉と後遺症者の社会復帰に関する請願(第一三八二二二二二)

第七二〇号 昭和六十一年十一月十四日受理
患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健事業の充実、老人医療無料制度復活に関する請願
請願者 長野市篠ノ井布施五明二〇二ノ三 神田勝実 外四百九十二名
紹介議員 村沢 牧君
この請願の趣旨は、第一八五五号と同じである。

第七二二号 昭和六十一年十一月十四日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願
請願者 山口県岩国市車町一ノ二ノ一 国 広真 外六十四名
紹介議員 青木 新次君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第七二四号 昭和六十一年十一月十四日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願
請願者 千葉県市川市下宿七ノ二〇 飯田幸雄 外五十二名
紹介議員 久保田真苗君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第七二六号 昭和六十一年十一月十四日受理
老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願
請願者 愛知県豊橋市東栄町根の鼻五〇 四ノ一六七 渡辺央子 外百六名
紹介議員 青木 新次君
この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第七二八号 昭和六十一年十一月十四日受理
老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願
請願者 愛知県豊橋市牧野町二〇二 浪崎新六 外百五十九名
紹介議員 久保田真苗君

この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第七二五号 昭和六十一年十一月十四日受理
老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願
請願者 愛知県新城市石田八幡一八ノ三 桜井二三子 外百十四名
紹介議員 小野 明君
この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第七二六号 昭和六十一年十一月十四日受理
老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願
請願者 愛知県豊橋市三ノ輪町三ノ七二 彦坂典男 外百四十九名
紹介議員 中村 哲君
この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第七二七号 昭和六十一年十一月十四日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願
請願者 山口県柳井市新庄浜ノ内二、九七六ノ三 高橋重光 外五十四名
紹介議員 中村 哲君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第七二八号 昭和六十一年十一月十四日受理
老人医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願
請願者 札幌市西区八軒一条西一丁目 石川希久代 外三百六十三名
紹介議員 小笠原貞子君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第七二九号 昭和六十一年十一月十四日受理
老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願
請願者 愛知県豊橋市曲尺手町一五〇 内田悦子 外八十五名
紹介議員 堀原 敬義君
この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第七三〇号 昭和六十一年十一月十四日受理
老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願
請願者 岩手県東磐井郡千厩町奥玉吉立六 九三枚山勇 外千六百十名
紹介議員 立木 洋君

この請願の趣旨は、第一〇〇号と同じである。

第七二〇号 昭和六十一年十一月十四日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願
請願者 福島県郡山市台新二ノ四ノ二二 高萩良一郎 外九十六名
紹介議員 立木 洋君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第七二七号 昭和六十一年十一月十四日受理
老人医療費の患者一部負担増額に反対し、老人保健法等の改善に関する請願
請願者 東京都江戸川区西小岩一ノ二七ノ八 山口孝 外六百四十七名
紹介議員 浜本 万三君
この請願の趣旨は、第九六号と同じである。

第七二八号 昭和六十一年十一月十四日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願
請願者 札幌市西区八軒一条西一丁目 石川希久代 外三百六十三名
紹介議員 小笠原貞子君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第七二九号 昭和六十一年十一月十四日受理
老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願
請願者 愛知県豊橋市曲尺手町一五〇 内田悦子 外八十五名
紹介議員 堀原 敬義君
この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第七三〇号 昭和六十一年十一月十四日受理
老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願
請願者 岩手県東磐井郡千厩町奥玉吉立六 九三枚山勇 外千六百十名
紹介議員 立木 洋君

に關する請願(二通)

請願者 愛知県豊橋市石巻町西浦四九 久

紹介議員 米保則 外二百七十九名
野田 哲君

この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第七三二号 昭和六十一年十一月十四日受理

老人医療法の改悪反対に關する請願

請願者 愛知県豊橋市東田中ノ町一二 渡

紹介議員 辺勝美 外百四十九名
浜本 万三君

この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第七三二号 昭和六十一年十一月十四日受理

老人医療法の改悪一部負担反対、老人保健法の改善に關する請願

請願者 愛知県豊橋市富久崎町西の坪七八

紹介議員 高瀬かね子 外三百十四名
本岡 昭次君

この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第七三三三三 昭和六十一年十一月十四日受理

老人保健法の改悪反対に關する請願

請願者 東京都江戸川区中葛西八ノ四ノ一

紹介議員 四 杉山千之 外五十五名
堀原 敬義君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第七三四四 昭和六十一年十一月十四日受理

老人保健法の改悪反対に關する請願

請願者 山口県柳井市伊保庄小木尾下 岡

紹介議員 本功 外百二十四名
野田 哲君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第七三五五 昭和六十一年十一月十四日受理

老人保健法の改悪反対に關する請願

第七部 社会労働委員会會議録第五号 昭和六十一年十一月九日【参議院】

請願者 宮崎県延岡市惣領町五五二ノ一

紹介議員 畑田宜夫 外六十四名
浜本 万三君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第七三六六 昭和六十一年十一月十四日受理

老人保健法の改悪反対に關する請願

請願者 東京都品川区西大井五ノ二八ノ三

紹介議員 市田茂夫 外八十九名
本岡 昭次君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第七三七七 昭和六十一年十一月十四日受理

老人保健法の改悪一部負担反対、老人保健法の改善に關する請願

請願者 岩手県盛岡市本町通三ノ六ノ二〇

紹介議員 社会福祉法人岩手県盲人福祉協会
理事長 菅野長治

この請願の趣旨は、第四六七号と同じである。

第七三八八 昭和六十一年十一月十四日受理

老人保健法の改悪一部負担反対、老人保健法の改善に關する請願

請願者 愛知県豊橋市東松山町三七社会福

紹介議員 社法人愛知県盲人福祉連合会会長
小林義隆

この請願の趣旨は、第四六七号と同じである。

第七五五五 昭和六十一年十一月十四日受理

老人保健法の改悪一部負担反対、老人保健法の改善に關する請願

請願者 鳥取県高気郡高気町下坂本一、〇

紹介議員 二二二ノ七二 岩田和子 外百三十
一名

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第七五七五 昭和六十一年十一月十四日受理

老人保健法の改悪一部負担反対、老人保健法の改善に關する請願

請願者 埼玉県秩父市下影森九六四ノ四

紹介議員 新井邦治 外百二十四名
市川 正一君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第七五八八 昭和六十一年十一月十四日受理

老人保健法の改悪一部負担反対、老人保健法の改善に關する請願

請願者 東京都足立区西新井栄町三ノ四ノ

紹介議員 一三 藤井一吉 外百二十四名
上田耕一郎君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第七五九九 昭和六十一年十一月十四日受理

老人保健法の改悪一部負担反対、老人保健法の改善に關する請願

請願者 埼玉県大里郡寄居町赤浜六六四ノ

紹介議員 二 坂本幸弘 外百二十四名
小笠原貞子君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第七六〇〇 昭和六十一年十一月十四日受理

老人保健法の改悪一部負担反対、老人保健法の改善に關する請願

請願者 京都市南区唐橋花園町一八 貫井

紹介議員 廣司 外百二十四名
神谷信之助君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第七六一一 昭和六十一年十一月十四日受理

老人保健法の改悪一部負担反対、老人保健法の改善に關する請願

請願者 埼玉県比企郡玉川村玉川一、八八

紹介議員 〇 松本和良 外百二十四名
沓脱タケ子君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第七六二二 昭和六十一年十一月十四日受理

老人保健法の改悪一部負担反対、老人保健法の改善に關する請願

請願者 埼玉県川口市川口五ノ九ノ二九

紹介議員 望月紀子 外百二十四名
下田 京子君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第七六四四 昭和六十一年十一月十四日受理

老人保健法の改悪一部負担反対、老人保健法の改善に關する請願

請願者 埼玉県川口市川口五ノ九ノ二九

紹介議員 望月紀子 外百二十四名
下田 京子君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第七六五五 昭和六十一年十一月十四日受理

老人保健法の改悪一部負担反対、老人保健法の改善に關する請願

請願者 埼玉県大宮市東大宮四ノ五〇ノ二

紹介議員 一 山崎澄 外百二十四名
立木 洋君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第七六六六 昭和六十一年十一月十四日受理

老人保健法の改悪一部負担反対、老人保健法の改善に關する請願

請願者 東京都練馬区東大泉二ノ四ノ六

紹介議員 中山孝子 外百二十四名
内藤 功君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第七六七七 昭和六十一年十一月十四日受理

老人保健法の改悪一部負担反対、老人保健法の改善に關する請願

請願者 東京都板橋区高島平三ノ一〇ノ一

紹介議員 九ノ三〇一 春木則夫 外百二十
四名

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第七六八号 昭和六十一年十一月十四日受理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 埼玉県岩槻市西町三ノ五ノ二

長野より子 外百二十四名

紹介議員 宮本 顕治君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第七六九号 昭和六十一年十一月十四日受理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 埼玉県春日部市豊野町一ノ三二ノ

四 宮澤よつ子 外百二十四名

紹介議員 山中 郁子君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第七七〇号 昭和六十一年十一月十四日受理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 群馬県邑楽郡千代田町上五箇七〇

ノ一 田島久代 外百二十四名

紹介議員 吉岡 吉典君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第七七一号 昭和六十一年十一月十四日受理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 埼玉県蕨市中央二ノ二ノ三二

清水信子 外百二十四名

紹介議員 吉川 春子君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第七九二号 昭和六十一年十一月十四日受理

老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善

に関する請願

請願者 名古屋市天白区大根町三一 滝川

清 外百九名

紹介議員 稲村 稔夫君

この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第七九三号 昭和六十一年十一月十四日受理

老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善

に関する請願(三通)

請願者 愛知県尾張旭市西山町一ノ六ノ一

七 舟橋忠明 外三百二十九名

紹介議員 上野 雄文君

この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第七九四号 昭和六十一年十一月十四日受理

老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善

に関する請願

請願者 愛知県豊橋市上野町上ノ山六八ノ

六 金子泰 外百七十九名

紹介議員 千葉 景子君

この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第七九五号 昭和六十一年十一月十四日受理

老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善

に関する請願

請願者 愛知県豊橋市大村町山所六六ノ二

伊藤新一 外七十三名

紹介議員 山口 哲夫君

この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第七九六号 昭和六十一年十一月十四日受理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 山口県宇部市五十目山五ノ一 豆

田佐一 外八十五名

紹介議員 稲村 稔夫君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第七九七号 昭和六十一年十一月十四日受理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 東京都江東区北砂七ノ四ノ一四

宮崎良一 外七十四名

紹介議員 千葉 景子君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第七九八号 昭和六十一年十一月十四日受理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 東京都世田谷区鎌田一ノ二〇ノ二

佐藤代治 外八十四名

紹介議員 山口 哲夫君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第八〇〇号 昭和六十一年十一月十五日受理

患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健

事業の充実、老人医療無料制度復活に関する請願

(六通)

請願者 神戸市長田区二葉町四ノ二の三

勝美代子 外三千九百四十八名

紹介議員 本岡 昭次君

この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

第八〇一号 昭和六十一年十一月十五日受理

保育制度の維持、充実に関する請願

請願者 札幌市中央区北一条西二丁目札幌

市役所社団法人札幌市私立保育所

連合会会長 岩井誠 外一万四千

三百九名

紹介議員 岩本 政光君

一、措置制度を堅持すること。

二、保護者負担を軽減すること。

三、児童福祉施設最低基準を維持し改善するこ

と。

四、七十五人定員区分を設定するなど、定員割れ

対策を図ること。

理由

(一)児童の保育は社会の未来にかかわる重大事であ

り、公的責任の下に進めるべきものである。その

意味で現行措置制度を堅持するよう要請し、国庫

負担の削減には絶対反対する。(二)保育料は現在平

均して措置費の五十パーセントに達し、生活実態

から入所辞退を余儀なくされるケースも現出して

いる。このようなことのないよう保護者負担の軽

減を要請する。(三)最低基準の簡素化が提起されて

いるが、保育にとつて基本的な必須の条件はしつ

かり維持し、改善を図るよう要請する。(四)地域的

な事情から定員の調整を必要とする場合、現行の

三十人刻みの定員区分では粗すぎて無理がある。

とりあえず七十五人定員区分を設けるなどの対策

を図るよう要請する。

第八〇三号 昭和六十一年十一月十五日受理

あん摩・マッサージ・指圧の保健事業導入に関す

る請願

請願者 名古屋市北区杉村一ノ一七ノ二二

水野房六

紹介議員 大木 浩君

この請願の趣旨は、第四六七号と同じである。

第八〇四号 昭和六十一年十一月十五日受理

あん摩・マッサージ・指圧の保健事業導入に関す

る請願

請願者 静岡市駿府町一ノ七〇社団法人静

岡県盲人会会長 萩原善次郎

紹介議員 木宮 和彦君

この請願の趣旨は、第四六七号と同じである。

第八〇五号 昭和六十一年十一月十五日受理

老人医療費の患者自己負担の増大反対、国保への

国庫負担増額、健保本人十割給付復活等、医療改

善に関する請願

請願者 札幌市西区桑寒一、一四五ノ一、

四一四 西谷恵美子 外二百五名

紹介議員 小笠原貞子君

この請願の趣旨は、第五六三号と同じである。

第八〇六号 昭和六十一年十一月十五日受理

老人医療への自己負担引上げ反対等に関する請願

請願者 札幌市豊平区福住一条一ノ四ノ一

二 亀山栄子 外五十八名

紹介議員 小笠原貞子君

政府は、昭和五十九年十月に健康保険本人の二割負担を強行したが、今度は昭和五十八年に有料化したばかりの老人医療費を更に改悪しようとしている。その内容は、現行の通院一月四百円・入院一日三百円の自己負担を、通院一月千円・入院一日五百円に増やし、しかも、入院時の負担は現行の二箇月止まりを、入院中の全期間にまで延ばすという改悪となつてゐる。また、昭和五十九年に国民健康保険への国庫補助を大幅に減らしたが、このため各地方自治体は国民健康保険料(税)を二割、三割と引き上げるところが続出し、保険料を支払えないために保険証をもらえない者もある。つては、老人や国民のため、次の事項について実現を図らねばならぬ。

- 一、老人医療への自己負担引上げをやめ、無料化制度を復活すること。健康診査制度の改善など保健事業を充実・拡大すること。
- 二、国民健康保険への国庫補助を増額し、国民健康保険料(税)を引き上げないこと。また、退職者医療制度への国庫補助をすること。
- 三、健康保険本人の二割負担導入をやめ、十割給付を復活すること。差額徴収と自由診療を拡大する特定療養費制度を廃止し、公的保険医療を拡大すること。
- 四、結核・精神・難病などの公費負担医療や生活保護への国庫補助の削減をしないこと。

第八〇七号 昭和六十一年十一月十五日受理
老人保健法等の再改悪及び国立病院・療養所の統廃合・移譲に反対し、国民医療の改善に関する請願

請願者 札幌市東区北二十八条東一丁目
山本浩之 外百七十二名

紹介議員 小笠原貞子君

一、患者負担を増大させる老人保健法等の再改悪をやめ、無料制度を復活させこと。

二、国立病院・療養所の統廃合や移譲をやめること。

三、国民健康保険への国庫補助を増額し、給付内容の改善を図るとともに、健康保険本人への十割給付を復活すること。

第八一一号 昭和六十一年十一月十七日受理
老人医療費の患者一部負担増額に反対し、老人保健法等の改善に関する請願

請願者 茨城県水戸市笠原町五三〇ノ一
鈴木伸司 外百五十二名

紹介議員 高杉 勉忠君

第八一二号 昭和六十一年十一月十七日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願(二通)

請願者 長崎市川平町一、二二八ノ一 浦野一浩 外百五十二名

紹介議員 諫山 博君

第八一三三号 昭和六十一年十一月十七日受理
老人保健法・国民健康保険法の改悪及び国立医療機関の統廃合・移譲反対等に関する請願

請願者 福岡県直方市新町一丁目 栗田充
外九千七百五十一名

紹介議員 諫山 博君

この請願の趣旨は、第一八三三号と同じである。

第八一四四号 昭和六十一年十一月十七日受理
患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健事業の充実、老人医療無料制度復活に関する請願

請願者 福岡県直方市神正町 小林ケイ子
外一万九千三百三十名

紹介議員 諫山 博君

この請願の趣旨は、第一八五五号と同じである。

第八一五五号 昭和六十一年十一月十七日受理

老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願

請願者 愛知県瀬戸市道東町一 小沢幸二
外二百三十九名

紹介議員 高杉 勉忠君

この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第八一六六号 昭和六十一年十一月十七日受理
老人医療への自己負担引上げ反対等に関する請願

請願者 福岡市博多区千代五ノ一八ノ一 社団法人福岡医療団理事長 佐々木秀隆 外二千三百九十名

紹介議員 諫山 博君

この請願の趣旨は、第八〇六号と同じである。

第八四一四号 昭和六十一年十一月十七日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 茨城県稲敷郡葦崎町自由ヶ丘九八三ノ四〇 佐野和徳 外百五十二名

紹介議員 市川 正一君

この請願の趣旨は、第一〇五五号と同じである。

第八四二二号 昭和六十一年十一月十七日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 東京都文京区千駄木三ノ三三ノ一 三 北原慶子 外百五十二名

紹介議員 上田耕一郎君

この請願の趣旨は、第一〇五五号と同じである。

第八四三三三号 昭和六十一年十一月十七日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 札幌市白石区北郷二条四ノ一ノ三

ノ三〇六 佐久間裕治 外百五十二名
紹介議員 小笠原貞子君
この請願の趣旨は、第一〇五五号と同じである。

第八四四四号 昭和六十一年十一月十七日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 東京都板橋区高島平二ノ二九ノ三 一、一二二 太田美音 外百五十二名

紹介議員 神谷信之助君

この請願の趣旨は、第一〇五五号と同じである。

第八四五五号 昭和六十一年十一月十七日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 東京都杉並区下高井戸四ノ二七ノ七 滝沢紀代子 外百五十二名

紹介議員 沓脱タケ子君

この請願の趣旨は、第一〇五五号と同じである。

第八四六六号 昭和六十一年十一月十七日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 千葉県市川市鬼越二ノ四ノ二 吉野徹 外百五十二名

紹介議員 近藤 忠孝君

この請願の趣旨は、第一〇五五号と同じである。

第八四七七号 昭和六十一年十一月十七日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 横浜市神奈川区西神奈川一ノ一五

紹介議員 佐藤 昭夫君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第八四八号 昭和六十一年十一月十七日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願
請願者 北海道勇払郡追分町若草二丁目 遠藤義郎 外百五十二名
紹介議員 下田 京子君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第八四九号 昭和六十一年十一月十七日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願
請願者 埼玉県浦和市北浦和二ノ一八 長谷川波津江 外百五十二名
紹介議員 立木 洋君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第八五〇号 昭和六十一年十一月十七日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願
請願者 東京都目黒区中目黒四ノ八ノ一七 森田みよ子 外百五十二名
紹介議員 内藤 功君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第八五一号 昭和六十一年十一月十七日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願
請願者 埼玉県与野市八王子三ノ二七ノ二 二平野和子 外百五十二名
紹介議員 吉川 春子君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

紹介議員 橋本 敦君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第八五二号 昭和六十一年十一月十七日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願
請願者 東京都杉並区堀ノ内三ノ五二ノ九 山内洋子 外百五十二名
紹介議員 宮本 頌治君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第八五三号 昭和六十一年十一月十七日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願
請願者 神奈川県逗子市沼間四ノ四ノ一〇 岡本フサ 外百五十二名
紹介議員 山中 郁子君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第八五四号 昭和六十一年十一月十七日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願
請願者 東京都目黒区目黒二ノ二ノ七 向山高子 外百五十二名
紹介議員 吉岡 吉典君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第八五五号 昭和六十一年十一月十七日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願
請願者 埼玉県越谷市袋山八四三ノ二 平野由紀夫 外百五十二名
紹介議員 吉川 春子君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第八五七号 昭和六十一年十一月十七日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願
請願者 埼玉県越谷市袋山八四三ノ二 平野由紀夫 外百五十二名
紹介議員 吉川 春子君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第八五八号 昭和六十一年十一月十七日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願
請願者 愛知県豊田市保見ヶ丘三ノ一四六 浦辺賢一郎 外二百六十九名
紹介議員 福岡 知之君
この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第八五九号 昭和六十一年十一月十七日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願
請願者 名古屋市中京区西ノ京町七 大町 宏 外六十九名
紹介議員 稲村 稔夫君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第八六〇号 昭和六十一年十一月十七日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願
請願者 愛知県豊田市保見ヶ丘三ノ一四六 浦辺賢一郎 外二百六十九名
紹介議員 福岡 知之君
この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第八五六号 昭和六十一年十一月十七日受理
老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に関する請願
請願者 京都市中京区西ノ京町七 大町 宏 外六十九名
紹介議員 稲村 稔夫君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第八五七号 昭和六十一年十一月十七日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願
請願者 埼玉県越谷市袋山八四三ノ二 平野由紀夫 外百五十二名
紹介議員 吉川 春子君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第八五八号 昭和六十一年十一月十七日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願
請願者 愛知県豊田市保見ヶ丘三ノ一四六 浦辺賢一郎 外二百六十九名
紹介議員 福岡 知之君
この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第八五九号 昭和六十一年十一月十七日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願
請願者 名古屋市中京区西ノ京町七 大町 宏 外六十九名
紹介議員 稲村 稔夫君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第八六〇号 昭和六十一年十一月十七日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願
請願者 愛知県豊田市保見ヶ丘三ノ一四六 浦辺賢一郎 外二百六十九名
紹介議員 福岡 知之君
この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第八六一号 昭和六十一年十一月十七日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願
請願者 愛媛県新居浜市船木甲二六五三ノ一九 近藤義一郎 外五十九名
紹介議員 稲村 稔夫君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第八六二号 昭和六十一年十一月十七日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願
請願者 愛媛県新居浜市船木甲二六五三ノ一九 近藤義一郎 外五十九名
紹介議員 稲村 稔夫君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第八六三号 昭和六十一年十一月十七日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願
請願者 愛媛県新居浜市船木甲二六五三ノ一九 近藤義一郎 外五十九名
紹介議員 稲村 稔夫君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

請願者 兵庫県明石市材木町一六ノ七 寺本由可 外百七十九名
紹介議員 本岡 昭次君
この請願の趣旨は、第二四三号と同じである。

第八五八号 昭和六十一年十一月十七日受理
老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願
請願者 愛知県豊田市保見ヶ丘三ノ一四六 浦辺賢一郎 外二百六十九名
紹介議員 福岡 知之君
この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第八五九号 昭和六十一年十一月十七日受理
老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願
請願者 名古屋市中京区西ノ京町七 大町 宏 外六十九名
紹介議員 稲村 稔夫君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第八六〇号 昭和六十一年十一月十七日受理
老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願
請願者 愛知県豊田市保見ヶ丘三ノ一四六 浦辺賢一郎 外二百六十九名
紹介議員 福岡 知之君
この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第八六一号 昭和六十一年十一月十七日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願
請願者 愛媛県新居浜市船木甲二六五三ノ一九 近藤義一郎 外五十九名
紹介議員 稲村 稔夫君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第八六二号 昭和六十一年十一月十七日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願
請願者 愛媛県新居浜市船木甲二六五三ノ一九 近藤義一郎 外五十九名
紹介議員 稲村 稔夫君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第八六三号 昭和六十一年十一月十七日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願
請願者 愛媛県新居浜市船木甲二六五三ノ一九 近藤義一郎 外五十九名
紹介議員 稲村 稔夫君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第八六四号 昭和六十一年十一月十七日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願
請願者 愛媛県新居浜市船木甲二六五三ノ一九 近藤義一郎 外五十九名
紹介議員 稲村 稔夫君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第八六五号 昭和六十一年十一月十七日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願
請願者 愛媛県新居浜市船木甲二六五三ノ一九 近藤義一郎 外五十九名
紹介議員 稲村 稔夫君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

請願者 宮崎県延岡市富美山町八三ノ九

藤田照夫 外六十九名

紹介議員 及川 一夫君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第八六三号 昭和六十一年十一月十七日受理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 東京都品川区旗の台二ノ四九

渋谷社司 外七十名

紹介議員 小山 一平君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第八六四号 昭和六十一年十一月十七日受理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 山口県阿武郡阿東町徳佐中六七七

平田謙司 外五十四名

紹介議員 松前 達郎君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第八七〇号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願(二通)

請願者 愛知県半田市花園町三一五 柳原

喜美子 外二百四十一名

紹介議員 穂山 篤君

この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第八七一号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願

請願者 愛知県新城市豊島新道四三ノ一

長谷川保海 外九十九名

紹介議員 大木 正吾君

この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第八七二号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願

請願者 昭和六十一年十一月十八日受理

老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願

請願者 愛知県渥美郡田原町吉胡郷中一九

八 杉田庄二 外百四十九名

紹介議員 村沢 牧君

この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第八七三号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 宮崎県都城町七、二二八ノ一

日高儀兼 外六十五名

紹介議員 穂山 篤君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第八七四号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人保健法の改悪反対に関する請願(二通)

請願者 千葉県浦安市北栄二ノ一九ノ二

加藤真也 外百十三名

紹介議員 大木 正吾君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第八七五号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 神奈川県平塚市宮の前一〇ノ三八

石井亨次 外六十二名

紹介議員 梶原 敬義君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第八七六号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 横浜市金沢区町屋町一〇ノ四 金

岡三郎 外四十七名

紹介議員 久保田真苗君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第八七七号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 横浜市戸塚区中田町三、二三〇

本岡一成 外七十五名

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第八七八号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 埼玉県所沢市小手指町三ノ一八小

手指ハイツPノ七〇二 石原栄一

外七十九名

紹介議員 村沢 牧君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第八七九号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人保健法改悪反対に関する請願

請願者 東京都武蔵野市桜堤二ノ八ノ一二

三 梅田未雄 外千六百五十九名

紹介議員 刈田 貞子君

この請願の趣旨は、第四五五号と同じである。

第八八〇号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健

法等の改善に関する請願

請願者 京都市右京区梅津南町二ノ二一

高田永吉 外六十九名

紹介議員 大木 正吾君

この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第八八一号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健

法等の改善に関する請願

請願者 京都市西京区桂池尻町四〇 小野

元 外二十一名

紹介議員 梶原 敬義君

この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第八八二号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健

法等の改善に関する請願

請願者 京都市中京区聚楽廻中町四一 上

紹介議員 中村 哲君

この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第八八三号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健

法等の改善に関する請願

請願者 京都市右京区西院下花田町二ノ

三 浅田源三郎 外二十三名

紹介議員 赤桐 操君

この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第八八四号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保

健法等の改善に関する請願

請願者 茨城県土浦市中央二ノ一六ノ二一

桜井保之 外五千四百九十六名

紹介議員 高杉 迪忠君

この請願の趣旨は、第九六号と同じである。

第八八五号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保

健法等の改善に関する請願(二通)

請願者 京都府船井郡和知町上栗野 梅原

理三郎 外四千六百六十三名

紹介議員 佐藤 昭夫君

この請願の趣旨は、第九六号と同じである。

第八八六号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保

健法等の改善に関する請願

請願者 滋賀県大津市馬場二ノ三ノ一〇

羽柴維潤 外三百九十六名

紹介議員 山田耕三郎君

この請願の趣旨は、第九六号と同じである。

第八八七号 昭和六十一年十一月十八日受理

国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う

特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する

る請願(三通)

請願者 東京都板橋区新河岸二ノ一〇ノ九

ノ七〇八 遠藤正廣 外千六百八十名

紹介議員 下村 泰君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第八八八号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願

請願者 愛知県半田市板山町二ノ三三 石

川和成 外百四十六名

紹介議員 赤桐 操君

この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第八八九号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願

請願者 愛知県豊橋市三ノ輪町一ノ二九

小野田昭 外百八十九名

紹介議員 松前 達郎君

この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第八九〇号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願

請願者 名古屋市北区西味鏡四ノ五〇八西

あしま荘四ノ七〇二 藤田祐子

外二百八十四名

紹介議員 山本 正和君

この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第八九一号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 神奈川県横須賀市西浦賀町五ノ七

六 辰巳忠志 外七十三名

紹介議員 赤桐 操君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第八九二号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 宮崎県延岡市新小路一ノ五ノ八

石川律 外五十四名

紹介議員 小野 明君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第九〇〇号 昭和六十一年十一月十八日受理

国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願(三通)

請願者 岡山市新築橋三ノ一二ノ一四 江

本由江 外千八百十九名

紹介議員 一井 淳治君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第九〇一号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願

請願者 愛知県岡崎市井内町五六 本田芳

夫 外百九名

紹介議員 一井 淳治君

この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第九〇二号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願

請願者 愛知県豊橋市下地町一ノ八 伊藤

道夫 外百名

紹介議員 安永 英雄君

この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第九〇三号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 山口県宇部市草江新堀四ノ四 迫

良平 外八十九名

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第九〇四号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人保健法の改悪反対に関する請願(三通)

請願者 神奈川県横須賀市西浦賀町四ノ一

黒川利夫 外百三十三名

紹介議員 安永 英雄君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第九〇五号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 東京都江戸川区北葛西五ノ二四ノ

七 小柏時雄 外百二十八名

紹介議員 志苦 裕君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第九〇六号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 東京都江東区北砂六ノ四ノ一一

藤本猛夫 外六十九名

紹介議員 鈴木 和美君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第九〇七号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願

請願者 愛知県江南市草井榎下三二 萩貴

夫 外七十七名

紹介議員 志苦 裕君

この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第九〇八号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願

請願者 名古屋市中川区明徳町二ノ四四

北沢政子 外百四十九名

紹介議員 鈴木 和美君

この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第九〇九号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に関する請願

請願者 京都市右京区山ノ内中畑町四 梅

田銀三郎 外百三十三名

紹介議員 青木 新次君

この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第九一〇号 昭和六十一年十一月十八日受理

老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に関する請願

請願者 京都府福知山市土師新町二ノ一七

二 芦田久仁男 外二十三名

紹介議員 志苦 裕君

この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第九一七号 昭和六十一年十一月十八日受理

中国残留日本人孤児の援護に関する請願

請願者 長野県南長野町下六九二ノ二長野

県議会内 小山千春

紹介議員 向山 一人君

この請願の趣旨は、第五七四号と同じである。

第九一七号 昭和六十一年十一月十九日受理

老人医療費の患者一部負担増額に反対し、老人保健法等の改善に関する請願

請願者 東京都荒川区東日暮里二ノ八ノ一

笹沢杉 外三百九十一名

紹介議員 上田耕一郎君

この請願の趣旨は、第九六号と同じである。

第九一八号 昭和六十一年十一月十九日受理

国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 福岡県宗像郡福岡町光陽台二ノ一

八ノ二二 田中睦子 外九百九十九名
紹介議員 小野 明君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第九五九号 昭和六十一年十一月十九日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 長野県上田市中央北二ノ七ノ一一 上野賢一 外二千名
紹介議員 小山 一平君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第九六〇号 昭和六十一年十一月十九日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 北海道小樽市入船一ノ七ノ一四 田辺耕二 外三百名
紹介議員 菅野 久光君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第九六一号 昭和六十一年十一月十九日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案反対に関する請願
請願者 熊本県宇土郡三角町波多二四九 野口ヤスノ 外千四名
紹介議員 松前 達郎君

一、国民の共有財産である国立医療機関の経営移譲、施設の譲渡を図る国立病院等の再編成に伴う特別措置に関する法律案を廃案とすること。
二、国立病院・療養所の縮小再編成を直ちに中止し、存続・拡充を行うこと。

第九六二号 昭和六十一年十一月十九日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

る請願(二通)
請願者 佐賀県神埼郡神埼町志波屋一、八 八七ノ五〇 溝田逸雄 外千九百九十九名
紹介議員 中野 鉄造君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第九六三号 昭和六十一年十一月十九日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 東京都新宿区西新宿八ノ一二ノ一ノ三〇六 角田聖子 外四百九十九名
紹介議員 上田耕一郎君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第九六四号 昭和六十一年十一月十九日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 京都府舞鶴市今田一、二三八ノ一 谷口政市 外千八百十二名
紹介議員 佐藤 昭夫君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第九六五号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人医療の患者負担増反対に関する請願(六通)
請願者 兵庫県明石市松が丘一ノ一六ノ七ノ二八 家中正義 外二千七百七十九名
紹介議員 本岡 昭次君
この請願の趣旨は、第一八二号と同じである。

第九六六号 昭和六十一年十一月十九日受理
患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健事業の充実、老人医療無料制度復活に関する請願(三通)

請願者 兵庫県明石市林崎町一ノ一〇ノ一 八 海北良彦 外千二百三十三名
紹介議員 本岡 昭次君
この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

第九六七号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願

請願者 愛知県豊橋市大橋通一ノ四七 深谷年洋 外九十四名
紹介議員 渡辺 四郎君
この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第九六八号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願
請願者 愛媛県松山市高岡町六六四 山下孝典 外八十四名
紹介議員 小野 明君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第九六九号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願
請願者 神奈川県平塚市豊田本郷一、六九六 古宮勇 外五十九名
紹介議員 菅野 久光君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第九七〇号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願
請願者 神奈川県相模原市大野台八ノ一ノ一〇 斎藤秀子 外七十九名
紹介議員 松前 達郎君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第九七一号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願
請願者 東京都品川区戸越三ノ九ノ七 野田秀蔵 外八十九名

紹介議員 渡辺 四郎君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第九七二号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に関する請願

請願者 京都府宇治市広野町寺山五八ノ八 内泉精三 外六十九名
紹介議員 小野 明君
この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第九七三号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に関する請願

請願者 京都府北桑田郡京北町柏原 安田孝之 外十三名
紹介議員 久保田真苗君
この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第九七四号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に関する請願

請願者 大阪府三島郡島本町青葉三丁目 奥村清志 外七十九名
紹介議員 野田 哲君
この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第九七五号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に関する請願

請願者 京都市中京区西ノ京南上合町 村上康夫 外四十六名
紹介議員 松本 英一君
この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

請願者 東京都世田谷区用賀四ノ一ノ五
吉田やす 外七百十六名
紹介議員 内藤 功君
この請願の趣旨は、第九六号と同じである。

第九七七号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善
に関する請願
請願者 愛知県豊田市中切町桐口一九七
鈴木啓二 外四百五十一名
紹介議員 松本 英一君
この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第九七八号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願
請願者 川崎市川崎区小田一ノ三ノ二 須
藤義昭 外九十二名
紹介議員 野田 哲君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第九七九号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願(二通)
請願者 東京都品川区西大井六ノ一四ノ一
〇 四宮正吾 外百十九名
紹介議員 松本 英一君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第九八〇号 昭和六十一年十一月十九日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する
請願(三通)
請願者 広島県東広島市八本松町飯田 甲
下和昭 外千四百九十九名
紹介議員 野田 哲君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第九八一号 昭和六十一年十一月十九日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する
請願(四通)

特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する
請願
請願者 福岡市中央区桜坂一ノ一五ノ二
泉和夫 外九百九十九名
紹介議員 松本 英一君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第九八二号 昭和六十一年十一月十九日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する
請願(五通)
請願者 北海道山越郡八雲町出雲町六〇
寺嶋和宏 外二千三百九十九名
紹介議員 小笠原貞子君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第九八三号 昭和六十一年十一月十九日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する
請願
請願者 東京都足立区六町二ノ一ノ二二
服部芳子 外三百四十三名
紹介議員 内藤 功君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第九八四号 昭和六十一年十一月十九日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する
請願(七通)
請願者 栃木県下都賀郡国分寺町川中子
二、七三ノ一 伊沢八代枝 外
二千八百八十九名
紹介議員 上野 雄文君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第九八五号 昭和六十一年十一月十九日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する
請願(八通)

第九八六号 昭和六十一年十一月十九日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する
請願
請願者 東京都世田谷区太子堂三ノ三五ノ
三一 藤若ふじ 外百七十名
紹介議員 中西 珠子君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第九八七号 昭和六十一年十一月十九日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する
請願
請願者 兵庫県加古川市山手一ノ一〇ノ一
森下妙 外六百二十九名
紹介議員 坂山 映子君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第九八八号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善
に関する請願(二通)
請願者 愛知県尾張旭市庄中町南島一、四
〇 森下里津子 外二百三十三
名
紹介議員 久保 亘君
この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第九八九号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健
法等の改善に関する請願
請願者 京都市北区紫竹下梅ノ木町四 齊
藤守弘 外六十九名

紹介議員 及川 一夫君
この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第九九〇号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願
請願者 神奈川県相模原市東瀬野辺四ノ三
二ノ二八 清野重信 外七十九名
紹介議員 及川 一夫君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第九九一号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願
請願者 千葉県市川市大和田二ノ二ノ二
齊藤啓司 外五十四名
紹介議員 久保 亘君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第九九二号 昭和六十一年十一月十九日受理
国立篠山病院の経営移譲をやめ、充実・強化に關
する請願
請願者 兵庫県多紀郡篠山町春日江一、一
六八 太野垣弘 外九百九十九名
紹介議員 坂山 映子君

厚生省は、本年一月九日、国立病院・療養所の再
編成・合理化の全体計画を発表した。その中で国
立篠山病院の経営移譲が計画されており、移譲先
は、都道府県・市町村・その他厚生大臣の定める
者の開設する病院・学校法人・社会福祉法人等と
なっており、未定の現状である。国立篠山病院
は、終戦以来多紀郡唯一の中核総合病院として、
特に脳卒中・リハビリ、癌、心疾患などの成人病
を中心に、地域の疾病構造の変化にに応じた医療を
行い、国立病院として営利性を排し地域医療機関
の規範となるべく努力し、地域住民の信頼を集め
今日に至っている。多紀郡周辺は、昭和二十二年
の五万八千人をピークに過疎化現象を生じ、昭和
五十年には、四万二千人まで減少した。老人人口
は、十七・八パーセントを上回り既に高齢化社会

現象を呈し、今後ますます進むものと予想される。また、昭和六十三年の春には、高速自動車道近畿舞鶴線が開通する予定であり、老人医療・救急医療の充実を始めとする地域住民の国立篠山病院に対する期待は、非常に高いものがある。今回の計画が実行に移され、万一民間の医療機関として移譲されれば採算本位にならざるを得ず、利用者負担が増えることは明らかである。本来、医療過疎といわれるべき地における医療供給体制は、当然国が配慮すべき問題であり、今こそ多岐郡唯一の総合病院である国立篠山病院を、地域住民の医療要求と合致する診療機能の付与・整備・拡充することこそが必要となつてゐる。ついで、次の事項について実現を図られたい。

一、国立篠山病院の経営移譲計画を取りやめること。

二、国立篠山病院を、地域住民の疾病構造の変化や医療需要に対応できるよう医療内容・機能の充実強化及び医療従事職員の確保を図ること。

第九九三号 昭和六十一年十一月十九日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 長野市浅川東条二四五ノ四 石井満 外八百七名
紹介議員 村沢 牧君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第九九四号 昭和六十一年十一月十九日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 北九州市小倉南区小森二七ノ一
〇 中村正夫 外九百九十九名
紹介議員 安永 英雄君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一〇五三号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人保健法・国民健康保険法の改悪及び国立医療機関の統廃合・移譲反対等に関する請願

請願者 栃木県芳賀郡二宮町下田八〇二
野沢誠子 外二百四十九名
紹介議員 近藤 忠孝君

この請願の趣旨は、第一八三号と同じである。

第一〇五四号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人保健法・国民健康保険法の改悪及び国立医療機関の統廃合・移譲反対等に関する請願

請願者 群馬県渋川市下郷一、三一〇 池田基三 外九百十名
紹介議員 下田 京子君

この請願の趣旨は、第一八三号と同じである。

第一〇五五号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人保健法・国民健康保険法の改悪及び国立医療機関の統廃合・移譲反対等に関する請願

請願者 群馬県北群馬郡子持村横堀四九九
吉田五郎 外九百十名
紹介議員 立木 洋君

この請願の趣旨は、第一八三号と同じである。

第一〇五六号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人保健法・国民健康保険法の改悪及び国立医療機関の統廃合・移譲反対等に関する請願

請願者 栃木県宇都宮市石井町二、九三一
南條美智子 外二百四十九名
紹介議員 吉岡 吉典君

この請願の趣旨は、第一八三号と同じである。

この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

第一〇五八号 昭和六十一年十一月十九日受理
患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健事業の充実、老人医療無料制度復活に関する請願

請願者 新潟市嘉木一九八 鈴木四男太
外百九名
紹介議員 神谷信之助君

この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

第一〇五九号 昭和六十一年十一月十九日受理
患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健事業の充実、老人医療無料制度復活に関する請願

請願者 新潟市上木戸七七 佐野誠一
外百九名
紹介議員 沓脱タケ子君

この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

第一〇六〇号 昭和六十一年十一月十九日受理
患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健事業の充実、老人医療無料制度復活に関する請願

請願者 新潟市松島四五五松島寿会内
本間三郎 外百九名
紹介議員 佐藤 昭夫君

この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

井上洋三郎 外五百五十四名
紹介議員 吉川 春子君

この請願の趣旨は、第六二七号と同じである。

第一〇六三号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人医療への自己負担引上げ反対等に関する請願

請願者 東京都豊島区南大塚二ノ四
橋口晋 外八百三十九名
紹介議員 上田耕一郎君

この請願の趣旨は、第八〇六号と同じである。

第一〇六四号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人医療への自己負担引上げ反対等に関する請願

請願者 東京都文京区千石二ノ一六 阿部孝平 外八百三十八名
紹介議員 内藤 功君

この請願の趣旨は、第八〇六号と同じである。

第一〇六五号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人医療への自己負担引上げ反対等に関する請願

請願者 東京都板橋区板橋一ノ六ノ五 塩崎雅一 外八百三十八名
紹介議員 宮本 順治君

この請願の趣旨は、第八〇六号と同じである。

井上洋三郎 外五百五十四名

紹介議員 吉川 春子君

この請願の趣旨は、第六二七号と同じである。

第一〇六三号 昭和六十一年十一月十九日受理

老人医療への自己負担引上げ反対等に関する請願

請願者 東京都豊島区南大塚二ノ四

橋口晋 外八百三十九名

紹介議員 上田耕一郎君

この請願の趣旨は、第八〇六号と同じである。

第一〇六四号 昭和六十一年十一月十九日受理

老人医療への自己負担引上げ反対等に関する請願

請願者 東京都文京区千石二ノ一六

阿部孝平 外八百三十八名

紹介議員 内藤 功君

この請願の趣旨は、第八〇六号と同じである。

第一〇六五号 昭和六十一年十一月十九日受理

老人医療への自己負担引上げ反対等に関する請願

請願者 東京都板橋区板橋一ノ六ノ五

塩崎雅一 外八百三十八名

紹介議員 宮本 順治君

この請願の趣旨は、第八〇六号と同じである。

抑制され国民の健康に深刻な影響を与えていることを憂慮するものである。厚生省が示した老人保健法等の一部を改正する法律案は、老人医療の患者負担の増額と、老人医療・福祉の水準引下げをねらう安上がりな老人保健施設(中間施設)を制度化する内容になっている。これは国による国民医療・福祉への責任放棄であると断ぜざるを得ない。また、国庫負担金の大幅削減等により国民健康保険はばく大な財政赤字が生じ、制度そのものが存亡の危機に立たされておられ、国庫負担率を改定前に戻すことが必要である。国民の生活環境が変化の中で、日々の健康や老後の不安は世代を超えて広まっております。医療保険制度の拡充は緊急に求められている施策である。ついては、国が国民の生活の向上と健康の保持に責任を果たすより、次の事項について実現を図られたい。

一、老人医療の患者負担増をやめ、老人保健制度を充実すること。
二、国民健康保険への国庫負担を増額し、給付内容を改善すること。
三、健康保険本人の二割負担化など給付切下げをやめること。

第一〇六七号 昭和六十一年十一月十九日受理
老人医療、国保、健保等の医療保険制度の改善に関する請願
請願者 神奈川県三浦市三崎町諸磯六石 渡紀一 外二百六十八名
紹介議員 橋本 敦君
この請願の趣旨は、第一〇六六号と同じである。

第一〇六八号 昭和六十一年十一月二十日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願(四通)
請願者 岡山県邑久郡邑久町福谷三、五二 一 山田豊子 外五千九百九十九名

紹介議員 秋山 長造君
この請願の趣旨は、第一〇五五号と同じである。

第一〇六九号 昭和六十一年十一月二十日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願
請願者 大分県別府市山の手町一ノ一〇 須崎敏三 外九百九十九名
紹介議員 佐藤 三吾君
この請願の趣旨は、第一〇五五号と同じである。

第一〇七〇号 昭和六十一年十一月二十日受理
老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願
請願者 愛知県豊橋市有楽町四六ノ一 宮本勝 外百十九名
紹介議員 福岡 知之君
この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第一〇七一号 昭和六十一年十一月二十日受理
老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願
請願者 愛知県豊橋市山田町上新子二八ノ六〇 熊谷恵子 外百六十四名
紹介議員 矢田部 理君
この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第一〇七二号 昭和六十一年十一月二十日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願
請願者 神奈川県相模原市西大沼二ノ二一ノ八 鈴木治夫 外百九十八名
紹介議員 福岡 知之君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第一〇七三号 昭和六十一年十一月二十日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願(二通)
請願者 神奈川県中郡大磯町生沢三六七ノ

四 宮代敏三 外百四十一名
紹介議員 矢田部 理君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第一〇七四号 昭和六十一年十一月二十日受理
老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に関する請願
請願者 京都市左京区吉田河原町五ノ七 石丸堅三 外四十九名
紹介議員 矢田部 理君
この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第一〇七五号 昭和六十一年十一月二十日受理
老人医療の患者負担増額反対、健康保険等の給付改善に関する請願
請願者 東京都杉並区上井草三ノ一七ノ二 六 新井佐市 外六百五十七名
紹介議員 対馬 孝且君
この請願の趣旨は、第一〇一七号と同じである。

第一〇七六号 昭和六十一年十一月二十日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願(二通)
請願者 兵庫県多紀郡丹南町大山宮三一九 藤原孝司 外八十四名
紹介議員 本岡 昭次君
この請願の趣旨は、第一〇五五号と同じである。

第一〇七七号 昭和六十一年十一月二十日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願
請願者 東京都国立市青柳四四六 中村由美子 外百九十四名
紹介議員 中西 珠子君
この請願の趣旨は、第一〇五五号と同じである。

第一〇七八号 昭和六十一年十一月二十日受理
老人保健法改悪反対に関する請願
請願者 東京都三鷹市中原二ノ八ノ二 手塚貞由美 外三百九十九名
紹介議員 中西 珠子君
この請願の趣旨は、第四五五号と同じである。

第一〇七九号 昭和六十一年十一月二十日受理
国立明石病院と国立神戸病院の統合計画をやめ、充実・強化に関する請願
請願者 兵庫県明石市林一ノ五ノ一七 藤井榮子 外五十九名
紹介議員 本岡 昭次君

厚生省は、本年一月九日、国立病院・療養所の再編成・合理化の全体計画を発表した。新聞では国立明石病院を廃止し、国立神戸病院へ統合と報道されているが、統合計画の発表だけで、具体的な内容は未定の現状である。国立明石病院は、終戦以来明石市中央部に根をおろし、地域の中核総合病院としての役割を果たし、特に難病医療、癌診療、救急医療などを中心に、地域の疾病構造の変化に即した医療を行い、国立病院として営利性を排し地域医療機関の規範となるべく努力し、地域住民の信頼を集め今日に至っている。明石市周辺は、近年播磨工業地帯、阪神間のベッドタウンとして急速な人口増加を見ており、今後ますます進むものと予想される。このような状況の中で地域の中核総合病院として、国立明石病院に対する地域住民の期待は非常に高いものがある。今回の計画が実行に移され、万一国立明石病院が廃止されるようなことになれば、これまで巨額の国費を投じ整備・拡充してきたものを破壊するという行政改革の方向とも逆行し、最大の無駄遣いである。今こそ憲法第二十五条の国民の生存権に基づき、社会福祉・社会保障及び公衆衛生の向上を図る(厚生省設置法第四条)目的に沿って、現在の国立医療機関を一層拡充・強化することこそ緊急で切実な課題である。ついては、次の事項について実

現を図られたい。

一、国立明石病院と国立神戸病院の統合計画を取りやめること。

二、国立明石病院を、地域住民の疾病構造の変化や医療需要に対応できるよう医療内容・機能の充実強化及び医療従事職員の確保を図ること。

三、当面、小児科医師と看護婦を増員し診療内容の充実、夜間救急医療充実に必要な人員の確保を図ること。

第一〇八〇号 昭和六十一年十一月二十日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 長野県更級郡上山田町上山田三五
二 斎藤正次 外五百四名
紹介議員 村沢 牧君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一〇八一号 昭和六十一年十一月二十日受理
老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に関する請願

請願者 神奈川県平塚市大神一、九六八
新藤貢 外四十七名
紹介議員 小山 一平君

この請願の趣旨は、第八五号と同じである。

第一〇八二号 昭和六十一年十一月二十日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 京都市中京区壬生高樋町 猪阪登
外四十六名
紹介議員 小山 一平君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第一〇八三号 昭和六十一年十一月二十日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 神奈川県平塚市四之宮二九ノ五
佐々木潤二 外四十八名

紹介議員 村沢 牧君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第一〇八四号 昭和六十一年十一月二十日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願(二通)

請願者 東京都江東区扇橋二ノ一七ノ七
桜井一彦 外四百四十名
紹介議員 田淵 勲二君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第一〇八五号 昭和六十一年十一月二十日受理
老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願

請願者 名古屋市北区名城三ノ一 岡田輝
明 外百三十四名
紹介議員 松前 達郎君

この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第一〇八六号 昭和六十一年十一月二十日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 熊本県水俣市浜町三ノ六ノ七 森
輝子 外二百四名
紹介議員 松前 達郎君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一〇九七号 昭和六十一年十一月二十日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願(二通)

請願者 山口県宇部市東本町一ノ一六
村上志都恵 外八十二名
紹介議員 上野 雄文君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第一〇九八号 昭和六十一年十一月二十日受理
老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に関する請願

請願者 京都市右京区嵯峨北堀町二〇ノ六

七 吉村太郎 外二十八名

紹介議員 上野 雄文君

この請願の趣旨は、第八五号と同じである。

第一〇九九号 昭和六十一年十一月二十日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 広島県安芸郡府中町青崎中四ノ一
高橋忠行 外四百九十九名
紹介議員 浜本 万三君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一一〇〇号 昭和六十一年十一月二十日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願(三通)

請願者 福岡市南区長住三ノ五一ノ四〇一
浜崎可奈子 外二千九百九十九名
紹介議員 渡辺 四郎君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一一〇一号 昭和六十一年十一月二十日受理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 広島県呉市長迫町五ノ三三 森岡
祐子 外千八百八十九名
紹介議員 塩出 啓典君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一一〇六号 昭和六十一年十一月二十一日受理
福祉の充実に関する請願

請願者 千葉県柏市常盤台一四ノ一四 畠
中伊知恵 外五千三百五十六名
紹介議員 上田耕一郎君

「子どもの健やかな成長を、どの子にも行き届いた教育を」、「安心できる老後を」、「核兵器のない平和な社会を」、どれも我々にとつて切実な願いである。しかし政府は大軍拡の一方で、暮らし、教育、福祉などの予算を大幅に削り、憲法で定められた生存権や教育を受ける権利さえ奪おうとしており、我々はこれを許すことはできない。また、民主教育を破壊し、戦争と財界に役立つ人づくりを進める臨時教育審議会や教育の反動化に強く反対する。昭和六十二年予算編成に当つて、軍事費を削つて、暮らし、教育、福祉の充実を要求するものである。ついては、次の事項について実現を図りたい。

一、老人保健法の改悪反対、老人医療費無料制度を復活すること。

二、身近に利用できる特別養護老人ホームの増設やデイ・サービス、短期保護事業の拡充を図ること。ホームヘルパーを増員し民間委託をやめること。利用者の負担増をやめ、国の予算を増額すること。

三、健康保険本人の二割負担を行わず、本人十割給付を復活すること、国民健康保険料(税)の引上げをやめ、国庫負担を増額すること。

第一一〇七号 昭和六十一年十一月二十一日受理
福祉の充実に関する請願

請願者 三重県伊勢市朝熊町一、六二五
西井澄彦 外五千二百四十九名
紹介議員 小笠原貞子君

この請願の趣旨は、第一一〇六号と同じである。

第一一〇八号 昭和六十一年十一月二十一日受理
福祉の充実に関する請願

請願者 北九州市八幡東区上本町二 植野
ミニキ 外五千九百九十二名
紹介議員 神谷信之助君

この請願の趣旨は、第一一〇六号と同じである。

第二一〇九号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

福祉の充実に関する請願

請願者 岡山県津山市弥生町六四 荒井た

か子 外五千三百三十一名

紹介議員 沓脱タケ子君

この請願の趣旨は、第一一〇六号と同じである。

第二一一〇号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

福祉の充実に関する請願

請願者 名古屋市中昭和区東田町一ノ三ノ

五 飯田清 外五千三百四十九名

紹介議員 近藤 忠孝君

この請願の趣旨は、第一一〇六号と同じである。

第二一一一号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

福祉の充実に関する請願

請願者 埼玉県浦和市田島六ノ二ノ二三ノ

三〇七 青山千秋 外四千二百名

紹介議員 佐藤 昭夫君

この請願の趣旨は、第一一〇六号と同じである。

第二一二二号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

福祉の充実に関する請願

請願者 千葉市幸町二ノ一四ノ九ノ一〇一

徳永タニ 外五千二百八十四名

紹介議員 下田 京子君

この請願の趣旨は、第一一〇六号と同じである。

第二一二三号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

福祉の充実に関する請願

請願者 長崎県西彼杵郡香焼町四四四ノ二

五 岩永美知子 外五千三百三十
四名

紹介議員 立木 洋君

この請願の趣旨は、第一一〇六号と同じである。

第二一二四号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

福祉の充実に関する請願

請願者 和歌山県那賀郡打田町花野 小崎

暢敏 外四千六百七十五名

紹介議員 内藤 功君

この請願の趣旨は、第一一〇六号と同じである。

第二一二五号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

福祉の充実に関する請願

請願者 川崎市宮前区白幡台一ノ一〇ノ一

八 奥山徹 外五千三百十二名

紹介議員 橋本 敦君

この請願の趣旨は、第一一〇六号と同じである。

第二一二六号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

福祉の充実に関する請願

請願者 埼玉県北本市西高尾七ノ四六 今

井博昭 外四千七百九十名

紹介議員 宮本 顯治君

この請願の趣旨は、第一一〇六号と同じである。

第二一二七号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

福祉の充実に関する請願

請願者 大阪府西淀川区姫島六ノ五ノ二〇

ノ八〇四 大西純子 外五千百九

十四名

紹介議員 山中 郁子君

この請願の趣旨は、第一一〇六号と同じである。

第二一二八号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

福祉の充実に関する請願

請願者 川崎市多摩区菅仙谷三ノ一ノ二七

ノ一〇四 大野仁 外五千三百八

十三名

紹介議員 吉岡 吉典君

この請願の趣旨は、第一一〇六号と同じである。

第二一二〇号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

老人保健法・国民健康保険法の改悪及び国立医療

機関の統廃合・移譲反対等に関する請願

請願者 石川県羽咋郡志雄町敷波 松本光

雄 外四千八百十一名

紹介議員 神谷信之助君

この請願の趣旨は、第一一八三号と同じである。

第二一二二号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

老人保健法・国民健康保険法の改悪及び国立医療

機関の統廃合・移譲反対等に関する請願

請願者 横浜市鶴見区下野谷町三ノ一五

太田茂美 外四千八百十一名

紹介議員 沓脱タケ子君

この請願の趣旨は、第一一八三号と同じである。

第二一二三号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

老人保健法・国民健康保険法の改悪及び国立医療

機関の統廃合・移譲反対等に関する請願

請願者 奈良市南新町一八 向井宏之 外

四千八百十一名

紹介議員 近藤 忠孝君

この請願の趣旨は、第一一八三号と同じである。

第二一二三三号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

老人保健法・国民健康保険法の改悪及び国立医療

機関の統廃合・移譲反対等に関する請願

請願者 石川県金沢市尾張町二ノ七ノ三

南口善一 外四千八百十一名

紹介議員 宮本 顯治君

この請願の趣旨は、第一一八三号と同じである。

老人保健法・国民健康保険法の改悪及び国立医療

機関の統廃合・移譲反対等に関する請願

請願者 沖縄県那覇市古波蔵二ノ二六ノ一

二 末吉シゲ 外四千八百十一名

紹介議員 下田 京子君

この請願の趣旨は、第一一八三号と同じである。

第二一二四号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

老人保健法・国民健康保険法の改悪及び国立医療

機関の統廃合・移譲反対等に関する請願

請願者 滋賀県大津市鶴の里二ノ三ノ二五

今北初太郎 外四千八百十一名

紹介議員 立木 洋君

この請願の趣旨は、第一一八三号と同じである。

第二一二五号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

老人保健法・国民健康保険法の改悪及び国立医療

機関の統廃合・移譲反対等に関する請願

請願者 香川県高松市観光通二ノ六ノ二五

古竹智恵子 外四千八百十一名

紹介議員 内藤 功君

この請願の趣旨は、第一一八三号と同じである。

第二一二六号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

老人保健法・国民健康保険法の改悪及び国立医療

機関の統廃合・移譲反対等に関する請願

請願者 石川県金沢市尾張町二ノ七ノ三

南口善一 外四千八百十一名

紹介議員 宮本 顯治君

この請願の趣旨は、第一一八三号と同じである。

第二一二七号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

老人保健法・国民健康保険法の改悪及び国立医療

機関の統廃合・移譲反対等に関する請願

請願者 京都市左京区田中飛鳥井町八九
安井浩 外四千八百十一名
紹介議員 山中 郁子君
この請願の趣旨は、第一八三号と同じである。

第二二八号 昭和六十一年十一月二十一日受
理

老人保健法・国民健康保険法の改悪及び国立医療
機関の統廃合・移譲反対等に関する請願
請願者 横浜市鶴見区下野谷町三ノ一三
山田博 外四千八百十一名
紹介議員 吉岡 吉典君
この請願の趣旨は、第一八三号と同じである。

第二二九号 昭和六十一年十一月二十一日受
理

老人保健法・国民健康保険法の改悪及び国立医療
機関の統廃合・移譲反対等に関する請願
請願者 京都市伏見区大坂町六〇四 上田
榮治 外四千八百十一名
紹介議員 吉川 春子君
この請願の趣旨は、第一八三号と同じである。

第二一三〇号 昭和六十一年十一月二十一日受
理

老人医療への自己負担引上げ反対等に関する請願
請願者 香川県高松市宮脇町一ノ一七ノ二
七 秋元紀子 外四千八百十一名
紹介議員 上田耕一郎君
この請願の趣旨は、第一八〇六号と同じである。

第二一三二号 昭和六十一年十一月二十一日受
理

老人保健法等の再改悪及び国立病院・療養所の統
廃合・移譲に反対し、国民医療の改善に関する請
願
請願者 札幌市白石区平和通三丁目南二ノ
一二 亀井国松 外四千八百十九
名
紹介議員 諫山 博君
この請願の趣旨は、第八〇七号と同じである。

第二一三三号 昭和六十一年十一月二十一日受
理

老人保健法等の再改悪及び国立病院・療養所の統
廃合・移譲に反対し、国民医療の改善に関する請
願
請願者 北海道函館市東山三ノ一三ノ三
加藤由子 外四千八百十一名
紹介議員 佐藤 昭夫君
この請願の趣旨は、第八〇七号と同じである。

第二一三五号 昭和六十一年十一月二十一日受
理

老人保健法等の再改悪及び国立病院・療養所の統
廃合・移譲に反対し、国民医療の改善に関する請
願
請願者 北海道旭川市新富一条三丁目 村
越春蔵 外四千八百十一名
紹介議員 橋本 敦君
この請願の趣旨は、第八〇七号と同じである。

第二一三六号 昭和六十一年十一月二十一日受
理

患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健
事業の充実、老人医療無料制度復活に関する請願
請願者 宮城県仙台市郡山六ノ六ノ六ノ
一、〇〇六 石塚博道 外九百四
十四名
紹介議員 諫山 博君
この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

第二一三七号 昭和六十一年十一月二十一日受
理

患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健
事業の充実、老人医療無料制度復活に関する請願
請願者 兵庫県栗東郡波賀町青木一、四二
六 菅谷典次 外九百三十六名
紹介議員 市川 正一君
この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

第二一三八号 昭和六十一年十一月二十一日受
理

患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健
事業の充実、老人医療無料制度復活に関する請願
請願者 群馬県高崎市下滝町三七九 井田
嘉市 外九百三十六名
紹介議員 上田耕一郎君
この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

第二一三九号 昭和六十一年十一月二十一日受
理

患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健
事業の充実、老人医療無料制度復活に関する請願
請願者 青森県弘前市御幸町五ノ八 川上
仁 外九百三十六名
紹介議員 小笠原貞子君
この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

第二一四〇号 昭和六十一年十一月二十一日受
理

患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健
事業の充実、老人医療無料制度復活に関する請願
請願者 京都市右京区梅津北川町一五ノ五
前川輝雄 外九百三十六名
紹介議員 神谷信之助君
この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

第二一四一号 昭和六十一年十一月二十一日受
理

患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健
事業の充実、老人医療無料制度復活に関する請願
請願者 岡山市松新町八三ノ八 野城弘之
外九百三十六名
紹介議員 杏脱タケ子君
この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

第二一四二号 昭和六十一年十一月二十一日受
理

患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健
事業の充実、老人医療無料制度復活に関する請願
請願者 福島市南沢又松北町三ノ三ノ一
山田まり子 外九百三十六名
紹介議員 近藤 忠孝君
この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

第二一四三号 昭和六十一年十一月二十一日受
理

患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健
事業の充実、老人医療無料制度復活に関する請願
請願者 青森県黒石市相野一六三ノ二二
藤田さち子 外九百三十六名

紹介議員 佐藤 昭夫君
この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

第一一四四号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健
事業の充実、老人医療無料制度復活に関する請願
請願者 福島市蓬萊町一五〇六 渡部幸雄
外九百三十六名
紹介議員 下田 京子君
この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

第一一四五号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健
事業の充実、老人医療無料制度復活に関する請願
請願者 宮城県宮城郡松島町松島大田三
高橋春雄 外九百三十六名
紹介議員 立木 洋君
この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

第一一四六号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健
事業の充実、老人医療無料制度復活に関する請願
請願者 三重県伊勢市尾上町八〇七 中西
万里子 外九百三十六名
紹介議員 内藤 功君
この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

第一一四七号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健
事業の充実、老人医療無料制度復活に関する請願
請願者 三重県伊勢市津村町七八六〇七
浜口淳子 外九百三十六名
紹介議員 橋本 敦君

この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

第一一四八号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健
事業の充実、老人医療無料制度復活に関する請願
請願者 岡山市高松稲荷四五〇 秋山昌子
外九百三十六名
紹介議員 宮本 顕治君
この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

第一一四九号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健
事業の充実、老人医療無料制度復活に関する請願
請願者 群馬県藤岡市中栗須四六〇一 吉
武明美 外九百三十六名
紹介議員 山中 郁子君
この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

第一一五〇号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健
事業の充実、老人医療無料制度復活に関する請願
請願者 名古屋市中区中割町三〇二二九
恒川行夫 外九百三十六名
紹介議員 吉岡 吉典君
この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

第一一五一号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健
事業の充実、老人医療無料制度復活に関する請願
請願者 岡山県倉敷市水島南瑞穂町七〇二
四 三宅一正 外九百三十六名
紹介議員 吉川 春子君
この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

第一一五二号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する
請願
請願者 長崎市本河内町六四五〇三 山口
英子 外九百四十四名
紹介議員 諫山 博君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一一五三号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する
請願
請願者 愛媛県新居浜市松原町七〇一三一
小西芳文 外九百三十六名
紹介議員 市川 正一君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一一五四号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する
請願
請願者 横浜市戸塚区小菅ヶ谷町二、〇〇
〇ノ一〇ノ五ノ二〇一 村田昇太
郎 外九百三十六名
紹介議員 上田耕一郎君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一一五五号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する
請願
請願者 石川県金沢市城南二ノ四ノ五 佐
竹若子 外九百三十六名

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

紹介議員 小笠原貞子君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一一五六号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する
請願(二通)
請願者 大阪府岸和田市小松里町九一ノ
一 久米田合宿一四一 橋本保夫
外二千五百七十二名
紹介議員 神谷信之助君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一一五七号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する
請願
請願者 名古屋市中村区塩池町二ノ五ノ三
大島常生 外九百三十六名
紹介議員 杏脱タケ子君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一一五八号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する
請願
請願者 長野県伊那市日影区大宮五、六九
九ノ二 宮原恵 外九百三十六名
紹介議員 近藤 忠孝君
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一一九九号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する
請願

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

る請願

請願者 岐阜市宇佐四ノ三ノ一七ノ三〇四
建村康之 外九百三十六名

紹介議員 佐藤 昭夫君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一一六〇号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に關する請願

請願者 山形県最上郡大蔵村南山二、一二
八ノ七 甲州正三 外九百三十六名

名

紹介議員 下田 京子君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一一二一号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に關する請願

請願者 茨城県新治郡桜村竹園三ノ一〇七
ノ一〇三 田辺正 外九百三十六名

名

紹介議員 立木 洋君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一一二二号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に關する請願

請願者 千葉県船橋市東船橋五ノ六ノ七
桜井昌江 外九百三十六名

紹介議員 内藤 功君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一一六三号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に關する請願

請願者 三重県鈴鹿郡関町中町五三七 長
谷川豊造 外九百三十六名

紹介議員 橋本 敦君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一一六四号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に關する請願

請願者 埼玉県所沢市小手指町三ノ二七ノ
一ノUノ五〇一 西山照雄 外九
百三十六名

紹介議員 宮本 顯治君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一一六五号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に關する請願

請願者 横浜市戸塚区小菅ヶ谷町二、〇〇
〇ノ一〇ノ六ノ三〇一 神尾和明
外九百三十六名

紹介議員 山中 郁子君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一一六六号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に關する請願

請願者 山形県長井市宮ノ五ノ四ノ一 小

林慶子 外九百三十六名

紹介議員 吉岡 典典君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一一六七号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に關する請願

請願者 佐賀県小城郡津町上砥川四〇五
ノ一一一 江里口文子 外九百三
十六名

紹介議員 吉川 春子君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一一七八号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

老人医療費の患者一部負担増額に反対し、老人保
健法等の改善に關する請願(四通)

請願者 鳥取県倉吉市中江一四〇 奥野明
美 外七千二百六十三名

紹介議員 糸久八重子君

この請願の趣旨は、第九六号と同じである。

第一一七九号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

老人医療費の患者一部負担増額に反対し、老人保
健法等の改善に關する請願(三通)

請願者 名古屋市名東区松井町 井関敏一
外三千七百四十三名

紹介議員 高木健太郎君

この請願の趣旨は、第九六号と同じである。

第一一八一号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

老人医療費の患者一部負担増額に反対し、老人保
健法等の改善に關する請願

請願者 大阪市生野区巽南一ノ一四ノ九

奥林定一 外四千十八名

紹介議員 福岡 知之君

この請願の趣旨は、第九六号と同じである。

第一一八二号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

老人医療の患者一部負担増額に反対し、老人保健
法の改善に關する請願(二通)

請願者 愛知県知多郡武豊町道仙田 杉江
清 外四千一名

紹介議員 高木健太郎君

この請願の趣旨は、第一〇〇号と同じである。

第一一八三号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

老人医療の患者負担増額反対、健康保険等の給付
改善に關する請願

請願者 埼玉県比企郡吉見町古名 久保田
和利 外五百六十名

紹介議員 糸久八重子君

この請願の趣旨は、第一〇一号と同じである。

第一一八四号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に關する請願

請願者 鹿児島県指宿市湊四ノ一七ノ一〇
三原綾子 外二千名

紹介議員 久保 亘君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一一八五号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に關する請願(二通)

請願者 福岡市南区長住三ノ二四ノ一〇三

紹介議員 原田忠光 外千九百九十九名
この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第二一八六号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善
に関する請願
請願者 名古屋市天白区天白町平針黒石
二、八七八ノ一、三四五 谷倉富
士男 外百十四名
紹介議員 糸久八重子君
この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第二一八七号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善
に関する請願
請願者 愛知県瀬戸市坂上町二〇二ノ四
梅田昭三 外百五十四名
紹介議員 大森 昭君
この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第二一八八号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善
に関する請願
請願者 愛知県半田市有楽町三ノ五七 榊
原敏雄 外五十六名
紹介議員 粕谷 照美君
この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第二一八九号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善
に関する請願
請願者 名古屋市熱田区三本松町二二ノ五
ノ八〇三 服部証 外五千名
紹介議員 大森 昭君

紹介議員 高木健太郎君
この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第二一九〇号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善
に関する請願
請願者 愛知県豊橋市西岩田六ノ二ノ一
井上吉人 外百十五名
紹介議員 安恒 良一君
この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第二一九一号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健
法等の改善に関する請願
請願者 愛媛県新居浜市坂井町三ノ七ノ五
三 掛水今朝光 外八十名
紹介議員 龜山 篤君
この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第二一九二号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健
法等の改善に関する請願
請願者 京都市中京区西ノ京南上合町一五
大槻林吉 外八十九名
紹介議員 糸久八重子君
この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第二一九三号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健
法等の改善に関する請願
請願者 京都市中京区壬生天池町三ノ七
福原律夫 外六十九名
紹介議員 大森 昭君

この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第二一九四号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健
法等の改善に関する請願
請願者 京都市中京区西ノ京小倉町二二
平野盛春 外十七名
紹介議員 粕谷 照美君
この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第二一九五号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健
法等の改善に関する請願
請願者 京都市中京区西ノ京小堀池町七
小森喜治 外二十三名
紹介議員 久保 亘君
この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第二一九六号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健
法等の改善に関する請願
請願者 滋賀県草津市下笠町三四六ノ四
宇野時光 外三十一名
紹介議員 対馬 孝且君
この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第二一九七号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健
法等の改善に関する請願
請願者 滋賀県近江八幡市東川町五六一
松本三郎 外四十七名
紹介議員 松前 達郎君
この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第二一九八号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健
法等の改善に関する請願
請願者 京都市中京区壬生西土居ノ内町三
〇 中川民枝 外四十九名
紹介議員 本岡 昭次君
この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第二一九九号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
老人保健法の改悪反対に関する請願
請願者 大阪府高槻市郡家新町一八ノ一〇
佐竹晴 外百五十名
紹介議員 龜山 篤君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第二二〇〇号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
老人保健法の改悪反対に関する請願
請願者 宮崎県西都市右松三、四二八 銀
鏡鉄雄 外百二十九名
紹介議員 糸久八重子君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第二二〇一号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
老人保健法の改悪反対に関する請願(三通)
請願者 東京都杉並区堀ノ内三ノ七ノ一
村主裕治 外百一名
紹介議員 大森 昭君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第二二〇二号 昭和六十一年十一月二十一日受
理
老人保健法の改悪反対に関する請願
請願者 神奈川県平塚市中堂四ノ二九 杉
田有 外百五十名

紹介議員 粕谷 照美君
この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第二二〇三号 昭和六十一年十一月二十一日受
理

老人保健法の改悪反対に関する請願(二通)

請願者 愛媛県新居浜市東田一ノ七六三ノ

一〇 飯尾昌弘 外百三名

紹介議員 久保 亘君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第二二〇四号 昭和六十一年十一月二十一日受
理

老人保健法の改悪反対に関する請願(二通)

請願者 神奈川県三浦市原町一三ノ五九

小川英一 外百四十六名

紹介議員 対馬 孝且君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第二二〇五号 昭和六十一年十一月二十一日受
理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 神奈川県相模原市東大沼四ノ一八

ノ一五 小俣正次 外四名

紹介議員 松前 達郎君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第二二〇六号 昭和六十一年十一月二十一日受
理

老人保健法の改悪反対に関する請願(三通)

請願者 神奈川県中郡大磯町大磯三六九

石井忠夫 外九十九名

紹介議員 本岡 昭次君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第二二〇七号 昭和六十一年十一月二十一日受
理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 神奈川県横須賀市西浦賀町一ノ三

三 三浦一幸 外百三十六名

紹介議員 安恒 良一君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第二二〇八号 昭和六十一年十一月二十一日受
理

静岡県内の国立病院・療養所の統合・移譲計画を

取りやめ、整備拡充に関する請願(一通)

請願者 静岡県浜松市和合町一五四 田部

井久雄 外一万七百五十一名

紹介議員 青木 新次君

厚生省は、昭和六十一年一月、全国二百五十三箇

所の国立病院・療養所のうち、七十四施設を統

合、移譲により廃止する計画を発表した。静岡県

内では、熱海病院と伊東温泉病院の統合、静岡病

院と静岡東病院の統合、浜松病院の移譲、湊病院

の移譲により現在十箇所ある施設のうち四箇所を

廃止する計画となつてゐる。本県内の国立医療機

関は、営利を目的としない病院として地域に密着

した医療を行うと同時に、他の医療機関では経営

が難しい高度専門的な政策医療を行つてゐるが、

計画が実行された場合、地域医療の低下と地域住

民や地方自治体の負担の増加を免れない。ついて

は、県議会を始め県内六十七地方議会の、存続・

充実強化の意見書決議と各自自治市長の同様の陳

情を尊重し、計画の取りやめとそれぞれの施設を

整備拡充するため、次の事項について実現を図ら

れた。

一、静岡県内の国立病院・療養所の統合・移譲計

画を取りやめること。

二、静岡県内の国立病院・療養所が地域住民の医

療要求にこたえられるように、それぞれの施設

の単独整備・拡充を行うこと。

第二二〇九号 昭和六十一年十一月二十一日受
理

老人医療と健保本人の患者負担増反対等に関する

請願者 兵庫県小野市葉多町七〇八 大崎

辰美 外千二百二十二名

紹介議員 沓脱タケ子君

第百四回国会で成立ができず、第百五回国会で廃

案となつた老人保健法等の一部を改正する法律案

が、再び今国会に提出されている。老人の健康

は、予防・早期治療・継続管理が重要なことは言

うまでもない。しかし、三年前に老人医療が有料

化されてから、たくさんのお金が治療を受けられ

なくなつたり、我慢して病気が重くなつたりして

いる。老人医療は保健施策の充実、早期受診の促

進を図るべきで、患者負担増による受診抑制は本

末転倒であり、反対である。しかも値上げ率は外

来二・五倍、入院は一年で十倍となり、耐えられ

るものではない。また、サラリーマンなど健康保

険本人は、円高不況の下、長時間労働、ローン負

債など労働と生活環境がかつてなく悪化してい

る。このような中で健康保険本人の一部負担増は

反対であり、働く者の保険は十割給付に戻すべき

である。ついては、国民の生命と暮らしを守るた

め、次の事項について実現を図らねばならない。

一、老人医療の患者負担をこれ以上増やさないこ

と。

二、低水準の介護と利用者負担増の老人保健施設

をやめて、安心して利用できる老人福祉施設を

増設すること。

三、健康保険本人の一部負担をこれ以上増やさ

ず、十割給付を復活すること。

四、国民健康保険への国庫補助を増やし、保険料

滞納による被保険者証不交付の法制化をしない

こと。

第二二一〇号 昭和六十一年十一月二十一日受
理

国立病院等の再編成の促進に関する特別措置法案

反対等に関する請願

請願者 茨城県水戸市東原三ノ二ノ一 小

松庸介 外二百八十八名

紹介議員 沓脱タケ子君

厚生省は昭和六十一年一月、全国二百三十九箇所

の国立病院・療養所の三分の一にあたる七十四施

設を統廃合・経営移譲によつて切り捨てる再編

成・合理化の全体計画を発表した。国立病院・療

養所は戦後四十年余にわたり、日本国憲法の精神

に基づき国民の命と健康を守るため、全国におい

て不採算医療を含め、地域住民に密着した医療に

貢献してきた。このことは、全国の地方自治体の

九割(二千九百余議会)が、国立医療の存続・拡充

を求める決議を行つてゐることからも明らかであ

る。政府は、国民や地方自治体の要望を無視し、

地域一般医療から撤退することを前提として、高

度・専門医療にその役割を限定する国立医療機関

の縮小再編成を行うため、今国会に無償低下を

含む国立病院等の再編成に伴う特別措置に関する

法律案を提出している。国民の八人に一人という

高い有病率のもとで、国立医療機関の占める割合

は少ない状態にあり(全国の総医療機関のうち施

設数で二・七パーセント、病床数で六・三パーセ

ント)、国民や地方自治体は一層の充実拡充を求め

ている。この法律案が成立すれば国立医療は後退

し、更に我が国の医療供給体制全般の縮小再編成

をもたらす。ついては、国立病院・療養所の存

続・拡充のため、次の事項について実現を図られ

たい。

一、国民の共有財産である国立医療機関の経営移

譲・施設の譲渡等を図る国立病院等の再編成に

伴う特別措置に関する法律案を撤回し廃案とす

ること。

二、国立病院・療養所の縮小再編成を直ちに中止

し、存続拡充すること。

第二二一一号 昭和六十一年十一月二十一日受
理

国立病院等の再編成の促進に関する特別措置法案

反対等に関する請願

請願者 札幌市西区二十四軒四条四丁目
加藤勇 外三千四百四十八名

紹介議員 小笠原貞子君

この請願の趣旨は、第一二二〇号と同じである。

第一二二二号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

暮らして福祉の充実に関する請願

請願者 大阪市東区大手前二丁目府内 久

井寿一郎 外千七百七十四名

紹介議員 沓脱タケ子君

我々は、軍拡と財界奉仕に反対し、軍事費を削つて暮らしと福祉の充実を求める。中曽根内閣は、各種の審議会や私的諮問機関を利用した国会軽視の政治手法により、軍拡と財界奉仕の政治を進め、勤労国民の暮らしは深刻な危機にさらされている。とりわけ、急激な円高により中小零細企業の倒産、失業と雇用不安が広がっている。こうした中で中曽根内閣は、来年度予算の概算要求でも、軍事費や海外経済協力費などアメリカや財界奉仕のための予算を増加させ、福祉・文教・中小零細企業・農業など国民生活関連予算を連続して大幅に削減しようとしている。そればかりでなく、大型間接税導入・マル優廃止など国民生活に一層の犠牲と負担を強要しようとしている。ついで、軍事費や財界向け予算を大幅に削減し、国民生活の向上・改善に充てるよう、次の事項について実現を図られたい。

一、国民生活切捨ての悪法反対。

1 老人保健法の改悪をやめ、無料化を復活すること。特別養護老人ホームを増設し、老人ホームつづしの中間施設は作らないこと。

2 保険料滞納者から保険証を取り上げるなどの国民健康保険法の改悪は行わないこと。

3 国立病院・療養所の統廃合反対。

二、健康保険の本人給付率の八割への引下げを行わず、十割給付を復活し、保険料労使負担割合を三対七に改めること。中小業者の負担について

ては国庫で補助し軽減すること。退職者医療制度に国庫補助を導入し、給付を改善すること。三、労働基準法の改悪反対。賃下げなしの週四時間労働、週休二日制など労働時間の大幅短縮。全国一律最賃制度確立、手取り十万円以上の地域最賃の確立。

第一二三三号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

患者負担を増大させる老人保健法の改悪反対、保健事業の充実、老人医療無料制度の復活に関する請願

請願者 大阪府城東区諏訪四ノ八ノ二八
大森武士 外千二百五十五名

紹介議員 沓脱タケ子君

高齢化社会と呼ばれる今日こそ、すべての国民に豊かな老後を保障することが大切になつていく。そのためには老人が安心して医療を受けられることが必要不可欠である。しかし、昭和五十八年二月に施行された老人保健法により、老人医療に一部負担が導入され、また、老人診療報酬の設定などにより、老人の受診抑制、病院からの追い出し、世話料など、家計負担の増大等の事態が起きている。また、健康保険本人一割負担導入、国民健康保険料(税)の大幅値上げ、差額徴収の拡大などが相次ぎ、老人、国民が医療から遠ざけられてきている。そのうえに厚生省は老人保健制度の見直しとして、患者の自己負担を外来は月に千円(現行は四百円)、入院は期限をなくしたうえで毎日五百円(現行は一箇月を限度に一日三百円)に引き上げようとしている。また、定率負担の導入も引き続き検討されている。患者負担の増大は老人が安心して医療を受けることを困難にする。また、高齢化社会への国民の不安と寝たきり老人対策への国民の要求を逆用して、患者、家族に高額な負担を強い、病院を低医療、低介護の施設に転用しようとする中間施設構想も進められている。このまま老人、国民の負担増が続くならば、国民

の生命と健康は重大な危機を迎える。老人が安心して医療を受けられるように老人医療の患者負担増額はやめ、老人医療無料制度を復活するとともに、保健事業や寝たきり老人対策などを国の責任で早急に充実すべきである。ついで、老人に十分な医療と介護を国の責任で保障するよう、次の事項について実現を図られたい。

一、老人医療の患者負担増額など、国民の負担増を招く老人保健法の改悪を行わないこと。老人医療無料制度を復活すること。

二、保健事業及び訪問看護、デイ・ケアなど在宅福祉の施策を国と自治体の責任で早急に整備すること。

三、検討されている中間施設は、国民に負担を押し付けるものにはしないこと。老人病院、特別養護老人ホームの介護・医療機能を国の責任で充実させること。

四、国民健康保険の世帯主への被保険者証不交付(返還)を法制化せず、住民税の課税最低限(四人世帯)に達しない世帯には国保料(税)を減免すること。

第一二二七号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

老人医療費の患者一部負担増額に反対し、老人保健法等の改善に関する請願

請願者 栃木県宇都宮市下戸祭一ノ二ノ一
清水栄一 外七百四十六名

紹介議員 上野 雄文君

この請願の趣旨は、第九六号と同じである。

第一二二八号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

老人医療費の患者一部負担増額に反対し、老人保健法等の改善に関する請願(二通)

請願者 茨城県新治郡桜村吾妻一ノ一、三八ノ四〇四ノ七〇四 小園英雄
外千七百二名

紹介議員 高杉 勉忠君
この請願の趣旨は、第九六号と同じである。

第一二二九号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

老人医療費の患者一部負担増額に反対し、老人保健法等の改善に関する請願(二通)

請願者 大阪府東淀川区東淡路二ノ一七ノ一二 木村寛 外九万九千二百七十六名

紹介議員 沓脱タケ子君

この請願の趣旨は、第九六号と同じである。

第一二三〇号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

老人医療費の患者一部負担増額に反対し、老人保健法等の改善に関する請願

請願者 大阪府藤井寺市藤ヶ丘二ノ一〇ノ二 可児弘美 外一万八千八百三十八名

紹介議員 山田 勇君

この請願の趣旨は、第九六号と同じである。

第一二三一号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 静岡県浜松市和合町一五四 田部 井久雄 外二千二百四十八名

紹介議員 青木 新次君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一二三二号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 静岡県浜松市和合町一五四 田部 井久雄 外二千二百四十八名

紹介議員 青木 新次君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一二三三号 昭和六十一年十一月二十一日受

理

国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 奈良市片原町一、〇九六社団法人
奈良県視覚障害者協会会長 田中
善太郎

紹介議員 服部 安司君

この請願の趣旨は、第四六七号と同じである。

第二二九六号 昭和六十一年十一月二十二日受
理

老人医療費の患者一部負担増額に反対し、老人保
健法等の改善に関する請願

請願者 神戸市中央区筒井町三ノ一三ノ二
内田八重子 外四百九十九名

紹介議員 諫山 博君

この請願の趣旨は、第九六号と同じである。

第二二九七号 昭和六十一年十一月二十二日受
理

老人医療費の患者一部負担増額に反対し、老人保
健法等の改善に関する請願

請願者 愛知県一宮市大江三ノ一五ノ三
森松次郎 外三百七十四名

紹介議員 宮本 頤治君

この請願の趣旨は、第九六号と同じである。

第二二九八号 昭和六十一年十一月二十二日受
理

老人医療費の患者一部負担増額に反対し、老人保
健法等の改善に関する請願

請願者 愛知県岩倉市稲荷町神宮寺四八二
加藤洋子 外三百七十四名

紹介議員 山中 郁子君

この請願の趣旨は、第九六号と同じである。

第二二九九号 昭和六十一年十一月二十二日受
理

国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う
特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関す
る請願(一通)

請願者 福島市大森上ノ台七六ノ一 鳴原
多美子 外千八百十四名

紹介議員 下田 京子君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一三〇〇号 昭和六十一年十一月二十二日受
理

老人保健・国民健康の改悪等反対、国民医療の充
実に関する請願

請願者 茨城県日立市城南町二ノ一ノ一
芳賀明子 外四百九十九名

紹介議員 立木 洋君

この請願の趣旨は、第一一一号と同じである。

第一三〇一号 昭和六十一年十一月二十二日受
理

老人医療の患者負担増反対に関する請願

請願者 大阪府箕面市桜ヶ丘四ノ一六ノ二
ノ四〇一 上野幸子 外百九十九
名

紹介議員 橋本 敦君

この請願の趣旨は、第一八二号と同じである。

第一三〇二号 昭和六十一年十一月二十二日受
理

患者負担を増大させる老人保健法改悪反対、保健
事業の充実、老人医療無料制度復活に関する請願
(一通)

請願者 福島県二本松市郭内一ノ一八ノ一
一 鈴木キク 外七千八百三十二
名

紹介議員 下田 京子君

この請願の趣旨は、第一八五号と同じである。

第一三〇三号 昭和六十一年十一月二十二日受
理

老人保健法の改悪反対に関する請願
請願者 東京都練馬区石神井台二ノ三四ノ

一六 内藤智子 外七百五名

紹介議員 上田耕一郎君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第一三〇四号 昭和六十一年十一月二十二日受
理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 東京都目黒区緑が丘一ノ二三ノ六
眞嶋章司 外七百五名

紹介議員 内藤 功君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第一三〇五号 昭和六十一年十一月二十二日受
理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 東京都文京区千駄木一ノ二二ノ七
鈴木和夫 外七百五名

紹介議員 宮本 頤治君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第一三〇六号 昭和六十一年十一月二十二日受
理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 川崎市多摩区菅北浦三ノ一〇ノ二
七 内堀雅子 外七百五名

紹介議員 山中 郁子君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第一三〇七号 昭和六十一年十一月二十二日受
理

老人医療、国保、健保等の医療保険制度の改善に
関する請願
請願者 東京都葛飾区西亀有三ノ三九ノ一
三 樋口夏子 外五百八十一名

老人保健法・国民健康保険法の改悪及び国立医療
機関の統廃合・移譲反対等に関する請願

請願者 京都市上京区寺之内通浄福寺上ル
西熊町 加藤利三郎 外千二百七
十四名

紹介議員 佐藤 昭夫君

この請願の趣旨は、第一八三号と同じである。

第一三〇九号 昭和六十一年十一月二十二日受
理

健保本人への二割負担をやめ、十割給付の復活等
に関する請願

請願者 福島市町庭坂堀ノ内二四ノ二 茂
木幸 外二千四百九十九名

紹介議員 下田 京子君

昭和五十八年二月からの老人保健法、そして昭和
五十九年十月からの健康保険改正法の実施に伴
い、安心して医療を受けられない、金がかかること
が心配で治療を継続できない、老人が病院から追
い出されるなどのことがたくさん生れている。また、
健康保険の標準月額引上げや国民健康保険(以下
国保という)への国庫補助の引下げに伴う国保
税(料)の値上げの動きは、家計負担の増大をもた
らしている。そのうえ老人医療費への五パーセン
ト定率負担導入さえ検討され始めている。このま
まではますます国民は医療から遠ざけられてしま
う。国民の健康と命を守るためにも、健康保険本
人十割給付を復活し、ましてや九割給付を八割に
引き下げることにはせず、老人医療費への定率負
担導入はやめるべきである。また、退職医療制度
への国庫補助を行ない、国保への国庫補助を削減
せずに国保の給付を改善すべきである。ついでに、
国民が安心して、充分な医療を受けられるよう早急
にこれらの改善を実施するため、次の事項につい
て実現を図られたい。

一、健康保険本人の十割給付を復活すること。ま
た八割給付に切り下げないこと。

二、老人医療費への五パーセント定率負担導入など、老人保健法の改悪をしないこと。すぐに無料化制度を復活すること。保健事業や高齢者福祉事業を早急に充実すること。
三、国保税の引上げをもちたらず国保への国庫補助金の引下げをやめ、給付の改善を行うこと。また、退職者医療制度への国庫補助を行うこと。

第一三二〇号 昭和六十一年十一月二十二日受理
国立福知山病院の移譲に反対し、国立医療機関切捨の特別措置法及び老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 京都市北区小山上総町八二 相原大督 外五十五名
紹介議員 神谷信之助君

国民の八人に一人が病気になるという高い有病率の下で、いつでも、どこでも、だれでも、安心して医療が受けられる医療制度の充実が強く望まれている。ところが政府・厚生省は昭和六十一年一月、全国二百三十九箇所（ハンセン病療養所を除く）の国立病院・療養所の三分の一にも当たる七十四施設を統廃合・経営移譲によつて切り捨てる再編成・合理化全体計画を発表した。国立病院・療養所は戦後四十年にわたり、不採算医療を含め地域住民に密着した医療を提供し、日本国憲法第二十五条の生存権、健康権の精神に基づきその任務を果たしてきた。このことは全国の地方自治体の九割（二千九百五十九議会）が、国立医療の存続・拡充を求める決議を行つてゐることからも明らかである。このような状況の中で、国が統廃合・移譲を強行し、国立医療機関が地域医療から撤退することは、国民の健康に対する期待を大きく踏みにじるものである。更に老人の医療に対する要望も年々増大し、医療制度の充実が求められてゐる。老人福祉法も「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、かつ、健全で安らかな生活を保障されるものとする」と国

の果たすべき基本理念を掲げている。にもかかわらず政府・厚生省は老人保健法を再改悪し、老人医療費自己負担を外来は月千円（現行四百円）、入院は一日五百円（現行は一日三百円二箇月限度）と大幅に引き上げ、老人が医療にかかりにくくしようとしている。また、同法案にある有料の老人保健施設の創設は、医療機関の統廃合で全国百七十万床を百万床に減らす肩代わりとして打ち出されたものである。こうした中で、健康保険本人十割給付の復活要求も切実になつてゐる。ついでに、政府・厚生省が、直ちに国立医療機関の統廃合・移譲及び老人保健法の再改悪を撤回し、国民が安心して医療が受けられる施策を実現するため、次の事項について実現を図られたい。

一、国民の共有財産である国立医療機関の経営移譲、施設の譲渡を図る国立病院等の再編成に伴う特別措置に関する法律案を廃案とすること。
二、国立病院・療養所の縮小・再編成を直ちに中止し、国立福知山病院の存続拡充を行うこと。
三、老人医療の患者負担を増大する老人保健法の再改悪を直ちに撤回し、老人医療の無料化を復活させること。また国民健康保険料の引上げ、国民健康保険への国庫補助削減をせず、補助金を増額すること。健康保険本人十割給付の復活など、社会保障の充実を図ること。

第一三一四号 昭和六十一年十一月二十二日受理
老人医療費の患者一部負担増額に反対し、老人保健法等の改善に関する請願

請願者 大阪府和泉市久井町五三八 岡崎守 外三千二百四十八名
紹介議員 福岡 知之君

この請願の趣旨は、第九六号と同じである。

第一三一五号 昭和六十一年十一月二十二日受理
国立医療機関切捨の国立病院等の再編成に伴う

特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 茨城県水戸市東原三ノ二ノ一 小松庸介 外二百二十名
紹介議員 矢田部 理君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一三一六号 昭和六十一年十一月二十二日受理
老人医療の患者一部負担反対、老人保健法の改善に関する請願

請願者 愛知県豊橋市東赤沢町坪ノ谷四二三ノ二 松永博 外六十八名
紹介議員 山本 正和君

この請願の趣旨は、第三五一号と同じである。

第一三一七号 昭和六十一年十一月二十二日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 東京都品川区荏原一ノ二ノ一一 高野孝 外六十四名
紹介議員 小野 明君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第一三一八号 昭和六十一年十一月二十二日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 東京都板橋区赤塚七ノ一六ノ二〇 松浦康貴 外十八名
紹介議員 村沢 牧君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第一三一九号 昭和六十一年十一月二十二日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 東京都板橋区中丸町一六ノ七 佐藤浩司 外五十七名
紹介議員 矢田部 理君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第一三二〇号 昭和六十一年十一月二十二日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願（一通）

請願者 東京都品川区西大井五ノ二〇ノ六 木村悦郎 外百二十四名
紹介議員 山本 正和君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第一三二一号 昭和六十一年十一月二十二日受理
老人保健法の改悪反対に関する請願（二通）

請願者 神奈川県横浜須賀町小原台五五ノ九 須山正由 外百一名
紹介議員 渡辺 四郎君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第一三二二号 昭和六十一年十一月二十二日受理
老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に関する請願

請願者 京都市中京区西ノ京冷泉町一三八 田中義明 外七十九名
紹介議員 山本 正和君

この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第一三二三号 昭和六十一年十一月二十二日受理
老人医療費の患者一部負担増に反対し、老人保健法等の改善に関する請願

請願者 京都市東山区大黒町正面下ル六〇 三 塩路初夫 外七十九名
紹介議員 渡辺 四郎君

この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第一三二三号 昭和六十一年十一月二十二日受理

老人医療費の患者一部負担増額に反対し、老人保健法等の改善に関する請願

請願者 福島県相馬市中村二ノ五六 梶田 浩二 外千七百二十五名

紹介議員 下田 京子君

この請願の趣旨は、第九六号と同じである。

第一三四四号 昭和六十一年十一月二十二日受理

国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 福岡市西区福岡団地七ノ一〇四 橋本英一 外四千八百四十九名

紹介議員 諫山 博君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一三四五号 昭和六十一年十一月二十二日受理

国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 大阪市大正区平尾三ノ一五ノ二 中村勝 外二千四百二十二名

紹介議員 沓脱タケ子君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一三四六号 昭和六十一年十一月二十二日受理

国立医療機関切捨ての国立病院等の再編成に伴う特別措置法案及び老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 茨城県筑波郡谷田部町松代四ノ四 二ノ二〇二 井手任 外千二百十六名

紹介議員 立木 洋君

この請願の趣旨は、第一〇五号と同じである。

第一三四七号 昭和六十一年十一月二十二日受理

老人保健法・国民健康保険法の改悪及び国立医療機関の統廃合・移譲反対等に関する請願

請願者 京都府福知山市内記六ノ八九 細 見義郎 外三百六十九名

紹介議員 神谷信之助君

この請願の趣旨は、第一八三号と同じである。

第一三四八号 昭和六十一年十一月二十二日受理

老人保健法・国民健康保険法の改悪及び国立医療機関の統廃合・移譲反対等に関する請願

請願者 千葉県船橋市二和東五ノ一ノ一 鈴木堅太郎 外六千二百名

紹介議員 沓脱タケ子君

この請願の趣旨は、第一八三号と同じである。

第一三四九号 昭和六十一年十一月二十二日受理

老人保健法の改悪反対に関する請願

請願者 兵庫県明石市魚住町西四五五ノ二 関正道 外四千四百六十五名

紹介議員 沓脱タケ子君

この請願の趣旨は、第四五一号と同じである。

第一三五〇号 昭和六十一年十一月二十二日受理

老人保健法改悪・国立病院の統廃合反対、健保本人割給付復活等、国民医療の充実に関する請願

請願者 長野県上田市中央五ノ九ノ一三 柳沢宏典 外三百七十四名

紹介議員 吉川 春子君

この請願の趣旨は、第六二七号と同じである。

第一三五一号 昭和六十一年十一月二十二日受理

老人医療への自己負担引上げ反対等に関する請願

請願者 沖縄県島尻郡豊見城村真玉橋五九 三 島袋博美 外七百五十九名

紹介議員 諫山 博君

この請願の趣旨は、第八〇六号と同じである。

第一三五二号 昭和六十一年十一月二十二日受理

老人医療への自己負担引上げ反対等に関する請願

請願者 高知市旭上町三二高知医療生活協 同組合内 今井泰男 外二千五百十五名

紹介議員 上田耕一郎君

この請願の趣旨は、第八〇六号と同じである。

第一三七六号 昭和六十一年十一月二十二日受理

老人保健法、国民健康保険法の改悪及び国立医療機関の統廃合・移譲に反対し、医療・福祉の改善に関する請願

請願者 名古屋市中千種区朝岡町三ノ八四 後藤幸一 外五百六十三名

紹介議員 市川 正一君

今や人生八十年時代。健康で心豊かな老後を送ることは、国民誰もが願っている。しかし、現実には、老後を支える医療や年金制度、老人福祉施設は不十分な状況である。とりわけ、三年前に創設された老人保健法で、患者の一部負担が導入されて以来、やむなく医療機関から遠のいた老人の生命が縮められている。更に、健康保険本人の一分負担や国民健康保険への国庫負担金の大幅な削減によつて、医療費負担や保険料(税)が増え、家計を苦しめている。そして今また、国立医療機関の統廃合・移譲など、地域医療の踏みつぶしが始まり、国会では老人や家計に経済的な負担を押し付け、法律案が提案されている。ついでには、憲法の精神に基づき、政府が国民の生活と健康保持に十分責任を果たすよう次の事項について実現を図りたい。

一、老人医療の自己負担の引上げをやめ、健診制度の改善と保健事業の拡充をすること。
二、患者や家族の負担が多くなる老人保健施設制度の導入をやめ、安心して利用できる老人福祉施設の増設と拡充をすること。
三、国民健康保険への国庫補助を増額し、保険料(税)を引き下げる。また、保険料の払えない人から保険証を取り上げないこと。
四、国立病院・療養所の統廃合や移譲をやめ、地域医療の拡充をすること。

第一三七七号 昭和六十一年十一月二十二日受理

老人保健法、国民健康保険法の改悪及び国立医療機関の統廃合・移譲に反対し、医療・福祉の改善に関する請願

請願者 愛知県豊橋市前芝町堤上一四 松下有代 外六百二十四名

紹介議員 山中 郁子君

この請願の趣旨は、第一三七六号と同じである。

第一三七八号 昭和六十一年十一月二十二日受理

老人医療の患者負担増額反対等に関する請願

請願者 埼玉県川口市江戸三ノ二九ノ一五 中野紀久 外二千二百二名

紹介議員 沓脱タケ子君

高齢化社会と呼ばれる今日、すべての国民に豊かな老後を保障することが大切になつてきている。そのためにも老人が安心して医療を受けられることが必要不可欠である。しかし、昭和五十八年二月に施行した老人保健法により、老人医療に一部負担を導入し、また、老人診療報酬の設定などにより、老人の受診抑制、病院からの追い出し、世話料など家計負担の増大等が起きている。また、健康保険本人の一分負担導入、国民健康保険料(税)の大幅引上げ、差額徴収の拡大などにより、老人、国民が医療から遠ざけられている。そのうえ

厚生省は老人保健制度の見直しとして、本年六月から、患者の自己負担を外来は月に千円（現行は四百円）、入院は期限をなくしたうえで毎日五百円（現行は二箇月間を限度に一日三百円）に引き上げようとしている。また、定率負担の導入も引き続き検討している。患者負担の増大は老人が安心して医療を受けられることを困難にする。更に、高齢化社会への国民の不安と寝たきり老人対策への国民の要求を逆用して、患者、家族に高額な負担を強い、病院を低医療、低介護の施設に転用する中間施設構想も進めている。このまま老人、国民の負担増が続くならば、国民の生命と健康は危機を迎える。老人が安心して医療を受けられるように老人医療の患者負担増額はやめ、老人医療費無料制度を復活するとともに、保健事業や寝たきり老人対策などを国の責任で早急に充実すべきである。ついで、老人に十分な医療と介護を国の責任で保障するため、次の事項について実現を図りたい。

- 一、老人医療の患者負担増額など、国民の負担増を招く老人保健法の改悪を行わないこと。老人医療無料制度を復活すること。
- 二、差別診療、老人追い出しにつながる老人診療報酬は直ちに改めること。
- 三、保健事業及び訪問看護、デイ・ケアなど在宅福祉の施策を国と自治体の責任で早急に整備すること。
- 四、検討している中間施設は、国民に負担を押ししつけるものにならないこと。老人病院、特別養護老人ホームの介護・医療機能を国の責任で充実させること。

第一三三九号 昭和六十一年十一月二十二日受理

老人保健法の再改悪反対に関する請願

請願者 東京都八王子市川口町一、五四二

ノ一九 二木憲夫 外四十九名

紹介議員 香脱タケ子君

今国会では、国民生活に重大な影響を与える老人保健法の改悪や大型間接税の導入、日本国有鉄道の分割・民営化法案などが審議されている。これらの法案は、国民に大きな負担となり、生活そのものを脅かすもので断じて認めるわけにはいかない。ついで、来年度予算及び、今後の諸施策の中で、老人保健法の再改悪を行わず、また、健康保険本人十割給付を復活されたい。

第一三八〇号 昭和六十一年十一月二十二日受理

老人保健法の改悪反対等に関する請願

請願者 岐阜県可児市中恵土一、九三三ノ

二 小栗輝子 外五十九名

紹介議員 近藤 忠孝君

「七〇歳以上のおとしよりは、二人に一人が病気で、十年前の一・六倍に増加。ねたきり老人の介護者の九割は女性」（厚生省「国民健康調査」八五年ほか）という調査にもみるように、老人医療の問題は婦人の問題でもある。病人が増えているのに、お年寄りの受診率が減っている。それは、老人保健法により金を取られるようになった（一部負担）ことと、健康保険の改悪で本人に一部の負担がかかるようになったことが一番大きな原因である。今、国会に提出されている老人保健法の見直し（改悪案）は、現在の一部負担月一回四百円を二・五倍の千円にし、入院の際の一日三百円（二箇月限度）が一日五百円で無期限に取られるという大変な改悪である。ますます病院に行けないお年寄りが増えることになる。それだけでなく、健康保険改悪のときに、退職者医療の創設で負担が減るからという口実で国民健康保険の補助金（率）を一方的に減らし、その結果、財政が苦しくなったからといって、その負担を労働者の保険料値上げに移しかえようとする負担率の変更（加入者按分率を百とし、当面八十とする）を計画している。我々は、核戦争への加担、軍拡の政治で世界の平和を脅かすための軍事費だけを突出させ、そのために国の負担を削り、収入のない、又は、少ない

- 一、お年寄りに現金負担増を押し付け、労働者には、保険料の値上げ、国民健康保険加入者には掛金の値上げを強要することになる老人保健法の改悪には絶対反対である。直ちに老人保健法改悪案を撤回し、廃案にすることを求める。ついで、次の事項について実現を図りたい。
- 一、老人医療費の自己負担額値上げをしないこと。
- 二、国民健康保険への国庫補助率を引き上げ、掛金値上げをしないこと。健康保険、共済など一般労働者の拠出金増につながる加入者按分率の引上げを行わないこと。
- 三、病気を予防するための保健事業を名実ともに充実させること。
- 四、老人医療無料化を始め、地域福祉サービスに対する自治体の独自事業に政府は干渉しないこと。あわせて、実質的後退に結び付く社会福祉への補助率カットを撤回すること。
- 五、国民健康保険の財政を圧迫する引き金となっている退職者医療に国庫負担を導入すること。

第一三八一号 昭和六十一年十一月二十二日受理

老人保健法改悪・国立病院統廃合反対、健保本人十割給付復活等、国民医療の充実に関する請願

請願者 岡山市東古松四ノ六ノ三 西村晴

江 外四十二名

紹介議員 下田 京子君

政府・自民党は、今国会で老人保健法の改悪と、国立病院・療養所の統廃合・移譲に関する法案の成立を企図し、医療制度全面改悪第二ラウンドの突破口にしようとしている。老人保健法の改悪案は、第一に、自己負担を、外来は月千円（現行四百円）に、入院は無期限で一日につき五百円（現行二箇月を限度に一日三百円）に引き上げる。第二に、老人保健への拠出金算定方式を改悪して、国庫負担を削減し、健康保険・共済短期掛金の引上げにより肩代わりさせる、などの内容となつて

- 一、老人保健法等の一部を改正する法律案は、廃案とし、老人医療無料制度を復活すること。
- 二、国立病院等の再編成に伴う特別措置に関する法律案は、廃案とすること。また、国立療養所・群馬長寿園など国立病院・療養所の存続・拡充を行うこと。
- 三、健康保険・共済短期の本人十割給付の復活、国民健康保険への国庫補助を増額し、退職者医療制度に国庫補助を行うこと。

第一三八二号 昭和六十一年十一月二十二日受理

高血圧・脳卒中患者の医療福祉と後遺症者の社会復帰に関する請願

請願者 秋田市中通三ノ六ノ一ノ五八中通

リハビリテーション病院内 渡辺

千早

紹介議員 下田 京子君

東北・北海道では、高血圧・脳卒中が成人病の上位を占めている。幸い、関係者の尽力で、高血圧・脳卒中対策は予防やリハビリテーションを含めて、年々充実してきたところである。しかしながら、一度この病に倒れると、本人はもろく家族を含めて多くの困難を抱えて生きていかなければならないのが実情である。特に療養・リハビリ中の医療・福祉や後遺症者の社会復帰には少なからぬ障害や困難があり、それが高血圧・脳卒中や後遺症に悩む者から希望を奪っているのが実情である。ついで、障害者対策の充実とあわせて高齢

化社会の到来に備える本格的な対策が求められている今日、高血圧・脳卒中患者の医療・福祉と後遺症者の社会復帰について、次の事項について速やかに実現を図りたい。

- 一、身体障害者医療(福祉医療)について国庫負担制度を確立すること。
- 二、老人保健法による訪問指導並びに機能訓練事業への国庫補助制度を確立すること。
- 三、きめ細かい身体障害者雇用対策を進めるため、障害別の雇用率と人数及び未達成企業名を公表すること。
- 四、脳卒中後遺症者の社会復帰、就労範囲の拡大に努めること。

理由

(一)身体障害者の医療費を無料にする福祉医療は、現在、各自治体の負担で行われているが、国の補助制度が確立されていない。そのため、自治体によっては財政難を理由に、削減する動きがあり、また都道府県によって適用範囲が異なり、無料だった者が転居によって自己負担を余儀なくされる場合がある。ついては、少なくとも一、二級の重度障害者については、国庫負担制度を確立していただきたい。(二)現行では、訪問指導や機能訓練は、各市町村の負担が大きくなっているため、これらの事業を全然実施していない市町村も多く、実施している市町村でもスタッフが増員できず、十分な体制になっていない。これらの事業に対する国の補助制度を増額し、更に理学・作業療法士や言語療法士など専門の訓練士も配置して充実した訪問看護や機能訓練が行われるようにしていただきたい。(三)障害者全体の雇用率だけでなく、例えば脳卒中、心臓、腎臓など障害別に雇用率と人数を公表し、きめ細かい実効のある雇用対策を促進するようにし、また、身障者雇用を未達成の大企業については、企業名を公表するようにしていただきたい。特に片麻痺でも可能な労働内容について国が調査研究の機関を設けるとともに、民間企業にも障害に見合った機種開発を進めるよう

援助していただきたい。(特にワープロやパソコンなど、OA機器について片麻痺者向けの機種開発)

第一三八三号 昭和六十一年十一月二十二日受理

理由

老人保健、国民健康保険法の改正案に反対し、国民健康保険制度の改善に関する請願

請願者 静岡市泉町七ノ二ノ八松山ビル

内 島羽朝子 外千七十四名

紹介議員 山中 郁子君

今、円高被害や国民の消費購買力の低下で、中小業者の営業は厳しい状況にある。この中で、中小業者は、長時間の重労働を強いられ、健康破壊も進み、命と暮らしへの不安が高まっている。ところが政府は、国民健康保険財政への国庫補助金を削り自治体財政を圧迫しつつ、地方税法等を改正して国民健康保険料(税)(以下国保料(税))という、の最高限度額を引き上げるなど、国民への負担を一層強化してきた。このため、国保料(税)は大幅に値上げされ、支払のできない人も急増している。これに対し政府は、更に国保料(税)の限度額を引き上げるとともに国保料(税)の滞納者に保険証交付停止や医療給付の一時差止めを実施しようとするなど、医療制度の根本改善を行おうとしている。ついては、国民健康保険制度改悪につながるこれらの措置をやめ、真に国民本位の医療制度を確立するため、次の事項について実現を図りたい。

- 一、国庫補助金を増額し、国民健康保険料(税)の値上げをやめること。
- 二、値上げの最大の原因になっている退職者医療制度の見込み違いによる赤字分は直ちに全額国が負担すること。
- 三、医療制度を崩壊させる国保料(税)滞納者への保険証交付停止、医療給付の一時差止めなどの国民健康保険法の一部改正法案を廃案にすること。

- 四、老人医療の自己負担額引上げなど老人保健法改悪をやめて老人医療を無料化すること。
- 五、健康保険の本人十割給付を復活すること。
- 六、国民健康保険制度を次のとおり改善すること。

- 1 国民健康保険を十割給付とし、傷病手当、出産手当を強制給付にすること。
- 2 国保料(税)、医療費一部負担金の減免基準を公私の扶助を受けている者にまで引き上げること。
- 3 高額医療を入院日からの給付に改善すること。