

第百七回国会 参議院社会労働委員会 會議録第八号

昭和六十一年十二月十六日(火曜日)
午前十時開会

委員の異動

十二月十五日

辞任

久世 公堯君
拔山 映子君

補欠選任

石本 茂君
田淵 哲也君

辞任

松浦 孝治君
田淵 哲也君

補欠選任

小野 清子君
拔山 映子君

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
田代由紀男君
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
小野 清子君
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

国務大臣

厚生 大臣

厚生大臣官房長

厚生大臣官房総務審議官

厚生省健康政策局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

出、衆議院送付)

○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。昨十五日、久世公堯君が委員を辞任され、その補欠として石本茂君が選任されました。

○委員長(佐々木満君) 先般、当委員会が行いました委員派遣につきまして、派遣委員の報告を聴取いたします。岩崎純三君。

○岩崎純三君 老人保健法等の一部を改正する法律案についての仙台における地方公聴会のための委員派遣について御報告申し上げます。

派遣委員は、佐々木委員長、田代、糸久両理事及び宮崎、千葉、高桑、香脱、勝木の各委員と私、岩崎の九名であります。

会議は、十二月十二日午前十時からホテル仙台プラザにおいて開かれ、四名の公述人から一人十五分程度、忌憚のない意見が述べられた後、派遣委員から質疑が行われ、滞りなく議事を終了いたしました。

以下、各公述人の意見の概要について申し上げます。

まず、全国市長会相談役仙台市長石井亨公述人からは、国民健康保険の現状について、国保には構造的に高齢者が多く、老人医療費負担の増高が国保財政を圧迫している一方、低所得者層あるいは所得の安定しない層を数多く抱え、総体的に保険料の負担に乏しいため、被保険者の保険料負担も限界に来ており、保険料収納率も年々低下してきていること、これらの制度上の要因から国保の運営は既に限界に達していること、仙台市にお

いても、昭和六十年度の決算においては、借入金償還も合わせ、二十億六千万円の財源が一般会計から投入されていること、国保財政の悪化は、一般会計の財政運営、地方の行財政全体に極めて重大な影響を与えており、さらにこの状態が続くと、国保制度は崩壊しかねないことなどについて述べられ、こうした国保の現状のためにも改正の趣旨に賛成であることが述べられました。特に、加入者按分率の改定については、保険制度間の負担と給付の公平化のために制度的、財政的仕組みの整備が必要であるという観点からも按分率一〇〇%の早期達成をお願いしたいこと、一部負担の改正については、世代間の負担の公平等の観点に立つと、今回の改正程度の負担はやむを得ないのではないかと考えていること、中間施設の整備については、高齢化社会に向けて住民ニーズが十分反映されたものとなるよう期待すること、国民健康保険料については、今後とも、収納率の向上のために努力を続けていくが、悪質滞納者対策はぜひとも講じてほしいなどの意見が述べられました。

次に、塩竈市立病院医療福祉科医療ソーシャルワーカー山本邦男公述人からは、反対の立場から、老人保健施設に重点を置いて、医療機関からの退院患者に対する地域での受け皿としての保健事業、中でも訪問指導、機能訓練事業の実施に大幅なおくれがある状況のもとでの老人保健施設の創設は、老人保健事業のおくれによって生ずる老人の社会的入院を迫認し、合理化することによって、現行の事業のおくれを補い、老人保健事業の充実課題が覆い隠される危険があること、また、現在示されている老人保健施設の運営、スタッフの配置基準では老人の多様なニーズにこたえられないばかりか、寝たきり老人をつくり出しかねないこと、地域の実情に応じ、地域に患者や家族を

本日の会議に付した案件
○派遣委員の報告
○老人保健法等の一部を改正する法律案(内閣提

支える社会システム、ネットワークを確立することこそ緊急の課題であり、そのためには自治体及び公的機関の役割を重視すべきこと、老人保健法の目的の効果を上げるためには、地域中核病院及び保健所を中心に地域医師会と連携しつつ、保健医療システムの整備や在宅患者に対する訪問サービス、機能訓練実施の積極的対応がなされる必要があること、財政面での効率化が最優先されるだけでは目的を見失う危険があることなどの意見が述べられました。

次に、岩手県国民健康保険団体連合会専務理事小原重雄公述人からは、国保事業に關係している者として、法案の趣旨に賛成の立場から、現在国民健康保険の財政は、ここ数年の老人医療費の重圧により制度発足以来最大の危機に瀕していること、その原因は、各保険者間の老人加入率の格差による医療費負担の不均衡であり、国保財政の窮状にかんがみ、法の理念である公平負担の原則のために、一〇〇%の早期実現をお願いしたいこと、老人保健施設創設については、特別養護老人ホームの収容能力の限度、社会的入院の現状から、趣旨に賛意を表していること、一部負担改正については、今後の老人医療費の増高や世代間の負担の公平という見地からすれば、この程度の負担はやむを得ないのではないかと考えていること、国民健康保険税の滞納者に対する措置については、国保財政健全化の見地から必要と思うことなどの意見が述べられました。

最後に、宮城県医師会長沖津貞夫公述人からは、一部負担金の増額については、老人の平均所得や老齢福祉年金の額、老人の有病率、受診率等から見て負担が大きく、また受診抑制となることから反対であること、特に、入院一日五百円、期限なしという急激な負担増は容認しがたいこと、加入者按分率一〇〇%については、国民全体としての負担の公平化という見地から賛成であること、老人保健施設については、医療法で正しく位置づけるべきであること、施設療養費は、中央社会保険医療協議会に諮って出来高払いとすべきこと

と、施設管理者は医師であるべきこと、老人保健施設のベッド数を地域医療計画で定める病床数に算入することは、他の一般病院、老人病棟の病床数と比べ不公平であること、老人保健審議会の権限の拡大に伴い、委員の構成について、現在二名の医療担当者、少なくとも半分以上で増員すべきことなどの意見が述べられました。

以上の意見が述べられた後、派遣委員から、国保保険料収率低下の現状と対策、老人保健事業推進に当たっての具体的施策、医療関係者の資格制度確立、老人保健施設に要請される地域のニーズ、老人保健施設の医療法における位置づけ、老人保健施設療養費の定額制、老人保健施設における自己負担、国民健康保険制度の抜本的見直しなどの質疑が行われました。

以上で地方公聴会についての報告を終わります。が、詳細につきましては、別途文書をもって委員長に提出いたしますので、本日の会議録に掲載されるよう取り計らい願いたいと存じます。

○委員長(佐々木満君) 以上で派遣委員の報告は終了いたしました。

なお、岩崎君の報告中御要望のありました報告書につきましては、本日の会議録の末尾に掲載することといたしたいと存じますが、御異議ございませんか。

〔異議なしと呼ぶ者あり〕

○委員長(佐々木満君) 御異議ないと認め、さよう取り計らいます。

○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し、質疑を行います。

質疑のある方は順次御発言をお願いします。

○千葉景子君 それでは、老人保健法案について質問をさせていただきます。

老人問題というのは、高齢化社会に向かう中で国民の一部の者だけの問題ではなく、押しなべて老年を迎える国民全体の問題でございます。そういう意味で国民の多くが将来を危惧している、それが現状ではないかと思ひます。

昭和六十一年一月の総理府の世論調査によりまして、自分の老後に不安を感じている者は全体の四五・四%、特に働き盛りの四十歳代では五〇%以上が老後の健康や経済、介護等について不安を抱いていると言われております。しかし、国の高齢者対策を拝見いたしますと、もっぱら財政上の理由によって福祉見直し論が考えられているように思われます。国が社会保障に果たすべき責務を家庭や地方自治に転嫁させようとしているのではないかと、こういうことが危惧されるところでございます。

しかし、本来、老後は一人一人が地域の中で、できれば家族との関係などをスムーズに保つ中で暮らしていただきたい、こういうのもすべての者の願いでありますし、またそうなりますと、できるだけ病弱にかからないような予防やリハビリの整備なども必要な対策ではないかと思ひます。また、老人になつてまいりますと、いわば病弱とともに生きていくということが現状じゃないかと思ひます。けれども、これからの予想といたしまして、将来に向けて厚生大臣としてこういう老人問題、とりわけ老人福祉についてどういう観点で施策を進められていくか。外国などでは在宅サービスなどが主流を占めているという時代でございますので、その辺を含めて御見解をお示しいただきたいと思ひます。

○国務大臣(斎藤十朗君) 本格的な長寿社会を迎え、我々人類が念願でありました長寿を達成しようとしておられますが、同時にそれは、健康で健やかな明らかな長寿を全うしていかねければ何にもならないわけでございます。そのために、今御指摘のように、大変厳しい財政事情の中ではありますけれども、優先的に予算等を配分し、そして明らかな老後が送れるような社会保障水準

を低下させない努力を積み上げてまいらなければならぬというふうに考えております。

また、御指摘の要介護老人等につきましては、いろいろな事情でやむを得ず施設に入所せねばならないお年寄りに対して、その施設をなお一層充実拡充をいたしてまいりたいことは必要であります。また、ただいま御指摘をいただきましたように、基本的にはお年寄りが老後も住みなれた地域で生活をされるというための在宅福祉サービスというものに重点を置いてまいらなければならぬと考えております。そのために、これまでやってまいりましたが、家庭奉仕員とか、またデイサービスとかショートステイとか、保健婦の訪問指導とかいうような事項について一層拡充をいたしてまいりたい、こんなふうに考えておるところでございます。

○千葉景子君 今、厚生大臣から御見解をお伺いいたしました。今回法案の中に示されております老人保健施設、これもこのような基本的理念のもとに多分設置されようとしているのだと思ひますけれども、そうなりますと、内容を見たところいろいろの問題点があるかと思ひますので、きょうは老人保健施設を中心にして質問をさせていただきます。

まず、さきに私の方にいただきました厚生省の「要介護老人数等の見直し」、これによりまして、六十一年度六十万人が七十五年度には百万人程度になる、こういう数字が示されております。これは、現在の発生率五%程度のままを基本にして推計されておりますけれども、しかし、予防やリハビリの整備、医療内容の適正化を徹底するなどのことによつて、この発生率というのを引き下げることが必要ではないかと思ひます。これは発生率を現状のままと仮定して、老人保健事業やリハビリの充実の効果というのを見込まずに見通しを立てていらっしゃるのかどうか、その辺についてお答えをいただきたいと思ひます。

○政府委員(黒木武弘君) 御指摘いただきましたように、要介護老人数の現状は六十万人程度、そ

れから七十五年度で百万人程度になるというの
は、私どももそのように見込んでおるわけでござ
います。

この見込み方でございますけれども、一つ、私
どもは、御指摘のように、今後老人保健事業を中
心として、特に脳卒中その他循環器障害を持つ方
の発生率を抑えていく、あるいはリハビリを強化
するというところで寝たきり老人の発生率をこれか
らも下げる努力を続けていくということが前提で
ございます。しかし、反面、これからの人口の高
齢化に伴いまして、いわゆるオールド・オールド
と申しますか、八十歳、九十歳という方もこれか
らますますふえてくるであろう。そういうことの
プラス・マイナスをいろいろ勘案いたしまして、
確かに難しい推定でございますけれども、一応現
在程度の五〇％の発生率、減らす努力はするけれ
ども、またふえる要因もあるということで、現在の
発生率程度で七十五年度を見込むことが現時点で
は適当ではなからうかということ、百万人とい
うふうに見込んでおるわけでございます。

○千葉景子君 この見通しによりまして、在宅の
要介護老人は六十一年度で二十三万人、要介護老
人のうちという趣旨で三八％、これが七十五年度
にはほぼ三十三から三十七万人ということ、三
六％前後と、わずかですけれどもむしろ要介護老
人の中で在宅の占める割合が減ってくるような傾
向にあるんです。そうなりますと、施設福祉から
在宅福祉へという理念、厚生省でも目指してい
らっしゃる理念と相反するのではないだろうか。む
しろ要介護老人の中で見れば施設収容よりも在宅
の方がふえていく、そういう方向に行かなければ
いけないのではないだろうかと思ふんですけれ
ども、この辺の見通しについてはいかがでしょう
か。

○政府委員(黒木武弘君) 在宅サービスの対象者
のシニアの方でございますけれども、六十一
年度は、六十万人のうち二十二、三万人という
ことで在宅サービスの対象者のシニアがあるわけ
でございます。これを七十五年度におきましては

三十三ないし三十七万人程度と見込んでおります
けれども、基本的には在宅サービスの対象者のシ
ニアは変わらないという大胆な推定をいたしてい
るわけであります。

これは、一つには、これから在宅サービスの対
象者に力を入れていくことはそのとおりで
ございまして、今回の老人保健施設も、入院治療
の終わった方をこの中間施設でリハビリその他を
施しまして、行く行くは在宅の形で地域社会なり
家庭で老後を暮らしていただきたい、こういうこ
とから、社会局関係の在宅サービス、それから中
間施設の機能としても在宅サービスに私どもがウ
ェイトを置いていることは事実でございますけれ
ども、現時点で六十万人の中の二十二、三万人
というシニアが、また反面、これは特養の待機患
者が相当おられる、あるいは社会的入院という形
の方がおられるというようなこと等々から見ます
と、現時点の在宅サービスの対象者というものが
やはり国民のニーズからいってまだまだ少な目の
ではなからうかという要素もありまして、これも
プラス・マイナスになりますけれども、在宅に力
を入れていくということ、やはり現時点でもこ
れから施設に入りたいという希望の方が相当お
られる、こういうことも勘案いたしまして、このシ
ニアというの非常に大胆な推計でございますけ
れども、七十五年度におきまして、現時点で在宅
でおられる要介護老人の方をそのシニアで伸ばす
ことが一つの判断として適当な見込みの仕方では
なからうかということ、私どもは七十五年度時
点で三十三ないし三十七万人程度を在宅のサービ
スの対象者ということで見込ましていただいて
おるということでございます。

○千葉景子君 今お話を伺いしておりますと、
将来にわたってのかなり大胆な、何といいま
すか、見通しであるということでございます。ま
た、七十五年度の数字を見ましても、三十三から
三十七万程度とかなり幅広くなっていらっしゃる
わけですが、この辺は今後の在宅サービスの
充実、こういう中でこの見通しをさらに在宅中

心の見通しに毎年考え直していく、こういうよう
なことは考えられますか。

○政府委員(黒木武弘君) 私どもの七十五年時点
の推計は見通しでございます。御指摘のよう
に、国民のニーズなり、あるいは私どもの在宅福
祉サービスのこれからの強化の方向等々の兼ね合
いを見ながら、私どもは当然その国民のニーズ、
それから私どもの施策の用意等々を見ながら七十
五年の数字というものを直す、そういう努力を
続けながら、やはり要介護老人にそれぞれがふさ
わしいサービスを施していくようにしていきたい
というふうに考えます。

○千葉景子君 この問題につきましては、今後も
老人福祉問題は続いていくわけですので、その都
度、厚生省の方からも見直しなどについての新た
な展開といえますか、そういうものをぜひ期待し
たいというふうに思います。さもないと、せつ
かに在宅を中心に、目標にいたしまして、現状維
持ということにもなりかねませんので、ぜひこの
点については委員会開催の都度などにもまた御見
解をお聞きしていきたいというふうに思っており
ます。

ところで、現在の老人に対しては幾つかの施設
がございます。老人病院、特養、そして今回、老
人保健施設というものが新たに追加されようとし
ておりますけれども、この三つについて入所対象
者の状態を制度的に、こういう場合にはここに該
当する、こういう場合にはこちらに該当するとい
うようなことを明確に区分をしていただければ
しょうか。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健施設の対象者
を中心にとりう状態の方がそれぞれの施設に入
るのかと、こういうお尋ねだと思います。
私どもは、端的に申し上げて、病院の対象者と
いうのはもとより入院して治療を必要とする人、
ある病気を治すために入られるわけでございます
から、例えば脳卒中が起ったと、当然病院でござ
いまして、そこで急性期の治療が施され、そし
て何と申しますか、回復期に至るまでの間のいろ

んな恐らく治療が行われるわけでございますけれ
ども、そういう治療が終わった方で、さらに家庭
復帰までの間においてリハビリあるいは医療のケ
アあるいは生活のお世話を必要とされる老人がお
られるわけでございまして、そういう方々をこの
老人保健施設で受けとめるということでございます。
特別養護老人ホームは少し色合いが違いますが
ございまして、寝たきり老人等で家庭で介護困
難な方を受け入れるわけでございますから、家庭
がわりの機能を発揮するというところでございま
す。

したがって、病院は治療を必要とする程度
の病院を持った寝たきり老人がこの対象、それ
から老人保健施設は病弱な老人と言ったらいの
でしようか、先ほど言いましたように、一応治療
を終えたけれども引き続きリハビリテーションを
必要とするような老人が中心でございますが、さ
らに申し上げますと、例えば骨折によりまして家
庭で寝たきり状態で療養しておられた老人の方が
いろんな病気、持病等が悪化しまして、家庭で療
養が難しくなったというふうな方もより対象
になるわけでございます。

したがって、この老人保健施設は病弱持
ちの老人といえますか、病弱な老人と私は説明さ
していただいているわけですが、この方が対
象になる。それから、特養は家庭がわりでござい
ますから、病気あるいは入院治療を必要とする程
度の病気でない方で、かつ家庭で介護ができない
方を家庭がわりにしてあげる施設だというふう
に御理解をいただきたいと思います。

○千葉景子君 一応、形式的にはそういう御説明
である程度理解はできるんですけども、実際の
現状を見ておきますと、必ずしも入院治療が必要
な方が老人病院にお入りになっているとは限らな
いようでありまして、またそれから、本来家庭介
護では困難だという方でも特養に入らずに別な施
設に入っている方々もいらっしゃるなど、老人とか
家族などにとっては必ずしもこれがはっきりした
区別の上に収容されていないという現状があると

思います。その上に、今回また老人保健施設という新しい制度が加わることになりまして、家族や本人にとっては、一体自分はどこに行ってしまうんだらうという不安なども大変出てくるかと思えます。むしろ、これまでの制度の充実、そしてその辺を明確にする、こういうことが先決ではないだらうかというふうに思いますけれども、その辺の問題点はいかがでしょうか。

○政府委員(黒木武弘君) 私どももいたしましたは、病院の体系、特養の体系以外に、ぜひ中間施設のタイプでございます老人保健施設をやはり要介護老人の処遇体系の中に組み入れたいということとでございます。これは社会保障制度審議会等からも御意見が出されておりますけれども、やはり要介護老人のニーズあるいはそれを持たれる家庭のニーズというのは、医療だけのニーズあるいは生活のお世話だけのニーズではなくて、その両方あわせ持ったサービスを受けるという、そういうニーズが非常に高く出ているのではないかということとでございます。高齢化社会の先進国であります諸外国にはナッシングホームとかハーフウェイハウスとか既にあるわけでございますけれども、私どものやはり要介護老人等の処遇なりサービス体系として、医療それから福祉的な機能を持った施設と、その両機能をあわせ持った中間施設がぜひとも必要だという認識なり考え方から今回お願いをしておるわけでございますから、病院の充実あるいは特養の充実だけでは要介護老人の処遇はこれからの高齢化社会にとっては不十分であるというふうに考えて、今回御提案を申し上げているわけでございます。

○千葉景子君 どうもこの三者の関係が明確にならないんですけども、懇談会報告などでは、入院治療を要しない程度ということで老人保健施設、これを考えているようですけれども、その程度の軽い医療ニーズということになれば、むしろこれまでの介護施設について医療を充実させるといふようなことの解決も可能ではないかと思えます。また、入院を要する医療ニーズならば、これ

も医療の部分で対応されればよいわけですので、安易にこの医療ニーズと生活ニーズというものを結合して新しい施設をつくるということとは、これまでの介護サービスの充実などの必要性、こういう政策を解決しないままに、むしろ現状を固定化するような一面を持つのではないかという気がいたしますけれども、そのような危険性というのはないでしょうか。

○政府委員（黒木武弘君） 医療ニーズと生活ニーズをあわせ持つ、そういう方がふえてくるということから、私どもは、先ほど申しましたように中間施設がぜひ必要だというふうに考えておりますけれども、御指摘のように、在宅なりあるいは生活ニーズを満たすような福祉サイドの施設の充実ということの解決がなされない、そういう施策の方向というものが示されないままに、さらに第三のと申しますか施設をつくることは問題だというような御指摘でございますけれども、私どもやはりこれから高齢化社会、世界に類を見ないスピードで我が国に高齢化の波が押し寄せてくるわけでございますけれども、したがって、そういう意味では、いろいろな施策体系を御指摘のように検討して進めていくという方法もあるでしょうけれども、一つのまた逆の考え方として、そういうニーズ、両方のニーズをあわせ持つ老人の方もふえているというこの現実に着目いたしまして、やはりこの種の施設を用意してあげるのが非常に緊急を要する政策課題ではないかというように考えておるわけであります。

別途 私どもの社会福祉サービスの体系では、在宅型を中心とした施策を大いに伸ばそうといったしておるわけでございますから、それはそれで伸ばしながら、この中間施設もあわせはめ込んだ形で、これからの高齢化社会を乗り切っていくかなきゃならないのではないかとというのが私どもの考え方でございます。

○千葉葉子君　　そういう現在のニーズにこたえていこうという御見解のようですけれども、そうなりますと、試算として示されているスタッフなど

の面で十分であるかどうか、大変疑問視されるところがございます。スタッフの中で要介護老人の生活を本当に充足することができるか、百人規模の施設で看護婦が七から十人程度と、これは老人病院の十七名に比べてかなり少ない数になっております。また、介護職員につきましては老人保健施設では十五から十八人程度ということで、これは逆に特別養護老人ホームの二十二人と、これからするとこれも大分少ないと、こういう数になっておりますけれども、こういうスタッフで十分に生活ニーズあるいは医療ニーズにこたえることができるものかどうか、その辺、大変疑問に思われますけれども、いかがでしょうか。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健施設のスタッフの問題でございますけれども、確かに看護婦を病院と比べれば少ない、あるいは介護職員を特養に比べれば少ないという御指摘になるわけでございますけれども、私どもとしてはやはりそういう観点ではなくて、この老人保健施設が例えば医療面では特養に比べてどうであらうかということを考えますと、医師については特養は非常勤のお医者さんでいいわけでございますけれども、必ず常勤のお医者さんを置くように考えておりますし、看護婦につきましては特養ホームに比べまして、看護婦さんが特養は三人であるものに對しましてこの老人保健施設は七ないし十人程度と、こういうことでございますから、医療機能の特養と比較いたしますと、お医者さんも看護婦も私どもは格段に手厚いスタッフになっているのではないかなという考え方でございます。

今度はお世話する介護職員をどうかと比較します場合に、これは病院の方と例えば比較してみますと、病院の方が十三人の介護職員に対して私どもは十五ないし十八人と、こういうことでございまして、さらにOT、PTなり、あるいは相談指導員なり等々の生活面の職員等も配置するというふうなことで、中間施設でございますからどっちと比較するかによっていろいろな御意見は出るでしょうけれども、医療面については特養より

も手厚くなっている。

それから、生活のお世話、介護面等を含めまして、老人病院と比べると手厚いスタッフの形になっているというところでございますので、物は見方でございますけれども、そういう意味で、私どもはこの対象に考えております要介護老人の寝たきりの処遇にふさわしい体制にスタッフを考えておるわけでございますけれども、さらに今後モデル実施の状況あるいは関係専門家の御意見を聞きながら、この辺の人数あるいは職種等は固めていき、要介護老人にふさわしい万全の人的スタッフをそろえていきたいというふうに考えております。

○千葉景子君　今のお話ですと、どうも何か両方の中間をとって中間施設と言うんだが、中間というような感じもしないわけでもないわけです。現状の老人病院あるいは特養などでも今の数字が必ずしも最善の数ではないわけですから、それを前提に片方でもこうだ、片方よりも多いという考え方はどうも大変安易に過ぎるのではないかと。本来の中間施設というものを考えるのであれば、それに適したスタッフなり、それを独自にやっぱり考えられなければならないというふうに思います。

また、とりわけ治療が終わった御老人というのを中心とするのであれば、リハビリなどについてかなりの充実が必要ではないかというふうに思いますが、けれども、本施設についてPT、OT等の職員配置ですね、これは考えられてはいるようですけれども、必ずしも必須なものというふうに位置づけられているわけではないようでございますけれども、この辺のリハビリの充実、こういうところについてはどんなふうにお考えなのか、御見解をお示しいただきたいと思います。

○政府委員（黒木武弘君） 老人保健施設のリハビリ機能でございますけれども、御指摘のように、最もこの施設で重要な機能だと私どもも考えておりまして、したがってOT、PTの方については、私どもは原則的にどの施設にも配置をして

いたでくという考え方でございます。
○千葉景子君　そうしますと、リハビリについての訓練のための要員というのは必置といいますが、必ず置くというふうに考えてよろしいわけですか。

○政府委員(黒木武弘君)　結構でございます。

○千葉景子君　それじゃ、ぜひその点は明確に置くということを明示して今後進めていただきたいというふうに思います。

また、衆議院の方の審議の中で、保健施設の要員としては、全体で三十五から四十名ということが適切であるという厚生省からのお答えをいただいているようにも思いますが、医師、看護婦、介護職員、最大の数値をとりましても三十名弱の数にしかありません。そうしますと、その残りの要員といえますのは一体どういう方々が含まれるかと考えてよろしいでしょうか。

○政府委員(黒木武弘君)　百人の施設での人員の配置として、先般三十五ないし四十人というふうにお答えいたしましたと思えますけれども、私どもの現時点で考えております職種及び人数を申し上げますと、医師が一人、看護婦が七ないし十人、介護職員が十五ないし十八人、OT、PTが一人、相談指導員が一人、薬剤師一人、精神科医一人、栄養士一人。この薬剤師、精神科医、栄養士というのは、非常勤ということも検討の今課題となっておりますが、そのほか事務職員が三人、調理人が三人と、こういうことで先ほどのような数字でお答えをいたしているわけでございます。

○千葉景子君　先ほどこの施設でリハビリなどかなり重要なポイントになるということでございまして、今この数字でいきますとどうもOT、PT一応一人というように考え方に立っておられるように思いますが、この辺、これで十分なやつぱり施設運営といえますか、療養あるいは社会復帰、こういうものに向けてのサービスができるものかどうか、さらにこれを充実させていくという方向には考えられないでしょうか。

○政府委員(黒木武弘君)　専門的なリハビリはO

T、PTの方が一人おられまして、あとお医者さんなり看護婦さんなり介護職員の方とチームワークを組みながらリハビリを展開していくということに相なるかと思っております。そのほか、もとより生活指導的なリハビリも大事でございまして、家庭に帰られた場合の日常的な訓練も必要でございまして。あわせて、相談指導員の方等がレクリエーションその他もろもろのこの施設におきまなすスケジュールと申しますか、行事等を組み込みながら、やはり医学的なリハビリあるいは社会的なリハビリあるいは日常生活訓練といったようなものも含めまして、私どもは重要な機能としてこの老人保健施設が社会復帰の機能を果たせるように、これから考えてまいりたいと思っております。

○千葉景子君　先ほど老人病院との関係をお聞きしたんですけれども、ここで言うリハビリ、また老人病院は入院が必要な治療ということになります。治療の中には当然リハビリというのが入ってくるかと思えますけれども、この保健施設で行われるリハビリというのは、一体どの程度のことを考えていらっしゃるのか。老人病院でもある程度のところまでの機能訓練などはやはりなされると思うんですけれども、どうもこのスタッフでいきますと軽易なといえますか、本場に日常の運動訓練ぐらいなものしか予想できないんですけれども、この辺の区別はいかがでしょうか。

○政府委員(黒木武弘君)　病院のリハビリとこの施設のリハビリの関係でございまして、病院は急性期の治療が終わると、後、当然のことながらリハビリが行われると思えます。主として残存機能をどういうふうな維持回復するかといったような点から、医学的なサイドに立ったりリハビリが展開されるわけでございます。そういうことで、一応病気の治療が終わる、そしてできるだけその患者が持つておられる残存機能を申しますか、身体的な機能を維持した段階で、それから回復期あるいは慢性期の病気のケアが始まると思えますけれども、私どもはやはりこの段階においては老

人保健施設におきますリハビリテーションとして、社会復帰のためのリハビリとして、家庭に帰られた場合にいろんな日常動作を含めました機能が発揮されて、地域及び家庭で、何と申しますか、生活ができるような観点に立ったりリハビリをして差し上げると、こういうことになるのではないかと考えています。

○千葉景子君　今までお聞きしている内容から見ますと、やはりどうもむしろこれまでの介護体制あるいは今後の在宅サービスあるいは派遣サービス、そういうものを充実させていくことによつて解決すべき問題ではないかという気がいたしますけれども、これについては意見の相違になりますので、これ以上質問はいたしません。ぜひ社会内で、在宅サービスなどの充実によつて効果を上げられるような方向で考えていただきたいというふうに思います。

ところで、老人保健施設が今お答えいただいたような施設であるとすれば、できるだけ住まいの近くといえますか、また家庭に復帰しても社会生活がうまくできるような、そういう観点で施設が考えられなければならないだろうというふうに思っています。そうなりますと、例えば小学校の区に一つぐらい考えるとか、あるいはデイサービスなどを考えるとか、また派遣制度をその保健施設を中心に拡充する、こういうようなものが大変重要になってくるだろうというふうに思えますけれども、この中間施設の範囲あるいはデイサービス、看護者派遣制度の拡充、こういうものなどについてどういう方向性を持っていらっしゃるでしょうか。

○政府委員(黒木武弘君)　老人保健施設の在宅サービスの関係でございまして、私どももこの施設が在宅支援的な機能を発揮することは非常に重要だというふうに考えておりまして、したがって、できるだけ身近なところに設置されることもまた望ましいだろうというふうに考えております。ただ、この施設におきます在宅サービス、デイ

サービス等の考え方でございますけれども、基本的には地域におられるお年寄りの在宅サービスあるいはデイサービスというものは、やはり一般的な福祉行政として、住民に対する市町村の行政として在宅サービスが展開されるのが適当であらうというふうに考えておりますけれども、この施設もそれを補完するといえますか、あわせて充実するという意味で、ショートステイとかあるいはデイケアとか、そういう形で住民の方に対する在宅サービスを展開していくという考え方でござい

ます。くだいようでございまして、基本的な在宅サービスの姿勢は、やはり福祉サイドが一般住民サービスとして行われる。しかし、この老人保健施設におきましても、在宅支援というサービスというものは非常に重視をいたしております。この施設でもショートステイなりあるいはデイサービスという形で展開できるようにいたしたいというのが私どもの考え方でございます。

○千葉景子君　今ちょっとお聞きした中で明確なお答えはいただけなかったのですけれども、中間施設の設置の範囲です、どのくらいの人数なりどのくらいの区域の中に一つといえますか、そういう設置の範囲、それについてはいかがでしょうか。どの程度のものを今後考えられていらっしゃるのか。

○政府委員(黒木武弘君)　先ほどお答えいたしましたように、この施設については七五年を目途に二十六、三十万床程度の整備を図るというふうに考えているわけでございますけれども、まだ具体的に規模別あるいは地域別にその整備計画の当てはめをやっているわけではございません。しかし、私どもとしても、やはり再三これは国会の審議でも御指摘を受けているわけでありまして、施設の規模についても小規模施設と申しますか、小さい規模の施設でも認めるべきであるという御意見もあるわけでございます。その辺もこれから十分検討をしていかなきゃいけないと思っております。

いずれにしても、私どもは施設の規模につきま
しては、開設者なり地域の事情に応じて、大規模
のところが必要などころ、あるいは中、あるいは
小規模というような、地域地域でやはり規模別の
ニーズも違うだろうというようなことを考えてお
りますから、要は地域の事情に合った施設規模と
して、それぞれの地域でそういう状況を踏まえな
がら開設者が判断をしいてもらいたいものにと
考えております。

なお、私どもとしても融資の制度とか補助金の
制度も考えておりますので、その辺も念頭に置き
ながら、適正な規模のものが適切に配置されるよ
ういろいろ指導をしいてまいりたいというふうに考
えておる次第でございます。

○千葉景子君 今、地域の事情に応じてある程度
は大規模のものもあれば小規模のものもあるとい
うようなことですけれども、その地域の事情など
はもう現在でも調査を開始されているというか、
ある程度厚生省の方でも、こういう地域にはこ
ういうものが最適ではないかというようなことは検
討はされていらつしやるわけですか。

○政府委員(黒木武弘君) 七十五年目途の二十
六、三十万床ということで、毎年毎年二万床程度
平均になりますか、整備をしていくことになるわ
けでございますけれども、まだ残念ながら、どう
いう地域にはどの程度のものを何カ所というこ
ろまでは実は私どもの作業は進んでおりません。
仮に一カ所五十床という場合で平均して申し上げ
ますと、先ほどの二十六ないし三十万床というの
は、一カ所が五十床平均で老人保健施設ができま
すという仮定をしますと、五千二百ないし六千カ
所が全国に配置されるということでございまし
て、五千ないし六千の老人保健施設をどういうふ
うに地域地域に配してふさわしいものにしていく
かということ、これから真剣に考えながら、適
切な指導をしながら、適正な普及を図ってまいり
たいというふうに考えます。

○千葉景子君 実情を知らずして方策を立てると
いうのはいかにも机上の議論のようなところが

ございまして、ぜひ実情をよく調査をされた上
で、もう一度検討を重ねていただく、あるいは再
検討していただくというような柔軟な姿勢をお持
ちいただきたいというふうに思います。

ところで、これは簡単に結構でございますけれ
ども、現在痴呆性の老人といいますが、病気に
かかっている老人の問題もかなり大きな問題にな
っているかと思ひます。これについては、現在かな
りの数が精神病院などにも収容されていたり、あ
るいは十分な治療も施されないままに放置され
ているという状態もあるようでございすけれど
も、今後この保健施設などでもこういう痴呆性の
老人問題あるいは老人をある程度収容していく方
向にあるのか、あるいは現在精神病院などに収容
されているような御老人に対してどういう考えを
お持ちなのか、その辺をちょっとお聞かせいた
だきたいと思ひます。

○政府委員(仲村英一君) 痴呆性老人でござい
ますが、私ども現在推計しております数字は、在宅
の方が約五十五万人、それから特別養護老人ホー
ムに約四万人程度、それから精神病院に三万人と
いうふうな推計をしております。精神病院に入っ
ておられる方は、異常行動が著しい場合でござ
いまして、行動制限でございすとか、いわゆる専
門的な治療が必要な方はこちらへ入っていただく
というところでございすし、異常行動がそれほど
著しくない場合で常時介護の必要な方については
特別養護老人ホーム、あるいは老人保健施設で
は、先ほどもいろいろございましてように看護、
介護サービスが必要な身体症状を持つ方で医療の
ケアも必要な方ということの振り分けになろうか
と思ひます。

○千葉景子君 精神病院に入っている方、特養に
入っている方、さまざまいらつしやるようでござ
いますけれども、これも老人保健施設で対応する
となると、やはりスタッフの点で、痴呆性の場合
にはかなり問題になるのではないかと、どういう
ふうに思ひます。また、現在の精神病院の状態を見
ても、本来入るべきでない方が入っているという

うな現状もあるかと思ひますので、この辺十分調
査され、やはりこれに対応できるような施策をせ
ひとつていただきたというふうな思ひます。こ
の数字などの調査についてもまだ十分なされてい
ないようでございますので、これからの課題とし
て取り組みを続けていただきたというふうに思
ひます。

ところで、今回モデルケースというのを実施さ
れて、その中で今後の老人保健施設について検討
を加えられていくということとすけれども、こ
のモデルケースについて具体的にどんなものを考
えられているか、お答えをいただきたと思ひま
す。

○政府委員(黒木武弘君) モデルの実施でござ
いますけれども、私どもは法律をお認めいただけれ
ば直ちにこの実施に入りたいというふうに考えて
おります。

このやり方でございすけれども、本格実施に
備えまして、病院あるいは特養併設の設置タイプ
別、あるいは地域別等の種々の条件別に試行的に
実施したいというふうな考えておるわけでござ
いまして、一応十カ所程度予算に計上していただ
いておりますけれども、この予算の中で私どもは
選定に当たりましては、先ほども言いましたよう
に、設置タイプ別あるいは地域別等のほかには
り小規模のもの、三十床程度が適当かなと思つて
おりますが、そういう規模あるいはショートステ
イなりデイケアという通所サービスも行う施設、
そういうものもモデル実験の中でいろいろのタイ
プなりあるいは機能なり、そういうものを組み合
わせながら実験をしていきたというふうに考
えております。

○千葉景子君 このモデル実施については、具
体的に例えはこういう地域で実施していこうとか、
そういう具体案などは検討されていらつしやるわ
けでしようか。

○政府委員(黒木武弘君) 法律の成立を待つて実
施に入りたいというふうに考えておりますので、
今いろいろと内々では検討なり調査なりその他統

けておりますけれども、しかし、私どもは現時点
でこの地域にこのモデルをお願いするというこ
とは、まだ現段階では申し上げかねるわけでござ
います。

○千葉景子君 このモデルケース実施に当た
て、例えばさまざまな分野の方の意見を聞く
とか、現場で働いている方、専門家の意見を聞く
とか、そういう機会が設けられる予定がございすか。

○政府委員(黒木武弘君) もちろんモデルをや
つてもらうわけでございすから、その実施過程に
おいて、あるいは終了の段階において、そこでの
問題点なりいろいろな御意見があるかと思ひます
から、そういうものは全部お聞かせ願おうと思つ
ております。さらに、そういう声をこれから検討願
います審議会にもお諮りをして、適正なものに
していきたいというふうに考えております。

○千葉景子君 さらに、モデル実施を踏まえて本
格的な保健施設の実施というところになるかと思
ひますけれども、その際に、多くの国民にモデル実
施の結果とかそれから内容、今後の方針、こうい
うものを国民に広く知らせる機会、こういうもの
はぜひ設けていただきたと思ひますけれども、
その辺はいかがでしようか。

○国務大臣(斎藤十朗君) 今、老人保健施設の各
論にわたつていろいろ御質疑がございしました。私
どもとして考えております基本的な部分について
答弁をさせていただきますところでございますが、
こういふ基本的な考え方をもとに法律
を成立さしていただきましたならば、モデル事業
を実施し、そしていろいろな御意見を踏まえ、こ
れをまた老人保健審議会等で具体的に御協議を
いただきたして、具体的な基準や内容等について御
決定をいただくわけでございす。

そういう際に、国民的にこれを何といひましょ
うか、発表していくかどうかというお話でござ
います。その場といたしましてはやはり国会とい
うことになろうかと思ひますが、議員の先生方か
らの御質問があったり、また委員会での御要請が
あったり、国会の御要請があれば、当然それは御

報告申し上げるべきものであるというふうに考えております。

○千葉景子君 ぜひ今後、多くの国民の注目している問題でございますので、国会などへの報告なども含めてそれは検討をしていただきたいというふうに思います。

ところで、老人保健施設の場合について、ちょっと細かい点でございますけれども、保険給付の方式、これについてはどのようになっているか、ございませうか。ちょっとお答えをいただきたいと思ひます。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健施設を利用された方に対する保険の給付でございますけれども、施設療養費ということで、本人に対する一種の家族——健保にも家族療養費というのがございますけれども、現金給付の考え方に似せて制度はつくっておりますけれども、これを老人保健施設側が代理受領できる、つまりその費用については支払基金から直接その施設療養費を病院がかわって代理受領するというこの制度にいたしましたので、国会にその制度を今御提案をしようというところでございまして、御理解をいただきたいと思ひます。

○千葉景子君 老人保健施設の療養費というのが、現物支給ではなくて療養費の支給ということであるけれども、この煩わしさといふますか、事実上現物給付と同じような形態になるということでございます。

そうなりますと、これは同じ療養費の支給でも、例えば非基準看護病院で付添看護を置いた場合とか、それから柔道整復師会に所属しない施設所で治療を受けた場合とか、あるいは高額療養費の支給など、同じ施設なり性質のもので、患者が一たん療養を受けて療養費の支給を受けるというふうな煩わしい手続をしなければいけないものが幾つかございまして、これまでの制度の中でも、こういうものについて、老人保健施設でも、実際は療養費の支給だけれども現物支給と同じような形態がとれているわけですから、ほかのものでも

ぜひ患者の負担というのを減らす意味で、現物給付的な支払い方法をとっていただけないものかどううか。この辺の検討はいかがでしようか。

○政府委員(下村健君) 療養費の支給は、保険者が行うべき医療給付を事後的に現金によって給付をするというのが原則でございますが、今話が出ましたように、家族の療養費でありますとか、今回の老人保健施設療養費のようなもので実質上本人に対する療養の給付と同じようなふうなものについては、現物給付を認めているということでございます。

したがって、現在現物給付になっていないものについては、保険者が、実際に費用を支払った患者本人の申請に基づきまして、医療保険として給付する必要があるかどうか、内容的に保険としての給付をすることが適当かどうかということと個別に判断するものについては、原則どおり償還払いにしているということになっているわけでございます。

あんま、はり、きゅう、あるいは付添看護、柔道整復というふうなものについては、比較的個別ケースの判定を必要とするというふうなこともございまして、また高額療養費につきましては、その月中の支払いが一定額に達した場合というふうなことが支給の条件になってまいりますので、技術的に事後の対応でないとできないというふうな事情のあるものもございまして、そういうことで、柔道整復のような場合も個別的な判定を要する、また、その技術の内容等につきましてもいろいろの問題がございまして、限定した範囲で便宜措置を講じているもの以外は原則として療養費払いの原則によって支払う、こういう格好になっているわけでございます。

○千葉景子君 どうもいろいろな事情が背景にはあるようございましてけれども、支払う側、療養を受ける側といたしましては、同じ性格の治療を受けても、片方へかかると後から療養費を払い戻さなければいけないというふうな手間、そういうこともありますので、これも技術的な問題は解決

できることでもありますので、ぜひ患者側の公平といひますか、負担を軽くする意味でも検討をさらに加えていただきたいというふうに思ひます。

○政府委員(下村健君) それでは、時間がございませんで、最後に厚生大臣にお尋ねをしたいと思います。

現在、老人病院として特養、今回また老人保健施設というふうなことになると思いますが、この三つの間で負担の仕方といひますか、支払の方法、負担について非常にそれぞれの制度によって特有なものがございまして、本人の経済、所得などに応じて支払うというものもあれば、定額というものもあれば、それから非常に不公平といひますか、それぞれに入ったところによって支払の方法が違ふということもございまして、

また、現実の厚生行政といひますか、こういうものも見ておきますと、病院は健康政策局でしようか、それから特養が社会局、診療報酬は保険局、老人保健などは保健医療局の老人保健部というふうな形で、かなりそれぞれの制度がいろいろなところになつてしまつて、こういう現在の実情かと思ひます。これは行政の側からはそれぞれのいろいろな立場があるとは思ひますけれども、それを利用する側においては非常に不便を強いられる、あるいは政策の統一性に欠けるというふうなことも出てまいりますので、ぜひ今後、例えばそれを統一的に考えるような部局を設置するとか、老人保健福祉法のようなものを考えるとか、そういうことを検討してみたいかがかというふうに思ひますけれども、厚生大臣、いかがでしようか。

○国務大臣(斎藤十朗君) これまでも申し上げてまいりましたように、老人保健施設の入所者は、病院での入院治療が必要はないが在宅での療養が困難である方々に対して、在宅療養者とのバランスを考慮して、在宅でも必要な食費とかおむつ代とか日常生活に必要な最小限の費用を御負担いただく、こういうような仕組みにしたいと思ひます。この場合においては、在宅で介護できない方に対する措置

という形の中から生まれたことでありまして、利用料というよりも所得に応じて費用徴収を行うという仕組みになっておるわけでございます。要介護老人等を収容するいろいろな形態の施設として、老人病院や、また今御審議をいただいておりますこの中間施設、また特別養護老人ホーム、こういうような施設を今後三本柱として整備をいたしてまいらるわけでありまして、これらが定着してくる将来においては、こういった費用の問題についてもなお検討を要する課題であらうかというふうにも思ひますが、現在のところはこういうふうなスタートをさせていただきたいというふうに思ひます。

また、いろいろなこういったお年寄りの問題を所管する組織といひますか、の面についての話でございますが、これも今後、将来在宅福祉を推進いたしてまいります場合に、福祉と医療と保健といふこの三者一体になった総合的な施策を推進いたしてまいらなければならぬというふうな私どもは考えておるわけでありまして、これにつきましても将来にわたつてそういう方向でひとつ検討をいたしてまいらなければならぬ課題だということに思ひます。

○千葉景子君 特養などは、もともと生活困窮世帯対策のような形で出発いたしましたけれども、現在は福祉問題として統一的に考える時期にきているというふうに思ひます。

そしてまた、行政の問題というのは、行政側のさまざまな事情がございましてけれども、国民の側から見ますと、一本化して利用しやすい、わかりやすい制度にしたいだくというのがやはり国民のニーズにこたえる方向かと思ひますので、今の厚生大臣のお答え、ぜひ近い将来というところで取り組んでいただきますようにお願いを申し上げます。質問を終わらせていただきます。

どうもありがとうございました。

○浜本万三君 今回の老人保健法の改正につきま

しては、政府の財政対策のためにお年寄りとサラリーマンを犠牲にするという内容になっておりますから、私は今回の改正法案は極めて遺憾な法律案だ、かように思っております。そういう立場から、きょうは一部負担の問題、按分率の問題、中間施設の問題、悪質滞納者の問題、さらに比較的審議をされておられませんが医療費適正化の問題などについてお尋ねをしてみたいと思います。

まず第一は、一部負担の問題でございますが、先般衆議院におきまして原案千円を八百円に修正をされました。しかし、八百円ということでは現行の二倍でございますから、お年寄りにとっては大変な負担になるわけでございます。また、年をとりますと大抵二つや三つの病気を抱えておりますから、それを考えますと、なお大きな負担が要請されるというふうに思います。したがって私は、衆議院の修正案をさらに修正する必要があるんじゃないかというのを第一に考えておりますが、いかがでございますでしょうか。

○政府委員(黒木武弘君) 今回の一部負担の改正につきましては、特に外来についての御指摘でございますけれども、私どもとしては、どうしても増高する医療費、毎年五千億ないし六千億程度の増高を老人医療費は見ておるわけでございますけれども、これはやはり国民が公平にみんな負担していくという、そういうシステムを今構築をしないと、これからの高齢化社会は乗り切れないと思っております。そういう意味で、今回提案をいたしました一部負担の引き上げにつきましては、ぜひお認めをいただきたいというふうに考えております。

○浜本万三君 中でも矛盾のあるのがございす。例えば、老人歯科医療などを拝見いたしますと、医療費が七百七十円というふうなものもございす。少ないというところは、一部負担の八百円より少ないというところであります。全額負担ということになるわけでございまして、物の考え方からいえば道理に合わないわけなのであります。しかも、

歯科、耳鼻、それから眼科というふうなものは、比較的少額の医療費が多いというふうな何ってあります。殊に、一万円以下の医療費を支払う場合にも多いというふうな何ってありますから、そういう方々の生活条件等を考えますと、やはり少額のものについては今回の八百円を五百円程度に引き下げる、つまり一万円以下の医療費負担分については五百円程度に引き下げるというふうな考え方は出ないものか、そういう点についてお尋ねをいたしたいと思っております。

○国務大臣(斎藤十朗君) 今回の御指摘の、八百円以下の診療の場合にはその額が一部負担になるわけでございすので十割負担ではないかという御指摘でございますが、御承知のように、これはその月の月初めに一部負担をしていただくものでありまして、その後のその月内における診療がどの程度になるかということとは予想されないわけでございす。結果として一カ月間の診療の全体の額がその八百円に対して何割になるのかということとは、なかなかこれは難しいわけでございす。

それでは、定率でこの一部負担を願う方がいいではないかという御議論も一方に出てまいらうかと思っております。お年寄りが月一回、定額でお払いをいただくという方がお年寄りの支払い方法について非常にふさわしいのではないかと、どちらかというとお年寄りでございすので、どちらかという政策判断をいいたしうか、いずれかの判断をとらなければならぬというふうな問題であるうというふうに思っております。御理解をいただきたいと思っております。

○浜本万三君 とにかく矛盾があることは間違いないと考へますから、したがって何らかの機会にこの問題についてはひとつ検討をしていただくように要請をしておきたいと思ひます。次は、入院の一部負担の問題であります。この点については現行三百円を五百円にされて、その徴収期限二カ月という制限を撤廃されるという案になっておりますが、この点につきましても私

は非常に不満を覚えております。例えば、先般修正されました衆議院の外米千円を八百円というものと入院の現行据え置き、つまり五百円をそのまゝにしておるということについて、何ら矛盾はございせんでしょうか。

○政府委員(黒木武弘君) 今回の入院の一部負担につきましましては、私どもは三百円を五百円に、それから期限の二カ月を撤廃してはいいというところでお願いをいたしておるわけであります。

特に、入院の一部負担につきましましては、入院費用の割合から見ますと、現行の入院の一部負担は非常に少額になっておるわけでございまして、特に在宅で療養されておる方とのバランス、あるいは老人ホームに入つておられる方もエンドレスで費用徴収されるといったようないろいろなバランスから見まして、今回の引き上げにつきましましては、金額及び期限撤廃の考え方は私どもはどうしてもお願いしたい事項でございすので、ぜひ御理解をいただきたいというふうに思っております。

○浜本万三君 新聞等を拝見しますと、何か入院の一部負担については五百円を四百円にするんだというふうな報道がなされておるようでありまして、それに対するどんな答えをもらおうとは思ひませんが、新聞報道に対する印象はどういうふうにお持ちでしょうか、お伺いしたいと思ひます。

○国務大臣(斎藤十朗君) 我々といいたしましては、いろいろな角度から検討をいたしまして総合的に判断をいたし、入院については五百円にしていたとき期限を撤廃していただくのが今回最良であらうという判断をもちまして提案を申し上げておるところでございすので、この考え方でございます。

○浜本万三君 期限の撤廃の問題でございす。これもまたまことに考え方の悪い法案だと私は思っております。そこでお尋ねをするんですが、現在の平均入院日数は九十四・七日だと伺っております。そうすると、老健法が制定されました五十八年二月の段

階と余り変わつてないと思ひます。老健法を説明する中で当時の吉原老人保健部長は、四カ月の期限をつくるということについての一定の見解は示されておると思ひます。入院日数も変わつてない、それから老人を取り巻くその他の環境も余り変わつてないと思ひますが、何か変わつておる特徴がございすでしょうか。

○政府委員(黒木武弘君) 入院の期限撤廃のお話でございすけれども、私どもは、確かに当初の原案は平均入院日数を念頭に置きながら当時の御提案を説明をいたしたと思ひます。その私ども下敷きになりましたものは、やはり健保本人が一月限りという入院の一部負担のあったことが非常に重要な政策判断の要素であつたのではないかと思います。もちろん、入院についてどうするかは、定率にするか、あるいは原案ですと、当初いろんな案があつたわけでございすけれども、結論的には健保本人の一月限りの入院の負担というものがやはり大きな要素になつたのではないかと考えております。

そういう意味から言いますと、先般の健保法の改正によりまして、それまで一カ月になつておりました健保本人の入院の一部負担につきまして、それが一割負担ということで事実上期限を撤廃されたわけでございまして、一定期間を経過すれば負担がゼロという制度は、私どもはこれをもつてなくなつたというふうに考えております。したがって、老人保健制度につきましても、他の制度とのバランスも考えながら、そして先ほど申し上げましたように、在宅で療養されておる方とのバランス、あるいは特別養護老人ホームに入つておる方とのバランスをも考えまして、やはりどうしても期限撤廃はお願いをせざるを得ない。そして、お尋ねでございす何か変わったかというところでございすけれども、医療費の増高傾向その他状況はかなり一段と深刻になつておりますけれども、大きな変更があつたものはやはり健保法の改正ということではないかというふうに考

えております。

○浜本万三君 今お答えのように、確かに被用者保険の制度は変わりました。それは認めます。ですけれども、私が申し上げるのは、お年寄りの病人を取り巻く環境というのは全然変わっていないではないか。例えば、入院食と普通食との質的な相違とか、あるいは多くの患者が病院の給食だけでなしに自分の費用でたくさん補食をしておるとか、あるいはまだいまだに保険外負担が非常に多いとか、所得が少ないとか、そういう条件、いわゆる老人を取り巻く環境でございますが、それは全然変わっていないわけなんです。変わっていないとすれば、期限を撤廃するということは病気で苦しんでおる年寄りに過酷な条件を与えることになる、かように思うわけでございますが、いかがでしょうか。

○政府委員(黒木武弘君) 確かに、老人を取り巻く環境というのは三年前とそう大差があるとは思っておりません。ただ、私どもの考え方としては、これからの老人医療費を見ます場合に、やはり入院医療費を中心としてこれから増高を続けていくだろうというのが一つの前提にあるわけであります。これを、避けられない老人医療費を国民がどういうふう負担していくか。もちろん避けられない老人医療費を適正にしていくなければ、その適正な形でもやはりふえ続ける老人医療費をどう国民が負担していくか、そこに私どもの今回の改正をお願いしている中心の課題があるわけでございます。

したがって、これからふえ続ける老人医療費、これをどう国民が今後とも負担していくつもりか。そのためには、この時点で新しく若い人もそれからお年寄りも負担していくシステムをつくらせていただきたいということでございまして、一部負担の引き上げ、それから加入者按分率によります公平な負担の仕組み、いずれをとりましても、やはり国民が老人医療費を公平に負担する仕組みをこの際構築をさせていただいて、制度の長期的な安定を図らせていただきたいということか

らでございまして、御理解をいただきたいと思

います。

○浜本万三君 いずれにいたしましても、長い間日本の経済発展のために働いたお年寄りが病気になるて非常に苦しんでおるわけでございまして、その病気になるたお年寄りに対して、国は、あるいはまた国民全体は、安らかに療養をしていただくような措置を講ずる必要があると思ひます。そういう見地から、再度入院の一部負担の引き上げなどにつきまして、ひとつぜひ御検討をいただくように希望をしておきたいと思ひます。

それから次は、低所得者の範囲の問題でござい

ます。低所得者の範囲という規定はいろいろ考

え方があると思うんでございまして、私は少なく

とも非課税世帯にはこれを適用していただきたい、

こういう希望を持っておりますが、この点につ

いてはいかがお考えでしょうか。

○政府委員(黒木武弘君) 一部負担の金額につ

きましては、外來は八百円、それから入院につ

きましては、月一万五千円でございまして、現在の老人世

帯の所得なりあるいは年金の水準からいって、私

どもは基本的に無理なく御負担いただける水準

だというふうにお考えをしております。しかしながら、

衆議院の御審議あるいは附帯決議におきまして、

低所得者の方に対する特別の配慮ということで御

議論なり附帯決議があったところでござい

まして、私どもとしては、その対象なり

あるいは制度の運用なりを現在検討いたしてお

るところでござい

ます。

御提案のように、市町村民税の非課税というも

のを対象にするというふうな考え方ももちろん一

つの考え方と思ひますけれども、少なくとも現在

の一部負担の減免の制度につきましては、風水害

等の災害とか失業等の特別の事由によりまして、

生計維持者が市町村民税非課税となつた方を対象

にしているものでございまして、このような方と

の、現行の減免対象の方とのバランスをやはり考

えながら検討していかねばいけないということ

で、なお慎重に検討しているところでござい

○浜本万三君 それでは、参考のためにちょっと

数字を伺っておくんですが、全体で大体何人で、

非課税世帯を適用する場合にはおおよそ何%にな

るか。それから、福祉年金受給者を適用すれば何

%になるか、あるいは何人になるでもいいです

が、その程度のひとつ資料だけは提供してもら

いたいと思ひます。

○政府委員(黒木武弘君) 対象者でござい

ましても、主たる生計維持者が市町村民税均等割非

課税の老人でございまして、三三・二%と

推計をいたしております。老人福祉年金受給者の

数でございまして、二二・二%という推計

を持っております。

○浜本万三君 そういふうちに困つていら

っしゃる方が非常に多いわけでございまして、できる

だけ範囲を拡大するように希望をしておきたいと

思ひます。

以上で一部負担の問題に対する質問は終わ

りまして、次は按分率の問題に入りたいと思ひ

ます。これはまず大臣に伺つた方がよろうと思

ひますが、五十八年に老人保健制度の創設があり

ました。老人加入率をもとにいたしまして調整を

いたしまして、六十年で大体一億二千万程度の国庫

負担を削減されました。そして、五十九年十月

からは退職者医療制度に拠出させるために本人給

付の引き下げ、また基礎年金制度の導入の名もと

に、被用者側から約五千億円近い額が負担をさせ

られております。こうした毎年の国庫負担の被用

者負担への転嫁があるわけですか。これは、取り

やそこらから取るという極めて安易な政府の考

え方であると思ひます。さらにそれに追いつ

かなくては、今回の老健法の改悪ということにな

つたわけであります。これでは被用者側の皆さ

ん、特に健保組合の納得を得るというところは非

に難いのではないかと、かように思ひますが、大

臣、いかがでしょうか。

○国務大臣(斎藤十朗君) この老人保健制度を創

設いたしますときに、増高する老人医療費をどの

ように国民全部で負担をしていくかという観点に

立つてこれが考えられたものでございまして、国

民皆保険という中に国民のだけれどもど

に所屬しているという観点から、その所屬して

いる保険者から拠出をしていただいて、そして国

民全部が等しく老人医療を支えていくという考

え方に立とうとしたわけでござい

ます。しかし、創設当初でござい

ますので、老人の使用した医療費の率と加入者の按分率、この二つを五対

五というところで始めた方がよいのではないかと

いうことを国会で御修正をいただいたわけでござ

います。その後、参議院におきまして老人人口の増

加以下に抑えるという修正が行われましたので、

いわゆる加入者按分率については現在四四・七%

というふうになっておることは御承知のとおりで

ござい

ます。

今回の改正につきましては、その後の老人医療

費の動向、また、その後の各保険者間の老人加入

率の格差というものが非常に広がつてまい

つておる。こういうことを考えますときに、当初考

えたような、いわゆる加入者按分率一〇〇%に段

階的にお願いをすることによって全面的に公平な

負担をお願いするということ、今回法律改正を

お願いをいたしておるところでござい

ます。これと国庫負担との関係でござい

ますが、いわゆる今まで一番老人加入率の高かつた国民健康保

険が、その結果として拠出率が低くなるわけで

ござい

ますので、それに伴つて国民健康保険に国庫

補助をいたしておりました分が国庫補助として軽

減をされてまい

る、こういう結果になるわけで

ござい

ます。逆に、御承知のように、政管健保につ

きましては国庫負担はふえるということになるわ

けでござい

まして、必ずしも国庫負担を減らすた

めにこのようなことをいたしたというよりも、当

初申し上げましたように、老人医療費を国民全体

で負担を等しくしていただくという究極の理念に

到達をさせていただくということが、今回の改正

の眼目であるわけでござい

ます。

○浜本万三君 それは大変虫のいい話なんでござ

いまして、他人の懐を当てにいたしまして国の責

任を逃れる、これが今大臣が答弁された内容であります。私はこれは非常に不満でございます。

今大臣がおっしゃいました過去の経過などございしますが、これは、申されませんでしたように、国会における合意が形成されたのは、医療費と加入者按分率はそれぞれ半分だ、こういうことであります。将来これを修正するといまして、もう一人の増加の範囲内でやりましよう、こういうことが当時の国会における合意事項であったわけですから、それを今度は一挙に八〇、九〇、一〇〇というふうな大改革をするわけでありまして、これは国会の合意とは全然違うわけです。確かに当時見直し規定というものはございしたけれども、この見直し規定は、先ほど私が申したような内容で見直そうという内容でありまして、一挙に八〇、九〇、一〇〇というように加入者按分率を引き上げるといふ合意はなかったと思いますが、その点いかがですか。

○政府委員(黒木武弘君) 確かに、そのときの合意ということの中に、今回の見直しが含まれていなかったであろうというのはいずれ推測できるかも知れません。ただ、申し上げたいのは、大臣から申し上げましたような経緯で五〇％が決まり、そしてまた五〇％以下で政令というのが決まったわけでございます。そのときに今後どうするか、五〇％以下で政令という形で修正が参議院で行われたのですけれども、今後はじや三年後どうするかというの、私どもの承知している限りでは、まあそのときにまた考えようやという事で、必ずしもそこに明確な今後の方針について合意があるいは意思はなかったものと承知をいたしております。

この見直し規定は、三年間の特例の見直しというふうに書かれておりませんで、本則の五〇％を三年後に見直すというふうに書かれておるわけでございます。したがって、私どもは三年後の見直しに当たりまして、諸般の情勢の推移等を検討いたしまして、やはり先ほど来申し上げておりますように、これからの高齢化社会を見据えて老人保健制度を長期的に安定させるためにはどうか。そのために、やはりこの法律の基本理念でございまして国民が公平に負担するという理念に立ち返って、もう一回制度を再構築し直す必要があるのではないかという事で、今回の提案をお願いいたしましたわけでございます。

この点については、老人保健審議会にも前広に御相談を申し上げまして、老人保健審議会でも私どもが諮問する前に前広に聞いたわけでございますけれども、多数意見として一〇〇％目指して検討すべしという御意見もいただいたわけでございますから、新しい事態に即して私どもはやはり一〇〇％にすることがこれからの制度の長期的安定に必要であり、かつ法の理念にかなうものということで御提案を申し上げたということでございす。

○浜本万三君 審議会でもどうあったか、それは知りません。知りません。それから、あなた方が現状の時点に立つてこうしなければならぬという考え方が出たことも、それは承知しております。しかし、国会の我々が決めたことを、そんなことはなかったという答弁は、これは絶対に許すことはできません。それはそういう話では許すことはできません。国会の合意は合意として、こういうことがあるのでこういう案を出してありますという言い方なら僕は許しますけれども、国会で合意した医療費と老人加入率を半分、半分だと、そして老人加入率の範囲内でこれを是正していこうという考え方があったことを否定するのじや、私はこれ以上質問を続けません。どうですか、それは。

○政府委員(黒木武弘君) 舌足らずで申しわけございませんでした。五〇％に国会の合意でなつたというその事実を申し上げているわけではございません。確かに五〇％という考え方がその当時正しいということと国会で合意がなされ、あのような形の法案になったと承知をいたしております。しかし、三年後の見直しの後、どうするかという点については、私は必ずしも合意はなかった

のではない。私どもの担当者の物の本によりまして、それはそのときに、三年後の見直しのときに考えればというように記述もあるわけでございます。そして、そういう点から申し上げておるわけでございます。五〇％、五〇％で国会の意思決定がそのときになされた、そのことを尊重しなければならぬということとはそのとおりだといふふうな考えをしておりますので、御了承いただきたいと思ひます。

○浜本万三君 だから、後で考えたことを前にさかのぼって言うような答弁はやっぱりよくないと思ひます。それは訂正してもらいたいと思ひます。今後、これ以上追及しませんが、そういうことです。

それからもう一つ、大臣のおっしゃいました老人加入率の格差が出た、公平論の立場からこういう措置を考えたんだというお話でございまして、その際に組合健保の財政問題について御判断をなさったと思ひますが、それはどういふふうな判断をなさいましたか。

○政府委員(下村健君) 健康保険組合の財政状況は、現状で見ますと、全体といたしましては大変安定的に推移いたしております。かなりの黒字が出ていますというのが一般的な状況でございす。そのような状況、並びに今後の医療費あるいは保険料の推移等を考えまして、今回の按分率の改正は健康保険組合の運営にとってさしたる支障はない、このように判断いたしましたわけでございます。

○浜本万三君 組合健保の財政状況がよいという話なんです、組合健保の財政問題についてちょっと話を進めてみたいと思ひます。六十年年度で約三千億黒字が出た。その六十年年度に三千億出た黒字の背景はどういふものがありますか。

○政府委員(下村健君) 黒字の原因といたしましては、いろいろ考えられるわけですが、健保組合そのものの標準報酬が政府管掌健康保険等に比べるると高い、あるいは老人加入率が低いというふうな構造的な原因が一つはあると思ひます。それからまた、健保組合自身の医療費適正化あるいは収支均衡のための経営努力といった点も当然無視できないところがございます。

その辺が背景にあるわけでございますが、特に最近の財政状況の好転につきましては、五十九年の健康保険法改正の影響によりまして、医療給付費がかなり見込みを下回った、それから標準報酬の上限、下限の改定ということによりまして保険料収入がかなり増大したということが、直接的には寄与しているといふふうな考えをいたしております。

○浜本万三君 正確に僕から言いますと、五十九年の法改正で標準報酬の上限を四十七万円から七十一万円に引き上げた。その結果、約八百億円の増収になったということです。第二は、同じく五十九年の法改正によって一割負担が導入された。そのために千七百九十五億円の支出が削減されたということですね。つまり、合わせて二千五百億円の法改正の結果出ているわけですね。

この法改正の性格といふのは何かというと、上限を上げるのもサラリーマンの負担でしょう。一割負担もサラリーマンの負担でしょう。つまり、サラリーマンの負担によってそれだけの黒字が出たということなんです。

それからもう一つ言いますと、皆さんの厚生省の指導で健保組合は黒字が出るようになっておるわけですよ。例えば五割の予備費をとつてもそれでしよう。五割の予備費というの、健保組合全体からいいますと千四百数十億円、約千五百億円ですよ。つまり、そういうふうなところから十分ゆとりのある予算を編成するように指導し、それにこたえなければ認められないでしょう。そういうことをあなた方がやっておいて、黒字が出るといふのは当たり前のことですよ、それは。その影響というものが、六十一年以降ずっと医療費が高騰しない限り続くんですよ。そういう点をしっかりとらなければ、サラリーマンの負担でそういう結果が出ておるといふことをあなた方はっきりしなければ、問題の焦点は出ないんじゃないですか。

それを、いつも局長の答弁のように何かわからぬような答弁をしてごまかそうとするから、健保組合の理解が得られぬと思うんですが、それはどうですか、そういう点。

○政府委員(下村健君) 数字はただいまちょっと持ち合わせておりませんが、御指摘のように、五十九年改正が非常に現在の財政状況に寄与しているということはそのとおりでございます。

それからまた、健保組合の運営に当たりまして、政府管掌健康保険等に比べるといずれも規模の小さい、医療保険の運営だけを事業としている組織でございますので、それぞれがかなりの程度に財政の健全性を重く見て運営をさして指導している、その点も御指摘のとおりであると考えております。

○浜本万三君 ですから、サラリーマンの犠牲でこれだけの黒字が出るようになっておるのだというところだけははっきりひとつ認識をした上で、次の質問に入りますよ。

今回の改正によって、健保組合の負担増ほどの程度になるのでしょうか。

あわせて、健保組合存立の危機を招くような心配はないかということも答え願いたいと思っております。

○政府委員(黒木武弘君) 六十一年度衆議院の修正ベースでございますけれども、加入者按分率八〇%、外来八百円で十二月実施ということ、六十一年度の健保組合の負担増は二百七十九億円でございまして、六十二年度は、同じく衆議院ベースで試算いたしますと二百三十億円でございまして、両年度合計で千五百九十九億というふうに見込んでおります。

さらに、健保組合の財政運営に支障がないかというお尋ねでございますけれども、私どもは健保組合全体の財政状況から見まして、総じて申し上げれば、全体的に申し上げれば、現在申し上げた負担増程度は保険料等を引き上げなくても運営ができるのではないかとこのように考えております。

○浜本万三君 それだけではちょっと全体を理解する説明になりませんので、さらに次のことを説明をしていただきたいと思っております。

まず第一は、一人当たりの保険料とそれから一人当たりの拠出金額、その割合、これが第一です。

第二は、年次ごとの平均的料率の変化、この二つをひとつ示してください。

○政府委員(下村健君) まず被保険者一人当たりの保険料でございますが、六十一年から六十五年まで年度ごとに逐次申し上げますと、六十一年度が二十六万一千円、六十二年が二十七万一千円、六十三年が二十八万三千円、六十四年が二十九万四千円、六十五年が三十万七千円というふうに見ております。

それから、被保険者一人当たりの拠出金額でございますが、六十一年度が四万四円、六十二年が五万四千円、六十三年が六万六円、六十四年が六万五千円、六十五年が七万六千円でございます。以上の数字は、一人当たり保険料と申しましたのは、事業主の負担分と本人負担分の合計をした額でございます。

保険料率でございますが、必要保険料率が六十一年度が六・九、六十二年が七・三、六十三、六十四、六十五年が七・七、七・七というふうに推計いたしております。したがって、現行の保険料率が六十五年の七・七とほぼ均衡いたしておりますので、六十五年ごろまでは、今後の医療費の推移にもよるわけでございますが、おおむね現行料率の範囲内で運営ができる。これは健保組合総体としての状況を眺めた場合の数字でございます。

○浜本万三君 健保連から出ております資料と若干一人当たりの保険料、拠出金の額が違います。つまり厚生省が見ておる方が一人当たりの保険料収入が約一万円高くて拠出金の支出額が二、三万円安い、こういう材料になっておると思っております。そこで、健保組合から出されたほんの少し違う資料なんでございますが、それで六十一年度の一人

人当たりの保険料とそれから一人当たりの拠出金は、大体割合を見ますと、一六・一%が六十五年になりますと約三〇%に膨らむわけでございます。六十六年になると三七%になるわけなんです。

つまり、保険料の中に占める拠出金の額というものが非常に多くなるということになるわけなんです。平均でそうなんですか、いいですか、保険財政の悪い健保組合は相当拠出金の比率が高くなるということが予想されるわけでございます。つまり、そういう数字から推定をいたしますと、非常に拠出金の負担が健保組合に多くなってくるということが判断できるわけでございますが、その点いかがでしょうか。

○政府委員(下村健君) 確かに、健康保険組合連合会の推計でございますが、先生御指摘のような格好になっているわけでございます。これは医療費の一人当たり伸び率が私どもの推計より約二%程度高い、それから一方、標準報酬の伸び率の方が私どもより〇・二か三くらいではないかと思っておりますが、低目に見ておるところから、そのような差が生ずるわけでございます。それにしてもかなりの、私どもの状況で見ますと六十五年で約二四・七%の拠出金の負担割合になってくるというところでございまして、これは総体として高齢化が進展する結果、それに伴って老人医療の割合が総医療費の中でそれ自体が膨らむわけでございます。健保組合だけが膨らむわけではなくて、国民健康保険その他を通じて老人医療費の割合が相当に上がってくるというふうな状況を背景にいたしまして、それを公平に負担するというのが今回の状況でございますから、ある程度は公平な負担である限りはそれに耐えていただかなければならないというふうに私も考えているわけでございます。

組合の方は、全体としては以上のような状況でございますが、個別の組合ごとに当然差が出てくるわけでございます。それらについては特別の対策が必要であらうというふうに私も考えております。今回提出をいたしました法律案におきま

しても、そのための経過措置等も考えているわけでございますが、それらを含めまして個別の組合については対策を講じていく必要がある、こんなふうに考えております。

○浜本万三君 まだそこまで質問をしてはいないんですが、要するに保険料率の問題で言いますと、二つ僕は指摘したいと思っておりますのは、今あなたがおっしゃった数字とは相当健保組合の数字が違うわけでございます。

例えば、健保連は一定の前提を置いて試算をされておるわけですが、それによりまして、平均料率が、六十六年、最後のところを見ますと平均千分の九十五となると、そういう説明をされておるわけですが、また六十四年には三分の一近い五百を超える組合が、また一〇%になると八百八十、これは自民党の修正案では七百七十ぐらいになるらしいんですが、の組合が最高料率になると説明をしております。政府の方では、先ほど局長が申されましたように、健保組合を一つにして黒字なんだからしたがって負担能力があると、こういう言い方なんです、これはやっぱり承服できないと思っております。

また、六十二年の按分率が九〇%になりますと八つの県で保険料率が上限に行ってしまう、こういう資料も健保連からは出ておるわけでございますが、こういう判断についてはどうお考えですか。

○政府委員(下村健君) 推計の基礎が違いますが、かなり結果においても違つた予想が出ておるわけでございますが、私どもの場合は六十五年までしか推計いたしておりませんけれども、私どもの推計で見ますと、法定給付費のほかに事務費でありますとかその他必要経費を五パーミル程度見込みまして、六十五年で全体の健康保険組合の約一割程度が上限に達するというふうに推計をいたしております。

○浜本万三君 だから数字が相当違うというふうなところで、特に悪い組合の例を申し上げますと、

これももう一〇〇%になった時点の方がやっぱり健康組合の財政を見るのにいいと思いますから申し上げますと、北海道のA組合といたしまして、被保険者数が七千八百二十三名おるところなんです、その組合は六十六年になって一〇〇%の拠出金を出すことになりました、保険料が千分の百二十二になると言っています。拠出金が十億五千七百万円、料率九十五を超える額が六億五千九百万円、そういう膨大な負担をなさなきゃならぬという数字が出ておられます。そうやってまいりますと、A組合の場合には一人当たりの保険料に対する拠出金の割合が三七・七%、約四〇%に近い数字になってくるわけでございます。

それから、ここにいらっしゃる自民党の先生方の出身県もちょっと申し上げますと、秋田県、これは委員長のところですかよく覚えておいていただきたいんですが、委員長のところで、B組合としまして、被保険者が千五百一十人。これは六十六年になりますと、保険料率が百十七になって、拠出金が一億三千七百万円、九十五を超える拠出金が八千九百万円、こういう数字が報告をされております。したがって、この組合は一人当たりの保険料と拠出金の割合が三二・二三%になる。これも大変な負担になっております。

それから、東京を例に申し上げますと、東京の場合には七万八千人の組合であります。この組合が、六十六年になると料率が百十一、拠出金が約百億、九十五を超える拠出金の額が五十一億という膨大な数字になっておるわけでございます。その場合には保険料と拠出金の割合が二八%。

それから、一番悪いのは熊本でございますが、五千六百人の被保険者を擁する組合。この場合には料率が百二十一、それから九億円の拠出金、料率九十五を超える額が四億九千万、保険料と拠出金の割合が約四〇%という数字になっておるわけでございます。

そういうたくさんのお金を負担せざるを得ないということになってまいりますと組合は崩壊すると、こうなります。組合が崩壊するということが

は、これは大変なことだと思えます。例えば、七万八千人の組合が崩壊すれば、社会保険事務所の一つや二つは要るわけでありましてこれは大変なことになると思えます。そういうふうな保険組合は財政が困難になって崩壊するという事実もやっぱり保険組合の資料から出てくるわけなんでありまして、これを我々は無視するわけにいかないと思えます。局長、どうされますか。

○政府委員(下村健君) 確かに、個々の組合を取り上げてまいりますと、地域的な事情等いろいろな背景もありまして、現在既にかなり財政が窮迫している組合もあるわけでございますので、今回の改正によりましてさらに財政面でいろいろ問題が生じてくるという組合は出てくることは予想されるわけでございます。それらにつきましては、私もどしましては、制度全体としては今回の形で進んでいくといたしまして、個々の組合についての個別の対策は必要であらうというふうに考えているわけでございますが、そういう個々の組合に対する対策によりまして、何とか安定的にそれぞれ組合が存立していけるような努力をしてまいりたいというふうに考えております。

○浜本万三君 ちょっとその個々の対策の援助政策、どういふことがあるのか具体的に示してください。

○政府委員(下村健君) 一つは、今回の按分率の変更によりまして負担が急増する組合については、その急増を緩和するための経過措置をとることにいたしております。これが第一点でございます。

第二点としては、現在も財政窮迫組合等に対しては国の助成措置を講じておるわけでございますが、それを六十二年度予算におきまして相当程度増額するというによりまして、きめの細かい対策を講じてまいりたいと考えております。これが第二点でございます。

それから第三は、現在も健康保険組合連合会におきまして、共同事業という形で健康保険組合相互間の相互援助のようなことを行っておるわけ

でございますが、その共同事業のあり方について、健康保険組合側とさらにそれが効率的に運用できるように対策を相談してまいりたい、このように考えておるわけでございます。

○浜本万三君 それで、一つ一つ申し上げますが、今、法五十五条のやつを一番最初言われたんです、あれは、これは国保との関係がありますから、私はこれはできるだけ触れぬようにしておきたいと思えます、ほかの方が触れると思えますので。

もう一つは、国の助成措置の問題ですが、たしか私の記憶では、六十一年度の予算では十三億、六十二年は頭張ると、こうおっしゃるんですが、今の大蔵省の決り状態から見ると、これが三けたになるようなことは恐ろしいんじゃないかと思うんですが、どこまで大体予算獲得ができるんですか。これは見通しはどうですか。

○政府委員(下村健君) 六十二年度予算につきましては、これは全体的な予算編成の前提条件もまだ私どもに示されていない状況でございますが、確定的なことはまだ申せない状況でございますが、老人保健法成立後の状況を十分検討いたしまして、万全の措置を講じたいというふうに考えております。

○浜本万三君 だから、答弁がそこまでするとなお不安になるんですね。結局どこに來るかという、保険組合の共同事業に入らんとすよ。今は、もう御承知のように、保健組合の共同事業というものは千分の一二取っておるわけですね。ですから、大体四百八十億円ぐらい財政の窮迫した組合に補てんをしておるわけですよ。その健康組合の共同事業にまた足をかけられるわけですね。

ですから、健康組合の理解が得られないとこういう問題はできないと思うんですが、私は、先に法律をつくって、法律ができたんだから健康組合理解せいと、こういう論法が今のやり方でしょう。それで健康組合は私は理解しないと思えます。どうですか、その点は。

○政府委員(下村健君) 確かに、現在の状況で申

しますと、老人保健法の按分率自体について健康保険組合には反対の意見が強いというふうな状況もございまして、共同事業について具体的な中身を今のところですぐに詰めてまいらうということもなかなか難しいかと思えますが、法案成立後に速やかに具体的な相談に入りたいというふうに考えております。

○浜本万三君 法案が成立すれば監督官庁から押し込んでしまおうという、そういう従来の考え方なんです、それは非常にまずいと思えます。厚生省の言うとおりになりましたと、これが今までのやり方だし今回もその方式をとろうとされておるんですが、そういうことは僕はやめてもらいたいと思ふんですよ。いけなさいと思ふんですよ。嚴重にこれは反省してもらいたいと思ふんですよ。話題を変えますが、そういうふうな組合健保の自主的な運営ができないというところになってまいりますと、他から援助をもらわなきゃならぬ、他から援助を仰ぐのも何となく困ると、こういう組合は結局解散の道を選ぶしかないと、思ふんです。それに対して厚生省は、どうされるわけですか。解散をすぐ許すわけですか。それとも今申されましたように、国の援助をどんどん出して解散をしないように、国の援助をどんどん出して解散をしないように、この対策、措置について伺います。

○政府委員(下村健君) 確かに、自力で存立することが難しい組合をいつまでも置いておくということも問題であらうかと思えますが、実際問題といたしましては、組合側でも何とか努力をしていきたいというふうなところが多いわけでございます。そういうこともありまして、私もどしましては、来も解散を認めた例がございまして、できるだけの組合の関係者の意向も尊重し、また一時的な事情によって組合の存立が困難というものについては適切な援助を与えるというふうな形で、できるだけ組合解散といった事態は避けてまいりたいというのが従来からの基本方針でございます。今後

もそのような考え方で対処をしてまいりたいと思
っております。

○浜本万三君 答弁は非常に不満なんです、時
間が過ぎますから次に移らせていただきたいと思
います。

国保の経営努力についてお尋ねをしようと思
っております。被用者保険から拠出する以上は、
その拠出を受ける国保も経営努力をしてもらわ
なきゃならぬと、こう思っておりますが、これは時
間がないので質問をやめまして、今言われた公平
論の問題について少し質問をしてみたいと思いま
す。

加入者按分率が一〇〇となると、健康保険組合
は平均で保険者負担額の二・四倍となるというこ
とが試算をされております。また、最低の一〇の
組合は、全国加入率六・九だとすれば六・九倍に
なりますね。現行の三・六倍になるわけでありま
す。一方、国保の方は平均で保険者負担額の五五
％程度の拠出金、老人加入率二〇％の組合では、
現行の七〇％から三五％に引き下がるのではない
かという数字が出ております。そういうことにな
りますと、国保側はレセプトの審査を初め医療費
適正化対策は一層ルーズになってくるんじゃない
か。公平論の問題で私が言えはそういうことにな
るんですが、いかがですか、その点。

○政府委員(下村健君) 確かに、今回の改正は老
人医療費の負担の公平化を図るということござ
いますので、老人の加入割合が高い国民健康保険
の負担が大幅に軽減されることになる。おっしゃ
ったような点は事実でございます。ただし、加入
者按分率が一〇〇％になりましたも、各制度の経
営努力というものはそれぞれの老人医療費をもと
にして拠出金を算定するというふうな仕組みもこ
ざいまして、負担すべき拠出金の額に反映される
わけでございますので、それぞれの保険者の努力
が拠出金に反映するという形で、それに対する仕
組みは一応考えておるわけでございます。しか
し、一方において、負担が軽くなったところがそ
のために努力を怠るということがあってはなりま

せんので、国保については歳入面それから支出
面、それぞれ両面にわたる適正化の努力を大いに
強化してもらおうというふうに考えているわけで
ございます。

○浜本万三君 ちょっとそれ、公平論ではなかな
か問題があるんですがね。

もう一つ公平論の問題について申し上げますと、政
府の方では各制度が千人で六十九人のお年寄りを
抱えることになるから公平だと、こういう論理な
んでですね。そういう説明があるんですが、ところ
が地域差による高低、疾病発生率による高低、こ
うした差というものが全く助成されていないとい
うこと。また、同じ加入率で同じ医療費のグルー
プでも、平均標準報酬が低いグループは高い率の
負担をしなければならぬということ。これは所
得再配分の機能に反するということになるわけで
すが、そういう点は公平論から見てもどうですか。

○政府委員(黒木武弘君) 現行の老健法の加入者
按分率の考え方でございますけれども、老人の加
入率の格差のみを調整しようという考え方では
ございます。老健法創設のときにいろいろ検討はいた
したわけでございまして、医療費について
の格差は正、あるいは医療費についての格差を
をならすとか、それからまた所得についての要素
を入れる、つまり各保険者の財政力の影響を入れ
る、こういうことについては、いろいろ検討はし
たようでございまして、医療費については、例え
ば地域格差では経営努力とか医療費の適正化努力
とか、そういう要素もある。所得については、制
度を横断的に仕組む以上はやはり俗にいうトロー
ーサン、クロソンの問題等の所得の捕捉の問題も
これありということ、やはり医療費の格差なり
所得に着目した調整というのは合意が得られにく
いのではないかと、老人保健制度は老人
の加入率の格差のみに着目した調整という制度
になつていくわけでございまして、

そういう意味からいって、御指摘のように医療
費の地域格差とかあるいは発生率、あるいは所得
の標準報酬の多寡等による調整というものはなさ
れていないわけでございまして、これはやは
りそういう要素まで調整の対象にするというこ
とは、横断的な制度をとる以上、非常に困難であ
るということで現行の制度ができていたというこ
とで、ぜひこれは御理解をいただきたいと思いま
す。

○浜本万三君 だから、公平論も都合のいいところ
の公平論であって、全般的な、普遍的な公平論
ではないということなんです。

最後の詰めの方に入りますが、今回の加入者按
分率の本則一〇〇％は、発足時の老人保健制度の
医療費財源の拠出の理念を根幹から否定するもの
になると思います。被用者保険の財政基盤を根本
から崩壊させ、なし崩し的に医療保険の統合一本
化を目的とするものであると言わざるを得ないと
思います。しかも、それは将来の一元化の際の財
政調整の先取りとも言うべきやり方でありまして、
財政調整方式のみ先行させることは全く不当なこ
とだと言えます。しかも、こういった完全調整を
被用者保険側の十分な理解と納得を得ずして強行
することは、将来に重大な禍根を残すことになる
と思います。

そこで、私は次のような考え方を示して、厚生
省のお考えを伺いたいと思います。つまり、健保
組合からいけば拠出金のウェイトが高まって組合
財政が悪化して、しかも組合健保は自主性を失っ
て単なる拠出金の徴収機関の役割を担う、こうい
う不安があるわけでございまして。そうすると、先
ほど申したように、組合をつくっておいていいも
のか悪いものかわからないような状態になってお
ります。

したがって、もうこちら辺でわかりやすい老人
の医療費の負担方法を考えたどうかということ
なんです。もうわけのわからぬようなやり方で
他人の懐を当てにするようなやり方でなしに、老
人医療費負担方式を別に考えて法制化したらどう
かということをお私に思わせたいと思います。特定
財源を老人医療費に導入することを検討する気は

ありませんか。

○政府委員(黒木武弘君) 老人医療費の財源をど
ういうふうな形で国民に負担を願うかという問題
でございます。

現在の老人保健制度は、御案内のように、各医
療保険制度の上に乗っかる形で、いわば各保険者
の共同事業という形で実施しているわけでござい
まして、そういう意味からいって、その負担のあ
り方というものは、やはり私も現行の形の公
費と各保険者の拠出金による負担というのが最も
現実的であり、かつふさわしい方式ではないかと
考えておるわけでございまして、さらに、これを
例えば特定財源等に求めるということも考え方の
一つではありましようけれども、やはり各保険者
の経営努力という点も非常に重要な要素かと思
います。

拠出金制というのは、再三御説明いたしてお
りますように、各保険者の医療費をベースに算定す
る仕掛けをとっておるわけでございまして。各保
険者の医療費適正化、健康管理等の努力が自分の拠
出金に反映されていくという仕組みにもなつてお
るわけでございまして、私どもとしては、やは
り現行の費用負担の方式あるいは財源調達方式
というものが最も現実的であり、またふさわしい
方式ではないかというふうに考えておる次第で
ございまして。

○浜本万三君 最後にもう一つ私の考え方を申し
上げるんですが、按分率を一〇〇％にするという
ことは、先ほど申したような健保組合の財政状
況、また国会での合意内容、将来の老人医療費の
負担のあり方等から申しまして、どうしても私は
了承することはできません。しかし、現行の厚生
省の考え方と言うならば、せめて一〇〇％になら
ないような歯どめはかける必要があると思われま
す。その方法は、最高料率千分の九十五を徴収す
るような組合が一定割合以上になった場合には見
直すというような措置を講じまして、健康保険組
合の不安を解消し、健康保険組合の健全な運営に
力をかけてもらいたい、こう思いますが、いかが

でしょうか。

○国務大臣(斎藤十朗君) 何回も申し上げて恐縮でございますけれども、老人医療費の負担は老人加入割合が高い保険者ほど負担が重くなっておりまして、加入者按分率を一〇〇に引き上げることによって、どの保険者も同じ割合で老人を抱えるようにすることが、老人医療費の負担のあり方として最も公平ではないかというふうに思っております。

しかし、健康保険組合の運営に支障がくるような、また不安をもたらすようなことがあってはならないという御指摘でございます。先ほど来、保険局長が答弁をいたしましたように、三点から成る救済策といましようか、援助策をもちまして、健康保険組合が円滑な運営のできるように最善を尽くしてまいりたいと考えております。

ただいま御提言のような問題につきましては、それなりの御見識とは思いますが、私どももいたしましては、何にも増して全力を挙げて健保組合の運営が円滑にけるように努力をいたしてまいりたいということといたしたいと思います。

○浜本万三君 午前の質問は終わります。

○委員長(佐々木清君) 午前の質疑はこの程度にとどめ、午後一時三十分まで休憩いたします。

午後一時三十分まで休憩

午後一時三十分開会

○委員長(佐々木清君) 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。

○浜本万三君 午前中、一部負担と按分率の問題について質問させていただきましたんですが、午後はまず国民健康保険の滞納者の制裁措置の問題についてお尋ねをいたしたいと思います。

まず最初に伺うわけですが、対象範囲はどのようなお考えでしょうか。また、その対象範囲に入

る人数はどの程度をお考えでございましょうか。

○政府委員(下村健君) 今回の措置は、国保の滞納者につきまじしての悪質なものを対象にしていうことでございまして、悪質の内容がどんなものかというところでございまして、失業でありますとか、その他明確な理由があつて滞納ということではなくて、負担能力がありながら保険料を故意に支払わない、あるいは支払いを回避しようとするというふうなものが悪質というふうに考えているわけでございます。したがって、その数がどのくらいになるかというところは、実は私どもとしては明確な推計はちよつと困難ではないかと考えております。

○浜本万三君 大体国保の収納率が五十九年で九三・六％、そういう数字が報告されておるわけですが、こういう措置をとって九三・六％という収納率がどの程度改善されるかと考えてですか。

○政府委員(下村健君) 御指摘のように、国保の保険料の収納率でございまして、五十九年度の数字で見ますと約一千四百三十三億円、率にいたしまして九三・六％ということになっておるわけでございます。ただし、五十九年度の例について見ますと、その千四百三十三億円の約半分は翌年度におくられて収納されているというふうな格好になっております。したがって、私どもとしては少なくともその半数についてはどのくらいというふうな考えるかという点はございまして、ある程度早く納めてもらうこともできるんではないかというふうなことを考えているわけでございます。

収納率向上の全般的な対策といたしましては、各市町村ごとに計画を立てて、休日とか夜間訪問をやるといふふうな収納努力をやらせるというふうなこともやっているとございまして、今回のこの措置というだけではなくて全般的な収納率向上対策をさらに強化してまいりたいと考えております。

○浜本万三君 この前、六十一年十月三十日の衆議院における社会労働委員会ではもうちよつと具体的な話をされておるんですが、そのぐらいの話

はできないんでしょうかね。

○政府委員(下村健君) 収納率向上対策につきましては、従来から収納率向上三カ年程度の計画をつくれているところで、三カ年計画をつくらせるといふふうなことで推進しては、ただいま申し上げました休日あるいは夜間訪問等の格別の収納努力を行っている市町村につきまじして特別の助成措置を講ずるといふことをやっております。

また一方で、収納率が一定水準以下の市町村につきまじしては調整交付金の面で減額措置を講ずるというところで、収納率が高い市町村が優遇される措置をとるといふ形にいたしました。収納率の向上を促進いたしております。それに加えて、今回の措置をあらわすまじして保険料収納率の向上策を推進してまいりたいというふうに考えているわけでございます。

○浜本万三君 国保財政をよくするためには、健保組合や政管のように収納率をよくしたいとして、現在のようない千億も累積が起きないように努力をすることが必要だと思つて、国保がそういう努力をなさらないと、結局拠出する側の被用者保険の方は大変不信感を持つというふうな思ひます。

もう一つ不信感を持つ中でよく言われることなんです、市町村の方で現在の標準報酬を引き下げておるといふところはございせんか。

○政府委員(下村健君) 本年の八月末現在の調査では、国民健康保険料の上限額を三十七万円と、これが法定になっておるわけでございますが、これに設定いたしております市町村が二千九百二十四というところで、全体の九〇％になっております。したがって、大多数の市町村におきましては上限は限度額まで引き上げられておるわけでございますが、それ以外は三十七万円までは行っていないわけでございます。

ちなみに三十五万円以上という市町村数をとりますと三千七百三十三というところで、全体の九七％まではおおむね上限に近いところに行っているわ

けでございまして、それ以外の市町村は残念ながらそれ以下ということで、高額所得者の負担増ということに對しての配慮もあるかと考えられるわけでございますが、厚生省としては、被保険者間の負担の公平という観点から法定上限額に合わせるものが望ましいと考えておまして、できるだけこれにそろえるように指導をいたしているところでございます。

○浜本万三君 そういうふうに、やはり保険料の徴収につきましても、いわゆる厚生省が指導しておる基準の納入をお願いすることも一つの方策だろうというふうに思つて、またそのほか、健保組合に對しては医療費通知制度の奨励でありますとかレセプトの点検を厳しくやるとか、こういう経営努力もさらに要請をしていただく必要がある、かように思つてございまして、しかし同時に忘れてならないのは、政府の方も、国庫補助をとか削減することだけではない、現在の国二割、地方自治体それぞれ〇・五ずつということになつておるようございまして、これも増額をするような方向で保険財政の健全化を図つていくように、これは希望いたしたいと思つております。

それから、もし滞納者の制裁措置をやるかどうかというのを考えてみますと、若干心配があります。二つあります。その一つは、国民皆保険制度の趣旨に反しないだろうかという問題が起きるわけなんです。それから第二は、国民が医療の機会を奪われることにならないだろうか、こういう心配がございまして、したがって、悪質な滞納者の範囲につきまじしては相当厳しく指導をしても、それ以外に思ひますが、いかがでございましょうか。

○政府委員(下村健君) 今回の措置は、その対象をただいま申し上げましたように合理的な理由がなく故意に保険料を滞納している悪質な滞納者に限定してやるということが趣旨でございまして、この制度ができましたならば厳正な運用に十分配慮をいたしてまいりたいというふうに考えております。

○浜本万三君 先ほど申したように、二つの心配がないように指導してもらえように特に希望しておきたいと思ひます。

それから次は、中間施設の問題について質問をいたしたいと思ひます。

この中間施設の問題でございますが、私も、寝たきり老人がだんだんふえていくという老齡化社会の最近の現象、それから就業人口を見ましても、今まで大體寝たきり老人の介護は女性ないしはお嫁さんがなされておられたわけですから、だんだん就職の機会がそういう方々も多くなつてきたという状況でございますので、よくわからなないけれども、何か中間的な介護、看護、リハビリの機会を与えるような施設が必要なんではないか、こういう気持はしておるわけでありまして。そういう気持ちを持って質問をしたいと思ひます。

ただ、九日、本日と、あるいはまた参考人などの御意見を伺つておきまして、厚生省の考え方があるわけと何かしつくりしないという印象を受けるわけでございます。例えば私の理解では、この中間施設というのは、厚生省の言われるように医療と福祉の中間施設というふうにとらえますと、非常に混乱をしたことになると思ひます。それはそういう法律はないわけでございますから。したがって私は、この問題のとらえ方としては、一つの流れとしては、病院から自宅へという生活ですね、福祉のラインがある。これは恐らく福祉関係法によって措置されるというふうにしておきます。それからもう一つのラインは、病院と特養の診療所という、医療行為を行う医療のラインがあるというふうと思ひます。

それで医療のラインを考へてみますと、特養の診療所よりは医療サービスを行う能力が大きいわけでございますから、当然、診療所が医療法に言う医療施設ならば、中間施設と言われているこの施設も医療法の適用を受けなやいかないんじゃないかという先般来の同僚議員のお話、これは私もわかるような気がするわけでありまして。ところ

が厚生省の方はどうしてもそういう点をほつきりなさらない。何かやっぱり奥に秘められたものがあるんじゃないか、こういう気がするわけなんです。私の印象に對しましてはどういう御感想をお持ちですか。

○政府委員(黒木武弘君) 中間施設の性格につきまして、私も、新しいタイプの中間施設でありまして、あるいは社会福祉立法に言う社会福祉施設でもない、新しい文字どおり中間施設を創設させていたきたい、こういうふうにお願ひをいたしておるわけでありまして。

裏に何かあるんじゃないかというふうなお尋ねでございますけれども、私も、この施設で医療も行われるし生活のお世話も行われるということから法律体系を仕組んでおるわけでございますけれども、特に医療につきましては医療法を初めとして他の関連法規があるわけでございます。この辺との調整を十分配慮しながら今回の制度を御提案申し上げておるわけでありまして。したがって、医療法の適用は受けないわけでございます。病院でもなければ診療所でもないわけでございます。事実でございますから、したがって医療法の規定との調整をとりながら、例えば営利目的の禁止などいろいろな管理者の規定その他、医療法の規定との矛盾を来さないように制度を設計しながらこの場で医療が行われるという道を今回選択していただいたというところであります。

特養は、特養全体が医療できる場ではございませんで、したがって技術的に、特養の中に医療室を置きまして、そこで医療が行われることがあり得べしということ、診療所という医療法の規定を持つてきているにすぎないと思ひます。学校の中に医療室を置き、これも診療所になつているところがあると思ひますけれども、そういう形のもの、施設全体が医療と生活サービスあわせ持つ機能をやるということ、この施設全体が医

療が行われる場として制度を提案をしているということでございますので、大変複雑な制度にはなつておるかと思ひますけれども、別に他意はないということ、御理解をいただきたいと思います。

○浜本万三君 なかなか苦しい答弁なんです。それが考えましても、医療行為を行う能力が特養の診療所よりも高いわけでしょう、中間施設というの。高い方が医療法の医療機関としての適用を受けずに低い方が受けるというの、これは一年生でもわかるんじゃないですか。そういう点を僕は申しておるわけなんです。ですから部長の答弁もなかなか苦しい。だから何か裏があるんじゃないかということをお尋ねしておるんです。

○政府委員(竹中浩治君) 今、特養の中の一部分である診療所と、それから中間施設である老人保健施設の比較でお話ございました。

先ほど来老人保健部長が申し上げておりますように、特別養護老人ホームのごく一部が診療所になつておる。その一部の診療所というものをそれだけを取り上げますとこれは一〇〇%医療でございます。医療以外のものは何もないというものが特養の中の一部である診療所でございます。それに對しまして中間施設でございます老人保健施設は、施設全体がどうか。施設全体について言えば、これは医療の部分とそれから生活サービスの部分が混在しておる。そういう意味で、高い低いというお話がございましたが、診療所は一〇〇%医療である、中間施設は何%か、これから議論があると思ひますが、いずれにしても部分的に医療以外の生活サービスが入つておる。したがって、今直ちに医療法に取り込むのは難しいというところで整理をいたしておるわけでございます。

○浜本万三君 整理をされたのはわかるんですが、やっぱり答弁としては不合格ですね。僕はもう思ひます。だから裏にあるんじゃないかと。私そのことをちょっと申しますけれども、私が考へてみますと、二つのことを厚生省はねらつて

おられるんじゃないかと思つておるんです。一つは、亡くなりました吉村さんが、病床の数が多い、六十万床ぐらゐ削減せにやいかぬと、こういうことをかねて言つておられたのを私覚えておるわけですよ。そこで、病院から自宅へというコースの中で、病床減らしのための施設として考へておるんじゃないか、こういう疑いが一つ。もう一つの疑いは、医療費が現在の出来高払いではもう高くなつてしまふが、そこでどこか定額制を導入したい、そのためにこういう制度をお考へになった。こういう二つの想像ができるんです。それは肯定されますか否定されますか、どうですか。

○政府委員(黒木武弘君) 中間施設につきまして、病床減らしという面があるのかというお尋ねでございますけれども、私も、一つには、現在いわゆる社会的入院という形で、お年寄りが治療が終わつたにもかかわらずまだ入院をされている、そのことが反面老人医療費を押し上げておるという面があるわけでございます。

その老人の方々はこういうニーズなりという施設サービスがふさわしいかと考へてみます。に、やはり生活のサービスも兼ね備えながら医療ケアをやる施設がないために入院という形で病院におられるという面があるということでございます。そして、そういう新しい老人の多様なニーズにこたへまして、そういう生活の世話と医療ケアができる施設を提供することによって社会的入院を正すとともに、お年寄りにもふさわしいサービスができる施設を用意することが必要である、こういう観点から制度をお願いしているわけでありまして。

なお、ただ、確かに日本の病床は世界に比較しまして多いわけでございます。直接的にこの削減をねらつたわけではございませんけれども、やはりこれから老人保健施設をどう整備していくかというのを考へますに、関係審議会からも御指摘をいただいておりますけれども、医療資源なり社会福祉資源の有効活用ということで、そういう

別途転換という道も大いに考えなさいということ
でございまして、そういう意味では御指摘のよう
な面が接点として出てくるかなというふうに考
えております。

それから定額でございませうけれども、これは私
どもとしては、ここで行われます施設療養サービ
スというものが、看護なり介護なりその他の必要
なサービスを見ても、非常に定型的な、症状安定
期の老人に対するサービスですから、その費用の
支払いは定額形でお支払いするのが最もふさわ
しい費用の支払いではないかということで、これ
も御提案を申し上げている次第でございませう。

○浜本万三君 大体肯定的な御発言のように承り
ました。

それではさらにその答えを受けまして質問をさ
せていただきますと思ひますのは、もし病床減ら
しだということになりますとちよつと心配がある
わけですね。どういう心配があるかという、俗
に言う安からう悪からうということ、うば捨て
山のような施設になるおそれはないかというこ
とです。それからもう一つは、一部負担を療養補助
費という形で入れるけれども、ところが各界の御
意見があつて、その他の疾病に対してはどういう
医療サービスを行うか、弾力的に行つてくれ、こ
うなつてまいりますと、定額制にして一応安くし
たけれども、プラスアルファの出来高払いの医療
サービスというものがかきままして、結局医療費
を抑えるという結果にはならないんじゃないか。

結局もとのもくあみになるのじゃないか。
こういう二つの疑問があるんですけれども、何
かそうじゃないかという御意見があれば例を挙げて
ひとつ説明してもらいたいと思ひます。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健施設がうば捨
て山になるんではなからうか、安からう悪から
うというお話でございませうけれども、私どもは、
この費用の支払いは定額の施設療養費ということ
でお支払いをするわけでございませうが、このサー
ビスの質をどういうふうに確保していくかという
のは、反面非常に重要なことだと考えておりま

す。

そのために私どもとしては、一つは十分な人員
配置を確保しなきゃならない。お医者さん、看護
婦さんあるいは介護をさせていただく人その他、や
はりその人員の配置基準をきっちり決めまして、
この施設の要員というものをきっちり確保させて
いくことが一つは医療その他のサービスの質の低
下につながる方途ではないかということで、
そういう運営の基準をぜひ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せう。

そのほか、施設運営全般につきまして、寝たき
り老人にいろんなサービスが提供されるわけでご
ざいませうけれども、寝たきり老人にふさわしいサ
ービスが提供されるような運営基準をぜひこれ
つくりまして、この施設が明るくて、できるだけ
病院からここに入つていただく、そして家庭復帰
をなさる、あるいは短期に御利用いただく、ある
いは在宅を支援いたすということ、明るいイメ
ージの施設になるようにこれから検討を重ね、
実施後は必要な指導を重ねていきたいというふう
に考えておるわけでございませう。

なお、定額払いとの関係で、突発的な医療がこ
の施設で起こつた場合にどうするかということでご
ざいまして、これも再三御指摘のように、答弁
の形でお答えをいたしておるわけでありますけれ
ども、突発的な医療が起きた場合には、まず
他の病院に転送するとかあるいは往診を受ける形
になるわけでありませうけれども、どうしてもな
その施設のお医者さんが緊急に手当てを必要とさ
れる場合が生ずることはもう当然だと思つておる
わけであります。この場合の費用の支払いをやは
り定額の形での一律は無理ではないかという御指
摘等々がございまして、やはり定額の中でも加算
方式その他を工夫いたしまして何らかの別途の評
価がでないものかということの検討をするとい
う旨をお答えしているわけでございませう。

ませんので、御心配いただいたような医療費の高
騰にこのことがつなげていくというふうには私
どもは考えていないわけでございませう。

○浜本万三君 それからもう一つ心配な点があり
ますのは、最近厚生省も予算がないから特養の老
人ホームはできるだけ補助金は出さぬようにして
おる、そういううわさがあるわけですよ。厚生大
臣はそうじゃないと思うんですが、これは特養を
ふやさないというために行う施設ではございませ
んでしょうね。特養はやはり依然として増加しま
すか。

○政府委員(小林功典君) 人口の老齢化が進みま
して寝たきり老人も当然ふえると思ひます。それ
に伴ひまして特別養護老人ホームの整備もさらに
進めなきゃならないというふうに考えておりま
す。

私ども、この数年を見てもみますと、大変厳し
い財政事情のもとではございましてたけれども、毎
年度平均しまして大体百二十カ所、定員八千名程
度の整備を進めてまいりました。今後このペー
スは従来ペースを落とさないように整備を進めて
いくつもりでございませう。その結果、昭和七十
五年の目標年度には現在の倍程度の定員を確保した
い、このような計画を持つておるわけでございま
す。

○浜本万三君 大臣、ひとつその点についての決
意のほどを伺ひます。

○国務大臣(斎藤十朗君) ただいま社会局長から
答弁を申し上げましたように、今後の寝たきりの
お年寄り、介護を要するお年寄りの収容施設とし
て老人病院やまた老人保健施設、そして特別養護
老人ホーム、こういうものを一体的に整備いたし
まして、三本柱として充実整備をいたしてまい
る覚悟でございませう。

○浜本万三君 次の問題に移るんですが、今回の
厚生省の法案の出し方を見ておりますと、多少私
どもも気にくわぬ点がございます。それは、まず法
案を提案して、中身はこれから審議するわけです
から余りまだしつかりしていないのに、とにかく

法案を提案して成立させてください、設置基準で
あるとか運営細則については後で決めてやりま
す、こういうことなんですね。こういうやり方は
国会の審議権を侵害することにならぬかと私はか
ねてから思つておるわけなんですね。したが
つて、今後こういうふうな法律の提案について
は検討をしていただきたい、かように思ひます。

そこで申し上げるんですが、この法案の審議の
状態を見ておりますと、中身がこれから具体的に
決められるということ、同時にまた、この中間施
設をめぐりましてさまざまな賛成、反対の意見が
あるわけですね。そういう状態の中間施設でござ
いますので、私は重要な時点時点で国会の方に報
告をしてもらいたい、かように思つておるわけす。特
に希望をいたしましては、いろんなケースでモデ
ル実施をやりまして、その結果が大体つかまれた
時点で国会、まあ社会労働委員会にその内容を報
告していただきまして、社会労働委員会ではしつ
かり審議をする、そして立派なものを全体の合意
の中で実施するということにならなければなら
ない、かように思ひますが、いかがでしょうか。

○国務大臣(斎藤十朗君) 老人保健施設につきま
しては、私どもの基本的考え方をおし上げて
いただき、これについていろいろと御議論をいた
だいておるところでございませう。こういった御議
論を十分参考にさせていただき、またこの法律が
成立をいたしましたならばいろいろな角度からの
モデル事業を実施し、その結果を踏まえ、そして
老人保健審議会において細則等についていろいろ
お決めをいただく、こういうことでございませう。
りよきものをつくつて多くの皆様方にこたえてい
きたいというふうに考えております。

そういう時点におきまして、国会の御要請がご
ざいますればこれについて十分御報告をいたすと
いうことといたしたいと思ひます。

○浜本万三君 国会報告は快く大臣が御了承いた
だいたので、これ以上言うのはどうかと思ひます
けれども、しかし現在の時点では国民の合意が形
成されておられませんので、法案の附則でも結構で

すから、モデル実施の状況等を勘案して必要な措置を講ずるんだというような規定も挿入していただきまして、まだこれから立派なものを完成するために国会や政府はいろいろ検討して努力するんだな、こういう印象を皆さんに与えていただきたいと思います、いかがでしょうか。

○国務大臣(斎藤十朗君) 修正をして法案の中に附則でも盛り込んだらという御意見でございますが、私も原案提出をいたしておりますので、原案がいろいろな角度から一番いいと信じておるところでございます。しかしながら、国会の御審議でございますから、各党間のいろいろなお話し合いによってそういった修正がなされれば、もちろんそれに従うことは当然のことであらうと思っております。

○浜本万三君 ひとつぜひ慎重の上にも慎重に行うために御検討をいただきたいと思っております。

それから、前回の委員会でも御議論がございましたが、厚生省は在宅医療サービスを充実させるんだ、こういう御答弁がございまして。私も在宅の医療サービスはより強化しなきゃならぬというふうに思っておりますが、その点どのような方針をお持ちでしょうか。

○政府委員(黒木武弘君) 老人の診療報酬につきましては、老健法が成立するときに、老人の特性にふさわしい診療報酬をつくるようにということとで御審議をいただき、そして附帯決議にもその旨が盛り込まれたわけでございます。その私どもの老人の特性にふさわしい診療報酬という考え方は、入院治療よりもお年寄りが家庭で、在宅で療養されるというのを促進する方向、あるいは薬とか検査よりも相談とか指導を充実する診療報酬の方向、そういうものを重視した診療報酬が中医学協の御意見を承りながら決められておるわけでございますが、それを先般の改定ではさらに一層改善をした形に今なっておりますというふうに理解をいたしております。

○浜本万三君 それから、この施設に入所した者は、五万円の生活費といましようか負担金とい

いましようか、徴収することになっております。五万円程度というんですか、徴収することになっております。この問題について若干心配があるもので、心配な点を申し上げますから、それに対してどのような対応をなさるか、お答えをいただきたいと思っております。

まず第一に、五万円程度の内容を老人保健審議会の専門委員会が協議されるということでございますが、例えば食事代はどの程度になる、理美容はどの程度になる、その他の費用はどの程度になるというような内容をまず明らかにしてもらいたい。それから第二は、たとえ程度という標準金額を決めるにいたしても、入所者の過分の負担にならないような配慮をしてもらいたい、これが第二。それから第三は、入所する方々の中にはいわゆる低所得者の方方もいらっしゃると思っております。それは恐らく福祉関連の法令で措置されるのではないかとと思いますが、その内容について、三つお伺いしたいと思います。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健施設の利用負担の点でございますけれども、まず老人保健審議会が当然御審議を願おうと思っておりますが、具体的な金額というよりも、私も、当該老人保健施設の利用者負担についてのガイドラインと申しますか、指導する基準をそこに諮ってつくってまいりたいというのが一つでございます。そういう意味から老人保健審議会でも御議論を賜りたいと思っております。

それから五万円の内訳を示せということでございます。本当に私も相い試算をやっておりますのでございまして、食費が一応三万四千円程度と見ておるわけでございまして、おむつ代については、必要な人と必要でない人がいるわけでありまして、平均すると九千円程度。それから諸雑費、これは理美容代とかレクリエーションの経費とか、電気製品の使用料等とか、その他石けん、ちり紙のたぐいの日用品等も含めまして諸雑費として七千円ぐらい。これが現時点での私の

もの利用者負担の経費を、現時点における相場と

言つてはあれですが、いろんな面から総合的に足し算をしていきますとこの程度になるということでございます。非常に粗っぽい積み上げを現時点ではやってみようとしてお示しをさせていただいているということでございます。

それから低所得者の老人が利用する場合の関連でございます。この施設の利用料は、先ほど申しましたように在宅でも通常必要な食事等に相当する額でございます。いわば家におられてもかかるそういう生活費をこの施設に入られても引き続き出していただくという考え方でございます。それから、先ほど申しました経費の必要額でございますからその程度の金額はどの世帯でも御負担を願えるんじゃないか。ちなみに、高齢者世帯の一人当たりの消費支出額、五十九年度の家計調査で調べますと、今高齢者世帯の消費支出が七万円程度になっておるわけであります。平均すると七万円程度家計でもお年寄りが一人当たり消費支出をされているということでございますから、この施設に入つた場合の五万円程度は利用者負担ということをお願いできるんじゃないかという考え方でございます。

さらに、どうしてもこれが払えないという方は生活保護の受給者になるわけでございまして、利用者負担については、生活保護の受給者の場合には生活扶助で見るとこの施設が利用できるということでございます。なお、社会福祉法人が社会福祉事業として行う老人保健施設につきましても、無料または低額で運営する仕組みも今回の改正法の中に盛り込んで提案をしているわけでございまして、その辺を総合的に活用しながら、低所得者に対しては私も十分念頭に置きながら運営をいたしてまいりたいと思っております。

○浜本万三君 繰繰くりの意味で最後に私の意見を申し述べますが、先ほど申し上げましたように、病床減らし、また医療費に定額制を導入したいというお考えがあるとすれば、中間施設の設置にまつわる議論でなしに、そのことを国民の前に堂々と厚生省は出して

もらいたいと思うんですよ。

医療費を削減する方法はどうするのか、病床が多いんなら病床をどういうふうにして削減するのかというのを堂々と出してもらいたい。そして国民全体が医療費の負担をできるだけ抑えていくという合意を形成せにやいかぬと思うんですよ。何か本当のことを言わずに別な方から物事を提案してその目的を達成しようというやり方はよくないと思っております。そういう方向で堂々とやっぱり国民の前で議論をする方向をこれからとってもらいたいと思うんですよ。大臣、いかがですか。

○国務大臣(斎藤十朗君) 今後の医療費の適正化というお話と存じますが、これまでのように、医療費の審査、また適正な医療が施されているかという監査等、これも十分に今後ともやっていかなければならないと考えております。

また、医療法の改正が行われましたが、地域医療計画等を策定して、今後必要な医療の地域計画というものを一つつくっていくということも大事でありましようし、また、今後の医療供給体制等についても幅広く見直していくという必要もあると思っております。また、老人保健事業などを推進することによってできるだけ病気にからないような方途を講じていくということも大事でありましようし、いろいろな角度からこれを総合的にこれから進めてまいりたいというふうに考えておりますが、今おっしゃられますように、医療費の適正化を行うためにはなお私も力強く施策を推進いたしてまいりたいと思っております。

○浜本万三君 それでは、医療費適正化問題につきましまして今から若干お尋ねをいたしたいと思っております。

今回の改正は実際は、先ほど申し上げましたように、国庫負担減らしの対策に私ははかならぬと思っております。しかし政府の方では、そういうことじゃないんだ、これはあくまでも負担の公平を図るためだと説明をしておられます。しかし、たとえ公平化が実現したといたしましても、負担そのものが今後とも際限なく重なるようではこ

それから薬価につきましては、五十七年にそれまでの薬価の改定方式を改めまして、毎年薬価調査をやつて薬価の改定をやるということで薬価差の縮小という点に努力を払つてきているわけでございます。その結果、薬剤費率、一時は四〇％というふうなことも言われていたわけでございますが、現状でおよそ三〇％まで薬剤費率が下がる、薬価差の方もそれに伴つて相当程度改善されてきているというふうに考えております。

それから次は検査の問題でございますが、検査につきましては、これも毎年度特に外部に対する委託検査の実情調査のようなことをやつておりまして、診療報酬改定の都度その合理化ということ、最近の検査は検査機械の高度化、性能が非常に向上するということがあるわけでございますが、その性能の向上による成果を検査料の面で保険の点数の設定に反映させるという形でその検査料の合理化に努めているわけでございます。

○浜本万三君 共同利用。

○政府委員(竹中浩治君) 高額な医療機器の共同利用の問題でございますが、私も、現在各都道府県で医療計画の策定を急いでおるわけでございますが、その中身といたしまして、ハード面以外にソフト面の一つといたしまして、各医療機関ごと医療圏内にある大型の医療機器の共同利用計画を具体的に設定するように都道府県を現在指導しておるところでございます。

○浜本万三君 医療費通知。

○政府委員(下村健君) 医療費通知につきましては、これもほとんどの保険者が実施しておりますが、その頻度とか内容の点で今後さらに充実を図つてまいりたいというふうに考えております。

なお、監査の問題がございしますが、監査につきましては、その人員の充実ということで毎年、現在非常に苦しい定員事情でございますが、定員を増加いたしました監査体制を強化するというところで、実施面で手厚くしているという格好でございます。

○浜本万三君 伺いましたけれども、まだまだどう

も不十分なような印象を受けました。さらに一層努力をしてもよろうに希望をしておきたいと思ひます。

それから次は、老人保健制度創設の際に、老人医療費の負担増の歯止めとして診療報酬の見直しが行われたことと見地から、さまざまな論議が行われたことを私もよく承知をしておるわけでございます。老人医療の診療報酬も、我が党の同僚議員が提案いたしました、主治医による生活指導料が新設されるなど、老人の心身の特性等を踏まえたものと言われているが、この点数表が老人医療にどのような影響を与えたのか、わかればお知らせをいただきたいと思ひます。

○政府委員(黒木武弘君) 御指摘のとおり、老人の診療報酬につきましては、いろいろ御議論を踏まえまして新しい診療報酬をつくつたわけでありまうけれども、その端の端な在宅の方への生活指導料というものが特徴的な点数かと思うわけでありまう。

この点数の構成比と、それからそのことによる、例えば授業、注射がどういうふうに変つたかという点を申し上げますと、点数中の構成でございましてけれども、生活指導料につきましては五十八年の二・九％が五十九年には三・四％と、割合は低うございしますが伸びております。

反面、授業と検査の割合は少なくなつておるわけでありまして、授業が二四・六から二二・四％へ、注射が一五・三から一二・九％というふうには、構成比率を低めておりました。そういう意味では、私どもの当初の目的といたしまして授業、注射等よりも日常生活の指導を重視した、老人にふさわしい医療の確立という面では進歩していると思ひますか、進んでいるんではないかというふうに思つております。

○浜本万三君 それから、当時森下厚生大臣は、これまた私どもの同僚議員の質問に對しまして、主治医の登録制については前向きに検討する旨の答弁をしておられるわけでありましたが、その後の検討はどうなつておるのか、お答えをいただきました

と思ひます。

○政府委員(竹中浩治君) 主治医ということでお話しでございますが、私も、地域におきましてプライマリケアの充実を図りますために、住民の日常の健康管理、健康相談、それから日常的な疾病と申しますか、コモンディーズの診断治療を十分に行う。さらに、必要に応じて専門医療機関等へ患者を紹介するなど医療の継続性を保ち、地域のプライマリケアの中心となるものとして家庭医というもののあり方を、実は現在懇談会を設置いたしまして鋭意御検討をいただいておりますところでございます。来年の三月をめどに御結論をいただくということにいたしておるわけでございます。

お話しは主治医の登録制の問題でございますが、これは今申し上げました家庭医のあり方の問題と大変密接な関係がございしますので、家庭医懇談会の検討結果を待ちまして慎重に對処してまい

○浜本万三君 主治医の登録制につきましては、今般の改正でも一度もまじめに検討をされた形跡が残念ながら見当たりません、今のお答えはあつたけれども、法案を通すための口約束だけでは誠意を見ることができないと思ひます。本当に約束をしたことはやつてほしい、かように希望をしておきます。

さらに、老人医療費の高騰に對処するためには審査、指導監督等医療保険全般における医療費適正化対策が必要であると思ひます。そこでまず、お話をあつたレセプトの審査であります、この審査委員会の構成メンバーのうち、公益代表に医師の利益を代表する立場の者がなつていふと言われておりますが、その実情はいかかものかでございますか。また、どうも医師の方が中立に入るといふのはおかしいんじゃないかという気持ちがございますので、改めるお考えはないか、お尋ねをいたしたいと思ひます。

○政府委員(下村健君) 支払い基金でありますとか国保連合会の審査委員は、学識経験者、国保の

場合は公益を代表する者という形になっております。それから診療担当者代表する者、それから保険者を代表する者というその三者の構成になっているわけでございます。その三者構成をとつていふ趣旨にかんがみまして、学識経験者あるいは公益を代表する者という中に、診療担当者を代表する者でありますとかあるいは保険者を代表する者のそれぞれの推薦母体の長でありますとか、そういうふうな方がなるといふことは適当でないと考えているわけでございます。

しかし実際には、実は御指摘のとおり、各推薦母体の長などの職にある方が学識経験者として審査委員に選任されているという例がございまして、これらにつきましては、関係者とも十分意見調整をしながら、遅くとも次回の改選時までは改善を図るよう指導を行つておるわけでございます。次回改選というものは、支払い基金でございますと六十二年の六月ということになっております。

○浜本万三君 次に、同一の県において社保と国保の一件当たり医療費に格差がありました、さらに医療費の西高東低といった傾向は依然として続いております。この原因については、幾度となくこれまで同僚議員が追及しておるところであります、当局の方ではいつも明快な回答ができないのが実情でございました。その原因は、もちろんこれだけというふうには断言できないと思ひますが、審査のあり方が大きく左右しておるのではないかと私は思ひます。

そこでこの際、例えば主たる疾病ごとの審査マニュアルを専門家である医療グループに作成してもらつて、各都道府県の支払い基金及び国保連の審査はこれに沿つて審査を行うとか、都道府県段階の審査とは異なつた立場で審査への機会をふやすため中央審査の内容を充実するなど、審査の地域格差や支払い基金と国保連の審査格差を是正するため審査のあり方を根本的に見直してはどうか、かように思ひますが、いかがでございますか。

○国務大臣(斎藤十朗君) たいだいまの御提言は一つの御意見として非常に何といましようか、傾聴に値するといましようか、大変結構なことだと思ひます。関係の皆様方とも十分協議をいたしまして私どもも検討をいたしたいと思つております。

○浜本万三君 それからまた、地域の健康保険組合等の責任者などに伺つてみますと、レセプトの審査をやつておるんでしようか、これは専門家でないとなかなか審査が困難だと、こういう話がございます。そこで、たくさんの方々の審査をする専門家を養成したかどうか、かように思ふわけであります。審査をする専門家を多数養成して統一した審査ができるような体制づくりをしたかどうか、こういうふうな思ひますが、いかがですか。

○政府委員(下村健君) レセプト点検を各保険者が行うということになっておるわけでございまして、先ほど来申し上げておりますように、一応やつておりましたもなかなか効果的なことがございまして、その原因の一つとしては、レセプト点検については相当専門的な知識でありまして、かようなものが必要だといふことが考えられるわけでございまして、したがって現在、小規模の保険者でありますとかいろいろの問題がございまして、保険者のレセプト点検をなお効果的に行うための方策について検討していただいております。

専門要員の確保という点につきましても、御意見を踏まえましてひとつ具体策を検討してまいりたいと思ひます。

○浜本万三君 指導監査の問題なんです、指導監査の徹底のためにこれまた要員の確保が必要だと思ひます。最近の確保状況はどうなつておりますか。

六十一年度には二百六十七名ということで約百名程度の増員を行つております。

○政府委員(下村健君) 確かにチェーン病院の存在がいろいろ問題になるところが多いわけでございます。こういう大組織の指導監査を行うというふうなことになるかと、それ相応の知識なり資質を持った者でなければならぬといふふうに考へておりました、そのための特別の要員の確保をできなければ行けないということで、目下その具体化について検討していただいております。

○浜本万三君 医療費の適正化は、医療保険サイドからの対応ばかりでは不十分だと思ひます。そもそも医療には、供給が必要を生み出すという性格があるといふことが言われておるわけでございまして、そこで医療供給体制の面から適正化を考えなければならぬ点も多いのではないかとと思ひます。そういう点について、若干厚生省のお考えを伺ひたいと思ひます。

ここ数年、地域医療計画の規制を逃れるという目的かどうか知りませんが、駆け込み増床の傾向にあると伺つておりますが、その実態をどのように把握されておるか。また、地域医療計画においてこうしたベッドは排除する考え方のなか、残しておくのかどうか。そういう点、お伺ひしたいと思ひます。

○政府委員(竹中浩治君) ここ数年間の病床数の増加傾向の推移でございまして、実は昭和五十五年が病床の数といまして一番ピークでございまして、年間約五万床の増床がございました。それ以後だんだんと増床が減つてまいりまして、昭和六十年には年間で三万床を少し超える程度の増床があつたといふことでございます。

昨年の暮れに医療法の改正をしていただきました、それ以後地域医療計画についての関心が大変高まつてきておるわけでございまして、現在のところ、ことしの一月から七月までの増床分、これを前年の六十年度の一月から七月、同月分と比較をいたしてみますと増加率が三五%増、つまり前年に比しまして一三五%ということ、三割半ばかりふえ方が多いわけでございます。

その増床の増加につきまして、要因としてはなかなか分析は難しいわけでございますが、今お話がございました医療計画の策定をにらんだ駆け込みといふものもやはり否定できないのではなからうかと思つております。

こういう駆け込みといふようなことが多くなつてまいりますと、来年の末には各県で医療計画の策定を終わつてほしいといふことをお願いをいたしておりますが、せっかくつくつていただきました医療計画の効果がかなり減じられるということとございまして、実は先月でございまして、こういう私どもの方から指導通知を出しまして、こういう医療計画をつくつた際に、病床過剰地域になると思われるような地域でこういう駆け込みといふような現象があれば、それはひとつぜひ強力に行政指導をして、場合によれば増床申請の取り下げをしてもらふとか、いろいろの点で強力に行政指導をいたしまして、医療計画がその効果を十分発揮するように現在指導をいたしておるところでございます。

○浜本万三君 よくわかりました。その次に、もう時間がございませんで、二、三まとめてお尋ねをいたしたいと思ひます。

病床の整備計画なんでもございまして、病床整備は地域偏在が甚だしいと思ひますので、大都市及びその周辺で大病院の配置を適切にするとか、お医者さんのいないところにお医者さんを配置するとかいふような、地域医療計画に基づいた適切な配置を早急に実現してもらいたいと思ひます。その次は、医師の数及び将来の養成数はどうな

つておるか。また、医師が大病院に集中する傾向にあるが、この適正配置を促進すべきであると思ひますが、その対策はどのように考えられておるか。三点について伺ひたいと思ひます。

○政府委員(竹中浩治君) 病床の整備でございまして、これは地域医療計画の中で最も重要な問題として取り扱つておるわけでございまして、一般病床につきましても、二次医療圏ごとに必要病床数を定める。そういうしまして、過剰地域につきましてもは増床を抑え、過少地域においてはそれぞれ整備を待つといふこととございまして、あわせて、地域的な偏在でございまして、僻地等についての医療機関あるいは医師等につきましてもの拡充整備の対策は、これはこれとしてこれから力を入れて進めてまいらる考えでございます。

それから医師の養成数でございまして、現在医科大学の定員は一年間で約八千三百名でございまして、現在のままで養成をしてみますと、昭和百年にはいろいろのことを考えましても約一割はオーバになるといふこととございまして、私どもの方の検討委員会でも、それを昭和百年の時点においてバランスをとりましたために、昭和七十年における新規参入、新しいお医者さんの誕生の数を一割減らす、そういうことによりまして昭和百年で医師の需給のバランスをとるといふことで、今文部省等にお願ひをして進めておるところでございます。

それから病院間での医師の偏在の問題でございまして、やはり特に大病院に医師が偏在をしておる、あるいは大病院に集中する傾向があるといふこととございまして、これはなかなか複雑な問題が入り組んでございまして、その対策は非常に難しいわけとございまして、先ほど例えは家庭医の問題といふようなことを申し上げましたが、若いお医者さんの勤務医志向あるいは大病院医師志向、そういうものの対応をいたしますために家庭医の検討、開業医の復興といふようなことを検討いたしておるところでございます。

それからまた、医療法の中で医師数の標準というものを定めておきますが、こういった面につきましてもさらに検討を加えまして、必要がありますれば、数年後に予定いたしております第二次医療改正において検討結果を反映していきたい、こんなふうに考えておるわけでございます。

○浜本万三君 時間が来ましたので、またの機会にしたいと思います。

○中西珠子君 日本は先進諸国に例を見ないほどの急速なスピードで高齢化社会に突入しようとしております。

そこで、本年六月の閣議決定で「長寿社会対策大綱」というものを決定されましたけれども、その大綱の中には、基本政策の中で、「社会的公正を確保しつつ、生涯のどの段階においても安心して生活できる体制を整備するとともに、健康で充実した生活を過ごせるよう基礎的な条件の整備を図る」と言っているわけでございますが、現在の円高不況、また構造不況などの経済的な非常に安定のない状況の中で失業もどんどんふえておりますし、国民は、生活は今ではとても将来どうなるかという不安を非常に持っていると思っております。また、総理府の世論調査などによりまして、殊に老後の健康がどうなるか、また病気になるか、また老後の健康が受けられるか、また生活保障が、どうも年金が低ければ何と暮らしているのだからとか、いろんな不安を持っているわけでございます。

それで厚生大臣としては、この人生八十年時代の、殊に国民の健康とか福祉という面、また医療の面で責任をお持ちになつておられる立場でございますから、厚生大臣の高齢化社会に対応する政策ビジョンというものをまずお伺いしたいと思うわけでございます。

○国務大臣(斎藤十朗君) ただいま御指摘をいただきましたように、これから迎える長寿社会、そして人生八十年時代というものが本当に長生きしてよかったですと言っていただけのような、そういった社会的環境といえましょうか、総合的な施策を

推進をしていく必要があるというふうに考えます。

政府といたしましては、六月に「長寿社会対策大綱」というものを、それぞれの制度を横断的に総合的に取り組むような形で、その指針というようなものを決定いたしましたわけでございますが、厚生省といたしましては、社会福祉を担当いたしましてまいりますその中心になる官庁といたしまして、豊かな老後社会を送っていただくような、そういった長寿社会をつくり出すために全力を挙げて努力をしなければならぬと考えております。特に、そういう中で医療と保健と福祉というものが一体的に連携を保ちながら政策が推進されていくということが非常に必要なことであるというふうに考えておるところでございます。

○中西珠子君 厚生大臣のお考えを今承ったわけでございますけれども、ここ数年の間、殊に中曽根内閣になりましてからは、どうも財政再建の名前のもとで年金とかそれから医療関係の社会保障の給付の切り下げが行われたり、また、いわゆる福祉の切り捨てられたり、とにかく国庫負担を減らすための施策というものがどんどん行われているような気がしてしょうがないわけです。

それで、ただいま議題となっております老人保健法の改正案というものの、例えば個人負担の大幅な引き上げとか加入者按分率の急激な引き上げとか、そういったものも含んでおいて、財政調整、国庫負担削減というものが目的となつていて、これはないかと感じざるを得ないわけでございます。例えば自己負担の引き上げというものを考えてみましても、老人というのは加齢に従って所得は下がるわけでございます。一方病気になるものは多くなると聞いております。

まずお伺いしたいのは、年齢階層別の有病率というところをお伺いしたいわけです。そしてまた、有病率に対応してどのくらい受診受療をしているかという率ですね、こういうものをお聞きしたいわけでございますが、いかがでしょうか。

○政府委員(黒木武弘君) 年齢階層別の有病率でございますけれども、人口千対で申し上げますと、平均が百三十でございまして、ゼロから四歳が九十四・九、五歳から十四歳が六十三・十五歳から二十四歳が最も低く三十八・三、二十五歳から三十四歳が五十三・六、三十五歳から四十四歳が八十一・六、四十五歳から五十四歳が八十四・八、五十五歳から六十四歳が八十八・五、六十五歳から七十四歳が九十二・五、七十五歳から八十四歳が九十七・五、八十五歳から九十四歳が九十九・五、九十五歳から九十九歳が九十九・五、百歳以上が九十九・五とございまして、平均の約三・八倍ぐらいになりますか、それぐらいの七十歳以上の有病率になっておることでございます。

それから受療率でございますけれども、人口十万で出ておりますけれども、総数が七千二百六十でございまして、主なところだけ申し上げますと、例えば十歳から十四歳が四十二・七でございまして、低い方でございまして、それから二十歳代、例えば二十五歳から三十四歳をとりまして四千八百四十二でございまして、それから四十歳代、例えば四十五歳から五十四歳をとりまして五千四百五十五から五十四歳は七千九百九十一と増加してまいります。五十歳代、五十五歳から六十四歳が一万五千五百五十五から七千九百九十一と増加してまいります。それから七十歳から七十四歳をとりまして二万九千二百二十七、八十歳以上をとりまして二万九千六百六十二、七十歳以上の再掲で申し上げますと二万四千七百七十三という数字が出ております。

○中西珠子君 率で言うとうるなりですか。

○政府委員(黒木武弘君) 有病率と受療率との率でございまして申し上げますと、これは有病率に對する受療率の割合でございますけれども、十五歳から二十四歳が九十七・七でございまして、六十五歳以上を見ますと、有病率に對します受療率の割合でございますけれども、三九・七というふうになっております。

○中西珠子君 六十五歳から七十五歳、とにかく

それ以上の人たちというものは大体三九・七％、すなわち四〇％近くが病氣を持っています受療してないというところでございまして、これにはいろいろ理由があると思ひますけれども、七十歳以上のお年寄りの生活実態というのとはどうなっているのでしょうか。余りお医者様にかかるとお金がかかるからやめておこうという人が多いのではないかと思ふんですけれども、どういふふうになっておりますか、その点をお聞きしたいと思います。

○政府委員(仲村英一君) 統計調査の中身で直接比較できない部分もありまして、先ほど老人保健部長からお答えいただいたのでございましてけれども、受療率というのとは一日の調査でございまして、その日に診療所、病院にあらわれた患者さんについての率でございまして、それから有病率というのは、世帯をとらえて、そこでその当日病氣であったかどうかということでございます。数字として比較すればこうなりますけれども、直ちに病氣の人のうち九割はかかっている、四割しかかかっていないというふうな言い方には統計技術上からはならないというところでございまして、一応私の方から答弁させていただきます。

○中西珠子君 雑誌の「世界」というのがありますね。あれの最新号、一月号です。あれに、経済学者なんでもが都留重人さんが、「医療の内実と外延」という論文を書かれておられるんです。その中で、六十五歳以上の階層ではとにかく有病率は非常に高いのに四〇％ぐらいの人しかお医者様にかかっていないらしいというところをおっしゃっているわけなんです、それでお聞きしたわけなんです。それは厚生省の統計情報部の患者調査と国民健康調査と両方を調べてみた数字だと、こうおっしゃっているわけなんです。

それはそれとして、国民生活実態調査によりまして、七十歳以上のお年寄りの生活実態というものはどうなっておりますか。

○政府委員(黒木武弘君) 先ほどの件、もう一回

補正させてもらいますと、確かに「世界」で都留先生が御指摘になっているわけでございます。私が素人なりに考えますに、要するに若い人は、けがをした、病気の人は病気の間に御医者さんに例えは三日かかる、それで三日でけがが治るといふことでございまして、受療率と有病率の関係は一〇〇に近くなるわけでございますが、お年寄りの場合には、ずっと慢性的疾患でございますから、例えば一週間に一遍とかあるは一週間に二遍という頻度で受療されますので、受療率対先ほど申し上げました有病率の関係というのは疾病構造からくる差ではなからうかなというふうに考えているわけでございます。

それから老人の生活実態でございますけれども、まず所得について申し上げますと、これは厚生省の国民生活実態調査でございますけれども、五十九年で申し上げますと、高齢者世帯では一人当たりが一月、十一万四千円でございます。全世帯平均では十一万五千円というところでほぼ同額だといふことでございます。このうち、高齢者世帯の所得の内訳でございますけれども、全平均で年金、恩給が五万九千円というところで五一・四％を占めております。そのほか、稼働所得が三万九千円で三四・五％、財産所得が一万円で八・七％、その他が六千円で五・五％になっております。

消費についてでございますけれども、これは総務庁の家計調査によりますと、六十年での一人当たり一月でございますけれども、世帯主が六十五歳以上の世帯でございますが約七万五千三百円というところで、全世帯の平均が七万三千六百円というところで、これも所得と同じように消費もほぼ一人当たりで見ますれば同程度の額といふことでございます。

貯蓄について申し上げますと、総務庁の貯蓄動向調査によりますと、六十年一人当たりで、世帯主が六十五歳以上の世帯の場合には約三百九十九万円でございまして、全世帯平均が百五十四万円でございまして、これは高齢者世帯の方が約二

六倍貯蓄が多いという数字が出ております。したがって、こういった高齢者の生活実態から見まして、こういった高齢者の生活実態からは無理がなく御負担いただけるものではないかといふことでお願いをしているわけでございます。

○中西珠子君 高齢者世帯の中で年金と恩給受給者というのは大体九三・二％ぐらいあるわけですね。その中で年金とか恩給の収入が所得の全部だといふ世帯は四一・九％ぐらいあるわけですね。それで年金の平均は五万九千円だと今おっしゃったわけですが、年収百万円未満の高齢者世帯というのはやはり相当あるわけでしょう。何％ぐらいあります。

○政府委員(黒木武弘君) 二八・七％でございます。

○中西珠子君 国民年金の老齢年金の平均額というのは二万七千八百円ですね。この国民年金の老齢年金を受けている人の数、それから老齢福祉年金というのは六十一年度で二万七千二百円ですね、この老齢福祉年金を受けている人の数をお教えいただけますか。

○政府委員(黒木武弘君) 数についてのお尋ねでございますけれども、福祉年金で二百二十万人、年金受給者総数で六百六十万人でございますが、年金の制度ごとの数字をちょっと持ち合わせておりませんので、その程度のお答えで御勘弁いただきたいと思ひます。

○中西珠子君 私の部屋に毎日毎日お年を召した、殊に男性の老人の方が多くいますけれども、おいでになります。その人たちは年金生活者なんですか。それでいろんな年金に入っている人がいます。例えば私学共済なんかに入っている、かつては大学の学長をやったとか教授だった人といふ人たちもおいでになるわけでございますが、終戦直後からずっと余り高い給料でもなくて教育の復興、普及といふものにも一生懸命に挺身してきた。しかし年金の額は非常に少ないから、今度の一部負担の引き上げといふものは本当に困る。

もうこれから先が不安でしようがないと、こういうふうにおっしゃる方が多いわけですね。

それで、これは私学共済とかそんなところばかりでなくもういろいろ、殊に国民年金の老齢年金をもらっていらっしゃる方、それから老齢福祉年金をもらっていらっしゃる方は、これは生活費に満たないような低い年金なので、今回の老人世帯の一人当たり所得が約十一万四千五百円である、それから一人については七万三千六百円ぐらいで、若い人の世帯と余り違わないからこの一部負担の増は無理なく負担できるのではないかと、こう厚生省ではおっしゃっておりますけれども、ちょっとこれ急激な大幅な増加と思うんですね。

外來一カ月四百円というのを、政府原案では千円だった、これが衆議院で八百円ということに修正されましたけれども、とにかく一カ月たった一科行けば済むという老人は少ないので、やっぱり二科、三科と行かなければならない。そうすると費用もかさむ。

それからまた入院の費用につきましては、三百円が五百円に、そして今まで二カ月の限度というものがあつたのを取り除いてしまったために、一応この案によりますと月一万五千円かかる。そして、二カ月の限度がなくなつたから年間はどうしても十八万円ということになってしまふ。これは十倍でございます。外來の方は四百円ということにいたしましたけれども、外來の方は四百円というところもいろいろ、衆議院の修正で八百円になつたといふのはなかなかこの負担は難しいといふ方が、老人クラブの代表の方からも、もういろんな方から出てきているわけでございます。

社会保障制度審議会答申、六十一年二月十日のものでございますが、この答申の中で、「受診の抑制にならないよう急激な負担の上昇を避けることが望ましい」といふ言われたいのわけですね。それで、受診の抑制にきつとながらであるといふことは医師会関係の方も大変御心配になつておりますし、私の同僚議員の高桑先生もお医者様の

立場から大変受診抑制につながるといふことを心配していらっしゃるわけでございますが、老人保健審議会からの答申を得たからと、こうおっしゃっておりますけれども、その答申は全会一致だつたわけではないわけでございます。

それで、例えば医療団体関係の方だと労働団体関係の方だと福祉団体関係の方、そういった方が委員になつていらっしゃる。その委員の方々は、結局老人の有病率とか受診の状況、患者負担の実情とか生活実態から見て多くの問題があつて反対だといふ意見が出されているわけでございます。これは事実ですか、御確認願ひます。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健審議会の意見として、そういう意見になつてゐることは事実でございます。

○中西珠子君 それで、とにかく外來と入院をそのように大幅に引き上げるといふことを提言なすつてゐるほかに、いわゆる保険外負担といふものがございます。これは入院時にどうしてもしろんな名目でお金がかかる。私のところでは老人を病院に入院させながら働いている女の人の人がたくさん来るわけですね。働く婦人の会というのがあるけれども、独身で母親とか父親の面倒を見ながら自分も働いて一生懸命生活費を得ているという人だと母子家庭の人だと、そういう人があるんでございます。その人たちが、自分の親を老人病院とかいろんな病院に入れたらどうかして、その実態についていろいろ訴えに來られるわけでございます。その人たちが言われるには、既に保険外負担と言われているものが大変大きくて、一月十万とか二十万とか取られてしまふ。そういう中でまた引き上げられるのはとても耐えられないといふことなんですね。

保険外負担につきましては、厚生省としてもやはり調査なさつてゐるわけでしょう。どういふ調査結果が出ておりますか。

○政府委員(下村健君) 保険給付に関連する保険外負担の一般的な状況につきましてまず私から御答弁いたします。

第一が、一人部屋あるいは二人部屋というふうなところへ入られた場合の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場合は差額ベッド代を解消するよう指導を行っていたわけでございます。その結果、総病床数に占める三人室以上の差額ベッドの割合は、昭和四十九年には六・六%ございましたが、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。負担額は、差額ベッド全体を平均いたしまして一日当たり三千三百円程度になるといふふうに推計いたしております。

それから第二が、付添看護でございますが、基準看護病院以外のいわゆる普通看護の病院におきまして付添看護がついた場合、その付き添いに要した費用については患者に償還払いをしていただくわけでございます。この償還払いをする額、看護料と慣行料金との間に大都市の場合基本給において一日当たり約千円程度の開きがございます。これが患者負担になっている。

この二つが一般的な保険外負担ということでございます。

○中西珠子君 まだそのほかにいわゆるお世話料というのがあります。それについて調査なすつたことがありますか。

○政府委員(黒木武弘君) お世話料についてでございますけれども、昨年の十二月に全国の老人病院を対象にいたしまして実態調査を行ったわけでございます。

その結果について御説明申し上げますと、まず金額でございますが、入院患者一人当たり一月で見ますと、お世話料として、保険外負担の額でございますが、平均二千七百五十円という数字を得ております。地域別に見ますと、東京近郊等の大都市圏で高く地方では低いという傾向が見られるわけでありまして、かなりの地域差があるというところでございます。その負担の内訳でございますけれども、四割以上がおむつ代あるいはおむつ代関連の経費でございます。そのほか電気製品の使用代といったものがございますが、いず

れにいたしまして、お世話料の実態を見ますと、通常家庭においても必要とされる費用が実費徴収的な形で徴収されているということでございます。

このようにお世話料につきましては、名目はいろいろございますけれども、通常家庭で必要とされるおむつ代あるいは電気製品の使用代あるいは美容代あるいは日常雑費というふうなものでございまして、これはどうしても保険でカバーできない医療以外の経費でございますから、私どもは、やはり病院でその経費が必要になればこの経費が実費徴収されるというのには原則的にやむを得ぬではないかというふうに考えております。

しかしながら、いわゆるお世話料と称して、保険の給付と医療と重複する部分として医療の中の一部を例えばお世話料という形で費用徴収してはならないことはもとよりでございます。かねてからこの面の指導を行っているとございまして、今後とも、都道府県を通じてお世話料の指導につきましては是正方を含めまして徹底を図ってまいりたいというふうに考えております。

○中西珠子君 今度入院の費用が一日に五百円ということになりました。それが一月だと一万五千円です。三十日として、それから差額ベッドが今おっしゃった一日当たり三千三百円ということとすると、これがほとんど十万円になります。それから付添料の差額、償還支払いをされる額と慣行料金との額は千円の差があるとおっしゃいましたから大体これは三万円ですね。それからお世話料が東京付近、首都圏ですと四万九千四百円です。そうするとほとんど五万円です。そういうものを加えますとやっぱり相当の費用になるわけでございます。それが今度どうしても払わなければ退院していただけないというふうなことになるわけですから、老人を抱えた家庭、そして老人で病気になる患者さんにとっては大変何か不安のもとになっているということがあると思

うんでございます。それで、世代間の公平化というふうなことをお

っしゃっておりますけれども、結局老人は所得が低いんだから、本人に貯金があれば本人の貯金から出すけれども、一緒に住んでいる家族、そういった若い人たちが出すということにもなるんじゃないかと思うんです。例えば東京都の中野区が調べた結果というものが出ておりますけれども、これは昭和六十年四月から六月にかけての付添看護料を請求に来た区内の六十五歳以上の方の入院費というのについて調査したそうですが、付添看護料を除いて一カ月の入院費というものが、保険外のもの、二十万円以上が二六・六%、こういったものを含んだ八六・六%の人がとにかく三万円以上は病院に払っていたというわけです。

そうすると、やはりこういった保険外負担というものもどんどん少なくなるような方向で厚生省が御指導いただかない限り、そしてまた、今度のように自己負担が上がりまして結局家庭の崩壊、家庭経済の破綻ということにつながってくるのではないかと懸念をしております。やはり急激な引き上げというのは何を何とかしていただきたい。修正できるものならしていただきたい。できれば撤回していただきたい。このように考えているわけでございますが、衆議院でちょっと修正がありまして外來は千円が八百円になったわけですが、入院費の方は一日五百円を四百円にするとか、そういうお考えは全然ありませんか。

これだけみんなが反対している。賛成しているのは市長会、市町村の長の方々と、それから国民生活の中で国民健康保険というふうなものを抜いていられる方々、市町村の方、それから国民健康保険中央会の方々、そういった方々だけで、それ以外の方々は老人保健法の改正法案に対して物すごい反対で、毎日私の家に電報がどんどん来ます。手紙も参ります。それから議員会館の部屋には朝から晩まで次から次へと陳情にいらっしゃるわけです。あそこ座ってと次から次から皆様にお会いしなければならぬ。委員会に私が来ておりました。その間にどんどん

らっしゃるから秘書が応対しておりますというふうな状況でございます。これだけ国民の皆様方が反対していらっしゃることを厚生省としてはどのように受けておられるのでしょうか。そんなものは全然平気と、我々の考え方が正しいからあくまでもやるというふうにお考えでいらっしゃいますでしょうか。これは大臣にお聞きしましょうか。

○国務大臣(斎藤十朗君) 患者負担の軽減を一層図るようという御趣旨のことでございます。差額ベッドや付添看護料、またお世話料といったような点について、ただいま御答弁申し上げたような方向で今後とも全力を挙げてその適正な状況に持っていくように努力をいたしてまいりたいことが一つであらうと思っております。

また、今御指摘の入院の今回の改定の件でございますが、先ほど先生がおっしゃられましたように、戦前、戦中、戦後と日本の非常に難しい時期を乗り越えていただいたお年寄りの皆様でございますので、過剰な負担にならないよう配慮をいたしてまいらなければならないというところはもとよりでございます。しかしながら、今回のこの法律の改正をお願いをいたしておりますのが、医療費を国民全体で御負担をいただく、同時にまた世代間の公平という観点からも一部負担について見直さしていただくということでもあります。

そして健保本人の方々は一割負担をしていただく、また健保の家族の方については外來においては三割、入院においては二割の負担をしていただく。また国民健康保険につきましましてはすべて三割の負担をしていただく。もちろん高額療養費制度というものがございまして、けれども、そのような負担をしていただく中で、全体としては、衆議院で修正になりましたので四割程度の負担でなからうかというふうに思っております。そういうふうな、老人以外の方々から見れば相当程度低い負担をお願いをするということをお願いをいたしておるわけでございます。私も原案提出者としていたしております総合

的に検討した結果、このようなことをお願いをしたいところでございますので、どうぞひとつ御理解をいただきたいと思ふ次第でございます。

○中西珠子君 戦時中また戦後を通じて苦勞をなすつて、そして戦後の日本の荒廃の中から経済を復興させて、今経済大国というものに発展させていただいた、本間に骨身を削って働いていらしたお年寄りの方々が、やはりこういう自己負担の引き上げとか、それからまた、後にお伺いしたいですけれども、老人の診療報酬を別建てにされているとか、そういったことのために本間に報われないう、何のためにこれまでに一生懸命やってきましたかというふうな気持ちをお持ちになっているのは確かだと思ふんですね。

その点は大臣もお認めになっていると思ふんですが、やはりこれは老人いじめ、弱者への過酷な負担を強いるというふうに考えますので、重ねてこの自己負担の額については何とかこれをもう少し下げていただきたいということをお願いいたします。

それで、若い人との均衡とおっしゃいますけれども、結局老人は、貯金もろんとある人もいますし収入のある人もいますけれども、大多数が年金で細々とやっているという人が多いわけでございますし、もう、そうすると、若い人の負担にこれはなっているわけですね。加入者按分率というものを引き上げられると被用者の入っている保険料も上がるでしょう。それも一つの変つた形の増税ではないかと言われているくらいですね。それが上がらないにしても、実際において、自分の親が病気になる場合、あるいは自分の貯金なり自分の生活費を削りましてして払っていくことになると思うんです。ですから、やっぱりこの自己負担はもう少し何とかお考えいただきたいということを重ねて申し上げます。

それから、例えば厚生省の先輩でいらっしゃる太宰さんという方が朝日新聞にお書きになってますね。この方は老人クラブ連合会の副会長さん

を今なすつていらっしゃるらしいんですけれども、厚生省の皆様の先輩でいらしたと思うんです。この前老人保健法が制定されたときには、老人クラブの方々、またこの太宰さんも、一部負担はまあ仕方がないだろうというところで何も反対なさらなかったんだけれども、今度は御自分から投稿なすつて、「自己負担を強化すれば、なほ医療費の増加は抑制されるかもしれないが、それはひつきょう、老人をいやだに医療から遠ざけんとするものであつて、弱者へのいじめであり、福祉の切り下げである。これを、制度の恒久的安定と言ふのであらうか、こうおっしゃっているわけでございます。

とにかく全国老人クラブ、労働組合、経営者団体、健保、保険医、婦人団体、もうすべてと言ってもいいぐらい大多数の国民の方々、またマスコミも批判的な論調であつたり反対を表明しているという方が多い中で、やはり急激な負担というものは避けるという方向を少し探っていた方がいいと思ふわけでございます。これは何回言つても同じことの繰り返しになりますからやめますけれども。

その次にお伺いしたいのは、この法案のもう一つの身でございます老人保健施設です。これについていろいろこれまで御答弁になってますけれども、どうも私にはよくわからないわけですね、どういふふうなことをなさるおつもりなのかというところが、生活サービスと医療サービスを兼ね備えたものとかいろいろおっしゃつておりますけれども、老人保健施設と老人病院とそれから養護老人ホーム、これも特別養護老人ホームの方ですね、これとはどういふふうな違うのか。今まで御説明になっておりますけれども、どうも余りびんごと思ひます。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健施設についてのお尋ねでございますけれども、この施設が医療サービス、生活サービスあわせ持つということからなかなか御理解をいただけない面があるんでは

ないかと思ひます。

何度もお答えをされているわけでございますけれども、この発想の原点と申しますか、私も下が敷きにしましたのは社会保障制度審議会の御提言でございます。これは特養の機能とそれから老人病院の機能をあわせ持つような、そういう中間施設を新しくつくつたらどうだ、こういう御提言でございます。したがって、両方の機能を仮に持つとしますと、なかなかそちらとこちらの区別というのがわかりにくい面が出てくるんじゃないかと思ひますけれども、それはなぜかというところ、現在の要介護老人なり要介護老人を抱える家庭のニーズを見ると、生活の世話だけのニーズでは足りない、医療だけのニーズでは足りない、両方のニーズを満たしてやる必要があるんじゃないかという御提言でございます。

したがって、両方欲張つた施設にいたしておるためにややわかりにくい点があるかと思ひますけれども、これからの高齢化社会を乗り切っていくためにはどういふ新しいタイプの中間施設が必要ではないかということで私も制度の御提案を申し上げているということで御理解をいただきたいと思います。

○中西珠子君 老人保健施設というのはいつまでか幾つぐらいおつくりになるつもりですか。そしてあわせてお聞きしたいのは、特別養護老人ホームは今幾つぐらいありまして、収容人員は何人ぐらいかということなんです。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健施設の今後の整備の見通しでございますけれども、昭和七十五年時点、二十一世紀の初頭におきまして私どもは二十六万から三十万床程度つくりたい。この時点の要介護老人数、寝たきり老人数を百万人程度見ておりますから、私どもの考えは三割程度老人保健施設で引き受けるように設計をし、整備を進めていきたいということでございます。

○政府委員(小林功典君) 御質問の後段の特別養護老人ホームの施設数と収容人員を申し上げます。

昭和六十一年十月現在の施設数で申しますと、千六百九十九カ所、定員は十一万九千八百五十八人となっております。

○中西珠子君 入所希望している、待機させられている人が大変多いと聞いたんですが、それは何人ぐらいいますか。

○政府委員(小林功典君) 大体二万人と把握をしております。

○中西珠子君 これは年々ふえているわけでしょうか。

○政府委員(小林功典君) ちょっと今、年度の推移を持っていますませんが、ここ数年かなり大きな規模で定員をふやしてまいつておりますので、年々ふえているというのではないと思ひます。大体毎年八千人程度の整備をここ数年間続けてまいりましたので、年々ふえているということはないと思ひます。

○中西珠子君 東京都あたりでは年々ふえているらしいですね。二、三年前は一千百幾らとかという数字だったのが、最近ではもう二千四百ぐらいになっていると聞いていますけれども、とにかく養護老人ホーム、殊に特別養護老人ホームといふものはやはり非常に需要がある、入りたい人が多いと思ふんですね、これをふやすというお気持ちには全然ないわけですか。

○政府委員(小林功典君) かなり大幅にふやさないといけないと思つております。ただいま申しましたように、この数年来箇所数で百二十カ所、定員で申しますと八千人程度の規模で整備を続けてまいりましたけれども、このペースを落とさないで将来もふやしていきたいというふうに考えております。

○中西珠子君 老人病院というものが、この前の老人保健法の審議の過程では出てこなかったのが、法律が制定された後で老人病院というものが出てきて、そしてその中には特別許可老人病院というのと特別許可外老人病院というのがあるというんですが、この違いはどういうところにあるんですか。

○政府委員(黒木武弘君) まず特例許可老人病院でございますが、これは六十五歳以上の慢性疾患患者を七〇％以上収容している病院でありまして、医師等の要員配置についての医療法上の特例の承認を受けたものでございます。一方特例許可外老人病院でございますが、特例許可の承認を受けていない病院でございます。要員等が不足しているために承認が受けられない状態にある病院が主でございますけれども、一定期間に七十歳以上の老人患者を六〇％以上収容している病院、もちろん基準看護等の承認を受けた病院を除くわけでございます。

いずれにいたしましても、特例許可病院は特例的な医療法上の承認を受けたもの、特例許可外病院は一定以上の患者を収容しながらその特例の許可を受けていない病院、そこで特例許可病院と特例許可外病院というのが二つ存在をしているというところでございます。

○中西珠子君 診療報酬も変わっているわけでしょう、特例許可老人病院と特例許可外老人病院と。

○政府委員(黒木武弘君) お答えいたしましたように、特例許可病院と特例許可外老人病院は要員についての差があるわけでございます。許可外病院の方が要員の配置において許可病院に劣っているわけでございます。そういう意味から、私どもの診療報酬におきましてもその実態に見合った診療報酬を設定いたしておるというところでございます。

特に、端的に申し上げまして、検査とか入院とかそういう診療報酬について、特例許可外病院につきましてもかなり丸めをきついたりしてあるわけでございますが、この考え方は、そういう要員が不十分なままの病院がいろんな検査なりいろんな投薬その他の医療行為というものに行き過ぎがあるというよりは老人の患者にとつて適当ではないのではなからうかということ、入院、検査等について丸めを強めております。

もちろん老人の立場というものは重要でございますから、入院されております老人にとつて医療上必要があります場合には、先ほど丸めと言いましたけれども、必要な医療はやつてもいいという形をとっておりますので、私どもは、診療報酬に差をつけておりますけれども、老人の医療にとつては支障がないと思っておりますし、それぞれの病院の実態に合わせた診療報酬でございますから、それぞれの病院としての運営も十分やっておりますものというふうに判断をいたしております。

○中西珠子君 今おっしゃいました丸め丸めです。この丸めのために月に一回しか注射してもらえないとか、それからいろいろの検査、それも月に一回しかしてもらえないとか、そういうことが患者の側の不平不満としてあるわけですね。

そしてもう一つ困ったことは、患者の方からいいますと、自分が入った病院もしくは入れられた病院が特例許可病院なのか特例許可外病院なのかわからないうわけですね。ですから、入ってみたい、何だか知らなければいけません。それから検査とか注射も数が限られていて、それから検査といふのも数が限られていて、ひどいところは月に一回ということなんだというところで、これはどうしたとかという訴えに来る方もあるわけでございます。私は素人だからわからないんですけども、そういう訴えが非常にあるわけですね。

そしてまた、特例許可の病院というのは、毎年一月一日から三月三十一日までの間に七十歳以上の人が六〇％以上と特例許可外病院になっちゃう、だからとにかくその間に一回外へ出てもらって、またその後入ってくればいいんだということ、病院を出されてまた入ってきたりなんという人も随分いるようですが、そういう実態は厚生省の方はどういうふうに見ていらっしゃるんですか。

○政府委員(黒木武弘君) 特例許可外病院につきましましては、先ほど申し上げましたように、むしろ要員をきっちりと整えていないところに問題がある

わけでございます。私どもは一刻も早くその特例の承認基準、許可基準に合わせたお医者さんなり看護婦さんの配置をしていただいて、老人の診療に、医療に万全の体制をむしろとっていただきたいと思っております。この特例許可外病院はたしか年々数字的には減少いたしておりまして、私どもは、老人病院と申すものはやはり特例許可病院の方でございます。許可外病院というものはやはり問題がある病院だという印象でございます。

しかし、お年寄りがその中の医療に問題があるとはなりませんので、先ほど申しましたように、点数は丸めている部分がございますけれども、どうしても医療上必要があれば何回算定をしてもいいという形になっておりますので、お年寄りの医療には支障が生じないような診療報酬にしたいと、そういうことで、ぜひ御理解をいただきたいと思っております。

○中西珠子君 そうすると、老人の患者が必要なのは、丸めだけじゃなくて、何回も検査をした、何回も注射したというときには、出来高払いで加算されるわけですか、そのところは。

○政府委員(黒木武弘君) 診療報酬上は、ただし「特別の事情のある場合を除き、一月につき一回に限り」というような表現をしておりまして、「特別の事情のある場合」というのは除外をいたしまして、その他について一月に一回に限っておりますので、特別の事情があればそれにふさわしい医療をやっても結構であるというところでございます。

○中西珠子君 そのふさわしい医療にしても結構ということは、出来高払いで、後から足してあげるといふことですか。けれども、月一回と書いてありますと、どうしても月一回になるらしいんですね。私は表を持っていくんですけどもね。それで、患者の方からいいますと、特例許可外とか特例許可というのが表に看板として出ていないわけだから、わからないわけです。だから、入っちゃったら特例許可外であったというふうなこと

で、大変困る人がいるわけなんです。ですから特例許可外はもうなるたけなくなすという方向で一層の御努力を願わないかと思うんです。

また後で診療報酬の問題なども時間がございましたらもう少しやらしていただきたいと思いますけれども、それでは特別養護老人ホームに入る人と老人保健施設に入る人というのはどういうふうに区別なさいますか。老人保健施設に入る人は、とにかく入院していたときのお医者様が必ず入りなさいと言った人が入るといふことですか、それとも自分の意思で入るといふことですか。特養の方は措置というところで社会福祉事務所が措置するわけでしょうが、老人保健施設の方の対象になる人はどういうふうにしてお決めになりますか。

○政府委員(黒木武弘君) 御提案申し上げております老人保健施設は、いわゆる利用型の施設でございます。病院と同じとお考えいただいていいと思いますけれども、いわゆる保険証を持って入院をしたいというのと、同じようにこの施設を利用したいという形で、当該施設の方でオーケーが出れば、また患者さんも同意されればそこで入所が決まるという形になっております。

そこで、病院と老人保健施設の区分けをどうするかということでございますけれども、観念的には病院は入院治療をしようとするために入られるところでございますし、この老人保健施設は入院治療が終わった後、家庭復帰までの間のリハビリ、医療ケアをやっていた施設でございます。それから、恐らくそういう制度を理解された上での患者側の御希望と、それからそこに勤務されているお医者さんが寝たきり老人の病状その他身体的な状況等を総合的に見て、その患者さん側と施設側で利用の契約がなされる、そういう形で入所が決まってくるのではないかと、そういうふうに考えております。

特養は、先生御指摘のとおり、福祉事務所が措置という形で入所を決めますので、この点は問題はなからうというふうに思っております。

○中西珠子君 老人保健施設の方は、入院が終わって、そして家庭復帰との間で、いわばハーフウェイハウスのようにするのだという御答弁でございましたけれども、入院していなかったんだけれども家庭でもうととても面倒が見切れないし、もう少し医療的な介護をやった方がいいというところであって、そして入りたいというときはどういうふうな手続になるんですか。

○政府委員(黒木武弘君) 在宅の寝たきり老人が病状が悪化しまして、しかし入院治療するほどの必要はないけれども、やはり医療ケア等を受けながら、そして療養される必要があるというケースについてのお尋ねだと思いますが、もちろん恐らくそれを診られております主治医の方と、それからこの施設の管理医師の間で御相談があつて、当該施設に受け入れることがふさわしい、そういう寝たきり老人だということになれば、もちろん家庭におられる老人も、何も病院に行つて治される必要がない程度の病状だということであれば、この施設の入院は可能でございます。

○中西珠子君 この費用なんですけれども、先ほど生活的な面は本人の負担ということで大体五万円を考えているということでございますね。そしてその内訳は、食事が三万八千円、おむつ代が九千円、それから諸雑費は七千円というふうなお答えでございましたが、それじゃ、老人保健施設に入りまして、必要な医療を受けるということに対しては施設療養費というものが出るのだと、こういうふうに理解してよろしうございますか。

そうすると、その施設療養費の決め方でございますが、これは二十万円ぐらいというふうなお答えが前回にあったというふうに記憶しておりますけれども、この施設療養費の決め方でございますけれども、平均的なところをとったのだということと、また法律の中にもそのように書いてございますが、二十万円というのが平均的な療養の費用とお考えになって、そして例えば老人保健施設に百人いるとすると二十万円掛ける百ということと

施設にお払いになる、こういうことですか。
○政府委員(黒木武弘君) 利用者負担の点は御指摘のとおりでございます。

療養費の方でございますけれども、私どもは医療サービスについては全額給付をしようということとでございます。したがって、利用者負担五万円とそれから医療サービスの療養費二十万で、合計二十五万でこの施設の経営ということになるわけでございます。私どもがこういった形で説明をお願いしているのは、一つはやはり老人病院とそれから特別養護老人ホームの中間的な機能を發揮するという面に着目している面もあるわけでございます。

老人病院が現在長期入院患者は一月約三十万ぐらいしかつておるわけでございますし、特別養護老人ホームは二十万程度かかっているという中で、まあこの運営は二十五万程度あれば運営できるんではないかという見通しでございます。そして、この点は病院の關係の人とかいろんな方々にも非公式に確認等をいたしているわけでありまして、けれども、その程度あればというお答えも多いわけでありまして。

いずれにしてもこの点は、これからの例えば要員、看護婦、介護人、その他人員配置をどうするか。人件費が中心の施設になりますから、何としても職種なりあるいは人員数なりという、そのところが確定をしないかと正確な私どもの方の見積もりなり金額というのはいないわけでありまして、現時点ではまだ看護婦は七ないし十人とか、介護職員は十五人から十八人程度ということで、まだ幅を持ってお答えさせていただいておりますけれども、これからモデル実験等を重ねながら必要な要員見込みというのをきっちり見積もって、先ほど申しました金額等は審議会にもお聞きしながら確定をしてみたいということとでございます。

○中西珠子君 それでは、その施設療養費というのは大体今は二十万ぐらいと考えていらつしやるわけですね。ちやうど特別養護老人ホームの二十万

とそれから老人病院の三十万の間の、五万円の生活費自己負担を足すと大体間ぐらいと、こう考えていらつしやる。そのことでも中間施設という意味がもしもせんけれども、とにかく平均的な費用を基礎として厚生大臣がお決めになる、こういうことなんでしょうが、一応二十万というふうな、これは仮に二十万としたような定額になつていて理由というのはどういうことなんでしょうか。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健施設で行われます医療ケアでございますけれども、病院と違ひまして、病状安定期の寝たきり老人に対しますところの看護とか介護とかリハビリとか、その他定型的な医療が中心ではなからうかというふうに考へているわけでございます。

したがって、この費用の支払い方でございますけれども、個々の患者さんごとに、あるいは症状ごとに、例えばアスピリンを飲ましたから幾ら、抗生物質を与えたから幾ら、こういう包帯をしたから幾らというふうなことではなくて、そういうサービスを平均的に金額を出さしていただきまして、その中で定額の形で払う方がこの施設にふさわしい医療費の支払い方ではなからうかというところと、今先生が御指摘のように、平均的な費用を基礎としてはいくという考え方で御提案を申し上げているということでございます。

○中西珠子君 この四十六条の二の四に、平均的な費用を基礎としてと書いてありますから、今のところは二十万とお考えなのかもしれないけれども、定額で平均的な費用ということにつきましては、私どもの同僚議員の高桑さんから大変反対が出まして、まるで請負のようだとおっしゃられたわけですが、私も、私はお医者さんじゃないんですから患者の側から考えますと、一応この施設療養費は平均的に一人二十万ということで施設に支払われるわけですね。そうすると、大変良心的な施設であれば丁寧なその場その場で必要なものはお薬もくれる注射もするということで治療をして、いわゆる定型的な安定した状態に対する医療なんだ

とおっしゃいますけれども、時には風邪を引いたりおなかを悪くするとかいろいろありますね。そういうときに自分自身はちゃんとした医療、ちゃんとした看護をしてもらつていないという感じを受けることがあるかもしれないと思ふんです。

施設によって良心的で丁寧に扱ってくれるところはいかもしませんけれども、余り丁寧にやったり余り一生懸命医療というものをやれば赤字になるという心配もある。どうしても施設の方は採算をとらなきゃならぬから少し差し控えてやろうではないかという気持ちにならないとも限らないんじゃないか。それで、定額にするということによって医療内容が低下してくる、介護の内容も低下してくるのではないか、これは患者の側から感じるわけですが、そういう心配はないのでしょうか。

○政府委員(黒木武弘君) 定額払いとそれからサービスの質の低下の関連についてのお尋ねでございます。

私どもは定額だからサービスの質が低下するとは考えておりません。もとより、個々の中に行われますいろんなサービスが、私どもの考えておりますように、老人にふさわしいものとなりますようにするために、いろんな方法があるかと思ひますけれども、やはり一つは、現在の保険医療と同じように、施設療養の担当の指針みたいなものを定めさせていただきまして、これを運営基準で定めたいと思つておりますけれども、やはり医療の場合の提供の指針みたいなものはぜひつくりたいということとでございます。

それから、その他のサービス面についてもやはり運営基準でガイドライン等を示しながら指導してまいりたいと思つておりますが、いずれにしても、個々の施設のサービスのかぎを握っているのは、やはり要員をどういうふうな配置をするかということだと思ひます。先ほどの特例許可外病院ではありせんけれども、要員が不十分なままということとすればいろいろな面でサービスの質の低下を来しますので、人員の配置基準というも

のはきっちり運営基準で定めまして、もとよりそれは運営基準でございまして、それに違反してありますと改善命令もかけられますし、それに従わなければ取り消しというところまでできる運営基準の形でございまして、そういうような基準をきっちり定めながら、先生御指摘のように、定額払いということも十分頭に置きまして、個々の施設のサービスが低下しないように、老人にふさわしくない形でのサービスが行われることのないように、最善の基準その他、今後の指導を図っていかなきやいかぬというふうに考えております。

○中西珠子君 その要員の基準も定める、これは後ほど老人保健審議会などに審議してもらって、そして厚生大臣がお決めになるということらしいんですけれども、現在はお医者様は一人と考えていらつしやるんでしょ。それで、その医師は施設療養の管理をやる、施設療養に対しては責任を持つけれども、ほかの老人保健施設そのものについては、やはり経営とかそのほかの面では全然タッチしないということなんですね。ですから、その施設の管理者ではないわけでしょう、お医者様は。施設療養についてだけ責任を持つということなんですね。確認ですけれども。

○政府委員(黒木武弘君) 私どもの考え方は、施設療養についてはこれは医療でございまして、医療法との関係もこれあり、きちっと法律的にその管理責任を明記して御提案をしているということとでございまして。もとより、特養その他にも施設長についての基準等が示されておりますけれども、私どもとしてもこれも運営基準等で施設長についての望ましい資格要件等を定めまして、その方が全体的な施設の管理に当たられる。しかし、医療については、法律で書いてございまして、ようにお医者さんが責任を持ってやってもらいうという中で、私どもは運営の適正化を図ってまいりたいというふうに考えているわけでございます。

○中西珠子君 しかし、この老人保健施設は医療法の適用がないわけですね。ですから、この施設療養を請け負う——請け負うという言葉は悪いが

もしもせんけれども、一応請負のような形で定額でやってくれということになるお医者さんというのでもとてまやりにくいと思うんです。それから、とにかく医療法の適用もないことだから、幾らガイドラインをおつくりになつて、そして改善命令も出せるとおっしゃつても、やっぱり寝たきり老人の簡易収容施設というふうなものになる危険がないわけではないと思うんです。昨日の参考人の御意見を伺いました中にも、うば捨て山になる危険があるなんというのを指摘された人もあつたわけですね。けれども、そういうことが絶対ございませぬように、やはりちゃんとしたガイドラインをおつくりになつてやっていただきたいと思うわけでございます。

【委員長退席、理事岩崎純三君着席】

それで、結局私は患者の側から一つ疑問なのは、例えばこの老人保健施設に入っている患者は、老人として病気が持っているけれども病状が安定しているから定期的な医療でいいんだということ、療養費が定額ということになつていて、わけてすね。しかし、急に何か発作が起きたとか、どこから転げ落ちて足が折れちゃったとか、そういうふうな緊急の事態というものはどうなる可能性はございまして。そういうときにはどうなるんですか。その施設にいる一人のお医者様がそれで対応ができるときにはいいけれども、対応なさったときは結局包括的にお払いになる定額の中ではカバーできないわけでしょう。そうすると、別途そのお医者様に対して謝礼の意味で加算したものをお払いになるのか。

それから、外部から来ていただいたとき、これはもう出来高払いで診療報酬でございますね、ちゃんとお払いできますね。そうしたら、今度は外部から往診したお医者さんが入院しなさいと言ったとき、そうすると入院させた場合、病院への支払いというのは患者の方はどうなるんでしょ。こちらの外来で往診してくださったお医者様に対しては保険から払えますね。だけれども、入院した場合、やっぱり自己負担ございましてしょう。そ

の自己負担プラス保険外負担。入院ですから保険外負担。差額ベッド、それから看護婦の付添料、それからまたおむつ代とか、そのほかの保険外負担、いわゆるお世話料というのも含まれて、患者がやはり負担しなくちゃいけないということになるんでしょ。そのところはちょっと詳しくお聞きかせたいんです。これは患者の立場から一体どういうことになるだろうと心配なものですから。

○政府委員(黒木武弘君) 緊急の場合と老人の方が病院に転院される等の取り扱いでございまして。基本的には、私どもはこの施設で症状安定期の療養サービスをお願いしたいと思つておるわけでありまして、けれども、しかし、症状が急変した、突発的に医療が必要になつたという場合も、もちろん想定をする必要があるわけでございます。そのために、私どもはぜひ協力病院というものを老人保健施設はやはり決めておくというふうな形で指導もしておきたいと思つておるわけでございます。基本的にはそういう病状急変等の突発的な場合には協力病院に転院していただく、あるいは協力病院から往診をしていただくという形で対応がなされるものと考えております。

その場合の費用でございまして、もちろん保険医療機関としてお年寄りに医療が往診の形ないしは病院への収容の形で行われるわけでございますから、出来高払いで保険医療の形で費用がお支払いされるということでございます。先ほどのお尋ねの、じゃ患者負担はどうなるかということでございますが、病院に入られたときからそのお年寄りは、今回ですと、一日五百円をその時点から払っていただくことになるということでございます。

それから、老人保健施設のお医者さんがやつた場合にはどうなるかということでございますけれども、これは私どもは一律定額ではなくて、やはり定額制の中で何らかの個別的な、あるいは別途の評価をその場合にはする工夫が要るんじゃないか。突発的な場合に往診を求める、あるいは転院

させるのではなくて、当該施設のお医者様が応急的な手当てをされたというケースでございまして、そのところは、大臣も答えてまいりますように、何らかの工夫を今後検討していきたいというふうに考えております。

○中西珠子君 この法律をとにかく通してほしい。そうすれば、モデルをつくつて試行してみたい。施設、設備の基準、また人員配置の基準、運営の基準などを老人保健審議会に諮つて決めるということなんでございましてけれども、老人保健審議会のまだ権限が拡大されていない段階でそれをお諮りになつたときに、いろいろの意見があつたらしゅうございまして。

それで、老人保健審議会の権限を法改正によって明確にした上で審議を行うべきであるということ、老人保健施設に関する事項については言われた委員もある。これは大体労働団体の委員らしいんですね。

それからまた、新たな施設体系の創設であるので、所期の目的を達するためにはもっと時間をかけた慎重な検討が必要だと、慎重な検討を加えて、当審議会でも十分審議を尽くした上で法の制定を図るべきであるし、法制定はもっと検討を重ねた後の方がいいという御意見の方が随分あつたらしい。被用者保険の拠出者団体関係の委員とか、福祉団体関係の委員とか、まあ相当あつたらしいです。

それから、老人保健審議会の権限の拡大は反対だし、改組というものにも反対だという御意見の方もあつたらしい。それは医療団体の関係の方々だったらしいということが報告されておりますので、そしてまあ定額の老人保健の施設療養費、それから老人保健の施設、設備の基準とか、人員の基準というものは中央社会保険医療協議会でむしろ審議すべきものであるという御意見もあつたというふうに向つておりますが、これは本当でございまして。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健審議会の答申を引用されての御指摘でございましてけれども、老

人保健施設に関する事項につきましては、こういふふうにはまず書かれております。今後増大する要介護老人の多様なニーズに応えるため、老人保健施設の導入が必要であり、その趣旨については、大方の理解が得られた。しかし、各論においては、いろいろと「意見がわかれた」ということで、先ほど御指摘になったような問題点が、いろいろ関係団体それぞれの立場から御意見があり、それが答申の形で書き込まれているということでございます。

必ずしも全部の委員が時期尚早とかあるいは問題が多いということじゃございませんで、やはりこれからのお年寄りのニーズにこたえるためにはその導入が必要であるし、やはり今回の改正原案については賛成するという方も多くおられたわけでございますので、その点は答申がいろいろの意見も出ておるといふことの前提の上に、先ほど申しましたように、大筋においては理解が得られているということでございますから、私どもはこの答申をもとに今回国会に改正案を出させていたいただいということでございます。

○中西珠子君 これからモデルをおつくりになって、いろいろ試行実施してごらんになるわけですね。まあいろいろ疑問のところとか問題だなとか、あいまいなところがあるわけ、そういうモデルを実施してごらんになる段階でまたこれが解明されて、その解決に向かうということもあると思うんですが、そういう具体的な問題に関するデータというものをとお集めになった上で、法案として提出なさるべきではないかと思うんです。

中間施設というものは大事だと思うし、必要だと思ふんです。ですけれども、何だかはつきりしない面が非常にあるわけで、ですからもう少しモデルをやってみて、それからその後のデータを集めて国会で審議するというふうなことになるんじゃないでしょうか。あんまり漠然としたはつきりしないものに対して、やってもよろしい、やってみなさいということ言うのは、やはり国民から信託を

受けている国会議員としては責任が十分に果たせないのではないかと思ふわけですね。

昨日の参考人の御意見の中にも、老人保健施設に関しては非常に重要な点はみんな省令委任というふうになっているし、もちろん老人保健審議会その他の意見を聞いてお決めになるんでしょうけれども、それにしてもやはり国会の審議監視ではないかという御意見が鋭く指摘されたわけでございます。私どもも本当にこのままでやっていただいて、果たして国会審議を十分に尽くしたと言えるのかしらという心配も大変あるわけでございます。

ですから、少なくとも附則の中にもモデル実施の後データをを入れて、もう一度国会で審議するというふうなことを入れていただくとか、それとも、もう少し老人保健施設に関しては法案として提案なさるのを延ばしていただくとか、そういうことが望ましいと思うわけなんです、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、いわゆる中間施設ということで、ハーフウェーハウスなりナースングホームということと呼ばれてはいたわけでありまして、四十年代から既にこの施設の検討という答申等があるわけでございます。やはり私どもとしては長年の懸案であった事項だということに一つは受けとめております。

それが、先ほど申し上げましたように、制度審議会の提言、中間施設の懇談会、老人保健審議会の意見、答申というふうな形でだんだんとその必要性なり、その制度化というものが急ピッチで要求されてまいりました。私どもとしては、やはり制度の基本というものは検討の上、こういうことではないかということ御提案を申し上げておるわけでございます。それ以外の実施の細則、政省令事項等につきましては、できる限り私どもの考え方というものは審議を通じて明らかにしてきつたつもりでございます。

数などまではやはり法律では無理でございますので、ぜひ政省令事項に委任をさせていただきたいと思ふわけでありまして、その考え方は御説明をできるだけしてきつたつもりでございます。その具体的な決定についてこれからモデルをやつて、関係審議会御議論をいただいて、最終的に具体的な実施の細則を含めまして、コンクリートな成案を得たいと思つておりますが、それまでの過程におきましても、あるいはその結論が出た段階におきましても国会に報告せよと、こういうことでございます。私どもは、国会としてあるいは委員会としてその報告の要請があれば、もちろん当然報告をして、説明を申し上げるべき事項だといふふうに考えておる次第でございます。

○中西珠子君 先ほど申し上げたように、中間施設は必要だと思つておられるんですよ。それで、殊に在宅介護というものを非常に強調されて、それに対する公的サービスもこれからはふやしていくとおっしゃつておられます。やはり老人介護をやっているのは女の人が多いわけですね。ほとんど九割近い人が女性であるということ、寝たきり老人の介護をしていて、そしてしかも中高年になつておられる人も多い。一方また、働きながら老人の面倒を見ておられる方もいます。ですから、これは必要だと思つておられるんですよ。

しかし、これは全く新しいものですか、中間施設のようなものに対する要望というものはもう前からあったことも私はよく存じておりますし、私自身も必要だと思つておられるんですよ。でも、全く新しいものをつくるわけですから、それでいろいろ御説明をいただいたということでございます。またモデルをつくつて試行してみても、それから具体的な基準というものをつくつていく、ガイドラインもつくつていくとおっしゃいますけれども、モデルをつくつて試行するのは法改正しないと思ふんです。

○政府委員(黒木武弘君) 私どもは、一つは国会との関係で、この制度が認められない前にモデルの実施をするのはいかがなものかなと考えております。

ますのが一つでございますし、もう一つは医療法との関係、あるいは保健診療との関係等、いろいろ難しい法制的な面がございます。私どもはやはり法律をお認め願つた以降にこのモデル実施、試行的実施はすべきものというふうに考えております。

○中西珠子君 これはいつまでも延々とやっていると水かけ論になりますから、少なくともモデルを実施した後でデータを出して、国会と相談して国会審議を経てから二十六万床、三十万床というその計画的な実施の段階に入つていただきたいと思ふわけですね。

これがまた医療法の適用もないのに、この老人保健施設で何人収容ということは医療法の中の病院のベッド数としてカウントするわけでしょう。そうすると、やっぱり少し慎重にやっていただかないと困るのではないかと思ふんですね。それからまた、大変変な言い方だけれども、うば捨て山になるんじゃないかと簡易収容施設になるんじゃないかといういろいろな心配をされている向きもあるわけですから、ぜひモデル実施のデータというものは国会に出していただいて、そして長期的な計画で本当に着手するときには国会の承認を得るといふふうな方向にいただきたい、これは要望いたしておきます。それはもう絶対無理ですか。

○理事(岩崎純三君) 要望ですか。
○中西珠子君 無理ですかと聞いておられるんですよ。
○国務大臣(斎藤十朗君) モデル事業を実施し、そしてこれらを踏まえ、また国会での御審議のいろいろな御意見を踏まえ、そして老人保健審議会いろいろな細目についてお決めいただく、そういう際に国会に報告するかと、こういうお話でございますが、各委員の御要請、御質疑やまた委員会の御要請、国会からの御要請があれば、当然御報告をさせていただきますと思つております。

〔理事岩崎純三君退席、委員長着席〕
○中西珠子君 それではちょっとお伺いしたいんですけれども、この老人保健施設というのを段階的

に整備なさっていくことですね。総医療費というものは減るんでしょうか。どういふふうになりますでしょうか。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健施設を段階的に整備していった場合の総医療費につきましては、非常に大胆でございますが、私どもは一定の試算をいたしております。

老人医療費につきましては、現状のまま推移いたしますと年率一〇〇程度で伸びていくだろうと見込んでおりますが、その場合、昭和七十五年では十五兆五千億程度になるといふふうに見込まれるわけでございます。一方、老人保健施設を昭和七十五年を目途に二十六ないし三十万床を計画的に整備しまして、あわせて老人保健施設の在宅支援機能その他在宅対策の強化を図ることによりまして、いわゆる社会的入院が是正されるというふうな効果を織り込みまして試算いたしますと、老人保健施設が計画的に整備された場合は老人医療費の伸びが年率で約二ポイント低下するのではないか。その場合の昭和七十五年の医療費見込みとして、先ほどの十五兆五千億が十二兆五千億程度、約三兆円程度が縮減するのではないかと思込んでおります。

○中西珠子君 総医療費の削減に大変役に立つということですね。

次に、加入者按分率関係の質問をさせていただきますか。

いろいろな保険制度における老人加入率の推移、これの過去と将来の見通しについて伺いたいと思ひます。

○政府委員(黒木武弘君) 各保険制度における老人加入率の過去と将来の推移でございます。

主な制度で申し上げますと、政管につきましまして、五十七年度が四・〇でございますが、これが五十八年度四・一、五十九年度四・一、六十年四・三、六十一年度四・三、六十二年度四・三、六十三年度四・四、六十四年度四・四、六十五年四・四というところで、ほぼ四〇の前半を推移するんではないかということでございます。

もう一つの組合健保について申し上げますと、五十七年度から五十九年度までが二・八で推移し、六十年から二・九、六十一年度も二・九になりまして、六十二年が三・〇というピーク時があります。六十三年度以降また二・九が六十五年まで続くんではないか。本当に細かいところの変動でございますが、おおむね二〇の上の方で推移するんではないかということでござい

ます。

国保でございますけれども、五十七年度が一・七でございます。五十八年度が一・〇、五十九年度が一・一、六十年が一・五、六十一年度が一・五、六十二年が一・四、六十三年度が一・四、六十四年度が一・八、六十五年は一・五、六というところでございまして、国保については老人加入率が年々高まっていくんではないかというふうに見えております。

○中西珠子君 今、老人加入率の過去と将来の推移というものを伺ったわけですが、国保は絶対的に老人加入率が高いわけですね。ほかの政管それから組合健保、これはもう本当に余り変わりがない低いところで推移しているということなんでござい

ますけれども、国保の財政が赤字というのは、老人加入率が高いからそれで老人医療費が非常にかさばっているということだけが理由ではないんではないか。いかがなんでしょうか。

退職者医療制度の加入対象者の見込み違いというふうなことから国保の赤字が発生したということとを言う人もいますし、また、そういう赤字の救済のために今回加入者按分率を引き上げるのではないかとこのところは、国保の財政状態が非常に緊迫しているという理由についてどういふふうに見ていらっしゃるんですか。

○政府委員(下村健君) 国保の赤字の原因といたしましては、ただいまお話がございましたように、退職者医療が非常に大きな影響を与えているんではないか、こういう御意見もござい

ます。ただ、退職者医療につきましては、確かに私も

もが予定したような効果が出ませんで、五十九年度で約六百億、六十年で千四百億、六十一年度で約千五百億というふうな影響がある、こう見られているわけでござい

ますが、それにつきましまして、六十年は千四百億の影響額に対して約千三百七十億ばかり、それから六十二年度につきましましては、今回の老人保健法の影響も見込みまして千五百億に対しては、その満額に近い財政措置、金目の方からいいますと約一千億の措置をとりまして、これと老人保健の見直しの影響によりましては、ほぼ退職者医療の影響はないものと見ています。

そういう経過から見ますと、これを超えてさらに国保財政が悪化しているというのは、五十九年度の六百億という影響が残っておりますが、これを六十年度の保険料を先食いする、例えばそういうふうな形で国保が対応しておりますと、六百億の影響が今日まで九々残っている、こういう見方はできるんですけれども、各市町村でかなりいろいろ、一般会計からの繰り入れ等、相当の努力をしたという面があるわけでござい

ます。五十九年度はそれなりの対応をしているわけでございまして、それらの事情を考えあわせまして、国保の赤字要因としては、ただいま老人保健部長が申しましたような老人の加入率の格差というふうなところに

に見られるような、また他方、低所得者が多いというふうな構造的な要因が、一番基本的な原因としては大きいというふうに私どもは見ておるわけでござい

ます。

○中西珠子君 都市と農村地帯とか、そういう収入率の差というものはあるわけでしょう。どういふふうになっておりますか。

○政府委員(下村健君) 一般に都市部の方が低いというふうなことが言われているわけでござい

ますが、市の方の平均で申しますと、市の平均収入率が五十九年度で九二・四四、町村が九六・四一という格好になっております。市の中で規模別に見てまいりますと、五万人未満のところは九三・四四、五万人以上十万人未満が九一・五八、十万人以上が九二・二一というところで、必ずしも規模に比例いたしておりませんが、一般的に言え

ば、市の方が町村に比べて収入率が低いという格好になっております。

○中西珠子君 この収入率を高めるための努力は、厚生省はやっていらっしゃるわけではござい

しょう。どういふ指導をしていらっしゃるんですか。

○政府委員(下村健君) 対策といたしましては、保険料収納率の向上三カ年計画、これを五十九年度から六十一年度でつくりまして、これの推進というのをやっておるわけでござい

ます。

具体的には、休日あるいは夜間訪問ということ、特に都市部が低いということとはなかなか加入者の把握が困難という事情があるわけでござい

今後とも、引き続きこのような措置を推進するということと考えているわけですが、これにあわせて、現在御審議いただいております老人保健法等の改正法案におきましても、悪質滞納者につきまして保険給付の一時差し止め等の措置を内容とする国民健康保険法の改正をお願いいたしておるところでございます。これらをお寄せまして、今後とも保険料収納率の向上に努力をいたしてまいりたいと考えております。

○中西珠子君 先ほど、国保財政の赤字の原因として、加入者に低所得層が多いという構造的な原因もあるということをおっしゃいましたけれども、年間所得百万円未満の世帯というのはどのくらい入っていますか。

○政府委員(下村健君) 四四・三％でございます。

○中西珠子君 年間所得二百万未満の加入者はどのくらいですか。

○政府委員(下村健君) 百万から二百万の間に属する者の割合でございますが、二八・六％でございます。

○中西珠子君 そうすると、二百万以下が大体七二・九％ぐらいいるということですね。

それから、非常に国保財政が赤字になったについてはいろんな理由があるでしょうけれども、殊に退職者医療の見込み違いということを盛んに言う人が多いわけですが、厚生省の方は余り影響がなかったとおっしゃって、そしてそれはもう既に補正予算その他で措置済みというふうにおっしゃっておりますけれども、市町村はやっぱり国保財政の赤字というものを非常に困ったことだと考えて、どうしても国保料というものを上げていくわけですね。昨日の参考人の御意見の中にも、もう既に過去三年間において三六％上げたところが非常に多くて、それが平均になっているというお話を聞いたわけでございます。

現在、地域によっては円高不況とか構造的な不況というふうなもので悩まされている業種も多いし、そういう業種の自営業者というものは、保険

料が高くなったならなかなか払いにくいということもありまして、また、今お聞きしたお答えにもあったように、年間所得二百万円以下というのが非常に多くて、七二・九％を二百万円以下の人が占めているという状況の中で、やはり支払えなくて滞納する人というものはふえていると思うんですね。

今度は、滞納している人に対する制裁的な措置というものをこの法案の中で提案なさっておりますけれども、災害その他特別の事情ではない事情で滞納をしているいわゆる悪質な滞納者というのはどういふ人をお考えになっていきますか。

○政府委員(下村健君) 悪質滞納者とは、ただいまお話にも出ましたように、災害、失業あるいは長期入院というふうな特別な理由がない、合理的な理由がないのに故意に保険料を滞納している者ということと考えておるわけでございます。一時的な、単に一回だけ滞納したということではなくて、長期間の滞納をしているというふうな事情がある、あるいは財産の名義の変更を行うというふうな措置を行いつつ、保険料の納付を回避する意図が明らかに認められるというふうな者が悪質な滞納者であるというふうに考えております。

○中西珠子君 国保の加入者の中で、非常に所得が低くて国保料が払いたくても払えない人がいるわけですね。そういう人には減免措置があるわけですね。そうすると、幾らぐらゐの所得の人に対して減免措置があるわけですか。

○政府委員(下村健君) 国保の保険料の軽減につきましては、六割軽減という対象と四割軽減と二種類ございまして、六割軽減の場合は二十七万円以下の場合、それから四割軽減の場合は、二十七万円に世帯員一人につきまして二十万円をプラスいたしましたして、それ以下の場合が保険料の四割を軽減するという措置をとっているわけでございます。

○中西珠子君 その六割軽減の場合、二十七万円というのは前年度所得ですか。

○政府委員(下村健君) これは前年の所得を基準

にして行っております。

○中西珠子君 前年度所得が二十七万円に満たない場合などというのは、もう本当に所得がほとんどないような人だけですね、減免措置がとられていたのは、四割軽減というのは二十七万円プラス家族の中で一人二十万円あればとか、そういうのは本当に減免措置と言えないんじゃないかと思うんですけれども、どうなんでしょうか。何人ぐらいいますか、減免措置をとられている人が。

○政府委員(下村健君) 軽減対象が六十年代で約二四％ございまして、実人員にいたしますと三百八十二万四千世帯でございます。

○中西珠子君 減免措置はとられていないけれども、所得が非常に低くて国保料を払えない、払いたくても払えないという、そういう人たちが結局滞納したことによる制裁措置を受けてまして、そして被保険者証を返還させられて、被保険者資格証明書というのを発行されるわけですね。そうすると、今度は療養の給付とか、特定療養費の支給というものはストップするわけですね。そういう貧しい人たちがそういう措置を受けた人は、窓口で一人全額自費払いをしなくちゃいけないわけですね。その後は現物給付相当分を療養費として償還されるということなんですけれども、これはもう滞納保険料を完全に納付するまではそういう療養費その他の現金給付も支給しないと、差しとめというわけです。

○政府委員(下村健君) ただいま申し上げました軽減措置のほかに、個々の事情に応じまして個別の減免制度も国民健康保険法に設けておるわけでございます。低所得の方でありますとも、個別の事情をお伺いして合理的な理由があると認められる場合はその軽減措置を適用する、あるいは延滞措置をとる。その場合に、どういふ形で保険料を納めていただくかという個別の計画を立てて、それを誠実に実行していただくということになると考えているわけでございます。

したがって、滞納しているのを全部納めなければ制裁措置を解除しないのかというお尋ねでございますが、

いますけれども、特別な事情のある方の場合にはその事情に応じて支払う計画をつくっていただくわけでございますから、それを実行される限りにおいて制裁措置の対象にはならない、こう考えているわけでございます。

それから逆に、制裁措置をとられましても、話し合いの上で自分の条件に合った措置を適用するということになれば、これも制裁措置は当然解除されるということになるわけですから、低所得の方で払えない方が必ず今回の措置の対象になるということにはならない、こんなふうに考えているわけでございます。

○中西珠子君 悪質な滞納者と、それから全く貧困でどうしても所得が低くて払えないという人と、区別するのはなかなか難しいと思うんですね。ですから、一方的に呼び出して、保険証を返せ、そして資格証明書を与えて、それから療養の給付は差しとめというふうになさらないで、特別の事情にある方は支払い計画をつくったりして、何とか制裁措置をとられていても解除するようにすると今おっしゃったけれども、初めからそういう制裁措置を一方的にとらないで、やっぱり長期の滞納者というのは、面倒でもそれぞれ呼んで事情を聞くというふうなことをやっていただけないか。

そうしないと、やはり貧困でどうしても払えない、だけれども病気で医者様にかかりたいという、かからなければならぬという人も出てくると思うんですね。ですから、そういうボーダーラインで何とも救いがたいようなケースというのは、減免措置もできないけれども、保険料を滞納しちやうたために制裁措置がとられるというふうなことになる、非常にかわいそうであるし、命にかかわる問題でもありまして、国民皆保険の精神にも反するという事態も起きてくると思いませんか。何かそのところを一方的にやらぬで、御相談でやるとか、指導、相談というのをおかしいかもしれないけれども、一種のコンサルテーションをやるといふふうな、ワンクッションを置い

倍、入院に至っては年十倍にも引き上げること
断じてやめて、病気の早期発見のためにも、何よ
りもお年寄りの医療を保障するために老人医療を
無料化すべきであるということ、二つ目に老人保
健施設、いわゆる中間施設等は、老人本人から
高い負担を取り上げながら、老人が受けられる医
療や福祉の内容は老人の人権とか尊厳からはほど

るのじゃないかと思うのでありますが、国民の、
働く者の健康という点で厚生大臣の御所見どうで
しょう。

○国務大臣(斎藤十朗君) お年寄りの医療費をど

初めの経験でもございますので、なかなか実施が順調に行われたというふうには言いがたい部署です。

分もございすけれども、全体といたしましては、ほぼ全市町村でこの老人保健事業が行われているというふうなこと、あるいは数字はまだ全部そろっておりませんけれども、年々受診者数も増加しております、あるいは結果といたしましての死亡率の減少でございすとかいう傾向も見られておりますので、私どもとしては、いわゆるヘルス事業の成果というのがだんだん出てき始めておるといふふうなことで把握しておるところでございす。

○佐藤昭夫君 私も厚生省の資料をちょっと調べてみたわけでありすけれども、昭和五十九年度の受診者千人以上の市町村に関する国保の医療費調査であります、最も高い二十市町村平均で三十八万五千八百五十八円、最も低い二十市町村平均で四十六万五千五百六十六円、こういうことで明らかにこうした事業が医療費の抑制にも役立っているということが一つの数字として示されているんじゃないか。当然、それが医者にかからなくても済む、国民の健康にも役立っているということかと思うのであります。

ところで、この第一次計画、五十九年度までしかまだ数字がつかめていないということですが、受診率です、これはどういう状態ですか。

○政府委員(仲村英一君) 一般診療について申し上げます、五十八年度で二〇%、五十九年度で二三%という数字になっております。胃がん検診につきましては八・六%、子宮がん検診については一・三%という数字を集めております。

○佐藤昭夫君 五十八年度で二〇%、五十九年度で二三%、一体このテンポでいったら第一次計画が終わる六十一年度でどこまでいくのかという点を感じるわけでありすけれども、しかし、それにしまして五十九年度の二三・三%。実際の受診率はもっと低いんじゃないですか、この二三・三%より。

○政府委員(仲村英一君) これは分母のとり方によりましておっしゃるようなことが起きるかと思ひますが、私どもといたしましては、いわゆる一般住民と申しますか、その地域の中の健康保険の本人を除いた人口を分母として算出した数字が二三・三%ということと考えております。

○佐藤昭夫君 分母というか、対象者数は何人ですか。

○政府委員(仲村英一君) 五十九年度で約三千万人が分母でございす。

○佐藤昭夫君 正確に言うると二千九百七十万でございす。

○政府委員(仲村英一君) そのとおりでございす。

○佐藤昭夫君 何で私がかわって答えなきゃならぬかよくわからない。

そこで、この二千九百七十万という対象者数ですけれども、このとり方がそもそもの狭いんじゃないですか。

○政府委員(仲村英一君) 先ほど一部お答えいたしました、いわゆる健康診査の対象者は四十歳以上の者で健康保険各法の保険者が行います成人病健診等の保健施設活動でございすとか、安全衛生法に基づきます事業者の行う健康診断等の保健サービスであつて、この保健事業に相当するものを受けた者につきましては対象から除外しております。そういう関係でこの数字になっていると私ども考えております。

○佐藤昭夫君 対象者をどうとるかということについて、厚生省の五十七年十一月十七日付の局長通達があります。非常におかりにくい文章ですが、この文章はこういう意味ですね、ということを確認を求めすけれども、いわゆる自営業者や農民など、この保険で言えば国保加入者だけを対象とするものじゃなくて、健診を受けていない労働者やその家族なども対象にする、これが通達の立場ですね。

○政府委員(仲村英一君) そのとおりでございす。

○佐藤昭夫君 そうしますと、この対象者、分母は二千九百七十万どころか、三千万をはるかに超えるというふうに私は思ふんであります。こ

の二千九百七十万、これはいわゆる市町村からの積み上げをしたというさっきの御説明でありすけれども、これはちょっと考えるだけでもおかしいんじゃないですか。

例えば四十歳以上の国民健康保険加入者、これは政府の方からいたしておりました資料、その数字を拾っていきますと二千三百四十二万人です。政府管掌保険加入者千八百八十九万人、組合健保加入者八百八十四万人、その他五百十三万人。そうしますと合計各種医療保険加入者の総加入数は四千九百二十八万人、厚生省五十九年九月末現在と、こういうことですね。

○政府委員(仲村英一君) 四十歳以上の保険者本人のトータルは、五十九年度で申し上げますと約四千九百九十万でございす。

○佐藤昭夫君 端数はいいとして、四千九百九万人。そうしますと、先ほど申しました御確認になった通達、それでいきますと国保加入者の二千三百四十二万人、このほとんどは対象になります。それから政管健保など被用者保険加入者等二千五百八十六万人、その半分が家族だと、こう見ますと、すなわち二千二百九十三万人となります。しかし、共稼ぎがあるから半分というとり方はちょっと多いということで、三分の一というとり方をすると八百六十二万人。そうしますと、国保の二千三百四十二万人、それプラス家族半分と見た場合の千二百九十三万人、三十三百三十五万人。それから国保二千三百四十二万人にさっきの三分の一対象とした場合の八百六十二万人足すと三千二百四十四万人、これが本当の対象者になってくるんじゃないか。どっちをとったって三千万人を超えるし、三千六百万と三千二百百万の真ん中あたりをとるにしたら三千五百百万ということになる。

そうしますと、分母が変わるんですから、それを分母にしたら受診率は五十九年度で二三%どころか一九・七%、二〇%を受診率は切る、こういうことになるんじゃないですか。

○政府委員(仲村英一君) 私ども市町村の方から

分母人口を集めまして先ほどの数字を申し上げたわけですが、今先生の御指摘の数字でまいりますと、正確にはたまたま私ども計算しておりますが、例えば政管健保でも総数のうちの扶養率等がまた多少そこで、先ほど三分の一あるいは二分の一とかおっしゃいましたけれども、詳しく計算してみないと直ちに今先生の数字がどうかと申し上げるわけにはいきませんが、私どもが今考えております数字は、各市町村が先ほど申し上げましたような数値で積み重ねた数字ということで理解しておるわけでございます。

○佐藤昭夫君 だから、私は一つの断定的な数字を言わずに、多目に見てこう、少な目に見てこう、真ん中とつたらこの辺というところで、幅を持って私はこの数字を申し上げているはずなんです。そういう幅を持った見方をしても最低三千万は超える、三千五百万ぐらいという対象者数になるんじゃないか。そうすれば受診率は下がるといふことになるんじゃないかということ、大臣、私これでは満足に当たって鳴り物入りで宣伝をして、そして今日二三%の実施率になってきております、順調によく進んでおりますというところで手放しで自賛をされても、これは国民や国会を欺瞞する論法じゃないかというふうに私は思わざるを得ないのです。

片一方ではこの市町村、自治体からの報告を単純に積み上げて集計した数字だと、こうおっしゃるんですけれども、対象者をどうとるかという国の指導基準はつきりしていませんから、抽象的な通達文書ですから、私京都府の状況を調べたんです。そうしたら、京都府が京都府下の市町村に指導をしておる方程式と指定都市としての京都市が使っておる方程式と違うんですよ、全然違うんです。京都でさえこういうことですから、全国で見たらまちまちの状況が起こってきけるんじゃないかと思う。そういう状況で、やれこの保健事業がこういう計画を立てて実績がこまめに進んでと、こういうことを幾ら言われても、これは国民を欺瞞するものだ。

しかも、この対象者二千九百七十万人と言われますけれども、五十九年度の対象者が二千九百七十万人、一年前の五十八年度が二千九百八十八万人で、これだけ速い速度で高齢社会へどんどん向かっているというんだけれども、前の年よりもかえって十万人対象者が減っておる、こういう押さえ方になっておるわけですよ。大臣、ちょっとこれはおかしいなと、もっと一遍きちんとせんといかぬなど、これでは国民から疑問が起るというふうにお思いになるでしょう。

○国務大臣(斎藤十朗君) 受診率の計算の基礎になります全体の数字でございますが、保健事業の対象外となる被用者等についてのそのとり方等につきまして、地域に最も実情を把握をしている市町村によって把握をしていただくということが適当であらうということで尊重いたしてまいっておりますわけでございますが、今先生御指摘のように、その数字もいろいろと確実でない向きがあるという御指摘でもございます。

厚生省といたしまして、職域保健サービスとの連携の強化を図るために、市町村における保健事業関係者から成る協議の場を通じて対象者の正確な把握等に努めていくよう、指導を強化いたしてまいりたいというふうに考えております。

○佐藤昭夫君 私はこの事業にけちをつけるという、そういう意味でこの批判をやっているんじゃないんです。本当にこれが正しい方向で発展をしていくことを望めばこそ、数字をこまかくするようなそういう宣伝というのはやってもいいくない。恐らくこれは与党の議員さん大臣も、こんなことになっておったかというので、顔色を見ておったってそういうふうにごらねますわな。

問題は厚生省の行政当局ですよ。もう少し通達まで出してなにして、しかしこの通達は、私京都府とか京都の幾つかの自治体を訪問して、厚生省から何か具体的な方程式についての指導がありますかと聞いたら、ないと言われないですか。このさっきの半べらの通達だけなんです。こういう状況は、行政当局としてまじめに行政責任を果た

そうという態度じゃない。ぜひこの点はひとつもつと標を正して厳重にやってもらいたい。特にその長としての大臣の指導性発揮をお願いしたいと思いますが、どうですか。

○国務大臣(斎藤十朗君) ただいまも御答弁申し上げましたように、正確な数字を把握するよう指導をいたしてまいりたいと思います。

○佐藤昭夫君 私はさらに重大なことを指摘をしたいと思ひます。

労働者の保健対策についてであります。これについて政府レベルでの善処改善をされるよう、厚生大臣としての特段の努力をお願いしたいというところであります。大臣も御存じだと思います。国民の保健事業は、基本的には三つの分野、学校、職域、地域と、これで全国的に把握ができる。したがって、そのそれぞれをどう充実強化をするかという、これが国としての施策の基本になる、そのとおりですね。そうだと答えてくださいます。

○国務大臣(斎藤十朗君) そうだと思ひます。

○佐藤昭夫君 それでは、学校保健の分野ですが、これはかなりずっと改善をされてきたと思うんです。今や児童生徒の受診率はほぼ一〇〇%と言っていいでしょう。さらに一層の充実のために全国的にも要望が出されておるんだと思いますが、きのう京都の学校保健連合会、ここから要望書が出されておりました。当面の四つの重点要求というところで書かれています。

一つは、小中学校一年生全員を対象とした心電図による心臓検診の実施。二番、学校環境衛生検査器具の市町村単位における整備充実。三番、学校管理下における傷病者の輸送費の確保。四番、心の健康問題に対応できる体制の確立、こういうことであります。文部省はどういうお考えでしょう。

○説明員(下宮進君) お答え申し上げます。学校におきましては、児童生徒の健康管理につきましては、学校保健法の規定に基づき毎学年定期にあるいは臨時に健康診断を行ひまして、その

結果に基づいて適切な事後措置を行うことなどによりまして健康の保持増進に努めているわけでございます。

先生のお尋ねの件について順次申し上げますが、心電図による心臓検診の実施につきましては、文部省では昭和五十九年度に全国調査をいたしましたところ、全国の小中学校の七割を超える学校で心電図検診を実施しているという状況が把握できましたことから、文部省におきましては、昭和六十年度から心電図検診の実施率が低い僻地学校の設置者に対しまして、その費用の一部を補助することなどにより心電図検診の促進に努めているところでございます。

二番目の学校環境衛生検査器具の整備充実の問題につきましては、従来から地方交付税の中におきまして積算しておるわけでございまして、例えば人口十万人あたりの市でございまして、毎年二十万円程度の積算をしております。

さらに、先生お尋ねの心の健康の問題などにつきましては、例えば養護教諭を対象にいたしますカウンセリングの研修会、さらにはそういったカウンセリングをいたします指導資料を作成するなどして、学校保健の充実に向けているところでございます。

○佐藤昭夫君 この学校保健分野の一〇〇%受診に比べて、職域と地域ではかなりおくれしておるし、矛盾さえあります。

さきにも触れました厚生省の保健サービスに関する通達、この中で、労働安全衛生法六十六条に定めるいわゆる職場労働者の定期健康診断、これを受けた常用労働者は、この保健事業から除外をする、こういうことになっておりますね。

○政府委員(仲村英一君) そのとおりでございます。

○佐藤昭夫君 常用労働者は別にやるからと、こういう考えだと思ふんでありますが、ところで、私は、労働省にお伺いをします。この労働省の「定期健康診断実施結果」、きれいな本にもなっていますけれども、これを見てびっくりしたんであ

りますが、五十九年度の受診労働者数六十一万人、一方五十九年の雇用労働者数は四千二百六十五万人でありますから、そうすると、その差し引き残り三千二百万人の労働者は一体どうなっているんですか。

○政府委員(平賀俊行君) 安全衛生法に基づいて健康診断の受診結果の報告を義務づけられているのは五十人以上の規模でございます。御質問の四千何百万というのは全体の労働者の数で、そのうち約六割強は五十人未満の、報告を義務づけられていない規模の事業所に雇用されている労働者。したがって、五十人以上の規模のものにつきましても、もちろん全部ではございません。約千七百

万ぐらいが五十人以上でございまして、そのうちの一千何百万人が報告されている、こういうことでございます。

○佐藤昭夫君 とにかく労働省としてきちっと報告を求め、把握をしているのは五十人以上の企業だけだと、そしてその企業の労働者数が五十人以上で約千七百万人、この千七百万人のうち報告が出ているのは千六十一万人、そうしますと何と六二%ということじゃないですか、どうですか。

○政府委員(平賀俊行君) 確かに、報告によって受診結果を把握しているものが一千何百万人、先ほどお答え申し上げましたように、計算上といひますか、事業所統計その他によって、五十人以上の規模に雇用されるものが千七百万人というの

は、これは統計上把握されている数字であります。したがって、その間に開きがあるのは事実でございます。その原因などを見てみますと、もちろん中には全く健康診断を実施していないものもあるかと思ひますが、別途私どもの方で行った統計調査では、五十人以上の規模について言えば、例えば製造業などではほとんど一〇〇%近く健康診断を実施したという調査結果が出ております。したがって、多くのものは健康診断を実施して報告をしないというものであらうと推測をしております。

ことも規則の上で義務づけられているものがございますので、私どもとしては、適正に健康診断を実施させると同時に、やはり適正に報告をさせるということに今後とも努力したいと考えております。

○委員長(佐々木満君) この際、委員の異動について御報告いたします。

松浦孝治君が委員を辞任され、その補欠として小野清子君が選任されました。

○佐藤昭夫君 労働省、余り想像で発言をしても
らいたくないと思うんですね。何しろこの報告制
度というのはもう十年以上、罰則つきで事業主に
報告を求める、こういうことでやってきておりな
がら、それが、八〇％以上報告がずつと入って、
掌握ができていっているというんだつたらまだしも、六
二％というんでしょう。こんなものを行政として
言いわけが立つかというふうに私は思うんです
よ。そういった点で、労働省の行政上の怠慢、こ
れは免れない。一体これからどうやってその点の
徹底を図るのですか。目に見えてこういうふう
にようになってきますという方策はありますか。

○政府委員(平賀俊行君) 確かに、法律上の義務を履行していないということは事実でございますが、私どもとしてまず重点的に考えますのは健康診断を実際に実施させるということでございます。その上で手続的な義務についてできるだけやはり履行を確保させなければいけないという立場をとっております。

現実、どのぐらい健康診断を実施しているかどうかということを把握するために、別途臨時的に調査をやっておりますところでは、先ほどお答えいたしましたように、この規模におきましてはほぼ一〇〇%の健康診断を実施しているという結果が出ております。健康診断を実施しても例えば受けない労働者がいたり、そういうこともあるうか

と思いますし、報告をしていないというところもあるかと思いますが、いずれにしても、報告を受けているものは、おっしゃるように、六十何%でございますが、私どもとすれば、まず第一の行政目的である健康診断を実施するという点ではほぼ一〇〇%に近く徹底していると思っています。

ただ、繰り返して申し上げますけれども、報告を受けるということも、これまたその手続を義務づけておりますので、やはりこれも理想を言えば一〇〇％実施させなければいけない、こういう格好で引き続き努力していきたいと思っております。

○佐藤昭夫君 法律が嚴重に行政面で執行できていない、守られていないというこのことは、しかと確認をしておきましょう。

そこで、こういう不十分な調査でも、しかし、重大な点がこの報告書の中から発見をされるわけです。すなわち毎年着実に疾病の発見率というのがどんどんふえていて、昭和五十年、受診の六・七％、五十五年八・八％、五十六年八・九、五十七年九・二、五十八年九・三、五十九年九・一ということ、毎年疾病がどんどんふえているということを如実にこの数字は示していると思うわけでありませう。この要因に人口の高齢化、労働者の総体的高齢化、この問題があるというふうに考えていいでしょう。

そういつた点で、この定期健康診断というのは、労働者、国民の健康を守る上で非常にその意義は重要でありますし、ぜひ大臣としても、そういう国民の健康を守るという見地から、ひとつ、それは労働省のことだというふうに見ないで、受診の徹底そして報告の聴取、これがもっと前進をしていくように、厚生大臣としても努力をしてもらいたいというふうに思いますが、どうでしょうか。

○国務大臣(斎藤十朗君) 労働安全衛生法は、それはそれなりのいろいろな目的を持って健康診断等の事業を行っていただいておるものと思うわけでございますが、厚生省といたしまして、国民

の健康を守るという観点から、また、先ほど申し上げましたように、保健事業を推進するということが病気になる、もしくは早期発見できるといふことにつながるわけでございますので、両々相まって国民の健康を保持していくために非常に重要なことであるというふうに思っています。

そういう観点から、労働省の所管事項であり、するけれども、ひとつ頑張つてやっていたいただきたいと私も念願をいたすものでございます。

○佐藤昭夫君　さらに、労働者問題とのかかわりでもう一つ重大な問題があります。労働安全衛生法六十六条に定める労働者の定期健康診断の健診項目は何でしょうか。

○政府委員(平賀俊行君) 既往症それから業務歴の調査、それから自覚症状及び他覚症状の検査、それから身長、体重、視力及び聴力、それに胸部のエックス線検査及び喀たん検査、それから血圧の測定及び尿中の糖及びたんばくの有無の検査、こうなっております。

○佐藤昭夫君 厚生省、今労働省の方から説明のありました健診項目は、老人保健事業で実施をしようとする一般健診の健診項目より成人病の発見という点では内容が低い、そのように思われますね。

○政府委員(仲村英一君) 労働安全衛生法に基づきます健診、診査項目は今お答えになったようなことだと考えておりますが、私どももいたしましては、老人保健法に基づく健康診査には、それ以外に総コレステロールと肝機能検査を加えております。したがって、直ちに比較するのは非常に難しいのではないかと、いうふうにお答えせざるを得ないと思います。

○佐藤昭夫君 成人病の発見に非常に深い関係を持つと言われている総コレステロールや肝機能検査、これが労働省の方の検査項目にはないという、ここが大臣、私は重大だと思えます。

実は、先ほどから何遍も引用しております厚生省のヘルス事業に関する通達ですね、この中でこういうふうに書いてあるんですよ。「労働安全衛

生法に基づき事業者の行う健康診断等の保健サービスであつて保健事業に相当するもの」というのはこれは厚生省の言うヘルスですね、「を受けた者又は受けることができる者については、」対象から除くと、こう書いてある。そうしますと、厚生省のやっているヘルスには、このコレステロール、肝機能検査が入っているわけでしょ。労安法に基づいて職場でやっておるやつには入っていない。そうなると、これはそもそも相当する健診を受けた者というふうにはみなし得ないという、こういう問題さえ出てくるんです。私は何もそのことだけで言うつもりありませんけど。

そういつた点で、この問題は六十一年度から厚生省のこのヘルスの項目追加がやられたわけでありますけれども、それに先立つて今までも何回か国会の場で、我が党議員からはこの労働安全法、労働省のやっている職場労働者に対する健診項目の、もつと現代に見合つた改善をやるべきだということを何回か提起してきました。しかし、今回依然として、今もなお職場の労働者の関係については改善ができていない。こういつた点で、五十九年八月二日、参議院の社会労働委員会ですけれども、当時我が党の山中郁子議員が質問しました、当時の渡部厚生大臣が、今提起の問題は、

「私は先生のお考えに同じような思いもいたします」以下云々と、こうありまして、縦割り行政で労働省の仕事であるかは知らぬけれども、今のお話を聞いておつて、私としては同感でありますと、こういう趣旨の答弁をやられておるわけですね。ずつと今の議論お聞きになつていて、斎藤厚生大臣、どういう感想でしょう。

○国務大臣(斎藤十朗君) 先ほども申し上げましたように、労安法には労安法のそれなりの目的というものがあろうかと思うわけでございますが、そういう中で保健事業を行っていただき、また私どもが考へているような成人病に向かつての保健事業を充実をさしていただけるということになれば、大変結構なことだというふうに思っております。

なおまた、もう一つは、被用者保険におきまして、健保組合や政管健保におきましてこの保健事業を行っていただくわけでございますので、そういったような点との兼ね合いというものがよく精査をしてみたいといけないのではないかと、いうふうにも思っております。

○佐藤昭夫君 さつき通達を読み上げて申し上げましたように、厚生省のやっておりますヘルス健診と見合うものがなされている場合には対象から除く。ですから、見合うものになっていないときにはヘルス健診の対象に入れないで非常に矛盾が今日出ている。早くから私も提議をしてきた。

それで、この五十九年八月二日の社労委での当時の労働省の局長答弁もありましたが、労働省はこういう検討をやっているんでしょか。いつ結論が出ますか。

○政府委員(平賀俊行君) そのときもたしか御答弁申し上げましたと思いますが、労働安全衛生法に基づく定期健康診断の項目、その義務づけられた項目というのは、どんな規模の事業所、一人を雇う事業所でもこれを守らなければいけない、こういう意味での義務づけでございます。したがって、そこに種々の必要事項を追加するということはなかなか難しい問題もございます。

しかし、先ほど先生の御質問にもありましたように、最近この健康診断を通じて疾病を発見する割合というのは高まっております。特に高まっているというのは、成人病関係の病気の発見がやはり定期健康診断を通じてきたというところでございます。言いかえれば、これは最低限の義務づけではありますけれども、各事業所においてその義務づけられた項目のほかに健診をやったり、あるいはそれに加えて再健診を行ったり、そういう形でいろいろな検査をやりながら、従業員の病気の早期発見に努めておられる結果であると考えております。

そういう意味では、全体として高齢化社会の中

で、各事業所における従業員の健康確保、これは事業主としての義務であり責任であると考えておりますが、そういうものについての自覚なりが高まって、法による最低基準以上のものをやっている、こういう結果であり、それが私どもとしては必要なことだと考えております。

もちろん、先生おっしゃいますように、だんだんと日本の働く人たちの年齢が上がっていくにわたる高齢化時代に即して、私どもとしても長期的に見て最低限の義務づけである健康診断の項目を今のままで、絶対それでやっていくということではありませぬし、今までもだんだんと変えてきたところもございまして、これからそういう意味ではその時代の要請に即して、かつ小さな規模の事業所も含めて、どういうことを義務づけるべきかにつまましては、私どもとしても将来とも研究し、かつ検討してまいりたいと、こう考えております。

○佐藤昭夫君 どうも何かもう一つ意欲が感じられない今の答弁ですね。それはそうでしょう。労働省として何か大きな問題があると専門家の議論をつくるのか、大臣の諮問機関をつくるのか、こういう形でいろいろ検討作業をやるものですか、けれども、この問題についてはそういうようなものは設置をしておりませぬ。だから、私は本当にもっと熱意を入れて、速度を速めて、この問題をぜひ検討してもらいたいという、そのことを言っている。その点に答えてください。

○政府委員(平賀俊行君) 労働安全衛生の問題につきましまして、いろいろと時代の変化に即して問題が出てくることは事実でございます。特に高齢者の疾病の予防等について、重要な将来において私どもとして重視しなければならぬ施策であると考えておりますので、その問題について特別の委員会を設置するというものではありませぬが、その問題を担当する行政機関として、将来を見越して適切な対応をしていきたい。そういう意味では、小さな事業所にも義務づけるということの可否も含めて、どの程度にこの健康診断の基準を改

善していくかについて、私どもも行政機関の責任において検討してまいりたいと思っております。

○佐藤昭夫君 どうも健診項目をふやすとそれに伴う費用、企業の側の負担になるからという、そこがどうも頭にあるんじゃないかという気がしてならないんですけれども、労働者の問題というのは国民の大部分を占める問題でありますから、そういう点で本当にもっと熱意を持って、急いでこの問題の検討をやってほしいと思います。

それと、厚生大臣ね、さつきから何回も言っていますけれども、あの通達によって厚生省のヘルス事業並みの健診を受けた者または受けることができる者は除く。そうでない、それはヘルス事業に対象として含まれるということになるでしょう。職場には四十歳以上の労働者というのはいっぱいいるわけでしょう。そうしますと、厚生省の言っているヘルス事業の内容についても、これは当然要らぬ金が要るようになりますよ、厚生省。

だから、あなたの方から労働大臣に一遍驚かすように、せつかく厚生省がこういうことでやろうとしておる、労働省の怠慢から要らぬツケをこつこへ持ってくるのだ。ある意味では厚生省に労働省はなめられておるようなことにもなるわけですよ。ということで、大臣、ひとつぜひ決意新たに労働省側とよく話をしてもらいたいと思いますが、どうですか。

○国務大臣(斎藤十朗君) 一度相談をしてみたいと思います。

○佐藤昭夫君 この問題での最後に、一般健診についていろいろ厳しく批判すべき点を問題にしたわけでありませぬけれども、先ほど言いましたように、ぜひこの事業を名実ともに国民的意義のあるものにしたという立場から、いろいろ言ったわけですね。

そういった点で、自治体関係者からいろいろ聞いておきますと、幾つかの要望が出ています。一つは、受診率がなかなか進まぬというの、余り魅力がないからだという点で、この事業の内容をもっと魅力のあるものにする、健診の内容なんか。

それから、受診率を高めていくために通知を徹底する、その通信費、はがきなんかで出すとやっぱり効果があるというわけですね。せめてそんなようなものを国から援助してもらえぬかということとか、大都市が特になかなか対象者の捕捉が難しいことによる困難がある、その問題とか、国からの補助金の準備、これが低いから超過負担がいろいろ出てくる、こういう問題について私どもももっとも思うわけでありませぬけれども、厚生省、前向きなひとつ努力をしてもらいたいと思うんですが、どうですか。

○政府委員(仲村英一君) 魅力ある健診づくりというところでの御指摘でございますが、例えば一次健診を受けた後、精密検査にいらつしやいと言つても、日にちを変えますとドロップしていく率が多いのはほかの健診でも同様でございますので、例えば一般健診と精密検査を必要の方に対しては同時にできるような、いわゆる基本健診と申しますか、そのような制度を来年度の要求で考えておられますし、肺がんでございましてか乳がんでございましてか、最近ふえておりますがんを標的疾患にいたしまして検査項目に加える。あるいは子宮がんがんと今まで言っておりましたけれども、これは子宮頸がんでございます。日本の場合にはまだ多くはないんですが最近極めて多くなっております子宮体部、子宮体がんについても健診をするようにしたらどうかというふうなことで、いろいろ、おっしゃいますように、魅力ある健診体制といたしまして、健診の中身というのを私どもも工夫していきたいということで、今予算要求をしているところでございます。

それから、個別通知の徹底でございますが、これは先ほどの受診率の向上とも非常につながる部分でございますので、私どもとしてもそのようなことでできるだけ個別に通知が出来るようなことを、予算上もできるだけ考えてまいりたいと思っております。

それから、補助単価のお尋ねもございましたけれども、私どもも今後ともさらに適正な補助単価、

実勢単価に近づけるような補助単価を予算措置してまいりたい。

このようにことで、おっしゃいますようなヘルス事業につきまして、住民の多様なニーズにきめ細かく応じられるような質的な改善、充実を今後とも図ってまいりたいと考えておるところでございます。

○佐藤昭夫君 保健事業の問題はもう大分時間かかりましたのでこれで終わります。

次は政府は今回の法案の提案の理由に、負担の公平論を唱えておりますけれども、これをめぐむ問題というのか、真の公平な負担とは何かという問題について幾つかただしてみたいと思ひますが、とにかく、今度の法案で一部負担、外来二倍、入院は年十倍にもなる、そして拠出金の按分比率を変更して、現役労働者の負担も急速にふえてくるだらうというその理由として、現役もＯＢも世代間公平に負担してもらふんだと、こういうのであります、何のことはない、これは国民の痛み分け論であります。

それは厚生省が提出をしております老人保健制度見直し、今回のいわけの改正に伴う影響額の試算ですね、これを見れば非常にはつきりするわけでありますけれども、要するに現行八六年度、八七年、八八年、八九年、九〇年と資料をいただいておるんですが、もう時間の関係で老人医療費総額について、それから患者負担といふか本人負担、それから被用者保険、それから国庫負担、こういうふうに分けて、現行八六年度に比べてそれが九〇年度で何倍になるのか、それを言うてください。

○政府委員(黒木武弘君) 西暦でお尋ねでございますが、昭和で申し上げますけれども、六十一年度法改正なしという場合の数字と、それから六十五年の法改正後の数字について端的にお答えをいたしますけれども、ただ倍率については六十一年度法改正ベースしかちょっと計算をいたしておりますので、お断りをいたしておきます。

いますが、一兆四千五百八億と見込んでおります。これに対して六十五年度で二兆八千百億になるわけでございまして、六十一年度の私どもの法改後のベースから比較しまして一・八七倍というところでございます。

○佐藤昭夫君 一・八七ね。一・九四じゃないの。

○政府委員(黒木武弘君) ただいまのは法改後の六十一年と六十五年の伸び率の比較を申し上げましたけれども、お尋ねは六十一年度法改なしということと仮定して倍率をということでございます。一・九四倍ぐらいになろうかというふうに考えております。

それから国保でございますけれども、六十一年度法改正なしということで一兆五千五百九十一億円と見込んでおりますが、これが六十五年度で一兆四千億に相なります。六十一年度法改があつた場合に比べまして〇・九六倍でございますけれども、法改正なしの場合についてはちょっと倍率を出しておりません。

患者負担でございますけれども、法改正で六
百十億でございますが、これが法改後で約二千三
百億になります。倍率で二・六倍でございます
が、法改正の六十一年度ベースと比べますと三
・七倍か八倍程度という感じでございます。
それから医療費トータルでございますけれども

も、法改正なしのベースが医療費トータルで四兆三千六百十億でございます。これが法改正後の六十五年で計算しますと六兆二千四百億でございます。六十一年度の法改正後ベースで一・四四倍でございます。法改正なしのベースではこれも約一・四三ぐらいになろうかと思っております。

國庫負担総額でございますが、法改なしで一兆八千三百四十三億が、六十五年度で二兆一千九百億ということで一・二五倍になりますが、これは法改なしベースと比較しますと一・一九倍ぐらいいくというふうに計算できるわけでございます。
 ○佐藤昭夫君　わざとわかりにくく説明したんじ

実に示しますように、患者負担は三・七七倍になる。被用者保険、行く行くはこれも労働者、国民にツケが来る。一・九四倍になる。国庫負担は一・一九倍ということで横ばい、こういう形で、国庫負担を抑えるそのツケが一体どこへ回ってきておるのかということとは、この数字でもって明瞭な
んですね。

老人本人と労働者、國民、この負担は確實にふえるし、國の負担は極力抑えていく、こういうこととで、結果としてこの國保の國庫負担はもとへ戻さない。それと、トータルとして軍事費がふえる。こういう形になっているわけでありまして、前回も逓脱委員が言いましたように、またきのうの参考人の御意見にもあらわれておったように、各界からの反対がござって強いわけであります。こういうやり方で一体どうして負担の公平というふうに言うのか。國民は負担の押しつけられつ放しじゃないですか。

きのうの参考人で総評の前川さんも言っていましたけれども、現役の労働者の中から、負担が今不公平だからこれを変えてくれというような意見はいささかもないという、きのうもそういう発言があったわけですね。こうした点で、この負担の公平論、政府がしきりに言っている、これは私は詭弁だと思うんですけれども、大臣、どうでしょう。

○国務大臣(斎藤十朗君) これはたびたび申し上げておりますように、この老人医療費を国民全体がいかに公平に負担をしていたかどうかという観点に立ちまして、今回の加入者按分率一〇〇％へ段階的に引き上げていただくことをお願いいたしておるわけであります。現在、それぞれ提出

をしていただきます保険者間において、老人加入率の非常な格差があるわけでございまして、この格差を是正し加入者按分率を一〇〇％にしていただくことによりまして、どの保険者におきましても千人について六十九人のお年寄りを抱えていただくというように、負担の公平を図らしていただ

これと今御指摘のございます国庫負担との関係でございますが、その結果として、国庫負担全体として見ると、これが削減をされておるわけでございしますが、しかしながら、この老人保健制度、この制度に対する国庫負担のあり方というものは二〇%の負担でございまして、県、市町村が五%ずつで、公的負担として三割ということについて

は、いさかも変わっていないわけでございます。ただ、どこで変わるかといえます、御承知のとおりでございますけれども、国民健康保険に對する国庫補助というものが他の保険制度と比べて違つた状態にあるということから、通常でありまして五割の国庫負担、この拠出金につきまして五五％の国庫負担をいたしておるわけでありまして、その老人加入率の非常に高い国保が全体として負担が軽くなるということによって、国保に對する国庫負担の分が軽減をされるということに結果としてなるわけでございます。ちなみに、政

管健保につきましては一六・四％の国庫負担をいたしておるわけでありますけれども、政管健保に対する国庫負担はこれは増加をする、こういうことでありまして、国庫負担を削減するためこれをやるということではなく、今申し上げましたように、当初負担の公平を図るといふ観点、そしてその結果として国保に対する国庫負担が減ったので全体として国庫負担が減ったように見えて

る、こういうことであるわけでございます。

○佐藤昭夫君　相変わらず聞き飽きた論法が繰り返されておりますけれども、この按分率の変更というの、必ずそれは加入者、労働者の負担に結びついていくということはもう自明の問題であつて、今大臣もちょっと触れたのであれです。

が、国庫負担の率はあるいふ形で変遷するとしても、国庫負担の額は年々減額である。六十一年度六百十四億、六十二年度二千六百六十三億、六十三年度三千七十一億、六十四年度三千三百六十六億、六十五年四千三百四十六億、こういうことで国庫負担が年々減っていくということは明瞭であり

負担、そうして片や一部負担という形で老人本人の負担は今度ほとんどふえていくという、この本質をすりかえることはできないと思うのであります。

そこで、本当にこの財源対策ということの問題にするのであれば、私は一つの重要な問題があるだろうと思う。きょう冒頭にも触れましたけれども、現役の労働者の二〇%以上が慢性的な病気になっている。翌日に疲れが残るというのが半分以上四七・二%という、ここまで長時間労働、過密労働によって労働者の体をすり減らしているわけでありましても、しかし、こういうもので大企業が、これはもういろいろな決算報告なんかを見ても明らかのように、大幅に利益をふやしているというところで、こうした大きな利益を上げてきた大企業に今日こそ一定の負担を要求する、こういう方向を大臣としては検討の組上に上げてみる気持ちはありませんか。

○国務大臣(斎藤十朗君) 我が国の社会保障の費用としては、全体としては政府、そして本人、事業主という三者により、ほぼ均衡した形で現在負担がなされているというふうに私は承知をいたしております。そういう形の中で、現在の保険制度の中における事業主負担のあり方等々についても、この制度で現在定着をいたしておるといふふうに私は考えておるところでありまして、今直ちに見直すというような考えはございません。

○佐藤昭夫君 いわゆる社会保障費の財源負担割合、使用者と労働者の間の負担割合というのは、アメリカや西欧の先進国と比べても我が国はずば抜けて労働者の側に重いわけですね。逆に言えば、使用者負担が一番軽いということは今日明瞭だと思ふんですが、念のために社会保障費の労使負担割合、日本の場合をば労働者一、使用者一として、アメリカ、イギリス、フランス、イタリア、スウェーデン、どういうことになりますか。

○政府委員(長尾立子君) お答えをさせていただきます。

社会保障におきます本人負担、事業主負担、それから国庫負担の比率でございますが、アメリカは、本人負担が二一・一%に対して事業主負担が三二・〇%になっておりまして、公費負担が三九・二という比率でございます。イギリスは、一七・八に対して二三・八、公費負担が五五・九という形でございます。西ドイツは、本人負担が三・五、事業主負担が三・四、公費負担が二七・六。それからスウェーデンは、本人負担が一・〇、事業主負担が四三・八、公費負担が四六・〇でございます。イタリアは、本人負担が一・九という比率でございます。

○佐藤昭夫君 西ドイツの数字については、ちょっと私はいささかもう少しく調べてみる必要があると思う。片やILOの統計で、一九七七年で、労働者一、使用者一・三、こういう数字の出ている文献もありますので、それはいいです、答弁求めません。

それで、今言われましたそれぞれの負担のパーセント、これを労働者一としますとアメリカは使用者一・五、イギリスは一・三、フランスが二・五、イタリアは五・〇、スウェーデンは四三・八、こういう倍率で使用者側が負担をしている。いわば、使用者側がうんと負担の割合を広げていくというこのことは、今や世界の先進国の常識になつていふところでありまして、にもかかわらず、大臣、検討の組上に上せる気もないと言ひ張られますか。

○委員長(佐々木清君) 長尾総務審議官。

○佐藤昭夫君 いやいやちょっと、余りもう時間がないんですよ。

○政府委員(長尾立子君) ちょっと御説明をさせていただきます。

○委員長(佐々木清君) 簡潔に。

○政府委員(長尾立子君) ただいま先生がお話しになりました事業主負担、本人負担の比率でございますが、これは一つの統計数字を今申し上げたわけでございますけれども、この数字が出てまい

ります前にいわば制度の仕組みがあり、それからその仕組みの上に立ちました運営の実態があるわけでございます。

先ほど大臣がお答えいただきましたのは、我が国におきましては医療保険、年金保険の二大社会保障制度におきまして社会保険方式をとっておりまして、この上において本人、事業主の折半負担という形で長らく運営をやってきたわけでございます。こういったことを踏まえまして、現在のこの制度が社会の中に変遷定着しておるということをお前提としてお答えをさせていただいたということだと思います。

○佐藤昭夫君 大臣、繰り返して言いますけれども、世界の趨勢はそういう状態だということ、そのことに着目して我が国でも一遍検討の組上に上げてみる必要はお感じになりませんか。

○国務大臣(斎藤十朗君) 先ほど御答弁申し上げましたように、現在の日本の負担のあり方は、それそれ三者はほぼ均衡した形で負担がされておるというふうな認識をいたしております。そして、そういう形に形成されてまいりますまでにはいろいろ歴史的経緯もあり、また労使の関係の中においてそのようなことが実績として積み上げられてまいったということもあるかと思ひます。また、諸外国の例をお引きになられましたけれども、諸外国のそれぞれの制度等について詳細にもう少し検討をいたしてみまさんと、それが全く同じように当てはまるのかどうかというところはあろうかと思ひわけでございます。全体といたしまして、先ほど御答弁申し上げましたように、今の仕組みというものが日本のこれまでの長い歴史の中で定着をしておるというふうなふうに考えておるところでございます。

○佐藤昭夫君 とにかく発展途上国はおろか大臣の思想は後進国の思想ですね。

別な角度から申しましょう。

今はそういう社会保障費の負担割合を問題にしたわけですが、企業規模別に見て負担の状況はどうでしょうか。大企業と中小企業と比べ

て、例えば賃金に占める法定福利費の割合、これは企業規模別、例えば五千人以上の企業、それから全産業について、それから規模三十人から九十九人の企業、どういうことになりますか。

○説明員(池田克忠君) 昭和五十九年の賃金労働時間制度等総合調査によりますと、現金給与総額に対します法定福利費の割合は、全産業平均で八・九%、五千人以上規模企業で八・四%、千人から四千九百九十九人規模企業で八・五%、三十人から九十九人規模企業で九・六%となつておるところでございます。

○佐藤昭夫君 中小企業の方が負担が強いということはこの数字から見て明瞭です。だから、大企業に負担を求めようというこの方向というのは無理な話じゃないという一つの論拠であります。

もう一つ、企業規模によって不公平がある例を挙げようと思ひますけれども、そもそも我が国では社会保険料は賃金総額掛ける保険料率、こういうことで算定をされるわけでありまして、通産省の工業統計表、昭和五十九年度、これによりますと、従業者規模千人以上の大企業は従業者数で全企業の一四・三%、一方、例えば製造品出荷額等で全企業の二六・六%。一方、中小企業の代表例として、十人から九十九人の企業をとつたとしますと、従業者数で一・一%、出荷額は五・九%だ。こういうことから何が言えるかといひますと、出荷額すなわちそれはもうけに相当をしていく額になると思ひわけですが、それに見合う形で社会保険料の負担を大企業はやっていない。というのは、賃金の支払い総額掛ける一定の料率ということでありまから。

そこで、しかし、賃金の格差があるから、大企業、小企業ということでごく大まかにそれが三対二だと、企業規模によって、こう置いてみても大企業は小企業の四三%の割合でしか社会保険料の負担をしていない、こういう計算になるんです。簡単な計算です。この点でも中小企業と大企業の間にある社会的不公平、これが正されてしかるべきではないかというような問題があります。

さらにもう一つ、最近の生々しい問題でありますけれども、大企業の人減らし合理化、急激な海外進出、これによって雇用の空洞化が大きな問題になっていますが、十二月十四日の新聞にも大きく報道されましたが、既に海外生産を実施、目下検討中、既に実施しているところ、それから目下検討しているというのが大企業の五二％に達している。このために国内の既存部分を縮小したのが二二％、検討中が二六％。こうして海外進出が急増し、雇用の空洞化が進むほど、企業の社会保険料等の負担は、国内企業の雇用がどんどん減るわけでありまして、その分だけ減っていくという、一体これで真の公平と言えるかという、その方向というのが野放しになっているという問題であります。

大臣に再度求めたいと思うわけでありましてけれども、いろんな角度からこうした問題をどうしても検討し上げる気は全くないということでお言い張るつもりですか。

○国務大臣(斎藤十朗君) それは、検討は幾らでもいろんなことをして悪いことはないと思っておりますが、ただ、今の日本の、先ほど来申し上げましたようなこれまで積み上げてまいりました社会保険制度の中で、この負担割合というものが定着してきている。また、その制度の仕組み方といたしまして、社会保険制度というもので仕組んでおるといふような観点から見まして、私は現在のところ適当なことではないかというふうに思っております。

○佐藤昭夫君 それでは三つ目の問題、最後に、真の老人対策、リハビリ問題について質問をいたします。

まず、厚生省、寝たきり老人の現在数、そしてそれが将来的にどのように推移をしていきますか、ごく簡単に数字的に答えてください。

○政府委員(仲村英一君) 昭和五十九年の数字で申し上げますと四十七万八千人でございますが、今後、昭和七十五年には七十八万六千人、昭和九十年には百七万六千人と百万人を超えるのではな

いかという数字を持っております。

○佐藤昭夫君 今月の初めに日本大学のこの研究所の発表したあれでいくと、もっと早いテンポでふえるだろう、こういう報告なんかも出ているわけですが、急速に高齢化して寝たきり老人が急増するというところであります。

そこで、問題は、こうした寝たきり老人に対する対策であります。例えば十二月五日の朝日新聞の社説で書いていましたように、「寝たきり老人の多くは実は寝かせられ老人である」「日本の寝たきり老人のかなりの部分は「つくられた寝たきり老人」である」という批判が今日多々出てくると思うのです。実際に一般病床の平均在院日数を見ますと、一九七〇年度には三十二・五日。この日数が一九八〇年には三十八・三日、この十年間で五・八日も在院日数が増加しているわけでありまして、したがって、寝たきり老人の対策の中心は、リハビリテーションによる治療によって、一日も早くこれらの方々が家庭や社会に復帰できるようにすること、そのためにリハビリ治療が特に大事になってくるというふうに思っておりますが、その位置づけについて大臣の基本的なお考えはどうでしょうか。

○国務大臣(斎藤十朗君) 先生御指摘のように、長寿を全うされましても、毎日が健康で健やかな、そして生きがいのある生活をしていただくかなければならないと思っております。寝たきりで長寿を全うしたということとは好ましいことではないというふうに思うわけでありまして、そういう観点から、今御指摘のように、リハビリの重要性というものは私も大きく認識をいたしておるところでございます。

これからは、医療におけるリハビリ、また老人保健事業における機能回復訓練事業、また今回お願いをいたしております中間施設等におけるリハビリ事業、こういったようなものを総合的に推進をいたしまして、寝たきりで長寿をするというよりも、元気でびんびんして長寿をしていただくというふうに持ってまいらなければならないという

ふうに思います。

○佐藤昭夫君 放置をしていけば全く寝たきりになってしまふという、そういう人たちにリハビリ治療を徹底させるといふだけ家庭や社会に復帰できるのか。また、そのことを通してどれだけ医療費が軽減できるのかという、こういう問題について何か厚生省、調査なり研究をしたことありますか。

○政府委員(仲村英一君) 寝たきりにならないようにする努力をございまして、いろいろな脳卒中その他の疾患によつての治療の後、リハビリテーションをやるといふふうなことの必要性については私も十分承知しておりますが、それが数量的に医療費にどのようない影響を与えるかということについては、私も直接推計をしたことはございません。

○佐藤昭夫君 私は、率直に言つて、厚生省としてそんなことの研究もしていないのかなということ、いささか失望を感じ得ないのです。

一九八〇年七月号の「病院」という雑誌に、東京の大田病院の沢浦美奈子さんというドクターだと思ひますが、みずから体験から、リハビリ治療によつて脳卒中患者の七割がつかえ、歩行異常で退院できた、八割以上の患者が家庭復帰をしたというところで、いわゆるリハビリ治療というのは大変有意義なんだというこの報告が出てくるわけでありまして、もう少し詳しく見ますと、日常生活能力の回復状況では、スプーンで食べる、コップで水をくむ、はしで食べる、腰かけ便器の使用、和式、洋式便所の使用、前あきの上着を着る、ズボンをはく、靴を履く、顔を洗つてふく、浴槽の出入り、タオルを絞る、字を書く、これらの一つ一つの過程を通して、入院時にはほとんど全介助を必要としていた寝たきり老人が、退院する時には八割以上の人が自立して家庭や社会に復帰しているというふうに述べているわけであり

ます。

また、医療費の軽減問題では、前代々木病院リハビリ科の二木先生、この方が「医療経済学」とい

う本の中で、リハビリ治療によつて四八％の節減ができる、百人の患者を例にして平均四カ月の治療、一般病院だけでいく場合と、それから脳卒中医療やリハビリ施設と連携して治療を行う幾つかのケースを組み合わせて比較して、今の四八％節減されるという試算も出ています。今、四八％節減も、実際に厚生省の科学的な施策を確立していく上でも、一週これらの問題について研究をやつてみる気はないでしょうか。

○政府委員(仲村英一君) 公衆衛生審議会の中の専門部会で、この機能回復訓練に限らず、私どものやっておりますヘルス事業についての、今おっしゃったようなコストベネフィット的なことを研究をしてみるということで、私も今準備を進めておるところでございます。

○佐藤昭夫君 次は、リハビリ治療におけるリハビリ担当の医師の養成の問題であります。

既に昭和五十二年五月二十三日に、日本学術会議は「リハビリテーションに関する教育・研究体制等について」ということで勧告を内閣総理大臣あてに提出をしております。その中で幾つかの提言をしていくわけでありまして、その中で「1. 大学医学部ないし医科大学の教育において、リハビリテーション医学を必須科目とすること。2. 専門医養成のための卒業教育の体系を整備すること。3. 上記1、2を実現するために大学医学部ないし医科大学にリハビリテーション医学の講座を設置すること」と、こういうことを挙げておられるわけでありまして、厚生大臣、この日本学術会議の勧告をどういうふうな受けとめておられるんでしょうか。

○政府委員(竹中治治君) 今先生がお挙げになりました三つのうち、アンダーグラジュエイト、大学の中での教育、それから大学にリハビリテーションの専門講座を設置するということにつきましては、これは直接的には文部省の所管であるかと思ひますが、そういう点を踏まえまして、私ども、一つは医師国家試験の出題基準の中にリハビリテーション医学につきましての知識、技能を十

分習得しているかどうかをチェックすることにしたしております。

それからもう一つは、医師免許取得後の臨床研究カリキュラムにおきまして、リハビリテーションの実践を指導するという事で、カリキュラムに組み込んでおります。

それから専門医の問題でございますが、リハビリテーション医学会が認定制度を設けておりまして、その資質の向上に努めておるところでございますが、現在まで、昭和六十一年六月現在でございますが、百七十七人の医師が専門医または認定医としてリハビリテーション医学会の認定を受けておるところでございます。

専門医認定の問題につきましては、このリハビリテーションの問題を含めまして、私も現在日本医師会と合同で懇談会を設置して、検討を進めておるところでございます。

○佐藤昭夫君　しかし、今いろいろ言われましたけれども、現状は非常に不十分であります。大臣もよく聞いていただきたいのであります。文部省の調査によりますと、全国五十の国立大学のうち、リハビリを独立した科目にしている大学はわずか五分の一の十大学、リハビリ関係の講座については一つもないという事であります。

講座というのは、日本学術会議の勧告でも述べてますように、医学教育の中心となるものであります。でありますから、リハビリテーション医学会でも、昭和五十七年の八月に文部大臣あてに、早急に国立大学医学部においてリハビリテーション医学の講座及びリハビリテーション診療科の設立に関する要望書を出しているところであります。

今回こうした法案の審議をやっておるわけでありますけれども、お年寄りが寝たきりになる、痴呆性老人になる、それをいかに収容して、きれいな言葉で言えらるお世話をするか。しかし、結局、何というか、処理をするとも言ふべき非常に条件の悪いところへお年寄りが、たびたび出ていますように、うば捨て山のような形で送り込まれるという、それをどうするかとい

うところが問題の基本じゃなくて、お年寄りが一日も早く健康を取り戻し、家庭生活や社会生活にもう一回復帰できるような、そういう方向でのいろいろな援助を、国としてもまた関係の諸機関としてもそこに大いに力を入れていくという、こういう点で、この法案の審議をしております。これを機会に、厚生大臣としても決意を新たにしたい。また、厚生大臣として思いうけであります。

そういう見地からひとつ文部省に、このリハビリテーション医学の講座の新設、これをぜひひとつ急ぐようにという特別な働きかけをやつてもらいたいと思ひますが、どうですか。

○政府委員(竹中治治君)　高齢化社会を迎えまして、リハビリテーションの重要性は先生のおっしゃるとおりでございます。

講座の設置等々につきましては、文部省の所管でございますので、なかなか具体的に私も言うのはどうかと思ひますが、先ほどから申し上げておりますように、医学教育の中で、アンダーグラジュエートの教育の中でリハビリテーションをもっと重要視して力を入れてもらうように、これは従来も言っておりますが、これから文部省にお願ひをしていきたいと考えております。

○佐藤昭夫君　次は、リハビリの専門職員である理学療法士、PT、作業療法士、OTの現状はどううかという事であります。昭和五十七年度から進められてきた老人保健事業五カ年計画、これによりまして、六十一年度までに合計四十九人を確保しようという事で進められてきているんであります。その中でもこの計画自身が、全国の保健所数八百五十カ所、これに比べて、これを考えてみたときに、計画そのものが極めてわずかなという問題があるのですが、加えて、実際の配置をされてきている実績を見ると、昭和五十九年までにならずに六人と、こういう状況になってい

ます。これはもう極めておくれているという、何かの理由をつけて合理化できるような、そういうような姿ではさらさらないというふうに思ふんです。どうですか。

○政府委員(竹中治治君)　OT、PT、これは保健所におきましてOT、PTの確保でございます。

現在のところ、今お話がございましたように、五十七年度から五十九年度までに六人OT、PTを保健所で採用いたしておるわけでございます。なかなか保健所に確保するというのはいろいろの点から実際上難しい点がございますが、問題の重要性にかんがみまして、私もいたしましては、OT、PTの確保に一層力を注いでいきたいと考えております。

○佐藤昭夫君　それから、特別養護老人ホームの場合、このOT、PTの確保の状況はどんなふうになっておりますか。

○政府委員(小林功典君)　特別養護老人ホームにおきましては、日常生活動作の訓練を行うということで、各施設に機能回復訓練指導員というの一名置いてあります。ただ、これは理学療法士等の有資格者に限定しておりませんし、また非常勤でもよいということになっております。リハビリの重要性は十分認識しておりますけれども、何分にも特別養護老人ホームというものが家庭にかわって生活の場を提供する、いわば家庭がわりの施設の性質を持っておりますために、こういう配置になつていくわけでございます。

○佐藤昭夫君　有資格でなくてもいいとか、非常勤でもいいとか、それは有資格者を置けないから、常勤者を置けないから、やむを得ずそういう形でもカバーせざるを得ないという問題なんですよ。聞いていますところでは、有資格のOT、PTはほとんどいない、補助的職員の常勤が七割、非常勤で二八割くらいになるというふうに聞いておりますけれども、これも極めて不十分な状況であります。

でありますから、日本理学療法士協会、ここには特養老人ホーム施設について二名、老人福祉センターは一施設に一名は必要だというふうに言っています。そうすると、合計で四千人以上必要だということ、広大な計画が必要になつてくる。それに比べて、実際の施設の現状というのは

もう全く情けない姿になつていくということでもあります。

全国福祉協議会、それから老人福祉施設協議会、この連名で「老人福祉施設のあり方に関する要望書」というのが出ていますので御承知のほどでございますが、四項目の要望、決議であります。その第一項目に、特別養護老人ホームにおける痴呆性老人や寝たきり老人など重介護老人の増加にかんがみ、医療、看護、リハビリテーションの機能の強化を図られたい。二、老人福祉施設を在宅福祉サービスのセンターとする方向で機能強化を図られたいという、こういう要望も出ています。御承知のほどであります。こうした点で、ぜひ厚生大臣、特別養護老人ホームにはリハビリの専門職員を必ず配置をするという、この方針をきつぱりひとつ確立してもらいたいと思ひますが、ちよつと大臣に聞きますか。

○政府委員(小林功典君)　先ほど申しましたように、特別養護老人ホームというものはそもそも家庭にかわつて生活の場を提供するという性格の施設でございますから、先生今おっしゃる通りに、その特養にすべてリハビリの専門家を置くことがいかにどうか、この辺はよく考えなきゃいかぬことだと思ひます。

私もむしろ日常生活動作の訓練ということに主眼を置いてやっておりますから、より高度といひますか、医学的あるいは専門的な見地からのリハビリテーションということであれば、病院なりあるいは今お願ひ申し上げております中間施設、そこでやっていたら、その方向で進みたいというのが我が方の考え方でございます。

○佐藤昭夫君　中間施設の言葉が出ましたから確かめておきたいわけでありますけれども、同様の趣旨からこの中間施設にもリハビリ専門職員は必ず置くという方針ですか。

○政府委員(黒木武弘君)　老人保健施設におきましては、入院治療が終わった人の家庭復帰を目指す施設でございますから、私ももとしましてはこの施設にリハビリテーション機能というのはいくつかの大

きな柱だと思っております。したがって、当然ながら、OT、PTの職員を配置し、そして機能訓練室も備えた施設にしていきたいというふうに考えております。

○佐藤昭夫君 いろいろ言われます。口では頑張っている、またそういうものをきくと置かなくちゃならぬ、こう言われるんですけれども、本当にそのことをやっているとすれば、昭和五十八年に医療関係者審議会理学療法士作業療法士部会がまとめたあれが出ていますね。それで、この内容は、今日の時点に立つて政府として当然新たな見直しをやるべき課題があるというふうに受けとめていますか。

○政府委員(竹中浩治君) 今お話しした医療関係者審議会理学療法士作業療法士部会でございますが、昭和五十八年に今後の理学療法士、作業療法士の需給の問題について意見書に記載をされておるわけでございます。その御意見によりまして、昭和六十年代後半、六十七年前後に理学療法士につきましても、作業療法士につきましても、現在の養成状況でいけばはば需給が均衡するということとを意見書の中で言っていたらいいおるわけでございます。

ただ、お話しもございましたように、現在、老人保健あるいは老人医療をめぐるいろいろの問題、非常に急激に変化をいたしておるわけでございます。私も、これから地域におきます医療機関の機能分担のあり方とか、あるいは老人保健事業等の地域保健サービスの今後の方向、こういったものを踏まえまして、理学療法士、作業療法士等のマンパワーの需給見直しを検討していきたいと考えております。

○佐藤昭夫君 最後でありますので、これはぜひ大臣に答えていただきたいと思っております。

以上、いろいろな角度から質問をしてみたい。したことを通しても明らかにしましたように、寝たきり老人が一日も早く健康を取り戻し、家庭や社会に復帰できるようにするためのリハビリ治療が極めて重要であるにもかかわらず、実際に政

府が今日までやってきておる施策というのは大変おくれておる。というよりは、本当に老人対策の基本的視点をどこに置いておるんだらうかということと疑問、批判を持たざるを得ないような施策の弱さが露呈をしてくると思ふんであります。

いわば戦前、戦後、大変な苦勞をして日本社会を支えてこられた老人を厄介者扱いをして、いかに安上がりに老後のいわゆる面倒を見るかという、こういう立場しかない。まさに逆立ちをした老人対策と言ふべきものだという点で、これが苦勞をされてきたお年寄りに対する思いやりのある政治というふうに見えるかというふうに私は言わざるを得ないわけでありまして。

こうした点で、こういう冷徹な政治、無慈悲な政治、こういうものはぜひ転換をするために、厚生大臣は、この法案とはかわりなく、一体どういうふうにするおつもりかということに最後は聞いておきたいと思ふます。

○国務大臣(斎藤十朗君) 冷徹無慈悲な政治というお言葉でございますに遺憾を感じておりますが、佐藤委員も御指摘になられましたように、また私も答弁をいたしましたように、これからのリハビリテーションに対する必要性というものは非常に大きく認識をいたしておるところでございます。

医師につきましても、高齢者特有の病態やリハビリテーション医学についての適切な知識と技術を十分備えていただく必要があるし、また具体的に実行していただくOT、PTの方々の養成という点についても、心していかなければならないと考えております。

これまでも、養成計画に基づく需給体制を決めてやってきておるわけでございますが、これからなお一層需要が増してまいりますが、これらので、一度その需給計画につきましても見直しをいたしてまいりたい。これまでのOT、PTのまだ歴史的な浅さというふうなものがあろうかと思ふわけでございます。そういうハンディを克服して、ひとつ養成体制をしっかりとし、そしてリハビ

リが重要であることに対応できていけるようにいたしてまいりたい、こう考えております。

○坂山映子君 老人医療費は、昭和四十八年に老人福祉法により無料化されてお年寄りに大変喜ばれたわけですが、十年後の老人保健法の創設により有料となりました。このときには、無理のない範囲でごくわずかな一部負担を導入するんだ、老人保健法の創設によりそういうことになったわけですか。

ところが、老人保健法が施行されて三年十カ月しか経過しておらないのに、今回一部負担の方も加入者按分率の方もドラスチックに引き上げてしまふ。これは余りにも唐突であつて、国保の赤字や国庫負担の削減を目的とする財政対策としか考えられないわけですが、今回の改正に対する基本的な考え方を大臣にお伺いしたいと思います。

○国務大臣(斎藤十朗君) 人口の高齢化に伴い、増加の避けられない老人医療費を適正なものとし、またお年寄りも含め国民全体で公平に負担するシステムを確立することが、これからの本格的な長寿社会の到来を控えてどうしても必要なことであるというふうな考えをわけでございます。

今回の老人保健制度の改正は、このような課題にこたえ、世代間の負担の公平の観点から、お年寄りに無理のない範囲で一部負担の引き上げをお願いするとともに、加入者按分率を段階的に引き上げ、各保険者間で老人医療費の公平な負担をお願いいたそうというものでございます。

同時にまた、医療サービスと生活サービスを兼ね備えた老人保健施設というものを創設いたし、要介護老人やまた寝たきり老人の方々のための施設として新しくこれを発足させよう、こういうこととでございます。

このようなことによりまして、制度を長期的に安定を図り、二十一世紀においても安心して老後を託せる制度の確立を目指すものでございまして、どうかひとつ御理解をいただきたいと思います。第であります。

○坂山映子君 法律や制度というものはみだりに

改廃してはいけない、朝令暮改というのは悪政の最たるものだと言われておるわけですが、特に負担増を伴うものにつきましては、予測可能な範囲でやるのが法律の改正のあり方です。

ところで、大臣、今度のようなドラスチックな、急激な改正を三年十カ月前に大臣は予測しておられましたか。

○国務大臣(斎藤十朗君) 私は、その当時も社労委員でございましたが、その当時から、老人医療費を国民全体で負担をするという観点に立つてこの老人保健制度ができたものと、そしてでき得れば、理想としては、今で言います専門用語になります加入者按分率一〇〇％というものを実現することがいいというふうな考えをしておりました。それが証拠に、政府提出の原案におきまして、五〇％から一〇〇％へ向けて政令で決めたものでした。だくというのが原案であつたわけでありまして。

急に新しい制度を導入し、急激に一〇〇％にするということはなかなか難しいことがあり、制度創設時であるので加入者按分率五〇％ということにしてはどうかというふうな観点から、国会で修正をされたというふうな考えをしておりますが、そういったことから考えまして、公平な負担の理想を実現していく、その理念の徹底を図っていくということから考えれば、加入者按分率一〇〇％に段階的にお願いをしていくということは、この制度の一番発足当初からの考えであるというふうに私は考えております。

○坂山映子君 それでは、一部負担の方はどうですか。このような大幅な改正を三年十カ月前に予測しておられましたか。

○国務大臣(斎藤十朗君) 今回の一部負担の引き上げは、負担の公平を図るということとともに、世代間の公平というものも図っていく、お年寄りの若い者も皆それ相応に負担をして老人医療費を支えていく、こういう観点からお願いでございます。

当時は、健康保険におきましても一部負担というのがございました。その後、健康保険法の改正

によりまして、本人の場合一割負担、こういうことと相なり、また、家族の負担は外来で三割、入院で二割、また国民健康保険におきましてはすべて三割負担、こういうことでありますので、そういうことから考えますと、今回一部負担の改定をお願いいたしておりますトータル額といたしますれば、これまでの一・六％の負担を衆議院の修正によりまして四％程度の負担ということになろうかと思うわけであります。そうなりますと、お年寄り以外の負担のあり方から、相当程度低い中の負担をいただく、お年寄りはお年寄りの負担をいただくということに今回お願いをいたしておるわけでございます。

○抜山映子君 えんきよくに答弁をお避けになつておられるようですが、もつとはつきりお聞きいたしたい。

四百円を今回衆議院の修正で八百円としましたけれども、こういう二倍になるということを手測しておられましたか。あるいは、入院の場合に、半年にすれば五倍の金額になる、一年にすれば十倍の金額になる、こういうものを手測しておられましたかどうか。イエスカノーで答えください。

○国務大臣(斎藤十朗君) 先ほど御答弁申し上げましたように、加入者按分率の一〇〇％ということと、今回の一部負担の改定をお願いをするということとを、イエスカノーかというお話でございますが、正直言つてその当時私は八百円とか千円とか、もしくは入院五百円という額そのものを想定はいたしておりませんでした。しかしながら、それなりの一部負担の改定はお願いしなければならぬであろうということはお考へておりました。

○抜山映子君 ただいま正直にお答えいただきませんでした。予測していなかった、こういうお答えでございます。それに付け加えて、それなりの増額はあつてもしかるべきだと考へていたと、こういうことなんです。大臣、そのとおりなんです。それなりの増額はあつても、

ならばいいんですけれども、今回の場合には大臣も予測できなかったような大幅な急激なアップなんでしょう。ですから、これは国民にとって予測を超えた本当にびっくりするような改悪なんです。

そこで、お伺いいたしますけれども、特に低所得者については、このような急激な改正というのは致命的なものになるおそれがあるわけですね。そこで、低所得者に対する特別の配慮を考へなくちゃいけないと思うんですが、この点はいかがでしょう。

○政府委員(黒木武弘君) 今回の一部負担の引き上げに伴いまして、低所得者が過重な負担にならないようにという観点からの御質疑は再三受けたところでございます。衆議院からもそのような観点から附帯決議という形で示されたところでございます。

私どもの考へ方としては、今回の引き上げ程度の額であれば、現在の年金水準より高齢者世帯の所得の状況からいって、どなたにもお支払いいただける額ではないかというふうに判断をして御提出を申し上げているところでございます。かてて加えて定額制を維持する、あるいは月一回の支払い方式を堅持するというようなことで、お年寄りの方が負担していただける、無理ない範囲でお願いをできるものだというふうに考へておるわけでございます。

しかしながら、先ほど申しましたように、附帯決議等で示された点を踏まえまして、所得が低くてどうしても支払いができないような事情のある方についての配慮を考へなきゃならないということ、種々の観点から今検討をいたしておるということでございます。

○抜山映子君 それではお伺いしますけれども、前回の一部負担によつて老人の受診がどのようになつたのか、最近どうなつたのか、推移も含めてお答えください。

○政府委員(黒木武弘君) 受診率の推移でございますけれども、まず入院の受診率から申し上げます。

五十八年度は伸び率が鈍化をいたしました。受診率は千人当たりで七十というところで前年並み、伸び率は〇・一％でございました。五十九年度以降は上昇に転じて、六十一年度の三月一八日の平均では千人当たり七十八となつております。これは医療保険全体の約五倍の数値でございます。なお、伸び率は年々若干低下をしております。最近六十一年度の三月一八日の平均では二・二％、医療保険全体の伸びをやや下回つていく状況でございます。

入院以外の受診率でございますけれども、五十八年度に受診率が若干減少いたしました。五十九年度以降は年々漸増いたしております。一・七％でございますけれども、医療保険全体とほぼ同様の伸びを示しております。六十一年度の三月一八日の平均でございますが、千人当たりで九百九十七件でございます。医療保険全体が千人当たりで四百三十六件でございますから、約二倍を超えているという状況でございます。これは法施行前の水準、千人当たり九百七十六でございますので、この水準を上回つていく状況になっております。

○抜山映子君 外来が五十八年度には減つた、こういうことですね。お年寄りの中には、これが四百円のとぎであつても月がわりまで待つという老人も現にいらつしやることは事実でございます。一部負担により老人の受診が抑制されるとすれば、人権という面から見て大変重大な問題だと思つておられます。

先ほど、この程度の一部負担であれば大した負担にはならない、こういうふうに言われたんですけれども、例えば今回入院も期限が撤廃されたわけですね。そうしますと、半年入院すると九万円である。今までだったらこれの五分の一であつたわけですね。これぐらいならとおっしゃいますけれども、御存じのように、老人が入院した場合、一部負担のほかにも多額の保険外負担がかかるわけですね。厚生省の調査によつても、お世話料と言われるものがある。先ほど同僚議員の質問によりま

しても、全国平均で二万七千五百円かかる、関東では五万円とつてゐる、こういうことになつておるわけですね。

今までの議事録なんか読んでみますと、この五万円は家にいたつてかかるもの、こういうふうには言われたわけですが、入院いたしますと生活費が膨張することは、これ明々白々なんです。幾ら日常にかかるものといひましても、入院することになりますとやはり皆さん新しい物をお持ちになる。あるいは、家族で共用の物は別途新しい物を洗面器一つにしても買わなければいけない。あるいはテレビなんかでしたらやはり自分一人が見るための経費が必要である、こういうことになつてくるわけでございまして、お世話料は家でもかかつてゐるんだから同じことだと、こう言うのはまことに暴論にすぎないと思ひますが、これはお認めになりますか。

○政府委員(黒木武弘君) 今回の引き上げ額につきましては、私どもとしてはやはり無理なく御負担願ふ額じゃないかと申し上げてゐるわけでございまして、これは厚生年金ですと月十二万円ぐらゐになつておられますし、最低の福祉年金でも二万七千円でございます。それからまた高齢者世帯の平均的な一人当たりの所得状況が全世帯と余り変わらないという状況から見まして、私どもは若い世代に比べて例へば健康本人ですと六分の一、それから国保の場合ですと四分の一という現在の一部負担を今回引き上げさせてもらつておられますから、そういう意味では御納得いただける引き上げではないかというふうに考へておりますし、額についても先ほどのような判断から御負担をお願いできるのではないかと考へてゐるわけでございます。

なお、保険外負担でございますけれども、確かに保険外負担は医療サービスとは関係のないと申しますか、医療の給付としては見られない経費が病院においてかかるわけでございまして、これは何度でも御説明いたしておりますように、私どもとしては、おむつ代とかあるいは理美容代とか、

あるいはその他の生活の諸費みたいなものでございまして、これはやはり家にいて療養されておつてもかかる経費ではないか、こういうことから、入院されても同じようにその面は負担していただくべき筋合いのものではなからうか、こう申しとおるわけであります。

このお世話料が医療の一部をお世話料と称して取るとか、その他の老人に過重な負担を強いるようなものはびしびし指導していくと申し上げておるわけでございまして、そのことと私どもが一部負担で今回医療の中の一部を負担してもらうという考え方は相矛盾をしないと思ひますか、私が繰り返し説明しているようなことではなからうかなというふうに考へておるわけでございまして。

○抜山映子君 回答が明白でないと思ひます。お世話料は家にいればかかるものである、こういうように極言することは間違ひじゃありませんか。お世話料は、病院に入つたがために生活費が膨張して、購入を余儀なくされた物がかなり含まれるのじゃありませんか、これについてはっきりとお答へください。

○政府委員(黒木武弘君) 確かに、入院というところで、委員御指摘のように、新しく例えば衣類を買われるとか、あるいは洗面器を買われるというのは、新しい出費というふうに考へられるわけではございませうけれども、しかし、そのことは今回の私どもが一部負担で考へておりますこととのバランスで見ます場合に、やはり家庭で療養される、あるいは家庭で病氣になられた場合の何がしかの出費増というものは、日常生活上どうしても避け得ない出費増でございまして、その面ではやむを得ないものとしてお年寄りも御納得いただかなければしょうがない経費ではなからうかなというふうに考へるわけでございまして。

○抜山映子君 もうこれ以上深追ひはいたしませんけれども、明らかに入院すれば生活費が膨張することは、もうこれ明々白々と言へると思ひます。ところで、年金だけで生活していらつしやる方

のパーセンテージを教えてください。○政府委員(黒木武弘君) 高齢者世帯における年金、恩給のある世帯の割合は九三・五%でございましてけれども、年金、恩給の総所得に占める割合が一〇・〇%という世帯の割合は四一・九%でございまして。

○抜山映子君 老齢福祉年金の受給者はそのうち何%ですか。

○政府委員(黒木武弘君) 二百二十二万二千六百十八名でございまして、これは六十年三月末現在の数字でございまして。

○抜山映子君 そうしますと、老齢福祉年金は二万七千二百円ですね。仮に半年入院しますと九万円です。一年入院しますと十八万円です。それにお世話料とか、もちろんその他の諸経費を入れますと、こんな老齢福祉年金なんか一遍にすつてはたした改悪ではないか、このようにおっしゃいますか。

○政府委員(黒木武弘君) 私どもとしては、こういうお答えをするとおしかりを受けるかも知れませんが、入退院された場合には逆に食費とか助かる経費もあるわけでございまして。入院された場合には、医療ということで文字どおり食事から住居からすべてが給与される形をとっておるわけでございまして、そういう面も加味しますと、私どもは、老齢福祉年金の二万七千円から老齢福祉年金受給者はぜひとも老人医療費の一部負担ということでお出し願つて、そういう中でやはり若い世代もお年寄りも力を合はして老人医療費、急増してまいります老人医療費を支えていただくということが大事じゃなからうかというふうに考へるわけであります。

何も福祉年金から出せと言つてはいるわけじゃありませんで、その他の収入があればもちろんそれをお使いになるというところは結構でございまして、仮に福祉年金に限つて申し上げれば、私どもはどうしてもそういうお願いをいたしたいということではございまして。

○抜山映子君 収入がゼロの人ほどぐらゐあります。○政府委員(黒木武弘君) 収入がゼロというのは私どもの数字では出ておりませんで、三十九万円以下というのが高齢者世帯では五・一%でございまして。

なお、念のために申し上げますと、老人の二人世帯で生活保護のレベルが六十一年度で十二万円、老人単身世帯では八万六千円程度でございまして、収入ゼロあるいは先ほど申し上げました数字というのはかなり低いレベルでございまして、私どもはこの申し上げました数字ではとても生活できない数字であらうというふうに思ひます。

○抜山映子君 保護をもらわないという人もいます。そういうことは非常に気恥かしいことだと言つて、もつていない人もいます。そういう数字は把握していませんか。

○政府委員(小林功典君) 生活保護を最初から申請なさらないというケースでございまして、私どもでは把握のしようがございません。

○抜山映子君 子供と同居をしておつて、子供も働いているんだから、これは申請するのは気恥かしいし、しないという方もいるわけですね。そういう方ににつきましては、やはり病院に行つてお金がかかるかと非常に嫁さんに気兼ねをする。嫁に氣兼ねで病院に行けない、こういうのはしばしば耳にする話です。ですから、本当にそういうところまで把握しないと、これは大した金額増でない、こういうような乱暴な議論が出てくると思ひます。

そこで、加入者按分率の問題に戻つてちょっとお伺ひいたします。先ほど大臣は、一〇〇%は自分は予測しておつたんだ、こういうふうに言われたわけですね。五〇%が一〇〇%でしよう。普通、家賃でも何でも値上げは大体二年ぐらゐたつて二割ぐらゐる値上げするのが最高限度ですよ。それで、それにもかからず大臣は五〇%が一〇〇%になる

ことを三年十月前に自分は予測しておつた、そういうふうに判断された根拠を明らかにしてください。○国務大臣(斎藤十朗君) 先ほど申し上げましたように、この老人保健制度というものを創設いたしましたときに、老人医療費を国民全体が等しく負担をしよう、こういう発想から始まつたわけでありまして、かといつて、いきなり一〇〇%というのとはなかなか問題ではないか、こういうことでありますから、いづれ一〇〇%になる、またしていくべきであるというふうに私は当時から思つておりました。

○抜山映子君 いずれというのはどれぐらゐの期間ですか。

○国務大臣(斎藤十朗君) この原案が加入者按分率五〇%から一〇〇%へかけて政令でそれを定める、こういうことに当初なつておりました、それが激変緩和とでもいひましょうか、冒頭、当初から加入者按分率の余り高いのはいかかというところで、五対五ということに衆議院で修正をされ、また参議院におきまして老人人口の増加率以下に抑えるという修正がなされ、同時にまた、三年後の見直し規定というのが修正で同じように入つたわけでございまして。こういうようなことから考へますと、三年後に見直しをいたしたいというのもおわかりをいただけるかなというふうに思ひます。

○抜山映子君 被用者保険と国民健康保険の間に、構造的な差異も大きいし、運営の実態にも隔たりがあるわけですね。これを一〇〇%加入者按分率にするんだ、こういうことになりまして、国庫補助と事業主負担を同視するのが政府の考へ方なんでしょうか。

○政府委員(黒木武弘君) 御指摘のように、国保と被用者保険、いろんな面で構造的な隔たりがあるわけでございまして。私どもの制度はそういう構造を持った各保険制度の上に乘つた形で、市町村に共同事業の形で各保険者がお願ひをして、形をとつておるわけでございまして。

按分率の考え方は、老人のそれぞれの構造から持つ加入率の格差を調整しようということからこの制度が成り立つておるわけでございますので、そういう意味でそれ以外のいろんな構造的な要因、例えば所得の問題あるいは医療費の問題あるかもわかりませんが、各制度のいろんな要素を勘案して、少なくとも各制度で明確な基準でわかる老人の加入率、そういうことの格差を解消するということをこの按分率の考え方は持った形で制度ができたということでございます。その制度をさらに公平の理念で徹底をしていただきたいというのが今回の引き上げの理由でございます。

○抜山映子君 政府は事あるごとに自助自立が大切だ、こういうことを言われるわけですが、そこで、この被用者保険は自助自立で経営効率を高めて、非常にレセプトの厳しい審査とかももろの経営努力を行ってきたわけですが、その結果が老人を平等に分担するんだと言って、構造も運用も全く違う別個の制度であるにもかかわらず一〇〇%を押しつけてくる、これは余りにも私はおかしい考え方だと思いますが、いかがですか。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健制度は、経営努力の結果黒字が出たから、その黒字分を困っているところを持つていこうということではございません。先ほどから申し上げましたように、黒字があるから調整しよう、あるいは財政力に格差があるから調整しようということではございませんで、老人の加入率の格差をならそうということが制度創設のねらいでございますし、それを徹底させるわけでございますから、

【委員長退席、理事岩崎純三君着席】
委員御指摘のように、健保組合が必死に努力して黒字が出た、したがって今回引き上げをお願いするということではございません。

何度も申し上げておりますように、老人医療費の増高が避けられないわけでありまして、この増高する医療費をやはり世代間も、それから若い人の中の、保険者間同士の被保険者グループも相助

け合って公平な負担にしていく、そういうシステムを今つくるのが制度の安定につながっていく、そのことが究極的には老人の医療の確保につながるんじゃないか、こういうことでお願いをしているということでも御理解をいただきたいと思っております。

○抜山映子君 余り無理な議論はなさらない方がいいと思うんです。それでは、健保の方に黒字がなければどうなんですか。やはり同じことをやっ

○政府委員(黒木武弘君) そのとおりでございます。私どもは制度創設のときにも御説明をいたしておりますけれども、黒字、赤字ということではございません。そういうことで、創設のとき

に既に赤字で悩んでいる健保組合なりもあったわけでございまして、もちろん国保は悩んでいたわけでございまして、そういうそれぞれの黒字、赤字というものを調整しようということではなくて、何度も申し上げておりますように、各制度間でやはり納得、合意のできる老人の加入率の差、それに伴います負担の不公平と申しますか、不公平をならそうということが目的でございますから、黒字があるから、赤字があるからという問題とは別に、やはり負担の公平という理念からお願いをしておりますのでございまして。

○抜山映子君 これ以上は申し上げませんけれども、結論は明白だと思えます。

ところで、厚生省の高齢者対策企画推進本部報告においては、医療保険の一元化に関して、これを「昭和六十年代後半のできるだけ早い時期に実施する」として、給付と負担の公平化について次のように述べておるわけですが、「被用者保険制度と国民健康保険制度との間の調整は、加入者の年齢構成の相違に着目し、老人保健法による共同事業を拡大し、格差を是正することにより公平化を図る」。

この加入者按分率を一〇〇%とすることは、これに言った共同事業を完璧に行うに等しい。これは、一元化の際の財政調整策の先取りになるので

はないかというところが一点。もし一元化対策の先取りと考えるのであれば、これ以上に被用者保険と国民健康保険の間に財政調整を行うことはないということをご自分で明言されたいと思っております。

○政府委員(下村健君) 私どもが医療保険の一元化というふうなことを言っておりますのは、高齢化社会に備えてそのための費用負担を公平にやっ

ていこう。どうしても高齢化社会になりますと、医療費の負担の問題にいたしましたも、ほかに年金もございまして、負担が高まってくるというところは避けがたい。その場合に公平な負担でないと、その負担を行っていくことができないことになるんじゃないか、こう思っておりますのでござい

【理事岩崎純三君退席、委員長着席】
そういうことから一元化を言っているわけでございますが、一元化自体については関係者の御議論もいろいろございまして、これから関係者の御意見を伺いながら決めていかなければならぬわけでございまして、その際の一つの手段としては、財政調整というのが有力な考え方であると思っ

ているわけでございます。したがって、まだ検討も始まっていない段階で、これ以上の財政調整をやらなないということは、ちょっと私どもとしては申しかねる次第でございます。

○抜山映子君 財政が窮乏する健保組合には、先ほど助成措置、それから健保連の共同事業の強化で対応するというように答弁されましたけれども、各組合が押しなべて急激な拠出金負担増の影響を受ける上に、ほかの組合の援護のためにさらに共同事業を強化するための負担増を受け入れるような、そんな組合はないんじゃないですか。

○政府委員(下村健君) 確かに、按分率が変わることによりまして、健康保険組合の負担はふえてまいります。したがって、そのような状況の中で、さらに負担をふやすというふうなことに、喜んでいられるというふうなところはなかなかないんではないかと思っております。それはそのとおりだと思

一方において、共同事業というのは、健康保険組合が健康保険組合の存続、発展を図っていくための自主的な努力として始まって現在既に行われているわけでございまして、

私どもとしては、最終的には健保連とよく相談しながら、その共同事業の運営を決めていくということになるんじゃないかと思っております。が、今回の老人保健法が成立いたしますと、共同事業の前提になる健康保険事業自体が変わってくるわけでございまして、当然それに対応した共同事業のあり方があるだろう、こんなふうに思っているわけでござい

その場合にどの程度の負担がふえるか、ふえないかということは、老人保健法成立後の健保組合全体の状況を見て、その後の状況に即応して決めていけばいい。私どもも好んで負担がふえれば直ちにそれでうまくいくというものでもない、現在の枠内でもやる方法もいろいろあるんじゃないか、こんなふうに考えておるわけでござい

○抜山映子君 その後の状況に即応してという表現をとられましたけれども、要するに健保連の共同事業の強化というのは非常に難しい、こういうように理解してよいと思っております。

そこで、参考までに数字を申し上げますけれども、県平均保険料率が法定最高料率の千分の九十五以上になる都道府県がどういうように推移しているか。これは加入者按分率が六十二年一〇〇%、六十二年から六十四年九〇%、六十五年一〇〇%を想定して試算したものでございますけれども、六十五年には千分の九十五を超える都道府県が二十六も出る、こういう試算数字があるわけなんです。こうなりますと、もう健康保険組合の中にはこれ以上やっても仕方がないと、恐らく解散してくる組合も出てくるだろう、このように思っておりますけれども、この受け入れ態勢はあります。か。

○政府委員(内藤潤君) 確かに、個々の組合について見ました場合に、財政状況のよくない組合と、先ほど来答弁がございまして、政府の行いま

す国庫補助の拡充、また健保連で行っております共同事業の効率的な実施といったような努力を重ねることによりまして、解散の健保組合が急激にふえるというふうな事態には立ち至らないのではないかと、いふに考えておりますが、仮に健康保険事業の継続が困難な健保組合が出てまいりました場合には、これは当然政府管掌健康保険に引き継ぐこととなっております。健保組合以外、健保組合に属さない被保険者を対象といたします健康保険事業は政府管掌健康保険の役割でございますので、そのような場合が仮にあれば、政府健保でこれを引き継ぎまして適切に対応していきたいと考えております。

○抜山映子君 政府健保側の事務処理能力はあります。

○政府委員(内藤列君) 政府管掌健康保険は、全国に社会保険事務所を持っておりまして、現在、中小零細企業が中心でございますけれども、九十万余の事業所を対象といたしまして、約千五百万人の被保険者を対象として事業の実施を行っておりますわけでございます。中小企業が中心なものでございますから、非常に多数かつ零細な事業所が多いわけでございますが、現在そういう形で事業の実施、運営に当たっておりますわけでございます。

健保組合の解散が仮にある場合には、これを引き継いで事業の運営を継続していくということについては何ら問題がないものと考えております。

○抜山映子君 政府健保の国庫負担が増加するため、解散の認可をしないということはないでしょうね。

○政府委員(下村健君) 現在でも毎年幾つか、企業の倒産でありますとかいろいろの事情で、解散を余儀なくされる組合はございますが、それにつきまして財政事情によつて左右するというふうなことはやっていないわけでございます。今後その点については変わりございません。

○抜山映子君 国保税の課税限度額が昭和六十年度から三十七万円とされているんですけれども、ここまで限度額を引き上げていない保険者はどの

程度あります。

○政府委員(下村健君) 三十六万円以下、大体一万円刻みで限度を決めている市町村が多うございまして、一、一万円刻みで三十六万から下のところ、こういうことになるわけでございまして、六十一年度の状況で申しますと、三十六万、三十五万が七・五二％、三十四万以下が二・九七％で、合計いたしまして一〇・四九％でございます。

○抜山映子君 せっかくこの限度額まで保険税を賦課することが公正だと、こういうようにされているのに、これを守らない保険者においては結局所得の低い人にしわ寄せがいく、こういうことになると思ふんですが、こうしたことが重税感につながって保険税の滞納を生じる一因となっているのではございませんか。

○政府委員(下村健君) 国保の場合の財政の健全化というのは、私どもとしては毎年度の保険料の賦課総額は、医療費に見合った額が総額として賦課されているということがまず大前提でございます。あとは、各市町村の状況に応じまして、これは条例等で保険税あるいは保険料を決めているというところが多いわけでございまして、その市町村の個々の事情にある程度はゆだねているわけでございます。

市町村によりましてそれが極端になりますと、おっしゃるような問題も生じますので、私どもとしては、限度を引き上げた場合にはできるだけそれをそらへ上げるようにというふうな指導をいたしておりますが、市町村によりましては三十七万円と、一方において低所得が多いというふうな状況でございますから、非常に低い保険料の方も出てまいります。保険料の納める額が百倍も違うというふうなことが国保の場合には起こってくるわけでございます。その辺は各市町村の状況判断によりまして、所得階層間の保険料配分をどうするかというはある程度市町村の実情にゆだねられていて、この状況にございまして、私どもとしては、できるだけそらへるような指導を今後やっております。このように考えておる次第です。

す。

ちょっと余計でございますが、したがって、三十七万円以上に、これは税の場合ですとそれができないわけでございまして、三十七万円以上にやっていると、幾つかございまして、

○抜山映子君 それでは、老人保健施設のことについて伺いたいと思ひますが、医療法によりまして、この医療法の対象に病院、診療所、助産所と、このようにあるわけなんですけれども、この老人保健施設を医療法の対象から外したことは、助産所のような病気ではない、言うなればノーマルなことですね、そのような助産所も対象にしているのとの均衡、その点から老人保健施設をわざわざ落としたことについて私は理解がいかないんですが、この理由をお聞かせください。

○政府委員(竹中浩治君) 助産所と老人保健施設の比較でございますが、助産所は医療法の中で規定をいたしておりますのは、非常に広い意味の医療ということでございます。助産所は助産行為を行う場所でございますので、そういう観点から見れば助産所全体が広い意味での医療に該当する。つまり助産所というものを取り上げれば、一〇〇％広い意味での医療に該当するということから、助産所を医療法で規定をしておるわけでございます。

しかし、一方で老人保健施設でございますが、老人保健施設はもちろ医療サービス、医療を行う部分もございまして、同時に生活サービスを実施するところである。つまり老人保健施設というものをとらえた場合に、一〇〇％医療であるということにはならないわけでございまして。そういう意味で、今回老人保健施設は医療法に規定をしないで、老人保健法に規定をするということにいたしましたわけでございまして。

○抜山映子君 老人保健法の第七條に、老人保健審議会は「保険者の拠出金等に関する重要事項を調査審議する」、こういうふうに書いてあるんですけれども、今回の老人保健施設が老人保健審議会から出てきたとすれば、これは所掌事項を拡大

したということになりませんか。

○政府委員(黒木武弘君) 老人保健審議会につきましては、「拠出金等に関する重要事項」ということになっておるわけでございまして。私どもが老人保健施設の原案を固め国会に出すに当たりまして、いろいろと懇談会その他には意見を聞いてきたわけでありますけれども、どこに諮問するかという場合に、やはり老人保健審議会が最も適当ではなからうかということで、「拠出金等」の「等」の中に読み込みまして諮問をし、御答申をいただいたわけでございまして。

老人保健審議会は、主として按分率の関係で、御指摘のように、拠出金についての御審議を専らお願いをしていたわけでございまして、この老人保健施設も財源は専ら拠出金に仰ぐわけでございまして、そういう意味では非常に密接不可分の施設体系である、こういうことも判断をいたしまして、老人保健審議会から御答申をいただいたというところでございまして。

今後は、なおこの権限規定を改正させていただきます。今回提案を申し上げます改正案では老人保健審議会の権限を明確に拡大させていただきます。まして、この老人保健審議会が老人保健施設のことと審議できますように、はっきり明記の形で改正をお願いしているところでございます。

○抜山映子君 ただいま「拠出金等」とあるから老人保健施設もこの中に入ると考えてしかるべきなんだと、こういう御意見でございましたけれども、このような老人保健施設というものは医療法と大いにかかわってくるわけですから、これを「拠出金等」に含めるんだという議論は少し乱暴だと思ふんですが、いかがですか。

○政府委員(黒木武弘君) 私どもが原案を提出します場合に、御指摘のように、老人保健審議会に御諮問を申し上げたわけでございまして。これは他にこの老人保健施設を、中間施設を審議する正式の審議機関がないということでございまして、どの審議会が厚生大臣として意見を聞くのに最もふさわしい審議会かということをお考えするに、や

はり老人保健審議会が、先ほど申し上げましたように、拠出金を財源に充てるということの関連がらいいまでも関係が深いのではないかと思ひますし、かてて加えまして、今回の老人保健法の改正を行うに当たりまして、前広に老人保健審議会にも御意見を聞いたわけでありました。三年後の見直し規定が法の附則で定められておるわけでございますから、いかに厚生省としては考えるべきかということを開いたわけでございますが、その際の意見具申という形で、やはり中間施設についても積極的に検討すべしという意見も事前にいただいていたわけでございます。

そういうことを総合的に勘案をいたしまして、提出時においては老人保健審議会に御諮問をし、答申をしていただいたわけでございます。今後は、この拠出金等をもう少し幅広に改めさせていただきますまして、この老人保健審議会でも専門的に御審議を煩わすことにいたしたいと考えております。

○抜山映子君 老人の意見とか診療サイドの意見、すなわち中医協の意見とか、そういうものの意見は聴取されなかったわけですね。
○政府委員(黒木武弘君) 老人保健施設を提案いたします場合に、私どもがどういふ関係者の意見を聞いたかというお尋ねでございます。

もとより、社会保障制度審議会という専門の審議会から総理大臣あてに提言がなされ、中間施設をつくるよう提言をなされたことが一つ。それから、それを受けまして厚生省に中間施設懇談会をつくったわけでございます。ここには医療関係者、福祉関係者、この中間施設をめぐる各方面の関係者に入っていたいて御議論をいただいたわけでありました。その上で、老人保健審議会に御諮問したわけでございますけれども、その審議会には老人クラブの代表の方、そして医師の方ももちろんおられまして、各般にわたる御意見をちょうだいしたということでございます。それを踏まえて原案を提出させていただいております。

○抜山映子君 終わります。
○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。
本日はこれにて散会いたします。
午後七時二十六分散会

〔参照〕
仙台地方公聴会派遣委員報告書

- | | |
|-----|-------|
| 委員長 | 佐々木 満 |
| 理事 | 岩崎 純三 |
| 理事 | 田代由紀男 |
| 理事 | 糸久八重子 |
| 委員 | 宮崎 秀樹 |
| 委員 | 千葉 景子 |
| 委員 | 高桑 栄松 |
| 委員 | 沓脱タケ子 |
| 委員 | 勝木 健司 |

去る十二月十二日、午前十時からホテル仙台プラザ三階松島の間において、老人保健法等の一部を改正する法律案の審査に資するため、地方公聴会を開催した。会議においては、まず四名の公述人から、一人十五分程度順次発言を求めた後、派遣委員から公述人に対して質疑を行い、午後零時十八分に滞りなく議事を終了した。

以下、四名の公述人の発言内容について、発言順にその要旨を報告する。

一、全国市長会相談役・仙台市長 石井 亨公述人

国民健康保険の運営に携わる保険者の立場から、また、同法案の趣旨に賛同している者の一人として、率直に意見を述べます。

国民健康保険は、国民皆保険体制を支えていく上での構造的矛盾を背負っているため、老人医療費負担の増高に苦しみながら常に厳しい財政運営を余儀なくされてきた。

問題の第一点は、国保には保険制度の仕組みから必然的に高齢者が多いということである。一人当たり老人医療費は、一般被保険者の約五倍である。

り、老人加入率格差が拡大する傾向の中、老人医療費を中心とする医療費の大幅な伸びは、国保財政を強く圧迫している。

第二点は、国民健康保険制度は、結果的に低所得者層あるいは所得の安定しない層を数多くかかえているため、総体的に、保険料の負担力に乏しいことであり、負担の限界にきていることから保険料収納率の低下が憂慮されている。

以上の制度的要因から、国保の財政運営は、既に限界に達しており、昭和六十年年度決算において、一般会計からの繰入金千二百八十八億円を算入しても、千三百五十三億円という国保会計始まって以来の大幅な赤字となった状況から見ても、もはや、国庫補助金と保険料のみの現行制度上の運営は、事実上行き詰まりを見せている。

仙台市の国保の状況は、昭和六十年年度決算では、退職被保険者等が被保険者中九・五％で国の見込みより少ないことはもちろん、老人保健対象者は二・三％で、全国平均を若干上回っている。保険料収納率については、医療費の増高に対応した保険料引上げにより、被保険者の負担の限界を超えていることから、あらゆる努力にもかかわらず、年々低下傾向にあり、収納率を上げるのは容易ではない。

このような状況の下で、昭和六十年年度決算においては、借入金の償還もあわせ、国保会計の一〇％を超える二十億六千万円の財源を一般会計から繰り入れており、本市の一般会計の財政運営にも大きな影響を与えている。一般的に言って、国保事業を取り巻く情勢の悪化は、単に国保のみならず、地方の行財政全体において極めて重大な問題である。

国保財政赤字の要因の一部として、退職者医療制度の見込み違いの影響があり、この影響額の完全な補てんを引き続き政府に要請して行く考えである。

いずれにせよ、このままでは国保制度の崩壊は明らかで、国民皆保険体制の存立さえ危うくなる。かかる国保の現状打開と高齢化社会への対応

のための本改正案に賛同する。
特に、加入者按分率の是正については、現行の負担割合では、一人当たり負担額が国保三万円、組合健保一万五千元と極めて不公平であり、公平な負担と給付のために制度的、財政的な仕組みを整備する必要からも、按分率一〇〇％の早期達成をお願いしたい。

一部負担の改正については、世代間の負担の公平等の観点に立つと、今回の改正程度の負担はやむを得ないのではないかと考える。中間施設の整備については、高齢化社会に向けての一つの課題で、住民ニーズが十分反映されたものとなるよう期待する。

国民健康保険料滞納者対策については、被保険者間の負担の公平化のためにも重要な問題であり、保険料収納率向上のため今後とも努力を続けていくが、改正案に盛り込まれた措置は是非とも講じていただきたい。

二、塩竈市立病院医療福祉科医療ソーシャルワーカー 山本邦男公述人
医療ソーシャルワーカーの業務、地域のねたきり老人に対する巡回訪問活動を通して、「老人保健施設」に重点を置き、反対の立場から意見を述べる。

現行の老人保健法は、予防、治療、リハビリの一貫した体制をとることによって、保健、医療、福祉のネットワークシステムを確立していこうというものであり、そのために第一次五年計画が策定された。しかし、実際には、医療機関からの退院患者に対する、地域での受皿としての老人保健事業、中でも訪問指導事業、機能訓練事業は、多くの市町村において実施が大幅に遅れている。

例えば当市の機能訓練事業をみても、医師やPT等も配置されず、市民センター等に機器が備えつけられていないといった現状である。訪問指導事業についても、現場の保健婦は他の業務に追われ、在宅療養者への適切な訪問は不可能に近いと聞く。

また、老人保健事業の実施主体を市町村とした

ことにより、市町村の財政力等によって、事業の進展が左右されており、一方、補助金削減の動向の中において、市町村が、これ等事業の継続的、包括的な体制を確立する条件が果たしてあるのかという疑問を持つ。老人保健法において、医療費抑制のための一部負担導入、特掲診療報酬採用による財政効果のみが強調、先行されているのではない。

こうした状況の下での老人保健施設の役割には、多くの問題がある。即ち、老人保健事業が進展しないことによって生ずる「社会的入院」を否認し、合理化する結果となり、事業の遅れを補うことにはなりはしないか。更に、現状の事業の充実課題が覆い隠されることにならないか。

今必要なことは、医療・福祉・保健の各領域から、老人保健事業の充実を通して積極的に関与することであり、その中から地域の実情に応じた地域ケア・地域サポートシステムを構築していくことである。これらを抜きにして、デイ・ケアやショートステイ機能を必須としない、あるいは在宅者訪問サービスやリハビリ拡充策を伴わない「老人保健施設」を創設しても、それは、現在の医療施設と同様、老人収容施設にしかならない。

仮りに老人保健施設が必要としても、現在示されている運営、スタッフの配置基準では、とても老人の多様なニーズに応えられず、むしろ「ねたきり老人」をつくり出しかねない。

また、現実を目を向けると、病気の治療よりも介護のために入院を依頼するケースが目立ってきている。送迎の交通手段や介助があれば、デイ・ケアサービスを利用したいという声も強いと聞く。一方、家庭に閉じこもった結果、ADL（日常生活動作）の低下や社会的退行現象が生ずるケースも多いという。

こうしたことから、まず、地域に、患者や家族を支える社会システム・ネットワークを確立することこそ緊急・重要であり、そのためには、自治体及び公的機関の役割が重視されるべきである。しかし、現実には、県型保健所の全国的縮

小、廃止の傾向が強化されていること等、保健所の機能後退に拍車がかかっている。

老人保健法の目的の実現のためには、地域中核病院及び保健所を中心に、地域医師会と連携しつつ、保健・医療システムの整備や在宅患者に対する訪問サービス・機能訓練実施を積極的に進めることが必要であり、財政面での効率化が最優先されるだけでは、法の目的を見失う危険がある。

三、岩手県国民健康保険団体連合会専務理事 小原重雄公述人

国民健康保険法に規定されている者として、法案の趣旨に賛成の立場から意見を述べる。

いま国民健康保険の財政は、国保制度発足以来最大の危機に瀕している。その主たる原因は、ここ数年の老人医療費の増大によるものであり、老人医療費における拠出金の額は、年々国保に重くのしかかっている。国保における老人加入率は、ここ数年でも急増し、政管健保の三倍、組合健保の四倍以上にもなっており、老人医療費の急増の原因となっている。

こうした各保険間の、老人加入率の格差による医療費負担の不均衡の是正を目的とした加入者按分率も年々低下し、現在では四四・七％となっているため、各保険者間の負担に不均衡が生じ、加入者一人当たりの拠出金についても、国保は組合健保の二倍の負担となっている。

国保財政は極めて深刻な事態に立ち至っており、五十九・六十年年度だけでも二千八百三十四億円の赤字決算となっている。既に三年間に保険税を全国で三六％も値上げし、やむを得ず、一般会計からも三年間に四千二百二十八億という多額の繰入れを行って、辛うじてつじつまを合わせている現状である。

法の理念である「公平負担の原則」に合致するために、国保の現状について十分ご理解を賜り、加入者按分率一〇〇％の早期実現をお願いしたい。

次に、老人保健施設創設の問題であるが、岩手県においても、約七千人と推定される寝たきり老

人の処遇については、特養施設の収容にも限度があり、在宅介護も充分出来得ないという事情のもとで、社会的入院を余儀なくされている現状にある。こうしたことから、改正案の趣旨に賛意を表している。

次に、医療費の一部負担については、種々議論の多いところではあるが、本格的高齢化社会を迎えるにあたり、今後における老人医療費の増高なり、世代間の費用負担の公平という見地からすれば、この程度の負担はやむを得ないのではないかと思料される。

最後に、国民健康保険税の滞納者に対する措置の問題についてであるが、岩手県における保険税の最近の徴収率は、五十九年度九四・八％、六十年年度九五・一％と全国平均を上回っているものの、度重なる保険税の値上げにより、徴収率の向上も益々困難になってきている。徴収には最大の努力を払っているところでもあるが、改正案に示されているように、正当な理由がないのに滞納をしている者に対して措置を講ずることは、国保財政健全化の見地から必要なものと思われる。

国保財政安定化のための必要な改正措置なしでは、国保財政は破綻し、制度そのものの維持も危くなる。老人の被保険者を一番多く抱える国保の長期安定的な運営のため、加入者按分率一〇〇％の実現をはじめ、所要の改正措置を講じていただきたい。

四、宮城県医師会長 沖津貞夫公述人

今回の老人保健法改正の内容は、国民が安心して老後を託すことができるものでなければならぬ。この観点から本改正案及びその一部修正案に対して、賛意を表する部分もあり、反対せざるを得ない部分もある。

第一に、一部負担金の増額については反対する。老人の平均所得は月約十八万円と低く、老齢福祉年金は月額二万四千八百五十二円にすぎない。他方、老人の有病率は、昭和五十八年において、七十歳以上の者は二十五歳から三十四歳の者に対し八、七倍であり、受診率は一般の五、二倍

である。また、一人の老人が受療する平均の医療機関数は、尼崎市医師会の調査によれば二、六機関である。一部負担の増額は疑いもなく老人の受診を抑制する。特に、入院の一日五百円期限なしという急激な負担増加は容認し難い。

第二に、加入者按分率については、原案の一〇〇％に賛成である。医療保険制度も数多く分立し、制度間の公平、給付と負担の公平にも欠けるものがある。今回の加入者按分率の増額は、国民全体として負担の公平化を図るものと思う。

第三に、老人保健施設についてであるが、この件については、我が国の医療制度の根幹にかかわる重大なことが含まれている。

まず、老人保健施設は、医療法の中で正しく位置づけをしなければならぬと考える。改正法によれば、医療法に規定する以外の場所で医療が行われるという、医療法で定めた原則に反することが初めて公認されることになり、医療の体系を混乱させるおそれが生ずる。

また、老人保健施設における施設運営費については、医療であるからには、一般の社会保険医療における療養費あるいは診療報酬と整合性を保つ必要があると考える。改正案では定額制で老人保健審議会の意見を予め聴くこととされているが、中央社会保険医療協議会に諮って、出来高払いとすべきである。

また、施設運営は医師の管理の下に一元的に行われて初めて完全な効果が上がるものであるから、老人保健施設そのものの管理者は医師でなければならぬと考える。

老人保健施設のベッド数は、地域医療計画で定める病床数にカウントされ、既存のものともなすという特典が与えられているが、他の老人病院、一般病院の病床数と比べて不公平といわざるを得ない。

最後に、老人保健審議会については、改正により、その権限が極度に拡大することとなる。そうであるならば、老人保健施設の設置基準も審議するわけであるから、委員の構成について、現在二

名の医療担当者の委員を是非とも増員して、少なくとも半分は医療担当者としていただきたい。

以上の意見が述べられた後、派遣委員から各公述人に対し、国保保険料収納率低下の現状と対策、老人保健事業推進にあたっての具体的施策、老人保健施設に必要な要員、医療関係者の資格制度確立、老人保健施設に要請される地域のニーズ、老人保健施設と老人病院との差異、本人一部負担増による受診抑制の懸念、老人保健施設の医療法における位置付け、老人保健施設療養費の定額制、退職者医療制度創設に伴う影響額と本改正の補てん効果、老人保健施設における自己負担、国民健康保険制度の抜本的見直し等の広範多岐にわたる諸問題について熱心な質疑が行われた。

昭和六十二年一月七日印刷

昭和六十二年一月八日発行

参議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局