

衆第一回議院

社会労働委員会議録第十一号

二二六六

平成三年四月十八日(木曜日)

午前九時開議

出席委員

委員長

浜田卓二郎君

理事

翠屋敏信君

理事

加藤卓二君

理事

野呂昭彦君

理事

永井孝信君

理事

岩屋毅君

理事

岡田克也君

古賀誠君

鈴木俊一君

野呂田芳成君

平田辰一郎君

山口俊一君

岩田順介君

川俣健二郎君

五島正規君

石田祝絵君

児玉健次君

菅直人君

厚生大臣

越智下条進一郎君

出席政府委員

内閣法制局第四部長

厚生大臣官房總務審議官

社会保険厅運営
部長 大西 孝夫君
委員外の出席者大蔵大臣官房企画官
大蔵省主計局主 渡辺 裕泰君社会労働委員会
調査室長 高峯 一世君

同(増岡博之君紹介)(第二八〇五号)

同(山村新治郎君紹介)(第二八〇六号)

同(松田岩夫君紹介)(第二八〇七号)

同(村上誠一郎君紹介)(第二八〇八号)

同(遠藤登君紹介)(第二八〇九号)

同(玉田菊雄君紹介)(第二七七七号)

同(土肥隆一君紹介)(第二七七八号)

同(藤田スミ君紹介)(第二七七九号)

同(藤田高敏君紹介)(第二七八〇号)

同(古堅美吉君紹介)(第二七八一号)

同(細谷治通君紹介)(第二七八二号)

同(堀昌雄君紹介)(第二七八三号)

同(前島秀行君紹介)(第二七八四号)

同(浦利尚君紹介)(第二七八五号)

同(松本龍君紹介)(第二七八六号)

同(柳沢伯夫君紹介)(第二七八五号)

同(五十嵐広三君紹介)(第二七八三号)

同(井上普方君紹介)(第二七八四号)

同(池田元久君紹介)(第二七八五号)

同(石橋大吉君紹介)(第二七八六号)

同(上原康助君紹介)(第二七八七号)

同(外二件(小川信君紹介)(第二七八八号)

同(小沢和秋君紹介)(第二七八九号)

同(川崎寛治君紹介)(第二七八九号)

同(沢田広君紹介)(第二七八九号)

同(松原脩雄君紹介)(第二七八九号)

同(水谷稔君紹介)(第二七八九号)

同(石破茂君紹介)(第二七八九号)

同(今枝敬雄君紹介)(第二七八九号)

同(戸井田三郎君紹介)(第二七八九号)

同(野呂昭彦君紹介)(第二八〇三号)

四月十八日

同日

同(遠藤登君紹介)(第二八〇四号)

請願

同(柳沢伯夫君紹介)(第二八〇五号)

請願

同(秋葉忠利君紹介)(第二八〇六号)

同(有川清次君紹介)(第二八〇七号)

同(五十嵐広三君紹介)(第二八〇八号)

同(柳沢伯夫君紹介)(第二八〇九号)

同(上原康助君紹介)(第二八〇一〇号)

同(外二件(小川信君紹介)(第二八〇一〇号)

同(小沢和秋君紹介)(第二八〇一〇号)

同(川崎寛治君紹介)(第二八〇一〇号)

同(沢田広君紹介)(第二八〇一〇号)

同(松原脩雄君紹介)(第二八〇一〇号)

同(水谷稔君紹介)(第二八〇一〇号)

同(石破茂君紹介)(第二八〇一〇号)

同(今枝敬雄君紹介)(第二八〇一〇号)

同(戸井田三郎君紹介)(第二八〇一〇号)

同(野呂昭彦君紹介)(第二八〇一〇号)

同(沢田広君紹介)(第二八〇一〇号)

同(松原脩雄君紹介)(第二八〇一〇号)

同(水谷稔君紹介)(第二八〇一〇号)

同(石破茂君紹介)(第二八〇一〇号)

同(今枝敬雄

たしまして、これに適切に対応することが求められていることから、計画の策定、推進に当たりましては、地域住民の御意向を十分反映されるよう配慮してまいり、このような取り組み方でござります。

○五島委員 保健医療計画が老人のみを対象としているといふのは、これは当然でございますが、しかし、今日の疾病構造の変化、これは今日の時点にとどまるわけじゃなくて、今後も高齢社会はますます進んでいくという状況の中におきましては、やはり疾病構造の変化というものを考えた場合に、保健医療計画そのものがすべての疾患あるいは健康というものを対象にしながらも、なお総合的に計画をつくっていくということが必要だというふうに考えます。

います。また、そのためには、たびたび指摘されていますように、行政機構の縦割りの弊害、対人サービスの中においては、この弊害を克服するといううことは非常に重要な問題であるといふに常々思っているわけでございますが、これについては、国のレベルだけでなく都道府県あるいは市町村のレベルにおいても、具体的にどのような手続でこうした処理をしていくかということを明確にする必要があると思うわけでございますが、厚生省の御見解を承りたいと思います。

○岡光政府委員　先生御指摘のように、保健と福祉と医療の各施策が総合的に推進されるという、そういうシステムをつくるなければいけないとどうふうに考えております。

いざれにしましても、そういう発想が今度制度化をお願いする老人訪問看護の運営基準につながります。そこには、そういう発想をもとに関係審議会の御意見を聞いて、十分各種サービスとの連携が図られるような格好で展開をいたしたいと考えております。

あるでございますが、その点について厚生省の見解をお伺いしたいと思います。

○岡光政府委員 御指摘のように、過疎地域においてはそういう必要なマンパワーというもの確保が大変だと思っております。そういう意味では、既に市町村に保健婦さんがいらっしゃいますので、先生、先ほど御指摘ありましたコーディネーターの役割を果たしてもらうというのが一つのアイデアではなかろうかと思つております。

それから、在宅介護支援センターもお願いしたいと思つておりますので、そういったものと訪問看護ステーションを一体的に設置をし運営をするというふうな、それぞれの地域における社会資源がございますので、そういう社会資源を上手に活用していく対応するということを考えざるを得

な形でコーディネートしていくメンバーが必要であるというところまでが丁寧に実施されない限りは、なかなかそういうふうに進んでいかないというふうに思われるわけでございますので、一層の御努力をお願いしたいというふうに思います。あわせまして、この問題でございますが、過疎地における高齢化というのは非常に進んでいるわけでございます。私は高知県でございますが、池川町という地域におきましては、一つの町全体の高齢化率というものはもう三〇%を超えているということで、非常に過疎地の高齢化というのは進

ないのではないかと思つております。
なお、そういう訪問看護を行つてくださる方の確保につきましては、潜在看護婦さんの開発というのをまず主眼に考えたいと思います。

いざれにしましても、過疎地は通例の地域とはそういうことで少し条件が違いますので、この訪問看護制度につきまして、制度化に当たりましては、人的な基準であるとか運営基準につきまして、過疎地にふさわしいような配慮が必要なんじゃないか、その辺もあわせて関係審議会で御検討

れでいるわけでござります。それだけに、今回出でておりますような地域の看護ステーションの看護婦さんによる訪問看護というものを期待する方々というのは多うござります。しかし、同時にそうした地域においては看護マンパワーといふものが極端に不足している、そういうふうな地域でもあるわけでございまして、非常に期待度の高い、高齢化の進んでいるそういう過疎地域において、最も必要度の高いところに果たしてこの看護ステーションを設置することが可能なのだろうか。サービスの格差、結果として最も必要が高く望まれておるところに提供されずに、格差が拡大するという結果になるのではないかという心配が

〇五島委員 厚生省ももう既によく御認識のよう
に、高齢者の保健、医療、福祉サービスの体系的
整備にとりましては、最も考慮されなければいけ
ないのがマンパワー問題でございます。特に人手不
足の激しい看護職あるいは介護職については、
どうしても人材を確保するという決意という意味で
を持つても特別立法が必要ではないかというう
うにも考えるわけでございますが、その点どうう
ございましょうか。

また、現行法上の諸制度あるいは労働条件、そ
ういうふうなもの、例えば医療従事者の賃金体系
系、診療報酬体系あるいは年寄り等の措置費の
ございましょうか。

あるだけでございますが、その点について厚生省の見解をお伺いしたいと思います。

○岡光政府委員 御指摘のように、過疎地域においてはそういう必要なマンパワーというもの的确保が大変だと思っております。そういう意味では、既に市町村に保健婦さんがいらっしゃいますので、先生、先ほど御指摘ありましたコーディネーターの役割を果たしてもらうというのが一つのアイデアではなかろうかと思つております。それから、在宅介護支援センターもお願いしたいと思つておりますので、そういったものと訪問看護ステーションを一体的に設置をし運営をするというふうな、それぞれの地域における社会資源源がござりますので、そういう社会資源を上手に活用していくて対応するということを考えざるを得ないのではないかと思っております。

なお、そういう訪問看護を行つてくださる方が実際の看護婦さんの確保につきましては、潜在看護婦さんの開発というのをまず主眼に考えたいと思っています。

いずれにしましても、過疎地は通例の地域とはそういうことで少し条件が違いますので、この詰問看護制度につきまして、制度化に当たりましては、人的な基準であるとか運営基準につきまして、過疎地にふさわしいような配慮が必要なんじゃないか、その辺もあわせて関係審議会で御検討をお願いいたいと考えております。

○五島委員 厚生省ももう既によく御認識のように、高齢者の保健、医療、福祉サービスの体系的整備にとりましては、最も考慮されなければいけないのがマンパワー問題でございます。特に人手不足の激しい看護職あるいは介護職については、どうしても人材を確保するという決意という意味を持ってでも特別立法が必要ではないかというふうにも考えるわけでございますが、その点どううございましょうか。

また、現行法上の諸制度あるいは労働条件、そういうふうなもの、例えば医療従事者の賃金体系、診療報酬体系あるいはお年寄り等の措置費のようにも考へるわけでございますが、その点どううございましょうか。

体系、また看護労働者の労働時間や夜勤回数などのような労働条件などの基礎的な部分、そういうふうなものを具体的に改善させていくための措置が必要ではないかというふうに考えるわけでござります。

今日、看護労働を三K労働などという、極めて医療従事者からいえば許しがたいような、職業的誇りをないがしろにしたような表現すらマスコミの上に出されてくるわけでございますが、実態としてそういうふうにやゆされるというふうな条件を解消していくためにも、これらについて整備していくということも、このマンパワー確保の上で非常に大事であるというふうに考えるわけでございますが、その点についての厚生省の考え方をお伺いしたいと思います。

○下条国務大臣 委員御指摘のように、これから高齢社会に向かつていろいろな制度を充実し、また、その目的を十分に達成するためには、マンパワーの確保、これはもう非常に重要な問題でございます。ただ、このために直ちに法制化する必要ありや否や、これは今後の検討課題ではなからうかと思つております。

人口の高齢化等に伴いまして、介護、医療、福祉等保健医療・福祉・マンパワーの役割はますます重要となっております。このために平成三年度においては、当面緊急に講すべき対策といたしまして、一つは待遇の改善、次に就業の促進、また養成力の拡充強化、マンパワーのすそ野の拡大、さらには、そこに勤められる方々のイメージアップ等の諸施策を総合的に行なうことといたしております。

ところでござります。

マンパワーの確保を図るために、もちろんさまざまな工夫が必要であることは御指摘のとおりでございますが、その場合には法制化が必要かどうか、これはまだ今後十分検討していくべき問題ではないかと思つております。

また、給与の改善状況等に十分配慮いたした診

費制度の改善とかあるいは労働条件の改善等につきましては、御承知のように、去る三月十八日日本公表いたしました保健医療・福祉マンパワー対策本部中間報告におきましても触れているところでお伺いしたいというふうに思うわけでございまして、これらに関する具体的な施策につきましては、さらに引き続き検討を進めてまいりたい、このように考えております。

○五島委員 今回の老人保健法改定の中心課題でございます老人保健制度の費用負担のあり方についてお伺いしたいというふうに思うわけでございまして、これらに関する具体的な施策につきましては、さらに引き続き検討を進めてまいりたい、このように考えております。

もちろん今日の国民生活の向上の中で個々の人々の習慣あるいは嗜好といったようなものも随分変化しております。いわゆるアメニティーと言ふわれる部分、そういうふうなベーシックな部分については、こうした本来基礎的な福祉の領域に属する、国が責任を持つ部分であるという認識なくして、たゞ、そういうふうなベーシックな部分について難と考へるわけではございませんが、その点についてはどのようにお考えになるか。

また、今回の改正案では、老人保健施設の療養費のほかに、看護、介護職員が多数配置される老人病院の入院医療費について公費負担を五〇%に上げるというふうにしておられるわけですが、この対象は何施設、お年寄りの入所患者に直しまして何人ぐらいおられるのか、それがお年寄りの入院患者の何%に相当するのか。さらに、それは将来どのように変わっていくのかということについてお伺いしたいと思います。

同時に、あわせまして、今回の改正措置によりまして公費の負担というのが当面どれくらいになつてくるのか。さらに、この改正が実施され、ゴールドプランが終わる二〇〇〇年の段階におきましても

まして公費の負担がどのように変化していくといふうに推定しておられるのか。その数字についてお示しいただきたいと思います。

○岡光政府委員 まず基本認識でございますが、私どもは、老人保健制度は老人の医療費を国民の間で公平に負担をするという方法としまして、現行の医療保険制度のいわば共同事業として組み立てられているというふうに認識をしておりまして、その基本的な性格は、社会保険的なものではないだろかというふうに考えております。

しかし、先生御指摘のように、これから老人問題の推移を考えますと、身体機能が低下をして、自分の力では日常生活が送られない、そういうふうな状況になるお年寄りの数が多くなつていくというふうに推測されますので、そういうた人々については、他からの支援、いわゆる介護が必要だというふうに考えておりまして、この介護的認識をしておりまして、今回の改正では、介護的要素に着目をして、その部分の公費負担を三割から五割に引き上げておる、こういうふうなことをしておるわけでございます。しかし、そういうふうないろいろな手を使いながら、結果としてお年寄り自身と現役の人たちの拠出金、それから公費負担と、この三者で費用負担をしておるわけでござりますので、そういったおののが適切な負担をすることによって、この老人保健制度の長期的な安定を図つていかなければならないのじやないだろか、こういう認識をしておるところでございます。

それから、数字でございますが、公費負担の五割対象の施設、それから病床の現状でございますが、まず一つのパターンは、老人保健施設の療養費でございまして、これは平成三年一月末で四百三施設、三万二千四百床でござります。それから、もう一つのタイプであります看護職員であるとか介護職員を加配をしておるいわゆる老人病院でございます。

ざいますが、平成三年二月末現在で合計三百五十五病院、五万六千一百床でございます。そういう三万床なり五万床余りのところに入つておる人々の数でございますが、全体に対しましては約一五%程度というふうに把握をしております。

こういった人たちが将来どのように推移をするのか、こういう御質問でございますが、これにつきましては、「高齢者保健福祉推進十か年戦略」に基づまして、老人保健施設は平成十一年に二十八万床に整備をしたい、こう考えておりますのと、介護体制の整つた老人病院につきましては、承認促進を含め、普及を図つていきたいと考えております。これは、最近のデータでは毎月二千床程度ふえておりますので、今のような勢いでふやしていくべきだ、こう考えておりますが、いずれにしましても、そういった不確定要素がございますので、どのような数字になるのかというのはちょっと私ども具体的に申し上げられないという状況でございます。

それから、公費負担の関係でございますが、今回、公費負担の増額は平成三年度満年度ベースで七百五十億円というふうに見込んでおります。これが二〇〇〇年時点においてどのようになるのかということでございますが、七百五十億を、現在の老人医療費全体が六兆円でございますので、六兆円で割りますと、一・二五%でございますが、こういった対象の老人保健施設なり対象になつておる老人病院がどのようにふえていくかでございますれば、私どもは、今の勢いで、相当の勢いでふやしていくことであれば、かなりの公費負担割合になるのではないだろうかというふうに認識をしているところでございます。

○五島委員
幾つか疑問点があるわけでございますが、まず、現在、月に二千床も伸びる月も含め、重介護、介護の整つた老人病院がふえてきているための努力は引き続きやっていただきたいとの公費負担割合になるのではないだろうかというふうをお願いした上で、この数字の問題でございま

負担を介護力、看護力というふうに書いているわけですが、今回公費負担を増加する方針は、

うのは、いずれも老人保健施設、あるいは看護、介護力強化の特例許可病院など、現行の診療報酬体系、すなわち出来高制を原則とする診療報酬体系と異つて、いわゆるマルメ方式を中心とする診療体制が実施されている医療機関であるというふうに見られるわけでございます。言いかえれば、多賃本系、多賃費の支給による費用負担に至

それから、公費負担の対象はいわゆる診療報酬の点で包括化したところのみを対象にしているんじゃないかなということを感じますが、私ども、決してそういういた診療報酬の体系の点からこのような公費負担の対象病院あるいは対象施設を選んだわけではございませんで、あくまでも介護、日常生活を支援をするというところを主にしておるところということを念頭に置いていたつもりでございます。

う論議をここでするつもりはございませんが、もし、そのようなことが配慮の中にあるとするならば、従来の出来高制診療報酬体系といふものを含めて、診療報酬体系全体についてやはり十分な検討を行つていく必要があるんではないか、そういうふうに考えるわけですが、その点を含めて厚生省の考え方伺いたいと思います。

○岡光政府委員 繰り返しになつて恐縮でございますが、一般病院というのは主として老人のみを対象にするものではなくて、まさに一般的な人を対象にしておりますので、私どもは、今回の公費を増額するその対象病院にはしていないわけでござります。

して、出来高払い制についてどうするんだという
ことでございますが、私どもは、基本的には老人
診療報酬というのと、老人の心身の特性に応じた
適切な医療が行われるようにということで診療報
酬を考えていかなければならぬというふうに考え
ているわけでございまして、今回の改正法案の中
におきましても、医療に要する費用の額の包括的
な算定等、当該費用の額の算定のあり方について
検討を行うというふうにせひともしたいといふこ
とでこの規定を入れておりますのですが、そういう
う観点から、基本的には老人の心身の特性にあさ
わしい医療を確保する、そして生活の質を高める
んだという発想から、診療報酬の面からも、その
ようなアプローチが必要だというふうに考えてお
ります。

長期入院の点の御指摘でございますが、基本認識としましては、私どもはやはり一般的な病院といふのは、病気の治療というところにあるんではないか、そこで生活が展開されるというのはふさわしくないのではないか。むしろ長期入院といふのは、そういう意味で問題なんで、患者の生活の質ということを考えた場合には、その生活の質が保たれるような格好で、例えば老人保健施設であるとかあるいは特別養護老人ホームであるとか、あるいは条件が整えば在宅での療養生活であるとか、そういうつたそれぞれの身体の特性に応じた格好でふさわしい場所に移つていただきたいというのが必要なんではないだろうかという認識を持つております。またそのような考え方のもとに、そういう受け入れ態勢の整備を図りつつあるところで

○五島委員 時間がございませんので、次の問題に行きたいと思います。

今、老人性痴呆患者の増加というのは非常に問題になっているわけでございまして、厚生省の研究班の報告を見ましても、平成二年度の段階におきまして、現在老人性痴呆で施設に入つておられる患者さんというのが、精神病院が三万三千人ぐらい、一般病院が六万人、老人病院が五万四千、あと老人保健施設が一万二千人、特養、養護老人というのをあわせて約十万ぐらいということです。合計二十五万五千人ぐらいの痴呆老人というのが施設あるいは病院の中におられるわけでございます。そして、トータル的には現在約百万近い痴呆

五割ぐらい増加していくというふうに推定されています。この数は今後十年間の間に老人がおいでになる。この数は今後十年間の間にいる。推計値は学者によつていろいろ違つわけですが、ござりますが、この厚生省の研究班の推定値によつては三百五十万人に達するのではないかというふうに推定しておられます。学者によつては三百五十万人に達するのではないかというふうに推定している方がおられるわけでございます。

こうした痴呆老人に対する治療あるいは介護施設は、もちろんのこと、老人病院においてもこうした痴呆老人に対するこれらの技術というのは極めて不十分なところが多いという実態があることはもう御承知のことだと思います。厚生省もこの精神科の病院に補助金をつけて現在老人性痴呆疾患の専門病棟、治療病棟と療養病棟ですが、これを建設させようというふうに進めておられるわけでございます。このことは精神科病院の開放性という一面の附屬的な部分も含め、何といっても老人痴呆の初期の患者に対する対応という意味においてはノーサウを持つておりますし、技術を持つていますので、私は非常にいいやり方だ、それは積極的に推進しなければいけないというふうに考えるわけでございますが、この老人性痴呆専門病棟というものができ上がってまいりますと、そこに送られてくるのは、どこから送られてくるかといいますと、一般的の老人病院あるいは一般病院あるいは老健施設や特養といった施設あるいは病院の中に対応に困つておられる患者さん、そういう患者さんがまずそこへ入つてくるというのをもう目に見えている。

そうした状況の中で、今回の措置の中では、老人性痴呆疾患の専門病棟に入ったお年寄りの医療費について、公費負担の五〇%の適用から外されているわけでございます。もちろん介護力の面で比較いたしましても、介護力強化病院の比率と決して劣つてはいないという状況があるわけでござつて、

いますから、こうしたこれから痴呆老人の増加という状況の中、それをいかに治療し、リハビリし、あるいは社会復帰させていくか、あるいは極めて進行して困難になつた人については、そうした専門の技術を持つた中において療養させていくというふうな課題が重要な時期に、これがなぜ外されているのか。この痴患の特殊性からはより福祉サイドでの対応が要請されている疾患であるというふうに考えるわけでございますが、そういうふう意味からいっても、この痴呆専門病棟、治療病棟あるいは療養病棟、これらにかかる医療費についても当面公費の負担を五〇%にすべきである、そういうふうに変えるべきであるというふうに考えるわけでございますが、その点についてはどうなお考えでございましょうか。

○岡光政府委員 精神科病院、病棟の、その老人性痴呆疾患者の専門病棟の整備は今後とも進めていかなければならぬというふうに考えております。この整備促進ということと、それから、こういった病棟に入つてゐる人たちの特に老人医療費について公費負担を五割対象にすべきであるというお話をございますが、これにつきましては、先生も今お話をされましたように、例えば老人保健施設であるとか特別養護老人ホームであるとかに入つておる痴呆性の御老人がいわば問題行動を起こすとか、あるいは精神症状であるとか、そのほかの疾病的な症状があらわれて、どうしてもその専門的な治療というものとあわせて痴呆の対策が必要だというケースについて、精神科の病院なり病棟に移つていく対象になつていくんだといふうに考えておりまして、そのようなことを考えますと、かなり治療的な色彩が強いのではないだろうか。そういうことを考えますと、今回の改正の対象にしておりますのは、あくまでも日常生活の支援、介護的な要素に着目をしておるものですから、その治療的な色彩の強いところはどうしてもその対象にするのは適切ではないんじやないだろうか、このようないふうな考え方の整理をしたところでござります。

○五島委員 老人性疾患の患者さんに対する対応としては、治療的対応とりハビリ的対応、これは現実問題としては分けることが困難な疾患であるはずでございます。同時にそれは療養とも分けて、ごく初期の、そういう治療が主体というよりは、療養あるいはリハビリというものを主体とした療養病棟という、この二つの種類のものが専門病棟としてつくられるわけでございまして、そういう意味では、今、岡光部長のおっしゃった、これらがすべて治療が主体である病院の、医療機関のはずであるということは当たらないんじゃないのか。むしろ老人病院なり老健施設、特養というところの中ににおいて、痴呆症状が進んでくる中ににおいて、そこで介護していく専門的技術がない。だからそれを介護していく専門的技術のある施設として精神病院の中に療養病棟をつくろうということではなかつたかというふうに私は考えているわけでございますが、その辺はどうなんでしょうか。

○岡光政府委員 先生おっしゃいますように、確かに専門病棟のうちでも、いわゆる治療的な病棟と長期療養病棟と二つのタイプを今後考えようということとのようござりますから、後者の方の療養病棟は、おっしゃいますように、日常生活的な介護の要素がかなり強いとは認識しておりますが、あくまでも治療が主で、そういう日常生活の介護は從であるというふうに認識しておりますて、先ほども申し上げましたような考え方の整理をしたわけでございます。

も専門病棟をつくる必要はないわけでございまして、それなら精神病院の中で精神障害がある患者として治療していかなければいけない。そうではなくて、進行性の老人性の痴呆という症状に対していくかにリハビリをやっていくか、あるいはそれが困難な患者に対しても、人としての尊厳性を維持させるためには、一定の技術の合った介護が必要だという立場からこれははづくられているはずだというふうに考えるわけでございまして、この医療機関の性格分について、それすべてが基本的に治療を主体とする施設なんだというふうな考え方というのは、これは私どもが理解していたものと非常に大きく違うわけでございますが、その点について重ねて、公費負担五〇%への増額という問題はまだという御意見はわかりましたが、了承したという意味じやございませんよ、しかし言い分はわかりましたが、この施設の性格づけについての御答弁について、それで本当に厚生省いいのかどうか、重ねてお伺いしたいと思います。

○岡政府委員 先生に申し上げたいのは、老人保健施設であるとか特別養護老人ホームと対比して考えた場合の性格区分でございまして、精神病院なり病棟において、そういう専門的な老人性痴呆疾患に対する治療をしていくこと、そのことを否定するものでもございませんし、それからその治療の中身におきましては、かなり日常生活的な介護にわたる部分も大きくウエートを占めているだろうということは認識をしているつもりでございます。あくまでも老人のケアをしていく全体の施設体系の中の位置づけとしまして、その性格区分をあえていたということございまして、そのように御理解をいただければありがたいと思います。

○五島委員 今日非常に問題になつております痴呆老人、しかも、この数は年々ふえていくだろうというふうに推定されます。しかも今日の社会的な環境、お年寄りにとってますます社会に参加していくことが困難な都市の環境という状況の中ににおいては、この老人性痴呆というものが高齢者の

中にふえていく可能性というのは否定できない。そういうふうな状況の中において、もう既に特別養護老人ホームあるいは老健施設あるいは老人病院の中に極めて専門的な介護を受けられます。人としての尊厳性すら失ったような状態で、いわゆる縛りつけ老人であるとかさまざまな問題が起つておること、御承知のとおりでございます。そういうふうなお年寄りに対するせつかつづくられようとしている専門病棟、この専門病棟の位置づけとして、これはやはり介護者の数も整備されるわけでございますから、重介護病院と同じように、当然公費の負担を五〇%とすべきであるというふうに申し上げまして、次の質問に移らせていただきます。

今回の公費負担の増額が入院医療に限定されているのでございますが、在宅の看護というものは、これからも介護の問題というのは非常に重要な課題となつてしまります。医療機関が行う在宅訪問看護あるいはデイサービスや本法による看護ステーションによる老人訪問看護といったような訪問看護につきましても、私は、その費用を五〇%にしていくということが必要ではないかと考えるわけですが、その点につきましても、厚生省の御見解をお伺いしたいと思います。

○岡右京政府委員 今回公費の拡大対象にしておりますのは、実質的にもまた制度的にも主として老人を対象としている施設、それから看護なり介護職員が十分配置をされて介護体制が整つた施設におけるサービスのうちで、特に生活全般にわたるケアを行うという介護の性格にかんがみまして、その部分をとらまえておるということでございます。そういう意味からしますと、私どもあくまで入院ということあるいは施設収容ということを考えおりまして、確かに老人訪問看護なりデイケアにつきまして先生のお考え方、その通院というサイドからわからないわけではございませんが、あくまでも私どもそういう施設収容なり入院ということを考え、この公費負担の拡大対象にしたわけでございます。あくまでもデイケアにし

ましても老人訪問看護にしましても、訪問をして生活指導をするということなりが中心でございます。それで、そういう意味で私どもその介護的な部分という色彩というのが少し弱いのではないだろうか、こんな認識をしたわけでございます。

○五島委員 この訪問看護あるいはデイサービスという問題も、お年寄りを在宅の状態の中において看護していく、介護していくこうという一つの基本的な厚生省の方針、まあその方針は私ども支持するわけでございますが、そういうふうな方針に基づき、しかも在宅でのお年寄りが非常にふえてきて、そして介護の必要なお年寄りがあえてくる、そういう社会的状況の中で実施されるものでございます。したがいまして、これらにつきましても極めて福祉的色彩が強いということを考えるならば、まあわからないでもないという御返事でございますが、当然公費の負担を五〇%にしていくべきであるということを申し上げておきたいと思います。

続きまして、患者の負担の問題でございますが、厚生省は今回の引き上げによりまして老人保健患者の自己負担の割合が約五%になつていて、いうふうにおつしやつておられるわけでございますが、その算定の根拠というものをお伺いしたいというふうに考へるわけでございます。

昭和六十三年度の老人医療事業年報によりますと、老人入院患者の入院費は昭和六十三年度で平均一日が一万三千四百九十五円、外来の診療費は一カ月平均が一万八千百九十三円というふうになつております。これはもし五%ということになりますと、今回厚生省が出してこられておる数字と大きく食い違つわざいます。

さらに、具体的な内容を見てまいりますと、医師会などではお年寄りの一月の入院医療費は二十六万円ぐらいであるというふうなお話をなさつております。この点につきまして平成元年度の社会医療調査を見てみますと、一般病院でのお年寄りの入院費は一月当たり約四十六万円である。しかし三ヶ月以上のお年寄りの一般病院での医療費と

いうのは約三十六万円、こう出ております。また老人病院の場合をとつてみると、老人病院の一月当たりの医療費というのは、平成元年度の調査で月額平均三十一万円、そして三ヵ月以上のお年寄りということをとつてみると、特例許可老人病院において二十五万円、そして特例許可外の老人病院に至つては二十一万円という数字が出ていります。

さらに、僻地等におきましては、有床診療所が老人施設や老人病院のかわりの機能を果たしているといふところが非常に多いのでございますが、そういうところを見てみると、一月当たりの医療費は二十六万円、三ヵ月超えると二十一万円という数字が出ております。医師会の言つているこ

の数字というのは、どうも有床診療所の数字を理由にしておられると思うわけでございますが、このように医療費の中身というものを検討してみると、五%と簡単に言われるけれども随分と違うんじやないかといふふうに思われるわけでございまして、その辺の算定の根拠というものをお伺いしたいといふふうに思ひます。

つけ加えまして、いま一つお伺いしたいのは、昭和六十三年度の一月当たりの老人診療費では、これを都道府県別で見てみると、京都が一番高すぎいまして、平均が一万八千五百五一円、逆に宮崎の場合は一番低くて一万四百九十七円、同じ一日当たりの診療費が一・七三倍という非常に大きな格差がございます。その理由は一体どういふところにあるのか、その点についてもあわせて御答弁いただきたいと思います。

○岡光政府委員 まず、一部負担の引き上げの算定根拠でございますが、御指摘がありましたように、まず外来で申し上げますと、老人の外来一件当たりの診療費が昭和六十三年度の実績で約一万八千二百円でございますので、その伸び率を勘案いたしまして平成三年度の推計をしておるわけでございます。その推計によりますと二万円強になりますので、その5%相当で千円というのを算出しております。

それから、地域差の問題についての原因はどうだといふことでございますが、これは端的に申し上げまして、人口の年齢構成の差といふのが一つ言えると思います。それから、供給側の問題といつたしまして、例えば人口十万対の病床整備率、この差といふのが影響しておるといふふうに考えております。それからまた、医療機関側の診療のパターンにつきましても差があると思ひます。ある地域では単価は安いけれども入院期間が長い、別の地域では非常に単価は高くして入院期間は短いというふうな医療機関側の診療パターンというか結果としてあらわれておるパターンの違いといふのが考えられると思います。それから、受ける方のサイドとしましては、生活習慣であるとか健健康に対する意識であるとかいったものが影響しているのも否定できないと思つておりますのと、保健事業がどの程度展開されておるのかといふこともやはりそういう受診行動に影響を与えていたといふふうに認識をしております。

○五島委員 伸び率を推定して計算されたのだと申しますが、その点についてもう少し具体的にお伺いしたいと思います。

その前に、今、お年寄り一人一日一件当たりといふのは、保険加入者あるいは対象者全員を対象にしたものでなくして、同じお年寄り、保健の対象者ですから、年齢構成においてそれほど差がある

とは思われません。同じようなお年寄りの疾患が、例えば京都であれば非常に重症者が多い、宮崎はお年寄りは軽症者が多いといふふうなことをいふふうに考へられました。その点につきましては、先ほどもお話をありましたが、入院一日当たりで計算いたしますと一万五千三百円余りになりますので、二年、三年度の伸び率を計算いたしまして一万六千円弱になります。その5%相当ということで八百円という数字を算出しておるところでございます。

それから、地域差の問題についての原因はどうだといふことでございますが、これは端的に申し上げまして、人口の年齢構成の差といふのが一つ言えると思います。それから、供給側の問題といつたしまして、例えば人口十万対の病床整備率、この差といふのが影響しておるといふふうに考えております。それからまた、医療機関側の診療の

パターンにつきましても差があると思ひます。ある

地域では単価は安いけれども入院期間が長い、別の地域では非常に単価は高くして入院期間は短いというふうな医療機関側の診療パターンといふ結果としてあらわれておるパターンの違いといふのが考えられると思います。それから、受ける方のサイドとしましては、生活習慣であるとか健健康に対する意識であるとかいったものが影響しているのも否定できないと思つておりますのと、保健事業がどの程度展開されておるのかといふこともやはりそういう受診行動に影響を与えていたといふふうに認識をしております。

○岡光政府委員 先生もよくおわかりのとおりだと思いますが、一部負担につきましては定額制をとつたわけでございます。定額制といふことは定額の数はそれほど多くないといふのは言えるわけでございます。例えば、一般病院の平均在院日数は、先ほど申しましたが、六十二年度の患者調査で八・四といふことでございますから、現在はそれよりもかなり少なくなつて六十一ぐら

いになつてゐるのではないかといふふうに思われます。そうしますと、三ヵ月を超えて、しかも老人保健の対象者といふのはそれほど大きな比率ではない。一方、老人病院では平均在院日数が同じく六十二年の患者調査で二百四十八日と非常に長いわけでございます。老人病院は非常に長いといふことになつてしまります。

そういうふうな状況から考えると、例えば三ヵ月以上のお年寄りといふことを対象にしていきますと、今回の改定の措置といふのは、それら長期間に療養されるお年寄りにとつての負担が、厚生省が言つてゐる5%といふことじゃなくて非常に大きくなつてくるといふふうなことです。仮にそういうふうな面から見てみると、有床診療所に入院しているお年寄りとか老人病院に三ヵ月を超えて入院しているお年寄りといふ方々にとつては、個々のお年寄りの病院の差あるいは受診の程度に対する若い人のバランスといふ認識したわけでございます。そういう意味で、最も多数を占めているのが現役の被保険者の場合には10%の定率一部負担になつておるわけでございますので、その半額をはじいたわけでございます。そういう意味で、どうしても乗り越えられない壁があるわけでございます。どうしても受益の程度に対応して一部負担をしてもらうという発想でございますが、そのところはこの定額制をとつたといふふうに理説的には非常にわかりやすい仕組み

日八百円、一月二万四千元といふふうに計算しますと、負担額の比率といふのは10%を超えてくるということになりかねないといふふうに考へられます。そういう意味からいいますと、一律に

に、病院の種類によりまして確かに実際にかかるいる医療費が違つておるわけでございますが、

崎はお年寄りは軽症者が多いといふふうなことを

言つておられるのかどうか、どうもそういうふうにも受け取れるわけですが、ちょっととそういうことをも考へられません。そうしますと、一件当たり人医療費の一日前たりの入院医療費をベースに考へまして、先ほどもお話をありましたが、入院一日当たりで計算いたしますと一万五千三百円余りになりますので、二年、三年度の伸び率を計算いたしまして一万六千円弱になります。その5%相当ということで八百円といふふうに考へられておられるのかどうか、どうもそういうふうに考へられません。そうしますと、一件当たり

の医療費の差がこれほど大きいといふふうなことを考へられたものではないかといふふうに考へられることでございます。その点につきましては、現状のそういう医療費の実

態から見ると、三ヵ月以上の長期入院患者についての自己負担の増額といふものは必要ない

ことか。それから、一部病院での入院患者が多いといふふうに考へられるわけでございます。その点につきましては、一部病院での入院患者が多いといふふうに考へられるわけでございます。その点につきましては、現状のそういう医療費の実態から見ると、三ヵ月以上の長期入院患者についての自己負担の増額といふものは必要ない

ことか。それによる医療費が高うつくんだといふふうに考へられるわけでございます。その点につきましては、現状のそういう医療費の実態から見ると、三ヵ月以上の長期入院患者についての自己負担の増額といふものは必要ない

なわけでございますが、他方ではお年寄りの生活実態あるいは生活感情を考えた場合には、定額の一部負担制をとるべきだというこの最終判断が関係審議会あるいは過去の老人保健制度についての審議においても出されておるわけでございました。そういう意味で定額制をもとに算出をしてみた、こういうことでございますので、先生がおっしゃいますようないろいろなそういう個々のケースにおける不都合な事態が生ずる部分はお許しをいただきたい。

それで、お許しをいただきたいというだけではなく全くなセンスでありまして、それでは要するに若い人とのバランスはどうなっているんだ、あるいは在宅の人とのバランスはどうなっているんだ、あるいは他の施設に入っている人のバランスはどうなっているんだ、そういう観点からもう一つ検証しなければいけない。その検証の結果は、私ども決して無理な御負担を願つておる程度にはなつていいのではないかというふうに認識をしておるわけでございます。

○五島委員 定額制になつたからといって一律でなければならぬということにはならないわけでございまして、現実に低所得者に対する入院二ヶ月までは一日三百円、それ以上はゼロというふうな処置もとられているわけでございます。そういう意味では、定額制でやるからすべてを平均してやっていくんだ。もし、そういうふうな処置をしますと、先ほど申しましたように、有床診療所に入院しておられる三ヶ月以上のお年寄りあるいは特例許可外に入つておられる三ヶ月以上のお年寄りにつきましては、若い人たちが負担しておられます一〇%を超えての負担ということになつてしまひますし、それから一般的に特例許可の老人病院におきましても若い人たちと同じ約一〇%の負担ということになつてしまつてございまます。そういう意味では、他の若い層との格差といふ問題につきましても、そういう逆転現象が出てくるという問題を考えた場合に、やはり実態的に長期の療養になつておるお年寄りに対する公費の

負担といふものは、これは増額すべきではないかというふうに私は考えます。また振り返つて考えまして、大きな手術をなさつたとか、あるいは短期間、救急的な治療あるいは急性期の治療を短期間お受けになつたという場合の負担と、それから現在老人施設が非常に不足している中において、老人病院の中で療養しておられるお年寄りの長期間の負担といふのは負担の実感が異なるわけでございまして、そういう意味からの配慮は必要であるというふうに考えます。

時間がございませんので、次の質問に進ませていただくわけでございますが、今回の処置によりまして公費の負担七百五十億円、自己負担が千百八十億円と言わわれておるわけでございますが、この自己負担の増によるはね返り分として公費の負担が三百六十億円くらい減額される。実際の負担増というものは三百九十五億円、国費は二百六十億円というものがしかならないということになつてくるわけでございます。保険財政の上から公費負担と自己負担といふのは逆相関するのでは当然でござります。

○五島委員 定額制になつたからといって一律でなければならぬということにはならないわけでございまして、今回の処置では患者の負担が国庫負担の四・六五倍という比率になつてしまつ、これも到底容認できないという理由になるわけでござります。

ささらに、それに加えて今定額制というお話でございますが、現実にはそれにスライド制を導入するというお話しでございます。スライド制を導入するということは、これは本当の定額制ではなくて、変形した定率制であるというふうに考えるわけですが、これについてはどのようにお考えでございましょうか。

○岡光政府委員 今回の改正は、御指摘のよう

えいただきたいので、先ほど先生四・六五倍とおっしゃいましたのは、恐らく五百億から二百四十億を引いた二百六十億と千百八十億を比較をされているのだと思いますが、私ども少し計算の分明が違つておるのじゃないかなという感じがいたします。

これは別の問題としまして、私どもこれ以外に被用者保険の被保険者の負担を軽減しなければいけない。いわゆる老人医療費の拠出金に当たりましては、各保険者が均質的にお年寄りを抱えていくとというふうな仕組みにしたいといふことでございますが、結果としましては、被用者保険のグループにはお年寄りの数が少なくて、国保のグループにはお年寄りの数が多いわけでござますので、被用者保険の方が負担増になるわけございまして、この部分を特別保健福祉事業としてございまして、一千億助成措置を講じて軽減をしておるわけでございます。そういうこともあわせて公費の問題はお考えをいただきたいと考えているところでございます。

それから、スライドの問題でございますが、変形した定率制ではないかといふことは、やっぱり定額制を導入したいと考えておりますゆえんは、定額制そのまま据え置かれますと、医療費の方がふえてまいります。これまでの実績で伸びておりますので、そのまま定額で置いておくということになりますと、結果としましては、その伸び率の差といふのでどうか、そういつたものが拠出金の負担の方に及んでいくわけござります。そういう意味では、老人医療費について、お年寄り自身と若い人たちの拠出金、それから公費負担といふことの三つの要素で適切な負担を分かち合うという考え方でございますので、その適切な負担を分かち合うという発想からは、医療費の伸びといふものの勘案しながら、もちろんこれが一日当たりの単価でございますが、単価の伸びを勘案しながら一部負担を動かしていく、こういう仕組みにしていかなければ、結果として

は現役の人たちの不満を招いてしまうのではないのか。その不満を招けば老人保健制度そのものが崩壊していくことにつながつていくのではないか、こういう危惧を持つておるわけでございまして、その辺を制度として解消したいということを考えているわけでございます。

○五島委員 各保険に対し拠出されます一千億の財政援助につきましては、これは保険制度を守っていく上において国として当然やらなければならない処置でございまして、そのことは必要性が違つておるのじゃないかなという感じがいたします。

ただ問題は、患者の立場に立つた場合、先ほど計算のあれが違うとおっしゃいましたが、年間に千百八十億円自己負担がふえることは間違いございません。一方、国庫の負担が二百六十億円の増加になるということとも間違いない。この辺を考えてみると、僕からお金を出す国民の立場に立つて見た場合に、国が出す費用の四・六倍ぐらいになるということに対しても不満を持つというのは当然だと考えておるわけです。

時間がございませんので、次に進めさせていただきたいと思います。

今、定額制という問題、そしてその定額制が将来の医療費の伸びの中でも云々という話があつたわけございますが、お年寄りが自己負担をする費用というのは保険診療における自己負担だけではございません。例えばよく老健施設あるいは特養の自己負担との比較において、老人病院に入っているお年寄りの費用負担あるいはお年寄りの入院患者さんの費用負担が少ないという説もあるわけござります。確かに養護老人ホームにおきまではございません。確かに養護老人ホームにおきましては五千円程度の自己負担あるいはお年寄りの入院費用負担では平均五万円ぐらいいの自己負担が少ないのでございます。確かに養護老人ホームにおける自己負担の負担額は、これまで一万二千円ございました。しかし、そのほかに全国平均いたしまして、厚生省の出されました資料においても二万二千五百円の保険外負担といふものがある。これは付添料とかあ

るいは差額ベッド料というものを含んでいない内容でございます。しかも、この保険外負担といふものにつきまして見てみると、非常に地域的なばらつきもございまして、例えば高いところを見てみると、東京を中心とする関東地区では、老人病院に入つておられるお年寄りの自己負担が一ヶ月平均四万四千六百円、一番少ないところが四国地方の八千五百円という数字でございます。このように地域的に非常にばらつきがありながらも全国平均で二万二千五百円の保険外負担がある。さらに加えて付添料の負担あるいはせめて老健施設並みの療養環境を確保しようとするならば、差額ベッド料が月々に三万とか六万とか払わないといけないという実態がございます。そうした保険外負担の問題を含めて考えますと、老人病院における本人の自己負担というものが他の施設に比べて過大ではないというのは全くでたらめでございませんして、実は老人病院における負担というのはかなりきついものになつてきている。そこへもつて今回の一医療費の改定で負担を増加させようということになつてきますと、逆に老人保健施設等によって老人病院における負担というものは極めて厳しいものになつてくるというふうに考えるわけでございます。

そこで、定額制ということでお話しになるとするならば、最初にも申しましたように、アメリカ一部分におけるそういう療養関係における費用といふものは別といたしまして、純粹に治療や療養生活に必要な費用、介護品費といったようなものを中心として基準を設け、そして保険における自己負担と保険外負担の総額は他の施設と比較してみて格差がないというふうな配慮、それがまずされていく。お年寄りが財布から出すお金は、これは保険用、これは保険外負担用、それによって苦しみが変わるわけじゃない、総額でございます。したがいまして、この総額を問題にしてどうなのかということでやっていかないといけない。その辺の視点が定額制といひながら全然ないわけでございまして、こうした問題を一体どうしてい

くかということについて、ぜひ老健審あるいは中協を開いて検討させることが必要かと思ふわけでございますが、その点についてどのようにお考えでござるか。

○岡光政府委員 確かに保険給付と重複をする治療行為あるいはそれに密接に関連したサービスはあるいは物につきましては、名目のいかんを問わずして患者から費用徴収をしてはならないという指導をしておりますし、また日常生活の利便として必要な治療とは直接関係のないサービスなり物についての実費徴収につきましても、社会常識的に見て妥当適正な額にしなさいという指導を行つてゐるところでございます。それからまた徴収に当たりましても、あらかじめ患者に対しまして費用の内容とか金額について説明をして承諾を得てくださり、あいまいな名目での徴収を行わないようにしてください、こういう指導をしておるところでございますが、御指摘がありましたように、この保険外負担の問題は從来から難しい問題としてあります、今回の法律におきましては、この保険外負担につきましてひとつ検討をしていこうではないか、そういう検討規定を設けさせていただきたい、と考えておりまして、おっしゃいますように、保険外負担のあり方にについて、私どもは関係の審議会で十分御審議をいただきたい。そのことと診療報酬との絡みというのはどうしても否定できぬと思いますので、診療報酬の議論の際にもあわせてこの問題を御論議いただくというのはぜひとも必要ではないだろうか、そんなふうに考えておるところでございます。

ろでは一日百円ぐらいのところが高いところでおむつ料として一日千円、そんなばかなことはないじゃないかというようなところまで、名目を変えてしまえば野放しだという実態。そして、それについて本人の了承と言われますけれども、岡光部長御承知のように、現実にお年寄りが寝起きあるいは介護に非常に手のかかる状態の中で老人病院に入っている、介護施設が足りない。そういう状況の中で、私の知っている患者さんの場合に一年前に比べて保険外負担が一月に一万五千円ふえているわけですね。一万五千円ふえたからといって、それが嫌ならお年寄りを連れて帰つてくれと言われても連れて帰れないという実態があるわけです。そういうふうなことをきちつとガイドラインなりなんなりでやつっていくということをせずに、一方で医療費が今後伸びていくだろうからスライド制をやるのだ、あるいはスライド制をやりながら定額制なんだとしても、現実に出す患者の側からいえば、保険外負担を含む自己負担がどんどんふえていつているというのが実感なんですね。

そういう意味では、自己負担という問題につきましては、保険外負担を含めた総額を何らかの形で基準値を設け、もちろんその中における保険の負担分と保険外負担分とについてどのようにしていくかということを含め、先ほど申しましたように、老健審なり中医協において検討するとともに、そうしたお年寄りの負担総額について、それの変更の指標として所得あるいは物価というものにスライドさせていくことが必要ではないかと考へるわけでございますが、いかがでございましょうか。

いずれにしても、十円刻みの負担額の引き上げといったスライド制をぶら下げた定額制というものは定率制の変形であつて、明らかに老健審の論議、建議にも反するものであると考えるわけでございまして、この部分を早急に何らかの形で総額的に規制し、別の指標を持つてくるということについてやり直す気がないかどうか、お伺いしたい

○岡光政府委員 保険外負担の問題につきましては、先ほど申し上げましたように、不適正な負担の是正には努めておるところでございまして、今後ともさらに一層努力をしたいと思います。それから、先生おっしゃいましたように、保険外負担と老人保健制度で取るところの自己負担、一部負担との總体を考えて何か基準みたいなものをつくるべきだという御指摘でございますが、それらを含めて関係審議会で御審議をお願い申し上げたい、このように考えております。

それから、それとの関連でスライドの指標の問題でございますが、私どもはあくまでも受益の増大ということを頭に置いて考えておりますが、具体的に考えております指標は、医療費で申し上げますと、例えば医療費は、先ほど申し上げましたように対前年度比で実績では七%から九%伸びておりますが、スライドの指標として使おうとしておりましては一人頭の単価の伸びの部分でございまして、実績で申し上げますと一%から三%といふような具体的な数字になつておるわけでございます。そういうものの考え方を改定の状況等も勘査しますと、それらと考えてバランスはそう外れていないのではないかどううか、結果としてはそのようにも考えておりまして、ぜひとも御理解の上でこのスライド制を認めてさせていただきたいと考えておるわけでございます。

○五島委員 もう時間が終わりましたのでこれでやめますが、いずれにいたしましても、お年寄りの負担といふのは、財布から出る費用總額、その費用については収入なり所得なりにスライドさせしていくということが必要でございまして、単価に対するスライドといふのはどう考へても変形性の定率制であるというふうに指摘せざるを得ません。

また、時間がございませんので御答弁は要りませんが、療養環境の格差といふのは、各施設間、

例えば老健施設、養護老人ホーム、老人病院で非

をお示しください。

じく
ださ
いこ

常に大きめうございます。しかも、急性期と慢性期におきましても、そういう療養環境の格差というのは当然必要でござります。そうした点についても、厚生省の方、もう言わなくててもおわかりだと思いますが、どのように整備していくのか。それがない限りは結果的にはその格差の部分がお年寄りへの負担になつてくるということを御指摘申し上げまして、私の質問を終わらせていただきます。

(委員長退席、石破委員長代理着席)
○岡光政府委員 今後の老人医療の課題は介護だ
というふうに認識をしておりまして、その介護の
重要性にかんがみまして、老人医療費の中でも介
護的な要素というものをピックアップいたしまし
て、そこに重点的に公費を投入するという発想に
したわけでございます。老人保健施設は介護を必
要とする状態にある老人を対象にして看護、介護
サービスを提供する施設でございます。それか

の上で分けられるものではないのじやないでしょ
う。

○岡光政府委員 いろいろな施設を体系化していく、それぞれの連携を図っていくというときには、それぞれの施設が果たすべき機能というものを持たなければならぬと思っております。

費負担の拡大対象施設を選んだわけでございま
す。おつしやいますように、確かに一般病院の中
でも長期入院化すれば、そこでの投薬であるとか
具体的な治療の部分が実際は非常に少なくなっ
て、日常生活の支援、介護といふところが多くな
るというのは私どもも実態認識をしているわけで
ございますが、それは一般病院というその中での
個々の実態でございまして、あくまでも、施設大
系ということを考えた場合の施設ごとの機能分担
という発想から議論として少し離れた議論にや
りたいと思います。

ないだろうか。あくまでも私どもは、拡大対象としては施設としてとらまえて整理をしたいという発想にしたわけでございます。

負担の問題について考えていく場合にも、結局最後は国民一人一人の負担の問題であるというふうに思いますので、億の単位あるいは兆の単位の財政も、そのもとは一生懸命働いて支えてきた一人一人の家庭の、あるいは働く人の問題である、ぜひそこら辺の立場に立つて現実そのものを見て、ただいて論議が深まるようについて立場から質問をさせていただきたいと思います。

似通つたタイプのものだというふうに認識をいたしまして、この二つのものを公費の拡大対象にしたわけでございます。

○岡崎(宏)委員 ある一人のお年寄りが入院する、あるいは在宅ででもこれからは暮らされる、その中で、どこまでが看護が重要で、どこからが介護が必要な部分なのかということは分けることができますか。

○岡崎(宏)委員 繰り返しあ尋ねして恐縮なんですが、それとも、でも、ある病院に入ったある年寄り、この病院は、さつきの岡光部長の五島議員へのお答えの中でもおっしゃつておいででしたが、一般的な病院といふのは一般的な急性的な疾患に対しての治療なんだからといふふうにおっしゃつておいででした。しかし実際には、そこにお年寄りが入って、入院中の内容を見ると、介護の部分が非常に多いということも現実にはいっぱいあるのですが、それでもあえて線を引かなければならぬとされている理由といふのを私はお尋ねしているのです。なぜそこで看護、介護と云うものこ

こだわられるか、しかし、こだわる割には、看護
介護といふのはいろいろな意見があるようになか
なか区別できぬものである。こういうふうにも
おつしやつておはでなわけですが、あえて分けて

み、介護に着目して公費負担を拡充すること」とした、こういうふうにおっしゃつておいでです。さつきから五島議員の方からも、介護に着目をするということ自体は決して問題ではないけれども、それならなぜ公費の割合が五〇%になる部分とそうでない部分とが出てくるのかということについて質問されておいででした。私もそれを聞いていたのですが、どうもなかなか納得がいきません。

方もおられます。しかし私どもは、病院における実感を拝見しておりますし、いわゆる病気の治療が、ということのほかに、そこで具体的な日常生活が展開されている。食事をするとかトイレに行くとかおふろに入る、そういうまさに日常生活的な部分があるわけでございまして、それを一人で送れない、身体機能の低下といふうなことが原因になつて送れない、その人たちに対して日常生活のお世話をすると、そういう部分を介護といふうに認識しているところでございます。

○岡光政府委員 私どもは、公費負担を拡大する対象を考える場合には、やはり施設としてその対象をとらまえなければならない、こう発想したわけでございます。そこで、病院とか老人保健施設とか、そういう施設としてそれぞれの施設が一体何を期待されているのか、そういうことで、施設の体系の中でどの部分が介護的な要素として介護的な役割を担つておるのかという認識のもとに公

いろいろな議論がござりますし、またその他の審議会でもこの老人保健の制度についてたくさん意見があるわけですが、しかし、その中でも言われておりますし、また厚生省自体もおっしゃつておいでの中で、老人がだれでも、どこでも、いつでもそのサービスを受けていけるようでないといけない、そのための財政基盤の確立でないといけないということが発想だと思うんですよ。そうであるならば、極めて実務的な問題で今回は区別せざるを得なかつたけれども、財政上の問題でないとするならば、やはり公費負担の拡充については、これは老健審の中でもいろいろな意見はあるにしても、しかし拡充は目指せというふうに言わ

もう一度お尋ねいたしますけれども、老人保健施設の療養費及び特例許可老人病院のうち政令で定める看護・介護体制の整った病院に係る入院医療費に限って公費負担率を五〇%にしたそのわけ

認識しているところでございます。

れているわけでして、将来的にといいますか、実務上の問題がクリアされなければこれは公費負担の割合に段階があるということはなくなつていく、そういう方向を目指しているというふうに考えてよろしいですね。

○岡光政府委員 先生も冒頭お話をなさいましたのが、公費負担といつても国民の税金でございますので、それをどこにどのように配分をするのかといふのは、やはり基本的な考え方が必要だと思つております。そういう意味では実務上の理由といふのはこれは要するに補助的な考え方でございまして、あくまでも、税金をより多く投入するのは一体何にすべきかという基本的な発想が必要だと思つております。そういう意味では、今後の老人医療の展開を考えました場合には、その介護の部分というのが非常に重要なものを占めてくるであろう、しかも施設におけるそういう介護体制の強化というのを考えていかなければいけない、そういう発想から、日常生活の介護を重点的に機能として果たそうという施設を拡大対象に考えたという点でございます。先ほども五島先生に申し上げましたが、老人保健制度は、各医療保険制度のいわば老人医療費の部分についての共同事業といふうに基本認識しております、いわば社会保険でございますから、その社会保険という制度の中にどれだけ、どの部分に公費を投入していくといふのは、これはやはり基本的な考え方の整理が要るのだろう、こう思つておられるわけですが。

○岡崎(宏)委員 きれいな言葉は要らないのですけれども、先ほどおつしやつたことと今おつしやつたことと私は違うと思うんです。どうしても介護、看護、貢の中でもそれをおつかざるを得なかつた最大の理由は何ですかとお尋ねをしたら、極めて実務上の問題ですと、端的にそうですが、私はおつしやつたことです。けれども、それでもなおかつ分けざるをえなくつた最大の理由は何ですかとお尋ねをしたら、間違いでございます。

○岡崎(宏)委員 私はお尋ねには本当に誠実にお答えをいただきたいくらいです。さつきおつしやつたことと間違いでございますとお答えになつたところから、もう一度御説明ください。

○岡崎(宏)委員 御説明が下手だったかとも思いますが、あくまでもそういう思想が根っこにあります。まして公費の拡大対象を考えたわけですが、かつて、それは実務的にも乗つていかなければならぬ、こういう発想でございます。

○岡崎(宏)委員 答えが下手だったかどうかじやないんです。違うことをおつしやつたということについて私はお考えを求めているのです。

○岡崎(宏)委員 繰り返しで恐縮でございますが、やはり公費を投入するに当たりましては基本的な考え方が必要で、その基本的な考え方、介護という点に着目をしておるということでござります。

○岡崎(宏)委員 公費をどういうふうに投入していくか、その割合については意見がいろいろあることは、これは私も承知しております。だから、そこをお尋ねをしているのではなくて、しかし、そのいろいろなやり方はあるでしょうけれども、区別せざるを得なかつた、今回段階にせざるを得なかつた理由の一番大きな原因は実務上の問題ですとおつしやつたことは、これは間違つたといつたということなんですか。

○岡崎(宏)委員 実務上の制約があるというのは事実でございますが、やはり公費を投入するといふのは基本的思想が必要でございますので、基本の思想に基づいた発想でございます。

○岡崎(宏)委員 最大の理由は実務上の問題で

あったということについて私もう一度お尋ねいたします。それは、あなたがおつしやつたことは間違つた、こういうふうにおつしやるわけですか。

○岡崎(宏)委員 最大の理由か、こういうお尋ねであれば、それは最大の理由ではありません。それで、もし私が先ほどそのようにお答えしたとしたら、間違いでございます。

○岡崎(宏)委員 私はお尋ねには本当に誠実にお

財布から私が出した部分について公費が幾らかといふことはお年寄りの皆さんはその時点ではわかりませんけれども、しかし、公費の負担の割合がこううござり、そして自分が一部の負担、今まで求められているかということを検討しなければいけないときにその公費の負担割合を分けた理由として大きな問題は何ですかとお尋ねしたら、最大の理由は端的に申し上げて実務上の問題ですと、これは私だけじゃありません、さつきの五島議員にもそうお答えになりました。それをその後であれは間違つたと言われたら、私は次の方へお答えになりました。それをそ

のすぐ後であります間違つたと言われたら、私は次の質問なかなかできません。

○岡崎(宏)委員 やはり基本の考え方は介護の部分を強化したいということでお答えになりますので、そのような思想に基づいているわけでございます。しかし、それを実際的に何億枚もあるレセプトの中からどの部分を対象にしていくのかということになりますと、そのレセプトをピックアップしていかなければいけぬわけでございますから、そこは実務的に乗らなければならない、そういうシステムが必要だ、こう申し上げたつもりでございました。

○岡崎(宏)委員 実務の問題というのは、基本的な考え方があれば、ではそれをどういうふうに越えていくかといふのは、これは内部で十分相談してやつておけることなんですね。だから、今回どうし

ても分けざるを得なかつたのは、とりあえずこの実務面がクリアできなかつたことであるとすれ

ば、私たち、この公費負担に今仮に段階がある

と、それでもこれはこの間福祉の計画を立てる際

に、厚生省が十カ年戦略といふうに立てている

ように、例えこの問題についてある程度の年次

計画を立てて、実務の問題も解消しつつ、公費の負担についてはこうあるべきだというものを出し

ていくことができると思うのですけれども、今の

お答えの中から私は、どうもまず分けるというこ

とが、とにかくそれがあつて、つじつま合わせに

しまして、その部分の公費負担割合を三割から五割に引き上げる、こういう整理をしたわけでござ

ります。またこれとともに、老人保健基盤安定化

のための国庫助成措置を拡充いたしまして総額一

千億、前年に比べまして百億をふやしまして継続

することとしたところであります。これらの措

置によりまして、現役世代の拠出金負担軽減のお

一人年間六千六百円の軽減を通じまして、老人保

健制度の将来にわたる運営の安定化が図られるも

のと考えてこのような改正をお願いしておるわけ

ので、公費負担の割合についてこれからまだ審議会で話をしていくにしても、しかしながら同じような、一体どこへ入院をしてどこで治療を受けても同じような状態で公的なサービスというものがそこにある、公的な負担が同じようにあることとなるのは、これは大きな違いですか

じような、一体どこへ入院をしてどこで治療を受けても同じような状態で公的なサービスという

ものがそこにある、公的な負担が同じようある

こととなるのは、これは大きな違いですか

でございます。

○下条國務大臣 大変大事なポイントでございま

すので、私の方からお答えさせていただきます。

今回の改正のねらいは、御承知のように、高齢化が進みまして、この老人保健制度をどのように安定期に運営してまいつたらよろしいかという全般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。したがいまして、また、その負担をどの方がどういうよう負担していくか、若い方が負担している部分についても、あるいは公費

の負担の部分についても全体的な安定期の制度を維持していくためにいろいろと検討をしてまいつた

方が負担している部分についても、あるいは公費

保険方式を基本としながらも、老人医療に対する

一般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。

○岡崎(宏)委員 大変大事なポイントでございま

すので、私の方からお答えさせていただきます。

今回の改正のねらいは、御承知のように、高齢化が進みまして、この老人保健制度をどのように安定期に運営してまいつたらよろしいかという全般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。したがいまして、また、その負担をどの方がどういうよう負担していくか、若い方が負担している部分についても、あるいは公費

の負担の部分についても全体的な安定期の制度を維持していくためにいろいろと検討をしてまいつた

方が負担している部分についても、あるいは公費

保険方式を基本としながらも、老人医療に対する

一般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。

○岡崎(宏)委員 大変大事なポイントでございま

すので、私の方からお答えさせていただきます。

今回の改正のねらいは、御承知のように、高齢化が進みまして、この老人保健制度をどのように安定期に運営してまいつたらよろしいかという全般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。したがいまして、また、その負担をどの方がどういうよう負担していくか、若い方が負担している部分についても、あるいは公費

の負担の部分についても全体的な安定期の制度を維持していくためにいろいろと検討をしてまいつた

方が負担している部分についても、あるいは公費

保険方式を基本としながらも、老人医療に対する

一般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。

○岡崎(宏)委員 大変大事なポイントでございま

すので、私の方からお答えさせていただきます。

今回の改正のねらいは、御承知のように、高齢化が進みまして、この老人保健制度をどのように安定期に運営してまいつたらよろしいかという全般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。したがいまして、また、その負担をどの方がどういうよう負担していくか、若い方が負担している部分についても、あるいは公費

の負担の部分についても全体的な安定期の制度を維持していくためにいろいろと検討をしてまいつた

方が負担している部分についても、あるいは公費

保険方式を基本としながらも、老人医療に対する

一般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。

○岡崎(宏)委員 大変大事なポイントでございま

すので、私の方からお答えさせていただきます。

今回の改正のねらいは、御承知のように、高齢化が進みまして、この老人保健制度をどのように安定期に運営してまいつたらよろしいかという全般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。したがいまして、また、その負担をどの方がどういうよう負担していくか、若い方が負担している部分についても、あるいは公費

の負担の部分についても全体的な安定期の制度を維持していくためにいろいろと検討をしてまいつた

方が負担している部分についても、あるいは公費

保険方式を基本としながらも、老人医療に対する

一般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。

○岡崎(宏)委員 大変大事なポイントでございま

すので、私の方からお答えさせていただきます。

今回の改正のねらいは、御承知のように、高齢化が進みまして、この老人保健制度をどのように安定期に運営してまいつたらよろしいかという全般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。したがいまして、また、その負担をどの方がどういうよう負担していくか、若い方が負担している部分についても、あるいは公費

の負担の部分についても全体的な安定期の制度を維持していくためにいろいろと検討をしてまいつた

方が負担している部分についても、あるいは公費

保険方式を基本としながらも、老人医療に対する

一般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。

○岡崎(宏)委員 大変大事なポイントでございま

すので、私の方からお答えさせていただきます。

今回の改正のねらいは、御承知のように、高齢化が進みまして、この老人保健制度をどのように安定期に運営してまいつたらよろしいかという全般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。したがいまして、また、その負担をどの方がどういうよう負担していくか、若い方が負担している部分についても、あるいは公費

の負担の部分についても全体的な安定期の制度を維持していくためにいろいろと検討をしてまいつた

方が負担している部分についても、あるいは公費

保険方式を基本としながらも、老人医療に対する

一般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。

○岡崎(宏)委員 大変大事なポイントでございま

すので、私の方からお答えさせていただきます。

今回の改正のねらいは、御承知のように、高齢化が進みまして、この老人保健制度をどのように安定期に運営してまいつたらよろしいかという全般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。したがいまして、また、その負担をどの方がどういうよう負担していくか、若い方が負担している部分についても、あるいは公費

の負担の部分についても全体的な安定期の制度を維持していくためにいろいろと検討をしてまいつた

方が負担している部分についても、あるいは公費

保険方式を基本としながらも、老人医療に対する

一般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。

○岡崎(宏)委員 大変大事なポイントでございま

すので、私の方からお答えさせていただきます。

今回の改正のねらいは、御承知のように、高齢化が進みまして、この老人保健制度をどのように安定期に運営してまいつたらよろしいかという全般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。したがいまして、また、その負担をどの方がどういうよう負担していくか、若い方が負担している部分についても、あるいは公費

の負担の部分についても全体的な安定期の制度を維持していくためにいろいろと検討をしてまいつた

方が負担している部分についても、あるいは公費

保険方式を基本としながらも、老人医療に対する

一般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。

○岡崎(宏)委員 大変大事なポイントでございま

すので、私の方からお答えさせていただきます。

今回の改正のねらいは、御承知のように、高齢化が進みまして、この老人保健制度をどのように安定期に運営してまいつたらよろしいかという全般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。したがいまして、また、その負担をどの方がどういうよう負担していくか、若い方が負担している部分についても、あるいは公費

の負担の部分についても全体的な安定期の制度を維持していくためにいろいろと検討をしてまいつた

方が負担している部分についても、あるいは公費

保険方式を基本としながらも、老人医療に対する

一般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。

○岡崎(宏)委員 大変大事なポイントでございま

すので、私の方からお答えさせていただきます。

今回の改正のねらいは、御承知のように、高齢化が進みまして、この老人保健制度をどのように安定期に運営してまいつたらよろしいかという全般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。したがいまして、また、その負担をどの方がどういうよう負担していくか、若い方が負担している部分についても、あるいは公費

の負担の部分についても全体的な安定期の制度を維持していくためにいろいろと検討をしてまいつた

方が負担している部分についても、あるいは公費

保険方式を基本としながらも、老人医療に対する

一般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。

○岡崎(宏)委員 大変大事なポイントでございま

すので、私の方からお答えさせていただきます。

今回の改正のねらいは、御承知のように、高齢化が進みまして、この老人保健制度をどのように安定期に運営してまいつたらよろしいかという全般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。したがいまして、また、その負担をどの方がどういうよう負担していくか、若い方が負担している部分についても、あるいは公費

の負担の部分についても全体的な安定期の制度を維持していくためにいろいろと検討をしてまいつた

方が負担している部分についても、あるいは公費

保険方式を基本としながらも、老人医療に対する

一般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。

○岡崎(宏)委員 大変大事なポイントでございま

すので、私の方からお答えさせていただきます。

今回の改正のねらいは、御承知のように、高齢化が進みまして、この老人保健制度をどのように安定期に運営してまいつたらよろしいかという全般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。したがいまして、また、その負担をどの方がどういうよう負担していくか、若い方が負担している部分についても、あるいは公費

の負担の部分についても全体的な安定期の制度を維持していくためにいろいろと検討をしてまいつた

方が負担している部分についても、あるいは公費

保険方式を基本としながらも、老人医療に対する

一般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。

○岡崎(宏)委員 大変大事なポイントでございま

すので、私の方からお答えさせていただきます。

今回の改正のねらいは、御承知のように、高齢化が進みまして、この老人保健制度をどのように安定期に運営してまいつたらよろしいかという全般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。したがいまして、また、その負担をどの方がどういうよう負担していくか、若い方が負担している部分についても、あるいは公費

の負担の部分についても全体的な安定期の制度を維持していくためにいろいろと検討をしてまいつた

方が負担している部分についても、あるいは公費

保険方式を基本としながらも、老人医療に対する

一般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。

○岡崎(宏)委員 大変大事なポイントでございま

すので、私の方からお答えさせていただきます。

今回の改正のねらいは、御承知のように、高齢化が進みまして、この老人保健制度をどのように安定期に運営してまいつたらよろしいかという全般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。したがいまして、また、その負担をどの方がどういうよう負担していくか、若い方が負担している部分についても、あるいは公費

の負担の部分についても全体的な安定期の制度を維持していくためにいろいろと検討をしてまいつた

方が負担している部分についても、あるいは公費

保険方式を基本としながらも、老人医療に対する

一般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。

○岡崎(宏)委員 大変大事なポイントでございま

すので、私の方からお答えさせていただきます。

今回の改正のねらいは、御承知のように、高齢化が進みまして、この老人保健制度をどのように安定期に運営してまいつたらよろしいかという全般的な制度の見直しの観点からも考慮されたわけ

でございます。したがいまして、また、その負担をどの方がどういうよう負担していくか、若い方が負担している部分についても、あるいは公費

の負担の部分についても全体的な安定期の制度を維持していくためにいろいろと検討をしてまいつた

方が負担している部分についても、あるいは公費

保険方式を基本としながらも、老人医療に対する

でございます。

○岡崎(宏)委員 負担の割合をどれぐらいにしていいかということについては、これはいろいろな意見があるということを私たちも聞いておりました。ただ私たちとしては、負担の割合がいかにあります。ただ私たちは、負担の決まりたった割合を実際に使つていくときに、この施設なら何割で、この施設なら何割で、こういう段階があるということはおかしいのではないかと思つておりますから、これは、これからまたいろいろな論議をする場面があると思いますので、また言わせていただくことがあります。ただし、本当に練り返して申し上げますけれども、老健審の中でも公費負担の拡充ということははつきりと言われているということ、そして、それを実際どういうふうに使っていくかというときに、実際いろいろな病院でどんなことが行われているかということ、あるいはそれに對してどんなことを考へていてあるかといふことをきちんと受けとめていただきたいと思いますし、先ほどのような理由づけで、その理由がころころ変わるような形で私たちは改正を求められてもなかなか納得がしがたいということを申し上げておきたいと思います。

らつしやる、本当に一万一円、まあよく商売で

ると、どうぞお本當に御守になつたのでござるか。

○岡光政府委員 宣伝をしているわけではありません
せんで、そういう横並びの議論として典型的な例
をとればこういうことになつておりますといふの
をお示しをして、御理解をいただきたいというう
とを考えておるわけでござります。もちろん、お
年寄りを抱えておる世帯であるとか、あるいは入
院をされて御苦勞なさつている方の負担というう
は今おつしやいますよういろいろあるのは事実で
ございまますので、そういう意味では保険費負担
のあり方についてその是正方を、先ほども五島先
生に申し上げましたが、是正方をいろいろ図つて
おるところです。

〔石破委員長代理退席、委員長着席〕

○岡崎(宏)委員 それでもいろんなところで見る
宣伝物というのは、まあ一万二千円で済む、家に
いても食べるものは要るし、それに比べると安いの
ですね、こういうふうに書いてあること自分が私
は、本当に横並びでこういう例があるというふう
におつしやるのだつたらこの宣伝の仕方は間違つ
ていると思います。実は本当に、入院をする際に
たくさん費用負担が要ります。私も神戸に帰つ
たときに言われたのですね。ある人の、これは聞
いた金額なんぞ知つていただきたいと思うのです
けれども、一人の付添婦さんが一人の患者さんにつ
丸々二十四時間一日ついたとする、そうするとそ
の費用が九千五百十円、それプラス手数料一〇・
一%九百六十円をつけて一万四百七十円一日に支
払わないといけないので。一ヶ月仮に付き添い
ますけれども、それは、あなたのところは付き添
いさんをつけてもらつた方がいいです、つけても
もちろん後から共済とかいろいろなところから
その一部を返してもらえる、こういうこともあります
からつくてください、こういうふうに言われたとき
に、あらかじめ届けをして、じゃ、あなたのところ

うな二つとも必要があることを認めて、幾つか

十万というお金を工面できなければ付き添いさんをお願いすることはできないのですよね。それ初めて後で返してもらえるわけで、それをしなかつたら戻つてこない。実際そのとき私たちが三ヵ月と少しでも必要だからそれを請めて後で戻ら幾ら返してあげよう。それを許可してもらつて、どうしようもなければ家族が交代で行くか、で、どうしようもなければ親の介護をするためにやめていた仲間もいますけれども、やめて付き添いをする、こういうことも出てくる。ところが、やめるということは、確かに付添料という三十万はそのとき支払わない態勢になつたかもしれない、一万二千円で済むのかかもしれないけれども、後のことを考えたら、職をやめた人間が家庭に一人できるということは大変な経済的な打撃なんです。こういうことを本当に御存じないのだろうか。もし御存じだとすれば、こういう事例は本当に極端な、虫眼鏡かなんかで探してこなければならないような例だとして、一万二千円で済んで、ああ安いわという、そこまで言わせる宣伝をして、今皆さんに今回の改正案はどうですかというふうにお詰りをしたのかどうか、お聞きしたいと思います。

○岡光政府委員 付添看護をつけた場合の慣行料金と保険の方で支払われる看護料との問題でございますが、一日で泊まり込みの場合、しかも一人で一人の患者の面倒を見るといいわゆる一人づきの場合は、慣行料金で、おつしやいますように月額で三十五万円近い金額になつておるというは私どもも把握をしております。それから、保険の方から支払われる看護料が、一人づきの場合も月額で十四万五千円程度だというのも、その数字を我々は把握をしておるわけですが、一部負担の問題と保険外負担の問題とは整理をして、区分をして考えていく必要があるのではないだろうか、こう考えておりまして、そういう意味で、一部負担というのは実際に公的な負担をしている者とのバランスをまず考えてみるとということで、負担のバランスという発想から整理をしたいと考

えておるわけでございます。それで、保険外負担は現実には存在するわけでございますから、そのあり方についてはやはりきちっとした整理、是正の方向を示すべきだと思いますし、特に付き添いの問題につきましてはまずこれをなくするような方向で、こういった付き添いが必要としない体制を整える病院をできるだけ広げていく。

それからもう一つの重要な課題としましては、幾ら広げていっても足りませんので、付き添いという形によらない、病院の責任のもとに看護をする体制というのをどのように整えていったらいいのかという基本問題を、もう少しそこは掘り下げて検討していかなければならぬ、そんなふうに考えているわけでございます。

○岡崎(宏)委員 一部負担と保険外負担と整理して考えないといけないし、保険外負担をなくしていくといいますか、そこら辺を整理していくといふのは、それはそのとおりです。だけれども、そのとおりであれば、そのように今国民の皆さんに納得をいただくというなら、そういう手立てで出してほしいと私は思うのです。受ける側からすれば、入院しようとする人は、自分のお財布の中に一万二千円あれば本当に何とかやっていけるのか、本当はそれだけではだめなのか、これが二倍の二万四千円になろうとしたらあとどうなるのかといふことが、これは一人一人の人にとって大きな問題なわけとして、出てきた宣伝物が、中へ入つたら一万二千円で、これだけでやつていけるといふうことだけを出すような宣伝の仕方は間違いだから、私はやめてほしいと思っていました。

それで、保険外負担の問題について、先ほど実際それが必要とされているような病院は一〇〇%くらいだとたしかおつしやったと思うのですが、それはどういう形でお調べになりましたか。

○岡光政府委員 老人保健福祉部が行いました調査で、平成二年十一月に行つたものでございましたて、病院を四分の一ほど抽出をして、病院側から回答をいただいたものでございます。

○岡崎(宏)委員 病院から回答を受けたものですね。それでは実際に利用された方々の回答というものはその中に含まれておりますね。

○岡光政府委員 おつしやいますように、病院に對して調査票を送つてそのお答えをいただくという方式をとつたものでございます。

○岡崎(宏)委員 それでは実際の姿というのは余り見えてきていないので、私は思うのですが、該当する病院からすれば言いにくいといふこともあるだろうと思うのです。基準看護の病院でさえ実際にさりげなく、付き添いさんを置かれただ方がいいんじゃないでしょうかと、そういう場面も実はいっぱいある。だけれども、今度の調査では恐らくそういうものは出てこないというか、見えてこないんじゃないかと思うのです。

ただ、その調査をもう少し詳しく私はお尋ねをしてみたいと思うのですけれども、基準看護病院でさえお世話料なんかを取つている。何か幾らかの県で残っているようにお聞きしているのですが、その辺少し詳しく教えていただけませんか。

○岡光政府委員 基準看護をとつておる病院でも、患者の病状等によりまして、お医者さんの指示を受けて、だれか家族が付き添うということは行われているところでございます。

○岡崎(宏)委員 家族がということですか。しかし、それは病院からの答えだけで、本当に納得していらっしゃる部分でしようか。

○黒木政府委員 基準看護病院の付き添いの問題でございますし、一般的な制度論として私の方からお答えさせていただきます。

基準看護病院で付き添いをつけて患者負担にするということはあつてならないことでございます。私どもは、基準看護の承認に当たりましては、患者負担による付添看護が行われてないといふことは、基準看護病院で付き添いをつけさせ、そして患者負担を求めているということはあつてならない

いことでございます。

なお、先ほど岡光部長がお答えしました家族の問題でございますけれども、家族につきましては、患者の病状等によって医師の許可を得て家族が付き添うということは差し支えないということではつきり全国に通達で指示いたしておるわけでございます。その趣旨は、これも丁寧に書いてござりますけれども、病状あるいは家族としての心地からどうしても付き添いたいということが事実あるわけでございます。そこで否定することはいかがなものか。しかし、これも詳しく指示いたしておりますように、「家族による附添であつても、それらが当該保険医療機関の看護婦等による看護を代替し、又は当該保険医療機関の看護婦等の看護力を補充するようなことがあつてはならない趣旨であること」ということで、はつきり基準看護病院につきましては患者の負担あるいは病院側が看護力の肩がわりをさせるということはあってはならない、してはならないということで、承認に当たりまして、あるいは自後も厳しくチェックを指導の徹底に努めているところでございます。

○岡崎(宏)委員 あつてはならない、してはならないことと現実にある問題と、それから家族がつく場合にその内容について非常に線引きをするのは微妙な問題がたくさんあると思うのですが、後のチェックも含めて非常に厳しくやつてらっしゃるというその中身について、じゃ、どういうふうにチエックされているんでしょうか。それと、まだお答えいただいていいのですが、先般行われた調査で基準看護病院でさえお世話料を徴収している例があつたかどうか。あつたというふうに私思つていてるんですけど、具体的な報告結果をお示しください。

○岡崎(宏)委員 あるということですね。それで、これはぜひなくする方向で整備をして、あくまでもそれはおむづ代であるとか雑費といふことで負担を願つておるということでございまして、そのような負担をしてもらつておるものは基準看護をとつておる病院の中にもあるということございます。

○岡光政府委員 取つちゃいけないと、いうことでありまして、あくまでもそれはおむづ代であるとか雑費といふことで負担を願つておるということでございまして、そのような負担をしてもらつておるものは基準看護をとつておる病院の中にもあるということございます。

○岡崎(宏)委員 あるということですね。それで、これはぜひなくする方向で整備をして、あくまでもそれはおむづ代であるとか雑費といふことで負担を願つておるということでございまして、そのような負担をしてもらつておるものは基準看護をとつておる病院の中にもあるということございます。

○黒木政府委員 前段お尋ねのチェックでござつとして基準看護の承認を与えておるわけでござります。私どもは、基準看護の承認に当たりましては、いついたかないと困るのですが、その際に、結局あつてはならないことだとか、してはならないことだとかいう本来の姿、それから調べるときには、それをいろいろな形で実際を調査していくときに、利用者側からの調査というものが現在ないのじやないかと思うのです。これはどうしても私は、実際保険外負担の実情を調べる上でも、あるいは付き添いといふか、そういうお世話を、結局看護婦さんの本来やらなければいけない部分を肩がわりしているかどうかということのチェック

うことを確認いたしました。それから、基準看護承認後の要件の遵守の状況でございますけれども、これも報告あるいは実地に参りましてチェックをいたしておるわけでございます。仮にそういうことがあるとしますれば、ルール違反ということでおもに相なるわけでございまして、ここはルールの問題として私どもは厳しく対応しているところでございます。

○岡光政府委員 基準看護病院でお世話料を取つておるのかと、いう話であります。そういうあいまりな名目で取るのはおやめいただきたいということからあります。ようやく、基準看護の加算料金の返還を求めることが問題として私どもは厳しく対応しているところでございます。

○岡崎(宏)委員 そういう格好で取られるのが七三%，それから電気代とかといふいうふうな、そういうものとかあるいは諸費用が一六%と、いうふうな実態を把握しております。

○岡光政府委員 そういう病院が実際にありますから、いわゆるおむづ代といふことで取られるのが七三%，それから電気代とかといふいうふうな、そういうものとかあるいは諸費用が一六%と、いうふうな名目で取るのはおやめいただきたいといふことからあります。まあいい名目で取るのはおやめいただきたいといふことからあります。

も、実際にそこに入院している人あるいはその家族の人たちからひ聞き取つて、その利用者の側の声というものを調査をしていただきたいと思うのですけれども、これはどうでしょうか。

○黒木政府委員 基準看護病院における付き添い等の問題につきましては、先ほども答えましたように、あつてはならないルール違反のことなどでござりますから、私どもは厚生省から実態を調査するということはほとんど不可能だと思っております。したがいまして、各県の担当課に命じまして個々の医療機関に立ち入りないしは指導監査の形においてチェックをし、それなりの形で処理をするという形で個々に対応いたしておりますということをございます。

○岡崎(宏)委員 それなりのというのは極めて便利な言葉だと思いますけれども、何で利用サイドの人たち、実際財布から出さないといけない人たちの声を聞くということは難しいからできないという形になるんでしょうか。私はここは本当に、これからよりよい形というものを追求していくときには抜きにしては考えられないと思うのですが。

○黒木政府委員 確かに先生おっしゃいますように、患者さんの方々の声を私どもは十分聞きながら制度運用を心がけていく必要があるわけでござります。各県におきましても、いろいろなそういう市民あるいは県民の方あるいは利用者の声を聞きながら、そこで情報を持ちて医療機関に対する監査指導の形でそういうものをチェックいたします。あなたが医療機関に支払った医療費は大体どのくらいでしたかという設問がありまして答えてい

らっしゃるのであります。ただ、この調査自体は面接聞き取り調査なんです。面接聞き取り調査というの是非常に時間がかかると思いますから対象者が極めて少ないということが難点だと思うのですけれども、しかし私は、本当に長期的に見ていくときには、私は最初にも申し上げましたけれども、計画を立てるときに、そして国がそれに対してもう措置をしてどういうお金を使っていくかということに、やはり今の現実の姿をきちんとつかまつときには、やはり今、現実の姿をきちんとつかまつしては出でこないと思いますし、そのときに「一人一人の人が今どういう生活の中で負担をしているか」ということは抜きに考えられないことだと思いますので、この調査は聞き取りで、されているようなんですが、厚生省としてもこういう聞き取りの調査というものの、しかも保険外負担の現実はどうかというふうなこともきちんと目的に置いてやつてみてはどうでしょうか。例えば一週間の間に答えを求めるとか、そんな乱暴な調査をする必要はないわけですから、やってみたらどうでしょうか。郵送とかいろいろな方法もあるんじやないでしょうかね。これちょっと検討していただけませんか。

○黒木政府委員 今後の制度論なり、あるいは私どもの政策なり運営をどういうふうに考えるかと、いう問題につきましては、おつしやるとおりございましょう。しかし、個々の医療機関に対する不正の問題あるいはルール違反の問題について、私は、私どもは県当局にその衝に当たらせておるわけでございますから、それぞの県当局がどのよう情報なりあるいは声を聞きながら行政を運営をするかということをございます。おつしやつておる点は、そういう実態がいろいろな人に聞いてもいろいろあるあるぞという御指摘かと思います。私どもはそういう点では、いろいろな方の御意見を聞きながら、さらにもう一つは、いろいろな方の御意見を聞きながら、さらにもう一つは、いろいろな方の御意見を聞きながら、さらにもう一つは、いろいろな方の御意見を聞くつもりはございません。個々の、個別個別の具体的な対処の問題だというふうに考えておるわけでござります。

も、必要な品物があつてそれの給付をしてその対価として実費を取つておるという仕組みでござりますが、そのところは、まさにアンケート調査ということになりますと物すごく難しいわけでござりますけれども、先生おつしやいましたように、単に病院から聞いておるだけでは不十分だぞという御指摘もわかるわけでございまして、もう少し信憑性のあるようなものに内容を改めていくべく努力をいたしたいと思います。

○岡崎(宏)委員 今はもう方法についてあれこれ言いませんけれども、本当の姿がもつと見えてくるような形でぜひ検討していただきたいと思います。

自己負担のあり方といいますか、これも公的負担の問題とあわせて、それこそ非常にいろいろな意見があるということを承知するのですが、ただ、この負担の程度というものを、実際出す人たち、財布から出す人たちの納得がいくようにならぬといふか、宣伝をしていつていただきたいということがあります一番にあるわけです。

その納得ができるように説明をしてほしいといふ私の思いの中で、これはよく皆さんからも聞かれるのですが、大臣の提案理由の説明の中でも、老人と若い人たちとのバランスの問題があります、ほかの施設や在宅のお年寄りとのバランスの問題があります、そして最後に、高齢者の生活実態等を勘案すると、こういうように理由づけが出てくるわけなんですが、この三つの理由をもう少し具体的に、ああそりかと思えればいいわけなんですが、もう少し具体的に説明をしていただきたいと思うのです。この二つのバランスの問題、それから高齢者の生活実態勘案ということは具体的にはどういうことを指しているんだろうかということをお示しいただきたいと思います。

○岡光政府委員 若い人とのバランスというふうに言つておりますのは、若い人たちは被用者保険、被保険者本人の場合は一〇%の負担、それから家族の場合には入院が二〇%、外来は三〇%の負担になつてゐるわけございます。老人医療の

場合には定額でございますから、率としてなかなか比較ができないであります。現在の外来一月八百円、入院一日四百円という定額の一部負担金の総額を総医療費六兆円で割つてみてどのくらいのパーセンテージになつてあるかといふ割合を出しておるわけですが、それが約三%強になつておるわけです。そういう意味で三%というものを念頭に置きまして、被用者保険の本人の一〇%とか家族の二〇%ないしは三〇%と言つておるそれとの比較ということ、そこで負担のバランスということをお考へいただきたい。それでは具体的にはどの程度なんだということになりますが、御本人が一〇%ですから、その半分の五%程度ということを考えて若い人とのバランス論を論じておるわけでございます。

それから、老人保健施設とか特別養護老人ホームに入つておる年寄りとの比較、バランス論でございますが、これは先ほどもお話をありましたが、老人保健施設は平均で月額五万円程度の負担をしておるだけおられますと、それから特別養護老人ホームは所得能力の段階別にいわゆる費用徴収をする格好にしておりまして、能力に応じて取つておるわけでございますが、平均では二万七千円程度の費用徴収をしておるということでございまして、それらとのバランス論、横並びの議論をしているわけであります。

もう一つは、お年寄りの生活実態ということを考えたどの程度の消費支出の状況になつておるんぢやうか。そのような日常生活を送る場合には食費を初めとしたいろいろな経費が必要になりますので、そういった消費支出の実態からしまして、入院をすればそいつは経費が不必要になつてくる、病院側から現物で給付されるわけでありますから不必要になつてしまりますので、そいつとの比較をしている、こういう仕組みにしたわけでございます。

○岡崎(宏)委員 何か何度も同じことを繰り返さないといけないような気がしてくるのです。私自身は今はまだ若い方の部類です、働いて支

えている側ですから。我が家でいえば、私の父も母親も老人の部類に入る口です。ただ私は、私と親を単純に比較するのはどうだい無理だと思つておるわけであります。私の父親は、四十何年間働いてきました。今は働くことができませんでした。それを支えてきました。年金だけがませんから年金で暮らしております。年金だけが支えの生活をしております。その老人であるところの親の負担と、今働いておる私あるいはほかの兄弟の負担、そういう世代を単純に比較すること自体、年いつた人だけの問題じゃなくて、私たちがこれからずっと生きていくことを考えた上で負担を考えいくときに、妙な比較をすること自体間違つておるんじゃないかと私は思つております。

ほかの施設とのバランスの問題というのも、これも繰り返すのが嫌になつてきますけれども、入院すれば幾ら幾らで済むぢやないか、これは高齢者の生活実態等を勘案といふことの中でも、入院していればその間ほかに何にも使うことはないのだからといふふうなことをおつしやいましたけれども、それだつて実際には違いますよといふことをさつきから私は繰り返し申し上げているわけですから、これは到底納得できないなと思うのです。

これは最近厚生省なんかから出でているいろいろな出版物の中でも、年金が改善されてきておるし、外來八百円が千円になつても、入院四百円が八百円になつても何とかいけるのぢやないか、こういうことも書かれております。でも、私はこればかりの生活は自分の家のことを申し上げて恐縮ですけれども、今の一般的の一生懸命これまで働いてきて定年になつて老人としての生活をしている人間にとつては非常に腹が立つたと申しますよといふふうな気がしてます。年金だけが頼りだけれども、年金の額そのものは、

一月にならしてみれば悠々と暮らせるという年金額ではありません。これは厚生省の皆さんも、もし自分が本当に年金だけでやつていけると言われるなら、うつと思われるは同じだと思います。足も職場で年金の仕事をしてましたから一月当たりにしたら幾らかというのをわかります。とてもそれだけではやつていけません。だから私の両親は年金だけを一月の支えにしていますが、あとは今までの蓄えの取り崩しなんです。だから退職金、ある程度まとまつたものをもらつたとして、手をつけないように生活設計を立てていかなれば、突然どちらかが入院ということになると生活設計がその時点でたがたと崩れていくわけですから、つけるにつづられないので、一方では、最近のお年寄りは貯蓄もいっぱい持つておるし、年金も楽になつておるから、これくらいの負担は大したことないじやないかといふうに言われていること自体については非常に腹が立つてしまふが、我々の生活はどうなるのだといふのが正直な気持ちです。実際、裕福になつたと言われる中でも、老人の、特に六十五歳以上の方の自殺率がどの年代よりもずば抜けて高い。その理由は、大方八割近くが病気を苦にしておる。ただ病気になつて痛いとかどうとかが原因ではなくて、これが長く続いていくことによって経済的な負担もあるということも入つての原因だといふことも一方にはあるといふことを知つておいていただきたいと思います。

これは今度具体的な一部負担の額が示されたときに、神戸のある診療所、私たちの仲間がやつておるわけですが、そこに通つてくる学生さんが患者さんとずっと聞いておるものがあるわけですね。その中にこんな声がありますので、ぜひこれは聞いてください。

私の父親は実は退職金に手をつけずにため込んでおります、持つております。何でだと言つたら、いざというときに、自分はもう働いていくことができないから定期的な所得というものがなく、年金だけが頼りだけれども、年金の額そのものは、

だから、本当はすぐ行けば早い治療ですが、治療のを、ずっと悪くなるまで病院に行かないとか、思わず手控えることが後のそういう結果を生んでくる。それから、同じ世帯で一人のカルテで家族の分までついでに薬をもらつちやおうか、風邪薬とか湿布薬なんかだつたらほのかの家族も使つても差し支えないだらうといふので、一人でもらつてきませんから年金で暮らしておる年金だけが支えの生活をしています。その老人であるところの親の負担と、今働いておる私あるいはほかの兄弟の負担、そういう世代を単純に比較すること自体、年いつた人だけの問題じゃなくて、私たちがこれからずっと生きていくことを考えた上で負担を考えいくときに、妙な比較をすること自体間違つておるんじゃないかと私は思つております。

ほかの施設とのバランスの問題というのも、これも繰り返すのが嫌になつてきますけれども、入院すれば幾ら幾らで済むぢやないか、これは高齢者の生活実態等を勘案といふことの中でも、入院していればその間ほかに何にも使うことはないのだからといふふうなことをおつしやいましたけれども、それだつて実際には違いますよといふことをさつきから私は繰り返し申し上げているわけですから、これは到底納得できないなと思うのです。

これは最近厚生省なんかから出でているいろいろな出版物の中でも、年金が改善されてきておるし、外來八百円が千円になつても、入院四百円が八百円といふのは非常に大きな負担感を与えて、分け合つて、その薬を使って八百円を節約しておるんですけど、そういう声を聞いてきていたるなんですよとか、そういう声を聞いてきていたるんですね。何でみみみつちいことをとお思が八百円といふのは非常に大きな負担感を与えて、いく。このことによつて診療から遠ざかつていいく、足が遠のいていくと、いうふうな結果も全くないといふことは言えないのですね。ぜひそれはいる人たちにとっては八百円が千円、四百円が八百円といふのは非常に大きな負担感を与えて、いる。ただ病気になつて痛いとかどうとかが原因ではなくて、これが長く続いていくことによって経済的な負担もあるということも入つての原因だといふことも一方にはあるといふことを知つておいていただきたいと思います。

これは今度具体的な一部負担の額が示されたときに、神戸のある診療所、私たちの仲間がやつておるわけですが、そこに通つてくる学生さんが患者さんとずっと聞いておるものがあるわけですね。その中にこんな声がありますので、ぜひこれは聞いてください。

私の父親は実は退職金に手をつけずにため込んでおります、持つております。何でだと言つたら、いざというときに、自分はもう働いていくことができないから定期的な所得というものがなく、年金だけが頼りだけれども、年金の額そのものは、

だから、本当はすぐ行けば早い治療ですが、治療のを、ずっと悪くなるまで病院に行かないとか、思わず手控えることが後のそういう結果を生んでくる。それから、同じ世帯で一人のカルテで家族の分までついでに薬をもらつちやおうか、風邪薬とか湿布薬なんかだつたらほのかの家族も使つても差し支えないだらうといふので、一人でもらつてきませんから年金で暮らしておる年金だけが支えの生活をしています。その老人であるところの親の負担と、今働いておる私あるいはほかの兄弟の負担、そういう世代を単純に比較すること自体、年いつた人だけの問題じゃなくて、私たちがこれからずっと生きていくことを考えた上で負担を考えいくときに、妙な比較をすること自体間違つておるんじゃないかと私は思つております。

ほかの施設とのバランスの問題というのも、これも繰り返すのが嫌になつてきますけれども、入院すれば幾ら幾らで済むぢやないか、これは高齢者の生活実態等を勘案といふことの中でも、入院していればその間ほかに何にも使うことはないのだからといふふうなことをおつしやいましたけれども、それだつて実際には違いますよといふことをさつきから私は繰り返し申し上げているわけですから、これは到底納得できないなと思うのです。

これは最近厚生省なんかから出でているいろいろな出版物の中でも、年金が改善されてきておるし、外來八百円が千円になつても、入院四百円が八百円といふのは非常に大きな負担感を与えて、分け合つて、その薬を使って八百円を節約しておるんですけど、そういう声を聞いてきていたるなんですよとか、そういう声を聞いていたるんですね。何でみみみつちいことをとお思が八百円が千円、四百円が八百円といふのは非常に大きな負担感を与えて、いく。このことによつて診療から遠ざかつていいく、足が遠のいていくと、いうふうな結果も全くないといふことは言えないのですね。ぜひそれはいる人たちにとっては八百円が千円、四百円が八百円といふのは非常に大きな負担感を与えて、いる。ただ病気になつて痛いとかどうとかが原因ではなくて、これが長く続いていくことによって経済的な負担もあるということも入つての原因だといふことも一方にはあるといふことを知つておいていただきたいと思います。

これは今度具体的な一部負担の額が示されたときに、神戸のある診療所、私たちの仲間がやつておるわけですが、そこに通つてくる学生さんが患者さんとずっと聞いておるものがあるわけですね。その中にこんな声がありますので、ぜひこれは聞いてください。

私の父親は実は退職金に手をつけずにため込んでおります、持つております。何でだと言つたら、いざというときに、自分はもう働いていくことができないから定期的な所得というものがなく、年金だけが頼りだけれども、年金の額そのものは、

運営をしていくいただきたいし、国民全体の御理解もいただきたいなという考え方でございまして、確かに負担の問題で厳しい問題があろうかと思いますが、先生御承知のとおり、制度としては低所得者に対する配慮を入れておるわけでございまして、その辺も含めて総合的に御理解をいただきたいと思っております。

○岡崎(宏)委員 その低所得者に対する配慮の問題なんですかけれども、私はこれはぜひ最も一度教えていただきたいなと思っています。低所得者の規定ですかけれども、老齢福祉年金の受給権者であつて、その上に所得の制限だと私は理解しているのですけれども、私は老齢福祉年金の仕事をいるのですけれども、私は老齢福祉年金の仕事を十何年やつてきていたものですから、老齢福祉年金は年々その対象者が減少の一途をたどつてゐる。兵庫県というか神戸市という単位で見ても、拠出制の年金の受給権者が仮に十万としたら、老齢福祉年金の対象者は今一万少しだと思います。それは受給権者であつて、所得がなおかつその上にかぶさつてくるということになりますと、低所得者には配慮していると言つけれども、その対象となる人は極めて少ないのではないかと危惧しているのです。どれくらいの数になりましょか。

○岡光政府委員 入院の一部負担の軽減対象者でございますが、先生おっしゃいましたように、老人

御本人が老齢福祉年金の受給権者であつて、か

つそのお年寄りの所属していいる世帯の主たる生計維持者が市町村民税非課税であるというのを対象

にしているわけでございまして、御指摘がありま

したように、老齢福祉年金の受給権者が平成元年未で百十二万六千人でございますが、この上に市町村民税非課税という条件が加わつておるわけでございまして、平成二年三月末現在で市町村長に申請をして認定を受けていらっしゃる方は四万八千二百人程度でございます。

○岡崎(宏)委員 そうしますと、低所得者とい

う範囲で配慮をしているからとは言われるものの、その数は極めて限定されたものになつてゐるとい

うことですね。私、仕事していく思いましたけれ

ども、受給権の人たちが、年金そのものが所得で出るか出ないかというのは決まっていくわけですが、所得制限の線上で立く人が本当にたくさんいるのです。これは逆に言うと低所得者で切られていくくくられていく人たちと、それそれのところにいる人たちが本当にたくさんいるというところなんですが、この人たちはそれこそ私がさつきに忘れて、総額受給権者百万だけれども、ずっと絞つていつたらその対象になる人が四万幾らとおつしやいましたが、そのくらいになるということを考えれば、もうほとんど配慮がないのも同じじゃないかと私は言わざるを得ません。

ですから、これはもう何度もこれから要求し続けますが、やはりこの一部負担の問題については圧縮をお願いしたいと思いますし、なおかつ、もうこれは時間が来たそうで、私もっとお聞きしたいことはあつたのですけれども、スライドの導入ということは、こういう泣かなければいけない人たちの声も届かない、そういう危険性が非常に高いと思いますから、ぜひこのスライド制について私は削減をしてほしい。今回の改正案の中から

いかつてほしいということを強く要求をして、それに対するお考えをお聞きをして終わりたいと思

います。

○岡光政府委員 スライド制を削除しろということをございますが、老人保健においての一部負担

は定額の負担制度でございまして、老人医療費の増加が一方ではあるわけでございまして、その増加に伴いまして一部負担の占める比率、全体に占める比率が逐年低下をしていくわけでございま

す。そういう意味では全体としての受益と負担の動的にふえていく、こういう結果になるわけでござります。そういう意味では若い人のバランス

論という考え方からいたしますと、受益に応じた

負担という一部負担の趣旨に沿いまして、受益の程度である医療費の伸び率に応じましてその一部負担をしていくてもらう、このシステムはぜひとも認めをいただきたいというふうに考えておる

わけでございます。

○岡崎(宏)委員 また続けてほかの我が党の議員からも追及があると思うですから、私はこれで終わりますが、本当に繰り返し言わせていただきたいように、現実の姿というものをきちんと見てもみたい。その上で誇大といいますか、そんな宣伝というものがない中できちんと論議をしていただきたいということをもう一度お願いを申し上げまして、終わりにいたします。

○浜田委員長 小松定男君。

○小松委員 日本社会党の小松定男です。

今回提案されております老健法の改正案の問題点について、先ほどから我が党の議員からもいろいろ質問されしておりますが、私はこれを大体問題点だけを要約してみましたが、まず第一は、公費負担の改善が全くされていない、不十分であるといふことです。これまで労働団体や経営者団体、そして健保連からも強く公費負担の五〇%の問題に対する要求が出ておりました。これに対し

てほとんどそれが受け入れられない、これが第一点。

それから第二点は、患者の一部負担の引き上げ幅が大きい。特に二倍になつてゐるようなことで、今も指摘があつたとおり、これは高齢者にとって非常に負担が重いということ。

それから第三は、スライド制の導入によつて一部負担の法定主義が崩される、そういう危険性が非常に高い。この問題については後で内閣法制局からいろいろと質問をしてただしてまいりたいと

思います。

第四については、保険外負担の解消の軽減の措置がほとんど図られていないことですね。

それから第五は、訪問看護といふことになりますが、これがいろいろな面で一元化されていない

ことがあります。そのことも問題だと思います。

それから第六は、この老健施設の見直しです。それには触れられていない。

この六つが今度私が感じた問題点ではないかと

思います。その中で、限られた五十分の時間です

から、私は第三のスライド制の導入の問題と、それから老健施設に関する問題を特に伺つてみたい

と思います。

そこで、内閣法制局にまず一部負担の法定主義について伺いたいと思うのですが、この一部負担

スライド制は、財政法の三条で規定されていると

ころの「国が国権に基いて収納する課徴金」と理

解されるべきだと思うのですが、まず、この点

どういうふうに解釈をしているのか、伺いたいと

思います。

○越智政府委員 お答え申し上げます。

ただいま先生の御質問にお答えする前に、まず

財政法第三条の趣旨につきまして申し述べたいと

思いますが、その趣旨は、国が国権に基づいて収

納する課徴金及び法律上または事实上國の独占と

なる事業の価格、料金等結果として国民に課さ

れる強制負担たる性格を持つ面があるわけござ

いまして、そのためには、租税に準じて何らかの形

で国民の代表である国会の意思に基づいて決定さ

れるべきであるということが趣旨であると考えら

れます。

一方、老人保健法による一部負担金と申しますのは、老人の医療を取り扱う保険医療機関等と市

町村が医療を行うものとした老人の間の任意の受

診契約によりなされる具体的な医療サービスに対

する対価の一部であると考えられますので、これ

は国民に対して課される強制負担とは言えないと思

います。したがいまして、老人保健法によりま

す一部負担金は、財政法第三条に言う課徴金等で

はないというふうに考えております。

○小松委員 それではお伺いいたしますが、社会保険料ですね、これは、ここで言う課徴金とい

う解釈になりますか、どうですか。

○越智政府委員 社会保険料も同じくここに言う

課徴金等に当たらないことございます。

○小松委員 そうしますと、同じ政府でも解散の違いが出ているような気がするのです。これはや

はり統一してもらわないと困ると思うのですが、実は、「財政法解説と現状」というのが大蔵省主計局法規課の石田久和さんから出でております。これによりますと、財政総則の中で、課徴金等の法定主義、第三条ですけれども、これの概念として、国が國權に基づいて収納する課徴金とは、罰金だとか過料だとか特許料だとかいろいろあります。が、社会保険などの保険料がこれに該当することが出でているのですが、これと今の答弁はかなり矛盾すると思うのですが、その点いかがですか。

○越智政府委員　ただいま先生お示しになられました大蔵省法規課の書がれたものというは、私、実は見ておりませんので、ちょっとここでコメントは差し控えさせていただきたいと思いま

同一に論ずるわけにはまいらないだらうと思います。それから、これはちょっとと蛇足でござりますが、先生御承知のとおり、財政法三条というのは、財政法第三条の特例に関する法律ということです。事実上郵便料金等以外は一切かからないということになつておりますので、急のために申し添えさせていただきます。

○小松委員 これは財政法の三条だけではなしに、憲法の八十三条にも関連してくるのですけれども、「國の財政を処理する権限は、國会の議決に基いて、これを行使しなければならない。」と八十一条にうたわれておりますて、それに基づいて財政法の三条がきていると思うのです。そうなりますと、例えばこの種のスライド制でやられてきた場合に、先ほどの憲法の八十三条に言う議決を今度は確かに要しますから、類で出されてきておりま

○小松委員 本当はこの問題に余り時間をとりた
ないかがぜんな答へはだめですよ。
○越智政府委員 先ほど来申し上げております
が、老人保健法の一部負担金というのはまさに老人
医療費の一部負担、一部分でございまして、老人
医療費そのものというのではなくて、まさに当該老人が
保険医療機関等におきます受診の対価として支払
うものだということをございまして、その一部分
について今回改正案に盛られているようなやり方
で変わつていくといふ制度を導入したからといつ
て、それが強制負担たる性格があるがゆえに国会の
議決を経ないとすることになつてしまつ、そういう
御指摘だらうと思ひますけれども、それは、
繰り返しになりますが、まさに一部負担金といふ
のは保険料ともちろん違うわけでございまして、
課徴金には当たらないといふふうに考えておりま
す。

いということを受けて、この社会保険といふものに對しては大蔵省も、これは財政法の三条に該當する、ところが、今の法制局の説明では、あくまでも一部負担というのは社会保険といふことよりも別の問題だというようなことを言つておるのであるが、これもしかし、一部負担といえども社会保険のことであるわけでしよう。別の意味でこれが提案されているわけじゃないのですから、老健法の中でも要するにこの問題が提起をされているわけですから、そういう意味から言うと、社会保険料といふ解釈にはならないでしようかね。大蔵省が言つているようなそういう解釈はそれないのであるが、法制局は、何か法制局としてはそのところを無理やりに曲げて説明しているように聞こえてならないのですが、そこらはどうなんでしょう。

○小松委員 そういうことでは困りますよ。同じ政府でそんなに解釈が違うということでは困りますよ。これは後ではつきりしてください。

もう一つ伺いますが、この社会保険料、今度の一部負担もそうですねけれども、これは今のお話ですと、国が直接徴収するものではないということが一つ言つておるのに、そしらう一つは

ますね、四百円から八百円、それから八百円を千円と出されておりまして、この議決について今審議をしているわけですが、来年度、平成四年度から、要するにこのスライド制については国会の議決というものが必要なくなるわけですよ。そうしますと、今私が言う憲法八十三条並びに財政法三十九条第一項第一款の規定が

くなかったのです、五十分しかないものですから。ただ、そう言わると、それでは、これは払はねたとき、支払いができなかつたときはどういうふうになるのですか。払わなくてもいいのですか。どこでこれを処理するのですか。

されませんが、老人医療、それに対する一部負担金といふのは、要するに国が国権に基づいて収納する課徴金あるいは法律上まだ事実上國獨占となつてゐる事業の料金ではありますんといふことを申し上げてゐるわけでございまして、社会保険と申しますか、そういつた制度全般について私は

が一言言われてはいるのと、それからもう二つは、それに対する、いわば収納しない場合について、国との関係については関係がないといふ二つのことが、要するにこの法定主義には入らないというような説明ですね。しかし、今度の一部負担にしてもそれから大蔵省で言つております社会保険料、これも究極的には国が市町村に委任事務をし、市町村はさらに保険組合とかいろいろなところに委任事務をしているわけですね。したがつて、そういうところから見ますと、大蔵省主計局法規課で言つている方が私は正しいのじやないかと思うのです。それらも含めてもう一度答弁していただきたいと思います。

三条から見ると、国会の議決を経ないでやるといふことに對してはそうできないのじゃないかといふことで、いろいろと調べてみたところが、政府でいう大蔵省からも、社会保険料というのは第三条に該当しますといふことをきちっと言つてゐるわけですよ。同じ内閣で。だから、それをはつきりしてくださいといふことを言つてゐるわけですね。とんでもない話ですよ。同じ内閣で。あなた方見ていないなんて、そんなことないでしよう。これはスライド制の額の問題がいいとか悪いとか以前の問題なんですよ。これは下手すると国会軽視じゃないですか。大蔵省の主計局はちゃんとそういうふうに言つてゐるじゃないですか。社会保険は財政法の第三条に入りますよといふことを。それにどういうふうに答えるのですか。それとも大蔵省と打ち合わせて後で答えますか。そん

保険医療機関等に一部負担金が支払われない場合には、市町村が国税徴収の例により徴収することになつておりますが、これは保険医療機関等にかわつて徴収して保険医療機関等に渡すという趣旨のものでございまして、老人保健法にはそのような規定で担保してございます。

○小松委員 ここに、当該保険医療機関等により支払わなければならないという老人保健法第十六条ですか、あるのですよ。これとの関連で、もしこそ保険機関が徴収できなかつたときには市町村長がそれを代行するということで今お話をあつたのですけれども、それを受けた市町村長というのは、本来この制度というのは、国がやつているものを市町村を通じて、そして当該保険医療機関が扱つて いるわけですね。ですから、そういう意味から言つると、國の方の関係というのが非常に強

ここで述べる立場にございませんが、その老人保健法に言う一部負担金というものに限つて申しますならば、それは財政法三条に言う課徴金等ではないということが法制局の見解でございます。

○小松委員 これはちょっとはつきりしてもらいたいのです。大蔵省の方の「財政法」解説と現状の「課徴金の概念」という中に、今言つたような徴収の内容も、もちろん罰金だとか特許料だとか日本銀行に対する納付金のことだとか、それから裁判所における訴訟手数料、それと社会保険などの保険料、要するに「国がその司法権又は行政権に基づいて一方的に賦課するものである。」これには一方的に賦課するのでしょうか。違うのですか。自由でいいのですか。そうじゃないのでしよう。こここのところをちゃんと大蔵省の方では言つていわけですよ。国が一方的に賦課するものである

○越智政府委員 ないいかげんな答えはダメですよ。

いということを受けて、この社会保険というものに対しても大蔵省も、これは財政法の三条に該当

ものは、これは課徴金だということで、ちゃんと明確にしてあるのじゃないですか。これはそこそこ見から見るとどうなのでしょうか。

○越智政府委員 今先生お示しになられました社会保障料が課徴金に当たるという説があるかと思ひますけれども、この一部負担金は課徴金等に当たらないということにつきましては、私ども、大臣省とも打ち合わせてここで答弁を申し上げているわけでございます。

○小松委員 これは、私の方としては、同じ政府間の解釈が違うということで、これまた後、引き続いて問題があればやりたいと思いますが、進まなくなくなつてしまふので、進めさせていただきたいと思います。

そこで次に、老人保健施設に関する問題ですが、まず一つは、今度の政府の老人保健法の改正、これは老人保健施設等のあり方の見直しの点については避けているように感じているのですが、こ

の点についてはどういう理由なのでしょうか、伺いたいと思います。

〔委員長退席、野呂委員長代理着席〕

○岡光政府委員 先生御承知のとおり、老人保健施設というのは昭和六十三年四月から発足をしたものですございまして、いわゆる中間施設として位置づけたものでございます。

そういう意味で、その実情がどういうふうに展開をしていくのか、中間施設という性格づけを

ずっと維持するのかどうか、いろいろな施設の体系の中でその機能がどうあればいいのか、こうい

う問題意識を持ちまして、御指摘がありましたように昭和六十一年の老人保健法の一部改正の附則

の十六条で、老人保健施設に関する状況を勘案をして、そのあり方について検討を加えるように、

こういふ趣旨の附則の規定が入ったわけでござります。

私ども、こういったことを踏まえまして、かつまた、平成元年の十二月にも老人保健審議会の意見の中で、施設体系の中での位置づけを含めて、

今後、本審議会老人保健施設部会で検討していく

といふうにされておりまして、現在もこの施設部会でこの老人保健施設のあり方を御検討しているところでございます。まだ進行中のものでございます。

そういう意味で私ども、今回の改正法には、結論が出ておらないということからして盛り込まれたところで必要な措置を講じてまいりたい、こう考えておるところでございます。

○小松委員 この老人保健施設は、特別養護老人ホームがあつて、それから今までの老人病院があつて、それでその中間にと言つていいのかどうかわからぬけれども、今度の老人施設がある、こ

ういふうに理解していいのか。それと同時に、そのことはすなわち、これまでの社会的入院の受け皿、それを減らす受け皿として今度の老人施設

というものを理解したらいいのか、その辺はどういう理解の仕方でいいのですか。

○岡光政府委員 老人保健施設は、いわゆる中間施設とと言われておりますが、病院と家庭との間に

ある中間施設である、そしてやはり家庭に帰ると

いうことを念頭に置いた通過型の施設だというふうに整理をされております。あくまでも家庭復帰

ということを前提にして、それがためのいろいろな諸準備、リハビリテーションであるとか、自分

の家で日常生活が送れるような、そういうトレン

ニングをした上で家庭に帰っていく、その中間の段階にある施設であるというふうに認識をしてお

ります。

社会的入院との関係はどうかということでござ

いますが、社会的入院という実態をどのように認

識するかというところ是非常に問題のあるところ

でござりますが、端的に言いまして、具体的な病

氣の治療はほとんど必要がなくて、いわば帰ると

ころがなくて病院にずっといなければならぬ結果になつておる、そういうふうな人を指すという

ことありますけれども、その点はいかがでござります。

そこで、この設置計画、各県別については資

料としては出せないのです。その点はいかがで

しょう。

○岡光政府委員 基本的な計画といたしまして

は、昨年老人福祉法等の改正をいたしまして、平成五年度から市町村及び都道府県で老人保健

祉計画をつくつていただく、こういうことになつております。

このことでは、その病状、身体の機能状況

いかんでござりますが、そういう人は、病院と

いうのは基本的には病氣の治療ということを主眼

にする施設でございますので、病院から出て、しゃべべき施設、例えばその中には老人保健施設も入ると思いますし、そういう治療がほとんど必要ないということであれば特別養護老人ホームというのもあると思いますし、また家庭での受け皿が整つておれば家庭に帰つていただく、そういうことが必要だというふうに考えております。

○小松委員 そこで、老人保健施設の点について、今この案の計画でいきますと、この老健の施

設が十カ年で計画では三千五百カ所、二十八万床をゴーリードプランとして打ち出しているわけですけれども、実際に今のテンボでこの二十八万床設

置は可能と踏んでいるのですか。いかがですか、その点は。

○岡光政府委員 ただいま申し上げましたように、受け皿の整備ということで、十カ年計画の中

では老人保健施設二十八万床というのを整備目標にしているわけでございます。先生おつしやいま

すように、現時点では四百三施設、三万二千床余りでございますが、これは急速に整備をしていきたい、また、その整備ができるよういろいろな施策をあわせ講じたいということで目標達成をぜひとも図りたいと考えております。

○小松委員 ことし、平成三年度は二百七十五カ所、どうもこれでいくとこれはプランに終わつてしまふことになりますが、私は見た目では、平成

三年度予算措置が二百七十五カ所でいきますと、このテンボだとどうも難しいのかなという気が

ております。

補助金はそういうことでございますが、そのほ

かに融資の制度も講じまして、必要な経費につい

ては補助金と融資と両方でもつて確保するとい

う仕組みにしておるわけでございます。

○小松委員 今度の改正案を見ますと、大都市四

千、過疎地三千、定額補助、出しているんです

よ。これはどういう区分を引くんでしょうか。中

小都市というのもそういう言葉でいうと出てくる

んだけれども、過疎地と大都市と二つの区分しか

ないのですが、そのあたりの区分はどういうふうに理解しているんですか。

○岡光政府委員

大都市と申しておりますのは、やはり東京都及び政令指定都市でございまして、やはりそこでは諸経費が非常にかかりますので計算が必要だというふうに考えております。

それから、過疎地域とは、離島振興法とか山村振興法とか、こういう過疎関係の法律で把握をしておる地域でございまして、その地域に設置をする老人保健施設にはかかるべきそういう応援が必要だというので、いわばその地域では設置希望が少なものですから、促進という考え方から加算をしておるということをご存知ですか。

○小松委員

今言つたように東京とそれから指定都市ですか、そうすると例えば埼玉だと千葉だとかといふのは過疎地になつちゃうんですか。

ちょっとその辺、はつきりしてください。

○岡光政府委員

その地域では過疎地ではありませんでございませんで、要するに大都市といふのは大都市加算をつける対象地域でございまして、東京都と政令指定都市。それから、それ以外の過疎地以外の普通のところは、一般的な補助額で計算をするということでござります。

○小松委員

そうしますと、この区分というのがあれですか、大都市とそれから過疎地という二つしかこれを見るといふんですよね。ないでしょ。

○岡光政府委員

大都市型と過疎型との他といふ区分にしているわけでございまして、今おつしやいました千葉とか埼玉ですとその他に入るわけでございます。

○小松委員

わかりました。

そこで、ちょっとこれは意見なんですが、今確かに東京は特別地価も高いし、そういうことで建物も、三階建ても東京は認める、他の地区は三階建ては認めないといろいろな面であります、ただ、こういう定額補助などについては、東京と首都圏という立場からいりますと、そんなに大きな差はないと思いますね。したがつて、そ

ういった点では、今後の検討としてはぜひひとつそこに加えるように検討していただきたいと思うのです。それはお願いしておきたいと思いま

す。

そこで、余り時間もなくなつちゃうようなん

ですが、最後に特養の問題でちょっとお聞きしま

い。

大臣見えたので、ちょっと大臣に先ほども関連して伺いたいのですが、先ほど法制局と議論した

のですけれども、こういうスライド制になります

と、来年度からは国会での審議並びに議決という

ものが必要なくなつてしまふので、その点につい

て。その立場からすると、大臣は、これは法律と

かそういうものは別にして、どういうふうに考え

ているかということが一つ。それから二つ目は、

この今度の一部負担の問題を含めて国民的な合意

というのはほとんどなされていないと思うで

す、このスライド制の問題については、唐突に出

された感がして、これは広く国民的な合意形

成にはなつていよいよな気がするのですけれど

も、このあたりについてどういうふうに感じてい

るか、ひとつ大臣の考え方を聞いておきたいと思

うのです。

○下条国務大臣

これは基本的な問題でございま

すので、非常に重要なところだと思います。この

ことにつきましては、そもそもこの老健法の趣旨

から申しまして、既に申し上げておるわけでござ

いますけれども、この長寿社会の中において老健

施設が長期的に安定した形で運営ができるよう

にするにはどうしたらいいかということを検討いた

しまして、その中でそれぞれの観点の適正化を

図つていくという見地から、先ほど来お話を出て

おりますように、公費負担の方はもうかなり限度

に來ている、それからまた、若い方がどんどんふ

けでございます。

○小松委員

わかりました。

そこで、ちょっとこれは意見なんですが、今確

かに東京は特別地価も高いし、そういうことで建

物も、三階建ても東京は認める、他の地区は三階

建ては認めないといろいろな面であります、ただ、

こういう定額補助などについては、

東京と首都圏という立場からいりますと、そんな

円上げますことと、それから入院の場合の費用を四百円から八百円に一日当たり上げていただく、こういうことを基本にしたわけでございますが、それに関連いたしまして、今お尋ねのスライド制の導入も御考慮いただきたい、こういうことでござります。

これは、ただ恣意にスライド制が導入されるわけではございませんで、スライドする方式を法定化していくいただく、こういうことで御審議をいたしているわけでございまますし、比較をする例としては必ずしも適切ではないかもしませんけれども、年金においてもスライド制が導入されており、というようなことなどを考えまして、医療費の場合には別な算出方法、すなわち単位当たりの実績をもととして、それぞのスライドの率を法定化いたしまして、その率によつて今後の負担を確定していただく、このような制度を導入いたしたい。それがまた、先ほど御説明いたしましたように、制度の長期的な安定につながつていくんではなかろうかという見地でお願いしているわけでござります。

これは、ただ恣意にスライドするとかなんとかと

いう、年金や何かで支給する立場でスライド制といふのはあるのですけれども、こういう取る側のスライド制といふのは、特に社会保険の関係では今回初めてのケースだと思ひますので、それに基づいてこういふことがだんだんいろいろな他の方にも波及したんじや困るという考え方もあるものですから、その点も含めてお聞きしたのです。

それはそれとして、大臣にもう一つ。今度のこの全体の老健法の改正なんですけれども、この間ある新聞に「数字は怖い。表現の方法、分析の仕方によつて、印象がまるで違つてしまふ。」といふことがあります。

まず、スライド制についての合意がないのでは

ないかという御指摘でございましたが、平成二年十二月の老人保健審議会における「老人保健制度の見直しに関する意見」の中で「一定水準の実質負担が維持されるような見直しの仕組みを検討すべきである。」こういう御意見をいただいておる

ところでございまして、審議会においては、この

スライド問題についてはいろいろ御審議をしてい

ただいて、このような意見をいただいているところでござります。

それからもう一点、このようなものの仕組みに

医療費がどんどん伸びたり、老人が大変だ大変だといって、厚生省だけじゃなくて、消費税をやつたときも老人医療が大変だから大変だからと政府は盛んに言つてやつたんです。しかし、実際やってみたらこういうところにまたどんどんしわ寄せがされているので、数字のとり方、宣伝の仕方で

随分違うのですが、ここでも指摘されておりまし

たけれども、国民所得との関係も大事じゃないか

なというふうに思うのです。

厚生省でも調べておると思うのですが、実際に

は日本の医療費というのは世界の先進国の中ではまだまだ低い方なんですね。ですから、そういう

点もあわせて、この老健法の改正ということを一つの契機にして、私はもっと多くの国民的な論

議の中でこの医療費の問題等を含めたりやり方といふものを、全体像というのですか、先ほど五島議員も質問しておられましたけれども、その全体像と

一つのが二〇〇〇年なり二〇一〇年になつてきて

も、つかみでは何かやつているようですねけれども、トータルとしてのデータは全然ないのですね。ですから、そちらではなくて、一方では国民所

得との関係もあわせてこの医療費問題というものを全体的に議論しなければいけないんじゃないかな

という気がしているので、そのあたりについて總

員も質問しておられましたけれども、その全体像と

一つのが二〇〇〇年なり二〇一〇年になつてきて

も、つかみでは何かやつているようですねけれども、トータルとしてのデータは全然ないのですね。ですから、そちらではなくて、一方では国民所

つきましては、これは今回が初めてではないかと
いう御指摘でござりますが、平成元年の改正法の
附則で、国民年金の保険料については、年金が物
価にスライドして改定される場合には、そのスラ
イドの指標として用いられた物価指数を用いて保
険料についてもスライド改定をするという、似たよ
うな前例があるという事実を申し上げさせてい
ただきたいと思います。

のですが、このあたりについて補助単価を見直すべきではないかどうか、その点を一つ伺つておきたいと思うのです。

低利融資の対象にしておりますし、また、従来から関係省庁にお願いいたしまして国公有地の優先利用ということもお願いしておるわけでございま
す。

でござります。
確かに、国民所得比で申しますと六%程度でございまして、アメリカなりヨーロッパが一〇%台

イドの指標として用いられた物価指数を用いて保険料についてもスライド改定をするという、似たような前例があるという事実を申し上げさせていただきたいと思います。

○下条国務大臣　この新しい改正につきましてはいろいろな御意見があり、また今のような問題点の提起もございますけれども、先ほど来御説明いたしましたように、各般の検討の結果今回の改正案をお願いしているわけでございます。この改正案の主眼点は、くどいようですがありますけれども、社会的な環境、それからまた長寿社会の実情等を勘案いたしまして、制度が安定的に運営できるようについてことを念頭としてこの改正をやっておるわけでございます。

れということなのでしょうけれども、今、用地も大変取得するのに要るのです。政府、厚生省で言うように、どんどん特養もふやすということになれば用地確保も実際大変重要な課題なのです。ですから、そういう面に對する補助といいますか、そういうことも検討はされないかどうか、この二つだけ伺つて終わりにしたいと思うのです。

○末次政府委員　社会福祉施設の整備の關係でございますので、私の方からお答えいたします。

社会福祉施設における建築実勢単価を見ますと、全國的には大体最低限必要な建設費をカバーし得る状況になつてゐるというふうに見ておりますが、しかしながら、一部の地域におきまして人手不足等伝えられまして、建設費が高騰している

また、お尋ねの負担の問題の関係でございますが、けれども、一応政府の公式の見通しでは二〇〇〇年の当初に税と社会保険の負担が合わせまして大体四〇%の中ごろということをめどにしておるわけですが、いまして、その中における社会保険の関係の負担がそれらの線の上にあって、急激に突出することのないよう在我々も配慮しながらこの制度の運営を図つてまいりたい、このように考えておるわけでございます。

それからもう一つは、用地におまかせた勝手はやれということなのでしょうけれども、今、用地も大変取得するのに要るのです。政府、厚生省で言うように、どんどん特養もふやすということになれば用地確保も実際大変重要な課題なのです。ですから、そういう面に對する補助といいますか、そういうことも検討はされないかどうか、この二つだけ伺つて終わりにしたいと思うのです。

○末次政府委員　社会福祉施設の整備の関係でございますので、私の方からお答えいたします。

社会福祉施設におきます建築実勢単価を見ますと、全国的には大体最低必要な建設費をカバーし得る状況になつてゐるというふうに見ておりましたが、しかしながら、一部の地域におきまして人手不足等伝えられまして、建設費が高騰しているということも聞いておるわけでございます。

この国庫補助単価につきましては、従来から文部省の公立文教施設の改定率に倣つて隨時引き上げを行つてきておりまして、平成三年度におきましても、労務費、資材の上昇等反映させまして公立文教施設の改定率に倣つた引き上げを行つたところでございまして、今後ともこういう状況について適切に反映するよう努めたいといふふうに考えております。

○小松委員 最後に、特養の問題で質問をしておきたいと思うのです。
実は私も特別養護老人ホームに関係をしておるのですが、現在、国の基準が本体工事とか設備整備費を合わせましても二億九千万、一ヵ所五十人定員なんですけれども、三億弱なんです。ところが、実際には今これの建設ということになりますとこれの倍ぐらい、七億以上この首都圏ではかかると思うのです。そうなりますと、とてもじゃないいけれども、今、国の中では特養をつくるのは施設者の負担というものが相当重いということな

土地の取得に補助することにつきましては、一般的に言いまして、土地が恒久的な資産であるということからなかなか困難でございますが、厚生省としては従来から、この社会福祉施設の用地の確保につきまして、一つは、社会福祉施設の用地につきましては原則として自己所有ということにしておりますが、それが困難な大都市につきましては特例的に地上権の設定で足りるということをやつております。それから、社会福祉法人の用地取得費につきましては、その全額を社会福祉・医療事業団の低利融資、四・六%でございますが、

ときとダブルないよに努力をしながら質問をさせていただきたいと思つております。

初めに、国民医療費が二十兆円を突破、しかも毎年一兆円ずつふえているということです。まあ大変ということで大騒ぎがされているわけですが、日本の医療費は高いのか低いのか、医療費の伸び率はどの程度が適当なのか、どの範囲にとどめようと思つていらっしゃるのか、厚生大臣の御見解を伺いたいと思います。

○黒木政府委員 我が国の国民医療費が世界に比べて高いのか低いのかというまず第一点のお尋ね

の伸び率の範囲内に抑えるといふことを今伺いました
にしていらっしゃるということを伺いました
が、その目標から人口増と高齢化分、それは当然
増でござりますので除くのが妥当じゃないか、そ
のように思います。例えば平成二年の推計でござ
いますが、人口増が〇・四%、高齢化分が一・三%、
医療費の改定分が一・〇%、それから医療機器の
高度化分が三・三%ございます。全体を合わせ
ると六%になるわけですが、この中から高齢化、人
口増一・七%はもう当然増というふうにみなすべ
きじゃないか。我が国は経済至上主義、生産第一
主義を貫いてまいりましたが、生活関連への配分

○小松委員 終わります。どうもありがとうございました。
○浜田委員長 大野由利子君。

として私ども行政運営をいたしておりますわけでありますけれども、国民医療費の伸びということから申しますと、国民所得の範囲内に現時点ではおさまっているということをごさいます。

きまして一部償還免除を図るといったような優遇措置を行つております。こういった都市部においては社会福祉施設の整備の促進を図るということを目指してまいりたいというふうに考えております。

五十年代、二けた以上ずっと国民医療費が伸びておるわけですが、このところ減速をいたしております。国民所得の伸び率の範囲を政策目標として、医療費の伸びを国民所得の伸び程度あるいは範囲内におさめるということを政策目標

認める、さらに、これに高層化する場合には8%の面積の割り増しを行う、また、エレベーターの設備を認めるというふうにしております。特にこれにつきましては社会福祉・医療事業団の融資に付きまして無利子の融資、さらには、その償還につ

伸びでございますけれども、御案内のように、
といふのが一点でござりますし、国民医療の範囲
の中に外国では建設費が入っているとか、その他
いろいろな面で出入りがございますので、単純な
比較はできないわけでございます。

合には、補助基準におきまして8%の面積加算を行ふということを一つやつております。それからさらに、既存の社会福祉施設を整備する、需要の高い施設と複合化して改築する場合には、経過年数を緩和いたしまして老朽度にかかわらず改築を行ふことを一つやつております。

まして、どこでもだれでもいつでもいい医療が受けられるという意味で立派な制度ができるのです。ではなかろうかというふうに考えております。したがつて、外国と医療費を比較する場合には、医療のレベル、水準等も考え方合せなきやいけない事

す。
なお、平成三年度につきましては、こういった
要求を勘案しまして、用地確保の困難な都市部に
おきまして三階以上の高層建築物として設置する場

ざいまして、アメリカなりヨーロッパが一〇〇台
ということで、国民所得対比では低いというふうに
言われている面もございます。しかし、御案内
のよう、私どもの社会保険制度あるいは医療給
付制度は非常に効率的な運営を心がけており

が非常に少ないといふことが今本当にいろいろな面で指摘をされております。こうした意味で、生活関連に配分をし、また、生活者の重視といった面から、当然こうした高齢化分と、そして人口増の分を目標から省くべきではないかと思いますが、これに対し御答弁をお願いしたいと思います。

○黒木政府委員 私どもは、お答えいたしましたように、国民医療費を国民所得の伸びの範囲内にとどめるという政策目標をいたしておりますわけあります。その中には、当然人口増なり高齢化による影響分も含めてそうしたいと申し上げているわけでございます。これは、まさしくこれから高齢化が進みますと、国民医療費の増大は避けられないわけでございます。そして、その国民医療費は国民の負担、社会保険料だとか税の負担によって大部分が賄われるということございますので、これからも社会保険制度が有効に高齢化社会の中で機能していくよう、そして国民の負担が過大にならないためにといふことで政策目標を立てているわけでございます。せっかくの御提案でござりますけれども、高齢化あるいは人口増を含めた中で私どもは見ていきたい。そして、それによどまるように国民の健康づくり対策、疾病の予防から保険者の経営努力、それから診療報酬の合理化、薬価の適正化あるいは医療供給体制の合理化なり効率的なシステムづくりというようなものを目指しながら、これから医療費の増大が避けられない中で、そういう政策目標というのは維持しないがら、私どもは懸命な努力をしていく必要があるのではないか、かように考へておるわけでございます。

○大野(由)委員 国民医療費の対国民総生産比が日本は非常に低うございまして、欧米は8%から1%ですが、日本は今5%台、そういう状況でございます。三十年後、高齢化が最も高くなつて四人に一人が六十五歳以上になりました、そういうビーグルどきを迎えるましても、国民総生産比は7%弱じやないか、そういう試算がございます

が、その点について厚生省のお考えをお伺いしたいと思います。

○黒木政府委員 将來の試算でございますけれども、GNP比幾らになるかという試算は、私の承知する限りでは出していないと思うわけでござります。ただ、予算委員会等に、これから社会保障給付費がどの程度になるかというような試算は示したことはござります。

○大野(由)委員 では、その辺もぜひお願ひいたいと思います。

○下条国務大臣 それから、国民負担率でございますけれども、この負担率というのは、これで単純にすべてを推しはかるとは極めて困難だと思ふとおもつていらっしゃるか。

○下条国務大臣 先ほど来の論議の続きでござりますけれども、この負担率というのは、これで単純にすべてを推しはかるとは極めて困難だと思ふとおもつていらっしゃるか。

○大野(由)委員 先ほど委員御指摘のように、二〇二〇年がちょうど一番の高齢化のピークを迎えるときでございますが、そのときの負担率といふとしまして五〇%を超えない、それを目途とするというようなことが計画として一応出ておるわけでございます。いわば努力目標でございますので、そういう線を一応想定しながらいろいろな計画を充実するようにしておるわけでございます。

○大野(由)委員 社会保障給付費でございますが、これは国民に還元されるものでございますので、国民負担率から差し引いて純負担率、実質負担率という考え方とするべきである、そういう意見がございます。例えばスウェーデンが国民負担率が大変高くて七〇%を超えていたりなどとよく問題になりますが、こういう純負担率といふことで考えますと、スウェーデンは三〇%、イギリスが二七%、西ドイツが二二%、日本が二四%ということであります。このことで、高いと言われますスウェーデンと日本も大差がない。しかも、老後に備えて貯金や保険というものが日本では必要なわけですか。

○熊代政府委員 お答え申し上げます。先生御指摘の数字はそのとおりだと思いますが、国民負担率は、大臣からも御説明申し上げましたとおり、社会保障負担及び税負担の国民所得に対する比率ということでございます。社会保障負担につきましては、これも御承知のとおりでございますけれども、一つのめどとしての意義はあると思います。そういう意味において、第二次行革審の答申の中では、先ほど委員御指摘のように、二〇二〇年がちょうど一番の高齢化のピークを迎えるときでございますが、そのときの負担率といふとしまして五〇%を超えない、それを目途とするというようなことが計画として一応出ておるわけでございます。いわば努力目標でございますので、そういう線を一応想定しながらいろいろな計画を充実するようにしておるわけでございます。

○大野(由)委員 一方、國民から広く負担を求める社会保障負担の方でございますが、それは國民各層から広く負担を求めるということでございますので、それを差し引いて考えるということは、負担をいたします國民の側でございますけれども、負担は負担ではないか、それから給付は給付ではないかというふうな考え方があろうかと思われます。ということで、負担する側の國民の方々から広い支持を得られるかどうかということについていささか問題があるのでないかと感じております。以上でございます。

○大野(由)委員 我が國で特にまたおくれていますのは福祉の分野だと思いますが、我が國の福祉の水準と他の先進諸国との比較について教えていただきたいと思います。

○岡光政府委員 福祉社会のあり方をどのように思ひます。

が、そういうものを差し引きまして自由に使えるお金となると、日本とスウェーデンは全くもう同じになる、そういうふうに言われております。こうした純負担率ということに對する考え方、今のところは、それから公租公課を中心やって、そこには単純に比較をするのは難しいのか、そのように思ひますが、厚生省の御見解を伺いたいと思います。

○熊代政府委員 お答え申し上げます。先生御指摘の数字はそのとおりだと思いますが、国民負担率は、大臣からも御説明申し上げましたとおり、社会保障負担及び税負担の国民所得に対する比率といふことではあります。それから、アメリカのところと、それからアメリカのように民間の力でやつてあるところといろいろ差がございまして、そのところは単純に比較するのは難しいのではないかと思ひますが、我が国においては、いわば社会保障が中心、基本にあるようないまして、年金なり医療というものにつきましては、国民皆保険であるとか国民皆年金体制をとつておりまして、そういう意味では歐米諸国と比較しても遜色がない本準に達しているのではないだろうか、そう考えております。

○大野(由)委員 確かに福祉の分野の比較は大変難しい状況だと思いますが、対国民所得比、社会保障全体の給付費が日本は一四・五%、アメリカが一六・二%、イギリスが二五・五%、西ドイツは二九・一%、フランス三六・二%、スウェーデン四〇・七%、これは社会保障給付費全体の国民所得比でございます。それから、この社会保障給付費の中には医療と年金が大きな比重を占めているわけですが、それを除きましたその他、いわゆる生活補助とか扶助、児童手当、また社会福祉サービス、失業給付、そうしたその他の分野に含まれますと、日本は対国民所得比が一・六%、アメリカが二・六%、イギリス九・三、西ドイツが二・六、フランス一二・六、スウェーデン一六・一、そういうデータが出ております。これは日本は一九八八年で、他の国は一九八六年のデータでございますが、いざれにいたしましても、日本の福祉の水準が諸外国に比べて非常に低い、極めて低水準だと思います。

私は、どうして福祉のことをここでこのように取り上げたかと申しますと、日本の医療は入院期間が非常に長いことが特徴になつておりますが、いざれにいたしましても、日本の福祉の水準についても言えますし、医療と年金を差し引いたその他の分野についても言えるのではないか、そのように思ひます。

今、特に具体的な問題として提起されました看護職員の問題でござりますけれども、看護職員の需給関係の資料が実は手元に新しいものがございませんので、国会の皆様からの御質問のときにお答え申し上げましたように、三月末でありますけれども、新しいデータを求めて、そのデータによつてさらに具体的な計画を立てたいということです。各都道府県に通知を出したばかりでございまる。今見通しでは大体六月ごろにその現状の報告がありますので、それを前提としながら今後施策を進めてまいりたいと思っております。

なお、現実の問題として、当面はやはり看護職員

の方々の確保、このためには今お話をございましてたように、待遇の改善とかあるいは勤務状況の改善等々がございますが、この問題につきましては、国立病院の方につきましては、既に平成三年度の予算におきまして夜勤の手当をふやすことにいたしております。また、一般的の看護婦さんの民間での改定のときに、その改定の中にほかの項目より高い率の引き上げを前提とした計算もいたして織り込んでございますので、その中で一応解決を図つた次第でございます。

なお、全般的な数が少ないということによつて勤務の状況、例えば今御指摘のような夜勤の問題でござりますが、これはもう人事院の勧告からかなりの時間がたっております。二・八体制をぜひやれということでございますけれども、国立病院の方は、場所によつてはいろいろ差はございますけれども、今二対九というところを割り込んだぐらいいのところが平均値でございまして、我々といつたしましては、少なくとも二・八体制に近づけて夜勤の負担の軽減を図つてしまいたい、このように考えておるわけでございます。

また、週休二日制の導入問題につきましては、いろいろ当たつてみましたところ、国立病院の方では、一応国家公務員一般並みの隔週ごとの週休二日制の導入はほとんど行き届いておるようでござります。

また、新しく看護婦さんになられる方々の養成、これも今度の予算においてかなり重点的な配慮をいたしております、新しい方々が喜んで看護職に入つてこられる、そして優秀な看護婦

う、そして今厚生大臣からマンパワーの確保のためのいろいろなお話を伺いましたけれども、やはり根本的な待遇改善とそういうものがもつとなされなければいけない、私はそのように思いますので、ぜひその辺の御努力をお願いしたいと思います。

でございます。これは、入院が長期化をしますと、いわゆる慢性化するわけでございまして、治療内容が定型化をして、必要な医療的ケアに要する費用が減少するということに着目して、こういった遙減制を設けていたところでございます。

○大野(由)委員 今、大まかな御答弁をいただい

方々もたくさんあるわけございますので、御家庭の状況で再び勤務につくことができる方については、各県にありますナースバンクを通じまして情報を取りまして、再就職の道をさらに広げるよ

○岡光政府委員 入退院の適否であるとか他の病院へ移っていただくなとの是非であるとか、これには主治医の医学的判断に係っている問題でございましていらっしゃるか、お尋ねしたいと思います。

たわけですか。実際には、入院一ヵ月未満、一ヵ月から三ヵ月、三ヵ月から六ヵ月というふうに細かく分かれています。入院時の医学管理料がだんだん下がってくる、一年を超えますと一ヵ月未満の三分の一ぐらいになってしまい、そういう現状がございます。そういう意味で、現実に、わざか五年、六年の入院期間の間に三回も四回も病院を

いう方々には、またいろいろの介護あるいはその他の派遣の形でのサービスに当たつていただくというようなことも考えておるわけでございます。
なおまた、いろいろとつらい立場で御不自由あるいは御不満も多々あるということも聞いておりますので、間もなく到来いたします五月十二日の

「看護の日」に、イメージアップと、また多くの方々の理解を看護職に賜らんことをお願いするような機会として、この日を設けまして、ひとつの目的に、多くの方々に御理解と、それからまた、働く方々の意氣の上がるような形での一つの記念の行事をやるよう計画いたしております。

今、そういうことでいろいろな施策を講じながら、この看護職の充実、また需要にこたえる体制を整えるように努力しているわけでございます。

○大野(由)委員 医療経営が現在非常に厳しいと
いう現状がございますが、診療報酬も一九八〇年

代の十年間に引き上げ幅は、薬価基準の引き下げを差し引きますと、わずか二・六五%という状況でございまして、消費者物価や賃金の上昇に比べて非常に低過ぎる、そういう現状がございます。今まで薬価差益等に頼つて経営が成り立つていた

という状況がありますが、こういふ不健全なことをとらなくともいいように、診療報酬、看護料等も含めてきっちりと引き上げるところは引き上げる、そして公費の負担もきっちりと五割の負担を行

の治療上の目的のために行われているということであれば当然でございますが、単にそういうことじやなくて、特例許可老人病院におきます入院時の医学管理料、診療報酬でございますが、これは期間によつて変わるという現状があると思いますけれども、期間によつてどう変わるか、ちょっと御説明いただきたいと存ります。

○岡光政府委員 入院時医学管理料の点数でございますが、特例許可老人病院病棟で申し上げますと、六カ月以内の場合には二百三十五点から百三十三点でございますけれども、六カ月を超えて一年以内の場合には百十三点、一年以上になつた場合には八十二点というふうに区分をしているところ

○岡光政府委員 入院時医学管理料の点数でござりますが、特例許可老人病院病棟で申し上げますと、六カ月以内の場合には二百三十五点から百三十点でござりますけれども、六カ月を越え一年以内の場合には百十三点、一年以上になった場合には八十二点というふうに区分をしているところ

がつてくるということはやめるべきじやないか、一定のあれを確保するということをすべきじやないか、そのように思いますが、御意見を伺いたいと思います。

○岡光政府委員 今おっしゃいましたように、医学的に見て継続して入院が必要な患者に対しまし

て、医療機関の経営上の理由から、出でいつてくれと転院を強要するようなことはあつてはならないと考えております。

私どもの基本的な考え方いたしましては、病院それから関係の施設も含めまして機能分担をして体系的な整備を図るべきだ。そして、具体的に申し上げますと、急性的な治療が必要なところは急性的な治療をして、そこで病状が落ちついたら、その病状が落ちついたところで治療行為をするようなところに移っていく、それからもう少し落ちついて、在宅でも生活が可能であるというところになりましたら在宅に戻るというふうに、それが機能分担をしていくべきじゃないかと考えて、そのような体系を整備したいと思っております。そういう意味では、いわゆる長期入院については是正方をしていかなければならぬというふうに考えておりますが、繰り返しになりますけれども、入院時医学管理料を通過化しておりますのは、長くなりますが慢性化して、治療内容が定型化する、必要な医療的なケアに要する費用が減少するというところに着目しているわけでございまして、これはそういう費用が少なくて済むという状態に着目して、そういう診療報酬の点数を設定しているという仕組みでございますので、そこそこは御理解いただきたいと思います。

○大野(由)委員 実際にはどのような現状があるか、患者さんの立場に立つてどうあるべきかという観点から、先ほど岡崎委員からも基準看護の病院で実際には付添料が取られているという現状のお話がありましたがあつと患者の立場に立つて、こういうことが改善されるということについて前向きに真剣に取り組んでいただきたいと思ひます。

非常に心配をいたします。

そういう意味では、単に老人の一日当たりの医療費に比例するというのじゃなくて、生活実態からかけ離れないという意味では、物価ないし基礎年金の変動率を上限にするとか、そういう歯止めが必要なのではないか、そのように思います

が、御見解を伺いたいと思います。

○岡光政府委員 ますスライドの結果、将来どうなるかということでおざいます。過去五年間の平均伸び率を用いて試算をしてみますと、老人医療費全体では約9%伸びておりますが、単価の要素でございますので、外来では3%程度、それから入院では2・5%程度の伸びになつております。この伸び率で十年後に幾らになるかということがございますが、そのような伸び率を用いることにしております。それによつて外来の一部負担金では千三百四十円程度、それから入院の一部負担金は千二十円程度というふうに、これは試算ができるわけございます。あくまでもそれぞれの単価に応じて伸ばしていくわけでおざいますので、こういふ字になるわけをおざいます。

それから、年金とか物価の上昇率に配慮をして考えるべきではないかといふことでござりますが、私どもは、一部負担といふのは、実際に受けている受益に応じて負担をしてもらうということが一部負担の基本的な考え方だといふに考えておりますので、やはり実際に受ける単価の伸びといふものを念頭に置きまして、それでスライドをさせていくと、この仕組みをぜひともお認めをいただきたいと考えておるわけでございま

す。

○大野(由)委員 実際には老人の方々、七十歳以上の方の生活はほとんど年金を頼りに生活しているわけでござりますので、今のところ伸び率はそれほど大きくかけ離れるものではないといふ予想をしていらっしゃるようですが、そういう観点からも、ぜひこうした歯止めをきちっとするということが、お年寄りの方の生活を守るという意味では必要である、そのように

思ひますので、ぜひこれは再度御検討をお願いをしたいと思います。

それから、もう一度お尋ねしたいと思いますが、今回の患者負担の引き上げを行われますと、負担増が約千二百億円と聞いておりますが、この積算根拠を教えていただきたいと思います。

○岡光政府委員 外来分につきましては、老人の外来の総件数、これは一億三千九百万件でござりますが、この総件数に一部負担の引き上げ幅が二百円でございますので、それを乗じまして二百八十億円、それから入院につきましては、老人の入院の総入院数、これは入院日数でございますが、二億二千七百万日といふように見込んでおりまして、これを四百円の上げ幅でございますから、四百円を乗じまして九百億円、合わせまして一千八百八十億円といふように推計をしておるわけでござります。

○大野(由)委員 外来はお年寄りの方平均約二・七かかっていらっしゃるということでござりますが、外来の一人当たりの年間の負担増はどの程度になりますでしょうか。

○岡光政府委員 今御指摘のありましたような試算をちょっとしておりませんのですが、大体私どもが把握しておるところでは一月に平均四・五回程度外来受診をされるというふうに把握をしておりますが、月単位でこれは考えておりますので、年間を通じて一人の方がどの程度の、何月くらい通院をされるかというのは、ちょっと今手元に持つておりませんので、お時間をいただきたいと思ひます。

○大野(由)委員 済みません、きょうは大蔵省から來ていた大蔵省からお尋ねをしたいと思いますが、実は平成元年から消費税が導入されましたけれども、平成元年から平成三年度までの各年度の消費税の収入はお幾らになるか、合計して教えていただきたいと思います。

○神原説明員 お答え申し上げます。

一般会計分及び特別会計分合せた額で申しあげますと、平成元年度決算分で六兆八百七十四億

円、二年度補正後で六兆八百七十五億円、三年度が予算ベースで六兆一千八百億円となつております。

○大野(由)委員 国民一人当たりにいたしますと、三年分の消費税、お幾らになるでしょうか。

○神原説明員 この間の総人口が、平成元年度の実績で一億二千三百十八万人、二年度の実績見込みが一億二千三百五十五万人、三年度の見通しが一億二千三百九十万人となつておりますと、消費

税収を単純に総人口で除して各年度の一人当たりの消費税負担額を求めますと、元年度は三万三千円程度、二年度は四万九千円程度、三年度は五万円程度と見込まれます。

○大野(由)委員 消費税の導入に当たりまして高齢化社会における財源確保といううたい文句で強行採決されたというか、消費税が導入されたわけだと思いますが、所得の多い少ないに関係なく一律3%という消費税がかかる。低所得者層には、今特に高齢者には大変この消費税の負担が大きいわけでございます。今大蔵省から御答弁いただきましたように、大変、一人当たりの消費税の負担額が年間三万、四万、五万等の負担をしておるわけでございます。

そういう意味で、高齢者の方がこの大変な一人当たりの消費税の負担をしながら、なおかつ今回患者の一部負担を大きく増やすということは、一体どういうことなのか。老人福祉法の第二条によると、「老人は、多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として敬愛され、かつ、健全で安らかな生活を保障される」、このように出ているわけですが、これとの整合性をどう説明されるのか、お聞きしたいと思います。

○岡光政府委員 まさに将来の高齢化に備えるといふ要素、意味合いを持つておるわけでござりますので、そういう意味で私ども、具体的には「高齢者保健福祉推進十カ年戦略」をつくつて、この二十世紀の間にそういう高齢社会が到来したときに十分対応できるような諸体制を整えたいとい

う意味で、広く高齢化社会に備えるような体制を組んでおるというふうに承知をしておるところでございます。

○大野(由)委員 消費税の採決に関しまして税制改正六法案を同時に成立されたわけですが、この中に、同居の特別障害者の世帯、寝たきり老人介護減税というもののを行われたわけでございますが、しかし、これは消費税導入によって税負担が増大するいわゆる課税世帯には、所得税を納めていない低所得層への対応策にはなつていな

いということで、在宅の寝たきり老人、痴呆性老人などを抱えている家庭に対し、非課税世帯に介護の一時金として五万円を支給された、そういうことがございます。これは間違いないと思いま

すが、大蔵省に確認したいと思います。

○渡辺説明員 お答えをさせていただきます。

〔石破委員長代理退席、委員長着席〕

六十三年度の補正予算におきまして、消費税導入に伴う臨時特例の措置として臨時福祉特別給付金を支給することといたしました。その中の一つとして、御指摘の在宅の寝たきり老人、痴呆性老人を抱えておられる低所得者世帯には五万円の臨時介護福祉金、これを一時金として支給いたしました。先生の御指摘のとおり、間違いはございません。

○大野(由)委員 我が国では介護手当という社会保険制度がまだ行なわれていませんで、地方自治体で一部、要介護老人を抱えている世帯に少しでも手当が支給されている、そういう現状がございま

す。国においては、この要介護者を持つ家庭への支援に着目した社会保険制度はとられていないくつで、税制上の所得控除によって実施されていらっしゃるわけでございます。八九年一月一日の改正で、同居の特別障害者で七十歳以上の老親を扶養しているところは八十万の控除額が百二十万に拡

大されました。同じく配偶者がそういう状況であ

るときには八十方が百十万に改正されたわけですが、これは間違いないかどうか、大蔵省にお尋ねしたいと思います。

○神原説明員 基本的に先生の御指摘になつたとおりでございます。

ただ、後半の同居の配偶者が特別障害者である場合の控除額につきましては、先生おっしゃつた数字は配偶者特別控除がない場合の数字だと思ひますが、これは配偶者特別控除を含めますと、九六・五万円から百四十五万円になつておりますが、基本的に先生御指摘のとおりでございます。

○大野(由)委員 今、基本的に間違いないといふ大蔵省のお話を伺いましたが、この控除は収入によつて非常な差があるわけでございます。所得が低い層というか非課税世帯は、この恩恵を受けないわけでございます。そして、課税されていても、低所得者層の人たちは課税率が低いわけですから、受ける控除額が少ないわけですが、高額所得者の方は非課税枠の拡大によつて受ける非課税額が非常に大きい。これは非常に不公平があるわけです。

ある学者の方の試算によりますと、寝たきり老人を抱えている所得控除の実例でございますが、普通の一般的な平均給与所得者の方で十八・二万円、一般給与所得者三百九十五万円の平均の半分の人で六・四万円にすぎない。そしてまた、反対に一般給与所得者の四倍の収入のある方で五十七・三万円の控除額になる。そういう状況でございますが、これは所得が二分の一の家庭と所得が四倍ある家庭ではこれほど大きな差があるわけでございます。要するに六万四千円と五十七万三千円の差、月額に直しますと毎月五千円の介護手当しかいただけないところと四万八千円の介護手当をもらえるのと同じいうふうな差が出てくるわけですから、これについて大蔵省の御見解を伺いたいと思います。

○神原説明員 お尋ねの同居特別障害控除の減税効果の具体的な金額につきましては、その前提となる内容を詳細に承知しておりませんが、先生

おっしゃいますように、所得控除の場合、所得の多い方が軽減額が多くなるという御指摘であれば、それはそのとおりでございます。

ただ、人的控除を所得控除方式で行つておりますのは、負担能力に応じた公平な課税を実現する

という観点から、所得の大きい方も小さい方も、より累進的な負担を求めるのが合理的であろう、こう考へているからでございます。基礎的非課税部

分は、所得から生活に必要な費用を外したりするものですが、こういうような費用は所得の大きい人も小さい人も差をなく控除していくわけでございますので、そういうことで特に高額所得者が有利になつてゐるというふうには考えておりません。これは所得控除方式の制度から来ることかと思ひます。

なお、帰結として当然のことになりますが、所得税を納めていたく方を対象とする所得課税度上無理であるということも御理解いただければと思います。

○大野(由)委員 今いろいろと税控除の計算をする申し上げまして、大蔵省の方からも御答弁をい

ただきましたが、実際に同じ百二十万の非課税枠でございましても、高額所得者の方と高額じやない方とこれほど大きな差が出ている、そういう現

状がございます。また、非課税世帯で、消費税が導入されたときに、一回ぱつきりの介護手当でございまして、高額所得者の方と高額じやない方との間に大きな矛盾があるわけでございます。痴呆性老人だとか寝たきり老人を介護している家庭の御苦勞といふものは変わらないわけでございまして、非課税世帯だと全然苦勞がないかといふ

そんなことはございません。むしろそういう家庭

の方が苦勞が大きいわけでございます。ところが、こういう税控除による介護の手当のやり方と

いうものは、私は、そういった意味では非常な不公平を生むのじゃないか。税控除のやり方でやるに支給するというような方法をとるべきじゃないか、そのように思うわけでございます。

これは税体制と絡んでくるわけでございますので、非常に難しい問題だとは思いますが、このように大変な矛盾があるということについては厚生大臣の御見解を伺いたいと思います。

○下条国務大臣 矛盾を見るかどうか、これは一つの問題があるかと思います。

ただいま大蔵省の方から説明がございましたけれども、やはり負担をしておる方のその中から減税をしていくということであれば、その負担額が大きければ同じ比率でも減税の金額が多くなるということでござりますから、これを一概に不公平だと言いつけることはなかなか難しいのじゃないかと思いますけれども、ただ、委員の御指摘は、要是所得の低い方に対する行き届いた配慮はどうかといふ点からいえば、この問題はやはり全体的な問題として我々も配慮していかなければならぬ、このように考えております。

○大野(由)委員 今、所得が低い方への何らかの配慮といふふうに厚生大臣はおっしゃいましたけれども、ぜひ非課税世帯とか所得が少ない方への配慮を何かきちっと介護手当みたいなもので、非課税世帯に対しても、先ほど申し上げました消費税導入のときの一回ぱつきりになつてしまふけれども、少なくとも非課税世帯に対しては介護手当を考えるということについてぜひ前向きに検討していただきたいと思いますが、重ねて厚生大臣の御答弁をお願いしたいと思います。

○下条国務大臣 全体的な問題の中で、今御指摘のようないい問題も今後検討をさせていただきたいと思つております。

す。大変ありがとうございました。

○児玉委員長 児玉健次君。

医療が有料になつて八年間たちました。国の負担が老人医療費に占める割合は、皆さんからいたいた資料によれば、「一九八三年度、制度発足のとき」に四四・九%でした。前回の改正でそれが四〇%を割つて、昨年度三四・九%です。ちょうど一〇%、この分野でも少なくなつています。昨年の老人医療費でいえば、一〇%といえば五千九百九十八億一千万円ですから、これは少なくない金額だと言わなければなりません。

そこで、今回の提案で国庫負担はさらに減少していくのではないか。皆さんからいたいた資料で試算してみました。國の負担がふえる分野は、例の介護に着目した老人病院等七百五十億のうち、國が五百億です。それから、原爆や結核や精神病にかかる医療費の中で、もちろん高齢者ですが、國の負担増が二十億というふうになつてます。

一方、負担が減る方は、高齢者の一部負担増に伴う国庫負担の減が二百四十億。それから同様のことで國庫の負担が五百六十億減りますが、これは國が半分出していますから、その二分の一で減が二百八十億。同様にして政管健保、今回の措置で四百九十億支出が減りますから、その一六・四%で八十億。総計、差し引くと八十億円國の負担がこの際この改正によつて減少されるというふうに私たちは見ていますが、どうですか。

○岡光政府委員 まず、先生おっしゃいましたように、今回の改正で公費負担が増するのは国、地方合わせまして七百五十億。それに対しまして国庫は五百億でございますが、おっしゃいますように、拠出金が減るということによって、国民健康保険なり政府管掌健康保険の拠出金部分が減りますので、全体で八十億の負担減になるということは、全体では事実でございますが、あわせて全体で御議論いただくのであれば、老人保健の基盤安定化のための特別保健福祉事業、これは百億円増いたしまして一千億の助成措置を講じておるわけでございますので、こういったものともあわせてお考えをいただく必要があるのじやないかと思っております。

○児玉委員 八十億についてはお認めになつた。今、岡光さんが言われた最後の点だけれども、これは去年から始まっているものです。しかも、当面の措置とわざわざ銘打つておるので、それを差し引き勘定に入れるのは不適切ですね。そこで、この点は下条大臣に伺いたいのですが、昨年十二月十九日の読売新聞、高齢者の一部負担増が報道された直後です。東京都国分寺市の六十九歳の方がこういう投書を出しています。厚生省は介護充実を口実に、老人医療費の自己負担金などの値上げを検討し、党社会部会に報告するとのことです。

いづつた、消費税は何だったのか。高齢者の多くは、消費税さえ軌道に乗れば、問題の介護費用も老人医療費も福祉対策も、うまく運ばれるものと固く信じたればこそ、弱者負担の声にも、シワ寄せにも我慢しているのだ。この声は消費税を容認した方からの声でもあります。大臣、この声に対してもどのようにお答えになりますか。

○下条國務大臣 消費税という税の体系からいきますと、これはフラットの税金がかかりますので、逆進性といふものは避けられないと思います。ただ、それがそのまま逆進性の姿になるかどうか

うかは、その方が買われる量と所得との比較とかいろいろな問題がありますので、一概に端的には言えないのですけれども、全体的に言えば逆進性ある税金であるということになります。しかし、導入のときに今賛成された方は、恐らく全体の財政需要、それからまた、それぞれの妥当な国民の負担というようなものなどを考慮されまして、これを容認されたのではなかろうか、これは私が個人的に想像するわけでございます。

さて、そこで、そういう背景の方が、今回の問題についての御指摘でございますけれども、これは私たち、この財政の中で公費負担というものがかなりのウエートを占めておるわけでありますので、その公費負担の中に、消費税は目的税でございませんので、その負担が回り回つて公費負担の方に寄与しているということを御理解していただき、また、あわせて具体的な今の医療の問題あるいは介護の制度、その他のきめ細かな対策も御考慮いただいて、ひとつ御理解をしていただきたい、このようにお願いする次第でございます。

○児玉委員 消費税はお年寄りの幸せのために、福祉のためだと耳にたこができるほど宣伝されますが、昭和四十八年の段階に戻してほしい、このように厚生省は真剣にこたえるべきだと思うのです。厚生省は介護充実を口実に、老人医療費の自己負担金などの値上げを検討し、党社会部会に報告するとのことです。

いづつた、消費税は何だったのか。高齢者の多くは、消費税さえ軌道に乗れば、問題の介護費用も老人医療費も福祉対策も、うまく運ばれるものと固く信じたればこそ、弱者負担の声にも、シワ寄せにも我慢しているのだ。この声は消費税を容認した方からの声でもあります。大臣、この声に対してもどのようにお答えになりますか。

○下条國務大臣 消費税という税の体系からいきますと、これはフラットの税金がかかりますので、逆進性といふものは避けられないと思います。ただ、それがそのまま逆進性の姿になるかどうか

の値上げの圧縮ではなく、老人医療費の無料化復活を求めています。

私たちが承知しているだけでも、岩手県沢内村、前回のこの委員会で老人保健法をめぐつてかなりの議論がありました。沢内村もそのとき議論の対象になった。岩手県沢内村はもちろん今日も六十歳以上の医療費無料制度を守っています。沢内村以外にも七つの町村があります。それから、入院見舞い金制度について言えば、全国で十二市四町、東京の中野区はことしの十月から入院見舞い金制度を実施します。値上げするのではなく、もう一度昭和四十八年の段階に戻してほしい、この声に厚生省は真剣にこたえるべきだと思うのです。

さて、いかがですか。

○岡光政府委員 老人医療における一部負担につきましては、そういう無料化の時代があつたわけですが、一度昭和四十八年の段階に戻してほしい、この声に厚生省は真剣にこたえるべきだと思うのです。

○児玉委員 消費税はお年寄りの幸せのために、福祉のためだと耳にたこができるほど宣伝されまして、その後どうかというと、結局この老人保健の一部負担の引き上げ、そして厚生省予算自身が当然増除を除けば実質的には年々目減りしている。そういう中で怒りが今蓄積されているので、この方も最後のところで、老人パワーがやがて爆発するだろう、こういうふうに述べていますよ。このことには大臣、しっかりと目を向けて、この後の論議に応じていただきたい、こう思います。

そこで、昭和四八年に老人福祉法が改正され、老人医療費の自己負担部分が公費で負担される時期がこの日本において厳然と存在しています。国民党はその事実を忘れません。現在多くの国民は、今回提出されている老人保健法の再改悪反対、このことを強く訴えながら、高齢者の負担分

完全に克服されていますね。そして、最後にあなたが言われた厚生省がやっている指導というのは、国民の願いに背を向ける極めて不当なものであります。そういう指導は撤回ですよ。私は率直に言いますけれども、この後、老人入院についての見舞い金制度、そして無料制度は、ふえることはあっても決して減ることはありません。

今回の法案について二、三聞きたいと思いまして、二カ月後、前回の老健法の問題のときに、この委員会で公聴会をやっています。

○児玉委員 その二カ月後、前回の老健法の問題のときに、この委員会で公聴会をやっています。

○岡光政府委員 まず、スライド制導入する。一つ聞きたいのです。が、高齢者の受診は、一ヶ月を一つの期間とした場合に、診療科目平均何科受けていますか。

○岡光政府委員 昭和六十一年四月の調査でございますが、お年寄りが、一ヶ月に通つている医療機関の数は平均をして一・四八軒ということになります。

日本医師会の吉田さんが御意見をお述べになつてゐるけれども、尼崎市で外来六千五百七名、入院五百八十一名について調査をなさつた。会議録に載つていますから後でごらんください。医療機関といふ言葉を使つていらつしやるから、それが診療科目なのか異なる病院なのかちょっと定かではありませんが、吉田さんのお話では、一医療機関のみに通つている方が二八・一%、二つの医療機関にまたがつている方が四二・九%、三つの医療機関にまたがつている方が一八・七%です。試みに加重平均を出してみたら明らかに一一を超しています。だから八百円が千円になるというのは、一つの診療科目を受ける場合のみであつて、決してそういう一・四八なんという数字ではないと私たちは思っています。

それでこの際、ひとつ私は大臣に申したいのですが、老人医療全体についての国の負担が、さつき言ったように四四・九から三四・九に落ちている。公費負担を五割にしたらどうか。そしてとりあえず今回の値上げ分については撤回すべきではないか。いかがですか。

○岡光政府委員 先生が今お使いになりました国庫負担の割合三六%というこの計算でまいりますと、老人医療費に対する公費負担割合は既に四六%から七%になつてゐるわけでございまして、それは要するにすべてにかかわつておる公費負担分を全部足し合わせたらそのような数字に既になつてゐるわけございます。

○児玉委員 あなたは質問に答えなさい。五割に引き上げるのかどうか、それから値上げ分を撤回するのかどうか、大臣に聞いているのに、別の答えをすることは何ですか。

○岡光政府委員 公費負担は、今後の老人医療費の展開を見てまいりますと、介護が非常に重要であるということで、この介護部分を重視をするということで拡大をお願いしたいということでございましたし、一部負担につきましては、現在の老人医療費は本人の一部負担と、それから現役世代の拠出金と、それから公費負担との三つで適切に負

担を分かち合つてゐるわけでございますので、そのような適切な負担の分かち合いという観点から、五百八十一名について調査をなさつた。会議録に載つていますから後でごらんください。医療機関といふ言葉を使つていらつしやるから、それが診

療科目なのか異なる病院なのかちょっと定かではありませんが、吉田さんのお話では、一医療機関のみに通つている方が二八・一%、二つの医療機関にまたがつている方が四二・九%、三つの医療機関にまたがつている方が一八・七%です。試みに加重平均を出してみたら明らかに一一を超しています。だから八百円が千円になるというのは、一つの診療科目を受ける場合のみであつて、決してそういう一・四八なんという数字ではないと私たちは思っています。

それでこの際、ひとつ私は大臣に申したいのですが、老人医療全体についての国の負担が、さつき言ったように四四・九から三四・九に落ちている。公費負担を五割にしたらどうか。そしてとりあえず今回の値上げ分については撤回すべきではないか。いかがですか。

○岡光政府委員 先生が今お使いになりました国庫負担の割合三六%というこの計算でまいりますと、老人医療費に対する公費負担割合は既に四六%から七%になつてゐるわけでございまして、それは要するにすべてにかかわつておる公費負担分を全部足し合わせたらそのような数字に既になつてゐるわけございます。

○児玉委員 あなたは質問に答えなさい。五割に引き上げるのかどうか、それから値上げ分を撤回するのかどうか、大臣に聞いているのに、別の答えをすることは何ですか。

○岡光政府委員 公費負担は、今後の老人医療費の展開を見てまいりますと、介護が非常に重要であるということで、この介護部分を重視をするということで拡大をお願いしたいということでございましたし、一部負担につきましては、現在の老人医療費は本人の一部負担と、それから現役世代の拠出金と、それから公費負担との三つで適切に負

担を分かち合つてゐるわけでございますので、そのような適切な負担の分かち合いという観点から一部負担の改定をお願いしているところでござります。

○児玉委員 その点については続けてまた議論しましよう。

今度の法案の中で提起されている訪問看護事業についてですが、利用料のほかに別途車馬賃といふ、これは診療報酬の中で医師の往診料、それと別途車馬賃として申し受ける。医師の往診のところの車馬賃といふのは平均どのくらいの金額でしょうか。

○岡光政府委員 往診における車馬賃の実態は把握しておりません。ただし、老人訪問事業につきましては、モデル事業をやつておりますので、そもそもとりあえず持つております。

○児玉委員 この訪問看護事業なるものが発足したとすれば、この車馬賃はそれぞれの事業の開設者が定めるということになりますか。

○岡光政府委員 車馬賃につきましては実費といたすれば、この車馬賃はそれぞれの事業の開設者が定めるということになります。

○児玉委員 この訪問看護事業なるものが発足したとすれば、この車馬賃はそれぞれの事業の開設者が定めるということになります。

○岡光政府委員 訪問看護のサービスを行うといふ意味で、そのサービスの主体としてはいろいろなタイプのものがあつてよろしいのではないか、そのように考えて、今おつしやいましたような民間の営利法人が入つてくることの禁止をしていないわけございますが、私どもといたしましては、この制度が老人医療の担い手としてふさわしいものであるという必要性がありますので、そういう意味でこの事業を行なう人たちの運営基準であるとか人員基準につきましては、老人医療の担い手にふさわしいものであるべきだということで対処を考えていきたいというふうに考えております。

○児玉委員 これは後ほど大臣を見ていただきたいと思います。それで、そのような発想からして、実際にかかつた経費を御負担いただくとともに、実際には要するにすべてにかかわつておる公費負担分を全部足し合わせたらそのような数字に既になつてゐるわけございます。

○岡光政府委員 あなたは質問に答えなさい。五割に引き上げるのかどうか、それから値上げ分を撤回するのかどうか、大臣に聞いているのに、別の答えをすることは何ですか。

○岡光政府委員 公費負担は、今後の老人医療費の展開を見てまいりますと、介護が非常に重要であるということで、この介護部分を重視をするということで拡大をお願いしたいということでございましたし、一部負担につきましては、現在の老人医療費は本人の一部負担と、それから現役世代の拠出金と、それから公費負担との三つで適切に負

担を分かち合つてゐるわけでございますので、それは、医療の一環でございますので、一部負担の格好で負担をしていただいておるものでございません。そういう意味では低所得者の軽減という措置はございません。

○児玉委員 では、考えていないということを確認しておきましょう。

さて、医療法においては、第七条で、営利目を的として病院、診療所または助産所を開設しようとおこなうとする者は、許可を認めないことができるという項目が明記されています。そして、現行の老人保健法においても、老人保健施設の開設者で営利を目的として老人保健施設を開設しようとする者は、許可を与えないことができるようになっております。訪問看護事業者についてこの規定がないのはなぜですか。

○岡光政府委員 訪問看護のサービスを行うといふ意味で、そのサービスの主体としてはいろいろなタイプのものがあつてよろしいのではないか、そのように考えて、今おつしやいましたような民間の営利法人が入つてくることの禁止をしていないわけございますが、私どもといたしましては、この制度が老人医療の担い手としてふさわしいものであるという必要性がありますので、そういう意味でこの事業を行なう人たちの運営基準であるとか人員基準につきましては、老人医療の担い手にふさわしいものであるべきだということで対処を考えていきたいというふうに考えております。

○児玉委員 これは後ほど大臣を見ていただきたいと思います。それで、そのような発想からして、実際にかかつた経費を御負担いただくとともに、実際には要するにすべてにかかわつておる公費負担分を全部足し合わせたらそのような数字に既になつてゐるわけございます。

○岡光政府委員 あなたは質問に答えなさい。五割に引き上げるのかどうか、それから値上げ分を撤回するのかどうか、大臣に聞いているのに、別の答えをすることは何ですか。

○岡光政府委員 公費負担は、今後の老人医療費の展開を見てまいりますと、介護が非常に重要であるということで、この介護部分を重視をすると

を目的とした諸団体については参入を認めないとすることを厳しく貰いていただきたい、この点は強く求めています。

最後に、もう一つ御質問します。

附則第二条において、「政府は、老人の心身の特性に応じた適切な医療が行われるよう、云々と述べて、「評価」の問題だとか「医療に要する費用の額の包括的な算定等当該費用の額の算定の在り方について検討」する、そして必要な措置を講ずる」といったふうなことが書かれています。

現在、特掲老人診療報酬自体が老人に対する差別医療の根源になつていています。この点は部長といつだつたかここで大いに議論したことがありましたが、これに今度新しく加えられることがあります。しかししてこれが、「医療に要する費用の額の包括的な算定」と称しつつ、症状をあらかじめ決めておいて、決められた症状の中で、患者に対して医師がどのような治療をして、あらかじめ定められた一定の金額しか払われない方式、大臣から午前中アメリカの医療についてお話をありました

が、米国のメディケアにおける入院医療費支払は、このことで一九八三年に導入された方式、俗にDRGと言つていますね。診断群別定額払い方式、例えばこれに類するようなものの導入を厚生省は考えているのではないか。そして、評価方法の研究についていえば、これまたアメリカでDRGとあわせて制度化されているPRIO、同僚審査機関、このようなものを考えているのではない

か。お答えをいただきます。

○岡光政府委員 結論的に申し上げますと、アメリカの制度をそのままここへ持つてこようなんてことを考えているわけではございません。

老人医療は老人の心身の特性にふさわしいものでないといけない。そして、そのことが提供されるというためには、経済保障の面での診療報酬のあり方をどうするか。それから実際に行われている医療がそのように老人の心身の特性にふさわしいものかどうかという評価がどうしても必要でございます。そういう意味からこの検討規定をお願

いしたいとしておりますので、何か特別の目標を想定してそこに向かおうという趣旨ではございませんので、そこはもう少し率直に、老人医療の方そのものを検討したいのだということで御理解をいただきたいと思います。

○児玉委員 私も、D.R.G.やP.R.O.をそのまま持つてこようとしているかと言つてゐるのではないかですよ。何々のようなものを、そしてその一つの、私がちょっと考へてゐるのは、症状をあらかじめ決めて医師の診療行為について枠をはめて、そして、その定額しか払わないということを考えているのかないのか。お答えいただきます。

○浜田委員長 児玉君に申し上げます。所定の時間を経過してから、早急に質疑を終了してください。

○岡光政府委員 そのような特定の枠組みのもので、この検討を開始するということではございません。

○児玉委員 じゃ、引き続いて次回やりましょ

う。

○浜田委員長 柳田稔君。

○柳田委員 まず、この老人医療費を支えております患者負担、被用者保険による拠出金、公費負担、この三者のバランスについてお伺いをしたいと思います。

○柳田委員 まさに、このまま二十世紀に入つてしまつて本当に大丈夫なのかなという心配もしておるわけであります。これが政府も同じ気持ちであろうというふうに思います。先ほど申しましたこ

の三者、私はこのバランスをとつて老人医療費を貯めべきだという立場に立つておるわけでありまつすけれども、その中の特に被用者保険サイド、これに大分大きく偏つてゐるのではないかなどという気がいたしております。

そこで、まずお尋ねしたいのは、今回この法の改正を提出いたしましたが、そのときに、この際厚生省は、この三者のバランスをどのように考

えたのか、御説明をお願いします。

○岡光政府委員 お年寄りの一部負担、それから現役世代の拠出金、それから公費負担という三つの要素でこの老人医療費の費用分担をしているわけでありまして、そういう意味ではその三者間の適切な負担をお願いしたいという発想でございま

す。

そういう意味で、お年寄りにも無理のない範囲の負担をお願いしたいということと、それから公費負担につきましても、今後問題になります介護的な要素部分に充当したいということを考えておりますが、今御指摘がありました現役世代の問題で、特にいわゆる按分率一〇〇%になつておりますとして、どの保険集團においても同じ程度のお年寄りがいると仮定して、それを支え合う格好にしておるわけでありますが、現実には被用者保険グループの方がお年寄りの数が少ないわけで、その分多くかぶさっているわけでございます。それに

いう意味で特別保健福祉事業というものを講じまして、これをかつ百億増いたしまして一千億の別途の措置をしておるというような仕組みをいたしておりまして、関係の皆さん方が無理のない範囲で、それぞれ納得した上でこの老人医療費を支えるんだ、こういう発想で今回の改正をお願いしたこと考えておるところでございます。

○柳田委員 それでは、今回の公費負担、一部五割によつております。それで三・二%になるといふこと考えておるところでございます。

○岡光政府委員 いわゆる老人医療制度は各医療保険制度の上に立つて共同事業的に行つてゐるものでございますから、性格的には社会保険の性格だと思つております。社会保険にどれだけどのような発想で公費を投入するのかというの非常に議論のあるところでございます。これは、昭和五十八年、この制度ができましたときにはいろいろ御

ておるではないか、それから所得も若い人と比べれば低い人たちも多いではないか、いろいろな要素を考えまして、現在の公費三割という制度を導入したわけでございまして、そういうものは基本に置かなければならぬと考えておりますが、

これらの老人医療の展開を考えましたら、どうしてもいわゆる後期高齢人口がふえて、そのことによりまして介護を必要とするような年齢グループが多くなるわけでございまして、その部分には公費の面からの応援をしなければいけない、こういう発想で、公費負担につきましては、そういう介護の部分に重点を置いて持つていいこうということでございます。この介護の部分につきましては、将来もつとウエートが高くなつてまいりますので、結果としては、現在の公費負担割合が次第におよんでいくというぐあいに考へておるわけですが、今御指摘ありました現役世代の問題でございまます。この老人保健制度ができるときの考え方を基本的には踏襲をしておるつもりでございま

す。

○柳田委員 今、御答弁でありますと、介護の部分については、これからも相当ふえるだろうから公費負担の率も上がるというお答えだったかと思ふのですが、それが納得した上でこの老人医療費を支え方を基本的には踏襲をしておるつもりでございま

す。

○柳田委員 今、御答弁でありますと、介護の部分については、これからも相当ふえるだろうから公費負担の率も上がるというお答えだったかと思ふのですが、それが納得した上でこの老人医療費を支え方を基本的には踏襲をしておるつもりでございま

す。

○岡光政府委員 いわゆる老人医療制度は各医療保組合、昨年までですか、大分財政状況はよかつたということもあつたという理由で、大分健保の財政はいいんだなという御判断があつたというふうに聞いておるわけなんですねけれども、私は、これは一過性のものであり、近い将来すべての健保組合が赤字に転じてしまうのではないかと思つております。現に今千八百十八ある健保組合の中

で、三分の一以上の六百五十四の組合が既に赤字になつてます。その主な要因は老人保健への拠出金にあるということです。

○岡光政府委員 先ほど申しましたように、介護の部分に公費負担を三割から五割へ引き上げる措置を講じますといふことなんですが、将来、この老人医療も含めて健康を維持していくことを考えていくと、健保の財政の安定に相当力を入れなければならぬというふうに考へるわけあります。そうすると、介護部

分だけではなくて、すべてにおいて公費負担を五割に引き上げるべきではないか。これから医療費はどんどんふえていく。その中でも特に老人医療費はふえていく。昭和六十年から平成一年の五年間でG.N.P.、国民所得は二二・六%伸びた。しかし老人医療費は三六・六%伸びた。これもこれからどんどん続いている。そのほとんどを健保組合にお任せしますといふことになると、これは働く人々が非常に厳しいことになつてくるのではないかなどいうのが私の感じなんですが、公費負担を五割に引き上げる、ファイフティーファイフティーにするということについてはいかがでございましょうか。

○岡光政府委員 公費負担も基本的には税財源でございまして、税財源の相当部分は現役世代の負担に帰するわけでございます。そういう意味でございましょうか。

○岡光政府委員 公費負担につきまして、その意義なり目的を十分吟味するという必要があると考へられます。公費負担につきまして、その意義なり目的を

ございまして、税財源の相当部分は現役世代の負担に帰するわけでございます。そういう意味でございましょうか。

○柳田委員 被用者保険の拠出をしております健保組合、昨年までですか、大分財政状況はよかつたということもあつたという理由で、大分健保の財政はいいんだなという御判断があつたといふふうに考へておるつもりで、私どもは改正法でお示しをいたしましたように、今後の重要課題である介護といふものに着目をして公費負担を引き上げたで、先生おつしやいましたように、一律に公費負担割合を引き上げるというのはどうかなというふうに考へておるつもりで、私どもは改正法でお示しをいたしましたように、今後の重要課題である介護といふものに着目をして公費負担を引き上げたで、先生おつしやいましたように、一律に公費負担割合を引き上げるといふのはどうかなといふ

をいたしましたように、今後の重要課題である介護といふものに着目をして公費負担を引き上げたで、先生おつしやいましたように、一律に公費負担割合を引き上げるといふのはどうかなといふ

成三年度一千億の負担緩和措置を講ずるといううふうわせわざで考えていくべきではないかといふうに考えております。

卷之三

成三年度一千億の負担緩和措置を講ずるという合意をわせわざで考えていくべきではないかというふうに考えております。

りますが、これからのことを考えると、公費負担をふやしていく道以外にはないのではないか、それが一番言いたいことであります。

それが一番いいことであります

りますが、これからのことを考えますと、公費負担をふやしていく道以外にはないのではないか、それが一番言いたいことであります。

いう医療体制、保健体制をします、それに向かってこのように進みますという指針を示していただきたいなあ、我々らも是れで手本としておこう。

ければ、我々もある程度納得をするとと思うのです。

いう医療体制、保健体制をします、それに向かってこのようになりますという指針を示していただきければ、我々もある程度納得をすると思うのです。

費適正化対策によりまして、國民に医療負担が過大にならないよう努力してまいりたい、かよろ

に考へておる次第でござります。

費適正化対策によりまして、国民に医療負担が過大にならないよう努労してまいりたい、かようてに考へておる次第でござります。

○柳田委員 合わせわざというものは将来ずっと続くわけですか。

○岡光政府委員 それは、そもそもこの拠出金の制度をどうするのかという基本の問題に立ち返るときにならぬのかということだらうと思ひます。が、当分の間はこの制度は続いていくものと仰ふうに承知をしております。

○柳田委員 毎年一兆円もふえ続けている医療費ですけれども、じゃ、二十年後になつたら二十九兆、まあ、その何割かになるのでしょうかけれども、そのときも続けていくといふおつもりなんですか。

○岡光政府委員 東をするのは、私ども何ともはつきり申し上げられませんが、心は、このような形でみんなが老人医療費を支え合っているわけでございますから、そこでの全体を通じた負担の公平というものは追求しなきやいけないというふうに考えておりま

次に、一部負担ですけれども、八百円を千円、そして入院は四百円を八百円ということですけれども、この積算根拠並びに値上げをした場合の老人の受診に与える影響についてどうお考えなのか、お願ひします。

○岡光政府委員 積算根拠でございますが、若い人と老人とのバランスをとるという発想で、定額でございますけれども、全体の医療費に占める額一部負担の割合を出しまして、それが約三%強でございますが、それを前提にして、現役世代、被保険者本人は一〇%の一部負担になつておりますから、その半分程度をといふ、そのバランス論が一つでございます。それから関係の老人保健施設であるとか特別養護老人ホームとかそういう施設における負担のバランス、それから在宅における負担のバランス、こういったものを考えて、適切な無理のない範囲の負担をお願いするということを考えているわけでございます。

いずれにしても、定額制ということを維持する

けれども、そういう将来のビジョンというのがないもので、我々としては将来に不安を持たざるを得ない。また、こういうふうな改正についても、ただ単にその場しのぎで取られるだけだつたならば納得がいかないという気がしているわけあります。

もう大分時間もなくなりまして、質問をはしょりますけれども、入りの部と出の部があるかと困りたいですけれども、医療費の適正化についてお伺いしたいと思います。とりわけ薬価差について、一兆数千億円という数字も出ておりまして、批判が多く出ているわけでありますけれども、この医療費の適正化、これから的是正策、また今後どういうふうに適正化していくのか、具体的な取り組みを教えていただきたいと思います。

○黒木政府委員 これから高齢化社会、医療費の増大が避けられないときに、まさしく御指摘のように、医療費の適正化をどう進めるか、非常に重要な課題だと承知をいたしておりますのでございま

○柳田委員 お年寄りになりますと病気を持つてはいる次第でございます。病気が持つてない人ははないと思うわけであります。病気が持つてあるから病院に行くんだろうというふうに思うのではありますけれども、病院を憩いの場所として利用されている人を数多いんではないかと思うわけなんですね。家庭があつて病院がある。その憩いの場所として病院に行く人たちが楽しめる場所をどこかにつくつてあげれば、中間施設と言つた方がいいのかわかりませんけれども、医療費も大分抑えられるでしようし、三時間待つて三分診療という言葉も少なくなるかと思うのです。要するに医療といふ面ともう一つは健康づくりプラスお年寄りの憩いの場所というふうなものを組み合わせていつたらば、支出の方も大分変わってくるし、お年寄りの生活も変わってくるんじゃないかと思うのですが、この点については何かお考えがあれば教えていただきたいと思うのです。

○柳田委員 先ほど公費負担というのは税負担だ
というお話をありましたけれども、先ほど来各党
から指摘されているかと思うのですが、消費税が
導入されたときにおっしゃったことは先ほど来か
らあるようで、その事実だと、消費税を導入する
に当たっては、高齢化社会への対応、高齢化社会
が来るから、厳しい状況が来るから消費税を導入
させてくれとおっしゃいました。今消費税が施行
されているわけでありますけれども、果たしてこ
の高齢者対策に財源が積極的におっしゃつたぐら
い充てられてているのかと考えますと、非常に頭を
かしげざるを得ません。筋が通らない話だと私は
認識いたしております。このことは厚生省に言う
いうのは違うかもしれませんけれども、中心の
大蔵省に対して、お約束は守つてくださいと強い
姿勢で厚生省の方から言ってほしいと思っており
ます。私も、今回の法改正についても含めてで

○柳田委員 余り影響はされないということでありますが、調査を見ておりますと、老人の中、また働いている人の中でも、自分の老後に非常に不安を持っているという人は多うございます。その不安をなくすためには、政府が場当たり的な改正をするのではなくて、もう既に二〇二〇年には二・五人で一人の老人を見るというのは一応はつくりした数字でもありますので、そのときはこうよいまして必要な受診が抑制されるということはないであろうというふうに考えております。これは、お年寄りの消費生活の実態、それから貯蓄状況、そういうお年寄りの生活実態で得られる私ども持つておりますデータからしましても、必要な受診は抑制されることがないのではないかというふうに理解しているところでございま

私どもは、先ほども答弁いたしましたけれども、国民所得の伸び程度に医療費をどう適正化されるかということで苦心をいたしておりますわけでござりますけれども、国民の総参加によります健康づくり対策あるいは保険者の努力によりますレセプト点検等の実施、あるいは私どもの課題でございまますけれども、診療報酬をどう合理化、適正化なのにするか、検査をどうするか、それから薬などをどうするかということで、御指摘のように薬価などという問題があるわけでございます。現在中医協で薬価の算定方式をこれからどうするかという検討を行なっておりますけれども、私ども從来から薬価基準の適正化ということで毎年毎年市場価格を調査し、その上で引き下げ改定を行なつておるところがございます。そのほか、医療供給システムをどうするか、総合的な、厚生省挙げての医療

活が必要でござりますし、そのためには仲間づくりをしていかなければいけない。そしてまた、その拠点においていろいろとリードするリーダーであるとか、あるいはいろいろなところと結びつけるコーディネーターもセットをしまして、そのような意味で老人の生活を豊かにしていかなければならぬい、そのような政策もあわせて講じていく、そういうことが必要であると考えております。

○柳田委員 大臣に質問させていただきます。

時間が短かつたわけで、いろいろ質問がでてきなかつたわけありますけれども、高齢化社会が来る、高齢者になつたらだれでも安心して医療を受ける権利もあります、そういう体制をつくつていかなければならぬ、これが国の重要な責務であろうと思います。大変な高齢化社会が来るとい

うことで、問題もこれからいろいろと出てくると思ひますし、この委員会でもいろいろと疑問点が指摘されたかと思うわけですが、私もこれを見まして、まだまだ問題があるな、改善していかなければならぬなという気がするわけであります。今後のいろいろな制度の施策に向けて、大臣の御決意を最後に承りまして、質問を終わらさせていただきます。

○下条国務大臣 先ほど来お話をありましたように、非常に早いテンポで高齢化の波が進んでおる

わけでございます。しかも二〇二〇年になれば計算上は六十五歳以上の方があつて四分の一になると

いうことで、その意味で非常に社会的な人口構成

といふものが一つの大きな問題点になつてくる。

一方、出生率が非常に低いということで、これがどこまで続くか。これに対するは当然また問題点

として別な角度の対策が必要だと思ひますが、そ

ういう中で長生きをされるということは非常にと

ういふことでござりますし、人間がだれしもこい

ねがうわけであります、その長生きを健康で長

生きをされるような条件を整えるということがや

はり大きな政策の課題であろう、このように考へるわけであります。そんな観点から老人保健法の

制度の安定的な運用ができるようにして、お年寄

りの方々に十分な医療なり、今お話をございまし

たように、医療から老健施設に、そしてまた特養の制度、これらの充実を図りながら、老後を安心

して過ごしていただけるような制度も医療面から考へなければなりませんし、また同時に、年金制度の充実も図らなければならない、こういうことであると思います。

ただ問題は、どこがどのような形でその実際の費用の負担をするかという問題でございまして、だれしも負担が少ない方が望ましいわけですが、それとも負担をしなければならないといふこともまた事実でございます。その意味において、公費負担が年々増加するような傾向をたどつたならば、これはそのまま即国民の負担増にかかるわけでございますので、長期的な視野

に立ちましては、第二行革審で答えておりますよ

うに、二〇二〇年のときには租税並びに社会保障負担は合計いたしまして五〇%以下に抑えようと、一つの目途がございます。その目途の中でも

た二十一世紀の当初は、四〇%の中ころといえれば四四、五四、五、六%、そのような負担にとどめることによつて国民が勤労の意欲も維持できるわ

けでありますから、そういう中でどのようなそれを負担をしていくかという問題もまたあるわけ

でございます。

その意味において公費負担の問題については、今までのあたりで抑えていただきたいというのが私たちのお願いでござりますし、一方、若い方々がこのまま数が減り、そしてふえなくて、そしてまた

その負担がふえるということでは、これまた大きな問題でござりますので、今回の改正では各被保

険者の方々の負担を軽減するようにという措置も講じ、一方、そういう方々のバランスを考えながら、一方の老人の方々の自己負担の改定もあわせてやつていただきたい、こういうことで総合的な機構の安定化を図りながら進めてまいりたい、このように考へておるわけでございます。

したがいまして、私たちの考えは既に御承知の

ように、「高齢者保健福祉推進十一年戦略」これ

を長期的な一つの目途といたしまして、その線に沿いながら、ただいまのような老人保健制度の安

定的運営が図られますように、そして、しかも老

人の方々に対するいろいろな諸施策が遺憾なきを期してまいりたい、このように努力しているわけ

でございまして、どうぞよろしく今回の改正をお

願いする次第でございます。

○浜田委員長 この際、参考人出頭要求に関する件についてお諮りいたします。

本審査のため、参考人の出席を求め、その意見を聴取いたしたいと存じますが、御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○浜田委員長 御異議なしと認めます。よつて、

そのように決しました。

なお、参考人の人選、出頭日時及びその手続等につきましては、委員長に御一任願いたいと存じますが、御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○浜田委員長 御異議なしと認めます。よつて、

そのように決しました。

次回は、来る二十三日火曜日正午理事会、午前十時委員会を開会することとし、本日は、これにて散会いたします。

午後二時四十一分散会