



ス等を計画的に拡充いたしてまいりたいと考えております。

第四点は、障害者対策におけるきめ細かな施策の充実。

第五点は、子供が健やかに生まれ育つための環境づくりということでございまして、これらにつきまして引き続き積極的に推進を図つてまいりたいと考えております。

なお、このほかにも健康づくり対策でありますとか、疾病対策、輸入食品や医薬品の安全性の確保、国際協力の推進等々多面にわたっておりますが、これら重点項目についての予算を獲得してまいりたいということでございます。

○勝木健司君 高齢者対策についてであります。これが何といつてもマンパワーの確保が一番大切であり難しい課題じゃないかというふうに思います。計画を立てても、それが実現し、消化できなければ何の意味もないわけでございます。しかし、これまで順調に確保されてきているのかどうか、また今後の確保策はどうするのか、お伺いをいたしたいというふうに思います。

○政府委員(岡光序治君) ホームヘルパーについて、お答えいたします。

○勝木健司君 次に、出生率の対策であります。

○政府委員(岡光序治君) ホームヘルパーについて、お答えいたします。

○勝木健司君 高齢者対策についてであります。これが何といつてもマンパワーの確保が一番大切であり難しい課題じゃないかというふうに思います。計画を立てても、それが実現し、消化できなければ何の意味もないわけでございます。しかし、これまで順調に確保されてきているのかどうか、また今後の確保策はどうするのか、お伺いをいたしたいというふうに思います。

○政府委員(古市圭治君) 従来からナースバンク

○勝木健司君 次に、出生率の対策であります。厚生省の人口問題審議会であります。人口減少問題について基本的な対策を講じるための審議を開始したとのことであります。また、労働省も出生率の低下で今後労働力不足となることから、中長期的な視点での雇用労務対策を審議する雇用問題政策会議というものを開催されたとのことでありますので、そこで、この審議会なり政策会議ではどのようなことが今論じられておるのか、またどのような対策がいつごろ打ち出されるのかといたふうに思います。大臣にお願いします。

○國務大臣(下条進一郎君) 委員御指摘のよう

ます場合のチーム方式の推進等ヘルパーの能力を十分に活用して効率的な業務運営を図りたい。それから三番目には質の高いホームヘルパーの確保を図るための研修の充実、それから市町村においておきましてマンパワーの発掘、こういったことを支援する施策、こういったものを総合的に推進してまいりたいと考えている次第でございます。

○政府委員(古市圭治君) 従来からナースバンク

○勝木健司君 次に、出生率の対策であります。厚生省の人口問題審議会であります。人口減少問題について基本的な対策を講じるための審議を開始したとのことであります。また、労働省も出生率の低下で今後労働力不足となることから、中長期的な視点での雇用労務対策を審議する雇用問題政策会議というものを開催されたとのことでありますので、そこで、この審議会なり政策会議ではどのようなことが今論じられておるのか、またどのような対策がいつごろ打ち出されるのかといたふうに思います。大臣にお願いします。

○國務大臣(下条進一郎君) 委員御指摘のよう

ます場合のチーム方式の推進等ヘルパーの能力を十分に活用して効率的な業務運営を図りたい。それから三番目には質の高いホームヘルパーの確保を図るための研修の充実、それから市町村においておきましてマンパワーの発掘、こういったことを支援する施策、こういったものを総合的に推進してまいりたいと考えている次第でございます。

が必要でありまして、このためには御指摘のとおり総合的、体系的な取り組みがまず必要である、このように考えております。

こうした観点から、政府といたしましては、関係十四省庁から成る連絡会議を内閣に設置いたしました。本年の一月に、仕事と家庭生活の調和の確保、子育てに伴うさまざまな負担の軽減、子供を育てやすい住環境等の整備を柱とする関係省庁にまたがる総合的な対策の取りまとめを行つたところでございます。厚生省といたしましては、その趣旨を踏まえまして、本年七月に対策室を省内に設けまして取り組み体制を強化するとともに、多様なニーズに対応する保育サービスの充実、児童手当制度の充実、これはもうこの前御審議いた

だいたとおりでございますが、育児に関する相談支援体制の整備等の対策を進めているところでございます。今後とも関係省庁とも連携をとりながら総合的に諸施策を推進していきたいと考えております。

○説明員(野寺康幸君) 履用問題政策会議につきましてお答え申し上げます。

履用問題政策会議は昭和五十四年にできたものでございまして、労使を初め消費者団体等各界の代表を広く集めております。地方自治体の長も入っているわけでございまして、履用問題という問題でもございまして、行政が直接介入すべき性質のものではないということもございます。

主として行政の側としては結婚や子育てに意欲を持つ人々を支えるような環境づくりということを推進したいというふうに考えておるわけであります。しかし、審議会でもそういう観点を踏まえて、いろいろな影響などについての分析を中心に行つて検討を進めていく、こういう方向を向いております。

○説明員(野寺康幸君) 履用問題政策会議につきましてお答え申し上げます。

履用問題政策会議は昭和五十四年にできたものでございまして、労使を初め消費者団体等各界の代表を広く集めております。地方自治体の長も入っているわけでございまして、履用問題という問題でもございまして、行政が直接介入すべき性質のものではないということもございます。

主として行政の側としては結婚や子育てに意欲を持つ人々を支えるような環境づくりということを推進したいといふうに考えておるわけであります。しかし、審議会でもそういう観点を踏まえて、いろいろな影響などについての分析を中心に行つて検討を進めていく、こういう方向を向いております。

ちょっと無理ではないかと思うわけあります。そうしますと、現行の制度のままでいきますといふことは年金財政に大きな狂いが生じてくるのではないかでしょうか。将来、年金の抜本的な改革が求められてくるというふうに思いますが、出生率と年金財政の問題について現在どのように分析をされておるのかお伺いをいたしたいと思います。

○政府委員(加藤栄一君) 平成元年の年金財政再計算におきましては前回の人口問題研究所の推計を使っておりまして、二〇一五年に二・〇〇まで出生率が達するということで再計算しております。本年の六月に発表されました暫定人口推計によりますと、出生率の低下によりまして将来の生産年齢人口の規模が相対的に減少すると見込まれております。しかしその一方、そうした場合に高齢者雇用でありますとか、あるいは女性の職場進出につきましては平成元年の財政再計算の予測よりも進展していくつ、これらが出生率低下と相殺関係になるということも考えられます。

したがいまして、雇用動向などを総合的に考慮する必要がございまして、出生率低下の影響のみで現在論じ、また結論づけていくということは適切でないというふうに考えておりまして、このように出生率のみならず、雇用動向でありますとか、経済状況を総合的に勘案いたしますと、年金財政が従来の見通しよりも著しく変動していくと一概には言えないのですが、今回の暫定推計には、さらには来年春ごろ発表の予定となっております新人口推計の結果を踏まえまして、年金財政に影響を与える各般の要素に十分検討を加えまして次期財政再計算を行つてまいりたいというふうに考えております。

支えていく子供たちの健全な育成にも深い関心を払わなければならぬんじやないかというふうに思ひます。

そこで、乳幼児の時期は人間形成の基礎となる極めて重要な時期である上に、また育児に伴う生活上の制約が大きく、親の年齢も若く、また物心ともに負担が大きいところであります。通常国会でも児童手当法を改正し、三歳未満の時期に経済的支援の重点化を図つたわけであります。一方では地方自治体においても各種の支援が行われてゐる所と伺つております。その中で、地方自治体が行つている乳幼児医療費に対する公費負担事業についてお伺いをいたしたいというふうに思ひま

の高い時期に、社会全体で支援をしていかなくてはならない時期に、このように地方自治体においての状況に異なりがあるのは事実でございますが、この乳幼児医療費の公費負担について、その間にいろいろと状況の異なることを踏まえて、それぞれ自治体が対応しているという結果だと思います。すなわち、乳幼児死亡率の高い低いとか、それから受診機会の多い少ないだとか、また医療を取り巻く状況や財政事情等によりまして当然差が出てくるものと存じておるわけでござります。

乳幼児の医療費につきましては、医療保険制度が全国民をカバーしているという状態の中で、疾病が長期化すると一般的の疾病より負担が大きいとされる特別の疾病につきまして、未熟児の養育医療、身体障害児の育成医療、小児がん等の小児慢性特定疾患等を重点的に対象にいたしまして、治療費の公費負担を国の制度として実施しているわけでありまして、そういう見地から、現状の把握いたしましては、国としてはナショナルミニマムを確保しておる、このように考えておるわけでござります。

○勝木健司君 ナショナルミニマムを確保しておるということであります、本来こうした措置は地方が行うものじゃないんじやないか、国が責任を持つて行うべき施策であります。自治体がこうした施策を行なうのは單なるばらまきというのもいやないか。乳幼児の医療を経済的な理由により妨げることのないよう、また乳幼児を持つ家計の負担を医療費の面で軽減をして、安心して子を産み育てることのできるような条件を整備しようという趣旨で行われているものと理解すべきじやないかというふうに思います。そうであるとするならば、國みずからがやはりこの特別疾病について

療費無料化というものを決断、実施することが必要じゃないか、そういうことがまた出生率の向上にもつながっていくものだというふうに思うわけがありますが、大臣の見解をお伺いいたしたいと、いうふうに思います。

○国務大臣(下条進一郎君) ただいまの説明の中で申し上げたつもりでござりますけれども、乳幼児の医療費につきましては、疾病が長期化する等、特に手厚い援護が必要とされる特別の疾病につきましては、ただいま御指摘のような從来から未熟児の養育医療などを対象に治療費の公費負担を実施しているわけでありまして、これをそのまま一般の疾病に拡大するということ、すなわち委員御指摘のような無料化を直ちにすることについては、まだ我々の方の立場としては取り上げるわけにはいかないような状態でございます。

○勝木健司君 それでは、次にゴールドプランについてお伺いをいたしたいというふうに思います。

このゴールドプランの達成のかぎとなるのは、何といってもホームヘルパー等マンパワーの確保であろうかというふうに思います。福祉の実施主体となる市町村の財政、マンパワー両面の体制整備ではないかというふうに思いますが、そのほかにも大都市の施設整備にかかる用地取得の問題など種々の問題が挙げられております。平成十一年度までに達成するためには、どうも現行の施策だけではまだまだ不十分ではないかというふうに思ふのであります。いかがでありますか。

また、新たに検討されている施策があるのかどうかをお伺いいたしたいというふうに思います。

○政府委員(大西孝夫君) 二十一世紀の高齢化社会を健康で生きがいと喜びを持って過ごすことのできる長寿社会としていくためには、社会保障の面だけではなくて、やはり雇用ありますとか教育、住宅などの施策において必要な対策を講じなければならぬというふうにまず考えておりまます。そのため、総合的な対応につきましては、昭

和六十一年六月に閣議決定されました長寿社会対策大綱に基づきまして、関係省庁間で密接な連携を図りながら施策の総合的推進に努めてきたところです。

その中で厚生省としましては、先ほどお触れになりましたような高齢者保健福祉推進十カ年戦略の着実な実施に努めるということを今大きな柱にしているわけでございますが、そのほかの面につきましても、例えば今回の老人保健法の改正により導入されます老人訪問看護制度の普及でありますとか、それから看護・介護を重視して老人の心身の特性にふさわしい診療報酬を設定するとか、老人保健事業の計画的な推進、さらには介護機器の研究開発、普及などもあわせ行いまして、全体としての充実を図っていくという考え方方に立つておるわけでございます。

さらに、平成五年度からは各都道府県市町村におきまして設定されることになつております老人保健福祉計画というものがございますので、その策定に向けて現在在鋭意準備しております。今後とも、明るい長寿社会建設のため関係省庁間と連携を保つた上で、努力を一層努めてまいりたいと思つております。

○勝木健司君 先月の総務省の行政監察結果によりますと、ホームヘルパー事業の実態について報告をされておりますが、早朝や夜間、休日に派遣している市町村はゼロである。また、平日でも事務整理などを理由に派遣していない日時を設けている市町村が二・二%ある。派遣希望世帯の要求にこたえていない実態が浮き彫りにされております。これはお役所仕事の最たるもので、こうした発想で仕事をする市町村がある限り、高齢者福祉対策は充実できるものではないのじやなかろうかと、いうふうに思います。

そこで、厚生省は先月ですか、平成四年度の保健医療・福祉マンパワー対策大綱を発表されまして、看護職員、社会福祉施設職員、ホームヘルパーの確保が緊急を要する課題とされております。しかし、在宅福祉対策の核とも言えるホームヘル

パー事業の体制整備はマンパワー確保以前の課題としているわけでございますが、そのほかの面につきましては、これについて私も正面から受けとめまして、市町村の御理解、それから研究開発、普及などもあわせ行いまして、全体としてこの総務省の結果報告をどう受けとめておられるのか、そしてこのマニュアル等を作成、指導しますとか、それから看護・介護を重視して老人の心身の特性にふさわしい診療報酬を設定するとか、老人保健事業の計画的な推進、さらには介護機器の研究開発、普及などもあわせ行いまして、全体としての充実を図っていくという考え方方に立つておるわけでございます。

○政府委員(岡光序治君) 御指摘のような行政監察結果でございまして、これについて私も正面から受けとめまして、市町村の御理解、それから研究開発、普及などもあわせ行いまして、全体としてこの総務省の結果報告をどう受けとめておられるのか、そしてこのマニュアル等を作成、指導しますとか、それから看護・介護を重視して老人の心身の特性にふさわしい診療報酬を設定するとか、老人保健事業の計画的な推進、さらには介護機器の研究開発、普及などもあわせ行いまして、全体としての充実を図っていくという考え方方に立つておるわけでございます。

おきまして設定されることになつております老人保健福祉計画といつものがございますので、その策定に向けて現在在鋭意準備しております。今後とも、明るい長寿社会建設のため関係省庁間と連携を保つた上で、努力を一層努めてまいりたいと思つております。

○勝木健司君 先月の総務省の行政監察結果によりますと、ホームヘルパー事業の実態について報告をされておりますが、早朝や夜間、休日に派遣している市町村はゼロである。また、平日でも事務整理などを理由に派遣していない日時を設けている市町村が二・二%ある。派遣希望世帯の要

だけ自治体行政に反映するのかということが憂慮されております。

先ほどの総務省の行政監察結果においても、各地方自治体の高齢化対策の総合調整が徹底しておられるために、自治省などと連携を図るとともに、所要の行政措置を万全を期していただきたいと

いうふうに思います。市町村分権の結果、市町村によって福祉にばらつきが発生したり、あるいは後退、低下してきては何にもならないわけありますので、先ほどからありますように、平成五年度四月から老人保健福祉計画の策定が義務づけられており、この厚生省の計画策定に際してどう指導されていくのか、具体的にちょっとお尋ねをしたいというふうに思いました。

○政府委員(岡光序治君) この計画づくりに当たりましては、国としましては技術的な援助を行つておらず、これから計画策定につきましてガイドラインをつくりまして、実際に計画をつくつてもらう場合の参考にしてもらおうということを考えております。それから市町村だけでは非常にそういう意味で不十分になる可能性もありますので、県計画もつくりてもらいまして、各市町村と県との相連携を図つてもらって、県の応援も得ながら市町村ニーズに応じてヘルパーが派遣できるような体制も整備するという方向で対応したいと考えております。

御指摘がありましたように、早朝であるとか夜間であるとか、こういった場合におきましても、ニーズに応じてヘルパーが派遣できるような体制も整備するという方向で対応したいと考えております。

○勝木健司君 今、福祉関係者の間には、この保健福祉対策について市町村格差の拡大が危惧されております。市町村は全国に三千二百五十余りありますし、人口規模また行財政力あるいは行政需要などによって千差万別であるわけであります。要介護老人、障害者などマイノリティーとも言うべき声なき声の人々の声をど

いというふうに思います。

高齢者介護についてあります。高齢者介護は国民的な課題であるわけであります。女性の労働者が増加し、家族の状況が変化する中で、年老いた親の介護の負担は男女労働者にとって身体的、精神的、また経済的に大きな問題となつております。労働者の間では介護のための休業を要望する者が多いわけであります。介護休業制度の普及は重要な課題となつておるわけであります。

そこで、介護休業制度の普及狀況についてまずお伺いをいたしたいというふうに思います。

○説明員(藤井龍子君) 働く人々が自分の親などを介護するために休むことのできる制度、介護休業制度でございますが、これは平成元年二月、私どもの調査によりますと、従業員三十人以上の事業所の一三・六%が導入されているという状況でございます。

○勝木健司君 介護を必要とする高齢者の数は九九五年度には八十五万人、二〇〇〇年度には百万人と予測をされており、このようになります。国民の福祉動向によりますと、六十五歳以上で介護を必要とする高齢者の数は一九九五年度には八十五万人、二〇〇〇年度には百万人と予測をされており、このようになります。国民の福祉動向によりますと、六十五歳以上で介護を必要とする高齢者の数は一九九五年度には八十五万人、二〇〇〇年度には百万人と予測をされており、このようになります。国民の福祉動向によりますと、六十五歳以上で介護を必要とする高齢者の数は一九九五年度には八十五万人、二〇〇〇年度には百万人と予測をされており、このようになります。

この中で家族による介護については、その家族構成の職業生活の継続という観点からも障害になつてきております。現状では在宅介護の多くは女性が介護負担の大半を担つておるわけでありますが、男子労働者にも四十年代、五十年代では要介護者を抱える人が三ないしは五割いるとのことあります。

そこで、育児期と同様に、高齢者介護を抱える労働者の就業を援助するための一定期間の休業を認める介護休業制度の普及促進を進めるべきではないかというふうに思うわけであります。労働者はこの普及促進を図るために奨励金制度のよう

なものを含めて早急に検討すべきであるというふうに思います。また、法制化の必要性についてもあわせて見解をお伺いしたいというふうに思います。

○説明員(藤井龍子君) 先生御指摘のとおり、高齢化の一層の進展それから女性の職場進出が増加するに伴いまして、介護休業制度の必要性は大変高くなるものと思つております。

労働省といたしましては、平成二年から介護休業制度の普及促進事業に取り組んでいたところでございます。具体的にはパンフレット等を作成し企業等に配布、それからシンポジウムを全国で開催する等を行つておるところでございます。さらに、本年度におきましては、介護休業制度を中心いたしまして、企業内の介護に関する労働者福祉制度、これについてのガイドラインを策定したいと考えております。実態調査の実施、さらにはガイドラインを検討する会議の開催を行つておるところでございます。

それから、法制化の問題は検討すべき将来の課題ではあると思っておりますが、私ども当面は今申し上げたような普及促進事業に最大限の努力を傾けたいと考えておるところでございます。

○勝木健司君 平成四年度の保健医療・福祉マンパワー対策大綱における施策を強力に推進するため、厚生省は次の通常国会に看護職員の人材確保を図るために、厚生省は次回の通常国会に看護職員の人材確保を図るための法律案及び社会福祉施設職員、ホームヘルパーの入材確保等を図るための法律案を提出する予定と聞いております。超高齢化社会が目前に迫つておりますが、保健医療・福祉の人材確保は緊急を要する課題であります。ぜひともこのマンパワー確保に実効性のある法律案にすべきであると思うわけであります。この大綱と提出する予定と聞いております。

また一方、労働省もマンパワーの確保関連の法案を現在検討しているとのことであります。厚生省の考へている法案とはどのような関係にあるのか。また、同じような内容の法律案なら両省で

調整をいただいて一本化するべきではないかといふふうに思つておりますが、それぞれ厚生省、労働省の御見解をお伺いいたしたいというふうに思います。

○政府委員(大西孝夫君) 今先生御指摘のとおり、次期通常国会に看護職員の人材確保を図るための法律案と社会福祉施設職員、ホームヘルパーの材確保等を図るための法律案の提出を予定してその準備を現在進ませているところでございま

す。お尋ねの平成四年度保健医療・福祉マンパワー対策大綱との法典とのます関係でござりますが、今申し上げました対策大綱は、看護職員、社会福祉施設職員、ホームヘルパーという当面緊急な確保対策を講ずることが必要な職種につきまして、予算面、それから財投といいますか融資の面、税制等非常に総合的な各般にわたる対策を掲げまして、そのうち法律的な裏づけが必要であるとか、あるいは法律に規定することが望ましいといふような項目を取りまとめたものを法典としてまとめてみたい、言ふならばその大綱のといいますか、総合的な対策の一環として法典も位置づけてまいりたいというふうに考えております。

それから、労働省との関係につきましては、現在、事務レベルでいろいろ話し合いをさせていたまつし、法を形式的に一本にしてしまうということではなく、これから検討の課程で議論することではあります。これまで申しました方向で法案を用意しておりますが、それぞれ私どもも先ほど申しました方向でございますが、それぞれが補充し合つて目的達成に寄与するというふうなものにしていきたい、そういう方向で両省間今後とも十分調整を図りたいというふうに考えております。

○説明員(野寺康幸君) 先ほど申し上げましたように、一般的に労働力が非常に不足している状況でございます。さらに、今後労働力人口が絶対的

に減つてまいる状況の中での分野の労働力を確保するというのは大変難しいといふうに思つております。労働力の確保につきましては、もとより労働省設置法上全体的な義務を負つておるといふふうに考えておりますけれども、過去におきまして、個別対策として不況業種でござりますとか炭鉱でござりますとか、あるいは建設業でござりますとか、各種の対策を講じてまいりました。

この看護・介護の分野につきまして現在労働力の不足が生じているわけでございますが、その大きな原因は、労働条件を初めとする雇用管理の立ち直れにあるというふうに思つております。労働省といたしましては、そういった観点から、この分野の雇用管理を改善する、そしてその上で労働力需給のミスマッチをなくす、つまり資格を持つていながら働いていないような方が働きやすくなるような条件づくりをするといったようなことが必要であるというふうに思つております。

そういう意味で、雇用管理の改善を中心とした法案を考えておりますが、厚生省との間におきましては現在折衝を行つておりますけれども、厚生省がお考えになつておる福社マンパワーの確保あるいは看護婦さんの確保対策が内容的にオーバーラップするものがござりますれば、これは同じものについて複数の法律をつくる必要はないわけですが一致協力して、両者の政策を動員して一つの法律をつくるべきである、こういうふうに思つております。

○勝木健司君 時間も来ましたので、最後にお尋ねをいたしたいといふうに思ひます。

年金福祉事業団の関係であります。証券会社が損失補てんした法人の中に年金福祉事業団の名前があつたわけでありまして、証券不祥事の渦中

参の関係委員会で大臣を初めとする厚生省の御説明をお伺いいたしまして、事のてんまつが大方公になったと思いますが、この際ちょっとお伺いをいたしたいといふうに思ひます。

本格的な高齢化社会に突入しつつある今日、年金福祉事業団の責任はまさに重大じやないかと、いうふうに思ひます。厚生大臣も、さきの参議院証券・金融問題特別委員会におきまして、大きなかつたと述べておられます。厚生大臣の見解をお伺いいたしておきたいといふうに思ひます。

それで、もう時間がありませんけれども、国民年金であります。滞納者が多いとか、あるいは保険料を免除されている人もおるということで、年金受給者が将来に不安を覚えることのないようになりますが、加入率もまだはかばかしくないといふふうに思ひます。

それと、もう時間がありませんけれども、国民年金であります。滞納者が多いとか、あるいは保険料を免除されている人もおるということで、年金受給者が将来に不安を覚えることのないようになりますが、加入率もまだはかばかしくないといふふうに思ひます。

この学生の保険料徴収率が低いということありますので、こういう形骸化を防ぐ意味でも、二十歳のときの加入率を上げておかないとますます國民年金が形骸化をしていくわけでありますので、この融資事業の中に学生向けの年金貸付制度を創設すべきじゃないかというふうに思ひます。

この學生の保険料徴収率が低いということありますので、こういう形骸化を防ぐ意味でも、二十歳のときの加入率を上げておかないとますます國民年金が形骸化をしていくわけでありますから、年金福祉事業団が学生に融資を行うことによれば、一連の証券不祥事の問題からの信用回復にもつながるわけであります。また、國民の間にあり年金福祉事業団が受けた損失補てんを社会に還元すべきじやないかというふうにもこたえることがであります。

すが、厚生大臣の御見解なり御答弁をお伺いして、私の質問を終わりたいというふうに思いました。

○国務大臣(下条進一郎君) 国民の大事な年金のいわば基本である資金をお預かりしている年金福祉事業団の件についてのお尋ねでございますが、この問題は既に衆参の予算委員会その他の場所でお答え申し上げまして、そこで大体概要是御理解いただいておると思いますけれども、長期的に貴重な資金を安定的に運用して、年金を掛けていらっしゃる方々に御不安のないようにしなければならないというのが年金事業団の本来の目的でございます。

もちろん、その付随業務といたしまして融資制度とかその他の業務もございますけれども、長引目で見れば何が大事かといって、やはりお預かりしている年金を大事にしていく、こういうことでござります。

その運用は、御承知のように自家運用、自主的に扱える分野でございまして、これが一兆二百三十億、この分については投資顧問会社のセゼスチョンを受けて自家運用をするということでござりますので、しかも、それが公債その他のものに限定されておりますので、株の投資その他には活用できません、制度上。したがつて大きな損失を受けることはないわけでありますけれども、また同時に大きな利幅を稼ぐこともできない、こういうことで、非常に堅実な運用をしておつたわけでございます。したがつて穴を開けたことはほとんどないということが現実でございます。

ただ、御承知のようにどうやって利幅を稼ぐかということになりますと、市場の動きに応じてこれを活用するといふことでございますので、活用できる資金が今申し上げたように一般の投資家よりも規模が大きいわけでありますので、その規模の大きい立場から少ない利幅をいかに有效地に利用するかとあるならば、これは当然その相場相場の場所を敏感にキャッチいたしますて、それを活用して利幅を稼いでいる取引

ということに相なるわけでございます。これがいわば先ほど御指摘がありましたような日ばかり取り申しますようか、そういうその日のうちの大口の取引ということになるわけでございまして、正常ではないかということをもう一方の証券の方の立場から、あるいは税の立場から言われておる

業団としては適切な処理をしておりましたけれども、そちらの通念からそういう御指摘があるならば、これはやはり誤解を受けることのないようになります。今後そういう分野は自ら切実に求められるものでございます。

今後も、大事な資金をお預かりしている立場でございますから誤解を受けることのないように、そして長期に安定的に国民の大事な年金資金を預かりしている立場から確実な運用をしていくよう相努めなければならない、そのように指導してまいりたいと思っております。

それからなお、自家運用というの私は非常に大事だと思います。これがまだ始まって期間が短くございますけれども、今後もこの分野は私は非常に大きくなるようになりますけれども、今後もこの分野は私は非常に大きくなる必要があります。これがまた必要がある、このよう

に相努めなければならない、そのように指導してまいりたいと思っております。

尊敬の日を前にして、本当に明るく豊かな長寿社会というもの、これはお年寄りはもちろん国民全体から切実に求められているものでございます。そういう中で私はきょうは、高齢者の切望する課題の一つであります白内障、とりわけ老

人性白内障の眼内レンズ——人工水晶体ですが、これの保険適用の問題に絞ってお伺いをしたいと思います。

大阪の堺市に住むひとり暮らしの高林さんという七十六歳の女性がこう言つているんです。手術をした方の目は世の中がぱっと明るくなるようによく見えます、でもお金が足らぬからまだ片方だけしかしてないんです。こういうふうに寂しく話している。實にせつない話であります。既に衆議院でも、また本院でも我が党の上田耕一郎議員の

承認のようのこととスタートしたばかりでござりますので、まだPRも不足の面もあるかと思

ますし、その他ことのスタートの結果をもう少しお見えた上でさらにこの普及にこれからも取り組んでまいりたい、このように考えている次第でございます。

○政府委員(加藤栄一君) 学生適用に伴いまして学生の保険料の問題でございますが、学生本人とその親元世帯全体として負担能力の有無を判断いたしております。負担能力のない学生さんにつきましては特別の免除基準を設定いたしまして免除

することにしておりまして、また免除されました

学生さんについては就職後等に保険料を納めた

私たちは直接調査をいたしているわけではございませんけれども、諸統計から推計いたしますと

年間の眼内レンズの手術の件数は約二十万、それ

から白内障手術全体の件数が二十五万というふう

に考えられますので、御指摘のように白内障手術

後の眼内レンズ装着率と申しますか、普及率は八

〇〇%程度ではないかというふうに推測をいたして

おります。

○沓脱タケ子君 厚生省はちゃんと調査をしておりました。敬老の日を前にして、本当に明るく豊かな長寿社会といふもの、これはお年寄りはもちろん国民全体から切実に求められているものでござります。

○沓脱タケ子君 それでは、しばらくの時間でございますので問題点を絞つてきようはお伺いをし

たいと思います。

ちょうど年に一回の敬老の日が目前に迫つております。

尊敬の日を前にして、本当に明るく豊かな長寿社会といふもの、これはお年寄りはもちろん国民全体から切実に求められているものでござります。

○沓脱タケ子君 それでは、しばらくの時間でございますので問題点を絞つてきようはお伺いをし

たいと思います。

金でございますけれども、片眼当たり手技料で約十万円、レンズ代が五万円、計十五万円程度だというふうに承知をいたしております。

○杏脱タケ子君 大体その程度のものになつてゐるよう私ども伺つております。

この人工水晶体、眼内レンズといふのは一九八五年に承認許可されてから急速に広がつたんです。

五年以降はまだ十年たつてないんですが、八年に承認された手術のように

数年の間に大変急速な普及がなされた手術のよう

でございます。眼科医の御意見を伺つてみますと、手術が大変安全だ、もう安全性が確保されて

いる、しかも手術をすると大変治療効果が顕著に

上がる、それは特殊な手術ぢやなくて多くの医療機関でやれるようになつてゐる、そういうことが

あるので急速な発展を見たと言われておりますが、この点は厚生省はどのように認識をしておられますか。

○政府委員(黒木武弘君) 私どもも、諸統計で見

る限りにおきましては、この普及というのは相当な勢いで進んでいると思っております。

○杏脱タケ子君 そういう点では、ほは基本的な

状況については厚生省と認識が一致しているといふことを確認しておきます。

私は、従来型の手術はどうなつてゐるのかなと思つて、眼科のことがさっぱりわからぬのだからいろいろと聞いてみましたが、従来の手術でござりますと、水晶体を摘出したら視力がほとんどなくなるわけです。特殊な人以外はほとんど見えなくなるのです。だからやむなくソフトコンタクトレンズを入れるとか、あるいは眼鏡をつけるということをやつて視力を補正してやつと日常生活ができるという状況のようでございました。

ところが、眼鏡は大変度が特別に厚くなるものだから、それを使うと視野がうんと狭くなるとか、周りがゆがんで見えるとかという大変な欠点があつてお年寄りにはかけづらいという問題がある。それからもう一つは、コンタクトレンズは、これはソフトコンタクトレンズでなければお年寄

りはとても扱えないものだからソフトを使うそつですけれども、これは大体一年に一遍ぐらいはかかるべきやならぬそうですね。しかも、かかるまでほつておくんではなくて、時々は眼科へ行つて洗浄してもらつて入れ直してもらうとかというふうなことを継続的にやらなかつたらとてもじやないけれどもこれは使えない。もうだんだん面倒になつてきて結局はコンタクトレンズを外してしまふ。だから、片眼の人はよろしいけれども、両眼になるとほんと日常生活も不自由なままになるという状況があるそうでござりますし、下手に扱つて角膜潰瘍を起こして、そのため逆に失明を起すなどふうな欠点もあるんだということを専門家から聞いております。

そういう状況の中で、医学医療の進歩によつて、眼内レンズを埋め込むということによって従来の欠点がすっかり取り除かれるという、治療効果が抜群の高さになつたので急速な普及を見たと考へるんです。私どもの同僚議員の中でも眼内レンズを入れて視力を回復して非常に喜んでおられる方、あるいは私どもの周辺の友人、関係者の中にもそういう方々がたくさんおられます。そういう点は、従来のやり方よりは格段に治療効果の上がるものだということは厚生省御認識になつておられますか。

○政府委員(黒木武弘君) 眼内レンズの手術になつて、眼内レンズの手術になつておられる点で、眼内レンズを埋め込むということだけ聞くと、時間短いんだから。私は眼内レンズを埋め込んだら治療効果が大変よく上がるものだということを認識しておられますかということだけ聞いだ。そのことは、あなたの母さんの例でもはつきりしているので認めざるを得ないでしよう。にもかかわらず、一〇〇%眼内レンズの手術になつていいないということに問題があるんですね、あなたがおつしやるところ。やっぱり眼球の構造上の個人差があるそうですし、あるいはその他の眼の疾患との関係で入れられないという方もあるそうです。

だから、専門的に紹介をされ、何とか眼内レンズを入れてやつてくれて紹介されてきた患者さんでも、手術をしてみたら高いところで九二、三%しかいっていない、それ以外の方々はしてあげたくてもできないという条件の患者さんがおるんです。これは百も承知で聞いているんで、時間が短いから余り尋ねんことを答えるといてくださいよ。本論へ行かんと余分のことを言うたらこっちもかなわないですがね。

それで、今日の社会で、医学医療の進歩によつて治療効果が高くなるという、いわゆる医療行為とか医療技術、こういうものが確認をされてきたら、今日我が国では皆保険の時代ですから、当然のこととして保険適用がやられるのが当たり前だと思うんです。だから一日も早く眼内レンズ、人工水晶体を特定治療材料として健保に適用して、用をするべきではないのかというのだが、これは全く当たり前の考え方だと思うんですが、その点に

例えば子供さんであるとか、あるいは感染症があるという方には埋め込みレンズは無理だと聞いておりますので、いかにすばらしい技術でもやはり限界はあるわけでございます。眼鏡あるいは不便でもコンタクトレンズ等々が必要な方もあるわけでもございますから、優秀性は否定できませんけれども限界はあるというふうに承知をいたしております。

○杏脱タケ子君 聞いたことだけ答えてくれんと、時間短いんだから。私は眼内レンズを埋め込んだら治療効果が大変よく上がるものだということを認識しておられますかということだけ聞いた。そのことは、あなたの母さんの例でもはつきりしているので認めざるを得ないでしよう。これに対しまして眼鏡とコンタクトレンズ、それ力を回復するために、先ほども申しましたように淨してもらって入れ直してもらうとかというふうなことを継続的にやらなかつたらとてもじやないけれどもこれは使えない。もうだんだん面倒になつてきて結局はコンタクトレンズを外してしまふ。だから、片眼の人はよろしいけれども、両眼になるとほんと日常生活も不自由なままになるという状況があるそうでござりますし、下手に扱つて角膜潰瘍を起こして、そのため逆に失明を起すなどふうな欠点もあるんだということを専門家から聞いております。

そういう状況の中で、医学医療の進歩によつて、眼内レンズを埋め込むということだけ聞いていいないということに問題があるんですね、あなたがおつしやるところ。やっぱり眼球の構造上の個人差があるそうですし、あるいはその他の眼の疾患との関係で入れられないという方もあるそうです。

だから、専門的に紹介をされ、何とか眼内レンズを入れてやつてくれて紹介されてきた患者さんでも、手術をしてみたら高いところで九二、三%しかいっていない、それ以外の方々はしてあげたくてもできないという条件の患者さんがおるんです。これは百も承知で聞いているんで、時間が短いから余り尋ねんことを答えるといてくださいよ。本論へ行かんと余分のことを言うたらこっちもかなわないですがね。

それで、今日の社会で、医学医療の進歩によつて治療効果が高くなるという、いわゆる医療行為とか医療技術、こういうものが確認をされてきたら、今日我が国では皆保険の時代ですから、当然のこととして保険適用がやられるのが当たり前だと思うんです。だから一日も早く眼内レンズ、人工水晶体を特定治療材料として健保に適用して、用をするべきではないのかというのだが、これは全く当たり前の考え方だと思うんですが、その点に

ついて御見解を伺いたいんです。今まではどうも妙なことを言つておられて、やる気はないみたいでお答えですか。その点どうですか。

○政府委員(黒木武弘君) 白内障の患者さんで視力回復するため、先ほども申しましたように混濁化した水晶体を摘出するわけでございます。それに対して視力低下の状態が残存をしている、これに対しまして眼鏡とコンタクトレンズ、それから手段として埋め込みレンズがある、こういう形になつておるわけでございます。

確かに埋め込みレンズが普及いたしておりますけれども、私どもは、眼鏡は自己負担、それからコンタクトレンズも自己負担の形で給付外にいたしておるわけでございまして、そのバランスから見ましても、私どもはこれを直ちに保険導入していいことは非常に困難であるということで、かねがねからお答えを申し上げているわけでございますけれども、今もその考え方には変わりございません。

○杏脱タケ子君 よよそおかしいんだよね。非常にすぐれた医療技術が明らかになつて、世界的にも一般化してますから、それで患者さんの八割九割までもそれを受けて治療効果があつて喜んでいらっしゃる。だけれども、眼鏡もコンタクトレンズも保険適用してないからそれもやる気はありません、こんなもの通りませんね。本気で言うてのかなといふ気がしますよ。

それじゃ同種のものはないのかというたら、人工臓器の埋め込みによつて保険適用している事例はいろいろありますね。例えば心臓のペースメーカーだつてそうでしょうが、あるいは心臓の人工弁の埋め込みの手術だつてそうでしょうが、あるいは人工関節の埋め込みだつてそうでしょうが。ほかのところやつてあるんだから、同じなのによつて白内障のレンズの埋め込み手術だけは保険適用する気がないか、全然わからぬですね。私も医者の立場を離れたかで常識的に考えて全くわかりませんよ。

これらの既に適用されている事例から考えて連

いは何かなと思ってみたら、数は圧倒的に違います。それは心臓の人工弁の埋め込みの率と白内障の数といったらもう格段に違います。それぐらいのこと、医学上の問題というのは何も違わぬなど思うんですが、なぜいつまでもそういう同じこと言っているんですかね。私はちょっと不思議な気がしているんですよ。学問的にあるいは科学的に、また治療上も何も異議がないのにどうしてやれないのかな。

保険の対象にいたしておるわけでござります。さてその後は眼鏡かコンタクトかそれから眼中レンズかという選択になる。したがつて、その後につづいては、何と申しますか、そのバランス上からいって給付の対象外の扱いとせざるを得ないという形の整理になつていいことでござります。これは確かに議論があるところで、何回も何回も各方面的意見を聞き、あるいは中医協でも御議論をいただかなきやならないテーマだと思つております。

ほつてたんや、逆に言うたら。コンタクトレンズの方も眼鏡の方も、特殊な眼鏡ですね、いわゆる特殊眼鏡ではないようですねけれども、私や皆さんのがかけている眼鏡とは質が違いますわね。そういうのをかけているのは御自由ですというてほつてあるんですね。それをほつてあるから、せつかんであるんですね。それをしてもこれはできませんで、そ立派な手術が完成して、そんな理屈は通りませんで、本当に。余り時間もたくさんないから少し具体的に聞いておきたいんですけど、ちょっと角度を変えて聞くんですが、保険適用をすると大体金額はどのくらいかかるんですか。さつき十五万ぐらいは眼中に入れておいたところよりもよっぽどいい。そこまで入れておいたところよりもよっぽどいい。そ

ざいますけれども、医療保険の目的が患者さんの方、被保険者の疾病とかあるいは負傷に対しまず、保険事故に対する保障でございますから、私どもは財政的理由よりもその導入の社会的合理性と申しますか、妥当性と申しますか、必要性というのですか、そういうものを重点的に考えていくわけでありまして、今回の眼内レンズにつきましても財政影響からこれを保険外にしているということではなくて、先ほども申しましたようにどうしても一線越えがたしバランス論があるわけでございまして、ここのことろに大いに議論を尽くさねばならない、こういうことでございます。

世界じゅうで一般化していく、患者は喜ぶし、だ  
れでもやれるというふうに技術が一般化してい  
る、安全な手術になつておるということになつた  
ら当然要求として出てくると思うんですが、なぜ  
それができないんですかね。

何處をくといひますか。なせがためかといひますとでござりますけれども、眼鏡なりコンタクトの適用の患者もおられまして、そのバランスからいって、片一方は自己負担、片一方は給付という事にはなかなか整理として私どもはならない、ということは御理解をいただ

不況を入ればなかなかまとまらし、しかもしなけれ  
ば二十万件ぐらいやつている。そうしたら大体  
財政上から考へて、それ単純計算したら三百億に  
なるんですね。三百億でしよう。そういう財政上  
の問題がネックになつて余り理屈の通らぬよう  
な、筋の通らぬよつたことを四五の言つて過

「政治」の問題ばかりでなく、社会問題、経済問題など、幅広い議論がなされ、その中で、厚生省は随分やばな態度を貫いておられるし、一方ではお年寄りは、お年寄りの社会的な状況からと言うけれども、お年寄りだから光を取り戻させ

きたいと思うわけでございます。

**○政府委員(黒木武弘君)** 全くの推計でございまして、金額は私が申し上げた程度ですか。

てあげる”ということが最大の問題だと私は思いましたよ。お年寄りやつたらしさ不自由な眼鏡でもコントクトレンズもあるのやからそれでやつたらしさを出さないでいいのです。それなら今この問題を

用してないからもし眼内レンズの手術を保険適用にしたらバランス上ぐあいが悪いんやと。両方考えたらええ。何も眼鏡もコンタクトもほつといふよらへ、と弘は言おうと思つてない。

すぐれども、一人三十万、一眼十五万でござりますから二眼入れるとして三十万、患者数が年間十万人ということで試算をいたしますと、三十万掛けたる十万人で先生御指摘のとおり約三百億ぢやないかの

よそいさんなんといふうな  
とつちやいかぬですよ。厚生省が余りおやりにな  
らぬものだから地方自治体は見かねて、患者の要  
求にたしかねて道分ハラハラ苦労しておられます

うからそんなことを言うんですよ。

財政影響があるうかと思つております。○沓脱タケ子君 患者十万、まあ十万でもええんだね。何人というより目が二つあるから、片方で

これは後で数字も言いますけれども、私は、この七月現在で入手をした助成の実施地区と助成金の額を記入する。

だって、さつきも言ったでしょうが、ソフトコントラクトを入れるために、患者さんは自分でできへんのですよ。何か一つが二万円ぐらいする高

済む人と両方せないかぬ人と病状によつて違いますから。二十万件というのは二十万人じやないんですね。だけれども、十万人と限定してしまうと、

成内容を見ましてさすがだと思ったんです。眼内レンズだけの補助をしているというようなところの方が少なくて、大部分は、例えばこれは宇都宮の方

いものらしいです。それでも一年しかもたへん。  
一年たつたらまた新しいのにかえてもらわにやい  
かなへ、里へ込もざうそのままでよつとへこうえき

ぐあいが悪いんだけども、二十万の目の手術をすると、二十万件で今おっしゃった三百億、その三百億と、どうのが簡単じゃない、財政上の問題こ

市です。眼内レンズ一眼三万六千円、特殊眼鏡一  
対一万五千円、コンタクトレンズ一眼一万二千五  
百円と、ちゃんと三つの条件をそなえて保証して

してもらつて、目に異常はないか、眼球に異常は

三日後、この会見で、貝政の問題は、ネックがあるんですか。どうもわからぬのですかが、それはどうなんですか。

いえ。もちろんこれは所得制限等はありますよ。しかし、そういうふうにやっている。あるいは

ないかといふことを検査してもらつて何遍も何遍ももつけてはいるんですよ。それを今まで適用しておりませんと自慢みたいに言うたら困るんだ。何で

○政府委員(黒木武弘君) 新しい技術だとか材料を医療保険に導入します場合に、私どもは財政上の影響というものももとより念頭に置くわけでござ

千葉市でも同じです、眼中レンズ一眼三万五千円、特殊眼鏡一対三万円、コンタクトレンズ一眼二万五千円。船橋でもやはりその三つをちゃんと

並べて、金額はそれぞれ違いますけれども、眼鏡とコンタクトレンズは適用していなければならぬ。厚生省の態度と違っています。

三つの条件が要るからということで、地方自治体は大概苦労してみんなそうしています。眼内レンズの補助だけの町や地域もあります。大部分がそうしていますね。だから、厚生省何考えているんだと思うんですよ。だってさっき言ったように、コンタクトレンズなんというようなものをつけたら、一年で必ず入れかえんならぬ。一週間や十日に一遍は行って洗浄してもらわにやならぬ。治療の継続なんですよ。そなのに何もしていませんというのはおかしいじゃないですか。

私は、眼内レンズについては、それを挿入して手術を完了すると大変すぐれた効果が出るんだからこれは保険適用をして、眼鏡やコンタクトレンズなんというのは、これは療養費払いという制度も活用できるんだから、そういうことでアンバラスなんといふのは、これは療養費払いといふやつでありますよ。その点どうですか。

○政府委員(黒木武弘君) 地方自治体はそれぞれ

の立場からそれぞれの目的でいろんな政策を展開されておると思いますけれども、私どもは国の施策として整合性ある形で施策を考えるべきを得ない立場であるわけであります。つまり、保険給付としての公平性とか妥当性の見地から発想をしていかざるを得ないわけでござります。

コンタクトレンズ、眼鏡等も保険の範囲に入れ正在するわけありますけれども、どちらかといふとコンタクトレンズ、眼鏡等は日常生活上矯正の機能を有する器具としてお使いになつておるといふことでございまして、疾病、負傷に対する治療といふ本來の保険目的からやや外れた概念として整理をいたしているわけでございます。かえて長年給付外に、もちろん外国では給付にし

ている國もあるわけでありますけれども、我が國の長年の医療保険の考え方はそういう形での整理をすつとしているという、私どもはそういうことです。

確かに地方自治体では意欲的に取り組まれ、私もこれのが医療保険適用方の再三御要望もないだいているのは事実でございます。さらにいろいろ問題を残しているわけでございますけれども、検討は続くなきやならない事項だというふうに思つております。

○杏脱タケ子君 それで、時間が残り少なくなつたのでさつきの財源問題、財政問題をちょっとと聞いておきたいんですけど、結局三百億 現行の二十一万件で三百億ですかとも、高齢化社会でどんどんふえていくことはもう予測にかたくありませんよ。それが四百億になり五百億になつていくに違いないと思うんです、現行はきつちりした数字はわからぬけれども。そうすると、診療報酬でこられをやるということになつたら大変だなと思うんです、私率直に言つて。だって、眼科医療の領域というものは総医療費の中のせいぜい4%前後で

しよう。4%内外ですね。だから、十八兆の4%百億という金が要るということに、加えられる五百億といふ金が要るということになると、この窮屈な診療報酬の枠の中でも他の眼科分野の医療費はどうなるか。値上げは抑えられぬのと違うか、改善してもらわなきやならないところが改善できなくなるということの

圧迫は当然出でくると思うんです。

これは私非常に大事な点だと思うのは、患者が切望していく、もう医療技術としては安定して、しかも治療効果は抜群、安全性が確立していると

いうふうなこんな優秀な技術を、四百億や五百億、そういう金のために保険適用を抑えて、冒頭に申し上げたように、片方は手術したけれども片方はお金がまだないからできませんというよう

ことを放置することは今日の日本の社会でいいだらうかと思うんです。その辺で私は一つ考え方なければならないのは、眼科の領域というか、診療報酬の範囲の眼科の中でその分を何とか考えよう

といったて絶対無理です。だからその枠の外で、高度に発達した医療技術を保険適用して、国民皆保険の時代にだれもが適用できるよう、享受できるよう早く道を開くべきであると思うんで

すが、まず局長、御見解を伺つておきましょう。

○政府委員(黒木武弘君) 医療費の財源、私どもから申し上げれば貴重な財源をどういうところに

がつてます。

したがつて、地方自治体等で実施もし、あるいは決議もしていよいようなところでは世論は整つてきています。患者は切望しています。さつきからお聞きのとおり学問的には全く問題がなく

て、眼科医会からも要望が出てるし、不安がない。金をどうするんやという財政問題だけでこれ

がどうも踏み切れないというのが随分慎重に発言をされている局長の御答弁からも読み取れます

が、そういう点で大臣、敬老の日目前なんです、

ちょうどいいした上で診療報酬点数の改定という形で行政を進めさせていただいておるわけでございましたけれども、いろいろ御示唆に富むお話をい

ますか答えませんか。私、知つておる範囲だから

ら言つておる。

だから、この六千億や七千億の中で四百億、五百億という眼内レンズ手術が保険適用されるといふことになつたら大変やということになつて、眼

科医会でも問題になり、医師会に言うてもそんなものえらいことやなと。内科や外科みたいな大きなバイを持つてゐるところやつたら少々はいなければ、眼科みたいな小さい科ではバイも小さいけれども、眼科みたいな小さい科ではバイも小さいから大変なんやし、これはやっぱり枠の外へ出してもらう以外にないよという、こんなやりとりばっかりしておるんです。

これは私非常に大事な点だと思うのは、患者が切望していく、もう医療技術としては安定して、しかも治療効果は抜群、安全性が確立していると

いうふうなこんな優秀な技術を、四百億や五百億、そういう金のために保険適用を抑えて、冒頭に申し上げたように、片方は手術したけれども片方はお金がまだないからできませんというよう

ことを放置することは今日の日本の社会でいいだらうかと思うんです。その辺で私は一つ考え方なければならないのは、眼科の領域というか、診療報酬の範囲の眼科の中でその分を何とか考えよう

といったて絶対無理です。だからその枠の外で、高度に発達した医療技術を保険適用して、国民皆保険の時代にだれもが適用できるよう、享受できるよう早く道を開くべきであると思うんで

すが、まず局長、御見解を伺つておきましょう。

○政府委員(黒木武弘君) 医療費の財源、私どもから申し上げれば貴重な財源をどういうところに

がつてます。

したがつて、地方自治体等で実施もし、あるいは決議もしていよいようなところでは世論は整つてきています。患者は切望しています。さつきからお聞きのとおり学問的には全く問題がなく

て、眼科医会からも要望が出てるし、不安がない。金をどうするんやという財政問題だけでこれ

がどうも踏み切れないというのが随分慎重に発言をされている局長の御答弁からも読み取れます

が、そういう点で大臣、敬老の日目前なんです、

ちょうどいいした上で診療報酬点数の改定という形で行政を進めさせていただいておるわけでございましたけれども、いろいろ御示唆に富むお話をい

ますか答えませんか。私、知つておる範囲だから

年寄りたちの光を奪つてはならぬと思うんです。そういう立場でひとつ決断を大臣にお願いをして、日悪いと思いますので、大臣の御見解を伺つておきたいと思います。

○国務大臣(下条進一郎君) 委員も眼鏡をかけていらしゃいますし、私も眼鏡をかけておりまして、目の悪い立場の気持ちは相通するものを持つておきたいと思います。今御議論の中で、ポイントは眼内レンズを保険上の取り扱いにせよというお話をござりますけれども、これは全体的に言えば診療報酬の中での問題と、このように受けとめておりまして、從来より中医協において幅広い視点からその合理性について御議論いただいてるところでありまして、どのような医療技術、医療材料を保険給付の対象とするのが適当かという点を含めても十分に御議論をいただけるものと考えております。

眼内レンズの保険適用については、既に局長からも御説明申し上げたような問題点もあることから、このような問題点を検討しつゝ、中医協の御議論も踏まえまして適切に処理をしてまいりたいと思つております。

○脊脱タケ子君 それじゃ終わります、時間ですから。

○栗森善君 まず、私は障害者福祉問題についてお尋ねを申し上げたいと思います。

来年、一九九二年は国連障害者の十年の最終年でございます。これへ向けて、七月三十一日に中央心身障害者対策協議会が、この対策本部が総理府に設けられることもありまして、総理大臣あてに提言をしているわけでございますが、私もこれを読ませていただきまして、もちろん本問題は単に総理府の問題というより厚生省が主たる行政として推進をしなければならない性格だと思つています。そんな立場で基本的なことやあるいはこれからの方について幾つかお尋ねを申し上げたいと思います。まず一つは、過去の論議の中でも何回も出ているわけでござりますが、アメリカでアメリカ障害

者法、いわゆるADAというものがつくられました。これに対して日本は、今の現状、心身障害者したいと思いますので、大臣の御見解を伺つておきたいと思います。

○国務大臣(下条進一郎君) 委員がお尋ねの要な違いがあるのは、日本の心身障害者対策基本法があるからこのようなものは要らない法というのは、国や地方公共団体の責務、心身障害発生の予防、保護、教育などをやる。ADA法は明確に障害を持つがゆえの社会的な差別を禁止する。ここに私は目的の違いが明確にあると思うんです。私はこの違いというものを前提にしたうのをつくる考えはあるかないか、そこをお尋ね申し上げたいと思います。

○政府委員(末次彬君) お答えの前提をいたしましたが、厚生省として最終年に向けて

その基本的な考え方、ADA法に準ずるようなものをつけた考えはあるかないか、そこをお尋ね申し上げたいと思います。

ADAは、一九九〇年七月に大統領の署名を得て発効したわけですが、この法律は障害の種類を問わず雇用、公共交通機関、公共的施設、電信リレーサービスといった四つの分野におきまして障害に基づく差別を禁止するという内容を持つております。これらに関しましては合理的な理由なくして障害を理由とする差別を禁止すること、それから公共の用に供する交通機関、これにつきましては障害者が利用できるように駅舎、車両等に必要な配慮を行うこと、それからホテル、レストラン、劇場、図書館等の公共の用に供する施設につきまして個々の事業者においてその負担でこうした措置を講ずるよう求めたものでございます。

他方、心身障害者対策基本法、これは今委員御指摘のとおり、障害者対策に関する国、地方公共団体の責務を明らかにすると同時に、障害の発生

予防に関する施策、医療、教育、雇用、年金等非常に広範囲な分野にわたりまして障害者に関する施策の基本となる事項を決めて、障害者対策の継合的推進を図るという目的を持って制定されておりまして、これを受けまして、個々の分野におきましてはこの理念に即しまして、例えば福利の分野では身体障害者福祉法、精神障害者福祉法、雇用の分野では障害者の雇用に関する法律、こういったそれぞれ関係各省庁におきましてこの理念を生かすために必要に応じまして制度的あるいは財政的な措置を講じまして障害者対策の推進を行つて、こういう体系で取り組んでいるわけ

そこで、七月中に中心協から答申をいただきまして、政府におきましても八月に障害者対策推進本部におきまして、この答申に即して実行していくござります。そこで、七月中に中心協から答申をいただきましては、必ずしもこの答申の中でも幾つかのところでは抽象的でございますが、厚生省として最終年に向けて

そのをつくる考えはあるかないか、そこをお尋ね申し上げたいと思います。

○政府委員(末次彬君) お答えの前提をいたしましたが、厚生省として最終年に向けて

そのをつくる考えはあるかないか、そこをお尋ね申し上げたいと思います。

○政府委員(末次彬君) お答えの前提をいたしましたが、厚生省として最終年に向けて

そのをつくる考えはあるかないか、そこをお尋ね申し上げたいと思います。

○政府委員(末次彬君) お答えの前提をいたしましたが、厚生省として最終年に向けて

そのをつくる考えはあるかないか、そこをお尋ね申し上げたいと思います。

○栗森善君 今幾つか説明されましたがあ、基本的なことが違うんです。幾つかの措置をやるという

ことはそれなりに意味があります。そういやすく、社会の中で障害を持つ人たちに対して企業や社会の枠組みとしてその人たちを差別してはならない、ということはそのなりに意味があります。そういやすく、社会の中で障害を持つ人たちに対して企業や社会の枠組みとしてその人たちを差別してはならない、

ことはそれなりに意味があります。そういやすく、社会の中で障害を持つ人たちに対して企業や社会の枠組みとしてその人たちを差別してはならない、

ことはそれなりに意味があります。そういやすく、社会の中で障害を持つ人たちに対して企業や社会の枠組みとしてその人たちを差別してはならない、

ことはそれなりに意味があります。そういやすく、社会の中で障害を持つ人たちに対して企業や社会の枠組みとしてその人たちを差別してはならない、

ことはそれなりに意味があります。そういやすく、社会の中で障害を持つ人たちに対して企業や社会の枠組みとしてその人たちを差別してはならない、

ことはそれなりに意味があります。そういやすく、社会の中で障害を持つ人たちに対して企業や社会の枠組みとしてその人たちを差別してはならない、

ことはそれなりに意味があります。そういやすく、社会の中で障害を持つ人たちに対して企業や社会の枠組みとしてその人たちを差別してはならない、

○政府委員(末次彬君) 基本的にはただいま御指摘の理念に即して実施をいたすわけございまして、その個々の施策のあらわれとして、いろんな分野で障害者に対する必要な施策を講じていくことを通じてそういう理念の実現を図つてあるというふうに考えております。

○栗森善君 私は目的というのは、理念を法のもとに明確に書くというのが法だと思います。心身障害者対策基本法にはそういう理念はこの目的の中には書いてございません。それを書くというの

この国連障害者十年の最終年に当たってやらなければならぬ厚生省なり政の責任ではないか、

こういうことを申し上げておきます。

○栗森善君 私は目的というのは、理念を法のもとに明確に書くというのが法だと思います。心身

障害者対策基本法にはそういう理念はこの目的の中には書いてございません。それを書くというの

この国連障害者十年の最終年に当たってやらなければならぬ厚生省なり政の責任ではないか、

こういうことを申し上げておきます。

○栗森善君 私は目的というのは、理念を法のもとに明確に書くというのが法だと思います。心身

○栗森喬君 私もう一度申しますが、施策を推進するということじやないんです。立法概念の中に障害者を社会的に差別してはならぬといふ言葉が入らないと、これから言葉の問題ちょっと申し上げますが、精神薄弱者という言葉がいいとか知恵おくれがいいかという問題、これは差別用語なのか何かということを言われたときに、今までの津島厚生大臣の答弁も聞きました。それは社会の概念が非常に大事だというふうに言っておるわけです。その社会概念規定というのは、障害者を差別してはならないということを一つの法にしなきや、施策じゃない、立法として明確にしていかなかつたらこの問題の社会的な根幹の問題は変わらない、このことを私は主張しておるわけです。施策の問題じやございません。

再度のことを聞いて今後の取り組みについて明確にしてもらいたいと思います。

○政府委員 村松林志 委員會指摘の点は、差別的待遇を禁止するという角度から御指摘でござりますが、心身障害者対策基本法におきましては逆に個人の尊厳という観点からとらえておりまして、「すべて心身障害者は個人の尊厳が重んぜられ、その尊嚴にふさわしい待遇を保障される権利を有するものとする。」という規定が置かれておりましてして、いわば障害者の立場から見て尊嚴にふさわしい待遇を保障される権利を有する、こういううらえ方をしておるわけでございます。個々の差別といいますか、いろんな障害を持つがゆえに受けれる不利を解消していくことにつきましては、個々の施策でただいまの個人の尊厳といううの趣旨を生かして施策を開いていく、こういうふうに考へておるわけでございます。

○栗森喬君 明らかに法の目的と施策の仕方が違うということがこのことでも明らかになつたと思うんです。具体的にこのことをこれからどうするかということは私は再三にわたつてこれからもやるつもりですから、基本的な理念についてはそのぐらにしておきます。

そこで、幾つかのことについてちょっとお尋ね

平成三年の九月六日に発表されました精神薄弱者に対する運賃割引について、これはいわゆる公共交通機関が割引をするということを決めたわけです。この間の質問の中でも、同僚議員からもエレベーターの設置の問題やいろんなことをやらねたわけですが、まず厚生省の見解をお尋ねしたいのは、一つは認可が必要だというのがなぜなのかということ。私が察するには、本来割引をするといふのは、ほかの人も全部同じ料金で乗っている中でいわゆる障害者に対して割引をする、こういう規定でございます。今まで精神障害者には規定をしていなかつたのを入れるということをございます。

ところが、各公共交通機関と言つたてで、ごく一部を除いて民間でございます。これは利用者がその料金を結果的に負担をするという感じになるわけです、割引を認めるということは。私は本来社会保障政策というのは国全体の施策、さつき施策と言いましたから私はあえて言います。それは個別の企業にあるいは個別の交通会社にそのことを負担させて、厚生省としてはよくやつてくれないう評価はあるんでしようが、基本的には社会保障政策としてやるならば何らかの格好でそれをやつたところに対し補助を出すとか、そういう施策に対するさまざまな援助というか、そういうものがあつてしかるべきだと思いますが、この間一つつけて厚生省の見解をうながしておきたいと思います。

に考えております。したがいまして、運賃割引の問題につきましては、基本的には公共交通機関の運営の責任を有している運輸省、ここでその問題についての総合的な判断、そういうような形で処理をしてきてまいっております。もう御案内のことより、昭和二十五年から身体障害者について同じような割引制度が認められておりますけれども、そのような形で定着しておるところでございます。したがいまして、今回の問題につきまして、私ども円滑な実施のためにいろんな努力をしてまいることは当然でございますけれども、お話のような形での財政支出ということは考えていないところでございます。

なお、なぜそうなのだというような点かと思いますけれども、例えば運賃以外でもNHKの放送受信料の問題とかいろいろな問題、それぞれのところでのこの問題について対処していく、処理をしていく、そのような形で取り扱っているわけでございますので、御理解を賜りたいと存じます。

○栗森斎君 私は、そういうやり方をすることによってどんな問題が出ているかと云うと、これは単に精神障害者だけじゃなく、内部疾患と言われる、非常に心臓の重い病気になかって完治が不能の人などなども入れて、内部疾患者も含めたそういう運賃割引制度をやつてほしいというのがあります基本です。ところが、それが精神障害者に限定されてしまった。こういうことというのは、結果として各省庁に任せておくということに一つの欠陥があるのではないか、こういうふうに私は考えるわけでございますが、その辺のところについて見解を明らかにしてほしいと思います。

○政府委員(土井豊君) ただいまお話しの内部障害者については、たしか昨年の初めに身体障害者に準ずるという形で対象に取り入れられたというふうに私ども伺っております。

それから精神薄弱児者につきましては、ことしの暮れからというスケジュールでございます。なお、精神障害者についてまだ残された問題があるということは承っております。

ただ、先生御質問のポイントは、各省庁ばかりではないかといふよな点かと思ひますけれども、むしろ政府全体がそれぞれの仕事すべてにわたくつて障害者の問題に取り組むといふ姿勢もまたどうしても必要な事柄ではないか、そういうスタンスで臨んでいるところでございますので、御理解を賜りたいと存じます。

○栗森香君 言葉の問題で、確かに精神障害者という言葉の問題と薄弱者という問題、それから内部疾患者といふ言葉の問題、これらはいろいろと使い方、使われ方、それぞれの人権を尊重していくいろいろと考えられておるのはわかります。しかし、私どもが考えたときに、精神薄弱者というのは一つの言葉の概念として既に日本の社会の中では定着をしているけれども、果たしてこの言葉が適当なのかどうかという問題。私たちがほかのこの種の運動に取り組んでいる人たちのところへ行くと、知能障害とか知的障害とか、言葉の使い方にもかなり配慮をしている。私は、一つの言葉が社会的に定着をしたと言ふけれども、精神薄弱といふのは、言葉のいろんな意味のとり方があります。ですが、ちょっと気の弱い人も精神薄弱者かもしれない。これは広義な意味でございます。ここは特定の障害を規定した言葉として使われているわけですが、私は、先ほどの日本の心身障害者対策基本法にそういう理念、概念が明確でないことが、幾つかのこれからの方策の中でそういう基本的な理念のところで整理がされ尽くしていない、このことが一つの大きな問題だと思っております。

したがつて、これらの問題で、その種の言葉の使い方、それからあと残った内部疾患の問題を含めましてどうお考えになるか、ひとつ見解をいただきたいと思います。

○政府委員（土井豊君） ただいま精神薄弱者、精神薄弱といふ言葉についての御指摘かと思いま

先生御指摘のとおり、私どもも、関係者の中では適切な言葉遣いではないんではないか、よりいい

言葉がないかというような御意見、御議論があることを承っております。また、これまでも当委員会を初めいろいろ国会の中でも御議論があつたと承っております。現在、関係者の中でもこれにかわるべきいい概念をあらわす言葉としてより適切な表現がないかという議論が重ねられていると承つておりますし、私どももそのような団体におけるいろんな御意見を踏まえながら、今後適切な表現があります場合には積極的に対処してまいりたいというふうに考えているところでございますので、御理解を賜りたいと存じます。

○栗森斎君 次に、保育の問題についてお尋ねを申し上げたいと思います。

先ほど来 同僚委員からも日本の出生率が減った原因やその環境をどう改善していくかということがありました。私は保育所の問題は非常に重要な問題だと思います。といいますのは、今社会的な地位のある女性の方が長く働き続ける、もちろんそこのには育児休業法なども必要でございますが、そのときには保育所といいますか、これの設置というのがかなりきちんと整備していかなければならない。

ところが、今保育所の実態を見ますと、確かに長時間保育と称しまして朝早くから夕方、夜までといふにいわゆる私立、あるいは公立の一部もそういうことを採用していますが、少なくとも女性の方が子供を産まれて、自分が仕事をしながら、もちろん仕事だけではありません、仕事が終わったら社会的なおつき合いもいろいろござります。そういうときに、今の保育体制といふのは基本的に保母さんの労働条件を基本にして社会的なニーズにこたえていくという、保育をしてほしいという人たちのニーズに必ずしもマッチしてない、かなりミスマッチしているんではないか、こういうふうに思います。このことがちゃんとされないと、働きながら女性が子供を産み育てるということは完結していかない、こういうふうに思う

わけでございますが、現状についていかがな認識があります場合には積極的に対処してまいりたいというふうに考えているところでございますので、御理解を賜りたいと存じます。

○栗森斎君 次に、保育の問題についてお尋ねを申し上げたいと思います。

乳児保育、夜間保育等の特別保育対策の推進について、そういうことで努めておりまして、平成二年度におきましては、それらの一層の拡充を図ることに努めています。今御指摘のありました夜十時ごろまでの長時間保育、従来は時間を若干延長するだけでありましたけれども、本年度からは夜十時ごろまで夜間保育という別枠で実施することになりました。だとしても、これは全国二百カ所、この十月から実施するということで、そういう御要望を取り入れることにいたしております。また、一般の保育所では対応できない深夜や休日における保育施設の運営を企業が児童福祉施設を経営する社会福祉法人に委託して行う企業委託型保育サービスを新たに実施することいたしております。今後とも社会経済情勢の変化等を勘案いたしまして、就労と育児の両立が可能となるようきめ細かな保育サービスの充実に努めてまいりたいと考えております。

○栗森斎君 その上でさらにここは意見をもつとお尋ねをしたいと思います。

○政府委員(土井豊君) ただいまお尋ねの保育行政の根幹であります保母さんの労働条件、非常に大事なことだと私どもも認識をしております。

○政府委員(土井豊君) ただいまお尋ねの保育行政の根幹であります保母さんの労働条件、非常に大事なことだと私どもも認識をしております。

まず、実態が公私でかなり違うじゃないかといふような御指摘、私どもも日々承っております。例え勤務時間について見ますと、措置費の上では週四十四時間ということになつておりますけれども、今年度から四十三時間三十分というふうに改善を図りましたし、さらにこれを四十二時間に持つていきたいということで努力したいと思っております。

また、その他のいろんな給与を中心とする実態につきましては、数年間に一度実態調査をしまして、必要な手当を行つというような形ができるだけ現状に合うようには措置費の仕組みを改善してほしいという人は十日に一回回ってきていたけれども、今後におきましても、市町村からの御意

見等も承りながら、そのような形の検討はいたしました。だからもう一つは、措置費の中からその分を引くわけでございますから、これは保母さん自身の労働条件も物すごく違う。その条件も違うということで、措置費のあり方や現状についてもう少し統一的にやりながら全体に広げていくということをしなかつたら、かなきやならない重要な問題だと受けとめております。

○栗森斎君 労働時間を短縮すればそれだけなく

さるに子供さんがある程度ふえてきたというよ

うふうに思います。

○栗森斎君 労働時間短縮すればそれだけなく

さるに

して厚生省が平成四年度以降にどう受けとめてやつていくのか、このことを見解として明らかにしてほしいと思います。

○政府委員(岡光序治君) おっしゃるよう、実情を正確に把握してそれにどう対応するかということに取り組まなければならぬと思っております。具体的には、平成五年の四月から各市町村で、これは全部の市町村でございますが、老人保健福祉計画をつくってください、こうすることにしておりまして、平成五年からそういうことが進むようになります。現在は準備、それから市町村の理解なり体制の強化ということを進めているところです。

どういうことをやろうかということございまが、まさに御指摘のように、市町村管内のお年寄りがどこにどういうふうにいるのか、そしてそのお年寄りの状況はどうなっているのか、それから世帯の状況はどうなのか、そして住居、それから医療機関に受診をしているならばその受診状況、疾病構造、それから働いているとしたらその就業はどうなっているんだ、こういう現状を全部つかさに把握してください、こういうことにしています。そしてその中から公的福祉サービスなり公的保健サービスを提供しなきゃならないわけでも、現在そのメニューをそろえているわけでござりますが、相手方にどういう需要があるのかといふ需要の総体を把握してください、そしてその市町村で提供できるサービスの現状はどうなっているのか、そしてニーズに達するためにはどういうふうに段階を踏んでニーズ達成の体制を整えられるのか、こういうことを把握をした上で達成のための整備計画をつくってください、こういうふうに私たち市町村に現在お願いをして進めているところでございまして、こういう計画の整備ができるのか、その体制が整つていけば、先生おっしゃったような姿に少しずつ近づいていくんじゃないだろうか、こう思つておるわけでございます。

○栗森喬君 私も市町村の関係者とこのことについて話をしたことござります。潜在的な需要とい

うのはどこまで言うのかとすることも含めて、

これ全部掘り起こしたら、とてもじゃないがそんな十万なんかでやれるはずはない。厚生省はそんなことをまさか行政指導しているとは私は思わないが、現状を正確に把握をして、國なり行政がどう負担をし、できない部分をどうするのかということを明確にしていかないと、どうも私はゴールドプランというのがひとり歩きをし、在宅でできることをやりながらもできるだけ在宅で寝たきり老人をなくそつ、そしてノーマライゼーションというものをつくつていこうということとも合致していない。まず現状を出してもらつて、そこで真摯にお互いが討論をしながらそれをやつていかないとはこれはだめだと思います。

特に、平成五年度に向けて私は多少懸念をしていましたので、あわせてこれは検討でこれからもやつていただきたいと思います。私は、いわゆる寝たきり老人をなくすというふうないろんなこ

と、デイサービスとか、それから障害者のためのデイサービスも含めて、社会福祉法人のあり方と

いうのをちょっと見直しをしてもらいたい。ノーマライゼーションという概念は、一つの地域コミュニティーにそういうものが一つ一つあればよろしいという概念ですね。そうすると、今の社会

福祉法人で言うと、一定の財産、一定の施設基準、そういうものをつくつてやるわけです。私は率直に申し上げて、デイサービスというのは普通の民

衆の町村にすれば、今まで県がある程度足らなくなつたといつたら、それは私は

何は何かしてくれた。町村が単独で交付税と措置費の両方で全部やれといつたら、それは私は

それから行政の財政力も非常に弱いところ、そこにそれが集まつてきたらそれはもう頭在化も

しないですよ。希望があつても受理をしないといふ、そういうことに結果的になつてしまふことを懸念していますので、これは関係者の中でもどういふふうにやっていく方がむしろ地域社会の中にないむんではないか。施設をばかでかいのを地域

の中には何とかしてくれた。町村と言われる六十五歳以上が比較的多いところに拠点的に開拓的につくるより、そ

ういう制度にしていくときには、福祉法人設立とか措置費のあり方に――分場方式をやるとかいろいろ言つてはいるけれども、私は分場方式の問題も検討したけれども、かなり制約がありま

して、これは問題がございます。

専ねしたいと思います。

○政府委員(岡光序治君) 御指摘の小規模な町村

の問題でございますが、確かに今まで県の福祉事務所がその仕事をされていた部分が多うござい

ます。そして、戸惑われているのが事実でございます。

したがつて、今後の問題として、この種のことについて見直しをしながら、措置費ならそういう

責任ある体制は当然つくらにやいかぬとしても、

財産とか施設の基準というのを緩和していくといふふうにしなかつたら國も金が大変ですよ。そん

なことだけやつていいられない、そういう立

場もござりますので、これは見直しをしていただ

かうと思います。

○政府委員(末次彬君) デイサービスについてお

はできない部分があると思いますので、そこは

県でも計画をつくつてもらうことになつております。

役割分担といふこともはつきりさせていくべきだと思います。

○政府委員(末次彬君) デイサービスについてお

はできない部分があると思いますので、そこは

触れになつたわけでございますが、デイサービスにつきましては、そのサービス内容に応じまして

一定の施設あるいは設備、この基準を設けて実施

しておりますので、まずその基準を満たすことが必要になるわけでございます。

他面、社会福祉法人の認可の問題でございます。

が、これはやはり國から委託をするという事業の性質上、事業の永続性、安定性、これを確保しなければならないということで、原則といたしましては法人が事業を行つに必要なすべての物件につきまして所有権を有することが原則でございま

す。ただ、これによりがたい場合には、国または地方公共団体から無償貸与あるいは使用許可を受けている者というものにつきまして認可をするというのが原則でございますが、最近のこういう状況にかんがみまして、さらには都市部等土地の取得が困難な地域につきまして緊急に社会福祉施設を整備する必要があるというときにつきましては、不動産の一部につきまして國、地方自治体以外の者がから無償貸与を受けまして事業運営を行うといふ場合には社会福祉法人の認可を認めるという基準を現在設定しておるわけでございます。こういった基準に照らしまして、個々のケースにつきまして適切に対処をしていきたいというふうに考えております。

○栗森喬君 今のような答弁を聞くために私質問

したんじやないんです。そういうあり方じやなら

ない。かなり簡便にやれる、その責任が明確なら

今この程度の範囲の話なら、別に過去の解釈と変わらないじやないですか。変えろと言つてはいるんだから。

もうきょうは時間がありませんから、最後に一

つだけ別の問題で聞きます。アスベスト水道管の問題でござります。

アスベスト水道管は、WHOのガイドラインを

見るところういうふうに書いてあります。いわゆる

呼吸器系統ではこれはがん出現率が高い、呼吸器

では問題がある。消化器系は一つのういう可能

性を示唆しているけれどもそれが証明されていな

い、ういうふうに書いてあるんですが、この辺

の解釈も非常にややこしいんですが、私は今でも

現にアスベスト水道管が、これは当時かなり安い

値段でやれるということで特に町村単位ではかなりやられたというケースがございます。アスベス

トは発がん性物質であるということはどうなたも承知の上の話でございます。確かに水道……

○委員長(田淵勲二君) 栗森委員、時間ですから簡単にやつてください。

○栗森喬君 水道管にこれが流れていくというとの証明などが幾つかの資料であります。このままで、特に耐用年数が三十年と言われる中で、二十年たつと非常にアスベスの水道管が劣化をしますから、このことに対する強力な対策を

したように、アスベスは呼吸器系統に対しても発がん性が認められております。しかしながら胃腸系、消化器系については、確かに有意差がとつた者とならない者との間にあるんじやないかといふ考え方とか、余り考えられないとかいろんな議論がありまして、我々としては、呼吸器に比べて消化器系への影響は非常に少ないんじゃないか、このように考えております。

しかしながら、この石綿管そのものが、現在一般的に使われております鉄管と比べて弱い、いわゆる事故を起こしやすい。事故というものは漏水とかそういう事故であります。そういうことを起こしやすいということをございまして、なるべく取りかえろというような指導をしております。特に昨年、平成二年度から新たに国庫補助制度を創設しまして、老朽管更新推進事業というようなことで新しいものに取りかえると

いうことを進めさせる補助制度をつくりました。また、我々としましては、二十一世紀に向けましてすべての石綿管は取りかえるという方向で都道府県に対し、また水道事業者に対し強力に指導していきたい、このように考えております。

○委員長(田淵勲二君) 本調査に対する本日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。

午後零時十分休憩

午後一時三十分開会

午後一時三十分休憩

医療に要する費用の二割を負担しております。今後の老人問題の中心的課題である介護の重要性にかんがみ、介護に着目して公費負担を拡充することとし、老人保健施設の療養費及び特例許可老人病院に係る入院医療費について、その割合を五割に引き上げることとしております。

第三は、一部負担の見直しであります。現在、一部負担の額は、外来の場合一月八百円、入院の場合一日四百円となつております。これにつきましては、老人と現役世代との負担の均衡、他施設を図つていくことが重要な課題となつております。

このため、高齢者保健福祉推進十カ年戦略を策定し、その推進を図つておるところであります

心して老後の生活を送ることができるように、お年寄りの保健、医療、福祉全般にわたる施策の充実を図つておるところです。

また、将来にわたり、以上経過していること、高齢者の生活実態等を勘案し、定額負担制を維持しつつ必要な受診を抑制しない範囲でこれを改めることとし、外来については一ヶ月一千円に、入院については一日八百円に改定することとしております。また、将来にわたり、老人医療費に占める一部負担の水準を維持して、老人医療費に占める一部負担の公平が確保されよう、外来、入院それぞれ、一件当たり外来医療費及び一日当たり入院医療費の変動率をもとに算定した額が一定額以上の場合には、一部負担の額が改定される仕組みを法定することとしております。

さらに、現役世代との間の負担の公平が確保されよう、外來、入院それぞれ、一件当たり外来医療費及び一日当たり入院医療費の変動率をもとに算定した額が一定額以上の場合には、一部負担の額が改定される仕組みを法定することとしております。

ささらに、初老期痴呆により痴呆の状態にある方も老人保健施設を利用することとし、この場合の療養費の支給に関する規定を整備するため、健康保険法等の改正を行ふこととしております。

以上のはか、老人の心身の特性に応じた医療サービスの提供が行われるよう、看護の方法や介護用具の研究開発を利用することとし、この場合の評価方法の研究に努めること、また、医療の費用の額の算定のあり方についての検討等を行うこと、病院における付添看護に関する規定の推進に努めること等についての規定を設けることとしております。

なお、この法律の施行期日は、本年七月一日としておりますが、老人訪問看護制度に関する事項、老人保健施設の利用者の拡大に関する事項等

は平成四年一月一日、その他の事項は公布の日としております。

以上がこの法律案の提案理由及びその内容の概要であります。衆議院において、公費負担拡大の対象に老人訪問看護療養費を追加すること、一部負担額の引き上げ幅を縮小すること、一部負担の改定措置の指標を消費者物価とすること等を内容とする修正が行われております。

何とぞ、慎重に御審議の上、速やかに御可決あらんことをお願い申し上げます。

○委員長(田淵勲二君) 次に、本案の衆議院における修正部分について、衆議院厚生委員長代理理事野呂昭彦君から説明を聴取いたします。野呂

○衆議院議員(野呂昭彦君) 老人保健法等の一部を改正する法律案に対する衆議院の修正部分について、その内容を御説明申し上げます。

修正の主旨は、第一に、老人医療の公費負担割合を三割から五割に拡大する対象として、老人訪問看護療養費を加えること。

第二に、一部負担金の額について、平成三年度及び平成四年度においては、外来は一月につき九百円、入院は一日につき六百円とし、平成五年度及び平成六年度においては、外来は一月につき千円、入院は一日につき七百円とすること。

また、一部負担金の額の改定措置は平成七年度から実施することとし、その指標については、総務省において作成する全国消費者物価指標とすること。

第三に、この法律のうち、老人訪問看護療養費に係る部分を除く公費負担割合の拡大、一部負担金の引き上げ等については、平成四年一月一日から施行し、老人訪問看護制度及び老人訪問看護療養費に係る公費負担割合の拡大については、平成四年四月一日から施行すること等であります。

何とぞ、委員各位の御賛同をお願いいたしま

す。

○委員長(田淵勲二君) 以上で趣旨説明の聴取並びに修正部分の説明の聴取は終わりました。

これより質疑に入ります。

○宮崎秀穂君　やつと衆議院から参議院の方へ老人保健法の改正案が回ってきたということでござりますが、私はまず最初に大臣にお尋ねしたいと思います。

昭和四十八年 医療保険制度それから老人保健法、これをもとにしまして老人の医療費の公費負担制度が発足したわけでございます。そして、昭和五十七年にこの老人保健制度が創設されまして老人保健法ができたわけでございますが、その間、これのできた背景、意義、それから今までこの老人保健法が機能してきた、それは一つの歴史的事実でございますけれども、そういうことを踏まえて今趣旨説明があつたわけでございますが、大臣どうでしょう、こういう制度をやることだけでも果たして将来の超高齢化社会を乗り切れるかどうか。そういう歴史的背景を踏まえた中でそれを持つ意義等御所見がございましたらひとつ伺伺しておきたいと思います。

の歴史につきまして、委員御指摘のとおりの変遷を経たわけでございます。そういうことで今回、この老人保健制度がさらにこれから長寿社会に対応できるよう、長期安定的な運営を図るということとあわせて、若い方々の負担もこれ以上過重にならないようにという見地などを考えまして、改正をお願いするということになつたわけでござります。

老人保健制度は、それ以前のいわゆる老人医療費無料化制度が老人の受療を容易にした反面、種々の弊害を生じたことを踏まえ、壮年期からの疾病予防から治療、機能訓練に至る総合的な保健、医療のサービスを提供するとともに、必要な費用は国民が公平に負担することをねらいとして昭和五十七年に制定されたものであります。

後の高齢社会において老人医療費の増大が見込まれる中で引き続きその役割を担っていくためには制度の長期的な安定を図ることが不可欠であると考えております。今回の改正案もこうした観点で立って御提案を申し上げておるわけでございまして、この案を成立させていただければ非常に制度は安定してくる、このように信じております。

○宮崎秀樹君 私はことしの五月にスウェーデンに行つてまいりました。スウェーデンは、御案内のように国民負担率は今七七%です。これは皆さま御存じだと思いますけれども、租税負担率、社会保障負担率合わせて国民負担率。日本は平成元年

年三八・七%でござります。このスウェーデン会が今六十五歳以上のお年寄りが全人口に占める割合が一七%です。日本は今一一%です。そこで、あと三十年たなばとスウェーデンも何と二三%、日本も二三%になるわけです。そのスウェーデンが実はもう医療保険制度が皮

絆を来している、そういう状況にあります。と申しますのは、ことしの一月一日から、外来に受診をいたしましたと、行くたびに子供さん以外は九十数人で、エーゲンクローネを負担しなきやならなくな

りました。九十スウエーデンクローネと申しますと、一スウエーデンクローネが二十六円ですとか  
ら、これは二千三百四十円です。それから老人の方が入院されると、これはもう既に七十  
エーテンクローネ年金から自動的に減額されて

いる。これは千八百二十円ですね。一般的の成人の方が入院しますと、これまた七十スウェーデンクローネ、これは傷病手当金から減額されているわけです。

ういうようなお考へがあることは私も承知しておりますけれども、その五〇%でとどめて、そして将来果たして、先進福祉国家であるスウェーデンが今そんなような状況でございます。特に租税負担率はつくつエーデンは今五八%、日本は二八%でござりますけれども、五〇%程度でとどめるべきだ

月の七日にストックホルム大学のH・ルントアラッド教授という方が経団連ホールで講演をなさつております。そこでは、高福社高負担のスウェーデン、国民負担率七〇%を超えているスウェーデンが財源確保とサービス供給体制の調整の分岐点にもう来てしまつたということをいみどろくも発言されているんです。これは私は大変なことだと思うんです。

そこで、今、日本の行政として、国としてそぞう状況を防止するためには所得税の累進課税九〇%をことしから二〇%に切り下さました。ちょうど今月の七日にストックホルム大学のH・ルントアラッド教授という方が経団連ホールで講演をなさつております。そこでは、高福社高負担のスウェーデン、国民負担率七〇%を超えているスウェーデンが財源確保とサービス供給体制の調整の分岐点にもう来てしまつたということをいみどろくも発言されているんです。これは私は大変なことだと思うんです。

いうことを見越して、それに対応すべくどういう施策を講じたらしいか、そういうようなプロジェクトなりそういうような将来の政策なり、そこをきらつとやっているかどうかということを私は大変危惧しておりますが、具体的にそういうようなことがされているかどうかと、いろいろな点でござりますが、具体的にそこにはございません。

○政府委員(黒木武弘君) 高齢化の進展に伴います。年金あるいは医療費用が増大いたしまして、各困ともその対応にいろいろ御苦労があるというふうに承知をいたしております。

我が国の将来につきましても、将来社会保障の費用がどうなるか、負担がどうなるかといふのは、国会等で長期推計を示したり、あるいは福祉ビションという形で厚生省としての高齢化社会を踏まえた福祉あるいは高齢化への対応の基本的な

考え方を年金、医療あるいは福祉サービス等を含めて御提案をしてきたところでございます。しかしながら、何分これからの中高齢化社会に向かって費用負担をどうするかということは、つまり国のあり方まさにかかる大きな問題でございます。厚生省も

懸命に推計をしたり考え方を出しておられますけれども、今後のあり方を決めていくのはやはり国民のコンセンサスなり国民の選択にかかる部分が非常に多いんだと思っておりますので、これからも国会の御議論、関係審議会の御意見等を踏まえながら過ちのなきよう努力してまいりたいと思います。

○宮崎秀樹君 大変抽象的な御返事だと思いますが、それとも、それしかお答えが今できないというのではなくて、やはりずっと将来を見越した国家百年の大計、その一ここまであるという考え方で一つはやつていたなかないと私は大変なることになるということを申し上げておきたいと思います。

具体的な話ですけれども、国民医療費というのがござります。これは二十兆円だと言われていて、

る。その国民医療費は中身は何だといいますと、まず保険料です。それから患者さんの負担があります。地方の自治体の負担がある。それから国庫の負担がありますね。國の負担が。昭和五十七年、八年に全体の中のパー・セントージは、國庫負担は三・七%を上回っておりました。昭和六十二年には

二四・九%に下がってきた。昭和六十三年、二四五%です。平成元年が二四・七%、三〇%だったものが二五%を切ってきているわけですね。こういう財源確保ということをしつかりしておかないと将来、その辺は国全体の財政の中でもう医療と

いうのはどんどん個人負担に持っていく、受益者負担に持っていくという一つの理念的な考え方があつてやられることなら仕方がないけれども、全般的な構想というものが無い中でそのときの状況でやらねたんではたまたましたものじやございません

ので、私は三〇%はすこと維持していただく。なればどうしようかという発想がないと困るわけですね。

そこで、いろんな保険制度があります。医療保険制度といふのは、御存じのように、政府管掌する

険もあれば組合保険もある、国保もある、それから共済組合の保険もあります。それぞれ財源かはらばらでございます。私は国民全体のことを考えたら、この保険制度というのは一回壊して、そして一元化なり一本化をする時期にもう来ているんじゃないだろうか、そこら辺はどうお考えか、御

答弁願いたいと思います。  
○政府委員(黒木武弘君) 私どもは医療保険の一元化というテーマでこれまでも検討を続けています。それでございます。それぞの制度にはこれまでの経緯、いきさつがあるわけでございますし、そしてまた、医療保険制度の運営から見ますと果たして国として一つの制度の方が効率的なのか、あるいは小集団主義の方が効率的なのか、さまざまに議論もまたあるわけでございます。この問題については関係者の意見が本当にさまざま分かれていますけれども、厚生省、私どもとしては、やはり給付と負担を公平にしていくこという見地からのいわゆる一元化というものは必要だらうということをございまして、これまでも国保の改正、あるいは今回老健法の改正の審議もお願いしているわけでございます。そういうものの帰趨を踏まえながら、地ならし的な制度改革が終わった上で、これから本格的な一元化の検討に入らせていただきたいというふうに思つていてござります。

いずれにいたしましても、医療保険制度、まだ給付も負担もばらばらでございますけれども、これを公平なものにぜひしていくよ的な制度改革全力を挙げて取り組みたいというふうに思つてゐるわけでございます。

○宮崎秀樹君 まことに結構なことでございまして、私はもうこれは早急に取りかかるべき問題だと思います。

それから、今度の老人保健法の改正の中では非常にそれとは逆行しているようなことをやつていらっしゃるなと思うのは、厚生保険の特別会計ですね、そこから年金基金一兆五千億借り出してしまって、その運用益をもつて老人保健制度ができるましたときには健保組合から拠出金を出していくんですね、老人保健に。その拠出金が一〇〇%になつたというところで赤字が出てきた。これは弱小の健保組合です。その赤字を埋めるために運用益を補てんしていく。こういうことをやつていると、今お話しになつたこととまさにそこで逆行

しているんじゃないのか。しかも、借り出したお金は返さなきやならないんです。そうすると、これは赤字のところを埋めただれども、こちらが赤字になるわけです、もとが、根っこが。こういううそとをいつまでやついても全く意味がない。この辺はいつまでお続けになるのか、そこら辺はどうなんでしょうね。

○政府委員(岡光序治君) 今回の老人保健制度の改正を行つて当たりまして、お尋ねのありました特別保健福祉事業につきましてそのあり方を含めて検討を行つたわけでございます。現在の老人保健をめぐる被用者保険側からの拠出金の負担状況からいたしまして、引き続いて被用者保険の負担を軽減を行う必要があるんじやないか、こう判断したわけでございます。公費負担の拡大、患者負担の見直し、こういったような制度改正とあわせまして、やはり被用者に焦点を合わせた負担軽減策を今後とも続けていく必要があるんじやないかと、いうふうに判断をいたしましたので、この特別保健福祉事業につきましては継続をしたいというふうに判断したものでござります。

おっしゃいますように、そもそもの一兆五千億という資金は厚生年金保険の資金でございますので、おっしゃるように制度としてはやいびつな関係にあるわけでございまして、今後の取り扱いにつきましては、今回の制度改正による影響とか効果、それから被用者保険の方の財政状況の動向、こういったものを総合的に見きわめた上でどうのようにするか考えていただきたいというふうに考えております。

○宮崎秀樹君 今、老人保健福祉部長さんがおっしゃったことで、保険局長さんとの絡みでございますが、ぜひこれは真剣にひとつ討議していただいて早く、こういう靴下の継ぎを当てるようなことをいつまでもやつていると、最終的には本当の靴下がどこにあるのかなと、全部継ぎはぎだらけになっちゃう、これじゃ困るわけですから、ひとつよろしくお願ひ申し上げます。

それでは、今度衆議院でいわゆるスライド制が

修正されできました。平成七年度から消費者物価指数にスライドする、こう言つております。今のこところは一・四%という数字が出ていますから確実に安定した状況でございます。しかし、世の中いつどう変わるかわかりません。ソ連は御存じのとおりに大変な変わり方をしております。日本は自民党が政権をとっているうちは大丈夫だと思いますけれども、私は野党に籍を置いたことがないでわからませんけれども、どんなふうに世の中なるかわからない。そういうときに、もし狂乱物価指数というようなことが起きたときにどう対応されるか、そこをちょっとお聞きしたいと思います。

○政府委員(岡光序治君) 御質問の趣旨はスライドに用いる指數が非常に高くなつて、そのままの指數を用いますと一部負担額がお年寄りにとりまして過大な負担になつていくのではないかという御懸念だらうと思つております。このスライドで制につきましては、今回新たに導入される制度でございまして、その影響を慎重に見きわめるということが大切だと思っております。

御懸念のような事態が生ずるようなおそれがある場合には、国会の御判断も得て、そのあり方を総合的に検討することが必要であるといふふうに考えております。

○富崎秀樹君 この制度はそういうような状況があつたときにやはり見直しをすべきところがあるんじゃないかなと思います。

私は、これから日本の高齢化社会を迎えるときに考えますと、財源というものは有限なものですから、どうやってその財源を確保するか。高負担をしていただくといふようなことも一つでしょう。それからまた、こういう福祉目的税といふいうなことで国民のコンセンサスを得れば、そういう財源を捻出することもまた一つの方策だと思ひます。

しかし、今度の保健法の中ではどうも整理がされていない部分があるんじやないかと思います。それは、先ほど申し上げた将来構想というものがいいからそういう問題が出てくる。将来構想が出ててくる。将来構想が出てくる。

こうなるから、例えば医療費が今二十兆だと、平成十二年度になりますと厚生省の出した統計では四十三兆円になるというんですね。それで、そのうちの十五兆六千億が老人医療費だと、こうなっているわけです。十五兆六千億になつたときにこの制度はもう機能しないと私は思つうんです。そういうことを考へると、基本的に国民に対し、将来はこうなりますよ、人口動態はこうです、ですからこの部分は足りなくなりますよ、だからこれは負担してくださいよ、こういうふうに説明しないと、目先の枝葉末節、まさに木を見て森を見ない、幹を見ないで枝の先つちょだけを見ている。そして、それを手当してもこれは意味がないわけですね、幹の方が枯れていつちやうんですから。それはきちっとぜひ基本的なことをお願いしたいと思います。

それから、公費負担の拡大でございますが、これの中で老人性痴呆の問題があります。それはどういうことかと申しますと、今度の改正の中に老人保健施設に初老期の痴呆を収容するというのがありますね。これは痴呆というものについてきちんと整理をしないと、今ないからとりあえずこうだと、これじゃいつまで老人保健施設に初老期の痴呆を収容するんですか。私が一番心配するのは、初老期の痴呆というのは症状が痴呆性老人よりも始末の悪い重症なんですね。そういう人たちを老人保健施設で果たして収容できるかなと。寝つき老人でさえ今もうとても大変だよといつて余りいい顔して受け付けない。そこへ余計手間のかかる、しかも介護が半分、医療の場面が半分というところへ収容が果たしてできるのか。

それからもう一つ、精神病院に老人性痴呆の患者を収容するということですが、基本的に精神病院にそういう痴呆の患者さんを収容することが社会的に見ていいのか。精神病院へあそこのうちは入つていてるぞと、社会的に一般の国民が考えますとまだそういう目があるんですね。私は医師ですからそういうことはわかつていますからよくわからりますけれども、そういう整理整とんというものが

○政府委員(岡光序治君) まず、初老期痴呆の問題は、老人保健施設というのは六十五歳以上の人を対象にするというふうに決めているものですから、実は六十五歳未満でも、例えば五十歳代でも例のアルツハイマー型の痴呆の人は発症するケースがあるそうですございまして、そのような人はこの老人保健施設の対象にしなければならないんじゃないだろうか、こういう発想で初老期痴呆の問題をお願いしたいと考えているわけでござります。

そもそも先生おっしゃいました老人性痴呆について病院を含めてどのような施設がどのように受け持つのか、ここにつきましては、御指摘のようにどうもそこのところがはっきりしておりません。これまでの経過はもう先生よく御承知のとおり、病院が受け持っていたわけでございまして、しかもそれは一般病院が受け持っていたという傾向が強いわけでござります。私どもは、この痴呆の状態も軽度から中度、重度と、こういうふうに移っていくわけだと思いますが、そういうたった中でかつ非常に扱いのしにくい異常行動をとられるような方もいらっしゃるわけで、そこいらを何というんでしようか、施設の機能、対応の仕方の能力、そういうたるものに応じながらその痴呆の状態の程度に応じてそれぞれが役割分担していくと、いうことが必要なんじゃないだろうか、こう考へているわけでございます。

それで、精神病院における老人性痴呆疾患の治療病棟とか療養病棟という発想でございますが、これはやはり精神症状が出て精神科の医療がどうしても必要だという方がいらっしゃるわけでございまして、その人たちについて短期集中的に治療をするというので治療病棟を考え、そしてやや落ちついて慢性化した状態になつた、しかし依然として精神症状もこれあり精神科の医療が必要だ、こういう方がいらっしゃるわけで、その人たちに

ついては療養病棟で対応するということを考えたからどうだと、それでもう精神科の医療が必要でなくなるという状態になれば、その人の状態に応じて老人保健施設であるとか特別養護老人ホームまであるとか、あるいは在宅での対応、こういうふうな形にそれぞれの心身の状態に応じてそれが対応できるところに移っていったらということが必要なんじゃないだろうか。そういうふうな形でそれが機能分担しながら、連携を図りつつ、それぞれの施設が対応できるところで特色のある対応がうまく提供できればと、こういう発想でございます。

○宮崎秀樹君 そこで、精神病院に痴呆性老人を収容した場合、急性のいわゆる症状のあるときと慢性ですね、それから慢性に移行して療養病棟といふところへ移します。そうすると、六十五歳以下の方は老人保健施設で介護のある部分をそれから医療の部分が半分半分のところへ収容したときには三割から五割とこうなるわけですね。ですから、急性期のところはこれはもう看護が主でございますが、精神病院の療養病棟の方はこれは介護部分は十分あるわけですから公費の方で拡大していくということが筋論だと私は思っています。こら辺のことはひとつ御検討をしていただきたいと思います。

それから、私が一番今困っている問題は、お年寄りの患者さんが来るわけですね。そうしますと、まず特例許可老人病院というのがあります。特例許可外老人病院というのがあります。それから老人保健施設、介護力強化の老人病院、それから一般病院に老人を収容した場合、さらに医療注が今継続審議になっておりますが、あの中の目玉である療養型病床群ですが、何かいろいろそういう施設がすらっとあるわけです。そうすると、我々自身でもどこへこの患者さんに行つていただかくのが一番いいのかなということがまず判然としない。また、国民の方である患者さんが、自分からここがいいのかなと、ここどうなのかなと、これは全くわからない。いや、そこの振り分けは

体どういうお役所がするのかな。これまた、県の窓口かな、市町村の民生課かな、いろいろ何とかセントーとあるぞ、健康増進センター、老人何とか福祉センター、何かやたらにいっぱい雨後のタケノコのようにあるんですね。そういうものはこの際、国民のために親切心があれば整理整頓ん、それできちつと簡明にしてやっていただきたいと思うんです。その辺のことをどういうふうにお考えになつてはいるか、御返事をお願ひいたします。

○政府委員(岡光序治君) これはもう専門家であります。先生に申し上げるのはまことに申しわけないのですが、現在の医療法では病院の種類としてあります。そこで特例許可老人病院といふのが存在するわけでございます。つまりこれは一般病院の職員で定めておる職員の配置基準の例外を認めまして、いわゆる特例的に許可をする。したがいまして、そこで特例許可老人病院といふのが存在するわけでございます。つまりこれは一般病院の職員配置基準のいわば特例を認めて、その特例について知事の許可を得た上でセットしている、こういう病院だというふうに理解をしております。そういうものの例外として特例許可外といふのがある、これも暫定的に認められている、こういうことでございますが、これはいわば現在の医療法でいうところの病院の区分というふうに理解をしております。

それで、もう一つ先生おっしゃった今度の改正医療法案の中で考えております療養型病床群というのが、今までのそういう一般病院、精神、結核というこの区分では機能別の対応ということを考えた場合にはどうも不十分だという発想から療養型病床群という発想が出てきているんだと思いますが、基本の考え方としましては、やはりそれの機能というものを考えて医療施設を配置すると同時に、その医療施設間の連携をいかに図るかというところに私どもはこの分類の発想があるんだというふうに理解をしております。

老人病院の中では私ども考えておりますのは、特  
例許可をとった老人病院の中での職員の配置基  
準を考えた場合に、いわゆる基準看護をとる老人  
病院とそうでない一般看護の老人病院とあるわけ  
でございまして、この基準看護をとる、こういっ  
たたぐいの老人病院の中の一つのバリエーション  
として……

○宮崎秀樹君 そういうことはわかっているか  
ら、もつとそれを整理するつもりがあるかどうか  
ということを、時間ございませんから……。

○政府委員(岡光序治君) 介護力を強化した老人  
病院を今進めておるところでございまして、こう  
いった確かにいろんなタイプのものが出てきてお  
るわけでございますが、再度申し上げますが、そ  
れぞの施設の機能というものを設定してそれぞ  
れの連携を國らなきやいけないとということで進め  
たいと思っておりまして、もう少し改正医療法の  
御議論なんぞも踏まえながらはつきりとしたもの  
に持つていければありがたいというふうに考えて  
おる次第であります。

○宮崎秀樹君 細かいことは全部わかつていて  
から、整理するかどうかということだけお伺いし  
たかったんです。

そこで、昭和二十三年に医療法ができました  
ね、戦後初めての医療法。その厚生省令第五十  
号というのが出ているんです。その第十九条の第  
一項第四号に病院の看護婦さんの基準というもの  
が設けられている。昭和二十三年以来今まで  
ずっとそれが続いているんですね。その当時と今  
とは全然社会環境が変わってきてる。あのとき  
は老人病院なんてなかつたわけですからね。そう  
いうことでそのときのパラメディカル、コメディ  
カルには理学療法士、作業療法士なんというもの  
もなかつた。それができた。そういうような種類  
を考えいろいろ変えるものは私は変えてもいい  
と思うんです。ですから、つくるものはつくる、  
昔のものはほつたらかし、これが私はまずいん  
じやないかということを申し上げたいわけでござ  
います。ひとつその辺はよろしく御考慮、御検討

をお願い申し上げます。

時間がないので次に参ります。

老人訪問看護制度というのが今度創設されたわけです。そこで、この事業者は一体どういう方がなるんですか。

○政府委員(岡光序治君) 地方公共団体、医療法人、社会福祉法人、その他厚生大臣が定めるもの

を予定しております。

○宮崎秀樹君 厚生大臣が定めるものというの

は一体何でしょうか。

○政府委員(岡光序治君) 医師会とか看護協会とか地域の医療関係団体、こういったものを主に考

えております。

○宮崎秀樹君 その事業者に対する助成とかそ

うものはお考えでしょうか。

○政府委員(岡光序治君) 今のところは特別のも

のを考えておりませんで、訪問看護ステーション

を設置する、そういう諸経費もこの療養費の中に

入れ込みたいという発想で考えております。

○宮崎秀樹君 そこで、全国に五千カ所つくると

いう御構想をお聞きしましたけれども、仮に三人

の看護婦さんをそこへ配置しますと一万五千人の

看護婦さんが要るわけですね。この一万五千人の

看護婦さんはどこから、集めるというと語弊があ

りますけれども、看護婦さんをそこへ配置させら

れるのかなと大変私は心配しているんですが、そ

の辺はどうお考えございましょうか。

○政府委員(古市圭治君) 看護婦全体の養成数と

いうのは増大していかなかつたらいけません。し

かし、これだけではできないということで、いわゆる推計約四十万人おられます潜在看護婦の方々

ふうに実際に実務的なさるんでしょうか。――

態度は厳しいんじゃないかというふうに思います。そこで、訪問看護婦さんというのはたしか講習を受けられるんですね。今までには全部そういう講習を行っておりましたが、いずれにしましても新しいタイプ経た方がやつていらっしゃるんですけど、どういうがなしておられます。――

○政府委員(岡光序治君) どういう看護婦さんに

か地元の医療関係団体、こういったものを主に考

えております。

○宮崎秀樹君 その事業者に対する助成とかそ

うものはお考えでしょうか。

○政府委員(岡光序治君) 今のところは特別のも

のを考えておりませんで、訪問看護ステーション

を設置する、そういう諸経費もこの療養費の中に

入れ込みたいという発想で考えております。

○宮崎秀樹君 そこで、全国に五千カ所つくると

いう御構想をお聞きしましたけれども、仮に三人

の看護婦さんをそこへ配置しますと一万五千人の

看護婦さんが要るわけですね。この一万五千人の

看護婦さんはどこから、集めるというと語弊があ

りますけれども、看護婦さんをそこへ配置させら

れるのかなと大変私は心配しているんですが、そ

の辺はどうお考えございましょうか。

○政府委員(古市圭治君) 看護婦全体の養成数と

いうのは増大していかなかつたらいけません。し

かし、これだけではできないということで、いわゆる推計約四十万人おられます潜在看護婦の方々

ふうに実際に実務的なさるんでしょうか。――

では、設置の際に看護婦の養成確保、これは地元で行うということ進めてまいりたところでございました。十四の新設医科大学に自前の養成施設やつていただかというのも、これは専門の審議會に諮つてその講習の内容もセットしたいと思つておりますが、いざれにしましても新しいタイプの訪問看護といつものでござりますので、そういったものにふさわしいようなトレーニングをし

た上でこの訪問看護の仕事に従事してもらいたい、こんなふうに考えておるわけございます。

○宮崎秀樹君 時間がございませんので、きょう文部省さん来ていらっしゃいますか。――

看護婦さんの養成というのは大変な仕事でござります。まず実習病院がなくちゃいけない、それから看護婦さんの実習生一人に病院ではお産が幾つか入らなければいけないとかカリキュラムがいろいろございまして、そう簡単にどこでもできる話じゃございません。

○宮崎秀樹君 と、いうことは、前向きに予算を立て、来年度は幾らかでも予算の概算要求をやつていらっしゃいますか。

○説明員(喜多洋平君) 来年度につきましては広島大学医学部に保健学科を設けることで概算要求をいたしております。ただ、新設等につきましては、今申し上げましたようにいろんな準備状況等がござりますので、来年度は予算要求はいたしておりません。

○宮崎秀樹君 浜本先生のところへできるようではござりますけれども、そのほかはないというふうなことまでとにかく言つて、やはり地域社会に国民医療を展開するときに、確かにそこは研究機関であり学問をするところであるということはござりますけれども、そのほかはないというふうなことまでとにかく言つて、やはり地域社会にひとつ考えてやつていただきたいと思います。

それでは、時間になりましたので、最後に。

二十一世紀というのは目前でございます。人口動態の変化、そしてまた少子化、それに伴う全体を抱えていて、そしてそこで必要な看護力といふものはどうしても要るわけですから、ほかで養成した方を全部集めていつちやうと、ほかがみんな

うことを私は実感しております。また、看護婦さ

んの問題も、絶対数が足りない、しかし質はレベ

ルアップしなきやならない、そして週休二日制は

いまして、十四の新設医科大学に自前の養成施設

はございません。

ただ、当初それで格段の支障がなかつたと承知いたしておるところでござりますが、近年におきましても看護婦の不足ということを受けまして地元の自治体等から新設医科大学に養成施設を設けてほしいという要望が寄せられていくことは十分承知をいたしております。各地域の看護婦の需給状況でござりますとか、あるいは大学の設置準備状況、また国行財政状況等を十分踏まえまして検討させていただきたい、かように思つておるところでござります。

○宮崎秀樹君 と、いうことは、前向きに予算を立て、最後に御決意を承つて私の質問を終わせていただきます。

幸い厚生大臣は大蔵省の御出身でございます。そこで、いろいろと私も日々から兄事しておる先輩

でござります。どうか大臣、ひとつそういうことを見越して、最後に御決意を承つて私の質問を終わせていただきます。

○國務大臣(下条進一郎君) 宮崎委員が専門家の立場から長寿社会展望しながら極めて重要な

ポイントについての御意見やら御質疑をされまして、大変感謝深く拝聴いたしております。

本当に日本の将来、高齢化社会がどんどんとテ

ンボを速めて進んでおる中で、いかに高齢者の方が適切な医療を受けるようになるか、また医療だ

けでなく年金その他の制度も充実していくかなきや

ならないということを考えます場合には、やはりこれに先立つものは何といつても財政的な裏づけで、年金その他の制度も充実していくかなきや

うことです。そこで、今委員の中でもまだ出ておりませんが、午前中の御審議

にもありましたように人口構成の問題、これも非常に大きな基礎ベースをなす問題でござります。

そこで、大きな基礎ベースをなす問題でござります。それで、大きな基礎ベースをなす問題でござります。これはもうやるがせにできない大き

い、そういう体制をつくつていただきたいんです

が、それに対していかがでしようか、その方に前向きに今お考えでしょうか。

○説明員(喜多洋平君) 新設医科大学につきま

までに全国の状況を調査するということで各都道府県に厚生省から実情調査の連絡をいたしましたて、ようやく今九割の回答を各地域から受けておりまして、間もなく一〇〇%になろうかと思います。そういうことで、看護職員の実際の現状、すなわち需給の状況がいかにあるかということを踏まえて、それを前提としながらこれから長期的な需給の計画を着実なものにしていきたい、このように考えております。

あわせまして、介護の職員にいたしましても、他の専門の職員にいたしましても、いわゆるマンパワーの確保といつものは大変大事でござりますので、この面につきましては、既に午前中も御議論がありましたがれども、マンパワーの確保のための特別の法律を提出いたしたいと思って準備をいたしております。

—「やつたから全部が委員の御指摘の問題か解決するわけじゃございませんで、一つ一つ着実に積み上げながらそのような体制を整えて御期待にこたえるよう厚生省として努力をしてまいりたいと考えておる次第でございます。

○清水嘉与子君 限られた時間でございますので、訪問看護制度につきまして絞って御質問させさせていただきたいと存じます。

この訪問看護制度が本格的に実施されるところでございまして、これまでの施設収容中心といいましょうか、そういった形で進んでまいりました日本での医療政策がここで大きく転換されてくるということをございまして、そのおかげで、病院にといいましょうか、今まで医療機関の中に閉じ込められていたといいましょうか、そういう看護婦の活躍が少し地域の中でも広がっていくと違うことで大変喜ばしいことだというふうに考えております。これによりまして、在宅でケアを受けたいあるいは生を終えたいというような方々のためにもサービスが提供できるのではないかといふふうに考えております。

このたびは訪問看護制度の創設というふうに書いてござりますけれども、実際にはこれまでにも書いてござりますけれども、実際にはこれまでにも

地域で看護婦や保健婦が活動をしてきたという経

思っております

ことをやつておおか

げでちよつと足踏みしてい

過があるわけでございまして、例えば老人に限り  
ますとも、ヘルス事業の訪問指導でございますとか  
あるいは医療機関からの訪問看護指導でございま  
すが、こういったものというようなことで実際に  
そういう活動が行われております。言葉は多少表  
現が違いますけれども、機能としては同じような  
形で仕事が進められておりますが、それと、今まで  
新しく行われます訪問看護制度の関係あるいはそ  
の違い、あるいはその特徴といいましょうか、そ  
してまた新しく訪問看護制度が始まりますと、こ  
れまでの既存のヘルス事業でありますとかあるい  
は医療機関からの訪問看護指導が一体どういうふ  
うになつていくのか。その将来の展望といいま  
しょうか、その辺も含めて御説明いただきたいと  
思ひます。

○政府委員(岡光序治君) おっしゃいますよう  
に、いろんな事業をお願いしておるわけでござい  
ますが、考え方の整理としましては私ども以下の  
ような整理をさせていただいております。

市町村が保健事業の一環として行つてゐる保健  
婦等による訪問指導でございますが、この訪問指  
導は対象者が四十歳以上の寝たきりの状態にある  
人たちということになっております。その指導の  
際の中身でございますが、心身機能の低下の防止  
とか健康の保持増進を図るために行う助言、援助、  
こういったことが主だというふうに考えてお  
ります。それから、保険医療機関が行つておいで  
の訪問看護でございますが、これは主として退院  
後の病状が不安定な患者を対象に外来診療の一環  
として診療の補助行為を中心に行つておいでだと  
いうふうに理解をしております。

これに対しまして、今回お願いをしたいと思つ  
ております老人訪問看護は、主として病状定期  
の寝たきり老人、こういった人たちを対象に考え  
ております。そういう意味では、それぞれ現  
在行われておる事業とは違つておる位置づけだと

しかししながら、こういったものは十分連携を図りながら行つていく必要がありますし、私ども、地域におけるいろんなサービスがうまく連携を図っていくことが対象者の状態をよくしていくことだというふうに考えておりますので、考え方としては今申し上げましたような整理をしておりますが、現実の場においてはそれぞれが緊密な状態、あるいは場合によつては区分がはつきりしないような場合もあるかもしれません、そういうふた連携を十分図つていつて、いただくことが大変大切な連携を十分図つていつて、いただくことが大変大切だというふうに考えております。

○清水嘉与子君 行政的にはそういう整理ができるいるのだろうと思いますが、地域にいらっしゃる方々にとっては、自分が一体どのサービスを受ければ一番いいのかというような点で非常に困る点がございます。実際に当たりましてはぜひその辺、サービスが抜けないよう、そしてまたなるだけいいサービスができるようによろしくお願いをしたいというふうに思います。

それはどういうことかといいますと、先ほど富崎先生の御質問にもございましたけれども、果たして独立して訪問看護センターが運営できるような療養費、訪問看護療養費あるいは利用料、厚生省の御説明ですとこれで運営できるんだというところでございますが、果たしてそれができるだろかという第一の疑問でございます。実際に医療機関からの今の訪問看護ですと一回三千八百円、そしてまたヘルス事業ですと非常勤の看護婦さんが一日五千二百二十円というような経費でござります。それで、実際にヘルス事業などで委託を受けているところが試算をいたしますと、一つの事業所に大体七千万とかあるいは一億かかるというようなことを出してきております。そこで、一回の訪問に一万円もらつてもまだ足りないんだといふようなことでございまして、果たして本当にみんなが元気を出してこの訪問看護センターをやろうというような意欲が出るほどの準備が、療養費など

市町村が保健事業の一環として行っている保健婦等による訪問指導でございますが、この訪問指導は対象者が四十歳以上の寝たきりの状態にある人たちということになつております。その指導の際の中身でござりますが、心身機能の低下の防止とか健康の保持増進を図るために行う助言、援助、こういったことが主だというふうに考えております。それから、保険医療機関が行つておいでとの訪問看護でございますが、これは主として退院後の病状が不安定な患者を対象に外来診療の一環として診療の補助行為を中心に行つておいでだとうふうに理解しております。

それから、具体的にこの訪問看護センターの構想でございますが、こういう形によりまして、例えは看護協会が実際に訪問看護事業の主体になれるというようなことで大変全国の看護婦たちも希望を持つてこの問題に取り組んでいるところでございます。自分たちの専門性も生かせるし、また家庭と両立ができるとの仕事ができるといふことは大変いい結果をもたらすのではないかということふうに思います。

ただ、既に看護協会、地域によつてはもう自分たちでナースバンクの事業をやり、そしてそこで潜伏在看護婦を掘り起こし、そして研修をし、かなり自分たちのお金を費やしながら研修をして用意

るいは利用料が設定されるんだろうかどうだろうかなどいろいろなことを思っておられるんだろうかと思います。  
また、先ほど伺いましたと、センターの設置等についての低利融資の話だとかあるいは運営助成だとか、そういうことにについては今考えていないといふことはございませんので、その辺について、当然のことながら厚生省はこれを進める方向でいくと思いますが、その辺のお見通しを少し聞かせていただきたいと思います。

○政府委員(岡光序治君)　先生が今おっしゃいましたように、老人訪問看護療養費の中におきましてこの訪問看護ステーションが適正に運営ができるようにならうといった類を設定する必要があるといふことは、さうしたうえで、この問題を解決するうえで重要な問題であると認識しておるところです。

ております老人訪問看護は、主として病状安定定期の寝たきり老人、こういった人たちを対象に考えておりまして、かつ療養上の世話に重点を置いていた介護的色彩の強い看護サービスである、こう理解をしております。そういう意味では、それぞれ現を行われておる事業とは違つておる位置づけだと思

しているというところもございますし、また市町村のヘルス事業を、委託を受けて訪問看護事業をやつておるところもございます。そういう意味では、この法律が成立いたしましたら早速に訪問看護センターを設立したいというようなことで意欲的なところもござりますし、また逆に、そういう

うふうに考えております。今おっしゃいましたようなことも念頭に置きながら、これは中央社会保険医療協議会で御論議いたくことになつておりますが、十分な運営ができるよう考へていただきたいと思います。

か、こういうお話をございますが、私ども、先ほども宮崎先生に御答弁申し上げましたが、事業者としましては、地方公共団体、医療法人、社会福祉法人、それから地域の医療関係団体、看護協会であるとか医師会であるとか、そういうものを考えておるわけでございまして、そういうたところです取り組んでいたいとどんな仕事なのかということを御理解いただく、そして既存の訪問指導事業であるとか医療機関が行なわれておる訪問看護の事業とどういうふうにタイアップしていくのか。それから、モデル実施をかつて行つたわけでございますが、そこでも都市型と農村型と大分結果も違うわけでございます。

そういうことで、やはり地域の状況を見きわめながら、しかもこういつたものがほかの社会資源とうまくやつていいかなきやならないわけでございますので、市町村の事業計画、そして関係者の反応、それからお年寄りの方の受けとめ方、こういったものも十分見きわめながら地域に即した形で定着化をしていかなければいけない、こう考えている次第です。

○清水嘉与子君 今もう出来ました、訪問看護の実施機関でございますけれども、今のよつな例示されましたところのほかに、ちょっと私ども心配しておりますのは、當利法人がどういうふうな形で参加してくるだろうかということでござります。この辺についてもお認めになる見込みでございましょうか。

○政府委員(岡光序治君) 私どもは、結論的に申し上げますと、当面対象にすることは考えておりません。やはり新しい制度でございますので、こういった制度の運営の実績とか普及の進みぐあい、こういったものを十分見きわめなきなりませんし、関連の事業との関係もござりますし、これは慎重に考えなきゃいけないと思っております。

○清水嘉与子君 ぜひその辺は慎重にやつていただきたいたいと思います。老人が何かそういうことでもなることを大変恐れるものでございまます。

す。

ただ、また一方におきまして、先駆的に訪問看護事業に取り組んでいる看護婦グループが幾つか出てまいっております。お年寄り御本人はもとより、その家族からあるいはお医者さんたちからも大変に高い評価を得ておるわけでございまして、こういう営利目的でない良心的な事業を何とか支える、あるいはそういうところからサービスを受けた方々の経済的な負担を軽減するという意味でも何か、どういう形がいいのかよくわかりませんけれども、例えば一定要件に合致したところには看護法人というような法人格を与えまして訪問看護事業者として認めるというような方向も私は検討していただきたいなというふうに思つてゐるところでございます。まあここですぐにいいとか悪いとかということはなかなか言えないと思いますので、こうしたことにつきましても実態をお調べいただきまして、その辺についてぜひ御考慮をいただきたいというふうに思つて次第でございます。

それから、先ほど来マンパワーの問題が出ておりますけれども、いろんな方々が御心配くださっていると思います。私も全国を歩いて見て來ていますと、各県の看護協会が、さつきも申し上げました潜伏看護婦の講習会もやつてすぐできるよう準備をしている。ところが、大変残念なことながらその講習会を終わつた方が働く場が今はないというようなことで、要するに事業が始まらないければ働く場がないということを待機しているというような例がかなりいろいろあるわけでございません。私はこういう点からいきますとかなり樂観的な考え方を持つておるわけでございまして、この訪問看護が本当に本格的に始まれば相当潜伏の方々も出てくる可能性があるというふうに思つております。

ただその際に、何か訪問看護は潜在でやる、潜在で大丈夫なのかなという問題がどうしても出でてくださいたいと思います。老人が何かそういうことでもなることを大変恐れるものでございまます。

何年も離れていた潜在もあるだろうし、実際に仕事を内容を考えますとそんなに長いこと医療機関を離れていたような方がすぐには復帰できる仕事では絶対ないわけでございます。そういう点で考えますと、この方々の技術あるいは知識のある仕事で、恒常に確保する施策がどうしても必要だというふうに思います。先ほどちょっと古市局長の方からも、ナースセンター等で来年は施策の中に出しますが、その家族からあるいはお医者さんたちからも大変に高い評価を得ておるわけでございまして、こういう営利目的でない良心的な事業を何とか支える、あるいはそういうところからサービスを受けた方々の経済的な負担を軽減するという意味でも何か、どういう形がいいのかよくわかりませんけれども、例えは一定要件に合致したところには看護法人というような法人格を与えまして訪問看護事業者として認めるというような方向も私は検討していただきたいなというふうに思つてゐるところです。

それから、最後でございますけれども、この訪問看護制度が創設されたといたしましても、毎日出でまいっております。お年寄り御本人はもとより、その家族からあるいはお医者さんたちからも大変に高い評価を得ておるわけでございまして、これは本当に一時的なサービスにすぎません。しかし少しでも必要なサービスの量とか質を出でます。

そこで、この訪問看護に対する看護職員の養成確保に関する問題でございますが、まず始めに、県の看護協会に委託して実施している。そういうふうに済ませた方もおられます。さらに、来年度は各地区でそのような事業をさらに広く発展させますためにこの訪問看護をやる人たちに対する指導教官を養成する事業をやりたい、その方たちには六十時間の研修をしていただいて、その人たちが自治体に戻つてさらにまたその百二十時間の研修の教官になつていただく、そういうことも考えて新規事業として要求しているわけでございます。そういうことでまたよろしく御支援をお願いしたいと思います。

○清水嘉与子君 潜伏看護婦の方に十分な研修をするということでございますので、ぜひよろしくお願いしたいと思います。さらに、必要なときには実務研修ができるよう病院を決めるなど後方支援体制等につきましてもぜひ御考慮をいただきたいと思います。

この新しい老人訪問看護制度は老人の在宅医療、福祉サービスと密接な連携が保たれるよう十分に配慮する必要があるのであります。このために、この新しい老人訪問看護制度についてのいろいろの御意見を拝聴いたしております。大変貴重なものだと思って受けとめております。

この新しい老人訪問看護制度は老人の在宅医療、福祉サービスと密接な連携が保たれるよう十分に配慮する必要があるのであります。このために、この新しい老人訪問看護制度についての留意すべき大事な問題についてのいろいろの御意見を拝聴いたしております。大変貴重なものだと思って受けとめております。

健福社計画の策定に当たりましては、個々の老人



定が行われた年度の前々年度)の(四月一日平均<sup>1</sup>入院<sup>2</sup>医療費額で除して得た率を乗じて得た額(以下この項において「入院一部負担金改定により当該一部負担金の額が改定されたときは、直近のこの項の規定による改定後の当該一部負担金の額とする。)を十円以上超え、又は十円以上下るに至つた場合においては、その翌年度の四月以後、当該一部負担金の額を入院一部負担金改定予定額に改定する。ただし、当該入院一部負担金改定予定額に十円未満の端数があるときは、これを切り捨てるものとする。

3 前項の規定は、前条第四項の一部負担金額について準用する。この場合において、前項中「八百円」とあるのは、「三百円」と読み替えるものとする。

4 厚生大臣は、前三項の規定により一部負担金の額が改定されたときは、これらの規定による改定後の当該一部負担金の額を公示しなければならない。

5 第三十三条中「医療及び特定療養費の支給」の下に「(医療費の支給を含む。)」を加える。

第六節 老人訪問看護事業者による改定

7 市町村は、その老人医療受給対象者が当該指定老人訪問看護事業者に支払うべき額の限度において、老人医療受給対象者に代わり、当該指定老人訪問看護事業者に支払うことができる。

第八節 老人訪問看護事業者の責務

8 前項の規定による支払があつたときは、老人医療受給対象者に對し老人訪問看護事業者に支給があつたものとみなす。

9 市町村は、指定老人訪問看護事業者から老人訪問看護事業の請求があつたときは、第二項の厚生大臣が定める基準及び第四十六条の十七の五第二項に規定する指定老人訪問看護事業者の指導をして審査した上、支払うものとする。

10 前各項に規定するものほか、指定老人訪問看護事業者の老人訪問看護事業を行なう事業所により行われる老人訪問看護(以下「指定老人訪問看護」という。)を受けたときは、

その老人医療受給対象者に対し、当該指定老人訪問看護に要した費用について、老人訪問看護療養費を支給する。

11 老人訪問看護事業の額は、当該指定老人訪問看護に要する平均的な費用の額を算定した結果、当該老人訪問看護事業の運営に必要な技術的読替えより算定した費用の額から、指定老人訪問看護の利用の状況、第二十八条第一項第一号の一部負担金の額その他の事情を勘案して厚生大臣が定める額を控除した額とする。

12 厚生大臣は、前項の基準を定めようとするときは、あらかじめ中央社会保険医療協議会の意見を聽かなければならない。

13 第三十三条第二項の規定は、前項に規定する事項に関する中央社会保険医療協議会の権限について準用する。

14 第三十三条中「老人医療受給対象者が指定老人訪問看護事業者から指定老人訪問看護事業者に對し老人医療受給対象者に支給すべき額の限度において、老人医療受給対象者に代わり、当該指定老人訪問看護事業者に支払うことができる。」の研究開発及び老人の日常生活上の便宜を図るために用具及び機能訓練のための用具のうち、疾病、負傷等により心身の機能が低下している者に使用させることを目的とするもの的研究開発の推進に努めなければならない。

15 第三章の二「老人保健施設」を「第三章の二 老人保健施設及び指定老人訪問看護事業者」に改める。

16 第三章の二中第四十六条の六の前に次の節名を付する。

第一節 老人保健施設

17 第四十六条の九第二項を削り、同条第三項中「前項」を「前項」に改め、同項を同条第二項とし、同条第四項を同条第三項とする。

18 第四十六条の十七第二項中「第三章(第四節を除く。)」を「第三章第一節から第三節までに改める。

19 第三章の二中第四十六条の十七の次に次の二節を加える。

第二節 指定老人訪問看護事業者

20 第四十六条の十七の五 指定老人訪問看護事業者(事業の基準)

21 第四十六条の十七の五 指定老人訪問看護事業者は、当該指定に係る事業所ごとに、厚生省令で定める基準に従い厚生省令で定める員数の看護婦その他の従業者は、指定老人訪問看護に関して必要な事項は、厚生省令で定める。

22 (以下単に「事業所」という。)ことを行う。

23 都道府県知事は、前項の申請があつた場合において、次の各号のいずれかに該当するとときは、第四十六条の五の二第一項の指定をしてならない。

24 申請者が、地方公共団体、医療法人、社員福利社法人その他厚生大臣が定める者でないとき。

25 一 申請者が、(一)申請者が、(二)従業者の知識及び技能並びに人員が、第四十六条の五第一項の厚生省令で定める基準及び同項の厚生省令で定める員数を満たしていないとき。

26 二 申請者が、第四十六条の十七の五第二項に規定する指定老人訪問看護事業の運営に関する基準に従つて適正な老人訪問看護事業の運営をすることができないと認められるとき。

27 三 申請者が、第四十六条の十七の五第二項に規定する指定老人訪問看護事業の運営に関する基準に従つて自ら適切な指定老人訪問看護を提供するものとし、いやしくも老人の福祉を損なうような指導老人訪問看護の事業の運営を行つてはならない。

28 第四十六条の十七の四 指定老人訪問看護事業者及び当該指定に係る事業所の看護婦その他の従業者は、指定老人訪問看護に関して、厚生大臣又は都道府県知事の指導を受けなければならない。

2 前項に規定するもののほか、指定老人訪問看護の事業の運営に関する基準は、厚生大臣が定める。

3 厚生大臣は、第一項の厚生省令を定めようとするとき、及び前項に規定する指定老人訪問看護の事業の運営に関する基準（指定老人訪問看護の取扱いに関する部分を除く。）を定めようとするときは、あらかじめ審議会の意見を聽かなければならぬ。

4 厚生大臣は、第二項に規定する指定老人訪問看護の事業の運営に関する基準（指定老人訪問看護の取扱いに関する部分に限る。）を定めようとするときは、あらかじめ中央社会保険医療協議会の意見を聽かなければならぬ。

5 第三十条第二項の規定は、前項に規定する事項に関する中央社会保険医療協議会の権限について準用する。

業者であつた者等を含む。」に対し出頭を求める、又は当該職員に關係者に対して質問させ、若しくは当該指定老人訪問看護事業者の當該指定に係る事業所について帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

2 第三十一条第二項の規定は、前項の規定による質問又は検査について、同条第三項の規定は、前項の規定による権限について準用する。

（指定の取消し）

第四十六条の八 都道府県知事は、次の各号のいずれかに該当する場合においては、当該指定老人訪問看護事業者に係る第四十六条の五の二第一項の指定を取り消すことができる。

一 指定老人訪問看護事業者の當該指定に係る事業所の看護婦その他の従業者が、第四十六条の十七の六 指定老人訪問看護事業者は、当該指定に係る事業所の名称及び所在地その他厚生省令で定める事項に変更があつたとき、又は当該指定老人訪問看護事業を廃止し、休止し、若しくは再開したときは、厚生省令で定めるところにより、十日以内に、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。（報告等）

第四十六条の十七の七 厚生大臣又は都道府県知事は、老人訪問看護療養費の支給に関して必要があると認めるときは、指定老人訪問看護事業者又は指定老人訪問看護事業者であつた者若しくは当該指定に係る事業所の看護婦類の提出若しくは提示を命じ、指定老人訪問看護事業者若しくは當該指定に係る事業所の看護婦その他の従業者（指定老人訪問看護事

業者であつた者等を含む。）に対し出頭を求めるため、当該指定老人訪問看護事業者が相手の注意及び監督を尽くしたときを除く。

六 指定老人訪問看護事業者が、不正の手段により第四十六条の五の二第一項の指定を受けたとき。

都道府県知事は、前項の規定により第四十六条の二第一項の指定を取り消そうとするときは、当該指定老人訪問看護事業者に対する弁明の機会を与えるなければならない。この場合においては、あらかじめ、書面で、弁明をすべき日時、場所及び当該処分をすべき理由を通知しなければならない。

（公示）

第四十六条の九 都道府県知事は、次に掲げる場合には、その旨を公示しなければならない。

一 第四十六条の五の二第一項の指定をしたとき。

二 第四十六条の六の規定による届出（同条の厚生省令で定める事項の変更並びに同条に規定する事業の休止及び再開に係るもの）があつたとき。

三 前条第一項の規定により第四十六条の二第一項の指定を取り消したとき。

（他の保健事業との関係）

第四十六条の十 指定老人訪問看護は、第三章第一節から第三節までに規定する医療及び医療等以外の保健事業には含まれないものとする。

四 指定老人訪問看護事業者が、前条第一項の規定により報告又は帳簿書類の提出若しくは虚偽の報告をしたとき。

五 指定老人訪問看護事業者又は当該指定に係る事業所の看護婦その他の従業者が、前条第一項の規定により出頭を求められてこれに従わず、又は虚偽の報告をしたとき。

じた適切な看護が行われるものとして政令で定めるもの（以下この項において「看護強化病床」という。）について受けれる第十七条第四号に掲げられる給付○に限る）特定療養費の支給（老人保健施設療養費の支給○及び老人訪問看護事業の支給○に限る）を受ける。

六 指定老人訪問看護事業者に係る事業所は、前項の規定による額並びに「老人保健施設療養費等」という。）を除く。」を加え、「並びに」を「老人保健施設療養費等に要する費用の十二分の六に相当する額並びに」に、「及び第四十六条の二第九項」を「第四十六条の二第九項及び第四十六条の五の二第七項」に改め、「第四十六条の二第十項」の下に「（第四十六条の五の三において準用する場合を含む。）」を加える。

第四十九条中「医療等に」を「医療等（老人保健施設療養費等を除く。）」に改め、「十分の二を」の下に「老人保健施設療養費等に要する費用についてはその十二分の四を」を加える。

第五十条中「医療等に」を「医療等（老人保健施設療養費等を除く。）」に改め、「十分の〇・五を」の下に「老人保健施設療養費等に要する費用についてはその十二分の一を」を加える。

第五十二条中「並びに」を「及び」に、「医療等に」を「医療等（老人保健施設療養費等を除く。）」に改め、「十分の二分の四」に改める。

第五十五条第一項中「の十分の七に相当する額」を削り、同項各号を次のように改める。

一 次に掲げる額の合計額（次号において「調整後老人医療費見込額」という。）に、一から老人保健施設療養費等概算率を控除して得た率を乗じて得た額の十分の七に相当する額

当該保険者に係る老人医療費見込額  
（市町村が当該年度において支弁する）  
の保険者に係る七十歳以上の加入者等に  
対する医療等に要する費用の見込額とし  
て厚生省令で定めるところにより算定さ

険者に係る七十歳以上の加入者等に対する老人保健施設療養費等に要する費用の見込額として厚生省令で定めるところにより算定され  
る額をいう。)の総額を、各保険者に係る老人医療費見込額の総額で除して得た率とする。

第五十六条第一項中「の十分の七に相当する額」を削り、同項各号を次のように改める。  
一 次に掲げる額の合計額（次号において

〔調整後老人医療費額〕といふ。に、一から老人保健施設療養費等確定率を控除して得た率を乗じて得た額の十分の七に相当す

イ 当該保険者に係る老人医療費額（市町村が当該年度の前々年度において支弁し

た一の保険者に係る七十歳以上の加入者等に対する医療等に要する費用の額をい

以下この条において同じ)から調整対象外医療費額(当該保険者が確定基準超過保険者(一の保険者に係る七十歳

以上の加入者等一人当たりの老人医療費額として厚生省令で定めるところにより算出せしら。

算定される額をすべての保険者に保有する七十歳以上の加入者等一人当たりの老人医療費額の平均額として厚生省令で定める

ところにより算定される額（以下この号において「一人平均老人医療費額」といいう。）で除して得た率が、前表第一頁第

者に係る老人医療費額のうち、一人平均老人医療費額に当該政令で定める率を乗じて得た額を超える部分として厚生省令

で定めるところにより算定される額をいう。口において同じ。) を控除して得た

額に確定加入者調整率を乗じて得た額  
調整対象外医療費額

費等確定率を乗じて得た額の十二分の六に相当する額

第五十六条第二項中「前項第一号」を「第一項第一号イ」に改め、同項を同条第三項とし、同条第一項の次に次の一項を加える。

2 前項の老人保健施設療養費等確定率は、各保険者に係る老人保健施設療養費等額（市町村が当該年度の前々年度において支弁した）の保険者に係る七十歳以上の加入者等に対する老人保健施設療養費等に要する費用の額をいう。の総額を、各保険者に係る老人医療費額の総額で除して得た率とする。

第五十七条中「及び第四十六条の二第九項」を「第四十六条の二第九項及び第四十六条の二第九項及び第四十六条の二第九項」に改め、「第四十六条の二第十五項の二第七項」に改め、「第四十六条の二第十五項」の下に、「第四十六条の五の三」において準用する場合を含む」と加える。

第八十二条第一項中「又は老人保健施設療養費の支給」を「老人保健施設療養費の支給又は老人訪問看護療養費の支給」に改める。

第八十四条の二第一号中「第四十六条の九第一項、第二項又は第四項」を「第四十六条の九第一項、第二項又は第三項」に改める。

第八十六条中「医療特定療養費の支給又は老人保健施設療養費の支給」を「医療（医療費の支給を含む）、特定療養費の支給（医療費の支給を含む）、老人保健施設療養費の支給又は老人訪問看護療養費の支給」に改め、「第四十六条の五」の下に「及び第四十六条の五の三」を加える。

附則第一条の次に次の一条を加える。

（老人保健施設に係る対象者の特例）

第一条の二 当分の間、第六条第四項中「又はこれに準ずる状態にある老人（その」とあるのは「若しくはこれに準ずる状態にある老人又は老人以外の者であつて初老期痴呆により痴呆の状態にあるもの（これらの者との」と、第四十六条の八第四項中「老人の」とあるのは「老人又は老人以外の者であつて初老期痴呆により痴呆の状態にあるものの」とする。

**第一条** 老人福祉法（昭和三十八年法律第二百三十三号）の一部を次のように改正する。

目次中「第十三条」を「第十三条の二」に改める。

第二章中第十三条の次に次の二条を加える。

**第十三条の二** 国は、老人の心身の特性に応じた介護方法の研究開発並びに老人の日常生活上の便宜を図るための用具及び機能訓練のた

めの用具であつて身体上又は精神上の障害があるために日常生活を営むのに支障がある者

に使用させることを目的とするものの研究開発の推進に努めなければならない。

**第三条 健康保険法(大正十一年法律第七十号)の一部を次のように改正する。**

第五十五条第一項中「若ハ老人保健施設療養費三係ル療養若ハ老人訪問看護療養費二係ル療養」に

**改める。**

費の支給」を「老人保護施設費の支給」に改める。第六十九条の十二第二項第一号中「若しくは

老人保健施設療養費の支給」を「老人保健施設療養費の支給若しくは老人訪問看護療養費の支給」に改める。

第六十九条の十五第一項中「及び老人保健施設療養費の支給」を「老人保健施設療養費の

支給及び老人訪問看護療養費の支給」に改め、同条第五項中「第四十六条の五」の下に「及び第四十六条の五の三」を加え、「若しくは老人

保健施設療養費の支給（）を「老人保健施設療養費の支給若しくは老人訪問看護療養費の支

給（これらの給付のうち）は、一若しくは老人保健施設療養費の支給に」を「老人保健施設療養費の支給若しくは老人訪問看護療養費の支

給に」に、「若しくは老人保健施設療養費の支給と」を「老人保健施設療養費の支給若しく



〔医療費に関する経過措置〕  
第四条 この法律の施行の日（以下「施行日」といふ。）前に行われた診療、薬剤の支給又は手当に係る第一条の規定による改正前の老人保健法（以下「旧老健法」という。）の規定による医療費の額については、なお従前の例による。

<sup>2</sup> 施行日から平成五年三月三十一日までの間に行われた診療、薬剤の支給又は手当に係る新老健法の規定による医療費の額については、新老健法第三十二条第一項中「第二十八条」とあるのは「老人保健施設等の一部を改正する法律（平成三年法律第 号）附則第四条の規定により改められた第二十八条」と、同条第四項中「同条第八条第一項第一号」とあるのは「老人保健法等の一部を改正する法律附則第四条の規定により読み替えた第二十八条第一項第一号」とする。

〔交付金等に関する経過措置〕  
第五条 第一条の規定による改正後の老人保健法（以下「新老健法」という。）第四十七条から第五十条までの規定は、施行日以後に行われる新老健法の規定による医療（医療費の支給を含む。）、特定療養費の支給（医療費の支給を含む。）及び老人保健施設療養費の支給を含む。）及び老人保健施設疗養費の支給に要する費用について、なお従前の例による。

〔交付金等に関する経過措置〕  
第六条 平成二年度以前の年度の概算医療費提出金及び確定医療費提出金については、なお従前の例による。

〔交付金等に関する経過措置〕  
第七条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、新老健法第五十五条第一項の規定にかかるわら

〔交付金等に関する経過措置〕  
第八条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第九条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第十条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第十一条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第十二条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第十三条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第十四条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第十五条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第十六条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第十七条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第十八条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第十九条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第二十条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第二十一条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第二十二条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第二十三条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第二十四条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第二十五条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第二十六条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第二十七条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第二十八条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第二十九条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第三十条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第三十一条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第三十二条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第三十三条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第三十四条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第三十五条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第三十六条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第三十七条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第三十八条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第三十九条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第四十条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第四十一条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第四十二条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第四十三条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第四十四条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第四十五条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第四十六条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第四十七条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第四十八条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第四十九条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第五十条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第五十一条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第五十二条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第五十三条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第五十四条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第五十五条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第五十六条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

〔交付金等に関する経過措置〕  
第五十七条 平成二年度の概算医療費提出金の額は、

日以後老人保健施設療養費等概算率を乗じて得た額の十二分の六に相当する額

前項の施行日以後老人保健施設療養費等概算率は、各保険者に係る施行日以後老人保健施設

等に對する施行日以後に行われる新老健法第四

十八条第一項に規定する老人保健施設療養費等

に要する費用の見込額として厚生省令で定める

ところにより算定される額をいう。の総額

を、各保険者に係る施行日以後老人保健費見込額の総額で除して得た率とする。

第八条 平成三年度の確定医療費拠出金の額は、

新老健法第五十六条第一項の規定にかかるわら

ず、次の各号に掲げる額の合計額とする。

一 次に掲げる額の合計額の十分の七に相当す

る額

イ 当該保険者に係る施行日前老人医療費額

等に對する費用の見込額として厚生省令で定める

ところにより算定される額をいう。の総額

を、各保険者に係る施行日以後老人医療費見込額の総額で除して得た率とする。

第九条 平成三年度の確定医療費拠出金の額は、

新老健法第五十七条第一項の規定にかかるわら

ず、次の各号に掲げる額の合計額とする。

一 次に掲げる額の合計額の十分の七に相当す

る額

イ 当該保険者に係る施行日前老人医療費額

等に對する費用の見込額として厚生省令で定める

ところにより算定される額をすべての保険者に

要する費用の額をいう。以下この条に

おいて同じ。）から施行日以後調整対象外医療費額

（市町村が平成三年度において支弁した一

人当たりの施行日以後老人医療費見込額の

込額として厚生省令で定めるところによ

り算定される額をすべての保険者に係る七十

歳以上の加入者等一人当たりの施行日以

後老人医療費見込額」という。）で除して得た

額（以下この号において「一人平均老

人医療費見込額」という。）で除して得た額

を、各保険者に係る施行日以後老人医療費見込額の総額で除して得た率を乗じて得た額の十分の

七に相当する額

イ 当該保険者に係る施行日以後老人医療費

額（市町村が平成三年度において支弁した一

人当たりの施行日以後老人医療費見込額の

込額として厚生省令で定めるところによ

り算定される額をすべての保険者に係る七十

歳以上の加入者等一人当たりの施行日以

後老人医療費見込額」という。）で除して得た

額（以下この号において「一人平均老

人医療費見込額」という。）で除して得た額

を、各保険者に係る施行日以後老人医療費見込額の総額で除して得た率を乗じて得た額の十分の

七に相当する額

イ 当該保険者に係る施行日前老人医療費額

等に對する費用の見込額として厚生省令で定める

ところにより算定される額をすべての保険者に

要する費用の額をいう。以下この号において

同じ。）から施行日以後調整対象外医療費額

（市町村が平成三年度において支弁した一

人当たりの施行日以後老人医療費見込額の

込額として厚生省令で定めるところによ

り算定される額をすべての保険者に係る七十

歳以上の加入者等一人当たりの施行日以

後老人医療費見込額」という。）で除して得た

額（以下この号において「一人平均老

人医療費見込額」という。）で除して得た額

を、各保険者に係る施行日以後老人医療費見込額の総額で除して得た率を乗じて得た額の十分の

七に相当する額

イ 当該保険者に係る施行日前老人医療費額

等に對する費用の見込額として厚生省令で定める

ところにより算定される額をすべての保険者に

要する費用の額をいう。以下この号において

同じ。）から施行日以後調整対象外医療費額

（市町村が平成三年度において支弁した一

人当たりの施行日以後老人医療費見込額の

込額として厚生省令で定めるところによ

り算定される額をすべての保険者に係る七十

歳以上の加入者等一人当たりの施行日以

後老人医療費見込額」という。）で除して得た

額（以下この号において「一人平均老

人医療費見込額」という。）で除して得た額

を、各保険者に係る施行日以後老人医療費見込額の総額で除して得た率を乗じて得た額の十分の

七に相当する額

イ 当該保険者に係る施行日前老人医療費額

等に對する費用の見込額として厚生省令で定める

ところにより算定される額をすべての保険者に

要する費用の額をいう。以下この号において

同じ。）から施行日以後調整対象外医療費額

（市町村が平成三年度において支弁した一

人当たりの施行日以後老人医療費見込額の

込額として厚生省令で定めるところによ

り算定される額をすべての保険者に係る七十

歳以上の加入者等一人当たりの施行日以

後老人医療費見込額」という。）で除して得た

額（以下この号において「一人平均老

人医療費見込額」という。）で除して得た額

を、各保険者に係る施行日以後老人医療費見込額の総額で除して得た率を乗じて得た額の十分の

七に相当する額



第十三条第二項中「第四十六条の二第十項」の下に「(第四十六条の五の三において準用する場合を含む。)」を加え、「若しくは老人保健施設療養費」を「老人保健施設療養費若しくは老人訪問看護療養費」に改める。

(厚生省設置法の一部改正)

第十八条 厚生省設置法(昭和二十四年法律第百五十一号)の一部を次のように改正する。

第六条第十五号中「並びに老人保健施設療養費の額」を「老人保健施設療養費の額、指定老人訪問看護の事業の運営に関する基準並びに老人訪問看護に係る指定老人訪問看護についての費用の額の算定に関する基準」に改める。