

参議院厚生委員会會議録第四号

平成三年九月十七日(火曜日)

午前十時四分開会

委員の異動

九月十三日

辞任

補欠選任

田代由紀男君

岩崎 純三君

大瀨 綱子君

菅野 壽君

日下部禮代子君

堂本 暁子君

九月十七日

辞任

補欠選任

菅野 壽君

庄司 中君

出席者は左のとおり。

委員長

田淵 勲二君

理事

西田 吉宏君

前島英三郎君

竹村 泰子君

高桑 栄松君

委員

岩崎 純三君

小野 清子君

尾辻 秀久君

木暮 山人君

清水嘉与子君

田中 正巳君

宮崎 秀樹君

庄司 中君

堂本 暁子君

浜本 万三君

木庭健太郎君

沓脱タケ子君

栗森 喬君

勝木 健司君

國務大臣

厚生 大臣

下条進一郎君

政府委員

厚生大臣官房総務審議官

大西 孝夫君

厚生大臣官房老人保健福祉部長

岡光 序治君

厚生省健康政策局長

古市 圭治君

厚生省社会局長

末次 彬君

厚生省児童家庭局長

土井 豊君

厚生省保険局長

黒木 武弘君

事務局側

常任委員会専門員

滝澤 朗君

説明員

総務庁行政監察局監察官

浅井 八郎君

大蔵省主税局税制第二課長

増原 義剛君

文部省初等中等教育局中学校課長

福島 忠彦君

文部省高等教育局医学教育課長

喜多 祥秀君

建設省住宅局建築指導課長

梅野捷一郎君

本日の會議に付した案件

○老人保健法等の一部を改正する法律案(第百二十回国会内閣提出、第百二十一回国会衆議院送付)

○参考人の出席要求に関する件

○委員長(田淵勲二君) ただいまから厚生委員会を開会いたします。

まず、委員の異動について御報告をいたします。

去る十三日、田代由紀男君、日下部禮代子君及び大瀨綱子君が委員を辞任され、その補欠として岩崎純三君、堂本暁子君及び菅野壽君が選任されました。

○委員長(田淵勲二君) 老人保健法等の一部を改正する法律案を議題とし、これより質疑を行います。

質疑のある方は順次御発言願います。

○竹村泰子君 今回のこの老人保健法の改正の趣旨によりまして、老人訪問看護制度の創設と、現役世代の負担軽減を通じて制度の長期的な安定を図ることとした、介護に着目した負担割合の引き上げ、一部負担の改定などを行うというふうになっておりますけれども、このことから改正案は、一部負担金の引き上げ、スライド制の導入も行っているわけですね。何か老人の負担増ばかりが目立つわけですけれども、これで老人が安心して暮らせるのだろうか。

制度の長期的な安定のために今回一部負担の引き上げを提案された。老人保健制度が現在不安定なのでありましようか。お教えいただきたいと思っております。

○政府委員(岡光序治君) 先生よく御承知のとおり、老人医療費の全体の賄ひ方は、お年寄りの一部負担と、それを除いた経費の七割が現役労働者からの保険料による拠出金と、それから三割が国、地方団体による公費負担ということになっております。それで、現実、今の姿におきましてはこの拠出金の負担が非常に高まってきておいて、特に被用者保険、健康保険グループを中心に拠出金による保険料の増というところが大きな問題になってきています(次第でございませう)。

このような状態をそのまま放置しておくわけにはいかない。特に六十一年の法律改正におきまして、

て、そういったいわゆる拠出金の按分率につきましては、一〇〇%按分率になる、そういう際には制度全体をよく見直した上で所要の措置をとることということが改正附則で入ったわけでございまして、そういったことの流れにおきまして、もう少し安定化をする、そしてそういう負担を構成する三者が公平なバランスがとれるように、そして無理のない負担をお互いすることによって制度を将来的に安定をさせていきたい、こういうふうな発想で今回の改正をお願いしたいと思つたものでございませう。

○竹村泰子君 それでは伺いたしますが、今回の一部負担の引き上げで老人保健制度の長期安定は確保されるのですか。

○政府委員(岡光序治君) 今回お認めをいただくようなことになりましたと、物価の動きに応じまして一部負担額について見直しはなされる。もちろん物価が動くということは他方では、お年寄りにとしましては基礎年金、国民年金の方の給付がふえる、こういうふうなことがあつてお年寄りの負担の問題には恐らく問題が生じないであろう。一方では、公費負担につきましては公費負担の対象を拡大しようとした。その対象の施設が十カ年戦略等に基づきまして次第にふえていくということ、公費負担もそういうことを考えますと、公費負担の方は増加傾向になる。そして、一部負担の方はおおむね割合としては横ばい傾向が維持できる。したがって、経済の安定性がそう大きく狂わない限りは現役からの拠出金負担もそれなりに負担できるであろう。そういう意味で、この老人医療費の負担をしておる三者の関係においてそれぞれ将来にわたるバランスのとれた対応ができるのではないだろうか、こういうふうにもうろんでおるところでございませう。

○竹村泰子君 今回の引き上げは、老人に対してその費用の大体五割ぐらゐを負担してもらおうという説明がありますけれども、五割ぐらゐは負担ができるという国民の合意を得ているのでしょうか。いつ、どの場でそのような提案がされて五割という数字が出てきたのでしょうか。根拠は何ですか。

○政府委員(岡光序治君) 非常に端的に申し上げますと、この老人保健法の改正内容の審議は老人保健審議会という専門の審議会でご審議を願ひ、それから社会保障制度審議会でもたまたま御審議をいただいたところでございまして、そういう審議会の手続を経まして、おおむねこの五割程度というところをベースにしてお年寄りの生活実態に応じて定額で一部負担をお願いするという方式については、それぞれの関係審議会でご了解を得られたというふうに理解をしております。それをベースに国会に御提案申し上げて御審議をお願いしておりますところでございます。

○竹村泰子君 よくわかりませんね。保健審議会では合意が得られたかもしれないけれども、私どもは、いわゆる国民はこのことについて何ら提案もされておられないし、五割ぐらゐは負担ができるだろうということもわからないわけですね。政府の言う老人保健制度の長期安定ということは保険財政に余りにも縛られているのではないかと私は思うんですけれども、公費の負担を引き上げることでこそ制度の安定が図られるのではないかとこのように思っています。特に、年金特別会計からの借入金としまして、その利子により特別保健福祉事業を行うという、いわば大変こそく手段と言つては失礼かもしれないけれども、そういう手段によつて当面の健康保険組合の財政の窮乏をしのいでいくということでもかまそうというのか、そういうことが感じられる。健康保険組合の切実な要求に正面からこたえることをしないで、これで制度の長期安定が図られるのかと思いますが、いかがですか。

○政府委員(岡光序治君) 専門家の先生に申し上げ

げるのは、繰り返しになってまことに恐縮でございますが、現在の老人保健制度というのは、各医療保険の保険者が老人医療費を共同で賄おうではないかと、いわば共同事業として位置づけられているものでございまして。そして共同事業で行うに当たっては、それぞれの保険者団体に同程度のお年寄りが所属しているというふうな仮定をいたしまして、国民ひとしくお年寄りを支えようではないかという発想でいわれる一〇〇%拠出をしておるわけでございます。そういう意味では、あくまでもその基本は社会保険でございますので、公費でもつてすべての医療費を賄うというのは社会保険の原則からすると少しかけ離れているのではないだろうか。そういう意味では、社会保険というものを前提にした上で、かつお年寄りというものを対象にしておるんだということを十分勘案して公費の割合を入れておる、その公費の割合は既に相当の割合に達しているのではないだろうか、こう考えておるわけでございます。

一方、そういうふうな仕組みにしながらも、被用者保険の方における拠出金負担というのは現実には相当高い負担割合になっております。といひますのは、各健康保険組合を例にとりますと、若い人たちが構成をされておりますので、国民ひとしくお年寄りを支えるということになりますと、自分たちの保険者にいないお年寄りの分まで相当拠出金負担をするという結果になります。それがそれぞれの健康保険組合の保険料負担に直接はね返つて高い保険料率になる可能性があるわけでございます。そういう意味でその点での負担軽減を図る必要がある、そういう発想から厚生年金の国庫補助の繰り延べ分の償還分一兆五千億円を活用いたしまして厚生保険特別会計に基金をつくりまして、その果実でもつて特に困つておる被用者保険のグループにその負担緩和策としての補助金を流す、こういう措置をとつたわけでございます。

これはもちろんさきにも御議論がありました

たものを長く置いておくのはいびつでございますけれども、当面どうするかということで御審議をいただきましたが、これは当面維持しておこうではないか、そして被用者保険全体の財政状況を見きわめた上でどういふふうな取り扱いをするか将来において検討していこうではないか、こういう御整理をさせていただきましたので、このようなことを前提に全体のバランスをとりたいということをおの案では考えておる次第でございます。

○竹村泰子君 今回の老健法の改正で老人医療費における国の負担はどうなるのかということをお伺いしたいんですが、保険財政から見ると、本人の負担増が千八百八十億円であるのに対して公費負担増は七百五十億円。本人負担増が非常に大きいわけですね。単純に見てもそういうふうになるんですけれども、財政に対する影響をみますと、国は負担軽減になるのではないですか。すなわち、国の財政影響額を見ると負担増加は五割負担となることで五百億円、そのうち原爆、結核、精神病にかかると経費が二十億円、合計五百億円ですね。この問題は衆議院でも追及されておりますけれども、どういふふうな数字になりますか、ちょっと教えていただけますでしょうか。

○政府委員(岡光序治君) お話がありましたように公費負担は国が五百億円、それから地方が二百五十億円、合計で七百五十億の増でございます。それに対して政府原案では、一部負担の引き上げに伴ひまして千八百八十億の財政効果がある。これは国、地方それから被用者保険、国民健康保険、つまり公費負担分と拠出金に相当するものに分解をされるわけでございます。

国費だけで申し上げますと、千八百八十億の二〇%がその国費相当でございますので二百四十億になるということでございます。実質五百億の増から二百四十億を引いた二百六十億がプラスとしての公費負担の増という格好になるわけでございます。

これが表向きの数字でございますが、今も申し上げましたように、一部負担の効果としましては

被用者保険、国民健康保険、つまり拠出金の方の分も減るわけでございます。つまり両方合わせて七割相当のものが減るわけでございます。その中には、被用者保険には、特に政府管掌健康保険の方に一六・四%の国庫補助、それから国民健康保険の方には給付費に対する五〇%の国庫補助が入っております。つまり、その拠出金が減る分に伴ひまして拠出金の中に入つておる一六・四%なり給付費の五〇%という国庫補助が減るわけでございます。それを新たにカウントして、その減った分と先ほど御説明をいたしました二百六十億の国庫補助の増とを比較しますと、トータルでは八十億の減になるというのが政府原案におけるすべての、拠出金まで含めた国庫補助の国費というベースでの動きでございます。

○竹村泰子君 八十億の減ですか、私ちょっと調査して計算したところによりますとそこで二十億違つてきているんですね。国庫分が二百四十億円かと思つたんですが、二百六十億円なんですか、減少が。そうなんですか。そして、あと国保の負担減少のはね返りが二百八十億円、政管健保負担減のはね返りが八十億円、合計六百億円、差し引き百億円の負担減となるというふうに計算したんですけれども、八十億円なんですか。

○政府委員(岡光序治君) 失礼しました。老人保健の方が動くことによりましていわゆる公費負担医療、結核であるとか精神であるとか、そのほかの公費負担医療分が十九億円動いておりますので、これを加えますと百億円になります。八十億プラス十九億で百億でございます。

○竹村泰子君 そうですね、百億円国は負担減となるんですね。

敬老の日を境にしてこういう老人いじめというふうな審議が行われている。国は負担を減らしていく。これは許せないんじゃないでしょうかね。これは国民納得しないですよ。大臣、このことをどうお思いになりますでしょうか。

○国務大臣(下条進一郎君) 今部長からも御説明いたしましたように、この老人保健制度というも

これも同じく国民生活基礎調査ですけれどもこれは厚生省のなさった調査ですが、四九・八%の高齢者世帯の方は公的年金、恩給だけで暮らしておられるわけです。

確かに統計上は所得がふえているかもしれない、またバック旅行とかの支出が増大しているかもしれない。しかし、それはほんの一部の世帯の方が全体を押し上げている結果にすぎないので

ないでしようか。家計は若く赤字が続いているのでございます。政府・厚生省の言ういわゆる統計数字というのは、一部高所得者を含めての数字でありまして、このことは逆に高齢者世帯ではいかに所得の分配が偏っているかというところを示しているのではないかと考えます。表面的な現象のみを追って老人の生活が楽になっているということはないのではないでしようか。これは統計のマジック、統計の悪用と言わなければならぬと思います。どうお考えになりますか。

○政府委員(岡光序治君) 平均で見ると、先生が御指摘のように、例えば高齢者世帯における一人当たりの平均所得の推移を見ますと、昭和五十八年で百三十七万六千円、昭和六十一年で百六十二万九千円、平成元年で百七十七万七千円と、こういうふうに変動しておりますが、これだけでは不十分というところで、私も、それじゃその平均所得のほかにいわゆる中央値をとったかどうかということも見ていくわけでございます。例えば昭和六十三年で見ますと、高齢者世帯の世帯一人当たりの平均所得は百六十四万五千円でございますが、それが中央値では百二十五万八千円、六十三年で申し上げますと百七十三万三千円、それから中央値が百一十万一千円でございます。これを一般世帯全体で申し上げますと、世帯一人当たりが百六十四万、それから中央値が百三十六万、こういう数字もあるわけでございまして、ただ単に、おっしゃいますように、平均的なものだけではまずいんではないかというところは確かに念頭に置いていくつもりでございます。

それから、いわゆる可処分所得についてどうかということでも調べてみました。高齢の無職世帯におきましての平成元年の世帯一人当たりの可処分所得は七万五千六百四十二円、それに対して勤労者世帯の世帯一人当たりの可処分所得は十一万三千二百八十九円というふうな、これは総務庁の家計調査年報でございまして、そんなふうなものなども参考にしながら老人世帯の所得の状況を把握しているつもりでございます。

ます。

○竹村泰子君 政府の一部負担金の改定の項を見ますと、老健施設、特養における利用料金などとのバランスを図らなければならないということが出てまいります。一部負担の入院につきまして、今の高齢者世帯の財政的な問題もありませんけれども、同様の施設と言われる老健施設、特養との比較が引用されます。すなわち、老健施設の本入負担金は大体五万円、特養では二万五、六千円と言われており、これとの比較から、今回の改正額、当初政府案は一日八百円という、これだと大体月額二万四千円となることから妥当な額の引き上げだと、バランスがとれるのではないかとということから出てきたのかなど想像するのですけれども、しかしながらこの比較におきましては、いわゆる保険外負担、これは全く考慮されていない比較論でありまして、バランス論でありまして、これをすんなり単純に受け入れることは全く困難でございます。

保険外負担としては、厚生省の昭和六十一年、平成二年の保険外負担の状況というのを拝見いたしますと、二万七千五百円、そして平成二年が二万二千五百円というふうになっているわけですね。この内訳がずっと書いてあります。

そこでお尋ねいたしますが、お世話料というのは何なんですか。

○政府委員(岡光序治君) おむつ代を中心にして、病院での生活を行う場合の必要物品の実費徴収分というふうな考えでおります。

これまでこの言葉が非常にあいまいに使われておりました。お世話料という名目のもとにそういった実費徴収的なものにプラスをしていろいろな経費が徴収されていたという経緯もございまして、そういうあいまいなものはやめていただきたい、少なくとも実際に使われて、何というんではないか、使用料と言ったべきものに限定をすべきであるということ、これを明確にするように指導しているところでございますが、いずれにしても、入院生活で行われる際のいろいろなおむつ

代であるとか、電気製品の使用料であるとか、理髪代であるとか、こういったようなものを中心に構成をされているというふうな理解をしております。

○竹村泰子君 ちょっとおかしいんじゃないでしようか。厚生省老人保健課調べの資料を私に見ているんですけども、今おっしゃったことは違ふんじゃないでしようか。

この二万七千五百円の内訳は、おむつ代が一十七百六十円、雑費が三千九百円、電気製品の使用が千六千円、理髪が百四十円、諸サービス等(お世話料等)が七千二百四十円というふうになっております。今のお話とちよと違ふんじゃないでしようか。

○政府委員(岡光序治君) 今先生が引用されましたのは六十一年調査だと思っておりますが、今御指摘の諸サービス等(お世話料)七千二百四十円というのは余りにもおかしいというので指導しまして、平成二年の調査ではこれが二百八十円、全体に対する割合は二%ということで、こういう名目のはつきりしていないものはやめてくださいという指導をした結果、平成二年ではそういうものが非常に縮まっておるといふふうに理解をしております。

○竹村泰子君 おかしいんですね。今おっしゃった、確かに七千二百四十円が二百八十円に平成二年になつていのは、これは私の次に聞かしようと思つたんですが、いきなり七千円がどこかへ行つちやつていられるんですね。しかし項目は全部同じなんですよ。おむつ代、雑費、電気製品、理髪、全部あって、そしてお世話料が七千二百四十円から二百八十円になつていられるんです。私

はこの表を見て一体これはどういうことなのか、お世話料というのはいかなるものか。おむつ代も別にあり、理髪代も別にあり、「諸サービス等(お世話料等)」と書いてありますからいろいろあると思うんですけども、その辺をもう少しはつきりと教えていただけませんか。

○政府委員(岡光序治君) こういうお世話料の実態は、指導をいろいろしておりますけれども、どうもそれぞれの病院においていろいろ名目をつけて費用を取っておるといふのが実情でございます。今御指摘の「諸サービス等(お世話料等)」というのは、はつきりとか何か品物をお願いしたとか、ある特定の行為をお願いしたという対価ではなくて、むしろ患者さんとお話し合いの結果この程度負担してくださいねという格好で負担されているものが中心のような、そういう意味で、繰り返しのようになりますが、内容的には非常にあいまいな内容のものであったというふうな理解をしております。

○竹村泰子君 そのあいまいなものがもつとあいまいになつちやつていっている。わからないんです。私の計算した保険外負担というのは、後で申し上げますけれども、おむつ料が一万六千三百七十円という計算が出ております。

少し細かいことにはなりますが、おむつは一体何回かえるんですか。

○政府委員(岡光序治君) 私どもの内部調査では、平成元年でございまして、特別許可老人病院における交換回数(平均)で六・四回程度というふうな把握をしております。六十一年調査では交換回数は四ないし六回が一番多いという別の調査結果も把握をしております。

○竹村泰子君 おむつもいろいろあるんですね。私もスーパーへ行つて見てみましたけれども、いろいろな価格、十枚単位で七百円から千円まで、あるいはもうちよと高いものいろいろあるんですね。

それで、一万六千三百七十円、これを三十分割しますと、一日五百四十五円、十枚千円のもので一日五回ということになります。二十四時間で五回かえてもらうということになるわけでありまして、先ほどちよとお聞きいたしました、諸サービス、いわゆるお世話料の中で、あいまいであつてややこしいのでということで、これを削られて二百八十円ということを上計されている。これは

おむつ代のことも考慮されて、別枠で、またここに出てくる数字のほかに考えようということなんですか。

○政府委員(岡光序治君) 六十年調査と平成二年調査のそれぞれの項目のやりくりについてまで詳細にフォローしておられないから明確にお答えできませんが、私も、六十年調査の中の諸サービスの中にはどうもおむつ代のようなものが入っていたんじゃないだろうか、それで、あまいなことにするなという指導を行ったものですから、それが平成二年調査ではおむつ代の方に相当シフトしていった、どうしても整理し切れない諸サービスについて二百八十円というものが残ったというふうに理解をしておるところでございます。

○竹村泰子君 実際に御老人を病院に入れておられる方からお聞きをいたしました。いろいろ調査をいたしましたところ、計算をしてみますと、いわゆるおむつ代、お世話料、そういうものが二万二千円ぐらい。付き添いさんを頼むとしますと今一万円じゃ済まないでしょう。それを三十日頼みますと三十万。それから差額ベッドというのがこれまたゼロじゃないんですね。厚生省の室料差額徴収状況調査結果という資料を拝見しますと、三人部屋以上でも差額ベッドを取っていらつしやるんですね。これもいかにがななのかと思ひますけれども、差額ベッド料がかかるとして、二千円掛ける三十日として六万円。合計三十数万円の保険外負担。これはちよつと額が大きく見積もり過ぎなのかもしれないけれども、少なくとも二十万ぐらいの保険外負担がかかっているわけなんです。

この差額ベッドにつきまして、三人部屋でも徴収をされている、〇・五%という数字が出ておりますけれども、いかがですか、そういう現実をお認めになりますか。

○政府委員(黒木武弘君) 差額ベッドの状況、年々私どもは改善をされていると思いますが、御指摘の三人部屋以上につきましては、平成元年七月一日現在の調査で御指摘のように〇・五%徴収

されております。これは私どもは、実態的には私立、大学病院等の都市に集中した現象ではないか、ほとんどの地域では三人部屋以上はなくなっている傾向でございます。

○竹村泰子君 いずれにしても、大変な保険外負担を背負わなければならない状況の中で一部負担金が引き上げられるわけですか。

そこで、保険外負担の軽減について、例えば付添制度をもつと公的なものにするとか、一番大きいのがこの付添制度なんですよ。それから差額ベッド料徴収の解消などの改善を強く要求したいのですけれども、せめておむつ代ぐらいは保険適用にできないものなのでしょうか。

大臣にお聞きしたいと思いますが、これは金額的にもそう大きくないし、すぐにも実行することが可能だと思ひますが、いかがでしょうか。

○国務大臣(下条進一郎君) お年寄りで病気になる方々がいろいろな面で御不自由していらつしやる、その中で費用の問題が今中心で御議論があるわけでございますが、このおむつ代というものがそれではどういふ処理をするのが妥当であるか、こういう議論になるわけでございますが、我々としたしましては、これは病院でお使いになる場合も、あるいはお宅におられた場合もお使いになる場合がありますし、どこまで医療の一環としてその負担を公的に認めるかどうかということについては、今直ちに委員の御指摘のような方向で処理するということには相ならないと、このように考えておる次第でございます。

○竹村泰子君 そのくらいは軽減してあげてほしいと私は思ひます。

野党五党では、今回の法改正に伴ひまして衆参で修正を行いました。その中でも国民の、とりわけ高齢者の皆さんの叫びを聞き、一部負担金の引き上げの圧縮について強く要求をしております。したが、再度私はここにこのことを厳しく追及し、要求させていただきます。

既に示されている修正に対する回答、これは三年度、四年度に入院を六百元、外来を九百元、五

年度、六年度に入院を七百元、外来を千円、そして七年度以降はスライドにしようということなんですね。私もこの修正が行われましてからいろいろな方に聞かれました、そして説明をしますと返ってくる答えはみんな同じでした。何だ、結局上がるんじゃないですかと、ただ時期が少しゆつくりずれてはいるだけじゃないですかというお答えが返ってまいりました。最終的には一体幾らになるのか全然わからない、スライド制ですか。

こんな不安な状態でお年寄りの医療をあなた方厚生省は預かろうとしているのですか。法の改正も国会の承認もスライド制になると不要になりますね。国民のこれは大きな怒りを買いますよ。スライド制導入の根拠は何なのですか。消費者物価が下がったら下げるのですか。

○政府委員(岡光序治君) もともの考え方を申し上げますと、一部負担金については、これは定額でございますからそのまま据え置かれるという結果になるわけでございますが、そうなりますと、膨らんだ医療費の負担分は現役の被保険者の提出ということに回っていくわけでございます。そういうことは、現役とお年寄り自身とそれから公公が三者で底分の負担をしていくというこの制度の枠組みを、やはり問題をおかししてしまふんではないだろうか、こういうふうに認識した次第でございます。それでお年寄りに無理のない範囲での負担をお願いしたいという発想にしたわけでございます。

物価スライドというものを考えますときの私どものよりどころとしましては、年金の基礎年金が消費者物価で上がり、かつ五年ごとに再計算される再計算時期を除けば年金は消費者物価に忠実にスライドしていくんだということが考えられますので、そういったもののバランスは、そういう意味では負担という面でも十分とれるんじゃないだろうか、こう考えた次第であります。

なお最後に、消費者物価が下がればまた一部負担金は下がるんだらうかと、こういう御指摘でござ

います。それは今の法文からするとそのようになるといふように思ひます。

○竹村泰子君 消費者物価が下がったときは医療費も下がるわけですね。そういう非常に不安定な医療費のあり方というのは、どうなのですか。私はスライド制は撤回されたいと強く要求します。その都度、必要とあらば国会に諮るべきです。負担金の軽減についてもぜひ再度考慮を願ひたいと思ひますが、大臣いかがですか。

○国務大臣(下条進一郎君) 医療費の動向というのはいろいろな要因で変わってまいりますが、今のスライド制に関連しての御議論では、その都度国会の審議を経るべきであるという御意見が今出ておるわけでございますが、そういう考えももちろんあるかと思ひますが、私たちは、長期的な安定という見地からある程度の物価スライドというものも、先ほど部長から御説明いたしましたように一つの考え方としてまたあるわけでありまして、その意味合いにおきまして、今回の改正におきましては物価にスライドして御負担の金額を順次変えていくということにさせていただきました。さらにまた、その場合の金額あるいは率の問題につきまして、特に異常とかいろいろの問題がある場合には国会の御判断を待つてこの取り扱いを決めてまいりたいと、このように考えておる次第でございます。

○竹村泰子君 国民の大きな関心をお呼びます。この一部負担金の問題でありますし、生きていく限り私たちも必ず年をとります。人の問題ではなく自分の問題として、このことは皆さんが非常に大きな叫びを上げておられるところで、高齢化社会を迎えるに当たって厚生大臣の御英断を願ひたいところでありまして、負担の軽減についてももう一度参議院段階で私たちがしっかりと主張して国民の皆さんの声を聞かなければならないと、そう思ひます。

低所得者に対する軽減措置は考えておられませんか。

○政府委員(岡光序治君) 現在の一部負担の中に

おきまして、入院の一部負担で低所得者につきましては一日三百円、二カ月限度という仕組みがとられております。これは今回におきましてもそれをそのまま行方。スライドの関係で申し上げますと、平成七年からスライドが適用されるということでございますので、平成六年までの三百円というのとは異なります。スライドが適用されるというふうな仕組みになるというふうに理解をしております。

○竹村泰子君 それはわかっていらっしゃるんですけれども、負担の軽減とそれから低所得者に対する措置は考えておられませんかとお尋ねしたんです。

○政府委員(岡光序治君) 低所得者に対する対応としては、今申し上げましたような対応で、それで十分ではないだろうかと思っております。

○竹村泰子君 十分であると思っておりますのは厚生省だけではないかと私は思いますけれども、とにかく老人の医療費が非常に大きな負担増になる。国は大きな負担増になる、そして非常に不安定なスライド制というのを導入しようとしている。これは私は厚生行政にとってゆゆしき一大事であると思います。また引き続き同僚の議員から追及があると思います。

訪問看護制度について次にお尋ねをしたいと思います。

今回の老人訪問看護制度の創設がいかに善政であるかのごとく宣伝されております。確かにないよりはある方がいいかもしれない。けれども今回の改正では、老人保健法の基本的な理念で、国民が適切な保健サービスを受けられる場として家庭を加えていくんですね。家庭において真にサービスをきちんと受けられることが可能ならば、これはもう本当に願ってもないことです。一番すばらしいかもしれない。

しかし現実はどうなんでしょうか。介護・看護を要する老人を受け入れる余力を持つ家庭がどれだけ存在するんでしょうか。このことができれば、厚生省に言われなくてもとくに国民は老人を家庭に引き取ってきちんと介護・看護を行っ

ているはずですよ。これができるから病院などに頼るのではないですか。政府の言う高齢者保健福祉推進十カ年戦略では、在宅介護に力を置いていってほしいけれども、これはただ単に老人を家庭に追い帰そうとしているにすぎないに私は見受けられます。北欧諸国の在宅介護支援の流れは、老人の権利を重視して、ひとりでも老人が生活できるような十分な手当てがなされることで認められているのではないですか。厚生省十分御存じのとおりです。厚生省が考えている在宅重視というのは、名称は同じでも家庭に押しつける在宅重視政策であるのではないのでしょうか。

日本の老人医療が施設に頼らざるを得なかった、家庭でみんな暮らしたいと思っている、それなのに施設に頼らざるを得なかった。この原因を取り除くことのない限り在宅在宅と言ったままにたたくていくんです。さらに暗い、もっと重苦しい、もっと大変な生活を家庭にあるいは御老人に押しつけることになるのではないかと。一体家庭のこの介護の責任負担はだれが引き受けなければならぬのでしょうか。それは今までの老人介護の歴史がはっきりと示しているのではないのでしょうか。どうですか。

○政府委員(岡光序治君) おっしゃいますように、日本での在宅ケアというんでしょうか、在宅福祉の施策は始まり出たばかりでございます。しかしスウェーデンの事例を引くまでもなく、日本においても幾つかの地域において在宅対策が進み、結果としてお年寄りが非常に生き生きと生活をしている、そういう地域社会を実現している、そういう市町村も現に存在するわけでござい

ます。そういうことを私ども一つのいわば導きの星にしなが、我が国においても少し在宅対策の体制を整わなければならぬ。特にお年寄りにアンケート調査をいたしますと、自分のうちで住み続けたい、こういう答えが非常に高いわけでございまして、そういうことはイコールいわゆる生活の質を高めるといふことにつながるのではない

か、こういう発想をしたわけでございす。そして、おっしゃいますように、在宅といった場合、家族に全部押しつけるという発想は絶対許せない。また家族も限界があるわけでございす。

そういうことを考えまして、むしろ家族がどの程度できるのか、家族ができないのならできない、家族ができるのならどの程度できるのか、この在宅で生活をしておるお年寄りに自立した生活を送らせるためには何がサービスとして必要なのか、これを把握しまして、それをいわゆる公的サービスとして市町村から必要なサービスを提供するようにしよう。

そのサービスは、もちろんこういうサービスが必要だということでは決定するわけでございす。それを市町村みずから提供する場合と、専門の特別養護老人ホームとか関係の病院とかそういったところに委託をして必要な仕事をしてもらいう、こういう方式もあわせてやることにしまして、いずれにしても家族と一体になって、そして家族に無理強いをするのではなくて、むしろ家族を支えるという発想も持ちながら在宅対策を進めたいというのが基本発想でございます。

○竹村泰子君 そうならないというのを私はこれから少し申し上げますけれども、ちょっとお手元の資料をごらんください。女性による老人問題シンポジウムというのが開かれて、「高齢化社会をよくする女性の会」というのがございまして、「女たちは日本の老人福祉に発言をする」という副題がついているんですけれども、この中で報告をされている表でございます。

これをごらんいただいてもわかりますとおり、調査Aというのは一般の有識者とか各都道府県の高齢者福祉担当者、住宅担当者などに質問をしてあるんですね。それだと、「社会的孤立化を防ぎ、交流が自然で円滑に」というところが高齢者住宅の望ましいところだという、一番多いのが五番なんです。調査Iという下の方を見ていただきます

と、四千人ぐらいの五十歳以上の中高年齢者にお聞きをしているんですけれども、そうしますと一番多いのが七番です。「住み慣れた住宅に永く住み続けられる」ということ。どうしたら豊かな老後を暮らせるかという、これは林さんという女性の建築家、高齢者住宅を研究しておられる建築家の方の調査なんですけれども、こういう調査一つ見ましても、簡単な調査ですが、有識者や行政の人々と生活者の意識が大分違っているんですね。

この中でいろいろなことが述べられておりますけれども、大臣にお尋ねをしたいんですが、例えばケアつき住宅というのがございす、今大分あちこちでふえてまいりましたが、どこまで何をケアするというふうに概念的に思っておられますでしょうか。

○国務大臣(下条進一郎君) 高齢者の方々は、先ほど来いろいろお話がございすけれども、やはり一番の希望は、従来お住まいになっていたお家で余生を送りたいという御要望が一番強いわけでございす。ただその場合に、御病気になられたらあるいは体が御不自由になられた場合に医療の面あるいは介護の面で行き届いた措置をいたさなきゃならないということで、今回の改正の中でも訪問看護制度を充実するとか、あるいはケアの面で行き届いた措置を講ずるためにいろいろな施策をやるといふことに相なっております。そういう意味において、できるだけお宅を中心とした高齢者全体の看護なり介護の制度を充実してまいりたいというのを基本に考えております。

しかしながら、その病状とかあるいは御健康状態等々によりまして、あるいはまたお宅の人的構成の問題等々がございすので、必ずしもその方々が在宅でそのような希望とどりの生活を送れない場合には、これはやはり病院なり保健施設なり老人ホーム等々の施設を利用していただく、こういうことになるわけでありますので、個々の状態をよく見きわめた上で、最も御本人に望まれる姿でその対策を講じていくというのが基本的な考

え方でございます。

○竹村泰子君 お答えなんですが、ちよつとはつきりとはわからないですね。この方は建築家の視点から福祉は住宅であるというふうなことでおっしゃっておられるんですが、どうしたら老人や障害者によい環境を提供できるだろうか、どうしたら人間らしく豊かな老後を暮らせるだろうかという点について、今回の老人保健法の改正、またこれまでの高齢者保健福祉推進十カ年戦略、ゴールドプランと呼ばれますけれども、全然感じられないんですね、そういうことが。生活レベルの中で、ああこうなるんだ、私たちの老後はこういうふうになんか、こんな感じがするんだという感じが全然感じられない。国民の一人一人に聞いてみても、恐らくほとんどの方が感じておられないんじゃないか。根本的な発想の転換が必要なのではないかと思うんです。

例えば、同じく今の報告書に建築家の提言として、住宅のことで言えば、この調査にありますように本質的にみんな住みながら家で、寝たベッドの上で死にたいと思ってるんです。しかし、足が弱って来ると今まででもなかった階段や段差が凶器になってくる。住宅の中の事故も非常に多いですね。日本の住宅政策では本当に難しいことがいっぱい出てくる。イギリスでは、住宅をきちんとしないと健康を守れない福祉も守れないということで住宅政策が進められてまいりました。日本では、公団住宅を建てるときにも内需拡大とか経済主義で建てられずからなかなかそうはいかないんですね。北海道の私の友人の障害者グループでは、公営住宅の中にケアつき住宅を実現させるのに十年かかりました。横路知事の公約の一つとしてこれがようやく実現し、今少しづつふえていきつつあるのは御存じのとおりでございます。

そこで、建設省にお尋ねをしたいんですが、現在日本には、建築基準法の中にどうやったら安全に老後を暮らせる家をつくれるか、そのようなことに関する規定がありますでしょうか。

○説明員(梅野達一郎君) ただいま御質問ございました建築基準法上の問題でございますが、建築基準法の中には生活を行うために必要ないろいろな基準が設けてございますが、例えば採光でありますとか、日照でありますとか、あるいは今お話でございますような階段のつくり方、幅とか階段の段の高さ、そういう基準が設けられてございます。

しかし、ただいまテーマになっております高齢者あるいは障害者というふうないろいろな運動能力が低下された方、そういう方に対します問題につきましても、それそれ大変具体的な能力低下の程度でありますとか障害の種類でありますとか、そういうこともございまして、現在の基準法は一律の基準という性格もございまして、現在の基準法の中では直接はそのような点についての基準は設けておりません。

○竹村泰子君 スウェーデンやイギリスでは、まず第一に、何かあったときにひとりで車いすです外へ出られるということが家づくりの第一条件になっている。福祉先進国ではそういうふうになっているんですね。次に一階のフロアにおふろやお便所や台所や寝室をとりなさい、そして段差をなくしなさい、階段には手すりをつけなさいというふうなことが家をつくる、高齢者がじゃないですよ。一般の人が家をつくるときの第一条件になっている。そして年をとって収入が減れば家賃も下がる減額制度というのがありますし、買えない人には政府が住宅を供給する。つまり住宅政策そのものが福祉であり予防医学であるということが言われているわけです。

家を建てる時に確認申請というのをとりますよね。スウェーデンなどでは、高齢者や障害者が安全にひとりでも暮らせるような条件を満たさないと許可が出ないということになっているんです。日本には住宅そのものをこうやって規制する法律、住居法とか居住法とかいうようなものがないのですけれども、こうしたことを総合的に考えないと、在宅ケアで週に一回とか二回とかヘル

パーさんや訪問看護婦さんが来てくられても、あとの六日ははっておかれるわけですから、ひとり暮らしのお年寄り、みんな働いて昼間はひとりという人がいっぱいいるわけですから本家のケアにはならないと思いますが、いかがでしょうか、大臣、今後厚生省から建設省なりいろいろなほかの省庁へ枠組みを越えて働きかけをなさる、実行なさる決意はありますか。

○国務大臣(下条達一郎君) 在宅で最も気持ちのよい生活を送りたいというのが基本でございますので、その観点からの御議論だと思いますが、高齢化に伴いまして心身の機能が低下しても高齢者が従来から住みなれたおうちで暮らしが続けられるような環境づくりが極めて重要でありまして、このために、御指摘のとおり高齢者が暮らしやすい町づくりを進めることが不可欠であると認識いたしております。

このような観点から厚生省では、地方公共団体が高齢者が安心して暮らせる町づくりの実現に向けてまして公的部門と民間部門とをあわせて総合的な町づくりを行う場合に、計画策定費の補助や有料老人ホーム等の施設の整備に対する政策融資及び税制上の優遇措置を講ずるふるさと21健康長寿のまちづくり事業を実施いたしております。また、公共施設における自動ドア化や段差の解消等、生活環境改善を行う住みよい福祉のまちづくり事業を実施いたしております。高齢者が暮らしやすい町づくりを推進しているところでございます。

また、今委員から御指摘の他の官庁へというお話でございますが、この点につきましても、厚生省では現在建設省と協力のもとで高齢者向けの公営住宅と福祉サービスの連携を図るシルバークハウジング事業や、住宅の改造を促進するための住宅改造相談体制の整備を図っております。また、今後建設省との協力をさらに強化してまいりたいと考えております。

また、これらの事業は都道府県や市町村が実施しておるものであり、従来から事業の趣旨につ

ての認識を深め、その積極的な展開を図るよう指導しているところでありますが、今後はさらに連絡体制を強化し、一層の事業の推進に努力をしてみたい、このように考えております。

また、個々の方々の場合の高齢者向けの住宅増改築資金の貸付制度、これもありまして、委員御承知のとおりでございますが、高齢者の住宅整備資金貸付制度あるいは生活福祉の資金貸付制度、あるいはまた年金福祉事業団の老人同居割増し貸付制度等を活用していただきまして、生活、特に住宅の住みよい環境づくりには貢献するところでございます。

○竹村泰子君 ついでにと言っちゃなんですが、同じ関連で介護補助器具についてお伺いをしたいと思ひます。

看護婦さんの職務が3Kと言われて非常に手数が少ない、四万人もの看護婦さんが一年にやめていかれるということとか、また、腰痛などの職業病も非常に深刻に伝えられております。ゴールドプランを推進するに当たっては福祉マンパワーの不足、充実が注目されて、厚生省ではそれなりの対策を打ち出されましたけれども、平成三年度予算において補助器具の開発研究予算というのはどのくらいだったんでしょうか。

○政府委員(岡光孝治君) 今年度において高齢者を中心とした介護福祉機器開発普及経費としましては十億円の予算を確保しております。今年度の主な事業としましては、現在及び今後開発が求められる機器の種類と量の調査、いわゆるニーズ調査でございます。それから介護機器等の研究開発指針の策定等のための社会福祉事業関係者、産業界、学識経験者から成る介護機器等研究開発推進会議、これは仮称でございますが、そういったもの設置。それから技術力のあるメーカーを中心とした介護機器の研究開発プロジェクトの発足、長寿科学総合研究費を活用した介護機器等の開発研究、こういったことを行おうとしておるところでございます。なお、長寿科学総合研究費のうち

介護機器等の開発研究に用いられます額は約七千五百万でございます。

○竹村泰子君 長寿科学総合研究費というところで十二億何千万がとられているんですね。そのうちで七千五百万が介護器具に使われるのじゃないですか。別枠でとられていますか。介護器具開発ということとされていますか。

○政府委員(岡光彦君) 十億と申し上げましたのは別枠でございます。後で申し上げましたのは、長寿科学総合研究費というのとはまた別の額を用意しております。その中の一部分、七千五百万を使って介護機器等の開発研究を別枠で行っております。ということでございます。

○竹村泰子君 わかりました。

平成四年度予算においては概算要求はどのぐらい考えておられますか。

○政府委員(岡光彦君) 十億の方は大きな研究費の中で配分することになっておりますので、平成三年度のこの事業、十億の事業を念頭に置きながらしるべき量を確保していきたいと思っております。

なお、長寿科学総合研究費、これはトータルでは平成三年度十二億円でございますが、平成四年度の概算要求額は十四億三千六百万円ということになっております。

○竹村泰子君 補助器具の開発導入については、ゴールドプランを進めている中で決して十分な予算ではないというふうに思われるのですけれども、この在宅福祉政策推進の中で補助器具をどういうふうな位置づけでおられますか、政策として。

○政府委員(岡光彦君) 非常にシンボリックに申し上げますと、人の心で対応できることはまさに人の心で行う、力仕事はむしろ補助器具で、こういうシンボリックな区分けを今しておりますが、いずれにしても、例えばお年寄りを在宅でお世話をするときに何で苦労するかということですが、ある地点からある地点への移動、これが非常につらうございます。体重が重たいということになりますと介護をする人が腰痛を起こすとい

うふうなこともなりますので、そういう意味で移動というところが一つ問題なんじゃないだろうか。食事の介護につきましては、ロボットをつくってもロボットは一定の方向しかスプーンを動かすことができないで、相手が右に動いたり左に動いたり上下運動しますと、なかなか食事そのものは難しい。そういう意味ではある地点からある地点への移動ということがまずこの介護機器についての、いろんな目的がございまして、一つのターゲットの大きなものじゃないだろうか、そういうふうな認識をしております。

○竹村泰子君 ロボットに御飯を食べさせろなんて私言っているわけじゃないんですね。介護器具に対する予算措置その他いろいろるところから見て、どうも余り重きを置いておられないのではないかとおもうんですね。

老人保健法改正案では、第四十六条の五の四に、国は、老人の心身の特性に応じて看護その他の医療、機能訓練等の研究開発並びに日常生活上の便宜を図るため用具や機能訓練のための研究開発をしなければならぬというところがありますね。これは新たに追加しておられますか。ですから今お聞きをしたんですけれども、例えば厚生省の中に開発研究所またはセンターをつくるというふうな動きはないのでしょうか。

○政府委員(岡光彦君) 一つは、長寿科学総合研究所のようなものができればそのワンセクションをぜひとも担ってもらいたいと思っておりますが、それも大分時間がかかると思っております。したがって、当面のところは相当の開発力を持つ民間企業の技術力と活力を生かして、いわばその開発プロジェクトで具体的にターゲットを決めて具体的な製品をつくり上げてもらう。そして、そういったものの評価をしながらより内容の高い、需要に即したものに持っていくといったふうなところに当面の重点を置いておるつもりでございます。

○竹村泰子君 ノーマライゼーションの理想を持って、ひとりでもお年寄りが十分に生活できる

ように住宅、町づくりが進められてこそ、そして介護器具などの開発がもっとしつかりと進められてこそ在宅重視ではないかと私は思うんですね。そのための施策の現状は余りにも惨めではないか。ゴールドプランなどという名前ばかりがきらきらと光り輝いておりますけれども、政府だけが楽になるようなこういう政策をやめて、真の人権、お年寄りの人権を尊重した、憲法十三条、二十五条の実現に向けて施策を確立するべきである、そういうふうな思いをいたします。

現状では、在宅の寝たきり老人の八〇％を介護しているのは女性であり、とりわけお嫁さんの立場にある女性が非常に多い。介護している側が過労死するケースももう珍しくなくなってきたております。何の保障もなく、労災保険の対象にもならない黙って死んでいくこうした人々、女性の沈黙の死を厚生大臣はどう考えられますか。

○国務大臣(下条進一郎君) お年寄りの介護あるいはまたその他のお手伝い、これが女性の方々が実際にかなり大勢でおっしゃるということも事実でございます。きょうの閣議でも、法務大臣が敬老の日に回られてまして、ある御家庭のところではやはりかなり長い間、恐らくお嫁さんだと思えますが、苦勞をされておる姿に頭が下がった、こういう方に何か国で褒章の制度がないものだろうかというように提案されました。

事ほどさように、おひとりの高齢者がお宅にいらつしやることによつて、在宅でそのような看護なり介護をするということは大変な負担をかけることになるわけでございます。したがって、私たちはこの法の改正の中で訪問看護制度の充実とかあるいは介護のいろんなマンパワーの確保等々によりまして少しでもそのようなお宅の御負担を軽減して、心地よい生活を送っていただけるような諸条件を整えるように努力をしてみたい、このように考えておるわけでございます。

○竹村泰子君 老人訪問看護制度をおつくりになりますけれども、例えばデンマークなどではそういうセンターの地下室が補助器具のセンターにな

なっている。修理工場でもあり開発研究所でもあるというふうな、いかに在宅の御老人の独立した生活を楽にするかという研究が行われて、六、七人の職員がいつもいて、車いすだって何種類も用意されているというふうなことを聞きますと、余りにも我が国のそういう介護器具に対する、補助器具に対する考え方もお粗末なのではないか。

大臣、あなたの御任中に、本当に今のお話にあったように、多くの御老人や女性たちが非常な苦しみの中で過労死まで出ている現状をしつかりと受けとめられまして、厚生大臣の英断で何か一つぐらいは進んだ、これはよくやったなと国民から褒められるようなことをやってくれたいよ。私はここで心からそのことをお願い申し上げておきます。

それでは次に、マンパワー対策についてお聞きをしたいと思います。

マンパワー対策の基本的な認識ですけれども、二十一世紀の本格的な高齢化社会に向けて、サービスの担い手である保健医療・福祉マンパワーの確保は今日最大の課題となつていくことはもう周知の事実であります。大臣はこの人手不足の時代に保健医療・福祉マンパワーの危機をどういうふうにおつくりですか。

○国務大臣(下条進一郎君) ゴールドプランを実現してまいりますには、委員御指摘のようにマンパワーの確保ということは欠かせない最重要事項の一つでございます。そのためには幅広い対策を、着実に積み重ねていくことが必要でありまして、特に今後の保健医療、福祉サービスに対する需要の増加や若年労働力の減少を考慮いたしますと息の長い取り組みが求められる課題であると認識いたしております。

このため、保健医療、福祉の分野が魅力ある職場としてより多くの国民が就業できるように、保健医療・福祉マンパワーの勤務条件等の改善や社会的評価の向上を図るべく、予算、融資、税制等

の各種の施策を総合的に進めてまいりたいと考えております。また、これらの対策とあわせまして、家庭や地域におきます介護機能の向上、またボランティア活動の推進、国民の自立自助の促進など国民の介護意識の強化を図りまして、保健医療・福祉マンパワーのすそ野を拡大する努力も必要であると考えております。

○竹村泰子君 社会福祉施設の寮母さんのことなんですけれども、寮母さんという名前も適切ではないという声現場から上がっております。厚生省でも何やら考えておられるようですけれども、一応寮母さんということで申し上げます。

現在看護婦さんの不足が叫ばれておりますが、しかし保健医療・福祉マンパワーの危機的状況は看護職に限らないわけですね。今後の高齢化の進展などを考えますと、福祉マンパワーの問題も極めて深刻な状況に立ち至っていると言わなければならぬと思います。

社会福祉施設、とりわけ特別養護老人ホームに勤務する寮母さんなどの給与、勤続年数、完全週休二日制の実施状況について伺いたいと思います。

○政府委員(末次彬君) まず、御指摘のとおり福祉マンパワー確保というのが大変これからの重要な課題になるわけですが、特別養護老人ホームにおきます寮母の給与でございますが、これは私どももいたしましては措置費、これは施設の運営費でございますが、措置費におきまして国家公務員に準拠した人件費の算定を行っております。

そのうちで特に寮母につきましては、直接処遇職員でも業務がなかなか難しいということで、国家公務員のベースにさらに特殊業務手当といったしまして本俸の一六%を加算するというような措置を行っております。さらに、毎年の人事院勧告の内容につきましても国家公務員と同様の改善を図っております。

勤務時間につきましては、平成三年度で、直接処遇職員の業務省力化をする経費というものを算

定いたしました。実質的に三十分相当の勤務時間短縮を図るというような措置を講じております。

勤続年数につきましては、寮母につきましては新規採用というよりも中途採用の方がかなりおられるということで、私どもで承知いたしております年数といしましては四・七年というふうに承知しております。

○竹村泰子君 今御答弁がありましたように、寮母さんの平均給与は十六万円未満が四五・六%と、私の持つております社会福祉協議会の全国老人ホーム基礎調査という資料にも書いてございます。それから勤続年数も半分が五年未満である。完全週休二日制の実施状況も、ほとんどしていないというデータがございます。このような過酷、劣悪な労働条件の中で働いていらっしゃるんです。現在その条件の過酷さが盛んに言われている看護婦さんよりもっと低いわけですね。大臣はこの原因がどこにあるとお思いになりますか。

○国務大臣(下条達一郎君) 今の寮母さんの問題でございますが、これはいわゆるその地域地域の御要望が必ずしも一定しておりませんし、また働いていただく方々の御協力の体制も必ずしも画一ではございません。したがって、その状態から、自然に今御説明申し上げましたような形で勤務体制ということに相なっているわけでございますが、これにつきましては順次拡充していくという方針でございます。今後ともたまたまありましたように待遇の改善、あるいは勤務時間も、ほかと比べて大きな格差がありますと当然それらにいらっしゃる方々がなかなか求めにくくなるということもありますので、順次勤務時間の体制等につきましても改善するように努力をいたしまして、こういう寮母さんの勤務の状況が改善され、一人でも多くの方々が喜んで勤務できるように整えてまいりたい、このように考えておるわけでございます。

○竹村泰子君 社会福祉施設における職員の研修制度、質の確保などについて伺いたいと思いますけれども、そういった勤務条件が厳しいことの原因は、一つには、看護職員が曲がりなりにも専門職として確立されているのに対して、社会福祉施設のマンパワーは中高年齢の非専門の主婦層にゆだねられてきたということがあります。寮母さんは家庭の延長ということで特別な資格条件はおろか、採用時の研修制度さえないまま働いてこれだけという現状がございます。素人の家族が面倒見切れない現状がございまして、その中でケアの担い手も素人ということを知って家族は驚くわけです。そこで働く職員のみならず、入所するお年寄り、そして家族にとってもこれはいいことではないと思います。もちろん素人のよさというものは十分にあるとわかりながらの質問でありますけれども、職員の研修制度、質の確保をどう図っていくつもりでしょうか。

○政府委員(末次彬君) 入所者の処遇の確保を図るといふ観点から、職員の資質の維持向上を図るといふことは大変重要な課題でございます。そういう観点で寮母につきましても、新任寮母あるいは中堅寮母、主任寮母、各県の社会福祉研修センター等におきましてこういう段階に応じた介護職員の研修を現在行っておりましてございまして、また、先ほど申し上げました施設の運営費でございますが措置費の中でも従来から職員の研修のための経費を算入いたしております。研修参加のための経費を施設において確保できるように措置をいたしております。

また、平成三年度から、入所者処遇の企画、指導等を行うリーダーとなる者を各施設一名新たに主任寮母といたしまして位置づけまして、各施設におきまして介護部門の処遇の専門性を強化する。そのほか、指導、助言体制の確立を図るというような措置も講じております。

なお、六十二年に介護福祉士の資格を創設いたしました。現に施設で働いている方が試験に合格して介護福祉士になれる、あるいは養成施設を

卒業して資格を取った方が施設に就職して寮母になるといふような道もつくったわけでございます。今後、資質の向上という観点から介護福祉士の計画的な養成に努めていきたいというふうに考えております。

○竹村泰子君 介護マンパワーの養成と確保は国及び公的責任で行うべき問題であると私は思うんですけれども、国公立の介護福祉士養成施設並びに公的助成の状況について伺いたいと思います。

○政府委員(末次彬君) 平成三年度現在で介護福祉士の養成施設は百十九校でございますが、このうち三校が公立でございます。

社会福祉施設の入所者の処遇にかかわります職員の確保というのは大変重要な課題であるというふうに私も認識しております。こういう観点から、六十二年に先ほど申し上げました介護福祉士の資格を創設したわけでございますが、これに伴いまして、質量両面で必要な配慮を行うという観点から国家試験を実施いたしますとともに、これらの養成施設の指定あるいは必要な指導監督を行ってきたところでございます。

介護福祉士の計画的な養成を図っていくという観点で、当面、養成定員といたしましては、入学定員として一万名を目標にして現在その整備を進めているところでございます。この養成施設の整備につきましては、これまで社会福祉・医療事業団の貸付対象としておるところでございますけれども、今後ともこの養成施設の整備促進のためにいろんな措置を講じていきたいというふうに考えているところでございます。

○竹村泰子君 お答えいただきましたように、百十九校のうち公立は三方所なんです。公的な助成制度も直接的にはない。非常に貧しいあり方であることとしっかりと認識していただきたいと思

います。そこで、また大臣にお尋ねをしたいのですけれども、社会福祉施設における職員の四分の三は女性であります。とりわけ直接処遇職員である寮母

はほとんど全部と言っていいほど女性であります。大臣は、介護に適する性はあるとお思いでしょうか。

○国務大臣(下条進一郎君) 今御指摘のように、介護に携わっていらっしゃる方は女性が多いという事も事実でございます。しかし私は、介護というものは人間の触れ合いが十分考えられるような雰囲気であればならないという見地から申すれば、女性であれ、男性であれ、その性のいかんを問わないものである、このように考えております。

○竹村泰子君 そのお答えを聞いて少し安心いたしましたけれども、男性もこういった介護職員にどんどん採用していただきたい。しかし先ほどから言っているような給与の状況です。男性がこういった職業についた場合に、一家を養っていく子供たちを養っていくだけの保障がなければつきたくてもつけないわけです。やりたい人はたくさんいらっしゃると思います。ですから、女性の労働力を安く見ている、甘く見ている、女性だからこのくらいでも我慢してくれらるだろうと。だから福祉施設などの職員は全部と言っていいぐらい女性になってしまふ。こういうことについて、私はもう一度改めて再考をいただきたいと思っております。

長野県でしたが、そういった発想の転換をして公務員給与のベースを守るような給与保障をしたところが、男性の職員がどつと応募をしてきたという新聞記事を読みましたけれども、やはりそういったことから男女ともに介護を担っていく社会システムというものはつくられなくちゃいけないんじゃないでしょうか。現実の問題として、在宅においても施設においてもほとんどは女性に労働力は担われてきたわけです。しかし、今後の高齢化と介護労働力の不足を考えると介護マンパワーを女性のみに求めるのは限界があるのではないのでしょうか。介護の担い手を女性中心と考える発想の転換がぜひとも必要であり、その前提として男性でも長期に勤められるだけの処遇の改善が必要である。

男女ともに介護を担っていくシステムをどのように構築していくかと考えておられるのか、厚生大臣の御見解を伺いたいと思います。

○国務大臣(下条進一郎君) 先ほどのお答えで申し上げた中にもありますように、この介護の問題につきましてもは女性であれ男性であれ、適任の方がいらつしやればこれはほとんど参加していただきたい、このように考えております。

問題は待遇の問題でございますが、これについては先ほど局長からも御説明いたしましたように、順次改善を図っておるところでございますので、就職をされる方々の御要望に沿うようにこれからも努力を重ねてまいりたいと考えております。

○竹村泰子君 次に、ホームヘルパーさんの問題についてお聞きしたいと思いますが、この八月十六日に高齢者対策に関する行政監察結果というのが発表されました。私も拝見しましたけれども、このホームヘルパー派遣事業は派遣方法が画一的で、回数は週一回か二回設定のものが多く、早朝、夜間、休日に派遣しているものはないと指摘されております。この指摘された状態こそ在宅福祉の潜在的な需要を掘り起こせない最大の原因ではないかと思えますけれども、この週一回か二回という画一的な厚生省の指導に原因があるのではないですか。

○政府委員(岡光彦治君) ホームヘルパーの仕事の利用状況でございますが、率直に申し上げますと、すべての市町村でうまく定着が図られているというわけではないと思っております。しかも、これまでのヘルパーさんの仕事は家事援助型が中心でございました。そういう意味で、利用者一人当たり平均週一回程度、こういうふうになつていたというふうな理解をしております。

私も、いわゆる高齢者保健福祉推進十カ年戦略におきましては、こういった家事援助型よりもむしろ介助型というのか、日常生活のお世話をして、できるだけ自立をした生活を行って

いくような場合の援助をするということに重点を置きたい、こう考えておるわけでございまして、念頭に置いておりますのは、寝たきり老人世帯については週四回ないし六回、こういった程度のホームヘルパーの派遣が可能になるように、そういう体制をこの十年で整えたいということにしているわけでございます。

○竹村泰子君 必要に応じ早朝、夜間、休日でも派遣をしてくださるようになるわけですね。

私の知っております重度の障害者は、祭日、祝日が大嫌いだ。祝日がふえるとヘルパーさんが来てくれないというわけです。特に、臨時に入ってくる国民的な行事、昨年一昨年このところ言いますと即位の礼でありますとか、そういうときに役所でヘルパーさんを派遣してくれなくなる。そういう状況で、その重度の障害者の人はベッドから起き上がることもできなくなるわけです。そういうことをどう考えておられるかということから、ぜひ必要に応じた供給ということをきちんと考えていただける方向になるのですね。

○政府委員(岡光彦治君) ぜひともそういう方向になるような、そのような職員体制、それから全体の管理システムをつくり上げたいと思っております。

○竹村泰子君 ホームヘルパーさんの予算補助で基準とされている単価は、身体介護の場合でさえ年収二百五十万円程度にすぎません。これはよい方ですね、もちろん。ホームヘルパーを自立した職業人としては認めていないのではないのでしょうか。あくまでもパートタイマーなのだという意味になるのではないのでしょうか。この基本的な性格づけをどういうふうに変更しようとおられますでしょうか。

○政府委員(岡光彦治君) 常勤と非常勤ということですが、私どもは、今も先生から御指摘がありましたように、早朝とか夜間とか、そういった言ってみれば通常の我々が勤めておりますような時間帯とは外れたような時間帯のサービスというものが必要だということを考えたような場

合には、やはり雇用形態の一つとしては非常勤形態というのがふさわしいのではないかと考えております。むしろ常勤の人たちについては、これはいわゆるチーム方式というふうなことも進めたいと思っておりますが、いわばそういうチームリーダーになつてもらつて、うまく仕事が進むように全体のヘルパーさんのいわばリーダー役、そういうふうな立場の人に主になつていただくべきではないか。もちろんそのほかのサブの常勤の人たちもおりますが、できるだけそういう多くの人たちの参加を得るということを得ながら、かつそういう突発した需要に的確にこたえらるというためには、非常勤形態というものをうまくかみ合わせていく必要があるんじゃないか。

処遇に当たりましては、来年度のこれは要求としておりますが、常勤形態につきましてはそれにふさわしい常勤の給与を確保する、それから非常勤の方につきましてはその時間というものを考えまして時間給をしつかりと確保する、こういうことで常勤形態と非常勤形態とその形態別の手当の方式をとるよう、実態にふさわしい手当が行われるようにということを考えようとしてるところでございます。

○竹村泰子君 あと大分質問を残すんですけども、ちよつと時間がなくなつてしまいました。文部省にもおいでいただいておりますが、地域ネットワークづくりということでは次に質問させていただきますか。

既に各地で自発的に地域のネットワークづくりが進んでおります。せめて小学校区に一つぐらいそのキーステーションといいますが、総合的なコーディネーションセンターをつくるような計画は、厚生省にお尋ねしますが、そういう計画はないのでしょうか。老人に限らず、障害を持った人も病人もそこで相談をしたりヘルプしたりしてもあるようなコーディネーションセンター、訪問看護ステーションもその一つになると思っておりますけれども、将来そういうふうな発展をさせていきたいとか、そういうイメージはないのでしょうか。

例えば訪問看護事業者の設置数はどうでしょうか。地域的にはどう配置をするのでしょうか。

○政府委員(岡光序治君) まず前段の方の、各サービスのコーディネート機能を有するコーディネーションセンターというものがぜひとも必要だと思っております。

先生よく御承知のとおり、市町村にはサービス調整チームがございます。しかし、それが現実的にそれぞれのサービスとして結びついていくというためには、やはり強力なコーディネーターがいなくて動いてまいりません。かつまた住民の側からも多様なニーズがあるわけでございまして、それをどこへ相談に行けばいいか、あつちこつこれが振り回されるようでは本当に住民の要望に合ったことになりません。そういう意味で絶対にそういうコーディネーター機能を果たすところが必要になってくるというふうに考えておまして、私もはとりあえずそれは在宅介護支援センターが果たしてくれるんじゃないか、こういうふうな期待をしておるわけでございます。

御指摘のありました訪問看護ステーションにつきましては、在宅介護支援センターの設置主体と訪問看護ステーションの設置主体が同一になればなおそういう機能も果たし得るのかなということ、これは地域のそれぞれの状況次第でそのような体系もでき上がっていくのかなというふうに考えている次第でございます。

○竹村泰子君 とりあえずの設置数と地域的な配置。

○政府委員(岡光序治君) 失礼しました。将来は、この十年間で、平成十二年度までに約五千人程度を考えております。これは要するに、要介護老人のうち特に寝たきり老人を中心に例の訪問看護のモデル事業をやっておりますが、そういったモデル事業の実績を参考にしながらいろんな仮定計算をしたわけでございしますが、五千人所を念頭に置いております。

○竹村泰子君 十年間で五千人所、徐々にふやしていくつもりですから、今どこにどういうふう

につくるんだと責め立てても仕方がないかと思えますけれども、私はここに一つの例を申し上げます。

私の知っているところなんです、都内のある保育園では、給食設備を使って区内のひとり暮らしのお年寄りに子供たちと一緒に給食を配達している。お聞き及びになっていと思いますけれども、もう十年ぐらい給食サービスをしております。子供たちが昼食を運んでくれるのをお年寄りも本心に待ちに楽しみに待っております。そして、それから何よりも子供たちがお年寄りと触れ合っていたわりの優しい心を持つようになつたという予想外の成果を上げております。もちろん、これには地域の大変な協力と栄養士さんや調理師さんたちの大変なサービスがあることは言うまでもありません。しかし、これこそ生きた教育ではないでしょうか。

これは保育園ですけれども、学校教育の中でこういうゆとり時間をつくってボランティアの実地体験を考えてみたらどうでしょうか。あるいはどこかで一部実現しているのでしょうか。文部省にお聞きしたいと思います。

○説明員(福島忠彦君) 御指摘のように、これらの社会では高齢者とともに子供たち、青年も地域の中で力を合わせて生きていく必要があると思えます。私どもは、十年ぶりに改訂しました新しい教育課程におきまして、高齢化社会への対応、時代の変化への対応ということでございしますが、その中でも高齢化社会対応には力を入れておりまして、いろんな教科科目でもそれぞれやっております。今おっしゃいましたような具体的な例としまして、私も従来から奉仕体験学習研究推進校というシステムをとっております。各地域でこういうことをやっておりますが、最近ではボランティアという方向でこの実践活動を重視してやっております。

○竹村泰子君 以前に私文部省にお尋ねしまして、教科書でどのぐらい老人問題、高齢化社会問題を教えていらっしゃるかとビックアップしても

らったことがあるんですけども、大変数が少ない。一社大変よく書けているものもございましたけれども、ほとんど一ページとか、余りこのことに力が入っているとは思えないんですね。しかし概念として教えているだけでは自分たちも社会のために働こうとは思わない。ぜひ小さいときから高齢者やハンディを持った人のために自発的に何か働く喜びを教育の中で教えてほしいと思うんです。

そこで文部省と厚生省、両方にお尋ねしたいのですけれども、今私は地域のネットワークづくりがぜひ必要だと申しました。そしてせめて小学校区に一つぐらいコーディネーションセンターをと言ったのですが、実際にはこういうことが起こっているんです。例えば市街地ではなかなかまとまった土地が手に入らない。老人保健施設をつくりたくてもつくれない。結局不便な郊外に持つていかねばならない。これでは意味がないんですね。センターにならない。そこである地方自治体では、小中学校や保育所の敷地内に建てたいと思うけれども、役所の縦割り行政では実現が難しい。学校用地に老人施設をつくらうとすると、補助目的以外の使用ということで厚生省の補助は土地には出ない。そうですね。老人用のデイサービスセンターを身体障害者が利用することは認められましたが、精神薄弱の人々が使用することはまだ認められておりません。特養の敷地内に障害者のショートステイをつくらうとしました。縦割り行政に阻まれてこれもできない。このようなことがあちこちで現実起こっているんです。

こうした壁を越える発想の転換、さつきも厚生大臣にお願いをいたしましたけれども、こういう転換を強くお願いしたいと思うのですが、いかがでしょうか。可能性が有りますでしょうか、見通しはどんなふうにご考えておられますでしょうか。

○政府委員(岡光序治君) まず、先生おっしゃいましたが、特別養護老人ホームのデイサービスに

おいて身体障害者のデイサービスをあわせてやっているというのにはあちこちの事例でございすし、これは私も地域でそういう要請があればやるようにという指導をしております。

それから、小学校なんかの用地を使って、いわゆる建物を複合化して、それで小学校の建物の中に特養とかデイサービスとかショートステイを設けさせてもらう、こういうやり方につきまして、私は具体的な事例が出始めたところでございます。私ども用地難の中でもこういったことで関係の方面というところと打ち合わせ、御協力をいただながら、いわゆる複合化ということを進めることによって必要な施設を、特に都心部というんでしようか、人の多く集まっているところで確保していきたい、こういうことで調整をしているところでございます。

○竹村泰子君 厚生省はそういうふうにおっしゃるかもしれないけれども、実際には地方行政の中で阻まれていんです。できないでいるんです。私の住んでおります北海道でもやはり同じような例があちこちでございます。ですから、厚生省の指導といいますが、そういう縦割り行政を超えて、本当にここでとまってしまうのは残念なんです。せっかくゴールドプラン、十カ年戦略をお立てになつてもこういったことができないのでは在宅福祉、在宅ケアということは進んでいかないと。これはさつきから繰り返し言っているとおりの、いたずらに女性の負担を大きくするだけで本当の意味での在宅福祉ということにはならないと思えます。

私の質問はこれで終わりますけれども、どうかこういったことに対して本当に勇気を持って今実行力を示していただきたい。そうでないと、今回の老人保健制度、幾らいいプランをお立てになつても、訪問看護制度だつて絵にかいたもちになつてしまいます。どうやってマンパワーをつくっていくのか、どうやってその方たちに気持ちよく働いていただけるのか、本当にお年寄りが何を望んでおられるのか、そういうことをしっかりと考え

ていただきたいと心から強くお願いを申し上げて、質問を終わります。

○委員長(田淵勲二君) この際、委員の異動について御報告いたします。

本日、菅野壽君が委員を辞任され、その補欠として庄司中君が選任されました。

○委員長(田淵勲二君) 本案に対する午前の質疑はこの程度にとどめ、午後一時まで休憩いたします。

午前十一時五十九分休憩

午後一時一分開会

○委員長(田淵勲二君) ただいまから厚生委員会を再開いたします。

休憩前に引き続き、老人保健法等の一部を改正する法律案を議題とし、質疑を行います。

質疑のある方は順次御発言願います。

○堂本曉子君 きょう私は、午前の委員会に引き続きまして、今回の改正で問題になっております訪問看護の制度について質問したいと思っております。

最初に、受け入れる側の条件、老人はどういう条件でございましょうか。

○政府委員(岡光序治君) 主として在宅で療養する病状安定期の寝たきり老人等を対象に介護的色彩の強い看護サービスを行うというものでございます。

○堂本曉子君 この制度の前提としては、医師の指示のもとに看護婦が訪問するということになっていきますが、入院している病院が必ずしも近いとは限りません。自宅に近い病院に入院する場合もあります。その場合、近くの医師が、退院後の高齢者を診ることを病院の方から依頼されても、これを断った場合には一体どうするのか、それでも退院させるのかどうか。かかりつけのいない状態というのがあると思いますが、これはどう対応

されますか。

○政府委員(岡光序治君) 無理をして退院をさせるといふわけにはいかないと思います。おっしゃるように、やはり当該の病院でアフターケアがとれる体制にするか、あるいは退院後の患者さんの近くのお医者さんと連携をとって退院後のいろいろな指導をしてもらう、そういう体制がしかれることが希望されるわけでございますし、ぜひともそのような病院・診療所間の連携プレーをお願いしたいなというふうに考えております。

○堂本曉子君 そうしますと、医師の方針なり訪問看護なりが先にあるということですか。

○政府委員(岡光序治君) そのように理解をしております。

○堂本曉子君 現状でそういう訪問というのが十分になされているというふうに厚生省は考えておられますか。

○政府委員(岡光序治君) ケース・バイ・ケースだろうと思いますが、ひとこと比べますと最近はやや訪問診療が少なくなってきたという感じがします。私も訪問診療が少なくなってきたという感じがします。私どもが小さいころと比べると、特に開業医さんの高齢化というふうなこともあって大分事情は変わってきているのではないかなと思っておりますが、いずれにしても在宅療養に積極的に医師さんが関与をしてもらうということが必要でございますので、そういった訪問診療等をお願いしたいなということを前提に考えておるわけでございます。

○堂本曉子君 私がここに持っている資料は、東京都の一九九〇年度社会福祉基礎調査ですけれども、高齢者世帯の三九・二％が医師に対して往診サービスを望みました。ほぼ四割ですね、四〇％の人が往診してほしい。それに対して、実際に往診を受けた人というのはわずか〇・四％です。要するに、百人が往診を頼んで一人しか来てもらえなかったということです。一体この原因は何なのか。そして、今まさに御答弁くださったように、もし医師の往診なり訪問診療なりが前提だとすれば、九九％は初診が受けられない。これは一体ど

うするつもりですか。

○政府委員(岡光序治君) 私どもは、かかりつけのお医者さんを持ってくださいというふうなことでそういった施策を進めておりますが、いずれにしても入院をして退院をするというケース、それから通院をしながらお医者さんにかかっているというケース、両方考えた場合に、退院をした場合にはやはり事後の指導が必要でございますので、そこはお医者さんの指示をもらいながら今までのように看護婦さんが訪問看護をしているわけでございますし、それからかかりつけ……

○堂本曉子君 それを伺っているんじゃないです。そうではなくて、百人に一人しかだめだというこのことです。それはなぜなのか。

○政府委員(岡光序治君) 今のような東京都の事例におきましても、できるだけかかりつけのお医者さんを持ってもらうということで施策を進めていくしか私ども方法がないんじゃないかと思っております。

○堂本曉子君 そのことはもう再三わかっておることです。ですからその前提がおかしいんじゃないんですかというのを言っているわけなんです。そもそもそれを前提に組んでいらっしゃるわけでしょう、この制度。それで、百人のうち一人しか実際に医師が往診に来ない。そうしたら、その残りの九十九人は、ステーションに申し込んだところで指示がなければ行かないわけでしょう。だから、一体これはどうするんですかということを御質問しているんです。

○政府委員(岡光序治君) そういった場合にはどうしてもお医者さんに一定の判断をもらわなきゃなりませんから、通院をするなり、それから来てくださるというのをお願いして来てもらって、何しろお医者さんとのコンタクトを一回持つてもらおうということになります。

○堂本曉子君 オウム返しに同じことを伺う気はございません。

通院とおっしゃる。そうではなくて、ですから一番前提として伺ったことは、寝たきりの老人だ

とおっしゃったじゃないですか。通院ができるのなら最初から自分で行きます。通院ができる方

のことを聞いているんじゃないんです。往診してくださればいいというところは、私たちにしたら通院できるときは行きます、病院に。そうではなくて、寝たきりで動けないから来てくだされと言っているわけでしょう。そういった方に対して、百人のうち一人しか応じないんだとしたら、この制度は絵にかいたもちになってしまふ。一体これはどうして実際に往診がだめなのか、それからこのところは

はどうなさるつもりですかということを御質問申し上げておるので、同じことはぜひお答えにならないでいただきたい。

○政府委員(岡光序治君) この老人訪問看護サービスは、まさに医師による往診であるとか訪問診療といえども車の両輪のような緊密な協力体制が必要でございますから、先生おっしゃるような、事態を変えていってそしてこの訪問看護サービスにつなげていかなきゃならないわけでございますし、それは地域地域においてももっとも工夫を要するというところになるかと思っております。

○堂本曉子君 何かこれから、もうそういう法案を出していってほしいのに、答弁になっていないんじゃないかと思うんです。私は、それならば、それをやる前提としてきちんと診療報酬における往診の問題をどうするのか、医師がもっと往診しやすいような体制をとってからこういうことはやるべきなんではないかというふうに思います。今老人の場合には五千四百円だそうです。それが医師の報酬の中でどういうことなのか、そのことをきちんと一回考え直す必要があると思

います。

それから地域医療を実際にやるためには、今開業医が老齢化しているというふうな言われましたが、それならそこをちゃんと医療の体制をつくる

ことが先ではないでしょうか。看護婦さん任せにすることはできない、両輪とおっしゃるんなら、片方の輪だけのこれは法律になっておりまして、

医師の方の開業医体制はきちんと確立していない

というふうに思います。そのことをどうこれから解決するつもりがあるのか。

それから開業しているドクターたちの意識の切りかえが必要だと思ふんです。厚生省はこの点については十分に今まで啓蒙、そして医師会に対しての申し入れその他は行っているんですか。

○政府委員(古市圭治君) 老人保健対策というのは、今御指摘されましたように、一つの制度でもってカバーできるものだと思つて思つておられます。その背景になります医療供給体制というものが強化していつて、その上に訪問看護体制というものが実を結んでくる、御指摘のとおりだと思います。私どもは、従来から厚生省で各研究班、また検討会を通じて家庭医対策というものをやっておりますし、医師会ともそういうことは波長を合わせて普及するようにやっております。

ちなみに、そういうことも含めまして私どもは今国会に医療法の改正案を出させていただきました。病院と開業医の中での病診連携が進む方向にそういうものも含めた提案を出させていたでいています。そういう全体の地域体制を強化していくということは当然ながら我々努力していかなくないと思つております。

○堂本曉子君 医師法の第十九条には、「診療に従事する医師は、診療治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。」と書いてあります。要するに、正当な理由を百人中九十九人の医師は持つていたということになりますね。これは非常に考えにくいことが一つです。

それからもう一つは、地域によっては病院勤務の医師が往診に行けない。これは医師会からの反対によつてでしょうけれども、あるそうです。この二点について明確な御答弁がいただきたい。これからやろうと提案されている老人訪問看護制度を実施するのであれば、この二つの問題については厚生省はきちんと解決するという御答弁をいただきたい。

○政府委員(古市圭治君) 今御指摘の医師法の十

九条の中では、正当な事由なしに断ることはできない、こうなつております。この解釈といたしましては、本法の制定前は罰則があつたわけですが、これは医の倫理で医師の良心に期待するというところで、社会通念に照らして正当な理由があるかどうか判断すべきだという立場に立つております。したがつて、非常に高断で行けない、それからまた専門外で、例えば救急医療の場合に専門外科に回す、そういうものは一般的、社会的通念の範囲内だと解釈されておりますが、今御指摘のような例は、それよりも当然行くべきことまで拒否されているのではなからうか、こういうようなことを含んでのお尋ねかと思ひます。

確かに往診というのは医者にとつて大変なことではあります。そういうことから、東京都で往診を専門にやつておられます佐藤智先生も、かつて勤務医になつたときは往診がなくなつてひとりではつたに笑いがこぼれるのをとめられなかつたとおっしゃるようなことではあります。そういうことから、一人の個人開業医に往診をすべて期待するということはある程度酷な面もあらうかと思ひます。そういうような例は、例えば訪問看護ステーションの中から申し入れがあつた場合に、その前提として医師が往診する、それは特定の人ではなくて地域医師会なり勤務の病院、そういうものも含めまして地域医療の中でどのお医者さんがカバーしていただくのか、こういうような体制をつくつていきたいと思つておるわけでございます。

○堂本曉子君 ということは、ステーションから医師に依頼するということですか。

○政府委員(古市圭治君) これは老人保健法の方に入ることではございますが、私も健康政策局の所管で言いますならば、そういう医療体制というものとは個人の開業医がすべてその地区で引き受けるといふことではなくて、ステーションの方から地域医師会に連絡して、その中から行つてくださるお医者さんというものを採すということも当然あり得るんじゃないか、むしろそういうこと

がまた望ましいんじゃないか、このように思つておるわけです。

○堂本曉子君 そうすると、この百分の一というのは百分の九十九に逆転するというふうに了解してよろしいわけですね。

○政府委員(古市圭治君) これは推測でございますが、医者の立場として、そういうものを断つたと申しますのは、寝たきり老人を一回往診するとその後どこまで往診させられるのかということもその後どかと思ひます。そのときにこの訪問看護制度というものが後を支えて、最初に包括的な指示をすれば後はある回数看護婦さんが行つていただければいいことになれば、往診というものに対する抵抗もある程度なくなつてくるということと動き出すんじゃないか、そういう面があるかと思ひます。

○堂本曉子君 その点は大変結構ですけれども、そうであるためにはその前提のところ、入り口のところをきちんと対応していただかなければだめなので、よろしくお願いいたします。

もう一つの、地域によつて病院の医師、入院していたときにかかつていた医師が往診に行かれないのでは、これも片手落ち。この点はいかがでしょう。

○政府委員(古市圭治君) 病院から往診している例は多々ございまして、また、この医師の指示というものは病院の医師でも当然結構でございます。

○堂本曉子君 日本全国、病院の医師が往診してはいけないというように地域域の申し合わせとしてもこれからは絶対にならないというふうに御指導ください。

○政府委員(古市圭治君) そのようなことはないと申しますが、念のため調べまして、そういうことのないように取り計らいたいと思ひます。

○堂本曉子君 ありがとうございました。もう一つ伺いたいんです。今、往診専門の医師が東京にいるというふうにおっしゃいましたけれども、この制度を充実させるためには非常に往診

が必要になつてくるわけですね、往診なり訪問の診察が。そういった場合に、例えばこのステーションに専属のそういう医師を置くというような考えはないでしょうか。

○政府委員(岡光序治君) それは考えております。

○堂本曉子君 そういう医師がいなくて大変やりにくいんじゃないか。実際に今の百分の一という数字が、どんなに厚生省が指導なすつても、診療報酬の問題、それからドクターたちにしてもいろいろお忙しいわけですね。ですから、そういう忙しさの中で果たして本当に対応できるのか。また、医師に過重な負担がかかるという可能性もあります。そのことを考えたなら、そういう制度もあわせてお考えいただくことをぜひ要求したいと思ひます。よろしくお願いいたします。

それから、例えば今の診察が受けられないというところの具体例を挙げたいと思ふんですが、私が参りました特養で、入浴サービスをやっていました。しかし、一番必要な寝たきりの御老人は入浴サービスができな。なぜならば、入浴して急に心臓麻痺なんかを起こしたら困るから、必ず入浴サービスをスタートする前には診断書をいただいているそうです。それは制度のようですね。けれども、その地区の制度がもしも、ところが、やはり往診がない。そのために一番重篤な人で治療のためにおふろが必要だ、それから衛生上もおふろが必要だという人がおふろに入れない、こういう現実をはつきりと見ました。

これはどうしようもないかというところで、これはどうしようもないかというところで、はなくて、もし在宅医療、地域医療の推進を厚生省がおっしゃるのであれば、病院中心の医療から、医師がそういうた高齢化しているからという理由ではないと私は思ふんです。きちんとしていた今申し上げた地域での医師の、どうやって在宅の人を守るかというこの体制がない限り、これからやろうとしている老人訪問看護の制度にしろ入浴サービスにしろ、そういうことが末端では実際機能しない。それはもう大変困

たことなので、真剣に私は受けとめていただきました
 と思っております。

次に、こういったステーションの看護婦さんに
 今度は期待が集まるわけです。今局長おっしゃい
 ましたように、医師はまたこれからずっとだと思
 うと、わかりますね、私は医者ではないけれど
 も、医者の立場になればわかるような気がします
 す。だからこそこの制度が入ったんだと。です
 から、これは言ってみれば訪問看護というのは医師
 のある程度補完的な意味を持つていっていると思
 います。これに対して病院の訪問看護ステーション、
 総合的には在宅介護支援センターですが、に統一
 したいとさっき御答弁ありましたけれども、とに
 もかくにも実際に看護婦さんたちの側は医師同様
 拒否するようなこと、行かれませんか断ることが
 できるのかできないのか、そこをはっきり、もち
 ろん正当な理由なく拒否できないことをはっきり
 法律にお書きくださるのかどうか、そこをきちん
 と教えていただきたい。

○政府委員(岡光序治君) 原則的には依頼に応じ
 て訪問看護は行われるというふうを考えておりま
 す。ただし、地域的な配置の問題でございま
 す。どうしても遠距離であつて対応できないとい
 うふうなケースは例外的にはあるかなと思つて
 おりますが、原則論としては依頼に応じると
 いうふうを考えております。

○堂本曉子君 といったしますと、もちろん原則で
 例外は常にあると思ひますけれども、そのために
 は正当な理由なく拒否することはできないとい
 うことをやはり医師同様法律に明記してくださ
 いますでしょうか。

○政府委員(岡光序治君) 保護者法という身分法
 があつてそういった縛りがあると思ひますので、
 この訪問看護を規定している条文の中に正当な理
 由がなければ断らないことという規定まで必要と
 しないのではないかと、そもそも身分法上の縛りで
 対応できるんじゃないかと思つておりますが。
 ○堂本曉子君 しかし、医師も来ない、看護婦さ
 んも来ない、そして病院からは退院する。早期退

院をどんどん奨励しておられるわけですし、それ
 はあくまでも受け皿がしっかりした上で早期退院
 ということが実現できるわけだと思ひます。そ
 うであつたとすれば、そのところの受け皿は、
 老人の方、後ろにもいらつしやるし、私も九十七
 歳まで祖母がおりましたからよくわかります。急
 なことが起こるんです、老人というのは。そのと
 きにだれも来ないんだつたら、それなら病院にい
 ようということになるわけですね。そのところ
 もう一回、きつちりそういう受け皿はつくる、き
 ちんとそういう身分上のも決めて明記してい
 ただけるということをお答弁いただけないでし
 ょうか。

○政府委員(岡光序治君) そういった緊急時の問
 題も含めましてきちつと運営基準に明確化したい
 と思ひます。もちろんこれは関係の審議会に諮つ
 て専門の人たちの意見も聞いた上で先生のおつ
 しゃるような趣旨を盛り込んでまいりたい、こう
 考えております。

○堂本曉子君 ありがとうございます。期待し
 ております。中医協の方にも審議会の方にも、国
 会で強く強くそれは求められたとぜひお伝えく
 ださい。

次に移ります。看護婦さんたちですけれども、
 潜在的な看護婦さんを活用するというふうにおつ
 しゃつていらつしやいます。衆議院の方の御答
 弁では、昼間だけなら働けるだろうと。今の前段
 の質問と関係のある部分でございしますが、夜勤が
 あるから働けない、小さい子供がいるという看護
 婦さんも多いわけですね、この辺、今度の訪問看
 護制度というのは二十四時間受け付けるのか受け
 付けないのか、その辺も明確にしたいと思ひま
 す。

○政府委員(岡光序治君) 結論から申し上げます
 と、原則的には昼間ではないかと思つておりま
 す。
 といひますのは、冒頭申し上げましたように、
 今回の制度化をしようとしていられる老人訪問看護の
 対象者は、主として在宅で療養する病状安定期の

寝たきり老人等を対象にしておりますので、そう
 いう意味では、病状安定ということでございますし
 て定型的なお世話ということがメインになってい
 るというふうな認識にしているからでございます。
 夜間の救急の対応というのはどうするかという
 ことでございしますが、むしろその場合には私ども
 は在宅介護支援センターの方に連絡をもらうなり
 して、そこでその人の症状に応じてすぐ救急車
 病院に運ぶであつたら、あるいは在宅介護支援セ
 ンターから必要な看護婦さんが駆けつけるとか
 母さんが行くとか、それから状況を聞いて少し静
 かにしていただく、こういうふうな指示を
 すると、そういうことで対応するのが本来の役
 割分担ではなからうかと思つております。

○堂本曉子君 そのことは後に譲ります。
 次に、看護料、利用料の問題ですが、週二回ま
 でしか算定できないという制限があるというふう
 になっていますが、これは今でも同じでし
 ょうか。

○政府委員(岡光序治君) ただいま申し上げま
 したように、病状の安定している在宅老人等でご
 さいますので、週一、二回の訪問看護で対応でき
 るというふうな考えております。ただし、末期の悪
 性腫瘍の患者とか特別な病状にある人、これ
 については例外的な対応が必要であつたら、そ
 ういふ特別な例外的な人についてはどのような対応
 したらいいか、これはひとつ関係審議会に具体的
 に決めてまいりたいと思つております。

○堂本曉子君 安定とおっしゃいますけれども、
 八十を過ぎた老人、後期高齢者は平均一人三つ病
 気を持つていられるそうです。一つの病気が安定し
 てもまたいろいろ病気が次から次とあらわされて
 のが老人のもう当然の一つの宿命と申しますか、
 私たちの体そのものがそういうふうになっていく
 と思ひますけれども、そういう場合には例外にし
 ていただきたくない。例えばヘルパーさんから聞
 いたんですけれども、ある時期はもう毎日行かな
 きやならないときがあつた。でも毎日行つてい
 ら、医師の協力でおおあさんはまたよくなつ

て病院に行かなくて済んだのという話も聞いま
 した。

ですから余り、週一、二回という、非常に日本
 の福祉というのは私は画一的だと思ふんです。そ
 うではなくて、週一回あるいは二週間に一回で
 い時期もあるかもしれない、血圧をはかるだけ
 でいい時期もあるかもしれない。何となく風邪
 をそれにあわせて引いてしまった、そのときは週
 に四回行かなきゃならないときもあるかもしれ
 ない。ですから、末期医療とかそういうことでは
 なくしてすぐ救急車とか、また病院に運ぶというこ
 事になってしまふわけですね。そうではなくて、も
 集約的にやれるものなら三回四回必要に応じて
 いうふうにしていただくべきだと思ひます。

これもまた審議会とおっしゃいます、国会と
 審議会の関係、かねがね私は疑問に思つていま
 す。国会の方が本当は優先すべきであつて、そ
 うすると、私たちが素人だと思つてゐるんだと思
 うんですね。私はそれなのに、自分のことでは
 ば去年参議院の派遣のときはスウェーデン、デン
 マーク、オランダとの問題だけで視察してき
 ました、決して私はそんな自分が専門家ではありま
 せんけれども、少なくとも国民の代表として審議
 だ、まあ値段の問題は昔から中医協というの
 あります。しかし、こういった問題で、国会の
 審議の中で私たちが要求していることは優先さ
 せていただきたい。そのことも重々お伝えいた
 したいと思ひます。

それから利用料の問題ですけれども、これは低
 所得者についてはどのようにされますか。
 ○政府委員(岡光序治君) これは何度もお答えを
 しておりますが、利用料につきましては外来の一
 部負担との均衡等に配慮するということになつ
 ておりますので、外来の一部負担を見てまいりま
 せん、低所得者に対しては軽減措置を設けておりま
 せん、そういう意味では外来一部負担並みに
 低所得者に対する特例は設けられない格好で利用料を
 設定させていただきたいと思つております。

○堂本曉子君 そうしますと、今度の制度、非常に利用的な感じがするんですね、福祉というよりは利用制度である。そして、例えば衆議院のお答えでも、これは車と馬というまだ言葉が残っていること自体私は前近代的な福祉の観念かなと思っ
てしまいましたけれども、交通費。私はあえて交通費と言わせていただきますが、の算定もこれは利用者の方にかかるといふふうに御答弁になって
いると思います。そうしますと、利用費、そして交通費など、特に山間僻地に住んでいる人なんか
では交通費もかかります。さらにガレージですとか
そういった病院でしたら医療費に含まれるような
いろいろな材料の問題、そういったものは個人の
負担になるのかどうか。最初の利用費は何いまし
たから、交通費並びにいろいろな材料でございま
すね、医療器具。そういったものについての費用に
ついてお答えください。

○政府委員(岡光序治君) 交通費につきまして
は、これはお医者さんの往診の際にも、訪問診療
の際にも患者の負担ということになっております
ので、それと同じように扱うべきではないかと考
えております。

それから材料費につきましては、範囲について
もう少し内容的に詰めたきかならないと思いま
すが、すべてが患者側の負担ということではなく
て、やはりその過程における、訪問看護を行う際
の実際に訪問看護に密接な関係のある部分につ
きましては、もう訪問看護そのものの中に入ると
いふふうに考えられる部分がございまして、そこ
らはきちっと仕分けをしなければなりません、あ
る部分につきましては給付の対象になるという
ふうに考えております。

○堂本曉子君 今度は審議会とおっしゃいませ
んでしたけれども、それはどこでお決めになるの
か、できれば委員会に明確にお示しいただきたい
と思いますが、いかがでしょうか。

○政府委員(岡光序治君) これは率直に申し上げ
まして、この訪問看護療養費、要するに診療報酬
を定める際に何を対象にしてどれだけの診療費を

支払うかということの御議論が必要でございま
す。これはむしろ中医師ということになろうかと
思いますが、一般に行われておる医師による訪問
診療であるとかあるいは病院からの訪問看護の際
にどういったものが関連して給付をされているの
かということのバランスを考えながら、これは
あくまでも老人保健の制度における医療給付の一
環でございまして、そういった他の給付とのバ
ランスをとらざるを得ないのではないだろうか
、こう考えておるわけでございます。

○堂本曉子君 そこは訪問看護の場合、自宅療養
の場合に差が起らないということ、個人負担
がふえないということ、明確に打ち出してい
きたい。フォローさせていただきます。

次に、民間の問題を伺いたいんですが、私は福
祉、非常にこれが利用的な色彩が濃いの、これ
は大臣に最後に伺いたいと思っております。す
けれども、利用的な色彩というのは非常に怖いと思
うんです。人間が利潤追求の対象になるとい
うこと、恐ろしいことではない。それは文化の退廃である
といふふうに思っております。昔、ペビーホテル
というのをやったことがありますが、その
ときも赤ちゃんとが利潤追求の対象になってど
んどん亡くなっていった。今度は老人かとい
う気がしております。利潤追求の対象に人間がな
ることほど、その国の文化なり、何と申しま
すか、倫理なりが、私たち日本というものの自
体が非常に低下するということの一番の極端な例であ
ろうかと私は思っています。

次に伺いたいのは、衆議院の御答弁では、この
制度に民間の参入は禁止しないといふふうに御答
弁になっております。さらにそれから、当分はい
うふうに次の御答弁で変わっております。将来民間
の参入を認めるつもりなのかどうか、この点を
きつくりと伺いたい。

○政府委員(岡光序治君) 考え方の上では営利法
人も対象になるというふうに御答弁をしたわけ
でございまして、しかしながら当面は営利法人につ
いてはそれを対象にするとは考えておらない、

こういう答弁をしたつもりでございまして。

○堂本曉子君 わかりました。といたしまして
ら、法文の中にきつくりと営利を目的とする者は
対象としない、これは明記していただきたいと思
います。特に、会社という形をとっている、株式
会社の形態をとっている法人は入れないとい
うことを明記していただきたい。私はすべての民間が
悪いと思っていないんですけれども、利潤追求とい
う目的があった場合に非常にサービスが劣化する
といふことは火を見るよりも明らかなことでござ
いまして、そこを明記していただきたいと思
います。いかがでございましょうか。

○政府委員(岡光序治君) 先生のお考えがわ
かないわけではございませんが、一方で民間活力
を活用するように、こういう観点からの積極活用
の考え方もいらつしやるわけでございまして。
そういう意味では、私も法律で株式会社を除外
するということまでは踏み切れないのではな
うかと思っております。はつきり
申し上げられますのは、この訪問看護制度とい
うのは新しく始まる制度でございまして、その運
営の実情とか普及のぐあいとか、そしてや
つてみた結果がどうなるのか、そういったことを十分勘
案しまして、それでどういった人にや
つてもらうのがふさわしいのかということまで含めて検討し
なさいいけないんだと思っております。そういう
意味では、しばらくお時間をかけていただ
きたいといふふうに御答弁を申し上げた次第でござい
ます。

○堂本曉子君 これは質問ではありませんが、在
宅出張サービスというビラを今私幾つか持ってい
るんですが、例えば入会金三万円、管理費二万
円、一日六時間で一万一千円というふうな費用で
すね、こういったのがいっぱいあります。それか
らこっちは五万円の入会費、月額が一万円、一
回が一萬二千元、緊急サービスは一萬五千元、夜
間は二万円とか、こういうふうな書いてあります。
実際にそういうようなサービスがほとんどあ
るわけです。結局、この結果どうい

なっていくか。それはお金のある人はサービスが
受けられる、億万長者なら受けられましよう、一
万五千円出してもいいです。しかし、この日本の
高度経済成長を担った老人たち、今私たちがこ
ういふ豊かな生活ができるのは戦後に本
当に働いてきたお年を召した方たちのおかげだと思
います。そういう方たちが年金ではとてもじゃな
いけれどもいろいろ払えないわけです。ただでさ
え会社というものはもうけているところなん
です。そういった民が果たして本
当にサービスがでるか、それは真剣にもう一度考
えてください。

それから次に参りますが、先ほどコー
ディネーションといふことの重要性をおし
やしました。それから先ほど在宅介護支援セン
ター、これは特
に設置されるものだと思いますけれども、そ
ういったところに最終的には夜間のものや何か頼
みたいとおっしゃいました。やはりホームヘル
パーさんから聞きましたけれども、保健婦さん
も同じ老人のところへ来る、しかし全く何の連絡も
ない、お願いしても何にもない、そしてもう血
圧をはかるなりなんなりして帰ってしまう。そ
ういった保健婦とかヘルパーさんとか、今
度の看護制度とか在宅介護支援センターとか、余
りにも日本の行政は縦割りです。これじゃど
こへ頼んでもどうしていいのかわからない。

北欧型でいえば、あちらはもう本
当にこの地域ではこういうニーズがあるからそれ
じゃこういふふうにしよということをや
っている。日本は中央で決めてそれを全
く、それが適用されようがされまいが、向
こうが向くまいが全国同じような制度に
なる。これはもう正反對のことだと思
うんです。それでこういったコー
ディネーションが必要だと思
います。必要だと思おっしゃる。でも、その制
度が変わらない以上は、そこにきちん
とした人を配置すべきだと思
うんです。さつき専門の医師が必
要である、どこが中心になるのか知
りませんが、今部長がおっしゃるの
は、支援センターを中心にした
い。とすれば、そこに医師なり管理

的な能力を持った人、福祉の専門家というのを配置して、全部を総合することを取りあえずはやらなきやいけないんじゃないか。そのための配置をきちんとしていただけたらどうか。

○政府委員(岡光孝治君) 在宅介護の相談員として、保健婦と介護福祉士、またはソーシャルワーカーと看護婦というふうな、福祉のサイドと保健のサイドの両方がわかるように二人制で配置をしているつもりでございます。そのような格好で在宅介護支援センターの体制を整えてくださいということにしております。

それからあわせて、そのセンターの運営に当たりましては、運営協議会というものをつくって地域医師会の……

○堂本曉子君 内容は知っていますから、御説明いただかなくても結構です。

○政府委員(岡光孝治君) 代表者にも入っていたいて、そういう意味で保健、医療、福祉の連携がこのセンターにおいて図れるようにということに配慮しているつもりでございます。

○堂本曉子君 私がお願いしたのはそのことではなくて、今度のこれが始まるについて、今、夜間のことや何か申し上げた、医師のことも申し上げた、コーディネーターが必要だとさき部長は答弁された。そこにきちんと管理者としての予算をつけてくださるのかどうか、そのことを具体化する気はあるのですか。今までになされていることを伺っているのではなくて、これがスタートするについてはそういうことをきちんとやりますかというのを伺っています。

○政府委員(岡光孝治君) 平成五年四月からすべての市町村で老人保健福祉計画を策定することになっておりまして、その計画の中に訪問看護ステーションを位置づけまして、そしてその市町村の計画の中の一つの機能として、ちゃんと他の機能部分との連携も図りながらその地域をカバーするように持っていきたいと思っております。

か。けさ竹村さんもさんおっしゃいましたけれども、これは厚生省の方の都合、大蔵省の都合、厚生省の中の部や課の都合になってしまっている。そうではなくて、これからたくさんになる、もう二〇二〇年になったら四人に一人が老人になるわけでしょう。そうしたら、老人の側、私自身がその年になるわけですね。その私たちが老人の側がどう要求するのか、それに合わせていただきたい。役所の都合に合わせて制度ができたんでは、もう不便で不便で、本当に有難いやってほしいことができないんですね。それから求めるときには来なくて必要のないときにどこかやってきたり、これは不便千万なことでございます。本当に多様な要求に対して対応できる、そういう形でやっていく。これはまさに北欧はそうです。家にいたい人は家にいられる、心細い人は病院にいられる、個室に入りたいた人は個室に入る、そういうことが自由にできる。そういうことが必要です。老人の希望に沿えるような福祉の体制をぜひとっていただきたい。

そしてもう一つ、ケースワーカーとか保健婦さん、それからOT、PT、看護婦、医師、そういった人たちが本当に生活上の介護をしなきゃいけないんですね。これを家族がいらない、いろんな状況で変わって来ると思いますが、一つのチームをつくって、北欧では、それではあなただけでやろうとやっていると、この生活上のことはだれが行けばいい、朝十分だけ行く人もいます。食事のサービスはお昼になったら来ます。だから車いすの老人でも安心してやってくれるわけですね。今日日本で、予算が足りないといくおっしゃるかもしれませんが、そうではないんです。ばらばらなやり方しているからすごく能力が悪い。さっき保育園の話も出ましたけれども、今ほとんど減っている子供たちかわりに、御老人のために保育所の炊事場を使つて食事のサービスをしたらいいじゃないですか。今看護のサービスはできるけれども生活のサービスがないんです。だから、ヘルパーさんは十二食分つくって

る。冷蔵庫に入れて毎日冷たいのを食べなきゃならないのが今の寝たきりの御老人です。そんなのではなくて、きょうはかわりに看護婦さんが行くから、温めるだけのことをやってください、そんなことの二つメモが残つていけば、それで看護婦さんとヘルパーさんだつて協力できるわけですね。そういう対応が余りにもない。

○堂本曉子君 できるといってお答えですけども、もう本当に釈迦に説法になるのでこういう言い方は余りしたくありませんけれども、欧米では病院でもそうですし、地域医療の場合もそうです、看護婦さんにしてもOT、PTにしても、ケースワーカーにしても、自分の独自の領域で独立した判断をやっているところもあってあります。主體的に行動できる部分がたくさんあると思います。今おっしゃったことは全部事実です。しかし、その領域内で、日本の法律で果たしてこれが欧米の国と同じようにきちんと、看護婦なりOT、PTが医師の指示なしに動ける領域があるにもかかわらず動けない。今度の場合でも、例えば医師の指示がなくても看護婦さんが飛んでいってやることだってあるかもしれないわけですね。もう少し私はきちんとこのところは、病院中心の医療から地域医療へと転換期を迎えているのであれば、医療制度が時代に適応するように抜本的な改正をすべきだと思います。

それからもう一つは、ドクターでいらつしやるかどうかは存じませんが、やはりドクター自身が意識変革をする時代なんではないか、あえて私はそれを言いたいんです。勇気を持って言う必要があるようなことのように思いますが、あえて言いたいんです。医師会も考え方を改めていただきたい、ドクターたちも考え方を改めていただきたい。今のこういうヒエラルキーではなくて、看護婦さんだつた方もいらつしやる、看護の専門家がいらつしやるわけですね、ドクターと看護婦の方がいらしたら、余りにも今ドクターがピラミッドのようなところのつべん。そうではなくて、もっと横並びの平等な関係というのをつくっていくことが、これからの地域医療と在宅福祉を実現するのならば、かなめだと思えます。そのためには法改正の必要があるんじゃないか。同じような御答弁だと思うので、大臣は私が同

○國務大臣(下条達一郎君) 高齢者の方々に對して行き届いた医療なりあるいは介護の制度を充実していきたいというのは今回の老健法の改正の趣旨でございますし、その中で今特に集中的に御質問がありました訪問看護制度、これは新しい制度の創設でありますから、これを充実した形で、しかも高齢者の方々に満足していただけるような形でぜひ制度を整えてまいりたいと考えておるわけでございます。

○堂本曉子君　まさに大臣の御答弁が典型的でございます。医師が最高の責任を持つ。人口の四分の一が老人になるんです。その老人対象に余りにも医療に取り込まれ過ぎているのではないでしょうか、日本の老人福祉は。もっと大きいのは生活の問題です。食事をすることです。排便の世話を

せいしてもっと生活の場、老人になつたつてみんな病氣になつてなりたくありません。だから、病氣にならないければ医療だけの制度ができたつてだめなんです。車いすに乗つていたつて、ドクターの世話にならなくなつて、ヘルパーさんや看護婦さんが血圧をはかる、まじいいわよドクターのところに行かなくても安定しているわと言つただけで、その判断をしてもいけないと言ふ医師が日本ではいるんですから、そのことすら言つてはいけないという医師がいるんです、現に日本では。そのぐらゐの独自性は看護婦さんに与えるべきです。そのことによつてできるだけ医療から遠いところで健康な老後を送りたいというのが老人の願ひでございます。だけど不便なんです、足も手も不便になつてくるんです。

だから、さっきロボットの話をされて、私は本
当にもう噴き出したくなったんですが、どうい
うことを北欧でやっているか。例えば右手が麻痺し
たら、じゃ左手で使うスプーンはどうするか。ロ
ボットなんかつくらなくたっていいんです。麻痺
した手でどういう包丁を使えば切れるか、背が低
くなったらどのくらいまで低い洗い場をつくれば
いいのか、ボタン一つで水が出るようにするには
どうしたらいいのか、そういった器具をつくって
いるんです。何もロボットなんかじゃないんで
す。ロボットみたいなそんなものに私は食べさせ
てほしくない。そうだったら自分でもう手でつか
んでも食べます、私は老後になったら。そうい
うことを申し上げているのではないんです。もっ

それからもう一つ、時間がなくなってきたので最後に伺いたいんですが、在宅と言いながら施設は足りません。どうやって東京で小さい家に寝たきりの老人が住む部屋がありますか。ないんです。もつとナーシングホームとかそれから特養とかそういうところがなくさん必要でございます。しかし今は余りにも建てるための補助が少な

いんです。物すごく高い。東京都は案があるみたいですが、例えば保育所がなくなった、ではその保育所のとこに縦割り行政なんて言わないで十五人から三十人ぐらいの小規模な特養をつくるとか、私は福祉の側の領域でつくっていただきたい。そういっただけのものをつくるかと、親特養があつて小さい特養に医師や何かは派遣するとかというふうな、自分が生まれ育ち生活してきた場で老後が過ごせるような小さい特養のようなものを、最期までいられるところをつくる、そういうた案をお考えいただくことはできないでしょうか。

○政府委員(岡光序治君) 従来から特養については、一定の規模があつてその規模がないと効率的な運営であるとか専門職員の獲得ができまじやんと云ふに依つて、余り小規模特養については積極的な答弁ができておりません。しかし、東京都等においてもそういう要望が非常に強うござります。私もそれはそういうものをやるとしたらどういふことをすればいいのか、もう少し積極方向でそういう問題提起に前向きに対応していきたいと考えております。

○堂本曉子君 どうもありがとうございました。
ぜひとも老人の側からの福祉を実現するようにお
願いいたします。

終わります。

○高桑栄松君 それでは質問をさせていただき
ますが、最初に、消費税に関連した部分で質問をさ
せてもらいます。

医療費というのは年々高騰しているわけであり

この中で一、二質問させていただきますが、まず第一に高齢化の進展でありますけれども、これは老人人口が増加していく、つまり一般的な言い方をすれば老人人口自然増ということでありまして、これは医療の質には関係がない、つまり人数があふえていくということでありますが、これに見合う医療費というものの、老人医療費をどれくらいに推測しておられるか承りたいと思います。

○政府委員(岡光序治君) 平成元年度の数字を申し上げました。老人医療費の対前年度の伸び率は七・七でございますが、このうち老人人口増による増分は三・一程度というふうに見込んでおります。

○高榮栄松君　金額はどれくらいですか。
○政府委員(岡光孝治君)　平成元年度の老人医療費が五兆五千五百七十八億でございまして、その三分の二に相当して申し上げますが、一千六百億円余りという計算になるかと思えます。

○高桑栄松君 私の計算を申し上げますと、七十歳以上人口増が年間平成元年で三十八万人、これに医療費が一人五十八万円ということでありますから、積算をいたしますと二千二百億円になります。

次に、それでは二番目の消費税の医療費へのはね返り分というのはどれくらい、何億円になるでしょうか。

○政府委員(黒木武弘君) 消費税の医療費へのはね返り分というお尋ねでございます。

私どもは、平成元年四月に診療報酬の改定を行ったわけでございますけれども、その際に消費

税の影響分ということで考慮した引き上げを行っているわけでございます。医療機関の購入します医薬品等の価格に及ぼす影響を考慮しまして、ただいま述べました平成元年四月の改定におきまして〇・七六％の引き上げを行っているわけでございます。この相当分が消費税の医療費への影響分だということを考えております。

○高桑栄松君 一番新しいところで一九九〇年度の医療費は約二十一兆円ということであります。厚生省は最初一％はね返りと言っておりますので、これは二千億円。これはどうせアバウトでございますから、私はそういうふうに一応試算をしたわけでございます。

ところで、消費税を三年前に導入いたしました、その主たる目的は何であつたか、大蔵省の方に御答弁を願いたい。

○説明員(増原義剛君) お答え申し上げます。

消費税を含む先般の税制改革でございますが、その趣旨、目的でございますが、当時の税制がいわゆる産業構造あるいは就業構造の変化、所得の水準の上昇、平準化、消費の多様化及び消費におけるサービスの比重の増加、さらには経済取引の国際化等を反映しまして著しく変化してまいった当時の経済社会情勢、これとの間に不整合を生じている事態に対処いたしまして、将来の展望を踏まえつつ、国民の租税に対する不公平感を払拭するとともに、所得、消費、資産等の間でバランスのとれた税体系を構築する、そのことが国民生活及び国民経済の安定及び向上を図る上でぜひとも必要である、喫緊の課題であるという観点から行われたものというふうに私も承知いたしております。

そういった趣旨、目的の中で、先般の抜本的な税制改革の方針でございますが、所得課税において税負担の公平の確保を図るために各般の措置を講ずるとともに、税体系全体として税負担の公平に資するために、所得課税を軽減し消費に広く薄く負担を求め、資産に対する負担を適正化する、こういった措置によりまして国民が公平感を持つ

て納税し得る税体系の構築を目指して行われたものでございます。

○高桑栄松君 森の石松ではございませんが、大事なところを忘れてはならないか。しばしば質問応答の中で答えられましたのは、高齢化社会の安定的な財源として必要不可欠であるという一項目が入っております。これがむしろ非常に重要なポイントではなかったか、こういうふうな思いが私には記憶しているわけであります。

高齢者にとりまして健康というのは最優先の課題でございます。つまり待ったなしであります。それに必要な医療、健康に必要な医療、これに消費税を充てないで、そして負担を押しつけるということでは高齢者に対する裏切りではなからうか、こういうふうな私は受けとめるわけであります。消費税導入を受けて厚生省は高齢化に向けてどのように取り組んでこられたのか承りたいと思っております。

○政府委員(大西孝夫君) お答え申し上げます。

消費税の導入に対する取り組みといたしまして、主としてその導入時点で逆進性緩和という観点で、私どもはまず歳出の面で昭和六十三年度補正予算におきまして臨時福祉給付金等の支給を行いましたし、平成元年度及び二年度予算におきましては、いわゆるゴールドプランに基づきます在宅福祉サービスの拡充を図る、それから生活保護に係ります生活扶助基準の引き上げ、公的年金、手当の額の改善、完全自動物価スライド方式の導入等を行ってまいっておりますし、税制面で公的年金等控除の創設や控除額の引き上げ、障害者控除等の控除額の引き上げ等を行ってきたところでございまして、今お尋ねの高齢者についてどのような施策をとるという観点につきましては、特にゴールドプランの推進ということに重点を置いて取り組んでまいっております。

○高桑栄松君 今お話を承りましたが、何となくはつきりしないように思いました。

今私が申し上げましたのは、消費税を導入した

という趣旨を勘案して、一つは老人人口の自然増加、これは老人が負担すべきものではないはずであつて、全体で負担しなければいけない。もう一つ、消費税というのは税金でございます。これは文句なく医療費とは別に含まれてしまったということがあるわけで、この二つの項目につきまして、公費負担を拡大していく、つまり老人に負担をかけないようにするというのが公費負担拡大の仕組みをすべきではないのかというふうに思いますが、いかがでしょうか。

○政府委員(岡光孝治君) 現在の老人保健制度は、何度も申し上げておりますように、医療保険各制度を前提として、その共同事業として組み立てられているものでございます。そういう意味で、一部負担と拠出金と公費負担から成り立っているわけでございまして、私どもの評価としては、老人医療に対する公費負担の割合は実質的には既に相当の水準に達しているんじゃないか、こういうふうな考えでおるわけでございまして、先ほど御指摘がありましたように、老人医療費が伸びますれば、その全体のうちの三割は公費負担ということになっておりますので、そういう意味では公費負担は今後も増大をしていくというふうに考えられるわけでございます。

したがって、税財源からどの程度の公費負担割合をさらに導入するか、こういう点につきまして、私は私どもは慎重な対応が必要、こう考えまして、今回の改正案におきましては、今後の課題である介護という問題に着目しまして、介護の要素に重点を置いた公費負担の引き上げを行ってはどうだろうか、こういうふうな考えたわけでござい

ます。

○高桑栄松君 実は私は、第百十四国会の本会議、平成元年の二月の十五日でありますけれども、そのときに、もし消費税を導入するというのであれば医療目的税にすべきであるという主張をいたしました。

どういふことかと言いますと、少なくとも最初に挙げた老人人口自然増というのに見合う医療

費は、これは老人医療費として取り扱うべきものではない。もう一つは、今の消費税が既に組み込まれてしまっている。それを含めて老人医療費と言ふのはおかしいではないか。ですから、この二つは少なくとも消費税収入でカバーをすべきである、これが私の主張であります。

そこで大臣に承りたいのでありますが、今こそ高齢化社会に向けて発想を転換して、医療目的税と私が申し上げたこういう考え方で取り組んでいく必要があるのではないかと、私には思いますが、大臣の所見を承りたいと思っております。

○国務大臣(下条達一郎君) 新しい目的税を創設したいという委員の御指摘でございますが、私たちが方では、そのような考えの御提案に対して今直ちに賛成の意を表することはできないわけでござい

ます。

その理由といたしましては、医療費については人口の高齢化や医療の高度化に伴いまして、今後その増加は避けられないことは御指摘のとおりでございますが、医療保険の財源につきましては、租税負担よりは受益者と負担の関係がより明確な保険料負担に重点を置くべきものと考えておりまして、御指摘のような医療目的税を導入することは考えておらないのでございます。

なお、今後も増大が見込まれます老人医療費につきましては、拠出金、公費負担、本人の負担の適切な均衡を考慮しながら制度の長期的安定を図っていくことが重要である、このように考えております。

○高桑栄松君 なたかの論説で読んだんですけれども、戦前の我が国は軍隊と大蔵省とが行政を支配していたというのカードでした。今軍隊がなくなつたので大蔵一本である。その大蔵に立ち向かうのは大変なことかと思ひますが、私が大臣に申し上げたのは、医療目的税を申し上げたんじゃないんで、そういう考え方で老人の医療費をすべて老人に負担をかぶせていく。すべてといつてもある部分ですが、そういう考えではなくて、医療の部分というのは例えば消費税の収入からカ

バーすべきものじゃないか、そういう考え方を導入していただきたい、こう申し上げたのでございまして、もう一度言わせていただきますが、大臣の御答弁はわかりましたので、それはそれで結構でございます。

次に、寝たきり老人と痴呆性老人に関連した質問をさせていただきますが、まず最初に、総務庁の行政監察報告が出ております。これについて、寝たきり者等の態様別把握というのが載っておりますが、このデータを簡単に御報告、教えていただきたいと思います。

○説明員(浅井八郎君) 今回、私も二十二都道府県、市町村六十六でございすけれども、いわゆる要援護高齢者、今おっしゃいました寝たきり、痴呆性等でございすけれども、その実態把握の状況を調査いたしましたところ、一部の県、市町村で寝たきり、痴呆性それから虚弱の高齢者の実態が把握されていない。特に痴呆性、虚弱につきましては、いずれも過半数の県、市町村が把握していないという状況になっております。

このような状況になっております要因につきましては、定義がないとか、いろいろの理由があるかと思ひます。

○高桑栄松君 では、厚生省に伺いますが、厚生省は寝たきり老人や痴呆性老人対策を立てておられるわけで、どれぐらいそういう方々がおられるかの推測があるかと思ひますが、現在の推測と、それから紀元二〇〇〇年の寝たきり老人とその在宅者及び痴呆性老人とその在宅者の推測値を伺いたいと思ひます。

○政府委員(岡光孝治君) 昭和六十二年時点で推計を行ったものでございますが、平成二年において寝たきり老人数は約七十七万人、そのうち在宅の方は約二十四万人というふうに推計をしております。また、痴呆性の老人数は、つい最近研究班が推計をしたものがございす、平成二年において約九十九万人、そのうち在宅の方は約七十四万人と推計しております。

ですが、寝たきり老人数は約百万人、そのうち在宅は約三十三万から三十七万人。痴呆性老人数は約百五十万人、そのうち在宅は約百二十万人と推計をしております。

○高桑栄松君 先ほどの行政監察報告を承りますと、私も見たんですけれども、今お話しした寝たきり老人と痴呆性老人、それから虚弱老人と書いてあったと思ひますが、その把握が非常に困難であるという中に、寝たきりと痴呆と虚弱の定義がどうもはっきりしないというところであります。厚生省は明快に定義しておられるだろうと思ひますが、定義を承りたいと思ひます。

○政府委員(岡光孝治君) 寝たきり老人につきましては、国民生活基礎調査におきまして定義をしております。六十五歳以上で寝たきりの期間が六カ月以上の者というふうに把握をしております。

それから痴呆性老人につきましては、昭和六十二年八月に設置された痴呆性老人対策推進本部報告で定義をしております。

虚弱老人につきましては、デイサービス事業の対象者として定められておりまして、何というんでしようか、一律的な定義というのではなくて、むしろ通所または訪問により各種サービスを提供することによってこれらの者の生活の助長、社会的孤立感の解消、心身機能の維持向上等を図るとともに、その家族の身体的精神的負担の軽減を図るというデイサービスの目的からむしろ決めておる。それから、例えば特別養護老人ホームの場合なんかは、ADLを考へまして五項目の日常生活動作について、全介助が一項目以上、一部介助が二項目以上あり、かつその状態が継続されることというふうに、それぞれいわば虚弱老人につきましては一律定義ではなくて各施策の対象者に応じてその対象者を限定して対応している、こういうふうな格好で今のところ私も表に示している格好でございます。

○高桑栄松君 厚生省は厚生省なりの定義がちゃんとございまして、私はよかったですと思ひますけれども、行政監察報告を読みますと、痴呆という場合にはプライバシーの問題もあつてなかなか届けられないとかつかみにくいという部分もあると書いてあります。それから府県によつて定義が異なつていふようなことがあるわけで、私がこれを申し上げたのは、予算を立て、スケジュール、計画を立てるのには予算が要りますので、予測をどのようにしてつかんでいくかということがあります。

行政監察報告を見ますと、厚生省はあやしいところはないけれども、そのデータははっきりしないのではないかとこのように受けとれたんですが、それなりにちゃんと定義しておられるのはわかりましたし、今度は行政監察をなさる監察局との間でも少し連携をとつていただけてできるだけ実態に近い数字を把握していただく。そういうことで推測がでますので、それに対応した計画を立て予算を組むことができる、こんなふうに私は思つてございす。

そこで次に、行政監察報告の中で再び伺いたいのですが、在宅三本柱、つまりホームヘルパーとショートステイとデイサービスであります、これについて府県及び市町村で基本方針を立てて計画をしておりますところがどれくらいあるのか承りたいと思ひます。

○説明員(浅井八郎君) 今お尋ねの都道府県、市町村の在宅福祉対策について計画かどうかという話でございすけれども、いわゆる計画と申しましても基本計画それから実施計画両方ございす、いずれにしても利用等目標数につきまして掲げていないものが全体的に見ると多い。それから一応目標数というものを掲げておられても、達成の見込みがあるかどうかにつきましては都道府県、市町村とも多くても一〇%程度のところがあるというにとどまつておるという状況でございす。

○高桑栄松君 今、私聞き間違つたかもしれませんが、私が持つてゐる数字で言う、要するに基本計画がないところが多い、したがつて達成状況はゼロに近い、こういう報告であつたと私は思ひます。

例えばホームヘルパーですと、基本計画がある県が、これは都道府県で二十二でございすからサンプリングでしようね、全部じゃないけれども、それでいきますとホームヘルパーは府県で三三%が基本計画がある。それからショートステイで三八%、デイサービスが四八%、いずれを見ましても五〇%以下である。市町村に至りましては二%、五%、三%で、物価指数と間違ひするような数字でございす、ほとんどないと言つていい。

こういう状況で、厚生省が進めておられるゴールドプランというのはゴールドの光を失つてしまつていふのではないかとこのように私は思ひます。ゴールドプランの行方はどうなるんだらう。せっかく厚生省もいろいろなプランを立てておられて、私はゴールドプランというのは原則的に賛成でありますけれども、果たしてこれがどのように動いていくのか、これが一番気になるところであります。お考えを承りたい。

○政府委員(岡光孝治君) まだまだ市町村では権限が委譲される前段階でございまして、その準備に右往左往しているというのが現状でございす。したがつて、対象者についても実のどのようにして把握をすればいいのかわからないことについて、三千三百の市町村で全部足並みがそろつていふかといへばそうではございせん。

それで私どもは、平成五年の四月からすべての市町村で老人保健福祉計画をつくつてもらうというところが、これはさきの国会での老人福祉法等の改正でお認めいただいたものですから、その準備をしているところとございまして、そこではまず冒頭お話がございました定義の問題についてもきちつとやりたい。市町村の職員でも、こう言うのは語弊がございす、非常に簡単に判定できるようなそういう判定基準を用ひまして、それで行政の対象者がどういふふうにいるのか、どれだけニーズが生じているのかということが非常にわ

かりやすくなるようなシステム、そういったものをマニュアル化してお示して仕事の援助をしたというふうな考えております。

それからまた、二番目の御指摘でございますが、現在の市町村なり都道府県の取り組みにつきましても、そういう意味では非常に不安がられておるといふのが実情だろうと思っておりますが、例えばホームヘルパーの確保が困難であるとかあるいはニーズが明確につかめておらないとか、こういうことがやはり前提になっているのだと思えます。そういう意味では、市町村の体制を整えると同時に、住民の方の意識の開発、啓発もしていかなきゃいけない。

それからまた、デイサービスにつきましても、確かに用地確保が難しいとか特別養護老人ホームに頼んでもなかなか協力をしてくれないとか、いろんな事情があるのだと思いますが、それは私も一つ一つ乗り越えていかなきゃいけないではないか。そのためには国からもそういった具体的な進め方についてのソフト関係での指導も必要です。また財政面からの強力なバックアップも必要だと、こういうことを考えているわけでございます。

そういうことによりまして、せっかくのゴールドプランでございます、お年寄りのウェイトがまだ比較的に少ない一〇%台の初めであるこの時期に、きちっとした我が国の高齢者用の体制を、そして社会的なシステムをつくっていく必要があると思っておりますので、ひとつ市町村や県の関係者の御協力、御理解も得ながら国としても一生懸命この達成にやっていきたい、こう考えておるわけでございます。

○高桑栄松君 それでは、次の患者負担増とスライド制に関連した質問をさせていただきます。

患者負担の一部増は、原案によりまして外来で八百円が千円、これは二五%の増であります。入院は四百円が八百円、これは一〇〇%の増加であります。修正をされてそれぞれ、二五%はそのとおりで、次は七五%になったということでありま

すが、物価スライド制度というのをよく考えてみますと、これは物価指数に比べまして非常にアップ率が高い。単なるアップではない、アップアップである。みんなあつあつおぼしているのではないか、こう思うわけでございます。これは大変な上昇率だろうと思うんで、これほどの狂乱物価的な上がり方はないのではないかと、こう思っております。

これについて何かお考えなり御答弁なりございましょうか。

○政府委員(岡光序治君) 今回の自己負担額の引き上げを行うことにいたしましたのは、一つは、前回の改正以来四年以上据え置かれておる、こういうことが一つ背景としてございます。それから、そもそも若い人とお年寄りとの負担のバランス、あるいはお年寄りの中での関係施設等における負担のバランス、こういった負担の公平ということをお考えなければならぬ。そのような観点に立ちまして、おおむね医療費の五%程度を御負担いただくという発想をしたわけでございます。

しかも、お年寄りの生活の実情あるいは感情に対応すべく、一部負担につきましては定率とするのではなく定額という方式にする、こういうことを考えましてこの改定をお願いしたところでございます。

○高桑栄松君 先ほども老人医療費の約五%という話を答弁しておりましたが、五%というのはどういう理由であつたのか。過去の医療費の年々アップ率をみてみますと、これは平成二年まではほとんど三%台以下なんです。ですから、平成三年で急に五%に上げようとなさつたというところでありますが、五%の理由をもう一度聞かせていただきたいと思うんです。

○政府委員(岡光序治君) 何度も申し上げておりますが、老人保健制度というのは医療保険各制度の共同事業という形で行われているものでございまして、私どもは広い意味での社会保険制度というふうな位置づけでおるわけでございます。そう

いたしますと、そういう社会保険の中で何が問題になるかということでございますが、それは負担と給付の公平ということだというふうに考えておるわけでございます。

負担の公平ということ考えた場合に、先生十分御承知のとおり、健康保険法の原則におきましては一律的に二〇%の負担率ということが規定してあるわけでございますが、ただし当分の間は本人及び家族についてそれぞれ別の負担率が暫定的に決めてあるわけでございます。そういった五十九年健康保険法の改正のときの御議論、こういったものを踏まえ、それから将来にわたる老人保健制度の安定ということを考えた場合には、やはり今一番低い本人の一〇%の負担率のおおむね二分の一程度を御負担いただくというのが必要ではないだろうか、そして、それが無理があれば困りますが、お年寄りの負担能力、所得状況等から考えて無理のない範囲の負担ではないだろうかというふうに判断をしたためにお願いをしているわけでございます。

○高桑栄松君 その半分ということが、何となく半分とおっしゃっているんで、四%というのがもし出てきたらどうなるのか、あるいは六%という考えもあるわけで、その根拠が何なのかと聞いています。足して二で割る半分方式というのはよく言われますので、一〇%だから半分かと。老人だから三分の一という手もなきにしもあらずなわけで、それが今まで私が申し上げた平成二年までは老人医療費の負担分は三%台以下である、もっと昔は一%台でございました。だからそのことを申し上げたんで、五%というこの根拠というのははつきりしないんじゃないのかなと。ただ何となくそう思っている。変な言い方ですが、たくさん取っておいた方がいいという、もう側は多い方がいい、出す方は少ない方がいい、これはもう原則でございますから、それが私たちの質問にも出てきているわけでございますけれども、そういう意味で五%の根拠というのは私は何もはっきりしていない。ただ数字がそこに五と出たと、

四と言えは四になつたはずだ、こう私は思うんです。

先ほど老人保健審議会の答申とたしかおっしゃったと思つたんですが、これは武見太郎先生の非常に強い主張で、何ったことかでございますが、審議会というのは官僚の隠れみのであるということに常に言っておられました。だから、審議会の答申が五%という、それは原案はどちらからか出ていたのではないかと。これは武見先生のおっしゃっていたことだと私は思つて聞いておりましたが、先ほどそういう御答弁があつたように思っています。

しかし、これは余り突き詰めてもどうということじゃございませんし、水かけ論になりますので、一応次に移ります。

外来の診療について、近年国民の医療知識というものは、私は医者でございますが、私が知らぬようなこともどんどんテレビで流れまわして、時々でたらめもあるようでありまだけれども、一々テレビに文句をつけていられますので、そうかなと思つて、それが一般に普及されるんだと思ひながら聞いておりますが、しかしそれはそれといたしまして、医療知識は非常に向上してきております。ということは、各人がみんな専門病院を志向してくる。

私の非常に近い方が内科を開業しておりますが、昔は風邪を引いたといえは全部内科へ来た。このころは、風邪引いたんじやなくて、鼻がおかしいから、耳がおかしいからといって耳鼻科へ行く。目がかゆいといえは眼科に行く。最初はみんな内科に來たと、こういうことを言っているんですが、今や専門病院志向が強まってきたというところを申し上げたいわけであります。

そこで、老人医療につきまして、多くの科を受診するという実態についてデータがございまして、思いますが、承りたいと思ひます。

○政府委員(岡光序治君) 六十一年四月の国保連合会の調査によりますと、お年寄りが一カ月に通っている医療機関の数は平均して一・四八件、

また、社会保険診療報酬支払基金の調査でござい
ますと一・四七件となっております。

○高桑栄松君 実は私、北海道で医師会に聞いた
んですが、これは都会と田舎の差があるようでござ
いまして、札幌だと三まではいかなければいけ
ない、二・何はだったかなんとかと言っていました
で、数字は僕はいまいませんでしたが、そういう
ことではございません。

私は、医学的に考えますと、患者がいろいろな
症状を訴えたときに、私たちが教えられたのは、
若い人の場合には原因は一つであると考えて診
断、治療するのが常道になっております。しか
し老人の場合はそれぞれ独立した症状であつて、
原因はそれだけたくさん出てくるはずだ。そうい
うことで、老人の場合には多科目を受診するのが
普通であるというふうになっております。したが
いまして、老人が多くを科を受診するのはやむを
得ない。単に興味であつたらちを回っているわ
けではないというのを申し上げたいわけで、外
来の一部負担がアップいたしますと、私はこれは
受診抑制につながるのではないかと。例えば三つの
科を受診すると一挙に三千元になるわけで、そうい
う意味で受診抑制につながるおそれがあると私は
思っているわけですが、いかがでしょうか。

○政府委員(岡光序治君) 従来からもそういうこ
とで一月当たり一医療機関ごとに八百円を御負担
をしていただいていたわけではございまして、その額に
つきまして、ただいま申し上げましたような相当
年数も経過をしておるとか、あるいはお年寄りの
平均所得であるとか消費支出の動向であるとか、
こういったふうなことを考えまして、必要な受診
は抑制しない程度の改定ではないだろうかという
ふうにご考慮をいただいております。

○高桑栄松君 ではその次に入りますけれども、
今度は入院の一部負担増について伺いますが、入
院というのは患者の趣味で入院できるわけじゃな
いんで、これは患者の意思以外の要因で入院をす
るわけではございません。その入院を受診者負担であ
るかのごとくに多額の自己負担を増加する。殊に

これは入院ですから、毎日の増でございましての一
挙に大変な額になるわけでありまして。そういう
意味で、多額の自己負担を自己の意思によらない
入院にもかかわらず、受益者でないにもかかわら
ず負担増を強いられるのは問題ではないかと考え
るわけではございますが、これについてはどのように
お考えでしょうか。

○政府委員(岡光序治君) 確かに入院の要否は医
学的な見地から医師が判断することではございま
すが、現実には医療サービスの提供を受けるのはお
年寄り自身でありまして、医療サービスを受けてい
ないお年寄りとのバランス、そういう意味で私
ども受益者負担と、こう言っているわけではござい
ますが、そういうものを考えると、医療サービスを
受ける際には一定の一部負担金をお願いするとい
うのが適当だと考えております。そして一部負担
の額につきましては、再三申し上げておりますよ
うに、若い人とのバランスであるとか老人保健施
設等における負担のバランスであるとか、あるい
は在宅で療養生活をしている人とのバランス、こ
ういうことを考えましても無理のない範囲の見
直しだということに考えている次第でございま
す。

(理事竹村泰子君退席、委員長着席)

○高桑栄松君 再三バランスというのが出まし
て、私さつき申し上げましたけれども、納めても
らう側と納める側とはバランスの論理も当然バ
ランスが違ふわけではございますが、それはそれと
いたしまして次に入ります。

入院の保険外負担というものがあつたわけで、私
ども母なんかを入院をさせてみますといろんな保険
外負担のあることは実感としてもよくわかりまし
た。ちゃんとした基準病院であつても実際にはい
ろんな負担がございまして、まごまごすると月給
の全部一カ月のものがそのまま必要であるという
ぐらになることもあつたことがよくわかつたわけ
でございまして。

そこで、保険外負担の実態を伺いたいと思いま
すけれども、老人保健課の調査でいろいろなデー

タが出ておつたようでありまして、平均的なこ
ろで、それから関東と全国平均等の比較、都会
と全国平均ですね、ちょっと伺いたいと思いま
す。

○政府委員(岡光序治君) まず、おむつ代等の保
険外負担でございまして、平成二年十一月時点で
調査を行ったところでは、これは全体平均の話で
ございまして、老人入院患者一人当たり一カ月平
均負担額は二万二千五百円でございます。それか
らそのばらつきでございまして、関東地方では
一番高いところでは四万四千六百円、それから南
九州地方を申し上げますと一万一千八百円、北海
道を申し上げますと一万二千九百円というふうな
ばらつきになっております。

それから入院に伴う室料差額につきましては、
平成元年七月の調査によりますと、病院の全病床
の一〇・一％で徴収が行われておるといふことで
ございまして、患者一人当たりの徴収額は、一人
ないし二人部屋の平均額は一日約四百円という
ことになっております。

それから付き添いの関係でございまして、これ
は付き添いの形態なり患者の病状によつて非常に
異なつておりますが、患者二人で一人という、二
人つきというのをやつた場合の慣行料金を申し
上げますと、付添人が泊まり込みの場合は一日七
千二百円程度、一月で二十二万円程度、付添人が
昼間だけの場合は一日四千九百円程度、一月で十
五万円程度、こういうふうになると聞いておりま
す。

○高桑栄松君 今承りましたけれども、やっぱり
保険外負担というのが非常に大きいということが
わかります。国民年金が約三万円というのに対し
まして、一部負担のアップというのは極めて過酷
であると言わざるを得ないと思ひます。

そこで申し上げたいのは、入院費以外の保険外
負担を解消するにはどうしたらいいのかわか、どうい
う対策をお考えか。具体的に措置をお考えいた
だいて、そしてその成果を確実にすることがまず第
一ではなからうか。例えばベッドの差額とかあ

るいは付添看護についてどれくらい患者負担を軽
減する方法があるか、こういったことでもしお考
えがあらうら、承りたいと思ひます。

○政府委員(岡光序治君) まず、差額ベッドにつ
きましては、三人室以上は取つてはならない、こ
ういふことになっておりますので、そういう不適
当な差額徴収は行われないような指導を徹底する
というところでございまして。

それから付添看護につきましては、入院医療管
理病院のような付き添いを全く排除するようなそ
ういふ病院をふやしていく、あるいは老人保健施
設のようなものをふやしていく、いわゆる受け
皿の整備、これをどんどん進めるといふことで
はないかと思つております。

それから、お世話料などのあいまいな名目での
費用徴収でございまして、こういったものは行わ
ないよう、あくまでも必要な品物についての実
費徴収といふことで徹底するようにという指導の
強化をしてまいって対応したいと考えておりま
す。

○高桑栄松君 禁止事項ばかり言つたんでは、そ
れはそれなりの効果があるでしょうけれども、基
本的には禁止事項ではなくて公費負担をどのよう
に拡大していくかといふことを私は承りたかつた
のであります。今お答えをいただきましたか。
ちょっと難しいかな。

○政府委員(岡光序治君) 私も十分それは今後煮
詰めなければならぬ問題だと思ひますが、一つ
差額ベッドで申し上げられますのは、診療報酬体
系との絡みだと思つております。

診療報酬体系の中で、建物なり土地代につきま
しての償還費といふのが入っているというふうな
理論構成されておりますが、これがどうも私は、
今の診療報酬体系の中でどの部分がどういふこと
になっているのかといふのが全く混然一体となつ
てわかつておりません。もちろんこれは人件費に
ついていふことではございまして、これは先生
に申し上げるのは申しわけありませんが、昭和三十
三年に現在のような新医療費体系になった、そ

れからの長い歴史があるのだと思っております。そういう意味では、これからいよいよドクターフィーとホスピタルフィーをどう分けていくのかというふうな問題を論じなければ基本的にはなかなか解消の道は得られない。そういう意味ではルール違反のものについて取り締まるということを当面申し上げるわけでございますが、そういった診療報酬体系そのものの議論をこの際していただかなければ抜本改革にはつながらないんじゃないだろうかと思っております。

付き添い問題につきましては、マンパワーの確保問題と非常に絡んでまいるのでございますが、基本的にはもう少し病院体系というものをきちとさせた上で、それぞれの機能連携というものをきちとさせて、その中の病院の職員配置というものをきちと決めていくということで私はやはり根本改革を図っていかねばならないんじゃないだろうか。

もう一つは、あえて申し上げますが、現在の医療保険制度の中でいろんな給付あるいは給付に関連するようなサービスが出てまいっておりますが、どのサービスを保険給付にし、どのサービスを給付外にするのか。特にいわゆるアメニティー部分という問題が議論されておりますが、こういった部分についての保険給付の範囲という問題をきちと論じなければなかなか解消は難しいだろうと思っております。

そういう方向に向けて今後議論を進めていかねばならないと思っておりますけれども、それは大分時間がかかると思いますが、したがって当面対策をどうするかということで、先生からおしかりを受けるような内容にはなろうかと思っておりますが、当面対策を申し上げるような次第でございます。

○高桑栄松君 お話を承っているだけでも大変だなと思いますが、ひとつしっかり検討していただきたいということでもあります。それでは、スライド制に話を移したいと思いま

すが、衆議院段階でこれは物価指数にスライドするということに修正をされました。この点については本当に国民の理解、合意がなされてはいないのではないかと。また、額の変更はその都度国会で審議、決定をしてきたという経緯がございますので、その辺を勘案するとわかにこれは賛成はできない、これが私の実感でございます。

さらに、医療費は新医療技術の開発に伴いまして高くなっていくわけでございますが、この側面についてはスライド制とは無関係であるという意味で、医学的立場からは医療費そのものについてのスライドには賛成しにくいということでもあります。

もう一つは、スライド方法のいかんによりましては、老人所得の伸び以上にこれがアップされますと、先ほど申し上げましたように老人はあつぱあつぱすることになるわけでございます。特に入院については影響が大きい。したがってスライド制は青天井というわけにはまいらない、上限が必要である。こういう立場に立つて質問をさせてもらいますが、消費者物価指数の変動はここ数年間どうなっていたか伺いたいと思っております。

○政府委員(岡光序治君) 平成二年の消費者物価指数を一〇〇とした場合の昭和五十五年の消費者物価指数は八一・七でありますので、この十年間の消費者物価指数の伸びは二二・四、こういうふうになります。これから一年当たりの伸び率を算出してまいりますと、二・〇四％ということになるかと考えております。

○高桑栄松君 今の数字を素直にとらせていただきます。そうすると三十年以上の間において平均二・何％であるとするれば、私は上限は三％を主張したいと思っております。物価スライドと修正されますと、それについては何らかの歯どめが必要であると申し上げたいので、その意味でも私はやっぱり三％を主張したい。特に公明党は衆議院では大変三％に固執しておられて、その影響を受けて私も一生懸命に三％を主張したいと思う次第でございます。このことについて大臣

にひとつ御意見を承りたいと思っております。

○国務大臣(下条進一郎君) スライド制の導入というのは今回新しく提案されたわけでございますが、何にスライドするかということについてはいろいろな考え方があるわけでございます。修正の上で物価スライドということに相なったわけでございますが、これは、今お尋ねの中で過去の消費者物価の動向を見ましても二％ちょっとということと、我が国はそういう意味では物価は極めて安定している国の一つではなからうかと思っております。将来はこれからの政治経済情勢によってわかりませんが、そのように安定することを期待して政策を忠実にやってまいりたいと思うわけでございます。

その中で老人医療費のスライド制の問題でございますが、委員はいろいろなことを想定されて御懸念をお持ちのようでございますが、そういう御懸念をお持ちのような事態が発生した場合は、政府といたしましては国会の御判断を仰いで必要な措置を講ずるようにいたしたい、このように考えております。

○高桑栄松君 その御懸念とお話しになったのは、私の御懸念は三％なんです、三％でございます。よろしく。

○国務大臣(下条進一郎君) それは、その事態における客観的ないろいろな諸状況を勘案の上で御相談をして決めさせていただく、こういうことでございます。

○高桑栄松君 私はその大臣の答弁に御懸念をちよつと持っているわけでございますけれども、これ以上進めておいても時間がなくなりますので、大臣にしっかりと胸に受けとめていただきたいと思っております。

もう一つ大臣に承りたいのは、老人保健制度の給付や負担のあり方等については三年後に見直しをするというふうなことはお考えでしょうか、いかがでしょうか。いろいろな物価の変動等も踏まえて見直しをする必要があるのではないかとこのように思いますが、いかがでしょうか。

○国務大臣(下条進一郎君) これから先の長い、長期的に継続的に制度を維持していくという建前でございまして、今後のいろいろな情勢が変わる場合にはまたその折において検討をしなければならぬ問題も出てくるかと思っておりますが、当面はこのこの制度を維持してまいりたい、このように考えておるわけでございます。

○高桑栄松君 それでは、次に公費負担の拡大の問題について質問をしたいと思っております。

政府原案によりまして、公費負担の拡大を非常に強調しておられますが、中身を検討させていただきまして、五割の対象としたのはベッドにして全体の一五％にすぎない。つまり老人保健施設とそれから介護の充実した老人病院で、ベッドが八万八千六百ですか、ということではこれは全体の一五％にすぎない。それで大変拡大をしたとおっしゃるわけですが、この対象については衆議院でも一項目拡大をされて、これは大変いいことだと思ふんです。老人訪問看護の療養費に公費拡大が適用されるということになったわけでありまして。

しかし私は、当面次の項目にも拡大を希望いたしますので注文をさせていただきますが、一つは老人性痴呆疾患療養病棟でございます。それからもう一つは基準看護承認病院に入院している老人の療養費、この二項目についても拡大を私はしてもらいたいと思ふんですが、いかがでしょうか。

○政府委員(岡光序治君) まず老人性痴呆疾患療養病棟でございますが、そのサービス内容を点検いたしますと、やはり精神科の治療という色彩が強いということでございまして、私どもはそういう考え方から五割の対象とするのは適当ではないのではないかと考えておる次第でございます。

それから、第二点目の一般病院の基準看護承認病院の老人の入院医療費というところでございまして、一般病院はそもそもその性格、それから機能から考えまして、急性期の患者を含めさまざまな疾病状態にある患者を対象にするものでございまして、そういう意味で介護的要素に着目したとい

うふうに位置づけることはできないんじゃないか。さらに、主として老人のみを対象とする制度上の位置づけにはないという性格でもございまして、したがって五割の対象とすることは適当ではないというふうに考えた次第でございます。

○高桑栄松君 それでは、きょうの私の質問の最後は老人訪問看護制度で自分の時間を終わりたいと思いますが、大変せつぱ詰まっていますので少し急ぎたいと思います。

まず、先ほど質問がございましたけれども、寝たきり老人にとりましては、本人及び家族にとつて訪問看護というのは最大の頼りになる制度でございます。この制度は公明党も推進方を強く要望してまいりましたので、その端緒が開かれたということは高く評価していいと思いますが、しかし具体的な姿がはつきりしていません。

その二、三の点を質問をいたしたいと思いますが、まず、先ほど来ドクター、ナースの関係がございましたが、医師の教育がとおっしゃっていたので、私は医師を教育した立場でちょっとばかり、弁解ではございませんが堂本さんに答弁的な話をさせていただきますと、医師がみんなもうけ一方で予防医学に全く無関心なのではない。私は予防医学の教授をいたしましたので、予防医学こそ治療よりもっと大事であると常々主張してまいりました。それに感化されて厚生省に入ったのが、そこにおられる局長とかお医者さん方もみんな予防医学の私の仲間でございます。かわいひ弟子みたいなものでございまして、私は本当はいじめたくなかったんですが、立場が変わるといじめなければいけないということでございます。予防医学に関心を持って入ってきている人がいるんです、もう収入は断然違いますから。でも、これに情熱を燃やす人がそこにも何人も並んでおられるんですね。そういうことをちょっと申し上げまして、質問に進みたいと思います。

そこです、医師が訪問看護で常時指示できる体制が要るのではないか。例えばステーションの

スタッフとか、それからだれが行くのか、正看なのか准看なのか、もう一つ看護助手なのかとか、あるいはその指示は包括指示で行くのかあるいは個別の指示があるのか、この辺なるべく時間を詰めてひとつ簡単に御答弁をお願いしたいと思います。

○政府委員(岡光序君) 医師の指示を受けるに当たりましては、その業務範囲に差がないわけでございますから、正看護婦と准看護婦との間で違いは生じないものと考えております。

それから、包括的な指示かどうかということでございますが、訪問看護サービスの対象が主として病状安定期にある寝たきり老人等でございますので、サービスの内容も介護の色彩の強い看護が中心となりますので、ある程度包括的な指示でも問題のないケースが多いんじゃないだろうか、こう考えております。

それではよろしくでございますか。

○高桑栄松君 医療過誤なんかとつながることがあるかと思っております。

○政府委員(古市圭治君) 先ほどお答えいたしましたように、訪問看護制度も最終的には裏で医師が責任をとる体制ができていくところから、受ける側も行う看護婦さんも安心して行えるということでございますから、医療過誤は指示した範囲内では医師にくるということでございます。そういうことで、看護婦さん等医療従事者が行う業務というのは、内容によって医師の個別具体的な指示がなければいけない行為と、それから今回のように病状が安定しているような人に対して侵襲性が少なく、危険性が少ないというような状況が想定されておりますので、このようなことに対しては医師の包括的な指示のもとにその範囲内で看護婦さんが裁量的に業務を行い得るという分野も非常に広いのではないかと、このように思っております。

○高桑栄松君 前回審議をされた救命救急士なんかのような急変とは違う、もう少し安定しているというお考えのようでございますが、やはり患者

側にしますと医師の指示があったということが非常に重要だと思っておりますので、その辺も連絡方法、コミュニケーションは十分にとる方法を考えていただきたいというふうに思います。

時間がもし残りしましたら質問の項目を戻りますけれども、まず一つ伺いたい大事なお話は、在宅老人の訪問看護に最も重要なマンパワーだと思っております。問題はマンパワーである。マンパワーをどういうふうにするのかということでありまして、その中で特に頼りになるのが看護婦さんでございますが、看護婦の養成施設がどうなっているのか。新設医科大学がたかさんでございましたが、まず大学附属の看護婦さんの養成所の現状について、文部省にひとつ伺いたいと思います。

○説明員(喜多祥彦君) お答えをいたします。現在、国公私立合わせて七十九の医科大学がございまして、そのうち看護婦養成機関を持つていない大学は、国立が十四校、私立が二校、計十六校でございます。

国立の十四校でございますが、昭和四十八年度以降設置をいたしましたいわゆる新設医科大学でございまして、新設医科大学を設置いたします際には看護婦の養成確保、これは地元で行っていただくということを進めてまいりましたわけでございまして、十四の新設医科大学には看護婦養成施設はございせん。

○高桑栄松君 これは前回宮崎委員も非常に強調しておられて、私ももう一回質問をしなればと思つたことでありますが、新設医科大学が国立で十六できて、十四看護婦養成所がないというのは、私のように戦前派にとりましてはびっくり仰天だったんです。

旭川の医科大学の学長にも言われまして、とても私たちのところでは看護婦さんを充足することは困難だと。僻地でございまして、せっかく養成した看護婦さんは、どっかこっかにちゃんと予約ができていまして、もうそこへみんな行くようになっていて、だからどうしようもないと言っていますね。私にすれば、ティーチングスタッフとい

うのは言うなれば国立ですから月給なしで行つてくれる人がいっぱいいるわけでございます。専任は何名かで済むわけだ。建物だけなんですね。ですから、少なくとも看護婦がこれほど足りないと言っているのに、なぜ国立医科大学または医学部にならないのか。新設であるのは秋田と琉球、それ以外は全部ない。私は、本当に自分の不明を恥じたい、旭川医大がないというのでびっくり仰天をしたんです。

ですから、これは何とか文部省ひとつ、もう背に腹はかえられないわけで、老人医療だけではなくて日本の医療を支えていくのにどうしても看護婦さんがまずいなければだめです。その人がいなければ、さつき正看でも准看でも同じだとおっしゃるけれども、やっぱり正看の方はそれだけの教育を受けているわけだから、正看をちゃんとやす。(発言する者あり) まあ、応援される人がいっぱいおられるようでございますから。これは絶対要るんですね。文部省は緊急に予算を獲得をして、多分与党も野党も全部応援をしてくださるかと思つて、今申し上げておるんです。ぜひひとつしつかりやってもらいたい。お考えを承りたい。

○説明員(喜多祥彦君) 先ほどお答えいたしましたように、設立当初は地元で養成確保していただくというところでスタートしたわけでございますが、当初はそれで格段の支障がなかったというふうに私も承知いたしておりますが、最近におきます看護婦の不足ということを受けて、地元のお自治体等から新設医科大学にぜひ看護婦養成機関を設けてほしいという要望が寄せられておりますことは十分承知をいたしておるところでございます。

今後どのように対処すべきかにつきましては、各地域におきます看護婦の需給状況でございますとか大学の準備状況、そして国の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、かように思っておりますのでございます。

○高桑栄松君 特に在宅介護なんかは、先ほど来

同僚委員の御質問にもございましたけれども、医者というよりは女性が主なわけだ。在宅介護に従事している人はもう八〇、九〇％が女性でございますから、ボランティアを含めまして、その指導的立場に立つのが看護婦さんなわけです。ですから、医者は医者として外来を持っていたり入院患者を別けていますから、しょっちゅう在宅の老人の看護にすぐ応診というわけにいかないというの、先ほど御答弁があったとおりだろうと僕は思うんです。ですから、その点でどうしても重要なのは看護婦養成であると私は思うわけでございます。

ところで、時間がもう三分ぐらいあるようでありまして、看護ステーションの数はどうなっておりますか。

○政府委員(岡光序治君) 平成十二年には約五千人程度必要になるものと見込んでおります。

○高桑栄松君 現在はどうですか、当面の予定。

○政府委員(岡光序治君) 極めて不確定な要素が多々ございまして、関係者といういろいろ諸りながら来年度は四百人程度を目標にしたいと考えております。

○高桑栄松君 先ほどのお話とは数字の上で大分開きがございますけれども、四百人所で手をつけたということで、あとは拡大していけるわけだろうと思うんです。

一方所対象が五十人というんですね。

○政府委員(岡光序治君) 対象の老人数五十人程度ということでございます。

○高桑栄松君 そうすると、二万人ということ、スズメの涙ぐらいかとも思いますけれども、予算というのは一通つくと拡大をしていくということでありまして、国民の期待も非常に大きいと思うんです。

そういう意味で、もう一つは大塚老人保健福祉部企画課長さんが看護協会シンポジウム、九月十二日の朝日新聞で私見しました。課長さん来ているかと思つたらお出になつたようでございますが、マンパワー確保に大変な御発言をしつかりしてお

られまして、「処遇改善を含めできるだけのことをする」と。大蔵がうんと言えどというのは括弧して書いてなかつたですけれども、多分そうだとお考えですが、御答弁を願いたいと思います、お考えを。

○政府委員(岡光序治君) 厚生省挙げて看護婦さん、それからホームヘルパーさんを初めとする社会福祉施設職員の人材確保を一生懸命やりたいと考えております。そういう意味で、看護婦さんの場合には診療報酬改定となつておりますが、次期診療報酬改定ではこの点が問題になるかと思つておりますし、しっかりと頑張らなきゃいけないと思つております。

○高桑栄松君 では終わりに、大臣、私は老人訪問看護制度はこれからの老人医療にとつて非常に大きな仕事だと思つて、特にマンパワー確保を非常に重要な第一の問題点だと思つて、これを全部総括いたしまして大臣の決意のほどをひとつ承つて、私の質問を終わります。

○国務大臣(下条進一郎君) 委員御指摘のように、今回の法律の改正の中で訪問看護制度というものを特に重視していることはそのとおりでございます。そして、高齢化社会がさらに高まってくる中で、いろいろな段階のお年寄りが安心して医療も受けられるし、また介護のいろいろな手も差し伸べていただけるという条件を整える中で、この訪問看護制度が特に大きな役割を演ずることと考えております。

ただ、今御指摘のように、これからやるわけでございますから直ちに皆様の御要望を満たすというわけにはまいりませんけれども、その重要性はこれはもう大変に高いものでありますので、厚生省といたしましてこの制度の第一年度から着実に内容を充実した形で御要望にこたえてまいりたい。

特にマンパワーの確保、これは非常に重要なものでございます。看護婦さんが今何と申しまして大変不足をしておるということでありまして、この問題については既にこの六月のときにお

約束いたしましたように、各都道府県に現状の把握のための調査を依頼いたしております。大体九割からの返答を得ておりますが、間もなく一〇〇％の回答が来る予定になっておりますので、看護婦さんの全国における実情を十分把握した上で、新しくなされる看護婦さんをはかりに養成していくかという問題と、それからまた現在おられる看護婦さんがブライドを持ちながらそして気持ちよく勤務できる諸条件を整えることと、それからこの訪問看護の場合には、特に大いに活躍していただきたいと考えております。潜在的な看護婦さん、過去の経験者、こういった方々が来られるような道をつけるということで、そのためのセンターの活躍、あるいはまた特別の講習会の設置等をいたしましてそれらの準備を進めてまいりたいと考えております。

そして、当初の目的である高齢者の病に倒れていらつしやる方、あるいはそうでなくてもお体の不自由な方が家庭においても十分に引き届いた医療ないし介護の手だてを整うように我々も努力をしてまいりたいと考えておる次第でございます。

○沓脱タケ子君 昨日は一年に一遍の敬老の日でございました。この敬老の日のプレゼントのように老人いじめのこういう悪法を審議しなければならぬというの、極めて残念だと思つております。

私は、各論に入る前に、まず総論として老人保健法の成立の経過そしてその性格等について少しだけしておきたいと思つております。

老人保健法は、昭和五十七年、一九八二年の九十六国会で成立いたしました。老人医療無料化を実現したのが昭和四十八年でございましたから、わずかに十年で有料化されたわけでございます。

この法案が提出されたときには大変なめましました。これは当然でございます。そして修正をされました。本人の一部負担が外来五百円を四百円に、そして入院三百円を二百円に、そして二カ月というところ、あるいは提出金の按分率を緩和するという等の修正がやられました。私も当時の吉原審議官、

後の厚生省事務次官でございますが、吉原審議官や森下厚生大臣と相当な議論をいたしました。大変な馬力を出してこの悪法を成立させた経過を今もありありと思ひ起こします。

私が当時問題にいたしましたのは、医療や保健の分野に自立自助とか民生活論、こういう思想というものはなじまない。時間がありませんから簡潔に言いますが、もう一つは老人保健法の基本的な理念はこういうふうな書いているんですね。老人保健法の「基本的理念」の第一項は、「国民は、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴つて生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、老人の医療に要する費用を公平に負担するものとする。」、こう述べている。つまり国民は自分の健康は自分で守れ、そして老人医療は公平に国民が負担せよ。国がというのは一言もないんですね。こういう考え方というのは、いわゆる戦後の社会保障の一環として考えられてまいりました老人福祉法の理念と全く違つてい

老人福祉法の理念では、「老人は、多年にわたる社会の進展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるときに、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものとする。」、こういうことであつたわけですが、この考え方を完全に転覆したというか、覆したというのが老人保健法の基本的理念であるわけですね。これはひどいものであります。

私は、こういう状況で発足をいたしました今日まで約八年ですが、国民が公平に負担するということの考え方に無理があるのではないかとおもうんですが、大臣さう思いませんか。

○国務大臣(下条進一郎君) 法律の読み方はいろいろあるんじゃないかということは今承つておりました。第二條で基本的な理念が書いてありまして、そこではお年寄りの方々に対して「生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものとする。」ということでございます。その基本的

な理念に基づいて老人保健法があり、その老人保健法においてその趣旨がまた生かされておる、このように私たちは解釈しております。

今御指摘の老人の医療に関する費用を公平に負担するということは、これは国も含めて、本人もそしてまた提出していらっしゃる方、その他すべてを含めて公平に負担するというものでありますので、そのバランスの中で長期安定的な制度を運用してまいりたい、そういう考え方だと思っております。

○奮脱タケ子君 時間をとっているわけにいかぬのですが、私は実施して以降今日までの経過を見ていて無理があると思うんです。現に負担の公平ということで、老人本人一部負担の導入ということで次々引き上げをやつてまいりましたが、本人一部負担だけについて見ますと、五十七年の創設時には、さつき申し上げたように修正をされた。六十一年の改正のときには外来千円、入院五百円という政府案に対して修正をされて、外来八百円、入院四百円、低所得者は三百円で二カ月限度というふうに変更された。今回の改正は外来千円、入院八百円、そして修正をされて、平成七年からはスライド制でいく、こうなっているようにございます。

こういうふうには、次から次と提案をするけれども、修正が必ずやられていっているというのは、これは高齢者の大変な声であり、世論の声で修正がされていったと思うんです。したがって、こういう一つのことを見ましても、負担の公平とか公平な負担というふうなことを言いますけれども、まさにこれはそういう政府の考え方に国民的な批判が集中してあらわれていると思うんですね。だから、公平な負担というふうなことを言うけれども、お年寄りに一部負担という形でぶっかけ、あるいは現役労働者の保険の拠出金という形でどんどんぶっかけていく、こういうことでは無理じゃないのかというふうに思うんですが、同じことしかお答え願えないんだらうと思いますが、無理が出てくるというふうに私は思うんです。

その証拠に、本改正案を見ますと、国民は老人医療費を公平に負担せよというこの思想、こういう理念というのが破綻をきてきているなというところを示していると思うんですね。本改正案の主な改正点は、御承知のように、老人訪問看護制度の創設、二つは公費負担割合の引き上げ、老人保健施設等への公費を五割負担に引き上げる。もう一つは、一部負担金の引き上げとスライド制を入れるという三つですね。

本来なら一部負担の引き上げとスライド制の導入、これがやりたいところで、先ほどから岡光部長が盛んに言っているように、老人の一部負担を五割に維持していきたい、そういうふうにしたいたいと思うけれども、それだけではとても成立できない。健保連からも要求がある、その他の団体からも要求があつて一定程度公費負担の拡大を入れざるを得なかった、そういうことだと思つてですね、今御提案の中身というのは、法律どおり老人医療費の三割を公費で、残りの七割は国民が公平に負担せよ、こういうおたくの方で決めたこの原則を崩さざるを得ないところだと思つて、今日政府案自体にあらわれているところだと思つて、国民は公平に負担せよだけでは無理であるということを知つていて、ここまでできている。公費負担をがっちりとかんぬき入れていたけれども、今度の提案ではそれではできないということがはつきりしてきた。それでしよう。大臣はお立場上いやそんなことはない、無理だとは思っていないとおっしゃるかも知れぬけれども、事実がそういうふうになつてきているということをお感じになるでしょう、いかがですか。

○国務大臣(下条進一郎君) 当初からの歴史をたどつてのお話でございますが、我々はこれから先に向けての対策をいかに考えていくか、特に高齢化社会でございますし、これは想像以上に高齢化が進んでおりますし、またもつと長い目で見れば後に続く若人の数もふえないし、そういうような状態の中에서도とも関係者が公平に負担をしていく制度をいかにつくるかということがこの老人保健法の場合に非常に重要なことだと考えております。

したがいまして、そういう観点から今回お願い申し上げましたような改正案を提出しているわけでございます。私たちはこの改正の中で若年のあるいはまた中堅の勤く方々の負担をこれ以上ふやさないようにして、長続きさせるようにして、しかも年々ふえてまいります高齢者の方々に対する医療その他が行き届いた形でいけるような制度をつくりたいということでこの改正をお願いしているわけでございます。

○奮脱タケ子君 私が申し上げたところとちよつと違つたけれども、私はどこから見ても、実態として国民は老人医療費を公平に負担せよという本法二条の理念というのがいよいよほころび始めたなというふうに思つております。まず国が第一義的にしっかりと老人医療あるいは医療費について責任を持ちますと、この柱をしっかり据えるというときに来ているんじゃないかと思つてですね。こういう柱がしっかりしないから国民は大変不安で仕方がないんです。

時間の都合がありますから多くを申し上げられませんが、敬老の日を前後して新聞紙上にいろいろなデータが出ております。何しろ随分生活の充実感が出ていますけれども、健康や老後の不安というものは約四割の人が感じているというデータも出ています。そして政府に対する一番大きな要求というのは社会保障、社会福祉の充実が三九・五％で三年連続第一位。国民の意識というのは非常に高まっていると思つております。

大臣、せっかく法改正をやるのなら、ここまで来た以上、原則を法に明記する、国がしっかりと制度にも財政にも責任を持ちますということを明記して、現行の国民全体が分担して持ちなさいというそんなことを撤廃するべきだ、改正をするべきだと思つてですね、せっかくの改正案を出すんだから、後でいろいろ触れたいと思いますが、もうそこまで来ているというのが今日の情勢だと思つていますが、いかがですか。

○国務大臣(下条進一郎君) 先ほど基本的な考え方を申し上げたわけでございますが、老人保健法はその基本理念として、健康に対する自己責任の原則と、またあわせて社会連帯の精神に基づいて国民が老人医療費を公平に負担するということを示しているもの、このように考えております。これによりまして老人保健制度の安定的運営を確保し、老人が安心して必要な医療及び保健サービスを受けることができるようにしようとするのが基本的な考え方でございます。

○奮脱タケ子君 大臣といろいろやりとりしている時間がないものですから、次に進みます。御承知のように、老人保健法というのは臨調行革の先駆けになつた法律でございます。臨調行革の本質というのは、このところ十年たちましたから非常に明白になってまいりました。臨調の基本的な考え方というのは小さな政府論、それから民間活力の活用なんですね。厚生省も民生活動に便乗して、それが出てきたのでシルバーサービスなんというふうなことで取り入れられました。しかし生活路線というのがもう今やバブル経済の破綻、あけく果てには庶民のマイホームの夢までつぶすというところ、あるいは証券・金融・スキャンダル、こういうことで破綻が明らかになってきております。

小さな政府論では、御承知のように社会保障や社会福祉が第一のターゲットである。まさに老人保健法成立はこの臨調行革の先駆けであつたんですね。これを成立させて、その後国庫負担の全然ない退職者医療制度の創設がやられた。その関連で国民健康保険の国庫負担金をばつさり削除した。四五％から三八・五％に下げた。そして健康保険の本人一割負担というところへ踏み切つて、一元化で今後二割負担にしようということが明らかになつていっているわけですが、こういうことを見ますと、社会保障に対する国の負担、国の責任というのは一貫してどんどんと低下してきているというのが事実でございます。反面、私も日本共産党が臨調行革路線の当時

に申し上げたように、防衛費だけはがっちりこの十年で約二倍に突出をしている。臨調のこの十年の特徴というのはもう本質が非常に明らかになっておりますが、こういうことでしよう。いろいろ言いわけなさいますか。事実はそういうことになっているということを申し上げておきたいと思う。

○国務大臣(下条進一郎君) 財政の立て方の基本的な考え方、これはお立場上違うことは前提だと思ひますが、事実の点で申し上げますと、社会保障給付費に対する国庫負担の割合が減少していることは御指摘のとおりでございますが、このことは二十世紀の本格的な高齢社会においても社会保障制度が引き続き国の政策として安定的に機能し得るよう、国民の合意の得られる負担水準との関連に配慮しながら各制度における負担水準の正、効率化、体系化を図ってきたことの結果である、このように認識しております。

○香取タケ子君 これは数字が証明をしているわけで、具体的に老人医療に占める国庫負担の割合を見たら実に歴然ですね。昭和五十八年度これは老人保健法の初年度ですね。このときが国庫負担が四四・八%ですね。平成二年度ではこれが三四・九%、約一〇%国庫の負担金が減っているんですね。だから、一方では年寄りのために使うと言つて盛んに宣伝をして消費税も入れたけれども、七年間に一〇%の負担金が減っている。もちろん按分率の変化に伴う減少という面はありますけれども、結果として国庫負担一〇%減の仕組みをつくつた。その分は国民の負担が全部ふえてきたんですね。その上に国庫負担が全然ない退職者医療制度を五十九年十月から実施した。さらに健康保険本人一割負担を実施した。こういうことで次々と手を打った結果、国民医療費の中に占める国庫負担の割合というのは物すごく目に見えて減つていますよ。

これは厚生省の資料で申し上げますが、五十八年、老健法が入った年ですね。五十八年に国の負担金が三〇・六%、それが既に六十年の統計では

二六・六%と四%減つていまして、国の出すお金が。それで、どこがふえたんやというたら、現役労働者の出している被保険者のお金、これが五二・五%から五四・三%、一・八%。患者の一部負担が一〇・八%から一二・二%ですから一・二%ふえて、地方負担が五・七%から六・八%と一・一%ふえている。つまり制度を変えることによってわずか三年間で国が出すべきお金は四%減らして、あとの分は国民、つまり患者とそして被保険者と、地方負担、これに全部転嫁してちょうど四・一プロの増になつて勘定が合うという格好になつていくわけですよ。だから、制度の影響というのは、政府のお金が減るかふえるかというのは実に鮮明に出ていまして、政府が減つた分だけ国民の負担増になつてあらわれている。

さらに、五十八年から六十年年度の資料、これは国民医療費全体を見ましても同じようなことになつております。国は五十八年から平成元年まで見ましても五・九%減つていまして、そのあとは、これは患者負担の一・五%増、あるいは保険料の三・六%増、地方の一プロ増なんというふうなのを合わせた全部で六%負担増になつていまして、国が五・九%出すのを減らした分は全部国民各層に負担をカパーさせるというやり方になつていまして、そういうことになつて数字があらわれているというところは事実でしょう。これは数字だから否定できませんね。

○政府委員(黒木武弘君) 事実の確認でございますけれども、先生御引用されましたように、拠出金に対する国庫負担の割合あるいは国民医療費に対する国庫負担の割合等が御指摘のとおり減少していることは事実でございます。これは先生も御指摘になりましたように、制度改正の結果によるものでございます。

歴史を引用されましたけれども、老人医療が無料化になつたときに国保が大変な危機に見舞われたわけでございます。老人医療費が二割も三割もふえる時代が続きまして、国保がパンク寸前になつたわけでございます。そういうことから

医療費は一部負担していただかなければならないという時代を迎えたわけでございます。しかし、それでもなお一〇%ぐらいたまふえる時代が続きまして、国保はさらに高齢化とともに財政が非常にきつくなつたというところの中でもう一度、退職者医療制度をつくり、あるいは按分率を高めるというふうな形で公平な負担を皆にしていたかどうかという結果として……

○香取タケ子君 数字はそのとおりでしょう。経過は私が言うたわ、ちゃんと。

○政府委員(黒木武弘君) つまり申し上げたいのは、高齢者が多いために国保に大変な財政負担がかかっていたわけでございます。それをどうするかということで制度改正をした。国保に最も手厚い国庫が入つていするために、国保の制度を軽くすると国費もそれに比例して下がつてまいつたというのがメインのストーリーではないかと思ひますので、念のため申し上げます。

○香取タケ子君 数字はそのとおりでしょうと言つています。

○政府委員(黒木武弘君) 数字はそのとおりでございます。

○香取タケ子君 何も要らぬこと言わぬでいい。そういうことになつていまして、

大臣、この機会だからもう一つ申し上げておきたいのは、年金制度も同じなんですよ。年金制度に対する国庫負担も減るような仕組みに六十年改正でやつたんですね。基礎年金制度を設けて、四十年フルペンション方式で給付水準を約三割下げたでしよう。三〇%下げた。この仕組みの結果、厚生年金制度に対する国庫負担はどないなつたかといひますと、これは昭和六十一年から二〇二〇年まで総計で、見通しですが、四十六兆三千億円の従来の形式ならかかるのが、この改正によりまして三十七兆二千億に減つた。二〇二〇年までに総計で二〇%も減らすという仕組みをつくつたわけですね。

私は医療の分野を数字的に言つておつたけれども、年金もこういうことなんです。これが臨調・

行革の本質ということだと思ひますが、これは国民はちゃんと見ていまして、防衛費はほとんど伸びるけれども、高齢化社会、高齢化社会と言ひながら国はさつぱり責任を持つて対処しないじゃないか、国民に費用を転嫁するやり方、消費税まで入れているのに一体何だ、政策の基本を転換すべき時期に来ているんじゃないかというのが国民がそれなりに苦勞の中で感じている考え方です。いかがですか。

○国務大臣(下条進一郎君) 国庫負担というのは、御承知の上でおつしやうと思ひますけれども、これはやはり国民の税金でございます。したがつて、そういう直接に税金を払つた国庫負担から出るもの、それからいわゆる別な支出として立てられる社会保障費の中から出る国の負担、それからまた掛金を掛けていращる保険なり年金の掛金の負担、それからそれを利用される方の、医療の場合には老人医療の御本人の負担、これをどのようにバランスをとっていくかということが政策でございます。その意味で、そのたびごとに法律の改正は国会で御審議をいただいて御賛同をいただいた形で改正してきたわけでございまして、これからも全体の姿を見ながら長期安定的にその制度を運用するにはいかなる形の負担が望ましいかということをお審議いただき、その結論で私たちは運営をしてまいりたいということでございます。

○香取タケ子君 税金も国民の負担だとおつしやうけれども、税金も保険料も同じ国民の負担と違ひますよ。大蔵省御出身の大臣がそんなことを言つていいんですか。税金で納めた国家予算というのとは所得の再配分機能でちゃんと分配をしている。保険料とはわけが違ひます。保険料も国民の負担なら税金も国民の負担やと、そんなみもくそも一緒にするような論議というのは、これは大臣としてはそんなことをよくぬけぬけとおつしやうなふうには思ひます。しかし、次に、患者本人負担についてお伺ひします。

私は先ほど、国民は政府の姿勢を大変よく見て
いると申し上げました。大阪へ帰ったら、お年寄
りの人たちがこう言うんですよ。先生、政府は湾
岸戦争には大金はさつと出すのに、何で私らのよ
うな年寄りからお金をまた取り上げようとするん
ですか、こんなことを私どもに何人もの方がおっ
しやる。こういう感情というのは多くの高齢者が
持っているんです。我が国の高齢者は経済大国に
ふさわしい豊かな人が多いと大臣は本当に思っ
ておられますか。

○国務大臣(下条進一郎君) 今税金の話について
のお話ですから、誤解を受けるようなことでは困
りますので、私もちゃんと説明をいたします。

税金の機能ということからお話しになりました
けれども、税金は、おっしゃる通りに所得の再配
分という機能とあわせて国の施策をそれで支えて
いくという面と、それからまた税金によって景気
変動をいかに調整するかという問題とか、いろい
ろの機能があるわけでありまして、その一つとし
て、国民が負担をするという意味においての負担
という観点からとらえて国民の負担率という言葉
もあるわけですから、負担率の中は税金と社会保
障の負担ですから、そういう意味での説明を私は
申し上げたわけでございます。

○参院タケ子君 いや、今の質問に答えてもらわ
ぬと。

○政府委員(岡光序治君) 各種統計から見ました
高齢者の生活実態を若干申し上げますと、生活意
識の面では、苦しいというふうにおっしゃって
いる高齢者世帯は三九・九%、全世帯で申し上げま
すと三六・八%でございます。

それから、世帯人員一人当たりの平均所得を見
ますと、高齢者世帯では百七十七万円、全世帯で
は百七十四万六千円。それから消費支出を見てま
いりますと、高齢者の無職世帯の一人当たりでは
月額で九万二千七百一円でございます。それから
貯蓄につきましては、世帯主が七十歳以上の貯蓄
現在高は千九百三万円、全世帯平均は千九十二万
円、こんなふうになっております、こういった

各種の統計数字を見てみますと、高齢者の生活実
態は現役世代と比べて決して低いものではないの
ではないかと認識をしております。

○参院タケ子君 私は豊かだと思えますかと言っ
たけれども、低いものではないというのは豊かや
ということですか。

時間の都合がありますから、おっしゃるとおり
ですが、国民が豊かな老後のために考える生活費
というのは三十一万二千円、昭和六十三年、郵政
省の調べですよ。これに対して生活の実態という
のは今岡光部長がおっしゃったとおりです。年間
二百五十万未満の人が五三・四%、百五十万未満の人
が三九・四%。大体百五十万といったら月額十二
万五千円ですよ。この中で、年金受給者の約半
分、八百万人と言われる国民年金や老齢福祉年金
は三万円足らず、こういう状況になっておるわけ
です。国民生活基礎調査でも、生活が苦しいとい
う高齢者の世帯というのは四〇%もあるんです
ね。こういう生活実態ですから、老人医療の有料
化反対の声というのは物すごく大きかったわけ
です。だから一部負担の引き上げについても非常に
大きな反対の声が出てきているのもこれは高齢者
の生活の実態反映なんです。

まず、外来の一部負担引き上げの問題がありま
すからお聞きをしますが、これはさっきお話が
あったように、お年寄りは一人当たり月平均一・
四八軒ぐらいいるんです。さっきの報告ではその
ようにおっしゃってましたね。大都市では
ちよつと違うんです。大阪近郊、尼崎の例では
二・七軒と聞きました。北海道も多いとさっき高
桑先生もおっしゃったように、かなり何科もか
かっておる。ですから、たかだか千円とか二千元
だからというバブル経済の感覚で考えたら困るな
と思うんですよ。お年寄りの一部負担というの
は、バブル経済でのごろ何百億、何千億という
ようなお金が盛んに飛び交うから、そんな感覚で
一部負担の千円や二千元と思つたら困ると思うん
ですよ。

実際はどういう状態が起こっているかというこ
とを一つ申し上げます。私どもの周りのお年
寄りがこう言いました。月の終わり、二十八日や
二十九日に体のぐあいが悪くなつてもすぐに病院
には行きません、月がかわる一日まで待つんで
す、今の八百円の初診料を二十八日に診察に行っ
て払って、今度一日に行つてもう一遍八百円払う
というのは懐に痛い、だから、月末に体の調子が
悪くなつても一日まで待つんだ、こう言ってい
る。こういうお年寄りの心情がおわかりになりま
すか。どう思われますか。

○政府委員(岡光序治君) 先ほど申し上げまし
たように、それぞれの要素ごとに見た場合に、お
年寄りの世帯と若い世帯との間にはそういう所得
の状況であるとか、あるいは貯蓄の状況である
とか、そういったものにつきましては必ずしも低く
ないというふうな認識をしておるわけございま
す。もちろん、個別のケースにおいてはお気の毒
な御世帯があるのはよく存じ上げておるわけでご
ざいます。総じて私どもが論じておりますのは、
そういう全体の姿からして現在の一部負担
の程度、それからお願いしようとする額について
は無理のない範囲ではないか、こういうふうにし
上げておるつもりでございます。

○参院タケ子君 私のお話し申し上げておるの
は、普通のお年寄りがそう言っておられる。それ
がお年寄りの心情だということなんです。それ
が一部負担もスライドをやるといふのだけれ
ども、物価スライドというけれども、さっきも
話があったように、落ちついておるときでも十年
たつたら二・三%上がるというんです。国会の審議
を通さないでスライドが許されるということにな
ると国鉄の運賃を思い出してしようがない。見る
見るうちにどんどん上がって今日の高さになつた
わけですが、そんなことがお年寄りにやられたら
たまらない。これは私はスライド制の導入はきつ
ぱりやめるべきだと思うんです。

入院の問題につきましては既に同僚委員からい
ろいろ言われております。これは一部負担が、修

正案で四年度六百円、月一万八千円、平成五年、
六年が七百円で二万一千円、平成七年度からはこ
れがスライドされる。しかしこれだけでは済まな
いということはお年寄りの同僚委員が朝からずつとお話
しのおとす。

保険外負担、これはもう大変なことですよ。これ
は私、厚生省の老人保健課の資料を見て、本
当にこんなもの実態かなと思つていますが、本
当に。実態はどうなつていきますか。入院患者一人当
たりの実費徴収の状況というのは、余り時間がな
いから詳しく言うておられないんだけど、こ
れは実際はこうなつていきます。これに報告をされ
ている金額ぐらいいはないんです。

これは東京都のかなり大きい市の老人病院の保
険外負担をずっと見てみますと、六万三千円、五
万七千五百円、八万一千円、九万四千五百円とい
う水準がずらり並んでおります。それが老人病院
だけではなしに一般の病院に入院をいたしました
も、先ほどもお話しがあったように、これは差額
ベッドや付添料を除きまして十万元以上の実費
負担が出ていくという状況が出ておるわけござ
います。

こういう保険外負担があつたら、五万や十万あ
るいは十五万の収入がある世帯でも、二カ月入院
したら食べないでおらなければならぬです、実
際。そんなところから値上げをしようかというよ
うなこんなむづかしいことはやめるべきです。これは
特に厚生省岡光部長に申し上げておきたいし、御
意見を聞きたいんですが、こういう保険外負担を
取つてよろしいという制度になったのが大問題だ
と思つておる。今日中間施設をつくり出してから
以後、あるいは老人病院をつくり出してから以
後、そういう制度が容認をされてきたのが一般病
院にも広がつてきているというのはゆゆしい問題
なんです。だから保険外負担は必要最小限度しか
許さないということを厳しく指導を徹底しなかつ
たら患者はたまらないです。どういう指導を徹底
されますか。

○政府委員(岡光序治君) 差額ベッドについまし

ては、ルールに違反しない、不適正な差額徴収を行わないようにという指導を徹底いたします。それからお世話料などのあいまいな名目での費用徴収は行わないようにということで、この指導も徹底をしてまいりたいと思います。それから付添看護につきましても、付き添いの要らない入院医療管理病院であるとか老人保健施設であるとか、こういった受け皿の整備を普及徹底させていきたいと思っております。

○斎藤タケ子君 私は負担の公平の論理からいって、高齢者の生活実態から見ても、一部負担や一部負担の引き上げあるいはスライド制の導入、ここには無理があるのでやめるべきだと思っております。わずかな負担だということだったら、これは公費でカバーするように見直したらいいんです。その点を強く要求しておきたいと思っております。

時間ですので、次回に老人医療あるいは訪問看護等についてお尋ねをしていきたいと思っております。終わります。

○栗森喬君 私の方から幾つかのことについてお尋ねを申し上げたいと思っております。

今、同僚議員の斎藤さんからもお話があったわけですが、老人医療のいわゆる有料化が入った時期は私は労働運動の現場におりました。この制度が導入されると将来のお年寄りの年金や医療について大変大きな変化があるということで、実はこの前後に健康保険の本人負担もあつたわけでございますが、お年寄りの医療や福祉についてはもうちょっととさちとすべきだということの懸念が今あらわれたという前提で物を考えています。その意味で、幾つか重複するところもございますが、まずお尋ねを申し上げたいと思っております。

衆議院でスライド制の基準について今回物価とすることに修正されました。しかし、物価もこの十年というのは経済的にもさまざまな変化もあつたわけでございますが、いわゆる安定成長期と言われた時代でございます。これからは、OECDやさまざまな状況を見ても日本の物価は比較的安定をするだろうと言われていますが、しかし過去

七〇年代、六〇年代を考えたならば大変な物価上昇でございます。したがって、物価上昇率にしたときには何らかの格好でここに歯どめを明確にしなかったら、先ほどの高桑委員の質問にもありましたが、これはそのときの国会というふうにならない性格だろうと思っております。今度のスライド制導入に当たつての基本的な骨格だと思っておりますが、このことについて改めて見解をお尋ねいたします。

○政府委員(岡光序治君) 御質問の趣旨は、スライド率が高くなりそのままその率の一部負担額に反映されるとお年寄りの過大な負担となるのではないかと御懸念であらうかと思っております。スライド制につきましては、今回新たに導入される制度でございますし、その影響を慎重に見きわめることが重要であると考えております。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考えております。

○栗森喬君 私は今の厚生省の見解を聞いていて非常に感じるわけでございますが、厚生省が発表をしながらそれについては論議がでないというのか、もちろん我々は国会議員ですからそのことについてはやいのやいのそのときは言いますが、基本的な問題としては見直しもやらない、スライドについても歯どめをしない、そのようなこととでこれからのいわゆる老人健康保険といいますが、本人負担の問題が果たして本当にいいのかどうか、これは大臣にも、見直しをしない理由、そしてスライドについて歯どめをしない理由、再度お尋ねをしたいと思っております。

○国務大臣(下条進一郎君) 今回のスライド制の問題でございますが、修正を受けまして、スライドの根拠は物価スライドと相なったわけでございます。この物価の動向は、今委員のお話の中にもありましたように、過去は割合に安定しております。十年間で平均二%ちょっと超えるという程度でございます。これからは政府としては物価の安定が経済の成長の基本でもあるし、また同時に

に国民生活を守る上においても必要であるということ、物価安定について最大限の配慮をしてまいる所存でございます。

しかし、将来はわからないということも若干残るわけでございますので、その面での御懸念の御質問と思いますが、そういう点につきましては、私が午前午後における御質疑の中で答え申し上げましたように、御懸念のあるような事態が生じた場合には、国会の御意見、また御議論を受けた上で対処してまいりたい、このように考えております。

○栗森喬君 私は今の答弁でやっぱり納得できません。またさらに質問する機会もあると思っております。納得できないということだけ明確に申し上げておきます。

その上で、ちょっと幾つかのことについてスライド制に関連をしてお尋ねをしたいと思っております。

まず一つは、ここでも議論の中で出てきているわけでございますが、健康保険の本人負担は本則では二割になっている。老人保健は将来患者負担を五%を目指しているのかどうか幾つかの発言がございまして、これはどこでどういうふうな確認をして厚生省の見解として述べられていくのか、はつきりお答えいただきたいと思っております。

○政府委員(岡光序治君) 老人保健制度の見直しにつきましては、老人保健審議会、それから社会保障制度審議会においていろいろ御議論をいただいたわけでございます。そして、その中で私どもは、若い人とお年寄りのバランスであるとか、お年寄りの中でバランスであるとか、いろいろな観点の御指摘をいただいたわけでございます。それと、今御指摘もございましたが、医療保険のいわゆる抜本改正をめぐる御議論もこれまでずっと続いております。そういうふうなことを総合的に判断をして五%程度をというふうには私どもは考えた次第でございます。

○栗森喬君 審議会は厚生大臣の諮問機関でございます。私なりにその数字を書いたところも幾つか見ましたが、私はこれは拡大解釈も甚だしいと思っております。省議決定でもない。正式な機関でもどこも決めてない。しかしお年寄りの医療の五%の本人負担をあたかも前提にしているというのは問題だと思っております。もしそんな議論があるなら審議会の資料をそのまま資料として提出してくださ

い。

厚生大臣の諮問機関でどんな議論をされたか知りませんが、それが結果としてあたかも将来を拘束するようなことだとすれば、私は審議会のあり方を含めてこれは問題にしなければならぬと思っております。しかし、少なくとも私が見た部分ではそういう意見もあるが別の意見もある、両論併記がいくところでございます。にもかかわらず今のよう

な答弁をしてもらうたら困ります。明確にこの見解と、もしそういう資料があるなら資料提出を委員長の方で取り計らいを決めていただまして、お願いを申し上げます。

○政府委員(岡光序治君) 審議会においては確かに多数意見、少数意見、これは両論併記でございしましたが、私どもは多数意見に従つたわけでございます。

それで、明確にその五%という数字を書いておるかということでございますが、それは書いたものはございません。これは私どもは、そういう御審議の中から政府としてこういう案をお願いしたいということとで基本的な考え方を定めているわけでございます。それをまさに今、国会で御審議をいただいているものというふうな承知をしております。

○栗森喬君 私は行政と立法のあり方から見てもお願いをしたいということについてきちんとしていたけじめをつけるべきだと思います。きょうはこの問題について、これからのこともございまして、次回の質問までにその審議経過の資料を提出していただくことを重ねて厚生省と委員長に申し上げます。このことに関係をして若干申し上げ

と申しますのは、老人医療というのは、先ほ

どの大臣の答弁にもあつたんですが、老人保健法の理念は、健康は自己が責任を持つ、これは当たり前です。病気になるかと思つてなる人はいません。それはよほど死に急ぎしてある人かなんかでございます。この法律の非常に大事なところはこういうことだと思ひます。六十五歳以上のお年寄りをとつたて個人差が物すごくあると思ひます。一億円貯金がある人もあるし、また収入がある人もいます。しかしベースは年金の生活者がほとんどだと思ひます。あとは多少の貯金が、百万円ある人と一億ある人とこれはまた個人差がございます。社会保障政策というのはそういう個人差を問題にするのではなく、少なくともその人たちの老人医療についてお互いに公平に負担をするというか、だれが負担をするかというのはこれは一つの問題ですが、そのことも私は原点だと思ひます。

だから、低所得者に何らかの保護措置をすればという問題ではなく、これからの社会保障政策の根幹にかかわる問題として、それぞれのお年寄りの生活状況がどうあろうと、ここについて本人負担の五%を入れるなどという考え方、いわゆる社会保障政策の根幹にかかわるようなことについてこの際スライドという言葉に表現されることで崩すというところは大きな問題があるのではないかと思ひますが、このことについての答弁をお願い申し上げます。

○国務大臣(下条進一郎君) これも何度かお話を申し上げましたけれども、やはり高齢化が相当進んでおります。そして世界一の長寿国になりました。そして、この九月の十五日は敬老の日でありましたけれども、このときに調べましたこと新しいに百歳になられる方が二千人を超えるという我が国歴史始まって以来のこういう数字も出ております。したがって、そういう高齢の状態を前提に置きながら老人保健法が、この制度が長く維持できるように、しかも支える方々の立場も考えながらということであります。

もちろん老人の方々が一銭も払わなければ一番

それはよろしいことでありますけれども、今のような前提で考えた場合にはほどの御負担を御本人にお願いする、だれも好んで病気になる方はいないわけでありまして、その意味において最小限の本人負担をお願いしたい。ある方はおっしゃいます、例えばうちにいても食事は代はかるんだと。それから考えたら食事を食べながら医療を受けるわけでありまして、そこらのことを考えていただいて最低限の御負担はどこにあるかと、それは客観のいろいろな状況を踏まえながら今回のような数字を出したわけでございます。

ただ、これが急激に変わつてはいけないということ、衆議院の段階で、今御承知のようなスライド制が導入されるとか、あるいはスライド制でなくして段階的な負担の金額の刻みを設けるとか、そして平成七年以後はスライド制にすることについて物価を基本としたところのスライド制に改正するということの御提言がございまして、その形で今御審議をいただいております。

物価スライドについての御懸念は、私も何回か申し上げましたように、これからは政府としてはすべての基本は物価の安定であるということから始まりますので、十分御心配のないように努力をしております。また万が一そういう事態がある場合には十分国会の御審議を得た上で、あるいは御意見を拝聴した上で対処してまいりたい、このように考えておるわけでございます。

○栗森喬君 私は、その部分について大臣とかなり見解を異にするというか、事実関係の確認をちよつとやらなきやいかぬところが幾つかあると思う。例えば、入院のときに本人負担はどの程度ならいだろうかと言ふけれども、現実には、本人負担というんですか、おむつ代とかいふものと、これはうちにいたつて要るじゃないかという話もあるけれども、入院と言われる状況というのは余りいい状態ではない。そういうものを考えたときに、やはり公費で老人医療を見ようという原則をかなり明確に打ち立てていかないと、在宅看護

もやる、いろいろなこともやる、そしてできるだけ寝たきり老人をなくそうというときに、この辺の原則が明確でないといふところの論議がなかなか進まないのではないか、そういう前提で幾つかお尋ねしたいと思ひます。

私も問題にしている公費負担をふやすべきだ、寝たきり老人訪問看護・指導料、老人デイ・ケア料、重度痴呆患者デイ・ケア料について公費負担を拡大しろ、こういう意見を言っているわけでございますが、このことに対して現在それができないという理由は何でしょうか。

○政府委員(岡光序治君) 一つは実務上の問題でございまして、今御指摘のありましたようなものを、診療報酬明細書の中からそういった記載がございまして診療報酬明細書を抽出するということがまず実務的に非常に困難であるということ、それから仮にそういう記載事項が入つておる請求明細書を抽出することができたとしても、その記載事項の中にはたまたまの医療行為を記載してあるわけでございますので、その記載事項の中から該当の事項を何点であるかというのを把握をするといふのは非常に実務的に困難であるということ、申し上げておるつもりでございます。

○栗森喬君 実務的にそのことが整理をできれば実施をするというふうな理解してよろしいのかどうか、その辺のところについてお答え願ひたいと思ひます。

○政府委員(岡光序治君) 実務的に整理ができるということとあわせて、やはり請求書を出すという場合には医療機関からの御協力が必要でございまして、そういう意味では関係者の合意ということが前提になると思ひますが、実務的に可能となり、関係者の合意が得られるということになりますと、私どもはこれを検討するという考へ方に間違いはございません。

○栗森喬君 これからまた詰める機会があると思ひますが、きょうはこの程度にしておきます。私は、このことに関連して多少申し上げたいのは、こういうところはやたらにアバウトで、あ

との老人医療のところについてはやたらに、何といふますかお年寄りの医療を差別するといふか、区別するといふか、そういうところがありますので、ちよつとその部分についてお尋ね申し上げます。

私の手元に老人診療報酬の適用比較表、乙表、入院、これは一九九〇年四月時点のものです。これを見ましたら、特例許可老人病院入院医療管理料、これは病院側が受け取る診療報酬だと思ひますが、これは五千七百三十円と五千三百七十円に区別されております。なぜですか。

○政府委員(岡光序治君) これは同じ特例許可老人病院で入院医療管理料を採用しておる病院でございまして、IというタイプとIIというタイプの点数の差は、配置人員に差があるわけでございます。いわゆる看護職員についての差があるわけ、その人数が多い方が五千七百三十円、少ない方が五千三百七十円、こういうふうになっているわけでございます。これは人員配置の差により生ずるものでございまして。

○栗森喬君 私は今のようことは別のことにあつたと思ひます。確かに薬剤師がおると看護婦さんがたくさんおるとは入院管理料を要するといふのは多少の意味があるようだけれども、今度の公費負担なり老人の特定介護をするところの指定を、特定のところだけ五割にする、一般病院は三割にするといふか、そういう三割、五割というこの選別というのはお年寄りの側から見ても医師の側から見ても幾つかの懸念があることは事実でございまして。

もう一つ具体的にお尋ねしますが、一般病院の診療報酬で点滴注射手数料は一日につき七百五十円でございます。ところが老人医療の指定を受けた病院、特例許可病院などは点滴注射料は、老人の場合は二百五十円しか払わない。一般の患者だったら七百五十円払っている。それでは年寄りに余り点満するな、こういうふうには私は受け取れません。違ふというならそれは言つて下さい。まして特例の許可病院や老人病院は回数に關係な

くこれは二百円です。そうすれば老人医療に對して何となく手抜きというか軽視をしているということにこの老人診療報酬の適用の表から見たって思えるんじゃないか。今三割、五割という言葉が私などの問題意識にあるのは、こういう実態を見てもこれは大問題ではないか、こういう立場で見ているんですが、見解をお尋ねしたいと思ひます。

○政府委員(岡光序治君) 老人診療報酬と一般診療報酬の違いでございますが、老人診療報酬においては老人の心身の特性に合った医療を進めていただきたいというためにこのような点数を設定しているところがございます。したがって、非常に端的な物の言い方をいたしますと、点滴注射のようなことはやめていただいて、むしろ生活指導であるとかリハビリテーションであるとかそういったところに重点を置いていただきたい。ちなみに申し上げますと、老人の外來医学管理料は百七十点、一般診療の慢性疾患外來医学管理料が六十点というふうに、これは老人診療報酬の方が高い評価をしております。それから寝たきり老人訪問診療料は五百四十点、これに對しまして一般診療報酬は在宅患者訪問診療料が五百二十点というふうに、細かく申し上げませんが、それぞれやはり項目を考えた上で、お年寄りにふさわしい医療を施したいということで現在の点数を構成しているわけでございまして、それぞれの項目について確かに点数の違いがございますが、それは繰り返しになりますが、お年寄りの心身の特性に合った医療を進めるといふ観点から私どもは設定しているつもりでございまして、決して差別をするような考え方はございしません。

○栗森喬君 私もさきようはこれ以上細かく申し上げるつもりはございませんが、いろいろ申し上げても、先ほどの言葉に出ているように、一つ一つの医療の実態というのはお年寄りに對して幾つかの問題点を内包していることは事実でございします。したがって、老人の特性に合ったというのは、特性とは何かというふうにお聞きを本当はし

たいところでございますが、そういうことを聞いているとほかのことが聞けなくなります。一般の普通の人たちと同じ医療を受ける、そして診療基準もそういうもので明確にしていく、こういうことをしていくべきだという考え方でございしますと、その部分については審議をする時間がございましたら改めて伺ひをするつもりでございします。

そこでちょっと全く別の問題で、ほかの方が取り上げなかった問題で一つだけ先に取り上げさせていただきます。理学療法士、作業療法士の配置の問題でございます。

これについては、養護及び特養ホームの設備運営に關する基準第十九条第一項に配置基準を規定しております。しかしその後、ここが私、問題だらうと思うんです。養護及び特養ホームの設備運営に關する基準の施行令第三項第二号の運営規定によつて、いわゆる訓練指導員のそれぞれの名称が削除され、介助員という言葉に置きかえられているわけです。これは理学療法士なり作業療法士をなかなか確保できないということと一緒にしたのかもしれないんですが、私はこれからの老人医療の中ではこの人たちの役割というのは極めて大事だと思ひますが、この間の変遷の経過と今後のあり方について見解をお尋ねしたいと思ひます。

○政府委員(岡光序治君) 端的にお答えを申し上げますと、まさにOT、PTが不足傾向にあるということを前提にいたしまして、当面の対策としてOT、PTでなくとも医師の指示のもとで看護婦等が入所者に必要な機能回復訓練を行い得るということを前提に、当分の間の措置としてこのような暫定的な取り扱ひを認めているところでございます。いずれにしましても、こういったOT、PTの人数が調へば正規のそういう人たちが得られるということを望んでおる次第でございします。

○栗森喬君 それではお尋ねしますが、いわゆるOT、PTというもののこれからの育成の展望、これは厚生省としてどういうふうにお考えです

か。これをお答えください。

○政府委員(古市圭治君) 今般、医療関係者審議会の理学療法士作業療法士部会におきまして、こういう状況を踏まえまして需給計画の見直しを行ひまして、八月十六日に厚生大臣あての答申をいただきました。それに従つて養成数をふやしていきたいということでございますが、その答申の中では、現在の供給数が理学療法士が年間養成が千二百二十五名、作業療法士が七百名でございします。これを理学療法士二千八百名、作業療法士三千三百名、養成数の拡大について検討すべし、この答申を受けて養成校の増設等を援助していききたいと思つております。

○栗森喬君 そういう検討すべしという意見が出たことはわかつたけれども、厚生省そのものがこれを具体的にどうやってふやしていくのか。当面いないというところはわかりましたが、これは看護婦さんの問題と同様に非常に重要な問題だと思ひます。厚生省として具体的に来年度以降どういう計画を持っているのか、はつきりお答えいただきたいと思ひます。

○政府委員(古市圭治君) このような社会的に需要が非常に高いということから、養成校を新設あるいは定員数の拡大をしたいという要望も現に來ております。そういうものにこたえられますように、平成四年度には医療施設等の施設整備費補助金、現在ございせんが、この事項要求の中に理学療法士養成施設の追加等をやつて支援していきたいということでございます。

○栗森喬君 それでは、公費負担の五割となる対象の病院とそれ以外の病院についてちよつとお尋ねをしておきたいと思ひます。

今病院の場合、広告であるとか表示については幾つかの制約がございします。健康保険指定病院とか、それから何科と書くとか、あるいは老人病院とかいろいろ書くことがありますが、具体的に今表示についてどういうふうな指導をし、制約をしているのか、まずこの実態からお尋ねをしたいと思ひます。

○政府委員(岡光序治君) 公費負担五割の対象としております病院は、表に對しまして公費負担五割にしますよという表示とか指定をするものではございません。つまり病院の中において、介護の体制が整つた老人病院につきまして、それはもちろん知事の承認を得てそういう老人病院の指定を受けるわけでございしますが、そういったところの入院医療費についてそれを五割にするということでございます。外部の人に對してこれは公費負担割合五割病院であるというふうなことを表示するというふうなことをしようというものではございませんで、専ら老人医療費の費用負担の中での対象の区分という意味でございします。

○栗森喬君 私の聞いたことに的確に答えてほしいのは、老人病院とは書いてもいいのかいけないのか、そういうことは今の規定上はどうなっているのかということをはつきりお答えください。

○政府委員(古市圭治君) お尋ねの件は、現在の医療施設に關して決めております医療法に關する広告制限だと思ひますが、この中では老人病院の表示はございせん。

○栗森喬君 ということは、老人病院ということを書いたらそれは行政指導なり法の概念からいって違反ですね。もう一遍念を押してお尋ねします、私はそういうのを見たことがありますが。

○政府委員(古市圭治君) 現在、医療法の第六十九条では広告制限というのがございまして、これに準じているもの以外は広告してはならないというふうになっております。

○栗森喬君 違反かどうかを聞いておるのだから、そのことについて違反だとはつきり言つてくだい。

○政府委員(古市圭治君) 違反でございします。○栗森喬君 私は、最近老人病院という表現が何となくひとり歩きしている懸念、それからいろいろのところできつてくる言われてはいる意味というのはこれから重要だと思ひますので、まさにこ

これは行政指導なら行政指導の中で、特に公費負担が三割と五割になるわけでございますから、この辺の表示については明確な区分をするということをお願いしたいと思います。その上でお尋ねします。

今回のことで五割の指定を受ける病院のベッド数、それからそれ以外の公費五割に入らない病院の比率、これについてまずお尋ねをしたいと思ひます。

○政府委員(岡光彦治君) 公費負担五割の対象施設は約八百施設、病床数にして約九万七千床でございます。

○栗森喬君 ちよつとその辺のところを私質問の予告のときにちゃんと入れていなかったで申しわけないところがありますが、比率でお尋ねしたいのですが、全体の病床といひますか、これの比率で言うといふに当たるんですか。

○政府委員(岡光彦治君) 老人の入院患者の患者数が全体で六十四万七千人余りということになっておりますので、ただいまの……

○栗森喬君 もう次回でもいいから。

○委員長(田淵勲二君) それでは、後で資料を栗森委員に渡してください。

○栗森喬君 事前の打ち合わせも多少悪かったもので、そこは次回で結構でございますからお願いしたいと思ひます。

私がここで聞きたかったことは、三割、五割といふ、一部のものを五割にして、一部を三割に残す。五割がふえたからいいんじゃないかと言ひけれども、トータルでは相当まだ公費負担の比率が低いといふことをこの数字によつて明らかにしてもらうといふ意味がございました。したがつて、その趣旨に基づいて幾つか申し上げます。

先ほど、公費負担の拡大の対象として幾つか申し上げましたが、いわゆる保険外負担の軽減についてかなり実態がはっきりしてきたわけです。このことについてこれから解消するために具体的にその項目といひますか、どの部分をどういふ方法で負担軽減の解消をしていくのか、やり方、方法

について厚生省が今持っている考え方を示し願ひたいと思ひます。

○政府委員(岡光彦治君) まず、差額ベッドにつきましては、三人室以上の差額ベッドを取つてはならないといふことについての指導を徹底いたします。それから、いわゆるお世話料につきましては、あいまいな名目でのお世話料の徴収を禁止するといふことで対応したいと思ひます。それから付添看護につきましては、まず付添看護を必要としない病院なり老人保健施設の受け皿の整備を早急に進めたいといふことで対応したいと考えております。

○栗森喬君 私、実はさつき聞いた数字とここは非常に重要な関係があるのもう一度申し上げますが、付添看護が要らない老人医療の施設が今の現状で何カ年ぐらひで実現すると思ひますか。ここが一番問題なんです。現実にはそんな病院といふのは余りないし、基準をいつてゐる病院も少ない、この部分の対応がまず一つです。

それからお世話料の問題、さつき差額ベッドの指導の徹底のことも言われましたが、これは徹底すればいいといふ話だけで果たして本当に問題が解決するのかわか。それからお世話料などといふのは社会的慣習ですよ。これを全くゼロにできると、機械的にできると厚生省の皆さんが今の日本の社会を考えているとすれば、それは基本的認識が私に間違つてゐる、こういうふうには申し上げたい。特に付添看護の要らない体制にするためには、おおむねどのぐらひの、今お年寄りがだんだんふえるし、これからの体制のこともあつて不確定要素があると思ひますけれども、皆さん自身が具体的にどういふ展望を持てゐるか、私がかんことを言つちやなんですが、皆さんの場合何となくここで答弁すればいいといふふうになつてしまふのではない。

それからもう一つは、これだけ世の中の情勢が變つてゐますから、確かにその都度その都度の変化に対応するといふのは私は必要だと思ひます。が、現実にもうちよつとその辺のところについ

て、公費負担外についてどうしていくのかということについてはっきりした見解とか明確な答弁を私としては求めたいと思ひます。そのことについて部長と大臣から答弁をお願いしたいと思ひます。

○政府委員(岡光彦治君) 確かに付添看護をつけておる病院は、先ほども申し上げましたように一般病院では一〇〇余り、それから老人病院では一八〇余りでございますので、そういったところのまずその実情をちゃんと把握をして、なぜそのようないかなければならぬかといふことは個別的に追求していかなければならぬだろうといふことは一方では考えております。他方では、どのようになれば、例えばそういったところが基準看護病院なりあるいは介護力強化病院に移行していけるのかといふ具体、個別の対応をしていかなければならぬだろうと思ひます。

その際には、今は要するに付き添ひといふことで、患者とそれぞれ付き添ひさんとの個人契約でその人たちが来ているわけでございますが、そういった個人契約ベースにするのではおかしいのではないかと、やはり看護といふことは病院の管理下で、病院の責任のもとで、それが他のスタッフとともに一体的に提供されるというのが原則でございますので、そのような方向を追求していかなければ付き添ひの問題はなかなかうまくは解消しない。しかし一方では、そういう付き添ひの人たちを提供している側からのいろいろな意見もあるわけでございまして、そういうこともと病院関係者と意見を十分突き合わせながら実態を明らかにして、また経済的な誘導をするなりして対応していかなければならぬかこの問題は解決しないんじゃないだろうかとこの問題に考えております。

○委員長(田淵勲二君) 栗森委員に申し上げますが、質問中の資料要求がございましたが、これは後ほど理事会で取り扱いたいと思ひますから、御了解願ひます。

○国務大臣(下条進一郎君) この保険外負担の問題は、患者さんの立場に立てば大変大きな問題で

ございます。本人が苦しみながら病と闘つてゐるときに、さらに自分の考へてゐない差額ベッドあるいはまたお世話料その他の保険外負担が大きな負担になつてゐることもまた事実でございます。この問題は厚生省としても非常に重要な問題と受けとめておりまして、これからその適正化に對しては鋭意指導と努力を重ねてまいりたいと思ひております。

○勝木健司君 私ども民社党は、昭和三十五年の結党に当たりまして、福祉国家の建設というものを目標に掲げて今日に至つておるわけであります。が、当時この我が党の目標に對して、与党からも、働かなくても食べていける怠け者の社会をつくるものだといふふうな批判をされました。また他の野党からも資本主義の延命に手をかすものだといふことで相当攻撃されたのであります。ところが現在、福祉の充実を各党ともに唱へて、私たちの主張も正しかったなといふふうにしてゐるわけでありまして、こういう超高齢化社会が進行するといふ中で、福祉が切り捨てられるのではないかと国民の不安も非常に高まつております。

九月九日の新聞の全国世論調査を見ましても、自分の老後生活に大いに不安を感じてゐるという人が一四・五%、少しは感じてゐるという人が三九・二%、合わせますと五三・七%、過半数以上の国民が不安を感じてゐるという結果が出てゐるのであります。こうした老後の不安を払拭し、心身ともに快適な生活を送ることのできる社会を築くことが極めて重要な課題であるわけであります。これにこたへるということが私たち政治家の責務であると信ずるものであります。きょうこの参議院厚生委員会におきまして、高齢者の保健医療の根幹をなし、また我が国の福祉政策の基本的な法律の一つであります老人保健法の審議を本格的に開始するに当たりまして、福祉政策の基本的なあり方について、まず厚生大臣の見解をお伺ひしておきたいといふふうに思ひます。

○国務大臣(下条進一郎君) 二十一世紀の高齢社

会を迎えるに当たりまして、その対応のために社会保障制度の基本的なあり方につきましては、昭和六十三年に福祉ビジョンにおいて長寿・福祉社会を実現するための基本的な考え方を明らかにしたわけでありまして、その中で年金、医療、福祉等について具体的に掘り下げた目標を示したわけでございます。さらにまた、平成元年十二月にはゴールドプランを作成いたしまして、高齢者の保健福祉分野において実現を図るべき十カ年の目標を掲げ実現に目下努めておるところでございます。

私は、国民一人一人が心から豊かさを実感でき生涯を通じてその能力を発揮できる社会、お年寄りから赤ちゃんまでの幸せを目指す明るく豊かな長寿・福祉社会を築き上げることが我々に課せられた責務であると考えておりまして、その実現に向けて努力をいたしておるわけでございます。

○勝木健司君 社会保障の水準はその国の文化水準を示すバロメーターであろうかというふうに思いますが、この社会保障給付費の国際比較を対国民所得比で見ると、我が国の社会保障給付費水準は著しく低いと思われまして、厚生省は我が国の給付費水準をどのように評価しておられるのか、簡潔にお答えいただきたいというふうに思います。

○政府委員(大西孝夫君) 私ども、我が国の社会保障制度は制度的には先進諸国とほぼ遜色のない水準に達していると思いますが、主として年金制度を中心にまだ成熟の過程にございまして、具体的な給付費という段階で比較いたしますと、お低いというふうな理解をいたしております。

○勝木健司君 医療、年金、福祉の部門別公費を見てみましても、福祉に対する給付が小さいんじゃないかということではバランスがとれていないんじゃないかというふうに思われます。福祉は公的責任による対応が最もな分野であるにもかかわらず、公費の投入がまだまだ不十分であります。このままではいけませんと、我が国は豊かな経済的富を蓄えた経済大国にはなりませんが、国民に

幸福をもたらすとは限らないことの歴史的例証となつてしまふおそれがあるんじゃないかということとで、医療、年金、福祉の部門別に見たときの福祉が軽視されているのはなぜかということ、厚生省の見解をお伺いしたいというふうに思います。

○政府委員(大西孝夫君) 実は社会保障給付費についての各国比較をする際に、年金、医療というのは比較的比較が容易なのでありますが、いわゆるその他の部門という中に失業保険でありますとか家族給付も入りますし、社会福祉という分野を特に取り上げて計算しないと出ないということもございまして、しかも福祉に關しましては国によりまして制度のな立て方、歴史的伝統も違いますし、地方と国の分担も違うというようなこともありまして、一概になかなか比較ができないという実態がございまして。

しかし、先進国との比較という意味とは別にいたしまして、現実には現在私どもが抱えておる社会的な要請、ニードというのに対してどこまで福祉財源が確保できているかという意味で先生から私どもに叱責をいただいているんだという意味で申し上げますと、例えば老人福祉につきましては、ゴールドプランをこれから十カ年必要財源を確保しながらやっていかなきゃなりませんし、国連障害者の十年を踏まえた障害者のための福祉施策、あるいは出生率低下が言われております児童福祉の課題は多いわけでございまして、その福祉財源を今後大いに確保しなきゃならぬという意味で私どもは大きな責務と考えております。

○勝木健司君 今後の老人医療、老人福祉のあり方は、年金政策と同様に、基礎部分については公的部門で、また付加部分については民間で進めるべきではないかという感じを持っています。それで何を民間にゆだねるかという官民の役割分担に議論を集中すべきじゃないかというふうに思います。その際、社会保障の水準というものは、先ほども

申し上げましたように、その国の文化水準を示すバロメーターでありますから、政府は公的部門による社会保障水準の底上げを積極的に図る責任があるんじゃないかというふうに思うわけであります。そういうことにつきましての見解をお伺いしたいというふうに思います。

○政府委員(大西孝夫君) 御指摘のとおり、今後高齢社会をにらんで我が国の社会保障制度を進めていく場合に、具体的な財源の負担割合をどうするか、公私の間の負担をどうするかという点につきまして、もちろん先進各国がこれまで歩んできた道も大いに参考になるわけですが、いずれにしても、どの部分を基礎的なニードとして公的なサービスで対応し、あるいはどの部分からは個人の好みに応じたより高度なニードということで各人の選択なりなんなりによって民間で対応していただくという、その公私の割合分担、それからまた、同じ公の中でも国と地方の分担をどうするかという点は基本的な大きな問題でございまして、この問題につきましては、従来から議論のあるところであります。必ずしもその具体的なラインについて明確なまだ答えが出ていないと思えます。基本的な方向としては、将来の社会保障制度をにらんだ場合に、どこまで基礎的なニードとして社会的、公的に対応すべきかという点の判断によるものと考えております。

○勝木健司君 国民医療費についてお伺いしたいというふうに思います。

国民医療費が我が国の経済にもたらす雇用の創出等の波及効果が国民経済上無視できるものではないというふうに思っています。このような国民医療費のプラス効果を考慮に入れますと、国民医療費の増加は一概に悪いこととは言えないばかりか、評価すべき側面もあるかというふうに思っています。問題は、この国民医療費の適正水準でありまして、これを考えるためには国民医療費の経済波及効果を分析しておく必要があるかというふうに思われます。政府は、この国民医療費の経済波及効果を分析しておられるのか、また分析しておら

れるとすれば、どのように評価しておられるのか、お尋ねしたいというふうに思います。

○政府委員(黒木武弘君) 国民医療費は毎年一兆円増大をいたしております。現在二十兆とか二十一兆円の規模になっておるわけでございまして、この規模によって国民が安心して医療を受けられるよう、そのための必要な医療費だというふうな考えでおります。この大きなスケールの国民医療費が雇用の創出その他、国民経済に多大な貢献をしているのではありませんかという御指摘でございます。私どももその点はそこらでございまして、

ただ、むだな部分がなければ、当然これからの医療費の増大を考えますと削ってまいらなきゃいかぬわけでございまして、そのために良質で効率的な医療の供給ということをお私どもは考えながら、医療費が経済社会の実勢に合うように努めていかなければならないというふうに考えております。

具体的にお尋ねになりました関連産業等への波及効果等の点でございまして、残念ながら私どもは精緻にその辺の分析はまだいたしたかねておるわけでございまして、これから研究、勉強をさせていたいただきたいというふうに思っております。

○勝木健司君 老人保健法の実施主体についてお伺いしたいと思っておりますが、老人保健法の実施主体が市町村であるのはなぜでありましょうか。これは高齢者への健康保障が地域の人口規模とか、あるいは年齢構成、地理的状況、住民の健康状況などの地域的な特性に応じて保健事業が実施されるべきであらうからという形で実施されておるというふうに私は思います。

しかるに、この老人保健法上の制度は、国家的な施策として国民的な最低水準を定めるものにするにないわけでありまして、自治体によるいわゆる上乗せ事業は否定的に解されるべきではないというふうに私は思います。ヘルス事業への上積みは局長通知で奨励されているものの、老人医療に關

する患者一部負担金の援助と老人医療適用年齢の引き下げ等については、厚生省はこれを慎むべきであると各自治体に通知をしておるわけでありすが、見解をお伺いしたいというふうに思っています。

○政府委員(岡光序治君) 実施主体につきましては、御指摘のとおりでございます。各医療保険制度の再保険事業、共同事業として位置づけられているわけですが、実際には地域における他の福祉施設等とも連携を保ちながらやっていた方がよほど効果的であるというふうに考えておることをお伺いいたします。

それで、その一部負担の援助であるとか、それから適用年齢の引き下げの問題で自治体独自の動きについてなぜ制約をしているかということでございますが、これはいわゆるかつての無料化制度の時代におきましていろいろ弊害が生じたというふうに私も理解をしております。そういういろいろな反省の上に立つて五十七年に老人保健法が制定されたわけでございますので、そういう意味ではこの老人保健法の原則にのっとり、一部負担のあり方なり適用年齢について運用をしていただきたいというふうにお願ひしているわけでございます。これはそういう制度の整合性ということを考えてのお願いを地方公共団体にしているところでございます。

○勝木健司君 前回の昭和六十一年の老健法の改正のときに、次の老健法改正は抜本改正が行われるであろうということが盛んに論議をされたわけでありすが、しかし今回の改正案を見ても、抜本的な改正ではなく、いわばパイパスづくりが行われているような感じがいたします。本来なら改正案は昨年提出されなければならなかったわけでありすが、あのとき論じられた抜本改正とは一体何だったのかお伺いをしたい。

前回の改正のとき、参議院の審議段階で修正が行われまして、附則の第十四条「検討」の項目で規定が追加されたのであります。この検討事項と今回の改正案との関係についてはどのように考え

たらいいのか、まず御説明をいただきたいというふうに思います。

○政府委員(岡光序治君) 御指摘のように、六十二年改正法附則十四条に基づきまして、いろいろな老人保健制度に関する検討を行ったわけでございますが、平成二年度におきましては、老人医療費の費用負担のあり方について関係者間の合意が得られず、厚生保険特別会計法の一部改正による特別保健福祉事業の創設を初めとするいわゆる保険基金安定化事業を行って、当面の被用者保険の拠出金負担増の緩和を図ったというところでございます。

もちろん、引き続きましてどのようにするか検討を重ねたわけでございます。その検討の結果が今回御提出を申し上げております老人保健法の改正案でございますけれども、今回の改正案は老人訪問看護制度を創設する、あるいは介護要素に着目した公費負担の拡大をする、患者負担の見直しを行うというような制度の長期的安定を図ろうというところに主眼目を置いているものでございまして、そういう意味では附則十四条の趣旨に沿うものではないかというふうに考えておるところでございます。

○勝木健司君 老人保健法は、七十歳以上の老人医療費の無料化制度が国保財政の破綻を来しかねないとの認識に立つて、財政的な危機を回避するために制定されたという経緯がございます。昭和六十一年の改正によりまして、このような老人保健法の基本的性格に変化はなかったわけでありすが、変化したのは老人医療費の財源対策のみでありまして、医療費増大のツケが高齢者本人と被用者保険に回されただけのことではなかったかと思われまして、受給者一部負担の強化、各医療保険制度間の財政調整等の手段によりまして、国庫負担を縮小する方向を目指すいわば財政対策法としての本質を一層顕在化させたのであります。今回の改正におきましても同様ではないかというふうに思われますが、お伺いをいたしたいと思

○政府委員(岡光序治君) 今回は私どもは老人福祉法等の改正もさせていただいたわけでございます。そして、そちらの方でいわゆる福祉の体制が整っていくであろう、それといわば両輪のような形で老人保健制度の安定化を図り、市町村の現場においては保健と医療と福祉とが相連携を保ちながら、地域の実情に応じながら、お年寄りのニーズに適切に対応していけるように、こういうことを念頭に置いておるわけでございます。単なる財政対策を考えたものではなくて、特にお年寄りの介護に着目をした体制づくりを、しかも市町村の現場において整えることができる、そういう方向に踏み出すものというふうに理解をしておるわけでございます。

○勝木健司君 これからの長寿社会におきましては、だれでも高齢者になると病気の二つや三つは持っているというのが常態になってくると思われま。そうすると、果たして高齢者の病気の今までの医療保険だけの論理でいいのだろうかというふうに思います。そういう疑問が出てくるわけでありまして、将来におきましては医療保険と分離した何か新しい高齢者のための福祉の面からの論理というのが求められるのではないかと思います。見解をお伺いいたします。

○政府委員(岡光序治君) おっしゃるとおりだと思っております。これからの高齢者対策のいろいろな課題の中で大きな課題は、やはり身体機能が低下をして自分の力で日常生活を送っていくという点、他からの介助を必要とするような人たちがふえるわけでございますので、そういう人たちがいかに生活の質を保ちながら住みながら地域、自分の家で生活の質を上げることができるといふところに問題があるわけでございます。そういう意味では、医療のみならず、保健、福祉の相互の連携のとれた総合的な対応が必要でございます。そして個々の疾病を治すということはもちろん必要でございますが、いわば一病息災という言葉もありますように、今ある病気をひどくさせないでできるだけ自分で自分の生活ができるように

持つていくという、そちらの本当の広い意味でのヘルス的な事業、福祉的な配慮というものが要だということに考えておられて、ぜひともいわゆる高齢者保健福祉推進十カ年戦略とあわせた形でこれら保健事業の充実も考えていきたいというふうに考えている次第でございます。

○勝木健司君 今回この老人医療の費用負担につきましては、介護に着目して公費の負担割合が引き上げられるわけでありすが、この問題に関しまして若干お尋ねいたします。

まず、今後公費の負担割合が引き上げられる介護の対象は拡大していくのか、その見直しにつきましてはどのような将来展望を持っておられるのか、お示しをいただきたいと思

○政府委員(岡光序治君) 介護体制の整った入院医療管理承認病院とか、いわゆる老人病院の中で基準看護病棟の今後の見通しでございますが、これは基本的には各病院側の選択に任されておりますので、具体的な拡充計画とか目標数をお示しすることはなかなか難しいと思いますが、できるだけそういったシステムを採用しやすいような環境づくりをしながら、こういったものを採用する病院が着実にふえていくような環境づくりに努めてまいりたいと思っております。

それから、老人保健施設につきましては、いわゆる高齢者保健福祉推進十カ年戦略で平成十一年度までの二十八万床整備ということを目標にしておりますので、これが実現いたしますように、施設整備への援助であるとか、社会福祉・医療事業団による低利融資あるいは税制上の促進措置、こういったものを進めまして二十八万床の目標を達成したいというふうに考えております。それから、衆議院の御修正で加りました老人訪問看護につきましては、いろいろ問題点もこの国会審議で御指摘いただいているわけでございますが、そういったものを踏まえながら、御答弁申し上げておきますように、平成十二年に約五千万所程度必要になるというふうに見込まれますので、そういったことを念頭に置きながら地域にふ

さわしい形で整備を進めていくようにしたい、こういうふうな考えておる次第でございます。

○勝木健司君 老人医療費の公費負担をすべて五割に引き上げるべきであるという強い要望があるわけでありまして、今度公費負担が三割から五割に引き上げられる部分がありますが、この位置づけはどのように解したらいいのかわかりません。今後老人医療費の全体の公費負担の割合を五割に引き上げるものとするため、今回はとりあえず介護的色彩の強い面の公費負担割合を引き上げたというぐあいに理解していいのかわかりません、その辺の見解をお聞かせいただきたいというふうに思います。

○政府委員(岡光序治君) 私ども、現行の老人医療に対する公費負担割合は、既に実質的には相当の水準に達しておるというふうに評価をしております。そういう意味では、今後一律的に公費負担割合を引き上げるといことは適切ではないのではないかと考えております。ただし、これから重大な課題であります介護体制の充実ということを図る面からは、公的なサイドからより強力にそれを推し進める必要があるという考え方のもとに、特定の分野に限定をいたしまして公費割合を充実するということを考えておるわけでございまして、そのことと将来五割にそれがつながる布石かという御質問であります、それは必ずしも結びついておらないというふうに私どもは整理をしておるところでございます。

○勝木健司君 自民党の回答の中に、「公費負担五割の対象となる病院、施設等を計画的に拡充し、もって将来にわたり公費負担の拡大を図る。」ことと、「公費負担五割の対象として、老人訪問看護療養費」を追加するとなっておるわけでありまして、このことによりまして平成四年四月一日以降の公費負担は一体どうなっていくのか、そしてまた、この改正が実施されていくと、ゴールドプランが終わる二〇〇〇年には公費負担はどのような厚生省は推測をしておられるのか、お伺いをしたいというふうに思います。

○政府委員(岡光序治君) ただいまも御答弁申し上げましたように、公費の五割対象の病院がどのように推移していくか非常に私ども推測が難しいところでございます。そういう意味では何%というふうにはつきり申し上げられないわけでございますが、このたび補助対象にいたしました施設数が増え、それから対象にいたしました老人訪問看護制度のようなそういう医療行為が増えていくというところによって、全体の中に占める公費の割合が今の三〇%から次第にふえていく、こういう拡大傾向にあるというところは申し上げられるわけでございますが、それが平成十二年の時点で何%になるかというのとはちよつと正確に数字は申し上げられないので御容赦をいただきたいと思ひます。

○勝木健司君 それでは、この衆議院の修正部分を含めて今回の公費負担五割の対象となる施設数は幾らでありますか。また、お年寄りの入院患者に直して何人ぐらいなのか、そのお年寄りの入院患者の何%に当たるのかというところで、実態についてお伺いをしたいと思ひます。

○政府委員(岡光序治君) 公費負担五割の対象施設数は約八百施設、病床数は約九万七千床でございます。そして新たに創設される老人訪問看護につきましては、非常に不確定でございますが、先ほども御答弁申し上げましたように、平成四年度では四百カ所程度というふうに見込んでおりまして、約二万人が対象になるというふうな期待をしておりますわけでございます。そういうものを前提として考えたところ、公費負担五割の対象となる老人入院患者の割合は、全老人入院患者のおよそ一三%程度になるというふうに推計をいたしております。

○勝木健司君 現在千八百十八ある健保組合のうち三五・九七%に当たる六百五十四組合が既に赤字だという実態にありますが、この赤字の原因はどこにあると厚生省は認識しておられますか。

○政府委員(黒木武弘君) 御指摘のとおり、平成元年度の決算におきましては六百五十四組合が赤字を計上いたしております。赤字の原因はさまざまだろうと思ひますが、一つには石炭とか地方交

通といったような構造的に収支状況が悪くなっている組合があるわけでございますけれども、そのほか老人保健拠出金などの支出の増加が保険料の自然増収の伸びを上回ったというふうなものが原因ではなからうかと見ております。

○勝木健司君 被用者保険の拠出金の負担増の緩和を図るとともに、老人保健制度の基盤の安定化のために特別保健福祉事業が実施されて、平成三年度では八百五十億円の計上されておりますが、この措置は来年度以降も引き続き実施されるものと思ひますが、どう考えておられるのか、お伺いしたいというふうに思ひます。

○政府委員(岡光序治君) 平成三年度予算に引き続きまして被用者保険の負担軽減を行う必要があるという判断をいたしまして、来年度本事業を継続したいというふうに考えております。

今後の取り扱ひでございますが、今回の制度改革による影響や効果、それから被用者保険の財政状況の動向、こういったものを全体的に見きわめつつ将来の取り扱ひについては考えていくべきものと考えております。

○勝木健司君 政府の原案によりますと、今回の改正で公費負担がふえる七百五十億円のうち、国が五百億円、原爆や結核や精神病に係る高齢者分として国の負担分が二十億円で、合計五百二十億円の減、国保の負担のうちの半分であるいは政管健保の拠出金が減つて、トータルすると国庫負担は百億円あるいは八十億円減るという数字があるようにありますが、お伺いしたいと思ひます。

○政府委員(岡光序治君) 一部負担の改定によりましてその三割が国、地方に影響し、七割が被用者保険、国民健康保険に影響して、それだけ少なくなるわけでございます。被用者保険には政府管掌健康保険がありまして、その一六・四%の国庫

負担がありますので、その部分が国庫負担として減る、そして国民健康保険には給付費の五〇%が入っておりますのでその部分が減るということとで、先生おっしゃいますように、それで国の持ち出し分とそういう減額するものと差引きをしますと実は百億の減になります、公費負担医療が二十億それによりましてはね返りて要りますので、結果としては八十億の国庫補助の減ということになります。

これが、御指摘がありましたように、衆議院の修正で一部負担の関係の財政効果額が減つてまいりました。それから公費負担の関係の影響も少しございまして、そういうものを差引きしますと、今私が八十億の減と申しましたのが同じベールで考えますと百三十億円の増ということになります。

○勝木健司君 それでは、大臣にお伺いしたいと思ひますが、今後、老人医療制度を長期的に安定させるべく、そしてまた適正な医療を確保していくためには国の責任と負担というものを強化する方向での制度改革が必要不可欠じゃないかというふうに思ひます。

政府は、消費税を導入するに当たりまして、高齢化社会への対応をその理由として掲げておりましたが、しかし消費税が導入された後も、年金にしても医療にいたしましても、公費負担が一向に拡大されないのはいかなるわけによるものでありましようか。この老人医療について見ましても、老人医療費の増加は既に被用者保険に極めて過重な負担を強いております。

先ほども申し上げましたように、健康保険組合の三六%の組合は既に赤字である、その主たる要因は老人保健への拠出金にあるということでありまして、このまま老人医療費が伸び続けられれば被用者保険各制度の財政基盤は根底から揺らいでいく、そして医療保険制度そのものの崩壊につながるかねない危険性を秘めているのであります。政府案では、確かにわずかに介護部分にのみ公費負担率を三割から五割に引き上げるとされてお

りまして、衆議院では若干の対象拡大の修正が行われましたが、私どもはなお十分であると考えるものであります。すべての老人医療費について三割から五割に引き上げることが医療保険財政を長期的に安定させ、社会保障制度の基礎をはっきりと固めるものとなることを確信をいたしております。

この点について、厚生大臣の決断を強く求めるものであります。私は当面この老人性痴呆疾患治療病棟、老人性痴呆疾患療養病棟、基準看護承認病院に入院している老人の医療費について五割に引き上げるべきだと考えますが、大臣の見解をお伺いしたいと思います。

○国務大臣(下条進一郎君) 老人の数の増加、そして医療費の中に占める老人医療の増加傾向、こういうのも事実でございますが、お年寄りが安心して医療を受けられる重要性をまた私たちは常に念頭に置かなければならないわけでございます。そしてまた、あわせて働いておられる勤労者の負担というものも考えていかなければならないわけでございまして、そういう意味において今回の改正は、一つはこのような全体のバランスを考えながら長期安定的な制度を維持していくために最小限の改正をお願いしたわけでございます。

そこで、お年寄りの方の御本人の御負担を定額でやってまいるとした場合になりますと、将来にわたります医療費の増高は、ただいま最初に御説明いたしましたように、一般の医療費の伸びよりは高いということになりますと、そのまま定額でいけば自動的に若い方の負担がふえるということにも相なるわけでありますので、その点で私たちはこのスライド制の導入をお願いしたわけでございます。

もちろん、政府の方の負担につきましても、私たちは特別な訪問看護制度を導入するなどして新しい行き届いた制度を拡充してまいりたいと思っておりますし、その他あらゆる面における介護・看護を通じての対策も我々は配慮しておるわけであります。総合的な見地から制度の充実と長期安

定を図っていくための今回の改正をお願いしております。

○勝木健司君 スライド制についてお伺いしたいと思いますが、政府原案では一件当たりの外来医療費及び一日当たりの入院医療費の伸びにスライドすることとしておりましたけれども、今回衆議院の修正で一部負担の額を物価にスライドするように改められました。

参考までにお伺いしたいと思いますが、最近における一件当たりの外来医療費及び一日当たりの入院医療費の伸びと物価の伸びはどのように推移しているのか、お聞きしたいというふうに思います。

○政府委員(岡光序治君) 一件当たりの外来医療費の伸びでございますが、昭和五十九年度から昭和六十三年度の五年間で申し上げますと、三角の・三・三、四・一、三・七、六・六、一・九、平均で三・〇%でございます。

それから、一日当たり入院医療費の伸びでございますが、同時期におきまして一・七、五・八、二・四、二・四、〇・五、平均いたしまして二・五%となっております。

物価の伸びでございますが、これはちよつと時点が違いますが、昭和六十一年から平成二年の五年間で申し上げますと、〇・六、〇・一、〇・七、二・三、三・一、平均で一・四%となっております。

○勝木健司君 一部負担を定率にしなかったのは、老人の生活実態に配慮したからであろうかというふうに思いますし、スライドの指標を物価にしたのも老人の生活実態に配慮したからというふうに思います。このような趣旨を考えますと、一部負担についても生活実態をにらみながら引き上げていくべきでありまして、修正により物価を指標とすることになったといえまして、物価が大幅に上昇しているときにまで完全に物価にスライドして引き上げるのは納得できないんじゃないかというふうに思います。スライドの適用に当たりましては歯どめを設けるべきではないかという

ふうに思います。お伺いをいたしたいと思っております。

○国務大臣(下条進一郎君) ただいま部長からお答え申し上げましたように、最近は一応物価が安定いたしておる傾向が続いておりますし、将来にわたりますもやはり国の政策の基本は物価の安定からスタートするとも言えますので、その意味においては政府としては最大限物価の安定に努力をしております。委員御懸念のようないふことが起こった場合には、当然国会の御意見を尊重しながら我々も十分対処してまいりたいと考えておる次第でございます。

○勝木健司君 今回、老人医療費に初めて適用されることになりました一部負担のスライド制につきましては、国民への定着ぶりを見ることも大切ではなからうかというふうに思いますし、老人の生活の実態にそぐわないものになってしまわないようにチェックをしていく必要もあるんじゃないかというふうに思います。

したがって、必要があれば絶えず老人保健制度についても見直しをしていくべきだというふうに考えますが、いかがでございますか。

○国務大臣(下条進一郎君) スライド制についての御懸念の再度の御質問でございますが、この点は、先ほど申し上げましたように、そういう御懸念の場合が生じないよう我々は努力してまいりますけれども、万一そのような事態がある場合には、国会の御議論などを伺って政府としては最善の努力をしてまいりたいと考えております。

○勝木健司君 まだ時間がちよつとありますけれども、残余の質問は次回に回したいというふうに思います。

○委員長(田淵勲二君) 本案に対する本日の質疑はこの程度にとどめます。

○委員長(田淵勲二君) 次に、参考人の出席要求に関する件についてお諮りいたします。

老人保健法等の一部を改正する法律案の審査のため、参考人の出席を求め、その意見を聴取する

ことに御異議ございませんか。

(「異議なし」と呼ぶ者あり)

○委員長(田淵勲二君) 御異議ないと認めます。なお、その日時及び人選等につきましては、これを委員長に御一任願いたいと存じますが、御異議ございませんか。

(「異議なし」と呼ぶ者あり)

○委員長(田淵勲二君) 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

本日はこれにて散会いたします。

午後五時七分散会

九月十三日本委員会に左の案件が付託された。

一、老人保健法の改正等に関する請願(第三四三三号)(第三四六号)

一、重度戦傷病者と妻の援護に関する請願(第三五六号)

一、老人保健法の改正等に関する請願(第三五七号)(第三六一号)

一、網膜色素変性症に関する請願(第三六六号)

一、老人保健法の改正等に関する請願(第三七〇号)

一、網膜色素変性症に関する請願(第三八〇号)(第三八二号)(第三八三三号)(第三八五号)(第三九二号)

一、老人保健法の改正等に関する請願(第三九八号)

一、網膜色素変性症に関する請願(第四〇二号)(第四〇四号)(第四〇五号)(第四〇六号)(第四〇七号)(第四〇九号)(第四一〇号)(第四一三三号)(第四一五号)(第四一八号)

一、脊(せき)髄空洞症の特定疾患指定に関する請願(第四二三号)

一、網膜色素変性症に関する請願(第四三三三号)(第四四二二号)(第四四五五号)

一、脊(せき)髄空洞症の特定疾患指定に関する請願(第四四七号)(第四五〇号)

一、網膜色素変性症に関する請願(第四五一号)

(第四五二号)(第四五六号)(第四五八号)(第四五九号)(第四六〇号)(第四六一号)(第四六二号)(第四六三号)(第四六四号)(第四六五号)

一、脊(せき)髄空洞症の特定疾患指定に関する請願(第四六四号)

一、老人保健法の改悪反対、医療の充実に関する請願(第四六五号)

一、網膜色素変性症に関する請願(第四七〇号)

一、老人保健法の改正等に関する請願(第四七二号)

一、老人保健法の改正等反対に関する請願(第四七三号)

一、国民医療改善に関する請願(第四七五号)

一、老人保健法改正等反対に関する請願(第四七六号)

一、年金・国民医療改善に関する請願(第四七七号)

第三四三号 平成三年八月三十日受理
老人保健法の改正等に関する請願(二十通)

請願者 熊本市花園五ノ三ノ三九 大塚サト 外百九十名

紹介議員 紀平 倅子君
この請願の趣旨は、第一号と同じである。

第三四六号 平成三年八月三十日受理
老人保健法の改正等に関する請願

請願者 島根県邑智郡川本町川本 木村重男 外九百二十五名

紹介議員 岩本 久人君
この請願の趣旨は、第一号と同じである。

第三五六号 平成三年八月三十一日受理
重度戦傷病者とその養護に関する請願

請願者 川崎市幸区古市場一ノ四八 服部權次郎 外一名

紹介議員 斎藤 文夫君
この請願の趣旨は、第一三三号と同じである。

第三五七号 平成三年八月三十一日受理
老人保健法の改正等に関する請願(三十通)

請願者 熊本市九品寺三ノ一六ノ二 河津フジノ 外二百九十三名

紹介議員 紀平 倅子君
この請願の趣旨は、第一号と同じである。

第三六一号 平成三年九月二日受理
老人保健法の改正等に関する請願(二十通)

請願者 熊本市若菜六ノ八ノ四六 中林孝夫 外百八十二名

紹介議員 紀平 倅子君
この請願の趣旨は、第一号と同じである。

第三六六号 平成三年九月二日受理
網膜色素変性症に関する請願(二通)

請願者 新潟市入船町一ノ三、六七五ノ五 阿部守作 外二千九百九十九名

紹介議員 前島英三郎君
網膜色素変性症とは、視野が次第に狭くなり、中途失明の可能性のある、両眼性・進行性の眼病であり、その実態、原因、有効な治療法はいまだに見つかっていない。しかも、国の医療上、社会福祉上の対策は極めて不十分と言わざるを得ない。このような状況の下で、患者と家族は、失明の不安におびえながら、治療費や生活面で多大な負担を強いられ続けている。ついでには、網膜色素変性症に対する研究体制を充実させ、一刻も早く原因・有効な治療法を究明するとともに、網膜色素変性症を特定疾病の対象疾患(いわゆる難病指定)に認定し、視野に対する障害基準を改善するなど医療・福祉体制を確立するため、次の事項について実現を図られたこと。

一、網膜色素変性症を特定疾病の対象疾患に認定すること。

二、身体障害者障害程度等級表の視覚障害の視野に対する基準を、一級まで認定できるよう早急に改善すること。

三、網膜色素変性症に対する東洋医学の鍼灸(しんきゅう)・漢方薬などを保険治療の対象とすること。

第三七〇号 平成三年九月三日受理
老人保健法の改正等に関する請願(二十通)

請願者 熊本市田崎本町七ノ二〇 熊田ハツコ 外百九十七名

紹介議員 紀平 倅子君
この請願の趣旨は、第一号と同じである。

第三八〇号 平成三年九月三日受理
網膜色素変性症に関する請願

請願者 川崎市宮前区平二ノ三三ノ五ノ三 〇五 小出裕二 外二名

紹介議員 鈴木 和美君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第三八二号 平成三年九月三日受理
網膜色素変性症に関する請願

請願者 鹿児島県肝属郡高山町後田五、四六六 松元さち子 外九名

紹介議員 赤桐 操君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第三八三号 平成三年九月三日受理
網膜色素変性症に関する請願

請願者 鹿児島県鹿屋市下堀町二、九六八 松元正徳 外十九名

紹介議員 青木 新次君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第三八五号 平成三年九月三日受理
網膜色素変性症に関する請願

請願者 山口県豊浦郡北町阿川三、八八八 峰岡ツネヨ 外二十六名

紹介議員 野別 隆俊君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第三九二号 平成三年九月三日受理
網膜色素変性症に関する請願

請願者 横浜市神奈川区栄町二二ノ一 二 高橋マツ子 外二十名

紹介議員 村田 誠醇君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第三九八号 平成三年九月四日受理
老人保健法の改正等に関する請願(二十通)

請願者 熊本市長嶺町一、七一六ノ四 〇 山品誠 外百八十六名

紹介議員 紀平 倅子君
この請願の趣旨は、第一号と同じである。

第四〇二号 平成三年九月四日受理
網膜色素変性症に関する請願

請願者 京都市南区大宮八条下ル西入九条町四一 松尾薫 外十五名

紹介議員 糸久八重子君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第四〇四号 平成三年九月四日受理
網膜色素変性症に関する請願

請願者 鹿児島県出水郡長島町平尾五、〇九八 山下敏明 外二十名

紹介議員 本岡 昭次君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第四〇五号 平成三年九月四日受理
網膜色素変性症に関する請願

請願者 東京都世田谷区桜丘四ノ一〇ノ一 〇 渡辺昭夫 外十八名

紹介議員 肥田美代子君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第四〇六号 平成三年九月四日受理
網膜色素変性症に関する請願

請願者 静岡市安倍口団地二ノ八ノ二 八 寺田金夫 外十九名

紹介議員 喜岡 淳君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第四〇七号 平成三年九月四日受理
網膜色素変性症に関する請願

請願者 静岡市下足洗新田三三ノ一 松永 美樹 外四名

紹介議員 菅野 久光君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第四〇九号 平成三年九月四日受理
網膜色素変性症に関する請願

請願者 鹿児島市川上町七五七 内末治 外四名

紹介議員 赤桐 操君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第四一一号 平成三年九月四日受理
網膜色素変性症に関する請願

請願者 奈良県北葛城郡王寺町太子三ノ一 二ノ三四 加古哲夫 外三名

紹介議員 稲村 稔夫君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第四一三号 平成三年九月四日受理
網膜色素変性症に関する請願

請願者 東京都保谷市下保谷一ノ八ノ二 八 高田寧子 外二十名

紹介議員 三石 久江君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第四一五号 平成三年九月四日受理
網膜色素変性症に関する請願

請願者 京都市北区小山西北以町二六 林 有佳里 外七名

紹介議員 鈴木 和美君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第四一八号 平成三年九月四日受理

網膜色素変性症に関する請願
請願者 鹿児島県加世田市小湊三七七ノ二 鮫島美津男 外十九名

紹介議員 会田 長栄君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第四二三号 平成三年九月四日受理
脊(せき)髄空洞症の特定疾患指定に関する請願

請願者 東京都板橋区志村三ノ一六ノ一 〇 秋山貴史 外百名

紹介議員 下村 泰君
脊(せき)髄空洞症は、原因不明で脊髄内に水がたまって空洞ができる病気で、これにより脊髄の中を通る神経線維が切断されたりする結果、患者は両上肢の筋肉が萎(い)縮し、温度や痛みを感じなくなり、両下肢の麻痺(ひ)も出現し、やがて寝たきりになることもある。また、本疾患に対して一般医師の関心も薄いため、診断が確立されるまでに長期間を要している場合が多く、患者の精神的並びに経済的負担が大きい。については、次の事項について実現を図りたい。

一、患者の精神的並びに経済的負担が大きいので、それを軽減するため、脊髄空洞症を特定疾患に指定、あるいはそれに準ずる施策を講ずること。
二、治療法を確立するための研究班を組織すること。
三、一般及び専門外医師の理解、関心を喚起し、隠れた患者を早期に見出すため、一般医師を対象とする研修制度を整備すること。

第四三三号 平成三年九月四日受理
網膜色素変性症に関する請願

請願者 千葉県船橋市松が丘一ノ二八ノ五 楠美勇 外十五名

紹介議員 前畑 幸子君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第四四二号 平成三年九月五日受理

網膜色素変性症に関する請願
請願者 奈良市中登美ヶ丘一ノ四、一六二 一ノDノ一五ノ一〇三 宮野直 外三名

紹介議員 稲村 稔夫君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第四四五号 平成三年九月五日受理
網膜色素変性症に関する請願

請願者 東京都荒川区南千住二ノ二四ノ九 砂原晴雄 外十一名

紹介議員 上野 雄文君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第四四七号 平成三年九月五日受理
脊(せき)髄空洞症の特定疾患指定に関する請願

請願者 埼玉県大宮市南中野四五四ノ九 森本和美 外百名

紹介議員 西川 潔君
この請願の趣旨は、第四二三号と同じである。

第四五〇号 平成三年九月五日受理
脊(せき)髄空洞症の特定疾患指定に関する請願

請願者 岩手県一関市青葉二ノ四ノ三 二 杉本禮子 外五百名

紹介議員 竹村 泰子君
この請願の趣旨は、第四二三号と同じである。

第四五一号 平成三年九月五日受理
網膜色素変性症に関する請願

請願者 東京都足立区関原二ノ一七ノ九 澤野律子 外二十四名

紹介議員 村沢 牧君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第四五二号 平成三年九月五日受理
網膜色素変性症に関する請願

請願者 静岡県清水市下野西一五ノ三 五 志田修 外二十五名

紹介議員 久保 亘君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第四五六号 平成三年九月五日受理
網膜色素変性症に関する請願

請願者 静岡県清水市新富町七ノ三五 石 川浩二 外四名

紹介議員 菅野 久光君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第四五八号 平成三年九月五日受理
網膜色素変性症に関する請願

請願者 千葉県松戸市小金原五ノ一八ノ四 和田稔 外十六名

紹介議員 深田 肇君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第四五九号 平成三年九月五日受理
網膜色素変性症に関する請願

請願者 東京都足立区関原二ノ一七ノ九 沢野賢 外十五名

紹介議員 福岡 知之君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第四六〇号 平成三年九月五日受理
網膜色素変性症に関する請願

請願者 神戸市東灘区魚崎南町二ノ五ノ一 八 沢井高千代 外十五名

紹介議員 一井 淳治君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第四六一号 平成三年九月五日受理
網膜色素変性症に関する請願

請願者 山口県下関市貴船町一ノ一ノ一 八 柳沼光一 外二十八名

紹介議員 対馬 孝且君
この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

網膜色素変性症に関する請願(二通)

請願者 奈良県生駒郡斑鳩町龍田西三ノ三

紹介議員 山本周作 外七名

この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第四六四号 平成三年九月五日受理

請願者 千葉県市原市若宮三ノ一八ノ二

紹介議員 田淵 勲二君

この請願の趣旨は、第四二三号と同じである。

第四六五号 平成三年九月五日受理

請願者 東京都国立市谷保六、三八八 朝

紹介議員 神谷信之助君

今日、日本は経済大国となり、豊かな国だと言われている。しかし、日本の医療・福祉は先進国の中でも大きく立ち後れ、「寝たきり大国」、「高齢者の自殺大国」などと、その貧しい実態が内外から指摘されている。日本の医療・福祉水準は、高齢者の暮らしと命を守るには程遠い状況にある。ところが政府は、高齢者は豊かになったとして老人保健法の「改正」を行うとしている。その内容は、入院や通院の患者負担を際限なく増やし、老人を病院から遠ざけ、病気の早期発見・治療を困難にして重病化をもたらし、高齢者差別医療を促進するものである。しかも政府は、老人医療に対する国庫負担を更に削減する一方で健保・共済組合からの拠出金を増やし、高齢者を含めて労働者・国民には高い保険料を強要している。また、高齢者の長期入院者を一般病院から退院させる、医療法の改善法案も成立させようとしている。私たちは、こうした医療制度の改善を絶対認めることはできない。ついでに、国の負担を増やし、医療制度を拡充するため、次の事項について実現を図りたい。

一、高齢者の負担を増やし受診抑制を図る、老人保健法の改正をやめること。

二、高齢者が安心して暮らせるよう、本人の負担なしで受けられる医療・福祉の施策を拡充すること。老人医療費無料制度を復活すること。

三、行き届いた医療と看護のために看護婦を大幅に増員すること。高齢者を入院期間によって一般病院から退院させる、医療法の改正をやめること。

四、老人保健制度への国の負担を大幅に増やし、各医療保険制度からの拠出金を削減して労働者・国民の負担を減らすこと。

第四七〇号 平成三年九月五日受理

請願者 宮崎県恒久南三ノ九ノ一三 横山

紹介議員 梶原 敬義君

この請願の趣旨は、第三六六号と同じである。

第四七三号 平成三年九月五日受理

請願者 名古屋市中区七番町二ノ一ノ一 鈴木

紹介議員 香脱タケ子君

この請願の趣旨は、第一号と同じである。

第四七四号 平成三年九月五日受理

請願者 名古屋市中区西五ノ七ノ五 田

紹介議員 香脱タケ子君

この請願の趣旨は、第八四号と同じである。

第四七五号 平成三年九月五日受理

請願者 愛知県西春日井郡西春日町九ノ坪小

松七八 天野敏正 外五百八名

紹介議員 香脱タケ子君

憲法第二十五条は、国民がひとしく健康で文化的な生活を享受する権利と国の責務をうたっている。しかし政府は、軍事費を増額し、医療への国庫負担を減らし、国民の負担を増やすなど、国民の生命と健康をないがしろにしている。特に高齢者に対しては、その生命を切り詰めている。さらに政府は、公的医療保障制度を根本から崩し、国民・患者自前の医療制度にしようとしている。私たちは、このような事態を容認することはできない。ついでに、次の事項について実現を図られたい。

一、健康保険本人の八割給付への改善をやめ、十割給付、老人医療費無料を復活すること。国民健康保険と健保家族の給付を引き上げること。国の負担を増やし、老人保健への医療保険からの財政拠出を大幅に引き下げ、労働者の負担を減らすこと。

二、国民健康保険の国庫負担率を増やし、保険料(税)を引き下げる。健康保険料の労使折半をやめ、使用者の負担割合を増やすこと(中小企業の保険料負担分は国の補助で軽減すること)。

三、国立病院、療養所つぶしをやめること。医療従事者を増やすこと。高齢者が安心して入院できる病床・病院を増やすこと。老人ホーム、訪問看護等を含めた地域の第一線医療・福祉を拡充すること。

四、人間の生命と健康を差別する医療の営利化をやめること。国の責任で患者に行き届いた医療が保障される診療報酬に改善すること。

第四七六号 平成三年九月五日受理

請願者 名古屋市中区駈上二ノ一ノ一

六 山口貞雄 外七千九百九十九

紹介議員 香脱タケ子君

現在、日本は世界有数の経済大国となり、豊かな国になったと言われている。しかし、日本の医療・福祉は先進国の中でも大きく立ち後れ、「寝たきり大国」、「高齢者の自殺大国」などと、その貧しい実態が指摘されている。その原因の多くが病気の介護の疲れ、生活の破たんにあるとされており、日本の医療・福祉の水準は今日なお、高齢者の命と暮らしを守るものになっていない。しかし、政府は高齢者は豊かになったとして、老人保健法の「改正」を行おうとしている。その内容は、寝たきり高齢者などへの国の支出をわずかに増やすものの、現在の高齢者の医療・福祉の改善どころか、高齢者の通院や入院の自己負担を際限なく増やすものになっている。それは、高齢者をますます医療から遠ざけ、病気の早期発見を妨げ、重症化をもたらすものである。しかも政府は高齢者を含め、労働者には高い保険料を強いている。また、国民健康保険への国庫負担は引き下げられたままになっている。さらに、政府は入院期間が長い場合、一般の病院からの退院を強いる医療法「改正」法案をも国会で成立させようとしている。ついでに、こうした事態を改善するため、次の事項について実現を図られたい。

一、高齢者の負担を増やし受診抑制を図る、老人保健法の改正をやめること。

二、高齢者が安心して暮らせるよう、費用の心配のない医療・福祉の施策を拡充すること。老人医療費無料制度を復活すること。

三、行き届いた医療と看護のために看護婦を大幅に増やすこと。入院期間によって一般の病院から退院を強いる、医療法の改正をやめること。

四、国民健康保険への国庫負担を四十五%に戻し、保険料(税)を引き下げる。保険証は加入者全員に交付すること。

第四七七号 平成三年九月五日受理

請願者 名古屋市中区如意二ノ一〇九 上

野都子 外二千六百八十六名

紹介議員 沓脱タケ子君

すべての人々が健やかな老後を送ることこそ人類の願いである。しかし高齢化社会を理由に年金などの大幅な削減や国民への負担増が進められている。これは明らかに歴史の進歩に逆行することである。しかも、日本は世界でも有数の金持ちとなっている。国民の生命や健康を守り、暮らしの向上にこそ勤労の成果である社会の富を使わなければならない。政府が企図している年金改悪を容認することはできない。また、憲法第二十五条は、国民がひとしく健康で文化的な生活を享受する権利と国の責務をうたっている。しかし政府は、軍事費を増額し、医療への国庫負担を減らし、国民の負担を増やすなど、国民の生命と健康をないがしろにしている。特に高齢者に対しては、その生命を切り縮めている。さらに政府は、公的医療保障制度を根本から崩し、国民・患者自前の医療制度にしようとしている。私たちは、このような事態を容認することはできない。については、次の事項について実現を図りたい。

一、年金改善

- 1 年金支給開始年齢の六十五歳への改悪をやめること。
- 2 労使の負担割合を三対七に改め（中小企業の保険料負担分は国の補助で軽減する）、保険料・掛金の引上げをやめること。
- 3 年金の最低保障を月五万円として年金水準を引き上げ、老後不安を無くす年金とすること。
- 4 鉄道共済年金赤字の他制度への転嫁をやめ、政府とＪＲの責任で解決すること。
- 5 年金の国庫補助率削減を直ちにやめ、元利を併せて返還すること。

二、国民医療改善

- 1 健康保険本人の八割給付への改悪をやめ、十割給付、老人医療無料化を復活すること。
- 国民健康保険と健保家族の給付を引き上げること。国の負担を増やし、老人保健への医療保険からの財政拠出を大幅に引き下げ、労働

者の負担を減らすこと。

- 2 国民健康保険の国庫負担率を増やし、保険料（税）を引き下げる。保険証を無条件で加入者全員に交付すること。健康保険料の労使折半をやめ、使用者の負担割合を増やすこと（中小企業の保険料負担分は国の補助で軽減すること）。
- 3 国立病院、療養所つぶしをやめること。医療従事者を増やすこと。高齢者が安心して入院できる病床・病院を増やすこと。老人ホーム、訪問看護等を含めた地域の第一線医療・福祉を拡充すること。
- 4 人間の生命と健康を差別する医療の営利化をやめること。国の責任で患者に行き届いた医療が保障される診療報酬に改善すること。

平成三年九月二十七日印刷

平成三年九月三十日発行

参議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局