

第一百二十一回 参議院厚生委員会議録 第六号

平成三年九月十九日(木曜日)

午前十時二分開会

出席者は左のとおり。

委員長
理事

田渕 熟二君

西田 吉宏君

前島英三郎君

竹村 泰子君

高桑 栄松君

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 晓子君

浜本 万三君

木庭健太郎君

杏脱タケ子君

栗森 香君

勝木 健司君

大西 孝夫君

岡光 序治君

寺松 尚君

厚生省児童家庭
土井 豊君厚生省保険局長
黒木 武弘君厚生省年金局長
加藤 栄一君社会保険庁運営
奥村 明雄君

部長 兼内閣審議官

事務局側
常任委員会専門
員 滝澤 朗君説明員
計官 大蔵省主計局主
文部省高等教育
大学課長労働省職業安定
局業務調整課長
労働省職業安定
局民間需給調整
事業室長渡辺 裕泰君
吉免 光顯君
都築 讓君

工藤 智規君

社会保険庁運営
局長社会保険庁運営
局長

明されておられます。

そうなりますと、これまでの一元化との関係はどういうふうに考えたらいいんだろうかという疑問が起きるわけでございます。これまで医療保険制度の法案の審査をしておりました中で、厚生省が一貫して言われておりますのは、医療保険制度の一元化は昭和六十年代後半の早い時期といふうに設定し、説明されておつたと思います。今回の老健法の改正法案が出来まして、これは一体今までの御主張の一元化とどういうかわり合いになるんだろうかという疑問がございますので、まずその点についてお伺いをいたしたいと思います。

○政府委員(黒木武弘君) 今後の本格的な高齢化社会におきましても、すべての国民が安心して医療を受けられるようにするためには、医療保険制度が国民の信頼を得て長期的な安定が図られていることが大切であるというふうに考えますし、そのためにもいわゆる一元化、給付と負担の公平を図つていくことが不可欠であると考えております。このため、医療保険制度につきましては、これまででも給付と負担の公平化のための改革を逐次実施してきたところをございます。

今回の老人保健制度の改正は、介護要素に着目した公費負担の拡大、患者負担の見直し等を内容としているわけでございますが、これは保険者の拠出金負担の軽減を通じて各医療保険制度の運営の安定化につながるものであり、医療保険制度の一元化に向けての条件整備を図るものであるというふうに考えております。

○浜本万三君 今回の法改正の目的を伺いますと、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。

○浜本万三君 今回の法改正の目的を伺いますと、本格的な高齢化社会に向けて、一つは健やかで安心できる老後生活の確保、それから地域における総合的な介護システムづくり、三番目は老人の心身にふさわしい医療の実現、そういう三つの方向に向けまして出発する一步だというふうに説

ふうに考えていいんですか悪いんですか。

○政府委員(黒木武弘君) 六十一年の改正の年に、私どもは確かに御指摘のように一元化への地ならしという御説明をさせていただきました。その法案が成立する過程で、三年後のまた見直しという形で本院においても決着を見たわけでございまして、そういう意味で六十一年改正の見直しであるということから考えますと、私どもはやはり地ならしの一つである。先ほど申しましたように、今は条件整備だというふうに使っておりますけれども、一元化へのステップの一つであるというふうに理解をいたしております。

○浜本万三君 そうすると、今回は地ならしの地ならしというふうに理解をしますが、それでは多少声が薄くなつておるような医療保険制度の一元化のこれから具体的なスケジュール、そういうものについてお考えがあればお示しをいただきたいと思います。

○國務大臣(下条進一郎君) ただいま委員御指摘のように、給付と負担の公平を確保するためにもこの一元化は基本的な物の考え方として重要なことである。このように私たちを考えたおけるございます。このために、この改革を今のような地ならしのような方法を含めながら逐次実施していくまいたいと考へておりますが、医療保険制度の将来構想につきましては、関係者の間にさまざまな意見があることも御承知のとおりでござりますので、今回の老人保健制度の見直しを踏まえながら、今後さらに幅広い角度から検討をしながらその実現に努力をしてまいりたいと考えております。

○浜本万三君 それじゃこれはこの程度にしまして、次は公費負担の拡大の問題について、以下お尋ねをいたしたいと思います。

老健法の財源は、私から申すまでもございませ

さんが、各保険団体からの七割の拠出金と国及び地方団体の三割の負担と一部患者負担金によって構成されておると思います。老人医療費が増高するたびに関係法律が改定されまして、そのたびに公費が相対的に低下しておると思います。私の手元にある資料を見ましてもそれが非常によくわかるわけでございます。例えば、老健法発足当時は公費負担は四四・九%だったと思いますが、四四%台であったものが、今日では三四%台に低下しておるわけでございます。老人医療制度を充実させようとすればやはり公費を増額しなければその目的を達成することはできぬのじゃないかと思つてます。つまり、これは政府の政策的怠慢と思うんでございますが、御見解を承りたいと思います。

○政府委員(岡光序治君) 先生御指摘のように、老人保健制度における国庫負担は給付費の二割とされておりますが、このほかに国民健康保険、それから政府管掌健康保険の拠出金につきまして、それぞれ国庫負担が行われているわけでございまして。こういった国庫負担を合わせました老人医療給付費に対する全体の国庫負担の割合は、御指摘のように平成二年度では約三六%になつてゐるわけでございます。

これは、いわゆる加入者按分率を順次引き上げていきましたし、国民健康保険の拠出金の負担が減少してまいりました。この国民健康保険の拠出金には五割の国庫負担が入つておるわけでございまして、国民健康保険の拠出金の負担の割合そのものが順次減つていつたという結果として全体の国庫負担率が減少する、こういうことになつてゐるわけでございまして、私どもは、これは拠出金のいわゆる加入者按分率の変化に伴つた結果的な数字であるというふうに受けとめておるわけでござります。

今回の改正におきましては、先ほども御指摘がございましたが、介護に着目をして公費負担割合を引き上げるということを考えておるわけでございまして、そういう意味ではこの老人保健制度の

○浜本万三君 今御説明のように、結局医療費増高分については各保険者団体個人負担によつて賄つておるというふうに説明がございました。本来、老人医療といふのは健やかで安心できる老後生活を確保する、こういう考え方から申しますと、福祉としての政策でなくてはならないではないかと思います。それをあえて保険制度に組み込みまして、いわゆる被用者健保や患者に負担を強要しておるというのが今日の老人健康保険制度の姿ではないかと思うんです。これは非常にまずいと思いますが、いかがでしょうか。

○政府委員(岡光序治君) 老人保健制度というのには、国民皆保険という現在の体制のもとで、老人層に対しましてどのような形で医療保障を行ふか、といふいろいろな検討の結果に基づきまして、各医療保険制度を前提にして、その共同事業として現役世代も、老人自身も、それから国、地方も応分の負担をし合つて老人医療費を賄つていこうという仕組みを考えたわけでございます。そういう意味では社会保険方式を基本としておりますが、しかし、おっしゃいますように、老人医療費の性格を考えまして、公費負担割合を相当多目にしているわけでございます。そういう意味で、この公費負担割合は他の医療保険制度と比べまして相当高い水準に達しておるというふうに考えておるわけでございますが、しかし、今後のことを考慮して、制度の長期的安定という観点から、今までして、制度の強化方策、公費負担の拡充等の方策をお願いしたいと考えておる次第でございます。

○浜本万三君 それじや、少し細かい問題に入らせていただきます。

ところで、今回の老健法改正に当たりまして、公費負担を五割に引き上げなさいという意見が世間では非常に高くなつていたと思います。あらゆる団体からの陳情を拝聴いたしますと、三割を五割に引き上げなさい、こういう要求が強かつたと思うんですが、そういう世論にもかかわらず、政

府は五割負担の対象を老人保健施設費及び看護・介護体制が整備された特例病院の入院医療のみに限って改善をされておりますが、これはどういう理由でしようか。

法改正の目的から申しますれば、さらに適用範囲が拡大できたのではないか、こう思いますが、いかがでございましょうか。

○政府委員(岡光序治君) ただいま申し上げましたように、老人医療制度に対する公費負担割合は他の社会保険と比べまして既に相当高い水準に達していると思います。

どの程度税財源から老人医療費に充当するかというレベルの問題でございますが、これにつきましては、制度改正を検討いたいた審議会の審議におきましてもいろいろな意見があつたわけでござります。私どもは、お年寄りの中でも七割の方はお元気な比較的健康な方でありまして、一割の方方が比較的に病弱である。こういうことを考えますと、いわゆる疾病に陥るというそのリスクの分散を図るという意味で、七割の方がお元気だということを考えますと、社会保険システムになじむんじゃないかな、こういうふうに考えたわけでござります。

そういうことを前提に考えまして、他の医療保険制度における公費負担水準とのバランスといふことを考えなければならぬんじやないか。といいますのは、その背景としましては、高齢者世帯の一人当たりの収入を考えますと、これは平均で申し上げますと、全世帯を少し上回っているといふふうな状態もあるわけでございまして、そういう意味では公費負担をこれ以上つぎ込むというふうにあります特定の項目、つまり今後の重要課題である介護の要素に着目をして公費負担割合を引き上げるべきだ、こういうふうな判断をしたわけでございまして、それを根っこにいたしまして、今回の改正案を御提案申し上げているわけでございま

そういう意味で、私どもは介護の要素に着目をした施設としてどういうものがあるかということでお、御提案をしておりますように、老人保健施設療養費及び特例許可老人病院のうち、介護体制の整った病院の入院医療費を対象にということでお、御提案を申し上げておるわけでございます。

○浜本万三君 先般、衆議院で審議が行われまして、野党が共同いたしまして公費負担を五割にしてもらいたいという三つの要求を政府に提出いたしました。そのうち老人訪問看護療養費のみは公費負担五割の対象にするということで修正されました。私は大変よかったですというふうに思います。さらに私は、介護体制が整備された同じような施設については、さらにその対象を拡大することがよろしいのではないかというようになっております。

そこで、この審議を通じまして話題になつておるのが精神病院に関する問題だというふうに思っています。

まず、政府が今日進められておる精神病院における老人性痴呆疾患対策について、どのような新政策をお持ちなのかお尋ねをいたしたいと思います。

○政府委員(寺松尚君) お答えいたします。

今先生御指摘の精神病院におきます老人性痴呆患者の数でございますが、平成二年の私どもの研究班におきましては、約四万足らずぐらい入つていらっしゃるようでございます。

そこで、私ども精神病院におきまして、老人性痴呆疾患に関する専門の病棟いたしまして、昭和六十三年度から精神症状や問題行動が著しい患者でありまして、そして短期集中的に治療するというようなことをいたします施設いたしまして、老人性痴呆疾患治療病棟というのを整備することといたしております。今現在行つておりますところでございます。

それからさらに、本年度からでございますけれども、精神症状や問題行動がありますけれども、

非常に期間が慢性化しそうな患者、そういう患者に対してましては長期的な治療を行う施設というふうなことで、老人性痴呆疾患療養病棟、名前がちょっと違いますが、療養病棟として整備をすることとしたとして、今その準備を進めておるところでございまます。

○浜本万三君 そういう含みのある答弁をいたただきましたので、ひとつ今後の審査におきまして、ぜひ対象にしていただくように希望をしておきます。

の指導の中で十分人間性を尊重するようにならざるを得ないことを申しておりますし、またこの扱いについても、各病院におきまして十分意を払っているところでございますが、なかなか実際については境目のようなところで非常に難しい。

○浜本万三君　ひとつせひよろしくお願ひをいたしたいと思います。

次の問題は、今回の公費引き上げの趣旨といふのは、先ほどの御説明のとおり、介護の面に着目したということになります。そうすると、老人

これらの専門病棟にござましては、私どものような研究班のデータなんかによりますと、今後老人性痴呆患者が激増するというような数字もございまして、そのようなことに対しまして、私どもは必要な整備を今後進めてまいりたい、このように考えております。

公費拡大をするためにいろいろ検討し、政府は要請してまいりましたが、精神病院の療養病棟も、さつき言つたような理由で、介護力が備わっておるというので五割負担の対象にしてもらいたい、こういう主張を申し上げておるわけでございます。

ます場合は、これがある意味では老人の気障をもつた面にござります。そこで、この面にもつながるということでありまして、これを完全に抑圧はできない。そういう意味で、御本人の人格を尊重するということであれば、そういう徘徊の性質を帯びた患者さんについて、同じような方をもう少し広いスペースで自由の中を歩き回れるようにするとか、いろんな配慮をするというようなことをいたしております。特にそれをさらに軽度の方の場合のいわゆる療養の段階になりますと、これは治療の関係から、極力人格を尊重して対応するということに意を払っている次第でございます。

詳細は事務当局から御説明させていただきます。

○政府委員(寺松尚君) 今大臣からお答えを申上げましたが、私ども事務当局といたしまして、

○政府委員(岡光序治君)　先生御指摘でございますが、いかがでございましょうか。
すが、一般病院につきましては、本来の性格をわざわざ機能から考えまして、急性期の患者を含めましてさまざまな疾病状態にある患者を対象としているところでございます。そういう意味では介護を重視した医療を提供する施設というふうには言はれないと、公費負担割の対象とすることは不適当と考へたわけでござります。しかし、今後特に老人の保健、医療、福祉万般にわたります効率的な提供が求められる、そしてまたそういうものの質の確保ということが重要な課題になるわけでございまして、一方で老人人口が一層増加をする、そういう中で老人

思いますが、いかがでしようか。

いますが、我々が心配しないでもいいというようより、十分な指導監督をしてもらわなきやならぬと田中ですが、この点について、これは大臣の基本的な姿勢と、それから事務当局の具体的な方針を承つておきたいと思います。

ちよつとお答えを補足させていただきたいと存ります。

これはもう委員御承知のとおりでござりますが、昭和六十三年に精神保健法を改正いたしましたて、それによりまして精神病院に入院中の患者の権利の擁護と申しますか、それを一層図るということと、社会復帰の促進を進めるということですが、記されているわけでございます。

今先生が御指摘の件の老人性痴呆疾患療養病棟につきましても、患者の介抱等処遇に努めますとともに、精神保健法に基づきまして入院の際の精神保健指定医の診断、それからまた定期の病状報告あるいは退院請求等に基づく精神医療審査会の

対策、それから病院の機能のあり方、こういふものが見直されていくべきものと考えておりますので、こういう中で費用負担のあり方にについてもさらに議論が及んでいくのではないだろうかとうふうに考えておる次第でございます。○浜本万三君 私は、今回の改正についてお年寄りの皆さんに負担をおかけするというようなことだけではうまくないと私は思います。こういういとを厚生省はやつておるんだということが何か曰く見えるような方法を講じていただきながらなきやなことを思つております。けさ質問の通告をしたんだですが、その姿を我々が見るため質問をしてみないとと思うんですが、まず五割対象になる病院、施

○政府委員(岡光序治君) 今までの審議でもございました。私どもの考え方では、再三申し上げましたように、考え方の整理をしておるわけでございますが、そのところは

の問題は、人間性を尊重するようなどいう重要なポイントでございます。

審査等、患者の人权に十分配慮した処遇や手続をとられることとなつておるわけでござりますので、その辺の徹底を指導してまいりたいと思つております。

第七部 厚生委員会会議録第六号 平成三年九月十九日

ると、六十三年度の出発の時点でのどのような数値が見えるのかということを国民の皆さんに知つていただかなきやならぬと思いますが、その数字はわかりますか。

○政府委員(岡光序治君) まず、老人保健施設でございますが、平成三年三月末で四百三十一施設、病床数で三万四千七百床余りでございます。それから老人病院のうちで基準看護体制なり入院医療管理料を採用しておる病院につきましては、三百六十六施設、病床数で六万二千床余りということがあります。

それから老人訪問看護でございますが、これは新しい制度でございますのでゼロでございますが、これから整備を進めて、平成四年の推計では初年度といたしまして四百施設、約二万人を対象にその整備を考えたいと考えております。それから精神病院の中の老人性痴呆疾患の患者を対象とした療養病棟でございますが、これは現在私の承知しておる限りでは三施設、病床数はちょっと今手持ちにございませんが、今動き出した制度などいうふうに承知をしております。

○浜本万三君 だから、もしそれをやるとすれば二百床だというふうに伺っております。それから平成四年度の計画も相当あるや聞いておるわけでございまして、平成三年度は出発ですからこの程度なんですが、これが一体どういうふうに膨らむのか。これはお年寄りの方々にとって、我々をどういうふうに看護してくれるのかということ大変関係があるわけなんでありますし、せめで、平成六年にはどうなるんだ、十年後はどうなるんだと、こういう夢に似た見通し、見通しでもやや確実なものでなくてはいけませんが、もしかれば推定値をお示しいただきたい。わからなければよいんすけれども、わかれれば知らせてもらいたいと思います。

○政府委員(岡光序治君) まず、老人保健施設でございますが、これはいわゆる十カ年戦略に基づきまして平成十一年度で二十八万床を予定しております。

それから、介護力を充実させる老人病院につきましては、これから病院が選択をされますので、明確に拡充計画とか目標数をお示しするわけにはまいりませんけれども、相当数伸びていくといふふうに考えております。いわゆる病院の入院患者の中でも、こういった老人を専門にする病棟の方に移つていただくという数は相当ふえていくものといふふうに理解をしております。

それから、老人訪問看護ステーションにつきましては、これは相当広げることにしておりまして、五千カ所、そして、いわゆる寝たきり老人のおよそ三割程度がそれを利用できるようになるのではないだろかというふうに考えているわけでございます。

それから、老人性痴呆疾患の療養病棟につきましては、これはいろいろ計画がございますし、今の段階ではつきり申し上げられませんが、研究班による検討結果では相当の数の予想がございまして、十万床のような研究結果も一つ出ております。これは将来の数字でございまして、病院側の選択もありますので定かでございませんが、そういう研究結果も出ておりますので、これは相当伸びていくだらうというふうに理解をしているところでございます。

○浜本万三君 だから、それに私が先ほどお願ひをいたしました一般病院の基準看護病床に入院しておる方々を入れますと、相當なお年寄りの人を救済することができるのではないか、こう思ふんです。例えば一般病棟の基準看護病床が現在の推計でも三十一万床あるわけでございますから、相当の方の介護ができるんではないかというふうに思います。ぜひそういうふうに、比較的姿で見出していくだきたないと希望しておきたいと思いまます。

それから、次はスライド導入に関連して若干の御質問をいたしたいと思います。これは衆議院の答弁も頭に置きながら、政府の考え方を明らかにしていただくために御質問をいたしたいと思いま

す。

まず第一は、患者の一部負担のスライドの指標が今度は物価に変わりました。したがつて、物価に大きな変動が生ずるおそれがあると思います。その場合、その上限を私どももいたしますは3%というふうに規制をいたしたい、こう考えておるんですが、これについての御見解を承りたいと思います。

○政府委員(岡光序治君) 御質問の趣旨は、スライド率が高くなり、そのままその率が一部負担額に反映されますとお年寄りの過大な負担となるのではないかという御懸念であるとか存じます。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して、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おそれがある場合には、国会の御判断も得て、そのあり方を総合的に検討することが必要であるというふうに考えております。

○浜本万三君 ただいまの御答弁で、国会の判断を得てというふうにおっしゃいましたんですが、これは行政の一方的な判断でスライドを実施することは、国会の御判断も得て、そのあり方を総合的に検討することが必要であるというふうに考えております。

○浜本万三君 だから、それに私が先ほどお願ひをいたしました一般病院の基準看護病床に入院しておる方々を入れますと、相當なお年寄りの人を救済することができるのではないか、こう思ふんです。これは行政の一方的な判断でスライドを実施するのではなく、国会の審議を経て承認を得て行う、こういうふうに理解してよろしくございますか。

○政府委員(岡光序治君) 御懸念のような事態が生ずるおそれがある場合には、政府の一方的な措置でなく、国会の御判断を得て対処してまいりましたという考え方でございます。

○浜本万三君 その場合に、スライド制の存廃も含めて検討するということはあるわけでしょうが、なぜなら、それは一般的に検討し

るわけでございますから、当然制度の運用やその発動については国会で歴どめをする必要があると思しますので、法律の中に明記いたしまして、高齢者の皆さんの負担が高額にならないように措置していただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○國務大臣(下条進一郎君) ただいまのスライド制の問題につきましては、基本的な考え方といったしましては、高齢者の方々がこのスライド制の導入によって御不安が起ころる懸念が起ることのないようにしなければならないというのを前提のないようにならなければなりません。

ただ、毎年医療費がじりじり上がり続けておりますような状況もまた事実でございますし、そういう中で制度の長期的な安定を図るために今回改正の中で物価にスライドする制度を平成七年度から導入していくだく、こういうことをお願いしてますような状況もまた事実でございますし、そう考えとして我々は持つておるわけでございます。

ただ、毎年医療費がじりじり上がり続けておりますような状況もまた事実でございますし、その適用につきましては、今委員御指摘のように、急激ないろいろな物価の変動がある場合には、これは大きな影響を与えることになりますので、そのような御懸念の生ずる場合におきましては、国会の御判断を仰ぎながら慎重に適用してまいる所存でございます。

○浜本万三君 次は、保険外負担の軽減、解消についてお尋ねをいたしたいと思います。

患者の負担は、法律上の負担だけでなしに、非常に問題になつております差額ベッド代の問題、いわゆるお世話料やおむつ代の実費負担の問題、それから付添看護料などがあります。これはもうかねてからその抜本的な改善策を政府に要求しておつたところでございますが、政府は三人以上の差額ベッドの解消でありますとか、それからお世話料などについては、看護と密接に関連したサービスについては徴収をしてはならない、また、あいまいなお世話料や管理協力費の費用徴収はしてはならないというように相当厳しく指導されておるというふう伺つております。しかし、今回の改正法案で患者の皆さんに負担をおかけす

るわけでございますから、保険外負担の一層の軽減についてお尋ねをいたしたいと思います。

それから、次はスライド導入に関連して若干の御質問をいたしたいと思います。これは衆議院の答弁も頭に置きながら、政府の考え方を明らかにしていただくために御質問をいたしたいと思いま

減の徹底を図つていく必要があります。

そこで、分けてお尋ねしようと思つたんです
が、一括をいたしまして、差額ベッド代、それか
らいわゆるお世話料などの実費負担の軽減につ
てどのような厳しい御指導をなさるのか、お尋ね
をいたしたいと思います。

○政府委員(岡光序治君) まず、差額ベッドの是
正でございますが、從来から差額徴収に係るルー
ルを明確に示して適正な指導を行つてゐるわけで
ございまして、相当改善を見えているところでござ
いますが、今後ともルールに反した不適切な差額
徴収が行われないよう指導の徹底を図つてしま
たいと存じます。

それから、おむつ代等の費用負担の問題でござ
います。おむつ代につきましては、今も先生御
指摘がありましたように、社会常識上不適切な額
の徴収は行わないようといふ指導を徹底させ
る、それからお世話料などのあいまいな名目での
徴収は行わない旨の指導を徹底しよう、こう考
えております。領収書をもらつてこれだけの額が必
要なんだという確認もびしつとしてもらおうとい
うふうにしておりまし、そういう意味での指導
を徹底してまいりたいというふうに考えておる次
第でござります。

○浜本万三君 私ども、この法案を審議するに當
たつていろいろ議員の仲間と相談をしておりまし
たところ、おむつ代等につきましては、快適な療
養、それから医療効果を高めるためにも、これは
保険給付の対象にしたらどうか、保険給付に取り
込んだらどうかという御意見が非常に多いわけで
ござります。これは今回直ちにというのは無理か
もわかりませんが、十分ひとつ慎重にこの問題の
検討を希望しておきたいと思いますが、いかがで
ございましょうか。

○政府委員(岡光序治君) おつしやいますよ
うに、おむつの問題につきましては、現在のところ
これは日常生活上必要なものであるということを
考えまして、医療保険の給付の対象とするこ
とをやめておりますが、今後の高齢化の進展を考え
ます。

すと、常時介護を必要とする状態の御老人が大幅
に増加するということも見込まれるわけでござ
います。

そこで、高齢者のケアをどうするかという基本問
題があるわけでござりますが、そういうケアのあり
方をいろいろと議論する、検討する際に、この
おむつの問題も含めて広い観点から検討していか
なければならぬというふうに考えております。
○浜本万三君 ひとつ十分御検討いただきまし
て、お年寄りの皆さんの期待に沿うような措置を
講じていただくようにお願いをしたいと思いま
す。

次は付添料の問題なんですが、今付添料は大体
一ヶ月三十万円前後という人もおりますし、以
上という人もおられるわけでございますが、いず
れにしましても、三十万を超えるような高額な負
担になつております。これは患者と家族にとって
は大変な負担であります。この負担を解消するこ
とは現下の急務の政策ではないかと私は思つてお
ります。

つきましては、厚生省はこれについてどのように
お考えを持つておられるのか、お尋ねをいたし
たいと思います。

○政府委員(岡光序治君) 種々の施策を講じま
して付添看護の問題に対応してまいりたいと考え
ておりますが、具体的には、一つは安易に付添看護
に依存をし不適切な患者負担を生ぜしめることの
ないよう、現行の付添看護の取り扱いの適正化を
図りたいと考えております。これは病状に応じて
一人づきないし二人づきということで付添看護を
認める要件が明確にしてあるわけござります
が、そのところの取り扱いを適正化したい、徹
底をしたいといふことが一つでござります。

それから、体制をいたしましては、付添看護を
必要としない介護体制の整った病院を拡大してま
いるという本筋の施策を進めないと考えておりま
すが、直ちにこのような体制に移行できない老人
病院も間々あるわけでございまして、こういった
ことはもう少し関係審議会で煮詰めていただきたい。
これは診療報酬のかかわりもござりますし、老人
病院につきましては、これまで病院単位の
考え方で物事を整理しておりましたんですが、新

たに病棟ごとという発想を取り入れることにしま
して、病棟ごとの介護体制の整備を認めるなどい
たしまして、いわゆる介護体制の整つた老人病院
に段階的に移行していくような、そういう促進策
をあわせて講じてまいりたいといふうに考えて
おります。

この件につきましては、私ども具体的な対応策
を考えないといけないと思っておりますが、速や
かに関係審議会において御検討をお願いして、そ
の結論を得て必要な措置を講じてまいりたいと考
えている次第でござります。

○浜本万三君 今の御説明でうつすらわかるんで
すが、要するに付き添いが必要な病院を
つくるということが最大の目的、その経過措置と
して病院の中に病棟ごとの介護体制が整備された
病院をつくる、こういうお話をなんでおざいます
が、その場合には病院も付添看護に相当する相当
の介護の費用が必要だといふうに思いますが、
今の関係審議会にかけるというお話の向きは、そ
ういう付添看護料というようなものを想定されて
おります。その場合には病院も付添看護に相当する
医療費として支給されるというような考え方と
思つてよろしくござりますか。

○政府委員(岡光序治君) おつしやいますよ

うに、病棟が複数あつた場合に、ある病棟につきま
しては、いわば院内の介護力をそこに集中して付
添介護を必要としない病棟にしよう、しかし、そ
のほかの残余の病棟につきましては、人手が薄く
なるわけでござりますので、そのところは病院
が病院の管理体制、責任体制のもとで人を集め
て措置をすることにしよう。そういう体制を認める
といふことにしますと、そこにおける看護に必要
な経費につきましては、保険とのかわりを考え
なければいけないといふうに私どもは想定をし
ております。

そういうことをすれば、結果としてはかなり患
者のサイドの負担は軽減されるだろうということ
も考えられるわけでございますが、詳細具体的に
お尋ねをいたしまして、その点について、その中における改善策
がどれなものかといふことで発想しているもの
でございまして、医療法の改正とは直接に関係が
ないといふうに考え方としては整理しております。

の介護体制ということにもかかわりますので、中
医協や老人保健審議会、複数の審議会が関係して
まいりますので、そこのところはそういう方向で
私ども検討を進めていたくようにお願いをした
いと思っております。

だから、ちょっと心配になりましたのは、きょう
の朝日新聞だつたと思うんですが、今提案され
おります医療法改正法案、この中で、改正された
後の医療体系の姿というのが図で示されておるん
ですが、つまりこの「療養型病床群」というよう
なものに今のお話が相当するんじやないかと思
うんです。そうすると、この法律が改正されない前
に、厚生省はどんどん先取りをしておるんじやな
いかという、立法府の一人としては疑問があるん
ですが、それはどうでしようか。

○政府委員(岡光序治君) 今お願いをしておりま
す医療法の改正では、現行医療法における病院の
整理として、一般病院と精神病院と結核病院とい
う三種類が認められているわけでございますが、
その一般病院の中での機能分担を考えようとして
いるわけでござります。それはそういう病院の体
系、そしてその相互の連携関係についての一つの
考え方を整理したいということでございます。
私どもが先ほど申し上げたのは、そういう病院の体
系についての話ではございませんで、老人病院
といふものを前提にして、その中における改善策
がどれなものかといふことで発想しているもの
でございまして、医療法の改正とは直接に関係が
ないといふうに考え方としては整理しております。

○浜本万三君 それならよろしくござります。
それから、この点の締めくくりの意味でお願い
をするんですが、やはり国民の皆さんには改善策
が目に見えるような形をつくらなきゃならぬとい

うふうに思いますから、本委員会で老健法の審議が終了するまでに、もう少しありやすい制度の内容と、それから中医協等にかけられようとしてもらいたいと思うんです。

そこで、確認答弁のときにはそれが明らかになるような厚生省の努力を期待したいと思います。それはどうですか、よろしくうござりますか。

○政府委員(岡光序治君) 国民によく御理解をいたくということは必要でございますので、今回の老人保健法の改正につきましては、非常に簡易なわかりやすいパンフレットなんでも用意をしたわけでございますが、国会審議で内容が相当変わつておられますので、その面も含めまして、國民によくわかるような資料は改めて用意させていただきたいと存じます。

○浜本万三君 次は、安定基金制度、正確に言えば老人保健基盤安定事業ですか、この問題についてお尋ねをしたいと思います。この制度ができましたのは六十一年ですかの審議のときだったと思うんですが、当時健康保険組合が大変財政状況が悪化をしておつた中で、比率が一〇〇%に引き上げられる。これは大変だとこの制度ができましたのは六十一年ですかの審議のときだったと思うんですが、当時健康保険組合が大変財政状況が悪化をしておつた中で、比率が一〇〇%に引き上げられる。これは大変だというので、我々は当分の間按分率は九〇%に止め置くべきであるという議員立法を出そうとしたんですが、それに対しまして、厚生省も、それは待てと、我々がいい恵みを出すと言つて提案されましたのが老人保健基盤安定事業であつたというふうに思います。

私が非常に心配をしておりますのは、まだ健康保険組合の財政状態というものは完全に改善されないと思います。たまたま景気がいいもんですから、こういう状態で少しよくなつてはおりませんが、完全に改善されてはいないと思います。一番心配をいたしますのは、平成六年には年金の財政再計算時にも当たります。年金財政全体の検討をする。そうすると、当然老人保健基盤安定事業の一兆五千億円の問題も検討されるというふうに思

うわけです。本来、補助金を削ろうとしたときにこういう制度をおとりになつたわけありますから、問題のある制度であることはもう間違いないと思ひます。これは大変危険に陥るんじゃないか

と思ひます。そこで、この問題の解決のためには、これを続けるのか、公費負担の三割を五割に引き上げるよう厚生省が約束をされるのか、按分率を九〇%に引き戻すのか、三つに一つだらうと思うんですねが、厚生省はどの道をお選びになるつもりか、こではつきりとひとつ御答弁をいただきたいと思います。

○政府委員(岡光序治君) 特別保健福祉事業は、先生御指摘のように加入者按分率が一〇〇%に移行するといったときに、制度の見直しを行い、そしてその措置をとれど、こういうことが六十一年の改正の際に附則で規定されたわけでございます。一〇〇%に移行する際にどうするかということが議論されたわけございまして、そのときに被用者保険の拠出金負担の緩和を図る、それと同時に老人保健制度の基盤の安定化措置を講じようと関連してこのような措置がとられているわけであります。本来ならばこれは暫定的な措置ではなかろうかと思ひます。保険制度の全体が健全性を確保するという見地からは、私はそう永久的に続くものではない、このように考えておりますけれども、現状におきましては、まだこれを直ちに見直しは見送られたわけでございます。厚生保険特別会計法を一部改正しまして、そして一兆五千億の資金をセツトして、老人保健の中における被用者保険の拠出金の負担の緩和措置としてその運用益を充てるということにしたわけでございま

す。

○浜本万三君 あと二分ほどありますから、ちょっと質問を追加してお尋ねをしたいと思います。

訪問看護制度の問題でございます。一番心配をしておりますのは、医療機関の不足しておる過疎地域や僻地、さらに離島等における対策について、もう少し国民が納得するような説明をしてもらいたい、こう思います。これが一つです。

それから、ついでにもう一つ御質問しますと、訪問看護ステーションはP.T.、OTについて必ず置くとされておりません。在宅におけるリハビリテーションを充実させるためには、これは非常に必要なものだと思うんですが、厚生省としてどのようなお考えを持つおられるか、あわせてお尋ねをいたしたいと思います。また、この際、P.T.

は、今回の制度改正による影響とか効果、それか

らもちろん被用者保険のそちらの方の財政状況も見きわめなければなりませんけれども、そういうことを全体的に見きわめる中で、今おっしゃいましたような幾つかの方法があるかと思ひます

が、そちらのどれを選ぶか、これからいろいろと慎重に考えていくべきと考えております。

○浜本万三君 大臣、今お聞きのよう、これは特に大蔵省と非常に関係が深い問題なんですよ。大蔵省御出身の大臣でちょうど都合がよかつたと思うんですけど、ひとつぜひ大臣の力を出してこの問題を継続するように協力をしていただきたいと思います。

○国務大臣(下条進一郎君) 被用者の負担の問題に関連してこのような措置がとられているわけがありますが、本来ならばこれは暫定的な措置ではなかろうかと思ひます。保険制度の全体が健全性を確保するという見地からは、私はそう永久的に

続くものではない、このように考えておりますけれども、現状におきましては、まだこれを直ちに見直しは見送られたわけでございます。厚生保険特別会計法を一部改正しまして、そして一兆五千億の資金をセツトして、老人保健の中における被用者保険の拠出金の負担の緩和措置としてその運用益を充てるということにしたわけでございま

す。

○浜本万三君 あと二分ほどありますから、ちょっと質問を追加してお尋ねをしたいと思います。

訪問看護制度の問題でございます。一番心配をしておりますのは、医療機関の不足しておる過疎地域や僻地、さらに離島等における対策について、もう少し国民が納得するような説明をしてもらいたい、こう思います。これが一つです。

それから、ついでにもう一つ御質問しますと、訪問看護ステーションはP.T.、OTについて必ず置くとされておりません。在宅におけるリハビリテーションを充実させるためには、これは非常に必要なものだと思うんですが、厚生省としてどのようなお考えを持つおられるか、あわせてお尋ねをいたしたいと思います。また、この際、P.T.

にしてもらいたいと思います。

以上、二つの質問で私の質問を終わらせていただきます。

○政府委員(岡光序治君) 過疎地域などにおきま

す訪問看護ステーションの確保の問題でございま

すが、確かにそういう地域におきましては社会資

源が全体として乏しかろうと思つておりますけれども、そういう中でも必要な訪問看護は確保され

なきやならないと思いますので、例えば在宅介護支援センターとの一体的な運営を図るというふうなこととか、工夫をしながらその地域に即した対応をしていきたいというふうに考えております。

それから、P.T.、OTの設置を義務づけるべきではないかというお話をございますが、確かに日常生活動作能力を回復するということを考える意味でリハビリテーションは大変重要でございます。

そこで、この老人訪問看護制度におきましては、この老人訪問看護制度におきましても、看護婦等が行う訪問看護のほかに、理学療法士とか作業療法士の行う訪問リハビリもこの制度の対象に

しておるわけでございますが、いかんせん作業療法士、理学療法士の数が少のうございまして、設置を義務づけるまではどうも数が足らないのではないかと思つております。その辺は、今養成所をふやすなりして何とか理学療法士なり作業療法士の絶対数をまず対応するように需給計画の総合的な見直しを行つて養成体制を整備をしていくと

いう考え方方がござりますので、そういう動きを私ども念頭に置きながら、できるだけ体制の強化を図つていきたいと考えております。

○庄司中君 私の質問は、問題を限定いたしまして、一部負担金の問題、それからスライド問題、それに関係する問題を中心におきたいと思います。

先日の議論をずっと聞いていまして、かなり網羅的な議論が行われていたわけありますけれども、例えは世代間の分から合いの問題であるとか

あるいは老人保健施設設置間の費用のバランスの問題であるとか、あるいは医療費に占める動向であるとか、それから前回設定してから四年たつて

話もありました。

それから高齢者の生活実態の話がありまして、私が感じましたのは、いわば原案の5%という数字的な根拠というのは、必ずしもこの場合では明確ではなかったわけです。ただ、一つ私が聞いておりまして、ああこれはそうかなと、数字的な根拠はここにあるのかと思いましたのは、健保の被用者保険の加入者の負担が一割でございますから、その半分という言い方を最後にされたというふうに記憶しております。

そんなふうになりますと、いわば一部負担金を設定する場合に、この5%からスタートしたんじゃないだろか、まず5%ありますけれども、その辺の考え方をまずお聞きしたいと思います。

○政府委員(岡光序治君) 私どもは、先生おっしゃいますように、老人医療対象者の中でも医療を受ける人と受けないとの間のバランスであるとか、あるいは保険料の形で老人医療の費用の大半を負担している若年層と老人層の負担のバランスであるとか、あるいは医療保険制度における若年層の一部負担とのバランス、それから老人同士の中での老人保健施設や在宅の御老人との負担のバランスであるとか、こういったいろんな観点からのバランス論をまず念頭に置いたのは事実でございます。

そして他方では、負担能力という観点から、高齢者、老人層の負担能力がどの程度にあるんだろ

うかということも考えあわせて、それらを総合的に考えた上で、定額制という制度を前提にし

ながら、どの程度であつたらいいんだろうかとい

うことを総合判断したわけでございます。

そういう意味で、結果として5%程度御負担い

ただくことが適当ではないだろうかというふうに

考えたわけでございまして、5%が先にありきでございませんで、そういうバランスであるとか

負担能力であるとか、そういうことをいろいろ検討して、そしてどこかに基準を置かなければど

ういう額にするかということが定まつてこないものですから、5%程度というものを御負担いただくのが結果としてはよろしいんじゃないだろうか、こう考えて原案を用意したような次第でございます。

○庄司中君 結果としての5%、つまり総合的なバランスというお話をございましたけれども、一方では財政の長期的な安定ということをおつしやっていますね。総合的なバランスで結果的に5%になつたというお話ではございますけれども、制度の長期的な安定ということで当面5%で大体展望が開ける、展望できる、そういうふうなお考えだったんですね。

○政府委員(岡光序治君) これはもう先生に申し上げるまでもないことでございますが、現在の老人保健制度は、お年寄り自身の一部負担と、それで三割を公費で負担しているわけでございます。そういう意味では、お年寄りと現役世代とそれから税負担という三つで構成されておるわけでございまして、そういうものの均衡といふんでしようか、あり方ということを考えながら、将来ともにこの制度が安定していかなければならぬわけでございますので、ある程度の一部負担というものを必要とするだろう、こう考えたわけであります。

○政府委員(岡光序治君) 確かに、健康保険法の本則では、給付につきましては、本人、被扶養者を通じて一部負担二割というふうに書いてあるわ

けでございますが、仮にそういう事態になつた場合に、老人保健の一部負担についてはどうなるのかということにならないといふうに考えてお

ります。若い人と老人との負担のバランス、それから負担能力は一体どうあればいいのか、それから他のいろんなわゆるヘルス事業であるとか福

祉の制度であるとか、そういうものがどう展開をするのか、総合判断ということを考えて、国民のコンセンサスを得なければ、こういった負担の問題というのはそう軽々には論じられないといふうに考えております。

○庄司中君 わかりました。そういうふうにやつていただきたいし、本来そういうものだらうといふふうに思います。

それからもう一つ、先日の議論の中にもありますように、各施設間の負担のバランスというこ

とになりますけれども、今のお話の中にもありますように、老人病院の場合、自己負担なら自己負担を考えてみますと、原案では四百円を八百円にしますから、三十日として二万四千

円ということになります。今度の修正案では七百円ですから二万一千円ということになります。老人保健施設ですと、徴収されるのは大体五万円台ですね。それから特養の場合には、これは原則が運びまして応能主義でありますけれども、平均しますと大体二万円台というふうに言われております。ですから、負担のバランスということになりますと、いわば病院の場合にはどの辺の位置づけを行つたら妥当と考えるのか。バランス論の前提にはある一つの物差しがなきやいけない、位置づけがなきやいけない。そこより高くてはいけない、ここより低くてはいけないという恐らく判断があるだろかというふうに思います。ですから、そういうものはどんなふうにお考えですか、そういうふうに受け取りますけれども、この辺は明確にお答え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) 確かに、健康保険法の本則では、給付につきましては、本人、被扶養者を通じて一部負担二割というふうに書いてあるわ

けでございますが、仮にそういう事態になつた場合に、老人保健の一部負担についてはどうなるのかということにならないといふうに考えてお

ります。若い人と老人との負担のバランス、それから負担能力は一体どうあればいいのか、それから他のいろんなわゆるヘルス事業であるとか福

祉の制度であるとか、そういうものがどう展開をするのか、総合判断ということを考えて、国民のコンセンサスを得なければ、こういった負担の問題というのはそう軽々には論じられないといふうに考えております。

○庄司中君 わかりました。そういうふうにやつていただきたいし、本来そういうものだらうといふふうに思います。

それからもう一つ、先日の議論の中にもありますように、各施設間の負担のバランスといふ

ことになりますけれども、今のお話の中にもありますように、老人病院の場合、自己負

担なら自己負担を考えてみますと、原案では四百円余りの負担になつておりますので、それらを合

わせますと五万円に近いところになるんじゃないですか。先ほど御指摘がありましたように、老人保健施設においては五万円程度の費用を徴収されておりますから、そういう意味では、老人病院においても大体五万円程度ということで、実際の負担額がレベルが合うんじゃないだろうか、こう考えたわけでございます。

といいますのは、そういうことで大体負担のレベルが合いませんと、結果として負担の低いところにみんな寄つてしまふ。私どもは、その施設の果たす機能に応じて、お年寄りの状態に応じた機能の施設を選んでもらいたいというふうに考えておりまして、そのような体系を整えたいと思っておりますが、負担の面でがたがたとアンバランスになつておりますと、そういう適切な施設を選択するということがどうしても阻害されてしまうんじやないか、こういうことを考えまして、そういう意味で施設間の負担の均衡ということを配慮せざるを得ないんじやないだろうか、こう考えた結果、今申し上げたような病院における一部負担をお願いしたいなという、バランス論を考えた、そういう一面がございます。

○庄司中君 大体わかりました。

次に進みたいというふうに思います。

例えば、外来の場合には一ヶ月千円ということになります。これは一診療科目ごとに千円でありますから、科目が変わると千円ごと払つていかなきやいけないということになります。先日の議論でも、高齢者の場合には病気が一つじゃない、複数であるということになります。そうしますと、一ヶ月千円じゃ済まない。あるいは三千円であつたり四千円があることがあるかもしれない。そういうふうになりますと、かなり負担が大きくなつていくというふうに考えられます。

特に私が心配いたしましては、病院に行くといふことは本人が任意で判断するわけです、行こうか行くまいかということを。例えば病気で体が立てないということになれば、これはもう入院するしかないわけありますけれども、診療を受けよ

うか受けまいかというのは任意性があるものですから、外来の負担を大きくしますと、かなり抑制されますから、外来的負担を小さくしますと、かなり抑制効果がきいてくるというふうに思います。

そういう点で、例えば入院の場合には低所得者の限度額というのが前から決まっております。今度も大体それを適用していく、動かさないということでございますけれども、これは外来的場合にもある意味では、ある特定の条件をつけまして考えてもいいんじやないだろうか、こんなふうに思いますけれども、その辺はどんなふうにお考えですか。

○政府委員(岡光序治君) 私どもの調査では、お年寄りの一ヶ月当たりの受診件数は一・四七から一・四八件というふうになつております。つまり、一ヶ月に病院にかかる件数が一・五程度ということですから、二つのところにかかるておいでの方と一つのところにかかるておいでの方が平均的な姿である、こういうふうに把握をしておるわけでございまして、この程度の件数でありますと、外来一部負担につきまして、低所得者にとつても無理なく御負担いただける程度範囲ではないだろかというふうに判断をしているところでございます。

○庄司中君 私が今申し上げておりますのは、千円が受診科目が多くなつたら大変だと、病気を持つことは個人差が非常に大きいから、限度額の設定はこの場合でも必要なんじやないだろうかということを申し上げたわけです。生活実態の問題については後から申し上げたいと思いますが、アンバランスの状態、これが非常に大きいと、病気をたくさん持つていろんな診療科目にかかる人もいるということを考えた上で、なおかつ限度額の設定というのは想定できないのか、考えられないのか、そのことを今お聞きしているわけですね。

○政府委員(岡光序治君) 御指摘の、そういう多様な実態があるというのは私もわからないわけでございませんが、外来の受診状況につきまして私どもで調査をしたところでは、繰り返しになつて恐縮でございますが、一月に全然医療機関に通わなかつたという人が三〇%余り、それから一つの医療機関というのが四四%、それから二つの医療機関にかかつたというのが一七%ということでございまして、ほとんどの方がそういうことで二つの医療機関でとまっているわけでございます。そういうふうな実情を把握をした上で私ども申し上げているところでございます。

○庄司中君 時間の制約がありますから、次にまたと思ひますけれども、この一部負担金の問題は、負担すべき主体、負担をする高齢者の立場

が大きいということを踏まえた上でもそういうことは考慮られないのかどうか、その辺をお伺いしたいと思います。

○政府委員(岡光序治君) お年寄りの生活実態は、御指摘のように多様なものがあらうかと思つておりますが、この負担論を論ずる際には、私どもはどこかに基準を置いて、姿を想定して設定しなきやならない。そういう意味では平均の姿を一つの基準にして判断をしたわけございまして、この程度の負担であれば無理のない範囲の負担ではなかろうかというふうに考えた次第でございます。

○庄司中君 私が今申し上げておりますのは、千円が受診科目が多くなつたら大変だと、病気を持つことは個人差が非常に大きいから、限度額の設定はこの場合でも必要なんじやないだろうかということを申し上げたわけです。生活実態の問題については後から申し上げたいと思いますが、アンバランスの状態、これが非常に大きいと、病気をたくさん持つていろんな診療科目にかかる人もいるということを考えた上で、なおかつ限度額の設定というのは想定できないのか、考えられないのか、そのことを今お聞きしているわけですね。

○政府委員(岡光序治君) 御指摘の、そういう多様な実態があるといふのは私もわからないわけでございませんが、外来の受診状況につきまして私どもで調査をしたところでは、繰り返しになつて恐縮でございますが、一月に全然医療機関に通わなかつたという人が三〇%余り、それから一つの医療機関というのが四四%、それから二つの医療機関にかかつたというのが一七%といふことでございまして、ほとんどの方がそういうことで二つの医療機関でとまっているわけでございます。そういうふうな実情を把握をした上で私ども申し上げているところでございます。

○庄司中君 時間の制約がありますから、次にまたと思ひますけれども、この一部負担金の問題は、負担すべき主体、負担をする高齢者の立場

ということも考慮せざるを得ない。これからは負担感ということについて少し聞いてみたいというふうに思います。

例えば、入院が原案では二倍になりますね。それで今度は修正されまして一・七五倍になるわけです。それから外来の場合が二五%ということになりますけれども、払う側にとりましては大幅に上がつたという印象を非常に持つだろうというふうに思います。倍になるという設定を考えてみると、物価にしましても、医療費にしましても、何をとりまして、この四年間に倍になつたというケースは恐らくないだろうというふうに思います。さすがに社会保障制度審議会の答申も、「その負担の程度について国民の理解を得るように努めることを望みたい。」というふうに特に強調しています。この負担感のこととなり心配をしていらっしゃる方へお答えをいたしましたが、確かに高齢者一人当たりの平均所得金額、消費支出動向、こういった生活実態を見きわめたつもりでございます。

○政府委員(岡光序治君) 今回の一部負担の額を見直しつきましては、近年の年金受給の状況、それから高齢者一人当たりの平均所得金額、消費支出動向、こういった生活実態を見きわめたつもりでございます。

それから、制度を支える若い世代の負担が大きくなつて、そういう意味では若い世代のそれこそ負担が非常に増大しておることによります、そういう負担をしたくないという声が強くなつて、それから高齢者一人当たりの平均所得金額、消費支出動向、こういった生活実態を見きわめたつもりでございます。

それから、制度を支える若い世代の負担が大きくなつて、そういう意味では若い世代のそれこそ負担が非常に増大しておることによります、そういう負担をしたくないという声が強くなつて、そういう負担をしたくないという声が強くなつて、それから高齢者一人当たりの平均所得金額、消費支出動向、こういった生活実態を見きわめたつもりでございます。

年寄りと若い層、国民各層で負担を適切に分かち合つていく、こういう考え方が必要なんじやないか。そうしないと、老人保健制度そのものが非常に不安定になり、下手をすると若い層の反発を招いて制度そのものが崩壊してしまふ可能性もなきにしもあらずということで、無理のない程度の御負担をお願いしたいということで改正案を御提起したところでございます。

○庄司中君 もう一つ私が心配いたしましたのは、負担をする側の負担感によって受診の抑制が行われるということになりますね。受診の抑制が行われますと、お医者さんに行かないで病気を悪くして、そしてトータルとしての医療費の拡大を招く、つまり医療経済にマイナスの影響を及ぼす。これはもうかねてから指摘されていることでござりますけれども、先ほども言いましたように、お医者さんに行くか行かないかは自分で決めるわけですから、負担が大きいと思つたら行かないといふことになります。

私の手元にあります前回の引き上げ、六十二年の一月から実施をされました引き上げの抑制率を見てみますと、外来と歯科で、実施をしてから一年間、前年比で受診率がマイナスになつていると、いうふうな資料がございますけれども、厚生省としては負担が上がつた場合の受診率の影響ということが調べていらっしゃいますか、詳細なデータお持ちでしようか。

○政府委員(岡光序治君) 六十一年度の改正前後のデータは私どもも持つております。

○庄司中君 さつき言いましたように、一年間前年比マイナスということですけれども、厚生省は資料を持つておられるなら、どうですか、前年比という関係ではどうなつていますか。

○政府委員(岡光序治君) 六十二年度の外来で申し上げますと、六十一年度との対比では受診率が若干低下をしておりますが、六十一年度なり六十三年度と比較しましても一件当たりの日数は逆に伸びております。

一人当たりの医療費の伸びについては入院、外來とも大きな変化はないわけでございます。医療費につきましては、受診率と一件当たりの日数と一日当たりの医療費といふことで私ども分析をしているわけでございまして、そういう意味で受診率は若干低下をしておりますが、逆に一件当たりの日数は伸びておる、こういうふうに把握をしておるわけでございます。

これをどう受けとめるかということでおざいま

すが、この数字で見る限りにおきましては、複数の医療機関で受診する傾向が減少して一件当たりの日数が伸びているということは、一つの医療機関で継続して診療を受ける傾向が出てきたといふことになります。

私の手元にあります前回の引き上げ、六十二年の一月から実施をされました引き上げの抑制率を見てみますと、外来と歯科で、実施をしてから一年間、前年比で受診率がマイナスになつていると、いうふうな資料がございますけれども、厚生省としては負担が上がつた場合の受診率の影響ということが調べていらっしゃいますか、詳細なデータお持ちでしようか。

○政府委員(岡光序治君) 六十一年度の改正前後のデータは私どもも持つております。

○庄司中君 さつき言いましたように、一年間前年比マイナスということですけれども、厚生省は資料を持つておられるなら、どうですか、前年比といふ関係ではどうなつていますか。

○政府委員(岡光序治君) 六十二年度の外来で申し上げますと、六十一年度との対比では受診率が若干低下をしておりますが、六十一年度なり六十三年度と比較しましても一件当たりの日数は逆に伸びております。

一人当たりの医療費の伸びについては入院、外來とも大きな変化はないわけでございます。医療費につきましては、受診率と一件当たりの日数と一日当たりの医療費といふことで私ども分析をしているわけでございまして、そういう意味で受診率は若干低下をしておりますが、逆に一件当たりの日数は伸びておる、こういうふうに把握をしておるわけでございます。

これをどう受けとめるかということでおざいま

すが、この数字で見る限りにおきましては、複数の医療機関で受診する傾向が減少して一件当たりの日数が伸びているということは、一つの医療機関で継続して診療を受ける傾向が出てきたといふことになります。

私の手元にあります前回の引き上げ、六十二年の一月から実施をされました引き上げの抑制率を見てみますと、外来と歯科で、実施をしてから一年間、前年比で受診率がマイナスになつていると、いうふうな資料がございますけれども、厚生省としては負担が上がつた場合の受診率の影響といふことになります。

私の手元にあります前回の引き上げ、六十二年の一月から実施をされました引き上げの抑制率を見てみますと、外来と歯科で、実施をしてから一年間、前年比で受診率がマイナスになつていると、いうふうな資料がございますけれども、厚生省としては負担が上がつた場合の受診率の影響といふことになります。

○庄司中君 問題は受診率だと思うんです。病気があるかないか、そしてその病気はどんなものであるか、そこからすべてが発生するわけとして、そこをほうつておきますと病状の重度化といふのは避けがたいわけです。そのことを言つてゐるわけでありまして、医療費がどうなつたかではなくて、負担増が受診率に及ぼす影響、これが問題になるだらうということを私は申し上げてゐるわけ

であります。

さらに申し上げますと、調査ということで行つてあるということでありますけれども、私は、負担増が受診率に影響して、それが医療費全体にどのような影響を及ぼしているかといふのは、国民経済の観点からもかなり大きい問題だらうといふに思ひます。

そこで、次の問題に移りますけれども、例えば負担感といふものがかなり大きい影響を及ぼすと、それは受診率で証明されてるといふうに思ひます。若干減つただけではどうもないですね。ですから、入院の場合を取りましても、先ほどから意見がありましたように、負担のバランスを見る上でも保険外負担を一つの項目の中に入れておるわけです。つまり、例えばお世話料とかおむつ代とか、あるいは洗濯代とかテレビ代とか、あるいは差額ベッドとか、これ以外に付添料といふ大変な問題がありますけれども、付添料を入れなくとも最低十万円はかかるでありますよね、これだけずっと並べてみると、負担のバランスでおつしやつたように、一部負担の引き上げはこの上に乗るわけです。土台があつてその上に乗る。ただ四百円が七百円になるわけではない。だから、四百円対七百円で問題を考えられない。

つまり、大変な負担が土台であつて、その上にまた負担が重なるということになりますと、負担感が大きい。そうなりますと、病院から追い出しが出てくる。病院に入るのを抑制するだけ

は、各年の受診率、一件当たり日数、一日当たり医療費、こういった診療諸率を分解して月報及び年報ということで公表しておるわけでございまして、これはずっとフォローしておりますが、今おつしやいましたように、経済生活全体にそういうものがどう影響するかといふのはそれぞの発想から調査をしなきやならないと思つておりますが、そのところはおつしやいましたようなことも参考にしながら、また必要な調査を行つてまいりたいと思っております。

○庄司中君 これは国民経済の上からかなり大き

い問題です。医療費がどんどん膨らんでくる高齢化社会の中で、負担と給付の関係を見る上でもこれはかなり大きい問題だと思いますので、積極的に調査を行つてそのデータを国民の前に示す、そして判断をしてもらう必要があるだらうといふうに思ひます。

そこで、次の問題に移りますけれども、例えば負担感といふものがかなり大きい影響を及ぼすと、それは受診率で証明されてるといふうに思ひます。若干減つただけではどうもないですね。ですから、入院の場合を取りましても、先ほどから意見がありましたように、負担のバランスを見る上でも保険外負担を一つの項目の中に入れておるわけです。つまり、例えばお世話料とかおむつ代とか、あるいは洗濯代とかテレビ代とか、あるいは差額ベッドとか、これ以外に付添料といふ大変な問題がありますけれども、付添料を入れなくとも最低十万円はかかるでありますよね、これだけずっと並べてみると、負担のバランスでおつしやつたように、一部負担の引き上げはこの上に乗るわけです。土台があつてその上に乗る。ただ四百円が七百円になるわけではない。だから、四百円対七百円で問題を考えられない。

つまり、大変な負担が土台であつて、その上にまた負担が重なるということになりますと、負担感が大きい。そうなりますと、病院から追い出しが出てくる。病院に入るのを抑制するだけ

けじやなくて、入つてゐる人を外に出す、こうい

う効果もあるんじやないだろかといふうに思ひます。負担を四百円から七百円といふ数字の問

題じゃなくて、実態の上に積み重なつた場合の効

果といふことを考へた場合に、入院の抑制と追い

出しの効果といふのは必ずあるといふうに思ひますけれども、どんな御判断をお持ちか、その辺をお聞きします。

○政府委員(岡光序治君) 一部負担を引き上げる、特に入院の一部負担を引き上げることによつて入院を抑制したり、あるいは病院から追い出す

といふうなこと、そんなことを意図しているわ

けではございません。繰り返しになりますが、あ

くまでも若い層とお年寄りとの負担のバランスで

あるとか、お年寄りの中での他の施設と在宅との

バランスであるとか、そういうことを考えた上

で設定しておるわけでござります。

それから、もう一つの見方としましては、いろ

いろこれは考え方もあるうかと思ひますが、入院

をするということによつて相当程度の生活費用が

かからなくなる、こういった面もあるわけでござ

いまして、そういう意味で私どもは今回はあくま

でも無理のない範囲での負担をお願いしたいとい

ふうことを考えておるわけでございまして、そ

うことを考へておるわけでございまして、そ

す。そして、全体の医療状況なり保健状況なり福祉状況なんかを考えてみましても、我が国の全体のレベルというのは、この前の議論でもありますたように決して高くはない。先進国では全体のレベルが非常に弱いということあります。

ただ実態これをマクロの統計なんかで見ていましても、どんどん核家族化が進んでいます。例えば過去三十年間をとてみると、核家族的な家族だけでも六〇%から八〇%に移行しちゃいましたよね。それからさつきも部長がおっしゃいましたように、高齢者と単独世帯が猛烈にふえています。過去十五年間の国勢調査、七〇年から八五年をとてみましても、一六・八%から三〇・二%に高齢者と単独世帯を合計した世帯の数があえてます。十五年で倍増しているわけです。しかも、率で倍増しているわけですから、これはもうとてもすごい状況といいますか、土台の変化、基盤の変化と言つていいような変化だらうというふうに思います。そうしますと、量的な介護の能力といふのが在宅では非常に衰えているということになります。この前も議論になりましたように、女性が社会参加をしていくことがござりますし、それから家族全体が外に出るというふうになつてしまいまして、介護能力は物すごく落ちると思うんです。

それからもう一つは、高齢化が進みますと、お互い年をとつて、年をとつた人が年をとつた人を介護するという状態が一般的になります。それから最近見受けられますのは、子供が年金受給者になつた場合に、同じ年金受給者である親を介護するという、世代の間でも高齢者が高齢者を介護するというのはもう珍しくない、むしろ一般的だとうふうに考えられます。

そうしますと、介護能力が家庭の方に減退をしているから、機能が弱くなっているから、せめて施設へ入りたいということになります。特養へ申しますと、一年待つてくれという話になるわけです。だからどうしても病院に行く。病院に行きますと、さっき言いましたように負担増になつ

てくる。意図はないけれども効果が出てくるということになりますと、「一体どうなるんだろう、高齢者はどこへ行つたらいいんだろう」というふうに思は思います。

特に、私がいつも暗い気持ちになりますのは、日本は高齢者の自殺率が高いということです。これはもう先進工業国と比較しても自殺が格段に高いわけです。いつもこの点は暗い気持ちになります。心配をしておりますけれども、システム

が、介護能力の低下、特養に入れない、病院に入る、病院も負担が大きくなる、何とかしなきゃいけない、外へ出なきゃいけないということになつたら、どうなりますかね。全体としてそういう状態だらうというふうに思います。そういう点では、保健であるとか医療であるとか福祉全体のシステムを加速度的に高めていく必要があるだろう。同時に、今の議論でいきますと、負担増はなるべく抑えてもらいたい、そしてほかの受け皿がどんどんできるような形を先行させてほしい、そんな率直な気持ちを持つておりますけれども、どんなふうにお考えでしようか。

○政府委員(岡光序治君) 先生おっしゃいますように、全体としての介護力は低下をしておると思います。特に日本は、西欧先進国の中でも同居率が非常に高いわけでございますが、同居率もどんどん低下をしておる。御指摘のようないろんな現象も起きているわけでございまして、そういう意味で低下した介護力、あるいは低下し続ける介護力をどうやって補うかという問題になるんだと思ひます。

○庄司中君 私が結論づけましたのは、システムが非常に弱いから、貧弱だから負担増はなるべく避けなさいと、こういうことを申し上げているわけでありますから、次に進みたいというふうに思ひます。今度の一部負担金の問題でいきますと、負担感限がありますから、そのところを議論しますと制限がありますから、そのところを議論しますと制限がありますから、次に進みたいというふうに思ひます。

当事者の問題を考えるを得ないというふうになります。当事者の問題を考える得ないというふうになります。当事者の問題を考える場合に、いろんなことが言えると思いますけれども、この当事者をどう見るかということは非常に大きい問題だらうというふうに思ひます。例えば、行政の施策の前提となる対象の人たちをどういうふうに評価する、どうなると思います。その意味では、在宅対策を進めることによって低下する介護力を外部から支えることによって低下する介護力を外部から支えるという対策が必ず必要だらうと思います。しか

し、そのことは自分の家にお年寄りを縛りつけるということではございませんで、家庭内における介護力の状況に応じ、それからお年寄りの身体の状況に応じてしかるべき施設がちゃんと整えられて、その施設を利用でき、あるいは入所できるという体制を整えなきゃいけないと思っておりまます。そういう意味では、在宅対策と施設対策といふのは両輪でないといけないだらうというふうに認識をしておるわけでございます。

御指摘がありましたが、残念ながら特別養護老人ホームにおいてはまだ二万人の待機数があるわけございまして、現在その待機者がなくなつた、そこで緊急整備を進めているところございまして、先生おっしゃいますように、一方ではそういう受け皿を整える、他方では在宅施設を通じてのシステムづくりをしていく。両方でこういった介護力の低下という事に対応しながら、お年寄りの生活の質を維持し、向上するということを念頭に置きながら、総合的なシステムづくりをしていかなければならない、こう考えているところでございます。

○庄司中君 私が結論づけましたのは、システムが非常に弱いから、貧弱だから負担増はなるべく避けなさいと、こういうことを申し上げているわけでありますから、次に進みたいというふうに思ひます。私は、この高齢者観が施策の姿勢なり、施策の内容なりをかなり決定的に決めていく、しかも高齢者観の転換自身が今迫られているんじゃないだろうか、こんなふうに思うわけでありまして、この点については大臣から、一般的な施策の前提となる高齢者観というものについて御見解、お考えをお聞きしたいと思います。

○國務大臣(下条進一郎君) 高齢者の問題につきましては、二面があると思います。

第一面は、ただいま委員が御指摘ありました国際会議において取り上げられました基本的な理念、高齢者の方々が今まで豊富な経験を積まれまして達見を持つていらっしゃる。そういう知識、技能を有していらっしゃるということに着目いたしまして、その能力を生かし、積極的に社会に参加し、また貢献していくいただく一員である、こうい

前であります。参議院のある委員会で問題になったことがございませんけれども、ある責任ある立場にいる人がこういう発言をされました。老人対策というのは枯れ木に水をやるようなものだとあります。これはもう大変な社会的な反響を呼んだわけであります。つまり、高齢者という人間をいわば保護の客体としか見ていない、ここに金を出してもそれはむだである、こういう高齢者像がここにあつたというふうに私は思います。

ところが一方、一九八三年に国連が主催をしましたが、その一つを御紹介をいたしますと、こんなふうな文言があります。「高齢者の精神的、文化的、社会経済的貢献は社会にとって貴重であり、そのように認識され、更に促進すべきである」というのが一つございます。それからもう一つは、「高齢者は、自から特に影響するものを持む政策の立案と実施に積極的に関与すべきである」、つまり参加論がかなり強烈に出てゐるわけであります。

う認識は私は当然あるものと思ひますし、私もそういう考え方を持つております。

したがいまして行政といたしましては、そのために必要な機会の提供と環境の整備を図つていかくことが極めて重要であると考えております。また同時に、今問題になつておりますように、高齢者の方々の中には御病気の方々、寝たきりの状態にある方々、介護を要する方々等あるわけあります。まして、こういう方々に対しましては必要とする保健、医療、福祉サービスを適切に提供していくということが重要でございますので、そのためには般にわたる施策の充実に最大限の努力を払つてしまいたい、このように考えております。

○庄司中君 私が言いましたのは、二面性よりもむしろ施策の対象になる人でありましても人間であり人権があるわけです。そこを尊重しなきやいけない。だから、二面性ではなくそれが前提になるとは必ずというふうに私は考えますけれども、厚生省は、こういうふうな高齢者観の一種の転換が求められているという状態の中で、今度の法律について高齢者に意見を聞くという機会の設定、そういうことはどんどんふうにやらされましたか。

○政府委員岡光序(治君) 今回の改正法案を提出するに当たりまして、各界各層から成る関係者によつて構成される老人保健審議会、それからこれは総理大臣の諮問機関でございますが、社会保障制度審議会において御意見を伺つて御答申を得たところでござります。それからこの老人保健審議会の審議の過程におきましては、法律、経済、医療、そのほかにわたる研究者も集めまして研究会も聞き意見を聞いたつもりでございます。私どもはそういうルートを通じまして広く御意見を聞いていたつもりでございます。

○庄司中君 私が言つているのは、例えば高齢者自身に、高齢者団体に、高齢者グループに意見を聞く機会を持つたかどうかということを聞いているわけで、今の御答弁だと全く持つていないとふうに判断せざるを得ません。

さらに、高齢者観と同時に、言葉の問題がある

だらうというふうに思います。例えば老人という言葉ですね、これにはかなり今の高齢者は抵抗感を持つてきている。さつきの責任ある立場の人があれ木に水をやるという発言、とんでもない発言をしたわけありますけれども、つまり老人といふ言葉のニュアンス自身に問題がありはしないか。その言葉自身に高齢者が違和感を感じ、差別感を感じつあるんじゃないだろうか。言葉自身は時代によつて変化をします。同じ言葉でも逆なまつてくるとなると、一つ一つの言葉が持つ意味になる場合もある。しかも、高齢者がふえてきて交流が盛んになってくる、そして自覚が高まるにつれてくることになりますと、一つ一つの言葉が持つ意味になつてきていくわけになります。

例えば、連合という労働組合がありますが、その労働組合が、去年もそうだつたわけあります。が、高齢者の大きい集会を開きましてことし一年生は、こういうふうな高齢者観の一種の転換が求められているという状態の中で、今度の法律について高齢者に意見を聞くという機会の設定、そういうことはどんどんふうにやらされましたか。

○政府委員岡光序(治君) 今回の改正法案を提出するに当たりまして、各界各層から成る関係者によつて構成される老人保健審議会、それからこれは総理大臣の諮問機関でございますが、社会保障制度審議会において御意見を伺つて御答申を得たところでござります。それからこの老人保健審議会の審議の過程におきましては、法律、経済、医療、そのほかにわたる研究者も集めまして研究会も聞き意見を聞いたつもりでございます。私どもはそういうルートを通じまして広く御意見を聞いていたつもりでございます。

○庄司中君 私が言つているのは、例え高齢者に思ひます。ですから、言葉に対する社会の感じ方が変わつてきている。これに対してまず行政は敏感になつていかなきやいけない。そして、今までほとんど厚生省はそうです。おたくの課でも係でも老人べつたりという感じになるだろうというふうではそういう言葉に対する変化に必ずしも厚生省は対応してこなかつたという感じがいたします。これからどうしていくかということであります。

けれども、これはかなり大きい問題、先ほどの高齢者観と同じようにかかわつてしまりますから、この点について厚生大臣から御答弁をお願いしたいと思います。

○国務大臣(下条進一郎君) 今のお尋ねの老人といふ言葉でございますが、これはいわゆる労働組合の中にこんなのがあるわけあります。「高齢者」の権利の尊重と全面的な社会参加のために」という項目の中に、差別感のある「老人」「老後」という呼称を「高齢者」「高齢期」にするようにしてほしい、まず行政分野からそれを始めてほしい、こういったふうな要求があるわけであります。

さつきも言いましたけれども、実際言葉の持つ意味でございますが、これはいわゆるニュアンスもありうかと思ひますが、私は余りこういう國語なり漢語なりの造詣はございませんけれども、聞くところによりますと、老という字は七十七といふ字につながるということで、喜寿というのと非常に關係の深い字でめでたいというふうな意味もあるやに聞いておりますが、それはそれといいたしましても、また別な角度から受ける老人といふ言葉が必ずしもよいニュアンスのみを与えていないとも言われるわけでござりますので、そういう意味においては今委員の御指摘の、この言葉あるいは別な言葉に変えたらどうかというサセスチョンはそれとして拝聴させていただきたいと思います。ただ、直ちに法律の名前を変えるというようなことはまだならないと思いますので、今後ひとつ検討はさせていただきたいと考えております。

○庄司中君 必ずしも満足はいたしませんけれども、これからおいおいその点についても議論をしていくことを前提にしまして、次の問題に移りたいと思います。

今度は生活実態のところをちょっと見てみたいというふうに思います。先ほどからの御答弁で、統計上の平均も意味があるということですけれども、

も、統計というのは一つの母集団といいますか、それを代表するものをとつて意味が出てくるわけ

あります。それから商売を手広くやつている人と、そうじやない、完全に労働者で引退した人との方々の意見を聞いたかどうかということに対する意見を聞いたかどうかということに対する意見を聞いたかどうか、いろいろ努力の結果がここに集中されます。そういう意味で、実際に関係していらっしゃる方々の御意見も拝聴はしておりますので、補足をさせていただきます。

それから、今のお尋ねの老人といふ言葉が持つ意味でございますが、これはいわゆる労働組合の中にもあるうかと思ひますが、私は余りこういう國語なり漢語なりの造詄はございませんけれども、聞くところによりますと、老という字は七十七といふ字につながるということで、喜寿というのと非常に關係の深い字でめでたいというふうな意味もあるやに聞いておりますが、それはそれといいたしましても、また別な角度から受ける老人といふ言葉が必ずしもよいニュアンスのみを与えていないとも言われるわけでござりますので、そういう意味においては今委員の御指摘の、この言葉あるいは別な言葉に変えたらどうかというサセスチョンはそれとして拝聴させていただきたいと思います。ただ、直ちに法律の名前を変えるというようなことはまだならないと思いますので、今後ひとつ検討はさせていただきたいと考えております。

○庄司中君 必ずしも満足はいたしませんけれども、これからおいおいその点についても議論をしていくことを前提にしまして、次の問題に移りたいと思います。

今度は生活実態のところをちょっと見てみたいというふうに思います。先ほどからの御答弁で、統計上の平均も意味があるということですけれども、

データがあるわけですから、こつちのデータにも目を向けていただきまして、今後あるいは現在の問題についても考えていただきたいというふうに思います。平均一本では困ります。それは実態を反映しません。こういうことを申し上げまして、ちょっとお考えをお聞きしたいと思いま

す。○政府委員(岡光序治君) おつしやいますように、平均値のみで考えるのは必ずしも正確に生活実態をつかんでいないということはあるわけでござります。私ども所得の状況を見る場合にも、中央値がどうなっているかとか、あるいは最貧値がどうなのかということは一応眺めているつもりでございます。

あわせまして、所得を考える場合に、特に今御指摘がありましたように、家計収支というふうなこと考える場合には、貯蓄の問題も考えなきやいけない、あるいは可処分所得はどうなのか、つまり粗収入から支出を引いた実際の可処分所得はどうなのかというふうなことも眺めてみなければならぬ。私ども考えられるいろんなデータを用いながら、しかもおつしやいますように平均の範囲も、その実態を数量的に把握していかなければならぬ。そういう広い観点からの発想が要るだろうというふうには考えておるところでございます。

○庄司中君 ゼひそうしていただきて、そうしないと高齢者の生活実態というのはわからぬといふことを申し上げます。

時間も来ましたから、最後に一つだけ申し上げますけれども、実は、今度医療費スライドから物価スライドに変わりましたね。そしてそのスライドは、八〇年代の物価の安定基調である意味じや前提にしていらっしゃるだろうというふうに思ひます。しかし、八〇年代の物価をとらえてみますと、ある意味では異常な時代ですね。これは大臣も、八五年のプラザ合意以後物すごい円高が進みました。二百四十四円から現在百三十円台であります。

すけれども、驚異的な円高が進んだ。それからもう一つは、この時代に例の石油がOPECのカルテルが崩れまして、低位安定でずっといきました。この二つの影響が物すごく大きかつたんだろ

うと思います。ですから物価の安定基調が続いた。これから展望する場合には、恐らくこういう幸運な時期は再び来ないだろうというふうに思います。

例えば、最近議論になつております日本経済の潜在成長率の問題、割合低いということが問題になつていますね。潜在成長率が二・五か三%ぐらいい、これを超えた物価上昇圧力が強まる……○委員長(田淵勲二君) 庄司委員、時間が過ぎていますから、簡単にお願いします。

○庄司中君 そうなりますと、何か歯どめが要る、これから展望した場合に。そんなふうに考えますけれども、スライドの是非をひくくるめて検討する機会をぜひ持つてもらいたい、こんなふうに思います。

○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。

午後零時五分休憩

○委員長(田淵勲二君) 午後一時五分開会
○委員長(田淵勲二君) ただいまから厚生委員会を開いたします。

○委員長(田淵勲二君) 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。

○堂本暁子君 私は、きょうは世界じゅうどこでも一番悩みと申しますが、苦労しておられると思ひます。その前に、先日いろいろ手続上何か行き違いがございました、リプロダクティブヘルスのこと

もう一回だけ大臣にお答えをいただきたいと思つておりますが、私ども前の社労の時代にお願いいたしましたのは、子供を産む側の性が女性の体の政策については直接いろいろ意見を聞いたり、そして政策の決定の場に意思を反映していきたいということをお願いしたわけですが、その点についてもう一度だけ確認させていただきたいと思います。

○国務大臣(下条進一郎君) 委員は、前回の委員会におきましても、リプログラダクティブヘルスですか、という概念のもとでいろいろ御質問があつたわけでありますが、まだ私は専門にしてリプログラダクティブヘルスというのはどういう翻訳をしたらいのかということを聞いておりませんけれども、およそ委員の御質問の中で、女性の出産、育児、そういうもののを中心とした特殊性を大事にしながら、女性の健康保持、あるいはライフスタイル等についての全般の配慮をする施策が中心だというふうに解説させていただくといたしますと、私はやはり今国民の中で女性男性、男性女性という両方の協力の中で制度がすべて上がりつておるわけありますし、特に女性の場合には、今リプログラムに非常に直接関係があり、非常に負担をお持ちである、職場を続けたいという場合も、また今のようなことで育児のために休暇をとらなきやならないし、もちろんそれ以前に出産という大変な負担もあるいは危険も経過されなければならないということを考えますと、これに対しても、社会があるいは国がさらに幅広いいろいろな施策の中で必要な措置を講じていかなきやならない、こういうのが基本的な考え方だと思いま

す。○政府委員(岡光序治君) 痴呆性老人につきましては、精神症状、問題行動等の随伴症状や身体的疾患の状態がさまざままでございます。その状態に応じて精神病院や一般病院、老人保健施設、特別養護老人ホーム等の施設、それから在宅サービス等において適切に処遇されるべきものというふうに考えております。

その際に、在宅で療養することが可能の場合には、家族への支援が重要と考えております。ためにデイサービス、ショートステイ、訪問指導等の在宅保健福祉サービスの充実に努めているところでございます。

このほかに、専門医療相談とか緊急対応等を行なうための老人性痴呆疾患センターの普及、精神病院の老人性痴呆疾患治療病棟及び療養病棟、老人保健施設の痴呆専門棟の整備、それに特別養護老人ホームの受け入れ体制の充実等各般の施策を講じておるところでございます。

○堂本暁子君 大変詳しく御説明くださつたわけですが、こだわるようですが、部長のお使いになる言葉、それから今回出しております書類も、ほとんどが老人性痴呆疾患者となつており

も女性の意見を入れながら今後お考えいただきたいと思います。

では、痴呆性老人の問題ですが、一九九〇年の資料によりますと、六十五歳以上の痴呆性老人はおよそ百万人、大変なことでございます。二〇一五年になると二百四十七万人、およそ二百五十万人になるわけですから、国としても大変に早急に、しかも行き届いた施策を立てる必要があると存じます。しかし同時に、私たち国民の一人一人、私自身も年をとつてしまりますし、だれ一人これ以外のないことですから、老人の側、そして老人の権利、そしてたとえ痴呆になつても豊かな生涯が送れるということの保証がぜひとも欲しいと

いうふうに思います。

そこで、国としては今痴呆性老人の処遇についてはどのように取り組むつもりか、簡単にその方針と理念を伺いたいと存じます。

○政府委員(岡光序治君) 痴呆性老人につきましては、精神症状、問題行動等の随伴症状や身体的疾患の状態がさまざままでございます。その状態に応じて精神病院や一般病院、老人保健施設、特別養護老人ホーム等の施設、それから在宅サービス等において適切に処遇されるべきものというふうに考えております。

その際に、在宅で療養することが可能の場合には、家族への支援が重要と考えております。ためにデイサービス、ショートステイ、訪問指導等の在宅保健福祉サービスの充実に努めているところでございます。

このほかに、専門医療相談とか緊急対応等を行なうための老人性痴呆疾患センターの普及、精神病院の老人性痴呆疾患治療病棟及び療養病棟、老人保健施設の痴呆専門棟の整備、それに特別養護老人ホームの受け入れ体制の充実等各般の施策を講じておるところでございます。

泣きながらわめいている方たちの声も聞きました。そういった収容型からいかにそうじやない方向に持っていくかというのが今の世界の趨勢です。であるにもかかわらず、これからやろうとしておられるのは精神科に併設する、これが精神科でなければ大変に結構なことだと思ふんですが、精神科に併設するということは大変危険だと思うんですね。

精神医学において精神病の中に含まれている
例えれば糖尿病の患者についてもそのすべて
が、その症状にかかわりなく本法の精神障害者
としての取扱いを受けるべきものと解すべきで
はなく、幻覚、妄想等の精神症状があり、徘徊
等の問題行動が著しく、精神科医療を必要とする
者は当然「精神障害者」として取扱うが、問
題行動が著しくないため、精神科医療を必要と
しない者は、本法適用の対象外の者として考え
るべきであろう。

ちゃんと書いてござります。

あえて伺いませんが、精神病院に併設される今
度の治療病棟と、それから療養病棟、これは精神
保健法の適用を当然受けるわけですね。

〔委員長退席 理事竹村泰子君着席〕
今までに精神医療を必要としない者は本法の適用外である、はつきりそういうふうにこの逐条解説にも書いてあるわけですね。そういたしますと、そういうた領域内なのか、それとも精神保健法の適用外なのかということは、だれがどこで、いつ、どうやって判定するんでしょうか。

○政府委員(寺松尚君) 今おっしゃつておりまます老人性の痴呆の患者の場合に、それをどういうふうに判断するかということをございますが、いろいろな形があるとかと存じます。精神病院に入るというふうな、いわゆる今先生御指摘になりました精神症状があり、また問題行動があるというふう

なケースのことになるわけでございますが、それをおどういうふうにして判断しておるか、こういうことでございますが、精神病院の老人性痴呆疾患の専門病棟に入院するというような場合につきましては、一般の精神病院と同様に精神保健法に基づきまして、医療保護入院の場合は保護義務者の同意に加えて精神保健指定医の入院が必要であるとの診断が必要でございます。これは入院の場合でございまます。

を守るのか、老人の人権を守るという視点からの法改正が必要だつたんではないかといふうに私は思うんです。

まずこのことを大臣にもはつきり伺いたいんで
すけれども、これだけ老人の収容をするということ
と、しかも精神保健法の適用を使いながらやると
いうときに、何ら国会においてそのことは審議さ
れておりません。老人の人権が本当に守られるの
かどうか。今痴呆というのは、治るとは言いにくく
いんですけれども、ある程度よくなつて自宅に
帰つたりすることは幾らでもあるわけですね。審
査会といつても何カ月も何カ月もかかる。その間
にもう既に寝たきりになる可能性だってあるわけ
です。早期治療、そしてさつさと一週間なら一週
間、本当に濃密な精神科治療をやつた上で、でき
るだけ早くおうちに戻るというようなことが必要
です。だからこそ六ヶ月で切つていてるんだと思っ
んです。

一方で、この手続法はそんな簡単にはいかないと
いう法律だと思います。特に自分から訴えること
ができるない老人の場合はそうです。老人の人権に
ついて、もう一度痴呆性老人の人権について大臣
に伺いたいと思います。

〔理事竹村泰子君退席、委員長着席〕
○國務大臣(下条進一郎君) 老人であれ若人であれ、我々は人権を尊重しなければならないのは当然でございます。特に今御指摘の痴呆性老人の人

それで、今お話しのいかに早く出でるか、一般的な家庭に戻れるかという問題がまた付隨的にござりますけれども、これはこの前もお話をいたしましたように、痴呆の状態というのはそれぞれの形によつて随分違うわけであります。それで非常にもう何と申しますか、度が進んでいらっしゃつて、とても普通の状態では手がつけられないという方が、恐らく先ほどのお話しの場合に拘束的な形で老人はその場所におられるということがありますが、こういう場合にはそれ相応の医療の措置でこの対応をしなければなりませんし、そこまでいかない一般の平穡な生活が営まれる状態での痴呆、どこへ行つてしまふかわからぬとか、あるいは食事をしたのを忘れてしまうとか、そういう程度のものであれば、これは一般的な介護の目を十分に届かしたことで対応ができるというようなことがありますから、我々はそういう重症な方は軽微になるよう、軽微な方はなるべくそういう意味で対応し訓練し、そしてできるだけ家庭の温かさに戻れるように指導をし、また配意をしている次第でございます。

る、そして縛る可能性のあるところに入れられてしまう可能性があるんです。そういう人権上の保護がない。

たちに対してはどのようにするのか。そのことについて簡単にお答えいただきたいと思います。
○政府委員(寺松尚君) 今委員からの御質問といふのは、痴呆性老人で判断能力がないような場合に、みずから訴えることができない、そのようなときにどういうふうに対応しておるのか、こういうことだと存じます。

等につきましてでございますが、入院患者だけでなく、その保護義務者や代理人たる弁護士が直接受け取ることもできます。

それからまた、精神病院にみずからの意思に基づかないで入院した場合には、精神保健法に基づき定期的に精神医療審査会で入院の要否につきま

して審査を行うこととされておりまして、そういうふうなチエック体制がとられております。そういうことで患者の人権を十分守つてまいり、こういうことでございます。

これはアメリカへ私が参りましたときには、どの精神病院にもありました。拘束されるわけです。ね、刑務所と同じ状況に置かれるわけです。その中で受けた人権侵害についてはわからないわけですね。ですから、そこで患者さんは、こういうふうな人権侵害を受けた、こういうことは自分は不服であるということの不服申し立てができるようになります。どの病院にもそういう人が配置されていました。そういった手続が老人についてはなされていなかったのかどうか。これはなされてないじゃないですか。何ら法改正はなされていない。こういった老人を守るだけの法改正が全然ないというふうに思っています。自分で申し立てができる場合に一体どうするのか、そのことについて伺いたい。これが一つです。

自由も確保されました。が、果たしてそれがどれだけ実施されているか。十円玉をもらわなければ電話一つかけられないんです。日本の病院で電話番号がどこに書いてありますか。私は書いてある病院の方が少ないと思います。そういうふた精神病院の実態がござります。

そこへ、これから同じ枠の中に老人が入れられるようとしているんです。痴呆という形で入れられたらどうしているんです。本当に必要な人はもしかしたら数少なくなっているかもしれません。しかし、何で精神病院に併設をして、そして精神保健法の枠を老人にかぶせなければならないのか、これはもう非常に大問題だと思いますし、私は憲法の問題、それから国際人権B規約にも抵触するのではないかとすら考えます。そこは非常に難しいということを申し上げるだけにしておきます。もうどううせ同じお答えが返ってくるのはわかっておりまです。だけれども実態は違います。精神病院の実態は違うんです。ですから、そこはどうしても違うものにしたい。

今伺ったのは、恐らく法律に書いてある建前の話ですけれども、私も建前は全部知っています。例えば不服申し立てをしてたときどうなるか、それから権利告知に対してはどうなのか、そういうことはまた型どおりのお返事をいただいても意味がないと思うので、むしろ実質的な話をしたいし、老人の人権、本当にそれが守られることの方が大事だと思うので、私は大臣にあえて伺いたい。こういった法律、今の現在の精神保健法の枠を老人に適用するということは非常に私は危険であると思うんです。

ましてをや二〇一五年には二百五十万になんなんとする痴呆性老人でございます。それだけ多い人数が憲法に決められている自由、これを簡単に指定医の判断だけで、はいと拘束されていいものかどうか。かぎのかかった病院に入れられていいものかどうか。手足を縛られていいのかどうか。精神病院といふのには拘束着というのがあるのをいるのを。どんなにつらい人生ですか、これは大臣御存じかどうか知りませんが、両手両足を入れるんです。私は見ました、老人がその拘束着を着せられて、こうやつて縛られてぼうり出されたりを。どんなにつらい人生ですか、これは日本をしょってきた老人です。そういった人が、たとえ痴呆であつても、最後まで幸福に生きなきゃいけない、そう思ふんです。

老人に関して、痴呆がどんなに大変かというのは日本だけではございません。世界じゅう全部同じです。アメリカへ行つたつてスウェーデンへ行つたつて高齢化に悩んでいる国は全部そうでござります。同じです。でも、私たちはその人たちのために私たちの税金の大変大きな部分を使わなければいけないというふうに考えます。今のがなればいいこと、なればいいけれども、私たちはほかのことと併約しても、少しぐらいの不便を覚悟しても、そのことシーリングのような予算の立て方の中では、果たしてそれだけの膨大な予算が組めるのかどうかわかれませんけれども、私たちはほかのことと併約しなければいけない。それは精神保健法の枠の中ではできないことだというふうに言いたいんです。

しかも、精神病院の今までの体質がございました。吳秀三さんという精神科の東大の最初の教授は言いました、「この病を持つての不幸の上に、この国に生まれたるの不幸」と言つたんです。その状況は一つも変わってない、それぐらい日本の精神医療の状況はおくれております。国連の人権委員会から、日本の精神病院は、宇都宮病院をきかけとして人権侵害の勧告を受けた。そして今度は、老人をまた同じような可能性のある、私は法律の枠と言いたいんです。恐らく厚生省の方たちとは一生懸命お考えになつて、少しでも痴呆性の老人によかれとつていろいろこういう案を組まれたんだと思うんです。精神医療が必要だということもるる最初から申し上げております。しかしこの法律の枠の中に入れるこの危険性、それは構造的な問題です。法体系の問題でござります。それが何ら私たち国会の審議で、今いっぱい傍聴の方いらしています。そういう方たちの代表で私たちにはここに立っています。全部の日本人がこれからだれ一人例外なく年をとつていく、その人たちがこういった法律で縛られてはならない。「社会主义国家はどうしている」と呼ぶ者あり」

社会主義国家ではないんです。これはアメリカでもスウェーデンでもヨーロッパでも、そういうところ、社会主義の国ではないんです。これは世

界人類すべて共通の問題です。人間の尊厳の問題だと存じます。きちんと老人の人権が守られるよう入院のための第三者機関なり、そういうた痴呆性老人を守るためにアメリカがやっているような擁護員ですね。権利を守るために擁護員を配置する、そのための予算をつける、そういう人権上の歯止めがない限り、私はまた再び精神障害者がたどつたであろう道を老人がたどらなければならぬと思います。

それは、精神障害者以上に意識障害がある場合には自分から訴えることができない。ですから、医療だけの判断、福祉だけの判断ではなくて、もつと人権の判断。法体系の判断で言えば、この資料をあえて出しました。精神保健法、医療法、老人福祉法と、こんなばらばらな法律しかないじゃないですか。もつと老人基本法とかそういうことで、これから日本はまさに高齢化社会を迎える、そのスタートです。まさに大臣も、そして厚生省の方たちも、そういつた日本の方向性を決めるときだと思っています。

そういつたときにこそ、老人の権利と福祉を守るためにスタートを切つていただきたい。関係法と大臣おつしやいましたけれども、こんなばらばらな法律であるがゆえに、そこにはまるで網の目のように落っこちるところもあるし、逆に不当な拘束を受ける可能性というのもはらんでいます。法体系だといふうに私は言わざるを得ない。ですから、そういつた精神保健法が適用されるということの危険性をどうしても申し上げたいわけです。

もうそなると、果たして今これから、こういうことの質問をすることが大変むなしくなるんですけども、そういうところを実際に整備して、その治療病棟なり療養病棟なりを、もつと私はできれば総合病院のようなところに設置していただきたい。精神病院でも単科の精神病院ではなく、総合病院のようなどころに、そしてそこに精神科が入っていくというような構図の方がはるかに、老人にしても私どもこれから年をとる人間にして

も、日本人にしても安心でござります。そういうふた、とにかくおりのある、開放病棟になるのか閉鎖病棟になるのか知りませんが、どこを見ても行動制限とか、それから拘束という言葉が出てきます。それができるから拘束という言葉が出てきます。それができるから拘束という言葉が出てきます。

それじゃ特養がいいのか。特養に行つてもおばあさんやおじいさんは縛られています。私が行つた特養で、奥さん、この縛つているひもを解いていますし、そういう人たちは代弁をして今こうやって話しているつもりです。かきをかけられた小さな物置の中からどんどんとたたいて、あけて

ちようだい、そこにだれかいるみたい、あけてちようだい、うちへ帰りたいの、そう言つていました。老人施設は本来なら、そういう人を拘束したりすることは禁止されているはずです。しかし、そういうふうにしている。それはなぜか。やはり両方に對してですね。

ですから、恐らく私はこういう形で、今質問といふより訴えていると言つた方がいいかもしませんが、私自身も物すごく悩みました。一晩ゆうべ考えたんです。一体どうしたらいいのか。皆さんも多分大変にそこの法体系の中では悩まれると守られるような法律に変えていただきたいということをお願いいたします。

もう多分答弁をお願いしても同じようなお答えが出ることと思いますので——求めましょか、皆さんそうおつしやるので。じゃ、大臣にあえて答弁を求めます。

○國務大臣(下条進一郎君) 我々は再三再四あらゆる方々の権利を守つていかなきやならないといふことを申しましたから、その考え方で我々は通しておりますし、また老人の方がたとえ病に侵されても守られてはいない。少なくとも精神保健法の、そしてもう一つこの厚生省の報告にもございますが、財政的な問題もございましょう。しかし、しかしです、やはりこれでは老人の人権と福祉は必ずしも守られてはいない。少なくとも精神保健法の、そしてもう一つこの厚生省の報告にもございますが、それからこの日精協の図にも書いてあるんです、それからできるだけ適材適所に移すというお話をございました。

しかし精神保健法には、施設外収容を禁止した

第四十八条があります。精神病院の療養病棟に入院してしまうと、ほかのところにはいられない。ですから、これも逐条の解説を読みますと、その收容できる施設として決められているのは精神障害者

者社会復帰施設とか、それから精神薄弱児施設とか精神薄弱者保護施設とか特別養護老人ホームだけですね。総合病院にはいれないんです。東京都の調べによりますと、ほとんど老人は、六十二年

度の老人の生活実態健康調査で、痴呆老人の九〇%は身体的な疾患を同時に持つていて、特養の方がおつしやるのに、大抵一人で三つは持つてますとおつしやいました。そういう方たちが、がんにもなるでしょう、転んで骨折もするでしょう、そういうたときに今の法体系の中では総合病院に行くことすらできない。これではもう本当に片手落ちだと思います。精神保健法がかぶされたら、それは行かれないとです。

そして、最近実際に広島で、透析のために総合病院に行つた痴呆老人が拒否されました。それで亡くなつたという事例もございます。こういったことが頻発する可能性がある、これは非常に危険なことだと思うんです。そこにそのまま現行法を適用してこういつた制度を確立することの偉大な矛盾、法律的なこれは矛盾があるので、もう絶対に検討していただきたい、きちんと法改正をして、老人の福祉と、そして健康と権利がきちんと守られるような法律に変えていただきたいということをお願いいたします。

もう多分答弁をお願いしても同じようなお答えが出ることと思いますので——求めましょか、皆さんそうおつしやるので。じゃ、大臣にあえて答弁を求めます。

○國務大臣(下条進一郎君) いや、もう答えるなどおつしやつたんだございますけれども、一言だけお答えをさせていただきたいと思います。

○國務大臣(下条進一郎君) そういう事態に応じて医師の診断に基づいて、今おつしやつたような事態があるわけですが、それが全部老

人性痴呆の病院の一般であるというようなことでは私は絶対に、このことを申し上げておきたく思います。

○政府委員(寺松尚君) いや、もう答えるなどおつしやつたんだございますけれども、一言だけお答えをさせていただきたいと思います。

今精神障害者の場合に一般的の病院にはいれないことができますので、そこにおりまして精神障害者を治療しながら他の疾患について治療をやると、こういうことでござります。

○國務大臣(下条進一郎君) そういうお話をございましたんでございますが、特に総合病院のお話を出ました。これは実は総合病院でも精神科の病棟あるいは病室を持つておりますし、また老人の方がたとえ病に侵されておられましても、人権を擁護するという基本的な考え方へ変わりはございません。

そこで、今ずっとる非常に情熱的にお話を出されておりましても、人権を擁護するという基本的な考え方へ変わりはございません。

○國務大臣(下条進一郎君) それにはもう読みましたので、大臣

ありがとうございます。

○國務大臣(下条進一郎君) それで、老人性痴呆は一応精神病のカテゴリーに入るんです。

○國務大臣(下条進一郎君) ですから、我々としてはその症状に応じて精神科の専門のお医者さん

にその治療をお任せするしかないんでございま

す。そして、今おつしやつたような重度の方の場

合はほかの方にに対する御迷惑をかける場合があり

ますから、医師の判断に基づいて、そのようなほ

かの患者さんあるいは一般の方に対するいろんな

障害を起こすこと、あるいはそうでなくともそこ

を取り散らかしたり、收拾がつかない場合が出て

くるわけありますから……

○國務大臣(下条進一郎君) はい、ありがとうございますから……

○政府委員(寺松尚君) 調べてみたいと存じま

す。

○堂本暁子君 私のそれは専ら主張してきたことでございましてね、私の知っている限り総合病院に精神科がないことの方が問題なんです。そして、例えば精神病院は日本じゅうどこにでもあります。ですから、大体精神科というものは山の中にあるんです。そして、骨折をした何をしたというときに精神科のある総合病院に行けるなどというところは本当に数が少ない。例えば東京でも、松沢病院の近くに住んでいるとか、そういうところなら行けましょう。もう数が少ないんですね。後で資料をいただきますけれども、それは余りにも絵にかいしたもののような御答弁だと私は思います。少なくとも、それはきちんと精神病院の地図をおかきただいて、そしてそれに對して総合病院で精神科を持つてあるところが果たしてそこから何キロ、何分で行けるところにあるかどうかをお調べただくことが、数を調べていたらだくよりいいと思うんです。これはもうほとんど無理に近いことだと私は思います。

そして、希望としては、やはり総合病院にそ

いたい意味で、少なくとも精神保健法をかぶらない範囲と言つた方がいいかもしません。大臣、私もさつきからるる、きちんと精神医療の必要性は十分認めるということを前提としてお話をしておりましたし、それからそのところは百も承知の上です、その前提の上に立つて、なおかつ法的に考えた場合に人権が保障されないと今の法体系になつてているということを申し上げてあるんであって、さつき大臣がおっしゃつてくださったことは十分承知しているつもりで私はおります。

その先の議論として、よりよい老人福祉をして

いたぐためには、痴呆性の老人が精神病院の領域に入つてしまわないということが大事だといふふうに思ふんです。ですから、建物のことも先ほど確認させていただいた。古い建物の空きベッドや何かに老人が入ると、私が見てきたような実態が起りかねない。それは精神科の治療に加え、今申し上げたみたいに九〇%は合併症を持っ

ている、これに対しても内科医も外科医もいないわけです。そして総合病院には行かれない。そうしたら、これだけの合併症を持つた老人を一体精神科の医師や看護婦が治療できるのか。骨折にしてもがんにしてもそれは不可能だと思います。單科病院では不可能です。そこにそれだけの合併症を持つた人を入れると、これは大変に難しいと思いますが、この点については御答弁ください。

○政府委員(寺松尚君) まず、今先生から御質問いただきましたが、今私どもの数から申し上げたいのでございますが、今私どもの手元にあります資料を見ますと、全体では御承知のように精神病床は三十五万床ぐらいございますが、そのうちの一萬八千床、一万九千床に近いのでございましょうか、総合病院の中に精神病床がございます。それで、それを活用していたらだくということが一つ。

それからもう一つは、やはり精神病院におきましても、内科医等がいる場合もございますし、あるいは外部の内科医等と精神科医との共同でいろいろと治療をやっていくという場合もある、こういうふうに聞いておりますし、そのような対応をしてまいればよろしいんではないかと思ひます。

今のがある場合をもう少し詳しく申し上げさせていただきますと、一定以上の身体的な疾患を有するような患者につきましては、必要に応じて、先ほどちょっと申し上げました精神科医と内科医とで回診をしていただくとか、あるいは周辺の医療機関に紹介してもらつて、いろいろな連携を保つというふうに指導いたしております。

その先の議論として、よりよい老人福祉をして

けでございます。

○堂本暁子君 それでは、今近くの病院と連携とおつしやいましたけれども、精神保健法の四十八条はどういうことになるんですか。

○政府委員(寺松尚君) もちろん、先ほどから申し上げておりますように、非常に重篤なような場合は総合病院とかの精神病棟に入つていただくなうことになると思ひますが、一応原則としましてはそれでやつていく、こういうことでござります。

○堂本暁子君 骨折したらどうするんですか。

○政府委員(寺松尚君) そのケイスクースで違うかと存じます。骨折しても入院が必要な場合とそうでない場合とござりますと存じます。原則的には先ほど申し上げたような形で対応していくと存じます。

○堂本暁子君 常識で考えても無理だと思ひます。骨折といっても、足の骨折なら別ですが、も、脊髄とか、私の祖母なんかでも九十歳を超えたとき簡単に脊髄を折りました。二カ月も三カ月も入院いたしました。もう痴呆もありました。そいつたあたりとあらゆる病気がありますね。例えばがんになつた場合、それから先ほどの広島で拒否されて亡くなつたケース、これは透析のケースですね。そういうふうに精神保健法がかぶつている場合には、よくなつても自由に今度は養護ホームへも行きにくい、自宅へも帰りにくい。同時に、そういうふうに合併症は圧倒的に多いわけですね。そういうふうに精神保健法がかかるわけではありませんが、その辺の病院と平素からの連携をとられるようなことが必要だと思ひますし、いろんな情報交換等もしながら、その地域の医療施設を利用して対応していくことではないかと存じます。

○政府委員(寺松尚君) 今申し上げたことと余り変わりはないのですが、やはり病院はその一つの病院だけが成り立つてゐるわけではなくございませんで、周辺にいろいろ病院があるわけござります。その辺の病院と平素からの連携をとられるようことが必要だと思ひますし、いろいろな情報交換等もしながら、その地域の医療施設を利用して対応していくことではないかと存じます。

○堂本暁子君 私が見る限り、精神病棟に今おつしやつたようないろいろな酸素とかそのぐらいのものが先ほどから申し上げております治療病棟あるいは療養病棟につきましては、酸素吸入装置でありますとか、吸引装置等も設けさせるというふうにしておりまし、あるいは重度の身体的合併症も対応していく、こういうことにいたしておるわ

けでございます。

○堂本暁子君 そこにほんと入院しておられるわけです。満員なんです。今これからつくられようというところは、大体十万近くの病床をつくるというふうに伺つていますけれども、そういうふたよ

り多い人たちがそこへ後から後から……。そんなものの大体ないんですよ、総合病院の精神科に行けばなるなんという病院が少ないので、それを当てにしていることにはできないし、余りにもこれは、言つてみれば法の穴ではないですか。病院で治療を受けれる権利、医療の権利というのはここでは全然放棄されているとしか言いようがないと思ひます。

○堂本暁子君 今、言葉ではそう答えていらつしやいますけれども、それが現実的なものか、そうじやないといふことは火を見るより明らかで、そこはもうきちんと法改正をして、どこでも、今の病棟から近くの病院に合併症が起きたときには入院できるといふふうにしていただきながら、これは非常に危険なんです。そのことをもう一度短くお答えいただきたい。

○政府委員(寺松尚君) 今申し上げたことと余り変わりはないのですが、やはり病院はその一つの病院だけが成り立つてゐるわけではなくございませんで、周辺にいろいろ病院があるわけござります。その辺の病院と平素からの連携をとられるようことが必要だと思ひますし、いろいろな情報交換等もしながら、その地域の医療施設を利用して対応していくことではないかと存じます。

○堂本暁子君 今おつしやつたのは一万何千床ですか。

○政府委員(寺松尚君) 一万九千をちょっとと切つ

ておると思います。

○堂本暁子君 そこにほんと入院しておられるわけです。満員なんです。今これからつくられようというところは、大体十万近くの病床をつくるというふうに伺つていますけれども、そういうふたよ

り多い人たちがそこへ後から後から……。そんな

ものの大体ないんですよ、総合病院の精神科に行けばなるなんという病院が少ないので、それを当てに

いることにはできないし、余りにもこれは、言つてみれば法の穴ではないですか。病院で治療受けれる権利、医療の権利というのはここでは全然放棄されているとしか言いようがないと思ひます。

○堂本暁子君 今、言葉ではそう答えていらつしやいますけれども、それが現実的なものか、そうじやないといふことは火を見るより明らかで、そこはもうきちんと法改正をして、どこでも、今の病棟から近くの病院に合併症が起きたときには入院できるといふふうにしていただきながら、これは非常に危険なんです。そのことをもう一度短くお答えいただきたい。

○政府委員(寺松尚君) 今申し上げたことと余り変わりはないのですが、やはり病院はその一つの病院だけが成り立つてゐるわけではなくございませんで、周辺にいろいろ病院があるわけござります。その辺の病院と平素からの連携をとられるようことが必要だと思ひますし、いろいろな情報交換等もしながら、その地域の医療施設を利用して対応していくことではないかと存じます。

○堂本暁子君 今おつしやつたのは一万何千床ですか。

○政府委員(寺松尚君) 一万九千をちょっとと切つ

ておると思います。

○堂本暁子君 そこにほんと入院しておられるわけです。満員なんです。今これからつくられよう

いうふうに伺つていますけれども、そういうふたよ

り多い人たちがそこへ後から後から……。そんな

ものの大体ないんですよ、総合病院の精神科に行けばなるなんという病院が少ないので、それを当てに

いることにはできないし、余りにもこれは、言つてみれば法の穴ではないですか。病院で治療受けれる権利、医療の権利というのはここでは全然放棄されているとしか言いようがないと思ひます。

○堂本暁子君 今、言葉ではそう答えていらつしやいますけれども、それが現実的なものか、そうじやないといふことは火を見るより明らかで、そこはもうきちんと法改正をして、どこでも、今の病棟から近くの病院に合併症が起きたときには入院できるといふふうにしていただきながら、これは非常に危険なんです。そのことをもう一度短くお答えいただきたい。

○政府委員(寺松尚君) 今申し上げたことと余り変わりはないのですが、やはり病院はその一つの病院だけが成り立つてゐるわけではなくございませんで、周辺にいろいろ病院があるわけござります。その辺の病院と平素からの連携をとられるようことが必要だと思ひますし、いろいろな情報交換等もしながら、その地域の医療施設を利用して対応していくことではないかと存じます。

○堂本暁子君 今おつしやつたのは一万何千床ですか。

○政府委員(寺松尚君) 一万九千をちょっとと切つ

ておると思います。

○堂本暁子君 そこにほんと入院しておられるわけです。満員なんです。今これからつくられよう

いうふうに伺つていますけれども、そういうふたよ

り多い人たちがそこへ後から後から……。そんな

ものの大体ないんですよ、総合病院の精神科に行けばなるなんという病院が少ないので、それを当てに

いることにはできないし、余りにもこれは、言つてみれば法の穴ではないですか。病院で治療受けれる権利、医療の権利というのはここでは全然放棄されているとしか言いようがないと思ひます。

○堂本暁子君 今、言葉ではそう答えていらつしやいますけれども、それが現実的なものか、そうじやないといふことは火を見るより明らかで、そこはもうきちんと法改正をして、どこでも、今の病棟から近くの病院に合併症が起きたときには入院できるといふふうにしていただきながら、これは非常に危険なんです。そのことをもう一度短くお答えいただきたい。

○政府委員(寺松尚君) 今申し上げたことと余り変わりはないのですが、やはり病院はその一つの病院だけが成り立つてゐるわけではなくございませんで、周辺にいろいろ病院があるわけござります。その辺の病院と平素からの連携をとられるようことが必要だと思ひますし、いろいろな情報交換等もしながら、その地域の医療施設を利用して対応していくことではないかと存じます。

○堂本暁子君 今おつしやつたのは一万何千床ですか。

○政府委員(寺松尚君) 一万九千をちょっとと切つ

ておると思います。

○堂本暁子君 そこにほんと入院しておられるわけです。満員なんです。今これからつくられよう

いうふうに伺つていますけれども、そういうふたよ

り多い人たちがそこへ後から後から……。そんな

ものの大体ないんですよ、総合病院の精神科に行けばなるなんという病院が少ないので、それを当てに

いることにはできないし、余りにもこれは、言つてみれば法の穴ではないですか。病院で治療受けれる権利、医療の権利というのはここでは全然放棄されているとしか言いようがないと思ひます。

○堂本暁子君 今、言葉ではそう答えていらつしやいますけれども、それが現実的なものか、そうじやないといふことは火を見るより明らかで、そこはもうきちんと法改正をして、どこでも、今の病棟から近くの病院に合併症が起きたときには入院できるといふふうにしていただきながら、これは非常に危険なんです。そのことをもう一度短くお答えいただきたい。

○政府委員(寺松尚君) 今申し上げたことと余り変わりはないのですが、やはり病院はその一つの病院だけが成り立つてゐるわけではなくございませんで、周辺にいろいろ病院があるわけござります。その辺の病院と平素からの連携をとられるようことが必要だと思ひますし、いろいろな情報交換等もしながら、その地域の医療施設を利用して対応していくことではないかと存じます。

○堂本暁子君 今おつしやつたのは一万何千床ですか。

○政府委員(寺松尚君) 一万九千をちょっとと切つ

ておると思います。

○堂本暁子君 そこにほんと入院しておられるわけです。満員なんです。今これからつくられよう

いうふうに伺つていますけれども、そういうふたよ

り多い人たちがそこへ後から後から……。そんな

ものの大体ないんですよ、総合病院の精神科に行けばなるなんという病院が少ないので、それを当てに

いることにはできないし、余りにもこれは、言つてみれば法の穴ではないですか。病院で治療受けれる権利、医療の権利というのはここでは全然放棄されているとしか言いようがないと思ひます。

○堂本暁子君 今、言葉ではそう答えていらつしやいますけれども、それが現実的なものか、そうじやないといふことは火を見るより明らかで、そこはもうきちんと法改正をして、どこでも、今の病棟から近くの病院に合併症が起きたときには入院できるといふふうにしていただきながら、これは非常に危険なんです。そのことをもう一度短くお答えいただきたい。

○政府委員(寺松尚君) 今申し上げたことと余り変わりはないのですが、やはり病院はその一つの病院だけが成り立つてゐるわけではなくございませんで、周辺にいろいろ病院があるわけござります。その辺の病院と平素からの連携をとられるようことが必要だと思ひますし、いろいろな情報交換等もしながら、その地域の医療施設を利用して対応していくことではないかと存じます。

○堂本暁子君 今おつしやつたのは一万何千床ですか。

○政府委員(寺松尚君) 一万九千をちょっとと切つ

ておると思います。

○堂本暁子君 そこにほんと入院しておられるわけです。満員なんです。今これからつくられよう

いうふうに伺つていますけれども、そういうふたよ

り多い人たちがそこへ後から後から……。そんな

ものの大体ないんですよ、総合病院の精神科に行けばなるなんという病院が少ないので、それを当てに

いることにはできないし、余りにもこれは、言つてみれば法の穴ではないですか。病院で治療受けれる権利、医療の権利というのはここでは全然放棄されているとしか言いようがないと思ひます。

○堂本暁子君 今、言葉ではそう答えていらつしやいますけれども、それが現実的なものか、そうじやないといふことは火を見るより明らかで、そこはもうきちんと法改正をして、どこでも、今の病棟から近くの病院に合併症が起きたときには入院できるといふふうにしていただきながら、これは非常に危険なんです。そのことをもう一度短くお答えいただきたい。

○政府委員(寺松尚君) 今申し上げたことと余り変わりはないのですが、やはり病院はその一つの病院だけが成り立つてゐるわけではなくございませんで、周辺にいろいろ病院があるわけござります。その辺の病院と平素からの連携をとられるようことが必要だと思ひますし、いろいろな情報交換等もしながら、その地域の医療施設を利用して対応していくことではないかと存じます。

○堂本暁子君 今おつしやつたのは一万何千床ですか。

○政府委員(寺松尚君) 一万九千をちょっとと切つ

ておると思います。

○堂本暁子君 そこにほんと入院しておられるわけです。満員なんです。今これからつくられよう

いうふうに伺つていますけれども、そういうふたよ

り多い人たちがそこへ後から後から……。そんな

ものの大体ないんですよ、総合病院の精神科に行けばなるなんという病院が少ないので、それを当てに

いることにはできないし、余りにもこれは、言つてみれば法の穴ではないですか。病院で治療受けれる権利、医療の権利というのはここでは全然放棄されているとしか言いようがないと思ひます。

○堂本暁子君 今、言葉ではそう答えていらつしやいますけれども、それが現実的なものか、そうじやないといふことは火を見るより明らかで、そこはもうきちんと法改正をして、どこでも、今の病棟から近くの病院に合併症が起きたときには入院できるといふふうにしていただきながら、これは非常に危険なんです。そのことをもう一度短くお答えいただきたい。

○政府委員(寺松尚君) 今申し上げたことと余り変わりはないのですが、やはり病院はその一つの病院だけが成り立つてゐるわけではなくございませんで、周辺にいろいろ病院があるわけござります。その辺の病院と平素からの連携をとられるようことが必要だと思ひますし、いろいろな情報交換等もしながら、その地域の医療施設を利用して対応していくことではないかと存じます。

○堂本暁子君 今おつしやつたのは一万何千床ですか。

○政府委員(寺松尚君) 一万九千をちょっとと切つ

ておると思います。

○堂本暁子君 そこにほんと入院しておられるわけです。満員なんです。今これからつくられよう

いうふうに伺つていますけれども、そういうふたよ

り多い人たちがそこへ後から後から……。そんな

ものの大体ないんですよ、総合病院の精神科に行けばなるなんという病院が少ないので、それを当てに

いることにはできないし、余りにもこれは、言つてみれば法の穴ではないですか。病院で治療受けれる権利、医療の権利というのはここでは全然放棄されているとしか言いようがないと思ひます。

○堂本暁子君 今、言葉ではそう答えていらつしやいますけれども、それが現実的なものか、そうじやないといふことは火を見るより明らかで、そこはもうきちんと法改正をして、どこでも、今の病棟から近くの病院に合併症が起きたときには入院できるといふふうにしていただきながら、これは非常に危険なんです。そのことをもう一度短くお答えいただきたい。

○政府委員(寺松尚君) 今申し上げたことと余り変わりはないのですが、やはり病院はその一つの病院だけが成り立つてゐるわけではなくございませんで、周辺にいろいろ病院があるわけござります。その辺の病院と平素からの連携をとられるようことが必要だと思ひますし、いろいろな情報交換等もしながら、その地域の医療施設を利用して対応していくことではないかと存じます。

○堂本暁子君 今おつしやつたのは一万何千床ですか。

○政府委員(寺松尚君) 一万九千をちょっとと切つ

ておると思います。

○堂本暁子君 そこにほんと入院しておられるわけです。満員なんです。今これからつくられよう

いうふうに伺つていますけれども、そういうふたよ

り多い人たちがそこへ後から後から……。そんな

ものの大体ないんですよ、総合病院の精神科に行けばなるなんという病院が少ないので、それを当てに

いることにはできないし、余りにもこれは、言つてみれば法の穴ではないですか。病院で治療受けれる権利、医療の権利というのはここでは全然放棄されているとしか言いようがないと思ひます。

○堂本暁子君 今、言葉ではそう答えていらつしやいますけれども、それが現実的なものか、そうじやないといふことは火を見るより明らかで、そこはもうきちんと法改正をして、どこでも、今の病棟から近くの病院に合併症が起きたときには入院できるといふふうにしていただきながら、これは非常に危険なんです。そのことをもう一度短くお答えいただきたい。

○政府委員(寺松尚君) 今申し上げたことと余り変わりはないのですが、やはり病院はその一つの病院だけが成り立つてゐるわけではなくございませんで、周辺にいろいろ病院があるわけござります。その辺の病院と平素からの連携をとられるようことが必要だと思ひますし、いろいろな情報交換等もしながら、その地域の医療施設を利用して対応していくことではないかと存じます。

○堂本暁子君 今おつしやつたのは一万何千床ですか。

○政府委員(寺松尚君) 一万九千をちょっとと切つ

ておると思います。

○堂本暁子君 そこにほんと入院しておられるわけです。満員なんです。今これからつくられよう

いうふうに伺つていますけれども、そういうふたよ

り多い人たちがそこへ後から後から……。そんな

ものの大体ないんですよ、総合病院の精神科に行けばなるなんという病院が少ないので、それを当てに

いることにはできないし、余りにもこれは、言つてみれば法の穴ではないですか。病院で治療受けれる権利、医療の権利というのはここでは全然放棄されているとしか言いようがないと思ひます。

○堂本暁子君 今、言葉ではそう答えていらつしやいますけれども、それが現実的なものか、そうじやないといふことは火を見るより明らかで、そこはもうきちんと法改正をして、どこでも、今の病棟から近くの病院に合併症が起きたときには入院できるといふふうにしていただきながら、これは非常に危険なんです。そのことをもう一度短くお答えいただきたい。

○政府委員(寺松尚君) 今申し上げたことと余り変わりはないのですが、やはり病院はその一つの病院だけが成り立つてゐるわけではなくございませんで、周辺にいろいろ病院があるわけござります。その辺の病院と平素からの連携をとられるようことが必要だと思ひますし、いろいろな情報交換等もしながら、その地域の医療施設を利用して対応していくことではないかと存じます。

○堂本暁子君 今おつしやつたのは一万何千床ですか。

○政府委員(寺松尚君) 一万九千をちょっとと切つ

ておると思います。

○堂本暁子君 そこにほんと入院しておられるわけです。満員なんです。今これからつくられよう

いうふうに伺つていますけれども、そういうふたよ

り多い人たちがそこへ後から後から……。そんな

ものの大体ないんですよ、総合病院の精神科に行けばなるなんという病院が少ないので、それを当てに

いることにはできないし、余りにもこれは、言つてみれば法の穴ではないですか。病院で治療受けれる権利、医療の権利というのはここでは全然放棄されているとしか言いようがないと思ひます。

○堂本暁子君 今、言葉ではそう答えていらつしやいますけれども、それが現実的なものか、そうじやないといふことは火を見るより明らかで、そこはもうきちんと法改正をして、どこでも、今の病棟から近くの病院に合併症が起きたときには入院できるといふふうにしていただきながら、これは非常に危険なんです。そのことをもう一度短くお答えいただきたい。

○政府委員(寺松尚君) 今申し上げたことと余り変わりはないのですが、やはり病院はその一つの病院だけが成り立つてゐるわけではなくございませんで、周辺にいろいろ病院があるわけござります。その辺の病院と平素からの連携をとられるようことが必要だと思ひますし、いろいろな情報交換等もしながら、その地域の医療施設を利用して対応していくことではないかと存じます。

○堂本暁子君 今おつしやつたのは一万何千床ですか。

○政府委員(寺松尚君) 一万九千をちょっとと切つ

ておると思います。

○堂本暁子君 そこにほんと入院しておられるわけです。満員なんです。今これからつくられよう

いうふうに伺つていますけれども、そういうふたよ

り多い人たちがそこへ後から後から……。そんな

ものの大体ないんですよ、総合病院の精神科に行けばなるなんという病院が少ないので、それを当てに

いることにはできないし、余りにもこれは、言つてみれば法の穴ではないですか。病院で治療受けれる権利、医療の権利というのはここでは全然放棄されているとしか言いようがないと思ひます。

○堂本暁子君 今、言葉ではそう答えていらつしやいますけれども、それが現

それから、今集中治療をするという治療病棟ですけれども、ここにはマンパワーの配置はどうなっていますでしょうか。

○政府委員(寺松尚君) 今御質問のは治療病棟でございます。

○堂本暁子君 はい、そうです。

は、目的は短期集中的な治療、こういうことでござります。そして対象となりますのは、先ほどから申し上げておりますように、広い老人性痴呆疾患ではなくて、その中で精神症状や問題行動が著しいという方々のケースでございます。

それで、今の配置でございますが、医師が一人、これは精神科医でございます。それから看護婦が

九人、介護職員が十人、その他OTとかP.S.WとかC.P.等を配置する、こういうことになつております。

○堂本暁子君 このは確かにほかから見れば多いですけれども、精神科の集中治療というのはマニアパワーでやるというが現代の精神医療だといふふうに、私は専門家じゃありませんが了解しております。とすれば、そういつた本当に集中治療をするにはとても無理な要員です。六対一の精神病院あるいは老人病院といったものの方が非常にレベルが少ない。むしろ今回の病棟程度のことが普通のほかの病院でもなければいけないんではなか。そして、その上にもし本当に痴呆性の集中治療をするのであれば、これに倍する人数がいなければできないというふうに考えます。

時間がございませんから、大蔵省にいらしていただいているので伺いたいんですけども、今回の予算というのはこういう形で非常に精神病院への補助、それから加算というようなものに偏つているような気がいたします。もつと全般的に、痴呆性老人は八五%が病院以外のところにいるわけですから、そういったところに対しての予算をより多くする必要があると思いますけれども、その点についてはいかがお考えなんでしょうか。

○説明員(渡辺裕泰君) お答えをさせていただき

ます。

高齢化の進展に伴いまして、痴呆性の老人の方はあります。その人の人生がございます。その人生のついの住みか、たとえ痴呆であれ、痴呆でござります。そういう場でお話をするのがよいかどういうことがますます重要な問題になつてきていました私どもも認識をいたしております。ただいまいろいろな御議論を伺わさせていただきましたが、財政当局といたしましても、さらに勉強をしてまいりたいと存じます。

○堂本暁子君 最後に、今回の施策というのは大変実質的にはいろいろお考えになつての上のことをかと存じますけれども、法律だけ、そして人権という視点から老人のことを考えましたときにば、これは収容型、いわゆる時代に逆行したしかし、か言ひようがないんですね。こういつたノーマライゼーション、それから地域医療、福祉というものをより広げていく時代に、縛つたりかぎをかけたりというようなことはあんまりしていただきたいともスウェーデンで私は聞きました。日本で縛られているような人がアメリカにだつてスウェーデンにだつてどこにだつているんです。どうするんですかと聞きました。日本と同じように悩んでいます。違うことは何か。これを類型化して効率よくこういう収容型に持つていかないといふふうに思いました。大変です。しかし人を一人張りつけてでも縛らない努力をしています。私はそこだと思うんですね。最初にどういう理念に立つてこれから対応なさるのかということを伺いました。その最初の理念が大事だと思うんです。その理念、本当に人間をどこまで尊重するのか、人間の尊厳を最後の死という場面でどこまで大事にするのか、そのことの理念でございます。(発言する者あり) 黙つてください。黙つてください。

人間の尊厳に關して話しているときにやじなんか飛ばしていたときだくなかった。

○委員長(田淵勲二君) 続けてください。静かに

してください。続けてください。

○堂本暁子君 人間というのは医療だけの対象ではありません。その人の人生がございます。その人生のついの住みか、たとえ痴呆であれ、痴呆でなかろうと、やはりそれは尊厳の守られるものでなければならない。ですから、私が人権委員会でなければならぬ。ですから、私が人権委員会でゴースチンさんとおっしゃる精神医療の専門家ですが、アメリカの弁護士さんに会つたときにこういうふうに言われました。日本はハイテクもあるだろう、経済成長もすばらしかった、しかし、一番弱い精神障害者や老人や身体障害者がその地域でそれぞれの尊嚴を持つて生きられない国、そいつた国を私たちは尊敬することができないといふふうに言われたんですね。

私は、今回の大変数がふえた、そのための苦肉の策と言つては何ですが、精神病棟から今社会復帰、人権委員会で問題になつたからこそ精神障害者の社会復帰というのが進んでいます。そのための空きベッドに、最初に伺つたように、改築すればいいそうです、その空きベッドにまさに病院経営のために今度は老人が入つていくというふうに見えてしようがありません。あるいは国家財政の節約なのでしょうか。もしそうではないとおつしやるのであれば、今の法律の適用の仕方は大変におかしいと言わざるを得ないと思います。そして、その病院経営の方が一人一人の私たち曰本人の人生、そして人間の尊厳よりも優先するような政策であつてはならない。立法府にいる私たちにしろ行政府におられる皆様方にしろ、今大変その意味で大きな責任を負つてゐるときではないかと思います。頑張つていただきたいと思う。いい政策を打ち出していただきたいと思います。

○委員長(田淵勲二君) 堂本委員、時間が来ております。

○堂本暁子君 お願いいたします、どうぞよろしく。

○高桑栄松君 それでは、質問をさせていただきますが、一昨日の質問の続きでございます。

最初に、老人訪問看護制度について、若干残し

た部分を伺いたいと思ひますが、ナースステーションというものはどういう性格のものをお考えかということ、その構成スタッフはどのように考へているかなどを伺いたいと思います。

○政府委員(岡光序治君) まず、スタッフといったましては、保健婦、看護婦、准看護婦、理学療法士、作業療法士を考えております。

それで、仕事をございますが、病状が安定をして在宅で生活をなさつていておられる方がいらしていらっしゃるわけでございまして、そういう方に対してもは福祉のサイドからはヘルパーさんが行かれる、そして医療のサイドからは訪問看護婦さんに行つてもらおうではないか、そして医療と福祉両サイドから在宅での生活が可能になるように支えていこうといふ発想で私どもは考へていてございます。

そして、具体的な仕事としましては、在宅の寝たきり老人に対しまして、病状観察、衛生上の相談指導、清拭、入浴介助、体位交換、機能訓練等こういったサービスを提供したいというふうに考えております。

○高桑栄松君 その次ですけれども、その場合、ドクターの訪問往診というのを、回数といふか、どういうことに考へておられるか。それに関連で、訪問看護の一ヶ月の回数というふうなことがあらうかと思うんですが、それに伴う利用料金、こういったことについてのお考へを承りたいと思います。

○政府委員(岡光序治君) 主治医との関係でございますが、私どもは主治医と訪問看護婦とがチームを組んで協力体制のもとで在宅で療養するお年寄りのケアに当たつていただきたいといふうに考へております。そもそもが主治医が訪問診察等を行つて、それの判断に基づいて訪問看護が要るかどうかということをまず判定してもらつて、そして内容につきましても指示をしてもらう、そこから訪問看護が始まるというふうに受けとめているわけでございまして、そういう意味で医師とこの訪問看護を行なう看護婦さんとの間で緊密な連携が保たれる必要があるというふうに考へておる次

第でございます。

それから、そういう意味で訪問看護一人当たりどの程度の回数を考えておるかということでございますが、通常のケースにおきましては、病状が安定をしているお年寄りというふうに想定しておりますので、週一、二回の訪問看護で対応できるのではないかといふふうに考えております。

そして利用料金につきましては、外来一部負担金との均衡等に配慮して設定するということを考えておりまして、具体的な金額につきましては、老人保健審議会の専門的な意見を聞いた上で額を設定いたしたい、こういふうに考えております。

○高桑栄松君 病状が安定したというのを何度かおつしやつたわけですが、一応外見上病状は安定しているわけだろうと思うんです、そういう場合ですね。しかし老人の場合には、例えば例を挙げますと、風邪を引いただけでも、免疫力といふか抵抗力といふものが大分落ちている場合にはすぐ一般と違つて非常に急変を来すことがあります。それは、そういうものが大分落ちている場合の何が連絡方法といつたよなことはどういうふうにお考えでしようか。

○政府委員(岡光序治君) 主治医がいらっしゃるということを前提に考えておりますので、そういう急変の場合も想定しなきやならないわけでございましょうが、訪問看護に当たる看護婦さんは速やかにそいつたお医者さんに連絡をして、医師の診察または入院等の医療的な措置をとるべきであるというふうに考えております。

○高桑栄松君 例えればボケットベルみたいなものを持たせてお医者さんを呼び出すとかということがあるんですか。

○政府委員(岡光序治君) 具体的なケースによつていろいろなやり方はあろうかと思いますが、緊密な連携を保つ一つのやり方としてそういう方法も想定されるのではないかと思います。

○高桑栄松君 それからいろいろ考えられることは、いつも天気がいいとは限りませんので、場所

によつてはきょうみたない大雨になつたりあるいは豪雪地帯というのもありますし、北海道なんかはあれだけの広さのところに人口が五百何十万か六百万弱ですから、非常に広域であります。そういったところでは往診の距離があるので、その訪問の旅費が必要であるうと思ふんですが、旅費の負担はどういうふうになるんでしょうか。

○政府委員(岡光序治君) このケースにおきましては、通院の場合であるとか医師の往診、訪問診察の場合とバランスをとらなきゃいけないと思つておりますと、したがいまして通院とか医師の往診、訪問診察の場合は交通費をいただいているわけでござりますので、交通費実費相当は利用者に負担していただくというふうに考えております。

○高桑栄松君 そういたしますと、地域格差があつて僻地ほど損だと、損という言い方はおかしいですが、経費の負担が大きくなる。僻地ほど生活自身がなかなかいろいろな要因があるわけなのにも、こういう場合もやはり余計な負担を強いられます。それが、訪問看護費の中でカバーすることはできないんですね。

○政府委員(岡光序治君) 医師の往診の場合に、遠距離加算であるとかいろんな工夫が診療報酬の上でもなされているわけでございまして、そういう急変の場合も想定しなきやならないわけでございましょうが、訪問看護に当たる看護婦さんは速やかにそいつたお医者さんに連絡をして、医師の診察または入院等の医療的な措置をとるべきであるというふうに考えております。

○高桑栄松君 その辺はひとつなるべく格差を解消するという方向で十分に検討していただきたい、こういふうに注文をさせていただきます。

次に、老人保健施設について質問をさせていただきます。

老人保健施設の位置づけでありますけれども、中間施設として出発をしたわけですね。したがいまして、ここではできる限りハピリを行つて家庭に復帰させるということが大きな目的、目標であります。あつたわけで、したがつて通過型と言つたり中間

施設と言つたり、こんな話になつてゐたと思う

ですが、今回は初老期痴呆を受け入れるというこ

とになるようになりますけれども、その症状といふか、そういうものはどういうものを考えておられますか。

○政府委員(岡光序治君) 七十歳未満とかあるいは寝たきりの場合で六十五歳未満の方でも痴呆の状況、老人性痴呆と同じような状態になる方がいらっしゃるわけございまして、そしてその程度によっては家庭での介護が困難な場合もあるわけでございますが、老人保健法による体系の中で老人保健施設が位置づけられておるものですから、六十五歳以上といふうに対象が限定されておつたわけでございます。そういうた若い六十五歳未満の段階でも相当重度な痴呆状態に陥る方いらっしゃるわけでございますので、そういうたたかれてござつてしまつた方々について門戸を開放する必要があるだろう、こういう発想から老人保健施設についてもそここの御利用ができるようにしていきたいというのが発想の原点でござります。

○高桑栄松君 話話を伺つていますと、アルツハイマー病が一番想定されるカテゴリーかと思いますが、しかし、また一方ではアルツハイマー以外でも収容することになるわけですね、いかがでしょうか。

○政府委員(岡光序治君) 御指摘のとおりでございまして、私もよくわかりませんが、何かピック病というようなものもあるんだそうでございまして、まさにそういうアルツハイマーだけに限定するものではありません。

○高桑栄松君 そういたしますと、通過型といふか、通過するよりも滞在型にタイプが変わつてくるものではございません。

○政府委員(岡光序治君) 老人保健施設の基本的な性格づけにつきましては、これが制度化されて実際に動き始めてからよくよく検討しようといふことになつております。老人保健審議会におきまして、特別の部会を設けましてその審議を行いま

した。その結果は、やはり家庭への復帰を目指す施設だという意味での通過型施設という位置づけは変えない、そのままそういう性格づけは置いておこうではないか、こういふうに専門の審議会では一応の結論がつい最近出たところでございます。

では、先生御指摘のように痴呆性の患者について、なかなか治つて家庭に帰れるという状態ではないじやないか、こういう御指摘だらうと思いますが、そのところは私どもできるだけのお手当をすることによって落ちついた段階で家庭に帰つてもらう。そしてまた、症状の変化に応じて施設を利用してもらうといふうに、いわば家庭と施設の間を往復してもらうといふうな発想でございますが、施設を利用してもらうか、こういうふうに考へておる次第でございます。

○高桑栄松君 今おつしやつた専門委員会といふのは老人保健審議会とは違うんですか。

○政府委員(岡光序治君) 老人保健審議会の中に専門の部会をつくりましたので、審議会そのものでござります。

○高桑栄松君 わかりました。

初めて老人保健施設そのものが審議に上がりまして、私が伺つたところでは、老人保健審議会の委員が二十名で、ドクターがたまたま二名いたということございまして、それで老人保健施設の中の医療関係が審議できるわけがないと。私がそれを指摘したわけですが、それでたしか六名追加になつたと思います。結局二十六名だったかと思いますが、ドクターは何人おられますか。そのうちに精神科の専門というのは何人おられますか。

○政府委員(岡光序治君) 今ざつと数えました

先生はお二人でござります。

先生、審議会のメンバーはそのようございますが、五人だと思います。その中で精神科の専門の先生はお二人でござります。

先生、審議会のメンバーはそのようございますが、老人保健施設の性格につきまして再検討しますが、老人保健施設の性格につきまして再検討したときに、具体的に老人保健施設を運営していく

お聞きした上で、それで総合的な判断をしてもらいました。メンバーは確かに今申し上げたとおりでございますが、実際の運営に当たった経験を専門のお医者さんからもヒアリングをした上で判断をしていただいたところでございます。

○高桑栄松君 多分、通過型と滞在型が混在した

という状況かと思いますが、そのことを私は聞きたいわけじやなくて、地域医療計画の中はどういう位置づけになるかという意味で伺おうとしたんです、ベッド数のカウントはどうなりますか。

○政府委員(古市圭治君) 老人保健施設につきましては、同施設が要介護老人に対して医療と日常生活上の世話を一体的に提供するという性格から、人員、施設基準等を勧めまして、昭和六十二年度から医療計画上はベッド数に〇・五を乗じて得た数を地域における入院病床の現状を示す既存病床数とみなして算定するこうやっておりました。しかし、平成元年十二月に策定しました高齢者保健福祉推進十年戦略において、老人保健施設の整備目標を平成十一年に二十八万床と定めたところでありますし、計画の達成に向けて一層の整備促進を図る必要がある、このような観点から、従来の算定方式につきましては、本年二月に老人保健審議会より老人保健施設の整備促進の観点から当分の間適用を見合わせるなど何らかの配慮を求める要請がございました。

その結果、この算定方式の取り扱いにつきまして、医療審議会に諮つて答申を得、当分の間老人保健施設の整備状況、老人保健福祉計画の作成、推進状況等を見ることとしまして、その間は既存の病床数として算定しないことに改めました。

○高桑栄松君 ベッド数にカウントしないということがわかりました、当分の間ということとあります。そうすると、私なりの解釈では、老人保健施設はそれの持つている専門的機能を尊重するというか、評価するという形に今なつたのかなと思つてゐるんですが、時間があまりませんので、関連質問ですぐに入りたいと思います。

私は 老人保健施設というものができた成り立

ちは、リハビリに重点を置いて家庭に復帰させる、そして寝たきりでないという状態をつくり出していくべきで、これは大事なことだと思うんです。そうすると、この施設に要求されるというか、考えておられるOT、PTの数というのはどうなっておりますか。

○政府委員(岡光序治君) 定員百人当たりで申し上げますと、理学療法士または作業療法士一人を置くようにということになつております。

○高桑栄松君 それを聞いて、実は私は専門機能を考えているんだろうかと思つたんです。これは

現場のドクターの意見を私はいろいろ聞いてみましたが、理学療法士ですか、これは、PTですと、効果のあるようなりハビリをするのに一人で四十五分かかると言つていました。四十分というのには、八時間労働で休みなしにやつてもやろううとする、百ベッドは十日かかるといふことになるわけです。それから簡略法でやると

十五分だと言つていました。だから、マン・ツー・マンでもやるんだとすると、十五分でやつていくとちょうど三倍でありますので、一日八時間労働で三十人である。専門にやつておられる整形外科の先生なんかに聞いたんですけど、そう言つていませんでした。そうすると、簡略型にしても三名は要るのではないか、こういうわけなんです。

それから、時間を節約して私の質問のポイント

を申し上げますと、要するにリハビリに重点を置きたいと思っても、その人件費が出せないというのです。ですから、一人でいいと言われれば一人になつてしまふ。そうすると、せつかの中間施設といった通過型の専門機能を生かすことが非常に難しくなるということでありまして、私が要望されたのはPT、OTの人員基準を見直す必要はないか、そして施設養護費をそれによつてカバーするということを考へないと、この特別機能を生かすことができないのではないか。ですから、一

タの希望であります。それは現地担当者でござりますので、私はこれは大事な意見だと思つうんです。いかがでしようか。

○政府委員(岡光序治君) 先ほど申し上げました七月にその意見をいただきましたが、当面は現行の基準を維持するようにと、こういう意見をいたいでいるところでございます。しかし、先生おっしゃいますように、この理学療法士、特に作業療法士の効果というの高いようございまして、入所するお年寄りの中で痴呆性のお年寄りがふえていくというふうなことを考えますと、特に作業療法士の活用というので、役割は重要な要だと思いますので、その辺については少しく検討させていただきたいと思っております。

○高桑栄松君 大変いい御答弁をいただきましたが、しつかりひとつやつていただいた、老人保健審議会でも諮つてもらいたいと私は希望いたしました。次に、今後の老人医療というのを実はちょっと考えてみたいということでございますが、前回私は医療目的税という考え方を導入すべきだというお話を大臣に申し上げて、御答弁をいただきましたけれども、今度はまたもう一度発想を転換いたしました。そうして、このよだな考え方という考え方ではないか、こういうわけなんです。

それから、時間を節約して私の質問のポイント

を申し上げますと、要するにリハビリに重点を置きたいと思っても、その人件費が出せないというのです。ですから、一人でいいと言われれば一人になつてしまふ。そうすると、せつかの中間施設といった通過型の専門機能を生かすことが非常に難しくなるということでありまして、私が要望されたのはPT、OTの人員基準を見直す必要はないか、そして施設養護費をそれによつてカバーするということを考へないと、この特別機能を生かすことができないのではないか。ですから、一

ので、その費用の負担が各地方自治体におきましでいろいろと大きな問題になつている場合があるわけでございます。そういう意味におきまして、その地域に対しまして地方交付税を交付するという制度がございますので、自治省との連携の中で各自治体の高齢化の状況等を勘案いたしまして、そこからさらにまた、厚生省といつましても今まで傾斜配分をいたしておりますが、今後もこの問題は非常に大事なことでありますので、協調の中でやつてまいりたいと考えております。

○高桑栄松君 大変いい御答弁をいただきましたが、しつかりひとつやつていただいた、老人保健審議会でも諮つてももらいたいと私は希望いたしました。そこで、このよだな考え方の中でも、高齢者施策の需要に見合つた補助金の交付という制度もございますので、その方の補助金を通じまして今財政上のアンバランスの状況を是正するように進めておりますが、この点もさらにきめ細かな配慮の中で実情に即したように、かつまた各自治体の御要望にできるだけ沿う得るようになりますので、それぞれの調和の中で妥当な結論を出して対処してまいりたいと、このように考えております。

○高桑栄松君 今の大臣の御答弁、大変私は関心を持って伺いましたが、ぜひひとつ高齢化社会が進展していくと言われながら、どういう対策をと幾つもの選択肢があろうかと思います、発想もまた考えていたらしく、しつかりお願ひいたしました

○高桑栄松君 今の大臣の御答弁、大変私は関心を持って伺いましたが、ぜひひとつ高齢化社会が進展していくと言われながら、どういう対策をと幾つもの選択肢があろうかと思います、発想もまた考えていたらしく、しつかりお願ひいたしました

○高桑栄松君 今の大臣の御答弁、大変私は関心を持って伺いましたが、ぜひひとつ高齢化社会が進展していくと言われながら、どういう対策をと幾つもの選択肢があろうかと思います、発想もまた考えていたらしく、しつかりお願ひいたしました

○高桑栄松君 今の大臣の御答弁、大変私は関心を持って伺いましたが、ぜひひとつ高齢化社会が進展していくと言われながら、どういう対策をと幾つもの選択肢があろうかと思います、発想もまた考えていたらしく、しつかりお願ひいたしました

○国務大臣(下条進一郎君) こういう高齢化の時代におきまして、財源の問題でいろいろ御意見を承つておりますけれども、高齢化が進んだ地域というのは多く若人が少ないということであります

ます。まことにこれはもつともな話で、予防医学者として医学をやつてきた私にはもう当たり前のことである。ですから、私はもともと予防医療に重点を置けたということで、健康保険法改正のときも私が主張いたしまして、非常にありがたかったのは、健康保険法第二十三条に初めて予防給付の項目が入ったということでありまして、今申し上げたのは四十歳以上の成人病健診のことですが、そういう予防医療、健康診断受診率の低い地域に特に重点的に行政指導を進めていただきたいものだと私は思うんですが、いかがでしょうか。

○政府委員(岡光序治君) おつしやるよう、どうも大都市の方が受診率が低うございます。そのため、早朝、夜間健診であるとか、四十歳、五十歳といった節目健診といふものをやつてもらおうと思つております。特に利用しやすいように、これは来年度からのことと申上げておりますが、受診したいときに最寄りの医療機関で健診が受けられるような利用券方式というのをもつともらつて広めたい。それからまた、健診の中身も総合健診方式を取り入れるなどして、魅力のあるものにして大いに受けでもらうようにということを進めたいと思っております。

○高桑栄松君 ところで、ついこの間、九月十二

日のNHKのテレビで私は見まして、数字がメモ

できなくてはつきりデータとしては申し上げられ

ませんが、デンマークのテースティッド市というの

と岩手県の遠野市を比較したデータをテレビで見

させていただきました。多分両方は人口が非常に似ている、それからいずれも福祉で名の通つた市であるという意味で比較して、しかし大きな違いは何であつたか。これを申し上げますと、まず老

人福祉の予算が遠野市で約六億、テースティッド市

で三十二億だったと思うんです、まず五倍です

ね。それから人手、マンパワー、これが数字を僕

はつかんでいませんが、言つていたのは少しか十

倍なんですね。十倍デンマークの方が多いんですね。そうすると、金持ち日本にしては情けないではないか。黙つて聞くと反対に思うわけですよ、日本

が予算は五、六、三十で五倍、人手も十倍。もつともである。よく聞いてみたら反対であったといふわけであります。

そこで、私が思つるのは、日本国民が全部在宅介護に奉仕するという方式を考える必要があるので

はないかということで、発想を一、二申し上げたいと思います。

その一つは、日本医師会の医療システム研究委員会というのがついこの八月に発表したものにケーリング・ソサエティーというアイデアがあるんですね。これは国民すべてが人生の一定期ある

いは一定期間看護、介護に携わる制度を確立し

て、そして携わった人は介護を受ける権利を保障する、こういうことを主張しているわけです。

それで、私が次に申し上げたいのは、実は第百十四国会の本会議、これは平成元年の二月十五日でございますが、私は当時福祉切符の導入というのを提唱いたしました。これは一、二の市でもう実行しておられたと聞いておりますけれども、国としてこういう考え方を持つべきではないか。つまり、介護ボランティアにはもちろん何がしかのアルバイト料を差し上げる必要があると思います。しかし、介護ボランティアであるという形を尊重しまして、この人たちにはちゃんと福祉切符を交付する。このごろ、何とかというのによく十枚たまつたらハワイに行けるなんというのがありますからね、この福祉切符が何枚たまつたらどうといふのがあつてもいいと思うんです。それはハワイに行くんじゃなくて、その人たちが福祉切符を持つていてる分だけといふか、介護を受ける権利を保障してあげる、こういうのがあつてもしかるべきだというのが私の福祉切符導入のアイデアでございますが、これについてはどんなふうにお考えでしようかね。

○國務大臣(下条進一郎君) 福祉の諸施策を充実してまいるに当たりましては、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重要な問題でございます。そのマンパワーの確保の一

つといたしましてボランティアの方々の好意にお

願いをしていく分野も大変大事なところでございまして、厚生省といいたしまして、マンパワーの方々には常に感謝を申し上げ、そしてまたその運動が広がることを期待しておるわけでございます。

これを先生が新しい角度から、福祉切符制度とましてもある。よく聞いてみたら反対であったといふわけであります。

その一つは、日本医師会の医療システム研究委員会というのがついこの八月に発表したものにケーリング・ソサエティーというアイデアがあるんですね。これは国民すべてが人生の一定期ある

いは一定期間看護、介護に携わる制度を確立し

て、そして携わった人は介護を受ける権利を保障する、こういうことを主張しているわけです。

それで、私が次に申し上げたいのは、実は第百

十四国会の本会議、これは平成元年の二月十五日でございますが、私は当時福祉切符の導入というのを提唱いたしました。これは一、二の市でもう実行しておられたと聞いておりますけれども、国としてこういう考え方を持つべきではないか。つまり、介護ボランティアにはもちろん何がしかのアルバイト料を差し上げる必要があると思います。しかし、介護ボランティアであるという形を尊重しまして、この人たちにはちゃんと福祉切符を交付する。このごろ、何とかというのによく十枚たまつたらハワイに行けるなんというのがありますからね、この福祉切符が何枚たまつたらどうといふのがあつてもいいと思うんです。それはハワイに行くんじゃなくて、その人たちが福祉切符を持つていてる分だけといふか、介護を受ける権利を保障してあげる、こういうのがあつてもしかるべきだというのが私の福祉切符導入のアイデアでございますが、これについてはどんなふうにお考えでしようかね。

○國務大臣(下条進一郎君) 福祉の諸施策を充実してまいるに当たりましては、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重要な問題でございます。そのマンパワーの確保の一

つといたしましてボランティアの方々の好意にお

う項目を持つた方がいい。それは人物評価による。その中に社会奉仕といふので、これは時間でセッティングできますから、これくらいを普通ノルマにしてやつてもらつたら。それで、場合によつたらAクラス、Bクラスと分けて、BならBクラスを越えればハーダルを越えたというような考えを僕は申し上げたことがあります。

今、介護奉仕を入試のテーマに挙げてはどうか、項目の一つとして挙げてはどうか。そういたしますと、入試のときに、在宅介護、老人介護等にされた方が御自身の場合に利用できるか。例えば、ある同じ町や村にいらつしやる場合には割合に使えると思いますけれども、転居される、違うところへ生活を今度移されるということになつた場合に、それがどのように活用できるか。やはりこれを実施するためには全国組織でもなければなかなか具体的に進まないのでないかというような問題などござりますので、今後の課題として検討させていただきたいと思います。

○高桑栄松君 全国組織ということがあつて、ですから国で指導する必要があるかなと思つたわけですが、感謝状を出すよりははるかにいいわけですね。ですから、きつぶよく切符を出すというお考えをひとつ持つていただきたい、こう思つたわけです。

もう一つは、文部省に来ていただいておりますので、これも私のアイデアの一つであつたんです

が、かつて臨教審がございましたときには、大学入試が非常に大きなテーマになつておりましたが、そのとき私が入試制度に高桑ハーダル論といふのを提唱したのであります。これは今の縦横の海部さんも文部大臣のときに、うん、これはと言つて大変賛成をしていただいたものであります。

そのハーダル論なんですが、一点を争う

入試加算制度がいけない、つまり偏差値切りが

そこからくるので、ですから一点ではなくてハーダルで一つずつ越えていった場合、私はこういう

言い方なんですが、細かいのは別といたしまし

たいということを申し上げているのが一つでござります。

それからまた、調査書の活用に当たりまして、その記載事項でございますが、具体的な内容はい

いろいろございますけれども、例えは奉仕活動などの学校生活以外の場における顕著な諸活動についても記入するようにしてはどうかというようなことでのいろいろ御指導しているわけでございます。

いずれにいたしましても、大学の入試選抜といいますのは、具体的な内容につきましては、基本的に各大学が個々に自主的に判断いたぐべきことでございますが、私どもとしましては、先生の御提案にもありましたものも含めまして入試の多様化を推進する方法の一つとして、ボランティア活動を適切に評価していくことは大変結構なことであろうと思っておりますし、現に幾つかの大学で募集要項の上で、教科外活動でございますとか、あるいは社会的諸活動につきましても、判定の材料にすることあり得べしという明記をしながら実施している例もあるところでございます。

○高桑栄松君 それじゃ、終わりに大臣にもう一度お願いいたします。

先ほどは福祉切符のことでお話を伺いましたが、今後の老人医療について大まかな線で大臣の御発言などを承って、私の質問を終わりたいと思います。

○高桑栄松君 それじゃ、終わりに大臣にもう一度お願いいたします。

先ほどは福祉切符のことでお話を伺いましたが、今後の老人医療について大まかな線で大臣の御発言などを承って、私の質問を終わりたいと思います。

○國務大臣(下条進一郎君) 老人の方々に対しましては、基本的な考え方をいたしまして、社会に尽くしてこられた非常な功労者である、したがつて社会全体として年老いた方が健やかに老いられるよう条件を整えていくというのが基本的な考え方だと思います。

その見地から、老人保健法におきましても、長く安定的にお年を召した方々が医療の面で十分手当を受けられるようにならたいということです。今回の制度の改正をお願いしているわけですが、そこで、その意味において私たちはお年を召した方々がいついかなるときに、またどのような状態に応じても適切な医療が受けられるよう、しかも必要以上の御負担をかけないようなことを配慮しながら制度をしっかりと確立してまいりたい、それによってお年を召した方々が安心して老後を

お暮らしたいだけるようを持ってまいりたい、そのためには全力投球をしてまいりたいと考えておる次第でございます。

○木庭健太郎君 今回の改正案のキーワードといふのを見つけてみると、介護という言葉が一番大きなキーワードになつてゐるのだろうと私自身理解しております。改正の趣旨自体が介護体制の充実を図るというようなことを言っておりますし、岡光部長も何度介護という言葉を連発したか、百回以上は少なくともおつしやつてある。もちろん、高齢化社会においてそういう介護体制を充実するというのは、私たちも一生懸命主張してきておりましたし、大事なことだと思つております。すけれども、ただ、厚生省としてこの介護といふものをどういうふうにとらえているかというのをいま一つ私はわかりません。

そこで、まず一点お伺いしたいんですけれども、介護というのは一体医療関係の中ではどんなふうに定義されているのか、改正法においてはどう規定されているのか。さらに、介護と看護といふのは具体的にどんな関係にあるのかというのをまず教えてほしいんです。

○政府委員(古市圭治君) お尋ねの前段について御説明させていただきます。

介護という用語につきましては、いわゆる医療関係の法規の中では直接には出てまいりません。ただ、老人保健法、これは福祉関係の方でございまして、この法律の中の老人保健施設の定義の中で「介護」という言葉が使われております。それからまた社会福祉士及び介護福祉士法、一般成立した法律でございますが、この中の第二条の「定義」の中におきまして、「身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと(以下「介護等」という。)」とあります。が、これが一番具体的ではなかろうかと思ひます。

そのほか、言葉をいたしましては、原子爆弾被

爆者に対する特別措置法、それから予防接種法で言葉として出てきているという状況だと思います。

○政府委員(岡光序治君) 今回の改正法の中でどのように規定しているかということでございますが、老人訪問看護の規定の中で、在宅の寝たきり老人等を対象とした、看護婦等が行う療養上の世話または必要な診療の補助と規定をしております。それから公費負担五割の対象となる介護体制の整った老人病院につきましては、老人の心身の特性に応じた適切な看護が行われる病院といふように規定をしております。それから、そのほか老人福祉法の一部改正の中でも、国は、老人の心身の特性に応じた介護方法の研究開発の推進に努めなければならぬといふうな規定を設けておるところでございます。

○木庭健太郎君 説明を受けたんですけども、やっぱりどこまでが介護で、どこまでが看護かといふのが、非常に入り組んでいてよくわからないんです。

それじゃ、例えばベッドサイドで患者さんのケアをしてあげる、それは一体看護なのか介護なのか、これもわからない。

具体的に聞くなら、じゃ、看護職員はできないけれども、介護職員はできるというような業務が一体あるのか。看護職員が主にやるべき業務といふ部分は何かあるのか。そういう規定の仕方があるのかどうか。看護の立場から見れば介護といふのは一領域という考え方もあるし、いろんな考え方があると思うんですけれども、その辺をきちんと見ておかないと、一体これら厚生省さんは介護といつて、何をやってくれるのかなと。その辺が非常に不明確になつてゐるような気がするんですけども、どうですか。

○政府委員(古市圭治君) 言葉が看護と介護とござりますから、法律それから通知ではそれぞれ定義をして行わないといけない、そこが不明確であるということございます。

確かに、これは高桑先生の御専門の分野でござりますが、あらゆる現象というのは連続でございますが、病気から健康まで、その間で症状が動搖するわけでございます。それに対して医療、看護、介護、それからまた家族による介助、こうなるのをさしますが、どうなるかといふのが看護婦の役目でありまして、それからまたある程度身体上、精神上の症状が固定している、しかしそれが不自由で寝たきりである、そういう人たちが日常生活を営む上で手助けをする、これが介護であろうかと思いまます。したがつてヘルパー等が介護をするというのには十分それでカバーできる分野がございます。したがつてヘルパー等が介護をするというのには十分それでカバーできる分野がございます。

○木庭健太郎君 それでも、先ほどの岡光部長の話の部分でいくと、本来介護という部分と看護という部分が重なり合つてゐるようなところというのが今回やる中には出てきているような気がするんです。だから、今回の法案の中で、どういうことが言えるかというと、看護と介護というのが不明確なまま老人医療において介護といふものが強調される。そうなるとどうなるかといふと、例えば現在提出されている老人保健法でどうなつてゐるかというと、介護の重視の立場から老人保健施設とか特例許可病院の一部に公費負担の引き上げを図らうというわけです。ところが、ある意味じゃこの老人保健施設とか特例許可老人病院といふのは、介護者はいても一般病院より看護職員は少ない病院なわけです。だから、ある意味じゃ一般的病院よりも看護の手薄な病院とか施設の公費負担引き上げを優遇するということの意義がどこにあるのかなと。むしろ看護の整つたところにやるというのならば、一般病院の基準看護病院に対し公費負担を上げていくというのが、こっちを先にやるのが当たり前のような気もするんですねけれども、どうですか。

ども、この点いかがですか。

○政府委員(岡光序治君) 考え方の整理といたしましては、今後の老人医療の課題が介護であるというふうに考えまして、その重要性にかんがみまして、老人医療における介護的要素に着目をして公費負担の割合を拡大をしたい、そしてその趣旨に合致をする施設を選び上げたという考え方でございます。

先ほども申し上げましたが、一般病院というのは、本来の性格機能からいたしまして、急性期の患者を含めてさまざまな病状にある患者を対象とするものでございますので、今申し上げましたような考え方の整理からすると、公費負担の五割の対象にすることは不適当だというふうに整理をしたところでございます。

○木庭健太郎君 納得できないんです。見解が分かれるところだろうと思うんですけども、私はそういうところもきちんと公費負担というものを上げていかなくちやいけないというふうに考えております。

ところで、労働省の方に来ていただいているんですけれども、現在家政婦さん、ケアワーカーと今は言うんですか、家政婦さんと言つちやいけないのかもしれませんけれども、この方がどれくらいの人数がいらっしゃるのか、この人たちが働いている事務所数が幾つぐらいあるのか、そしてどんなところで一体ケアワーカーさんは働いていらっしゃるのかというのを教えてください。

○説明員(都築謙君) 家政婦の数や紹介所の数についてのお尋ねでございますけれども、平成三年三月末におきまして、家政婦を対象とする有料職業紹介所は全国に千二百四十四カ所ございます。それからまた三年三月末の状況でございますが、これらの紹介所に登録している家政婦の数は約六万人でございます。

それから、どういう場所で働いているかといふことでござりますが、昭和六十三年に社団法人全國民営職業紹介事業協会が行いました調査により

ますと、約七八%の家政婦の方が個人に雇われて

の病院付き添い、それから家庭での介護に従事する人が七%、それから家庭でのいわゆる家政一般でございますが、家事に従事する者が一%となつております。

○木庭健太郎君 今数字が示されました。私は、この現実というのは絶対無視しちゃいけない、これまでございますが、家事に従事する者が一%と

実がある。

厚生省、この付き添いの問題、患者さんの保険外負担の問題と大きいかわりますから、いつも答弁されていたのは何と答弁されていたかというと、将来的にはこの付添看護が必要としない介護体制の整った病院の拡大を図るということを何回も何回もおっしゃいました。それはそれで一つのきらんとしたやり方だと思います。ただ現実的に今これだけの人たちが病院の中で付き添い、私

の言葉で言えばやっぱり介護ということをやつていらっしゃるというふうに認識しております。一方、この付き添いという問題はもうずっと以前から論議されていますけれども、患者さんにとつてはこの問題は一番大きな保険外の負担なわけでもございます。こういう現実に対しても厚生省としてどう対処されるのか。将来のことはお話を

ありました。じゃ今のこの現実を急にぱっと変えられるのか。そんなことは私は到底できないと思つております。それじやその現実の中はどうさ

か。

○政府委員(岡光序治君) そうした方向を打ち出した上で、関係者とよく相談を申し上げたいと思います。確かに、急激な変化を来して混乱を起こしてはこれは元も子もございませんので、そこは現実的な対応をする必要があるかと思ひます。が、考え方としては、病院の責任体制というものを前面に打ち出した格好で進めるべきではなかろうかと考えております。

○木庭健太郎君 その問題でもう一点ちょっとお聞きしたかつたんですけども、十一年戦略のマニアパワー確保の問題の中でも寮母と介護職員の問題が別項で挙がっております。昭和六十三年で五・六万人を平成十一年までに十一万人にすると

いるふうなのがありますけれども、この中で、そういうケアワーカーの人たち、家政婦の人たちの

るような姿に持つていかなきやいけないんじやないか。

もちろん、そういった人たちの職場を奪うわけではありませんので、あくまでもケアといふものでございますが、だけの人たちが実際ある意味じやほとんどの病院の付き添いが中心でやつていらっしゃるという現

ますと、約七八%の家政婦の方が個人に雇われて

いるのかあるんですか。

○政府委員(岡光序治君) 御指摘の寮母、介護職員といふのはいわゆる特別養護老人ホーム、老人

保健施設、それからケアハウスに勤務している介

護職員、それから在宅サービスの分野におきまし

ては、デイサービスセンター及びショートステイ

に勤務する介護職員を指しているわけでございま

して、そういう人たちを今御指摘のような人数

にふやしていきたい、こう考えているわけでござ

ります。

○木庭健太郎君 午前中にも少し同僚議員の質問

に対するお答えになつております。この付き添

いの問題というのは非常に大きいということで、

今後厚生省としてこの問題、保険外負担をどうす

るのか。この現実に對してどれだけその保険外負

担の問題を少しでも解消していくのかという問題

について、今後具体的に少し検討したいというお

話もあつておきました。そういうことだとらえ

ていいわけですね。

保険外負担についても総合的に考える中で、病

院の管理のことを、病棟ごとというお話をあり

ましたけれども、病院の管理下でどうきちんと位

置づけるのかということ、今からこの問題を検

討するというようだとらえていいわけでしょ

うか。

○政府委員(岡光序治君) そうした方向を打ち出

しました上で、関係者とよく相談を申し上げたいと思

います。確かに、急激な変化を來して混乱を起

してはこれは元も子もございませんので、そこは

現実的な対応をする必要があるかと思ひます。

○木庭健太郎君 確かにそういう現実面

を配慮しなければならないと思っております。し

かし、本来のケアのあり方からしますと、患者さ

るといふのがあるべき姿だと思ひますので、そ

うあるいは家族との間の個人契約といふのがある

う相対の個人契約といふのがあるらしいのです。

○政府委員(岡光序治君) 法文上ではこれは禁止

をしているわけではございません。ただし、御意

見の中では、こういった老人訪問看護サービスを

行う者として營利企業といふのは認めるべきでな

いという御意見と、それから民間活力を活用する

という観点から認めるべきだという両方の御意見があるわけでございます。私どもは、これに対しまして、老人訪問看護とございまので、運営の実情とか普及の状態とか、国民がどういうふうに受けとめるか、そういうことを十分見きわめないと、これからどういうふうに持っていくかということはなかなか言えないのでございまして、そういう意味で、そういう普及定着が進むまでの間という意味で当分の間に申し上げているわけでございます。

その間は、當利法人には御遠慮いただいて、公益法人とか、そのほか定めております法人に対応していただけ。そういうふうに定着をして、その後どうするかという議論を十分した上でないと、この問題についてははつきりとした結論が出せないのであると、こう考えた次第でござります。

○木庭健太郎君 私はこういう介護の問題を取り扱うとき、両論あるとおつしやいましたけれども、こういう部門に當利企業が入ってきた場合、結局お年寄りの方たちが犠牲になるんじゃないかなという危惧を非常にいたしております。

ですから、今回禁止規定を設けてないというお話をございますけれども、逆に言えば検討した段階できちんと禁止規定を設けるというような措置をとらざるを得ないような事態も私は来ると思つてますし、ぜひ當利企業を入れてはいけないという方向でよく見定めて、国として責任を持ちながらできる体制をとつていただきたいということを要望しておきます。

ところで労働省の方、もう一問だけお聞きしたいんですけれども、今職業安定所で看護婦さんの求人というのがどれくらいあるのか、また求職数というのは何件ぐらいあるのか、また、就職件数というものが実際に何件ぐらいあつたのか、もし何か資料があれば数を挙げていただきたいと思います。

○説明員(吉免光顕君) 看護婦の需給調整機関と

しましては、もちろんございますが、一つは公共職業安定所がございます。それから二番目には労働大臣の許可を受けて行つておりますナースバンク等の無料の職業紹介所もございます。それが三番目には、やはり労働大臣の許可を受けておりますナースバンク等の無料の職業紹介所がございます。それから三番目には、やはり労働大臣の許可を受けて行つております有料の職業紹介所がございます。行つておりますのが、平成二年でございますが、年間で約二人程度でございます。それから二番目に挙げましたナースバンク等の無料の職業紹介所を経由しておりますのが大体八千人程度でござります。それから三番目に申し上げました有料職業紹介所を経由しておりますのが大体三千人程度といふ状況になつております。

○木庭健太郎君 私たちずっと論議したときに、ナースバンク、ナースセンターの話ばかり聞かされておりますが、全国に職業安定所はきちんとあるわけですから、そこでもこれだけの人たちが実際に求人求職の方に来ているという事実もあるわけですね。これに対して厚生省はどんな認識をしているんですか。

○政府委員(古市圭治君) 看護力、看護婦さんに對する需要、要求といふのは非常に大きいものがござりますので、いわゆる各般の対策もつて総合的に当たらなかつたらいけない、そういうことがありますし、ぜひ當利企業を入れてはいけないとこのようにありますけれども、逆に言えば検討した段階できちんと禁止規定を設けるというような措置をとらざるを得ないような事態も私は来ると思つてますし、ぜひ當利企業を入れてはいけないという方向でよく見定めて、国として責任を持ちながらできる体制をとつていただきたいということを要望しておきます。

しかし問題は、これから高齢化を迎えて、いわゆる訪問看護にいたしましても、またいろんな病院、医療機関の需要にいたしましても、現在潜在的看護婦と称されている人たちが再び職場につくとき一番不安に感ずるのは、自分たちの看護技術で大丈夫だろかといふことがあります。それからまた、さらに固定的な都市の病院に就職するということでしたら、職業安定所の方が向くかもしれません、これからいろんな形で市町村

事業の中に入つていく。また訪問看護、医者の施設から離れたところでまたやつていく、いろんなことが求められるわけです。

そういうことから、厚生省が設置しておりますナースバンク、この機能におきましては、そういう人たちの再教育ももちろんやります。それからまた、それらが必要とする求人側への希望というものを調整いたします。それからまた、都会でなくとも山間僻地の方にも、その相談ができますよう移動相談事業というのもやつてあるわけですが、そういうことで、このナースバンクの機能というものを地域にいよいよ確立していくためには、さらにこの機能、また紹介力というものを高めていかなければいけない、こう思つておられます。そういうことで、要約いたしますと、今後の需要に対応するためには、公共職業安定所だけでもだめでございまして、私どものナースバンクをナースセンターといふものにレベルアップしてこれに対応していきたいと思つておるわけでござります。

○木庭健太郎君 私が心配しているのは、こういふ本当に潜在看護婦を掘り起こして訪問看護を整えるくちやいけない。ただ、その人数もなかなか厳しいものがある。その中で、一つは職安でやつていらつしやる、一つはナースバンクでやらつしやる。じゃ、職安の方がその人たちの再訓練のことを考えてないか。それは考えていましたよ、職安は職安として、ナースセンターもナースセンターで考える。きちんと連携をとつてやつていただきたい。

厚生省の言い方を聞いてみると、何かこれはおれの領分やから、ほかのものが参入しちゃいかぬ、自分たちだけでやるんだというふうにもとれてしまうわけですよ。どう連携していただくかといたことが、省の縛り争いとは関係ないんですね。あと、訪問看護の問題で一点心配なのは、看護士話されることがあるでしょ、連携を取り合つてやつていただきたいと思うんです。

○木庭健太郎君 きちんとやつていかなくちやいけてないとおつしやつてあるわけですから、きちんとした成果が例えば人材確保の方に出てくるわけですから、その結果をぜひ見させていただきたいと思います。大臣もぜひその辺大臣同士話されることもあるでしょ、連携を取り合つてやつていただきたいと思うんです。

あと、訪問看護の問題で一点心配なのは、看護協会が昭和六十年に病院における訪問看護の実施状況調査というのをやつておるんですよ。この

調査を見たときに心配なのは、行かれる看護婦さんと福祉関係者、いわゆるこれはヘルパーの問題であつたり、先ほど言われた家政婦の人たちも入ると思うんですけれども、それから市町村の保健婦が入るところもある。ある意味じゃいろんな形で在宅の部分をやるうと今からしている。その連携ができるのかどうかという話になると、その調査によると半数もできてないという結果になつてゐるわけです。これから一番大事なのは、医療とか福祉とかそういう縦分けをするんじゃなくて、それがどう連携をとるかという問題だと思つております。

ことは主として看護婦の仕事であるというような分け方がありますけれども、そこは具体的にはかなり接近するものもあるということではありますので、これからこの新しい制度の運営につきましては、今の訪問看護制度の創設と同時に、それらの関係者の中で緊密な連絡をとりながら効率的に動けるように配慮してまいりたいと考えております。

サービスをすればいいかという総体のサービス量がわかつてまいります。そして、現在の供給能力、これを把握した上で、そういう施設であるとかあるいは在宅介護のためのセンターであるとか、それからこういった訪問看護ステーションであるとか、そういうたのをうまく連携を保ちながら配置していくことになると思ひます。

先ほど申し上げました五千九百所というのを、今までモデル事業の実績から対象者をトータルとして想定して考えたものでございまして、先生おっしゃいますように、現実の姿はもつと違つたものになる可能性があると思っております。

○木庭健太郎君 いろいろ質問させていただきましたけれども、「一つ大切なのは、先ほどどなたが同僚議員がおっしゃつておりましたが、今回の法改正というのは、厚生省はそう思つていなくても結局病院からお年寄りを追い出す結果になるんじゃないか」という指摘もございました。逆に言えば、もし家に戻つてきたとき、その人たちが家で介護できるのか、その体制が非常に難しいんだということも岡光部長もおっしゃいました。ある意味では、在宅でどうでけるかというものに対しても、本当はもう少し私は手当てをする必要があると思ふんです。それを全部家族に投げるという意味

じやないんですけれども、実際にそうやってお年寄りを介護している人たちが家庭にいる、そういう人たちに對して、じや厚生省として何ができるのかということを、ある意味じやバランスの上では真剣に考えていかなくちゃいけない問題だと私は思つております。

そういう意味で、私たちの党も前々から主張しておりますけれども、そういう瘦たきり老人を介護している家族に對して、医療保険に基づく介護手当制度というものは不可欠ではないかといふ主張をずっとしておりますけれども、この改正の際にぜひこれに対する見解をきちんと伺つておきたいと思います。

○政府委員(岡光序治君) 公明党さんの從来からの御主張はよく存じておるわけでございますが、

私どもはこの介護手当というものをどういった趣旨で設定をすべきなのか、それから介護手当を仮に支給するとして、介護サービスの供給とうまく結びつくことになるのかどうか、それから家族と高齢者の、日本の場合には非常に同居率が高いわけですがどのようになるのかどうか、それがら家族と高齢者の、日本の場合には非常に同居率が高いわけでございますが、そういった中においてこの手当がどのようなる影響を及ぼしていくのか。考え方やいけないいろんな問題があろうかと思つておりますので、この在宅介護手当というべきもの創設につきましては慎重に検討させていただきたいというふうに考えております。

○木庭健太郎君 最後に、大臣にこの前も少しお聞きしましたけれども、その介護手当という問題とともに私たちが従来からもう一つ指摘している問題、これについてもきちんと最後にこの改正に当たつて答弁をいただきたいと思うのは何かといいましたら、いわゆる基礎年金受給者が六十五歳以後に寝たきりや痴呆など介護を要する状態になつたとき、それをきちんと見て基礎年金に上乗せ支給するという高齢者障害加算制度の問題ですね。これをずっと主張してまいりました。

これについても、いつこの法案が上がるか知りませんけれども、最後にきちんとこのことについて見解を求めて質問を終わりたいと思います。大臣、よろしくお願いします。

○国務大臣(下条進一郎君) 高齢者になってからいろいろな障害が起こって、年金の途中でそのような事故に遭う、こういうことに對しての救濟の措置、その制度を新たに設けるようにという御趣旨でございますが、このことにつきましては、既にもう私たちの考えもお話し申し上げましたけれども、今後の介護対策を考える上で重要な課題として認識しておりますし、現実の介護の充実にどのように結びつけることができるか、また、現在の年金制度との結びつき、それをどのように考えたらよろしいか、また、その場合の対象者を的確にどのように把握していくことができるか、あるいはまた、今後ますます厳しくなるであろうと想定されます年金財政の中での財源をどのよう

に確保していくことができるか、そのようないる
んな問題がございますので、幅広い見地から本件
を検討いたしまして、速やかにその結論を得た
い、このように考えております。

○答脱タケ子君 それでは、一昨日に引き続きま
してお尋ねをしたいと思います。

まず最初に、訪問看護制度について二、三ただ
しておきたいと思います。従来の医療機関等が
やつております訪問看護と違いまして新たに創設
される制度でありますので、はつきりさせておか
なければならぬなと思っております。同僚議員
からもいろいろと質問が出ておりますので、なる
べく重複をしないようにしていきたいと思つてお
るわけでございます。

これは一ステーションに保健婦、看護婦、准看、
それからOT、PTを置く。それで、仕事の内容
といふのはさつき岡光部長おつしやつたんだけ
れども、ちょっともう一遍正確におつしやつてく
ださいますか。

○政府委員(岡光序治君) 病状の安定しておる在
宅の老人に対しまして、主治医との密接な連携体
制のもとで訪問看護を行おうということでござい
ます。

それで、仕事の内容としましては、病状観察、
衛生上の相談や指導、清拭、入浴介助、体位交換、
機能訓練、こういったサービスを考えております。

○答脱タケ子君 それで、新しくできる訪問看護
制度といふのは、老人保健で訪問看護療養費とい
う形で支払われるわけですね。そういうことにな
りますと、老人保健の療養費で支払うといふこと
になりますと、老人訪問看護制度のセンターとい
う事業者ですね、これは医療機関として見ていい
んですか。どういうふうに見るんですか。

○政府委員(岡光序治君) 新たに老人訪問看護事
業者として指定をしたいということを考えており
まして、指定の対象としましては「地方公共団体、
医療法人、社会福祉法人その他厚生大臣が定める
者」としております。厚生大臣が定める事業者と

しましては医師会、看護協会等の地域の医療関係
団体を考えておるものでございます。

○答脱タケ子君 いや、私が伺いましたが、當利法人はど
うかということございますが、当面はそれは認
定する事業者ということだけでも、それは医療
機関あるいは医療機関に準ずるものというお考え
なのかどうか。というのは、老人保健からお金を
払うわけでしょう。そういうことです。

○政府委員(岡光序治君) 保険医療機関という位
置づけではございませんが、この訪問看護療養費
を受けとめるという意味で私どもは事業者といふ
位置づけにしたいと思っております。

○答脱タケ子君 それで、料金をどうするかとい
う問題は再々出ているんですが、もう一つはつき
りしないので少し確かめておきたいと思っており
ます。

というのは、今、訪問看護という形で保険医療
の中ではやられておりませんものの中には、在宅患者
訪問看護というのが六十五歳以上のお年寄りなん
ですね。これの事業なんです。この場合には正看
は三百六十点ですから三千六百円、それから准看
の場合には新たに決まりまして一千九百円にな
る。もう一つの制度といふのは、寝たきり老人訪
問看護といふのがあるんですね。これは七十歳以
上のお年寄り。これは同じ値段と違うんですね。

正看は三千八百円で、准看は三百円、週二回限
度、こういうふうになつておるんです。保険診療
の中ではこういうふうに規定がありますが、今度
の新設の老人訪問看護制度といふのは、こういう
准看も正看も入れるんだと言つておられましたけ
ども、そういう区別はどうするのか、あるいは
従来あるこの制度とほぼ同様の金額にするのか、
その辺はどうなんですか。

○政府委員(岡光序治君) 先ほども申し上げまし
たように、ステーションとして、事業として成り
立つ必要がございます。そういう意味では、今先
生が挙げられました寝たきり患者訪問看護・指導

料は、これは病院があつてそこから看護婦さんを
派遣するということをございまして、病院という
本体があつていろんな診療報酬でその部分をカ
バーしている部分もござります。そういう意味か
らしますと、これは一独立の事業者として行わ
れるということになるわけでございますので、私ど
もはこの老人訪問看護療養費の額の設定に關しま
しては、この訪問看護ステーションの運営が成り
立つようにということを考えておるわけでござい
まして、従来の診療報酬の額には関係なく適正な
運営が確保されるということを念頭に置きながら
、関係の審議会の意見を聞いた上でこの療養費
を定めたいと思っておるわけでございます。

○答脱タケ子君 そうしますと、訪問看護を受け
た場合には利用者が利用料を払う。そういたしま
すと、その利用料といふのは、その枠内で一部負
担金のような形でお考えになつてはいるのか、ある
いは訪問看護療養費として払われた金額の外に考
えておられるのか、その辺はどうなんですか。

○政府委員(岡光序治君) あくまでも訪問看護ス
テーションの運営は、この療養費と利用料によつ
て賄われるということをございますので、先生の
御質問にストレートにお答えするとするならば別
だと、両方合わせて一本といふうになるという
ふうに理解をしております。

○答脱タケ子君 利用料といふのはどのくらいを
考えておられますか。訪問看護全体、訪問看護の
一件当たり何ほど考へておられるのかといふことを
ちょっと知りたいんですが、とにかく利用料のと
ころを先に聞かせてください。

○政府委員(岡光序治君) 利用料の水準につきま
しては、再三御質問がございましたが、法律の上
でも外来一部負担との均衡等に配慮するというこ
とにしておりますので、外来の一部負担金を念頭
に置きまして、もちろん専門の審議会の意見を聞
きますが、額を決めないと考えております。

○答脱タケ子君 外來の一部負担といふのは一カ
月に千円。これは訪問看護をするたびにそれを払
うということになりますと、一ヶ月五回行つた

ら、今度は千円に値上げするのを九百円に修正さ
れているわけだけれども、千円ずつといつても五
千円かかる。それプラス車馬料といふか、交通費
は本人負担といふことになりますと、これは来て
いただくということになりますと患者さんにはか
なり負担になりそうですね。その辺はどうです
か。

〔委員長退席、理事竹村泰子君着席〕

○政府委員(岡光序治君) 現在の外来の一部負担
金は月で決めておるわけでございます。今回の訪
問看護の利用料金につきましては、毎回それを支
払つてもらうという方がよろしいんではないだろ
うかという私ども発想を持っています。したが
いまして、一月当たりの外来一部負担を念頭に置
いて、標準的な回数をもう一方で念頭に置きまし
て、それで一回当たりの利用料金をはじいていく
うややり方がよろしいんではないかと思つてお
ります。

○答脱タケ子君 そうしますと、それにプラス交
通費といふことになるわけですね。センターが經
營の成り立つように、運営の成り立つように適正
なものを訪問看護料といふのは決めていきたいと
いうことなんですね。私はこれは非常に大事なと
ころだと思ってるんです。といいますのは、昨
日でしたか、参考人の御意見で出ておりましたけ
ども、一つの病院で六十一名の訪問看護をやつ
ておつて、二・八人の看護婦さんを使つてはいる、
それで病院が受け取る訪問看護料といふのが千二
百三十万円、人件費はその二・八人の看護婦さん
の分だけで一千二百四十三万円、看護婦の人件費の
方が上回っているんですね。だから、当然医師の
給与なんというのは全然入つていないので
が、そういう状況というのが現状なんです。病院

の本体があるからよいというものでもないんじやないかと思います。

せんだけてからの審議の中でも、現状ではなかなか訪問看護がやられていない、一四%どまりだというような御意見も出ていましたね。今まだ新たに制度を発足しようということどころんだから、現にある病院、診療所の訪問制度というものを大いに広げながら、一方では新たな訪問看護制度の普及ということになれば一番望ましいと思うわけです。そういう点では、センターが成り立つよう考えようということの御計画があるなら、これは病院や診療所が、医療機関が現在やっているところも引き上げを考えなければならないんではないかなということを感じるんですが、いかがですか。

○政府委員(岡光序治君) 病院から大いにいわゆる訪問看護が行われるように、これも私ども他方ではお願いをしなきやいけないと思います。この訪問看護費の設定の問題と直接は関係ないと思っております。次期診療報酬改定においては、在宅医療の促進という意味で重大な課題だと思っておりますが、そういう在宅対策を進める意味で、在宅医療の促進という意味で重大な課題だと思っております。それで、先ほどからもう何人かの御質疑が出ておるんですが、営利企業の参入を法律で禁止しないというのは非常に気になるんです。というのは、とにかくセンターの経営が成り立つような金額に決めるんだと、こうおっしゃっているから、何とかするんだろうとは思いますけれども、ぜひそのことを保障しませんと、営利企業の参入を禁止していいんだから、当面しばらくはやらぬと言うておられるけれども、将来入れるということになるとこれは大変なことになるなという心配をしているんです。現に実例がいろいろありますね。民間病院とのドッキングでダスキンという株式会社がやっていっているので、これは民間ですが、入会金が三万円で基本料金が一万円「看護婦さん」二週で一回は四千

円といふうに決めておるわけです。その場合に、そういうことになつてくると仕事の中身が、

さつき部長がおっしゃつたいろいろなサービスの中身というのは会社ではオプションになるわけで、全身清拭が千円、口腔の清拭が四百円、シーツの交換六百円、四肢運動が六百円、床ずれの予防が二百円、体位の交換四百円、おむつの交換六百円とオプションになる。こういうことになりますと、それでなくとも一部負担金でも大変なお年寄りの御家庭でこれはとても利用できないんですね。現にこういうサービス企業、サービス会社といふのは四百社ぐらい大阪にもございます、ちょっと調べたことがあります。営利企業を禁止しないといふことになりますと、いつころに道を開くとということになりますと、せっかくよい制度はできただけれども、本当に低所得のお年寄りが利用できないという心配が出てきますので、そのことを非常に気にいたしまして質問をしておきたいと思ったわけでござります。やっぽりこれは営利企業の参入は許さないと。老人保健療養費で賄うという、保険財政で賄うんであれば、営利企業の参入は認めないという点を法律にも明記をするべきだと思うんです。訪問看護制度の報酬の問題、先ほど済みましたが、その二つが非常に気になるところなんで、その点の御意見を伺つて、この問題は終わりたいと思ひます。

○政府委員(岡光序治君) これもお答え申し上げましたが、訪問看護制度は新しい制度でございまので、運営の実情とか普及の進みぐあい、国民の受けとめ方、こういったことを総合的に検討して、この営利法人の問題につきましては慎重に対応したいと思つております。当面はこれを認める考え方はございません。

○看護婦さん それでも、当面はというのがある本当に気になるんですね。禁止してくれたらそこの心配はなくなる、どうしてそこが踏み切れないのかなと。わつとひどいことになつてから、それとと言つたって間に合わないんです。その辺は

大臣お考えがありましたら、一言伺つておきたい。

○国務大臣(下条進一郎君) ただいまの営利事業の参入の問題でございますが、我々は今度新しい制度を設けたばかりでありますので、まずこの制度の定着を図ることでありますて、当面は考えておりません。

○看護タケ子君 それじゃ、時間もありませんから課題を変えます。

私はちょっと驚いたんですけども、日本、我が国では老人の自殺率といふのは依然として高いんですね。一九九一年の人口動態で警察庁の自殺の概要といふのか、白書か、データを見せていただきますと、六十五歳以上の方の自殺が男性が二千八百九十四人、女性が三千二百四十七人、合わせて六千百四十一人なんです。ちなみに九〇年のデータを見ますと六千三百五十八人、余り変わってないんですね。その自殺の原因別に見ますと、病苦というのが男性も七四・七%、女性が七五・一%、四分の三を占めているんです。これはもう驚きました。しかも、その中で、これは九〇年度のデータでは無理心中が一件ある。自殺の最高年齢は九十六歳の男性なんです。八十五歳の寝たきりの妻の首を絞め無理心中をはかつた。もう本当に残念というのですか、そういうことが現に起つております。

(理事竹村泰子君退席、委員長着席)

私も大阪でもそれに近いような例があります。例えば六十八歳の妻がリユーマチで動けなかつた。主人がずっと面倒を見ていたんだけれども、たまたま虫垂炎を起こして手術をしたら腎がんが見つかった。一定の回復はしたんだけどどちらも、その後は以前のように元気がなくなつて看病できなくなつたんですね。そうしたら、二人が折り重なつて玄関表の道路で焼身自殺をしている。机の上に何と書いてあつたかというと、「二人でどうすることもできない。ただ情けない。」こう書いてある。この種の問題というのは、私は幾つか拾い上げて、時間があればと思つたんだけれど

ありますね。

こういう高齢者の悲惨な実態というのが一体なぜこんなに起こつてきているのかというあたりが問題だなと思っていますかとあります。老健法の審議の中で、お年寄りの懐から千二百億円近くのお金を新たにもぎとるというのは、これはむごいなと思つておきました。それと同時に、病院へ行つても安心して入院しておられない、三ヶ月がたつたら今度はとつてもらえる病院が見つかるかどうかわからぬという状況になつておるというのも、今年寄りの最大の悩みの種になつていています。私は、こういうことが起つてきただというのは、老健法が制定されて以来、お年寄りの一部負担を片や入れ、片や七十歳以上のお年寄りのためには老人特掲診療料といふ六十九歳以下の人とは別の診療報酬の制度をつくつた、それ以来どんどんこういう事態が起つてきているんじやないかと。厚生省は、老人医療費の増高を何とかして抑えたいということで、老人医療費の抑制にはお年寄りの長期入院を抑制するのが一番よいとということを老健法をつくつた当時から盛んに言つておられましたし、そういう中で老人の心身の特性を踏まえて適切な医療の提供をするんだということで新たなやり方をしてきたわけでござります。

一つずつ聞いたらいんですけれども、時間がないでの申し上げておきたいと思いますが、今まで申上げますと、一つは、入院した場合の入院時医学管理料といふのはお医者さんの監督料なんです。これの日数による減算制といふのは実にひどい。改めて驚きましたけれども、これが入院してから一週間までは一日四千二百円。二週間まではほぼ近いところですね。二週間を過ぎたら途端にそれが二千七百円になるわけですから、六五%。二カ月を過ぎたらそれが千八百円になります。二カ月過ぎたら、もう半分以下

になる。三ヶ月を過ぎたらこれは千三百四十円で、当初入院したときと比べたら約三〇%。六ヶ月過ぎたら四分の一というふうなことに日数による遞減制が出てきている。

それからもう一つは、注射とか処置、検査、これも六十九歳までの患者と七十歳以上の患者の扱いが違います。非常に有名なのはいわゆる点滴なんですね。六十九歳までだつたら病院でやつてもらつたらその手料は七百五十円、誕生日を過ぎたら同じ病院で同じ注射をしてもらつても二百円、こういうことになっているわけですから大変です。しかも、老人病院では何本やつても二百円の丸め、あるいは特例外老人病院だつたらそういう注射をやつても報酬はゼロ、こうなつてているわけです。薬とか検査とか処置とかいろいろ言いましたが、そういう年寄りが病院におつても、何やら費用がまとまらないんで、気がねでしようがないなという状況ができています。

それからもう一つは、医師に対しても診療方針に対する制限があるわけです。これは保険医あるいは保険医療機関では療養担当規則というので義務づけられているわけですね。それは保険医療機関、保険医なんですね。ところが、老健法ができるから新たな基準というのをつくつたでしよう、担当に関する基準というのを。その基準を見て私は驚きましたけれども、これはもう時間がないから余りゆつくり言えないんだけれども、担当に関する基準は、もう驚く。例えば、「言つてみますと、『みだりに注射を行つてはならない』」、「点滴注射は、これによらなければ治療の効果を期待することができあるときに行い、みだりにこれを行つてはならない」。療規則にはみだりに行つてはならないなんて書いてないんです。ところが、老健法には、こういうふうに彼此適用して、これを守らなかつたら、保険医は命令に定められたことにならなかつたら処分、処罰があるんです。それから、もう一つ気になつたのは、診療報酬の請求をした場合に、これはまたちゃんとやつて

いるんです。審査基準というのを新たに決めて、老人保健の分は入院期間が六ヶ月以上になつているもの、あるいは平均点数の高いもの、こういうものはもう削つてもよいと言わんばかりなんですよ。これはひどいです。

細かく読みたいけれども、時間がないから言えませんけれども、こううことになつてまいりますと、とにかく患者さんを置いておきたいと思うても、病院としては経営も成り立たなくなる、看護婦さんの給料も、ほかの従業員の給料も払えないくなる、あるいはそれ以上やつたら処罰をこうむるおそれもある、こうなるから、しようがないから退院をしてもらわないとしようがないということになつているわけです。そのことが高齢者の医療というものを随分ぬがめてきております。例えば、高齢者の人工透析は必要ないということでお費用を払わないといふ問題が起つて大問題になつたということもありますし、京都の例では、

救命のための医学的根拠を示せといふ紙を請求書に添付して突っ返してきたという例もあります。これは救命のための医学的根拠を示せと言われたら困るんです。医師や医療機関では患者さんの命を助けるために全力を挙げるというのが本当の本務なんですね。一生懸命にやつたからこれだけかかりましたよと請求したら、その患者さんの救命にあたる事態を冷感に見詰めなければならぬ。もう時間がありませんから、ちょっと私は言つておきたいんですが、少なくともお年寄りの患者さんは病院に長いことおりたいと思つていいんです。病氣をしたときぐらは安心して病院で治療をしてもらう。必要がなくなつて退院できることになつたら、介護体制がちゃんとできておれば安心してお家へ帰れる、帰れない人には中間施設の老健施設とか、あるいは土地によって老人病院だと養護施設へでも行くというふうに受け皿をきちんとしておけば、こんなに患者さんたちを痛めつけたり医療機関も随分縮めつけたりしないようなゆがみまで起こる。

そういう点で、こういうことで退院をさせられる、退院をした患者さんはこのごろはいっぱい管をつけて、マカロニ症候群と言われていますが、管をつけたまま退院しています。だから、管を持つた人は、老人保健施設に入れたいと思つても受け取つてもられない、もちろん特養ホームでも受け取つてもられない、しようがないから家族がやつっている、こういう状況になつておるのが、我慢ができなくなつて焼身自殺になつたり自殺をしたりといふことになつてゐるんではないかという

りの医療というものにまともに対応できないなどいうことを実は考えておるわけです。

さらに、本法案では附則二条で、評価方法の研究に努めて、費用額の包括的な算定等の算定のあり方にについて検討を行い所要の措置を講ずる、さらには附則二条といふやうなものをわざわざ法律に載せる必要はないと思うので、それはぜひやめてもらいたいと思うんですが、御見解を伺いたいと思います。

で老人医療のあり方について本気になつて考えてみると、とにかく患者さんを置いておきたいと思う必要があります。というのも、政府がやつてきたやり方と

いうのは後ろ向きだと思うんです。老人医療がかかる医療が必要があるんじゃないかなというふうに思つて、確かにそうだったんです。そうしたら、診療報酬はとにかく減らします。医者は締めます、監督を厳しくしますと言つて、むしろ慢性状態になった老人については生

んでかさんでしようがない、確かにそうだったんです。医療報酬はとにかく減らします。医者は締めます、監督を厳しくしますと言つて、むしろ慢性状態になつた老人については生

んでかさんでしようがない、確かにそうだったんです。だから、大変なことが起つてきているという事態を冷感に見詰めなければならぬ。もう時間があまりませんから、ちょっと私は言つておきたいんですが、少なくともお年寄りの患者さんは病院に長いことおりたいと思つていいんです。病氣をしたときぐらは安心して病院で治療をしてもらう。必要がなくなつて退院できることになつたら、介護体制がちゃんとできておれば安心してお家へ帰れる、帰れない人には中間施設の老健施設とか、あるいは土地によって老人病院だと養護施設へでも行くというふうに受け皿をきちんとしておけば、こんなに患者さんたちを痛めつけたり医療機関も随分縮めつけたりしないようなゆがみまで起こる。

先生が具体的にお話しになりました入院時医学管料についても、これは一般的の診療報酬でもそろいつた期間に応じた遞減制があるわけですが、まして、老人の診療報酬とまさに点数表を比べてみていただけると対比しておわかりいただけるわけだと思いますが、特にこの老人の方だけやつておるものではございません。むしろ、長期入院をもう少し是正したいという発想から入院時医学管料の遞減制というものを入れておるわけですが、これがなかなかいけるんじやないか、その辺はとつくり考えてみなきゃならないところへきてるんじやないかと思うんです。だから、少し厳しい言い方をいたしますと、老健法をつくるときにちゃんと受け皿をきちんとつくりてきてやりながらきたら、今大慌てをしなくてよかつた。急にゴーランドプランだと言つてもきょうあすには間に合わぬ。

そこが私は後ろ向きの行政だと思うんです。そういう点で、考えてもらいたいと思うのは、長年苦労してきたお年寄りが病気になつたときぐらは少なくとも年齢による医療上の差別だけは受けないよう、老人特掲診療料といふようなこんな制度はやめてもらいたい。そして、それをさらに強化するような附則二条といふやうなものをわざわざ、まだ検討するというものをわざわざ法でございまして、総合的に考えていただきます。

○政府委員(岡光序治君) 老人診療報酬を設けて、いる趣旨は、先生もお話をありましたように、老人の心身の特性にあわしい医療を提供してもらいたいということから設定をしているわけでござります。かつて老人病院の現場でいわゆる薬づけであります。あるとか検査づけであるとか非常に痛ましい事例がございました。そういうものの反省に立ちまして、むしろ慢性状態になつた老人については生

か、あるいは在宅の医療の方が必要なんじやないかということで、そういうものが進むようになります。いう発想から老人のための特別の点数を設けておるという発想でございまして、決して私どもも注射とか投薬、検査の制限とか差別的な扱いをしよう

といふものではありません。先生が具体的にお話しになりました入院時医学管料についても、これは一般的の診療報酬でもそろいつた期間に応じた遞減制があるわけですが、まして、老人の診療報酬とまさに点数表を比べてみていただけると対比しておわかりいただけるわけだと思いますが、特にこの老人の方だけやつておるものではございません。むしろ、長期入院をもう少し是正したいという発想から入院時医学管料の遞減制といふものを入れておるわけですが、これがなかなかいけるんじやないか、その辺はとつくり考えてみなきゃならないところへきてるんじやないかと思うんです。だから、少し厳しい言い方をいたしますと、老健法をつくるときにちゃんと受け皿をきちんとつくりてきてやりながらきたら、今大慌てをしなくてよかつた。急にゴーランド

プランだと言つてもきょうあすには間に合わぬ。そこが私は後ろ向きの行政だと思うんです。そういう点で、考えてもらいたいと思うのは、長年苦労してきたお年寄りが病気になつたときぐらは少なくとも年齢による医療上の差別だけは受けないよう、老人特掲診療料といふようなこんな制度はやめてもらいたい。そして、それをさらに強化するような附則二条といふやうなものをわざわざ、まだ検討するというものをわざわざ法でございまして、総合的に考えていただきます。

と、点滴の注射料についてむちやくちやな点数を設定しているというわけでは決してないというふうに私どもは考えておるわけでござります。

それで、この老人の診療報酬のあり方がお年寄りを病院から追い出しておるというふうに、私どもはそう考えていただきたくないと思つております。

す。お話をありましたように、受け皿を整備して
老人の心身の特性にふさわしい機能を果たすと
ころの施設に病院から移っていたらしく。むしろ病院
というのは急性期の治療を中心に展開をしていくこと
どころだというふうに位置づけて、そういう機能を
分担、連携ということを考えたいと考えておるわけ
でございます。そういう意味では、今ごろになって大わらわでとおっしゃいますが、一生懸命に
受け皿の整備をしておるところでございますし、
在宅の福祉なり在宅の保健医療対策を進めておる
つもりでございます。そういう観点から老人の療
養担当規則も定められておるというふうに理解を
しております。

い言うたつて七十歳の誕生日を超したら二百円なんです。これは差別をしていないと言うたつて現実にそうなつてゐる。これはぬぐえない事実ですよ。検査だつて薬だつて同様です。

時間がありませんから多くを申し上げませんので、私は、長い間御苦労されたお年寄りが七十歳以上だからといふことで、同じようく病気をしているのに治療に違いができるような制度だけはで生きるだけ早く撤廃をしてもらいたい。そのことは老人医療費の一部負担の引き上げ以上に深刻な問題なんです。

政府の意向だという当時の新聞でございますが、これは断片でござりますから、正確でないところがあることはお許しをいただきたいと思います

こういうふうな中間意見をいただいたわけでござります。私どもそれでいろいろ議論をしたわけでございますが、結局は平成元年のこの中間意見にござります。

○政府委員(岡光序治君) 平成元年十二月に老人保健審議会から「老人保健制度の見直しに関する中間意見」が出ております。これは六十一年の改正で、同改正法の附則で保険者の拠出金の算定方法に関し、平成二年度までの間に見直しを行い、

はないかということで、なおその後も老人保健審議会で御審議をいただきまして、その結果、私ども御答申をいただいた上で、現在のような老人保健法等の一部改正としてまとめて御提案を申し上げているという経過でございます。お聞かせ下さい。

その結果に基づいて所要の措置を講ずるものといふふうにされておりまして、そういうことがあるのですから、老人保健審議会でどうするかということをいろいろ御審議をいただいたわけでござります。そして、その審議の結果を平成元年の二月になりましておまとめをいただいて、見直しに当たつての提言という形でこの中間意見といふ格好をもちましてこれがなされたものでございま

○栗林義君 私もこの中間答申、この間に至る審議会の経過は公表されているものを見てもかなりわかります。五%と提案をして、今御説明のところがなくなつたわけでございますが、それが定額に変わっています。特に世代間の負担でかなり困難だと、こういうふうに言われていますが、これは私は、今の現役の皆さん方が負担をする医療保険のところに老人医療の部分を負担させてきた経験の中で、このあり方についての哲学というの

それで、一部負担の部分につきましては、一部負担のあり方にについては、健康に対する自己責任とコスト意識の涵養、世代間の負担の公平性の観点から五%程度の定率負担が適当であるとの意見と健康の問題は老人にとって老後の

がきちっと見えるようにしていかなかつたといふ
ことが大きな欠陥だつたと思います。
さらに、今回私どもが、これを消費者物価にす
るということについて一定程度の合意を見てゐる
わけでございますが、あわせて、これが環境激変

不安であるので、受診を抑制しない程度の定額負担が適正であるとの意見が出された。定額負担方式の場合においては、関係審議会の審議を経るなど適正な手続きの下に、一定水準の実質負担を行うような仕組みを検討することが適当である。

といいますか、物価が上昇したときにはどうやってそれを修正するというか、ダウンさせるのか、あるいは見直しをするのかということで、いわゆる附則の改正も私たちは求めているところです。そのときに、特にこの見直し条項というのは私にとっても必ずしもいい感じで常に受けとめられ

ないのは、もし皆さんがこれからも5%としないことを仮にずっと主張されるという前提があつたら、私は見直しはむしろもう刃の剣になるのではないかという懸念さえ持つてゐるところでもあります。

したがってこの部分は妙なところからの問題もあるわけですが、一つの問題として、厚生省があるわけですが、一つの問題として、厚生省が今日財政的いろいろな関係の中で、お年寄りがふえていろいろなことをやらなきやならぬときに、審議会というものが国会の議の前に極めて政策説導的にやられていく。こんなことを言つてなにでございますが、審議会にも厚生省のO.B.の方がおら

その上で、岡光部長にもう一度この部分はお尋ねをしておきたいんですけど、前回の答弁のときには、これは議事録を精査しないとわからないところなんですが、健康保険法で本人負担を二割にしたい、本則に書いてありますね。そのことと横並びで五%にお願いをしたいというふうに言つておられるけれども、法律に書いてあることと、審議会でそういう意見があったのかもしれないけれども、この種の発言については明確に趣といいますか、質が違うのではないかと私は思ったので、あとの日は幾つかの質問を用意していただき余りこのことについてきちつと聞くことができませんでしたが、まず部長にこの発言の趣旨について、真意についてお尋ねを申し上げたいと思います。

○政府委員(岡光序治君) 今度の一部負担の改正の考え方は、老人医療の対象者の中で医療を受けた人とのバランスであるとか、あるいは若い人と老人の間の負担のバランスであるとか、あるいは医療保険制度全体における若年層とのバランスとか、あるいは老人保健施設であるとか在宅における御老人の負担とのバランスであるとか、そういうバランス論を一つ念頭に置きまして、かつ負担能力がどういうふうに変わってきたいるのかとということを総合的に判断して改定をお願いしたいというふうに考えたわけでございます。

先ほど読み上げさせていただきました老人保健審議会の中間意見の中でも、五%程度の定率負担が適当であるという意見もあつたわけでございまして、そのようなさまざま御意見の中から、私もども総合的に判断をして、しかも定額の一部負担制といふ定額制ということを堅持した格好で、かつこの中間意見にも書いてありますように、「一定水準の実質負担を行うような仕組みを検討する」ことが適当である。とも触れてありますので、そんなことも勘案してスライド制ということもお聞きしたいというふうに考えたわけでございます。

健康保険法本則の中で、医療給付のあり方として、確かに八割給付ということで二割の自己負担ということを書いてございます。しかしながら、それは当分の間は停止がされたりまして、附則でもつて本人と家族の給付率がそれぞれ書いてあるわけでございまして、そういう意味で医療保険制度における若い人との負担のバランスというとを考えるということの一つの発想として、私どもは本人の一部負担が一〇〇%ということもあるので、その半分程度という発想もあるであろう、こう考えておるというふうに申し上げたつもりでございます。

○栗森議員　多少わかりましたので、その部分は今後のことともございますから申し上げておきま

私は、厚生省が行政省として自由に自分たちの内部で意見を出すことも禁止をしているつもりもございません。それは外部の意見を聞くことも必要だと思います。私どももある意味では法律を通してどこかやつていいと思います。しかし、どうも一つの段階の踏み方の中では、その種の手順の中で多少立法府との関係で問題があつたことがありますし、今後見直し条項の検討に当たつてもそういうことについて十分配慮をしていただく前提で、このことに対する対応として厚生大臣にさうに御答弁をお願いしたいと思います。

○國務大臣(下条進一郎君) 今回の政府案におきましては、お年寄りと現役世代の負担の均衡や病院と老人保健施設入所者のお年寄りの間の負担の均等などを総合的に勘案いたしまして、定額制を維持しながら全体としては老人医療費のおおむね5%程度となるような一部負担額の見直しを御提案したものでございます。この点につきましては、御指摘のように、衆議院におきまして、一部負担額及びスライドの指標について修正が行われたところであります。その結果、従来の傾向をいたすれば一部負担の額は老人医療費全体の5%を若干下回つて推移するものと考えますが、院の御判断であり、政府としてもその趣旨は十分受けとめております。

いずれにいたしましても、この問題は老人医療費をお年寄りと現役世代がどのように負担していくかという問題でありまして、今後の推移を見なながら中長期的視野に立ちまして御議論を願うべきものと考えております。

○栗森衛君 次に、私は老人保健安定化措置の対応についてお尋ねを申し上げたいと思います。先ほどの岡光部長の経過説明の中でも多少触れましたが、本来国の一般会計で負担しなければならないものを、いわゆる国庫負担分としては法律をつくりまして特別保健福祉事業として設定をしたわけですが、これは本来年金会計のもので

いますが、掛金本人、使用者、それから国庫負担、これがまざったものでございます。金額が今八十兆円になるうとしている非常に膨大な金額でござりますが、これからの中高齢化社会を考えたときに、この積み立て状況だけではなく幾つかの問題点を内蔵していることは、これまたこれだけあれば大丈夫だということに絶対にならないということを私どもも十分承知をしています。

先ほど同僚議員の浜本委員からも、三つの方向があると言われていましたが、この安定化措置の中でいわゆる年金会計へ当然入るべきもの、年金会計が独自に積み立ててそのことで使わなければならぬことを、いつまでも継続していくというのは、私は大きな問題だらうというふうに思いました。したがつて、これについて先ほど浜本同僚議員は三つの方向があると言つたけれども、そのうちのこれは当面のある種の暫定的な措置という私には理解だったわけですが、これがずっと続くということはかなり大きな問題ではないかと、そう思ひます。このことに対する、厚生省として今後どういう対応で、いわゆるこの年金会計からの、年金積立金からの、当然国庫の分でございましたからこつちへ回したのだという話は、そういう経過は別にして、経過の問題じゃなく、本来あるべき姿ではないことをやつていていつまで継続をしていくのか、その辺の見通しについてお尋ねをしたいと思います。

うふうに考えております。

○栗森審君 きょうは大蔵省を呼んでいるわけでもないし、予算委員会でもございませんから、そこまで触ることは不適当かと思いますが、今、

来年度以降の税収というのが相当厳しいというふうに一般的に言われています。そういう状況などを考えて、一方ではお年寄りがふえ年金支払い者もだんだんふえる、そういう中で大変な時代をいざにせよ想定をしなければならないし、その事態を単に一つ一つの対応に当たつて単に対決するという言葉だけではなく、どうやってここを具体的な仕組みとして、社会の仕組みとしてつくり上げていくかということが非常に大切な問題だと思います。しかし、それを中期的な短期的なものなどと云ふうのかは別にしますが、中期というのはどの程度を言うのかは別にしまして、私は何となくそれが使えるから使おうという発想、一方、年金問題で厚生大臣も大分証券特で質問が集中したと思いますが、いわゆる年金会計の部分をできるだけ高率に運用しようとすることが結果的に社会的に批判をされることになったということ、だから厚生省はこのお金の存在を非常に大切にしているということは、立場の違ひはある、私はそんなに違わないと思います。

しかし、いざにせよ、このようなり方をやつしていくということはますます財政上のゆがみも出てくるし、年金の支払いが一方でどんどんこれからふえていくという過程に立つたときに、このやり方についてある種の一定のけじめがどこか必要だと思います。きょう私は具体的にそのことまで検討の結果を答えとして求めようとは思いませんが、いつまでもこれを続けるべきではない。年金は年金でこれから大変な時代を迎えるわけでございますから、そのことについて厚生省の答弁と厚生大臣の答弁をお願い申し上げたいと思います。

○国務大臣(下条達一郎君) 今御指摘の繰り延べ分のお話でござりますけれども、これは緊急避難的な要素を持つておるわけでありまして、いつまでも継続すべきものではないわけでございます。

厚生年金国庫負担の繰り延べ分につきましては、利息も含め厚生保険特別会計法上一般会計から返

等を勘案する必要がありまして、現時点で明確にお示しすることは困難かと思いますが、今後とも年金財政の運営に支障を来さないよう、かかるべき時期にできるだけ早くということで返済するべきとの基本的な考え方に基づいて対処してまいりたいと思っております。

○栗森審君 私は、年金積立金会計に返すときは当然元金も利息もつけて返すという性格だだとうふうに理解をしていますが、それは間違いないですね。

○政府委員(奥村明雄君) 大臣からの御答弁もございましたように、厚生保険特別会計法上利息を含めて繰り入れるということが明記をされております。

○栗森審君 それでは、次の質問に入りたいと思います。

保険外負担で今一番問題になっているのは付添看護の問題、いわゆるお世話料とかおむつ料と言われていますが、私の方からおむつと言われる部分の問題について少しお尋ねをしたいと思いま

二つの要素を考えて判定基準を設けております。ただいまお尋ねの社会生活への適応が著しく困難であることといふものの中に、排便等の日常生活の介助を必要とするというのを重度の場合の基準の一つ、要素の一つという形で取り扱つておるところでございます。

○栗森審君 障害者の場合は、そういう重度という一般的に言うと大変厳しい判定についてきまざまな本がございます。たまたま政府委員の方や大臣もその日はおいでになりませんでしたが、今回私は参考人の意見でいたく感銘をしたのは、日本の社会制度の中でハンディがあってもお年寄りならお年寄りという世代で区分することによつていろんな問題が出てているんではないかということです。

例えば、私なども含めていわゆる一般的に健常である者が年をとるに従つて身体的な機能あるいは知的な部分も含めて機能の低下が具体的になつてくるわけです。今病院で例えはおむつを当てなければならぬ現象というのはなぜかといふと、一つは定期的に看護婦さんが、マン・ツー・マンまでとは言わなくても、今の基準看護が果たして適当なのかどうかといふことも、基準の人たちで果たしてやれるのかどうかといふ問題もあるわけです。おしつこをしたいとか便所に行きたいたいといったときに、それに直ちに対応できる体制が十分でない。私はそういう現場の実態を幾つかレポートとして知っています。同時に、そういうことが自ら表示できない状態でござりますから、その人たちに対して、これは保険で見ることができないとか、そんなものだめだよということは、私はこれは重い症状だということをされているはずでござりますから、そのことについて厚生省の答弁と厚生大臣の答弁をお願い申し上げたいと思います。

○国務大臣(下条達一郎君) 今御指摘の繰り延べ分の問題でござりますけれども、御案内とおり重度の不十分さから生まれる、つまり今の医療体制のものが不十分だということを私はある意味で象徴的に物語っているんだと思う。私なんかでも少なくともこれ以上は生きられないというか、

今まで生きた以上には生きられない世代に入る

と、仲間同士で集まるると、おむつだけは当てて死にたくないといふようなことを時々言つたりするわけでございますが、これは非常に大事な人間の尊厳にもかかわる問題でございます。本当に私はおむつをなくするような看護体制を期待したいわけでございますが、そういうところに至る過程の中でのこの問題について、特に出費の中、保険外負担の中で一番多いのは、付添看護をすれば当然付添看護料でございます。それからもう一つはおむつ代でございます。このことについて看護するということでおむつ代でございます。このことについて看護するということでおむつ代でございます。このことについて看護するということでおむつ代でございます。このことについて看護するということでおむつ代でございます。このことについて看護する

うふうに私は思います。

その意味で、ここは厚生省の見解をまずお尋ねをしたいと思います。

○政府委員(岡光序治君) 私どもの考え方方は、先生に再三申し上げておるわけですが、日常生活におむつは必要なものである、そういう性格上、医療保険の給付の対象とすることは難しい、こういうふうに申し上げておるわけですが、ますが、先生おつしやいますように、高齢化の進展に伴いまして、常時介護を必要とする状態の老人が大幅に増加するということが見込まれるわけございまして、こういった高齢者のケアのあり方をどういうふうに持つていくのかというのがこれまでとは言わなくても、今の基準看護が果たして適切なのかどうかといふことも、基準の人たちで果たしてやれるのかどうかといふ問題もあるわけです。おしつこをしたいとか便所に行きたいたいといったときに、それに直ちに対応できる体制が十分でない。私はそういう現場の実態を幾つかレポートとして知っています。同時に、そういうことが自ら表示できない状態でござりますから、その人たちに対して、これは保険で見ることができないとか、そんなものだめだよということは、私はこれは問題だと思います。

それからまた、付添看護の問題もそうなんですが、これまた付添看護という状態が出てくるというのは、そういうことに対する看護手帳とか療育手帳に、支給されるときにかなりこれが重い症状だということでされているはずでござりますが、療育手帳の程度でいうとどのぐら

い程度としてこれは規定されておりますか。が、その判定基準といたしましては、一つは知能も必要な人は出てくるけれども、これはできるだけ少なくしてもらいたい。そして、その中間過程には何らかの格好でここに對して一定の措置をしていく。そういう過程を通じないと、こんなこと

思つております。

○栗森審君 今、大きな課題を論議するときによく言われましたが、私は、いざれにせよそういう状態といいますか、終末医療の状況とか、どうしてこのおむつの問題を考えていきたいというふうに思つております。

それからまた、付添看護の問題もそうなんですが、これまた付添看護という状態が出てくるというのは、そういうことに対する看護手帳

言つちゃなたでござりますが、そういう痛みを感じながら一つ一つそういうものをなくしていくことをしないと、現実にそういう状態になつてゐる人たちの痛みを本当に共有するということはないから、お年寄りのことを、若い人が保険が今余り高いのは嫌だとか税金が高いのは嫌だ、こういうことになる。痛みを共有するというのは、厚生省もそのことについては明確に痛みを感じてもらうために、この部分は大きな課題と言わずに、大きな課題の一つにしていくのではなく、具体的に面面何らかの検討をしていただきたい。そういう立場で最後に申し上げますので、これは厚生省並びに厚生大臣の見解をお願い申し上げたいと思います。

○國務大臣(下条進一郎君) 保険外負担の問題でございますが、これはもちろん保険外負担が少なければ少ないほど患者さんには結構なことでござります。しかし、今までる部長からも御説明いたしましたように、今、例えば病院の管理のあり方等々について改善を図るというようなことで一歩一歩前進はしておりますけれども、すべてを解消するということにはなつておりますので、一つ一つ計画を立てながら対策を講じてまいりたいと思つております。

その中で、今御指摘のおむつ代の問題でござります。これをなくせという御要望もかなり強うございます。患者が使用するおむつ代につきましては、これは日常生活上必要なものである、うちにおられても使われるというような性格のものでありますので、医療保険の給付の対象とするといふことは今直ちには困難ではなかろうかと思います。ただ、これから高齢化の進展に伴いまして、常時介護を必要とする状態の老人が大幅に増加すると見込まれますし、高齢者のケアのあり方としてどのような対応が必要なのか、また可能なのかということについては、これからさらに真剣に検討して対処してまいりたいと考えております。

○栗森審君 在宅ケアや訪問看護制度の問題について、先ほどから同僚議員も何回も申し上げてい

るよう、日本の福祉制度の一つの欠陥というのは、医療が中心であつて福祉全体のイメージがまだ描き切れていない。これはお年寄りの問題だけではなく障害者の問題もございます。そして、どうしてもやむを得ない場合は入院するという事態があつても、できるだけ在宅でいこうということになつたときに、どうも幾つかの発想が錯綜をして、まだ体系化していない。これは別にやつてある側の問題だけではございません。私どももそういう問題意識について、もうちょっとと体系的に整理をしながら皆さんとも積極的に論議をしなければならないというときに、医師の対応について多少お聞きしたいと思います。

今回、いわゆるステーションから派遣をするかどうかというときに指示料を取るということになつています。そういう表現があります。それから、指示料というのは何回、どのくらい払うかといふこともまだ決まっておりませんが、私はこれ非常に大事なことだと思います。

と申しますのは、先ほど、お年寄りが大都市において診療を比較的受けなくて地方では比較的受けている、こういう話がございましたが、大都市にいわゆる開業医といふんですか、診療所といふんですか、医院といふのが絶対数としては非常に少ないわけです、大病院に行けば結構高度の診療もしていただけれども。いわゆる一般の開業医の人たちというのはお年寄りの相談にも乗つてあげているというような側面もありまして、私は、開業医の地域社会における役割も非常に大事な役割を持つているんではないかと思う。そんなときに、ここで医師のかかわりをどの程度どうやってちゃんとやるかということを、時間の関係もござりますから、一つ一つ私はお尋ねをすることができないわけですが、少なくとも地域社会の中での医師の役割を、これは医療法の改正のことが既に先駆けて新聞などにも出ておりましたが、これからとの問題として明確にしていく。そういう役割を果たしていかながら、これから時代を乗じつていかなければならぬと思いますので、

○政府委員(岡光序治君) 老人訪問看護はかかりつけの医師の指示に基づいて行われるものでござりますので、そういう意味では医師と看護ステーションで働く人々とは密接な連携を持つていただき対応していただきたいということござります。そういう意味で、今御指摘のありました指示を出すお医者さんに対しまして訪問看護指示料を支払うということを考えているわけでござります。どの程度の額を、どういう回数を払うかといたることにつきましては、ちょっとまだ考え方が始まつてしまいません。関係審議会の意見を聞いて定めたいというふうに考えておりますので、そのところはお許しをいただきたいと思います。

それから、一般論としましては、お医者様がいわゆる往診であるとか、訪問診察をしてもらうということが大いに進められる必要がありますし、それからまた通院をしてきた場合にも、患者さんの話をよく聞いて、いわゆるムンテラではありますんが、具体的な治療行為なり投薬をするということではなくて、そういう話を聞いてあげるといった点にも十分評価を与えるということが必要なんじゃないか、こういうふうに考えております。総体的に申しますと、医師の技術料の重視といふ考え方に基づいて、いわゆる良質の医療サービスが提供されるようについてということで、診療報酬の整備を図っていくべきだというふうに考えております。

はいえ、厚生省はこの老人の生活実態をどう把握して一部負担の改正案を提出されたのか、また老人の受診に与える影響についてはどのように考えておられるのか、簡潔にお願いをしたいと思います。

○政府委員(岡光序治君) 今回の一部負担の見直しに際しましては、近年の年金受給の状況、高齢者世帯の一人当たりの平均所得金額や消費支出の状況等も勘案をして、無理のない範囲での負担をお願いしようとしているところでございます。今御指摘のありました家計調査も私どもは見ておるわけでございますが、そういう意味で、負担能力という観点から総合的に判断をするということも考えたわけでございます。

それで、このような一部負担の改定は受診抑制につながるのではないかというふうな御指摘かとも思いますが、私どもは、そういう近年の年金受給の状況であるとか、所得や消費支出の状況から考えまして、無理のない範囲での見直しというふうに受けとめておりまして、受診抑制にはつながらないというふうに考えておる次第でございます。

○勝木健司君 高齢者が日常生活を送る際に、家計の上で最も不安定な支出要因が医療費であるわけでありまして、したがって一部の高所得高齢者を除き低所得高齢者にとりましては、経済的負担を課すことによる受診抑制策はかえって健康への不安を一層増進させることになりはしないかとうふうに懸念をいたします。これに対して、一定水準以上の所得のある高齢者にとりましては、現行の負担額では受診抑制の意味をもちろん持たないわけであります。統計を見ても、高齢者の所得は人によつて大きなばらつきが認められておるわけであります。一律の一部負担金を課しても受診の抑制効果は低所得者層に限られておる。そして、彼らが病気をこじらせるによつて受診するようになりますと、かえつて医療費の増大の原因になりはしないかというふうに思うわけであります。

そこで、この一部負担のあり方につきましては、十分に検討されなければならないというふうにもちろん思うわけありますが、年齢が七十歳だからといってこの一部負担がみんな同じというのは、これから高齢社会にとつては再考されなければならぬんじゃないかというふうに私は思っています。低所得者については入院の一部負担が軽減されていますが、高齢者だからといって一律平等では若い世代は納得をしないんじゃないかなと思います。

例えば、この一部負担について無料とする、あるいは低額、標準、高額というようにランクがあつてもいいのではないかというふうにも思うわけあります。高額所得の人には高額の一部負担をしていただくというようにきめ細かい政策といいますか、めり張りのきいた対策もあるのは必要なつてくるんじゃないかというふうに思いますが、厚生大臣の見解をお伺いしたいというふうに思います。

○政府委員(岡光序治君) 先生の御指摘は趣旨としてはよくわかるわけでございますが、現在の老人保健の制度のもとでは一部負担の方式は定額負担の方式をとつておるわけでございます。健康保険の方は、よく御承知のとおり定率負担で、ただし高額療養費といふわば負担の天井つきの制度があるわけでございまして、それで所得状況を見て普通の人と低所得者について二通りの高額療養費を定めておるわけでございますが、老人保健の方は定額の一部負担制度をとつておるものですから、やはり一律の負担ということをどうしても原則として考えざるを得ないわけでございます。

そういう意味で、低所得者に対するものですが、かと云ふことでござりますが、その点につきましては、入院の一部負担につきまして、特に長期間になることも考えられますので、そういった場合の負担軽減を考え、入院の一部負担については低所得者に対して特別の額を定めておるという格好で私ども対応しておりますので、実務上もこのような制度にしていただかないとなかなか動かな

いのではないだらうかというふうに考えておる次第でございます。

○勝木健司君 大臣、いかがですか。

○國務大臣(下条進一郎君) 医療の給付というのは受益者に及ぶということで、その受益者のそれに応じた負担という性格を持つておるわけでございます。したがつて、お年寄りにとってわかりやすい仕組みであるということから定額負担の方式がとられておるわけでありまして、今これを直ちに委員御指摘のように三段階ぐらいに分けてといふことは困難かと思ひますけれども、低所得者層に対する配慮は今回も従来の制度をそのまま維持していくといふことで、この点で委員の御指摘の線には沿つておる部分もあるということで御理解をしていただきたいと思います。

○勝木健司君 時間がありませんから次に進みます。ですが、衆議院におきまして、お年寄り本人の負担につきまして一部負担の引き上げの抑制、これが医療費スライドをやめて物価スライドとすることの支払い能力にかかわりなく増加させるという事態を回避するための措置であつたと私は思つております。

しかし、一番問題なのは、先ほどから論議をされておりますように、差額ベッドや付添看護料あるいはおむつ代などの保険外負担による家計への圧迫じゃないかというふうに思います。この厚生省の調査でも、老人病院の保険外負担は月二万二千五百円という結果が出ておるというふうに承知しておりますけれども、ソーシャルワーカーの指摘では、東京都とその周辺で月八万円から十五万円という指摘がなされております。こういった保険外負担が大きく老人患者の家計を圧迫しているという実態を考えますと、この一部負担の引き上げは保険外負担の解消が前提となるべきじやないかというふうに思います。

保険外負担の問題は多岐にわたつておるわけであります。とりわけお世話料という名目で徴収が行われているのが問題でありますけれども、ソーシャルワーカーの指摘によつて不適切な額の徴収が行われることのないよう指導を徹底するなど、今後とも不適正な保険外負担の是正にさらに一層強力に努力をしてまいりたいと思つております。

○勝木健司君 保険外負担といふことで、お世話料以外に付添看護の件、また室料の差額についても見解が出されましたので、次に進みたいと思います。厚生省の昭和六十年の調査でも、このいわゆるおむつ代等の保険外負担は二万七千五百円だとしましたのに、平成二年の調査では二万二千五百円と五千円下がつております。また、これを六十年の調査と平成二年の調査と比較をしてみると、お世話料は七千二百四十円が平成二年の調査では二百八十円と下がつておる。そしておむつ代が六年の調査より約五千円ふえております。これは、おむつ代は保険では支給をされないから実費は取つてもよい、そういうふうに指導しておるからそういう結果になつておるんじゃないかというふうに思われます。しかし、もともとおむつをする老人はやっぱり病気じゃないか、病気であるといふことから、高齢者の負担能力の面からいたしましてもスライド制の導入は問題ではないと考えております。

また、保険外負担の問題についてでありますのが、これは委員御指摘のように、今後も一層不適正な負担の是正には努力をしてまいりたいというのが基本的な姿勢でござります。從来からさまざまの指導を通じて不適正な負担の是正に努力してまいつたわけありますが、付添看護につきましては、老人に対する看護が病院の責任ある管理のもとにその他の医療と一体的に提供されるよう種々の施策を講ずることいたしておりますし、また室料差額につきましては、ルールに反した不適当な差額徴収が行われないよう指導の徹底を図り、またお世話料等あいまいな名目での費用徴収やおむつ代によつて不適切な額の徴収が行われることのないよう指導を徹底するなど、今後とも不適正な保険外負担の是正にさらに一層強力に努力をしてまいりたいと思つております。

○勝木健司君 次に、痴呆性老人問題についてお伺いをいたしたいというふうに思います。痴呆性老人の数は六十万人と言われておりまして、近い将来は百万人を超えるだらうというふうに予測をされておるわけであります。そこで、今問題となつておりますのは、例えば在宅の痴呆性老人を毎日預かってくれる託老所といふような施設を数多く整備することによって、痴呆性老人を

しろ訪問看護サービスへつなげるという一面と、それからいろいろそういう訪問看護サービスを行つて、いわば訪問看護が必要でなくなつた、非常によくなつたというお年寄りへ今度は保健婦さんの訪問指導をつないでいくというふうに、むしろ両者が連携をし合いながらそれぞれの役割を果たしていくことを期待しておるものでござります。

○勝木健司君　今回のこの老人訪問看護制度は、かかりつけの医師の指示に基づいて看護婦が訪問をして、在宅で介護に重点を置いた訪問看護サービスを提供すると説明をされておりますが、この老人訪問看護事業のサービスの提供者は看護婦に限るのか、あるいは保健婦や理学療法士あるいは作業療法士などを含むのか、明らかにしていただきたい。

それと、このサービスというのは保健なのがあるいは医療なのあるいは福祉なのか、その性格は何なのかなということで、現在ある在宅介護支援センターとの関係はどうなるのか、簡潔にあわせたお伺いをいたしたいと思います。

○政府委員岡光序治君 看護婦、准看護婦、保健婦、それからOT、PT、こういう人たちがこの事業に従事をすると、いうふうに理解しております。

それから、この事業の性格でございますが、老人の心身の特性にふさわしい医療サービスとして老人保健法上の事業として制度化をしたいといふうに考えております。

それから、在宅介護支援センターとの関係でございますが、この在宅介護支援センターは、いろんなサービスを求めております老人と市町村が行ないます公的なサービスとを結びつける、あるいは

相談、仲介の役を果たしてもらおう。こういうふうに考えておりますので、そういう意味ではこの在宅介護支援センターを活用することによりまして、訪問看護や他のサービスとの連携がより保てるようになるんじゃないだろうか、こういうふうに考えておる次第でござります。

○勝木健司君 次に、この老人訪問看護制度の創設によりまして、お年寄りが自宅で専門的な看護を受けられる、こういったことは平面

サービスを受けるといふことはしてはいけないと思います。しかし、この場合も保険外負担と同じように、国民が心配するのはどのくらいの費用がかかるかという点にあるわけでありまして、この件につきましても、衆議院の方で、利用料の水準については外来一部負担との内面に記述するに、う見解を示されました。

○勝木健司君 次に、老人保健施設についてお尋ねになります。この外來一部負担との均衡とはどのようなことなのかということを具体的に、しかも簡潔にお答えいただきたいといふに思います。

○國務大臣(下条進一郎君) 御指摘の点は大変大事なことだと思います。老人訪問看護の利用料を設定する際には、外來一部負担金の額等を勘案いたしまして定めるよう法律案において明確に規定されているところであります。具体的な利用料に関する基準につきましては、専門的な観点からの検討が必要でありまして、老人保健審議会の意見を聞いて定めることといたしております。

ねをいたします。
老人保健施設は、この制度の本格実施以来三年以上が経過をして、リハビリを中心とする老人のための施設として我が国に定着をしつつあるわけあります。今後この老人保健施設の建設を計画的に進めるための具体的な方策を講ずるべきであるというふうに考えます。特に、東京を初めとする大都市では立地が困難なことや、あるいは人件費の高騰で老人保健施設の整備が思うようには進まらないといふうに聞いておりますが、この立地促進対策についてもどのように考えられておられるのか、あわせてお伺いしたいというふうに思いました。

○政府委員(岡光序治君) 老人保健施設につきましては、高齢者保健福祉推進十カ年戦略に基づきまして、平成十一年度までに二十八万床を整備していくということにしております。施設整備の国庫補助、それから社会福祉医療事業団の低利融資、

それから税制上の優遇措置、こういった施策を通じまして整備促進を図っているところでございま

特に、都市部におきましては、御指摘がありましたように、用地確保が非常に困難でございますので、そういう意味で用地の高度利用を進めるということが必要だと考えておりまして、高層化あるいは他の社会福祉施設等との複合化、こういったことを進めたいと考えておりますし、この場合

○勝木健司君 この老人保健施設は通過施設といふふうに思つておりましたが、現実のところ老人保健施設には長期入所の方も多いというふうに聞いております。通過施設との位置づけであるならば、長期入所が多いという実態をどのように是正していくかれるのか、方針をお示しいただきたいとふうに思います。

○政府委員(岡光序治君) 老人保健施設の基本的な性格につきましては、本年七月の老人保健審議会の意見具申で通過施設という性格を堅持しろといふように指摘をされました。現実には長期滞在になるようなケースもあるわけでござります。この点につきましては、今後在宅医療福祉サービスの体制を整備して在宅でのそういう生活が可能になるようになります、あるいは特別養護老人ホームの整備を図る、それから特養であるとか老人保健施設においてもデイケアなりショートステイなり、こういったふうなことを進めまして、いわば老人保健施設と家庭とを往復するような体制ができるよう本件に着手してまいりたいと考えておる

よろしく体調整備を進めてもらいたいとおもてております。
○勝木健司君 最後に、厚生大臣にお尋ねをいた
します。
今後の本格的な高齢化社会におきまして、医療
保険制度を搖るぎないものにするために、やはり

給付と負担の公平化を図ることが急務であろうか
というふうに思うわけであります。政府において
も、昭和六十年代の後半となるべく早い時期に始

付と負担の公平化、すなわち医療保険制度の一元化を図ると表明をしておられるわけであります
が、医療保険制度の一元化との老人保健制度との関係は明らかにされておりません。そもそも、
政府はこの医療保険制度の一元化を図る意思があ
るのかどうか、あるとすれば、どういう手順で

元化の過程における老人保健制度を位置づけしていくのかということを明らかにしていただきたいというふうに思います。

○國務大臣(下条進一郎君) 医療保険制度の長期的安定、これはもう非常に喫緊の要務でございまして、また常に注意をしながら見守つていかなければならぬし、それに必要な措置を講じなきやならないということでありまして、給付と負担の公平が大きな課題であると考えておりますが、これまでその改革を逐次実施してきたところでござります。

さらに、医療保険制度の将来構想につきまして

は、関係者の間にさまざま意見があることから、今回の老人保健制度の見直しも踏まえながら、今後さらに幅広い角度から検討を進めてまいりたいと考えております。

○勝木健司君 終わります。

○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。

本日はこれにて散会いたします。

午後五時七分散會

平成三年十月五日印刷

平成三年十月七日發行

參議院事務局

印刷者 大藏省印刷局