

第百二十三回国
参議院厚生委員会會議錄第十四号

平成四年六月十八日(木曜日)

午前十時開会

委員の異動

六月三日

針生 雄吉君

補欠選任
高桑 栄松君

六月四日

石井 道子君

補欠選任
田代由紀男君

六月十日

勝木 健司君

補欠選任
井上 計君

六月十一日

井上 計君

補欠選任
勝木 健司君

六月十七日

木暮 山人君

補欠選任
大島 慶久君

六月十八日

谷川 寛三君

補欠選任
石井 道子君

大島 慶久君

補欠選任
木暮 山人君

竹村 泰子君

篠崎 年子君

栗森 喬君

山田耕三郎君

出席者は左のとおり。

委員長
理事

田淵 勲二君

西田 吉宏君

前島英三郎君

竹村 泰子君

高桑 栄松君

委員

文部省高等教育
局医学教育課長 喜多 祥旁君

石井 道子君

小野 清子君

木暮 山人君

清水嘉子君

田代由紀男君

田中 正巳君

宮崎 秀樹君

菅野 壽君

日下部徳代子君

篠崎 年子君

浜本 万三君

木庭健太郎君

香脱タケ子君

栗森 喬君

山田耕三郎君

勝木 健司君

山下 徳夫君

大西 孝夫君

山口 剛彦君

岡光 序治君

古市 圭治君

寺松 尚君

黒木 武弘君

滝澤 朗君

國務大臣
厚生大臣
政府委員
厚生大臣官房総
務審議官
厚生大臣官房審
議官
厚生大臣官房老
人保健福祉部長
厚生省健康政策
局長
厚生省保健医療
局長
厚生省保険局長
事務局側
常任委員会専門
員

説明員

本日の会議に付した案件

○理事補欠選任の件

○医療法の一部を改正する法律案(第百十八回国
会内閣提出、第百二十三回国会衆議院送付)

○保育所制度の充実に関する請願(第二三三号外七
件)

○輸入食品に対する検査・監視体制の充実強化に
関する請願(第二五五号)

○ホームヘルパーの処遇向上に関する請願(第二
八号)

○看護・介護職員の人材確保を図るための法律制
定に関する請願(第四七号外一件)

○重度心身障害者とその両親又はその介護者及び
寝たきり老人とその介護者の家族が同居可能な
社会福祉施設の設置に関する請願(第六一號外
九四件)

○老人福祉に関する請願(第八一號)

○看護婦確保法の制定に関する請願(第二二九号
外一二八件)

○中小自営業者婦人の健康と母性保護、社会的・
経済的地位向上に関する請願(第三二八号外一
四件)

○高齢化社会に対応する柔道整復師制度の強化充
実に関する請願(第四二三号外四件)

○保育の充実に関する請願(第四五二号外二四件)

○原爆被害者援護法の制定に関する請願(第四八
四号外二二件)

○あん摩マッサージ指圧師の業務と異名同質のカ
イロ及び整体術等、無免許療術行為取締りに関
する請願(第五五九号)

○より安全な水道水の水質基準見直しに関する請

願(第五七二号外三〇件)

○希少難病患者の医療・福祉の充実に関する請願
(第六五二号外七件)

○カイロプラクティックなど医療類似行為の取扱
いに関する請願(第六五七号外一九件)

○鍼灸(しんきゅう)確保方針の抜本的改正に關す
る請願(第六六九号外二件)

○福祉制度、最低基準の抜本的な改善と実効性の
ある福祉人材確保対策の確立に関する請願(第
七〇三号外三四件)

○国立腎(じん)センター設立に関する請願(第七
二八号外八件)

○保健医療・福祉マンパワー確保のための立法と
確保対策の具体化に関する請願(第七四五号外
九七件)

○公的年金制度改善に関する請願(第八四〇号外
一三六件)

○腎(じん)疾患総合対策の早期確立に関する請願
(第八四四号外六三件)

○国立医療機関の賃金職員の定員化に関する請願
(第八五六号外八二件)

○療術の制度化促進に関する請願(第一〇〇八号
外二三件)

○国立東名古屋病院呼吸器科医長の継続在勤等に
関する請願(第一〇九三号)

○看護職員の確保と労働条件・処遇の改善に關す
る請願(第一二六四号外一六件)

○輸入食品に対する検査・監視体制の抜本的強化
に関する請願(第一三〇七号外一三件)

○国民健康カードシステムの開発・普及事業に關
する請願(第一四〇五号)

○保健・医療・福祉マンパワーの確保に関する請
願(第一四〇九号外一件)

○国民医療の改善に関する請願(第一五三七号外
七八件)

○委員長(田淵勲二君) 医療法の一部を改正する

検査による正しい診断でございませう。その結果、最適の治療方法が選択され提供される、それも迅速に適用されるということかと思えます。またそ

明、患者さんの納得というものが要だ。また、こういうものが実行されますためには、医療体制、マンパワーというものの整備、資質の向上を図っていかねばならない。さらには今回の療養型病床群に見られますように、患者の生活状態にも配慮した医療のサービス、快適性の向上ということも必要かと思えます。こういうことを私どもは良質な医療と見て、その実現に一步步近づいていきたいと思います。

それからまた、救急、難病等個別的な事例はどうなるのだと、個々に行われるのか総合的に行われるのかというお尋ねでございました。これは御承知のとおり、既に第一次の医療法改正によりまして、医療圏ごとに地域医療計画を作成するという事になっております。その中で地域保健医療計画というものを都道府県ごとにつくってくださうということと、救急も僻地も難病も、それぞれ議論して計画を立てていただくように指導しているわけでございます。都道府県によりましては精粗の差はございますが、かなり熱心に行っているという状況でございます。こういう中で個別的に検討し、それが地域の中の総合的な計画の中に入っていく、このようにならうかと思えます。

それからまた、ただいまお尋ねの療養型病床群の普及でございますが、これにつきましては、まずこの法案が通りました際には診療報酬上の検討というものがなされまして、適切な配慮が行われると私も思いますが、そのほかにも医療機関が新しい制度に参入していただきますために、施設整備に對しましては支援策について幅広い検討をしていきたいと思います。

なお、診療報酬等の時期につきましては保険局長の方から答弁をされることになっております。

○政府委員(黒木武弘君) 診療報酬の面で補足させていただきます。

今回の改正法が成立をいたしました際には、当然のことながら制度化されます特定機能病院及び療養型病床群についての診療報酬をどうするかと

いうことは中医師で御審議を賜った上結論を見出さなきゃならないと思っております。私どもの考えとしては、医療法施行に間に合わせるべく中医師で御審議をいただき、そしてそれぞれ療養型病床群、特定機能病院にふさわしい診療報酬を設定すべく努力をいたしたいというふうに考えております。

○竹村泰子君 今回病院を体系化して特定機能病院、それから療養型病床群制度を設けるわけですね。この特定機能病院は高度医療を行う病院として位置づけられるわけですが、特定機能病院で開発研究された高度の医療技術を普及させる方策はどうなるのでしょうか。今後高齢化に対応して、いわゆる老人病についてもその研究開発が重視されなければならぬと思えますけれども、この方面の研究も当然特定機能病院で行われると理解してよろしいのでしょうか。

○政府委員(古市圭治君) 特定機能病院といふものは、いわゆる日本の医療につきましても、これから開発していくべき医療技術、診断技術等について一番先進的にやっていただくというのを期待しているわけでございます。一言で申しますと、医学、医療の先進性、それからまたいろんな学問を総合的に適用するということから、集学的な総合性、こういうもので医療のレベルが上がっていくというのをやっていただく機関だと、このように思っております。

したがって、その中では多くの医療従事者、特に医師が医療に従事するわけですが、実際の治療と研究とが一体的に行われる、またそういうことを通じて多くの先進的な医療技術がその医師たちの身につくわけでございます。そういう人たちが各地域の病院にまた出ていく。現在の大学病院またセンター病院というものの医療というのとは、それを行われていくわけでございますが、それを今回さらに明確にしたい。

それは内部職員でございますが、さらには外部からのそういう技術を研修するという人たちの受け入れられるような制度に持っていきたい。その

ためには、今回の特定機能病院ができましたときには、医療審議会の中におきましても研修のプログラムというものを明らかにしていただく、研究の指導責任体制がどうなっているのかということも明らかにしていただく。こういうことにつきましても医療審議会の中で、いわゆる政省令になりますか通知になりますか、そういうレベルで御議論していただいて、その研修の成果が広く普及するようなことを担保できるようにしていきたい、このように思っております。

なお、その中に老人の疾患、老人病等も当然入るといふことに御理解いただきたいと思います。

○竹村泰子君 特定機能病院におきましては一般病院、診療所との連係が不可欠であるとの認識が示されておりますけれども、連係体制が確立されなければ特定機能病院は申請があっても承認されないのでしょうか。そういうふうに理解してよろしいのでしょうか。

現在それぞれの医師が大変な努力をして個人的にネットワークをつくって患者紹介をしたり、いろいろな連係をしているわけですが、特定機能病院制度ができた場合、これらの既存の個人的な大変な御努力によるお医者さんたちのネットワーク、これと新たに創設すると思われる連係との関係はどういうふうになりますでしょうか。

○政府委員(古市圭治君) 現在国民の皆がそういう制度の中で医療を受けているわけでございますが、多くの場合にはお医者さん同士の個人的なつながりでもって患者さんの紹介が行われているというところでございます。

それではいけないということで、少なくとも機関同士の連係というところにもっていかないかという努力がまず行われます。一つの大学病院とA病院というんですか。しかしそれでもだめでございまして、私どもは今回の医療法の改正を機会に、地域全体の中の連係というところまで持っていきたい。言ってみますと、個人から機関、さらには地域全体というところに連係システムを広めたい。そういうようなことで今回特定機能病院

というものを制定したいと思っておりますが、したがって外来というものは従来のようにほかの医療機関と競合して患者が来るということじゃなくて、その中で紹介制を中心として連係が深まるということが担保されることが必要でございます。

そのために何らかの組織、機構というものが要ではないか。よく紹介率の問題が議論されましたが、単なる紹介率の数字じゃなくて、そういう連係が深まるような機能がビルトインされているというのを担保すべきじゃないかということ、具体的に申しますと、地域医療連係室なり、連係機能なりそういうものが備わっておって特定機能病院の紹介制というような機能が強化されていくということをお願いしていただくときに検討していただいて、それをひとつ審査するときに検討していただく。こういうことからお尋ねのような連係の仕組みというものは何らかの形で担保したいと思っております。

○竹村泰子君 病院体系の類型化を進めるに当たって、国が行う財政上の支出はあるのでしょうか。今回の制度では、各病院に申請を待ってそれを認可するというところですけれども、国から積極的に誘導することは考えておられないのでしょうか。例えば施設整備に補助金を出すような、そういうことは考えていないんですか。

○政府委員(古市圭治君) 今回の法改正に伴います特定機能病院なり、それから療養型病床群というものに直接何らかの援助をするということは現在の段階では考えていないわけでございますが、これはそれぞれの機能に適した診療報酬というものがまずセットされるということが第一ではなからうかと思っております。

そういうことではなしに、先ほどお尋ねのような、僻地の医療機関がどうなるのか、救急医療施設がどうなるのか、あるいは夜間の診療体制がどうなるのか、そういうことにつきまして私どもは従来から各種の施策をやっているわけでございますが、そういう地域全体医療計画を整備してい

くということに對しましては、從來どおり引き続き各般の補助なり融資なり、そういうものを考えていきたい。そういう中にこの特定機能病院や療養型病床群というものが位置づけられていくということでございます。

○竹村泰子君 そうしますと、從來僻地とか地域医療に對する国の援助といひますか支援、それは十分であるとお考えなんでしょうか。そしてそれを從來どおりやっていくということと理解してよろしいですか。

○政府委員(古市圭治君) 僻地医療等について申しますと、もう連綿といろいろな施策をやつてまいりまして、それなりの効果が上がつてきていますのでございますが、現在第七次の医療計画というので、僻地診療所、診療体制の整備をやつていく、これはさらに引き続き必要な施策は強化してやつていかなかつたらいけない。そのほかにも、新しい問題として、一つ一つの施設ということじゃなくて、その地域の中の医療機関全体の連携を進めていくということが求められているわけでございます。

それにつきましても、私どもは地域医療連携に對するモデル事業の補助金、そういうものも持つております。そういうものも箇所数を増加するという努力もやつていきたい。したがって、從來からやつているもの以外に必要となつた施策については予算等も大いに増額していきたく思つていられるわけでございます。

○竹村泰子君 私は北海道ですけれども、離島とか僻地非常にたくさん抱えておりますが、そういうところの医療体制は決して十分だとは思いませんし、みんな札幌のような大きな町へ出てきて入院しなければならぬというふうな状態があるわけですね。ですから、これまでも増して、十分というふうな、古市さん今おっしゃつたようなニュアンスでしたけれども、まだまだ足りない部分が多いということ、ぜひ今計画を強化していきたいとおっしゃつた、そのお言葉をしっかり受けとめたいと思つてます。

また、病院の類型化を単に推進するだけでは施設面が強調されることになりまふけれども、それだけではなくて、その裏側に適正な人員の配置が不可欠であると思ふんですね。この人員配置の担保についてどのような施策を考えておられますか。

さんざん看護婦人材確保法で私もこの委員会の中で論議いたしましたけれども、看護婦の重要性を考へるとき、その養成の多くは民間に任せるといふことだつたですね。国が積極的に人材養成に關与すべきではないでしょうか。例えば施設補助であるとか運営費補助の拡大であるとか、あるいは養成機関の創設など。看護婦確保については今回、四月の診療報酬改定に際しても、人員配置水準の高い病院には高い点数を認めるなど、そういった誘導策をお示しになりましたけれども、このことが実は、現在不足している看護婦の病院間の取り合ひの激化となるおそれがある。なぜならば絶対数が不足しているから。

絶対数が不足している現状でこのような政策をとることの私は妥当性を問ひたい、そう思ふんですね。人材養成という意味では看護婦以外の人材についても同様でありますけれども、その点どうお考えになりますか。

○政府委員(古市圭治君) 冒頭で、良質な医療というものを担保し、さらに充実させていくためには、いわゆるそれを支える医療従事者の量と資質を高めたくなつたらいけない、こう申したわけでございます。そういうことから、医療を支える人としては、医師を初め看護婦のほかにもOT、PT、検査技師、いろいろな方がおられるわけでございます。殊に看護婦さんの問題につきましても非常にその需給というものが厳しいものがございます。

そこで、御承知のとおり、昨年の暮れには新しく看護職員需給見通しというものをつくりまして、国会にも御報告いたしましたように、十年後を目指して毎年三万人ずつの増員を図らう、こうしておるわけでございますし、それからまた、処

遇につきましても、前回の診療報酬の改定等でもそこに重点を置いた改定がなされたということでございまして。また予算でも、御指摘のように、看護婦養成力の強化ということで、養成施設の増設、定員増というものにつきましても重点的に予算をつけたということでございます。また、こういう施策は今後も引き続きやっていきたい、このように考へておるわけでございます。また、OT、PTにつきましても、既に医療関係者審議会の理学療法士作業療法士部会におきまして需給計画の見直しを行ひまして一つの目標を立てたといふことでございまして。

こういうことから、医療従事者の充実強化というものにつきましても、この法律を突効あらしめる非常に基本的な重要事項でございしますので、さらにそのような各般の施策の強化充実に努めてまいりたいと思つております。

○竹村泰子君 私が伺ひましたのは、そういうこともありましたが、高い点数を診療報酬でおつけになったことが現在不足している看護婦の病院間のとり合ひを激化させるおそれがあるのではないかと。絶対数を充足しないとこの矛盾は吹っ切れない。このことをどう考へておられますかと尋ねておるんです。

○政府委員(古市圭治君) 現在の状況が、病院の看護婦さんについて見ますと、大体全国平均して百床当たり約三十五名という数でございますが、この需給見通しを計画どおり達成いたしましたら、百床当たり五十人というレベルに上るわけでございます。

そういうことから、現在、点数改定に伴ひまして、きつちとした配置をしているところにはそれに相応した診療報酬が裏打ちされたところにはそれが起こつていくという話は聞くところでございまして。これは一時的な問題でございまして、これを解決するためには、基本的には絶対数というものの増加を図らなかつたらいけないということでございますから、絶対数の増加を図りながら、し

かし、やはりきつちとした配置をしたところにはそれなりの処遇をやる。各地域でとり合ひと申してもなんでもございまして、その病院を魅力ある病院として看護婦さんに来ていただくという努力をみんなやつていかなかつたらいけない。一時苦しいことではございますが、この苦しさ乗り越えていかなければならない高いレベルには到達しない、このように思つておるわけでございます。

○竹村泰子君 絶対数の不足を充足することについて、看護婦人材確保法で大分私たちがいろいろ議論いたしましたけれども、あの法案で絶対数の不足が充足されるというふうな大変局長は自信を持ってお答えになつておるんですが、そのことは後でもう一度取り上げたいと思ひますが、私どもはなかなか難しいのではないかと思つておるわけ

今お聞きいたしましたこれらのことは、医療に對する国民の負担の問題に結びつくと思ふんですけれども、臨調による国民負担率は最大五割を超えないことというものがひとり歩きをしているのではないかと思ひます。

先日、参考人聴取でおいでいただきました大熊参考人も、国民は医療サービスがどの程度になるかというのを示されれば、負担についての理解も得られるのではないかと御意見もありました。

今後、高齢化が進んで国民負担率の増大は目に見えておりますけれども、サービスの水準と負担との關係について国民の前で論議がされていらないのではないのでしょうか。単純に医療費増大の圧縮だけを目指すことはないのかと私は思ふんです。厚生省の現在の医療政策はこの点だけに目を向けている感がありますでしょうか。

もっと率直に国民の前に問題、課題、例えば負担だとかサービス水準だとか保健、福祉、延命治療だとか終末医療だとか、そういったことを示して議論すべきではないでしょうか。大臣、どうお考えになりますか。

○国務大臣(山下徳夫君) 私は、基本的には社会

保障制度というものは今後ますます充実して、その方向に向かって推進していかねばならぬと思ひます。

ただ、これもやはり国力と国民のコンセンサス、それに見合ったものでなければならぬと思ひておられますが、お話しのように国民の理解は非常に大切な要素でございますが、あわせて医療費と我が国の社会経済の一つの体力、この関係もまた大切な問題であらうと思ひておられます。

いずれにいたしましても、二十一世紀に向けて必要な医療の確保にはさらに一層努めていかねばならぬという決意は持つております。

○竹村泰子君 どうもよくわからないお答えなんですけれども、大臣、やっぱり国民の前にこういう材料を提供して、こうなれば医療はもっとよくなるんですけど、今いろいろ医療に対する批判がたくさん出ておりますけれども、そういうことを払拭するためにぜひ私はこうしたいんですというふうな大臣の意欲的なビジョンというのはないのでしょうか。

○國務大臣(山下徳夫君) 今申し上げましたように、社会保障制度というものはますます充実していかねばならぬというのが基本的な私の願望であり、またそうしなきゃならぬと思ひておりますが、それには国民の負担と負担能力というものを当然考えていかなければならぬということ、あわせてまた、今申し上げましたように社会保障体制をさらに充実していかなければならぬとせんが、今のような負担の問題もあわせて考えるときに、これをどういうふうな形で持つていくか。一応五〇％ということが一つの目安でございますし、さらに私が今申し上げましたように、二十一世紀に向かってさらに医療の確保が最も必要なことでございますから、繰り返し申し上げますように、国民の負担でできるだけこの方には力を注いでいかなきゃならぬということは私も決意として持つておるわけでございます。

○竹村泰子君 お答えに満足したわけでは決してありませんが、少し具体的な問題についてお聞き

していきたく思ひます。

機能別類型化の必要性、これが受診抑制にならないためにどうすればいいか。国民は類型化ということがよくわからないのではないかと思ひますね、どの病院に行きたいのか。病院の振り分けは、これは新しい仕事ですけれども、だれが行うんですか。メデイカル・ソーシャル・ワーカーと言われるようなそういう方たちが最初なんでしょうか。それとも、かかりつけの町医者なんでしょうか。あるいは市役所とか区役所とかそういうところなんですか。相談窓口は一体どこになるんですか。

○政府委員(古市圭治君) これはやはり今の実態から申ししましても近くのお医者さんということにならうかと思ひます。よく言われますように、かかりつけのお医者さんあるいは家庭医と、こう言われております。またさらに、制度が進みますとMSWという方もそれなりの医療施設の中で活躍される場があるかと思ひます。また、一般の開業医、中小病院ということではなくて、例えば大きな病院におきましても、外来にきたときに本当に迷うわけですから、どこにどうかかればいいかと。そういうことから、私の見たある大学では、その学長が入口のところに座っている。そして、まず学長が来た外来患者さんの初診の人に全部、あなたは何かだと、こういうぐあい手配をしていられるのを見ましたが、大したものだと思ひながら、それは決してうまくいっていない。横にまた部長さんがついていて、学長は何を言うかわからぬから私がついていなくてだめなんですと。こうなると、お医者さんがいいのか看護婦さんがいいのかという気にもなりますが、いずれにいたしましても、そういうぐあいに患者さんがどこに行けばいいのかということをしちつとしてあげようという気持ちが必要でござい

す。それをやるのは第一線のかかりつけの開業医さんというの一番ではなからうか。また、病院におきましても、MSWでも看護婦さんでも、例え

ば学長さんでも、総合診療科なりそのところへ案内するところがあつて、そこから振り分けられていくということになれば、非常に整然とした患者の治療の流れができるのではなからうか。

そういうようなことを今回の法律の中でも特定機能病院の中の紹介制というものを通して地域に広めていきたいと考えているわけでござい

ます。○竹村泰子君 そのことなんですけれども、厚生省による情報提供がどのようになるのかということなんです。また、厚生省の説明によれば、特定機能病院も地域医療を担っていることは無視しない、しかし特定機能病院ということでは紹介制を一部導入する。ただし、紹介率については地域特性などを考慮して一律にすることはしないとしておられますね。

この説明では、特定機能病院の近くの人は一応紹介でなくても外来で診てもらえる可能性があるんですけど、遠くの方は紹介がないとアクセスが難しいことになります。紹介状がない場合は一般の外来で診てもらふことになりまして、その場合、今までの混雑が予想されるのではないでしようか。紹介制が入る分だけ、紹介なしの外来診療時間はもっと少なくなつてしまふ。このことは、遠来の患者にとっては事実上受診抑制につながる。先ほど私は北海道の例を申しましたが、ただけでなく、地域の病院ではなかなか診ていただけないというか、みんなが好んで行かない、医大とか大きな病院とかへどんどんおいでになるというのを考えますと、これは事実上心理的な受診抑制につながるのではないでしようか。ふだんから近いところに優良な病院がないから遠距離にもかかわらず訪れる。真に特定機能病院診療が必要と思われる患者の受診を抑制することにつながるおそれがあると思ひますが、この点はどうお考えになりますか。

○政府委員(古市圭治君) この法律が通りまして特定機能病院というのが始まりますと、その外来というものは紹介制というものを基本的に機能を強化してくださいということになりますから、これは病院からその患者さんの家までの距離のいかにかわらず全部平等でござい

ます。遠いから不便になる、近いから便利であるということではござい

ませんで、近くでも遠くでも紹介状を持つてきた人たちは優先的にい

わゆる予約時間制で診てもらえるという

ことになるわけ

でございますから、現在のよう

にどうであれ早くから行かないと、行列しないと診て

もらえないということではな

く、紹介のルートに乗っていき

ます。殊に遠くの人だったらそ

ういうふうなことは解消される、どちらかという

と、遠方の人にとってはかえ

って特定機能病院の外来

というのは利用しやすい方

式になるんじゃないで

しょうか、このように思

ひてござい

ます。

○竹村泰子君 予約制をと

つてい

たいたしま

しても、予約制を全部と

るかかわりません

けれども、例えば予約をと

つてい

る病院だとして

も、一般の人たちのと

ころへまた紹介され

た患者

が来るわけですよ。だ

から混雑は当然起

るわけ

です。そのことを言

つてい

るんです

けれども、お

わかりで

○政府委員(古市圭治君) これが発

足いたしま

す

と、最終的には政省令で決ま

つて、通知によ

つて

申請がされ承認が

される。その外

来は、例えば

二千名の外来が毎

日いたとしま

す。この紹介と

いうのは初診患者

のところから始

まるわけ

でござ

いますから、大

体二千

人いますと

その中の初

診患者

とは再来

の人た

ちでござ

います。その

初診の人

に対して全

くフリー

に來た

人と紹

介状を

持つて

きた人

という

のが出

るわけ

でござ

います

から、そ

の病院の

外来に

は一般

受付の

ほかに

紹介状

による

受付と

いうの

をつ

くつ

て、そ

こ

進んでいくという分野ですから、そこに行きましたらただ一般外来が混雑していても紹介状を持ってきた人はそのルートの方できちっと患者さんが流れていく。

こちらの一般に来た人たちは、前よりは少し混雑の場合がひどくなったり、受診の時間が少し長くなる、従来どおりの二千人の外来患者数をその病院がとってやっていくならばそういう形はあるかもしれない。しかし、それは将来に向かって紹介制という機能をだんだん高めていっていただくことで解消されてくることでございまして、従来と同じようなことをやっていたら、一時的にはややフリーにきた人たちの方が待ち時間が長くなるというのは論理的にはあり得ることかと思えます。

○竹村泰子君 その辺がよくわからないんですね。つまり紹介率をだんだん高めていくということと、なんでしょうかね。そうしますと、一般の人たちがその分締め出されるということも起こってくるわけですね。その辺がどうも衆議院からの議論を聞いていても全然つきりしていません。

じゃ、これはどういうふうに考えていらっしゃるんですか。病院の類型化ということで特定な機能というのは、例えば最先端の医療、普通の医療いわゆる慢性期の医療というふうに分けられたら、具体的にどんな疾病がどこにどう当てはまるんですか。ちょっと例を挙げてみていただけますか。例えば盲腸炎はどこになるとか、脳外科や心臓外科などは高度な医療になるとか、そういうふうにして思いつかれるままに言ってみていただけたらいいか。その辺がわからないんですよ、何を分けるのか。

○政府委員(古市圭治君) 病気が非常にたくさんございまして、それが高度でそれが中等度でというところはなかなか申し上げられませんが、今御指摘の俗称盲腸炎、中樞神経系というものは、普通であれば何れも大学病院で手術する必要な全くないという疾患の中に入らないうか。最近、同じ胃がんといいますが、胃がんの手術も

早期だったら、もう日本の医療水準からいってそんな特定機能病院で手術する必要はさらさらない。そのぐらいやはり外科のレベルは高いということでございます。

そういうことから、私も大学病院に期待いたしますのは、現在でも症例数が少なく治療成績がないというようなのが各地で治療をされるよりもある程度集まってやっての方がいいんじゃないかということ、これから新しく開発していく医療技術というものはそういう特定機能病院でやられるべきだし、現在まだ手術の例数も少ないというものもこういう能力の高いところでやっていかれるのがいいのではなからうか。

そういうことで、病名を挙げるということもございまして、一つ一つがどうかということも別にいたしました。例えば挙げさせていただきますと、内科系では重症な、またまれな血液疾患、これは骨髓移植を含むようなもの、それから複雑なウイルス性内分泌疾患、それから外科にいきますと食道の悪性腫瘍の切除術、それから肝臓の切除術、それから脾臓十二指腸切除術、脾全摘術、脳神経外科で言いますと頭蓋内の腫瘍摘出術、こういうもの、それからまた、心臓血管外科で申しますと大動脈のバイパスの移植術、それから複雑な心臓手術、そういうものになるかと思えます。

個々の病名ということじゃなくて、そういうような医学的に考えて非常に高度な技術でちゃんとした設備でやりたい、また新しい開発技術というものが行われるべき病院、こういうふうに思っております。

○竹村泰子君 新しい技術、複雑な技術、難解な技術を要するものとか重症、まれな骨髄疾患とかそういうものというふうな御説明だったんですけれども、それをだれが判断するかということになりますと、もうこれは医師の裁量で判断をされて紹介をされてくるということになるわけですね。そう考えてよろしいんですか。

○政府委員(古市圭治君) 今申し上げましたのは、特定機能病院の中で入院医療を受ける、特定機能病院のイメージとして高度医療を行う、こういった高度医療とは何であるかということ、例示を挙げたわけでございます。そういうものはもう当然紹介に伴って入院されてくる方が多いんじゃないでしょうか。

そうじゃなくて、今問題になっております紹介というものは外来紹介のところでございますから、これはこんな大きな病気とは限らずに、第一線それからまた第二次の医療機関で診断がつかねるものとか、ある程度治療をしていくけれども効果があがらない、もっとほかの検査で診断する必要があるんじゃないか、こういうぐあいに第一線のお医者さんが考えられたものはほとんど紹介していただきたらいい。その結果が普通、単純な病気であつたらそれはおめでたいことで、それはまたもとの病院に帰ればいい。そういうことでございまして。

したがって、外来紹介の方は、こんなやや難解な病気というふうなことを想定しているわけではなくございませぬ。

○竹村泰子君 そうですか。今のお答えにもかわるんですけども、どうもはつきりしない部分が多過ぎる。我々一体どこへどういうふうに行ったらいいのかわからない。この病気のどこへ行けばいい、この病気のどこへ行けばいいというものがよくわからないという国民が、そういうまま機能別に病院を類型化するというのは私はちょっと、もともと説明をよくしていただかないと、はつきり理解が得られてからじゃないとまずいと思うんです。ですから、こういう根本的なことがわからないままに進もうとしていくから今回の医療法の改正、私も賛成ですけども、しかし問題が多過ぎる、もっと審議を十分にすべきではないかと思っているわけなんです。

例えば、機能別類型化に見合った診療報酬体系ということとお伺いしますと、設備投資、人員配置が違うのに同じ診療報酬でいいのでしょうか。同じ盲腸でも、特定機能病院と一般病院とで、

行った場合診療報酬が異なることの理由はどうか。ふうにおつけになるのでしょうか。設備や人員の配置の差で足りるのでしょうか。みんなが特定機能病院へ行った場合どうなるのでしょうか。

それから、地域差をどうするのでしょうか。例えば設備とか人件費の差を診療報酬に反映されるのであれば、資本費としての地代も当然考慮に入られるべきである、そういう議論が十分出てくると思われませんか。自己負担を全国一律とするならば、これらの地域差を埋めるための助成や補助が必要となってくるのではないだろうか。診療報酬をそれぞれに設定することになれば、金持ちだけが高度な技術を受受できることになる、差別につながるというところが、長い間病生活をしておられる方たちから出てきている。特定機能病院の点数を上げた場合、現在の一部負担は定率制ですから、負担額は大きくなりますよね。また、高額療養費制度があるから受診抑制にならないといっても、実際には一たんは患者が費用を支払うんですから、それはやはり一つの差別というか、障害というか、そういうことにつながるのではないのでしょうか。

その辺を、幾つかお尋ねいたしましたけれども、どう考えておられますか。

○政府委員(黒木武弘君) 診療報酬についてのお尋ねでございますが、まず、診療報酬というのは、もう御案内のように、私も行います療養の給付、医療サービスの費用を診療報酬の形で医療機関に支払うという性格でございます。

いろいろお尋ねがあったわけでございますけれども、私もこれはこれからの診療報酬のあり方として、やはり機能に見合った診療報酬のあり方をより進めていく必要があるだろうということを考えております。当然今回の特定機能病院あるいは療養型病床群、それにふさわしい診療報酬の設定ということに努力をするわけでございます。根本的にはこれからの診療報酬の体系の問題として、今まさに中医師で診療報酬基本問題小委員

会というものがつくられておりまして、そこでお尋ねの、役割、機能に依じた診療報酬体系というのは今後どうあるべきか、あるいは地域差というものはどういうふうにかけるのか、あるいは国公立にたいし、何と申しますか、資本コストというんですか、そういうものを要しない医療機関と民間の医療機関とはどういうふうな診療報酬上考えていくべきか等々の問題について、今、中医師会におきまして診療報酬基本問題小委員会において議論をしております。

今回の診療報酬改定は、特定機能病院が制度化されますと、そこでの費用がどういうふうになるんであるのかというのがまず議論になるわけでございまして。そうしますと、ほかで診られないような難しい病気の治療ができるような機能を発揮される、そのためには人員配置基準とか、もろもろの基準がどうなるかという形で諸基準が決まるわけでございまして。それが診療報酬上費用の面で一体どういうふうに判断するかという議論になってくるわけでございまして。

お尋ねがありました、例えば盲腸の手術にいたしますと、これはほかの病院でもできますし、高度機能病院でそのために別に費用がプラスになると私どもも考えません。したがって、盲腸の手術代というものは、一般病院であろうと特定機能病院であろうと、そのところについては点数上差異は生じないんではなからうかというふうに現段階では考えております。

しかしながら、高度の医療を担当されるということで医師の数が相当大幅に配置されるということでありまして、当然その病院の費用というものは増加いたします。その費用について患者さんがしかるべき割合で負担をされるということでございますから、ほかの病院に比べて費用が若干高くなるということとはもう避けられないことかなというふうに思います。

しかし、この点は高度の医療を実施されるに当りまして病院のコストがそれだけかかるということとございまして、その点で診療報酬上そこ

プラスの費用がかかることに着目した診療報酬が上がる、それに伴って患者負担が高くなるということはやむを得ないことではなからうかと思っております。

しかし、御懸念のようにめっちゃ高くなるなんて到底考えていないわけでございまして、特定機能病院に受診が抑制になるほど高い診療報酬というのとは今のところはあり得ない。そういう御懸念は必要がないし、また御引用ありましたように、高額療養費ということで費用には上限が定められておりますので、そういう保険のシステムの中で今回の特定機能病院が機能し、そのことによって、例えば金持ちしか特定機能病院を利用できないということにならぬという御懸念というのは私どもではないのではなからうかというふうに考えておるわけでございまして。

○竹村泰子君 私たちは医療は公平に与えられるべきものであるという、そういう原則からいって、病院を類型化していく、分けていくということについては非常に大きな問題を感じております。ですから今のような質問をしたわけですが、そんなに莫大な費用ではないから、そんなに差がつくわけではないから、ある程度はお金を持っている人が機能の高い病院に入るのやむを得ないのではないかと、そういうふうな答えだと思っております。その辺のところを国民がどう判断するか、非常にこれは大きな問題提起であるというふうに指摘をしておきたいと思っております。

先ほど私は二十一世紀に向けた日本の医療についてというのを大臣にお聞きいたしましたけれども、今後の医療の問題点として、今の問題もそうなんです、高齢化、それから医療技術の大幅な進歩、変化、それから増大する医療費、この三つの大きな課題があると思っております。

そこで、少し老人病院の問題についてお聞きしてみたいと思っておりますが、高齢化対策として例えば自立できるお年寄り、これをいかに多くつくり出すかも医療技術の大きな目標ではないかと思いま

す。これはゴールドプランの目標でもありますね。四年度予算では長寿科学総合研究費として十六億五千四百万円計上しておられますが、この予算はどのように使われる予定なんですか。長寿科学総合研究費はゴールドプランの二項目に入っております。高齢化、特に医療面のお年寄り対策、そういうことを伺いたいと思っております。

それから、寝たきり老人ゼロ作戦というゴールドプランをお立てになりました。大変華々しく宣伝をなさったわけですが、これはどのようなように進行しておりますか。

○政府委員(大西孝夫君) 私の方から長寿科学研究費の分についてお答えを申し上げます。

先生御指摘のとおり、高齢者保健福祉推進十カ年戦略の一環といたしまして長寿科学総合研究費によるプロジェクト研究を実施してまいっております。平成四年度予算、御指摘のとおり十六億五千万円を計上しておりますが、この具体的な内容につきまして申し上げます、大きく言いますと六つの分野で研究いたしております。

一つは基礎分野でございます。この分野では老化のメカニズムの解明でありますとか、老化、疾病に関連する遺伝子の研究等を行うことといたしております。それから二番目が老年病の分野でございます。いわゆる骨粗鬆症、それから老人性痴呆等に関する研究などを行うことといたしております。それから三番目がリハビリテーション、看護・介護の分野でございます。高齢者に適したリハビリテーション方法の研究でありますとか、高齢者に適した看護・介護技術の研究といったことを研究いたすことといたしております。それから四番目が支援機器の開発の分野ということといたしまして、使いやすい介護機器の研究開発といったことを行うことといたしております。五番目が社会科学の分野でございます。ここでは例えば高齢者の財産に関する法律行為の研究でありますとか、老人介護サービスにおけるケースマネジメントの研究などを考えております。最後に東洋医学、漢方分野というものがございまして、

ここでは高齢者に適した漢方薬とかは治療の研究などを行うことといたしております。

以上でございます。

○政府委員(岡光序治君) いわゆる寝たきり老人ゼロ作戦の進行状況でございますが、まず数量的な面でお話を申し上げますと、寝たきりの原因は一つは脳卒中、それからもう一つは骨折というのが大きなものでございまして、脳卒中を例にとりまして申し上げますと、脳血管疾患で死亡している死亡率でございますが、昭和五十七年と平成元年、この時点で七年間のスパンがございまして、七年間で脳血管疾患の死亡率は約四〇％減をしております。その中の脳出血については四五％減をしておりますが、そういうふうな寝たきり原因をできるだけ予防していくなり、あるいは軽減をしていくということについて、具体的に今申し上げたように死亡率で申し上げますと数字が進捗しているわけでございまして。

それから、どういう施策を講じておるかということをお若干申し上げますと、もちろん十カ年戦略の中にこの寝たきりゼロへの取り組みが入っておりますわけでございまして、各都道府県におきまして寝たきりゼロ推進本部を設置していただきたいというところで、これは全県設置をできたところでございまして、各地域の実情に即した施策の実施ができる、そういう体制を整えたところでございまして。また、老人保健事業の中で寝たきりの原因となる病気の発生の予防を図るということを進めておりますし、また在宅での保健医療、福祉サービスを総合的に提供しようというわけで、機能訓練施設の拡充であるとかそのための送迎体制を整備する、あるいは寝たきり老人への訪問指導なりデイサービスあるいはホームヘルプサービス事業、こういったことを総合的に推進しているところでございまして。

○竹村泰子君 寝たきりゼロ作戦とは随分思い切った言葉をお出しになったと、私どもあのときびっくりいたしましたけれども、一体どうやって、どのような方針をおとりになるのかと注目を

していたわけだ。

この間参事人でお呼びいたしました大熊一夫さん、「ルボ老人病棟」という御本も出しておられる方ですけども、今岡光部長のおっしゃったお答えでは私は全然わからないんですが、どのぐらいいそいった老人病院やあるいは老人ホーム、まあホームではそんなことはないと思いますが、いわゆる老人病院の拘束というんですか、縛りつけられ、おむつをされ、そして徘徊をしないためにベッドにくくりつけられるというふうな状態。とにかく寝たきりをゼロにするためには起こさなくちゃいけないわけですよ。昼間起こす、とにかく起こす。理由をつけては起こす。食事のたびに起こす。そういうふうなことがどのぐらいい老人病院などで進んできたかとおられるんでしょうか。何か実感をおられますか。

○政府委員(岡光序治君) おっしゃいますように、普通の日常生活と同じような形で、朝起きて、着がえをして、ベッドから離れて、そういうことが病院の中でも展開されなければならぬと思っております。それからまた、在宅でもいわゆる生活リハビリテーションというものの勧めをしておるわけですが、病院で申し上げますと、今お話がありましたような体制を整えるということが最大の眼目でございます。

それにつきましては、老人病院が現在のところ十四万床程度ございますけれども、その中で、いわゆる入院医療管理料、介護力を強化した病院というのがだんだんと定着をしているわけでございます。そして、そういうものの定着がより進んでいって、体制を整えることによって、いわゆる老人病院の中でも起こすということがどんどんと病院の体制として行われるというふうに理解をしておるわけでございます。

○竹村泰子君 少し例を挙げてみたいと思うんですが、これは恐らく厚生省の方は読んでおられると思うんですが、「日本の医療」という保坂正康さんという方の本があります。これは八九年十月に出された本ですから、そんなに前のことではない。

この本などを読んでおりますと、本当に悲惨な例がたくさんございます。

少しお耳ざわりかも知れないけれども、ちょっと取り出してみますと、「医療機関もまた取りっぱぐれがないために、ひとりの患者に検査をくり返し、くすりを次々にわたし、何日も入院させてカネもうけを考えると」もある。「健保制度では、熟達な医師と新米の医師とに技術料の差がついていないために、技術の劣る医師はなんども治療行為をくり返して、収入をあげることが可能になっている」と。

「いさせる三ヶ月メニュー」というのがあるんだそうですね。私もこれを読んでもう本当にびっくりしたんですけれども、「いさせる」というのは、老人患者をあの世にいかせることだ。老人はつまり「カネの成る木」であり、「老人患者は等身大の金貨」である。

三ヶ月というのは、その期間がもともと経済上の効率がよくかかげるからである。まず疾病をいくつもかかえている老人患者を入院させて、検査づけにする一方で、くすりを何種類も与える。むろんこのときのくすりは、薬価が高く、しかも大量に安く仕入れがきいて、差益の大きいくすりという意味である。疾病にきくというくすりなのではない。

老人患者を「いさせる」ことに決めると、末期治療が行われる。保険請求の高い医療機器がつかわれ、高価なくすりや進んだ治療に投与される。保険請求点数は二百万円から三百万円、四百万円とはねあがっていく。一般病院が二十万円から三十万円の治療をつづけているときに、この種の病院のレセプトだけは真夏の水銀柱のように昇っていく。

と、こういうふうな記述があるんですね。もちろん全部とは言いません。良質な病院も、良心的な医師もたくさんいらっしゃることはよく知っております。しかし、このような例がそんなに珍しくはない。これをどういうふうに認識しておられますか。

○政府委員(岡光序治君) 今例として挙げられましたようなケースについては、私も非常に悩ましいことだと思っております。

そして、特にお年寄りに対する医療というのは、お年寄りの心身の状況にふさわしい医療を提供していただきたい、いわゆるどこかの疾病に着目をして集中的にそれを治すというのではなくて、日常生活動作能力をより高める、それを維持、回復するということを年頭に置くというのをぜひともお願いしたいというところで、むしろ、投薬とか検査とかに頼るのではなくて、日常生活を支援する、介護するということを重点に置いた老人病院の体制を整えてくださいというのをお願いしておるわけでありまして、医療の教育の世界においても老年医学ということをおんながらに定めて、ぜひともその教育をお願いしたいというふうに望んでいるわけでございます。

そして、診療報酬の上では老人診療報酬におきまして検査とか投薬に頼らない、むしろ介護力を強化するということを高く評価したいというふうに進んでいるわけを高く評価したいというふうな医療管理料でございます。入院医療管理料といたところの実例を見ますと、検査、投薬は断然減ってきておりまして、むしろ介護に重点を置いてお年寄りは元気になっておる、こういう状況が見られておるわけでございます。私どもはそういう方向を目指すべきものだというふうに考えている次第でございます。

○竹村泰子君 今の現実を悩んでいるというふうにお答えになったわけですけども、こういう事実をどうやったら打開できるだろうか、どうやったらなくなることができるだろうかということについて余り意欲的なお答えが聞けなかったような気がいたしますけれども、大臣いかがですか。○政府委員(岡光序治君) 行われる医療サービスは、質をどう評価するかという、質の問題だろうと思っております。

たサービスの結果、アウトカムについて評価をするスタンダードを考えなきゃいかぬのじゃないだろうか、もちろんいろんな病院におきまして内部チェックのシステムができておると思いますが、もう少し第三者による公平なチェックというものを実は私も内部で検討しておりますし、また関係の医師の方々ともお話をしておるわけでございます。そういう質の評価というものがまずみずから行われ、かつ外からもそういうことを支えるというところによって、御指摘がありましたような余り望ましくないケースは、まずお医者さんのスタンス、姿勢の問題からして解決をしないかなければ根本解決にはつながらないんじゃないか、そんなふうにお考えをおる次第でございます。

○竹村泰子君 ぜひそのチェックを厳しくしていただきたいと心からお願いをしておきます。長期に入院を要するお年寄りにとっては、今回の改正によって一般病院、老人病院、療養型病床群、老人保健施設、特別養護老人ホームという五種類の施設が存在することになるんですね。そのうちどの施設が適切な機関なのか、施設なのかというところがよくわからないのか、施設なのかという。またこれらの施設には医療提供施設、通所型施設、中間施設ですね、福祉施設などがあるわけですけども、どの施設が適切なサービスを提供できるかということについては、福祉と医療の緊密な連携が必要ではないかと思うんですね。その辺についてどのようにお考えでしょうか。

○政府委員(岡光序治君) 御指摘ありましたように保健、医療、福祉の各施策が連携をとって対象者のニーズに適切にこたえていく、こういう仕組みをとることが必要だと考えております。具体的には、先生よく御存じのとおり、市町村に高齢者サービス調整チームというものをつくっておきまして、ここである人に対してどのようなサービスがどのように提供されれば最もふさわしいサービスを提供したことになるのかということを検討した上で、その検討結果に基づいてサービス

スが継続されるようにというのを考えておるわけでございます。

それから窓口の問題につきましては、私ども中学校区に「カ所」という目標で在宅介護支援センターというのをつくりたいと考えておるわけでございます。地域の方々とはりあえずはこの支援センターに相談に来ていただく。支援センターは保健と医療と福祉全体にわたる相談ができるような体制を整えて、そしてその中から必要なサービスはこんなことですよということについて相談に応ぜられるような、そんなふうに支援センターの体制を整えたいと考えておるわけでございます。

また、医療側から市町村に必要な情報が提供される必要があるというふうに考えておりました。ことしの四月の診療報酬改定におきましては、医療機関が寝たきり老人等の情報をつかまえた場合に、市町村に情報提供してもらい、それをやれば情報提供料というものを支払うということを考えておりますが、いずれにしても、医療のサイドから保健、福祉へ必要な情報を提供して、保健、福祉もそこから必要なサービスを提供しよう、こういうことを考えているわけでございます。

それから、来年の四月からでございますが、全国の市町村ではあるいは都道府県で老人の保健福祉計画というのをつくらせていただくことにしております。この計画では先生御指摘がありましたように、医療と福祉の連携というのを大きなテーマとして考えておりました。計画の中でそのようなことが実践できるような、そういうことを盛り込むようにしております。

○竹村泰子君 中学校区に一つ在宅福祉の支援センターと、老人保健法を審議いたしましたときに私もこの議論を大分しましたけれども、これはいつごろ目的を達成するといえますか、実現しますでしょうか。

○政府委員(岡光序治君) 中学校区に「カ所」の実現はやはり十九年計画の最終時点までかかるのではないだろうかと思っておりますが、市町村ある

いは県の御理解、それから関係の病院とか関係の施設の御理解を得た上で、できるだけ早く体制を整えたいと考えております。

○竹村泰子君 これまで療養型病床群と特例許可老人病院、特に介護力強化病院との相違についてはたびたび議論がされてきました。

療養型病床群は年齢を制限しないということなんでしょうけれども、特例許可老人病院とそれが異なる点と説明されております。それならば実際問題として、療養型病床群において高齢者の占める割合はどのくらいになるんでしょうか。また高齢者の立場に立つてみた場合、療養型病床群と介護力強化病院とで具体的に受ける医療、看護・介護サービスにどんな差が生ずると考えておられますか。

○政府委員(古市圭治君) 療養型病床群というのは、御指摘のように年齢に関係なく主治医が病状が安定してこちらの施設で治療、療養するものがふさわしいという方が収容されるということになるわけでございます。これから始まる制度でございますから、現段階でこの中の年齢構成というものを予測することは不可能なのでございます。

しかし、一つの参考の数字として申し上げますと、平成二年の厚生省が実施いたしました患者調査によりますと、三カ月以上一般病院に入院している患者さんというのは四十六万五千人でございまして、この中で老人の患者、六十五歳以上という方が約三十万人ということでございます。日本全国平均の現状と申しますのは、三カ月以上長期入院患者に占める六十五歳以上の割合は六四％となっておりますわけでございます。この人たちが老人病院に入り、それからまたこれから療養型病床群になりますと、一部高齢者もお見えになります。年齢階級を問わないということでございますから、病状が安定した六十五歳以下の人も入ってくるということで、動き出しましてから数値というのはだんだんと明らかになってくるの

次は、療養型病床群と特例許可老人病院あるいは介護力強化病院ということ、看護・介護などのサービスについてどのような違いがあるのかということでございます。

収容されます人が一応年齢構成が違うわけでございますが、個々の人について申し上げますと、それは必要な医療、介護というのについては差がないという場合も多いのではなからうか。ただ、施設基準から申しますと、療養型病床群の方は従来の病院よりもいわゆる新しい機能訓練室、食堂、談話室等を設ける。さらには病室の面積を広くするという点で、長期療養にふさわしい施設というぐあいに位置づけられているわけでございます。

○竹村泰子君 療養型病床群においても実際の問題としては大半が高齢者になること、これは避けられないと思うんですが、この秋から老人病院における老人の収容比率も六〇％になるということを考えれば、老人の比率は両者において何ら変わりはないし、利用者の立場に立った場合介護の質、量においても療養型病床群と介護力強化病院に違いがあるとは思えない。それにもかかわらず、高齢者が入院した場合公費負担が片方は五割、片方は三割というのはどう考えても納得がいかないですね。療養型病床群の公費負担について、同じく五割とすべきであると強く思いますが、どう考えますか。

○政府委員(岡光序治君) 今御説明がありましたように、療養型病床群は年齢にかかわらず長期療養を要する患者をすべて対象としておるわけでございます。

昨年の老人保健法改正において、原則三割の公費負担を五割に拡大するというのを導入いたしましたわけでございますが、その五割の対象のものは、考え方を整理しております。実質的にも制度的にも主として老人を対象とするサービスである。それから看護・介護職員によるサービス提供体制が整っているという考え方に基きまして、介護体制の整った特例許可老人病院とか老人保健施設とか、こういったものを対象にしたわけでございます。

そういうことからいたしますと、療養型病床群というのは少し幅が広がって、老人保健法による公費負担の問題につきましては、原則に従って三割で整理をするということになるというふうに考えておるわけでございます。

○竹村泰子君 今のところは全然わかりませんね。なぜそういう差が、五割と三割というのは非常に大きいわけであって、そういうことが起きてくるのか。これは本大臣に御答弁を求めたいところですので、この不公平という点、どちらの病院を選ばかによって、まあ運命とも言うようなもので、片方は五割公費負担、片方は三割公費負担、これはちょっと解せないと思っております。このことについて厚生省に再度私は答弁を求めたいと思うんですが、これはこのまま定着してずっとこの形でいきますか、それとも非常に不公平が起きるといふことも考えて考慮していきたいと思えますというふうな前向きな御答弁が出来ますか、どうですか。

○政府委員(岡光序治君) 先生もよく御存じのとおり、公費が三割か五割かということは入院をしていての患者の一部負担には直接かわりはないと思いません。むしろ老人医療費を賄っておられるいわゆる被保険者からの保険料と公費負担との関係が問題になるわけでございます。そういう意味では私は被保険者全体がどういふふうにお考えになるかということもかわりがあるのではないだろうかと思っております。

いずれにしても、いろいろこの点につきましては御指摘があるところでございます。これから療養型病床群の基準に関する議論とか、あるいはどの程度療養型病床群として病院側から申請がなされるのか、その実施状況を見きわめた上でもう一度よく考えてみないかなというふうには思っておりますが、私ども直接患者にはかわりはない話でございますので、現場の患者との関係ではこれはそういう整理ができるんじゃないだろうか。

にもしないというわけではございませんで、やはり老人医療費をめぐる負担関係はどうあつたらいふのか、こういう議論は常になされなきやならぬわけでございますから、そういった中でこの療養型病床群が定着をしていてどういふふうな運営状況になつていくか、そういうことは十分にらんだ上で広い観点から検討すべきものと思つております。

○竹村泰子君 新しいことをお始めになるわけですから試行錯誤もあるかもしれない。けれども、決して硬直することなく柔軟に、これはちよつとまずかたかな、それじゃやういふふうな考え直そうというふうな柔軟な態度をこころ強く希望しておきます。

次に療養型病床群の人員の配置基準の問題、これも随分議論されてきたわけですが、今回の療養型病床群は老人病院における低い看護基準と同じ低いレベルの看護要員を正面から容認するものであり、運用によつては医療の切り捨てにつながりかねない危険性を持つてゐると思ひます。今日、少なからぬ数の良心的な老人病院が頑張つてゐるにもかかわらず、これまで老人病院は老人医療を専門に扱う専門病院というよりはどちらかといふと一般病院の二流とか、そういうイメージを払拭できなかったのではないかと思ひます。そしてその要因としては、特例という形で一般病院よりも低い人員基準が定められてきたことを挙げることができるとは思ひません。

○政府委員(古市圭治君) 今回提案させていただきますが、もう一度御答弁ただけますか。

いております医療法の改正の中で、いわゆる入院施設については療養型病床群というものを新しく提案してゐるわけでございますが、これは従来から二十床以上は病院である、その中で医師、看護婦等の人員配置の標準というものは一律に決まつてゐる、そういうことではいわゆる年齢構成それから疾病構造、また患者さんの要求の多様性というものにこたえていくには余りにも硬直化した法律制度ではないかということで、新しい枠をつくつたわけでございます。しかも、それは強制することとございまして、実情に合わせてそれにふさわしい医療機関は全病院あるいは一部病院でこれを御利用してください、そのための診療報酬点数はそれにふさわしくつづけますよ、こういう提案をさせていただくことになるわけでございます。

したがしまして、これが医療全体の水準、質を低くするということでは全くございまして、現在の一律的なものに、こゝういふような新しい基準の中で適応できる患者さんというものはそこに行かれる方が長期療養にはふさわしいんじゃないかということとございまして、そのためには、部屋の広さというものもそうでございますし、配置基準というものも新しく看護補助者というものをいれまして、従来の看護婦さんだけの基準じゃなくて看護・介護というものの一定の基準で長期療養にこたえるという制度をつくつた、こゝういふようなこととございまして。

○竹村泰子君 療養型病床群を、私もさつきちよつとよくない例を挙げましたけれども、過去の老人病院の二の舞にしてはならないと思ひますね。そのためには、新しいことをお始めになるわけですから、スタートが肝心。介護要員についてもそれなりの手厚い体制を、従来の介護力強化病院並みの四対一、せめて五対一とすべきではないでしょうか。

○政府委員(古市圭治君) これは実際動いてみてまた制度の足りないところ、気づかなかつたところというふうな手直しをされていくべきものだと思いますが、現段階で一般的に考えますと、老人病院等は年齢で一つの仕切りがございまして、その中で多くの老人病を持つた患者さんが収容される。それに比べますと、療養型病床群の方に医療上から判定されてそちらの方でどうですかと言われる人たちは年齢のあはれないわけですから、一般的にはより若い人たちが構成される比率も高くなる。そういう人たちは病状、治療上は長期にわたるけれども、一般生活上は歩いて食堂で飯が食べられる、自分で排せつとか寝起きとかできる、そういう分量も大きい。

に、看護婦が二人いれば診療録への記載や注射、点滴などそういった適宜分担をすることが可能だけれども、看護補助者との組み合わせではこれができる。そのためにたとえ夜勤回数が増えても看護婦同士で夜勤をした方が楽だと当の看護婦さんが選択したからであると言つてゐるわけですが、厚生省はこゝうした現場の声をどのように認識しておられますか。有資格者の看護婦のみで二・八体制を組めるような配置基準をまずとるべきではないかと思ひますが、いかがですか。

○政府委員(古市圭治君) 先生の御指摘のこともよくわかるつもりでございます。しかし先ほどお話がございましてように、現在の日本が有してゐるだけ公平、最適な形で日本全部の医療供給体制の中で適用していくということが望ましい。にもかからず点数改定という影響もあつて大病院の方に看護婦さんがシフトして中小病院、一般診療所で有資格の看護婦さんがいなくなつてくる、こゝういふようなお話をございまして。そういうことからレベルを上げていくということが大事でございまして、それと同時に現実可能な体制という中でレベルを上げていく必要があるかと思ひます。

わすというところもそれはそれで妥当なのではなからうか、このように思っているわけではございません。

○竹村泰子君 現実の問題としては厳しいという点を承知したけれども、今回の医療法改正で医療の担い手としての看護婦を法律に明記したことを踏まえ、医療を担うヒューマンパワーの確保という観点から、看護婦はなんでもコメディカルスタッフの位置付けと人員の配置基準の問題を中心にお伺いしてみたいと思います。

さきの人材確保法案の審議においても、私どもは二・八体制、週四十時間労働を初めとする労働条件の改善と増員が現在の看護婦不足を解消するために急務の課題であるという点を申し上げてきました。しかし、四十床から五十床の看護単位を前提とした場合、現行の四対一あるいは六対一という標準では二・八体制の実現が不可能なことばもう今おっしゃったとおり既に明らかであり、すべての看護婦に対して二・八体制を実現するためには、現行の医療法の標準を改定する必要があると思っております。厚生省はこの問題についてこれまで、今なおこの標準を維持したいという医療機関が四分の三ある中で、配置基準の改正には直ちに踏み切れないという姿勢をとってこられました。

それならば医療法上も、職員が慢性的に著しく不足している医療機関において病床の利用制限を行うことを可能とするような規定を設けねばならず、一刻も早くすべての医療機関において四対一が確保できる措置をとるべきではないかと思っております。これは重要な問題なので、大臣、どんなふうにお思いになりますか。

○政府委員(古市圭治君) 非常に技術的な問題もございまして、最初に私答えさせていただきます。

先生がおっしゃいます、私もここで御審議いただき、また看護婦人材確保法のおきにお答えをさせていただきまして、そういう状況に早く持つていきたい。また配置の標準数というものを直

せる時期に、そうなったときには来るのではなからうかとお答えしたわけではございません。

その間をどうするのだというお尋ねでございますが、御指摘のように、私どもは医療法が守られているかどうかという点を現実には医療監視というのをやっております。その中で数値に足りないところがあるわけではございませんが、著しく足りない、さらには常態的に改善されないというところになるわけではございません。改善命令を出してきているわけではございますが、それでもできないというところは、今後看護婦確保法案が通りましたときには、ナースセンターで集中的にそういうところにもまた紹介していく、援助もしよう、しかしそれでもだめだ、しかも熱意がないというふうな医療機関というものがあつた場合には、その許可病床というものをその範囲内に、医療法の定数に合う範囲内に遠慮していただくということも現実問題としてやっていたいかなかつたらいけないというぐあいに思っております。

これは今後の検討課題でございますが、先生の御指摘のような趣旨も踏まえて、適正な医療が提供されるような仕掛けというものを、看護婦数の増員だけでなく、ほかの方法があるかどうかというところもさらに検討させていただきたいと思っております。

○竹村泰子君 厚生省はこれまで、看護婦がふえてきた際には医療法の配置基準の見直しもあり得ると答弁しておられますけれども、具体的には何を指標としてその配置基準の見直しの時期とお考えになるつもりですか。

例えば厚生省の需給見直しによっても、一九九四年には充足率が反転して、以後その不足が解消されていくとされております。厚生省の計算によりますと、一九九七年には充足率は九五%を超えます。これらを一つの目安と考えてよろしいですか、どうですか。

○政府委員(古市圭治君) 私どもこの需給見直しで全力投球していくわけではございますが、先生の

ただいまの理詰めの質問で非常に困りますのは、確かに一九九七年では九五%近くまで行く、そうありたいと努力いたします。その過程におきまして、絶えず見直しというものはやっています。思っているわけではございますが、早い話が医療法の改正というものが、六十一年の第一次の地域医療計画を入れた医療法の改正に引き継ぎまして、今回の私は私も通称第二次の改正と申しております。その後いよいよ中小病院、総合病院の問題、それからまた有床診療所の問題等を含めまして第三次の改正、さらには第四次の改正というものをやる必要性は感じていてございまして、だから、そういうような改正のときにはまたこの配置基準につきましても十分検討して、合意が得られたところからひとつ提案をさせていただきたいと思っております。

○竹村泰子君 それでは次に、難病に対する質問を少しさせていただきます。

厚生省は、一九九二年に難病対策要綱、七二年ですからも二十年前ですけれども、出しておられます。この難病対策要綱には、調査研究、医療費自己負担の解消と並んで医療施設の整備が三本柱として挙げられております。しかし特段の方針や計画が定められていないんですね。これはなぜなのでしょう。先日、実は私も厚生省の皆さんにおいでいただきまして「難病対策の確立」という課題で市民と政府の土曜協議会をいたしました。その中で保健医療局疾病対策課で答えておられるんですが、その問題は「保健医療局国立病院課及び国立療養所課の任務であると考えている」。しかし一方、国立病院課及び国立療養所課は、我々は国立医療機関の難病機能に限って責任を持つ部署であり、難病医療施設について全体的、計画的に整備して地域的な偏在のないようにする施策については「保健医療局疾病対策課を中心に「医療法の主管課である「健康政策局計画課も関係する」と思う。つまり非常に厄介な問題だから、いろいろな思える答弁をしております。

これは、医療施設の整備ということについては、あるいは難病対策については、一体どこが責任を持ち、どういう方針をお立てになるんですか。

○政府委員(寺松尚君) 今先生の御質問のように、一つは難病対策自身は疾病対策課の方でやっておりますけれども、国立病院・療養所の整備の方は確かに先生がおっしゃる通りに国立病院課とか療養所課とか、いわゆる特別会計の中でやっておりますわけではございます。しかし、私の立場は両方を総括しておりますので私からお答えするのがいいかなと思っております。決してセクショナリズムがあるわけではございません。持ち場持ち場で仕事をやっていくということでございまして。

今先生から御指摘いただきました難病対策をやっております基本は、四十七年につくられました難病対策要綱、確かにこれはおっしゃるのとおりでございます。先生は三つとおっしゃいました。それは、一つは調査研究の推進、これは先生御指摘になりました。それから二番目が医療施設の整備、これも御指摘になりました。三番目が自己負担の解消でございます。確かにこの辺が重要でございますが、もう一つ大事なことは、四番目といったしまして地域保健医療の推進、こういうようなことを考えております。

と申しますのは、難病患者の方々というのは必ずしも入院しておられるだけの患者さんではございません。在宅でいらっしゃる方もございまして、やはりQOLを考えてまいります。在宅でできる方は在宅でやられた方がよいという患者さんの御希望が非常に強い、そういうものに対応していかなければならない、こういうふうにお考えしております。施設だけが全端ではございません。そこは御理解をお願いしたいと思います。そこは要綱でございますけれども、中身をそれぞれリフレクショナルしてまいっておるわけではございまして、

難病患者に對します医療を確保するために専門家を初めとする関係方面の御意見を幅広く伺いながら適切な対策を講じてまいりたいと考えております。

また、施設についてあえて申し上げますと、国立病院、療養所も、御承知のように今再編成計画と必らずの先生方のいろいろな御支援をいただきながらやっておりますが、その中で、難病といふものに對します施設整備といふのは重要な柱の一つでございます。私もその再編成計画の中で各ブロックに難病の中心的な機関を配置いたしました基幹施設とするということにいたしました。今その統合等をやりながら難病の基幹施設の整備を図っておりますのでござい

○竹村泰子君 医療法に基づく都道府県医療計画においては難病医療の確保についても必ず目標を明らかにするように指導すべきではないでしょうか。もう一つは、難病対策の担当である保健医療局疾病対策課を中心として難病対策要綱にある医療施設の整備について政府方針を協議する方向で努力を約束していただきたい、こういうふうに思います。

先ほど出しました土曜協の準備段階での回答では、健康政策局計画課が、難病といっても多様であり、各県ごとに確保することが無理な場合もあるというふうに漏らしておられるんですけれども、この辺について少し前向きな回答を出していただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○政府委員(古市圭治君) 現在、地域医療計画の中では必須事項以外に任意的記載事項ということと項目を示して、都道府県の方にその計画の樹立というものを示していただいているわけでございます。平成二年十一月に出しました通知、「地域保健医療計画作成の手引き」という中でこの項目は特に挙げておりまして、「保健医療供給体制整備に關する事項」の中、「特定疾患(いわゆる難病)の状況」につきまして、「特定疾患患者の状況、相談、訪問指導等特定疾患対策の実施状況等(各地

域独自の調査)」というものも含めてこの状況をとりあえて計画を立てるように指導しているわけでございます。

また、その指導と直接関係ありなしは別にいたしまして自治体の中でも、ここに大阪府の保健医療計画というのがあるんですが、その中の任意的記載事項の中で、難病につきましては十ページにわたって難病対策、またこの医療機関でどういう体制をとるかということについてもその記載がされているということで、こういう例を参考にしたいと思っております。

○竹村泰子君 今、そういうふうに都道府県で前向きにきちんと計画を豊富に入れているという都道府県がどのくらいあるか、大体で結構ですが、おわかりになりますか。

○政府委員(古市圭治君) 正確な数字、今ございせんが、担当の方の今まで接した感触ではほとんどの県で難病というものは取り上げられている。ただ、そこに濃淡の差がございまして、この大阪府のような例は非常に模範的な例であろうかと思ひます。さらにまた調べまして、十分でなければ徹底していきたいと思っております。

○竹村泰子君 一行入れたって難病に対する計画があるということになるわけですから、その辺のところはきちんとお調べいただいで指導をしていただきたいというふうに思ひます。

難病患者が必要に応じて長期入院しても診療報酬が通減することのないような配慮が必要ではないでしょうか。例えば、現行の診療報酬では三ヵ月、六ヵ月の節目で収入が減るといふふうに言われているんです。そして同じく、先ほどの土曜協準備段階での回答では、御指摘のように「医療費の適正化、長期入院の是正」という観点から診療報酬の是正を進めているところだが、とりわけ特定機能病院に長期入院する特定の疾患の患者については、今後の問題として検討しなければならぬという感じもする。」というふうに答えておられるんですけれども、この点についてどうお考えで

しょうか。

○政府委員(黒木武弘君) 御指摘のように、診療報酬の中で入院時医療管理料とか看護料につきまして通減制をとっておるわけでございします。もう御案内のように、一般的に申しまして入院時には患者の容体が安定していないことや病名の診断が確定していないこと等に由来しまして、診療回数が多いとか濃厚な看護が必要だといふようなことから、費用面でだんだん通減するということに關連いたしました。こういって一定の通減制は必要だといふふうに考えております。

また、御指摘のように、我が国における平均入院日数というのは諸外国に比べて非常に長いと指摘されているわけでございまして、私どもとしては漫然とした長期にわたる入院を是正するといふ観点からも、こういった一定の通減制は必要だといふふうに考えております。

難病患者に限りませず長期入院される方が必要な療養を受けられるということは当然のこととございしますけれども、療養の給付という形で費用をお支払いします診療報酬のあり方として、費用が通減する、それに着目して、私どもはそういった費用の通減制度を導入していることについては御理解をいただきたいと思ひます。

○竹村泰子君 難病の方たちが一番今回の医療法改正で問題としておられるのは、長期の療養を必要とする難病のほとんどがそういうケースだけれども、そのときに、これまで入っていた病院から新しく違う病院へ行けと追い出されるようなことが起きるのではないかと、このことを非常に危惧しておられるんです。

これをちょっと確認させていただきたいと思ひますが、患者が選んで自分の病院というふうに決めておられる、つまりもう入院をしておられる人が、療養中の方がその病院を理由もなく追い出されるようなことは起こり得るということはありませんか。いかがでしょうか。

○政府委員(古市圭治君) 全くそれは起こり得ません。現在でも入院患者さんが病院側から退院を

してくれと、こういう話があったりするというのは事実かと思ひます。それはいろいろな状況で、もう医療の必要性は大体ないといふことで、お医者さんがそう言っても患者さんの方はかえって不安であるとか、さらにはいわゆる家庭内暴力のほかに医療機関に行く予定がまだたっていない、そういうようなのが現実にあるとお医者さんとお患者さん、家族の間でお話があると思ひます。

そういうようなことは、今度の医療法改正にかかわらず今もある問題でございますが、今度の療養型病床群というのが新しくできましたときに、その中で治療を受けるのがふさわしいかどうかというの、お医者さんがまず病状から判断をされて、入院されている患者さんにそういうお話をし、それから納得の上で移すというのが実態でございしますから、有無を言わず三ヵ月来たらそちらに移すといふことでは全くございせんので、そういう危惧はないと思ひます。にもかかわらず、確かに先生がおっしゃったように、長期療養者、難病団体、透析患者の団体等からそういうことに対する不安といふものに対していふゆる要請、陳情の手紙がたくさん来ているということも伺ひましたので、さらにそういう誤解がないように注意しながらこの実施に当たっていただきたいと思ひます。

○竹村泰子君 難病患者の医療相談なんですけれども、相談班というのをつくっておられますが、患者やその家族会のリーダーなど経験者、当事者に参加していただくべきではないか。都道府県によつては相談班を九ごと患者団体などに委託しているケースもあると聞きますけれども、そのような事例があったら報告をしていただきたいたと、患者や家族会のリーダーなど、疾病のことがよくわかる方たちが相談班に入っていたかどうかということについてどのようにお考えか、聞かせていただきたいと思ひます。

○政府委員(寺松尚君) 先ほど私が、難病対策を進めていきます場合に、四番目といたしまして、地域の保健事業といふますが、保健医療事業の推

進と申しましてお話ししましたが、それに関連するわけでございます。正式には平成四年度から都道府県が主体となりましてやっておりますわけでございますが、難病患者地域保健医療推進事業というふうなものでございます。その中に、特に医療相談事業という事業がございます。そのお話を竹村先生おっしゃっているんだと思います。

この相談事業というのは、都道府県またはその委託を受けた適当な団体が事業を効果的に実施するという観点から、地域の実情、患者のプライバシー、事業の利用しやすさというふうなことを配慮しながら適切に相談班を構成して推進していただくものだ、こういうふうに考えておられるわけでございます。したがって、実際、県によりましてはそのような取り組みもされておるところもございまして、都道府県だけでやっているところもあると聞いております。

いずれにいたしましても、入院のみならず在宅の患者さん方の医療の問題あるいはいろいろな相談の問題、これは適切に対応していかなきゃならぬ、そして不安を解消してあげなければならぬと考えておられて、私も都道府県の事業を応援してまいりたい、このように考えております。

ただ、患者団体等いろいろな方に入っていただきます場合に、これは訪問とか相談とかを受ける患者さん自身のいわゆるプライバシーの問題に私どもも神経を使っておるところでございます。その辺の非常に御理解がある団体ももちろんあるわけでございますが、そういう団体なら進めていくのではないかと、このように考えております。

○竹村泰子君 難病対策についてはまだまだお聞きしたいことがあるのですけれども、時間が迫ってきましたので、それでは次に、今大衆新聞紙上でもにぎわっております患者の権利という問題について質問させていただきます。この問題についてインフォームド・コンセントという言葉がかなりポピュラーになりましたけれども、この言葉を厚生省はどう考えておられますか。

○政府委員(古市圭治君) アメリカからこの概念

が広まってきたということでございますが、日本では言いますと、患者さんに対して医療担当者、殊にこの場合医師が中心でございますが、その相談にあずかったことに対して、診察、治療をするについて十分説明をして患者さんの同意を得た上で診療、治療行為が行われていく、これを要請されているということかと思っております。

○竹村泰子君 今後の医療政策を考えるにつけて、患者の権利、医療サービスの需要者の立場を考慮した政策を考えるべきであると思っております。特に衆議院からずっとインフォームド・コンセントについてはかなりの議論が聞かれてきたと思っておりますけれども、インフォームド・コンセントについては早速その問題点を洗い出して、国民の前に広く議論の経過を含めて情報を公開すべきであるというふうに思います。

そもそも、インフォームド・コンセントという問題は、もう言うまでもありませんが、もちろん良心的なお医者さんたちは、そんなものはおもうとつくにやっています。今さらそんなインフォームド・コンセントなんて問題にすること自体がおかしいと、私もかなりお医者さんについていろいろお聞きしてみましたけれども、そういうお答えも随分ございました。この委員会の中にもお医者さんがかなりおられますのでお耳ざわりかもしれませんが、インフォームド・コンセントというお医者さんばかりではないのでございまして、このインフォームド・コンセントというものが近來問題になってきたのは、第二次大戦後にニュルンベルク裁判でナチスが人道に反する実験を被験者に加えていたということが明らかになったことから、医学的な実験には被験者の同意が必要だというニュルンベルク綱領というものがつくられ、それ以来西欧社会ではかなり患者の権利という問題が出てきていると思っております。

これは日本医師会生命倫理懇談会が出ておられます「説明と同意」についての報告」という報告書もございまして、この中では「説明と同意」というふうに訳しておられるんです。イン

フォームド・コンセントというのはどう訳せば一番的確なのかというところは種々議論のあるところだと思っておりますけれども、患者と医師の立場で、要するに説明をされて患者がそれに対して同意をするというだけのことでないのか、私にはそう思っています。

これは「医療の倫理」という、星野一正さんという方のお書きになった本なんですけれども、「インフォームド・コンセントの前提条件」としてこんなことが挙げられているんですね。例えば「患者の医師への質問の自由」、こんな当たり前のことだと思えますけれども、なかなかこれがやりにくい。余計なこと質問するなというふうな顔をされることもしばしば。「患者が同意した医療を実施した時の医療上の責任」、それから「患者の同意拒否権」、医師が患者に説明をして診療行為の選択肢を与えて同意を求めた場合、患者はいずれの選択肢にも同意をしなくてもよい、という拒否権です。それから「患者の同意撤回権」、患者が医師に同意を与えた後でも、考えが変わったら同意を撤回したり変更を求める権利がある。それから「医師を選ばず患者の権利」、患者は医師を選ばず権利があり医師を変える権利もある。「患者の診療拒否権」、「患者の医療の選択権の制限」というふうな、こんなことが幾つか書かれておりました。もちろん患者には「真実を知る権利」も、知りたくなければ「知らされない権利」もある。あるいは「それとておいてほしい権利」もあることを忘れてはならないというふうにあるんですね。

このインフォームド・コンセントということについて、説明をされてそれにただ同意をするというだけではなくて、患者の自己決定権といえますか、患者があくまで自由な意思に基づき診療、検査、投薬、手術その他の医療行為について、それを選択しあるいは拒否することができ、それから医療行為の目的、方法、危険性、予後など、治療などについて説明や報告を受ける権利がある、あるいは患者は同一医療機関の別の医

療従事者あるいはほかの医療機関の従事者からの意見を求めることができるか、個人情報保護される権利があるとか、今いろいろのことが、御存じのとおり患者の権利法というものを考えている方たちがおられます。昨年の十月に「患者の権利法をつくる会」というのが設立されております。

患者の権利法などをつくると医師と患者の間がぎくしゃくするのではないかと、そういう心配をする人もいるわけですが、それとまた日本の医療の世界でそういった問題はそぐわない、今までの関係で十分じゃないかというふうなことも言われております。ただ、その中で、現在の日本における医療が十分である、もう私たちはこれで満足をしている、満ち足りているということが一〇〇％言えるわけではない。

快適な環境において最善の医療を受け、病気であっても可能な限り通常の私生活や社会生活を営む権利を持っている。老人病院の問題をさき申し上げましたけれども、そういった患者の権利を奪うことのないようにしなければならぬ。患者の納得を得ながら医療を行うことによってこそ医師も医療も進歩するというふうな、こういう考え方に立てば、インフォームド・コンセントということについてはいろいろな考え方があろうと思えますけれども、大変大切な私たちの命にかかわる権利ではないかというふうに思うわけですね。

さらに、日本では、私も素人なのに生意気なことを言うようですが、いわゆるムンテラと呼ばれる、ムンテラビというんですか、難しい言葉で、医師がわかりやすく説明をして、病状、診断、治療、予後などを患者に理解させ納得してもらおう。そのことにインフォームド・コンセントということが使われるとするならば、これは非常に貧弱な発想になってしまうのではないかと、そういうふうに思うわけです。

このインフォームド・コンセントの前に親切な説明、病名、今後の進行状況、治療、注意事項、副作用の有無、投薬の内容、そういったことにつ

いて必要なことを十分厚生省が検討するべきではないかと思ひますけれども、インフォームド・コンセントということについて厚生省、大臣も伺いたいと思ひますが、どのように考えておられ、今後どうしたいとお思ひか教えていただきたいと思います。

○國務大臣(山下徳夫君) これはもうあくまで前提となるものは医師と患者の信頼関係であらうと思ひますが、今先生は幾つかの例をおとりになつてお話しになりましたけれども、これは患者の権利、患者の立場からの権利が主であつたと思ひます。

しかし、これに対して医者もやはり権利があると思ひます。例えば非常に氣の弱い、がんに對してもう物すごい恐怖心を持つていゝる人に対して言つた方がいかどうかというような場合には、これはやっぱり言つてはいけないうん、これは一つの医師の権利でなからうかと思ひます。これは、また先生のお話しになりました中には、知らされたい権利というものが患者にあるとするならば、知らせない権利というものが医師にもあるんではなからうかと私は思ひます。まともにも答へることがいいか悪いかわからない医師の判断に基づくということもございましょう。

したがって、方向としては今後医師と患者の信頼関係がますます厚くなつて、インフォームド・コンセントというものはこれは大切な問題で、そつちの方向に進んでいくべきであります。ただ一方的に患者の権利だけを認めるのがインフォームド・コンセントじゃない、そのような感じを私は持つております。

○政府委員(古市圭治君) 今大臣から御説明があつたに尽きるわけでございまして、先生がインフォームド・コンセントについて多面的な、多角的な価値観があるという形でいろいろお話しやいました。もうそのとおりの中で、これをどのように我が国の中に定着させていくのかという立場ではなからうか。

考人の御意見の中でもいろんな御意見がございまして、全体の方向としては非常に重要なことであり、今回法律の中でその基本となる、医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づいて医療が提供されるべきだと、理念規定が入つたことは評価していただいたと思つております。さらに進んで、インフォームド・コンセントを国民の理解を得て医療関係者の方にも普及定着していくために、何らかの検討会を設けるべきだということも御要請があつたんではなからうかと思ひます。そういう要請を受けまして、私どももこの国会が終了いたしましたして、政省令をつくる中でこの問題をどう検討するかというのを、大臣の御指示も受けまして検討会を設置したい、このように思つておるわけでございまして、この端に言ひますと、何でも権利権利、こう言つて、言つてしまふばいというんだったら医者もこんな楽なことはないというんだったら医者は、全部言つてしまふ、あなたの方法を選択しますか、悪く言えば、アメリカ的な防衛医療ということにいきましようし、ある意味じゃ無責任医療という形にもなりましよう。そういう中で、あらゆる患者さん、家族の全部、医療、医者に対する信頼を受けて、その中で言う言わないの判断をしなからうか、これが医者の大変苦しいところであるし、それゆゑに尊敬されるべきところじやなからうか。

こつちの点から、日本医師会が説明と同意について先般報告書を出され、全医師に普及をされたというところは非常に大きな業績であつたと思つてございまして、行政もそういう線に沿つてできることを検討していきたいと思つております。

○竹村泰子君 もう時間が参りましたので終わりますが、大臣のお答えも局長のお答えも私は大変残念に思ひます。医師と患者の信頼関係がどうすればできるか、もちろん十分にできている例もあるのはよくわかつていて言つていゝるんですけれども、それが例が余りにも多いから、どうしたらそういう信頼関係ができるかということについて言へば、開かれた医療しかないわけですね。

そして大臣は、医師にも権利があるとおっしゃいました。もちろんそのとおりだと思ひます、専門家でですから、ですけれども、私たちはあくまでも強者と弱者という立場に置かれるわけですよ。私たちは身柄を、命を預けちゃうという立場に置かれるわけですよ。ですから、弱者の立場というものはあくまでも守られるべきだと思ひますし、例えばアメリカのことを古市局長今も言つておっしゃいましたが、これは極端な例かもしれないけれども、アメリカの病院に行きますと、あなたの権利は守られていますがと云つて、絶えずどこにでも患者の目に触れるところに投書をするような用紙がぶら下がつていたり、それからベッドサイドで、あなたは権利を侵されていませんかと云う問ひかけが毎日のようにある。

こつちでやれと言ひますせんけれども、別に私たちは権利権利というのを主張しているのではなくて、弱い立場の人たちの命にかかわる重大な問題である程度の権利意識というのには守られるべきではないか。これは今後の問題として厚生省の大きな御指導を、またビジョンをつくつていただきたいものと最後に要望して、終わります。

○栗森番君 きょうが委員会では本法案の最後の質問になるかと思ひますので、幾つかの前提条件についてお尋ねをしたいと思います。

この間の医療法の改正審議を通じてどうしてもまだ見えてこないところが幾つかございまして、といひますのは、質疑を通じて出てきてゐるのは、今回の改正がまず特定機能病院と療養型病床群を入れるということに中心があるんだらうと思ひますが、全体像をどうするかというのを示すことなく、この部分だけに改正を限つてきたということがある。一方では、診療報酬は診療報酬で、それに先駆けるようなやり方をしている。これは法律を論ずる我々の立場としてもどうも釈然としなこの辺のところについて、厚生省はどういう見解で今回はこの部分を中心に改正を絞つてきたのか、その点についてお尋ねをしたいと思います。

○政府委員(古市圭治君) 御承知のとおり、現行医療法の基本というものは昭和二十三年につくられたままでありまして、病院病床の制限というもの、また提供について地域という概念を入れて二次医療圏を設定したということが第一次改定で六十年にできたわけでございまして、その後医療関係者、行政、また国民の側からも医療機能の明確化とそれから質の向上というものの対する期待があつた。その中で何回かの議論を経て、結局、厚生省の中から研究班の案も提出されて、法律改正の身になつてきたところでございまして、

とを申し上げておきます。

この際、ついでといいますが、はっきりしておきたいんですが、医療法人の収支報告書を今回損益計算書に変えたというのが法律事項に入っています。これは私も今懸念をされているのは、大きな病院であればいろんな意味で効率的に運用できる。結局、大病院の事業化というのがますます進む。その中で収支報告書より損益計算書の方がその収支内容がはっきりするという意味では一つの意味があるんだと思いますが、結果としてこれが医療法人の営利化促進にならないのかどうか、そういうところについて見解をお尋ねしたいと思っています。

○政府委員(古市圭治君) 御指摘のとおり、医療法人は現在、他の公益法人と同様に収支計算書によりまして会計の処理をしているわけでございますが、いろいろ検討いたしました結果、医療法人が行う事業の会計処理というものは、一般の企業と同様に収益が発生した時点において会計処理をさせるという方が適切に財政状況を把握できる、またこれも非常に重要なことであるというところから、この際この切りかえをさせていただいたわけでございます。

発生主義による損益計算書によって明らかにするというのが目的でございますので、これが医療法人の営利化を促進するということでは全くございせんが、ただ、そのおそれがあるというのはこのことに関係なくそういう批判があるわけですから、それはそれとして医療監視、指導の面で注意をしていきたいと思っております。

○栗森喬君 今回の医療法改正の中で、一般中小病院や開業医の位置づけがほとんど触れられなかったというところに一番の問題があるかと思ひます。

とりわけ、この間の診療報酬の改定の中で、言ってみれば総合病院であるとか大病院は事業として成り立つ基盤がそれなりにあるわけですが、いわゆる有床診療所であるとか開業医はだんだん先細りしていく。結果として、経営として成

り立たないからお医者さんがやめるのはそれは自由かもしれませんが、しかし、私はそのことによって地域の医療体系が今崩壊をしつつあるんじゃないか、こういう懸念も持っているわけでございます。そこで、この種の一般中小病院や開業医の役割をどういうふうなこれから位置づけていくのか、そして政府は現状をどういうふうな理解をしているのか、その辺についてお尋ねをしたいと思ひます。

○政府委員(古市圭治君) 先ほど御説明いたしましたように、今回、全体の医療機関の機能分化を明確化してやるといふ形までは手が及ばなかったわけでございますが、例えば特定機能病院というものを一つ取りまして、その外來のあり方というものが特定機能病院らしい外來をやってくださいというところで紹介制度を持ち込むということになるわけでございます。

これが直接あるいは間接的に、周辺の中小医療機関というものの第一次医療機関機能というものを強化するということに私はつながることになろうかと思ひます。ぶつつけ大病院に行くんじゃないかと、大学病院に行く前にその周辺の医療機関でやっていただく、あるいは大学病院でもう診なくていい人は逆紹介で戻ってくる、こういうことから間接的に今回の改正は一般の開業医、中小病院にも影響が大きいことだと思っております。ただ、直接的な施策というのは先ほど申しましたように、第三次の改正ということで合意を得ていきたいと思っております。

○栗森喬君 診療報酬の立場から幾つかお尋ねをしたいと思ひます。

一つには、今回のことでも中小病院や開業医から、特に今度は広告の制限がいわゆる情報公開的にやられるということになったわけですが、中小の病院では高い医療施設などを購入するというのは、患者なら患者の数が限られているわけですから、なかなかできない。そうすると、ますます大病院、総合病院と一般中小病院や開業医というのは格差が出る。こういう設備があればうちももう

少し地域医療として役に立てるんだと、こういう立場があっても、今の診療報酬上の体系ではそれは不可能でございます。

このことについて、これからの診療報酬を組み立てるに当たって早急に改定をするというふうな言われていますが、これまでの答弁では、一つ一つの診療の単価にに応じてやるといふことの原則をそのまま貫いているとすれば、大病院と中小病院、そして開業医の格差を拡大することになります。診療報酬についてどうこれから変えていくつもりなのか、この辺のところについて見解をお尋ねしたいと思ひます。

○政府委員(黒木武弘君) 現行の診療報酬、先生御案内のように甲表、乙表という体系になっておりまして、その中で大病院も中小も診療所も、全部その体系の中で押し込んだ形で評価をしているのが現行の体系でございます。したがって、これについての問題意識を私も持つており、関係者も持つておられるわけでございます。この点、診療報酬体系をどういうふうな病院、診療所の機能、役割にに応じた体系化を進めようかというのが今まさに中医協の中におきます基本問題小委員会でも取り上げられてるところでございます。

そういう意味で、私もこれは今後の将来の診療報酬のあり方として、御指摘のように病院の機能、役割なり、あるいは大病院、あるいは一般地域病院、慢性病院、診療所といったそれぞれの役割にふさわしいような診療報酬体系というものはやはり検討の上、私どもとしてはそういう構築を目標する必要があるのではないかと、かように考えているわけでございます。

○栗森喬君 ぜひとも診療報酬の立場からもう一回考え方でも検討をお願いしたい。そうしませんが、先ほどから再々申し上げているように、地域におけるプライマリケアを中心とする第一次診療のところが非常に問題ではないか、こういうふうな思ひますので、お願いをしたいと思ひます。そこで、これからの課題で、有床診療所の果たすべき役割、これも地域保健医療計画の中ではま

だはつきりしていないし、これからの考え方がどうなのかということも非常に大事だと思います。さらに、開業医の役割もこれまた一番大事にしなければならぬ。かかりつけの医者をちゃんとつくっておくということがそれぞれの国民の医療にとっても非常に大事だし、そういう体系が崩れようとしている中で今後この問題についてどういうふうな考えていくのか、答弁をお願いしたいと思ひます。

○政府委員(古市圭治君) 私ども先生と同じような認識をしております。早急にこの問題について成案を得て、またお諮りしたいと思っております。

認識を具体的に申し上げますと、現在有床診療所と申しますのは、医療法では患者の一時的な収容、四十八時間以内ということから特段人員配置、施設基準という細かい規制はないわけでございます。そういうことから、性格が非常に厳しく決められている病院と違ひますので、千差万別と申しまして、しかし実態として我が国に二十七八万床が稼働している。多くの人たちがここで医療を受けているということから見ますと、これは我が国の医療の貴重な財産であるということ。また生活圏に一番近いところでこういうものがあるという形は、高齢化社会に向かつての在宅医療だけではないか、地域医療全体の中での一つの資源になるということもあります。

そういうことで、現在有床診療所の先生方は非常に苦しいという声がありますけれども、その持つておられる特徴を生かしてどういう方向に行くべきか、それに対してどのような診療報酬また制度、体制をつくるかというのを一緒に協議させていただきたいと思っております。

それからまた、同時に第一線の無床の診療所、クリニックの先生方は文字どおりかかりつけ医として最初の医療相談に当たる先生方でございます。そういうことで、我が国の医師の分布が勤務医に流れているというのはこれは非常に危惧すべ

き点でございます。第一線の開業医のネットワークを、高齢化がだんだん進んでおりますが、今後に向かって確固たるものにするような各種の施策をやりたい。そのためには医学教育、卒後臨床研修も重要でございますので、その中に項を起しまして全人的な医療に努めるといふことにつきましても、教育、国家試験にも反映する、そういう努力もやっております。

○栗森喬君 数点について確認をする意味で質問したいと思っておりますので、大臣の方から答弁をお願いしたいと思います。

○国務大臣(山下徳夫君) 今回の改正につきましては、患者が病状に応じた適切な医療施設で受診できるように、病院の役割分担を明確にするとともに、その体系化を図ることとし、その改革の第一歩として、特定機能病院と療養型病床群を制度化することとしたものであります。

○国務大臣(山下徳夫君) 今回の改正につきましては、患者が病状に応じた適切な医療施設で受診できるように、病院の役割分担を明確にするとともに、その体系化を図ることとし、その改革の第一歩として、特定機能病院と療養型病床群を制度化することとしたものであります。

○国務大臣(山下徳夫君) 今回の改正につきましては、患者が病状に応じた適切な医療施設で受診できるように、病院の役割分担を明確にするとともに、その体系化を図ることとし、その改革の第一歩として、特定機能病院と療養型病床群を制度化することとしたものであります。

○国務大臣(山下徳夫君) 今回の改正につきましては、患者が病状に応じた適切な医療施設で受診できるように、病院の役割分担を明確にするとともに、その体系化を図ることとし、その改革の第一歩として、特定機能病院と療養型病床群を制度化することとしたものであります。

○国務大臣(山下徳夫君) 今回の改正につきましては、患者が病状に応じた適切な医療施設で受診できるように、病院の役割分担を明確にするとともに、その体系化を図ることとし、その改革の第一歩として、特定機能病院と療養型病床群を制度化することとしたものであります。

○国務大臣(山下徳夫君) 今回の改正につきましては、患者が病状に応じた適切な医療施設で受診できるように、病院の役割分担を明確にするとともに、その体系化を図ることとし、その改革の第一歩として、特定機能病院と療養型病床群を制度化することとしたものであります。

良質な医療を受けられる医療供給体制を確立することが大切であるという認識のもとに、医療施設機能の体系化を図ることとしたものであります。なお、本年四月の診療報酬改定は、医療経営の実態や資金、物価の動向を勘案するほか、最近における看護問題の動向にかんがみ、全体として五・〇％の引き上げを行ったものであり、これによって医療機関の安定的経営は確保されるものと考えておりますが、今後とも、中央社会保険医療協議会の御審議を踏まえつつ、各医療機関が地域医療においてのおの役割を適切に果たせるとともに、医療経営の安定が確保されるよう適切に対処してまいります。

○国務大臣(山下徳夫君) 地域医療の確保を図るためには、病院、診療所の連携を進めることにより、患者の病状に応じた良質な医療を提供する体制の確保を図ることが必要であります。

○国務大臣(山下徳夫君) 地域医療の確保を図るためには、病院、診療所の連携を進めることにより、患者の病状に応じた良質な医療を提供する体制の確保を図ることが必要であります。

○国務大臣(山下徳夫君) 地域医療の確保を図るためには、病院、診療所の連携を進めることにより、患者の病状に応じた良質な医療を提供する体制の確保を図ることが必要であります。

○国務大臣(山下徳夫君) 地域医療の確保を図るためには、病院、診療所の連携を進めることにより、患者の病状に応じた良質な医療を提供する体制の確保を図ることが必要であります。

○国務大臣(山下徳夫君) 地域医療の確保を図るためには、病院、診療所の連携を進めることにより、患者の病状に応じた良質な医療を提供する体制の確保を図ることが必要であります。

○栗森喬君 予防医療について伺います。例えば人間ドックについて、医療保険の保健施設事業の拡充により、費用負担の軽減を図るべきではないかと考えますが、大臣の見解をお尋ねしたいと思っております。

○国務大臣(山下徳夫君) 人間ドック等の問題につきましても、被保険者の健康の保持増進を図る上で、成人病を中心とする疾病の予防、早期発見が重要でありますので、保健施設事業として、人間ドックや成人健診をさらに推進してまいりたいと考えております。

○栗森喬君 看護婦が医療の担い手として医療法に今回位置づけられました。したがって、その業務を改善し、職業としてのグレードアップ、格付を図るべきではないかと思っておりますが、見解をお尋ねしたいと思っております。

○国務大臣(山下徳夫君) 看護婦につきましては、国民に適切な医療を提供する上で果たす役割は非常に大きく、高齢化の進展に伴い、その役割はますます大きなものとなっていくと認識をいたしております。この法案においても、看護婦が医療の担い手として位置づけられたところであり、その趣旨を十分踏まえ、看護婦の業務のあり方を改善し、高度な専門的知識と技能を有する看護婦が自信と誇りを持って業務を行えるよう取り組んでいきたいと考えております。

○国務大臣(山下徳夫君) 看護婦につきましては、国民に適切な医療を提供する上で果たす役割は非常に大きく、高齢化の進展に伴い、その役割はますます大きなものとなっていくと認識をいたしております。この法案においても、看護婦が医療の担い手として位置づけられたところであり、その趣旨を十分踏まえ、看護婦の業務のあり方を改善し、高度な専門的知識と技能を有する看護婦が自信と誇りを持って業務を行えるよう取り組んでいきたいと考えております。

○国務大臣(山下徳夫君) 看護婦につきましては、国民に適切な医療を提供する上で果たす役割は非常に大きく、高齢化の進展に伴い、その役割はますます大きなものとなっていくと認識をいたしております。この法案においても、看護婦が医療の担い手として位置づけられたところであり、その趣旨を十分踏まえ、看護婦の業務のあり方を改善し、高度な専門的知識と技能を有する看護婦が自信と誇りを持って業務を行えるよう取り組んでいきたいと考えております。

○栗森喬君 インフォームド・コンセントをもう少し明文化し、医療の中での患者の権利を確立すべきではないかと考えますが、見解をお尋ねしたいと思っております。

○国務大臣(山下徳夫君) いわゆるインフォームド・コンセントの考え方につきましては、医師と患者の信頼関係を支える一つの手法として今後の医療の提供の理念においては重要な事項と認識しており、この問題については現場の医療に混乱を来すことのないよう慎重に検討してまいりたいと考えております。

○栗森喬君 終わります。

○委員(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、午後二時まで休憩いたします。

午後二時開会

○委員(田淵勲二君) ただいまから厚生委員会を再開いたします。

○委員(田淵勲二君) 休前に引き続き、医療法の一部を改正する法律案を議題とし、質疑を行います。

○委員(田淵勲二君) 休前に引き続き、医療法の一部を改正する法律案を議題とし、質疑を行います。

○委員(田淵勲二君) 休前に引き続き、医療法の一部を改正する法律案を議題とし、質疑を行います。

○委員(田淵勲二君) 休前に引き続き、医療法の一部を改正する法律案を議題とし、質疑を行います。

す。その理由の一つは、皆さんがそれぞれ申しておられますけれども、将来ビジョンというか全体像が明らかにされていないというところがよく言われているわけです。それで、厚生省が九〇年の一月発表した「二十一世紀をめざした今後の医療供給体制の在り方」という中で、例えば保健医療、福祉の連携であるとか家庭医療機能の積極的な評価、「在宅医療の推進」、こういったようなことが盛り込まれていたわけですが、これがほとんど今回は欠落していたというかはっきりしていません。どこまで明確なビジョンを持ってもらえるのか。

今回の改正で積み残しとでもいうか、第三弾、第四弾の改正を考へておられるというふうな御答弁がございましたが、将来今後の改正のスケジュールにつきましては大臣にひとつ伺いたいと思います。

○国務大臣(山下徳夫君) 医療法につきましては戦後制定されたのでございますけれども、それから基本的な事項についての改正が何ら行われてこず、今日に至るまでおるわけでございます。

今回の改正を行うに当たりましては、お話にございました「二十一世紀をめざした今後の医療供給体制の在り方」でございます。これを厚生省が発表いたしましたので、このあり方について発表した中で具体的に改正スケジュールに乗るものについて今回の改正が行われた、こういうことであると思っております。

そこで、残された課題もいろいろございます。これらの課題につきましては、厚生省としても全力を挙げて関係方面の合意を求めながら、第三弾、第四弾というふうな改正を今後やらなきゃならぬと思っております。しかも、それはなるだけ早く第三弾、第四弾をやるべきである、私はそのように理解し、そのようにいたしたいと思っております。

○高桑栄松君 それではその次でございますが、地域医療計画との関連を伺いたいと思うんですが、特定機能病院及び療養型病床群という二つの

新しい類型化というかそういうものが出てきたわけでありまして、これが地域医療計画に占める位置づけというのを伺いたいと思っております。

○政府委員(古市圭治君) 地域医療計画は、先般、第一次医療法の改正によって医療圏ごとに作成するというのができたわけでございます。その後、今回の医療法の改正ということで提案させていただいておりました。その中で特定機能病院と療養型病床群というのが出るわけでございます。それから、前後関係が地域医療計画を策定するといった後にこれが制度として入ってくるということになります。

そういうことで現在、地域医療計画の中には必須の事項と任意的事項がございますが、この任意的事項の中でこれらが地域医療の中でのどのような役割を担うか、さらには連携をどうするのかということにつきましては御検討をさせていただきたいと思っております。

○高桑栄松君 そこで、特定機能病院につきましては伺いたいんですが、文部省に伺いたいと思っております。

この特定機能病院というのは、今までのいろいろな御説明を承っておりますと、医療圏で言えば第二次及び第三次に対応するものと。大学そのものはもっと高度なものでございまして、大学病院というのが特定機能病院の対象として一番数が多いと考えられているわけです。これにつきまして、大学病院が特定機能病院へのメーンの役割を演ずるといたしますと、問題は教育との絡みもあり、紹介率ということが問題になってくるわけですが、大学病院が紹介率というところでどういう考え方を持っているのか、文部省に伺いたいと思っております。

○説明員(喜多祥幸君) お答えいたします。大学病院でございますが、医科大学または医学部附属の教育施設として大学病院は設置されているものでございまして、すぐれた医師の養成及び医学の研究を行うことをその使命としておるところでございます。また、病院としまして実際に患者の診療を行っておるところでございます。

して、地域医療の一翼を担いますとともに、研究活動の成果を生かした高度な医療を提供しておるところでございます。それぞれの地域の中核的な医療機関としての機能も果たしておるところでございます。

したがって、大学病院が高度医療の提供を分担するということは極めて意義のあることであり、というふうな考え方をしております。ところが、ただ、特定機能病院となりました場合の責務をいたしまして、紹介患者を受け入れなければならないとされているところでございます。

大学病院は、現在も紹介患者を受け入れておりますし、今後とも受け入れていくところでございますが、教育実習病院としての大学病院におきましては、学生がさまざまな症例に接するということが医学教育上極めて重要でございます。実際とかけ離れた紹介患者の受け入れということになりますと、一般患者の減少を来し、あるいは症例が偏るということが生じまして、医学教育を行う上で支障が生ずるおそれがあるということが大学関係者から指摘されておるところでございます。

○高桑栄松君 特定機能病院については、厚生省の説明によると、一応紹介率というのが問題になってくるわけで、大学病院側の意向というのはどれくらいまでの紹介率を受け入れようとしているのかということをお願いしたいんですが、どうですか。

○説明員(喜多祥幸君) 国立大学附属病院については申し上げますと、国立大学附属病院長会議が十九の国立大学附属病院につきまして、初診外来患者に占める紹介患者の割合を調査いたしましたところ、それによりますと、紹介患者の初診外来患者に占める割合は、最低で一〇・九％、最高で四五・五％という結果が出ております。ただ、この調査では、紹介状等文書により依頼があった者だけでなく、電話等による紹介あるいは医師または歯科医師の名刺を持参してきた者、それらも含められておりまして、このような高い比率になったものと

と推測をいたしております。今申し上げましたように、紹介患者の数につきましては、大学によりましてさまざまございまして、一律に望ましい数字ということを申し上げるのは極めて困難でございます。

○高桑栄松君 今の一〇・九または四五・五という、足して二で割ると、五六％ぐらいになるから二七・八％ぐらいが平均値でしょうか。そういうぐあいで、教育に必要な一般患者の数というのはどれくらいを想定しておられるんですか。

○説明員(喜多祥幸君) ただいま申し上げました十九の平均をとりますと二五・五という結果が出ております。ただ、今申し上げましたように非常に差があるものでございまして、患者数につきましても病院によって大変な差がございます。また、紹介患者の数につきましても大変な差がございます。

その差といえますのは、その病院の置かれた地域の実情でございますとか、あるいはその病院の沿革等により生じた差であらうというふうに思っております。そこでございまして、それぞれの病院、それぞれの大学は、現在の患者数、そしてその実態というものに基づいて教育研究を行っておるというふうな理解をいたしております。

○高桑栄松君 私も大学にいた人間なので若干の知識があるんですが、私も紹介率を上げていった場合に一般患者が減る、減ると教育に差し支えないかということが一つ、もう一つは、文部省は病院の収入を上げないとかいうふうな、どうしようかな、その二つの点を伺います。

○説明員(喜多祥幸君) 病院収入につきましては、国立、公立、私立によってもかなり様子が違うと思っております。私立大学の場合には経営に影響してくる問題でございます。国立につきましては病院収入を上げるようお願いはいたしております。ただ、大学の教育研究上必要なことがいろいろございまして、その辺は大学が判断することだというふうに理解をいたしております。

○高桑栄松君 何となく伺っているところですが、旧医科大学は国立の場合は附属病院のベッド数八百です、新設が六百でございすけれども、独自の教育システムでいくと八百。それで定員一学年百名ということなわけで、外来患者はベッド数に匹敵するぐらいで大体賄うという予定であったかと聞いておるんですが、現実外来患者というのは、国立の場合はどのくらい来ておりますか。

○説明員(喜多祥彦君) これは病院によりまして大きな差がございす。六百台のところから二千五百台のところまで大きな差があるという実情にございす。

○高桑栄松君 六百というのはいかに少ないですね。それは国立ですか。

○説明員(喜多祥彦君) そうです。

○高桑栄松君 それはしかし、ちょっと聞いただけでもそれだけでは教育もなかなうまいかなんじやないかというふうに思ひます。

一つは、新しい医療法改正によって特定機能病院というものがデビューしてきたからには、これに果たす大学病院の役割というものは、教育のための部分と、もう一つは特定機能病院としての役割を地域の医療の中で果たしていくリーダーであるという意味での役割と二つあると思うんですね。

その意味で大学病院の紹介率は、私が聞いている範囲だと、まあ二五%から三〇%ぐらいかなと言っている病院長さんが何人かおられるんですが、私は特定機能病院というものを機能させるからには、大学病院もある意味で積極的に協力体制をしく必要があるのではないかとこのように思ひますが、いかがですか。

○説明員(喜多祥彦君) 紹介患者の受け入れにつきましては、大学によってさまざまであることは再三説明をいたしているところでございす。大学病院が高度医療を提供する、それを分担するというところで協力することは大変意義のあることだというふうに考えておるところでございす。

います、先ほど言いましたように、現在の患者数あるいは紹介患者数というものの実態に基づいた教育研究というのが行われておるところでございまして、実態とかけ離れた紹介患者の受け入れということになりますとやはり支障が生ずるのではないかとこのように考えておるところでございす。

○高桑栄松君 新しい試みですから大学側も戸惑っているのではないかと私は思ひますから、どうぞひとつ大学病院の集まりのときによく説明をしていただいた方がいんじゃないか、こう思っております。これは質問じゃございせんので結構です。

次に保健医療・福祉の連携ということで質問をしたいと思ひます。保健医療・福祉連携は公明党が積極的に取り組んできた問題でございすが、なかなか論議が不十分であったのではないかと思ひます。

それで、今回の四月の診療報酬改定に際しまして、市町村への在宅療養情報提供料というものが二百点新設をされました。これは今の保健医療・福祉サービスの連携という意味での一つの評価をするポイントかとも思ひて見ておるわけでございすが、ここで入院中から退院をする、退院をした場合に在宅医療に移っていく、あるいはリハビリが必要である、さらに福祉サービスが必要である、こういったことが一つのシステムの中で動いていくのが一番好ましいんじゃないかと思ひますが、この計画、相談及び援助等を一貫して行うシステムを厚生省は積極的につくっていく必要があるのではないか、こんなふうに思ひますが、これは大臣に御意見を承りたいと思ひます。

○国務大臣(山下徳夫君) 御指摘の御趣旨、私もそのとおりだと思ひます。これは従来はややもすれば医療、福祉、保健というものがそれぞれ縦割りの発想の中で行われたという弊害が私はあったと思ひます。したがって、それではいけないというところでこれからは厚生省の本省をいたしまして、組織についても徐々に縦割りをなくす方向で

動いておりますし、市町村も本省に倣ってそういう傾向がだんだん出てきておると理解をいたしております。

そういうことで、この三つはそれぞれ十分連携をとりながらやっていくという意味におきまして、今御指摘のとおりでございまして、提携のできる具体的な施策を私どもも講じながら先生の御趣旨のとおりにやっていきたいと思ひております。

○高桑栄松君 同じ連携問題に関連いたしますが、プライマリケアについて承りたいと思ひます。

今の入院退院の問題、退院患者の問題で、大分前から病診連携ということが言われておりました。病院と診療所が連携をとっていく、これは病院から退院したのをホームドクターが引き受けていくという、医療それから保健、福祉の連携を強化するのにも果たすホームドクターの役割を病診連携という言葉でうたっているわけですが、このように今の保健医療・福祉の連携においてホームドクターの果たす役割は非常に大きい。

そこで厚生省は、ホームドクター制度、家庭医制度あるいはかかりつけ医師の制度ということを進めていくこうとしておられると思ひますけれども、その方式はどのように考えているのか承りたいと思ひます。

○政府委員(古市圭治君) やはり我が国におきまして第一線の医療機関、いわゆる開業医さんというのが家庭医機能を果たしていくというのがあらゆる医療制度の専門分化の前提として必須の条件だと思ひます。そういうことで、家庭医機能の強化、ネットワークを整備していくことは厚生省の最大重要課題の一つだと考えております。

このためには、私どもは地域の開業医さんがだんだん高齢化していきなるといふような現実の問題もございすので、開業医の継続支援事業というものも事業団を通じてやっておりますし、それからまたモデル事業ではございすが、家庭医機能普及定着事業というものを全国の地域医療圏ごとにモデルで推進してそれを拡充していくとい

うようなこともやっております。

さらには、将来に向かって一番基本的なことは、そのような気持ちを持って、技術を持ったお医者さんが第一線で育つということにございすから、医師国家試験の出題基準の中にもこのようなプライマリケアという項目を設けて、その学校の教育も期待いたしますし、また私どもが所管しております卒後臨床研修の到達目標の中でも、全人的に患者さんを診るという項目もつくってそのような医者が育つことを育成していきたいと思ひておるわけでございす。

今回の医療法改正に際しまして、特定機能病院というものがいわゆる紹介制を中心に行っていた方向を出していただきますと、地域の医療機関というものがその紹介をするという機能を発揮することになりますし、また逆紹介を通して病院で診る必要がない人はまた地域で診ると、そういうこともおらって今回の改正をさせていただいているというわけでございす。

○高桑栄松君 家庭医を制度化する考えがあるかというところで、アメリカですとGP、ゼネラルプラクティションという専門医制度があつて普通の開業医よりはるかに医師になつてから訓練期間が長い。そして、幾つかの専門医の試験をパスしてGPになる、こういうのがあつたわけですが、厚生省は将来そういった形の家庭医制度を考えておられるんでしょうか。どうでしょうか。

○政府委員(古市圭治君) 先生御承知のように、家庭医制度というものの検討というのがされた時期もあつたかと思ひますが、現在の段階ではアメリカ、イギリス流のそういうことではなくて、日本には連綿と開業医制度というのがあつて、それがもう既に家庭医、かかりつけ医の機能も果たしていたという事実がございす。しかし、アメリカなどは非常にそれを専門に学校でも教育し、それが一つの専門資格にもなつていっているという動きもございす。

そういうことから、我が国におきましても、医師会の先生方がプライマリケアについての学会

をつくって、どのような方向に進むべきかというのを今検討もされているわけでございます。さらに、今回の医療法の改正の中では標榜科名という問題がまた検討されていくことになりまして、そのときにはそれぞれの非常に専門分化した専門医という標榜だけでなく、いわゆる家庭医、プライマリケア医というものの自身も一つの専門領域ではないか、そういうことも議論をされていく一つの土台ができてくるのではなからうかと思っております。

○高桑栄松君 文部省に伺いたのですが、ホームドクターの役割が非常に大きくなってきて、今後ますます在宅介護等を通じて、あるいは老人医療を通じてホームドクターの役割が非常に大きくなると思いますが、このプライマリケアないしホームドクターというもののあり方について文部省は医学教育の中でカリキュラム上どう取り扱おうとしているか、あるいは今日までどう扱ってきたか、こういったことを承りたいと思います。

○説明員(喜多祥男) プライマリケアに関します教育は極めて重要でございまして、各大学とも日常的疾患に関する学習を充実させ、プライマリケアに配属した教育を行うことの重要性については十分認識しているものと承知をいたしております。

特に、地域に根差した第一線の医療の実態に触れることが重要でございまして、各大学におきまして学外実習や家庭医実習を行うなどさまざまな工夫をいたしておるところでございます。

例えば千葉大学の場合でございますと、夏休みなどを利用いたしまして保健所であるとか小学校、企業、生活環境衛生施設、福祉施設、診療所、消防署等において実習を行っております。また、東京慈恵会医科大学におきましては、これも春休み、夏休みを利用してございまして、学生が開業医のところに行きまして診察を見学したり、往診に同行したりして家庭医実習というのを行っているといたふうな例がございまして、国立大学につきましても、医学部の学生が保健

所、福祉施設、診療所等において臨床実習を実施するための経費を平成元年度から予算措置をいたしておるところでございます。

また、昨年七月、大学設置基準の改正を行いまして、各大学が積極的にカリキュラム改革を行えるよう大学設置基準を大綱化、弾力化したところでございます。また、各大学がカリキュラム改革の一環としてプライマリケアに配属した教育の充実に向けて創意工夫を生かして、積極的に取り組むよう促しておるところでございますし、今後とも促してまいりたい、かように考えておるところでございます。

○高桑栄松君 厚生省に承りたいのですけれども、インターン制度がなくなると、私はインターン必要論者であつたんですけれども、とにかくなくなつてしまつた。卒後研修という制度が打ち出されているわけで、これはインターンを卒後に行うというのが本来のあり方であつたかと思つておりますけれども、実情は各科をローテーションはしないで、どうも最初から専門的な研修に入っているのが多いのではないかと聞いておりますが、厚生省はどのように受けとめておられるか、どのように指導しているか承りたいと思つた。

○政府委員(古市圭治君) いわゆるプライマリケアという観点から、そのような基本的な知識と技術、さらに態度を身につけて、その先に専門医になつていただきたいということから、卒後の二年間の研修というものは総合的な知識を身につける総合臨床研修方式と申しますが、それを目指してやつたんでございまして、何しろ日本の伝統的な病院、殊に大学は医局の縦割りのというのが一つ厳然とございまして、最初から二年間ストレート研修をした方が専門的な要素が身につく、またその方が学位とか専門医とかというのに近道である、いろいろなこともございまして、殊に大学病院等ではストレート研修でやる率が非常に高い。

私どもは制度をストレートだけでないようにローテート方式、さらにはスーパーローテート方式というのを提案して、予算もそういう方向にも

厚く流したり、いろいろしたんですが、なかなか現実には改善が見られないということから、先般この卒後研修の臨床研修の医療関係者審議会の部会の先生に御検討していただきまして、もうローテート、ストレートというそういうコース別でなくて、二年間で到達すべき目標、研修目標というのを定めまして、どんな方式にしろ、この項目はマスターしていただきたいということに切りかえて、それを適用していこうということになつたわけです。この方が大学関係者にも現実的であるということなので、この制度でひとつ推進していきたいと思つたわけです。

そういうことから先生先ほどお話になりました、現在文部省の答弁では国立大学で初診患者の一〇・九％から四五・五％が紹介であるといったことでもございまして、学生の教育の面からいいますと、ストレートで大学に来た患者さんだけを診るというものがそういう観点からの医学教育じゃなくて、大学病院の外来のところの一定の規模は紹介制で来ている、それを学生も診る、そういうことで地域医療の連係がどのようになされているのか、これを体験するということも非常に重要だということから、その紹介制をもとにした特定機能病院に行つていただきたい、厚生省としては希望しておるわけでございます。

○高桑栄松君 ところで、インフォームド・コンセントについて承りたいと思つたんですが、この六月十一日のある新聞の投書に載つたのを御紹介いたしますと、「インフォームド・コンセントのもとに診察、治療をするという本来最も時間をかけなくてはならない診療行為の報酬が、先進国では考えられないほど安い」、これはアメリカに留学をした経験のある医師の投書でございまして。比較的若手の医師でした。それで、初診料は二千五百円である、再診料は五百三十円である。

これを私の経験で申し上げますと、私は一九五四年に留学をアメリカに行きましたが、そのとき私の友人が夜中に子供がぐあいが悪いので小児科のドクターに電話をかけた。僕にかけてもアメリカ

カの医師免許証を持ってないし、大学院でしたので、翌日も朝早く授業があつて行くから気の毒だと思つて電話がけなかった。医者にかけたら、聞いた結果は、うん、ほうっておいても大丈夫、あすの朝になったら熱下がりますよ、ぐあいが悪かったらもう一遍電話くれと。一九五四年でございます。

そう言つて、なるほど朝になったら熱が下がつたので大丈夫だつたと思つたら、電話相談料が何と十ドル来たそうですよ。十ドルというのはどれくらいの額か、当時一ドル三百六十円、十ドルで三千六百円、一九五四年の話です。私の月給が三万円、ドルに直して八十ドル。アメリカの医者が僕に日本の助教授、ドクターは収入幾らだと聞かれて、そなたは八十ドルかなと言つたらびっくりして、日給にしちゃ高いなと。三、八、二千四百ドルの月給だと高いと言つた。週給なら安い。四、八、三百二十ドルならドクターの給料ではない。お前はどれくらいだと言つたら、一カ月だと言つたら、びっくり仰天をしまして、そんな日本にいないでアメリカへ来たらどうだ。

今隔世の感どころじゃありませんね。天地がひっくり返るぐらい日本が高額、何というか、貿易黒字で経済大国になつたわけですが、それに對して厚生省、初診料安過ぎると思いませんかというのが、インフォームド・コンセントには時間がかかる、時間料が入つていまいせんというのを投書に書いてあります。どうお考えになりますか。

○政府委員(黒木武弘君) 私どもも、インフォームド・コンセントがそれぞれの病院、診療所等で定着していくためには診療報酬上の工夫も大切なことと心得ております。私もその新聞の投書を読んどりますけれども、御案内のとおりでございますが、まず、私どもの診療報酬の考え方は、全体として病院なり診療所の経営ができるように報酬上そういう体系で差し上げておるということでございます。個々の行為だけとりますと、そしてそれだけ比較しますといろいろ御議論、御異論

は出てくるかと思いますが、全体として経営を支える仕組みになっておるといふことでございます。

そこで、初診料等の引き上げがインフォームド・コンセントにとって必要ではないかというお尋ねでございます。診療報酬、御案内のように技術評価の体系でありますとともに一種の配分表でございます。それぞれの病院、診療所等が経営できるように、限られた原資をどう公平に配分するかという機能を持っているわけでございます。したがって、仮に御指摘のように初診料を大幅に引き上げますと、現在の患者の状況、流れからいまして患者が立て込む、一日何千人来るようなところから、非常に少ない、ますます減っているところもあるわけでございまして、そういう意味では配分的に問題が生ずるかなと思っておるわけでございます。

しかし、私も、これからの診療報酬のあり方として、診療料等に時間的要素をどう入れるか、あるいは何と申しますか懇切丁寧と申しますか、そういう丁寧さとかあるいは最終的には医者の経験と申しますか、腕の差とかいろいろな要素、本当は無形のなものにも着目した評価というのが大事だと思っておりますが、現在は残念ながら非常に外形的なものに着目したお尋ねで、専ら頭数、患者の数だとかあるいはお医者さん、看護婦さん等の数とか、そういう外形的な標準で診療報酬が組み立てられておるとは事実でございます。

私もこれでもいいのかと反省しておりますとともに、お医者さん方、病院団体にももちろんそういう問題意識があるわけでございまして、これから一緒に頑張って、私どもの診療報酬が将来においてどうあることが望ましいかということからいろいろ研究し、お尋ねのインフォームド・コンセントがますます定着していくように、時間をかけた診療がどこの医療機関でも行われますようにいろいろ工夫、検討させていただきたいと思っております。

○高桑栄松君 インフォームド・コンセント、私はきょう余りテーマにして質問しようと思つていたわけじゃないんですけど、この前質問のときに申し上げましたように、もう一度繰り返しますと、インフォームド・コンセントは大学の教育及び卒後の医師活動の中で教育的課題として極めて重要な課題として取り上げるべきだ、こういうふうに私は思っておりますので、この辺でとどめます。

今まで言われているのに多分の誇張がございまして、三時間待って三分診療というのが言われています。やや誇張だろうとは思いますが、なげ予約制度がとれないか。歯科はほとんど予約制度が普及しています。ですから医療の方はどうも予約制度がなかなかできない。特定機能病院は予約とおっしゃっていましたが、一般にも予約診療ができないものなんだろうか。ちょっと承りたいんですが、いかがでしょうか。

○政府委員(古市圭治君) 今回提案させていただいております特定機能病院の外来の紹介制というのは、まさに先生おっしゃった予約制になってくるわけでございます。したがって、先進的なところでやっておりますのは、電話で予約の専門の人がいて全部調整して大体時間を入れていく。少々ずれがございしますが、大きな待ち時間の超過というのは出ないようにしてやっています。これは紹介制をとるとらなにかかわらず、待ち時間をいかに短くするのにかかわることである医療機関で苦心をされている例がございまして、これは予約によって解決する部分が非常に大きい。今回の制度も、そういう方向にいたっていただきたいということです。

○高桑栄松君 私は開業医ではありませんのでわかりませんが、例えば時間帯を予約するぐらいのことはできるんじゃないかと思うんですね。しかし、病気で突然的、緊急を要するのがあるから、これは予約というわけにはいかない。だから時間帯予約ぐらいのことは何か

うまくやれないかなと思いつながら質問したわけですが、ところで、午前中には同僚委員から極めて医者の私なんかには耳が痛い質問をいたしますよというお断りがございましたが、話を聞いたら目がぱっちり覚めてしまいました。これについて私からは、その委員の質問を踏まえて厚生省に聞きたいと思っております。

一つは過剰診療の問題だったと思うんですね。例えば医療費が月二十万円ぐらいで済むのに二百万円ぐらい、それもめったにじゃなくてしょっちゅうあるようなお話でございましたが、私が知っている範囲では、保険診療の請求書はチェックされています。私の知っている範囲では、大学の教授クラスが、非常に経験の深い人たちが請求書を見て、これが過剰であるといったらばんとはねる、架空であったら場合によるとチェックする、架空というのはいやですね。それは民生部が何かで単位でやっておるかと思っておりますけれども、かなり厳重なチェックがあつて、うっかり十倍ぐらいの請求書を出すということはない。この病気にこれだけの診療が必要ないかどうかというのをチェックされている段階で、私は過剰診療というのは、昔はいざ知らず、ここ何年間ほど減ってきたはずだ。もしこういうことが何回か発見いたしますと医道審議会にかけられるわけですから、そういうことがあつたらば、私は、したがって架空診療や過剰診療は昔の物語である、私は今そう思っております。

というの、私は医者を教育した、医科大学の教授をしたわけでございまして、私は性善説に立っているんです。医者にたまに悪い人がいるからという、質問にも入ってしまいましたけれども、悪い人がいるからといって全体が悪いのではない。私は性善説に立って善意の人を教育してきた、そしてそれはいい医者になっていくはずだ、こう私は思っているわけですが、大学紛争のときでございましたけれども、内容は詳しく申し上げませんが

んが、私が医学部長をしていたしました。教育方針に従わない者は学士試験を受けさせないという規則がありますから、もう全員一クラス落第という羽目になったんです。そのときにいわゆる団交をいたしました。私は団交を断固受けたわけでございます。警察を入れて圧倒するようなことは一回もしない。そんなことをしたら教育の、師弟の信頼関係が崩れますから、警察力は背景にはない、論理展開をするということでした。話をいたしました。結局ほとんど一クラス、百名が留年をいたしました。これはストライキなしに整々々といたしました。全国紙にも報じられて、本当に一クラス全部留年させられるのか、あの大紛争の折でございましたから、どんな事態が起きるか。例えば私は監禁されて帰されないのではな

いかということだと思っております。そうではなくて、留年とストなしに百名近くが留年をいたしました。でも、それが学生の性善説に私が立つ理由の一つなんです。理由がわかればちゃんとそれは通っていくわけですが、したがって、医者に悪い人がいるから全部が悪いというのは、医者を教育した私としては甚だ不満でございますのでこの話を申し上げたのであります。過剰診療が日常茶飯事行われているかどうか、厚生省に承りたい。

○政府委員(黒木武弘君) 医療保険のサイドから申しますと、もう御指摘のとおり、支払基金あるいは国保連合会で審査が行われておりました。そしてまた、その中で点数の非常に高いものは中央で大学の先生等を含めまして高度な審査をやっております。その限りにおいては、レセプト等見させていただいて、必要があれば指導をして、私どもとしては適正な医療が一般的には行われていると思っております。

ただ、残念ながら、一、二架空、つけ増し請求等で処分を受けるお医者さん、また医療機関があられることも事実でございますけれども、一般的には先生がおっしゃいましたように、それぞれの医療機関で患者さんにそれぞれにふさわしい診療

が行われているものと、こういうふうに認識をいたしております。

○高桑栄松君 人間集団ですから、やっぱり大きな集団の中には外れている人が若干含まれているのはどんな集団でもあろうかと思うので、それを厚生省はしっかりチェックしてもらえば過剰診療はないと、そしてないような制度であると私は思っております。

次に、健康カードの実用化ということ、私の前の質問ではぜひ取り組むべきである。これは医療情報を提供するという医療情報へのアクセスに健康カードを使えば、もうすべてのことが特別に紹介状をもらわなくても次のお医者さんがすぐわかるというのが健康カードでありますから、これ非常に私は役に立つだろうと思うのです。しかし、特に告知に深くかかわるような病気、例えばがんとか、あるいはエイズとか精神病などについては、プライバシーの保護が非常に重要であって、これには二重三重のチェックが必要だと思いますが、健康カードに対する取り組みについてのプライバシーの保護に関して、お考えを承りたいと思います。

○政府委員(古市圭治君) 私どもはいわゆる保健医療カードシステムにつきまして、兵庫県、淡路島の五色町で既に数年前からモデル実験を始めまして、その町内での使用というのは非常に実用性が高いということが明らかになりました。さらに現在、姫路市で、地方中都市において活用がどのように可能かとやっている最中でございます。

その中のプライバシーの保護につきましては、現在二重にチェックできるようにしております。これは患者さん個人の暗証番号がないと、もちろんその情報は出ないということと同時に、それが医療機関に使われた場合も、お医者さんが医療機関側でセキュリティカードを入れて、そして患者カードを入れる、二つの仕組みによって情報が出てくるということになっております。医療機関側も医師と事務の方、それからさらには検査技師、看護婦さんによってその情報が出る範囲を限っております。

医師の場合には全部出てくる。段階的に必要な情報が出てくる、そういうことを現在試行段階ではやっているわけでございます。

○高桑栄松君 わかりました。それではその次に、医療ソーシャルワーカーについて質問をさせていただきます。八七年の三月、厚生省の検討会で、「新たな医療関係職種の実資格制度の在り方に関する検討会」の中間報告が出ておりますが、その中で医療ソーシャルワーカーも速やかに法制化すべきであるという提言が出ておるわけですが、この医療ソーシャルワーカーというのはいろんな補助制度とか制度がありますので、非常に重要なソーシャルワーカーの仕事かと思うのですが、その中で特に今の保健それから医療、福祉の連携が強く要求されている時代にあつては、メディカル・ソーシャル・ワーカーが制度化され、そしてその位置づけが明確になる必要があるかと思うのですが、今まで見送られてきた理由は何かでしょうか。

○政府委員(古市圭治君) 御指摘のとおり私どもも考えておりました。今お話しございました昭和六十二年三月の報告書も、この制度化を促進すべしということでもございました。

そこで、私どもは平成元年の二月には医療ソーシャルワーカー業務指針検討会報告書というのをさらにつくりまして、現実一つ一つの講習会をやったり、いろいろやっているわけでございますが、法律による制度化ということになりますと、このMSW関係の団体が幾つもございます。その関係団体の中で意見がもうひとつ全体として合意が得られないことがございますので、そこでぜひ合意を固めていただきたいということで現在お願いをしているわけでございます。それができましたら、法制化への道が開けてくると思っております。

○高桑栄松君 それでは、療養型病床群に関連した質問をさせていただきます。老人医療がウェイトをだんだん高めてきているこの医療の世界にお

きまして、老人医療というのは福祉的な要素が非常に強くなってきている。したがって、この中で介護がウェイトを高めてきているわけで、これはもう御承知のとおりであります。介護職員というものが診療報酬上にナースと並んで認知されている。

しかし、療養型病床群における介護職員に対応する名称というか、職員が看護補助者というのが出てきているわけですが、これは無資格なわけですね。しかし、これは縦割りの体系であるから介護職員と看護補助職員というのが出てきているんじゃないかということでございます。この際、介護と看護を役割分担というか、そういった形で両方ちゃんと認知をする必要がないかということに質問をしたいと思っております。

○政府委員(古市圭治君) 今回の改正医療法案の中におきましては、看護婦以外に、医療を行う場でございますので、医療の一環として看護サービスに関連した業務を手伝うということから、看護補助者という名前が素直に出てくるわけでございますが、一方福祉施設の面から見ますと、日常生活上の介護ということから介護補助者という言葉が出てこようかと思っております。

実際の業務につきましては、ほとんど一緒でございます。ただ医療性が強いというところから、この看護補助者という名前を使わせていただいているわけでございます。

○高桑栄松君 どうも同じようなのに名前が違うというところが、やっぱり縦割りではないかということでも申し上げたわけですね。

それから、療養型病床群と特例許可老人病院、特に介護力強化病院というのが分類されているわけですが、療養型病床群と介護力強化病院は、機能とか人員配置ともに非常に似通っている。似通っているのに二つの名称があるわけで、これはどのように関連を考えるのか。そしてその将来展望はどうなのか、承りたいと思っております。

○政府委員(古市圭治君) 今回の改正医療法の中におきます療養型病床群と申しますのは、既に先

発しております老人病院とは違いまして、これは年齢階級を問わず、いわゆる病状の安定した方が、また期間も三カ月以上ということとじゃなくて、医師の判断によって、こういう療養環境がほしいといったときに使っていただくために、一つの施設の基準を日常性を高めたものを設ける。しかもそれは病棟単位と申しますか、看護単位でも結構ですよ、こういうことで一つの医療機関の幅を広げたという提案でございます。

そういうことで、病気の種類も老人病院だけでございまして、若い人でも糖尿病とか、それから骨折の後の人とか、それからどんな病気であれ退院前の病状が安定した方はそちらを利用する。また、一般の急性病棟の方は、もっと高度な医療、高度集中的医療が必要な人に利用していただく、こういうことでこれは意味のあることであらうと思っております。

○高桑栄松君 ただ、いろいろ意見を聞いておりますと、将来的には老人病院側が療養型病床群にだんだん吸収されていくように見えるんですけども、昨年の老人保健法の改正で、衆議院の修正要求があつて、これに対して政府側からは、公費負担五割の対象となる病院施設を計画的に拡充していく。将来にわたって公費負担の拡大を図る。つまり、そういうことが言われているわけですが、老人病院が療養型病床群に吸収されていくと、公費負担増大の対象が減ってくるのではないかと懸念するが、いかがですか。

合されたわけでございますが、そういうことで、特別許可老人病院は相当ふえていくんじゃないだろうか。かつまたその中で、入院医療管理病院につきましては点数を引き上げましたり、また、新たなタイプとして(Ⅱ)型を創設をしましたので、なお拡大が図られていくんじゃないだろうか、こういうふうにも思っているわけでございます。

○高桑栄松君 老人保健施設であるとか、あるいは老人訪問看護ステーションであるとか、あるいは精神疾患を扱う、そういう療養病棟につきましてもそういうものを対象にしておりますので、これもふやすことにしておりますから、私どもはそういう意味で、全体としては五割対象の施設はふえていくんじゃないだろうかというふうに考えておるわけでございます。

○高桑栄松君 老人収容比を六割に引き下げるというか、そういう老人病院の定義ですね。そうなりますと、療養型病床群は長期療養者を対象としていますから、老人の比率がふえてくることもこれは明らかだと思ふんです。そういう場合に、療養型病床群が六割以上の老人を収容させていると、公費負担拡大の対象になるわけですか。

○政府委員(岡光孝治君) 療養型病床群というのは、先ほど健康政策局長がお答え申し上げましたように、年齢にかかわらず、長期にわたり療養を要するすべての患者を対象にしておるわけでございまして、昨年の老人保健法の改正の際に、公費負担割合の拡大の対象にしたものとはずれておるわけでございます。これは午前中お答えを申し上げたとおりでございます。

○高桑栄松君 療養型病床群とこの老人保健法の公費負担の五割対象とは私は違っておるというふうな整理をしているわけでございますが、今度、推移といたしまして、療養型病床群の基準がどうあるべきか、こういう議論とか、あるいは申請主義でございすけれども、どういったところが療養型病床群になっていくのか、そういったことを見きわめた上で、一方で老人医療費をどのように国民全体で負担していくかということが課

題になっておりますから、そういった議論の中で新たな観点からの検討はもう私も十分しなきゃいけないと思っておりますが、今の整理としましては、療養型病床群イコール五割対象というふうな考えをわけにはいかないのではないだろうか、こういう整理をしております。

○高桑栄松君 だんだん時間がなくなってきましたので、予定をちょっと飛ばしまして、難病についてお話を承りたいと思ひます。

この六月十二日の新聞に、大きくスペースをとっての報道がございました。難病ALSという、アマイオトロフィック・ラテラル・スクレロシス、筋萎縮性側索硬化症というのが出ておりました。これはもう大変な病気であることは、新聞の解説にも載っております。ただ、その中で私がこれとは思ひましたのは、手間のかかるALS患者は入院を拒否されたり、退院を強要されることがある、在宅看護に移れば、看護者への出費が数十万円に上る、家族は過労に陥って、家庭が崩壊に瀕する、しかし患者は「生きていく生きねばならぬ生きられる」、こういう句を書いておりました。

そこで、私は難病というのは、特定機能病院と もう一つは療養型病床群との特色をあわせ持った、そういう施設が必要ではないか、こう思うわけでありまして、そういう難病の受け入れ機関、受け入れ施設を整備する必要があるのではないかと思ふんですが、いかがですか。

○政府委員(寺松尚君) 今先生の御質問でございますけれども、いわゆるALSという病気の問題でございます。もちろん難病に指定されているわけでございます。

これにつきましては、私もいろいろと施策を考えておるわけでございますが、まず、一般医療機関においても対応を図ることができるようにできるだけするということが一つ、もう一つは重くなつてまいられた場合に、やはり専門的な治療が必要だというようなことで、国立精神・神経センターを初めといたしまして、私どもの国立病院

療養所におきましてその施設を用意し、患者を受け入れることといたしておるわけでございす。

今まで特定疾患治療研究事業というふうなものの研究成果を踏まえまして、私どもALSを含みます難病につきましては、その診療、診断と治療でございますけれども、その診療につきまして手引書を作成するなど、できるだけ一般の医療機関で対応できるようにも考えておるわけでございます。

しかし、先ほど申し上げましたように、非常に重篤になってまいりますと、専門的な医療がいりる必要である、こういうこともございまして、先ほど申し上げましたような難病の基幹施設として国立病院・療養所に位置づけて、いろいろとベッド等を用意しておるところでございます。

○高桑栄松君 難病対策のことで、難病だけではないんですが、難病性の病気ということを一括して申し上げようかと思ふんですが、高額の医療費の特例措置というのがありますね。

本人の支払い限度額一万円というのがあるんですが、現在人工透析と、それから血友病の二疾患に限られていて、二疾患に限られて特例措置というところなんですが、ほかの難病性の疾患、私もちょっと思ひ浮かばないんですが、例えば心臓病であるとか、難病性の肝炎であるとか、手段がない、なかなか治療方法がない、こういったものも常時病気の治療を受けるわけでありまして、特例措置をもっと拡大して、適用拡大をする必要がないか、こういうふうに思ひますが、いかがですか。

○政府委員(黒木武弘君) 御指摘のように、慢性腎不全と血友病につきましては、高額な治療をい

わば一生にわたって受けなきゃならないという、非常に特別な事情があるということにかんがみまして、昭和五十九年の健保法改正の際に、高額療養費の自己負担限度額を一万円に軽減する措置をとったものでございまして、私どもは非常に特例的な措置だと考えておまして、この措置を当面

拡大する考えは持っております。

○高桑栄松君 時間がございせんので、最後に大臣に確認の意味で以下質問を四点ばかりでございますが、させていだきたいと思ひます。

医療法改正に伴う政省令の作成に当たっては、関係団体の意見を十分に聞くべきであると考えますが、いかがでしょうか。

○国務大臣(山下徳夫君) 今回の改正に伴う政省令の制定についてのお尋ねであります。政省令を定めるに当たりましたは、医療審議会や医道審議会に諮り、御意見を伺きすることといたしております。これらの審議会には、医師などの医療関係者の代表に加え、医療を受ける立場にある人の代表や学識経験者の方々に委員としてお入りいただいておりますので、これにより関係者の意見を十分に反映できるものと考えております。

○高桑栄松君 次に、特定機能病院に高度な医療が限定されることのないようにするとともに、医療機関のランクづけにつながることをないようすべきであると思ひますが、いかがでしょうか。

○国務大臣(山下徳夫君) 特定機能病院につきましては、医療技術の研究開発機能といった先進性と医療施設としての総合性、集積性を兼ね備えた我が国の医療についての指導的立場に立つべき医療機関として医療法上位置づけるものであり、特定の医療機関のみならず高度医療の提供を限定するようないことと医療機関のランクづけを行うといったことは考えておりません。

○高桑栄松君 療養型病床群への入院につきましては、基本的にはその患者が病状安定期にあるかどうかという医師の判断によることとしており、患者の入院期間によって一律に取り扱うようなことは考えておりません。

○高桑栄松君 それでは最後の質問でございます

○国務大臣(山下徳夫君) 療養型病床群への入院につきましても、基本的にはその患者が病状安定期にあるかどうかという医師の判断によることとしており、患者の入院期間によって一律に取り扱うようなことは考えておりません。

○高桑栄松君 それでは最後の質問でございます

○高桑栄松君 それでは最後の質問でございます

が、カードによる健康管理システムの導入に積極的に取り組むべきであると考えますが、いかがでございましょうか。

○国務大臣(山下徳夫君) カードを利用した健康管理システムにつきましては、国民一人一人の健康管理を進めていくための有効な方法の一つと考えておりますが、患者のプライバシーの保護を初め検討課題も多いことから、その導入につきましては、現在行っております研究開発の進捗状況を見守ってまいりたいと考えております。

○高桑栄松君 ありがとうございます。

○前島英三郎君 この法案は、二十一世紀の本格的な高齢社会の到来に向けて国民の医療を確保するための法案でありますし、その基本的な内容や目指している方向は十分に評価できるものではないかと思っております。

これまでの長時間にわたる審議によりまして、この法案の意味、内容などにつきましては十分に議論されてまいりました。その中で、この法案を円滑に施策に移すための努力や、さらに今後の医療供給体制の改革に向けての政府への課題が新たに問題として提起されたように思います。そこで私は、これまでの審議を通じて明らかとなった幾つかの点につきましてお尋ねいたしますが、重複する内容もあるかと思っております。

医療は、国民が病気をやがなくなったとき必要とする基本的サービスの一つでありますし、国民生活に密着したサービスでもございます。したがって、医療制度の改革に当たりましては、国民の側に立ってどこがどのように改善されるのか、また患者の側に立ってどのような点がよくなるのか、わかりやすく説明していくことが常に大切ではないかと思っております。

この点につきまして、私のところに人工透析を受けている患者さんから医療法改正についての不安の手紙が多数寄せられております。きょうも議論がありましたが、現在大学病院や総合病院などの大きな病院にかかっているけれども、今度の改正によってこのような病院にこれからはか

かれなくなるのではないかと、また長期入院患者はこのような病院から追い出されるのではないかと、人工透析を長年受けており長期に病院にお世話になっている方々も、今度の改正により今の病院から医師や看護婦の少ない病院に移されるんじゃないだろうかという不安の声を耳にするわけであります。このような患者さんの心配に對しまして、心配は要らないよと、わかりやすく説明していただきたいと思っております。

○政府委員(古市圭治君) お話のようなことは国会審議を通じて、衆議院でも御指摘を受けました。さらにたいだいまお尋ねでございます。

私どもは、そういうことがございましたので、去る六月十日に全国腎臓病患者連絡協議会の代表の方に私のところに来ていただきました。今回の法改正の趣旨を個々の患者さんの病状に応じて適切な医療を提供できる体制を整備するということであるということでも十分に説明をさせていただきました。そういうことから、人工透析患者につきましても、高度な医療を必要とする病状であれば特定機能病院で、また長期の療養を要する病状で安定しているということになれば療養型病床群が利用できるということでございますが、一律的に人工透析患者の医療を悪化させるようなことでこれを運営される心配は全くない、このようにお話をさせていただきました。

いずれにいたしましても、国民から誤解がないように、また不安を抱かれないように今後とも制度の趣旨について十分周知を図りたいと思っております。

○前島英三郎君 次に、今回の審議を通じて重要な論点の一つとされましたインフォームド・コンセントについてお伺いをいたします。

この国会はPKOとインフォームド・コンセントという言葉が大変中身が議論されましたが、今回の改正案では医療提供の理念というものが初めて法律に規定されました。医療は医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づいて行われるものとされております。これまでは医療を受ける

者、すなわち患者の立場というものが法の中には示されておりました。初め法律に位置づけられることとなったわけであります。また、医師と患者の信頼関係を支える方法の一つとして、いわゆるインフォームド・コンセントの考え方がありますけれども、今後の医療を考える上で非常に重要な考え方でもありましようし、衆議院における修正によりまして、政府はこれを普及するための方策等について検討することとされております。

このインフォームド・コンセントにつきましては、今後、鋭意検討が進められるものと期待いたしておりますけれども、取り組み方針につきましてもう一度お伺いをしておきたいと思っております。

○政府委員(古市圭治君) 今回の法案の審議に伴いまして、非常に多くの御質問を受けました。また、地方公聴会でもいろんな御意見をいただきました。それを踏まえまして厚生省は、この法案が通りまして後、できるだけ早い機会に検討のための専門の委員会をつくらせていただきたいと思うわけでございます。

既に、一番関係の深い日本医師会では「説明と同意」という報告書を出されたことでございますし、またこれは医者だけでなく関係する団体が非常に多くございまして、広く御意見を聞いて、国会で御指摘を受けた点について鋭意検討を進めたいと思っております。

○前島英三郎君 次に、地域の医療を支えているかかりつけ医である開業医についてお伺いをしたいと思います。今回の改正では高度な医療を必要とする患者さんにふさわしい医療を提供する病院として特定機能病院というものを制度化することとしておりますが、この特定機能病院を本当に機能させるためには地域における医療の連係体制というものを深めていく必要があると思っております。

さらには、地域においてプライマリケアを担当するかかりつけの医師の機能というものの充実を図っていかねばならないと思っております。しかし、この役割を果たすべく開業医につきま

しては高齢化が進んでいるのが現状でありますし、開業医の活性化が求められているのが現状ではないかと思っております。私も、実は長い間、近所に主治医をお願いして御厄介になっておりますが、そのお医者さんは七十八歳でございまして、往診を時々していただくんですが、送迎は車で私の方で用意してやらなきゃならないというような状況もあつたりするわけであります。

そこで、地域における医療の連係体制を整備するために開業医の高齢化についてどのように対処され、またかかりつけの医師を育て、いわゆる家庭機能の充実を図ることについて厚生省はどのように考えておられるでしょうか、お伺いします。

○政府委員(古市圭治君) 我が国の国民医療を支える上で特殊な専門病院があるということだけではなく、広く各地域に身近に開業医さん、かかりつけの医者がいるということが国民の安心の基本でございますから、これがだんだん高齢化していくというのは非常に問題でございます。

そこで、私どもは、社会福祉・医療事業団の事業といたしまして、開業のお医者さんが事業を譲るといふことについて仲人的な役割を果たすというような仕事もさせていただいております。それからまた、先ほど御指摘を受けましたが、これからの医師に対してそういう第一線のプライマリケアの重要性というものを身につけていただくために国家試験の出題基準を直したり、卒後臨床研修の到達目標にもその項目を入れるという努力もしております。さらに、直接的には病診連係のモデル事業というものを各地で普及させているところもございます。さらにこの徹底を図っていきたくと思っております。

そういうことで、各種の施策を通じて現在対策を進めているわけでございますが、ただちょっと明い見通しは、従来開業医の年齢がどんどん高くなりまして、現在六十歳近くなっておりますが、四十歳代の年齢層において勤務医から開業医にいくという一つの山が出てきております。そういうことで、跡継ぎができるような施策をいろいろ

る今後とも工夫してやっていきたいと思っております。

○前島英三郎君 ゴールドプランの一つの政策の中に、全国一万人の支援センターというふうなものも用意されているわけですが、そういう意味ではそういう支援センターと地域のかかりつけのお医者さんとの連携みたいなものも今後考えていくことが大変重要だというふうに思っています。

次に、僻地医療の確保について伺いたいんですが、今回の改正に当たりまして、日本の医療を提供する体制の現状について厚生省の説明によりまして、全国的に見ればベッド数とかあるいはお医者さんの数などは量的にはほぼ充足しており、今後は質的な充実を目指していくものとされており、今後の方向としてはそのとおりと聞いておりますが、今後の方向としてはそのとおりと聞いておりますが、その一方でいまだに無医地区の解消とか医療機関の地域的偏在の是正とかの問題が残っておりますし、これはなお重要な課題ではないかと思っております。

この問題につきましては、厚生省では現在第七次僻地保健医療計画に基づきましてその整備を進めているものと思っておりますが、この進捗状況も含めまして僻地医療の確保についてどのように今後取り組んでいくのか、お伺いしたいと思います。

○政府委員(古市圭治君) 第一点の僻地医療対策と進捗状況でございますが、これを始めました昭和四十一年にいわゆる無医地区というのが全国で二千九百二十地区ございました。現在、第六次までの対策を行いまして、平成元年現在では千八百八でございますから、四十四年を一〇〇としたしまして三七までに地区数が減ってきているわけでございます。

それからまた、ここでカバーされている無医地区に住んでいる人たちは、いわゆるスタートを切ったときに比べて四分の一ということになっておりますから、それはそれなりに対策は進んだと思っておりますが、今後は第七次僻地対策で平成三年から行いますが、無医地区だけではなくて無医地区に準ずる地域ということにも対象を

広めて、医師のローテーション、それからまた大学病院からの診療、それからまた僻地勤務の医師、それから看護婦に対する宿舎の整備等を進めて僻地の解消というものに努めてまいりたいと思っております。

○前島英三郎君 今回の法案では、国民が適切な医療情報を受けることができるようにするために、医療規制の緩和を図ることとしております。これまで医療について広告することができた事項については、法律により非常に限定されておりましたが、国民の健康に対する関心の高まりなどを考えますと、この規制を見直していこうとすることは国民にとっても望まれることではないかと思っております。

しかし、一方ででは広告規制の緩和によりまして、医療の公共性や非営利性が損なわれるような広告がなされまして、国民の医療に対する信頼性というものが損なわれることになるのではないかと懸念する声もございます。今回の広告規制の見直しに当たっては、このような商業宣伝的な観点からの規制の緩和ではなくて、患者に対して適切な医療情報を提供するという観点から広告規制の見直しを行うべきではないかと考えますが、この点についてはどう考えておられるでしょうか。

また、広告基準の設定に当たっては、広く関係者の意見や医療を受ける側である国民の声を反映させていく必要があると思っております。これらの点についてどう対処されるつもりか、お伺いしたいと思います。

○政府委員(古市圭治君) 今回の広告規制の見直しにつきましては、患者に適切な医療情報を提供するという観点から、患者が医療機関を選択する上で情報を入手しやすいようにしようというのの一つでございます。

また、広告できる事項の範囲を広げていくということになっておりますが、一方違反広告をきちっと取り締まるということも必要かと思っております。広告できます事項や広告の基準というものを定めるに当たりましては、あらかじめ診療に

関する学識経験者団体の御意見や医療審議会の御意見を聞くということにしておりますが、この医療審議会のメンバーには医療を受ける立場にある方々が含まれていることから、こうした手続を通じまして関係者の意見や医療を受ける側である国民の声も反映されることになるものと考えております。

いずれにいたしましても、患者に適切な医療情報を提供するという考えに立ちまして対策を講じてまいりたいと思っております。

○前島英三郎君 また、この点と関連した問題として、カイロプラクティックなどのいわゆる医療類似行為の広告についてちょっとお尋ねしておきたいんですが、最近カイロプラクティックなどを無届け、無免許で行っているいわゆる医療類似行為につきまして、目に余る誇大広告が多いのではないかと聞いております。このような広告をそのまま放置しておきますと、国民の適切な医療を受ける機会がおくれることとなるだけでなく、国民の健康に対しても結果として悪影響を及ぼすことになるものと考えられます。

この医療広告の開放みたいなことが逆手にとられて宣伝されるようなことになって、これもまた大変でございますけれども、国民の健康に対するニーズの多様化に伴い、国民に適切な医療情報というものを提供していくことは必要なことと思っておりますが、こういう誇大広告に対してはこれから適切な措置が必要ではないかというように思っています。この点に關してどう考えておられるか、お伺いしたいと思います。

○政府委員(古市圭治君) ただいまお話の、いわゆるカイロプラクティック療法につきましては、非常に現場で問題視されている点は事実でございます。

こういうことで、人の健康に害を及ぼす可能性のない行為につきましては取り締まりの対象とすることは困難でありまして、それに伴います広告につきましても、憲法上保障されております表現

の自由に関係する問題があることから、法律上一律にカイロプラクティックを全面的に広告を禁止するということにはならないかと思っております。

これは先生御承知かと思いますが、昭和三十一年に最高裁の方でこれをめぐる判例が出ておりまして、いわゆる人体の健康に害を及ぼさないという範囲内では、それは職業選択の自由、広告の自由ということに入るのではないかと考えております。

しかしながら、人の健康に害を及ぼす可能性のある行為、例えば椎間板ヘルニアとか変形性脊椎症、それから骨粗鬆症、こういうような禁忌対象疾患に対してこういう行為を行うということになりましたら、その行為自体はもう取り締まりの対象になるとございまして、その広告も指導取り締まりの対象になる、このように思っております。

そのようにまた指導しておりますが、今後ともこのような広告につきましては、都道府県を通じて関係法規を適切に運用するというところでその指導取り締まりに努めてまいりたいと思っております。

○前島英三郎君 視覚障害者の一つの自立の道として、はり、きゅう、マッサージ、いわゆる三療というものがあられるわけでありまして、このカイロプラクティックの類似行為が、いわばそうした障害者の自立の中へ侵食を及ぼして、かえって余り無理なことはやらなくても、つまりはり、きゅう、マッサージのようなことをやりつつカイロプラクティックの看板を掲げているというふうなことで非常に障害者の一つの職業を守るという意味からも、適切なこれからの指導が必要ではないかという思いがいたしますので、なおよろしくお願ひしたいと思います。

次に、診療科名についてお伺いしたいのですが、改正案では診療科名につきまして、国民の健康に対するニーズの高度化、多様化、医学技術の進歩などに適切に対応することができるよう関係者団体や関係審議会の意見を聞いて、弾力的に定

これによりまして、例えば現在リユーマチにかかっている患者さんにつきまして、どこへ行けばよいのかよくわからないと思っている人がいるとも聞いておりますが、仮に今後リユーマチ科が定められれば、このような患者さんにとっては非常に役に立つのではないかというふうに思うんです。

私は脊椎損傷という一つの障害ですけれども、これは別に脊椎損傷という立場でなくても尿が濁れば泌尿器科、あるいは床ずれが出れば皮膚科、外科、あるいは内臓が悪くなれば内科、いろんな岐にわたる一つの診療科目の中で自分の障害を治すといいますが、医療行為を受けるわけですから、こういうリニューマチのような人たちにとっては、なかなかその辺がどこへ行ったらいいのかという、何か非常に悩みを私たちの方にも寄せられております。

そのような意味で、患者が自分の病気に合った医療機関を選択しやすくするために診療科名をふやすことも必要ではないかと思うんですが、これはリユーマチ科だけではなくて難病もそうでありましょうし、歯科なんかもそうですね。そういうようなことも含めまして、今後どのようにこういう診療科名をふやすことについてお考えをお持ちなのか、伺っておきたいと思っています。

○政府委員（古市圭治君）　現在、医療法によりまして列挙されて標榜が許可されておりますのは、三十三の診療科名とそれから厚生大臣の許可による麻酔科ということに限られております。今回の改正によりまして、医学医師の進歩、それからまた国民の要望に柔軟に対応できるように、標榜でできる診療科名を政令で定めていくということになったわけでございます。

具体的な診療科名につきましては、この法案を成立させていただきましたならば、医学医術に関する学術団体、それから医道審議会の意見を聞きまして定めていくことになるわけでございますが、当面は現行の標榜可能な標榜科名をすべ

て認めてこれで満足はする。また、今御指摘の問題は、リユーマチ科も含めましてよく言われておりますのがアレルギー科というのも国民にいいんではないかとか、またペインクリニック、さらには糖尿病科とかいろいろございます。

しかし、そういうものを挙げた以上は、その後ろにそれを保証するだけの技術と専門性を持ったお医者さんが対応するという仕掛けがないと、これは自由標榜と、こうなると何のためにもならないということがございますから、その専門性を標榜するというと、それによって国民がどのような医療システムに乗るのかということを含めた検討が必要である、こういうことを含めまして審議会の中で御意見をいただきたいと思っております。

○前島英三郎君 次に、国民一人一人の健康の管理を推進するための保健医療情報のカード化についてお伺いしたいと思います。

今やカードの時代と、こう言われておるんですが、最近の情報技術の進歩に伴いまして、個人データを小さいカードに集約しまして、個人の保健医療情報の体系的な管理を進めることが可能となるような技術が開発されていると伺います。その実用化に当たってはプライバシーの問題等もありますので慎重を期すと思うんですが、国民一人一人の健康管理を推進するために保健医療情報のカード化について積極的に取り組む必要があるのではないかと思います。保健医療情報のカード化について今後どう取り組んでいくのかお伺いいたします。

○政府委員(古市圭治君) 厚生省の方では六十二年度からそれぞれ年次計画でもって保健医療新カードシステムというものの検討を進めまして、それからフィールドにおきましても淡路島、さらには姫路市等で広い地域での実用性を現在検証中でございます。

問題は、いわゆる患者の医療情報でございますからプライバシーの保護の問題、それから入力をするというのがこのお忙しい中で医療機関のだれ

が正確な入力をしてくれるのか。それからまた、いろいろな機種がございますから、その中の互換性の問題がどうなのか、またICカードなのか光カードなのか、そういういろんな問題がございますので、一つの地域で成功したといっていますが、先生が御期待される、皆さんが御期待されるようにそれを全国で使うというのは非常に大きな問題がそこにありまして、その辺の検討も必要かと
思うわけでございます。

いずれにいたしましても、私どもは姫路市という中都市で実験した成果を踏まえてひとつ方向性を考えていきたいと思っております。

○前島英三郎君 今回の医療法改正は、患者の病状に応じた良質な医療を適切に提供するための改革の第一歩と位置づけられるものでありまして、今後とも引き続き患者の側に立つて医療供給体制の改革をさらに進める必要があらうかと思ひます。

まだ時間もありますが、最後に今後の医療供給体制の改革への取り組みにつきまして大臣の御決意をお伺いいたしました。私の質問を終わります。

○國務大臣(山下徳夫君) 何度も申し上げましたように、今回の改革は第一歩と私どもは受けとめているわけでございまして、患者の病状に合った良質な医療を適切に提供するということを一つの基本としたしておるわけでございます。

このためには、残された課題について厚生省としても全力を挙げて取り組んでいかなきゃならぬと思っております。そして、その過程の中で関係者の合意を得ながら、合意が調ったものから順次改正を行っていく、こういうふうにすることが私どもは一番適切である、かように理解をいたしておるところでございます。

○前島英三郎君　　どうもありがとうございます。

○沓脱タケ子君　それではお伺いをいたします。

今回の医療法の改正というのは医療機関の機能分化を進めるということで、特定機能病院、そして

て療養型病床群という新しい名称が出てまいりまして、そういう新しい制度、施設が出てまいったわけでございます。限られた時間でありまゝです。特にこの制度の中で療養型病床群についてお伺いをしたいと思うんです。

といひますのは、この制度化によつて地域医療の中心を担つてきた中小病院の四割から五割くらいがその枠内に入つてしまふのではないかということが言われておりますし、そういうことになる、患者にとりまして、また中小病院の将来にとりまして、さらに言えば医学水準の向上の立場からいひましても、大変大きな影響を及ぼすのではないかということを危惧するわけでございます。

現に、我が国の中小病院のうち二百九十九床以下の病院というのは八六％を占めておりますし、病床数では六三％、その中小病院で担っている外来は五八％、そして救急医療が五六％ということで、つまり地域医療を担っているウエートというのは極めて大きいわけでございます。したがって、この分野にどういう影響が出てくるのかというのがなかなかわかりにくいわけでございますので、具体的に療養型病床群についてお聞きをしていきたいと思います。

まず第一に、衆議院からの議論を通じまして御答弁になっておられますのは、療養型病床群というのは診療報酬を定額制するというふうにお答えになっておられますね。そして、部分的には出来高払いにするという御答弁をしておられるわけですが、部分的出来高払いというのはどういう範囲をお考えになっているかということが一つです。

それからもう一つは、定額制ということである。その場合には、物価スライドをきちんと義務づけをしていくのかどうか、その点をまずお伺いしておきたいと思っております。

○政府委員(黒木武弘君) 療養型病床群の診療報酬についてのお尋ねでございます。

な考え方として定額制、その中に出来高を加味したものでいかかというふうに考えておられるわけでございます。その出来高払いと申しますか、個別支払いのところはどのような範囲になるのかというお尋ねだと思ひます。私ども、非常に難しい課題だと思つておられるわけでございます。と申しますのは、ここに入られる患者さんは年齢もさまざま、病状もさまざまでございます。そして、御意見がありましたように、例えば三月以上で整理するというならば、いろいろデータ等がございますして、そのデータを分析して平均的なものをこれだとして、それから個別にこういうものを払う必要があるというのには解説できるわけでございますけれども、主治医の判断によるというふうなこの辺が整理されておられるわけでございます。

そうすると、主治医の判断がどの辺に落ちつくのかなというところを見きわめながら、私どもは一般的に想定される病状に対する経費は平均的な費用でお支払いいたすわけでありませうけれども、病状の変動が出た場合に、どういう場合に転床されるのか、あるいはどういう場合の変動について療養型病床群の中で治療が行われるのか、そういう程度だとケースだとかいうものを慎重に分析しながら、個別に支払ひの、あるいは出来高払いの支払いというものを最適に組み合わせて、ここでの患者さんの療養がベストに行われるように配慮なり努力をしてみたい、かように思つております。

○香脱タケ子君 物価スライドは。

○政府委員(黒木武弘君) 失礼いたしました。この定額部分についての物価スライドのお尋ねでございます。もう御案内のように、定額にまよめず費用の中心は人件費であつたり物件費であつたり、あるいは医師の技術料部分も入るといふようなことで、この中身をどういうふうに分けするかというのは現在の診療報酬の中では非常に難しい。要するに最初につくつたものがはつきり分かれていたのないうわけでありませうけれども、昔の診療報酬を改定、改定してきておられるわけでございますから、要素別に分解するのは非常に

難しいという点がございませう。

したがって、直ちに定額部分を物価スライドという形で構築するのは非常に困難があると思つておりますけれども、そもそも診療報酬につきましましては、御案内のように物価とか賃金の動向を見ながら全体的に引き上げ等の改定を実施しているわけでございますから、そういう延長の中でこの療養型病床群の定額部分が実態に合わない形で推移するということは私どもも是とするところでございませう。これから中長期的に相談しながら適切に対応してまいりたいと思つております。

○香脱タケ子君 そうすると、どうも物価スライドももう一つ確かじゃないですね。物価スライドとして、定額制にするけれどもそれはせめて物価スライドぐらいではきちんと対応していくと受けとめてよろしいか。

○政府委員(黒木武弘君) これまでも定額部分はかなり診療報酬の中で老人とか中間施設とかいう老人保健施設に導入いたしておられるわけでございますが、それは改定の都度、物価、賃金の状況というものが十分反映された形で引き上げているつもりでございますから、その実績を御勘案いただいで評価いただきたいと思つてございませう。

○香脱タケ子君 次に伺ひたいのは、これはたびたび御説明を伺つておりますように、療養型病床群では職員配置を百床当たり医師三人、看護婦十七人、看護助手十七人とするわけでございます。そのことだけをお聞きしているんですけれども、私、非常に全貌がつかみにくいのでどういふふうに理解をしたらよいのかということでお聞きをしたいんです。

例えば、二百床の病院で五十床を療養型病床群に転化するということになったら、面積が一・五倍になりますから実際には三十床にしかならないですね。そういう三十床のところ、年齢は問わない、それから男女別はもちろんです、それから各科混合型になるのではないかと、病気の重人、軽い人、一緒に入ることになるんだ

ろうと思つてますが、そういうふうに入れるんですか。

○政府委員(古市圭治君) 最後の病気が重い、軽いというところを除きますとそのとおりでございます。

○香脱タケ子君 これはえらいことですね。まさか同じ部屋に男女は入れないやろな。こんなことを心配せないかぬというふうな構想、わからないというのはそこなんですね。

それでもう一つは、例えば内科も外科も整形も産婦人科もときによつたらありますよ、小児科だってないとは言えない。そういう患者さんがごちやごちや三十床なり五十床のところに入れられるというふうなことになるんでしょう。

○政府委員(古市圭治君) 先ほどちょっと言葉足らずでございまして、例えば三十床のところは男も女も、部屋は当然違うわけですが、四人部屋以上はないということでございますから、三十床のところ、幾つかの部屋は女性、幾つかの部屋は男性、こういうことだと思ひます。

病気の種類を問わないというのは、端的明快に申し上げましたが、病状安定期にあつてこれがふさわしいと思つたお医者さんが判断されて、患者さんがそれじゃそちらがいいですねといった方が行かれるということから、いわゆる何科の病気が、何科の病状ということだけでなくこの病棟は利用していただける、このように思つておられるわけでございます。

○香脱タケ子君 それでわからないんです。内科の患者さんも外科の患者さんも男女別に分けたら、部屋がたかさんないですからね、一緒に入ることになるでしょう。それから整形の人と一緒に入る、ときによれば婦人科の患者さんも入る、小児科の子供さんもおるといふようなことになりまして、これは病棟を管理していく上で非常に困難ですね。手間暇がかかりますね。

特に心配なのは、医師の配置は百床当たり三人でしょう。三人はどういう専門の医師を配置するか知らぬけれども、内科ばかり三人やつた

ら、外科やら婦人科やら整形やらの患者さんはどうなるんかなという心配も起こるんですが、その辺はどういうふうにお考えになりますか。

○政府委員(古市圭治君) 先生専門の分野でございますけれども、例えば骨折して入った人は典型的な外科なんですよ、入ったときには、それは骨折を外科で治療する。その人が退院する一週間、二週間前というのは、それが外科と言へるかということでもあるわけですね、理屈を言っているようで恐縮でございますけれども、そういうことで、一応療養型病床群というのは病状が安定した方が利用していただけるということならば、従前の内科、外科と各科別のことを考えなくてもいいんじゃないかならうか。

そういうことならば、現在の老人病院にいたしまして、いろんな病気を老年寄りの方は持つておられるわけでございますから、非常に専門性の高い医療となつたら各科別のお医者さんがいるということかもしれない。そういうことから、病状が安定したということならば老人病院と同じ基準でもいいんじゃないかならうか。それからまた、全病院がこうなるというときもございませうし、私どもが想定しますのは、一部分の看護単位病棟が利用されていただくということでございますから、その本体のベースキャンプというところにはいろんなお医者さんがいる、必要に応じてそういう先生方も診療には対応してくださるということとは可能ではなからうかと思つておられます。

○香脱タケ子君 いや、わかりにくいのは、そうすると療養型病床群ということ、定額制の病棟をつくつて、それでとにかく百床当たり医師三人で看護婦十七人、必要やつたら本体の病院から医師が来るから別に不自由はない。そういうのはむしろよくちゃですが、それやったら、患者にしたら、今の一般病院に入院しておれば、外科なら外科、産婦人科なら産婦人科に入院することができ、内科なら内科で入院することができ、骨折の人はどうか知りませ

んけれども、産婦人科の患者さんで安定期でそこへ入ったという人に外科や内科の医師が対応するんですか。私は非常に患者は不安だと思えますよ。そんなことをお考えにならないですか。私ちょっと現場のことを考えてみて、こんなことをどうしてまともに考えるのかな、まともだと思っているのかなと。

確かに、ビジョンとしてお考えになるのは非常によろしいと思えますよ、効率的という御意見から言えば。しかし、患者にしたら今までの一般病院なら一般病院で入院していたよりは大変なことになりそうだなと思うんですね。だから、この辺はそういった療養型病床群をつくるにいたしても、医師や看護婦の配置基準というのはせめて現行医療法の水準ぐらいいはきちんと確保するという形でそれに対応するべきではないかと思えますけれども、どうでしょうか。

○政府委員(古市圭治君) 先生はそういうことはございせんが、これはよく私も説明したとき誤解を受けますのは、この法律が通りますと、現在の医療機関の中が強制的にそういう仕組みになるんじゃないかという誤解を受けているわけでございます。そういうことでたびたび御説明しますように、百床、三百床、四百床、そういう病院がこの制度ができたときに、その中の一部分の病床をこういうことで利用した方が全体に病院の立場からいいと御判断された人が申請されたらいいという事になっておりますので、強制ではないわけです。だから、患者さんは医療上の不都合があるならばその病院に現行のままいてくださったらいいわけで、その担保はできているわけでございます。

そういうことで、今まで言われておりましたのは、日本の医療法では二十床以上を一律に病院と言った四人に一人、また病室面積は四・三と言っておりましたけれども、そういうことではないけない、急性期病院と慢性病床と分けるべきじゃないかという意見もございました。そういう中で、ひとつこういうところからス

タートしようという選択の幅を広げたということとでございますから、これを最終的に利用していただくのは、その病院を管理してどのようにこれを利用できるかと判断したお医者さんによるということになっていくわけでございます。そこで、婦人科の人を入れたらおかしいとか小児科がおかしいとか、それはお医者さんが判断されるわけ、それにふさわしい方を利用できるということならば利用してください、こういうような提案でございます。

○香取タケ子君 これは、その病院が手を挙げればよいということなんです、婦人科の患者がおられるのはおかしいとか、小児科がおったおかしいというのを私言っているんじゃないんですよ。年齢も各病棟も混在して一緒に入れるんですよ。そういうことになるなら随分都合だということをお願いしているんです、全国の病院の方々がそれが嫌なら手を挙げなかつたらよろしい。手を挙げなかつたらよろしいと言ったって、今の医療制度の中では、冒頭に申し上げたように四割から半分はその範囲に押し込まざるを得ないという状況になっておるんですよ。私、中小病院が病院自身の将来の発展あるいは質の向上、そして中で診療を受ける患者さんの利益がどうなるかという両面からちょっとお聞きをしているわけなんです。

それで、これだけ言うておると時間がたくさんありませんから、例えば療養型病床群で重症化したときには転棟、転院等によって対応するということの御説明を受けておりますが、そういうことができませんか。これは私、ちょっと時間の都合があるから具体的に申し上げますが、例えば療養型病床群に入っている患者さんが急性悪化した、それで一般病棟の病棟へ引き取るということになったら、特三類の病棟へ入れますとこれはもう話にならないのです。大臣、これはちょっとややこしいけれども、あんじょう聞いておいてください。というのは、特三類というのは救急の対応がで

きる病棟の単位になっておるわけなんです。ところが、それは看護婦は二対一の配置になっているから、そのかわり入院の日数は二十五日なんですよ。療養型病床群に半年入っている人は、半年言うたらややこしいから五カ月、百五十日入っている人が例えば二人重症になって特三類というところへ来たと思えますね。そうしたら三百日という入院日数を背負ったままで特三類へ来ることになる。その特三類のところでは入院日数二十五日ということとをオーバーすると特三類が失格するんですね。そういう制度に診療報酬はなっている。だから健康政策局では、いや、転棟したら簡単に片がつくとおっしゃる。そう思いますよ、何とかな、ビジョンとして考えたら、ところが、実際にはそういうかんぬきがある。

だから、二十五日入院の制限がありますから、例えば百五十日療養型病床群におる患者さん二人が重症になって特三類へ来るとしますね。三百日という入院日数を担いでくるわけ。担いできますと、特三類の入院患者の日数というのは平均二十一日か二日ですよ。それを三百日持ってきてくれたら一遍に六日間、五十ベッドといたしまして六日間加算せないうわけ。そうしたら一遍に二十八日、平均二十二日の病棟であれば二十八日になつて一遍に失格になるんです。失格になるという心配が起つたら受け入れてあげたくてもあげられない。これは大変なんです。

何でそういうことが起こるか。これは看護の配置基準によって看護料をいろいろと決めているわけですね。どんなふうになるかという、特三類では三百三十七点です。失格して特二類に落とされたら二百点なんです。その差は一日に千三百七十円下がる仕組みになりますね、重症になった人を引き受けただけで。そうなつたら五十ベッド一カ月でしたら、その病棟は一月に二百九万六千円収入ダウンになるんですよ。今日のこの厳しい医療情勢の中で、重症化した患者を引き受けたいと思つても年間二千万からの影響を受けるということになったら、医師のヒューマニズ

ムはどんなものでけへんというところになってきていくわけですよ。結局、引き受けられないから、そうしたらもうしょうがないから療養型病床群で何とか不十分でも、何しろ医師が三人で看護婦十七人しかいないんだから不十分です。不十分でも何とかするか、あるいはどこかの病院へ頼んでも引き受けてくれなかつたらしょうがないから家庭へ送り返す以外に道はない、こういうことになる心配がある。そういうことは案外知られていないんですが、ビジョンとして確かに、いや、悪くなつたらもとの病院へ、もとの病院の病棟へ返せばいいがなとだれでも思う。返せない、受け取れないという仕組みが、診療報酬にちゃんとかんぬきがかつてい

こう状況になっておるわけでございますから、ここを新しい制度発足で政省令をお決めになり、あるいは診療報酬も対応されるというお話でございますが、これを防いでいくために、せっかく制度をつくるんだつたらそれを生かす制度にしなきゃいかぬと思うんですが、これは何が要るか。やっぱり看護婦の配置基準だけで病院のランクをつけたら、診療報酬の減減制をどこかとか十数項目もつたりというやり方を、この前にも申し上げましたけれども、もう一遍見直していただく必要があるのではないかと一つ。

もう一つは、少なくとも療養型病床群に入院をした患者さんが病気が悪化して一般病棟へ引き取るときには、それまでの入院日数を担いでくるのをやめさせる、せめてそのぐらいいのことはしなかつたら引き受けて何とかしてあげたいと思つてもできないんじゃないですか。その辺どうでしょう。

○政府委員(黒木武弘君) 療養型病床群が制度化されるわけでございます。私もはもとより、先生鋭い御指摘でございますが、そういう問題点が当然あり得るというふうにご考慮しておまして、これから中医師協を中心にして検討しなきゃならないと思つておるわけでございます。二十五日以前の

問題として、特三類というのは特二類以上を病院全体が持っているというところでございますから、現在の特三類の考え方自体私どもは一回再検討する必要がありますだろうと思っております。

特二類をとっておられる病院のように非常に高度な病院が療養型病床群にどのように転換していくかというのは、なかなか今のところはどのような病院かというイメージがわかないわけでありまして、確かに今の基準看護制度とは矛盾、そこを来すわけでございますので、私どもとしても中医学に相談しながら適切な形になるように考えてみたいと思っております。

○香脱タケ子君 大臣、私申し上げておきたいのは、とにかく今も特二類以上特三と言ったでしょう。特二類と特三類で看護料が一日千三百七十円違うんだから、それは病院が経営を考えていく場合には当然特三類をできるだけ確保しようとするよ。そうしないといふ病院は経営が成り立たないといふふうに、いろいろ数字を拝見していると私も思います。

だから、ええことを考えてみたけれども、局の違うところで診療報酬のやり口で抜き差しならぬというふうなことになるって患者さんが行きどころなし、あるいはたつた三人や十七人の看護婦さんの不自由な中で前よりは十分悪くなったやないかというふうなことになるように対応をしないかというお話をさせていただきます、その点、検討はなさるというお話でございますので、特に大事な点から大臣からお伺いしておきたいと思います。

○国務大臣(山下徳夫君) 大きな制度の改革の場合には、あるいはまたこういった、これは矛盾であるかどうかと私も判断に苦しむんでございまして、出てくると思えます。したがって、私何回も申し上げましたように、第二弾、第三弾、次々にまた改めていかなきゃならぬ面もございまして、そういうときに今問題も含めて十分検討させていただきたいと思えます。

をしていただいて、私は全体の看護婦による病院のランクづけという問題がすぐにできなくても、少なくとも療養型病床群で長期入院している人が病気が悪くなったときに病院へ引き取れるように、今までの入院日数を担いでくれるというふうなことをやるようにしなかつたらだめだと思っております。

古市局長、そうでしょう。この制度を進めていくのにそれがなかったら保証されないでしょう。いかがですか。

○政府委員(古市圭治君) おっしゃることは非常によくわかりますが、ただ、保険局長もお答えいたしましたように、いわゆる特三類の看護が一挙に間を飛ばして療養型病床群というものを設定するといふ形が起ったときの話でございます。それを医療機関が選択するかどうかというものは、そういうことも含めて検討されるんじゃないでしょうか、それが可能になるようなことにはどのように点数なり数字なりを直すべきかというところは、厚生省一体でございましてから保険局と一緒に検討させていただきます。

私はその前提となる病院の選択制、特三類が療養型を持つことという自体、ちょっと余りないことじゃないかと思えますが、論理的にはあり得ることですから、そこは保険局長ともよく相談をさせていただきます。

○香脱タケ子君 それは余りないんじゃないかとあつて、それからもう一つは、引き受けてもらうところがなくて、療養型病床群で重症化したけれども、治療をやむなくしなきゃならないという患者さんは間々起ると思ふんです。その場合に、これは老人病院並みの職員配置ではだめだと思ふので、医師、看護婦は少なくとも現行の医療法の枠、病床当たり医師六人、看護婦さんは四対一をせめて確保しないといふヨーロッパ諸国に笑われますよ。

だつて、デンマークの市立総合病院の長期療養病床では医師が十四人ですよ、看護婦それから看護婦合わせて八十人ですよ。我が国は医師三人

で、看護婦、助手を合わせて三十四人ですよ。世界第二の経済大国だと言つてるところで、これは余りにもひど過ぎると思ふので、職員配置についてもひとつ考えていただかなければならないと思ふますが、大臣いかがでしょう。

○国務大臣(山下徳夫君) 確かにGNPにおいては世界第二位になりましたけれども、それぞれの部門において世界第一位と一つ一つ全部比較すると、これが全部そこまでするかどうか、これはまた問題ではございます。おっしゃる趣旨はよくわかりましたけれども、今後またよく勉強させていただきます。

○香脱タケ子君 勉強ばかりしていたら間に合ふのですけれどもね。それで、時間も終わりますので、私はこれはどうかかすると、現在の総合病院で治療を受けている患者さんたちが療養型病床群というところへ追い込まれると、非常に水準の下がる医療になってしまふというふうな思ふんですよ、今のままでいくと、その上でさらに、アメニティーなどいまして、片や一方では予約診療とか、時間外診療だとか、差額ベッドを二割を五割にすると、給食を特別材料給食にするとかというところで、患者負担の拡大というのがどんどん広がつてきているんですよ。

そういう広げる制度をつくつてきているというのは非常に残念だと思ふます。医療の水準が上がつて、そしてさらに本人の好みでというんなら、これはアメニティーですよ。医療は療養型病床群へ追い込んで、定額制で安上がりすることにやつてもうて、そして片やアメニティーだといって患者負担をふやしていくということは、これは許されないと思ふんです。

我が国は国民皆保険の国でございますから、少なくとも公的医療で今日の医療を享受できるといふところまで実際には来たわけですから、それをどんどん崩していかなれたのでは困ると思ふんですよ。その辺は、このままで進められるとそういう危険な道へ行きそう。日本の医療は国民がい

でも、どこでも、だれでも安心してかかる医療ということを目指していますが、それとはほど遠くなつていくのではなからうか。金のあるのは、同じように入院していてもおいしい食事をする、大きい部屋へ入る。金がなかったら、しゃあないからお仕着せの食事をするというのは、そんな同じ病人で差別が持ち込まれるというふうなことは、これは断じて許せないという思いがするんです。

そういう点で私は、大臣、国民皆保険時代に公的医療で本心に国民医療が賄えるという道筋、これをぜひ進めていただきたいと思います。時間が参りましたので、最後に御見解を伺つて、終わります。

○国務大臣(山下徳夫君) 先生は今回で国会を御引退なさるといふ話を私も聞いておりますが、長年にわたつて我が国の福祉行政あるいはまた国民の福祉の向上に御尽力いただきましてその先生の御努力には心から感謝申し上げる次第でございます。

なお、ただいまのお話でございますが、基本的には良質な医療を国民のニーズにこたえて提供するというのがこれはもう一つの方針でなきゃなりませんが、ただ、国民の所得との比較、例えばスキャンジナビア三国等におきましては、既に月給袋をあげてみたら租税とか福祉その他でもって三分の二は引かれて三分の一しか入っていないということが、これからの日本の将来でそういう一つの物差しが合うかどうかということも問題があります。

ですから、国民の所得、これから働く人口が減つてくる、お年寄りがふえる、いろんな問題から考慮した場合に、世界で一番いい国と一つ一つを対照して、これはどこの国が一番いいという、先ほど申し上げましたように、そういう物差しはおりにばなかなかいかないものがありますけれども、繰り返し申し上げるように、少なくとも前進をする、国民のニーズにこたえて良質の医療を提供するということが前進していくということには間違いないのでございますから、その前進の過程

において矛盾があれば直していかなきやならぬと思ひます。そのように御理解いただきたいと思ひます。(発言する者あり)

○省脱タケ子君 終わります。

○委員長(田淵勲二君) 傍聴者は発言を控えてください。

○勝木健司君 それでは、質問させていただきます。

二十一世紀の本格的な高齢化社会の到来を受けて、国民が病状に応じて良質の医療を受けられる、そういう医療供給体制を確立することが大変重要となつておるわけであり、そういう意味では、今回の医療法改正はそのための第一歩といふことですが、今後医療のあり方に対してはどのようなビジョンを持っておられるのか御説明をいただきたい。

そして、今後の高齢化社会、高齢社会に備へて各種の福祉施設あるいは医療施設等があるわけであり、どう連携を図っていくのかについても伺ひたいといふふうに思ひます。

○政府委員(古市圭治君) 厚生省は、今回改正医療法を提案させていただきます前に、昭和六十二年に内部で検討いたしました国民医療総合対策本部からの報告書を出させていただきました。それに基きまして、健康政策局を中心として「二十一世紀をめざした今後の医療供給体制の在り方」というものを示させていただきました。その中の合意を得たところを今回医療法の改正の中に提案させていただいたわけでございますので、よく御指摘受けますように全体の中の一部であるといふことでございますが、既にその目指す方向は二十一世紀の医療供給体制のあり方の中で一応報告させていただいたわけでございます。

殊に、残る問題といたしましては、特定機能病院、療養型病床群の間にある一般病院、また有床診療所それから無床診療所の今後の方向づけ、さらには第一線のかかりつけ医といふものをいかに育成、支援していくかという問題、さらには福

祉、保健、医療との連携システムと大きな課題として残されているわけでございますが、これは今回の後、引き続き検討して、まとまったところから提案をさせていただきたいという立場でございます。

○勝木健司君 私は、今後の医療のあり方につきましても、与えられる医療から参加する医療へという観点に立ちますと、いわゆるインフォームド・コンセント、これを推進していく必要があるんじゃないかというふうに思ふわけであり、今後、予防医療も含めまして医者と患者が連携をとり合つてみずからの健康管理をみずからが行っていくような、そのために患者が自己の生命あるいは身体あるいは健康等にかかわる医療情報に接近していく、そしてこれを知ることのできる体制を整備していくべきだといふふうに思ふわけであり、今後インフォームド・コンセントに関してどのような措置を厚生省としてとっていくのか御説明いただきたいというふうに思ひます。

○政府委員(古市圭治君) 今回の医療法改正では、そうしてこれが通過いたしました際には、その中に規定いたしました理念の中で医療の担い手と受ける者との間における信頼関係に基づく医療といふものを普及していきたいといふことでございますが、この法案の御審議の過程で、殊にインフォームド・コンセントといふものをできれば法律の中に記入できないかということまで御議論になりました。また地方公聴会、それから国会審議を通じて重要な問題であり、検討会をつくつて検討しろと、こういうようなことでもございました。その趣旨を受けまして、私もこの法案が通りました後、医療審議会等にもお諮りすることになり、御指摘いただいた事項について鋭意検討を進めていきたいと思つております。

○勝木健司君 多くの先進国は、患者の権利といふことで法律で定めておる、そして病状や治療法につきましても納得のいくまで説明を受ける権利、あるいは自分自身のカルテを見たりコピーしたりする権利、あるいは治療法を選ぶ権利を保障しているところがあります。こうした権利を、確かに我が国でも今すぐ取り入れることができるかといふと、まだ十分に合意は形成されてない部分もあるわけであり、少なくとも方向としてはこの方向を目指していくことが重要ではないかと思ひます。そのために今一番必要なことは、医師と患者の信頼関係を確立していくことだと思ふわけであり、すけれども、この信頼関係を確立していくことにつきましても、厚生省としてどのような施策を講じていくこととしておられるのか伺ひたい。

○政府委員(古市圭治君) まず、医師養成の過程におきましても、医学教育の中におきましてそういうことが十分教育され、身につくということが大事でございましょう。そういうことで、私どもの所管といたしましては、医師国家試験、卒業臨床研修といふところから始まるわけでございますが、その両者におきまして全人的な医療に努める、また十分な説明をするといふことも国家試験なり卒業臨床研修の項目にも挙げまして、具体的研修内容として今実施をさせていただこうといふことで、その中のプログラムも直したわけでございます。

それからまた、現在地域医療を行っていたたいております先生方の中におきましても、そういう第一線医療における説明と同意といふものについても御議論いただくわけでございますが、殊にこれは日本医師会から、先ほど出されました「説明と同意」につきましても全会員に周知を図るということをやっております。そういうことで専門団体、行政と力を合わせてその普及には努めてまいりたいと思つております。

それからまた、先ほど申し上げましたように、厚生省内にも専門の検討機関を設けて各種の問題を検討していただきたいと思います。○勝木健司君 今回の医療法の第一条の三により

ますと、適切な医療を提供するといふ規定が設けられておりまして、無医地区の解消あるいは医療機関の地域的偏在の是正等の施策を推進していくという趣旨を含んでおると理解しておるわけであり、

先ほどの前島先生の質問でも、第七次僻地対策といふことで取り組んでおるといふことでありますけれども、かつて僻地と言われていたところでも、交通とか通信とかあるいは情報手段の発達などによりましてアクセスが容易になってきておるといふことであります。ヘルコプターの活用とか、あるいは巡回診療所などのサポートシステムも整備することによって無医地区の解消を図っていくことも重要になってくるんじゃないかといふふうに思ひます。また無医地区の解消のためには、当然言われておりますマンパワーの確保も重要となつてくるわけであり、そういう意味で、これらの整備体制についての考え方を伺ひたいと思ひます。

○政府委員(古市圭治君) 先ほど御説明させていただきましたように、平成三年度から平成七年度に向けて、現在第七回目の第七次僻地保健医療計画に沿つてその整備に努めておるところでございます。これは従来から無医地区といふものに對する施策でございましたが、今回は無医地区に準ずる地域といふことで、さらにもう少し過疎の程度が少なくてもひとつ対象にしようというので努力をしております。

それからまた、御指摘のヘルコプターの活用につきましても、殊に離島等においてはその役割は非常に大きなものがございます。これを患者輸送用だけに使うといふのはその使用頻度から見ても無理でございますので、地方自治体のヘルコプター等を多目的に使うといふことで、自治省等も通して自治体がヘルコプターを持つということをお願いしております。その際に、それが着けるように、医療機関側ではヘルコプターがおりられる場所の整備といふものに対する補助金というのを用意しているわけでございますが、そういうもので

ヘリコプターの活用というものをさらに広げていきたいと考えております。

○勝木健司君 今回の改正案におきましては、画一的な規制を行っている病院について機能を分化していこう、そして体系化を進めていこうということであるわけですが、今回の改正も含めまして、今後の方針というのは、順次医療機関の機能の体系化を図っていくという方向にあるように思うわけですが、そういう認識に立っていると理解していいのかどうか、まずお伺いしたいというふうに思います。

○政府委員(古市圭治君) 御指摘のとおりでございます。今回の通称第二次の医療法の改正の一つの大きな柱は、一律であった病院というものを分けて、病院機能の役割分担を明確にして、それにふさわしい体制また診療報酬というものを裏打ちしていこうということでございます。

ただ問題は、今回合意を得て出ささせていただきましたのは特定機能病院であり療養型病床群でございますが、その間にある大多数の病院というものがどうなるのか。殊に、現在医療法に規定されております総合病院が当初目的としたような総合病院機能を十分果たして意味ある存在であるかどうか。さらには、学生を卒業研修する研修病院というものの何らかの手当てをしてあげる必要があるのではないか。それからまた、問題が大きいと、だんだんこういう声が出ております有床診療所というのは将来どういう機能を担っていたのか、そういう両端の間の大きな部分についての機能の明確化、分化というものについて早急に検討を加えていかなければいけない。

いずれにいたしましても、先生御指摘のように、医療施設の機能を明確にして、その進む方向を明らかにする。その機能が發揮できるような診療報酬に持っていくことではないといけないという、大きな流れはそういうように理解しておる次第でございます。

○勝木健司君 そこで、今回いわゆる中間施設であります老人保健施設を医療法の中に医療施設と

して位置づけることになるわけですが、このことによりまして老人保健施設の本来の趣旨であります医療ケアと、また日常生活サービスを提供する目的から逸脱することのないように、またむだな医療が当然行われたりすることがないよう配慮すべきであります。

そのために、通過型施設としての老人保健施設の性格を鮮明にして、他の医療施設との機能分担を明確にしなければならぬと思うわけでありますけれども、御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) 先生御指摘ありがとうございました。老人保健施設は病状安定期にある寝たきり老人等に対して、その心身の特性にふさわしい看護・介護やリハビリテーションを中心とする医療ケア、それから日常生活サービスを提供することにより老人の自立を支援して、その家庭復帰を目指すことを目的とするいわば通過型の施設でございます。今回、老人保健施設につきましても、医療提供という側面に着目して医療法に位置づけが図られるということでございますが、そもそもの性格であります通過型の施設としての考え方は変わるものではございません。

そういう本来の趣旨を踏まえまして、御指摘がありましたように他の医療施設との機能分担、連携、こういったことを図りながら適切に運営してまいらなければならないというふうに考えております。

○勝木健司君 午前中の質疑の中でも、公費負担の三割負担、五割負担という方につきましても、質疑があったわけでありまして、利用者負担についての不公平について質問をさせていただきたいというふうに思います。

老人保健施設と特別養護老人ホームの費用負担、またサービスのレベルについてはまだまだ不合理な点が存在をしておるんじゃないかというふうに思います。この点に關しましては、先日の本委員会でも質問をいたしましたところでありましたけれども、利用者負担について見ますと、老人病

院の一部負担は月二万八千円、そしてこれにはいわゆる保険外負担が別途かかるわけでありまして、加えれば約四万五百万円、また特別養護老人ホームは平均二万七千円、老健施設は約五百万円となっておるということで、それぞれの負担に差が存在をいたしておるわけでありまして。

こうした点を改善して、費用負担のバランス、均衡というのをぜひのように努めていただきたいというふうに思います。厚生省の見解をお伺いしたいと思います。

○政府委員(岡光序治君) 老人病院、それから特別養護老人ホーム、老人保健施設につきまして、御指摘がありましたように、介護を中心としたサービスを提供するという意味では共通の性格があるわけでございます。そういう意味では、これらの施設のサービスの質の向上、確保に努めるとともに、その機能なり役割の連携を図ることが必要だと考えております。それぞれのサービスに共通する介護面に着目した場合、費用負担に著しい格差が生ずることは適当でないと考えております。各施設の機能の違いを踏まえながら、費用負担やサービスの内容につきましましては、整合性を図る方向で適切に対応してまいりたいと考えております。

○勝木健司君 次に、今回の改正によりまして、医療施設の機能の体系化の第一歩が講じられることになるわけでありまして、今後この機能別類型化に合った診療報酬体系の構築にも努めていっていただかなければいけないわけでありまして、医療機関の分化とかあるいは多様化に対応して診療報酬上どのように対処していくか、今後の予定につきましましてお伺いをしたい。当然、今後の医療法改正の第二弾、第三弾というのが出てくると思われるわけでありまして、お伺いをしたいというふうに思います。

○政府委員(黒木武弘君) これからますます医療施設の機能の分化あるいは体系化が図っていくわけでありまして、医療法の目指すべき理念でありますとともに、診療報酬上も同じ方向

で進めるべきであると私も認識をいたしておるわけでありまして。今回の医療法改正におきまして、新たに制度化される特定機能病院及び療養型病床群につきましては、これからその機能、人員配置基準等の具体的内容を踏まえまして、中医協において十分御審議をいただながら、それぞれの施設に適切な診療報酬上の評価が図れるよう努めてまいりたいと考えております。

なお、お尋ねの将来の診療報酬体系のあり方につきましては、昨年七月中医協に設置されました診療報酬基本問題小委員会におきまして、中長期的な観点から幅広い検討をいただいているところでございます。こうした議論を踏まえながら、また第二、第三の医療法改正がございすれば、それを踏まえながら今後の医療供給体制のあり方にふさわしい診療報酬体系の確立に努めてまいりたいと考えております。

○勝木健司君 今回の診療報酬はこの四月に改定されたばかりでありますけれども、次の改定まで待つておきますと二年後になってしまうわけでありまして。年度途中でもありますけれども、今回の医療法改正に合わせて診療報酬を改定すべきではないかと思うわけでありまして、見解をお伺いしたいというふうに思います。

○政府委員(黒木武弘君) これから定まっております人員配置基準等の具体的な内容を踏まえながら、中医協において十分御議論をいただき、御指摘のように医療法改正の施行までの間には結論を得まして、適切な対応を講ずるよう努力してまいりたいと考えております。

○勝木健司君 次に、特定機能病院についてお伺いをしたいと思っております。今回の改正の重要な点の一つに、特定機能病院を制度化することによりまして紹介外来を制度として位置づけることがありと理解をいたしておるわけでありまして、しかしその紹介率がどうなるかが法案を見る限り全く明らかになっておりません。これを有効に機能させていくためには、それぞれの病院の主体性、自主性、多様性を

踏まえつつも、少なくとも地域ごとに最低基準を設定していく、そしてそれ以上は特定機能病院の裁量にゆだねるべきじゃないかと思いますが、それについての見解を求めたいというふうに思います。

○政府委員(古市圭治君) この法律が通りましたときに、特定機能病院の外米のあり方というのは、一つ先生がおっしゃった紹介制度がどのように日本に定着していくかどうかということでございます。これにつきましては、いろいろな御意見がございましたが、先生がおっしゃるような趣旨を踏まえまして、私どもは本来の趣旨が生きるように医療審議会でも御検討をさせていただきたいと思っております。

○勝木健司君 次に、療養型病床群の制度化は、老人等長期間にわたる入院患者にふさわしい病床として、患者の生活面に配慮した人員、設備基準を定めるものであり、患者の病状にふさわしい医療を提供するものと規定されておられるわけですが、この療養型病床群の制度化によって、言われております医療の切り捨てとか低医療施策に陥ることはないと認識しておられるわけでありますけれども、この点を再度大臣に確認をいたしておきたいと思っております。

○国務大臣(山下徳夫君) 療養型病床群の制度化につきましては、病状が比較的安定しながらも長期間にわたり療養を必要とする入院患者にふさわしい病床として、患者の生活にも配慮した人員、設備基準を定めるものであり、医療の切り捨てや低医療政策を目指して行うものではありません。具体的には、療養型病床群を有する病院では一人当たり病室面積、廊下幅の拡大のほか、リハビリテーションのための機能訓練室、院内での居住性を高めるための食堂等の構造設備や、身の回りの世話を行う看護補助者を配置することを考えております。

○勝木健司君 療養型病床群への入院につきましては、機械的に期間によるのではなくて、基本的にはその患者の病状に応じて、安定しておるかどう

うかという医師の判断によることとなっておりますわけですが、法文でも「主として長期にわたり療養を必要とする患者を収容」となっておりますわけですが、この政府の見解を周知徹底させないで現場で勝手な解釈が行われる可能性があるのではないかと懸念をいたします。こうしたことを防ぐためにも何らかの歯止めが必要であると考えますが、厚生省の見解をお伺いしたいというふうに思います。

○政府委員(古市圭治君) 国会での御指摘、それからまた患者さん方の不安というものがあつたということも医療審議会でも十分報告いたしまして、誤解がないように指導なり通知なり、あるいは規定の中で対処をしていきたいと思っております。

○勝木健司君 次に、また確認をさせていただきたいと思っておりますが、療養型病床群の制度化に当たって、地域によっては小さい病院に慢性患者が入院している場合も多々あると思っております。何十床という大きな単位で足切りをしようとする、この療養型病床群が普及していかないわけでありまして、また逆に五床や六床では介護体制あるいは実務面でも対応できないと思われまして、こう考えますと、少なくともナースステーション単位、いわゆる看護単位を基準として設定することが一番現実的ではないかと考えるわけでありまして、この点を再度大臣より確認をいたしたいと思っております。

○国務大臣(山下徳夫君) 療養型病床群の規模についてのお尋ねであります。療養型病床群は、病状が比較的安定しながらも長期間にわたり療養を必要とする患者にふさわしい医療を提供するものであり、そのために一般病床とは異なる設備、人員配置が求められます。人員配置などの面からは一般に病床が最小単位となると考えられますが、病状に応じた医療の提供を進める必要があること等を踏まえ、許可に当たっては看護単位を基本として運用してまいりたいと考えております。

○勝木健司君 現在、既に医療法の中で医療圏が設定されておるわけですが、この医療圏については、国民の中には認識といたしますか、意識が全くないと思えます。この医療圏の考え方を有効に機能させるためには、政府はもっとPRをして国民への周知徹底をこの際図るべきであると思っております。改めて厚生省の姿勢を確認したいと思っております。

○国務大臣(山下徳夫君) 医療圏についてのお尋ねでございますが、病診連携等が円滑に機能するために、地域住民の理解を得ることが重要な課題であると考えております。医療施設の機能連携の推進や病院の機能を考慮した整備目標等については医療計画の任意的記載事項とされており、また、地域の関係機関、団体の協力のもとに具体的施策を定め、計画的に推進するため二次医療圏ごとに地域保健医療計画の策定を推進しているところであります。

これらの内容につきましては、都道府県の公報等により公示されておりますが、地域保健医療計画の策定後においてさらに地域住民への周知を図るよう指導してまいりたいと考えております。

○勝木健司君 最後にもう一点確認をいたしたいと思っております。

広告規制の緩和についてであります。国民医療サービスの向上にとっては私も欠くことができないものだと思います。しかし、医療の非営利性というものを考慮いたしますと、今回の規制緩和に当たりましては、広報活動を進めるといふ観点から行うべきじゃないかと考えるものであります。厚生大臣の見解を確認いたしておきたいと思っております。

○国務大臣(山下徳夫君) 今回の広告規制の見直しにつきましては、患者に適切な医療情報を提供するという観点から、患者が医療機関を選択する上で情報入手しやすいよう、広告できる事項の範囲を広げる一方、その違反広告をきちんと取り締まるという方向で行うこととしております。具体的にどのような事項が広告できるようなものかにつきましては、こうした考え方に基き、

診療に関する学識経験者団体の御意見や医療審議会の御意見を伺った上で定めることとしておりますが、いずれにせよ、患者に適切な医療情報を提供するという考え方に立って、適切に対処してまいります。

○勝木健司君 終わります。

○委員長(田淵勲二君) 他に御発言もないようですから、質疑は終局したものと認めます。

○委員長(田淵勲二君) 委員の異動について御報告いたします。

本日、竹村泰子君が委員を辞任され、その補欠として篠崎年子君が選任されました。

○委員長(田淵勲二君) これより討論に入ります。

御意見のある方は賛否を明らかにしてお述べ願います。

○省脱タケ子君 私は、日本共産党を代表して、医療法の一部を改正する法律案に対する反対の討論を行います。

今、医療で求められているのは、いつでも必要ときに安心して医療を受けられる体制をつくることであり、医療と福祉の連携を確立することです。さらに、患者本位の医療機関が力を発揮しやすい体制をつくるために、病院における看護婦を初めとする職員の配置基準あるいは施設基準を改善することが求められています。ところが、本改正案はこれに逆行し、診療報酬改定とあわせて、医療機関へのかかりにくさや金のあるなしで医療差別を助長するものとなっております。

反対理由の第一は、医療機関の機能分化により民間の一般病院が成り立たなくなり、日本の医療体制の特質であるかかりやすさや地域医療が大きく後退することになることです。

第二は、高度、先進医療の提供が特定機能病院に限定をされ、しかも紹介が必要な上に室料差額

等の特定療養費による患者負担の増加があるため、患者の受診機会と医療機関の選択の自由が著しく狭められます。

第三は、療養型病床群の医師、看護婦等の医療スタッフは一般病院に比べて著しく少なく、看護の補助者としての無資格者がふえるため医療の質の低下を招くばかりでなく、医療関係者の治療の熱意を損なうこととなります。

第四に、病院の医療活動の一部として直営原則が貫徹されなければならない給食等の民間企業への業務委託の推進は、医療の営利化への道を開くとともに、結果として患者負担を持ち込み、拡大をし、負担能力による差別を医療にもたらすこととなります。

さらに、国等の責務として「良質かつ適切な医療を効率的に提供する」ことが法定されています。「効率」の名のもとに老人切り捨て、差別医療を行ってきたことを考えますと見過ごすことができません。

衆議院修正の医療の担い手に薬剤師、看護婦を加えること、インフォームド・コンセントについての検討については賛成であります。附則の見直し規定は医療法第三次改訂に道を開くものとして反対であります。

日本共産党は、政府案は一たん廃案にして、十分な討論によって国民及び医療関係者の合意を得た方向で日本の医療を国民本位に発展させるべきだと考えております。

私は、この方向を目指して努力する決意を申し述べまして、反対の討論といたします。

○委員長(田淵勲二君) 他に御意見もなければ、討論は終局したものと認めて御異議ございませんか。

〔異議なしと呼ぶ者あり〕

○委員長(田淵勲二君) 御異議ないと認めます。

それでは、これより採決に入ります。

医療法の一部を改正する法律案に賛成の方の挙手を願います。

〔賛成者挙手〕

○委員長(田淵勲二君) 多数と認めます。よって、本案は多数をもって原案どおり可決すべきものと決定いたしました。

この際、前島英三郎君から発言を求められておりますので、これを許します。前島君。

○前島英三郎君 私は、ただいま可決されました医療法の一部を改正する法律案に対し、自由民主党、日本社会党、護国共同、公明党、国民会議、連合参議院、民社党、スポーツ・国民連合の各派共同提案による附帯決議案を提出いたします。

以下、案文を朗読いたします。

医療法の一部を改正する法律案に対する附帯決議(案)

政府は、速やかに次の事項について実現に努力すべきである。

一、医療を取り巻く環境の変化に対応し、診療所と病院の機能分担、家庭医療機能の充実等医療施設の機能の体系化を引き続き推進し、医療水準の引上げを図るとともに、今後の医療施設機能の体系化の検討に当たっては、医療を受ける立場にある者の幅広い意見が反映できるように留意すること。

二、特定機能病院及び療養型病床群について、歯科医師、OT・PT等その施設機能に則した医療関係職種が配置されるよう配慮するとともに、それぞれの施設の機能にふさわしい診療報酬を設定するよう努めること。なお、特定機能病院の診療科名に歯科を加えるよう努めること。

三、地域医療における特定機能病院の重要性に鑑み、特定機能病院が今後とも地域に開かれたものとなるよう十分留意するとともに、紹介率の設定に当たっては地域の医療事情を踏まえること。

四、院内表示の義務付け及び医療機関の広告規制の緩和を行うに当たっては、患者に適切な医療情報を提供するという観点から、適切な基準を設定すること。その際、医療機関に関する広報という見地を踏まえ、医療が営利に

流れることのないよう留意すること。

五、薬剤師及び看護婦が医療の担い手として医療法に位置付けられたことに伴い、その地位の向上及び業務範囲の見直し等を図るとともに、必要な医療従事者の確保に努めること。

また、介護職員の位置付けの明確化及び医療ソーシャルワーカー等の資格制度の創設について検討を進めること。

六、医療従事者の病院における人員配置等に関する検討に当たっては、複数を主とした月八日以内夜勤など真に看護婦等が働きやすい職場づくりに配慮すること。

七、地域における包括的な保健医療体制を確立するため、地域保健医療計画を充実し、これに基づき、救急医療、へき地医療等を推進するとともに、各種難病に係る医療の確保に努めること。

八、国民の生涯にわたる健康管理を図るため、カードを利用した保健医療情報システムの構築につき鋭意検討すること。

九、医療の信頼性の向上を図り、患者の立場を尊重した医療を実現するため、医療における患者の説明を受ける権利、知る権利及び自己決定権の在り方を含め検討すること。

なかんずく、インフォームド・コンセントの在り方については、附則第二条の趣旨を踏まえ、その手法、手続き等について問題の所在を明らかにしつつ、多面的な検討を加えること。

右決議する。

以上であります。

○委員長(田淵勲二君) ただいま前島君から提出されました附帯決議案を議題とし、採決を行います。

本附帯決議案に賛成の方の挙手を願います。

〔賛成者挙手〕

○委員長(田淵勲二君) 多数と認めます。よって、前島君提出の附帯決議案は多数をもって本委員会の決議とすることに決定いたしました。

ただいまの決議に対し、山下厚生大臣から発言を求められておりますので、これを許します。山下厚生大臣。

○国務大臣(山下徳夫君) ただいま御決議になりました附帯決議につきましては、その趣旨を踏まえ、引き続き努力いたす所存でございます。

○委員長(田淵勲二君) なお、審査報告書の作成につきましては、これを委員長に御一任願いたいと存じますが、御異議ございませんか。

〔異議なしと呼ぶ者あり〕

○委員長(田淵勲二君) 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

○委員長(田淵勲二君) 次に、請願の審査を行います。

第三号保育所制度の充実に関する請願外千三百九十三件を議題といたします。

これらの請願につきましては、理事会において協議の結果、第三号保育所制度の充実に関する請願外三百三十五件は採択すべきものにして内閣に送付するを要するものとし、第二号ホームヘルパーの処遇向上に関する請願外千五百七十七件は保留することに意見が一致いたしました。

以上のとおり決定することに御異議ございませんか。

〔異議なしと呼ぶ者あり〕

○委員長(田淵勲二君) 御異議ないと認め、さよう決定いたしました。

なお、審査報告書の作成につきましては、これを委員長に御一任願いたいと存じますが、御異議ございませんか。

〔異議なしと呼ぶ者あり〕

○委員長(田淵勲二君) 御異議ないと認め、さよう決定いたしました。

○委員長(田淵勲二君) 次に、継続調査要求に関する件についてお諮りいたします。

- 三〇〇二号)
- 一、原簿被害者救護法の制定に関する請願(第三〇〇二号)
- 二、国立医療機関の賃金職員の定員化に関する請願(第三〇〇三号)
- 三、看護婦確保法の制定に関する請願(第三〇一九号)
- 四、小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願(第三〇二四号)(第三〇二五号)
- 五、療術の制度化促進に関する請願(第三〇二六号)
- 六、小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願(第三〇二八号)(第三〇二九号)(第三〇三〇号)(第三〇三三三号)(第三〇三六六号)
- 七、医療制度の対策と改善に関する請願(第三〇三七号)

- 一、基礎緩和に関する請願(第三〇三八号)
- 一、身体障害者への移動電話等の貸与に関する請願(第三〇四一号)
- 一、重度障害者の高齢化対策としての養護保養施設の設置に関する請願(第三〇四三号)
- 一、脊(せき)髄神経治療の研究開発促進に関する請願(第三〇四四号)
- 一、重度障害者の所得保障の充実のための障害基礎年金の増額に関する請願(第三〇四六号)
- 一、在宅障害者の介護体制確立に関する請願(第三〇四七号)
- 一、電動車いすの支給基準緩和に関する請願(第三〇四八号)
- 一、無年金障害者の救済制度の早期実現に関する請願(第三〇四九号)
- 一、小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願(第三〇五四号)
- 一、国立医療機関の賃金職員の定員化に関する請願(第三〇六二号)
- 一、原爆被害者援護法の制定に関する請願(第三〇六三号)
- 一、小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願(第三〇六七号)

一、公的年金制度改善に関する請願(第三〇七四号)

一、小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願(第三〇七六号)

一、国民医療の改善に関する請願(第三〇七七号)

一、小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願(第三〇八四号)(第三〇八五号)(第三〇八六号)(第三〇八七号)

一、原爆被害者援護法の制定に関する請願(第三〇九〇号)

一、国立医療機関の賃金職員の定員化に関する請願(第三〇九一号)

一、小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願(第三一〇二号)(第三一〇七号)(第三一〇九号)(第三一一二号)

一、老人医療・福祉施設の充実、介護要員確保などの関連予算の増額に関する請願(第三一一四号)

一、小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願(第三一二三号)

一、医療制度の対策と改善に関する請願(第三一二四号)

一、介助用ホイス・水平トランスファの支給基準緩和に関する請願(第三一二五号)

一、身体障害者への移動電話等の貸与に関する請願(第三一二八号)

一、重度障害者の高齢化対策としての養護保養施設の設置に関する請願(第三一三〇号)

一、脊(せき)髄神経治療の研究開発促進に関する請願(第三一三二号)

一、重度障害者の所得保障の充実のための障害基礎年金の増額に関する請願(第三一三三号)

一、在宅障害者の介護体制確立に関する請願(第三一三四号)

一、電動車いすの支給基準緩和に関する請願(第三一三五号)

一、無年金障害者の救済制度の早期実現に関する請願(第三一三六号)

一、療術の制度化促進に関する請願(第三一四一号)

一、無年金障害者の救済措置の早期実現に関する請願(第三一四二号)

一、小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願(第三一四三号)

一、原爆被害者援護法の制定に関する請願(第三一四六号)

一、国立医療機関の賃金職員の定員化に関する請願(第三一四七号)

一、小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願(第三一五五号)(第三一五九号)(第三一六三号)

一、国民医療の改善に関する請願(第三一六九号)

一、小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願(第三二七一号)

一、医療制度の対策と改善に関する請願(第三二七二号)

一、介助用ホイス・水平トランスファの支給基準緩和に関する請願(第三二七三号)

一、身体障害者への移動電話等の貸与に関する請願(第三二七六号)

一、重度障害者の高齢化対策としての養護保養施設の設置に関する請願(第三二七八号)

一、脊(せき)髄神経治療の研究開発促進に関する請願(第三二七九号)

一、重度障害者の所得保障の充実のための障害基礎年金の増額に関する請願(第三二八一号)

一、在宅障害者の介護体制確立に関する請願(第三二八二号)

一、電動車いすの支給基準緩和に関する請願(第三二八三号)

一、無年金障害者の救済制度の早期実現に関する請願(第三二八四号)

一、医療制度の対策と改善に関する請願(第三二八九号)

一、介助用ホイス・水平トランスファの支給基準緩和に関する請願(第三二九〇号)

一、身体障害者への移動電話等の貸与に関する請願(第三二九三号)

一、重度障害者の高齢化対策としての養護保養施設の設置に関する請願(第三二九五号)

一、脊(せき)髄神経治療の研究開発促進に関する請願(第三二九六号)

一、重度障害者の所得保障の充実のための障害基礎年金の増額に関する請願(第三二九八号)

一、在宅障害者の介護体制確立に関する請願(第三二九九号)

一、電動車いすの支給基準緩和に関する請願(第三三〇〇号)

一、無年金障害者の救済制度の早期実現に関する請願(第三三〇一号)

第二九二二号 平成四年五月二十二日受理
医療制度の対策と改善に関する請願
請願者 香川県仲多度郡満濃町大字岸上八五一 森昌一 外十二名
紹介議員 喜岡 淳君
この請願の趣旨は、第三二四号と同じである。

第二九一三三号 平成四年五月二十二日受理
介助用ホイス・水平トランスファの支給基準緩和に関する請願
請願者 香川県仲多度郡満濃町大字岸上八五一 森昌一 外十二名
紹介議員 喜岡 淳君
この請願の趣旨は、第三二二五号と同じである。

第二九一六号 平成四年五月二十二日受理
身体障害者への移動電話等の貸与に関する請願
請願者 香川県仲多度郡満濃町大字岸上八五一 森昌一 外十二名
紹介議員 喜岡 淳君
この請願の趣旨は、第三二二八号と同じである。

第二九一八号 平成四年五月二十二日受理
重度障害者の高齢化対策としての養護保養施設の設置に関する請願
請願者 香川県仲多度郡満濃町大字岸上八五一 森昌一 外十二名
紹介議員 喜岡 淳君
この請願の趣旨は、第三二二八号と同じである。

設置に関する請願
請願者 香川県仲多度郡満濃町大字岸上八五一 森昌一 外十二名
紹介議員 喜岡 淳君
この請願の趣旨は、第三三〇号と同じである。

第二九一九号 平成四年五月二十二日受理
脊(せき)髄神経治療の研究開発促進に関する請願
請願者 香川県仲多度郡満濃町大字岸上八五一 森昌一 外十二名
紹介議員 喜岡 淳君
この請願の趣旨は、第三三三一号と同じである。

第二九二一〇号 平成四年五月二十二日受理
重度障害者の所得保障の充実のための障害基礎年金の増額に関する請願
請願者 香川県仲多度郡満濃町大字岸上八五一 森昌一 外十二名
紹介議員 喜岡 淳君
この請願の趣旨は、第三三三三三号と同じである。

第二九二二二号 平成四年五月二十二日受理
在宅障害者の介護体制確立に関する請願
請願者 香川県仲多度郡満濃町大字岸上八五一 森昌一 外十二名
紹介議員 喜岡 淳君
この請願の趣旨は、第三三三四号と同じである。

第二九二三三号 平成四年五月二十二日受理
電動車いすの支給基準緩和に関する請願
請願者 香川県仲多度郡満濃町大字岸上八五一 森昌一 外十二名
紹介議員 喜岡 淳君
この請願の趣旨は、第三三三五号と同じである。

第二九二四四号 平成四年五月二十二日受理
無年金障害者の救済制度の早期実現に関する請願
請願者 香川県仲多度郡満濃町大字岸上八五一 森昌一 外十二名

紹介議員 喜岡 淳君
この請願の趣旨は、第二二二六号と同じである。

第二九三〇号 平成四年五月二十二日受理
原爆被害者援護法の制定に関する請願(二通)
請願者 東京都板橋区小茂根二ノ二六ノ九
山田敏子 外十九名
紹介議員 紀平 梯子君
この請願の趣旨は、第四八四号と同じである。

第二九三一号 平成四年五月二十二日受理
国立医療機関の賃金職員の定員化に関する請願
(十五通)
請願者 熊本県菊池郡西合志町須屋二九七
ノ九八 谷川友子 外百四十九名
紹介議員 紀平 梯子君
この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第二九三八号 平成四年五月二十二日受理
戦時災害援護法の制定に関する請願
請願者 名古屋市中区上飯田南町四ノ一
三南莊四ノ七〇六 安藤毅 外四
十九名
紹介議員 谷畑 孝君
この請願の趣旨は、第二四三五号と同じである。

第二九七六号 平成四年五月二十二日受理
年金・手当制度を充実させて障害者の人間らしい
生活を保障することに関する請願
請願者 長野県須坂市南原町一九九ノ二
竹前巖 外五千五十七名
紹介議員 竹村 泰子君
この請願の趣旨は、第二〇五九号と同じである。

第三〇〇二号 平成四年五月二十五日受理
原爆被害者援護法の制定に関する請願(二通)
請願者 東京都品川区西大井三ノ一五ノ五
小関寛子 外十九名
紹介議員 紀平 梯子君

この請願の趣旨は、第四八四号と同じである。

第三〇〇三号 平成四年五月二十五日受理
国立医療機関の賃金職員の定員化に関する請願
(十五通)
請願者 熊本県菊池郡志村川辺一、八四
五 本田家徳 外百四十八名
紹介議員 紀平 梯子君
この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第三〇一九号 平成四年五月二十五日受理
看護婦確保法の制定に関する請願
請願者 大阪府東大阪市鳳凰山町四ノ一ツ
インコスモス四〇五 奥村一広
外九百九十九名
紹介議員 谷畑 孝君
この請願の趣旨は、第二二九号と同じである。

第三〇二四号 平成四年五月二十五日受理
小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願
請願者 広島市東区尾長町九二四ノ七 幸
元シナコ 外千名
紹介議員 対馬 孝且君

障害者のための小規模作業所は、依然かなりの勢
いで増え続けている。その数は、都道府県・政令
指定都市による補助金交付の対象となっており、と
ころだけでも平成三年八月現在二千七百九十六箇
所に及び、実際には三千箇所を上回っている状況
にある。昭和五十六年(国際障害者年)十月に行
われた厚生省調査で、六百三十八箇所存在してい
ることが明らかにされたが、この十年間でおおよそ
五倍にも増えたことになる。これら小規模作業所
は、約五万人(一箇所平均在籍者数約十五人)が利
用し、障害児学校卒業生や医療機関を退院した精
神障害者、脳血管障害・交通事故等による中途障
害者等にとって、地域における現実的な働く場、
そして社会参加を実現していくための社会資源と
して重要な位置を占めつつある。しかし、法定外

事業であることからくる限界は明白であり、資金
難を中心とする多くの困難を抱えている。スペースの
狭さや設備の貧弱さ、少ない職員数(一箇所平均
二・六人)、また常識を逸脱するような職員の劣悪
な労働条件、いずれを取ってみても深刻かつ切迫
した事態にある。これほどまでに小規模作業所が
増える最大の要因は、成人期障害者対策の立ち後
れにあり、特に社会福祉分野や職業リハビリテー
ション分野に関する施設体系の不備が挙げられ
る。さらに施設数の圧倒的不足、地域偏在も問題
の深刻さに追い打ちをかけている。厚生省におい
ては、小規模作業所対策として、その一部(平成
三年度八百五十八箇所)に年額九十万円を交付し
ているが、焼け石に水の感がある。本年は、「国連
・障害者の十年」の最終年に当たる。小規模作業
所の激増現象は、我が国における障害者対策の矛
盾のシンボルでもあり、最終年に際し、優先的な
課題として取り組むべきである。このままでは、
四千箇所あるいは五千箇所に達するのにも遠い日で
はない。については、一刻も早く抜本的な解決に向
け、次の措置を採らねばならない。

一、「国連・障害者の十年」の最終年に当たり、政
府が定めた長期計画に照らして、我が国の障害
者対策の現状を総点検し、第二期長期計画を早
急に策定すること。
二、小規模障害者作業所に対する国庫補助制度に
ついては、補助額並びに交付方式を抜本的に改
め、一定の要件を見たしすべての作業所を対
象とすること。
三、現行施設制度を見直し、重度・重複障害者等
を対象とした本格的な通所型施設制度を創設
し、これを飛躍的に拡充すること。
四、障害者の地域における自立生活をより充実さ
せていくために、グループホームを含めた住居
対策並びに手厚い介護・介助体制を中心とする
総合的な援助システムを早急に確立すること。

小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願
請願者 名古屋港区福田二ノ二〇一 山
田綾子 外千七百七十五名
紹介議員 浜本 万三君
この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三〇二六号 平成四年五月二十五日受理
療術の制度化促進に関する請願
請願者 福島県伊達郡川俣町中丁五三 高
橋善エ門
紹介議員 鈴木 省吾君
この請願の趣旨は、第一〇〇八号と同じである。

第三〇二八号 平成四年五月二十五日受理
小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願
(三通)
請願者 東京都小平市小川町二ノ一、一五
九 大元瑞恵 外三千一名
紹介議員 木暮 山人君
この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三〇二九号 平成四年五月二十五日受理
小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願
請願者 東京都小平市小川町二ノ一、一五
九 西川茂 外三千名
紹介議員 西田 吉宏君
この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三〇三〇号 平成四年五月二十五日受理
小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願
(二通)
請願者 東京都小平市小川町二ノ一、一五
九 赤井英明 外三千二名
紹介議員 田代由紀男君
この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三〇三五号 平成四年五月二十五日受理
小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願
請願者 東京都小平市小川町二ノ一、一五

九 鈴木悦子 外千名

紹介議員 山東 昭子君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三〇三六号 平成四年五月二十五日受理

小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願

請願者 東京都小平市小川町二ノ一、一五

九 金井敏三 外六千名

紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三〇三七号 平成四年五月二十五日受理

医療制度の対策と改善に関する請願

請願者 佐賀市天祐一ノ八ノ六 田端弘

外十二名

紹介議員 陣内 孝雄君

この請願の趣旨は、第二二二四号と同じである。

第三〇三八号 平成四年五月二十五日受理

介助用ホイスト・水平トランスファの支給基準緩和に関する請願

請願者 佐賀市天祐一ノ八ノ六 田端弘

外十二名

紹介議員 陣内 孝雄君

この請願の趣旨は、第二二二五号と同じである。

第三〇四一号 平成四年五月二十五日受理

身体障害者への移動電話等の貸与に関する請願

請願者 佐賀市天祐一ノ八ノ六 田端弘

外十二名

紹介議員 陣内 孝雄君

この請願の趣旨は、第二二二八号と同じである。

第三〇四三号 平成四年五月二十五日受理

重度障害者の高齢化対策としての養護施設施設の設置に関する請願

請願者 佐賀市天祐一ノ八ノ六 田端弘

外十二名

紹介議員 陣内 孝雄君

この請願の趣旨は、第二二三〇号と同じである。

第三〇四四号 平成四年五月二十五日受理

脊(せき)髄神経治療の研究開発促進に関する請願

請願者 佐賀市天祐一ノ八ノ六 田端弘

外十二名

紹介議員 陣内 孝雄君

この請願の趣旨は、第二二三一号と同じである。

第三〇四六号 平成四年五月二十五日受理

重度障害者の所得保障の充実のための障害基礎年金の増額に関する請願

請願者 佐賀市天祐一ノ八ノ六 田端弘

外十二名

紹介議員 陣内 孝雄君

この請願の趣旨は、第二二三三三号と同じである。

第三〇四七号 平成四年五月二十五日受理

在宅障害者の介護体制確立に関する請願

請願者 佐賀市天祐一ノ八ノ六 田端弘

外十二名

紹介議員 陣内 孝雄君

この請願の趣旨は、第二二三四号と同じである。

第三〇四八号 平成四年五月二十五日受理

電動車いすの支給基準緩和に関する請願

請願者 佐賀市天祐一ノ八ノ六 田端弘

外十二名

紹介議員 陣内 孝雄君

この請願の趣旨は、第二二三五号と同じである。

第三〇四九号 平成四年五月二十五日受理

無年金障害者の救済制度の早期実現に関する請願

請願者 佐賀市天祐一ノ八ノ六 田端弘

外十二名

紹介議員 陣内 孝雄君

この請願の趣旨は、第二二三六号と同じである。

小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願

請願者 東京都小平市小川町二ノ一、一五

九 伊藤日出夫 外千名

紹介議員 仲川 幸男君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三〇六二号 平成四年五月二十六日受理

国立医療機関の賃金職員の定員化に関する請願

請願者 熊本市水前寺一ノ九ノ一 第四セ

シル水前寺七〇二 福山典子

外百四十九名

紹介議員 紀平 倭子君

この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第三〇六三号 平成四年五月二十六日受理

原爆被害者援護法の制定に関する請願(二通)

請願者 東京都日野市多摩平六ノ三ノ一

野津勝 外十九名

紹介議員 紀平 倭子君

この請願の趣旨は、第四八四号と同じである。

第三〇六七号 平成四年五月二十六日受理

小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願

請願者 東京都小平市小川町二ノ一、一五

九 浅見明 外九百九十九名

紹介議員 西川 潔君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三〇七四号 平成四年五月二十六日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 千葉県木更津市朝日三ノ六ノ三〇

水野兼治 外九十九名

紹介議員 稲山 篤君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三〇七六号 平成四年五月二十六日受理

小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願

請願者 広島市中区吉島西三ノ一六ノ三ノ

二〇五 檜崎徹 外千名

紹介議員 千葉 景子君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三〇七七号 平成四年五月二十六日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 東京都北区東十条五ノ三ノ六 大

久保忠利 外七百三十五名

紹介議員 上田耕一郎君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三〇八四号 平成四年五月二十六日受理

小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願

請願者 東京都小平市小川町二ノ一、一五

九 西尾知子 外千名

紹介議員 田辺 哲夫君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三〇八五号 平成四年五月二十六日受理

小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願

請願者 東京都小平市小川町二ノ一、一五

九 中村聡 外三千名

紹介議員 田中 正巳君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三〇八六号 平成四年五月二十六日受理

小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願

請願者 東京都小平市小川町二ノ一、一五

九 子安律子 外三千名

紹介議員 清水嘉子君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三〇八七号 平成四年五月二十六日受理

小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願

請願者 滋賀県大津市御殿浜六ノ一一 宇

戸田万里 外九百九十九名

紹介議員 平井 卓志君

礎年金に準じた何らかの救済措置を早期に実現するよう求める。ついで、次の事項について実現を図られたい。

一、重度身体障害者の無年金者に救済制度を早急に講ずること。

第三一四三号 平成四年五月二十七日受理
小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願

請願者 東京都小平市小川町二ノ一、一五

九 須川艶子 外千二十名
紹介議員 中西 珠子君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三一四六号 平成四年五月二十八日受理
原爆被害者援護法の制定に関する請願(二通)

請願者 東京都大田区池上六ノ八ノ二三ノ

一〇九 横山玲 外十九名
紹介議員 紀平 梯子君

この請願の趣旨は、第四八四号と同じである。

第三一四七号 平成四年五月二十八日受理
国立医療機関の賃金職員の定員化に関する請願

(十五通)
請願者 熊本県菊池郡西合志町須屋一、九

二六 辻一寛 外百四十九名
紹介議員 紀平 梯子君

この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第三一五五号 平成四年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願

(三通)
請願者 東京都小平市小川町二ノ一、一五

九 太田千香 外三万二名
紹介議員 木庭健太郎君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三一五九号 平成四年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願

請願者 静岡県藤枝市天王町三ノ五ノ二

石間和夫 外十二名

(二通)

請願者 愛知県岩倉市東町東市場屋敷二八

二 村瀬寿孝 外千九百九十九名
紹介議員 菅野 壽君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三一六三号 平成四年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願

請願者 滋賀県彦根市外町二ノ一ノ五 渡

辺文子 外九百九十九名
紹介議員 千葉 景子君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三一六九号 平成四年五月二十八日受理
国民医療の改善に関する請願

請願者 大阪府西淀川区花川二ノ九ノ四

松尾豊次 外三千七名
紹介議員 香取タケ子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三一七一号 平成四年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願

請願者 東京都小平市小川町二ノ一、一五

九 須川佐智子 外千三十名
紹介議員 向山 一人君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三一七二号 平成四年五月二十八日受理
医療制度の対策と改善に関する請願

請願者 静岡県藤枝市天王町三ノ五ノ二

石間和夫 外十二名
紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三一七三三号 平成四年五月二十八日受理
介助用ホイス・水平トランスファの支給基準緩和に関する請願

請願者 静岡県藤枝市天王町三ノ五ノ二

石間和夫 外十二名

紹介議員 前島英三郎君
この請願の趣旨は、第三二二五号と同じである。

第三一七六号 平成四年五月二十八日受理
身体障害者への移動電話等の貸与に関する請願

請願者 静岡県藤枝市天王町三ノ五ノ二

石間和夫 外十二名
紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第三二二八号と同じである。

第三一七八号 平成四年五月二十八日受理
重度障害者の高齢化対策としての養護施設施設の設置に関する請願

請願者 静岡県藤枝市天王町三ノ五ノ二

石間和夫 外十二名
紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第三二三〇号と同じである。

第三二七九号 平成四年五月二十八日受理
脊(せき)髄神経治療の研究開発促進に関する請願

請願者 静岡県藤枝市天王町三ノ五ノ二

石間和夫 外十二名
紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第三二三一号と同じである。

第三二八一号 平成四年五月二十八日受理
重度障害者の所得保障の充実のための障害基礎年金の増額に関する請願

請願者 静岡県藤枝市天王町三ノ五ノ二

石間和夫 外十二名
紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第三二二三号と同じである。

第三二八二号 平成四年五月二十八日受理
在宅障害者の介護体制確立に関する請願

請願者 静岡県藤枝市天王町三ノ五ノ二

石間和夫 外十二名
紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第三二三四号と同じである。

第三一八三三号 平成四年五月二十八日受理
電動車いすの支給基準緩和に関する請願

請願者 静岡県藤枝市天王町三ノ五ノ二

石間和夫 外十二名
紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第三二三五号と同じである。

第三一八四号 平成四年五月二十八日受理
無年金障害者の救済制度の早期実現に関する請願

請願者 静岡県藤枝市天王町三ノ五ノ二

石間和夫 外十二名
紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第三二三六号と同じである。

第三一八九号 平成四年五月二十八日受理
医療制度の対策と改善に関する請願

請願者 熊本県人吉市大畑町二、一五六ノ

五 田代幸信 外九名
紹介議員 守住 有信君

この請願の趣旨は、第三二二四号と同じである。

第三一九〇号 平成四年五月二十八日受理
介助用ホイス・水平トランスファの支給基準緩和に関する請願

請願者 熊本県人吉市大畑町二、一五六ノ

五 田代幸信 外十一名
紹介議員 守住 有信君

この請願の趣旨は、第三二二五号と同じである。

第三一九三三号 平成四年五月二十八日受理
身体障害者への移動電話等の貸与に関する請願

請願者 熊本県人吉市大畑町二、一五六ノ

五 田代幸信 外九名
紹介議員 守住 有信君

この請願の趣旨は、第三二二八号と同じである。

第三一九五号 平成四年五月二十八日受理

十名

紹介議員 小笠原貞子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三三三〇号 平成四年五月二十九日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 京都市左京区岩倉長谷町二二

今井利夫 外二千八百六十名

紹介議員 神谷信之助君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三三三一号 平成四年五月二十九日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 東京都府中市清水が丘三ノ八ノ二

九 松井幸男 外二千八百六十名

紹介議員 香脱タケ子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三三三二号 平成四年五月二十九日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 長野県岡谷市郷田二ノ一ノ五九

征矢真一 外二千八百六十名

紹介議員 近藤 忠孝君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三三三三三号 平成四年五月二十九日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 北海道帯広市西十七条北二ノ一三

ノ四 上保照己 外二千八百六十

名

紹介議員 高崎 裕子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三三三四号 平成四年五月二十九日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 千葉市花見川区幕張町六ノ二八三

長堀正信 外二千八百六十名

紹介議員 立木 洋君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三三三五号 平成四年五月二十九日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 大阪府大東市津の辺町二〇ノ三〇

塚本醇 外二千八百六十名

紹介議員 橋本 敦君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三三三六号 平成四年五月二十九日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 広島市安佐北区亀崎四ノ一八ノ九

中川千代子 外二千八百六十名

紹介議員 林 紀子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三三三七号 平成四年五月二十九日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 東京都練馬区桜台六ノ二九ノ五

森岡綾子 外二千八百六十名

紹介議員 山中 都子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三三三八号 平成四年五月二十九日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 横浜市金沢区柴町三七九ノ一ノ

二、二二四 岸陽子 外二千八百

六十名

紹介議員 吉岡 吉典君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三三三九号 平成四年五月二十九日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 群馬県前橋市若宮町四ノ七ノ三

板垣栄喜 外二千八百六十名

紹介議員 吉川 春子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三三四四号 平成四年五月二十九日受理

医療制度の対策と改善に関する請願

請願者 福島県郡山市安積町笹川字北向五

三ノ三一 猪野猶英 外十名

紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第二二二四号と同じである。

第三二四五号 平成四年五月二十九日受理

介助用ホイス・水水平トランスファの支給基準緩

和に関する請願

請願者 福島県郡山市安積町笹川字北向五

三ノ三一 猪野猶英 外十名

紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第二二二五号と同じである。

第三二四八号 平成四年五月二十九日受理

身体障害者への移動電話等の貸与に関する請願

請願者 福島県郡山市安積町笹川字北向五

三ノ三一 猪野猶英 外十名

紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第二二二八号と同じである。

第三二五〇号 平成四年五月二十九日受理

重度障害者の高齢化対策としての養護施設設置の

設置に関する請願

請願者 福島県郡山市安積町笹川字北向五

三ノ三一 猪野猶英 外十名

紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第二二二〇号と同じである。

第三二五一号 平成四年五月二十九日受理

脊(せき)髄神経治療の研究開発促進に関する請願

請願者 福島県郡山市安積町笹川字北向五

三ノ三一 猪野猶英 外十名

紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第二二二二号と同じである。

第三二五三三号 平成四年五月二十九日受理

重度障害者の所得保障の充実のための障害基礎年

金の増額に関する請願

請願者 福島県郡山市安積町笹川字北向五

三ノ三一 猪野猶英 外十名

紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第二二二三号と同じである。

第三二五四号 平成四年五月二十九日受理

在宅障害者の介護体制確立に関する請願

請願者 福島県郡山市安積町笹川字北向五

三ノ三一 猪野猶英 外十名

紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第二二三四号と同じである。

第三二五五号 平成四年五月二十九日受理

電動車いすの支給基準緩和に関する請願

請願者 福島県郡山市安積町笹川字北向五

三ノ三一 猪野猶英 外十名

紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第二二三五号と同じである。

第三二五六号 平成四年五月二十九日受理

無年金障害者の救済制度の早期実現に関する請願

請願者 福島県郡山市安積町笹川字北向五

三ノ三一 猪野猶英 外十名

紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第二二三六号と同じである。

第三二六二号 平成四年五月二十九日受理

医療制度の対策と改善に関する請願

請願者 長野県須坂市南原町一九九ノ二

竹前巖 外十名

紹介議員 向山 一人君

この請願の趣旨は、第二二二四号と同じである。

第三二六二二号 平成四年五月二十九日受理

介助用ホイス・水水平トランスファの支給基準緩

和に関する請願

請願者 長野県須坂市南原町一九九ノ二

竹前巖 外九名

紹介議員 向山 一人君

この請願の趣旨は、第二二二五号と同じである。

第三二六五号 平成四年五月二十九日受理

身体障害者への移動電話等の貸与に関する請願

請願者 長野県須坂市南原町一九九ノ二

竹前巖 外十名

紹介議員 向山 一人君

この請願の趣旨は、第二二二八号と同じである。

第三二六七号 平成四年五月二十九日受理

重度障害者の高齢化対策としての養護保養施設の設置に関する請願

請願者 長野県須坂市南原町一九九ノ二

竹前巖 外十名

紹介議員 向山 一人君

この請願の趣旨は、第二二三〇号と同じである。

第三二六八号 平成四年五月二十九日受理

脊(せき)髄神経治療の研究開発促進に関する請願

請願者 長野県須坂市南原町一九九ノ二

竹前巖 外九名

紹介議員 向山 一人君

この請願の趣旨は、第二二三一号と同じである。

第三二六九号 平成四年五月二十九日受理

重度障害者の所得保障の充実のための障害基礎年金の増額に関する請願

請願者 長野県須坂市南原町一九九ノ二

竹前巖 外十名

紹介議員 向山 一人君

この請願の趣旨は、第二二三三号と同じである。

第三二七〇号 平成四年五月二十九日受理

在宅障害者の介護体制確立に関する請願

請願者 長野県須坂市南原町一九九ノ二

竹前巖 外十名

紹介議員 向山 一人君

この請願の趣旨は、第二二三四号と同じである。

第三二七一号 平成四年五月二十九日受理

電動車いすの支給基準緩和に関する請願

請願者 長野県須坂市南原町一九九ノ二

竹前巖 外十名

紹介議員 向山 一人君

この請願の趣旨は、第二二三五号と同じである。

第三二七二号 平成四年五月二十九日受理

無年金障害者の救済制度の早期実現に関する請願

請願者 長野県須坂市南原町一九九ノ二

竹前巖 外十名

紹介議員 向山 一人君

この請願の趣旨は、第二二三六号と同じである。

第三二七三号 平成四年五月二十九日受理

重度戦傷病者とその支援に関する請願

請願者 岡山県真庭郡新庄村一、一四八

旦青郎 外一名

紹介議員 加藤 武徳君

この請願の趣旨は、第一六七〇号と同じである。

第三二七五号 平成四年五月二十九日受理

医療制度の対策と改善に関する請願

請願者 北海道美幌市東七条南二ノ四ノ一

〇 佐々木久雄 外十二名

紹介議員 北 修二君

この請願の趣旨は、第二二二四号と同じである。

第三二七六号 平成四年五月二十九日受理

介助用ホイスト・水平トランスファの支給基準緩和に関する請願

請願者 北海道美幌市東七条南二ノ四ノ一

〇 佐々木久雄 外十二名

紹介議員 北 修二君

この請願の趣旨は、第二二二五号と同じである。

第三二七九号 平成四年五月二十九日受理

身体障害者への移動電話等の貸与に関する請願

請願者 北海道美幌市東七条南二ノ四ノ一

〇 佐々木久雄 外十二名

紹介議員 北 修二君

この請願の趣旨は、第二二二八号と同じである。

第三二八一号 平成四年五月二十九日受理

重度障害者の高齢化対策としての養護保養施設の設置に関する請願

請願者 北海道美幌市東七条南二ノ四ノ一

〇 佐々木久雄 外十二名

紹介議員 北 修二君

この請願の趣旨は、第二二三〇号と同じである。

第三二八二号 平成四年五月二十九日受理

脊(せき)髄神経治療の研究開発促進に関する請願

請願者 北海道美幌市東七条南二ノ四ノ一

〇 佐々木久雄 外十二名

紹介議員 北 修二君

この請願の趣旨は、第二二三一号と同じである。

第三二八四号 平成四年五月二十九日受理

重度障害者の所得保障の充実のための障害基礎年金の増額に関する請願

請願者 北海道美幌市東七条南二ノ四ノ一

〇 佐々木久雄 外十二名

紹介議員 北 修二君

この請願の趣旨は、第二二三三号と同じである。

第三二八五号 平成四年五月二十九日受理

在宅障害者の介護体制確立に関する請願

請願者 北海道美幌市東七条南二ノ四ノ一

〇 佐々木久雄 外十二名

紹介議員 北 修二君

この請願の趣旨は、第二二三四号と同じである。

第三二八六号 平成四年五月二十九日受理

電動車いすの支給基準緩和に関する請願

請願者 北海道美幌市東七条南二ノ四ノ一

〇 佐々木久雄 外十二名

紹介議員 北 修二君

この請願の趣旨は、第二二三五号と同じである。

第三二八七号 平成四年五月二十九日受理

無年金障害者の救済制度の早期実現に関する請願

請願者 北海道美幌市東七条南二ノ四ノ一

〇 佐々木久雄 外十二名

紹介議員 北 修二君

この請願の趣旨は、第二二三六号と同じである。

第三二九二号 平成四年六月一日受理

小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願

請願者 愛知県瀬戸市西山町二ノ六一五

高野元雄 外九百九十九名

紹介議員 菅野 壽君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三二九五号 平成四年六月一日受理

原爆被害者援護法の制定に関する請願(三通)

請願者 山形県酒田市浜田二ノ八ノ二〇

小野俊夫 外二十九名

紹介議員 紀平 悌子君

この請願の趣旨は、第四八四号と同じである。

第三三〇六号 平成四年六月一日受理

小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願

請願者 東京都小平市小川町二ノ一、一五

九 石本悦二 外九百九十九名

紹介議員 竹村 泰子君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三三一五号 平成四年六月一日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 東京都文京区小日向三ノ一ノ一二

倉持要蔵 外千三百五十三名

紹介議員 上田耕一郎君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三三三一号 平成四年六月一日受理

医療制度の対策と改善に関する請願

この請願の趣旨は、第二二三〇号と同じである。

第三三八二号 平成四年六月二日受理

脊(せき)髄神経治療の研究開発促進に関する請願

請願者 岡山県玉野市田井四ノ二五ノ二

白井重徳 外十一名

紹介議員 一井 淳治君

この請願の趣旨は、第二二三一号と同じである。

第三三八四号 平成四年六月二日受理

重度障害者の所得保障の充実のための障害基礎年金の増額に関する請願

請願者 岡山県玉野市田井四ノ二五ノ二

白井重徳 外十一名

紹介議員 一井 淳治君

この請願の趣旨は、第二二三三号と同じである。

第三三八五号 平成四年六月二日受理

在宅障害者の介護体制確立に関する請願

請願者 岡山県玉野市田井四ノ二五ノ二

白井重徳 外十一名

紹介議員 一井 淳治君

この請願の趣旨は、第二二三四号と同じである。

第三三八六号 平成四年六月二日受理

電動車いすの支給基準緩和に関する請願

請願者 岡山県玉野市田井四ノ二五ノ二

白井重徳 外十一名

紹介議員 一井 淳治君

この請願の趣旨は、第二二三五号と同じである。

第三三八七号 平成四年六月二日受理

無年金障害者の救済制度の早期実現に関する請願

請願者 岡山県玉野市田井四ノ二五ノ二

白井重徳 外十一名

紹介議員 一井 淳治君

この請願の趣旨は、第二二三六号と同じである。

第三三九三号 平成四年六月二日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 福岡県豊前市大字下河内三五九

宮野重紀子 外二千七百七十二名

紹介議員 諫山 博君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三三九四号 平成四年六月二日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 鹿児島市大明丘一〇ノ二ノ二

二 新屋敷俊哉 外二千七百七十二名

紹介議員 市川 正一君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三三九五号 平成四年六月二日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 東京都板橋区板橋三ノ三ノ二

吉田貢 外二千七百七十二名

紹介議員 上田耕一郎君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三三九六号 平成四年六月二日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 東京都国分寺市本町二ノ二ノ七

富山大治 外二千七百七十一名

紹介議員 小笠原貞子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三三九七号 平成四年六月二日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 京都市左京区花背大布施町四三六

堀昭二 外二千七百七十一名

紹介議員 神谷信之助君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三三九八号 平成四年六月二日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 京都市北区紫野中柏野町二八 木

村孝生 外二千七百七十一名

紹介議員 沓脱タケ子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三三九九号 平成四年六月二日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 新潟市東区通一ノ町二、五八〇

佐久間浩子 外二千七百七十一名

紹介議員 近藤 忠孝君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三四〇〇号 平成四年六月二日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 香川県高松市栗林町二ノ一三ノ二

一ノ三〇三 上田久幸 外二千七百七十一名

紹介議員 高崎 裕子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三四〇一号 平成四年六月二日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 仙台市宮城野区栄一ノ二ノ一六

関根栄吉 外二千七百七十一名

紹介議員 立木 洋君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三四〇二号 平成四年六月二日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 福岡市南区野間一ノ一ノ二五ノ六〇三 中山照子 外二千七百七十一名

紹介議員 橋本 敦君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三四〇三号 平成四年六月二日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 熊本県八代郡泉村下岳三、二八八

坂井和美 外二千七百七十一名

紹介議員 林 紀子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三四〇四号 平成四年六月二日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 横浜市区中田町一、七五〇ノ一

一 遠山実 外二千七百七十一名

紹介議員 山中 郁子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三四〇五号 平成四年六月二日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 大分県津市大新田七二四 賀部

マリ子 外二千七百七十一名

紹介議員 吉岡 吉典君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三四〇六号 平成四年六月二日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 東京都八王子市散田町四ノ三九ノ二

金子道廣 外二千七百七十一名

紹介議員 吉川 春子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三四一〇号 平成四年六月二日受理

医療制度の対策と改善に関する請願

請願者 奈良県北葛城郡広陵町新家三六五

山本敏喜方 下浦願一 外十二名

紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第二二二四号と同じである。

第三四一一号 平成四年六月二日受理

介助用ホイスト・水平トランスファの支給基準緩和に関する請願

請願者 奈良県北葛城郡広陵町新家三六五

山本敏喜方 下浦願一 外十二名

紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第二二二四号と同じである。

この請願の趣旨は、第二二二五号と同じである。

第三四一四号 平成四年六月二日受理

身体障害者への移動電話等の貸与に関する請願

請願者 奈良県北葛城郡広陵町新家三六五

山本敏喜方 下浦頭一 外十二名

紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第二二二八号と同じである。

第三四一六号 平成四年六月二日受理

重度障害者の高齢化対策としての養護保護施設の設置に関する請願

請願者 奈良県北葛城郡広陵町新家三六五

山本敏喜方 下浦頭一 外十二名

紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第二二三〇号と同じである。

第三四一七号 平成四年六月二日受理

脊(せき)髄神経治療の研究開発促進に関する請願

請願者 奈良県北葛城郡広陵町新家三六五

山本敏喜方 下浦頭一 外十二名

紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第二二三一号と同じである。

第三四一九号 平成四年六月二日受理

重度障害者の所得保障の充実のための障害基礎年金の増額に関する請願

請願者 奈良県北葛城郡広陵町新家三六五

山本敏喜方 下浦頭一 外十二名

紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第二二三三号と同じである。

第三四二〇号 平成四年六月二日受理

在宅障害者の介護体制確立に関する請願

請願者 奈良県北葛城郡広陵町新家三六五

山本敏喜方 下浦頭一 外十二名

紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第二二三四号と同じである。

第三四二二号 平成四年六月二日受理

電動車いすの支給基準緩和に関する請願

請願者 奈良県北葛城郡広陵町新家三六五

山本敏喜方 下浦頭一 外十二名

紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第二二三五号と同じである。

第三四二二号 平成四年六月二日受理

無年金障害者の救済制度の早期実現に関する請願

請願者 奈良県北葛城郡広陵町新家三六五

山本敏喜方 下浦頭一 外十二名

紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第二二三六号と同じである。

第三四三〇号 平成四年六月二日受理

国立医療機関の賃金職員の定員化に関する請願

請願者 長野市上野二ノ四七七 山崎広美

外九百九十九名

紹介議員 向山 一人君

この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第三四三五号 平成四年六月三日受理

原爆被害者援護法の制定に関する請願(三連)

請願者 横浜市緑区三保町二、一七九ノ二

ノ一ノ一六 秋山徹雄 外二十

九名

紹介議員 紀平 梯子君

この請願の趣旨は、第四八四号と同じである。

第三四四〇号 平成四年六月三日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 石川県河北郡七塚町外日角二ノ二

六ノ一 高井幸美 外四百三十

五名

紹介議員 既 正敏君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三四四三号 平成四年六月三日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 石川県河北郡七塚町外日角二ノ二

六ノ一 高井幸美 外四百三十

請願者 岡山市赤坂本町八ノ一〇 石原憲

司 外三千二名

紹介議員 林 紀子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三四六三号 平成四年六月三日受理

小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願

請願者 滋賀県彦根市南川瀬一、一二六

西村繁 外九百九十九名

紹介議員 西野 康雄君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三四六六号 平成四年六月三日受理

肝炎患者の救済と予防・治療対策の拡充に関する請願

請願者 東京都荒川区東日暮里二ノ三九ノ

五 竹島雅彦 外八百四十名

紹介議員 下村 泰君

この請願の趣旨は、第一九二九号と同じである。

第三四六七号 平成四年六月三日受理

小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願

請願者 東京都小平市小川町二ノ一、一五

九 川島明 外千九百九十九名

紹介議員 下村 泰君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三四六八号 平成四年六月三日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 横浜市泉区和泉町六一八ノ一

一 太田住子 外九百九十九名

紹介議員 下村 泰君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三四七五号 平成四年六月三日受理

腎(じん)疾患総合対策の早期確立に関する請願

請願者 東京都台東区池ノ端一ノ五ノ一

三三四 仁平正光 外二千一名

紹介議員 勝木 健司君

この請願の趣旨は、第八四四号と同じである。

第三四七六号 平成四年六月三日受理

肝炎患者の救済と予防・治療対策の拡充に関する請願

請願者 東京都中野区新井四ノ一ノ四 尾

関善六 外千四百五十九名

紹介議員 勝木 健司君

この請願の趣旨は、第一九二九号と同じである。

第三四七七号 平成四年六月三日受理

小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願

請願者 東京都小平市小川町二ノ一、一五

九 小林徳博 外千九百九十九名

紹介議員 勝木 健司君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三四八四号 平成四年六月三日受理

重度心身障害者とその両親又はその介護者及び寝

たきり老人とその介護者の家族が同居可能な社会

福祉施設設置に関する請願

請願者 長野県上田市五加一、〇一〇ノ七

井出誠 外八百五十名

紹介議員 勝木 健司君

この請願の趣旨は、第六一号と同じである。

第三四八五号 平成四年六月三日受理

重度心身障害者とその両親又はその介護者及び寝

たきり老人とその介護者の家族が同居可能な社会

福祉施設設置に関する請願

請願者 長野県上田市上田原八六八 吉池

義夫 外二十四名

紹介議員 乾 晴美君

この請願の趣旨は、第六一号と同じである。

第三四八六号 平成四年六月三日受理

重度心身障害者とその両親又はその介護者及び寝

たきり老人とその介護者の家族が同居可能な社会

福祉施設設置に関する請願

請願者 長野県上田市上田原八六八 吉池

義夫 外二十四名

紹介議員 乾 晴美君

請願者 長野市若穂綿内七、九四三ノ三

小宮山勤 外三十名

紹介議員 栗森 喬君

この請願の趣旨は、第六一号と同じである。

第三四八八号 平成四年六月三日受理

保健医療・福祉マンパワー確保のための立法と確保対策の具体化に関する請願

請願者 東京都江戸川区西瑞江三ノ三九

鈴木喜美子 外四十八名

紹介議員 栗森 喬君

この請願の趣旨は、第七四五号と同じである。

第三四八九号 平成四年六月三日受理

小規模作業所等成人障害者対策に関する請願

請願者 大阪府高石市西取石一ノ二二ノ一

三 神田幸男 外九百八十九名

紹介議員 栗森 喬君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三四九〇号 平成四年六月三日受理

国民医療の改善に関する請願(二通)

請願者 石川県金沢市平和町二ノ一ノ一

二 田川良司 外八百九十二名

紹介議員 栗森 喬君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三四九五号 平成四年六月三日受理

療術の制度化促進に関する請願(三通)

請願者 京都市右京区梅津徳丸町七ノ一〇

福川邦久 外二名

紹介議員 林田悠紀夫君

この請願の趣旨は、第一〇〇八号と同じである。

第三五〇五号 平成四年六月三日受理

小規模作業所等成人障害者対策に関する請願

請願者 東京都小平市小川町二ノ一、一五

九 大野木育子 外九百九十九名

紹介議員 竹村 泰子君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三五一〇号 平成四年六月四日受理

原爆被害者援護法の制定に関する請願(三通)

請願者 静岡市吉田一、三二一ノ二 河

村史生 外二十九名

紹介議員 紀平 梯子君

この請願の趣旨は、第四八四号と同じである。

第三五一八号 平成四年六月四日受理

小規模作業所等成人障害者対策に関する請願

請願者 東京都小平市小川町二ノ一、一五

九 高橋貴剛 外九百九十九名

紹介議員 西川 潔君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三五二六号 平成四年六月四日受理

公的年金制度改善に関する請願(二通)

請願者 神奈川県平塚市広川六三三ノ一

高村武志 外二千九十九名

紹介議員 諫山 博君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三五二七号 平成四年六月四日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 埼玉県深谷市原郷二、一五一ノ三

四 榎本由美 外六百十二名

紹介議員 久保田真苗君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三五三四号 平成四年六月四日受理

国立医療機関の賃金職員の定員化に関する請願

請願者 大阪府河内長野市南青葉台三ノ一

二 高山勝美 外四百九十九名

紹介議員 白浜 一良君

この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第三五三六号 平成四年六月四日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 神奈川県平塚市田村六、一四四

黒羽安男 外五百九十九名

紹介議員 西川 潔君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三五三九号 平成四年六月四日受理

公的年金制度改善に関する請願(二通)

請願者 岩手県一関市南豊隆六八ノ一 岩

城正枝 外四百八名

紹介議員 対馬 孝且君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三五四一号 平成四年六月四日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 北九州市小倉南区瀬生一ノ四ノ一

六 桐原文好 外九百二十五名

紹介議員 洲上 貞雄君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三五四七号 平成四年六月四日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 埼玉県大宮市桜木町四ノ四一 大

月和夫 外四百九十九名

紹介議員 磯村 修君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三五五三号 平成四年六月四日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 長野市安茂里八、一〇三岸北団地

Cノ一ノ四〇四 丸山和成 外千

三十二名

紹介議員 村沢 牧君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三五七〇号 平成四年六月四日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 名古屋市中千種区青柳町七ノ三五

高橋豊 外三千四百八十一名

紹介議員 諫山 博君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三五七一号 平成四年六月四日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 大阪府西淀川区姫島二ノ一四ノ六

小川秀雄 外三千四百八十一名

紹介議員 市川 正一君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三五七二号 平成四年六月四日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 東京都渋谷区本町五ノ三〇ノ一四

丸山裕子 外三千四百八十一名

紹介議員 上田耕一郎君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三五七三号 平成四年六月四日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 北海道稚内市栄四ノ四ノ二八 諏

訪宏正 外三千四百八十一名

紹介議員 小笠原貞子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三五七四号 平成四年六月四日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 京都市西京区大枝香掛町九ノ二五

砂川清之 外三千四百八十一名

紹介議員 神谷信之助君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三五七五号 平成四年六月四日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 京都市左京区静海市原町七一一ノ

九 布施晴生 外三千四百八十一

名

紹介議員 杏脱タケ子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三五七六号 平成四年六月四日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 群馬県前橋市下細井町三九三ノ六
清水和代 外三千四百八十一名

紹介議員 近藤 忠孝君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三五七七号 平成四年六月四日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 札幌市豊平区月寒東五条五ノ三ノ
五 井坂勝 外三千四百八十名

紹介議員 高崎 裕子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三五七八号 平成四年六月四日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 愛知県犬山市東小島町一ノ二 梅
田猛志 外三千四百八十名

紹介議員 立木 洋君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三五七九号 平成四年六月四日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 神戸市須磨区神の谷二ノ二ノ九
八木徹 外三千四百八十名

紹介議員 橋本 敦君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三五八〇号 平成四年六月四日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 大阪府堺市陶器北一、二二三ノ二
二 大崎章憲 外三千四百八十名

紹介議員 林 紀子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三五八一号 平成四年六月四日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 川崎市幸区古市場二ノ七六 鈴木
仁 外三千四百八十名

紹介議員 山中 郁子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三五八二号 平成四年六月四日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 東京都世田谷区経堂二ノ二八ノ一
七ノ一〇二 東平みどり 外三千
四百八十名

紹介議員 吉岡 吉典君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三五八三号 平成四年六月四日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 横浜市磯子区杉田七ノ一八ノ五
鈴木集成 外三千四百八十名

紹介議員 吉川 春子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三五八五号 平成四年六月四日受理

重度心身障害者とその両親又はその介護者及び寝
たきり老人とその介護者の家族が同居可能な社会
福祉施設の設置に関する請願

請願者 長野市松代町東条三、五二二ノ二
下条光男 外二十七名

紹介議員 栗森 喬君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第三五八六号 平成四年六月四日受理

小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願

請願者 大阪府堺市上三ノ一七 池側喜代美
外九百九十九名

紹介議員 栗森 喬君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三五八八号 平成四年六月四日受理

公的年金制度改善に関する請願(三通)

請願者 埼玉県浦和市大久保六ノ八
三宅良子 外千二百九十名

紹介議員 吉田 之久君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三五九〇号 平成四年六月四日受理

肝炎患者の救済と予防・治療対策の拡充に関する
請願(二通)

請願者 東京都板橋区高島平八ノ一二ノ一
ノ四〇六 高島譲二 外二千八百
八十八名

紹介議員 小野 清子君

この請願の趣旨は、第一九二九号と同じである。

第三五九一号 平成四年六月四日受理

より安全な水道水の水質基準見直しに関する請願

請願者 東京都東大和市清水一ノ七六八
石川富雄 外九百六十六名

紹介議員 小野 清子君

この請願の趣旨は、第五七二号と同じである。

第三五九二号 平成四年六月四日受理

小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願
(三通)

請願者 東京都小平市小川町二ノ一、一五
九 鈴木操 外三千二名

紹介議員 小野 清子君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三六〇三号 平成四年六月四日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 東京都青梅市友田町四ノ六二五ノ
二 森下クニ子 外二百九十九名

紹介議員 近藤 忠孝君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

六月十五日日本委員会に左の案件が付託された。

一、医療制度の対策と改善に関する請願(第三
六一一号)

一、介助用ホイスト・水平トランスファの支給
基準緩和に関する請願(第三六一二号)

一、身体障害者への移動電話等の貸与に関する
請願(第三六一五号)

一、重度障害者の高齢化対策としての養護保養
施設の設置に関する請願(第三六一七号)

一、脊(せき)髄神経治療の研究開発促進に関す
る請願(第三六一八号)

一、重度障害者の所得保障の充実のための障害
基礎年金の増額に関する請願(第三六二〇号)

一、在宅障害者の介護体制確立に関する請願
(第三六二二号)

一、電動車いすの支給基準緩和に関する請願
(第三六二二号)

一、無年金障害者の救済制度の早期実現に関す
る請願(第三六二三号)

一、原爆被害者援護法の制定に関する請願(第
三六三〇号)

一、公的年金制度改善に関する請願(第三六三
五号)

一、小規模作業所等成人期障害者対策に関する
請願(第三六三六号)

一、公的年金制度改善に関する請願(第三六三
七号)(第三六三八号)(第三六四一号)

一、肝炎患者の救済と予防・治療対策の拡充に
関する請願(第三六五二号)

一、高齢化社会に対応する柔道整復師制度の強
化充実に関する請願(第三六五五号)

一、保育の充実に関する請願(第三六五六号)

一、より安全な水道水の水質基準見直しに関す
る請願(第三六五七号)

一、希少難病患者の医療・福祉の充実に関する
請願(第三六五八号)

一、肝炎患者の救済と予防・治療対策の拡充に
関する請願(第三六六一号)

一、小規模作業所等成人期障害者対策に関する
請願(第三六六三号)

一、公的年金制度改善に関する請願(第三六六
五号)(第三六六七号)(第三六七〇号)(第三六
七二号)

一、小規模作業所等成人期障害者対策に関する

公的年金制度改善に関する請願(第三八一)

5)

第三六二〇号 平成四年六月五日受理

森田和英 外九十九名
田谷 昭雄君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三六三六号 平成四年六月五日受理

小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願

請願者 滋賀県大津市下石東町六二ノ一

六 後藤英子 外八百九十名

紹介議員 細谷 昭雄君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三六三七号 平成四年六月五日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 千葉県我孫子市白山一ノ二六ノ二

三 鶴沢雅彦 外千四百十四名

紹介議員 種田 誠君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三六三八号 平成四年六月五日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 徳島市西新浜町一ノ二八ノ九

吉田秀象 外四百九十九名

紹介議員 久保田真苗君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三六四一号 平成四年六月五日受理

公的年金制度改善に関する請願(十三通)

請願者 東京都江東区辰巳一ノ一ノ四一

高橋昌治 外二千三百八十二名

紹介議員 神谷信之助君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三六五二号 平成四年六月五日受理

肝炎患者の救済と予防・治療対策の拡充に関する請願

請願者 東京都杉並区荻窪一ノ一四ノ一五

鈴木益太郎 外三千二百四名

紹介議員 木庭健太郎君

この請願の趣旨は、第一九二九号と同じである。

第三六五五号 平成四年六月五日受理

高齢化社会に対応する柔道整復師制度の強化充実に関する請願

請願者 長崎県平戸市鐘川町一、二六五

松本エツ 外四百九十一名

紹介議員 高桑 栄松君

この請願の趣旨は、第四二三号と同じである。

第三六五六号 平成四年六月五日受理

保育の充実に関する請願(二通)

請願者 東京都武蔵野市緑町二ノ三ノ六ノ

三〇二 鈴木恵美子 外千四百十

九名

紹介議員 高桑 栄松君

この請願の趣旨は、第四五二号と同じである。

第三六五七号 平成四年六月五日受理

より安全な水道水の水質基準見直しに関する請願

請願者 東京都世田谷区池尻四ノ三五ノ五

中村紀和 外五千三百二十三名

紹介議員 高桑 栄松君

この請願の趣旨は、第五七二号と同じである。

第三六五八号 平成四年六月五日受理

希少難病患者の医療・福祉の充実に関する請願

請願者 東京都調布市深大寺町六ノ二二

ノ二 長嶋良子 外五百十三名

紹介議員 高桑 栄松君

この請願の趣旨は、第六五二号と同じである。

第三六六一号 平成四年六月五日受理

肝炎患者の救済と予防・治療対策の拡充に関する請願

請願者 北海道紋別郡遠軽町南町一丁目

佐藤しづ子 外千二百二十九名

紹介議員 高桑 栄松君

この請願の趣旨は、第一九二九号と同じである。

第三六六三号 平成四年六月五日受理

小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願

請願者 東京都小平市小川町二ノ一、一五

九 井用勇 外二千九百九十九名

紹介議員 高桑 栄松君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三六六五号 平成四年六月五日受理

公的年金制度改善に関する請願(八通)

請願者 鹿児島市下伊敷町九一ノ一ノ一三二

徳丸利子 外三千九名

紹介議員 紀平 悦子君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三六六七号 平成四年六月五日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 福井市三十八社町七〇一県住三ノ

二〇八 南秀一 外四百九十九名

紹介議員 古川太三郎君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三六七〇号 平成四年六月五日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 東京都中央区勝どき五ノ八ノ七ノ

六〇六 石岡洋 外千六百七名

紹介議員 篠崎 年子君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三六七二号 平成四年六月五日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 川崎市川崎区追分五ノ一ンティハ

イツ三〇三 前田義栄 外二百九十九名

紹介議員 近藤 忠孝君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三六七七号 平成四年六月五日受理

小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願

請願者 東京都府中市武蔵台一ノ三ノ一一

ノ四〇四 植松由起子 外千九百

九十九名
紹介議員 喜屋武眞榮君
この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三六七八号 平成四年六月五日受理

公的年金制度改善に関する請願(二通)

請願者 横浜市栄区小菅ヶ谷町二、〇〇〇

山元雅仁 外三百十五名

紹介議員 喜屋武眞榮君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三七〇一号 平成四年六月五日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 埼玉県上尾市緑丘五ノ一四ノ七

矢島義夫 外二千八百六十一名

紹介議員 立木 洋君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三七〇二号 平成四年六月五日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 京都府八幡市八幡双葉六五ノ八六

鈴木富美子 外四百九十九名

紹介議員 会田 長栄君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三七〇四号 平成四年六月五日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 埼玉県熊谷市楊井八〇八ノ二 菊

地久 外千六十八名

紹介議員 林 紀子君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三七〇五号 平成四年六月五日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 山形県酒田市新橋二ノ二六ノ三

池田三男 外二百九十九名

紹介議員 星川 保松君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三七〇八号 平成四年六月五日受理
公的年金制度改善に関する請願

請願者 京都市西京区原八反田二一ノ一
片受孝次 外四百九十九名

紹介議員 笹野 貞子君
この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三七〇九号 平成四年六月五日受理
公的年金制度改善に関する請願

請願者 兵庫県尼崎市西立花町三ノ一七ノ
四ノ八三三 豊島由広 外九十九
名

紹介議員 矢原 秀男君
この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三七一〇号 平成四年六月五日受理
国立医療機関の賃金職員の定員化に関する請願

請願者 神戸市須磨区北落合五ノ八ノ二七
伊勢晃 外三百四十三名

紹介議員 矢原 秀男君
この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第三七一一号 平成四年六月五日受理
福祉制度、最低基準の抜本的な改善と実効性のあ
る福祉人材確保対策の確立に関する請願

請願者 東京都三鷹市下連雀七ノ一ノ二一
第二野村莊 山口真二 外三百九
十八名

紹介議員 山中 郁子君
この請願の趣旨は、第七〇三号と同じである。

第三七一二号 平成四年六月五日受理
公的年金制度改善に関する請願

請願者 神奈川県藤沢市片瀬目白山二ノ二
九 中山康子 外五百九十九名

紹介議員 山中 郁子君
この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三七一一六号 平成四年六月五日受理

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

医療制度の対策と改善に関する請願
請願者 広島県三原市木原町三五二ノ二
小林徳光 外十二名

紹介議員 宮澤 弘君
この請願の趣旨は、第二二二四号と同じである。

第三七一七号 平成四年六月五日受理
介助用ホイスト・水平トランスファの支給基準緩
和に関する請願

請願者 広島県三原市木原町三五二ノ二
小林徳光 外十二名

紹介議員 宮澤 弘君
この請願の趣旨は、第二二二五号と同じである。

第三七二〇号 平成四年六月五日受理
身体障害者への移動電話等の貸与に関する請願

請願者 広島県三原市木原町三五二ノ二
小林徳光 外十二名

紹介議員 宮澤 弘君
この請願の趣旨は、第二二二八号と同じである。

第三七二二号 平成四年六月五日受理
重度障害者の高齢化対策としての養護保護施設の
設置に関する請願

請願者 広島県三原市木原町三五二ノ二
小林徳光 外十二名

紹介議員 宮澤 弘君
この請願の趣旨は、第二二三〇号と同じである。

第三七二三号 平成四年六月五日受理
脊(せき)髄神経治療の研究開発促進に関する請願

請願者 広島県三原市木原町三五二ノ二
小林徳光 外十二名

紹介議員 宮澤 弘君
この請願の趣旨は、第二二三二号と同じである。

第三七二五号 平成四年六月五日受理
重度障害者の所得保障の充実のための障害基礎年
金の増額に関する請願

この請願の趣旨は、第二二三二号と同じである。

請願者 広島県三原市木原町三五二ノ二
小林徳光 外十二名

紹介議員 宮澤 弘君
この請願の趣旨は、第二二三三号と同じである。

第三七二六号 平成四年六月五日受理
在宅障害者の介護体制確立に関する請願

請願者 広島県三原市木原町三五二ノ二
小林徳光 外十二名

紹介議員 宮澤 弘君
この請願の趣旨は、第二二三四号と同じである。

第三七二七号 平成四年六月五日受理
電動車いすの支給基準緩和に関する請願

請願者 広島県三原市木原町三五二ノ二
小林徳光 外十二名

紹介議員 宮澤 弘君
この請願の趣旨は、第二二三五号と同じである。

第三七二八号 平成四年六月五日受理
無年金障害者の救済制度の早期実現に関する請願

請願者 広島県三原市木原町三五二ノ二
小林徳光 外十二名

紹介議員 宮澤 弘君
この請願の趣旨は、第二二三六号と同じである。

第三七五四号 平成四年六月五日受理
精神病院の要員確保に関する請願

請願者 東京都世田谷区等々力二ノ二三ノ
三 倉田健治 外二千五百一十一名

紹介議員 千葉 景子君
日本の医療における要員不足は深刻で、現在看護
婦だけでも約五万人が不足していると言われている。
特に精神病院ではそれが著しく、看護力低下
のため、八五(きつ)い、汚い、給料が安い、結婚で
きない、勤務時間が長い等、職場とも言われる状
況を生み出している。看護職員・医療労働者不足
の核心は労働条件の劣悪さにある。ここ数年の社

会の労働者不足が生み出した初任給の引上げも医
療現場には到達せず、世間水準との格差は拡大す
る一方である。低賃金・過重労働の構造の中で、
医療労働者は長い間辛酸をなめながら耐えてきた
が、そのことが、医療現場における更なる人手不
足を生み出すという悪循環を繰り返している。頑
張れば頑張るほど、自分たちの状況が悪くなる
という状況を、今すぐ改善するよう強く求める。医
療法では病院の人員配置を、患者四人に対して看
護要員一人と定めている。しかし精神病院におい
ては、「精神科特例」として、六人に対して一人で
よいとなっている。精神病院に對する差別・偏
見に満ち、精神病院の要員不足を合理化する「特
例」を、厚生省はいまだ廃止する意向を持って
いない。慢性的要員不足のため、精神医療におけ
る看護力その他、医療にかかわるすべての能力が
低下していることは明らかである。精神障害者の
人権の擁護と社会復帰の促進を柱にして施行され
た精神保健法さえも、要員不足のために有名無実
化している。精神病院の開放化や、入院患者の人
権擁護などは、要員が充足していなければできな
い。さらに、現在精神病院に入院している精神障
害者三十五万人のうち、七万人から九万人は、社
会の受皿さえあれば退院可能であると厚生省も発
表しているが、この点についても行政は具体的施
策を明らかにしていない。ついでに、国際的批判
にさらされた精神医療の現状の改善のためにも、
次の事項について実現を図られたい。

一、精神科における要員確保のための諸施策を作
成すること。
二、看護婦不足を固定化する「精神科特例」を廃止
すること。
三、精神障害者の社会復帰のためのトータルプラ
ンを作成すること。

第三七五七号 平成四年六月八日受理
原爆被害者援護法の制定に関する請願(三連)

請願者 横浜市長区大町町九三〇ノ六六

紹介議員 佐渡友順子 外二十九名
紹介議員 紀平 梯子君
この請願の趣旨は、第四八四号と同じである。

第三七五八号 平成四年六月八日受理
公的年金制度改善に関する請願(八通)
請願者 鹿児島市中山町二、九九五ノ九
片平道博 外三十九名
紹介議員 紀平 梯子君
この請願の趣旨は、第四八四号と同じである。

第三八〇四号 平成四年六月八日受理
公的年金制度改善に関する請願
請願者 名古屋市中村区八社一ノ二五二ノ
一 二村健二 外五十九名
紹介議員 細谷 昭雄君
この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三八〇六号 平成四年六月八日受理
難病患者などの医療と生活の保障に関する請願
請願者 秋田市寺内字蛭根六〇一〇 黒
沢正美 外六百七十五名
紹介議員 細谷 昭雄君
この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

各種難病患者や慢性疾患の患者は、少ない専門医療機関と不十分な公費負担制度の下で高齢化し、障害は重度化、重複化して、肉体的にも経済的にも家族共々厳しく困難な療養生活を送っている。これらの患者は、この厳しい闘病生活を支えるものとして、医療保険・公費医療・年金・生活保護など社会制度の拡充に熱い期待を寄せている。取り分け、身体障害者福祉法や特定疾患治療研究事業(難病医療費公費負担制度)、障害(基礎)年金の対象にもならず、各種制度・施策の谷間に置かれている患者は、何らかの法制度の拡充によって、医療、生活の保障を求めている。ついでには、こうした患者やその家族が、医療機関であろうと在宅であろうと、安心して医療を受け、日々生きがいを持って生活を送ることができるよう、次の事項

について実現を図りたい。

一、難病の原因究明、治療法確立のための予算を大幅に増額すること。

二、国立医療機関の空床を利用するなどして、在宅による療養が困難な難病、低肺、長期療養患者のための、医療・介護サービスの提供を伴う生活施設を早急につくること。

三、身体障害者福祉法など各種法制度の谷間に置かれている慢性疾患、難病患者らの医療、福祉に関する公的援助制度を確立すること。

四、行き届いた看護が保障されるよう看護婦不足を早急に解消し、大幅な増員を行うこと。

五、年金制度を改善し、難病患者、長期慢性患者が安心して療養生活を送ることができる年金額とすること。

六、生活・医療相談、集団無料検診などを行う「難病センター」を全都道府県に設置し、中央に患者会館を設置すること。

第三八一一号 平成四年六月八日受理
公的年金制度改善に関する請願
請願者 福岡県直方市知古三ノ八ノ一二
藤田和也 外二百四十八名
紹介議員 三重野榮子君
この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三八一五号 平成四年六月八日受理
難病患者などの医療と生活の保障に関する請願
請願者 福岡県宗像市大字自由ヶ丘一ノ二
ノ五 三浦由子 外二千四名
紹介議員 木庭健太郎君
この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第三八一七号 平成四年六月八日受理
公的年金制度改善に関する請願
請願者 長野県上伊那郡箕輪町松島 赤沼
美 外九百二十一名
紹介議員 安恒 良一君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三八一九号 平成四年六月八日受理
難病患者などの医療と生活の保障に関する請願
請願者 熊本県八代市高島町四、一〇六ノ
二 北村康彦 外二千名
紹介議員 田代由紀男君
この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第三八二〇号 平成四年六月八日受理
難病患者などの医療と生活の保障に関する請願
請願者 香川県高松市伏石町一七〇ノ四
山本康裕 外八百十三名
紹介議員 平井 卓志君
この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第三八二二号 平成四年六月八日受理
難病患者などの医療と生活の保障に関する請願
請願者 京都市中京区新町通り丸太町下ル
新町ビル 内田順一 外三千五百
名
紹介議員 西田 吉宏君
この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第三八二四号 平成四年六月八日受理
難病患者などの医療と生活の保障に関する請願
(七通)
請願者 愛媛県新居浜市中須賀町一ノ四ノ
三三 兵頭登 外一万三千七百四
十九名
紹介議員 木暮 山人君
この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第三八二五号 平成四年六月八日受理
難病患者などの医療と生活の保障に関する請願
請願者 札幌市豊平区里塚二条三ノ七ノ一
〇 基田芳子 外二千名
紹介議員 高木 正明君

この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第三八三二号 平成四年六月八日受理
公的年金制度改善に関する請願
請願者 東京都練馬区関町南二ノ三ノ一
二ノ一〇五 佐藤朋子 外二百九
十九名
紹介議員 近藤 忠孝君
この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三八三四号 平成四年六月九日受理
原爆被害者援護法の制定に関する請願(三通)
請願者 長野県小県郡東部町泉三四五
沢すみ子 外二十九名
紹介議員 紀平 梯子君
この請願の趣旨は、第四八四号と同じである。

第三八三五号 平成四年六月九日受理
公的年金制度改善に関する請願(八通)
請願者 鹿児島市自由ヶ丘二ノ一六ノ一六
前田貢 外三十九名
紹介議員 紀平 梯子君
この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三八四〇号 平成四年六月九日受理
公的年金制度改善に関する請願
請願者 鳥取県米子市上福原一、六三〇ノ
八 吹野達郎 外九十九名
紹介議員 細谷 昭雄君
この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三八五三号 平成四年六月九日受理
公的年金制度改善に関する請願
請願者 千葉県柏市光ヶ丘三ノ五ノ八 藤
平小枝子 外三百八十四名
紹介議員 高崎 裕子君
この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三八五五号 平成四年六月九日受理

難病患者などの医療と生活の保障に関する請願

請願者 札幌市中央区南四条西一〇丁目

田中美静 外千二十名

紹介議員 高崎 裕子君

この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第三八五七号 平成四年六月九日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 高知県南国市久礼田一、一一三

比江森浩二 外百八十名

紹介議員 竹村 泰子君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三八五八号 平成四年六月九日受理

在日外国人障害者の年金保障に関する請願

請願者 仙台市泉区市名坂字天神沢九ノ

北村美佐子 外九百九十九名

紹介議員 竹村 泰子君

この請願の趣旨は、第二二六五号と同じである。

第三八六一号 平成四年六月九日受理

難病患者などの医療と生活の保障に関する請願

請願者 札幌市豊平区里塚三七五ノ二六九

北岸友子 外九百四十七名

紹介議員 対馬 孝且君

この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第三八六三号 平成四年六月九日受理

在日外国人障害者の年金保障に関する請願

請願者 兵庫県美方郡浜坂町浜坂一、八八

六ノ三 中井勝彦 外一万九千九

百三名

紹介議員 堀 利和君

この請願の趣旨は、第二二六五号と同じである。

第三八六七号 平成四年六月九日受理

肝炎患者の救済と予防・治療対策の拡充に関する請願

請願者 東京都町田市木曾町五三九ノ一ノ

請願者 東京都町田市木曾町五三九ノ一ノ

三四一 中村剛 外四百十三名

紹介議員 木庭健太郎君

この請願の趣旨は、第一九二九号と同じである。

第三八六八号 平成四年六月九日受理

難病患者などの医療と生活の保障に関する請願

請願者 福岡県行橋市稲童三、一〇八ノ二

堀助男 外二千名

紹介議員 木庭健太郎君

この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第三八七〇号 平成四年六月九日受理

難病患者などの医療と生活の保障に関する請願

請願者 札幌市厚別区もみじ台東三ノEノ

二四ノ四〇五 山田千恵子 外千

名

紹介議員 山口 哲夫君

この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第三八七一号 平成四年六月九日受理

難病患者などの医療と生活の保障に関する請願

請願者 福島県いわき市小名浜字本町六六

岡山勇 外六千五百六十六名

紹介議員 会田 長栄君

この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第三八七二号 平成四年六月九日受理

在日外国人障害者の年金・国籍要件完全撤廃と保

障に関する請願

請願者 東京都杉並区天沼一ノ四六ノ一一

安藤登志子 外七百四十九名

紹介議員 堀 利和君

難民の地位に関する条約批准に伴い、昭和五十七

年一月一日より国民年金法から国籍要件が撤廃さ

れた。国民年金法施行時に、日本人障害者には経

過措置が講じられ、保険料を拠出しなくても二十

歳になれば障害福祉年金(現在は障害基礎年金)が

支給される措置が採られた。しかし、障害福祉年

金は、「障害者が二十歳に達した日に日本国籍を

有していたこと」が支給要件になっていたため、

国籍条項が撤廃されたにもかかわらず、昭和五十

七年二月一日において、二十歳を超えていた在日

外国人障害者には、何ら救済措置が採られず、無

年金者として取り残された。しかも、そのほとん

どの人は、戦前の日本の植民地支配の結果、在日

を余儀なくされた韓国・朝鮮人、中国人とその子

孫である。現在、日本社会は年金を始めとする

様々な福祉制度が、国籍にかかわらず適用され

る方向に進みつつある。その立場からすれば、福

祉制度の上で国籍による差別があつてはならない

ものと考え、ついでに、次の事項について実現

を図りたい。

一、昭和五十七年一月一日当時、二十歳を超えて

いた在日韓国・朝鮮人、中国人の重度障害者に

対して、一日も早く障害基礎年金が支給できる

ように、法の改正、あるいは特別の措置等を講

じて改善すること。

二、日本人障害者の無年金者の中でも、取り分け

低所得で生活保護も受けられない状態に置かれ

ている人々に対して、生活の安定が保障される

よう配慮すること。

第三八七四号 平成四年六月九日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 札幌市東区伏古四条二ノ一ノ一〇

ノ五〇二 桜岡英幸 外二千七百

八十七名

紹介議員 鈴木 和美君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三八七五号 平成四年六月九日受理

難病患者などの医療と生活の保障に関する請願

請願者 岐阜県本巣郡北方町一、七六八

大野祐子 外一万七千六百九十四

名

一人の女性が一生の間に産む子供の数を示す出生

率が、一・五(平成二年)にまで下がって大きな

社会問題となり、仕事と子育てが両立できる支援

策が緊急の課題となっている。本年四月から育児

休業法が施行されたが、この制度がスムーズに軌

道に乗るためにも、受皿としての保育行政の拡充

紹介議員 前島英三郎君

この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第三八七六号 平成四年六月九日受理

難病患者などの医療と生活の保障に関する請願

請願者 北海道小樽市潮見台二ノ一三ノ二

白髪路広 外二千九百四十名

紹介議員 田中 正巳君

この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第三八七七号 平成四年六月九日受理

難病患者などの医療と生活の保障に関する請願

請願者 北海道小樽市色内二ノ八ノ四 津

田嘉郎 外九百四十四名

紹介議員 岩本 政光君

この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第三八八九号 平成四年六月九日受理

難病患者などの医療と生活の保障に関する請願

請願者 神奈川県逗子市池子三ノ一ノ四

鈴木チヨ子 外四千八百五十八

名

紹介議員 日下部徳代子君

この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第三八九〇号 平成四年六月九日受理

保育行政の充実に関する請願

請願者 東京都国分寺市内藤二ノ一八ノ一

二 恩田俊雄 外九百九十九名

紹介議員 中川 嘉美君

一人の女性が一生の間に産む子供の数を示す出生

率が、一・五(平成二年)にまで下がって大きな

社会問題となり、仕事と子育てが両立できる支援

策が緊急の課題となっている。本年四月から育児

休業法が施行されたが、この制度がスムーズに軌

道に乗るためにも、受皿としての保育行政の拡充

が望まれる。ついでに、女性の多様な生き方に對

する支援策の充実が求められる。

この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

請願者 東京都八王子市北野台一ノ四七ノ
五 徳中禄子 外四十名

この請願の趣旨は、第四八四号と同じである。

第三八九四号 平成四年六月十日受理

公的年金制度改善に関する請願(十通)

請願者 鹿児島市上本町四ノ一〇ノ四〇七

紹介議員 平原正憲 外四十九名

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三八九七号 平成四年六月十日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 鳥取県日野郡日南町笠木三〇四

紹介議員 三島真 外九十九名

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三九〇六号 平成四年六月十日受理

難病患者などの医療と生活の保障に関する請願

請願者 大阪府西淀川区姫島六ノ一〇ノ一

紹介議員 ノ三〇三 吉村正 外二千八百六十名

この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第三九〇八号 平成四年六月十日受理

難病患者などの医療と生活の保障に関する請願

請願者 広島市西区己斐中三ノ二四ノ一〇

紹介議員 笹本富美子 外四千十八名

この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第三九一二号 平成四年六月十日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 岩手県盛岡市西見前一四ノ一ノ四

紹介議員 八戸塚朝子 外三百九十九名

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三九一四号 平成四年六月十日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 福岡県田川郡添田町津野 小川ト

紹介議員 キ子 外百九十九名

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三九二二号 平成四年六月十日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 北海道標津郡中標津町西十二条北

八丁目 正城絵麻 外千六百八十五名

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三九二三号 平成四年六月十日受理

小規模作業所等成人障害者対策に関する請願

請願者 東京都小平市小川町二ノ一、一五

紹介議員 九 皆川等 外二千名

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第三九三九号 平成四年六月十日受理

難病患者などの医療と生活の保障に関する請願

請願者 香川県高松市屋島西町一、七八五

紹介議員 吉原義弘 外七百五十七名

この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第三九五四号 平成四年六月十日受理

難病患者などの医療と生活の保障に関する請願

請願者 宮城県塩竈市清水沢二ノ一六ノ二

紹介議員 三 古山克子 外一万六千名

この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第三九五七号 平成四年六月十日受理

福祉制度、最低基準の抜本的な改善と実効性のある福祉人材確保対策の確立に関する請願

請願者 東京都多摩市豊ヶ丘六ノ一ノ二ノ

四〇三 佐藤聖一 外三百十九名

紹介議員 山中 郁子君

この請願の趣旨は、第七〇三号と同じである。

第三九六一号 平成四年六月十日受理

在日外国人障害者の年金保障に関する請願

請願者 東京都世田谷区桜新町一ノ四〇ノ

七ノ四〇一 前田文子 外二百二十四名

この請願の趣旨は、第二二六五号と同じである。

第三九六四号 平成四年六月十日受理

国立医療機関の賃金職員の定員化に関する請願

請願者 鳥取県東伯郡三朝町山田 遠藤達

紹介議員 夫 外七百八十九名

この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第三九七二号 平成四年六月十日受理

難病患者などの医療と生活の保障に関する請願

請願者 静岡県安倍町岡地五ノ一八ノ五〇

紹介議員 上原伸二 外三千七百四十八名

この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第三九七四号 平成四年六月十日受理

在日外国人障害者の年金保障に関する請願

請願者 東京都保谷市泉町六ノ八ノ二ノ

四一〇 福山隆雄 外二百二名

この請願の趣旨は、第二二六五号と同じである。

第三九七六号 平成四年六月十日受理

公的年金制度改善に関する請願

紹介議員 國弘 正雄君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三九七七号 平成四年六月十日受理

国立医療機関の賃金職員の定員化に関する請願

請願者 静岡県長沼町一ノ一ノ一 八木

紹介議員 純子 外二千五百四十八名

この請願の趣旨は、第八五六号と同じである。

第三九八一号 平成四年六月十日受理

難病患者などの医療と生活の保障に関する請願

請願者 札幌市南区澄川六条一二ノ八ノ一

紹介議員 一 中野健治 外千二十名

この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第三九八四号 平成四年六月十日受理

在日外国人障害者の年金保障に関する請願

請願者 東京都墨田区向島五ノ四ノ四 小

紹介議員 沢淳子 外百八十七名

この請願の趣旨は、第二二六五号と同じである。

第三九八五号 平成四年六月十日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 佐賀県東松浦郡呼子町七九ノ三

紹介議員 川越岩人 外五百十七名

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第三九八八号 平成四年六月十日受理

難病患者などの医療と生活の保障に関する請願

請願者 千葉県船橋市上山町二ノ四五五

紹介議員 門田高志 外一万八千九百九十五名

この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第三九九九号 平成四年六月十日受理

難病患者などの医療と生活の保障に関する請願

請願者 札幌市南区藤野三条三ノ三三三ノ

四六 竹田美知枝 外千三十九名

紹介議員 北 修二君

この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第四〇〇二号 平成四年六月十日受理

在日外国人障害者の年金保障に関する請願

請願者 千葉県松戸市馬橋二、四八ノ三

〇二 大塚美奈 外百四十九名

紹介議員 堂本 暁子君

この請願の趣旨は、第二二六五号と同じである。

第四〇〇九号 平成四年六月十日受理

難病患者などの医療と生活の保障に関する請願

(六通)

請願者 埼玉県羽生市大字桑崎一ノ四 石

川宏子 外一万二千名

紹介議員 日下部權代子君

この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第四〇一一号 平成四年六月十日受理

重度心身障害者とその両親又はその介護者及び寝

たきり老人とその介護者の家族が同居可能な社会

福祉施設の設定に関する請願

請願者 長野市若穂綿内七、九五六ノ七

石田晋 外八十五名

紹介議員 栗森 喬君

この請願の趣旨は、第六一〇号と同じである。

第四〇一二号 平成四年六月十日受理

小規模作業所等成人期障害者対策に関する請願

請願者 大阪府茨木市大同町一ノ三二ノ一

〇二 吉山直樹 外四百五十名

紹介議員 栗森 喬君

この請願の趣旨は、第三〇二四号と同じである。

第四〇一四号 平成四年六月十日受理

在日外国人障害者の年金保障に関する請願

請願者 千葉県船橋市山手三ノ一四ノ三三

森千之 外五百三十名

紹介議員 栗森 喬君

この請願の趣旨は、第二二六五号と同じである。

第四〇一六号 平成四年六月十日受理

在日外国人障害者の年金保障に関する請願

請願者 東京都江戸川区北葛西四ノ二ノ五

一〇 大門啓子 外四百九十九名

紹介議員 勝木 健司君

この請願の趣旨は、第二二六五号と同じである。

第四〇一七号 平成四年六月十日受理

難病患者などの医療と生活の保障に関する請願

請願者 札幌市北区屯田六条六ノ一ノ七ノ

一〇八 安田史子 外四千八百二

十一名

紹介議員 高桑 栄松君

この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第四〇二二号 平成四年六月十日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 福岡市城南区長尾一ノ一〇ノ二三

梶本幸子 外百七十名

紹介議員 諫山 博君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第四〇二二二号 平成四年六月十日受理

公的年金制度改善に関する請願(二通)

請願者 大阪府池田市空港二ノ二 三健一

沖孝文 外七百五十五名

紹介議員 市川 正一君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第四〇二三号 平成四年六月十日受理

公的年金制度改善に関する請願(二通)

請願者 徳島県小松島市小松島町字北浜九

三 川原久明 外七百七十一名

紹介議員 上田耕一郎君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第四〇二四号 平成四年六月十日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 秋田市飯島美砂町八ノ三〇 渡辺

淳一 外百六十九名

紹介議員 小笠原貞子君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第四〇二五号 平成四年六月十日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 和歌山市和歌川町七ノ四九ノ一〇

二 入交青澄 外百六十九名

紹介議員 神谷信之助君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第四〇二六号 平成四年六月十日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 名古屋市緑区浦里三ノ八五 林孝

治 外百六十九名

紹介議員 沓脱タケ子君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第四〇二七号 平成四年六月十日受理

公的年金制度改善に関する請願(二通)

請願者 富山県魚津市長引野四七九 野口

武雄 外四百六十九名

紹介議員 近藤 忠孝君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第四〇二八号 平成四年六月十日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 愛知県豊橋市三ツ相町二六八 加

藤隆弘 外百六十九名

紹介議員 高崎 裕子君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第四〇二九号 平成四年六月十日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 石川県金沢市有松二ノ一〇ノ八

形地進 外百六十九名

紹介議員 立木 洋君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第四〇三〇号 平成四年六月十日受理

公的年金制度改善に関する請願(二通)

請願者 静岡県榛原郡本川根町千頭一、二

六七ノ一 岩間登 外千二百六十

九名

紹介議員 橋本 敦君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第四〇三一号 平成四年六月十日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 名古屋市瑞穂区神穂町五ノ一六

増田高司 外百六十九名

紹介議員 林 紀子君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第四〇三二号 平成四年六月十日受理

公的年金制度改善に関する請願(三通)

請願者 三重県員弁郡東員町笹尾東二ノ一

六ノ二二 海野鏡弘 外六百五十

七名

紹介議員 山中 郁子君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第四〇三三号 平成四年六月十日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 福島県会津若松市表町二ノ三〇

江川康夫 外百六十九名

紹介議員 吉岡 吉典君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第四〇三三九号 平成四年六月十日受理
公的年金制度改善に関する請願(二通)

請願者 新潟市上新栄町三ノ七ノ二 吉

紹介議員 崎満子 外千五百三十四名

紹介議員 吉川 春子君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第四〇三三三号 平成四年六月十日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 佐賀県藤津郡塩田町大字大草野丙

二二六 西田忠弘 外三千二十六

紹介議員 名

紹介議員 諫山 博君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第四〇三三六号 平成四年六月十日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 大阪府北區長柄東三ノ二ノ四ノ

一、四〇五 大倉猛 外三千二十

六名

紹介議員 市川 正一君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第四〇三七七号 平成四年六月十日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 山梨県甲府市国玉町九六五ノ三

小林仁 外三千二十六名

紹介議員 上田耕一郎君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第四〇三八八号 平成四年六月十日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 札幌市白石区南郷通七丁目北五ノ

三〇 高島マツ乃 外三千二十六

名

紹介議員 小笠原貞子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第四〇三三九号 平成四年六月十日受理

第七部 厚生委員会會議録第十四号 平成四年六月十八日【参議院】

国民医療の改善に関する請願

請願者 京都市西京区榎原久保町三三ノ一

紹介議員 福山邦彦 外三千二十六名

紹介議員 神谷信之助君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第四〇四四〇号 平成四年六月十日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 大阪府岸和田市大工町一五ノ一四

紹介議員 南川隆幸 外三千二十六名

紹介議員 沓脱タケ子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第四〇四四一号 平成四年六月十日受理

国民医療の改善に関する請願(三通)

請願者 新潟県五泉市橋田戊九 星野修

紹介議員 近藤 忠孝君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第四〇四四二号 平成四年六月十日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 札幌市西區山の手四條四ノ二ノ二

紹介議員 〇 久保田涼子 外三千二十六名

紹介議員 高崎 裕子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第四〇四四三号 平成四年六月十日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 北海道函館市日吉町四ノ一四ノ六

紹介議員 立木 洋君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第四〇四四四号 平成四年六月十日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 大阪市旭区清水四ノ七ノ一〇 中

紹介議員 橋本 敦君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第四〇四四五号 平成四年六月十日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 岡山県吉備郡真備町大字服部二

紹介議員 林 紀子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第四〇四四六号 平成四年六月十日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 静岡県浜北市豊保一四二ノ一五

紹介議員 大庭英介 外三千二十五名

紹介議員 山中 郁子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第四〇四四七号 平成四年六月十日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 愛知県渥美郡田原町大字野田字仲

瀨古三四 河合友音 外三千二十

五名

紹介議員 吉岡 古典君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第四〇四四八号 平成四年六月十日受理

国民医療の改善に関する請願

請願者 高知市東城山町一〇九ノ二 山本

紹介議員 峰子 外三千二十五名

紹介議員 吉川 春子君

この請願の趣旨は、第一五三七号と同じである。

第四〇四四九号 平成四年六月十一日受理

原爆被害者援護法の制定に関する請願(二十一

通)

請願者 福島県いわき市自由ヶ丘三〇ノ九

紹介議員 伊達悦 外二百十二名

紹介議員 紀平 梶子君

この請願の趣旨は、第四八四号と同じである。

第四〇五八八号 平成四年六月十一日受理

公的年金制度改善に関する請願(八通)

請願者 鹿児島市田上四ノ四八ノ一〇

紹介議員 長野律子 外三十八名

紹介議員 紀平 梶子君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第四〇六六六号 平成四年六月十一日受理

在日外国人障害者の年金保障に関する請願

請願者 埼玉県草加市長栄町二六一 秋葉

紹介議員 康浩 外二百四十九名

紹介議員 対馬 孝且君

この請願の趣旨は、第二二六五号と同じである。

第四〇七三三号 平成四年六月十一日受理

在日外国人障害者の年金保障に関する請願

請願者 千葉県松戸市栄町五ノ三七四 稲

紹介議員 田順一 外千三十四名

紹介議員 沓脱タケ子君

この請願の趣旨は、第二二六五号と同じである。

第四〇七六六号 平成四年六月十一日受理

公的年金制度改善に関する請願

請願者 千葉県柏市松葉町五ノ一ノ二ノ

紹介議員 一〇七 原道夫 外三百五十五名

紹介議員 小笠原貞子君

この請願の趣旨は、第八四〇号と同じである。

第四〇七七七号 平成四年六月十一日受理

難病患者などの医療と生活の保障に関する請願

請願者 札幌市白石区本通六丁目北五ノ一

紹介議員 〇三〇六 小寺千明 外千七十四

紹介議員 小笠原貞子君

この請願の趣旨は、第三八〇六号と同じである。

第四〇八八八号 平成四年六月十一日受理

看護婦確保法の制定に関する請願(三通)

請願者 茨城県つくば市下広岡五〇〇ノ五

請願者 東京都小平市小川町二ノ一、一二
九 手原剛 外千名

二	一	終わり	受け入れ	受け取れ
一五	三	伸びて	延びて	
二七	二	平	ゴードル	ゴールド
三〇	六	最重的	最重点	

第七号中正誤

ページ	段	行	誤	正
三	三	終わり	ギリシア語	ギリシャ語
五	一	尊重	尊重	
二	三	三十四、五歳	二十四、五歳	
七	三	そんなんですが	そうなんですが	
三〇	三	終わり	当然のように	当然そのように
二	一	つかで	つかんで	
元	二	いつもの	いつも	
三〇	二	需給通し	需給見通し	

第八号中正誤

ページ	段	行	誤	正
三	三	二	ついで	ついた
七	一	終わり	局長	部長
二	三	三	仮設	仮説
八	一	〇	八	

平成四年六月三十日印刷

平成四年七月一日発行

参議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局