

第百二十九回国会
衆議院
厚生委員會議
録
第八号

平成六年六月十日(金曜日)
午前九時三十分開議

出席委員

委員長 加藤 万吉君

理事 衛藤 晨一君
理事 野呂 昭彦君
理事 井上 喜一君
理事 網岡 雄君
理事 荒井 広幸君
理事 狩野 勝君
理事 鈴木 俊一君
理事 竹内 繁一君
理事 宮路 和明君
理事 岩浅 嘉仁君
理事 岡島 正之君
理事 笹木 竜三君
理事 柳田 稔君
理事 金田 誠一君
理事 土肥 隆一君
理事 青山 二三君
理事 福島 豊君
理事 岩佐 惠美君

理事 木村 義雄君
理事 持永 和見君
理事 山本 孝史君
理事 榎屋 敬悟君
理事 伊吹 文明君
理事 栗原 博久君
理事 住 博司君
理事 堀之内久男君
理事 山口 俊一君
理事 小沢 辰男君
理事 岡田 克也君
理事 矢上 雅義君
理事 吉田 公一君
理事 五島 正規君
理事 森井 忠良君
理事 久保 哲司君
理事 三原 朝彦君

委員外の出席者

参事 考人 西村 周三君
学部長 考人 山口 昇君
参事 考人 合病院院長
参事 考人 日本労働組合
参事 考人 総連合会社会政
参事 考人 策局長 五十嵐 清君
参事 考人 (全国保険医団
参事 考人 体連合会副会
参事 考人 室生 昇君

厚生委員会調査 高峰 一世君
室長

六月十日

薬事法の一部を改正する法律案(内閣提出第六
号)(参議院送付)
予防接種法及び結核予防法の一部を改正する法
律案(内閣提出第六二二号)(参議院送付)
は本委員会に付託された。

本日の会議に付した案件
健康保険法等の一部を改正する法律案(内閣提
出第三五号)

○加藤委員長 これより会議を開きます。

内閣提出、健康保険法等の一部を改正する法律
案を議題といたします。

本日は、本案審査のため、参考人として京都大
学経済学部教授西村周三君、公立みつぎ総合病院
院長山口昇君、日本労働組合総連合会社会政策局
長五十嵐清君、全国保険医団体連合会副会長室生
昇君、以上四名の方々に御出席をいただき、御意
見を承ることにいたしております。

この際、参考人各位に一言ごあいさつを申し上
げます。

参考人各位には、御多用のところ御出席をい
ただき、まことにありがとうございます。本日は、
本案についてそれぞれのお立場から何とぞ忌憚の
ない御意見を述べただきたいと存じます。

なお、議事の順序でございしますが、参考人各位
からお一人十五分程度ずつ御意見を述べいただき
き、その後、委員の質疑に対しお答えをいただき
たいと存じます。

それでは、まず、西村参考人をお願いいたしま
す。

○西村参考人 京都大学の経済学部で、医療経済
学というのと保険論というのを研究しております
西村でございます。よろしくお願ひいたします。

時間の制約がございしますので、健康保険法等の
一部を改正する法律案に關しまして、二点に絞り
まして意見を述べさせていただきますと思いま
す。

まず第一点は、入院時の食事の給付の見直しに
かかわる改正案に關してでございます。

私は、患者さんの一部負担ということに關し
て、一般論といたしまして、それはある程度の額
を御負担いただくべきであるという考えを持って
おります。その重要な一つのポイントといたしま
して、いわゆるノーマライゼーションの考え方と
いうのがあろうかと思ひます。それは、病院に入
院しても、あるいは在宅で医療を受けていても、
どこにおつても日常的な生活、つまり病院の中
入院が極めて特殊なものであるという考えに至ら
ないような状態をつくっていくということが重要
であらうと思ひまして、今回企図されております
負担の公平という観点から見て、在宅時における
食事の必要な分について病院においても食事代が
必要ではないかという考え方は、基本的には十分
理解できるものであるというふうに考えておりま
す。

しかしながら、今回の改正案に關しては、やは
り幾つか気になる点もございます。幾つか申し上
げたいと思ひます。

まず第一点でございしますが、今回の改正は、こ
の食事についての一部負担等、いわば負担の公平
化という目的、それから医療経営の安定化を旨と
すための診療報酬の改定、この二つの事柄が重な
っておりますために、しばしば個々の項目の改正
に關しては、目的がいま一つはつきりしないとい
うことになりはしないかという危惧を持っております。

具体的には、今回の給食の一部負担の見直しに
伴つて生じますであろう患者さんの一部負担の増
加額は、厚生省さんの推計等によりまして、今の
ままの数字ですと約三千五百億円程度になるうか
と思ひます。しばしば、この法案が形成される経
過を見ましますと、医療機関の経営が非常に
不安定化しているということがありまして、何と
か財源をどこから調達したいという発想が他方
でございまして、それにかかわる公費負担あるい
は社会保険料等の財源が非常に逼迫しております
中で、どうしても財源が見つからないから、やむ
を得ないから患者さんに一部負担を願つてという
発想が若干あつたのではないかと印象を持つ
ております。

しかしながら、はつきりしておかなければなら
ないことは、今申しましたように、三千五百億円
という金額は、一回の改定に要する、一回の改定
によつて生じます約一兆円の医療費増の中に占め
る割合としましては、かなり大きな額ではござい
ますけれども、こういつたことを今後、将来医療
機関の安定化のために診療報酬を改定する財源と
して目指すということとはもう不可能なわけです。
つまり今回一回きりでありまして、これをさらに
倍また患者さんからいただくというふうなことは
ほぼ不可能でありますわけですから、一回きりこ
ういうことができるといふものでありますから、こ
の財源を調達するということに際して、こ
の公平化を図るという目的を、それから患者負
担の公平化を図るという目的を、それとちやにしてし
まいますと、いろいろ問題が生じてまいるという
感じがいたします。

その一例として例えば考えられますものは、長
期入院にかかわる患者さんの負担であらうかと思
ひます。

います。私の理解では、比較的短期の入院にかかわる場合においては、御家庭でも食事をなさっているわけでありますからそれほど大きな負担にはならないという印象を持ちますが、長期に入院なさった場合には、やはり一カ月二万四千円の負担というのはかなり大きなものになろうかと思えます。

他方で、こういった患者負担を増加することは、伴う機能といたしまして、受診を抑制することができるとはならないかという期待がしばしば持たれております。しかしながら、私どもが各種のデータで調査いたします限りにおいては、受診抑制には、この程度の額の一部負担の増というのはそれほど結果的に大きく響いてこなかったというのがこれまでの経緯でございます。したがって、このが、このような一部負担の増加をいたしますと、長期入院にかかわる患者さんの負担だけが大きくなって、そして結果として長期入院がそれほど減らないののではないかという危惧が持たれます。

もちろん、私は長期入院を是正すべきであるという基本的な考え方には賛意を示すものであります。さまざまな老人保健施設あるいは各種福祉施設等が充実され、また在宅医療、在宅福祉等が充実されることによって、不必要に長期に及ぶ入院患者が発生することを避けるということが政策としてとられなければならないことは極めて重要だと考えております。しかしながら、この目的のためには別途の手段を講じるべきではないかというふうに考えております。

もちろん、具体的に長期入院をなさっていらっしゃる患者さんの現状を個々に調べてまいりますと、いわば経済的要因によって、ほかの施設にいるよりも、あるいは在宅にいるよりも実質的に負担が安いからという理由で病院入院を希望なさっている方が多く、そういう方々に對して負担の公平化を図るべきであるということに関しては賛成でございますが、今回のようなこういう形で大きく網をかけますと、やむなく、さまざまな形で慢性疾患をお持ちになって、他の施設で療養等を受

けることができない可能性がある患者さんにしわ寄せがいくという可能性があるのではないか。その点に関して特段の配慮がなされる必要があるのではないかというふうに思っております。

これに付随しまして、やや学者的、机上の空論的一般論を申して大変恐縮ですが、従来の一部負担のあり方に関する議論に関して言いますと、私は今後長期的な課題として、次のような点を考えるべきではないかというふうに思っております。

近年に至りましてさまざまな形でいわば定率ではなく、定額負担というものが随分ふえてまいりましたが、健康保険法の法そのものに載つておる基本的な発想の中に、定率負担という考え方が根本の中に入つておるかと思ひます。この定率負担といふのは、例えばしばしば患者さんのコスト意識を高めるためにといったような議論がなされ、そのことの存在価値が言われてまいりましたが、實際、各種の調査を見た場合に、今のようない割程度あるいは二割程度の負担の状況で、患者さんのコスト意識というものがそれほど高まるというふうにも思へません。もちろん、私は患者さんのコスト意識を高める必要がないと申しているわけではございませんが、定率負担によつて患者さんのコスト意識を高めようという考え方にはやや無理があるという意味で申し上げております。

いずれにしましても、患者さんの一部負担を定率にするという発想が現行健康保険法の中には根深く入っております。この点をやはり大きく見直していくことをしないと、先ほど申した、例えば一方の目的が医療機関の経営の安定化、他方の目的が患者負担の公平という、この二つの目的を同時に実現しようとはしますと、さまざまな矛盾が出てまいります。

例えば、近年大病院へ患者さんが集中することになるといふ問題が出ましたときに、それでは大病院の患者さんの一部負担を上げようではないかという発想がまず当然出てまいります。ところが、現行の制度のもとでは、そうすることは大病

院の診療報酬を引き上げることになり大病院の医療経営を安定化させ、中小病院あるいは開業医さんの医療経営を不安定化させる。つまり、入ってくる側のお金と患者さんが払う側のお金が、連動しているために、今申した公平かつ適正な医療供給という目標と患者さんの負担の公平という目標とが両立したいということがしばしば生じてまいるわけでございますから、今回、先ほどの長期入院についての配慮だけではなく、今後は一般的に患者さんの負担のあり方の問題と、それから医療経営の安定及び適正なさまざまな各種医療施設及び福祉施設あるいは在宅ケアサービスの三つの間の適切なメニューの提供という問題とを何とか切り離して考える発想ができないものであろうか、委員の先生方にお考え願えばありがたいと思います。

次いで、第二点でございますが、それは今回の法案が目標としております付添看護の解消ということに關してであります。

今申たことと関連するわけでございますが、先ほど申しましたように、今回いただいた計画案の数値でいきますと、三千五百億円の患者負担の増大ということになります。これをもって付添看護の解消に充てるといふうにされておりますが、これは正確な試算ではなく、厚生省さんの試算が果たして一〇〇％正しいかどうかわかりませんが、現状約二千億円程度の付添看護の負担があり、そのうち約一千億円程度が付添看護療養費として支払われておりまして、残りの一千億円程度をいば解消するということになろうかと思いますが、今申しましたように、三千五百億円と一億円という間には数字の乖離がございます。

しかも、お考えいただければすぐわかりますように、給食費の一部負担の増というものは、既に付添看護を必要としないような病院においても給食費の増による収入増というのが入ってまいるわけです。したがって、三千五百億円という形で給食費の一部負担の見直しによって財源が調達された分がそのまま本当に、付添看護が現在行われて

いて、そしてそこで患者さんが負担なさっておられる付添看護料の解消に果たしてうまく結びつくかどうかという点に関しては若干疑義のあるところでありますので、この点についてやはり特段の配慮が必要なのではないだろうかというふうな考えております。

私、今後の考え方といたしまして、今、現行の問題点のみについて申しましたけれども、患者負担のあり方ということに関して言いますと、今回出てまいりますのはいわば一日定額制というものにならうかと思えます。それよりもむしろ施設の利用料というようなイメージでもって、もちろん程度の問題はございますが、短期に入院される方も長期に入院される方もほぼ同じ額、あるいは、それはやや極端であるというのであれば、長期の場合負担が段階的に少し少なくなっていくというような方向を考えるのも一案ではないだろうかというふうに考えております。

もう一度くだいようですけれども、現時点におきまして長期入院なさっている患者さんがいらつしゃつて、その相当数の方々が、病院で治療をお受けになるよりも、むしろ在宅あるいは他の福祉施設等々で療養をお受けになることが望ましいと判断される場合が少なくございません。したがつて、そういうことが行われるようにさらに諸施策が行われることが必要であるということを決して否定するものではないでございます。ただ、私が申し上げているのは、それを今回の給食費の負担といったような形で推し進めようとするところには無理があるのではないかとというふうに考えておるところでございます。

時間が参りましたので、これで終わります。(拍手)

○加藤委員長 どうもありがとうございました。
次に、山口参考人にお願いたします。

○山口参考人 私は、広島県御調町で公立病院の院長をやっております山口でございます。

地域の病院、私どもは二十年前から在宅ケア、在宅医療に取り組んでまいりました。そして寝た

きりゼロを目指して保健、医療、福祉の連携システムを構築いたしました。私ども、これを地域包括ケアシステムと呼んでおりますが、そういう立場から今回の健康保険法等の一部を改正する法律案に関して意見を述べさせていただきますと思います。

なお、その前に、私どもの地域包括ケアシステムの概要を簡単に御紹介をさせていただきますと思います。

四点左右申し上げさせていただきますと思うのですが、第一点は、先ほど申し上げました在宅ケア、これはちょうど二十年前にさかのぼりますが、訪問看護、訪問リハビリというものを始めました。これは、私どもの広島県御調町には寝たきりが非常に多かった。それもその大半がつくられた寝たきり。対応がまずいためであり、介護力の不足、不適切な介護、そのようなものに基づいてつくられた寝たきりが多いということから、在宅ケアを始めたわけであり。病院というのは患者さんがやってくるのを待つて医療を提供する、いわゆる待ちの医療と私は呼んでおりますが、それだけでは寝たきりは幾らでもつくり出されていく。そこで、待ちの医療から地域へ出ていく医療に転換をしたわけであり。

第二点は、行政部門である保健と福祉を病院の中へ健康管理センターというのを十年前につくりまして、そこへ持ってまいりました。まさに行政の機構改革を行って、病院の医療と保健と福祉がドッキングして、連携というよりも保健、医療、福祉の統合を果たしたわけであり。こういうことにより、従来別々に行われておりました保健、医療、福祉サービスが一緒になって提供することもできるようになりました。また、ケアコーディネーション、ケースマネジメントというような手法もそこに生まれてきたわけであり。私どもは、そういうことによつてケースによつて看護婦と理学療法士が一緒になって家庭訪問する、さらに保健医療スタッフと福祉スタッフが一緒になつて行く、それに歯科衛生士も加わる、栄養士

も加わる、あるいは薬剤師も加わる、このような在宅医療をずっと展開してまいりました。

三日月は、そのような病院と行政の健康管理センターの周りにいろいろな保健福祉施設を建設してまいりました。いわゆる地域包括ケアシステムの構築でございますが、ハード面としては老人保健施設、痴呆専門棟、在宅介護支援センター、訪問看護ステーションあるいはケアハウス等々の保健福祉施設を合築または併設をしていったわけであり。

このような地域包括ケアシステムのハード面の連携だけでなく、ソフト面としては、先ほど申し上げました在宅ケア、さらに健康づくり、そして四日月に申し上げたいと思つております住民参加の問題、地域の今千三百人ほどのボランティアの方がいらつしやいます。住民参加しての地域ぐるみの地域ケア体制、このようなものを地域包括ケアシステムのソフト面として私どもは構築いたしました。

そのような立場からこの二十年来やってまいりまして、一つの成果を得ることができました。それは、寝たきり老人が三分の一に減るという効果を得たこと、第二番目には、昔私どもの町はお恥ずかしいことですが非常に医療費が高かったのですが、それも伸び率がダウンしてきたというような成果を得ることもできました。そのような立場から、今回のこの法改正について意見を二、三述べさせていただきますと思います。

まず第一点は、付添看護・介護の解消の問題でございます。私は、二十一世紀はこの介護が非常に大きなウェイトを占めてくる、障害老人がふえればふえるほど、この介護という問題はゆるがせにはできない問題であろうと思つております。そういう意味で、現在の付添看護というのは、本来病院、医療施設側がやるべき看護・介護を、患者さんと付添看護婦さんとの間で、あるいは業者との間で任意に契約して病院の中で付添看護・介護をやつていらつしやる。これは私は余り望ましい姿ではないと思つております。やはり医療機

関側の責任としてきちんとした計画のもとに看護・介護は行われるべきであらう。そういう意味からは、私は今回の、付添看護・介護も解消して、そして病院側の責任として病院側の業務の中に取り入れていく、この発想は大いに賛成というふうな考えを持っております。同時に、それはケアの質の向上にもつながつていくであらうと思つております。従来基準看護の病院は看護計画を立てておりまして、今後私は、介護も介護計画を立て、そういうケアの質の向上を図るべきであらうと思つております。

先ほど申し上げましたように、二十一世紀は介護の時代と私は思つておりますが、それにたえる仕組みを今こそつくつていただきたい。今回のこの法改正案はその第一歩であらう、このように評価をしております。

二番目に、在宅医療の推進でございますが、これは先ほど申し上げましたように、私ども、二十年前からこういう在宅医療に取り組んでまいりました。そして、その結果寝たきりも減るというような効果も得たわけでございますが、従来の病院は、やはり患者さんがやってくるのを待つて医療を提供する待ちの医療であつたと思つております。今後高齢化が急ピッチで進む中で、特に二十一世紀を視野に入れますと、医療機関で患者さんがやってくるのを待つていくだけでなく地域へ出ていく、家庭の中へ医療を持ち込んでいく、私はこれをわかりやすく、住民の皆さんには医療のアウトリーチと言つていますが、そのようなことが全国あちこちで行われるべきであらうと思つております。

二十年前に私たちがやり出したときには、そうたくさん訪問看護等をやつていた病院はございませんでした。しかし、今や国もいろいろな意味で制度化し、これが全国に広まりつつあるというの、私は大いに評価し、またうれしく思つてゐるわけでございます。

私どもの調査では、お年寄りの本音は老後は家族に囲まれて我が家で過ごしたい、このように考

えているお年寄りが三分の二以上いらつしやいます。もつと本音を言えといえは私はもつと高い数字が出るのだらうと思つていますが、やはりお嫁さんに気兼ねし、いろいろな周囲の状況を考へて施設へという方もいらつしやいます。しかし、今後の高齢社会、さらに超高齢社会が来ることを考えますと、私は、このような在宅医療というのは積極的に推進していくべきである、今回の法改正の中でそれがうたわれているというのは、大いに評価をいたします。

さらに、訪問看護事業を制度的に位置づけ、その対象範囲を広げる。老人以外にも難病、あるいはがんの末期、あるいは若い人でも脳卒中で倒れ重度障害を持った方、たくさんいらつしやるわけでありまして、現在私どものところではこれを無料訪問看護をやつておりますが、これが十月からの改正では少しでも対象が広がっていくというのは、私は大いにこれを期待をし、待つておるわけでございます。

それから、こういう在宅医療は、私は医師の訪問診療だけじゃない、看護婦の訪問看護だけじゃない、いろいろな職種、医療スタッフはもちろんのこと福祉スタッフも一緒にやってやるべきであらう、これはまさにケースマネジメントでありケアコーディネーションであらう、このように思つてゐるわけであり。

三番目に入院時の食事の改革の問題でございますが、私は、これはただ単に一部負担を上げざる云々という問題でなくて、このようなとらえ方をしております。

現在、患者さんの自己負担額はそれぞれ異なつております。病院で二万数千円、老健施設が五、六万円、特別養護老人ホームになりますと所得に応じてゼロ円から二十万、それぞれ異なるわけでありまして、在宅は幾らかかっているか。これが、むしろ食事に限らずいろいろな諸経費を考えますとかなりかかっていると思つておりますが、そのように療養する場所によつて一部負担額が異なる、これは私は、老健施設ができる最初のとき

からこの自己負担額を公平にしていたきたい、このようにいろいろな場で申し上げてまいりました。

どうしてかといいますと、本来ならば、もしこの負担額が平等であれば、その患者さんの病状あるいはADLの程度等々に基づいてお医者さんが、あなたは病院でやはり入院治療を受けなさい、あなたは老健施設が適当ですよ、あなたは在宅で訪問看護でちゃんと療養できますよ、こういうことが強く言えるのですけれども、現在のように入負担額が異なりますと、やはり負担額の少ない方を選びたいというのは人情でございます。そうしますと、本当は老健施設が適当だがなと思っても、ついつい負担額の少ない病院へ希望するというケースも私たち、数多く経験いたしました。そういうことを考えますと、今回のこの食事の問題にしまして、負担額がかなり公平化されるという意味では、私はこれを大きく評価をしているわけでございます。

もちろん、それに伴って食事サービス改善しよう、配膳時間あるいはメニューの多様化、食堂の設置等々をうたっております。私はこれはいずれも大いに結構なことだと思っております。私どもの病院では、もう十数年前から朝食は七時半、夕食は六時配膳を実施しておりますし、六、七年前には患者さん専用の食堂を各フロアに一つつくりました。これは患者サービスであると同時に寝たきりゼロ作戦でもありまして、動ける人はみんな動いて食堂でとってもらおう、患者さんのQOLの向上にもつながるものである、この数年間やってまいりまして、そのように考えておるところでございます。

また、このような負担額の問題は、先ほど西村先生もおっしゃいましたけれども、これは私個人でございまして触れませんが、あくまでも客観的なデータに基づいてお決めいただきたい。その上で当面このような暫定的な措置をとろうというのは、これは政治の場で御判断をいただきたい、このように思っているわけであります。

それと、病院食は治療の一環である、これは確かにそうでございますし、そういう意見があるのも承知しておりますし、私もいわゆる特別食に関してはそうように思っております。しかし、今回の改正は、私は、そういう医学的な問題でなくて単なる仕組みの改正である、このようにとらえておるわけでございます。

それから四項目、老人保健福祉施策を推進していくということ、老健施設あるいは老人訪問看護ステーションの整備に拠出金が充てられる、私は、これは非常に現場にとりましては大きな福音であろう。今まで、特に都市部ではこの老健施設の整備がなかなか進んでおりません。そういうようなところでも今後は一層促進されるのではなからうかと思っております。そのほか、在宅介護支援センターを制度的に位置づけようとか、あるいは老人保健福祉審議会、これが創設されようとしておりますが、私どもの保健、医療、福祉の統合から考えますと、審議会も当然これは統合していただきたいと思っておりますし、今回それが構想として打ち出された、大いに評価をいたしたいと思います。

最後に、医療保険のほかの分野でございますが、特に国保についてでございますけれども、施設へ入所する方の国民健康保険、これが住所変更と同時にその施設のある市町村へ移ってくる、するとその国保財政は非常に圧迫を受ける。従来から問題にされておったわけでございますが、これが今回、入所前の居住地でという一つの特例が設けられるということでございます。私は、これは小さな町村にとっては大きな福音であろうと思っておりますし、同じことが精神病院の長期入院者についても言えるのではなからうか。これも今後御案内いただければ幸いです。今回のこの改正が二十一世紀の医療あるいは医療保険制度につながっていくわけでございまして、その第一歩であろうと思っております。そういう意味で、国会におかれましてはぜひ必要な線をお出しただいて、私

ども、十月からの診療報酬の改定も待ち望んでいるところでございますし、そういう点も御案内いただければ幸いです。以上で私の陳述を終わらせていただきます。(拍手)

○加藤委員長 どうもありがとうございます。次に、五十嵐参考人にお話をいたします。

○五十嵐参考人 おはようございます。御紹介いただきました日本労働組合総連合会、連合の五十嵐と申します。

本委員会が議題になっております健康保険法等の一部を改正する法律案に対して御意見を申し上げます。

まず、結論を先に申し上げますならば、私どもは、今回の改正法案に対して、おおむね了解できるものではないかと考えているところであります。その理由を申し上げますと、今日、人口の高齢化の進展にあわせて、疾病構造が変化をきていて、あるいは医療サービスに対するニーズの多様化や高度化など、保健、医療、福祉を取り巻く環境が大きく変化をきていくわけであります。それにこたえる施設として今回の改正が行われているのではないかと、そう考えますと、私どもはこれを評価をしたいと思います。

より具体的に申し上げますれば、付添看護・介護給付の改革なり、あるいは在宅医療の推進、さらには入院時の食事の改善、現行現金給付等の見直しなどが行われているわけであります。健康保険法はもとより、国民健康保険法、老人保健法等の改正について、私どもは評価をしております。

しかし、残念ながら、評価をするにいたしたとしても、今回の改正にもう手を挙げて賛成できない点が甚だ残念であります。その点についてはぜひ改善を図り、そして慎重な御配慮をお願いを申し上げます。この政治の場で御配慮をお願いを申し上げます。

その慎重な配慮を求める点であります。それは、もう既に御議論いただいているかと思いますが、今回新たに創設をされます入院時食事療養費制度の内容であります。

入院時の食事にかかわる保険給付の見直しにつきましては、新たに標準負担額といいますが、そういうものを設定をいたしまして、本人で一日八百円、住民税非課税世帯で六百六十円、さらに低所得者に三百円の定額自己負担を求めることが盛り込まれているわけであります。この定額自己負担の算定といたしましては、総務庁の家計調査に基づく平均的な食料等の費用とされてはいるわけでありまして、うがった見方をしますならば、これは入院であろうと在宅であろうと食事代はかかるものでありますから、自己負担をすべきだという考え方はないのかと思っております。

しかし、私どもは、この入院給食を医療の一環として位置づけていくならば、あるいは医療の一環として重要な要因を持つ疾病等による入院患者等については、医療保険審議会の建議にもありますとおり、やはり引き続き保険給付の対象とすべきものではないかと考えます。すべての入院患者に對しまして一律定額負担を導入することは、私は、現時点では時期尚早ではないのかと思っております。特に、疾病構造が慢性疾患に現在変化しつつあるわけでありますから、これら慢性疾患の入院患者に過大な負担を求めることにつながるものであります。そういう点で、私どもは慎重な配慮、慎重に対処していただきたいと申し上げているところであります。

また、これらの入院時におきます給食の患者負担の導入は、付添看護・介護給付の改善、在宅医療の推進、入院食事の改善を一体のものとして推進するということを言われているわけであります。これは、患者負担によって生じた財源で措置をしようというものであります。最大の課題であります付添看護・介護給付の改善について、全体の姿が、あるいはこれに要する費用の内容が残念ながらまだ明らかにされていないので

はないかと私も考えます。

多額の保険外負担としてその解消を求めてきたこの付添看護・介護の改革は、私ももとめては大変喜ばしいものではあります。看護や介護サービスの診療報酬上の評価をどのように行っていくのか、あるいは看護・介護マンパワーをどのようにして今後確保していくのか、あるいはそのためにどの程度の費用が必要になるのかなどについて明らかにすべきではないかと考えます。

医療保険審議会の論議経過等もお聞きをすることで明らかにされたこの制度改革により、三十三百七十億円生ずるという試算が明らかにされているわけでありまして、このうち、医療給付の改善に三千百六十億円を充当するというふうに言われています。当局は、この付添看護・介護の解消に大部分を充てる考えのようではありますけれども、これにかかわる給付の改革については、まだ中医協の段階での論議ということで明らかにしていないのではないかと考えます。

私もここで重視をいたしますのは、付添看護の院内化とあわせて、平成八年度以降に新しい看護・介護体制に移行するプロセスと、いわゆるこの人材確保の問題であります。

計画では、新たに必要とする看護婦、准看護婦数、約三千人、そして新たに必要とする看護婦、准看護婦以外の補助者の数が約六万人と言われていますが、これを一体どのように確保していくのか、さらに、これらの人たちに對して、診療報酬上どのような評価を行っていくのか、さらに、それにどの程度の費用が必要なのかについてきちんと説明をすべきだと私は思います。これらの点を明らかにして提起をすることが、国民の皆さん方に余分な負担といえますが、不安感を与えないものになってくるとはいいと思います。

そういう点で、私もまず第一に重視をしなければなりませんのは、この人材確保の面で、看護・介護サービスの質の低下を来さないような配慮、さらには、これらの人たちの人材の育成、能

力開発などについて、やはり労働省と連携を密にいたしまして、対応を進められるようにお願いを申し上げる次第であります。

私たちは、今後の高齢社会における増加する負担に對してやみくもに反対をするものではないとせん。それなりに負担が生じてくるものについては、私も、税であれ、保険料であれ、自己負担であれ、前向きに對応してまいりたいと思っております。ただし、ただ単に提起されたものについてすべてオーケーということにはならないのではないかと、その前提として、むだな支出を排除をし、そして資源を有効に活用していくというシステムが確立されていることが条件になるだろうと思っております。

もつと言えば、それだけではなくして、行政に對してもあるいは政治に對しても、国民から信頼されるそういうものにしていかない限り、負担だけを求めてきたら私も断固としてこれについては反対をしていく決意であります。

ですから、医療保険制度においても、むだな医療費を排して医療費の適正化を図ること、さらに入院給食にいたしましても、果たしてむだはないのかということについて、やはり我々として、検討が必要ならば根本的に基本的な検討してみようではないかと考えているところであります。

そういうことを前提にいたしまして、むだを排除することによって今後の介護あるいは看護費用に充てるといことがまず必要であろうと思っております。即、入院給食の自己負担をもつてこれに充てるとい考えではなくして、やはり国民にそれなりの負担を求めるといことでしたら、現在の医療保険制度におきまして医療費の適正化の問題についてやはりメスを入れるべきであろうと思っております。そういうことを行うことによって保険外負担の解消というものを図りつつ、国民に不安感を植えつけたい、与えない施策というものを進めていくべきであると思っております。

特に負担の問題では、今回の健保法改正により

ます入院給食に加えて、厚生年金や国民年金の保険料の引き上げも予定をされているわけであります。今回の負担の導入は、国民に對しては医療に對する不安感を植えつけるものであつてはならないと思つて、むしろ、付添看護や介護体制の整備とその実行目標というものを定めていたいただきまして、現行の看護職員配置基準の質的な拡充を図るなど、国民に對する不安感の払拭というものが大変重要として重要だろつと考へておりますので、この点についての対策といひますか、緊急な施策を打ち出していただければ幸ひであります。

冒頭申し上げましたとおり、今回の改正については評価をするものがあります。しかし、繰り返し申し上げますが、この入院給食の標準負担額については、やはり疾病内容を問わず一律に定額の負担を求めるという点については私も再び検討が必要だろつ。そういう点では、ぜひ政治の場で慎重な御配慮と、提起をされております金額の抑制に對して御努力をいただきますようにお願いを申し上げます。時間がちよつと余りますが、私の御意見とさせていただきます。（拍手）

どうもありがとうございます。（拍手）

○加藤委員長 どうもありがとうございます。

次に、室生参考人にお願ひいたします。

○室生参考人 私は、全国保険医団体連合会の副会長をやつております室生昇でございます。

全国保険医団体連合会は、現在医科歯科八万人の会員を有する保険医の団体であります。今回の健康保険法等の一部を改正する法律案には基本的には賛成できない、こういう立場から、その理由を三点に絞つて述べさせていただきます。

まず第一は、入院給食の一部患者負担についてでございます。

まず医師の立場から指摘しておきたいことは、入院給食が治療の一環であるということであり、この点は厚生省自身も認めていることであります。疾病構造が成人病を中心に變化してきていの中で、治療食として、また栄養指導や生活指導

の具体的実践として入院給食の役割はますます重要になっております。したがつて、健康人の日常の食事とは同列に論じられないものでありまして、家でも食事はとるのだから同程度の負担は当然だ、こういう論議は非常に乱暴であると私は思つております。このことから考えますれば、医療保険における療養の給付の対象とすることは当然であり、治療行為の中でこの部分だけを取り出して、一部にせよ患者負担とすることは道理に合いません。

患者、国民の多くは今回の改革の内容を知つておりませんが、御承知のように、入院給食の有料化については、日本医師会、全国公的病院連盟を初めとする病院団体、日本栄養士会病院栄養士協議会、全国患者・家族団体協議会などの多くの団体が反対しておりますし、また、九百五十を超え、全国の三分の一に近い地方議会で反対決議を採択しております。こうした中で、医療の基本にかかわる重要問題を短時間の審議で強行すべきではないと考へております。

一日八百円という金額について言えば、厚生省の資料にもありますように、老人の場合は二倍以上の負担になります。また、高額療養費の対象とならないことから、そつくりその全額が負担増となります。これでは入院を手控える患者さんも出ざるを得ません。

医療保険審議会の建議書の中には、在宅との費用負担の不公平、不均衡という記述があります。それならば、在宅療養の給食サービス充実させ、保険給付の対象とすべきであります。

ニーズの多様化に對して、入院給食の質の向上を図るためという説明もされているようであり、今回の入院給食改善に回すものはわずかに二百億円のみの、こういうことになっております。これでは質の向上はとて望めません。厚生省がおつくりになりました改正の方向についてのQ&Aの第六問、この中で、質問として、この改正で病院での食事は本当にようになるのですかという問いを設

定いたしました。以上のような方針を推進することにより、患者さんの意向を反映したおいしい食事やメニューの工夫といったサービスの改善が図られるものと考えられますという答えとなっておりますが、そのような保証は微々たるものであります。皆無と言ってもいいと思います。このようなことでは医療機関とのトラブルが逆に起きるのではないか、こういう心配すらしておる次第であります。

この間、ニーズの多様化を理由にして特定療養費制度の活用と称して、患者負担の拡大が進められてきました。その一つとして導入されているものに、患者の選択、負担による特別注文食、特別材料食というのがあります。これらを採用しているのは、約一万の病院のうち特別注文食が十四病院、特別材料食の病院が六病院のごくわずかであり、ニーズの多様化を口実に自己負担増を行うのは患者の願いに反しております。

今回の改革の重大な問題点は、今後次々と保険給付の範囲が制限され、患者負担の拡大が推し進められていくことが懸念されることとあります。

これまで特定療養費を運用して差額徴収の対象が拡大されてきましたが、これにはまだ患者の選択によるという制約がありました。改正法案の中にある入院時食事療養費は、この制約を外してすべての患者に一律に事実上の保険外負担を課するというものであります。医療保険審議会の建議書にもありますように、次は薬代、病院の室料と給付見直し、患者負担の拡大が進むこととなります。こうした事態が進めば、患者は自分の懐やあいと相談しながら受診せざるを得なくなり、医師としては、患者の懐やあいを心配しながら治療の内容を選択しなければならなくなります。このことは、早期発見、早期治療を妨げ、病状が悪化して、結局は医療費の増加につながるものになります。

次に、付添看護の解消についてでございます。付添看護が解消されるなら入院給食の患者負担

も仕方ないという声もありますが、政府の付添看護解消計画には重大な問題点がございます。

第一点は、財源負担の問題であります。付添看護の保険外負担の解消が図られながら、入院給食に新たな患者負担を導入するのは矛盾しております。現在、付添看護が認められていない基準看護の医療機関に入院している患者にとつては、負担がふえるだけで、メリットは何もありません。

また、本来、付添看護の解消のために使われるべき現行の付添看護療養費一千四十億円は、出産育児一時金の創設や老人保健施設整備等の実施など、別の用途に充てるとしてはいる点も納得がいきません。

第二の問題点は、看護力の大幅な低下を招くこととあります。

付添看護は、手術後、急性増悪期、あるいは要介護者などに、患者さんそれぞれ一人に一人の看護、すなわち一対一の看護を二十四時間体制でできることから、不十分な看護体制を補う役割を果たしてききました。現在の基準看護のもとでも、三交代制では患者対看護要員の比率は、理論上は六対一から十二対一、さらに夜間の場合や週休二日制、有給休暇などを考慮すると、実際の比率は一層低いものとなります。したがって、基準看護の病院でも、重症患者には家族などが付き添わざるを得ないという状況が生まれているのが現状であります。医療機関によつては、基準看護をとると付添看護がつけられなくなるために、人員基準を満たしていても、わざわざ基準看護をとらない医療機関もあるくらいであります。

こうしたもとで、基準看護の大幅改善と、それを保障する看護婦の養成、増員を抜きにして付添看護を廃止するならば、看護職員の負担強化と看護力の大幅な低下を招くこととなります。

厚生省は、付添看護の院内の職員化などのために、介護職員の六万人増員を図るとしてありますが、その具体的方策は明らかになっておりません。現在の診療報酬で、看護補助者一人当たりの金額は一日七千二百円です。これから被服だとか

厚生費などをとりますと、実際に一人当たりの支払いに充てるのは四千円程度となつてしまします。これでは、付添看護の賃料金から見て収入のダウンになることは間違いありません。さらに、付添看護の平均年齢は五十六歳と高齢であります。不定期勤務が多いことなども考えると、厚生省の院内職員化計画は、現実に保障がないということになります。

また、厚生省は、今回の計画における看護婦の必要増員数を、介護要員の六万人に対して、わずか三千人と発表しております。このことにもあらわれておりますが、付添看護の廃止に伴って創設される新看護体系は、看護婦の増員をほとんど行わず、現在の看護体制の不備を専ら無資格者の増員で補おうということとあります。看護補助者の役割を正當に評価することは当然であります。このような厚生省の計画は、看護の質の低下を招くものであります。

第三の問題点は、保険外負担の解消どころか新たな患者負担の増大が懸念されております。付添看護にかかわる多額の保険外負担そのものの原因は、厚生省が一九八六年以降八年間、付添看護費の支給額を据え置いてきたことにあります。まず、この引き上げを行うべきであります。

これまで申しましたように、現行の基準看護ですら付き添いをつけざるを得ない状況のもとで、条件整備をせずに制度としての付添看護を廃止すれば、家族付き添いなどの名目での付き添いが増加することは明らかです。この費用は全額患者負担となり、現在より患者負担はさらに増加することになります。

さらに問題なのは、十月一日の診療報酬改定で看護料と介護料を別建てに設定することによつて、将来は介護料部分を介護保険の対象とするなど患者負担にすることが、厚生省の高齢者介護対策本部などで検討されているということとあります。既に入院医療管理移行中の病院の特別の看護について、患者からの差額徴収が導入されてお

ます。付添看護廃止についても、移行計画実施中の医療機関に同様の差額徴収を認めるということが懸念されます。

第四の問題点は、中小病院、有床診療所のスクラップ化が進むということとあります。看護婦確保法などが制定されましたが、この間、看護婦不足は一向に解消されず、とりわけ中小病院、有床診療所の看護婦不足は一層深刻になっております。

この背景には、看護婦が雇える診療報酬になっていないことがあります。病院の四割を占める基準看護外の病院の看護職員一人当たりの年間看護料は、診療報酬では約二百五十万円、有床診療所では、基準看護よりも看護職員の賃の低いところでも百万円弱であります。こうしたもとで、歳入の約二五%の補助を受けている国公立病院と異なりまして、民間の病院は看護婦の労働条件を改善していくことは非常に至難のわざであり、その結果、看護婦の確保が困難になっております。

こうした状況のもとで付添看護が廃止されれば、看護要員の確保が困難な中小病院、有床診療所は、療養型病床群、老人病院への転換やベッド削減、無床診療所への道を選択せざるを得ません。

私が住んでおります愛知県では付添看護の給付差額が約八万円、これらが付添看護を要求する患者さんの負担になっておりますが、今回の法律改正案で付添看護の病院職員化をしても、看護上の患者及び家族の負担をなくするという保証はありません。確実にこうした負担をなくするというのであれば、まず、現行の健康保険制度のもとで保障してもらえ金額と実際の患者負担との差額をなくすること、つまり、現行の付添看護療養費で保障する金額を増額することの方がより現実的であり、改善と言えるのではありませんか。

聞くところによりますと、法案についての審議時間を極めて短時間に済ませようというような話もございまして、この問題は極めて重大な問題であり、特に実態を調査するなどして慎重に審議をしていただくことを望みます。

最後に、日本の保険医療費は、決して高くは

ありません。厚生委員会に配付された資料の中にも今回の制度改革をなげかうという点がありますが、国民医療費が毎年一兆円も増加しており、今後の医療保険の長期的安定を確保するためには給付と負担の見直しが必要であるという趣旨であります。果たして日本の医療費は、その経済力から見ても高過ぎるでしょうか。一九九〇年にアメリカの議会で報告された資料によりますと、国民一人当たりの医療費はOECD諸国の中で第十四位であります。医師、看護婦の数も非常に少ないのが実情でありまして、百ベッド当たりの職員数は、アメリカの三百五十人、欧州の百八十五人に対して、日本はたったの八十人です。

今求められていることは、保険医療費の総枠を拡大して診療報酬を改善し、医療保険で患者の費用の負担なく、よい医療と看護が受けられるようにすることです。このことは、多くの国民の願いでもあります。

今回の健康保険法等の改正案は、残念ながら国民皆保険制度のいわば空洞化を招くものであり、国民の願いに反するものと言わざるを得ません。改めて慎重な審議を要望いたしまして、陳述を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。(拍手)

○加藤委員長 どうもありがとうございました。以上で参考人の御意見の開陳は終わりました。

○加藤委員長 これより参考人に対する質疑に入ります。

質疑の申し出がありますので、順次これを許します。持永和見君。

○持永委員 四人の参考人の先生方にはお忙しい中をきょうは厚生委員会に意見陳述ということでおいでいただきまして、大変貴重な参考になる御意見をいただきましたことを、まずは心から御礼を申し上げます。

大変短い時間ではございますが、二、三の点について参考人の先生方にお伺いしたいと思

ます。

まず、医療保険制度のあり方の基本的な問題についてお伺いをしたいと思いますが、これからの医療保険制度、給付と負担とのバランスというものが大変問題になるかと思ひます。そういう中で医療保険制度の安定を図っていくというところが大事な点だと思ひますが、西村先生、そして五十嵐先生にこの点はお伺いしたいと思ひますけれども、保険料負担を増大しても給付を改善して、患者の負担をできるだけ少なくする方向で医療保険制度を持つていくのか、あるいは給付は改善するけれども保険料負担の増大はできるだけ抑えて、受益者負担といえますか、そういう意味で患者負担を適正な水準に引き上げるといふ方向へ道をとるのか、あるいは給付を一定水準にとどめる、そのことによってこれからの増大する保険料負担を抑制するという方向に考えるのか、おおよそ三つの方向があるかと思ひます。

いずれにしても、これからは高齢化社会になればなるほど医療はふえ続けることになると思ひますし、また、医療技術の進歩あるいは医学の進展、そういうことによつて医療費は増大するということが見込まれますが、そういう中で、医療保険制度のあり方として今申し上げたような点についてどのようにお考えなのか、西村先生と五十嵐参考人にお伺いをしたいと思います。

○西村参考人 今御質問にありましたように、一般論といたしまして、今後著しい高齢化を迎えるに伴ひまして医療費が増大いたします。したがつて、現行の給付水準を維持するということを前提としただけでもかなりの保険料率の引き上げを避けることはできないというふうな考えをしております。したがつて、問題は、まあ私の考えは、何とか現行の給付水準を維持していただきたい、それに伴ひ必要最小限の負担の増というものを国民にお願いしていく必要があるのではないかと、いうふうな考えをしておりますが、その際、やはり細部にわたつて見直すべき点が幾つかあるかと思ひます。

それは、先ほども申しましたように、定率という考え方にやはりちよつと大きな考え方の転換というところをする必要があるのではないかと。いわば施設利用料というふうな形で医療機関を御利用いただくに当たつて一定額の負担をしていただき、その一定額は、あるいは国民の感覚からしてやや高いなと思ふ額であつても仕方ないかなというふうな思つております。しかし、それに伴つて、医療費が高くなればなるほどそれに応じて負担率が大きくなつていくというふうなことは避けなければならぬというふうな考えをしておりますの一点でございます。

もう一点だけ申し上げますと、先ほどもちよつと言ひ忘れましたけれども、基本原則はそうではございませうけれども、現在医療にかかわる給付は、先ほどの御議論にもありましたように、福祉との密接な関連を持つた各種医療サービスというものが出てまいつております。したがつて、各種の給付の公平ということに関して申しますと、ただ単に医療の給付の公平という観点だけに絞つてそのあり方を議論するというのも、これからますます不十分になつてまいらうかと思ひます。

ちよつとノーマライゼーションという考え方を申しましたけれども、例えば給食というのは、私がある院長さんがおつしやつたこととどういう経験がございました。それは、日ごろ日常生活で病院に入つていないときはいろいろな形で差別をされているのだから、せめて病気で入院したときぐらいいみんな公平に扱つてもらいたいという患者さんの声を随分伺いました。これはもつともだと思ひますが、他方で、我々が例えばデパートの屋上へ行つて食事を食べるときに、隣の人が自分よりもちよつと高い食事を食べているからといって、それに比べて差別されたというふうな思ひない日常生活というものが現在実現しておらうかと思ひます。

したがつて、金銭的な問題というよりも、病院の中で私たちが差別感というものを感ぜず、かつ、自分である程度お金を支払つて、医療上の制

限のもとで欲しいものが食べられるといったような状況をいかにつくり出していかうかということが肝要でございまして、この点に關して言ひますと、医療保険法そのものの枠内でのこの種の問題を考へていくということには非常に限界があるもので、より広い生活という観点の中から給付のあり方というのを検討していくべきではないかと思つております。

○五十嵐参考人 御質問のありました医療保険制度の今後の基本的なあり方でありましたが、私も、ただいま西村先生おつしやられたように、基本的には給付の水準は現行程度を維持していただきたいという考えであります。それに伴ひ負担等については、先ほど申し上げましたとおり、負担には応じようというのが基本的な考え方でありませう。ただ、医療費の問題等を考えますと、毎年一兆円程度これからふえていく。そして、現在の二十四兆円を超える医療費が、与党の税制協議会等でいろいろ出されておりますが、六倍にもふえていく。そして、その中で老人医療費が十倍にもふえるのではないかと、いうことを考えますと、これからの問題は、高齢社会の中でこの老人医療費をどういうふうな考えるかということだろうと私は思ひます。

それも、やはりようによりましては給付を現行の水準に維持しながら、もう少し考へていただきたいと思ひます。病気になるつてお医者さんにかかつて、そして医療費がふえるということではなくして、もう少し私どもとしては健康づくりの面で重点施策として考へていただけないだろうか。今の病院が老人のサロン化しているというお話をよく聞くわけでありませうけれども、そうではなくて、地域の中にそういう高齢者の皆さん方が健康相談に行けるような、そういうハードの面でのいわゆる施設、そして地域のコミュニケーションというふうな、そういうセンターをつくつていただいて、もつと健康づくりの面でお金を使うということになりましたら、当面は大変金がかかるかもしれませうが、将来を見るときには医療費を抑制

する効果が生じてくるのではないのか。個人負担を、あるいは自己負担をふやして抑制を図るといふ後向きではなくて、前向きな施策で今後の健康づくり、医療保険制度のあり方というものを考えていきたいと私は思っております。

○持永委員 ありがとうございます。

次に、今回提案されております医療保険の改正案、先ほど来参考人の方々からお話がありますとおり、問題はいろいろございますけれども、付添看護の問題、そして給食費負担の問題、この二点が大きな問題ではないかと思ひます。時間も余りありませんので、それぞれお伺ひしたいことがたくさんありますが、給食費負担の問題についてお伺ひをいたしたいと思います。

西村先生の先ほどのお話で、今回の給食費負担について特に長期入院患者に相当の負担がかかってくるんじゃないか、この辺についての配慮が必要ではないかというお話があったと思ひますけれども、私もそういう観点からいろいろと議論をしていきますと、やはりもう一つは、特に所得の低い階層、そういった人たちの配慮とこの問題を兼ね合わせながら、この長期入院患者の問題を考えるべきなのか、あるいは長期入院患者そのものが、そのこと自体が大きな長期の間の自己負担ということで重荷になるから、こういうことについてやはり政策的な配慮が必要だというふうにお考えなのか、その点をひとつ西村先生にお伺ひしたい。

あわせてでございますが、山口先生は現場の立場で今老人医療問題に大変御熱心にお取り組みでございますけれども、こういった負担の公平という観点から、山口先生には医療の現場のお立場として今回の給食費負担の問題、これについてお話を伺ひ申し上げたいと思ひます。

○西村参考人 手短にお答えいたします。

基本的には、長期入院の方に概して低所得者の方が多いということが言えるかと思ひますので、低所得者に対する配慮というものを優先させていただくことに異論はございませんが、ただ、やは

り難病あるいは重度の障害というものの指定を受けることができなくて、かつ医学的に治療がやむなく長期入院に及ぶというケースがあるかと思ひます。それについて御配慮を願ふ必要があるのではないかと申し上げました。

○山口参考人 ただいまの持永先生の御意見、御質問でございますが、負担の公平化という面からいいますと、先ほど私申し上げましたように、病院にいても老健施設にいても福祉施設にいても在宅であっても、どの場で療養するにしても、療養する場がどんなに違え、私は自己負担は公平であるべきである、このように思っております。先ほど申し上げたとおりでございますが、そういう観点からいいますと、私は、長期入院の是正ということにもつながっていくのではないかと。

老健施設が通過施設と言われて、あの一部負担金が五、六万ということをやっておりますが、これで現場が混乱したという例は私どもの場合にもございませぬし、全国的にも余り聞いておりません。それから、通過施設ということ、やはり在宅へ帰っていくという觀念が年寄り、家族の中にあるわけでございます。そういう点からしますと、長期入院という問題の、もちろんこれは病状が悪いかからいえばそういう面はかならずあると思うのですが、もう一つはそういう自己負担額が少ないという点も私は要因の一つではなからうか。我々もそれを経験しております。病院から老健施設へということを主治医が勧めましても拒否された例がございます。そのときはっきりと家族の方がおっしゃったのは、やはり負担額がふえるからということをおっしゃいました。

そういう点を勘案すれば、私は負担の公平化ということとは、何回も申し上げますが、在宅であっても施設であっても病院であっても同じであってほしい、そういう点では今回の改正を私は評価をしたい、このように思っております。

○持永委員 ありがとうございます。

時間が大変ありませんので、簡単にひとつ最後にやはり現場の立場から山口先生にお伺ひしたい

のですが、先ほど室生先生の方から、せっかくこういった付添看護の改善制度を考案してもなかなか実問題としてついていかなんじやないかというふうなお話がありました。ひとつ山口先生、現場の立場でこういった要員の確保の問題、マンパワーの問題、それから将来の見通し、それについて御意見ございましたらお伺ひしたいと思います。

○山口参考人 ただいまの御質問でございますが、まずマンパワーの問題でございますけれども、私は介護という面に重点を置けばマンパワーの問題、看護婦のみに絞らないで、介護員、介護の職員、最近介護福祉士という資格もできております。介護そのものが、私は専門職として非常に質のいいケアをやるべきだろうと思っております。そういう意味からいいますと、療養型病床群あるいは介護力強化型病院あるいは老健施設等々がもう少し整備されて、そういう受け皿ができて、そしてその患者さんの病状に応じていくことが必要であらう。そうしますと、今の基準看護で、例えば特二類をとっている病院が慢性疾患をたくさん抱えて長期入院を抱えますと、これは医療費もかさみますけれども、その病院にとっては看護婦さんをたくさん抱えなければいけないということになります。したがって、適当な療養する場で療養していただくためには、今言いましたように看護婦という要員だけをたくさん抱えるのではなくて介護する専門職を抱えていくという発想の転換が今後は必要であらう、このように思っております。

○持永委員 ありがとうございます。これで私の質問を終わらせていただきます。

○加藤委員長 岡岡雄君。

○岡岡委員 参考人の方々は、遠路当委員会に御出席をいただきまして非常に貴重な陳述をいただきました。感謝をいたしております。

そこで、時間も限られておりますから、お尋ねを申し上げたいと思うのでございますが、一つは、五十嵐参考人にお尋ねをいたしたいと思います。

すけれども、入院給食というものは、今までの医療の中での位置づけというものは医療の一端というところで入院給食というものが位置づけられてきたというのが一つの方向であったと思うのでございます。そういうことを考えた場合に、医療費の適正化というものは、厳正公平に医療費を使っていくという面では当然これは必要なことではございますが、しかし、その適正化を図っていく一つの方策としたしまして保険給付やそれから自己負担を導入していくというものは、私はやはり一定の許容の範囲というものがあろうと思うのでございます。

今回の改正の場合、例えば低所得者の場合一日六百六十円、こういうことになっておるわけですが、これは一月に換算すれば一万九千八百円という負担が要ることになるのでございまして、人間は食費のはどこでも一緒だという考え方も一つの理屈ではございませぬけれども、しかし低所得者というのを考えた場合に、毎月それだけの負担がかかってくるということは、患者にとりましては非常に重荷になるところだと思ひます。そういうことなどを考えた場合に、医療の公平性といましようか、そういう観点から自己負担の範囲というものは一体どの程度にしたらいいかということ五十嵐参考人にお尋ねをいたしたいと思います。

○五十嵐参考人 最後の御質問から先にお答えを申し上げますと、自己負担額、今回提起をされておる金額があるわけでありまして、その点について私どもとしてはどの程度がよろしいというところまではちょっとお答えしきれないところでございます。ぜひ政治の場で御判断をいただければと思ひます。そういう点で、六百六十円、それから三百円というお話がもう出ておるわけでございますが、やはり八百円の問題もぜひ忘れないで考えていただければと思ひます。

それから、最初の方に私がございました点について考えますと、医療費の適正化という問題で、私どもはこの入院給食の問題も考える必要が

あるだろうと思つてゐるわけでありませう。一定の自己負担というものが、それぞれ疾病の内容と異なりますが、それによつて考える必要があるのだらうと私は思ひます。単純な例で大変恐縮であります。若し人でスキーで骨折をして入院を要する人と、それから成人病等で長期療養が必要で入院を要する人、食事療法というものを考へたとき、その人たちに對しても一部負担を定率で取るのかといふことになりまふと大変さういふわけでありまして、骨折をして入院をしてゐる人の食事とそういう食事療法をしなければならぬ入院給食のものを一緒に考へて負担をすべきだといふ考へ方は、やはり検討が必要ではないだらうかと私は考へております。

○岡岡委員 續いて五十嵐参考人にお尋ねをいたします。

五十嵐参考人は先ほど、付添看護婦の院内化を図つていくといふことは、それは非常にいいことだといふことで認める、しかし、今日の病院その他の医療施設を見ましたときに、介護・看護体制というものが非常に不十分だと。先ほどおつしやつたように、看護婦は現時点で三千人、そして付添看護婦を院内化していくための補助者といふのが六万人ぐらゐり必要だといふようなことを指摘なさつたのでございませうが、私、この御指摘を非常に注意深く拝聴いたしたところでございませう。問題は、御指摘のとおりでありますけれども、この不足といふものを一気に、短期の間に解決をしていくといふことは、この数字から見まして非常に難しいといふ気がいたします。

○岡岡委員 最後でございませうが、これは全員の参考人の方々に一言御意見を聞かせたいでございます。

五十嵐参考人 人材確保の長期的な課題といひまして、その解決策は、せつかり看護婦等の人材確保法が成立してゐるわけでありませうので、ぜひその法律の実効性を高めていく施策を行つていただきたいと思つてゐるわけでありませう。

あわせて、それに向けて人材養成を含めた当面の人材確保の面でありませうが、これもお聞きするところ、労働省、厚生省両省でそれぞれ検討が進められてゐるようでありませう。労働省マターの話になるかもしれませんが、その点は両省一緒に進められて、先ほど申し上げましたような具体的な目標人数等が出されてゐるわけでありませうから、その確保に向けて取り組みを強化していただきたいと思ひます。

○西村参考人 今の御質問の趣旨に私も賛成でございます。高齡化に向かつての医療費を医療保険の財源の枠内で考へていくといふことには、もはや限界が来てゐると思ひます。もう既に言ひ古されたことではございませうが、福祉財源とのドッキングをいかに図つていくかといふことがやはり非常に重要な問題ではないかと考へております。

○山口参考人 ただいまの先生の御質問でございませうが、私は、先ほど言ひましたように、いろいろな施設、医療施設だけでなく福祉施設も視野に入れた自己負担額が必要であらう、このように思つておりますので、各施設間をその患者さんの病状に応じて、あるいはA・D・Lの程度に応じて移動するといふのが適正であらう、病院だけを視野に入れた観点でなく、それには在宅も含めて、在宅医療を推進する、あるいは保健施設、福祉施設、そして医療施設、そのようなところを病状に応じて、移動といひませうが、必要な療養ができるような体制をつくつていく。

○岡岡委員 最後でございませうが、これは全員の参考人の方々に一言御意見を聞かせたいでございます。

五十嵐参考人 人材確保の長期的な課題といひまして、その解決策は、せつかり看護婦等の人材確保法が成立してゐるわけでありませうので、ぜひその法律の実効性を高めていく施策を行つていただきたいと思つてゐるわけでありませう。

あわせて、それに向けて人材養成を含めた当面の人材確保の面でありませうが、これもお聞きするところ、労働省、厚生省両省でそれぞれ検討が進められてゐるようでありませう。労働省マターの話になるかもしれませんが、その点は両省一緒に進められて、先ほど申し上げましたような具体的な目標人数等が出されてゐるわけでありませうから、その確保に向けて取り組みを強化していただきたいと思ひます。

○西村参考人 今の御質問の趣旨に私も賛成でございます。高齡化に向かつての医療費を医療保険の財源の枠内で考へていくといふことには、もはや限界が来てゐると思ひます。もう既に言ひ古されたことではございませうが、福祉財源とのドッキングをいかに図つていくかといふことがやはり非常に重要な問題ではないかと考へております。

○山口参考人 ただいまの先生の御質問でございませうが、私は、先ほど言ひましたように、いろいろな施設、医療施設だけでなく福祉施設も視野に入れた自己負担額が必要であらう、このように思つておりますので、各施設間をその患者さんの病状に応じて、あるいはA・D・Lの程度に応じて移動するといふのが適正であらう、病院だけを視野に入れた観点でなく、それには在宅も含めて、在宅医療を推進する、あるいは保健施設、福祉施設、そして医療施設、そのようなところを病状に応じて、移動といひませうが、必要な療養ができるような体制をつくつていく。

○岡岡委員 最後でございませうが、これは全員の参考人の方々に一言御意見を聞かせたいでございます。

五十嵐参考人 人材確保の長期的な課題といひまして、その解決策は、せつかり看護婦等の人材確保法が成立してゐるわけでありませうので、ぜひその法律の実効性を高めていく施策を行つていただきたいと思つてゐるわけでありませう。

あわせて、それに向けて人材養成を含めた当面の人材確保の面でありませうが、これもお聞きするところ、労働省、厚生省両省でそれぞれ検討が進められてゐるようでありませう。労働省マターの話になるかもしれませんが、その点は両省一緒に進められて、先ほど申し上げましたような具体的な目標人数等が出されてゐるわけでありませうから、その確保に向けて取り組みを強化していただきたいと思ひます。

○西村参考人 今の御質問の趣旨に私も賛成でございます。高齡化に向かつての医療費を医療保険の財源の枠内で考へていくといふことには、もはや限界が来てゐると思ひます。もう既に言ひ古されたことではございませうが、福祉財源とのドッキングをいかに図つていくかといふことがやはり非常に重要な問題ではないかと考へております。

○山口参考人 ただいまの先生の御質問でございませうが、私は、先ほど言ひましたように、いろいろな施設、医療施設だけでなく福祉施設も視野に入れた自己負担額が必要であらう、このように思つておりますので、各施設間をその患者さんの病状に応じて、あるいはA・D・Lの程度に応じて移動するといふのが適正であらう、病院だけを視野に入れた観点でなく、それには在宅も含めて、在宅医療を推進する、あるいは保健施設、福祉施設、そして医療施設、そのようなところを病状に応じて、移動といひませうが、必要な療養ができるような体制をつくつていく。

○岡岡委員 最後でございませうが、これは全員の参考人の方々に一言御意見を聞かせたいでございます。

五十嵐参考人 人材確保の長期的な課題といひまして、その解決策は、せつかり看護婦等の人材確保法が成立してゐるわけでありませうので、ぜひその法律の実効性を高めていく施策を行つていただきたいと思つてゐるわけでありませう。

あわせて、それに向けて人材養成を含めた当面の人材確保の面でありませうが、これもお聞きするところ、労働省、厚生省両省でそれぞれ検討が進められてゐるようでありませう。労働省マターの話になるかもしれませんが、その点は両省一緒に進められて、先ほど申し上げましたような具体的な目標人数等が出されてゐるわけでありませうから、その確保に向けて取り組みを強化していただきたいと思ひます。

○西村参考人 今の御質問の趣旨に私も賛成でございます。高齡化に向かつての医療費を医療保険の財源の枠内で考へていくといふことには、もはや限界が来てゐると思ひます。もう既に言ひ古されたことではございませうが、福祉財源とのドッキングをいかに図つていくかといふことがやはり非常に重要な問題ではないかと考へております。

○山口参考人 ただいまの先生の御質問でございませうが、私は、先ほど言ひましたように、いろいろな施設、医療施設だけでなく福祉施設も視野に入れた自己負担額が必要であらう、このように思つておりますので、各施設間をその患者さんの病状に応じて、あるいはA・D・Lの程度に応じて移動するといふのが適正であらう、病院だけを視野に入れた観点でなく、それには在宅も含めて、在宅医療を推進する、あるいは保健施設、福祉施設、そして医療施設、そのようなところを病状に応じて、移動といひませうが、必要な療養ができるような体制をつくつていく。

○岡岡委員 最後でございませうが、これは全員の参考人の方々に一言御意見を聞かせたいでございます。

五十嵐参考人 人材確保の長期的な課題といひまして、その解決策は、せつかり看護婦等の人材確保法が成立してゐるわけでありませうので、ぜひその法律の実効性を高めていく施策を行つていただきたいと思つてゐるわけでありませう。

あわせて、それに向けて人材養成を含めた当面の人材確保の面でありませうが、これもお聞きするところ、労働省、厚生省両省でそれぞれ検討が進められてゐるようでありませう。労働省マターの話になるかもしれませんが、その点は両省一緒に進められて、先ほど申し上げましたような具体的な目標人数等が出されてゐるわけでありませうから、その確保に向けて取り組みを強化していただきたいと思ひます。

○西村参考人 今の御質問の趣旨に私も賛成でございます。高齡化に向かつての医療費を医療保険の財源の枠内で考へていくといふことには、もはや限界が来てゐると思ひます。もう既に言ひ古されたことではございませうが、福祉財源とのドッキングをいかに図つていくかといふことがやはり非常に重要な問題ではないかと考へております。

○山口参考人 ただいまの先生の御質問でございませうが、私は、先ほど言ひましたように、いろいろな施設、医療施設だけでなく福祉施設も視野に入れた自己負担額が必要であらう、このように思つておりますので、各施設間をその患者さんの病状に応じて、あるいはA・D・Lの程度に応じて移動するといふのが適正であらう、病院だけを視野に入れた観点でなく、それには在宅も含めて、在宅医療を推進する、あるいは保健施設、福祉施設、そして医療施設、そのようなところを病状に応じて、移動といひませうが、必要な療養ができるような体制をつくつていく。

さんの負担をふやすという事は、先ほど述べましたように、早期発見、早期医療につながるマイナスの問題というふうになりますし、現在の医療内容からいたしましても、これを支えていく上での医療機関、現在の医療費の配分というものは非常に低い。そういう面では、世界的な全体の動向を見まして、社会保障全般、先ほど福祉、保健、医療は一体のものとしてやるべきだということとでございましたが、社会保障費としての国の割り分、こういうものはまだまだ世界的に見て日本は非常に少ない、そういう意味で、国家的にそういう点を医療、福祉、保健を含めて増加する、財源を配分していただくということ。

それからもう一つは、国民の保険料として支払う分でございますが、これも国際的に見ますと、大企業とそこで働く労働者の方たちの負担割合、こういうものがまだまだ、日本はほぼ五分五分というところでございますが、欧米諸国になりますと、資本家が七割、被用者側が三割というように状況になってございますので、そういうように国と大きな資本家がやはりこの問題についての責任を今まで以上に持っていたことによつて財源を確保し、医療を確保していく、あるいは社会保障、社会福祉を確保していくということじやなからうかというふうに私は思っております。

以上であります。

○岡岡委員 どうもありがとうございました。終わります。

○加藤委員長 榊屋敬悟君。

○榊屋委員 それでは、続きまして質疑を続けさせていただきます。

四人の参考人の方、きょうは本当に御苦労さまでございます。貴重な御意見をありがとうございます。

最初に、時間もございませんので、重複を避けて質疑をさせていただきますが、西村参考人にお伺いしたいと思います。

先ほど先生のお話の中で、特に付添看護の解消につきましてさまざまな問題を御提議いただ

たわけでございますが、私ども、今回の改正の大きな柱がまさにこの付添看護・介護の解消ということでございまして、いわゆる個人契約の形をとります家政婦さんという方が実際に医療機関に入つておられる、こういう実態は先進諸国にないわけでございます。ぜひここを改善をしたい。さらには、その部分が大きな保険外負担ということで患者負担になっておる、重くのしかかつておる、こういう実態を考えますと、大変な困難さは伴うと思いますが、何としても改善の緒につかなければならないというふうに思っているわけでございます。

そこで、西村先生にお伺いするわけですが、今回の改正の柱でございますこの付添看護の解消という命題といたしますが目標、これに対する評価といたしますか、御意見を再度お伺いしたいと思います。

○西村参考人 まだ今後具体的にどのような施策をおとりになるのかというの私は不明でございますが、若干憶測を交えたお答えで恐縮でございますが、やはり基本的に今おっしゃった方向についてはぜひやっていただきたいと思っております。そして、問題は二本立て、つまり長期的にどう考えていくかということ、短期的、現在の問題をどう考えていくかということとを分けて、そして、まず先に短期の問題を申しますと、基準看護をとつていない病院におきます看護補助者、無資格者に対する何らかの診療報酬上の措置といったものをおとりいただいて、そこで正規職員化する、あるいはパートタイマーとして職員化する、というような方向をお考えいただくということが必要ではないかというふうに考えております。やや長期的な問題といたしましては、家政婦さん自身が高齢化しているということもありますので、この問題をどう考えるか微妙な問題でございますけれども、長期的にはやはり無資格者というものがなくなつて有資格者で実現するということが好ましいわけでございます。

そこで、単純に有資格者が何人、無資格者が何人といったような形での基準看護の設定というふうなこと、短期的にはやむを得ないかと思いますが、そののみにとどまらず、できれば病院内等々における無資格者に対してさまざまな形で研修等々を行い、そして長期的に資格が取れるといったような体制というものを考えていただくということも一考かと存じております。

他の細部にわたつては、またわかりました後で機会がありましたら。

○榊屋委員 もう一点、西村先生に重ねて御意見を伺いたいのですが、今回の短期的な、今御指摘になりました中で家政婦さんの問題。実は先般のこの委員会でも大変大きな問題になつたわけでございますが、大変に高齢化になつておられるということ、さらには、私は個人的には、これから二〇〇〇年くらいまではまさに少子・高齢社会に向かつての準備期間だ、このように思っているわけですが、かつて保育所の保母さんが十年かけて無資格から有資格と、こういう時代がございましたけれども、そういうときかなというふうに思っております。そういう意味で、現在の十四、五万と言われております家政婦さんのマンパワーを、この変化の移行期にどのように地域福祉あるいは地域医療、さらには院内化の中で活用していくのかという点につきまして御意見をお伺いしたいと思います。

○西村参考人 大変難しい問題でございますが、今申したように研修等の機会というものをとおつくりいただく、あるいは市町村等の公的機関に何らかの形でコンタクトをとっていただいて、できるだけいわば公的な職種という性格が強くなるような方向を御勘案いただければというふうに考えております。

○榊屋委員 ありがとうございます。これは、今後私たちも真剣に考えていかなければいけない問題だと思っております。

それで、今先生も言われましたように、町村との連携とかという大事な問題になるわけでございます。そこで山口参考人に、今の家政婦さんの問

題、現場の医療機関におられまして、先生は保健、医療、福祉の総合化、一体化ということを常におっしゃつておられるわけでございますが、こうした民間の介護サービス業といえますか、こうした方々もこの移行期においては重要なマンパワーではないか、このように私は思うわけですが、先生の御意見をお伺いしたいと思います。

○山口参考人 ただいまの御質問でございますが、西村先生もおっしゃいましたけれども、私は幾つかの手法があるかと思ひます。

一、二申し上げてみますと、例えば付き添いさんの研修はもちろんです、従来の経歴といひますか、経験歴、そのようなものを勘案いたしました、もし本人が希望されれば介護福祉士の国家試験の受験資格等々もあるわけでございますので、そのような受験資格を与えるというのが第一点。

第二点は、ヘルパーさんへ転向する、あるいはヘルパーさんも講習を受けた時間によつて幾つかの資格というか、ランクづけがございまして、あのような資格を与える、これも手法の一つであらう、このように思っております。

したがいまして、病院に現在付き添つていらつしやる方が今回の改正によつて全員ほかへ転向されるということはないと思ひますし、そういう場合に院内化によつて病院が責任を持つてやる、そのときに少し中長期的な見方としてそのような資格を与えていく仕組み、このようなことを考えるのも一つの手法ではなからうか、このように思っております。

○榊屋委員 家政婦さんの問題につきましては、実は今までも労働行政と厚生行政の中で非常に谷間になつてきたという認識を私たちがいたしております。私たちの立場としても、いずれにしても、今までに十分でない医療の現場をしっかりと支えてくださった方々だ、こういう観点から有効なマンパワーとして評価し、活用していく方途を考えてまいりたい、このように思ひます。

山口先生にもう一点御質問したいわけでございますが、今回の改正の中で私が大変に評価をして

おりますのは、老人保健福祉の分野で情報提供というものがやと市町村の責務として位置づけられたということでございます。私も現場にありますが、先ほどの間期待をしておいた点でございますが、一つは、保健婦さんの活用も本当にこの情報の一つになるわけでございますが、そういう意味では、ヘルパーさんあるいはデイサービスあるいは保健婦さんの訪問等、こういう具体的なサービスを提供するのと同じ価値でもって情報を提供するということが非常に大事な戦略になってきているわけでございます。先生が現場で先進的な取り組みをされる中で、この辺の評価あるいは今後の展開について御意見を伺いたいと思います。

○山口参考人 お答えいたします。

情報提供というのは、私は、総論的に申し上げますと、行政だけでなくいろいろな分野で必要であろう、このように思っております。現在、非常に活用されつつあるのは脳卒中情報システムでありまして、これは、寝たきり老人ゼロ作戦に端を発しまして、行政と医療機関、あるいは老健施設なんかもそうでございますが、そういう施設間に情報提供をして、そして早目に把握をする、そして退所後、退院後は保健婦等が家庭を訪問して、寝たきりにならないように手を打つ、このような趣旨があるわけでございますが、そのような脳卒中情報システムを一つ例にとってみまして、先生がおっしゃるように、情報提供というのは、私は非常に大切な分野であろうと思っております。それで、今回の改正案を見ましても、そういう老人保健福祉の制度の中でそのようなことをやろうというふうになっております。これは、私は、利用者本位といえますか、サービスを受ける住民サイドに立ったときには不可欠のものである。今回それをあの改正法案の中に盛り込んだというのは、私は、現場サイドから見ると、非常に評価するわけでございます。

また、私は、先ほどもちよと申し上げましたが、病院長であると同時に行政の保健福祉の責任

者でもございまして、そういう意味からは、行政と医療機関あるいは老健施設、福祉施設等々の間の情報提供というのはもう本当に不可欠であります。双方にとってこれは意義の深いものである。それは、やはり住民のためのサービス提供をやっていく。在宅ケアにしてもそうであり、入院あるいは入所すべてについて言えるのではないだろうか。先生のおっしゃるとおり、今回の改正案の目玉の一つであろう、このように私は思っております。

○榊屋委員 実は、大きな問題の陰で大変重要な今回の改正点だと私は思っております。ただこれは、市町村が簡単にここはできないだろうという気持ちを持っておりまして、さらに、やはり法改正と同時に具体的な施策の展開が必要だろうというふうにも思っておりますので、今後とも、御指導をお願いしたいと思います。

それで、続きまして、五十嵐参考人にお伺いたいんですが、今回のこの改正の大きな問題、まさに入院給食の有料化、患者負担ということでございます。また、大きな国民的な関心を受けております。ただ、先ほどから出ております、今後の高齢社会の中での医療費の増大というものが大きな要因であるわけでございますが、私は、本質的には、先ほど西村参考人もおっしゃいましたように、我が国のやはり医療の現状というものがどうも福祉を肩がわりしているという実態があるということでございます。まして、今回の医療保険制度の改正のみでは決して解決できない、まさに国の社会保障のシステム全体の問題として大きな課題があるだろうというふうにも思っております。

そういう意味では、この改正をスタートといたしまして今後大きな課題に取り組んでいかなければならないわけですが、特に連立政権の中で、年金、医療、福祉のありようということも今検討させていただいておりますが、最後に、五十嵐参考人のその辺の御意見をお伺いしたいと思います。

○五十嵐参考人 御指摘のとおりでありまして、今の医療保険の中でかなりの部分が、福祉の問題

についても給付がされているのであらうと私は思っています。その点では、諸外国の例で申し上げるまでもなく、我が国の高齢者福祉の問題、大変おくられていると言われているわけでありまして、それらの方を今後重点的に対応していかなければならぬだろうと私は思っています。

そういう点で、私も、福祉の問題についてはこれからの高齢社会の中でどうあるべきかというのを検討しておりますし、一定の方向を打ち出しているつもりであります。ですから、そういう点について、私どもとしましては、政治の場でもぜひ実現をしていただきますようお願いを申し上げます。

いずれにしても、私どもの先輩でしたら、これから迎える高齢社会というものをまぐら言葉にしまして今後の対応を考えた方がいいよというのでしようけれども、今四十代あるいは五十代前半の我々世代は、間もなく迎える高齢社会の中で、これからの自分の住んでいく社会をどうつくのか、大変切実な課題としてこの肩にかかっているわけでありまして、そういう点では自分の問題として、同じ世代の問題としてこれからの高齢社会のあり方というものを検討しているところではあります。

○榊屋委員 ありがとうございます。

まさに大変な今後の行政需要の増加が見込まれるわけでございますが、私どもとしても、福祉を格段に拡充するといえますか、やはり大幅なサービス水準の引き上げというものを今後は目指していかなければならない。その財源をどうするかということは大変私も頭が痛いわけでございますが、今後とも御指導を賜りたいと思っております。

以上で私の質疑は終わります。ありがとうございます。

○加藤委員長 岩佐恵美さん。

○岩佐委員 きょうはお忙しい中、参考人の皆様、御苦勞までございました。

まず、付添看護を廃止して患者負担をなくす、この問題ですけれども、基準看護病院においても

家族等の付き添いがあるというふう聞いていますし、結構そういう体験をした方が多いというふうに思っています。本当に患者負担がなくなるんだらうか、そういう問題と、それから病院の方にしてみれば、私、ある民間の二百床程度のベッドの病院でしたけれども、そこに何って実態をお聞きしたんですけれども、付添看護を本当にやめてしまおうというふうになると、今まで付添婦に頼っていたので急に看護体制を変えなければいけないんで、どうしようかというふうに思っている、それから、差額ベッドとお世話を今以上にふやさないとやっていけないんじゃないだろうかと、そういうような声も伺いました。

その点について、お二人の参考人からお伺いたいと思います。まず山口参考人、そして室生参考人にお伺いしたいと思います。

○山口参考人 ただいまの付添看護・介護の解消の問題でございますが、私は、今のままだというの、もう十年も二十年もずっと続いている状態でございます。これをこのまま放置していたのでは二十一年世紀の、障害者がどんなふうな時代には対応できなくなるというの、もう自明の理であります。そのためには、私はやはり、先ほども申し上げましたが、看護・介護の質の向上を図るべきだ、このように思っています。そうしますと、付添看護・付添介護という問題は、やはり質という問題からすれば病院側がや責任を持たなくなると、傾向があるんじゃないか。それを病院側が責任を持つ体制にしていくというのは質の向上につながるんだらう、このように思っております。

それからもう一つ、じゃそういう病院側が責任を持つ体制をつくれれば、今おっしゃったように病院の運営、経営が非常に苦しくなる、これをどうしてくれる、このような問題でございますが、私は、これに対しては、その病院が今どんな体制、例えば百ベッドの病院があった、こう仮定をいたしますと、百ベッドの中で全部が一般ベッドで占めている、そういう長期入院者が結構多い、こういう病院は結構あると思います。しかし、そういう

う場合に、例えば一般ベッドは半分の五十にして、あとの五十は私は、療養型病床群、あるいは思い切つて老健施設への転床、そういうことを考へて今後の病院運営はやるべきではなからうか。そうしますと、スタッフの数というものが、看護婦の増を図らないで介護のスタッフで対応できるわけでございますので、病院側にもそのような発想の転換が今から求められていくんじゃないかな。

それで、先ほども私ちよつと申し上げましたが、介護の質の向上ということを考えますと、今後の介護というのは、ただ単にお世話をするというのではなくて、看護計画と同じように介護計画を立てる時代にだんだんなっていくんだらうと思ひます。そのようなことを考えますと、介護のレベルアップということによつて療養型病床群等々に切りかえていくというのの一つの手法ではなからうか、そういうことで病院の運営、経営を改善していく、危機を突破していく、このような発想の転換が必要であらうと私は思つております。

○室生参考人 付添看護を廃止して患者負担をなくすということについて、病院の方ではどういふふうになるかという御質問でございますが、厚生省は、患者と看護婦、介護人の比率を一般病院では二対一、老人病院では三対一にする、こういうふうに言つておりますけれども、付添看護が廃止されても手術後や急性増悪期の患者さんについては一対一の看護が必要になる。これは病院全体として、先ほど山口先生がおっしゃいましたようないろいろな患者さんがございますから、そういうふうな配置ができるというにしても、かなり小さな病院になりますと、そういうことが非常に厳しい状態に置かれるということがございます。

と申しますのは、二百床とか三百床の病院になりますとこれはそれなりにカバーすることができまうが、二十床、三十床という小さな小規模な病院、こういうところになりますと、例えば季節的変動だとかあるいは突然患者さんが重症化するということになりまうと、全体として看護婦さんの数あ

るいは介護人さんの数が少ないわけですから、術後の数日間あるいは重症期間のある一定期間、これは何らかの形で補強をそのときだけやらなければならぬという状況が現状では大いに発生してあるところがあります。

したがいまして、私たちの団体に加盟してある医療機関の中でそのような小規模な病院では、全体としては基準看護だけの看護員を抱えておるにもかかわらず、そういう術後のことにおける手当てができないということから、わざわざ基準看護の診療報酬を辞退いたしまして、基準看護以外のその他の看護料だけをいただいて、そういう手術後の体制に備える、こういうようなことをやっておる病院あるいは有床診療所、有床診療所というのは今度四月からできましたけれども、ことしからできた有床診療所のそのような、一類、二類看護の申請をも辞退しておる有床診療所も現実にあるということでありまして、そういう点で、現状のままでこれは余り性急にやりますと、それを保障する基盤のない中で病院の中で非常に混乱が起き、困難に陥るのではないかと。

それからもう一つは、患者さんへの負担というのが、そういう付き添い制度がなくなりまうと、これは付き添いをつけた場合には患者さんの方が全額負担をしなければならぬという状況が一つ発生する。それから、病院側といたしましては、現在の看護料が先ほど申しましたように非常に低いわけですから、これは看護婦さん一人あるいは看護要員一人をきちんと抱えていくだけの診療報酬がございせんから、こういうのがなくなりまうと、これは室料差額とかそういうところで病院側は何とかカバーせざるを得ないということになりまして、これまた患者さんにも御負担がかかるというふうな状況になるのじゃないかと。

この解決といたしましては、やはり看護婦さんあるいは看護要員の絶対数、質的によいという要員の絶対量を養成していただくということと、現在の看護料というものを、情勢に見合った、特に引き上げる中でこの問題を解決していく以外に

はないのじゃないかというふうに私は考えております。

○岩佐委員 給食料が有料化された場合、この間の委員会でも私ちよつと質問したのですけれども、患者さんにとつてみれば、八百円払つてゐるのだからおかげなにかの場合にはこれでいいのとか、絶食はどうするのだとか、重湯だったから家から持つてくるのかそういうことが起つたり、あるいは医療機関の方で、例えば松竹梅といううなことが一般的に入つてくるという、そういう状況になると、患者さん同士が何でだということになつて、治る病氣も治らなくなつてしまふのではないかと、こんな心配が指摘をされてゐるわけですから、この問題について、室生先生いかがでしょうか、患者さん、医療機関の方から。

○室生参考人 ただいまの問題点でございますが、先ほども若干触れさせていただきました。今度八百円の導入によつて、患者さんの意見が病院側に反映するから食事の内容もよくなるのじゃないかということも厚生省がQ&Aで答えておるわけですが、病院側に見合ふだけの全体の給食にかかわる材料費、あるいはそれにかかわる技術料、こういうものを適正に評価されなければこれは絶対にできないこととございまして、実際にうちでも食費をおるからいいんじゃないかといふことが、実際の病院になりますと、いわゆる患者食という、治療食という以外の一般に標準食と言われの中に、実は刻み食だとかそれから軟菜、かゆ食とかいろいろなバラエティーに富んだものを我々病院側は提供しなければならぬという状況に置かれております。

そういう中で、実際にこういう負担が出てきまうと、これは治療食じゃない一般食といつても、これも治療の一環であることは厚生省も認めておるところでございますから、そういう点でのバラエティーが、その患者に合った、状態に合った、あるいは体に合った食事のバラエティーを我々つくつておるわけですが、それにも増して松竹梅だ

とか趣味に合ったものを導入するということになつてきまうと、これはやはり相当の設備等も備えなければならぬ。だから外注をするといううな方法が今提起されておりますが、外注になりますと、これはまた外注された食事に対して我々がどう医学的な責任を持てるかということになりますと、これは厚生省でもいろいろな基準というものをおつくりになるということとございまして、我々医療担当者としては非常に難しい問題が発生してくるということになります。

患者さん同士の問題は、現実にはそういうことは私まだ伺つておりませんが、実はそれは、表向きは皆さん平静にしてみえますが、実は、私のところは三百七十床の病院でございます。私のところは絶対に患者さんからつけ届けをいただかないという主義でやっております。そのためにそういうトラブルは起つておりませんが、聞きますところによりまうと、医師あるいは看護士所へ届けをするせぬということがやはり院内でいろいろなトラブルの原因になつておるということも聞いておりますので、やはり院内でそういうような患者さんの相互の喧嘩といふものが際立つてきまうと、いろいろな点で難しい問題も発生するのじゃないかと、いろいろな点で私は危惧しております。

○岩佐委員 これは医療の基本にかかわる問題なんですけれども、医療費の抑制ということがずつと行われてきています。それと同時に国庫負担も減つてきています。こういう中で医療が本当にどういふふうな今後あるべきなのかということ、厚生省は、国庫負担がない、資金がない、そういう中であらゆるいろいろなことを考へて、もう手詰まり状態に陥つてゐるのじゃないか、そういううなことも指摘をされていきます。八日の質疑で私ちよつとその点を取り上げたところですけれども、西村参考人にお伺いをしたいと思います。その辺についてどうお考えでしょうか。

○西村参考人 先ほど室生参考人がお話しになりましたように、医療費の中に占める国庫負担の比率は急速に低下してきております。諸外国と比べ

でも決して日本の医療費は高い水準にあるとも思えないというのは事実でございますから、やはり一方で、私先ほど申し上げたように、何らかの形の患者負担をお願いするということも必要かと思ひますが、より根本的には、今お話しになったように、いかにして公的な財源を確保するかということにより多くの努力が割かれるべきではないかというふうに思っております。

○岩佐委員 これから審議が、まだ八日に始まったばかりで、きょう参考人質疑が行われたわけですが、室生参考人、もしこの点だけはどうしても言っておきたいということがございましたら、どうぞ言っておいていただきたいと思います。この点だけというのはありましたら。

○室生参考人 全般を通じてでございますが、医療内容の改善という名目でもって、そのために他の部分の、患者さんへの負担をかぶせるというようなこと、あるいは医療機関の内容を改善するというところで、他の部分を診療報酬で下げてくる、こういうことが数年続いております。そういう中で、どんどん医療機関や患者さんへのしわ寄せといえますが、犠牲といえますが強まっております。こういうことはぜひともこの機会に直していただきたい。

それで、付添看護を廃止するということが看護全体をよくしていくということであるならばこれは大いにやっていただきたいし、そういう観点から、付添看護をどう考えるかということから進めていきたいし、そのために患者さんの給食の一部負担をふやす、こういうことは絶対にやめていただきたいと思ひます。

以上であります。

○加藤委員長 ほかの参考人の方、ございませんか。——よろしゅうございますか。

○岩佐委員 終わります。

○加藤委員長 以上で参考人に対する質疑は終了いたしました。

参考人の方々におかれましては、大変貴重な御意見をお述べいただき、まことにありがとうございます。

いたしました。委員会を代表いたしまして、厚く御礼を申し上げます。

次回は、公報をもってお知らせすることとし、本日は、これにて散会いたします。

午前十一時三十一分散会

平成六年六月二十四日印刷

平成六年六月二十七日発行

衆議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局

K