

国民医療に関する質問主意書

右の質問主意書を国会法第七十四条によって提出する。

平成五年十一月八日

紀平 悌子

参議院議長 原 文兵衛殿

国民医療に関する質問主意書

自民党単独の長期政権は政・官・財界の癒着を産み、経済優先の路線を固定させた。このことは、一方では日本を経済大国に押し上げたが、他方、医療・福祉などの社会保障はなおざりにされた。それは政府予算に占める社会保障費の割合に明瞭に現れている。それにもかかわらず、日本の国民医療は高い水準を保ち、平均寿命世界一を維持し続けてきたが、これは医療関係者の努力に負うところが大きい。しかし、一九八〇年代からの度重なる低医療費政策による医療の歪みは、関係者の努力で補える範囲を超え、世界に誇ってきた日本の医療はまさに崩壊しつつある。

しかも、診療報酬等を決定する中央社会保険医療協議会や、公的医療保険の役割等を検討する医療保険審議会など、社会保障の方向を左右する会議は非公開で、国民の目の届かないところで重要な事項が決定されているため、国民の多くはなぜこのような事態になってきたかがわからない

いでいる。今後はこれらの会議は公開し、国民の監視のもとに社会保障のあり方を決定して行くべきであると思われる。この度、細川新政権が誕生し、「消費者、生活者の利便の向上に直接つながるものを重点的に整備する」との首相の所信表明がなされた。現在のところ、社会保障政策について前政権と目立った違いは見られないが、生活者の利便の向上に直接つながる医療・福祉に関して、今後の具体的施策が期待される。

このほど中央社会保険医療協議会の診療報酬基本問題小委員会から、診療報酬体系の諸問題につき検討した結果が報告された。新政権の医療政策もこの報告を踏まえたものになるであろうが、私は診療報酬体系につき強い関心を持っており、前政権には三回にわたり質問主意書を提出した。診療報酬や医療政策につき新政権の方針を知りたく、以下、再度質問主意書を提出するものである。

一 国民医療費について

(1) 現在の国民医療費は国民所得の伸びを超えないようにとの枠がはめられているが、医療費というものは本来あるべき医療の姿があつて、その医療を行う為のコストから医療費が決められるべきであり、先に医療費の枠が決まっているのは本末転倒ではないかと思うがどうか。

(2) 医療費は人口増、高齢化、医療の進歩等により毎年国民所得の伸びに近い自然増があるが、これは医療従事者の所得の伸びを現すものではない。医療従事者の所得を増やすのは診療報酬の引き上げであり、国民医療費の伸び率を国民所得の伸び率以下に抑えようとするときく下廻ることになる。医療従事者の所得の伸びも、国民所得の伸びに達するように配慮すべきではないか。

(3) 戦後我が国は低医療費政策をとり、政府予算に占める医療費などの社会保障費の割合は先

進諸外国に比べ極端に少ない。例えば、一九八九年の各国政府予算に占める社会保障費はアメリカ二九・三パーセント、イギリス三四・八パーセント、スウェーデン五五・九パーセント、旧西独四九・四パーセント、イタリア三八・六パーセント等だが、日本は一八・〇パーセントに過ぎない（「世界国勢図会」より）。その上、近年の政府予算では医療費における国庫負担率が低下し続けており、「生活大国」を目指す我が国としては、医療費などの社会保障費をもっと増額すべきではないか。

二 診療報酬改定について

- (1) 平成四年の診療報酬改定は、医科で五パーセントのアップ（薬価改定の影響を考慮すると平均二・五パーセントのアップ）に留まった。一方、老人保健医療施設療養費は一一・二パーセントのアップだが、それぞれ五パーセント、一一・二パーセントという数字が出た根拠となった資料を公開し、その算定式を示して頂きたい。

(2) 診療報酬や国民医療保険などに関する改定は国民の医療や福祉の内容を決定する重要な事柄であるから、改定内容はあらかじめ公開すべきではないか。

三 国民健康保険について

(1) 国民健康保険(以下「国保」という。)には我が国人口の三分の一が加入しているが、その七〇パーセント以上の世帯が年間所得二〇〇万円以下である。そして保険料の生計に占める割合は低所得ほど高くなる逆累進になっており、熊本市の場合、四人家族で生活保護と同じ年間所得二六三万円があると、国保料は三〇万二六九〇円にもものぼる。これで家族に病人でも出ると、医療費の三割を負担しなければならず、保険料の支払いは困難となり、保険証未交付となって国民皆保険が崩壊していくおそれがある。保険料が高額に及んだのは一九八四年の国保への国庫補助の削減に起因しているが、今後、国保への国庫補助を増額する考えはないか。

(2) 「地域差調整システム」により「基準医療費」を超えた場合、その超えた医療費に対しては国庫補助がなくなるため、市町村では医療費を削減することに努力している。その結果、国保医療費の平均値が下がり、「基準医療費」も前年より下がって更に医療費削減を強いられるという蟻地獄的状态が生じ、必要な医療も行なわれなくなるおそれがある。「地域差調整システム」をやめる考えはないか。

四 老人医療について

(1) 老人は有病率が高いがその割に自覚症状に乏しく、知らぬ間に病気が進行してしまうことが多い。これを防ぐには定期的に医療機関で受診することが必要であるが、一部負担金の相次ぐ値上げがこれを妨げており、老人の外来受診料の一部負担金を引き下げる必要があると思うがどうか。

(2) 老人も一般患者と同様に急性疾患に罹患するが、その場合、合併症を起こさぬように一般

患者以上に細心の注意が必要である。従って、急性疾患の老人の患者を多く入院させている病院はそれだけきめ細かな医療を要求される訳であるが、六五歳以上の患者が六〇パーセント以上いる病院は、その内容を問わず機械的に老人病院として入院料を削減しているのは問題である。老人の患者が多くても、主として急性疾患を扱い、老人病院への移行を望まない病院は、一般病院として認めてよいのではないか。

(3) 老人は血管が脆く、点滴はやりにくい事が多い。然るに、入院患者の点滴手技料が一般患者の七五点に対し老人は二〇点(入院期間が一年を超えると一〇点)と安くなっているのは不合理である。ここで老人の場合の手技料は入院時医学管理料に含まれるという説明では老人の入院時医学管理料は一般患者より安いので納得が難しい。老人の点滴手技料は、一般患者と同じか、むしろ一般患者より高く設定すべきではないか。

(4) 老人の入院患者の尿や血液の簡単な検査が入院時医学管理料に含まれ、事実上算定できない

いことや、同じ処置をしても一般患者より点数が安く設定されていることは、老人に対する一種の差別であり、老人患者と一般患者の点数の差は撤廃すべきと考えるがどうか。

五 有床診療所について

- (1) 有床診療所では法的には看護婦がいなくてもよいことになっており、現在の看護料もその前提のもとに安く設定されているが、平成二年一〇月一日の調査では有床診療所の一病床当たりの看護職員(看護婦・准看護婦・助産婦等有資格者)の数は〇・三人であり、病院の標準を上廻っている。その事実を前提として、有床診療所でも看護職員の数に応じて看護料を評価する考えはないか。

- (2) 有床診療所でも、基準に合った寝具を提供した場合は基準寝具料を、栄養士の管理のもとに基準に合った給食を提供した場合は基準給食料を認めるべきと考えるがどうか。

- (3) 有床診療所では職住が近接しており、同じ医師が常時患者を管理しているという安心感が

ある。しかし、医学管理料は病院の半分以下に抑えられているのは不合理である。有床診療所の医学管理料を引き上げるべきではないか。

六 看護婦・准看護婦について

(1) 看護婦・准看護婦は夜勤など苛酷な勤務状況にかかわらず、それに見合うだけの給与がないたため、せつかくの資格を持ちながら離職する者が多い。看護婦・准看護婦に十分な給与を保証できるよう、診療報酬を引き上げる考えはないか。

(2) 看護婦・准看護婦は全国的に大幅に不足している。厚生省は老人病院や療養型病床群を設け、看護の基準を下げ、代わりに無資格の「介護人」を導入し、看護婦・准看護婦の不足を見かけ上無くそうと努めているが、これは看護の質を低下させる危険な政策と思われる。根本的には看護婦・准看護婦の数を増やさなければならぬが、その養成施設のほとんどは民間で、国立の施設は一二パーセントに過ぎない。国立の看護婦・准看護婦養成施設を増やす

か、民間施設への補助を大幅に増やす考えはないか。

- (3) 准看護婦は相当の経験を積み、看護職としての実力をつけても管理職になりにくい。准看護婦が一定の経験を積んだ後、資格試験を受けて看護婦になれる制度を作る考えはないか。

七 薬価について

- (1) 我が国の薬価が原価に関係なく、類似薬効を持つ薬の価格などを参考に決められていることは合理的でない。薬価は原価をもとに決定すべきではないか。

- (2) 平成四年の薬価改定から医療機関への薬の納入価格は原則として薬価の八五パーセントとなり、従来の納入価の平均より八パーセント高く、医療機関の経営を大きく圧迫している。

この様な統一納入価は、メーカーの利益を守るだけで競争の原理も市場の原理も働かず、独占禁止法に触れる疑いもあるが、現行の建値制度を見直す考えはないか。

- (3) 複数の病気を持つ患者が一〇種類以上の薬を必要とすることは珍しくない。その際、患者

が二つの医療機関から併せて一〇種類以上の薬を投薬されても、各医療機関の請求に減点はないのに、同じ種類の薬を一つの医療機関で出せば一〇パーセント減点されるのは不合理である。一〇種類以上の投薬への減点はやめるべきではないか。

八 給食について

(1) 入院患者の給食を保険の対象から外すという案があると聞くが、給食は腎臓病食、糖尿食などの特別食は勿論、一般食でも栄養のバランスを考慮したもので、なんらかの障害があるために入院している患者にとってその価値は大きく、医療の一環として引き続き保険給付の対象にとどめるべきと思うがどうか。

(2) 給食を保険の対象から外せば、患者の自己負担が増加し、低所得者では負担に耐えられず入院を止めざるを得ない場合も出てくると予想される。これは全ての人の健康を保障することを謳う憲法第二五条に反するのではないか。

(3) 現在の給食費一日三食一四二〇円では、良質な給食を提供するのは困難であり、その適正な引き上げを検討すべきと思うがどうか。

九 歯科診療について

(1) 歯科も医科における眼科・耳鼻科のごとく人体の一部を専門に診療しつつ、常に患者の全身に配慮しているが、診察料は医科に比べて不当に安いと思われる。歯科の初診料・再診料を医科並みに引き上げるべきではないか。

(2) 現在の義歯の作成料では到底良質な義歯は作れないが、これを大幅に引き上げ、老人の歯科医療の水準を向上させるべきと考えるがどうか。

(3) 現在の歯科処置では、タービンに微量の血液が吸引され、これが次の患者に噴射されて肝炎やエイズ感染をひきおこす可能性がある。この防止には器具類の完全消毒が必要だか、そのコストは患者一名当たり約三〇〇円といわれている。歯科医療における安全確保のため、

器具消毒料を新設する必要はないか。

一〇 院内感染について

最近、MRSA・エイズなど新しい感染防止策の必要な病原が出現しているが、感染対策としての診療報酬上の規定がないことが、感染防止策の普及を困難にしている。MRSAやエイズなどへの感染防止策を診療報酬で評価すべきと考えるがどうか。

右質問する。