

これらの事実等々考えてみると、こんなあいまいなことでは、み柱に対して、みたまに対して相済まぬと私は思う。ともかく軍人軍属、一般邦人四千八百二十二柱、もちろんそれには遺骨三百七柱が入っているのですけれども、本当に相済まない、こういうことでは安らかに眠ることができないのではないだろうか。だからもっと積極的に調査をして、疑問点がないように的確にその内容を明らかにしていく必要があると私は思う。大臣はこの点に対して——この数字についてはもう全く間違いありません。私は調査をして厚生省とも打ち合わせしてありますから、数字についても疑問はない。事実関係についてはいろいろ食い違いが生じているという点だけが問題です。それで、もう近く雑誌に出るものですが、私は、議題外としてお話しを得てこの問題を今質疑をしたということとであります。どうでしょうか。

○渡部国務大臣 中村先生から大変大事な問題、御指摘を承りました。これはみたまが安かれと願う気持ちと同じでございます。そのためには御遺族の皆さん方が、やはり納得のできるような解決が大事だと思っております。そのために私どももこれからは全力を尽くして頑張っていかなければならないと思っております。

なお、ただいま御指摘の事実関係については政府委員から答弁をさせていただきます。

○入江政府委員 今お話しにありました事実関係について、私の方から御説明いたしますと、御質問は三点あったかと思っております。

福岡県の方の御遺骨につきまして、お渡ししたと推測されるというあいまいな表現をしておるのではないかと、お話しがありました。これは私どもの方では、佐世保の市役所に、その西村さんという方には御遺骨を渡したという記録はございます。ただ、御本人は受け取っておられないとおっしゃるものですから、それを断定的に表現するのはいかがかということで「推測される」という表現をしたわけでございまして、記録としては残っておりますということでございます。

次の、四千八百二十二柱のうち、御遺族がわからない遺体と、氏名がわからない御遺骨が六百三十六柱ございますが、それにつきましては、三十四年に千鳥ヶ淵にお納めするまでは、今の援護局の前身でございますが当時の留守業務部というところに保管しておりまして、三十四年に千鳥ヶ淵ができたときにお納めしたということになっております。

それから、第三点目の釜墓地の点でございますが、この点は、私も受け取りましてから、一体、個々に火葬に付しまして、個々に遺骨箱に納めたわけでございますが、そのときにどうしてか拾えない残灰と申しますか、最後に残る灰のような部分、それを全部まとめまして、佐世保の近くにございまして景勝の地に葬りまして、そこに供養塔を建ててお祭りした、その点がちょっと誤解を生んだのではないかと、いふふうに私も考えております。

○中村(重)委員 時間がありませんから申し上げませんが、ともかく一月九日に佐世保に運んできたわけですね。そして一月十三日から二月十二日、約一カ月間かかって火葬しているわけですね。そして西村さんに対しては、西村さんの父さんがボゴダ丸で遺体として送還されたわけですね。西村さんは名簿ではっきりわかっているのだ。こへ伝達したと言っている、福岡県を通じて。

言いたいのは、火葬に付したのは申し上げたように一月十三日から二月十二日までの間だから、そこで「二十四年十一月までの間に佐世保引揚援護局から福岡県を通じて、遺族に伝達しているものと推測されます。」、こうある。ところが西村氏のところには、なるほど遺骨が入っているお箱だといふので送ってきたけれども、中身は、普通は髪の毛なりつめなり入るのだけれども何にも入っていない。単なる誤解ではなくて、いろいろ問題が非常にあいまいな点があることだけは避けられないだろうと思っております。

同時に、釜墓地に対して地元の人々はたくさん埋められていると言われ、厚生省は、いや全部残骨だけで、そういう食い違い、やはりそれは誤解だとか何とかというところで片づけられない、そう思うから、大臣から答弁があったけれども、的確にひとつ調査をして明確にする、そしてみたまが安らかに休んでいただくように努力していただくということではなければならぬと思っております。それをひとつ、大臣は誠意のある答弁だったので、事務当局も積極的な対応をする、こうしてほしいと思っております。

○入江政府委員 大臣から申し上げましたとおり、できる限りの調査をしてできる限り明確にしたいと思っております。

○中村(重)委員 原爆の問題についてお伺いします。いつぞや大臣には、大臣室に被爆者団体の方々とお伺いしたことがあるのです。この長崎、広島で被爆をしたと大体見通される人、韓国在留の人が二万人くらいいるだろう、朝鮮民主主義人民共和国にも相当おられる、あるいはアメリカとか方々におられる、そして今長崎原爆病院で入院されている人が百八十二人、つい一カ月前にもなりましたけれども、七名入院をいたしました。してみると、同じ病室の中で日本人と一緒に入院治療させるといふことには、双方とも何かと不自由な面もあるだろうし不便でもある。だから関係の団体は、国際病棟をつくってくれ、こう言っているんだけれども、国際病棟というところまでは予算の関係がいろいろあるんで、特別の病室ぐらいはつくる必要があるのではないかと、そういうふうに思っています。その点はどうお考えになるかということが一点。

もう一点は、朝鮮民主主義人民共和国にも相当おられるのです。私は長崎ですけれども、長崎には朝鮮民主主義人民共和国の人が相当たくさんおりました。だから、朝鮮民主主義人民共和国の方々が日本に治療に来て入院するという場合の扱いをどうしようとお考えになっておられるのか。

まずその二点について。

○大池政府委員 お答え申し上げます。

第一点につきましては、御指摘のような事情に

ついては、勘案した上で、原爆病院等ともよく協議をしてまいりたいと思っております。現状におきまして、関係方面とよく相談をして計画的に受け入れを進めておることも先生御承知のとおりでございます。

現在のところ、五十九年度では長崎に四十八人、広島に四十八人、計九十六人というふうなことで、現在の計画に沿って受け入れを行っていただいておりますが、その限りにおいて、今おっしゃったような点についていろいろ配慮も加えておるわけでございまして、当面の支障は来していないと考えております。

今後の問題としては、原爆病院と十分協議しながら御指摘のような点について配慮を加えてまいりたいと考えております。

それから、第二点の問題につきましては、いろいろと外交ルートの問題でよく下ごしらえが必要でございまして、今後の問題としていろいろとまた関係者と相談したいと思っております。

○中村(重)委員 第二点は、答弁は大臣だろう。局長では答弁できないんじゃないですか。道義的に考えてみなければいけない問題だ。それは被爆者なんだ。日本で被爆をしている、そういう人たちが入院治療を受けた方がいいのです。

それから第一点の、計画的とおっしゃるんだけれども、それがどういふように計画的にやるのか。私が申し上げたのは国際病棟、あるいは病棟までいかなければ新たな病室を、こう言っているんだけれども、現地の原爆病院にはそういう設備がない、一緒に入院させておるといふのが実態です。計画的とおっしゃるのはどういうことですか。

○大池政府委員 私が計画的と申し上げましたのは、その百名につきまして、それぞれの病院の受け入れ態勢を勘案しまして一定の期間を設けて、韓国政府にも十分かんでいただいて、こちらの方の受け入れ態勢についても、いろいろ関係団体の御支援もいただきながら計画的に進めているという趣旨で申し上げたわけでございます。

それからまた、病院の受け入れの問題でござい
ますが、物的には確かに病棟とか病室とかという
のも一つの要素ではございますけれども、さらに
大切なことは、そこでの処遇、言葉の問題とか、
その点につきましては、今関係団体にいろいろと
協力をいただいて、支障を来さないような仕組
みで受け入れておるといふふうに、県、市を通じて聞
いておるわけでございます。

そこで、いろいろと病院の看護単位の問題とか
いろいろな受け入れ態勢上の問題もございすの
で、原爆病院等一番合理的な効率的な受け入れ方
を必要に応じて今後とも協議をしてみたい、
こう考えておるわけでございます。

○渡部国務大臣 先生、御心配をいただいてあり
がとうございます。

実はそんなって、韓国の被爆者代表の方がわざ
わざ私のところを訪ねてくれました、大変に喜ん
でくださったおりました。私も皆さんに喜んでい
ただけるように一生懸命やらなければならぬな
と思っておったのですが、今のような先生の御指
摘等の問題も大事なことでありまして、できる
だけ皆さん方に喜んでいただけるような受け入れ
条件を充実していくために努めてまいりたいと思
います。

第二点の問題は、これも当然我が国としてでき
得ることはやらなければなりません、これは極
めて外交的な問題でございすので、これは外交
的なルートを通じてそのようなお話しがございま
すれば、私も誠意を持って取り組んでまいりた
いと思ひます。

○中村(重)委員 第一の問題で、地元だから私は
原爆病院の実態をよくわかっておるわけです。計
画的であるとか連絡をとっているいろいろやっ
ていることですが、今の姿はわかってい
る。今の状態ではだめなんだから、不十分だか
ら、国際病院なり病室をつくるように、こうい
うことを言ったわけですね。それを否定されたわけ
じゃないけれども極めてあまいというのか、消極
的というのか、おざなりというのか、そうで

なくて、もう一歩踏み込んで、そして、いろいろ
な団体の意見も聞きながら対応していくというこ
とにしてみたい。

第二点については、朝鮮民主主義人民共和国の
被爆者の問題について、それはだめだとはお答え
にならなかったようだ。大臣、おっしゃいました
ね、原爆被爆者の問題だからこれは積極的に対応
していくと。あなたの人間性からいっても、これ
は当然積極的に対応されるべきだと思ふ。そうい
う性格であると、長いつき合いの中で私はあなた
の人間性を評価しているわけですから、そういう
ふうにしてもらいたい。

それから次に、受診手帳交付地域の是正の問題
なんです、これはなかなか難しい問題です。だ
から、前から言っておったように、十二キロまで
ぼんというような、政治的にこれを解決するなん
ということを私は今言おうとは思っていません。
すけれども、個々の市町村から具体的な問題と
して申請が出たならば、実態を調査の上これを受
け入れるべきではないかということについては、
その書類を受け付けて、書類上の調査をし、いろ
いろと実態調査等も必要であればやる、そして、
地域の是正をする必要があると認めればいたしま
すというところをお答えになつておるわけですね。
今、また、今までの私の質問に対して、前任者が
お答えになつた方針と変わりはしないかどうか、い
かがですか。

○大池政府委員 お答え申し上げます。
そのような申請という形では受けておりません
が、いろいろとそういう御意見、御要望のあるこ
とは承知しておるわけでございます。

こういふ地域に定めつきまして今後の基本
的な考え方は、科学的、合理的な基礎を置いてそ
ういふものを取り仕切っていくことが重要であ
る、かように考えておるわけでございます。その
意味におきまして、これまでと方針に変わりはご
ざいせん。

○中村(重)委員 科学的、合理的というのが私の
言っていることと同じなんです。だから、申請が

出たならば、その申請の内容を精査して、認める
ものは認める、認められないものは認めない、こ
うすべきであつて、基本態の答申だつて、あれはだ
めだとは言っていない。あなたが言つたように科
学的、合理的云々、こう言っているわけだ。そう
いう書類が出てきたならば認めるべきだ、こう言
っている。前任者は、そうしますと今まで答えて
きたのだ。行政の継続性があるわけだから、今ま
での答弁と違ひはないでしょうね、こう言つたわ
けです。大臣、よろしいでしょうね。(渡部国務
大臣「はい」と呼ぶ)

次に、長崎市が十二キロの地域について独自に
調査をやっている。その調査を尊重しますか、い
かがですか。

○大池政府委員 地域の指定についてたゞいま科
学的、合理的と申し上げたわけでございますが、
その中の非常に重要な指標としましては、直接放
射能と残留放射能といったデータが基礎的な部分
として非常に重要でございます。国におきまして
もそういう観点に立ちまして、いろいろ御要望、
御意見のある地域につきまして、残留放射能の調
査も五十一年度、五十三年度に子細に行つたわけ
でございますが、これまでのところ、特に一般の
地域と差のあるというようないふ地域は見出し
られていないということでございます。現在指定
されている区域以外のところで問題があるという
ふうには当面考えられない状況でございます。

○中村(重)委員 きょうは時間が四十分となつ
て、議場外の問題も質問したものですから、時間
が制約されました。

そこで、きょう私が質問することをずっと簡条
的に文章を書いて差し上げてあるはずですから、
一括して質問します。それでは、ゆつくり言いま
すから一括してお答えください。

原爆手帳の交付というものはもうこちらで打ち切
るべきではないかなんというふうなうわさが出て
いるのです。まさかそういうことはないだろうと
思つていますが、この点に対する考え方を
お聞かせいただきたい。

それから、なお今日に至るまで原爆手帳の申請
が相次いでいるのです。どうして今ごろというの
ですが、手帳交付ができる五つの制度があるので
す。内容についてはおわかりですから申し上げま
せんが、保証人中心になつておるものだから、も
う亡くなつてしまつて保証人がなかなか見つから
ぬ。保証人以外に別の方法が四つあるわけだか
ら、それらも活用しながら手帳交付について弾力
的に対処していかれる必要があるだろう、そう思
ひます。そのことをお答えいただきたい。

それから、保証人も三親等はだめだという態度
をとつてきた。ところが、原爆のあの実態という
ものは親が兄弟でなければならなかつた。私は
被爆者ですから、実態はわかっているのです。他
人のことなんか構つておられる状態ではなかつ
た。したがつて、こういうふうな状態だから、三
親等とか何とかという従来の形式にとらわれる
べきではないと言つてきました。通達を出すべき
だということと通達を出したように伺つてい
るのですが、今後とも、ともかく弾力的に対応するよ
うにしてもらいたいということです。

次に、異議の申し立てが出ます。県の段階でや
るものですが、厚生大臣に異議の申し立てをす
る。手帳交付に対する異議の申し立て、あるいは
認定被爆者に対する異議の申し立て等が物すごく
時間がかかる。五年も七年もかかる。こんなこと
では話にならない。手が足りないのだから、もつ
と手をふやして、遅くとも一年か二年ぐらいで異
議の申し立てに対する決定をするようにしないと
いけない。

それから、財政的な関係からだろうと思ふのだ
けれども、三年に一回、健康管理手当等の申請を
すると、また再審査を受けなければならぬ。そし
て医者の診断書によつて、続いて交付するか打ち
切るかを決めるのだけれども、どうもこのごろ打
ち切られた、打ち切られたという声が聞こえてく
る。だからそういうことはやるべきではないと思
うのです。病気が完全に治つてしまつたといふば
話は別ですが、どうも財政的な点から厳し

くやっているのではないかと思いますので、そういう事実があるかないか。

次に、あの当時亡くなった方に対する各種弔慰金の支給、このくらいはもう踏み切るべきではないか。弔慰金の問題については、与野党が政府との間に話し合いをして、前向きで対処するというような答えがあったこともあるのです。ですけれども、依然として支給されていません。だから、この点どうお考えか。

それから、特別措置法ができたのが四十三年、四十四年から葬祭料が支給されている。それまでの人の葬祭料の支給についてどう考えるか。これはそのとき亡くなった方の弔慰金の問題とは別です。

それから被爆者援護法の制定、これは野党の提案している法律案についても一緒にきょう議題となっているわけですが、国家補償による被爆者援護法の制定というものはもう踏み切るべきである。まして所得制限の撤廃、厚生省は大蔵省に、所得制限の撤廃をいつも概算要求として出しているわけですが、ところが九六%、四%だけ残っている。厚生省の権威にもかかわるじやないか。いつも概算要求ばかり出して、大蔵省からノーと言われる。渡部厚生大臣も、このぐらいはあなたの在任中にひとつ概算要求を厚生省が出しているのを実行させる、そういうことをおやりになるべきだということ。

次に老人保健法の適用、これは老人保健法に対しては原爆被爆者はいわゆる別扱い、特別扱いというところによって、七十歳以上の人たちが医療の給付をしているのです。ところが、また財政的な関係から、これは例外にしておいたけれどもだんだんというところに、まさかならぬだろうと思うのだけれども、この点はそういうことなく、現在のところいわずの特別扱いという形で、医療給付を七十歳以上のお年寄りに対しても行っていくという方針に変わりないかどうか、不動の方針を持って対応していくかということをお答えをいただきたい。

それから、老人保健法に伴う医療補助というのを広島・長崎両県、それから広島、長崎両市に対して二十三億を厚生省は大蔵省に概算要求したのですが、十四億を認められておる。これだけで地元負担がないというようにお考えになっていらっしゃるかどうか。二十三億概算要求なさったというところはこれだけ必要だと思っただけだったのでしようけれども、五十八年が十三億四千万円であったから五十九年は十四億ということになっていますが、地元負担がどの程度だとお考えになっておられるか。

それから、近距離被爆者対策は基本懇の答申にも基づきまして非常に前向きにやっておられるわけですが、最近非常に高濃度の放射線量が発見されている。例えば長崎では三菱精機なんか、南から八百十ラド、それから貝ボタンから八百十ラド、普通二百ラドぐらいの高度の放射線量が発見されているのですが、これが今度の被爆者医療であるとか、この被爆者対策に対しての影響というものとは当然検討を要するようなことになっていくのではないかと思います。この点はどういうようにお考えになっておられるのか。

それから、被爆者の実態調査をおやりになるでしょうから、どういう方法でやりになる、五十九年度はどういう予備調査をなさるのか。

それから、広島、長崎で被爆をされた方々は全国に散らばっていますから、これをどうするか。そして掌握はどういう形で掌握をなさるか。

非常にたくさんになりましたから、答弁の時間が長くなつてはいけませんので、この程度でひとつお答えをいただきまして、これは書いて渡してありますから十分検討しておられると思いますから、それぞれひとつ答えてください。

○大池政府委員 それでは、先生の御質問のそれぞれのポイントについてお答え申し上げます。まず、手帳の交付打ち切りといううわさ云々というところについてでございますが、当方では全くそのようなことは考えておりません。

それから、手帳交付の申請に際しての証人確保の困難性の問題の御指摘でございます。私どもとしては、できるだけ客観的にこういったことを証明するということを求めているわけでございますが、どうしても証明する人がいないと認められる場合、そのようなやむを得ない場合には、本人に当時の状況を詳細に申し述べていただきまして、それに客観的妥当性が認められれば手帳を交付するというところで現在も対処しているわけでございます。

次に、審査請求が大変時間がかかっているのではないかとこの間に関連してございます。現状では審査請求について、未処理累積三十四件というふうな現状でございますが、担当を挙げて鋭意審査を進めているところでございます。何分にも、三十四年、四十年近い以前の事実に係る問題を再確認するための努力ということをいろいろ尽くしているわけでございます。また請求件数も相当数に上っておりますが、可能限り迅速な処理に引き続き努力をまいりたいと考えております。

次に、健康管理手当の問題でございますが、認定が厳しいのではないかと御指摘でございます。健康管理手当の認定につきましては、複数の専門医師から成る認定審査委員会におきまして、もっぱら医学的見地ということで判断をいただいているところでございます。この点にいささかも変更があるわけではございません。その観点から対応をさせていただいているところでございします。

次に、原爆死没者の遺族の方々に対する弔慰金の支給の考え方はないかという御質問でございますが、原爆被爆者対策の基本といたしましては、「特別の犠牲」について広い意味の国家補償という見地に立つて私どもこの制度をお預かりしているわけでございます。遺族の方については一般戦災死没者と同様な状況にあるわけでございますが、ただいま申し上げましたような「特別の犠牲」という観点に立ちましたときに、その「特別の犠牲」を受けた方とは認められないというようなことで、弔慰金を支給することはないまいというふうなことでお答え申し上げます。

次に、四十三年以前に亡くなった方の葬祭料のさかのぼりの問題でございますが、制度創設当時においても、過去の死亡にさかのぼって支給をするということは行っていないという一つの取り仕切りを行ってきたわけでございます。この考え方は今後とも変わっておりません。

各種手当の所得制限の問題でございますが、この制度が対象となる方の障害の実態に即して、適切な対策を重点的に実施するというところでございまして、所得制限の扱いは、このような観点から見まして、放射線障害の程度の大い者に対して支給されるものにつきましては所得制限を設けていない。反面、健康障害がないか、あるいはあるとしてもその放射線との関係が極めて間接的であると判断される者については所得制限を設けているところでございします。

次に、老人保健法に基づく医療の確保でございますが、従前と全く方針は変わっておりません。また、四県市のいろいろな負担の増に対するための緩和措置ということについては、引き続き誠意を持って取り組んでいるところでございします。ただ、県市において生ずる負担と申しますのは、老人保健法の医療の給付という関連から生ずるわけでございます。原爆医療法の方から生じてきている負担ではございません。したがって、全国各市町村で負担のふえるのを見合分は、やはり原爆をたくさん持っておられるところも負担はしていただく、しかし、それ以上に原爆被爆者の老人が非常にたくさんおられる地域、そこはその負担が急増するというような観点に立つての財政措置を講じているところでございします。御理解を賜りたいと思います。

それから近距離被爆者については、既に御承知のとおり昭和五十六年度、医療特別手当、増額保

健全当の創設、原子爆弾小頭症手当の法制化等、逐次重点的な措置を講じてきていたところをごさいます。五十九年度においてもこれらの手当の引き上げについて御提案を申し上げていらっしゃるごさいます。今後とも必要な配慮を行ってまいります。所存でございまして、よろしくお願いいたします。

最後に、六十年度の被爆者実態調査でございしますが、五十九年度中に専門家の方々の御検討をいただきまして、その結果を踏まえて内容については決定をいたしましたと思ひますが、包括的に申し上げますと、これまで行いました昭和四十年、昭和五十年の調査と接続させる意味におきまして、被爆者の方々の生活、健康面等での現状を総合的に把握するよう万全の努力をいたしたいと考えております。

○中村(重)委員 これまで終わりますけれども、大臣、総括的に、あなたの被爆者援護の強化に関する考え方についてお答えをいただかなければならない。これは、田中正巳さんが自民党代表で、私が野党の代表という形で、原爆被爆者援護強化に関する決議というのを全会一致で衆参両院とも行った。それを受けて特別措置法ができた。私はそのときに、援護法がストリートに出るんだらうという期待だったのです。自民党の中にも相当援護法を制定すべしという声があったのです。それが今日に至るまで特別措置法という形になっていく。だからもう援護法というのに踏み切る段階にあるということ。弔慰金の問題も、それと関連して当然出てくるものである。線香一本立ててないんだから、まだ今日に至るまで。いいですか。それから、今の老人保健法に基づいての負担が当然あるんだから、特に原爆県ではその影響というものは大きいだろうということで補助金を十四億計上しているということなんだけれども、二十三億の概算要求をしたのでしょ、それが十四億しか認められていない。やはりこの点はもっと積極的な対応をしていく必要がある。それ以外に、被爆県なるがために、両県あるいは両市が独自にいろいろ

いろいろやっているのですよ。いろいろな費用も要る。そこを考えたければならない。それから、近距離被爆者の問題については、先ほど非常に高濃度の放射線量が発見されている。これらの事実等から考えてみると、もっと積極的でなければならぬ。それから、所得制限の問題も、厚生省は毎年毎年全国的に所得制限を撤廃しろという概算要求をやっている。しかし、いつも大蔵省からノーと言われているわけですから、もっと厚生省の権威からいっても要求が実現をするというぐらいいくら張らなければ、厚生大臣、あなたの押しでいいからできないことないじゃないですか。来年はぜひ実現させる。これらの点についてお答えをいただきます。

○渡部国務大臣 原爆被爆者対策について大変貴重な御意見、先生から承りましてありがとうございます。

ただいま政府委員からも答弁しましたように、これは、原爆の場合は放射線障害といういまだかつてない大きな犠牲を生産者に与えておられるということに伴って、被害を受けられた方にその健康を守るための国家補償的な特別の施策を講じておるわけでありまして、これが死没者の場合になりまして、他の戦災で死没された方との横並びという問題等もございしますので、行政としては一つの区切りをつけないければならないという立場で今日まで対策をとっておることも御理解を願いたいでございまして、しかし、まさに我が日本の歴史が初めて経験した原爆の被爆者対策というものは、戦後私どもに残された極めて重要な問題であるという認識においては先生と全く同感でございまして、六十年度、来年度予算編成に当たりまして、大変厳しい財政状態でありまして、私どもが必要とする予算として大蔵省に要求する予算は何としても確保するという強い努力で臨んでまいりたいと思ひます。

○中村(重)委員 終わります。(拍手)

○有馬委員長 小淵正義君。

○小淵(正)委員 原爆被爆者関係につきましては、先ほど御質問なさった中村先生も長崎の被爆

者の一人でありまして、私も当時の被爆者の一人で、被爆手帳を現在持っておるものであります。ひとつ大臣に率直にお尋ねいたしますが、大臣は御出身は福島の方ですが、原子爆弾の被爆者というものは福島の被爆者が一般被爆者とのように違ひがあるのか、そういう点について、今は厚生省の所管大臣として専門的な立場からいろいろと認識なさったと思ひますが、そういう点で、厚生大臣として所管なさる前と今とで原爆被爆者に対する御認識に何か違いがございましたかどうか、率直にお尋ねいたしますが、いかがでしょうか。

○渡部国務大臣 原爆の被爆被害という問題については、これは我が日本民族が世界で最初に体験した、こういうことは二度と人類の上にもたらされてはならないむごたらしい惨害でありまして、これに対する考え方というものは、日本民族にずべて共通する認識であると思ひますし、私も、長崎県にお生まれになった方あるいは広島県にお生まれになった方に劣らない気持ちで、原爆被害に対する国民としてのできる限りの対策を講じ、また二度とこういうことが人類の歴史の中にあつてはならないということで努力をしていかなければならないと考えております。

○小淵(正)委員 今大変敬服いたすような御認識を御発表いただきまして敬意を表する次第であります。先ほど話がありましたが、我々野党が今原爆被爆者援護法の制定について共同提案をいたしておりますが、この原子爆弾被爆者援護法の成立については、実は長い間の関係者の大きな期待でありまして、強い要望であるわけでありまして、残念ながらいまだにこれが成立を見ていないわけでありまして。

被爆者対策について、医療面その他について従来よりかなり前進した面はありますが、やはり基本的に、原子爆弾被爆者に対する国としてのきちつとした認識といえますか、国としての意義、性格づけといえますか、そういうものがはっきり示

されないところに問題があるわけでありまして、今回の原子爆弾被爆者援護法制定の音が絶えず、ますます年を追うに従って強い大きな世論として巻き上がっているのも実はそこにあります。身については弔慰金の問題、年金の問題その他いろいろございしますが、一応そういうものは一歩外に別に置いたといたしまして、やはり国として、世界唯一の被爆国である我が国の世界初めての被爆国民である被爆者に対して何らかのきちつとしたものをするのは当然なことではないかというように思ふわけですね。ですから、大臣、そういう意味でこの問題をお考えいただきたいと思ふのであります。その点はいかがでしようか。

○渡部国務大臣 まさに、原爆の被害というものは、生存者にも放射能による被害という後々までのむごたらしい惨禍を残しておるものでありますから、これらに対する国の施策というものは積極的に行われるべきものであり、原爆に関する二法案がございまして、その施策に沿って私どもは今日まで対策をとってまいりました。

これにもいろいろの御意見等が出てまいりました。私どもは、昭和五十五年十二月十一日に原爆被爆者対策基本問題懇談会の御意見をちょうだいいたしました。その報告書を基本として今日まで施策を続けておるものであります。今まで御意見を賜っておりまして死没者に対する施策という点については、残念ながら先生の御趣旨と私ども行政にある立場に若干の違いがあるようございすけれども、これは行政という立場に立ちますと全体の中で横並びというものを考えなければならぬために、他の戦災によって亡くなられた方と、原爆によって亡くなられた方と、戦争によって受けた貴重な命を失ったという災害被害、これについてどこに行政上の区別をとるかという問題等がございまして。これは御理解を賜らなければならぬと思ひますが、そういう中で、私どもも先生と同じ気持ちで、今後も原爆の被害対策、むごたらしい被害を受けられた皆さん方の健康を守っていくために努力してまいりたいと思

います。

○小淵(正)委員 確かにこの基本懇の中で、原爆被爆者は特殊なものだということで、国家としてもそれ相応のものを考えるべきであるという意味においては、やはり非常に基本懇の中でもその点は明らかにしておるわけでありますが、今もおっしゃられましたように、お互いに第二次大戦で国民すべてが大きな被害を受け、そういう意味で戦争犠牲者という形だけで見れば、それはどこにそういう差異があるかということになるでしょう。しかし、今日まで、我が国が、戦後処理の中で、それぞれの戦争犠牲者に対してそれ相応の、それぞれの状況、条件、立場、そういう中でそれ相応のものを国としてやってきておることは、これは間違いないわけですね。軍人軍属その他、あらゆるいろいろなところで、それぞれの立場における、国として何らかの形における、戦争犠牲者としてのそれ相応の、国としてそれに対する対策をやってきたわけでありまして、そういう問題でこの問題を見てもらわないことには私はいかないのじゃないかと思うわけです。

ましてや、この原子爆弾が少なくとも国際条約に違反し、明らかにこれはもう、そういうったヘーグ条約に違反するような実是不法な行為であったわけでありまして、戦争終結という大きな流れの中で、このままこの問題が大きくアピールされなかったわけでありまして、明らかに、これはもうどこに出しても恥ずかしくない大きな国際法違反の行為でありますから、そういう行為を受けた国民が今日なお現存しているという以上、それらに対するひとつの国としての責任の所在という意味で、何らかの形のものをお講すべきであるということとは私はもう論をまたないと思います。

したがって、その中身をどういうふうにしていくかということについて、やはりそれはいろいろな戦争犠牲者との関係がありますから、それなりのそういういろいろなバランス、兼ね合い等を見ながら、配慮しながらやるべきだとは思いますが、しかしやはりはっきりと戦争犠牲者である

し、国の責任であるという位置づけの中で一つの対策を立てる、そういう基本だけはやはりきちっとしてほしいというのが私は援護法制定の大きな皆さん方の願いだと思ふんです。それじゃ援護法の中身はどうするか、これは別として、やはり国としては、明らかにけつりしたそれぞれの戦争犠牲者の中において、それぞれの立場の中においてそれなりに国としてのきちっとしたものをしていく以上、当然そういうところにこの被爆者援護法も位置づけられていくのじゃないか。これを国が避けているところに一番大きな不満があるわけでありまして、そこらあたりをまずきちっとしていくことが援護法制定の大きな実はスタートだと思ふいます。

そういう意味で、先ほどから私が申し上げましたように、内容のいろいろな濃淡、いろいろなものは、それは一般の戦争犠牲者とのバランスの中でいろいろと配慮されなければならないと思ふますけれども、しかしそうだからといって、私は援護法制定を否定するということはこれは理屈に合わないのじゃないかと思うんですが、その点を特に重ねて申し上げ、大臣の見解をお聞きしたいわけなんです。

○渡部国務大臣 先生御案内のように、やはり原子爆弾の災害被害というのに対して特殊性という中で、国家補償的な施策を講じなければならぬということ、原子爆弾被害者の医療等に関する法律と原子爆弾被害者に対する特別措置に関する法律と、そういう先生の今お話しになられたような精神に沿ってこの二法をつくり、私どもはその対策を今日まで講じてまいっておるところでございますし、それらに対するまたいろいろな御意見もございまして、特に原爆被害者対策基本問題懇談会というのにもお願いして、その基本的なあり方というのに沿って私どもはその施策を今日講じ、また将来も講じておるのでございまして、基本的な考え方は、先生の考え方と同様であらうというふうに御理解を賜りたいと思ふいます。

〔委員長退席、愛知委員長代理着席〕

○小淵(正)委員 原爆医療法等の二法によって被爆者に国としての施策を講じられていることについては、これはもう十分理解するわけでありまして、先ほども言うように、そういう形で国としてのそれなりの特別な対策を立てているのでその点で理解していただきたいということのようでありまして、やはり一歩突っ込んで、きちっと国としての責任を明確にするというところに問題があるわけでありまして、そこらあたりがどうしても国が避けているところでありまして、したがって、そういう点で、この援護法制定についていまだに根強い声が出ているわけでありまして。

もう戦後四十年、来年は四十年になるわけですね。もう被爆者もほとんど高齢化していきまして、ほとんどの人たちが俗語で言いますとくたびれてしまつて、もうどうしようもないというやうなところにおられる人が大半、非常に残念ですが、けれども、どこを信頼していいのかかわらぬやうな言葉を言われる人たちもおられるわけでありまして、やはり私は、戦後四十年、いよいよ来年は四十年になりますので、何らかそこらあたりで一つのけじめだけはきちっとしてもらいたいというものを強く実はこれは被爆者全体の声として申し上げるわけでありまして、少なくとも我が国が唯一の被爆国民であり、世界に対して核軍縮、核を堂々と、しかもその悲愴さを、そういう我々の被爆によつて受けた核の悲愴さが今日の核抑止力の大きな原動力になっているのだと思ふますから、そういう中で、唯一の被爆国民として、被爆国としての立場から、世界に対しても核軍縮・核廃絶の動きをまた積極的にやらなければならない立場にあるのが我が国の状態だと思ふますが、そういうこととあればあるほど、では国内において受けた被爆者に対する被爆対策はどうなのか。世界に核軍縮を強く叫ぶほど、またそれだけの叫ぶ責任と権利があるわけでありまして、そういうものあればあるほど、内部的な、国内的な、内政上の問題としての被爆者対策について、少なくとも世界の皆さん方に恥ずかしくないように、そういう

う形のものがとられてしかるべきだと思ふます。そうしないことには、我々が世界に向かって核廃絶を唱えても、それはかなり空虚なものになる可能性さえあると私は思ふます。そういう立場から、これは余り時間がないので申し上げませんが、ひとつもう少し頭を切りかえていただいて、何も中身をどうのこうのするということではなしに、きちっと戦争犠牲者の中の特に原子爆弾被害者については、特殊な立場における戦争犠牲者としての国の責任の中で位置づけていくということ、きちっとする中で物事を考えていくことを、きちっと、そういうスタートをやっていただきたい、そういうスタートをやっていただきたい、そういうことで、実は強く要望する次第でありますので、その点については、今後とも、この問題についてはもう少し角度を変えた立場から、もう一度問題をぜひ見ていただきたいということをお願いしておきたいと思ふいます。

次は、現在の被爆者医療の充実についてでございますが、現在の健康診断とかいろいろ被爆者手帳を持たれた方に行われておるわけでありまして、今の健康診断のやり方、一回受けて、それから要精密検査だと言つてまた再度連絡をとつて呼び出して、また来ていただいてそれからやっていると、そういうやうなやり方をずっと繰り返しているわけですが、現地というか、長崎あたりの被爆者のそういう健康診断の中で、今までの長い間の実績の中では、単なる今のそういうやり方ではなしに、最初の健康診断の場合において血液をとる、尿を検査する、血圧をはかる、そういうことと、ほかに原爆被害者に対する付随したいろいろなあれがあります、肝機能検査とかいろいろ精密検査の中でやらなければならぬやうなもの、いろいろな項目が七つ、八つほどあるわけでありまして、例えば胃の検査もありますけれども、そういうものを、本人が希望すれば、最初のときにそういうものの中からどれか選んで一緒にそういう検査が受けられるように、もう少し中身を充実させてもらいたい、こういう声がかなり強いわけでありまして、そうしないと被爆者自身も、二回もまた、一

年に二回ですから場合によっては四回、再度また足を運ばなければいけません。このことになり、まず、でき得れば、第一回の健診の際にいろいろなかの検査項目のどれかを、自分の欲するものを、自分はもう少し調子が悪いからこの検査を同時にやってもいいか、というふうなものが同時に受けられるような方式にならないかというのが実は現場の強い声でありますけれども、この点についてはいかがでしょうか。

○大池政府委員 健康診断の問題につきましての一つの御意見かと存するわけですが、一般的に、今健康診断は非常に専門的な機能を効果的に組み合わせて、できるだけ大勢の方に効率的な健康診断サービスを提供するというところで、これは原爆対策に限らず、一般的な健康診断を断行するに際しても、おおむね健康診断を行ない、その中で浮かび上がってくる疑わしい、あるいは問題のある成績が出た方について精密検査を行うという二段階の方式というものが、一番専門的な医療サービスを提供できるだけの人の適用するという意味ではある程度効果的であるというところは、考え方が定着しているわけでございます。そのような観点に立って、原爆被爆者対策の一環としての健康診断も組み立てておられるわけですが、その一般健康診断の項目につきましては、これまで医学的観点から常に見直しを行ないながら、必要に応じて検査項目の改定を行っているわけでございます。必要なものは追加を図っておられるわけでございます。このような観点で、今先生のような御趣旨も含めまして、調査研究の一環として専門家の方々にいろいろ御検討いただいているわけでございますが、その検討を継続してまいりたいと考えております。

なお、精密検査につきましては、一般健康診断で問題が生じたということについて必要な検査は、そのケースごとに確保されておるわけでございます。御理解いただきたいと思っております。

○小淵(正)委員 かなり長い間の実績の中で、現場の実態の中でのそういう強い期待があるわけ

です。だから、ひとつぜひ検討してみてください。健診に会社を休んでも行かなければいけません。いろいろな平日かかるような状況ですから、それが一回で済むように、そこあたりはもう少し、そういった機械的に最初だけいろいろなものをもって、また医師が必要と認めて呼び出しをしてまたそれから受けるというふうなやり方については、今申し上げたようなメニュー化方式でひとつできないかという期待が強いと思っております。その点ぜひひとつ御検討方をお願いしたいと思います。

それから、いろいろと国の方でも努力していただいているわけですが、相談員の増員とか補助率の引き上げとか、または援護措置に対しての国としての強化拡充とか、実際に原爆被爆者の医療に携わっているというところからは、個人に対するいろいろな援護の強化に必要に、こういった措置をやっておられる医療機関の中にもいろいろ国にたくさん要望事項があると思っております。それはおたくの方にも必ず出てきておると思っております。そこあたりをもう少し前向きにできないものか。手当の問題でも管理手当の問題とかいろいろありますが、そういったこともありますけれども、できれば、こういう今の中で可能なものとしてやれる範囲として、もっとそこあたりを重点を置いてやってもらいたいというのがあるわけですが、その点についてはいかがでしょうか。

○大池政府委員 私どもも、そのような趣旨に沿って、御要望にこたえるべく、実情をよく踏まえて、なができるだけの努力を行っていただいております。

例えば被爆者相談事業に関しましては、広島、長崎両県市にそれぞれ被爆者相談員が置かれて、健康相談等を行っていただいております。国においてもそれに対するご入力をいただいております。わけでございます。五十九年度予算におきましても、前年度に引き続きまして、被爆者相談員を十三名から十四名に増員するというようなことを

図っております。今後、被爆者の方々のそういうニーズが増大していくであろうことを踏まえまして、今後とも引き続き配慮をまいりたいと考えておるところでございます。

また、家庭奉仕員の派遣事業につきましても国が援助をいたしておるわけでございます。家庭奉仕員の派遣につきましては、現在福祉の仕組みの中で、老人福祉法を基軸にいたしましての老人家庭奉仕員派遣事業で主として対応しているわけでございます。これはやはり年齢の一定の下限がございますので、六十五歳未満という方々の同様のニーズに対しては、被爆者家庭奉仕員派遣事業という形でこれを補完するような対応をしてきておるところでございます。

以上のようなことを例示的に申し上げましたけれども、こういった面におきましては、今後とも県、市の実態、また御意見等も十分拝聴しながら、国としてのできるだけ努力はしてまいりたいと思っております。

○小淵(正)委員 今のお話の中で、奉仕員制度の改善ということで、年齢制限を撤廃してほしいという要望が来てるわけですが、それは今の御答弁の中ではそれを措置するということですか。奉仕員制度の中で、今の場合は六十五歳以上を対象になさっているわけでしょう。だから、それをできれば年齢制限を撤廃してほしいということと、それからあわせて、現在三分の一が補助されているんですが、これをもう少し引き上げてほしい、こういう点がございまして。

それから、あと一つ御検討願いたい点として、原爆小頭症ですね、これは非常にまれな方しかおられないけれども、この方たちのこれから終身補償、補償という言葉は悪いですが、これからいろいろその面倒を見てくださっている家族の方やだんだんおとなくなってしまえば、一人ぼっちになった場合にどうするか、この問題が実はもう目の前の問題として出てきておるようでありまして、こういう小頭症患者の終身補償といいますが、どうしたら最後まで面倒を見られるかということ

について、これが一つの大きな課題になっておるようでありまして、この点についてひとつぜひ御検討をいただきたいと思うのであります。それからあわせて、先ほど出ましたが、広島市、長崎市、それぞれ市が独自でいろいろと療養施設、保養施設その他、そういった対策をやっているわけでありまして、こういった施設に対して国としてきちっと法制化していただいて、そして助成措置なりをきちっとしていただく、こういうことができないものかということ、これは自治体の非常に強い要望であります。この点についてはいかがでしょうか。

○大池政府委員 原爆小頭症ということで認定されました患者、先生御指摘のように非常にまれなケースでございますが、大変お気の毒な方々でございます。

現在、医療特別手当も支給しておりますし、またそれに加えて、原爆小頭症手当というものを特に設けて支給しているところでございます。また、養護ないしは介護を必要とされる方々につきましては、原爆養護ホームへの入所もできることになっております。その援護につきましましては、先生が御指摘のような趣旨を十分踏まえまして、現地でそれぞれ対応をいただいております。でございますが、今後とも意を用いてまいりたいと考えております。

また、原爆のための諸施設について法制化を図るべきではないかという点でございます。

現在、御承知のとおり原爆病院、原爆養護ホーム等、被爆者の福祉の確保、向上を図っていく観点から、それぞれ必要な措置を講じているところでございますが、その施設の実質を見ますと、一般の医療福祉施設と基本的になかなか変わる点はないと思います。特にそれだけを取り出して法制化するということはいろいろと困難な実情がございます。むしろ、私どもの立場といたしましては、これらの施設につきましては、予算措置によって必要な助成を引き続き配慮していくということとを重視いたしまして積極的に取り組んでまいり

たい、こう考えておるわけでございます。

○小淵(正)委員 あと一つ。

御承知のように、だんだん被爆者は高齢化していくわけでありまして、それからそういう意味で身寄りもおおなくなる、「孤老」という言葉で、そういう形の人がだんだん増加しつつあるわけでありまして、こういう被爆者を中心にした養護老人ホームといふ施設というものは、残念ながらそうたくさん収容できるだけの施設はございません。長崎で二つほどありますし、そういう被爆者の期待にこたえ得るような状況でないわけでありまして、当然一般の養護施設の方に面倒を見ていただく、こういうことにならざるを得ないのが現状でございます。

しかしながら、そうなりますと、同じ被爆者の中であっても、原爆養護老人ホームの方に入られると自己負担一切なしという形で処理できますが、一般の老人ホームの方に入られますと、今の制度上はどうしても最低三万幾らから六万程度、それぞれの年金の収入によりましてうけられども、どうしてもそういう負担を自己負担せざるを得ない、こういう状況が出てくるわけでありまして、そういう意味で、ひとつこの問題についても、実はこれは現地においては頭の痛い問題なんです、被爆者という立場から見ますならば、ここらあたりに対する何らかの解決策はないものかという点で、実はこれは非常に大きな期待といえますが、強い要望が出てきているわけでありまして、この点について当局として何らかの解決策をお考えできませんか、ちょっとお尋ねいたします。

○大池政府委員 ただいま先生の御指摘でございます。原爆養護老人ホームにおきましては、確かに被爆者のための福祉施設であるという特殊性に着目しまして、原爆諸手当の所得制限の取り決めの一つを基礎に置きまして、その他の事情も考慮して、一般の養護老人ホームに比べれば非常に緩和された条件で措置を行っているところでございます。しかし、反面、養護老人ホームでの費用徴収基準、これもまた無視できないわけでございまして、

て、実態上そのような差が生じていることは私もよく承知しております。しかし、この両者の差額を埋めるといふような考え方をなかなか今のところ私も持ち合わせておりません。ただ、現地からのそういう声も十分聞いておりますので、今後とも研究してみたいと考えております。

○小淵(正)委員 これは緊急の問題ですね。だんだん高齢化して高齢化していくような中では、本来ならば、そういう施設を国と地方自治体が一緒になってつくって、そこらあたりでできるだけ面倒を見ていくということが一番好ましいわけでありまして、残念ながらそういうわけにも現実すぐいきませんが、せめてものそういう問題についての解消をぜひひとつ研究していただいて、早く期待にこたえていただくようお願いしたいと思います。

それから次に、先ほどのお話しにあつておりましたが、老人保健法が制定された結果、結果的には、いささかいろいろありますが、県、市の負担が大きくなってしまっている、そのために厚生省からは、そのための負担軽減措置として十億億で、十三億億だったか、特別に出していただいておりますわけでありまして、残念ながらこれですべて解消するわけにはいかぬような、まだまだ出し前が地方において大きいわけですね。だから、この点についてはぜひひとつ、特に長崎や広島という原爆被爆都市であるがためにそういういろいろな面倒倒というか、いろいろな施策を講じていかないければいかぬ、そういう意味で、やはり特別なそういう位置づけをしていただいて、もつと国がここらあたりに対する費用負担を余りするという地方自治体だけにさせないようをお願いしたいわけですね。そうしないと、現在でも長崎市では年間約六億ぐらいのこういった国以外の支出をそういう対策としていたしておりますけれども、ひとつ、原爆が落とされたということ、そしてたくさん被爆者を抱えておる都市、地方自治体というだけで、ほかの都市、地方自治体に比べるとそう

いう意味での負担が大きいわけですから、そこらあたりをいかにして軽減させるかということ、これは先ほど大臣がおっしゃられるように、被爆者援護法についての中身の点で徹底してより前向きにやっていきたいと言われるならば、こういったところにももつと力点を置いていただいてぜひ努力していただきたい、かように思うわけでありまして、この点について大臣の御決意をお願いしたいと思います。

○大池政府委員 ただいま先生の方からお話しのございました考え方については、趣旨に沿うべくございまして、私も取り組んでおるわけでございまして、結局この問題は、老人保健法の医療の給付というところから生ずる負担でございます、原爆医療法の方から生ずる負担では必ずしもないわけでございますが、ただ、実態上、広島、長崎市を中軸に、被爆者の中で高齢者の割合の非常に多い、そういうような実情が広島、長崎にございまして、そこでは一挙に負担がふえる、その激変緩和のための財政調整というふうなことで、非常に厳しい予算ではございましたけれども、目いっぱいその枠を確保したという経緯があるわけでございまして、したがって、そのような観点から、その地域の実情に沿うべく努力を引き続き行っておるといふのが現状でございます。

○小淵(正)委員 これは老人保健の問題を一つの大きな柱にしましたが、そういう形で非常にいろいろと、そういう地方自治体はそれのためにいろいろな負担、ほかの都市に比べて特殊なそういう状況でのそういう支出が多いわけでありまして、そういう点について十分ぜひ配慮をしておっていただきたいという意味で申し上げましたので、よろしく願います。

それから大臣、先ほどもお話しがありましたこの被爆地域の是正の問題ですね。大臣、実情はおわかりでございますか。

これはちょっと色刷りで出していますけれども、これを見ていただければわかると思います。これは赤が最初の指定地域、この青色が次に

追加された指定地域、それから黄色がありまして、この深堀地区一帯は現在でもまだ対象外なんです。隣の土井首地区は指定されている。ですから、この住民の方にとつてこれはどんな理屈を申し上げても理解できないでしょう。ちょうど築地一帯で片一方は地域に指定され、半分は指定されてないというのと一緒なんですね。しかも被爆地域の指定が科学的根拠に基づいてそういう中でされたのではなしに、当時の事情でしようけれども、行政区割を中心にしてやられたものでしょう。したがって、先ほどから科学的根拠とかやれ何とかの根拠と言われておりますが、大体被爆直後はいろいろあったことがないわけですから、そういうものがあるはずがないのです。後から関係者の方々が来ているいろいろな意味での不均衡をなくするために、ここらあたりできちっと行政という立場から物事を考えていただいてこの問題を解決していただかないことには、いつまでたつてもこの問題が出てくるのですよ。戦後四十年、もう被爆者の人たちは高齢化していったんだ数が減ってきておる段階で、今県、市が挙げているように、そういうような地域の是正をやったとしても、それが即大きく国の負担に重なって行くというところにはならぬと思うのです。だから、もう少しそこらあたりは物事を柔軟に考えていただきたいい。そうしないと、逆に距離が近くても現実的に地域に入らないという問題が出てくるわけですね。そういうことを考えますならば、当時、原爆直後そこにおられた人たちがどれくらいおるか、これは調べれば数字が出てきておりますが、せめて健康診くらいはこの深堀地区まで広げてやっていただきたいというのが率直な県、市挙げての願いでありますので、この点はそういう立場で問題をもう一度ぜひ考えていただきたい、特にこれは大臣にお願ひする次第であります。

歴代の大臣も前向きに取り組んでいたかどうか、な御答弁をいただいておりますが、残念ながら

次にかわられるものですか、また初めからやり直すという話になってしまおうで申しわけないのですが、本当に行政の永続性という形で考えていただかぬと——園田厚生大臣のときはかなり期待できたのです。ずっと大臣の御答弁を聞いていくとこの次くらいはと期待できるような状況にいくんだけれども、また後戻りして絶えずこれを繰り返して行くという状況です。ぜひその点はお願いしたいと思ひます。

それとあわせて、先ほどもお話ししておりましたが、大臣、これは質疑の中で出しておりませんが、小説の「二つの祖国」の中にもはつきり出ていますが、原爆を落とされた直後、アメリカは相当な力を注いで広島における直後のいろいろな影響についての調査をされておられるわけですが、長崎は二番目でしたから余り注がれていませんが、そういう意味でアメリカはかなりいろいろなデータを持っておられるわけですから、これを日本が譲り受ける、そうしてこの被爆者対策についてのいろいろな資料にしていく、これは私はぜひやっていただきたいと思ひます。

この二つ、大臣の御見解をお聞きして終わりたいと思ひます。

○渡部国務大臣 官僚的答弁になるとおしかりを受けるかもしれませんが、原爆被爆者対策基本問題懇談会の御意見、これを指針として私も原爆対策をやっているわけですが、これに、被爆地域の指定は科学的、合理的な根拠のある場合に限定して行いべきであるということが明示されておられるわけがあります。しかし、今先生御指摘のように、これは境界線というものをつくれば何の場合でも、例えば軍人恩給の支給なんかでも、隣の方とおれと一日しか違わないのに、隣の者がもらっておれはもらわないという問題が出てまいります。確かに境界線というのをつくればどういう境界線をつくってもそこに非常な矛盾を感じられる方が出てくるので、先生のお話しはまことにごもっともだと思ひますが、しかし、これを科学的根拠を変えて拡大しますとまたそこに新しい不公平というものが出てくる問題等がありますので、これは非常に難しい問題だと思ひますが、一生懸命勉強してまいりたいと思ひます。

○大池政府委員 先生の第二の点につきまして、御承知のとおり放射線影響研究所を主軸に日米の情報資料の交換というのには極めて緊密にやっているわけでありまして、また、今後ともそういう努力を続けていきたいと思ひます。

○小淵(正)委員 では、その資料は放射線研究所の方ですつといただいているということですか。そうじゃないでしょうか。

○大池政府委員 アメリカからはアメリカ側での研究成果の情報が入ってきているということでございます。

○小淵(正)委員 被爆直後のそういう生々しいデータがあるわけだから、現在の外交ルートでも何でもいから、できたらこの話をぜひ一回進めていただきたいということをお願いしておきます。

以上です。

○愛知委員長代理 田中美智子君。

○田中(美)委員 野党の共同提案者の森井議員にお聞きいたしますが、被爆後来年でちょうど四十年になる。今出された被爆者援護法の制定というのには、被爆者の悲願であるだけでなく世界の人の悲願だと私は思っています。特に被爆者の方々の生きていられる目の黒いうちに何としてこれを制定したい、それにはぎりぎりのところに来ているのではないかと思ひます。

世界を見ましても、今反核運動という広がりが非常に大きいし、その中で日本の被爆者の果たした役割も非常に大きいということが表に出ておりますので、まさに、提出された援護法は日本の国民の声だけでなく世界の人類の声だと私は思ひますので、提案者の決意を申し述べていただきたいと思ひます。

○森井議員 野党は、被爆者援護法案を昭和四十九年以來ほとんど毎年提出をしておられるわけでございます。おっしゃいますように、今もって国家補償の精神に基づく被爆者援護法案が成立を見

ていないということは極めて遺憾だと思ひます。実は、この法律は奇妙なことに一度も否決をされたことがないのであります。政府案の対案としてしばしば出してまいりましたけれども、そのときにはどちらを先に採決するか、与党の方は政府案から先に採決、全野党は野党が提出しております被爆者援護法案を先に採決、こういうことで、どちらを採決するかを採決いたしました。政府案が採決されて野党案が自動的に廃案になったという経過があるわけでございます。ただし、諸手当の引き上げがなかったものですから去年は政府案が提出されませんでした。したがって野党案だけでございまして、そのときはさすがに与党の皆さんも野党の援護法案を否決することはいたしませんで、継続審議になり、その後解散になつて今日に至っているわけですが、こういう経過でございます。

ことしの特徴は、全野党と申し上げましたが、新自由クラブさんが与党にお回りになりましたから、新自由クラブを除く各党で提出をしたという経過であります。

今申し上げましたように、自民党といえどもこの法案はどうしても否決ができないという、それだけ今、田中委員御指摘のように極めて重要な課題であり、否決に踏み切れないところに自民党の苦しみがあるんじゃないかというふうに私も思ひます。

そこで、私も野党案も、最初は四十九年に共同で提出いたしました。が、当時は予算で五千億も要するものでございました。今総理、その当時幹事長でございました中曾根首相は、広島へおいでになりました。野党案では五千億も要するんだ、これではとても話にならないという発言をして帰られました。しかし、私も諸般の情勢を考えまして、確かに本来なら五千億相当の法案をつくりたかったわけですが、じつと我慢をいたしまして、現在提出しておりますのは二千億億余りでありまして、政府案は、年々被爆者の皆さんの運動もあり、また院内でもこれだけ野党の強い要望

もございまして順次予算がふえてきております。老人保健法施行以前の計算方法をとりますと、ことしの政府の被爆者対策の予算は既に一千億を超して、たしか一千三十億余りになっていくのです。野党案は今申し上げましたように二千億億余りありますから、中をとれば千五百億ということになるわけでありまして、相当近づいてきておることには間違いありません。ですから、何としてもとりあえず社会保障から国家補償法へ変えていく、これはぜひ必要であります。提出者といいたしましては、少々内容の譲歩をいたしましたけれども、何とか与党と合意をいたしまして精神を国家補償に切りかえる、そういう中身に切りかえていきたいと思ひます。

今回、所得制限の撤廃——先ほど厚生大臣も答弁をしておられましたけれども、答弁を聞いておりますと、厚生大臣は所得制限の撤廃はできないんだ、予算が伴ってこれは大変金を食う、こういうことではあります。が、一千三十億になんなんとする予算の中で仮に所得制限を撤廃しても、私の試算によりますとたったの三十億億余りだと思ひます。三十億億の金で所得制限が撤廃できるとすれば、これはどうしてもやってもならなければならぬ、国家補償のあかしとして、本当にちよっぴりのものですが、所得制限が撤廃されるといううことはこれは国家補償の精神に通じますので、せめてそれくらいのことをやってもいいんじゃないかというふうに私も考えております。

御指摘の反核・軍縮の運動というのは非常に盛り上がりが出てきておまして、国連でも過去二回軍縮総会がございました。一回目のときは当時の園田外務大臣、二回目のときは私も出席をいたしました。が、鈴木総理でございました。そして、お二人とも非常に格調の高い、非核三原則を取りまげながら、世界初の被爆国の首相や外相として、拍手喝采を浴びるような名演説をされたのです。ところが、現実の問題としては、もう御存じのとおりトマホーク一つとてみましても非核三原則というののは崩れつつある。私は極めて問題だと思ひま

すけれども、何れともあれ、国連や全世界に反核・軍縮の声を上げていた我が国としては、せめて今まで原子爆弾の犠牲になられた被爆者の方々、あるいは遺族の方々に對する援護措置を行うことによつて、日本の決意を明らかにすべきであるといふふうに申し上げていふと思つてござります。

ですから、当面はとりあえず、二度と被爆者をつくらぬというそのための被爆者援護法と申し上げてもいいわけでございます、申し上げましたように今もつて成立をしないといふことは極めて遺憾であります。

それから、本委員会でも、共産党の方々だけでなしに、去年もおとしもさきおとしも、毎年自民党からの質問もあつたわけでございます。こゝしは健康のあおりを食つておりました、自民党からの質問がないのは極めて遺憾であります。若い先生方も多いわけでございますから、積極的に野党案に對しては質問をしていただいて、こゝまで来たならば党派の問題じゃないんだから、与野党を通じて被爆者の問題に本気で取り組んでいきたいといふふうに考えております。

○田中(美)委員 大変強い決意を伺ひまして、共産党・革新共同としても、国民としっかりと手を結びながら、提案者、代表者に最大の協力をしながら、この法案の制定のために頑張つていきたいと思ひます。

今のお話の中で、新自由クラブはもう向こうに行つてしまつた以上、野党でないといふことははっきりしております。それからもう一つ、否決ができないでいる、自民党が苦しんでいられるといふお言葉がありましたけれども、私は、個々の自民党の議員の中には苦しみがあるかそれはわかりませんが、しかし、自民党としては苦しんでいられるといふことは考えられません。これは姿勢に問題がある。どんなことがあつても国家補償にはしたくない、こゝういふ決意があるといふ点は甘く見ないで、頑としてやはり国民とともに自民党を包圍していかなければならないのではないかと、この援

護法についてさういふふうに思ひます。

森井先生、どうもありがとうございます。その次に、今のようなお話しからしましたら、今生きていられる被爆者を大切にしていふ、おかしな言い方になりますけれども、被爆者は人類の生き証人であり、非常に大切な存在だといふふうに私は思つています。数も非常に減つてきておりますし、年齢も高齢化してまいりますので、この人たちに最大の援助をしなければならぬ。これは援護法を制定する、しないの前の問題、今の問題としてやらなければならぬといふことは大臣も同じではないかと思ひますが、その点の御決意をちよつと簡単にお願いいたします。

○渡部国務大臣 現行法の中でできる限りの努力を続けたいと思ひます。

○田中(美)委員 実は最近なのですけれども、私のところにある手紙が参りました。私も本心に驚きました。この方は長崎の諫早に住んでおられまして、八月の九日に原爆が落ちたときに、長崎の被爆の中心地の〇・五キロメートルのところにわざわざ出ていって救護活動をなさつた方です。その方からお手紙をいただいたのです。田中康修さんといふ六十七歳の男性の方です。

非常に驚いたといふことは、この三十八年間苦しみに抜き、援護の法律があるにもかかわらず不幸にも今日まで全く知らないでいた。去年の十一月の末に初めて健康管理手当てといふものをいただくようになった。それまでは全く知らなかつたといふことを考えても、これは私たちすべての知つてゐる者の責任もありますけれども、やはり政府のPRの不足といふことも私は感ずるのです。今さら過去のことをとやかく言つても仕方がないで、何としてもこの方を助けたい、大切にしたいといふふうに私は思ひます。

この方は死体運んだり救護をしたわけですが、れども、その中で、被爆の翌日ですからまだ家が崩れてくるというふうな中で、ブロックだとか鉄筋などの下敷きに最後になつたわけですから、そして赤十字のテントに收容されて、約三時間ほど

意識不明でいた。三日間食事も食べられなかつたといふふうな方で、非常に大きなけが、ガラスなども入つていますので、それを摘出したりする生々しいたくさんの傷跡が今も体に残つてゐるわけですから。それと同時に、翌日ですので二次被爆を受けてゐるということも明らかになつてゐます。

最近、この方が病氣になりまして名古屋の国立病院に入院なさつたわけですから。そして、これは国立病院の内科の山藤光彦先生の診断書ですけれども、「原発性肺がん」といふことが明らかになりまして、「上記疾患は、原爆被爆との関係が大変濃厚と考へられる」といふ形で現在入院していられるわけですから。もう六十七歳にもなつていられるわけですから、あすの命もといふことをみんなは心配してゐるわけですから。

これは厚生省も御存じだと思ひますけれども、こゝしの一月三十日に特別手当を受けるための認定をしてほしいといふことを申請してあります。それがちよつとも認定されぬ。それでまた、こゝしの五月五日にもう一度申請してゐるわけですがまだ来ない。私は過去の怠慢のことはいふまでもなく、この方は三十八年間知らなかつた、やつと知つたのは去年の十一月なんです。そして肺がんになつて今自分の過去を考えてみて、時間があるまいやんのこの手紙を読み上げられませんかけれども、本当に涙なしには読めないといふ感じがいたします。それなのになぜ認定できないのか。私はこの方にできるだけ長生きしていただきたいと思ひますけれども、年齢的に見ても相当な年齢の方が肺がんといふことですので、これから手術してどうなるかわかりませんけれども、何としても早急にこの方に認定をしていただきたい。これを渡部大臣に心からお願いしたいのですけれども、そのことをお聞きしたいと思ひます。

○大池政府委員 お答えいたします。ただいま先生が最初に申されました事例につきましては、現在審査中であるといふことを確認しております。なお、書類をお出しになつてから随

分時間がかかつておるではないかといふ御指摘でございますが、この方につきましては、当初出された書類が不備であつた關係上、それを完備するの若干時間を要したといふような経緯があるわけでございます。

なお、一般的にこの認定の処理に時間がかかり過ぎているではないかといふ御質問でございます。この認定につきましては、御承知のとおり原爆被爆者医療審議会の意見を聞く仕組みになつておりました。そこにおきまして医学的、科学的な高度の判断といふことに準拠して私どもは対処しておるわけでございますが、現在どうしても厚生省で受理して二、三カ月はかかるという実態がございます。これはやはり都道府県知事を経由してゐるわけでございます。その間どうしても事務的な処理の期間といふものが必要だといふ実態でございます。すけれども、一部さういふ事務処理に於いて、もう少し迅速にできる面があるではないかといふような点につきましては、またいろいろ検討させていただきます。改善の余地があればさういふことについての改善を図るよう指導していきたいといふふうに考えております。

○田中(美)委員 改善の余地があればといふ言葉が私は大変気に入らないのですけれども、肺がんだといふことを国立病院が言つておるわけですから、それはいろいろ手続もあるでしょうけれども、もう半年になるのですよ。それで、まだ不備があるならばといふことで一体いつこれが認定できるのですか。大臣、大臣は知らぬといふことではいけないでしょう、半年もほつたらかしてゐるのですから。

○渡部国務大臣 これは行政でございますから手続を省略するといふわけにはいきませんが、その行政上の守らなければならぬ範囲の中で、先生の今お話しの問題は私も胸を打たれる問題でありますので、できるだけ事務手続をスピーディーに進めていくように努めたいと思ひます。

○田中(美)委員 それではもう何だかんだ言わないうでスピーディーに大臣が言われたようにすぐや

つていただきたい。いつごろ認定できるか、私の方にその御返事をいただきたいと思えますけれども、よろしいでしょうか。私は、この方のことを考えるといつも立ってたまらない気持ちです。

○大池政府委員　できるだけ急ぐようにさらに努力をいたしますが、結論を得次第、やはり本人あてに通知するのが筋かと思いますので、そのように対処させていただきます。

○田中委員　それではその次ですけれども、これは被爆者からの大きな願いとして出ているのですが、健康管理手当の範囲を広げていただきたい。今、うつ病とか皮膚病というのが入っていないという訴えが、私がいろいろ被爆者と話し合う中で出てきているのですけれども、皮膚病のことと皮膚病のことはこの次にしたいと思うのですが、これは何としても皮膚病とうつ病を拡大していただきたいというのがきょうのお願いなんです。

このうつ病は、私もいろいろな方に会ってみまして、自分が被爆者だということもなかなか言わなかったり、手帳を持っていても言わなかったり、それから自分が被爆したときどんなふうであったか、本当に話さないという人が多いのです。いろいろ私などは喜んで話していただけるのじゃないかと思って個人的にお会いしても、余り話したがりないですね。それはなぜかということは前から思っていたのですけれども、これはやはり被爆した人でなければわからない気持ちだということとが私には最近よくわかるようになってきた。それはなぜかという、思い出さなくないということが非常にあるわけです。

今「人間を返せ」だとか、私自身が目を覆いながらも指の間から見なければいけないと思っで見ている、いろいろな映画などが出ています。しかし、あれは本当に奇跡的に生き残った方の姿であったり、また自然が破壊されたり、建物が破壊されている悲惨な状態は出ているわけですけれども、被爆の当時本当にたくさんの人たちが死に、

そしてわめき、ウジがわいていたというふうなことは私たちは見ていないわけですね。被爆者は見えていないわけですね。この地獄絵というものはもう思い出すだけでもぞっとするし忘れられない。日にちがたてばたつほど、生活が安定してなくとも、年がたてばたつほどそのときのことが鮮明に思い出されて悩むわけです。中でも最も言いたがらないのは、肉親を自分が見殺しにしたと今思っているのです。その当時はやむを得なかったと思っていたのです。しかし、日がたてばたつほど見殺しにしたという気持ちがあるわけです。これは私が大学の教師をしておりましてその友人の中に一人あるのですけれども、その先生はお母さんがはりの下敷きになってしまった。その先生は中学校の二、三年だったのです。ですから、認識は非常にできるけれども、力がなくて、はりをかけてお母さんを引き出すということができなかったのです。まだ生きていたお母さんが、おまえだけは早く逃げる逃げるというので、彼は夢中で逃げたわけですね。彼は奇跡的に生き残って、今大学の先生をなさっている方です。この先生は別にうつ病になっていないわけじゃありませんけれども、その話を本当になさらないのです。それを親しい私にもほとんどなさないのです。話を話したときには本当に涙を浮かべながらもう三十九年前の話をしてくれるわけです。彼の心の中にはやはり母親を見殺しにした、その言葉は間違いですけれども、そういう気持ちがあるわけです。被爆者の中にはそういうことがいっぱいあるのです。自分の友人だとか恩師だとか子供だとか、助けられなかったのではありませんか。私は、助けられなかったのだといつも彼らと話すときは言うのですけれども、日がたてばたつほど自責の念というのはあるわけですね。こうしたものが重なってうつ病になる方が非常に多い。それを単なる老人性のうつ病だというふうにしてしまふことは間違いではないかと私は思います。

私は、このうつ病というのは、本当に被爆に遭って生き残った人たちの大きな病気だというふう

に思いますので、これをぜひ拡大していただきたい、こう思います。大臣、いかがでございますでしょうか。

○大池政府委員　ただいまの先生のお話しは、人間の心の問題として大変複雑な内容を持っておるのと承知したわけでございます。

この特別措置法の立場から申し上げますと、現在の健康管理手当は、原爆放射線との関連が否定し切れない造血機能障害等十一障害いづれかを伴う、そういう病状にかかっているというところに着目しての手当の支給でございます。今御指摘のうつ病について、今先生がおっしゃったような心の問題を背景としてうつ病が発生するかどうかというあたりにつきましては、現在の医学的知見では、原爆放射線の影響があるというふうには認められておらないという現状でございます。その観点でわかには追加拡大ということとはちょっと今困難だと思います。

○田中委員　私は、放射線だけで物事を考えるというところに問題があると思うのです。やはり政治というものは、人間の心というものを大切にしたいところがあるわけですね。ただ放射線が当たったからというだけではなくて、その全体の情景の中からどういふものが出てくるかということとを考慮すべきだと思います。私は、これはすやにしていただかなければ間に合いませんので、ぜひこの点を今後検討するように、大臣にぜひ心の問題を大切にすることと考えていただきたいと思ひます。御決意をお願いいたします。

○渡部国務大臣　医学的な専門分野の問題を、医学者でない私がこうだ、ああだと判断するわけにいきませんが、今先生からお尋ねがありましたように、その上にやはり政治の判断というものもございましょうから、今のような非常に大事な心の問題、これは努めてそういう気持ちが入れられるように勉強してまいりたいと思ひます。

○田中委員　ぜひ、うつ病と皮膚病の問題は検討していただきたいと思ひます。もう時間がありませんので、最後に二つほどお

願いをしたいと思いますけれども、この健康管理手当が一年ないし三年に一回更新手続をする。これは、だんだんお年寄りになって面倒くさくなってきたり、出ていくというのが大変だったりしてきているわけですね。ですから、こういうことはもうしないで、この手続を省略してはどうかというふうに思います。いずれは被爆者はみんななくなってしまうわけですから、そういう点では今やらなければ間に合いませんので、こういう面倒な手続を、今までは一定のいろいろな効果もあつたのだと思ひますけれども、ぜひこの点は省略していただきたいということが一点です。

それからもう一つの問題は、被爆者が亡くなつてしまふと二世、三世というのがわからなくなつてしまふというところはちょっと困るのではありませんかと思ひます。その前にもう一つ、被爆者の健康診断やいろいろな状態、こういったものが多少とも記録されているわけですから、これが全国でばらばらになっている問題というの、今の時点で、やはり歴史の一つの大切な、なくてはならないものとして、後に続く人たちに残しておかなければならないものとして、この記録を統一してきちっと保管するということをまずやっていただきたいというふうに思ひます。そういうふうになれば、きつと二世、三世の問題もわかるわけですので、今のようには地方でばらばらになつていたり、被爆者が亡くなつて手帳自体ももうなくなつてしまふば二世、三世がわからなくなつていくというふうなことがないようにしていただきたい、この点をお願いいたします。

以上について御回答をお願いいたします。

○大池政府委員　まず、健康管理手当の一年ないしは三年の上限を設けて更新的な確認をしている点についてでございますが、これは、先ほど御説明申し上げましたような健康管理手当の性格上、その疾病にかかっているかどうかということとはどうして私どもとしては掌握する必要があります。それで、それぞれの病気の特徴、一般的な特性に応じて、一年ないしは三年という取り決めをしてい

るわけでございます。また、高齢者については省略してよいではないかということでございますが、高齢者だからといって、その疾病との関係が特に事情が異なるわけではございませんので、その点、期間をなくする、省略するという考えは持っておりません。

次に、いわゆる被爆者の二世の方々の問題でございます。これまでの内外の医学的研究調査結果から見ても、二世の方にまで直接的な遺伝的影響が及んでいないという証拠は、幸いにもまだ全く見出されていない現状でございます。しかし、実際上二世の方々の中にいろいろ不安を抱いておられる方もあって、希望者の方には、そういった不安におたえず健康診断という予算措置を講じているところでございます。

それから、いろいろな健康診断データの保存、これは大切なことでございます。それぞれの地域ごとにきちっと保管されているわけでございますが、また、放射線影響研究所等におきましても、一定の調査計画に立ちまして、相当大きな規模で、ずっとある人口集団を観察させていただいているというような調査研究も現在継続中でございます。

○田中(美)委員 記録をきちっと保管することです。

○大池政府委員 それぞれの地域におきましてきちっと保管している、また保管するように指導したいと思ひます。

○田中(美)委員 では、質問を終わります。

○愛知委員長代理 菅直人君。

○菅委員 被爆から来年で四十年ということで、私は戦後生まれですので、戦争の実情というものは直接には知らないわけですが、私の母親も、生まれは広島市ではありませんが、広島県におりました関係もあって、そういう話がある程度小さいころから聞いておりました。とにかく、被爆から四十年を経た今日においてなおこの問題が必ずしも十分な形で対応されていないということについて、一つの責任を私自身感じるわけでは

が、特にきょうは、短い時間ですので、大臣に幾つかのことをお尋ねをしたいと思います。

先ほど来、核兵器を、いわゆる被爆ということと再度発生させることがないようにしていくことが日本の責任ではないかというのを、他の委員の方へ皆さん言われていたわけですが、核保有国が核兵器を使用するのその国の勝手なのかどうか、その点について大臣の政治家としての見解を伺いたいと思ひます。

○渡部国務大臣 先ほどから私、申し上げておりますように、原子爆弾という、これは人類にむごたらしい惨禍をもたらす、その歴史の中で初めて体験を我が日本民族はしたわけでございます。したがって、人類社会にあって二度とこのようにことが行われるようなことがあってはならないという願ひについては、これはすべてが共通する考えであると思ひます。私もそのとおりでございます。

○菅委員 つまり私がお聞きしたいのは、せんだって本会議の席でも、サミットから帰られたときの総理大臣の報告に対する質問の中で、総理大臣は、核兵器を使用するのは勝手だとは言っていないと否定されたわけですが、しかし同時に、総理大臣は、そのことは主権の問題で、他国がどうのこの言うのは内政干渉だというようなことを言われているわけでは

私、核保有国が核兵器を使うことがもちろん勝手なことではないし、野党が統一して提案をしている法案の精神も、核兵器の使用というのは当然国際法の違反であるということに基づいて、核保有国が核兵器を使うことがその国の主権という立場で自由によつていいことであるという判断をお持ちなのか、そうではない、当然にそれは国際法なりあるいはその主権の範囲を超えた問題だ、他の国の主権を侵す問題だというふうにお考えなのか、その点についての見解を伺いたいと思ひます。

○渡部国務大臣 人間の一人として、また政治家の一人として、私は、この人類の社会にあって、

あのむごたらしい原子爆弾の災害が、たとえどの地域であろうと二度とあってはならないものであると考えております。そういう願ひを生涯持ち続けてまいります。

したがって、原子爆弾の問題については、先ほど森井先生からも、これは超党派でそういうことがあってはならないことを願うものであり、またその対策も超党派でやらなければならないという御見識がございましたが、私もこれは全く同感でございます。二度とこの人類の社会に核兵器など使用されることがあってはならないという願ひを持ってまいります。ただ、具体的ないろいろ外交上の問題については、これは厚生大臣という私がお答えするのは適当ではないと思ひます。

○菅委員 適当でないと言われるのですけれども、この法案の審議、特に野党が統一して出している法案の考え方としての関連も含めて、どうしてもこの問題は厚生大臣としても見解を伺わざるを得ない問題だと思つて、あえて御質問を重ねるわけですが、

では、過去の問題として、広島、長崎に落とされた核兵器の使用というものが、国際法に照らしてみても明らかに違反をするとは私に考えるわけですが、まずその点について大臣がどう考えているか、お聞かせをいただきたいと思ひます。

○渡部国務大臣 先ほど申し上げましたように、核兵器の使用というものは、人類史上二度とあってはならない、また、したがって、人類はそういうことを二度と使用されることのないように、これはみんながこれから努力をしていかなければならない、こう考えております。

○菅委員 大臣、聞いています点をぜひ答えていただきたいのですが、どちらでもいいのです。どちらでもいいというのは、答えられた上での議論ですから、いわゆる広島、長崎に対する核兵器の使用が国際法に照らしてみても反していたと考えられているかどうか。いわゆる核兵器を使うことが遺憾であるということは、大臣がそう思われていることは私も疑いませぬ。全人類の大部分の人はそ

う思つておると思ひます。ただ、この行動が国際法に照らしてみても違反と考えるのか、あるいは必ずしもそうでないかと考えるのかという立場はあるいは議論があるところで、これまでの経緯を見てもはつきりした見解が示されていない例も多いわけですから、その点について重ねて明確な答弁をいただきたいと思ひます。

○渡部国務大臣 私は専門的な立場でございせんが、国際法の精神はあくまでも世界の平和を望み、これは人類に原子爆弾の惨禍というやうなもの二度と体験させないためにあるものだと思いますから、私もはつきりした精神にのつてこれは努力していかなければならないと思ひます。

○菅委員 ということは、国際法に違反と考えるというふうに答えられたと理解していいわけですね。

○渡部国務大臣 これは何度も申し上げておるやうであります。私は人間の一人として、それから政治家として、これは人類の平和をだれよりもだれよりも望んでおります。これは二度と世界にそういうむごたらしい惨禍が行われることのないように、世界じゅうの人たちが力を合せて努力していくというのが国際法の精神であらうと思ひますので、その精神を尊重して世界じゅうの国々が努力をしていかなければならないと思ひます。

○菅委員 どうしても答えていただけようですけれども、これからは使わないように、また核戦争が起きないように努力することについては、全く私も同感です。大臣のその決意はぜひ大事にしたいと思ひます。大臣の決意は、それはそれとして、ちょっとどういふわけでも、広島、長崎に対する原爆投下というこの行為が国際法上から見て違反というふうに見えるかどうか、一言イエスかノーで結構ですから、考えられるのなら考える、そうでないならそうでないと思ひます。

○渡部国務大臣 世界の平和を望む、これは国際法の精神にのつて考えれば、そういうことが行われたということはまことに残念至極でございます。

ます。

○菅委員 まことに残念至極ということは、それは適切でなかった、つまり違反であるというふうな理解をしたいと思います。か、理解をしたいと思います。

それをベースにして話を進めていきますと、これも何回も議論が繰り返されているところであり、まずけれども、サンフランシスコ条約によって対米請求権を放棄するというところで、戦後の処理を国として行ったわけですから、それに沿って被爆者に対しての、本来なら投下をしたアメリカの責任であつたものが、国としてそれを放棄をするというところによつて、国が、いわゆる日本の国が今度それにかかつて一つの責任を持つという立場に移つたというふうな考えのわけですね。そういう精神に立つてのいわゆる国家補償をベースとした援護法を野党がこの十年來毎年提案をしてきているわけですが、この考え方、つまり国際法に照らしてみても違反だ、そこでその請求権が本来ならあるはずであるけれども、アメリカに対しては請求権を放棄したのであるから、その肩がわりとして日本政府が、または国がその責任を負つて国家補償すべきだという、いわゆる一つの論理の組み立てをベースにした援護法になつていくわけですが、この論理の組み立てに対して政府の見解をお聞かせいただきたい。つまりそのとおりだと言われるのか、もしそのとおりだと言われないとすればどうが見解として違ふのか、その点についての政府の見解を伺いたいと思います。

○大池政府委員 ただいま御指摘の非常に基本的な問題でございますけれども、既に大臣もしばしば御答弁申し上げておりますように、この件につきましても基本的な考え方を、基本問題懇談会におきましていろいろ高度の専門家の御議論をいただきまして、意見をちょうだいして、その意見に基づいて私どもはこの制度を理解しておるわけでございます。

すなわち、広い意味の国家補償の見地に立つて

という考え方をもう少し敷衍して申し上げますと、それは今回の戦争についての国の不法行為責任の一環としてとらまえるとか、あるいは原爆投下をした米国に対する請求権を放棄したとか、そういう観点でとらえるのではなくて、今次の戦争過程において、被爆者の方々が人類未曾有の原爆の放射線による健康障害、すなわち「特別の犠牲」ということに着目しまして、違法性とか過失の有無とかそういう観点ではなく、結果責任という観点からその被害に相応する相当の補償、こういう考え方に立つていくわけでございます。その点で、先ほど御指摘しましたように、どちらかとおっしゃる点に対してお答え申し上げます。

○菅委員 今の回答で必ずしも納得はできないのですけれども、もう一度だけお尋ねしますと、今言われた結果責任という形でこの考え方があつてもいいと思うのです、それはそれとして。しかしそのことと、今申し上げたいわゆる野党の案のベースとなつていく考え方が、だからといって否定されるということには必ずしもならないと思うわけですね。ですから、政府の考え方としては、結果責任という考え方から現在の特別措置法を出してこれまで実施をされている。それはそれとして、それなりの効果を上げていくことは私どもも認めることにはやぶさかでないわけですね。しかし、先ほど申し上げたような論理に立つた援護法がより適切ではないか、よりこのことに対する十分なる責任のとり方ではないかということ申し上げておるわけであつて、それに対しての見解です。この論理が何かおかしいのか。この国際法違反、対米請求権の放棄、それを肩がわりした日本の国家補償、この考え方がもしおかしいと言われるのならどうかおかしいのか、その点についてもう一度伺いたいと思います。

○大池政府委員 現在の私どもの原爆医療法並びに原爆特別措置法の二法によりまして、先ほど申し上げましたような「特別の犠牲」という観点からする被爆者の方々に對する健康の確保、福祉の増進といったようなことにつきましては、現在の

二法でいろいろ対応しておるところでございますし、また必要な対応の努力を重ねてきておるところでございます。

それで、援護法のお考えで織り込まれている相当な部分は現行二法で事実上対応させていたたいっているわけでございますが、その相違点として浮き彫りになってくる点が、ただいま御指摘のようき不法行為に関する責任であるというようにお考えの方の部分、あるいは死没者の遺族の方に対する補償というように点が差異があるかと思うわけでございます。その他幾つか差異はございますけれども。

それで、既にいろいろ御議論がありますように、遺族に対する補償は、遺族の方々が原爆の放射線による健康上の「特別の犠牲」というものには当たらないということでございますので、その点は私どもの考え方からは取り込めない部分である、かように考えておるわけでございます。

○菅委員 時間ですので最後に一つだけ申し上げておきたいのですが、短い時間の質疑でしたけれども、大臣の、核兵器を使ったような戦争を防ぎたいというその真意については疑うものではない、ましていふまでもなくこの法案、特に野党が出している法案を含めて核兵器の使用というものが当然に国際法上の違反であるし、それが当然その一国の主権の範囲に及ぶ問題でないことは、これはもうだれの常識から見ても明らかなんです。それそれの国が自分の国の頭の上でそれを爆発させるのであれば、それはその国の勝手かもしれないが、他の国の頭の上で核兵器を爆発させることが、もしその核保有国の主権の範囲に属するとしたら、こんなばかげた議論はあり得ない話であつて、そのことをこの間中曾根さんが平然と言っているというの、私はちょっと総理大臣の神経を疑つて

いるわけですが、今回のこの審議の中でも、核兵器の使用というのに対しての考え方が非常に明確な形で打ち出されていない。大臣の答弁も、明確な国際法違反だから当然にそれは国際法違反として考えるべきだということを言われない

というところにも、一つのこういう問題に対する政府のあいまいさが影響しているんじゃないかというところを感じるわけですね。

そういう点で、これから核に対する日本の政府あるいは国としての政治姿勢を明確にしておくためにも、ぜひ野党が提案をしている援護法のこの基本的な考え方を政府にも取り入れて、または政府・与党にも賛同していただいて、この成立をさせていただきたい、このことを最後に申し上げます、私の質問を終わります。

○愛知委員長代理 午後一時から再開することとし、この際、休憩いたします。

午後零時十七分休憩

午後一時二分開議

○有馬委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

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。

質疑の申し出がありますので、順次これを許します。岡岡雄君。

○岡岡委員 お許しをいただきまして、健康保険改正法案に関連をいたしまして、若干御質問を申し上げます。

まず最初に、この改正案が出されます前に、厚生省は、一月二十五日に社会保険審議会に本案を諮問されているわけですが、その際、同社会保険審議会が答申を出すに当たりまして、その冒頭の答申案の文書の中で触れておりますことは、従来のこの種の審議会の答申の前文といたしましては、かなり異例とも思えるような非常に強い調子で、遺憾の意を表しておみえになるわけでございますが、内容を言いますと、「更に、本年一月二十五日、健康保険制度等の改正について諮問を受けたところであるが、今回の改正案は、我が国の医療保険制度の根幹にかかわるものであり、慎重かつ広汎な検討を行う必要があるにもかかわらず、予算編成後の極めて限られた審議期間

第三は、「國民の生活に大きな影響を及ぼしかねない内容を含むだけに、改革を進めるためには慎重でなければならぬし、國民の理解と納得を得ることが肝要である。」ということ、この保険法についても、改正案についても慎重な審議を行うようにということが、暗に制度審議會においても述べられておるところでございしますが、社会保険審議會における答申の遺憾の意の述べ方、さらに社会保障制度審議會で前文において三点にわたつて述べておる点は、いずれも政府が、長年にわたつて大きな問題を抱えてきているにもかかわらず、その医療制度の根本的な改革についてのメスを加えられないままに、一方、財政的な負担が増大をする、百十兆円に及ぶ赤字というものを抱えた中で、財政のつじつまを合わせるために急遽この法案を作成をし、対応してきたということについて、両審議會が遺憾の意を表しておるところであります。この両審議會の答申の

また、先生御指摘の財政問題はいろいろな議論のあるところでございますが、私どもが今回お願いしておるこの改革案は、今申し上げましたように、四十年代からの先生方のいろいろな御議論を踏まえ、医療費が二十一世紀に向かって、今日まで毎年毎年増額をしておつた、これがこのままで

てしまつてゐるということにはならないと思うのでございます。

きょう私は、今までの委員会の中で余り触れられていない新薬の薬価の問題について、若干御質問を申し上げてまいりたいというふうに思います。

これを少し経過的に追つてみますと、五十六年から五十九年の三月十七日までを見ますと、薬価の改定は五十六年六月一日に一回、五十八年一月一日に一回、五十九年三月一日に一回ということ で三回でございます。そして新薬の収載は、五十六年九月、五十六年十二月、そして五十七年の八月、五十八年の二月、そして五十九年の三月、五十五年の十二月を入れますと新薬収載は六回の収載

が行われているということでございます。

そうなりますと、薬価の改定は三回で、そして新薬の収載は五十五年を含めると六回。年二回というものが言われているのでございしますが、この点については三年というところで年限をはめずと、約束どおり一年に二回という新薬の改定は行われている勘定になるわけでございしますが、しかし薬価の改定は、四年にまたがるわけでございしますけれども三回しか行われていない。つまり、薬価の切り下げは一回省かれていますけれども、新薬の収載はきつと約束どおり果たされているというところに、今行われている厚生省の薬価行政といえますかそういうものが、業者には甘く、そして医療の問題をじかに受ける国民の立場からいいますと、医療の矛盾を解決していくための施策といふものが非常に必要になっていく、こういう感じがしてならないわけでございしますが、この辺につきまして厚生省はどういうお考えをお持ちになつておられるか、お尋ねをしたいと思います。

○吉村政府委員 確かに、新薬の収載は私も年二回ということの原則にして収載を行っております。また、薬価の改定につきましては五十七年におきます中医協の御答申に基づきまして年一回は必ずやる、こういうことで五十八年、五十九年は年一回薬価基準の改正をやつてまいっておるわけでございします。

なぜそういう間隔といたしますか回数の違いが生ずるか、こういうことでございしますが、私ども、薬価の改定につきましては全品目を調査して薬価の改正をする、したがってかなり調査期間もかかりますし、その後の追跡調査等にも時間を要しますし、現在薬価基準に載つております薬の数、品目が約一万四千ぐらいでございます。したがって、一万四千についての品目につきまして価格をそれぞれ決めていくということにはかなりの時間がかかる、これはひとつ御了承賜りたいというように思います。それから新薬の方につきましては、これはまあ現在日本の製薬メーカーも力がある

んだんついてまいっておりまして、新薬の開発というものを製薬メーカーの使命としていろいろ開発をしております。したがって、最近新薬の承認というものが多くなつてきていることも、これは事実でございます。そしてやはり新薬を出せばその新薬について医療に適用する、そのためには薬価基準に収載をしなければならぬ、こういうことに相なるわけであります。私どもは、新医薬品を早く保険医療の中に取り入れ、そして国民の皆さん方に医療上の適用がされることを望んでおるわけでありまして、そういう観点から新薬につきましては一年に二回原則として登載をする、こういう方針で進んでおるわけでございします。何も薬価の引き下げは回数を少なくして、そして新薬の登載はきつとやつて、そういうことによつてメーカーの便宜を図つておる、こういうことではございませんので、この点はひとつ御理解を賜りたい、こういうふうに思います。

○網岡委員 薬価と新薬の改定の問題について今御答弁がございましたが、簡単に私は再質問をいたします。後で御指摘をしたいと思いますけれども、やつたことはやつたのですけれども、五十八年の一月一日というのはわずかに四・九%、まさにこれはスズメの涙に等しいと思うのでございします。実勢価格からいけばこんな程度の薬価の改定では済むはずがなかったと私は思うのでございしますが、しかしこんな程度でございしている。これはもう厚生省としては薬価の改定をやつたんだ、こういうスタイルを残すための程度だというふうに思わざるを得ないわけでございします。本格的な改定といえどもこれに入つていただけだということから言ひまして、新薬の収載と改定の関係というものが、やはり厚生省の姿勢の中に企業に対する優先の姿勢といひますか、そういうものが依然として貫かれておるという点を私は指摘をせざるを得ないと思つてございします。

次に、私、今のは総論的なことでございしますから、各論的な具体的な問題で申し上げてまいりたいというふうに思ひますが、一部専門家の中で聞きますと、新薬の収載に伴う薬価の決定というものがともしますと、専門家の中の言によりますと、薬の威力よりもえてして薬価の基準が非常に高くついているという言が言われておるわけでございします。一つの例として「医事時報」の五月五日号に、帝京大学の清水教授が集まりました医師との懇談会の中で言われておるわけでございします。例えは使ひ方によつてはリユーマチに非常によく効く日本薬局方のアスピリンという薬がある。ところが、これを手本にして新薬の収載に比較対照の薬として申請をする企業は一つもない。その理由は、これほどよく効く薬であつても手本にならないというところは、この価格が非常に安い、こういうところに大きな原因がある。ある一つの薬を例に挙げられて、治癒率六〇%から八〇%に切り上がつていく、わずかに二〇%のアップに對して、薬価の値段はそれのお手本の薬の五倍も六倍にもなつていく。こういうものはやはり類似薬効比較方式の一つの欠陥と言ふべきではないかということ清水教授が言われておるわけでございします。

今とられている類似薬効比較方式というものは、そういう今指摘があつたような点では、やはり薬価を高い方向、高い方向に上上げていく矛盾を持っているというところは否めない事実だと私は思つてございします。何らかの方法でこの矛盾といふものを直していかなければならぬと思うのでございします。厚生省はその点について一体どういう配慮と、どういう具体的な対策といふものをとられておられるのでございしますか。

○吉村政府委員 先生御指摘のように、現在、新薬の価格は、類似薬効の比較によつて決めておることはこれは事実でございます。したがって、比較すべき類似薬効を持つ薬に何を選ぶかということによつて、今先生が御指摘のような事態が起こることは否めない事実でございます。したがってその点が、高い薬と比較して効能がいいというこ

とになれば高い価格がつきますし、今おっしゃいましたようにアスピリンと比較すれば低い価格になつてしまふ、こういう問題があるわけでございします。私も、新薬の開発で何と比較をして開発をしていくか、これはやはり企業に自由でございします。それからまた、そこが開発の一つの秘密と申します。企業秘密としましても最も重んずるところでありますし、学問的にもいろいろ問題があるところだと思ひます。そのところを、必ずこういう薬はこれと比較をしなければならぬといふのは、私も、少し開発そのものについての行政の介入が強過ぎることになるではないか、そのところは企業の自由な開発に任せるのが現在の自由経済社会においては適当なのではないか、こういう基本的な考えを持っておるわけでございします。

したがって、その類似薬効方式の問題を是正する場合に、今先生が御指摘のように、比較、類似する薬について何かの措置をとるということではなしに、その薬について類似薬効比較方式をとることがいかにどうか、そこでもし比較方式をとることが不適当ならば、例えば原価方式をとるかその他のいろいろあるわけでございします。国際価格とも比較をしてみるかとかそういう別途の価格決定方式をとるのが妥当なやり方ではないか、私もはそう思つております。

○網岡委員 一つの考え方であると思つてございしますが、現実には新薬の収載で薬価が決定していきまふ際に、これはほとんど例外なしと言つた方がよいと思つてございします。結局お手本の薬と比較しながら高いものに焦点を合わせて薬価が決まつていくというのが、残念ながら今の新薬の決定の仕方でございます。

その矛盾といふものを私は具体的に示していきたいと思つてございしますが、今局長は、多少軌道修正をするという意味でおっしゃつたように、国際価格を参考にしながら薬価を決める、あるいは収載が終わつたらその後で用量などが拡大されたときにはその薬価について考慮する、検討する

というような項目が一応入っております。それはそれなりに新薬の薬価決定で一つの軌道修正の役割を果たしているというふうには私は評価はいたしますけれども、問題はそういうことが具体的にやられていくかどうか、実物をはめて少し御質問を申し上げたいと思うのでございます。

きょう委員長にお話しをいたしまして、資料をお配り申し上げました。これは、つい三月七日の日に薬価収載が行われました、まだでじ上がったばかりの新薬の薬価でございます。これは今局長が御答弁になりましたように、もう一つの軌道修正の目盛りであります外国薬価との比較がどうなっているかということで私が調査をいたしました結果、この表のように百四品目のうちで十二近くの薬を見たわけでございますが、いずれも日本の薬価に対してアメリカの薬価は、例えばβ-プロロカールは三・四七倍でございます。アテノロールという薬は三・四二倍、イギリスへまいると、マリン酸チモロールに該当するものは五・一七倍、テノミンという薬は四・五二倍というふうな、せっかくいい案が、外国薬価と比較して決めようということになっておるにもかかわらず、実際に決定されてまいりますとアメリカの三倍、イギリスの薬価の大体五倍近くになっていく。そして、あとの薬を見ますと大体一・五倍近くの割で薬の値段がついていくということから見ますと、新薬の薬価決定に基づく内規が決まりましたわけでございますが、果たして、その規則がきちっと守られていないということを私は感じざるを得ないわけでございます。

例えばこの二つの品目でございますが、三・四倍、五倍近くの高い薬価がついたというのは一体どういう原因なのでございましょうか。そして、一つの日盛りがなっていた外国薬価などとは実際に合っていないのでございますが、これはどうしてでございましょうか。

○吉村政府委員 この三月に収載をいたしました新薬の価格につきまして私も調べましたところ、確かに先生御指摘のようなものももちろんござ

います。ただ、私ども全体的に申し上げますと、今回薬価基準に登録をいたしました品目のうち、国際的に流通をしている品目が四十一品目ございまして、その四十一品目のうちで日本が安い品目が十五品目あるわけでございます。全般的に日本が高い品目は十二品目ございまして、今御指摘のβ-プロロカールは日本が高い品目に属します。そして米、英、独、仏と比較しておりますので、アメリカと比べると安いけれどもドイツと比べると高いとか、あるいは逆にフランスと比べると安いけれどもイギリスと比べると高い、いろいろ日本の場合が高かったり安かったりする品目が十四品目あるのでございます。

それで私ども、国際的に比較をする、こういうやり方でもちろんとおるわけでありまして、物によっては国際比較をしない品目もあるわけでございまして、御指摘のβ-プロロカールに属する薬につきましては、国際価格との比較ということではなしに類似薬効比較方式によって決定したものでございます。したがって、比較をした薬の価格が高かったがゆえにこういう高い価格に決定をされた、こういうことになる、御指摘のとおりでございまして。

○綱岡委員 それは局長、おかしいですよ。今資料がいきまされたのでそこらはわかっていと思うのでございますが、手本はイギリスの薬なんです。ですから、外国薬価と比較していくということであれば、この列でいけばイギリスは日本の薬よりも安いという土壌があるわけですから、したがって、最初に入れたときだってやはり安かったのです。それが、せっかく諸外国の薬価に合わせるやうなことを言っておきながら、結局外国の薬でありながら薬価を決めていくと五倍、四倍になっていくというのは、非常に賢明な局長の御答弁にしては非常にじつじつと合わない話であると思うのでございますが、それはもう少し明らかにしていただきたいと思ひます。

それからもう一つ、今御発表になった薬の国際評価の安い点、高い点、それから中間にあるもの、国内開発の薬、こういうふうに分けられて述べられましたが、イギリスと日本を比較した場合どうなるか、イギリスとアメリカを比較した場合どうなるか、日本とドイツを比較した場合どうなるか、日本とフランスを比較した場合どうなるか、このことを個別に一遍見てもいいか。

これは、厚生省のお出しになった資料で私は見たのです。そうすると、日本とイギリスの場合、日本の方が安いものが三つ、日本の薬が高いものは圧倒的に多くて十八。そして、アメリカと日本の比較でいきますと、日本の方が安いものが八つ、そして日本の方が高いものが一つオーバーで九つ。こういうことです。ただ、ドイツはそこは非常に薬価が高いところでございまして、したがってこれは物によっても検討していかなければなりません。大体ホルモン剤と抗生物質と精神安定剤は日本の薬の市場が乱売競争に入っていますから、手本にするもの自身が安うございまして、これは外国の薬価よりも安い、こういうことになっておりますから、個別に見た場合にどうなるかわかりませんが、ドイツだけは安いのが二十一、高いのが八つ、こういうことになる。フランスはもう圧倒的でございます。安いのが一つ、高いのは十二、こういうことになるわけでございまして。

局長、今私は、国際的なイギリス、アメリカ、ドイツ、フランスという各国と日本との比較をずっときくと申し上げましたが、これからいきますと、総体的に言うと日本の方が高いということが客観的に言える、これだけは私は確信を持っています。そういう点でいけば、新薬の基準の目盛りというものが実際には守られていないんじゃないかというのを私は指摘せざるを得ません。したがって、局長に再度御答弁をいただきたいわけでございますが、こういうことを踏まえながら、次の新薬収載については一体どういうことを気をつけてやらなければいかぬかという点について、所信を明らかにしていただきたいと思ひます。

○吉村政府委員 確かに国際比較をいたしますと、先生御指摘のような、個別に違いはあるが、総体的に言いますならば日本の価格の方が高い、こういうことは印象としては言えるであらう、こういうふうに私も思ひます。

ただ、私ども、薬価基準の薬価の決め方につきましては中医学協の答申、これは支払い側と診療側とが合意をした中身なのでございますが、その中医学協の答申では一応類似薬効比較方式というものを基準にすべし、こういうことになっておりまして、それを基本にしながら、一方で国際比較をするとかあるいは原価方式を採用するとかいろいろな措置を講じる、こういうような答申になっておるわけであります。

そこで、β-プロロカール等につきましては、これは国際比較をしないで類似薬効比較方式というものをとった品目なのでございまして、そのβ-プロロカールの薬価が非常に高いということになるとすれば、類似薬効比較方式を採用したことがやはり問題なのか、こういうことになると思ひます。

そこで、今後、類似薬効方式によって比較をいたしました場合に、非常に国際的に極端に高いというような場合も生ずると思ひますので、その辺は私どもも少し個別に検討をさせていただいて、国際的に見ても非常にアンバランスだ、こういう場合には価格の是正をする、こういう措置を講ずるよう検討をしてみたいと考えます。

○綱岡委員 今御答弁がありましたから、それでは次に移ります。

新薬薬価に対してはもう一つの問題があります。それは、Aという薬を開発する場合に、その手本となるBという薬よりも、用量が半分Bと同じ薬効を持つ、こういうデータを出しまして、そして薬事審議会の審査を合格をいたしますと、結局一日量で倍になって計算されるものですから、そのものと薬の二倍まではいきませんけれども、大体一・五倍から一・六倍、物によれば一・八倍近くの薬価がついていく、こういうことで新薬の

新薬薬価に対してはもう一つの問題があります。それは、Aという薬を開発する場合に、その手本となるBという薬よりも、用量が半分Bと同じ薬効を持つ、こういうデータを出しまして、そして薬事審議会の審査を合格をいたしますと、結局一日量で倍になって計算されるものですから、そのものと薬の二倍まではいきませんけれども、大体一・五倍から一・六倍、物によれば一・八倍近くの薬価がついていく、こういうことで新薬の

新薬薬価に対してはもう一つの問題があります。それは、Aという薬を開発する場合に、その手本となるBという薬よりも、用量が半分Bと同じ薬効を持つ、こういうデータを出しまして、そして薬事審議会の審査を合格をいたしますと、結局一日量で倍になって計算されるものですから、そのものと薬の二倍まではいきませんけれども、大体一・五倍から一・六倍、物によれば一・八倍近くの薬価がついていく、こういうことで新薬の

薬価が引き上がっていくもう一つの要素をつくっているのをごいいます。

具体的なことを申し上げませんとわかりませんが、私は一つ申し上げますけれども、例えばエフエム系の注射剤でセファメジンという薬がございいます。これは当初二千九百六十円、今はもう千八百円くらいの薬価になっているようにございいます。これを手本にしてパンスボリンという薬が出されました。これはさき申し上げましたようにセファメジンの半分でいい、こういうことになりまして、結局値段がついたのは四千七百六十五円、こういう値段がつきまして、もとの薬の約一倍半くらいの値段がついてクリアしたわけです。そして市場に出てくるようになりまして、一年たらずしてそのセファメジンの使用量は大体一グラムから二グラム、こういうことで通常売られていたわけでございいますけれども、新薬の収載ができた直後は、このくだんのパンスボリンという薬は〇・五ないし一グラム、こういうことで表示がされていたのでございいます。一年たちますとたちまち用量が変わりまして、セファメジンと同じ用量の一グラムないし二グラム、こういうことでじやんじやん売られておるわけでございいます。結局倍で薬が競り上がっている、こういう状況になっております。

そこで、もう一つの軌道修正をする目盛りであります。収載が終わった後で用量が拡大をされた場合にはその時点で判断をして値段を検討するんだ、こういう一つの目盛りがあるわけでございいます。その目盛りが果たして守られているかどうかというのを見ますと、今度の薬価で両者の関係を見ますと、セファメジンは千八百円、そしてパンスボリンは何と三千五百八十四円です。そうすると、その目盛りに合いませんと、最初になったときよりむしろ悪くなっているのです。最初のときはもとの薬から比較すると一六〇、ところが、今度薬価を改定して、これは見ていただければわかりますが、千八百円と三千五百八十四円ですから一九九ということになるのですから、約

二倍になってしまったわけです。そうすると基準に書いてあることは全く違っているのじゃないですか。一体どういうことになっているのですか。ここに新薬決定のいろんなお題目は並んでおりますが、採用の際にはそれがだだ盛りになっている。これは私には、どこかで癒着しているのではないかと、このことが疑われてならないわけでございます。こういう点について厚生省は一体どういう反省をし、先ほど言いましたように、比較というものが悪ければ場合によれば原価でいい、原価でいかなければ国際比較でいい、こういうふうな軌道修正をされるものがあるにもかかわらず全然守られていない。これでは医療費を少なくしよう、節約しようと言ったてできるわけはないのです。こういう努力をやらずにおいて、そして審議会にまでもとにかけずに、わずかの時間で審議を急がせてやって、そして健康保険の改悪をして、本人一割負担、二割負担ということをして国民に押しつけるというやり方は、これは私は言語道断だというふうに思うのでございいます。いかがでございましょうか。

○吉村政府委員 薬価基準収載後に、今先生御指摘のように、例えば効能効果が違ふとか、あるいは用法用量等の変更が行われた場合には薬価を修正する、こういう決めにしておるわけでございまして、私も、本来迅速果敢にやるべきであるところをそれが遅延をしておる、こういうおしかりをこうむるような事態もあることはこれは私もまことに申しわけない、こういうふうに思っておりますが、私も、この原則によつて、薬価の再算定と申しますか、そういうものを今後の確にやっつけようと思ひます。

ただ、一たん新薬も流通過程に入りますと、やはりそれなりの市場価格を形成をしていくわけでございます。そういう段階に入りますならば、新薬の価格を決定した時点の原則から離れて、市場価格主義の方に変わっていく、こういうことに相なるわけでございます。今御指摘のセファメジンとパンスボリンの価格

上のアンバランスが非常に拡大しておるではないか、こういう御指摘がございましたが、これは恐らく、現在用法用量の変更が行われて、薬価の再算定をいたします場合におきまして、市場価格、パンスボリンが市場で幾らで売られておるか、セファメジンが市場で幾らで売られておるか、そういう価格を調査してこういう価格になったのではないかと、こういうふうに考えておるわけでありまして、市場価格がそうであれば、私もその市場価格に従って決めるべきではないか、こういうことで、例えばセファメジンとパンスボリンの価格の差が当初は一・六倍であったものが現在では一・九九、まあ二倍になっておるではないか、こういう御指摘がございしますが、それはセファメジンが非常に下がればそういうことになる場合もあるわけでございます。別にパンスボリンの価格設定がおかしい、こういうこともあるかもしれませんが、セファメジンの価格が下がればパンスボリンとの価格比較というものは格差が広がっていき、こういうことになる場合もあるわけでありまして、市場価格に従って私どもはこの価格を現在において算定をした、こういう結果今申しましたような姿になっておるのだらう、こういうふうに考えておる次第でございいます。

○網岡委員 市場価格はだれがつくっているかと言つたら、これは厚生省です。薬価を決めていくわけでしょう、薬価を決めて、そしてその値段をやっていくわけですから、市場価格は実際は厚生省じゃないですか。これはきょうはやりませんけれども、薬の値段だけは大体メーカー、卸、小売となつてだんだん上がっていくのです。薬だけはメーカーの段階から下へ行くほど下がるのです。この仕組みというのはどこもとが言えませんが、薬事審議会、そして厚生省じゃないですか。そこがやっています。だから、厚生省がさっき言った三つの目盛りで修正をするということとで腹をくくつたら、幾らでもこれは市場価格というのはその中で決まっています。極端に言えれば局長の手の中にあるのですよ、これは。やれる

のですよ、それは。それをやらないだけの話じゃないですか。そして、収載が決まってから既に十年近くたっているのです。そして、用量は前の薬と同様の一グラムと二グラムになつておるじゃないですか。そうだったら、薬価を下げるということであるならば、千八百円という手本の薬に合つて同額ということがひどければ、二百円くらいの差をつけて二千元にするとかいうところか、せつかくつた基準を生かすという方法じゃないでしょうか。これじゃ薬価を、総体的には低くなっていますけれども、実際は高くすることと操っているというのをごいいます。どうですか。

○吉村政府委員 薬価基準の価格はこれは厚生大臣が決めるわけでありまして、私も下僚としてその作業をする、これは私どもの仕事でございます。しかし、市場価格が私が決めるということはないわけでありまして、市場価格というのは、医療機関とメーカーあるいは卸の間の実際の取引価格が市場価格でございいます。その市場価格というものを調べて、八〇%なり九〇%のバルクライムを引いて薬価基準の価格を決める、こういうこととなつておるわけで、市場価格というものを参考にしたが私どもが決めるといふことでございいます。で、市場価格そのものは私どもが決められる代物ではない。そして、どういう形で市場価格が決まるかという、それは医療機関とメーカーとの間のいろいろな取引条件によつて決まってくる。したがって、一つのセファメジンという商品をとりましたが、A医療機関とB医療機関あるいはC医療機関とは取引価格が違つてございまして、その取引価格、すなわち市場価格というものは私が決めるわけではございませんで、その市場価格を見ながら薬価基準を算定していくというのが私どもの仕事でございます。

○網岡委員 次のこともあります。質問を進めていきたいと思ひますが、今の点でございしますが、私は局長の答弁、納得できません。市場

価格を決めていくという事は、これは私は実態論から言っているのだから、決めていくのは薬価を決めることになるという事でございすけれども、しかし先ほど言いましたように、薬に關する価格の仕組みというのは、薬価を決めていくことによって市場価格が移動してくるのでしょ。それについて回っていくのですよ。だから薬価を高い位置に決めれば、市場価格はそれに比例していくわけですから、高い市場価格になっていくということになるのじゃないですか。だから、本当に薬の市場価格というものを下げていくという努力をなさざるならば、薬価を実勢価格に思い切って合わせていく、こういうことをやらなければいけないじゃないですかということを私は申し上げているわけでありす。

次の質問に移りますけれども、新薬の問題は今言ったような問題点がございすから、局長もさつき言われたような三つの物差しで軌道修正を図っていくという事を言われたわけでございますから、私はその発言を信頼をいたしまして、薬価の改定についてはぜひひとつそういう点を判断しながらやってもらいたいということを強く要望いたしまして、次の質問に移りたいと思ひます。

あと、時間がだんだんたつておりますのであれですが、もう一つの表にゾロ品目の一覧表が書いてございす。これはゾロの会社が大体四十社以上の上のところに焦点を当てまして表をつくつたものでございすけれども、これを見ますと、先ほど局長から御答弁いただいたように薬が一万四千品目もある、こういうことからいってゾロ品目というものが大変よく出ているということがはつきりわかるわけでございますが、問題は、少し薬の自身の点について申し上げますと、一番上にニビデカレンという薬がございす、これは一体日本以外に使用されている国はあるでございすやうか。それからもう一つは、リン酸ビロドキサールという薬は外国で使用されているでございすやうか。

○正木政府委員 お尋ねのニビデカレン錠でございす、これは強心剤としまして昭和四十八

年に承認されたものでございす、台湾、韓国、ドミニカで承認されておるといふふうに承知をいたしております。

それから、もう一つのリン酸ビロドキサールでございす、これはビタミンB₁₂剤として承認されたものでございす、私も承知して承知しております。ただ、このリン酸ビロドキサール剤と同じビタミンB₁₂剤であるビロドキシンのいうのがアメリカ、イギリスにおいても承認されておるといふふうに承知をいたしております。

○綱岡委員 今お聞きをいたしますと、アジア諸国を中心とした国で使われているわけでございますが、新薬取載の際の基準になるようなアメリカやイギリスというところで使われていないということが今の御答弁でわかつたと思ひのでございす、問題は、このリン酸ビロドキサールなどは、再評価をなさつたときの評価を見ておると、用量と薬効との間にきちつとした関係がない、だからこれはむやみやたらに使用してはいかぬ、こういうことが出てくるようでございす。

それから、この中にもありますグルタチオンもやはり主なところは日本しか売られていないわけでございますが、これなどは大分長く再評価をされておられるようでございす、いまだにこの薬に対する結果というものは出ていないわけでございます。これはどうしてこんなに長くかかつているのか、まずその理由を述べていただきたいと思ひます。

○正木政府委員 まずグルタチオンでございす、先生おっしゃいますように再評価にかかつておるわけでございます。先生御案内のように昭和四十二年に承認審査の基本方針が定められたわけでございます、それ以前の薬につきましては再評価をしようということ、審議会の意見を聞きまして指定をいたしまして、再評価の作業にかかつておるわけでございます。それも着々再評価が進行しております、現在八六、七%までいっておると思ひますが、グルタチオンにつきまして

は確かに相当長期にかかつております。

と申しますのは、いろいろな理由があるわけでございます、このグルタチオンは肝疾患に適用を持つ解毒剤でございす。したがって、肝疾患というところで薬効分ごとに薬事審議会調査会が分かれておりまして、実は九つの調査会でいろいろな角度から調査をしているというのが一つございす。それから、これも先生御案内のように、肝疾患の薬というのにつきましては薬効の評価というのとはなかなか難しい面があるということで、調査会での審議の過程におきまして、これはもう一つダブルブラインドテストを実施すべきじゃないかということでもかなり時間がかかつておりますが、審議の方も大分進捗をしております、私どもも見通しとしましてはことしじゅうには結果の公表が得られるのではないかといふふうに承知をしております。

○綱岡委員 ことしじゅうということはかなりスローモーでございす、早くやつていただきたないといふふうに思ひます。結果を見なければ言えないことではございすけれども、今私が挙げました薬というのは、いずれも薬効評価というの一般的な薬から見ますとかなり削られたり認められなかったようなものが多い薬ばかりでございす。だからアメリカやイギリスというところでは使用されていないというこの大きな原因だと思ひのでございす、これが不思議に日本では非常によく売られてゐる。日本というところは薬王国なんぞでございすやうか、非常に不思議な感じがいたします。

これは先ほど局長が一万四千品目からあるから、これだけであると薬価の評価も大変だ、時間がかかつてしょうがないということをおっしゃっているわけでございますが、こんなにゾロをたくさんつくつていって、そして薬価に対する市場調査をやるにしてもこれは非常な努力と時間を必要とするわけでございますけれども、一体どうでしょう。ここらあたりで、ふえる薬に対しては、いい薬は残し、評価して、外国にも通用しないような

薬はこの際もう落とすという、思い切つた行政改革をやらないと大変なことになるよという気がいたすわけでございますが、局長、この点どうでしょう。

○正木政府委員 薬につきましては承認審査、最初の製造承認の段階におきまして、薬事審議会でも有効性、安全性というものをチェックいたしまして認めるわけでございます。その後におきまして、状況を見まして再審査という制度もありまして、また再評価という制度もございす。その時点におきまして医学的、薬学的最高水準によりましてもう一度チェックをして、これが有用性が低いということになりますれば変えていくということでございます。

先ほど来お話しをいたしました個別具体的な薬につきまして一つだけ申させていだきますと、例え申しますと塩化リゾチームという薬は消炎薬剤の一種でございす。これも先生お詳しいわけでございますが、消炎薬剤といううな薬はその作用機序と個体に対する効果との関係というのがあるというところで、これは非常に効く人もあるけれども効かない場合もある。再評価の際には、もちろん効く場合もあるけれども、ただ漫然と使つておつて、効かないのいつまでもということがあつてはいかぬぞということ、再評価の結果その辺を注意するということ、その時点時点におきまして一番いい薬を、そして、むだのない効率的な使われ方をしようというのが現在の仕組みで、そういう面でも審議会の意見を聞きながら努めておるといふわけでございます。

○綱岡委員 今御説明があつたような薬は、もう一度どこかの時点で判断をされて、そして薬価取載の中にこれは入れるか入れないかということについて、先ほど申しましたような整理をして、一万四千からの薬があるわけですから、どこかに当てはまるはずで、よく効く薬があるわけですから、それで整理をしていくということをやらないとこれは大変なことになるといふ気がいたしま

す。くだいようですからこの問題はこれで質問を
終わっておきますが、一つだけ申し上げます。

この間、ゾロ品目に対する取載が行われました
ね。ついこの間、まだ十五日くらいしかたつてお
りません。具体的な品目を言いますとちよつと差
しざわりが出ますから私は言いませんけれども、

もう既に、この間、発表になった薬価から、今契
約を結ばれたつある金額は大体下は二〇%から四
〇%ぐらいのラインで動いていますよ。薬価が決
まってきた十五日もたつておらぬのに、実勢価格

はそういうふうな形で動いているという実態をど
う踏まえておられますか。だから局長、これはそ
ういう実態を一遍よく調査をしていただきたい。

そして、薬価の改定は、こういうことを踏まえる
と、一体次にいつやるか、年一回ということでは
からね。そして、その薬価の幅についても、もう

この際一〇%台ということじゃないに、物によつ
てはすばり切っていくというぐらゐのことをやら
ないといけないと思うわけでございますが、その
点についてはどうでしょうか。

○吉村政府委員 御指摘のように、六月二日にゾ
ロ品目、約千二百品目程度を載けたわけであり
ますが、まだ一月もたないうちに、今先生御指

摘のような二〇%ないし四〇%の値引きが出る
、こういうような状態であることも――まだ載つ
たばかりでございますので、その点については私

ども薬価調査もやっております。しかし、今先
生御指摘のようなことは、従来の例からいいまし
ても十分想像のできることでございまして、こ

れは薬価調査とは離れて、何か薬価基準に載つ
て、その後、非常にひどい事例だと私は思います
が、そういう事例があった場合には、薬価基準の

取載を削除するとか、何かそういうような特別の
措置を講じない限りそういう事態はなかなか改ま
らない。

先ほど申されましたが、一つの薬を八十二社も
みんなが競合してつくっておる、そういう事態そ
のものがやはりおかしいのではないか。そういう

事態にメスを入れ、また薬価基準の一四万四千品目

についても、やはりそれぞれ評価をしていく面が
あると思っております。いずれにいたしまして
も、価格の問題については私ども今後厳正に、的
確に対処するようにいたしたいと思ひます。

○綱岡委員 ぜひやってください。

次に、今度は医療問題の中でも一つのあるが
あるのでございしますが、一つは、薬に重点が置か
れているために診療報酬が実態に合わない安い評

価になっている。私は、これも日本の医療体制の
大きな問題の一つだと思ひるのでございます。

具体的なことを申し上げますが、例えば入院料
は三千百円です。これは非常に安いですね。例え
ば国民宿舎の宿泊料、四千八百円です。これと比

較をいたしますと、三食で看護婦さんがついて、
そして三千百円というのはちよつと安過ぎはしな
いかということを感じます。

それから二つ目は往診料、これは昼間二千円、
夜間四千円、JAFのロードサービスは昼間三千
円、夜間四千円、こういうことでございまして、

これら比較をいたしましてもこれは問題になら
ぬ、非常に安い診療報酬じゃないかと思ひます。
それから次に、全身マッサージですが、これは

三百円ということになっております。普通のマッ
サージでいきますとこれは安いと思うのですが、
普通は二千五百円から三千五百円というもので

ございますから、全身マッサージで三百円というの
は、医療とはいえないかにも安いのではないかと
思ひます。どうでしょうか。

それから、初診料が千三百五十円、今は映画を
見れば二千円です。ということですからこれまた
安いじゃないか。

それから、胃の洗浄は三十分間かかるそうで
ございますが、それで千五百円、こういうことで
ございます。車の洗車はわずか三分で二千五百円、

こういうことでございまして、その実態からい
って、これは局長、大変安過ぎはしないかという
気がするわけでございます。

も、例えば傷をして、傷を手当てをしたと仮定を
いたしますと、お医者さんの話を聞きますと、傷
口の手当てをして包帯を巻くと処置料百二十円、

診療料三百八十円、縫合料五百円。そして二つ目
のケースは、手当てをして塗り薬を渡すと、これ

は処置料百二十円、診療料三百八十円、そして若
干の調剤料が加わって五百七十円。それから傷口
を見るだけで、不思議な話ですが六百五十円

もらえる。これは内科加算ということ、加算が
ついてそういうことになるようでございます。そ

れから、薬を渡すと今度は内科加算された上に調
剤料が加わって七百二十円ということになって、

薬が伴った方がやはり高い、こういうことになり
まして、実際の診療報酬というものが、先ほど例
を挙げたように非常に安いというところは問題では

ないかというふうに思ひます。

六月十五日に、厚生省が、技術診療についてこ
れは見直す、予防とか指導料について技術料を加

味する、こういうことを考えられているようでご
ざいしますが、齒科医の方のことも言わないとちよ
つと片手落ちになるというかもしれませんので言

ますが、金銀パラジウム合金の場合は、これはや
はり物に傾いてるというところでございしますが、
大臣の御専門ですけれども、技術料がだんだん

だんだん五面に包んでいくほど安くなるというこ
となどから見まして、大きな問題があるのではない
かと私は思ひます。この点について

どういう処置を今後されようとしているのかとい
う点について、御答弁をいただきます。

○吉村政府委員 確かに先生御指摘になりました
ような点、個々の技術料をとりますと非常に安
い、こういうことに相なつて、これが現在の診療

報酬についての一つの批判される点でございま
す。

申されましたように、個々の初診料あるいは往診
料あるいは歯科の技術の点数、それから入院料等
比べますと、確かに日本の場合が低い。そこで、そ

の間にどういうつながりがあるかと聞きますと、
個々の点数と全体の医師の収入、あるいは医療
機関の収入の高さ、個々の診療行為の評価の低さ

との間にどういうつながりがあるのかということ
を考えますと、それはやはり非常に量をたくさん
こなすということが一つ、先ほどから御指摘に

なっております薬づけ医療みたいなところで、技
術料の不足というものをカバーをして、この

二つではないか、私どもはそう思ひます。ござい
まして、少なくとも今後、現在の点数表を直して
いく場合には、薬を使えば総体の収入が上がる、

そして余り親切的な診療をしなくても、患者の数さ
えこなせば収入が上がる、こういうようなことは
少なくとも是正をしていくべきだ、こういうこと

で、そういう観点から技術料の重視を志向した診
療報酬の改正というものを考えていきたい、私ど
もはそう思ひます。現在の中医協におき

ましてはもうそういうことを頭に描きながら審議が
行われておる状況でございします。私どももそうい
う方向でひつと努力をしてみたい、こう思ひてお

ります。

○綱岡委員 時間があともう一時間ぐらゐしか
ないところへ来ましたので、私どもは質問を要
点だけ申し上げていくようにいたしますので、核

心に触れた御答弁をいただきます。思ひます。

次に、健保法改正問題のもう一つの大きな柱で
あります退職者医療制度の問題につきまして、御
質問を申し上げたいというふうに思ひます。

退職者医療制度というのは、これは御案内のよ
うに被用者保険のところから拠出をしていただい
て、そして退職者医療制度というものをにつく

ていくわけでございしますから、いわば人の懐を当
てにしていくわけでございしますね。だとするなら
ば、やはり関係のそれぞれの保険者団体に、十分
な相談と審議の時間を与えた中でやっていかなく

○綱網委員 仮定でございますが、もし被用者保険の中で赤字要因を生むような事態が将来出てくる、こういうことになった場合には、厚生省としては、その社会保険の論理からいって国庫負担の考えを持つお考えがあるかどうか、その点をお尋ねします。

○吉村政府委員 将来のことでございますので今確答はできませんが、私どもの考えでは、先ほど申し上げましたように、被用者保険総体として

の負担力というものがそれほど弱体化するということ予測は持ち得ませんので、そういうことはないと
いうように思っております。しかし、そのときに
おいてやはり判断をしなければならぬ問題では
ないか、こういうように思います。

○綱岡委員 結論的なことを申し上げて次に移り
たいと思うのですが、私は、老人保健法
にとられたような退職医療制度という一つの社会
保険の制度を新しく創設をする、こういう姿勢で
いきますならば、やはりそこに国の一定の責任を
持った姿勢というものが示されるべきでございま
して、それは国庫がそこに一定の率の補助をされ
るということ、そこに社会保険としての国の責
任を持つていく姿勢が明確に財政的にも示され
ることになるわけでございまして、そういう方法
でぜひひとつ今後考えてもらいたいということ
を我々は考えておりますし、こういう方向で健康保
険というものが対応されるように、私どもは慎重
な審議をこれから続けるようにしていきたいと
いうふうに思っております。次の質問に移ってまいり
たいというふうに思います。

時間も大分たっておりますので、次に、私が三
月一日に質問をいたしましたところ厚生省から正
式に文書が送られました問題について、一点だけ
御質問をさせていただきます。厚生省の明確な
御答弁をいただきたいと思っております。

質問の内容は、薬剤師法第十九条の薬剤師の調
剤権にかかわる規定中、「医師若しくは歯科医師
が次に掲げる場合において自己の処方せんにより
自ら調剤するとき、」云々とあるが、この「自ら」
はあくまで医師、歯科医師自身であって、監督権
は含まれないと考えるが、どのように解釈したら
よいのか。こういう質問に対して厚生省から答弁
がありましたことは、十九条ただし書きの「調
剤」は、原則として医師自身がやることであるけ
れども、調剤の中身には種々の過程が含まれてお
り、医師等が個別具体的な指示を与え、調剤行為
の本質的でない部分を代行させるような場合に

は、同条の規定の趣旨に反しないものと考え、
こういう御答弁があったわけでございしますが、こ
れに関連しまして、若干時間をいただいて質問い
たします。

まず最初にお尋ねをいたしたい点は、昭和四十
七年の参議院予算委員会において、斎藤昇厚生大
臣がこの同じ質問に対して、医師みずからが調剤
するということであって、医師には監督権がない
と明確に答えているわけでございしますが、その答
弁の精神は今日も変わっていないのでございま
す。

○正木政府委員 先生からの質問主意書、医薬分
業推進に関する質問に対する答弁書の内容は、先
生の先ほど申されたとおりの政府の答弁をいたし
ております。

それから、四十七年の四月十日に参議院の予算
委員会、斎藤昇大臣が同じ問題に御答弁をされ
まして、「医師みずから」ということは、やはりみ
ずからであって、監督権はございません。」と答
弁をされております。

先生の質問主意書に対する答弁と斎藤昇大臣の
御答弁と変わりはなく、端的に申し上げま
すが、結論的に申しますと、端的に申し上げま
して変わりはなく、端的に申します。

○綱岡委員 では、まずその点だけ確認をしてお
きます。

次に、この回答によりまして、「医師等が個別
具体的な指示を与え、調剤行為の本質的でない部
分を代行させるような場合には、同条の規定の趣
旨に反しない」、この項のくだりのところでござ
いしますが、問題は、調剤の本質行為というものと
調剤の非本質行為というものは一体何と何かとい
うことを具体的に明らかにしてください。

○正木政府委員 この薬剤師法の十九条、それか
ら医師法の二十二条、これが裏腹の規定で医薬分
業の基本原則を定めておるわけでございしますが、
こういう規定を設けられた趣旨は、やはり医師は
診断、治療の専門家である、薬剤師は調剤の専門
家であるということが基本にあるわけでございま

す。

ところで、医師みずからが調剤する、こう書い
てございしますのは、調剤という専門性というもの
に着目しておる規定でございします。その調剤に
つきましては、先生御案内のように、処方せんを受
け付け、監査をしてから、患者に交付して、服薬
指導をする、非常に幅広いその中で、薬剤師の専
門性というものが強調される本質的部分は何かと
いうことでございしますが、処方せんの監査、それ
から疑問点を照会する、それからそれに対する回
答の処置をする、それから薬剤を確認する、秤量
をする、混合する、分割をする、あるいは薬袋、
薬札のチェックをする、それから薬剤の監査をす
る、服薬指導をする、こういう行為は調剤の本質
的部分だと思っております。それに、調剤というた
いから、それ以外に、薬袋に名前を書くとか
補助的な業務というものの、非本質的部分とし
てあるのかというふうに思うわけでございします。

○綱岡委員 薬袋の記入というものは調剤の非本
質的行為だと一つだけ挙げられておりますが、ま
だほかにもありませんか。薬袋に書くことだけで
す。

○正木政府委員 非本質的部分、例えば申しま
すが、今申しました薬袋、薬札の記入をするとか、そ
れから、最近では自動分包装機等で行われるというの
が多いわけでございしますが、それについて薬剤師
あるいは医師の指示のもとに機械操作をする、あ
るいは予製剤にかかる機械操作をするといったよ
うなもの、例示として挙げれば非本質的部分に
当たるのではないかとこのように思います。

○綱岡委員 そこで、むしろこれは、まず非本質
的部分を質問した方がはつきりすると思いま
すからさせていただきますけれども、これは医師だ
けじゃない、調剤と言う以上は薬剤師も同じな
のでございします。そういう点で、むしろ薬剤師が
調剤をしていく場合にどうなるかということが話
の一番もとになるところでございしますから、そ
ういうことでこれから議論をしていただきたいと思います。

まず、薬袋の記入というものは非本質的行為で
あるという御見解でございしますが、これは私は、
厚生省のたまたまの見解は明確に間違いない。薬袋
の書記は服薬指導の一部でございします。服薬指
導ですよ。一番最後に、食前、食後、しかもこの
薬はこうかくかくというのを口頭で言う、
あるいは文書で示すということは何人も侵すこと
のできない調剤行為でございまして、重要な部分
である服薬指導の一部なんです。これを非本質的
部分だというふうに厚生省が考えられておるとす
るならば、これは重大な間違いですよ。

○正木政府委員 先生おっしゃいますように、調
剤につきましては原則として薬剤師がやるわけ
でございしますが、薬剤師が調剤する場合も、薬剤師
自身が絶対やらなければならない本質的部分と補
助者にやらせるもの、それから医師がみずから調
剤をするとき、医師自身がやらなければならない場
合と補助者にやらせる場合、それは全く同一で
ございします。私どもの考え方としては、医師で
あれ薬剤師であれ、先生の言われました服薬指導
といったようなもの、その本質的部分は薬剤師な
り医師がきちっとやっていただかなければいか
ぬ、それを包括的に薬袋の記入などをさせるとい
うことはあってはならないというふうに思いま
す。本質的な服薬指導を行い、そして薬袋につ
いてはこうこうといった点を書きなさいという
個別具体的な指示に基づきまして実際にそれを記
入するということ、薬剤師さんあるいはお医者
さん自身がみずからペンを取ってやらなければな
らないということまで言うべきものかどうか、
それは私どもは本質的部分には入らないと解して
おるわけでございします。

○綱岡委員 この後ろにも、病院のところでは実務
をとられている方がお見えになるようでございま
す。私は一つの統計を持っておりますが、調剤ミ
スというものの一番多い部分は実は薬袋の誤記で
すよ。単純なことではございますが、これが一番問
違っているのです。これは調剤学の権威者である
一流の調剤の名を持ってお見えになる大学の教授

ならみんな言っていることです。これが一番間違っているのです。間違つたらこれは大変なことになるのです。したがって、服薬指導の重要な部分なんではないですか。これがいわゆる非本質的な部分だといふ見解は厚生省として直してもらわなければいけないですよ。

それから、医師には看護婦という補助行為を行う人がちゃんと法律に定められてあります。しかし、薬剤師の場合にはそういう補助行為をさせるような人は法律では全然定められておらないのです。でありますから、薬剤師の規定というものは初めから補助というものを想定してないのでございます。したがって、処方せん監査から服薬指導に至るまで全部これは薬剤師がやらなければいけません。ということが、薬剤師法十九条の規定なんでございます。

私は、これでもう一カ月ぐらいたっておりませんが、専門家のところを十軒、十人ぐらい回りました。これは調剤の有名な方々です。その人たちの言によりますと、調剤行為というものは、薬ですから異物を人に与えるものである、したがってこれは念には念を入れたチェックが必要だ、したがって一つの行為、一つの動作をするときには必ず一つ前の動作をチェックしていかなければいけません、それぐらいの二重、三重のチェックをしていて、初めてその調剤というものがだれにも安心して飲んでもらえる薬になるのだ。ところが、例えば分包機のボタンを押すということ、この作業は単純なんですよ。単純ではございますが、そのボタンを押すことによって、真ん中に無資格の人が入ったことによつて、このボタンを押す前の行為とボタンを押してから後の行為をチェックしていくところと空間があいてしまふわけですよ。そうすると、一つの間違いがそこに出てくる危険性というものが出てくる。これはオートメ化になればなるほどその危険性というものが生まれてくるのです。これからは調剤室でボタンを押したらベッドの上から薬がおりてくるというぐらいになつてくるのです。したがって、ボタンを一つ押し

損ないをやれば結局これは命にかかわるような事態にもなりかねないという時代に入つておりますときに、私は非本質の部分というものはそう簡単に言えるものではないというふうに思ふわけですよ。その点どうですか。

○正本政府委員 私の言葉足らずの点もあつたわけでございますが、先生今御指摘のように、これは薬剤師という専門家に期待されておる調剤というものについて薬剤師でない者が関与するということ、もし間違いがあつたらどうなんだということ、そういう間違いがあるようなところを、いかに個別的な指示があつても薬剤師でない者あるいは医師でない者が関与するということは、これは認められないと思ひます。

そこで、私が言葉足らずと申しましたのは、薬袋の記載ということを示して挙げたわけでございますが、薬袋に記載すること自体、これは薬剤師さん本人あるいはお医者さん本人がやらなくともいいだらう。ただ、先生がおっしゃいますように、本間に間違いなく書かれてあるかどうかというこのチェックというものは、やはり薬剤師さんなりお医者さんがやつてもらわなければならぬ、それがやはり調剤の本質にかかわるものだと思います。いわば個別的な指示に基づいてチェックとかそういう専門性を生かすというものがあつて、そして単純な補助的な業務をやるというところまで御自身でやらなければならぬと法は要請しているだらうか、そうは私もとしては考えていないということでございます。

○網岡委員 薬務局長、あなたが一遍やつてみたらいいますよ。こうやつてボタンを押さないといふとあなたが指示するより、自分が押した方が早いんですよ。それから、薬袋に字を書くのに、こういうふうに書きなさいといふ指示をするより、あなたが書いた方が早いんじゃないですか。押すことによつてチェックがそこで真空状態になつたとしたら、後に起きる問題は重大なんですよ。そのことを考えてください。これは全部そういう連続行為が行われなければ事前チェックと

いうものが打てない。これはもう日本の調剤にかかわる権威者が全部異口同音に言っていることですよ。この辺は厚生省も考えてもらいたいというふうに思ひます。

もう一つ問題を出しますが、本質行為の部分に入りますが、今、高カロリー治療ということ、輸液、それから混合注射が物すごくこれからは病院で使われていくことになるわけでありまして、そういう今の時代です。そういう中で、混合注射に対する配合はこれはまさに調剤の本質部分ですよ。それが現状どうなつていますか。これは薬剤師がやらなければいけませんことなんですよ。

○正本政府委員 先生の先ほどおっしゃいました、ボタンは補助者にやらせるよりも御自分でやられる方が早いということ、ですから、そういう薬剤師なり医師が私どもが申します非本質的部分を含めて全部一貫してやつていただく、もちろんそれにこしたことはないと思ひますが、個別具体的な指示のもとに補助的な業務をやらせるということまで法は否定してないんじゃないかということを申しておるわけでございます。そういうことで、この規定の趣旨というものは、調剤の重要性というもののなかんがみでやはり専門家がやらなければならぬ、そういう本質を没却するようなことがあつてはならぬということ、私も重々考えておるわけでございます。

それから、いわゆる混注の問題でございますが、これは入院患者等に投与する目的を持ちまして、院内薬局から病棟の医師等に交付される、そして病棟で二種の液体を混合しまして患者に投与する、これが調剤に当たるのではないかと先生のお尋ねだと思ひます。これは法律的な解釈といたしましては、その薬剤は調剤済みの薬剤でございますから、注射剤でありまして他の薬剤と同様にこれはもう既に調剤行為は終わつておる、したがつて調剤済みの二つ以上の薬剤を混合して用いるかどうかということは、用法の問題でありまして調剤行為には当たらないというふうに解

釈できると思ひます。

ただ、そういった薬であるわけでございますから、これは聞けばアメリカでは、クリニカルファーマシーということで、病棟におきましてお医者さんとか看護婦さんとか薬剤師というものがチームをつくつていろいろやるということで、将来の問題として、そういう面について薬剤師さんの知識、技能というものを生かしていくということが望ましい方向であるということはそのうちわけてございまして、ぎりぎりこれが調剤行為に当たるのかどうかということになりますれば、調剤行為には当たらないのではないかとこのように思ひます。

○網岡委員 今の御答弁、これは議事録に書いてありますけれども、大変なことですよ。

読み上げますと「調剤とは、一定の処方に従つて二種以上の薬品を配合し、または一種の薬品を使用し、特定人の特定の疾病に対する薬剤を調剤する行為を言う」、こういうことなんですよ。特定のしかも二種以上の薬をやるというだけの要件も、これはあなたが言つた状況はこの状況に來ていふわけですよ。びつたり合つていふわけですよ。そうだとするならばこれは明らかに調剤の本質部分ですよ。どうですか。

○正本政府委員 繰り返すようでございますが、この混注というのは、既に処方せんによりまして調剤済みの二以上の薬が患者に提供される、投与される、その投与するときに、用法の問題として混合するということ、これは一般の錠剤につきまして、先生の方が詳しいのであれでございますが、Aの薬とBの錠剤、これを実際に投与する場合に、両方一緒に出されるというのと法律的な意味合いにおいては違ひがないんじゃないかというふうに私も考えるわけでございます。

○網岡委員 時間がたつてきますからあれですが、これで最後にしますけれども、二種以上の液剤を調剤するのは、混合するのは、どこでやつているのかというと看護婦の詰所ですよ。そして、だれがやつているのかといふたら看護婦ですよ。混

合する行為はこれは明らかに調剤です、混合するのですから。注射を打つ行為はこれは看護婦の仕事であるかもしれない。しかし、その前に混合する行為は看護婦がやっているわけですよ。これは明らかに調剤行為であることは間違いない。この病院に行っても例外なしにそうやっているのです。日本国じゅうそうやっているわけですよ。これは断じて調剤の本質行為であることは間違いないと思いますよ。

それから局長、混合注射で事故が六例あるのです。そのうち二例、側管輸液によって死亡事故らしきことが起きているということを御存じですか。

○新田政府委員 お答えします。

今、先生御案内の注射による事故でございます。側管注射による事故というのは、今定かに記録を持っておりませんが、当然そういう事故は起こり得る、こういうふうな考えております。

○網岡委員 起こり得るといふ仮定じゃなくて、もう既に起こっているのですよ。ナウゼリンという注射薬がありますが、ナウゼリンで側管によってやっただけに沈殿するわけですよ。配合変化が起きているわけですよ。その沈殿物がすぐ血液の中に入って、血液が詰まって亡くなった方が二例あるわけですよ。だから、ここに私は持っておりますが、ナウゼリンの薬の注射に対しては注意事項が書いてあります、こういう事故がこれから頻繁に起きるわけですよ。それをチェックが打てるというの、やはり薬剤師でなければできないわけなんです。薬剤師でもこれは一〇〇%やれるかやれぬかわからぬですが、しかし今の状況よりもよくなることは間違いない。しかも本質の調剤行為であるということから見ますならば、混合注射の扱いというものは、これは厚生省が今後その運営については十分にしかも厳格に処理をしてもらいたい、対策を講じてもらいたいということを要望しますけれども、御答弁いただきたいと思えます。

○正木政府委員 先生おっしゃいますように、そういうことによつて事故があつてはこれは大変なことでございます。先生の御指摘以外にも、例えば混合時の細菌汚染を避けるといったようなこと、これは医療従事者にとつて当然の責務でございます。そういった事故をなくすというためには、その投与の仕方についての医師の指示も大事だと思ひます。

将来の課題としては、医療の現場において、それぞれの専門性を生かしたような適切な運営がされるような形態を目指していかなければならないというふうな思つております。

○網岡委員 薬務局長から御答弁がありましたように、臨床調剤ということを各病院における一つの方向として、国が国立病院の段階で前向きに検討をされていくように、今の状況でございますと、薬剤師は配置が非常に少ないのです。だから、まず国立病院において臨床調剤の薬剤師が配置できるように体制を、早急に大臣の手でルートを敷いていただくようにやつていただきたいと思ひますが、大臣の所信を承りたいのです。

○渡部国務大臣 専門家の立場で、網岡先生から大変貴重な御意見をちょうだいいたしました。私もこれは非常に大事なことだという認識を今持つております。まさしく薬は人の命を左右する問題でありますから、これは専門家の薬剤師の方ができるだけやつていただくようにするのが望ましいのは当然でございます。そういう方向に向かって指導をしてまいりたいと思ひます。

○網岡委員 それでは次に、最近問題になつています群馬県上毛病院での医療事故に関する点について、質問をしてまいりたいと思ひます。

上毛病院は、一部新聞によりますと、臨床検査技師である事務長が、上毛病院の院長であります中沢院長の指示により、長年にわたつてレントゲン撮影をやつていた。これについては、群馬県衛生部の立入調査の際にも、事務長及び中沢病院院長はやつていた事実を認めているというふうな

聞をとらえておりますが、まずこの点が認められているかどうかということをお尋ねをいたしました。

なお、私も聞いております証言者の言によりますと、五十八年度は毎月平均五十人程度、一年間に六百人を撮影した。また、男性患者については機械的に三カ月に一度の撮影をしていたといふことが新聞にも報道されておりますし、私どもも証言を賜つておるわけでございますが、この点について厚生省はどう把握されているのか。

また、昭和五十年ごろ、検査技師見習いという女子職員が採血、脳波検査、心電図測定、エックス線撮影などをやつていたとの証言がありまして、これらの実態はいずれも保助看護法、診療放射線技師及び診療エックス線技師法に抵触する内容であると思ひます。この点についてどのような調査をやつておみえになるか、結果がわかつておつたら御答弁をいただきたいというふうに思ひます。

○吉崎政府委員 まず、前段のレントゲン撮影についてでございますけれども、お話しにございまして、群馬県の上毛病院の立入調査の際に、院長が、事情聴取におきまして、事務長がレントゲン撮影を行つていたという発言をいたしております。しかしながら、無資格者である事務長がレントゲン撮影を行つたという事実が実は認められませんでした。

なお、詳細につきましては、群馬県を通じて調査を行つて実態の把握をいたしまして、厳正に対処してまいりたいと思ひます。

後段のお話しでございますけれども、今申し上げましたように、現在の時点では無資格診療に関しまして事実の詳細を把握し切れておらないのでございまして、脳波と心電図検査につきましましては臨床検査技師が行つていたという報告を受けております。しかしながら、ただいま申し上げましたように、無資格診療ということは非常に重大な事柄でございますので、なお事実の究明に努めて厳正に対処してまいります所存でございます。

○網岡委員 五十年ごろからこういうことになつておりますから、ある時点では有資格者がいたかもしれませんが、かなり長期にわたつておりますから、局長、これはもう一遍立ち入りをやうわけですね。どうでしょう。

○吉崎政府委員 重大な問題でございますので、実態の究明はぜひとも図らなければなりません。したがって、さらに立入検査を行うことになろうと思ひ存じております。

○網岡委員 それでは立ち入りをされるということでございますから、これらの点についてはもう一度正確に事情聴取をされるなり調べられて、特に撮影なんかは患者が顔を見ていると思ひますので、ぜひひとつ患者に聞き取りをしていただくような、そういう多角的な調査をしていただくことによつて真相の究明を図つていただきたいというふうに要望します。

それから二つ目の問題は、医師と看護職員の必要数が満たされていないということが新聞でも報道されております。私の手元に来ていた資料でも、後で具体的に質問をしてまいりたいと思ひますけれども、医療従事者の不足というものが事実出ています。これについて群馬県なり厚生省は一体どういふチェックを今までなさつてきたか。特に質問をいたしますけれども、五十九年の五月になつて医療法人の認可を受けておみえになりました。これは過去三年ぐらゐにわたつての調査結果の資料を見ると、医師が足りないあるいは薬剤師が足りないという状況になつておるわけでございますが、そういうものは当然群馬県の衛生部も医療監督をやつて知つておみえになるわけでございますから、しかも受付の窓口は、人は違うかもしれませんが同じところだということであれば、条件を満たしていなかったというところはわかつてはるはずでございますので、医療法人の認可をおろす際にそれは欠格条項の一つとして当てはまるのではないかと。つまり、良心的に誠意を持って持続

目的が書いてありますが、これを具体的に私の頭の中で想定していきますと、全部病院の中の業務がそのまま代行されているというふうな思われてならないわけがございます。医療機器はずばり、飲食業は食堂というふうな当てはめていきますと、病院がそっくりそのままだと。こういうことになるといたしますならば、これは上毛病院のダミーであるということが言えると思うのでございますけれども、どうだろうか。

それから、さらにそれを裏づけをいたしますように、医療法人中沢会の役員一覧表と幸栄不動産の役員一覧表、それから上毛センターの役員一覧表というものが手元にございますけれども、まず上毛病院の役員一覧表で見ますと、敬称は略しますが、理事長は中沢精二と言われる方で病院長、理事中沢幸子、同じく理事中沢真弓、理事小野浩一、監事長井定光ということになっております。幸栄不動産の場合は、今度は院長の娘さんである小野恭子という人が代表取締役になっておりまして、取締役は院長である中沢精二、同じく取締役が奥さんであります中沢幸子、中沢健一、監事役は赤田敏子。そして、上毛センターは代表取締役が院長であり理事長である中沢精二、取締役は奥さんであります中沢幸子、取締役中沢健一、中沢真弓、小野恭子というふうになっておりまして、内訳といたしましてか子細に調べてみますと、病院と幸栄不動産と上毛センターの三つの施設に役員として名前を連ねておられますのは、中沢精二、奥さんの中沢幸子さん、この二人です。そして、三つのうちの二つの施設の役員に名前を連ねておられますのは娘婿さんであります小野浩一さん、中沢健一、中沢真弓、小野恭子、これは娘さんだそうでございますが、そういうことでございます。

こういう状況から言いますと、完全に中沢家族のメンバーで三つの施設の重要な役員がたらい回しに回されている、こういうことが言えるわけでございます。こうなりますと、もう完全に、上毛病院の脱税行為を図るための一つのトンネル会社であると客観的には思わざるを得ないところでござい

ざいます。

きょう国税局にも聞いたわけでございますが、もし仮に、私が今言いましたような想定をした状態にそのまますくくはまるとするならば、脱税行為ということも成立をする、こういうふうな言われておるわけでございますが、これらの点につきまして、四十二条の規定にある医療行為以外のことが病院で行われているわけでございますから、この部分はきょうの説明によりまして入れないという説明がございましたが、実態から言って四十二条違反の行為がそこに行われていることはほぼ明確でございますので、この点についてもきちっと立入調査をやつていただいて明らかにしていただきたいと思つてございしますが、その点はどうでございましょうか。

○吉崎政府委員 四十二条の關係でございすけれども、私も現在報告を受けております範囲では、当該医療法人は、株式会社幸栄不動産が病棟と看護婦寮を所有しております、これを借りている、こういうことでございす。

それから、上毛センターの方との關係は今のところまだつまびらかにできておりません。これが医療法人の運営上適正を欠くかどうか、現在県におきまして調査中でございす。先生もちょっとお触れになりましたけれども、法人が別でございすのでなかなか難しい面がございすが、できる限り実態を明らかにするように努力をいたす所存でございす。

○岡岡委員 この上毛や幸栄の場合は看板が出ていなければ事業の実体がない、端的に言いますと外見上そういうことになると思うのです。それから看板を上げておれば四十二条に抵触する、こういう關係になると思うのでございまして、その辺を踏まえながら県において調査をしていただくようにぜひその方向でやっていただきたいと思います。

それから次に、時間がもうあと三分くらいしかございせんので質問をそれまでにまとめていきたいと思ひます。

きのう厚生省から調査の結果が出ました。私、これを見ておりまして感じましたことは、病院で事故があつて傷を受けた人が全部で四十二件あります。昭和五十六年から五十九年三月十日まで、その四年間のうちで、四十二件のうち転倒でない、転んだ事故でない人はわずか九件です。あと三十三件は全部転倒です。転んでおるのです。転んで傷をした、こういう事故が起きているわけでございます。ここで私が感じますことは、転んだ事故が多いことから見まして、この病院に構造上何か欠陥があるんじゃないだろうか、病院としてはふざけられない。私は現場を見ておりませんからわかりませんが、恐らく足踏し足踏しをやってきたのでしようから、したがって構造上医療施設にふさわしくない状況になっているという点が一つあるのではないかと思つてございす。が、立入調査の段階でこれははっきり見えていた

それから二つ目は、医療従事者の不足が調査の結果出ていたわけでございますが、とにかく四十二件中三十三件も転んで事故を起こしていることが多いというところは、看護士または看護婦を初めといたしまして医療従事者が非常に少ない、極端に少ない。つまり極端に言いますと医療従事者が全然おらず、病院の中にいるのは患者ばかりであつた。そういう状況があるということがこの転倒事故を起こしている大きな原因ではないかというふうな私には思われてならないわけでございます。この辺のところをひとつ医療監視の中で十分見ていただきたい。

それから第三番目には、これは確実に言えることとございすが、この病院の医療に対する姿勢といたしまして、患者に対する思いやりのないというところだけはもう何人も否定することはできないと思つてございすが、立入調査をやられるわけでございますから、これらのことについてひとつ十分見ていただきたいということをお願ひ申し上げます。

それから、これは大臣に質問をいたしますけれども、宇都宮事件、それから田中事件、それから今度の上毛事件、それから中央には上がつておりませんが、この種の事柄というのは医療機関の中で精神病院が一番多いと私は思つてございす。厚生省は年次的に医療監視をやっておみえになるわけでございますから、その医療監視の中で、医療従事者の不足とかあるいは事故とかいうものが多い病院というのはいくつかあるのか、くらの位置にあるのか、恐らくトップじゃないかというふうな私は勘で感ずるわけでございますが、それらの実態はどう把握されているのか御答弁いただきたいわけでございます。

それから、宇都宮にしても田中にしても上毛病院にしても、人は違つておりますけれども、大体事件の内容は同じなものでございす。版で押したように同じになっている。つまりこれは、裏を返すと、日本における精神病院の平均値じゃないだろうか、言つては悪いけれども、大体こんなふうな実態ではないだろうかというふうな思つてならないわけでございます。したがつて、精神病院という医療機関の立場からいまして非常に重要でございすから、この際ひとつ、厚生省といたしましては、角度を変えて抜本的に精神病院について一斉点検、一斉調査をやるような、これは一年できぬかもわかりませんが、二年とかあるいは三年というふうな短期間に全病院を調査するということをこの際やるべきじゃないかというふうには私に思つてございすが、厚生大臣、この点はどうでしょうか。

○渡部国務大臣 精神病院についての先生の御指摘、これは一々ごもつともなご指摘でございます。残念ながら宇都宮病院を契機にして次に田中病院、上毛病院と、私もはこういふことはあつてはならないと思つておつたやうなことが、次々に現実の問題としてさらけ出されております。したがつて、こういうことが二度と起らないやうに、それにはまず実態をできるだけ究明して、真相を把握してその対策を立てることが何よりも大事なことでございすので、先生御指摘のような問題について、これは全国の病院の中にあつて

はならないことであるから、真相解明のための実地調査をする方向に指導してまいりたいと思います。

○網岡委員 とにかく全国的に調査をされる、こういう御答弁でございますから、これはぜひひとつ重点的に調査をされるようにお願いを申し上げたいというふうに思います。

それから、先ほどの答弁の中で、葉袋の書記について答弁が私のものと食い違っております。これは私は自信を持っておりますけれども、御調査をいただいて、後できちっとはっきりしていただきたい。

それから、混合注射の問題についても答弁が私のものとは全く食い違っているわけでございまして、この食い違いのままになれば重大な医療事故を起こすことになるわけでございまして、そのことを踏まえながら厚生省も十分調査をされて、本委員会において調査の内容を明らかにするようにしていただきたいということを要求をして、質問を終わりたいと思います。

最後に、警察の関係の方がおいでになっておりますので、今まで私が上毛病院について事実を述べましたけれども、これから立入調査に入っていくわけでございまして、その中で逐一事実も明らかになってくる部分もあるわけでございましてけれども、その場合に刑法上抵触するような問題があるときには、間髪入れず所定の行動をとっていただくようなことをしていただくことが精神病院の健全化、明朗化というものにつながっていくと思うのでございます。この点についてどういう御判断をお持ちになつておられるか伺いたします。

○竹内説明員 お尋ねの件につきましては警察といたしましては関心を持っております。群馬県警の方でいろいろ情報収集をいたしておりますので、違法行為があれば厳正に対処したいと存じております。

○網岡委員 終わります。

○有馬委員長 大橋敏雄君。

○大橋委員 私は、厚生行政の最大の、最高の責任者である渡部大臣と、できるだけお話をしたい

というふうに思います。

実は、医療保険制度の抜本的改革という問題は、非常に古くてまた新しい問題だと思うのです。と申しますのは、私が国会に初めて参りましたのは今から十七、八年前になりますが、昭和四十二年ですが、そのころから医療保険の抜本改正、抜本改正という耳にたがひてきました。しかし現実はまだ未完成ですね。そういう意味では新しい問題だということでもあります。

先ほど申し上げましたように昭和四十二年末ですね。これも政管健保の保険財政がたしか二十億円の累積赤字になるということから急遽臨時特例法案というものが提案されるのです。それはやはり保険料の引き上げあるいは一部負担の問題でございまして。忘れもしませんが、これが与野党の最大の衝突点になったのです。対決法案なんてもものじゃありません。激突法案です。もう自民党さんも問答無用ということで強行採決をなさいましたですね。そういうことがあつてこの委員会でも乱闘がありました。私はまさか国会へ来てあんな乱闘をするとは思っておりませんでした。それを経験いたしました。

そういうことで、その後も健康保険は毎回毎回出てくるたびに何か起こるといいますか、実は健保国会という臨時国会では社会党さんの首脳部の方が更迭されるという問題までも発生いたしました。その後医師会の保険医総辞退などというような問題まで起こつたわけですよ。というのは、この健康保険というものはもう因縁法案だ、とにかく宿命法案だ、このように思われるようになってしまつたわけですね。

確かに保険者、そして被保険者、医療機関、医師ですね、その三者の利害が真つ向から対立します。そしてその影響が大きい、その波及も大変なものです。それだけにこれは重大な問題ですから、確かに慎重審議をしなければなりません。しかし、慎重審議をするのは大事なことでありますけれども、この健保がかかりますと、それがちょ

うどのどにつかえて通らないみたい、後の厚生行政も足踏み状態になるわけですよ。私は、野党の立場からではございますが、この事態については胸を痛めてまいりました。

今回も、この医療保険の問題についてもうかなりの議論が尽くされてきました。もうこの辺で大臣も英断を下すべきじゃないかと思うのです。もう野党の主張もはっきりしてきたことだし、もうこの辺であきらめてこれを捨てて出直すか、さもなければ修正という話でしようけれども、今マスコミで伝えられているところ、あるいはきょう何か自民党さんの方から我が党にはある修正の内容が示されたようでございますが、あるいは内容ではとても我々は賛成できません。というのは、やはり抜本改正というからには国民が納得いくような、その名に恥ずかしいような内容にならないとだめです。したがって、我が党の理事をやっております平石理事が、冒頭からそのことを言ってきたでしょう。ただ医療の問題だけじゃないぞ、予防、いわゆる保健、管理、あるいはリハビリテーション、この医療の周辺も含めて根本的に見直すべきである。また医療制度だって、今九種類に分立し、ばらばらです。これも統合していくべきではないか。特に、今までは政管健保のことばかりが大体問題になってきたのですけれども、今回は多少違つてきました。そういうことで平石議員は、とにかく国保の皆さんは踏ん張りつたりではないか、今度の国庫補助の削減の中では言うならば国保からですよ。しかも七割給付、三割負担というまさに踏ん張りつたりで、国保については全く対処されていない、とんでもないじゃないかということまで来たわけですね。

そういうわけで、まず大臣のこの辺に対する英断を聞いておきたいと思つています。

○渡部国務大臣 大橋先生から厚生行政全般について御心配を賜りまして、大変ありがたいことだと存じております。特に、この健保法は国民の健康を守つていく極めて重要な法案でございますので、ぜひ一日も早く成立させていただくように、これは残念ながら大臣ではどうにもなりませんので、この席をおかりしまして、委員長初め各党の先生方に伏してお願いを申し上げます。

また、国保の皆さん方に対して大変温かいお気持ちをちょうだいして、これも私も全く同感でございます。ただ、現在の財政状態で今すぐというわけにはとてもまいりませんので、この国会で、私は、六十年代の後半のできるだけ早い時期に御要望に沿うように努力したいということを申し上げておるわけでございます。

また、この委員会では平石先生から、医療保険制度というものは国民全体の健康を守つていくビジョン、その中にあるべきものでないかという御指摘を賜りまして、私はこれも本当にもっともな御意見であるというふうに傾聴をいたしましたので、それから厚生省の方を脅迫して全力を傾注しまして、平石先生の御期待というよりはこの社労の委員会の皆さんの御期待にこたへるよう、厚生省としての医療ビジョンを作成した次第でございます。社労の皆さん方に対する私どもの熱意というものは御理解いただきまして、どうぞ、国民の健康を守るために一日も早くこの法案を成立させていただくように御審議を賜りたいと思つています。

○大橋委員 従来の健康保険の審議といえば大政管健保の財政対策だったのですが、今度は確かに、大臣のお言葉をかりすれば、二十一世紀を目指した長期的な視野に立つた根本的な改革案であります。こういうことでございまして、結局は五十九年度予算のゼロシーリングに対する国庫負担の削減法案だ、こういうことで出てきておるわけですよ。そういうことから各野党がこれを厳しく追及したわけですね。そうしましたら、ちょうど証文の出しおくれみたいではございませんけれども、やっと「今後の医療政策の基本的方向」という中長期構想を示されたわけですね。私は、この将来構想を提示なさつたということとはこ

れは一步前進だ、こう受けとめて差し支えないと思っております。

しかし、その内容なんですけれども、医療保険制度ごとに異なる給付率を昭和六十年代後半に八割程度に統一する、あるいはプライマリケア重視の医療機能のネットワーク化、あるいは医師、歯科医師数の六十年以降の見直し、医療と薬剤、すなわち医薬分業の基盤づくり、生涯を通じた健康づくり、医療供給体制の整備、将来にわたる医療規模の適正化、広い範囲にわたっているように示されてきているわけですが、残念ながら、これらはみんな抽象的なもので、とにかく、いつどういう年次にどういうふうな、こうやってあやうな具体性に欠けておるわけです。非常に食いつけないですね。

ということで、実はきのう、きょうの新聞報道等を見ても、これは自民党さんの動きではございますが、まるで健康保険法案というのは医師会のものであるかのような印象を受ける報道があるのです。つまりきのうですかに医師会の代議員会が開かれております。その代議員会が開かれたならば修正案を野党に示し打診するんだとか、もっとひどいのは、この一割負担の問題を了解してもらうために診療報酬の見直しをやるんだ、あたかも法案成立のための裏取引をしたかのような報道がなされているわけです。もしこれが事実ならばこれは許しがたい問題だと思っております。政府・与党一体と言われますが、大臣もやはり同じようなお考えですか。この点ちょっと聞かせてください。

〔委員長退席、愛知委員長代理着席〕

○渡部国務大臣 私はこの委員会でもたびたび申し上げておるのをご記憶いただけますが、この法案を成立させるためには、今回の法改正によって一割の御負担をちょうだいしなければならぬ三千万人の被用者保険加入者の皆さん方に、ぜひ御理解を賜りたいということを私はたびたびにわたってお願いをしておるわけでございます。これは、もとより、国民の健康を守る立場の第一線に立つ

て働いておる医療関係の皆さん方にも御理解を賜りたいと思っております。

ただ、先生に誤解をいたしたいは困りますのでこの際明確にしておきたいと思っております。診療報酬の問題は、大臣が中医協に御相談申し上げて、中医協にお願いして進めていく問題で、議会の議決事項ではございません。ただ、国会を私ども行政の立場で尊重していくのは当然でございますから、この国会でも幾たびか、きょうの議論の中にも随分とありましたが、診療報酬の中で技術料というものの対する評価が、今日の検査づけとか薬づけとかいろいろの問題を起しておるのではないかといろいろな議論がござります。また中医協でもいろいろ議論が行われておりますので、この診療報酬というものが極めて重要な問題であります。国民の中で随分大きな声として技術料というものの見直しを考へるべきではないかという御意見がござりますので、これらの問題はこれから私もぜひ真剣に取り組んでまいりたいと考えておるものであります。このことは別に今回の改正法案が成立するとかしないとかいうこととは関係ございせん。

○大橋委員 理論的にはそうでしょうけれども、要するに医師会の了解をとりたくない限りはちょっと難しいぞ、そのためにはとにかく医師会が常に言っている診療報酬の引き上げ、これをやるのが最高の手段ではないか、このように思っているのではないかと、それが各新聞報道の内容を見ての感じなんです。私は、今大臣がおっしゃったとおり、診療報酬の見直しというものはそういう立場で取引されるようなことでやるべきものではない、これを主張したいわけですよ。

先ほども社会党の先生が、薬の問題、技術の問題に関して大変な議論をしていらした。つまり先ほどの議論も、医者の技術と薬というものは、これは分離すべきであるということ。そして医者の報酬というものは、薬剤に依存しないという状態に決めていくのが正しい診療報酬のあり方であろう、こう思っております。ですから、

そういう大事な問題を今のような取引の立場でやってもらうては困るということを言いたいわけですね。と同時に、今の医者の診療報酬が一体適当なのかあるいは高いのか安いのか、どう思われているのかわかるか、まず中医協に諮られる前に大臣としてその辺はどういうふうにお考えなのか、私は聞いておきたいのです。

○渡部国務大臣 これは大変難しい御質問でございますが、私もいろいろ医療従事者の皆さんから、こういうものは幾らだ、ああいうものは幾らになつていくというふうなことを個別にお聞きしますと、これは安いな、こんな安い値段でよく頑張つてやってくれるな、こう思うこともござります。しかし、また一方、これは全体の中では、御案内のように医師の所得というものは他の職業の方々に比べて決して低いものでもございせんのである、そういう点では一概に今の医療費が高過ぎるあるいは安過ぎると断定することは難しいだろうと思ひますが、個別に一つ一つ取り上げてこれを私の常識の中で考えると、これはちょっと安過ぎるのじゃないかというふうなものがあることも事実でございます。

○大橋委員 今の大臣のお話しによれば、安い、高いが非常に判断の難しいところではあるけれども、現在の医者の所得の状況からいくと、所得番付など見ていきましたと確かに低い方ではない、非常に適当な状況にあるのではないかと感じも受ける。しかし個々に見ていけば確かにこれはまだ問題があるかと思うという話がありました。私もその点については別に反論はいたしません。しかし、医薬分業というものはずっと前から言われてきました。法律にもうたわれておりますが、しかしこれは実態的には骨抜き状態になつてきているわけですね。

そこで、先ほども申しましたように医者の技術料というものの正しい評価、これは当然、行われねばなりません。というのは、薬剤もとにかくどんどん薬価基準が改正されていっておりますし、従来の薬依存の診療報酬というふうな考え方の時

代は去った、私はそういう意味から、適正に診療報酬を見直す必要があるということを主張したい。しかし、今言った取引のような状態の中で進むことについては断じて反対してまいります。

○正木政府委員 医薬分業はかねてよりの課題であるわけですが、先生も御指摘のように、先般厚生省が出しました「今後の医療政策の基本的方向について」という厚生省試案の中でも、「医薬分業の基盤づくりの促進」というものを明確にうたっております。その基盤づくりの促進というものは具体的にどういうことかというお尋ねだと思います。

私、この医薬分業の本旨というものを考えますと、やはり医師が診断、治療の専門家としての機能を十二分に果たしていく、それから薬剤師というものは調剤の専門家としての機能を果たしていくということが基本にあるわけでございますが、我が国の長い歴史があるために、漸次進展はしてまいりましたけれども、率直に言つてまだ不十分だ。

そこで第一に、基盤づくりという点につきましては、医師、歯科医師、薬剤師、その関係者の基本的な合意と理解というものが必要だと思ひます。それが第一点でございます。そういうことで、具体的な問題といたしましては、なかなか難しかったわけですが、幸いにいたしまして、昨年、医薬分業推進懇談会というのが三師会の代表と有識者をもつて構成されるということで、具体的に議論をしていくということが一つでございます。それからもう一つは、国民の皆さん方に医薬分業の本質をよく理解していただくということで、基盤づくりの第二としては、この制度についての趣旨の徹底、PRと申しますかそういうことが必要だと思ひます。それから第三点には、やはりその基盤づくりとしまして、薬局の処方せん

受け入れ態勢を強化していくことが必要だと思ひます。そういうことで、かねてより実施をしております調剤センターとか検査センターの整備の促進、これを今後とも力を入れていかなければならぬ。幾つか申し上げましたが、そういうことが基本にあるかと思ひます。

○大橋委員 先ほどの社会党さんの質問にもありましたように、やはり薬と医者の技術とは分離して、薬は薬なりのいろいろな問題がございます。そういうことから医療分業というものが法律にもうたわれて、実際はもう実現しなければならぬ。年数がたっているわけです。医療分業、これも耳にたがえておられます。どうか、名実ともにそれが実効ある行政指導をぜひお願いしたいということです。

それから、新聞報道等では修正の内容が言われているわけですが、高額療養費の限度額を今度五万一千から五万四千に引き上げる、これはもとと我々は反対です。我々は、これは反対するのみならず、要するに中身、高額療養費を受ける条件、内容を見直すべきだとむしろ思うのです。引き上げを据え置くのはもととです。つまり今は暦月といいますが、その月に五万一千を超えたもののみ恩恵があるわけですね。あるいは一人に限られているわけですから、家族で五万一千を超えても一人分がそう出なければ恩恵に浴さない、こういう状況にあります。むしろ私は高額療養費の内容の再検討、見直しが必要ではないか、こう思うのですが、いかがですか。

○渡部国務大臣 先生からいろいろお話しがありました。私も政府の立場では、今回提出しております法案がベストのものであるという考えで提出しておりますので、これはぜひ原案のまま成立をさせていただくことを願っております。でございますが、ただ、申し上げておきますように、私も、この法案を成立させていただくことによって、健全なサラリーマン家庭の皆さんが病人を統出することによって家計が破壊されるというようなことはあつてはならないし、そういうことはな

いという信念でこの法案を出しておりますので、各党の皆様方からそういう問題でいろいろなお考えをちょうだいしたりお知恵を出していただければ、これには謙虚な気持ちで対処してまいりたい、こう思っております。

○大橋委員 今の高額療養費の内容はぜひとも見直す必要があるのではないかと私は考えるわけです。同時に、今の組合健保、これはもとと、今回の法案には附加給付がなかったと思うのですが、法案にはというよりも、経過的には取られるところだったのですけれども、入りました。私は、豊かな余裕のある財政ですからそれをあえて反対はしません。しかしながら、政管健保も前は大変だったのですけれども、今は赤字になったわけですから、そういう意味では組合健保と同じように附加給付ができるような状況になったところもあるのではないかと、そういうところでは政管健保だつてやつたらしいのではないかと、こう思うのですが、いかがですか。

○渡部国務大臣 私どもは、先ほど申し上げましたように、今法案を提出しておりますので、でき得ればぜひ私どもが出した内容をそのままお認めちょうだいしたいと考えておりますので、今私の念頭にはそのようなことを考えていないわけでございます。

○大橋委員 我が党の平石議員が主張しておりますした国保給付を八割にするのと仮になったとすれば、組合の被保険者の家族の方とはまた逆差別もできますから、そういうことも踏まえての私の提案ですから、これはしっかりと頭の中に入れておいていただきたい。

さて、将来構想の中におきまして、健保の一元化がうたわれているわけですね。二割負担云々は私も頭から賛成できるものじゃないかもしれませんけれども、九割給付・一割負担の問題について、条件を整えたいということでも平石理事もずっと審議してきたわけですね。つまりこれがあくまでも前提条件であります。つまりこれがいよいよ、一元化の方向を打ち出したという厚生省のその態度

は、言うならば我が党の構想に一步近づいてきたな、こういう意味で私も評価したいと思つておるのです。しかし、その一元化のあり方といふものは、各制度間に何らかの共通項を求めたいわゆる部分的な一元化を図らうとしているのじゃないかな、こう思うのです。例えば老人保健法ができるときに、各保険制度の中における老人医療費を何とか調整しようではないかというところで、老人保健法はそういう部分では一元化されたわけですね。そういう意味の一元化ではないのかなという危惧を抱くものでございます。国民が期待しております統合一元化といふものは、国民皆保険体制の名にふさわしい、負担も給付もばらばらになつておきます制度間の不均衡、格差是正、これを根本的に解消するといふ統合一元化のことでございまして、といつても白紙に絵をかくていくような統合の内容などというものはまず考えられせん。実際のところはございせん。しかし、各制度を段階的に統合していくことは可能だと私は思うのです。我々はそういうふうな考えを思つてございしますが、そうしたいわゆる本当の意味の制度間の統合の考えが厚生省にあるのかどうか、お尋ねしたいと思ひます。

○渡部国務大臣 これは私もたびたび申し上げておるのでありますけれども、社会保険といふものは、やはり本来国民が同じような条件で給付を受けるべきだろつと思ひます。やはり国民の健康を守る医療保険といふものが、ある人は三割の負担しなければならぬ、ある人はただでやるといふような形がそのまま続いていることは望ましくないので、この点では大橋先生と私の考え方は全く同じに考えらうと思ひます。ただ、被用者保険、健康保険、これは今日までのいろいろな経緯あるいは歴史、そういうものがございしますから、それを今までの経緯を一切無視して一度にこの制度を一つにしてしまふというふうなことは、現実的に極めて困難なことでございます。そういうことから、まず第一の理想として、私どもは八割といふことにめどを置いて、できるだけ早い機会に国民のこの

医療保険における恩恵、その給付率というものが同じようになる方向に努めてまいりたいと思つておるわけでございます。これも先生のお考えとほぼ近いと思つております。ただ、先生の方は九割給付で二割負担、私どもは八割給付で二割負担といふことに将来構想のめどを置いておるところが違つておりますが、しかし、これも調べてみますと、現在の高額療養費の制度の適用、また難病に対する公費負担、老人医療に對するほぼ全額負担、こういうものを全部トータルして考えますと、国民の皆様方全体としてはほぼ九割程度の給付を行い、一割負担という程度になっておりますので、これも先生の考え方の方に私どもも一生懸命近づける努力をしておるというふうに御理解いただいて結構だろつと思ひます。

○大橋委員 我々公明党は、生意気なようでございますが、予算の裏づけのある総合政策といひますか、社会福祉トータルプランといひます。今から約十年まではなりません、提案したわけですよ。その中に医療政策の具体的な統合計画を示しておりますけれども、被用者保険と地域保険の二系列化です。これに老人保険の別建てを加へまして、いわゆる三本立て構想でございます。その被用者保険も段階的に例えば各種共済組合保険の一元化を図る、あるいは組合保険と政管健保、日雇健保、日雇健保は今度吸収されますけれども、こういう被用者保険をまた一元化していく、こういうのが具体化された段階で、船員保険も、これは総合保険でございますので、それぞれ内容を分離いたしまして統合していくのだ。また地域保険、いわゆる国保ですね。国保も事業主体を市町村から漸次県単位に、そしてさらにはブロック単位に移行して一本化を目指す、こういうふうな考え方をもう既に示しておるわけです。厚生省にはこのような制度の具体的な統合の考えがあるのかというところが一つですね。

それからまた、保険料負担の改善といたしましても、我が党は、まず相互扶助、それから応能負担の原則を土台にいたしまして、被保険者の労使

折半となつております現行の負担割合ですね、これも見直したい、こういう考えでございます。あるいは地域保険も個人負担と国、地方自治体等の割合も改善をしていきたい。そしてまた、今言われております給付の問題につきましても、これは被用者保険もそして地域保険もすべてが本人・家族とも一律九割給付、これはすべてがきれいに整理された段階だということですよ。しかし、軽症患者あるいは中程度疾病、つまりこれは範圍は別途決めるわけでございますが、これには一部負担の導入もやむを得ないのじゃないか。ただし、重症あるいは低所得者層の患者に対してはあくまでも十割給付を実質的に給付していく、こうした予算を裏づけた政策を提案しているわけでございます。

先ほど大臣は、公明党さんの考えに極めて近い方向で進んでいるはずだが、こうおっしゃるわけでございますが、今もう既に実施されております老人保健法、あるいは今度提案されております二階建て年金構想による将来構想の年金法案、これはこの下敷きといえますか、これを提案したのは不肖我が公明党でありました。つまり公明党の考え方というのは実現の可能性があるのであるという意味で、今、私は、そのほかのこともたくさんあるのですけれども、一番関係のあるところを申し上げたわけでありますが、この辺の大臣の御見解を伺っておきたいと思ひます。

○渡部国務大臣 昭和五十八年に示されました公明党の八三年基本政策の中で、私どもに関する問題についての御見識、大変傾聴に値するものだと私どもは拝見させていただいております。しかも、特に、今先生からお話のありましたように、公明党の皆さんが野党という立場にありながら現実認識の中で患者一部負担がやむを得ないものであるというふうに決断されたすばらしい御見識というものに、私どもはこうべを垂れておるのでございます。

ただ、私と先生との考え方の中で、方向は全く同じだと私は思うのですが、先生は「統合」とい

う最終的な理想像を示されておるわけでありまして。私ども現実に厚生行政を担当しております。これは大きな将来の夢として描いておるのでございますが、現在までの保険組合のそれぞれの長い歴史あるいは経緯、そういうものを尊重し、またその方々に今極めて重要な保険業務を担当していただいておりますから、この人たちの考え方を一切考慮に入れなくて、今統合一本化という方向を出すわけにこれはまいりません。で、先生は一つの理想、その理想に向かつて私どもは二段階方式と申しますか、まずはひとつ国民の負担、患者の負担、また健保の給付率、これはぜひ、農民の方も商工業の方も自由業の方も被用者保険の方も、みんな同じような給付と負担の公平を図ってまいりたいと考えておるわけでございます。

○大橋委員 それでは、時間の関係で次に移ります。

今から申し上げる問題は、多少技術的な問題も入りますので必ずしも大臣でなくても結構です。高度先端医療に關しまして、療養費支給制度の改正が今度図られようとしているわけですが、現在、診療の中に健康保険の適用になつていない部分が含まれますと原則として診療費全体が自己負担となるわけですね。このような状態の中で、最先端の高度医療技術等が開発されても、その医療が保険の適用にならない限りは診療費全体が全額自己負担ということになるわけでございまして、医療費が高額になり過ぎるということから経済的に恵まれた人たちのみが受けられるという受療に制限がかかるという傾向になる、こういう点を、厚生省も、少しでも解消したいというこで出されてきた今回の高度先端医療にかかわる療養費支給制度の改正であらうかと思うわけであります。一見、現行制度の隘路をカバーする合理的、漸進的改善策に見えるわけでございますが、国民の中には大変疑問を抱いている者が少なくございません。

と申しますのは、従来例外的に認められてまいりました入院などの保険外負担、これがもたらしたさまざまな弊害を経験した多くの国民は、今回の措置は、従来の保険外負担の弊害をさらに助長し、自由診療、差額徴収の拡大となるのではないかと、健康保険制度の目的を大きく変質させていくのみならず、国民や患者の財力の差によって医療機会の格差を生ずることにならないか、こういう不安を抱えているわけでございますが、まずそれに対する御見解を承っておきたいと思ひます。

○吉村政府委員 私ども、今回提案を申し上げております特定療養費制度は、先生御指摘のように新しい医療技術の出現、これは今後相当出てくると思われ、それから保険診療との調和を図ろう、この度医療とそれから保険診療との調和を図ろう、というところでございまして、これをやることによつて、現在保険の中に取り入れられております必要にして適正な医療というものの幅を縮小してまいらうというものではございません。私どもは今後も、保険診療としては必要にして適正な医療というものを保険の中に取り入れていく、そして国民に必要な医療は必ず保険で給付をする、こういう基本的な扱いは従来と同じであります。

ただし、今までは、先生御指摘のように、何かちょっと保険で認められないものが入つておると全額自費になる。そのところを全額自費にしないで、保険診療で見られる部分は保険診療で見、そして保険診療に取り入れられていない部分だけを自己負担にしようということでございますので、今よりはるかに前進をするのではないかと、こう思っております。

○大橋委員 今の説明を聞いてまいりますと、高度先端医療そのものはこれは保険がきかない状態にあるけれども、そのほかの部分はできるだけ保険がきくようにするんだ、厚生省の資料を見れば「基礎部分」という言葉が出てくるんですけれども、今言いましたように、一口に言えば先端医療技術そのものはだめです、しかしほかは全部保険がきくんだ、こういうふうに理解してよろしいんですか。

○吉村政府委員 そのとおりでございます。それで、具体的に申し上げますと、今回例え

がんな場合の温熱療法みたいなものを高度先端技術として指定しよう、こう考えておるんですが、その温熱療法をやる場合に必要なものとしては診療料、レントゲン診断、それから検査、処置、手術、入院、それから投薬等が必要で、その上に温熱療法をやる。従来はその費用が全部保険外自己負担になっておったんですが、今回の改正から診療料、レントゲン診断、検査、処置、手術、入院料、薬剤料、これは保険で給付をいたします。ただ、がんな温熱療法の部分だけは自己負担になります。したがって国民のためになる、私はこう思ひます。

○大橋委員 高度先端医療の承認基準、あるいは差額徴収については中医協の意見を聞いて決定するということになっていくようでございますが、「高度医療特別サービス」ということが表現されているんですけれども、具体的にこれはどんなものを指しているんだらうか。実は先般、私は歯医者のお医者さんとしてしばらく懸念をしたわけですが、ああいう専門家の方でさえも大変な疑問を抱いておられました。そういうことで、今から何点か歯医者さんの疑問として私は聞きますので、そのつもりで答えていただきたいと思ひます。

その第一は、歯科医療に關しまして、高度先端医療というものをどのように位置づけられようとしているのかという問題でございます。それから、歯科医療技術は日進月歩である、一般的な治療、診療そのものが高度な医療技術と思つてい。したがって、今回厚生省が措置しようとする高度先端医療というものは一体どういうものを指しているんだらうか、そういう疑問でございます。どうでしょうか。

○吉村政府委員 歯科の場合で申し上げますと、例えばレーザー光線による齲蝕の治療だとかセラミック等でできております人工歯根、そういうものを頭の中に描いております。具体的に何と何を先端技術にするか、これは私どもやはり中医協でもって具体的に決めていこうと思ひますが、私どもの頭の中に今あるのはそういうものでござい

す。

○大橋委員 私は素人なものですから、歯医者さんとお話ししてもわからぬことだらけだったわけですが、歯医者さんや、歯医者が言わんとするのには、我々が今やっている診療というものには、非常に高度な技術を要しているんですよ。また日進月歩、次から次と新しいそういう問題が出てきておられます。そういうことになれば、高度先端医療というものはまさに歯科医師界の医療ではないだろうか、そういうふうな我々自身は自負しているんだけれども、今回の厚生省が示そうとしている問題を基礎に置けば、現在自分らがやっている高度医療は言うならば低度医療ということになるんですよ。返事に困りましたね。これはどういうことになるんですか。

○吉村政府委員 私も余り説得力のある説明ができるかどうか自信がないのでありますが、現在の保険の歯科医療というのが、先生が今おっしゃいましたように、非常に低い部分に現在行われている歯科医療のうちの一部が保険に取り入れてないのだ、そうは思いません。ただ、歯科の場合には、材料を貴金属を使う部分が多量にございまして、貴金属を使うような分野につきましては保険給付外にしている部分がございます。これは、私は、一種の保険における歯科診療でございますので、そういう意味で、あるいは審美性、美しくあることを目的とするような診療、そういうものはやはり保険診療から除いてもいいんじゃないか。そこら辺は少し医科の場合と違うところはあろうかと思いますが、現在の保険に取り入れられている医療が、近代的な歯科医療というものを全く排除して、前近代的な医療だということには思いません。

○大橋委員 それでは、特定の医療機関は都道府県の承認だ、こういうふうになっていると思うんですが、これでも、この承認の基準設定というものは一体どういうものなんだろうか、全然わかりませんねという疑問が出ておりました。その点と、承認とは、申請すれば即認定というふうに理解しているのかという問題でございました。その点についてお願いたします。

○吉村政府委員 特定承認医療機関の承認要件につきましては、これは中医学協の御審議を願いたいと思っておりますが、私どもは、施設それから陣容、あるいは技術についての実績等の要件を具体的に決めまして、承認基準をつくりたいと思っております。そして申請をして、その条件に該当するならば承認をいたします。

○大橋委員 要するに、今さっき話しましたように、歯科医の皆さんは大変な高度な医療をやっているんだ。それにまたさらに高度先端技術医療なんでしょうか。出てきた。どこでどういうふうな区切られるのかというものが、やはり正直な疑問でございました。これは専門的な問題ですから私でございまして、これは結論に至らないと思っております。ここでも幾ら論議しても結論に至らないと思っております。それで、先ほどの申請すればそのまま認定されるというふうに理解したいと思っております。

○吉村政府委員 もちろん審査をいたしまして、承認の要件に合致すればこれは承認いたします。○大橋委員 ということで、その承認の認定基準というものをやはり早い時期にしっかり公表していただきたいということです。それから、とにかく国民は自由に医療機関を選ぶ権利があるのだ、特定されるというところは選択の自由を阻害して医療機関格差を生じていく原因になるのではないかな、こういうふうな不安が大変に出ておりましたが、この点についていかがですか。

○吉村政府委員 私は、医療機関を選択する自由というのは全く変わらないと思っております。従来でも差額徴収というものがございましたし、また、従来は何か保険外の診療をやっておれば全体が実診療になっておったわけでありまして、そういう時代でも患者の医療機関を選ぶ自由というものは確保されておったわけでございますので、今回の改正によってその自由が制限されるとか縮小されるとかということとは全くないというふうに思っています。

○大橋委員 そこで、お医者さんの疑問は、今回言われている特定医療機関の対象の中に歯科診療も含まれるのだろうか、これは単純な質問でございます。また、私は、これは含まれるのじゃないですかと言ったわけですよ。そこで、医師が言われたことは、歯科医の大多数は民間の診療所です、それが特定されるということになる。その地域に幾らもある歯科医の中に格差が出てくるような感じになる、これは地域医療機関の存立を混乱させることになるのじゃないか、また健全な推進を阻むことになるのじゃないか、こういうお話しがあったのでございます。これはどのように理解したらいいですか。

○吉村政府委員 承認の仕方にもよるのかもわかりませんが、私は、今回の高度先端医療の方は、例えば大学病院だとかあるいはそれに近いような方の病院というものが指定されるようになるだろう。それからもう一つ、特定のサービスあるいは特定の金属の使用等についての差額徴収というのは、これはもう全医療機関がほとんどございまして、こういうことになるわけでありまして、歯科診療の場合にある特定の地域において非常に格差ができて、A医療機関は特定承認機関、B医療機関はそうでないというのがある町にたくさんございまして、そういうようなことは余り予想をしておりません。高度先端技術の方の承認医療機関は極めて少数になるのではないかな、こういうふうに思っています。それから、金属の差額徴収をするとかあるいは特別の治療材料みたいなものについての差額徴収をする医療機関というのは、これは地域においてもたくさん生ずる、こういうことになるのだと思っております。

○大橋委員 もう一つ非常に重要な疑問だと思っております。承認基準あるいは差額徴収等、中医協の意見を聞いてお決めになるということではございますが、これは歯科医療における材料差額に相当するのではないかな、こういうふうな言っております。

○吉村政府委員 中医協の所掌事務を追加しておりますという意味におきましては、従来の中医協よりも権限が拡大をされておる、これは事実でございます。

ただ、保険給付といい、自由診療、保険外診療の部分給付といい、裏腹の関係になるわけですね。同じ医療でございましては保険医療だ、ここからは保険給付外だということですから、そこは裏腹の関係になるわけでありまして、中医協でそこは議論をしていただいても一向に差し支えないのではないかな。それから、現に差額ベッドあるいは金属の差額徴収等については全く保険給付とは関係ない部分ですが、これは現実に中医協でもいろいろな議論が出て、中医協の議論を通じて私どもは対処をしておるわけでございます。そういう意味からいいますと、別に唐突に中医協の権限を広げ、そして本来中医協で扱うべきものではないものを中医協で扱ってよろう、こういうことにはならないというふうに考えております。

○大橋委員 ということは、結局自由診療と保険診療との線引きをやるということに理解しているのですかね。

それじゃ次に移りますが、歯科医療に関しまして最後になるのですけれども、厚生省は、保険診療にかかわる給付につきましては通常必要とする

診療という指導をとってきておるわけでございませうけれども、歯科医療の医学医術の進歩というものは大変目覚ましいもので、通常必要と思われる診療がかなりあるわけけれども、保険に導入されてないというものがたくさんある。普通の医科といいますが、それと歯科とはそういう意味でも大変な開きがあるのだ。一般の医科の方は保険給付が相当に進んでいる。歯科の方は保険給付が非常に限られておる。まさに、今回の高度先端医療技術云々というような制度は、医科と歯科の格差をいよいよ開いていくようにしていくんじゃないか、こういう疑問でございましたが、いかがですか。

○吉村政府委員 たびたび申し上げましたように、保険診療と保険外診療との調整を図ろうという制度でございまして、今おっしゃられるように医科の場合はその両者の開きが少ないけれども、歯科の場合はその両者の差が広いから、これを認めればますます歯科においては保険診療部分というのが狭くなっていくんじゃないかという危惧は私は当たらないと思ひます。

私も繰り返し言いますように、保険診療として必要でありかつ適切な診療につきましては、保険に取り入れていくという姿勢は従来と同じように崩れておりませんので、それはほとんど取り入れていく。しかし、どうしても取り入れ切れないようなものについて、これは差額徴収あるいは特定療養費制度を利用してその部分だけを患者負担にしたいだこうというわけですから、格差が広がるというように思ひません。それからまた、格差が広がるようにすると、中医協でもってひとつそれは議論をしていただければ、そういう不公平がもし生ずるとしても十分是正の機会はある。私はこういうように考えております。

○大橋委員 もう時間が目前に迫りましたので、最後のなるのですが、実は医療費の適正化、合理化問題があらゆる立場から今日まで論議されてきたわけですね。合理化あるいは負担の排除、これは非常に重要な問題でございしますが、一体何が

むだなのかということ、医学的見地に立った場合と保険経済の立場から見た場合は必ずしも一致しないというのですよね。私はこれは非常に大事な意見だと思つて聞いてきたわけでございまして、保険財政の立場からのみ合理化を強行していく余り、肝心な重要な医療サービス面までに悪影響を及ぼすようなことになっては大変だと、私は特段の配慮を要請するところでございまして、私も、例えば医療保険制度の改革が、仮に今度一部負担等が導入されたら仮定しまして、そうしますと、当然医療機関の窓口というものは徴収事務等が複雑化、煩雑化してくるわけですね。そのために大事な患者さんの手がとられたり、あるいは計算ミスがあつてみたりというような問題が生じてくるのではないかと。したがって、一面ではそういう合理化を図つていかなきゃなりませんけれども、むだを排除していかねばなりませんけれども、そういう肝心な医療サービス面にそのしわ寄せがいかないように、その窓口徴収事務等についても私は特段の工夫、配慮が必要じゃないか、こう思うのですけれども、いかがですか。

○吉村政府委員 おっしゃるとおりでございまして、医療機関の事務の軽減にはいろいろな配慮をする必要があろうかと思ひます。ただ、事務量の負担の軽減の基礎は、やはり現在の診療報酬の点数表にあるのだらうというように私は思つております。したがって、診療報酬の合理化ということもあわせてやっていく必要があるというように考えております。単に窓口の事務だけをどうするか、こうするというような問題のほかに、今申し上げましたようなことも考えていかなきゃならぬ。また、今後コンピュータの導入というようなことも考えていく必要があろうかと思ひます。

○大橋委員 いずれにいたしましても、肝心の医者の手がそういうことに煩わされて、患者に対するサービスが低下しないように、その点は篤と要望をいたしておきます。

そこで、よく濃厚診療だとかあるいは計算ミスというものが指摘をされて、つまり患者に払ひ戻しをしなきゃならぬにもかかわらずそれができていないという問題が、ついこの前の新聞でも報道されました。たまたま私が見ましたその記事は、国民健康保険でございけれども、本人・家族とも七割給付である、三割を負担させられていて、そういうことで、病院の診療所の窓口では自己負担分を請求されれば請求されたとおりに支払つてくる。ところが、その後国保連合会などでそれを審査したところが、これは間違ひがある、濃厚診療だ、あるいは計算ミスだ、こういうことで減額査定されて、患者の負担金が当然減少されねばならないというにもかかわらずそれが放置されているという問題ですね。これは私は許されないと思うのですよ。

今度窓口事務が非常に煩雑になることも予想されますので、こういう問題が起きた場合はこうするんだという明確なルールを確立していただきたい、こう思うのですけれども、最後に、大臣のお気持ちを聞かしていただきたいと思ひます。

○渡部国務大臣 考え方は先生と全く同様でございまして。今回の改正案を成立させていただくことによって、直接患者を診ておる医師の皆さん方の事務量が煩雑になって、患者のサービスが少なくなるというようなことのないような配慮は、あとう限り努めてまいりたいと思ひます。

また、二番目の問題について、これも全く先生のお説のとおりなのでございしますが、事務的にまた現実的にこれは可能なもの、またやらなければならぬもの、この程度なら許しておいていただいていいではないかというような点がありますので、今後検討を続けてまいりたいと思ひます。

○大橋委員 私は、もう時間があと五分かと思つておつたら、五時まではいいのだと書いてある。まだ十五分ほどあるようですから、済みませんがもう少し続けさせていただきます。

高齢化社会あるいは疾病構造の変化、医療技術の前進等々によりまして医療費の増高というものが、ある程度の増高というものは当然だと思ひますが、医療費規模が国民の負担能力を上回つて増

加し続けるという我が国の医療費のあり方は、これはもう異常と言わなければなりません。私も国民所得の範囲内にとどめるべき努力あるいは対策が必要だ、こう思うわけでございしますが、お聞きしたいことは、国民医療費の伸び、保険給付と国民所得のギャップ、これをどの程度を認められるのか、言うならば国民の負担の限界といひますか、これをどう考えておられるのか、この辺をお聞きしたいと思ひます。

○吉村政府委員 私ども、医療費の伸びというものを国民所得の伸び程度にとどめたい、こういう気持ちを持っております。それは、毎年度必ず国民所得の伸び以下でないといけない、こういうことを毎年毎年きつちりとするということを考えておるわけではございません。また、それとできることではございません。自由診療のもと、あるいは現物給付のもと、そして出来高払い方式でございまして、そうきつちりできるはずはない。ある場合には国民所得の伸びを上回る場合もあるでしょうし、低まるときもあるでしょう。だけれども、中長期的に見まして国民所得の伸びというようなものの程度にとどめたい、こういうことでございします。

それはどういふことかといひますと、結局国民所得の中で医療に対する保険料率というものをこれ以上上げたくない、こういうことでございまして、現在国民所得に対して租税、それから社会保障負担率というのは三五%、それを中身を分けてみますと、二五%が租税負担率、そして五%がざつと医療に関する負担率、それから五%が年金の負担率、ざつと言いますとそういうことでございします。その三五が幾らぐらになるか、こういいますと、年金だけを取り上げてみましても現在の二倍半ぐらにはなる、こういうことでございします。年金の負担率というものは国民所得に対して、今の五の二倍半ぐらですから一二、三ぐらにはなるであらう。そういうしますと、租税の二五、医療の五をこのままにしておきましても、全体の租税、社会保障負担率というのは四二、三

になるだろう。臨調の答申では、諸外国のように、西欧先進国のようにこの租税並びに社会保障負担率というのが五〇になっちゃいけないんだ、これは社会の活力を失うから、まあせいぜい四五あるいは四二、三のところが適当なんではないかというふうな、臨調の委員の先生方の考え方としてはそういうところが頭の中にある。そういたしますと、先ほどの例で言いますと、もう医療保険についての保険料を上げる余地はない、今のままです。年金の保険料を上げて全体として四二、三になっちゃう、こういうことでございますので、私も、国民所得の伸びの範囲内に医療費を抑えるならば、医療費に対する保険料の負担も国民所得の伸びの範囲内におさまる、そうすれば医療に關する社会保障負担率というものを上げる必要はない、したがって全体的にうまくいくんではないか、こういう大ざっぱな考え方でございます。

○大橋委員 今の御説明によりますと、いわゆる租税がもう二五だ、現在年金は五だけれども、将来見通していくと二ないしは三になる。そうすると、現在の医療の五は大体現状程度でいかないう限りは、合わせた負担というものは大変な率になるというふうな話したと思うわけでございまして、そうして見ますと、先般厚生省が提出されておりました資料の中に、「無理のない国民負担」ということで、現在国民一人当たりの医療費というものは昭和五十八年度で十二万八千円である。あるいは夫婦子供二人の平均家庭では約五十万円になっている。それを率で見ると、労使の保険料が五四、自己負担が二、このようになっている。こういう状況の中であって、現在が精いっぱいではないかというふうな内容で示されているわけでございますが、そうやってきた場合に、じゃどこをどう省いていけばいいのかということになっていくわけですね。その点についてはどうお考えですか。

○吉村政府委員 まず、医療費の中のむだな部分というのはこれは徹底的に排除する必要がある。う、こう思います。それから、医療費を投入いたしましても余り日本人の健康の水準を上げることにならないような、そういう部門に幾ら投入しても私はこれはむだだということに思っています。それから、むしろ将来の健康の水準を引き上げるようなものについては、これは若干の投入をしたからといって、将来の効果というものがあらわれるわけですから、そういうものは投入すべきだろうというふうに思っています。

私ども、今回の提案をいたしまして、医療費の適正化については徹底的にこれは今後も進めてまいります。けさからの話しにもございましたように、先ほどの話にありましたような薬価基準の適正化、それから薬剤使用の適正化、こういうようなものもどんどん進めていく、そして本当に技術が報われるような医療費の構成にしていこう、こういうことでひとつ診療報酬なり薬価基準の適正化の路線というものを進めてまいります。また、指導監査というふうなものを通じまして、本当に濃厚診療だとかむだな診療だとかいうものはこれはやはりなくしていく必要がある、そうして審査等につきましても厳正に対処をする、こういうことで医療費の適正化を図りたいと思っております。また、定率の一部負担をやることがひとつ医療費についてのコスト意識も持たせまして、自分の健康についての自覚も高めますし、それから医療費が幾らかかったかというところがわかるということを通じて、医療費についての透明度みたいなものを高めて、そして効率化される。私は本当にそういう効果があるというふうに信じておるわけでありまして。

したがって、この定率一部負担をやることによって医療費の適正化、そして、先ほど申し上げましたような医療費の伸びを国民所得の伸びの程度にとどめる一つの有力な手段になるのではないかと、こういうふうに考えておるわけでありまして。

○大橋委員 厚生省は初め、医療政策の中長期ビジョン等も示さないまま、被用者本人の給付を削減するということを全面的に打ち出してきました。ね。そういうことで、医療費の抑制手段というものを国民あるいは患者の方に求めてきた。そこに実は大きな問題があったわけですね。

今もお話しがあらうございますように、一割を負擔させることによっていろいろな効果が出てくるのではないかと、そういうことですけれども、要するに一割負担をさせることによる受診抑制といいますが、こういうねらいがあるのではないかと、思うわけでございますが、私がそのことをやっぱり心配しまして、いろいろ調査をしてみましたが、昭和二十九年度から昭和五十八年度の約三十年間ですけれども、これにおける医療費の伸びを見てみますと実に六十倍でございました。国民所得の伸びは三十倍。これに比べて受診率はわずか三・四倍なんです。ということは、一割負担による受診抑制をねらったというそのねらいがあったということであるならば、私はこれは的外れだ、こういうふうなふうに思うのでございますが、どうなんですか。

○吉村政府委員 私どもは、一部負担を課することによって受診率が大きく影響を受ける、こういうことはないというふうに思っております。一部負担、小さな一部負担で影響を受けるような受診率なら、まあ若干受けたからといって健康や生命に影響するものではないというように私は思うのであります。したがって受診率には影響はない。ただ、投薬や注射等につきましましてはその量というふうなものが縮小される、こういうように思います。ですから、医療費全体の量は私は減ると思っておりますが、受診率に影響があるというふうには考えていないわけですね。

○大橋委員 じゃ、もう最後になりますので大臣にお尋ねしますが、今、局長は、受診率云々という問題ではないと言いますが、じゃ一割負担をさせた場合に社会全体に対するメリットというものはどういふものか、こういうふうなものをもうとはっきりさせてもらいたいですね。これが出てこない限りは国民は納得せぬですよ。大変に失礼な言い方になるかもしれませんが、今回の改革案

というものは、最初に申し上げました医療保険制度の抜本的改革という立場からは極めてあいまいな内容での提案であった、こういうことを強く指摘をして、私の質問を終わります。

最後に、大臣から一言。

○渡部国務大臣 今お話しがありましたように、この一割負担をお願いすることによって必要な受診は妨げるようなことはない。ただ、今まで過剰診療であるとか薬づけであるとか検査づけであるとか濃厚診療とか、いろいろ言われてまいりましたが、やはり患者の皆さんがそれぞれ健康の自己管理に努力され、医療費というものが明らかになり、医療費の適正化ということには非常に役に立つものだと考えております。

また、大きな意味で、このことによって国民全体でどういふふうな役に立つんだというお話しであります。これは、この一割負担を通していただくことによって、二十一世紀の将来にまで、被用者保険加入者の皆さんの保険料率をこれ以上上げないで済む、これは非常に大事なことであります。が、租税負担、または社会保障負担、これは積極政治が行われることによって、積極行政が行われることによって、どんどんふえていくのはやむを得ないものであります。これが五〇％を超えるというふうなことになるのでは、働く人たちの生きがい、働くことによっての活性化ということを考えますと、やはり租税負担にもあるいは社会保障負担にもおのずから限界がある。二十一世紀の将来にわたって高齢化社会が行われる中で、しかも医療保険というものの制度を持続しながらなおかつ社会の活性化を保っていく、大きな意味では国民の皆さん全体にとつての負担をできるだけ軽くする、これによって患者の皆さん方に一部負担をお願いするけれども、保険料率は上げないし、また、同じ国民の租税負担によって行われるところの国からの財政をどんどんどんどん入れていくというふうなこともなくて済むようにということでございますので、一部負担をいたしたく患者の皆さん方には大変恐縮でございますが、全体として

は、被用者保険加入者の皆さん方にも国民全体にとつてもこれは必ず役に立つていくということ、を、私も確信をいたしておりますので、先生にも御賛同をお願いしたいと思います。

○大橋委員 終わります。

○愛知委員長代理 塩田晋君。

○塩田委員 中曾根内閣の命運がかかっておると言われております健康保険法の改正法案につきまして、大臣の率直な御意見、御答弁をいただきたいと思ひます。

私たちは、この社会労働委員会におきましてかなりの時間をかけて審議をいたしてまいりました。政府側の御答弁をいただくにつれて、なお一層、私たちの基本的な態度、これはかたくならざるを得ない。現在の政府の原案に固執される限り、私たちはこれに賛同するわけにまいりません。ぜひとも今回は、この法案を撤回をされまして出直しをしていただきたい、この委員会を通じて審議されました内容を踏まえて再検討されまして、出直ししてもらいたい、これが民社党の基本的立場でございますので、最初に申し上げておきたいと思ひます。

また、我々といしましては、反対のための反対、何でも反対という立場をとっておりません。現代の国民の医療につきましてもいろいろな問題が山積しております。その問題を一つ一つ建設的に、また責任を分かち合いながらこれを解決していくという意欲を持っておるわけでございます。したがって、我々が指摘いたしました問題点につきましては、十分に謙虚にこれを再検討していただきまして、ぜひとも出直し直すときは大修正を出していただきたい。国民の大部分が納得のいくようなものにして出直し直していただきたい。このことを強く要望するものでございます。

その理由につきましては、もう再三ここで申し上げましたので改めて申し上げませんけれども、今回の法案は、国民医療をいかにするかという長期ビジョンの上に立つての改正案ではない。財政調整がまず前提にされておる改正案であり、そして

当面のつじつま合わせ、金あるいは数字のつじつま合わせということにすぎないというものでございまして、我々は反対である。また、国民大衆に自己負担を強いものだという内容が柱でございまして、したがって、こういふところから強く反対をして撤回を求めるものでござい

す。

〔愛知委員長代理退席、委員長着席〕

なお、これについての修正の話も与党からきょう提案されておりますけれども、一部我々の要望してきた点を入れてはおるといひましても、大部分のものにつきましては、これを納得できるものではございません。大臣といしましてこの法案を撤回を出し直すという御意思があるかないか、これを改めて確認をしておきたいのでござい

ます。そして、なお、修正、大修正というものにつきましても、どういふ御意図か、改めて確認をしたいと思います。お答え願ひます。

○渡部国務大臣 お言葉返して大変恐縮でございますが、私どもは、今日我が国が置かれておる現状、経済の高度成長も将来望まれませんし、また、国の財政が大変厳しい状態にあることは先生御案内のとおりであります。また、御案内のように高齢化社会というものが足音を立てて近づいてまいります。そういう現状認識の中で、二十一世紀の将来にわたつて、国民の皆さんが安心して健康を守っていくこの皆保険制度というものを維持していくためには、何としてもこの健康保険制度の改革が極めて緊急な課題であるということ

もこれは十分に考え抜いて出しておる法案でございます。ですから、どうぞ私どもが出しておる政府原案どおりひとつ成立させていただくように、国民の健康を守つていかなければならない厚生大臣として、私はぜひこれは御了承を賜りたいと思ひます。

○塩田委員 今この段階に至りましても、なお政府原案に固執をしておられる厚生大臣のお立場、これに對しまして我々はあくまでも反対を、この法案の撤回を強く求めるものでござい

三師会でございますけれども、ちょっとこれは甚だ申し上げにくいのでございますが、御審議をいただいておりますところの健康保険法の一部改正につきましては、どうも賛成ではないようでありま

ます。国民の良識を代表し、知性と勇気の民社党が、今、社会党、公明党とともにこの法案に強く反対しているということを、ひとつなげかという

また病院団体は、特徴あるものといしましては医療従事者の確保ということをおっしゃるが、その中で准看護の制度というものを堅持すべきである、こういう御意見でございます。一方、日本看護協会では、看護教育の充実とともに准看護婦制度は廃止すべきである、こういう御意見で

現在、国民医療につきましても多くの問題が山積してある、課題を抱えておる、そして国民各層からいろいろな要請があるというところは御存じのとおりでありまして、厚生省はそういう課題、要請をどのように把握しておられるか、これに對してどう対処しようとしておられるか、各個別に御説明をいただきたいと思ひます。

幾つか事例を申し上げましたように、各団体の性格に應じていろいろな多様でございます。場合によつては反対の御意見もあるものでござい

○吉崎政府委員 三師会を初めといたしましていろいろな医療関係者団体、患者の団体におきましては、それぞれの性格に應じていろいろな課題を有し、また厚生行政に對しましても各種の要望が寄せられておるところでございます。

また患者団体でございますけれども、これは何といつても、一番の御期待は、原因を解明いたしまして治療方法を開発するというところであろうかと存じます。二番目には、やはり医療費の患者負担の軽減であらうかと存じます。

また患者団体でございますけれども、これは何といつても、一番の御期待は、原因を解明いたしまして治療方法を開発するというところであろうかと存じます。二番目には、やはり医療費の患者負担の軽減であらうかと存じます。

○塩田委員 今、各種団体あるいは国民各層のこの健康法案あるいは国民医療制度に対する課題あるいはこれに對する要望、こういうもの厚生省で把握しておられるものについての御説明があり、その態度表明があつたわけでございますが、もう少し、このほかに例えば柔道整復師、歯科技工士、レントゲン技師あるいはマッサージ療術関係、こういったところからどういふ要望があり、どう対処しようとしておられるか、お伺いしま

す。

○吉崎政府委員 柔道整復師会におかれましては、養成施設の新増設というの抑制すべきであるなどの御意見をもちでございませう。

日本歯科技工士会におかれましては、歯科技工料金というものを点数化すべきである、歯科技工士養成所の短大化を図るべきであるというような御意見をお持ちでございませう。

日本鍼灸マッサージ師会におかれましては、無資格あんま業の取り締まり、養成施設の新増設の抑制などの御意見をお持ちでございませう。

それで、これらに対する対応でございませうけれども、先ほども申し上げましたが、それぞれの立場からの貴重な御意見でございませう。なかなか難しいものもございませうけれども、できるだけ御意見を聞きまして対処してまいりたい所存でございませう。

○塩田委員 国民各層、医療サービスを受ける側からの各種の要望、また医療に従事する関係者の皆さん方のいろいろな御要望が強く出ているわけでございます。こういった問題につきまして、真剣にこの課題解決のために取り組んでいただきたいと思います。厚生大臣、いかがでございませうか。

○渡部国務大臣 今政府委員からお話しのありました医療関係の組織や団体のそれぞれの立場で求められておられる御意見、これは傾聴すべきものはできるだけ傾聴し、そして実現するように努力してまいりたいと思ひます。

ただ、全体の政治の中で、やはりどのような立派な組織あるいは集団、これは地域でもやはり地域は地域だけのことを、あるいは一つの組織や集団はその集団の皆さん方だけの問題で物を考えますから、それぞれの人の要望は当然であります。政治家でありまして、時には勇を奮って、反対の御意見をちやうだいておる問題でも、政治家というものは、二十一世紀の将来について、場合によっては毀譽褒貶を捨てても国民のためにやるべきことはやらなければならないのでありますから、これは御容赦を賜りたいと思ひます。

○塩田委員 いろいろな要望がありますが、その中でも、この委員会でもたびたび議論をされ、また大臣御自身も最近発言をされた問題で、医師、歯科医師の強い関心事であります診療報酬の単価アップにつきまして、大臣はどのように対処されますか、お伺いいたします。

○渡部国務大臣 診療報酬の問題については、この委員会でもたびたび貴重な御意見をちょうだいしております。ある人に言わせれば、現在の技術料についての評価が低過ぎるために、逆に結果としては薬づけ医療とかあるいは検査づけ医療というような悪い方向に行つておるのではないかと、いうような御議論等もございませう。いずれにしても、やはりこの辺で、診療報酬費というものを技術料の評価という中で見直すべきでないかという大方の意見でございませう。これは中医協で、そういうための学問的な、専門的な立場で御検討をいただいておりますので、この御検討の推移を見ながら、私どもやはり、二十一世紀の将来の医療というものが求めている医師の努力というものの、医師のすぐれたる資質というものが認められるような方向に努力をしていかなければならないと考えております。

○塩田委員 大臣は、この問題につきましては前向きな御答弁でございませう。しかるべきときには一大決断をして、この問題に大胆に取り組んでいただくたい、このように強く要望いたします。

病気になるいは療養の不安をなくする医療保障の確立を私たちは求めておるところでございませう。山積する課題、今まで説明のございましたものはもちろん解決に最大努力をしていただきたいと思います。私が国の医療保険の最大の欠陥は、これが制度内あるいは制度間におきまして保険給付に大きな格差がある、また保険料負担におきまして格差があるということでございます。この格差の解消、これがやはり将来ビジョンを持つて明確に国民の合意を得られる形で描かなければならぬ、そして、それに向かつての国民総力挙げての努力が必要だと思ひます。細かいことになりましても、いろいろとございませう。出産手当金にいたしましても、傷病手当金の給付率を見ましても、共済八割、健保六割、国保はない、こういった大きな格差もあるわけでございます。

また、現在の大きな医療問題の一つは、医療費が著しく増高をきていてという中で、これをいかにして適正な水準にするかということであり、適正な医療サービスが行われる、また保険の給付が行われるということでございます。その適正化のためにはいろいろなやり方があると思うのです。厚生省の御説明を聞きますと、患者に一切負担してもらえば医療費の適正化が図られるのだ、乱診乱療を防げるのだ、こういう御説明でございませう。言うならば患者はお医者さんに対しては、乱診乱療を防げるのだ、こういう御説明でございませう。言うならば患者はお医者さんに対しては、乱診乱療を防げるのだ、こういう御説明でございませう。言うならば患者はお医者さんに対しては、乱診乱療を防げるのだ、こういう御説明でございませう。

これにつきましては、参考人の意見聴取をした際にもお尋ねいたしました。医師代表の方からも、率直にそれを認められて、不心得者に対しては自浄努力をしなければならぬ、このことを発言されました。また、それとともに、厚生省といふ中にも、やはり権威ある、いわゆる医療Gメンといひますか、審査機構というものを確立して、機能を充実していくことがぜひとも必要であると思ひます。

また同時に、保険外の負担というものがかなり家計を圧迫している。特に差額ベッドとかあるいは付添看護料といった、そのほかにも雑費がいろいろあります。これは大変な家計の負担でございませう。保険で見てもえられないものがたくさんあるわけでございます。本当に一家で病人を出して、特に長期入院患者を出した場合には大変な家計の圧迫であり、この生活苦はまさに金銭だけでなくして心労が重なってくるものでございませう。こういった問題が残されております。

また、国民皆保険体制というにもかかわりませず、緊急医療の体制が未整備であるとかあるいは無医地域がまだ存在している。東京都の中にもあるぐらいです。離島等におきまして、もう本当に全国各地を見ますと無医地区がある。それから各地の病院におきまして、看護婦が足りない、なり手がなく、こういった問題がますますひどくなつてくるわけでございます。こういった問題にやはり対処しなければならぬ問題がございませう。

それから、数えれば数限りないものがございます。難病患者として苦しんでおられる人、血友病を初めとしたしまして幾つもの難病で悩んでおられる方、この人たちの苦しみというものは本当に国として何とか対策をしなければならぬ、こういう問題が残っております。

また、医師の養成の見直し、たびたびここでも問題になりました。我が党の塚本書記長が予算委員会でも早くから取り上げて、この問題について要請をきています。そして将来の医療体制、医師の養成というものにつきまして今から早く手を打っておかないと取り返しがつかなくなる、そしてまた、地域での医療体制をどう確保するか、いろいろな問題がまだまだ山積しておるわけでございます。

その中におきまして、今回の非常に性急な、内

容が国民各層にも受け入れられない、野党の各党もこれは困るという自己負担を導入した、財政調整を主たる目的としたような現在の政府提案でございますので、我々は強くこれに反対しておるわけでございます。この点をひとつぜひともよくよく御理解をいただきたい、こう思うのでございますが、いかがでございますか。

○渡部国務大臣 先生の御指摘、一つ一つ大変ごもっともな御意見であり、私も国民の健康を守る医療行政を担当する立場で、できるだけそのことを尊重しながらこれを実現していかなければならないと考えております。

ただ、またお言葉を返すようになりますが、そのこととこの健保法の改正案の問題は別の問題でありまして、むしろ私も、先生がそういう御指摘になられるようないろいろな問題を考慮しながら、国民の健康を守るための医療行政というものをより充実させるために、今回の改正案を提出し、できるだけ早く成立させていただくようにお願いしているわけでございます。

○塩田委員 今回の改正案の一番大きな柱でありまして、この定率の自己負担、被用者保険本人の自己負担、これにつきましてかなり細かく私も本委員会でも追及をいたしました。改めて確認をしておきたいと思いますが、定率の自己負担を導入された理由、これをまとめて局長からお答えいただけますか。

○吉村政府委員 私どもは、一つは、将来全国民の給付率を等しくしたい、こう思っております。今回の本人についての定率一部負担の導入はそれへの第一ステップだ、こう考えております。それが第一でございます。

第二は、現在の一部負担ではなかなか医療費の総額がわからない、そして医療費についてのコスト意識というものが高くない、また医療費全体についての透明度というものが必ずしも高くない、そういう欠点がございます。そういうものを是正するのは定率一部負担が一番よろしいのではないかとというのが第二の理由であります。

それから第三は、今後の保険料の引き上げというふうなものを考えましたときに、定率一部負担を入れるならば保険料の引き上げというものがそれほど大きくならない、そして保険料率は引き上げの必要はないのではないか、こういうような観点がございます。

それから第四番目といったしましては、やはりみずからの健康はみずからが守るという健康についての自覚というふうなもの、そういう意識を高くすることができ、そういうような理由から今回の定率一部負担の導入を提案しておるわけでございます。

○塩田委員 それでは、定額でなくて定率でなければ今のようない目的が達せられないのでございませうか。

○吉村政府委員 私は達せられないというように思っております。

○塩田委員 老人保健の審議をいたしましたときに、あれは定額でもそういう目的は達せられるというこの御説明があったと思っております。

それから、コスト意識という面では一割というのはいくらも。十倍すれば金額はわかるわけですね。また計算も簡単だし、まああれでもできる。これが二割になりますと、五倍するというのはそう簡単に計算できません。また十倍して二で割らなければいけないとかそういう問題がありまして、コスト意識ということとは相当大きなウェイトを持っておるわけでございます。

○吉村政府委員 定率と定額の違いというのは、やはりコスト意識を持って医療費の効率化に資するかどうか、そこが一番の違いではないかと私も思っております。

定額の一部負担では、きょう幾らの医療費がかかったかというのとは絶対にわからない。定率だと、確かに二割だと五倍で、すぐ簡単には出ないとは申しますものの、五倍すればきょうの医療費はわかる。それはもう自明のことでございますが、定額の一部負担であると、きょう私についての医療費が幾らかかったかというのとは絶対にわからない、そこが違うと思っております。したがってコスト意識の喚起、医療費の効率化につながる道としては定率の一部負担の方が効果がある、こういうふうに思っています。

○塩田委員 先ほど言われました四点、その最後のところにあつた問題ですけれども、それは定額でも同じじゃないですか。また、老人保健法のお話には定額で、これが抑制につながるんだというお話があったと思っております。私側から言いますと、定率よりは定額の方が生活設計といえますか、めどが立ちやすい。病院に行くにも幾ら持つていけばそれでいいんだというめどが立ちますね。定率の場合はわかりませんね。いかがですか。

○吉村政府委員 それはそのとおりだと思います。

○塩田委員 そこで私は、先ほどから申し上げておりますように、今回の法案の一番の柱である自己負担一割を撤回してもらいたいということを言っておるわけでございしますが、この撤回した場合にどのような影響が出るか。特に財政的な面としてどのような影響が出てくるか。これは国庫負担だけを見ますと二百九十三億円ですね。この波及効果その他がいまいちどういふふうになつていくのか、取り上げた場合、いや、私は撤回を要求しておるわけですね。撤回した場合です。

○吉村政府委員 まず、医療費は千四百億ばかりふえる計算になります。それから保険料は二千八百十億ふえることに相なります。それから国庫負担は二百九十三億ふえる、こういうことになりました。そして患者負担は千七百億減る、こういうことになりました。定率の一部負担をやめれば、今言いましたようなことになるわけでございます。

○塩田委員 保険料が二千八百億ふえるというのは、波及効果から来る問題でございませう。

○吉村政府委員 それだけではございせんので、給付費が十割の場合には十割分についての保険料を取らなければならぬ、こういうことになりました。九割の場合には、医療費そのものが圧縮されると同時に、その圧縮された医療費の九割を医療給

付にすればよろしいわけですから、それだけ保険料が減る、こういうことになるわけでございませう。

○塩田委員 患者負担が千七百億減り、初診料八百円の分が現行のままになりますと、どれくらいの影響が出ますか。

○吉村政府委員 今申し上げました数字は、現行の場合と九割給付にした場合の比較をしておるわけでございませう。ですから、仮にもとに戻して考えたとすれば、七百六十一億の患者負担であつた、現行のままでいけば七百六十一億の患者負担。それが今回九割給付で改正をいたしますと二千四百六十二億の患者負担になる。したがって増加額が千七百億ということでございます。

○塩田委員 この点はどういう影響があるかというところにつきましては、保険料あるいは医療費についてのふえ方につきましては問題はあると思ひますが、これ以上の議論の時間がございませぬので、この辺にしておきたいと思ひます。いずれにいたしましても、何らかの財政的な措置をすればこの一割負担が避けられるということでございます。金額についてはまだまだ検討の余地があると思ひますが、私は減ると思ひます。

次に、高額療養費制度についてでございますが、これの根拠は何でございませうか。法令上の根拠です。

○吉村政府委員 法律の根拠は健康保険法の四十四条の三でございます。高額療養費制度を創設した趣旨は、家族や国保の場合には三割負担あるいは二割負担でございますので、二割分が非常に大きな額になる場合もある。それを一定限度で頭打ちにしようというのが高額療養費制度の趣旨でございます。

○塩田委員 これは健康保険法の関係、国民健康保険の関係、両方ございませう。

そこで、この高額療養費制度というのは大臣の権限で金額が決められるということでございますが、これが創設されたのはいつでございますか。

○吉村政府委員 昭和四十八年の十月からでございます。

○塩田委員 その四十八年の十月には本人の自己負担はゼロですね。それから被用者保険の家族につきましては、七割、八割の給付率ですから二割、三割の負担がある。国民健康につきましては三割という自己負担があるわけですね。それで当時は、医療費が月に五十万からうと百万からうとこれは払っておったわけですね。払っておったけれども、この創設された四十八年の十月からは、当時は三万円ですか、三万円が最高額でそれ以上は保険で見ます、こういうふうになったわけですね。これは大変な善政であり、患者にとつては高額の療養費を負担してもらえないということで大変喜ばれたものだと思うのです。そうですね、それよろしくごさいいますか。

○吉村政府委員 大朗報だったと思います。

○塩田委員 ところで、この高額療養費制度は、現行の制度の中におきまして、これは被用者保険におきましては家族、もちろん国民健康は本人・家族ともこれがすつぱり適用されると同時に、被用者保険の本人も適用されておりますね、現在の高額療養費制度は。

○吉村政府委員 低所得被保険者の場合の一部負担というの一万五千円でございまして、本人の場合には、この低所得者の場合に一万五千円を超える場合には適用をされる、こういうことに法制上はなっております。

○塩田委員 今一万五千円と初診料の八百円を加えれば一万五千八百円、これがある場合には出てきますね、低所得者の場合。

○吉村政府委員 そのとおりでございます。

○塩田委員 そこで、高額療養費につきまして四十八年に創設されたときは、今申し上げましたように大変喜ばれた。確かに大変な医療費の負担の軽減だったと思うのです。ところが、今回の場合これは本人が入っていますね。被用者保険の本人が入っているということを確認しました。今回は一割負担という政府原案ですと、これはもろに本人にかかりますね。件数、多くなりますね。どれぐらいの件数になりますか。現在の制度のも

とでは本人は幾ら、この法改正のもとに一割負担の場合はどれぐらいを見込んであるか、これは予算上見たはずですか。幾らですか。

○吉村政府委員 しばらく時間をかしていただきたいと思ひます。

○塩田委員 数字は後から出していただいて結構ですが、現在のはほとんどない。しかし、制度的にはありますし、ないとは言えない。何人かあります。あるはずですね。しかし、今度の一割なり二割負担となつてきますとこれが相当な件数になり、相当な金額になるということはお認めになりますか。

○吉村政府委員 それほど私どもは相当な金額になるとは思っておりません。例えば五十七年度における政府管掌の健康保険について、高額療養費の支給額というのは四百八十億ぐらいでございます。したがって、これは大体ざつと言ひまして、家族についての高額療養費の支給がほとんどを占めていっていると思ひます。で、現在、家族と本人というの政府管掌においては大体同じぐらいの数字でございます。したがって、もし五十七年度並みでいきまして高額療養費支給額を考へましても、まあ四百八十億円を給付費として上回ることはないうちに私どもは思ひます。

○塩田委員 この点は、四十八年の制度開設のときと今回の適用の仕方から見まして件数はふえる、そして例えは現行の五万一千円のままとした場合に、改正は五万四千円ですね、そうした場合には、今までは本人はゼロですが、月に五万四千ということは、これは一年間療養した人は年間六十五万になるでしょう。ゼロの負担であったものが一挙に、この法律が成立すれば六十五万も払わなければならぬ。言うならばこれは新たな税金ですね。実際払わなければならぬ。これは大変なことじゃないですか。

○吉村政府委員 それは確かに大変なことであることは事実だと思ひますし、今まで払わなかったものを払うという意味においてはそれは大変なことだと思ひます。それは従来家族の場合でもそれ

だけの負担をしておるわけでありまして、本人について新たにそういう事態になるというだけでございます。

○塩田委員 私はそこを申し上げておるのです。四十八年のときは今でも何百万、何千万、何千万はそんなに件数としてないかも知れませんが、何十万、何百万と払つておった人が、これが当時三万円ですから最高三十六万円で済むようになったのです。いいですか、非常な軽減でしよう。ところが今回の場合は、ゼロであった人が六十五万払わなければならぬという新たな支出をしなければならぬ。しかも家計の主たる者が寝込んでしまつてこれを払わなければならないという、そこは大変な違いですよ。同じ高額療養費の制度だといつても大変な違いだということですよ。おわかりでしょう。

○吉村政府委員 よくわかります。ただ、要するに定率の一部負担を今度課した場合に、例えば百万円の医療費がかつた場合には十万円の負担になる。したがってそれを五万四千円で打ちどめしたい、こういうのがこの制度の目的でございます。確かに家族の場合は三割を全部負担しておつたのを、高額療養費制度を設けたことによつて一部負担の頭打ちを設けて、これは家族にとつて大朗報であつたであらうと私は思ひます。

それから、今度本人について一割をやるということ、これはひとつ先ほど申し上げましたような趣旨で一割の負担をお願いをしたい、こう思つておるわけですが、最近いろいろな医療費が高くなつておりました、百万円かかるとかあるいは二百万円かかる、あるいは一千万円かかるような場合もございいます。その一割ということになれば、一千万かかる場合には百万円の一部負担になつてしまふ、それを五万四千円で限度を打ちどめにしたいというところがこの趣旨なんではないかと。

○塩田委員 今私が申し上げましたことを大臣、篤と考へていただきたいと思うのです。ここは大きい問題点です。私は、できれば現在の高額療養

費制度、この法令の根拠も聞きましたが、本人が入つておるといふのを本人をとるべきだと思ひます。本人をとらまして、そして現在の患者負担ゼロというところから考へ直すこと、少なくとも八百円の初診料、これを払つているところを出発点に考へ直さないとこれは国民に対する大変な負担増なんですね。一割とか二割の問題を突き詰めて高額療養費で考えますと、一挙に年額六十五万という大変な負担になるということ、前と違ふということですね。これをひとつ篤と考へていただきたいと思ひます。

もう一つ、最後にお尋ねしたいと思ひます。現在高額療養費、月間一番多いのは一体どれぐらいの金額がかかつていますか。

○吉村政府委員 月最高で、はつきり覚えておりませんが二千万円以上のはあると思ひます。ただ、その具体的な例はちよつと持ち合わせておりませんが、健保連の調査によりますと、五百万円以上でも二百三十件になっております。それから政府管掌で申し上げますと、二百万円以上は年間件数が一万二千件と推定をされております。

○塩田委員 今御説明があつたとおりでございまして、私の調べたところによりますと一千万、二千万を超えているものはかなりある。そして、今言われましたように五百万円を超えているものは二百三十、二百万円を超えているものは六千四百三十四件ですね。本人になりますとこれ加わるわけですね。そして、例えば一千万円としましう。一千万円とした場合は、一割の現在の法案あるいはまた二割ということになりますとどれぐらいの本人負担が要するか、これは計算していただければすぐわかること、一千万円なら月に百万円を払わなければならぬのです。これは高額療養費でということでございますが、新たな負担になるということ。

しかも、この高額療養費制度というのは五万四千円なり五万一千円以上は払わなくていいというのじゃないですね。一たん一割なり二割は払わなければならぬのです。家計の主たる担当者でし

しをしたわけでありませうけれども、よく考えていただきたいと思うのであります。

そこで、少し留意してきたものに入りたいと思うのですが、国保の問題でありますけれども、国保の保険料の収納率が非常に悪い、年々落ちてきておるといふことで、厚生省は収納率向上三カ年計画、三年たてば九五％に持っていきたい、こういうことでありますけれども、四十八年をピークにいたしまして何でこう年々低下しておるのか。これはやはり保険局長ですか。

○吉村政府委員 国保の収納率が低下している原因といたしましては、一つは源泉徴収制度がないということでありまして、それから、都市化が進んでおまして、都市部を中心に被保険者の把握というのがなかなか困難になっております。そしてそのために保険料の徴収も困難となっております。それから医療費の伸びが所得の伸びを上回る、こういうことで保険料の賦課額が年々高くなっている。こういうようなことから、国保の収納率が低下しておるのではないかと推測をしております。

○浦井委員 いろいろ斜めぐらいいから見たら答えが返ってくるわけですが、要するに保険料がずっと高くなってきておる。過去この十年ぐらいいの間を見ますと、国民所得の伸びが二倍であるのに保険料は大体四・〇倍というような格好になっておるわけで、国保の保険料は高いという声はまたに満ち満ちておるわけで、やはりそれが収納率を悪くした原因だろうと私は思うのです。

そこで皆さん方は、今回具体的な対策として「被保険者証の更新・検認時において、制度の趣旨の説明、支払履行の確認及び徴収を行う」、「こういうことを例示をされておるわけでありまして、けれども、私はこの方針でどんどん進みますといういろいろな弊害が起こると思うわけでありまして。

例えば、私が住んでおります神戸で申し上げますと、あるかなり大きな団地でありますけれども、須磨区の名谷支所というところがあるのですが、そこに五千二百世帯おられる、そして七百五十世帯が滞納をしておられるということで、昨年

の十二月一日に、更新時に滞納者が行きますと、保険証をお渡ししません、国保の窓口に出頭しないといふようなことが来たり、なかなか渡してくれぬといふことであります。窓口で滞納を全額払わないと保険証を渡さぬといふようなことが続発をいたしておるわけで、こういう行き過ぎたペナルティといえますか、こういうことが横行をするのではないか、このように私は危惧をするわけでありまして。

例えば具体的に申し上げますと、十万円滞納しておる方が一、二万円持っていたところ、保険証はもらえなかったという話であるとか、あるいは全額を持ってきておらなかったのか、あるいは全額を持ってきてもらえなかったのか、非常に厳しいことを言われて、持っていってお金も出しそびれてしまったということに怒って帰る人がおるわけでありまして。これはよく見られる例でありまして、こういうケースを発生させてはならぬといふふうに思うわけでありまして。

それで、保険証をたとえ交付しても、分割払いをしますという誓約書を書かせてみたり、あるいは有効期限の短縮を行ったりというようなことで、保険料の高さあるいはその滞納分の収納のひどさという点で大問題になっておるわけでありまして、こういうようなことが果たして許されるのかどうか。だから、よほど注意してやらなければならぬのではないかと私は思うのです。

○吉村政府委員 今の制度では、保険料を納めなという理由に被保険者証を交付しないということはできないことになっております。ただ保険料の徴収について市町村は一生懸命努力をしておるわけでありまして、国民健康保険といいますが、やはりこれは被保険者全体の相互扶助のシステムでございますので、保険料の徴収について努力をする、その窓口で保険料を納めなければ被保険者証を交付しないと言ったとすればこれは私は行き過ぎだと思いますが、いろいろな形で保険料の納付について指導をし、協力を得るとい

う努力は市町村がやっても許されることではないか、こういうように思います。やはり権利と義務というものは相対応するものだ、こういうことで市町村の努力もひとつ温かい目で見えてやっていただきたい、こう思います。

○浦井委員 こういう滞納をなくする、収納率を上げることを真の意味でやるためには、保険料が適正でなければならぬ、払えるような保険料でなければならぬ、こういうことだと私は思うわけでありまして。ところが、先ほどからもいろいろとお話がありまして、今回のあなたの方の出さし上げると、これはもういろいろ言われておりますが、国民健康保険の国庫補助率を医療費ベースで四五％から三八・五％に引き下げる、これによって国庫負担の軽減が千七百四十五億浮いてくる。それで、退職者医療制度の創設による国保の負担減が九百九十億だ。こういうことになるわけでありまして、それを差し引きしますと七百五十億、もう明らかに国庫負担の減になるわけでありまして。そうなりますと、あなたの方は、これはそういうことにはなりませんと言われるかも知れませんが、国保の保険料の値上げに市町村の方はストリートに結びつかざるを得ないのですか。

○吉村政府委員 私ども、今回の国庫補助率の引き下げは、退職者医療制度を創設することによって退職者に関する医療費の負担というものは市町村はしなくてもいい、こういうことになるわけでございます。また従来、退職者についての保険料は、退職者自身の所得の関係もございまして、若い人たちがその分を負担をしておった、こういう事実がございまして。その退職者についての保険料の負担、若い人たちの保険料の負担が要らなくなると、こういうことでございまして、私もこういう国庫補助の削減をしたからといって保険料の負担水準が上がる、こういうふうには考えておりません。

○浦井委員 上がるとは考えておらないというように言われますけれども、あなたの方の国保課長さんは、ある雑誌での対談でこんなことを言われておるんです。「補助率の引き下げられた分が、全部退職者医療で賄われるんだ」というのは、これはそういう姿になっておりません。私どもが知っているのは従来のような保険料水準がある程度毎年上がってきているわけですが、それ以上に加速しなきゃならぬといふようなことには、なんとか医療費適正化なりなんの努力をしていけば、しないで済むような国庫補助であるという説明になるわけであって、したがってそこは決して案でございせんが、やはり努力していかないと、また穴があきかねないところはそこなんです。また、こういうふうな発言をされておられるわけでありまして。これはやっぱり上がりまっせといふことを予告しておられるのではないですか、いろいろ言われても。

○吉村政府委員 そういうつもりで言ったのではないと思ひます。私どもは、今申し上げましたように、退職者医療制度だけで国庫補助の削減をしておるわけではございせん、従来、退職者の医療費については若い人たちが持っておった保険料が必要でなくなる、その分は自分たちの医療のための保険給付に回すことができる余力になるわけでございますので、保険料の引き上げをしなくても十分賄い切れる、こういうことでございまして。やはり現実医療費は動くわけですから、そして、まあこれは予測でございまして、それは実際問題として国保課長のような心配——国保課長はやはり国保財政についての直接の当面の責任者でありますので、そういう心配といふものをするのはまた当然だと思ひます。

○浦井委員 やはり、問はず語らずのうちに保険局長は、こういうふうなことを虚構をつくってみたところで、国保の保険料は今後とも上がる可能性はあるんだということを、おのずから告白をされたというふうには私は受け取っておきたいと思うのであります。

そこで、もう一つの問題は、今度は低所得世帯に対する保険料軽減措置に対する軽減費交付金、これが今度は補助率が十割から八割になるというようなことになりますと、これは市町村国保の場合、市町村はやっぱり制限を強めていかざるを得ぬということになるわけで、とにかくあなたの方がどう言われようと、これはこういう一連の事態を通じて、国保に入っておられる弱者の方々にとっては非常に大きな負担になるということを私は指摘をし、やっぱり国庫負担の削減というようなことはやめるべきだということを言っておきたいと思ひます。

そこでもう一つ、国保の問題に関連をして、こ

これは全体でありますけれども、厚生省の方は、この間、いわゆる「今後の医療政策の基本的方向」ということで、中長期ビジョンと俗に言われておるものを出してこられたわけですが、そこで、これは医療保険の項を除いては大体厚生白書のエッセンスのようなものであるし、医療保険の項についても余り新味はない。強いて言えば、医療保険全体の給付率を六十年代の後半に八割程度に統一したいというようなところでありますが、その八割程度でなしたいということ、その負担はどうするかということを見てみますと、財政調整の問題が大きく浮かび上がってくるわけであります。これをやっぱりてこにされる。将来この国保を八割にするに当たって、一体国保負担はどのくらいふうにされるわけですか。それとも国庫負担はなるべく減らしていつて、そして財政調整でうまいことやつていきたい、ややアバウトな間い方でありますけれども、どう思われますか。どういふふうに考えておられますか。

も一つのやり方でございます。また、国庫に余裕があるならば国庫補助金でもって調整をしていくというの、一つの方法でございます。したがって、その時点における財政状況なりあるいは財政調整についての世論といひますかそういうようなもの、そういうことをいろいろ勘案してそのときに判断をしなければならぬ問題であらうと思ひます。

○浦井委員 保険料を上げるといふことは余り考慮の中には入れておられないわけですか。

○吉村政府委員 私どもは保険料というものについては余り上げたくない、こういうことで対処をしておるつもりでございます。

○浦井委員 やはり老人保健法でかなり味をしめられたわけでありますから、今回の案では、やはり国保の国庫負担を削減するために退職者医療制度をつくろうというように私は思いますから、今度は退職者医療をやろうということで、財政調整がこれから主な柱になるのではようね、今の厚生省の考え方からいけば。

○吉村政府委員 負担の公平という観点から何が一番いい方法かというものをこれから考えてまいります。

○浦井委員 余りはっきり特定しては言われないわけでありますが、そこで、それなら財政調整ということになれば、今度の「今後の医療政策の基本的方向」というのを見ますと、全医療保険を何とか統合していきたいというようなことであります。そうすると組合管掌と政府管掌をやり、それと今度は被用者保険と国保とを財政調整する、というふうなことになるわけでありますが、一体具体的にやれるのかどうか、本当に真剣に考えておら

○浦井委員 保険料を上げるといふことは余り考慮の中には入れておられないわけですか。

○吉村政府委員 私どもは保険料というものについて、は余り上げたくない、こういうことで対処をしておるつもりでございます。

【浦井委員】やはり老人保健法でかなり叩きしめられたわけでありますから、今回の案では、やはり国保の国庫負担を削減するために退職者医療制度をつくらうというように私は思いますから、今

度は退職者医療をやろうということ、財政調整がこれから主な柱になるでしょうね、今の厚生省の考え方からいけば。

○吉村政府委員 負担の公平という観点から何が一番いい方法かというものをこれから考えてまいります。

○浦井委員 余りはつきり特定しては言われないわけですが、そこで、それなら財政調整ということになれば、今度の「今後の医療政策の基

本的方向」というので見ますと、全医療保険を何とか統合していきたいというようなことであります。そうすると組合管掌と政府管掌をやり、それ

で今度は被用者保険と国保とを財政調整するといふようなことになるわけですが、一体具体的にやれるのかどうか、本当に真剣に考えておら

○吉村政府委員 真剣に考えたがゆえに長期ビジョンとして打ち出したわけであります。

○浦井委員　これは少し理屈っぽい話になりますけれども、今私が挙げたようなものはやはり公的医療保険でやる。そこで、それは公的医療保険で

やると同時に、社会保険ということで保険原理というものもやはり貫くことになるのだらう

と思うわけです。そうしますと国民の層を機能的、階層的に分類する、グループینگというような作業がどうしても必要になってまいります。なかなか簡単に全部一括してやれないものであります。そこに、その階層のありようあるいは一つのグループの社会保険なら社会保険の財政状況なんかを見ながら、どこかで調達をしたものを投入をするというようなことでやらなければ、簡単にこのAとBを合わせて財政調整をやつて、今度はそのA、BをCと財政調整をする、そうなると、これはかなりはつきりしたイメージ、はつきりした考え方を持って臨まなければ、この間発表された六十年代後半に八割給付を確保するというようなことは、まさに給付の点で絵にかいたもちに終つてしまふのではないか、このように私は指摘をしたいのでありますけれども、何かやれる自信がありますか。

○吉村政府委員　いろいろやり方はあるうかと思
いますが、いづれにいたしましても、医療費とい
うのは、保険料と国庫負担と患者負担で賄うわけ

でございますので、保険料率を上げない方向で、あるいは国庫負担というものもやはりなかなか今後無理があると思いますので、そういう全体的な

視野の中で、財政調整なりあるいは一元化なりあるいは統合というようなことで考えていかなきゃならぬときが来るかもしれないというように思

○浦井委員　だんだん保険局長のお話が核心に近づいてきたわけであります。

私、保険料を上げよとは言っていないんですよ。保険料は上げない方向でいきたい、そして国庫負担もこれ以上はふやさない、できたら減らそう

ということになり、先ほどから再々言っておるように、老人保健法なり今度の退職者医療制度というようなかっこうで、結局水の高きから

低きに流れるようなかつこうで財政調整をやるというような形にならざるを得ないのではないか。

かといふことでありますけれども、今度は、組合管

掌健康保険と政管健保とを統合すると、負担は重くなつて、給付のレベルの低い方にずうっと流れていくわけでありますから、組合管掌の方から附加給付がなくなつてみたり、あるいは労使の負担割合が今の実質六・四ぐらいから五・五ぐらいになつたり、逆に、それをもしやれたとしても、被用者保険と国保とが財政調整するということになりますと、今度は被用者保険が国保並みにだあつと下がつていく。そうすると、しまいに、極端に言へば国保のように使用者負担がもう全くなくなつてしまふというふうなかつこうになるかも知れぬし、そうなれば、まさに公的医療保険としては用をなさぬようになつてしまふ。そうすると、私

がこの前の質問で申し上げたように、どんどんと生命保険資本がシェアを広げようとしておりますから、民間保険がばっこをいたしまして、そしてもうアメリカの医療のようになかつこうでの非常な

弊害が出てくるのではないか、私はこのことを非常に恐れておるわけであります。だから、そういう点で、そんな危惧はないのかという点をまず聞

うておきたいと思う。

○吉村政府委員　公的医療保険がカバーすべき分野を民間保険が肩がわりをするのではないかとい

○浦井委員　しかし保険局長、先ほどの質問者の御心配でございますが、私どもはそうするつもりはございません。

質問に答えて、自由診療と保険医療との区別というようなものは中医協でやってもらわなければならないようなことを言われておるわけ

で、特に医療担当者の中から、公的医療保険の地位の低下が今度のあなた方のいわゆる改正案の中で起こらないかということを、非常に危惧をさ

私は、きょうは国保の財政調整の問題を一例として取り上げてみたわけで、前回は特定医療費の

問題を取り上げました。いずれにしても、あなた方が出されておる今度のいわゆる改正案なるものというのとは非常に危険な意図を持っておる。これ

は別に医療法の改正をやらなくても、今度の改正

案なるものを通じて日本の医療制度を大きく根拠から揺るがすものになるのではないかと、私はこのことを強く指摘をしたいわけでありました。だから、そういう点で、このいわゆる改正案なるものは、もう四の五の、修正云々というようなことでなしに、大臣に最後に要望したいのでありますけれども、大臣、男ならと言った御婦人にしかられますけれども、これはもう深く撤回をして出直してくるという決意の披露を大臣にぜひ要望して、私の質問を終わりたいと思います。

○渡部国務大臣 今回御審議をお願いしておるこの改正案を通じていただきますと、将来の医療保険が非常に危険になりますので、どうぞ素直に、私もありのままのことを申し上げてお願いをしておりますので、お言葉を返して大変恐縮でございますが、今回の改正案を成立させていただくようにお願いを申し上げます。

〔委員長退席、丹羽（雄）委員長代理着席〕

○浦井委員 終わります。——だめであります。

○丹羽（雄）委員長代理 野呂昭彦君。

○野呂委員 今回の健康保険法の改正は制度始まって以来の大改正と言われているわけでありまして、私も、大臣がいつも言われておりますように、二十一世紀の揺るぎない医療保険制度の確立に向けて、これはもう避けて通ることのできないものだと考えておるわけでございます。

この健康法の審議も、四月十二日に我が党の丹羽委員の質問に始まりまして、もう既に十分に三ヶ月近く質疑を行ってきたわけでございます。その間に大方の問題も出し尽くされてきたという感じがいたしております。大詰めの段階を迎えたという気がいたしておりますわけでございます。

大臣には大変お疲れのところでございますが、本法案、そしてさきに出されました長期ビジョンなどに関連して、時間もそうあるわけではございませんが、若干質問をいたしてまいりたいと思うわけでございます。

それで、まず、高額療養費の支給制度についてお

伺いをいたしてまいります。

この問題は、もう既に多く議論をされてきたわけでございますが、これは私も、既に議論の中にあつたように、自己負担の限度額の問題というよりも、やはり医療機関単位、暦月単位、個人単位という現行の制度からくる問題が大きいのではないかな、そういう気がいたしております。家族内で複数の人が重病に陥ったときに、負担の増大というものが大変であります。それと同時に、健康保険の本人の場合には、会社等で、例えば給料も、長期に休職ということになりますと四割カットされるといふようなこともございまして、収入の方もカットされるということがあるわけでございます。保険の本質からいきまして、通常だれでも負担のできるものは自分で払ってくださいます。しかし大変な負担のときには保険がかわって払いましよう、これが本来の保険のあるべき姿であるかと思うわけですが。

こういうことから考えますと、この制度については速やかに改善していくべきではないかな、特にビジョンの方では六十年以降というふうなことになるのでありますけれども、私は、ぜひ速やかに改善をしていくのではないだろうか、そんなことも考えておまして、まずその辺からお聞きをいたしてまいりたいと思います。

○渡部国務大臣 この委員会でもたびたび申し上げておりますように、今回の改革案、これは二十一世紀の国民の健康を守るために是非でも成立をさせていたなければなりません。しかし、この改革案が成立することによって、平均的なサラリーマン家庭の皆さん方が、重い病気になるかかって生活が破壊されるというようなことはあつてはならないことだと私は考えておりますので、今野呂先生から高額療養費の問題についてもいろいろ御心配を賜り、具体的な問題で御勉強いただいておりますことは、与党あつての政府であり、国会あつての政府でありますから、野呂先生、与党の中で、また野党の皆さんと相談して、いろいろサラリーマン家庭の皆さんが困らないための知恵を

出していただければ、素直に謙虚にこれに耳を傾け、誠実にこれを実行するように努力してまいりたいと思います。

○野呂委員 大臣の前向きな御答弁だと思えます。ぜひひとつ今後ともよろしくお考えあわせをいただきたいと思います。

次に、退職者医療制度の創設ということでございますが、この退職者医療制度、サラリーマンのOBの医療費を現役のサラリーマンがカバーしていく、そういう点では、世代間の連帯あるいは現状の不公平、不合理といった点を解消していくという点では大変評価をされる大きな柱となつてくるものだと思うのです。ただ、これは既に当委員会でも指摘をされておりますが、今後人口が大変高齢化していくに従いまして対象者が毎年毎年増加する傾向にある。したがって、被用者保険の負担というものが相当ふえてくる心配があるわけでありまして、そういう状況のもとでは負担の調整が必要となる時期が来るのではないだろうか、そういういったことについての御見解と、

それから、この制度は窓口としては国保が扱ふ、しかしお金は組合保険の方から出すというところであります。国保が窓口となるということにつきましては、やはりそこに自分のところの金を出すわけではないからということ、その運営努力というものが、これは健康保険等におきましては、組合保険におきましてはその運営努力というものが認められないかと思つております。そういう面では今回国保の方の運営努力というものが怠りがちになりはしないだろうか、そういう心配もしいわけではないわけでありまして、そういう意味で、窓口となる国保の方の運営努力についてどのように運営努力を求めていけるのか、そういうことについてお伺いをいたします。

○吉村政府委員 まず、退職者医療への拠出金の問題でございますが、私も五十九年度で退職者医療制度の財源を計算してみますと、千分の五・七

ぐらいの所要料率になるわけでございます。しかし、三十年先、これが一番ピークになるのではないかと思つておりますが、そのピーク時におきましても千分の九・八ぐらいでございます。したがって三十年間で千分の四上ることになるわけでございますが、これぐらいの負担ならば不可能ではないというように考えております。なお、今後退職者の定年退職の年齢等もやはり延長をされるような予測も立ちますし、いろいろな観点から考えまして、将来の退職者医療についての拠出金、これを負担し切れなくなるというふうな予測は持つておりません。

それから第二の、国保の運営の問題でございますが、私も退職者医療制度を実施するに当たりまして国保の経営努力については十分督促をしていくつもりでございます。また、交付金の算定あるいは交付金の減額措置等を通じて、国保における収入と支出の両面にわたる適正な運営を担保してまいりたいと思つております。また、国民健康保険の運営に關しまして国保運営協議会というものがございまして、この市町村レベルにおける国保運営協議会に拠出者の代表を参加させることによりまして、拠出者の意向が国保の経営に反映されるようにしたい。いろいろな手を講じて、国保が退職者医療制度の運営について無責任にならないような手だてを講じてまいりたいと考えております。

○野呂委員 質問の内容がまた変わりますが、次に、特定療養費のことについてお聞きをいたしてまいります。

今回の改正案で、一月二十五日に社会保険審議会への諮問書が出されておりますが、そのときには「特定承認医療機関」という言葉で「保険」という字が入っていないのですが、今回出されておる法案には「特定承認保険医療機関」といって「保険」という字が入つておるわけでございます。これがなぜ入つておるのか、その理由をお聞きしたいと思つております。

○吉村政府委員 確かに先生御指摘のように、当初は「特定承認医療機関」、こういう名称でござ

いました。保険を担当する医療機関にいろいろな種別をつくるのは問題ではないか、こういうような御意見がございまして、この「特定承認医療機関」に対しても保険医療機関に関する規定を全部適用する、こういうようにしたわけでございます。したがって、保険医療機関に関する規定というものが全部適用になるのならば「特定承認保険医療機関」という名称の方が適当ではないか、こういうことで改めたものでございます。

○野呂委員 「保険」という字が入ると入らないのとはその性格が違ってくるのではないだろうか。その諸問案の方では、基本的には、自由診療の機関であってそれで高度の医療を提供しているところが、申請によって都道府県知事の承認を受けたものについては、保険診療の範囲までは療養費払い制度で認めるといふものであったわけですが、やはりその内容もそれで変更してきただけではないかということについて、どうも関係方面への十分な認識というものが得られていないのではないかと、そういう心配をいたすわけであり

ます。その療養費の中で、高度な医療の基準というのについては中医師協で定めていくというようになるとなっておりますが、高度とか先端とかいふものをどういうふうに判断をしていくのか。例えばCTスキャンなどは保険で取り扱えるということだから普及をしてきたわけでありまして、その適用の仕方によって、今まで指摘されておるとおり、難病等への新技術の適用が困難になったり、あるいは医療の新技術の開発とかあるいは医学の発達に水を差すことにはならないだろうか、そういう不安があります。その辺のことについて御答弁をお願いいたします。

○吉村政府委員 私ども、高度先端技術というのは、一応学界等の評価を経て、その技術の有効性あるいは効率性、それからまだ全国的に普及をしておらないのですが、今後普及する可能性がある、そういう普及の確立過程と申しますか、そういう過程にある技術、そして現在まだ保険に取り

入れられていないような技術を対象にして高度先端技術、こういうように言っておるわけでござい

ます。先生御指摘のCTスキャンというものの、初めはイギリスから一台か二台入って、それがだんだん普及をしていったわけであります。したがって、どの段階でそれを保険診療の中に入れるか、こういう問題はあります。例えば一台、二台あるいは十台くらいしか入っていない段階では、これは保険の未適用の技術ということになるんだらうと思うわけであります。そういう普及過程にあるものに着目して、それと保険診療との調整を図ろう、こういうものでございます。

そのやり方いかんによっては御指摘のように医学の進歩を妨げることになるのではないかと、こういう御指摘でございますが、私どもは、むしろその診療についての一部の費用について保険が持つということを通じて、むしろ普及を早めていくんではないかと、そして医学医療の進歩を支えることになるんではないかと、こういうようにむしろ積極的に考えております。

ただ、御心配の向きは、恐らく大病院等だけに限定をした場合に民間の活力みたいなものが阻害をされていくんではないかという御心配があるというように思っています。その辺は中医師協でもって承認基準をつくる場合にいろいろ検討をして、民間の活力というようなものが失われるようなことがないような基準をつくってまいりたいと思っております。

○野呂委員 そういふ不安が現実にならないように、ひとつ今後さらに御努力をお願いを申し上げる次第です。

それから、さきのビジョンでも示されております。これからの医療保険制度の展望とか方向づけというところについてであります。六十年代後半に給付率を八割程度で統一するということになっておりますが、それに向かつての具体的な手順をどういうふうに考えておられるのか、そしてまた、所要の財源の手当て等をどうするおつもりなのか、具体的に伺いをいたします。

か、具体的に伺いをいたします。

○吉村政府委員 今回お示しをいたしましたものは、将来の医療保険制度の一元化を図る、こういう政策目標を示した、こういうものでございまして、財政面も含めましてその手順等具体的な方策につきましまして今後検討を重ねていく、こういうものでございまして、現段階におきまして、一元化に向けての手順、財源の手当て等についての具体的な方策は持ち合わせておりません。

○野呂委員 具体的なもののというのはこれからにいたしましたも、統一をしていく際に、老人保健の対象となっておる老人の給付率についてはどう取り扱われるおつもりなのか、その点について伺いをいたします。

○水田政府委員 お答え申し上げます。

当委員会が大臣からもお答え申し上げておりますように、八割程度に統一する中に老人保健は含めておりません。

○野呂委員 次に、医療養成の問題等につきましまして、これは大変重要な問題であると思っております。これは単に数の問題についてだけでなく、ビジョンでも言っておりますように、よいホームドクターの育成だとか、あるいはプライマリ・ケア教育の充実、医学教育、卒後研修の充実強化等を図る必要があり、このことが患者から信頼されるよい医療を育て、また本当の医療費の適正化に通ずるものではないかと思うわけです。しかし、信頼関係という面で見ると、一部の医療機関や医師によりまして、その信頼関係というものが不正行為等によりまして、その信頼関係というものが著しく損なわれたり、あるいはまた、その医療システムの中で医師と患者の触れ合いや対話の不足などというようなことも指摘をされておるわけでありまして、医師と患者の信頼関係がよくならないとまた医療もよくならないのではないかと、そういう面につきましましてその対策をお聞きいたします。

○吉村政府委員 お話しのございました点、基本的に同感でございます。将来の医師数を検討するに当たっては、単に数だけではなくて、望ましい姿を想定することが必要であらうと考えております。

お話しにもございましたプライマリ・ケアや生涯教育の充実につきましては、厚生省といたしまして、かねてから、卒後の臨床研修を通じあるいは地域医療研修センターというものの整備を通じて、努力をしておるところでございます。

また、プライマリ・ケアの担い手としての家庭医の育成は、最も大事でありますところの医師と患者との信頼関係をしっかりとしたものにする、こういう意味からも極めて重要であると考えております。今後制度面、養成面から検討を行う考えでございます。そして、このプライマリ・ケアの充実とあわせまして、地域医療計画を策定し、地域医療のシステム化を推進することによって的確な医療を効率的に行っていく、こういう体制を整えてまいりたいと考えておるところでございます。

○野呂委員 次に、レセプト処理のことについてお聞きをいたします。

今、膨大な医療費が被保険者の保険料、そして税金、それと事業主などの保険料で賄われておるわけでありまして、この大切なお金が事務経費、そのための労力費に多くを費やされていくとする、本来の保険としてのメリットは少なくなってしまうわけでありまして、その意味で、レセプトの処理数が年間八億二千万枚、これがための保険医療機関や支払基金あるいは保険者における事務量、労力というものは大変なものであります。また実際の審査時間が七秒というふうなことも、これも非効率さきまりない、限界を超えたものであるというふうにも思うわけであります。また、医者などの貴重な時間がそれで費やされるということになりますと、大事な診療のための時間も奪ってしまふというふうなことでございます。

厚生省は、コンピュータによりまして、このレセプト処理システムの導入について、今年度から順次拡大をしていくということにしておるわけでございますが、今後いつごろまでにどの程度整備をいたしていくのか。それと、そのことにより

まして医療費や医療事務の合理化にどのような効果があるか見込んでおられるのか、その辺についてお願いします。

○吉村政府委員 私どもは、医療の世界へのコンピュータの導入は非常に遅れておる、他の分野と比べて非常に遅れておるんではないか、こういうふうに思っております。

そこで、私も診療報酬の請求支払い事務を迅速かつ円滑に処理するためにコンピュータを導入をしたい、こういう計画を立てておるわけでございますが、いろいろ医療機関側の状況、支払い機関側の状況等を勘案いたしますと、やはり十年くらいの期間が必要なんではないか。全国的に全面的に実施するためには十年くらいの期間が必要なんではないか、こういうふうに考えております。

そしてどういふ効果があるのか、こういうことでございしますが、やはり今後医療の件数というものがかなりふえてまいりと思っておりますので、保険医療機関においては、少なくとも将来にわたる人件費の抑制というものは可能にならうと思えますし、また、請求事務等に手が省けるとすれば、医師の本来の業務に専念する時間というものがふえるのであらうという効果も期待できます。また、支払い機関におきましては、人件費の抑制、審査の効率化等の効果があるかと思えます。また、保険者におきましては、被保険者のレセプトの管理というふうなものも確実にできることになりまして、また、そういう余力をもちまして健康増進対策等についての活用というふうなものも可能になるのではないかと。私もコンピュータによる直接の効果というものはそういうふうに考えておりますが、医療機関にコンピュータが入ることによって、医療経営の合理化その他の点にも十分資することができるとは、どういふように期待をしておるわけでございします。

○野呂委員 このコンピュータ化の分野というものは、私も見ていまして、ほかの産業あるいはほかのいろいろな事業等から比較して大変おく

れておるように思います。早急に、十年というよりもっと早く実現できるように、できれば御努力をいただきたいとお願いを申し上げておきます。

それで、今回のこの長期ビジョンについては、いろんなこれまでの議論等聞いておりましたも、もっと具体的に突っ込んだものを期待した向きもあつたように思うのであります。しかし、今の議論の中では、このビジョンにあるとおり、これまで指摘されたような問題を整理いたしまして、今後の改革の方向づけとかあるいは展望を明らかにしようとしている、その内容、今はこのくらいのことしか厚生省も示せないのではないだろうか、そういうふうに思います。

しかし、私は、今回の改正案というものは、二十一世紀に向けての揺るぎない保健医療制度の確立への大きな節目になるものだと考えております。いつも大臣が言われておりますように、二十一世紀の健康で生き生きとした福祉社会の実現を図る、そういうために、私は、この長期ビジョンをひとつと発展をさせていく、そして関係方面ともこれはもう十分に御協議をいただいた上で、これは私の思いつきのことでございしますが、二十一世紀を目指す健康づくり基本法といったようなものであったものを近い将来につくっていく、どうだろうか、その中で健康政策の理念、目標というふうなものや、あるいは人口の高齢化や疾病の構造変化などに対応した保健医療制度のあり方を決め、あるいはまた医療保険制度の位置づけを決めていく。そして、国民とかあるいは医療担当者、国、地方公共団体が健康づくりにそれぞれがどのような責務を持つておるか、そういうあり方などをもっと明確に示されていく、どういふ健康づくり基本法案みたいな考えにつきまして大臣のひとつお考えを伺いたいわけであり

○渡部国務大臣 野呂先生御指摘の二十一世紀に向けての国民の健康づくりのための基本法をつ

くってはどうか、これはすばらしい見識だと思います。

振り返ってみますと、今まで私どもは、戦後だけ振り返ってみても、伝染病をなくす、あるいは結核をなくす、次々と我々の生命をむしばんできた病気を克服して、今、今世紀最大の人類に対する大きな病気だと言われるがんの克服、これは中曽根総理を先頭に取組んでおるわけであり、また、病気にさらぬ、もう一つ言ふなら、これも、病気にさらぬ、もう一つ言ふなら、これは、三十年も平均寿命を伸ばしてきたわけであり、これからは死ぬまで元気な生きがいを持つて暮らしていく、そういう元気な人間をつくっていく方が幸甚なので、そういう幅広い立場に立って、心身ともに健康な人間をこれから生涯をかけてつくっていく、こういうような施策をこれからつくっていくのは極めて重要なことだと考えております。

○野呂委員 ひとつ大臣の今の気持ちで、これからの二十一世紀の健康づくりにな一層お励みをいただくことをお願いを申し上げます。

最後の質問をさせていただきます。審議も大変進んでまいりまして大詰めを迎えようとしておる今、この健保法の議論というものは、どうも一部負担の導入の是非に議論が集中し過ぎの感がいたします。しかし、大臣がいつも言われるように、これからの二十一世紀に向けての人生八十年時代にふさわしい、揺るぎない保健医療制度の確立のために、医療費の規模の適正化と、給付と負担の公平化というこの問題の本質をとらえて、一歩も二歩も前進していかなければならない、そういうときにあるわけでありまして、だんだん国民の理解も得られつつある段階ではないかなと思ふのでありますけれども、それでも健保の本人にとってみれば負担がふえるということを喜ぶはずはありませんし、あるいは医療関係者の方にとりましてはそれぞれの立場からそれぞれの

お考えがあるわけでありまして。そんなことで大変なことであり、大臣も、いつもここにござれておりながらも、時には神妙になったり時には厳しい顔になられて、本当に御苦勞なことだと思ふのです。こういう大詰めで修正の話なども出ておるわけでありまして、(発言する者あり)

○丹羽(雄)委員長代理 静粛に願います。

○野呂委員 ひとつ大臣の御決意というものを最後にお伺いいたしまして、あと我が党の伊吹委員にかわらせていただきたいと思います。

○渡部国務大臣 おかげさまでこの改革案、二十一世紀の国民の健康を守っていくためにどうして成り立たなければならないという私どもの考え方が、幅広く良識ある国民の皆さん方に御理解をいただきつつございます。まじめにこの法案を検討していただき、我々の話を素直に聞いていただければ、これは決して、一時的には被用者保険本人の皆さんに一部の御負担を求めることでございすけれども、長い目で考えていただければ結局それが、それぞれの皆さんの健康の自己管理に努力をされることとなり、また被用者保険本人の皆さんが毎月支払っておる保険料を上げないで済むようになり、長い目で見れば、結局被用者保険本人の皆さん方にとってもまた国民全体にとってもこの改革案が必要なものであり、ためになるものであるということを必ず御理解をいただけたと思ひますので、私も力いっぱい御理解をいただくように努力してまいりますので、先生の御協力をお願いいたします。

○野呂委員 それでは終わります。

○丹羽(雄)委員長代理 伊吹文明君。

○伊吹委員 四月十二日に我が党の同僚である丹羽議員の質問がございまして、既に三月方近くがたちました。私は、自由民主党の締めくくりといひまして大臣に質問をさせていただきたいと思ひます。(締めくくりじゃないよ)と呼ぶ者あり)自由民主党の締めくくりとして答弁を求める次第でございします。(発言する者あり)

○丹羽(雄)委員長代理 静肅に願います。

○伊吹委員 日本は、御承知のようにGNPが自由諸国で第二位になりました。国富もいまだ不十分でございますが、随分充実してまいりました。男子は七十五歳、女子は八十歳、世界有数の長寿国の仲間入りをいたしました。このような長寿国になったのはなぜか。言うまでもなく、自由経済と自由貿易体制の上に自助自立、勤勉な国民の資質が映かした経済成長の結果、生活水準が上がったからにはかなりません。そして、この生活水準の向上の上に財政が安定して、そして医療保険や年金制度、福祉の制度が充実してきた、これが世界有数の長寿国になったゆえんのものであらうかと思ひます。そして、今その基礎的な条件がやや揺らいできております。

例えばオイルショックがございました。保護貿易が台頭してまいりました。そしてまた、他人の汗を当てにして自助の気持ちが失われるようになってきたのも残念ながら事実でございます。私たちの稼ぎを自分で使わずに政府に預けてしまふということもだんだん多くなつてまいりました。高齢化社会に近づきつつある現在、働き手七人に対してお年寄り一人でございますが、しかし二十一世紀には三・三人に一人というふうに言われております。当然医療費もふえてまいりましょう。そしてまた、働き手の負担はふえてくることも当然でございます。四十年に一兆円でございます。医療費は、現在十五兆円になっております。そして、今問題になっております国民健康保険の赤字額は現在二兆円になっております。そしてまた、年金の補助について私たちは二兆四千億のお金を使つております。これは政府のお金ではございません。私たちの税金でございます。私たちが稼いで政府に納めておる税金でございます。

歴史のこの大きな流れの中で今を的確にとらえて、そして大臣お得意の二十一世紀に誤りなきを期す、これが政治家としての当然の役割だろうと私は思ひます。長寿のお年寄りに、老後の生きる苦しみを感じて生きてもらつてはいけないうわけ

して、日本という国に生きていてよかったな、こういう生きる楽しみを持つて老後を生きてもらわなければいけない。今、厚生省、つまり国民の生命、そして安全、そしてまた社会福祉を預かつていらつしやる厚生大臣の立場からいけば、一番大きな問題は医療保険制度というものを永続をさせる、これが国民の長寿国である現在の状況を守つていくということだろうと思ひます。

こういう状況からいまして、現在私たちにいろいろな医療保険制度がございます。組合健保もあれば政管健保もありません。国民健康保険もあります。現在健保と国保について、高齢化社会を迎えて、このまま将来安定した医療サービスが提供されると思つておられるかどうか、大臣のまず基本的な認識を伺いたいと思ひます。

○渡部国務大臣 これは非常に大事な問題だと思ひます。

実は私は地方の出身であります。つい前ごろまでは私たちの周辺の人はほとんど国保加入者でございました。ところがこの前、厚生大臣になつて国に帰りました。周知のとおり話をしておりまして、国保加入だと思つておつた方がほとんど健保、被用者保険加入になつておるわけでありまして。第一次産業から第二次産業に日本の経済は急速に進んでおります。また農村の都市化現象が進んでおります。そうしますとどうしても、近來、いわゆる二次産業部門で収入を上げられる方はほとんど被用者保険の方に移つてまいりまして、いわゆる生産性の低い産業分野で働いておる人が国保に残つていくという状態になっております。これはやはりいづれかの時期に、そういう基本的な問題を考え、客観的な条件の変化というものを考えながら、やはり社会保険というものは国民全体がお互いに弱者を強い者が助け合ひ、少しでも恵まれる人は恵まれたい人たちに互譲の精神をもつて支えていくというものでありますから、これは考えていかなければならないことだと思つております。

○伊吹委員 どうも今のお話を伺つてみると、健保はまあまあ何とか国保は非常に難しい、

こういうことなのですが、実は国民の三七％はこの国民健康保険に頼つて健康を守つておるわけですが、保険局長にちょっと伺いたいのですが、今の大臣の答弁で、国保が非常に難しい状況になつてきているということですが、国保の運営が非常に苦しくなつておる原因といひますか、こういうものをもう少し掘り下げて御説明をいたしたくない。

○吉村政府委員 国保と健保を比較いたしますと、国保の加入者というのは、職のない人あるいは五人未満事業所の被用者、そういう方が多いわけでございます。つまり低所得者の方が多いという構造になつておる点が第一点でございます。それから、大抵被用者保険の現役をやめて国保に加入するといふような方々も多いわけでございます。まして、高齢層が健保に比べて多い、こういうことが第一点と思ひます。

〔丹羽(雄)委員長代理退席、委員長着席〕それから、第三番目といたしまして、今大臣からもちょっとお触れになりましたように、産業構造の変化に伴ひまして、被用者保険の方に加入する方が従来国保の方のうちでも多くなつた。そうすると国保に残つておる人というのは、例えば病弱者で働かなくても働けない人が多くなる。こういうようなことで、国保の加入者の体質というものが、将来の国保の財政を支えていくのに難しい体質の方々だ、こういうことが原因であらうと思ひます。

○伊吹委員 そういたしますと、日本の現在の繁栄を築き上げていただいたお年寄りであるとか比較的所得の少ない方、こういう方々が国保におられて、そしてこの国保が今成り立たない、こういうことですね。そういったしますと、医療費のむだというものがあればこれはいろいろなやり方で医療費を抑えていかなければいけないわけですが、どうも今伺つておると、構造的に国保といふものが成り立たない。保険といふのは、私たち百人のうち一人が病気になるれば、大変な医療費がその一

人にかかつてまいりますので、これは大変だからということ、百人が集まつて百分の一ずつ負担をして、そしてグループとしてそれに備えておこう、こういうのが保険の本来の趣旨だろと思ひます。国民健康保険、政府管掌健康保険、そして組合健康保険、みんな「保険」がついておる。その趣旨だろと思ひますが、保険のそもそものこのような原理原則からいけば、健保は現在赤字になつておるわけですね、赤字になつておる人たちに自己負担を強いといふことはおかしいんじゃないか、こういう御意見あるいは御批判があることは私もよく存じております。しかし、今非常にお元気でかつ収入が多くてそしてお医者様にかからない健康な方々は保険料が安くなつて、なおかつ赤字だ、自己負担もないんだ、こういう人たちに手をつけたいかぬといふことになる。そこには政治といふものが存在しないと思ひます。後ほど詳しくこの点について伺ひたいのですけれども、私たちは、国保の現状だけを取り上げて考えれば、国保の保険料を引き上げるか、それとも私たちが汗と脂で稼ぎ出した税金からこれをさらに穴埋めをするか、それとも今局長のおっしゃつた、お金の毒な方々に、既に三割を払つておられる方々にさらに自己負担を強いるかという方法がないわけ、そこには強者の論理をあくまで貫き通して、政治といふものの存在する値打ちがないと思ひます。この点についていかがですか。

○吉村政府委員 政治のお話は大臣からしていただくといひまして、確かに伊吹先生がおっしゃいますように、保険の原理原則だけで貫くならばそういうことに相なるわけでございます。私も現在、その保険原理といふものを一方で考えながら、昭和三十六年に国民皆保険をやつた時点で、その保険の原理原則、あるいはそれから自然的に生じてくる強者の原理原則というふうなものが変質を余儀なくされたのではないか、それが国民皆保険政策であつたのではないか、こういうよ

うに考えておるわけでございます。

○伊吹委員 今の点について大臣の御見解を伺いたいのです。

○渡部国務大臣 これはいつも私は申し上げておるのですが、社会保障制度の基本的な考え方が、やはり強い人は弱い人を助け、そして国民が全部同じような給付を受けられるようにする、それが社会保障のまさに崇高な理想であって、おれの方は強いから一切弱い者を助けたくないということでは社会保障は成り立たないと思います。

○伊吹委員 今の点についてもう少し掘り下げたいのですが、国保は現在三割の自己負担を取っております。そして健保については、本人は自己負担なしで、入院、通院の違いはございしますが、家族については二割、三割の自己負担を取っている。この国保と健保の財源の構成と、それから給付は財源のおおの何割ずつになつておるか、これを教えていただきたい。

○吉村政府委員 まず政管健保につきましては、全体の給付率が八九・八％でございます。そしてそのうち保険料が七四・六、そして国庫負担が一五・二％になります。それから組合健保は、給付率が九一・一％でございます。保険料が九一・一、国庫負担は〇・一、これは事務費等の関係もあると思います。また給付費の十三億がこれに該当するのだと思います。そして国保でございますが、全体の給付率が七七・九％でございます。保険料が三三・〇、それから国庫負担が四四・九、こういう割合になつております。

○伊吹委員 それではもう一つ伺いたいのですが、健保と国保の加入者の一人当たりの平均収入と、一人当たりの医療費の推移を教えてください。

○吉村政府委員 世帯当たりの平均収入または平均標準報酬の月額につきまして、四十年を一〇〇といたしました場合に、五十七年の指数は、政府管掌では七一七、健保組合は七二九、国保は五五七に相当いたします。それから、一人当たりの医療費を同様に比較いたしますと、四十年を一〇〇

といたしますと、五十七年の指数は政府管掌健康保険は九七七、組合は七八一、これに對しまして国保は一六六二、こういうふうに相なっております。

○伊吹委員 もう一つ数字を伺いたいのですが、患者負担と本人の保険料負担を合わせた部分の所得に占める割合を、健保、国保、それぞれについて教えてください。

○吉村政府委員 所得につきましては、政管と組合の所得は一応標準報酬から推計をいたしまして申し上げます。

政府管掌健康保険につきましては六・一％でございます。患者負担が一・一、保険料が五・〇％でございます。組合健保は三・五、患者負担が〇・六、保険料が二・九％でございます。国民健康保険につきましては八・〇％でございます。患者負担は二・七、保険料が五・三、こういう姿になつております。

○伊吹委員 大臣、今の数字で具体的にわかりになつておると思うのですが、国保の加入者というものは極めて厳しい立場に追い込まれておりますね。老人の方であるとか農民の方であるとか商店主だとか、皆さんは額に汗をして一生懸命働いておるまじめな日本人であり、そして日本の現在をつくつてきた人たちでございます。しかし、この人たちが既に三割負担をしながらも、なおかつ、今保険局長の言つた数字でおわかりのように、健康保険に入つておる人たちよりも恵まれない状態になつておる。しかも、この方々の二兆円の赤字を私たちの税金で埋めておるといふこともこれまた事実でございます。そして一番最初に申し上げたように、保険を扱つていらっしゃる、国民の福祉を扱つていらっしゃる厚生大臣の一番大きなお仕事の一つは、医療保険を永続させていくということだろふと思うのです。私たちはこの問題を考

えていくときに、公平とは何かというのをやはりひとつ考えないといけない。保険の制度として確立しておるからそれに手をつけちゃいけないというのも一つの考えでありますし、私たちの税金をもうこれ以上とでも入れられないからどうしようか。昔、所得が一部の方々に非常に偏つていたときは、その人たちから所得税を取つて、そして広く多くの人たちに渡すというののも一つの公平観でございます。しかし、最初に申し上げたように、どんどんどんどん政府の役割が大きくなつてまいりますと、中堅サラリーマンからどんどんどんどん税金が取られております。私たちとして、もうこれ以上税金取られちゃかなわない、何とか自分のことはできるだけ自分でやつていこうではないか、自助自立という考えも一つの公平観として出ております。大臣、これは非常に大切な問題だと思つたのですが、これからあらゆる問題についてこの公平観というものはつきまとつてまいります。野党の同僚の皆様方もそれぞれ御自分の公平観を持つていらっしゃる。自民党は自民党の公平観を持つていらっしゃる。そして、その公平観をどうしてコンセンサスを得て、日本の時代が刻々と変わつていく日本の社会の中で共通の公平観としていくか、これが一番大きな問題だと思つたのですが、大臣の政治家としての御見解を伺いた

い。○渡部国務大臣 大変難かしい質問だと思ひます。公平というのは、そもそも平等で偏りのないことという事になつておりますが、これは何かともそんなら全部平等にするのかという事になれば、これはまた公平というものは、その人の能力とか努力とか、それがやはりそれなりに評価されていくという面がなければ、これは社会の活力というものが生まれてまいりません。そういう意味では、やはり私は、その人その人の能力や努力がやつぱりそのとおりに評価され、汗を流して働いた者が報いられるということと、また同時に、憲法が言つておる通りに、この国に生まれた国民の皆さんがすべて生活していくことができるような政治というのが近代政治の方向でございますから、これらの調和をどこに求めていくかということが、今後の政治の大きな課題だろふと思ひます。

○伊吹委員 今回の、この退職者医療制度の創設を柱とした健康保険法の改正法案というのは、今の質疑で御理解いただいたように、所得が極めて低い現在働けない人、あるいは所得が極めて低い方々、こういう方にこれ以上の負担を強いることなく、かつまた、私たち増税感に悩んでおる一般の国民にこれ以上の負担感を与えることなく、まあ御負担をいただく方々には大変恐縮ですが、持てる者と持たざる者との間の調和を図つていく、こういう法案の骨子だろふと思つたのですが、したがって、黒字の健康保険組合の方々には大変私は申しわけないことではあるけれども、医療保険制度を永続させていくために、そして日本が世界第一であるこの長寿国の地位を保つていくために、やはりどうしてもやり抜かなければいけない問題だと思ひます。この問題を処理するためには、やはり医療に従事しておられる方々の意見も十分厚生省としても聞いていただかなければいけないけれども、原点はやはり国民であるということをもひとつ御認識をいただいて、今後のこの保険法案の改正に当たつていただきたい、こう思ひます。

そして次に、医療に従事しておられる方々と十分お話をさせていただく必要があると思ひますが、まず本人の割負担の導入というものが受診抑制になるんだ、こういう御批判が非常に多うございます。どのような事態になると保険局長は考えておられるのか。つまり受診抑制という言葉に、受診の回数が減るというものと医療費が効率化されるという意味と二つの意味があろふと思ひますが、そのあたりの、一割の自己負担の導入に伴う医療費の推移について保険局長の見通しをお伺ひしたいと思います。

○吉村政府委員 私は、受診率が下がる、こういうふうには予測しておりません。なぜならば、現在家族は入院八割、外来七割でございますし、それから国民健康保険は外来、入院とも七割でございます。そのグループの受診率とそれから十割給付の本人というグループの受診率とはほとんど

材がございせん。したがって、給付率を下げる
ことによつて受診率が増加するといふ要素は非
常に少ないといふように考へております。したが
つて、今回の一部負担の導入によりまして、むし
ろ、一日当たりの診療費といふものが適正化をさ
れるといふことを通じまして医療費の効率化が進
むものと考えております。

○伊吹委員 私、この問題について、私の同僚
である自見委員や、また参議院の私の同僚である
大浜議員、あるいは関口議員ともいろいろなお話
をいたしました。今の御答弁の中にあつた効率化
という言葉にはいろんな意味が含まれておるうか
と思ひますが、一部に確かに乱診乱療というよう
な部分があるかと思ふのです。もし局長の御答
弁どおりであるとするならば、一部負担によつて
そのようなものが抑えられる。しかし、私は率直
に言つて、そのような医療をしておられる医師の
方というのは本当の一握りだらうと思ふのです。
私は、私の地元に戻りまして医師会、歯科医師会
の方ともよくお話をいたしますが、九九%の方は
今の制度のもとではとても苦しい、経営がなか
か大変だといふことをおっしゃる方もおられる。
もし保険局長のおっしゃる通りであるとするな
らば、そこで何がしかの余裕が出た診療報酬とい
いますか医療費といふものを、本当にまじめにや
つておられるお医者様に還元をすべきだ、私はこ
う思ひます。

大臣は何か、委員会の外でいろいろなお話があ
つて、この前若干のおしかりがあつたようござ
いますけれども、例えば初診料であるとかあるい
は再診料であるとか処方せん料であるとか、こ
ういふお医者さんの技術を正當に今後の診療報酬の
改定の際に評価するならば、まじめにやつておら
れるお医者様の収入は必ずふえる、そうじゃない
方の収入は、これは一%もおられないと私は思ひ
が、だから厚生省にも私は率直にお願いしておき
たいけれども、新聞種になるようなお医者さんを
スケープゴートにしてこの法律を通そうというよ
うなことが万が一にもあつては、私は非常に困る

と思ふのです。だから、そういう方々の収入は減
るのとは當然でございせん。しかし、まじめなお医
者さんに報いるためには診療報酬を改定して、私
が今申し上げたような技術料を中心とした点数の
配分をすべきだと思ふのですが、この点について
大臣、いかがですか。

○渡部国務大臣 私は、政治が一番心がけなけれ
ばならないのは、正直者がばかを見ることであつ
てはならない、また、積極的に我々が心がけなけ
ればならないのは正直者が報いられる、すぐれた
者が報いられるということでございます。今
伊吹先生から御指摘の、診療報酬の見直しとい
うことに私が真剣に取り組みようとしておるのも全
くその考えからでありまして、中医協でも今御心
配をちょうだいしておりますが、私も、すぐ
れた技術を持った医師が、また患者を愛してま
じめに、誠実に、一生懸命やつておるこの国の大
部分の医師の皆さん方が納得していただけるよう
な診療報酬の見直しというものに真剣に取り組ん
でまいりたいと思ひます。

○伊吹委員 国民が病氣になつたときに本當に困
るのは、この一割、二割の定率の負担といふこと
ももちろんあるかと思ひますけれども、そのほ
かに、例えば主婦の方が入院をされたといふこと
になればこれはたゞどこに家政婦さんを頼まざ
るを得ないとか、御夫婦ともども入院をしておら
れるような方も非常に多いわけですね。こういう
保険外の費用がかなりあると私は思ふのです。こ
うしたのについて、将来、入院給付金のものを
保険の中に組み込むお考えはございせんか。

○吉村政府委員 先生御指摘のような事態が生じ
ましたときに、本當に入院給付金のような制度が
あつてそれによつて家政婦を雇うとか、そういう
ことができれば非常にいい制度であることはこれ
は間違ひございせん。私もそれは考え方とし
て賛成しないわけではございせんが、それを
現在の公的医療保険でやるのはいいかどうか、
そこを少し検討をさせていただきたい、こういう
ように考えます。

○伊吹委員 その問題については将来の検討課題
といふことですが、今回の改正案の中にある高額
の療養費の限度の引き上げ、五万四千円、せめて
このあたりは何かと現行にともかくのが今申し上
げたようなことからもいいのじゃないか、私はこ
う思ひますので、これはひとつ要望として申し上
げておきたい。

それから、特定療養費の支給制度がございま
す。これは御承知のように特定承認医療機関
に先端技術、医療の技術をゆだねるということ
でございすけれども、これは先ほど私の同僚の
野呂議員からも御質問がありました。こういう
ことをやりますと先端高度医療の普及をかねて
阻むのじゃないかという意見があることは確かだ
と思ふのです。極めてこれは限定をされますから
ね。それで、すべての保険機関に先端医療部分の
取り扱いを広げるという考えはございせんか。

○吉村政府委員 ただいまのところ、私も、は
特定承認医療機関として指定するものは、施
設の設備、それから陣容等についてかなり厳格な
要件を考へておるわけでございますが、確かに先
生御指摘のように、何も大病院とか、がんセン
ターだけで先端技術をやっておるわけではござい
ません。民間の医療機関においてもそういうこと
をやつておる医療機関はあるわけでございますし
て、この辺はひとつ中医協の議論でいろいろ検討
をさせていただきたい、こういうふうに思ひま
す。私どもとして、民間の医療機関に認めない
ということは考へておりません。ただ、スタートの
仕方をどうしようかということに御理解を願いた
いと思ひます。

○伊吹委員 それでは、歯科の差額徴収のことに
ついて伺ひたいのですが、この歯科の差額徴収と
いふのは、五十二年七月三十一日で実質的に廃止
されたことは厚生省も御存じのとおりだと思ひま
す。これは、治療を受けた後でなければ差額が一
体幾らになるのかといふのはよくわからない、こ
ういふような批判がいろいろあつたといふふう
に聞いております。しかし宇宙工学、宇宙科学が発

達をして、いろいろな特殊な材料が出てきたりい
ろいろなことがございすから、もう少し、今回
の特定療養費支給制度の導入に伴つて歯科の問題
について言えば、材料費差額を何らかの形で公示
をして、そして材料によつてまた技術料の点数も
少しづつ変えるといふような制度を、将来の保険
の診療報酬を改定される場合に私はひとつ考へて
いただきたい。もちろんこれは、幾らかかるかと
いうことを何らかの形で歯科医師に公示しても
らう必要はあると思ふのですが、この点について
は保険局長、いかがですか。

○吉村政府委員 歯科の材料差額についての金額
の表示の問題であります。私も、この法案を
通していただいた晩においては、料金の公示を義
務づけることにしております。

それから、その場合に、御指摘のように材料に
よつて技術料に差を設けるべきではないか。これ
は確かに御指摘のような考えが非常に歯科医師の
間にも多いわけでございますが、そのやり方を聞
違つたがゆゑに、五十二年七月三十一日で従来の
差額徴収を廃止する、こういうようなことになつ
たわけでございます。少しその辺の経緯も踏ま
えまして、中医協で十分審議をしていただくよう
にいたしたいと思ひます。

○伊吹委員 退職者医療制度の創設は、市町村の
国保には適用されたいと思ふのですが国保組合には
適用されない、こういうことになっております
が、この理解で間違ひありませんか。

○吉村政府委員 間違ひございせん。

○伊吹委員 それでは厚生省に一つ要望しておき
たいのですが、国保への補助金というのが市町村
国保と国保組合一本で削減をされておりますの
で、組合の国保の方々は、退職者医療制度の創設
に伴つて健康からの繰り入れのない国保組合で
は、補助金が従来どおりもらえないと大変なこと
になるのではないかと、こういう心配があるのです
が、この辺いかがですか。

○吉村政府委員 確かに国保の予算書におきまし
ては、市町村国保と国保組合一本で計上しており

ますので減ったような形になっておりますが、中身について申し上げますと、国保組合につきましては五十八年度が千百九億円、総額がそうでございます。そして五十九年度は千七百七十四億円、約五・九%ぐらいふやしてございます。

○伊吹委員 時間も参りましたので私の質問を終わりたいと思いますが、最後に、大臣に申し上げておきたいのですが、日本の政治の歴史を見まして、高橋是清でも小村壽太郎でも、そのとき非常に苦難な立場に立たれた政治家、国民の大多数というものは現状を変えるのはなかなかこわいですからね、そういうときに苦難に立たれた政治家というのは、後で確かに大きく評価をされております。大臣は今苦難に立たれておらない。この法案に賛成の人もたくさんいるのですから、毅然として御提案の基本を私は守っていただきたい。ただ、今申し上げたようにいろいろ問題点もございますから、関係者と十分話しの上、アフターケアを間違いないでやっていただきたい、こう思います。ありがとうございます。

○有馬委員長 次回は、来る七月三日火曜日午前九時五十分理事会、午前十時委員会を開会することとし、本日は、これにて散会いたします。

午後七時五十二分散会

昭和五十九年七月六日印刷

昭和五十九年七月七日発行

衆議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局