

いう優秀はございますけれども、一応国保財政がだんだん好転するようなきざしにあったわけです。ところがそれは大体三十五年度までで、三十六年度よりは、特に昨年一回にわたりまする医療費の改定等もございますが、そういうものも手伝って、好転しつつあった国保財政が、今度はまただんだんと窮乏を告げてくる、こういう情勢に変化をいたして参ったのであります。従いましてそういうものの解決のために、特別療養給付費の補助金制度とか、あるいは国庫負担率が今度二割五分、こういうような引き上げ等が行なわれるようになったわけでございます。ところが実際には、今私が御指摘を申し上げましたように、一方においては行政指導として給付内容の改善をはかる、こういうこと、さらに一方においては受診率というものが高まっていたというようなことで、なるほど今度の法案による引き上げによって国庫負担が二割五分になる、そういう面はございますが、一方においては、今申し上げるような別な新しい条件が生まれてくる。そこで考えようによりましてはイタチごっこのような格好になつてくるという状態にあるのが、今日の国保財政の実態であるというふうな理解するわけです。そこで今のようなこぞの解決方法は、なるほど若干進歩ではありますけれども、必ずしも根本的な解決法だとはいえないというふうな私に考えるわけです。そこでそういう根本的な解決策について、どういふふうなお考えで今後臨んで参られようとするのか、その辺の御所信を一つ承っておきたいと思ひます。

○瀬尾国務大臣 国民健康保険は本年

度の当初から、いわゆる皆保険の形を整えたわけでござりますが、その内容につきましては、御指摘の通りに問題がたゞさん残つておるわけでござります。皆保険実施日なお浅くというところでもございまして、さうな関係もございまいし、また医療費の引き上げというふうな事態にも当面いたしまして、国保の財政がなかなか安定というところまで至つておらないのが現状だろうと思つてございます。給付の内容がお話のように改善の余地が非常に多く残されておる、この方もやつて参らなければなりませんし、同時にまた各保険者の財政状況から見ますと、いまだ安定しないという状況でございますので、実は国保としては皆保険実施早々非常にむずかしい局面に直面いたしておるわけでございます。しかし何と申しまして、財政的な基盤というものが不安定な状態のままで、給付の内容を改善すると申しまして、なかなかかかぬにまかせないところがあるわけでございますので、本年度の医療費引き上げにつきましては、とりあえずあまり保険者の迷惑にならないというので、国も相当奮発いたしたつもりでございます。来年度以降の問題としましては、今回御審議をお願いいたしております国の負担率も引き上げていく、こういう形でやつておるわけでありまして、しかし今回五分引き上げることによつて、当面の急は大体カバーし得たかと私は思つてございます。けれども、今後の趨勢を考えます場合に、問題の医療内容の向上ということもありまして、受診率も必ずしも低下するというふうには考えられぬわけでありまして、この財政問題を中心とい

たしまして、さらに根本的に検討をしなければならぬのではないかと、私はさうに考えておるわけでありまして、従つて国保の問題につきましては、今抜本的というお言葉がございましたが、ほんとうに国保の財政なりまた給付の内容改善なりについて、厚生省としまして真剣にこれに取り組みまして、将来安定しつつ向上していくという方途を見出さなければならぬ、こういう考え方のもとに現在おるわけでございます。これからの勉強だと私は思つております。

○河野(正)委員 今大臣から今後の国保財政に對しまする抜本的な方針についての御所見を承つたわけでござりますが、これはなかなかむずかしい問題でございます。しかしながら政府が少なくとも今日医療保障制度の確立を期待をし、さらには強力に推進するといふ建前をとつておられる以上は、これは国保財政というものを充実していただく、少なくとも他の保険と同様に内容というものが整備充実されなければならぬといふふうに考えるわけです。そこで一般的な方針については今御所見を承つたわけでござりますが、さうにもう少し具体的にどうやるべきかといふふうな点で若干お尋ね申し上げたいと思ひます。それは今私が一般的に申し上げました財政状態というものを、もう少し深く掘り下げて検討いたして参りますと、なるほど昭和三十三年におきましては約十四億の黒字、さらに三十四年度におきましては二十億、三十五年度におきましては十九億、三十五年におきましては四十一億、こういうふうな三十五年度まではやや好転の傾向を示したのでございますけれども、先ほど私が御指摘申し上げましたように、三十六年度におきましては、それはもちろん原因として医療費の二回にわたる是正、あるいはまた受診率の向上、その他いろいろあると思ひますけれども、いずれにいたしましても保険財政というものが今度はやや窮乏の状態に移行した、ところがさういふ新しい条件のもとに、窮乏した一方におきましては好転しつつあるといふ三十四年度の決算におきまして、全般的には黒字である。ですけれども、保険者ごとに検討いたして参りますと、実は赤字を出した保険者というものが五百六十六、これは全保険者の一七〇に及んでおるわけです。さういたしますと、全般的に地ならしをしてなめてみると、なるほど黒字財政であるけれども、しかし今申し上げますように、一七〇に相当する五百六十六という保険者というものは赤字だ、こういうことで保険者の中で非常なアンバランスがある。これは保険財政が非常に好転しておる過程の中で、さういふふうな状態であるといふことになりまして、今度は保険財政というものがだんだん窮乏をしていくという状態になりますと、今申し上げましたような傾向というものが、さらに一そう濃厚になつてくるという一つの見通しが立つわけです。そこで全般的な問題についても相当強力な対策というものを講じなければならぬけれども、さういふアンバランス、ことに保険財政が窮乏するといふような一つの傾向の中でございますから、従つてさういふアンバランスというものをさらに拡大されるというふうな一つの見

通しでもあるわけです。従つてさういふアンバランスに對するところの対策というものを、当然これは重点的に考へていただくかと、全般だけを地ならしして考へていただいても、今申し上げますようにさういふアンバランスのために、この医療保障制度というものが非常に欠陥を伴つてくるということになりますので、さういふ点に對しまして、一つこの際御所信を明らかにしていただきたいと思ひます。

○瀬尾国務大臣 御指摘の通りだろうと私も思つてございます。全体的には向上改善されておりますが、個々の保険者について検討いたしますれば、事情がいろいろ違つておるといふことは認めざるを得ないと思ひます。この辺のことにつきましては厚生省としまして、国民健康保険、皆保険がいわば実施早々といふことでございます。三十六年度までの間はこれまでの努力によりまして、財政状態の悪いところも各保険者の努力ないしは厚生省もいろいろお世話しまして、だんだん改善していきてつある。一挙に皆保険というところになりました結果、まだ経験の浅いところも私は少なくないと思ひます。ことに大きな都市あたりで新しく皆保険を始めた、国民健康保険を始めたといふようなところもございますので、まだ実施早々に属する保険者も少なくないわけでございます。さういふふうなことではたいた状況というもののついて、もう少しわれわれも見きわめる必要があるのではないかと、言いかえしますならば、全体的な観察だけでなく、やはり個々の保険者の実情といふふうなものにつきましても、もっと検討を必要とするのではないかと、かよう

そういう点に対します私どもの意見を述べて、そうして早急に対策が立てられることを実は希望いたします。

をやっておりまして、個々の保険者の、個々の町村の保険の状態から申しますと、資力の関係その他でいろいろ事情も違つておる。そこらについては、その辺の調整をとる方法というふうなもの、もつとこさいに考えていかなければならぬ。現在もその制度はあるわけでありまうけれども、さうな点につきましても、さらに厚生省としましては研究もし、調査もいたしまして、改善をはかつていかなければならぬ余地があるいはあるのではないかと、かやうにも考えている次第でございます。何さま本年度から皆保険をや、しかも実施早々医療費の引き上げというやうなことに、も遭つていたしたので、かなり国民健康保険としてはむずかしい事態に早々からぶつかつておるやうなわけでありまうので、やはり冷静に事態を見きわめました上で、これに対する対策というものは考えていかなければならない、こう考えておる次第であります。

そこで資料を見てみますと、昭和三十一年度の一世帯当たりの調定額というものが大体三千八百十六円です。それから被保険者の一人当たりの調定額が八百七十八円になっております。ところがこれを三十年あたりからずっと検討して参りますと、昭和三十年におきましては一世帯当たりの調定額が二千六百三十六円、被保険者一人当たりの調定額が五百十五円、それが三十二年、三十二年、三十三年、三十四年、三十五年となるに従って、だんだんと上昇しておる。ところが上昇するについては、いろいろ理由があると思う。ところがその上昇の度合いというのが非常に問題だと思うのです。と申し上げますのは、三十五年になりますと一世帯当たりの調定額が三千八百十六円、それから被保険者一人当たりの調定額が八百七十八円、そうしますと三十年から三十五年、五年間に大体一世帯当たりの調定額で四八％の上昇を示しておる。それから被保険者一人当たりの調定額になりますと大体七〇％の

対します。一般論、そういう点を取り上げて参りましたが、結局せんじ詰めて参りますと、国民に全部しわ寄せがくるといふような結果になっておると思うのです。そこでこういう急激な国民一人当たりに対する負担の上昇ということについては、十分考慮をいただかなければならぬというふうに考えるわけですが、そういう点に対してどのくらいにお考えになっておりますか、この際あわせてお尋ねを申し上げますか、たいと思います。

るといふようなことは、望ましい事態とは私も思っておりません。

〔委員長退席、澁谷委員長代理着席〕

問題は、被保険者の負担能力が一体どうあろうかということにも関係をいたして参りますので、負担能力がどんどん上昇しておることでありますならば、この負担を吸収して格別大なる支障もないということになりましょうが、そこに多少無理が入ってくるということになりますと、これは考えなけ

氣をしたりけがをして苦しんでおる、
 こういう結果が出ております。そうし
 て現金で払った治療費というものが年
 間千二百五十一円に上っております。
 一方では皆保険といわれて、医療保険
 制度というものが強力に推進されてお
 る。ところが一方においては今申し上
 げたように、国民の一世帯当たりの負
 担というものが高まると同時に、その
 ほかに、これは厚生省でやった国民健
 康調査によりまして、医療に関する
 それ以外の出費というものがふえてお

○河野(正)委員　いろいろ具体的資料

の調定額が五百十五円、それが三十二年、三十二年、三十三年、三十四年、三十五年となるに従つて、だんだんと上昇しておる。ところが上昇するについては、いろいろ理由があると思うところがその上昇の度合いというのが非常に問題だと思ふのです。と申し上げますのは、三十五年になりますと一世帯当たりの調定額が三千八百十六円、それから被保険者一人当たりの調定額が八百七十八円、そうしますと三十年から三十五年、五年間に大体一世帯当たりの調定額で四八％の上昇を示しておる。それから被保険者一人当たりの調定額になりますと大体七〇％の上昇率を示している。これは医療内容

○**藏見國務大臣** 数字の示すところは
お話の通りだと私も思うのであります。
す。これにはいろいろ理由もあれば原
因もあろうかと存じます。だからある
意味においては国民健康保険をやった
ことが、効果があるのだということに
もなろうかと思うのであります。つま
りだんだんと国民健康保険が発展いた
しますにつれまして、国民の病気の場
合の必要な措置がとられやすくなっ
てきた。つまり医者にかかりやすくな
ってきたというふうな事態も、確かにそ
の間に私はあると思います。それから
またふえました理由の中には、御承知
のように国民保険は当初どちらかと
いえば農村地区といえますか、そちら
の方から出発して参りましたが、だん

ればならないということになるわけでございます。政府といたしましては、今直ちに被保険者のそういうものについて——結局これは国民の負担になっているわけでありましても、経済の成長、国民所得の上昇というようなこととにらみ合わせまして、その辺のことも考えていかなければならない。今直ちに私は国の負担率をどうするこゝうするということを申し上げる用意もございませんけれども、しかしお話のように、被保険者の過重の負担になっておるということになりますれば、自然、制度というものも堅実な発展を遂げにくいということもなつて参りますので、十分その辺のことにつきまして、は研究して参りたいと存じます。

ということですから、先ほど私が申し上げましたような保険料、保険税の数字以上の犠牲を払っているというようにすることも言えようと思うのです。それからさらには私どもが考えてみなければならぬ点は、病気をした場合に医師や歯科医師にかかった者は五五%です。それから医師や歯科医師にかからずに売薬によった者がまだ四〇%おる。一方で国が医療保障制度を強力に推進していく、そして国民皆保険達成というようなことになりつつあるわけですから、今申し上げるように、なお実際正規の医師あるいは歯科医師にかかった者が五五%で、実際病気になるけれども正規の医師、歯科医師の診療を受けないで、個人のお金で売

を示して、国の対策が早急に立てられることを私どもが強く望みますゆえんというものは、いろいろ根拠があるわけです。たとえば保険料、保険税を検討して参りましても、ややともいたしますと、国のそういう対策がおくれているために、国民に対するしわ寄せというものが非常に強く押しかかってきているのではなからうかというような感じも実は持つわけです。そこで若干

が向上したりいろいろございますから、それだけ結局住民福祉に役立つわけですから、ある程度上昇する点はやむを得ぬと思います。ところがこれがあまり急激に上昇しますと、国民に対するしわ寄せというものが非常に大き過ぎる。従つて犠牲が大き過ぎるというようなことにならうかと考えるわけです。そこで今まで各保険団体その他のアンバランス、あるいは保険財政に

だん拡充するにつれまして、都市の方面にもこれが移ってきた。そういうふうなことも受診率を大いに高めた一つの原因になろうかと思うのでございます。これが高まるにつれまして、被保険者の負担というものもだんだんと高くなってくる、こういうことになってきたわけだと思ふのでございます。今お話の通りに、現在の被保険者の負担というものが年ごとに急激に増してく

○河野(正)委員 実は今私は数字をあけて、今の制度のもとでは国民に対するしわ寄せがかなり強過ぎるという点の御指摘をしたわけです。と同時に、最近厚生省が発表いたしました国民健康調査によりまして、医療費の出費というものがだんだんとふえておるといような結果が出て参っておるわけです。この調査によりますと、国民は一年間の中で大体延べ一カ月ぐらい病

薬にたよって病気をなおしているというふうな人々が四〇%もおる。こういう実態というものは、これはもう国保に限ったことではございませんで、今の医療保険制度そのものにある。しかし給付内容が悪いとか、あるいは僻地で診療所の恩恵に浴することができぬというようなこと、この数字の中で大きな比重を占めているのは、やはり国保に属する階層の方々ではなからうか

ないで、自分で薬を買って飲んだために、症状はおさまったが保菌者になったのではないか、この説は非常に強うございまして、これは最近の赤痢の学問上にも一番重大問題になっております。これらの耐性菌の保菌者がどういふような原因でできたかというのは、結論は出ておりませんけれども、今のお話のようなものとも非常に関係がある。しかしこれは必ずしも経済的に困るから、医者に行きたいのが行かぬで、自分で薬を買って安く上げたいも

考えられないのでありまして、これは経済のみならず、もし赤痢だと診断されたらどうしよう、営業に差しつかええる、その他のいろいろな本人の生活上の問題が非常に大きな部分を占めて、隠蔽というようなことが相当あるのではないかと思われまます。その他幾つかの同様な問題がございますけれども、ただ医療機関にかかる、かからぬ、売薬にしたために、この流行なりあるいは公衆衛生上の疾病が疫学的に大きくなっているというデータは、なかなかつかめておりません。常識的な判断を

○河野(正)委員　今局長から御答弁になりましたように、なかなか具体的な資料は捕捉しにくいと思えますけれども、常識的に私はかなりあると思うのです。たとえば今度のインフルエンザにおきましても、簡単ですから売薬にたよっていく。予防注射の方にはなかなか入り込まないで、売薬にたよっていく。それがために感染源をだんだん拡大していくというように、常識的に考えながら、私はそういう傾向というものがこのインフルエンザにある

それから今までちよいちよい出て参りましたけれども、今日国保において問題点がたくさんございます。たとえば負担能力の問題等もその一つでございますし、もう一つの問題は、給付内容が一般の被用者保険と比較した場合に大きな開きがある。これはしばしば政府の方でも御指摘を願っておるわけでございますし、また実際国民の側に立えますと、これが非常に大きな問題になってくる。中にはそれがために国民皆保険といわれます中で、大きな比重を持っておりますところの国保に対しますところの住民の不满というようなものも、かなり強いものがございます。今一、二の例を拾って参りましたが、応診の給付制限が七％、給食一八％、寝具一九％、歯科補綴一八％、こういうふうな給付制限というものがかなりある。ところが国保の階層というものは、これもしばしば指摘されておりますように、低所得者層というものが大体国保の範囲内にある。そこで私はこの給付内容を改善するということが、国民皆保険の達成にとって非常に急務だというように考えます。なるほどいろいろ厚生省から出されておりまする書物その他を読みましても、給付内容の改善については極力努力しなければならぬというように示されております。示されておりますけれども、

○瀧尾國務大臣　日本のいわゆる國民皆保險は何と申しますか、いわば皆保險と申しながら、きわめてラフなデッサンができ上がっているというような状況ではないかと思うのです。従つて各種保險の間のアンバランスがひどいといふことは、しばしば指摘をいただいておる通りであります。われわれとしまして、デッサンをほんとうの繪に描き上げていかなければならぬといふことは、これはもう基本的な考え方であります。しかし實際問題として考えます場合には、やはりそれをやつて

100

○河野(正)委員 この国保の使命を大別してみますと、その一つは保険給付、もう一つは被保険者の健康の保持増進の、この二つに大別されるだろうと考えるわけであります。特に農山漁村におきましては、あるいはまた僻地におきましては、そういう被保険者の健康の保持増進という面における使命は、非常に重大なものがあろうというように考えます。そういう意味ではこの直営診療所というような施設が具体的に出てくるわけでございますけれども、もともとそういう農山漁村なり、あるいは僻地においては、財政面において

○難属国務大臣 国保の財政状態を改善いたしますこと、ないしは国保の内容を改善していくということが、急務であるということは御指摘の通りであり、われわれもその通りに考えているわけでございます。その問題の一環として、実は私も感ずるのでございますけれども、病氣になってからこれをなすというのが、主として現在の健康保険の仕事になっておるわけでございますが、しかしこれをさらに根本的に考えますれば、日本全国各地域を通じ

まして病気を少なくするということが、お互いに努力しなければならぬと思うのでございます。先ほど流感の話も出て参りましたが、各種の伝染病等の問題を考えます場合に、ある地方において伝染病がしょうけつするという事になりますれば、もうそれだけでも健康保険はやっていけないという様な事態にもなるわけでございますので、疾病の予防とこういう問題につきましては、特に厚生省としましてはもっともよく考えなければならぬ面があるのではないかと。同時にまた、平素の各被保険者の家庭なり御本人の健康の保持という問題につきましても、もっと積極的な努力があつてよろしいのではないかと。それを一体どこでこなしていくかという問題を考えます場合に、これが保険のワツの中で解決されていくのが望ましいこととあります。ことに地域組織でありますところの国民健康保険のごときは、その地方の住民の健康保持のために、実は相当な活動をしてほしいという様な性格を持つておるものだと思うのでございますが、これを一体保険のワツの中でやるかどうかという問題も、一つの研究問題だと思ひますが、私はそういう方面につきましてはやはり国の健康政策といひますか、国民の健康を保持し増進するという立場から、国が相当な力をこの方面に注いでもいいのではないかと、こういう考え方でございませう。そうしますことによつて財政的にかなり各種の保険者を、間接的、直接的かは存じませぬけれども、とにかく援助することにはなるのではないかと、こう思うのでございます。この予防方面について、あるいは健康の保持につ

いて、従来以上に政府なりあるいは地方の公共団体、その本来の仕事として努力をするという方向にさらにこれを進めて参らなければならぬ。また同時に医療施設の少ない地域における診療所の問題がお話にも出て参りましたが、これも私は現在の国民健康保険の状況のもとにおいて、あるいはまたその地域の状況において直接診療所を持つて、そうしてやることはたして現状に適するかどうかという様な点について、よほど政府としては考へなければならぬ問題があると思ふのであります。現在まで若干の助成もいたして参つておりますけれども、そういうことでは結局なかなか持たないという地域もあるかと思ふのであります。これにつきましてはやはり国民健康保険というふうなワツの中だけで考へないで、国の一つの施策として、そういう地域に対する診療所の便宜をどうして与えるかという問題として考へていかなければならぬ。国民健康保険を推進するという立場に立つております以上は、国民健康保険の内部だけの問題としないうで、国がやはりそういう問題にもっと力を注いでよろしいのではないかと。実際問題としては河野さんも御承知の通り、なかなかむずかしい要素を含んでおると思ひますけれども、いろいろな工夫をこらすことによつて、側面から国民健康保険の成績が上がつて参りますように、国としても援助していかなければならぬのではないかと。いやしくも全国民に対して保険を実施し、みんなが保険に加入するということが義務づけられております以上、国なり公共団体として、国民あるいは地方の住民のために、そういう

サービスをもつと積極的にやるべきではないか。こんな考え方もいたしておりますので、いわゆる僻地対策とか、無医村対策とかいふような問題につきましても、今までも何かしらのことはやつて参りましたが、その努力はやはり今後もさらに工夫をこらして進めていかなければならぬものと考えまして、いろいろ検討をしてみらうとおるところでございます。

○河野正委員　せっかく医療保険制度が推進され、国民皆保険制度が達成されたとしても、内容が伴わぬということ、農業共済ではございませぬけれども、制度はいいものであつても内容が伴わぬということ、結局住民あるいは国民から総反響を食ふという様な結果になつて、私どももそういう点はかなり重要視しなければならぬ点ではなからうかという様なことを考へておるわけですね。従つて大臣が仰せのやうに、必ずしも国民健康保険の中で解決せぬでも、要は皆保険制度の内容を充実して、国民皆保険の制度といふものを完全に達成するといふことが目的でございますから、それらの点について、国が、国民健康保険であらうかと、要するにそういう面に対します対策を確立していただくということが問題でございますので、一つさらに格段の御配慮をいただきたいと考えます。

それから先ほど申し上げましたやうに国民健康保険の使命といふものは、保険給付と被保険者の健康の保持増進にあるといふやうなことで御指摘を申し上げましたが、その使命を達成するためには、先ほど申し上げましたやうに直診の問題もございませう。あるいはこれは政府が直診に限らず、政府として考へ

ますということでございますから、それでけつこうでありますけれども、いづれにいたしましてもそういう問題がございませう。

それからもう一つは、特に健康の保持増進の面でございますが、それらにつきましては健康婦を中心とするところの保健サービスを行なうということ、一つの使命であらうかというふうに考へております。特に後段の保健サービスでございますが、これは農山漁村あるいは僻地におきましては伝染病、あるいはまた食生活の改善、環境衛生の改善、そういう多様なわたる面におきまして、かなり重要性を持つておると思ふ。しかもその推進母体というものが、先ほど申し上げましたやうに健康婦である。ところが実際にその健康婦の総数を見て参りますと、五千三百六十三名、健康婦を設置いたしました保険者数といふものが二千三百五十というやうな実態でございます。ところがこういうやうな保健サービス、先ほどの施設の問題もございませうが、そういうやうな保健サービスとか施設とみならず、疾病の予防に寄与する点が非常に多いわけですね。これは大臣もちょっと触れられましたけれども、病気をなおすというよりも、病気を少なくするという面に寄与する面が非常に多いわけですね。このことが実際に国民健康保険の医療費の合理的削減に、非常に寄与していくというやうなことになる。それで参ります、積極的に国民健康保険を充実したしまして、いわゆる保健サービスと申しますか、保健活動というものが活発に行なわれるということが、むしろ話としては本筋ではなからうかと思ふくらい大事なことでございませう。また健康の問題、ある

改善等によつて疾病を少なくしていく。そのことにより、保険財政の合理的削減に役立っていく。そこで今私が指摘しましたやうな健康婦の設置、この面も保険財政に結果的に非常に大きな影響をもたらす点でございますから、当然私はそういう財政の面からいつても、この健康婦の設置というもののについては強化していただく必要があると思ふ。結果的にはその方が金が必要で済む。しかも結局病気がならぬで済むという事になりますと、経済面にも寄与するが、住民の健康増進にも非常に役立つ。これは一石二鳥でございますから、そういう点については、当然設置のために国が格段の御配慮をいただくということが適切な方法ではなからうか。なるほど今日におきましても三分の一は国庫補助でございますけれども、全額補助いたしまして、結果的には財政上プラスになる面が非常に多い。全額出してもかえつてもうけるというやうな結果になりますね。かといふやうな考え方が、成り立つわけでございますけれども、そういう点については、さらに格段の努力を願わなければならぬところではなからうかというふうに考へるのですが、その点についてはいかがでございますか。

○尾崎國務大臣　私は御質問の御趣旨に全く同感でございます。国民健康保険が力がつきまして、それぞれの保険者において、こういうやうな保健婦等を充実いたしまして、いわゆる保健サービスと申しますか、保健活動というものが活発に行なわれるということが、むしろ話としては本筋ではなからうかと思ふくらい大事なことでございませう。また健康の問題、ある

うことになりますと、私は何もこれは特定の地域ではなくて、普遍的に基幹病院であっても直診してもよろしいということになると思う。こういうことが今局長からお答えのございました整備計画の方針にややそれる行為ではなからうかと思いますが、その点はいかがでございいますか。

○川上政府委員　これは御承知のように、厚生省は国立病院というもので、特にブロックに一つは基幹病院として權威のある総合病院を作ろうという方針を立てまして、すでに大部分終えておるわけでありますが、福岡におきましてもやはり九州ブロックの一つの基幹病院を作るということで、現在整備をいたしております。これはやはり私どももいたしましては、実際の診療上の最も權威のある病院にしたいということを目的にいたしておるわけでございます。従いまして設備の方としても事業の方にしまして、特に充実をいたしたいと思っておるわけです。今のように一般患者をすべて吸収するPRをして、一般患者をそこに吸収するという意図は、私は持っておらないわけでありまして、おそらく施設といたしましてそういう意味でPRをやっているととは思いません。病院というものは御承知のように一般診療所で扱いにくいものを扱う、ことに専門的な総合的な治療を必要とするものを扱うというような趣旨で行なうものであります。診療所で扱えるものを病院で吸収してしまうような考えはございませうし、むしろそういう患者が来まして治療を受けられて十分と思うものは、それを帰すようにしたい。あるいは入院

患者でももうすでに入院治療を要しないものは自宅に帰して、もよりの開業医の方で診療してもらおうというように建前で、これを運営したいというように考えておられるわけでありませう。そういう点に反するようないことがございまして、私の方から十分注意をいたしたいと思っております。

○河野(正)委員 権威ある診療を実施していききたい、そこに私はブロックごとに設置する意義が出てくると思う。ところが新聞で報道されておりますように、何でも歓迎いたしますというようにPRを行なっておられることと、ございませうけれども、そういう方針でいけば、何もブロックごとに設置する必要はない。それこそ普遍的に設置すればいいのであって、ただ権威のある診療をする、そういう意義が私はブロックごとに設置したという結果になつておられるのです。ところがや

やもいたしますと、今日までのいろいろな公立医療機関の運営を見ておきますと、必ずしも今のような状態ではないので、実はこの前も心配いたしました、一つ運営委員会を作ろうじやないかということで、運営委員会を設置していただいて、運営の適切化をはかっていただくことと、ございまして、たけれども、今のような傾向がだんだん出てくるというところは、必ずしも好ましい傾向ではない。私は、むしろ医療を国民に及ぼすということについては賛成でございませうけれども、今のような営利主義で運営されることについては、所期の方針にもとることと、ございませうから、十分御注意を願いたい。それに関連いたしまして、福岡の古賀の三診療所の組織統合が形式的に

は一応完了いたしました。一応三十六年度は二百床建設されるということと、ございませうが、それではこの国立療養所福岡東病院が今後完全に完成されるまでは、若干の歳月が必要だろうと考へますが、今後どういう年次計画で組織統合と同時に施設の完全統合をお考えになつておられますか、その辺の事情を一つお聞かせ願いたいと思ひます。

○川上政府委員 古賀の三診療所の統合は、御承知のように本年一月四日行なつたわけでありませうが、この計画は私の方では大体次のように考へておられるのであります。

現在の福岡療養所、清光園、それから福岡といたしまして千七百十床でありまして、この三つであつたものを統合して一つの基幹的な療養所にしたいというのであります。この統合のたために特に施設を縮小するということは考へておりませう。しかし一ぺんに全部恒久的な施設にするということもできませんので、大体におきまして八百床くらいのもを恒久建築にしたいという考へを持っております。三十七年度におきましては一応一億五千九百万円ばかりの予算を計上して、外科の病棟二百床、それから手術棟というものを作るということにいたしておるわけでありませう。現在予算の御審議を願つておるわけでありませうが、三十七年度におきましてはもう一つのものと東京療養所である清瀬の病院というものを合わせて一つにするという計画がございまして、それを合わせて三十七年度の予算といたしましては一億六千万円、それから国庫債務の二億五千万

百万円、合わせて四億一千九百万円ほどのものを計上いたしております。これをどう分けるかということにつきましても、まだ決定いたしておりませうけれども、基幹病院でありますところの福岡東病院というものにつきましても、この中から適当な予算を計上して、さらに三十七年度整備をいたしたいと思つておるわけでありませう。結局だんだん年次のこれを整備いたしまして、りつぱなものにしたい。結核につきましても、研究あるいは医療関係者の再教育というふうなものについて、十分期待にこたえるようなものにしたいというふうな考へておる次第であります。

○河野(正)委員 結局年次の整備されなければならぬことは、私もよく了解するわけですが、それでは一体的にどういう方針で年次計画を立てられておるか、それを聞いておきませんか、これは、後ほどいろいろお尋ねいたしますけれども、もちろんこれと関係いたしますので、一つ具体的にどういう方針を立てられるか、この際明らかにしたいだきたいと思ひます。

○川上政府委員 ただいま申しましたように、第一年度におきまして外科の病棟と手術棟を作つていく、外科の病棟が二百床、それから第二年度におきましては、今それを検討いたしておるわけでありませうが、むしろ病床もふやしていかねばならぬと思ひます。最近では管理棟が急ぐのではないかと、意見が現地から出ておるわけでありませう。予算の範囲で今の病棟、管理棟、あるいは診療棟というふうなものを、順序によりましてだんだん作っていく

ということと、別に全部の計画を詳細にここでまだ申し上げるまでの段階に至つておらないのですが、よく現地等の事情を考へまして、それに応ずるような工合にやつていきたいと思つております。

○河野(正)委員 少なくとも組織統合が行なわれたわけですから、具体的に内容的にはどういう形で推進していこうという年次計画というものがなければ、ちょっと私も将来に対する不安を持つわけですね。従つて現地の従業員も、将来の方針というものを具体的に示されぬと、そこで将来は一体どうなるのだというところでいろいろ心配して、現在紛争状態が続いているわけですね。私はこれはやはりこの前の委員会でもお願いしたわけですが、けれども、もう組織統合が行なわれたわけですから、具体的にその年次計画を立てられ、第二年度はどうか、第三年度はどうか、従つて第何年度には完成するのだという具体的な方針をやはり示されるのは、今の労働間の紛争というものはいつまでも私も私は解決せぬと思ひます。ぜひ青写真を示していただきたいというわけで、先般もお願いしたわけですが、まだ示される段階でないのかどうか。実はそのとき安藤政務次官が、すみやかに青写真を作成して示しますという約束を、この委員会ですとされたわけですね。それをやらぬようですよ、いつまでもたつても従業員は不安を持つわけですね。そういう方針だといつても、途中で方針がかわらないかということ、いろいろ不安を持つ。その不安が結局紛争の種になるというのでございませうので、実はそういう一切の不安を除去しようじやない

かということと、別に全部の計画を詳細にして、当時、安藤政務次官からいろいろとお答えを願つたわけですね。その点についていかがですか。

○川上政府委員 職員の人たちが特に不安に思つておられるのは、統合によつて施設を縮小するのではないかと、従つて人員を整理するのではないかと、あるいは今申しましたような恒久建築にする分はよいとしても、あとの施設はもう手を加えないで、老朽化するにまかしておられるのではないかと、そういう不安がございまして、特にそういう点についてわれわれの意見を聞かれたわけと、ございませうが、ただいま申しましたように、決してそういう意味で統合するのではない。むしろ結核というものの最終責任、結核対策の最終責任というものは国が持つべきであるという建前に立ちまして、つまり今の結核に対して、もうすでに大学あたりに対して、もそれほど期待ができない。結核医がなかなかないとか、あるいは結核研究所の看板が塗りかえられる、そういう事態になつて参りましたので、そういうことでは大学にもあまり将来期待ができないというふうな考へ方で、国がこの重要な結核対策に対しては、最終の責任をどうという考へ方で、特に金をかけてそういう基幹療養所を作つていくわけでありませう。もし縮小のための統合なら、何もそういう金を積極的にかけるはずはないわけでありませう。それだけの金をかけて、りつぱな権威のある基幹療養所を作ろうという考へでやつておられますので、今組合の職員の人たちが心配するようないことは決して考へていない。あくまで私は前

向きの姿勢で、そうした積極的な施策を講じているわけでありますので、今一々具体的、この計画は何年先にはどうなるということはまだお示しする段階に至っておりませんけれども、そういう意図のもとに極力努力しているというところで御了承いただきたいと思ひます。

○河野(正)委員 御承知のように今までのいろいろ労使間で交渉が行なわれて、そうして今局長からお話がございますように、三療養所合わせと千七百床ございしますが、その千七百床のうち八百床を新設のものにする。第二は組織統合を前提としての病床数の減少ですね。あるいは従業員の減員を行なう。それから第三点といたしましては、実際に組織統合を行なったわけですが、三つの療養所が対等の立場で、お互いにそれぞれ一人格で合同する、こういう話し合いが進められて参ったことは御承知の通りです。そこで実はこの三つの点についてどういふふうにお考えになるか、まず一つ所信をお聞きしておきたいと思ひます。

○川上政府委員 ただいま申しましたように施設は統合のために縮小しない。ベッドです。それから人員はそのために特に整理することはありません。それからやはり同じような立場で三者を統合させるという方針でやっております。

○河野(正)委員 実はそういうことになりまして、これは大臣にもお聞きしたいのですが、千七百床は確保する。そのうちの八百床だけは耐火建築でいくということですね。それから合同のためのベッドの縮小はやりません。そ

れから人員の減少もやらぬ。それから合同は三療養所対等、それぞれ一人格で行なう。大体この三つの項目が確認をされておるわけですね。そこでその三つの項目が確認されておるならば、年次計画できちっと具体的に進められてしかるべきではなからうか。そういう方針がとにかく非常に見通しが立たぬということであるならば、私はさっきいろいろ御説明がありましたように、現状を見てというようになことになると思ひますけれども、この三つの項目は厚生省で確認されておるわけですね。その通りやります。そうするならば年次計画で組織が統合された――実質的な統合ですね。今度は今言ったようにばらばらです。結果としては古賀の東福岡病院一本になった。これは実質的に統合しなければならぬ。その実質的な統合は何年後に完成するのだ、という形での完成するのだという年次計画、青写真というものが当然作らるべきではなからうか。この点についてはさきの委員会において、政務次官から御確認を願ったというふうなことで。ですからこれはそういう方向

というものがはっきり確認されておるのですから、すみやかにその青写真を作って、きちっとした計画を示される必要があるのじゃないか。それがなければ従業員は、どうもだまされるのじゃないだろうかというところで不安を持っています。ですから、この三項目が確認されておるわけですから、それな三項目に基づいて、具体的に年次計画というものを作ってしかるべきではないかというように考えられるわけですが、この点大臣、いかがでしょう。

○灘尾國務大臣 具体的な問題、まことにうかつで私もよく承知いたしておりませんので、従来の経過がどうであったのかということも十分承知はいたしておりません。おそらく事務当局としては、こうしたいというものは持つておるかとも私も思うのでございしますけれども、毎年々々の予算の関係等がありまして、あまり的確なことを申し上げかねるような実情があるのではないかと想像いたしております。なお私も一つよく事務当局から聞きまして、また他の機会にでもあらためてお答え申し上げたいと思ひます。

○河野(正)委員 いろいろ申し上げますのは、たとえば定床についてですけれども、なるほど確認事項では千七百床が空床になっておるわけですね。つまり千四百床です。そこで現地の諸君は、なるほど千七百床を減床しないというふうな確約を得ておるけれども、現実には千四百しかない。そこでその千四百の既成の事実というものが固定化するのではないかとというふうな心配もあるわけですね。

そこで先般も新設施設の定床は、現在の各施設の定床を合計したものとなる予定である。この予定については非常にいろいろいざこざがあったわけですね。というのは、なるほど現在の定床というのは千七百であるけれども、実際のベッド数というものは千四百である。そこでそれがそのまま既成の事実になって、固定化されるおそれがあるのではないかとというふうなところで一つの不安がある。これは一、二の例として取り上げたのですが、そういう不安は解消してよろしいというふうにお考えでしょうか。

○川上政府委員 現在御承知のように国立療養所はたくさんあるわけですが、けれども、定床と現在の患者の開きというものは相当各所にあるわけですね。まして、そうかといってすぐその定床は改定するような考えは持つておりません。その点は一般療養所と同じように考えていただきたいと思ひます。

○河野(正)委員 それから職員の方でございしますが、これも大体厚生省から現地の施設長に対して出された通牒によりまして、各療養所の職員を合計した数というふうな定められておるようでございますが、現在の職員数が幾らでございましょうか。

○川上政府委員 合わせて六百四十八でございします。

○河野(正)委員 結局この定員でいくというふうな理解してけつこうですね。

○川上政府委員 そうでございします。

○河野(正)委員 いろいろ申し上げましたが、先ほど申し上げましたように、取りまとめ申し上げましたと、一応八百床の新設であるけれども、定床というものは千七百でいくということ、それからさらにはこの組織統合を前提として職員の減員は行なわない、いわゆる三療養所の合計した数でいくというふうな理解してけつこうでございします。

○川上政府委員 さようでございします。

○河野(正)委員 それから実際に職員が統合されますと、いろいろ現地で問題になっておるような三療養所対等の立場で合同するといふような点も問題になっておるようでございますけれども、いろいろそれは微妙な点もあると思ひます。その辺を十分一つ御理解を願っておかないと、あとで職員の間のいろいろな問題が発生するとい

うような問題もございします。そこでそういう点についても一つ御確認を願つておきますけれども、まだ現地ではややもした空気がございします。ですからそういう不安を一掃するために、先ほど大臣からもお答え願ひましたように、早急に一つ事務当局で話し合いをされて、そして具体的な年次計画を立案する、これは大綱でけつこうだと思ひます。予算が伴いますから……。大体こういう方針でいくという方向は一つぜひお示し願ひたい、この点は大臣、よろしくございしますね。

○灘尾國務大臣 厚生省としての考え方を、大体こういう方向でいきたいというのをきめることは、これはできると思ひますけれども、ただいま申されましたように予算の関係その他もございします。そのときそのときによつて多少の変更ということもあり得るかと思ひます。お約束して、またあとでだまされたというふうなことを言われたのでは非常に困る問題でございしますだけに、事務当局も慎重にやっておりますだけに、事務当局も慎重にやっております。またお答え申し上げたいと思ひます。

○河野(正)委員 そのほか、実は国保財政と医療費の問題、あるいは地域差の問題、いろいろ関連する問題があるわけでございますけれども、話し合いの結果、これでという話でございしますから、一応これにて本日は中止いたしまして、またいずれ機会を見ていろいろお尋ねをすることにしたいと思います。

○中野委員長 本島百合子君。

○本島委員 昨日から国保の改正についての御質問がございしますが、今回の

改正の点については反対ではありませんが、昨日永山委員も言われたように、保険の財政の健全化というところから考えられたとするならば、今回の二割五分に引き上げられたというところは少し足りないんじゃないか、あと五分も上げて一割程度引き上げるといふことにすればうまくいくのじゃないか、それでも足りないが、こういう御質問があったわけでありまして、私どももそういう点を考えておるわけでありまして、この点の見通しはどうでございましょうか、その点をお伺いいたします。

○高田政府委員 きのもも申し上げましたが、いろいろ計算をしてみまして、被保険者一人当たりの保険料の調定額を見てみますと、一応計算としては、三十六年度九百七十円、三十七年度九百六十五円という推計を私どもはいたしておるわけでございます。こういうふうな三十七年度が三十六年度よりも少ない数字になっております原因は、国庫負担率五分の引き上げに伴いまして約百九十円保険料が軽減できる、そういう結果に基づくものでございまして、従って一つは現状において、現在の保険料が非常に負担にたえないほど高過ぎるという前提に立てば、この程度では不十分だということになります。あるいはまたこれが少し見込み違いで、たとえば医療費の増高等が予想以上に伸びたということになります。この数字が狂ってくる、そういう問題になるわけでありまして、推計をいたしますと、こういうような状況であるということをお伺い承りたいたしたいと思います。

○本島委員 この点は大切な重要なところだと思つておりますが、結局多少保険料は軽減されたといわれましても、皆保険という点から、なおかつ産業の発展あるいは雇用の増大ということから、国保の加入者は減っていくわけなんです。そして残された人たちは、低所得層並びに老人と子供が多くなる。そういうことは見通しがつくわけなんです。そういう場合における考え方について参りますれば、もう保険というもののについても、いろいろの保険を調整統合して一本化し、なおかつ不均衡がないようにしていかなければならぬ、これはかねていわれておることなんです。そうしますと、今回の値上げによつてそれが近づいていっているのか、あるいはこれは単独でこの数年続けながら将来考えようとしておるのか、そういう点はどうなんですか。

○高田政府委員 御承知のように、またきのうも申し上げましたように、被用者健康保険等の療養給付費は国民健康保険に比べて高くなつておるし、また一部負担についても、被用者健康保険の本人は全額であるにかかわらず、国民健康保険の大部分は五割ということになっている。この点について、お話のように両者の差があるわけでありまして、それで社会保険の本質からいって、できるだけ国民均等な社会保険の給付を与えてやるべきことが望ましいし、その意味で私どもも努力をいたしておる。また皆さん方にも御努力をいたしておる。そこで同じような給付にするという手段でございまして、現状においてこれらの違つたものをがらににして平均いたしますと、結局上の方が落ちるという結果に

ならざるを得ないわけでありまして、これではやはり目的を達するゆえんではないので、現実の政策目標としては、やはり低い方を引き上げていくということが、当面の施策の重点にならなければならぬと思つております。そういう意味で、国民健康保険の給付内容の引き上げ、あるいはこれに伴う財政上の強化というものを当面の目標にして、その一つの手段として本案を提案して御審議をいただいております、こういうのでございまして。

○本島委員 ただいま御答弁にありましたが、給付の問題についても、全国民が当然七割給付はされるものと期待しておつたわけなんです。前大臣のときもそれをおつたわけなんです。ですから、私どもも当然なされる、こう考えたいわけなんです。厚生省で七割給付の要求をお出しになつたけれども、これが通つていないといういきさつ、これは大蔵省の考え方であらうが、一番難点となつたのはどういふところにあつたのかというところが一点、それからその七割給付をするという要求に際しまして、厚生省は世帯主だけに七割給付するということをお方になつておられたように聞いております。そうすると先ほどから言われているように、社会保険の観点に立てば、世帯主と被扶養者というふうな差を考えられたのはどういふわけか、これは被保険者全部一律に七割給付であるべきはずだと存じます。七割給付で出てくるはずなんです。そういうことが出てくるはずなんです。その点今回の予算要求のときには、世帯主に限つて七割給付というように考えて要求をされた。そうすると片手落ちではないですか、新憲法下、そして民

法の解釈から参りましたも、人権の尊重で個人々々の権利というものが重んじられてゐるこの時代に、なぜその差を考へてなさつたか。もちろん一挙にできないからという遠慮があつたかもしれませんが、どうせ否決されるのだったら、なぜ基本的な見地に立つて打ち出しをかけてお行きにならなかつたかと思つておるわけですが、最初の点について大臣にお答え願ひたいと思つております。

○瀧田国務大臣 今回の予算で、いろいろ御審議をいただいておりますわけでありまして、お話の通りに予算を要求する立場と申しますか、厚生省としましては、少なくとも世帯主の七割給付はやりたい、かような心持でいろいろ検討をいたしておりましたわけでありまして、予算の折衝にあたりまして、結局は保険財政ないしは国保財政というふうな関係が強いわけでございますけれども、ともかく今回は療養給付費の五分引き上げということに主力を注ぎまして、これを実現するということになつて、御期待に沿つていくことができなかったわけでございます。ただ先ほど局長からもお話し申し上げておりますように、ただいまの国民健康保険の状況でもって事足りるというふうな私どもも考へてはいたないわけでありまして、この七割給付、これは世帯主の七割給付というものを申しているわけでございます。七割、これもしかし究極の目的ではない。七割をもっと上げなくてはならぬというところも考へなければならぬ問題でございます。お言葉にもございまして、目標はそんな低いところにはないわけでございますけれども、スタートのラインがだいたい下がつております。これを逐次回復してい

く、そしてだんだん上げていくということ、現実問題としてやらざるを得ない。なかなか一挙にはそこまではない。これは一つは保険ということでございます。これは一つは被保険者の方の御負担ということも考へなければならぬ。同時にまた国もこれに対する援助をするといひましたも、国の援助にもおのずから限界がある。向で進まざるを得ないと思つております。経済の高度の成長をはかり、国民所得の増大をはかり、国民生活の向上をはかりていくことが、お互いの究極の目的でございます。そういうふうな施策がだんだん実を結んで参りますならば、現在保険料の負担が苦しいというふうな方々も、ある程度解消せられるであらうということも考へられます。同時にまた国の方から申しましたも、国民の所得が増大すれば、必ずしも今のうちに、国民の税金につきましても、二割で固定しなければならぬとか、二割以下でなければならぬとか、そういうこともない。社会保険関係の進んでおる国々の国民の税負担の状況を見ますと、日本のように低い国はないと思つて。これもしかしやはり国民にそれだけの力がついてくれば、少々税負担が上がりましても響き方は軽いといふこともないと思つて。そういうふうな道を通りますして、ひとり国民健康保険のみならず、社会保険全体について政府としても考へていかなければならぬ問題であります。さしむき国民健康保険が、実は医療保険といひましたは、厚生省として最大の関心事でございます。今回の御審議を願ひますものは、療養給付費の五分

引き上げというを中心としての案でございすけれども、私どもはこれでいいのだ、これで十分なんだというふうな考え方はもちろんいたしておりません。むしろ国民健康保険を中心として、日本の医療保険をいかにして改善充実するかというのを、当面課せられた大きな課題として、真剣に取り組んでいかなければならぬと思ひます。この国民健康保険の一番の弱点と申しますか、難点と申しますかは、何と申しましても保険財政の基盤が弱いということ、安定していかないということとであります。一つにはいわゆる皆保険になりましてこの間で、実施早々のこととありますので、そういうふうな面もありたいと思ひますけれども、御指摘にもありましたように、何さま地方の、ことに国民健康保険の被保険者の方々の所得の水準があまり高くないわけでありまして、そういう点で、財政上の問題が大きく国民健康保険にかぶさってくる。これをどういうふうに解決していくかということが今後の問題でございすけれども、その方途といたしましてはいろいろございすし、う。一般的に申せば、今申しましたように国民の所得をふやすということ、が、何よりも大事なことでございすこと、が、いえる。何と申しましたとお互いの共同の力によって、医療保障の実を上げようという建前でございす。そういう意味から申しますと、国民の所得能力の増大ということをはかる政策が、非常に大きな意義を持つと思ひます。それはそれといたしまして、現在の財政基盤を強化する方法としましては、私はいろいろな考え方があろうと思ひます。現在のよう

な方法だけでやっていたいものかどうかというところでございす。先ほども話に出たのでありますけれども、直接に国民健康保険の財政を強化するという方法もありまして、同時にまた間接に国民健康保険の財政支出を軽減するというふうな方向の施策も考えて考えられぬわけじゃない。たとえて申しますと、国民健康保険の実施されております地域において、保健活動、いわゆる健康保持の活動が強化されるとか、あるいは栄養の改善ということが進んでくるとか、こういう施策が進んで参りますれば、おのずから病気が減ってくるわけでありまして、病気が減ってくれば、少なくとも療養給付に対する国民健康保険の負担は減ってくる、またそういうふうないろいろな方法がありましよう。国が負担するだけではないのか、あるいは市町村にも一つ御心配願った方がいのか、いろいろな問題があると思ひます。そういう問題が、ともかく現在の国民健康保険の状況に、私ども皆さんと御同様に満足いたしてゐるわけではございせん。これをむしろ医療保障の中におけるまずもって取り上げて真剣に検討すべき問題として、私どもは扱っておるわけでありまして、またいろいろお知恵も拝借いたしまして、なるべくすみやかに国民健康保険の財政基盤が一そう強化せられ。さらに七割給付あるいは八割給付というふうなことが実現できるように持って参りたい、こういうつもりで、せつかく事務当局にも勉強してもらひ、関係の諸機関等にも検討をわづらわしておるわけでありまして、御協力をお願いしたいと思ひます。

●本島委員 見通しはどうですか。大体どれくらい年月で——七割給付とせつかくおっしゃっているから、その点が二年なり三年たてばできるのではなからうかという見通しは……

●高田政府委員 この問題は、今申しましたように、私は決してゆうちょうな考え方をいたしているわけではございせん。しかしまたあまりに事を急いで国民健康保険の基盤をこなうようなことがあつてはいけません、堅実に進んで参らなければならぬのでございまして、今回皆さんの御賛成を得て予算案が成立いたしますならば、とにかく当面の国民健康保険の財政基盤はかなり強化せられることにはなろうと思ひますけれども、しかし今後一体被保険者の受診率がどういふふうな状態になるか、あるいは現実の負担能力がいかがであらうかというふうな点につきましても、多少の時日をかけてよく精査いたしまして、そして確実な判断資料によりまして方法を考へていかなければならぬまい。検討は現に開始いたしておると申し上げてもよろしいのであります。私どもはなるべくすみやかに結論を得まして、また皆様方にも御相談申し上げまして、国民健康保険の改善、少なくともいわば医療保障における底上げができるようにいたしたいものと念願いたしておる次第でございす。

●高田政府委員 試算でございすから、多少の誤りがあると思ひますけれども、全部を七割給付にいたしました場合に、国庫負担を約百八十三億増加いたします。そういった場合には、負担状況は従前の約二倍という

ね。その場合保険料が倍に上がるのですか。

●高田政府委員 七割給付になればそれだけ費用がふえるわけですから、結局それを国庫負担と保険料でまかなわなければならぬ。その場合、国庫負担をかりに三割といたしますと、これだけの負担増になる。同時に保険料の負担がこれだけふえていく。この場合、給付率が七割になりますと、受診率が現在よりも上がつてくると見なければならぬと思ひます。その辺をやはり計算に入れますとこういうことになると思ひます。

●本島委員 ちょっと私、自民党さんに属していられたる大臣に聞きたいのですが、この七割給付というのを主張してきた国民の感情というものは、保険料が上がる、その中において七割給付とは考へていないのですやね。むしろ現在の保険料が軽減され、なおかつ給付率はよくなる、こういう考へ方での七割給付ということが言われたわけですね。大臣の言われたように、われわれも七割給付とは言っていないのです。私どもは今日の国家財政から見ても、八割給付はできるのじゃないか、こういうふうには言っておったのです。が、たまたま厚生省が七割給付で予算要求をされたのだから、七割給付でお願いしたわけですね。そうすると国民感情と全く合わないことを考へていられたのだということ、今感じらるわけなんです。この点どうでございすか。

●高田政府委員 実はこれで予算要求しようという意味ではないので、かりに試算をすればこういうことになる、これで相当な負担がかかるということ

を一つ御了承いただきたいという意味で申し上げたわけなんです、三十八年度の予算要求をどうするかということ、は、よく御審議の経過等にもかんがひまして検討して案を練りたい、かように考へております。

●本島委員 この点は一番大切なところです。七割給付にしてしまつた、保険料は上がったでは、これは何にもならないということになります。むしろ保険料も高過ぎるし、低額所得層にとつては非常に困難性を帯びてきておる。そうすると現在の保険財政の健全化をはかるために、今日の改正案が提示された説明書の中にあることと全く違つてくるわけなんです。ですからそういう点できのう永山委員が非常にこのところをついていられたことは、そばで聞いておつたわけなんです。こういう点で一番考へさせられることは、自民党さんの悪口を言つて申しわけありませんが、選挙の前にはいいことを言われるけれども、実際やってみると中身は逆に行つていたというふうなこと、所得倍増もその例の一つですが、そういうことで何か国民は、離尾厚生大臣はせつかくいいことをやつたけれども、陰に何かあるのじゃないか、こういうふうないつも陰に何かあるのじゃないかと思はせられる理由が、こういうところにあると思ひます。ですから七割給付希望しておる、八割給付を上げたいと考へておる、それは保険料を上げるのではないのだ、むしろ今日の状況からすれば下げるのだ、保険料は年々積もつて多額になつてくるわけなんです。そういったしますと昨年から状況から、保険財政が三十六年から三十七年三月まで大

体どの程度になるわけですか、国民健康保険に對する保険料の徴収率は……。

○高田政府委員 九二%でございます。

○本島委員 とにかくこの実際を見ておきますと、保険料は皆保険下において割合かけているのです。貧しい家庭でも保険料はかけておるのです。かけなければちゃんと督促が来ます。私のうちは毎月督促に來られる方です。私から、ですから間違いない入っていくのです。九二%とおっしゃるけれども、これはもっと率が高いはずですよ。そういう意味から考えていけば、先ほどの受診率との比較の問題で、昨日もかなり詳しくおっしゃってあったようですが、それと重複される必要はありません。しかしこの受診率の程度は七割給付できた場合においては高まるだろうというの、私は大臣の言葉と逆だと思ふのです。大臣は予防医学の方に力を入れて発言をされておるから、治療を受ける人が少なくなっていくことが望ましいので、そうならなければならぬ、こうおっしゃるのです。そうすると受診率は下がっていくということになるのです。今日においても予防医学は日本の場合かなり発達してきておりますから、ほんとうに一年々々と経験を積んで参りますれば、最初は半額でもやってもらえるのだというのでばつと加つてきますが、だんだんそれが減ってくるというのがよその例ではないですか。外国の例から見ても、この率は年々減つていくということがあつて、最初は何の珍らしいことでもなく、今まで治療したくてもできなくてがまんしておつたから、ばつと加かるわけですか。大臣の計算の仕方は逆になると思ふ。そういう

ことからすれば、厚生省はいつも予算を取るのが下手だと言われているのです。この間大臣は、そうじゃない、このごろは上手になつてことしはふえた、こう答弁されたけれども、それはおかしいのです。国民の低額所得者に大きな負担をかけ、重荷を背負わせ、これこれになつたからというものは、それは表面だけであつて、現実には計算を立てていくと逆になる。だから厚生省は予算の取り方が下手だ、こういうことが言われるわけだと思ひます。せめて世帯主だけ七割給付ということではなくて、全被保険者に対して七割給付という、差をつけない給付に踏み切れないものか。そういう点は保険料の徴収率、その他受診率等の統計から出てくることであらうけれども、そういうことを私は強く要望しておきます。今までのような答へではどうもうらはらで、逆のことを言われているような、そうしていつもそれを言われているような気が、国民の気持ちから抜け切れないという状態でありまして、そういう点を要望しておきます。

○灘尾國務大臣 うらはらなことを申しているつもりは実はないのでございまして、現在の状態に立脚いたしまして給付の内容を改善する。本島さんのおっしゃるように保険料はむしろ下げ、給付はよくしろということになりますれば、これはどこかでその穴を埋めていかねければならぬ、これは当然のことだと思ひます。それを国が埋めるのか、どこが埋めるのかという問題がございまして、いずれにしても国庫財政には相当響いてくる問題であるということは、当然のことだと思ひます。おそらく本島さんもそれはむしろ期待なさつていらつしやるのではなからうかと思ふのであります。それだけにやはり予算の編成の上におきましても、相当むずかしい要素がそこにあるわけであつて、国庫負担の増額ということを私は否定するものではございません。ございませぬけれども、そう簡単に給付をどんどん上げていって、足らぬ分は全部国で持つて、こういうふうにも現実問題としてなかなかない。現に本年度の予算の編成につきましても、私どもの希望といたしましては、給付率に對する五分引き上げというこのほかに、世帯主の七割給付ぐらゐは実現したい、こういうことでいろいろ心配もいたしましたけれども、残念ながら私も無力にして、そこまでやるのができなかったということであつて、今までのような財政上の考慮ということも私いながら進んで参らなければならぬものでございまして、これが当面の問題でございまして、当面今すぐこうするということになりますれば、やはりそういうことにならうかと私は思ひます。ただ少し長きにわたつて国民健康保険の財政負担を軽くする、被保険者の負担を軽くしていくというようなことを考え、国民健康保険が堅実に発展していくようにするためには、ただそれだけでなくて、いろいろあわせ考えなければならぬ面もあるのではなからうか、こういう意味合いにおいて、先ほど私は地方の住民の健康の保持増進あるいは疾病の予防、こういう点に對する國ないし公共団体の努力というのがあるわけであつて、問題の解決はよほど変わつてくるのではなからうか、このようにも考えております。

で、申し上げたわけでありまして。今すぐ何ともしろ、こういうお話になりますと、結局國の負担をどうする、あるいはまた現実に地方の公共団体が従来負担をいたしておりますそういう負担を、どういふ形においてやつてもらうか、こういうふうな問題、削るのではございませぬけれども、慎重に検討して参らなければならぬ点があると思ひます。

それからまたお話にも出ておりますけれども、保険開始当初はどなたも一ぺん保険にかかつてみようというようなお気持ち、それはいいことではないと思ひます。そういう意味から申しましても、国民のいわゆる受診率の問題につきましても、なお推移を見る必要もあらうかと思ひます。また國民の所得につきましても、ただ所得が低い低いと仰せになりますけれども、それらの点につきましても、一般論はともかくといたしまして、一応役所としましては所得能力の増加あるいは減少、こういう事態につきましても調査を進め、今後の推移も見ていかなければならぬ、こういうふうな点をあわせ考えまして、ともかく私どもとしましては、医療保険の中で今一番われわれが努力しなければならぬのは国民健康保険の改善充実ということにあるというつもりで、検討をいたしたいと在じておることを、私は実は申し上げたつもりでございまして。局長の言うことと申したらはらのことを申し上げているわけはない。いわんやだますとかなんとかという気持はさらさらございせんので、御了承いただきたいと思ひます。

○本島委員 大臣のその熱意というものを保持していつて、ぜひともこうし

た国保に對する改善というものを一日も早く願うわけですが、大体支払う人、それから治療を受ける人たちの話を聞いてみますと、国保と健保の差で、どうしてもこれは健保によりたい、こういう希望が出てくるわけなんです。しかしかりにその給付率をたな上げしても、こういう点の改善はできないか、国保と健保との差を縮めて、そうしてみなひとしく受けられるのだ、個人負担も平等にいくのだ、こういうふうになつてくると、その保険事務の方も簡素化されていだらうし、われわれも非常に助かる、こういうわけですが、そういう点はどうかと思ひます。

○灘尾國務大臣 こまかく申せばいろいろまた議論もあらうかと思ふのでございまして、前々から申し上げておることでありまして、国保を引き上げていく、そうして國民がひとしく進歩した医療を受けるような状態に持つていきたいということが私どもの理想でございまして、それに向かつて努力していきたいと思ひます。

○本島委員 私はもうきょうはお昼の時間もきておりますから、ゆつくりでございまして、基本的なことだけをお尋ねするわけですが、たとえば国保にかかりました場合に、他府県にまたがって治療を受けられませんか。皆保険化で、みな保険にかかれれば他府県でもやれるのだ、こういう考え方を持つておられるわけですか。実際には契約しておるところでなければできない。あるいはまた私どもでこの間も一つケースがありました、一たん支払つてもらつて、あと何カ月後に割り戻す方法もあるからそうして下さいよ、

こう言われる。またお医者さんによつてはめんどくさいから、いや、うちはいたしませんと言つて断られてしまふ。それでは皆保険という精神からおよそ遠いような気がする。どこの県であつても、私もどこでも病気をしたときにすぐ飛び込んでやつてもらえる、こういう形が望ましいわけですが、これはもとより充足當時市町村から始まってきておるわけですから、そういう点の差もあるでしょうが、こういう点は今後どういうふうに改正していかなければならぬか。

○高田政府委員 これはお話のように、どこに行つても容易に保険で見てもらえるという仕組みにすることが理想だろふと思ひますが、ただ現実に保険という仕組みを動かしていく上からいけば、一応法律に書いてありますように、今お話のような仕組みにするのもやむを得ない点があるわけでありす。これはやはり国民健康保険の制度全般の問題と関連するわけでごさいますから、そういう立場でこれは検討すべき問題だと考えております。

○本島委員 この点は掛金の率が高つたために、こういう結果になっております。簡単に、お医者さんはお客になるわけですが、それではおかしいじゃないかといつてこちらで問ひ合はしたならば、やはり再度そういうお客になつておるのです。そうしますと、掛金が高くて、地方の県は安いというところはなるのですか。高田政府委員 今の取り扱いは、掛金の多寡によつてこういうような取り扱いをしてゐるという意味ではございま

せんので、誤解のないように一つお願いいたします。

○本島委員 そのところがやはり国民の素朴な感情からしますと、お医者さんの声がそんなにすかからね。だから、それは基礎があつてちゃんと取られてゐるわけなんですから、それから治療される点に点数制でいつてゐるわけでしょう。表によつてなされてゐるのではありませんか。そうするとどうもこれはおかしいことになつてしまふ。

○首尾木説明員 療養給付の事務は、原則として都道府県内の保険者及び被保険者の関係においてのみ、療養を取り扱うということになつておりますが、実情を申しますと、全国取り扱ひということも行なつております。他府県のお申し出がありますれば、その申し出を受けたところについては保険の取り扱いをするというふうになつております。こういう現状になつておることは、実は各保険者が非常に多数に上つておることで、医療機関が他の府県の市町村と直接に診療その他支払いといふようなことについて折衝するといふことが不便な問題もございまして、そういうふうな関係から、実情として当初からこういうふうな扱いになつておるわけでありす。今後こういうふうなことにについては、なるべく簡素化するといふ方向で検討して参りたいと考えております。

○本島委員 簡単な素朴な考え方では、皆保険といふのはどこでもいゝといふ考え方を待つのは当然だと思ふ。ところが都道府県の扱いがあるから、計算上めんどくさいから、ごう片づけられたのでは皆保険の精神に反するの、できるだけ早い機会に、こう

言つておられますが、全国一律にどこでも受けられるように……。そうしてその繁雑な事務の簡素化とおしやつておるのですが、事務の簡素化なんといふのは、考えればすぐできるの、それを所務所仕事で下請いたしますと、複雑にしてやうやく權威を保たせるなんというやうな形で、複雑から複雑へといつてゐるわけですね。そうするとお医者さんはたまつたものでないのです。私の知つてゐるお医者さん、三日間から一週間は診療休止してしまつて、保険のあれを書くのに一生懸命、奥さんまで動員してやつてやつとだ、こういう状態なんです。ですからこれはほんとうに事務の簡素化がびしやうといつて、そうしてお医者さんの手間もとらない、患者さんたちもどこへでも行つてすぐ受けられる、こういう形が出てこない限りにおいては、この国保の精神もしかりと生まされたものだと言えないわけではないう点については、大臣どうお考えになりますか。とにかく何県にもまたがって旅行する人は、旅行先で病気がたどきに全く参つてしまふ。金のある人ならばどの病院でも飛び込んで制限なしに見ていただけるわけですが、でも、それができないという人が多いわけですからね。

○尾瀨国務大臣 この点につきましては私も何も文句はございせん。その通りだと思ひます。できるだけ事務の簡素化といふことで、被保険者の諸君の便宜を考へるというのを考へていくのは、これは当然のことだと思ふのであります。同時にまたお医者さんの便宜も考へていかなければならぬ。そういう点で始終検討しておるのが現在の健康保険だと思ひます。そういう方面の事務を簡素化するといふ問題につきましては、現に保険局でもいろいろ検討もいたしております。これはもうかなり強い御希望を各方面から受けておるのでございまして、私も私どもといひましては決しておろそかにする気持はございせん。われわれの方も簡素にした方がいいにきまつておるのであります。ただ支払い、受取り、そういうふうな関係上、なかなかそう簡単になつてやるわけにも参りません。そこらに難点があるのであります。これは現に保険局長のところでも研究をいたしております。また被保険者の方からどこへ行つても保険証を出せばかかれらるという事態になれば、これは一番便利だと思ひます。そこまで持つていくのは、現在のやうにいろいろ保険がばらばらになつておる。そういう給付のやり方も違つておるというふうな状態では、なかなかむづかしい点がございますので、御不便をおかけしておると思ひますが、この点も今後医療保険といふものが進んで参りまして、いわゆる総合調整といふやうなことでもうまくできるといふやうな事態がくれば、よほどこれは簡単になると思ひますが、各市町村ごとにそれぞれやっております。しかもその給付の仕方等も町村によつては、場合によつては違ふ点もございまして、そこらに問題があるのではないかと思ひます。これは御趣旨につきましては何の異存はないのでありますから、研究させていただきます。

○本島委員 うしろでいい答弁だなんと言つておるけれども、あまりよくないのです。やはりそういう差が出てく

るといふことは、被保険者にとつては非常に苦痛なことだし、この精神からいつても全くだまされてゐるというやうな気が、その場その場で起つてくるわけなんです。ですから健康と國保の調整一本化、あるいはまた七割給付を全国一律にする、世帯主と被扶養者とを区別しない、こういうやうなほんとうに本筋に立つたものができ上がつてくれば、これは非常に楽になつてくる。そうすれば私も、これは初めて国民健康保険の完全な実施が行なわれた、こういうふうな考へるわけなんです。それが、それがいろいろの間に起つてくるわけで、そういう点について政府も特段の努力をされて一日もすみやかにとおしやるけれども、すみやかとおしやるけれども五年から六年たつてすみやかにでは、とてもじゃない、待ち切れぬ、こういう感情が沸いてくるわけなんです。ですから先ほど聞いておるやうに、何年ぐらゐを目途として改正なさる意思があるかどうかといふわけですから、大臣もなかなかその点を何年という区切りをつけていらつしやいませんか、この点はほんとにすみやかに、こゝ一、二年の間にこうした矛盾した点を解決されることを強く要望します。そしてなおかつ市町村の財政負担といふことについてもならないといふ市町村がかなりあると思はれる。これは厚生省でおわかりになつてゐると思ふのです。大体これでもって落ちつくのだといふ計算の上だと説明はされておるのですが、現実にはならないのだといふことを言つてゐる。ですからその点では、あなたの方の御調査で大体どういふ県でどの

の健康保険だと思ひます。そういう方面の事務を簡素化するといふ問題につきましては、現に保険局でもいろいろ検討もいたしております。これはもうかなり強い御希望を各方面から受けておるのでございまして、私も私どもといひましては決しておろそかにする気持はございせん。われわれの方も簡素にした方がいいにきまつておるのであります。ただ支払い、受取り、そういうふうな関係上、なかなかそう簡単になつてやるわけにも参りません。そこらに難点があるのであります。これは現に保険局長のところでも研究をいたしております。また被保険者の方からどこへ行つても保険証を出せばかかれらるという事態になれば、これは一番便利だと思ひます。そこまで持つていくのは、現在のやうにいろいろ保険がばらばらになつておる。そういう給付のやり方も違つておるというふうな状態では、なかなかむづかしい点がございますので、御不便をおかけしておると思ひますが、この点も今後医療保険といふものが進んで参りまして、いわゆる総合調整といふやうなことでもうまくできるといふやうな事態がくれば、よほどこれは簡単になると思ひますが、各市町村ごとにそれぞれやっております。しかもその給付の仕方等も町村によつては、場合によつては違ふ点もございまして、そこらに問題があるのではないかと思ひます。これは御趣旨につきましては何の異存はないのでありますから、研究させていただきます。

くらいあるのかということのお見通しがあるかどうか、お聞かせ願いたいと思います。

○高田政府委員 三十五年度の決算によりますると、赤字の保険者が約四百ございいます。もつともこの赤字というのが、収支のバランスのとり方の問題でございいますから、純粹の赤字、ほんとうの意味での赤字がこれだけであるか、あるいは四百のうちにもほんとうの赤字と称するものでないものもあるか、あるいは四の数字になつておられます。それから昨日来申し上げておりますように、少なくとも今度の五分の引き上げによりまして、保険料の増高は一応押え得るというふうな私どもは推算をいたしております。現状が苦しいという事情はわかりましたけれども、これは社会保障を進めていく上からいけば、やはり努力をしなければならぬ点だろつと思ひますので、苦しいなら苦しいなりに努力していくところに進歩があるわけでございますから、國の方でも上げる、地方の方でも御努力いただくということによつて、将来進歩改善をはかつていきたい、こう思ひます。

○本島委員 それは地方財政の問題と関連するのですが、どんな仕事におきましても、地方公共団体等は補助率等によつてようやく補つていくというのが多いわけなんです。ですから、こういう社会保障の大きな柱であるところの國保というようなものが、地方財政の苦しさによつて十二分に運営ができない、こういうような場合に、一応債務と心得るなんてやられたのでは、それならやめた方がいいということになる。皆保険はここからくすれて

しまふわけなんです。ですからそういう点の配慮が私は一番必要じゃないかと思ふ。今回も五分の引き上げを感謝しておるとおっしゃるが、實際を聞いてみるととんでもない。そうするならば、昨日から永山委員が言われるように、あと五分引き上げてやつてくれれば完全に行く。五分引き上げができるかできないか、こういう御質問のようだったので。そのときに社会党の滝井さんもしられて、私もおつたのですが、もう五分上げたら一べんに解消するから、五分引き上げられないか、五分上げるなら質問をやめてしまつてこの法案を通していい、このくらいに滝井さんは言つておられたのですが、こういう点にひつかかつておると思うのですが、そういう点の見通しはどうです。

○高田政府委員 この点はよきに越したことはないと思ひますけれども、一応念のために、現在二割五分の國庫負担と五分の調整交付金と合わせまして、これを保険料に換算すれば幾らくらいになるかということ計算いたしましたところ、被保険者一人頭にして千六百四十四円に私どもの計算ではなりました。一方保険料の負担は、昨日来申し上げておりますように、現實の保険料の負担は九百六十五円、すなわち被保険者一人頭について見ますと、保険料よりも國で持つておる額の方が大きい、これは現實そうなるわけでありました。そういう状況でございまして、これは國もこれから給付内容の引き上げに伴つて補助率の増額等、あるいは財政の強化のための補助の増といふことに努力しなければならぬと思ひますが、やはり保険というか、國民の福祉に關することでございますから、

みんなが努力しなければならぬ点がまだあるのではないかとことも、一つ念のために申し上げさせていただきます。

○本島委員 これで質問を終わりたいしますが、今回のこの國民健康保険法の改正については、これはないよりはいいい。一歩前進という形においてわれわれもある程度了承します。ところがこのあとに控えておる法案で、診療報酬の審議会設置法が出てくるわけですね。これを考へていきますと、またここで問題が出てくると私は考へております。そういう意味合いからいたしまして、やはりこういう改正のときに思い切つて矛盾をなくしていく、そういう努力がなされていかなければ、あつても立てたい、こうもしたいといううなやり方でやつていっても、弥縫しているような格好ですから、あつちからもちつちからいろいろな問題が出てくるということになると思ひます。そういう意味合いからして、なぜ今度予算折衝のときに、赤字団体もあるわけですし、そういう点から見て思ひ切つて引き上げ率を高くしなかつたか、また給付率の問題等についても思ひ切つてやつてもらえなかつたか、大蔵省の査定によつてこれができなかったか、と思ひますが、われわれ被保険者の立場からすれば、むずかしいことを言われてもちつともわからない、要は自分たちの負担率が下がるということなんです。そうすることが防貧の対策にもなるし、またそれが社会保障の大きなねらいでもある、こう思ふわけなんです。そういう意味で来年度の予算までには、ぜひとも一律七割給付の線を打ち出していただきたい、と同時に地方の

町村立という考え方を一歩前進させて、県なり國なりというものが統括できて、そしてどこの県の人であつても、どこでも治療が受けられる、その支払い分は同じである、こういうような格好をとる、そういうことをこでばつと打ち出していただいたならば、厚生大臣は將來總理大臣になられるだろう、こういうことまで町では言つておるわけですから、それくらい思い切つた線を打ち出していただくことを要望いたします、私の質問を終わりたいと思ひます。

午後三時三十分開議

○中野委員長 休憩前に引き続き會議を開きます。

○大原委員 医療の機会均等という角度から、まず最初に二、三の点を御質問したいのであります。國民皆保険といふことで國民年金を全部実施いたしました、一つの問題は無医地区の問題だと思ふのですが、この無医地区の問題だと、それからそれに対する対策、これを簡潔に御答弁いただきたい。

○首尾木説明員 昭和三十三年八月現在の実態調査によりますと、全國で無医地区の總数が千八百八十四町村、そのうちで交通機關等の關係から医療機關を必ずしも設置する必要がないと認められるものが四百十一でございまして、さらに、医療機關を設置する必要があるけれども、設置しても経営が事實上困難と認められる地区が六百五十

六、それから無医地区のうちで人口、地勢、交通の状況から医療機關を設置すれば、その経営が可能と認められる地区が百二十二ということになっておりまして、先ほど申し上げた六百五十六地区が、實際に法的な施策をもつて医療機關を設置しなかならない地区であるといふふうに一応考へられておるわけでありまして。この六百五十六地区を対象にいたしまして、このうちで特に僻地と思ふものにつきましては、医务局におきまして僻地診療所に対する補助を行ないまして、それからさらに、その他僻地には該当しないけれども、この無医地区を対象にいたしまして國民健康保険の方で直営診療施設を設置しまして、その解消に努めて参つておるところでございます。

○大原委員 終わりの方がよくわからなかつたのですが、無医地区に對しまして今六百五十ヶ所ぐらいは医療の施設がない、こういうお話だつたと思ふのですが、それに対して、實際には、常識的に言つて、健康保険をかけていて、そして病氣もあるだろうけれども、医療の機關がない。だからその皆保険をやめる場合には、そういう医療機關に對して、やはり被保険者がかかることができるような措置を並行してとつていかなきゃならぬと思ふのです。當面、今直ちにできぬといつたところで、何年計画かで医療についてはいろいろと操作して、機會の均等をはかつていくということが必要じゃないかと思ふのです。たとえば公的医療機關その他を中心として、採算はとれぬかもしれないけれども、一定の政府のバック・アップのもとにやる、こういう政策は必ず必要だと思ふのです。國

民皆保険という見地からもこのことを考えないと、保険税を取るだけということになって、実際上は廃業その他によりまして支出が逆に多くなつてくる、こういう結果にならないか、こう思いますけれども、その点は、今よりももう少しと具体的な対策はあります。

○高田政府委員 医務局の関係でございますが、医務局長がおりませんので、かわつてお答えいたします。

無医地区の解消対策といつたしまして、僻地の診療所を開設いたしまして無医地区を解消させる計画を実施いたしておるのであります。一応三十七年度までの目標で計画を立てまして、診療所の設置及び運営費の不足額について二分の一を補助する、そういうような計画を立て、三十七年度におきましては、設置費の補助四千三百六十六万、運営費の補助九千八百五十万といたものが計上されております。そのほかに、そういった固定施設だけでは十分でない場所がございますので、巡回診療用の自動車あるいは船を整備するようにいたしております。これも三十六年度において自動車二十台、船二隻を整備する、こういうことになっておるのでございます。そのほかの保険関係の直営診療所の整備等に努めておることは、前から私たちがの申しておる通りでございます。

なお、これが結局国民健康保険の保険料との関連を生じてくるわけでございますが、確かにお話しのように、診療所を整備するということと皆保険とが、政策的には並行すべき性質のものであることは当然でございます。実際問題としては、こういうふうに皆保険

になりまして、なお無医地区があるということでございますが、それに関連して、結局こういう地区は受診率がおのずから低いわけでございますから、保険料との関係においては、当然その影響というものは考慮されるというふうに御了解いただきたいと思ひます。

○大原委員 受診率が低いというのは、実態把握ができていないと思ひます。実際には、病気がたまりません。

国民健康保険自体が、五割ほどは窓口で出さなければならぬという制度と一緒に、非常に貧困な人は利用の機会が少なく、非常に貧困な人による、こういうことになっております。だから医療の施設がなくて、交通機関で非常に遠いところまで行かなければならぬ、乗りものを利用しなければならぬということになります。結局そういうふうな費用がたかさんかかるといふことであります。従つて、担当局長はおられぬのですが、これはまだ法案が残っておりますから後ほど質問いたしますが、無医村を解消する、そういう厚生省の具体的な指導や計画について、一つ資料を私のところへお出しただきたい。これを要望しておきます。

それから医療の機会均等という観点から、今日、表面上はどの程度問題になつておるか私も実態は知りませんが、しかし、重要な問題としてしまつて、たとえば国民健康保険に關連いたしまして、制限診療の問題がございまして、それから差額の徴収、療養費払いですが、こういうことがだんだんと拡大をいたして参りますと、これは私はやはり医療の機会均等を根本からくずすものであると思ひます。だ

から、そういう制度上の矛盾点につきましては、保険の内容その他において改善することが必要であると思ひます。従つて、制限診療の問題と差額徴収の問題、療養費払い等の問題に對しまして、厚生省といたしまして、国民健康保険は特に低所得階層を対象としたしておりますから、そういう関係の実態なり考え方を簡潔に御答弁いただきたいと思ひます。

○高田政府委員 第一に給付制限の問題でございますが、きのうも申し上げましたけれども、往診料、給食、寝具、歯科補綴、これについて給付制限を行なつておりますところは、往診料二百四十保険者、給食六百五十一保険者、寝具六百九十保険者、歯科補綴六百七十八保険者、こういう現状でございます。これにつきましては、三十七年度国庫負担率が五分引き上がりましたのを機会にして、この制限を撤廃するように私の方としては当該保険者に対して強力に指導を行なうつもりであります。

それから差額徴収につきましては、これは病室の問題でございますし、国民健康保険だけでなしに、健康保険についても同じような取り扱いをいたしております。この辺は統一して考えなければならぬ問題だと考えております。

○大原委員 お医者さんあるいは被保険者の立場からいまして、やはり皆保険に對してはいろいろな考え方があろうと思ひますが、しかし、医療の機会均等ということが皆保険の一つの目的ですから、こういう問題については、はつきりした制限診療とかあるいは療養費払い等をやたらにやるということになつて参りますと、いろいろと

弊害が出てくると思ひますが、そういう点につきましては、厚生省といたしまして、制度上の改善と一緒に、そういうことのなきを期するという方針でやつていただきたいと思いますのであります。その点につきましては御決意な方方針を簡単に厚生大臣の方からお聞かせ願ひたいと思ひます。

○難属国務大臣 しばしばお話し出るのでございますが、国民健康保険の医療内容が、他の保険に比べてまして劣っている点があることは事実でございます。申すまでもなく、われわれの目標といたしましては、よい方に近づけていくという努力をやつていかなければならぬものと心得て、その方に進んで参りたいと思つております。

○大原委員 これは今まで質問があつたかと思ひますが、昭和三十六年度、この三月で終わりますけれども、その三十六年度におきましては、御承知のように約一四・九割医療費が上がつておるわけであります。その結果、被保険者の負担の増加は、総額として大体どのくらいなんでしょうか。三十六年度途中でさらに再改定等がございましたけれども、概算でよろしいのですが、医療費単価引き上げに伴ひまして被保険者の負担が大体どのくらいふえておるか、こういう点を一つ。

○高田政府委員 被保険者の負担が保険料へのはね返り分というふうに考えますと、御承知のように、七月に二・五割上げました場合における二・五割の保険料へのはね返り分につきましては、これは補正予算で全額見た。それから、秋の二・三割引き上げに伴う保険料へのはね返り分については、これも補正予算で全額見た。残りの十

億に對する保険料はね返り分二十四億のうち十五億、これは特別療養負担金として見た。残りの九億のうち約五億は結核、精神の特別対策でこれは解消する。残る四億程度が保険料へのはね返り分として残る、こういうことになつておるわけであります。これを被保険者一人頭に割つてみますと大体十円程度になる、こういうことでございます。

○大原委員 それでは、窓口払いを含めまして、被保険者負担はどのくらいふえておるんですか。

○首尾木説明員 患者負担額としまして、昭和三十一年度は総額で百十億でありました。

○大原委員 この問題はいろいろ問題があると思ひますけれども、これから小さな質問をすれば時間がかかるので端折つて質問いたしますが、問題は、医療費の引き上げによりまして患者負担が増大をいたすことは必然であります。そこで、国民健康保険と他の健康保険と比べてみましていつも問題になる点は、やはり精神病、結核患者の世帯主を除いては、全部が五割しか医療費を負担しないのが原則である。ただし、市町村によつて若干違ふのがありますけれども、そういうことであります。そういったしますと、いつも議論されるのですが、低所得階層が対象である国民健康保険において窓口負担が非常に多い、こういうことから起きる問題と、もう一つは、都市と農村、富裕な町村と貧困な町村、こういうところによつて国民の所得が違つてくる。しかしながら、病氣は大体同じようなものである。貧乏なほど大体病氣をたくさんしておるし、病氣になつてもなかなかおられない、こういうのが

常識だと思ふのであります。そういったしますと、今のような市町村単位の保険財政を国が二割五分、今度新しくプラス五分の調整金でカバーするということだけでは、これはやはり医療の機会均等という点からいまして問題は解決しない。今まで質問があったと思うんですが、国庫負担を引き上げていくということ、そして患者の窓口負担を少なくしていくということ、あるいは経営主体を変えていくということ、経営主体を果あるいは国にする、こういう問題で医療の機会均等をはかっていく、こういう問題等が私はあると思うのであります。だからそういう観点から考へて——今日税金はほとんど上がつておるとは言わぬが、一方では、国の税金は所得税等の一部下がつておる面があるけれども、保険税はおそらく飛躍的に増加をしておる、こういう実情であります。保険税の負担が非常に多くて、特に農村へ行くと、被用者が少ないために負担が多くなつておる、こういうことでもあります。従つて、減税々々といひましても、結局そういう一面においては負担過重ということで、重税ということになつてくるのであります。そういう面から、出す方と、サービスの面と、それから財政の経営主体の面から考へてみまして、これはそういう点を総合的に解決していかなければならない。国庫負担の問題を含めまして解決しなければ、これは皆保険の医療機会均等の趣旨は貫けない。国民の立場に立つて考へてみまして、私はたくさん問題があると思ふんです。これを一々ずつと質問いたしますと、きょう夜中までかかりますから、できるだけ端折つて一

括して言つたわけですが、こういう問題につきましても、厚生省といひましても、他の保険との格差をなくするといふ観点からも、やはり一定の方針をもつて当たる必要があるのじやないか、こういう点を思ふのであります。が、二、三の点を抽出いたしまして質問いたしたわけですが、これも、これらにつきましてもどういふふうな対策なり御見解を持っておられるか、こういう点を一つ総合的に御質問いたしたいと思ひます。

○高田政府委員 お話のように、医療保障の給付の内容というのは、国民ひとしくなることが望ましいわけですが、けれども、現在のところは、従来申し上げておりますように、健康保険等のいわゆる被用者保険と国民健康保険との間にはかなり違いがある。これをどうやっていくかということになりますと、やはりこれはまず第一の着手としては、低い方を引き上げていくということが政策目標にならなければならぬと思ひます。その意味において、国民健康保険の給付内容の改善、それから財政力の強化ということをはかつていかなければならぬわけですが、今度国庫負担率二割を二割五分に引き上げたのもその趣旨でござい

ます。給付内容の改善については、これは先ほどもお話がありましたように、従来とも努力しておりますが、今後一そうこれは努力をしていきたいと思ひます。

それからお話のように、国民健康保険内部において、保険者ごとに給付の額に、計算をいたしました場合に相当の違いがございまして、これらは結局、一つには、先ほど来お話しした医療機

の普及が、一方においては十分なところがあり、一方においてはそうではないところがあるという点でございまして、あるいはまた、従来の習慣でありま

すとか、いろいろな問題がからんで、そういうような差異になつて現れてい

ると思ひます。これらについて総合的に、医療機関の分布の適正の問題、医療機関の少ないところに対する一その助成の問題、さらに財政力の問題については、予算にありますが財政調整交付金等の運用によつて十全をは

かつていかなければならないと思ひますが、これから現在行なつております施策についてもなお改善の余地があるわけでございますので、十分今後努力いたしたいと思ひます。

○大原委員 経営主体について何かの考へ方はありませんか。機関に諮問するとか、厚生省といひましてもの考へ方はありませんか。どうしても私は矛盾ではないかと思ひます。

○高田政府委員 経営主体については、現在のごとき市町村がよろしいか、あるいはまた府県単位がよろしいか、あるいはまた別個の考へ方をとるか、これはいろいろ考へ方がございま

す。この点については、前に社会保障制度審議会においても、前に社会保障をいただいたところでもござい

ますが、その場合の一応の結論としましては、三十二年だつたと思ひますが、現在のごとき市町村単位が妥当である、これが一応の結論になつておるわけ

でございまして、従つて、私どもとしては、一応その線で現在を考へているわけ

でございますけれども、しかし、医療保障の進展の情勢にもかんがみまして、この問題は他の保険との関連も考

慮し、十分検討すべき性質のものと考えております。

○大原委員 市町村単位でやる場合には、それを補うようなそういうシステムでなければいかぬわけですね。財政負担能力にも不均衡があるので、応益部

分、頭割り部分もあるわけですから、徴収の仕方といひましても……

ちよつとお尋ねするのですが、保険税は、昭和三十年から三十年を基礎にいたしまして、現在どのくらいふえて

おりますか。

○高田政府委員 被保険者一人当たりの保険料徴収額について申し上げますと、昭和三十年五百四十四円八十九銭、三十一

年五百六十六円七十九銭、三十二年六百二十三円十四銭、三十三年六百九十五円六十五銭、三十四年七百八十八円三十九銭、三十五年八百八十四円八十五銭、三十六年は推定でござい

ますが、九百七十円、三十七年は、これも推定でございまして、九百六十五円、かような計算になっております。

○大原委員 昭和三十年を基礎にいたしまして——これは五百四十四円であり

ますが、三十六年は九百七十円というふうに、倍とはいひませんが、税金と

同じような形でふえておるわけであり

ますが、今の市町村単位のシステムで

いきますと、どうしても足りなければ

府県税を増徴する、窓口負担も多くな

る、市町村でやつたらいという社会

保障制度審議会の答申は、そういうこ

との裏づけがあつて初めて私は問題に

なると思ふのです。そういう点につ

てはぜひ正しなと、機会均等とい

うことにならないと思ふのです。利

用度だけを考へてみましても、これは

減免した場合、それから流行病及び災害による疾病、負傷にかかる療養の給付費が、療養の給付費総額の相当額に上る場合、それからさらに、結核性疾患あるいは精神病にかかる療養の給付費が、療養の給付費総額のこれより相当額をこえる場合、これは率として十分の二をこえる場合というふうなきめております。それから次に、地域的特殊疾病にかかる療養の給付費が、療養給付費総額のうちでこれも相当額をこえる場合、それから原子爆弾被爆者にかかる療養の給付費が、療養の給付費総額の相当額をこえる場合、それから次に、資格喪失後の継続給付にかかる額がある場合、一部負担金の割合を減じた場合、住診、歯科補綴、入院療養の給付の範囲を拡大した場合に、その年度において増加する額について特別調整交付金を交付するというのであります。それからさらに、その他普通通調整交付金において見込みます保険料の額が過大な見積りになっている場合、それを修正するような項目の調整交付金の交付を認める、大体以上のような場合に特別調整交付金を交付することになっております。

○大原委員 この特別調整交付金は、そういうふうな一般的な問題以外に、特別に災害その他支出がふえた場合にこれにつけ加えるというふうになっておるのだと思うのですが、これはやはり、たとえば療養費の支払いの総額の実情その他を考慮して、金額的にも穴を埋めるようになっていくのですか。大体これはこのくらいだろう、こういうことでつかみ銭でやるわけですか。たとえば地方財政などで、基準財政需

要額との関係で額を測定するというような方法ではないけれども、中身は違ふけれども、そういうやり方等である、その差額を支払うということになっていくわけですかどうですか。

○首尾木説明員 調整交付金には、御承知のように普通調整交付金と特別調整交付金がございます。普通調整交付金が総体の調整交付金の八〇%を占め、普通調整交付金を交付してありますが、それにつきましては、ただいま仰せになりましたような方法で、一定の取るべき保険料と想定されるものと、需用費との差額を基準にしまして、交付するというような形をとっております。それから特別調整交付金につきましては、それぞれの項目ごとに交付金の基準を定めておりまして、その基準に従って交付するということになっておるわけでございます。

○大原委員 それではこの結核、精神病の關係と原爆被爆者の關係をこれから質問いたすわけですが、最初に原爆被爆者の關係です。

全国的な平均でもよろしいと思うのですが、きのうも永山委員等から質問があったようですが、一人当たりの全国的な医療費、こういうものを比較する資料があれば出してもらいたいと思っております。

○首尾木説明員 三十六年度の医療費の推定について申し上げます。これは広島、長崎その他あるかと思ひますが、広島市の例についてお話し申し上げますと、特別被爆者の場合に、三十九年度の年間医療費は一人当たり一万七千四百八十二円、一般被爆者は四千六百七十七円となっております。それから、ただいまのは特別被爆者の数字を申し上げたわけでございますが、被爆者一般の数字で申し上げますと、三十九年度推定で一人当たりの療養給付費は一万四千三百三十円となっております。

○大原委員 ここに一つ問題があるわけですが、昭和三十六年の医療費が、全国的な一年間の一般平均では四千六百七十七円ということに今お話しになりました。特別被爆者は一万七千四百八十二円、こういうふうな四倍も多いいわけですが、だからこれに對しましてこのままにほうっておきますと、特別被爆者を除いた一般市民の保険税を上げなければならぬ、あるいは他の町村で問題になっておるけれども、広島、長崎その他被爆者の多いところは、一般市民税から持ち出しをしなければならぬというところになります。これは自治省や大蔵省にも質問いたしたいと思つておるのですが、こういうふうな四倍もというところになります、それで調整交付金で穴を埋めるといふふうなことは、これはできるのですか、やっていますのですか。そうしないと、やは

り医療の機会均等という面から、これは何らかの国がどこかで財政措置をしなければならぬ問題である、バランスをとらなければならぬ問題であります。これはどういふふうにお考えになっておりますか、やっていますか。

○首尾木説明員 先ほど私が申し上げました数字につきましては、全国平均の三十六年度における一人当たり医療費は三千五百九十六円でございます。先ほど申し上げました四千六百七十七円という数字は、これは広島、長崎の普通被爆者の数字でございます。それからなお、ただいま特別被爆者について一万七千四百八十二円という数字を申し上げ

げたわけでございますが、現在の調整交付金との関係におきましては、算定方法におきまして、普通被爆者を含めまして、原子爆弾被爆者の医療費が一般の被爆者の医療費よりも高い額につきまして調整交付金を考へていくわけでございますので、その際の基礎数字といたしましては、さきに申し上げました一万四千三百三十円が基準になっておるわけでございます。このように一般被爆者と一般被爆者との医療費が異なるということによりまして、保険者負担が増加する部分につきまして現在特別調整交付金を行なっているわけでございますが、さらに普通調整交付金におきまして、第一種調整交付金は、医療費が全国の平均よりも高い場合には出る仕組みになっておりまして、その部分につきまして、広島市に對しては第一種の普通調整交付金が流れるというふうな仕組みになっております。なお、三十五年度の調整交付金の交付額を申し上げますと、普通調整交付金において広島に千七百七十七万二千円、特別調整交付金として二百五十八万九千円が広島に交付されております。

○大原委員 それは全然問題にならぬ数字だと思つておるけれども、数字といたしましては問題にならぬでしよう。いかがですか、今の差額からいって、問題にならぬでしよう。その一万四千三百三十円という金額からいって問題にならぬでしよう。その問題にならぬところはどうかしておるのですか。

○首尾木説明員 ただいま申し上げましたのは、三十六年度の調整交付金につきましては、まだ交付しておりませ

ので、三十五年度の調整交付金を申し上げたわけでございます。三十五年度当時におきましては、一般被爆者の医療費が、年間で四千九百三十五円であったわけでございますが、一般被爆者の差額は現在ほどは開いておらないというふうなことになるわけでございまして、三十六年度、先ほど申し上げたような一万四千三百四十と四千六百七十とのその差ほどは開いておらなかったために、このようないくらか出ておるといふふうな結果になっておるわけでございまして。

○大原委員 今お話しになりましたのは昭和三十六年度です。広島、長崎あるいは周辺市町村で被爆者が多いところで、特別被爆者がある場合においては全部問題になるのですが、その場合、昭和三十六年度の数字を言われたのですが、一人当たりの医療費は、昭和三十六年度は特別調整交付金はまだまだたくさん出なければならぬというわけになるでしょう。そうならぬですか。

○高田政府委員 ちょっと説明の関係から、三十五年度と六年度……今課長から申し上げました調整交付金総額については、三十五年度のことでございまして、その基礎としてのいわゆる被爆者の一人頭の費用は四千九百三十五円九十一銭、三十六年度の一万四千三百四十と三十三銭に比しますとずっと低いわけですね。それで今申し上げました普通調整交付金千七百七十七万二千円、特別調整交付金二百五十八万九千円、こういう数字になるわけでありまして、三十六年度において一万四千三百五十三銭ないし一般被爆者の費用四千六百七十円四十八銭、これを基

礎にした数字というのはこれから計算をするわけでございまして、従って、この数字によってもおわかりいただけますように、それはぐっとふえるわけでありまして。

○大原委員 それはいつごろ計算するのですか。

○高田政府委員 今月中に計算をするつもりでございまして。

○永山委員 関連して、三十六年度に原爆の政府の追加予算をとりまいたね。あれと一緒にしてどのくらいになっておるのですか。

○尾村政府委員 原爆関係の医療費といたしまして、全部合わせまして四億四千円です。

○永山委員 そこで、それは結局一部負担が四億四千円ですから、広島市、長崎市の保険財政の負担は四億四千円となるわけですね。その中で二割政府が持つわけですね。療養給付の二割を政府が持つ。そうすると、あと全部両市の保険財政で持たなければならぬでしょう。

○尾村政府委員 今のは、補正予算をとりまして、本来の原爆症と特別被爆者の両方のことを申し上げました。実際の特別被爆者だけでございまして、当初予算が三十六年度七千四百六十四万円でありましたところへ、予備費を二億九千二百七十五万円としまして、それからそれに補正を九百七十九万円とりました。合計三億七千七百十八万円、これがその数字であります。

○永山委員 そこで、三億七千七百十八の二割を政府が出して、あとは長崎と広島が保険料でまかなわなければならぬという結果になるのです。すなわち、社会保険が優先するという法律を

なにししましたから、それがために特別被爆者分の半分は政府が出し、本人負担は政府が出しますが、その他は保険料でまかなうわけで、政府が二割しかくれないのですから、そうすると、約三億七千万のうちの八割に近いものを長崎と広島が持たなければならぬ。すなわち、保険者が保険料で持たねばならぬ。だからして、経済が非常に困難をきわめておるといふことになるのじゃないですか。

○尾村政府委員 ただいまのは、これで見ますのは一般の健康保険、共済その他の被扶養者も入っておるわけでございまして。従って、国保は、ほぼ私どもの方の三十五年から六年の半ばまでの推定では、約半分でございまして。従って、三億七千万の半分、約一億八千万円ほどが国保の方への負担と、その他は国家共済とか、いろいろなものがございます。その被扶養者という方になりますので、今の二割の問題は、その対象になりますのは国保の一億八千万ほどの部分ではないかと思ひます。

○永山委員 そこで、一億八千万の八割は、結局長崎と広島が持たねばならぬ。すなわち、保険料でまかなわなければならぬ。それで広島、長崎の保険経済が非常に困難をきわめておるの、この点は正してあらわなければならぬ。被爆者の分は、政府は全部見てやるというのなら、他の被爆者が全部でかかっているという結果を来すておるのですから、この不合理性をぜひ正していただきたいという点をちょっと申し上げておきます。

○大原委員 今の点につけ加えて、広島事務当局に、担当の課員の人に計算してもらったら、昭和三十七年度、

今の状況でいくと、九千六百六十一万三千円ほど特別にこの特別被爆者という制度のために持ち出しをしなければならぬというわけですね。それは計算の基礎をずつと言いますと長くかかるから申し上げませんが、そういう計算を僕は事務的にしてもらいました。長崎も、これよりもっと少ないけれども、相当のものであります。それを特別調整交付金で……これは政策上の問題で議論するわけですが、特別調整交付金で穴を埋めることができるだろうか。

○高田政府委員 全部を特別調整交付金で肩がわりをするということには、なかなかならないと思ひますが、今広島事務局長のお話にもありましたように、実情としては国保としては非常に困難をしております事情も十分考慮して、三十六年度の特別調整交付金の交付につきましましては、十分その辺の実情を考慮して考えたい、そういう心組んでおります。

○永山委員 それで大臣にお尋ねしたいのです。この非常な不合理性を調整交付金で調整することもできるのです。が、しかし他の市町村の保険財政にも非常に迷惑になりますので、これは原爆医療費は社会保険が優先して見るとやろうという本旨に従って、将来何か一つ考えてみるというお考えをお持ちであるかどうか。

○灘尾国務大臣 状況によって十分検討してみたいと思ひます。

○大原委員 それで今ここの与党席から話があるのだが、とても九千何百万という金を特別調整交付金の現状では出せぬと思うのです。実際は、幾らあなたが事務当局ではじかれてこ

う数字を出しても、出せぬのじゃないか。うなずいておるけれども、その通りだ。それはそのまま率直でいいと思うのです。市民税から持ち出す、あるいは保険税をふやすという以外にないわけですね。保険税をふやすということならば、被爆者でない新しく入った人やその周辺の人がかぶるということになる。お互い助け合いということになるが、それはもう少し広い視野で考えなければならぬということになる。そうならば、市民税を出したということになれば、市民税を出したというこ

とになれば、全国的に財政操作の上で十分現状を認めてカバーするかどうか、昭和三十六年度はどうするのだ、昭和三十七年度はどうするのだ、こういう問題が出てくると思ひます。

○奥野政府委員 現在の建前では、国民健康保険会計の費用を、御承知のように法令で一部負担金、国庫負担金としてまかなう建前をとっております。

従いまして、今のような事情につきましても、それらの財源で支出するように運用していただきたいという希望を自治省としては持っております。一般会計からの補てんは、建前として考えておらぬわけであります。

○大原委員 そこで、地方交付税のそういう地方財政のシステムからいえば、自治省はそういうふうな答弁をしないという答弁しか出ぬと思うが、これは不都合ではないですか。保険税というのは形を変えた税金なんです。そして一方では減税しておるけれども、ほとんど全体的にはふえておるといふことが一つ問題。どうしても国庫負担

をふやさなければならぬという問題は、これは大蔵省の問題。しかし地方

の住民の負担の均衡という点からいえば、自治省では、全体的に基準財政需要額と収入基準額を計算いたしまして、差額を出すようになっておる。そういう均衡という点からいえば、特別被爆者、そういう特殊な原爆の被害によつて三十万人なくなつて、三十万人今全国に被害者がおるといふ現実で、これは放置できないといふことで国が健康管理をした場合において、そういう保険税の調整交付金では出せないといふことになる。そうすると、地方交付税においてもこれは出す建前でないといふことになつたら、あなたは政府の総理大臣という立場でもいいから、どういふふうにした方がいいと思ひますか。立法上どこに欠陥があるのだといふようにお考えになりますか、自治省の方のお考えを聞きたい。

○奥野政府委員 現在の制度の建前の中における問題と、制度全体を変える問題と、二つあるだろうと思ひます。制度の建前を現状において考へています限りは、私たちは調整交付金の問題であらう、こう思つておるわけでございます。なお、制度をどう変えていくかというふうな問題につきましては、これはまたいろいろ議論がある問題でございまして、自治省として今この際どうあるべきだといふことは差し控へたいと思ひます。

○大原委員 局長としては無理かもしれぬ、しかし大蔵大臣の代理の主計官、どうですか、これはどこからか出すわけですか、どこからか出さなければならぬ。どこからか出して機会均等を、はからなければならぬといふ場合に、

どこから出したらいいか。

○岩尾説明員 広島と長崎の原爆の医療費が非常に高い。従来原爆の被爆者に対する法律ができてい前におきましては、一般の被爆者の方は、やはり保険にかかつておられたわけでありまして、それが原爆の被爆者の法律ができてから、それが保険で見えない、一部負担金を出しておるものを、原爆被爆者の法律で見ようといふことにいたしました。そういうふうなことが、急に医療費といふものが上がつてきたといふところに、私どもの方には多少納得のいかな点があるわけでございします。そこで実際に、そういうふうなわけの保険料にかゝるべき被爆者負担といふものがふえてくる場合に、現在の国保の態勢といたしましては、全体の療養給付につきましても、保険者負担の半分を国で見るといふことで一応見ておるのです。その場合に、二割は医療費に充てて見ますけれども、あとの五割は財政調整交付金で見るといふ建前でありまして、現在六十五億程度の財政調整交付金を見ておると思ひますが、その中で、どうしてもそういう特殊な状況によつて、しかも一般の市町村等に比べて負担が過重になつておるといふ点があれば、当然財政調整交付金で見るといふことでございします。国庫負担自体をそれによつてどうこうするといふ問題ではないといふふうな考へております。

○大原委員 それは大蔵省の見解は、自治省の法令を変えて、そして交付税で見ろ、こういうことでしょう。国民健康の国庫負担の問題ではなしに、交付税で見えていく以外にない、こういう答弁でしよう。

○岩尾説明員 そうじゃございせん

で、現在二割の国庫負担をやつておりますが、さらに五割の財政調整交付金を見ておるわけですか。財政調整交付金の趣旨というものは、そういう特殊な状況によつて保険者の負担が過重になつた場合に、これを調整しようといふことで見ておるものでございしますから、これをどう調整すべき問題であつて、全体の補助率なり負担率といふものをどういふ問題ではないであらう、こういうふうな考へております。

○大原委員 保険局長、五割の調整交付金が多い少ないといふ問題はありますが、これで穴を埋めることができま

○高田政府委員 先ほどお話しした数字、これは私の数字とちよつと違ひますけれども、全部これを肩がわりするといふことは、これは困難であらうと思ひます。しかし、先ほど申し上げたように、現地の実情といふものを十分考慮して、三十六年度の交付については考へたいといふ気持で、まだこれは全国から数字が整ひませんので、結論を出すわけには参りませんけれども、そういう気持で考へたいといふことを申し上げておるのでござい

○大原委員 今の御答弁に對しましてのこちらの質問はちよつと保留しておきますが、最初は、厚生省の方は、実際問題として九千万円はなかなかむずかしいといふことで、そういうお気持の答弁でございました。私もいろいろと検討してみましたが、実際上むずかしいのだらうと思ひます。そういう保険税を上げて、あるいは一部負担に

おいてまかなへ、こういうことは、やはり申し上げたように不合理です。法律がそうなつておりますから、これは改正しなければならぬことが実現できない、こういうことでございしても、しかし国民健康保険については、そういう問題を解決しなければいけないのじゃないですか。自治省、どう思われ

ますか。各市町村は赤字をたくさん持つておるのですよ。その原因といふものは、やはり貧困な財政の市町村は国民個人々々の所得も低いわけですから、医療施設はいろいろなことで医療の機会均等をはからないで、何とかしているからといふ点もありま

すけれども、負担が多くなる。貧乏な方は、医療施設はいろいろなことで医療の機会均等をはからないで、何とかしているからといふ点もありま

すけれども、負担が多くなる。貧乏な方は、医療施設はいろいろなことで医療の機会均等をはからないで、何とかしているからといふ点もありま

るわけでございします。自治省の立場で考へますと、なるだけ国民の負担を均衡のとれたものにしていきたい、そういう場合に、国民健康保険税の負担のあり方につきましては、確かに問題があるといふ気持を持つておるわけでございまして、そういう意味で、そういう問題も指摘いたして参つてきているわけでございます。幸いにして国庫負担率の引き上げで、こういう問題についてさらに一そう格差を広げていくといふ傾向は阻止できているだらうと思

うのでございしますけれども、さらに将来も一そう改善に向かつて努力していかなければならぬ、こういう気持を持つておるわけでございします。

なお、赤字の問題は、幸いにしてここ数年経済の情勢がよろしいものですから、国保税の徴収率もかなりよくなつてきているのでございします。そういうこともあわせて、赤字がどんどん進んできた傾向が鈍化してきたといふよりも、若干その後滞りしたといふことになりま

す。財政そのものはよくなつてきている、こういうふうな思つておるわけでございします。

○大原委員 局長としては、はっきりとした政治的答弁はできないと思ひます。しかし、これは皆保険になったんですよ。当初出た保険数一本では処理できないような状況にあるわけです。市町村議会の意思決定によつて、そういう点を考えながら町村で負担していくという、保険税を負担能力に応じて市町村民税から入れていくという点では必ずしもなくなった。国が制度として医療の機会均等をはかるために皆保険をやったわけですから、その機会均等という建前からいへば、それは保険の国庫負担をふやすと一緒に、一番底であるところの国民健康保険について、これはどこへいくのですから、税金は所得の再分配ということがあるわけですから、そういう点から考えていって、当然にその保険財政からくるいわゆる財政負担を公平にしなければ、市町村を国民健康保険の経営主体にするという議論が成り立たなくなってしまう。医療費というものの機会均等をはかるためには、国でやらなければならぬということになる。ですから、この問題については、自治省としては基本的に、総合的に検討してもらふように要請したいわけですね。

それからこれは公衆衛生局長と大蔵省の方に制度の問題としてお尋ねして、厚生大臣にお尋ねしたいと思ひます。昨年の改正だつたと思ひますが、精神衛生については、御承知のように、これは全部保険財政から抜けさせたいわけですね。命令入所の場合については、精神も結核も八割が国庫負担で、二割が県費負担ということになった。やはり原爆医療法は、健康保険にとつてみると、法体系からいへば、特別法じゃないかと思ふんですよ。だから、これは保険局長と時間がないから十分議論できないが、一年や二年や五年で終わるような臨時的な特別調整交付金で出す金かどうかということも問題です。これは相当長い期間のものです。当時被爆した人の胎児にも影響があるという点については、はっきりわかつています。造血機能や増殖機能に影響がありますから、これは恒久的なわけですよ。それを国民健康保険のうちの一時的な、弥縫的な策を講ずるというようなことは、これは他の費目を見て一々検討すればいいので、これは常識的に見て不適当だと思ふんですよ。ですから、行政監察委員会が、精神病について結核と同じような保障をとれという点で、八割国庫負担と二割県費負担ということになったと思ふのですけれども、これをどこかで負担するということになると、保険税で負担するか、市町村民税で負担するか、一般の国費で負担するかという、そういう負担区分を考へてみると、やはり特別法と一般法の原則も考へてみてワクをはずして、精神衛生法や結核予防法のような、そういう制度にしていこうことが——行政監察の結果については私も読んでみましたけれども、はっきり書いておりません、大体そういう方向でやって厚生省も踏み切つたと思ふし、大蔵省も了承したと思ふのです。そういうことをやるのが弥縫策でなしに、せつかく国として特別の医療措置をとるという方針をきめたのですから、制度の問題としては、交付税の問題以外にそういう特別法として、

国費として処理しながら地方負担も考へていって、地方負担については地方財政の中において処理する、こういうことが制度上からも筋が通つていないか、こういうふうには思ふわけでありまして、そういう点について、近い将来の問題としても、現状を十分実態を把握していただきたいながら検討していただきたいと思ふのですが、大蔵省の考え方を示していただきたいと思ひます。

○岩尾説明員 先生の御意見は、ちょうど結核、精神につきまして、命令入所、措置入院等につきまして八割の国庫負担をやるような新政策を昨年とりましたのと同じように、原爆障害者につきまして別途にそういった八割負担で法律を作つて、そしてそれは保険優待を優先させていくべきじゃないかという御主張だと思ひます。大蔵省といひましては、本来、結核、精神につきまして今申し上げましたような措置をとりましたのは、結核がほかに非常に感染するおそれのある病気であるという点、いわゆる社会防衛的な見地が一つ、それから結核が非常に長い病気でございます、低所得者にとつて非常に負担が過重であるということ、この二つの点からそういった新しい法律を作りまして、非常に他人に感染させるような形で、しかも低所得の人は全部公費負担ということで、八割国庫負担という制度を作つたわけでございます。原爆等につきましては——これは九州の水俣にも、非常に長い病気で、原因がよくわからないのですけれども、そういった何らかの原因でひどい症状を起こす病気がございます。

原爆につきましても、そういった意味で非常にきつめな病気ではあるのでございますけれども、特に国が、あらゆる病気の中で別途そういった法律をもつて措置するものであるかどうかという点につきましては、原爆自体がそういった戦争の災害でございますし、もし原爆についてそういう措置をとるならば、ほかのいろいろな病気にしても、やはりある程度きつめな病気がかあるいはそういう負担のかかる病気があるわけでございます。結核、精神のように特殊な目的を持つて作つてゐるなら別でございますけれども、特に原爆であるからこれを一般の保険とは別に、今申しましたような特殊な法律を作つて、先にもその方々に見えていくというところは、ほかとの関連においていかかと考へております。ただ、今申しましたように非常に長い病気でもございますので、原爆医療法というのを作りまして、保険で見えておりました、なお一部負担を出すものについてこれは負担にならないように、国の方で見るといふ趣旨であつた法律を作つた次第でございます。

○大原委員 事務局で答弁する限界があると思ふのですが、結局特別被爆者の制度ができたというものは、やはり一定の条件のもとにおいて放射能を非常にたくさん受けたということなんです。だから健康管理を国が十分にしていこうということなんです。ある一方からいへば、これはぜいたくだという人もあるのですけれども、しかし実際上は、やはりほかの生活援護の問題等はもちろ個別の問題として、医療の問題については、そういう制度を昭和三十三年から三十五年にわたつて作つた

わけですね。本年も一部改正いたしたわけでありまして、そのことは、その原爆による症状というものが人道に放置できない、こういうところに立法趣旨があるわけでありまして、それに対しては国が十全の健康管理をしなければいけない、こういった立法の趣旨があるわけですから、そのこと自体が特殊性を認めておるわけです。そして保険を加えて十割負担をするという結果、施設の利用度も高くなつてゐる。高くなつてゐるということは、これは十割支出ということも関係があるでしようけれども、そういう点を考へてみました場合には、立法の趣旨は、私が申し上げる言うように、国が肩がわりしたんだから責任を持つてという国際法違反の問題は別に論議するとしても、今日までの特別立法、医療法の立法の経過というもの、人道上的見地から、被爆者について一定の放射能を受けた人は造血機能も増殖機能もガンその他について大きな障害があるのだから、そういうからに抵抗をつける、発病を防止する、病気が出た場合には余病が併発しないようにするという健康管理を、あらゆる面にわたつてやるという制度を作つたのですから、そういう趣旨に従つて特別の措置をするということには、あなたの御答弁の中から聞きましても必ずしも不適当ではないと思ふのです。その点につきましては、十分大蔵省において研究してもらいたいと思ひますが、その点について、よいなことは言わぬで簡単に一つ御所信を述べていただきたいと思ひます。

○岩尾説明員 今先生の申された趣旨で法律はできておるわけでありまして、結果といたしましては、原爆の被爆者

につきましては保険で見てもらって、あとは全部また国で見るといふことになっておりますから、全部公費で見てもらうということになっております。

それから今申しました結核の命令入所も同じようなことになっております。それでおっしゃる趣旨は、その場合に保険で見るといふとおかしいのではないかとこのことであらうと思うのでありますが、これは先ほど申しましたように、本来特別な法律で、たとえば他人に感染させるから特に府県知事が命令を入れてくれるという様な場合であれば別でございすけれども、現状においては、皆保険でやれる基礎のものを見てしまつて、なおかつ本人の負担がきつて面を法律で見るといふことであれば、それでそういう措置としては十分ではないかと考えております。

○永山委員 関連して、今の結核と精神病は特別に見てもいい、原爆の方はそういう性格でないから、それまで見ないでもいいのではないかとこの議論は、それならば半分も見ないでいいだろう、国が見ないでいいだろうという議論になる。さらにまた、原爆病院を別に作らぬでもいいのではないかと、大学で、数億の金をかけて特別に研究せぬでもいいのではないかとこの議論になる。結核や精神病以上に重要な病症であるという見地において研究もしなければならぬ、さらに特別病院も作らなければならぬというようになっておるのではありませんか、結核や精神病と比べものにならぬほど問題にならぬものだから、政府はめんどうを見ぬでもいいのだという様な議論は承服できぬ。ことに遺伝の問題も出てきます。幾ら

いってなかなか治療が完備しない、非常に重大な病気になるておるわけです。その意味において政府がめんどうを見させるというのですから、やはり一つ特別に御考慮願うということではなくちやならぬと思うのです。

○岩尾説明員 先生のおっしゃる意味で今の医療法ができておるわけです。大原先生の御意見は、今申しましたような医療法が、結核や精神病のように保険より優先といひますか、保険と別に、先に命令入所した場合に公費で全部見るような法律を特別に作つてやつたらどうかという御趣旨でございまして、先生のおっしゃるやうにわれわれは、原爆が遺伝病じゃないとか、あるいは障害のない病氣であるといふふうには考へておらないので、現在の原爆医療法は、そういう病氣であるのでそういう原爆を受けた人の負担を軽減するために全部国で見るといふ制度ができておりますので、それで十分ではないかというふうに存する次第でございす。

○永山委員 結核、精神病以上に治療も要するし、重要であるから、結核、精神病と相並んで、むしろそれ以上にやるべきだ、だから御研究をなさい、こう言っているわけではあります。

○岩尾説明員 結核の場合には、先ほど申しましたように他人に感染させ、精神は自傷、他傷というやうな、自分でみずからを傷つけ、しかも他人を傷つけるというやうなあぶない病氣である。従つて、家庭の状況も非常に不安定になりますから、そういう者は特に命じて入所させるということ、別の見地でもやっているわけでありす。

○大原委員 それではこの問題については逐次締めくくっていきますが、私が今までずっと質問したのは、結局は、一人当たりの医療費は特別被爆者は非常に莫大だ。これは広島、長崎、その周辺の町村では数千万、それに対して特別調整交付金で払うというところはできない。現実問題として、昭和三十三年の推定は九千万円だ。実際上調整交付金の五割の分ではできないじゃないか。地方財政の交付税でこのバランスをとるかとこのことになると、そうはいかぬじゃないか。じゃ一体どうするのだ、こういう問題から、原爆医療法の全体の立法の趣旨から考へてみて、そういう国費負担の特例措置をとるべきではないか、こういう議論へいつたわけでは、あなたの議論は、そういう局面においては、私は理由になるかとも思うのだけれども、しかし全体として見るとそれはいかぬ。結局、一人一人の保険税の負担は多くなつてくる、そして特別被爆者以外の人も多くなつてくる、特別被爆者も保険税の負担は多くなる。しかも病氣やその他によつて健康が害されて、生活能力を持たないということになる、収入も少ない、貧困の原因になるわけでありす。

【委員長退席、藤本委員長代理着席】これは不公平じゃないか。これをどこで埋めるかというところについては、ずっとせんじ詰めていっても話にならぬ。こういう問題は、地方交付税の改正の問題で、赤字の問題と一緒に被爆者については国が特別の措置をとるべきだ、こういう財政上の措置をとるべきだ。一人々々の被爆者にとつては、どういふことは関係ないわけでは、ど

こからもらった方がいい。ないけれど、しかし財政全体からいふと、回り回つてやっぱり地方負担ということになって、機会均等というところにも反するじゃないか。そうすれば、立法の趣旨から考へてみて、自損他損とか、他人に感染するということとは違ふけれども、しかし立法の趣旨として、これを見るということについては保険税を払うんだから何ら支障がないじゃないか、当然そうすべきじゃないか。そうしなかつたら、行政としての公平さといふものはどこでやるのか、こういうことではあります。質問の趣旨はわかりましたか。主計官、よけいなことを言わぬで、わかつたらわかつたやうに言つて下さい。質問の趣旨はわかりましたか。

○岩尾説明員 ただいま申しました来年の見込みが九千万というお話でございすが、この点私の方はまだこまかい計算をしておりませんので、九千万であるかどうかといふことは、ちょっと即断はしにくいと思ひます。いづれことしの例等から見ましても、かなりの増加になつておることは事実であらうと思ひますが、それが財政調整交付金をもつてまかない切れないか、いふふうには言えないんではないか、こういうふうには考へております。財政調整交付金は、現在六十八億程度の金を持つております。そのうちの八割といふのが、先ほど厚生省の方で申されましたやうに、もし医療給付費が高いならば、その高い割合に応じてさらに交付するわけでありす。従つて、来年は二割五分国庫負担をするわけでありすが、三割分について、しかも高いところには高い割合で金がいく。そ

うしてなお、財政調整交付金の五割の中の二〇分というものは、特殊な原因によつて、たとえば災害によつて一部負担金を免除したとか、あるいは保険料を免除したとか、あるいは結核の患者が非常に多いとか、そういうことには、つかみと言つて失礼でございすけれども、二割の中で配分をしていけることになつておるわけではあります。そこで、その金の中でさばいていくわけではあります、かりに六十八億の二割といひましても大体十三、四億といふ金になるわけではありますから、これをもつてさばく場合に全額どうかといふことは、これはまたいろいろ計算があると思ひますけれども、少なくともさばき切れないといふやうなものではないと思ひます。

○大原委員 それでは最後に厚生大臣、今までの御答弁は事務当局の答弁でありましたから、全体を把握してやつたと思ひますので、特に広島出身の厚生大臣においては、重大なる決意をもつて明快な答弁をいただくやうにお願いいたします。

○藤尾国務大臣 原爆医療に関連いたしましたところのお尋ねであります、先ほど来いろいろお話も出ておりましたが、この原爆医療法がどういふ趣意で作られたか、あるいはどういふ経過をたどつてできたかといふことについては、永山さんなり大原さんなりよく御存じの通りだと思ひます。その趣意において何らの変わりはないのでございす。また、今その趣旨を変えようとも政府として考へておりません。当初からの趣旨でやつていこうと思ひます。その結果が現在の法律になつておるわけでありす。

この法律の中でものを考えていただくという事になりますれば、今のような広島とか長崎とか、原爆に関連いたしまして特に受診率が高い、病人が多いという特殊の事情を考えなければならぬ。さような特殊の事情に対応するために調整金制度ができておるわけでございます。従いまして、私どもとしましては、現行法のもとにおきましては、この調整金制度を活用して、なるべくそういう特殊の事情について、非常に迷惑をすることのないように考えていかなければならぬ、これは当然のことだと考えます。そういう考え方ももってやってみようかと思うわけであります。問題は、そういう特殊の調整をする財源が、はたして十分であるのかないかというところに結局帰着するのじゃないかと思うのであります。われわれとしましては、今度の予算を幸いして通過させていたゞきますれば、その予算の範囲内において、できるだけさような面についての考慮を払っていく、こういうことになってくるわけでありまして、先ほど永山さんの御質問に対しまして、私は状況によつて考えますという事を申し上げました。今後広島市、長崎市等の原爆関係の都市において、どの程度の特殊事情があるのかというふうな点については、つきり出てくるということになります。その場合に、全国的な視野においてこれを配分しなければなりません。その配分の関係においていかにも不足しているんじゃないか、いかにも十分じゃないかというふうなことがありますれば、その状況に即応して政府としては考えなければならぬという問題になってくるわけでありまして、これ

はこれからの問題であります。従いまして、ただいまのところは、先ほど来自治省あるいは大蔵省の当局からお答えになりましたように、現行法の中でこの調整金制度を何とかうまく活用いたしまして、この事態に対処していこう、こういう考え方になつておるわけでございます。なおよく検討いたしまして、配分につきましてもできるだけ御期待に沿うようにいたしたいと存じますけれども、結果は、まだ数字が出ておらないわけでありまして、何とか申し上げかねますが、心組みといひましては、これを活用して、何とかさような点において特に財政上困るあるいは保険税の負担の上において困るというふうな地区に対しまして、なるべく御迷惑をかけぬようにいたしたい、こういうふうに運用して参りたいと思ひます。

○永山委員 ただいまの御説の点を十分御研究願ひたいという事は、ことし七億のうちで、特別被爆者の方で国保関係が五億ぐらゐるとしますと、その五億のうち国保の国庫負担は二割五分ですが、調整交付金を大幅にして一割五分見て四割国庫負担をしてもらつたとしまして、残りの六割、すなわち三億は国保の税金でまかなわなくてはならぬのですから、要するに、五億のうちの大体三億ぐらゐるは、広島、長崎の国保関係者が負担するということになるのです。広島、長崎の保険者が、全部それだけのものは特別負担をせねばならぬということになる、保険財政で見ねばならぬという事になるわけなんです。だからしう、われわれは命令入所をしるという事を言っているのじゃないんです

よ。命令入所と同じように財政的処置をしないと言つてゐるのです。それをやらなければ、広島、長崎の人が特別なそれだけの犠牲をするということ、これはこの場合やるべきじゃないじゃないかという事を、大臣もよく御研究を願ひたいと思ひます。

○大原委員 今の点は厚生大臣が御答弁になりましたし、永山委員の方からも御要望があつたわけですが、とにかく現行法において最大限の努力をして実態把握をした上でやってみようという事と同時に、足りなかつたら、筋を通してすれば大蔵省の方で出すというふうな御答弁でありますから、そのときには大いにしつと出してもらふ、追加予算でも何でも計上するという建前で、さらに全体を見た上で制度を改めるといふことで、厚生大臣の方から十分誠意のある御答弁をいただきましたので、一つ大臣の方によろしく願ひしておきます。

それから、貧乏と低所得階層と保険財政は非常に関係があるという事なんです。私どももいたしましては、従来から言つてゐる通りに、結核とか精神病については全額給付にいたしまして、そして窓口においては七割は負担をするというふうなことがない、これは国民健康保険というものは、現状においては医療の機会均等の機能を十分果たさぬのではないと思つておるのです。そういう趣旨からいいますと、今までしばしば指摘したことがあるのですが、精神病と結核衛生につきては命令入所の措置をとつたといふことは、財政上もあるいは制度の上からいへば、財政上も歩み寄つたものといひましてきつめて好ましい措置であ

る、きつめて不満足ではあるけれどもよりよい措置である、その面におきましてはこれを推進してもらいたいという希望をわれわれは持つておるわけであるし、難尾厚生大臣もしばしばこれに同感の意を表されておられます。ただ問題はいろいろあるわけでございまして、きつては非常に緊急の方もあつてあります。時間も切迫いたしておりますから端的に御質問いたすのですが、結核予防法におきましてせつかく命令入所の措置ができた——今までの質疑応答で古井厚生大臣のときもそうでしたが、難尾厚生大臣のときもそうでしたが、命令入所で予算が足りなくなつたならば——これはやはり、命令入所をいたしますと国民健康保険の財政がそれだけ助かるわけなんです。特に農村等においては、結核患者等が多い場合においては保険財政が助かるわけなんです。ですから、ワケを拡大していくといふことが、やはり少しずつよくなつていく道であると思ひます。

従つて、今までも若干の努力をいたしてきましたが、しかし最近の情勢を見てみましても、大蔵省やその他において少しプレッシャーをかけておるんじゃないかと私は思ふのであります。その点は、詳細には申し上げる時間がないので私は申し上げませんが、昭和三十七年の三月現在の推定によりますと、結核のこの命令入所の適用者は七万をこえておるわけでありまして、しかしながら、来年度の昭和三十七年の政府予算の説明を聞いてみますと、六万二千六百十六件といふことになつておるのであります。これは生活保護の部面を転換させる面と一般の患者を命令入所に切りかえるという面を含んでおるわけ

です。つまり予算が現状よりも低いわけでありまして、そういうことになる、一体どういふ操作をされるのであらうかと思ふのであります。長期の療養でありますから、だんだんと現状から命令入所を後退させていかなければならぬのではないかと。そういう点を、厚生省の方はどういふ計算で、どのようなことで御了承になつたか、あるいは大蔵省の方はこんなにもむちゃくちゃな予算査定をしたのか、こういうことになつておるわけですが、この二つの点につきまして御答弁いただきたいと思ひます。

○尾村政府委員 今の年度末に七万程度という事は、いろいろなことで、前には推定がございしたけれども、実際には、今度の半年分の命令入所のやり方は、在院中のものが切りかえられますという事を許したわけでございます。この制度からいいますと、社会防衛の意味からは在院して隔離されておりますので、現実にはすぐには役に立たぬ。むしろ役に立つのは入院料の肩がわりというふうなことでございまして、これはやはり重視いたしましてこの制度をやつたわけでございまして、これは半年ごとに、院内においてそういうふうな条件、排菌の状況、家庭の状況等が続くかどうかによりまして普通の入院に切りかえ得る、また切りかえなければならぬような制度になつております。命令して拘束するといふのが建前でありまして、そういうふうな条件が整わなければ今度は普通に切りかわるという事で、これはもうすでに、ある程度菌がなくなつて普通に切りかえられたものもある。そういうふうな形から見ますと、現実には、集計数でございせんが、多くて

大体六万四千というのが現在あるであらうということでございます。これは資料を今集計中でございますが、さような数でございます。それから、これができましたのは、今言いましたような在院中の者の切りかえが三分の二を占めてきているわけでございまして、これがたまたまおけるために、外からとりまします三分の一の数は、ほんとうの目的通り条件に合った者を取り上げる、つまり一番の低所得で排菌の多い、危険度の多い者から取り上げるという形でございまして、このままの数が、今のやり方をやっているとますますすふえるといふような確率性もないわけでありまして、そうかといって減る部面は、在院しておる者が目的を達して、命令入所の形から切りかわるといふことは相当出てくるわけであります。回転といふ点も……さような形で三十六年度に半年始めて、三十七年度に初めてこれを通年で、ベッドのワケでしかも取っておりますので、これはやはりこの程度が適当であらうというわけを取ったわけでございまして、さような意味でございまして、これも固定とはわれわれも考えておりませんので、この実績を見まして入った者が半年でどの程度目的を達するか、さらに大部分が一年になるかということによりまして、通年ベッドで取っておりますので、これが三回転すれば三人分に使えるわけであります。一回転ならば一人分しか使えないというところでございまして、著しく今よりもせつかく受けておったものが四月からマイナスの方になるというふうには当面は考えておりません。むしろ次年度にまたどうふやすか、実績によりまし

てということであらうと思ひます。
○大原委員 昭和三十一年度は厚生省として幾ら要求いたしましたか。
○尾村政府委員 要求といひましても、ほかの仕事もそうございまして、けれども、厚生省内部で私どもが好きなように組むという点でもっと膨大なものであります。これは要求でありませんので、われわれが算定して……。

○大原委員 要求したのは幾らですか。
○尾村政府委員 大蔵省に要求したのは若干多いということですが、これはごかんべん願ひたいと思ひます。
○大原委員 大蔵省はどういう見通しなんでしょうか。大蔵省の方に経過を聞きたいのは、今まで、具体的な議論をするわけですから質疑応答においてできるだけ出ていただくようにしておるわけですね。われわれはそうときに、現在結核で入院しておる患者であつても、命令入所の措置をとらないと病院を抜けて出る、あるいは家へ帰らない、それならぬ、療養が続けられない、そういう人々に対しては当然命令入所の措置をするということがこの法の精神である、こういう質疑応答もありました、そのことについては厚生省は了承いたしました。だからそういうことでは、今のお話のように、そういうこともやってやり過ぎたというふうな答弁なんだ。今の話を聞きますと、率直に言うところなんです。私が突き詰めるというふうなことを、今度はやらないうこと、裏返しみたいな答弁になつてゐるわけですね。それではいけなひのであつて、これはやはり、現在入院しておる人であつても法律の影響というものを平等に受ける、こういうことかといへばそ

の制度は進めるべきだ。しかもこの制度は、実績主義に基づいて、足りなければ義務支出をするという建前である。ただし、法律において若干の抜け道はある。府県知事の査定権その他認定権もあるだろうが、しかしそれにしたしましても、全県的に見てみますと、こういう制度を進めていくという建前において、やはり法を生かして使うということによつて保険財政も助ければ、結核やあるいは精神病についても助かる、こういうことではあります。
〔藤本委員代理退席、齋藤（邦）委員長代理着席〕

だから大蔵省の方は、そういう点は理解してもらひたいといふ私は思ふわけですね。理解をされたかどうか、頭を下げておられますけれども、私は厚生大臣にこの問題をあとに保留いたしておきますけれども、一つ大臣の御答弁をいただきます。今までの質疑応答をいただきましたが、今までの質疑応答をたまたましたことが、ひっくり返つておるわけじゃないでしょうか、これがひっくり返つて逆行するということになります、やはり国民健康保険の財政面からいいますと、低所得階層の結核や精神病の面から見ても、いけなひと思ふのですが、これを運用してみても、公衆衛生局長の御答弁がありまして、今までの質疑応答や議論の上に立つて、義務支出であるという面から考えてみましても、足りなければどんどん一つワケを拡大するのだ、こういう御答弁であつたのである。古井厚生大臣などというのは非常にはつきりした答弁をしました。それは同感だ、こういう御答弁でありまして、離尾厚生大臣も、慎重でありまして、御趣旨は同じ御答弁でありまし

た。従つて、私どもの言わんとしてゐるところはわかつておるわけでありまして、現在入院患者を含めて、必要が起きた場合においては、やはり予算上の措置は実際の運営面を見た上において十分な考慮を払ひ、こういう点について、大臣といたしましての決意を簡潔に御表明いただきたいと思うのであります。

○離尾國務大臣 私は、この制度をきわめて有意義な制度と考えております。ますます前進をはかつて参りたいと思ひます。

○齋藤（邦）委員長代理 滝井義高君。改正する法律案についての質問をいたしたいのですが、ことしの国民健康保険の助成費を見ますと、特別の療養給付費補助金十五億というものが削減をされておる。これは一体どういう理由で削減されたか。

○高田政府委員 これは国庫負担率五分の引き上げに吸収をしたということでありまして。

○滝井委員 国庫負担の五分は、医療費改定以前においてもすでに国保の財政が苦しい、だからわれわれは、国会の議決で昨年の四月以来もみにもんで五分にしたので、政府の方は七月一日から医療費を改定する、さらにその後緊急正等もございましてしたけれども、医療費の増によつて患者の負担その他がふえる、従つて、ここに十五億の金を出すことになつたのだ、こういう説明をしたわけですね。そうしますと、法律によらずして特別療養給付費十五億を出すというのとは非常に珍しいケースなんだ、こういうことをやってもいいかと言つたら、いやこれは財

政危機でやむを得ませんからこういうことをやるのです、医療費が上がつたから、それに対応するものとして十五億を組みました、こういうことなんだ。吸収したと言ふけれども、当然国保経済は、約八十億程度のものが、五分の引き上げがあれば財源が増加するといふことは地方は待つておるわけですから、その中から十五億削減するといふことは、十五億だけ当てがはずれたことになるわけですね。十五億削減して、国保経済というものは隆々たる隆盛の方向にあるのですか。ないわけですね。これがまず第一に氣に入らないところですね。五分に吸収したと言ふけれども、吸収しておらぬのです。五五分は、初めから八十億程度というのはいままでのことです。ことしの予算では七十九億何がしです。大蔵省はどうしてこの十五億を削つたか。

○岩尾説明員 先ほど保険局長からお話がございしましたように、昨年、三十六年度におきまして医療費の改定が見込まれて、それが保険者負担に響くであらうということで十五億を計上したわけでありまして、三十七年度予算におきましては、そういった医療費の増高を含めまして保険者の負担が増高することを考慮に入れた上で、二割の国庫負担を二割五分と上げたわけでありまして。そういう意味合いの保険者負担といふものは、十五億を削つた場合と比べて、現在の三十七年度予算における保険者負担はどうであるかといふことを検討いたしますと、一人当りの保険料で見ても、三十七年度より低いと思ひますが、三十七年度には、今回約九億六千万補正予算で

見ております。そういうものを入れまして、全体の一人当たりの保険料負担は、市町村の場合七百六十八円というのが、三十七年度は七百十四円というふうになって参ります。その意味からいいたしまして、われわれといたしましては、三十六年に見た特別の療養給付費というものは、三十七年度の国庫負担の五割引き上げでまかなえるのではないかと、こういうことで計上しなかつたわけでありまして、さらに、医療費の増高は、大体緊急正と七月引き上げ分を含めまして、全体といたしましては約一六割の引き上げになるわけでありまして、この一六割引き上げのうち国庫負担分を二割五分といたしますと、大体四割というところに相なります。従いまして、五割引き上げのうち四割というものが、大体医療費の引き上げと見ていいわけでありまして、なお一割分というのは、全体としての保険者負担というものを軽減しておる、こういう形になっております。

○高田政府委員 健康保険の削減は、これは幾ら削減されましたか。

○高田政府委員 三十六年度八億でございまして、三十七年度予算には五億でございまして、三億削減されたのはどういふ理由ですか。国庫負担も何もないのです。

○高田政府委員 これは健康保険勘定における収入支出のバランスを見て、五億で適当であると考えて五億にしたわけでありまして、

○高田政府委員 この健康保険勘定というのは、医療費を引き上げる前から黒字なのです。それで、約一千万に及ぶ中小企業者のために国がわずかに

五億円しか出さない。そうしてこれを医療費の改定で三億を加えて八億にした。ところが、もう削減されておるじゃないですか。かつて六十億借りた借金の返済は今どうしておるのです。

○高田政府委員 これはもう済みまして、

○高田政府委員 済んだといつたって、あれは国が十億ずつくれることになっておりましたが、もらっておりません。十億ずつもらいましたか。今まで毎年繰り延べておつたでしよう。借金を返すのを繰り延べて、そのかわり十億国がくれなかつたんですか。

○岩尾説明員 政府管掌健康保険に對します繰り入れでございまして、三十年に六十億というところで、そのうちの実際の繰り入れを十億いたしまして、七十億の赤字がございまして、十億を繰り入れまして、あとの六十億は毎年繰り入れようということで、法案を提出したわけでございます。その後特別会計法におきまして、今申しましたのは、政府管掌健康保険におきまして、歳入不足がある場合には、そういったことをやり得るというような規定に基づいてやられたわけでございますが、その後保険法の改正によりまして、もつと前向きな形で、積極的に健康保険の財政を強化する意味で補助ができるという規定がございまして、それに基づいて三十一年には三十億、三十二年に三十億、三十三年に十億というふうに出て参りまして、現在、先生がおっしゃいますように五億という繰り延べておるわけでございます。先ほどの赤字の分は、実行上、現在の政府管掌健康保険の三十年当分の赤字から非常に黒字に転化したしまして、その際に

実際の保険の中におきまして、当時運用部から借りておりました金を、年度繰り越しの金と関連をいたしまして逐次返して参りまして、三十三年に全部実行上は返して参ります。大体そういうような状況でございます。

○高田政府委員 そうすると、返して六十億国からもうらうのはどうしましたかというのです。もうもらわないで、結局六十億は出せぬ、自分で払つたやつたわけですね、黒字になったからというので、あの法律はあるはずですよ。毎年繰り延べの法律、去年まで出しておつたのですから、全部もらつたわけじゃない。もらつておつたというが、もらつておらぬはずですよ。

○岩尾説明員 二つございまして、今申しましたのは積極的な一つは、初年度だけは六十億の赤字の分の十億でございまして、あとの分は、積極的に保険財政を強化するという意味で入れてきておつた金でございまして、しかし、いづれにいたしまして、そういった趣旨で入れていった金に基づいて、保険財政というものは非常によくなつて参つたわけでございます。そして現実には、六十億のその当時の借金自体は全部前年度返してしまつた。ただし、先生おっしゃいますように、六十億については十億ずつ入れようという法律は別にありますが、毎年々々實際上の歳入不足にならないわけでございます。ですから、実行する必要はございませぬ。従つて、それについては毎年繰り延べてきておる、こういう状況でございます。

○高田政府委員 これはおかしいことだと思ふのです。いいですか、今の政府

管掌の健康保険にしても、国民健康保険にしても、組合管掌の健康保険なり国家公務員の共済組合の保険にしてみても、これは雲泥の差があります。組合健保と政府管掌と比べてごらんない、これは三対一ですよ。組合が三なら政府管掌は一の力しかない。そのくらの給付しかやらない。国庫保に至つては、この政府管掌のまた半分なんです。その零細な四千五百万の被保険者、千万の中小企業の被保険者のために国が当然これは出さなければならぬ金を、医療費の改定の問題が鎮静をしたら、もう翌年は予算を十五億やるといふものを削る。三億やつておつたものをまた削る。そして前の借金というものは出せぬ、お前が黒字になつたからお前払い、ということなれば、この保険は進歩がないのじゃないですか。一番最下層の、池田内閣が所得倍増政策で内容を上げてやるんだ、格差を縮めるんだということ、それがじゃあちつとも縮まらぬじゃないですか。これは一体どういうことなんでしょうか。大臣、何で三億を削つて削られて、十五億を削つて削減されたんです。昨年からは納得がいかにぬと思ふのです。私にはこれは納得がいかにぬと思ふのです。昨年からはちつともこれは前進してないですよ。なるほど二割が二割五分になつたという点においては前進しておるけれども、一体被保険者の医療内容その他が前進したかという点、ちつとも前進してない。当然十五億というものは既得権なんです。二割五分のほかに、これは大蔵省が厚生省と話し合つて自主的に金がついたのだから、われわれがむしろこういう金

は変則的なおかしい金だと言つたけれども、いやこれでいい、こういう形で

やれるのだということを前の保険局長は言つてきておるんですよ。そういうやれる道を開いたものを、ここにやつたらばんと削つてしまふということはおかしい。その十五億があればこれは医療内容の前進ができるし、奥野さんの方の一般会計からの繰り入れの問題も、これは半分は済むことになる。四十九億の一般会計からの繰り入れがあるのですから、十五億をもらつておれば、少なくとも四十九億の中から十五億だけ一般会計から入れなくてもいいという形ができて、自主独立の形が幾分でも前進するわけですよ。これは大臣、どういふ意味で——あなた一体これは削ることでおつたのですか。こんなものは絶対おつたべきではないのです。政府管掌の問題ですよ。

○高田政府委員 本年度の十五億円というものは、現行法の国庫負担分というものを前提としての十五億円だろうと思ふのです。結局医療費が値上げをしなくちやならぬ、増高してくるということに對しての措置として、この財政措置がとられたと思ふのであります。それらの点をすべて勘案いたしますと、来年度からは三割五分にしようとして、来年度も答えたところでございまして、これをもちつてこの問題は吸収したものと私も心得ておるわけでございます。特におりたとかおりないとかいうことではないわけでございます。

なおまた、前々からの国費の健康保険財政に對する繰り入れの問題でございますが、これは私の理解するところでは、主として健康保険の財政の問題だと思ふのであります。健康保険の財政が赤字を続けておる、こういう状態のもとにこの問題が考えられたと思ふ

が一つもないのに黙つて大蔵省の言う

たら何％になりますか。総医療費は国

て、その四%のうち、八〇%の水準で

八〇%と申しますのは、総医療費の

かれないと思いますから、漸進的にいか

印刷者 大蔵省印刷局