

社会労働委員会 議 録 第 十 二 号

昭和四十一年三月二十三日(水曜日)

午前十時九分開議

出席委員

委員長 田中 正巳君

理事 齋藤 邦吉君

理事 竹内 黎一君

理事 伊藤よし子君

理事 吉村 吉雄君

伊東 正義君

大橋 武夫君

小宮山重四郎君

地崎宇三郎君

橋本龍太郎君

栗山 秀君

滝井 義高君

長谷川 保君

吉川 兼光君

出席國務大臣

出席政府委員

總理府事務官

厚生事務次官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

理事 澁谷 直藏君

理事 松山千恵子君

理事 河野 正君

大坪 保雄君

熊谷 義雄君

坂村 吉正君

西村 英一君

藤本 孝雄君

淡谷 悠藏君

辻原 弘市君

八木 一男君

鈴木 善幸君

矢倉 一郎君

梅本 純正君

館林 宣夫君

若松 栄一君

坂元貞一郎君

熊崎 正夫君

実本 博次君

山本 正淑君

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

厚生事務官

加藤 威二君

飯谷 忠男君

和田 正明君

小林 誠一君

平井 勉郎君

河原卯太郎君

安尾 俊君

安中 忠雄君

大蔵事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

委員外の出席者

大蔵事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

農林事務官

もあげられると思うのであります。

それから、さらに重要なことは、国民皆保険のもとに医療給付が——私は完全とはいきませんけれども、全国民に医療給付が相当向上し、また内容的にも非常によくなつてきておる。一面、保険財政は、受診率の向上であるとか給付内容の改善によりまして相当苦しいのでありますけれども、健康勘定の面におきましては相当プラスになっておる、こういうことが言われるのではないかと、かように存するわけでありまして。いろいろその他要因もあるかと思つておりますが、そういう点がおもな原因ではなからうか、こう考えます。

○長谷川(保)委員 私も大臣と思ひを同じくするのであります。いま言われましたように、最も大きな重要な要因としては、非常に進歩いたしました医学、薬学、その成果を皆保険の形において、国民全体に医療給付という形でこれを及ぼしていった、こういうことが私は大きな要因であらうと思つてゐます。先ほど申しましたように、こんなに短期間の間に日本国民の寿命が非常に延びた、それには明らかに、最近におきます医学、薬学の著しい進歩とこの応用というものがあつて力がある。もちろん環境衛生の問題、公衆衛生の問題、あるいは栄養改善の問題、みんなさうでありますけれども、やはり最も大きな問題は、進歩した医学、薬学というものを皆保険の形で国民全体に及ぼしていったところにある。大きな原因があつた、要因があつたと思つてゐる。高というものが非常に問題になり、それが保険財政というものを危機におとしいるということについて、根本的には私は、そうこれはあつてべき問題ではない、むしろ積極的にこの傾向というものをどんどん助長していく、そのためには、国は費用を惜しんではならない、政治の究極の目的というものは、国民の生命を守り、これを発展させる、豊かなる生活を、しあわせな生活を得せしめる、その根本は肉体的な生命である、一切の活動の根本は肉体的な生命でありますから、その肉

体の生命というものを大事にすることのために、金を惜しんではならないと思つてゐます。これは社会保障制度審議会なども勧告をしてきてゐるところであります。どうも政府が管掌してゐる三つの保険というふうなものにだけ目がついて、そうして最も大きな視野でもって全体を見るのが欠けておると指摘してゐるようによいのでありますけれども、私も全く同感であります。

そこで、まず私は、日本の社会保障の水準というものは、一体世界の主要諸国の社会保障の給付水準に比べてどういふような事情になつてゐるかというのを伺ひたいのであります。私の持っている資料は、残念ながら一九六〇年までの資料しかないものであります。今日ではもっと進んだ新しい資料がなければならぬと思つてゐますが、厚生省当局としては、当然そういうものを積極的に持つてゐる資料では、まあ日本に近い国々を見てみますと、たとえば西ドイツ、一九六〇年の資料では、国際連合の資料から持ってきたようでありまして、厚生白書の中に出てゐるところを見ますと、一人当たりの給付は百八十七ドル、フランスは百六十七ドル、イギリスは百四十ドル、イタリアは七十五ドル、日本は十九・七ドル、約二十ドル、日本の一九六三年が出ておりますが、それによつても三十三・六ドルということになつておる。国民所得の割合から見ますと、西ドイツは一九・九％、フランスは一七・四％、イギリスは二・九％、イタリアは一五・二％、日本は五・五％、六三年になつて六・四％、同じ厚生白書は、西欧先進国の三分の一ないし六分の一程度にすぎないというのを書いておるのであります。また、主要諸国におきます社会保障の財源別構成の公費負担を見ますと、これまた白書であつたと思ひますけれども、白書の中にいろいろな図表が載つておりますが、平均して、いま申しましたイギリスその他世界の国々は、公費負担の割合は四〇・九、日本は二四・五、六三年になつて二五と

いう数字が書かれておるのであります。こう見てまいりますと、どうも日本の社会保障への給付といふものはいかに低い。もちろん、この中には年金問題等も含まれるものではありますけれども、いかにも低いと思つてゐるわけですが、大臣は関係のお一人といたしまして、これは日本の国力にふさわしい相応のものであるとお考えになるのか、いまなお非常に低いとお考えになるのか。その後、日本のほうでも幾ふんの改善はなされておると思つてゐますが、同時にまた、主要諸国においてもさらに改善がなされておるわけでありまして、よから、最近の事情はどういふようになつてゐるか、伺ひたいのであります。

○鈴木国務大臣 長谷川さんがたゞいまいろいろお述べになりましたが、私は、その中できつめて貴重な御意見、また分析がなされておるのであります。第一の点は、医療給付の内容が、医学の進歩なり薬学の進歩なり、また受診率の向上、給付内容の改善というふうなことで保険財政が赤字になつてゐるというところは、これは当然なことであり、むしろ内容が充実したという意味で喜ぶべき現象ではないか、何もあつてゐる必要がない、こういう御指摘がまずあつたのであります。私も全く同感でございます。したがつて、よく今回の保険財政対策、保険料率の改定の問題なんかをとらえて、消費者米価であるとか国鉄運賃であるとか、あるいは郵便料金であるとか、そういう公共料金の値上げの概念の中に一緒にた入れて論議をされる傾向があるものであります。私は、長谷川さんの御指摘のとおり全然これは違ふ、給付の内容や何かがよくなつておるのでありますから、現にまたその効果は、先ほどお話がありましたように、国民の寿命が非常に延びておるといふことでも効果ははっきりあらわれております。内容がよくなつておるのであります。でありますから、これに對するところの被保険者の応分の負担、あるいは国におきましてもこれに對するだけの財政負担をする、国を含めまして関係者がみんな

で協力してこの国民の健康を守る制度をあくまで守つていかなければいかぬ、崩壊の危機からこれを守つていかなければいかぬという結論から、私はそこから出てくるだらうと思つてゐるわけでありまして、一般の公共料金の値上げというふうな、そういう考え方での保険料の問題を律すべきではない、かように私も思つてゐまして、社会党の皆さんも、そこまで御理解をいただいておられますことはまことに心強い次第でございます。

それから次に、社会保障の給付費の西欧先進諸国に比べての問題につきましてもどうなつてゐるかという御指摘がございましたが、一九六〇年の数字は長谷川さんの御指摘のとおりでございます。また、その公費負担、また被保険者の負担、事業主の負担、そういうような点につきましてもお触れになつたのであります。日本の場合、西欧諸国に比べてまことに確かに国民所得に對する給付の割合が低い、いまだ十分でないという点は御指摘のとおりであるわけでありまして、私はこれにはいろいろ原因があると思ひます。戦後あつた敗戦による痛手、廃墟の中から立ち上つて國の再建復興をやつてゐるというふうなことで、そこで社会資本の立ちおくれを早く取り戻す、回復するために、道路であるとかあるいは港湾であるとか鉄道であるとか住宅であるとか、そういう面に西欧諸国とは違つて相当国費というものを投入せねばいかぬ、そういう國の再建をしながら社会保障の面も充実していかなければならぬという悩みがそこにあるわけでありまして。しかし、私も、先ほど申し上げますように、最近における経済の発展、国民所得の向上に見合つて社会保障の面にも力をいましておるのであります。昭和四十四年度の子算におきましても、予算の伸びは昭和四十四年度の当初予算に比して一七・九％であるのに対し、厚生省関係の予算は二〇・四％というぐあいに力を入れておるのであります。それからもう一つ、別の面から見た場合に、国民所得に對する社会保障の給付率が低いといふのは、この所得保障の年金制度が、北歐諸国に

おきましては早くこれが出発をし、相当の年月を経て蓄積がなされておる、また、相当の給付ができるようにこの社会保障制度が充実しておるというのに対して、わが国の所得保障は近年ようやく緒についた。厚生年金が、昨年の皆さん方の御審議によって一円年金が実現をした、ことしよりやうく国民年金が夫婦一円年金を実現しようとしておる、こういう段階にあるのであります。

それからもう一つは、児童手当制度をまだやってないという点でございます。私も、一日も早く児童手当制度を実施に移したい、かように念願しておるのでありますが、何しろ中学校以下の子供さん一人に対して月額千円を給付するといたしましても三千億の膨大な財源を必要とするのでございます。こういう一人に対してわずか月額千円を支給するといっただけでも三千億の財源を必要とする。そこで、全部の児童に一律にこれを行なうか、あるいは低所得の階層から逐次年次的に実行していくか、さらにまた、現在労使の間で行なわれておるところの給与の中にある家族手当という点もいろいろ検討を要する点がございます。また、児童手当制度の実施に踏み切れないでおる、準備の段階にあるわけでありまして、こういう児童手当制度が日本では実施されていない。そして所得保障である年金制度が発足して間もない、こういうような点等がございます。北欧の諸国に比べてみて国民所得に対する社会保障の給付の率が低いということは、御指摘のとおりでございます。私は、今後こういう点によく注意を払いまして、今後の社会保障の充実をはかってまいりたいと考えております。

○長谷川(保)委員 大臣の心がまえについては一応了したいたしますけれども、しかし、三十九年度版の厚生白書の八二ページに、「社会保障給付率と経済成長率との関連」という図がございます。第2-11-2図ですが、この図を見ましても、いかにもみすばらしい。六三年、ともかく経済が相当発展してきておるが、西ドイツなどと比

べて雲泥の差です。だから、なるほど児童手当の問題もあり、年金の問題もありましよう。けれども、根本的には、経済がこれだけ発展してきておるといふときの心がまえの問題が大きな問題だと思ふのです。人間というものはおそろしいもので、マンネリズムといふことばがあるけれども、いま急に三千億円の金を出すとなくなつても大きなことをするようだけれども、事前に早くなすべきものをなしておらぬといふことなのであります。それだから私が最初に念を押しました、生命というもののとうとさをどう考えるかといふことの心がまえ、この心がまえのあり方で社会保障の給付の問題といふようなことはずいぶん違ってくる。ですから、大臣一人と言わず、内閣の全閣僚、あるいは、ことに大蔵省当局——きょうは主計官にもおいでいただいておりますが、ことにまた推進力となるべき厚生省当局の気魄、こういうものがこの問題に対する取り組み方の成果にずいぶん大きな影響を与えてくる。だから、白書の中のこのデータを見ましても、私は、その気魄の足りなさ、心がまえといふものについて、近代文化国家といつたしまつての、あるいは福祉国家といつたしまつての進め方といふものに対して、気魄が足りないといふことをしみじみと思つております。

きょうは健康保険の問題で御質問を申しておるのでありますから、問題を医療問題にしばつて御質問を進めてみたいと思つておりますが、最近における医療費の増高といふことが確かに非常に著しいものがあり、それが大きな問題になつてこの数年間混乱に混乱を重ねておるのでありますけれども、まず医療費の増高の傾向、これは私の承知しておる限りでは、欧米諸国におきましてもずいぶんこれには悩まされておるようであります。大抵日本は医療費の増高の傾向といふものは、これは欧米各国に比べてどういふことになるか、さらに大きなことになつてゐるか、あるいは欧米各国のほうが大きなことになつてゐるか、あるいは同じようなことであるか、その増高の状況を知らりたい。

○熊崎政府委員 長谷川先生御承知のとおり、わが国の医療費の増高は、一九六〇年から増高の傾向が目立ってまいりまして、大体毎年二〇ないし多いときには三〇％ぐらいの増高があつたわけでございます。これに對しまして、各国の医療費がどうなつておるかという御質問でございますけれども、まことに残念でございますが、各国の医療給付の年次別の推移といふのは、私どものところでは資料として持つておりません。ただ、御参考までに私のほうで前々から西ドイツのほうの関係の給付の動向をつかんでおるわけでございますが、これはたつた一國の例でありまして、しかも年次の古い例でございますので、あるいは御参考にはならないかもしれませんが、大体一九五六、七、八、九、一〇、一一、一二の数字をつかんでおるわけですが、この年次別の伸び率を考へてみますと、毎年一〇ないし一一、二といふところで漸増しておるというふうな数字を私どもはつかんでおるわけでございます。

○長谷川(保)委員 まあ英國あたりでも、あるいはフランスあたりでも、私も正確なデータは持つておりませんけれども、いろいろな情報によりますれば、この増高には相当経済の面では苦しんでおるようでありましかつても、それではさらに具体的ことを伺つたしまして、各國の国民所得と総医療費との関係、そのパーセントを最近のものがかつておりましたらどうか。大体先ほど申しましたが、フランスとか西独とかイギリス、イタリアといふようなものと日本の関係ですね。

○熊崎政府委員 これも的確な資料自体は私ども持つておりませんが、推計程度の数字で算定いたしましたことはございますが、イギリスにおきましては、一九五七年の推定でございましてけれども、大抵国民所得に對しまして四・二七％、それからアメリカになりますと、これは医療保険が完全にできておらない國の例でございますが、大体五％から六％をオーバーしておるというところでございます。あとフランス、ドイツ等につきましましては、総医療費の把握自体がなかなかわが國と對比

するやうな資料として出ておりませんので、私どもの予定では三・ないし四・四％の推定をいたしております。わが國の現在の総医療費は、先生御承知のように毎年ふえてまいつておりまして、四十年におきまして五・三、五％をオーバーしたております。三十七、八年ごろは四・四％ちよつとだつたのが、最近では五％をオーバーしておる、こういう数字になつております。

○長谷川(保)委員 今日、非常に医療費問題が大きな問題となつておりますから、厚生省としては、もっと積極的にやはり海外の事情も十分調べておくべきだと思ひます。そうしないと、日本の國のことが、はたして今日の文化の進んでまいります時代に、また國民の生活の水準が非常に上がつていくときにおきまして、また経済の非常に発展をしていくときにおきまして、どの程度まで可能であるか、どの程度までこれを改善していくべきであるかといふやうなことが十分つかめなかつておるのです。ですから、やはり厚生省は、こういう方面にひとつ惜しみなく金を使つて、もっと海外の問題も十分研究していただきたいと思ひます。そうしないと、私どもも正確な討議ができないといふ形になりますから。何と申しまして、私どもの資料は厚生省当局からいただくのが一番中心になりますから、ひとつぜひこういう問題は十分に今後研究していただきたいと思ひます。

それでは、國內の問題にしばつてまいりまして、昭和四十一年度の予算からでけつこうであります。大抵ことしはどうかという前向きな考え方、たとえば政府管掌健康保険に關係する医療費の負担割合、たとえば健康保険の負担は幾らで何％になるつもりか、それから患者負担は幾らで何％になるのか、何％ぐらいに当たるのか、國庫負担は、今度は百五十億圓といふことでありますが、これが何％ぐらいになるのか、そういう保険料負担、患者負担、國庫負担等々の四十一年度の予想される金額とパーセンテージを教へてもらいたいと思つてゐます。

三

○熊崎政府委員 保険料負担におきまして数字を申し上げます。金額で二千六百四十六億、端数は省略させていただきます。それから患者負担におきまして五百二十億、国庫負担が御指摘のとおり百五十億、計三千三百十六億。パーセントは、保険料負担が七九・八％、患者負担が一五・七％、それから国庫負担が四・五％です。

○長谷川(保)委員 そうしてみると、いかにも国庫負担が全体から見ても小さいですね。百五十億円。これは社会保険審議会のほうでも、勧告の中には、当分の間二百億という数字が出ておりますけれども、いかにも少ないと思うのです。私は、二百億でもいかにも少ないと思うのでありますけれども、どうしてこんなような重大なときに百五十億ばかりの金、しかも御承知のように、政府管掌健康保険の關係する人員は約二千三百万、国民健康保険のほうは四千万くらいでしようか、四千二百万くらいでしようか、国民健康保険のほうは、御承知のとおり千何百億という国庫負担が出てくるわけですね。それと比べてもいかにも小さい。これまた、社会保険制度審議会の勧告の中でも指摘していると私記憶していますが、社会保険審議会のほうでも、これを当分の間二百億というようにしたのに、先ほど大臣は、厚生省の予算が非常に大きくなってきた、六千億という大きなものになってきたというのを誇られておりましたけれども、いかにも少ないと思うのです。全体から見ても、バランスから見て、どっちから見ても少ないと思うのだが、この点については大臣としては十分だと思っていられるのか、それともまた、どうも力足らずして刀折れ矢尽きてやむを得なかった、こう思われるのか、伺いたい。

○鈴木国務大臣 社会保険審議会あるいは社会保険制度審議会の御答申につきましては、できるだけ国庫負担は大幅に増額すべきである、こういう勧告をちょうだいいたしておたのであります。私はこの趣旨を体しまして、極力予算折衝におきまして努力をいたしたつもりでございます。

すでに長谷川さん御承知のように、昭和四十年年度におきましては六百九十億、約七百億近い累積赤字が予想されておりましたが、それに対しまして国庫負担が三十億ということでごございました。私は今回答申の御趣旨をできるだけ実現したいというところで努力をいたしました結果、前年度の五倍、百五十億という国庫負担を計上することができたのでございますが、もとより私はこれをもっと十分とは考えておりません。できることならもっとこれを増額したい、こういうことでございまして、一方におきましては公債発行、借金をしてやっていくというような際でもございまして、この程度に実は落ちつかざるを得なかった、こう思うわけでありまして。

一面、国保との関係につきましてお触れになりましたが、国保のほうは、政管と違ひまして被用者保険でございせん関係もありまして、事業主の分まで国がこれを見ていかなければいかぬというところ、なお政管健保の被保険者よりは、何と云っても負担力の弱い、所得の低い階層の農山漁村民その他の自由業者という人を対象としております関係から、やはり国において大幅な負担をする、こういうことに相なっておるわけでございますし、また、生活保護世帯その他市町村民税均等割り程度しか納めていない階層につきましましては、保険料の軽減措置等も講じておるといような事情等もありまして、事務補助費を含めまして、国民健康保険におきましては千四百五十億というものが四十一年度におきまして計上をされる、こういうことになったのであります。国保と政管を並べて、そして国庫負担のことを論ずることは事情もちょっと違ひように思ひますけれども、しかし、いづれにいたしましても、私は百五十億ということにつきましては十分だとは考えておりませんし、今後におきましても、さらに基本的な制度の改善等の際に、国庫負担はどうかあるべきかという問題につきましても十分検討してまいりたいと考えております。

○長谷川(保)委員 私は国保の補助金等が多過ぎると言っているのではないのであって、もちろん、いま大臣お話しのようないろいろな事情があります。また、たとえば今日問題にもなっております健康保険の被保険者が退職をして、それが結局国保のほうに入っていくとか、いろいろなありと始末をあそこ拾うということにもなっておりますから、決してあれに対する補助金が多いと言っているのではない。ただ問題は、いまちょっとお話にもありましたけれども、健康保険の事業主負担分は、これは労働賃金の変形と見るべきだと私は思うのです。でありますから、事業主が半分負担している、だから勤労者のほうはそうたくさん、半分しか負担しないのだからという議論がよくなされるのでありますけれども、私は間違ひだと思っております。これは賃金の変形です。でありますから、いま局長から伺いました数字を見ても、いかにも国庫負担のパーセンテージが少な過ぎるではないか。しかも今日、厚生年金保険料、また健康保険料率等が上がっていく。いままででも勤労者のほうは、毎月の月給袋から差し引かれておりますそれらの数字を見ると、被保険者もその奥さんも含めて思っている。こんなに取られるのだからという感じは、もうおおえないものがあります。だから、国庫負担をわずかに百五十億円、いまお話しのように、ここの政管健保の給付費から見ればわずかに四・五％、こういうようなものをもつておいて、いま保険料率を引き上げるといふようなことは、これは償むべきである。もちろん、薬代の半額負担とか何だというようなことは償しむべきであるというように考へるのであります。きょうは主計官もおいでであります。いま世界各国との関係を見ながら、国内の政管健保の問題にしばつてきたのでありますけれども、いかにも日本の政管健保に対する国庫負担というのが非常に少ないと思う。主計官はどういうお考えであられるか、大蔵省の考えをひとつ聞きたい。

○平井説明員 先ほど先生御指摘のとおり、全体としての社会保険費の国民所得に対する比率は、諸外国に比べて低いということも事実でございます。ただその中には、厚生大臣から御答弁ございましたように、所得保障部分についての制度が実質的に充足して間がないために、その結果として国民所得に対する比率がかなり少ないという面もございまして、したがって、そういった制度が本格的に給付を開始して平準化する段階になりますと、現在の制度のままでも、おそらく国民所得に対する比率は一〇％をこえるものであらうというふうに、私どもは大ざっぱな試算をしたこともございまして。

そこで、そういった全体としての社会保障の中で医療保障についてどのように考えるかという問題でございますが、基本的には、私どももいたしましては、医療保障は保険制度によって運営すべきものであると考えております。ただ、その場合におきまして、諸外国との比較という点からいいますと、諸外国の場合におきましては、医療保障部分については比較的国庫負担は少ないというのが実態でございまして、もちろん古い数字しか持っておりませんので、最近の数字がほとんど動いておりません。別でございまして、非常に大きな制度的変革もないようではございますが、そういった点からすれば、日本の医療保障における国庫負担の割合というのは、世界的に見てもそう低いものではない。ただ、イギリスのように医療国営をとっておるような国の場合には別でございまして、保険制度をとっている諸外国の例としては、低いものではないと考えております。

そこで、こういった状況におきまして、国民健康保険等のいわゆる低所得層を中心とした保険につきましましては、これはやはり、先ほど厚生大臣から御答弁のございましたように、かなりの程度に国が補助していくという考え方をとらなければ、なかなか保険の運営はうまくいかないというところもございまして、国としてはそういった面に重点的に国費を投入するという形をとっておるわけでございます。

そこでさらに、それでは政管健保についてどの

ように考えるべきかという問題でございしますが、先生の御意見によれば、政府管掌健康保険における事業主負担というものは、これは賃金の変形であるから、そういうものは別として、国庫負担をふやすべきではないかという御意見のようでございます。同じ健康保険制度の中で、政府管掌健康保険の場合と組合管掌健康保険の場合と、もの考え方を変えたいということは、私も同じくしては必ずしもとがたい考え方でございします。これは見解の相違でございしますから、いろいろお考え方はあると思いますが、私どもの立場としては、そう言った考え方はとり得ない。そういう前提で考えますと、組合管掌健康保険と政府管掌健康保険との間にきわめて大きな差異を設けるような制度というのは、今後の運営面におきまして、なかなかむずかしいのではないかとおもうふうに考えております。ただ、これから、もちろん医療問題について基本的な御検討を、各種の委員会なりあるいは審議会なりで始められておるわけでございしますから、その結果を見て、私どものほうも判断をいたしたいと考えておる次第でございします。

○長谷川(保)委員 政管健保の被保険者の報酬月額の点を見ていきますと、三万一千五百円以下の被保険者が全体の七五%あるのだ、こういう点を考えると、これはやはり、政管健保の構成人員というものが、ほんとうのぎりぎりの生活をしていっているという点が私どもには非常に心配されるわけです。よく私は仕事柄労働者の諸君と一緒にいるのでありますけれども、いまの厚生年金の保険料、健康保険の保険料等を月給袋から差し引かれる額を見て、ほんとうに奥さんはため息をついているのです。もちろん、あなたのおっしゃる通り、組合健保と政管健保とを全然別なものにしよというふうな考え方は正しくないと思ひます。全然それを別扱いするという考え方は正しくないと思ひますけれども、政管健保は、いまお話しのように、国民健保と組合健保のいわばまん中にはさまっているような階層が大部分です。ですから、

三万一千円以下の報酬の人が非常に多いという事例等から見ますと、これはやはり政管健保に対する国庫負担というものは正しく考えざるべきではないか。政府の体面からいっても、私どもは、こんなことをよくも言ったものだと思う。社会保険審議会のほうの二百億という数字を考へたものでありますけれども、よくもこんなことを言ったものだと思うのであります。しかし、少なくとも二百億ぐらいのものはこれを今年度計上して当然であつたと思ひます。しかし、大蔵大臣相手の答弁ならこれはもっと突っ込んでいきたいと思います。主計官がかわつて出ておられるわけでありまして、この議論はそう進めませんけれども、いづれにしても今日、私は、日本がこれだけ戦後の経済発展をしてきた大きなファクターになつたものは、やはり平和憲法によつて軍隊を持たなかつた——軍隊らしいものは持たなかつたけれども、軍隊は持たなかつた、防衛費というものが四千億程度に今日もなおとめられているところに大きな原因があつたと思ひます。これが私は最大の原因だろふと思ひます。もしこれが韓国などのように、四〇%も五〇%も、ひどいときには六〇%も軍事費に使つておつたというところなら、これはなかなか立ち上るものではない。したがつて、防衛費が今日非常に少なくなつておるのでありますから、こういう面を、いわば直接の生命を守る医療——来るか来ぬかわからぬ、水爆戦争になれば何の役にも立たぬと考へられるような今日の通常兵器の自衛隊といふものと比べて、直接に生命の危機を守つておるこの医療、ことに政管健保はそのほかの一切の医療関係の基礎になる問題でありますから、この政管健保などは一番模範として、もっと多くの金を国庫から支出すべきである。それから後に、なお要すれば非常に高度の医療をするためのものを考へるべきである。一般的には、まずこの国庫負担を十分に考へていくことをすべきである。そこらに對する政府の心がまえといふものが違つて

いるのじゃないかというように私は考へるのであります。しかし、さらにもう少し議論を進めてみたいと思ひます。

次に、私は考へますことは、今日の医療費の問題を解決しようとするときに、医療の経営実態を調査するといふことは当然なことでありまして、しかし、私の見るところによれば、政府はこれはできていないのじゃないか。できていないといふのは、変だ、いまだこれをしなければならぬといふのは、変だと思ひます。理解できないと思ひます。なぜかならば、公的な医療機関といふものは、政府は当然調査が十分できていなくてはなりません。してなければ怠慢であります。まず、政府直接おやりになつておる国立病院の關係を見まして、これは今度の予算を見ましてもはつきりしておりますことは、一般会計からの繰り入れ金は約四十五億、借入れ金が三十億、ちよつと大ざっぱに見ただけでも七十五億、ばかりのものが入つております。診療収入を二百六十一億としてございしますから、約三〇%の赤字といふことになつておるわけです。こういう国立病院の経営実態といふものは、これはピンからキリまで、すみからすみまで全部政府はお調べになつておるはずである。それならば、もうだいぶんわかつておるじゃないか、こういうふうに思ふのです。さらに、公的な病院につきましても、当然政府はいつでもこれを調べられるという立場に立つておるわけでありまして、したがひまして、わかつておるのじゃないかといふように思ひます。

まず伺いたいことは、国立病院の全体の特別会計で見ると、いま申しましたように三〇%ぐらいの赤字に、ごく大ざっぱに申しますと、なつておるわけなんです。このほか国立療養所がありまされども、国立療養所は論外といたしまして、病院としてのものを見ていきたいと思ひますのであります。国立病院の中で黒字の病院の数はどれくらいあるのか、赤字の病院の数はどれくらいあるのか。また、黒字の病院の所在地はどう

いうところにあるのか、赤字病院の所在地はどういうところにあるのか。全部を伺うことはできないでありますから、大体のところだけつこうでありますけれども、お聞かせをいただきたいのであります。

○鈴木国務大臣 医療経営の実態調査につきましては私の考え方をまずお話を申し上げまして、さらに具体的な事項につきましては事務局から御答弁をさせたいと思ひます。

私も厚生省に参りまして、この医療経営の実態調査につきましていろいろ意見が分かれておりました。この二、三年の間、実態調査がなされていらないというふうなことの説明を受けました際に、長谷川さんと同じように、厚生省自体だけでも相当の資料が集まるのではないかと、調査ができるのではないかと、それに前回の全体についての実態調査をした際の資料もあることであるから、その国立なり公的医療機関の実態調査をやつたものに対して、ある程度の補正係数で調整することによつて十分把握できるのではないかと考へ方、国立あるいは公立の実態調査を急ぐようにということを指示いたしておるのであります。しかし、長谷川さんも御承知のように、現在の皆保険下におきまして療養給付は、国立の病院をはじめといたしまして、いろいろの医療機関によつてこれがなされておる。開業医あるいは診療所というような民間の機関によるところの療養給付の提供が、全体から見ましてやはり圧倒的に多い。こういう状況下におきましては、やはり国立の医療機関だけではないに、開業医その他の民間の医療機関の実態調査といふものを把握しなせんと、診療報酬体系の適正化等を検討いたします際に、どうしても十分とは言えない。収入の面は把握できますけれども、支出のこまかい面につきましてはやはり実態調査が必要であらう、かように私は考へておるのであります。幸いにいたしまして中央医療協におきましては同様の考へ方に立ちまして、暮れの、中医協が自主的にまとめたところの意見書の中にも、この医療経営の実態調査を



行なりということに意見が一致をいたしまして、その実施の時期、方法等につきまして、いま診療者側、支払い者側が東畑会長を中心にいろいろ話し合いを進めておる。私は関係者の円満な話し合い、協力によって、医業の実態調査が一日も早く行なわれるように指導してまいりたい、かように考えておるわけでありませう。

あとは事務当局のほうから……。

○若松政府委員 国立病院の経営の実態をいたしまして、どのくらいの施設が黒字であり、どのくらいの施設が赤字であるかというお話でございませうが、この問題は、どういう標準で赤字、黒字を論ずるかということによって、これも違つてまいります。お話がありましたように、三十数億円の借り入れ金をして施設の整備をやっておりますので、これらの病院の建設というふうな資本投資までを全部計上して、その償還あるいは利払いというもので全部損益計算に入れて見るか、あるいは単純にランニングコストだけで比較して見るかという、いろいろ問題がございませうが、国立病院におきましては本質的に営利あるいは独立採算を目途とすべきものでないというたてまえから、私どもの国立病院における収支計算を行ないます場合には、通常、そのような資本投資的な面あるいは本来診療収入でまかなうべき性質のものでない看護婦養成とかいうものを除外した計算方法があるわけでありませう。そういう意味で減価償却というふうなものまでも除きまして、一般的な経常的な診療収入と雑収入、それに対して経常的な支出——資本投資あるいは高価機械等を除きまして、経常的な支出というものを比較する方法をとつてみますと、三十九年度におきまして——三十九年度は特に財政が悪化したのでございませうが、黒字病院が三十四カ所、赤字病院が五十二カ所という状況でございませう。

○長谷川(保)委員 いまのランニングコストだけですか。

○若松政府委員 そうです。なお、三十八年度におきましては五十一病院が黒字、三十三病院が赤字という状態にございませう。所在地は、八十幾つもございませうので、大体で申しますと、比較的人口稠密な大都市にあるものは大体黒字の傾向でございませうし、大都市以下のところが大体赤字でございませう。しかし、東一のように、大都市のまん中にございましていろいろな経費をつぎ込んでおります関係上赤字、東二は黒字になっております。仙台、名古屋あるいは大阪というふうな大都市の病院は黒字でございませう。札幌、函館あるいは水戸、習志野、立川、横須賀、長野あるいは九州の中津というふうなところで、比較的地方の病院は大体赤字でございませう。

○長谷川(保)委員 問題は、そういう赤字の原因というのはどういふところから出てきているのであらうか。言いかえれば、国立病院がはじめに医療をしているので赤字になるのか、それともなまけておつてふまじめにやっているから赤字になるのか、いろいろな原因があるだらうと思うのですが、厚生省は、国立病院がそういう赤字になるのについては、一体どういふところにその原因があると考えているか、その原因と思われるもの、要因と思われるものを示していただきたい。

○若松政府委員 赤字の直接的な原因が、病院が一生懸命やっているか、なまけていふかというきわめて単純な見方もあらうかと思ひます。確かに、国立病院であつても経営的に非常な努力の目ざましいところもありませうし、私どもが実際見ていて、努力が足りないと思ふところもございませう。したがつて、確かに努力の厚薄というところも一因ではございませうけれども、もう一つ本質的な面は、やはり国立病院というものは、比較的内容を充実することに努力しているということが一つあらうと思ひます。内容を充実することに努力しているといひますのは、少なくとも医師あるいは看護婦その他の職員についても医療法の基準をできるだけ充足するようにいたしておられますし、大都市の病院等におきましては、はるかにそれを上回つていふところが多数ございませう。そういう意味で、医療従事者の充足というものが一般の病院

に比べて若干いいといふことはございませうし、また、そのほかに医療機械等の投資が一般民間病院等に比べて相当比率が高いといふこともあり得ると思ひます。また、大病院等におきましては——もつとも大病院は比較的黑字になっておりますけれども、相当高価な機械等も装着するといふようなこともあらうと思ひます。

なお、いなかのほうの病院等も比較的赤字が多いといふ点につきましては、大都市ほど利用率がなかなか高くない。大都市の外來等に比べていなかのほうの外來の比率も少のうございませうし、入院ベッドの回転率等も、いなかのほうはどうしても少なくなつてまいります。そういうふうな意味で、利用率というふうな形で若干赤字になりますし、もう一つ大きな問題は、国立病院においては、戦後二十年を経過しておりますために職員の高齢化といふことがあります。看護婦等におきましては、五年程度の平均年齢で高齢化してきているといふような点も、人件費が一般病院、他の公的病院と比べても、かなり比重が高くなつていふという点も、かなり大きな理由になつていふと思ひます。

○長谷川(保)委員 私は、ふまじめにやっているとこがあるといふなら、これは厚生省、大体国の税金でやっているのですから、そんなことはさせてはならぬと思ふのです。もつともあまりそれをきびしくやたらに医師がみんな逃げたといつて、看護婦もいなくなつてしまつて、閉鎖しなければならぬといふことになるかもしれぬけれども、しかし、およそその名前においてやっていると、税金を使つてやっておるというふうなことでありますから、ふまじめにやっておるというところは許してはならぬ。まじめにやっていると、これは普通の病院も、私的病院もいなかにも幾らもあるものであります。国立が特別に採算の合わないところに、たとえば無医地区などに医師を派遣し、看護婦を派遣して診療していくといふ話も、特別なことは聞いたことがありません。私のところでも、見たこ

ともありません。みんな同じような状況でやつてゐる。また、職員の老齢化という問題でも、看護婦等におきましては、社会的需給関係の困難な職種におきましては、もう何でもかまわぬ、どこでも雇ひ入れておるというふうな形になつておりますから、これは一般病院と比べて、それほど特記すべきものでもないといふように思ふのであります。

〔委員長退席、竹内委員長代理着席〕

でありますから、私は、こういう点を考えてまいりまして、国立病院の経営の実態をおつかみになれば、もうほとんど医業経営の実態はつかめるのではないかと思ふのでありますが、あわせて公的病院——御承知のように、この間もお話が出ました公立病院、これは大臣、独立採算になじまないものといふような立場で公共企業体関係の処理なさつたといふことで、たいへんうしろいと思ひますけれども、また、一般会計から入れるものについては、その計数をはずさずに入れていくということもつけようと思ひますけれども、今日は公共企業体関係の病院とか、あるいは日赤とか、済生会とか、厚生連病院とか、社会事業協会の病院とか、いろいろあるわけでありませう。これらのほうは、大体どういふような傾向にあると厚生省はつかんでおるか、その実態を伺ひたい。あまり詳しいことはできないのでしうから、大体のことでけつこうであります。

○若松政府委員 公的病院につきましては、それぞれ決算が報告されますので、この決算に基づいて私どものほうで検討してみますと、三十九年度におきましては、労働福祉事業団の病院におきましては黒字が九施設、赤字が二十三施設、日赤におきましては黒字が八十施設、赤字が八施設、済生会におきましては黒字が五十九施設、赤字が十一施設、厚生連におきましては黒字が八十七施設、赤字が三十七施設、全社連におきましては黒字が三十八施設、赤字が十八施設、厚生団におきましては黒字が四施設、赤字が一施設、船員保険会では黒字が二施設、赤字が一施設、共済連の病







えは東京が低いということは、東京には被保険者の数が多いことは間違いないと思います。しかし、千葉、埼玉その他の周辺の都市から通勤している人が多いわけでもございまして、その方々は、家族を含めまして、病気になる場合には東京以外のところで受診をされるわけでもございまして。したがって、被保険者の分母の数はふえてくるわけでもございまして。しかし、頭の分子のほうは減るというところで、東京は非常に低いということは言えると思います。それからまた、佐賀等が非常に高いということにつきましては、これは御承知のように、佐賀県は結核の死亡率が最高のグループに入っております。それからまた、人口に対する病床数が非常に多い。つまりベッドが多いということ等も、一応一つの要素ではないかと思えます。

また、受診率の点におきまして、佐賀県は最高のグループに属しております。この辺が、やはり相当医療費が高くなっている理由ではないかというふうに推測されるわけでもございまして。それから静岡の最低の場合につきましても、これもいろいろ原因はあると思いますが、受診率がきわめて低い。これは気候、風土その他の関係があると思えます。またもう一点、政府管掌の場合には、標準報酬をやはり考えていかなければならない。東京あたりが標準報酬が高いということは当然想像できるわけでもありますが、標準報酬が高いと、結局一人当たりの医療費は減ってまいります。静岡の場合におきましても、受診率は最低でございすけれども、平均より上の標準報酬のグループに入っておりますという点も想像できますので、その辺、いろいろ原因はあると思えますが、地域的に分析したていきますると、やはりそれなりの一応の理由はあるのではなからうかということをおもひは想像いたしておるわけでもございす。

○長谷川(保)委員 そのほかにも私はまだ原因があると思ひますが、もう少し先に進んで議論いたしましょう。

政管健保の府県別の黒字、赤字をこの間滝井君が聞きまして、黒字は東京、神奈川、大阪、埼玉、兵庫、こういうお話だったと思うのであります。また、その原因としては、健康な若い労働力と大企業のあるところが黒字だというお話でありました。赤字県は、ひどいところはどこでありますか。そのひどいのをひとつ教えていただきたいと思ひます。

○加藤(威)政府委員 最初にちょっとお断わりいたしておきますが、先般滝井先生の御質問に対して私が答弁いたしました県に若干間違いがございましたので、いま先生がおっしゃられましたのも、私の間違つた県の名前があつておりますので、最初にそれを訂正させていただきます。

黒字県は五県ございまして、東京、大阪、神奈川、静岡、埼玉でございます。兵庫は赤字県に入っております。以上の五県が黒字県でございます。

それから、赤字の県は、これも三十九年度の実績でございまして、一番赤字の多い県から順に申し上げますと、福岡、北海道、京都、岡山、広島、五県申し上げますと以上が赤字の多い県の順序でございまして。

○長谷川(保)委員 私は、先ほど局長があげましたもののほかに、たとえば診療に対する過酷な査定あるいは正当ならざる干渉、あるいは県によって診療のしかたに對するいろいろな差があるというふうなことがあるのではないかと、こういうふうに思ふのであります。たとえば、この間も滝井委員からちょっと話が出ましたが、胃ガンの診察という場合に、東京の満研では、何枚のエックス線写真をとることが許されておるのであるか伺いたい。

○熊崎政府委員 詳細は、私専門家でございませんで、つまびらかにいたしておりませんが、がんセンターあたりになりますと、非常に権威ある機関でもございまして、受診する患者も非常に不安な気持ちで来ておりますので、最終的に診断を確定するという点に慎重を期さなければならぬ点もございまして、私が聞いておりますところでは、普通二十枚ぐらいはとるといふふうに聞いて

おります。

○長谷川(保)委員 この間名古屋のがんセンターに行つてきましたが、ここは九枚です。同じ権威あるがんセンターで、二十枚と九枚と違つてゐる。われわれの県に参りますと、いま静岡は黒字県で、しかも一人当たりの医療費は最低だといふ話を聞いて私もびっくりしたのでありますけれども、われわれの県へ参りますと、二枚もしくは三枚しか写さない。それ以上は削つちゃう、ひどい話になると。これは実際のことを申し上げるのでありますから、しかたありませんけれども、六つ切りでもつて、それを四分の一ずつのスポットにして、そして写真をとる、それも切つてしまふ。一体どうして胃ガンの胃のレントゲン写真が、二枚ないしは三枚でわかるのか。それがわかるという確信があるのなら、医務局長は専門家でありますから、ひとつ教えてもらいたい。しかたがないから、六つを四つに割つてスポット写真をとつても、それを切つてしまふ。それでわかるのかどうか。どうもわれわれの病院の医者は困り果てておるのでありますけれども、そういう過酷なことをしておる。つまり診療のできないようなことをさせておる。つまり診療のできないようなことをさせておるのです。お医者であります医務局長、ひとつそういうことが正しいと思われるのかどうか、伺いたいと思ひます。

○若松政府委員 胃ガンなら胃ガンの診断をする場合に、どの程度のレントゲン写真をとることが適当であるかというところは、これはそれぞれの症例によつてそれぞれ違ふことだと思ひますけれども、先般来問題になっておりますような、たとえば健康人の胃の集団検診というものをどの程度やたらにおよその見当がつけられるのであろうかというところを、たとえば標準的なやり方というところもございまして、これはもちろん、多いほどの確度であるというところは当然でございまして、少なくとも、いわゆる集団検診でも四枚程度はとる必要があるというところを言つております。できれば精密検診等で六枚程度をとりたいという考え方が出て

おります。しかし、これを四つ切りなり六つ切りなりでやるか、あるいはスポットでやるかということになりますと、たとえばエックス線テレビジョンみたいなもので、目で見ながら的確なところでスポットをやるといふようなことになりまして、これは比較的小さなもので集約的にやるといふことも可能であらうと思ひますので、それぞれの設備、技術によつて、また症例によつて相当の幅があるものと解釈をします。

○長谷川(保)委員 私は、いまちやうど静岡がこへ出てきましたから申し上げますけれども、ずいぶんひどいことをしてゐる。どうも見ているに、大学病院の所在地のところは、そういう県は審査員の方がそういうものを援助してどうか、あるいは程度が高いとか、そういうことでありあゆるやかだ。けれども、それがいいやうなところは実にひどいことをして、そしてやるのです。私は九十八億円の行政努力といふものを非常に心配してゐるのです。そこへ集中していきはせぬか。いろいろな理屈をつけてあります。こういうことで、行政努力、こういうことで行政努力と、四つ、五つあげておられますけれども、そこに集中していきはせぬかというところを非常に心配してゐるのです。たとえば、これは私の関係する病院に、静岡県の社会保険診療報酬支払基金事務所の相澤正雄という幹事長の名前でがきが来ております。昭和四十一年二月二十三日付です。これにはこういうことが書いてある。「本月の審査委員会に於て貴院提出の診療報酬請求明細書を審査の結果下記点につき今後特に御留意あるよう注意がありましたので御連絡申し上げます。消化管X Pの症例がめだちます。症例をえらび行うよう自粛して下さい。私の関係している病院は、おそらく全国でも例がないでありましようが、成人病検診車一台で七千人の成人病検診をしております。静岡県下全体を走り回つておる。そればかりではなしに、向こう様の要求に応じて、ときには東京へも出てくる、ときには大阪にも出ていくという

ほどのことをいたしております。したがって、消化管のXレントゲン写真をとらなければならぬところの症例というものは、相当にたくさん出てくるのは当然である。症例が多いから気をつけなさい、これはどういうことですか。この医療は間違っていますから直しなさいと言われればわかります。おたくの病院にはその症例が多過ぎるから、自粛するようにしてください。患者が来るのをどうして自粛するのか。私はこれを受け取った。一体、症例がある病院に集まるから、気をつけなさいというように言えるのかどうか。言ってもよいのかどうか。そういうことをして静岡県が全国最低だということであり、黒字県であるというならば、実にこれは不明朗である。かつて私どもは奄美大島へ行政調査に行ったことがありますが、そのとき、奄美大島のあの町で国民健康保険を調べたら、非常に大きな黒字であった。それでわれわれはすぐ言った。こんなばかんなことがあるか、保険税で取り上げておいて、おそらく受診率は非常に少ないに違いない、出してみると言って、あそこ役場ですか、市役所ですか、あそこへ全部持ってこさせて調べてみた。そうしたら、受診率が非常に低い。つまり、医者と呼ばれるけれども往診料がかかるから呼べない。離島、僻地、ハブの住んでいるところでは呼べない。それだから、保険税だけは全く徴収されますけれども、それを使うことができない。全くやらざるばかりにふんだくっている。先ほども静岡は受診率が低いという話がありましたけれども、こういうようなことが奄美大島にあった。私はがく然としたのであります。それで黒字とあると得々としているなんて、とんでもない話である。こういうふうな大病院にそういう患者がたくさん行くと、症例が多過ぎる、自粛してくださいと言います。こういうばかんなことを言ってくるところに非常な問題があるのであります。私は、こういう形で、行政努力で持っていけたんではなかったものじゃないというように考えるのであります。今日

の健康保険の診療報酬は、はたしてどれだけ合理的であるかということにつきましても、私も非常に考えなければならぬものがあるのであります。これは先ごろあった事件でありますけれども、浜松のYという警察医をしている病院であるが、交通事故の救急の患者を、便利の点もあるのですが、あまりよくないけれども、よくそこへかかってくる。救急車が連れていく。私の友人の長男、これは女房があり、子供が三人ほどあるが、オートバイに乗っておいて、そうして交通事故をやって頭をぶつけた。脳出血で意識不明でその病院にかつぎ込まれたが、ほとんど何も知らない。はたして、ついに、四十日ほど生きておりましたけれども、そのまま死んでしまった。同じ少しあとに、これまた私の知り合いである子供さんが二人おります。奥さんであります婦人が、オートバイに今度ははね飛ばされて歩道へたたきつけられて、頭を打ちまして脳内出血、同じ病院に救急車で運ばれた。私は知り合いでありましたから三日目に行ってみて、何も合いません。それを私の関係しているS病院に連れていった。目が見えない。意識が全く不明であります。半身が明らかに不随であります。重大な脳内出血をしているというものは一目瞭然であります。目が見えないのでありますから、たぶんこの辺に重大な脳内出血をしているのであろうというので、ここに穴をあけてそうして中の血を出した。出すと一緒に今度は血がほとばしり出した。それはずつと下の、もつとこの辺でもって脳の動脈が切られておった。たいへんなことだということ、今度はもう一方から出るだけひとつと輸血をしよう。輸血をじゃんじゃんいたしまして、そうしてもう一つここに穴をあけて脳の動脈を結んで、ふたをして、麻酔がさめると一緒に目も見え、半身不随もなくなる、意識も返ってくる。そうして三十日後には何の後遺症もなく帰っていった。一方では、なるほど何もしないのでありますから、診療報酬、医療給付は非常に低い。一方では、それだけするために非常な努力をし

ている。手術後においても輸液その他あらゆる努力をしている。一体どっちをとるべきであるか。もし健康保険の赤字だけを気にして、それを何とか埋めようとするならば前者のY病院に行きましよう。人の命を助けなければならぬということになった。幾らかかってもS病院をとるという形に私はなると思う。ことに、この間も私は自身が開腹手術をいたしました。胆嚢の壊疽。開いてみたら胆嚢が溶けてなくなっておった。一巻の終わりというところでありましたけれども、まああきらめる努力をしてきて、そうしておかげさまで助かって、きょうここでこうやって質問をしておる。私の手術を見ておると実に——まあ私の病院でありますから、特別にやったのだらうと思えます。金は少しぶんかかったらうと思うのです。私は私わぬから幾らかかかったかも知れませんけれども、とにかく開腹をして、そうして手術をして、もう胆嚢が溶けてなくなっている。わずかの残存物と膿と胆汁が幸いにして脂肪の袋の中に包まれてこぼれずにあつたということで、手術中はもちろんな輸血をしながらやっておるわけでありませんが、その他あらゆる手を打って、そのあとの処置、輸液等の処置等もたいへんなことで、一生懸命でやっておる。私は年来糖尿病を持っておりますから、ブドウ糖の注射はできない。そこで、金がかかるけれども、フルクトンという果糖の輸液をさんざんやってくれた。これにビタミン剤その他必要なものをたくさん入れて、毎日二回ずつずいぶんたくさんやってももらった。そのおかげで、私はもう手術後三日目には医者の命令でベッドの上で起きなさい、四日目にはベッドの回りを歩きてきなさい、五日目には病室じゅう歩きなさい、六日目には少し離れた便所へどんどん行ってやってみなさいということ、どんどんよくなつてしましました。ずいぶん金がかかっただろう。何十万円かかったかも知れませんが、ずいぶん金がかかった。けれども、こうやって生きています。最低であるというように喜ばれてはたま

たものではない。こういうことを標準にされたものではなかったものではないのでございまして、私のやつをひとつ査定して切ってきたかどうかまだ聞いておられませんけれども、切ってきたらこれはただごとではない、こう思っておるわけでありま。ずいぶん進歩しておりますから、その進歩したものを取り入れなければいかぬ。たとえば私も、最近の医学の進歩しておるのにはほんとうにびっくりするのであります。病院を経営しておるという責任上、私もときどきどういふ手術をするのかと思つて手術室へもぐり込んで見てみる。最近やっている手術をこの間見ておると、定位脳手術というのをやっています。いわゆるステレオという手術であります。これを見ておると、レントゲン写真を三十枚くらいとっている。その手術をしながらとっている。これは脳の中核のある細胞の核、そこを固定いたしましてそのところをさがし出す。見ておると、非常に熟練した医者が三人ほどそろい、そこで脳波計や筋電計やその他いろいろな新しい機械、レントゲン等を全部組み合せておいて、そしてその中核の細胞をさがし出す。見ておると、そのところをさがし出すだけで四時間かかっている。さがし出して、そこに大きな針を入れて、そして電気で核を破壊したりあるいは薬剤を注入しまして氷結をしたりして、そうしてなおす。私が見ていたのはパーキンソン氏病という、からだがふるふる病気であります。その病気の細胞をさがし出して破壊することあるいは氷結することによって、その次の朝、その患者の病室に行ってみるときれいなおとなの患者の病室に行つてみると、最後は精神病で死んでしま。からだがふるふる、最後は精神病で死んでしま。パーキンソン氏病がなおつておる。あるいはまた、非常に狂暴性のあるてんかんの者が、細胞の核を破壊して狂暴性がなくなつてしまつています。こういういろいろな非常に高度の手術がなされる。そのことによってその人間が生き返ってくる。でありますから、診療報酬が上がついていくのはあたりまえなんだ。これは喜ぶべき現象であります。でありますから、そのことばかり

にひつかかると、一番やらなければならぬ中心の目的を失うのです。私の関係している病院も、よく心臓の外科手術をするのであります。いま心臓の外科手術に於てはならぬものはヘパリン血です。ヘパリン血というものを口の中に入れて、つまり人工心臓というものをしますから、心臓をとめて手術をします。心臓と肺臓にかわる機械を運転しなければならぬ。それにはヘパリン血というものがなくてはならぬ。このヘパリン血というものが、健康保険の診療報酬の中では認められない。あるいはこれは数が少ないのでありますけれども、Rhマイナスの血液、この血液代というものは認められない。それがなければその人を生かすことができないのに認められない。いまの人工心臓を使い、ヘパリン血を使って手術をする。それによって心臓の中隔欠損症その他心臓の中の壁に穴があいているという先天性の奇形児、こういうたぐいの子供をたくさん助けてきておるのであります。このヘパリン血が認められていない。これはなぜ認められないか、経済が先立って生命が先に立たないからです。この間、私は、河野一郎君のあの御不幸のときに、榎原教授が別府に学会で行っておられた。あそこから特別飛行機でもって一人で呼び寄せられて、そして河野君のうちへ行つて診察をした。ところが、動脈瘤破裂だから、もし開腹したら即死するから手がつけられない。でも自分がみずから河野家におり、大学から医局の者や看護婦や、あるいは機械を持ってきておられた。あの事件があった後にお目にかかりましたときに、長谷川先生、一度国会でこういうことをちょっと追及してください。私どもがそれだけのことをやって、そして健康保険で幾らになるか調べてみようとしたら一万七千円でございます。だから私は、大病院当局にとりな、そんなものは請求するなど、こう命じました。つまりどうしてこうなるかという、いまの往診料は患者のうちに一時間おつて八十三円、だれがおつても、榎原君がおつても河野正君がおつても、だれがおつても患者のうちに一時間、とにかく一時間患者

者のうちに往診に行つて患者が危険だからそこで診察をして、それが八十三円ですよ。一体、われわれが働いてもらつておりますお医者さん、どのお医者さんであらうと、勤務時間外のそういう勤務をしてくださる、患者のうちに一時間危険だからそこにいてくださる、どんなにしても五百円以上の給料を払つていますよ。どんな学校出たての医者であつてもそれが一時間おつて八十三円、榎原君が河野一郎のうちにいても八十三円、こういうようなことでは私はいけないと思うのです。だから何よりも先に、まず命を大事にするという考え方がないと、そうしてそのためには国がやる。たとえば救急病院の指定でもそうです。静岡県ではいまでもまだできないのです。なぜできないか。厚生省のほうはいい気なものです。ちゃんといつでも入れる病室を用意しておけ、いつも医者と看護婦は待機しておけ、ただし、それに対しては金は一銭も出しませんよ、これではやれないですよ。こんな救急病院の關係などは、当然国がこれは背負うべきである。いろいろ実情を申し上げたのでございますが、静岡県がいま一番低いというお話が出たから、私は静岡県の実情を申し上げ、あわせてまた政管健保の問題に触れているのでありますけれども、こういうようなことをされたいんではたまりません。赤字になるのがあたりまえで、私的な病院や診療所は、どうしても赤字にするわけにいきませんから神風ドクターになるか、あるいはただいまお話しのような不正なところ、あるいはただいまお話しのような不正なところ、いまの受診率の低いところやあるいは政管健保が赤字になる府県は、特に当局としてこれはこれを監督して、そういうような不当な診療が行なわれているのではないかと、このことをお考えになる必要があるし、絶えず医学の進歩、薬学の進歩に合わせて、ことに政管健保というものは改善していく必要があるというように思うのです。一体こういうような低い県、黒字の県はこれによろしいと思つていられるのか、そういうような大きな致命的欠陥というもの陰に伏在している

と、このことをお考えになるか、ちょっと大臣、局長の御意見を伺いたいと思つています。

○熊崎政府委員 最初に支払基金の審査等で相当各県によつて取り扱いが違つてはいないかというふうな承れる御発言がございましたが、支払基金の審査といふのは、赤字、黒字にかかわらず一定の基準に従つて行なわれておるわけでございます。特に静岡県は審査がほかの県に比べてきびしいとか、そういうことにはなつておりません。大体支払基金の審査のいまの査定率といふのは、全国平均で〇・九九二ないし三でございます。静岡県は大体それになつておる程度の審査でございます。

それから行政努力九十八億につきまして、支払基金の審査によつて九十八億の中の行政努力の数字が出てくるのではないかと、こういう御指摘でございますが、これは再三申し上げておりますように、審査事務によりまして医療費を浮かせるとか、あるいはいろいろなことを私どもは考えておるわけではございません。九十八億の行政努力につきましては、標準報酬の的確な把握あるいはレセプトの点検調査を励行するとか、保険料の収納率を向上する、あるいは現金給付の適正化をはかるということになつておるわけで、審査によつて相当の金額を浮かせるというふうな金額の積算になつていないわけでございます。

それから、ヘパリン血につきまして請求ができませんという御指摘がございましたが、これはヘパリン血としてきまつた形ではございませんけれども、一応ヘパリン血を使う場合には新鮮血でございますから、新鮮血の場合には療養費払いができません。これは、新鮮血の場合には、ヘパリン血につきましては、別途注射として請求できるという取り扱いになつておりますことを御承知いただきたいと思います。

その他御指摘の点につきましては、ごもっともな点も多々あると思つております。ただ診療報酬関係の根本にわたる問題もございまして、この

がよいものであるとは決つて思つておりませんので、やはり現在、中央医療協議会の公益委員の會長以下皆さん方、熱心にひとつ診療報酬体系の適正化、合理化に取り組もうということで御審議をいただいたらうと思つてございまして、その方面の検討を待つて、私ども今後改善したいと考えております。

○長谷川(保)委員 先ほど申しましたように全国で、たとえばいまのように胃ガンのレントゲン写真をとるのが違つておるのは変ですよ。これは同じ癌でも、私が行つて聞いたことに間違いないければ、こつちでは二十枚、名古屋では九枚、一般の病院ではせいぜい五枚、権威のある病院でも二枚か三枚、スゴいも許さない。そんなことは変です。ね。おおよそまじめな医者がやるとすれば、そんな二枚や三枚でもつてできるはずがない。だから、そんなのは変です。先ほど申しますように、病院にこういう症例が多過ぎる、こういうのが来ると、こつちに要求して切つてくる。切つてくる前に予告なしです。こういう大きな診療の根本に揺れるようなこと、あるいは医療機関のいわば内政干渉というところまで診療支払基金事務所がやるべきではない、こういうことは当然お認めになるだらうと思つて、この点はいかがですか。

○鈴木国務大臣 だんだんお話を伺ひまして、まことにございともな御意見だと思つています。皆保険下におきまして、国民全体に適正に、また不公平のないように提供されなければならぬと思つておるわけであります。そういう意味合いからいって、御指摘のような点につきましては、も不公平なことがないように今後十分指導してまいりたいと思つております。滝井さんにも御答弁申し上げたのでありますが、医療機関の配置あるいは医師その他の医療従事者の確保、こういう面にも特段の努力を必要とするように思つております。また努力をしてまいりたいと思つております。

また、診療報酬体系の適正化の問題につきま

でも、技術を十分尊重し、これを正当に評価するといふような方向で、今後できるだけ早い機会にこの診療報酬の適正化ができればよいに努力をしてみたいと思っております。

○滝井委員 ちよつと関連して。私が質問をしたと思った点、二点、いま長谷川さんが質問されましたので、関連して資料を要求しておきたいと思うのですが、まず第一は、レントゲンの一つの疾患に対する枚数の問題です。特にいま長谷川さんが、ガンの問題を出しましたけれども、これはガンと診断がついてしまふと、それはレントゲンの枚数はもうよいには要らないと思うのです。問題は慢性胃炎なんです。慢性胃炎という診断を医師がつけるためには、まず何をしなければならぬかという、ガンでないということ、胃かいようでないということの指定をやらなければならぬわけですね。これを指定すると、恒久的にずっと胃の悪いというふうな、慢性胃炎という診断がつくわけですね。そこで、そのレントゲンをとるためにいろいろの角度からとらなければならぬ、こういう問題が出てくるわけですね。そうしますと、いま東京のがんセンターでは二十枚、名古屋で九枚、それから長谷川さんのところで二、三枚、それ以上とすると削られる。若松医務局長は精密検査で四枚から六枚、こうおっしゃったわけですね。東京とかこの付近でけっこうですから、一体どの程度のものが請求として出て、どういう削り方をしておるかという。慢性胃炎でけっこうです。ひとつ資料として、基金を調べて出してもらいたいと思ふ、私その削られた資料をもつて質問をするつもりですから。それから学界の意見も持っておりますから、質問をしますから具体的な資料をひとつ出してもらいたい。いままでわれわれは社会保険審議会とか社会保障制度審議会にまかしておりましたけれども、こういうこまかい学術上の問題をやはり国民の前に明らかにする必要があるので。そして医師の審査員が官僚化し、ミイラ取りがミイラにならぬように、公正にやれる形をつくってやらなければいかぬと思うのです。そう

しないと、たいへんことになる。だから、これをひとつ資料として出してもらいたい。何だったらわれわれが基金に乗り込んで審査の実態を見てもいいです。これは見せてもらわなければだめです。秘密だ秘密だといって、秘密のベールに包んでおいてはだめなんですよ。基金において月の初めの十日ごろからずっとやりますから、健康保険を上げる前に一ぺん見る必要があると思うんです。いかに多くのものを少ない審査員でやっておるか。この前、審査事務嘱託の問題も出ておりますが、社会労働委員会にその実態を知ってもらふ必要があるのです。これをきょう委員長に要求しておきますから、いずれ健康保険の上がる前に見てもらいたい。

それからいま一つは、先天性の心臓弁膜症なり心臓の中隔の欠損症に対する手術の問題です。これもまあ一番多く症例を扱っておるのは、東京女子医大の榊原さんのところですね。これは保険医療機関だと思ひます。そこで、最近行なつた心臓手術の請求書の実態を全部国会に出してもらいたいと思ひます。そうしてそれが一体幾らの差額徴収を取っているか。榊原さんのところはわんざとつかえておいて、半年か一年待たなければならぬといふのです。ある人が私のところに言ってきたのは、心臓の手術は八十万円かかるというのです。それからまあちょっと軽いところでも四十万円だと、こういうわけですね。いまのペーリン血の問題もありまふので、実態を明らかにする必要があります。と思ひます。

それからいま一つは、準要保護、生活保護のすれすれのところ、これは育成医療としてやるわけですね。これは一体いま予算的には幾らかかっておるのか、そうして、その実績は全国的にどの程度行なわれておるのか。これはいま言ったように、わずかな金だと順番があつて回しになって回つてこないんです。なぜならば、金が少ないから、病院としてはそんなものはやるひまがない。いま重度精神薄弱児とか重度の身体障害児問題等がいろいろ問題になっておりますけれども、こういうよう

なところが、健康保険ですらすらとやれる形をつくらなければいかぬわけですね。そうしないと、二十万、三十万の差額徴収を取られたらとてもやれない。私はいつかここの角膜移植術のとき取り上げた。それは人間の目の玉を一つもらつて十万円かかるんですよ。そうすると、健康保険ではそれは時価になるわけですね。当時この問題、お願いをして、できるだけ安くやってくれというので、当時医療課長だった館林さんがうまくやるようにしますということだったんです。その三つの資料をひとつ出していただきたい。一番最後の点は、いま育成医療の実態がどういうふうになっておるか、答えられれば答えてもらつてもけっこうです。前の二つの資料は、ひとつ出してもらいたいと思ひます。十例ずつくらいの症例を出してもらつたらいいと思ひます。

○熊崎政府委員 できるだけ努力して御要望に沿うようにつくつてみたいと思ひます。

○滋谷委員長代理 滝井委員から御要求のありました事項につきましては、後日理事会で相談の上決定したいと思ひます。

午後一時二十分まで休憩いたします。

午後零時三十八分休憩

午後一時二十五分開議

○田中委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

質疑を続けます。長谷川保君。

○長谷川(保)委員 薬剤の問題でありますけれども、近年保険財政の悪化の最大原因、医療費増高の最大の原因は、医療費の中に占める薬剤費であるということが各方面で指摘されておりますが、その薬剤費がどういふように増高してきておるか、それを伺いたいのであります。

○熊崎政府委員 社会医療調査によります総点数中に占める投薬、注射の材料費の割合の数字を申し上げます。

三十五年、三十六、三十七、三十八、三十九年

と五年間にわたつて、総数におきまして三十五年当時が二一・五％、三十六年が二五・一、三十七年が二八・七、三十八年が三一・九、それから三十九年が三六・八ということになっております。これは入院、外来を含めた分でございます。そのうち入院のほうは、途中を省略いたして恐縮でございますが、三十五年が二三・三、三十九年が三三・九、三十九年が三三・六、大体二倍近いものになっております。それから外来のほうは、三十五年が二七・一、それが三十九年になりますと四三・五、外来の率が非常に高くなつております。

あと甲表、乙表によりましてそれぞれ率は違ふようでございますが、甲表につきましては、総数が、三十五年が二〇・二、三十六年が二四・〇、三十七年が二六・一、三十八年が三〇・〇、三十九年が三六・六。これを入院、外来に分けますと、入院が三十五年が四・七、三十九年になりまして二七・三になります。それから外来は、三十五年が三四・六、それが三十九年になりますと五二・七。甲表の外来の率が非常に高くなつております。

乙表を申し上げますと、総数、三十五年が二二・二、三十六年が二五・六、三十七年が二九・九、三十八年が三二・八、三十九年になりますと三六・九。甲表に比べますと若干乙表のほうが多いわけでありまして、これを入院、外来に分けますと、入院が、三十五年が一〇・九、非常に低いのであります。それが三十九年になりますと一八・一でございます。それから外来になりますと、三十五年が二五・六、それが三十九年になりますと四一・五、途中省略していただいておりますが、甲表の外来のほうが一番高い、こういう形でございます。

○長谷川(保)委員 この薬剤費が非常に上がつてまいりました理由は、どういふところにあるかと当局はお考えになっておりますか。

○熊崎政府委員 ちょうど三十五年に相前後いたしました、医薬品工業の非常な高度成長を遂げ始

めた時代になっておりまして、そのころから、医薬品につきまして新しい医薬品の開拓、新技術の導入によりまして、新薬が——新薬といひまして、これは外国から入ってきた薬が多いわけでございますが、新薬が登場いたしまして、治療効果もあがるということで非常に大量に使用されたのではないかと、いふうな考え方がございます。

それからもう一つ、これは中央医療協議会、社会保険審議会等でも申し上げておることでございますが、薬価基準の改定が三十五年以来行なわれておらないというふうな点も、ある程度影響があるのではないかと、いふうな推定を私もいたしました。

○長谷川(保)委員 薬価基準の改定が行なわれなくても、それ自体は同じ薬価でもって治療していくのでありますから、特別量をよけい使うということ以外には、それが高騰していく理由にはならないと思うのです。新しく外国でできましたもの、あるいは日本でできましたもののわゆるクローマイとかカナマイシンとかいうたぐいのものが新しく入ってきて、それが非常に高価であるというふうなものも使われ出した、それで治療効果はあがった、言いかえれば死なないで済む人がたくさんできた、長く病気になる人も早くよくなる、こういうことであれば、薬剤費が高騰しても少しも問題はない、先ほど申し上げましたように、ことに非常に高度の手術等が行なわれるようになったというところになりまして、私もその前後にずいぶん高価な薬を使ってもらったのでありますけれども、そういうことなら別に薬剤費が上がっても問題は無いと思うのでありますけれども、そこに当局が問題にしておりますのはどういうところにあるか、伺いたい。

○鈴木国務大臣 問題は、薬価基準と実勢薬価との間の差額が相当開いてまいりますと、そこからいろいろの弊害が出てくるおそれがあると思ひます。従来でありますれば、二日ないし三日分ぐらゐの薬を渡したものが一週間分ぐらゐとめてそれを支給するとか、いろいろそこに、実勢薬価と

保険薬価との間の差額が開いてまいりますという問題が出てまいります。これは現実にはそういう事例があまりまして、その適正な運用につきまして私も指導をいたしておるところでございます。それで薬価が下がりました場合に、薬価基準を実勢に合うように引き直すということは、今後私も努力をいたしたい、毎年少なくとも一回は薬価基準の改定を行なう、また薬価に大きな変動がありました場合には、その都度薬価基準の改定をいたしたい、このように考えておるのでございます。

○長谷川(保)委員 薬価基準を実勢価格に合わせ改定なさることはいいことだと思ひます。が、先ほどのお話ですと、薬価基準を改定しなかつたから上がったのだ、それが一つの大きな原因だといふのが私にはわからないのであります。いまの大臣のお話のように、多量のものを患者に持たした、この間の滝井先生のお話では、ふろしきに包んで持ってきたというほど出したから薬剤費が上がったのだといふことならわかりますけれども、それではひとつ伺いたいのは、いまお話を伺いました甲表の外来と乙表の外来とでは、甲表の外来のほうが割合が多いんですね。甲表の外来は、いま伺ったところによると、五二・七、乙表の外来は四一・五、これはどういふことを意味しておりますか。

○熊崎政府委員 甲表の外来といひましても、甲表採用病院といひますのは公的医療機関が大部分でございますので、つまり病院の外来が非常に多いといふことではないかと思ひます。

○長谷川(保)委員 私が聞いてゐるのは、甲表は物と技術と分けたわけでしょう、乙表はそれをある程度くくりにしてある、だから甲表ならば、薬をよけい出したからといひてもうかるわけではありませぬから、甲表のほうが医療費のうちの薬剤費が減ってくるのではないかと、ところがいまのお話では、甲表のほうが多くて、乙表のほうが少ないといふのは、どういふ意味ですか、こういうことをお伺ひしてゐるわけです。

○熊崎政府委員 もともと甲表、乙表に分かれましたのは三十三年からでございますが、その当時におきまして、やはり甲表の外来の場合には薬剤費の割合が高かつたわけでございます。それで増加率を見ますと、過去五年間の増加率につきましては、大体甲表、乙表につきましても、外来については増加率はパレレルに上つてゐるわけでございます。当時から、やはり甲表のほうの外来につきましては、薬剤、注射の使用量が少かつたという実態があるわけでございます。

それから、先ほど薬価基準の改正が行なわれなかつたためにある程度ふえたといふふうな私申し上げましたが、説明が足りませんので補足させていただきますと、薬価基準が毎年毎年順調に改定されておるとするならば、大臣が先ほどお話し申し上げましたように実勢価格に合つてゐる。ところが、過去五年間近く実勢価格に合わない薬価基準がそのまま放り置かれておるといふことになりました。やはり薬の購入につきましては、医療機関は——その後薬品工業が高度成長を遂げておりましたために、コストが安くなつておりました。購入価格が非常に安くなつてゐるわけでございます。安く買つて、薬価基準としては古い薬価基準で、ものによつては二倍、三倍、あるいはそれ以上の薬価基準で請求できるというふうな実態がございましたので、どうしてもそこに、ある程度薬の使用といふものを余分に使うことによつて、苦しい台所がある程度カバーしていくといふふうな考え方も出るといふことで、やはりこれは実勢価格に合せていくほうがかえつて実態に合うこととて、あたりまえのことではないかといふことで、今度踏み切つたわけでございます。それが一応のある程度の要因にもなつてゐるだろうといふ説明を私落としたので、補足させていただきます。

○長谷川(保)委員 いや、だから甲表を採用してゐる国立病院をはじめ、公的病院をもつて代表させることができる、それは物と技術と分けてやる、乙表のほうは、一般の開業医あるいは私的病院と

いうものがわりあい使つてゐる、その物と技術とを分けて、本来甲表では一切もけなないようにしてある、そういう甲表の病院といふものが、外来において薬剤費がこんなに大きくなつてゐるといふ意味は何ですか。それは伸び率などは何の關係もないのであります。三十九年なら三十九年の時点、つまり医療費の緊急を正したあとの時点といふことになりましようが、この時点で、つまり今日の現状といふものを把握する時点において、そういうように乙表よりも多くなつてゐるのは、物と技術と分けるという意味をなさぬじゃないか。それが甲表だといふことが意味をなさぬじゃないか。こういうふうに私は不審に思つたので、それならば、むしろ全部乙表でやつたほうがましじゃないか。どういふことだ。どうしてこの国立、公的病院がする医療の中で、薬剤費の中で占める割合が五二・七といふような大きな割合を占めるのだ。私どもの病院でもそんなに占めておりません。だから、甲表をつくつた意味といふものがないじゃないか。変じゃないか。いまの薬価基準の実勢に合わせることは別の問題です。關係のない問題です。だから、薬価基準を合わせるのはいふと思つたのです。ただし、その場合には技術料といふものをまず前提として正しく算定しないと、ただ医療機関といふものを貧窮に追い込み、満足な医療ができないうにさせる、医療の荒廃を来たさせるだけあります。技術料を十分正しく算定するといふことをしておいてでなければいけませんけれども、それを一方において十分になさる、こういう御趣意であり、それが実行されてゐるなら、私は、物と技術とを分けて、薬は薬、薬で医者は決してもうけなないといふ考え方は正しいと思つたのです。それは正しい方向を向いてゐると思つたのです。ただ、いま言つたように、せっかく物と技術と分けてしまつたつて、国立病院、公的病院のほうで、むしろ薬剤費が医療費の中では大きくなつておるんだ。それには甲表をつ



どうだ。そうしてもっと甲表のいいところの技術料を乙表に追加していけば、お医者さんはそれなりやうにいけるということになりますから、そういうようにしたらどうだ。だから、甲表のほうの外來が五二・何％、これは普通の病院では、私は四〇％内外だと思ふのです。薬剤費は、診療報酬、医療収入の中ではそのくらいのものだと思ふます。それがこういう数字が出てきた。それじゃ甲表をつくった意味がどこにあったんだ、こういうことを伺っているわけです。

○熊崎政府委員 御指摘のように、甲表、乙表につきましても、物と技術がある程度、甲表のほうで分離しておるといふ形になっておるわけでございますけれども、これは必ずしも、そういう考え方で甲表も完全に分離できるといふ形になっていないことは、先生御存じのところだろうと思ひます。ただ、甲表の病院につきましても、外來のほうがあつてきたという実態は先ほど申し上げましたけれども、もともと三十五年当時のそれ以前のものを見ましても、外來の薬剤費の占める分野といふのは甲表のほうが高かつたので、ふえ方についてはある程度バラレルでございまして。しかし、率は確かに四十何％、五〇％、非常に高いわけでございますが、それは、もう一つの乙表につきましても、さっきの議論と逆にいたしますと、薬と分離できない面が乙表のほうに残つておる。ところが甲表のほうは、はつきり分離できるようになつておりますので、これが統計上出てまいりますと、薬剤費の使用は医学技術の進歩によって非常にふえてまいつておりますから、それが直截に数字に出てまいりまして、それで甲表の薬剤費の量がふえてくる。ところが乙表のほうは、完全に分離できないものが残つておりますので、この分は薬剤費という形で数字には出てこないという点もあるかと思ひます。しかし、結論から申しますと、新しい薬学の進歩に伴ひまして、薬剤費も、使用は医療機関のほうと患者側もこれを希望したということが実態ではなからうかというふう

に思つております。

○長谷川(保)委員 そういふことであれば、薬剤費がふえることは何も非難されることはない、もしやお話しのとおりであれば、国立病院をはじめとして、公的病院が中心になつて採用している甲表といふものが、薬剤の進歩によって、それをどんどん使つてから薬剤費が上ります。それなら当然のこと、薬剤費がふえることを何ら懸念する必要はない。けつこうだ。乙表のほうをどうんふやしたらどうか、こういうことにならざるを得ない。だから、そういうことじやないのじやないか。何かほかに理由があるのではないか。国立病院関係はどうですか。医務局長さん、そのところはどつちの理由なのか。いまこの数字を伺つて、私は理解できないのです。どうして甲表の病院がそういうことになるか。また私に考えられる点は、たとえば甲表に集まつてくる方に診察その他は、たとへば一貫して、そして先ほどお話ししたように、二週間分も三週間分も一ヵ月分の薬を持たなければならぬ。全体の医療費の中で薬剤の率が多いのだ、こういう解釈が少しはできる。それもしかし、事実考へてみると無理がある。でありますから、外來の問題をとりましてもどうして理解できないけれども、これを説明しないといふ診療報酬の問題で医療費の増高の問題は解決できません。甲表を援用する公立病院等で五二％余の薬代である。それなら、何と申しましてもこの医療費の問題をどう合理化するかという点で、この問題に食いつかなければこれはできません。しかも私の知つてゐる限りにおきましても、たとえば私の付近の市町村にありまするいろいろな病院を見てまいりますと、国立病院に入つてゐる薬が一番安いのです。これは何と云つたつて厚生省のほうが大口でありますから、薬屋さんのほうもこわいし、へたに憎まれたら困りますからできるだけ安くする、少し赤字でもけつこうだ。私どもの付近の敷市町村を見ると、その次に安いのが私のところの病院だつてす。それで公共企業体でやつておりまする病院は、この間、病院の薬剤師から文句が出てきた。各薬屋やメーカーのブローを

全部集めてお説教があつた。どういふわけであれわれのところは高いのが、それから国立や長谷川君のところはあつた全部ポイントしてくれるのだ、それであつたら全部ポイントしてくれるというやうなことで、この間大騒ぎがあつたのですけれども、国立病院が一番安いのです。その安い病院が、医療費の五十分何％といふものが薬剤費である。これを説明しなければ、この医療費の問題は解決できません。だから、もっと私の納得のいく説明が出てくるはずだ。国立病院を實際に經營していらつしやる医務局では、当然これはおわかりになると思ふのですが、いま保険局長のおっしゃつた以外に何かこの問題に含まれてゐる問題があるのか、これを説明しなければならぬと思ふのです。どうですか。

○若松政府委員 現実的に一番大きな問題は、最近の薬学の発展によりまして非常に多種多様な薬ができてまいりました。それに非常に薬が高価になつてまいりました。そういう点がやはり一番大きな原因だらうと思ひます。

もう一つの原因は、やはり国立病院の外來等におきましては、外來が非常に多過ぎるために、輕症の患者については、昔であれば二日後に來いといつたものを一週間後に來いといふことで、薬を七日分出售せることがあります。これがどの程度響いておるかといふことは数字の上で明らかにできませんが、ごくわずかでありますが、若干はあろうかと思ひます。

○長谷川(保)委員 だから、この問題はやはり説明する必要がある。厚生省国立病院課はひとつ大いにこの問題を説明してもらいたい。そうしないとかまじめな審議はできませんよ、これは一番急所でありまします。国立病院必ずしも——なるほど、東一とか東二とかいふやうな国立病院はたいへんしつかりやつていらつしやるけれども、いなかの国立病院は必ずしもしつかりしてゐると思ひませんし、先ほどの見ましても赤字が相当ある。そうしてそこでは、必ずしも、そういう患者が續集して動きがつかぬから、たくさん薬を出

すといふやうなことであります。でありますから、なぜこうなつたのか。いまのお話のとおり、高価な薬品を、高度の治療を行なうために使うといふことが大きな理由であります。また、高度の外科手術等をする前後に患者の体力をつけ、あるいは健康を早く回復するために、輸液やあるいは輸血、そういうものを相当十分にし、そして手術前後においてクロマイその他の高価な薬を十分に使つてゐる。こういうことが行なわれて、こういうやうな公的病院、物と技術をすつかり分離したと考へられておりますところにおいて、なおこういうことが起こる。そうすると、医薬分業をいたしましてこの問題は解決しない。つまり高度の治療をしていく、それで国民の命が助かる、国民の寿命が長くなる、こういう筋道になつておるわけでありましますから、国立病院の医者や公的病院の医者は、私的病院の医者などと違つて、診療報酬を査定で切られるといふおそれはありませんから、そういうことでとんどお使いになる。この使つたほうはほんとうなんです。使わないうがどうかしてゐるといふ形になる。医薬分業してもこの問題は解決しない。この薬剤費の増高といふものは解決しない、今後薬学がどんどん進歩し、医学が進歩していけば、いよいよこれを使うといふ筋にもなりかねないといふことになりまします。ですから、政管健保においてその医療費、医療給付が非常に大きくなつていく、この問題をどこで一体解決したらいいか。当然のことをしておるならば、そして国民の勤労者の負担力が限界であるといふことになれば、国で出す以外にはない。国庫負担をする以外にはないわけですね。でありますから、まず薬剤が正しく使われてゐる、国立病院では正しく使われておつて、決してむだはしてゐないやうに厚生省当局は言ひ切れるのかどうか。言ひ切れるならばその線が正しいのでありますから、そういう線を乙表に向かつても勧奨していくべきだ。それでなければ、医療費、医療給付率で薬剤費が非常に高騰していつたといふことをチェックする意味がないわけ

す。もう少し進めなければならぬということになつちやう、こういう論理になつていくと思ひますけれども、大臣いかがでしょうか。

○鈴木國務大臣 この医療費の問題を適正に正してまいらうことは、今後の医療保険制度の改善にあたりましては一つの大きな、重要な課題である、こう考へるわけでありま。長谷川さんが御指摘のように、そこに濃厚診療も行なわれていない、また薬が適正に、適量に使われておつて必要以上に使われていない、しかし医療、医学の進歩によつて治療は非常に高度になつてきた、内容がそれだけ充実してきた、そして国民の健康はそれだけ保障されてきた、こういうような形であつて、そういう正しい姿において医療費がふえて

いって、その正しくふくれ上がったところの医療費、これをどうやってまかなうかという財政対策、あるいはその負担をどう適正に配分するか、こういう問題に今度になつてくると思ひのであります。そこへまいります前に、長谷川さんが御指摘になりますような、現在、理想の正しい姿にあるのかどうか、合理化を要する点があるのではないかと、うか、こういう点も、私はやはり今後制度の根本的改正をやり出す場合にもう一ぺん洗つてみる必要がある、こういうことを申し上げておるのでございます。

そこで、今後の保険財政におきまして、受診料の上昇であるとか医療給付内容の向上であるとか、そういうことで医療費がだんだん増額されてきておりますから、これをどうやってまかなうかという問題につきまして、保険主義があるいは保障主義か、こういう根本的な議論がそこにあると思ひます。私は基本的には、やはり保険制度として関係者がこれを適正に負担をし、この制度を自分らの医療保障制度として守つていく、こういうことが必要であると思ひますが、しかし、長谷川さんの御指摘のように被保険者の負担等が限界に達した場合としては、これはどうしても国のほうで大幅な財政的な助成措置を講じなければならぬ、

かように考へるのでありまして、ここで保険主義とか保障主義とか、そういう観念的な議論をやるよりは、現実に対処して国民のための医療制度を守つていかなければならぬ、私はかように考へておる次第でございます。

○長谷川(保)委員 さつき申しましたように、この医療の経営実態というものは、この前の三十八年の厚生省の調査によつて、七月十七日の日の病院等にかかつております患者の数が、公的なものと私的なものと、五〇%、五〇%であるといふのが先ほど午前中に申し上げましたように出ているわけですね。そうすると、その中の国立病院の比重というのは非常に大きいわけです。それは厚生省で、その医療の経営実態というものはちゃんとつかんでいなければならぬじゃないか。つかんでいないなら変なものです。これはもう実に厚生省の怠慢です。そんな経営者はどこにもありません。私も経営者の一人でありま。けれども、常に、私がやっています三つばかりの病院の経営実態は、毎日朝、私が理事長室におれば、少なくとも前々日の報告書は全部きていて、全部つかんでい。だから、厚生省がつかめないのは変です。そんな経営者なんてありません。どういふように一体行なわれているか。私は全くのしろうとでありまして、門前の小僧にしかすぎませんけれども、やはり一応経営者として経営の実態をつかんでい。厚生省がそれをつかんでいないのは実に変なんです。つかんでいなければならぬ。つかんでい。ならば、この五二・七%、五三%にもなるという。私はいま聞いてびっくりしました。私の病院では大体四〇%。ずいぶん高度の治療をいたしますけれども、四〇%くらいです。時によつてはそれを下がつたり上がつたり、大体下がります。でありますから、それが五二・七%というように外来で出ておる、もちろん平均が三六・六%であります。こういうのを見てびっくりするのですね。平均が三六・六%でありますけれども、外来にこんなに出るのであるか。それが乙表の四一・五%とあまりにもまたかけ離れて

いる。一一・二%も離れておる。これをどうしても解明しないといかぬ。入院にあつても乙表一八・一%と甲表二七・三%と、約一〇%違つてい。だからこれは、国立病院の医療というものが間違つてい。のか正しいのか、その実態の調査把握、こういうものはどうなんですか。一体国立病院の治療というものは、現状において正しいのであるか正しくないのかであるか、当然経営者でありま。す厚生省事務局はわかたなければならぬのであります。が、どうでありますか。

○若松政府委員 厚生白書の一六〇ページの記述が引用されておりますが、実はあらためて昨日検討いたしました。これはどうも非常に残念ながら不確定な記述でございまして、まことに申しわけありませんが、この「五〇%程度が私的医療施設の患者である」といふのは、入院患者についてでございます。外来患者につきましては、一般診療所がほとんど大多数でございまして、九五%程度が一般診療所における外来でございまして、したがって、ここで入院患者についてというように分けてはつきり書けばよかつたのを、手落ちがございまして、その点申しわけございません。

なお、国立病院における医療が正しいのか間違つておるのかという、まことにむづかしい問題でございまして、私も、できるだけ日本国民のための医療の、標準的な医療ないしはより高度の医療といふことを心がけておりまして、できるだけむだのない、しかもある程度採算を無視して高度の医療をやりたいといふことを念願しておりますので、間違つた医療をしていとは存じておらないわけではあります。

○長谷川(保)委員 これは将来お互いに、やはりこのところは急務です。十分調査をし、討議をして、国立病院のやり方が間違つていない、そして甲表を使つておる、そうすると薬剤費は乙表よりもふえる、それが正しい高度のむだのない医療である、こういうことになりま。す。とそういう傾向はさらに進み、乙表全体にもそれを及ぼすべきであるといふことになるのであります。

ら、医療給付全体の約四〇%を占めます薬剤費の問題は、非常に重要な問題ですから、なお将来にこの問題に対する討議を留保しておきたいと思ひます。どうかひとつ厚生省当局においてもこの問題を十分に研究してもらいたい。そうでないと、正確な、正しい医療給付のあり方というものが出てこないと思ひます。

それでは、それは一応次の段階に譲るといたしまして、今日医薬品の最終製品の生産額は、三十九年度で四百七十七億圓というように拝見しておるのではありませんが、実にそれは前年度に比べて七百六十六億圓の増であり、二三%の増であるといふように伺つておるのであります。この膨大な薬剤費、薬品の価格といふものは適正と考へているのかどうか。今日の日本で生産いたします医薬品の――いま申しました数は部外品でなく医薬品であります。が、医薬品の製造、販売値段、こういうものは適正なものと思ひてい。るのかどうか。この問題をきめませんと、医療給付の問題の大きな部分を占めます問題が、適正であるかどうかかわかつてこない。だから、厚生省事務局としてはぜひ研究されたいと思ひます。どういふか、現在のものは適正価格であるかどうか、それを伺いた。いのであります。数多いことではありますから、いろいろあることではありま。すけれども、厚生省としては……。

○坂元政府委員 非常にむづかしい問題でござい。ます。私どもの考え方といたしましては、現在の医薬品の価格といふものは、先生御存じのように、いわゆる自由主義経済体制のもとにおきまして自由な競争にまかせている、こういうことで医薬品の価格が形成されてい。るわけではあります。したが。いまして、需要供給のバランスをとりながら、おのずからそこに一定の医薬品価格といふものが自然的に形成されていく、こういうような現状になつてきてい。ると思ひます。したが。いまして、医薬品の現在の価格、つまりたとえは実勢価格とい。われている各医療機関が現実に購入する価格、こういうようなものが適正であるかどうかと

いうことについては、いろいろな見方があるが、私どもとしては、現在の経済体制下において自由主義競争というものが相対的に行なわれている現段階におきまして、この医薬品の価格というものは適正な価格におちついている、こういうふうな判断をしているわけでございます。

○長谷川(保)委員 それでは伺いますけれども、有名製薬会社の利益配当というものがどういうふうになっているのか。もちろん、たくさんあることをあげていただくこともできませんでしょうから、たとえば武田とか大正とか三共というところ、これらの会社の利益配当は外部に出すだけでありまして、内部留保の状況、この問題を……。私は、製薬会社もどんな研究をして、どんないい薬をつくっていてもらわなければなりませんから、相当な利益をあげるのとは当然だと思えます。けれども、この利益配当をどのくらいしているか、それから内部留保はどのくらいしているのか、株価の状況はどうなっているのか、こういうものを見れば、べらぼうにもうけているものであるか適正なうけをしているものであるか、大体わかると思うのです。大体の想像がつく。もちろん、企業経営の手腕も技術もいろいろありますから、一がいに言うことはできませんけれども、一般論としては議論の根拠になると思うのです。だから、厚生省が適正だと思われたいのか。いまの大きな、医療費全体の四〇%を占めますような薬剤費というものが、どうしたら正しくなるかというところを追及してまいりますのに、やはり大きな参考になると思えますから、それを教えていただきたい。

を一般の製造業の平均と対比してまいりますと、大体製造業の一般の平均は一〇%ないし一二、三%ぐらいのところにあるようにございます。したがって、医薬品の主要メーカーの十二社の分の統計だけで見ますと、少なくともそこに二ないて三%ぐらいの開きがあるわけでございます。その分だけ医薬品メーカーのほうが配当率がいい、こういうような結果に相なるかと思えます。

ただ、申し上げておきたい点がございまして、この傾向は昨年ぐらいから徐々に低下する傾向にあるようにございます。配当率の過去の趨勢をながめてみますと、昨年、四十年の三月決算の上期で見ますと、従来一六%ぐらいあったものが、一三、何%というふうに逐次下がってきております。これは先生御存じのように、昨年来のアンブールが薬の事件等がございまして、一般の大衆薬の国内需要というものが停滞をしております。もう、頭打ちの傾向になってきております。そういうようなことが一つの大きな要因となりまして、医薬品の生産額も四十年は非常に減ってきております。それがこの配当率にも関係して、若干低下の傾向を示し始めてきている、こういうことが一口に言えるかと思っております。

それから、第二の御尋ねの剰余金処分額の内部留保の問題でございますが、この内部留保の割合が、はたしてどの線が適正であらうかということについては、いろいろまた御意見なり御批判があらうと思えますが、現在の医薬品の同じ十二社の主要メーカーの内部留保の率を見ますと、大体二四%から最高二七%ぐらいのところにあるようにございます。これを一般の製造業の平均と対比してみますと、大体製造業の場合は一七%から一九%というところにあるので、この面から見ても、内部留保の率というものは、医薬品の場合は少し製造業以上に高い、こういうことは言えるかと、かように考えております。

○長谷川(保)委員 前にも国会でずいぶん問題にしたことがあるのですけれども、この医薬品の広告料ですね。これはテレビ、新聞、ラジオ、雑

誌、ずいぶんたいへんなことだと思えます。それにプロパーが持つてまいります、病院、診療所等に置いてまいります見本、こういうものを入れ、それらに要します費用等を入れますならば、これはたいへんなことになると思うが、これを厚生省は年額どのくらいと見ておるか、お調べになったことがあるかどうか、伺いたい。

○坂元政府委員 実は私どもの役所のほうで広告費の調査をしたことはございまして、もっぱら、御存じのように、電通等の民間のほうで広告の調査をやっております。そういうデータから推測をしているわけでございますが、三十九年は、いま問題になっております医薬品の広告費は三百三十億でございます。新聞、雑誌、ラジオ、テレビ、こういうようなおまな広告媒体によって広告された広告費の総額は、三十九年度は三百三十億というところでございまして、四十年、昨年は、つい最近電通のほうから一応の発表がございまして、それによりまして三百三十八億ということ、で、わずかながらでございますが、前年よりもふえております。八億くらいふえておりますが、これは医薬品だけでございまして、一般経済界の不況とかいふものが反映しまして、広告費の全体の総額、総広告費の額が全般的に伸び悩んでいる、こういうことが一部医薬品の場合でも当てはまっている、こういうふうに考えているわけでございます。

こういうような医薬品の広告の現状でございますが、いまそれに関連して御指摘のございました宣伝用のサンプル等の実態でございます。これははなはだ申しわけないわけでございますが、私どもはほうで詳細なデータはつかんでおりませんが、その中身について御説明はできないわけでございますが、ただ、私も医薬品の業界あたりからいろいろサンプルの問題について話を聞いていますところによりますと、大体売り上げの総量の三%から五%ぐらいが、いま業界でサンプルの範囲内ということと話し合っている線だということをお聞いております。

○長谷川(保)委員 医薬品というものがあつて、もうかつていいこととは、私は先ほど申し上げたのでありますけれども、こうやっていろいろ見てまいりますと、相当なこれはもうかつてのものである。厚生省は、医療費の問題についてはずいぶん真剣にいろいろ手をお入れになる。診療報酬支払基金事務所等でもずいぶんきびしい査定をするのでありますけれども、また、要らざる内政干渉までしてくるのでありますけれども、しかし、製薬会社のこういうような利益等について、あるいは広告等について、あるいはサンプルの配給等について、これを合理化するということをせられたことがあるのかどうか。もちろん、自由企業でありますから、利益のあるのは当然です。けれども、そういうことをしたことがあるのかどうか。これも実は私が聞きましたのは、数年前にやうばり薬の問題をわれわれ取り上げまして、そうして、たまたま読売新聞、朝日新聞等もこの問題を社会部で取り上げたことがあるのです。そして、製薬会社のコストをずっと追っていくということをしてまいりましたところが、途中でびたつとこの記事がとまってしまった。そのときに私も耳にいたしたものは、製薬会社のはうから非常に強い抗議が読売新聞、朝日新聞等に出たために、この企画をやめざるを得なくなった。それで、そのときのうわさによりますと、読売の社会部の記者はついに地方に転出させられた。もし統いてやるならば、今後読売とか朝日とかいう新聞には製薬関係の広告は一切しない、こういうことになったのだといううわさがありました。うわさでございますから、真偽はどうか存じませんが、また、そのためにある新聞はその記事を一切載せないというところ、それきりやめてしまったといううわさがございます。たいへんえげつないことを申し上げておきますけれども、人の口には戸がたたれないものでありまして、厚生省は製薬会社には手を入れないんじやないか、その理由というのは、たとえば厚生省のお役人さんたちが海外に行かんらぬと

いうときには、製薬会社が相当のものを下さるならぬ、あるいはまた、いろいろな場合等をするのに、製薬会社に、悪いことばで言えばたかるといふことをするんだ、そのために厚生省は手が入れられないんだという、えげつないうわさもあるのです。だから、これは厚生省自体のためにも明らかにしておいてもらいたいし、それから、もしそういうようなことで手が入らぬということであれば、もう医療費の問題を論ずる資格はないのでありまして、これらの点は当然この合理化のために相当の手を入れるべきだと私は思うのでありますけれども、その点は事実いかであるか、この際、ちょうどいい機会でもありますから、厚生省自体のためにも明確にしておいてもらいたい。

○鈴木国務大臣 医薬品行政に關します私の考え方をこの機会に申し上げておきたいと思うのであります。

先ほど業務局長からお話を申し上げましたように、近年薬品工業の非常な成長発展に伴いまして、四千百億というぐあい大きな生産をあげるようになってまいりましたのであります。化学工業の中でも、この医薬品工業が占める比重というものは非常に大きいものがあると私は思うのであります。

また、政府におきましては、御承知のように、ほとんどの医薬品につきまして自由化を行なっておりますのであります。したがって、製薬業界におきましては、国内的のみならず、国際的にも公正な競争ということが行なわれておるわけでありまして、私も、今後、こういうような正しい競争の中に適正な価格というものが形成されるように、こういうことを期待いたしておるわけでありまして、統制経済でございせんから、それぞれの企業に、経営の中にまで入ってあれこれ規制をする、あるいは統制をするといふことはいたさぬのでございませうけれども、国内的、国際的な競争を通じて適正な価格が形成されるように、こういうことを私も期待をいたしておるのであります。

ただ、そのために誇大な宣伝、過度な宣伝、広告というものが行なわれておりますことには、御指摘のとおりであります。そういう宣伝、広告等に三百三十億とか、三百億をこえるようなばく大な経費が使われる。それが消費者である国民の薬の値段の中に、やはり負担として価格の上に乗せられるわけでありまして、こういう面につきましては、もとより薬事法上誇大広告というふうなことを禁じておるのであります。それに触れるものについては厳正にやっております。その他の医薬品と大衆薬とをできるだけ分離をいたしまして、そうして、医薬品につきましては医療機関で使われることでありますから、過度の広告等をする必要がないということで、そういう医薬品につきましては、業界においても広告、宣伝等を極力自粛しておる、こういうことだと私は承知をいたしております。

大衆薬等におきましては、なお宣伝、広告等が相当行なわれておることは事実でございすけれども、製薬業界あるいは販賣業界等に対して、国会の当委員会あるいは予算委員会等で、委員各位から国民の名において表明される薬等の誇大宣伝等に対する非常な自粛の警告があります。私は、こういうことを製薬業界等におかれましては十分耳を傾けて、自粛をしてやっていただいております。ものと思っております。一部の方々は、厚生省は少し権力的に広告の規制、統制を業界に強要しておるではないかという御批判がある。そうでございますけれども、決して薬事法ののりを越えておりませんが、業界の自粛を期待しておるというところは事実であるわけでございます。私は、そういう面を使う費用は、これを新薬の開発研究にできるだけの費用を向けてもらいまして、今後わが国でほんとうに効果のあるりっぱな新薬が開発をされ、国内の医療事情に應ずるのみならず、国際的にもこれが海外に進出をする――全体の状況を見ておますと、わずかに二％程度の輸出しかなされておらず、こういうことは、日本の製薬技術が非常に開拓がはかばかしく

おつて外国の特許等に依存しておる、こういう姿は一日も早く脱却すべきものだ、そういう意味合いからいって、私は、広告、宣伝等は、適当なものに絞つて、私はいま申し上げたけれども、過度にわたつてそういうものがなされることなしに、むしろ研究開発のほうにそういう費用を多く使つてもらいたい、こういうことで私は業界の指導に当たつておるつもりでございます。

なおまた、薬の流通過程におきまして、あるいは要指示薬であるとか、あるいは劇薬であるとかいうような薬が、いろいろ消費者に渡る段階において適正を欠くという面もありまして、そうして薬による副作用、事故等もあるようでありまして、そういう面につきまして、今後流通の面、販売の面、あるいは使用にあつた面の面におきましてなお一層の努力を要するんじゃないか、かように考えておるのであります。

私は、業務行政に關しまして平素私が考えております点を率直にお話し申し上げた次第でございます。

○長谷川(保)委員 もう一つ、製薬会社と厚生省との関係について。

○鈴木国務大臣 私は、就任いたしましたから十カ月余りになりますが、さようなことはないのでと確信をいたしております。

○長谷川(保)委員 私もぜひそういうことにしたい。ところが、いまのお話の中でも二つ三つなかなかむずかしい問題があるのです。一つは、企業と広告の関係です。これはなかなかむずかしい問題があるわけですが、ただ広告量が多いからといって、必ずしも不当だとは言いませぬ。要するに、多量販売をするという立場から、まあどちらが合理化であるかというところはなかなかむずかしい問題をはらんでおります。しかし、私は、どうもこの医薬品の広告は少し度が過ぎておるといふように常識的に考えておる。まあ、この医薬品というところの態度からいまして、どうしてもサンプルというやうなものがある程度診療所、病院等に送られなければ、それを使つていく

という体制ができないでありますから、これもまた必ずしも全部否定することはできない。けれども、いまのお話で、サンプルのほうだけでも二百億円からという勘定になるわけですが、むだも相当にあるのではないかと。過度のやうなものもあるのではないかと。一つであります。

もう一つは、やはりどうしてもこういう企業と役人の結びつきというものが、ことに製薬会社などは、私も病院を経営してわかつておるけれども、医局を非常にねらつてくるわけですね。何とか言いながらプレゼントを持ってくる。それは全部うちの買入れのものに入つてしまふ。私はきびしく言うのでありますけれども、ぜひいふん露骨であります。したがって、そういう面では、私は厚生省にもとくく縁がつくと思ふ。くされ縁がつくだけならいけれども、そのことが医療給付の中の四〇％にも及ぶもの、それをチェックすることができないというやうなことになるれば、これはたいへんなこととでございます。わずかのくされ縁が、日本の健康保険医療給付その他の医療給付、総医療費一兆三千億というやうなものに対して、これをチェックすることができなくなるということになりますと、われわれが幾らここで議論しても、騒いでも、それは末梢のほうだけやっているのであつて、一番根本、根源を正すことができないという形になりますから、どうかひとつ厚生省当局におかれてもこのことの重大さ、重要さをお考えいただいて、あくまでそういう点についてはきびしいしてもらいたいと思ふ。私は決算委員もしているわけでありまして、こういう問題についていかなかなか突っ込んでいけないのです。突っ込んでいけない事情があります。なかなか製薬企業等にも突っ込んでいけないという点があるわけでありまして、社会労働委員としても決算委員としても、そういう問題をどこから一体突っ込んでいくかということ、具体的にはなかなかつかめないのです。でありますから、どうかひとつ非常に大きな、総医療費の中の大きな割合を占めます

と、日本の製薬技術が非常に開拓がはかばかしく

ところの医薬のこういうものに対して、われわれ幾ら騒いでも、末梢のほうだけやっていてもしょうがない。その根本がつかめなければならぬ。その根本をつかむのに適正薬価というものを考えなければならぬのでありますけれども、それがもう何年もやっておりますけれども、少しも進まない。進まないということは、先ほどのような人の口に戸をたてられないような、えげつないうわさが出てくることになるわけです。しかし、もし事実がそういうことであるとすれば、これは私も、ここできょう一日、病後のからだを押してこうやって議論をしておることは全く末梢のことをやっているだけであって、私は全く道化役者にしかすぎないということになってしまふのでありますから、どうかひとつ厚生省はこの点をあくまでもきれいに、大臣はひとつ役人を奮勵し、この薬価が正しいか正しくないかということに手を入れてもらいたいと思う。これは私も、ここでもうすでに数年間やっています。数年間やっておりましても、一歩も前進しない。おおよそわれわれの關係している行政の中で一番進まないのが適正薬価の問題、全然製薬会社はいじれない。うわさでありますから何とも申しかねますが、事実は確かに、製薬会社の記事は途中でとまってしまった。記者がどうなったかということ、は、うわさでありますから私は追及しておりませんから何とも言えませんが、数年前にそういうような事態があった。しかし、これも手を入れなければならぬ急所です。この正しい医療費の問題を解決していく、したがってまた、今日われわれの議題としております健康保険の料率をさらにふやして上げ、あるいはまた、今後出てくるであろうと考えられ、予想されております一部負担の問題その他、これを適正化するところの一つのキーポイントです。でありますから、この問題について、厚生大臣が局長以下を奮勵して、この医薬品の適正であるかどうかということをひとつ十分に検討してもらおう。それから後に、本来ならば保険料率の引き上げその他をすべきです。保険料

率を引き上げて、今度得られます健康保険の収入と、薬品の適正価格というものを追及していつて浮いてくるところのものをはかりにかけたら、そのほうが大きいだろうと思うのです。いま広告料だけでも三百億、プロパールのサンプルだけでも二百億というものを考えましても、常識として考えられるのであります。でありますから、大臣はこの問題にも取組んでもらいたいと思ひますが、その御決意いかがでしょう。

○鈴木国務大臣 先ほど業務行政につきまして私の基本的な考え方を率直にお話を申し上げたのであります。長谷川さんのお考えと私の考えには何らの相違がございせん。私も、この医薬品が医療保険の今後の改善を要する一つの大きなポイントである、重要な課題である、このように考えておりますので、真剣に取組んでまいらる所存であります。

○長谷川(保)委員 もし製薬会社にこのような利益配当その他内部留保等を許すということであれば、同様に、国民の医療に携わっております医療機関にもこれを当然許すべきであって、先ほど来お話しのような赤字の病院が非常に多数ある。三分の一もある。国立病院という公的医療機関を見ましても、三分の一もあるというように置いておりますことは、きわめて片手落ちのことである。同じ国民の生命を大事にする、健康を守る、国民のしあわせの根本をなします生命を扱う事業が、一方は十分な利益がある、一般の製造会社よりも大きな利益がある、一方はそれが赤字である、こういうような事態を許しておくべきではない。先日滝井委員の御質問におきましても、単純再生産と拡大再生産のお話がありました。拡大再生産どころではない、赤字である。こういうようなことはきわめて片手落ちであって、厚生行政としては深く反省していかなければならぬと思ひます。そういうことをして、なお健康保険関係の収支というもののバランスをどうやって正していくかという問題に入っていかなければならぬと思うのです。この点は、大臣はどうお考えにな

りましようか。

○鈴木国務大臣 医師に対する診療報酬、あるいは医療機関に対する診療報酬をどういうふうにあいまいに適正なものにするかという問題は、今後、制度の抜本的な改正をする場合の一つの大きな柱であるわけでありま。私は、一方におきまして各種医療保険制度の総合調整、あるいは将来一本化へのいろいろな具体的な検討をいたしますと同時に、診療報酬体系を適正化する、ことに物と技術と分離をし、そして技術を正當に評価をする、そういうことで健全な診療報酬の経営あるいは医療の経営というものを確立し、それを基盤にして正しい医療給付が確保されるようにする必要があります。という考えを持っております。そういう意味合いで、今後、診療報酬体系の適正化にあたりましては、そういう考えで臨んでいきたいと考えております。

○長谷川(保)委員 私はなお、おそらく五、六時間質問をしなければならぬ問題がこの健康問題だけであるわけでございますけれども、すでに長時間にわたって御質問申し上げましたし、このあと同僚淡谷委員が御質問なさるそうでありま。から、次の適当な機会に残余の質問を譲りまして、きょうの私の質問はこれで終わります。(拍手)

○田中委員長 淡谷悠蔵君。

○淡谷委員 厚生大臣にお伺いしたいのであります。健康保険法などのためは、国民の健康管理、特に病気がかなり重くなつてから医者にかかるよりは早くかかったほうがよい、そのためにさまざまな保護の措置をとるといふのがたてまえてございましょうが、ほんとうのところ、病気をなおすというより、病気がかかる前に押えるのが一番いい。その予防医学の面が進んでいない状態ですが、健康保険はかなり苦しい経営の中で、今度はまた料金が値上げになるといふのですが、この料金を幾ら値上げしても、次から次へと病人がふえるようでは、今度の改正の理由が全然ないと思うのです。病気のふえる原因につきましては、最近のようにさまざまな公害が出てきまし

て、たとえば排気ガスの問題とか、さまざまありますが、こういう環境の整備についてもひとつ配慮をしませんと、幾ら病気をなおしてやつてもどんどん病人がふえるといったような矛盾が起こるだろうと思うのですけれども、この公害に対して、大臣のお考えは一体どうでございましょうか。

○鈴木国務大臣 御指摘のとおり、近年産業公害も相当激化してきております。また、大気汚染、水質汚濁、また自動車等における排気ガスによる汚染度も非常に強くなつてきております。また、騒音でありますとか、そういうわれわれの生活環境を害するところの公害が、御指摘のとおり非常に激化しておるわけでありま。私は、そういう意味合いからいたしまして、昨年の十月、公害防止事業団の発足を機会に、また行政面におきましては公害防止の審議会を設置いたしました。そして公害問題について政府としても民間の知のうを動員して対策を強化してまいりたい。また近年は農薬の被害、水銀剤、こういう問題も一日も早く解決をしなければならぬ、放置できないような段階にきているわけでありまして、淡谷さんの御指摘になりましたように、国民の命を守る、健康を守るという観点から、私はこの公害問題と真剣に取組んでいきたい。あるいは産業の立場において、あるいは交通の立場において、いろいろな行政の分野からはそれぞれ御議論はあると思ひます。しかし私は、この公害問題につきましては、国民の健康を守るという立場、こういう立場で公害問題とは取組んでいくべきもの、こういう基本的な考えを持っております。

〔委員長退席、齋藤委員長代理着席〕

○淡谷委員 いろいろ公害がございまして、私はきょうは、この間小林進議員によつてここで取り上げられました農薬の被害について、さらに伺つておきたいと思ひのであります。

あの当時の御答弁では、現在もう、米の中に含んでいる水銀剤の溶度というものは、人の命を保つていくための許容量を越えておるといふ事例が明



らかにされた。こういう事実があるのに、なぜすぐにこの危険な水銀剤の禁止ができないのか。これは非常にはつきりしているのです。アメリカではすでに禁止している。日本では、害が明らかになって、その米を食べたら人の健康が著しくこなわれることがわかっていにかかわらず、なぜこの有害な農薬の使用を禁止することができないか、私はふしぎにたえない。その点についての大臣のお考えをお聞きしたい。

○鈴木園務大臣 農薬の中で、特定毒物あるいは毒物を含んでいるところの農薬、それから低毒性の農薬、こうあるわけですが、昭和三十五年当時におきましては、この低毒性の農薬と毒性の高い農薬とは、生産量におきましても大体半々ぐらいを占めておったようでございます。政府におきましても、できるだけ早く低毒性の農薬の開発を促進して、そして毒性のある農薬と置きかえていくという方向で今日まで研究開発を進めて、また業界を指導してまいりましたのであります。その結果、昭和三十九年度におきましては、低毒性の農薬が大体七割程度を占めるようになってきておるのでございます。しかしながら、淡谷さんがいま御指摘になりましたように、いもち病等の駆除のために水銀剤農薬をいまだに使用している。これにかわるような有効な、また農民の負担にたえるような適正な価格の農薬が、遺憾ながらいまのところまだ十分開発をされていらない、という問題が一面あるわけでございます。この水銀剤等の農薬の残留量の問題につきましては、昭和三十九年ごろから厚生省におきましても各種農産物につきまして研究を続けてきたのであります。が、ようやくその研究調査の結果のデータがだんだんそろってまいっておりますのであります。私はできるだけ早い機会に、この残留量の規制の問題につきまして早く結論を出して、農薬による人体への影響を未然に防止できるよう、またそれと同時に、低毒性の農薬を早く開発し、また生産をして、水銀性農薬等を使わなくてもいもち病が克服できるように、そういうような対策を、農林省、

通産省とも緊密に連絡をとりましてこれを推進してまいりたい、こう考えておるわけでございます。

○淡谷委員 いもち病のために水銀剤が非常に有効なことは私も知っていますが、しかし、稲を育てるのは、食べられる米をつくりたいから稲を育てる。幾らいもち病がなくなっても米がたかさんといえども、この米が食糧よりも毒になるといったようなものは無意味だと思ふのです。何かそこ、とめられない特別な理由があるのじゃないですか。これは三十九年から水銀剤が入ったというのですが、仮谷政務次官にひとつうんちくを傾けてもらって、水銀剤の入ってきた経過、いつから使用されているか、これについて農林省としてのお考えをお聞きしたい。

○仮谷政務次官 詳細な問題はひとつ参事官から答弁させていただきます……

○河原説明員 水銀農薬は二十七、八年ごろから使用されております。それで、だんだん使用量がふえてきておるわけでございます。ただいま先生御指摘のように、いもち病にとりましては非常に特効薬的に効果があるということで、非常に広がってきております。

○淡谷委員 私が聞ききたいのは、水銀剤の入る前のいもちの発生にはどういう薬を用いたか。それから、水銀剤が入る前に、有機燐剤が別なほうで入っていますね。したがって、水銀剤は病気ののために使用量が多いのか、あるいは害虫駆除のために使用量が多いのか。有機燐剤等は一体どうなのか。本来言いますと、終戦後の産物なんですね。終戦前はこういう特効薬が入ってこない。特効薬と称して水銀剤、有機燐剤を入れたとして、それが人体に非常に大きな影響を与えるということになれば、入ってきた意図が私にはわからない。これはこの間の御答弁では、くだものにはあまり吸収量がない、こういうのです。くだもの場合は、食べて毒にならなくてもかけて毒になります。あの広い果樹園に振りかける、それで通った者はみんな害を受けている実情なんです。特にひ

どいのは、毒物に対するはつきりした認識を与えないために、管理の面で命を落とす者がたいへん多い、簡単に手に入りますから自殺者もふえる。こういったような影響が一体何年ごろから始まっているか、その前の事情とあわせて、日本農業の病害虫駆除における水銀剤と有機燐剤との持つてくる意義を解明していただきたいと思ひます。

○河原説明員 御承知のように、水銀剤が入ります前のいもち病防除としては、大体合成剤とボルドー液、これは御承知のように、水銀剤に比べて毒素性がないだけに、いもち病に対する効果という点では、数十回もかけなければならぬというような状況でございましたのが、有機燐剤が開発されましたから非常に効果が高くなるといふことで、合成剤はほとんど使われなくなりまして。水銀剤は病害防除の農薬でございますけれども、殺虫剤としては使っておりません。一方、御指摘の有機燐剤の殺虫剤のほうでございますが、殺菌剤でございませんでいもち病には使いません。

○淡谷委員 これは今後の病虫害の駆除に対する農林省の基本的な方針に関する問題ですから、病害の駆除と虫の駆除、これは同じ農薬でもはつきり分かれております。一番苦労されておるのはどっちのほうですか。虫のほうですか、病気のほうですか。

○河原説明員 稲の一番大きな病害はいもち病でございます。害虫は二化メー虫でございます。局部的に、あるいは年によりましてウンカのようなものも異常発生いたしまして、非常に被害を及ぼすことがございますが、最近では、これもマラソン剤といったようなものによりまして、ウンカの被害は近年ほとんどございせん。ただ、二化メー虫の被害は依然ございまして、二化メー虫に対して有機燐剤が特効薬的に非常にきくというようなことで使用されておるわけでございます。

○淡谷委員 虫を殺す場合には有機燐剤という毒性の強いものがきく、病気の場合には水銀剤がきく、この人体に影響を与える二つの薬が、現在使

用されているのですか、いないのですか。これは非常に重大な問題ですが、果樹の場合も有機燐剤は入っております。果樹の場合は、むしろ、水銀剤も入っておりますが、有機燐剤が相当多い。この二つの薬品というものは、将来ともに使用していいのかわからない。私ははつきり悪いと思う。少なくとも生産したものが人体に害を与え、生産の過程で人体に害を与えるものなら、何らか早く別の駆除剤に転換する必要があると思ひますが、その方針なり御研究がございましたらお聞かせ願ひたいと思ひます。

○河原説明員 水銀の許容限度等につきましては、厚生省と連絡いたしながらいろいろ御検討いただいております。それで、それがわかりましたら、こちらといたしましては行政上の何らかの措置を考えていきたい。ただ、水銀の農薬にいたしましては、たとえばいもち病の防除に使用いたしました場合には、玄米に対する残留毒性というものは非常に減っております。ただ、出穂後穂首いもち病の防除に使用いたしました場合には、相当玄米に水銀剤が移行するということがわかっておるわけでございますので、それがはつきりいたしまして、穂首いもち病の防除にはできるだけ水銀農薬は使わせないといたしたような方法で指導してまいりたい。

それからもう一方、これは低毒性農薬なりあるいは非水銀系の農薬の開発もだんだん進んでまいっております。昨年の実績で申しますと、まだ量的には五割くらいでございますけれども、たとえば抗生物質剤とか塩素剤とかいったようなものの開発が進んでまいりまして、これが水銀農薬にかわりまして、いもち病防除に使われるという見込みが立ったわけでございます。できるだけその使用量をふやしまして、たとえば穂首いもち病のような非常に危険のある場合には、そういうふうな非水銀系の農薬を使わせるといったように指導してまいりまして、玄米の中の残留毒性がないように配慮していきたい、かように考えております。

○淡谷委員 少し農林省、のんきじゃないですか。この間の小林質問を速記録でごらんになればわかりますけれども、厚生省のほうでは有害であるとときめているのですよ。現在のままでいくならば、米の中に入っている水銀は人体に危険があると見ておる。しかもいまは何月です。三月です。これから最も農薬を使用する時期なんです。いまこれをとめませんと、ことし生産する米が全部そういう毒米になってしまう。もう研究の段階ではないと思うのです。

この水銀剤というものは、最初に日本に來た場合は一体どこで製品でしたか。

○河原説明員 ドイツでございます。

○淡谷委員 そのバイエルンの水銀剤がだんだん國産されているのでしょうか。その入って使われるときに、もつとはっきりした研究が必要だった。きくから使うというのだけれども、人間の病気にきくからといって飲ましてみたら、病気はなおったが人間は死んだということになったらどうなりますか。いもちはなおったけれども、とった米は毒のために食えないといったような実情——使っているか悪いかは、はっきりしているじゃないですか。特に園芸局長お見えになりましたからお聞きしたいのですが、果樹における有機燐剤を禁止している県も相当あります。おわかりだったら、その数並びに県をお知らせ願いたいと思います。

○小林(誠)政府委員 その県の数につきましては、存じ上げておりません。いまここへ持っておりません。

○淡谷委員 私、聞こえませんがもう一ぺん。

○小林(誠)政府委員 資料を持ち合わせておりません。

○淡谷委員 この間の質問でよくは非常に遺憾に思ったのは、厚生省が禁止したことも、農林省は製薬会社の手前とめないのじゃないか、こういう質問さえ出たのですよ。いわばその農産物に対しては、農薬の被害については厚生省が従です。むしろ直接指導するのは農林省でしょう。もうすでに、教員においては有機燐剤の危険性を考えて禁止していますよ。私の青森県なんかもうそうです。もう自発的にとめておる。こういう点について、農林省はもう少し緊急の事態として、この農薬問題に取組む意思があるのかないのか。これはひとつ次官から御答弁願いたい。本来ならば私は大臣から御答弁願いたいのですが、大臣以上の仮谷次官がお見えでございますから、ぜひお聞きしたい。

○仮谷政府委員 この問題は、議会で先般来たいへん論議を重ねておる問題で、私も真剣に、しかも早急に取り組んで善処しなければならぬという考え方を持っております。率直に申し上げまして、私は、政務次官になった当時、すでに水銀剤問題について農民もいろいろ不安を持っておるのだから、これに対して何らかの対策を今後立てておくべきであるということを実は省内でも申したことがありまして、そういうことから関連をいたしまして、いわゆる低毒性の農薬というものの研究も、全力をあげて努力をするということを進めてまいったわけであります。いまそういったものも出ておりますけれども、ただ量産の場合、いろいろ資金の問題とか設備の問題とか、直ちに間に合わないということとに残念でございますが、しかし、でき得るならば早急にこういう代替品をつくらせて、そうして、少しでも農民あるいは一般消費者に不安を抱かせないようにすることは当然のことでありまして、私も決して人命軽視で水銀剤をやむやんに使っているという考え方はございません。ただ、いまの場合、直ちにこれを禁止しようということはいろいろ農業生産上にも支障を來します。現段階においてはできるだけ使用を制限するという程度で、農薬の低毒性のものを早急に進めて、一日も早く御期待に沿えるような努力をしなければならぬ。積極的な考え方のもとに努力をしていきたい、こういうふうに考えております。

○淡谷委員 仮谷次官は非常に新進気鋭の次官で、あなたがたがた漫然と日を過ごしていると私は申しませんが、有機燐剤の危険性について私が警告申し上げましたのは六年前なんです。あるいは七年前だったかもしれませんが、当時の農林水産委員会の速記録を調べてみますと、有機燐剤の害について事ここまかに申し上げたはずですよ。その場合に農林省は、検討いたしますと言っておるのです。今度は水銀剤を新しく使う。この水銀剤がまた有機燐剤以上の害を及ぼす。国会で答弁したことが何年たっても実現しないというところに、今日の国民の政治の不信がある。もう耐え切れないうで、各県は自発的にこれを禁止しておるのです。ただ一方、安い、しかも特効のある水銀剤を売り出す、あるいは有機燐剤を売り出しておりましたならば、これは大体三分の一ぐらいで薬効が出ますから、当然いまの時代では安い農薬を使います。自分たちが食べるものは使わなくても、あとは平気で使うという悲しい現象がある。そこにやはり農政指導面の重大さがあると思うのです。

園芸局長、お聞きしますが、この有機燐剤が入ってから、日本の果樹の害虫状態に非常に変化が起っておりまして、お調べになったことがありませうか。

○小林(誠)政府委員 詳しいことは調べたこともございませぬので、その点については申し上げられませぬ。

○淡谷委員 人がかわるたびにそう全然知らないじゃ、私は幾ら議論してもむだだと思っております。非常に強い有機燐剤が入った場合、新しい害虫がそれに応じてまた出てきています。従来の害虫は死にましたも、また別な害虫が出てくる。これはもうそみたいですが、ほんとうなんです。私は青森県ですから果樹について申し上げますと、あのホリドールその他は何に使ったかという、これはアカダニ駆除のために使っています。アカダニというのは、DDTが入るまではそんなに繁殖しなかった虫なんです。DDTを使って他の害虫を駆除した場合に、このアカダニは発生してきています。調べてみますと、アカダニの中に寄生するごく小さなカブトムシも全部殺してしまおうとDDTは強かった。天敵はなくなっているが、

アカダニはのために非常にふえてきています。このアカダニをなくするためにだけホリドールはそれく使われている。そこに、この防虫あるいは病害駆除につきましても、あまりに手つとり早く、安く、猛毒のある薬を使う前に、何とか方針をかえて考えたかどうかというのを私は前に警告申し上げた。ことしは、幸いに、農薬白書なんかを見ますと、天敵に対する研究の費用を若干組んでいそうです。園芸局長、この天敵に対する研究はそろそろ進んでいるのじゃないですか。あの農薬白書をあなたは御存じないのですか。

○小林(誠)政府委員 実は果樹の天敵に関する研究につきまして、私まだ存じ上げておりません。

○淡谷委員 園芸局長は何をする役所ですか。私はやはり果樹を主体とした、しかも生長部門である果樹の生産を主としてやるところが園芸局だと思っておりますが、農政局長、これはあまり園芸局をあなたは見てあげてないのです。人もないし、予算もつけないし、一体看板だけあればそれで済むという考え方なんです。

○和田(正)政府委員 ただいまホリドールについてのお話でございましたが、先生御承知のように、昭和三十五年ごろには全体の農薬の使用量の中で一七、八%を占めておったと思いますが、いろいろ毒性が強いというようなこともございまして、低毒性の農薬の開発を進めまして、三十九年には、全体の農薬使用量のうちの六%くらいに減少したしておるわけでございます。なお、今後とも低毒性の農薬の開発につとめまして、毒性の高い農薬は逐次使用を低いものに切りかえていくように、先ほど政務次官からもお答えがありましたように努力をしまいたいと思っております。あわせて、昭和三十六年に厚生省と農林省との共同通牒を出しまして、特にホリドール等の毒性の高い特定毒物につきましては、収穫前三週間ないし五週間使用を禁止するような措置もとりました。食べ物のへの毒性の残留については、十分留意はいたしておるつもりであります。

いまの天敵等につきましては、技術会議の試験

研究の所管であろうと思ひますので、私も詳細はよく存じませんが、全体としては、農薬が逆に天敵を殺してしまふというやうな例もないではないことは御指摘のとおりかと思ひますが、いづれにいたしましても虫なりあるいはば菌なりを殺すわけではございません、水をかけるというやうなわけにはまいりませんし、相当の毒性を持った薬でなければ効果がないと思ひますが、お話しのような点も今後考慮しながら、技術会議あるいは科学技術庁とも打ち合わせをいたしまして、低毒性の農薬の開発には積極的な努力をいたしたいというふうに思ひております。

特に本年、水銀剤についていろいろ問題がございますので、水銀剤の使用を、でき得れば本年は葉いもち等の成育の初期の段階に使用をいたしまして、それで、穂首とかあるいは枝梗いもちというやうな成育の後期の段階には、水銀剤ではない低毒性の農薬が使えるやうな方向で、本年はとりあえず指導し、さらに進んでは、会社の設備の増設等について、金融制度その他を活用いたしまして、低毒性の農薬になるべく早く切りかえられますやうに、行政指導も進めてまいらるやうに考えておる次第でございます。

○淡谷委員 どうも私、その御認識、少し不足なんじゃないかと思ひますがね。毒性の高いホリドールが七〇％使われたというこゝと自体が、これは非常に大事なことなんです。しかもくだものをとる前にとめておるからいいとか、そういうことは、私はあまりに知らな過ぎると思ひます。これは次官もよくお聞き願ひたいのですけれども、一体アメリカあたりの農場と日本の農場とはでんで違ひているでしょう。住宅を離れた山の中で、多少毒性の強い薬を散布しましても、直接収穫物に影響がなければそれでよろしい。果樹地帯におけるホリドール使用の状況をよく見てごらんないさい。散布するときは、ちゃんと赤い色をつけて、立ち寄るべからずというのです。そこに入らなければいいんです。入っただけで参りますから、それはいいけれども、両方の果樹園から技が伸びて、道路

をおおっている赤い札をさげた技の下を平気で人が歩いてゐるじゃないですか。これが一体禁止になりますか。くだものを食ったときの毒性だけじゃなくて、散布による毒性というものが非常に強いのです。これからそろそろ禁止をするなんて言ひますけれども、禁止をするならいまだです。ただ、いまになつてくれればむしろおそいんです。使用期に入りますから、農薬会社がたくさんつくつてゐるでしょう。いま押えるのと秋押えるのでは、農薬会社の利益にはたいへん影響があるのです。農薬会社の利益と人体の危険とどっちを一体重大に考えるか、あえて言うまでもないことです。これは私、もう少し真剣に、この水銀あるいは有機燐剤の人体に及ぼす影響については、農林省本気になつてやつてもらひたい。現在有機燐剤は、舶来品のもの、つまり輸入したものよりも国内でつくつてゐるものが多いと思ひますが、その比率はどうですか。

○和田(正)政府委員 詳細具体的な指数はちょっとお待ちをいただきたいと思ひますが、大体はほとんど国内産だけで、輸入は非常に微々たるものだというふうな理解をしております。

○淡谷委員 この有機燐剤で、なお使用されております薬品の、これは学名は要りませんが、市場に出ている場合の名前はどうかのものです。これは明らかに人体に害を与えるやうな有機燐剤です。

○安尾説明員 ただいまおっしゃいましたのは、ホリドール、パラチオン、それから最近低毒性のスミチオン、E.P.N.、そういうたぐさんの品目がございます。

○淡谷委員 製造会社はどこですか。

○安尾説明員 パラチオン剤は、主として住友化学で国産をしておりまして、これがいろいろな商社から名前をつけられて出ております。それからE.P.N.は、日産化学から出て、それぞれ商社系統にわたつております。また一部は外国から入っております。

○淡谷委員 これは大体、一年の使用量はどれくらいですか。

を歩いている赤い札をさげた技の下を平気で人が歩いてゐるじゃないですか。これが一体禁止になりますか。くだものを食ったときの毒性だけじゃなくて、散布による毒性というものが非常に強いのです。これからそろそろ禁止をするなんて言ひますけれども、禁止をするならいまだです。ただ、いまになつてくれればむしろおそいんです。使用期に入りますから、農薬会社がたくさんつくつてゐるでしょう。いま押えるのと秋押えるのでは、農薬会社の利益にはたいへん影響があるのです。農薬会社の利益と人体の危険とどっちを一体重大に考えるか、あえて言うまでもないことです。これは私、もう少し真剣に、この水銀あるいは有機燐剤の人体に及ぼす影響については、農林省本気になつてやつてもらひたい。現在有機燐剤は、舶来品のもの、つまり輸入したものよりも国内でつくつてゐるものが多いと思ひますが、その比率はどうですか。

○安尾説明員 申し上げます。パラチオンの粉剤として七千五百トン、それから乳剤として九百キロリットル、そのほかパラチオンとB.H.C.粉剤、こゝういふ混合剤が六百五十トン、それからE.P.N.粉剤が約一万トンでございます。そのほか、最近特に低毒性の燐剤として使われてゐますマラソン剤が九千五百トンであります。

○淡谷委員 大臣、いまお聞きのとおりですね。実にばく大な、トンをもつて数える薬が有機燐剤だけでも要つてゐます。水銀剤はどうですか。量は全体でどれくらい要つておりますか。大臣お急ぎのようです。簡単によりますか。……

○和田(正)政府委員 昨年度のいもちに使ひましたのが十一万トンだったと思ひます。

○淡谷委員 これぐらいの量の毒物が、日本の畑にあるいはたんぼにまかれておる。そこでとつた米が有毒だ。これは会社の利益なんというこゝとはなくて、やはり国民の健康上重大な問題として、ひとつ厚生大臣にお考えを願ひたい。農林省もむろんこれは真剣にお考えを願ひたい。一方で病人をつくり死人をつくりつておいて、一方で健康保険の改良をしてもだめです。これはどっちが先かという問題に対して、十分御認識願ひたい。

なお申し上げたいことはありますけれども、大臣が予算委員会のおいでの方でござりますから、もう一つの問題について、大臣がいらっしゃる間に聞いておきたいことがある。目に見えないところまで苦しんでおる人たちの話ですが、例のハンセン氏病の問題であります。このハンセン氏病は、だいたい治療方法も進み、薬も進みまして、最近では非常にきれい——と言つては語弊がありますが、これも、膿が滅じておるのです。同時に、従来の膿伝病といったやうなものから伝染病という觀念に変わり、また療治のしかたも、隔離し、いわば社会からも投げ捨てたといったやうな政策が漸次改まりまして、治療を加え、また社会復帰をさせるといふところまでできているやうだし、また特殊伝染病から一般伝染病にするといったやうな状態

に変わつてきているやうです。これはたいへんけつこうなことです。このハンセン氏病に対する考え方の変化に伴つて療養所の施設なり機構なりがどういふやうに変わったか、この問題をひとつお聞きしたいのです。政策が変わり、治療方法が変わつても、同じやうなことじゃ、これは患者がかわいそうです。

○鈴木国務大臣 ハンセン氏病の収容してあります患者は、全国で約一万人でございます。そのほか在宅で療養をしておる方が約千人程度、合わせて一萬一千人程度、こゝういふことであります。そしていま施設に収容されております方もたゞいふ快方に向かつておまして、療養所内で農耕その他の仕事にも従事できる、そゝういふ状態にあるわけでありまして、したがひまして、今後は療養をしながら更生、授産の仕事に従事できるやうに、また社会復帰に備へましてリハビリテーションその他の施設も今後強化いたしまして、社会への復帰に備へての諸施策を進めてまいりたい、かやうに考えております。

○淡谷委員 大臣予算委員会のおうへ呼ばれてゐるやうですから、要項だけひとつお聞きしますけれども、一つの問題は、患者が数もだんだん少なくなつてくるやうだし、特定のところに場所を限つてゐるものから、外部からしない内部でいろいろ治療をやつてゐますね。この治療をやるのに、看護婦とかあるいはお医者さんとかでなくて、患者同士やらしてゐるところもまだ相当あります。しかも看護のために非常に安い賃金でやつてゐるという例が、まだ相当ありますね。それから、いろいろ看護の方法なんかやつてゐるやうですが、あまり低額です。この間、私は偶然な機会から患者自身が書いた論文を読みました。これによりますと、実に読むにたえないやうな悲惨な状態がいまでもある。御承知のとおり、あの病氣は手の指が麻痺します。これはまことにびろろな話ですが、一番困るのは、便所に入つたときださうです。一休ふいてゐるのかふいてゐないのかわからぬ。そのために紙を何枚も何枚も

使って、どうなっているかわからぬくらいということまで、これは正直に書いています。しかも、なおよくとれない。そのために、しよつちゅうべたべたするのが不愉快で、何よりもふろへ入るのが楽しみなんだが、そのふろへも一週間に一回しか入れない。これはこの人たちの切実な訴えなんですね。あと一息で、こういう人たちもだんだんいろいろな外部からの遮断された形もなくなるでしょうし、社会復帰の日もあるでしょうけれども、そこらまでひとつ、苦勞の経験の豊富な鈴木厚生大臣ですから、そういうところまで手の届くような施策をやっていた方がいい。それから同時に、この病気の因果なことには、なおつても後遺症が残る。病気がなおつてもかたわは残る。したがって、長い間の社会の一つの慣習によって、社会復帰をしましてもそれはさらわれるのです。一たん出てみても、やっぱり帰ったほうがいいと帰ります。したがって、あの病気の性質や今後の社会復帰に備えて、この際、人数は少ないのですから、格段な予算も必要はないと思いますが、そういう行き届いた御配慮をお願いしたいと思います。その点ははいかがでございますか。

○鈴木国務大臣 私は先般沖繩に参りました際に、ハンセン氏病の方々の病院にお見舞いに総理にかわまして参ったのでありますが、短時間で、親しく患者の人たちの御要望なり意見なりを聞くことができなかった。先般衆議院の予算委員会の分科会で山花さんから、ぜひ一べん施設を見て、そうしてはだでもつてこの方々の生活に触れてもらいたい、また要望を聞いてもらいたい、こういうお話がございまして、私も、予算が上がりますればできるだけ早い機会に東京近郊のそういう施設を見て、そうしてその方々のなまの御要望なり御意見も聞きまして、いま渋谷さんが御提案になりましたような問題につきましても十分検討してまいりたい、こう考えております。

○渋谷委員 これはもうなかなか訴えることにも機会のない人々でございますから、その点は進んでやはりお世話を願いたいと思います。また、この養護——養護よりは看護ですがね、これなども、不自由な患者同士がやっていると、これは、相当困った問題が起こっているのです。どうぞ十分御配慮をお願いしたいと思います。

なお、この問題で私、一つひかかっているのがあるのですが、いまの毒薬の問題じゃありませんけれども、去年私、この委員会に質問しました軍人恩給の問題なんです。病気が出る前に軍隊へ入っていった人が、戦争から帰ってきてから発病しまして、それから遺族年金などの申請をしたのですが、去年で大体三、四年たつておつて、まだ切りがつかない。だんだんこれを聞いてみますと、それはハンセン氏病の場合は十分その対象になるから、手続から漏れるはずはないというのですがね。どうもこれはまだ解決がつかない。これは援護局なりあるいは恩給局なりでどうなっているのか。名前をはっきり申し上げますが、中田常蔵という人です。

○奥本政府委員 いまお尋ねの件、確かに昨年の三月の委員会でも承ったわけですが、これは遺族年金というところで援護局のほうからいろいろお答え申し上げたわけでございますが、その後よく調べてみますと、これは軍人恩給の請求になっておりまして、恩給局のほうに私のほうから連絡を申し上げておりました。その後の関係につきましては、いま恩給局長見えておられますから、恩給局長から……。

○矢倉政府委員 ただいまの件についてお答え申し上げます。確かに昨年の委員会でも先生からの御質問がございまして、中田さんの傷病恩給につきましてもどういふうな処置になっているかというお尋ねがございまして、この件につきましては、御承知かと存じますが、一応傷病恩給の請求がございまして、そうしてその実態が、いわゆる軍を退職されてからかなり長期になりましてハンセン氏病が治療されましたので、したがって、この件については、御承知のように、傷病恩給は公務による相当因果関係ということが一つの課題でございます。

で、この相当因果関係があるかどうかということについての判断が、結局その公務との因果関係が明確に認められないということとひとまず棄却されたわけでございます。その後具申をされまして、その具申に対してはさらに棄却になりました。また再び審査請求の要求がございまして、これにつきましては、本年になりまして、やはりこの審査の要件が認められないということで棄却になっておるのが現状でございます。

〔齋藤委員長代理退席、委員長着席〕

○渋谷委員 棄却になったのは何日ですか。

○矢倉政府委員 本年の二月でございます。

○渋谷委員 これは去年の三月三十一日の速記録を持ってきておりますが、本人からまだ棄却に言ったと言っております。また恩給局のほうでも、私が行ったとき、早くきめよう、これは事情を聞いてみれば理由もあるから、十分審査をいたしますと約束してあります。これは公務かどうかという点とですが、昨年私の質問に関連しまして河野委員からのお話でありますが、入隊する場合は、ハンセン氏病の傾向があるとこれは入れないんです。ですから、軍隊へ入る前にはかかっていないことは事実じゃないかということ、確かめられております。潜伏期間が十年ない十五年かかるといふことは、鈴木政府委員が答えておる。しかも南方その他に非常に多いハンセン氏病患者、感染の可能性が十分あるから、ハンセン氏病の場合はこれは入るんだというところはつきり答えておるんですがね。援護局はそういうふうな考えを持っています。恩給局が別な結論になるというところは、私はどうも納得がいかない。しかも何年かかるといふか、この審査を全部やるのに。あの療養所に入っている手足の不自由な患者が、棄却されても次々と出してくるというこの心情をお察しいただければ、もう少し親切な、受情のある処置をとられていいんじゃないですか。棄却になったことは私は初めて聞きますがね、けしからぬ話だと思う。その点はどうですか。

○矢倉政府委員 ただいまの件につきましては、確かに先生のお話のごとく、中田さん個人としては私たちが十分御同情も、また気の毒だという感じは持っておるわけでございますが、この傷病恩給の請求書は青森県に三十三年に初めて提出されました。その請求書が厚生省經由の上で昭和三十四年の六月に恩給局に受理されました。これに對しまして、三十五年の五月に公務否認の理由で棄却されておるわけでございます。次いで三十五年七月に異議申し立てをされまして、その異議申し立てに對しましては三十五年八月に棄却になっておるといふうな状況で、この審査につきましましては、恩給局としましては、經由庁の関係もございまして、できるだけこの措置を早めていくという点も必要であります。また反面、実はハンセン氏病につきまして、どの程度に公務との因果関係を認めていくかという点が、それぞれについて一件一件慎重な審査を要するところでございますので、したがって、再度の審査請求につきましては、恩給局の顧問医の何回もの鑑定を受けつつ、実は最後には恩給審査会の議を経て一応本件のごとく請求が棄却されるというふうな状態に相なったわけでございます。

○渋谷委員 大体申請してから八年ですよ。八年の間、いろいろなところでも問題になり、しかも恩給局自体が言っているじゃないですか。気の毒なことなんだけれども、いまの法令じゃどうもそういうことならば、法令を変えるのが正しいんじゃないんですか。八年間黙って待つておつたものをすげなく断つてしまふということ、これはどうですか。去年ここでもつた各委員の質問、私自身やつた質問は全然認められていない。援護局、どうなんですか。あなたは、ハンセン氏病は入ると言ったじゃないですか。ちゃんとあなたの方の言ったことが書いてある。ところが恩給局は入らないと言つておる。同じ国家の施設が、ハンセン氏病という特殊な病気に対して、一方は棄却、一方は容認というように百八十度違うということ

で、この相当因果関係があるかどうかということについての判断が、結局その公務との因果関係が明確に認められないということとひとまず棄却されたわけでございます。その後具申をされまして、その具申に対してはさらに棄却になりました。また再び審査請求の要求がございまして、これにつきましては、本年になりまして、やはりこの審査の要件が認められないということで棄却になっておるのが現状でございます。

は、一体どういうことになりますか。

○実本府委員 援護局のほうで扱っておりますケースといたしましては軍属の場合が多うございまして、いままで取り扱いました軍属のケースにつきましても、潜伏期間が長いという問題はござい思いますが、一応私たちの判定の結果としては、大体認定が行なわれておるといったような状態でございます。ケース、ケースによって違うのではないかと、こう考えられます。

○淡谷委員 次官にお伺いをいたします。

いまお聞きのとおり、ケース、ケースで違ううだけれども、軍属のほうは入るんです。片方は軍人です。しかも気の毒なこと、ハンセン氏病になって、帰ってきて国立の療養所に入っているのです。原因が同じならば、これはこういう違ったケースで処断されるということはおかしいじゃないですか。どうなります。

○佐々木(義)府委員 この問題は、先ほど来説明がございましたように、やはり公務に基づく相当因果関係ありやなしという認定の問題でございまして、原則といたしましては、お話しのようにハンセン氏病の潜伏期間が長いということからいえますれば、これは公務に基づくものであります。ケース・バイ・ケースの認定によりまして、それは違うという認定が下った場合には、なかなか判定がむずかしいのじゃないか、こういうふうな考えです。

○淡谷委員 恩給局に伺いますが、いまお聞きのとおり、援護局では、軍属の場合でも、多少の違いがあっても一応ハンセン氏病は認めると去年も言っておる。中田君の場合、どこが違うのです。ケース・バイ・ケースと言わなければならない。入ったときには発病してないで、帰ってきてから発病して、国立の療養所が療養を加えているのです。このはっきりした事実があるのに、どうしてこれは入らぬのですか。

○矢倉府委員 ただいまの先生の御発言でござ

います、実は援護局長の答えましたことと恩給局の取り扱い関係は、先生お話しのようなそれほど大きな違いはございせんとして、公務に基づくかどうかというこの認定のしかたというものは、軍属の場合にも軍人の場合にも、考え方としては、ケース・バイ・ケースと申されておりますのは、結局相当因果関係があるのかどうかというこの認定が、実は一つのケース・バイ・ケースの関係になるのでありまして、したがって、恩給につきましては、いわゆる戦地でこのハンセン氏病に罹られたような場合とか、あるいは退職後比較早い時期にハンセン氏病が発病したような場合におきましては、やはり公務性という問題の認定のしかたがかなりはっきりと出てまいりました。先生御指摘のごとく確かにその潜伏期間の長さというところが問題ではございすが、一応どの程度においてその相当因果関係を認めるかということが、認定のしかたになって出てまいることかと考えます。

○淡谷委員 これは一人のことですが、その一人の不幸が非常に深刻なものがあつた。特に去年の鈴村府委員のお答えでは、こういうことをはっきり言っているんです。「ハンセン氏病について、どの程度にこれを公務として扱ってやるか」という問題でございすが、事変地とか戦地勤務期間が相当長くて、そうして在職中あるいは退職後比較的短い期間に発病しております場合には大体公務的な傷病ということに扱ってやる次第であります。」とはっきり言っておる。軍属の場合にそうであるものが、戦地へ行っているときにはハンセン氏病ではないが、帰ってきたら発病しているものがどうして認められないのか。それでは、戦争そのものは公務じゃないのですか。あれは私の用事なんです、金もうけなんです。あれは私と戦争くらい大きな公務はなかったじゃないですか。いやでもおもうでも引っぱっていったでしう。そうして向こうで戦ってきて、帰ってきてハ

ンセン氏病になった。それが八年間も投げておかれて、おまえは公務性が怪しいなんて、そんな冷酷な話がありますか。

○矢倉府委員 ただいまの先生の御指摘でございしますが、われわれも、先ほどお読み上げいただきました鈴村府委員の答えと同じような判断で、このハンセン氏病については見ております。ただいま厚生省の側の御意見を伺いましたところ、軍属の場合にもほとんど在職中だそうでございまして、私のほうのこの問題は、すでに退職後、実際にこのハンセン氏病としての診断は、国立松丘療養所に入所されて昭和二十九年にこの診断を受けられたというふうに出ております。

○淡谷委員 それはしかし、おかしい話ですよ。この病気の性質からいって、初めのうちはなかなかはっきり言わないのです。隠しておくのです。しかも五年ないし十年間の潜伏期間が認められる。ある場合にはもっと長いだろうといわれておる病気が、診断を受けて、それでその診断でそうだとときまつたときが発病という考え方が一体正しいのですか。まだ戦争が終わって二十年でしう。しかも入ってから何年になると思つたのですか。申請してからでも八年じゃないですか。恩給局というものは、あの戦争に引っぱつていかれた人たちの境遇、特にハンセン氏病という特殊な病気がかかっておる人を、もう少しあたたかい目で見てやる必要はないですか。私は、棄却されたということは最初で知りました。これで全く血も涙もない処置と言わざるを得ない。八年間家族は黙って待っている。本人はそれを憂配して、中ではしつこくうきをもんでいる。しかも八年間です。少しくらい怪しいところがあつても、事情を酌量したら適用していくのがほんとうじゃないですか。それを、このとおり戦地へ行つたことも確実です、発病したことも確実です、入隊したときはハンセン氏病でないことはわかつている、このはっきりした事実があるのに、多少法律がどうだとかこうだとか言っておいてこれを棄却するという態度は、私は少なくとも恩給法とい

うものの基本的な観念とは相当逸脱しておることだと思つたが、あなたに幾ら言つてもしうがないでしうから、これはまとめて時を待ってやります。私はおさまりません。

○河野(正)委員 関連。いま局長のお話を聞きまして、診断が確定した日が初めて発病したときだ、こういうふうな認識を与えるような御発言でございまして。しかし、たとえばこのハンセン氏病でなくて、胃ガンなら胃ガンにしても、長い間疑いでいる場合もございまして。そうして一定の時期に、いよいよこれは胃ガンだったというふうな認定なり診断の確定が行なわれる。診断の確定が行なわれたときに初めて発病の時期かといふと、必ずしもそうじゃない。ですから、私は、いま淡谷委員と局長との間でいろいろ問答がなされましたが、静かに伺つておいて、どうも局長の御発言は非常に非科学的な印象を与える御発言であつて、これは淡谷委員も納得できませんが、特に私は医者でございまして、医者である私はなおさら納得できない。これは診断が確定したときが発病じゃないのです。少なくとも疑いがあつて、そして確定をするということになれば、当然疑いが起つたときから発病なんです。ところが、その診断が確定した日から発病である、それがよくおつておるから、これはどうも認定することが、裁定することが疑わしい、こういうことでは全く――それはまあ、その方面にかけては必ずしも淡谷先生は、農政について詳しくはあつても、その方面の権威者であるとは言われぬかもしれぬけれども、しかし、私も実際科学に携わる立場から聞いておると、これは納得できない。特に恩給認定というものは、非常に科学性に立脚しなければならぬわけ。そういうような四角四面の文章によつて、法律によつてこれは適用すべきじゃないので、やはりその根拠に流れるのは科学性だ。そういう点から見ても、どうも局長の御発言はわれわれ納得するわけにまいりません。ですから、そういう認定の根拠というものが、要するに診断の確定した日であるのか、あるいはまた、疑いがあれ



ばそれへさかのぼるべきものであるか、この点はやはり明確にしてもらわなければいかぬ。

○矢倉政府委員 いただいた先生の御指摘でございますが、実は私は経過として申し上げましたように松丘療養所にお入りになって、そのときに正式にハンセン氏病という認定を受けられたわけでございます。御本人は、その以前にやけどしたときに痛さを感じなかったというふうなお話がございます。その以前の状態というものが、実は御本人の出された書類だけでは明確ではございませんでした。したがって、その御本人がいつこのハンセン氏病になられたかという点については、現在お出しになっておられます資料だけでは判断が非常にしにくいのでございます。そこで私たちのほうでは、一応認定のしかたをいたしまして、戦地において発病された、あるいは退職後比較的早い時期に御発病になったという場合には、これはもう公務という見方をしていくべきだと考えておるわけでございます。したがって、本件のごとく、かなり長期にわたりました点につきましては、われわれのほうでは、裁定庁として恩給局でまず実は明確な経路がはっきりいたしませんので、一応私たちとしては請求を棄却するという裁定をいたしたわけでございますが、この件につきまして、先生の御専門の立場からいろいろ御意見もありかと思いますが、われわれのほうも、実は私たちのようないわゆる事務屋だけの判断では決して正当な判断に到達するとは思えませんので、そこで医学的な所見というものを専門医の方々にお願い申し上げますとともに、今日の一応の制度の実態をいたしまして、そういった行政の判断に誤りというものがかりにあるということになれば、それは当人にとつてまことに実は御迷惑なことになりますので、この件につきましては、御承知のごとく恩給審査会の議を経るというところに相なっておりますので、その恩給審査会の結論が、同じく本件のいわゆるハンセン氏病に関する問題としては公務性が認めたいという認定に達したわけでございます。

○河野(正)委員 これは国会の論議ですから、私も、いま局長がおっしゃったことに対して疑問を持っておるわけですが、しかし、局長としてはそういう疑問に対しては答えなければならぬという義務があると思うのです。そこで私もその点に対してのお尋ねをしておるわけですが、いまの局長のお話を聞きますと、審査会等に通じて局のほうからそれぞれ資料が出されたと思うのです。その際の資料の出し方にも私は問題があると思う。私もいま局長の話を聞いて疑問を抱いておるわけですから、そういう疑問を抱くような資料の提出のしかたにも私は問題があると思う。中身は私にはちよつと承知いたしません。ですけれども、少なくともこの席上での論議の中では、私も疑問を持たざるを得ない。というのは、やはり診断が確定した日が発病日であるかのような印象を与える答弁がなされておるわけですから、私もそれはそれらについては納得がいかないという事柄でございます。やはり診断日が発病日だという断定によつてこの問題の裁定の可否が決することになれば、それはまことに一方的だと思ふのです。ただその発病の時期というものが本人の供述書だけではどうにもならぬということだけ、裁定に対して否認をされるということはいかなるものであらうかというように私も思ふのであります。そこで、やはり淡谷委員もいろいろおっしゃっておるわけですが、私も疑問を持つ。それはやはり、いわゆる病名が確定した時点が発病の時点だというふうな断定には、私は問題があると思ふ。そこで私は、診断を受けて病名が確定されたというならば、そのハンセン氏病がいつから起こってきたかという点について、もう少し血の通った調査というものがあらうと思ふのです。やけどがどうだこうだという御発言もございましたが、発病したことはもう現実の事実ですから、したがって、要はいつから発病したかということが非常に大きな問題になるわけですね。単に患者の発言なり患者の供述書というものが不十分だということだけで否認されるということは、い

かなるものであらうかというように私も申し上げておるわけですが、そこで、局長のお話の中にも審査会云々がありましたけれども、やはりいま申し上げておきますように、局長の御発言については私も疑問を抱く、あるいは疑問を抱くような資料の提出のしかたでは、やはり審査会においてもいろいろ誤った裁定というものが行なわれるを得ないだらう、私はこういうふうな疑問を持つわけですが、この問題については、淡谷議員が長年かけて取り上げておる問題でございます。深く、それは深刻な問題だらうと思ふのです。深刻な問題でなければ、たびたび国会でなんか取り上げる必要はないと思ふ。それは深刻な問題であり、しかもハンセン氏病になったという点については、確定的な事実ですから、したがって、このハンセン氏病はいつから起こってきたかという点についてももう少し血の通った調査というものがとらるべきではないかというふうに考えますが、その点いかがでしょうか。

○矢倉政府委員 確かに専門の立場での先生の御意見、私たちはありがたく拝聴いたしておるわけでございますが、実は恩給請求は、先生も御承知かと存じますが、御本人がこういう時分には戦地における勤務に関連して傷病が起つていて、いうことで請求をなさいます、その請求を待つて結局その認定がなされた上で恩給権があるかどうかをきまってくるわけでございますが、その個別の請求をなさるときに、御本人はこれこれの事情であるというその事情の説明、それから関係の資料というものを添えになります、そうして非常に多数の件数がございますので、恩給の裁定につきましては原則として書類の審査という形になっております。したがって、お出しになりましたいろいろな資料というものをものといたしまして、この経過書を拝見いたしますと、たとえば斑点が出てまいった、あるいは知覚が鈍麻してきいた、そういう時期をお出しになっておりました、それについて御本人の御主張があり、そうしてそれについての資料というものが、本件の場合にはこ

ういうふうな認定をしていくという点について、御本人の御主張は確かにいつごろということになるのでございますが、書面の審査ということになりますと、やはりそれをある程度裏づけてくれる資料を実は私たちのほうでは求めるわけでございます。こういう点につきまして御本人のいろいろな資料というものは、全部お出しになりましたものを、私たちは決してそのうちの部分を抽出するということではなしに、恩給審査会には全部関係の書類としてお出しをし、そうしてそこで関係の先生方の御意見によつて公務性を是認するかどうかという決定をいたしておるわけでございます。

○河野(正)委員 関連ですから、たびたびは申しませんが、いまの局長の答弁を聞いておりますと、まことに機械的な、事務的な答弁だと思ふのです。実は私も召集されて外地に長いこと行つてまいりました。そうして終戦後復員してまいった一員でございますが、いまのような御答弁を聞きまして、ほんとうに外地で生活した人たちなんかは全く納得するわけにはまいらぬと思ふのです。というのは、そもそも召集された当時の状況なり、また当時の国民の持つておられます感情から言つて、とにかく復員して傷病恩給をもらおうとか、あるいは年金をもらおうというふうな感情を持つた人はほとんどおらなかったと思うのです。また、特に今度の第二次大戦というものが勝つてくさというところになれば、これはまた別でいけれども、特に敗戦という非常に混乱を控えてまいつております。そういうことで、軍側も当然整えるべき書類についても整えることができない、あるいはまた、実際に召集を受けた方あるいは軍務に服した方も、当然整えなければならぬ書類にしても整えることができなかった、あるいはまた、留守隊のほうに送付することができない、こういういろいろな複雑な事情がある。ですから、いまのような局長の答弁では、特に今度の負けいくさに参加をして非常に大きな犠牲をしいられた国民に

とては、全く納得いかぬだろうと私は思うのです。いまの答弁は、当時の軍の状態を全く無視した、全く機械的な、事務的な答弁だというふうには私は理解したい。その証拠に、私どもは今日に至るまで、かつて軍隊に服務をし、また内地に帰ってまいりまして戦病死した、あるいは在郷死したというふうな方のいろいろな苦衷を、われわれは数限りなく訴えられておる。ところが、そのほとんどが、いまのような全く官僚的な、機械的な、事務的な恩給局の措置によって、何らその人の犠牲というものが報いられない。こういう実情というものが、私の知っておる範囲でもかなり多い。だから、全国的に見たらおびただしい数だと思ふのです。その一例が、いま淡谷委員が取り上げている具体的な一例だと思ふ。ですから、なるほど局長のおっしゃるような書類審査の面について、私どもは全然無視するものではありません。わかぬわけではありません。ですけれども、少なくとも応召してあの過酷な軍務に服務をして、そして生活上の環境の変化も急激でございましたし、あるいは当時の軍の栄養状態から申し上げても、これは非常に体力を消耗するような実情にあつたろうと思ふ。そこでいまのような事務的な、官僚的な、機械的な処理では私は納得できません。要するに泣き寝入りせざるを得ない国民というものが非常に多いということを、私は身をもって痛感いたしております。ですから、なるほどそれを整えなければならぬということは、これはお役所仕事、公の仕事ですからわかります。しかし、それにはいま私が申し上げるような背景というものを、十二分にしんしゃくされる必要があると思ふ。審査会の人、そんなことを知りません。審査会の人、専門家ではあるかもしれぬけれども、ほんとうにそういう背景を御存じであるかどうか、私は大きな疑問を持っております。審査会の人、私の言うことが無理だとおっしゃるならば、一べん国会に来てもらつて論議していいと思ふ。非常に無理があると思ふ。だから、ある程度その辺の事情というものを勘案して裁定を行う

なわるべきだ。その意味で恩給局長の答弁は非常に間違ひだと思ふ。全く冷酷無比な感じを持たれるだろうと思ふ。関連でですからあえて申しませんけれども、そういう背景のあることを御承知の上で、これらの問題、いま具体的に御指摘でもありましたけれども、そういうものもろの問題については、十分ひとつ配慮を願いたいということをし添えて、一応私の質問を終わりたいと思ひます。

○淡谷委員 私はこれ以上恩給局長とは議論したくありませんけれども、このあげました例は最もひどい一つの例であります。まだまだあります。恩給局というのは非常に恨まれています。いまの調子がこのまゝいくなれば、戦地へ行った人だけでなく、いろいろこの後の処置について私は不安を感じます。このことは、あらためてさらに別な資料で責め立てるのはたくさんありますから、そのことをはつきり申し上げておきます。私には承服できません。

それから農林省の方、たいへん御退屈でしたしょうが、いまのわれわれのやりとりを聞きまして、ひどいこともあるものだという感じを持つただろうと思ふ。厚生省のほうは、同じような感じを農林省の問題で持つておる。これは毒性がわかつておりながら、またこれだけたくさん出る米に毒性のある薬を散布するという時期なんです。が、いまとめるのと秋とめるのとでは非常に被害の度合いが違ふことは明らかだと思ふのですが、農林次官、その点で、水銀剤並びにこれに類する薬品について、農林省としてのお考えをはつきり出されるのはいいですか。

○和田(正)政府委員 水銀剤をいもちに使用するのをとめるのはいつかという御意見であります。が、御承知のように、昭和二十七年ごろからいもちの対策として水銀剤、酢酸フェニル水銀剤が有効であるということがわかりまして、その後の使用量が逐次ふえてまいりましたわけでありますけれども、毎年のいもちによります稲の減収量というのは、先生御承知のとおり、非常にいもちの大

発生をいたしましたときの平年七十万トン余り、氣候条件がよろしゅうございまして減収いたしましたときでも、二、三十万トンといういもちによる被害があるわけでありまして。日本の米は、言うまでもなく国民の必要な食糧でございまして、やはりいもちをどのように防除するかということ、食糧需給の面からも、農政面からも基本的には大問題であらう。先ほどアメリカのお話も出しましたけれども、私も考えますのに、アメリカのようにならな国士を持つておりますところと違ひまして、国民一人当たりの平均的な土地の面積も著しく低い日本のことでございまして、やはり反当収量というものは、食糧の需給面から相当重大な意味を持つておると私は考えざるを得ませんので、今後やはり、いもちの防除対策というのは、農林行政上欠くことのできない非常に重要な課題になるだろうと思ひます。現在、水銀は二つの面で、一つは残留毒性の問題として、一つはそれ自身を使用いたしますことに伴いますいろいろななかぶれ、そういう二つの面で問題がございまして、これに後段のかぶれその他の問題につきましては、使用の際の取り扱いの注意とか、そういうことを厚生省とも協力をいたしてまいりましたので、年々そういう取り扱い上の過誤による事故というのは非常に激減をいたしておるわけであります。一方、水銀が農薬として扱われました場合に米の中にどの程度入るかという問題につきましては、三十一一年ごろからいろいろの研究をいたしてありますが、一〇〇の水銀をまいたといたしまして稲の原体に付着するのはそのうち一〇％、さらにそれが稲の体内に吸収をされていきますものが、そのうちの半分でございましてから約五％、それが種もみの米の粒の中に入ります場合にはさらにそれの五％ということで、〇・二五％というような数字になってまいります。先ほど十一万トンという水銀の使用を昨年も対策としておるといふことを申し上げましたけれども、水銀の原体として米の収量等から換算をいたしますれば水銀の中に

入っております量はごく限られたもので、アメリカが現在採用しておりますような分析方法では、ほとんど残留水銀の分析もできかねるような数量でございまして。と申しましたも、それが長い間国民の体内に蓄積をしていくということがあれば問題があるということでございますので、厚生大臣も先ほどお答えになったと思ひますが、残留毒性の基準を厚生省のほうで早急におつくりをいたしたくということももちろん必要なのでございまして、けれども、私も、でき得る限りにおいてその切りかえということを考えておるわけでございまして、水銀剤にかわるいもち対策の有効な薬品は、三十九年ごろからいろいろ努力をいたしまして結果開発をされまして、現在五種類が登録をされております。そのほかに現在三、四種類のものが開発をされておりますが、それが、いもちに対する効果がどの程度あるかということ現在判定いたしておる段階でございまして、まだ販売をさせるところまでは至つておらないわけでございまして。ですから、米がいますぐ直ちに害を及ぼすということではなくて、長い間蓄積をされれば問題があるということでございます。また他面、いもちの農政上の対策というのはいち早く重要な問題でもございまして、でき得る限りなるべく早く水銀剤にかわる低毒性の農薬の開発を今後とも積極的にいたしますけれども、本年直ちにこれの使用の禁止をいたすというようなことをいたしますと、やはりいもちの防除対策が、本年に関する限りは十分にはできない現在の生産量でございまして。したがって、私どもとしては、現実には長い間いもちを食ふべしということが人間の人体にも影響もありましようし、それからさらに、それを使用することによるかぶれ等の事故も事実あるわけでございますから、先ほど米政務次官からもお答えを申し上げておりますように、切りかえることそれ自体は積極的な努力をいたしたいと思ひますけれども、ただ、本年直ちに水銀剤の使用を禁止するという措置は行政措置としてはとりがたい、こう思ひます。

○淡谷委員 これはたいへんな答弁をあなたにされていきますよ。日本の農家が全部残らず水銀を使っているならば、あなたのような話になる。使っている農家と使っていない農家とあるでしょう。それを全部の米の生産量に平均して答弁しようなんというのは、少しあなたはずうずうしいですよ。特に、これじゃ私は厚生省はおさまりぬだろうと思う。この間の答弁では、玄米の含有量は〇・一とばかり言っている。そんな数字の上で平均してみたり、割ってみたりなんかして害がないなんと言いが、現に害があるということはこの間はずうずうしいのです。しかも将来これはとめることもあるだろうというならば、ことしからもう方向をきめなければだめなんでしょう。この猛毒性の水銀剤じゃない、いもちの予防薬は、まだ発見されてはいないのですか。いないならばやはり発見するほうに重点を置くべきであり、いるならばそれに切りかえるべきだと思う。

○和田(正)政府委員 私が先ほど申し上げましたことを、先生若干誤解されたのではないかと思えますので、もう一度申し上げますが、私は、米に含んでおる水銀の残留量が総農家や総収穫量でどうこうということをお願いしたのではないかと聞いて、いもち対策として、非常にいちはち稲の減収を来たす、そういう意味で、やはりいもち対策というのは農政上重要な問題でございまして、このことを一つ申し上げたい。

もう一つは、厚生省からも答えたと思えますが、私どもの、アメリカで使っておる方法でない分析方法を使いますれば、〇・〇二PPMという残留性があることは承知をいたしております。PPMと申しますのは百万分の一ということでございますから、私申し上げましたように、そう多いものではないということは事実でございます。ただそれだけで、だんだんと蓄積をしていけば問題があるという事実を、私も否定を申し上げたわけではございません。ですから、切りかえる努力はやりまして、いろいろ試験研究等も進めて、現在販売している、水銀剤でないいもち対策の薬が四

種類あります。それ以外にも三種類ほど近く開発されたので、その薬害とかあるいはいもちに対する効果というのを現在検定をしておる。その検定が終わりましたから、それが有効だということになれば販売の許可をすることがなるだろうと思えます。ただ、いづれにいたしましてもまだ開発の時期が浅いので、本年予想されましてもいもち病対策の農薬として、新しい薬だけですね、それを満たすような設備にまだなっておりませんので、それに対しては開発銀行の融資のあつせんをするとかその他の措置をとって、できるだけこの一、二年のうちにそういう新しい農薬に切りかえる努力はいたします。ただ、とりあえず本年においては、いもちの段階には水銀剤を使わなければならぬ状態だと思えますし、収穫の時期が近づいて低毒性の農薬が使えるような措置をいたしますということをお願いいたします。

○淡谷委員 何だかわかりませんが、結局いもちを退治しても、そのとった米が、ことしはいいとしても、また悪くなるのだというあなたの結論でしよう。毒米を生産するために一生懸命病害駆除をしていこうというものは、さっきも言ったとおり値段が安いからですね。だから、本気になってやれば、まだまだ農家が自発的に毒性の低い薬を使いますよ。米なんというものは農政局も食べるのですから、あまりのんきにしないで早くその対策を立ててもらいたい。百姓のことだなんて思っておったら、やはりあなたの方自体の問題になりますからね。特に日本のごときの食糧事情にみても、非常にこれは真剣にやっていた方がいい問題なんです。農林次官、その点をひとつ十分考えていただきたい。さっきの恩給局長の話といい、

いまの農政局長の話といい、大体これでよく健康保険法の改正案なんか出すものだというぐらいい環境衛生に対する配慮が乏しい。このことだけはつきり申し上げまして、私きょうの質問を終わります。

午後四時九分散会

○田中委員長 次会は明二十四日午前十時より開会することとし、本日はこれにて散会いたします。