

第七十一回国会 社会労働委員会 議院 議 録 第二十号

昭和四十八年五月十日(木曜日)

午前十時三十分開議

出席委員

委員長

田川 誠一君

理事

伊東 正義君

理事

橋本龍太郎君

理事

川俣健二郎君

理事

寺前 巖君

小沢 辰男君

加藤 敏一君

瓦 力君

斎藤滋与史君

田中 覚君

戸井田三郎君

羽生田 進君

枝村 要作君

金子 みつ君

田口 一男君

多賀谷眞穂君

山本 政弘君

田中美智子君

坂口 力君

和田 耕作君

出席國務大臣

厚生 大臣

齋藤 邦吉君

郵政 大臣

久野 忠治君

出席政府委員

總理府總務副長

小宮山重四郎君

公正取引委員会

吉田 文剛君

事務局長

環境庁企画調整

局長

大蔵省主計局次

長

吉瀬 維哉君

厚生大臣官房会

計課長

木暮 保成君

厚生省公衆衛生局長 加倉井駿一君

厚生省医務局長 滝沢 正君

厚生省業務局長 松下 麻蔵君

厚生省社会局長 加藤 威二君

厚生省児童家庭局長 穴山 徳夫君

厚生省保険局長 北川 力夫君

社会保険庁医療保険部長 江間 時彦君

郵政政務次官 鬼丸 勝之君

郵政省人事局長 北 雄一郎君

労働省労務局長 石黒 拓爾君

大蔵省主計局主計官 渡部 周治君

厚生大臣官房企画室長 岸野 駿太君

社会労働委員会調査室長 濱中雄太郎君

委員外の出席者

大蔵省主計局主計官 渡部 周治君

厚生大臣官房企画室長 岸野 駿太君

社会労働委員会調査室長 濱中雄太郎君

委員の異動

五月九日

瓦 力君

戸井田三郎君

補欠選任

小山 長規君

高見 三郎君

同日

瓦 力君

戸井田三郎君

補欠選任

小山 長規君

高見 三郎君

同日

瓦 力君

戸井田三郎君

補欠選任

小山 長規君

高見 三郎君

同日

瓦 力君

戸井田三郎君

補欠選任

本日の会議に付した案件

連合審査会開会申し入れに関する件

健康保険法等の一部を改正する法律案(内閣提出第四七号)

○田川委員長 これより会議を開きます。

健康保険法等の一部を改正する法律案を議題とし、質疑を行ないます。

質疑の申し出があります。順次これを許します。

山本政弘君。

○山本(政)委員 健康保険法の法案の提案の理由について、政府のほうは医療保険制度の充実ということをうたわれている。そして法案の提案の理由の説明については、関係審議会の意向を尊重する、とこういっております。

ところが、社会保障制度審議会の答申を見ますと「今回諮問された案は、従来たびたび示されたものと同じく、単に保険財政における総支出と総収入のつじつまあわせの程度以上に、ほとんど出てはいない。」というふうに出ておられる。しかも給付の面については次のように指摘しております。それは「家族療養費の給付割合は、昨年の諮問のとおり七割に引き上げるべきである。高額医療に対する負担軽減の措置はよいとしても、これが在来のような各種の公費医療の肩代りにおわることは好ましくない。また、国民健康保険の場合、三カ年計画で実施するということは、国民の期待にそぐわないから繰り上げて実施することとを配慮されたい。」「支払い方式については、患者の便宜をはかるため、今後とも一段と工夫を進めるべきである。」というふうに出ておられます。そして社会保険審議会にも同様な趣旨がうたわれておると思ひます。

しかし現実に出された法案というものは、一体

どういうことになっているかというところ、こういう社会保障制度審議会並びに社会保険審議会の趣旨というものを十分に反映をしていない形になっておらぬ。つまり政管健保における赤字のつじつまを合せているのではないだろうか、そういうふう

に感じるわけでありませう。政管健保の赤字発生の原因は一体何かということについては、私はこの前の改正のときにも指摘をしたと思ひます。

それは被保険者集団の平均の所得水準あるいは平均標準報酬というものが相対的に低いということがあるだろう。もう一つは、被保険者集団の年齢構成、五十五歳以上の被保険者の構成割合、組合健保と比べても年齢が高いのじゃないか。したがって、医療需要が年齢の高まるにつれて急速に高まる傾向にあるだろう、これはもう皆さん方周知だと思ひますけれども、まあ財政対策というのは、こういう二つの赤字発生の原因に対して適当な考慮を含んで初めて安全性を確保することができるとは思ひます。ところが、こう思ふのです。しかし、現実にはそうはなっております。

そこで伺ひたいのは、大臣は、健保、年金についての全国保険・国民年金課長会議において俗論だと、こういうふうに出ておられる。われわれの批判に対して、俗論に惑わされるというふうな意味の発言をされておられる。しかも、保険局長も「医療保険改正で三度目のチャレンジができることは幸せだ。」というふうに出ておられる。これは「三度挑戦する健保の春はまだ遠い、全知全能を傾けて努力する。」という言われている。とすると、まず大臣にお伺ひしたいのですけれども、私どもの批判というのが俗論であるとお考えになつておられるかどうか、その点、まずお伺ひしたいと思ひます。

○齋藤國務大臣 私どもが今回提案いたしました法律案は、昨年、おととし二度提案いたしました法律案は、すでに先生御承知のように、完全

なる財政対策だけであつたわけでございます。私も、こういう財政対策だけをお願いするということにつきましては、過去二回廃案になりました。ききさつ等もございまして、こういうふうな財政の問題だけを取り上げた健保法というのは、やはり国民の要望にこたえてない。やはりこの際、給付の改善というものをやるのが筋ではないか。特に昨年来の福祉優先の政治を要する国民の声というものがございまして、やはり福祉という面から考えてみれば、給付の改善ということを中心として、それとにらみ合わせて、財政が苦しいその原因は別といたしまして、財政というものをこういう考え方で考えていくべきではないかということ、御承知のようにいままで手をつけることのできなかつた家族給付について、五割を六割にし、高額療養費というふうな問題あるいは分娩費等について、実際に合わない、そういう問題を解決し、それと見合せて財政問題を御検討いただく。その財政問題を考えるにあつては、中小企業というものを対象としておりますために、基盤が脆弱だから、この際思い切つて国も補助を出すべきではないか、しかも定率の補助をはつきり出すべきではないか、つかみの金のようないかならないではないか、こういうような考え方でいたしたわけでございます。

すなわち私も今日まで二回国会に提案をし、一回は衆議院を通りましたが、参議院で廃案になった。こういうふうな経過を踏まえて、財政だけで問題を解決しようというのでは、これはもう世論が許さない、皆さん方の御意見にやはり従つて給付というものを前面に打ち出し、それと見合せて財政を考える、こういうふうにするべきではないかということ、提案をいたしたわけでございます。

私もあり記憶ありませんが、私はそういう失礼なことは言わなかつたのではないかと思います。ただ名前が同じだから去年と同じもの、ただ財政だけの法律だというふうな誤解があつてはいけません。お互いにそういう点は趣旨の徹底をはかりながら、この法律の成立を私としてははかりたいということ、確かに一月でしたか初めのころに、全国の課長会議に話をしたことがございまして、その意味は、私は俗論だとかそういうことを言うつもりはございません。昨年とは趣旨が違ふのだということを十分御理解いただきたいのだという意味でございますから、そういうふうな御理解をいただきたいと思ひます。

○山本(政)委員 なるほど大臣のほうで「従来の単なる赤字対策とは性質を異にするものだ。」「こういうふうなことをおしやつておることを私は確認いたしました。それはここにも書いてあります。しかし「タメにする世上の議論に惑わされず、この真実を理解して法案成立に協力し、国民のために精進を怠らない。」「最後の「国民のために精進」願うことはけつこうですけれども「タメにする世上の議論に惑わされず」ということは穏当じやない。しかも「赤字対策とは性質を異にする」というけれども、私はやはり依然として赤字対策ではないかという疑念を払拭できないわけでありま

数字は私はつかめないと思うけれども、傾向として、どれくらい見通しと違つたといひますか。幅が上がつたはずですが、どれくらい要するに予算の増が見込まれるだろうか、この点ひとつお聞かせいただきたい。

○江間政府委員 四十八年度の積算におきましては、標準報酬最高限を二十万にしました関係もございますが、大体において二・四割くらいは対前年比で保険料の増収があるというふうな考えで積算いたしております。春闘の結果、どれくらいベースアップがあるかということ、もう少し時間の推移を見なければわかりませんけれども、若干の増収があらにあるということは事実かと思ひます。

○山本(政)委員 標準報酬だけでなく保険料率のアップ、それから特別保険料ということもあるわけですから、私はこの三つのものについて、かなり大きな影響を及ぼしてゐるのではないかと思うわけですね。

労働省のほうで、いまはつきりとした正確な数字は、私は把握できないと思ひます。しかし、少なくとも政管健保が適用される組合について、大体どれくらい春闘のアップ率が予想されるだろうかと、この点を聞かせたい。

○石黒政府委員 ただいまお話のございましたように、春闘の集計はまだできておりませんし、特に中小企業につきましては、これはかなりおそくなるものもございまして、集計はかなりおくれると存じますが、従来の傾向を申し上げますと、大企業では昨年は一五・〇％に対して中小企業は一六・五％、その前の年が大企業が一六・六％に対して中小企業は一八・三％というふうな、いつも率で申し上げますと中小企業のアップ率のほうが大企業をこの数年上回つております。額は大企業より低うございします。

本年の場合は、大企業につきましては山が見えたといわれておられて、額、率ともに昨年を上回るであろうというふうにいわれております。その傾向は中小企業につきましても、今回だけそれ

が逆転するということは、まずないんじゃないやうか、同じように大企業並み、あるいはそれを上回るアップということが起こる可能性が大きいというふうな考えでおります。

○山本(政)委員 私どもですら予想しておつたのは、一五％をこえるであろうという予想だったんです。あなたの方の見積もりというのはい二・四％、そこからいまして、一％上があればそれだけ、要するにこの三つ、いま申し上げた項目について、どれくらいふえるんだろう、ちよつと聞かしていただきたい。

○江間政府委員 確かにいま労働省の方がおっしゃいましたように、昨年の大手のベースアップ一五％、おそらく中小のほうは、それに一％ちよつと加わるぐらいの率になるだろう。ただわれわれの制度には、標準報酬の最高限という制度がございまして、そのアップ率は若干低下いたします。大ざっぱに申しますと、二ないし三割くらいそのアップ率が低下することになるかと思ひます。

したがいまして一五％大手のベースアップがあつた、中小企業は一六・五になる。われわれの制度のもとにおきましては、たとえば標準報酬の最高限二十万になつたという場合にも、それから二ないし三割低下をアップ率で考えなければならぬ。したがいまして、昨年の実績に照らしまして二・四％とつた。それはどわれわれとしては低いとは思つておりません。

○山本(政)委員 それでは中小企業で二十万円をもらふという層はどれくらいあります。私はそんなにたくさんないと思ひます。

○江間政府委員 四十八年の状態で大体われわれは二・一六割くらいはそういう人があらうかというふうな推定しております。

○山本(政)委員 中小企業の場合に、要するに二十万円の給与をもらふという人は、数からいへば、そんなに多くはないと思ひます。数からいへば、まああなたの御意見というのを一応信用いたしましう。二・一六割ですね。そうすると、大まかな見通しであるけれども、ことし一八・三％とい

○江間政府委員　いま先生のおっしゃったように

か大體二ないし三%あると思います。一六ないし一七%の二なりかと思ふます。

な お 大 き く は に 言 い ま す と 大 体 ベ ー ス ア ッ プ

○石黒政府委員 中小企業の春闘アップ率の平均

うに過小にやっているのですか。常識的に最底一

○江間政府委員　私は、決してこれは当初から意

それが大体二ないし三%でしたが、いまして、

○日本(通)委員　それと、これは一つが、研

ると思います。

が、これは収支の表を見ますと、私が一つふしぎ

ぜとったのだろうか、これがわからないわけでは

額療養費の支給は、今回の改正におきまして現在

りますだけに、専門の審議会におきましても、あ

を言及した目的に合致する。一が交際を拒否する結果を以て之を止めるか。二の二は、かなり多

審議会である社会保険審議会でも十分に検討をいた

準備期間を置きまして正確な実施をはかる、その

があるというけれども、そんなものは法案が提案

いうことでもないはずだろうと思うのです。あゝ

をすることのほうがあたりまえじゃないの

てゐるのか、さうでないのか、それは、
 全一、月雲旅に於て、なや利に一月雲旅に於て、

○齋藤国務大臣 お述べになりました趣旨 私と

うのです。ただ、こういう新しい制度をつくりま

わけですが、できるならば、やはり子算

題は政管健保だけじゃなしに、国民健康保険につ

はり全国民を対象としてやっているといたふうな制度でもありますが、相当実施準備がかかるのじやないか、こういうふうと考えておりますので、ひとつ御理解いただきたいと思ひます。

○山本(政)委員 それでは高額医療についてお伺いいたしますが、要するに一月間に医療機関に支払った自己負担が三万円以上の場合、三万円をこえた分について療養費払いで償還をする、こういうことですね。

そうすると診療点数では七千五百点以上でないといけないわけですね。つまり七千五百点といえは七万五千円、その〇・六ですから、四万五千円については、これは給付があるわけですね。そうすると、あとは残りは三万円ですから、それをこえた場合に療養費払いをする。こういうことになると思うのですが、高額医療の該当件数というものは一体政管健保でどれくらいなのか。つまり算出の基礎資料というものをちよつと聞かしていただきたいのです。

○江間政府委員 四十八年度の高額医療費の対象件数、予算の積算基礎は四十九万一千件というふうに見えております。

○山本(政)委員 件数が四十九万一千件ですね。そうすると点数ならば、どれくらいになりますか。

○江間政府委員 点数と申しますと、御質問の意味がちよつと理解しかねるのでございますが、一人当たりでございますか、それとも……

○山本(政)委員 つまり一件当たりの点数が七千五百点以上の疾病というものの、疾病別の状況がおわかりになりますかどうかということですね。

○北川(力)政府委員 最近のデータで申し上げますと、昨年四月の診療分でございますけれども、ただいまお話のありました一件当たりの点数が七千五百点以上の疾病別の状況は次のとおりとなっております。

すなわち総数中七千五百点以上のものの占める割合は件数にいたしまして一九・五七%、点数にして四八・八%でございます。したがしまして、おおよそのところ、大体件数が二割、点数にして

五割弱、こういうことが言えようかと思ひます。

○山本(政)委員 いま保険局長がおっしゃったのは四十七年の四月ですね。——そうすると四十八年の四月の時点では、私は医療費の伸びというものがあろうかと思うのです。医療費の伸びというものが当然考えられるだろうと思う。それは一体どれくらいになりますか。

○江間政府委員 先生の御質問の意味がちよつと取りかねるのでございますが、率に関する限りは、先ほど保険局長が申し上げたとおりでございます。

○山本(政)委員 私が伺ひしたのは、一件当たりの点数の七千五百点以上の疾病別の状況というものを知らしてほしいということ、局長から四十七年の四月の段階で件数と点数の割合を知らしていただいたわけですね。ですから、四十八年の四月の段階では一体どういふふうになるのだろうか。あなた方は見通しを持っておられるはずですよ。つまり高額医療というものを設定されるのですから、そういう見通しなしにやることはないはずだ。要するに、そのパーセンテージを聞かしてほしい、こう言っているのですよ。

○江間政府委員 理論的には、率に関する限りは、診療報酬の額がそのままである限りは大体同じであらうかと思ひます。ただ先生のおっしゃることはおそらく高額医療が実施されるようになれば、それに伴って医療需要の伸びがあるであらう、それを考えたかということだと私は推測するわけでございますが、そういうものにつきましては、われわれ若干の需要の伸びというものを想定いたしております。

○山本(政)委員 高額医療を設定することによる医療需要の伸びというものがあろうか、高額医療を設定したことによって需要が誘発されるということですか。

○江間政府委員 おっしゃるとおりでございます。

○山本(政)委員 誘発されるということのほか、高額医療は、何といひますか、つまり七千五

百点以上のそういう疾病というものが誘発される以外に、疾病構造が変化をするとか、あるいはいふろんなことで自然増というものも考えられやしませんか。ですから、そのことによる需要の伸びといふのが四十八年の四月の段階では、一体どれくらいになるというふうにあなた方は認めておられるのだろうか、こういうことなんです。

○江間政府委員 自然増の点でございますけれども、これにつきましては、昭和四十六年度から四十八年度にわたつての自然的な医療需要の伸びといふものも事前に積算の中に入れております。したがしまして、それにプラスして高額医療が実施されることによつて誘発される波及効果、この二つが予算積算上にあるというこはええと思ひます。

○山本(政)委員 だから、それは何%に見ておられますか。

○江間政府委員 自然増の点につきましては、四十六年度との対比でございますが、大体四一%ほど見ております。それ以外に波及効果でございますが、これにつきましては大体これが実施される結果、一・七%くらいのが波及効果としてあるだろうというふうと思ひます。

○山本(政)委員 くだいようですけれども、いまのところ、ばくは問題になるからお伺ひするのですけれども、保険局長は件数で一九・五七%、点数で四八・八%が該当しますという御返事がありましたね。そうすると、四十七年の四月では四一%の伸びというの、これにプラスされるわけですか。それから一・七%というものは、それにプラスされるわけですか。

○江間政府委員 自然増に關しましては、四十六年度との対比を基礎にいたしまして、先ほど申し上げました四一%自然増があるだろうというふうに考えております。

それから波及効果の点につきましては、これは從來から給付率と、それから医療需要の相関係数、これはいろいろ調査のしかた、数式のとり方によりまして変わつてまいりますけれども、それにつ

いての計数をわれわれは持つております。最もリーズナブルだと思われる係数を使いまして、波及効果一・七というものを使つたわけでございます。

○山本(政)委員 どうも質問と答弁がかみ合はぬような感じがするのですけれども、これはちよつとのけておきまして、四十八年度の所要額といふのが高額医療については四十一億円になつていますね。これは一体どういふふうにして、それではお出しになったのか。つまり家族の総医療費について、あるいは家族の医療給付費についてというやうな問題が出てくると思うのですよ。その四十一億円を出した計算の基礎をひとつ聞かせてもらいたい。

○江間政府委員 積算をこゝで申し上げますと、たいへん長い数式になりまして、非常に正確なものをお求めならば資料として差し上げたいと思ひますが、要するに考え方としては、基本的には高額医療費の問題は別といたしまして、基本的に高額医療費の計算につきましては、まず自己負担額が三万円をこえていふもの、先生がさつきおっしゃつた六割給付の場合に七千五百点をこえていふものの割合を調べてまいる、そしてそれが全体の給付率でどのくらいになつていふか。すなわち六割給付のもとで三万円をこえていふもの、そういうふうなものが六割給付に對して、どれだけの給付割合になるかということ計算してございします。これは六割給付の場合に大体六割三分ぐらいになると思ひます。それに先ほど申し上げました波及効果というものを加えまして、そして必要な月数の計算をしたというのが中身でございます。その数式はきわめて複雑でございますので、もし詳細なものをお求めでございますら、資料として提出いたしたいと思ひます。

○山本(政)委員 江間さんにちよつと確認したいわけですが、四十一億円といふものを出す場合に詳細な計算があるというお話でしたけれども、きわめて簡単にいへば、家族の総医療費といふものが高額医療の実施の前には三千三百四十七

億円、実施後は三千三百九十四億円、これは確認してございますか、そういうふうにあなた方はお考えになっておられることを。あなた方の資料です。

○江間政府委員 そのとおりでございます。

○山本(政)委員 そうすると、家族医療の給付費については、高額医療というものを実施する前は、これは要するに三千三百四十七億円に六割をかけるわけですね。それが二千八億円、そして家族医療の給付費は、高額医療を実施した後は今度は三千三百九十四億円に〇・六二八をかけるわけですね。そうすると二千三百三十二億円。ですから二千三百三十二億円から二千八億円を差し引いたものが百二十四億円になる。これが平年度でしょう。その三分の一ということで、実は四十一億円というお金が出ておられるのだと思うのです。

そこで私がお伺いしたいのは、要するに高額医療の実施後、家族医療の給付費ですね。これは三千三百九十四億円に〇・六二八をおかけになっておる。つまり〇・〇二八というのが、これが波及効果による需要なのかどうか、この点聞かしてもらいたいです。

○江間政府委員 これは高額医療を実施した場合に、従来の六割給付であったものが六割二分八厘になる、そういうふうな意味でございます。

○山本(政)委員 だから高額医療を実施した場合には、従来の六割だったものが六割二分八厘になるという事は、波及効果による需要の増なのかどうなのかということをお聞きしておるのです。

○江間政府委員 結局、三万円をこえる医療費が保険給付として支給される、それを給付の中に入れたまして、従来の六割というのと対比しましたら、その割合は六割二分八厘になるということでございます。それは必ずしも波及効果ではないというふうに考えます。

○山本(政)委員 そうすると、〇・〇二八というのは波及効果というものを全く考慮しておらぬということなんですか。

○江間政府委員 おっしゃるとおりでございます。

す。

○山本(政)委員 そうすると、あなたは先ほど一・七%ですか波及効果があるんだ、こういうふうにおっしゃったけれども、この予算の中には、波及効果というものは全然考慮されておらないで、そしてその数字は〇・六二八とされているのかどうか。

○江間政府委員 その点は総医療費のほうに根拠から入っております、いま申し上げた積算の中に入っております。

○山本(政)委員 そうすると総医療費の中に入っているという事は、三千三百九十四億円の中に波及効果の一・七%を含めておられるということですね。そういうふうには理解していいのですか。

○江間政府委員 おっしゃるとおりです。

○山本(政)委員 じゃ一つ具体的な問題についてお尋ねしますが、三万円までは自己負担だ、三万円以上は国庫で負担をいたしますという三万円というものは、一体どこを根拠にして三万円というものをお出しになったのか。これは保険局長のほうにお聞きしたほうがいいかもしれません。

○北川(力)政府委員 三万円の根拠につきましては、いろいろなファクターがあらうと思えます。もとより決定的に三万円という、そういう最も決定的なものは、あるは必ずしもないかもしれませんが、私どもは最近の実情から考えまして、大体次のようなことを考えたわけでございます。

つまり高額医療というものにつきましては、大体これに該当する方々は、ほとんど大部分が入院患者であらうと思えます。入院患者につきまして最近の実績によりまして、その一件についての大体一日の平均所要額が、もちろん家族の場合であります。千円くらいが大体おおよその実績なのでございます。その意味で一月間ということをお考えますと、大体通常の保険で要する入院費という程度のもは、平均的なものはひとつ御負担を願って、それをこえます分については、いわゆる

高額療養費として償還払いをしていく、こういうような基本的な考え方を一応持っておられるわけでございます。

なお三万円という点につきましては、もとより法律の段階では出てまいりません。政令事項でございます。でございますが、昨年の国会に御提案申し上げましたいわゆる抜本改正案におきまして、高額療養費の支給の場合に三万円をこえるというふうなことを一つのメルクマールとしたしておりますので、そういった過去の例をも考えまして、また最近の実績も考えまして、高額療養費というものは大体そういうところのレベルで設定をしてみてもどうか、このように考えたのが大体の理由でございます。

○山本(政)委員 千円という点、そうすると六割給付だったら、もつと少なくなるでしょう。少なくなるはずじゃありませんか。

○北川(力)政府委員 これはいま申し上げましたのは六割給付にいたしまして、それからその四割相当分が帰納をしてみると千円ということになる、そういう意味でございます。

○山本(政)委員 それじゃちょっとお聞きしてみますけれども、標準報酬の下限は今度あなたの方の改正案によると三万円から二万円にすると、こう言うのです。そうすると、そうすると標準報酬が二万円、そして自己負担が三万円というの、たいへん矛盾すると思うのです。二万円しか給料が入ってこないのに、三万円の自己負担をしなければならないというのは、あなた方はどうお考えになっておられるのか知りませんけれども、たいへん矛盾することじゃありませんか。二万円しか自分の収入がないのに三万円は自分で負担しない、それ以上は国で負担しますというの、たいへん私は不合理な話だと思ふのです。筋としてはそうなりませんか。

○北川(力)政府委員 標準報酬との関連の御議論としては、そういうふうなものも見方もあるいはあるかもしれませんが、ただ、標準報酬につきましては、被保険者本人の所得ということで、そのワ

ク組みの設定をしている、こういうことでございすし、片方家族療養費支給ということは被扶養者に関する問題でございますので、その辺を完全にリンクをさせて標準報酬の最低が二万円であるがゆえに三万円というのはおかしいという、完全リンクというのは、どうも私どもは筋が通らないじゃないかという御意見でございましたけれども、そういうふうなべアにして考えることはどうか、やはり出るほうは出るほうで、先ほど申し上げましたような最近の医療費の実態から見ても、高額というものをどこに設定をしたらいいかということで、家族のほうにより合理的ではなからうかという、そういう考え方でございます。

○山本(政)委員 ばくは逆なんです。二万円なら、それにリンクをするようにやるほうが、社会保障の観点からいって、より合理的だと思うのです。標準報酬というものは、要するにインカムが二万円しかないのに、出るほうは三万円ありますけれども、それはがまんしないというの、たいへん議論としては、常識的に考えたらおかしい話だ。最低二万円なら二万円、二万円をこえるというなら、まだ話はわかります。これは収入は出るところと同じですから、一応ゼロになる。これだつてたいへんおかしい話だと思ふけれども、しかし出るほうは三万円に入るほうが二万円だ、三万円出るとはやむを得ないのだ、それ以上は国庫で負担しますよという事は、私は一般的な常識から考えたら、やはり不合理な感じがします。大臣、そういうふうにお考えになりませんか。

○北川(力)政府委員 ちょっと補足的に申し上げておきますが、確かにそういうふうなお考えはあろうかと思ひます。しかし形の上だけではないで、一体標準報酬二万円というふうな実情にある方々がどういう状態の方々であるかというふうなことの実情を考えてみますと、やはりこれはどうも家族を持てない方々ばかり考えられないわけでございます。こういう方々について、標準報酬二万円という方々について高額療養費の償還というものが起るケースが、そうあるということとは

あまり考えられませんが、私どもはそういう点でも三万円という線は、お説でございましてけれども、おかしきはないじやないかというふうに考えております。

○山本(政)委員 私、高額医療についてはそういう標準報酬の下限ということから検討してみると、一つ矛盾がありそうな気がするのです。

これはもう一つは一般的にいわれることですけれども、高額医療費の三万円の自己負担をこえる部分については国が負担します、こう言っているけれども、私自身の経験を申し上げますと、私の家内の母が七十三歳ですが、せんだって入院したので、家内もそういう知識がありませんし、それから家内の妹もそういう知識がない。だから、老人の医療の無料化だから、全部ただで入って治療してもらえのだからというから、ぼくはそんなことはしないはずだという話でにやにや笑っていたのです。けれども人間のからだのことですから、いずれにしても、入院させることが必要だから入院させたいというところで、四十日ほど入院いたしました。十日ごとの支払い。そうしたら、入院料が四万五千円来たのですから、妹が母を預かっているの、おにいさんたいへんだ、こう言うのです。四万五千円かかってきた。もちろんその費用は私のほうで負担しましたけれども、しかし入る御本人も、それから私の家内も、その妹も全部ただで思っているのですよ。入ってしまえば一切がつかい無料だと思っている。ところが現実に入ってみたら入院料だけで、部屋代だけで、一日四千五百円取られているという事実がある。

しかも私はたいへん心外だと思ったのは、つまり該当する病以外に全部要するに精密検査をする。これは私どもの負担にはもちろんなりませんが、そういうこともあり得るということ、そうしますと、高額医療費で三万円までは自己負担をしてください、三万円以上は国が負担をしますという事で皆さん方がどんなにPRをしようと、三万円をこえたものについては国がすべて負担をし

てくれるという観念を国民は全部持つだろうと思ふのです。むしろそのことによって、経済的な負担をこうむることによって、いま医療需要の波及効果というところをおっしゃいましたけれども、波及効果によって入った人たちは、そういう経済的な被害を今度は逆にこうむるということが、極端なことをいえばあり得ると思うのです。

そうすると一体差額ベッドとか、あるいは付添看護婦に対する費用というものをどう将来考えるか、その展望なしに高額医療費というもので国が負担をいたしますというだけでは、私はたいへんおかしな話になるだろうし、必要以上の経費というものをある場合には国民に、つまり事実を知らないか。そういうことに対する一体国が将来の展望をお持ちになっているのかどうか、具体的に考えがおりになるのか、ひとつ聞かしていただきたい。

○北川(力)政府委員 非常に重要な御指摘でございます。事は医療保険だけにかかわる問題ではございませんで、ただいま例に出ました差額ベッドの問題でございますとか、あるいは付添看護婦の問題でございますとか、あるいは医療機関との関係、これは医療機関の整備、こういうものに関連をしてくるかと思ひます。ただ私どもは高額医療費の、一応三万円といたしまして、償還払いということが、いまお述べになりましたように受診抑制になるというふうなことは考えておりません。

これはこういう言い方がいか悪いかわかりませんが、現在の疾病構造は、いまさら申し上げるまでもなく、健康保険制度が発足した当時と比べて、特に最近のいろいろな社会、経済情勢の変化から考えますと、非常に変わっているわけでございまして、かりに現在白紙に健康保険制度というものをくくるなら、一つの考え方として高額医療の健康保険制度をつくるというふうなことも考えられないかと思うのです。そう

いう意味も考えますと、高額医療について、一番国民の需要の高いものについて一定の額を限度として償還をするということは、やはり国民の一番強い要望にこたえているというところには、まあ間違いないのではないかと思います。

ただ、いまお話に出ました差額ベッドの問題、あるいは付添看護婦の問題、こういう問題は確かに現在あるわけでございします。

差額ベッドにつきましては、一番基本的な問題は、大臣も本会議等でたびたびおっしゃっておいれますように、被保険者あるいは家族が希望しないにもかかわらず、当然に差額ベッドにしか収容されないような病院があるというところは好ましくない実態だと思います。もとよりかたがた差額を払っても多少ともいい部屋に入りたいというふうな要望もあることは、ある向きもそれはありますけれども、しかし皆保険下でございしますから、そういうものは極力押えて、被保険者がそういう通常の保険のベッドに収容される機会が失われないように、これは十分に注意をすべきかなければならぬ問題だと思っております。

そういう意味合いで実は最近も、いろいろこの問題は審議会等でも御指摘を受けておりますから、現在一定限度以下に押えてほしいということを行行政指導でやっておりますが、こういう点をさらに今後十分に詰めて、差額ベッドが乱に走らないように、けじめがつくように十分に留意をしたいと思います。もちろんこの問題は、かたがた診療報酬という問題を適正化していくという問題にも関連をいたしております。また同時に、公的医療機関の差額ベッドという問題も問題になります。そういう面から考えますと、公的病院に對する公の資金の投入、あるいは公的病院といわないまでも、公的な機能に對する公の資金の投入を今後どのように強化、充実をしていくか、こういう問題ともかみ合っております。

また、付添看護の問題につきましては、現在の保険の行政実行上やっております基準がややシビアに過ぎないかということでございまして、私ども

も現在これをどのように現在の実勢に合わせるかについて検討はいたしております。しかしながら、これまた議論を詰めてまいりますと、より基本的には病院の看護体制という問題に及んでまいりまして、そういう点で根本的に解決するためには保険も含めた医療全体の体制、看護体制あるいは病院の整備、こういうことを並行してやらなければならない、基本的にはつきりしない問題ではなからうか。しかし、こういう問題は、いま先生おっしゃったように、高額医療の実施がわれわれが期待をするように、また国民の皆さん方が期待されるような実効をおさめるように、並行して当面必要な措置は十分に講じてまいりたい、このように考えております。

○山本(政)委員 私は、高額医療を取り入れたということは、ある意味では進歩だと思ふのです。しかし、高額医療を取り入れたけれども、その中の実態というものを、さしに点検してみると、そんなにあなたの方がおっしゃるほど進歩ではないのじやないかということをおしやるほど進歩ではないわけですね。たとえば高額医療を要する病氣というもの、そういう病氣は実は付添看護婦というものを必要とするわけでしょう。しかしながら、そういうことに対する対策は、いまのお話ではきわめて抽象的なんです。

私は、今度の改正にこういうものをお入れにするとするならば、それと並行して、具体的にそれでは、いまはできないにしても、差額ベッドなり、あるいは付添看護婦の問題については、こう対処していく考えであるという具体的な提案がなければならぬはずだと思ふのです。それが何もないということが、たいへんおかしいではないかということを私、申し上げているんです。

いま高額医療の保険制度というものを一つ考えておるとおっしゃった。だけれども、それは一体いつ発足させるのか。高額医療についての保険制度というものは一つの試案ではあるでしょう。しかし、あくまでも抽象的なものであつて、具体的な展開というものは、ここには示されてな

いわけです。そこに私は問題があるだろうと思う。だからいまお伺いしたいことは、一具体的にはこの高額医療の問題と並行してどういう施策をなさるつもりなのか、そのことを実はお聞きしたいわけです。

○北川(力)政府委員　ちよつと私が申し上げました中で、多少ことは不足をいたしまして誤解を受けているといけませんので、つけ加えて申し上げておきますが、高額医療の保険の設定というものを申し上げましたのは、高額療養費というものが現在の実情に合ったものであるということをお願い申し上げるための一つの例として申し上げたわけでございます。それは高額療養費の支給制度というものは現在の需要の多いものではなからうか、こういうことを申し上げたわけでございます。その点を追加して申し上げておきます。

それから差額ベッドの問題でございますが、これは、皆保険になりました直後の三十九年に、やはり皆保険下の差額ベッドということであろう問題がございましたので、その当時、これは先生も御承知のとおり、保険局におきましては、この問題を相当多角的に検討いたしまして、一つの基本的な考え方を示しております。

それによりまして、一番基本的なことは、先ほども申し上げましたが、患者が欲しないにもかかわらず、差額ベッドに収容されることは避けるべきである。それからまた具体的な基準をいたしましては、やはり若干の需要というふうなものも考慮しながら、二割ないし二割五分程度の差額ベッドというものと定めるべきである。それをこえるものについては指導によってケース・バイ・ケースで早急にそういう基準に合うように指導をすべきである。こういうことを申し上げております。

私は、それから十年たちました現在、この基準について、この考え方について、基本的に大きくこれを変える点はないのではなからうかと思っております。しかしその後、たとえば四十三年の暮れに、医療審議会の審議の過程を通じて医療審議会が公的病院の病床規制の答申をいたしまし

た際に、少なくとも公的病院においては差額ベッドというものは極力抑制すべきである、こういうような答申もちょうだいいたしております。そういうことを考えますと、基本的に私はこういう考えでいいと思うのでございますが、現在の実情が、先般からいろいろなところで調査があったり、またいろいろなところで伝えられておりますとおり、ややこういう傾向が放漫と申しますか、乱に走っておる。極端な病院では、私が申し上げるまでもございせんが、全病床についてまんべんなく差額を徴収している、こういう例も見られるわけでございます。したがって、こういうことは、どういふような理屈をつけまして、これは適正なものだ、あるいは合理的なものだといってふやしたりするわけにはまいりません。

私もそれはそういう意味で最近の実情から見まして、先ほど申し上げました三十九年当時のこの基本的な考え方というものを確認をして、できるだけそういう線に早急に近づけるように措置をいたしたいと考えております。現に、私どもの直轄病院でございせんが、関係の団体が経営いたしております全社連あるいは厚生団あるいは船員保険会、こういった病院につきましては、その基準に合わない場合には、基準に合うように直ちに直すように、すでにこれはもう通知済みでございます。

なお、それ以外の公的な医療機関あるいは公立病院、こういうものにつきましては、現在ももちろんお願いをしておりますけれども、先ほど申し上げたように診療報酬の問題というものもございしますし、そういった点も十分考えながら、先ほど申し上げた基準を確認をして、さらにこの問題を改善をして、改善をすべき点があるならば、そういう点をつけ加えて改善をするように指導を強化したい、このように考えております。

いまおっしゃったとおり、高額療養費の支給というふうな非常に現代的に要請の強い制度を実施

いたしましても、これが結果的に差額ベッドとか付き添い問題によって薄められる、あるいはこれ抹殺されるということでありますれば、私もは全く残念なことではございせんが、この機会に十分にけじめをつけて、この問題の運用に当たりたい、このように考えております。

なお付き添いの問題でございますが、この問題も先ほど抽象的だという御批判がございましたけれども、なかなか基本的な解決をいたしたては、むずかしい点がございします。しかし先生も御承知のとおり、現在の運用上、基準看護を実施していない病院について認めております病人、すなわち病状が重篤で常時監視を要する者、あるいは病状が重篤ではないけれども、術後常時監視を要する者に限定しておりますが、現在運用いたしております基準について、現在のような寝たきり老人が多いとか交通事故の患者が多いとか、こういう疾病構造のもとで、基準をきわめてシビアに運用をすることがいかどうか、こういう点は慎重に検討いたしておりますが、何ぶん議論はすべて基本的には根柢この看護体制の問題に波及をいたまいりますので、そういう点とも十分関連をつけながら、直ちに実行できる面から手をつけたいというのが現在の実情でございますことを申し上げます。

○山本(政)委員　二つだけお断わりしておきますが、私はこの制度について受診抑制になるだろうというふうなことは実は考えてないんですよ。もしそういうふうにお考えになるとすれば誤解です。それから、それは訂正してもらいたい。

それから付添看護においても、私はいまの段階では必要があるだろうと思うのです。だから、そういうことを含めて、ひとつ具体的な措置というものを速急に立てる必要があるのではないかと。たとえばの話、差額ベッドがあるということで、要するに高額医療については政府が、国庫負担をやつてもらうということになれば、皆さん入院してくるけれども、現実には差額ベッドがあるわけですから、その場合にたとえ公的病院については

差額ベッドはゼロにしてしまふ、国でそういう費用については手当てをしていく——私は一つの考え方を示すだけです。そういう方法というものをきちんと出していつて、年次計画でやっていくと、せつかくあなた方が、皮肉じやありません、りっぱなものとお考えになっておるにしても、それが実効を示さぬということがあつたらうと私は思うから申し上げるのです。

もう一つお伺いしたいのは三万円、これもいろいろ言われておりますけれども、一つのレセプトで三万円、そうすると、かりに月半ばのときに一つの手術をする、それが翌月に行く、これが三万円以上かかるといった場合、かりに二万九千円で翌月に持ち越しが一万円になった、これは高額医療の適用を受けられないわけですね。ここにも私は一つの矛盾があるだろうと思う。これは指摘されておりますね。

もう一つは、たとえば一つの世帯で二人の人が一べんに入院をした、これも三万円以上かかったという場合、しかし二人ですからレセプトは二つになります。これは高額医療の適用を受けられない。こういうことに対する救済措置というものはお考えになつておられないのかどうか、この点はいかがでしょうか。

○北川(力)政府委員　高額医療の制度は、実施の段階でもいろいろむずかしい問題が事務的にもあるかと思ひます。私どもは、いま御指摘になりましたわゆる一件三万円という考え方、確かに月半ばから受診をいたしまして、月をまたがって翌月に行った場合に、その月二万九千円では、現在の考え方では該当いたしません。それから家族が二人ある、三人あるという方々が、あるいはレセプトが二つある、三つあるという方々が、それぞれ二万九千円、二万九千円を月をまたがる、こういう場合には該当しないことになるような考え方を現在持っております。

でございますが、現在の医療費の支払いの流れ、仕組み、そういったものの上に乗つて新しい制度を発足させるということで、何と申しますか

新制度でありますから、私どもは一番正確な実施を確保できるのではないかと、こういう意味合いで、現在まで考えておりますところ、また現在までに考えましたところは、現行の仕組みに乗っかって、この制度を円滑に運用するというところでスタートするわけでございます。

ただ、いま御批判がございましたように、この制度の実施のしかたにつきましては関係審議会でもいろいろ御意見がございまして、いま先生の御指摘もございました。先ほど申し上げましたとおり、実施の実際的な方法は社会保険審議会、政令段階で十分に検討するというところになっておりますので、そういう際にそういった問題もあらためて議論されなければならぬと思っておりますけれども、やはり現在のこの医療の仕組みというものを、この機会に一挙に変えるということは、なかなかむずかしいことではありますから、そういう点を考えますと、私はこういうふうなスタートをすることは好ましいのではないかと考えております。

現に共済組合あるいは健康保険組合等におきましても、いわゆる一定額を足る切った償還をするという場合には、今回私どもがとうとういたしてあります、こういった仕組みをとっておりますので、そういった現行仕組みの上に定着した方法、この方法で正確なスタートを期したい、こういうことで考えたような次第でございまして、その考え方はひとつ御理解いただきたいと思います。

○山本(政)委員 北川さんのおっしゃることは、私はある意味ではわかります。大臣にちよっとお伺いしたいのですが、政管健保における家族高額療養費の新設ということに対する意義というものは、一体どういうことなんでしょう。

○齋藤国務大臣 これは先ほど来申し述べてまいっておりますように、この制度は全保険制度に及ぼしたい、こういうことでございまして、

結局それは最近のガンとか心臓病、そこで一月三十万も四十万もかかるといったふうな話を一ぱい聞かれています。ですから、やはり医療による自己の経済負担というものを、できるだけ

軽減してあげるといふふうな、きめのこまかいところに手を伸ばすことが必要ではないか。またま健康保険法という法律の改正をやりますので、この機会に政管健保ばかりじゃなしに、国民健康保険のほうにも及ぼしていこうではないか、気持ちちはやはり自己負担の経済負担をできるだけ軽減する、こういうことだと思っております。

○山本(政)委員 経済的負担をできるだけ軽減をするという場合に、一世帯に、かりにレアケースであろうと、二人のひとりが入院して、その人たちがかりに合算をして、三万円をはるかにこえるような金額になった場合には、考慮をすべき点があるのではないだろうか。しかも、大臣のおっしゃるように、ガンとかなんとかというお話がありましたけれども、一件当たりの点数が七千五百点以上の疾病の状況を見ますと、循環器系統の疾患とか、あるいは消化器系統の疾患とか、あるいは新生物の疾患というものが非常に多いわけですね。それは大臣がおっしゃるに比重がたいへんかかるということを書き添えていると思うのです。

とすると、この点について、制度発足のときにはきれいにスタートをする、そのほうがしやすいということは私も理解できますけれども、では発足後に一体どう、こういう点に対する救済措置をするかということも、私はあわせて考える必要もあるのではないだろうか。だから、そういう点に対して一体大臣はどうお考えになるかという点を重ねてお伺いしたいと思っております。

○齋藤国務大臣 これは私、いま山本先生のいろいろな御質問を承りまして、非常に理解する点もたくさんあるわけでございまして、確かに私が答えましたように、経済負担の軽減ということでございまして、月半ばに入って二万九千円、その次の月に一万円、これは高額医療の適用を受けない、あるいは一家族の中から二人といったような場合にはどうするのだ、私はこれは非常にわかるのです。わかるのですが、そこからはお気に召さぬかもしれませんが、こういう新しい制度というものをつくり出すときには、やはり多少そういうむずかしい問題があると思うのです。

かしの問題があると思うのです。そこで私の気持ちを率直に申しますと、この額の問題等は、御承知のように政令で御審議をいただくそれぞれの専門家によって額をきめていただくということが一つでございまして、それからその額というものをどういうふうに、いま月にまたがった場合に、あるいは家族の場合にどうするといった、こういうふうな問題もありましょう。それからまた高額医療ということになってまいりますと、高額医療のかかる、やはり疾病というものを対象として考えるべきじゃないかという、やはり議論もあると思うのです。私、いま、ガンとか心臓病とか申しましたが、そういうような高額療養費のかかる疾病というものを頭に描いて考えるというところがいいんじゃないかと、いろいろ意見が出ると思うのです。

ですから、私としては、さしあたり、新しい制度をつくるときにはそういういろいろの問題があると思っておりますが、これでスタートさせていただいて、そして自後の段階でいろいろ専門家の方々の意見も承りながら、そしてやはりこういう問題を前向きに解決していくという方向に行くべきではないか、こういうふうな考えでおります。学者によつては、やはり病気で限定したらどうかというふうな意見もあるというふうにも聞いております。それからいま先生お述べになりましたような問題もあるわけで、こういう問題はやはり発足したあとにいろいろなそういう社会的な要請を踏まえて検討させていただきたい、こういうふうな考えでおります次第でございまして、

○山本(政)委員 とにかくも、しかし、そういう点についてはひとつできるだけ前向きに、そして速急に審議会にかけることが必要であれば、かけるといふようにして取り組んでいただければ、私が申し述べましたような点で発足させていただいて、そしてもう一つの社会的要請というものが出てまいりましょうから、そういう要請を前向きに十分検討したい、かように考えております。

○山本(政)委員 それでは、高額医療について具体的な問題の最後の問題になりますけれども、償還払いといいますが、療養費払いというのですか、つまり給付方式が療養費の償還制ということについて、私はたいへん疑問に思うことがあります。それは復帰前の沖繩で、たしか沖繩は一九六六年に医療保険制度がつくられたんではないかと思うのですけれども、これは給付方式は療養費の償還制でした。医療費の請求手続というものが非常にわずらわしいということ、そういうことがおもな原因だろうと思っておりますけれども、復帰前の沖繩では保険の黒字が二千五百万ドルだったと思っております。

【委員長退席、塩谷委員長代理着席】
そうしますと、そういうことは、やはり今回の場合にも同じようなケースとして出てくるんじゃないだろうか。かりに三万円を千円にした、これは国が負担しますというときに、電車賃とかタクシー代を使っていくのはおつくだ、わずらわしいという感じが出てくることはあり得るのです。この辺は私はやはり政府としても一考を必要があるのではないだろうか、こう思うのですけれども、なぜ現物給付ということになさらないのか、この点ひとつお考えを聞かせていただきたい。

○北川(力)政府委員 この高額療養費の現物給付論という問題につきましても、先ほどから申し上げております制度の円滑な発足ということとかみ合ってくるわけでございまして、できるだけ私どもは関係者の事務手続を簡素化いたしまして、わかりやすい制度として発足を、こういうふうな考えでおりますので、かりに、いま先生がおっしゃいました現物給付ということになりますと、患者さんのほうで自己負担額が一定の額をこえたときには、医療機関は患者に対して医療費の支払いの請求ができないということになりますし、また医療機関の側も絶えずそういうチェックをしていかねければならないという問題もあるわけでございまして、そういうことを考えますと、事務的

にはわずらわしい点が少なくないことがかなり見込まれるわけでございます。

そういう意味で私どもは、先ほども申し上げました現在の医療費の支払い方式、請求方式というふうなものに乗って、その上でこの制度を運用していく。そういうことから、償還払い制度のほうが運用上も適切ではなからうか、このように考えたわけでございます。

先ほども申し上げましたが、こういう償還払い制度は現在共済組合あるいは健康保険組合のいわゆる附加給付としても、すでに定着をいたしておりますので、それにならって、こういう方式をやることが、すなおではないか、こういう考え方でございます。

○山本(政)委員　そういう意味では療養費払いについて、あの方の御質問があるだろうと思えますから、先に進みますけれども、国庫補助一〇％というのがあります。その前に社会保障費の国庫負担というのを調べてみますと、狭義の社会保障という意味で公的扶助、社会福祉、社会保険、公衆衛生医療というのがあると思うのですが、この割合というのは昭和四十三年に三三・五％、四十四年は三三・九％、四十五年は三三・〇％、四十六年は三三・四％、四十七年は三二・二％、四十八年にちよつと上がっておりますが、四十三年から四十七年に至るまではずっと漸減をしております。それから広義の社会保障、つまりいま申し上げた四つのほかに、戦争犠牲者の援護とか、あるいは恩給とかいうものも入るのだと思えますけれども、これは四十三年四〇・一％、四十四年三九・三％、四十五年三七・八％、四十六年三八・二％、これがちよつと上がっております。そうして四十七年にはまた下がって三六・八％になっております。こういう事実が一つあります。

もう一つは、国庫負担の国家財政に占める割合というもので、これも狭義と広義に分ければ、狭義の場合には四十三年が一四・七％、四十四年が一四・三％、四十五年に少し上がっておりますが、一四・六％、四十六年がまた下がって一四・四％

広義の場合には、四十三年一九・二％、四十四年一八・四％、四十五年一八・四％、四十六年一八・〇％。

そうしますと、社会保障制度の運営の財源というものは、いま申し上げたように国家負担の割合というのには、わずかではあるけれども、だんだんと減少しておるという事実がある。このことを反映して国庫負担金の国家財政における割合も漸減をしております。少なくとも政府というのは社会保障の充実というのを口にしておられるけれども、実際には国庫負担というものが少しもふえないというふうな結果になっておる事実があるということを見て、社会保障に対する政府の熱意といえますか、姿勢といふものは、私は非常に疑問に思うわけですよ、いまのパーセンテージから見ても。

そこで、まず第一番にお伺いしたいことは、私が申し上げた数字を大蔵当局はお認めになるかどうか、どうだろうか。お認めになるとすれば、第二の質問として、政府の社会保障に対する熱意、姿勢といふものを大蔵当局の渡部さんに、たいへん失礼ですが、どうお考えになっておられるか、この点をひとつ聞かしていただきたい。

○渡部説明員　ただいま先生のお読みになりました数字は私の手元にございませんで、ちよつとフォローできないのでございしますが、いずれにいたしましても、社会保障の給付の財源を国家が持つということは租税財源で負担する。それからそれ以外のもは社会保障料というかつこうで負担せざるを得ないわけでありまして、しかしいずれにいたしましても、いま国民の負担であることには変わりはないわけでございます。

そこで問題は、社会保障給付のどの部分を一般財源である租税でまかない、どの部分を保険料でまかなうべきかということにつきましては、それはいろいろ御議論のあるところでもございまして、諸外国におきましても、いろいろ形態が異なっております。これにつきましては、わが国におきましても、かつて昭和三十一年に社会保障制度審議会でいろいろ御議論がございまして、そのとき

に、それによりまして、租税による一般財源の配分にあたりましては、まず貧困階層に対する公的扶助を優先的に考えるべきである。次には、低所得階層に対する社会福祉対策というふうなものが、これに次ぐのではないだろうか。それからすべての階層に対する施策ではございしますが、その性格上税金でもってしか、まかない得ないようないわゆる社会防衛的な公衆衛生といったような経費、それがその次に次ぐであろう。そして最後に一般所得階層に対する施策ではございしますが、いわゆる社会保障といったものは租税財源を充当する順番としましては劣後する。そうしてその社会保障に対する考え方は、年金にしろ医療にいたしましても、全所得階層を対象にいたしますので、これはいわば相互扶助というふうなやり方で、目的的な保険料財源をもつてまかなうというのをたてまえにいたしておるわけでございます。

しかしながら、個々の社会保障制度の中におきましても適用対象はいろいろございまして、たとえば日雇い健康保険のように低所得階層のグループの保険組合もございまして、また政管健保と組合健保と比べてみました場合、おのずからそこに被保険者の負担能力というふうなものにおきましても違いがございまして、また国民健康保険におきましても、たとえば事業主の負担がないといったようないろいろのバラエティーがございまして、先ほど申しました一般原則がございすけれども、社会保障につきましてもの態度といたしましては、やはりその各保険制度の中におきまして所得の階層なり、あるいは給付の程度といったようなものを勘案しながら、積極的に国が援助する必要があるものにつきましては、財政援助を投入していこうということをお考えおるわけでございます。今回の健康保険法の改正におきましても、政管の場合につきましては、御案内のように従来定額国庫負担にとどめておりましたのを定率一〇％ということと、今後は給付の伸びにに応じて国庫補助をふやしていくというシステムに変えて、これは一種の質的な転換であると思うわけ

でございます。

それから全体で三千億になんたいたします巨額の累積損失につきましても、本来は社会保険のたてまえでいいますと、その保険集団の自主的な努力で解消するのがたてまえでございしますが、しかしながら政管健保の長期的な収支均衡をはかるといふ見地から、これにつきましても累積損失の部分は一般会計で負担するということにいたしましたわけでございます。個々の内容につきましては、それぞれの緊要度に応じて、応分の国の財政援助をするという仕組みをとっておりますわけでございます。

○山本(政)委員　昭和四十二年の保険給付費は三千五百七十一億円だったと思うのですが、それに対する国庫補助は二百二十五億円、保険給付に対する割合は六・三％、こう私は理解しておるのですが、それでよろしいでしょうか。

○北川(力)政府委員　そのとおりでございます。○山本(政)委員　それじゃ大蔵省にお伺いいたしますけれども、四十二年に六・三％で出されたものが、四十三、四十四、四十五、四十六、四十七年というふうな年次を追っていきますと、定額の国庫負担になっておりますね。いま渡部さんは、政管健保については事情もあるというふうなお話で、国庫負担を定率にしましたというふうにおっしゃった。要するに政管健保の事情というものは四十八年になったから変わったわけではないだろうと思うのです。ですから、四十七年に定率五％を出し、そしてこの委員会が一〇％というふうに変更になったと思う。そうしますと四十二年に六・三％であったものが、保険給付費の率に引き直してみますと、四十三年は五・四二％、四十四年は四・七〇％、四十五年は三・八六％、四十六年は三・六三％、そして四十七年は三％になるわけですよ。つまり定額ということだが、ずっとこれを率に引き直していけば、だんだん減ってきているのです。ということは、四十二年以降少なくなっているのだ、二百二十五億円出していけば、あ

とはどうでもいいのだというふうには言いたくはないけれども、しかし二百二十五億円出しているからという姿勢があったのではないだろうか。政管健保は発足以来財政は急迫しているわけですよ。にもかかわらず、率からいえば六%から四十七年に換算しますと三%までずっと、この落ち方はかなり激しい落ち方をしているわけです。

したがって、いまあなたのおっしゃるような考え方からするならば、四十三年、四十四年、四十五年、四十六年、四十七年と、年を追うに従って六・三%が七%になり、七・五%になり、八・五%になりというふうには、本来なら国庫補助というものは増額されるべきであつたと思ふのです。そうでしょう。それが増額をされなくて依然として定額に、二百二十五億円ということであつてきた。それは一体どういう考え方に基いてそういうふうになつておるのか。

○渡部説明員 お答え申し上げます。

御指摘のとおり、四十二年以降政管健保に對します国庫補助額は二百二十五億円で四十七年度まで推移いたしておるわけでございます。その間におきまして、政府といたしましては四十六年度に法改正の提案をいたしました。このときには定率五%の提案をいたしました。この際も、この法律が国会で廃案になりましたために、定率国庫補助への切りかえができなかつたわけでございます。さらに四十七年度におきましても同様に、定率五%の国庫負担の改正を企図いたしました。これも実現を見ないまま今日に及んでおります。そういうことで定率国庫補助への切りかえが今まで実現しないというので、二百二十五億円の定額国庫補助に据え置かれていたわけなんです。そこで、今回の改正におきまして定率一〇%国庫負担に切りかえたわけでございます。

それで先生のお尋ねは、過去の国庫負担が二百二十五億円で据え置かれてきた、それはそのことによって国の財政援助というものが本来ならばもう少ししめんどろを見ておれば、それだけ政管の収入に貢献したのではなからうか、こういう御指摘

であらうかと思ひます。確かに国庫負担だけではございませんが、これらも要因となり、政管に赤字がその後もずっと生じたことは事実でございます。しかしながら、それらの赤字は今度は累積損失といたしまして、全額国庫負担をいたしまして一般会計で負担をいたすということになつたわけでございます。過去入れ足りなかつた分は今後の一一般会計負担においてめんどうを見ようということに相なつておるわけでございます。

○山本(政)委員 つまり一般会計という話がありましたけれども、それは事ここらに及んだから、そういうことになつただけの話であります。そんな議論をあなたがおっしゃるのだつたら、要するにこれは多分厚生省と大蔵省とそういう折衝があつたと思ひます。ばくは何か厚生省の肩を持つわけではないけれども、四十二年に六・三%だつたものが、これは厚生省に聞きたいのですが、なぜ四十七年度の当初では五%というふうになるのだから。変えたのはこの委員会が一〇%に変えたわけですよ。あなたの方の出しになつたのは五%でしかお出しになつてないはずではありませんか。そうでしょう。ぎりぎり言つても六・三%は四十七年はあるべきなんです。しかしいま申し上げたようなことからいへば、これは本来ならば六・三%以上のものを要するに四十七年、昨年は提案をすべきだつたと思ふのです。しかし五%じゃありませんか。変えられたのは、この委員会が一〇%に変えたというだけのことなんです。

○渡部説明員 お答え申し上げます。

御指摘のとおり、前回の国会に提案いたしました国庫負担の割合は五%でございました。これにつきましては、二百二十五億に増額された昭和四十二年に比べて下回つておるのではないかと御指摘でございますが、御承知のように前回提案しました健保法の改正法案の中におきまして、国の政管健保の財政援助といたしましては定率の五%国庫負担のほかに、先ほど来申し上げておりますように、過去の累積損失を一般会計で

見るということをしておるわけでございます。これもいわば国の租税財源からめんどうを見ようということでございまして、これは二百二十五億の定額国庫負担時代にはなかつた新しい制度でございます。さらに弾力事項が発動された場合には、自動的に国庫負担率を連動して引き上げるといふような措置も入れておるわけでございます。それらの三つの措置を合わせまして、国の政管健保に對する財政援助のたてまえを御理解いただきたい、かように考えておるわけでございます。

○山本(政)委員 いや問題をすりかえてもらつては困るのですよ。一般会計で負担をするということとは、四十八年度の今度の段階になつて、このままだけに政管健保が抜き差しならぬと、あなた方がお考えになつたから、私から言わせれば、ある意味では多少の譲歩をしたということなんです。しかし、その前の基本姿勢というものは、ぎりぎり、どん詰まりになつてどうにもできなくなつたから、そういうふうになつただけの話であつて、要するに四十二年から六年間は、あなた方は国庫補助率というものは、ずっと下げてきたということにしかならないではないかと云つておるのです。いま一般会計で、これを負担するようになったから、いいじゃありませんかということとは理屈にならぬでしょう。私はいまの段階は、これはあとから質問するわけですから、いままでの姿勢に問題があつたのではないだろうか、そのことを是認なさるかなさぬかということが問題なんです。そしてそのことが実は一〇%でなくて、もつと国庫負担が出せたのではないか。つまり六年間のこの大蔵省の怠慢、ばくはあえて怠慢と言ひます。怠慢というものが、わずかに国庫負担が一〇%しかないということになりはしないだろうか。

四十八年に一般会計で負担をするとか何とかいうことは、私はいまからその問題についてはお伺ひするのです。その前についての議論を私はいましたわけですよ。それは姿勢の問題であらうと思ふのです。というのは、要するに国庫負担の

国家財政による割合とか社会保障費の国庫負担に對する基本的な考え方というのは、どうも大蔵省としてははっきりしていないのじゃないかということをお考えをもう一ぺんお伺ひしたい。

○渡部説明員 先ほど言ひましたように、国庫負担につきましては四十二年以降四十五年まで、これは法改正も企図をいたしておりませんので、予算額も二百二十五億で計上し、実行額も二百二十五億でございます。それから四十六年度におきましては、これは年度途中からでございます。たしてございまして、予算額としましては二百七十五億を計上いたしております。それから四十七年度予算につきましては、これは年度当初から四月からでございますが、五%の国庫負担への切りかえを予定いたしました。予算としましては三百七十三億、こういうぐあいに計上いたしておるわけでございます。御案内のようにこの定率への切りかえを企図いたしました法案が国会で成立いたしましたために、実行額としては従前と同一の二百二十五億で、四十六年度あるいは四十七年度が実行された、こういうことでございまして。

○山本(政)委員 だから問題があるでしょう。四十二年の二百二十五億というのは、先ほど申し上げたように六・三%の国庫負担です。これをずっと六・三%の率で四十二年、四十四年、四十五年、四十六年、四十七年に、引き直して見てごらん下さい。四十六年は、あなたがいまおっしゃつたように二百七十五億円の国庫負担だといふけれども、六・三%で負担した場合には三百九十億の負担になるわけですよ。パーセンテージからいへば、それがうんと下がつておるわけでしょう。四十七年は三百七十三億だとおっしゃつた。だけれども六%でいへば四百七十五億円になるはずですよ。つまり常に四十二年の六%から低目に低目にしか、あなた方は予算としては計上されておらぬという問題があるじゃありませんか。そのことが実は先ほど申し上げた社会保障の国庫負担とか、あ

でありまして、このことをもってして国の補助は定額でよかつたなんていう言い分は、これは全く通らない話だというように思うわけですし、いま山本委員の質問とあわせて、私が申し上げたことをもってして、いままでの政府の考え方というのは、全くこういった面に対する定見がないということ、もう断定していいんじゃないかと思うのです。何か私の言い分に対して抗弁することがあります。

○渡部説明員 特に抗弁ということではございませんが、考え方だけは申し上げさせていただきます。

先ほど来言いましたように、根本的に、こういう社会保険に對しては、国庫負担の増額で対処するの、保険料の増額で対処するの、いろいろ議論のあるところでございます。保険料の負担、国民の負担とおっしゃいましたけれども、租税財源も国民の負担であることは間違いないと思います。したがって、われわれは税をどうするか、この税金でございまして、それをどうにかつこうで投入するべきかということについては、いろいろ基本的な考え方はあるわけでございます。

社会保険制度全般につきましての国庫負担の考え方、先ほど御説明したとおりでございます。本来的に、社会保険というものは、いわば相互扶助の考え方であるわけでございまして、その考え方からいって、保険料の増額を基礎にすべきものであるというふうな考え方は、従来もございまして、そういう考え方で行って、おっしゃるわけでは、基本的な考え方としては変わりはない、かように考えておるわけでございます。

ただ、政府管掌健康保険、これはいわば被保険者の保険の中核をなすような制度で、非常に重大な制度でございます。したがって、これが財政上ピンチにおちいっているということにつきましては、国としてももちろん看過することはできない、社会保険全体のあり方の中でも、この財政の立て直しというものは焦眉の急であると、われ

われは考えておるわけでございます。そういう意味で、従来二百二十五億の定額補助でございまして、四十六年度以来、定率国庫負担の考え方を投入すべく、われわれは企図いたしました。さらに今回の予算におきまして定率一〇%ということ、二百二十五億に比しましては三・六倍の予算額を計上いたしまして、大いに財政的な考慮をいたしたいというふうな考え方をしております。

○田邊委員 あとで私自身またゆくりこの問題を聞きますので、きょうはあまり多く申し上げませんけれども、では、国庫補助はどういう考え方で出すのですか。これは政管健保の赤字をにらんで国庫補助を出そうというのですか。いやそうではなくて、いわゆるいまの社会保険の体系から見て、国庫補助、すなわち租税による投入というのは、あるべきだという考え方です。それが、両方が加味されて出しているのですか。これが、いまなかったということ、われわれは指摘しているのです。

ですから、過去の四十二年の二百二十五億自身も、この年度の累積赤字一千億の状態から見れば、われわれとしては、これは大いに非を難じなければならぬところなわけですが、いざいざにしても、過去の国庫補助の投入のしかたについては、たいへんな誤りと定見のなきを、ここでもってあなた方は暴露している。したがって、誤りを改めるにきわめておそかつたけれども、それがよく理解ができたから定率に切りかえるのだ、こういうことになるのですか。

私は決して皮肉で言っているわけではなくて、今後、何か定率を出したらいいのだというように、考え方をもとめて言いますと、これ自身も私は誤りをおかすと思うのです。やはり政管健保の財政の状態、これも大事です。しかし政管健保が持つところの性格、それから医療保険の持つところの性格、それを考えたときに、国の補助のあり方ということに対して、われわれはこの際やはり、一つの見通しと定見を持たなければならぬという考え方で、山本委員も私もい

ままでの状態について質問をしたのですから、したがって大体、総じて言えば、いままでのこのやり方というもののについては、まことに無定見な形でもって、その場しのぎの形をやってきた、こういう形に私はならざるを得ないと思うのですけれども、一体どういう理論的な考え方を持つてやってきたのかということがさっぱりわからぬ。これは国民の不信を買ひ、今後の財政対策上、政府の考え方、誤りに對して国民が大きな疑惑を持つ要因になっておるわけですから、これはやはり明らかにしておかなければならぬ、こう思っておるのですが、どうでしょうか。

○渡部説明員 政管健保に對する国庫負担の考え方につきましては、先ほど御指摘でございますが、まず、社会保険全体につきましては、国庫負担の考え方につきましては、先ほど御説明したとおりでございます。原則的に、社会保険というものは、保険料財源を重点にいたしまして、保険料財源のお互いの相互扶助というふうな運用をされていくというのがたまたまでありまして、諸外国におきましてもそういうふうな運用をされていくというのがたまたまでありまして、社会保険は運営されていくようにわれわれは理解いたしておるわけでございます。

ただ問題は、社会保険の中でもいろいろ制度が分かれておりまして、この個々の制度の中によつては、その保険料だけでは社会的に要求される最低限度の医療なら医療の需要をまかなうことはできないというふうなことが考えられる場合、あるいは被保険者の範囲が負担能力の低い面にまで及んでいくというふうな場合、あるいはその事故の性質上、被保険者や事業者の保険料で負担することが無理であるというふうな、いろいろな場合がございまして、そこで、それぞれの保険の性格に応じまして、必要に応じて、財政的な一般会計によりまして、国庫の負担を投入するということ、これをとっておるわけでございます。

バランスを念頭に置いて計上いたしておるわけでございますが、政府管掌健康保険の場合におきましては、特に最近におきましては、政府管掌健康保険の収支が非常に悪化しておる、累積赤字がきわめて巨額に達しておる。本来であるならば、われわれは政管健保の保険料が自主的に努力して、保険は運営されていくべきものであるというふうな考え方をしておりますけれども、このよう巨額な赤字をかかえております政管健保の財政をこのまま放置しておくということは、被保険者の健康保険の中核をなします制度であるだけに、わが国の社会保険の将来のために非常に悪い影響をもたらすのではないかと、危惧の念から、積極的に、国としましては、従来に増した国庫負担の投入をいたしまして財政援助しよう、そのような考え方のもとに定額の補助を定率に切りかえ、さらに過去の累積赤字を一般会計で負担し、さらに将来の保険料率の引き上げにつきましては、国庫負担を引き上げる、こういう三本柱からの財政援助のたまたまを出したわけでございます。

○山本(政)委員 大臣にお伺いいたします。いまの渡部主計官のお話、あなたの方の解釈でもそのとおりですか。要するに、六・三%の話を私申し上げましたけれども、厚生省も大体そういうふうにお考えになっておるのか。この点、あとの議論のあれになりますので、聞かせていただきたいと思ひます。

○齋藤國務大臣 先ほど来の山本委員の御意見、御質問、十分承つてまいりました。そこで、そもそも発想において被用者保険というものを考えたときに、被保険者の集団においてお互いに助け合つていく、保険料でまかなうという原則でできておつたと私は思うのです。それがいいとか悪いとかという批判は別として、そうであつたと思うのです。ところが四十二年、あるいはその前のときもだつたと思うのですが、赤字になつた。そこで、これはたいへんだ、何とかしなければならぬまいというので、私は率直に言いますが、これはある程

度のつかみだつたと思うのです。要するに、定率
じやないんですから。赤字というものを何とか考
えなければならぬというところで、極端な言い方
ですと、そういうことであつたと思ふのです。

その辺まではずつと相互連帯で保険料でまかな
う、これが日本の社会保険というものの発足以来
の一つの原則的なものであつたと私は思ふので
す。これがいいとか悪いとかは別ですよ。です
から、十年前の人々は、ことしになつて一〇%定
率補助をもらえるなどということは考へてなかつ
たと思ふのです。ところが、中小企業を対象とし
ておる保険であるということ、それから赤字もだ
いふふてきてゐるということ、そういう社会的
要請に応じて、やはり社会保険を拡充しなければ
なるまい、それではどの程度のものにしたらいい
か、二百二十五億のような定額ではどうにもな
らぬじやないか、やはり医療費の伸びに従つてふ
えていくという定率にしたらいいではないか、こ
ういうことになつてきたと私は思ふのです。

そこで四十六年度、四十七年度、五〇%がいと
か何とかということは別として、定率ということ
で、医療費の伸びに従つて国の負担もふやそうと
いう方向になつてきた。そこで四十七年度にお
いては、この社労の委員会において非常に御論議
の末に、四十七年度は七〇%ぐらいでもいいが、四
十八年度は一〇%にしろよ、こういうことで、そ
れを定率した補助率として四十八年度はそういう
ことに進んでいくのではないかと。

(塩谷委員長代理退席、山下(徳)委員長代理
着席)

ですから、定率をとつたというところに、考へ方
がだいぶ変わつてきてゐると私は思ふのです。
五〇%がいとか一〇%がいとかというところは別
として、定率をとるというところに社会保険の一
つの方向の転換が四十六年、七年あたりから徐々
に出てきたものである、私はこういうふうな理解
しております。

しかし、その当時の厚生省は少し弱腰であつた
じやないかというこの御批判、御叱正であるな

らば、私はそれも御批判として受け取りますが、
その当時の厚生省としても定率にもつていこうと
したところが一つの進歩であつたのではないかと
思う。こういうふうに評価していただきたいという感じ
もするわけでございします。

○山本(政)委員 大臣のお話では、ある意味では
つかみ金であつたということも否定できないとい
うような発言がありました。主計官のほうでは、
私いまメモを書きとめたのですけれども、四十三
年、四十四年は赤字が少くない、だから六・三%と
いうものそのまゝもつていったんだ、こういう話
があつた。それなら、なぜ昭和四十二年に強行採
決をしたのです。政管健保の赤字が非常に大きい
からということでは強行採決をしたのじやないん
ですか。しかも四十年には収支の累積不足は六百六
十九億圓だけれども、四十二年は千九百九十九億圓に
なつてゐるのですよ。四十二年は千八百八十七億圓、
四十四年は千三百三十九億圓、そして四十五年は千
七百八十六億圓です。四十六年、四十七年という
のは赤字が大きくなつたからとおつしやつてゐる
けれども、四十四年と四十五年を比べてごらんな
さい、四百億以上赤字がふえてゐるわけですよ。四
十五年と四十六年の間は、二百億を切つた赤字が
ふえてゐるだけですよ。

そういうことからいへば、赤字が少なくなつたか
ら六・三%という、要するに二百二十五億圓とい
うものでやつてゐたのだという理屈に合はな
くなるでしよう、あなたのおつしやるのは、少なく
とも六・三%からずつとふやしていかなければな
らなかつたはずでしよう。論旨が一貫してない
じやありませんか。どこに赤字が少ないという現
実があるのです。実際問題としては、四十二年に
強行採決をやつたし、数字の上でもここに赤字と
いうものは出てゐるじやありませんか。四十四年
は四十年に比べてほぼ二倍の赤字になつてゐるわ
けですよ。それなら、赤字が少ないからというあ
なたの理屈は、理屈としても成り立たぬはずなん
です。

○北川(力)政府委員 ただいまいろいろお話がこ

ざいました財政状態の推移と国庫補助の關係でこ
ざいます、大臣からもお答え申し上げましたの
で、私から重ねてお答え申し上げる必要もないと
思ひますけれども、われわれもいろいろな点を反省
をしなから重ねて申し上げておきたいと思ひま
す。

私どもは皆保険という時点以後、やはり医療の
実態は変わつてきたと思つてゐるのです。皆保険
になりまして、先生も御承知のとおり、その直後
にいわゆる制限診療というものが撤廃されまし
た。また医療費の地域差というものがなくなりま
した。そういったことで、受診の抑制というよう
なことがございしましたのがなくなりまして、医療
費の伸びが非常に顕著な状態になつてきたこと
は、まぎれもない事実でございします。

したがつて、私の記憶では、それまでは政管健
保の収支というものはどちらかといひますと、そ
の時々景気変動によつて、ある程度左右されて
おりました。しかしながら、この皆保険以後は、
とにかく歳入の面で景気変動がございしても、
歳出の面で非常に大きな伸びがあつたものでござ
いますから、先ほどから御議論のございました政
管健保の、いわゆる常時逆差やたの体質というも
のが三十七年ごろからは定着をいたしまして、そ
れ以後経常的な赤字が累積をしまつた、この
ように考へております。三十六年に皆保険でござ
いますから、三十七年度から実質的な赤字があら
われ始めまして、それ以来先生がおつしやつた
ような赤字になつております。

それで、主計官のほうにお尋ねでございした、
赤字が年度によつてばらつきがあつて少ないとい
うお話でございしますが、なるほど四十二年ある
いは四十四年度は、それそれいふ感じがござい
まつたにいたしまして、法律改正がございまし
て、その法律改正の効果がいまして予測によつて赤字
が減つて、結果的には少額の赤字になつておりま
す。また四十六年には保険医の総辞退という異常
な事態がございまして、これまた赤字が激減して
おります。これはしかし、法律改正なり保険医の

総辞退といったような事柄によつて出てまいりま
した結果的な赤字の減少でございまして、私が申
上げたことは、やはり皆保険以後の歳入面の
状況あるいは歳出面の伸びを考へますと、政管健
保は本質的に逆差やの体質を持つてゐる。した
がつて、これに対してはやはり定額を増額してい
くということではなくて、定率をもつてベーシッ
クに国庫補助がふえるようなシステムを取り入れ
ていく、これが政管健保の財政の運営としては最
も好ましい姿ではないか、こういうことで四十六
年度以後において五〇%、率には問題がございま
すけれども、こういうものを提案を申し上げた、こ
のようになつております。

したがつて私どもは、現在の時点で過去のいろ
いろな赤字の状況というふうなことは、そのとき
どきの状況との関連で議論がございしますけれ
ども、少なくともいろいろな反省に立つてみて、皆
保険下の最近の十年間の状況、それから今後の賃
金、物価の伸びとか、あるいはまた医療技術の進
歩とかそういうことを考へまして、政管健保のい
ま申し上げた常時逆差やの体質、こういうもの
は定率の国庫負担で補てんをしていく、これが
政管健保に最も好ましい状況ではないか、これが
いうふうな考へておられますので、はなはだ話が
重複いたしますけれども、また私どもの反省も込め
て現在の考へ方を申し上げたような次第でござい
ます。

○大原委員 関連質問。去年もこの問題は非常に
議論をして、若干の前進はあつたわけですが、今度
は定率で一〇%ということをやつたわけですが、
しかしいままでの議論の問題は、厚生省も私は悪
いと思ふのです。きちつとしたなければならぬ。大
蔵省も、まるで自分の金みたいなことを考へてお
るけれども、考へ方をきちつとするのにとこが問
題かという、あれほど皆保険下において話の
とおり議論になつて、政府が管掌しておる中小企業
を対象としてゐる政管健保、たとえば大きな企業
のほうは五十五歳が法定年だつたわけですよ。

五十五歳じやだんだん寿命が延びているから、六十歳、六十五歳まで働いているわけだ。それはどこで働いているかというところ、下請企業とか中小企業で働いているわけだ。

その定率制の問題を一つとってみても、結局は一番働き盛りのところを大企業が労働力を食べていて、そして高度成長してきたわけだ。日本みたいな定率制のいびつなところはないわけだ。それを、年をとって働くと段階で疾病率が高いわけですから、どんな医療が必要になつてくるわけですから、そういうことを含めて、中小企業の労働者の生活の条件や賃金や労働条件や環境というものを、すべてを考へて、中小企業の保険については政府が管理しているわけだ。そこで皆保険下からそういう矛盾が露呈した、あるいは猛烈なインフレですよ。そういうところで問題が出てきたわけだ。ですから、いま私も議論しているのは、昨年からの議論を続けてきたけれども、一〇%までたどりついたらけれども、しかし一〇%以上一五%、二〇%、われわれは二〇%といっているが、そういう国庫負担を、他の保険制度との関係を考えて、国費を導入する必要があるのではないかと議論しているわけだ。

そこで、議論はいままでの経過を踏まえながら、なぜ中小企業を対象としているこの政府管理の健康保険において定率の国庫補助が必要であるか。国保や組合保険や共済との関係で定率の国庫補助が必要である。なぜ必要なのか。客観的にどういう理由があるのか。こういうことをきかちと計算して定率補助をしてきたをはかして、そして労働者保険と自営者の保険のそういうバランスをとつていく必要があるだろう。こういう議論をわれわれは全体の保険制度の中でしているわけだ。

ですから大蔵省側の答弁もおかしいというふうには山本委員も指摘されているのは、昭和四十二年に二百二十五億円だったのですね。たとえばインフレとか生活水準が上がっている、予算規模が拡大している、こういう議論がありました。それが

から考えてみたって、同じような定額を続けておつて赤字が累積するというのは、これは当然のことじゃないか。その当時の定額を非常にいびつであるけれども二百二十五億円認めてやった。そういう経過から見ても、これを据え置いておいて赤字が増大するのは当然じゃないかという議論をしているわけだ。それで、いろいろな議論をわれわれがずっとやつた末に定率になつてきたけれども、その定率自体もいまの実態から考へて、客観的なそういう基礎があるのかどうか。保険制度を憲法上の平等の原則に従つて運営する場合に、これでいいのかどうかという議論をしているわけだ。

ですから、私は関連質問で要求したいことは、一〇%の定率補助をこの制度として確立をする、総医療費の増大の中で確立をしていく、こういうことは、これはなお少ないのではないかと。これで十分なのかどうか。この根拠はどうなんだ。こういうことを厚生省がきかちとデータを示して大蔵省に突きつけて、大蔵省がそれを予算上吟味をしながら全体の保険制度の中で公平に運営をしていく、こういうことが必要である。でないと、たとえば主計官が従来からずっと言っておられるけれども、私どもは納得できないけれども、赤字を今度ばたな上げしているのですよ、たな上げ、たいへんなことですよ、こう言っているわけだ。たいへんなことじゃないわけですよ、それは。

政府が管理している保険が中身のやり方が一番悪いのですよ。政府のやっているのが一番悪い典型なんです。だから社会主義がいい、国営がいいということは、私どもは保険でも言わない。組合管理とか共済のほうは、ある意味では労働者が参加しているわけだ。しかし、これは審議会があるけれども、ほとんど参加はしていないのだ。親方日の丸だからね。だから保険の役人もそういう能力がないし、そういうことと重なつておるわけだけれども、いすれにしても、やはり定率補助をしてきたをはかして、それで保険主義をやるにしても、保険制度を採用する範囲においてどう

いうふうな公平にやつていくかということを、そういう本質的な問題を議論していると思うので。す。

（山下(徳)委員長代理退席、委員長着席）

ですから、その経過についての説明を一つと一緒に、定率補助の根拠をきかちと厚生省出して、そして大蔵省もそれに対応して、いままでの赤字の問題、その問題について公の費用、一般財源で負担すべきものは負担するということは当然ですよ、国民の立場から見ても。そういう点については四の五の言わぬでやることはやる、いろいろなことについての条件をつけない、こういうことが必要ではないかという議論をわれわれはしている。

前向きな議論をするために、いま山本委員が議論を提起されていると思うのです。

ですから、いろいろなことについて言いわけがましいことを言わないで、厚生省で、主管省として、定率の一〇%でこれで十分なのか。この根拠は何なのか。根拠があるとするならば、私どもは一五%、二〇%が必要ではないか、去年の議論を發展させて、そういうことが必要ではないか。それで国民健康保険は総医療費の四〇%ですよ。こつちのほうは給付に対する負担率ですよ。その議論は去年もしたわけですよ。ですから、こつちの四割の中には、四割と五割の国民健康保険の中には、自営業者の中でもない人もおるわけですよ。その中には、土地を売って最高所得のベストテンになつた、そういう人もおるわけですよ。そうかといへば、五人未満の労働者を放棄しておいて、こへ五人未満の労働者を国民健康保険に投げ込んでおるわけですよ。労働者保険の趣旨が、政府管理も貫徹していないわけですよ。日雇健康保険はあるわけですよ。

だから定率補助はこれでいいのか。この根拠は何なのだ。これではわれわれは足りないというところの議論をするために、定率になつた以上は、その根拠をきかちとして資料として出さない。出すことができますか。答弁することができませんか。こういうことをひとつ私はこれに関連して一点、

厚生省の考えを聞いておきたい。それに対して大蔵省の考えを聞きたい。いかがですか。

○北川(力)政府委員 たいへん貴重な御意見をちょうだいいたしました。私どももつらつら過去のこともいろいろ振り返つてみて、定率補助ということがおそろくこれは非常に大きく評価されると思ひますけれども、やはり一〇%というものについてかなり明確な根拠がなければならぬという、まことにごもっともだと思います。

私ども、そこで、詳細なデータはいずれまた社会保険庁のほうとも相談をいたしまして提出を申し上げます。申し上げますが、先ほど申し上げました皆保険直後の三十七年度から四十六年度までの政府管理健康保険の被保険者の一人当りの保険料と保険給付費の差というものを、要するに逆ざやとしての差というものの資料はあるわけでございます。これを大体積み重ねて平均をいたしてみますと、ならして大体一〇%前後というふうなことになるわけでありま。

ただ、もう一点だけ申し上げておきたいことは、今度の法律改正案ではお願い申し上げております標準報酬の上限の上乗せがあるわけですよ。しかしこの標準報酬の上乗せは四十一年改正以来現在まで七年間やっておりませんので、そういう意味で、いま申し上げました三十七年から四十六年までの平均大体一〇%程度の一人当りの逆ざやというものにつきて、今度の改正案に盛り込まれた標準報酬の上乗せというものを加味して考えますと、私どもはいま大原先生御指摘の、きわめて正確なものとはいへないかもしれせんけれども、大体のところはいつたしましては一〇%の国庫補助でもつて今後も経常的な逆ざやというものは補てんしていけるのではなからうか、かように考えております。

なお、いまお話がございました、詳細なデータができますかどうかも含めまして、保険庁のほうとも十分相談をいたしまして、提出ができれば提出をいたしたいと思います。

それから、もう一つの問題をいたしましては、そう

から考へてみたって、同じような定額を続けておつて赤字が累積するというのは、これは当然のことじゃないか。その当時の定額を非常にいびつであるけれども二百二十五億円認めてやった。そういう経過から見ても、これを据え置いておいて赤字が増大するのは当然じゃないかという議論をしているわけだ。それで、いろいろな議論をわれわれがずっとやつた末に定率になつてきたけれども、その定率自体もいまの実態から考へて、客観的なそういう基礎があるのかどうか。保険制度を憲法上の平等の原則に従つて運営する場合に、これでいいのかどうかという議論をしているわけだ。

いう状態で、それでは今後どう対処するんだ。今後の運営があるわけだ。今後の運営について、国の補助との関係は先ほど主計官からもお話がございましたが、いわゆる各種医療費の改定等の場合に保険料の調整方法というものを今度お願いを申し上げておりますが、調整によって保険料が上がりまします場合には、それにリンクをして〇・四％の国庫補助が上へ乗かっていく、こういうことで一〇％というベシッ的な国庫補助以外に、そういった今後の運営上の国庫補助も積み重なっていくわけでございますから、これでもって、かなり長期的に財政の安定を期しながら給付の改善等も盛り込めるのじゃないか、あるいは医療の改善等もやっていくのではないかと、かように考えておる現状だけを御報告申し上げておきます。

○渡部説明員 定率一〇％の根拠についてのお尋ねでございますが、これにつきましては各方面の多面的な検討を要する問題であらうかと思ひますが、われわれといたしましては、今回の政管の収支を見ました場合に、単年度で千七百七十九億の赤字を、対策を講じない場合には生ずることになっております。これにさらに今回の給付改善におきまして五百九十三億の赤字が生ずることになりまします。それから従来の定額国庫補助二百二十五億を差し引きましますと、差し引き所要財源が千五百四十七億になるわけでございます。これを被保険者、国、事業主三者の間でほぼ均等に負担するという考え方に立ちましますと、今回の健康保険料の負担の引き上げは九百七十一億、被保険者四百八十六億、事業主四百八十六億ということになります。国庫補助の引き上げは五百八十六億でございます。

そういう意味で、この三者構成の上でも国の負担を一〇％にするということによりまして、さらに多く見るようになるわけでございますし、さらに今後の国庫負担におきましては、保険料率の引き上げにつきましても、保険料一に對しまして国庫補助三分の一という考え方で引き上げていきますならば、長期的に収支も均衡するであらう、こういう考え方でまず一〇％を考えたわけでござい

ます。さらに他の社会保険とのバランスでございするが、先ほど市町村国保とのバランスを申されたのでございしますが、市町村国保の場合には事業主負担がございせんのでそれを加味いたしますと、国庫補助プラス事業主負担で考えてみますと、対総医療費四六・七％になりますので、これはほぼ市町村国保の四五％に均衡するのじやなからうか、かように考えておる次第でございします。

○山本(政)委員 私がなぜそういうことを言うかと申しますと、要するに、全国保険・国民年金課長会議の中で、「標準報酬の上下限の改定は、行政当局の今までの怠慢を是正するということだ。上限は四十一年以来十萬四千円で据置かれていたため、十萬円の報酬の人は三・五％の保険料負担であるのに二十萬円の人は一・七五％の負担にしかならないというひずみを生じている。」そして今度は標準報酬の上下限を上げるというふうにして、これを被保険者の負担にかぶせていくということとしておる。つまり行政当局の怠慢だということのだったら、先ほどの話に戻りますけれども、四十二年の定額二百二十五億からこれを換算すれば六・三％、それがずっと四十七年まで漸減傾向に、事実金額としては若干は上がっております。パーセンテージからいえば三％くらいに落ち込んでいる。これは本来ならば、すでにもう一〇％くらいはいつているのじやないだろうか。そして今度の改正で一〇％と出していることは、先ほど大原委員が言つたように、もっと国庫の負担というものをご大幅にしないかというのを私は言いたかつたから、その前段として申し上げたわけなんです。

ところが主計官のお話では、どうもちがはくな御答弁をいただいたような気が私はしてなりませう。給付の改善を五割から六割とやるというわけでしょう。そうすると給付は一割上がるわけですね。それによつて実は公費負担というのがあります。公費負担というのは軽減されるわけですね。つまり国が出しているお金というのは、政管健保に肩がわりをされるということですよ。ことばとし

て悪いけれども、国はそれだけもうかるはずなんです。ばくに言わせたら。

そこで、お伺いしたいのですけれども、厚生省の公費負担に一体どんなものがあるのか、どなたかお聞かせを願いたいと思ひます。

○岸野説明員 現在厚生省で関係しております公費負担医療といわれましますものは、およそ二十八種類ある、こういうぐあいに考えております。たとえば社会防衛のための伝染病予防法とか、結核予防法とか、原爆医療法とか、あるいは児童福祉法、あるいは身体障害者福祉法、そういうようなものに入つております特定の対象者のための福祉的な医療、こういうものを含めまして大体二十八種類ある、こういうぐあいに考えております。

○山本(政)委員 私が申し上げるのは、五割から六割に給付改善することによつて公費負担は軽減されるはずだ、その影響を受ける医療というものは、一体どういうものがあるのだろうか。たとえばの話ですが、老人医療はこれは全額国庫負担です。ですから、政管健保については影響はないわけでしょう。そうじやないんですか。その点どうなんですか。

○岸野説明員 いわゆる社会保険の相乗り方式といわれております公費負担医療、たとえば老人医療であるとか、あるいは身体障害者の更生医療であるとか育成医療であるとか、本人が被保険者の家族であれば根っこに五割の保険がききまして、そのあとの五割につきまして公費負担が働く、こういうような制度は、すべて今回の給付率が、社会保険の根っこに五割が六割に上がることになります。四割分につきまして、それぞれ若干の所得制限はございしますけれども、大なり小なりすべてみなかかつてくる、こういうぐあいに考えております。

○山本(政)委員 給付改善によつて国庫負担が軽減される。要するに公費負担の医療というものについては一体どんなものがあるのか、項目で、たとえば結核の医療費とかいろいろあるでしょう、結核の医療費が当てはまるかどうかは別として、そういう意味で一体どういふものがあるかというのを項目別にあげてほしいと私は申し上げてゐるのです。

○木暮政府委員 お答え申し上げます。今度の医療保険の給付改善に関連がございします公費負担制度でございしますが、大きなものは生活保護の医療扶助費、老人医療費、身体障害者の更生医療費、それから措置児童の医療費、身体障害者の育成医療費それから特定疾患の治療研究費、それから小児慢性じん炎、ネフローゼ治療研究費、小児ぜんそく治療研究費、それから小児ガン治療研究費並びに原爆医療費、こういうものがございします。

○山本(政)委員 そうすると、それは要するに、ことばが悪いけれども、肩がわりするわけですね。いままでは公費負担になつていたんだけれども、政管健保が一割上がったから、政管健保でカバーするものがあるわけですね。そうですね。そうすると、その金額は、幾らになりますか。

○木暮政府委員 四十八年度の子算で九十六億円減額になるわけでございします。

○山本(政)委員 生活保護とか老人医療等のそういう公費負担医療制度に対する国庫補助金というのが、四十八年度については全部で四千二百八十五億五千萬円ですね。その予算額の中で、いまお話のあつた給付改善によつて高額療養費の実施に伴う、健康保険のほうにはね返るといいますか、その金額が九十六億円、つまり国庫負担というのは、そういう意味では減額されるわけでしょう。そうですね。

○木暮政府委員 四十八年度の子算編成は医療保険におきまします給付改善を前提としたわけでございます。それで四千二百八十五億円を計上いたしておりますが、先生のおっしゃる趣旨は、もしそういう給付改善がなければ、さらにどのくらい予算が必要であつたか、こういうことにならうかと思ひますが、その額が九十六億円ということでございます。

○山本(政)委員 そうすると、九十六億円という

ものの中には、高額医療費と、それから政管健保の家族のはね返り分というのですか、その二つが入るといいますね。

○本府政府委員 さようでございます。

○山本(政)委員 それでは、その九十六億円の二つに分けた金額というのは、幾らになりますか。

○渡部説明員 五割から六割に引き上げます給付率の改善によります部分が七十四億、高額療養費による部分が二十二億であります。

○山本(政)委員 いや厚生省にお伺いしますけれども、私が資料として要求をした金額とは合わないような感じがするのですがね。この点違っておると思うのですけれども、どうなっておるのですか。

○本府政府委員 九十六億の内訳でございますが、七十四億が六割給付によるもの、それから二十二億が高額医療によるものでございます。

○山本(政)委員 そうしますと、それだけ、九十六億という金は、つまり国庫としては出すべき金を出さないで済んだということですね。そうでしょう。結果的にはそうなりますね。

○渡部説明員 おっしゃるとおり、医療保険の今度の給付の改善は、別に公費負担の肩がわりをする目的ではございませんけれども、結果的に、先ほどお話がございましたように医療保険の裏負担を見ておるといふ公費負担分につきましては、医療保険の給付がかかることに伴いまして、その部分だけ公費負担の負担額が減つてまいります。その金額が先ほど申し上げましたように、四十八年度で九十六億になるわけでございますが、一方、この給付改善に伴います部分だけで見ましても、医療保険の国庫補助の増額が五十二億でございます。

○山本(政)委員 だから、その給付改善に伴うお金が五十二億だからということ、それを結局差引くというわけですか。

○渡部説明員 別に差し引くという意味ではございませんが、先ほど家族給付率の引き上げ等の給付改善に伴って国庫負担にどういふ影響があった

かというお尋ねでございますので、公費負担の面におきましては九十六億の減がございまして、一方におきましては、この家族給付改善に伴います国庫補助の増額が五十二億でございます。差し引くというわけではございませんけれども、家族給付率の引き上げに伴う、あるいは高額医療費に伴う国庫補助の影響額についてのお尋ねと思ひましたので、そのように申し上げたわけでございます。

○山本(政)委員 結果的には、しかし、そうなるのでしよう。九十六億減額されるけれども、片一方で給付改善に伴って、これだけ金が必要になります。給付改善に伴うお金というのは別個に——これはさいふは一緒ですよ。さいふは一緒だけれども、給付改善に伴う金というものは金として別個に出さなければならぬはずですよ。そうすると、国庫負担によつて九十六億円というものが減額をされたのだつたら、この九十六億円というものは、当然政管健保のほうに回していいはずじゃありませんか、浮いた金だから。

だから、私が先ほどから言っているのは、四十二年以来四十七年までの数字をあげるけれども、六・三%にこだわらなければいけません、非常にけちっているわけだ。今度も九十六億円は要するに減額されたけれども、片一方では増額されま

す五十二億円で、それが理解がでないのです。すけれども、九十六億円というものが浮いたのだつたら、なぜ九十六億円というものをまるまる政管健保のほうに、別のほうに回さないか。高額医療のことも私先ほどお伺いしたでしよう。いろいろな問題があると思うのですよ。ベッドの問題とか、あるいは付添看護婦の問題とか、なぜそういうところを回すような方向をたどらないだろうかと。片一方で減額したから片一方で増額した、差し引きでこれだけ違う、つまりそういう算術計算をやっているのですよ、現実には、

○渡部説明員 まず政管健保だけについて見ますと、国庫負担は従来の二百二十五億に比べまして八百十一億でございますので、五百八十六億の国庫負担増になります。この中に給付改善に見合

うものももちろん入っておるわけでございます。一方、公費負担の減は先ほど申し上げましたように九十六億でございますが、公費負担全体の医療費の額は、前年度の三千三百二十億から四千二百七十億ということでありまして、約千億近い増を見ておるわけでございます。

○山本(政)委員 それじゃもう一ぺん言ひましよう。九十六億減額になる。五十二億給付改善によつて増額される。そうすると、九十六億から五十二億引いてみましよう。四十四億になりますね。四十四億というお金が実は家族の高額医療の給付になつて、四十一億円になつてあらわれてきている。そして、まだおつりが来ているのですよ、ほくに言ひましたら、実に巧妙な計算だと思ひます。そうなりませんか、現実を考へてみたら。

いいですか、もう一ぺん繰返しますよ。給付改善によつて公費負担医療費は減額される。その金額は九十六億円です。給付改善によつて実は五十二億円で増額されております。だから片一方で減額されたものが片一方で増額をされておるのです。こつこつ御説明であつた。そうすると残り

は四十四億になる。あなたのほうも計算でおやりになるから、私も計算しますが、そうすると九十六億から五十二億引いたら四十四億円。ちよとまるまる家族の高額医療費の負担分というふうになりはせぬだろうか。私の考えは違ひますか。四十一億円は別個に予算で計上しているから、四十四億円は別に余つているのだとすれば、もつと悪いと思ひますね。

○渡部説明員 ちよと、四十四億というのは保険給付のほうではないかと思ひますのでございまして、国庫負担、これはその分につきましては一〇%です。先ほどの四十二億でございまして、高額医療の分というものは保険給付の増の分でございます。したがつて国庫負担の増の分ではございませ

四億でございますか、これをどういふうぐあいに回したのかということでございますが、別にわれわれは、どこに回したということではございませんで、国全体として、それを運用いたしておるわけでございますが、結論的に申しまして、政管健保に對しては五百八十六億円の増と見ておりますし、公費負担のほうにおきましては、九十六億の減はございませけれども、他の公費負担の増におきまして約一千億近い増ということでございます。

○山本(政)委員 それは、だから一〇%のほうで増になつたということ、これは別なことです。よくの言ひたいことは、俗っぽいことばで言へば、減額でもうけましたけれども、片一方で出す分があるのです。計算してみると幾つか残つた、その残つた分がちょうど金額的には高額医療に当てはめられはせぬかと、たいへんじようずな、要するに財政収支のやりくりをしているのじやありませんかと、よくはこつこつことを言つておるのです。よくの考えが違つておるなら、よくの指摘が違つておるのなら違つておるでけつこつなんですか、違つておるといふ指摘をしていただき

たいのです。○渡部説明員 政管の財政収支という面をお尋ねでございますが、公費負担の国庫補助の額というものは、政管の財政収支には全然影響ございませ

ん。これは社会保険国庫負担外のものでございませから。したがつて、お尋ねの保険給付の高額医療分の四十一億とは全然関係のない数字であらうかと思ひます。○山本(政)委員 定額から定率にいつて五百八十六億円増額した、こつ渡部さん、おっしゃつておるわけでしょう。そしてそのうちに給付改善に伴うものが四十億円あります、こつおっしゃつておるわけでしょう。だからばくは、その四十億円というものは、実はいまさつきの話に戻るわけじやないけれども、九十六億円から五十二億円引いてしまつたら四十四億円残つたけれども、そつちのほうに回したんじやありませんか、あるいは高額医

○山本(政)委員 それじゃ、この点につきましては、もう一ぺんあとで質問させていただくことにしまして、弾力条項についてちょっとお伺いしたいのですけれども、定率の国庫負担、料率が〇・一％上げれば〇・四％上げます、こういう話があるわけですね、昨日大臣のほうから、参議院の質問で、診療報酬の改定や給付の改善が行なわれた場合に限って行なう、こういうふうにおっしゃってくださったと思いますが、この点については間違いがございませんでしょうか。

○齋藤國務大臣 昨日の参議院で御答弁を申し上げましたのは、診療報酬の改定、給付の改善に限ると申し上げた場合もありますし、その他、緊急な場合を入れた答弁もあったかと思いましたが、私の気持ちとしては、診療報酬の改定、給付の改善、こういう点に限って運用されるべきものである、その他、緊急な場合もあると思いますが、そういうときに限って行なわれるべきものである、私はさように考えております。

○山本(政)委員 そうすると、〇・一％かりに料率を上げるとした場合には、どのくらいの金額になるのでしょうか。

○北川(力)政府委員 百十億円でございます。

○山本(政)委員 そうすると、〇・四上げた場合には幾らになりますか。

○北川(力)政府委員 約三十五億円でございます。

○山本(政)委員 〇・一％上げた場合には百十億円ですね。百十億円ということは、労使の折半だから五十五億円、五十五億円。先ほどから、ぼくはこたわるわけじゃないのですけれども、〇・四％国庫補助がある。〇・一％上げれば〇・四％上がるというのですが、その金が三十五億、三者負担にならぬやありませんか。五十五億円、五十五億円、五十五億円になるんだつたら三者負担になる。ここでも大蔵省、ちびつてゐるわけです。どこに三者負担ということがいえるのですか。

厚生省はそういうことに対して疑問感はないのですか。たいへんふしぎなんです。〇・一％についてせめて〇・六％くらい上げたら、それに近い数字が出ると思うのです。けれども、〇・四％だったから三十五億円しか出ないから三者負担ということにならぬ。厚生省は、そういうことに対してふしぎを感じないのですか。ぼくがふしぎを感じたのは、なぜ厚生省はふしぎを感じないのですか。たかが二十億とおっしゃるかも知れぬけれども、先ほどの四十億何億か、それを合わせれば、この二十億でもう六十億出てきますよ。ぼくは、大臣がふしぎを感じないのなら、ふしぎでならないのですが。

○北川(力)政府委員 この保険料率を調整的に変更して保険運営に柔軟に対応するという仕組みがあるわけですが、私も第一に申し上げたいことは、料率を上げるときには必ず国の補助がリンクするという、政府管掌健康保険にプロパーな、ほかの保険には見られない特色のある仕組み、この点については先生もそれなりの相応な御評価をいただけたらと思つてゐるわけでありました。

ただし、いまおっしゃったように、〇・一％で百十億上がるということになりますと、労使折半でございますから五十五億円でございます。その場合に五十五億円、五十五億円ということであるために、国がこれにリンクして補助金も必ず五十五億円でなければならぬ、そういう理屈までは、私もまだ実はクリアカットには考えてゐるわけでもないわけでございます。

〇・四についていうと、〇・四が絶対的に正しい、あるいは〇・六でなければならぬ、あるいは〇・五でなければならぬという絶対的な理由はない、しかし私は、その基本的な料率の調整変更に伴う国庫補助のリンク、そのときのリンクのしかたとして、〇・四というふうな率でもつて国庫補助が出る、この点の御理解をまずいただきたらいい。五十五億、五十五億、五十五億でなければならぬのかについては、これは議論のある点

かもしれないけれども、とにかく相当な御評価をいただけるのではないかと、こう考えておりますが、いかがでございましょう。

○山本(政)委員 ここに三者負担と書いてあるのです。だから、ぼくは、政府のほうで三者負担とかなんだとかいいながら、何で三者負担なら三者負担らしいことをやらないかというのです。三十五億という数字、〇・四％という数字は、千分の七十三を千分の七十四に上げた結果として、数字からいって、ひとしいことになりましたか。ぼくは、三者負担というのは公平に三者が負担するという意味に理解するのですが、あなたが言つてゐると言つてゐるのではないのです。大蔵省は一体どうお考えになるのですか。

○渡部説明員 弾力条項を発動いたします場合の国庫補助の連動規定の率の根拠のお尋ねでございしますが、これにつきましては、先ほど保険局長も申し上げておりましたように、〇・四だということについての根拠につきましては、特別に、絶対にこれではならぬという根拠はないかと思ひますが、われわれといたしましては、千分の七十の場合に国庫負担が千分の十であるということでは、保険料率千分の一に対して、千分の〇・一四でございます。したがって、今後上げます場合には、千分の一について〇・四ということでございますが、限界的に約三倍の負担をするというめどのもとに、〇・四を定めたということでございます。

○山本(政)委員 ぼくは重ねてお伺いしますが、これは〇・六にすれば大体五十四億か五十五億近くになるのですが、そういう点が、たいへんぼくには計算はみみっちいという感じがするのです。もう一つは、これは弾力条項、たいへん問題になるのです。私どもの考え方としては、いま国会の議を必要とするというふうなものに対して、なぜ今度はいろいろな要素するに歯どめがある、こうおっしゃつておられるけれども、ワクをはさそうとしておられるのか。つまり大臣の裁量で、たとえ一定の限度であろうと、そういうことをなさうとするのか。

うとするのか。しかもいまお伺いすれば、診療報酬の改定とか給付の改善のほかに、私はこれはあとで参議院から速記録をいただこうと思ひますが、緊急の場合ということを言つてゐる。そういう入れたような気もいたします、こう言つておる。緊急の場合とこの判断というのは、場合によれば大臣の判断で、これが緊急の場合とすることは幾らでも藉口できるわけでしょう。もし、それが大臣のほうで、緊急の場合も入れたつもりなんですけれども、ということなら、なおさら私はたいへんだと思ふのです。

だから第一は、もう一ぺん確認いたしますが、そういう入れたというつもりであつたかというところが間違いないのかどうか、もう一つは、弾力条項の発動ということについて再考する余地がないのかどうか、この二点をお伺いしまして、午前の部の質問を終わりたいと思ひます。

○齋藤國務大臣 私は、きのうお答えいたしましたのは、診療報酬の改定及び給付の改善に限る、こういうふうに言つた場合がありまして、はっきりそれと同時に、その他緊急の場合と言つたかも知れぬ場合も——五人質問を受けましたものであります。

しかし、私の気持ちは、その他緊急の場合とかに言つても、私は経常的な赤字に対して発動させる、こういう考えは全然ない。経常的に、ただ五億か十億ちょっと赤字になつた場合に発動するようなつもりは、全然私は考えておりません。これだけははっきりさせておきたいと思ひます。ただ想像されることならば、たいへん大規模な伝染病予防とか伝染病とか、ものすごく給付費がふえる、こういうことはあるかと思ひますが、私はほとんどこれは考えられない。ですから、現実問題としては診療報酬の改定と給付の改善、これに限るようには運営をすべきだ、これが私の気持ちでございます。

それからもう一つの問題は、御承知のように過去の赤字は一応全部たな上げにしまして、そして

定率一〇%の補助というものをするることによつて、単年度収支のバランスをとつていただくよううにお願いをしたいということであつてみれば、私は診療報酬の改定がどういうふうに行なわれるのかとは別といたしまして、そういう事態に対処して、単年度収支とんとんにしておくと法的措置を講じておくということとは必要ではないか、そういうことは現在でも失業保険、労災、共済組合、こういうふうな短期保険には全部あるわけでございます。

そこで、できるならば、そういうことをしていただきたい。しかもよその短期保険には上限、下限、制限がないものもございます。そこで私どもの提案いたしておりますのは、上限、下限という限度をきめて、その間において単年度、動かすのは社会保険庁長官が独断で動かすというのではなく、社会保険審議会の意見を聞いて、そして厚生大臣が動かしていくという道があつていいのではないか、その点は私は憲法違反でも何でもない、よその失業保険なり、労災なり全部そういうふうな手続をとつてやつておるわけでございます。其濟組合もしかりでございます。一定の限度のワークをはめて、そしてそのワークの範囲内ならば、社会保険審議会の意見を聞いてやつてよろしいという授權をしてくださるという法律が通れば、私は少しも憲法違反でも何でもない、よそもみんなそういうふうによつておるといふふうに考えております。

しかもまた、今度の料率の調整につきましては、
国の負担を上乗せする。こういうことで、この制
度はよその共済制度や失業保険等にはない制度で
ある、こういうふうに考えておるわけでございま
して、御理解をいただきたいものだと考えており
ます。

○山本(政)委員 もう一点、弾力条項というもの
を短期保険だということをおっしゃるのだったな
らば、たいへんはくは矛盾しておると思うんです。
それならば定率というのは、なぜ定額を定率にし
たんです。定率制というものを導入をするという

のだったから、定率を入れたということは政管健保というものの性格であるがゆえに、定率制を導入したわけでしよう。短期保険だという理屈じやないはずですよ。しかし性格から見れば、定率というのは短期保険にはほくは適用すべきでない性格のものだと思えます。しかし政管健保なるがゆえに、定率制というものを導入したんだと思います。

ですから、あなたが弾力条項というのは短期保険だから、弾力条項を入れるのは大筋としてはおかしくないということは、ほくは理屈にならぬと思うんですよ。

○田川委員長 この際、暫時休憩いたします。

午後一時五十七分休憩

午後三時二十九分開議

○田川委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

休憩前の質疑を続けます。村山富市君。

○村山(電)委員 きょう、午前中わが党の山本委員から種々御質問がありまして、あるいは重複する面もあるかもしれませんが、その点は、それだけ問題があるんだというふうに御理解をいただきたいと思います。

まずお尋ねをいたしたいことは、先般社会保険長期計画懇談会が発足をいたしました。そこに厚生大臣が出席をいたしまして、あいさつをされていますが、そのあいさつの中に、こういうことがあるわけです。二十年後の社会経済の変化およびこれに伴う国民意識についてのウェッジョンのもとに、五年後の社会保障の目標を設定し、その目標を達成する具体的諸施策」を講ずべきである、という意味のことが述べられているわけでありま

言うならば、これから五年後の社会保障の長期計画を立てる、こういうことのためにこの懇談会が持たれておると思うのですが、私は、こ

の懇談会に対して、厚生大臣は全く白紙の立場で臨んでおるのか、あるいは大臣として、厚生省として、何らかの具体的な目標設定をしながら臨ん

で、おるのか、できればこの基本計画の中に示され
ると思われる主要な柱について御説明いただけれ
ば、御説明を願いたいというふうに思うわけです。

○齋藤国務大臣　先般、厚生大臣の私的懇談会と

いたしまして、社会保障長期計画懇談会が発足いたしましたわけですが、この懇談会の主たる目標とするところのものは、去る一月、内閣において閣議了承いたしました経済社会基本計画、こ

それは四十八年度を初年度といたしまして、昭和五十二年までの五カ年計画の総論的な案ができておるわけでございますので、その総論的な計画に基づいて、今後五カ年間の年次別計画を策定していただく、これがねらいでございます。

そこで、このねらいとするとところのものにつきましては、一つの大きなワクがあるわけでございます。振替所得と国民所得に対する比率が、四十八年から八・八に振替所得の分を高める、これが一つの目標になっております。

それから もう一つの問題はこの懇談会において策定いたします内容は、年金部門と医療問題それから社会福祉施設、こういうふうな大体系ざっぱに言つて三つの部門に分けて、今後五カ年間の年次別計画をつくる、こういうことになる。

思うのでございますが、もともとこの計画なるものは、具体的には振替所得六％を八・八％に高めようということではございますが、最終的には今後十年後に西欧先進諸国並みの社会福祉というものを實現したい、その前期の計画として今回の

五カ年計画をきめていく、こういうことになるのかと思うのでございます。

したがって、さしあたりの案としては、今後五カ年という年次別の計画でございますが、それに基づくと、それだけ切り離された計画ではない。

将来の、あとの五十年、すなわち十年後という
とを目標としながら、十年後、西欧先進諸国並
にという一つのビジョンのもとに、四十八年か

始まる五カ年間の年次別計画をきめていただきました。こういうことで懇談会を発足いたしました次第でございます。

したがいまして、長期的には今後の十年のビジョンというものを抱きながら、具体的に五年の計画をつくっていただく、こういうことがこの懇談会の使命であると考えております。

○村山富委員 それは、いま私が申し上げました、あなたのあいさつの中に、そのことは言われているわけです。

うな三つの項目について、それぞれ年次別な計画を策定してもらう、こういうことで懇談会が持たれたと思うのですけれども、一つは、この五カ年計画は一体初年度はいつになるのかということが一つです。それからもう一つは、十年後に現在の

西欧並みに達したい、こういう一つの目標を設定しておるわけですが、具体的に医療なら医療はどういうものを想定しておるのかということがあれば、御説明願いたいと思うのです。

それから、私が三月一日にこの社会労働委員会

で、公的病院のベッド規制の問題について質問したことがあります。そのときに大臣はこういう答弁をしているのです。「経済社会長期計画」というものができまして、それに基づいて厚生省も各論的な五年間の長期計画をつくりたいと実は考えてお

ります。その長期計画において、年金、医療保険におきましては一応の軌道に乗っておりますが、一番の問題は医療供給体制がさっぱりしてないということなんです。」こういう答弁をしているわけです。ここでははっきりと年金と医療保険につい

ては一応軌道に乗った、こういう答弁をしておるわけですが、この軌道に乗ったというそのものの中身は一体どういうことなのか、具体的に説明が願いたいと思います。

○齋藤國務大臣 この五カ年計画は、昭和四十八

年度を初年度にいたすものでございます。そこで
西欧先進諸国並みということをよく申し上げてお
るわけでございますが、結局西欧先進諸国並みと

いつでも、これを比較いたしますものさしとして、現在ありますのは社会保障給付費と国民所得との関係、これが大体西欧先進諸国と比較いたします一つの指標になるわけでございます。これは一九六六年であったと思いますが、わが国の社会保障給付費と国民所得に対する比率は六〇程度であった、西欧先進諸国は大体一四、五〇から一七〇、こういうわけでございます。

そこで、現在の経済社会発展計画によりますと、振替所得を八・八にいたしますと、大体国民所得との比較は一〇〇、こういうふうになるわけでございます。大体経済社会発展計画によりますと一〇〇になるわけでございます。そこで、私は、これにつきましては、一〇〇で甘んずることなく、一〇〇程度に五年後に持っていきたい。それと同時に、十年後に大体一五〇、こういうことを計画としておろすのでございまして、経済企画庁の作業いたしております基本計画によりますと、この社会保障給付費と国民所得の比率は五年後に一〇〇になる、こういうことをいっておることは御承知のとおり。それから十年後には大体一五〇あるいはそれ以上になる、これは経済企画庁もそう明言をいたしております。

そこで、経済企画庁と私たちの多少違いますが、五年後に経済企画庁は一〇〇になるというわけですが、私は一〇〇ぐらいまで持っていきたいのだ、こういうことを努力目標として、厚生大臣として、そのくらのことをやらなければ将来のあれがないから、そこまで持っていきたいということとを、私しばしば申し上げておるわけでござい

ます。そこで、大体年金の問題が一番その中心になるわけでございしますが、今回提案しております五万円年金というものが実現いたしました場合には、これが成立いたしました場合には、大体こういう方向で進んでいくであろうということを見通されるわけでございします。そういうふうな考え方、それから医療のほうにおきましては、御承知のように保険制度も一応軌道に乗ってまいりますれば、一番

の問題は医療供給体制の確立、これが一番大きな問題でございします。そこで、この長期計画の中の年金、医療、福祉という三部門について研究いたしますとすれば、医療供給体制の確立をどうするか、すなわち医療施設の整備、医療従事者の養成計画をどうするか、こういうところがこの長期計画の中の一つ大きな問題になるのではないかと、そういうことを重点に置いて、医療問題についての計画の大綱をきめるようにしたい、こういうふうな考えでおるわけでございしますが、審議会において各方面の御意見を承って、そして政策の大綱をきめていただく、こういうふうなことを考えておる次第でございします。

○村山(富)委員 抽象的な説明はいいですから、もっと具体的に答えてもらいたいと思うのです。私が先ほど申し上げましたように、一応軌道に乗った、この軌道に乗ったという意味はどういう意味なのか、それが一つ。

それからもう一つは、この改正案は四十八年度が初年度になるわけですが、あなたは、けきの新聞を見ますと、きのうの本会議の質問に対して、四十九年度は七割給付にしたいと思っておるというふうな意味の答弁がありますね。あなたは首を振っているけれども、新聞にはそう書いてある。いいですか。そうしますと、たとえば五年計画ならば、五年後にはどの程度の給付水準になるというふうな想定しておるのか、お答えいただきたいと思ひます。

○齋藤國務大臣 厚生年金につきましては、五万円年金が成立いたしますれば、これが軌道に乗ってまいりますし、それから健保につきましては、きのうも、ただいま御提案申し上げております健保改正が成立した場合には、七割給付を実現するように最大の努力をいたします。こういうことを申し上げておるわけでございします。したがって、ただいま五割から六割給付に引き上げるといふ提案をいたしております、この法律が成立いたしました場合には、七割給付を目ざして、こ

の五年間に必ず実現するように努力する、これはもう当然そうなるわけでございします。私の答弁は、提案いたしております法案が成立いたしました場合には、七割給付を実現するように最大の努力をいたしたいと考えております。こういうことを、衆議院においても参議院においても同じように答弁をいたしておる次第でござい

ます。○村山(富)委員 いまの答弁を聞きますと、五年後に七割給付が実現するように努力をしたい、この言ひましたね。○齋藤國務大臣 五年の間に……。少し違いますが、五年の間に七割給付。ところが、四十九年度から七割給付になるように引き上げたい、こういう意味の答弁をしていますね。――委員会のたびに変わったんじや、これは困りますよ。

○齋藤國務大臣 お答えいたしますが、私の速記録をあらためていただいてもおわかりいただけると思いますが、提案をいたしております現在五割から六割に引き上げようというこの法律案が成立いたしました場合には、七割給付にするように努力をいたします。こう申し上げて、はっきりしております。四十九年度に必ずいたします、法律が成立するかしないかにかかわらずいたしますとは申し上げておけません。成立いたしました場合には、なるべく早く七割給付になるように努力いたしますと、はっきり申し上げておりますから、速記録をあらためていただいても、私は一つも後退でも何でもございしません。申し上げたとおりにお答えをいたしておるわけでございします。

○村山(富)委員 これはいすれ議事録ができれば明確になることですから、そのときにまた機会があれば確認したいと思うのです。そこで次に移りたいと思うのですが、午前中の質問で、高額医療の問題についての質問がございました。この高額医療の問題については、三万円

の額が妥当であるかどうかという議論もあるでしょう。しかし、もう一つの問題は、午前中も指摘がございましたが、これは療養費払い制度なんですね。したがって、患者が見てもらって、一ぺん金を払って、あとからもらうことになるわけ

です。そうしますと、沖繩の例のごとく、そういう事例がたくさん生まれてくるのではないかと。もらった給料の中から三万円の療養費を払って、しかもそれから五万円、六万円かかるか知れない額を自己負担をしなければならぬ。なかなか金のできぬ者もあるでしょう。そうしますと、金の準備がでないために療養にかかれないという者も出てくるかもしれないわけです。そういう者に対しての何らかの救済措置を考えているのかどうかというところが一つ。

それから、もう一つは、これは午前中もちよつとございましたけれども、たとえば一月入院して十万円かかったと仮定します。患者のほうには、どの部分が保険に適用され、どの部分が保険の適用外かということがわからない場合がしばしばあるわけです。それで、三万円の額をこした七万円の分は見てもえらると思つて請求をする。そうしますと、計算をしたあげく、これは保険を適用する以外のものがだいたいあるというので、結局本人は三万円しかもらえなかった、あとの四万円は保険の適用外だということがあり得るのじやないかと思ひます。そういう事例に対して一体どういうふうな考えておるか、そのためには療養費払いでなくて、現物給付にする必要があるのじやないかと思ひますが、その点はどう思ひますか。

○北川(力)政府委員 高額療養費の支給のしかたをいたしまして、現物給付がいいのではないかと。御意見は、午前中もございましたし、また関係の審議会等でも出た議論でございします。これに對しまして、午前中もお答えを申し上げましたが、私どもは、やはり新しい制度でもございしますし、これを正確な形でスタートさせて、患者さんとか、あるいは医療機関の側に新しい負担がかかるというふうなことがないように、スムーズにこの制度

が導入されるように努力する、これはもう当然そうなるわけでございします。私の答弁は、提案いたしております法案が成立いたしました場合には、七割給付を実現するように最大の努力をいたしたいと考えております。こういうことを、衆議院においても参議院においても同じように答弁をいたしておる次第でござい

を運用し始めたいわけでございます。そういう意味合いで午前中申し上げましたことは、要するに、現在の医療費の支払いのシステムの上に乗っかってこの制度を発足するということを実は考えておるわけでございます。

ほかの例で申し上げますと、共済組合でございますとか、あるいは健保組合でございますとか、いずれの場合も一定の額をこえた場合に給付をいたしますいわゆる付加給付というものが現在もあるわけでございますけれども、そういう場合にも償還払いになっていくわけでございます。したがって、現物給付ということになりますと、いつの時点で一定の額をこえるか、患者さんのサイドも医療機関のサイドも非常にわずらわしい場面がたふさふさございますから、そういうことがないようには、また現在すでに定着をしておるほかの制度のこともらみながら、償還払いの措置をやるという趣旨に出るものでございまして、その点はひとつ御了解をお願いしたいと思います。

この問題の処理のしかたによって、受診の抑制が出るのではなからうか、あるいはまた受診の抑制の問題に関連をして、必要な現金が用意できないのではないかと、こういうふうなお尋ねでございますが、私もその点はまことにこもつともな点があるかと思ひます。思ひますが、やはりいま申し上げたような制度の円滑なスタートという意味合いで、私どもは償還払い方式の、一応三万円を予定した支給方法でこの問題を処理したい、このように考えておるような次第でございます。

なお、医療内容といたしまして保険が適用になるものと、適用にならないものと両方があって、非常に困るではないかという御指摘でございますが、一般論として申し上げますと、現在大体必要な医療というのは保険診療として取り入れておりますから、もとより例外もございましょう、新薬等で採用のための時間的なズレがございまして、保険のきかないものもあるかもしれませんけれども、そういったケースは高額医療だけに限らず一般にあるわけでございますし、またきわめて

レアケースである場合が少なくないと思ひますので、そういう問題は一般的な問題としてチェックをしながら今後も留意をしてみたい、大体以上のように考えておる次第でございます。

○村山(富)委員 いま答弁の中でわずらわしいという答弁があったですね。これは患者のほうの立場に立つてわずらわしいのか、あるいは厚生省の立場に立つてわずらわしいのか。これはただののための制度ですか。そういう点を前提にはき違えておると、やはりそういう解釈になると思うのです。

これはもう沖繩でいろいろな実例があるわけですよ。出来高払い制度でないために、子供が入院したり親が入院したりした、その療養費を払うために、娘や嫁が売春行為をやっているいろいろな問題を起こしておる。こういう事例がいろいろあるわけですよ。こういう現実を踏まえた場合には、お互いの社会だつてそういうことが十分想定をされるわけですから、したがって、わずらわしいなんという立場ではなくて、ほんとに困っている患者を救つてやるのだ、こういう気持ちからするならば、当然出来高払いにすべきであると思うのですが、もう一べん御答弁をお願いします。

○北川(力)政府委員 ただいま村山先生のお話は、まことに私もそういう気持ちは十分持つてゐるわけでございます。沖繩の事例が出ましたけれども、沖繩の場合にそういう医療保険制度の運用といたしまして、いわゆる療養費払いということとで、結果的には、表現は適当でないかもしれませんが、相当多額にのぼる黒字が出た、こういうことは私も申し上げましたように、わずらわしいといふことは、高額な医療について患者さんとお医者さんと、こういう非常にデリケートな人間関係でございまして、どの時点で三万円をこえるか、またはどこまでお医者さんのほうでチェックをしなければならぬか、そうでなくて現在医療機関のほうには事務的にむずかしい問題、煩瑣な問題が多いわけでございます。

でありますから、そういうことを考えますと、この問題を、現在の医療費払いのシステムとは離れて新しい方式をつくつて、それを医療機関にも導入をしてやっていくということは、まことに複雑なことになるわけでございまして、将来の問題としては、私どもは改善の方法というものをもちろん考えなければならぬと思ひます。よりベターな方法があればそういう方法をやりたいと思ひますけれども、問題は一刻も早くこの高額医療費制度の支給というものを発足させる、そういうことになりまして、現在の支払いのメカニズムの上に乗っかってスタートするのが一番早いんじゃないか、こういうことで、発足の当初はとにかくこういう方法でやるのが一番望ましい、こういうふうな考えでございまして、その辺の実情はひとつ十分御理解をお願いしたいと思います。

○村山(富)委員 ぐどく申し上げますが、私はわずらわしいという立場に立てば、両方にあると思ひます。しかし、そのわずらわしいは患者のほうか、もつとわずらわしいのですよ、もつと困るのですよ、実際のところをいいますと、さっきから言つておりますように、三万円以上の金を用意して療養を受けるということは、たいへん層がたふさふさあるということなんです。しかも、その金の準備もできない者もたくさんあります。同時に、かりに借金をして払った、そしてその払った金、三万円をこした金を請求する場合に、いまのところどうですか、患者が——これは公立病院の場合なんかに比較的好いかなと思ひますけれども、私的病院の場合には間々、かりに八万円払つた、その八万円は、何と何にかかつたのだということがわからないまま金を払う者もあるのですよ、実際に、患者のほうからしますと、この部分とこの部分が保険に適用される、この部分は適用されないなどというところは実際のところ、なかなかわからないのですよ。

ですから、さっき例を申し上げましたが、十万円払つた、三万円をこす七万円はあと払いで払つてもらえらるのだから、こう思つて請求したら、いろいろの審査の結果四万円は保険の適用外で、三万円しか返らなかつた、こういうことになってまいりますと、患者にとつてはたいへん迷惑なんです。わずらわしい、患者の立場に立つてのわずらわしさを解消するためには、もつと親切に出来高払いにすべきではないか、こう言つてゐるわけですよ。どうですか。

○北川(力)政府委員 私どもたびたび申し上げておりますように、先生のお気持ちもよく理解をいたすものでございまして、ただ、医療機関あるいは関係者がこの高額療養費ということの施行にあつたて、全く新しい方法を取り入れる事務処理上ということにつきましては、なおしばらくいろいろ研究もいたしまして、また関係者の合意等も必要でございまして、現在のベースに乗つたつてこの制度を一刻も早くスタートするということが好ましいと思ひますので、このようないしなかけをどううと思つておるような次第でございます。

○田口委員 いまの問題に関連してですが、わずらわしいという言い方をされて、ことばじりをつかまえるのではないのですけれども、実はこういう問題になったときに、高額医療がかりに実施になった場合に、どういう事務手続をとるかということとを医者と、それから現在の社会保険事務所の係員あたりに聞いてみたのです。

これは村山委員のお話にもあるのですが、基金の事務所で今日までの大体三万円以上の高額医療費を抜き出してみた場合に、たとえばじん不全という病氣なんかは二十万から三十万毎月払つておるわけですよ。それがざらなんですね。五万、六万というふうな三万円以上の金額ではなくて、二十万、三十万という高額な医療費が毎月払われておるわけですよ。そういう場合に、高額医療費の制度ができた場合に、いま御質問がありましたように、かりに二十万から二十万をAという医者に払つた、そこで何でもいから領収書を医者からもらいなさい、何月何日、こういう病氣で二十万払いました——まず払わなければならぬ。その領

収書ももらって社会保険事務所に患者が、実はこういう病気で二十万払いました、その証拠はこの領収書です、こう出すわけです。それ以外に医療費の請求は、今日やられておるのは、医療機関から支払基金に対して請求をする、基金が社会保険事務所にまた持つていく。そこで社会保険事務所では基金から持つてきたカルテ、請求書というレセプト、本人が差し出した領収書とを突き合わせて、そこでチェックするわけです。

これはまだそういう事務手続が、おろしいなといえはそれまでですけれども、大体そうなるのではないかといい方では話を受けておりますと、領収書、レセプトをチェックする、チェックすれば、当然にという言い方はなによりありますけれども、従来の経験からいって、相当削られるわけですね。二十万払ったと簡単に計算をしますと、三万円がなにくから、十七万返ってくるという期待をしてもらったけれども、チェックをされれば十五万であつたり十四万であつたりということがなにしもあらず。

そうなつてくると、借金なり、やりくりして二十万払った患者の気持ちというものは、三万円以上全額弁償してもらえますよと聞かされておられる、結局値切られる、こういう問題は、これは現実起こってくる可能性が強いわけであります。そういう点について、これはまだ審議の最中でありまして、通つたらどうするのだという言い方は、やや早いのですけれども、今日の事務手続から考えて、そういう問題が一つ起こってくる。

さらにもう一つは、かりにスムーズに金を払ったといつても、そういう状態は少ないのですけれども、じゃ、払つて、その金が自分の手元に返ってくるまでに一体どれくらいかかるでしょう、それを聞きますと、いまの陣容では、こういった担当職員は、百五十万の県で平均しますと、大体百二十四、五名というところですね。その全部をぶち込んでみても、金が元に戻るまでには早くても三月かかるというのです。一方でお医者さんに三月前に金を預ける、金利までは言いません

けれども、三月たつて返つてきたその金はまるまるじゃない、値切られることは火を見るより明らかであります。

こうなつてくると、結局わづらわしいという問題は、二、三の係の者に聞きましたけれども、単にわづらわしいというだけでは、この問題を放置することはできないのではないかと、あるならば、本会議でも金子議員が言つたように、なぜ現物給付ができないかというところに実は帰するわけでありました。ほんとうにわづらわしいという真の原因は何なのか。いま言つたように、事務手続ということが予想されるならば、どのように考え直していくのか、そういう点について従来の経験から、ひとつお答えをいただきたいと思ひます。

○北川(力)政府委員 事務の流れにつきまして非常に専門的なお話を承りまして、私も大体そういうことになるだらうと思ひます。どういふ要件、手続を経て施行するかというところにつきましては、先ほども申し上げましたが、政令段階の問題でございまして、また社会保険審議会でも十分審議をちようだいをするところになっております。

それは申しまして、大体どういふことを考えているかということの大ざっぱなことを申し上げますと、保険医療機関でこの高額医療に該当するような方は償還払いでございまして、当然いまのお話のように払います。今月ならば、今月のきようならきよう受けた場合には払います。それにつきましては月末までに締め切つて、来月の初め、十日ぐらゐまでに基金に請求する。基金のほうはそれを審査いたしまして、大体来月の十四、十五日までに審査をいたしまして月末までに支払う。支払ひましたものは、請求明細書は七月の半ばごろまで、あるいは下旬ごろ、いろいろバラエティーがありますから、さまざまでありますけれども、大体七月の半ばごろには事務所に返つてくる。事務所に返つてくるときには、現在われわれが承知しております手続では、基金の段階では三万円以上と三万円以下と仕分けいたしまして、事務所へ行きますれば、そこで三万円以下の分

についてはすぐわかる、こういう状態にしておきまして、それから事務所から当該被扶養者の属する被保険者のつとめてある事業所に対して通知をし、事業所から被保険者に通知をして、そこで請求に応じて払う、こういうふうにならうかと思ひます。

もちろんこの手続は、さつき申し上げましたように、さらに詳細に検討いたさなければなりませんけれども、大ざっぱな流れはそういうことでございまして。そうしますと、仰せのとおり大体三カ月程度のものはかかるかもしれせん。

しかし、この問題は、さつき申し上げたように、そうかといつて初めから全く新しい仕組み、現在の一件払い、レセプト一件についてというこの一つの定着した事務の仕組みの上に、別な方法で現物給付するという仕組みを取り入れるということとは、なかなかむずかしい問題で、検討を要する点が多々ございまして、また医療機関等いろいろな相談をしなければならぬ点もございまして、そういう点を考えますと、償還払いであつて、償還するまでには多少のタイムは必要でございまして、とにかく制度を早く発足させるという意味で現在の機構の上に乗つてやりたい、こういうことでございまして、どうかその点は、ひとつ十分に御理解を願ひたいと思ひます。

○村山(憲)委員 これはまた、いづれ問題になると思ひますから、これだけ聞いておきます。患者の立場に立つて、あるいは国民の立場に立つて、この制度を運用するあなたの方の解釈としては、この案がよいと思ふか現物給付がよいと思ふか、その解釈だけひとつお聞きしておきます。

○北川(力)政府委員 現物給付がいいか現金給付がいいかという問題は、いろいろ議論があるうと思ひます。しかし私どもは、新しい制度を円滑に発足させるためには療養費払い、償還払いという制度、こういうしかけてスタートすることが好ましいと考えております。

○村山(憲)委員 これはいづれあつていろいろ問題になると思ひますから、次の問題に移ります。

けれども、私はこういう高額医療の問題は、いま申し上げましたように、給付の方法についてもいろいろ問題があると思ひますが、一番問題が大きいのは健保適用外の額が非常に大きいということですね、たとえば差額ベッドの問題がいろいろありますね、したがって健康保険の場合に本人は十割給付、家族はこの案でいくと六割給付、国保の場合は七割給付ですね。だから十割給付だから一銭もかからぬだらうと思つて行つても予想外にかかるわけですよ。そういう問題を抜きにして、この高額医療の問題を何ば論議しても、私は、ある意味で意味がないと思ひます。

そこで差額ベッドの問題だけを取り上げてお尋ねしたいと思ふのですけれども、現在公的な病院、国立病院あるいは民間の私的病院、そういう病院に差額ベッドがそれぞれどの程度あると把握されておりますか。

○北川(力)政府委員 昨年の六月の調査結果について申し上げます。それによりますと、公的な性格を有する医療機関について調査を行いました結果、総病床数に対する差額徴収病床数の割合は平均して二〇・〇二%、国立病院は一〇・一八%、公的病院は一七・一六%、その他の公的医療機関は二八・一二%、その他は四二・四四%、これが昨年六月の調査の結果でございまして。

○村山(憲)委員 その他の法人ですか。——そうすると、これ以外の私的病院というのは、わからぬわけですね。

○北川(力)政府委員 実はこの問題は、四十三年のときにはその他の私的医療機関につきましても調査したのでございましてけれども、まことに残念ながら、昨年の六月におきましては、ちようどその一年前に総辞退等のこともございまして、関係団体等の協力も十分得られなかつたものでございまして、昨年六月の調査では、実は国立、公立、公的医療機関、その他の法人ということで、一般の民間のいわゆる私的医療機関につきましては調査が行なわれなかつたものでございまして。その点

お断り申し上げます。

○村山(憲)委員 私、さつきから高額医療の問題なんかを問題にしておりましても、一体国民は医療費をどの程度負担をしておるのかというこの計算と根拠がなしに保険料を上げてみたり、あるいは高額医療の給付をきめてみたりすることにはならぬのではないかと。一体国民はどの程度の医療費の負担能力があるのかというようなことを計算した上で、そんなものも出てくるのではないかと。そうしますと、単に国立病院や公的病院だけではなくて、一般の開業医、私的病院が圧倒的に多いわけですから、そういう私的病院で差額ベッド等保険外の医療費を国民は一体どの程度負担しているのかということとはわかりません。

○北川(力)政府委員 保険以外の負担といましては、いま話題になっております差額ベッドあるいは付き添い問題等がございます。お尋ねでございますけれども、私も現在の段階で保険外負担が正確に幾らであるかというところは、実は数字をもってお答えはできません。しかしながら、この際申し上げておきたいことは、現在、抑せのとおり差額ベッドが、午前中に申し上げましたが、かなり放漫になっておる。乱に走っている。あるいはまた付き添い問題につきましても、現在の疾病構造から見ても、乱に見直さなければならぬ段階にきている。そういう実情を私どもも痛感をいたしております。

でございますから、そういう問題はそういう問題で、これはもう保険の改正とは並行して早急に具体的な措置を講じていかなければならぬと思っております。その措置のしかたといしましては、行政指導として乱に走りながら差額ベッドというもののについて、このけじめをつける。けじめをつけるためには、実際上病院経営の一番大きな財源になります診療報酬について、その問題を適正化をしていく、あるいはまた公的な機能を持つておる病院につきましては公の資金を投入していくとかいろいろの方法を講じまして、いまおっしゃ

ましたような保険外の負担というふうなものが減っていくように十分な留意をしていきたいと思っております。

ただし、いろいろ言われておりますとおり、差額ベッドあるいは付き添い問題等のそういった問題が改善をされないままの状態、それじゃ健康保険の改正をしてはいけないのかといひますと、私もこれは、やはりおのずから別問題でございまして、健保のこの大きな赤字のさなかでもございしますけれども、それにもかかわらず給付の改善をしようということでございますから、この家族の給付率の引き上げと、それから高額療養費の償還払いというのは、いろいろ別途解決を要する問題はあるにいたしましても、この際、早急に実現すべき問題である、このように考えておることだけは御理解願いたいと思ひます。

○村山(憲)委員 いま答弁がありましたように、これだけの健康保険の改正をするのに一番前提になるものは、保険料の計算をする場合には、一体国民がいまどの程度の医療費の負担をしておるのか、その負担能力はどの程度あるのかということの基礎の計算なしに、かつてにその収支の都合できめられたものでは迷惑すると思ひます。

この問題は、またあとで引き続いてやりますけれども、郵政省の政務次官が見えておりますから、それをこの間に先に入れて質問したいと思ひます。実は、私は四月の中旬ごろ四国の郵政関係のマル生調査に行つたのです。ある郵便局に行きましたら、こういうポスターが局の掲示板に張つてあるわけです。

読みます。「健生ニュース」「四国郵政局」「健保法改正はみんなの幸せ」「家族の医療費負担の軽減へ」いいですか。この指導は健保連がしている。書いてある。(発言する者あり)いいですか。だけれども、これは「四国郵政局」と書いてあるのですよ。何で郵政局が「国会に提案をされて、まだ法案も成立をしない。しかも国論が二分されて、大きな論議を巻き起こす」というものについて、

郵政省はこんな宣伝をしておる。何でもこういうことをするのか、ちよつと答弁してください。

○鬼丸政府委員 ただいま村山委員から御指摘の、またお見せくださいました「健生ニュース」これは壁新聞でございますが、ふだんは病気の予防とか保健衛生の基礎知識をわかりやすく簡明に説明しておるというもので、大部分の郵政局におきまして昔から購入し、配布いたしておるものでございします。たまたま、ただいま御指摘のような記事が掲載されたというのが実情でございます。

そこで、これは特に政治問題となつておるものを郵便局等に掲示するのは好ましくないもので……(発言する者あり)これは一〇五二号という「健生ニュース」でございますが、直ちに取りはずすように措置をいたしました。

なお、四国郵政局の名前が入つておるというの、これは別に他意はございません。(発言する者あり)郵政局の施策、軽微意味の施策の一つとして、この壁新聞を使つておるということから名前を掲載しておるのであります。

〔発言する者あり〕

○田川委員 長 此の際、暫時休憩いたします。

午後四時十六分休憩

午後七時二十九分開議

○田川委員 長 休憩前に引き続き会議を開きます。

この際、郵政大臣及び総務府総務副長官から発言を求められておりますので、これを許します。

郵政大臣久野忠治君

○久野野務大臣 「健生ニュース一〇五二号」につきましましては、その表題が、現に国会で御審議を願つております大きな政治問題についての特定の意見を端的に示すものでありましてにかかわらず、部内関係機関におきましてその点のチェックをなさず、また郵政局名を入れて各郵便局にそのまま掲示されたことは、まことに遺憾でありまして、深くおわびを申し上げ次第でございます。

す。

関係者につきましては、調査の上、それぞれ処置をいたしたいと存じます。

○田川委員 長 総務府総務副長官小宮山重四郎君。

○小宮山政府委員 今回の「健生ニュース一〇五二号」に関連し、政府広報担当の立場といたしまして、各省に對し、再び同様の事態を起さないよう、嚴重注意をいたします。

また、各官庁で購入いたしております刊行物についても十分注意をいたさせます。

○田川委員 長 休憩前の質疑を続けます。村山富市君。

○村山(憲)委員 いま郵政大臣、総務副長官からそれぞれ陳謝のことばがありました。私は今回のこのポスターにつきましましては、全然関係のない郵政省が何でこんなことをする必要があるのか、しかもその内容はきわめて一方的で公平を欠いておる。しかも先ほどお話がございましたように、国会でいま世論が二つに分かれて重要法案として日々論議をされておる過程にこういうことをやるということとは、ある意味では審議権を無視しておるといふことになる。このことは、やはり主権在民にまで影響するような事態になるのではないかと考えられますので、今後きびしく姿勢を正してもらいたいということをつけ加えて、一応了解したいと思ひます。

それからなお、理事会の決定もございましたので、私の質問は、次回に保留をいたします。

○田川委員 長 寺前巖君。

○寺前委員 私、今回出されたところの健康保険のいわゆる改正案、去年も問題にしたのですが、どう考えても、赤字財政だということがいつも問題になって、財政の健全化のためには患者の皆さんにも、被保険者の皆さんにも、ひとつ応分の負担をしてもらわなければならぬという話になるのですが、一体案の問題というのをどういうふうにか考へているのか、私はいつも聞いておつてわからない。きょうは事務局長来ていますね。総医療費

の中に占める薬剤費の位置というのは一体どのくらい占めているのですか。一番新しい時点の資料と昭和三十五年の段階の資料と比較して、総医療費の中に占めることの薬剤費がどういう状況にあるか、ちよつと説明してください。

○北川(力)政府委員 たいだい三十五年からというお話がございましたが、現在のところ三十五年のデータを持合わせておりませんので、三十七年からについて申し上げたいと思います。

三十七年から四十六年までのデータでございますが、三十七年で二八・七％、これが四十六年の段階では四三・七％、このような数字を示しております。

○寺前委員 なかなか数字を言ってもらうのに時間がかったという事は、あなたの認識が、やはり薬の位置において私は少ないんじゃないかと思うのです。いや、私は皮肉を言っているわけじゃないのです。昭和三十五年のお話が出なかったけれども、昭和三十五年の薬剤費というのは大体二一％ぐらいなんです。総医療費の中に占めている薬剤費の位置というのが、それが十年たった昭和四十五年になると、四三％ぐらいになるのです。倍になるのです。これはいやくも保険財政を云々するならば常識なんです。たいへんな位置を総医療費の中で薬剤費が占めている。半分近くが薬剤費になってきている。だから、ここにメスを入れぬで、保険財政を云々しておつてもだめじゃないか。私は前国会でも、この問題について強調したのですよ。そういう一番大どころですよ、これ。赤字になぜなっていくかということとを考えると、一番最初にメスを入れなければならぬ。その薬剤費について、さつと出てこないという自身、私はたいへんなことだというふう

に正直に言っているのですよ。

私は、この薬剤費を見てつくづく最近思ったことがあるのです。新聞にだいたい載りました。何が載ったかという、イギリスで四月十二日、「英独占禁止委員会の報告に基づいて、同国内の精神安定剤製造販売を一手に引き受けていたロシュ・ブ

ロダクツ社に対し、六割から七割五分の大幅な価格引下げと、これまでの不当利益分の返還を要求した」という記事が、四月十三日に日本の各紙に一斉に載りました。「ロシュ・ブダクツ社は「ロシュ」の名前で世界的に知られるスイスの製薬会社、F・ホフマン・ロシュの英国における会社。英政府でも不当価格追及の運動が盛上ることを期待しており、ロシュ製品がはいっている日本にも波及を及ぼすものとみられる。」

これは事実だと思つて、総医療費の中の半分近くが薬剤費になっておつて、その薬剤費の中におけるところの薬の値段の問題について、イギリスでべらぼうなものをやっていると、問題が起る。その薬は日本にないのか。日本にもある。こうなつたら日本の政府は、一体この大きな部分を占める薬の問題に対してどのようにメスを入れるか、だれもが関心を持つところだと私は言わなければならぬと思つて、このように言

新聞の情報によると「英独占禁止委員会の報告によると、ロシュ・ブダクツ社は、精神安定剤として「リビリウム」「バリウム」の二種類の錠剤、カプセル剤を一九六一年から製造しはじめ、英国における精神安定剤市場の九割までを独占するに至つた。しかしこの独占のため値段も一方的に決め、七〇年の計算によると、ロシュ本社はイタリアの製薬会社には「リビリウム」の成分を「キログラム」当りわずかに九ポンド(約六千三百円)で売つたのに、英国の子会社には三百七十ポンドの値で売り、「バリウム」もイタリアでは一キログラム二十ポンドに対して英国では九百二十二ポンドと、イタリアにくらべなんと四十倍から四十五倍の法外な値で英国からさく取していったという。

英保健省は、社会保障政策で薬品購入に税金を使つて立派な立場だけに、国によって大きくちがう値の開きを重視、ただちに同社に対して今年二十三日から「リビリウム」については七〇年当時の値段の四〇％、「バリウム」については同二五％の値段にまで引下げよう通告、さらにスイスのロシュ本社には英国の法的権限が及ばないため「交

渉」のかたちで、不当収益の返還要求を申入れた。」四十倍から四十五倍の法外な値段で、七〇年当時の四〇％二五％の値下げをせよということをはつきりと会社に対していったという記事が流れました。私は、ここにその原文も持っています。イギリスのザ・タイムズに載つていて、その記事について、私は、日本の新聞報道だけではなくして、その本文についても見ました。私はこれを通じて、ほんとうにどういふことになっているのだろうか。薬務局長、このような事実がイギリスで起つていふという事実について知っていますか。

○松下政府委員 いま御指摘の問題につきまして、私も新聞で最初に情報を得まして、公式には、現在外務省を通じて事実関係を照会いたしておりますが、内外の新聞等で報道されました内容については、概略承知いたしております。

○寺前委員 それでは、この薬が日本に相当するものは一体何か、説明をしてください。

○松下政府委員 日本で発売されております、いま御指摘のリビリウム及びバリウムは、一般名で申しますと、リビリウムがクロルジアゼポキサイド、バリウムがジアゼパムと称してございまして、ロシュから入れておるものを含めまして、日本でつくつておりますクロルジアゼポキサイド製造メーカーが四社、ジアゼパムの製造メーカーが十六社、そういう数で、それぞれの商品名をもつて発売いたしております。

○寺前委員 そういう薬が日本にもあるということについて御確認になった。それでは、英国であつたという事態が起つていふだけでも、日本では、少なくともあの製品については、どういふ措置をとられましたか。

○松下政府委員 先生御案内のことと存じますが、私どもの承知しております限りでは、イギリスの社会保障制度は、国の直営でございます。したがつて、イギリスのナショナル・ヘルス・サービス、保健省が直接医薬品を購入するというシステムをとつてございまして、その購入につきま

は、国が直接折衝して価格を決定するというシステムでございます。

日本におきましては、御案内のように、薬価調査を実施いたしまして、一般の薬業界におきまして、実勢価格を基準といたしまして薬価基準を定め、それによりまして医療機関から社会保険に対して請求するといふシステムをとつてございまして、イギリスとは薬価の決定、その要素が違つてございまして、したがつて、社会で通用いたしております薬価を基準にいたしまして、薬価基準を決定するといふたてまえをとつております関係上、イギリスにおいて行なわれております方法をそのまま踏襲することは困難であらうと存じます。

ただ、いままで得ました情報では、ロシュとイギリスの政府との間の話し合いというものも現在続けられておるといふことでございまして、外務省を通じて照会いたしております。公式の詳細な資料を得ました上で、さらに検討いたしたい、そのように考えております。

○寺前委員 それではお聞きしますが、イギリスではイタリアと比較して、べらぼうに値段が高いではないかということ、まず明らかにしてください。その上に立つて、日本とイギリスは違つたら、イギリスの場合は自分のところの国のあれだといふので、直接命令を出したということ。それで、違つたことまではわかりました。

それでは、イタリアと、イギリスと、日本の、それぞれの値段の状況は、一体どういふことになっていふのですか。

○松下政府委員 クロルジアゼポキサイド錠五ミリ一錠の価格について申し上げますと、日本の薬価基準の価格が五円七十銭、それからイギリスにおきまして価格が七円十銭、それからイタリアの価格が八円三十銭、そういう価格でございます。

○寺前委員 いまの話は、クロルジアゼポキサイドだけですね。ジアゼパムのほうはどうです。

○松下政府委員 失礼いたしました。ジアゼパムにつきましては、二ミリグラム一錠の価格につい

て申し上げますと、日本の薬価基準が十二円四十銭、それからイギリスの価格が四円八十銭、それからイタリアではそれに該当するものは、規格はございませんで、もう一つ、それでは五ミリグラム一錠について申し上げますと……。

○寺前委員 それでいいわ。

これは原文に載っているのですよ。ザ・タイムズに、イタリアとイギリスの比較したやつがちゃんと書いてあるのです。私もそれを、ここに載っているのを、ポンドで書いてあるものだから円に換算するという事で、両方やってみたのです。

そうすると、この精神安定剤としてのジアゼパム、たとえば日本では武田のセルシンとか、あるいは住友のセレンジン、こういうものは一体どうなっているのかということで見ると、日本の場合には、薬価基準が、一％ジアゼパム散で五十円ですから一グラムで見ると五十円に百倍をし、さらにこれをキログラム当たり直すと千倍をする。これが大体従来のキログラム当たりは、日本では五百万ということになる。ところがイギリスでは、それに該当するのは何倍になるかというと、五十九万四千六百九十円になる。イタリアでは一萬二千九百円になる、ポンドで出ているのを直すと。

そうすると、比較数字を見ると、イタリア一に對してイギリスは四十六・一なんです。日本は三百八十七・五九という関係になる。これは従来の話ですよ。従来のキログラム当たりですと出して見ると、イギリスと日本を比べたら、これは非常に違いがある。先ほどおたの言われた二ミリグラムの錠剤の比較を見ても——いまこれは原末ですが、錠剤にしたところで、これは乳糖が入っても、乳糖というのは値段にすれば、たいしたことはないのですからね。

問題は、イタリアの一に對して三百八十七・五九倍というのが日本の薬価基準にあらわれてくるところの——薬価基準という形で見るんだから、市場の実勢価格との関係で薬価基準がきまるわけでしょう。ですから日本の市場価格というのは、

イタリアの市場価格と比べて三百八十七・五九倍、それは数値の計算いろいろあるから若干数字は変わったとしても、すなわち三百倍からの値段になってくる。イギリスの場合は、イタリアと比べて四十六・一倍。これは新聞に数字でちゃんと比較しておるのです。四十六・一倍のところでも大騒ぎ。まして三百八十七・五九倍になったら、もともと大騒ぎしなければならぬ性格のものだろう、見たときに私はそう思ったのです。

これはもう一つのリビウムのほうの関係の薬の問題についても言えることなんです。ザ・タイムズによると、これは従来のキログラム当たりで見ると、イタリアの一に對してイギリスは四十一倍になるのです。日本円でいうと、イタリアが五千八百五十円に對してイギリスは二十三万八千六百五十円という関係になる。これを日本の場合薬価基準で計算してみると、ざっと百四万四千四百に對四十一倍に對してイギリスは二百三十三万八千六百五十円という関係になる。ずいぶん違いが起こってくる。五ミリグラム錠剤になると、また若干数字が変わってきますけれども、従来の計算で私は言っていますから。

そこで、数字の計算上の少々のあれは若干あるにしても、イタリアとイギリスの間にずいぶん大きな違いが起こるし、日本の場合にはもつと起こっている。こういうふうな思っていると、イギリスであの程度で大騒ぎになるんだつたら、これは日本でももつと大騒ぎになつて、あたりまえじゃないか。いま薬務局長に聞いているけれども、これは財政に直接関係するんだよ。

そこで今度は、財政のほうを考えている保険局長のほうにいろいろ聞かされたけれども、こんな事態が起こっているということをあなたは知っていますか。

○北川(力)政府委員 ただいまお話がございましたイギリスの薬の場合の価格の問題、これは私も新聞記事を読みまして承知をいたしております。○寺前委員 それじゃ、あなたはこれを見て、イギリスとイタリアの関係でイギリスで大騒ぎに

なっている。イギリスと日本の関係においては、あるいはイタリアと日本の関係においては、薬価にたいへんな違いが起こつておるといふことは知っていましたか。

○北川(力)政府委員 まあその理由というものも、いろいろあるかもしれませんが、いまおっしゃいました限りにおいては、そういう相違があるといふことは、新聞にも当時例が書いてございまして、私も承知をいたしております。

○寺前委員 そうしたら、あなたは薬費の問題でこの種の問題について——これはロシユの問題だけですけども、そうではなくして、あなたのことろで昭和四十二年の九月に出された通達で新医薬品の許可をやりまして、昭和四十二年九月十三日に「医薬品の製造承認等に関する基本方針について」ということで、新薬の場合にどうするといふやうがありますね。それでは、これは四十二年に出されたんだから、四十二年から今日までに出ている新薬について——私がいまここで持っているやつで言うと、四十三年一月から今日までのを見ると、百六十一種になつておるのですが、この価格について、イタリアではどうだ、イギリスではどうだ、日本ではどうなつておる——ほんとに薬費の占めている位置が高ければ、これは全部研究されたと思うんですけれども、研究されましたか。

○松下政府委員 いま御質問の医薬品の国際価格の問題でございしますが、医薬品の価格の決定は、イギリスにおきましては先ほど申し上げましたようなナショナル・ヘルス・サービスで使いたします際の決定方式は多少特殊な事情があるかと存じますけれども、一般的には医薬品企業のそれぞれの立場におきまして為替関係あるいは輸出入の関係、いろいろな事情から医薬品の国際価格は、それぞれ高下がございまして。

それで、いま御指摘の全部につきましての対照の資料は現在手元に持ち合わせてはおりませんけれども、幾つかの医薬品の国際価格を対照いたしてみますと、御指摘のように日本のほうが外国より

りも高いものもございまして、また外国のほうが日本よりも高いというものもございまして。先ほど御指摘になりましたようにクロルジエボキサイドとジアゼパムについて比較してみましたが、先ほど御説明いたしましたように、たとえばクロルジエボキサイドにつきまして、それぞれの国の薬価表につきまして調べてみても、五ミリグラム一錠が、現行換算レートで日本は五円七十銭、それからイギリスが五円九十銭、御指摘のありましたイタリアにおきましても、イタリアの薬価表によりますと七円四十銭というように、かえってイタリアのほうが高いという資料もあるわけでございます。外紙で報道されておりますものにつきましては、私も得ました資料によりまして、ロシユではなくて、イタリア国内のメーカーでつくつております同種の製品ということのように承知をいたしております。

そのような事情がございまして、国際価格につきましてはそれぞれの品目あるいは製造会社の所在等によりまして高下がございまして、一がいには比較することが困難であらうと存じますが、全体的に見まして、必ずしも日本の医薬品の価格が諸外国に比べて著しく高いということはないといふふうに考えております。

○寺前委員 あなた、一がいにとつて言うけれども、さっきのロシユの具体的な価格のように、日本の市場で売っているのとイタリアのとあれだけ差があつて一がいにはとはいふようなことは通用しませんよ。これはもう明確にべらぼうな利益じゃないですか。べらぼうな値段でしようが、すなおに言つてですよ。べらぼうな値段の違いを適当なところだけ比較したつてだめなんで、べらぼうな値段になつておるといふことを一回、全面的に分析してみることがあるのと違いますか。

保険局長、あなた、これ、薬務局長の仕事やと思つたらいかぬ、これは財政問題で私は言っているのだから。総医療費の中の四十何％、半分近くがこの財政になつて、ふえていつておるのだ、二十年ほどで倍になつておるのだから、そこを真

剣に調べなければいかぬじゃないか。少なくとも新薬について、初めは二年だったけれども、いまは三年間値段を固定して、ほかが使えないわけでしょう、あなたたちの通達で、われわれにもその間におけるところの検査をちゃんと報告しなさいというようなこともこの中に書いてある。初めは二年間となっていた。そうでしょう。その後三年に変わっていますね。

少なくとも新薬の問題については、一体それが国際的に見てどういうことになっておるかということについては、全面的に分析して、日本の薬は市場カルテルの関係において薬価がきめられているけれども、これじゃばらばらに値段ばかり上げられてたまためじゃないか。何とかしなきゃいかぬじゃないか。私は、保険局長は調べてあたりま

えやと思う。
公取の人おられますか。——公取の人はこの話知っていますか。知っておられたら、一体これをどういうふうに見られますか。

○吉田(文)政府委員 これは新聞でも拝見いたしましたし、大体のことは存じております。独禁法との関係でございしますが、現在の独禁法では、企業者の企業活動に何らかの拘束を加えるというような競争制限的な行為を規制する、それによって公正かつ自由な競争を推進するのが目的でござい

ます。したがって、競争制限的な行為によらない、ただコストあるいはほかの国の価格に比べて非常に高いという価格そのものを独禁法で規制をする根拠はございせん。そういう規定はございせん。イギリスの場合におきましては、これは政府が直接介入をいたしまして、価格の引き下げ命令を出しているわけでございます。これはイギリスの一九六五年の独占及び合併法という法律がございまして、この三条四項C号に、一定の場合には価格の規制命令、引き下げ命令が出せるという根拠がございまして、これによってやっているとあるというふう

に理解しております。日本の独禁法におきましては、たとえば価格カルテル等の競争制限的行為があつて、それによって価格がつり上げられたという場合に、直接価格を下げるという命令は、従来出しておりません。ただ、違法な協定を破棄しろ、その結果自由な競争が回復されて、下がるべき価格が下がるであろう、そういう期待を持つてゐるわけでございます。価格に対して直接規制をかけた例はございせん。ただ、現在管理価格の問題、いわゆる寡占価格の問題について、実態を調べ、その対策を検討中でございますので、例のロシユの例も非常に参考になりますので、あわせて検討してまいりたいというふう

に考えております。
○寺前委員 半分近くがそういうふうな薬剤費が占めているから、私は、少なくとも新薬について調べて、これでは何とかしなきゃいかぬというこの態度で保険財政の法案を出すんやったら、これは基本的に考えていかなければいかぬと思うのだけれども、大臣どういうふう

に思います。
○齋藤国務大臣 先ほど来、薬務局長なり保険局長から御答弁申し上げましたように、国際価格においていろいろ差があるということ、私も新聞で承知しておりますし、イギリスは政府が直接買い上げるといふ制度でございまして、引き下げ命令を出しているというふうなことも聞いております。さらにまた、それが話がついてないということも承知をしておるわけでございますが、私は、国際価格で申しますれば、高いものもあり、安いものもあり、それは国によってさまざまあると思います。国によっていろいろな事情があると思

います。
しかし、日本ではどうしているのかというところ、日本は自由競争によって形成される市場、その中における実勢価格、こういうことによつて薬価基準というものをきめる、こういうたてまえでございまして、私のほうで国際価格がこうであるから、おまえのほうもこうせよというふうな命令を出す、こういうわけにはまいらぬ。あくまでも日本の保険においては自由競争によつて形成される実勢価格、それは、私どもは毎年薬価調査によつて薬価基準の改定をやつておるわけでございます

ので、自由競争によつて形成される実勢価格によつてきめていく、これが一番適當ではないか、こういうふうには私は考えております。

○寺前委員 大臣、私は、財政を云々するのだったら、それは少し無責任だと思ふのです。たとえば日本銀行の主要企業経営分析を、四十六年の下期について見ると、売り上げ高に対するところの総利益率、これを比較してみたら、医薬十二社の場合の総利益率は四九・三%、製造業一般を見ると一八・八%、化学工業というのは非常に高いものをしている、利益率が高いといわれている。化学工業を見ても二七・七%。そうすると、この医薬十二社の総利益率というのは非常に高いじゃないですか。化学工業が二七・七%で、医薬十二社が四九・三%という事実を見たら、これはたいへんな利益をあげているなどだだだだと思つてしよう。

総医療費の中に占めていられるところの薬剤費の位置が半分近くにも、この十年ほどの間に倍に上がつてゐる。しかも一般産業の関係においていふならば、製造業一般と比べると、これは二・六、七倍ぐらいになりますか、ずいぶん高い利益率を医薬十二社というの

はあげているのです。どうしたつて、そこにメスを入れるということを考えざるを得ないのと違いますか。
それを考えずに、今度は保険に加入している人たちに、あなたたちお金をしなさい、政府のほうも税金から出させていたしましう。それは税金によつて国家の財政を動かす側から見ても無責任だ。政治をやれるところの被保険者に対して無責任だ。イギリスの場合は国家が直接この保険をやるから、これは税金の使い方で、ちよつと問題だといつて、政府みずから製薬会社に対して下げるという命令に打つてでるといふ決意をした。イギリスはそういう決意をする。日本の政府がほんとうに日本の保険財政について責任を持つのなら、自由経済でございまして、もうけてゐるのはしかたがございせんという態度で、大臣がこの問題に出ているとするならば、私は事は

重大だと思ひますよ。こんな無責任な提案のしかたはないと思ひますよ。

大臣、私は全面的には言ひません。時間もかかるでしょう。おたくら、あまり調査もされてないやうだから。少なくともあの新薬、これは一々ちゃんと審査したと言ふのだから、この審査したものの値段について、一体イギリスでは、イタリーでは、日本ではどうだろうか。差があるところは、何でこんなに差がついたのだろうかということをもメスを入れてみて、あなたたちのところの会社のこの薬については、国際的に見ても、ちよつともうけ過ぎるやうに思ふけれども、どうじゃろかいなというのを各会社に対して申し入れたら、私はいいだろうと思ふのです。

さらに言うならば、政府みずからが、ほんとうにこういうばらばらな利益になつてゐる、これに對してメスを入れるところの法律をつくるべきだと思ふ。その方向に向かつて準備をしてこそ、初めてほんとうに保険財政を云々する資格があると私は思ふのです。医療費の中で半分ほどに近く占めるところの薬剤費にメスを入れないという態度は、自由経済でございましてということでは、あまりにも無責任過ぎるんじゃないか。どうでしょう大臣。私は真剣に大臣にこの問題を提起したいのです。

新薬について総点検をする。国際的に見て、あまりにも差があると見たものにはメスを入れてみて、いまの法律でできないというのだったら、いまの法律のワク内でできることだったら、少なくとも、あなたたちのところの会社は何倍の価格で売つてゐることになつてゐるぞということを公表してみなさい。私は影響を与えたいと思ひますよ。ほんとうに保険を云々されるのだったら、はつきりそういうふうにするべきだ。さらに準備をして、この独占薬価にメスを入れていくという法的準備をすべきだと思ふ。どうでしょう大臣。

○北川(力)政府委員 ただいま保険財政の面から、薬価、薬の問題が財政に占める割合が非常に大きい、また過去十年間以上にわたつて、だんだ

んとその率がふえてきているという現状から見ても、十分に留意すべきではないか、こういう御趣旨でございます。私もこの問題につきましても、御指摘もございましたが、すでに二八％あるいは三〇％、こういうふうな薬剤が占める割合がふえてまいりますにつけて、実勢価格と薬価基準の価格が乖離をしているという問題は、きわめて重大な問題だという意識は昔から十分持っております。

そういう意味合いで過去のことを申し上げますと、最近では、その前にもやっておりますけれども、四十二年には一〇・二％の薬価基準の引き下げ、四十四年には五・六％、四十五年には三・三％、四十七年には三・九％というふうなことができるだけ減らして、使用いたします薬の価格、すなわち薬価基準が実勢価格に近づくように、保険財政を運営いたします者といしましては、できるだけ努力をいたしているつもりでございます。

なお、薬価の問題は、そういうことをやっておりますけれども、依然としてきわめて重要な問題であるということ、これは先生も御承知かと存じますけれども、私どものほうの診療報酬を扱っております中医師におきましても、昨年の二月改定の際に薬価調査について建議がございまして、その建議におきましては、薬価基準がやはり依然として実勢価格と相当乖離がある、こういうことが診療報酬体系の適正化を阻害している。そこで薬価調査というものは毎年一回必ず調査を実施する。

また、ただいまのお話に関連いたしますが、その後の取引の実態の経時的な変動というふうなものを調査するなどして、できるだけ実勢価格に近づくように常時把握をするように、こういう建議をちやうどいたしておるような次第でございまして、いろいろ御議論はございましたが、私も保険財政、保険をあくする者といしましては、診療報酬の中における薬価問題というのは非常に重要なシビアな認識をもって事の処理に当たっているつもりでございますので、なお今後と

も十分そういう気持ちで事の処理に当たりたい、こういうふうに考えております。

○松下政府委員　ただいま御指摘の薬価の問題でございます。保険におきましては薬価基準の趨勢につきましては、ただいま保険局長から御答弁申し上げたとおりでございますが、なお四十二年以降の新規取組をされました、いわゆる新薬について、国際価格を比較して処置を講ずるべきではないかという御意見でございますけれども、まず独占価格という御指摘もございました。わが国の医薬品企業につきましては、他産業に比べまして、大企業といわゆる企業集中度は低いわけでございます。しかも最近では他産業からの新規参入も多いというふうなことで、独占価格といわれるような価格形成は、医薬品につきましても現在ないというふうに一応考えております。

したがって、日本の国内市場におきまして、自由な競争によつて形成される実勢価格、それとをできるだけ正確に把握いたしまして、そういう実勢価格に基づいて薬価基準を定めようということが私も担当者としての仕事であるというふうに理解いたしまして、ただいま保険局長からも申し上げましたように、薬価調査につきましてもいろいろな手段を講じ、さらに中医師の御指摘等もございまして、四十八年度からは経時的な変化を追跡いたします調査もあわせて行なうというふうな手段も講じまして、正しい実勢価格を把握いたしたいと思ひます。

なお、国際比較につきましては、先ほど申し上げましたように、その国におきましては医薬品の実情、それぞれの疾病構造等によりまして使用量等も違うわけでございます。二、三の例を申し上げますと、たとえばクロラムフェニコール、抗生物質でございますが、二百五十ミリグラムのカプセルが、日本では四十三円、アメリカでは百十九円、西ドイツでは七十二円三十銭、イギリスでは二十八円九十銭、それからデキサメサゾン、副じん皮質ホルモンでございますが、〇・五ミリグラム錠が、日本では八円、米国では四十六円四十銭、西ド

イツでは五十五円九十銭、安いといわれておりますが、英国でも二十四円八十銭というふうな、国際価格は非常にバラエティーが多いわけでございます。

アメリカの価格はいま申し上げましたように非常に高い価格、そのかわりアメリカの医薬品の開発能力は非常にすぐれておるといふようなこともいわれておまして、どういふ基準をもつて国際価格を比較するかという問題は、いまの情勢ではなかなかむずかしい問題があろうかと存じますけれども、御指摘のような点は、正しい薬価調査をいたします際にそういうことを参考といたしまして、より正確な薬価を把握するといふような意味で、今後とも御指摘のような点も参考にさせていただきます。

○寺前委員　保険局長、あなたは実勢価格に薬価基準を近づけた。いまはよくがさつきから問題を提出しているのは、実勢価格自身が問題だと言っているのだよ。そういうことです。わかりますね、本の実勢価格といふのに問題があるぞということを書いていられるでしょう。わかりますか、言っている話。

要するにもつとわかりやすく言えば、蔵出し価格がべらぼうに高いじゃないですか。これを基準にして薬価基準をいっただけじゃやないですか。市場に持ち出している価格、それを基準にして薬価基準をきめられるのでしよう。だからそういう意味においては、市場の実勢価格自身にもうすでに問題を含んでいる。だから、そこを研究する必要があるじゃありませんか。ほんとうのところの蔵出しのときの値段と、それとの間の差というものをものと研究しなかつたらだめだ。その一例として、具体的に、外国ではどうなのかに日本ではどうなっているじゃやないか。イギリスで問題になったように、少くともその薬についてはきわめて国際的に問題になって、E.C.の諸関係の中にもこれは波紋を及ぼしている。だから、もつと端的に言つたら、ロシユの薬について明らかに国際的に話題になったときに、日

本では参考にしますということではなくして、ほかの薬のことをああやこうや言う前に、まずロシユの薬については、べらぼうに日本でももうけています、そのために保険財政がこういうふうになり、あなたのとこは、これではちよつと高過ぎるんじゃないやしませんかといふことを、日本の政府自身はつきり言つてもいいんじゃないでしょうか。保険財政を云々するならば、具体的に問題に対して、具体的な態度をとつて、その使命を果たすべきだ。ロシユという形で具体的に出したことに對して、やはり具体的にいく。

そして、私はこれは大臣に聞きたい、もう話はわかつたから。具体的にロシユという問題において、イギリスではああいう態度をとつた。日本では仕組みは違ふ。しかし違う仕組みのもとにおいても、やはり方はあるじゃないか、それを考えないのか、これが一つです。

それから第二番目の問題は、百六十何点ですか、新薬が出された。この新薬について、イギリスとかイタリアという形で国際的な問題になったから、少なくとも日本、イギリス、イタリア、一覧表をつくつて比較することができ。そしてメスを入れてみる必要があるんじゃないか。

私は、その資料を出していただきたい。資料を出してもらつて、こういうふうな研究しております、この薬については、べらぼうなことにはなつていませんと、はつきり示してもらなかつたら、財政を検討する上においても、財政の検討はできない。なぜかといつたら、総医療費の中の四十何％、半分近くを占めるんだから、この問題について責任をもつて国会は審議をしなければならぬと思う。だから、少なくとも百六十何種の新薬一つずつについて明確にわかるように、決して日本の薬はべらぼうなことになっていませんといふ資料を提出してもらいたい。そして、それは同時に厚生省自身も検討するということを確認にしてもいい。これが第二番目の問題です。いいですか。

になつてくるわけでしょう。ところが、日本の開
発費というのは国際的に見て別に高くないです
よ。そうでしょう。まして輸入のこういう話です
よ。ですから私は、千円にも満たないところの
のを八万とか九万とか十何万とか、これ
は平均値ですから、単純に比較するのはよくない
でしょう。誤解を生んだらいかぬとおっしゃる点
は、御心配の点はあるでしょう。それは否定しま
せん。だけれども、あんまりにもこれではひど過
ぎるじゃないかというところは、だれだつて思ひ話
でしょう。日本におけるところの一般製造との関
係から見ても、製薬会社におけるところの純利益
率というのが非常に高いという点から見ても、こ
こにメスを入れなければいかぬということはい
ななかり考へてきています。しかも総医療
費の中におけるところの占める位置が相当高く
なつてきている。こうなつてくると、いやでも必
ずこの分野にメスを入れなければならぬことは
私はあたりまえだと思ふ。

私は薬価基準について、あなたたちがメスを入
れなかつたと言つておられます。だけれども、輸入
価格が、薬になつてきたときにはべらぼうなもの
になつてきておつたり、あるいは国際的にロシ
ヤが問題になつたものを何にも措置せぬままに薬
費の位置がどんどん上がつてきておつて赤字に
なつて、それだけが赤字の原因とは言いませんが、
赤字が大きくなつてきているときに、保険財政を
云々するときに、それについて全然手も打たない
んだということでは、私は国民が納得せぬであらう。
だから私は、今回の健保の審議をするときまで
にさき要求した資料を提出してもらいたい。私は
納得しませんよ、この問題については。留保して
おきます。はつきりしなかつたら、無責任だと私
が言われますよ。保険財政について審議しておき
ながら、四〇何%を占めているこの薬費につい
て何にもメスを入れることができなかったとなつ
たら、私が責任をとらなければならぬことになる
から、今回の健保の審議までに私は資料を提出し
ていただきたい。あなたたちも当然、先ほどから

大みえを切つておられるのだから、研究してお
られるのだから、資料はすぐ出せらるうと思いま
す。出していただきたい。これが一つ。

大臣、法律までの現段階においても、薬を下げ
させるための措置を具体的に私はとつていただ
きたい。もう一度言います。ロシヤの問題、きわめ
て具体的にイギリスで問題になつた問題につい
て、日本では違つておるわけであらう、これはイギリス
よりも日本のほうがひどい以上は、それ以上の何
らかの措置はとられるべきだと思ひますが、この
点についての大臣の見解を聞きたいと思ふ。

○齋藤國務大臣 先ほど来申し上げておるわけ
でございますが、日本の総医療費の中で薬が占めて
おる割合が非常に高い、こういうことについては
私も重大な関心を払つておるわけでございます。
したがつて、薬価基準の改定ということについて
は、実勢価格に合うように毎年できるだけの努力
をしておる、これはもう十分御理解いただける
と思ふのです。ただ、日本とイギリスとはたてま
えも違ひますから、私のほうでその価格を下げろと
かいふ規制的な措置は講ずることは私はできな
い、これははつきり申し上げておきたいと思ひま
す。

それから、いまお述べになりましたようなロ
シヤの問題等についても、新聞に出ましたので、
その行き先がどうなるか、私も十分関心を持つて
おります。それと同時に、いまお述べになりました
たような原米の輸入価格と、それから医薬品に
なつたあとの価格との差がはなはだ激しく違ふ
じやないかという問題、これは医薬品製造上の特
殊的なものでありますから、いろいろな事情があ
ると思ひます。しかし御要求でありますから、必
要な調査をいたしまして、できましたら提出する
ようにいたします。

○寺前委員 必要な調査というものは、ロシヤの問
題について会社を呼んで調査をするとか、そつう
の意味ですか。

○齋藤國務大臣 ロシヤの問題については、先ほ
どもちよつと局長からお話があつたかと思ひます

が、外交ルートにおいてその経過をいま調べてお
るのです。その話ではございません。輸入価格と
医薬品の製造価格、それとの差において非常な違
ひがあるという問題ですね、第三番目でしたか、
第二番目でしたか。その問題については事務局の
ほうで調査をいたしまして必要な資料を提出いた
します、こう申し上げておるわけですね。

○寺前委員 私の要求しておるものは、もう一度ロ
シヤの問題に關して言つと、その関連する日本
の薬が先ほど十六社とか何とか、いろいろおつ
しやいましたね。国際的なやつは、いま調べてい
るというふうにおつしやいました。日本でその薬
がどうなつておるのかということについては、国際
的に問題になつた以上は、日本で同種の薬をつ
くつておるんだから、それについて調べられるの
は、私はあたりまえだと思ふのです。日本の
問題について、外国のは調べようとする、国際
的に問題になつておるものを、日本でどうなつて
おるのかということについて調べられないという
手はなかり。そしてやはり何らかの形で、命令
ができなければ、違ふ形においても押えるといふ
ことについて研究をする、私はそのぐらゐのこと
は大臣、決意してもらつてあたりまえだと思ふ
う。これについて再度お聞きしたい。

それから、私は先ほど期限つきで資料の提出を
要求しました。これについての御回答をいただき
たい。

○松下政府委員 ただいまのロシヤの問題につき
ましては、まず公式の資料につきましては、いま
大臣からもお答え申し上げましたとおり、外交
ルートを通じて要求中でございます。

それともう一つ、日本におけるロシヤの製品に
つきましては何かの手を打つべきではないかとい
う御質問でございますが、先ほど大臣からも数回
お答え申し上げておりますように、現在の日本の
医薬品の価格の決定は、自由主義的な競争場裏に
おける正当なる競争によりまして決定された価格
を薬価基準に反映せよというシステムをとつて
おります。そつういふ中で自由競争による企業を

前提としております製薬企業の中で、特定の
会社の特定の商品につきまして原価主義をとる、
あるいはその価格の決定に立ち入つて調査をいた
しまして、それに対する特定の措置をとるといふ
ことは適当でもございせん、また技術的にも、
行なうといひまして困難であらうと思ひます。

もう一つ、いまのあとから御要求になりました
輸入原米の原価と製品との対比としての資料は、
できるだけ作成いたしまして提出いたします。

それから前に御要求になりました新薬百六十一
種、これは全部の国際価格が調査できるかどうか
という点は、ちよつと現在手元に資料を持つてお
りませんが、可能なる範囲において作成いたしま
して、御提出申し上げたいと思ひます。

それから、次の審議までにどう御要求ござ
いしますが、相当膨大な資料になると存じますので、
できるだけ努力はいたしますが、あるいは間に合
わなかつた場合には、作成できたものから途中でも
提出するようにさせていただきますと思ひます。

○寺前委員 これはあなた、いかに全部調べた
ようなことをさつき言つておつたけれども、いま
聞いておつたら、これから準備せんならぬといふ
ような性格でしょう。私は、こんなに薬費が高
いのが問題になつておるときに、そつういふ準備も
せぬといふことを迎えておるといふことは、ほん
とう言つと、不見識だと思ひます。まあそつう
言つておつたつて、実態がさうだから、ともかくそれ
を出してもらつてから、私は、これはもう一度メス
を入れさせてもらひます。留保いたしますよ、こ
の問題については。

このままでは下がれません。イギリスで政府が
あれだけの態度に出ている。制度が違つたからと
いって、日本においても何らかの形に打つて出
てしかなければならぬ。それについてもないといふ
ことになつたら、もう一度その資料を見た上で、
これについては検討したいと思ひますので、この
件については留保します。委員長よろしく頼みま
す。

それから、それでは次に、私はいろいろ聞きたいことがあるのですが、私は真剣になってこうやって保険のことも調べているのですけれども、保険を財政的にも健全化させて、保険は持ったわ、実際には医療の体制はないんだということになると、私は、これはまた別な角度から事だと思つたのです。まあこの前にも原爆病院が長崎で閉鎖になったという問題もやりましたから、大きくあきベツドのままで病院がとまっているという姿があることについては、きょうはもう時間もあれですから、それについては、もうやめます。私は聞きたかったのです。その問題というのは、やはり看護婦問題であり、医師の問題があります。

これは時間があれだから、私は、きょうは譲らしてもらって、ただ私は、国民が医療問題を論ずるときに、ふだんはお医者さんがいるからいい。だけれども、夜とか日曜日とか、あるいは街頭でけがをしたときとか、こういう救急体制のときにはたして国や地方自治体が責任をもって保障する体制になっているのかどうか。これは私は、一般のお医者さんに夜も責任をもつてめんどうを見てやれといつて責任を負わすわけにいかないだろうと思う。公的機関が休日、日曜、夜間とかそういう問題についての責任を負わなければならぬだろう。そうすると、いまの体制がはたしてそういう責任ある体制になっているかどうか、私は心配でかなわない。

そこで、ちょっと具体的に聞いてみたいのです。ことしの一月二十三日です。埼玉県所沢市内で九歳になる男の子が工事中の穴に転落し、鉄筋が腰から肩に突きささるという事件が発生しています。事件は二十三日の午後六時ごろ、発見されたのは午後九時三十分というのですから、三時間半あつた。そこで市の消防署は直ちに救急車、作業車を出動させて、そして手を打とうとしたのだけれども、現場の状況から、自分らの手では救出できない。そこで、もよりのお医者さんに頼もうということと連絡をとったのだけれども、連絡がとれない。どこの医師も手が打てない。そういう

状況の中で、この市には救急病院が国立でありました。これはただ一つしかない国の医療機関が救急医療機関として指定されている。

ところが、国の救急医療機関の問題を持ち込んでみたところが、お医者さんから、きょうはだめです、私は外科ではできませんという返事、消防署のこの救急隊の指揮官はびっくりしてしまつた、そしてお隣の狭山市の狭山中央病院という民間病院にやつとたどり着いて、そうして発見後一時間十五分過ぎた十時四十五分にやつてきた。そして、突き刺さっているのですから切断するといふ、そういう措置をして病院に運び込んだ。今日、健在でほんとによかつたと思ひます。元気に、まだ手当てをしつとありますけれども、そういう状況になっておる。ところが、この所沢の病院はその後合併をしまして、いまは西埼玉中央病院といふことになってしまつた。そのために救急医療病院の看板を掲げている病院は一つもなくなつてしまつた。新しい病院で、その新しい病院は目下指定病院としての申請をやっている最中だ、こ

うやう。さて、そこでこの問題について、一体どういふふうに厚生省当局は感じているのだろうか、何を反省されたのだろうか、この事件を契機として一体どういふ措置を全国的にとられたのだろうか、私はそこを聞きたいと思うのです。なぜこういうことになったのだろうか、一番の問題点は何だったのか、そこでこういうふうな措置に、全国的に手を打つ必要があるといふふうな考えで措置をとりましたという点をお聞かせ願ひたいと思うのです。

○滝沢政府委員 この問題につきましては、われわれも新聞報道がございまして、すぐ所沢病院に事情をただしたのでございます。先ほど先生、新聞報道そのまま御発言ございましたように、当時の新聞報道としては、国立所沢病院が救急病院であることは確かでございますが、国立の所沢病院が、古い機能のときには医療能力が必ずしも十分でございせんので、地域の医師会に——救急病

院あるいは診療所というものを所沢医師会が持つておられませんか。そういうこともあつて所沢病院としては機能が十分でないのにお引き受けするといふ実態もあわせて、消防署と連絡の上、その当直の外科医なり内科医なりといふ事実を毎日通報し合うことになっておつたのでございます。

たまたまこの事件が発生したときには実は内科医であることを消防署に通報してございまして、病院としてはこの事件は、所沢病院には事件現場からは通報がなかつたのが事実でございまして、これは決して言いわけではございませんが、われわれが事実を調べたいと思ひまして調べましたところ、そのような事実がわかり、院長もこの新聞報道に驚いたといふことでございまして。しかしながら、所沢のあれだけの市民があるところで医療機関が不十分である点については、われわれもいたしまして、新しい医療機関の設置を考えまして、先生御指摘のように新しい四百五十床の地区的な中央病院を国立として設置いたしました。これは場所もよいところでございまして。すでに四月になりました脳神経外科医一名、外科医二名、それから麻酔科医師一名、整形外科医師二名、その後外科医師がさらに三名といふふうに確保できましたので、ただいま先生のお話のように、あらためて救急告示病院としての手続を申請中でございまして、夜間の勤務としての体制も内科、外科、産婦人科、それぞれ一名ずつ当直制にするように手配いたしております。

これに対して、われわれがとりました措置は、全国の病院長会議におきまして、一般論といたしまして、従来国立の医療機関の救急患者の受付等について非常に不親切あるいは窓口などで適切な指導なしに、患者がたらい回しになるというような事例が毎年のように何件か発生し、新聞報道されるという事実がございまして、常に院長会議等においては、救急医療の問題については地域の医療機関としての国立の役割、したがって、医師会が所沢市のように不活発で救急医療を引き受けないという実態のところ、医師会が非常に

積極的に引き受け、あるいは地域の他の病院が共同で当番制で引き受ける、いわゆる地域医療体制というものは、それぞれの地域の事情によって、あるいは率直に申しまして地方の医師会の空気の他によりまして、体制に違いがあるわけでございます。その中で国立は何を果たすべきかということと地域の協議会に参画してきめておるのが大

体の実態でございます。そういう意味で、全国の病院長会議には、病院課長並びに私よりこの所沢の例を引きまして、救急医療体制及び地域医療体制というものに国立がとけ込んで、そしてそれだけの与えられた使命を果たすように指示いたしたのが実態でございます。

○寺前委員 ちょっと聞きますが、所沢でその日は通告してあつた、救急病院というのは指定するんでしよう、申し出によつて告示といふのですか、するわけでしょう。そうすると、どこでも申し込んだら、できるというものでなくて、基準があるでしょう、その基準をちよつと語つてくれませんか。

○滝沢政府委員 救急病院、診療所の基準でございまして、一つにはまず告示病院といふものは、消防法によつて厚生省がこれを受けて告示制度をつくつたわけでございます。したがひまして、先生おっしゃる通りに、申請主義に基づいております。

したがって、条件といたしましては、外傷が主になりますので、外科系の処理ができる医師が常時おることがまず第一点でございます。それから手術室あるいは輸血、輸液等の処置ができるという、いわゆる病院としての機能を持つということも条件の一つに加わつております。それから建物があり不便なところになくて、救急車が横づけできるといふことが必要な条件になっております。それからベッドについては、救急患者を受け入れるだけのベッドの余裕を持っています。この四つの条件が指定の条件になっております。

○寺前委員 そうすると、常時外科系の医師がお

る、たまたまこの日だけおらなかったのですか。

○滝沢政府委員 この点につきましては、常時ということは条件にはなっておらないのでございしますが、先ほど御説明しましたように、過去の所沢病院は必ずしも十分な機能がなかった、そして責任をもって救急医療を引き受ける告示病院にはなつたけれども、救急隊に対してこれを受け入れるための通報連絡組織というものを明確にしておくほうが、むしろ正しいのではないかと。残念なことに旧所沢病院には多くの医師をその敷地内に収容しておくだけの官舎等がございまして、いわゆる救急の場合に、その敷地内の外科医なりが常に応援できる体制であれば、もっと満足できた救急体制がしたと思ひますけれども、それも過去の所沢病院は不十分でございましたので、消防署に連絡の上、内科医である、外科医である、あるいは外科ができる産婦人科の先生、外科系統の先生がきょうは当直であるということをお互いに了承し合つて運営しておつたということは、先ほど申し上げましたように、告示病院の条件に、不十分でありますけれども、著しく違反しておつたというふうには必ずしもわれわれは理解しないのでございします。

○寺前委員 私、率直に言うてあげますよ。前の所沢は七人医師がおる。はつきり言つて外科は一人だけですよ。この外科のお医者さんが二日に一ぺん宿直するということはできませんよ。七人の医師が、当直が一人だけということになると一週間に一ぺん当直なんです。一週間に一ぺんは常時とは言ふわけにはいかぬ、そんなもの。そうすると、あとの六日間はどうなる。看板だけは救急病院でございします。これは一体どういうことになるんです。私の町には救急病院があるから、事があつたときはめんどろを見てもらえる、けつこうなこつちや。そういうふうには市民には見せておいて、実際には通告して、やれませんかというところが毎日連続のごとく起つておつて、たまに仕事をしてくれるということでしょう。これは看板に偽りありでしょう、正直いって。

これは私、重大問題だと思ひますよ。国民が一番不安なとき、日曜、祭日、夜間、万一の場合たよるべきところが、看板があるだけでも非常に大きなさきさきです。火事、どうですか。消防署があるというところが持つてゐるさきさき、何もわれわれ火事を起こしてほしくないですよ。だけれども、火事があつた、ばやがあつた、消防が動く、そのことが持つてゐる意味は大いと思ひますよ。救急急というものは、そういう性格と違ひますか。しよつちやうそんなものが起つてほしくないですよ。消防署と同じようにいつでも安心して世話をしてくれるところがあるということが重要な要件なんです。そのことが常時という問題の性格の中にあるわけでしょう。常にベッドをあけてあるということ、そのことを意味してゐるんですよ。ところが、七日のうち一日だ。これは体制ありますというふうになりますか、あなた、正直いって。私は、こんなことで、救急病院の看板を掲げてゐるということに対して責任を持つてもらいたいと思ふのです。しかもそれが国立の病院の話なんです。一番責任を持たんたところですよ。ほかはおかしいと思ふのは、一般病院が救急病院になつて責任を持つてゐることは、これはそちらのほうが無理が多いと思ふのです。国や公立の病院というものは、みずから背負つてでもやらなければならぬ一番大事な仕事になつてゐると思ふのです。ところが、そこが看板に偽りありで、私はこんな大きな責任のある話はないと思ひますよ、ほんとうのところ。そこを率直に反省せないかぬと私は言うのです。

そこで、次に聞きたい。きょう朝、新聞を見ておつたら、救急病院についての救急医療の現況概要が載つていました。さつそくそれをわしにもくれというて持つてきてもらつた。さつと持つてきて、私読むひまがないんであれなんだけれども、新聞にはしかし整理して書いてある。新聞が間違ひなかつたら、おそらくこれはそのことを書いておるのだらうと思ふ。あれを見ておつたら、

これまた正直いって、ぞつとする。私はすぐにそれがほしいと思つたのには理由がある。それは「病院」という本がある。その「病院」という本に大内正夫という人が救急医療センターの実態についての論文を書いておられます。四十七年の十月号です。これは済生会神奈川県病院・神奈川県交通救急センター院長さんです。前にテレビでも、この人が神奈川県のやつをやつておつたから、たまたま私それをまた関心を持つて見ておつたんです。それで、これが出たもんだから、それをよく読んでおつたわけです。

これを讀むと、こゝは救急を一生懸命非常によくやつてゐるところなんです。全国にアンケートを出したんだね。厚生省が出している資料によつて、救急医療センターはどこで、救急病院はどこで、国立がやつと名前が発表されてゐる。そのところから全部アンケートを出したというんだ。そしたら、アンケートの回答が返つてきたら、その回答にたいへんなことが書いてある。回答があつたのは全国百十一カ所、その主力は国立及び県立などの自治体で、その約半数の五十五施設から回答が来た。

「まず驚いたことにはこの回答中「一般の救急告示医療機関でセンター的のものではない」「構想もある実施せず」「一般リハビリ病院で救急はやらない」などの返事をいただいたものが相当数あつたことである。指定病院に出したんですよ。指定してゐるところに出したら、その回答が、わしのと違ひますでというやうが返つてきたと書いてある。その統計が書いてある。「一般の救急告示医療機関でセンター的のものではない」と書いてあるのが、センターや厚生省に聞いたのに、国立の場合、四つのところは違ひますという返事が来た。準備建設中やというものの一つで、合計国立関係で五つが、それこそ厚生省が言つてゐるようにはなつていないというものが、実態として報告の中から返つてくる。

それからやつとあとを讀んでいきますと、「センター標榜三十七施設中医師一人当直が五カ所、

看護婦一人のところが七施設もあつた。たとえば某国立（一般病床二百九十、救急ベッド十床）で親病院と兼務で、医一・看一、計五名のところが、あるいは自治体立で医一・看一、計六名の兼務当直のところがあつた。」というふうによつて状況が書いてあつて、救急医療センターにおいては当然相当数であるべきはずであるのに、実際には五床以下という救急病床や、はなはだしいのは病床がゼロのところや十二施設もあつた。「しかもこれが大部分国立や自治体立である。」と書いてある。国立や自治体立で先ほどのお話にあつたようにベッドをあけておかなければならぬと書いてあるのに、ゼロのところや十二施設もあつたと出てゐる。これは大部分が国立で自治体立も含むというんだから、そのうち何ばか知りませんけれども、そういう数字が出てくる。

ところが、私はなるほどと思つてこれを見ておつたところが、きょうの朝の新聞、すなわち、あなたたちが調べられたところの救急病院の実態表、これを見たら当直医が一人というところがざあつと出てくるでしょう。たとえば、これは話が變りますけれども、さっきの所沢の病院について、合併して、新しい体制では医師はこうこうこういうふうになりましてと言つてさつき報告しておられた。だけれども、直接あの病院で聞いてみたら、実際にはどういふ配置になつてゐるんだというところで聞いてみたら、お医者さんの数は二十一人おられて、診療科目十七科目、そのうち脳外科が二人、整形外科二人、一般外科二人の計六人おられるけれども、当直医体制は一人。四百ベッドあるんだつてね。内部の患者さんをその当直医がめんどろと見ると、救急体制でございしますというわけにいかぬと言つてます。ほんとうに救急医体制のかまへになつてゐると言えますか、あなた。私、朝聞いたんだよ。あなたのところから資料を持つてきてもらつて、その後どうなつてゐると心配だから聞いてみたんだ、少なくともそこは改善したじやらうと思つて。そうしたら外科のお医者さんはようけなつた。これはよかつたなあ。

それではそういうふうに当直医体制になっているのか。なんと当直医体制を聞いてみたら、またもとのもくあみだよ。そうじゃないんだ、やっぱし。それで内部の体制を保障する体制にしかなりません。救急病院として責任を負う体制、やはり救急病院というのはそれなりに、消防署が火事がなかつても消防自動車置いて、火を消す人が、司令もあればその他の人も火事がなかつたつておるなかめ、あれは。同じように、救急病院というのは病人が発生しても発生しなくてもおるなかめ、あれは。それでこそ責任ある体制というのだ。ベッドもあけておかないかめ、それでこそ安心だ、そういう性格なんだ。ところが国立病院を調べてみたら、そういう調子でしよう。大部分が依然として宿直医は半分ほどは一人や言うんや。これでは私は保障にならぬだろうと思う。

それから、あなたたちの資料によると、専用病床を持つていないという回答をしておるところがあの資料から見るとやっぱしあるじゃないですか。あるでしょう。これは一体どうなっているんだらうか。それでいて、国立でベッドも準備せぬといふ。これは基準から言うたら、いけないのはわかつておるし、基準からだけじゃないですよ、かまへの面から見ても看板に偽りありという体制だ。

しかも驚いたことに二、三日前に、ガンの病院の問題で、あの新聞から一斉にスローモーションの批判を受けた。ところが、この調査はいつや言うたら、相変わらずやっぱしこれも一昨年の暮れにやつておる。これもいままでも何しておつたんだ。救急問題なんというのは、こんなものはほんとうにしょっちゅう知つたらなければならぬ話だと私は思うのですよ、ほんとうのこと。毎年ちゃんときちんと握つておつて、問題をきちんと明らかにしておかなければならない性格のものやと思うのですよ。

私はそういうふうに見るときに、現在都道府県で救急体制をとらなければならぬというのは消防法上ありますね、指定都市というのが。そういう

指定をする都市があるでしょう。その指定している市町村の中の一体今度は病院を持つていないところ、これは別のものなんですね。あれはおかしなもので、消防法で都市指定をやつて、病院体制はまた別なんですね。あれはおかしなものだとは思うのですよ。一貫すべきだと思ふ。ところが、この救急体制をとりなさいという指定をしておるところで、病院体制をその中に持つていないところ、一体どれだけあるんですか、ちよつと聞かしてくだい。

○滝沢政府委員 この点の資料につきましては、消防法の義務を実施しています市町村は千三百二十ございます。その中で救急の病院、診療所の数は各府県ごとにわかつております。

先生のお尋ねが非常にこまかい小地域と病院との結びつきのお尋ねだと思ふのでございます。この点についてはどの程度の地域なり、あるいは市町村単位というわけにはまいりません。市町村に義務がありましても、病院というものがどの地域の範囲に持つことが適正かという問題もございます。この点についての確な資料というものはございません。したがって、その府県ごとの市町村の数とそこにある病院の数と診療所の数はわかつておりますが、それがその市町村の、義務づけられた市町村の搬送していく先の病院の機能ごとにどの程度の地域を設定して基準とし、これを考へたらいいかという観点からは資料がないというところでございます。

○寺前委員 それでは、もつとしばらくしよう。一定の市、市というたら、規模は大きいですね。市くらいになったら、そういう施設は持たなんだら、うそでしょう。消防庁と同じこと。それは全国の市、指定される市ですよ。市の中で病院体制、救急病院、これは別なところの指定でしょう。都道府県知事の指定でしょう。こつちは消防法に基づくとこの指定でしょう。一体どれだけのところが体制があつて、どれだけのところが体制がないのかパーセントでいいですよ。どの程度のものですか。

○滝沢政府委員 いま申し上げたような事情でございまして、確かに市という単位でとらまえたなら、義務づけられておる市と、その中にどういう機能の病院を持つておるかということは、これはほとんどわれわれとしては、病院機能というものを市は何かの形のものを公営を含めてお持ちであると思うのでございまして、それが告示というものとどういうふうにつながり、またセンター機能とどう結びついておるかというところについての実態資料はございません。

○寺前委員 それでは私はいへんと思ひますよ。私が言つてあげましょう。全国四百八十一指定の市があります。沖繩を入れて。そのうち八十九は病院を持つておりません。大臣、どうです、これ。堂々と切つたのですよ。私は市町村まで言つたらいへんだろう、しかしそれで明確にしてほしいと思ふのですよ、ほんとうは。だけれども、少なくとも市単位には消防署とも匹敵するような性格でもって準備をしなければならぬ性格のもの、二割のところには全然救急のそれがない。すぐにでも私はこれを問題が出せなかつたら、うそだと思ふのです、ほんとうのこと。

これは私は重大な問題だと思ひます。こんなものはすぐに答えられなうそだと思ふ。そこへ持つてきて、その次に、ないところに国立の病院ないしは診療所はないのか、私はなければ国のほうから打つて出ても準備をしてやるといふ相談に乗つておるべきじゃないか。ないところで国立の施設のあるところ、ありませんか。

○滝沢政府委員 先生お話しのかいまの市あるいは町村における告示というものを、あるいは消防法の義務を果たした場合、その告示病院というものを中心に御質問があり、私も病院というものを、診療所もこれは告示の対象になっておりまして、したがって地方の市町村、特に町村においては診療所の機能というものもかなりの役割りを果たしておると思ふのでございます。

そういう意味で、市で、先生御指摘のように八十九の市が病院を持たないというような事実は、これは事実としてあると思ひますが、これが少なくとも市として消防法に基づく義務を果たし、救急業務をやるというふうになりました場合に、その地域に診療所は必ずあるわけではございまして、市における診療所というものの救急体制の対象の施設に指定して実施しておる。したがつてこれは診療所と病院というものを両方持つて満足した状態であると論ずることは無理でございまして、実態としては告示を受ける、それから消防法の義務を果たす、こういう関連において是不十分ながら、そのつながりはあるわけではございまして。

○寺前委員 これはもうちよつと研究してくれよ、ほんとうのところ。何だつたら、私全部名前を言うてやろうか。

北海道、義務市は三十二、救急病院、診療所の全くない市一つ、根室。私でさえ調べられることです。病院だけじゃないんですよ。私は診療所を含めて言つておるんです。ほんとうにこの問題はもう少し真剣に考へてほしいと思ひますよ。あまりひど過ぎるじゃないですか。岩手十一、ないところ四、釜石、江刺、陸前高田……、ちよつと字が見えないのですが、何か名前が四つあります。ほんとうにないんですよ。沖繩なんか八つ指定されておつて、八つともないのですよ。

あなたたちは一昨年の暮れの発表の数字を出したけれども、一昨年のことがスローモードというだけでは済まぬですよ。どういう実態になっているのか。はつきり義務市があつて、片つ方では告示病院がそこにあるのかないのか、あわせて市々には研究しておかなければいかぬではないですか。さつと資料を出すのがあたりまえです。こんなことで医療体制十分でございましてどこから言えますか。みんなが一番心配するところの体制も伴なわないうて何が保険だと言ふんですか。おれは腹が立つてしょうがない。大臣、これはどう思ひますか。

に打って出るということを約束できますか。

○滝沢政府委員　ただいま先生の御指摘もあり、また大臣からも、市というものを単位にして消

ように、それが国立の病院でセロというところにあるという報告が出たくらいなんだ。そんな無責任な話はない。そうでしょう。そこで、告示病の中で、国立、都道府県立、市町村立、日赤な

るぐらい、かまへ方自身がいかに残退している
ということを典型的に示している数字だと思っ
て、理屈を言うて、いやそうじゃない、私のとこ

りこなすことのできる問題でございます。神経外科あるいは救急のうちの外傷の重いような患者の処理というもののこそ、いわゆるセンタ－的病院

能を備えていく必要があると考えます。

先生御提案の、病院側からの救助体制というものを考えるべきではないかという提案につきましても、われわれも、特定な県あるいは一定の病院等においてはそのような、たとえば先ほど例に引かれた神奈川県のようなところ、あるいは愛知県のようなところは、通報、連絡等を通じてほぼそれに近いような特殊な自動車を備えたような例もございます。特に名古屋市などは、そのような問題についてかなり積極的に検討しております。私は、現段階は現段階としての体制で、もちろん先ほど来御指摘のように、まだ問題がございますけれども、将来の形としては医療機関側からの出動ということが前々から必要である。いわゆる救命のために、命を救うために必要である。命にかかわらないという判断がある程度できるケースについては搬送も可能でございますが、現場において救命する必要があるようなものに対して、通報によって病院が出動する体制が必要だということについては、つとに御提案のある、あるいは各方面から御意見のある問題でございます。

この点についてはわれわれとしては、その地域の医療機関の、いわゆる医師確保その他を含めた能力全体を考えまないと、現状ですぐに全面的に移行することは困難だと思いますが、消防法に基づく制度が、いま申し上げましたように、事故の場合と家庭内における場合とが若干そこに重複して、あるいは消防の搬送も過重になってきておりますので、これらの問題を含めまして消防庁と十分協議して、将来の考え方としては、病院側からの出動の条件というものを設定していくことを考えたいと思っております。

○寺前委員 将来のことと言っておたら、いかぬと思う。すぐにこういう体制に入らなければいけない。全体のことも大切だけれども、まず国が救急医療機関としての仕事の任務にもっと積極的についてもらいたい。まずベッドの面において、ほかから比べても、あまりにも低過ぎるではないか。全面的に改善する必要がある。医師の当直体

制のいまのあり方では問題だ。これについても救急病院としての指定をされた以上は、全面的に常時責任を持つ体制に入る。

私はさっき所沢の問題で言いました。看板に偽りありではだめだ。しかも、消防署に連絡しておきましたではだめです。一般の市民は救急病院の看板を見てくれるのですから、それじゃいけない。全面的に保障する体制を必ず直ちにつくり出す。私は責任を持ってもいい。そしてその上に、国立なればこそ、ほかはともかくとして、まずみずからが、医者や看護婦さんに乗せて飛び出していく体制を国の側自身から持つということをするに検討して、準備をします。まず国の責任問題で、よそよりもあまりにもひど過ぎるじゃないか、私はそれをやりなさいと言っている。これに対する回答を聞きたい。大臣どうでしょう。

○齋藤国務大臣 交通事故災害等による救急医療体制を整備するということは、わが国にとって当面きわめて重要な問題であると私も考えております。そういうふうな考え方から、今日まで救急医療センターとか、あるいは告示病院とかいうことをやってきておりますが、いろいろまだ不十分な点があることは、私も率直に認めております。

したがって、先ほど申し上げましたように、指定市あたりに救急病院、診療所を含めて一つもない。これはやはりおかしいです。これはできるだけ早くそういうものを整備するようにいたします。救急医療体制のベッドの問題とか、あるいは医師の派遣の問題とか、あるいは医師の当直に当たる体制を整備するとか、これは緊急な問題でございます。それから、一刻も早くこういうものを具体的に調べて、そして整備させるようにいたします。

○寺前委員 局長、どうです。

○滝沢政府委員 国立が率先して各種の特殊な医療の問題について使命を果たすことは、私は国立の使命だと思っております。したがって、きょうは救急の問題でございますが、もちろんその他の、地域におけるいわゆる一般医療は他の病院でもできる

けれども、国立はこういうことをやってくれという御要望について、たとえば小児医療の問題その他も対応するように努力いたしております。

救急については、一例ではございますが、宮城県と仙台国立病院とが相談いたしまして、従来のセンター以上の機能を仙台国立に用意いたしました。大阪にも同様に用意したことが、将来とも各国立に、その地域の事情あるいは日赤、県立その他の果たしておられる機能等を勘案して、県の御要望に応じて、国立施設をそれぞれ、使命が果たせるように持っていくべき。特にきょうは救急医療の問題について御指摘がございましたが、救急医療の問題については当然のこと、その地域の医療の再重要な問題として取り上げて、国立を地域の御要望に応ずるよう整備していきたい。こういうふうな考えております。

国立の仙台病院、大阪病院はそういう考え方の手をつけた一つの例でございます。そういう考え方を持っておるということを示したわけでございますが、なお積極的に考えたいというふうな思っております。

○寺前委員 東京都の消防庁が去年一年間に約二十万人の患者を搬送したけれども、そのうち十六万人は現行消防法、都条例に明確な規定のない、家庭など家屋内の急病人の搬送だった。そうすると、いまの救急病院の指定というものは、これは消防法に基づくところの関係のベッドをあけて医者を置いておる、こういうことになっていくわけですから、法的にも全面的に救急体制、休日体制、そういうものをつくっていくという法体制になつていないわけでしょう。だから、法的にも私はこの問題について整備をする必要があると思うのです、どうでしょうか。

○滝沢政府委員 これは確かに先ほど御説明しましたし、先生たまたま御指摘のように、いわゆる交通事故を中心にした消防法に基づく消防救急の搬送、この業務以外に、家庭内等、あるいは休日、夜間等における診療の問題がございます。この点については別に特別立法ということを考え

なければいけないのか、あるいは医療法、医師法の十九条の医師の義務、こういうものと関連いたしまして、地域の休日、夜間診療所等を公的に設置することによって、地域の医師会あるいは病院等のスタッフの御協力によって、札幌市がやっておりますような例を具体的に各地に設けることによって、これが対策は講ずることができ、これは私はそういうふうな思っています。それぞれのただいまある立法の精神を生かして、これを具体的に実行するというのが問題だと思います。

○寺前委員 いまの立法では、消防法に基づくところのは、全体から言ったら部分になっているのだから、法的にもきちんとはこれは国の責務の問題としてかまえないけれども、これは国のことを決意しないといふことを、私は具体的に提起しているのです。だから、そういうふうにして、きちんとはやり理解をしてもらいたい。私はこの問題について先ほどからもやましく言いましたが、最後に、これは財政的にも国がやはり責任を持たなければいけません。

たとえば東京都が現実のもとにおいて、各地区ごとに輪番制で各診療所の開業医に受け持ってもらったり、救急医療の体制ですね、休日の体制の問題、あるいは、福祉社会館の診療室などをきめて、そこへ行ってもらおうということをやするために、一カ所一日につき一万五千元、医師一万円、看護婦三千五百円、事務員千五百円の委託費を出して、そして国民にひとつお世話願いたい、いまわれわれのほうは体制を十分持っていないので、よろしくお願ひします。こういう体制を自治体はとらざるを得ないし、とっているのです。

ほんとういうたら、私は国自身がまず国の施設については、みずから全面的にやるといふのが一つ。第二番目に、国でないところの救急の施設なり、あるいは自治体においてこういう計画をされた場合に、財政的にも都がこのようにやるものに対して三分の二なり、二分の一の援助をするということによって、国民に対する医療のこの分野に対する責任をぜひ果たしてもらいたい、そう

いとお考えがあるのかということについて聞きたいと思ひます。

○滝沢政府委員 一番の問題につきましては、先ほど来お答えいたしますように、国としてその地域の国立病院では、設置主体が国立でございまして、病院機能としては地域の問題でございまして、したがって、地域の医療需要あるいは医療の体制の問題等、十分お話し合ひし、その求めに応じ、あるいは積極的な機能を提供いたしまして、国としての役割りを地域医療の中で果たしてまいりたいと思ひます。

二番の問題につきましては、確かに地方自治体がこれらの休日、夜間等の診療体制をしております。これに対して地方自治体はある程度の責任を果たされ、また診療収入等の関係も考慮しながら、医師会との関連の契約等を結ぶなど、具体的な処理をされております。したがって、この問題につきましては、地方の実態というものを十分調べまして、ただ救急医療にはそれぞれの、先ほど来お話し申し上げましたように、比較的軽微な者でも不安になって夜間たずねてくる。したがって、いわゆる診療所の機能としては医師、看護婦等を常時置かなければなりませんけれども、やる内容については必ずしも重要な処置をしなればならぬようなケースは、むしろ国立病院のほうに行くというような、主として内科的な一休日、夜間体制というようなものには、内科的疾患が多いのであります。

したがって投薬、注射等の比較的短時日の当座の処置をするというようになり、ますから、収入等の面についても比較的僅少になる傾向にある。しかし実際に、それだけの人員を常時雇用して、それに対して支払っていく場合については運営費に相当の費用がかかる、こういう関連から、この地方自治体の休日、夜間診療体制については、われわれとしては、ある程度実態をつかんだ上、理の通る範囲内で、いわゆる個々にそれぞれに違いがございすけれども、基本的に理の通る範囲内で私は助成措置を考えたい、こういうふう

います。

○寺前委員 私は、きょうは救急の問題という形で、医療の責任の一端の問題について国の姿勢を聞きまして。先ほどから聞いていて、とにかく消防法に基づくところの指定都市、そして片一方は病院、診療所のこの体制、これすらもきちっと整備されていないということに対して、ちよつとつ然たる思いをいたしました。そこで、さつそくもう一度調べ直していただいて、この指定の都市と、それからそこにおけるところの診療所の有無の問題、この一覧表を整理して提出してください。

私は、こういう問題に対して、かまえてきていかなかったならば、もつてほかのことについても知るべしだというふうにするので、その資料を要求をして、この件に関しては、もう終わりたいと思ひます。

○滝沢政府委員 先ほど申し上げましたように、近く各県の医務主管課長会議を開催いたしました。地域性というものを十分とらえて、それぞれの先ほど来御指摘のように、市町村の義務と、それを受けて搬送していく先の病院機能あるいは診療所機能、こういうものの観点を整理いたしました。指定は受けたけれども、医療についてはきわめて難渋しておるといふような点については、これが対策を県と相談の上樹立いたしますし、ある程度広域的にただいま搬送が可能でございすから、かなり広域的な範囲で、これがとらえられていふということになれば、それはそれなりに地方自治体の判断もあるうと思ひます。こういうものを整理いたしまして、資料としてお出しいたしたいというふうに考えます。

○橋本(龍)委員長代理 ちよつと速記をとめて。

(速記中止)

○橋本(龍)委員長代理 速記を起こしてください。寺前君。

○寺前委員 本日は、時間がおそくなりましたので、次回に発言の機会を譲りたいと思ひます。よろしくお願ひします。

ろしくお願ひします。

○橋本(龍)委員長代理 この際、連合審査会開会申し入れの件について、おはかりいたします。

運輸委員会において審査中の国有鉄道運賃法及び日本国有鉄道財政再建促進特別措置法の一部を改正する法律案について、運輸委員会に連合審査会開会の申し入れをいたしたいと存じますが、御異議ありませんか。

(「異議なし」と呼ぶ者あり)

○橋本(龍)委員長代理 御異議なしと認め、さよう決しました。

なお、連合審査会の開会日時は、運輸委員長との協議により決定されますので、さよう御了承願ひます。

次回は、明十一日金曜日、午前十時理事會、十時三十分より委員会を開会することとし、本日はこれにて散会いたします。

午後十時五分散会

社会労働委員會議録第十二号中正誤

段行	誤	正
五二	あれは	あれば
五三	けれども	けれども
五四	しょうか。	しょうか。
五五	採用するに	採用するに
五六	ときあたりに	ときあたりに
五七	三十九度・七度	三十九・七度
五八	発生	発生
五九	交渉と	交渉を
六〇	のうちに	のうちに
六一	簡易	範囲
六二	おりあす	おりあす
六三	つまり	つまり
六四	田川委員長	委員長
六五	ガスガ	ガスが
六六	この次	この次
六七	あれが	あれは
六八	きちつて	きちつと
六九	こうあう	こういう
七〇	ますために	いますために
七一	労働者	労働者
七二	散いたし	散会いたし

昭和四十八年五月二十一日印刷

昭和四十八年五月二十二日発行

衆議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局