

同外十三件(村山達雄君紹介)(第七五八五号)
同外三十件(石井一君紹介)(第七六二二号)
同(原健三郎君紹介)(第七六二三号)
同外十件(河本敏夫君紹介)(第七六六八号)
同外四件(小島徹三君紹介)(第七六六九号)
同外二十四件(原健三郎君紹介)(第七六七〇号)
社会保険診療報酬の引上げ等医療制度改善に関する請願(金子みつ君紹介)(第七五三八号)
同(中島武敏君紹介)(第七五三九号)
戦傷病者の援護に関する請願(足立篤郎君紹介)(第七五四九号)
同外一件(中山正暉君紹介)(第七五九三三号)
同(西村英一君紹介)(第七六六六号)
視力障害者の生活と権利の保障に関する請願(平田藤吉君紹介)(第七六六七号)
乳幼児の医療費無料化等に関する請願(石母田達君紹介)(第七六七一号)
中小業者の医療保障制度確立等に関する請願(浅井美幸君紹介)(第七六七二号)
患者給食の内容改善に関する請願外一件(米田東吾君紹介)(第七六九四号)
社会福祉施設労働者の労働条件改善等に関する請願(浅井美幸君紹介)(第七六九五号)
同(広沢直樹君紹介)(第七六九六号)
は本委員会に付託された。

本日の会議に付した案件

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)
日雇労働者健康保険法の一部を改正する法律案(内閣提出第四九号)

○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及び日雇労働者健康保険法の一部を改正する法律案の両案を一括して議題とし、質疑を行ないます。
申し出がありますので、順次これを許します。

多賀谷委員

○多賀谷委員 昨日に続いて質問を続けたいと思いますが、公立病院、ことに自治体病院の赤字の問題に触れておたわけですが、その際、厚生省のほうから人件費の問題に触れられて、自治体病院は人件費が高い、同じ公的病院でも日赤の人件費はこれだけの比率になっておる、こういうお話がありました。

そこで私は、人件費の問題に触れるならば、この公立の病院でも何と基準法違反の多いことですね。これは一体どういうふうに考えておられるのか。私の手元にある統計によりますと、重点監督事業所として指定をされて四十四年から四十七年までの間に四千六百八十四の病院の監督を行なったうちで、違反病院数が四千九百九十三、実に八九・六%という高率を示しておるのです。これでは一人人件費が高いと言えるか。なるほど、四十四年から比べると四十七年は若干違反件数が減っておりますけれども、それでも、四十七年五月に全国の都道府県労働基準監督署が四百七十九の病院について監督を実施した結果が発表されておるのであります。四百七十九の病院中、是正勧告を受けた病院が四百ある。実にその違反率が八三・五%になっている。一般産業よりもずっと多いんです。そうしてその内容を見ると、労働時間関係、それから休日関係、はなはだしくは割り増し賃金関係が三四・二%も占めておる。就業規則、健康診断、放射線関係、ことに女子の労働時間と休日と割り増し賃金が非常に違反件数が多い。これを一体厚生省はどう見ておられるのですか。

○滝沢政府委員 この労働基準法と医療機関の問題でございますが、基本的に申しますと、公私を問わず病院というものがこういう問題に対する、何といいますが、事務処理体制を含めまして、意識も、また書類の整備等も非常に不備であるというのがまず基本的にございまして、われわれがいま先生御指摘の八十何%という違反の中でさらにその中身を分析いたしますと、六割が大体実質的に、率直に申して個人に影響するとか個人の

不利になるような違反事項、それから四〇%は、報告事務等の、全く病院側の事務的な処理が不備のための御指摘があるように承知いたしております。いずれにいたしましても、先生が数字をあげられましたように、それぞれの部門における勤務状態、公私を問わず、私だけではなくて公のほうについても労働基準法に対する御指摘がございまして、この点につきましては、労働基準監督局としましては、先般の御意見を聞きまして自主点検方式というものを病院には採用いたしました。そう、そういう書類を配りまして自発的にいろいろ点検事項を報告させる。従来他の事業所に比べて病院というものがそういう問題に対する観念が薄いという点に対して、われわれもこれはきわめて重視しなければならぬというふうに思っております。

一般的にきのう申し上げた人件費の問題につきましては、人件費の占める割合の中の一人当たりの単価の問題も、国立、県立等の公務員の場合、特に地方公務員等の場合は、府県によっては若干国家公務員を上回っている実態もございました。そういう単価的な意味の人件費の増もございまして、そのほかには、事務職員等を含めて、一般私的病院あるいは日赤等よりも、医事業務その他事務処理の系統が、会計法等の問題もあるように思いますが、若千多いというふうに私たちも理解しております。それ、先生御指摘の労働基準法と人件費の問題とを結びつけますと、確かに必ずしも十分とはいえないと思いますが、単価等の問題を含め、現実の姿としては、各病院の経営主体によりまして人件費というものがかなり経営の具体的な収支の問題に影響を与えているというところは、これは医療関係者あるいは病院管理というものを研究している分析の立場からは一般的にいわれていることではございますので、きのうはそういう問題を取り上げて、お答えしたわけでございます。

○多賀谷委員 私は医務局長の認識はおかしいと思うのです。のうのうと言う。実は個人に対する問題が六割です。それは報告事務は四割でしようけれども、違反件数が六割というたいへんです。そのことを報告すること自体が、私はその感覚を疑わざるを得ないのです。人件費が高いというけれども、何と待遇が悪いということが問題になっておるわけでしょう。人数が足りないというところが問題になっておるわけでしょう。そうして公立だつて四年間に実に八七・一%の違反率を示しておる。公的医療機関が八七・八、普通の医療法人が八七・一、その他の法人が八七・一、個人が九〇・九、こういうことで、もちろん事務的な問題もあるでしょうけれども、割り増し賃金を払わなかったり、休日の問題というのは、言語道断だと思ふ。要するに一つは人間が足りないというところでしょう。でありますから、御存じのようにあきベッドになって、わざわざつくった病床が閉鎖されている。いままでずいぶん話がありましたから、よしますけれども、これはもう都立の老人病院とか国立の赤ちゃん病院までベッドが閉鎖をされているということは許されないうす。ですから、人件費は今後上がるの見なければいかぬのです。オートメーションがきかない、しかも看護がだんだん手が要るようになる、現在でも不足だといっているのだから、人件費は当然上がっていく、こういう認識の上に立たなければならぬ、こういうふうに私は考えるわけです。

そこで私は、労働省は基準法違反の問題についてどういうふうに考えておるか伺いたい。
○渡邊(健)政府委員 先生御指摘のように、病院関係につきましては労働基準法違反がなお今日でも非常に多いことは、われわれ非常に残念に思っております。数年来、病院を重点業務に指定いたしました極力この監督指導に当たっておりますところでございます。これにつきましては、一つには、先ほど医務局長からもお答えがございまして、先ほどに労働管理に対する関心と申しますか、認識と申しますか、そういうものが十分でないという点もございまして、これらにつきましては私ども引き続き重点的にその監督指導に極力つとめた

いと考えておりますし、先ほど医務局長のお話にもありましたように、本年から、病院だけではありませんが、比較的基準法違反の多い業種につきまして自主点検方式というものを導入いたしました。自分で毎年それぞれの労働条件について基準法に適合しているかどうかというのをチェックして監督署に出していただく、そういうことによつて、みずから、こういう点はうちでは基準法違反になっていないんだという意識を持たして、自主的な順法の気持ちを起こしてもらおうということも始めたわけでございます。もちろん、さらに監督官による監督指導を一そう厳格にし、私どもは両々相まって基準法の順守を確保してまいりたいと思っております。

なおそれ以外にも、やはり先生御指摘のような、看護婦が足りないとか、あるいは経営状態がよくないといったようなことも、基準法違反を多くしておる原因の一半であると考えて、毎年監督結果につきましては厚生省のほうにも御連絡し、そしてこちらからそれらの点についての改善方をお願いしてまいりました。厚生省と協力いたしまして一日もすみやかにこういう基準法違反が多発している状態を改善してまいりたい、かように考えておるところでございます。

○多賀谷委員 私、今日の看護婦不足、医者不足あるいはその他医療担当者の不足、そういうことを考えれば、これは人件費が上がるというのは必至の状態である、こう踏まざるを得ないと思うのです。

そこで、今日の自治体病院の状態を見ると、単なる自治体病院でなくて、甲表病院というのは赤字になるような仕組みになっておる、すなわち、これは診療報酬体系にやはり問題がある、こういうふうに見ざるを得ないわけです。現実にあれだけ近代化であるとか合理化といわれた診療報酬の甲表というものが発足した当時から見ると、病院においても三五%採択しておったのに、いま甲表の採択の病院が二三%に減っておる。そうして、本来医療の公共性の原則に立つて営利性を排除し

ていく公的病院でも、最近では薬剤の使用が非常に多くなつておる。これはやはり診療報酬体系に私

は問題があると思うのです。ここに私は「社会医療調査」という四十六年度の調査表を持っており、甲表採用の病院でその診療点数の構成比、一〇〇といひますと、投薬と注射がそれぞれ二四・三%、一七・一%になっておる。合わせて四

一・四%。ところが、乙表無床診療所では、投薬が五七・七%、注射が一・七%で、六七・四%という形になっておる。一方、入院を見ると、甲

表採用病院が二八・一。現実には一人当たりの一般病院における入院原価というのは、診療報酬の料金から比べると実際赤字になっておる。これは全国自治体病院協議会で発表しておるわけですが、四十七年度患者一人一日入院料原価計算表。要するに原価が二千八百二十円。ところが収益は、現

行点数による平均入院料が、これは平均をいたしまして千九百九十二円、室料差額百六十六円、計千二百九十八円で、七百八十四円の赤字になっておる。

ですから、入院のほうでは赤字になっていくという仕組みになっておるわけですね。ですから、病院のほうも赤字だということもいわれておるの

は、この診療報酬の仕組みがそうになっておるのじゃないか。でありますから、公的病院といえども、収益をあげるためにはどうしても薬剤にたよ

らざるを得ない。そこで結局日本だけがいわば薬剤費が非常に高いという異常な情勢を示しておるわけですね。これは悪循環になっておるわけですね。そこで、一体この状態をどういうふうに解決しようとしておるのか、これをひとつ厚生省からお聞

かせ願いたい。

○北川(力)政府委員 診療報酬の問題は、たゞいまお話しのように非常に多くの問題があるわけでございます。甲乙に分かれます。以来の問題でありま

判もございましょうけれども、最近数年間あるいは十年間、診療報酬の改定というものはそうい

った線に沿ってやってまいつたわけでありま

す。たとえば看護の問題につきましても新たに特種看護をつくりま

すとか、あるいは入院の場合にはドクターフィーといふことで入院時医学管理料をつくりま

すとか、最近はいろいろ適正化の方向を指向しているといふこともまた事実かと思ひます。しかし、最近の傾向といひまして、いま御指摘のござい

ましたような経済の変動に対応した形で診療報酬は改定すべきである、また、日進月歩の医学のあ

るいは医療の進歩に適応したような改定をすべきである、こういうことは、専門の協議会でござい

ます。また私どもも、適正化と並行してござい

ます。また私どもも、適正化と並行してござい

を中医協からもちょうだいいたしておりますか

ら、そういったところも考えまして、薬価基準の適正化につきま

す。たとえば、いま御指摘のござい

ましたような経済の変動に対応した形で診療報酬は改定すべきである、また、日進月歩の医学のあ

るいは医療の進歩に適応したような改定をすべきである、こういうことは、専門の協議会でござい

ます。また私どもも、適正化と並行してござい

ます。また私どもも、適正化と並行してござい

ます。また私どもも、適正化と並行してござい

ます。また私どもも、適正化と並行してござい

か。将来の改善の見込みがあるのですか。ないでしょう。一体どうするつもりですか。

○加賀説明員 お答え申し上げます。

ただいまの件につきましてはなおよく検討してまいりたいと思います。

○多賀谷委員 厚生大臣。

○齋藤國務大臣 きょうもこれは多賀谷委員にお答えしたと思うのですが、現在の自治体病院は、御承知のように、足りないところは一般会計で十分繰り入れる必要があるというふうになっておりますが、それにも一つの制限がある。それからまた、非常に困るときは特別交付税でめんどうを見る、一応こういうふうな仕組みになっておるわけでございます。しかしながら、いまのような状態に放置しておくことが国民医療上十分か、率直に言います、これは私はやはり問題だと思っております。

そこで、もちろん診療報酬の改定ということも当然必要になることではございますが、そういうことは、一般的な診療報酬を改定いたしましたとしても、なかなか具体的に解決することは私は困難だと思っております。そういう意味において、私は、国会が済みましたあとに自治省とも真剣にいろいろ相談をしてみたいと考えておりますが、たとえば看護婦養成所のような問題についての国からの補助金の問題とか、そういうふうな国家的な立場において助成できるものをできるだけ上げるというふうな方式が一つあると思うのです。それからもう一つの方式は、従来の赤字をどういうふうにして処理していくか、こういう問題もありましょう。累積しておる赤字をどう処理していくかという問題もありましょう。そういうふうな問題を総ざらい点検いたしまして、自治体病院の財政再建と申しますか、そういうふうな方向について、自治省、厚生省一体になってこの問題を検討するように私はしていきたい、こういうふうな考えでおる次第でございます。

自治体病院の行なっている——ちょっとくどいようですが、国家的要請に基づくものが相当あるわけですから、そういうものについては国がどういふふうなめんどうを見るか、それから固有の赤字として累積しておるものの建て直しをどうするか、いろいろな区分に分かれると私は思いますが、そういう問題を総ざらいしてひとつ真剣に取り組んでいきたい、こんなふうな考えでございまして、できるならば来年度の予算要求までにある程度の結論を出すようにしていきたいと、私は自治体病院の機能を十分に発揮できないような状態に置かれるのじゃないかというふうな考えでございまして、ただ、職員の給与の問題等につきましては、私も実はこれほどは急いでやっていただきたと考へておいて、中絶があらぬふうになって、私はほんとに責任を痛感しておるのですが、診療報酬の改定をできるだけ早くやっていくようにしていかなければならぬのじゃないか、こんなふうにも考えております。

○多賀谷委員 どうも大臣はみな国会が終わってからという話で、われわれは肉体的な事情はよくわかりますけれども、しかし、やはり国会で審議しているわけですから、国会中にはきりきりした答弁をしてもらいたい、こういうふうな思っています。四十九年度の予算には間違いないわけですね。これはもうひとつ確約しておってください。

○齋藤國務大臣 四十九年度の予算の中でどういう項目になりますか、またそんなことを言っていると怒られるかもしれませんが、国会が済みましてすぐ始まるわけですから、自治省と十分相談をして善処をいたします。

○多賀谷委員 次に、老人医療無料化に伴う影響について、これは川俣委員からも質問があったわけですから、お年寄りがいままで長い間病気をかかえておつて入れなかったで、今度は無料になったということで入院をされるという事例も非常に多いのだらうと思ひます。

そこで、全国自治体病院協議会のほうから大臣のお手元にもいつております、あるいは厚生省もそれに似たものを発表したとか発表しないとか問

題になっておりますが、要するに一般患者の入院が困難になったという状態、それから一般待機患者が増加をした、看護に手数がかるの看護要員が不足をした、患者一人一日の収入減による経営悪化、こういう問題が出ておるわけですね。そこで、一体これについてどういふように対処をされるのであるか。要望書もずいぶん出ておるわけですね。

それからもう一つは、特別養護老人ホームの不足というものがやはり病院に圧迫が来ておるんじゃないか、私はこういうふうに思っています。あるいはまた、養護老人ホームに入っている人も、三割くらいは、本来特別養護老人ホームに入らなければならぬ人がまた養護老人ホームに入っておる。こういうことを考えると、やはり特別養護老人ホームというものを早く拡充をして、一応毎日のようにお医者さんに見ていただく必要のない人は、そういうところに入居してもらおう、あるいはまた何らかの方策を考へる、あるいはまた老人病棟というものを拡充をするとか、いろいろな方法があるのだらうと思うのですが、今日の事態に対してどういふようにやろうとされておるのか、これをお聞かせ願ひたい。

○滝沢政府委員 確かに、老人医療の無料化に伴いまして、最近自治体病院の実態調査が御発表になりました、われわれもその具体的な数字に今後の方策上たいへん参考になる点が多いわけでございます。この自治体病院の調査は一月実施の三月末現在でございます。これが大体七十歳以上の患者の院内に占める割合が二〇程度、一六が一八というふうな割合になっておりますが、この一六という数字は、全国のスタートのころ一三、三というふうな数字に見ておりましたのに比べますと、根っこがますますと少し高かったように思ひます。そういう点で特に地方の市町村立の自治体病院等がかなりこの老人医療に強い影響を受けるだらうということが考えられます。

当面われわれの方策をいたしましては、まず、昨年末の医療審議会におきまして、御存じの公的

病院に対する病床規制の問題がございまして、これをまず検討しました際に、五万以下のいわゆる一般市町村の地帯において非常にベッドの制限が強いというところで、前々からこの数字を直すべきだろいう声がございましたので、四十七年度では、一万分の四十二でありましたのを、四十八年は五十三を適用し、それから四十九年は五十七を適用するといふふうにして、かなり大幅にベッドの規制をまず緩和したのでございまして、そのほかに、老人病棟をつくる場合、老人病棟というのはやはり老人特有の療養生活の実態がございまして、たとえば便所にも手すりをつけるとか、あるいはベッドの高さなども、できれば自由行動のできる老人患者のためには若干いままでの一般病院のベッドの高さよりも低いベッドを用意しなければならぬ、そういう配慮をした老人病棟をつくることを今後予算措置の上で計画的に補助していきたい、その場合、いまの公的病院の病床規制を老人病棟をつくる場合はこれを規制からははずすといふことも今回審議会でも定めていただき、これを各府県に通知してございまして。現実にはこの五月までに全国で、わずかでございますけれども、この加算制度を活用した申請が約六百床出てまいっております。今後、本年度中もこの問題は若干ふえると思ひます。来年はこれは長期計画の一環といたしまして検討いたしておりますが、老人病棟に対する補助制度を検討してみたいというふうな考えでございまして。従来も、公的病院の病棟を整備する場合に、ガンだとか小児であるとか、救急であるとかいうような問題に対して特殊対策として補助金を用意してはいたしましたが、今度は老人病棟というものの設置に対して公的病院に対する補助の制度を検討いたしております。そのほかに、やはり老人も当然含みますけれども、リハビリテーションというところが非常に重要な問題でございまして、むしろリハビリテーションのほうのベッドに患者を回すことによって老人の一般病院における受け入れを容易にしたいといふことで、このリハビリテーション病院というものを各県に設置

五

るのじゃないか、今後は国なり事業主なり、そういう意見、私は一つの大きな見解だと思ひます。きのうもちょっと多賀谷委員にお答えいたしました。労使折半という原則は現在まで長いこと行なわれ、慣習的に行なわれ、そしてそれが慣習として定着化してあるような感じを私は持つておるのですが、やはりこれは将来の政治課題として考える時期が早晩来る、私はさように考へております。当然、将来の保険制度における労使の負担割合、これは私は真剣に取り組んでいかなければならない政治課題だと考へておりますが、それと同時に、国もできるだけ援助をしなればならない。こういう問題につきましては、それぞれの保険制度における実態というものを冷静にとらえて、脆弱な面については、保険料だけにまかせるというのではなく、国もできるだけの脆弱を補強してあげる——というのではまだ十分だと思ひます。やるかもしませんが、さしあたりはそういう考へ方に立つて努力をしていく必要があるという点については私も同感でございます。特に私は、また自画自賛するなどと言われるかも知れませんが、御承知のように、政管健保は昔は労使折半だけ、今度の政府原案では一〇%というところで国が定率で金を出す、これは私は一つの前進だと思ひます。しかもまた、その後、いわゆる弾力条項、これはいかどうか私もわかりませんが、弾力条項によって、今度は〇・一上げれば国も〇・四出す、すなわち三者三様の考へ方が導入されたということは、私は前進だと思ひます。しかも今度は橋本私案によりますと、これはまだ成立しておりませんが、私案によりますと、保険料率が〇・一でございますか上がりますと、総給付費の〇・六、これはまさしく三者三様の考へでございますね。私はこれは成立することを望んでおります。望んでおりますが、そういうようなことで、将来の方向を暗示するものがその中に含まれていゐるのではないかと、私には考へておるのです。ですから、そういうふうな法律の改善、そういうものを足がかりとして、おまえらはゆっく

だと思ひしやるかも知れぬけれども、私には私なりに精一ぱい努力してゐるのです。しかも、そういう方向も示唆しながら努力してゐる。これはぜひ高く評価をして、健康保険法の成立に努力していただきたい、こういうふうに私は考へてゐる次第でございます。

○田川委員長 大橋敏雄君。

○大橋(敏)委員 実は昨日内閣と文教で強行採決が行なわれたことは御承知と思いますが、わが委員会も行なわれるのではないかと、もう一ぱいのうわさでございましてけれども、委員長さんの崇高な政治的責任感として判断によりまして、ついにそういう議會制民主主義を踏みにじるような暴挙には出ずに終わって、きょうこのように整育と審議できましたことを非常にうれしく思ひ一人でございます。

いまから、与えられた時間、問題の健康保険に關連いたしましたいろいろなお尋ねをしてみたいと思ひます。

まず初めに、申し上げるまでもないのですけれども、この世の中で最もとうといものは何かといへば、人命に過ぎるものはない、人の命はどうといふものはないと思ひます。

さて、人間がこの世に生をうけますと、好むと好まざるにかかわらず、年をとっていかなくればならぬわけですね。どのようにすればいい人であるろうとも、若くてきれいな人であるろうとも、だんだんと年をとっていかねば、しわも出、いわゆるおじいちゃん、おばあちゃんになるわけですね。そしてその一生の間にほとんどの者が病をします。病氣にかかります。そして最終的には死というものを迎えるわけですね。いわゆる生老病死というものは、生まれた者は必ずその法則に従わざるを得ない。そこで、その一生の間にいわゆる医学、医療、医療、そういうものにお世話にならざるを得ない。そういうことから、この医療に對しましては当然医療制度というものができ上がってきたわけでございます。そしてまたその一方におきましては、お医者さんも慈善事業ではな

いわけでありまして、当然そこには経済的な問題がかかってくる。また、医療を受ける側にいたしましても、当然そこには経済的な負担がかかってくるわけでありまして、要するに、そういう面をとらえて医療保険制度ができたと思ひます。つまり、医療制度という土台の上に医療保険制度というビルが建てられた。御承知のように、昭和三十六年、国民皆保険体制が確立したわけでございますが、その土台の医療制度が完全に整備されないうちに医療保険制度の皆保険体制がしかれたということは、ゆるやかな土台の上に高いビルが建てられたようなものでありまして、当然問題が起こってくるわけでございますが、いづれにいたしましても、この医療というものは、人の命、健康を救ふ大仕事でございます。したがって、そこには社会保険という精神に立脚した行政がなされなければならない、政策がとられなければならない。つまり、医療保険制度といへども、医療保障制度というふうな基本的な考へに立つた上での行政でなければならぬ、私はこう思ひます。

ところが、現在の医療制度、医療界をながめてまいりますと、保険あつて医療なしといわれております。まことに残念なことでございますけれども、保険が強制的に加入させられて保険料を取られる。しかしながら、いまだに無医村があり、無医地区がある。そのほかいろいろあるわけでございますが、いづれにいたしましても、保険あつて医療なしといわれる実態、要するに、医療保険制度にさまざまな欠陥、問題点がある。これを立て直さなければならぬ。この保障制度もうまくいかなければ、特に保険の中では保険財政が問題になってくるわけでございますが、うまくいかなければ、このようにございまして。

そこで、抜本的改正の問題がここ十数年前から叫ばれてきてゐるわけでございますが、一体この抜本改正というのはいつごろまでに実現されるのであろうか。実は先般大阪の公聴会に参りまして、そのときに、公述人に、なぜこのような抜本対策

がなされないのだろうか、御意見をお伺いしたいというところで、二、三の方から意見を述べた。それだけではないけれども、こう言つていました。それは医療を受ける側、つまり支払う側、三者、いまおっしゃった三者ですね、その三者がそれぞれ、現在の医療界の実態を深く理解して相協力し合つていかない限りはこれはまともなものは当然だけれども、それをリードしていくのは厚生省なんだ。つまり、はっきり言えば厚生大臣の政治力なんだ。もうここにかかっている。確かに抜本改正の中心身というものはすでに審議会から表示されている。はつきりと示されている。それを現実の上に、行政の面にあらわしていくか、いかないかは、ひとえに厚生大臣の政治力ないしはその内閣の力にかかっているんだという意見が述べられておりました。私もなるほど同感をしてきたものでございましてけれども、先ほど大臣は、きのうもそうおっしゃつていましたけれども、今回はとりあえずこの健康保険法の改正案で政管健保の保険財政の安定をはかつて後に、次に抜本対策をやるのだ、こうおっしゃつておりましたけれども、いつ抜本対策なるもの、いわゆる国民が期待したておりま

すような抜本改正はいつ行なわれるかということをお尋ねしたいと存じます。

○齋藤國務大臣 保険制度の抜本改正ということ、私が唱えられて非常に久しいものがございます。私もできることならば何とか保険制度の抜本改正というものを實現したいと鋭意努力をいたしておるわけでございますが、何しろ、皆さんも御承知のように、それぞれの制度がそれぞれの沿革を持つて出た、久しい歴史を持つておるという關係もありまして、なかなかこれ利害關係が複雑でございます。支払い側の關係、医療担当者の關係、一般の大衆の關係、複雑でございます。ちよつと一つ取り上げてみても、なかなか国民的コンセンサスを得ることが非常に困難でございます。したがつて、昨年提案いたしました政府提案の抜本改正案と称して、実はそれは社

会保障制度、議会等々における御意見の一部きりないわけでごさいます。その一部ですら、御承知のように、国会に提案いたしますれば、昨年は国会において一日も御審議をいただけない、こういう事態でございます。社会保障制度審議会の答申の一部ですら、国会に出してもなかなか国民的コンセンサスを得ることができない。こういう事態で、全般的にわたる保障制度の根本改正というのは、私は現在の時点ではできないと思うのです。そこで、その国民的コンセンサスを得るために努力をしても、なかなかきょうの時点では困難だ。しかしながら、保障制度がばらばらに分かれておりますために、特に給付などにおいて不均衡がしばしばあるわけですから、そこでおくれている給付の不均衡、まずここから手をつけることが手つとり早いじゃないか。たとえば今度の提案いたしております政管健保につきましても、家族給付五割、三十数年投げっぱなしですよ。こういう事態で過ごすことがいいのか。やはり実行可能なものから手をつけ、そして将来は各制度間の給付の不均衡を直し、負担の公平をはかっていく、そういう方向に向いて、それは向いていなければ別です。向いて、実行可能なものから段階的にやっていくことがかえって近道ではないか、こういうような考え方で今回提案いたしたわけでごさいます。私も、そういうふうに一歩一歩積み重ねる方式でいくのがきょうの時点においては適當ではないかというふうにごさいます。そういうふうな基礎ができれば、そこで今度は抜本改正をやるのが非常にやりやすくなる、こういうふうな考えでおるわけでごさいます。いつおまえは出するか、政治力は弱いぞ、こう言われましても、確かに政治力は弱いかもしれないけれども、そういう方向で努力をしてみたいと考えておるような次第でごさいます。はつきり申し上げることは、私にはきょうの時点では困難だと思ひます。

○大橋(敏)委員 私、抜本対策は当然やらなければならぬが国の重大な課題だと認識しております。当然、厚生大臣もその気持ちは同じであると思ひます。私は、この抜本対策というものは、やはり厚生行政に徹した人、単なるそのポストにすわったというだけではなくて、厚生行政そのものに徹した、いわゆる経験の上からも、あるいは人生経験からもそういうものを積み上げてきた人、そういう人が大臣になったときでなければできないという考えがいきますと、齋藤厚生大臣はもとより厚生省の官僚でございまして、ものすごいベテランだと聞いております。いまおいて抜本対策をやらすというのには、現状ではとても抜本改正はできない、そしていつなんと言われたら答えられないという話でございまして、けれども、今回の改正案が、よしあしは別といたしまして、一応通るならば、五年くらいは持つだろう、そういう話を耳にしているのです。五年持てば、その間にはいよいよ国民が希望している抜本対策をやるのだということを私は仄聞しているのですけれども、そういうことをすらもあなたはまだ言えない立場ですか、どうですか。

○齋藤國務大臣 はつきりとその出す時期は申し上げることは困難だと思ひますが、先生がお述べになりましたような期間において何とかまとめるならば、まともなように努力しなければならぬだろう、こういうふうにごさいます。

○大橋(敏)委員 私は五年以内ならいいと言っているわけではないのです。これは誤解しないでください。厚生省の中に、いまの保険財政の問題で頭がとられてしまつて、肝心の抜本改正をする余裕すらないのだということも聞きまして、抜本改正といふものは何よりも先にやるべき仕事なんだ、手をつけるべき仕事なんだ。

そこで、先ほど大臣は、前国会で抜本対策の一部を出しただけでも審議してもらえなかったな、ということをおっしゃいましたけれども、審議の時間さえあれば、これはゆうゆうと審議いたしますよ。だけれども、その時間すらない。ただ名目的にいいだけ整えられたのでありまして、まして、中身というものは、保険審議会も制度審議会も、両審議会が、抜本対策の名に値しない中身ではないかと、きわめてきびしい答申を出している中身だったですね。私はむしろ、あなたではないけれども、前大臣が恥ずかしくてとうとう出し切れなかったのではなからうかというわけなんです。だから、審議しなかつたのではなくて、審議する時間がかつたというわけですから、それは認識を改めてください。わかりますね。ちよつとこれに對して……。

○齋藤國務大臣 その間の事情、よく承知いたしました。

○大橋(敏)委員 非常にむづかしいことはわかりますけれども、国民の要望を全身に受けて、少なくともあなたが厚生大臣の間に確固たる抜本対策案を起草してもらいたいことを強く希望します。それから、保険財政の赤字の要因につきまして、先ほどからもいろいろと議論されておりますが、薬の問題が非常に指摘されております。確かに、現在の診療報酬体系というものは、いわゆるものと技術、つまり薬とお医者さんの技術が混同いたしておりまして、特にお医者さんの技術というものの評価というものが低いし、あるいは横に一律的である、こういうことで、非常に問題視されておりますが、現状ではいたし方ない。つまり、お医者さんの収益の中に薬のマージンが大きなウェイトを占めていることも事実でございまして、それを招いていることも事実でございまして、私は、まあいろいろ問題ありましようけれども、今日の医療行政、医療界の混乱のもとには、この薬と技術が混同している診療報酬体系にあるのではないかと、こういうことを強く考へるものであります。したが、いましても、もとより言われておりました医療分業、これはもう積極的に実現すべきである、私はこう思ひますが、この医療分業がいよいよ制度審議等の答申の線に沿って具体的に推進されていくならば、この診療報酬体系もおのずと適正化されていくのではないかと、こう思ひます。ごさいます。この医療分業についての御見解を述べていただきたいと思ひます。

○齋藤國務大臣 医療分業につきましては、政治の方向としてそうあることが望ましいということ、私は、私もたびたびお答えいたしておるのとおりでございまして。しかし、これもなかなか一足飛びに全国一斉に強制的にやるなどということはやり得る状態でないことは、御承知のとおりでございまして、私は関係団体がこういう問題を、充実した国民医療を提供するという観点に立つて、大所高所から私は十分話し合いを続け、問題点を煮詰めていく必要があるのではないかと、それと同時に、薬剤師の方々も受け入れ体制の整備、そういう面にもっと努力していただかなければならぬと、そして、それと並行して、関係者の大所高所に立つての話し合い、その上立つて問題の解決の方向に進めていく、こういうことが適當ではないかと考へておりました。厚生大臣としては、あるべき、望まじきそういう方向にできるだけの努力をいたしたい、かように考へておる次第でございまして。

○大橋(敏)委員 四十六年度の制度審の答申の中にも、医療分業の推進について、こう述べております。「医療分業は、完成年次とその時点における除外地域を確定して、この際、前提条件の整備を急速に進めるとともに、移行の仕方についての関係者間の協議を促進して、強制実施を推し進める」というところには私はウェイトを感じるわけですが、ただ話し合い話し合いというだけでは、それはなかなかやはり利害が伴う問題でありまして、むづかしい。先ほど言うように、ここには大きな政治力が必要なんです。こういう意味でもう一度大臣の決意、熱意といひますか、お伺ひしたいと思ひます。

○齋藤國務大臣 全国一斉に強制的にということ、いまの時点では、私は率直に言つて、困難だと思ひますが、困難だから推進しないということ

であつては問題の解決にはなりません。したがって、そういう関係者団体の大局的なコンセンサスを得るような努力、それについて政府も積極的なプッシュするようにしていかなければなりません。それと同時に、受け入れ側の薬剤師会におけるいろいろな整備の問題、これについてはできるだけ急がすようにしていかなければならない。調剤センターでかかる整備等につきましても、今日までできるだけ助力もいたしておりますが、そういう方向にどんどん助成の予算をふやしながら受け入れ体制の整備に努力いたしてまいり、そうして、強制的というわけではありませんが、できるだけ早い機会に医薬分業という筋を通しながら、そうして診療報酬も技術料が高く評価されるような形になっていかなければならない、さように考え、今後とも積極的な努力をいたしたいと考えております。

○大橋(敏)委員 実は今回の法案は従来の法案とはずいぶん違うんだ。つまり、われわれは改悪と言ってきたけれども、改悪だけじゃない、改善の内容も含まれている、すなわち、抜本対策の一環とした政管健保の財政対策案である、このように政府は御宣伝なさっておりますけれども、われわれはそれと受け取るわけにはまいらぬのであります。なぜならば、根本的なことを申し上げますと、今回の法案は、確かに前回出されたまいわゆる抜本対策案と、それから保険財政対策案、私はその案をききう持ってきていますけれども、この二つをいっしょに一つにした、しかも問題点だけはずしてやられたような感じの中身なんです。たとえば、先ほど話があつておりましたような財政調整の問題は、前回の抜本対策案の中身にしてみれば、この財政調整案と高額医療のものだけはまあまあ抜本対策の名に値するけれども、その他の内容は抜本対策の名に値しないのだという答申だったですね。そのいっしょに財政調整の問題を今度ははずされておりますし、ということでもともとためだといわれている中身を合わせできた中身だからだめなんだ、私は端的にこうい

うように理解したわけなんです。そこで、まず私たちがはっきり申し上げますと改悪というのは、保険料の引き上げ、千分の七から千分の七十三の引き上げですね、特別保険料の徴収、これは橋本私案では取られなかったけれども、弾力条項、これはけしからぬ、これはよくない、こういうのは当然抜本対策を行なったその立場で初めて持つてこれる問題であつて、それをやらないでこれに手をつけるというのは間違ひである、改悪であるというところで強く反対しておるわけなんです。だから、これを取つてくだされば、あとで私が弾力条項の問題をやかましく言つていゝのですけれども、これはあとでまた話しましょう。その前に、まず、厚生省が改善だとおっしゃつてゐるその中身がたいした改善でないということを私は述べてみたいのであります。

まず、家族給付率を五割から六割にする、橋本私案では七割である、三十年ぶりの改善だからたいへんなものでしょう、こう言つておりますね。だけれども、七割にせよというのはいま始まつたことではないのです。もうずっと前から関係審議会では述べられてきました。第一、国民健康保険は本人、家族とも七割というのがもう昭和三十七年ごろからなされてきたわけなんです。まあ四年がかりではありましたが、十年もたつてゐるわけですから、七割というのはいくらに橋本私案の七割がなされてみたところで、これは立ちおくれつたのがよくよく実現されたということであつて、三十年ぶりの改善だから喜びなさいという中身ではないと思ふのです。むしろおそきに失したことをあやまるべきである、私はこのぐらゐに思ふのでございます。しかも橋本私案によれば、ことしからやろうというのじゃないでしょう。四十九年の十月からという話ですよ。来年のことを言えば鬼が笑うということわざすらありますけれども、これは私はごまかしたと思ふのです。もうすでにある新聞では、四十九年の十月からというのは全く国民をばかにしたことではな

いか、おそ過ぎる、少なくとも四十九年の一月からやるべきではないか、そうならば当然財源の問題が起つてくる、その財源は国庫補助率一〇%を一三%にすれば十分カバーできるじゃないか、一三%ぐらゐは当然だ、こういう論調で述べられていたのを私は見ましたけれども、なるほどなあと、ある意味では印象深くそれを読んでおつたのですけれども、七割の問題はさうですよ。三十年ぶりの立場から見ればこれはえらい改善かも知れませんが、水準の立場からいへば、これはおそきに失した当然のことであるということですから、それについて何かありましたら一言言つてください。

○北川(力)政府委員 たいへんきびしい御指摘でございまして、私も非常に感銘深く拝聴いたしました。私も、三十年ぶりの改正、あるいはまた、当然いままで社会的に七割というものは家族について実現をすべきであるというふうな考え方があるというお話でございまして、いろいろ御批判もありましようけれども、全体的に見て、そういう場合になお改善というふうなことがあるいは改悪というふうなことの判断は、やはり総合的にこれを評価してもらふべきじゃないかという感じが、私どもの基本的な考えでございまして、それから七割の問題は、いろいろ御批判がございまして、やはり昭和十八年という時点でこの制度が法定化をされ、五割給付制度が法定されてからであつて現在まで五割できたわけでございます。特にこの医療保険制度の最も標準的な政府管掌健康保険におきましては多年の赤字の連続の中でございまして、私どももこの五割という壁を突き破るということはなかなか困難な実情にあつたことも御理解願ふと思ふのでございまして、やはり医療保険制度でございまして、財政をネグレクトして考えるわけにはまいりません。したがつて、私どもが申し上げたいこと、また御理解願

たいことは、特にいまおつしやいました皆保険以後の家族の給付水準の引き上げ、こういう非常に大きな社会的な要請、こういうものに三千億の赤字たな上げというふうな前提のもとに、赤字のさなかにおいて、政府案では六割でございしますが、橋本私案によれば七割でございまして、そういう多年破ろうとして破れなかつたこの厚い壁を突き破つて五割の線から一歩踏み出して家族の給付率を上げること、幸い七割にでもしていただければたいへん改善になると思ひます。五割給付に比べて七割給付は四割のアップでございまして、現在、かりに家族の方々が二万円の金がかかるといふ場合に、現行制度でございまして一万円は窓口で払わなければなりません。かりに七割が実現いたしますと、一万円のところが六千円で済む、こういうことを考えますと、私どもはやはり七割給付というものはこれはたいへんな改善ではないか、

あるいはまた、こういう赤字のさなかにおける改善というものはそれなりに大きな評価をしていただける問題ではないか、こういうふうに考えておりました、おそきに失したではないかと言われれば確かにそうかも知れませんが、とにかく赤字基調の中で、赤字の問題と縁を切つて政管健保が再発足をすると、その際に、長年破ろうとして破れなかつた家族給付の五割の厚い壁を突き破つて前へ出る、そうして一般的にいわれておりますとりあえず実現すべき給付水準ということでは六割あるいは七割ということ達成することは、これは私はそれなりに十分な御理解と御評価を願ふものではなからうか、このように考えておりますので、そういうことではないという御意見もあるかもしれないと思いますが、そのように御理解を願へば幸いですと存じます。

○大橋(敏)委員 五割より七割になったことは、確かにそういう立場からいへば改善です。それで大臣、先ほど橋本私案を非常に評価なさつていたようでございましてけれども、残念なが

ら、この橋本私案の七割の問題は四十九年の十月からですね。すでに国民の皆さんからおそ過ぎるという声が出ているのです。これに対して、大臣、どうですか。いいことですか、やはり早めたほうがいいのじゃないでしょうか。

○齋藤内務大臣 いいことは何でも早めればいいというだけでは私はいかないのでございまして、それぞれの財源というものを頭に描いてものを考えなければならぬことは、十分おわかりになつていただけたらと思うのです。先ほど新聞の論調を取り上げられて、一月にという論調もあつたというお話でございしますが、そういうことに触れないで、非常に前進の橋本私案である、あのままでもやれといわんばかりの論調もあるのでもございまして、一々——一々と言つては新聞の論説に失礼かもしれませんが、これ以上は申しませんが、やはり国の財源というものを考える政府としては、いいことだからすぐやれと右から左に言われましてもそう簡単にはまいりません、こうお答えをせざるを得ないと思うのです。まことに私も大橋委員のような専門家の方に失礼だとは思いますが、やはりいまの段階では財源というものを考えないではものを進めるわけにはまいらぬのだということは、どうか御理解いただきたいと思うのです。

○大橋(敏)委員 その論説の中に、一月にすべきである、ましてや、その財源不足は国庫補助率を一三%に上げるべきである、これは根拠のないことではないかと思うのです。というのは、前国会でも国庫補助率一三%の法までは出ておりましたし、審議会等でも二〇%の線は出ておることは御承知のとおりです。しかし、それは現実問題とすれば一三%に二〇%というのは問題であらうが、少なくともその中をとって一五%程度は何とかいけるのではないかと、かなり専門的な人の話の中にあるわけですからね。だから、この論説の中の一三%というのは、これは大蔵省が問題になるわけではございません、決して無理な内容ではない、やはり努力しよう、それで行く

うという決意さえ固まればあるいは話がつくのではないかと、私はこう思うのです。それこそあんなならばやれる仕事だらうと私は思うのです。一三%まで、そして早める、どうですか。

○齋藤内務大臣 どうですか、こう言われましても、いまの段階では私は国庫負担はこれが限度である、かように考えておる次第でございまして、これ以上ふやすということはどうも考えていません。

○大橋(敏)委員 法案をおつくりになったときには、これ以上の中身は考えられませんかといつて出されたはずでございします。今度橋本私案が出ました。これは自民党の方でございします。そしたら、すばらしい中身であるとはめていらつしやいます。だから、やはり絶対的なものじゃないわけですね。相対的に考えも変わっていくということではないかと思うのです。あまりかたくなな返事をなされないほうがいいのではないかと思ひます。

それで、もうこれ以上言つてもこれは煮詰まらないと思ひますので、弾力条項の話に入りたと思ひますが、その前に、弾力条項はほくらには反対ですけれども、保険料が〇・一上がるつと国庫補助を、〇・四から、今度の私案では〇・六、連動方式をとる。私は、弾力条項を抜きにすれば、これは賛成です。連動方式大賛成でございします。ただし、弾力条項はこの際はやはりはずすべきであるという意見です。これは決して私のエゴイズムで言つてゐるわけではございしません。これも前回の答申の中にあります。

財政対策法案の答申の中に、「千分の八十を限度とする保険料率の弾力的調整の規定は、保険財政の長期的安定を図るためには必要なものと説明されてはいるが、いいですね、こゝまではわかるというのです。いいけれども、「少なくとも昭和四十七年度」これは前の法案ですから「四十七年度においては」とありますけれども、今回に直せば、四十八年度においては「すでに収支は均衡され、発動の必要はない。」おそらく今回もそうですね。今回の法案の収支バランスを見ますと、きちつと

均衡しておりますので、少なくとも四十八年度においては弾力条項の発動は必要ないわけですからね。だから、「何故この際規定しようとするのであろうか。むしろ、抜本的対策の成立後に於いて諸条件の変化をおりこんだうえ、長期的財政見通しにつき十分検討を加え、しかる後規定すべきである。」

弾力条項というのはこういう立場からつけるべきでありますよ、こういうこれは答申なんです。よね。だから、答申を尊重なさるならば、なるほどともう御理解願ふと思うのですけれどもね。どうでしょうか。

○北川(力)政府委員 保険料率の弾力的な調整の問題でございしますが、確かに、そのような専門審議会のお話があつたわけではございします。ただ、今回の場合におきましては、たびたび申し上げておりますように、従前の三千億円以上の赤字をたな上げをいたしまして、政管健保にプロパーな体質の弱さというものを一〇%の国庫補助で埋めて、将来に向かつて給付の改善もしますし、また保険財政の安定もはかつていこう。しかも、医療保険の将来というものは、先ほどからのお話がありましたが、今後は、今後給付の改善があるいは医療内容の向上、いろいろな要因があるわけではございします。また、社会的にも経済的にも変動要因が多いわけではございしますから、そういう意味合いでは、そういうような変動に柔軟に対応していくというためには、やはり一定の幅で保険料率というものを上下できる、こういうようなメカニズムを、今度は抜本改正のワンステップでございしますので、組み込んでいくことは、制度の仕組みとして私は当然あつてしかるべきものでなからうかと考えております。

過去の経緯から申ししても、実は四十一年の改正、つまり、非常に赤字が累積をいたしまして、四十年改正というものが法案として目の目を見ないままに流れました。それまでの間は、健康保険制度には、いわゆる政府管掌健康保険には弾力調整という規定はあつたわけではございします。また現在

在、同種の短期保険にもこういった仕組みはあるわけではございします。

そういう意味合いから申し上げますと、いま申し上げましたような近い将来に予想されるこの要因に対応するためにこういう弾力調整的な仕組みを組み込んでいくことは、私は必要ではなからうかと考えております。しかも、いま、その部分についてだけは評価するところのございましたが、やはりこの規定によつて保険料率が引き上げられますと、〇・四、あるいは橋本私案によれば〇・六、こういうものがリンクをして国が補助をするというふうなところになっておるから、そういう意味合いから、政管健保にまことにプロパーな仕組みでございまして、そういうところを総合的に考えていただきますと、今度の仕組みというものは、医療保険制度というものの性格、また今後の医療給付内容の充実、相当目まぐるしく変わる中における内容の充実改善、そういうことをすべて考え合わせますと、この制度は必要なる制度ではなからうかと、このように考えておるのが私どもの考え方ではございします。

○大橋(敏)委員 大臣、いまいろいろ局長さん話しておりましたけれども、一応理屈は通ると思ひますけれどもね。その答申に盛り込まれた精神を見る限りにおいては、この抜本対策案というのが前提条件なんだよ、これを早くやりなさい、でないと政管健保の赤字対策というものは安定しませんぞ、こう言つてゐるわけですよ。だから、抜本対策の方向をはっきりした上でこの弾力条項を使うわけですからね。やはり先に戻つてくるわけですね。抜本対策を、やはり三年も四年も先じゃだめなんですね、やはりいいますぐにでも、こういうことになるわけですよ。いいますぐと言つたつて今国会には間に合いませんけれども、少なくとも次の国会までには抜本対策のすばらしいものを提案なさるべきだと思ひますがね。どうでしょうか、これは。

○齋藤内務大臣 先ほど申し上げてありますよ

うに、私どもは抜本対策として銘打っているいろいろな案を考えると、なかなかいさぐ国民的コンセンサスを得ることは困難である、そこで段階的に実施可能なものから手をつけていく、こういう考えでございます。しかしながら、私どもは、先ほど申し上げておりますように、保険制度の抜本改正というものを放棄しておるわけではありま

せんから、できるだけ関係各方面のコンセンサスを得るよう努力しながら前向きに努力していきたい、こういうふうに考えておる次第でございます。

○大橋(敏)委員 きょうの質疑と、きょうもあつたと思うのですけれども、橋本私案の弾力条項に對するいわゆる要件といいますが、給付改善、診療報酬改定、その他緊急な場合云々とあつたのですけれども、これは削るんだというふうな方向になりました。三つの最後の、その他緊急の場合はまた、発動しないのだというふうになつたらしいのですが、要するに、給付改善と診療報酬改定にのみ使うというふうなことですけれども、きのうの質問では、またたく間に発動しなければならなくなるだらうし、また今回の法案は赤字をたな上げするし、もうこの法案独自で今後は進んでいきなさい、つまり、厚生特別会計からは出ませんよ、覚悟なさいよということだつたのですけれども、きのうの多賀谷先生の質問に、たしか、厚生特別会計からめんどろを見るようなお答えがあつたように思ふのですけれども、もう一回それを確認したいのですけれども、どうですか。

○齋藤國務大臣 お答えいたしましたように、私どもの提案いたしております仕組みというのは、よそから金を借りぬで済むような仕組みでできておるといふことを申し上げたわけでござい

ます。そこで、橋本私案のように、弾力条項発動の場合が制度的に、理論的に限定されるということになれば、通常経理上生ずるであろう赤字について弾力条項を発動するわけにはまいりませんから、その部分については金を借りるということとは理論的に当然になるのではないかと、そこでこの点は何とかしなければならぬ問題ではなからうか、

こう申し上げておるわけで、きのうお答えいたしましたとおり、私もいまでもさよう考えております。

○大橋(敏)委員 これは当然の御判断であつたと私は思います。そうでなければやっていきようがないと思うのです。それだけに政管健保の体質というのはいとも赤字になる要素を十分はらんでゐるわけでございますので、中身についてはもつともつと掘り下げていってみたいと思ひます。

そこで大臣にお尋ねいたしますけれども、国民健康保険、これは家族、本人とも七割給付でございますけれども、先ほど申し上げましたように、昭和三十七年から四年がかりではあつたのですけれども実施されて、今日十年以上たつてきたわけですね。もうそろそろこの給付率を引き上げるべきであるという声が非常に強いのです。そういう関係者から、もう七割ではだめだ、引き上げろ、こう言つてきてゐるのですけれども、この国民健康保険の給付改善についての御意見を承りたいと思ひます。

○齋藤國務大臣 国民健康保険においても給付率は七割、率直に申しまして、私はいまの段階では適當なものだと考えてゐるんです。しかしながら、それだけではなかなか財政も非常に苦しい面がた

くさんあるわけで、国はできるだけ援助もいたしてゐるわけでございます、今日財政の非常に苦しい中でこれ以上に給付率を上げるといふのはいかなものかなというふうに私は考えております。しかしまた、社会経済の発展に伴つて、もつと上げなければならぬという事態も考えなければならぬ時代が来ないでもないと思ひますが、いまの時点において、これを上げるか、はい、上げますというわけにはまいりません。まあこの辺が適當だと私は考えております。

○大橋(敏)委員 大臣はあくまでも保険財政の立場からものを見ていらつしやいますけれども、先ほどから言ひますように、人の命、健康というものは、あくまでも社会保障の観点から見っていくべきものである。そういう立場から言えば、多少の財政の苦しみが出てこようとも、それは国で太い

にカバーしていく、そして少しでも給付改善に乗り出す、こういう立場をとつていってほしい、こういうのでございませう。

ちよつと話は変わりますけれども、今回、高額医療の問題が出てきております。これは、国民健康保険の場合ならば、七割は健康保険で見ましよう、あとの自己負担の三割は公費で見え

げましようという高額医療の中身になっております。その点は間違いないですね。

○北川(力)政府委員 七割給付の残りの自己負担分の中で三万円を超過する分については、ということでございます。

○大橋(敏)委員 そこで国民健康保険関係者が非常に懸念してゐることは、この高額医療といふものが出てきたことによつて、これはいいことだけれども、ことによると家族給付費七割といふもの

がもう定着してしまふのではないかと、こういう心配をしてゐるんですね。だから、そういうことではないといふことを、大臣の御意見として述べてもらいたいんですね。

○齋藤國務大臣 高額医療の償還制と七割給付という問題とは何の関係もございません。しかしながら、七割給付を上げるといふことはいまのところ考えていない、こう申し上げておるわけでござい

ます。

こえることを基準として高額医療費を被保険者に支給する。まあ三万円の適否は別として、要するに、その三万円というのはあくまでも一人一レセプト、月に一枚だ、二カ月にまたがってはだめなんだ、こういうことなんですね。たとえば今月一万五千元、来月一万五千元かかって三万円になってもだめだ、こういうことでしょう。

それから、この一レセプト主義は、事務的には確かに簡単であるけれども、医療機関との関係も問題はないけれども、同じ一月でも外来と入院、転医等の場合にレセプト二枚で三万円をこえるものは、この高額医療が適用されない。つまり、外来と入院あるいはお医者さんをかえる、そういうことで二枚になった場合は、二枚合わせて三万円以上になってもこれはだめなんだということでしょう。

それから、毎月たとえ三万円程度の自己負担をしている、つまり二万八千円とか二万九千円とか、こういう負担をしている人が半年以上も継続しているような場合はどうなるのかと聞いてみましたが、それもだめなんだ。あくまでも一月で三万円をこえなきゃだめなんだ、それも一枚のレセプトだ、こういうふうな規定がありますですね。また、長期療養で三万円程度、その以下ですね、その程度の医療費がかかっているような被保険者にとっては、特にその人が世帯主であるような場合は、きわめて深刻な問題になってきます。

せっかく高額医療制度ができました、現実にはなかなかその恩恵に浴せない。だから、高額医療制度は私も非常にいいことだと思えますけれども、この三万円というのはいいかどうかという問題が一つ。それから、いま言ったような規制、制約、これをもう一度検討すべきではないか、私はこう思うのでございますけれども、どうでしょう。

○北川(力)政府委員 高額療養費の制度は、今回新しく設ける制度であります。いまお述べになりましたように、現在において考えておりますことは、現在のこの医療費の支払いの流れの上に乗っ

かつてこの新制度を的確に発足をさせるというところが、私どもの基本的な考え方でございます。ただ、そういった場合に、いま御指摘になったような、いろいろな実情論からする問題は確かにあるかと思えます。また、基本的な給付率の問題とかね合いもあるかと思えます。そういう事柄、これは法律案にも書いてありますとおり、高額療養費の額でございますとか、支給要件でございますとか、その他細部につきましては政令で定めることになっておりまして、かつまた、政令をきめます場合には、専門審議会でございます社会保険審議会において十分御意見を聞くようなたまたまになっております。

そういうことでございますので、現在はそういうことで考えておりますし、また、そういうことで発足することが、この制度を的確にやるきわめて重要な要件であろうと私は思っておりますが、この制度が発足をいたしましたあとどういふふうな状況で推移するか、そういう点も考え合わせまして、本法のこの高額療養費制度についてどのような問題点をどのように解きほぐしていくかというふうなことは、その段階においていろいろ検討してみたい、このように考えているのが現在の考え方でございます。

○大橋(敏)委員 高額医療の問題については、先ほど言いましたように国民の皆さまも大きく期待をかけているのですけれども、中身は、いま私が指摘しましたように、非常に問題だらけなんです。一つ先ほどの指摘に落としましたけれども、同一世帯に二人以上の被保険者がいて、合わせて三万円をこす場合、これもまただめなんです。というように、一つ一つ取り上げていくと、その適用になる人というのは、該当する人というのはきわめて限られた人になって、宣伝されるほどの恩典を受けない、こういうことなんですね。いま、政令をつくる段階においてさらに検討はするとう局長の答弁でございましたけれども、この点やはり大事な問題ですから、大臣から御見解を承っておきたいと思えます。

○齋藤(國務大臣) この問題については、実は各方面からいろいろな意見が寄せられております。たとえば三カ月間は三万円にして、あとは無料にするようにしたらどうかとか、あるいはまた、疾病を限ってやたらどうか、ガンとか成人病、こういうふうなやつたらどうか、それから世帯の家族全部合わせてやたらどうか、これはさまざまな希望でございますから、いろいろな希望が出るのは私はごもっともだと思います。

そこで、この制度は新しい制度でございますから、一朝一夕にこれが理想的だという制度をすぐ生み出すというところは私は困難だと思いますが、事務的な手続等を考えてみますれば、一月一件三万円というところから出発をしていく、そして施行の状況を見ながら、改善するものがあれば改善していく、こういう方向が私は一番適當ではないかと思うのです。これはいろいろな意見があるのです。病気でやれという説もあるのです。なるほど、そういうえはそうだなと考えますが、病気のみに限定すると、今度はまずい面もありますから、これは非常にむずかしい。ですから、さしあたり一番理解がよいものは、一件一月三万円、こういうふうな国民に覚えていただく、そして将来実施状況を見ながら改善を加えていく、このほうが私は適當な方式ではないかと思えます。

○大橋(敏)委員 大臣が提案された法案の中身ですから、もっといいことを考えていってほしいのですね。もしも、その程度の答弁をせざるを得ないと、私はむしろそう感じます。

要するに、非常に高額医療をやるのだやるといふことでこの法案が宣伝されてきましたけれども、先ほど申し上げましたように、その全国的実施は少なくとも三年はかかるということでありまして、中身においては非常に問題があるということ、鳴りもの入りの宣伝はどの内容ではなかったという事なんですね。だから、もっとこの中身を充実していただきたいと強く要望しておきます。

それから、いまの高額医療費制度の問題と老人

医療の公費負担との調整についてお尋ねしたいと思っております。審議会での当局の答弁では、高額療養費が老人医療の公費負担制度に優先すると説明されておりますけれども、これはせっかくことし一月から国の老人対策の重要な施策としてこの老人の医療の無料化がなされたわけでございますけれども、これを保険が肩がわりすることになるということ、かつ老人医療公費負担制度による国庫財政への波及は著しいものが私にあると思うのでございますが、こういうことを考えてまいりますと、先ほどの審議会での当局答弁というものはこれは問題ではないだろうか、こう感ずるのですけれども、どうでしょう。

○北川(力)政府委員 今度の高額療養費の制度は、健康保険あるいは国民健康保険の中では、いわゆる法定給付としてこれをつくるわけでございます。老人医療の公費負担は、現在の仕組みは、法定給付である健康保険の給付の残余について、一定の条件のもとに老人医療の公費負担、いわゆる無料化をやるわけでございますから、そういう意味合いでは保険が優先をするわけでありまして、新しく法定給付として設けられます高額医療というものは、老人医療の公費負担に優先することとは当然であらうと思えます。

○大橋(敏)委員 老人医療の無料化はまた非常に評価されたわけでございますけれども、地方自治体の立場から言うならば、財政負担といいますが、財政過重といえますか、そういうのが非常なものらしいのです。その上にそういうのが肩がわり負担になることになるとは、これまたきわめて重大な地方自治体の深刻な問題ではないか、私はこう感じています。言っているわけでございますが、これも今後の検討課題にしたいということとを要望しておきます。

そこで、高額医療の問題に戻りますけれども、療養費払いというののとらえるわけですね。療養費払いというのは、これは非常に問題だと思うのです。私は現物給付でいくべきであると思う。要するに、せっかく三万円以上は見えてあげまし

うといふけれども、その三万円のお金を持っていかなければいけませんね。そして事務的な手続をとってよいよ自分自身に返ってくるというのはいわゆる時間的な差異もあらうかと思うのであります。そういうことからいいますと、これはやっぱり現物給付に変えていくべきではないか、こういうふうな考えを持っていますので、けれども、この点についてはどうでしょう。

○北川（労働）政府委員 確かに、この高額療養費の制度を現物給付でやたらどうかというふうな御意見もありません。ただ、現物給付方式をとりますと、患者さんの自己負担額が一定額をこえたとき以後は医療機関は患者に対して医療費の支払い請求ができないということになりますし、また、この場合に、どの時点でその一定額、たとえば三万円なら三万円をこえることになるかというふうな、そういうことの判定について、患者さんのサイドにおきまして、あるいはまた医療機関のサイドにおきまして、相当わずらわしい面があるというふうなことも、これもまた事実であらうかと思ひます。

そういう意味合で、私どもは、現在行なわれているように、健康組合あるいは共済組合等における付加給付、大体これは何千円から何千円というふうなことで足を切りまして、それをこえる分について償還払いをしている、こういうやり方が現在あるわけでございます。したがって、そういう方法ももうすでに定着をした制度でございまして、そういう方法にならってやるのが、新制度の発足としては確かな実施を期し得るのではなからうか、こういう意味合で、現在のような、提案申し上げているような形をとったわけであり

ます。

問題は、そういうわけでありまして、できるだけ早く償還をするということについて、今後償還の期間を何とか早める、こういうことについてできるだけの努力をする、これが現在私どもが考えておりますこの制度の実施上のくふうでございまして、十分なくふうをいたしまして、この制

度ができるだけ実効を発揮するように配慮してまいりたい、かように考えております。

○大橋（総務）委員 現物給付と療養費払いのあり方の実際の影響というものが大きなものがあると思うのです。というのは、老人医療無料化が地方自治体でばつと実施されたわけですが、全国で数十カ所、国が実施する前に地方自治体で行なったわけですね。私の選挙区である福岡県は、療養費払いではなくて現物給付で行なったわけですね。ところが、非常にその効果があったといえます。ところが、非常にその効果があらわれないままに、該当者が遠慮なくいらつしやましてその恩恵に浴したわけでございますけれども、そのほかの県では療養費払いであった。福岡県は現物給付であった。そこでぐーんと受診の内容が明確に分けられていくわけですね。ですから、ほんとうに困った病人を救おうという立場に立つならば、あくまでも現在とらわれている現物給付制度を優先すべきである、私はこう思うのであります。今回せっかく高額医療が実施されるわけでございまして、とりあえずということであるならばいいと思いますが、これを定着化しようという方方は私は賛成できない、こういう意見でございますが、これについての大臣の御見解を承りたいと思ひます。

○齋藤（国務）大臣 この制度は、さきにもお答えがあったと思いますが、健康保険組合、共済組合等においてすでに実施しておるものなんです。そこで、むしろこれは非常に喜ばれておりますし、事務的にもこのほうが定着をいたしておりますので、いますぐ現物給付に切りかえるということとはちょっとどうであらうか、こう私はいま考えております。

○大橋（総務）委員 これは違ひのですね。やはり事務的に定着しているのは現物給付方式ですよ。一部療養費払いが採用されているのでありまして、それはやはり勘違いです。実際の姿を御存じでないのです。これはやはり先ほど私が言ったように順次改められるべきであるということ強く要求しておきます。

それから、老人医療の無料化の問題でございましてけれども、これは老人対策の重要な政策であったことは間違いございませんが、せっかくことしの一月から実施に踏み切られたのですけれども、受け皿といえますか、厚生行政の不備といえますか、それがあつたために、老人の皆さんが入院や通院の数が非常にふえたために、受け入れ体制が不備だということから、非常に混乱を来しているというところでございまして。せっかく治療を受けに行つても、施設がないために満足な治療を受けられないというふうなことで、厚生省にかなり苦情が飛び込んでいくという話も聞いておりますけれども、先般厚生省で国立病院と国立療養所を対象に無料化の実施前後にわたつての老人患者の推移についての調査をなさつたことを聞いておりますけれども、御説明願ひたいと思ひます。

○滝沢（政府）委員 老人医療の無料化につきまして、先般自治体病院の御発表がございましたが、国立病院の関係につきましても、昨年の十二月二十日現在と、それから毎月二十日現在で全国の病院、療養所からたまたま統計をとるよう指示いたしました取りまとめをおわけでございます。国立病院について申しますと、七十歳以上の患者が全体に占める割合につきましては、若干地域差がございます。十二月二十日現在で北海道が、たとえば七十歳以上の患者が国立病院の患者数に占める割合が二〇・八という数字がございまして、近畿地区では一一・七というふうなかなりの差がございまして、総平均で一三・四でございまして。これが四月二十日現在でやはり一三・四、統計調査の結果はそのようになっておりますが、地域的にもそう大きな変動はございません。一方、比較的慢性的疾患を集計いたしております国立療養所について、同様、十二月二十日現在と四月二十日現在と比較しておりますが、これによりまして、やはり若干地域差がございまして、関東信越地区が九・七、北海道が一八・四で、平均で一三・一が一四・一ということ、国立療養所の関係では七十歳以上の患者が占める割合の増加はさ

ほど顕著ではございません。しかしながら、自治体病院では、先ほど多賀谷先生にお答えしたように、一六が二八というふうな、一六という数字が、自治体病院のほうは比較的根柢から高いという実態がわかつております。

それから日赤等につきましても一部調査しておりますが、やはりこの点につきましても四十七年の四月一日が七十歳以上の患者が日赤病院全体の一二・二を占めておりましたが、四十八年四月一日で一四・八というところで二、したがって、自治体病院も二、日赤も二、国立は療養所の関係で二という数字が、まだ四月とあるいは三月とかという数字でございまして、七月の所得制限の影響といふものを考えますと、まだ今後の推移によつてはこの問題はかなり重要な問題であらうというふうに考えております。

○大橋（総務）委員 自治体病院協議会の調査を見てまいりますと、これはさきほど深刻な公立病院の実情が浮き彫りになっております。昨年の十一月三十日と、ことしの三月十日の二回にわたつて実施されたようでございましてけれども、全国四百十カ所の公的病院でございまして、入院の老人患者を対象に調査なさつたそうです。それを見ますと、七十歳以上の入院患者が総入院患者の一五％であつたものが、実施後は一七％に伸びた、また七十歳以上の老人患者の伸び率は一八％と大幅に伸びている、そうしてその影響はいろいろと各所にあらわれている、大まかに言えば、急性患者の入院がむずかしくなつた、ベッドが詰まつてしまつて、救急患者の入院が非常に困難になつてきた、あるいは老人医療には人手がかかる、確かに老年寄りの治療には人手がかかる、看護婦不足に輪をかけていよいよそうした看護婦不足、手不足といひますか、そういうことが深刻化してきている、あるいは診療密度が老人医療というのにはある意味では低いために、収入の面からは非常に苦しい立場にある、経営悪化を招いているというふうなことが、自治体病院の関係の協議会の調査ではつきりしてきていたわけですね。こういうこともありまして、

したい、こういうふうに申し上げておきたいと思
います。

〔竹内(黎)委員長代理退席、委員長着席〕

○大橋(憲)委員 これは簡単な通知、通達だと思
っていらつしやるかもしれないけれども、こ
れが地域の医療を非常に混乱させているという実
態があるわけです。法文上もうはつきりしている
のですから、ですから、ましてや、三十九年四
月一日の、公的資格を有する病院の開設等規制の
実施についての通達、これは当然改めるべきであ
ろう。医療法の法文上明確になっている点をわざ
わざ地方の医療機関整備審議会にはかることはな
い。あなたはいま立場をおっしゃっておられまし
たけれども、このぐらいいはすかつとした内容に改
めなければ地方医療に混乱を引き起こすというこ
とを私は指摘したいのですが、もう一回その点に
ついて御答弁を願います。

○滝沢政府委員 先生の御質問の背景に、やはり
この問題が各地の医療機関整備の上に多少トラ
ブルを起こしておられるようなことがその背景
にあつて、いろいろ御質問の趣旨もあらうと思
うのでございますけれども、そういう趣旨で、決し
てその規制するということの意味は別に、やはり
円満に話し合いがついてこの医療機関の整備の問
題が進むようにという意味で、当時、各界の代表
者を集めた審議会で意見を聞いたらどうか、こ
ういう趣旨で出しておるわけでございますので、こ
の点等も十分検討いたしましたとして、従来出した
次官通知等について検討の上、この医療機関整備
は今後地域医療計画ということでわれわれは進め
たいと思つておりますので、そういう趣旨にの
つとめて、各府県の医療機関整備審議会がうまく活
用できるように通知の再検討をいたしたい、こ
ういうふうに考えております。

○大橋(憲)委員 それでは、いまから申し上げる
のは何も地方自治体の病院の問題じゃなくて、一
般的な病院の問題についてお尋ねしたいのです
が、現行医療法の盲点をついた一つの事件を私
ここで申し上げます。それからその問題点を指摘

し、改善を迫りたいと思うわけでございますけれ
ども、実例をあげてまいります。

静岡県賀茂郡東伊豆町稲取というところに、こ
れはすばらしい病院ができたのです。ところが、
六カ月というあつという間に、それが倒産とい
いますか、休止といふますか、やまつたのです。し
かも、六億三千万というばく大な借金を背負つて、
地域の皆さまにそれこそ御迷惑をかけたまま放置
されているという問題なんです。

これは、医療法人三和会というのが実は昭和四
十三年三月二十九日にできたのですけれども、定
款変更をしまして、主たる事務所を今度はいま言
いました伊豆ハイランド病院にして、従来の下田
病院を従たる事務所に変えたというわけです。い
わゆる二つの病院を持ったというわけです。こ
の伊豆ハイランド病院の開設に私は非常に疑問を
抱かざるを得ないのであります。

そこでお尋ねをいたしますけれども、病院
というものは、建設し、でき上がった後に開設の
許可をとるようになるのかどうか、それと
も、あらかじめ建設その他の必要の要件を整えて
申請をし、許可を待って建設工事にかかり、そし
て開設に踏み切つていく、こういうことになつて
いるのかどうかということを最初にお尋ねしま
す。

○滝沢政府委員 その問題については、個々の
ケースによつて、いろいろ手続上、たとえば先ほ
どいろいろ議論されましたように、病床規制に
ひつかかるような場合につきましては、これはあ
らかじめいろいろの審議なり検討がなされた上で
着工するということがありますけれども、いま先
生の例に引かれた医療法人は、病床規制からはは
ずれますので、したがいまして、先生の御質問の
内容からいいますと、病院の建設ということ――
病院の建設には、坪数あるいは病床の一ベッド当
たりに占める坪数ということはいろいろきめられ
ておりますから、事前にそういう問題について大
きな欠点がないような配慮をしながら、どちらか
と言うと、病院というものを先に建ててそれから

許可申請が出てくるという例が多いのでございま
して、事前にその計画そのものがチェックされる
というところは、病床規制のような問題の地域でな
い限り、一般的には、いま申し上げたように、病
院の建設というものが具体的に進められて、その
後に許可申請が出て、それから県の職員がその内
容を点検して許可していく、こういうような形を
とっているわけでございます。

○大橋(憲)委員 大臣、これはやはり一考すべき
問題ではないかと思うのです。小さな病院なら
はいざ知らず、いま私が問題にしておる病院はこ
ういうことなんです。

名称は伊豆ハイランド病院、所在地は静岡県賀
茂郡東伊豆町稲取、敷地は約一万平方メートル、
建物は鉄筋コンクリート六階建て、延べ七千八百
十八平方メートル、病室、予備室、バス、トイレ
付き病室十室、そのほか百室、病床数二百二床。
ざつといろいろ述べられておりますけれども、簡
単に言えばこんなにかい、それこそ大病院で
ございませう。

こういう病院を建てて半年もしないうちにつぶ
れたというわけです。しかも、これを建てるには、
敷地から建物から全部借金です。いわゆる善意
にまけて会員制度でお金を集めたものです。そ
れが倒れたときにはもう六億三千万の赤字を持
っているわけです。どえらいことですよ。これは関
係者からしてみれば、それこそ、病院ができる、
自分のぐあいの悪いところを直したいという善意
から、協力的に会員になつていっているわけだ
よ。そういう病院がまたたく間に倒れていくとい
うことですね。しかも、いま局長の答弁では、病
院開設については手続上どちらでもいいんだとい
うようないかげんな中身、これはやはり問題だ、
ますそう思うのです。

たとえば、この病院は、四十三年四月十三日に
開設許可がおりて、二日後の四月十五日には病院
が開設されているわけですね。もう手続上はきわ
めて形式的なんです。こういうことではないかと
うか。

ましてや、県当局の話によりますと、ここから
招待状をいただいたそうです。ところが、非常
に書類が不備だったけれども認可いたしました。
こういうことだった。というのは、どうしてそ
ういふ不備なものを認可したのかと聞きましたら、
まあもじもじながら答えていたのは、その院長
さんが――M氏とっておきましよう。らい研
究所に三十年間もつとめていらつした厚生官
僚であるというんです。いわゆる大先輩だとい
うわけですね。また県の衛生部長は――Kさん
とおきましよう。やはり九州大学出身の、先
ほどのMさんとの間では後輩に当たるわけだ
すね。そういう人間関係でもあるというようにこと
で、いわゆる目に見えない圧力的なものがある
んですね。しかも、いま病院開設にあつた規制
というものは非常にゆるやかなものでありまし
て、これはもしかしただにだめになるのじゃないか
という予測はしておりましたものの、言えない立
場にあるわけですね。

そういうことから、私はもっと法的に厳格な措
置をとるべきではないか、こう感ずるのですけれ
ども、どうでしょうかね、大臣。

○滝沢政府委員 この問題は、確かに、医療法人
の許可、あるいは今回の例のように、一つの医療
法人が根っこに下田病院を持っておつて、それか
らもう一つハイランド病院を持つ、主たる事務所
を変える、こういう手続全体が果に出でまいつて
おるのであります。先生の御趣旨からいいます
と、現在、医療法人の許可そのものの中で、財政
上の問題というふうなことに對する県の職員の知
識、技能と申しますか、そういう指導力も、率直
に言つて弱いんじゃないかと私は思うのでござ
います。また、内容的にそういう問題を点検する
ことに對するわれわれの指摘あるいは指導も不十
分であるというふうに、今回の御指摘の例では感
じておるわけでございまして、この点については
至急通達を出して、医療法人の許可、あるいは最
近特に医療機関の運営の問題についてかなり困難
な例も出てきたり、あるいは事業として医療機関

を経営するような風潮もなしとしないのでござい
ますが、そういう点を踏まえまして新たに通知を
出したというふうに考えております。

○大橋(敏)委員 大臣、お聞きのとおり、これは
非常に問題なんです。いま局長は、確かにこれは
問題だから、通達を出し直しているという答弁
だったので、まあ次に移りますけれども、要する
に、県当局のいわゆる役人さんが、大先輩からの
申請にあたってはあまりものが言えないような状
態に置かれておる。というのは、いまさっき言
いましたように、法の規制そのものが寛大過ぎる
からということに通ずるわけですから、これはや
り局長が言ったとおりにきびしく規制すべきだ。
もう一つ申し上げますと、伊豆ハイランド病院
の会員募集にあたって、厚生大臣あるいはその夫
人、その他の有名人の入会をあげまして、鳴りも
の入りで宣伝しているわけですよ。厚生大臣とい
えば、あなたではないんです。これは元厚生大
臣、当時の厚生大臣ですね。次の方も入会なさ
ています。音楽家、俳優あるいは元横綱だれそれ
とかいって、その次に園田直さんですか、この方
の名前ががちり出ている。その下に「園田天光
光殿(同夫人)」とかあるのです。厚生大臣まで
が、これはやっぱり病院なんだ、私も会員です
とやっているわけですよ。だから、まわりの住民
の方は、これはすばらしい病院ができるというこ
とで、われわれもと会員になられているわけ
ですよ。そして半年目にあつという間に、出した金
がババ、こういうわけですよ。かわいそうなもの
がございませぬか。しかもその出資をなさった方
々、ほとんどの方がやはり患者さんなんです。
ぐあいが悪いわけですよ。その病気をなおした
いばつかりに、こんな厚生大臣まで会員になっ
ていような伊豆ハイランド病院ならば間違いな
うというところで加入しているのです。ものすこ
うですよ、その加入者は、きょうはちょっと資料
を持ってきておられけれども、そういうことな
いんです。こういうのをどうお感じになりますか、
大臣。これはやはり注意せねばいかぬですね。ど

うですか。

○齋藤國務大臣 私、どういふいきさつでそう
いうふうになったのか、よくわかりません。御批
判は差し控えさせていただきますと思ひます。

○大橋(敏)委員 いずれにいたしまして、やは
り半年ぐらゐで倒れていくような中身ですから、
やはり専門家がなければ、これはおかしい、これは
どうかなるんじゃないかという不安は十分感じて
いるわけですよ。県当局の方も、あるいは厚生省
のお役人の中にも、知っていらつした方がい
るかもしれません。しかし、先ほど言つたような
状況下でありますので、ついついオーケーのサイ
ンを出した。その結果こうなつたというのです。
こういう点は、私は、今後の厚生行政あるいは医
療行政の上で大きな問題点となりますので、強く
この点を指摘しておきます。

それから、先ほど申し上げましたように、開設
から半年後に倒産をした、四十三年十二月の十三
日の伊豆ハイランド病院は休止してしまつてい
るわけでございますけれども、多くの小口債権者
が実は泣いておられるわけでございます。病院側はこ
れに対して直ちに債務弁済計画というものを立て
ております。四十三年十二月十五日に債務弁済計
画というものを立てておりますけれども、こう
なつております。中身は「伊豆ハイランド病院建
設にかゝる大口債権者は、再建のメドがつくまで
支払を猶予し、小口債権者への優先弁済を認める」
こういつておられるんですけれども、現実問題は、ほ
んど特に小口債権者個人に対する弁済がなされ
ていないというのが事実でございます。

伊豆ハイランド病院関係の内容を調べてみたの
ですけれども、小口債権総額は三千二百六十七万
九千四百七十八円、下田病院の小口債権額を見て
まいりますと五千二百九十四万九千八百二円、合
計いたしますと八千五百六十二万九千二百八十
円、こういう大ぜいの方からこれだけのお金を借
金している病院なんですけれども、これが払えな
い状態になっている。このため、関係者の中には、
ノイローゼさみになつて、それこそ頭がおかし

なり、あるいはそのためではなからうかと思われ
るような死人さえも数名出ていたという話でござ
います。

地元ではもうさきさまうわさが立つておりま
すが、そのうわさというのはいさういふことなん
です。これはもう最初から医療法人三和会の理事
長——Sさんと言つておきましょう。そのSの計
画倒産ではなかつたのだらうか、これはもう至る
ところでお出しております。なぜならば、この理事
長というSさんは、現在、二億圓ほどのお金を持
つて沖繩のほうに飛んでいつている、そうして同
じようなことを計画中だといううわさも立つてお
ります。また、この伊豆ハイランドは、伊豆箱根と
いう、きわめて風光明媚な観光コースの最適地に
建てられたというわけでございますけれども、先
ほどお見せしましたように、見るからにホテル
ホテルそのものですよ。これをごろんになつてく
ださい。ですから、これは計画倒産をして、あと
ではホテルを経営するもくろみもあつたのではな
いかといううわさささ立っております。

そのほか、いろいろ問題があるわけござい
ますけれども、もう一つ疑念を持たれてること
は、この伊豆ハイランド病院が着工されたと同じ
に、その建設を行なつた建設会社が、同じ理事長
のSさんの家と理事の家——これはHさんと言
つておきましょう。これが世田谷の成城と御殿場
のSさん、それぞれに邸宅が一緒に建てられてい
るわけですよ。病院が建設されると同時に理事長と理事の大
邸宅がそれぞれのところに建てられている。これ
はもう健全経営をなされていなければ何でもない問題
であるかもしれませんけれども、あつという間に
倒れて、行くえ不明になつておられる理事長の姿を
見た場合、これも何かおかしいんじゃないかとい
うわさなんです。

ですから、これはやはり一病院の問題ではない。
これは厚生行政の上からいっても、医療行政の立
場から見ても大きな問題であるとして調査に乗り
出していただきたい。厚生省がじきじきこの問題

を調査していただきたいということを私は主張し
たいのでございけれども、その点に対する大臣のお考
えを聞かせてください。

○滝沢政府委員 この医療法人三和会の先生のお
調べになつたようなごまかい点はわれわれ承知し
ていなかったわけでございますけれども、いろい
ろ先生の御指摘もございまして、最近調べました
中では、この三和会は事実上解散しております。
所有の物件等も競売され、現在無財産の状態にあ
るといふことございまして、まあ小口債権者との
間にあつたあたりかどうかといううやうな御意見
もあるようでありまして、事実上の状態は
非常に困難だと思つてございまして。しかしな
がら、いろいろ医療行政、特に県がこういうもの
の許認可の責任の立場から、いま御指摘のよう
な問題の経緯の全体というものを整理して、そう
していろいろ反省すべきものは反省し、また、こ
れが問題点として法律的に検討できるものごとの程
度あるのか、そういう点もいまの段階では私もわ
かりませんけれども、いづれにいたしましても、
県の医療機関許認可の行政の中で確かにかなり書
類のやりとりが複雑になされておるようござい
ますし、これも一つの事例として詳細に検討して
おく必要がある問題でございまして。そのことが、
やはり私が検討するところと答え申し上げました医療
法人の許認可の一つの実例として、これはかなり
極端な例ではございまして、またあり得る、
またあつた事例であるといふことであれば、この
問題は詳細に検討して、それらの医療法人の取り
扱いの上で重要な一つの問題点として調べておく
必要があると思いますので、県と十分連絡をとりま
して詳細な事実に関する報告がまとめられるように考
へたいと思ひます。

○大橋(敏)委員 大臣、この倒産の理由に、たし
かこの病院が動き始めると月に約千五百万円くら
いの収入はあるんだという計算だつたらしいので
すね、それが現実問題七百万円程度の収入でしか
なかつたというところらしいのです。非常にずさん
な計画なんです。そこで、半年間の見込み違

とはいふものの、まあ六カ月かけるその差額八百万円といふにしても四千八百万円という程度なんでしょうけれども、倒産時には伊豆ハイランド病院関係で六億三千万円の債務を背負ったというこの現実問題ですね。そこいろいろな疑惑がわき、そして騒ぎが起こっているわけですね。だから、いま局長は、それなりに調査し、まとめて報告いたしますというような答弁をいたしておりましたけれども、厚生行政、特に医療行政の今後のあり方についてのこれは一つの問題点、示唆であろうと思います。だから、これを厚生大臣の責任のもとに調査をさせるということを一言答弁の中に述べていただきたいと思います。

○齋藤国務大臣 いろいろ問題があるようでございますので、厚生省として病院の監督といったような意味合いから必要な調査をいたしたいと、かように考えます。

○大橋(敏)委員 それでは次の問題に移りたいと思いますけれども、昭和四十七年十一月一日に許可になった駿東第一病院を開設した阿部院長さん、事務局長さんは石井さんというのですけれども、これはメディカルサービス、資本金五十万円であった。ところが、これも実在しない株式会社を設立して、社長に石井さん、そして役員に阿部さんと、こういうことになっているようでございますけれども、私が言いたいことは、名義の上で院長が医者であるならば許可になって、そして病院経営が実際にできる。あとその医者がいようといまいと、というような中身になっているというところに問題があるのではなからうか。この点についても一言御見解を述べていただきたいと思います。

○滝沢政府委員 ただいまの事例は、私、具体的には承知していませんが、先生御指摘のように、名義だけで実質が伴わないという問題については、決して私、そういうものは絶無であるとは否定いたしません。特に二カ所管理というような問題について、一カ所は自分で持っているが、二カ所目に名義を貸してある、これは地域

によつては知事の許可によつて二カ所管理が可能になつておりますけれども、そういう問題についても的確に把握できているかどうかというように問題もあらうと思ひます。これは先ほどの例と同様、医療行政の許可、あるいは診療所は届け出制度でございますが、病院となると許可制度でございます。管理の責任という立場から、十分いまのような例もあわせて調査いたしたいと思ひます。

○大橋(敏)委員 それではこのハイランド病院についての質問はこれで終わりますが、次に現実問題にまた返ります。

老人の医療の無料化が実施されて地方自治体病院が非常に困つてきた、国の援助対策をきわめて渴望しているというところでございますが、これは財源問題でお尋ねしたいと思ひますけれども、国保の保険料は三割程度の引き上げをこの老人医療無料化に伴つて余儀なくされるというようなこともいわれておりますし、国の援助のあり方をここで説明していただきたいと思います。

○北川(力)政府委員 ただいまのお尋ねの中で、老人医療の無料化の実施に伴ひまして市町村等の国保の財政にはね返りがあるというところは十分に見込まれます。そういう意味合いにおきまして、老人医療の無料化の実施に伴う受診の上昇でございますとか、こういったことによる医療費の増加をできるだけ緩和をいたします意味で、この四五%の国庫補助金のはかに、四十八年度予算におきましては、制度が全面的にこしの一月から実施をされておりますから、それに伴つて保険料負担の急激な増加を緩和をするため、老人医療対策臨時調整補助金として本年度予算に三十四億円を計上いたして、所要の助成措置を講じているような次第であります。

○大橋(敏)委員 これは申し上げるまでもなく、国保には国から四五%の援助がすでになされていくわけでございます。それから今度の老人医療の無料化というものは、自己負担の三〇%ですか、公費負担として見られることになつたわけですか。

ね。今度の財源対策を見てまいりますと、もちろん四五%分として百七十三億ですか、これがきまつておりますし、また公費負担分としましてたしか七百八十一億が計上されているように思つております。そしていまおっしゃいました三十四億は、いわゆる二五%の保険料に相当する部分であらうかと思ふのですけれども、この三十四億円というのは、これは毎年、毎年といふんですか、この分については、つまり一時的な国庫補助金ではなくて、定着していくものかどうかということなんでしょう。これについて……

○北川(力)政府委員 老人医療の実施に伴ひましてどのような波及的ないろいろの増加があるかというところは、これはやはり長期的な観察を要する問題であらうと思ひます。ただ、いま申し上げましたのは、従来から市町村でやっておりましたものを、こしの一月からは国の施策として全面的に実施をいたしますので、その際の、発足当初のかなり急激な医療費の上昇というふうなものをも加味いたしまして、これはそれに対する助成金でございます。したがつて、将来これを恒常的に助成するかどうかという問題につきましては、四十八年度の推移というものがまだ十分にかつてもおりませんから、そういった意味合いで、この助成措置後のこの制度の実施に伴う影響等を十分解明した上で、今後の助成をどうするかということについて検討をいたしたい、かように考えております。

○大橋(敏)委員 この老人医療無料化に伴つて地方自治体に対する財源対策としては、今度は確かにカバーされたやに見えます。見えますけれども、現実問題として、地方自治体は国がこうして実施する前からすでに老人医療無料化を行なつていて、ところがかなりあるわけですね。そういう関係市町村はきわめて苦しい財政情勢に迫り込まれております。何らかの姿でこの点についても援助の手は打たれないものだろうか、こう考えるのですけれども、どうでしょうか。

○北川(力)政府委員 ただいまお答え申し上げました点について一点だけ補足いたしておきますが、もともとこの四五%の補助金につきましても、その根拠になる医療費の中身、これにつきましても、老人医療の実施に伴う波及的な増加ということとを織り込みまして、その上でこの四五%の補助金というものを計算してあるわけでありまして、さらに、いま申し上げました三十四億円は、それ以外に、それ以外の部分につきましては保険料負担でありますから、その保険料負担の増加をできるだけ抑制するという意味合いでやっておるわけでございますから、基本的には今後も定率の四五%の補助の中には今後の伸びというものを勘案をしていく、こういうようなことになっております。それ以外の保険料負担の増加は、いま申し上げましたように、制度の実施が長期的にどのような影響を及ぼすか、当面どのような影響を見込んでいるか、こういう点は今後の実施状況を十分分析しました上でその対策を考慮していく、こういふ考えであります。

○大橋(敏)委員 先ほども申し上げましたように、これは推計で出てくる問題であらうかと思ひますが、いまのコンピュータの推計というのですから、かなり正確であらうとは思ひますけれども、やはり現実問題として地方自治体の財政逼迫というものは想像以上のものがございまして、いま言われました財政調整交付金のワクの拡大、その財政調整機能の拡大をもつと行なつてもいい、そして一時的な国庫補助金ではなくて、これがある意味ではルート化していつてもいい。というの、今回の老人医療の無料化の実施にあつて、やはり国保の保険料の引き上げが余儀なくされているということなんですね。ですから、この三十四億の今回のいわゆる交付金では、これですけれども、これをもつと拡大し、先ほど言いました財政調整機能そのものの拡大も行なつていただきたい、さらに要望いたします。その点についてはどうですか。

○北川(力)政府委員 今後の老人医療の実施の影響というものを十分見た上で検討させていただきます。

たい、かように考えております。

○大橋(敏)委員 これから申し上げますのはまたちょっと立場が変わりますけれども、七十歳以上のお年寄りがこれからいよいよ病院に行って治療を受けようとするね。いまでは療養費払いで済むか、そういうことで医者に行き、そしてかかったお金の領収書をもらって帰ってきて、役所に行くとそれを申請して、そして通知があつてまた役所に行くと、やつとお金ももらえたということですね。今度の法改正ではおそれるその必要はなくなつたと思うですね。一切がささい医療機関のほうでやつてくれると思ひますけれども、AからAというお年寄りが病院に行つた、そしていろいろ治療を受けたそのものに対する請求といふものは、おそらく医療機関からは、国保関係の分としての請求と、それから老人医療の無料化に要した費用ですね、その請求書二枚がいよいよ国保連合会支払基金に出されるわけですね。二枚の請求書がいよいよわけですね。一人の患者で二枚の請求書いく、そしてその請求書はそのまま市町村から医療機関のほうに請求の金額が返ってくる、こういうふうなルールになつていふと思うのですけれども、考えてみれば、同じ治療の内容が二つの請求書に分かれて、しかも出される先は終局的には市町村であるということになれば、これは非常に複雑で、医療機関としてはたいへんなことであらうと思うのですけれども、これのいわゆる請求事務の一本化の考えはあるのかどうかということですね。これについて御答弁を願ひます。

○加藤(威)政府委員 老人医療のいまの医療機関の請求手続といふのは、それについては、先生御指摘のとおり、現在のやり方は、私もともいたしましては、この制度をつくり出すときに、できるだけ簡素化するようになつていふことで努力をいたしまして、請求書の様式その他については非常な簡素化をしたつもりでございますが、いま先生御指摘のように、しかし二通出さなければいかにぬといふこと、これはわれわれも何とかならぬかといふ

うことであらう考えましたけれども、国保関係は、これは一応原則は二通でも、払うのは同じ市町村でございます。一つは国保の会計、それから一般会計、市町村です。これは一枚でもいいといふ指導をいたしてございまして、一枚になつておるところも相当ございまして。ただ、一般の被用者保険のほう、これは一枚は基金のほうにいくわけですね。それから残りのものは市町村です。それからこれは全然支払いのあれが違ふわけですね。それでこれは二枚ということになつておりますが、そういうことで、一応老人医療のスタートのときには、医師会ともそれで話し合ひがつきまして、いまやっておりますわけでございますけれども、しかし、現実にはやはりお医者さんの負担が相当きつくなつていふことでもいふべきところがあると思ひます。一本化できるならそういうほうがいいといふことではないかと検討をやつておるといふ段階でございます。

○大橋(敏)委員 実は老人医療の無料化が実現されて、次に来ているのは、幼児医療、三歳以下の無料化の問題、これも地方自治体が始まつておりますが、次々と社会福祉、社会保障の立場からこうした政策が実現してきて、国もどうしても踏み切らざるを得ない立場に立つてくると思ひます。近いうちにそうなると思ひますが、老人医療の無料化の実施にあつて行政上の問題点が明らかになつてきたと思ひます。いまの事務手続の問題にしても、あるいは先ほどの財源の手当てにいたしまして、一つのモデルができたと思ひます。ですから、すでにこれから幼児医療の無料化に備えて、そうしたいろいろな研究作業をなさる気があるかどうかということをお尋ねいたします。

○齋藤(國)大臣 事務の簡素化は非常に大事なことでございまして、社会局長からもお話のありましたように、できるだけ請求事務を簡素にするという方向で今後努力をいたしていきたい、か

ように考えております。

○大橋(敏)委員 いま私が聞いたのは、事務そのものではなくて、事務ももちろん含めてですけれども、いよいよ今度は幼児医療の無料化がやってくる。いま地方自治体は老人の無料化の問題だけでも財源問題でたがたしてゐるわけですね。今後は国でこれから安心していふにはちゃんと財源は措置しましたから安心していふもの、調整交付金といふものは十分なものではない。これは定着するのだからと私は聞きました。今後さらに検討を進めようといふ話があつたわけですが、けれども、すでに老人医療の無料化に對していろいろ問題点がはつきりしてきたのだ、これを手当の次にあらわされる幼児医療の無料化に際しては、またわなわなにいふに作業をなさつていく気はないのですか、こう聞いているわけですね。

○齋藤(國)大臣 将来の事態に備えていろいろ研究していただきたい、かように考えております。しかし、乳児医療の無料化といふものは、これは非常に問題があるのです。ただ、保険でいくとかなんとかいふ経済負担だけの問題ではなくて、医療の上からいって、乳児医療を無料にするといふことは医療上よくないといふ説があるのです。乳児保育といふものは母親の愛情が中心でなければならぬ、そういうことで、ただにさえずればよい、医者にはさえず飛んでいけばいいのだといふことではない、いかにいふのではないかと医療上の非常な問題があるわけでございます。そういう問題も十分あわせて考えていかなければならぬ問題だ、かように私は考えております。

○大橋(敏)委員 医療そのものの中身、施術の問題あるいは病気の問題についての中身については、それはそれなりの議論はありましようけれども、政治のおもむきとところは当然これは実現されなければならぬ内容であるといふことです。それをわきまを置いていただきたいといふことです。そういう立場から真剣に取り組んでいただきたいと強く要望いたしておきます。

時間が相当迫つてまいりましたので次に移りますが、公費負担の制度の問題点をあげてみたいと思ひますけれども、難病の公費負担、地方自治体における乳幼児あるいは妊産婦、身体障害者、公害病等を対象にした自己負担分の無料化などがございまして、これはいろいろ保険プラス公費負担制度が実施されてゐるわけでございますけれども、医療機関はもちろんのこと、保険関係機関の重複事務やその他複雑な問題等が増大して、パンク寸前にあるわけでございますけれども、この辺で医療保険と公費負担制度のいよいよ交通整理といひますが、こういうのを行なわねばならぬのではないかと、私はこう思ひます。いろいろな点、厚生省ははつきりといふパターンでいくべきであるといふものを示すべきではないか、こう思ひます。この点について御見解をお述べ願ひたいと思ひます。

○北川(力)政府委員 国民の医療をどういふ形で保障していくかといふ基本にかかわる問題かと思ひます。現在のが国の医療保障の中核はやはり保険でございますから、そういう意味合いでは、この医療保険といふものを現在分離はいたしておりますけれども、できるだけその内容を充実をして、保険中心に医療保障の充実をはかつていくということが根本だと思ひます。

ただ、現在までございましていろいろな公費負担制度、たとえば結核にいたしまして、精神にいたしまして、あるいはまた原爆とか、そういう公費負担医療といふものは、あるものは社会防衛的であり、あるものは国家保障的であり、あるものはまたその他の公費を投入すべきような性格を持つておるといふことでやつてまいつておるわけでございます。その辺は、私もともは、いまおっしゃいましたように今後どういふ方向で整理するかといふ問題はございまして、社会保険が中心になつて、原理原則としてはその残りを補うもの、

それから最近のものといしましては、公害についての健康被害補償に関する法案のような、根っこから国が持つ、こういうものも新しくあらわれてまいりましたし、その辺はひとつ現在の体系について基本的な整理するのをこの際あらためて見直してみようときだ、そう思っております。

そういう意味合いで、現在の制度は現在の制度でそんなに私は関連したとは思っておりませんが、厚生省内にも、長期の計画を立てる中の一環といたしまして、公費負担制度とそれから保険との関係をどういうふうに整理すべきかという点についてのプロジェクトチームもできておりますので、そこでも検討を煮詰めている段階でございますので、そのように御了承をいただきたいと思っております。

○大橋(敏)委員 たしか難病対策といしまして昨年は八疾患を選定しまして、ことしの四月の二十三日にさらに十二疾患を加えられたと思うのでございますが、いずれも六月ごろまでに各疾患ごとに専門家による研究班を編成して、三年間をめぐりに組織的な研究が進められることになる、こういうことを私は聞いていますので、これは間違いございませんか。

○加倉井政府委員 先生御指摘のとおり、すでに二十疾患につきまして研究班の編成も終わっております。現在各研究班におきまして実験計画あるいは研究計画等も検討されまして、予算の申請も私どものほうに出てまいっております。また、七月に入りますと各研究班とも総会を開催いたしまして、具体的な打ち合わせをされるという話も聞いておりますので、早急にその計画に基づきまして研究が実施される段階に至っておりますと思っております。

○大橋(敏)委員 実は最近よくは新聞で見たのですけれども、点頭てんかんというのがあるんだそうですね。これはきわめて悪性で、重症のてんかんの一種である。原因は二十種類ほどあるそうですけれども、きめ手がなくて診断基準もないそうです。発病するのは生後三カ月から九カ月の間だ。

このてんかんのけいれんが直つても知能障害が残るといふおそろしい病気が多いですね。いまだに厚生省あるいは大学病院にも詳しいデータはないというのを聞くわけですが、これなどもやはり大きな難病の一つではないでしょうか。この点についてはどういふふうにお考えになりますか。

○加倉井政府委員 点頭てんかんにつきましては、御指摘のようにやはり難病の一つだといふふうにも考えられます。しかしながら、本年度の計画におきましては、私どもが難病懇談会の先生方の御意見に基づきまして疾病の選定をいたしました。したがって、点頭てんかんの話は四十八年度には出てまいっておりませんけれども、今後いろいろ私どもお話を段階におきましてそういう話題も提供いたしまして、取り上げるべきは取り上げるということにしたいと思っております。

○大橋(敏)委員 大臣、これはこまかいといえども、こまかいことかもしれないけれども、どうして大臣のあたにかい心におすがりしたい話をいまからやるわけでございますが、新宿区に住んでいらつしやる富居さんという、八歳になる小学校二年生の子供さんなんです。これは実は見せたはうが早いと思うのですけれども、讀賣新聞夕刊に出た分なんです、この女の八歳の小学校二年生の子ですけれども、自分のものに注射を打っている写真なんです。私はこれを見て、何だろうかと思つて中身を読んでみましたら、小児糖尿病だそうですね。一万人に一人くらいらしいのですけれども、「毎朝、登校前のインシュリン注射が欠かせない日課だ、これさえすればほとんど普通の健康児と同じだ。でもいまの医学では一生続けなければならぬ。もしサボれば失明や衰弱など合併症を招き、一命を失うという難病だ。」こうして毎日打たなければいけません。そうして「ところがこうした自宅治療が健康保険の対象からはずされ、家族の家計を圧迫している。患者とその家族がお役所に何度も働きかけてきたが、そのつど、にぎりつふされてしまい、行政の怠慢に強い怒

りを感じている。」という記事なんです。毎日打たなければいけません。これを打てば一人前、普通の子と同じだ。打たなかったらはいま書いてあったように、失明したり、あるいは衰弱など、合併症を招いて一命をなくすることさえある、こういう病気なんです。どういふふうな人を何とかしてくれませんか。どうですか。

○北川(力)政府委員 ただいまお尋ねの件は私も読んでおります。ただ、保険給付の対象とならないかどうかという点につきましては、いろいろ問題があるわけでございます。私よりもあるいは専門家の局長のほうからお話をしたほうがいいかもしれせんけれども、糖尿病におけるインシュリン療法は、血糖値と食事療法との関連から専門の医師が十分な管理のもとで実施をされるべきものでありまして、そういう意味合いで、直接医師によつて治療を行なうものにつきましては、これはもとより一般論として保険給付の対象になることは当然でございます。しかし、御指摘のようにいわゆる自己注射と申しますか、自家治療と申しますか、これにつきましては、それによつて起こる医療事故等の責任問題というふうなものもございまして、こういう問題につきましては直ちに結論を出すというふうな段階には現在達しておりません。問題は、この小児糖尿病患者に特有な、いまおっしゃつたような、命にかかわる問題であるという問題もございまして、そういう保険給付の対象にするかどうかという以前の問題として、いま私が申し上げたいいわゆる医事関係法令と申しますか、医事関係法令でいまのような自己注射、自家治療というふうな問題をどういふふうにかへるか、こういう問題が実は根っこにあるわけでございます。でありますから、医事関係法令の観点から見て、あるいはまた、医事関係法令の実際の施行のやり方、そういう点から見てこの問題をどう処理するか、この処理のしかたによつて、これはいいということになりますれば、当然これは保険に乗つてまいります。これはまだ疑問であるということになりますと、これは結

果的に保険給付の対象にならない、こういうわけでございますので、この問題を単に保険サイドだけの問題から取り上げるのはどうであらうか。確かに、その新聞に出ております記事は、まことにおっしゃるような実情を私も十分理解いたします。しかし、いま申しました根本的なその問題の処理、これが先決でございますから、その点につきまして、いま申し上げました保険給付で取り上げる問題以前の問題として検討いたしますと同時に、あわせて、その問題の解決ができるならば、これを保険給付として取り上げるかどうかという点についても結論を出したい、このように考えておるの、現在の考え方でございます。

○大橋(敏)委員 手続上はいろいろ問題があると思ひますけれども、いずれにしても、現実にかうして注射を毎朝打つて出かけていく方が、数は少ないと思ひますけれども、いらつしやる。そういう家族の家計というものはかなりきびしいものであると、私はこの新聞の中から読み取ることができるわけですね。血の通つた行政という立場でいまの検討を早めていたいて、何とか、保険給付になるか、もしならない場合には、そのほかの措置で救われるようなものを考えてもらいたい。いかがでしょうか。

○齋藤國務大臣 ほんとにお気の毒な子供さんの例でございますので、十分あたためた措置を講ずるようには善処したいと思ひます。

○大橋(敏)委員 時間もだんだんたつてきました。医療ミスと思われる事故が最近非常に目立ってきております。医療ミスをめぐる患者、家族と医師との紛争というものは、患者側の人権意識の高まりとともに非常にふえてきています、こう思ふのでございますが、これについて、すでに医師会の方では、医師の手落ちによる医療事故に対しては、一開業医について一年間一億円まで支払おうという、いわゆる医事賠償責任制度が七月一日か

医療ミスと思われる事故が最近非常に目立ってきております。医療ミスをめぐる患者、家族と医師との紛争というものは、患者側の人権意識の高まりとともに非常にふえてきています、こう思ふのでございますが、これについて、すでに医師会の方では、医師の手落ちによる医療事故に対しては、一開業医について一年間一億円まで支払おうという、いわゆる医事賠償責任制度が七月一日か

ら実施されるやに聞いております。ところが、厚生省のほうはいまようやく医事賠償責任保険制度をつくって被害者を救うという歩みをなされかけたところだとも聞いておりますけれども、これは大体どういうことなんでしょうか。医師会との関係もあわせて御答弁願いたいと思います。

○滝沢政府委員 この問題につきましては、先生御指摘のように、七月一日から日本医師会がこの医事賠償責任保険制度について踏み切って実施される、このこと自体につきましては、だんだん高額の補償の問題にもなりますし、諸外国も、アメリカが同様の制度をとってやっております、むしろ保険会社が多くなって音をあけていくというふうな情報も入っております。いづれにいたしましても、医師会がそのようなことに踏み切ったことについては、私はやはり十分評価して、この推移に応じてわれわれは医事紛争の処理の問題についての適正な措置を検討していくべきだ、しかも単なる事故そのものの因果関係というふうな問題でなく、そもそも医療における基本的な患者と医師との関係等を踏まえて、広い意味の医事紛争というものを検討する必要があると思いますので、医師会のこの発足は発足として評価して、この経過、しかも第三者的な審議会をおつくりになって十分適正な審議を重ねてやりたいというふうなことでございますし、それはそれなりに経過を見守ると同時に、われわれとしては、それ以外にも、無過失であるというふうな例を含めたトラブルの範囲というものはかなり広範囲にわたるものと考えますので、一応今回は研究班という形でこの問題について諸外国の制度等も十分研究しながら、総合的にこの対策が樹立できるような方向で検討したい、そういう趣旨で今回の研究班を発足させるわけでございます。

○大橋(敏)委員 先ほど申し上げましたように、日本医師会では七月一日から医事賠償責任制度を実施していくということになっておりますけれども、いま局長さんは研究班を発足させたと言いますが、大体いつごろのめどでこの実施に踏み切ろうとなさるのか、もう少し具体的にお願いします。

○滝沢政府委員 先生の、実施に踏み切るといふのは、研究その他の成果を踏まえた具体的の実施に踏み切るのはいつかということでございますけれども、この研究は少なくとも一年では済まないし、かなり時間はかかるかと私は思います。したがって、それで医師会等の七月からのものが動いていく、そこいらの整理なり問題なりが出てくるかもしれない。そういうものを踏まえて、国としては、あるいは医師会がやっている制度、アメリカは医師会がやっている制度をそのままやっているようにございまして、国としてどういうような施策が必要かというこの具体化は私はそれ以後になると思っておりますので、そう短時間でこの重要な問題の処理はむずかしからう、むしろそういう覚悟で臨みたいと思っております。

○大橋(敏)委員 私は新聞で、少なくとも一年以内には結論が出て、来年度中には実行に踏み切られるというふうな中身を見ましたもので、非常に期待をかけたのですが、一年では無理ですか。

○滝沢政府委員 事務的なお答えでたいへん恐縮でございますが、研究班というものはそういう性格のものというふうに、事務的にはおそろしく受け取られたと思っております。こういう事業は、研究といえながら、一面、行政上非常に必要だという意味で厚生科学研究費を使って着手するわけでございますので、単なる一般研究費のように一年で打ち切るといふようなものの考え方はとれないと思っておりますので、そういう考え方で臨みたい、こういうふうに思います。

○大橋(敏)委員 自治体病院の経営悪化が深刻になってきているわけですが、四十一年の地方公営企業法の改正によりまして、一般会計と病院会計との負担区分の明確化がはかられたほか、国の援助措置のもとに赤字病院に対する財政再建の道が開かれている等、財政健全化のための措置がなされたものの、診療報酬の不適正等の原因によって自治体病院の経営は急速に悪化の一途をた

どっていると思うのでございます。私がここに持っております資料を見ましても、損益収支の決算において、四十六年度は百九十億、四十七年度は百六十一億、これは推計ですが、四十八年度は四百六十一億、これも推計でございますけれども、累積赤字は、四十六年度は五百三十五億、四十七年度は六百五十億、四十八年度は千五百億、このような巨額な見通しになっているわけでございます。自治体病院は財政面からいよいよ壊滅していくのではないかと心配をされております。

そこで、昨年二月の医療費の改定の計算の根拠は、四十六年度の数値が基礎であるはずでございます。これは国会答弁でもはっきりいたしてありますが、四十六年度の数値が基礎になって昨年の二月に医療費の改定が行なわれた。四十七年、四十八年と、春闘による賃金の上昇あるいは物価上昇等、これは医療費には組み込まれていないということになる。要するに、その後の人件費、物価の上昇等の差はだんだんと大きくなって、これが赤字を生む要因になりますけれども、政府としては財政措置についていかなるお考えを持っていますか、お尋ねしたいと思っております。

○北川(力)政府委員 自治体病院の経営上の苦しさはどういうふうにかばうかという、厚生行政サイドでの基本的な考え方は、先ほど大臣からお答えを申し上げたとおりであります。私どもは、自治体病院につきましても、いま先生おっしゃったように、一つは公営企業法というものがあつたわけでございまして、公営企業法の定めによりまして、自治体病院の基本的な性格からいって、高度な医療とか、不採算な医療とか、先駆的な医療とか、あるいはまた看護婦の養成とか、そういう公的な面につきましては公の資金を投入するということになっておるわけでございます。でありますから、一つは診療報酬の改定という問題がございまして、また一面におきましては、公的な資金というものを医療投資として地方自治体がさらに前向きに十分な努力を積み重ねるということ

もあるかと思ひます。

診療報酬の改定は、いまおっしゃったように昨年の二月に行なつたわけでございますけれども、その後の状況は、いまお話しのとおり、春闘等によるベースアップもございまして、また物件費の上昇等もございまして、これは現在中医協で相当詰めた議論が行なわれております。その議論の中身は、たびたび申し上げておりますとおり、経済変動に対応する診療報酬の改定あるいは医学技術の進歩に対応する改定、これが一つの大きな柱であります。でありますから、そういう点を中心にしたしまして中医協で早急な結論をいただくならば、そういう方向に沿って改定をしていく、それによって自治体病院における経営の苦しさも診療報酬の面からかばうをしていく、先ほど申し上げました自治体それぞれにおける公営企業法の精神に基づいた、あるいは最近における医療投資を拡大すべきであるという社会的な要請に基づいた資金の投入、こういうこともわれわれ十分期待をいたしております。

こういうことを彼此勘案しながら、先ほど大臣が申し上げましたように、この問題に相当早急に解決を要する問題といたしまして、早い機会に総合的な対策を立てるべきである、このように考えております。

これは診療報酬の面から申しますと、いま私が申し上げたことが現状でございます。それは中医協においてきわめて熱心な討議が進められておりますから、その結果を待つて対処をしたい、こういう考えでございます。

○大橋(敏)委員 いま局長さんは、中医協で一生懸命審議している、それで対処していくとおっしゃいますけれども、現実にはもう物価あるいは人件費は上げられて、四月から給料もさかのぼってなっているわけですね。そういう立場からいいますと、もう中医協の審議を待てないというのが実情なんですよ。さっき言ったような数字で、もうほんとうにものすごい財政負担になってきているわけですね。

分が十分含まれておりますから、これを看護料の絶対的不足料に充当してほしい、こういうことです。わかりますか。そうしますと、マージン分よりそれを引いてもなおかつ余ることになるから、何とかいけるのではないか。ただし、こういうことを言いますと他に影響が出てくることもありますけれども、まずこの問題だけについてお答え願いたいと思います。

○北川（力）政府委員　私がこの前の予算委員会の

分科会で質疑を受けましてお答えを申し上げましたときは、実は看護科等につきましても、あるいは診療報酬全般につきましても、その積算の基礎について私は十分にそれを私なりに了解をしておるつもりはないわけでございます。いまおっしゃいましたのはどうか、私もまだ一〇〇％は了解をしかねるのでございますけれども、現在は看護科は、いろいろ先生いまおっしゃったように、基本的な室料でございますとか、あるいは基

しますと、かりに特類看護でやりますと大体二千三百円近いものになるわけでございます。

それからマージンの問題が出ましたが、これはそのときもお答えを申し上げましたが、私は、全般的に診療報酬改定の際に、薬価のマージンというものが二割、三割すべてについて万々間違いないものというふうに申し上げたのではないわけでは

ございまして、薬につきましては、ものによりましてはそういうものもある、しかし、昨年二月の改定の際の積み上げた計算のほかに、全体的な人件費、物件費あるいはいろいろなものを別なサイドからマクロに計算をいたしました場合の積算のしかたとしてその程度のものを見込んだというふうなことがある、そういう意味合いで申し上げたわけでございます。

〔委員長退席、橋本（龍）委員長代理着席〕

それから薬価基準の改定の際の業価と実勢価格との差、この分はいわゆる潜在技術料として診療報酬を改定いたしましたけれども、必ず診療報酬の改定の際にその分を差し引くわけではなくて、技術料

としてオンをするわけであり。でありますから、全般的には、潜在技術料といわれております薬価のマージンは、いかなる改定がありましても、必ずその改定のときにそのまゝのままでいいわけば物から技術へ乗り移っている、こういう関係になりますので、私はいまの御議論は御議論として拝聴いたしました、そういうやり方がいいかどうか。改定のしかたとしては、いま申し上げました診療報酬の適正化をやっていく適正化の中でいろいろなファクターを考えて、看護面が十分であれば看護面のかさ上げをする、また、薬価基準と実勢価格との差があれば、その差というものはきれいにして薬価基準を適正化していく、残ったその差額というものは技術料にオンをして診療報酬の技術面のものでして還元をしていく、こういう考え方でございます。

そういうことをやっていきますれば、これは自治体病院だけの経営あるいは自治体病院だけの看護料の積算基礎という問題ではなくて、診療報酬全般の改定あるいは薬価基準の引き下げ、そういう問題とのからみで処理をしていく問題だと思っております。そういう意味で御理解願いたいと思っております。自治体病院だけ切り離してやります計算、またはそういう自治体病院だけについて診療報酬改定ないし看護料の問題についての議論をすることは、診療報酬というサイドから見ますと、やや問題が一般的ではないのではないかと、このように考えておるのでございます。

○大橋(敏)委員 あなたがおっしゃるとおりだ。確かに自治体病院の問題だけではない。しかし、身に差し迫った自治体病院の赤字については、看護料の絶対的不足料については、いま言った総医療費の中に含まれる薬のマージンからそれを差し引けば解消されるではないか、そして診療報酬の適正化については別途それ相応の検討を進めていくべきであるというのを申し上げたわけです。そこで、時間が来たようでございますので、ここで質問を終わりたいと思いますが、大臣、いろいろとこうして議論してまいりますと、医療問題

にはさまざまな問題がまだ横たわっているわけですね。そうしたいわゆる抜本対策を一日も早く実現されることを希望いたします、私の質問を終わることにいたします。

最後に、大臣の抜本対策に対する決意をもう一回述べていただきたいと思ひます。

○齋藤(國務大臣) 抜本対策を樹立することの必要性については、大橋委員と意見は全く同感でございます、今後ともそうした方向に向けて最大の努力をいたしたい、かように考えます。

○橋本(龍)委員長代理 この際、午後二時三十分まで休憩いたします。

午後一時五十七分休憩

午後二時三十七分開議

○田川(力)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。小宮武喜君。

○小宮(委員) 前もってお願いしておきますけれども、いまからの質問は、もうかなりいまままで議論し尽くされた問題もありますので二十番せんじ、三十番せんじぐらいになるかもしれませんが、ひとつ丁寧に御答弁をお願いいたします。

健保財政については、これは政管健保ばかりではなくて、日雇い健保にしても、それから組合健保にしても、また国民健保にしても、いろいろ赤字がもうすでに始まっております。そういうような意味でこれはこういって赤字がどうして出るのかという点について、その赤字の原因について、どのように考えておられるか、まずお伺いします。

○北川(力)政府委員 いろいろい言われました各種の医療保険によりまして赤字の原因はバラエティーがあると思ひます。

政管健保の場合は、いつもいわれておりますように、歳入面と歳出面を構成するファクターが結果的に逆さやになるようなところになっておりますから、これは体質的に赤字であるといえると思ひます。

逆に健康保険組合等におきましては、歳入、歳出の関係が、そこには多かれ少なかれ、ゆとりがあるわけでございますので、これは基調としてやはり黒字基調であると思ひます。

そういうことで全般的には、赤字の原因は何かといわれますと、かなりバラエティーがございますけれども、最近の事情から申しますと、やはりこの医療費が相当程度伸びてきておる。もちろんその医療費の伸びというものは、中身といたしまして医療技術の進歩させる、あるいはまたいろいろな経済変動に対応して改定をしていく、こういう意味合いもございしますから、その結果としていろいろ伸びてきている。これを歳入面の基礎になる賃金の伸びでカバーできればいいわけでございますが、これをオーバーしていく場合に赤字が出るわけでございます、そういう意味合いで、最近のいろいろなそういう社会的な事情とか、あるいは医学技術の進歩であるとか、あるいはまた有効な薬品の出現であるとか、そういうことが積み重なりまして、個々の制度については、それぞれバラエティーはありますが、赤字基調のものが出てくるのではないかと、このように一般的には考えております。

○小宮(委員) 赤字の原因について抽象的な説明がありましたが、それは、私が考えておりますのは、やはり赤字の大きな原因の中には患者が非常にふえてきたのではないかと、これが考えられます。したがって、これは昭和三十一年に約三百万だった患者数が四十五年には七百万人にふえています。したがって、国民皆保険になった三十一一年以後の患者数の推移がどうなっているかという点について、まずお伺いします。

○滝沢(政府委員) 患者調査によります、これは人口十萬単位の数字で私の手元でございますから、申し上げますが、三十一年が三千四百四十五、三十五年が四千八百五、それが四十五年六千九百七十七、途中の数字がございしますけれども、このようになつております。

○小宮(委員) 現在は。

○北川(力)政府委員 それでは私から、各医療保険制度別のたゞいまお尋ねの患者数の推移について御説明いたします。

昭和三十一年度と四十六年度の各制度別の受診率を比較いたしますと、政府管掌健康保険の場合には一・二八倍、組合管掌健康保険の場合には一・九四倍で、これはやや減つております。それから国民健康保険の場合には一・六五倍となつておりまして、組合健保を除いて各制度とも受診率の増加、ただいま御指摘になりました患者数の増加ということは、やはり受診率の増加でございますが、そういった国民皆保険等に伴う受診率の増加が顕著に認められているところでございます。

○小宮(委員) それで私が聞きたいのは、その患者数が国民皆保険になつてから現在まで、どういふふうに移つてきたかということ、したがって、具体的に何十萬とか何百萬とかいふ数字をあげてもらつて、そのうちで結局政管健保別、組合健保別、それから国民健保別にその内訳はこうなつておるのだということをお聞きしておるので、どうですか、わかりませんか。

○北川(力)政府委員 私が申し上げましたのは、患者数ということ、いわゆる受診の率に、受診の率に引き直して申し上げたほうがわかりいと思ひまして、そういう意味合いで申し上げたものでございます。

それでいま申し上げましたように、三十一年度から四十六年度までの分をさらに詳しく申し上げますと、政府管掌健康保険の場合には、三十一年度におきましては、全体の被保険者の中での受診の割合でございしますけれども、八・三三四であつたものが一〇・六七四、それから組合管掌健康保険の場合には一・一・九三七であつたものが一・二・七、日雇い健保の場合には三・八七六であつたものが七・六〇七、船員保険の場合には一・〇・九九〇のものが一・四・一二一、国民健康保険の場合には九・三四一のものが一・五・三九〇、このようになつておりますのが具体的な数値でございます。

○小宮委員 私は、やはりそういうような数字だけでは、たとえば何万人になったのか——三十一年度で、たとえば百万の人は三十二年にはどうなったのか、三十五年にはどうなったのか、四十年にはどうなったのかという推移を私はお聞きをしておるのです。その数字は持ち合わせないですか。

○滝沢政府委員 全国の推計患者数の推移でございますが、これは先生のおっしゃいますように、先ほどの十万と申し上げましたが、実数で申し上げます。

これは病院、診療所全部のトータルでございますが、三十六年四百七十六万五千、四十一年六百三十四万九千、四十二年六百三十八万四千、四十三年六百七十三万九千、四十四年七百一十八万八千、四十五年七百二十四万七千、四十六年六百三十八万六千人。以上でございます。

○小宮委員 それでは、この政管健保の一日当たりの診療費の推移はどうなっておりますか。四十一年以降のものをひとつ示してください。

○江間政府委員 政管健保の一日当たりの金額の動きでございますけれども、被保険者本人について見ますと、昭和三十八年、入院一日一千九十七円だったのが、昭和四十六年には二千九百二十一円にふえております。大体三倍近くふえております。家族につきましては、昭和三十八年、入院一日五百九十三円だったのが、昭和四十六年には一千三百六十四円と二倍半、二倍ちょとくらいにふえております。

○小宮委員 いま、この政管健保、組合健保、国民健保別に、平均標準報酬額は幾らぐらいになっておりますか。

○江間政府委員 昭和三十七年について見ますと、政府管掌の健康保険の標準報酬月額は一万九千四百三十五円、それに対して組合管掌の健康保険の平均標準報酬額は二万五千八百三十三円。それに対して昭和四十六年度、政府管掌健康保険が五万六千六百十六円、組合管掌の健康保険が六万八千四百四十五円、一般的にいいますと、大体

両者の間の二割の格差がずっと続いておるといような感じでございます。

○小宮委員 これは皆さん方、昨日の十二時半に強行採決するというところで、きのうのこの順序から見て、私は五時からになっておったが、これは当然強行採決によって質疑が打ち切られるということと準備してないんじゃないですか。それはそれとして、もう少ししなやかに資料そろえて答弁してもらわねと困りますよ。

それから政管は、いまの答弁にもありましたように、やはり政管健保、それに組合健保を比較しても、やはり標準報酬月額が違ふのです。特にこの政管健保の赤字が大きく出たという一つの原因には、このインフレによって物価の値上がりで医療費全体を押し上げておるのでありまして、政管健保組合員の収入というものが、この物価の上昇に比例して上がっていない。特に政管健保の組合員は中小企業組合員ですから、そういうふうな意味では物価の上昇に比べて賃金の上昇率が低い、そのために組合健保に比べて保険料収入がやはり低くなっているわけです。したがって、こういった状態の中で政管健保の赤字が出るのは、私はもうこれは当然だと思ふのです。

もう一つ聞きますけれども、それではいま申し上げましたように、政管健保の標準報酬月額というものは、四十一年以降どのように推移しておるか説明してください。

○江間政府委員 昭和三十一年度以降十年間を比較してみたいんですが、政管健保の平均標準報酬の伸びの割合は、年率にいたしました二・二％ぐらいの割合で伸びております。それに対して、組合管掌健保のほうは一・一％ほど伸びております。ただし、この両者の差は、主として標準報酬最高月額というもののいわゆる頭打ちの人数が組合のほうが多いということによるものだろうと思ひます。

○小宮委員 私は政管健保に特に赤字が出た、またあるいは健保財政全体の赤字というものの原因の中には、やはり製薬メーカーだとか医療メーカーの医療費の収奪によるのではないかとこの気持を持っております。今日この国民の総医療費の中に占める医薬品の割合は、四〇％とかあるのは四三％とかいわれております。ほかに医療器械が一〇％それ以外にあるわけです。したがって国民総医療費の中で、医薬品の割合は五〇％以上になっております。たとえば四十四年度を例にとりましても総医療費が二兆一千五百十九億で、この五〇％といえは一兆五百億になります。したがって、四十一年以降の国民総医療費がどうなっているのか、ひとつ数字をあげてくださいます。

○江間政府委員 四十一年が一兆三千五百二十二億、四十二年が一兆五千六百四十三億、四十三年が一兆八千四百十九億、四十四年が一兆一千五百十九億、四十五年が一兆五千五百三十四億、以上でございます。

○小宮委員 この総医療費の中に占める医薬品の割合は、いま言われましたように、わが国では四〇％とか四三％とかいわれておりますけれども、イギリスでは九％、アメリカでは一五％になっております。どうしてわが国だけこういうふうになっているのか説明を願ひたい。

○北川(力)政府委員 確かに四二・三％という額は一番われわれが問題意識を持っている点でございます。ただ、この額がいま先生が言われました国際的に見て非常に高いかということにつきましては、いろいろ議論があるところだと思ひます。と申しますのは、技術料が外国に比べて低いため、総体的に率といたしましては薬剤の占める割合が高くなっている、あるいはまた疾病構造等が変化をし、医療内容が高度化してくるなど、医療の質的な変化というふうなものによる点もあると思ひます。そういう点も決して少なくないと思ひますので、いま統計的に出ております四二・三という四三というふうな薬剤費の占めます割合が適正な医療の結果であるならば、私どもは必ずしもこれは全面的に否定すべきものでないと思ひます。

この辺は非常にむずかしい問題でございますけれども、ただ、いま申し上げましたように、薬剤が必要以上に使用されているというふうな御批判もあり、この問題については保険の運営上非常に私どもは問題意識を強めている問題でございますので、そういう意味からいろいろの対策はやっております。つまり診療報酬体系の適正化とか、あるいは薬価基準の適正化とか、そういうことによりまして、そういった面の適正化につとめていきたい、これが現在の実情でございます。非常にいま問題のある点であると思ひます。

○小宮委員 国民皆保険とともに製薬メーカー、医療機器メーカーが急成長したことは事実なんです。これは厚生白書でも「このように直接国民の生命に係わりをもつ医薬品産業は、ここ十年間の日本経済の高度成長や医療保険制度の拡充と相まって顕著な伸長を遂げてきた。」というふうな書いてあるわけです。したがって、その中でも著しい成長を遂げたのは、この製薬業界の中でも、大小二千くらいありますけれども、その中の約三十社くらいは大手製薬メーカーなんです。したがって三十社といえは時間がかかるから、この三十社の中の特に大手製薬メーカーといわれる教社の最近の年間の売り上げ高、純利益、資本金、こういったものはどういうふうな推移しておるか、ひとつ三十五年以降のものについて説明してください。

○松下政府委員 ただいまお尋ねの大手製薬メーカー通常十二社を標準的にとつて、これは有価証券報告書に基づきまして私ども計算をいたしておりますので、それについて御説明申し上げます。これはいわゆる専門メーカーだけでございまして、大手十二社の昭和三十五年からの伸び率でございますが、いまお尋ねの三十五年に對比いたしました四十七年の上期までの決算が出ておりますので、便宜上三十五年の上期と、四十七年の上期と比較いたしましたの伸び率をお答えいたします。

これはいわゆる専門メーカーだけでございまして、大手十二社の昭和三十五年からの伸び率でございますが、いまお尋ねの三十五年に對比いたしました四十七年の上期までの決算が出ておりますので、便宜上三十五年の上期と、四十七年の上期と比較いたしましたの伸び率をお答えいたします。

資本金の移動状況は、十二社合計で三十五年以上が百三十八億圓、それが四十七年上期で六百九十八億圓、約五・一倍、売り上げは五百十二億圓から二千九百五十四億圓、約五・八倍、純利益は十七億圓から百五十七億圓、やはり五・八倍、そういう増加の状況でございます。

なお御参考までに申し上げますと、その間におきます国民総生産の伸び率が十五兆四千九百九十二億圓から七十九兆四百二十一億圓、これも約五・一倍でございます、大体それに相応する伸びを示しておると考えております。

○小宮委員 大手メーカーの著しい成長というのは、やはり不当な薬価による高利潤によるものではないかと私は考えます。たとえばクロマイにしても、これは薬価基準では二百五十ミリのもので一錠は四十三圓になっております。ところが実勢価格は八圓から十圓。名の通ったメーカーのもので十五圓程度です。ベニシリン系統のアンピシリン製剤についても薬価基準は二百五十ミリのもので一錠百六十六圓です。

そこで、これはある薬剤師の話ですが、この薬剤師が、このアンピシリン製剤の必要が生じたので、名前は申しませんが、A社に相談をしたところ、最初は百錠で二萬圓ということをお願いした。しかし話し合っている中で、それでは八千圓まで下げましょう。つまり一錠八十圓です。薬価基準の半分まで価格を下げてきたわけです。さらに、この薬剤師は今度はB社に尋ねた。B社では値段は幾らでもよろしいというのであったけれども、それではいけないので値をつけてくれと言ったところが、五百錠まとめて買えば一錠四十三圓でけっこうです、こういうふうになっております。しかしこの人は五百錠も一度に買う必要はないので、これを断つて次のC社に当たってみた。そうしたら百錠五千圓でよろしいという返事があった。うです。そこでこの薬剤師は最初のA社にもう一度尋ねたら、今度はぎりぎりまで百錠六千圓でよろしいということだったそうです。それで、この薬剤師はC社の百錠五千圓、つまり一錠五十圓、薬

価基準の三分の一以下の値段でアンピシリン製剤を買ったということです。

どうですか。まるでバナナのたき売りみたいなこういうようなことが公然と行なわれている。この薬価基準と実勢価格とはどうしてこんなに違うのですか。私はやはり薬価基準が高過ぎるのではないかとこのように考えますが、厚生省の所見をひとつ承りたい。

○松下政府委員 先生御案内のように、現在の薬価基準の定め方は、厚生省で中医協の御決定に従いまして行なっております。年一回の薬価調査に基づいて決定をいたしております。決定方式といたしましては、販売業の全数と医療機関の一定比率のものをとりまして、販売サイド及び購入サイドのほとんど全数調査をいたしておるわけでございまして、その調査の内容に基づきましていわれる九〇％パルクライン、これも中医協の御意見によつてきめておるわけでございますが、安いほうから数えて九十番目までの購入価格、その九十番目の価格をもつて基準を決定いたしております。

一方におきまして実勢価格の決定方法は、いま先生御指摘になりましたように、基本的にこれは自由競争による価格でございますので、ふだんの取引の状態あるいは支払の方法あるいは購入数量等によりまして非常に千差万別でございます。ある部分の調査におきましては、いま御指摘のような薬価基準よりも相当低い価格で購入しておるといふ実例もあるわけでございます。ただ、やはり薬価基準とあまりにもかけ離れた商取引が一部においてなされておるといふことにつきましましては、先生も御心配のように、これはやはり医薬品というものの信頼性にも関することでもございまして、必ずしも適当ではございませんので、私どももいたしまして、できるだけ妥当な価格で適正な販売方法がとられるようにという全体的な指導をいたしておるわけでございまして、そういう一安い価格で売られておるものにつきましては、一方で薬価調査におきまして、その実勢価格をできるだけ薬価基準に反映させる、それから一方

ではそういった不当な乱売的な販売方法が行なわれないように厳格なる指導をする、そういう両面の方法によりまして、できるだけ実勢価格と薬価基準とを大きな格差のないものにしていくという努力をいたしておるところでございます。

さらにまた、本年度からは中医協の御意見に従いまして追跡調査等を行ないまして、さらにそういった格差をなくしていくという努力を続けてまいりたい、かように考えております。

○小宮委員 それでまたある例を申し上げますと、ある大手製薬メーカーが東京の各問屋に対して当面の薬価方針を指示しておる内容を見てみますと、薬品別に三段階に分けて、A品目は原則として基準単価で売れるもの、B品目は一定の線を設けてそれ以上の価格で売れるもの、それからC品目は大幅に値下げして大量販売してもよろしいという、そういうような趣意書が出ておるわけです。したがって、こういうふうな値引きしても、乱売しても、これはやはり高い利潤があるのではないかと、こういうふうなわれわれは見るわけです。特にこの薬価の原価というのはいくらなのかというところに疑問を持たざるを得ないわけです。

昔から薬九層倍ということがあります。確かにいまはわかって、いまのわが国の自由競争の中では、お互いにそういう自由競争をすることによって価格のサービス、品質のサービスをするのが自由競争の原則ですが、その意味では、せっかく安く販売できるものでも安く売ってはいけません。薬価基準を設けてこれまでは高く売りたいというように、薬価基準そのものが、安く販売することが出来る薬品を薬価基準まで引き上げていって、そして高く売りたい、もうけるなら、どんなふうな言い方をするか、そういうふうな言い方をするか、そういうふうな言い方をするか、大抵薬価の原価というものを調査したことがありませんか。

で、適正なる競争によって、できるだけいい製品を安く提供させるということが原則でございまして、特にその医薬品のような商品につきましては、御指摘のような原価を調査すると申ししまして、医薬品のような特殊の商品につきまして調査すること事態、たとえば今後の新しい医薬品の開発についてどれだけの経費が適正であるか、あるいは医薬品のように流通の末端段階まで非常に慎重な管理、保管を行なわなければならないものについて、どの程度の管理費用を見込んで利潤を計算することが適正であるかという点につきまして、技術的にも非常に困難な問題があるわけでございます。

私どももいたしましては、先ほど申し上げましたように、原則的にできるだけ実態に即した実勢価格を反映できるように薬価調査に努力をいたしまして、そういった薬価調査を適正に薬価基準に反映させるといふことに主力を注ぎまして、御指摘のような薬価基準と実勢価格との乖離が起るということではできるだけ避けるようにする。

〔委員長退席、竹内委員長代理着席〕
いろいろな調査段階におきましますように、いま御指摘のような安く売られておるといふような実態がもし普遍的でありますならば、それは次の薬価調査におきまして必ず調査に反映するわけでございまして、そういうふうな方法によってむしろ薬価基準を下げていく、そういうふうな手段をとることが最も適当な方法ではなからうか、このように考えまして努力いたしたいと思っております。

○小宮委員 それでは、現行の薬価基準は九〇％パルクライン制を採用していますか。どうも私は、なぜ九〇％を採用するのか、しろうとですら何となく説明されても、いまの実勢価格と薬価基準とはあまりにも差があり過ぎる。その意味では、八〇％ではなぜいけないのか、七〇％ではなぜいけないのか。たとえば中医協の中でも、九〇％は高過ぎるから、五〇％にしてもいいではないかという意見もいろいろあるわけです。なぜ九〇％を採用したのか、その根拠について説明を求めま

うような状況もございまして、これに対応して比較できる数字は私も持ち合わせておらない次第でございます。

○小宮委員 現行の薬事法では一たん承認された医薬品については承認を取り消す規定がないのですね。したがって、たとえばこういった森永砒素だとか、クロロキンだとか、あるいはキノホルムだとか、こういうような薬については製造禁止されても、やはり登録から取り消すということは、やっていないのでしょうか。

○松下政府委員 いま御指摘のように、薬事法にはそういう明文規定はございませんけれども、本来の薬事法のたてまえから申しまして、厚生大臣が医薬品としての製造を承認するということは当然の前提として、その医薬品としての有効性を持ち、また、安全性においても、その有効性と均衡において医薬品として必要であるという判断をするという前提があるわけでございます。つまり、全体として医薬品としての有用性を認めた上で承認をいたすわけでございます。

したがって、承認をいたしました後において、あるいは予測し得ざりし副作用が発見されるとき、あるいは非常に耐性菌が増してまいりまして、医薬品としての有用性が低下してくるというような場合には承認自体その理論的根拠を失いますので、そういった場合には法の明文を用いずして行政法の一般原則に従いまして、当然取り消しをなし得るもの、これは法制局とも相談をいたしまして、法の解釈としてさように考えております。

ただ、ただいま御指摘のような、森永は食品でございすけれども、その他の問題になりました医薬品につきましては、こういった一度承認いたしましたものに對して法律の権限を發動するということは、やはり国の立場といたしまして相当慎重を期さなければならぬ性格のものでございすし、一方では、しばしばいわれておりますように、こういったものは、やはりそういう問題が生じました時点において、すみやかに適当な処置をとることが、国民の保健医療上より必要であると

いう考え方に立ちまして、たとえば御指摘のキノホルム等につきましては、その疑いが持たれた段階でメーカーを指導いたしまして、製造、販売を全部停止をさせる、そのような実際上の行政措置によりまして、国民医療上さらに敏速な処置をとって、できるだけ害を最小限に食い止めるというような努力をいたしておるような次第でございます。法律の解釈としては確定いたしております。

○小宮委員 だから、そういった薬害が発生した薬については、行政指導上の面から製造、販売は禁止しておるけれども、法律上登録されておるものは、そのまま残っておるということですか。そうですね。

○松下政府委員 これはケース・バイ・ケースでいろいろございまして、自発的に承認を取り下げて抹消したのもございす。それから形といたしましては、全部製造、販売を中止いたしました、そのまま残っておるというものもございす。

私もといたしましては、先生御指摘のように、実際に製造が行なわれていないものが現在形として残っておるということ、行政事務の簡素化の面からいたしまして、また国民の感情からいたしまして、必ずしも適当でないということも考えておまして、そのために昭和四十六年度から五カ年計画をもちまして、医薬品の薬効及び安全性の再評価というところで、現在なお製造を続ける意思を持つておる医薬品全部につきまして、メーカーから再度資料の提出を求めまして、再評価の事務を現在進行中でございす。そういった段階におきまして、メーカーが製造の意思を持たない医薬品はおのずから明らかにいたしますので、その段階におきまして全体的な整理をいたしたい、さように考えております。

○小宮委員 現在製造許可になっておる医薬品は、いま十萬という答弁をされましたけれども、実際に製造、販売されておる医薬品は、十萬のうちどれくらいですか。

○松下政府委員 約四萬品目でございます。

○小宮委員 そうすると、あと残りの六萬というのは、製造許可になっておりながら、実はそのままだ製造販売をされていない。ただ登録されたのは、そのままだ残っておるということなんですね。それは、いま薬事法の規定に取り消しの規定がないものだから、そのまま残っておるということなんですね。

特に私が心配するのは、そういうように薬害を起した薬について、そういう製造承認の登録がそのまま残っていれば、またいつこれを使わぬと限らぬし、往々にしてあるわけです。だからもう一度、この薬事法の改定をやって、現実に、十萬の製造許可をとっておる医薬品が、四萬しか製造販売されてないから、六萬については、そのままもう死文化してしまっているわけです。特に行政指導の面で、そういうような薬害を起した薬については製造、販売は禁止しておるというけれども、これも登録のまま残っているわけです。この際、そういった薬事法を改定して、その承認を取り消すというような措置がなせられぬですか。

○松下政府委員 これは御質問の前にお答え申し上げたようななかでございまして、先ほど申し上げましたように、現在そういうことも含めまして、薬効問題懇談会の答申に基づき、薬事審議会の中に特別部会を設け、さらに各薬効群別の専門家による調査会を設けて、全品目の医薬品についての薬効安全性の再評価をいたしておるわけでございます。

先ほど申し上げましたように、やはり製造するかどうかというのは、第一義的にはメーカーの意思にかかっているわけでございまして、非常に珍しい病気に使われる薬であって、それは生産量はないけれども必要だという医薬品もございまして、したがって製造されてないという短期間の実績だけで全部取り消すということも、これも適正を欠く場合もございすので、メーカーの意思と、それから客観的な医薬品としての適格性、両方の

面からこういうものは整理をいたすのが最も妥当であるという前提のもとに製造を継続する意思のある医薬品についてはメーカーからその有用性を証明する資料をさらに提出させて、その専門の委員会において御審査を願って薬効を再評価する、安全性を再確認する。同時にそういった意思を持たない医薬品につきましてはメーカーが資料を提出してまいりませんので、その段階におきましてメーカーが製造する意思がないということを確認いたしました。こういったものを全部承認あるいは許可の対象から整理する、そのような措置をとるべく現在作業を続けておる段階でございます。

御指摘のようなことは十分含みまして作業をいたすつもりでございます。

○小宮委員 いま答弁の中にありました薬効問題懇談会の問題ですね。これも四十五年の九月に厚生大臣の私的諮問機関として発足したものですね。そして四十六年の六月に再評価について答申がなされているわけです。しかし答申がなされてから、もう二年を経過しようとしているわけですから、その間のこの作業はどうなっておりますか。

○松下政府委員 御指摘の四十六年七月の懇談会の答申に基づきまして、さつき四十六年十月、中央薬事審議会、これは御承知のように薬務行政全般に関する厚生大臣の公的な諮問機関でございます。その中に医薬品再評価特別部会というものを設置いたしまして、さらに薬効群と申しておりますが、効能別の医薬品、これは約三十薬効群になりますけれども、その薬効群別の専門調査会といたしまして、第一には共通の事項を調査いたしました基礎調査会、それから薬効群といたしましてはビタミン等代謝性製剤、それから抗菌製剤、精神神経用剤、その各調査会を四十六年度に設けて、それから四十七年度には循環器官用剤、肝臓障害用剤、鎮痛剤、麻酔剤、アレルギー用剤、呼吸器官用剤、その六調査会、さらに本年度におきましては外皮用剤、ホルモン剤、消化器官用剤、そういった調査会をまずつくりまして、並行してこの再評価の作業を進めております。

これは御想像いただけますように、医学的には相当困難な精力の要する仕事でございまして、これがあまりにも制限的に解釈されますと、医療上支障を来たすというおそれもございまして、また、これがいままでのが、そのままほとんど認められる——学問的にそうなければけっこうでございまして、あまりにもゆるやかにしますと、その作業の目的にも沿わないという要素も出てまいりますので、ほとんど臨床の専門家がおもてでございますけれども、こういった方々の御意見に基づきまして慎重な審議を続けておる段階でございまして、こういったそれぞれの調査会の御結論を得次第、薬効群別に順次結論を出して作業を進めていく、そのような段階でございまして。

○小宮委員 新薬の申請件数は年間何件ぐらいあつて、承認されるものは何件ぐらいあるのか、ひとつ参考までに説明願いたい。

○松下政府委員 年間の製造承認の申請件数でございまして、一ころは非常に件数が多かったわけでございますけれども、四十二年以降次第に審査の基準をきびしくいたしまして厳格な資料を要求しておる関係もございまして、やや数が減つてきております。四十六年で申しますと、新開発医薬品、これはいままで全くなかった新しい物質を医薬品として使いたいという申請でございまして、これが約百件でございまして、それからその他の医薬品、これはいままですでに承認を得ております医薬品と大体同じような種類の医薬品でございまして、それが約六千件、それから四十七年で申しますと、新開発医薬品が約百件、それからその他の医薬品が約四千件、そういうような数字になっております。

○小宮委員 間違いないですか。

○松下政府委員 それから承認されました件数は、四十六年で新医薬品が約百四十、これは、新医薬品はかなり時間がかかりまして、前年度のがずれ込んでおる関係で、申請よりもふえております。それからその他の医薬品が約五千、それから四十七年におきましては、新医薬品の承認が約八

十、その他の医薬品が、これも前年度からのずれ込みがございまして約六千でございまして。

○小宮委員 この提出書類の審査を行なう審査担当官は何名ですか。

○松下政府委員 これは必要に応じまして——事務局の中の薬剤師の技官相当でございますので、忙しいときには動員をいたしましてやっておりますが、専任でこれに当たっております担当官は五人でございます。

○小宮委員 なぜ私がこういうような質問をするかと申し上げますと、いまのように申請件数が、四十六年でも六千件、四十七年に四千件ですね、新薬開発のものもありますけれども、五人くらいでこれを審査するとは、この人が年間かなりきりでも、六千件の場合に千二百件ですね。その間会議もあろうし、出張もあろうし、病気になる場合もあるし、あるいはまた休暇で休む場合もあるし、そういうようなことを考えると、これは年間だけを単位にはできませんけれども、一件当たりの書類の審査時間というのは、もうほんとうに微々たるものでね。

そういうようなことであるから、いろいろな問題が起きてくると私は思うのです。審査官というのは、そういうように時間がないから、メーカーから出された資料をそのままのみにする以外ない。うのみにして、それを審査して承認を与えた結果が、いろいろな素直を起こしているわけですから、やはりもっと審査担当官をふやして、製薬業者から出された資料をそのままのみにせぬで、もっと慎重にこの審査をする体制をつくるべきじゃないのか。そのためには審査官もふやそうし、予算もつけて、国民が安心して素直が起きないような十分な体制をつくるべきだと私は思うのです、どうですか。

○松下政府委員 御指摘のとおり私もいたしまして現在の審査事務は、相当担当官が仕事に追われておまして、これで十分であるとして申し上げるつもりはございませんけれども、ただ、いま御指摘の審査官の行ないます仕事は、こう

いった提出された資料に基づきまして、特に先ほど申し上げました約百件の新医薬品につきましては、そういった提出されております資料等が法令あるいは行政指導に従って整備されておるかどうかというような審査をいたしました上で、やはり中央薬事審議会の新医薬品特別部会の方にその傘下でございまして各専門の調査会に提出いたしましたので、その調査会で専門の方々にあります非常に慎重な審議がなされるわけでございまして。

これは大体毎週一回くらい忙しい先生方にお集まりをいたしておまして、それでもいろいろな追加資料等求めまして、時にありますと、先ほど申し上げましたように一年、二年の長期を要するといふようなものもあるわけでございまして、新規の医薬品につきましては非常に厳格な審査をいたしております。それからまた一般の従来ありますような医薬品につきましては、先ほど申し上げました四十二年にそれまでの審査方針をさらに厳格にいたしまして、その医薬品によりまして吸収、代謝、排泄の資料等を添付せよというふうな厳格な基準を課し、さらにその品質の確保をはかるための規格試験方法、そういったものを必ず提出させまして、これは自家試験をさせるための基準でございまして。

その試験方法につきましては、これは必ず専門の機関である国立衛生試験所で実際にそれを実施してみまして、その試験方法が適正であるかどうかというふうなことを検査いたしました上で、そういったことも含めて審査をいたしておるわけでございまして、必ずしもいま申し上げました五人の審査官だけで、こういった審査が行なわれておるといふものではございません。

また、新医薬品につきましては、特に添付いたします資料は、これは原則といたしまして専門の学会誌等に発表されまして、学会において、公的な権威を認められておるものに限って添付を認めております。そういうふうな非常に厳格な審査をいたしておるわけでございまして、なお御指摘のようない点につきましては、私も増員あるいは機

構の整備等につきまして努力いたしますと同時に、また、公的な検査機関といたしまして衛生試験所等をさらに整備いたしまして、国民に御心配をかけるようなことのないように努力いたしたい、そのように考えております。

○小宮委員 いま、中央薬事審議会の問題が出ましたけれども、わが国では、製薬メーカーとそういうような医学者との間にいろいろな齟齬があるという問題が、いまいわれておるわけですね。たとえば大学の医学の研究グループに対して、製薬業界からかなりの寄付金が出されておまして、こういうようなことから、いま私が申し上げたように、たとえば中央薬事審議会に審議するにしても非常におざなりになる、あるいはいろいろなわがやが出ているというところを、われわれ耳にしておりますけれども、やはりそういった各研究——国立大学です、国立大学の研究グループにすら製薬業界から寄付金が出されておる。金を申し上げてほしい、大学の名前を申し上げてもよろしくございまして、それは言いません。

だからそういうことでは、いま中央薬事審議会が非常に公正に厳格に審議されておるといふながらも、国民の目から見れば疑惑を持たざるを得ません。したがってこれは、文部省の関係になろうかと思ひますが、やはりそういうふうな研究グループが要する研究費用を、製薬業界からの寄付を受けて研究するというような体制では、これはもうもつてのほかだと思ひます。やはりこれは、十分研究がやれるように国としても予算措置をすべきであつて、そういう予算措置が少なからず、そういうような製薬業界から寄付金を受けて研究費の足しにしておるといふことでは、これは将来日本の医療というものをゆがめていく結果にもなりますので、その点だけは、文部省が来ておられますけれども、そういうことが万々ないようになつてもらいたいと思ひますが、どうですか。

○松下政府委員 御趣旨の点、文部省にも伝えま

○小宮委員　それでは、大臣が手持ちぶさたでおられるようですが、すでに御存じのように、中医協で診療報酬のスライド制導入問題をめぐって診療側委員と支払い側委員との間に意見が対立して、診療側委員から会長不信任が出てみたり、さらには中医協をボイコットしておるといふような事態が続いております。この紛糾しておる事態について大臣もだいたい努力しておられるようですが、大體診療側の態度が非常に強硬であるために、いま行き詰まっておるような状態だとわれわれは拝見しておるのです。大臣、この中医協の紛争は解決する見通しがありますかどうか、どういふふうに解決されるとお考えですか。

○齋藤國務大臣 御承知のように、中医師で医療担当者側が会長を信任しないという書面を私のところに提出いたしました。それ以来紛糾をいたしておるわけでございます。私も医療担当者側並びに支払い側、両方の方々にもお目にかかりました。公益側の方々にもお目にかかりまして、いろいろ御意見のあるところを承ったわけでございまして、対立点は相当深刻な、根深いものがあるように感じられるわけでございます。

そうした各側のいろいろなお考えに對して、私
 がいまとかく批判がましいことを申し上げるこ
 とは、かえつて事態を解決するためには適當で
 ございせんから、そういうことは触れることを差
 し控へさせていただきますと思いますが、私は現
 在の医療機関が公私ともに経営が非常に困難であ
 るという事情にあること、その他等のことを考え
 まして、一日も早くこの事態の收拾をはかりま
 して、中医協が正常な機能を發揮できるように努
 めなければならぬと日夜考え、またそうした方
 面の努力をいたしておるわけでございます。

○小宮委員　大臣は診療側が主張しておる診療報酬のスライド制について、診療側に対してこういうことを言っていましたね。四十六年七月当時の齋藤厚生大臣と武見会長との了解事項であり、当時の佐藤首相も確認しており、継続責任の原則からその趣旨の実現に努力する、こういうふうな言っておられますね。これは医師会の保険医総評退の收拾にあたって、当時の齋藤厚生大臣と武見会長との間の約束かもしれません。しかし、これは、中医協の中で支払い側委員、公益委員にも、正式にもはからないうまま、討議もされないまま厚生大臣が武見会長とそういうような約束をしたというところについて私は問題を感じますけれども、それは別にして、その当時の、いまの齋藤厚生大臣の前の大臣ですが、武見会長との間に約束された、密約事項ですかどうか知りません、われわれ

はあまり國民が知らぬから密約事項だと思つてゐるが、その約束された内容について、ただ診療報酬のスライド制の問題ばかりではないと思う。それをひとつこの際明らかにしてもらいたい。武井會長と前齋藤厚生大臣の約束した事項について。○齋藤國務大臣　これは四十六年の七月、総辭退のあとに、厚生大臣と武井會長との間に了解事項の發表され、この事項の了解にあたりましては、時の佐藤内閣總理大臣も確認をいたしておるわけでございます。これはもし必要がございますれば、その当時の了解事項というのを書面で差し上げてもけっこうでございますが、いろいろな項目

いとお述べになりましたような一診療報酬を物価、人件費にスライドしていくことについては、厚生大臣としても之が実現に努力する。」というような項目と、さらに「右実施についての了解細目」として「国民の連帯意識の高揚、生存期間の一貫保障、労務管理と社会保障の分離、負担と給付の公平、低所得層の有病率の高いことの考慮、医療従事者の質的向上」等々たくさんの実施項目があるわけでございますが、この約束には密約といつたようなものは全然ないと私も承知をいたしておるわけでございます。

そこで、この約束と私との関係になるわけでございますが、同じ自民党政権下にあるわけでございますし、あの当時の齋藤厚生大臣が約束したことに付いて、私に代がかわりましたが、あの当時の約束は知らぬのだというて避けるわけには私はいかぬと思うのです。やはり役所というものは、その責任は継続していかなるべきものである、かように考えておるわけでございますので、先般医療療担当者側にお目にかかりましたときにも、この紛糾しておる事態を解決するという意味ではなくして、一般的にこのスライド制については、以前齋藤厚生大臣のお約束しましたことは私も継続して尊重いたしますということを申し述べておるわけでございます。この中には密約などは全然ございませんで、もし必要がございましたら、書面を差し上げることにはいたしたいと思ひます。

○小宮委員 ややもすれば——たとえば今度の春
關共闘委が最後のストライキの収拾の段階で、春闘
共闘委の発表では、年金の賃金スライド制についで
は五十年をめどに努力する、こう厚生大臣が言っ
たというようなことで堂々と発表されているわけ
です。厚生大臣は、そういうような約束はした覚え
えはありませんと言うし、國民は何が何やらさう
ばかりわからない。

だから、たとえばこういうような文書で回答した部分、あるいは口頭でまあまあというようなことを言ったのか、口頭での了解事項とか、暗黙の

そういうような意味では、このことも新東の中心にあったのではないかというふうに私は勧めておるわけですが、これの中にはないようですけれども、これも昨年の改正案には出ていたわけですよ。今度は引つめております。この点については、そういうような約束は、責任の継続の原則からいってどうでしょうが、全然ないですか。

○齋藤國務大臣　公的地位にある方々かゝるい
な約束をしましたときに、密約などというものを
結んではならない、これは当然でございます。財
政調整につきましても、そういう文言はありません
んし、私はそういう密約はないと承つております

○小宮委員 大臣は、いまの問題にしても、この診療報酬の問題にしても努力すると言われておりますけれども、中医協はこれまで大臣の諮問方々をとっていないのですね。中医協というのは、いままで建議方式一本やりできているわけです。そうすると、そういうような中で大臣が努力をするのと、言明してみても、どういうふうな努力をするのか、

か。また、これは支払い側委員も公益側委員も大臣が診療側の委員に所信を述べておるだけであつて、支払い側委員も知らなければ、公益委員の方々もそういうようなことは知らないわけですね。そうすると、どういうふうにその努力をするのか。結局中医協の審議をそういうようなこと拘束することになるのか。具体的に、大臣が努力するということは、どういうふうな努力をするか、よくわかりませんので、教えてください。

○齋藤國務大臣　非常にむづかしい問題でござ

ます。が、努力するというのは、もちろんこの努力によって、私がいろいろなことを申し上げることによって、中医協を拘束するなどという考えは全然持っておりませんし、中医協は独自の諮問機関でございますから、独自の権能で活動をするわけでございます。したがって、私はそれを拘束するなどということはできませんが、努力のやり方については私はいろいろあると思うのです。

厚生省はこういうことを考えておるので、こういうこともひとつ考えてもらいたいというように、ことを会長を通してお願いをするというやり方もありましょうし、各側にお目にかかったときに、私は、こういう約束が継続して、私の責任でございますから、あなた方ももう少しこういうことを考えてくださいとか、それはやはりいろいろなやり方があると思うのです、努力の方式は、まあ一番いいのは、それは諮問するというやり方が一番いいと思うのです。それはもう単刀直入、私はこういうふうに考えているから、これについて意見を述べてくれ、こういうふうなことを言えば、一番端のいいと思いますが、いまの段階でそれをやると、また、これ、たいへんなことになるわけでございまして、その努力のやり方というのは非常にむずかしいと思いますが、私はまたやり方もおのずからあるわけでございまして、どういう努力のやり方をするのか、具体的に言ってみるというても、やはり言いにくいものもございまして、しかし、最大の努力はいたさなければならぬ、かように考えておるわけでございます。

○小宮委員 大臣も診療側にまたいようなことばかり言っておるわけでも、はたしてそううまくいくかどうか。その場をおさめるためにそういうようなことを言ったのか知りませんが、さらに大臣は、最近の賃金、物価の動向にかんがみ、診療報酬の改定はすみやかに実施するということも言明しておられますね。

そうしますと、私が思い出すのは、中医協は非常に長期間にわたって再開されないという事態が発生した場合に、これは以前、神田厚生大臣が職

権告示で医療費の改定を行なわれたときがあります。そうしますと、大臣はこちからは、診療側にはこうこう努力すると言っておる、こちらではまた、その診療報酬の改定をすみやかに実施する、こう言っておる。そうすると、中医協はなかなか再開できない、いまのようなことでは相当の問題があるようです。そうなる、やはり、いいいよ大臣が、国会が閉会にでもなったあとで、職権告示で診療報酬の改定を行なうのではないのかという——これはまあ齋藤厚生大臣はそういうようなことは万々ないと思えますけれども、前にそういう前例があるだけに、私ちょっと気になりますので、その点は、いいえ絶対にいたしません、そういうようなことはありませんというお気持ちがあれば、はつきりここで言ってもらいたいと思う。その点、ちょっと気にかかるところがありますから。

○齋藤國務大臣 私は、最近の賃金、物価その他の経済状況からかんがみまして、できるだけ早い機会に診療報酬の改定をやっていたきたいと思っております。この旨は私は、医療担当者側にも、支払側にも、公益側の代表である会長にも、実は個別にお願いをしておりました。しておたわけでございまして、こういう事態になっております。そこで私も一日も早くと思っておりますが、長引いたら待っておれぬから、おまえは職権でもやる考えがあるかといったふうなお尋ねのようでございますが、私は職権でやるということにはよくないことだと思っております。いやしくも中医協という機関が法律に基づいてできておるわけですから、その中医協の御意見というものを無視して職権で医療費を告示する、そんなことはもう全然考えておりません。この点は、はつきりさせておきたいと思っております。

○小宮委員 それでは、健保の改正案について質問をしますけれども、今回の改正のねらいというのは、これまでの政管健保の赤字を解消するため二千八百億に及ぶ累積赤字をたな上げする。それと同時に、保険料を値上げすることによって九

百六十六億の増収を見込み、さらに国庫補助を一〇％増すことによって八百十一億の増収をはかる一方、給付改善による五百九十三億の支出増と単年度赤字を差し引いても、なお十億の黒字財政にしようとするものだというふうないろいろないわれしております。私もそのように理解しておりますけれども、それは、改正案によった場合に政管健保の収支の概要はどうなるのか、ひとつ説明願いたいと思っております。

○江間政府委員 お答えいたします。政管健保の対策が原案どおり実施されたと仮定しますと、満年度ベースで大体均衡するということになっておりますが、たとえば満年度ベースの場合で申し上げますと、改正前の収支の見込みは、大体構造的に一千七百七十九億円の赤字になることになっております。それに対して、診療報酬の上下限の改定、これにより増収が四百九十億円ほど見込まれるわけでございまして、そうして定率国庫補助の導入によりまして八百七十三億円の収入がふえます。

一方、給付改善によりまして支出増は七百二十四億円でございまして、さらに保険料の増収でございまして、これによりまして増収が五百四十八億円で、その内訳は、保険料率を千分の七十から千分の七十三に引き上げます部分が三百三十二億、特別保険料の部分が二百十六億円となっております。以上申し上げたように、このまま放置いたしましたならば生じるであろう一千七百七十九億円の赤字に対して、増収とそれから給付改善によりまして支出増、そういうものを差し引きますと、八億円の黒い黒になるというところであります。

○小宮委員 この累積赤字をひとつ年度別に数字を示してください。

○江間政府委員 昭和三十九年度から申し上げます。昭和三十九年度が百七十三億、四十年が六百六十九億、四十一年が九百七十八億、四十二年が一千九百九十九億、四十三年が一千八百八十七億、四十四年度が一千三百三十九億、四十五年度が一千七百八十六億、四十六年度が

一千九百八十億、四十七年度はまだ決算が済んでおりませんが見込みでございまして、大体二千八百億円の予定でございまして。

○小宮委員 この改正案によりまして、弾力条項の発動は診療報酬の改定や給付改善その他緊急の場合に限って実施するということがいわれておりますが、この点について大臣は、本年度医療費の自然増は八・九％に対し保険料収入は一二・三％にのぼる見込みであるので、医療費の改定がなければ収支は保てる、こう説明してあります。しかし、昨年並みの一二・二％の改定があった場合は約百八十億の赤字が出る、これが予想されるということ、説明がいろいろ委員会の質疑の中で出されております。そういうような意味では、それでは一二・二％の改定があった場合はこの百八十億の赤字が出る。診療報酬の改定が何％くらいまでならば弾力条項の発動はしなくても済むのか。その点どうですか。

○江間政府委員 その点につきましては、いままで何へんもお答えしてあるところでございまして、大体保険財政の収入の増を対前年比で二・六％くらい、のを見込むといたしまして、そして標準報酬の最高限の改定が適切に行なわれるという前提で考えますと、医療費のいわゆる自然増を大体九％程度と考えまして、そこら辺から大体六・七％ぐらいの医療費の改定にはたえらるるのではないかと、いうふうに考えております。

○小宮委員 この弾力条項の保険料率を〇・一％ずつ上げると、国庫補助率が四％ずつふえていくわけですが、この〇・一％と〇・四％との兼ね合い、これは何か根拠がありますか。

○北川(力)政府委員 弾力条項といわれるものによつて保険料率を〇・一％上げました場合に改正案では国庫の補助が〇・四％つくことになっております。これは一つは基本的な御了解願いたいことは、弾力調整規定を援用する場合は、いまお話しにありました診療報酬の改定でありますとか、あるいは医療給付内容の充実でありますとかそういった場合に行なうわけでございましてけれども、

その場合には当然にやはり負担増が伴ってまいります。それについて従前と違っておりまして、とにかくそういう場合には保険料負担、つまり労使の負担に加えて国も応分の負担をつき合うということがまずあるわけです。そのつき合う率が〇・四％でいいかどうかというお尋ねだろうと思うのでございます。

これは四十八年度ベースで考えてみますと、〇・一％保険料を上げました場合に、満年度でその財政効果は約百十億円。労使折半で五十五億円ずつでございます。これに對しまして〇・四％は約三十五億円に当たっておりますので、大体被保険者負担あるいは事業主負担の五十五億に對して、その程度のものをつき合うということでございます。

それで、どうしてそういうことになるかということになりますと、絶對的に〇・四％でなければならぬという絶對的な理由はあるいはないかもしれませんが、いま申し上げましたように、とにかくそういう率で国が医療會計とか保険給付内容の充実の場合の労使の負担に国も補助をする、そういうところに大きな意味があるわけでございます。いまのようなことも、そのつき合う率はまず労使の負担に大体近い線までつき合う、こういうようなことになっておりますから、そういう意味でその基本的な意味と、また〇・四％の大体の意味するところを御理解願えれば幸いであると思ひます。

○小宮委員 料率が〇・一％上がった場合に百十億で、労使折半して五十五億、そして今度国庫補助率のはうは〇・四％上げた場合、三十二億と私は見ておるわけですが、三十五億と言われれば、まあそれはそれでいいですが、その場合、何も根拠はないわけですね。ただ近づけたというだけの話であつて、かりに五十五億、労使折半分の五十五億負担するとした場合には〇・四％はどういうふうに数字が変わりますか。

○北川(力)政府委員 大体〇・六％を少し上回る程度だと思ひます。

○小宮委員 これはやはり政管健保の場合に、ただでさえ中小企業に働いておられる方々の生活というのは非常に苦しいし、しかも、やはり大手企業に比べて、組合健保の方々に比べれば賃金の上昇率も低い。したがつて、そういうような立場から見れば、この〇・四％の根拠にしても、ただ近づけたというだけでは、はつきりした、われわれが納得するような根拠はないわけです。そういう意味では、私はやはり少なくとも折半分の五十五億に近づくように〇・六％ぐらいまでは引き上げるべきだということに考えておりますけれども、実際の財政状態からいって、国が〇・二％上げても、これはもう金額にしては微々たる問題ですから、この問題についてもそういうような、もう少しふやすような考え方をしてもらいたいと思ひますが、これについては、大臣にひとつ、そういうようなことはどうしても〇・四％でなければいかぬというような考え方があれば、その考え方を承つておきたいと思ひます。

○齋藤國務大臣 この問題はたびたびお答えいたしましたように、将来の労、使、国との負担割合というものをいろいろ考えまして、今後は労、使、国、すなわち三者三泣きの金額にしたらどうだろうかということでも〇・四％ということにしたわけでございます。五十五億、五十五億と、大体三十五億。そこで、これは先ほども局長から話のありましたように、〇・四％でなければならぬという根拠はありません。できるだけ三者三泣きの方向に今後は持っていきたい、こういうことで考えたわけでございます。

ところで、先般橋本修正案が提出されておりますが、それによりまして〇・六・〇・六ということになりまして、金額的にも三者はほぼ同額、たしか〇・六が五十五億に近い、五十五億よりちょっと減るかと思ひますが、まあ五十五億に近い額になるわけで、ほんとうに名実ともにいいですか、三者三泣きみたいな額になるわけでございます。そこで、この橋本修正案につきましては、皆さまの御協力をいただいて成立いたしました暁には、

私としてはこれを尊重し、同意をいたしたい、こういうふうな考へておるような次第でございます。

○小宮委員 その橋本私案ばかりでなくて、われわれも強く要求するところですが、特に家族給付の六割の問題、これにしても、これは七割をわれわれは強く要求しておるわけですが、橋本私案では、来年の十月からということでございますが、ことしの十月から実施した場合に、この弾力条項はどうなるのか、いまの弾力条項を發動せずに済むのか、七割にすれば發動しなければならぬのか、来年の十月から実施するとすれば、弾力条項を發動せずに済むのか、ことしの十月からやれば發動しなければならぬのか、發動するとすればどのくらいの料率引き上げになるのか、ひとつお答え願ひたい。

○北川(力)政府委員 今度お願いをいたしております改正案で、いわゆる料率の弾力調整規定が実際に適用されますのは、四十九年度以降の財政収支に關連してでございます。そういう意味合で、いまお話にありましたように、かりに七割給付というものを本年十月からというお話がございましたが、そのことによる本年度じゅうの弾力調整規定の具体的な援用というものはないと私は現在のところ考へております。

ただ、そういう場合におきましても、四十九年度におきましては、この七割の給付の問題は満年度で影響してくることは事実でございます。それからまた、四十九年度十月、すなわち橋本私案にございませうなかつたことになりました場合には、もとより四十九年の十月からの分について七割に給付が上がるわけでございますから、その分については当然に給付費がふえてくる、そういう状態になるわけでございます。したがつて、四十九年度以降のこの弾力調整規定の援用ということになりますと、四十九年度以降におきましては、そういうケースが予測される、つまり本年度じゅうではなくて、来年度におきましては当然にそういうことが予測される、こういうように私ども

も考へております。

なお、いろいろケースがございしますが、これを来年度十月から行なつた場合に政管健保でどの程度の負担になるかということにつきましては、社会保険庁のほうからお答えを申し上げます。

○江間政府委員 四十九年度につきましては大体四百億ぐらいの支出増になるかと思ひます。

○小宮委員 それから昨年末、社会保険審議会が健保改正についての意見書を厚生大臣に出しておりますが、この意見書では、これは保険料率の引き上げとか、特別保険料の徴収、弾力条項には反対である。しかし、反対意見があつたにもかかわらず、改正案でそのまま意見が無視されて繰り込まれておるし、一方、審議会が満場一致で答申をしておるところの家族の七割給付は実現されてない。

私、いつも思うんですが、審議会、審議会と審議会がたぐさんあるわけですが、政府は都合のいい場合は、審議会の意見を尊重するとか、自分たちの都合の悪いときは審議会の意見を無視するとかいうような、どうも政府は審議会を隠れみのに利用しておるような感じがするんですが、大体大臣、この社会保険審議会というものの存在をどのように見ておられるのか、ひとつ所見を聞いておきたいと思ひます。

○齋藤國務大臣 審議会は、厚生大臣に対して社会保険に關するいろいろな建議なり、諮問に答えたりする一つの機関でございます。私は関係各方面とも非常に見識のある御意見を寄せていただいております。しかし、この審議会の御意見がなかなか満場一致で出てこないのでございます。労使それぞれ意見が違ふ、公益側もまた違ふ、こういうわけ、いろいろな答申が出るときは並行答申なんというおかしなことがば——おかしなと言つちや、これまたしかられるかもしれないが、そういうさまざまな意見がばらばらで出てくるという面があるわけでございます。そういうことで、全

会一致で来るなら、これまたわかるんですが、必ずしもなかなかそうもいかないという面もあります。

そういうようなこともありまして、私もこの審議会の意見をもとにして案をつくり出すときには、まあ大体大方の意見はこの辺かなあということに十分踏まえて案をつくる、こういうことになっておるわけでございますが、私にとりましては、それにしても非常に大事な機関であると考えております。

○小宮委員 それでは、ひとつ具体的に計算をして教えてください。

今度は標準報酬の上限も現行の十万四千円から二十万円に引き上げた。したがって、かりに標準報酬月額二十万円の人は、今回のたとえば特別保険料、標準報酬の改定、保険料率の引き上げ、これを、この改正案によった場合に、幾ら負担がふえるのか、ひとつモデル的に計算してください。

○江間政府委員 お答えいたします。

標準報酬二十万円の方は、従来は十万四千円で計算しておったわけでございます。現行の保険料月額は三千六百四十円であつたわけでございます。このたび標準報酬の最高限その他のいろいろな改正が行なわれまして、その結果といたしまして、保険料月額のもろもろの統計は七千六百三十九円になります。

○小宮委員 これは全部入れて……

○江間政府委員 全部入れてでございます。

内訳を申しますと、上限の改定によります分が三千三百六十円、それから保険料率千分の三上がることによる分が三百円、それから賞与に対する分が三百三十九円ということでございます。賞与はいま十二分の一を申し上げたので、これを十二倍いたしますと、七千六百三十九円になるわけでございます。

○小宮委員 これは個人の負担分ですね。二十万円の標準月額の人ですね。

○江間政府委員 被保険者の負担分でございます。

○小宮委員 それでは、今度は健康保険法の改正だけでなく年金法の改正も出ているわけですね。そうすると年金法の改正も加えた場合に、この人は両方合算して幾らの負担になりますか。

○北川（文）政府委員 ただいま医療保険部長から申し上げましたように、賞与の問題は、いま三百三十九円でございますが、一応賞与を別にいたしますと、健康保険の方で二十万円の方が三千六百六十円増になります。それから厚生年金のほうで三千六百十二円、合計いたしました七千二百七十二円でございます。

○小宮委員 それから大臣は、社会保険審議会の総会で、家族給付率を一部アップの六割にとどめたのは、政管健保の財政基盤が弱いのであつて、しかし今回の改正案が成立してから両三年以内には七割給付を実現するということを言明されておるわけですね。もちろん橋本私案は来年の十月からということでありまして、そういうのであれば、今度のこの健康保険法の改正案の中で、もう大臣がはっきり両三年以内には実現すると言っておるわけですから、ひとつ大臣からはっきり、来年の十月から実施するのならということをおっしゃいませんか。大臣は両三年と言っておるが、両三年というの、来年も両三年の中に入るわけですから。

○齋藤國務大臣 私は、財政負担も相当かかることとでございますから、この法律制定後七割給付を目ざして努力しますということを書いてまいってきたのでございますが、橋本修正案によりまして、来年の十月からということが出ておるわけでございます。

そこで、いま私はそれに——普通でございますと、賛成だということをおっしゃらない立場にあるわけでございます。大体そういう修正案が、成立したときに政府の意見というものを申し上げるといふのが普通のたてまえでございますが、私は、いまから申し上げていってもけっこうだと思うのです。

すなわち、皆さんの御協力によってそういう修正案が成立すれば政府としては同意をいたします。

す、こう申し上げる次第でございます。

○小宮委員 いや、橋本私案とは別に、大臣は両三年以内には七割給付を実現しますという答弁をしておられるものですか、それでは両三年というその時期を明確にしてほしいというのが私の質問なんです。橋本私案というのがぐくつたようですけれども、これは技ぎにして、両三年と言っておられるけれども、いつから七割給付にするのか、大臣の考え方を聞ききたいと言っておるわけですから……

○齋藤國務大臣 橋本修正案がかりに成立しないということになりますれば、政府は独自の案を来年度提案をする、こういうことになるとおもう。

○小宮委員 それでは大臣、ボーナスによる特別保険料の徴収についても、大臣は当分の間ということをおっしゃるわけですが、当分の間といつても、これはやはりわれわれの立場としては明らかにしてももらいたいと思うのです。当分の間というのは、いつまでですか。この点いかがですか。

○齋藤國務大臣 法律の文言の当分というのは、ほんとうの当分でありまして、二年の場合もあり、五年の場合もあり、十年の場合もあるというようになつてございます。要するに財政が安定するまで、こういうふうな気持ちでございます。すなわち、財政安定が確保されるようになったら、やめましよう、こういうことでございまして、何年になりますか、これは明示できないというのが当分という意味であるわけでございます。

○小宮委員 その暫定の財政が安定するまでということですが、いつになったら財政は安定するのですか。この健保の改正案というのは、そういうような長期的な財政の安定の見通しの上に立つてやられたのじゃないですか。

と書いておるわけでございます。その点はまあしばらくといたつたふうな意味に御了解願つておきたいと思ひます。

○小宮委員 大臣が、そういうふうな答弁をするから、この今回の改正案というのは、ただ収支のバランスを数字のつじつまを合わせたただだ、だから一兩年のうちに必ず均衡が破れてしまうという批判が強いんです。われわれも審議する立場として、すぐパンクするような今回の改正案を審議しても——これはいま言っておられる弾力条項を設けた趣旨もそこにあるのでしようけれども、われわれから言わせれば、弾力条項にしたって、政府が、毎年毎年健保の改正を出す国会でいろいろうるさいから、まあこの際弾力条項を設けて、二年なり三年なり、五年なりになるか、ひとつこ

で厚生大臣の権限でひとつやっていると、ものをつくっておこうというのが弾力条項で、もしんどうに国民が納得して、われわれが理解するような赤字であれば、遠慮なく、毎年こういうふうに赤になりましてから、こういうふうに変更いたしますというふうな提案がされるはずなんです。

したがって、そういうふうな健保財政というものを長期的な見通しの上に立つてやつてもらわないと、もうすでに先ほど言われておる弾力条項の問題でも、診療報酬がすでに六、七%までなればいけれども、それ以上上がったら、もうすでに弾力条項を発動しなければならぬ。また給付改善をしたって、六割を七割にすることに、よつてまた弾力条項を発動しなければいかぬというふうな問題について、幾らわれわれが審議しても、すぐ来年そういうふうになる。現在、診療報酬改定だつて、おそろく目の前に来てるわけ

です。その意味ではやはり今後そういうふうな赤字が出た場合は、国庫補助をふやしていくというふうな考え方を待つてもらわないと、もう来年はパンクするような見通しのある健康保険法改正案をこで審議すること自体がどうも、そういうふうなあやふ

やな、ほんとうに安定しないようなこの改定案を審議することがどうかという感じがするのです。健康保険財政の安定をはかるために、もっと長期的な見通しの上に立っての改正案というものを提出してもらわないと困ると思うのですが……。

○齋藤國務大臣 私どもの提案いたしておりますいろいろな施策を認めていただければ、最低五年は安定できる見通しである、かように確信をいたしております。

○小宮委員 五年間、それではこの高額医療費の問題ですが、高額医療費の問題についても、私何を根拠にして——これは政令の云々ということがいわれておりますけれども、この高額医療の三万円にしても、私はやはり問題があると思うのです。ほんとうにいまの政管健保の組合員の方々の、これは労働省がおればいいのですけれども、平均収入がどれくらいあるのか。この政管健保の組合員の現在の平均月収というのはかなり低い。そういうような中で、三万円の自己負担というのも、これは非常な負担だと思うのです。だから、その意味で三万円という根拠、なるほど、こういうふうになっておりますね。自己負担額は政令で定める額をこえるときは、一定の割合で医療費を支給することができるということで、その政令で定める額が三万円になっていきますから、三万円以上の高額負担になったというふうになるわけですが、三万円の根拠というのはいくらあるというふうにか考へたのですか。

○北川(力)政府委員 大体三万円というふうに見込んでおりますのは、政令でそのようにきめようというふうな趣旨であります。これは一つは実績があるわけですね。実績がどういふことかと申しますと、政府管掌健康保険の被扶養者の場合に、四十六年度の実績をいたしまして一日平均の入院費が約三万円弱でございます。これは通常の入院費でございますので、これを基礎にいたしまして大体一日三万円でございますから、その六割給付をいたしまして、自己負担額が一日一千円をこえ

る程度、そういうことでございますから、私どもはこういう実績から考へて、おおよそ一日に千円程度のものは通常の入院費でございますので、その程度のもは御負担を願えないものであろうか。こういうことで、大体一カ月三万円程度のところを標準にして、それをこえる分については高額療養費として償還払いをする、こういうところを一つのメルクマールとして考へたような次第でございます。

もちろん、この点にはいろいろ議論があるかも知れませんが、大体そういったところが、昨年も考へましたし、今年度も考へました一つの基準でございます。

○小宮委員 私はそういうような実績から云々ということを言われますけれども、やはり政管健保組合員の負担の限度内というふうな考へ方に立たないと、三万円でもこれは二カ月、三カ月、半年、一年とくと相当な負担額でありまして、政管健保の組合員にしてみれば、それはほとんど負担の限界以上の金額です。したがって三万円にしても、私は特に考へてもらわなければならないことは、たとえば各人の標準月収がおりますね。平均月収が五万円の人もおおし、そういった人たちが、二十万円の標準報酬の人あるいは五万円の人、この人たちが同じ三万円ずつ負担するということにも、これは問題があると思うのです。しかもそれが一カ月くらいならまだしも、一年も二年も続く場合に、五万円の人たちが負担する能力があるかどうか。

したがって、そのいま言われた三万円にしても、先ほども意見も出ておりましたけれども、そういうような平均月収の多いか少ないか、多寡によつて、あるいはその治療期間が短い長いによつて、やはりこの三万円の減額措置あるいは免除措置、そういうようなものを当然考へなければ、せっかく高額医療制度というものを設けて、皆さん一応は歓迎しておるのですけれども、もっともつとやはりそれがもう少し血の通ったきめのこ

まいところまで私は検討してもらいたいと思うのですが、どうですか。

○北川(力)政府委員 ただいま、御承知のように高額という概念につきまして、これはやはり相対的な概念であるところから、私どもの専門審議会である社会保険審議会にこの案を提案いたしましたときにも、その答申の中で一部の御意見として所得に比した金額を考へるべきであるという御意見がございました。それからまた、いまお話をいたしましたとおり、長期にわたるものにつきましては何か月間で切つて、そのあとはすべて免除するというような御意見もございました。いろいろこの高額療養費の償還払いという制度は、相当現在の時勢からいまして実効を發揮しなければならぬ制度でありますだけに、今回のこの制度の発足にあたりましては、私どももそういったむずかしい問題点をいろいろ考へておることは事実でございます。

ただ、何ぶんにも新しい制度でございますし、的確に制度を発足させるというふうな意味合いで、現在考へておりますのは、現在の医療保険の制度に乗った形で、償還払い、またレセプト一件について三万円というところを一つのメルクマールにして、この制度の正確な発足を期したいというのが、現在におきます私どもの偽りない気持ちでございます。

ただ細部につきましては、どういう仕組みをつくるか、そういう点は政令事項でございますし、また政令をつくるときには社会保険審議会に諮問いたしますので、そういう過程におきまして、そういういたきめのこまかい詰めをやらなければならぬわけでございますが、とにかく制度の発足をやりまして上で、いろいろ長短がございますから、そういう問題につきましても十分検討して、この制度が真に期待に沿うような実効を發揮できるように、私どもは漸次その中身について検討を加えてまいりたい、このように考へておりますのが現在の考へでございます。

○小宮委員 新しい制度がもう発足するとき、こ

ういうような問題は、やはりはっきりさせておかなければ、新しい制度が発足してからは、いままわけておりますけれども、もう一たび発足すると、それがなかなか改正しにくい。まあそれは政令ですから、法律とは違ふからやりやすい面はありましようけれども、しかし、私がいま言ったようなことは全国民が強く要望しているわけですから、それでは検討することを約束しますか。

○北川(力)政府委員 ただいまお答え申し上げたとおり、つまりこの制度を現在の仕組みに乗せて的確にスタートさせたいという気持ちが私どもは基本にあるわけでございます。ただ、政令事項でありますこと、それから専門審議会である社会保険審議会でも十分に審議をいたしたということがございますから、その過程におきまして、ただいま先生のおっしゃったような御意見はすでにあるわけでありまして、どういふかっこうでそういう意見を処理していくか、これは検討しなければならぬと思ひます。

ただ現在のところでは、私どもはまず制度を発足させて、その模様を見て将来の手直しをしていく、これが現在の段階でございます。まあ検討しながら制度の発足に備へたい、こういうことでございます。

○小宮委員 それはぜひひとつ検討してもらいた

い。それから、この高額医療費は三万円以上の超過部分を結局保険で払い戻すということになっていくわけですね。そうしますと、被保険者が病院にかかったとする、そしてたとえば三十万円、五十万円支払いの請求が来たら、一応は各人がその三十万円なり五十万円の治療費は払って、そのあとで保険からの給付を受けるという形になるわけでしょう。そうしたら、どうですか、三十万、四十万、五十万の金をこいうような組合員が右から左に返ってくるわけですが、しかし、保険からこうこうして払い戻しがありますので、そのときお返ししますから、ひとつお金を貸してくださいという

ことで、その人は四方八万手を尽くしても、そう簡単には三十万、四十万という金はなかなか借りられませんよ。それに保険給付の払い戻しが、すぐ翌月に払い戻されるかどうかともわかりません。そうすると、一カ月なり二カ月なり毎月その三十万なり四十万の金をくめんするほうはたいへんなんだ。

〔竹内(黎)委員長代理退席、委員長着席〕

そこで、そういうように本人がその三十万なり四十万の金を支払う形を取りやめて、本人はやはり三万円払うというような方法が技術的にできないか。技術的な問題もあるかと思うのですが、ぜひこれをやってみてほしい。そうしなければ三十万、四十万、五十万の金を、毎月そういうような組合員があらちちらかけず回って金を借りてきて、高利貸しにでも借りたら、たいへんです。そうして払って、あとで給付を受けて返すというても、高利貸しに借りたら一割くらい利子がつく。それが二カ月、三カ月となつたらたいへんです。そういうような点、どうですか。三十万請求が来たら、本人は高額医療費の三万円を支払う、それだけで済ませるといふようなことは技術的にできないのかどうか、どうですか。

○北川(力)政府委員 今度の家族の高額療養費について、いまお話しのように三万円自己負担だけして、あとは現物給付にするというところでございますが、この問題は技術的に不可能であるかと言われますと、私も絶対不可能であるとは言えません。ただ、現在の医療機関の窓口のいろいろな事務、あるいはまたこの医療機関に患者さんがかかる場合のいろいろな手続、あるいは医療機関の診療費請求の手続とか、そういうことをあれこれ考えますと、将来そういう請求事務の簡素化とか、あるいは各種保険公費負担医療の請求の一元化、そういう問題が相当程度整備された場合なら別でございますけれども、現状ではなかなか、絶対不可能ではないにしても、かなりわずらわしい面が患者さんの側にもございますし、また医療機関の側にもあると思います。

でありますから、私はいま先生がおっしゃったように、三十万、四十万の例がございましたが、確かにこれは大きな問題だと思ひます。しかし、現在はいくつかの制度がないわけでございますから、とにもかくにも償還制度という形ではございまして、こういう制度を今度はつくるわけでございます。でございますから、こういう制度をつくるにつけて、それから、いまのお話にもありましたが一たん支払われたあとではできるだけ早くこれを償還する、こういうことを考えていくのが、現在の段階では最善とは言わないまでも改善の策ではないだろうか、かように考えております。

どれくらいの間で償還できるかということも、いろいろ当委員会ではすでに御議論があったわけでございますけれども、どういう仕組みをとるか、これまた今後の改正法の実施の問題でございますが、何とか早く御本人の手に渡るように、そのことをひとつ十分きめこまかくきめまして、円滑な償還払いができるようにそのほうのことをむす重点的に考えたい、このように考えておるのが現在の段階の考えでございます。

○小宮委員 特に中小企業においては別段貸し金制度があるわけではないし、銀行に金を借りに行くといつたって担保もない、家もないというようにな人たちに銀行も貸しません。どこからその金を融資するかといふば、一番手っ取り早いのは高利貸しなんです。高利貸しに行けば一割も利子を取られる。そういう中で、いま言われたように、今月のもので来月の支払いに間に合うように給付があればいいけれども、それともいまの場合にはつきりしないのでしょう。たとえば今月分を支払って翌月返ってきたやつで、また向こうに支払わなければならない。そういう期間がどうなるかということが問題です。

それともう一つ考えてもらいたいのは、そういうような高利貸しに依存して金を借りる、その分だけ高利貸しに利子を取られる。四十万としたら四万利子を取られる。そうするとその人は、三万円の医療費と四万円の利子を支払えば七万円です。

す。先ほど標準報酬は中小企業の場合は幾ら取られているか、五万円でしたか六万円でしたか、そちらのほうにみんな取られてしまふ。生活はどうしますか。したがって厚生省関係で、何かそういう資金を貸し付ける制度を利用するようなことはできないのですか。たとえば世帯更生資金とかいろいろな更生資金とか何とか、何かないのですか。

○北川(力)政府委員 貸し付けの制度のお話はまあ別に置まして、先生の想定いたしましたように、相当長期間にわたって高額なお金がかかる病気が続く、こういう前提があるかと思ひます。私どもはいま申し上げたように、この償還払いを大体どのくらいのタームで行なえるかということになりますと、これは一つのやり方でございますけれども、かりに六月なら六月に診療を受けられまして、そこで二十万なら二十万金がかかったという場合に、現在できるだけ早い形でこれを償還するといいたしますと、おおよその見当でございますけれども、少なくとも一カ月余りあるは一カ月半ぐらいで御本人に償還できるぐらいの仕組みができるのではないだろうかということで、いま検討しております。

したがって、そういうことがかりにできると、最初の資金のくめんといい点は確かにございまして、けれども、そのあとは、先生のいま想定されました長期にわたる場合でも、これは償還払いがそういうタームで行なわれれば、あとは資金がころがっていくわけでございますから、一番最初の問題が確かにございまして、あとはかなりこの制度は償還払いによりまして、実際の効用を発揮するのではないかと。したがって、先ほど申し上げましたように償還払いをできるだけ早くやるということ、この元金償還制度をとる限りは、私ども今後この新しい制度を実施するにあたりまして最も肝要なことではないか、このように考えて、その辺の方法についてのきめこまかい詰めをした、このように考えていることを申し上げたいわけでありまして。

○小宮委員 先ほどの答弁の中でも、四十六年度の政管健保の組合員の平均標準報酬月額額は五万六千六百六円であるという答弁がありました。そうすると、その中から三万円を高額医療費で払う。それは最初の一月か二月になるか知りませんが、やはりそのほかに三万、四万払って利子まで負担しなければいけぬということになると、この人たちは何で生活していくのかということが問題です。

だから先ほど私が言うように、たとえば標準報酬月額の多寡によつてこの人たちは二万円にするとか、あるいは一万五千円にするとか、あるいは二十万取る人はもうちょっと上げるとかというように、上げることは私反對しますが、しかし、少なくとも三万円という根拠自体が先ほどからの質問でも明らかに根拠はないわけで、ただ近づけたというふうなことですから、それはどうですか、局長さん考えられて、あなたがその身になつてもたいへんなことですよ。皆さん方ただ三万円負担するといふものだから、三万円だけ払えばいいという考え方をみんな持つておるのです。そうではございませんよ、これは皆さん方初めこう言うて、一応皆さんが三万借りようと、五十万借りようと、六十万借りようと、皆さん方が払うのですよと言つてびっくりしてしまふ。それはそれでしょう。この点はぜひとも何とか考えてもらわぬと、せっかくの三万円の高額医療費の問題が、えつてそつぽを向かれ、悪評を買うような結果にもなると思ひます。

いま言つておるように、平均月収の多寡によつて、あるいはまた期間によつて短縮するとか、免除するとか、減額するとかという問題を、ぜひとも考えてもらいたいということ、もう一点は、いま言つておるこの人たちに對して、何らかはかの貸し付け制度みたいなものは、たとえば厚生省のいまの制度の中で、ここからひとつ借りて払つてくださというふうな、金利の安い融資の方法が考えられないかどうか、くどいようですが、この点どうでしょうか。

○北川(力)政府委員 確かに私も考えまして、いま小宮先生からお話がありましたように、この高額という概念をどういうふうにとらえていくかということは生活の実感からいまして、非常に重要な問題だろと思ひます。そういうことと、それから先ほどから申し上げておりますとおり、反面現在の保険制度の中でこの新制度を動かしていくわけでございますので、やはり保険の中でできるだけスムーズなものの処理ということも考えなければいけません。そういうことから考へまして、私どもは先ほどからのお答え申し上げておりますような、そういう仕組みで制度の発足をかりたい、このように考えているわけでありま。

いまお尋ねのありました中で、何か貸し付けの道はないかということでございますが、これは実際上先生のお話、前提として政管健保の平均的な標準報酬月額の方を前提にしたお話をございまして、平均的な問題としては確かにそうかもしれませぬけれども、実際上起こりますケースは、かなりバラエティーがあると思うのでござい

ます。でございまして、貸し付けのようなものを必要とするというふうなものが実際にあれば、またそういうことを想定してどういうふうな方法があるか、こういう点は検討課題として私どものほうも制度の発足と同時に、いろいろな方法があればひとつ考えてみたい、今後の検討課題として十分ひとつ銘記をしておきたいと思ひます。

○小宮委員 先ほどから申上げておりますように、政管健保の加入組合員の生活というのは皆さん方が考えられておられるものではないのです。したがって、政管健保の赤字の問題にしても、やはり先ほどから申し上げておられるように、確かに医療費の値上りに賃金の上昇がついていないというふうな問題もからんでおりますので、そういう意味では、特に政管健保等については国庫補助が、今度一〇%の定額にするわけですが、これも、こういうふうな国庫補助はもっと引き上げを考へてやるべきだというように考えますけれども、国庫補助の引き上げについては大臣どうでしょう。

○齋藤国務大臣 健康保険法の今回の改正によつて、定率一〇%ということにいたしましたわけでございまして、総医療給付費が八千億というところであれば八百億、実はたいへんな額なんではないかと。昨年までは二百二十五億なんです。というところを考へてみれば、これ以上ことしたふやせというものは、ちよつとも無理のような感じがいたします。二百二十五億が八百八十億、たいへんなことなんです。しかも、弾力条項が発動いたしましたら料率がある程度上がりますと今度は三者三泣き、同額で上がっていくわけですから、一〇%については御不満もあられると思いますが、やはりこの辺でひとつごしんぼうをいただきますものだと私は考へております。

○小宮委員 私はあとで大蔵省にも質問をするのですけれども、いま福祉元年とか福祉国家建設とかいろいろいわれておりますが、その中でも特に考へてもらいたいことは、国の予算自体が、たとえば前年度比何%ふえたという予算規模の中で、厚生省の予算も前年度比幾らふやしたというふうなことで予算編成も行なわれるわけですが、やはり政府としても重点政策目標をきめて、たとえば厚生省みないな、こういうふうな健保を前年比何%を前年比何%であるから、そのワケ内でまかなうというのではなくて、特に厚生省あたりは、ほかの省がかりに一五%であっても厚生省としては三〇%ぐらい予算額をふやして、そうしてやはり社会福祉の問題には取り組んでいくというふうな、これは政府全体の姿勢の問題ですけれども、やはりそういうふうな問題が必要ではなからうか。

そうしなければ、この予算のワケ内にしられ、いろいろなことをやっていたかなければならぬというふうな問題もありますので、これはぜひ政管健保の問題にしても、厚生省が七〇年代のこれからの一番花形の脚光を浴びる担当省庁ですから、その意味では国庫補助にしても、やはり十分考へてもらわなければならぬと思うのです。それから、組合健保ですが、組合健保はなるほど先ほど申し上げましたように、十億億の赤字に転換しつつありますけれども、政管健保の赤字は財政悪化は来たしてないわけですから、特に今回政管健保と同様に、標準報酬の改定とか保険料率の引き上げ、特別保険料の問題は組合の自主性にまかされておりますけれども、これは政管健保がきまれば組合健保も必ず特別保険料を取るようになります。そこまですなければならぬというほど組合健保は財政が悪化しておるのかどうか。これは社保審あたりでも弾力条項だけ引き上げればいいではないか、保険料率を上げるならば、この標準報酬の改定はしなくても済むではないかという指摘さえされておるわけですが、組合健保の問題について、この政管健保と同様にやはり保険料率、標準報酬の引き上げ、こういった特別保険料の徴収というふうなことをしなければならぬのかどうか、どうでしょう。

○北川(力)政府委員 現在健康保険組合は約一千五百四、五十あると思ひます。ただ、大企業がつくっております単一の組合もございまして、御承知のように中小企業のようなものが集まりまして、いわゆる総合健康保険組合もございまして。そういう意味で、組合健保の財政というものは中身はばらばらでございまして、最近ではやはり医療費の増高等もありまして、相当程度高い料率をとっている組合が多いわけでございます。したがって、現在の状況で申しますと、四十六年の数字でございまして、健保の平均の保険料率は約七十というふうなところになっておりまして、頭打ちが現在八十でございまして、頭打ちに近い七十のところまで平均が来ておる。しかも頭打ちの八十という料率をとっている組合がたしか私の記憶では大体一割近くあると思ひます。

そういう状況でございまして、やはりこの際組合健保は一般的に黒字基調と申しまして、そういう中身を考へますと、組合の場合にも料率の改定ということには必要ではないか、このように考へまして、今回組合の料率幅の改定をお願いしているような次第でございまして、

○小宮委員 今度標準報酬の改定をやりますと、大体組合健保の場合の平均標準報酬月額がどれくらいになりますか。

○北川(力)政府委員 現在計算では、ことしの十月の見込みで九万二千七百五十八円でございます。それともう一つは、やはり厚生年金法の改正もありますから、厚生年金法の改正ともあわせた場合に、十五万円の報酬月額の人か幾らふえるか、二十万円の人が幾らふえるか。その場合ちよつとモデル計算をしてみたい。

○北川(力)政府委員 ちよつとまでできておりませんので、平均料率をかけて計算するというところでございまして、いま申し上げましたように組合でございまして、ほんとう言いますと、組合別に料率をかけるわけにはいきませんが、平均的なものでございまして、平均料率をかけるというところでございまして、計算いたしまして後ほど申し上げます。

○小宮委員 それでは看護体制の問題についてちよつとお尋ねしますが、現在の看護の承認基準では「病状が重篤であつて、絶対安静を必要とし、医師又は看護婦が常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要がある場合」、もう一つは、「病状は必ずしも重篤ではないが、手術のため比較的長期にわたり医師又は看護婦が常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要がある場合」とされておりますけれども、病状が重篤とまではいかないまでも、相当程度重症で、寝返りだとか食事だとか用便とか自分でできない場合は、付き添い看護を認めるのが私は社会通念だと思ひます。とこ

ろが厚生省とか社会保険庁というのは、この看護承認基準の範囲を非常にきびしく、狭く解釈して行政指導しておりますから、いろいろなトラブルが発生しておりますが、付添看護婦の申請件数は年間幾らで、最近の例でけっこうです、承認件数は何件ぐらいありますか。

○江間政府委員 四十七年度におきまして看護費を承認いたしました件数は一万一千八百九十九件でございます。申請件数はどれだけあったかという件数は正確には把握いたしておりません。われわれのほうでは大体申請に対する承認件数の割合は九七％ぐらいである、その結果が一万一千八百九十九件であるというふうに承知いたしております。

○小宮委員 これはいろいろ問題がある問題ですが、この看護承認基準というものを私はやはり少し緩くすべきではないかというふうな感じがいたします。特に現在看護婦不足が叫ばれておる中でもあるし、現在の看護の承認基準を緩和する意思はありませんか。

○北川(力)政府委員 ただいまお話にありましたように、看護の承認につきましてはトラブルがあるというお話でございましたが、実態関係を申し上げますと、看護承認が行なわれないために、いわゆる不服審査の制度がありますので、そういった不服審査に乗っかってくるケースの中で、この件がかなりあるわけでありまして、そういうことがあります。

それから一般的に考えましても、先ほど先生からお述べになりました承認基準、そういうものが現在の社会事情とか疾病構造とかそういったものにびたりしているかどうか、これはやはり問題が残っております。したがってこれは先般の、今月の七日の当委員会においてもこの御質問がございまして、やはりそういった看護承認基準というものを再検討すべきではないかというふうなお話もございました。それに対しては、大臣のほうから、大体二カ月以内くらいに検討をして結論を出すと、そういう方向で結論を出

したいと、こういうことをお答えを申し上げておりますので、私のほうはいま先生のおっしゃったようなことを十分踏まえながら、また大臣の申しましたことも十分踏まえて検討を急ぎたい、このように考えます。

○小宮委員 そこで、付添看護婦に対する保険給付の問題ですが、なるほど大きな病院では、これは医療法にいうところの看護基準がとられておるということで認められておる。しかしながら小さい病院では、それが特例として認められておりますけれども、この付き添い看護に対する保険給付の問題も、これはぜひひとつ考えてもらいたいと思いますが、まずは全国の病院の病床数は幾らで、正看、准看合わせていま看護婦が幾ら不足しておるのか、その点をひとつ御答弁願いたいと思います。

○滝沢政府委員 全国の病院の数と、それからそれに伴います医療法に定められた看護婦の基準。一般の場合四人に一人、それから結核、精神は六人に一人、そのようなことで計算してみますと、一般が、これは四十六年末の数字でございますが、六十五万床、結核、精神、合計で約百万八万床でございます。そういうものを全部計算しますと、トータルで病院の入院、それから外来は三十人に一人という基準がございまして、これを合わせまして二十四万二千八百九十九人というのが計算上の必要数でございます。

それから四十六年末の医療施設調査によつて、就業しておる看護婦さんの御報告をいたしまして、その中でございまして、これを当てはめまして二十五万一千とすることで、一応四十六年末の実態は、この基準よりも数字の上では余っているという数字になるわけでございますけれども、実際は労働条件としての二・八体制あるいは医療の高度化に伴いますところの集中看護、重症患者に対する集中看護というふうなことを踏まえまして、必要な病院にはもっと多くの看護婦が実際に勤務することが必要になってきておるものから、非常に強い不足感が起ってきておるということ

でございます。

○小宮委員 看護婦不足という問題は原因はどうでしょうか。給与が安いからでしょうか、その他労働条件、待遇等が悪いから看護婦不足というふうな現象が生ずるのですか。その点どうでしょうか。これは諸外国の例と比べても、看護婦の数が人口一万人当たりを見ても少ないのです。その点どうでしょうか。原因はどこにあると思いますか。

○滝沢政府委員 先生もいま御質問の中で例に引かれたことすべてが、あらゆる角度から問題点の一つでございますが、特に女子職業としての看護婦さんというものの教育制度というものの、御存じのように准看はただいま中卒二年の養成でございます。中卒で一つの身分を与えるという制度というものは他の職種ではもうほとんどございせん。医療に關係するレントゲン技師にしても、検査技師にしても、すべて高校卒ということになっております。そういう点、非常に准看の方は教多く入学していただきますけれども、しかし、今度是在職年数が比較的短かくて離職されるということ、これに結婚の問題、女性としてのそういう問題がございまして、また結婚して育児と仕事とが両立しない、それから夜間勤務がございまして、こういうことも踏まえて、それにふさわしい待遇というものがかりに十分用意できれば、それはそれなりの一つの答えになると思えますけれども、これがまた全体から見ると、女子職業としての比較論、かりに小中学校の義務教育の学校の先生、これは大学卒の方が多いわけでございますけれども、多少その点を勘案して比較してみましても、どうしても十年、十五年という長期になりますと、給与と表が寝てしまつて看護婦との差が出てくる。これを今回人事院に大臣からも申し入れをしていただいて改善をお願いしている。総合的にそのようなものが重なつて看護婦の不足というものが結果いたしております。

もちろん根本の養成個所数、学校数も不足いたしております。こういうこともやはり根本的には原因しております。したがって、やはり総合的な

対策を講ずる必要がございます。また、現在一般社会におる方に再び勤務していただく、こういうような方策についても努力の必要がある。非常に広範にわたる対策が必要であらうと思ひますが、まあそういうこと等が原因になっておる、このような関係であらうと思ひます。

○小宮委員 そこで、そういうような看護婦さんが不足しておるということで、結局、完全看護体制がとられておるはずの病院でも、なかなかないというところで、必然的に付添看護者を雇わなければならぬという事態が発生しているわけですね。ところが一日雇おうとすれば四千円から五千円も取られるということで、これは入院患者にとつて大きな負担となつておるわけ。したがって、この付添看護者に対しても国が医療法で四ベッド一人という基準をきめた責任もあるわけですから、それが守られないというふうな事態の中では、やはり、国がそういうふうないろいろな看護婦対策もやる、施設もふやして充足をするような方向で努力されていることはわかりますけれども、しかしその間というものは、実際そこまで完全に充足されるかどうかは、なかなかむずかしい問題ですので、したがってその間でも、当然入院患者は付添看護者を必要とするわけですから、そういうことを考えたら、当然保険給付を認めるべきだということに考えますが、それは厚生省も大臣の指示で検討を始めたということ聞いておりますが、いかがでしょうか。

○北川(力)政府委員 基準看護の問題は、やはり保険のサイドから申しますと、基準看護の承認を受けております保険医療機関につきましては、看護職員が、必要とされる看護はすべて行なうということがたてまえてございまして、そのたてまえに立つ限り、現在保険医療機関で基準看護の承認を受けておりますにもかかわらず付添看護をつけておりますような場合には、これは原則としてそういうことが改善をされるように、また改善をされなければ基準看護を取り消す、こういう措置に出ることが私はたてまえてあり、当然の

とこ

ろだと思ひます。

問題は、いま医務局長からも申し上げましたが、基準看護の基準そのものの検討はもうほんごさいましよう。しかし現在の基準看護でも、入れものがあつても人が来ないという実情があつて、やむを得ず、そういう実態が起こつておる。したがうして、私もものではあるだけこの充足を急ぐということが先決問題ではなからうかと考えております。

より基本的には、それは現在の疾病構造とか患者さんの実情から見ても、基準看護そのものをどう考えるのだと云われれば、これはまた別に、基準看護以前の看護体制そのものの問題として考へていかなければなりません。現状では私も、基準看護をたてまえにして、できるだけ必要な看護人員の充足をはかつていただく、こういうことの施策を進めることが先決である、これが現在の考え方でございます。

○小宮委員 その先決であるという基本的な考え方はわかるのです。しかし、そういうようなことを言つてみても百年河清を待つにひとしいこと、なかなかそれが実現できない。その間苦しむのは、やはり被保険者ですね。先ほどから申しますように、やはり付添看護者が必要だというような場合に、実際基準看護体制がとれておらないから付添を雇わなければならぬ。雇えば金がかかるということ、少なくともそういうような基本的な考え方と現実との食い違いが出てきておりますから、そこまで努力する間、やはり現実的なものの処理のために、暫定的にでも、付添看護者に対する保険給付を認めるというようなことも弾力的に考へてもらなければ、いま医務局長の言われておるように、それでは、そういうような医療法でうたわれておる看護体制がいつとれるのかという質問に、逆に今度は返つてくるわけですよ。たとえば、今度政府の四十八年度予算案にあつて、全国十七カ所に看護婦養成所を新設するということが、ほかに既設養成所を増設するため十億円の補助金を何か要求したということはい

われておりますが、そういうようなことをしても、これは医療法にうたつておるところの看護基準制度から見れば、まだまだと遠い問題なんですね。それまでに、いまの基本的な考え方はわかりませんが、それでも、それでは具体的にいつごろまでに、医療法にうたつておるような看護基準体制がとれるのかどうかということを逆に質問しますが、どうでしょうか。

○滝沢政府委員 これはわれわれぜひとも目標をきめて実現しなければならぬ重要な課題でございます。いまして、社会保障長期計画、たゞいま厚生省全体で立案している中で、医療供給体制の問題は非常にその重要な柱にしているわけでございます。が、先ほど申し上げましたように、養成計画を少なくとも四千人以上、四千五百人程度の器を用意する必要があるとございます。たゞいまの養成計画は、だんだん定員を増してきましていただいても、われわれの計画では四千人以上の養成ベースにして、そして、たゞいまのところ、定員ベースで看護婦がわが国全体で一学年定員で五万三千人くらいでございます。これを昭和五十三年度に七万人以上のベースに持っていくべきです。したがって、五年間に約二万人の定員の増、新たに養成所の入学できる定員の増をはかる必要がある、それは大体四千人ぐらゐの増をはかつていく必要がある、こういうことで計算しまして、それが退職する率も加へましたりいろいろして計算しまして、わが国の患者数の増加も見込みまして試算しますと、大体昭和五十三年度ごろでないと、どうやら医療の上、看護婦がいまの基準看護の問題等に対応できる数字になることはむずかしからう。たいへんむずかしい。気の長いようなお話で恐縮ですが、看護婦を養成するの、それに対する教員の確保をはかる必要があるというようないろいろの循環、悪循環と申しますか、ございまして、これを解決しながら進めるとして、たゞいまの計画ではそのような状態でございます。

○小宮委員 したがって、先ほど私は、看護の承

認基準を改正する意思はないのかどうか、緩和すべきではないかといったのは、そういうような日常生活の介助についても、やはり入院に必要な看護を認めるのか、たとえば専門知識を必要とした業務については看護補助者を使うとか、軽い病気であれば二人を一人で持つとかいろいろなこと考へられると思うのですが、そういうような意味での看護承認基準を改正する気持ちはないのかという質問をしたわけですが。

しかし、現在いわれているこういう医療法に基づく四ベッドに一人ということ、厚生省は五十三年度ごろまでにそれを完全に確保したいということとを言つておられるけれども、五十三年度で、その間、先ほど言つたような問題が、たとえば付添看護者に対する保険給付制度の問題はつきまとうわけですよ。だから、これは真剣に考へてもらわないと。どうですか。はつきりしてください。

○北川(力)政府委員 付き添い看護を承認するという問題と、それから基準看護をどう処理するかという問題とは、私はこれは別な問題だと思つて、それ、それで、基準看護の問題につきまして、それをやっていると、承認を受けている医療機関について、まあ、五十三年度とおっしゃいましたが、それまでの間については、何か付き添い看護を新たに認めたらどうかというように話に尽きるだらうと思ひます。そうなりますと、現在の基準看護というものを一ぺんその原点に返つて、どういふような形で考へるかという問題に実は問題が返つてくるわけでございます。

私は、決して医務行政と保険行政でこの問題をキャッチボールするつもりはさらさらございませぬ。ございませぬが、ただ基準看護というたてまえをくずさないで、しかも付き添い看護を認めるということは、これはもう基準看護の基本にかかわる問題である。基準看護の基本にかかわる問題ということは、結局、看護業務とは何か、あるいは看護の質をどう考へるか、こういう看護についての質並びに量の基本にかかわる問題でござい

す。いわば、看護業務とは一体何だ、看護業務はどうするのだ、そういう問題でございます。

でございますから、この問題は、いま医務行政を担当しておられます医務局のほうでも、この看護問題の懇談会をつくられて、早急に結論を出すように急いでおられますが、そういう問題とのかね合ひもございまして、付き添い看護基準をゆるめる問題と切り離してこれを処理しなければならぬ。したがって、私はどうしても、現段階では、先ほど申し上げました、先生御指摘のようなギャップはあるにしても、現在の段階で、この基準看護の承認を受けている病院について、質的に保障ができないような付き添いを安易にわれわれは承認をしていくわけにはまいらない。それはもう基準看護の基本にかかわる問題である。したがって、これをどうするかは非常に大きな差し迫つた現実の問題でございまして、無為無策であつてはいかぬと思ひます。

しかし、そういうところで、基準看護の承認を受けたものについて、なおかつ付き添いを賃いにかんにかかわらず認めていく、こういうかっこうでの解決は私は避けたい、このように考へるものでございまして、はなはだ重複して申し上げましたが、先ほどのようなことを申し上げたような次第でございまして。

○小宮委員 大蔵省おられますか。——大蔵省は、こういふた、いま盛んに論議がされておるようなことを皆さんは考へられて、この四十八年度予算要求にあつても、そういう看護婦の充足対策として厚生省が大蔵省に要求した予算を、大蔵省はこれを半分たき切つておる、そういうような大蔵省の考え方、どうも私は大蔵省の福祉対策に対する基本的な考え方疑問を持たざるを得ないのです。

たとえば老人対策にしても、寝たきり老人の家庭奉仕員、いわゆるホームヘルパーの報酬の基準単価にしても、現在三万七千円、これではどうしても成り手がいないので、これを六万四千七百円に上げようということで厚生省が大蔵省に要求した

ところが、これもたまたま切って、ただ四万五千円になっておる。あるいはホームヘルパーが老人の家を回って洗たくものを全部自分の家を持って帰って自分の家の洗たく機で洗たくをする、そうしてまたお届けするというようなことに對して、何とか厚生省は老人の人たちとこういうようなホームヘルパーの人たちが、少なくともそういうような時間を省いて、一時間でも二時間でも老人の方々と話し合いをする時間をふやそうということとでやっても、それもたまたま切ってしまう、あるいは寝た切り老人に一日九十円の給食をやろうとしても、これもたまたま切る。

このように、今度の看護婦対策にしても、大蔵省のこの福祉という問題に對する基本的な考え方がある。私には納得できませんので、こういうような福祉に對する大蔵省の基本的な考え方を聞いておきたいと思ひます。

○渡部説明員 お答え申し上げます。

四十八年度の予算編成にあたりまして、これは閣議決定をいただきました予算編成方針におきまして、国民経済の成長の成果を国民福祉に還元するということから、社会保障の充実につきましては意を用いたつもりでございます。全体の伸び率といたしましても二・八・八という近來にない大きな社会保障費の伸びを計上いたしております。さらにその中身におきまして、特にお金の毒な老人であるとか、あるいは身体障害者とかいったようなものの対策が中心になります。社会福祉費につきましては、対前年度六・五％という伸びを示しております。これは一般会計二・四％の伸びに比しましては非常に大きい伸びを計上しておりますのでございます。

個々の対策の中身についてでございますが、これは厚生省当局と予算編成の最終段階におきましていろいろ御協議の上、最終的に閣議でおきめいただきました数字でございますが、たとえば看護婦確保対策におきましても、当初要求にはございませんでした。夜間看護手当の三百円を千円に増額といったような措置も講じておりますし、あるいは

は老人給食サービスというお話がございましたけれども、これは別に項目として計上はいたしておりませぬけれども、実際の施設の整備補助金としてまして実行上認めるといふような措置も講じておるわけでございますので、もちろん全体の中身にございましてはいろいろ御不満もあらうかと思ひますが、われわれといたしましては社会保障の充実というものにつきまして配意したつもりでございますし、また今後とも十分配意してまいりたいというふうに考えております。

○小宮委員 大蔵省の健保改正弾力条項を特に強く主張したのは大蔵省でしよう。違ひの点ですか。――差額ベッドの問題は、大蔵省の病床数の現実は何％になっておるのですか。

○北川(力)政府委員 昨年の六月に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によりますと、総病床数に對する差額徴収病床数の割合は平均で二〇・〇％であります。国立病院の場合は一〇・一八％、公的病院の場合は一七・一六％、その他の公的医療機関の場合は二八・一％、その他が四二・四〇％であります。

なお民間の医療機関でございますが、これは実は昨年の六月に調査をしたと思ひますので、これは実はいまいずれも、例の保険医の総辞退等の問題のあとで事情もございまして、十分な調査ができませんで、ただいま申し上げました数字は公的な性格を有する病院に對する昨年の六月の実績、これが私どもが現在確實に把握しております数字でございます。

○小宮委員 大蔵省の差額ベッドについては、厚生省としてはどういふような考え方をお持ちですか。

それはいま現在の実績から説明がございましたけれども、たとえば、その病床の大体何％くらいが妥当と思ふのか、またいまのようないふ中からこれを規制する考え方があるのかどうか、ひとつ差額ベッドに對する厚生省の考え方をお聞きしたいと思ひます。

○北川(力)政府委員 この問題につきましては、いわゆる差額の病床、部屋代の負担のために必要

な医療の機会が妨げられるようなことがないよう配慮する必要があるというのが私どもの基本的な考え方でございます。そういう意味合いで昭和三十九年に差額病床というものは一定割合以下に押えるようにというものを一般的の方針として明示をいたしました。そのときの方針によりまして現在といたしましては、そのときの方針によりまして大体四分の一から五分の一程度のところを、それが一般的な限度ではなからうかと思ひております。ただ最近の実情によりまして、それから九十年いし十年近く経過いたしましたので、いろいろな事情もあらうかと思ひますけれども、この差額ベッドの実情というものが、私どもが当時考えておりましたのに比しまして、やや乱に走つておるといふような傾向もございしますので、そういう点は、いま申し上げました基本的な考え方から逸脱をしないように十分な指導の徹底をはかつてまいりたいと思ひております。

こういう意味合いで、国立病院等の公的な性格を有する病院の開設者に対しては、すでにその旨について指示をしたところでございまして、その改善の状況を見ながら、その他の医療機関につきましても十分指導の徹底をはかつてまいりたい、これが現在の考え方でございます。

○小宮委員 看護婦不足の問題を取り上げましたけれども、今度はお医者さんも非常に不足しておるといふことで、特に僻地、離島では医師の問題が非常に深刻な問題で、われわれがそういうような離島あたりへ行つても、切実な声として訴えられておるのですが、無医地区は全国で大体どれくらいありますか。

○滝沢政府委員 無医地区と申しますと、定義は大抵人口五十人以上を三つのグループに分けて、五十人以上二百九十九人、三百人以上、あとは千人以上、こういうようなことで、それぞれに、たとえば千人以上くらいいけば診療所をつくる必要があるだろうというところで区分けしまして整理して、そして中心になる村なら村の中心地から半径四キロ以内というところでその地区を

つかむというところでやりました。二千四百七十九村が現在無医地区としてわれわれがつかんでおる。しかし、それにいろいろ対策が行なわれて、約半分がまだ具体的にこちらの補助対策である、たとえば患者輸送車であるとか、あるいは巡回診療車であるとか、そういう車を補助金対象で二千四百のうち約半分が整理できましたけれども、あと千カ所くらいは数の上では残つておる、こういうのが実態でございます。

○小宮委員 医師の数は諸外国と比べた場合にどうなりますか。日本の場合は少ないですか。

○滝沢政府委員 医師の数の適正な数字というのは、これはいろいろな学者の方が苦心してやっておる事例があるようでございますが、結論はやはり人口対医師数というようにございまして、おおむねこの国も考えておるようでございます。

わが国は現在人口十億に對して二百二十八という数字がございまして、これを昭和六十年までに百五十くらいには持っていきたいということで、昭和四十二年と四十五年に具体的に文部省に申し入れまして、それを受けて文部省が国立大学等の定員増あるいは新設等をしていただいております。この段階までの数字で予測をいたしましたとしても、昭和六十年には十億対百五十二に達するということになるわけでございます。

一九六八年でございまして、アメリカが十億対百五十三、西ドイツが百六十七、フランスが百二十八、イギリスが百十六ということで、ヨーロッパ型はちょっと少な目でございまして、わが国とはほぼ同じ型、ドイツ、アメリカがちょっと高いというところで、ほぼ六十年で百五十という数字、当面の医師確保の目標としては、そのような計画でございます。

○小宮委員 私の出身県である長崎県の対馬には国立病院があるのです。国立病院があつて医師の定員は四名になつておる。しかし一人しかいない。しかも内科だけということ、ああいうふうな対馬あたりの離島では、もう唯一の総合病院と

しての期待が国立病院にかけられておるのだけれども、たった一人しかいない。それは私立の開業医ならば、医師が向こうに行つて赤字になるとかいろいろの問題があるから、なかなかむずかしいにしても、国立病院と名がついておりながら定員四名の医師に対してたった一人しかいない。しかも内科医だけだ。だから外科を何とかしてくれという七万人島民の強い要望があるのです。国立病院でもそのような状態ですから、どうですか、国立病院であればなおさらのこと、厚生省としては何とかすべきじゃないですか。

○滝沢政府委員 これは全く具体的な対馬病院の御指摘でございますけれども、先生の一人とおっしゃるのは、院長のほかに内科医が一人というのが実態でございます。院長も長年——対馬はいまは一般病院ですけれども、過去には結核対策等やってまいりまして、結核等に從事した内科医だけでございまして、確かに御指摘の外科医が一人もいないということでございまして、この定員四名のうち二名はいるわけですが、他の外科二名を長崎の大村病院から派遣することについて、いろいろ局の中で相談してもらいましたところ、いまの若い医師は単独で行つて、看護婦一人を相手にしてできる外科というのに対する自信を、いわゆる正しい意味で自信というものをもちがたい。

〔委員長退席、竹内（衆）委員長代理着席〕
したがって、一人の派遣というのに対して非常に抵抗があるわけです。だから二人行けるようにしろ、こうなりますと、これがまた医師の確保と定員との関連で非常に難航いたしておりますが、これは先生の御指摘を持つてもなく、実は対馬の市町村長の皆さん方も私のところへ参りまして、過去に陳情を受けまして、それ以来具体的な検討をさせておりますが、外科医については以上のようなことで、何とか打開していけるようにしたいということで考へております。

そのほか福岡のほうから、小倉病院からは産婦人科だけはただいま応援しておりますし、地元の

医師の非常勤的な応援も得ておりますので、確かに外科の確保が焦点になっております。これはぜひとも努力して外科ができる病院にしたいというふうに考へております。

○小宮委員 最近大きく社会問題となつておるのは、日曜、祭日とか休日における救急患者が、医師がいなかったとか、あるいは病床が足りなかつたとかいうことで、たらい回しされておるうちに死亡するという事件が発生しております。これは非常に大きな問題であります。したがって、救急患者の診療体制はどうなつておるかということ。もう一つは救急病院や救急診療所の救急施設体制はどうなつておるかということ。それから救急患者で医療施設や医療体制が原因で、助かるべき命を失つた人は大体年間どれくらいおるのか、わかりませんか。あわせてまた、救急患者の概要について御説明をお願いしたい。まとめて言いましたから。

○滝沢政府委員 救急医療体制はたいへんむずかしい問題ですけれども、先生の御指摘のように個所数としては三十九年に消防法が改正されました、指定された市町村の消防署が患者を搬送するというものになったわけでございます。これは定められた文言によりまして、決して交通事故と限定しているわけではございません。したがって、一般的に家庭内に起こつた急病患者も——ただいま三〇％程度は交通事故でございますが、他に消防署の救急車で搬送されておるわけでございますが、それを受け入れるために厚生省が告示病院というものを定めてまして、そして病院、診療所を五千近いものを全国で指定いたしておりますけれども、この条件としては外科医がいるとか、あるいは手術室が別になつて、玄関が救急車を受け入れるに便利かどうかということをやつてございまして、地域によつては、先般この委員会でも御指摘がございましたように、市町村には義務づけられているけれども、告示された病院がないという市が約百カ所あるというような実態もあるわけでございます。

そのようなことで今後の対策といたしましては救急告示病院は主として、従来は交通事故を中心によつてまいりました。そこで私のほうは救急告示病院の中で補助金を出して救急医療センター、特に脳外科ができるような病院を全国に百五十三カ所、いまだに補助金を出して育てております。医師の研修もやっております。それからこの救急医療センターはもう少し広域市町村ごとに広げていくということで、やがては二百五十カ所程度のものに拡大していきたいという計画を立ててやっております。

そのほか一般的には、休日、夜間の診療という問題が非常に重要になってまいりましたので、交通事故以外の家庭内の急病患者等を中心とした休日、夜間の医療確保ということで、各市にそういうセンターが生まれつつございます。また、医師会の話合いで当番医制が生まれつつございます。ただ、この問題点はやはり施設を整備したいけれども、国の補助金を十分考へていただけないかという問題の提起がなされております。これについては検討したいと思つておるわけでございます。

以上申し上げましたように、交通事故を中心に起こりました救急問題が、実は患者の数から見ますと交通事故による患者はむしろ一〇％くらいでございまして、八〇％、九〇％程度は一般急病患者でございます。これに対応する対応のしかたが少しおくれつたということ、休日、夜間の対策を今後充実するというのが課題になってまいっております。

それから先生御指摘の死亡、特に何とかすれば死亡が救えなかつたかということ、正直に申し上げて、私どもにその具体的な判断の数字はございません。また非常にむずかしいことでございます。しかしながら過去に交通科学協会で「岡村論文」という岡村先生の論文がございまして、これによりましてやはり三十分以内が勝負であるということ、それからできるだけ総合的な機能のいい病院に運ばないと、運んだ先の死亡率から

見ると、小さい病院に運んだほうがやはり率がどうしても高い。というような問題の提起がございしますので、われわれは先ほど申し上げたセンターに、病院から消防署と連絡し合つて、病院から出向く救急活動というものをどうしても考えなければならぬじゃないかということを検討したいと思ひます。

これは死亡者を救うというためには、いまの消防署員による搬送に待つてゐること、やはり現場に行くことに問題がある。行かない、行くということによつて、それが左右されないか。先生の御指摘の命を救うということをお考えと、現場におもむくということに対する重要な問題点がないか、こういうふうな観点でたゞいま検討いたし、将来これの実現をはかりたいというふうに考へております。

○小宮委員 それから厚生省の保険医療の監督結果によりまして、医療機関の不正請求が多いですね。依然としてあとを断つていないですね。これは何故原因かということをお聞きしたいのですが、保険医療機関の不正請求問題は、その監督官庁である厚生省の医療専門家が不足しておるのではないかと思ひますが、この点については昨年の十二月二十六日に出された社保審の健保制度改正の意見書の中でも、早急に具体策を講ずる必要があるということ、監査の強化が指摘されておるわけですが、この点どうなんですか。どういふふうに具体的に監査強化をやられますか。

○北川（力）政府委員 診療報酬の不正あるいは不当という問題は、適正な医療保険の運営の面から考へまして、きつめて重要な問題でございます。そういう意味合いから従来からこの指導、監査につきましては十分な努力をしておりました。ただ、ございまして、なほ現在でも、一部にそういう傾向が見受けられますことは、まことに残念でございます。大多数の医師の方々はきつめて良心的な診療をやつておられるはずでございますし、一部のそういった不正、不当のために全体の評価が落ちるといふことも、これまた遺憾なことでは

の公的病院の病床規制措置がありますね。——質問はよいのですが、はしりません。少なくとも老人病院とか老人病床については、この公的病院の病床規制措置から適用を除外すべきではないのかという事です。

それから老人専門病院とか、老人病床の建設費、運営費についても、これは当然、国とか地方自治体等で負担ないし助成するような措置を、やはり考えるべきではないのかというように思います。以上、質問をして、いろいろありますけれども、やんやん言っておるからやめますけれども、一括して答弁してください。

○齋藤國務大臣 主婦の健診についてのお尋ねでございますが、これは当委員会にお答えをいたしましたこともございますが、会社、工場につめておる方々は、基準法によってそれぞれ健診いたしておりますが、都市の婦人の方などは、そういう健診を受けるという機会が全然ないわけでございます。やはり予防健診ということが非常に大事なのでございまして、私としては、今日提案をいたしております法案が成立しましたら、福址施設として主婦の健診を施行して、計画的に実施していく、こういう考えでございます。

○滝沢政府委員 乳幼児の医療の問題、医師会の協力についてでございますが、これについては、先ほど来問題になっておりますような事務処理の問題と、医師会が主張しておりますのは、乳幼児は健康管理が重要ではないか。先ほど大臣がお答えのように、乳幼児については母親の責任において育てるという意味から、医療の無料化については、健康障害がすぐ医療と結びつくのにむしろ問題があるという御見解で、これでお答えとしては、かわれると思うのでございます。

それから、老人問題は私のはの担当の医療機関の問題でございますが、今回の医療審議会が規制のワケ外にはずしてございまして、公的病院の規制外に老人病棟をつくる場合については認め、こういうことで具体的に五、六百床の申請が出ております。

それから、病床については、先ほどお答えしましたように、病床の設置について補助することを、具体的に検討したいと考えております。

○小宮委員 大臣の答弁がまだ漏れております。

大臣は、今度の健康改正の法律案が成立した場合は、全国の主婦の健康診断の費用ぐらいいは何かなるので、実施したいというようなことを言っておられますが、それではもしこの健診が成立しなかった場合は、その健康診断はお取りやめになるのか、その点お聞きしたい。

○齋藤國務大臣 この法案が廃案というふうなことになるかもしれませんが、その予算を使うわけにまいらないわけでございますが、私はこれを期待いたしておりますから、必ずやれるようになるかと考えておる次第でございます。

○小宮委員 私、きょうは少なくとも四時間の質問をしようと思ってきたけれども、理事会で三時間とせめておるものですから、これぐらいでやめますけれども、残りあらためて機会を設けてやりましますから、これで質問を終わります。

○竹内(繁)委員 委員長代理 坂口力君。

○坂口委員 日雇い健診につきまして、二時間ばかりの時間をおようだとしてありますが、大臣のほうで御用をおありのようでございますので、重点的に三点だけお聞かせいただきたいと思います。

日雇い健診の被保険者またはその御家族の医療の利用状況を見ますと、ほかの保険に入っておみえになります方と比べて、入院日数が多いわけでございます。一日当たりの点数で見ますと、決してそう多くはないわけでございます。どうして一件当たりの日数が多いのですから、全体の医療額が多くなっているという統計が出ております。また、日雇い保険に入っておみえになります皆さん方の疾病分類を見させていただきますと、特に循環器系の病気が非常に多い。そのほか神経系と申しますと、神経痛とかリウマチあるいは関節痛といった病気が、ほかの保険の方に比べると非常に多くなっている。これはやはり非常な過

重労働といえますか、そういったところからきていふふうな考えざるを得ないわけでございます。何と申しまして、そういうふうなお仕事の内容の層の人が多く入っておみえになります日雇い健診でございます。こういう人たちの保険を一番厚くしていただかなければならないのは、当然だと思っております。

先日の健診のときにも申しましたけれども、実は予防給付というものを申しまして、皆さん方のほうから、予防給付ということについては別々に考えたほうがいいのではないかと御意見をいただきました。しかし、この疾病内容を見せただけでも、ある程度は予防給付ということが保険の中に加味されてきております。最近のものは、西ドイツのものが、一九七〇年ぐらいから予防給付的なものが入っております。これは全部の疾病に入っているわけではございませんで、たとえば西ドイツの場合には、三十歳以上の女子及び四十五歳以上の男子はガン予防のための検診だけを取り入れている。また四歳までの児童については、正常な心身の発育を阻害する疾病にのみ取り入れているわけですね。

こういうふうな取り入れ方をしたいと申しましたら、たとえばこの日雇い健診のみにつきまして、特にその中で多い病気に対する予防に取り入れることについては、今後検討には値するのではないか、こう思うわけでございますが、それに対する御見解をまず聞かしていただきたいと思います。

○江間政府委員 先生御指摘のように、日雇い健康保険の被保険者及びその家族の病気で非常に特徴的なものは、循環器系の疾患が一番多いということでございます。それに対して政管健保の場合には、消化器系の病気が多い。明らかにそういう特徴がございます。

それからまた、先生が御指摘になりましたように、一件当たりの日数が政管健保に比べると多い。にもかかわらず金額が、一日当たりの金額で見ま

すと低いというのは、おそらく、日雇い健康保険の被保険者の平均年齢が大体四六・七歳となっておりまして、これが政管健保に比べると平均年齢で十二歳くらい低いこと。すなわち成人病の系統の方が多いということによるものだと思います。そこで先生御提案のように、保険として当然予防給付を取り入れるべきだという考え方も出てくると思います。

御承知のように、非常に厳格に保険ということをお考えます場合には、やはり保険事故があつて初めて保険給付をするということが基本的にあるわけでございます。そういう考え方があつたらこそ、保険というものの中で予防給付が取り上げられにくかつたわけでございます。先生のおっしゃつたような外国の例も、最近少しづつ出てきておりますが、まだ一般論としては、やはり事故ということに着目するのが本来だろうと思ひます。ただ、われわれも実際にそういう必要があることは意識しておりますので、保健施設という形で実質的に保険給付の一環としてそういうことをやりたい。政管健保でも考えておりますし、日雇いについても考えておるわけでありまして、ただ御承知のように、保険財政自身、疾病の給付自身に非常にお金がかかり、その余裕がない。優先順序をつけるとおかしいのでございまして、やはり疾病給付の支払いに非常に追われ、赤字が累積しているというふうな条件のもとで、なかなか保健福祉施設費を計上することは、むずかしいという条件がございます。しかし、おっしゃることは十分わかるわけでございます。保険財政をできるだけ豊かにしましたら、そういうふうな保健施設費も十分計上することはできるであらうと思われのでございます。

○坂口委員 やはりそういう予防給付が行なわれるとしましたら、弱い体質の保険——経済的には非常にむずかしいかもわかりませんが、しかしその弱い層の人々のところではまず行なわれるのが、第一道としては一番順当ではないかと思うわけでありまして、今後この予防給付の問題が検討され

ると思いますが、ぜひこの日雇い健保のところで、まずそれを手始めにやっていた方がいいと思うわけでありまして。ひとつ積極的な御検討をお願いしたいと思うのです。

次の問題は、給付期間とそれから高額医療費の問題でございますが、これは健保の問題とも重なってまいりますし、先日もいろいろと御意見を伺いました。今回この給付期間は二年から三年半ということに延長されましたので、これは一つの進歩であるというふうに私たちも考えておりますが、しかし他の保険はこの期限というのがないのに、この日雇い健保には、やはり三年六カ月というものの、まだ期限があるわけでございます。いろいろ弱い保険でございますし、特に高齢者等が入っておられます保険でございますので、いろいろ言いたいことはあるわけでございますが、その中で順序をつけるとしたら、やはり給付期間と高額医療の問題が何と申しまして、一番先に私どもとしては言わねばならない問題でございます。特にその中で、長くその病気に罹る方、あるいはまた期間は短くても非常に高額な医療費の要する方、そういう人をどうしても救わなければならぬと思うわけでございます。

そういう意味で、今回三年六カ月というのがつかまりましたが、何とかしてこれを取るような方向に進められないだろうか。今回ためであれば、今後のスケジュールとして、こういうふうにするつもりだというお話でもけっこうでございますが、今回の段階で、さらにこれが討議の余地があれば、それにこしたことはないわけでございます。何とかして、この問題をひとつ考えていただきたいと思います。

それから給付の問題では、その病気の期間が切れますときの——期限が切れると申しますか、病気がなくなった、その病気については、今度は二年が三年六カ月になります、他の病気についてはだめである。もし合併症なんか出たような場合には、どうなるかということも、ひとつあわせてお伺いしたいと思います。

○北川(力)政府委員 今回の改正におきまして、

療養の給付期間を現行の二年から三年半に延長いたしましたことには、ただいま先生からもそれなりの御評価をいただきました。その結果、前回も申し上げましたが、大体四十五年四月の政管健保の診療分の実績によってこれを推計しますと、大体これによってほとんどの方々が実質的に療養の給付を全期間にわたって受け得るような形になると思います。ただ長期の疾病もございまして、もちろん問題は残ります。しかし今回の改正は、さらに受給要件に加えて三年半の期間が経過をいたしましたも、その月についてさらに受給要件を満たしてあります、その次の月にはまた給付を受けられるというふうなこともなっておりますから、いわば二段がまえてかなりな改善になっておると思うわけであります。

問題は、いまおっしゃいましたように、疾病ごとではないかということでありまして、受給要件と給付をいたすためには、受給要件として、日雇い労働者でございまして保険料の納付が非常に不確定であるということで、前二カ月間に二十日間以上の保険料納付あるいは六カ月間に通算して七十八日間以上の保険料納付ということが条件になっております。したがって保険料と保険給付というものは、リンクをされているのが保険制度のたてまえてございまして、そういう意味合いで、同時疾病についてこの給付期間というものを設定するわけでございます。合併症の場合につきましては、いろいろケースがあるかと思ひます。しかし、これはむしろ先生のほうがお詳しいかもしれませんが、これはむしろ病気にいってば随伴をしてくる病気を併発するというような場合には、おそらくは解釈上、運用上これに含まれると思ひますけれども、全く疾病には無関係に別な疾病が発生をするというふうな場合には、やはり現行の制度では給付の対象にならない、このような解釈にならうかと思ひます。

○坂口委員 受給の要件でございすけれども、入院しておりますときに、受給要件を満たすことがなかなかむずかしいわけでございます。そういう意味で、こういうふうな一つの条件つきではないしに条件を取った形で何とかならないものであろうかということをお私どもは考えておりますし、それをお願いするわけでございます。

それからもう一方の高額医療費の件でございすが、これも今度健保のほうは三万円という一つの面が出されました。これについてもいろいろ意見はありますけれども、健保のほうでございふうな一つの案が出されたわけでございます。日雇いのほうも何とかしてこういうふうな同じような線が出ないものであろうかと思ひます。初めにも申しましたとおり、何と申しましても一番弱いところが一番厚いというのが政治の基本でもあろうかと思ひます。そういう点からいいますと、どうしても健保について、日雇いにつかないというのはいささか片手落ちである、こういう感を抱かざるを得ないわけでございます。大臣の今後これに対する御所見をひとつ伺いたいと思ひます。

○齋藤國務大臣 日雇い健保におけるもろもろの給付が一般の健保よりも劣っているというところは御指摘のとおりでございます。そこで私もいろいろ思い切った改善をしたいと思ひたのでございすが、一応昨年六月でございましたが、社会保険審議会において労使双方が意見一致いたしました原案でございすけれども、それをまずさしあたり——よその保険に非常に劣っておりますので、さしあたりその分だけ何とか改正しようじゃないかということで、本法律案の提案になったわけでございます。

そこで、私は、この法案が成立いたしましたも、なおかつよそより劣っているわけですから、第二段階として、成立したその時期を踏まえて他の保険と均衡をはかっていくように改善していくべきだと思ひます。そういう中で、お述べになりましたように、給付期間の問題とか、あるいは高額医療の問題、特に日雇い健保においては対象が老齢化している方が非常に多いわけでございますから、そういうふうな意味からいっても、やはり

高額医療費制度のようなものは、いろいろな給付の差のあるうちでも、まづ先に取り上げる必要があるのじゃないかという考えを私も持つておるわけでございます。法案成立後できるだけ早い機会に改善をするように努力をしてみたい、このように考えております。

○坂口委員 ぜひ私どももお願いしたいと思ひますし、でき得れば大臣、法律の一部を修正して、そういうふうな形にさせていただければ、われわれとしては一番いいわけでございますが、いま大臣がおっしゃったように段階的ということも決してわからぬではございせん。しかし、ほかの保険と比べますと、あまりにも劣っておりますので、そういう面からいいますと、何とかしてこの改正の時期にもう一歩ひとつ前進してもらいたいという気持ちが強いわけでございます。

きょうは私も時間がございせんので、これ以上は申しません。ほかの委員の方々に譲らしていただきますが、この問題をひとつ今後の討議の中でも一そう煮詰めていただいて、一歩でも二歩でも前進させていただきたいと思ひます。

初めの給付期間のほうも同じことでございまして、この給付期間についても先ほど申し上げましたが、受給要件がありますけれども、この分はあとの高額医療とは違つて、今回の改正案の中でも私は考えていただけの部分じゃないかというふうにも思ひます。ひとつこのほうも積極的にお願ひしたいと思います。

そういうふうな人の中に脳性小児麻痺のお子さんを持たれた方を知っております。ところが、その脳性小児麻痺の子供さんを持ってお見えになるわけですが、そうした施設に預けたいと思っても、なかなか預かってもらえない。一つは施設の数が少ないということもありますが、しかし、単に施設の数が少ないだけではなしに、現在の制度の中に、こういうお子さんをどうしても施設のほうが入院をさせないような仕組みがあるわけでございます。

それをもう少し具体的に申しますと、いわゆる重度心身障害者の場合には指導費というものがついております。月三万九千円ですか、指導費がついております。ところが、脳性小児麻痺のお子さんの場合には、これが何らかないわけなんです。その辺が、重度の、いわゆる重心と言われる子供さんの場合には、脳性麻痺のときには、なぜつかないのかということが私はよくわからないわけなんです。その辺のところ、おわかりいただける方ございますか。

○穴山政府委員 最近肢体不自由児施設の中に入っている子供の中に脳性麻痺をもつて入る子供が多くなりつつあるというのはいま御指摘のとおりでございます。

この肢体不自由児施設につきましては、重症心身障害児の施設と違いまして、いま御指摘のように、重症心身障害児の施設は医療機関でありますけれども、重症指導費というものを現在加算しております。金額もいま先生がおっしゃったとおりでございます。肢体不自由児の場合には、重度の子供を入れています場合には重度加算という制度がございます。現在その重度加算費というものを各施設に出していただいております。

ただ問題は、重症の場合には何せダブルハンデでございますので、大体医療費の五五％ぐらい、先ほどのお示しになった金額ぐらゐ出しておるわけでございますけれども、肢体不自由児の場合の重度加算につきましては、医療費等の約二〇％ぐらゐが加算されておるわけでございます。したがって、

で、その金額も重症心身の施設に比べて低いわけでございます。しかし、現に重症の指導費にあたる重度加算というものを現在施設には——やはり肢体不自由児の施設も医療機関でございますけれども、医療機関の医療費のほかにやはり加算は出しているわけでございます。

それで、四十八年度は——四十七年度から入ったわけでございますけれども、四十七年度は、やはり子供の数に相応するだけの予算が計上されなかったわけでございます。四十八年度はその子供がおりますだけは大体カバーできるぐらいの数は計上したわけでございます。

ただ、その重度加算の費用というものの自身がまだ重症に比べると低いというような問題があるわけでございます。今後問題として重度加算の充実ということには来年度以降も努力しなければいけないというふうに考えます。

○坂口委員 重度の身体障害者の場合に比べて、脳性小児麻痺の子供さんの場合のほうが、かえってまあ頭はいいいわけでございます。頭はさえていられるわけですから、いいうことを聞きませんけれども、だからいいうに世話がかかる。重度の身体障害者よりも、むしろこの脳性小児麻痺のお子さんというのは、かえって手間がかかる、手間がかかるというところ、あれですけれども、世話をする。その脳性小児麻痺の子供さんに、この指導費というものがかかる。重度のお子さんだけに、いいうものがつかず、重度のお子さんだけに、いいうと、いいうことがどうも合点がいかない。だから病院では、肢体不自由児と申しまして、いわゆる小児整形外科的な、子供さんのお顔を多く収容して、脳性麻痺の子供さんのお顔を多く収容して、いいます。これは脳性麻痺の子供さんを入れると、どうしても赤字になる。現在の段階ではやらないわけですね。だから入れない。全部がそういうことになっております。だから、せっかくそういうふうな施設があるが、やはり脳性麻痺の子供さんはいれられずに家に置かれるというケースが多いわけなんです。

したがって、そういう子供さんをお持ちのところで、

ろは、その父兄はなかなか働かずにいけない。特に女の方なんかは働かずにいけない。で、日雇いのほうの健保に入らなければならぬというふうな人が、かなりあるわけなんです。そういうふうな方のお話もいろいろ聞きますと、何とか入れてほしいという御希望が多いわけですが、しかし現在の制度がそうなのであります。その制度がそれをばばんでいって、しかも思えないわけなんです。同じような障害があつて、しかもどちらかといえば、世話がかかるほうの脳性麻痺のほうにこの指導費というものがついていないというのには、私はどうしても納得がいかないわけです。これは今後私はどうしても検討してもらいたいと思うのですが、その辺もう一度お願いいたします。

○穴山政府委員 脳性麻痺が原因で入っております子供も、重度に該当しますと重度加算がつくわけでございますけれども、その辺は私もよくわからないで、ただ実態に即したいと思ひまして、本年も重度の加算の対象になる範囲を広げて予算を組んだわけでございますが、その点は私もさらに努力をしなければいけないと思ひます。

それからもう一つ、根本的に、最初におっしゃいましたように施設自身がまだまだ足りないという問題もございまして、これも整備五カ年計画で三年目でございまして、やはりこういう施設についてもより充実をはかっているというふうなことを考えております。

○坂口委員 実は大臣、いまお話しさせていただいたようなわけでございまして、この内容が重度の身体障害者と脳性小児麻痺と——おわかりにいかと思ひますけれども、実情は脳性小児麻痺のお子さんのお話が世話がかかりますので、これは指導費というのには、ぜひ重度の方と同じだけの額をひとつつけていただくように御努力をいただきたいと思ひます。それをお願いして、御意見を願ひたい。

○齋藤国務大臣 まことにごもっともなお尋ねでございますので、来年度の予算編成にあたりましては、そういう坂口委員のお気持ちも十分理解し

て、最大の努力をいたしたいと思ひます。

○坂口委員 そのほかお聞きしたいことは、まだたくさんございまして、たとえば分べん費の問題でございますとか、埋葬料の問題でございますとか、やはりこういった問題も、ほかの保険の方に比べまして、日雇い健保の方は非常に少のうございまして、今回の場合でもちょうど半分でございます。分べん費は健保の方は四万円出ておりますが、この日雇いでは二万円、埋葬料のほうは半分の一万円というふうなことになるわけなんです。こういった問題も、今回がだめなら、どうしても引き続いて何とかして考えていただかなければならぬと思ひますが、大臣のお約束の時間が参りましたので、これで終わらせていただきます。

○竹内（義）委員長代理 次回は明後二十五日、午前十時理事会、十時三十分から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。

午後六時二十九分散会

