

(第一類 第七号)(附属の三)

第七十一回国会 社会労働委員会大蔵委員会公害対策並びに連合審査会議録 第一号
衆議院 環境保全特別委員会物価問題等に関する特別委員会

昭和四十八年六月二十七日(水曜日)
午後一時五十分開議

出席委員

社会労働委員会

委員長 田川 誠一君

理事 伊東 正義君

理事 竹内 繁一君

理事 山下 徳夫君

理事 八木 一男君

大橋 武夫君

瓦 力君

齊藤滋与史君

住 栄作君

高橋 千寿君

登坂重次郎君

羽生田 進君

粟山 ひで君

島本 虎三君

田邊 誠君

村山 富市君

田中美智子君

和田 耕作君

地方行政委員会

理事 高島 修君

理事 山本弥之助君

理事 林 百郎君

理事 龜山 孝一君

前田治一郎君

佐藤 敬治君

大蔵委員会

委員長 鴨田 宗一君

理事 木村武千代君

理事 阿部 助哉君

理事 荒木 宏君

塩谷 一夫君

公害対策並びに環境保全特別委員会

委員長 佐野 憲治君

理事 登坂重次郎君

理事 島本 虎三君

大石 千八君

戸井田三郎君

松本 十郎君

岡本 富夫君

物価問題等に関する特別委員会

委員長 山中 吾郎君

理事 竹内 繁一君

上田 茂行君

羽生田 進君

庄司 幸助君

和田 耕作君

出席國務大臣

厚生 大臣 齋藤 邦吉君

自治 大臣 江崎 真澄君

出席政府委員

文部省管理局長 安嶋 彌君

厚生大臣官房審議官 出原 孝夫君

厚生省公衆衛生局長 加倉井駿一君

厚生省環境衛生局長 浦田 純一君

厚生省医務局長 滝沢 正君

厚生省薬務局長 松下 康蔵君

厚生省児童家庭局長 加藤 威二君

厚生省保険局長 北川 力夫君

社会保険庁医療保険部長 江間 時彦君

自治大臣官房審議官 森岡 敬君

委員外の出席者

消防庁長官 宮澤 弘君

環境庁長官官房審議官 橋本 道夫君

通商産業省公害保安局公害防止指導課長 松村 克之君

中小企業庁計画部長 原山 義史君

社会労働委員会調査室長 濱中雄太郎君

地方行政委員会調査室長 日原 正雄君

大蔵委員会調査室長 末松 経正君

特別委員会調査室長 綿貫 敏行君

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)

〔田川社会労働委員長、委員長席に着く〕

○田川委員長 これより社会労働委員会、地方行政委員会、大蔵委員会、公害対策並びに環境保全特別委員会及び物価問題等に関する特別委員会連合審査会を開会いたします。

先例によりまして、私が委員長長の職務を行ないます。

健康保険法等の一部を改正する法律案を議題といたします。

健康保険法等の一部を改正する法律案

〔本号末尾に掲載〕

○田川委員長 本案の提案理由の説明聴取につきましては、お手元に配付してあります資料により

御了承願うこととし、直ちに質疑を行ないます。申し出がありますので、順次これを許します。柴田健治君。

○柴田(健)委員 厚生大臣に、まずお尋ねを申し上げたいと思います。

政府管掌保険、組合保険は省略いたしました。国民健康保険組合の赤字について、赤字を出して、おの個々の市町村は非常に苦しんでおられることは御承知のとおりだと思います。それについて、私たち、過疎町村に住んでおられる現在の国民健康保険組合の財政の姿というのを見たときに、何とかしてやらなければならぬという気持ちを強く持つわけでありまして。

なぜこういう赤字が出るのか、いろいろ問題はあるまいしょうが、大きく分けて、過疎町村における所得の格差というものが大きく影響しておられることがいえると思っております。これが第一点。それから第二点は、高度経済政策による労働力の配置が、都市に流れていく若年労働力、これから農村に残されるのは、御承知のように年寄りが多くなる、大別すると、こういう二つが過疎町村における国保会計の赤字を来しておる原因ではないか、私たちはこういう判断をいたしておるところであります。

これを解消する、解決してやるにはどうしたらいいのかということから、厚生省として大蔵省なり自治省に呼びかけて、地方財政計画の財政計画を再検討してもらおうというふうな姿勢がとれないのであろうか、こういう気がいたします。特に過疎町村における低所得者の——町村の固有財源の基本は町村民税ですが、この町村民税が所得が低いものに均等割が多い。それから町村民の財政というものは伸びる率が非常に低いということが言える。そういうことからいって、やはり低所得者層の多い町村に対する考え方、同時にまた、この

保険会計が赤字が出るものだから、市町村も一般会計から繰り出すものには、いろいろな問題がある。そういうことから保険税を上げなければならぬ。保険税を上げると所得の低い者も同じように上がってくる。そうすると、均等割りを受けておるような家庭も一万五千円も六千円も保険税を払わなければならぬことになるわけであります。

これはたいへんな、所得からくる苦しみというか、そういう保険組合に対する不満というか不信というか、あるいはたい制度ではあるが、こうまで上げられてはたいへんだという心配がある。こういう点について、厚生大臣はどういう見解をもつてこれに対処するか、これが第一点。

それから老人の問題ですが、厚生省は踏み切つて老人の医療の無料化をやる、地方公共団体もそれにあわせてやる、国が全額持つならいいですが、都道府県なり市町村が負担をかけるわけでありまして、この老人の医療無料化をすることによって、これまた市町村財政に影響を及ぼしておる。この点についても自治省と話し合ひをして、老人の多い、たとえば六十五歳以上の老人のおる町村は、五割以上は交付税の算定基礎を変える、七割以上はどうする、一〇割以上、たとえば人口一万の町村で六十五歳以上の老人が一〇割以上を占めた場合は、この地方財政計画の中で交付税の算定を変えていく、要するに傾斜配分でもしてもいいか、こういう措置をとらなければならぬのじゃないか、こう思うのです。厚生大臣の見解を聞いてから自治大臣にお尋ね申し上げたい、こう思うのであります。

○齋藤国務大臣 市町村国保に対しては、すでに御承知のように医療費に対する四〇〇の定率補助をいたし、さらにまた財政の苦しい町村に対しては、五割に相当する額を調整交付金として交付する、こういうやり方になっておるわけでございます。この五割の調整金によって、いまお述べになりましたような過疎地域などには、できるだけ多くの予算を流すようにということをいたし

ておるわけでございます。こういうふうな計画を立てるにはもちろん自治省ともいろいろ御相談をしていかなければならぬ問題がたくさんあるわけでございます。私ども今後とも自治省と緊密な連絡をとりながら、財政が不均衡な赤字が生じないように努力をいたしてまいりたいと考えております。

特に最近の赤字で実は非常に問題になりますのは、第二点にお述べになりました老人医療無料化に伴う問題が、近來特にきびしいようでございます。御承知のように、本年一月から七十歳以上の老人医療無料化を実施し、本年度は寝たきり老人については六十五歳まで下げる、こういうふうなことになるために、御老人の方々の受診率が非常に伸びてきてまいっております。

これにつきましては、先ほど申し上げました四五割の総医療費に対する補助金のほかに、三十四億加つたと思ひますが、この老人医療の受診率が増加することに伴うはね返りの措置を講じておるわけでございますが、はたしてこれで十分かどうかというところが、まだちょっと見定めがはずかしい状況でございます。最近において六十五歳、一月から七十歳、こういうことでございますので、もう少し老人医療無料化のはね返りの状況を、推移の状況を見まして、はたしてこの三十四億で十分かどうかという問題、さらにまた来年度の財政計画をどういうように立てた方がいいか、その辺をもう少し研究していかなければならぬと考えておる次第でございます。

しかし、いずれにせよ市町村国保が非常に財政が苦しいことは十分承知しておりますから、今後とも自治省等とも十分緊密な連絡をとりながら、努力してまいりたいと考えておる次第でございます。

○柴田(健)委員 それでは自治大臣にお尋ねしたいのですが、いまの点で、国保会計の赤字補てんに一般財源から繰り出しをしているのは好ましい姿ではない、ほんとうは、ところが一方ではどうして保険税率を上げるわけにはいかない。ある

程度抑制をしながら、一般会計から繰り出しをしておるといふのが過疎町村の実態なんです。そういうことから、いまの財政援助はささやかなものですよ。

だから自治大臣として、そういう過疎町村における国保会計の赤字補てんについて、そういう傾斜配分をするというふうな考え方があるのかどうか、思い切つていままでの基準財政需要額を変え、時代の流れも変わる、いままでは経済優先であり、経済効果を優先にした予算編成。それが経済効果論をやめて行政効果論という立場で予算編成を自治体からさしていくという、そういう姿勢の中で、この地方財政計画を抜本的に検討するべきが来たといわれれば感じておるわけですね。

そういう考え方から申し上げると、いまのような老人の問題についても、思い切つて地方財政計画の中に大きく比重を占めさせるような手が打てないか、見解を聞きたいと思ひます。

○江崎国務大臣 過疎町村の問題につきましては、これはもう国保の問題以外にもいろいろひずみが多々ございます。したがって、過疎債であるとか、あるいは辺地債であるとか、それが離島であれば離島振興法に基づくあらゆる助成方途をとって、過疎町村の応急対策に充てておるわけでございます。この国保そのものは、これは御承知のようにいま厚生大臣からも御説明がありました、たが、制度的に国民健康保険料それから国庫支出金、これによって当然まかなわれるべきものであるという、私どもも見解に立つて今日に至つたわけですね。

さて、そこで画期的にどうなんだということですが、いま政府の段階では率直に申しまして、地方財政事情も非常に苦しくなつております。これは生活環境整備の要請もあつて、あるいはまた最近の資材の値上がりによりまして、ただでさえ超過負担が議論されておりますときに、この傾向を助長するようないろいろな要因もございまして、そういうふうなことで、地方財政全般に充実強化をしていかなければならぬということで、いろ

いろ配慮をいたしてはおりますが、今日たまたまの段階では、やはり制度的にこれは保険料、保険税ともいいますが、それから国庫支出金で充当しかるべし。それから老人の医療無料化につきましては、さつき厚生大臣から話がありましたように、三十四億円のとりあえずの特別臨時措置の動向を見きわめながら、今後厚生省とは十分相談をしてまいりたいと思ひます。今日の段階では、あまり前向きな御答弁がでないことを残念に思ひますが、しかしそういう御示唆のありました点については、十分厚生省と話し合ひながら今後の問題というところで検討をいたしてまいりたいと思ひます。

○柴田(健)委員 自治大臣は、この保険会計のほうはこれは厚生省のほうだ、こういわれるんですが、しかし、この保険会計のほうで負担をするときにはもう病気になるていふんです。だから、一般の地方公共団体の任務からいって、義務からいって、やはり病気になるていふようにいろいろな処置を講じなければならぬ、それは保険会計までいかなければならぬ。それがいまふえておるわけですね、正直いって。その段階までの考え方のけじめをつけなければならぬと私は思ふんです。節度がなければいかぬ。年寄りがおるんだからということ、われわれは言つておるんじゃないのだ、お年寄りに対するいろいろな処置、いろいろな金がかかつておる。特にまた今日公害問題で地方財政を非常に圧迫しておる。環境保全の問題をもう徹底的にやるとするならば相当な金が必要。同時にまたこの水銀汚染なりPCB汚染で、健康診断をやるにしても相当の金がかかる。これらを考えたときに、人間優先の地方公共団体の行政をやらせるならば、やはり地方財政計画を根本的に再検討するべきが来たのではないだろうか、こういう気がするわけですね。いまのままの基準財政需要額を手直しをする気があるかないかというのを聞きたいんです、もう一回。

○江崎国務大臣 先ほど申し上げたことの繰り返

しになります。示唆される意味につきましましては、十分今後厚生大臣、厚生省事務幹部とよく話し合いをしまして、これは検討をいたします。しかし今日の段階では、地方財政事情、ほかにもいろいろ要求が多いわけでごさいます。決していま地方の財政事情が十分と思っておりません。財源の充実ははからなければなりません。今後の財源充実は地方財政需要をどう見直していくかという問題について、よくひとつ検討したいと思っております。にわかにはこれを交付税でまかなうということについては、ちょっとお答えをいたしかねる、これが率直なところでありまして。

しかし、今後の問題として、地方財源の充実はかかる場合で、こういった問題もよく厚生省と打ち合わせてまいりたいと思っております。

○柴田(健)委員 自治大臣、具体的に、先ほど申し上げたように、老人の多い過疎町村、人口の割以上を示しておる老人の多い町村ですね、これは早急に傾斜配分をして財政援助をしてやらなければいかぬのではないかと気がするのです。その割以内は多少は財政のやりくりができるかもしれない。けれど老人が一割以上の町村は、これはもう早急に援助してやらなければ、それはたいへん苦しみだと思ふのですが、早急にこれだけでもひとつ傾斜配分の措置を講ずるというお考えはありますか。

○江崎國務大臣 過疎町村の対策についてはもう繰り返しになりますから申し上げませんが、いろいろな施策をしておるわけですね。その一環としてよくひとつ検討してみます。

○柴田(健)委員 割り当てられた時間が参りますから次に進みますが、厚生大臣、これも自治大臣と関連がありますが、ひとつ聞いてもらいたいのですが、自治大臣のほうの管轄で、消防庁は、広域市町村圏の中で広域常備消防組合の推進を近年非常に進められる、半ば強制的にというくらいまで末端では強引に押し進められてきた。私たちは、そう急がなくてもいいではないか、もう少しひとつ検討をして、十分関連的なものも総合的に積み上げて、そしてつくったらどうだろうか、こういう意見を申し上げたのですが、とりあえずつくられてくれというところで、どんどんつくった。広域常備消防組合をつくらした。岡山県でも、十の地域の広域常備消防組合をつくるわけですが、いまだきつた。いま私たちの関係のある、津山圏というて、十五市町村で面積は千三百六十平方、人口十六万八千、約十七万人です。それで十五市町村でありますから、広大な面積です。

それで、いま広域常備消防の中で主たる事業は救急業務なんです。明年度から本格的にその他災害出動をやるわけですが、いま設備や職員の募集等やっております。その隣には英田園という消防組合ができる。西のほうには真庭園の消防組合ができる。こういうことで、美作地域には三十二市町村で三つの広域消防組合ができるわけですが、これを考えたときに、救急業務の実態は、いま毎日十件ほど事故が発生しておるわけですが、昼より夜外夜が多い、それから日曜祭日の日が案外多いというところもあるわけですね。大体七件から十件程度、十件前後の発生件数で、要するに常備消防という一つの組合はできた、輸送体制、搬送体制はできたが、医療体制はゼロだ。

いま津山圏だけを具体的に申し上げると、十二の病院がある。その中で外科を担当する病院が五つある。そのうち一つは院長さんが病氣というところで開店休業です。四つの病院が当番医、たとえば何日の日曜はどの病院が当番医になってくださるというても、その当番医が全部拒否してしまふ。理由は、私は日曜、祭日までやるような余裕はありません、看護婦もいなければ医者もおらずと拒否してしまふ。消防組合は、消防庁長官はどんどんつくらして搬送体制だけは完備したが、救急業務をやるとするならば医療体制が不十分なためにどうにもならない。だから人が出た、緊急の患者が出たという場合に、病院をそこらじゅう回らなければ、飲み歩くというなら一晩に二軒、三軒回っても気持ちよくていいが、けが

人を二軒も三軒もあつちの病院こつちの病院、しまいは岡山のほうへ運んでくれ、こういうことでは行くまでに死んでしまふ。

一方では医療体制を考えずに広域常備消防の組合をどんどんつくらしていくという、これは自治大臣、あなたの責任です。こういう点をどういう方法で解決するのか、いま消防のほうは困っておるのです。救急業務はいやだ、けが人の患者を、足を飛んだやつを二軒も三軒も連れて回って、当番医がいなければ、その日その日に、急患が起きたら、事件が発生したら、あなたの病院ひとつ頼みますよ、こういって事前に連絡をいつもとりながら、お願いをしながらやっておるというのが実態です。こういう点について自治大臣、どういう見解を持っておられますか。

○江崎國務大臣 御指摘の点はきわめて深刻な問題だといふふうに思います。いま御指摘になるように、市町村のいわゆる常備消防が救急搬送をする、これを受け入れる医療施設がある、こういうところで理想的にその目的が達成されるわけでありまして、夜まで勤務することはごめんだ、なぜ自分だけが犠牲にならなければならぬ、これが一つの風潮だと思ふ。しかし一方からいうならば、国民の救急業務に対する期待というものは非常に大きいです。年々これは高まる一方であります。また人道的立場からいいます、助かるものを搬送しない、そのまま置き去りにしてしまつて、そこでなくなったということになれば、遺族の悲劇というものはいかにかりであらうか、これは推察に余りありません。したがって国民の期待する方向に沿って、消防庁としては厚生省と研究会までつくりまして、実はこちらが救急搬送をする、厚生省からは救急医療施設の指定をしてもらう、そして両方相まって十分所期の効果をあげるという努力をしておりますが、津山における津山圏消防組合の場面は必ずしもうまくいっていない、私どもも資料によってそういう説明を受けておるわけでございます。

実は救急告示病院というのは私的医療機関が四つあります。その他が三十三、公的医療機関が二つあります。これは結核病院であるというよりなこと、どうもそこへかつかい込んで何とも手当ての施しようはないというわけでありまして、これは厚生省側と緊密に連絡をとりまして、いまの救急告示病院四つをもっとふやす。それから来々からは、これは厚生省と打ち合わせておるところであります。国立、公立の病院はすべて救急病院になつてもらうということで措置したいといふふうに思っております。

助かる者がみすみす助からないということは、これだけの経済大国文化国家として、とにかく人道的に見ても通らないことであるから、これはやはり推進しなければならぬ。ところがいま柴田さんが、承れば消防団長として非常に御尽力をいただいております。感謝にたえません。現場に即してそういう医療機関の不足、いわゆる受け入れ体制の不足をおっしゃることもよくわかります。したがって、これなどは自治省だけでは何ともしません。厚生省と十分打ち合わせをして、もつともこの指定病院をふやしまして努力をしてみたいと思っております。しかし、この根本には医師の絶対量の不足とか看護婦の問題とか、これはいろいろ医療全般の問題もございまして、こういった問題についても、これは厚生省側において万全を期していただくわけでありまして、今後には処したいといふふうに思っております。

○柴田(健)委員 それに関連して、厚生省はどういう見解を持つのですか。

○廣藤國務大臣 医療供給体制のうちで一番緊急を要するものは、いまお述べになりました問題でございます。実はこの問題につきましましては、御承知のように救急医療センターとか、告示病院であるとか、そういう制度をつくっておるわけでございますが、私としては、いま全国的に地域地域において具体的にこういう問題を一つ一つ解決しようという考えを実は抱いておるわけでございます。

す。そしてそれによりまして、いま自治大臣もお述べになりましたが、国公立病院がその中核になる。あとは医師会の方々の協力をいただいて当番制を実施する。当番制の場合においても国公立病院の中の一部の施設を提供する。こういうふうなやり方をしないと、やはり救急医療施設というものは整備できない、かように私も考えておるわけでございます。そうした救急医療施設のない地域を一つ一つ洗いまして具体的にどの病院が中心になるか、そして医師会がどういうふうな協力をするか、そういうふうなことを具体的に一つ一つの地域についての医療供給体制を来年度までに何とかやっていけるように努力をしたいと考えておるわけでございます。自治省と十分相談しながらそうした整備をはかっていく、こういうふうなことを考えておる次第でございます。

○柴田(健)委員 自治大臣は具体的なことは一つも答弁ないです。私は具体的にこれを申し上げておる。たとえば厚生省のほうには救急医療施設の整備五カ年計画という案がある。自治大臣知っておるわけですよ。それを具体的に自治大臣のほうにも厚生大臣と話し合いをして、たとえば津山にはいま結核の療養所がある。もったいない施設がある。戦後結核対策として、そのときは重点的な結核予防の立場から必要だということで療養所を設けられた。しかし結核も十分配慮しなければならぬけれども、いまは何として、これだけの救急業務というものを地方公共団体に義務づけていく段階にきた。具体的に自治省としても厚生省と話し合いをして、早急にあれを救急医療センターとして使えるようにする。そのくらいの具体的な答えが出てくると思つて私は言わなかつたのです。どうですか。

それはいまこの津山を中心として国道五十三号線、百七十九号線、百八十一号線、今度中国縦貫高速道が通るわけです。一つの交通の拠点になっておる。それで交通事故というものは毎日ふえていく。減るような方向じゃない。そういうときに公立病院が一つもない地域に広域常備消防組合を

と。そしてそれによりまして、いま自治大臣もお述べになりましたが、国公立病院がその中核になる。あとは医師会の方々の協力をいただいて当番制を実施する。当番制の場合においても国公立病院の中の一部の施設を提供する。こういうふうなやり方をしないと、やはり救急医療施設というものは整備できない、かように私も考えておるわけでございます。そうした救急医療施設のない地域を一つ一つ洗いまして具体的にどの病院が中心になるか、そして医師会がどういうふうな協力をするか、そういうふうなことを具体的に一つ一つの地域についての医療供給体制を来年度までに何とかやっていけるように努力をしたいと考えておるわけでございます。自治省と十分相談しながらそうした整備をはかっていく、こういうふうなことを考えておる次第でございます。

○斎藤国務大臣 私からお答え申し上げますが、いま具体的な津山地区でございますか一市十四カ町村、しかも国立の療養所まであるというお話をお聞きしました。実はそういうふうなことで、そういう具体的な地域地域において国公立病院を中心にして施設を整備しよう、そういう考えなんです。でありますから、幸いおたくには国立の療養所があるというところでありますから、それに外科の必要な施設を整備する、あるいは外科の先生が国立病院におられますから、国立病院のほうから連絡をとりながら派遣する、あるいは医師会の協力を得て輪番制をやっていくとか、そういうような施設を増大する措置を講じていきたいと考えておるわけでありまして、ただいまお述べになりました津山地域については、その療養所を中心として医療施設を整備するように自治省とも相談して具体的な計画を進めるようにしたいと思つています。

○江崎国務大臣 直ちに厚生大臣が応諾をしてくれましたが、実はさつき私は具体的に国公立病院を救急病院に指定する、こういうことで両省の意見がまとまるといふ点、それから研究会を設けてというの、いま御指摘のところに具体的にそういう受け入れ施設の足りないところをどうするかというふうなことを検討しておるわけでございます。したがって、いま津山の結核病院等はわかつた、こういう厚生大臣の言ひ分でありまして、これは研究会で一つ一つチェックしているわけでございますから必ず実現するわけでございます。これは十分緊密な連絡のもとに搬送を受け入れ側と

両立して完全を期するようにしたいと思つています。

○柴田(健)委員 とにかくこれは一日も早くやつてもらわねえと広域常備消防を進めて——あそこは津山圏だけでなしに英田圏、真庭圏、阿新圏という拠点になるところなんです。岡山、倉敷まで出れない。どうしても行けない。この四つの圏の医療センターとして思い切った処置を講じてもらいたい。早急に実施できるような体制をつくってもらいたい。

それから医師会のほうももう少し——厚生大臣、これは私の意見ですが、どうもあれだけはおかしい。全国医師会の会長の武見さんに日本の厚生大臣はよくものを言わぬのだから。とにかく末端の医師会に協力願つてもひとつ武見君頼む対策に困つておるのだというふうなところからいへば厚生大臣より言わぬのだからという住民の声があるわけですね。武見会長がどんなえらい人か知らないけれども、あんな日本の厚生大臣でしょ。医師会に協力を求めるくらいは権威を持たなければだめですよ。正直言つて、国民は日本の厚生大臣はだめだ、こういう印象が非常に強いわけですよ。ですから、こういう点は十分踏まえて意見を申し上げておきます。これは正直のところ住民の声です。

○江崎国務大臣 この問題は前からいつも問題になっておりましたが、交付税等々で私のほうもめんどろは見ましたが、高速道路まで上がつていくのはかなわぬという非常な不満を聞いております。そこで建設大臣とだんだん調整をいたしまして、建設省にお願いしてもこれは専門の救急体制を持たなければなりません。これは人の問題もあります。そこで現在は、幹線道路としてすでに完成しておるものについては建設省側が責任を負う。それからまだ十分でないところは従来のやり方で、関係しておる道路地域の市町村がこれを扱うということにしておるんですが、原則としては高速道路は建設省側で高速道路の要員によってやつてもらおうというところで話がまとまりまして、進めておるような状況でございます。

○柴田(健)委員 この点については、いづつ結論が出るのかわかりませんが、大体目標としては建設省との話し合いはいづつ結論が出るのか、その点を聞かせていただきたい。

○宮澤政府委員 ただいまの問題につきましては、関係関係の間で交通安全基本計画がきめられておまして、そこで高速道路の救急につきましては道路公団が自主救急を行なうという原則がきまつておるわけでございます。

ただ、先ほど大臣が御答弁申し上げましたように、そういう原則がございましてけれども、予算その他の関係でなかなか道路公団が十分な自主救急体制ができないというのが現状でございます。で、先ほど大臣が申しましたのは、その原則を原則どおり行なわせるために、さらに自治大臣、建設大臣が話し合いをいたしまして、至急にその原則どおり全国に行くような手配をしよう、こういうことになっておるわけでございます。

○田川委員 終ります。

○佐藤(敏)委員 厚生省がまとめ上げました国民衛生の動向、これによりまして、わが国の有病率というものは年々高くなって、昭和三十七年には千人に対して五十四人、四十二年には七十二・二、

果両方でけんかしてしまっている。そこに見られるものは何ら、医の根本である仁、いわばヒューマニズムというものが何も見られなくなっている。商売の対象にすぎない病人というものが、一人でも病人が多ければいい、とんでもない、こういう考え方に取られていっていると私は思うのです。

医は仁術というものが、算術になってしまった原因はここにある、私はこう思います。医療の荒廃とか医療の危機だとか、こういわれたいすけれども、この医療の荒廃とか医療の危機というものは、決して保険財政の赤字とか公的医療機関の赤字じゃなくて、医が仁術から算術になっちゃった、ヒューマニズムが全然なくなっちゃってしまっている、こういうふうなところに医療の危機なり荒廃がある、こういうふうな思っているのが、大臣の御感想をお聞かせ願いたい。

○齋藤国務大臣 日本の医療の発展のためには医師会の御協力をいただかなければならないことは当然でございます。私、いま医師会と真正面からけんかしているなんていう事態ではございません。あくまでも日本の医療というものを進展させるためには公的医療機関がそれぞれの分担を果たしながら、相互協力し合っていくところ、一番大事な問題があると考えておるわけでございまして、相互信頼、相互協力、その中に日本の医療の進展というものを満たすべきであると考えて努力をいたしているわけでございします。特に前述になりました予防医学の問題などは、ほんとうに国民医療の上からいえば最も大事なことでございます。

これはお尋ねがなかったのですが、健康保険制度におきましても治療についての給付というところが中心でございますけれども、やはり予防検査まで持っていくようにしなければ将来の理想的な姿ではない、かように考えておりますが、それにいたしまして、何しろ政管健保は赤字、赤字で現在苦しんでおるわけでございしますので、皆さま方の御協力をいたして健康保険法の成立

を満たしました場合には、予防検査のほうにももう少し力を入れたいと考えておる次第でございます。

○佐藤(敬)委員 いま大臣非常にいいことを言われてまして、非常に心強かったですけれども、予防医学はこれから非常に力を入れていかなければいかぬ、こういうふうなお話で非常に力強く聞いています。私は、先ほど申し上げたような日本の医学の荒廃なり危機なり、こういうものを救うために、あるいはまた先ほど言いましたように医療にヒューマニズムというものを取り返すために、提案を二つしたいと思う。

一つは、いま話したことですが、健保の制度に予防医療の制度を大幅に取り入れなければならない、こう思うのです。これは、大臣からいわせると、赤字を消したならば予防医療を考えたい、こういうふうにいふ言われまして。しかし私は、逆だと思ふのです。私は、現在のこの健保財政の赤字の真の原因は実はここにあるのではないかと、予防医療を忘れておるからなのではないかと、こういうふうに考えるのです。

というのは、開業医も、あるいは公的医療機関も、もうけ仕事に走って乱診、乱療、乱投薬、こういうことをすれば医療給付がどんどんふえて、ますます医療給付が増大して健保財政が圧迫されて赤字になってくるのは当然だと思ふのです。そういう意味から私は、もっと予防医学に力を入れることによって、病気をもっと未然に防ぎ、あるいは軽いうちに治療させることができれば、不要の薬をやることもないし、医者の努力も助かるし、重症患者に対する多額の給付をする必要もない。これが医療コストをダウンする最も近道だと私は思ふのです。実は、非常に遠いように見えるけれども、これが最も近道ではないかと、私はこういふふうに考えるのです。

特にPCB、水銀等に汚染されている問題です。きのう本会議で大臣は盛んに安全、安全を連発していました。しかし、これが決して安全でないということは大臣が一番よく御存じだと思

のです。PCBなり水銀は、蓄積されればこれはもう必ず体内にとどまる。百二十日の半減期だか七十日の半減期だかよくわかりませんが、七、十日にしても、七、十日たたないうちに次のものをまた食べれば、その差額というものは確実に体内に蓄積されていくのです。しかも日本じゅう総汚染の危険性もあるときにも指摘されておる。こういうものがだんだん時間がたつてくれば、日本じゅうの人間が、非常にたくさん人間の人間がこの問題で苦しむことは目に見えておるのです。

きのう、この公害の問題については、発生源があれば発生源に責任を負わせる、こう言いました。しかし必ずしも発生源がはっきりするとは限らぬのです。発生源がはっきりしないので公害患者がどんどん出てくれば、それは全部健保にかぶさってくる。健保財政というものは、いまだところじゃない、たいへんな赤字になると私は思ふのです。

こういふふうに考えてきますと、この予防医療を急速に取り入れなければならない、私はもう、いま程度の赤字どころではない、とんでもない大赤字になる、こういうふうな思ふのです。しかも私は、この予防医療というものは決して長期的に見れば不採算な事業ではないと思ふのです。私は長いこと市長をやつて国保を取り扱ってまいりましたけれども、ある町で、保健婦をうんと思い切つて増員したら医療給付が非常に減つた、こういう実例があるのです。だから私は、この際むしろ、赤字がなくなつたらば予防医療に力を入れるというんではなくて、赤字を消すために予防医療に力を入れるべきだ、こういうふうに考えますけれども、いかがですか。

○齋藤国務大臣 保険において予防医療を大幅に取り入れるという考え方には、私は基本的賛成でございます。しかし、何しろ現在の保険財政が非常に苦しくて、医療費を払うことだけでもたいへんなことと考えておる。仰せのごとく、予防医療に力を入れれば、その結果として赤字が減るだろうし、疾病率が減つて赤字が減るであらう、私も、そういうふうな考えになると思ふますが、何しろ現在はその医療費を払うことで一ぱいなんでございます。手が一ぱいなんですから、そこで予防のほうまで手が回らぬというのが実情でございます。今回の法律が成立いたしました場合には、仰せのような方向に厚生省の健保の運営を持っていく、こういうふうな努力をしたいと考えておる次第でございます。

○佐藤(敬)委員 私は、そのところをどうも一つ踏み切らなければ赤字の問題は解決できないと思ふのです。発想の転換、発想の転換とよく言われますけれども、そこを踏み切らなければ転換をできないと私は思ふのです。

それからもう一つの提案は、さっき言いました公的医療機関、これは地域の医療の中心である、柱であると思ふのです。また、いま政府が盛んに強調しておりますところの福祉政策のいい手でもある、私はこう思ふのです。そこで、先ほど言いましたように、こういう福祉政策なり地域住民の要求にこたえるために公的医療機関の単算制というものを廃止しなければ、私はほんとうの意味で住民にサービスするところの本来の使命を達成することができない、こういうふうに思ふのですけれども、いかがですか。

○齋藤国務大臣 地域医療の中核は何と申しましたも国公立病院が中核となつて、医師会の協力を得てそれぞれの医療施設の体系的整備をはかることが中核、中心であらう、かように私は考えております。しかし、そういうふうな考え方で将来とも医療施設の体系的整備をはかつてまいりたいと考えておりますが、独立採算とそれが結びつくかどうか、それは問題があると思ふますが、先ほど来申し上げましたように、自治体病院の問題については、いまのような状態ではたして医療施設の中核的な役割りを果たし得るかどうか、そういう点に非常に問題がございしますので、ひとつこの問題は自治省とも相談しながら真剣に検討をいたしてまいりたいと思ふます。

○佐藤(敬)委員 私はこう思ふのですよ。一番先

に申し上げましたように、公的医療機関というのはもうけるための機関ではないのです。住民にサービスして、開業医がやれないことをやるのが公的医療機関の使命だ、こういうふうに思っています。この点では、さつきから同意されておりますので、そのとおりだと思っております。しかし、独立採算制というたがをはめて赤字を解消しろ、赤字を解消しろと言って追られるために、心ならずももうかる外来患者を引っぱってくる。そうすると外来患者を相手にしている開業医とまっとうから対立する。いつでも開業医と公的医療機関というのは仲が悪い。厚生省と日本医師会と仲が悪いのと同じようなものだ。いつでも対立している。この対立を解かなければ、私は地域の医療体制というものは確立しないと思うのです。開業医とそれから公的医療機関がけんかしないように、仲よくするようにしなければだめだと私は思うのです。相反目して何もいいところはないのです。

それをやるために、私は、外来患者の取り合いをやめなければいけない。外来患者の取り合いをやめるためには、この独立採算のワケをはずさなければいけない。そして公的医療機関は外来患者は原則として扱わない。ただ保健所なりあるいは開業医なり、そういうところから紹介されて回ってきた救急患者なり、あるいは重症患者なり、そういう特殊なものは取り扱うけれども、その他の外来患者は原則として取り扱わない。そうすれば開業医とけんかすることはない、こういうふうにかえすけれども、この点についてはいかがお考えですか。

○齋藤国務大臣 先ほどちよと申し上げましたけれども、地域医療の中核はやっぱり国公立病院が中核になって医師会との協力を保つというところが中心でございます。したがって、国公立病院、開業医、これは相互協力しなければ日本の医療は進展がない、私は仰せのとおりだと思っております。この二つが相争っているようなことでは日本の医療は進展しない、かように私は考えておりまして、この点はもう先生と全くの同意見でございます。

そこで、公立病院、市町村立あるいは府県立病院がそうした中核的な機能を果たすには、いまのような制度で十分かどうか、いまのような財政方式で十分であるかどうか、そういう問題について先ほどちよと申し上げましたが、そういう病院が国家的要請に基づいてやっておる仕事、そういう問題について国はもつとめんどろ見る必要があるのではないか、こういうことを私は先ほど来から申し上げておるわけでございます。不採算業務の問題あるいは看護婦養成の問題、救急医療の問題、こういう問題について、単にそれは自治体の病院だから、赤字になれば市町村が一般会計でめんどろを見る、特別交付税でめんどろを見る、もちろんそれは独立採算制が基本でございますが、そういうやり方だけで十分かどうか、私も実は疑問を持っています。

そういうことで、この問題については、もうしばらくして自治省とも十分相談しながら、どういう方式でいけば一番いいか、それを私は究明し、検討してみたいと先ほど申し上げておるとおりでございます。何かしらいい方法を見つければ、それに基いて来年度の予算要求、概算要求までに案がでますれば、それに基いて必要な措置をとる、こういうふうにかえていくところが現在の段階でございます。

○佐藤(敬)委員 ぜひひとつ真剣に考えてもらいたいと思います。それから、医師不足という問題についてちよと申し上げたいと思いますが、医師が非常に不足だ、こういうふう盛んにいわれております。しかし私が調べたところでは、必ずしも私は日本の医師は外国に比べて不足ではない、こういうふう思っているのです。というのは、ここに厚生省ですが、自治省ですか、出したあれがありますけれども、アメリカの人口十万人に對するところの医師の数は百五十三・四、イギリスが百十三・一、フランスが百十七・七、西ドイツが百六十二・七、ソ連は法外に多くて二百二十ですが、まず例外とい

たしまして、日本が百二十七・八、こういうふうになっている、これから見ますと、必ずしも諸外国に比べて日本の医師の数は少なくない。多少は少ないかもしれないけれども、私もそれが実感として医者が少ないと思つては、この数字を見ると少くないのです。なぜそれほど少なく実感として感ずるかというところは、言うまでもなく地域的に偏在しているということで、勤務医が不足で開業医が非常に多い、これが最大の原因だ、こういうふうに思っています。

こういうような意味からも、さつき申し上げましたように、ぜひとも開業医というものを地域全体の医療の体制の中に組み入れなければ、単に公的医療機関だけに地域医療をまかせておいたのでは、私はどうしても住民の要請にこたえることができない、こういうふうに思っています。開業医がみんな繁盛しているかという、そうでもない。非常に閑散な人もたくさん知っています。しかし、その人が腕が悪いかという、必ずしもそうではない。患者のあはれは流行みたいのもので、多分に心理的なものに左右されるので、まだ私は開業医が十分余地がある、こういうふう思っています。

○齋藤国務大臣 先ほど来たびたび申し上げておりますように、地域医療の進展のためには国公立病院と開業医、すなわち医師会との相互協力、これがもう一番の根本である、私も同感でございます。

○佐藤(敬)委員 もう一つ、この医師不足の問題について、先ほど救急医療の問題について公的医療機関をみな指定したいと自治大臣言っておりましたが、医者が不足なのでどうにもならないということも言っておりました。こういう問題について関連がありますけれども、公的医療機関による外来患者は一体どのくらいあるか、これをちよと調べてみますと、たとえば県立病院の場合を見

ますと、北海道の場合は、極端な両端を除きますと全体の患者の中の大抵六五・九五％、それから宮城県立では四九・四二％、福島県立では四三・七七％、それから市立病院を見てみますと、青森の市立病院六三・四〇、秋田の市立病院は六九・四四、山形七六・四〇、熊本五二・七六、愛媛県のある市立病院が六三・四三、こういうふう外来患者の数の多いものは公的医療機関で非常に多いのです。

そこで、先ほど私が提案しましたように、公的医療機関が外来患者を見ないとなれば、この外来患者を見なくてもいいのです。そうすれば、医者が大体平均すれば半分余ってくる。すなわち医者が倍にふえたと同じ結果になると私は思っています。そうすれば、いままでよくいわれているように二時間待って二分間見てもらう、こういうような状態が解消されて、入院患者にももつと濃厚な治療をし、また医者はもつと自分でも勉強することができ、こういう余裕ができると思っております。

これができないところは、なぜできないか。これはもう先ほどから私が強調しておりますように、独立採算制のワケに縛られているものだから、外来患者を引っぱってこなければ赤字が解消できないのです。だから私はこの独立採算をやめろ、こう言っているのです。これができないければ、私はどうやって本来の使命を達成することができない、こう思いますけれども、もう一ぺんひとつこれに對するあれを……

○齋藤国務大臣 仰せのごとくでございます。先ほど来申し上げておりますように、国公立病院と民間の開業医というものが相互協力しなければ日本の医療の進展はない、私もさきより考えておるわけでございます。いまのような患者の奪い合いということとはあくまでも避けて、お互い診療所と病院というものが、その任務をそれぞれはっきりさせて、その機能を発揮させるようにしていかなければならない、こういうふうには私も考えております。

ところで問題は、その自治体病院の財政再建について独立採算制をどうするかという問題なんです。それが、そこは私にそれを踏み切れ、こう言われましても、これはますますというわけにはまいりませんので、その問題については、ひとつ十分自治省とも相談し合つて、その分担を分けた上に立つて、本来の機能が發揮できるような仕組みにするように検討をし、努力をしてまいりたい、こういうことでございます。

○佐藤(敬)委員 どうも一つかみ合わないです。まあそれは終わります。ぜひひとつ検討していただきたいと思います。私は、それができなければ根本的にはだめだと思つております。

それでも一つ、この日本の医療財政、いわば健保の財政を論ずるにあつて、薬剤費という問題を除くわけにはいかないと思つております。よくいわれておりますように、医療機関がメーカーから購入する価格、いわゆる実務薬価というものと診療報酬支払基金が医療機関に支払う価格、いわゆる薬価基準による公定薬価ですね、この間に約五〇%の差がある。結局実務薬価は公定薬価の半額だ、こういうふうによくいわれておりますが、これは事実ですか。

○松下政府委員 お答えいたします。

先生も御案内のように現在の医薬品の価格は、自由企業のもとにそれぞれの取引条件によりまして、実際に病院が卸なりあるいはメーカーから購入いたします。薬価は、いわば千差万別でございます。保険で薬価基準を制定いたします場合には、その実勢価格を全数調査によつて行ないました。薬価調査に基づきまして、その安いほうから数えまして九十番目のものが購入し得る価格ということで、いわゆる九〇%パルクラインという方式をもつて決定をいたしております。

したがいまして、個々の取引の条件によりまして、数量あるいは支払いサイト、いろいろな条件によつて個々の価格はまちまちでございますので、取引の実態を把握いたしました場合に、ときによりましては、いま御指摘のような、薬価基準

の五〇%ぐらいで購入しておる場合もあるいはあるかと存じますけれども、その点は個々の取引の実態と薬価基準の制定方式との違いによる部分的な問題であらう、そのように心得ております。

○佐藤(敬)委員 ほんとうに部分的な問題であればいいんですが、私はまあいろいろ調べてみましたが、ほとんどのいろいろな資料がこのぐらゐり違ふというところをいつているんです。ほんとうに部分的な問題ではんの一部だけが、こういうような部分もあるかもしれない——ほんとうにそうですか。

○松下政府委員 薬価調査の方式は、中医協の御意見に従ひまして、卸の部分につきましては全数、それから使用いたします購入側につきましては一定率の数をとりまして、購入側と販売側と両方からの調査をいたしておるわけでございます。私どもはこの調査はほぼ実勢価格を反映しておるものというふうに考えておるわけでございます。すが、なお先生御指摘のような、実勢価格が薬価基準よりもかけ離れておるというような実態がだんだん多くなつておるということが、もし事実でございしましたならば、それは当然その次の薬価調査に反映するわけでございます。そういう実勢を反映いたしまして新しい薬価基準が制定されるということになるわけでございます。

ただ中医協の御意見もございまして、経済変動の激しい時期でもございまして、一年に一回の大調査のほかに、なお主要な品目についての追跡調査等も必要ではないかという御指摘もいたさされて、四十八年度におきましては、そういった追跡調査の準備もいたしまして、中医協の御意見をいただき次第、そういう調査も並行していたしまして、なお実勢価格に近づけるような努力をする、そのようなつもりで努力をいたしております。

○佐藤(敬)委員 よく医者に行きますと薬をたくさんくられて、それを全部飲むと、逆に薬によつて病気になる、こういうふうにいわれているのです。医者に行くと、やたらに薬を一かえくらしい

くれる。ほとんど飲まないで、みな投げておるのです。こういう事実を見ますと、必ずしもいま局長が言われたようなことであるとは思ひ、思われなものです。国民も全部そう思つておるのです。いま追跡調査されると言われましてけれども、ぜひひとつこの追跡調査をして、その結果、はたして実勢価格とこれと同じであるのかどうか、この点をはつきりとひとつ発表していただきたいと思います。

それからもう一つ、国民の総医療費に占める薬剤費の割合が諸外国では大体一〇%か二〇%にしかなつていないのに、わが国では四〇%かえてい、こういうふうにいわれていますが、これは事実ですか。

○北川(力)政府委員 大体そういうパーセンテージでございしますが、国際的に比べてみますと、いわゆる医療費の中で技術料をどういふふうに評価するかという問題が別途あるかと存じます。そういう関係上諸外国に比べて、わが国の場合には技術料の評価が、現在中医協等でも御議論されておりますように必ずしも十分でない。むしろ今後技術料を適正に評価していくことが診療報酬適正化の一つの大きな問題でございます。そういう意味合いで相対的には技術料が低いために国際的な比較におきまして、先生おっしゃったような結果が出てくるかもしれないけれども、それだけをもつて必ずしも薬剤費が絶対的に高いということを言い切ることはどうかと思ひます。ただ私どもはいまおっしゃったように全体の医療費の中で四三%という大きなウェイトを薬が占めておりますので、そういう点は十分に注意をいたしまして、いま業務局長から申し上げましたように薬価調査を十分にやつて、実勢価格と薬価基準とを近づける、こういう努力を今後十分に重ねてまいりたいと思つております。

○佐藤(敬)委員 薬の点については先ほども申し上げましたように国民全体が非常な疑念を持っているのです。薬屋のために何からまくやられてい、先ほど話がありましたように、医者の技術

かかえられて何ども飲まれない、こういうふうなことが盛んにいわれて、ほとんどの国民がそういうふうな考えを持っています。これはぜひひとつ究明して、どうであるのか、この点をひとつはつきりと発表していただきたい、こういうふうに思ひます。

大臣にお伺いしたいのですが、今回提案されておりますこの健保制度の改正案、これは当面の対策であるか、あるいは根本策であるか、どちらなのか、ひとつお聞かせ願ひたい。

○齋藤国務大臣 私どもは保険制度の抜本改正をやりたいと思つておるわけでございますが、これをやろうといひますと、関係者の利害得失相矛盾いたしました、なかなか国民的合意を得ることが困難な状況でございます。そうした中であつても、特に政管健保においては家族給付が五割に、今日まで長いことすえ置かれておるというこの事態は、何としてでも早く解決しなければならぬ、こういう考え方で立案をいたしておりますが、それは抜本改正を目ざしての一つのレールの上に乗つてのワンステップである、こういうふうには実は考えておるわけでございます。

○佐藤(敬)委員 健保制度あるいは医療制度、これの抜本的改正という問題がもう前から繰り返して繰り返して唱えられておるのです。しかし毎度出てくる案というのは、政府のほうは一銭でも多く保険料を取り上げよう、そして払うほうは一銭でも少なく払つてやろう、またこれは当然のことだと思ひますが、患者のほうは一銭でも少く支払つて、給付は一銭でもよい受けよう、その繰り返しなんです。こういうパーセンテージを多少上げても下げて、事態は当座ちよつと変わるだけで、実際にいまのようないへんなインフレなんから考えてみますと、すぐまたもとのもくあみに戻らると思ひます。

抜本改正はもつとも、さつき言つたように、いままでの治療中心主義から、予防医療をもつとも重視する。あるいは薬を重視するならば、先ほど話がありましたように、医者の技術

尊重するとか、あるいは開業医と仲よくして、地域医療の組織化をするとか、そして医師の不足を解消するとか、あるいは公的医療機関の独占性を廃止して、ほんとうに本来の住民サービスに適合させる、こういうふうな荒唐した医療機関にヒューマニズムを取り返す、こういうことでなければ、私はどうしても現在の健康保険の赤字などというものは解消できない、こういうふうに思いますけれども、いかがですか。

○齋藤国務大臣 実は今日まで健康保険法の改正を国会に提案いたしましたこと、ここ十年の間に一回目になるわけでございます。これは従来とも健康保険法の改正といえますと、料金値上げの問題とか、一部負担の増額の問題とか、そういうことばかりでございます。けれども今回は給付改善が中心の法律ということを御理解願いたいのでございます。すなわち今回は三十数年放置されておりました政管健保の家族給付を五割から六割に上げるということを中心としたものろの施策を講じており、これがやはり一番中心だと思っております、その点はどうか御理解をいただきたいと思っております。

そこで問題は、将来の抜本改正の問題ということになります。これを一つの足がかりとして各制度間の給付の調整をはかる、これが一番大きな今度の目標でありましたが、これを足がかりとして今後いまだ述べになりましたような公的医療機関の調整の問題、あるいは医療分業の問題、ものろの問題が前途に横たわっております。そういうむずかしい問題に今後とも取り組みまして、国民医療の充実のために今後とも努力をいたす覚悟でございます。

○佐藤（敬）委員 最後に一つお聞きしたいと思っております。老人医療がさつきも話が出ましたように無料になりました、非常にたくさん年寄りの方が病院に押しかけて満員になって、普通の人にはなかなか見てもらえない、こういうふうな状態があることは御承知だと思っております。そこで、このままにしておかれないと思っております。そこで、

す。だからぜひ来年から、来年の予算に老人専門の病院をつくる、あるいは少なくとも公的医療機関に老人病床を、ぜひ老人のもつくる予算を出していただきたい。このことをひとつお願いしたいのですが、確約していただけないか。

〔田川委員長退席、塩谷委員長代理着席〕

○齋藤国務大臣 老人医療無料化の実施に伴いまして、老人の受診率が非常にふえてまいったわけでございますが、しかしこのことは老人の健康を保持する上からいって非常に望ましいことだと私は思っております。お困りかもしれませんが、これは国民医療のためにしんぼうしていただきたいと思います。私はおおむねお答えでございますが、そこでお述べになりましたような公立病院の老人ベッドをつくるという問題とか、あるいはそういう病院の近所に老人の特別養護老人ホームをつくる病院との調整をはかっているとか、こういう問題が必要になってくるわけでございます。国公立病院には例の規制のワークからはずしてございまして、老人ベッドをつくっていただくように勧奨もし、国においてもそういうふうなことにしたいと考えております次第でございます。

○佐藤（敬）委員 終わります。

○塩谷委員長代理 島本虎三君。

○島本委員 ただいま健康保険法の一部改正法案についていろいろ質疑がありました。その中で、やはり私は一つだけ大臣に確かめておきます。と申しますのは、かつて何回か出したというところを大臣はいまおっしゃっておられました。が、今回の場合特に聞きさしたくないのは、いろいろ健保連の反対のありました財政調整方式、それから医師会のござって反対のありました再診料の一部負担、こういうようなものを全部削除して、対象を被保険者にしぼったような形で今回は提案されたのが健康保険法の一部改正法案であります。

そうすると、いままでも何回か出したということ、これはなかなか異質のものである、こういうようなことにも相なりかねないのであります。すなわち、いままでも問題であったこの再診料の一部負担の問題と財政調整の問題、これらは必要がなくなつて載せないのか、それとも必要があるけれども、今回は特にふいたのか、この点不分明にしてよくわかりませんので、解明をお願いしたいと思います。

○齋藤国務大臣 政管健保と組合健保との財政調整をいかなる形にしなければならないという意見のありますことは、私も承知をいたしております。私もできるならば、これをやりたいのです。やりたいのですけれども、これを提案いたしますと、なかなかこれ国民的の合意を得ることは、いま急速には困難だ、こういう考え方に立ちました。それから再診料の一部負担の増額の問題、これもあるいは適当かもしれないけれども、いまのような国民医療の内容において、受診率が必ずしも高くない状態において、そういうことをやるのが国民医療の充実発展のために望ましいかどうか、そこに私は問題があるような気がいたすわけでございまして、

特にその二つの問題のうちの財政調整、これはなかなか国民的の合意を得ることは困難でございます。そこでそういう問題はかりに夢中になっております。そこで、一番おくられております政管健保の家族給付五割というものをいつまでも据え置かなければならぬ。これが中小企業の労働者にとつては不幸なことではないか。そこでそういう合意を得られない問題に夢中になって取り組むよりも、まず実施可能で緊急な問題を先に解決して、その段階においてそれが成立した暁において、こういう財政調整の問題、そういう問題に取り組んで、いわゆる保険制度の抜本改正に向かつて進んでいくべきではないか、こういうふうに考えておるわけでございます。

私としては、財政負担の公平ということをはかるならば、財政調整またやむを得ないのではないかと、そういうふうにも考えておるわけでございまして、が、それをいま直ちに取上げるということになりますと、国民的の合意を得ることはきわめて困難な段階にある、かように考えておる次第でございます。

○島本委員 その結果がやはり対象を被保険者に一本にしぼられた結果になり、そして給付が改善されたというこの重大な家族給付率の引き上げや、高額医療費の保険での負担や償還や、分べん費や埋葬料の引き上げ、こういうような三つの重大な給付の改善がはかれるのであります。しかし保険料の増徴が、そのほかに料率の引き上げや、標準報酬の上下限の引き上げや、特別保険料の新設や、弾力条項の新設等からして、当然金額にして約九百億、そして給付の改善のほうは約五百億とするならば、増徴のほうがよけいで給付のほうに逆にはもう少ないという結果になり、値上げであるというしりやを免れない。しかしながら、やはりこれはもう削除した被保険者一本にゆぼって国民に犠牲をしいる改悪法案である、こういうふうにいられないとも限りませんが、そういうないという根拠を明らかにすべきであります。

○齋藤国務大臣 先生は保険料と給付の改善だけを、二つだけ比較してものを仰せになります。が、今回の改正法案はもっと大きな問題があります。すなわち医療給付について国が定率の補助をするという大きな問題、すなわち八千八百億の総給付費であります。一〇%の八百八十億を国民の税金からこれを補強し、いわゆる中小企業労働者あるいは経営者のために給付の改善をやるという非常に大きな問題を見通しておるのではないかと私は思うのでございます。したがって全般を見渡して御判断をいただければしあわせだと思ふ次第でございます。

○島本委員 それは迷いのほうの迷言でありまして、国民皆保険の現在、皆保険であるのに、保障の点において触れなくてもいいという論理は、これはございせん。したがって皆保険である、これは保障であります。保障である以上、国がいままでも負担しなかつたのは間違ひでありまして、いまこれ以上三〇%も負担するのが、これが名答

弁になるのであります。しかしながら、いまぐらゐのやつを出して、依然として増徴のほうをよけいにしておいて、そしてこれをもつて、まありっぱなものであるということにおいては、やはり国民は納得しないのであります。この点は十分に他の委員の諸君も御理解願わりたいところであります。しかし、やはりこの問題は問題点であります。私としては当然改善すべき点を改善しない、国民にしわを寄せたものである、このようなやり方はまずい。国で当然負担すべきものを負担しない、その赤字の累積がいま出てきている。こういうようなものに対して、当然国がよけい負担するから国民もよけい出すのが正しいのである、こういう論理を展開してくることは、社会保障の原理にもとりますので、この点は私の納得し得ないところであります。大臣の答弁は私は十分理解することができません。もう少し私はこの点は、理解するような答弁がほしいのであります。しかし、それ以上出ますか。――同じ答弁では必要ありませんから、次に移ります。

この前、公害病の認定患者の求償状態について質問いたしましたところが、百数十名であるというような答弁がございました。その後資料をちょうだいいたしましたところが、これはまたその数倍になっておるのであります。以前の答弁が正しいのですか、この資料のほうが正しいのですか。そうでなければ、前に私に答弁したのは、国会をあざむいたことに相ならうかと思いますが、この点、いかなる見解でございましょう。

○江間政府委員 お答えいたします。先日、島本先生にお答えいたしましたときには、たしか百二十三名というふうなお答えをいたしましたと思ひます。本日先生の手に合計いたしました人数では、政府管掌健康保険関係が二百九十九名、国民健康保険関係が六百六十二名という資料を差し上げたと思ひますが、それは、前回お答えしましたのは、現実に求償権を行使した者の数を申し上げたのでございまして、本日の資料は、まだ求償してない者まで含めた数字でござ

いますので、その食い違いがあるわけでござい

○島本委員 求償した者という、やはり百二十三名ですか。当然求償すべき者は、これはもうさうする、九百六十一名ということになるわけですか。この点、少しおかしきやありませんか。

○江間政府委員 先日お答えしましたのは、現実に求償権を行使した者の数でございまして、本日差し上げました資料は、これから求償権を行使すべき者まで入っておるということでござい

○島本委員 じゃ、これから求償権を行使するといふことになるわけですか。もしなるとするならば、これもやはり財政的に重大な影響をもたらす一つのポイントだと思ひるのであります。取るべきものを取らないでそのままにしておいて、赤字を出す必要はありません。したがって、これはもう億をこえる求償権になるのであります。いままで求償権をそのまゝにしておいて放置したというとは、これはもう重大な怠慢であります。しかしながら、これはわかた。わかつたけれども、そのまま放置しておく、これではいけないと思ひます。いついかなる条件において行使なさるので

○江間政府委員 お答えいたします。裁判によりまして、最終的に補償しなければならぬものを確定するといふようなこともござい

○島本委員 これは特に公害認定患者の場合には、初めから全治の可能性のない人が多いのであります。したがって、その医療そのものの開発も現在まだ十分なのであります。それを健保によつてやる場合には、少なくとも薬でも、それから治療機関でも、これを行使するようにしてやらなければならぬ、こう思ふのであります。しかし、それにしても、何の罪もない人が、日本の高度経済成長のいわば犠牲になつているのでありますから、そういうような点においては、もつともつとこれはあたたかい気持ちで、これを迎える

というのじゃありませんが、当たらなければなら

○北川(二)政府委員 ただいま公害の疾病に関連をいたしました、長期療養を要する方々についての高額療養費の支給の方法についてのお話がござ

○島本委員 公害の場合はわかりましたが、しかし公害に準ずる人は意外に多いのであります。こ

これは魚ばかりに微量重金属、ことに有機水銀が含まれているわけじゃありません。これは食べている人、食べない人、そのほか今度、農薬、それによる汚染、休廃止鉱山、また現に稼働している鉱山、これからの廃液、いろいろ被害が各般、各層、それから各界に及んでおるのであります。そうなる、いま答弁されたあなた自身も、大臣自身も、今後何年か後にこれは有機水銀中毒患者としてここに医療を受けなければならぬ、こういうふうなことになる、ということの断定はできないのであります。ことに私なんか、その被害者になる可能性さえあるものであります、そういうふうな点からしても、十分これに対する対策は講じておかねばなりません。

○高橋医療費については、長期の疾病患者の場合には、一定期間経過後は全額払い戻しにするような、こういうふうな制度は、一番あたたいか考え方であつて、三万円ということに限定しないで、三カ月後は全額やるべきだ、こういう一つの発想もあつたと思ひます。せつかく健康保険法の一部改正法案、それによつて高額医療費という目玉商品を出した、どうせ出したならば、ここに画竜点睛を欠くことがないようにするためには、いまのように一定期間経過後は全額払い戻しをするような、こういうふうな一つの発想もあつてしかるべきじゃないか、こういうふうに思ひかけてあります。この点大臣、いかがなものでござい

○齋藤国務大臣 高額医療のやり方につきましては、私も現在のところ、一件、一カ月、三万円ということを考えております。しかしながら、この制度につきましては、いろいろな意見があるわけでございます。いろいろな意見と申しまして、たくさんあるわけでございますが、たとえばガンとか成人病とかいうふうな疾病を限定して行なうべきではないかという説もあり、それから先生のように、三カ月ぐらいいい、四カ月目からは取らないようにしろという御意見もあ

それは、それから世帯単位で取れといったような意

見もある。まあこれは種類を数え上げてみますと、五、六種類の意見がいまのところ出ておるわけでございます。

そこで、こういうふうな問題を踏まえまして、社会保険審議会において十分検討をさせていただくわけでございますが、どうもやはりそういうことにいろいろの意見がありますが、一番直截簡明わかりやすいのは、一件、一カ月、三万円というものが私は一番わかりやすいと思うので。けれども、私は、何もこれにこだわっておりません。虚心たんかい、社労の委員会における——成立しなければ話になりませんが、成立した後において、皆さん方の社労の委員会におけるいろいろな審議のそういう御意見、それも社会保険審議会に御披露いたします。そして関係各方面の意見も十分に承って、国民が一番喜んでもらえる方式はどういうものかということをお頭に描いて決定をいたしたい、かように考えておる次第でございます。

○島本委員 十分この点は今後の検討課題であります。したがって、私はきょうは社労労働委員でありながら、きょうの場合は公害並びに環境保全特別委員会からの派遣委員であります。そういうような関係でありますから、公害関係に重点を置かれるのでありますから、この点はひとつあらかじめ御了承願っておきたいと思ひます。

まずそのために、いまの公害全体を見る場合には、やはりイタイタイ病であっても、有機水銀の問題であっても、水俣病の問題であります。婦人の患者が意外に多いのであります。そういうふうに考える場合には、やはり妊産婦についての母子健康手帳交付後少なくとも毎月一回程度の健康診査を公費負担で完全にこれは実施してやる。対策として今後はやはりそういうような一つのやり方もあるのじゃないかと思ひます。当然これは市町村においてはこれを実施している向きもあるかのように承っておりますが、この件についてはいかがなものでございませうか。

○穴山政府委員 妊産婦の健康診査の問題でございますけれども、御承知のように、いままでも保健

所で無料で行っていたわけでありまして。それで問題は、保健所に行けない、また遠いとかいうような、なかなか利用できない方の問題がいままであつたわけでございますけれども、この方々については従来低所得階層を対象として公費で健康診査がでるような道を予算上開いてきたわけでありまして。

で、いま先生がおっしゃいましたように、やはり健康診査というのは母子保健の基本をなすものでありますので、四十八年度からこの対象を拡大と申しますか、むしろいままでのありました所得制限の壁を撤廃いたしまして、医療機関に行つても公費負担で健康診査を受けられるという道を全階層に四十八年度から拡大したわけでございます。したがって、私もこの方向と申しますか、それを今後ともさらに充実していきたいというふうに考えているわけでございます。

○島本委員 やはりその方面から先に留意して対策は万全にしておかなければならない、このことだけは特に私から要請しておきたいと思ひます。ことに乳児の死亡率、これは最も最近齋藤厚生大臣になつてからかなり改善されてきた、こういうふうにもわかれていられるのであります。けれども、しかし何と申し上げますか周産期の死亡率について見ると、まだまだ問題があるのじゃないか、こう思われるわけ。この死亡率について国際的に比較した場合に、日本は一体どういうふうになつていられるのか。最近日本だけの問題で見るといいたか悪いかと言つて、国際的に見る場合には相当日本もまだ満足に足らないといふ点が多いのであります。この乳児死亡率についてどういふふうになつておりますか。この点だけ御発表願ひたいと思ひます。

○穴山政府委員 最近各種の死亡率というものは非常に改善されてきたわけでございます。国際的に見ましても相当改善のあとが顕著になり、また良好な部類に属するようになつております。しかし、いま御指摘のありましたように、周産期の死亡率でございますと、あるいは妊産婦の

死亡率でありますとか、こういった点につきましては、まだ諸外国に比較して高率な面もあるわけでございます。したがって、そういう点については御所見の見地から今後とも改善、充実に大いに努力しなければいけない、こういうふうに考えております。

○島本委員 やはり健康保険法を改正してやっても、まだまだ妊産婦や乳児の死亡率が高い、こういうような点には十分今後も留意していかなければならぬ大きな問題だと思ひます。この周産期の死亡率及び妊産婦の死亡率がまだまだそういうふうな状態にあるということ、今後はやはり政府としてもこれらの母子の保健の改善、これに関する一つの施策を強力に講じていかなければならぬ。これはあたりまえの話であります。当然具体策もこれはあるのじゃないか、こう思ひます。

それと同時に、地方自治体では乳幼児の医療の無料化、これも進められていて、こう聞いておるものでありますけれども、この実施状況とあわせてひとつ発表してもらいたいのであります。

○穴山政府委員 現在乳幼児医療と銘を打ちまして地方自治体においてやっておりますのが、県としては二十一ございまして、市町村の数は七百五十七市町村でございます。

この乳幼児医療の私どもの考え方でございますが、現在御承知のように、たとえば未熟児に対する養育医療でございますとか、障害児に対する育成医療あるいは療育の給付とか、小児難病に対する給付というふうな疾病を対象に現在公費負担の医療を実施しているわけでございます。こういった特別の医療に対する公費負担というものは今後ともさらに充実をはかつていかなければいけないと思ひますが、ただ、こういったものを以外に一般の医療について公費負担というものをやるかどうかという問題につきましては、これはむしろ医療保障制度全般にかかわる問題になるわけでございます。そういうふうなことで今後慎重に検討していかなければいけないというふうに考えておるわけでございます。

○島本委員 そういふようにして周産期の死亡率、それと妊婦の死亡率、これはまだまだ世界的レベルから見ると、これは死亡率が高い、こういうふうな状況であるということはおわかりました。その際に、特に厚生大臣にお伺ひしておきたいわけでありまして、けさほどの新聞で厚生省が新宣言をしたのであります。これは魚屋さんの抗議にこたえて、アジならば週四十六匹、サンマならば二十一・七匹、こういうふうにして魚を食べても安全と厚生省が新安全宣言を發したものであります。しかし、ほんの何日前ですか、二十四日ですか、これもアジならば十二匹、ヒラメならば一・八匹、セイゴならば十四匹、ハマチならば一・六匹、サンマならば五・八匹と、こういうふうな一つの安全値を發表されたものであります。

何かの抗議があつたならば、それが変わるような科学的な根拠というものは、いまや乳幼児の死亡率を見ても高い妊婦の死亡率を見ても高い、ことに水銀の場合には脳神経を侵しますから、それが蓄積された場合には、妊産婦、親だけではなく、子供に対しても、次の世代に対しても植物的な生存しきれないような子供を生ませる可能性があるのであります。そういうふうな場合には、現在までの死亡率の高い状態にかつて加えて、こういうふうな一つの安全宣言がある、この安全宣言も朝令暮改のようにはつづつと変わる、こういうのでは、厚生省の權威にかかわるのじゃないか、こういうふうに思ひます。

こういうふうな新宣言がアジなら週四十六匹という新数値を出した。この根拠について私どもとしては、はなはだこれに対する厚生省の自信のなさ、こういうような点をうかがわれるわけでありまして、大臣これはもう逆に公害病患者や今後の次の世代に対して重大な悪影響を及ぼす結果になりませんか。

○齋藤國務大臣 実は水銀の摂取許容基準というものを先般きめまして、魚についての規制値は

○三PPMときめたわけでございます。すなわち○三PPMときめたことは、それ以上の汚染された魚は市場には出しません、廃棄いたします、こういう意味合いでございます。

それと同時に、それを発表いたしましたときに、同時に事務局において一週間の献立表として参考にお配りいたしました資料は、すなわちすべての魚が○三PPM満度まで汚染しておるとした場合に、その汚染した魚は何匹食っても安全か安全でないかという資料でございます。すなわち、○三PPM満度まで汚染されている魚ならば、そう無尽蔵に食べられては困りますという数字でございます。それは科学的なそういう水準なんです、全部が○三PPMまで汚染されておつても、これだけの魚は食べられますという数字でございます。

ところが実際はどうかといいますと、そうじゃないのであります。そんなに汚染されておられません。現在の魚は汚染されていないのです、東京の市場その他においても。すなわち、汚染されていないものもあり、あるいは規制値より少ないものもあります。ですから、その新聞は、きのう環境衛生局長がしゃべったか何かしたようでございますが、最近において先般ある程度調べた規制値からいうと、○八PPM程度だ、こういうことではなからうかと思ひます。その数字は私もよく覚えておりますが、実際の市場に出回っておる魚は○八とかということでありまして、そういふことであるならば、十四どころじゃない、何十四食べても一向差しつかえないのであります。すなわち科学的な許容基準、許容限度というものは○三PPM、そういうふうな汚染されている場合でも、この程度の魚は食べられるということ。ところが、そんな魚はいま東京には一つもありません。○三PPMも汚染されている、そんな魚は東京にもどこにもありません。あるとするならば、いま問題になっている汚染地域の八つとか九つとかの海域だけの話であります。

そこで、昨日も、私どもは魚屋さんからの圧力によって発表をかつてに変えたのじゃありません、○三PPMという数字は学者の諸君が内外の資料をまとめて科学的に検討した厳正なものでございますから、すなわち○三PPMという規制値というものは守ります、しかし現在はその魚は東京にはありませんというところで、一般国民に心配をかけることは目的ではございませんから、実際の魚は心配ありません、こう言うわけです、私はそれが正しいことだと思ひます。むしろ一昨日だか昨日ですか、事務局が配った資料はあまりにも仮定的な話の資料で、国民にはわかりません。説明が不十分である。したがって、きのうは私も本会議の席上で、かりに○三PPM満度まで汚染しておる魚が全部占めたとしても、このくらいに食べられると申し上げたのですが、どうもその説明が不十分でございました、自今大いに注意いたしまして、国民にわかるようにいたします、こういう答弁をいたしたわけでございます。現実の魚は一つも心配がない。

いい機会でございますから、この機会に国民に向かつてはつきり申し上げておきたいと思ひます。○島本委員 いい機会でございますから、私もこの際に国民の前にはつきり言ってもらいたいのであります。そうすると、新安全宣言によるメチル水銀○八PPMを基礎としたアジ四十六・二匹食べてもよい、また二十四日の発表による○三PPMを基礎としたアジ十二匹食べてもよいというこの根拠と、どうしてその魚を見分けつきますか。魚に書いてありませんよ。

な魚は東京には入れません。こういうことを信用しないというならいざ知らず、政府としては強力にこういう監視体制をしいて、疑わしい地域は八つですか九つですか、その地域の魚は厳重に監視をこれからやります。でございますから、そちらで規制しておるのですから、東京の方々は一々お調べになる——お調べになるといっても調べようがないんです、魚に書いてないんですから。ですから悪い魚は東京に入れません、こういうことをはっきり宣言をし、同時に東京の方々は安心して何匹でもお食べいただきたい、こういうことを申し上げておるわけでございます。これが現実でございます。

○島本委員 現実の結果は十七年前水俣病ができたときに、そしていろいろな資料が出て、その資料を十分にもとにして患者に対する対策をサポートし、そしてこのような第一次水俣病が発生し、第二次水俣病が発生し、第三次の水俣病も発生する、この根源をつくつたのも厚生省であります。したがって、厚生省がいまそれをばつきり言うならば、過去の批判の上に立つて、反省の上に立つて、そして今度のこういうような数値を出した、こういうのでなければならぬと思ふのであります。

したがって、私はその監視体制が確実だ、こういうようなことだとするならば安心でしょう。どういふような監視体制を講じて、そして国民が安心だということに、まくらを高くして食べられるか——まくらを高くして食べるのは、おかしいんですけれども、安心して食べられるか、おかしいようなことになるのか、この監視体制だけははっきりさせないといけないので、どういふような監視体制を持っておりますか、はつきりさせてもらいたいと思ひます。

○齋藤国務大臣 私どもが、今度の安全基準を設定するにあたりましては、水俣病について所管が厚生省にありました当時、厚生省がもろもろの施策を講じましたが、そうした今日までの体験についての反省、そういうことを十分に私どもはいた

しておるわけでございます。

そうした反省の上に立つて、今回、WHOの基準なり水俣病に対する研究の結果、あるいはサルに対する実際の国立衛生試験所の実験、こういうことをもとにいたしまして、水銀に関する各方面いろいろ意見を持っておられる方たくさんおられます、そういう最高権威者を全部集めて、その最高権威者が意見の一致を見て発表する、非常に安全度の高いものとして安全率を見込んだのであります。学者の諸君の中にいろいろ意見のある方がありましたが、そういう意見のある方々を全部吸収いたしました、水銀における最高権威者でありますその方々が責任をもつて、ひとつまとめていただいた、こういうわけでございます、科学的であり、しかも日本の学界において許される最高権威を網羅した研究でございます、しかもその学者の中に一人の意見の相違もなかった、この事実が国民に知っていただきたいと思ひます。

こういう観点に立つて基準を設け、その基準以上の魚は一切東京の市場には出しません、それがためには怪しげな地域については監視体制を厳重にやります、こういうことでございますが、それじゃ監視はどうやってやるんだ、これについては環境衛生局長に今晚これから指示するつもりでございますが、厳重な、厚生省の職員だけでは十分ではございませんから、衛生試験所の専門官、それから各府県における衛生監視員、これを総動員いたしまして、できるだけ早い機会にこの九地域に常駐させて検査させてやりたいと考えております。

それだけのことを思い切つてこの際やろう、金も思い切つて支出しましょう、予備金支出を出します。きのうも園議の席上において三木環境庁長官から大蔵大臣に対して、何億かかってかまわなから金を出してもらいたい、大蔵大臣も承知しました、こういう園議の内容を申し上げることは適当でないと思ひますが、国民に安心してもらう意味においていい機会でございますから、ひとつ

申し上げておく次第でございます。そして思い切って、怪しげなる魚は東京に入れませんから、どうか御安心して召し上がってください。この現実の姿で申し上げるわけでございます。この監視体制の強化に私も真剣に責任をもって命がけで働くつもりでございます。

○島本委員 命がけで働く、ことはなかなかない。いまのは名演説です。自分で言うほど名演説ではないが、監視体制がこれからであって、いまのうちに、いまこれを食べないというの、十何年前の反省を込めての発言とは思われません。監視体制をはっきりさせているから、そういう悪い魚は入ってきません。したがって、そういうような魚を安心して食べてもいいです。——監視体制はこれからです。ですから安心して食べてくださいというの、少し論理の飛躍じゃありませんか。いま入っているやつはどうするのですか。わからんじゃありませんか。それと同時に、魚は一定の場所にとどまっています。泳いでいくのです。汚染地域から他のほうに行ってしまうのです。そこでとれた魚に対しては絶対安全です。あなた安全宣言をするのです。もしこういふふうに安全宣言以上の汚染があった場合には、十何年前の反省を込めての発言とは思われません。そういうことは、監視体制はできておりません。したがって安心して食べてくれ、それならいいのです。いろいろな世界的な学者の一人の反対もなくなってきた数値です。だから安心だ。そこまでは安心していいです。その安心であるという数値を込めた魚、これが食糧に供されるように、悪い魚が入ってこないようにという監視体制のもとに言われるならわかるのです。そういう点において、八地域だけだといったって、とんでもないものを安全だといったって食わせられる。こういうことにならないという保証をはっきりしてください。

○齋藤国務大臣 全国的に保証と申ししても、基準をきめたばかりでございますから私もはっきり申せませんが、東京の市場にきり入ってくるのは、どこからとれた魚が入ってくるか、それがわかるわけでございます。怪しげなる地域からは入ってこないということであれば、きりあすのところは、まずそれでけつこうだと思ふのです。そしてさらに科学的根拠をもって東京都民に安心をさせていただくためには、明日は東京中央魚市場において検体をいたします。その結果を国立衛生試験所でもってはっきりいたしたいと考えております。きりあすのところは魚がどの辺から入ってくるか、怪しげなる地域から入ってくるから入ってこないでございませう。きのうも入っていないようございませう。そういうことを私は申し上げておる。急いで監視体制を強化いたしますから、いましばらくお待ちをいただきたいと思ひます。

○島本委員 いましばらくお待ちください。しばらくの間魚を食べないでください。それならいいです。安全ですから食べてください。監視体制のほうはしばらくお待ちください。それはおかしいじゃありませんか。それはまだいいです。そのほかにとれた魚は、その場ですぐ揚げて市場に持ってくるような仕組みになっております。そうでない仕組みもあるのです。とれたものは他の市場にいつても揚げられるのです。県外市場にいつても揚げられるのです。市場全部に対して一つ一つ点検される機能があるならばいいのです。ところが、特定の八地域のみ、いまだ注意だ。これは持つてきちゃだめだ、それ以外のところはよろしい。じゃ、それ以外のとこに揚げてた魚は今度はどう入ってくるのです。そういうようなものに対する監視体制は十分なんですか。安全なんですか。これは安全性の問題ですから、重要ですよ。正直に言いなさいよ。

○浦田政府委員 まず実態から申しまして、東京をはじめ現在流通市場によく出回っておる魚は安全であるといえます。しかし十分にその点を保証できないではないかとおっしゃっておられますが、これはいままで過去の調査結果が汚染地域を中心とした、つまりよごれておる魚ばかりを集めたものでございまして、平均でも〇・〇八PPM、メチル水銀でございませうけれども、それ以下であるというところが一方では明白でございます。それから魚は、確かに汚染地域だけに住んでいる魚ばかりではございません。回遊する魚も多うございませう。しかしながら、いままでの調査研究の結果は、その場所に居ついている魚、そこに住みついてゐる魚、そういう魚はわりと移動性はございませうが、そういうたような魚に汚染濃度が高い、これはあたりまえであります。汚染の多い水なり、あるいはそこにいるプランクトンといったようなものを集中的に食べるわけでございますから、それは当然でございませう。そういう場所に住みついておる魚の濃度が高いわけでございます。回遊する魚、瀬戸内海でも回遊する魚もあり、遠い外洋をはるかに回遊する魚もございませう。そういうた魚でもたまたま汚染地域に入ってくる魚もあるかもしれませうけれども、その汚染される度合いは〇・〇八PPMよりはるかに低いというところは私は言い切れると思ひます。したがって、東京の中央魚市場に入ってくる魚、こういうたものは〇・〇八PPM以下であるというところははつきりと思ひます。

監視体制についてでございますが、実は大臣今晚指示するおっしゃっていただきましたが、内々には私にすでに御下命がございまして、私どもは関係の府県に連絡いたしました、すぐに監視体制、抜き取り検査の準備に入るようにということを示したしております。これはどう申しませうか、産地市場におきまして水揚げされてくる魚をそこで検査をする、つまり一種の水ぎわ作戦でございませう。しかしながら、先生が御指摘のように必ずしも生産地からすぐその近くの市場に揚がるということではございませう。よくございませうから、その流通の形態というものが十分に承知をしておく必要がございませう。したがって、その辺のところの基礎になるような資料も持ち寄りまして、二十九日に全関係府県を中心として重点的にやるというところは、これは効率上からもやむを得ませんけれども、私どもは全国的にこの監視体制をどうやっていくか、それからさらに日常定期的な検査という体制をどうとっていくかということにおきまして、具体的にこちらのほうから指示する予定でございます。

また二、三日のところはと大臣申しておりますが、実はこの基準は非常に安全率を見ておりまして、このままほうっておいて五年、十年と長い先食べておつても、この規制値以下の場合には、これは絶対に病気になるというところは御心配ないというところでございます。今日あすの問題ではございませう。お気持ちとしては、ただいま直ちに検査を始めるということが当然のことではありますし、われわれもそうしたいのでございませうが、正直に申しまして、そこまでは残念ながら、いまのところは体制が整っておりません。

「塩谷委員長代理退席、田川委員長着席」この二十九日に会議を開きまして具体的にそういった点は指示し、国民の皆さん方がなるほど厚生省の言っておるとおりであるということをも具体的な数字をもつて、その結果をもつてお示しすることができるようになつたと思ひます。

○島本委員 これはほんとうに大事な問題なんですから、もう若干許してもらひますが、いまそのために、母子保健の点から妊産婦並びに乳幼児の死亡率を聞いてみたのです。ところが乳幼児の死亡率や妊婦の死亡率はまだ世界のレベルから高い、こういう報告があつたわけなんです。なつたときに今度の魚の安全基準というのができて、これによつて妊婦や乳幼児への配慮というやうなものに対しては行政指導によるというだけであつて、十分ではない。マグロとか川魚とかいうものは除かれてゐる根拠、それに対して行政指導するというのが、妊婦や幼児に対してどういうやうな行政指導をするのですか。こういうふうにして抜けているところがあつたやうな状態で、安心して食べなさい、世界的な学者が一人も反対なしでやったのだから安心だ、こういうやう

に言うことは、いまのような点を含めたら、まだまだ配慮が十分であるとはいえないじゃないか。私はその点をもう一度聞いておきます。

○齋藤国務大臣 マグロはすでに御承知のように外洋の魚でございます。これは含有しておる水銀は天然の水銀でございます。この水銀につきましては、アメリカあたりにもいろいろ意見があるようにございます。これは心配ないじゃないか、こういう意見もあるようにございますが、そういう学説は別といたしまして、今回の規制措置は国内に一般に流通する魚を対象とし、汚染するおそれのある魚は排除し、同時にそういう地域の汚染源を除くということが中心なんです。ところがマグロはどうも汚染源を除くといっても、これは自然に持つておる水銀でございますから、規制値を設ける必要はない。すなわち一週間摂取許容量の範囲内にとどめれば人体に影響はない、こういうふうに判断をいたしました。さようにいたしましたものであり、河川魚につきましては市場性はございません。その地域、地域の周辺の問題でございます。それから、国の基準としてではなくて、府県知事において国の基準に準じたものを検討していただければ差しつかえない、こういう判断でいたしたわけでございます。

さらにまた乳幼児、妊婦、それから魚の多食者、こういう方々については、汚染地域を中心として保健所が中心になって食の指導について十分当たっていくようにいたしたい、こういうふうに考えておる次第でございます。汚染のおそれのある九地域からまず先に保健指導をやっていく考えてございます。

○島本委員 もう二回もやめなさいというのが来ているのですが、これはちょっとやめるわけにいかぬのです。大臣。というのは、メチル水銀の含有量、微量ですけれども魚に蓄積されるのですから、それを親が食うのですから、もちろん子供も食べますけれども、それが親のからだはわりあい何でもなくとも、妊婦の場合には子供のほうに對してそれが影響するのですから、その影響する

そのものは脳神経がおかされるのですから、生まれてからにして植物的な生存をしいられるのですから、こんなことはどうもつても心配ないというふうにしてやって、それがあたりまえなんです。少なくとも少しくらいはというの、十七年前の厚生省のおかしたことの反省の上に立っているというこばに受け取れないのでありますから、私はしつこくこれを聞いています。だれもが平均値以下の魚を食べているというのじゃないのです。やはり平均してそれだけというのなら、それ以上の魚を食べている人も当然あるのです。平均以上の魚は当然あるのですから、それを食べる人だつてあるのです。平均値以上の魚を食べる人というののが危険だということになるのです。その人たちの安全性、いわゆるこれは絶対安全だということはいえないと思うのです。

これは大臣では無理ですから局長、こういうふうな平均をやった場合には、それ以上の人もあるのです。平均はそうだったって、もちろんそれ以下の人もあるのです。それはわかるのです。それ以上のものを食べている人も安全だ、それをはつきりさしてくだされ。

○浦田政府委員 今回の基準値は、一番根本になりますのは、一週間でメチル水銀としてどの程度まで摂取し続けても絶対に発病しないという量、そういう量はどれくらいのものであろうかというのが第一の考え方であり、基本的な考え方でございます。それはいろいろと過去の医学的な所見から、また現在行なっておりますサルにおける実験等から割り出した〇・一七ミリグラム毎週、これは成人五十キログラムの体重の方についてであります。それが根本的な考え方でございます。要は、どうやってこの一週間の〇・一七ミリグラムをこさないようにさせるかということでございます。その意味から総水銀においては濃度として〇・四PPM、メチルにした場合には〇・三PPM以上のものを排除すれば、絶対に週間の許容限度をこすことはありません。計算に基づいております。したがって、私どもは〇・三PPMあるいは〇・四PPMをこした魚は絶対に市場に出さないように努力いたしますが、万一個人的な好みその他で、釣りとかなんとかいうことで、あるいは口に入れる魚が〇・四PPMをこえているというふうなこともあり得るかと思いますが、しかしそういうときでも心配ないし、〇・三PPMのメチル水銀、〇・四PPMの総水銀以上のものが市場に出回らないということを保てれば絶対に御心配ないのでございます。それから確かに妊婦あるいは乳幼児等に對しまして、この基準は慎重に扱わなくちゃいけないというところで、しかもそれが数的に明確にされていないというところは、先生の御指摘のとおりだろうと思います。これにつきましても、先ほど申しました専門家会議におきまして非常に慎重に、熱心にはいけなかった。残念ながら数字的にいうわけにはいけません。しかし妊婦の方については確かに胎児への移行という問題もあるので、要するに疑わしきはきびしくするという考え方でもって厳格に、つまり、このような汚染のおそれのあるという魚については普通の方よりも摂取を控え目にする、ほかのたん白質でもって補っていたらどうかといったようなことになるわけでございますので、これはむしろ非常にきめこまかい食生活の指導をいたしまして、一週間の許容限度、妊婦の方には對しましてはそれが少し下回ると思いますが、いろいろな個別の食事指導によって目的を達していける、またそのほうが適切であるという判断でございます。

なお、引き続きこのような妊婦あるいは乳幼児に對する基準の問題につきましては専門の方で御検討願うことになっておりますので、早く数的にも明確に示せるようにいたしたいと考えております。

○島本委員 じゃ、これで私はやめます。まだまだこれでもやる段階ではありませんが、他の友党との関係もありますから、これでやめるわけでありませう。

現在の流通機構の中で監視体制を現在の八カ所程度のものにし、不備のままで、いま新安全宣言を發したということは、やり方によつてはこれが新たに国民に對する宣戰布告になる。そうならぬように十分行政上の配慮をしてくれることを心から要請いたしまして、私の質問を終わらしてまいります。

○田川委員長 庄司幸助君。

○庄司委員 私は健康保険料の引き上げ、この問題についてお伺いするわけですが、この健康保険の診療費払いが年々増加する傾向があるわけですが、それと関連して、やはり公害による環境破壊があるわけですね。

それでただいまの前の質問者の関連で五分間ほど、重要な問題がありますので伺いたいのですが、いま厚生大臣が汚染魚については水きざでも絶対撃退する、こういうねじりはちきりの異常な熱意を示されたわけですが、私は、それがはたしてできるのかどうか、技術的な観点から一度伺いたいと思ふのです。

それは水銀はどうかわかりませんが、PCBについて私の地元宮城県の公害技術センターで、厚生省の委託で母乳の検査をやりました。その際ガスクロを扱う人がまず少ないということ。技術者が少ない。それからもう一つは、一検体について相当のエキスパートで大体二週間くらいかかる。特にPCBは複雑でありますから、塩素の含有量によって型が六つくらいありますから、二週間くらいかかる。そうすると、いわゆる疑わしい漁場とれた魚、これについての検査の期間が相当かかるということが憂慮されるわけですよ。ところがいまの流通機構からいいますと、東京市場に入ってくる、これもスピードが速いわけですね。なまものですから、そうしますと、そんなに期間をかけていれば魚が腐つてしまふ、こういう問題もあるのですよ。何もかにも冷凍にできるわけでもありませんから、こういったいわゆる技術的な問題をどうするのか。つまり水きざで何ば撃退しようとしても期間が相当かかる、これ

じゃ売りのものにならない、こういう問題点があるのです。そうすると、やはりフリーパスでどこか抜け道からまた出てくる可能性も出てくる。こういう歯どめがあるのかないのか、私はいんじやないかと思うのです。

それからもう一点は、この問題についていうならば、怪しい漁場の属する各府県、こういうところでガスクロをそろえる。ガスクロだって相当金がかかる。それからガスクロを扱う専門的な技術者、これは相当の熟練が必要です。そういう人材が確保できるのかどうか、これもまた大問題になるわけですね。その点どうなのか、この二点を伺っておきたいと思うのです。

○加倉井政府委員 ただいま御指摘がございましたように、各県の公害関係の検査施設あるいは技術者につきましては、まだ十分という体制に至っていないのは御指摘のとおりでございます。したがって、私もといたしましては、本年度還元融資等を活用いたしまして、重要な都道府県の衛生研究所あるいは主要な保健所におきまして、そういう検査設備の購入に備えるよう指示をいたしております。それからまた検査技術者の研修等につきましては、早急に私どもの予防衛生研究所あるいは衛生試験所等の技術陣を動員いたしまして、研修を実施いたす予定にしております。したがって、直ちに現在の検査体制に間に合うかどうかというこの懸念はございますけれども、できるだけ早急にその体制をとりたい、かように考えております。

○庄司委員 答弁漏れがあります。期間の問題ですね。いわゆる一検体についてどれくらいかかるか、この点どうなんでしょうか。

○加倉井政府委員 PCBの検査は、御指摘のようにやはり二週間程度の期間を要することでございます。したがって、それをできるだけ早く結果を得るような技術基準と申しますか、そういうものもあわせて、やはりこれは国の段階で検討しなければならぬというふうに考えております。また一方所に検体が集まりましたと、やはり

非常に期間が長くなるということもございまして、民間の検査機関等も活用しなければならぬと思います。それらの体制等につきましては、十分都道府県と連絡をいたしまして、検査が十分に、すみやかに行なわれるように私どもは指導いたしたい、かように考えております。

○庄司委員 厚生大臣、いまちょっと席をはずしていただきますが、あいう勇ましいことをおっしゃったって、実際はどうなわけだということなんです。世間でいうようなわけです、これは、何の保証もないじゃないですか。できるだけ早く、期間を短くすると、こうおっしゃっていますが、そんな技術的な保証はありますか。

それするとPCBについて二週間かかる。その間、魚はどうするんだ。この問題の解決は何にもないので。水銀だって相当かかるでしょう。この保証は何にもない。そうならば、厚生省が考えているようななまぬい対策では、やはり国民の口にとんだん汚染魚が入ってくる、あるいはまた、漁民がせつかつくという魚をむだに結局捨てなかつたやらない、こういう事態が必ず出てくる。私は思うのです。だから、そういうなまぬい抽象的な答弁じゃなくて、もっと確信のある答弁はできませんか。お願いします。

○滝沢政府委員 先生のお答えに、環境衛生局長お答えなれども、先ほどの議論を通じて、われわれ健康の立場から考えますと、水銀の安全性についての、相当長期間の蓄積の問題を背景にして今回の基準値をきめたことに對する、安全の答弁がございました。先生の御質問は、そのような水銀の検査を水銀でやりましても、その結果が出るまでに日にちも要するじゃないか、そのときに国民の口に入っているんじゃないかというところでございまして。

これは確かに私も、いま御質疑を聞いております。また答えた側との関連も考えますと、確かにそのような結果にはなりませんけれども、しかし水銀で検査することによって、その時期の、あるいは産地等がわかりますので、その結果がカツ

オナラカツオ、カジキならカジキ、そういう魚の種類によって一つの基準値を上回るものが発見できたという結果が、一週間後であっても、わかりましたことによる対策というものが講じられるという以外に、確かに、おっしゃる通りに、即時的に市場をとめる、あるいはその魚を廃棄を命ずるということ、現在の科学的な検査の結果とは、確かに先生のおっしゃるのとおりでございます。そういうような意味はあるというふうに御理解をいただかないと、現在の検査能力あるいは科学的な水銀、PCBの検出能力からいって、おっしゃるのとおりであらうと考えております。

○庄司委員 この問題はこれでやめます、あとでまたあれしますけれども。

それで、私が御質問申し上げたい本来の論議は、本年二月十六日の審議会の答申で、「今日の医療保険の混乱の根本原因は、国民皆保険の前提条件である医療機関、診療報酬その他医療に関する諸々の体制の整備を怠ったことにあることを指摘し、医療諸制度に深くメスを加うべきことを強調した」と、こういうことをおっしゃっているわけですね。それで、私は常々感じていた問題なんです。が、いわゆる療養費あるいは診療費を保険機関からお医者さんに払う、これがやはり年々歳々ふえていく。これが一つ赤字の原因にもなるわけですが、それと相まって薬価の問題もあります。やはり病気を前もって防ぐ、予防する、この対策がやはり私は保険医療制度の非常に重要な問題だろうと思っております。

それで私がいろいろ調べておりますが、現在の保健所の問題ですね、保健所のあり方の問題がやはり大きな問題となってクロージアップされつつあるかと思うのです。最近とみに保健所が対人サービスの面で機能の低下が叫ばれております。それが早期発見、早期診療の体制をくずしていつていくことにつながっているかと思うのです。その点は、昭和四十六年三月に全国保健所の所長会議が持たれております。そして「保健所のあり方について」というパンフレットが出ておりますが、これは

お読みになっていると思います。厚生大臣はどうかわかりませんが……。

この中で指摘しているのは、医師、技術員の不足、これは目をおおほどどい、こういってあります。それから「多くの公衆衛生従事者は一方では絶望感や挫折感にあえぎつつ」、「そしてこのままでは国民の健康でしあわせな生活を守ることが絶対的に不可能になろう」とさえているのです。さらにいろいろこまかい問題を指摘しておりますが、一つは保健所の医師の不足の問題ですね。宮城の場合でいうと、十四保健所のうち、予防課長でお医者さんの予防課長がたった一人しかいないのです。これで保健所の機能が果たせるか、まるで衛生部の事務出張所みたいな扱いになるわけですね、これでは。

それから保健婦の問題ですね。これも絶対的にやはり数が不足だ。しかも、その反面、保健婦活動についていうならば、生活の場における保健指導と、医療の場における医療指導と、学校、事業所等の機能集団での指導、こういう要求が多面的に増大している、こういうことがいわれているわけですね。

それで、お伺いしたいのは、実は有病率が非常にふえているわけですね。十年間で二倍ちょっとふえています。昭和三十七年を一〇〇とすると、四十六年二〇五ですから、こういう有病率をどんどん増大させた原因は、もちろん政府の高度経済成長政策が続いた結果だ。これは厚生省関係でも認めておられるわけですね。こういう有病率の増大、それとあわせて、やはり早期発見、早期治療の体制が不十分である点にこういって問題が出てくるのじゃないかと思うのです。

それに対して、厚生省でも昭和四十三年からいろいろ保健所のあり方について討論なすっているようです。四十四年六月には、いわゆる基幹保健所構想を打ち出したですね。「保健所指導網の近代化について(案)」というものを発表しておられて、これが一つの混乱を巻き起こしている。いわゆる基幹保健所、これに機能を集中して対人サー

ビスの面で非常に低下してくる。それから四十四年には保健所の増設を認めないという方針をとっておりですね。そして四十六年の一月には、衛生部長会議のこの資料が出されて、いわゆる対人関係のものは保健所から市町村に移譲したらどうだ、こういう案がでてきて、去年の七月「保健所問題懇談会基調報告書」これは厚生省公衆衛生局の保健所課で出されたものですが、この中でも市町村移譲の方向が出されている、こういうふうで、厚生省は厚生省なりにやはり保健所の対人サービス面でいろいろ心配されたあとが見えるのですが、政策的には全く一定の方針がなくて混迷を続けている。この状況があると思うのです。

その点で、私は保健所問題というのが、実は健康保険料問題と密接な関連がある。この保健所問題に対する厚生省の方針がぐらぐらしてさっぱり固まらない。県や市町村もやはりそういう点で混迷しているわけです。この点、厚生省の基本的な考え方をここでひとつ伺っておきたい、こう思うのです。

○加倉井政府委員 疾病の予防が治療にまさるといふ御指摘は、全くそのとおりであろうと思えます。それで、ただいまいろいろお述べになりましたように、保健所に対します厚生省自体の方針に變動があるじやないかということでございますけれども、従来保健所は大体伝染病感染症を対象にいたしまして、いろいろの施策をやってきましたけれども、御承知のように感染症疾患が減少してまいりました、それににかかわるものとして慢性疾患が大きくクローズアップされてまいりました。従来、たとえば結核を例にとってみますと、結核の集団検診、いわゆる早期発見によりまして結核の対策が進められたわけでございますが、これはやはりその保健所管内の医療機関その他の事情から、保健所がみずからやらなければならないというような体制であつたわけでございます。

しかしながら、先ほど申し上げましたように、

次第に慢性疾患に疾病構造が変化してまいりますと、今後の保健所というもののあり方は、やはり地域住民の中からそういう情報を集めまして、それを総合した上で各対策を立てなければならぬわけでございます。その対策を立てるために、やはりきめのこまかい情報を確保するというためには市町村あるいは地区を中心としたいろいろな施策というものの樹立が必要でございまして、そのためにやはり従来行なっておりまして、感染症対策よりも、むしろそういう慢性に経過する疾病の各種の情報の蓄積ということに今後の保健所の仕事のあり方を向けていかなければならないわけでございます。そこで、従来やっております感染症対策につきましても、直ちにこれを中止するということわけにはいかないわけでございます。また、感染症対策をやりますと新たな慢性疾患対策に移行するということ一つの方向転換の時期に来ておるわけでございます。

そういうことを踏まえて、昨年、保健所問題懇談会から、今後の保健所のあり方ということについて、御報告をいただいたわけでございます。その趣旨を体しまして、私もいろいろいたしましては、今後保健所がどうあるべきかということの基本的な考え方を衛生部長会議等を通じて指示いたしますとともに、本年度は数地区を選定いたしました。地域医療の問題を具体的にどう処理すべきか、どういう問題があるかということの検討を開始いたしましたわけでございます。そしてその結論によりまして、早急にやはり今後の保健所のあり方、先ほど申し上げましたような市町村を地区といたしました。いろいろの情報の収集、それによる対策の樹立、それを具体的にどう実現するかということの検討を加えつつ新たな保健所の編成を考えなければならぬというわけでございます。

ところで、従来実施いたしておりました結核等のいわゆる感染症疾患に対します問題は、やはり医師全体の問題といたしまして、医学的に一応の診断基準あるいは治療基準等も確定いたしましたし

て、対人サービス面におきまして従来働いておりました、保健所に勤務いたしておりました医師の興味を次第に失わせたわけでございますが、今後はやはりそういう地区医療体系の中におきます医師の役割りというものも考えまして、保健所における医師の活動というものが魅力あるものでなければならぬというふうに考えておりました。それとあわせて保健所のあり方ということ、医師を確保するためには魅力ある職場でなければならぬということも勘案いたしながら、今後の保健所のあり方について基本的には変えなければならぬという段階に立ち至って、先ほど申し上げましたように、衛生部長会議等を通じて、その検討を私どもとともにやってくれることを依頼いたしておるわけでございます。今後の疾病構造の変化に伴う保健所のあり方というのは、やはり従来の保健所の業務とは全く異なったものになるというふうに私も予想いたしておるわけでございます。それをできるだけ早急に私どもといたしまして一つの基準を示したい、かように考えておる次第でございます。

○庄司委員 それでその方向についてですが、たとえば「サビスの改善」これは基調報告ですが、「小規模で頻度の高い対人保健サービスおよび必ずしも高い技術を要しない環境衛生業務については、市町村の実施能力を勘案し、計画的に市町村に移譲する、こう出ていますね。それから「保健所は、公害を含めた環境保健対策に積極的に取り組むべきである。」こう言っていますね。これはいまのPCB、水銀、そういう問題も出てきておりますから、当然そうなるんだらうと思っております。いま宮城県なんかで進行しつつある方向は、いわゆる基幹保健所、あなたの方のまだ提案でないやつをそのまま受け入れて基幹保健所をつくった、この基幹保健所にこの公害機能をくっつけて、その対人サービスのほうはだんだん手抜きになつていく。保健婦さんの間でも、基幹保健所の保健婦がえらくて地域保健所の保健婦は一段下だ、こういう扱いが進行しているのです。これで保健婦

さんの間でいま一大問題になっているのです。これは御存じだろうと思いますが、こういう混乱を与えてはいけないだろうと思うのです。私は、当然公害問題に重点が移れば、このいわゆる対人サービスの面は低下することは間違いないのですから、この低下を防ぐためには当然に私は保健婦の増員ですね、これを考えていかなくちゃならない。それが必要だろうと思うのです。ところが、それは市町村に移譲する、事情も勘案して、こういうことがありますが、しかしいまの市町村の実情で、保健婦さんをおまえのほうでやってくれといわれて、これはやれますか。厚生大臣、どうですか。これはほくはやれないと思うのです。その点、ひとつどうですか。厚生大臣。

○齋藤国務大臣 保健所のあり方については、ほんとに真剣に検討を加えなければならぬ段階に私来ていると思うのです。先ほどもお述べになりましたように、保健所にお医者さんがいないというふうなことは保健所の機能を発揮できるわけはございません。そういうふうなことで、いろいろな保健所というものの対するいままでの社会的評価が低かったというふうなこともあつたわけでありまして、なかなか思うように進展していかつたことは事実でございますが、こんなことでは、これはもうたいへんなことだと思ふのです。予防医療の中核になり、さらにまた最近公害その他の問題が発生してきている。これは地方の医療の非常に大きな中心だと思ふのです。そういうことに対する国のもう少しの力の入れ方、これが私は少し足りなかつたんじゃないかと思ふのです。

ですから私も、先般来実は公衆衛生局長にも言っているのですが、今後は思い切つてこういう医療供給体制の問題、予防医療の問題、予防医療の中核というのにはまさに保健所ですよ。それがさっぱり機能が果たされてない。国民の期待にこたえ得ない、こういう状態ではどうにもならぬから、この際思い切つて性格も考え、根本的なてこ

入れをしなければならぬ。予算が必要ならば、来年度の予算の概算要求で思い切って出さない、こう言っているのです。いまのような状態ではやはり国民の信用を失うと思うのです。そういうことも考へて私は再検討の時期に来ておるし、また新しい方向を目ざして本格的に力を入れなければならぬ時期であると私も考へております。その点は同意でございます。

○庄司委員 保健所問題については、あとで機会あればこれはゆつくり二時間くらい私は討論したいと思ひますけれども、きょうは簡単にそれくらいにします。

それで、いま大臣がそういうりっぱな御発言なすつていますが、それに逆行するようなことが、今度は厚生省の事務次官名で都道府県知事あてに通達が出ておられます。厚生省発保五十一号、これは四十七年八月十五日付です。これまではいわゆる対人口割りで三千五百人に一人置きという、国保の保健婦ですね。これが対人口割りでなくなつた。被保険者割りになつた。これはたいへんな問題だと思ふのです。そうすると、いわゆる市町村の保健婦さんはその地域の国民健康保険の被保険者だけを対象にして保健婦活動をするというところになつてちやうど、これは、そうすると、地域にはもちろん国保の方もあれば社会保険の方もあれば、政府管掌の方もあると思ふのです。それが対象からはずされるという概念規定なんです。これは非常に重大な問題です。

それからもう一つは、こういう通達が出た結果、一体都道府県の実態がどうなつていくのか、これをお調べになつたことはいくらもあると思ひます。私は宮城県だけのことしかわかりませんが、いままでの国保の保健婦、岩手の沢内なんかは千四百人に一人ぐらゐ置いているのです。ああいう失礼ですが貧乏な村です。ところが全国平均でいふたら、おそらく五千人以上に一人、こういう心細い数字です。宮城県の場合は大体五千八百人に一人ぐらゐです。それで現在二百四十七名です。本来ならば四百十名を置かなくちゃ

らないのですよ、基準からいふたら。それが今度のこの通達によつて二百六十二名、これしか置けないというの基準が出てくるのです。

先ほど厚生大臣が非常に前向きな御発言をなすつておられますが、一方でこういうことが発生している。この通達、これはもう撤回しなくちゃならないのじゃないかと思ふのです。そうやってほんとうに地域医療を十分にやり、早期発見、早期治療をやり、そうやって健康保険の赤字解消にもつとめる、こういう側面がさつぱりだめになるか、この通達の問題。もう時間もありませんからね、簡単にお答え願ひたいと思ひます。

○北川(力)政府委員 ただいま国民健康保険の保健婦の設置基準についてのお尋ねがございました。仰せのとおり保健婦の活動は、国保サイドもあり、また保健所サイドもございます。お互いに連携をはかりつついくべきものだと思います。最近やほりというところもございまして、それから配置の実効をあげようとするために、やはり比較的衛生水準の高い都市部とそうでない農村部に比しまして、やはり実態を見て、実情に応じて新しい基準をつくつて配置をしていく、そして効率的な保健婦活動をやつていくことが国民健康保険の場合にも必要だと思ひます。

そういう意味合ひで、私もまたいまおつしやいましたような新しい基準をつくつたわけでございます。できるだけいま申し上げましたように観点から適正な、効率的な活動ができるように配置をいたしまして、有効な活動を促進してまいりたい、このように考へております。

○田川委員 質疑者に申し上げますが、この連合審査会のおとも引き続き社会労働委員会が開かれますので、各党で打ち合わせられた質疑時間をできるだけ守つてやつていただくように御協力のほどをお願いいたします。

○庄司委員 厚生大臣にも一言、最後にお願ひします。

○齋藤国務大臣 保健婦の活動を地域に即して合

理的にということの通達のごさいます。私、実は見ておりません。昨年のごさいますから、私は昨年の十二月になつたばかりでございますから、そこで見ておりませんが、やはりその地域、地域において合理的に保健婦を活動させるというごさいます。その趣旨にのつておるのではないかと考へてはございませぬ。

○田川委員 神田大作君。

○神田委員 時間が限られておりますから、私のほうから簡単に質問しますから要領よくお答え願ひます。

まず第一に、各都道府県におきまして現在乳幼児医療に対する無料化が地方自治体の経費と責任でもつてなされておりますが、先ほど委員から言われましたとおり乳幼児の死亡率は非常に高い。そういう観点に立つて、これは地方自治体にまかせるべき問題ではない。そのためにはやはり国でも責任を持つて無料化をやるべきじゃないか、いままでの地方自治体の負担をやはり国が引き受けるべきではないか。こういうふうに考へますが、これらの実態、それと厚生省としての考へ方、これらについてまずお尋ねをいたします。

○穴山政府委員 現在地方自治体におきまして乳幼児医療の無料化として実施しておりますのは二十一県七百五十七市町村でございます。

それで、先ほどお答えいたしましたように、私どものこの問題に對しての考へ方と申しますのは、現在未熟児医療とかあるいは育成医療とか、あるいは小児難病の問題とか、そういう特別医療について公費負担の実施をしていくわけでございます。これにつきましまして、さらに今後とも充実をはかつていかなければならないと考へておるわけでございますが、こういう特別の医療以外に、さらに一般的な疾病にまでもこういうふうなものを広げていくというふうなごさいます。これは、むしろ医療保障全般の問題として慎重に検討しなければいけないというふうに考へておるわけ

けでございます。したがつて、現在こういうたものをするというごさいます。これは考へていないわけでございます。

○神田委員 これはいま考へておらないと言ひますが、実際問題として二十一年都道府県でもう行なつておる。こういうふうに地方でもつて、こういう大きな負担をしよう、これをやらなくちゃならぬというごさいます。実際に実施しているんだ。これを厚生省が全般的な問題であるといつて考へておらないというごさいます。老人医療の無料化と同じでございます。これは、やはり日本の医療行政の点から見ましても、これは片手落ちになるのではなからうか。

〔田川委員退席、竹内(衆)委員長代理着席〕
今後われわれは次代の後継者を育成するという意味合ひにおきまして、やはりりっぱな乳幼児、りっぱな子供を育てていくということは非常に大事なことであるからして、そういう観点に立つて、厚生省としては前向きに考へるべき段階に来ておると私は考へる。そうすれば、日本全国一律にそういうことが実施できる。ある県ではやつた、ある県ではやらぬ、こういうふうな不手ぎわな行政はないのです。そういう点において、大臣としてこの点どうお考へになるかお尋ねします。

○齋藤国務大臣 乳幼児並びに小児医療につきましては、先ほど来お話のありましたようにガンとか療育医療とか、そういうふうな形においては一部実施をしておるわけでございますが、乳幼児の医療を全部無料にするというごさいます。現実的には相当な数の市町村でやつておるわけなんです。これはこれは医学者の中にもいろいろ意見があるらしいのでございませぬ。

と申しますのは、乳幼児医療の問題は、お医者さんに行けばただなんだといつたふうなことで、安易にお医者さんのところへ行つて薬をもらつてくるということになれば、これはたいへんなことじゃないかという考へ方が一部にあるのです。特にいまの若い方は、小さな子供の医療ということについて十分の自覚があるだろうかといつたよ

うな説も一部あるわけなんです。そういうようなことで、何でもただならばいいんだ、お医者さんに行けば、薬をもらってくればいいんだということになってはたいへんなんで、やはりこれは母親がもう少し子供——小さな赤ん坊ですから、子供に対する愛情ということでよく見てやらぬといかぬのじゃないかということが医学者の中にも相当あるわけでございます。そこで、医学者の中ではそういうただ、ただにすればいいということではなしに、一番大事なのは健康検査だということなんです。だから健康検査はひとつことしから無料にしましょう、こういうやり方にしたのです。

そういうことで、医療の本質からきているいろいろな意見もありますので、私はいますぐこれをやりますというわけにはいかない。もう少しやはり乳幼児医療というものの本質、こういうことを十分に検討してから考える必要があるんじゃないかなという——私、これは率直な意見です。私も医療がただだからいいじゃないか、それだけで割り切れるかどうか、そこにやはり少し問題があるようなことを承っております。ですから私も、その医療担当者から言われてみて、それはやります、ただならぬ話だからやりましょう、こうすぐいけるかどうか、もうちょっと私にも研究させていただきたい、こういうふうに考えております。

○神田委員 母親の愛情とか何とかという問題、これは筋が違ふと私は思うのです。その愛情と医療費の無料化の問題とは、零歳児というようなものとは実問題として育てにくいんです。またいまのようにお母さんがほとんど働きに出ておる。子供は保育所なり、あるいはどこかに預けて働きに行っておるというそういう勤労者の方が非常に多い。私は、統計的に調べてあるかどうかわかりませんが、ゼロ歳の乳幼児を無料にした果てとそうでない県と比較してあれば、あるいはその死亡率とかそういう点もお尋ねしたいと思いますが、これは必ず差が出てきていると思います。そういうふうな愛情を持って育てられる環境的に非常に

よい家庭と、そういう環境でない家庭とあると思ふ。

そういう意味合いにおいて私は子供を大事に育てていくという観点に立つて、これは国の責任で検討すべきであらう、こういうことを申しておるのである、前向きにこれと考えるという厚生大臣の言と考えますから、私はこの点はこの程度にしておきますが、ひとつ御検討を願って、そして地方自治体の負担も軽減すべきであらう。これは無料です。やっておるところと無料です。やらないところ、そういうふうな同じ日本の国民に差別をつける筋合いのものではないか、こういうふうに思いますので、国全体としての立場に立つて御検討を願っておくべきであらう、こういうふうに考えます。

次に、分べん費の問題ですが、今度二万円から四万円にしましたが、分べん費というものは現在もう十万程度かかっておるわけですから、健康保険で四万円では低過ぎるんじゃないか。子供を産むという母親に対する国の行政として、かかっただけは国でひとつ——皆保険をやっている以上は、分べん費というより大きな費用は国で見てもべきじゃないか、健保で見てもべきではないか、こういうふうな考えなのですが、この点はいかがですか。

○北川(二)政府委員 分べん費の問題は、四十四年の法律改正の際に、先生のいまお述べになりました二万円——いわゆる最低保障であります。最低保障額を二万円にしたわけでございます。今回の改正では、その最低保障額を本人につきましては四万円、それからもう一つは、最もケースの多い配偶者でございますが、配偶者は現在一万円でございますけれども、この配偶者の場合にも本人と同様四万円まで上げる、こういう改正をしたわけでございます。

この基準の額のきめ方につきましては施設によりまして、また地域によりまして、いろいろ差があると思うのでありますが、私どもは今回の四万円という積算にあたりましては、国公立病院

で現実に分べんに要する経費がどれくらいかかるかということについての調査をいたしまして、現在の健康保険の診療報酬の点数で計算できる分はそれを取りまして、またそれ以外のいわゆる介助料とか胎盤処置料とかそういったものにつきまして、は償行料金等も勘案をいたしまして、全国的に地域的なものも考えまして標準的なものとして四万円というものを設定をいたしましたので、大体これで必要な経費はまかなえるではないか、私どもはこのように考えておる次第でございます。

○神田委員 これは基準が、私検討した基準とだいぶ違っておる。私らのほうでは分べん費は十万円かかる、こう考えておるのです。調査しておるのです。あなたの方では、それはそんなに少なかからぬ。こういう問題は実際において調査の段階において何らかの食い違いがあるんじゃないかな。いま一度こういう点はよく御調査願って、健保適用という以上は少なくとも、月給から相当差引かれて健保というものをやっておるのですから、あるいはまた月々積み立てをしておるのですから、こういう点については愛情ある行政をやるべきであらう、こういう点についてお考えを願いたい。

次に、市町村の診療所の問題ですが、市町村の診療所の問題は、だいたい各診療所とも赤字ですね。医者が居つかない。医者が半々くらいでかわつていく。なぜかわつていくか。これはばく大な、たとえば三十万、四十万というような月給を払っていても、それでも大学を出た若い医者が、来て半年ぐらいいでかわつていく。患者もだんだん少なくなつていく。そのために診療所というものは全国的に廃止されておる。これは実際にそうなんです。

これらの診療所というものは無医村地帯に多いですね。医者がいないから町や村で診療所をつくる、そして医者を苦勞して呼んでくる、半年ぐらいいしてはなくなつていく、これを繰り返している。そのために、とてもやり切れないから廃止してしまえといつて無医村になつていく。この診療

所に対する対策と無医村の対策、この問題について厚生省はどのように考えておるか、まずお尋ねいたします。

○滝沢政府委員 確かに僻地の無医村などにおきます診療所、約四百あったと思いますが、これに勤務する医師の方々の意識調査と申しますが、一つの統計が厚生行政の研究費で最近まとまりまして、たいへん参考になる御意見が出てまいりました。わけでございますが、その一つに、やはり自分の時間というものに余裕がとれない。自分一人で診療所を責任を持っておるために、年間の学会に出たいとか、あるいはいろいろな研究会などにも出たいというときに、それに対する対策が十分でない。それから道路の改善、その他環境条件の改善はどうしてもやらねばならぬ。もちろん、給与の問題等もございまして、給与の問題等については、かなり市町村も苦心して高額の給与を出しておられる実態もあるわけでございます。

もう一点は親元の病院と申しますが、自分の勉強になるような病院というものを保持して、その場合によつては最近発達した通信設備あるいはテレビ装置等によつて、いろいろ自分の見ておる患者の実態を病院と相談しながら診療できるような新しい開発をしてもらいたい、こういうような御意見が出てまいっております。

先生の御質問にお答えする基本的な方策ということ、なかなかむずかしいのでありますけれども、従来はどちらかというと僻地に診療所をつくって、そこにお医者さんを確保することを考えましたが、それが非常に困難になつてまいりました。要は無医地区なり僻地は、医療を確保すればいいのでございまして、医師をそこに確保するということが非常に困難になつてまいりました。したがって、われわれとしては、今後の対策といたしましては、やはり親元になる病院というものを充実することによつて、そのお医者さんと親元との結びつきをし、あるいは先生方のいま御希望にいたしましたように診断、治療あるいは研究等に

出向く留守の間のかわりを、その親元病院が医師を派遣してやってくれるというふうにして、先生の御指摘のように現在いる僻地の医師をのがさないようにすることがきわめて重要なことでございませうから、もちろんそういう方策を講ずることが、また今後自治医科大学等ができてまいりますので、若し医師が僻地等に勤務するようにいたします環境条件を整えるために、われわれはやはりそういう通信網の開発を利用するとか、あるいは親元病院と僻地医療機関とを結びつけて、そこに親近感と責任を果たせるような医師としての満足感を得るだけ与えるようにする、こういうような努力をする必要があると考えて、ただいま立案中の医療供給の五カ年計画の中では、僻地診療部というようなものを相当大きな病院に設置して、これに助成し、医療器具あるいは通信、いわゆる医療情報システムと申しますか、そういう新しい通信器具の開発というようなものを兼ねて僻地医療の確保に努力いたしたい、こういうふうに考えております。

○神田委員 この問題はいま申されたようなことで、もって充実をはかるということでありますが、診療所そのものが、医師が居つかないという問題は、いろいろいま言われたような問題もあるでしょう。同時に私は、市町村が相当の負担をして医師を見つけて、しかもその医師が半年くらいにかわってしまつて、住民とのいわゆる一つの交流も薄くなつていく、こういうような問題について、長く同じところにおいてもうとうとうな方策をするためには、やはり国でもって相当の負担をして優遇する、そこに何年かいた医師に対しては優遇してやる方法を考えるとか、あるいは公的機関による出張所というよりな形にして、たとえば日赤病院とか、あるいはまた済生会病院というよりな身分にして、そして出張所という形にしてやうていくとか、何らかのくふうをしない限り、山の中の不便なところに何年もいるといつてもなかなかおらぬですよ。

この点について、ひとつ抜本的な対策を考えて

もらわれないと過疎地帯はますます衰微していく。急場に間に合わないから、生きる病人も死んでしまふようなことになつてくると思ふのですよ。この点について万全の措置を講ずるべきではなからうか。この際、特に強く私は主張するわけでありますが、これらについて厚生大臣はどう思いますか。

○齋藤國務大臣 無医地区における医療機関の問題、これはむずかしい問題でございしますが、緊急に解決しなければならぬ大きな問題だ、かように考えております。そこでこのやり方については、実は各町村ごとについていろいろな事情の違いがございしますので、そういう無医地区については各町村ごとに特殊な事情を十分頭に描いて町村ごとの具体的計画をいまつくらせるというやり方にいたしております。

といひますのは、一つのやり方は、近隣の開業医の方々が——医師会になるわけですが、そういう医師会の協力のもとに交代でそこに行つてくださるという方式、これも一つでございします。それから国立病院がやはり中心になつて、もし近所に国立病院があるならば、国立病院では傘下町村、自分の管内の無医村は引き受けますというよりなことに付いて、国立病院からお医者さんを日をきめて派遣していき、こういうよりなやり方もありましよう。それから公立病院からそれを派遣するというやり方もありましよう。

こういうよりなことで各町村ごとについていろいろな事情があると思ふので、一律には行かぬと思ひますが、具体的に医師がその地方に一定のときに行つて、そして住民の診療に当たるよりな仕組み、こういうよりなものを具体的にきめよう、こう打ち合わせをいたしておきまして、その計画をもつて今後無医村対策の充実をはかつていく、こういうふうにしたと考へておる次第でございします。

○神田委員 次に私は、私立医大の問題について、これは非常に重要な問題だと思ひますが、私

立医大に入学するためには、数千万、二千万、三千万というよりな金を入学金とかあるいは設備資金として寄付しなくちゃならぬ、こういう制度、これは私立医大ばかりではなく、たとえばほかの私立大学の場合も、額は少ないけれどもあるわけですね。こういうよりな教育制度は——こういう入学金とかあるいは設備資金に、入学するためにはばく大な金を寄付しなくちゃならぬという——それでは私は金がない者は医大や歯科大に入れない、金を持つてゐる者だけ入る、こういうことをやつたのではりつぱなお医者さんができるはずはないと思ふのです。

この問題に対して国民も重大なる関心を持つております。日本が教育の機会の均等だなどといつて、金でもって学校へ入るなんといふことを一体いつまでやつておるんだ、これはどういふ人であつても、その能力があれば、その能力に応じて大学に入れる、そういうことでなければならぬ、人命を預かる医者の場合なんかは特にそうだと思いますが、この問題について厚生大臣どう考えますか。

○安嶋政府委員 私立の医科、歯科大学におきまして、入学時にかなり高額な寄付金を取つておるというところは事実でございまして、私もども大学の設置の認可にあたりまして、入学を条件とする寄付金はもとよりでございしますが、入学時に高額な寄付金を取るよりなことが絶対ないといふことを重々注意をしておるわけでございします。が、依然としてそういう事態があとを絶たないといふことは、まことに遺憾なことではございします。

こうした事態が起つておりますのも、やはり医学教育にはあるいは歯学教育には相当大きな金がかかるわけではございします。そうした事態、事態にかんがみまして、文部省といたしましては、四十五年度以来経常費の補助を私立大学に対して行なつておるわけでございしますが、医学部につきましては、特に重点をいたしまして、その予算の積算をいたしておるわけでございします。その完成した医学部の定員一人当たりにいたしますと、約

七千万八千円の補助金が支出されております。これは私立大学全体の学生、定員一人当たりの補助金額六万一千円の約十二倍でございまして、そうした補助を行なつておる次第でございします。

総額をいたしましては、医学部の場合でございしますが、経常費の補助が約六十九億円、それから研究設備の補助が約三億五千万円、それから設備費の補助が約一億八千万円、合計七十四億といふ補助をいたしております。また、歯学部につきましても、詳しくは申し上げませんが、総体といたしまして、約二十三億の補助をいたしておるわけではございしますが、しかしながら、ただいま御指摘のよりな実態が依然としてあつたところではございまして、これが具体的な対策につきましては、鋭意検討してまいりたいといふふうに考えております。

○神田委員 これは重大な問題でありますし、もう長い間懸案の問題でありますから、いまさら検討するといふよりなことは、国立の医大をつくるなり——そういう寄付金を取らなければならぬ、そういうこと自体がここに政治の一つの貧困であり、行政の一つの怠慢であると思ひます。そういう政治が一体あつていいんですか。何千万出さなければ医科大学に入れないといふよりなことが平然として行なわれる、公然と行なわれる。そこでもって収賄とか汚職などが出た大学なんかあつた。教授が大学に入れるべき寄付金をふところに入れてしまつて、そのまゝにしてしまつた、そういうばか話があつた。これは私立大学、特に医科大学等においては嚴重な対策を速急に講じて根本的に直さなければ、これは日本の医療問題にも大きな影響を及ぼすと思ふのです。厚生大臣どう考えますか。

○齋藤國務大臣 最近、私立の医科大学等において多額の入学時寄付金を行なわしめるといふことは私も聞いておりますが、こういうよりな状態が続きますと、私は入学学生の素質が非常に低下するのではないかと思つてゐるのです。実はこうい

うことを考えてみますれば、国民医療上非常に嘆かわしいことであると考えておまして、文部省も勇断をもって対処していただきたい、私はさように考えております。

○神田委員 それでは時間もありませんから最後に、健保の一番問題になっておる、いわゆる弾力条項を削るべきだというわれわれの主張、並びに家族給付を七割にするという橋本私案も出ていましたが、これは来年の十月からである、それはちよつとばくは来年の十月まで待てというよりなごじやなしに、本年十月から実施すべきにならうか。一年も、長い間の五割でもって、健保との比較で国保が七割、しかも政府管掌が五割だというよりなことを長い間やっておった。これは速急に十月から実施、それから弾力条項等はとって、この問題ができたら、やはり国会にかけて審議してちゃんとやるべきであらう、そういう緊急事態については、やはり厚生大臣の独断的なことであつては私は困ると思うのです。そういう意味合いにおいて、この問題がいま健保の審議の非常に問題点になっておるようでございますから、このことについて大臣の所感をお尋ねしたいと思います。

○齋藤國務大臣 政府提案は家族給付を五割から六割ということにいたしておるわけでございますが、橋本私案というものが出ておまして、七割を来年というこのようでございますが、これは私がとやかくのことを批判すべき立場にはありません。国会の議を待つて決着をつけていただく問題でございます。ただその場合にお願したいことは、七割給付ということになりますと、相当膨大な金がかかるということだけを十分頭に描いて国会において審議をしていただきたい、私はさように望むものでございます。

それから弾力条項の発動でございますが、これは先生御承知のように、短期保険というのは、みなこいう制度を持っているのです。これは健康保険に昔あった。あつたのですが、いつぞや改正のときに忘れてしまったというのを聞いておる

わけでございます。これは御承知のように、短期保険と申しますと失業保険、それから医療保険で申しますれば国家公務員その他の共済組合、全部あるのです。労災保険にもございます。

こいういうことで、いろいろな弾力条項というのは行政執行上いろいろな場合に備えて収支とんがとれるようにしておくといいことが、いい悪いは別ですが、保険制度をとっている以上はやむを得ないことであるわけでございます。そういうような事態を踏まえて、私どもはこの規定は必要であると考えておりますし、しかも皆さまた方のいろいろな御意見がございまして、よその制度よりもっと強くしほつておるのでございまして。すなわち、上限については千分の七十三を八十までしか動かしません。八十まででございます。こいういうふうに上限もしほり、しかもまた社会保険審議会の意見まで聞く、こいういうやり方をしておるわけでございます。よその短期保険における弾力条項については上限、下限の制限などはございせん。国家公務員共済組合などにおいても、こいういう制度はございせん。

こいういうふうなことで、私どもは国会の皆さま方の御意見も十分承りまして、上限を縛り、発動する場合についても慎重に運用いたしますと、私国会で答弁をいたしております。こいういうふうなことでございますので、今日までのいきさつでいろいろ御意見もあつかひと思ひますが、短期保険というものの運用にはぜひ必要であるという御認識のもとに御協力賜わらばしあわせだと考えておる次第でございます。

○神田委員 時間がありませんから、私は大臣の考えもそれはわからないことはないが、しかし健保というものの対する国庫補助率というものを○・六%とか、○・四%とか、あるいは○・七%ぐらいの弾力条項をやつて、そして健保がいま通過するかというふうな瀬戸きわにきて、これは私は、国庫負担金を多少増しても、こいういう急場の場合はまかなえるんじゃないか、そしてあとでもって—これはどうせ抜本的な改正じゃない

のですから、暫定的な改正でありますから、こいう問題にこだわらないで、与野党で話し合ひのつくものは話し合ひをつけて、そして通していくべきではなからうか、こいういうふうに考えます。私の意見だけを述べまして、時間でありまうから、終わります。

○竹内(黎)委員長代理 次に、岡本富夫君。

○岡本委員 公害特別委員会と社労の連合審査でありますから、まず公害の面からお聞きいたしますが、公害の認定患者、これは四十四年にできまして四十五年から実施しておりますが、これが現在累計何人の方が認定を受けて、そして医療費とかあるいはまた介護手当、こいういふものをもらつておるか、これをまずお知らせいただきたい。これは環境庁から……。

○橋本説明員 いま先生から御質問ございまして、現行の公害健康被害救済特別措置法によります患者数は、四十八年五月末現在で、水質関係、つまり二つの水保病とイタイイタイ病でございまして、九百六十二人、大気関係、慢性気管支炎等の四つの疾患ですが、一万三千三十二名、合計一万一千二百九十四人でございまして。

○岡本委員 そこで、時間があまりありませんから、率直に入りますけれども、医療費あるいはまた介護手当、こいういふ基金というものは、財界からの寄付金とそれから政府の予算、これが半分ずつでできておるわけでありまして、四十八年現在でどれぐらいの費用がかかつておるか、これをまずお聞きしたい。

○橋本説明員 ただいま先生から御質問のありました四十八年度の予算ベースでどれぐらいの予算がかかつておるかお申しますと……。

○岡本委員 四十八年だけじゃなく、いままで支払った全部。

○橋本説明員 従来までの、四十七年度までの支払いは九億九千九百九十九万九千九百九十九円とございまして、うち救済法の負担関係が三億九千五百一十一万五千円というの、四十四年度から四十五年度、四十六年度実績、四十七年度は見込みでござ

います、医療費の総額はそれだけでござい

○岡本委員 そろそろと、いま聞きますと九億九千万ですか、このうち三億九千万というのは、これが四十五年、四十六年、四十七年度はまだ全部ができてないわけですね。四十七年度も入れてですか。

○橋本説明員 いま申し上げましたのは、四十七年度は実績見込みでございまして、まだ確定ではございせん。

○岡本委員 そこで、まだ見込みでございすけれども、三億九千万ですから、まず四億四億といふたし、この中で保険で支払った分、これは幾らになりますか。国民保険、社会保険、組合保険、船員保険、いろいろございまして。

○北川(力)政府委員 現在、四十八年六月の時点で判明いたしております中で、私どもの承知いたしておりますのは、政府管掌健康保険と国民健康保険でございます。いまお述べになりました共済組合とかあるいは健康保険組合等につきましては、いまの段階で正確な数字がわかつておりませんので除外をいたします。その二つの保険について申し上げますと、保険で給付をいたしました額は、政府管掌健康保険並びに国民健康保険の両方で約二億五千八百万でございます。

○岡本委員 国民健康保険、政府管掌健康保険であります、それで二億五千八百万、こ

こで、企業に求償した額、これは幾らですか。

○北川(力)政府委員 やはり同じ時点の数字でございますが、それぞれの保険に求償規定がござい

ますので、その結果求償をいたしまして保険のほうに返つてまいりました額が、両方合わせまして一億二千三百万でございます。

○岡本委員 会社ごとにつけてください、どこの企業から何を入ったか。

○北川(力)政府委員 まず新潟水保病関係は、昭和電工でございますけれども、このほうは政府管掌健康保険で百六十九万四千円、それから国民健康保険で一千三百三十六万四千円あります。それ

から富山イタイ病は、三井金属鉱業でござ

います。この分が政府管掌健康保険で四百四十
三万八千円、国民健康保険で五千六百七十八千円
であります。それから四日市ぜんそくの場合は、
昭和四日市石油株式会社以下六社の分でありま
す。この分は政府管掌健康保険の場合には現在
のところまだ返納はございません。国民健康保険
の場合には二千七百五十三万七千円でありま
す。熊本水俣病の場合は、チッソ株式会社ですが、こ
のほうはやはり政府管掌健康保険の場合にはまだ
返納になっておりません。国民健康保険の場合
に二千二百三十三万七千円、以上であります。

○岡本委員 そうしますとチッソからは政府管掌
健康保険の求償は入っておられ、要するに金が
入っていない。それから四日市の四つか五つの工場
からも入っていない。これはなぜ取らないのです
か。

○北川(力)政府委員 これは先生も御承知かと存
じますが、いろいろ地元の話し合いも何回もござ
いまして、いろんな返還のケースがあるわけでござ
います。それで、現在のところ、四日市の場合
も熊本の場合も、いずれも話し合いがまだ十分に
煮詰まっていなくて、返納もございません。話し合いが
つき次第求償する、返納するということが、ほぼ約
束ができておられます。

○岡本委員 チッソは、これは四十三年に公害病
に認定されて、そして日本窒素から出た水によつ
てこうなっているのだという原因がはっきりして
おる。そうすると、公害の認定をして、そして
保険で給付するならば、今度は政府が先に、まあ
政府管掌でありまから、政府が立てかえ払いを
している。そうならば、政府がチッソに対して、
立てかえ払いした分だけは要求するのがあたりま
えじゃありませんか。大臣いかがですか。

○北川(力)政府委員 ただいま申し上げましたよ
うに、要求はいたしておりました。ただ現地で話
し合いの部分があるかどうか、正規にと申します
か、正規に話し合いがございましたら、必ずこれは
政府のほうに返すという約束ができて上がつ

ておることを申し上げたわけでございます。

○岡本委員 そうしますと、チッソの患者の皆さ
んは、チッソからもらった賠償額の中から、今度
は保険で払ってもらった分だけは政府に払うわけ
ですか。そういう話し合いになっておるのです
か。そんないいかげんなことを言っちゃいませ
んよ、あなた。

○北川(力)政府委員 いま申し上げましたよう
に、また先生も述べのとおり、保険で求償する
ことになっておりますから、企業に求償すること
になっております。

○岡本委員 要するに昭和電工あるいはまた三井
金属、こういうのははつきりしているから、保険
で要するに政府が立てかえた分は求償して、そう
してまた政府の中にお金が入ってくる。ところが
チッソあるいは四日市、これは患者とそれから企
業との関係ないですね。政府が立てかえて払った
ものですか。政府の金というのは国民の税金で
すよ。私は、こういうやり方をしておいて、そう
して政府管掌健康保険が赤字であるから、それは値上
げをするのだ。企業の肩がわりをしているんじゃない
ですか、これは。しかも四十三年からです
よ、認定されたのは。もう五年ですよ。大臣、も
しあなた田中総理の車代を立てかえた場合、
あなたはそれを返してくれと言うのはあたりま
えでしょう。自分のことだつたら言うけれども、国
民の金だつたら知らぬ顔しているのはおかしい
じゃないですか。これはいかがですか。

○齋藤国務大臣 これは求償権を發動するのは当
然であります。

○江間政府委員 御説明いたします。

確かにこの案件は早くからそれらしいというこ
とはわかっておったわけですが、われわれとい
しましては、判決を待たなければ、最終的にだれ
が責任を負うかというところはきめかねるわけでござ
います。判決の結果を待っておったというこ
ともございます。それから、確かに実際にわれわ
れが会社から金を取り立てるのがおこなれているこ
とは事実でございますが、ただ、医療そのものは

すでに患者に対して給付されておるわけでござい

まして、そうして実をいいますと、われわれの立
場は、患者さんが会社から別に取り立てなければ
ならないお金があるわけでございまして、われわ
れも会社から取らなければならぬわけでござい
ますが、そのときに債権の取り立ての順位といた
しまして、どちらかというと、患者さんが会社か
ら取り立てるべき現金給付のほうを優先させたほ
うがよろしいという面もあるわけでございまし
て、確かにわれわれ、これから会社にできるだけ
早く保険財政に積み立てることを主張いたしまし
て話し合いを進めるわけでございしますが、そこら
辺は判決の結果がかなりおそかつたというこ
と、それから患者さんが取り立てるべき債権との
優先順位ということも考えまして、若干おくれ
ます。

○岡本委員 おかしなことを言いなさんな。裁
判の判決を待って——裁判の判決、もう早く出
ているじゃないですか。もしもこれ、国税であつて
ごらんない。もうすぐ差し押さへだ。いま政府管
掌健康保険が赤字だから値上げをしよう。これはわづ
かな額に達しないけれども、そういうたものをつ
ちとしておいて、そしてこれだけ赤字だ、こ
れだつたら、企業の肩がわりを一般国民にさせる
んじゃないですか。けしからぬよ、あなた。いま
いみじくも厚生大臣は、自分で貸したやつだつた
らすく取り返す、国民の金だつたらほうつたお
け、ほうつておくんじやないですけれども、これ
ははつきりしなければ、ぼくはこういふのはほん
とにうざいと思ふ。われわれが指摘しなければ
ばそのままだつてしまつておる。

私ほんとうをいへば、これは一つ一つ熊本県に
聞いてみた。どれぐらいの支出でどうなつてい
るのだ、あるいは新潟県にも聞いてみた、まだこま
かい資料は来てませんが。だから、四十三年、四
十四、四十五、四十六、四十七、もう五年です
よ。国民の金、要するに保険の金でどんどん払
ておるから痛いことも、かゆいこともない。赤字

だ、それを国民に転嫁する、こういううざいこと
で私はならないと思ふ。

大臣、いかがですか。これは、ことし大臣に
なつたから知らぬなんていけませんよ、前的大臣
からのつながりなんだから。私はこういふこと
は、今度の保険料の問題あるいはその他も細心の
注意を払つてないと思ふのです。大まかなどんぶ
り勘定だ。これはひとつ社務委員会ではつきりし
ていただいた。要求いたします。それはそれと
して、大臣、もう一度決意を……。

○齋藤国務大臣 どうも承つておりますと、だ
いぶおそいようございまして、不自然でござい
ますので、できるだけ早く求償させるようにいた
します。

○岡本委員 そこで、結局公害病になつて公害の
認定をした人たち、またそして公害の人たちの
健康をあれするときは、どうしてもこういつた
政管健康保険あるいは国民健康保険ですか、こうい
うところにしわ寄せがくるわけですか。したがって厚
生大臣は、公害防除、公害に対するところの対策
については、一番あなた、力を入れなければなら
ないと思ふ。環境庁だから私関係ない、こう
いうことではいけない。直ちに自分のほうのふ
ところ、ふところというところおかしけれども、関係
してくるわけですか。

そこで四日市の話が出ましたからあれですが、
この間から見ますと、水俣の問題もそうです。
水俣の患者もそうです。企業との、チッソとの交
渉、あの姿をテレビで見ますと、もう行政なん
か要らないですよ。もう住民と企業、被害者と原
因者、加害者との直接交渉でしょう。あれは諸外
国から見ましたら、日本は何をやっているのだと
思われる。環境庁長官が入つてやっていますし
たけれども、会わしていないやっていますし
が、厚生大臣はそういうような被害者の立場に
立つて、あるいは企業との間をあっせんして、そ
して一日も早く解決できるような、そういうこと
をもしても申し込みがあったらやつてあげられるよ
うな決意はありますか、いかがですか。

○齋藤國務大臣 私にはあまいふりな問題はなるべく早く解決することが望ましいと思うのです。もし厚生省所管でそういうふうなことがあるとすれば、私もできるだけ早く解決のあつせんをする、これはもう当然のことだと思ひますし、私もそうしなければならぬ、かように考えています。

○岡本委員 そこで大臣、一つお願いがある。そういうことがあればひとつ中に入つてあつせんをしようと言われますが、これだけたくさんの手紙が来ているわけでありまして。

これは三重県四日市の公害のぜんそく患者の皆さんからありますが「私は現住所に二十五年ほど前から住んでおります。そしていま公害のぜんそくにかかつて働くこともできない、非常に苦しんでおります。」「中間は略しますが、」「どうか一日も早く企業と患者と話し合ひをできるようにひとつ厚生大臣にお力をかけていただきたい。お願いしてくだされい。」「こういう手紙なんです。

いまあなたはそういう場合に中に入つてでも話をしてあげようというあたたいことばがあつたのですから、もしもこういふ患者のほうから、公害の皆さんから話がある場合には、あなたひとつ大馬の勇をとつていただけますか、いかがですか。

○齋藤國務大臣 公害の問題は環境庁所管でございますから、これは私が直接中に入るといふわけにはまいらぬと思ひます。私が先ほど申し上げましたのは、厚生省所管にもあるので申し上げているので、ですから、これにつきましては環境庁のほうに私も連絡をいたしまして、環境庁のほうで十分その中に入つて解決していただくように、私も環境庁に十分連絡をしてお願ひをいたしたいと思ひます。

○岡本委員 大臣、所管というところで逃げなくて、先ほど私が話しましたように、この公害、四日市の企業からまだお金を取つておりませんね。求償もしておりません。これは全部厚生省が立てかえておる。これは所管でないわけじゃないですよ。そうでしょう。そうするとぜひ厚生大臣

にひとつお願いしたい。患者の味方になって、環境に連絡をとつてなんと言わずに、あなたひとつ再断をふるつて、一べんくらい、よし、わかつた——わかつたの角さんでは悪いけれども、ひとつよしやろうというくらいに患者の皆さんのためになつてあげる。そうしたら私は早く解決すると思ひます。それでなかつたら、もうどんどん死んでいくのです。もう国民の皆さんは厚生省に健康を保持してもらえろのだというように、非常に思つておるかどうか知りませんが、厚生省をたよりにしているわけです。もう一度ひとつ決意をお聞かせください。

○齋藤國務大臣 非常に厚生大臣たよりにされておるようではありますが、「大ものだから」と呼ぶ者あり)大ものでございまして、小ものでございまして、これは環境庁の仕事なのでございまして、なるほどそれが認定されたときに保険で金を払つておつた場合に、求償を發動するとか何とかという場合はいたしませんけれども、その事態を解決するのは私ではなくて、環境庁の所管でございしますから、やはり行政というのには筋を通してやりませんといけません。これはそういう意味において、私もお気の毒なそういう問題については環境庁によく連絡をとりまして、あつせんをしていただくように私からもお願いいたします。

○岡本委員 これはかなりやっていると時間があれです。とくとひとつ懇談をして、向こうは副総理だからというので遠慮をせぬでひとつやつてくだされい。

そこで、この間水銀の汚染魚に対する許容基準が発表されました。これは二十六日、きのうですか、その前に一べん発表されましたね。二回発表されているわけですが、どちらがほんとうでしょう。

○齋藤國務大臣 私どもが今度発表いたしましたのは、水銀につきましては週間摂取許容量を〇・一七と定め、魚の濃度についての規制値を総水銀で〇・四PPM、それからメチルならば〇・三PPM、これが発表の全文でございます。その発表

文全文について参考資料として魚の献立表みたいなものを資料として出したわけでございます。それがおとといの朝刊に出ましたヒラメ何匹イワシ何匹、こういうものでございまして。その数字は、その新聞にそういう性質がよく書かれていたかどうか私よく存じませんが、すべての魚がかりに許容基準である〇・三PPMであるとしても、これだけの魚は毎週食べてもけっこうでございます。これだけ汚染されている魚でも健康上影響はありませんという数字を出したわけでございます。それは汚染されておる最高度のものを食べてもだいじょうぶ、こういう意味の数字を出したわけなんです。

しかし、それでは実際に市場で売られている魚はどうかという実際を見ますと、〇・三PPMなどという高い濃度のものは、いまの市場には売れておりませんといふことでございまして、国民が心配するといけませんので、たしかきょうの新間に、朝日新聞何かには、実際に市場に売られておる魚の濃度のPPMは〇・〇八程度でございしますから御心配要りません、こういうふうに出ておるわけでございます。

すなわち、さきの魚が何匹といふ数字は、最高度に〇・三PPMと汚染されている魚でもこれだけ食べても影響はございませんといふ、仮定の話で心配はありませんとしうことを申し上げたのですが、何かそれを見まして国民は、ああ魚はこれだけ食つてはいけないうんたなというふうに誤解するといけませんので、実際汚染度のぐあいは市場においては〇・〇八でございしますから魚は一つも心配はございませんとしうことを、たしかけさの朝刊あたりに出たものではないかと思ひます。

どうも新聞に出ますときには、いろいろな仮定で言っていることが一番大事なんです、それが出ていないために——それは出てくるか出ていないかは私はわかりませんが、最初に出たときに〇・三PPMという最高度の濃度のものでもこれだけ食べられる、最悪の場合のことをいっているの

す。ところが、それを見ましたら、イワシは何匹しか食べないのかという調子で心配するものですから、それはそれでございませぬ、実際の魚の汚染度はずっと低いのですから御遠慮なくたくさん食べてください、〇・三PPM以上の汚染の魚は東京の市場には出しません、こういうことをつけ加えているのです。

そういうわけで、今回のPPMの基準の発表に際しての説明が不十分であつたといふことは、私は率直に認めます。率直に認めますから、私のほうも率直に資料は訂正いたします、国民の心配ないようになつた、こういうことで、きょうの朝刊あたりはそういうふうになつていっているのではないかと思います。しかもそういういろいろな条件をちゃんと書いておりました。ところが最初のもの、どうもそういう条件が書いてあるのだから、いまだ記憶はございせんが、はつきりしてないために、非常に誤解を受けて、どうも魚は食つちやいかぬのだという調子に誤解を受けたことは、私もまことに不注意であつた、この点は反省をいたしております。

○岡本委員 大臣、反省していただきました、国民は——これ二十五日の朝刊でした、二十五日に、小アジが十二匹ですか、マグロのさしみは四十七切れ、それで、これは二十七日、きょうのあれですね、私は率直にもつと丁寧に発表すればよかった、いまおっしゃられたことに對しては、まあよしとしますけれども、国民の皆さんというのは、大体この新聞、こまかくしまいで見るのじゃないのです。ほんとうにひよつと見ただけ。たとえば二十五日のこの新聞、安全基準きま、これが出たとたんに、魚屋さんは三分の一にばあつと売り上げが減つたそうです。すし屋さんには客が来なくなつた。これは厚生省がじゃましておるみたいですね。まあこれを今度改められるとおっしゃるわけですが、非常にこの点については私は遺憾だと思ひます。

そこで、先般、公害委員会に對してあなたのほうから、魚介類の水銀暫定基準の設定の意義を正

しく理解されるように周知徹底をはかるというより、刷りものが来たのです。これについて、よく政府のほうで、新聞がうまく書いてくれないとか、記者の皆さんのあれが違ふんだとかいうようなことをいって、おっしゃるような場合もあるのですけれども、それはニュースも変わるかもしれないですけれども、したがって、この魚が安全である、あなたのほうからはつきり責任を持って言えるわけですから、それならテレビあるいはまた総理府の広報室ですか、ああいうところでも、ほとんど一週間に三べんも四べんもテレビなんかで知らせていく、周知徹底していく、こういうことが必要だと思ふのです。

この間も見ていたら、行政管理庁のことを、福田行政管理庁長官が出てやっていたけれども、あれ聞いてみると、行政管理庁というのは何をやるのかと思つたら、どうもあちこちどこへ行つたらいいかわからないというときには、あそこへ聞きにいっていいのかもしれないことがわかつたようなので、これでしたけれども、いざにしましても、これから一月ぐらいの間は、もう徹底して安全宣言をあなたのほうでやる、こういうことをやりますか、どうですか。

○齋藤國務大臣 新聞に書いてくれないとか何とかというところは私は申しません。ほんとうに私のほうも不十分だと思ふのです。率直に私認めております。仮定の数字で、最悪の場合でもこのくらい食えるなんてことが出ますと、最悪の場合でもなんというのじゃわかりませんから、何匹と出ちゃうと、ああ何匹以上食つちやいないんだ、こうなるわけでございます。そこで実は、最近における市場の実情にかんがみ、魚は心配ありません、汚染の魚は東京の市場には入れておりません、したがって、御遠慮なく食べてくださいという大臣声明をきき出すことにいたしました。同時に、いま御注意いただいたようなテレビ、ラジオ、新聞、もう一カ月でも二カ月でも何か月でも引き続き、私はほんとうに国民に誤解のないようにPRに全力を尽くしたいと考えております。

要するに、私どもの最初のお配りした資料は、うも不十分であつた私は率直に認めます。そして国民に、心配ないように、こういう機会に私も何べんもお答え申し上げることが、国民に私はわかつていただけたことだと思ひます。テレビ、ラジオ、ほんとうに一カ月でも二カ月でも、国民に心配ないように、この風潮を鎮静させるように努力したいと思ひます。

○岡本委員 そこで、もう一つあなたのほうではつきりしていただきたいことがありますのは、PCBの安全基準なんです。これは水銀だけですか、それね。よく聞かれるのは、水銀のほうはまあどうですかというから、今度きより厚生省からこういうふうに出たからだいじょうぶです、PCBはどうですか、こういうことになるわけですか。PCBに対しての安全宣言といひますか、これはどうしますか、いかがですか。

○浦田政府委員 PCBにつきましては、すでに製造は昨年来中止されておられ、使用の規制も行なわれておられることは、先生も御案内のとおりでございます。また、それに伴ひまして、PCBの食品の中における暫定規制値というものが昨年八月にきめてあるところがあります。さらに、この適用の食品の範囲を広げる、それから、そのとき宿題になつておりました妊婦、乳幼児、こういった方々への適用をどうするかという問題について、早く結論を出すというところでございまして、その後必要な調査を進めております。近くまた専門家の会議を招集いたしまして、その後の新しい事態に應じての基準値、規制値の作成について意見を徴したいと考えております。

○岡本委員 そりしますと大臣、まあ水銀のほうはわかりました、PCBはまだあぶないです、こういうのが一般国民の皆さんのあれですが、大体これの安全宣言といひますか、この二十七日、きより出されたようなのはいつごろ出るのですか。それでなければどうも魚屋のほうも困つていひのじゃないですか。

○浦田政府委員 PCBに関しましては、すでに規制値がきめられておりました、それによるいろいろな手は打つておられますので、いま今後の問題としてやることは、そのときに問題になりました妊婦の方々あるいは子供の方々への適用をどうするか、あるいは野菜、米などについての適用をどうするかというところでございまして、これについて早く結論を出すように、専門家の御意見を聞いてまいりたいと思ひます。

○岡本委員 どうもはつきりしませんね。PCBも実は、これは先国会におきまして私もいふん論議したわけでありまして、このPCBも、JASという規格で政府が許可しておるのです。だから政府に責任がある。したがって、高度成長政策のときにばんばんやつたわけですが、アメリカあたりから早くから禁止されておつた。しかもこれは国会において決議をしておる。ですから、この前に安全基準を出して、これはもういいんだというんじやなくて、最近、たとえば六月二十二日、横浜生協ですか、「近海魚の仕入れ中止PCB汚染に随行策 安全性確認されるまで」というふうなものが出てくるじゃないですか。また、兵庫のあれは高砂沖、このあたりも、PCBの濃度の濃い魚がたぶん出ておる。

したがって、これもひつくるめて、前にやつたから、もうだいじょうぶだというんじやなくて、やはり私ははつきりと厚生省のほうで一緒にやつてあげなければ、水銀はいいけれども、PCBがあぶないかもしれない、その辺の配慮が私は欠けておるのじゃないか、こういうふうに思ひます。そこでだいじょうぶだろうと言つたところ、国民のほうは心配なんです。

○浦田政府委員 PCBの対策につきましては、すでに環境庁を中心にいたしまして、各省の会議を持つておるわけでございます。対策本部を持つて進めておるわけでございます。それで、厚生省の立場といたしましては、食品を通じてからだの中に入つてくるPCBの量を極力減らす、絶対安全なようにいたしますということでございます。

全なようにいたしますということでございます。その理想的な形は、もちろん使用というものを規制する、あるいは製造を中止するというところでございまして、その手が打たれるまでに打たれております。問題は、その手が打たれるまでに打たれておるPCBの対策でございます。これは私どもは環境庁あるいは関係省庁にお願いいたしまして、できるだけ早くいつたところの浄化作戦をしていただく、またそこはひとつ漁獲も禁止していただくというふうなこともつて措置しております。

○岡本委員 通産省、PCBはこの前の国会でも、早急に回収をして、そのあとは使わない、それから回収をして早く処理しないといふような国会決議をしたわけでありまして、いま厚生省から言われたようにきつちとその処理ができておりますか、この点についてひとつ明らかにしてまいります。

○松村説明員 お答えいたします。PCBにつきましては、先ほどお話がございましたように、PCBそのものの生産は昨年の春に中止したわけでございます。これは先生御承知のとおりでございます。それから、PCBを使ひました製品といたしまして開放型の用途につきましては、これも生産、使用の中止をいたしております。あとPCBとして現在つくつておりますものは、御承知のように新幹線用トランスだけでございますが、これにつきましても、現在関係の新幹線当局のほうで技術開発を進めておられて、本年中にはこれを中止することができ、こういうふうになっております。

○岡本委員 全部で五万トンあまりあつたのです、その中でいまPCBを、要するに油性のものを、そのものを、製造元のほうに送つて分解して処理するということになっておるわけですが、いまだどこでやつておられますか。

○松村説明員 お答えいたします。PCBを熱媒体等の形で、油性といひますか油状で使つておるものにつきましては、これをPC

たきめのこまかい対策をあなたのほうで立てるつもりがあるかどうか、ひとつ……。

○原山説明員 お答えいたします。

確かに先生御指摘のとおり、該当水域で漁獲された魚介類を取り扱っております鮮魚商とかあるいは市場仲買人、水産加工業者等につきましては、漁民と同様、売り上げの減少等でかなり大きく被害を受けて非常に困難な立場に立っております。

来の医学の立場に立たせる、学問的にさせる、そのことによつて窮迫している医療費の赤字を少しでもなくする、そういう立場から若干の質問をしていきます。

この間水俣病を見るために、少し熊本や水俣を訪ねてみました。そして水俣市立病院で水俣病患者を入れるリハビリの病院や施設などを見て回ったのですが、その際、市立病院の分院、リハビリ

これを見る人たちがなければならぬ、これを見る人たちがあつて療養の期間がうんと短くなる。本来の医療が行なわれると同時に、あの長い一年半だとかそういう療養期間がうんと縮まります。私も計算してみたことがありますけれども、五十人の患者にケースワーカー一人置いて作業療法士二人つける。そうすると十三日入院期間が短縮する、それ以上節約できる、こういう人たちを一

月、二月短縮することは、このことによつて可能です。再発を防ぐ上においても可能であります。したがつて、ケースワーカーや作業療法士たちの仕事を医学の中に、治療の中に認めて、大胆にこれを取り入れる必要があると思ひますが、この点いかがでございますか。大臣、私がお話ししたところで状況がわかつたと思ひますが、いかがでございますか。

○北川(力)政府委員 たいだいま水俣病の問題に關連をいたしまして、お尋ねは診療報酬の現行の点数の中にケースワーカーの分がありませんとか、あるいはまた作業療法についての評価が十分でない、こういうことだと思ひます。

作業療法につきましては、確かに先生御指摘のとおり、現行の診療報酬の中におきましても、たびたびの改正でそれなりに改善はしてまいつておりますが、現在まだ現行のような状況で、私どもは決して十分だと思つておりません。特に現在のようなりハビリテーション医療ということが総合医療の一環として非常に重要視される世の中におきましては、こういう問題は今後の大きな検討と申しますか、今後ますますその評価を高めていくべき問題であらうかと思つております。これは現在の診療報酬の改定問題、これは中医協において十分に審議を尽くされるわけでございますから、今後の重要なテーマの一つだろうと思ひます。

それから、もう一つのケースワーカーでございますが、このほりは、おっしゃるとおり患者さんが自分たちの治療上とか治療費の問題とか、あるいは家庭に残された人々の問題とか、こういったことについて病院側と心おきなくいろいろな相談をするという意味におきまして、きわめて重要な仕事でございます。

先ほどの作業療法の問題あるいはケースワーカーの問題、それらを通じて在院日数が短縮されていく、こういうことも私どもは日本の入院医療をより効率的にしようとするためには、きわめて必要なことだと思つております。

ただケースワーカーの問題は、現在、おっしゃるとおり診療報酬の中に直接には入っておりません。これも今後の、先ほども申し上げました中医協における診療報酬の一般的な検討の一つの課題でございますので、そういう意味合いで今後十分に中医協の場で検討していただくようにやつてまいりたい、かように考えております。

〔竹内(繁)委員長代理退席、田川委員長着席〕
○津川委員 大臣、いま聞いたでしよ。あのような状態で、しかも水俣病を扱うリハビリの病院で五百人入院しておるベッドがある。払われてくる作業療法の支払い、ペイされておるもの、作業療法士一人雇わない、厚生省は払つたといつておるが、そこで治療の本来の姿はこの作業療法、ケースワーカーの仕事を取り入れるところに今日の目的の問題があるのです。このことをまず明確にしたいでございます。大臣もこう思ふかどうか。

○齋藤國務大臣 確かに日本の医療の中でそういうものが診療報酬の中で評価されてないわけでございます。将来の方向としてはそういう方向に向かつていくべきものである、かように考えます。

○津川委員 診療報酬でなくて医療の本来の姿として、それが厚生省当局、大臣になればならぬ、これが第一の問題なんです。この点どうですか。

○齋藤國務大臣 将来の医療の方向としては、そうあるべきものである、かように考えております。

○津川委員 将来でなくて、いま直ちに厚生大臣はそういう治療をするという方針をとるべきだと思ふのです。私たち人間にとつて何が一番大事か。病氣にかかつたときに、その病氣を取り除いてくれる最大のことをするのが国家の責任です。現実にはそれがやられていない。とすれば、将来考へるなどじゃなく、医療の本質としてそうあるべきだという認識を持てているか、この点いかがですか。

が、この問題は先ほども保険局長から話のありましたように、診療報酬とかかね合いが出てくるわけでございますから、中医協において十分検討していただきたいと思ひます。

○津川委員 そこで、これが医療の本来の姿であるという認識に立てば、それをじゃましていけるものは何か。これが単価に組まれないことなんですよ。したがつて、そういう認識がなければ単価に組むことが当然だ。しかも単価に組むと、局長も言われているように全体の医療費が下がる、このことも間違いないことなんです。下がるという認識に立つていられるかどうか。ほんとうにやつてみたのかどうか。ほんとうにやつてみると、かなり医療費が浮く、こう思ふわけです。したがつて大臣、単価に組み入れることをあなたの一つの発意、責任としてやる、こういう態度がほしいし、要求されている。そのために単価が上がるようだったら、いまの医療財政ではやれないのだったら、とことん検討してみろ。たくさん例もない、そういう作業をしたのはないというんだつたら、ぼくらが提示してあげてもよろしい、こういうことなんです。いかがでございますか。

○北川(力)政府委員 いまのお話は、ケースワーカーについて診療報酬の体系の中に組み込んだらどうかという御提案だろうと思ひます。作業療法のほうはすでにいろいろ御批判があつて、なお今後改善する余地はありますけれども、点数に現在組み込まれております。

ただ作業療法でなくてケースワーカーの問題につきましては、現在の診療報酬の体系が、先生もこれはもう十分御承知のように個々の医療行為ごとに技術料を評価しておりますと同時に、その結果全体の医療費として医療従事者の人件費とか物件費とかその他の経費をどういふふうに適正に評価するかというふうな、そういうかっこをどうつておられますので、ケースワーカーというものをつかまえて、ケースワーカーについてだけ直接的な形で点数表に組み込むことのほうがいいか、あるいはそのケースワーカーがやつております個々の

いろいろな仕事を別々に評価をして、一般的に診療報酬の中にそれを盛り込んでいくのかどうか。これは私ども非常にむずかしい問題でございますし、また先ほど申し上げたとおり本来、この問題は中医協のほうで十分に検討してもらふべき問題でもございまして、新しい医療の進歩におくれないうちに、いろいろな面を考慮しながら今後の中医協の検討の課題として十分ひとつ御審議をいただく、かように考えております。

○津川委員 大臣、いかがでございますか、ケースワーカーの件。

○齋藤國務大臣 十分中医協において検討していただきたい、かように考えます。

○津川委員 中医協で検討すること、ちつとも差しつかえありません。だけれども見てみれば、いままでの実態は――厚生省がその気になつて中医協に答申を求め、このところが大事なんです。中医協にあずけるというんじやなくして、そのつもりで中医協に答申を求めるといふのでなければ、私は返事を強制するわけじゃないけれども、それは言い逃げだ。そして作業療法に対して少ないながら出している、これから検討すると言ふが、五百ベッドに対して一人の作業療法士分の単価しかきてない。

もう一つ精神科の領域です。この精神科の場合にずっと見てみると、いままでの生活から環境から職場から家庭からみんな洗わなければならぬ。これを一人やるとすれば二時間からかかる。これをやっていると、入院させていても治療が始まるまでたいへんなことなんです。実際うちの事情を調べてみると三日も四日もかかる。こういう体勢でないと治療が始められないのです。だから治療が始められるような形をとつて、滞院日数、通院日数を縮める。ここに基本的な医療の本質がある。大学病院を見てごらんないや、治療が始まるのが何日たつてから始まるか。ここで患者を治療せず、ほつたらかしておく状態をどうして克服するかということなんです。しかも精神科の領域については、患者と話ししているその対話の

分は払われているが、実際に外に連れていって作業する分にはまだ払われていない、こういう状態なんです。

ここに医療のほんとうの姿に帰るといふ基本姿勢がある。私はおまけとしてこれをやると医療財政が楽になる、こう言っている。皆さんは、これは健康保険の財政にからんでいる、だいぶある、そのことが気になるらしい。皆さんがそれを気にすることは、これはいいですよ。だから基本的な立場から、まず医療の本来のあり方、こういうことを聞いているわけです。ここにそういう点での専門家がおいはいけれども、いなかったら、大臣私の話を聞いていかでございませうか。

○加倉井政府委員 精神病患者の治療に際しまして作業療法が必要なことは私も非常に重視いたしております。したがって私どももいたしまして、精神病患者の作業療法の問題につきましても、実態調査も実施いたしまして、その結果につきまして中央精神衛生審議会において現在基準的なものを取りまとめております。

なお、私どももいたしましては、この作業療法につきましましては、やはり精神科医療において非常に重要な部分であるということに立ちまして、現実には各病院の犠牲においてこの作業療法が実施されているということも重々承知いたしております。できれば何らかの形でこれがはつきり表に出るように私どもは御援助を申し上げたい、かように考えております。

○津川委員 そこで、ことは決してとらえない、作業療法が重要だ、ここはいいですよ。いまは日本の、世界の精神神経学で精神科医療の根本、第一義は作業療法だというこの認識はお持ちでございますか。

○加倉井政府委員 持つておるつもりでございます。

○津川委員 それならば大臣、この一番の根本の医療が行なわれるような体制が組まれないで、それ以下のは言わないけれども、投薬することも大事ですよ、いろいろな治療をすることも大事だけれども、これはいわば第二義だ、これには支払われている、第一義のものに支払われてない、この認識を大臣持つていただきたい。この認識のもとに医療体系というものを直していただきたい、こう思うわけでございますが、これは大臣、聞いても聞かなくてもいいかもわかりませうけれども、この点はいかがです。

○齋藤国務大臣 その点は十分認識いたしまして努力いたしたいと思っております。

○津川委員 とすれば、精神科治療において、精神衛生法の第二十九条強制収用、自傷他傷の心配のある者、世の中に大きな迷惑を及ぼして火をつけたたり人を刺したりする危険のある者、また自殺したりする危険のある者、これを扱うのが精神衛生法の第二十九条、これは強制収用なんです。そこでその状態がとれてくる、そして早くこれをなおしたい、うちの人と対話させたい、出ていって子供の顔をちょっと見させてみたい、そしてうちの商売をちょっと手伝わしてみたい、こうなると急速に治療が進み、なおる。これを精神衛生法の第二十九条で外泊ができないのだな。これを作業療法に出すことができない。ここで本来の医療が行なわれていない。われわれがこれをうちに連れていって、家族と談話させるために外泊させると、すぐ監督官庁から、何をやっているのだ、こういうことなんです。ここでも本来の医療がじゃまされておる。したがって、入院させなくてもいい患者

が入院している。入院するかわりに薬もやる。そこで保険財政が非常に赤字になるのだ。

そこで、精神衛生法の第二十九条を根本的に考え直さなければならぬことは、あとで問題にするとして、実際にいかにどうかという点。これは治療医である、主治医である、鑑定医である人たちが十分わかる。これをやっていないところ、最近の放火、看護人殺害事件、こういうものがあっているわけなんです。この点、大臣考えていただいて——これは精神衛生法の第二十九条で、二人の鑑定で入れた。そういう鑑定医の資格を持つている人たちが病院にいる。いなければ第二十九条患者は扱わせない。したがって、これは主治医の判断にあずけて、危険のある状況はなくなったと見て、なお作業療法、薬療法が必要とある場合、これをやらせるように厚生省から指導すべきだと思っておりますが、この点はいかがですか。

○加倉井政府委員 御承知のように、第二十九条にこれは直ちに措置解除するということになっております。しかしながら、御指摘のような、たとえば外泊とか作業療法、これはもちろん精神障害者の治療過程におきまして、対人関係というのは非常に大切でございます。したがって、その症状によりまして外泊あるいは院外の作業療法にやること自体も治療の一環だというふうに主治医の方から認められた場合には万全の措置をとって、やはり治療の一環として措置すべきである、かように私どもは考えておるわけでございます。ただ、専門家でない都道府県段階の職員がしゃくし定木に解釈すること自体につきまして、私どももできるだけ是正いたすように指導いたしたい、かように考えております。

○津川委員 各県の実情を調べてみました。かなり違うのです。共通しているところは一本あるのです。本省がそういっているからというのです。このところ、われわれが話し合いを進めていくと、だんだんゆるんでいく。話をしないともた返っていく。

そういう過程の中で、いま話した中央審議会、あの機構を厚生省は縮小しようとしている。精神病患者の患者は自分を主張できない。したがって家族がかわってやってくれなければならぬ、ケースワーカーがやってくれなければならぬ、看護者がやってくれなければならぬ、医者がやってくれなければならぬ。この病院と医者と看護人とケースワーカーと家族との結びつきがいま大きな問題になって全国に広がっている。こういう体制のときに、あの中央審議会をあなたたちは一部局に納めて今度やってみよう。中央のやつを何だかんだ一緒くたにしよう。これは拡大すべきときなんです。

そこで大臣、精神衛生法をこういうふうな運営することはいかがでございますか。主治医が——第二十九条は必要だとして、強制収容しなければいかぬという鑑定医たちが、みんないるところに収容しているのです。この鑑定医の判断にあずけて、どこまでこれを保護室に入れておくか。一般介護病棟に出すか、作業療法に出すべきか、外泊させるか、この判断は主治医にあずけて、そこで必要であれば地方にある審議会がこれをチェックすればよろしい。こういう立場はとられませんか。いかがです。

○齋藤国務大臣 非常に専門的なことでありまして、私もそういう知識はあまり持ち合わせておりませんから、公衆衛生局長から答弁させます。

○加倉井政府委員 御指摘の点非常にこともつとでもございます。ただケース・バイ・ケースによりまして非常にむずかしい場合もあるかと思ひますが、原則としては先生のおっしゃるような方向で検討したいと思つております。

○津川委員 とすれば公衆衛生局長、局長名でいまのような意味の通達を出してくれませんか。

○加倉井政府委員 非常に重要な問題でございまして、やはり一応審議会の御意見を伺わさせていただきます。その上で御趣旨に沿うような方向が出れば、通達を出しても差しつかえないと思つております。

○津川委員 その次に、この間、私水俣に行ったことをここに書いておいて、厚生省がこれを写し取つてくれたそうですが、私も大臣に直接差し上げますけれども、たくさんのごことは、あした環境庁長官三木さんにお尋ねするとして、一つだけ。

認定の委員会を二カ月に一べん開いて、大体一回開いて八十人、次の二カ月には認定申請する人たちが二百人くらいにふえてくるのです。そうすると、これはたいへんな話で、環境庁長官の話だけれども、認定を申請して認定がきまると、また治療が始まるわけです。その間に死んでしまふ人がだいぶいるのです。これに私もびっくりしました。そこで認定を申請したら、とりあえず医療を開始すべきであると思ひます。これも医療財政を少なくする重要な方法でもあると思ひます。すけれども、一番大事なことは、認定申請したならば、あとで却下になる場合もありますけれども、その場で直ちに医療を開始すべきである。こ

ういうふうに思ひますが、これは大臣の所管でしょう。

○滝沢政府委員 この取り扱い、ほかの一般に

公費負担している医療は、何か認定されたあとでないと、その支給対象にならぬ、そういうことが医療の上で非常に阻害しているんだ、一般論もつながらおもうのですけれども、別に私のほうの医療機関運営の立場からいって、疾病があつた場合、そういう患者さんが医療を受けること自体は、私はいまの健康保険なり国保なり国民皆保険の現状では、それを受けられると思ひますが、これをどういうふうにさかのぼって取り扱うかという問題だらうと思ひます。

医療を受けること自体は、それぞれに必要があれば受けられるのですが、そのあとこれが認定されない場合、される場合に、さかのぼって、それがどう取り扱われるかというかなり事務的な問題になると思ひますので、これは環境庁のほうの認定の取り扱いとの関連が出てまいります。そういうふうにご考へております。

○津川委員 医務局長、そうはいかないのだよ。認定申請していると、医療機関でも一切保険を適用しないのです。現実にはそんなんです。覚えてい

るでしよ、交通災害でも。だからだめなんだ。医療がとまる。そこそこ問題がある。

そこで厚生大臣、私まだ認定前の患者さんに何人か接してみました。そうしたら、自分たちのからだで十九項目、手足がしびれるとか、記憶力がなくなつたとか、奥さんのところに行けなくなつたとか、いろいろな水俣病患者に出てくるよだれが出るとか、ことが不自由になつたとか、自分が診断しているのです。ところが開業医のところに行くとか、これが水俣病として診断しないのだよ。開業医のところ

に診断基準がないのだ。患者のほうで覚えてい

たくさん症状を集めて、これだけ集めれば水俣病だ、こういう一つの指標をつくっている。あの地域に五千とか一万とか、水俣は水俣病だけです。今度第三の水俣病が出てくる。そうなるべくと、たくさん患者が出てくるわけです。この診断基準をつくるのが一つ。

二つには、治療指針を出さなければならぬ。何だかわからないものだから、一生懸命あつちこつち治療している。みんな当てはまらない治療をしている。ここでも医療財政を食つてい

る。だから一番損なことを厚生省はやつてい

る。だから一番損なことを厚生省はやつてい

る。だから一番損なことを厚生省はやつてい

る。だから一番損なことを厚生省はやつてい

る。だから一番損なことを厚生省はやつてい

治療については私は非常にむずかしい問題があると思ひます。たとえばスモンの場合高圧酸素等を思い切つて使つてみたら案外効果があつたという事例もござい

ます。その点は環境庁のほうでも統いて推進すると思ひ

ます。

○津川委員 皆さんのあけ足をとるつもりは私には毛頭ないのだけれども、その市立病院なんだが、水俣市の胎児性の子供さんが、おかあさんのおなかで水俣病にかかつて小児科に入院してい

る。ところが水俣の市立病院は、さつき問題になつた日常の診療に手一ぱいなんだ。あなたはそこでやるとい

ても、これはできないのだ。だから、そういう通り一べんの話ではなくて、個々具体的に行動に移してほしい。このことを申し上げて、あとあした重要な日本が世界で一つとい

うい

第一類第七号(附屬の三)

社会労働委員会地方行政委員会大蔵委員会公害対策並びに連合審査会議録第一号 昭和四十八年六月二十七日

健康保険法等の一部を改正する法律案

健康保険法等の一部を改正する法律

(健康保険法の一部改正)

第一条 健康保険法(大正十一年法律第七十号)の一部を次のように改正する。

第二条 第二項第一号中「及子」を、「子、孫及弟妹」に改める。

第三条 第二項中「価格」を「価額」に改める。

第三条 第一項の表を次のように改める。

等 級	報 酬		報 酬	
	月 額	日 額	月 額	日 額
第一級	二〇、〇〇〇円	六七〇円	二一、〇〇〇円未満	二一、〇〇〇円未満
第二級	二二、〇〇〇円	七三〇円	二二、〇〇〇円以上	二二、〇〇〇円未満
第三級	二四、〇〇〇円	八〇〇円	二三、〇〇〇円以上	二五、〇〇〇円未満
第四級	二六、〇〇〇円	八七〇円	二五、〇〇〇円以上	二七、〇〇〇円未満
第五級	二八、〇〇〇円	九三〇円	二七、〇〇〇円以上	二九、〇〇〇円未満
第六級	三〇、〇〇〇円	一、〇〇〇円	二九、〇〇〇円以上	三一、五〇〇円未満
第七級	三三、〇〇〇円	一、一〇〇円	三一、五〇〇円以上	三四、五〇〇円未満
第八級	三六、〇〇〇円	一、二〇〇円	三四、五〇〇円以上	三七、五〇〇円未満
第九級	三九、〇〇〇円	一、三〇〇円	三七、五〇〇円以上	四〇、五〇〇円未満
第一〇級	四二、〇〇〇円	一、四〇〇円	四〇、五〇〇円以上	四三、五〇〇円未満
第一級	四五、〇〇〇円	一、五〇〇円	四三、五〇〇円以上	四六、五〇〇円未満
第二級	四八、〇〇〇円	一、六〇〇円	四六、五〇〇円以上	五〇、〇〇〇円未満
第三級	五二、〇〇〇円	一、七三〇円	五〇、〇〇〇円以上	五四、〇〇〇円未満

第一四級	五六、〇〇〇円	一、八七〇円	五四、〇〇〇円以上	五八、〇〇〇円未満
第一五級	六〇、〇〇〇円	二、〇〇〇円	五八、〇〇〇円以上	六二、〇〇〇円未満
第一六級	六四、〇〇〇円	二、一三〇円	六二、〇〇〇円以上	六六、〇〇〇円未満
第一七級	六八、〇〇〇円	二、二七〇円	六六、〇〇〇円以上	七〇、〇〇〇円未満
第一八級	七二、〇〇〇円	二、四〇〇円	七〇、〇〇〇円以上	七四、〇〇〇円未満
第一九級	七六、〇〇〇円	二、五三〇円	七四、〇〇〇円以上	七八、〇〇〇円未満
第二〇級	八〇、〇〇〇円	二、六七〇円	七八、〇〇〇円以上	八三、〇〇〇円未満
第二級	八六、〇〇〇円	二、八七〇円	八三、〇〇〇円以上	八九、〇〇〇円未満
第三級	九二、〇〇〇円	三、〇七〇円	八九、〇〇〇円以上	九五、〇〇〇円未満
第四級	九八、〇〇〇円	三、二七〇円	九五、〇〇〇円以上	一〇一、〇〇〇円未満
第五級	一〇四、〇〇〇円	三、四七〇円	一〇一、〇〇〇円以上	一〇七、〇〇〇円未満
第六級	一一〇、〇〇〇円	三、六七〇円	一〇七、〇〇〇円以上	一一四、〇〇〇円未満
第七級	一二六、〇〇〇円	四、二〇〇円	一二四、〇〇〇円以上	一二二、〇〇〇円未満
第八級	一三四、〇〇〇円	四、四七〇円	一三〇、〇〇〇円以上	一三八、〇〇〇円未満
第九級	一四二、〇〇〇円	四、七三〇円	一三八、〇〇〇円以上	一四六、〇〇〇円未満
第三〇級	一五〇、〇〇〇円	五、〇〇〇円	一四六、〇〇〇円以上	一五五、〇〇〇円未満
第三一級	一六〇、〇〇〇円	五、三三〇円	一五五、〇〇〇円以上	一六五、〇〇〇円未満

(船員保険法の一部改正)

第三条 船員保険法(昭和十四年法律第七十三号)の一部を次のように改正する。

目次中「第二十七条ノ三」を「第二十七条ノ四」

に改める。
第一条第二項第一号中「及子」を「子、孫及弟妹」に改める。

第四条第一項の表中

第三四級 一五〇、〇〇〇円五、〇〇〇円	
第三四級	一五〇、〇〇〇円五、〇〇〇円
第三五級	一六〇、〇〇〇円五、三三〇円
第三六級	一七〇、〇〇〇円五、六七〇円
第三七級	一八〇、〇〇〇円六、〇〇〇円
第三八級	一九〇、〇〇〇円六、三三〇円
第三九級	二〇〇、〇〇〇円六、六七〇円
第三四級	一五〇、〇〇〇円五、〇〇〇円以上
第三五級	一五五、〇〇〇円以上
第三六級	一六五、〇〇〇円以上
第三七級	一七五、〇〇〇円以上
第三八級	一八五、〇〇〇円以上
第三九級	一九五、〇〇〇円以上

に改める。

第四条ノ二の次に次の一条を加える。

第四ノ三 第四ノ一ノ規定ニ依ル標準報酬ノ区分ハ被保険者ノ受クル報酬ノ水準ニ著シキ変動アリタル場合ニ於テハ変動後ノ水準ニ即シ速ニ改定ノ措置ヲ講ゼラルベキモノトス

第五ノ一ノ項中「又ハ家族葬祭料」を「家族葬祭料又ハ第二十七ノ四ノ規定ニ依ル給付」に改める。

第二十五ノ条中「保険給付ヲ受クベキ者」を「保険給付ヲ受クル権利ヲ有スル者(当該事故ガ被保険者ノ被扶養者ニ付シタル場合ニ於テハ当該被扶養者ヲ含ム次項ニ於テ之ニ同ジ)」に改め、同条に次の一項を加える。

前項ノ場合ニ於テ保険給付ヲ受クル権利ヲ有スル者ガ第三者ヨリ同一ノ事由ニ付損害賠償ヲ受ケタルトキハ政府ハ其ノ価額ノ限度ニ於テ保険給付ヲ行フ責ヲ免ル

第三章第一節中第二十七ノ三の次に次の一条を加える。

第二十七ノ四 政府ハ政令ノ定ムル所ニ依リ

育児手当金、配偶者分焼費、葬祭料、家族葬祭料及第二十七ノ四ノ規定ニ依ル給付ニ要スル費用ノ額ガ保険料ノ額ノ中命令ヲ以テ定ムル額及国庫補助ノ額ノ合算額ヲ超エ若ハ之ニ満タザルトキ又ハ其ノ合算額ヲ超エ若ハ之ニ満タザルトコト明ナリタルトキハ厚生大臣ニ対シ前項第一号又ハ第二号ノ保険料率ノ變更ニ付申出ヲ為スコトヲ得

第五十八ノ条第一項及び第五十九ノ条第六項中「家族療養費」の下に「高額療養費」を加える。
(国民健康保険法の一部改正)
第五ノ条 国民健康保険法(昭和三十三年法律第九十二号)の一部を次のように改正する。
目次中「第五十七ノ条」を「第五十七ノ二」に改める。
第四章第一節中第五十七ノ二の次に次の一条を加える。
(高額療養費)
第五十七ノ二 保険者は、被保険者の療養に要した費用ガ著しく高額であるときは、世帯主又は組合員ニ対し、高額療養費を支給する。ただし、当該療養費について療養の給付若しくは療養費の支給又は第五十六ノ条第二項の規定による差額の支給を受けなかつたときは、この限りでない。

第六十ノ条第一項第一号中「千分ノ七十四・五」の下に「第五十九ノ条第七項ノ規定ニ依リ保険料率ガ變更セラレタルトキハ当該變更ニ依リ増減シタル率ノ二分ノ一ニ相当スル率ヲ増減シタル率」を加え、同項第二号中「千分ノ六十九」の下に「(第五十九ノ条第七項ノ規定ニ依リ保険料率ガ變更セラレタルトキハ当該變更ニ依リ増減シタル率ノ二分ノ一ニ相当スル率ヲ増減シタル率)」を加える。

2 高額療養費の支給要件、支給額その他高額療養費の支給に關して必要な事項は、政令で定める。
(厚生保険特別会計法の一部改正)
第六ノ条 厚生保険特別会計法(昭和十九年法律第十号)の一部を次のように改正する。
第十八ノ条ノ七の次に次の二条を加える。
第十八ノ条ノ八 健康勘定ノ負担ニ於テ為ス借入金ニ付テハ昭和四十九年度以降ニ於テハ当分ノ間第十ノ条ノ規定ニ拘ラズ次項及第三項ノ定ムル所ニ依ル
政府ハ健康勘定ノ昭和四十八年度末ニ於ケル借入金ニ係ル債務ヲ弁済スルタメ必要アルトキハ同勘定ノ負担ニ於テ借入金ヲ為スコトヲ得

目次中「第三十一ノ二」を「第三十一ノ三」に改める。

第五ノ条第一項中「家族療養費」の下に「高額療養費」を加える。

第三章第二節中第三十一ノ二の次に次の一条を加える。

第三十一ノ三 療養ニ要シタル費用著シク高額ナリシトキハ其ノ療養ニ要シタル費用ニ付家族療養費ノ支給ヲ受ケタル者ニ対シ高額療養費ヲ支給ス
高額療養費ノ支給要件、支給額其ノ他高額療養費ノ支給ニ關シ必要ナル事項ハ政令ヲ以テ之ヲ定ム

療養費、傷病手当金、分娩費、出産手当金、

当該不足額を限り同勘定ノ負担ニ於テ
借入金ヲ為スコトヲ得

第十八条ノ九 政府ハ昭和四十八年度以前ニ健
康勘定ニ於テ生ジタル損失ノ額トシテ政令ヲ
以テ定ムルモノニ対応スル借入金ノ償還及当
該借入金ニ係ル経費トシテ政令ヲ以テ定ムル
モノノ支払ノ財源ニ充ツルタメ当分ノ間一般
会計ヨリ予算ニ定ムル金額ヲ限り同勘定ニ繰
入ルコトヲ得

附 則

(施行期日)

第一条 この法律は、昭和四十八年四月一日から
施行する。ただし、第二条及び第四条の規定並
びに附則第三条中国公務員共済組合法（昭和
三十三年法律第百二十八号）第五十一条の改正
規定、第六十条の次に一条を加える改正規定及
び第百二十条第一項の改正規定、附則第四条中
公共企業体職員等共済組合法（昭和三十一年法
律第百三十四号）第三十一条の改正規定及び第
三十六条の次に一条を加える改正規定並びに附
則第五条中地方公務員等共済組合法（昭和三十
七年法律第百五十二号）第五十三条の改正規
定、第六十二条の次に一条を加える改正規定及
び第百三十六条第一項の改正規定は同年十月一
日から、第五条の規定は昭和五十年十月一日か
ら施行する。

（健康保険法及び船員保険法の一部改正に伴う
経過措置）

第二条 昭和四十八年四月一日前に健康保険の被
保険者の資格を取得して、同日まで引き続き被
保険者の資格を有する者（健康保険法第二十條
の規定による被保険者の資格を有する者を除
く。）のうち、昭和四十八年三月の標準報酬月額
が一萬八千円以下である者又は十萬四千円であ
る者の同年四月一日から同年九月三十日まで
標準報酬額については、その者が同年四月一日に
被保険者の資格を取得したものとみなして、こ
の法律による改正後の健康保険法第三条の規定

を適用する。この場合において、その者の同年
三月の標準報酬月額が一萬八千円以下であると
き又はその者が厚生年金保険の被保険者であつ
てその者の同年四月における厚生年金保険法
（昭和二十九年法律第百十五号）による標準報
酬月額が一萬四千円以上十二萬六千円以下であ
るときは、健康保険法第三条第三項の規定にか
かわらず、それぞれ、その者の同年三月の標準
報酬の基礎となつた報酬月額又はその者の同年
四月における厚生年金保険法による標準報酬の
基礎となつた報酬月額を、この法律による改正
後の健康保険法による標準報酬の基礎となる報
酬月額とみなす。

2 この法律による改正後の健康保険法第六十七
条又はこの法律による改正後の船員保険法第二
十五條の規定は、第三者の行為により昭和四十
八年四月一日以後に保険事故が生じた場合につ
いて適用し、同日前に保険事故が生じた場合に
ついては、なお従前の例による。

3 この法律による改正後の健康保険法第七十條
ノ三第一項の規定は、昭和四十八年四月一日前
に行なわれた療養の給付、同日前行なわれた
療養に係る家族療養費の支給並びに同日前の期
間に係る傷病手当金及び出産手当金の支給に要
する費用については、適用しない。

4 この法律による改正後の健康保険法第七十一
條ノ四第二項の規定による保険料率の変更につ
いての申出は、昭和四十九年度以降の年度に係
る保険料及び国庫補助をもつて当該年度に係る
保険給付費、保健施設費その他政令で定める経
費にあつては費用に不足若しくは剰余を生じ又は
生ずることが明らかとなつたときに限り、行な
うことができる。

（国家公務員共済組合法の一部改正）
第三条 国家公務員共済組合法の一部を次のよう
に改正する。

第五十一条第二号の次に次の一号を加える。
二の二 高額療養費

第五十七條第二項及び第六項中「百分の五十」
を「百分の六十」に改める。

第六十條の次に次の一条を加える。
（高額療養費）

第六十條の二 療養に要した費用が著しく高額
であるときは、その療養に要した費用につき
家族療養費の支給を受けた者に対し、高額療
養費を支給する。

2 高額療養費の支給要件、支給額その他高額
療養費の支給に關し必要な事項は、政令で定
める。

第六十一條第一項ただし書中「二万円」を「四
万円」に改め、同条第三項中「俸給の半月分」を
「第一項本文の規定による出産費の金額の百分
の六十に」、「一万円」を「四万円」に改める。

第六十三條第一項ただし書を削り、同条第三
項中「百分の五十」を「百分の六十」に改め、同項
に次のただし書を加える。

ただし、その金額が二万円に満たない場合
には、二万円とする。

第七十條中「俸給の半月分」を「当該金額の百
分の六十」に改める。

第百二十條第一項中「第五十九條まで」の下に
「及び第六十條の二」を加え、「第三十一條及
び第三十二條ノ二」を「及び第三十一條から第三
十一條ノ三まで」に改める。

（公共企業体職員等共済組合法の一部改正）
第四条 公共企業体職員等共済組合法の一部を次
のよう改正する。

第三十一條第二号の次に次の一号を加える。
二の二 高額療養費

第三十四條中「半額」を「十分の六に相当する
金額」に改める。

第三十六條の次に次の一条を加える。
（高額療養費）

第三十六條の二 療養に要した費用が著しく高
額であるときは、その療養に要した費用につ
き家族療養費の支給を受けた者に対し、高額
療養費を支給する。

2 高額療養費の支給要件、支給額その他高額
療養費の支給に關し必要な事項は、政令で定
める。

療養費の支給に關し必要な事項は、政令で定
める。

第三十七條第一項ただし書中「二万円」を「四
万円」に改め、同条第三項中「俸給の半月分」を
「第一項本文の規定による出産費の金額の十分
の六に」、「一万円」を「四万円」に改める。

第三十九條第一項ただし書を削り、同条第三
項中「二分の一」を「十分の六」に改める。

第四十二條中「俸給の半月分」を「当該金額の
十分の六」に改める。

（地方公務員等共済組合法の一部改正）
第五条 地方公務員等共済組合法の一部を次のよ
うに改正する。

第五十三條第二号の次に次の一号を加える
二の二 高額療養費

第五十九條第二項及び第六項中「百分の五十」
を「百分の六十」に改める。

第六十二條の次に次の一条を加える。
（高額療養費）

第六十二條の二 療養に要した費用が著しく高
額であるときは、その療養に要した費用につ
き家族療養費の支給を受けた者に対し、高額
療養費を支給する。

2 高額療養費の支給要件、支給額その他高額
療養費の支給に關し必要な事項は、政令で定
める。

第六十三條第一項ただし書中「二万円」を「四
万円」に改め、同条第三項中「給料の半月分」を
「第一項本文の規定による出産費の金額の百分
の六十に」、「一万円」を「四万円」に改める。

第六十五條第一項ただし書を削り、同条第三
項中「百分の五十」を「百分の六十」に改め、同項
に次のただし書を加える。

ただし、その金額が二万円に満たない場合
には、二万円とする。

第七十二條中「給料の半月分」を「当該金額の

第一類第七号(附属の三)

社会労働委員会地方行政委員会大蔵委員会公害対策並びに連合審査会議録第一号 昭和四十八年六月二十七日
に環境保全特別委員会物価問題等に関する特別委員会

百分の六十に改める。

第百三十六条第一項中「第六十一条まで」の下に「及び第六十二条の二」を加え、「第三十一条及び第三十一条ノ二」を「及び第三十一条から第三十一条ノ三まで」に改める。

(私立学校教職員共済組合法の一部改正)

第六条 私立学校教職員共済組合法(昭和二十八年法律第二百四十五号)の一部を次のように改正する。

第二十五条の表第六十一条第一項及び第三項の項中「及び第三項」を削る。

理由

医療保険制度の充実を図るため、家族療養費の給付率の引上げ、高額療養費の支給等の給付の改善を行なうとともに、標準報酬の合理化、政府管掌健康保険に係る国庫補助の定率化、保険料率の改定、賞与等についての特別保険料の徴収等の措置を講ずる必要がある。これが、この法律案を提出する理由である。