

第八十回国会
衆議院

社会労働委員會議錄第三号

昭和五十二年三月十日(木曜日)

午前十時五分開議

出席委員

委員長 橋本龍太郎君

理事 齊藤滋与史君

理事 戸井田三郎君

理事 枝村 要作君

理事 大橋 敏雄君

相沢 英之君

伊東 正義君

大坪健一郎君

小坂徳三郎君

戸沢 政方君

羽生田 進君

安島 友義君

金子 みつ君

田口 一男君

草川 昭三君

西田 八郎君

田中美智子君

出席國務大臣

厚生 大臣 渡辺美智雄君

出席政府委員

法務省訟務局長 貞家 克己君

厚生省公衆衛生局長 佐分利輝彦君

厚生省環境衛生局長 松浦十四郎君

厚生省医務局長 石丸 隆治君

厚生省藥務局長 上村 一君

厚生省社会局長 曾根田郁夫君

厚生省児童家庭局長 石野 清治君

厚生省保險局長 八木 哲夫君

厚生省年金局長 木暮 保成君

社会保険庁医療保險部長 岡田 達雄君

委員外の出席者

厚生大臣官房企畫室長 山口新一郎君

自治省財政局公営企業第二課長 田井 順之君

社会労働委員會調査室長 河村 次郎君

委員の異動

三月二日

石橋 一弥君

大坪健一郎君

大原 亨君

不破 哲三君

同日

木村 俊夫君

大坪健一郎君

石橋 一弥君

大原 亨君

同日

井上 裕君

沢沢 利久君

工藤 晃君

同日

安倍晋太郎君

伊賀 定盛君

大原 一三君

同日

石橋 一弥君

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

同日

—

国市議會革新議長會長岡京市議會議長淺田清
外十三名）（第二五号）

国民健康保険制度の改善に関する陳情書外九件
(柏原市議会議長田中義郎外九名)(第二六号)

出産費等の補償制度充実に關する陳情書（上野市議會議長新居遠一）（第二七号）

社会保険制度の改善に関する陳情書（富山市新
総曲輪一の七富山県社会保険委員会連合会長小

栗清吉（第二八号）
国民年金の特例納付期限再延長に関する陳情書

（青梅市議会議長水村一郎）（第二九号）
年金制度の改善に関する陳情書（大阪市北区中

之島三の五関西産業經濟協議機構会長 芦原義重
外十名（第三〇号）

老人医療費の有料化反対等に関する陳情書外八件(佐世保市東大久保町九の四四福田人司外二

百七十九名(第三一號)
国立療養所の整備充実促進に関する陳情書(東

海北陸七県議會議長會議代表 静岡縣議會議長 柳原清治外六名（第三二號）

看護教育の充実に関する陳情書（東海北陸七県
議会議長会議代表静岡県議会議長柳原清治外六

名(第三三号)
難病対策に関する特別措置法制定に関する陳情

書(長崎市議会議長横尾秀夫)(第三四号)
成人病予防の法制化に関する陳情書外六件(徳

島県知事武市恭信外二十四名（第三五号）
精神障害者の社会復帰訓練施設整備促進に関する

る陳情書(十都道府県議会議長會議代表静岡県議會議長柳原清治外九名)(第三六号)

林業労働者の振動病絶滅に関する陳情書外五件
(宮城県議会議長木村幸四郎外五名)(第三七号)

市町村社会福祉協議会の充実強化に関する陳情書外十件（延岡市議会議長黒木定夫外十名）（第

三
八
号）
雇用保障対策の強化に関する陳情書外二件（丘

庫鼎議會議長鷲尾弘志外二名）（第三九号）
季節労働者の雇用安定に関する陳情書（北海道

議会議長(宮本義勝)(第四〇号)

公共企業体のスト防止対策確立に関する陳情書
(福岡市博多区博多駅前二の九の二八九州商工
会議所連合会長長崎川五二郎)(第四一號)
原爆被害者援護法制定に関する陳情書(栃木県
上野賀郡足尾町議會議長神山武雄)(第四二號)
は本委員会に参考送付された。

本日の會議に付した案件

戦傷病者戦没者遺族等援護法等の一部を改正す
る法律案(内閣提出第三八號)
厚生関係の基本施策に関する件

○橋本委員長 これより會議を開きます。

戦傷病者戦没者遺族等援護法等の一部を改正す
る法律案を議題とし、提案理由の説明を聴取いた
します。厚生大臣渡辺美智雄君。

戦傷病者戦没者遺族等援護法等の一部を改正す
る法律案
〔本号末尾に掲載〕

○渡辺國務大臣

戦傷病者戦没者遺族等援護法等
の一部を改正する法律案の理由を御説明申
上げます。

戦傷病者、戦没者遺族等に対しては、その
置かれた状況にかんがみ、年金の支給を初め各種
の援護措置を講じ、福祉の増進に努めてきたこ
ろであります。今回これらの支給額を引き上
げ、支給範囲を拡大するなど一層の改善を図るこ
ととし、関係の法律を改正しようとするものであ
ります。

以下、この法律案の内容の概要について御説明
申し上げます。

第一は、戦傷病者戦没者遺族等援護法の一部改
正であります。すなわち、障害年金、遺族年金等

の額を恩給法に準じて増額するものであります。
このほか、障害年金受給者が死亡した場合にその
遺族に支給される遺族年金等の支給範囲を拡大
し、また、遺族一時金にかえて、その支給要件に
該当する遺族に対し、新たに遺族年金を支給す
ることとしております。

第二は、未婚遺族留守家族等援護法の一部改正
であります。これは、未婚遺族の留守家族に支給
される留守家族手当の月額を遺族年金の増額に準
じて引き上げるものであります。

第三は、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金支
給法の一部改正であります。すなわち、満州事変
において公務上の傷病にかかり、これにより死亡
した軍人の遺族に対して新たに特別弔慰金を支給
するとともに、特別弔慰金を受けることのできる
遺族の範囲を、戦没者等と生計関係のあった三親
等内の親族にまで拡大するものであります。

第四は、戦没者等の妻に対する特別給付金支給
法及び戦没者の父母等に対する特別給付金支給法
の一部改正であります。これは、昭和五十一年の
遺族援護法の改正により遺族年金等を受ける権利
を取得した戦没者の妻及び父母等にそれぞれ特別
給付金を支給するものであります。

第五は、戦傷病者等の妻に対する特別給付金支
給法の一部改正であります。これは、特別給付金
として交付された国債の償還金について、その支
払いの特例を定めるものであります。

以上が、この法律案の提案理由及び内容の概要
であります。何とぞ、慎重に御審議の上、速やか
に御可決あらんことをお願い申し上げます。

○橋本委員長 これにて提案理由の説明は終わ
りました。

○橋本委員長 厚生関係の基本施策に関する件に
ついて調査を進めます。

質疑の申し出がありますので、順次これを許し
ます。津島雄二君。

○津島委員 厚生省関係、特に社会保障制度の全

般並びにこのたびの予算において格別に重点施策
として選ばれました若干の点について御質問申し
上げます。

きょう御出席の厚生大臣は、非常にバイタリ
ティーに富み、筋を通される方だということでも
多くの方が、いま曲がり角に立っております社会
保障制度について、将来の展望というべきものの
基礎をつくっていただけないかと期待して
おると思っておりますが、そのような意
味で、きょうは委員会の最初の質問でございます
ので、まず制度の現状というふうなものをひとつ
御質問して将来展望を伺いたい、こういうふう
に思うわけでございます。

そこで、長い間日本の政治についてよく言われ
ますのは、社会資本ストックが少くないということ
と並んで、社会保障制度が非常に欧米各国に比
べておくれているということが言われてきたので
ございますが、累年の御努力によって逐次改善をさ
れてきていると思うのでございます。そこで、果
たしていわゆる西歐諸国に比べて日本の社会保障
が一体どのような地位にあるかということを考え
てみたいのでございますが、これは政府委員の方
で結構でございますが、社会保障のレベルをあら
わすためによく引用されます国民所得に対する社
会保障給付金のウェイトというものを、ちょっと
主要国について、まあ私から申し上げてもいいの
ですが間違えるといけませんので、述べていた
きたいのでございます。

○山口説明員 お答え申し上げます。
お尋ねの社会保障給付費の国民所得に対する割
合でございますが、主国といたしまして、西ド
イツが一九七一年、昭和四十六年度二一・一%で
ございます。

〔委員長退席、中山(正)委員長代理着席〕
それから、フランス一九・二%、イギリス一六・
三%、アメリカ一二・八%、それに対して日本
は六・〇%、なお、その後日本の場合には伸び
ておりまして、一番新しい実績の出しております昭
和四十九年度では七・九%、かような状況でござ
います。

○津島委員 ただいまの数字でわかりますと
り、確かに国民所得に対する比率は低いのであり
ますが、非常に急速な勢いで上がってきておると
いうことは言えるのではないかと思います。現
在のこの水準をどう理解するかということでも、い
まの日本の人口動態と無関係に、たとえば老齢年
金を中心とする社会保障給付金、給付制度の水準
を評価することはできないと思うわけでございま
す。

その評価の前にもう一つ、この所得保障と並ん
で問題になっております医療保障の面で、日本の
医療保障がどういう水準にあるか、国際的に比べ
られるような数字があればちょっと御披露いた
したいのですが、たとえば、一人当たりの医療費
が、欧米諸国に比べて日本はどんな水準にある
か、ちょっと述べていただきたいのでございま
す。

○山口説明員

お答え申し上げます。
医療の部門でございますが、まず、マクロの数
字といたしまして、医療給付費が国民所得に対
してどのくらいの割合であるかという部分を見ま
すと、西ドイツで先ほどの昭和四十六年、一九七
一年でございますが、五・七%、フランスが五・
六%、イギリス四・七%、アメリカ三・〇%に
対しまして、日本の場合には四十六年度で三・四
%でございますが、四十九年度には四・二%とい
うことでございまして、人口の老齢化の差等を考
えますと、現在の段階では西ドイツと匹敵をして
いるという見方ができようかと思っております。

○津島委員 ただいまの御説明のとおり、医療保
障の面で、少なくとも金額で比べてみますと西歐
水準にかなり近いところにきておるといふ感じが
するわけでございます。

そこで、大臣にお伺いいたしますけれども、現
状はこういう姿でございますが、日本の社会がど
んどん老齢化していく、これはもう従来からあら
ゆる政府の長期計画で指摘されている日本の社会
の基本的な問題でございまして、この人口動態が

変わっていくというものの関連で、いまの日本の社会保障制度を、所得保障と医療保障と両方含めて、大臣、どのように評価されておるか、ちょっとお伺いしたいのでございます。

○渡辺国務大臣 事務局から御説明をいたしましたように、社会保障の中でも医療保障は大体欧米並み、こう言っているのじゃないか。それから、年金等の問題について特に低いということが言われるのでございますが、それは、日本が国民皆年金になってから非常に年数が浅いというようなことでございまして、それも時間がたつともいざいざ成熟化の傾向にきておって、これはすでに水準としては、年金水準は欧米並みであります。また、年金の開始の年齢等については、大体欧米では、フランスが六十歳ぐらいであります。そのほか六十五歳というところになっております。ところが、日本では物によつては五十五歳というふうなものもあるわけでございまして、そういう制度の違いがございまして一概には比較できませんけれども、まあいいところへきているのじゃないか。ただ、

年金等についても、これから非常に老人がふえるということになると、それに対する給付というもののついで、かなりの財政圧力といえます。そういうような金が必要になってくる。そういうようなところの中で社会保障費というもののかなりの恩恵を受けてきたと私は思っております。たとえば、昭和四十八年に社会保障費の予算というものが大体二兆円でございました。それが五年たった昭和五十二年には五兆六千億円で、したがって、厚生省の予算も大体似たような足取りであります。それから、大体同じようなところで二・七倍、五年間に三倍近く予算がふくれ上がったというのは余り余りないのじゃないかと思う。いままではそういうことで社会保障にかなりの国費をつぎ込んでくることができたけれども、高度経済成長から安定経済成長に変わっていくというような過程で、いままでと同じような伸び率でわれわれ

としてはつぎ込んでいきたいと努力はいたしておりますが、しよせんはこれは国全体の財政の問題と密着不可分の関係にございまして、仮にいままでどおりその給付というものを向上させていくということになれば、国費で支出する国民が掛金をふやしていくか、二つに一つしかないわけでございます。それから、これらについては国民の各層の間のコンセンサスをよく取り入れていかなければならぬ問題であります。したがって、私といたしましては、年金の問題につきましても医療の問題につきましても、ともかくいままでと同じような手法でやっていくことは現実の問題としても頭打ちになって、にっちもさっちもいかなくなるというふうに考えております。したがって、これについては厚生省の中に年金問題や老人医療問題等に対するそれぞれの懇談会をこしらえて鋭意検討をいたしておるところでございます。皆さん方の意見も重々拝聴いたしまして、真剣に全体の見直しという問題について効率的重点的の一つの柱をつくって考えていく必要がある、かように思っておる次第でございます。

○津島委員 ただいまの御説明でわかりますとおり、いろんな意味で、日本がいま持つております制度自身の実力というものは欧米水準の制度を先取りしている面があるのではないかと。そういう意味で、もし厚生省の方で、仮に西諸国のように高齢人口がたとえ人口の二〇％近い状態であるならば、いまこの昭和五十一年度あるいは五十二年度で、高齢年金を初めとする所得保障給付金などのかなりの金額になるか、試算ができればお伺いしたいわけでありまして、それに似たような数字を逆にとってみますと、これからずっと日本の人口が老齢化していき、いまからたとえ三十年先になる、そうすると、これは厚生省の書類の中に書いてあるのですが、厚生年金だけでも優に百兆を超えるということが書いてあるわけでございます。つまり、いま制度が持つておる実力というのは、将来老齢化した場合にそれこそ何百倍という給付をもたらす制度を持つておるわけでは

それに対して一体負担の方はどうなっているかと申しますと、そういう制度がもたらす利益の、いまの現在時点における原価を賄うにはとうてい足りない。恐らく半分以下の負担になっているであろう、こういうことが言えるわけでございます。

この点が、先ほど大臣が御指摘になった将来の制度を考える場合の基本的な問題だと思います。で、きょうはほかの問題がございまして、この点、基本的な問題について一つだけ大臣にお伺いしたいと思ひますのは、将来の制度がだんだん実力を発揮してくるときを予想して、そのための本当の負担といひますか、国民の相互の連帯意識に支えられた制度の重みの負担をしようという気持ちを国民各層に育てていきたいと思います。この制度はもっていかないだらう。いわば、いまみんなが考へておる負担の意識を超えた、身分不相応と言つてはあれですけれども、そういう制度をすてに持つておる、抱えておるというのが現状だと思ひのでございまして、そういう意味で、本当にその制度の重みを皆で支えよう、あるいは将来の年金のコストをいまからみんな考えていこうという方向に厚生省としても諸施策を考えていかれるべきではないだらうか。何かその点について示唆ください。そうでないと、どんなその制度だけはよくしてくれ、ところがそれを背負う方はほとんどおくられていくということを私は非常に恐れるわけでございます。どうかこの点ちょっと大臣に御答弁いただきます。どうかこの点をちょっと大臣に御答弁いただきます。どうかこの点をちょっと大臣に御答弁いただきます。

○渡辺国務大臣 いまのような水準を持つておつて、それでこれが五十年たつていきますと、あの程度ベースアップももちろんあるし給付の改定もやってくる。国民年金でも、負担の方もいま一人二千二百円ですか、そういうものが昭和六十年ごろになると、いままでのようなベースでも改定していくということになると、負担の方も一人

八千円ぐらいの負担になるというふうな試算を内々でされておる。本当にそんなに負担がし切れるのだからかな。特に国民年金のように、農家なんかが入つておる場合は、財産を持つておりますから、財産を持つておる人は財産を処分すればある程度自分のことはできる。本当に持つていない人は、負担があつても老後の問題についてはぜひともそれは年金を充実していきたいということですから、これは高負担に際しても老後の保障はぜひやってくれという意見が多いと私は思ひます。しかし、そういうものを一緒にして国民年金というふうな形を持つておつて、本当にこれはそまて納得してもらへるのかどうか、私も実は心配をしておるわけでありまして。

ただ問題は、外国と比べますと、負担の割合というふうなものについて、租税と社会保障の負担率といふものを比べましても、租税の負担率においても日本はともかく六掛けとかあるいは七掛けとかというところで低い。それから社会保険の負担率においても、先ほどの企画室長が言つたその統計によると、ドイツは国民所得に対して一七・七％の社会保険の負担をやつておる。フランスが二〇・八、イギリスが九・〇、アメリカが八・六、日本は五・六、最近の状態でも七％ぐらいということ、保険負担だけでも外国の半分以下ということも実情であります。したがって、ともかく水準がそういう水準になっておるといふことになれば、給付の水準の方だけは外国並みで負担の方は外国の半分だといふようなことは、いままでのように受給者が少ないから国は金をつぎ込んでめんどうを見てくれたかもしれぬが、だんだん受給者がふえるということになると、まして高度経済成長でなくなつて安定成長になると、とてもそれはやっていけない問題ではないか。したがって、ともかく高給付を受けるといふことになれば高負担といふことも避けて通れない。しかし、そういうような国民の合意が得られるのかどうか。私はやはり、そういうふうな給付を、高福祉をするならばある程度の負担増といふものは避けて通る

ことができないのじゃないか、もうはつきり割り切った方がいいんじゃないかというような気がするわけであります。

○津島委員 御指摘のとおり、負担に非常に大きな問題があるわけですが、一番大切なことは、いま国民が与えられております制度がかなり実力を持ったものだ、いいものだということ、もう少し私どもが国民に理解してもらう努力をすることが負担を求めるための基本であろう、こういう点を御指摘して次の質問に移りたいと思います。

所得保障あるいは医療保障と並んで、厚生省の大きな仕事としていゝるサービスをしなければいけないわけですが、医療の面では、救急患者が病院へ行ってたらいひ回される、一番医療サービスが緊急に受けなければならぬ人が一体どういう扱いを受けるか心配でなぬというところが指摘されてきたわけですが、この点、五十二年、来年度の大きな施策の柱として取り上げられて、予算の面では百億を超える予算をとっていただいた。まさに、事務当局の御努力もさることながら大臣の實力の示すところであると思いが、この救急医療制度が本場にこれだけの、四倍増の予算をもらってうましく動くのかどうか、その点、私は心配なわけですが、

そこで最初に、一体いま問題になっている救急患者が今度の新しい制度の中でどこへ持ち込まれて、そして第一次的にどこでケアをしてもらえるのか。それがうまく動くのかどうか。いわゆる初期救急医療体制の整備というのを言われておりますが、その点について若干御説明を事務当局からいただきたいと思います。

○石丸政府委員 救急医療の問題は現在非常に大きな社会問題になっておるわけですが、この救急患者をどういふようなシステムでわれわれが今後取り扱っていかばいいかという問題になるのかと思うわけですが、これはその地方地方の事情に応じてまた今後いろいろの方策

が出てくると思っておりますが、五十二年度予算案でわれわれにいたしまして現在考えている施策、特にただいま御質問のございました初期救急医療という対策について申し上げますと、従来この初期救急医療対策につきましては、交通外傷等の外科的な患者に對しましては、いわゆる救急告示医療施設というところでこれに對應してまいりましたわけですが、最近の救急患者の種類を見ておきますと、そういった外科的な患者よりはむしろ小児科系あるいは内科系の患者が多くなつておるわけでございます。そういう新しい事態に對應いたしましてこの初期救急医療体制を整備する必要があるかと思つてございまして、従来、こういった患者さんに対しては、医師会の協力等を得まして、いわゆる在宅当番医制あるいは休日夜間急患センター、こういったものをつくつてまいりましたわけですが、この休日夜間急患センターにつきましては十以上の都市に對しましてこの設置を圖つてまいりましたところでございます。本年度末までに約百七十カ所の整備を終る予定になっておりますが、今後さらにこれを拡充いたしまして、人口五十以上の都市にそういったものを整備してまいりたいと考えております。

さらに、在宅当番医制につきましては、従来からこれは国の助成はなかつたわけですが、いまして、それぞれの地区医師会の協力を得まして在宅当番医制をやつてまいりましたわけですが、やはりこの制度を拡充、定着化させるためには、こういった施策に對しまして今後助成を行つていく必要があるかと思つてございまして、そういった各地区医師会に對しまして助成ということを考えておるところでございます。

いづれにいたしましても、五十二年度予算以降におきましてそういったシステムを整備するということにわれわれは努力いたしておるところでございますが、システムができてしまつても、それに従事していただきます医療従事者の方たちの協力なくしてはなかなかこのシステムも動かないわけ

でございます。そういった点につきましては今後さらに都道府県あるいは市町村、そういった地区住民の保健サービスを担当いたしております部門と、実際に診療を担当いたします医師あるいは看護婦さん等のいろいろな医療従事者、そういったところとの協議の場所等をつくりまして、意思の疎通を圖つてまいりたいと考えておるところでございます。

○津島委員 医師会の方の御協力がなければ在宅当番医制度がうまく動かないというお話でありましたが、救急患者が担ぎ込まれて、最初にいまのセンターなりあるいは在宅当番医のケアを受けて、それからどうもそれでは処理が済まないという場合などはやはり病院に行く必要があるんだらう、恐らくこれが第二次救急医療体制という問題になるんだらうと思つておりますが、病院が一番コストが高くて、いい表現ではありませんが、余りいわずにまみがないようなこういう仕事に本當に協力してもらえないかという仕事に本當に協力してもらえないかという一番大きい問題だし、もともとベッドがもういふ非常に限られておるという状態で、悪い言い方をすると、患者の方は救急車に乗つていかないと入れてもらえないというふうな非常にゆがんだ形になっておるわけですが、今度の第二次救急医療体制の整備といういろんな御施策の中でこの点が幾らかでも合理化されるのかどうか。また病院の協力が得られる見通しをお持ちなのかどうか、御説明いただきたいと思ひます。

○石丸政府委員 五十二年度以降の予算におきまして、この救急医療システムを第一次、第二次、第三次救急システムというふうに、三つの段階に分けてわれわれ対策を考えておるところでございます。

それで、現在問題になっております点は、第一次救急医療はただいま申し上げましたような方法でこれに對処してまいりました。やはり第一次救急医療機関におきまして対応できないような重篤な患者さんもおられるわけですが、特に最近医療事故等の問題に関連いたしま

してそういった患者さんの取り扱いが問題になるわけでございます。やはり第一次医療機関に協力を得るためには第二次あるいは第三次救急医療機関を整備して、いつでもそういった患者さんを収容してもらつてという対応ができていないと第一次医療機関が責任を持つてできない、そういう意見がございまして、さらにまた逆の立場に立ちますと、第二次、第三次の救急医療機関を整備いたしましたとしても、やはり非常に軽症な患者さんまでそこへ直接運び込まれると、医療資源として考えた場合に非常に大きなむだがあるのではないかと、こういうふうな意見もございまして、やはり第一次、第二次が相協力して今後整備されていく必要があるかと思つてございまして、したがって、第二次、第三次医療機関の整備を並行して考えておるところでございます。

特に第二次救急医療施設といたしまして三つの方策をわれわれは現在考えておるところでございます。それぞれの地域の事情に應じてそのいづれかの方法をおとり願つたということを考えております。すなわち、それぞれの病院が毎晩直直がかかるわけでございます。したがって、ある広域医療圏を設定いたしまして、その地域の各病院が当直の日を決めまして、いわゆる輪番制という形でこういった救急患者の第二次体制に取り組んでいただく。それからもう一つの方法は、いわゆる共同利用型病院というところでございまして、この地域の開業医の先生を必要の場合にはその病院に呼んで對應していただく、いわゆる共同利用型の病院の整備。もう一つは、そういった医療機関がなかなかないような地域もまだあるわけでございます。そういったところでは、A病院は内科の医者、B病院は外科の医者というふう

に、当直の医者の診療科を協定していただいて、いづれかの病院であらゆる患者さんに対応できる、そういう診療科の協定型。この三つの方式で第二次医療機関の整備を圖つてまいりたいと思つておるところでございます。

こういった整備をいたしまして、ただいま先生御指摘のように、救急医療というものは、やはり現在の診療報酬体系では患者さんが来ない、待機していても患者さんが来ませんと診療報酬が得られない、こういうシステムでございますが、しかしやはり待機してもらい必要がある。この間のロスに対しては、われわれといたしましてはやはりそういった待機をしていただくということが必要でございますので、そういった費用について今後助成をしてまいりたいというふうに考えておるところでございます。

○津島委員 この第一次、第二次、いずれも医師の方々あるいは病院の協力が要るわけでございますが、たとえば第二次の公的病院の協力のために、医院運営費の補助を一地区当たり二千五百万円であるとか、あるいは先ほど御指摘の当直医の協定方式を進めるために二百五十万円の補助基本額を決めておられますが、こういう金額で十分協力が得られるのかどうか、その点、もう一度重ねて御質問したいわけでございます。

さらにそれに加えて、こういったりっぱなシステムをつくられても、実際救急患者ができた、それをどこへどう持っていくか、われわれはわからないわけでございます。救急患者というのは予定して出てくるわけじゃなくて、全部その場の勝負でありますから、これをうまく交通整理する制度をこのたび考えておられるということでございますが、その点がうまく動くのかどうか。非常に軽度の、たとえば足のうめが痛くて歩けないというおばあさんが救急車で堂々と病院に入っていくという、これは日本の例ではありませんけれども、私は海外生活をやっているときによく知らされたのであります。そういうような救急制度のある意味での関連した活用に対して、うまく交通整理する制度ができるのかどうか、その点ひとつ御答弁をお願いしたいと思います。

○石丸政府委員 救急医療に対します国の助成額が低過ぎるのではないかと御意見でございます。この救急医療に対します各種の助成策は、昭和

五十二年を第一年度といたしまして今後三カ年で整備しようとしておるところでございます。五十二年度が初年度に当たるわけでございまして、今後またいろいろな問題が出てくるかと思っております。

ただいま先生御指摘の数字は、これは国の助成額でございます。救急医療というものを考えてみました場合、地域住民の生活と非常に密着した行政だというふうにおかれは考えておるところでございます。したがって、救急医療体制の整備ということは、今後の問題といたしまして、地方自治体と国とが相協力をしてこういった施策を今後さらに充実していく必要があるかと思っております。したがって、ただいま挙げられました数字はそういった意味で、三分の一の助成という形をとっておるわけでございす。さらに、今後各地方でこういった施策を進めていく場合にまたそれぞれの地方におきましていろいろな新しい方策が出てくるかと思っております。あるいはそういう施策に今後プラスしていかねばならないような問題もあらうかと思っております。そういった問題につきまして今後各自治体におきまして意見をわれわれの拡充、特に助成額の増額等には努力してまいりたいと考えております。

さらに、こういったシステムをつくりました場合に、わが国におきましては患者の搬送と医療を担当する部門、これは消防とわれわれ病院の方との関連でございまして、その間の情報の伝達がうまくいきませんといういろいろなトラブルのもとになっておるところでございます。また非常に時間的なロスもあらうかと思っております。そういった意味におきまして、従来、患者の搬送を担当いたしております消防の方で各消防単位ごとに医療機関からの情報を集めておったわけでございす。あるいは各市町村にございす消防本部の中のみではこの医療機関の情報として不足するわけでございす。すなわち、よその消防本

部の地域に患者を運ばない対応できないというふうな事態があるわけでございまして、そういう意味合いにおきまして、情報の広域化ということをお考えをいたしております。昭和五十二年予算におきましても、各消防本部ごとの情報網はこれは消防庁の方にお願いしておるわけでございす。これを県単位でより広域化してまいり、そういった予算につきまして厚生省の方でさらに努力をいたしまして、この患者搬送の部門と患者を受け入れる医療機関の部門との間の情報を密にいたしまして、時間的なロスあるいは医療資源のむだ遣い、そういったことを極力避けるような方策でまいりたいと考えておるところでございます。

○津島委員 この点について最後に二つ御質問したいのですが、いまの情報の広域化ということも、結局は救急患者を搬送する消防の方の方が仕分けをするということにならざるを得ないのであるが、果たして高度の医療知識を必要とするという情報を各地の救急搬送業務を担当する人たちが担当できるのかどうか、その人材の確保ができるのかどうか、これを一つお伺いしたいのでございす。

それからもう一点は、先ほど言われましたように地域に密着した医療サービスという点がやはり基本である、これはもつともなことでございますが、地域に密着した問題として非常に大きな問題は、前から言われておりますが、僻地医療の問題でございす。特別なケアが必要な患者が僻地で出た場合に非常に困っておられる。また同時に、僻地の地方団体はこれも財政的に脆弱でございす。それから、いいサービスをしろと言ってもなかなか思ったようにできないという問題がございす。またお医者さんは来てくれない。この僻地医療の面で十分な施策がなければ、どんなにいいシステムをつくっていただいてもそれは絵にかいたもちになるわけでございす。そういう意味でこの第二点の将来の僻地医療の充実という点について、できれば大臣から、どのような見通しをお

持ちなのかぜひ御答弁をいただきたいし、特に僻地の公的病院、国立病院等は——国立病院は国のあれでございす。自治体病院はいずれも赤字で困っております。この点について厚生省としてどのような施策をお持ちであるかを御答弁いただきたい。

○渡辺国務大臣 僻地医療の問題は御指摘のとおりで、なかなか医者がいない。青森県などでも日本人の医者が少なく、台湾からずいぶん医者を呼んでおるといふことは実際ございす。どうしてもお医者さんは僻地に行くことができない。どうしたらいいか。そこで厚生省といたしましては、御承知のとおり県の中に僻地の中核病院というものをして、日ごろはそこにいるのだけれども、交代なり何なりでそれぞれの診療所に日を決めてそこへ派遣をするというふうなことを一つやっておるわけでございす。幸いに自動車の発達あるいは道路の舗装化というふうなことがかなり徹底をしておりますので、そういう点で僻地の診療所等に対しては対応いたしております。なおまた、将来僻地医療に従事しようとする人に対しては、修学資金の貸与事業というふうな助成等も行っております。

なお、自治体病院等に対していろいろな細かい施策を行っておりますが、補足的に医務局長から答弁させます。

○石丸政府委員 最初に、先ほど御答弁申し上げた点であるいは誤解を与えるような発言をいたしたわけでございまして、ちょっと訂正させていただきます。先ほど先生御指摘のいろいろな助成額でございますが、これは基本額でございまして、私、三分の一と申し上げましたが、恐らく各自治体でそのぐらゐを足してくるというのを期待してわれわれは三分の一の額というふうな理解をいたしておったわけでございまして、それは義務的にそういった各地方自治体に追加を要求しているわけではございませんので、その点訂正させていただきます。

たいと思います。

それから、救急車で搬送いたします場合に、確かに救急車の中でのいろいろな応急処置の問題、あるいはそこで医療機関を振り分けるというようにいろいろな問題があるかと思ひます。それについて、やはり搬送に従事いたします職員の問題、これは消防庁の方で担当いただいておりますわけですが、やはり諸外国の例を見ましても、各救急車に医者を乗っけるというようなどとはなかなか言うべくして行われたいようでございます。また、日本ではドイツではサニタリー、いわゆる日本では言えはかつての衛生兵といひましようか、そういった程度の人でございますが、そういった人の教育を行ひまして、それが患者搬送車に乗り組んで、こういうことになつておりました、今後の問題といたしまして消防庁の方ともいろいろ連絡をとつておるところでございますが、この搬送のための職員のそういった医学的な知識の教育ということにつきましては、厚生省の方でも今後さらに協力をしてまいりたいと思ひます。

それから僻地問題は、ただいま大臣から御答弁申し上げたような状況でございます。従来から僻地医療対策については数々の五カ年計画をもつていろいろな方策で対応してまいつたわけですが、やはり一つの方法のみでこれが完全に行われるということはなかなかむずかしいようでございます。いろいろな方策を組み合わせて初めてこういった僻地医療対策が完成されるというふうに考えておるところでございます。

ただいま行つております施策は、ただいま大臣から御答弁申し上げましたように、やはりそれだけの広域医療圏を考へまして、その中核病院を整備いたしまして、そこから医者を派遣する。そうすれば医者がその中核病院においていろいろ勉強しながら僻地医療に従事できる、こういうことも考へておるところでございます。現時点におきましては、僻地中核病院の整備ということにわれわれは努力をいたしてゐるところでございます。

○津島委員 時間が参りましたので、締めくく

の意味で最後に一問だけ、社会福祉問題あるいは社会保障制度の基本について大臣にお伺ひをいたしたいと思ひますが、やはり社会保障制度が有効に機能するためには二つのことが大事だと私は思つております。一つは、長期的な計画のもとに基本的な問題を国民に理解してもらつたということだと思ひます。これは先ほどの負担の問題、将来の制度のあり方という問題について一言言えるのではなからうかと思ひます。二番目は、社会の中で自然に有効に受け入れられるような制度にするためには、一人一人の市民の連帯意識に支えられなければならないといひます。またこれが同時に、いい社会福祉を進めていくためにはそれだけのことをみんなで行ふというところになつていくのだと思ひます。この二点を頭に置いて、われわれの期待を集めて登場された大臣でございますから、いままでいろいろな問題について基本論、原点に返つて考へてこられた大臣として、特に社会保障の問題でどのように将来進めていかれるのか、一言お伺ひしまして、私の質問を終わりたいと思ひます。

○渡辺国務大臣 自由社会においては、個人の生活の安定と向上というものは自分みづからの力で支えていく、これが私は何と申しましたも原則だと思ひます。しかしながら、事故その他の問題があつてそういうことができないという方が必ず自由社会でできるわけですから、そういうような方に対しては、協調と連帯の精神でみんなてひとつ助け合つていくということのために保険制度というものができておるわけでありまして。したがいまして、今後この社会保障制度というものを統括していくためには、国の力で全部やればそれは一番いいのだけれども、そういうようなことができるのかできないのか、そこが根本問題なんです。それから、やがてやがてと、やはりむだは当然なくしていかねばならぬと私は思ひます。そうして、真に恵まれない人を本當にみんなて救つていくということがやはり重点になるのではないだろうか。

○中山(正)委員長代理 次に、大原亨君。質問は大体三つぐらいを頭に置いて質問いたします。余り長い答弁がいいとは思ひませんが、第一は薬害問題で、いまだかつてなかつたことですが、大きな問題であるスモンの問題、第二は医療改革についての方向、第三は社会保障に対する基本的な姿勢の問題、この三つにわたりました、時間内で質問をいたします。

いろいろな問題がございますが、それと同時に、本當の意味での福祉社会をつくるということ、これは税金だけで福祉社会ができるとは思ひません。やはり人間が隣近所全部一緒になつて共存共栄で生きていく上においては、福祉の心をもつてお互いに助け合うところは助け合つていく、そういうようなことも、税金だけでは埋め合はせ切れないほどの幸せを隣人にもたらすのではないか。したがつて、そういうような精神的な面において、また制度その他の充実というふうな面においても改善を図つていく必要がある。どういふような具体的な手法をとるかについては、先ほど申し上げましたように、いろいろと専門家の意見も聞き、あるいは負担の問題も考へ、今後の日本の経済の歩み、財政事情、そういうようなものを全部一緒に頭に入れて検討すべきものである、かように私は思つております。

○中山(正)委員長代理 次に、大原亨君。

質問は大体三つぐらいを頭に置いて質問いたします。余り長い答弁がいいとは思ひませんが、第一は薬害問題で、いまだかつてなかつたことですが、大きな問題であるスモンの問題、第二は医療改革についての方向、第三は社会保障に対する基本的な姿勢の問題、この三つにわたりました、時間内で質問をいたします。

〔中山(正)委員長代理退席、斎藤(滋)委員長代理着席〕

各論の方から先にまいります。去る一月に東京地裁でスモンに対する裁判長の和解勧告があつたわけでありまして。質問の前提として、和解を求めるグループとそれから判決を要求するグループがあるわけですが、この和解に国やメーカー、医療機関等が対処いたしますと、この法律効果というものは一体どういふふうになるのか。この判決は、まだ地裁段階ですけれども、どこまでいくかということの問題もあるで

しょうが、判決グループに対する対応の仕方、その法律効果、こういうものについて、法律的な問題であります。政府の方から御答弁いただきます。

○上村政府委員 一月十七日に提示されました和解案ないし和解の席に着くかどうかにつきまして国としての方針がまだ決まっておりますので、その判決との絡みの議論につきましてもまだお答え申し上げかねるという状況でございます。

○大原(亨)委員 ほかが言つてゐるのは、和解に應じたとするならばその法律効果はどうか、判決との関係はどうか、こういう法律問題について質問いたしておるのです。

○上村政府委員 和解の場合には、裁判所の勧告によつて和解をするわけでございます。したがつて、原告と被告との間で和解契約というものが結ばれて、それによつて事柄が着着をする。それから判決は、いま御質問の中にもございましたように、判決が出た後の扱いがどうなるかは別といたしまして、判決は判決として原告なり被告が拘束されるということになると思ひます。

○貴家政府委員 ただいま事務局から答弁がございました。とおりでございまして、訴訟がどのように進められていくかにつきましては裁判所の今後の審理方針によることとさせていただきます。現在見通しについて申し上げますことはきわめて困難でございます。けれども、一般的、抽象的に申し上げますと、ただいま答弁がありましたように、もし一部について和解、一部について判決ということも法律上は不可能ではございません。したがいまして、和解が成立いたしますればその関係当事者の関係におきましては最終的に決着が図られる。また、仮に一部について判決がございました場合には、もちろんこれに対しては上訴も可能でございます。けれども、判決が確定いたしました場合にはその結果によつて当事者が拘束される。法律的に申し上げます以上になるわけでございます。

○大原(亨)委員 和解グループと判決グループが

あるわけですが、そのカテゴリーの中に入っていないグループもあると思うのですが、その他のグループはどういうふうな法律関係に立つのか。

○貞家政府委員 恐らく大原委員のおっしゃいますのは裁判に関係しない者のことであらうかと存じますけれども、それらの方々に對しましては法律上の効果は何ら及ぶことがないわけではございません。

○大原(亨)委員 その他の人は、和解で合意が成立した問題であるいは判決によって確定したそういう問題を踏まえながらやはりそれぞれ要求を出していく、こういうことになるだろうと思う。

そこで厚生省、昭和四十六年当時まで非常に拡大を遂げたスモン病の患者は一体何人であるのか。もう一つは、もし和解案を政府、メーカー、医療機関が受諾をして、そしてそれに基づいて賠償の措置をとった場合には、大体どのくらい被害額を補償することになるのかという点について、念のために第二の問題としてお答えいただきます。

○上村政府委員 患者数につきましては、昭和五十年年度の厚生省の特定疾患スモン調査研究班の報告によりまして、約一万一千人であるというふうな言われておるわけでございます。それから、東京地方裁判所において提示されました第一次和解案、これに従うということが決まったわけではございませんけれども、仮にこれらの数字を使いますと、第一次の判決対象者が百五十四人でございまして、おおよそ三十ないし四十億ぐらいになる。その単価で一万一千人を見積もりますと約二千億程度になる、こういうふうな考えです。

○大原(亨)委員 約二千億円程度になるという、その概算は、東京地裁の和解案の中にある基本金額以外の付加的なもの、ずっとありますね、和解案にある、そういうものも含まれておるわけですか。施設を含めて勧告の中にあるわけですか。それも含めて計算しておるのですか。

○上村政府委員 一万人につきましては、裁判長が示されました症度、障害の程度が明確にわかり

ませんので、私が申し上げましたのは、きわめて大ざっぱな話でございますが、第一次判決対象者百五十四人について見てみますと三十億ないし四十億かかるから一人当たり平均二千万円、こういうことで見ますと二千億ぐらいになるという数字でございます。したがって、裁判長が示されましたいろいろな恒久的な対策などの経費については、これはどうなるかわかりませんので見積もってはおりません。

○大原(亨)委員 つまり、和解案の三にある「年齢による加算」、四にある「超重症者加算」、第五にある「その他の修正要素」として掲げてあるもの、第七の「治療費、補助用具購入費、リハビリ関係費用および超重症者の介護費用等今後継続的な支出の予想される費用のほか、病院・施設の設置利用を含む恒久的対策の問題」、こういう問題等は含めて考えていないのかという点です。

○渡辺国務大臣 それは業務局長が言ったように、百五十四名については重度、重い人、その次の人、軽い人と大体分類できるわけですよ。しかしその他のことは裁判所ではわからないわけですから、そのほかのものがどれくらい重いか、軽いかであるかということ。したがってそれはわからないというのが本当なんです。本当なだけに、先ほど業務局長が言ったように、仮に平均的な数字をとるとしてみれば二千万円、そういうものも勘案して、そういうものを勘案してあるのですよ、それで二千万円ぐらいだろう。だから大体二千億ぐらいになるのではないかと。ところで、どこまでも大ざっぱな話でございます。

○大原(亨)委員 大臣、無理して答弁せぬでもいいから、わかってる人が答弁すればいい。

○上村政府委員 裁判長が示されました見解は、他の裁判所に出てくる和解案もやはりこれを下る

ということとは事実上ない。あれば裁判になるという可能性はある。したがって、和解と判決についての法律効果については話が合ったとおりですが、その問題は一応差しおきまして、一月の東京地裁の和解案について厚生省側の見解を聞きたいのですが、問題は二つあると思うのです。

その一つは因果関係の問題です。キノホルムとスモン病との因果関係については、この裁判所の和解案の説明はかなりの確かな、明快な結論を出しておるというふうなふうに思いますが、この点については厚生省はどのように被告として理解をされているか。被告としてというよりも、裁判上は被告だけれども、被害者の立場に立って和解案を読む、こういう二重人格の厚生行政の立場があるわけだから、その立場に立って和解案をどのように理解しているか。

○上村政府委員 裁判長の提案されましたことについてはまだ検討中で、早急に結論を出すつもりでございますが、そういう段階でございますので、ちょっと回答をいたしかねるわけでございます。したがって、因果関係についてこれまで裁判の過程におきまして国が主張してまいりましたのは、スモン調査研究班の結論に従うということでございます。スモン病の見解というものは、スモンと診断された患者の大多数はキノホルム剤の服用によって神経障害を起こしたものと判断されるというふうな言われておるわけでございます。

○大原(亨)委員 繰り返しませんけれども、和解案の裁判長の文書の中にもその趣旨のことが引用をしておりますから、これは因果関係は認める、こういうふうな理解をいたします。もちろんメーカーの方でこれに反対しているのも一社ありますけれども、和解案の中身とその理解については大きな差はない。

それから第二の問題は過失責任の問題であります。過失責任の問題については、どのような見解を持っておるか。

○上村政府委員 裁判長が示されました見解は、その点必ずしも明確ではないと思えます。

○大原(亨)委員 裁判長の見解の中に、言うなれば安全性の確認義務が国にはある、こういう前提に立って過失責任を議論している。これは明らかにそういうふうなふうになっていると私は思うけれども、どうです。

○貞家政府委員 裁判所の和解案の理由でございますが、もちろんこれは和解の前提として和解案を提案する理由を述べられたわけではございません。結局判決はございせんので、その点は必ずしも明確に判決の理由のように実は述べられていないように私は見るわけでございまして、確かに御指摘のとおり、いろいろ業務行政としての国の責任というふうな事項が詳しく述べられているのでございまして。しかしながら、これは法律論になるわけではございませんけれども、そういう行政的な責任と、この事件につきましては裁判におきましては不法行為責任が問われているわけではございまして、それとの関連、つまり民事法上の責任の前提としての過失というものを果たして認める趣旨であるのかどうかという点につきましては、私の考えでは必ずしもその点は、和解案の理由という事柄の性質上、明確ではないというふうな理解をしております。

○大原(亨)委員 和解案の最後に、「主として昭和三十〇年代の後半から四〇年代の前半にかけて多発したスモンは、その後終息したとはいえ、残された患者の苦悩はとうてい放置されえないところである。スモンの原因がキノホルムであるところから、この悲惨な疾病はますます社会的につくられた病といふべきであり、まず第一に解決の責めを負うべきものが製薬会社であるとしても、国もまた、その職責上、かかる空前の被害の收拾解決に全力を傾注するのを当然とすべく、製薬会社と共同して、患者救済の責めに任ずべきものといわなければならない。これは第一次の勧告であるから、第二次、第三次の和解勧告が出るだろうと思うけれども、こういうふうな結論をしているわけでは、因果関係が明確であって、そしてこのよう

くさんの一万一千人の被害者が出ています。そういうことについて、国、メーカー、医療機関、そういうものが、一体どこに責任があるのかということについて明確にならないなどということはあり得ない。そういう見解はあり得ない。そこが和解グループと判決グループの大きな意見の対立点である。私は思っている。ですから、この問題についてそれはそれぞれの分野でやるけれども、和解に必ずしもというグループもかなりいることは事実である。したがって、このことは一つの既成の事実をつくるのであるから、和解と判決の利害得失についても被害者国民は十分正しい認識を持つことが必要であると思うが、しかし、責任がどこにあるかということ、法務省を離れて、厚生省が一定の判断をいまの段階で持たないということ、は意図である、無責任である。法務省は別にして、厚生省は厚生行政の立場からこの問題に、第一次の和解案に対してどのように対応していくのか、そういう厚生省の、政府の見解を明らかにするのにはきわめて重要なことである、当然のことである。なお検討中ということには許されないことである、一月以来、ずっと長い間続いていた、昭和三十年代からずっと苦しんできた被害者のことを考えた場合に、あるいはサリドマイドのときに時の厚生大臣がとった措置を考えた場合に、いまの段階において厚生省がそういう責任の問題について明確にしながら、これからどうするということを含めて和解案に対応する態度を決めるといふことは私は当然のことではないか、こう思います。これは大臣が答弁するに値する答弁であると私は思いますが、いかがでしょう。

○渡辺国務大臣 御指摘のように、この問題は裁判所でもなかなか法的にびしっと言えない問題があるから、だから和解勧告を出してやるものと私は思っています。したがって、法律論争として争うということなら簡単なんです。それは裁判の決定を受けて、その内容を見て不服だったら控訴すればいい。しかし厚生省としては、法律問題だけではなかなか解決できない問題だからこ

ろいろ実は悩んでおるのが事実であります。私もとしては、やはりこれだけの大きな被害者がおるといふ現実、そして長年月のままで争っておられるわけじゃない、そういうことをしておるべきものではないというようにももちろん思っておるわけでありまして。しかし一方、法律論をまきり無視したような形で決着をつけようとしても、それには当然これはお金も伴う話でありますから、だれが金を出すのか、国民の税金をもつてこれは充てるということでございますから、そこはやはりきちっとした筋道が立って説明がつかなければならぬという問題があるわけでござい

患者を救済しなければならぬと思っておるわけですから、どういふような形が一番いいかということ、法務省、大蔵省、厚生省、そういうような中で話し合ひもし、裁判所の意見も聞きながら、どういふふうに対応していくか、ともかく近々に結論を出さなければならぬ、こういう状態でありまして。それ以上のことはいまの段階で私からは申し上げることができません。

○大原(幸)委員 これは和解勧告を原告側、被告側にしてはいるわけですね。被告の中に政府が入っていることは事実です。それで、裁判所の過失論争についての論争は別にして、和解は受けるか表明しているメーカーもあるわけですね。ですからその中において、双方で協議すべき問題を含めて、和解に際するか応じないかという態度を国が決めることはいまの答弁から言うても当然のことであると私は思っています。それをいまだに決めていないというのはいささかどういふことですか。判決があったならば判決にびしっと従えばよろしい。それと和解案との差があった場合にはどうするかというところは、これは政治問題として解決することもできる。しかし、和解と判決についての利害得失については、大臣がいま理解をしておることだけではないと私は思っておるけれども、しかしその和解についてはそれぞれのサイドが意思表明をし

ておるわけですから、それについては積極的な見解の表明をこれは速やかにすべきである、一月に

○渡辺国務大臣 ですから、私が先ほど言ったことに尽きるわけでございまして、それはみんないろいろ関係があるわけですね。国の責任と言っても、それじゃどういふふうな負担をするのか、薬剤会社はどういふふうな責任があるのか、追って述べるといふだけのことであって、それらについてはまだ述べられておらないわけですから。だから法律論からすればいろいろ問題があるのです。あるけれども、これは単に法律論争をするようなことではなくて、政治的、行政的介入と言つては語弊があるかどうか分かりませんが、そういうようなやはり政治の問題を離れることはできない面もあるわけですから、そこでわれわれとしては関係各省と鋭意問題点を詰めておる、どういふふうな臨むかということについて詰めておるということ、それ以上のことはいまのところは申し上げられませんが、こう言つたんです。

○大原(幸)委員 これは三月二十二日に東京地裁の裁判があるはずですが、それまでには被告としてあるいは政府側として、厚生省としては政府側をまとめてそれについての態度を表明する、こういうふうなことを考へてよろしいか。

○渡辺国務大臣 そういう問題も含めて検討いたしております。

○大原(幸)委員 結論はまた後で質問をいたしますが、世界中でスモン病患者はどのくらい発生しているのですか。大体その状況を簡単にひとつ御答弁いただきたい。

○上村政府委員 文献としましては、アルゼンチン、スウェーデン、そういった国にスモン様の患者が症例として報告されておるというふうな聞いておりますけれども、各国で患者数として把握されたものについてはどうも発表されておらない模様でございます。

○大原(幸)委員 各国でスモン病患者として発表されたのはいない。そんなことはないですよ、そ

んなことは。

○上村政府委員 文献で症例として報告されたものは私ども把握しておりますけれども、それぞれの国が、わが国のスモン患者はこのくらいおるといふふうにして発表されたものはいませんというふうにお答え申し上げたわけでござい

○大原(幸)委員 厚生省は、日本の政府は、患者は一万一千名という把握をしておるわけですね。それプラスアルファです。しかし、外国でそういう被害でスモン病の患者が大体どのくらいいるかというところについては、その数字がないことはないですよ。どこでもたくさん出ているじゃないか。なぜ言わないのですか。

○上村政府委員 文献の中に症例として報告をされたものは私ども把握していると申し上げたわけでござい

○大原(幸)委員 私の理解でも患者は大体十名台です。西ドイツ、フランス、イギリスを含めて。日本だけが一万一千名プラスアルファというふうな、賠償金だけでも最低少なくとも二千二百億円もかかる、それプラスアルファというふうな、こういう事態、深刻な被害、被害が出ておるのはいささかどこに原因があるのか、これを明快にしてもらいたい。

○上村政府委員 現在、スモン発生の原因については、先ほど申し上げておるよう訴訟中でござい

○大原(幸)委員 それは三十年代の皆保険が始

まった当時、高度成長に入った当時で、四十六年まで集中的に発生しておるわけですが、それは政策を立案する際にどこに原因があるか——法律責任論じゃないですよ、どこに政策上の原因があるかというのを明快にしないというところはおかしいじゃないか。わかつておいても言えないのですか。それを言ったからといって裁判上の問題は、これは公然と国の政策を、薬事法を非難しているんじゃないですか、和解案には。和解をのむことになれば国の責任があることは当然じゃないか。国の責任を第一次勧告案は集中的に批判をしている。これは第二次、第三次と出てくるだろう。だから、その政策を議論する際に、政策上どこに原因があるのだ、そういうことぐらい言えないことはないだろう。日本だけじゃないか、そういうことは。

つまり、大臣は高負担高福祉の時代だといううなことを言ったけれども、そうじゃないのだ。日本の医療には致命的な欠陥があるのだ。その欠陥を示したものがこのスモンの患者である。そのために医療費を使っておる。それを回復するために、リハビリテーションを含めて全部のために医療費を使うわけだ。そういうことを含めて大きな政策上の問題になっておる点について、原因がどこにあるかということについて説明できないような、そういう厚生省は無能である。法務省なら別であるけれども、厚生省は存在価値なし。

〔斎藤(滋)委員長代理退席、委員長着席〕
高負担高福祉じゃないですよ。こんな荒唐をした医療のために大きな負担をしているということになる。逆だ。日本だけにあるこの政策上の原因は一体どこにあるか、こういうことを明確にしない。少なくとも厚生大臣や厚生省はすべきではないか。法律上の責任を私はいま問わない、一応議論はしたから。

○上村政府委員 昭和三十一年代の初めからスモンが起り、それから四十二年から四十四年にかけて多発しましたときに、この原因を究明するために厚生省といたしまして研究班をつくったわけ

でございます。その結果、昭和四十五年にキノホルムとスモンとの間に相関関係があるという報告がございまして、四十七年三月には先ほども申し上げましたように研究協議会の総括報告の中で、スモンと診断された患者の大多数というのは、キノホルム剤の服用によって神経障害を起こしたものと判断されるという結論を得たわけでございます。

○大原(亨)委員 そこで、キノホルムがスモン病の原因となっておるという因果関係については議論した。なぜ日本だけにこのような患者が多発したのか、その原因を厚生省が究明しないなどというのではないでしょう。

それではもう一つ聞いてみますが、日本以外の国々でキノホルムを薬剤として許可していない、また逆にキノホルムをいまだに薬剤として使用している、そういう外国の実態はどうですか。

○上村政府委員 私どもの方で承知している限りのことで申し上げますと、現在キノホルムを販売していない国は日本とアメリカと韓国の三カ国でございます。それから処方せんによって入手できるという国がノルウェー、スウェーデン、ノルウェー、スウェーデンの場合は使用範囲が限定されております。それからオーストリア、フィンランド、フランス、西ドイツ等でございます。それから一番自由な国としましては、処方せんなしで入手できる国があるわけでございますが、それは英国等二十数カ国あるというふうに承知しております。

○大原(亨)委員 日本は販売を中止して、日本薬局方からもカットをしているわけですね。しておるわけですが、外国ではスモン病の患者も少ない。処方せんではないのは、これは医薬品管理をやっているということだが、そういう医薬品管理の中で使っている。キノホルムは整腸剤その他非常によく効く薬だというふうに言われている。日本では使われない。外国では使っている、薬害はない。そういうことは一体どういうことか。日本の薬事行政や厚生行政に致命的な欠陥があるんでは

ないか。人命軽視、無責任体制、これは抽象的な言葉で言えばそれに尽きると思われるけれども、あるのではないか。そのことについて自己反省がない者が厚生省のこの厚生行政を担当することはできない。そういう者に医療行政を任すことはできぬと私は思うが、いかがですか。

○上村政府委員 私ども、薬務行政上、医薬品の製造承認について責任があるとは考えておらないわけ、そういうふうな主張を裁判でやってきておるわけでございます。いま大原さんお話しになりましたように、諸外国でほとんどなくて日本に非常に多いという点は非常に問題点であるというふうに承知しておるわけでございますが、それがいかなる原因によってそうなったのか、この点が非常にむずかしい点で、まだ究明し切れない事情であると思っております。

○大原(亨)委員 日本の医学、薬学というのはそんなに粗末なのか。世界じゅうで一番粗末なのか、いかがですか。

○上村政府委員 日本の医学、薬学というのは、世界の先進国に比べて劣るものではないというふうに考えております。

○大原(亨)委員 金をかけてたくさん使って、たくさん薬害が出て、そしてその原因もわからぬというふうな、そういう国が進んでいるのか。厚生省だけが悪いの。厚生大臣だけが悪いの。一年ごとに交代する厚生大臣だけが悪いの。いかがですか。

○渡辺国務大臣 厚生大臣だけ悪いのかどうかはわかりませんが、厚生省としても鋭意いろんなことをやってきておるわけですね。厚生省、存在価値がないからといって解散するわけにもいかないし……。この問題については、大原先生の言わんとするところ、私も大体わかってはいるのですよ、大体そうじゃないかなと。しかし、それを私がこゝではつきりと言うほどの証拠も持っていないのです。だから私は言えない。そこにスモンの問題の非常にむずかしいところがあるわけですね。

○大原(亨)委員 そんな浪花節みたいなことを言ったってわからぬ。つまり、政策を立案する際には、やはり最高の医学、薬学が国民のために恩恵になるようにする、患者の医療や福祉に役立つようにするというのが学問の目的でしょう。それがなかったならば、これは薬学や医学の水準が高いなどというふうなことは言えぬだろう。もっともそれを操作している行政で実際の制度化している厚生省もお粗末であるということももちろんあるけれども。私の言うのは裁判上の責任論ではないのです。政策上の問題です。まだたくさんあるでしょう。大腿四頭筋短縮症、コラルジェル、抗生物質、裁判中のものが幾らでもある。薬害列島日本、難病列島日本、こう言っている。こういうことは行政や科学を通じて名譽なことではないですよ。そこで、被告の座に立っておる、法律問題とは別だと言ったけれども、国はどういう責任があるのか、メーカーはどういう責任があるのか、医療機関の医師、歯科医師や薬剤師はどういう責任があるのか、こういうことを明確にしなければ、八兆円はおろか、来年は十兆円に近づく、その次は十三兆円になるかもしれない、そういう莫大な、二〇%の増大率で増大をしておる医療費、この医療費が真に患者や国民のために役立っているという立証にならぬではないか。長い間裁判で争い、論争になり、一月に和解案が出て、政府の責任を厳しく追及している中において、どういふ点を気をつけたならばこういう問題がなくなる、それで貴重な医薬品を患者や国民のために安心して使うことができる、そういうことのためにどうすべきかということについて方針がないような厚生省はやり直した方がよろしい。そんなものが健康保険の改正案なんか出す資格はない。私はそう思うが、いかがですか。

○上村政府委員 医薬品の副作用による被害というのがあるというところは私も承知しております。したがって、何よりも薬務行政の重点としては医薬品の安全対策というものを取り上げていかなければならないというふうに考えておるわけでございます。したがって、過去

のそういった経験をもとにいたしまして、医薬品の副作用情報というのをできる限り早くキャッチし、そして副作用の情報というものを医療機関なりあるいは薬局等の、薬を患者に授与する人に通報する。情報の収集とフィードバックということは何よりも大事ではないかというふうに考えるわけでございます。もちろんその前提といたしまして、新しく承認する医薬品の審査に当たりましては、いろいろなデータを要求して慎重に審査しなければならぬということもかねてからとっておる方針でございます。

○大原(亨)委員 私がついてるのは、三者が医薬品を扱っているのですよ。患者には責任がないのです。ないと言ふとあれで、たとえば患者の中でどういふ薬をくれとか、それからキノホルムをもらいたいかと言つた者がおるかもしれない。これは日本的な特色ですよ。患者が要求するのは日本的な、前近代的な特色です。逆に言うならば、医療機関とか厚生省がそれは権威がないということになる。そこで、この政策の当事者は国であり、メーカーであり、医師や歯科医師や薬剤師である。この制度全体をどういふふうに改めたいか。この制度全体をどういふふうに改めたいか。こういふことについては、被告の立場を離れて、過失責任の立場を離れて、政策の問題としてこれはまとめて発表できないか。厚生省は存在価値なし、こう言われれば仕方がないのではないか。この三つの点について分けて答弁してください。

○上村政府委員 まず、国の薬務行政の立場としましては、先ほどの繰り返しになりますけれども、医薬品の製造承認について厳しく行つてまいるといふことが一つ。それから市販されておる医薬品を中心に副作用情報をキャッチして、それを伝達していくという副作用対策、あるいは安全対策としていいかもわかりませんが、そういう施策を進めていくことが大事ではないかというふうに思ふわけでございます。それから、医薬品の製造販売に当たるメーカーとしては、おおよそ医薬品というのは人の健康に密接不可分な商品で

あるという認識をもつて研究開発、それからその製造過程における品質管理等に十分な配慮をしなければならぬというふうに思ふわけでございます。それから、その医薬品を患者に授与する立場にある人たちの注意というものは、私もがとめまします。医薬品の使用上の注意というのについて十分理解をしていただいて、患者の容体に応じて適切な医療を行うということが必要ではないかというふうに思ふわけでございます。行政としてやり得ることというのは、医薬品の製造承認から副作用情報の伝達というところに限られるんじゃないかというふうに思ふわけでございます。

○大原(亨)委員 私は、四、五年前にフランスの薬務局長に会つたことがあるのですが、フランスにおいては、キノホルムは非常に貴重な薬ですからやめておろせ、薬務局長がこう言つておつた。薬というのには副作用は全部あるのですよ。副作用のない薬がありませんか。毒にも薬にもなる薬は薬じゃないでしょう。それは水を飲んでも治つたという人がおるし、厚生大臣なんかやつたかどうかわからぬが、東南アジアへ軍隊で行つて、メリケン粉を腹が痛いと言つたのでのませたら治つたという人がおつた。しかし、毒にも薬にもなる薬はないわけだから、副作用はあるのだから、副作用のある薬をどのようにコントロールするかという問題が薬の全部である。そういうコントロールができないようなところで薬をどんどん使つていって、総医療費の四〇%前後も薬や注射代というので、大腸四頭筋短縮症まで起こすような、赤ちゃんのおしりやももまで注射をぶすぶす打つ、こういうことが、一体医学や薬学の進歩した国がやることかということだね。そういう認識がなしに日本の医療をこれから立て直すことはできないと私は思つてゐる。そういう観点から厳しくその政策上の問題を整理しなさいか。

それで、それぞれのサイドについてのことを言われたけれども、具体的な問題で私は一つお聞きしておくが、日本の薬剤師は法律上、薬の使用についてはどういふ責任を負うておるか。これは局長でなくともよろしいし、課長でもだれでもいいです。どういふ責任を負うてゐるか、条文に即して答弁してもらいたい。

○上村政府委員 薬事関係の基本的な法規といたしまして薬事法と薬剤師法というのがあることは、よく御承知のとおりでございます。薬剤師は、薬事法上は医薬品の製造業の管理者になる。薬剤師でなければ管理者になれないわけでございます。それから、販売業の中で、すべての品目が売れる販売業につきまして薬剤師でなければ管理者になれない。つまり、薬事法上は医薬品の製造から販売に至る過程において、その医薬品を管理する責任を負わされておるわけでございます。それから、薬剤師の身分を扱う法規が薬剤師法でございます。薬剤師法では、薬剤師が医師の処方せんによつて調剤をする。処方せんによらなければ調剤はできないというふうな規定になつておるわけでございます。

○大原(亨)委員 もう所定の時間がそうないですから、きょうは第一回で、この続きは次にやるといふことで、主な問題をやるけれども、国がどういふ点を直したらよろしいか、製造メーカーがどういふ点を直したらよろしいか、医療機関の医師や歯科医師や薬剤師はどういふ点をこれから直したらよろしいか、どういふふうにしたならばそういう薬剤による事故がなくなるか、安心して医療ができるか、こういう点をびしりと整理をして、これは厚生大臣の見解を、法律論争とは離れてやつてもらいたいというところが一つ。これは委員長にも要請しておきます。よろしいですね、委員長。局長、答弁してください。

○上村政府委員 そういふふうに整理をして、次の機会にお答え申し上げるようにしたいというふうに考えております。

○大原(亨)委員 これは三つのサイド、どこにも責任はあるけれども、これは薬の過剰使用とか相乗作用とかというのに関係しておる。その注意を行政はきちんとしていなかつたということだし、こういうのははたしだい副作用がたかさん生ずるような、誤れば生ずるようなことについて注意義務を怠つておつたというメーカーの責任もあるし、薬自体にも大きな欠陥があるということでしょう。それらを含めてやるわけですが、私はこういう問題では医療機関が責任があると思う。医療機関の問題はこの和解案等では議論しておらぬようだけれども、医療機関は責任がありますよ。薬剤師もいふ言つたような責任が法律上ありますよ。その責任を果たしていないということについては、その当事者の薬剤師は責任をとるべきである。外国だったら大変ですよ。処方せんを書く医者にも責任がありますよ。全部が無責任じゃないか。厚生大臣初め、厚生省初め全部が無責任じゃないかというのがこの問題ではないか。そして日本の医療の欠陥ではないか。私はこれが一つの大きな医療の欠陥であると思ふけれども、厚生大臣はどうか。

○渡辺国務大臣 一般論としては、大原先生のは非常に重要なポイントをついておると思ひます。しかし、このスモンの次元としては、これは目下裁判中の問題であつて、軽々に私からいまいろいろなことを考へておつても言えない問題もございします。一般論としては、私は大原先生の意見は傾聴に値しますし、十分これは尊重をして今後の薬務行政に当たつてまいりたいと存じます。

○大原(亨)委員 だからこれからは、それがよく理解できたのだつたら、高負担高福祉などというようなことは言わぬ方がいい。こういう、言うなれば欠陥医療です。年金にも欠陥がある。高度成長以来ずっと続いてきたが、年金にも欠陥がある。医療にも欠陥がある。福祉施設にも欠陥がある。欠陥医療ですよ、これは。そういうものを内蔵しながら、高負担高福祉の時代が来ました。医療費だけは国際水準です、国民所得に対する比率は国際水準です、いまさつき質疑応答がありました。その質疑応答自体は私は認めるけれども、その中身について吟味して、患者や国民の立場に立つてどうかということを考えないような医療というものは、私は高負担高福祉の議論に値し

ないというふうに理解する。したがって、今後この問題については心して厚生大臣は発言をしてもらいたい。

最後に、最初申し上げた、二十二日が和解についての裁判が開かれるときです。法律上の責任論とは私は別のことをいま政策議論したので、これは法律上の責任論もあるけれども、やはり政府はちゃんといままでのことを踏まえながら、被害者ちゃんに対する救済措置を一日も早くやる、そして話し合いが十分できるような体制をとる、判決もどんなに進むように協力する、金額やその他についていろいろな意見があるわけですから、そのことはその議論といたしまして、そういう基本的な態度について、少なくとも二十二日の裁判までに政府はこの和解に対応する態度を速やかに決めて、そして十分話し合いやコンセンサスを得る措置を、誠意をもってとるといことが必要であると思うが、その点について最後に厚生大臣の見解を聞きます。

○渡辺国務大臣　そういうことも含めて目下詰めておるわけでございます。ただ、先ほど大原先生からお話のごさいましたように、薬は本当にみんなどんな毒になるわけです。したがって、実際問題からするとどんな薬を飲んでも飲み過ぎれば毒になる。したがって、被害が出たからといって程度の問題もある。非常にむずかしいんです。どこまで広がっていくか。ニコチン患者が出た、たばこをのませなかったらニコチン患者が出なかったはずではないかという議論もある。そういうように非常にむずかしい問題を含んでおるのでなかなか時間がかかっておるんです、ということのために私は申し上げておる。それは二十二日の判決までにきちっとした姿勢を出しなさいという御意見でしょう。ですからそういうことも含めて目下詰めております、これが結論です。

○大原(亨)委員 これは社労委員会で最初の質問ですけれども、厚生大臣ははからずも厚生大臣になったと言ってあいさつをされたけれども、ぼくはやっぱり日本はアメリカやその他イギリスな

んかと比べてみて制度上大きな欠陥があると思う。あなたはよくわかってないことを答弁したりするから時間がかかる。自分の感覚や自分の政策の考え方でこうだということとは答弁してもよろしい。それははっきり大臣だから責任をとる。しかし、やっぱり福田内閣の内閣のつくり方には欠陥がある。欠陥内閣である、こういうふうに私は思う。農林大臣をやるとか農林大臣はやらぬとか言うって、さっさと厚生大臣になられた。一生懸命勉強しておられるのはいいけれども、来年はこの大切な年金や医療について大改革をしよう、制度の見直しをしようというときです。私が質問したのは、一体問題は何だと言って、これを中心に提示してこれから議論を進めていきたい。そうして本当に国会が主導権をとらなければ、国会主導型の政治にならなければ日本の政治はこういう問題を改革できない、こういうふうに私は思っている。厚生省だけに任したんではできない。そういう意味においてこれからの国会の審議のやり方も変えなければならぬ、こういうふうに思っておりますけれども、そういう感想を一言だけ含めておいて、時間が来ましたので、この時間の範囲を守り、こういうことで私の質問を終わります。

○橋本委員長 次に、渋沢利久君。

○渋沢委員 先ほどどなたかのお話の中で、日本の医療、福祉、社会保障は、まさに世界に冠たる高い水準を制度的に保持しており、

〔委員長退席、戸井田委員長代理着席〕

日本人にとっては身分不相応の制度を持つてゐるという大變ありがたいお説に、大臣もそのとおりだと胸を張つておっしゃつておったのですが、そういうありがたいお話とは別に、大原委員からも指摘がありましたように、現実には日本の厚生行政不在、社会保障制度も医療制度もまさに不在だかといふ國民の告発、こゝ理解をせざるを得ないような事態がいろいろ起つておるんだと思います。救急医療もそうです。日本の医療の中で九五%を占めるという民間医師や医療機関のこの日本の医療制度では、もう國民の要求にこたえられ

なくなつてきたという矛盾が、こうして大きな國費を投じて國民の救急医療の要求にこたえなければならぬという事態を生んでおれば、敬老の日に何か申し合わせたようにお年寄りが自殺をするという事態が慣習化するような、ぞつとするような状況が私どもの目の前にあり、渡辺さんが厚生大臣におなりになつてからわずかの期間に、たとえば難病患者の自殺や心中事件が頻発するというような事態がこれあり、大原委員からもまさに難病列島だというお話がありましたけれども、先ほどの大臣の所見とは全くうらはらはな事態が私どもの前にあるように思ふんです。そこで、難病列島と御指摘のありました難病の問題について、私はひとつ大臣の所見を承りたいというふうに思ふわけです。

最初に事務的なことですが、国が四十八年以来、難病対策を国の施策として取り上げて、医療の補助を政策の柱にしておるわけですけれども、国が補助対象とすべき特別疾病、難病の認定をするのは、だれがどこでどういう機関でやっておられますか。

○佐分利政府委員　厚生大臣の諮問機関でございますが、特定疾患対策懇談会というものが設置されておまして、その御意見を聞いて定めるわけでございますが、そのほかにも国会の御意見、学界の御意見、また各都道府県の知事さんの御意見、こういったものも十分尊重しながら、特定疾患対策懇談会で決めていただいているところでございます。

○波沢委員 その懇談会というのは、行政的な責任、権限というものを明確に持っている機関でございますか。

○佐分利政府委員　法律に基づかない厚生大臣の私的な諮問機関でございますので、そのような特殊な権能は付与されておりません。

○渡沢委員 特殊じゃない、一般的な権限も責任もないということで、私的な大臣の相談相手のグループだということですね。

ところで、国の難病対策というものに基づいて

どういふ問題が現場で起こつておるかという大臣に聞きたい点なんですが、政府の方針で全国の自治体、難病患者の認定実施主体としての都道府県が政府の指示どおりに、専門家を含む特定疾病のための協議機関を、正式には何と言ひますか、特定疾患対策協議会というものをつくつて、そして患者が医者、診断書を持つて保健所を通してこゝへ持つてくれば、こゝで審査をして認定を、そしてこゝで認めたものについては、当然のことながら国の方針に基づいて医療費の自己負担分を公費で補うという処置をとつておるわけですね。ところが、いまの政府のこの補助対象としての疾病の認定というものと、自治体のそういう形で患者の側から正式な手続を経て上がつてきて都道府県で難病患者としての認定をするという、この認定との間にちぐはぐ、ずれが出てきてゐるわけですね。たとえば国がその私的懇談会を通して大臣がお決めたことこの補助対象としての特定疾患、特定疾病について、その範囲内で都道府県がこれを難病認定を行つて補助対象にしているといふことであれば問題がないのですけれども、自治体の方は、実際に医者、診断書を持つて難病の申請があり、これは専門家を含む一定の機関で審査をして難病だといふ認定があれば、これは補助せざるを得ない。補助しているわけです。しかし、国は必ずしも同じ判断に立つて補助対象を選んでない。大きなずれがある。

具体的に言ひますと、たとえば東京都でいいますと、五十年に難病、特定疾病として二十八疾病を対象にして、現実にはこれを補助しているわけですね。国はこの段階では十五でしょう。五十一年度でいうと都は三十疾病——都会にいろいろ問題が集まっていますから、やはり大都市にはいろいろこういう要求が多いわけです。都が三十疾病をこの五十一年度で認定しておりますが、国は十八、こういうことで現実にはこれが起こつてゐるわけですね。結局このずれがこのまゝいつまでも存在しているといふことだといふことになるのかといふと、それだけでなく、超過負担、超過負

担、国が何か言い出して何かやり出せば自治体にとっては超過負担が積み重なる以外の何物でもないという状況の中で、あなたも難病だ、考えなければいけない、対処しなければならぬという、こういう善意の発想でやっていけばやていくほど実際は都道府県を持ち出しが重なるだけだということ、これじゃ実際は難病だと思っても難病の認定ができないじゃないか、ふやしようがないじゃないかというのが自治体がぶつかっている問題ですね。これはどうお考えですか。

○佐分利政府委員 国の方は、まず医学的にそれが特別な医療費負担の軽減を要する疾病であるかどうかという判断をいたします。また第二にその医療費は一体どのぐらいかかるのかというように経済的、社会的な側面の判断をいたします。そのような基本的な原則に立って毎年特定疾患をふやしてまいったわけでございます。ただいまお話のございました東京都の場合は、もと憲法で認められた地方自治の本旨というのがあるわけでございますから、各都道府県がその自治体の疾病構造の特殊性に応じていろいろなおやりになるということとは結構なことであると思うのでございますけれども、たとえば患者の多いパーキンソン病というようなものを考えました場合に、確かに医学的にはこれは難病でございますけれども、経済的にはそれほど医療費のかかるものではない。また最近ではドーパミンという新薬も開発されまして、かなりよく効くようになった。そういうふうないろいろな事情がございます。そういうところを総合勘案しながら国の方は特定疾患をふやしているところでございます。

○沢沢委員 ふやしている、ふやしているというのだけれども、毎年一疾病程度、ことしだって何か事前に配付された予算の概要説明を見れば、特定疾患の拡充と大見出しになっているのだけれども、五十二年度では一疾病しかふやさない予定になっているでしょう。自治体は自治体で勝手に判断をしておやりになるので、国は国だと言わなければならない、しかし、本気に国がこの難病対策に力

を入れようというのは、いまの国の難病政策の中では医療費補助が一番の柱でしょう。ほかに何をやっていきますか。少なくともその点だけでは、自治体のこの認定との大きな差を放置しておるとのことでは、これは難病対策に対してまじめな姿勢を持っているということにはならぬと私は思います。

この医療費だけを見るとということで難病の問題が片づくという問題では実はないのです。ないのですが、それにしてもやはり難病患者の皆さんにとっては、その認定を受けてこの医療費が補助されるかどうかというのは非常に重大なことなので、しかも難病というのは、私が言うまでもありませんけれども、原因が定かでないということである。その治療の方法も確定しない、大変困難な状況にある。しかももうおしなべて長期化する。しかも、原因が定かでないということの中で、この体の苦痛とあわせて、まあ表現のしようもない心の不安という二重の、さらに生活苦、だからほとんど就職放棄というような状態に追い込まれる。重症者は仕事なんかできるわけがないのですから、しかも原因不明の、しかも治療法の必ずしも確定しないという難病に取り組んでおられる立場から言うと、これはどうも国は、都道府県、自治体は自治体ということで、補助対象にするかしないかは、それがございまして、いまのあなたのいうような答弁で済まされることではない。そういう事態が続く限り、都道府県ももう財政上これ以上、この目の前の難病を専門家は認定をしてもふやしようがありません、こういう、現実に難病患者の医療費補助を打ち切らざるを得ない、縮小せざるを得ないというふうな、そういう状況をつくっているわけですよ。だから難病患者の自殺や心中事件がこの一月の間に三件も三件も起きている。厚生大臣はごらんになったかどうか知らぬけれども、感想を聞きたいと思うけれども、そういう事態ができておる。この間心中事件を起こした方なんかは、国がちゃんと指定をしていますね、補助をしているんですよ。それでも長い治療

の中で、いろいろな不安と生活苦の中で一家心中に追い込まれる、こういう事態があるわけですよ。まして、いまあなたの言ったような判断で、実際自治体が認定をしているこの難病患者の補助指定というものを認めないというふうな事態は、これは私は納得ができません。

そこで、時間がないので、これは都道府県が認定をしているが国は外しているという理由を、いま理由は金と医学的な科学的な診断だと、こうおっしゃるんだから、それを文書で出してくださ。たとえば国が認めておらぬ中で都道府県が実際に処置をしているものに、いまも話があったと思いますが、パーキンソン病とか難病性の慢性肝炎、難病性の肝硬変、ペーパーム、悪性関節リウマチ、悪性高血圧症、ネフローゼ症候群、ウィルス輪閉塞症、点頭てんかん、リビドーシスとか、かなりの数のあるものも少ないものもあります。が、大小にかかわらず、この難病というのはいま言ったような二重、三重の困難と取り組んでいる方々の問題なので、これはいまだ少しまじめな取り組みをしていただかなければならない、こう私は考えているわけです。そこでそれはぜひ文書で、一つ一つの病気について、これが国、大臣が補助対象にしたい医学上の理由を資料として出していたいただきたいというふうに思うわけです。その点はいいいですね。

○佐分利政府委員 御要望のように文書でお答えをさせていただきます。

○沢沢委員 ついでにと言つては恐縮ですが、数日前の新聞にも出ておりましたが、無ガンマグロブリン血症、これは十八歳未満の子供の場合には小児慢性疾患ということで補助対象にしているんだけれども、十八歳以上の者は扱っていないということですね。新聞にも大きく報道されて、これは東京の都民なんです、全く爆弾を背負ったやうな思いで毎日暮らしている。いっとうなるかわからないという不安の中で、仕事もおちおちできないから就職も変わらざるを得ない。しかし、働かなければ治療費を捻出することもできないとい

う状況の中で悲痛な訴えがされておりますね。これもあわせて、なぜこんな庶民の痛みがあなた方の認識の中に入っていないのか、疾病の補助対象にしない理由をひとつ明らかにする責任があるというふうに思うわけです。それをお願いをしておきたいと思ひます。

私、先ほど言いましたように、ぜひ伺っておきたいのは、治療費がただになったというのです。が、厳格に言うと、もちろんこれは老人医療の無料化と同じで、ただじゃないですね。まして長期の治療を要するといふこれらの人たちに、差額ベッドの話や介護人の手当の問題だけ言っても、これは厳格な意味でただじゃないんですよ。特に寝たきりとかあるいは入院とかいうことで、それはそれなりに困難があります。が、それよりもやや軽度な方々で通院を要するのだが、しかし、なかなか一人では通院ができない、お金もかかる、介護人もいないということ、実際は必要な治療をやっていない人たちがいるのです。その人たちのためにこういう制度をあなたの方はお考へになつていくかどうか。私は、介護手当を出せというふうな議論はしません、何でも手当を出せば片づくだけ思っているわけじゃありません。しかし、実際に介護者を必要とする通院の必要な難病患者について、自治体が連絡があればいつでもそれらの諸君に介護人、付添人を派遣して、そして病院まで送つてやる、そういう形の、実際にあるのだ、これは深刻な問題なんです。通院しなければならぬことはわかっておる、しかも、難病患者というのは、歯医者や目医者のように、そこらへちよと十メートル歩いたらあるというふうなものじゃないわけでしょう。隣の県まで出向いていかなければならぬということなんです。そういう場合に何が起るかという、一人でできる人はいないけれども、介護人を必要とする者は、事実上三度一度になり、なかなか行かなくなる。交通費もかかるのです。非常に困難がある。しかも、その場合には自分で立てかねないや、半年後に国が後払いということ

でしょう。二重、三重の桎梏を受けておるわけですね。ですから、通院を必要としながらできないという実情もある。

こういう者に対して私、一般論で批判をするということだけでなしに、具体的に、しかも必ずしも介護手当という考え方でなしに介護人を派遣するという制度を、そしてできることならば交通費の実費ぐらいいは見ていく。金で計算してごらんない、そんなに実はいはかるものではない。実際にはこれが本当に血の通った難病対策だと思ふのです。それが、どうも難病の指定をした者については医療費を見る、これで難病政策は進んでおるといふようなことを胸を張っておっしゃってはいけません。先ほど指摘したように、現実には難病の補助指定ですら値切っておるのです。いろいろな理屈をつけて値切っておるのです。金がかかるから出さぬのです。そうでしょう。それが、あなたのおっしゃったように、二つのうちの一つの理由はお金だと言っておる、値切っているんですよ。しかも指定を受けても通院もできないという人すらいるのです。そういうところにやはり行政の手が伸びるということでは難病対策とは言えません。これは、こういうことを考えていますか。

○佐分利政府委員 先生の御提案の趣旨はわかるのでございますけれども、こういった問題は、現在のわが国の医療保障制度全般にかかわる問題でございまして、難病だけ付添料を出すというようなことは不可能であると思ひます。また御案内のように、非常に減速経済になってまいりました、財政も非常に厳しゅうございまして、今後の政策の優先順位というのを慎重に決めなければならぬと思ひます。ただいま先生がおっしゃったような介護料、付添料というようなものも、むしろ新しい難病の一つでも二つでも指定するということの方が優先順位があるのじゃないかと考えております。

○渡沢委員 はかにもいろいろあるので難病患者

に対してだけ特別なことはできない、よくもおっしゃるものだと思うのです。ほかにもあるような、おやりになるのが厚生省の責任じゃないですか。それを放置しておいて、寝たきり老人もある、循環器系統の患者の方が多い、深刻だと言いたいのではない。難病だけ取り出して手当てしたら不公平だということですか。いま難病以外もたくさん同じような厳しい状況の者がある。ということは、それはあなたの方の責任じゃないか。それをどうするかということの中で物を考えないで、それがあるからここのだけ見るのは不公平で考えられませんかというの、これはまことに當を得ない言ひ方じゃないでしょうか。全体が不十分なら、どこからやっていくということでも道を開くのが積極的な姿勢というものでないでしょうか。これは物の見方にかかなり大きな感度の違いを私は感じるのであります。いま一度そのお答えを願ひたい。

検討の余地もないですか。いまのような、現実に通院が必要だけれども、しかし事実上、通院が不可能だということです。これは本当にぐく限られた部分です。それ以上に、長期入院のために差額ベッドや何かで実際はどうにもならなくて、一室心中や自殺している人たちの多いのだよ。そういうことはともかくとして、いまよりあえず、たとえば通院が必要でなおかつ限られたこれらの人たちのこの問題も、金を出せというのじゃないのです。介護人を派遣しろというのです。金を出せというのじゃない。出て人を出せと言っているのです。そういうことを実際にやってみたらどうに国が処置しろというのです。その程度のことを検討もできないかね。私は、検討を前向きにしてすべきじゃないか、こう申し上げるに、それは検討の対象にもならぬというお話でしょうか。

○佐分利政府委員 非常に病気の重い方あるいは身体障害の激しい方の場合には、これは一般的にはお医者さんに往診をしてもらうというのが普通ではないかと思ひます。ただ特別な専

門医のところはどうしてもときどき行きたいという場合に、付添人とか介護人の問題が起これば、うでございませうけれども、これにつきましては、やはりまず家族の方とか、あるいは外国ではボランティアの方だとか、そういう方がお世話をするというのが普通でありまして、先ほど申し上げたように、こういった問題は、医療保障制度の恩恵を受けていられず、難病から手をつける問題でございまして、難病から手をつける、また、そういったことを始めるというところはなかなか困難であると思ひます。たとえば原爆被害者の方でもいらつしやる、あるいは大久野島の毒ガスの被害者の方でもいらつしやる、また先生が先ほどお話しになりました寝たきり老人の方、また方々もいらつしやるわけでございます。そういったことから非常にむずかしい問題であると考へております。

○渡沢委員 これ以上議論してもしようがないので、大変不満だけれども、改めてこれは指摘することにして、次の問題に移ることにいたします。

先ほど大原委員からも、薬害、医薬品の安全性の問題等について指摘があったわけですから、これも、プラスチックのいわば安全性というやうな問題が、私のこの機会に厚生省の考え方や対応を伺っておきたいことのひとつであるわけですね。特にそれを伺いますのは、ここ数年、大変短時間の間にプラスチック製品というものが大量に国民の暮らしの中に入ってきております。特に食器とか食品の包装にこれが大量に使用されるということ、例のレトルト食品というのですか、大変安易で、プラスチック製の包装器、器そのものを温めて食するというやうな利用方法が大変子供たちの人気を集めたりというところで、おびただしい量が国民によって消費をされているというやうな傾向がある中で、それだけにこのプラスチック製品の持っている特異体質というものを対して一定の心配をせざるを得ないわけですね。

それで、塩化ビニールの樹脂関係については、前からいろいろ議論もあり、発がん性の問題の提

起があり、先般、たしか十二月の末あたりの食品衛生調査会等で一ppm以下ですか、一定の規制をされたというふうに新聞等で伺ったわけですが、けれども、その他のプラスチック製品の、とりわけ食器、食品等に用いられるプラスチック製品のおびただしい流入、市販状況、こういったものを考へて、この安全性というもののについて厚生省はどういう検討をされておるかということをおたししたい。それから、塩ビの問題もあるし、ついでこの間もイタリアの世界的に著名な学者もその発がん性を改めて報告しております。これからの非常に話題を呼んでいくことだと思ひますが、これからこうしたいということは一応別々にいたしまして、後で聞くことにいたしまして、いままでやってこられたことで、具体的なこの安全性、厚生省が責任を持って指摘できる安全性の検証というものは行っておったかどうか。私は、非常に不十分だと思ひておるのですけれども、この点をひとつ最初

に伺っておきたい。

○松浦政府委員 現在、これは食品衛生法に基づきまして、食器あるいは容器包装というもののに対していろいろ規制をいたしておるわけでございます。それで現在、合成樹脂関係につきましては、容器包装の基準、規格が定められております。細かいことを申し上げますが、これは時代とともに設定してまいりましたもので、合成樹脂関係につきましては、フェノールは検出してはならない、あるいはホルムアルデヒドも検出してはならない、それから重金属をはかりまして、その合成樹脂から浸出する重金属というのはいppm以下でなければならぬ、あるいは蒸発残留物が30ppm以下でなければならぬ。あるいは過マンガン酸カリウムの消費量ははかりまして、非常に反応しやすい物質がどのくらい溶出するかということを検査いたしました。それが十ppm以下でなければならぬ。それからさらに塩ビにつきまして、先ほど先生から御指摘いただきましたように、塩ビモノマーというの材料の中で一ppm

○渡沢委員 プラスチック製品に実にかくさんの化学薬品が添加をされているわけですね。その添加剤がいろいろある中で、さらにそれが幾つも一つにまた練り合わされてつくられていくということなのですが、その一つ一つの添加剤のすべてにわたってそういう安全性というものが検証されておるのか。これはやられてないと思うのです。大変な数だからなかなかできないということ、厚生省自身がおやりになって、いまあなたが御指摘になった点はその範囲でおやりになったけれども、添加剤のすべてにわたってこの安全性が確かめられているという状態ではないでしょう。第一、いまのプラスチック製品のああいふものをつくっているメーカーが、それぞれ現実はどういう材料、薬品をどの製品にどの程度練り込んでいるか知っていないでしょう。知らせもしないでしょうし、また掌握もしてないでしょう。どうですか。

いることじゃないのです。あなたの言うのは、先進諸国のどこの国がどの程度実際に使っているかを集めているだけです。千数百種類でしょう。知っていますよ。それはよその国で使っているものを集めてこい、その範囲なら大丈夫だという自

主規制じゃないですか、あなたがいみじくもおっしゃるとおり。メーカーの自主規制ですよ。大きくかせいでいくという、その物差しの上で支障のない範囲の規制をやっておるのです。塩ビのppmというのも、自主規制に役所が後追いつたのじゃないかという見方もあるけれども、そのことは別にして、つまり私が問うているのは、現実には食べ物を包んでいるプラスチック製品。食べ物と一緒にんだから、毎日本人の口に入る、体に入るものですね。それだけに、このプラスチック製品が持つている、それに添加される添加剤、化学薬品の安全性というのは、厚生省の責任で、こういう調査と検査の上で心配のないものだという、あるいはこの製品にはこういう化学薬品が練り込まれているという掌握がされて、そしてそれに対して一つ一つの検証があつて初めてこれは安全だと、こういうことが言えるのじゃないのか。そういうことはやられてないでしょうということを尋ねた

わけです。まさにそのとおりと答えるかわりに、業者がやっていますとあなたはおっしゃったわけですが、業者が自主規制というのをやっているわけですね。これじゃ安心だというわけにはいかぬじゃないですか。これは非常に重大なことだと思うのです。

現に、東京の中で給食の容器にプラスチック製品が使われていることについていろいろな問題があつて、いろいろな実験がされて、東京都の衛生局長なんかは特別の通達を出しているのですが、御存じですか。

○松浦政府委員　存じております。

○沢沢委員　つまり、これは簡単に言いますと「ポリプロピレン製食器に使用されている酸化防止剤については、遺伝毒性等その安全性について疑いの生じてきているもの、あるいは、その安全

このいまの通達にもありますように、いままでもいろいろな指摘があります。現にプラスチック製品から化学薬品が溶出する、練り合わされた物が溶けて出るということが実証されておる。それから国立遺伝学研究所の変異遺伝部長さんは、BHT、これは御存じのとおりにプラスチック製品の花形、主流ですね、ここを無視してプラスチック製品はあり得ないようなこのBHTが、遺伝子の本体であるDNAに障害を起こす疑いが濃い、こういう研究発表をされて問題になっているのでしょ。これに対して業界は、疑いが濃いと言っているだけで、そうだと断定したわけではないというようなビラをまいているわけです。また、厚生省の中にはそういうことを言う人もいるのだけれども、しかし、国立の遺伝学研究所の変異遺伝部長が非常に疑いが濃いと重大な研究報告をしていることもある。あるいは三重大の研究者が、プラスチック容器に入れた水を二年間もラットに飲ませて動物実験をやったら、非常にさまざまな腫瘍が発生しているという報告を出している。これは厚生省に対してそういう材料をひっ提げて間接に警告を発しているんですよ。

あるいは、特に重要だと思うのは、こういうブラステックの添加剤が溶け出しているというだけではなしに、特に熱を加えた場合に、この種類は、われわれ素人の判断でも、あるいは聞いた話でも、すぐに変形をする、八十度から九十度の熱だったとしても耐えられなくてすぐ溶けるような、さわれすぎぐべこつとへこむような性質を、全部じゃないけれども持っているわけです。そういう

ことを通してどういう影響があるだろうかというようなことは全然調査されていない、検査されていないのです。先ほどのように業界、メーカーの、よその国で使っている物なら大丈夫だろうという自主規制と称するその範疇の中でとどめられているわけなんです。いままでそうでしょう。ですから、これは大変恐ろしい、重大な事態だ。しかも、いろいろな化学薬品を複合的に練り込むわけですから、そういうことから熱を加えて、圧力を加えてどういう変化が起きるのか。何の検査も調査も行われておらないで盛んに利用されて毎日われわれの家族の腹の中に影響を与えている。どういふ影響があるかということの検証がされていない。しかも先ほど言ったように、専門家は重要な部分について疑念を発表しているわけですね。

大臣、こういう事態は大変重大なことだと思うのです。大臣の所見を伺いたい。——私は大臣がどうお感じになっているか知りたいのです。

○松浦政府委員 先ほど先生に御指摘いただきました東京都の学校給食の容器でございます。これは先生おっしゃいましたBHTの問題でございますが、BHTにつきまして毒性があるというようなことを言っている方もあるやに聞きますが、このBHTというのは、そもそも酸化防止剤でございます。まして、WHOにおきまして一九七三年に体重一キログラム当たり一日〇・五ミリグラムまで体に入っても構わない、こういうふうな基準が出ております酸化防止剤でございますので、これそのものが〇・五ミリ・パー・キログラムということになりますと、溶出する分量から申しますと、これはもう何千倍、何万倍という量でございますまして、そういう意味合いにおきまして、BHTそのものの問題というのは私どもは問題はないのではないかと思います。

なお、そういった溶出ということを含めて、先ほど申しましたように、溶出した結果がこういうふうな範囲内でなければならぬということを規制してお定しておるわけでございますし、またさらに、私どもは食品衛生の立場といたしますと、最後にで

き上がった物から出てくるというものの規制が行われれば、そこにおいて食べる場合の安全性というものが確認できるという考え方でやっておりますので、途中の物までは現在のところいろいろ規制するということはあえて考えておらないわけでございます。

○波沢委員 最後に食べる状態の中でプラスチック容器が食品にどう影響を与えるか、熱を与えた場合にどういう溶出性があるか、そういう溶出状況の中でどんな影響があるかということについて検証が行われてないじゃないかということをおっしゃるから、何かWHOの話をするれば素人は引込むと思っております。あなたも専門家ではないので、これで済ますは議論があるじゃないですか。何でもここで決めたものなら十年も二十年もいというものでないでいいでしょう。この薬は効く薬だといって開発されたもので人の命が絶たれて裁判をやっているじゃないですか。そうでしょ。一度はいい薬だと思って決めたようなものがみんな人を傷つけているじゃないですか。WHOが決めたことはみんな十年も二十年も永久に正義だなんて、そんなこと何で言えるのですか。いいかげんなことを言っちゃいけません。

現に、WHOと言えども、このBHTの○五を決めたときの委員会の議長が、世界的な化学工業会社であるダウ・ケミカル社の役員であるというふうなことを初めとし、同時に、あの○五の判定にすら専門家の間で疑義が出ているじゃないですか。あの積算の根拠は間違っているという指摘があるじゃないですか。それはあなたも聞いていないか知らぬけれども、現実にはありますよ。プラスチック製品の与える影響なんというの、微量なもので問題ないという簡単なもの、おっしゃるのだけれども、蓄積性というの。実際にお互いがあわて出すのは、あるいは十年後、二十年後の問題かもしれない。しかし、やはりこれだけのさまざまな添加剤を用いる。こういう製品について、便利なものは危険があるという認識

に立って、必要な上にも必要な安全性の確保が図られなければならない。いままでの薬品に対する厚生省の対応を振り返っただけでも、これはまさに甘い発想で食品衛生の問題が取り組まれているというふうな感じが思われない。

現に、この十二月にやった食品衛生調査会の決定やその中のレトルト食品の扱いなんかは、中にある食品の細菌発生の問題、ばい菌が出ないようにするためには高い熱で温める、そういうことだけ決めておるのではありません。百二十度で四分温めればよいと言っている。いま問われているのは、その中にある食品がどうなるかという問題もあるけれども、いま一つは、それを包んでいるプラスチック製品の問題がどうなるかということがあるのに、そのことは全くたな上上げて、塩ビのppmにすりかえて、そこは全く触れないで決めておるじゃないですか。むしろ百二十度の温度で四分も温めたらプラスチックの中から化学薬品がどういいう形で溶出し、どれだけ食品に影響を与えるかということが問題なんだ。

だから、あなたがそうおっしゃるならば、いま市販されているすべての製品について、完全な分析がそういう形で行われているのですか。行われていないで、このおびただしいものが、それうすれば、こういうものを決めるという際に、これは食品と包装を切り離してこういう場合には処理できないのだから、プラスチック製品のとおりわけ食品にかかわるこういうものの安全性というものは、もっと厳しい点検、事前のチェックというものが必要なんじゃないですか。すべては業者の自主規制だなんというふうな状況の中で何が安全だなどというのを言い切れまじょうか。これは厳しく指摘をしておいて、その辺の判断はひとつあと大臣に伺いたい。こんなことでいいですか。

○渡辺国務大臣 きわめて専門的な御意見でございます。厚生省にも専門家がおりますから、これはよく慎重に取り扱うようにしたいと思っております。

す。○波沢委員 専門家の話に従うということでは答弁にならぬ。先ほど大原先輩から薬害について鋭い指摘がありましたけれども、大臣の政治判断の姿勢の問題としてそれではどうしても何っておきまじょう。私は専門家じゃないから専門家の言うとおりで、こういうようなことでは答弁にならぬので、こういうものを扱う政治認識の問題として伺っておきたいのです。

食品にしても医療品にしても同じですけれども、国民の暮らし、健康に不可欠なこういうものに対して、厚生省の対応というのは、問題が起るからどうこれを救済するとかどう対処するとか、問題が起らないようにどうするかということ、ここがやはり政治と行政の責任だと思っております。そういう意味で言うならば、まずすべての医薬品、食品等について同様だけれども、責任ある検査をして、規格、基準をすべて厳格に定めて、そして製品の許可をするということが前提にならなければならぬ。疑問が提起された場合には、つけられていないものを一たんためてその安全性を検証するというような処置がやられていれば問題はなかったはずで、食品についても同様です。そういう仕組みを考えていかないと、今後ますます食品や薬品についておもしろくない事件が頻発するだろうと私は思うのです。

のメーカに対する厳しい対応がないといかぬです。何を基準にしてこういうものを扱うのか。国民の健康、生命というものをどう守るかということとを物差しにするのか。いま大量に市販をされている製薬やあるいはプラスチックメーカーの企業利益の立場、ここを損なわない範囲で行政が行われておる、いままでは私どもそういう感じなんです。

安全性の確保については、いま局長の言うように、外国で使っている例を材料にして、それで業者が自主的に規制しているのだから、それに頼って大丈夫ですというふうなそんな無責任な対応は、これは専門の技術論じゃないですよ。政治家としての大臣の判断としてそんな対応を許しておいていいのでしょうか。事、薬や食品にかかわる問題については、厚生省の責任で、どのような角度から見てもこの安全性については疑いがないと言える精一ぱいの手当てをして、業者にもメーカにもそれを求める、そうして、もしこの処置を業者が怠るようなら厳罰に処するといふくらい

○波沢委員 とにかく安全性については本気でやるとか責任を持つと言っても、今度の予算を見てわかるのだけれども、ざっと斜めに見ただけでも、医薬品の薬効と副作用の安全性調査、これは五十二年度は一銭もふえていない。医薬品の品質確保のための予算、これも前年度に比べて一銭もふえてない。そして化学物質の調査、いま指摘したようなことも入ると思うのですが、その製造の規制のための処置の費用、これはむしろ二千九百万の減額だ。医療品等の安全対策の強化、これは千四百万の減額だ。もともとありもしない予算を

減らしておるんですよ。それで医療品の開発研究。開発と名がつけばちょっと一千万円ぐらいふえるという式のことです。トータルでいうと大幅な減額ということですが、これを医薬品の安全性のための予算措置ですが、減額をして、いまの状況では大量なままに薬づけ行政の中でさまざまな問題が発生しているし、さらに激増しようというような状況の中でどういう対応が必要ありませんか。

私はそういう意味で、食品の問題についてこれ以上議論いたしませんけれども、資料として、厚生省がプラスチック製品に用いられている化学薬品の添加剤についてそれは何と何であるか、どう掌握しているか、種類別にその安全性についていかなる理由でこれが毒性がない、そしてそれはいかなる手段でそのことを確かめたというところを一覧表で出したいと思っています。

○松浦政府委員　どのようなものが使われているかというリストはございますが、その安全性をどのような根拠でチェックしているかというデータはございませんので、リストということでお届けさせていただきますか。

○渡沢委員　そうでしたか。安全性の検証は全然やらないのだからその材料を出せというのが無理だ。添加剤その他の科目が、薬品名が出るだけだ、こういうことですね。

まあ大臣、情けない答弁をしなければならぬですね。しかし、そういうことなんです。安全性の確かな分析も検証もやられてないから、その内容については出し方がないと言っている。これは肝に銘じてもらわなければいけませんよ。それでいて一方では、不確かなレポート食品なんかを何の検証もなしにあって食べて食べなさいということ衛生調査会で決めて告示をしておるのです。ひどい話じゃありませんか。

私は、先ほど来のお話の話を聞いておって、同じ厚生大臣でもこうも違っているものだろうかと思つて、先ほどの大原委員の答弁等も思ひ起こしながら聞いておったのですが、大原さんもおっしゃいましたように、医薬品や何かについて

の園田元厚生大臣が参議院社務委員会では何年前か前に言ったことは、なかなかきちんとしたことを言っているのです。彼は、これは薬品を食品に置きかえて言うの大変きちんとしたことを言っているわけですね、こう言っています。これを契機にして薬というものの対する厚生省の基本的態度をはっきりしたい。薬というものは、理論的なものの上に動物実験、人体実験、臨床実験を経て万間違ひのないという場合に初めて許可すべきであつて、しかもこの薬が生命を救うための万やむを得ない薬というなら別でありましょうが、厚生省としては非常に責任があると思う。ドイツで三十六年に奇形児が出るというふうなことが出たとき、おかしな思ひつたら直ちに製造中止を命じて、販売中止を命じて、その上で実験をすべきであつた。こういう問題は、率直に製薬会社とこれを許可した後の処置等についての厚生省の責任を私は痛感しており、これに対する処置をしなければならぬと思います。今後新薬がどんどん出てまいりますから、これ以上問題がどんどん起きてくると思います。それで、まず第一に明確にしなければならぬことは、いままでずいぶん調べてみましたが、正直言って許可した場合、それからその後の措置についてあいまいな責任逃れの言葉を言つておられますが、たとえ訴訟になつておりましたらどうもありませんと、政府と製薬会社がその責任をとつて今後の処置をそれぞれやるべきだ、この点をまず明確にいたしておきたいと思ふのであります。この園田元厚生大臣の表明です。可部さんも、そこをつかまえて政治というものの一貫性を言っていますね。園田さんのこの姿勢なり表現というものと置きかえて私は少しさびしい気がしておるので、厚生大臣、こういう言明についてあなたの所見を聞かしていただきたい。

○渡沢委員　本場にこういうことでは困るのであります。政治の姿勢としては当然だと思ひます。

○園田元厚生大臣　政治の姿勢としては当然だと思ひます。余り大きな期待がかけられそうもないので、この問題でこれ以上の質疑はやめまして先に移ることにいたしますけれども、しかし、事態は先ほど指摘をいたしましたように、いずれ大きな問題にならざるを得ないという状況の中で、いま、たとえば食品関連のプラスチック製品の不安全性というものが放置されている。役所も責任を持って、胸を張って、御心配召さるな、これだけのことやっていますよと言ひ切れぬ、資料も出せない、こういう状況の中にあるということをしかと肝に銘じておいて、これは思ひ切つて抜本的な検証をされたいとえらひことになるんじゃないでしょうか。現に自治体では、先ほどの衛生局長の通達じゃないけれども、問題になつて、そしてこの自治体の責任のある者がこういう通達を出さなければならぬという事態になつてゐるのに、厚生省は、先ほど責任者の答弁でも明らかに行われておらない。業者の自主規制にまつ、この範囲を出ないという状況、しかも、安全対策のための予算は減ることがあつてもふえることはないというふうな、こんな対応の中で、私は事態はこれは非常に深刻だ、そう受けとめていただく必要があるというふうに思ひます。

こう申し上げて、時間がありませんで、次の問題、簡単に救急医療に関連した自治体病院の問題、それから保健行政の問題について、ちょっと改めて言うまでもありませんけれども、医療の問題は、予防と健康管理、治療、リハビリと、この一貫性が医療の体系の中でどう整備されるかというところが最も理想的な追求課題だと思うわけですね。ところが、大原さんからも御指摘があつたかと思うのだけれども、治療中心主義である。お薬中心主義である。リハビリと予防というふうな部分は非常に軽視されておることがあると思ひます。病気がひどくなつちやつてから、手おくれになつてから高い技術水準の医療をぶち込んだつて効果はない。役に立たぬ。あるいは非常に効果が薄い。病気にならぬうちにどうするか。病気にならぬためのいわゆる予防行政、これがむしろ医療行政の第一であり、出発点であり、そして帰結点であると思ひます。早期治療、早期発見、こういうわけだけれども、その以前の病気にならぬための取り組みというのが一体どう行われておるのか、ここだと思ひます。これは時間がないのであれですが、残念ながら非常に不十分だと言わざるを得ない。いろいろ今度の予算にもちらほらあれもこれも言ひたいようなものがありますが、それも聞きません。現実はこの予防の問題について取り組んでいる第一線の保健所に自分たちの責任で対応できるように状況になつてゐるか、なつてないんじゃないでしょうか、そこを伺ひたい。これも文書によれば何か保健所の拡充と言つてゐるんだけれども、新しい予算の中ではふやそうというのはいか所でしょうか。結論だけちょっと。

○佐分利政府委員　本年度の予算も明年度の予算案も新設は一方所として計上してございますが、必要があれば一方所には限らないわけでございます。

○渡沢委員　それで、いままでの保健所に対する国の補助内容というのは、あるいは前にも指摘があつたかもしれぬのですけれども、たとえば保健所を新しくつくるときに用地費は対象にしてないですね。砂上の楼閣なんだ。あるいはそのほかにも工事事務費とか、門とかへいとか車庫とか、雑工事費なんというのは一切これは補助対象にしてないわけだ。上物についてだけ見ているということなんです。その上物も全く現実離れした単価で単価設定をやつて、その三分の一補助、こういうことでしょうか。

〔戸井田委員長代理退席、委員長着席〕

そこで聞きますけれども、その内容はそれとおりましたので、この五十一年度で一平米、上物の建築費の単価を国は幾らで計算してゐるんですか。

○佐分利政府委員 ただいま資料が手元にございませんで正確ではございせんが、大都市とかあるいは郡部等で格差がございせんが、最高で約九万円ぐらいたつたと思ひます。

○波沢委員 八万八千三百円というふうな私の方では計算してゐるんだが、それで補助率三分の一。これは高い方ですね。いまおっしゃつたように九万円足らず。ところが東京などで見ますと、実際に幾らかつてゐるかとすると、平米二十八万は現実にかつてゐるわけですよ。実際に保健所と云ふ設備をつくる場合に、いまの東京でこの平米二十八万が決して高過ぎるというふうな状況のものじゃありません。ところが国はいまおっしゃつたように九万足らず。その積算で三分の一の補助率と、こういうことですから、実際は保健所も現場では大変なんです。自治体がみんな仕事だけは、あれもやれ、これも大事だ、とどんどん仕事は保健所に押しつけてきてゐるわけですよ。だから、予防が大事だ、大事だ、と、こう言葉の上では言つてみましても、現実には第一線の保健所を全然守つてゐないわけですよ。国の判断で言へば保健所というのは土地がなくても建つのか。たとえば補助対象に人件費の面で見ても運転手とかボーイの作業員とかいうものは全然見えない。管理職手当、初任給手当というふうなものも補助対象にしてゐない、こういう実態ですからね。これを全部自治体がしよい込んでゐる。必要ならふやしますなんて言つて、いますけれども、十万人以上の都市にはつくるのだというふうなことを言つてゐるけれども、実際に二十万に近い人口のところ保健所ができたって国が認めてゐないところがあるじゃないですか。必要なら幾らでもつくりましょとあなたは言うけれども、具体的に言ひましょか、二十万近い都市に現にできて、人口急増地域で市街地の再編成があつて、幾つもあるじゃないですか、国が幾ら認めると言つても認めてないじゃないですか。みんな自弁で、自前で国の保健行政をやつておるじゃないですか、自治体の負担で。

○佐分利政府委員 確かに御指摘のように、千葉の保健所のように管内人口四十万というふうなところもございせん。しかし、一方においては管内人口が一万人ぐらゐのところも二十万あるわけでありま。また、六万、七万という保健所もありあるわけでございます。

そこで大都市の場合でございますが、交通も便利でございます。そういうたいやゆるアクセスビリティというものが大都市ではございせんので、必ずしも大都市は十万人に一カ所置く必要はない。これは国際的な標準であらうと思ひます。私もといたしましては、二十五万から三十万ぐらゐに一カ所あれば大都市はよろしいのではないかと考えております。

○波沢委員 全く話にならぬのですよ。市町村、たとえば東京で言うと東村山が十八万、東久留米が十六万、というものはもつとふえてゐるでしょう、これは一年前ぐらゐの数ですから。そういうところで、これは実際これだけの人間が住んで、しかもどんどんふえてゐるという状況のところ保健所が一つもないということでは対応のしようがないわけですよ。ほかの地域なんかでも保健所一つで足らぬものですか、保健相談所という形で、これはもう全然補助対象になつてゐない。保健所に準ずる機能があつて、そうして実際は必要の人を配置し、まさに国が言ういろいろな予防のための、あるいは防疫のための検査や食品衛生、環境衛生、いろいろ取り組んでゐるんですよ。これが補助対象になつてゐないでしょう、具体的に聞きますと。

○佐分利政府委員 確かに三年前までは、いわゆる保健所法に基づいて承認されてゐない未承認保健所というのが二十万所ございまして、しかしながら、これは五十年から未承認保健所の解消計画を進めておりました、すでにそのうち十二カ所は承認をいたしました。まだ御指摘のように若干残つてはおりますが、これは先ほどの保健所の新設とは別に、未承認保健所の承認という形で年次計画をもつて進めてゐるところでございます。

○波沢委員 ですから全く不十分なんです。予防が大事だというふうなことを言つたつて、実際はそういう構造になつてゐないわけだ。必要があつてできてゐるものについて、それをいかにけんぽつたらあつてあつて、それもいかにいかにけんぽつたらあつてあつて、そういうことをいまの答弁のようにやつておるので、いまだに残つておるのです。ひどいじゃないですか。これは至急に是正してほしいですよ。補助内容ももつと改めなければいけませんよ。そして新しくつくつたものなんかなぜ認めないのですか。新設のものはすくなくとも認めるようなことを言つたかと思つと、一皮むいていろいろ聞いていけばいまの話じゃないですか。これはもつと積極的に必要な保健所をふやす。ましていまつくられてゐるものは全部認めるというぐらゐの処置をとるべきですよ。これは大臣、いまの話の往復を聞いておつておわかりだと思つけれども、こんなことでは予防の問題について大臣が物をおつしやる資格は私はないと思つて、現に存在する保健所すら国は認めることができないなんというふうなことであつてはならぬのですよ。まだ残つておるのですから。しかも厚生大臣の名において、国民の要望にこたえて作業に当たつておるじゃないですか。これはひとつ大臣からもう少し温かい誠意のある答弁を伺つておきたいのです。

○佐分利政府委員 まだ残つております未承認保健所も本年度中には大部分を承認したいと思つておられます、また先ほど御指摘のございまして、たいやゆるヘルスステーションにつきましましては、保健所の支所的な性格を持つておりますものについて、は支所として承認をすることにいたしてあります。

このような関係で超過負担の問題、いろいろございまして、昨年は単価差、つまり職員の俸給の格差を是正いたしましたし、また明年度の予算案では、たとえば共済の長期掛金とかあるいは公務災害の掛金とか、こういったものの解消を図らうとして約九億を計上してゐるというところでござい

います。もうすでに保健所も、未承認を承認いたしましたので、八十五二十カ所になつてきたわけでございますけれども、このようない財政の状況のもとでございまして、一方においては大都市並びにその周辺で保健所をふやすと同時に、一方においては管内人口が一万人とか二万というふうな保健所についてはその再編成を考へる時期に來ておると考えております。

○波沢委員 今年度中にはその未認可の分については処置するというふうにおつしやつた。それはもう確実にそうするということですね。いいですね。

○佐分利政府委員 先ほどもお答えいたしましたように、できるだけということでございます。と申しますのは、保健所といたしましてはいろんな規格、基準がございまして、建物、設備の基準は簡単でございますが、職員配置の基準は現在の地方財政ではなかなか厳しい条件かと思ひます。したがつて、規格、基準のなつてゐるものからできるだけ開所をいたしたいと思つておられます。

○波沢委員 とにかくこれもきつちつとしてほしいと思つてゐます。認めてゐないところを認めたというだけで、問題は少しも解決してゐないんですよ。やはり予防というもののつてゐるものと、根本的な、積極的な国の姿勢というものを、単に保健所をちよつとどうかするということだけでなしに、もつと根源的に、予防への取り組みあるいは健康管理への行政対応というものを責任を持つて取り組むという姿勢で新しい厚生大臣はやつてほしいと思つてゐます。そのことについて一言、これは大臣から所信を伺ひたい。

○渡辺国務大臣 予防が一番重要なことでございますから、私は予防体制の充実ということについては今後とも特に努力をしまひたいと思つております。

○波沢委員 時間がありませんので、最後に自治体病院の問題について伺ひたいわけですが、石丸局長の昨年の当委員会での発言をそのま

まかりて申し上げると、「公的病院なるがゆえにあら程度採算を無視して行わざるを得ない医療の部門があるわけでございまして、またその医療を実施するために採算を無視して資本投下を行わざるを得ない」、つまり「公的病院としての公的使命を果たすため採算を無視して行っている医療」云々と、大変適切に表現されておられるわけですが、そういう認識の上で自治体病院、とりわけこの問題になっております救急部門の補助の姿勢なんですけれども、余りにも金額が少くない。それぞれ五十二年度では多少のアップをしたということですが、Aクラスで四百九十万、Bクラスで二百二十万ですか、とにかく大変ひどい。これで医者二人、看護婦二人、非常勤の医者を一人置きなさい、配置しなさいということの一つの目安にして、そうしてこれは夜間休日の救急医療ということでは、一日に割ったらどういう助成になりますか。話にならない補助額だらうというふうに思うわけですが。特に対象病院の設定を今度ふやしたという話ではあるけれども、しかし千に近い自治体病院の中でこれは一体幾つですか、この補助対象の病院数は。半分くらいですか。

○石丸政府委員 来年度予算におきまして二百七十一カ所を予定いたしております。

○渡沢委員 二百七十一カ所、これはもう問題にならないわけですね。こういうことで対象も非常に適切にされておる。これは赤字病院に限る、救急告示病院に限る、こういう枠をはめて補助対象を定めておられる。値切っておる。もともと救急医療不採算制そのまゝの医療と言われるこの救急医療への補助は、その病院がトータルで赤であるか黒であるかということとは関係ないことなんだ。けれども補助対象を赤字病院に限定をしておる。あるいは告示病院、告示病院の制度が崩壊している。あれで役に立つのなら何も救急医療で大騒ぎしてこんなに四倍だ五倍だということにならぬでしようが、いまの医療制度や、この告示病院のあの矛盾、法律のないこと、あるのは例の搬送の消防の法律であるとか、これはくどくど言いませんけれども、多く指摘されたところなんです。法体系もない、責任の体制もない、あの告示病院制度というものがもう破産をしているというものが今日の事態であるにもかかわらず、この自治体病院に対する補助対象という部分になるとそれがにわかには生きてきて、赤字病院であるということと告示病院であるということとを補助対象の資格要件にしておるということとは不当ですよ。こんなものは外すべきであるということ、時間がないので申し上げます。それから補助内容をもっと大幅に高めなければいけませんよ。これも強く求めたい。

それから、自治省が見えているので一言注文をつけてただしておきたいのですけれども、見えていすね。特に累積赤字の問題です。国はいろいろやっていると言っているけれども、時間が経たないで言わないのですが、実際自治体の病院経営の中で国が補助している割合なんというのはいくつものですよ。お話にならないのですよ。そして先ほどの石丸発言を思い出して見れば、言っていることとやっていることはこんなに違っているのかと、こう申し上げる以外にない事実があるわけですね。

そういう状況の中で、これは四十九年ですかにやりました不良債のたな上げですね。これはこの間、予算委員会でも多賀谷議員が指摘をしておったんですけれども、やはりここまで来れば、もう三年たつておる、そして新たな累積赤字がもう大変な数に上っているわけですね、これは安易に、こういうものがたまつたらたな上げすればいいというふうな、そういう発想で言うわけでは決してありませんけれども、しかし、問題を抜本的に、自治体病院を含む医療の整備ということについてのきちんとした国の方針や手当てが現状では出ていないのです。先ほど大原さんが指摘したように、日本の医療というのは依然としてあらゆる部門で矛盾が噴出をしつつある。それに対して明快な根源的な対応ができない。こういう状況の中だからこそますます、石丸さんのおっしゃったよ

うに、自治体病院が自治体病院なるがゆえの公的使命を果たすために大変大きな赤字を累積しなければならぬという事態の中で、四十九年当時行ったような債務のたな上げという措置をとしはやはりここでいまだ一度早くやらざるを得ないところへ来ていると思うわけです。これはいまここでにわかには即答を求めようというものではないと思いますけれども、ぜひ積極的、前向きに、そして早期にこのことについて英断をもった取り組み、検討を進めてほしい。そのことについての所見を、これは自治省の方から最後に伺っておきたいと思うのです。

○石丸政府委員 自治体病院の特殊診療部門運営費の助成につきましては、特に自治体病院の財政対策として従来実施いたしておるところでございます。この財政対策といたしましては、救急部門への助成はただいま先生御指摘のとおりでございます。そういった点はわれわれも今後さらに努力いたしたいと考えておるところでございます。従来救急のAランクの病院にのみこの助成を行っておりましたのを、Bランクの病院にまでこれを拡大していくことを考えておるところでございます。

さらに、救急医療の問題につきましては、財政対策とは別にまたわれわれは対策を講じておるところでございます。従来の赤字対策にさらに加えて、第二次救急医療機関としましてのいわゆる輪番制あるいは診療科協定の病院につきまして、救急医療に参加した日数に応じて救急部門への助成を今後、昭和五十二年以降におきましてこれを実施していきたいと考えておるところでございます。

○田井説明員 累積している赤字につきましては何らかの対策が必要であるというふうに考えておりますが、先ほど御指摘もありましたように、不良債務が増加したからといって四十九年の特例債と同じような形のものをいたしました一時しのぎを繰り返すのはどうかということでもございます。で、病院経営の健全化が図られるための抜本的な

対策と関連づけながら、予算委員会におきましても財政局長からお答え申し上げているような考え方で積極的検討してまいりたいと考えております。

○橋本委員長 渡沢君、時間が十分過ぎておりますから……。

○渡沢委員 ええ、これで終わります。いまの答弁では大変物足りないもので、いろいろたしたいし、救急医療の問題については特にたしたい点がたくさんありますけれども、時間が委員長からの注意もありますので、きょうはこれで終わります。

○橋本委員長 この際、午後一時四十五分まで休憩いたします。

午後一時十四分休憩

午後一時五十六分開議

○橋本委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

午後一時五十六分開議

○金子（み）委員 私は、きょうは、先般大臣から厚生行政に関する一般的な所信の表明がございましたが、それについて幾つか質問をさせていただいて、そして考えを聞かせていただきたいというふうに考えている次第でございます。

まず初めに、所信表明要旨の中で大臣のおっしゃっていらっしゃる言葉の中で、私は、これは基本的なものだと思っております。ちょっとこれだけではわかりませんので御説明をお願いしたいと思いますのは、「福祉の心」というのが何なのかということです。この「福祉の心」というのは何なのかということを実は伺いたいです。どういうことでございましょうか。御説明いただけますでしょうか。

○渡辺国務大臣 私は「福祉の心」という言葉を確かに使いました。その物の考え方は、要するに福祉社会というものををつくる場合においては、物質だけで人間の幸福というものはありませんとい

うことを表現したかったわけですが、福という字は示へんに福という字であります。示というのは天の恵みで福は満ちるで、これは幸いです。社というの示へんに止ですから、天の恵みがおおりきて、とまるところは地球の上にとまる。したがって、福祉というのは幸いです、無限なものである、そう私は思うのです。

【委員長退席、住委員長代理着席】

そこで、人の幸いというものは、これは物質やお金だけで人の幸いはない。やはり福祉社会をつくるというからには、物質的にも豊かにすることが必要だけれども、温かい心でそういうようなものに接することが大切である、そういう意味で私は申し上げたわけでありました。いたわりの心と言ってもいいけれども、やはり幸いを招くような心で隣人に接することが福祉の精神である。文字どおり解釈をしたわけでありました。

○金子(み)委員 「福祉の心」に対する大臣の考え、よくわかりました。そうしますと、大臣のいまおっしゃった国民の幸を招くような、あるいは温かい思いやりのある考え方が基盤になって、それに計数的なもの加わるとあるいは制度的なもの加わるとかいうことで行っていくのだというお気持ちかというふうには考えたわけですから、それでいいわけですね。

○渡辺国務大臣 先ほど言ったように、先生のおっしゃる通りに御理解いただいて結構だと思います。

○金子(み)委員 そうでございますと、これから先幾つかお尋ねをさせていただきますと、これから厚生省の責任大臣としてお扱いになられる厚生行政は、すべてその心が底に流れているというふうな理解をしていくべきものだと考えるわけなんです。しかし、実際に行政を行っていらっしゃる場合には、ただ精神的な思いやりとか温かい心とか幸を招く心とかいうことだけでは仕事になりませんわね。ですから、そこに必要な予算も配分しなければならぬし、制度もつくらなければならぬしということになると思うのです。

そこで、その心を心として厚生行政をお進めになつていらっしゃるということになりますと、まず一番先に、私がそれではこれはどう理解したらいかなと思うことが幾つかあるわけなんです。そのうちのひとつに、五十二年予算の配分のことがあるのですけれども、確かに福祉の問題は、数年前に「福祉元年」という標語がありましたように、あのときは福祉、いわゆる社会保険関係の予算は三二%、三〇%台でございました。それがだんだんと下がってきたのです。二〇%台になり、そしてやがて五十二年度、これから迎える年度については二〇%も割ってしまつて一七・四%という数字になってしまった。大体「福祉の心」は先細りになってきたというふうな考えられるのですが、これはどういうふうに御説明いただいたらよろしいですか。

○渡辺国務大臣 「福祉の心」というのは、これは一つの哲学ですからね。その「福祉の心」というものは幸いだとすれば、それは無限のものである。しかし、その心を形であらわせば、有限のものであらわす以外にはないのです。お金にしても物にしても、無限の幸いを有限であらわすのですから、そこには満足というものはなかなかないでしょう。ないでしようけれども、それは心のこもった形であらわす必要がある。

そこで、この予算の問題でございますけれども、先生から、前には三〇%も二〇%も伸びたじゃないか、今回はそんなに伸びていないじゃないか、一八%しか伸びないじゃないか、むしろ後退をしているんじゃないかというふうなニュアンスが入っているかと私は存じます。しかし、予算というものは有限なものでございます。無限なものでなくて有限なものなんです。ここの予算というものは、要するに公債の元利償還の問題と地方財政の臨時交付金の問題を差し引きしますと、国全体の予算は三三・六%の伸びなんです。その中で厚生省の予算というものは一八%伸びておる。極力重点施策として取り上げた公共事業が一二%、それとバラレルにバランスをとらせて、片

一方で景気を刺激して景気をよくするということがあるけれども、片一方においては恵まれない人たちに對してはいたわりの予算をつけなければならぬ、こういうことで、ともかく関係者の皆さんの全面的な御協力によって一八%の予算の伸びを獲得できたというふうには考えております。

○金子(み)委員 それでは、具体的な問題で御尋ねをしながら御答弁をいただくことにします。

初めにお尋ねしたいと思つておることは、年金の関係なんです。大体この順序でいこうと思つておるから、まず年金になっておるのですが、国民年金の問題、実はこの年金の問題で心配しておりますのは、せっかく大臣の温かい哲学的な考え方がありますのに、年金にかかわり合ひのできない人、無年金の人たちが生まれてしまふという問題です。これは私「福祉の心」には非常に反することじゃないかと思つておるのです。無年金になる問題について、そのうちのひとつは、前回の予算委員会のときに、私どもの多賀谷委員が質問をされて、そして大臣の方では考えようとおっしゃった問題がございまして、これは国民年金の年限が足りなくて国民年金に加入できない人の問題でした。この問題について、その後どのように御検討くださり、どういう方向でこの人々を救済しようというふうにお考えを固めていらっしゃるのか、伺わせていただきたいと思います。

○渡辺国務大臣 多賀谷先生の御質問というのは、ともかく年金に加入したくとも加入できないような状態の人がおる、そういう人を救つてはどうかというお話です。

御承知のとおり、年金は掛金を掛けて、それで年金をいただくという仕組みになっておりますが、掛金を掛けたかったという理由には、年金制度それ自体に絶対反対なんだ、おれは入りたくないのだという長い間掛金を掛けたかった人もあるかも知れない、それから特殊な事情によつて、掛けたかったけれども、どうしても掛けることができなかったという人もあるかも知れない、内容がいろいろあるかと存じます。

ただ年金は、普通の大多数の方は掛金を掛けておるわけですから、掛金を掛けなかった人が、年々きちんきちんと掛けておった人よりも有利な扱いを受けるというようなことになりまして、これは年金制度の崩壊につながる話になってくるわけなんです。したがって、原則論から申し上げますと、それは年金を掛けていただきますということなんです。もう時代が過ぎちゃつて掛けられない、ですから、そういうことについては内容的にも調べてみたい。ただ、昭和四十四年と四十八年に二回にわたつて約二百万人ぐらゐの未加入者をとつたことがあります。しかし、こういうことを定期的にやりますというのを私がここで申し上げますと、それじゃ年金なんか掛けないでおいだつて、もらえそうなきにやなつてからまあとめて払えばいいのじゃないかというふうなことがなつたのでは大変でございますから、原則的には掛けた人しかだめですよ、しかし、本当に困つておる者があるとなれば、それらについては検討いたしますというのを言つておるわけでありました。

○住委員長代理 ちよつと速記をとめて。

〔速記中止〕

○住委員長代理 速記を始めて。

この際、休憩いたします。

午後二時七分休憩

〔休憩後は会議を開くに至らなかつた〕

戦傷病者戦没者遺族等援護法等の一部を改正する法律案

戦傷病者戦没者遺族等援護法等の一部を改正する法律案

正する法律

(戦傷病者戦没者遺族等援護法の一部改正)

第一条 戦傷病者戦没者遺族等援護法(昭和二十七年法律第二百七号)の一部を次のように改正する。

第八条第一項の表を次のように改める。

不具廃疾の程度	年	金	額
特別項症	第一項症の年金額に一、八三一、二〇〇円以内の額を加えた額		
第一項症		二、六一六、〇〇〇円	
第二項症		二、一一九、〇〇〇円	
第三項症		一、七〇〇、〇〇〇円	
第四項症		一、二八二、〇〇〇円	
第五項症		九九四、〇〇〇円	
第六項症		七五九、〇〇〇円	
第一項症		七〇六、〇〇〇円	
第二項症		六五四、〇〇〇円	
第三項症		四九七、〇〇〇円	
第四項症		三九二、〇〇〇円	
第五項症		三四〇、〇〇〇円	

第八條第二項中「あつては、七万二千元」を「あつては、八万四千元」に、「二万四千元」を「二万六千四百円」に、「つては四万八千元」を「つては五万四千円」に、「ときは四万八千元」を「ときは五万二千八百円」に、「ときは、七万二千元」を「ときは、八万四千円」に、「四千八百円」を「一万二千元」に改め、同条第三項中「七万二千元」を「八万四千円」に改め、同条第七項の表を次のように改める。

不具廃疾の程度	金	額
第一款症	二、七八三、〇〇〇円	
第二款症	二、三〇九、〇〇〇円	
第三款症	一、九八一、〇〇〇円	
第四款症	一、六二七、〇〇〇円	
第五款症	一、三〇五、〇〇〇円	

第二十六條第一項中「二万四千元」を「二万六千四百円」に、「六十万二千円」を「六十三万九千七百円」に、「六十二万四千二百円」を「六十六万三千七百円」に改める。
 第二十七條第一項中「二万四千円」を「二万六千四百円」に、「一万八千元」を「一万九千八百円」に、「六十万二千円」を「六十三万九千七百円」に、「四十五万九千二百円」を「四十八万八千八百円」に、「六十二万四千二百円」を「六十六万三千七百円」に、「四十八万三千二百円」を「五十一万二千八百円」に改め、同条第三項中「十万円」を「十万七千元」に改める。
 第三十二條第三項中「二万四千円」を「二万六千四百円」に、「一万八千元」を「一万九千八百円」に改める。

第二條 戦傷病者戦没者遺族等援護法の一部を次のように改正する。
 第八條第一項の表を次のように改める。

不具廃疾の程度	年	金	額
特別項症	第一項症の年金額に一、九一五、二〇〇円以内の額を加えた額		
第一項症		二、七三六、〇〇〇円	
第二項症		二、二三九、〇〇〇円	
第三項症		一、八〇〇、〇〇〇円	
第四項症		一、三八二、〇〇〇円	
第五項症		一、〇七四、〇〇〇円	
第六項症		八三九、〇〇〇円	
第一項症		七八六、〇〇〇円	
第二項症		七四一、〇〇〇円	
第三項症		五五七、〇〇〇円	
第四項症		四三二、〇〇〇円	
第五項症		三八〇、〇〇〇円	

第八條第七項の表を次のように改める。

不具廃疾の程度	金	額
第一款症	二、九一一、〇〇〇円	
第二款症	二、四一五、〇〇〇円	
第三款症	二、〇七一、〇〇〇円	
第四款症	一、七〇二、〇〇〇円	
第五款症	一、三六五、〇〇〇円	

第二十三條第一項第七号中「及び次項第六号」を「次号、次項第六号及び第七号」に改め、同項に次の一号を加える。

八 障害年金又は特例傷病恩給（当該障害年金又は特例傷病恩給の支給事由である負傷又は疾病による不具廃疾の程度が恩給法別表第一号表ノ三に規定する程度であるものに限る。）を受ける権利を有するに至った後、その権利を失うことなく、当該障害年金又は特例傷病恩給の支給事由である負傷又は疾病以外の事由により死亡した軍人軍属又は軍人軍属であつた者の遺族

七 障害年金（当該障害年金の支給事由である負傷又は疾病による不具廃疾の程度が恩給法別表第一号表ノ三に規定する程度であるものに限る。）を受ける権利を有するに至った後、その権利を失うことなく、当該障害年金の支給事由である負傷又は疾病以外の事由により死亡した軍人

軍属であつた者の遺族

第二十六条第一項中「六十三万九千七百円」を「七十二万円」に改め、後順位者が「の下に一人あるときは七十三万二千円」を加え、「六十六万三千七百円」を「七十五万六千円」に改める。

第二十七条第一項中「六十三万九千七百円」とあるのは「四十八万八千八百円」と、「六十六万三千七百円」とあるのは「五十一万二千八百円」を「七十二万円」とあるのは「五十四万六千円」と、「七十三万二千円」とあるのは「五十五万八千円」と、「七十五万六千円」とあるのは「五十八万二千円」に改め、同条第三項を次のように改める。

3 前条第一項の規定にかかわらず、第二十三条第一項第六号から第八号までに掲げる遺族に支給する遺族年金の額及び同条第二項第五号から第七号までに掲げる遺族に支給する遺族給与金の年額は、前条第一項に規定する先順位者一人につき、次の表の上欄の遺族の区分に応じて、先順位者が一人の場合においてはそれぞれ同表の下欄に定める額とし、先順位者が二人以上ある場合においてはそれぞれその額を先順位者の数で除して得た額とする。

第二十三条第一項第六号若しくは第七号又は同条第二項第五号若しくは第六号に掲げる遺族	一一〇、〇〇〇円
第二十三条第一項第八号又は同条第二項第七号に掲げる遺族	九〇、〇〇〇円

第三十二条の二第二項中「又は第七号」を「から第八号まで」に改める。

第三条 戦傷病者戦没者遺族等援護法の一部を次のように改正する。

目次中「第四節 遺族一時金の支給（第三十九条の二）第三十九条の七」を削る。

第五条中「左の通り」を「次のとおり」に改め、第四号を削る。

第六条中「弔慰金又は遺族一時金」を「又は弔慰金」に、「基いて」を「基づいて」に改める。

第二十三条第一項に次の二号を加える。
九 昭和十二年七月七日以後における在職期間内に公務上負傷し、又は疾病にかかり、当該在職期間内又はその経過後六年（厚生大臣の指定する疾病により死亡した者については、十二年）以内に死亡した軍人軍属又は軍人軍属であつた者の遺族（重大な過失によつて公務上負傷し、又は疾病にかつた者の遺族及び当該公務上の負傷又は疾病に関連しない負傷又は疾病のみにより死亡したことが明らかである者の遺族並びに前各号に掲げる遺族を除く。）
十 第四条第五項に規定する戦地における引き続き在職期間（これに引き続き昭和二十年九月二十日以後海外にあつて復員するまでの期間を含む。）が六箇月を超え、かつ、当該在職期間経過後一年（厚生大臣の指定する疾病により死亡した者については、三年）以内に死亡した軍人軍属又は軍人軍属であつた者の遺族（当該在職期間経過後に発した負傷又は疾病のみにより死亡したことが明らかである者の遺族及び前各号に掲げる遺族を除く。）

第二十三条第二項に次の一号を加える。
八 昭和十二年七月七日以後に公務上負傷し、又は疾病にかかり、当該負傷又は疾病の発した軍人軍属たるの期間内又はその経過後六年（厚生大臣の指定する疾病により死亡した者については、十二年）以内に死亡した軍人軍属又は軍人軍属であつた者の遺族（重大な過失によつて公務上負傷し、又は疾病にかつた者の遺族及び当該公務上の負傷又は疾病に関連しない負傷又は疾病のみにより死亡したことが明らかである者の遺族及び前各号に掲げる遺族を除く。）

病のみにより死亡したことが明らかである者の遺族並びに前各号に掲げる遺族を除く。）

第二十七條第三項中「第八号までに」を「第十号までに」に、「第七号までに」を「第八号までに」に改め、同項の表中「第八号」の下に「から第十号まで」を、「第二項第七号」の下に「若しくは第八号」を加える。

第二章第四節を削る。

第四十条第一項及び第四十五条中「弔慰金又は遺族一時金」を「又は弔慰金」に改める。

第四十六条中「弔慰金又は遺族一時金」を「又は弔慰金」に、「但し」を「ただし」に改める。

第四十七条中「弔慰金又は遺族一時金」を「又は弔慰金」に改める。

第四十八条中「弔慰金及び遺族一時金」を「及び弔慰金」に改める。

第四十九条中「遺族給与金及び遺族一時金」を「及び遺族給与金」に改める。

第四十九條の二中「第七條第三項」を「又は第七條第三項」に改め、「又は第三十九條の二第一項第一号から第三号まで」を削り、「弔慰金又は遺族一時金」を「又は弔慰金」に改める。

（未婚遺族等留守家族等援護法の一部改正）

第四條 未婚遺族等留守家族等援護法（昭和二十八年法律第六十一号）の一部を次のように改正する。

第八條中「四万七千円」を「五万三百円」に、「四万九千円」を「五万二千五百円」に、「五万四千円」を「五万四千七百円」に、「四百円」を「千円」に改める。

第五條 未婚遺族等留守家族等援護法の一部を次のように改正する。

第八條中「五万三百円」を「五万八千円」に、「五万二千五百円」を「六万二百円」に、「五万四千七百円」を「六万二千四百円」に改める。

（戦傷病者戦没者遺族等援護法の一部改正）

第六條 戦傷病者戦没者遺族等援護法の一部を改正する法律（昭和二十八年法律第八十一号）の一部を次のように改正する。

附則第十八項中「二万四千円」を「二万六千四百円」に、「七万二千円」を「八万四千円」に改める。

（戦没者等の妻に対する特別給付金支給法の一部改正）

第七條 戦没者等の妻に対する特別給付金支給法（昭和三十八年法律第六十一号）の一部を次のように改正する。

附則第十七項を附則第十九項とし、附則第十六項の次に次の二項を加える。

17 昭和十二年七月七日以降に死亡した者（同日前の負傷又は疾病により死亡した者を除く。）の妻（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）であつたことにより、戦傷病者戦没者遺族等援護法等の一部を改正する法律（昭和五十一年法律第二十二号）附則第三條第一項又は第二項の規定により遺族年金又は遺族給与金を受ける権利を有するに至つた者は、第二條に規定する戦没者等の妻とみなす。

18 前項の規定により特別給付金を受ける権利を有するに至つた者に交付する第四條第二項に規定する国債の発行の日は、昭和五十二年十一月一日とする。

（戦没者等の遺族に対する特別弔慰金支給法の一部改正）

第八條 戦没者等の遺族に対する特別弔慰金支給法（昭和四十年法律第百号）の一部を次のように改正する。

第二条第二項を次のように改める。

2 次の各号に掲げる者は、前項の規定の適用については、弔慰金を受ける権利を取得した者とみなす。

一 死亡した者が昭和十六年十二月八日以後に死亡したとしたならば、弔慰金を受ける権利を得たこととなる者

二 昭和六年九月十八日から昭和十二年七月六日までの間に負傷し、又は疾病にかかり、これにより死亡した者が同月七日以後負傷し、又は疾病にかかったとし、昭和十六年十二月八日以後に死亡したとしたならば、弔慰金（遺族援護法第三十四条第一項の規定により支給するもの）（同条第二項の規定の適用によるものを除く。）を受ける権利を取得したこととなる者

第二条の二第二項中「場合を含む」の下に「次項において同じ」を加え、同条に次の一項を加える。

3 弔慰金を受ける権利を取得した者が前条第三項各号の一に該当し、かつ、昭和五十年四月一日に当該死亡した者の子がなかった場合において、同日において前二項の規定により戦没者等の遺族とみなされる者がなかったときは、遺族援護法第三十五条第一項に規定する配偶者、子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹以外の三親等内の親族（死亡した者の死亡の日まで引き続く一年以上その者によつて生計を維持し、又はその者と生計を共にしていた者（死亡した者の遺族援護法第二条第一項に規定する軍人軍属たることによる勤務がなく、又はその者が同条第三項に規定する軍属とならなかつたならば、この条件に該当していたものと認められる者を含む。）に限る。）で、同日において第一項第一号又は第二号に該当しなかつたものうち、死亡した者の葬祭を行つた者、その他の者の順序による先順位者を戦没者等の遺族とみなす。

（戦傷病者等の妻に対する特別給付金支給法の一部改正）
第九条 戦傷病者等の妻に対する特別給付金支給法（昭和四十一年法律第九号）の一部を次のように改正する。

附則に次の一項を加える。

3 第四條第一項に規定する国債の償還金については、当分の間、その消滅時効が完成した場合においても、その支払をすることができる。

（戦没者の父母等に対する特別給付金支給法の一部改正）
第十条 戦没者の父母等に対する特別給付金支給法（昭和四十二年法律第五十七号）の一部を次のように改正する。

附則に次の三項を加える。

22 昭和十二年七月七日以後に死亡した者（同日前の負傷又は疾病により死亡した者を除く。）の父母又は祖父母であつたことにより、戦傷病者戦没者遺族等援護法等の一部を改正する法律（昭和五十一年法律第二十二号）附則第三條第一項又は第二項の規定により遺族年金又は遺族給与金を受ける権利を有するに至つた者は、第二條第一項に規定する遺族年金受給権者たる父母等とみなす。

23 前項の規定により特別給付金を受ける権利を有することとなるべき者については、第二條第一項中「昭和四十二年三月三十一日」とあり、及び第二條の二中「昭和四十四年九月三十日」とあるのはそれぞれ「昭和五十二年九月三十日」と、第三條第三項及び第四項中「昭和四十二年四月一日」とあるのは「昭和五十二年十月一日」とする。

24 前二項の規定により特別給付金を受ける権利を有するに至つた者に交付する第五條第二項に規定する国債の発行の日は、昭和五十二年十月一日とする。

（戦傷病者戦没者遺族等援護法等の一部を改正する法律の一部改正）
第十一条 戦傷病者戦没者遺族等援護法等の一部を改正する法律（昭和四十六年法律第五十一号）の一部を次のように改正する。

附則第八條第四項中「二万四千元」を「二万六千四百円」に、「一万八千元」を「一万九千八百円」に改める。

附則

（施行期日）
第一条 この法律は、昭和五十二年六月一日から施行する。ただし、第九条及び附則第六條の規定は公布の日から、第二条、第五条、第七条、第八条、第十条、次条及び附則第五条の規定は同年十月一日から、第三条、附則第三条及び附則第四条の規定は昭和五十三年一月一日から施行する。

（第二条の規定の施行に伴う経過措置）
第二条 第二条の規定による改正後の戦傷病者戦没者遺族等援護法（以下「遺族援護法」という。）第二十三條第一項及び第二項の規定により遺族年金又は遺族給与金を受ける権利を有することとなるべき者に関し、第二条の規定による改正後の遺族援護法を適用する場合には、次の表の上欄に掲げる遺族援護法の規定中同表の中欄に掲げる日又は月は、それぞれ同表の下欄に掲げる日又は月とする。

第二十五條第一項	昭和二十七年四月一日	昭和五十二年十月一日
第三十條第一項	昭和二十七年四月二日	昭和五十二年十月二日
第二十五條第三項	昭和三十四年一月一日	昭和五十二年十月一日
第二十九條第一項第二号及び第四号	昭和三十四年一月二日	昭和五十二年十月二日
第二十九條第一項第三号及び第四号	昭和二十七年三月三十一日	昭和五十二年九月三十日
第三十條第一項	昭和三十三年十二月三十一日	昭和五十二年九月三十日
第三十條第三項	昭和二十七年四月	昭和五十二年十月
第三十條第三項	昭和三十四年一月	昭和五十二年十月
第三十條第三項	同年同月一日	昭和五十二年十月一日

（第三条の規定の施行に伴う経過措置）
第三条 第三条の規定による改正後の遺族援護法第二十三條第一項及び第二項の規定により遺族年金又は遺族給与金を受ける権利を有することとなるべき者に関し、第三条の規定による改正後の遺族援護法を適用する場合には、次の表の上欄に掲げる遺族援護法の規定中同表の中欄に掲げる

日又は月、それぞれ同表の下欄に掲げる日又は月とする。

第二十五条第一項 第三十条第一項	昭和二十七年四月一日	昭和五十三年一月一日
第二十五条第一項	昭和二十七年四月二日	昭和五十三年一月二日
第二十五条第三項	昭和三十四年一月一日	昭和五十三年一月一日
第二十九条第一項第二号及び第四号	昭和三十三年三月三十一日	昭和五十三年一月二日
第二十九条第一項第三号及び第四号	昭和三十三年十二月三十一日	昭和五十三年一月二日
第三十条第一項	昭和二十七年四月	昭和五十三年一月
第三十条第三項	昭和三十三年四月	昭和五十三年一月
	昭和三十四年一月	昭和五十三年一月
	同年同月一日	昭和五十三年一月一日

第四条 昭和五十二年十二月三十一日までに支給事由の生じた第三条の規定による改正前の遺族援護法第三十九条の二第一項の規定による遺族一時金の支給については、なお従前の例による。

(第八条の規定の施行に伴う経過措置)

第五条 第八条の規定による改正後の戦没者等の遺族に対する特別弔慰金支給法第二条第二項及び第二条の二の規定により特別弔慰金を受ける権利を有するに至った者に支給する同法第五条第二項に規定する国債の発行の日、昭和五十二年十月一日とする。

(第九条の規定の施行に伴う経過措置)

第六条 第九条の規定による改正後の戦傷病者等の妻に対する特別給付金支給法附則第三項の規定は、戦傷病者戦没者遺族等援護法等の一部を改正する法律(昭和五十一年法律第二十二号)第七条の規定による改正前の戦傷病者等の妻に対する特別給付金支給法第四条第一項の規定により交付された国債の償還金の支払についても、適用する。

理由

戦傷病者、戦没者遺族等の処遇の改善を図るため、障害年金、遺族年金等の額を引き上げるとともに、遺族年金等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金並びに戦没者の妻及び父母等に対する特別給付金の支給範囲を拡大する等の必要がある。これが、この法律案を提出する理由である。