

第九十三回 参議院社会労働委員会會議録第九号

(一三七)

昭和五十五年十一月二十五日(火曜日)
午前十時開会

委員の異動

十一月二十一日

辞任 村田 孝三君

補欠選任 村田 孝三君

十一月二十二日

辞任 村田 孝三君

補欠選任 村田 孝三君

出席者は左のとおり。

委員長 片山 甚市君

理事 遠藤 政夫君

佐々木 満君

高杉 勉忠君

小平 芳平君

石本 茂君

斎藤 十朗君

関口 恵造君

田代由紀男君

田中 正巳君

福島 茂夫君

丸茂 重貞君

村上 正邦君

森下 泰君

対馬 孝且君

安恒 良一君

渡部 通子君

沓脱タケ子君

柄谷 道一君

前島英三郎君

国務大臣

大蔵 大臣

厚生 大臣

政府委員

大蔵省主計局次

長 矢崎 新一君

厚生政務次官

大石 千八君

厚生大臣官房審

議官 幸田 正孝君

厚生大臣官房審

議官 吉原 健二君

厚生省公衆衛生

局長 大谷 藤郎君

厚生省医務局長

田中 明夫君

厚生省業務局長

山崎 圭君

厚生省保険局長

大和田 潔君

社会保険庁医療

保険部長 吉江 恵昭君

事務局長

今藤 省三君

常任委員会専門

員

文部省大学局審

議官 阿部 充夫君

文部省大学局教

職員養成課長 澤田 道也君

文部省大学局医

学教育課長 川村 恒明君

文部省体育局学

校保健課長 長谷川善一君

説明員

本日の會議に付した案件

○健康保険法等の一部を改正する法律案(内閣提出、衆議院送付)

○委員長(片山甚市君) ただいまから社会労働委

員会を開会いたします。

前回に引き続き、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。

これより質疑を行います。

質疑のある方は順次御発言を願います。

○佐々木満君 健康保険法の改正につきまして、

先般衆議院の各委員からそれぞれのお立場に立っ

ての御質問があったわけでありましたが、私も私の

立場に立って意見を申し上げながら若干の御質問

を申し上げたいというふうに思います。

戦後三十数年たったわけでありましたが、日本社

会は、御承知のとおりいろいろの面で進歩発展を

遂げてきたというふうに私は思います。もちろん

その間には好ましくない現象も幾つかあったわけ

でありましたが、全体として考えてみますと、日本

社会は大変な進歩発展だというふうに申してよろ

しいと思います。私は、こうした戦後社会の発展

の中で何が一番よくなったかというのを考えて

みますと、やっぱり日本人の平均寿命が驚くほど

伸びたということだと思えます。世界で一番の長

生きのできる国民になった、世界一の長寿の民族

になったと、これが私は戦後社会の最大の成果だ

というふうに思っております。

こういふ大きな成果を上げた原因は、私は

いろいろあると思えます。医学の進歩あるいは医

術の進歩、公衆衛生サービスの向上あるいは一般

的な生活水準の向上、その他いろいろあると思

いますけれども、私はその中で健康保険制度が果た

してきた役割りというものが大変大きかった

というふうに思います。

で、健康保険制度につきましてはこれまでとい

ろいろな問題が指摘をされておりますし、また今

日におきまして、改善すべき点も少なくござい

ません。しかし、この制度が半世紀にわたりました

て果たしてまいりました役割りというものを、私

どもは正しくこれを評価すべきだというふうに思

います。

さらに私の見るところでは、世界の先進国をず

っと見渡してみても、日本はど容易に医療が

受けられる国、お医者さんあるいは病院等へ行き

やすい国、そういう国は私はないのではないかと

いうふうに思ったりいたしております。こうい

うふうにして医療保険制度、これは国民医療

の確保の上で中心的な役割りを果たしてきました

し、これからも果たしていかなければならない、

こういうふうな考えなのであります。

しかし、これまでにもたくさんの方々から指摘

されておりますとおり、医療保険をめぐります情

勢は大変厳しいものがござります。経済の低成長

の中で国民医療をどのようにして確保していく

か。これは今日、日本だけでなくって先進国共通

の課題でもある、これが対策について各国ともい

ろいろ苦慮しておる。最近、こうした問題につ

いて国際機関でいろいろ検討が行われておるとい

うふうにも聞いておるわけでありまして、こうい

う世界的情勢に加えて、わが国におきまして

は急速な高齢化の現象あるいは若年層の相対的な

減少、こういう特異な事情もあるわけでありま

すし、こういふふうなことを考えますと、わが国の医

療保険の将来というものは大変厳しい、こうい

うふうに思います。以上のような基本的な認識に立

ちまして、私から以下若干の点について厚生省の

お考えをお尋ねを申し上げたいというふうに思

います。

まず第一にお尋ねしたいわけでありまして、医

療保険制度の抜本改正の方向についてでありま

す。最近はこの抜本改正という言葉が余り聞かれ

なくなっておりますが、まあしかし医療

保険の現状、それから日本の将来、こういうも

のを展望いたします際には、抜本改正が絶対必

要だという点につきましては、大方の認識は一致をしておるというふうに私は思います。

厚生省では、最近この老人保健医療制度につきまして試案を発表された。そしてこれからのいろいろ検討が深められようというふうな情勢になっておりますが、そうしたものの含めまして、将来の日本の医療保険制度というものをどのような姿のものにしたいというふうにお考えなのか、医療保険の将来の姿としてどういうものを構想しておられるか、これらの点につきまして、まず大臣から御所信をお伺いしたいと思ひます。

○国務大臣(園田直君) 御意見ももっともと思ひながら承ったところであります。

今回の健康保険法一部改正の御審議をお願いいたしますと、ここで医療保険制度の基本である健康保険の健全な運営が確保されることになりまして、それを基礎にしたいと検討中であり、近く、その結論が出るでありましよう老人医療制度についての第一歩を踏み出し、その結果に基づいて保険制度の改革を図るという方向でやっています。

保険制度の抜本改革は、これは前から言われているところでありまして、なかなか具体的に進まなかったわけでありまして、事今日に至りますと、ここで保険医療制度の抜本改正をやらなければ、現在のままではなかなかやっていけない状態にきたと判断をしておるわけでありまして、各位の御意見を承りながら、大体そういう順序で抜本改正やっていきたいと考えております。

○佐々木満君 いま大臣から御所信をお伺いしたものであります。私はこの医療保険制度の抜本改正というのは、これは急がなければならぬ緊急の課題だと思ひます。これは年金制度についても私は同じような考えを持っております。わけでありまして、こういう医療保険、年金制度の抜本改正というのは、高齢化社会というものが本格化をしてからでは私は遅いというふうに思っております。現状のままで高齢化社会が本格化をしてまいりますと、私はこの医療保険

の問題、年金問題等につきまして、日本社会は大混乱を起こしかねないというふうに思ふわけでありまして、この高齢化社会の入口に入ったこの段階でやっぱ将来の揺るぎない制度をつくっておかないと、私は大変な時代が来るというふうに思ふのであります。ひとつこの抜本改正につきまして今後とも検討を重ねていただきまして、これからの日本の将来について揺るぎのない制度をつくって、そうして高齢化社会を迎えていくようにしていただきたい、こういうふうに考えております。

そこで次にお尋ねを申し上げたいわけでありまして、いまも若干大臣お触れいただきましたけれども、この医療保険制度の将来への構想の中で、今回の健康保険法案というのはどういう位置づけにあるのか、政府案というのは、将来展望の中でどのような位置づけにあるのか、これが一点。

それから衆議院で修正されてきておりますこの修正の中身というのは、将来への抜本改正の展望の中でどのようなものとしてこれを厚生省は受けとめられるのか、この二点について重ねて大臣の御所見をお伺いいたします。

○国務大臣(園田直君) 政府としては、御意見のとおり抜本改正は早急にやらなければならぬ、これをやらなければ大変なことになる、と同時に現行から混乱を起こさずにどのように円滑に移行していくかということも、これまた劣らざるほど重要な問題であると考えております。社会、特に経済情勢の変化に対応した医療保険制度の基盤の整備を図るために、まず制度の基本である健康保険について、給付の平等、負担の公平などを旨とした改正案を出したわけでありまして、御承知のごとく一部は衆議院で修正をされたわけでありまして、その修正後の改正案は、家族の入院給付が七割から八割に引き上げられること、分娩費等の現金給付の改善が予定されておること。政府管掌健康保険の健全な運営が図られること。など多くの前進が見られておると考えております。また薬価調査の規定が新設されたことなどは、医療費の適

正化に役立つほか、法改正とあわせて保険外負担問題の改善を強力に推進することとしており、この面での患者の負担の軽減が図られると存じております。さらに法改正によつて、健康保険の制度の安定によつて、老人保健医療制度その他厚生行政が抱える諸懸案の解決に資することにしていかねければならぬと考えております。

○佐々木満君 次に、最近福祉全般についての見直しということが各方面から言われております。この福祉の見直しというふうに言われますと、直ちに福祉後退というふうにとられるきらいがあるわけでありまして、私は必ずしもそういうふうには考えておりません。福祉というのは本来に必要なのは人に対しては手厚くやらなければならぬ、しかし、いろいろな施策のおかげで生活が向上してきたという方々には、福祉の分野から御遠慮願つて、そうして本当に困つた人の方へその財源を向けると、こういう形で見直しというのはこれは絶対に必要だ、そういう意味で、福祉の見直しというのは毎年毎年常時私行は行われるべきだと、こういうふうに考えております。

しかし、その中で財政の面から特に強調されております政管健保、この政管健保は、財政の健全化の一つの大きな重荷だと、こういうふうに言われておるわけでありまして、私はこの医療保険制度の将来を考えるに当たりまして、財政の面が非常に大事な、財政的な基盤が大事だと、したがってこれを等閑視してはならないというふうに思ひますが、しかし、財政問題というものを余り強調し過ぎますと、またこの日本の将来を誤ることになりかねない、そういう感じもいたしております。で、医療保険制度というのは、とにかくこれからの日本社会に於いて、国民に医療を正しく保障するというのが原点でありますから、この原点を忘れてはいけないというふうに思ふのであります。この医療保険制度の関係、福祉見直しと大臣はどのようにお考えなのか、御所見をお伺い申し上げます。

○国務大臣(園田直君) 福祉あるいは医療行政等で、やはり先立つものは資金でありますから、財政と関係があることは当然であります。しかしながら、いまおっしゃいましたとおり、財政の見地からこのようなものを切り捨てるとかあるいは省略するとかという筋合いのものではなくて、財政がつけられればいほど、その中でむだは省くが、必要なものは何とかしてやりくりをする、これが財政と医療行政、社会福祉との関係であつて、こういう国家財政のつらいときにこそ社会福祉、医療行政、厚生施設等は間違いのないように――その間違いのないようにということとは、結局むだなお金を使わないが、本当に困つた人にはどのような場合でも国の力あるいは制度の手が守つておると、こういうことが基本であると考えております。そういう意味におきまして、医療保険制度が今日大きな役割を果たしておりますので、その意味において、医療保険制度の改革は医師と患者の信頼関係を確立し、薬剤問題の解決など、医療全般の改革に寄与できるものでなければならぬと考えております。

○佐々木満君 次に、これは毎回、今回もそうでありまして、この医療保険制度の議論がなされます場合に、薬の問題、それから検査、まあ注射、そういうことが問題になるのであります。私は、薬剤の問題あるいは検査の問題、これはもつと深刻に考えなければならぬ問題だと思つております。しかも薬づけだとか検査づけ、こういう言葉が最近流行語みたいに使われております。マスコミの中でもしょっちゅうそういう言葉が使われる。私はそういう言葉を毎日聞いておりますと、国民の一人といたしまして、われわれ日本人はとにかく薬の山に取り囲まれてるんじゃないか、あるいは検査動物のように検査をやられてるんじゃないか、まあそういうような気持ちになつてしまふわけでありまして、私から申し上げる必要ございませんが、もともと医療というのは、お医者さんと患者さんの内面的な信頼感がなければ成り立たないわけでありま

いかというふうな考えております。

○佐々木満君 次に、いま基本的な問題として医
の倫理のお話をいただいたわけですが、こ
ういう最近の不祥事をなくするために当然保険
サイドからの対応ということも必要になってくる
わけですが、そこでお伺いをいたしますが
、これは保険局長さんにお伺いいたしましたけ
ども、今回の改正案の中で保険医療機関の指定
の問題に関連をいたしました、保険医療機関として

著しく不適当と認められるときは指定を取り消すことができるという規定が入っておるわけでありますが、この規定を設けられました趣旨、それから著しく不適当と認められる場合というのは具体的にどういう場合を指すのか、その辺のことについてお伺いをいたします。

○政府委員(大和田潔君) この著しく不適当と認められる場合というのは具体的に申し上げますと、まず指定を取り消された医療機関の開設者が別の医療機関として指定申請をしてきたときというような場合、あるいは保険医療機関の指定取り消しをたびたび受けたときというような場合、あるいは監査後、保険医療機関の指定の取り消しが行われるまでの間に医療機関を廃止をするとか、あるいは保険医療機関の指定を辞退するというような場合、

て、同一の開設者がその医療機関を指定申請してきたといったような場合が想定されるわけでございます。

そこで、こういう条文が挿入された趣旨というのは、ただいま申しましたような具体的なケースがこのような場合でございまずので、それから相定されると思いますけれども、こういったようなことを受けるというようにしないようにしたいということで、具体的にいま申し上げましたような事実がございました場合には、指定を拒むというようにすることができる条文が規定されたわけだと思います。

○佐々木満君　まあ私は大変結構な規定だと思

ているわけですが、昔から、私も子供のころからそうありますが、お医者さんという方はもう神様だというふうに思っていておられるわけでありまして、それだけに先生というふうにお呼びをしておられるわけでありまして、このごろは先生と呼ばれる人たちがいろいろありますけれども、お医者さん必ずしも神様ではない。大部分はもういづれは神様でいらつしやいますけれども、中にはやっぱり不心得な者もないことはない、こういうことでありまして、私は、大事なことはやっぱりけじめをはっきりつけるということだというふうに思います。そういう意味合いから、こういう規定を挿入されるということは大変意味のあることだというふうに思うわけですが、しかし考えてみますと、お医者さんの立場に立って見ますと、これはまた大変大事な、重要な規定になるわけでありまして、これが正しく運用されなきゃならないことは、これは当然なことでありまして、拒否をされたという方々について、十分弁明の機会を与えていただくという方法が当然とされるべきだというふうに思います。健康保険法の中にも弁明の機会を与える、その規定はもうありません。あるいは行政不服審査法、これもございまして、その場合は十分保障されていると思えますけれども、まあひとつもののけじめはきつちりつけなきゃなりませんけれども、そういうお医者さん方のお話も十分聞いていたいて、この規定が正しく運用されますようにお願いを申し上げたいと思います。

次に、これは政府にお尋ねするのどうかと思うわけでありまして、衆議院の修正の中で医療機関の指導、監査のことに関連をいたしまして、関係団体の指定する者を立ち会わせることができる、こういう規定が入っているわけですが、この衆議院の修正の中身について厚生省はどのようにこれを受けとめておられるのか。もしこのとおり修正がなされ、成立をいたしました場合には、厚生省はどのような団体に対して立ち会いを求められるのか、その辺のところについてお伺いをいたしたいと思えます。

○政府委員(大和田清君) 保険医療機関あるいは保険医に対する指導、監査は適正な保険診療を確保する上で極めて重要であることは申し上げるまでもないわけでありまして、従来から厳正に実施しておるところでございますが、今回の修正によりまして、指導、監査のより円滑な実施が図られるものと考えられるわけでございます。

ただいま御質問の関係団体というところでございますが、関係団体といたしましては、具体的には日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、都道府県医師会、都道府県歯科医師会、都道府県薬剤師会、こう考えておられるわけでございます。これらと十分連絡をとりながら適正な、厳正な運営を行うように、一層の徹底を図ってまいりたい、かように考えるわけでございます。

○佐々木満君 次に、これは先般、同僚の委員からも御質問があったようでありまして、私からもひとつ公衆衛生局長さんにお尋ねをしておきたいと思えますが、私は今日の日本、あるいはこれらの日本の健康を考えた場合に、一番必要なことは日常の健康管理、健康教育、これが基本的に大事なことだというふうに思います。自分の健康というのは自分が守るんだと、こういう国民の心がけ、その心がけに対して行政が的確にこたえるという姿勢、両々相まって健康というものが守られ増進されていくと、こういうふうに思います。私は田舎の人間であります、健康というところにきまして、私はやっぱり時代の移り変わりに従って考え方というのは変わってくる、健康観と申しますか、こういうものも時代の推移につれて変わってくる、こういうふうには思っております。昔、私の田舎で健康な人というのはどういう人のことを言ったかと申しますと、生まれながら死ぬまでお医者さんにかからない、こういう人を健康人だというふうに言ったわけでありまして、しかし、これからの複雑な社会の中における健康人というのは、私はそういう人のことは言わないというふうに思います。新しい時代の健康人

というのは、お医者さんにかからない人のことではなくて、自分の健康について定期的に専門家とよく相談をする人、この人が私はこれからの時代の本当の健康人だと、こういうふうに思っております。

私の郷里の県では、そういう考え方に立ちまして、この十年県民の皆健診運動というのをやっております。これは毎年少なくとも一回か二回、がんとか心臓とか脳血管とか、これにかかわる健康診断というものをすべての県民が受ける皆健診。そして、自分の健康について定期的に専門家と相談しよう、こういう運動であります。私は、こういうのがこれからの新しい時代の健康人をつくるためには絶対に必要だと、こういうふうに思っております。健康管理、健康教育、こういうことにつきまして、政府はもっともっと力を入れるべきだと、こういうふうに思うのですが、公衆衛生局長の御所見をひとつお聞かせを願いたいと思えます。

○政府委員(大谷藤郎君) 先生御指摘のように、健康管理、健康教育は現代の健康を守る上で一番重要なことであるというふうに思います。厚生省では、五十三年度から国民健康づくり計画運動ということで、三本柱でこの運動を進めております。その第一の柱が先生いまおっしゃいました生涯を通じて健康の基盤整備を行う。第三番目が何と申しても健康知識、正しい健康教育というのが重要である。こういうふうなことで健康教育というものを第三の柱といたしまして、全国的にその運動を進めているところでございます。したがって、先生御指摘のように、これからの健康を守る上では健康管理面、健康教育面というところに重点を置いて実施していかなければならないというふうに考えているわけでございます。なお、秋田県の県民皆健診運動につきましては、私も十分承知いたしておりますが、大変その運動の成果に期待しているわけでございます。

○佐々木満君 私が健康教育なり健康管理が大事だというふうに申し上げておりますのは、そういうことをやれば病人が少なくなる、医療費の節減になる、こういう観点から申し上げているわけではございません。健康教育、健康管理、こういうことが徹底すれば結果的に医療費が節減されると、医療保険財政の改善につながる、これは事実でございます。そういうことよりも、もっと根本的な意味では、そういうことよりも、もっと根本的な意味では、お願いを申し上げておられるわけでありまして、高齡化社会が進展する。厚生省の調査によりますと、六十五歳以上の人が現在一千万人おる、十年後には千四百万になる、二十年後には千九百万になる、そして四十年後には二千六百万になる、こうなるわけでありまして、その老人たちが体が弱くって病院に浸りきりになっておられるような社会になるとすれば、私は日本の国は活力を失ってしまう、こう思います。したがって、国民の五分の一を占める老人というものが元氣であるかどうか、こういうことによつて私は日本の将来が決まると、こういうふうに申しても過言ではないと思えます。日本の国を活力のある国にするためには、老人たちをやつぱり健康な活力のある老人にしていかなくちゃならない。年はとつても元氣だと、社会のために働いているんだと、こういう老人をつくっていくかないと、これからの日本の国づくりとしては私はこれはまずいというふうに思うわけでありまして、そういう意味で保険財政とか医療費の問題とか、そういう次元ではなくて、日本の将来の国づくりという観点からこの健康管理、健康教育、こういうものをひとつ大いにこれからがんばっていただきたいというふうにお願いを申し上げておきます。

医療局長さんにも、もう一つこの際お伺いしておきたいわけですが、地域の住民が安心して医療が受けられる、そういうようにするためには、私はやっぱり地域医療計画というものが絶対に必要だと、こういうふうに思います。医療の関

意味で、いままで同僚議員から多くの問題が出されております。できるだけ重複を避けまして、同僚議員の問題説明になっていない問題点、あるいは多少重複もあるうかと思いますが、その点にしばつてまずお伺いをしたいと思います。

まず最初に、薬価問題の改定につきまして、あり方につきまして私はお伺いをしたいと思ひます。

この二日間論議になっておりますが、私は何といつても、いまも出しましたが、薬づけの基本的な改革がいまなおなされてない、ここに問題の本質があるんじゃないか。それは今日の医療のゆがみ、端的にあらわれておりますように、薬づけ医療は出来高払い制の矛盾が放置される中で、薬価基準の設定、それから実務と著しくかけ離れてゐるという状態につきましては、この間の同僚の安恒議員にもお答えを願つておりますから、これは触れません。

そこで、私はあえてここで申し上げたいのは、今日のこういった薬問題をめぐる不明朗な取引行為あるいは薬づけによるいわゆる癒着の關係あるいは患者に与える不信任感、こういう問題等をどういうふうに解消することができるか、この道をいま探ることが一番政府としては大事なことはな

いか、こう思うわけです。それはいま薬価業界が一つのシェアを持って公立、国立あるいは民間病院との取引行為を行っているんでありますが、この際、政府はいままでの反省の上に立ってこういうことを考えてみたらどうか、というのは、私は配給公社制度というものを、たとえば薬価のこの間の資料に出ておりますが、抗生物質から始ま

つて十項目の薬効分類主要メーカーのあれが上がつておりますが、これは薬剤会社と医者との関係、これが一番大きな問題として指摘をされておりますから、私はこの際、むしろ主要薬剤国が買い上げをして一定の公社の中に薬を科学的に設定をして、それを公立、国立あるいは民間の制度におろしていくという、こういういわゆるシステムを考えてみる必要があるのではないか、この段

附に來てゐるのではないかと、こう思うんですが、この点どういふふうにお考えになつてゐるか、お伺いしたいと思います。

○政府委員(山崎圭君) 先生御提案のような薬剤の配給公社制度をつくつたらどうかという御提案でございますが、先生御案内のように医薬品の医療機関あるいは薬局への供給という問題につきましては、欧米諸国も同様でございますが、わが国におきましては、従来から自由経済というふうなものをたてまえにいたしまして、私企業であります卸の業者によつて行われてまいつたところでございまして、こういう供給体制を自身で直接的な原因となつて、薬をめぐると今日の問題が生じていると必ずしも言えないのではないかと、こう考へ方を私どもは持つてゐるわけでございまして、現在のいろいろな言われております問題につきましては、さまざま御議論ちょうだいしておりますが、その問題を解決するためには、たとえば薬剤サイドでいいますれば、一つは医薬分業の推進とか、あるいは薬価調査の厳正な実施でございますとか、あるいは薬価算定方式の改善でございますとか、流通の合理化というふうなこともその一つの大きなテーマであらうと存じますが、そういう施策を実施していく必要があるのではないかと、そういう施策の強化、充実によりまして、わが国の医療なりあるいは薬剤使用の適正化といふことが、そういうものを推進していくことが必要であるかと、かような考へ方を持つておるわけでござい

ます。

○対馬孝且君 いまの答弁は医薬分業をやること

件ほどあります。これは何も古いことではありません。五十四年三月二十八日「厚生省、黒い金に

たかる 現金三百万円」これは国立大蔵病院と国立東京第二病院の医薬品の納入をめぐる汚職事件の問題であります。それからこれは「業務局をと

りまく「薬マフィア」たち」という厚生省の問題をめぐつて田原総一郎が指摘しております問題等もござい

がないように努力してまいりたいというふうに思

つております。

○対馬孝且君 いま医務局長が謙虚にこの事実を認めたから、時間の関係で私は省略して

生いま御指摘の東京第二病院と大蔵病院におきま

共、これずつと挙げていきますと時間があれです

から——いづれにしてもここにある薬効分類別の主なる大企業の薬のメーカーというものはほとんど

○政府委員(山崎圭君) お答え申し上げます。

が、これがあたかもまた偶然にも問題になっておりまして、大臣もいろいろ努力をされていま解決に当たっておりますが、スモンとの関係も出てくるわけですが、この薬品メーカーというものが、あえて言うならば、非常に誠意のない、いわゆる悪質だという、スモン患者からも憤りを持つての怒りであります。医療一〇番でも必ずこの問題が出てきます。

こういう問題について、なぜこういう提案をしているかということについて私が申し上げているのは、それは単なる戒め、あるいはこれから内部における訓示、あるいは指導、こういうものも結構でしょう。しかし、この際私は、そういう構造的な点にやっぱり一つは問題がある。何から何まで自由主義競争の中で全部やれと言っているんじゃないんだ。私は少なくともいま挙げた薬効分類主要メーカーのこのぐらゐの抗生物質、重要な項からこういう幾つかの国が定めた、薬価基準で定める主要な薬種分類というものは、これは私はある程度配給公的な性格の中で国がきちっと仕上げていく、そこでむしろ国立やあるいは公立やあるいは民間サイドに一定のものをあおるしていくという、こういう制度でないために今日の矛盾を生んでいると思えます。率直にあなたが認めになったから、これと私は無関係ではないとは思いますが、これはつきり申し上げて、これは素人が考えたってわかることだと思ふ。だから結果的には厚生省が、私はこういうことを言いたくないんだが、私に言ってくれというから言うんだけれども、も、やっぱり結果的には大メーカーと癒着をして、それで現にエコンミストの九月三十日号にこれが出ていますね。これは岐阜薬科大学の名譽教授である吉田甚吉さんがこう言っています。これ私が言っているんじゃないんだ。これうそだったら否定してもらっていいんだけれども、こう言っているんですよ。吉田先生の言葉を借りますなら、欧米では「死亡診断書に署名する手で、誤れば人を殺すことのある調剤をさせてはならない」、署名する場合、いわゆる医者に薬の調剤をさせて

はならないという倫理が確立している、こういうことです。したがって、医薬分業は当然必要である。また、医者が薬でもうけることは恥だという考え方が欧米の先生方には強い、医師には強いところがあるが、「日本では治療代」薬代の觀念が昔から強くあり、医師は薬でもうけることを恥とは考えていないのであろう」と、これは私が言っているんじゃない。これはうそだと思ったらエコンミストの九月三十日号に、岐阜薬科大学のしかも名譽教授の吉田先生が明確に指摘していますよ。あなたは先ほど、医薬分業はしなきゃならぬと言葉では言っていますけれども、実態は、現に名譽教授でさえきちっと指摘しているじゃないですか。そういう点からいけば、私はもう一つ提案があるんだが、配給公社と同時に、今日の審議会のあり方ということが非常にこれ検討する必要があるんじゃないか。これはどういふことかと申し上げますと、ここが問題です。現在も製薬企業の有する医薬品に関する情報、国に提出する義務、承認した医薬品の審査内容が公表されていない、これは事実ですね。これを国民の監視のもとに置くためには、資料の情報公開、これはこの前から申していますから、そういう努力をしようと言っていますから……。それで副作用の情報、資料の公開を義務づける必要がある。そういう意味では、私は法定の手続に関する規定があつていいんじゃないか、これが一つです。

それからもう一つは、審議会の構成問題。製薬企業の関係を排除するために兼職をやめさせる規定を置くべきである。製薬会社の兼務でしょう。製薬会社を兼務した審議会の委員なんというものは、こんなの、どろぼうと警察と一緒にしたようなもので、そんな審議をやつてみたつて、そんなものは何の審議会かと。どろぼうと警察と一緒にしたようなものを入れて、これがあなた正當な審議会だと言えるか。私はやっぱり庶民の声を言うんだが、したがって、公益代表者もこの際参加をさせるべきだと私は思うわけです。だから、い

ま申し上げたいことは、審議会の内容そのものをこの際検討して見る必要があるのではないか、こういうことも含めて、ひとつお聞かせを願いたいと思います。大臣にひとつ。

○国務大臣(園田直君) 御意見を承りましたが、いま医療機関、それから薬局等に薬の供給が私企業から成つておる御問屋でやられておる。そこに過当競争が起り、そこに自然と厚生省の役人が天下りになると。すべての問題はこういうところから来ているんじゃないかと、こういう御指摘で、その御指摘をそうではありませんとする資料はございせん。しかし、だから配給公社という御提案であります。配給公社が果たしてなじむかどうか、これはなかなかの問題であります。しかしながら、配給公社にするかしないかは別として、いま御指摘の問題は、どうやってこれを排除していくか、これは確かに大事なことでありまして、したがって、いまの配給公社の問題も含め、審議会の機構その他も含めて、御意見を踏まえて十分検討し、勉強をいたします。

○対馬孝且君 いま大臣から率直に、この事態を踏まえて、私がいま指摘をした事実を踏まえてということですが、配給公社が私はすべたと言っているわけじゃないんです。審議会のあり方を含めて、いま十分に検討し、これから対処していきたいという答えですから。大臣、これを確認するようであれませんが、ぜひひとつこの審議会のあり方と、それから薬の流通機構におけるメスを、どろぼうと警察をしていくかと、この意味で私は言っているわけですから、これはぜひ大臣はこの際、薬の不明朗な、しかも不正が起きている今日の時点、ひとつ腹構えを決めて対処していくと、こういうふうに理解していいですか。

○国務大臣(園田直君) 御意見を踏まえて検討いたします。

○政府委員(山崎圭君) 一点だけ補足させていたいただきたいのですが、中央薬事審議会の構成員につきましては、ほとんどが大学の先生とか、国立病院なり、あるいは国立の試験研究機関

の先生でございまして、製薬企業の人々が直接選任されるということはないので、その点は御理解いただきたいと思ひます。

○対馬孝且君 事務局局長はそう言つたつて、これは審議会の中にかつてのあれも入つておるじゃないですか、そんなことを言つたつて。私は名簿を持つていますよ。そんなことを言つたつてだめだよ。

いずれにしても、いま大臣にお答え願つたから、時間の関係もあるから、いま大蔵大臣が来るようですから、先に急ぐようですからあれですが、いずれにしても、大臣がそういう誠意を持つてこれからひとつ対処していく、検討するということですから、ぜひ、これは腹構えを決めて、薬の問題だけは勇断をふるつて、実力ある大臣ですからひとつ答えを出してもらいたい、このことを強く申し上げます。

それから次に、医療制度問題の抜本改正について、先ほど佐々木理事からもお話がございましたが、私は、次の点についてこれから入っていくしたいと思います。

まず最初に、医療費の増高傾向についてどういふ認識をしているかということについて、まずひとつお伺いをしなければなりません。それは、御存じのとおり、昭和四十五年二兆五千億、五十年は六兆五千億、それから今年度は一兆四千億に迫るということが推定をされているわけでありまして、この医療費の増高に対する有効な対策、今日の医療を考へるについて避けて通れない問題となつておると思ふが、最近の医療費の傾向について大臣はどのように御認識をされているか、これをお伺いしたいと思います。

○政府委員(大和田潔君) どうも、先生おっしゃいますように、国民医療費の動向というのは、やはり人口の増加、あるいは人口構造の老齢化、あるいは疾病構造の変化、医療の高度化というふうなことで、かなりのビッチで医療費の増高が見られておるわけでございます。どうも、この傾向は今後も続くのではないかと今ふうに考えられる

わけでございます。たとえば、昭和四十五年から四十八年あたりの国民医療費の対前年度伸び、あるいはそれ以後の伸びを見ても、二けた台もかなり高いところに行っておるというふうなことで、これからの傾向は続くのではなからうか。一方、やはりどうも、国民経済の方は余り急速な成長、高度成長というものは期待できないというふうな時期に相なってきたというところに、ひとつ大きな問題があるかと思いますが、いずれにせよ、先生のおっしゃいましたように、この医療費につきましては、どうも医療費の増加傾向、先ほど申しましたようなことで増加傾向というものが出てまいっております。これからの傾向ではないだろうかというふうに認識されるわけでございます。

○対馬孝且君 これは、医療保険政策研究会で次のようなことを発表しておりますが、保険局長、これはどういうふうに理解しますか。これは健保連も主張していますが、医療費のむだの排除等があるが、医療費の伸びを分析し、その中から医療費の伸びそのものを適正に抑制する施策を提示したものは残念ながらいまだない、こういうことを断定して、医療保険政策研究会の意見の中に、これは健保連も言っていると同時に、同じ意見を出しております。この点あたりをきちんとやっばり踏まえなければならぬ。先ほども指摘をしました薬づけ、検査づけの問題を含めて、医療構造の問題、こういう問題を含めてやっばり見直してみろという段階にきているのではないか、そこがやはり基本ではないのか。あなたが言うのは、それは一つの現象であるだろうけれども、私は、この点は重大なポイントである。なぜそういうことを言うかといいますと、四十五年度は、これは総額にして二兆四千九百六十二億、パーセンテージにして四・一〇、五十年度はここにありますが、五・六兆四千七百七十九億、パーセンテージにして五・二二、五十三年度までしか出ていませんが、これは十兆四十二億、これは伸び率にして六・〇三、このような異常な伸びになっているわけ

です。あなた方はすぐそういう言い方をするんですが、私は、根本はこの医療の抜本改正を今日の目的に、この医療の増高傾向というものを基本的に見直してみろということがここに一つあるんだというところを指摘したいんですが、この点、どういうふうにお考えになっていきますか。

○政府委員(大和田澤君) 医療費の動向の分析の問題かと思いますが、一つは、実は医療費の動向につきまして、自然増というものがかなり見られる。で、医療費の改定というものがその上にあるわけでありまして、自然増自体がかなり見られるんではないかというふうな分析があるわけでありまして、私も、私も自然増を分析をいたしますと、どうもたとえば自然増でも、政管健保本人の場合を見ましても、五十四年度は五・七、五十三年度も四・二と、五十二年度は八・三と。家族の場合も、五十四年度が八・五、五十三年度七・〇、五十二年度八・九というふうなことで自然増が見られる。国保もやはりそれを上回っての自然増が見られているといったようなことがあるわけであり

ます。この分析をどうやるのかという問題がございまして、実は、私もこの分析につきましているところと検討をしておるわけでございますが、なかなかつかめないわけでありまして、医療費の自然増の分析を、一人当たり診療日数が伸びているのだから、それとも一日当たりの金額というものが伸びているのであろうかというふうなこと。つまり、前段は受診率、非常に、患者がお医者さんのところへ行く受診率が伸びているのだから、あるいはそうじゃなくて、一日当たり金額の方が伸びているのだからというふうな分析をしてみますと、やはり、その受診率を含めまして一人当たり診療日数の伸びというのは、それほどこれは伸びていない、伸びていないというよりも、横ばいしないし、たとえば政管健保の本人の場合はむしろちょっと下減ぎみなどころがあります。家族の場合には大体横ばいと。国民健康保険の場合は微増といいますが、多少伸びておりますけれども、本

当に微増であるというふうなことが言えるわけでございますが、一方、一日当たり金額の方はかなり伸びておると。一日当たり金額は、五十四年度七・五、政管健保の本人であります。家族の場合は八・〇、国保の場合は八・八というふうな伸びてきておるわけでありまして、数年間の伸びを見ましても大体その程度の伸びというものは自然増で見られるわけでありまして。

そういうことからいいますと、どうもやはり一日当たりの金額というものが伸びが、医療費の増高というものがつながつてくるのではないだろうかというところがわかるわけでありまして、まあこの一日当たり伸びというのがどういったようなものに原因するかという、いろいろあるわけでございますが、これに對しますやうな原因といひましては、先ほども触れましたように、やはり年齢構造の変化であるとか、疾病構造の変化、あるいは医学、薬学の進歩による医療の高度化というふうなことが挙げられるわけでございますが、いずれにいたしましても、さらに私もはこういって自然増というのに対して分析を行いまして、適確な医療費の適正化対策、適確な措置をとっていかねばならぬというふうに私も考えておるわけでございます。

○対馬孝且君 いまあなたの答弁聞いておつても、まだ原因に対するこれが医療増高の最大の原因だということが確信を持った答えになっていませんね。

私は、今日の医療費の増大要因というのは、もちろん医学、薬学の進歩もあるでしょう。あるいは医療支出の、いまあなたが言うた一人当たりの増高傾向もこれは数字ですから否定はしません。問題は何かと言え、私は、半面これは薬づけ、検査づけに代表される医療費のむだ遣い、乱診乱療というものをやっばり指摘せざるを得ません。したがって、この国民医療に望ましい発展のためには、ここにありますように、医療費の増大、赤字原因の究明というものが徹底的になされて、その基本に立って、これからの健康保険法の改正、

あるいは医療の抜本改正はどうあるべきなのか、これがやっばり基本になって改革がされなければならぬ、こういう本質に立つべきではないかと、私はこう思うわけです。この点どうですか。

○政府委員(大和田澤君) 先生のおっしゃるとおりでございます。やはりこれらの数値等から見ますと、医療費に対して薬の占める割合が多いというところ、これはもう確かにそのとおりであります。それから検査の占める割合、これが年々ふえてきております。最近ではパーセンテージ、医療費の医療行為の中で点数の占める割合が一〇％に達したというふうなことでございます。

まあ、そういう事情があるわけでありまして、それをそれじゃどうやるかという問題、対策の問題でございますけれども、やはり私もいたしまして、薬につきましましては実勢価格と薬価基準と、この間の乖離というものがあつた。これをやはり埋めていかなければならないという問題があるわけでございます。

それから検査づけにつきましては、まあいろいろと論議があるわけでありまして、いづれにいたしましても、そういう対策を進めていかにやらないと、また、不正請求あるいは不当請求といったような場合には、これに對して厳正な態度で臨まなきゃいかぬ。つまり、指導、監査の問題であります。そういうふうなことも進めていくことによりまして、総合的に医療費の適正化対策、医療費の効率的な使用といったものを進めていかにやらないとというふうに私も考えておるわけでございます。それ以外に医療費通知というものも進めていかにやらないと。いろいろ私ども知恵を出しながら、これらの医療費適正化対策を進めていかにやらないとということはおっしゃるとおりでございます。

○対馬孝且君 私の指摘をそのまま認めましたから、あえて重複する必要はありませんけれども、これもエコノミストの九月三十日号に出しています、これ、こういう結果になっていきますね。こ

者分)をみると薬剤費(二八・九%)と注射費(一六・五%)です。それから、これだけで四五・四%を占めてゐるわけです。これをもつても、あなたがいま認めたから、私はあえてその確認の意味で言うんだが、これだけの薬づけ、薬だけとってもこれだけあるんですよ。これ、私が言つてゐるじゃない、エコノミストの九月三十日号にこういう発表をしてゐる。だから、こういう問題から言つて、私が言いたいのは、そういうものがはつきり解明されないうちに健康保険の改正あるいは医療法の抜本改正というものに取り組むとするならば、その赤字の原因、医療費の増高原因というものをはつきり確認をして、その基本を土台にして改革というものはなされるべきものではないかと、まああなたが実態をお認めになつてゐるから、私は何も言うわけではありませんが、そういう基本に立つべきではないかということについてどうですか。ひとつ大臣から、今後の問題としてお聞かせ願ひたいと思ふんです。

そこで、保険局長もいま認めておりますからもうあえて言うこともないんですが、私は、まあここでやつぱり言つておかなきゃならぬというのは、超高額な請求の一例がこの健保連で出されてますね。これはどういふことかといふと、高額請求分の患者一人一月当たり五百万以上の請求の調査の一例として、一件当たり最高点数、これ大阪府の国立医療機関の場合に、下腿静脈血栓症等の三十日間入院した患者が五十三歳の方で九百四十万円という実は医療費を払つてゐる。このうち注射が九四・七%を占め、また一カ月間に九百八回の注射を受けたという実例が指摘をされております。この事実はお認めになりますか。

○政府委員(大和田淳君) 事実はいけません。おつしやいますように、国立循環器センターにおきましてそういう事実があつたことは承知いたしております。

○対馬孝且君 いま事実はお認めになりますというところですから……。

○國務大臣(園田直君) 療養費の増大、赤字の増大、これの原因がどこにあるのか。これを検討を急ぐことは御指摘のとおりであり、全力を挙げてこの解明をしたいと考えております。

○対馬孝且君 いま大臣が、指摘されたとおりだということ、これを解明して、これから対処してまいりたいと、こういうことでありますが、しかし、本来ならば私は、今回の改正案の前に国民の前に明らかにして、その基本に立つてやっぱりは解明をさるべき問題だと、こう思うんです。それがどうも、改正の方が先になっちゃって、根本の原因解明がこれは全然されないままに、ただ財政的な現象面からだけ初診料が何ぼ、あるいは保険料率が何ぼと、こう出てくるところが国民が

それでは、私が素人で考えてみても、いま言たようなことがどうも釈然としないということになりますね。どうしてこんな九百なんて、ちよつとまるで気が遠くなるような数字、私に出せと言つたつて、これ出しようがない、率直に言つて。しかし、問題はこういう異常なまでになつてしまつていてということとは、それは医師として生命を守るという立場から善意でおやりになったと言へばそれまでのことなんだが、それはそういう精神に立ちたいと思うんだが、ところが立てないんだが、実態をよく聞くと。私も聞いてみましたけれども……この点からいくと、私はいま一番やつぱり何が問題かと言へば、やつぱり保険給付率をこれから負担の關係等議論しても、結果的にやつぱり

ようけれども、しかし、そうではないという事実がむしろあるわけだ。私もこれはいとこが医者ですからね、この間北海道へ帰って二、三病院実際に実情当たってきました。こんなこと言いたくないけれどね。いまのあれからいくとそうせざるを得ないやっぱり医療の制度になっているところ言うんだ。これは率直に申し上げますよ、私は。たとえば札幌の例を一例申し上げますけれどね、もういまホテル化だ、病院はもうホテルですよ。もうだんだん、どんどんホテル化して、そしてもう高層あるいは富士見病院に見られるようなあいう例と同じように新しい物、そして施設は完備をされ、ホテル化していつている。こういうそれを、七年間で償還するというわけでしょう、銀行から借りれば。七年間で償還をするとしたらそうせざるを得ないと言ふんだよ、これ本音を言わしてもらおうと。これは全部とは私は言いませんよ、私の当たったところでは良心的に——まあ私のいとこは、ちゃんちな病院ですけれどもね、札幌でやって

う。いった場合には患者に対する医療というものが、一概に不当であるというふうに決めつけるのがなかなかむずかしい、こういう問題が実はあるわけでございます。確かに高い医療でございませうけれども、そういうような場合にやはり必要かなと。したがいまして、総点数とか注射の全点数に占める割合から直ちにこれは不当だというふうに言うわけにはいかないわけでございますが、診療内容のやはり問題、これはここまでやらなくてもいいじゃないかという診療内容がある。これは言うならば濃厚診療というふうに言えるかと思ひますけれども、やはりこういう患者にここまでやらぬでもいいじゃないか、通常の医療でいいじゃないかといったような場合があるわけであります。で、そういったようなものを判断するには、現状では指導、監査という方法による以外にないわけでありまして、今後ともそういうことで本場に不当な医療というものの、余りにも濃厚な医療といったようなものが行われているようなケースは、も

第七部 社会労働委員会会議録第九号 昭和五十五年十一月二十五日 【参議院】

り申し上げて。だから私はそういう意味で大阪府の実態だって、こんな九百八回も注射を、先ほど指摘したようにこれだけの注射をあなた打たなきゃならぬというところは、どなたが考えたって、これは私にも聞いてみましたよ。そうしたら、そんなことは考えられないと言ふんです、考えられないと。あなたはいま肯定したようなことを言うけれどね。医者としても、これは医者でももちろん個人差はあるでしょう。しかし、私のいとこだって医者さんだけれども、そういうことは考えられないと言ふんですよ。

なぜ考えられないかといったら、やっぱり結論はそこにくんです。結局それは本当に生命を守るということも考えて、それは善意だったかも知れぬが、やっぱりそういう総合的な、いま私が言ったように高層ビルみたいになってホテル化しちゃって、そこに過大な設備投資をする、高度な医療機器を入れる。もうこれは医療行政ということよりも、いわゆる医療ではなくてもはや商業化してしまっている、商業行政になってしまっている。商業、商売なんだということが先行しているところに基本的なやっぱり問題があるんだということをお私に受けとめないと、これはやっていると人は善意でそれはやっているかも知れぬよ。しかし、制度上結局銀行に七カ年で償還しなきゃならぬとするならば、心の中では善意だと思つたって、やっぱりかせぎまくる以外にないでしょう、何ぼうまいこと言つたって、それは金は返さなきゃならぬんだから。やっぱりそこあたりにはよく指導、監査って言葉では言っているが、それじゃ指導、監査がどこまで行われているのか、この点ひとつもうちょっと明確にしてくださいよ、それじゃ。

○政府委員(大和田清君) 不正請求の場合は、指導、監査、これはわりあい技術的に簡単でございしますが、いまのような濃厚診療、不当な診療の場合はなかなか技術的に困難な面がございします。しかしながら、こういった濃厚な不当診療を放置するといふわけにはいかないと、ただいま先生御

指摘のような問題がございしますので、昨年、五年の一月に不当な診療につきまして指導、監査を行つていく、こういう通達を出しまして、不当な診療につきましても監査体制というものをとつてまいりました。しかしながら、これにつきましても医学的な問題が絡みますので、なかなかむずかしい問題でございしますけれども、これは逐次この不当な診療に対する監査というものを進めていくという体制を、いまとつておるところでございします。

○対馬孝且君 そこで、私は前回もちょっと同僚委員が触れていましたけれども、私は指導、監査だけで現在の医療体系の問題は解消されると思いません。これは私もずっとお医者さんに聞いてみた結果なんです。私はやっぱりこれは根本原因は、この前も同僚委員からも若干出ましたけれども、やっぱり出来高払い制度の矛盾に起因している、出来高払い制度というその自体が基本の問題であるというところをいらないと、やっぱり厚生省はただ指導、監査指導、監査とだけ、強めれば問題は解消すると思つたら、これは本質的な解消になつていかなんじやないか。たとえば都道府県の一々当たりの同一疾病の給付について、この前も出ましたいわゆる西高東低、入院日数が世界で一番長いということが前回の健保法審議の際にも指摘されていますが、ここで根本的な原因にやっぱりメスを入れる、ここあたりが一番基本ではないか、私はこう考えるわけです。だから、出来高払い制度というものを、これをいま日本の医療体系上、これはこの前大臣も、これはひとつ徹底的に洗い直してみて、これからどういふふうにしていくかというところは検討するということであつたが、いずれにしましても、この問題が基本であるということを私は、厚生省は見直す時期に来ているんじゃないか。この点についてひとつ、むしろ大臣からお答えを願いたい、こう思つておるわけです。

○国務大臣(園田直君) いまの御意見と事務当局の答弁のやりとりを聞いておりました、このようになことに對して厚生省は、専門的な事項については立ち入る権限がない、指導、監査にまつ以外にないといふことでございするわけでありまして、しかしした、その指導、監査による以外はないというのには、患者を診なければならぬ、患者を診断したお医者さんでなければならぬ、こういう専門的なことは別でありまして、ちよつと医学の知識のある人が見れば、そういう非常識なことにはあり得ないといふことで、専門的な内容に立ち入つてはならぬといふ一言で押し切られてきたところに、今日いろいろの問題が起つておるような気がいたします。そこで、この点についてはもう少しお医者さんや医療に従事する方々、いろいろな審議会とも相談をして勉強をする必要が間違ひなしにある、ただ専門的なことは口を入れられませんが、こういうことでは、いまのままの状態が続くんじやないか、こう心配をいたしております。

かつまた、出来高払いであります、出来高払いの制度ができてから十八年、定着をした。したがつて、これはなかなか受給者の数やあるいは給付率の相違などから見れば簡単にはいきませんといふことで、これは相当長い間厚生省同じ答弁で続いてきているようで、私もその答弁を教わりました。しかしこれは、正直に考えまして、それならば皆さん方のおしかりを退けてこの出来高払いを守つていけば、あと何年それが続くのか、私はやっぱり何かこう行き詰まるような気がいたします。この出来高払いについては、健保の改正案についての条件とかそういうことではなくて、真剣に考えるならば、いまの出来高払いを急に切りかえることも不可能でありましようけれども、これに一部はかの方法を導入するとか、あるいは老人医療の際に何か考えとか、混乱なしに出来高払いから適切なところへ持つていく一つの窓口ぐらひは考えなきゃならぬ時期に来ているんじゃないか、私もそのように考えますので、よく勉強してみたいと思ひます。

○対馬孝且君 いま大臣から、いままで答弁なかつたことをかなり——十八年間、いままでは定着をしてきた、これを何とかひとつ継続させてもらいたいといふ答弁でございしましたけれども、いま大臣のお答えを聞きますと、この際これだけはやっぱり、もうマンネリ化しているというよりも、この古い制度だけに定着していいという段階ではないと私は思ふ。決して私は政府側を責めるとか厚生省を責めるとかという意味で言つていふんじゃないんです。私はこれから、先ほども同僚の佐々木委員からも言つたように、高齢化社会を迎えて大変な事態になつてくる、こういう医療体制というものを、こういう機会にやっぱり抜本的に見直してみる必要があるんだと、これは後から申し上げてもいいけれども、諸外国ではやっぱり出来高払い方式というものを改めて、一応その国の諸事情ももちろんあると思ひますが、もう出来高払い制度から脱皮をしていっている傾向が実は出てきている。そういう意味で、医療制度の改革の時期に、この問題についてはひとつ十分に研究、検討してみたいといふ大臣の積極的な姿勢を私は評価をいたします。

いま一度確認の意味で申し上げますが、ぜひこれはひとつ次の改革の時点で、この出来高払い制度の改革を審議会なりあるいは答申を出してみる、あるいは論議の話題に上させるといふことはどうですか。これはひとつ大臣として検討してみてもらえませんか。

○国務大臣(園田直君) これは御想像のとおり大変なことだと思ひます。しかし大変なことではあるが、このままではいけばいつかは行き詰まる、こういう両面を考へて厚生省自身が真剣に勉強すべきことだと考えております。

○対馬孝且君 まあ私は、いまそういう答弁ですから、ひとつぜひ私のあれとしては審議会あたりで、この改革は一挙にできるとは思ひませんが、思ひますから、この際ひとつやっぱり審議会あたりを通してそれは発議をした方がいゝんではないか、こういう考え方に立たないと、もうただ十八年間定着したんだから定着したんだからと言つた

って、定着したことが、いまだ私が挙げた案の問題に当たって、検査づけの問題に当たって、あるいは医療の構造の問題に当たって、幾つか挙げましたが、そういう問題が挙がってくるわけですから、このことをひとつ積極的に踏まえて取り組んでもらいたい、こう思います。

それじゃ大蔵大臣が来たようですから、質問者とかわります。

【速記中止】

○委員長(片山基市君) 速記をとめて。

○安恒良一君 大蔵大臣に来ていただきましたから、許されました時間の範囲内で、国庫補助運動問題に限定をして大蔵大臣に質問をします。

四十八年に保険料率に弾力条項が導入されました。それと同時に定率の国庫補助制度が設けられました。それまでは、実を言うと政府管掌健康保険は定額の補助であつたわけでありました。そこで、四十八年、それができるとき議論でありましたが、政府管掌健康保険は体質的にも財政基盤が、保険料収入それから給付の両面で非常に脆弱である。これはなぜかという、民間の中小零細企業の労働組合でつくっている。そこで、社会保障的な立場から政府が一定の財源を負担するのが当然である、こういうことで実は四十八年の改正のときに、それまでの赤字をたな上げをして、そしてそれまでは定額補助、年間二百二十五億であつたのを、まず定率に切りかえると同時に弾力条項がそこで設定をされましたので、いわゆる保険料率については弾力条項を設け、保険料を一定上げることに給付については国は〇・八%積み上げる、こういうことになったのでありますが、そのいきさつについては大蔵大臣は御承知でしょうか。

○国務大臣(渡辺美智雄君) 委細は承知しておりますが、そのようないきさつがあつたとも聞いております。

○安恒良一君 なお、当時この問題の提案説明に当たられておりましたのは齋藤厚生大臣、そして齋藤厚生大臣は次のようなことを国会の中で、私

ここに議事録を持っておりますが、同僚委員の質問に對して答へられていたのであります。いわゆる、なぜ弾力条項を設定をしたのか、こういうことに對しては齋藤厚生大臣は、これはいわゆる三者三泣きである、いわゆる政府管掌健康保険というものは零細企業であるので、これから保険料率を上げるときには労使にもひとつ泣いてもらう、しかしながら国もそれに應じて財政支出をしていく、こういうことで最終的に参議院修正で一つについて〇・八ということが実は決まつたわけなんです。これは当時の議事録をここで私が見ますと、今後保険料の増額の際には三者三泣き、すなわち一つは保険料はどのくらいかというのと、当時だと百十億ですから、労使が五十五億、その五十五億を負担していただいたときに国は大体四十億ぐらゐの負担を出しようということ、制度的に非常に画期的なものである、このように私は考へてゐる。こう厚生大臣が答弁をされて、いわゆる運動条項ができたのであります。この点についても御承知でしょうか。

○国務大臣(渡辺美智雄君) 議事録にそうあるんでしようから、それはそのとおりだと思います。

○安恒良一君 議事録にあるのでしようからと言われましたが、このとおりです。これはしかも自民党の議員の御質問に對答へになつてゐるわけですから、でありますから、その精神からいいますと、今回弾力条項だけは存置をする。現在の健康保険料は千分の八十であります、千分の九十一まで上げる余地を残す、こういうことですね。それに對して今回は、いわゆる弾力条項については国家財政の観点から当分の間は一六・四%とし、将来給付内容の変更または国の財政事情の変動の場合に検討するものとすると、こういうことになつてゐる。そうしますと、これは三者三泣きというのがある間にやら二泣きだけ泣いて政府は泣かないということになります、そういう点について大蔵大臣はどうお考えでしようか。

○国務大臣(渡辺美智雄君) 政府が泣くという言葉がどうかかわりませんが、泣くにも泣けなくな

るほど財政が厳しくなつてしまつたということも事実でございます。

○安恒良一君 そうしますと、そこで私は、きょうわざわざお見えになつたことについて、厚生大臣にはすでに提案をいたしまして、厚生大臣は大臣と御相談を願ひたい、いふことで提案をしてゐることがあります、いまあなたがしゃつたように、三者三泣きという言葉は齋藤厚生大臣がお使いになつたのですからそれを引用したわけでありまして、財政上政府が持てなくなつたと、こうおっしゃるわけですね。そういたしますと、今回保険料率を一定上げますと二百九十億の財政支出になります。いわゆる保険者、被保険者は持ち出しになります。それから、いま言つた〇・八は幾らになるかという、これは二百三十億要るわけでありまして、そこで私は厚生大臣にお聞きしたのであります、この法案が通過したときに現在の千分の八十が幾らになるかということをお聞きしました。大体法案自体で八十四ないし五だろ。それから六年間で赤字負債を抱えてゐるためにあと一%要ると、こゝ言われたわけですから、そこでラウンドナンバーにいたしました八十五というふうに保険料率が上がると思つたわけですね。そうしますと、保険者、被保険者は二百九十億の五倍、国がお持ちになるのは二百三十億の五倍でありますから年間に千五百億あればこれはいままですと、どおり三者三泣きになるわけですね。年間に千五百億。しかも私は、民間の大企業の健康保険組合や共済のことを言つてゐるわけじゃない。千人以下の中小零細企業の労働者に、社会保障的にも国が持つのが当然だ。しかも、画期的だということとを四十八年に同じ自民党の内閣の大臣がお答えになつてゐるのに、今回財政的に見るならば年間とりあへず千五百億国が財政支出すれば三者三泣きになるんであります、この点について大蔵大臣としてどのようにお考えですか。

○国務大臣(渡辺美智雄君) 四十八年當時は御承知のとおり高度経済成長の熱潮期の最後というやうな時代でございます。現在は、それから非常に

大不況になつて、それをかばうために国は莫大な国債を発行して現在までやつてまいりましたが、すでにこれ以上国債を年々増発することは、日本経済の根幹を脅かすやうな問題になりかねないというやうな観点から、ともかく来年度は二兆円も国債を減額をして健全財政の方向に向かわなければならぬ、こういうやうな時代を迎えたわけでございます。したがういふ、その当時としてはそういうやうなことが言へたと存じますが、それから七年たつた現在、世界に例のない、日本のやうにもかく医療保険制度に對して十数%というやうな国庫補助をしてゐる国は私は寡聞にして知りません。ドイツにおいてもフランスにおいてもアメリカにおいても、国家が医療制度に大幅に補助をしてゐるという國はないと思つた。したがういふ、日本といつたにしても、財政が許すならばそれはいまの考へ方よりも、財政が許すならばそれが、現在、諸般の事情また世界の状況等に勘案をいたしまして、当分の間国庫補助率を上げることができないというやうな点から、このやうな点になつたわけでございます。

○安恒良一君 高度経済成長政策が低経済成長になつて、大被害を受けてゐるのは国だけではないわけですね。労働者も受けてゐるわけですね。そういふ中で今回、依然として労働者については少なくとも千分の八十を九十一まで上げ得るという、政府としてはフリーハンド。私はこのことについて非常に反對してゐるのは、いままでは保険料率を上げるときには国の持ち出しもありましたから安易に保険料率を上げられなかつたと思つたのであります、今度は政府は持ち出しがないとする、医療費の自然増がありますと、きょういふ歯どめ率が上がつていくのじゃないか、きょういふ歯どめがかけれなくなるのじゃないか、きょういふ点の一つ。

それから、最後に大臣に一つ問題を提起して御相談を願ひたいのは、ここまで大臣おっしゃるならば、三者三泣きは画期的なことと言われたんですから、とりあへず今回の政府管掌健康保険の保

險料率の改正は、八十五なら八十五もしくは八十六で固定をする、そして本当ならそれは連動しなければならぬけれどもそこだけはひとつ泣いてくれと。そして今度八十五からまた上げるときには法律改正事項として国会で相談しようじゃないか、こういう提起があつていいんじゃないですか。三者三泣きで、国家は財政赤字だからもうこれは勘弁してくれとおっしゃっているわけですから、それならばせめて八十五とか八十六をここで審議して、それに必要な法を決めておいて、保険料率の上限だけ政府が弾力条項で上げられるということをやめるといふことを、どうして御検討にならないのでしょうか。その点については、私はこの前園田厚生大臣に、ぜひ大蔵大臣と御相談をさせていただいた上で御返事をいただきたい、こういうことを言っておりますから、どうかひとつその点の扱いについては、大蔵大臣、一遍厚生大臣とどう扱うのかということについて御相談をお願いしたいと思ひますが、どうでしょうか。

○国務大臣(渡辺美智雄君) 園田大臣からの相談もございましたが、御要求のようなことはきわめて困難だということに申し上げたわけであります。先生のおっしゃるのは、政府の助成というものがあれば、それが出せなければ保険料率も動かさないからブレイキになるんじゃないかと。それはしかしながら、千分の八十から九十一と一・一%の中での話ですね。一・一%の中での話であつて、大幅な保険料値上げというふうな話では実はない。微調整といひますか、一%の話です。そこで私もとしては、医療は保険制度でございますのでやはり上げる方ばかり上げるということじゃなく、まず出る方についても徹底的なメスを入れていただいて、そしてともかく、全部の医療が健全に必ずしも行われているかどうか非常に疑問のあるところでもございますから、医療の出費についてもひとつ厳正に公平な、むだのないやり方をお願いしたいということを、厚生当局にはお願いをしておりますのでございます。

○安恒良一君 あなたの微調整というところからも全然財政担当、大蔵大臣として……。というのは、もう一遍申し上げますと、千分の八十が千分の九十一になりますと約三千億保険者と被保険者は保険料をよけい納めるわけなんです。三千億です。そうして保険料率を一%上げると二百九十億なんです。それから国が持ち出すやつ〇・八は二百三十億なんです。三千億も持ち出すことになるわけなんです。そのときに、国はもう財政上赤字だから持ち出せないところおっしゃるんだ。たうら、三千億も持ち出さずして、現在の千分の八十が当面必要な金が千分の八十五とか六というところを厚生省が計算して言っているわけですから、そこで法律を決めて、それから先持ち出すときには、改めて国会に御相談をされたらどうですか、こう言っている。そこだけはフリーハンドで持っておこうということじゃ、全くいわけゆるこれをつくったときの精神から言ってもこれはつじつまが合わないことじゃないでしょうか。また、諸外国の例を言われましたけれども、これはあなたもこの方面いろいろ本書かれていますけれども、諸外国では全くむだ遣いができないような、医療のシステムがもう全然違うわけなんです。たとえば現物給付出来高払い制度なんかやっている国はないんです。総額請負方式とか人頭払いとか、そういうことをきちんとやっているわけですね。それなのに、あなたはそこをネグレクトして、日本のように一六・四も持っているところはないなんという、ちよつとあなたがお書きになった本とは、大分やはり大蔵大臣になると違うことを言われておるような気がしますけれども、そういう中で、私がいま言っていることについて真剣に考えてほしいのは、どうしても財政上の負担で当面は出せないというなら、そのことについて五%や六%はやむを得ないでしょう。しかしそこで頭打ちをして、後八十五ないし八十六を要するときはまた国会に法律改正として御相談をされたらどうですか、こういうことを言っているんです。どうですか。重ねて聞きます。

○国務大臣(渡辺美智雄君) たとえば千分の八十九から九十一にするのは弾力条項だと、こう申しましても、やはり被保険者に迷惑の、迷惑と言つちやなんです。負担のよけいかかる話でありますから、これは安易に、弾力条項をいただいておるからといって厚生当局が安易にそれを上げる、金に足らぬからすぐ上げるというふうな姿勢はそれは絶対にとらないと思ひます。それと同時に、やはりドイツも日本も出来高払いであることは間違いないんです。ただ、総枠を確かに医師会と保険組合との間で決めているということも事実でございます。したがって、いろいろそういうところを勉強しながら、やはりその出費がよけいにならないように、それはいろいろ創意工夫をしていくということが必要だろうと、かように考えております。

○安恒良一君 大臣が退席されましたから、あと残っておりますから、私は私の時間の範囲内でそこをちよつとお聞きをしたいんですが、いまだうしても私は医療費の総額の歯どめ問題は、出来高払いであっても、いわゆる総額請負方式とか人頭払いと、現物給付出来高払いでは非常にこれは違ってくるわけです。そのことを大蔵省の官僚と論争しようと思ひません、これはあなた専門じゃないんだから。そこで、私がお聞きしていることは、いわゆる千分の八十五なり六い主要なやつに固定をしないのかと、これはなぜ大蔵省に執拗に聞くのかというところ、このところは厚生省の考え方を大蔵が頑強に否定をして連動条項を打ち切つたところを挙げましょう。いわゆる四党合意というところからわが党が聞いたときは、最初は全部連動する、こういうことが自民党と話がついたと、こういふことです。そこで、私たちは千分の九十一になると、連動すれば政府負担は約二十六になるよと、こういうことを言つたわけなんです。その後第二段階で返ってきたものは、いや千分の二十を超えたと非常に大変だから、とりあえず千分の二十までは連動する。それから先は〇・四ずつの連動と、こういうことで国対委員長会議の中で話が済んだと、こういうことを聞いておる。ところが、連休が明けてみたら自民党の医系議員を初めとする物すごい党内造反があつてこれが流れ、加えて六月の総選挙で衆参で自民党が安定多数を得た。そうすると一挙に今度は連動は全然なしと、こういうふうに変つていく。その連動は全然なしと変わつていくところの元凶はどこかというところ、それは大蔵である、こういふようにわれわれは聞いていますから、重ねて私は三者三泣き非常にりっぱな画期的な制度だと自民党の大臣みずから提案をしているのを、高度経済成長から低成長になつたからということで、なぜ国民いわゆる保険者と被保険者だけを泣かせるんですか、政府はなぜ支出をしないんですか、そのことについてお聞きをして終わりたいと思ひます。

○政府委員(矢崎新二君) 先ほど大蔵大臣からお答え申し上げたところでございますけれども、現下の財政状況というものはきわめて急迫をいたしております。これ以上の国庫補助率の引き上げというものは耐え得ない状況に至つておるわけでございます。また、その医療保険制度というものは、先ほどもお話が出ましたように、やはり各国の状況を見ましても原則的には保険料で賄つていくということが基本的な考え方ではなからうかといふことも考えておるわけでございまして、そういったようなことを総合判断いたしまして、私どもは国庫補助についてこれ以上の連動を続けるというところはできないと、こういう判断をいたしました次第でございます。

○委員長(片山基市君) 本案に対する午前の質疑はこの程度にとどめ、午後一時まで休憩いたします。

午後零時六分休憩

午後一時五十分開会

○委員長(片山基市君) ただいまから社会労働委員会を再開いたします。

午前引続き、健康保険法等の一部を改正する法律案を議題とし、質疑を行います。

質疑のある方は順次御発言を願います。

○対馬孝且君 先ほど申し上げた出来高払い制度に対する大臣の所信はわかりましたが、だめ押しの意味で申し上げておりますから、その点もう一回、答弁を聞かずに大蔵大臣に入つたものでしたら、その点ひとつ再確認の意味で。

○国務大臣(岡田直君) 現在の出来高払いのためのいろいろな弊害、あるいは各種の意見が出てきております。これは十八年間も定着しておつて、これを變えらるゝと大変な作業で、混乱もあるわけでありまして、しかし、このまま続けてこの保険財政がいけるかどうかということもまたこれ反面大きな問題であります。したがって、このように混乱なしに、どのように各位の意見を入れながら逐次一つの方角に移っていくか、こういう重大な時期に來てゐると思ひますので、御意見を踏まえて、よく厚生省は検討をいたします。

○対馬孝且君 そこで、いま大臣がそういう答をいたしてありますから、私は事務当局にひとつ確認の意味ではつきりしておきたいんですが、これはこの前の一九七七年三月、厚生省が出来高払い方式に対する点数制度の問題点として指摘された事項が七項目ございまして、これをひとつ確認していかうかということ。私は大臣がそういう答をいっているから、第一点は、患者が多くないと医療が成り立たない、これが一つ。二つ目は、医薬品を大量に投与しないと点数が増加しない。より高価な医薬品を投与しないと点数がふえない。反復治療が多い医師の方が名医よりも点数がふえる。それから施設の良否の差は点数に反映されない。診療時間の長短に応じた点数が認められない。それ

から病名をたくさん列挙しないと点数が増加しない。こういう点が現在の出来高払い制度の問題点として実は挙げられてゐるわけです。この点をひとつ確認できますか。

○政府委員(大和田潔君) いろいろいま先生がおっしゃいました点が問題点として指摘をされておるわけでございます。これにつきまして、しばらくどういふふうにかへるかという問題であらうかと思ひます。したがって、逐次いさ先生おっしゃいました点につきまして、どう考えるんだということにつきましてお答えをさしていただきたいと思います。

患者が多くないと医療が成り立たないという指摘があるじゃないか。これに対してどう考えるのだということでございます。これは、先般中医協が実施いたしました医療経営実態調査の結果を見ましても、病院、診療所とも専門職種に相応のこれは医療収入を上げてゐることが示されたわけでありまして、したがって、患者が多ければ確かに医療収入が増加するのは事実でございますけれども、僻地とか離島のような特別な地域を除きまして、一般には医療経営が成り立たないというやうな例はまれではないかと、つまり患者が多くなると医療が成り立たない、こういうやうなことでございまして、一般には医療経営が成り立たないというやうな例はまれではないかというふうにかへるわけでございます。

それから、医薬品を多量に投与しないと点数が増加しないというやうな御指摘でございます。確かに現状では、医薬品を多量に投与すれば点数が増加するということは事実でございます。ただし、それかといつて、妥当適切にこの投薬は行ふべきものと、これはもう当然の話でございます。こういうやうなことで、これは医薬品を多量に投与するということとはやはりここにあるやうに、いろいろな点数を上げるために医薬品を多量に投与するということは、先ほどのお話の中で上げるとすれば、これはもちろん好ましくないということでございます。これは今後とも医療機関に

対する指導を強化してまいりたいと、こういうことでございまして。

それから、より高価な医薬品を投与しないと点数が増加しないというやうな御指摘。これは確かに高価な医薬品を投与すれば点数は増加するといふことは事実でございます。しかし、これも御案内のように投薬というものは個々の患者の症状に応じて妥当、適切に行われるべきであることはもう言うを待たないわけでありまして、点数を上げるだけのための目的で、より高価な医薬品を投与するということとはもちろんこれは好ましくない、こういうことが言えるわけでございます。

それから、反復治療が多い医師の方が名医よりも点数が増加するといふ、こういう指摘であります。これまたやっぱり、反復治療すれば点数が増加するといふのはそのとおりでございますけれども、病氣によりましては当然のことながら、反復治療が必要なものもあるわけでありまして、当然のことながらそういうものもあると。また反復治療が多いからといって、一概に名医ではないといふわけにもいかないという問題がある。しかし、患者の診察に当たつて十分にやはり問診を行う、あるいは症状に應じた妥当、適切な検査を実施する、重点的な治療を行うべきであることはもちろんこれは当然のことでございます。これからそういう方針で、そのやうな方針で従来からも行つてきたわけでありまして、今後とも保険医療機関を指導するといふことは言うを待たないところであります。

それから、施設の良否の差は点数表に反映されないといふことでございまして。施設の良否の判断を何によつて行ふかということにつきましては問題がございまして、新しい部屋と古い部屋との間に点数表で差をつけていない、その限りにおいては御指摘のとおりではないかといふふうに思ひます。が、しかしながら、たとえば設備の面を見ますと、特殊疾患収容施設管理料あるいは特定集中治療室管理加算等につきましては、やはり施設基準

に適合してゐるものにつきましては、それに應じた点数を加算をしておるといふやうなこともございまして、その面では点数表の上で考慮しておるということが言えるわけでありまして。施設の良否に應じてきめ細かく点数表に反映させるといふのは実は望ましいことでございまして、けれども、なかなかこれは評価がむずかしい、直接診療内容に影響するもの以外のものにつきましては、点数表に反映させることはなかなかむずかしいというやうな問題がございまして。

それから、診療時間の長短に應じた点数が認められないといふ、こういう御指摘があるわけでございますが、これに対しては初診料とか、再診料といったやうなものに時間制を導入することは合理的ではあると思ひますが、なかなかこれはむずかしい問題でございまして。一体時間をどのやうにして区分して開始時間とか、終了時間を逐次区分して記載するかどうかはなかなかむずかしい問題でございまして。ただ、往診料等につきましては、所要時間を勘案して点数を設定をしておりますところでございますので、若干は診療時間の長短に應じた点数というものを認めるところでありますけれども、全般的には確かになかなか認められていない。

それから最後でございますけれども、病名をたくさん列挙しないと点数が増加しない。こういう御指摘でございます。この点につきましては、点数を増加させるために医学常識を越えた検査や投薬を行うと、それを正当化するために病名を列挙するといふたやうなことは全く不当な診療でございまして。そういうたやうなことをしないやうに、これは従来とも注意をしておつたわけでありまして、けれども、これからもういふことのないやうに医療機関に対する指導を強化するといふことにはいたしたいと思ひます。病名というものは医師の診療結果に基づいてカルテやレセプトに記載するべきやうな性格のものでございまして、これから今後ともそれは注意して指導していくかにならぬといふふうに考えております。

○對馬孝且君 いま私は七点具体的に挙げました。あなたはいまこのことについては肯定するもの、あるいは改革をするもの、それから指導を強めるものと分けて、三点ぐらいに要約して答弁を願ったわけですが、やっぱり答弁をされていること自体も私はやっぱり抽象的でないかと、このこととどう答えていくのか。私が指摘する前に一九七七年三月厚生省が出来高払い方式における点数制の問題点としてこれ指摘されたわけですから、その問題点としていまあなたも答えて願ったけれども、そのことがなされていらないから、先ほども私は大臣に詰め寄ったのは、もはや出来高払い制度というのは、今日の段階ではいわゆる医療の本質を改善することにはならないと、後から申し上げますが、現にイタリアでは一九七八年国民保健サービス法に基づいて、これまでの出来高払い方式から住民の登録人頭払い方式と大転換を図っているわけです。

したがって、問題は私は事務当局に問題があると思つてゐるんですよ。大臣は先ほど言つてゐるように、出来高払い制度がいつまで、十八年間やってきたからここでひとつとつというのじゃなくて、やっぱり従来のしきたりから、ここにいま壁にぶち当たつてゐる、富士見病院に見られるような氷山の一角が、ああいう実態を契機に、あるいは高齢化社会を迎えて、この際出来高払い方式といふのは見直して、積極的にひとつ検討していきたいと、こう大臣の答弁があるから、私はいまここでとまつてゐるんだけれども、問題はこういう実態があるにかかわらず、しかもイタリアの場合でもほかの国でもやつてゐるにもかかわらず、なぜ日本の場合にはこだわるといふのは、私は厚生官僚にあるというんだ、私の言いたいことは、厚生官僚自身がやる気がないから、今日の出来高払い方式が、たとえばイタリアのように人頭払い方式に転換を踏み切つていけない。

あえてもつと言ふなら、これは朝日ジャーナルの最近の「富士見病院」という課題にも出てきていますけれども、言うならばこれは日本医師会の

相当なやつぱり圧力がある。日本医師会に対するやはり厚生省の非常な気の使い方、あるいは日本医師会に対するそういう配慮が今日の出来高払い方式を踏み切つていけない一つの要因であるといふことも、これまた朝日ジャーナルで現実を指摘しているじゃないですか、これ。私が言つてゐるんじゃないんだ、これは現にあなた、ここに出てゐるじゃないですか。週刊誌にも出てゐるし、両方言つてゐますよ、これは。これは萩原先生がこれを指摘してゐる、このことをはっきり。そういう意味で私は言いたいことは、むしろ厚生官僚が、あなた方がこの際これ踏み切らなければ、日本の医療制度というものはやこれは決定的な、やっぱり命を守る、人民の生命を守ることよりも金もうけが優先だといふこのシステムをどういま革命的に変えていくか。それが氷山の一角に上がったのが富士見病院であり、これから高齢化社会を迎える重大な岐路にいま来てゐるのじゃないかと、その決意がないから、先ほど七点の問題を一つ一つ具体的に私は挙げたんだ。だから大臣はそのことについては、姿勢を正してそのこととはひとつ積極的に取り組んでいきたいと、こういう姿勢だから私はそれを了としてゐるんだが、その点はどうなんですか。

○政府委員(大和田潔君) 先ほどの大臣の御答弁もありましたように、私も十分研究をいたしてまいりたいと思つてゐますが、実はこれは現行の出来高払い方式につきましては、十八年間定着してゐたといふこと以外に、たとえば欠陥としてよく指摘される点は、先ほど来指摘されておりますが、各診療行為の頻度が高くなるというおそれがある、あるいはそれ以外に審査に手数を要するとか、そういうような欠陥が指摘されてゐるわけでございますが、一方やはりこの出来高払い方式の長所といたしましては、診療行為の質及び量が医師の収入に反映されるために、高度の医療が迅速に普及し、国民に提供されやすいといったような高度医療の普及といったような面のプラスの要

素もあるわけでございます。なかなかこれは一長一短というようにことが指摘をされてゐるわけでございます。これらのことを勘案しながら、やはり私も前向きな検討、研究をいたしてまいりたいと思つてゐますが、なかなかやはり定着したそういう支払い制度につきまして、これを変えていくことは、先ほど大臣も申し上げましたとおり、容易なことではないといふ点もひとつ、どうぞ御理解をお願いしたいと思いますわけでございます。

○對馬孝且君 いま保険局長がそういう言い方をしていますが、やっぱり大臣のような姿勢に頭があなた自身はまだ切りかわつてないよ、はつきり言つて。

それでは、ぼくは、弘前大学の医学部附属病院の品川教授の、産婦人科の教授であります。これはこういう倫理を、特に産婦人科の今度の富士見病院に見られるような医療の腐敗、退廃、倫理の欠如、こういう問題に加えて、こういうことを言つてゐるじゃないですか。七点のことを言つてゐますよ。一つは、医師は、患者の衣服を脱がさせ、裸体をするまで見る。ときには内視鏡検査、性器、泌尿器に関する諸検査等を行う。これは、まさに人命を扱う立場に立つて重大な、やっぱり医師の倫理、モラルというものが重大であるといふことを説いておるわけである、第一点では。

第二の問題では、患者の腹を切り割き、ときにははぶすりと針を刺す。まさに傷害罪そのものである。

第三、患者の臓器を取り出し、血液や脳脊髄液などの体液を吸い取る。このようなことをやつてのける人物がいれば、小説ではまさに吸血鬼と呼ばれるであらう。

その四、超音波、放射線、毒性のある物質である薬、使い方によつては身体に致命的なダメージを与えるものを他人に与える結果になる。

第五、神の摂理、法理に逆らひ、受胎調節、人工妊娠中絶、去勢術、人工造膿術を行う。

その六、死体を切り刻む。
その七、実験台にする。
こういうことを言つてゐるんですよ。こういう、いまの富士見病院の体験として、こういうことはこれから最も医療行政改革に伴う一つの医療倫理の見直し、医療改革の視点、こういう問題が重大だと言つてゐるときに、いまあなたは十八年間やってきたことが一気に変えられないと、いまに十八年間、十八年間ばかりしゃべつてゐる。十八年間に拘泥しておつて切りかえることができないか。問題はそうではなくて、こういうことが指摘されるいまの状態というのは、一体、原点は何なんだと。やっぱり人命を大事にするという医療制度そのものに今日の事態がなつていないといふところに問題がある。こういうふうに見識者、学者が言つてゐる。そういう問題についてあなた方は耳を傾けようとしないうちに問題は言つてゐるんだ。いま聞くと、相変わらず十八年間で、そう一挙にはいかない、それだけの話であつて、やっぱり変えるという、大臣のように変えていくという姿勢は、私は厚生官僚にかかつてゐると思ふんだ、この問題については。そういう意味でもう一回お聞きしたい。どうですか、その点。

○政府委員(大和田潔君) 医の倫理の確立につきましては、もう当然申すまでもないことだと思ひます。
それから、医師と患者の信頼関係というものを確立する、そういう医療がきわめて大事であることは申すまでもないことでございます。それはもう当然のことでございますが、問題は、支払い制度という問題をどうするかという問題でありまして、これは医の倫理、それから医師と患者の信頼関係、その上に立つてさらにどういふ支払い制度をつくつていったらいいか。先ほど来先生がおつしやいましたように、現行の支払い制度に対するいろいろな御指摘というものは十分承つておるわけでございますけれども、やはり先ほど来申し上げておきますのは、ほかの、たとえば登録人頭割あるいは総額請負といったような制度と現在の

出来高払いと比較いたしますと、どうしてもそこに一長一短という問題があるわけでございまして、その一長一短をどういうふうにか克服するか、あるいは現行制度のもとにおいても、それをどのようにして是正していくかというふうな問題を検討していきたいかなきゃならないというふうに私がお答えをいたしておるわけでありまして。

○対馬孝且君 いや、一長一短、そんなことは先ほどあなたが同じことを言っているだけの話じゃないですか。私が言っているのは、一長一短という頭の切りかえがいま大事なきにきているんだと、壁にぶつかっているんだと、現実にはこの状態が。出来高払い制度十八年間の。やっつけてきた十八年間の結果がいま壁にぶつかっているんだ。それが富士見病院が氷山の一角でしよう、これが。正直に申し上げて。こういう問題について、他国の場合については人頭払い方式あるいは委託方式というものが採用されている。そういう問題をこの際取り入れるという姿勢に立たなきゃだめだと言っているんだ、ばくの言っているの。それを一長一短があるから……。何だかわかったやうなわからないような、また時間をかけて、二年後になったら、またこの場合、検討します、検討しますでございまして、最後は、二年もたつたけれどもまた同じだったと。二年も同じことを言っているんですよ、あなた方は。会議録を読んだら。五十二年も同じことを言っておりますよ、同じことを。そういう姿勢ではだめだ。そういう姿勢だから富士見病院のような問題があらわれるんだよ、ばくに言わせると。だから、この際思い切つて、大臣が答弁されているから私はいいんだが、大臣のような姿勢に厚生官僚が頭の切りかえをしなればだめだと言っているんだ。ここが大事なところなんだよ、ばくが言いたいのは。大臣はそのときで変わるんだから、はつきり言つて。大臣は終生園田厚生大臣がやっているわけじゃないんだから。やがては総理大臣になるかも知れぬし、それはわからない、これは。それは別にして、厚生官僚がその姿勢を正さなければだめだ、こう言っているんですよ。そんなごまかすような答弁をしたらだめだ。

○政府委員(大和田潔君) 大臣の答弁の御趣旨を踏まえて、私も研究させていただきたいと思ひます。

○対馬孝且君 そういふふうにしやればいいんだよ、最初から。それを何だか、ああでもない、こうでもない、とにかく長所もある、短所もある、うなことを言うから官僚だといふんだよ。わかっているじゃない、うなだばくに言わせれば。

じゃ、次の問題に行きます。前回、医療費の改定で慢性疾患指導料が新設されましたね。慢性疾患指導料が新設されました。しかし、出来高払い制度のもとでこれがどれだけ効果が上がっているのかというところは疑わしいと、こういう疑問が私のところに出されてきています。何ら指導もしないままに医師の請求額だけふえるといった傾向があるのではないか。この実態をどういふふうにかんていしますか。

○政府委員(大和田潔君) ちょっと、ただいまの御質問につきまして的確な資料をいま持ち合わせておりませんので、できるだけ早く取り寄せましてお答えいたします。

○対馬孝且君 何を言っているんです。ないのか、そこに。それじゃ、後でちゃんと明快な答弁をしなさい。

次に、この前同僚議員の安恒委員からも出ましたけれども、高額医療機器に対する規制の問題で、共同利用ということが再三同僚委員から出ています。この施設を共同利用をするというこの方向は厚生省も出していますけれども、問題は共同利用だけで本質的な問題が解決するのかわからないこと。私、現に調べてきました。これは札幌の例を挙げますが、病院名は言いませんが、それは、ただ共同利用しただけでこの問題の解決にはなりません。問題は、やっぱり一億もするあるいは二億もするシステム、超音波機器を使つて、とにかく人間が入れば、私も入ってきたけれども、全部断面図で出てくる。これは言われた

限りはいいものだとということになる、当然、これは。しかも、これは諸外国に比べると、あなた方の資料によるとアメリカ、西ドイツ、イギリス、フランス、スウェーデン、イタリア、日本、こういふうずつと台数が出ておられますけれども、話にならないでしよう。これは、この台数でいくと。日本の場合には八百四十台、一九八〇年代に八百四十台でしよう。ほかのイギリスでは五百六十台、西ドイツが二百四十台、フランスが三十八台、スウェーデンが十六台、イタリアが四十六台、一九七八年に日本が四百五十四台、ことし、八〇年代は八百四十台、こういう保有台数になつていくわけだ。こういう状況の中で、ただ共同利用さえすれば問題は解決つくというものではない。私は、そういう意味では、やっぱり、これは少なくとも最低限、認可基準というものをきつと設ける必要がある。これにやばりどうして踏み切れないのかというところが、私はどうも不可思議でならないんで、いままず答弁を聞いてから、次のことを、実態論を私は申し上げます。

○政府委員(田中明夫君) 高額医療機器の適正配置につきましては、われわれ、先生いま御指摘のとおり、各地域におきまして医療計画を立て、必要の高額医療機器の台数等を決定して、適切な医療機関に配置していくというのを、行政当局あるいは医療機関等と一緒に適正配置を図つていきたいと、それで、その配置された医療機関の高額医療機器を、地域の医療機関が共同利用をしてやうていきたいというふうな考え方を持っておりますわけでございますが、それではなかなか実効が上がりませんという御指摘でございますが、これを法律でもって許可制をとるといふことは、現行の憲法との関連におきましてわれわれはむずかしいといふふうな解釈しておるわけでございます。

○対馬孝且君 憲法上どうしてむずかしいんですか。具体的にそれじゃ申し上げますが、医療機器を、単なるレントゲンを買つかうとか何とかという問題なら別ですよ。私は実際に、これは名前前は言え

ませんが、北海道の道立病院の最高の権威者である教授にもお会いしました。少なくともこういふME、いわゆるコンピュータあるいは超音波システムによる機械を入れるとした場合は、やっぱり基準があつてしかるべきだと言ふんです。これがこれからどんどん、富士見病院で見られるように、民間でどんどんこういふことをやうていつたら、これはますます歯どめがかららないと。ただ、共同利用すればいいというひとつの方法ですよ。これはもちろんひとつの前進だとしておくが、それだけでは決め手にならないといふんだ、ばくの言っているのは。現実にはこれは医師が言っているんですよ。これ、無責任なことを言っているんじゃないんですよ、あなたも医師だけれども、現実に公立病院の医師が言っているんだ。このようなどことを、ただ共同利用といふことは一つの一案で、前進だ。しかし、やっぱり何かの認可をする基準というものをつくつていかなければ、あるいはガイドラインでもいいわ、そういうものをつくらなければ、これからはどうにもならなくなつてしまふ。どうにもならないとはどういふことかと言つと、一面では人為的に、どういふ出来高払いだから、さつき言つたように、やっぱり点数にせざるに。一方では、この機械を入れた限り、富士見病院と同じように、償却はいま七年だといふんです、これ。七年間のうちで返さなきゃならぬ。そうすると、かせぎまくらなやなやなぬということになつてしまふ。そうすると、これはもう患者の意思のいかんにかかわらず、これは医師に言われたら弱いんですよ、私初め、これは。そうすると、やっぱり結果的には、どんどんどんどん民間サイドにも全部高額機械が入つてしまふ、そうなたつ場合に大変な事態になりまふといふことを言っているんですよ。それは学術的にも問題が一つある。それから、患者に対する一つの問題もできる。それから、もう一つは何かといへば、結果的にはやっぱり医療制度に最後のしわ寄せが来る、こういう三点の問題があるといふことをある教授が言つてます。これは私、名前前は伏せ

ます。

だから、そういう意味で、私が言っているのは、ガイドラインぐらいやっぱり設けて、きちっとした方がいいんじゃないかと。この姿勢でどうして厚生省は取り組むことができないんだらうと。悪く解釈すると、何か高額機械メーカーに、一生懸命厚生省は応援をしてやって、さっきも言ったけれども、これ名前挙げてもないんだけれども、いま高額機械を売るセールスマンというのは、最高の収入だそうですよ、札幌で例を言う。これ一台売ったら一年間これはボーナスに相当なプラスになるし、一年のかせぎは勝負あったりということになる。こういうことに何か一生懸命厚生省が、官僚が応援しているような姿勢というの、そう疑われてもしょうがないじゃないですか、こんなこと言っちゃって、私の言いたいのは、だから、見識者がそう言っている限り、やっぱりガイドラインならガイドラインというものをこの際設けると、それぐらいの積極姿勢をきっちりやっぱり持つべきですよ。いかがですか、この点。大臣からでもいいですよ。

○政府委員(田中明夫君) 先ほど私は都道府県、あるいはその下の市町村と申しますか、医療圏における問題を御説明したわけでございますが、この地域医療計画をつくるに当たりまして、高額な医療資源等につきましてどの程度の数を配置したいか、あるいは先生御指摘のようにそれを扱う人の問題等につきまして、厚生省といたしまして専門家の意見を聞きながら、ガイドラインというふうなものをつくりまして、それに基づいて都道府県等で実際の地域計画を策定しやすいように努力してまいりたいと思っております。

○対馬孝且君 いまあなたからそういうことでガイドラインを、基準を示すという一歩前進した提案もされていますが、しかしわれわれとしては、あくまでもやっぱりこれは憲法上の問題だとあなたおっしゃるが、やっぱり本質的にこれは、ただ届け出制で購入できるというシステムのもので

なしに、こういうものはやっぱり認可制にして改めていくという考え方は、基本的に私は考えています。しかし、いまあなたの答弁は、まあ私が主張した、当面の問題としてガイドラインを考えるということですから、その点については一つの前進だと思えますから、この点についてひとつ大臣からそれじゃ、そのいまのガイドラインを、基準を設けていくと、こういう考え方についてはお変わりございませんか。

○国務大臣(園田直君) いま局長が答えたのとおりでありまして、すでにその方針で検討を命じております。

○対馬孝且君 それじゃそういうことでひとつ、積極的にガイドラインの早期策定をして行政指導に当たってもらいたい、このことを申し上げます。

それでは、先ほどのあれはどうですか。

○政府委員(大和田潔君) 慢性疾患指導料の経緯でございます。経緯につきましては、昭和三十三年以来取り入れられておるわけでございまして、慢性疾患を主病とする者に対して栄養、安静、運動、その他療養上必要な指導をした場合にこれが加算される、この対象になるというようにことになっておるわけでございます。

○対馬孝且君 いや、なると言っているが、その対象にならないからいま私が言っているんだよ。そういう実態が数々あるわけだ。だから、私が言いたいのは、総点数の中で慢性疾患の指導料の点数は一体今日の状態でも、そういう扱いがされていないという実態が非常に多く実は出てきている。この点について、そのとおりになっていないから私は質問を申し上げているんであって、なぜそうならないのかと、そういう扱いになっていないのかという点について、これから積極的に行政指導するんらうとか、あるいはそういう対処するんらうとかと出るとか、あるいは保険局長通達を出すんらうとか、そういうひとつ対処をしてもいい、こう思っている。ないと言った、これは現実来ているんだ、ぼくのところへ。

○政府委員(大和田潔君) よく実態を把握させていたいただきたいと思えます。その上で、必要な指導をする必要があればやるということで、実態を把握させていただきます。

○対馬孝且君 これは、あればじゃなくて、あるんですよ。まず厚生省自体が実態をつかんでいないということもよくは問題だと思わなければならない、とにかく実態をつかんでひとつ、あればじゃなくて、あるんだから、そのことについてはひとつ必要があれば局長通達も出すというぐらいの構えで対処してください。いいですか。

○政府委員(大和田潔君) よくわかりました。

○対馬孝且君 それでは次に、医師所得の適正規模の問題につきましてひとつとお伺いします。

諸外国の医師さんの所得の現状というのは私なりにつかんでおりますが、医療費の増高は当然医師の所得の増大に結びつくと考えられます。

なぜこれを言うかと申しますと、後から申し上げますが、平均的な常用労働者と比較した場合、もちろん高いということは、特殊技術水準、特殊学校というところを出て一定の資格を取るわけですから、それなりに私は了とします。ただ、問題は余りにも諸外国との実態の違いがある。この認識をどういうふうに厚生省はされているかということをお伺いします。

○政府委員(大和田潔君) 諸外国との格差でございます。常務労働者賃金との格差が諸外国どうなっているかという資料はいま手持ちでございませうが、いま先生おっしゃっておられますように、わが国におきまして常用労働者賃金と医師さんの年間所得の差というのは実はかなりございします。先般の、五十一年度の医療経済実態調査によるわけでありまして、かなり差があるということとは御指摘のとおりと思えます。

○対馬孝且君 これは諸外国の場合は、国によって違いがありまされども、常用労働者の二・五倍というのが大体いまの水準になっていると、こ

のように私の資料に、平均でありますが出ているので、いまあなたが認められているから申し上げますが、昭和五十一年度の医療経済実態調査の集計からしますと、開業医の年間所得は千九百四十二万円、常用労働者の賃金が二百四十三万円、あなたが認めましたように約八倍であります。これは戦前の水準を言う、これは私の指摘が誤りだったら指摘してもらって結構だが、戦前の水準は都市勤労者世帯の四倍程度だった。戦後は八倍になっている。この実態はどうですか。これは間違いないですか。お認めになりますか。

○政府委員(大和田潔君) 戦前の、四倍程度とあるのも、これは京都市の調査から学者が指摘しておるとおりでありまして、先生のおっしゃる通りではないかと思っております。

○対馬孝且君 そこで私は、医師が高いということについては先ほど言ったように、私もいことが医師やっておりますからそれはわかるんですけれども、問題はここだと思わんですよ。この前、医師優遇税制の問題で、政府は一応三ランクに分けて改革をいたしました。しかし、結果的にはいまなお常用労働者から見ればあなたがお認めになったように八倍の格差がある。

問題は、八倍の格差という問題が何を生んでいるかということでありまして、どういう状態を生んでいるかということをお伺いしたい。北海道の場合でも、私の大先輩の田中元厚生大臣いますけれども、去年のあなた、北海道の高額所得者の番付が六人入っています。一番から十位までの間に開業医の医師が六人入っています。これは、六人いますよ、北海道で。北海道所得番付の一番から十番目の間に開業医が六人入っています。こういう状態がなぜこれほど上がっているかという問題だ。この点、私は先ほど言ったように富士見病院の例をイコールだと私は言わねけれども、やっぱりそういう高額な、北海道の場合でも開業医がこれだけの位置を占めている。それなりの仕事をしているんだから結構だと思わんですよ、逆にそれが

やっぱり患者の乱診乱療にはね返ってきている。こういう問題も見逃してはならない事実である。こういうことについて三段階に直したとは言ったって、私は直っていないと、こう見ているんです。むしろこの際、これからの財政再建の問題として、これは別な機会でもやり直すけれども、厚生省の立場から判断して、この医師の、今日の常用労働者と医者の水準というものの判断をどのようにあるべきだとお考えになっていきますか。この点ちょっとお伺いします。

○政府委員(大和田澤君) 実は、この点はお答えは非常にむずかしいところでございます。

お医者さんとなるには、やはり先ほど御指摘ありましたように必要な訓練期間がかなり長いと。それから多額の教育費を必要とするといったようなことございまして、また、人の命を扱っているというようなことなどもございまして、いろいろとお医者さんの所得につきましても、かなり高いということにつきまして、したがって、それがどうも高過ぎるんじゃないか、これはあるいはその逆ではないかといったようないろいろ議論はあるかと思ひますけれども、私といたしまして、どうもその適否について一概に判断できる性格のものではないというふうに考へておるわけでございます。

○対馬孝且君 しかし、あなたが言ったように、戦前は四倍で戦後は八倍だと。それじゃ戦前と戦後でどうして違わなげやならぬのか。大学、大学と言ふけれども、二年間多しだけでしょう。そういう問題について本来的に理屈にならないんじゃないですか、そんなもの。だからどの水準がいまの医療なのか。なぜこういうことを言ふかというのと、片っ方で保険料率を引き上げ、片っ方で被保険者に犠牲を強いるわけでしょう、これからこの保険法の改正に従って。それはプラスになるものもあるけれども、これはこれから申し上げますけれども、いずれにしても、そういう問題を提起している時点であるから私はもう一回医者のあべき姿、医者の収入水準というものを厚生省の

立場からながめた場合に、どうあるべきものなのかということがあつていいんじゃないか、こう思ふんですが、この点いかがですか。

○政府委員(大和田澤君) どうも繰り返して言つて恐縮でございますけれども、やっぱり所得の水準の何と申しますか、これが妥当だと、高過ぎるというのとはなかなかどうも私どもとしては申し上げられない、実際何かあつて申し上げられないというんではなくて、やはりそれは非常に申し上げることがむずかしいということを申し上げざるを得ないわけでございます、ひとつ御了解いただきたいと思ひます。

○対馬孝且君 さつきから言つていふように、今回健康保険法を改正するんだから、改正する場合に、先ほど言つたでしよう、医師と患者との信頼関係をどう持つかということが一番大事だと。医の倫理からいってもそれが大事だところおっしゃるならば、当然、健康保険法で抜本改正をされるこの時点で、医師の収入というものは、医師のあるべき待遇というものはどうあるべきなのかというのを、当然厚生省が見直してしかるべきだと私は思ふんですよ、これは。このことが提案されなかつたら何も私言わないんだ。いま健康保険法というものが改正されて、片っ方では料率を引き上げる。こういう問題が出ていふだけに、被保険者に犠牲を強いる問題もあるだけに、この時点でやっぱり医療の倫理の関係を含めて、医者と信頼関係というものはどうあるかということも含めて、その一要素は当然、常用労働者と医師の収入というものがこのぐらゐであつてしかるべきじゃないか。目安としてこのぐらゐ、あえてもつと端的に言うなら、戦前の水準ぐらゐがほぼ適当だと思ふとかと、このぐらゐはあつたていいんじゃないですか、どんなものですか、これ。

○政府委員(大和田澤君) どうもお答えにならぬで恐縮でございますけれども、なかなかむずかしいということでございます。

○対馬孝且君 大臣、これはどう思ひますか、むずかしいむずかしいではこれは話にならぬので。

戦前は四倍で戦後は八倍だと、こう言うんだが、いま言つたように、こういう契機に一回ひとつ検討してみる。あなたも官房長官おやりになつて財政再建に苦勞された一人でもあるんだから、こういう問題のときに、特に世論もまた医師優遇税制、不公平税制の一番やり玉に上つたのが医者の優遇税制問題ですよ。七二〇頭から天引きする、免除する、免税がある。これは問題だ。こういうことになつたわけですから、こゝらあたりはやっぱり厚生省の立場でどうしようかお考えになつていふか、こういうことを私は聞きたいんですよ。

○国務大臣(園田直君) 医師の所得が適正であるかどうかということについて、なかなか技術的なことであつて、生命と健康を預かることであるから適正な評価はしにくい。残念ながらこういうことでは通用せぬとは私も思ひます。

やはりひとつ、内閣全般的の物価、経済問題をやつておる中樞部と相談をして、厚生省だけが切り離れておつて、お医者さんだけのことはこれはもう聖域であるから、値段はつけられぬなどといういままでの態度はかえつて、やはり企画庁その他と相談をして、早く適正な所得というものを形づくる必要があると考へておりますが、いまこゝで、どれぐらゐのものだということを言えないのはまことに残念であります、早急に勉強いたします。

○対馬孝且君 この問題はね、私はこういう問題が出されたときでなければ、健康保険法改正あるいは老人医療制度の創設あるいはこの医療法の抜本改正という時期でなければこういうものがなかなか検討はしにくいと思ふんですよ。ただ、私はもちろんそれは横並びの関係、いまの人事院勧告を含むいろいろな見方もあるだらうけれども、しかし、少なくともやっぱりこの時点で厚生省としても関係の省とも話し合つてひとつあるべき姿というものを将来的に目指していくと、このことだけは大変にもお答えありましたからひとつ積極的に取り組んでもらいたい。よろしゅうござい

ますか。

○国務大臣(園田直君) これは国民の側からも政府の側からも、また治療するお医者さんの側からも、いまのようなあいまいなことで点数が決まることは遺憾であるという声をよく聞くわけでありますから、ひとつ体系立つた医師の適正な所得というものを勉強して、早く概念をつくる必要があると考へております。

○対馬孝且君 わかりました。

それでは次の問題に移ります。医療のこれから問題として、適正配置と医療法の改正問題についてちょっとひとつお伺いをしたいと思ひます。

まず、医療の理想は言うまでもなくだれもがいつでもどこでも必要な適正な医療を受けられると、これが基本的なわれわれが考へていふ。また国民が願つていふことでもあらうと思ひます。この観点からいたしますと、今日の医療法の不備を指摘をせざるを得ません。そこで私は、この医療法によれば診療所の開設は知事への届け出が要件とされていふわけでありまして、先ほどちょっと触れましたけれども、病院についての施設の構造、人員の配置、こういう条件がやっぱり満たされていれば認可は与えなければならぬという規定が適正配置の観点から私は必要ではないかと、こういう考へ方を持つていふわけではなかつた。こゝで私は、まずこの医療資源の有効活用を図るために、法改正を含めて適正配置というところを見直す時点に來ているんじゃないかと、このように考へますが、この点ひとつどういふふうにお考えになつていふますか。

○政府委員(田中明夫君) 先ほど高額医療機器の適正配置の際にも申し上げましたとおり、われわれといたしましては、医療機関そのものを法律でもつてその配置を規制する、あるいは高額医療機器の配置につきまして許可制で、これも法律で規制するということとは困難であるというふうにお考へておるわけでございます、それでは医療機関そのものあるいは高額医療器械等の適正配置につき

ましてはどうするかということにつきましては、先ほど申しました地域の医療計画を策定いたしましたので、その計画に基づきまして行政当局あるいは関係者のコンセンサスを得て、医療機関が適正に配置されるよう強力に行政指導をしてまいりたいと思っております。また、この点につきましても、必要があれば厚生省といたしまして専門家の御意見も承って、適切なガイドラインというものをつくってまいりたいと思っております。

○対馬孝且君 先ほど、私は高額医療機器の問題に限定して申し上げたわけですが、ここで言っている意味は、先ほどもちょっと触れましたが、病院のやっぱベッド数ね、それから一つは何といつても先ほど言った高額機械の配置、それからリハビリ、特殊部門の機構のあり方、こういうものがこれからの病院の場合一番問題になっていくわけですよ。先ほど私も札幌の例を挙げましたけれども、本当にこれはもう大型化して、とにかく新しいものの新しいものに全部行ってしまうというわけだ。そして大型化大型化大型化、それが全部やっぱ集つて、検査つて回って、最後は被保険者にツケが回る、国民にツケが回る、あるいは国民を犠牲にしている、こういう結果をやっぱ一面では生んでいるわけですからね。私が言いたいのは、いま言った単に高度の医療機器だけの問題ではなくて、いわゆる全体を含めての医療施設の規模、それから医療施設の体制というもののある程度私は基準というものをやっぱつくつていかなければならないかと。そうしないと、これはもういまあれですよ、これは後から僻地問題を申し上げても、確かに百万都市札幌の場合、それはもうホテル式にどんどん十億、八億を超える病院がいきまがっていきまがって。しかし、こういうことではいいのかという問題があるわけだ。それはやっぱ結果的には最後にいくと、これはわれわれが、私から初め新しい病院、それは施設、設備のいいところへということになるわけですから、そういうものではないに、やっぱ一定のあるべき日本の病院の姿というものは、どの点がベッド数としては限界なのか。これはあるいはリハビリ、特殊部門としてはどの点が一つの基準になるべきものか、あるいは高度機械としてはどの点が基準になるべきものか、こういう総合的に病院の一つの基準というものを設けなければ、これから医療問題を守っていく、まあ富士見病院は氷山の一角だと私は申し上げておるんだが、そういう意味では正常なあるいは国民が求める、いっどこでも安心して治療を受けられるという医療の基本の原点にこれを直していくことにならなければならぬかと、このことを率直にまづ確認の意味で申し上げますが、これを含めてひとつ基準をつくらんと、ガイドラインをつくらんと、こういうことでよろしゅうございませうか。

○政府委員(田中明夫君) 結論から申し上げますと、そのように考えております。ただ、先生いま御指摘の高額医療機器あるいは病床というような問題等、また御指摘の特殊医療、リハビリ等の医療につきましても、片一方はむしろ少し多過ぎる傾向があるんじゃないかということ、片一方は非常に立ちおくれているんじゃないかということ、それから両方を含めまして、足りないものにつきましても、充実していくという方向で検討をしてまいりたいと思っております。

○対馬孝且君 それじゃ、この問題についてはひとつしつかりそういう問題を一回規格をきちっと抽象論じゃなくて、病院規模としてはベッド数ではどのぐらいである、あるいは高額機械の基準はこうである、それから特殊部門における基準はこうであるというものを早急に委員会ひとつ提起をして、あるいは審議会にお諮りするなり問題の発議をして、提出してもらいたいということではよろしゅうございませうか。

○政府委員(田中明夫君) 先生ただいま御提案の線に沿いまして、われわれとして最大限の努力をいたしたいと思っております。

○対馬孝且君 それでは次に、医療法の規定によりまして医療機関の整備に関する重要事項を調査審議するために、各知事のもとに医療機関整備審議会というものが設けられております。実質的には公的病院の増設、整備を抑制する機能としてしかいまの現状ではないのではないかと。私はこれはもう北海道の実情を踏まえて申し上げておるわけですが、私はかねてより公的病院の病床規制の廃止を主張しております。現在の抑制策の撤廃を求める立場から、現在の審議会のあり方に不満を持っております。これは後で内容があれども、ここにありますが、医療機関の整備に関する重要事項には当然であります。地域偏在の是正策、適正配置のための配慮も含まれるべきであると考えますが、本審議会の現状のあり方について厚生省の認識をひとつまず冒頭伺いたいと思っております。

○政府委員(田中明夫君) 都道府県の医療機関整備審議会は、知事の諮問に應じて医療機関の整備に関する重点事項を調査、審議する。そのほか都道府県知事が公的医療機関の病院開設等について許可処分をしようとする場合や、医療法人の設立認可、あるいは処分等をするに当たつて意見を述べることとされております。現状におきましては、先生御指摘のように、主として公的医療機関の開設の許可並びに医療法人の認可についての審議をしておるわけでございます。

○対馬孝且君 まああなたはいま実態論は率直に

認めたわけですが、これは条例によつて都道府県でつくることになっておりますね、審議会は。北海道の場合見ますと、これは内科、歯科を含めて医師、薬剤師、これは十名、それから支払い側の方と、それから被保険者の代表を含めて六名、こういう構成になってますね、これ。実際かなめの患者と称する階層が入ってないんですよ、患者側と称される一般論としての、実際問題として。こういうやり方はよくはちよつとやっぱ問題があるんじゃないかと思うんですよ。何か医者が優先という、こういう考え方で、一部学識経験者若干名入っておりますが、ほぼもうほとんどが医師側の方が圧倒的に多いという、こういう医療機関整備審議会というものであれば、これは何のために何の審議会なのか。少なくとも医療機関整備審議会と言われる限りは、これからのやっぱ医療の改革、どうしたら地域偏在になつていかないかと。後から申し上げますが、僻地問題あるいは適正配置というものがそういう考え方です。やっぱ行われるべきものではないのか。そうすると、審議会の中にそういう方々が入っていないで審議が行われている。これでは私はやっぱ医療機関整備審議会というものは、実質意味をなしてないんじゃないかと、私に言わせれば。こういうことを指摘したいんですが、この点について、改革する意思がございせんか。

○政府委員(田中明夫君) 北海道の医療機関整備審議会の構成につきましては、私つまびらかにしておりますが、審議会の性格上、一般的に申し上げて当然医療機関の関係者あるいは学識関係者というものが相当数入ってくるだろうと思つておる。ただ、それと同時に地域の代表者というふうなものも入つてきていいのではないかと。そういうものも考えられますので、その点について検討させていただきます。

○対馬孝且君 具体的に申し上げます。北海道の場合は全道労働者が三十万人いる全道労働者の代表も入っていない。同盟組織であります五万の代表も入っていない。それから婦人組織が約十三万の

○対馬孝且君 具体的に申し上げます。北海道の場合は全道労働者が三十万人いる全道労働者の代表も入っていない。同盟組織であります五万の代表も入っていない。それから婦人組織が約十三万の

組織であります、これも入っていません。そういう意味で、やっぱり患者と称されるこういう方が本当に入って医療の改革ということがされなければ、ただ医者が中心になって行われる審議会というものであれば、本当の医師と患者との間の信頼関係、いまだ問題になっている医療の倫理というものは回復されていかない、こういうふうには考えますので、この点を含めてこれからひとつ改革に取り組んでもらいたい、こういうふうに考えます。これは大臣にひとつ伺います。

○国務大臣(岡田直吉) 先ほどから医療の適正配置のお話があったわけでありまして、憲法の規定から言っても、いついかなる場合でも、どこにおってもどういふ人でも、平等な健康と生命の保障がされていることが憲法の精神であります。したがって、法的措置が困難であるなしにかかわらず、僻地あるいは広地域の医療を含む全般的な配置体制、ガイドラインをつくり、それを中心にして地域の実施がそれぞれの体制を守っていくべきであります。それについて厚生省は全力を挙げ、これを推進し、あるいは確立をすることが必要であると考えております。

○対馬孝且君 それじゃ、そういう改革に積極的に大臣これから取り組んで、ひとつ審議会のあり方を含めて改革をしてもらいたい。よろしゅうございませぬ。

○国務大臣(岡田直吉) はい。

○対馬孝且君 それでは、次の問題にひとつ入りたいと思います。

これは諸外国の適正配置をこの機会にちょっと聞いておきたいのでありますが、諸外国の適正配置策を見ますと、わが国とちょっと違っておりまして、医師不足地域ではイギリスの場合は診療報酬の加算制度を採用している。それから過剰地域での保険医の指定制限、これは西ドイツでやっています。あるいは保健地図の作成、これはフランスの場合に誘導策として実行されています。こういう面についてひとつ、概略の内容をお知りであつたら、もちろんつかんでいきたいと思います。

この点をまず適正配置の基本的な考え方として、諸外国はこのように私は行われているところ認識しているんですが、この点どうですか。

○政府委員(田中明夫君) 私ども詳細の点にわたって必ずしも的確に把握しているかどうか若干心配しておりますけれど、一応われわれがいろいろな文献等を通じて知り得たことについて御説明申し上げたいと思います。

まずイギリスでございますが、これは、御案内のとおり、一九四六年から国民保健医療サービス方式に基づきまして、国民保健医療サービス体制の整備を図っておられるわけでございます。しかしながら、医師及び医療施設の偏在というものは、イギリスでもなお大きな問題となつておられるわけでございまして、予算の配分に当たつて、医療施設の少ないところには多く配分するということをしていくようにございまして、また家庭医あるいは一般医といふものにつきましては、医師の不足地域での開業につきましては、診療報酬の面で配慮をしていくということがあるように理解しております。

また、西ドイツにつきましては、これは先ほど来話に出ておりますように、保険医協会が家庭医の医療については政府との間で請負というものをやっておられるわけでございまして、その保険医協会が、開業をするお医者さんの場合に、すでに過剰の地域というところにおきましては、需給計画を策定いたしまして、開業の許可を与えないというふうなこともやっておられるようでございまして、また、西ドイツにおきましては、一九七二年に病院財政改革法というのを制定いたしまして、公的資金の導入によりまして病院のネットワークを整備し、また病院の財政の安定化を進めておると承知いたしております。

フランスにつきましては、先生御指摘のとおり、一九七〇年に公的の病院事業を中心としたし、医療体制の整備を目的として病院改革法が制定されております。フランスの場合はほとんどが公的の病院でございまして、したがってフランスの病院の大部分はこの病院改革法の規制を

受けておられるわけでございます。この法律によりまして、医療施設の設立あるいは拡張、高額の医療機器の設置については認可制度がとられるということになっておられるようでございます。厚生大臣は、この認可の基礎といたしまして、関係の委員会の意見を徴しまして各保健地区並びに保健地域において必要な病床数、高度医療機器の配置数に關する保健地図が作成されております。

その他、イタリアにおきましては、先ほど指摘されましたように、一九七八年に従来の健康保険法にかえまして国民保健サービス法が制定され、七九年一月から施行されたということでございます。この施行に伴いましてイギリスと同様の国民保健サービスが行われることになったわけでございます。当然いろいろな点におきましてイギリスと同じような施策が採用されるということになるかと考えております。

また、スウェーデンでございますが、これは御案内のとおり医療がほとんど公営化されておられるとして、病院のほとんど全部が地方自治体立であるという背景があるわけでございまして、一九七〇年の法律に基づきまして、全国を二十六の医療区分に分けまして、各医療区分ごとに公営の病院によりまして階層的ピラミッドといいますが、システムが形成されておられるわけでございます。

また、アメリカにおきましては、一九七四年に保健計画法が制定されまして、医療体制を計画的に整備することを目的として、連邦資金を受けようとする病院は必要証明というのを委員会からもらわなければならないというふうな制度になっております。

○対馬孝且君 ただ、私が要約したように、いろいろあなた各国のことを言つたけれども、結論を言えればやっぱりイギリスの加算制度、あるいは過剰地域での保険医の指定制限、あるいは保健地図の作成といったような特徴が、これは特徴点として認められるでしょう。こういうことは否定しないでしょう。それであれば、そこで私は日本の場合、保険医療機関の指定は、一定の地域的配置の

計画のもとに保険医の地域別診療別定員制、特にこれから申し上げますが、休日、夜間医療への義務的参加、こういうものをやっぱり求めるべきだと考えますが、この点どういふふうに考えますか。

○政府委員(大和田澤君) 保険医の配置の問題でございますけれども、実は保険医は、現在の保険医制度におきましては保険医療は地域医療のほとんどをカバーしておる、こういうような状況でございます。したがって、御指摘の問題につきましても地域医療の確保をするという、そういう見地から地域医療計画の問題として考えるというふうなことはいくべきではないかというふうに考えておられるわけであります。

○対馬孝且君 そんなことは当然のことであつて、いまでさえやっているとあなた言つておられるだけの話であつて、そんなもの聞かなくてもこっちばかりわかつておるんだ。むしろ、これからのことを具体的に聞くんだけれども、言わなきゃならないんだけれども、問題は不採算問題のそのことによって、それが行われていないわけだ。休日医療にしたら、救急医療の問題にしたら、問題は不採算になつておるというために、そのことがずいぶん厚生省はやっていると、やっていると云つておるが、実際には行われていないでしよう、はつきり申し上げて。これから具体的にひとつ一つ申し上げますから。

私は、今日の民間医療では賄い切れない不採算地区、特に救急、がん、小児等の特殊診療部門について、基本的には国公立が負担すべきものだと、分担すべきものだと思つておられるわけだ。ところが実際には不採算のために、そのことが健全な発展として現在行われていない。これはやっぱり政策的な、そういう意味では助成策がないためにこういう政策が行われていない、このように私は認識せざるを得ないわけだ。この点についてはどうですか。

○政府委員(田中明夫君) 民間医療機関では負担し切れないような特殊、高度の医療、がんである

せんかと。これは一昨年、徳島でも、高知県でも、青森でも函館でも同じことを言われました、現実の問題として。そういう問題についてどういうふうに考えているんだと。そこに行かなければ問題は解決しないでしょう。

それから、総定員法、総定員法と言うが、まず厚生省として、僻地の医師確保については総定員法の問題ではなしに、これはやっぱり僻地の医師として確保されるものであるという基本をしっかりと打ち立てるべきだと思う。この二点が問題だと私は言っているんですよ、どうですかこの点。

○政府委員(田中明夫君) 僻地の医師を確保するということは、先生も御指摘になられたように非常にむずかしい問題でございまして、自分の研究の問題、あるいは子供の教育の問題、いろいろ困難な問題があるわけでございまして、従来から厚生省がやっております僻地に診療所をつくるというふうなやり方はなかなか医者が定着してくれないという困難にぶつかって、先生も御存じのとおり、むしろ本当の僻地から少し離れたところになりますけれども、僻地中核病院というふうなところに人的あるいは物的整備をしまして、そこにお医者さんを僻地に派遣するというような方策にここ数年重点を置いてきておるわけでございまして、それによってかなりの効果も上げておるわけでございまして。

僻地加算をするかどうかということについては、保険局長の方で答弁することであらうかと思えますので、私は、まあ確かに僻地のお医者さんを確保するというのはむずかしい問題でございまして、けれども、まあ僻地中核病院の充実その他によって、徐々にではありますけれども、僻地医療に携わるお医者さんを確保してきておるといふ実態を御報告申し上げたいと思います。

○政府委員(大和田清君) 僻地加算と、保険のサイドで僻地加算を設けたらどうかという、こういう御意見でございしますが、実はその僻地加算を設けますと、たとえば家族の場合三割負担というようになった場合には、家族の負担がほかの地区より

りも多くなると、こういう問題がございまして、僻地加算を設けると。あるいはまた、その僻地とほかの地域との間で診療報酬の地域差というものを設けるというところで決して好ましいことではないと、そういう意味では非常に特別加算を設けることは、保険サイドでそういうものを設けることは困難である、やはり先ほど来医務局長も申し出ておりますような、いわゆる僻地医療対策というものを充実させることによりまして対処をしていくべきではないかというふうに考えておるわけであります。

○対馬孝且君 これ間違ってもらっちゃ困りますよあなた、私の言っているのは国がやれということをやっているんだと、ぼくの言っているのは、そんな被保険者に負担させるなんてとんでもない話なんだ、ぼくの言っているのは、間違ってもらっちゃ困ります。私が言っているのは何と云っているかという、現在の診療報酬の一律方式を部分的に改めてそれは国として、僻地であるための、僻地という特殊の地域、僻地という特殊の問題点としてこれはやってもいいと、これはどこの県立病院行っても全部これ要請ですよ、これは、間違ってもらっちゃ困りますよ、保険局長。そんな家族に三割の負担かけるなんて、何言っているんだ。

○政府委員(大和田清君) 保険サイドで診療報酬の加算を設けるということになりますと、どうしてもいまのようなことになる。したがって、従来からとっておりまして、いま医務局長が申し出ておりますいわゆる僻地対策ということになりました場合には、その保険ではないサイドで僻地対策が行われるということになるわけであります。

私どもの方は、保険で行いますればいま申しましたような家族の場合には三割負担の対象になるというところで家族の負担になると、こう申し出ておるわけであります。

○対馬孝且君 あのね、質問に答えてくださいよ。ずいぶんやったようなふりして、こんな資料出ているから、ぼくは言いたくないんだけれど

も、第一次、第二次、第三次、これずつと五十五年から六十年まで全部出ていますよ、五十三年の十月現在。これ無医地区の問題からずっと第四次、三十一年度から始まったあれ全部こんなもの読んでいますよ。そんなこと言っているんじゃないんです、私の言っているのは、問題は、僻地に対していまなお医師が不足し、そしてこれが無医地区の患者自身が命の問題として、いま一命を取りとめることができなかった問題があるんですよ。

これは具体的に申し上げますけれども、これは別海地区というところがあるんですよ。あなた方行ったことがないからわからぬだろうが、根室からちょっと約二十キロばかり離れたところに別海というところがある、それ酪農村だ。その酪農村で一命失ったんですよ。そういう問題があるから私は言っているんですよ。だから医師の問題として、私は加算制度を設けなければ、なかなか医師の確保は困難だというその町村自体の訴え、道の訴えあるいは県の訴え、こういう問題をぼくは大事にしたい必要があると云うんです。そのことをまず満たさずして、ただ保険だから、いや家族に三割負担かかるんだと。私の言っているのは、国として特別扱いとしてこれを見るべきではないかと、そのことを言っているんですよ、それは、間違ってもらっちゃ困りますよ、あなたそんなこと。

○政府委員(田中明夫君) 僻地対策の一環といたしまして、まあ医師の確保につきましては、すでに長いこと奨学資金制度を設けておりましたし、また昨年から自治体病院協議会に依頼いたしましてあつせん事業等をやっていた、その助成をしていくわけでございまして、僻地の医療機関がなかなか採算がとれないということ、まあお医者さんなかなか定着しないということ、きましては、先ほど申し上げましたが、不採算地区の医療機関に対する経営費の補助ということでは、対応をしておるところでございます。

○対馬孝且君 これ大臣ね、ずうっと地方を回られて、こういう話聞きますせんか、実際問題として

て。私も一昨年ずうっと回って、去年も回って、どこの県立へ行ったら、どこの道、県へ行ったらこの問題必ず要望されるんですよ。それがなかったら……僻地対策の根幹はこれだと言った。そういう意味では私は申し上げていたのであつて、医師の確保の問題と同時に、このことがされなければ僻地対策の根幹をなさないということ、ぼくの言っているのは、その点がどうも答弁が答えてないんだ。大臣どうですか、この点について。やりとりしてわかるでしょう、これ。あなた。現地へ行っていないからわからないんだ。

○政府委員(田中明夫君) 僻地の医療機関の助成といいますが、運営の補助あるいは僻地中核病院の拡充ということで、従来から僻地医療対策をやっておるわけでございまして、今後ともさらにそういうような施策を強化してまいり、僻地医療を確保すべく努力をいたしたいと思っております。

○国務大臣(園田直君) 僻地の問題ではいろいろ問題があるわけであります、手当ての問題もあるし、それからお医者さん自身が、僻地に行くという新しい機械や新しい勉強ができない、それから家族の教育、こういう問題いろいろあるわけでありまして、やはり一番大きな問題は、僻地診療のための定員の確保ということ、これは非常に大きな問題で、これをどうやるか、歴代厚生大臣が非常に頭を悩ましたところでありまして、定員外でこれをやれという意見もあるわけであります、実は厚生省では定員外定員と申しますか、病院に看護婦さんから従業員の数多くの定員外の定員を持つていくわけであります、これに対する待遇等も、これはなかなか猶予を許さない程度のものであります。こういう問題を含めて、これをもう一遍勉強してみないと、ここで具体的に御満足の一返事はなかなかできないと思ひますけれども、そういう問題をくるめて、しかも僻地と申しましたも、北海道あるいは沖縄、九州、それぞれ環境も違っておりますので、そういうことも加味

してよく検討したいと存じます。

○対馬孝且君 じゃ、これは大臣ね、私は何も厚生省をいじめようとか、痛めつけようとかで言っているんじゃないんですよ。あのね、一昨年も、これ同僚の佐々木理事さんもおいでになりましたし、一緒に行動しましたけれどもね。どこへ行っても言われるのは、僻地対策の重点点にしてみたい、それは第一次、第二次、第三次と、こうあります。で、第三次の問題というのは、国でやらなければこれはできないわけですが、公的病院でなければ、大臣御承知のとおり。そこで、その中で医師確保の問題は、一つは総定員法の問題があるけれども、それは僻地優先というところで医師を確保してもらいたい、これが一つ。それは行政管理局来ていますから後から私申し上げますから。それから、厚生省としてはその姿勢をまずとってもらいたい、別件という考え方でとってもらいたいということが一つなんです。

それから、二つ目は、この加算制度というのは何も保険方式のことを言っているんじゃないんですよ、私が言っているのは、いわゆる僻地という特別地対策として、国がこれを手だててすべきものであると、これがこの県立、道立へ行っても必ず県の知事なり副知事からも実は私も要請を受けて深刻な問題になっています、このことについてひとつ積極的に検討して手だてをしてもいい、こう言っているわけなんです。何も私はあなた方をしかつてみたってしょうがないんだから。問題は、こういう県民のいま僻地に住んでいて方々で命を失った人もいます、こういう深刻な問題だけに私はそれをひとつぜひやってもいい、こういふことを大臣に言っているわけなんです。このところひとつ間違いないように答弁してもらいたいと思うんですよ。

○国務大臣(園田直君) いまの国が考えるべき加算の問題、それから定員を何とかして確保する問題、よく問題点がはっきりしましたから、その点について検討いたします。

○対馬孝且君 そういふことでひとつ積極的にこ

のことに実現するために早期に結論を出してもらいたいと思います。

僻地対策ではこのように出ています、安恒同僚委員から要求した資料の中に、私も読ませていただきましたが、第五次の整備計画の中で、いわゆるモータリゼーションの伸展、道路事情の改善というもので社会環境の急激な変化により、僻地をめぐる条件も相当改善をされた、すぐ厚生省はこう言うわけだ。ところがこれもまた知らな過ぎるんですよ。これはほかの地域、私もそれなりに歩いていきますからね、申し上げたいのであるわけですが、一般の医療水準は確かに向上しているわけですから、僻地住民のやっぱり要求の問題というのはいくつかあることかと言え、特に冬期間降雪の場合ね、これいままの国鉄の場合と同じになるけれども、すぐ国鉄関連でよくよく余談になるけれども、吹雪が二、三日あったらとるんだらうなっていう、吹雪でとまったらすぐバスにかえることができるじゃないかといふ、そういうばかげたことを言っているのかねといふ、それも認識を改めなければ、そうではないんですよ、これはもうアイスバーンといふ、もう降雪地帯は冬期間に入ったらアイスバーンになっちゃって、自家用車も何も動かなくなるんだ、これ。そこがあなた方は住んでないからわからないんだよ、ぼくに言わせりゃ、それを何かこう二、三日猛吹雪があつて、猛吹雪がやんだらすぐまた自動車が行くんだらうな、運輸省の官僚が認識しているようだけれども、大体そんな感覚だから僻地対策はいつまでたつてもできないんですよ。何ほ道路がよくならうと、環境がよくならうと、アイスバーンになったらこれは走らないんですよ、もうとにかく。

こういう問題があるんだというのを踏まえて私はやっぱり僻地対策という問題を第五次段階では医療情報システム、これの導入を図って、電送装置を利用した医療情報の提供を積極的に推進していく、こういうことを第五次政策で打ち出していますから、このことについてのひとつ認識を、私が言ったことわかんと思うんだが、そういう認識の中で第五次政策のことで示している情報システムの導入、あるいは電送装置の利用という、あるいは医療情報の提供といったものはどういうふうに具体化されていくんだと、このことをひとつお伺いしたいと思っています。

○政府委員(田中明夫君) 先生御指摘のとおり、冬期間における僻地は、モータリゼーションが発達した現在でもなかなか接近できないという問題がございまして、また離島等も同じような状態になつておるわけでございます。そういうような地域で医療に従事しているお医者さんに、その僻地の診療所と僻地中核病院との間を電話で結びまして、僻地診療所におけるお医者さんがいろいろ検査等をした場合に、その所見をそのまま僻地中核病院の方に送り、そこで専門のお医者さんが適切な治療法を指示して診断を下し、さらには適切な治療法等も僻地のお医者さんに指示するというのが一つでございます。

また、お医者さんもないような僻地に働いておられます保健婦さんと最寄りの医療機関との間も、同様電話で連絡をとりまして、保健婦さんのいろいろな患者から得ました訴え、情報等を最寄りの診療所のお医者さんが聞きまして、保健婦さんに保健婦さんとしてできる範囲内の医療の補助的な行為について指示をするというようにことを考えておるわけでございます。

○対馬孝且君 これいま聞いたら、一般論的な、やっぱり相変わらずさう前進したとは言えませんが、いまのあれでは、

たとえば、この間私、奥尻まで行ってきまして、奥尻というのは函館の西の方になります。あそこは海が荒れるともう一週間も三日も船が通りません。しかし、病気というものは瞬間的な瞬間を、あるいは一分を争うという問題になるわけですから、私はそういう意味では、一つの情報システムあるいはそういう問題についてそれなりに

理解をしますが、問題はやっぱりそういうことについて、率直に申し上げて、飛行機の問題とかいろいろな問題で対策をせよといふわけであらう、こういう状況にいまなっているわけであらう、そういう問題についてそれじゃどういふふうに対処していくのか。私はヘリコプターならヘリコプターというものもある場合によってはこれが無医地区対策として整備をするとか、そこまではいかなければ、情報だけのあれだけでは、これだけでは機能を果たし得ないと思うんです。そういうことは含めて、私はこれからの第五次対策というのをやっぱり考えてもらいたい、こういう考え方を保持しているんですが、いかがなものでございましょうか。

○政府委員(田中明夫君) 先ほど申しましたような電送装置によりましていろいろな情報の交換あるいは中心的な医療機関から僻地に対する医療に関する指示ということだけでは解決できず、たとえば手術を必要とするような場合は、僻地ではできないというような問題もあるわけでございますので、先生御指摘のような点につきまして、従来とも海上保安庁その他の協力も得て、必要に応じてはヘリコプター等も飛ばしているわけでございますが、さらにそういうことについて組織的に検討してまいりたいというふうに思っております。

○対馬孝且君 ほかの海上機関に頼るというようにことじやなしに、私は厚生省として当然これは予算要求をして、そのぐらいの施設あるいは装備の完備、あえて私に言わしてもらうなら自衛艦に魚雷を搭載したり、自衛艦にミサイルを積むくらいなら、むしろそれこそ無医地区にこういうヘリコプターぐらいちゃんと整備して、いついかなる場合でも僻地あるいは離島、こういう関係の対応ができるぐらいのことをやるべきだ、私に言わせれば。そんなことよりもこっち側を優先すべきですよ。

そういう点を踏まえて、ひとつこれはむしろ第五次の対策のこれからの要求の中で、対策の中で積極的に検討してもらいたい、積極的に進めても

らいたい、むしろ検討というよりも、この点ひとつ大臣にお伺いします。

○政府委員(田中明夫君) 大臣のお許しを得まして私からお答え申し上げますが、先生申されているような点につきましては、積極的に検討したいと思っております。

○対馬孝且君 大臣、いかがですか。

○國務大臣(岡田直吉) 当然のことでございますから、そのような方向で今後やっていきたいと思っております。

○対馬孝且君 それでは、ぜひそういうことで大臣、ひとつ積極的に僻地対策の問題に取り組んでもらいたいと思っております。

ただ、僻地対策の中で一つだけ確認しておきますが、不採算を理由に政策の後退だけは——むしろ政策をもっと第五次ということにこだわらずに、不採算を理由にせずに、救急あるいは僻地対策というものはぜひ積極的に取り組んでもらう、この考え方はひとつ確認しておきたいと思っておりますが、よろしくご意見をください。

○政府委員(田中明夫君) 先ほども申し上げましたように、不採算地区の病院の条件等を緩和するよう、来年度の予算要求では考えておりますし、その他積極的に進めてまいりたいと思っております。

○対馬孝且君 それでは、次に自治体病院の基本認識についてちょっとお伺いします。

今日の自治体病院は九百六十一を数える現状にあります。五十四年三月三十一日現在、特に三百床以上を占める病院の割合では四分の一を占め、その総体的位置、期待がますます高まってきたと思われまますが、今日の富利医療の枠の中では、現在の医療制度の矛盾、ゆがみが集中している中で、この自治体病院は懸念がないかということが一番私は心配をするわけであります。それは何かといいますと、やっぱり先ほども言ったように、地域医療の最前線に自治体病院というのがあるわけですから、そういう面で自治体病院の育成強化、育成策についてまず冒頭お伺いをしたいと、

こう思います。

○政府委員(田中明夫君) 自治体病院の建設、改良等に対する補助といたしましては、救急医療体制整備計画に基づく救急医療施設の整備、また僻地医療計画に基づく僻地中核病院施設の整備等について、施設の整備の助成措置が講ぜられております。現在の厳しい財政事情のもとでは、公共事業費の予算の制約があることから、これらの特定部門に着目した年次計画に基づきまして、施設整備が優先するということはやむを得ないところであらうと考えております。したがって、現段階では一般の自治体病院の建設、改良費に補助対象を拡大するということは残念ながら困難であるというふうに考えております。また、先ほども申し上げたように、不採算地区の医療あるいはがん等の特殊、高度な医療の運営について、運営費の助成措置を講ずる必要があるということから、昭和四十九年度から自治体病院に対する特殊診療部門運営費補助金を交付するとともに、年々補助基準の改善を図っているところでございます。

本年度はさらに補助対象を小児医療部門を有する自治体病院にも拡大いたしました。来年度の予算におきましては、先ほど申しましたように、不採算地区病院の補助要件を緩和するとともに、補助対象を医学的リハビリテーション施設を有する施設にも拡大したいということで財政当局と折衝中でございます。

○対馬孝且君 いま、自治体病院の助成につきましているところを伺いました。確かに運営助成金、これ私も表を持っていますから、不採算地区病院、救急医療のA、B、がん施設、小児施設、これの特殊部門への運営資金等がございまして、いまあなたが説明したとおり、それはそれなりに認める。これはぜひひとつ増額をぜひともしてもらわなければ、これは先ほど言った自治体病院の何となく救急僻地医療のやっぱりかなめをなす病院の使命でありますから、それだけじゃありませんが、特に重要対策になっていきますか。

あわせて、これちょっといまあなたのお答えになかった中で、特別地方債の融資措置ということ。これはひとつやっぱり考えてもらわねと、現状固定だけというだけではこれからの対策として僻地なりあるいは無医地区対策になっていかないと、いやないか。だから私が言いたいのは、いまあなたのお答えの中に出てこなかったんであります。が、やっぱり特別地方債融資の措置は現在あるわけでありまして、この融資枠の拡大ということ。を、ひとつ運営費と相まって大蔵省に来年度の予算要求に積極的に取り組んでもらいたい、こういう考え方を持っておりますが、いかがなものでしょうか。

○政府委員(田中明夫君) 御指摘の点につきましては、自治省の所管になっておるところでございます。私どもの方から先生のお考えを自治省の関係部局によく伝えておきます。

○対馬孝且君 これ大臣ひとつ、いまお聞きになったように、この自治体病院が不採算のためにというところだけではないが、やっぱり運営助成金というものは一応つけられた。これは一つのあれだと思ふんでありますけれども、いま後ほど申し上げる保健所の問題にしても、定数問題にしても大変なことになっているわけです。だから、そういう意味では私は申し上げたいんですが、この特別地方債、これは昭和三十六年から五十四年まで資料持っていますが、これは、これだけでやっぱりいまのこの病院の占める、いわゆる保健医療費の増高などから判断してみまして、この特別地方債の支給枠というのはこれでは足りない。大してないかと、当然やっぱり運営費と同様に拡大してもらいたい、このことは大臣としてどうですか、取り組んでいただけますか。

○國務大臣(岡田直吉) よくわかりました。それそれ関係方面と相談をいたします。

○対馬孝且君 それでは、次に保健所の問題で私は具体的にひとつお伺いをしたいと思います。それは、保健予防、公衆衛生それから保健所並びに健康づくりの考え方ににつきましてこれからお

伺いをしたいと思います。

まず、国民の健康を守るといふ基本的な姿勢について政府は昭和五十三年から国民の健康づくり対策と新たな施策を打ち出してまいりました。その基本は、自分の健康は自分で守るといふ自覚と認識の基本としてという自己責任を強調するものであります。で、健康や生命に対する個人認識を持つことは当然であります。今日、個人の自覚の認識のみでは私は生命は守れないと、そういう意味ではこれはすべての責任は個人の責任に帰することであって、国や地方自治体は健康に対する責任を回避していると言わざるを得ません。私は、国民の健康を守るといふ基本姿勢、国民の自覚、認識、国と自治体が行政責任としての健康を守ることが基本であるという立場に立っておりますが、この基本認識について大臣にひとつまずお伺いをしたいと思います。

○政府委員(大谷藤郎君) ちょっと事務的な問題を先に申し上げます。

五十三年度の国民健康づくり計画におきまして個人の健康は個人で守るといふことを言っておりますのは、個人の自覚の問題を言っているのではありません。当然国あるいは都道府県、地方自治体の責任を回避するといふ意味ではございせん。たとえば肝臓の病気を予防するにいたしまして、まず酒を飲まないとか、あるいは暴飲暴食をやらぬとかいうことが前提にありまないと、これは単に病院や保健所を整備するといふだけでは健康は守れないのでございまして、そういう意味で、この個人の健康を個人で守るといふことを言っておりますのは、これは国あるいは地方自治体の責任を回避するために申し上げているわけではございせん。健康を守る基本的な所在のあり方ということを示したものでございまして、当然五十三年度から始まりました国民健康づくり計画におきましては、国あるいは地方自治体におけるそういった自覚に促した健康管理体制の整備ということを打ち出しているわけではございせん。

○対馬孝且君 大臣ね、そうであるならばなぜこれ先に、自己の健康は自分で守るべきであるということが先にどうして出てこなきゃならぬのですか。これは国民の健康づくり対策という新たな

施策の方針として出ているわけでしょう。どうして、自分の健康を自分で守るということ为先に出てきて、そのあらわれがいま出てきた乱診乱療あるいは薬づけ、検査づけという問題がいまなお解消されないという認識はそこらあたりにやつぱりあるんじゃないかということになるわけでありまして、私は、むしろこれが基本姿勢としては国の自覚、国と自治体がつぱり行政責任で健康を守っていくということが先に来なければならぬんじゃないか。それに立つて自己の自覚というものがやつぱりきちつとしなければならぬんじゃないか。ところが、どうもこれを見ますと、これ私驚いたのだけれども、本人の自覚だけが強調されちゃって、国とあれの責任というのは、自覚というものは何もない。最終的にちよこつとちよびり足したような印象で、そういう認識がやつぱり富士見病院に見られるようなああいふ結果を生んだり、あるいは乱診乱療を生んだりすることにながつていくんだと、こういう後向きの姿勢になつているところに問題があるんじゃないかという気がするんですが、この点大臣どういうふうにお考えになりますか。

○國務大臣(園田直君) 局長が申し上げましたとおりでございます。やはり國と自治体が推進の責任者であります。今後はそういう言葉遣いにもよく十分注意をして誤解を受けないようにいたします。

○対馬孝且君 誤解を受けないようにしたいというが、本音がどうもそこらあたりにあるから、これ出てくるんじゃないかという私は気がするんですがね、大臣はその辺ともかく、厚生官僚としてはできるだけそういうふうにして財源を使わないように使わないようになって、片っ方では薬の方にはおまけをつけるなというような、そういうことがどうも本音じゃないかと思うんだ

れども、そうでなければそうでないで結構です。素直に受けておきましょう。大臣が言うとおり、ひとつそういう考え方で取り組んでもらいたいと思います。

それでは、今日の病気を防ぐ保健予防が軽視をされ、地方中心の保健医療となっていないのではなから、このことを指摘せざるを得ません。それは本来国民の健康と生命を守る保健医療とは、予防にまさる治療なし、予防医学がやっぱり先行しなければならぬということが今日の健康を守る基本ではないかと、こう思ひわけです。ところが、先ほど来ずいぶん中核センター中核センターと局長は強調しましたが、保健予防の現状、それから公衆衛生行政の中核センターである保健所は現在私の調べでは八百五十五ありますね。しかも、これは無認可の保健所が三つあります。無認可のまだ保健所があるんですよ。こういう実態を一体どういうふうにこれ考えますか。ずいぶん中核医療を整備いたしましたとお答えがあったが、まだ無認可の保健所が三つある。こういう状態でこれが整備されたということが言えますか、これ。この認識をひとつまずお伺いします。

○政府委員(大谷藤郎君) 保健所につきましては、戦後、保健予防の仕事をするということをやつてまいりましたが、五十三年度から、先ほど申し上げましたように、国民健康づくり計画といひ

うことで、市町村の方にも市町村保健センターを設置する、こういうことで整備を進めてまいりまして、すでに二百数十カ所整備したところでござえます。したがって、私どもとしては、従来保健所のみで予防事業をやるといふ線から、さらには市町村も含めまして全体として全国的に予防事業を拡充強化していくという線を出しているわけでございます。

そこで、先ほど御指摘の三カ所の無認可保健所の問題でございますけれども、保健所はそういうふうなわけで市町村と連携いたしまして、広地域のあるところ、あるいは高次元の保健予防事業をつかさどる、こういうふうな形で政策の方針としていっているとござります。

いまして、無認可の保健所というと名前が非常におかしゅうございますけれども、これは一つは財政上の問題で、認可をするということは即補助金を認めるというふうなことになるわけでございますが、こういった問題も財政上のいろいろ制約ございまして、私どもとしては、従来全然ういった都道府県が設置されました保健所をすべて認可していないというわけではありませんが、財政上あるいは人口、地域の特性というふうなものも勘案いたしましたして、まだ三力所の保健所がそのまま残されているという現状でございまして、認可をしないというわけではございませんです。

○対馬孝且君 私が言っているのは、助成金がつかから認可をしない、とあなた本音を言ったがね、問題は戦後ですよ、戦後保健所の役割りというのは、あなたが知っているとおおり、結核問題にしたりあるいは食品問題にしたって、それなりに役割りを果たしてきたでしょう。保健所の果たした役割りというのはこれは私は重大な役割りを果たしてきたと思う。そういう意味ではやっぱり予防医学、予防センターとしての役割りは十分私は果たしたと思っているんですよ。そういう中で、どうしてこれ、無認可の保健所がで上がるか、いまあなたが言いましたけれども、助成金がつくからそれじゃ認可できないと。財政上の問題だけですか。理屈に合わないんじゃないですか、それじゃないと、こっちの三つは認められればいいと、こういうのはどういふことなんでしょう。

○政府委員（大谷藤郎君） 先ほども申し上げましたように、財政上のみの理由ではございませんで、地域あるいは人口等地域の特性を考えまして、逐次これを認めていくという考え方をとっているわけでございます。しかし、先ほども申し上げま

したように、五十三年度から市町村における予防事業、保健事業というものを拡充強化していくという考え方で、従来の保健所の役割りというものを専門的あるいは広域的な性格で、従来より以上に技術的中核として発展させていくという考

方でございまして、そういった意味で総合的に判断いたしましたこれを認可していくという考え方に立っているわけでございます。

C 対馬孝且君 いや、それは総合的とか何とかいろいろなこと言っているけど、あなたの言っているのは財政に尽きるんだよ。そんな言葉、市町村単位とかいろいろなことを言ったって、なぜそれじゃ三カ所だけどうして認可できないんですか、そんなこと言ったって。八百五十八のうち八百五十五を認可しておって、あとの三つだけが認可できないと、総合的と言ったって保健所として資格が整っていないのかどうか、そんなことじゃないでしょう、これ。私が言いたいのは、そういうことについては少なくとも保健所たる資格のあるものについては、当然認可をすべきものではないか、このことを言っているのであって、これをもひとつ解消のためにやってもらいたい。

それから時間がながいからあれたけれども、ただ、だん時間がかましましたから、昭和四十三年から五十年までの間に保健所の職員は三千二百六十二名の補助定数から削減されているんですよ、どう国いうわけですか、これ。これとあわせて答弁してくださいよ。

○政府委員(大谷藤郎君) 保健所におきまして、國の定員削減の計画と横並びの措置といたしまして削減を受けているわけでございまして、その数が先生御指摘のように四十三年から五十四年までの間に三千三百六人という数に上っているわけでございます。しかし、その間に私どもといいたしましては公害あるいはその他地域の実情に応じた専門職員の増員ということを図っておりまして、それを増減いたしますと千七百三十四名の減員ということになっているわけでございます。

○対馬孝且君 専門員をふやしたと言ったって、専門員は専門的のために必要なものであって、これとごっちゃにしては困りますよ、これ。だから少なくともこういう現状であるということはいまお認めになつてゐるわけだから、したがつてこの補助定数というものを、定数を削減すればいいよ

いうものではなくて、保健所の機能が充実されないとはいへない。このことは、大臣、ここを言いたいの、よく言っているのは、その点で厚生省の態度として、私は行管に対しても物を言うが、これはやっぱりそういう姿勢で対処するとういうことをあなた自身が持たなければ、何でも総定員法総定員法で総定員法を隠れみのにして何か減らしていくんだというようにことごとく、これは言葉では生命を守るとか命を守るとか救急医療体制の普及、何だとか言っている、片方では逆じゃないですか、これ、削っていくことになるじゃないですか。そういう姿勢をどうなんだと私は聞いています。

○政府委員(大谷廉郎君) 先生御指摘のように、保健所についても国の定員計画の横並びというところで削減計画が実施されていることは私も私もともしては残念に思いますが、厚生省といたしましてはそれなりに努力をいたしております。たとえば国の第四次の統一削減率は四・二%というところでございますけれども、医師あるいは保健婦等技術職員につきましては削減率を掛けないというふうなことをお願いいたしまして、事務職員等、これについても、それは削減するのはいかにかという意見もございまして、国全体といたしましては定員削減計画の横並びというところでありまして、私も私もとしてなかなかそこそこ、このところがむずかしいところでございます。そういう点で技術職員については削減を掛けないというところをいただいております。先ほどから申し上げておりますように、その他の増員等もございまして、三・三%という国全体の削減から見ますと、これを低く抑えているというふうな努力をいたしているわけでございます。

○対馬孝且君 これは時間がありますから、ひとつこの問題は積極的になさるあなた自身が、総定員法とかいろいろ国の、まず行管の方針の前に、これだけは絶対やっぱり命と健康を守るということが最優先である、待ったなしであると、こういう姿勢に立つとするならばこれは定数切ることにならないんだ。私はその体制を堅持してもらいたい。あなたもこれからやると言っているから、そういう姿勢で取り組んでもらいたい。

とにあらう。これは、保健所の拡充強化に對して国の財政投資が主要なものとされていることは、いまも指摘したとおりであります。そこで私が申し上げたいのは、保健所の運営補助金を廃止して地方交付金に切りかえるという動きがありました。ね。これはあなたもお認めになると思います。そういう意味では、ひとつ保健所の補助金は、保健所法に基づいて国が当然基本財源としてこれは見るべきものであります。そういう意味では、これは行政と財政の一体化というのは当然のことな金というものの地方交付税への切りかえというふうな、そういう性格のものではなくて、むしろ行政面で一体的にやっぱり考えていくという基本に立つとするならば、どうして地方交付税に切りかえなければならぬか。このことはひとつ厚生省として責任を持って対処してください、どうですか。

○政府委員(大谷廉郎君) 先生御指摘のように、昨年度財政当局より保健所運営費については交付税回しはいかがかというふうな提言がございまして、これについては時代の要請であるいは地域のニーズに即した考え方であるべきではないかというふうな御意見であったわけでございますけれども、しかし、現実の問題といたしましては、戦後長らく現行の補助制度が定着いたしまして保健所を強化してきたといういきさつ、また現状のさまざまな諸問題を勘案いたしまして、厚生省といたしましてはやはりこれは保健所運営費、補助金でいくべきであるというふうなことで、当面私もそういう考え方を守っていききたいというふうに考えておる次第でございます。

○対馬孝且君 そういうことで、ひとつ補助金を守って最後まで貫いてもらいたい、このことをぜひ強く申し上げておきます。
この機会に委員長にもお願いしたいんであります。すが、業務委託についての、母子保健、結核予防、寄生虫予防、各種検査などの過去十年間の実績調査の資料、これは後日でよろしくございまして、それから、理事会でひとつ御検討願いたい、このことをまず要望しておきます。

○委員長(片山基市君) わかりました。
○対馬孝且君 大臣、いまの答弁よろしゅうございすか、先ほどの。

○国務大臣(岡田直君) 保健所の問題、それからいま御指摘の問題等を含まして、厚生省としては全力を挙げて御指示どおりに努力をいたします。

○対馬孝且君 それでは次の問題に入ります。いままで救急医療、医師確保の問題、それから加算額等の地域事情の問題等申し上げてまいりました。時間も迫ってまいりましたからひとつ重点を上げたいと思っておりますが、特に私は北海道の無医地区の問題をあえてこでぜひ取り上げなければなりません。

それはどういふことかと申しますと、これはおたくの出した資料でもございすが、全国都道府県の無医地区が、北海道が二百九、広島が九十八、高知県が八十九、鹿児島が七十三、大分県が七十二、千葉県が九、神奈川一、東京二地区、佐賀三地区、大阪が五地区と。北海道二百九というのは全国一であります。これは、もし間違いないれば御指摘願って結構であります。こういう実情になっております。

そこで、北海道の無医地区の二百九という中に、問題なんでもありますが、いまなお宗谷管内で、これは医師の問題を一つ例に挙げます。これは道庁の数字でありますから、北海道庁五十四年十二月三十一日現在、宗谷管内では人口十万人当たりの医師の数が四四・一人であります。根室管内で四八・一人、釧路が五二・四人、日高が六〇・四人、網走が六三・五人、留萌が六五・九人、ほとんど道東、道北がまさに医師不足であります。これはあなたが医師不足でないと言ふなら、私もはつちりこれ申し上げるけれども、間違いない、これは道が出した資料ですから。現在の

の医師不足数というの、宗谷で四十七人、根室で四十八人、釧路で三十九人、日高で六十二人、網走二百三十四人、留萌二百五十九人。しかも大事なことは、私は数を言っているんじゃないんだ。しかもあの道東の根室管内、宗谷に内科の医師がいない。これは大問題ですよ。いま脳性疾患あるいは心臓病、これの死亡率が一番高いと言われているわけだ、高血圧症。こういうときに、こういう状態がいまだに放置されているんですよ。これ、私、この間根室に行ってきたんです。こういう認識の中で、いまなおこれは北海道の場合医師が確保されていない。あなたは確保されていると、さっき一部は確保されているけれども一部は確保されていませんと言ふから、そのままだと受けとめますけれども、こういう認識についてはどうですか。まず、確認できますか。

○政府委員(田中明夫君) 北海道につきましては、道全体といたしましては人口当たりの医師の数というの、全国の都道府県の約、真ん中ぐらいというか、平均的なところにあるわけでございますが、先生御指摘のとおり、道東、道北等、地域によりまして非常に医師が不足しているというところは承知しております。すなわち、非常に地域的な偏在があるという大きな問題があるわけでございます。この点につきましては、道といたしましては当然地域的な医療計画というものを策定して医科大学を誘致する等、いろいろとお考えになっておられるようですが、厚生省といたしましては、道当局との点につきまして十分協議して解決に努力いたしたいというふうに考えております。

○対馬孝且君 そこで、私は次の二点を、時間がありませんから申し上げますが、一つは、これ五十二年の春の予算委員会三分科会で、同僚の岡田利春、北海道第五区の代議士、それから私も言っておりますが、道東に医科大学をこの際建設をすべきである。そうしなければ道東関係における医師の不足解消は困難である。このことは、これは道も認めているところでありまして、したがって、この取り組みの姿勢について、ひとつぜひ取

り組んでもらいたいということが一つ。

それからもう一つは、現在厚生省の定義によれば、無医地区の概念として四キロ区域以内に五十人以上居住しなければ、これは医療機関としてみなさない。こんなですよ、大事なところは。これをやられたら北海道はたまたまもんじやないんだ。これで落とされちゃたらどういうことになるか、これ。四キロ以内五十人という線引きをしたということになれば、北海道はどういうことになるかということについて、私は時間がないからこつちから申し上げますが、百四十四カ所になるんですよ、この該当する個所が、五十人以下というのは、これで何が無医地区の第五次対策で、地域医療を確保しますと、あるいは情報システムを完備しますということになりますか。中核医療センターができたこととなりますか。これが言っているんじゃないんだよ。道庁の調べです、これ。こういう問題について、しかも四キロ以内五十人以下はもう全部落としてしまふんだ。これではおまえら勝手に死ねと言ふことと同じだ、こんなことが許されていいかということですよ。この二つをちょっとお伺いします。

○政府委員(田中明夫君) 僻地診療所の整備等、地域医療対策を有効に実施するため、政策の対象となる地域、いわゆる僻地の住民がある一定数以上いるということを条件とすることは、われわれ僻地医療対策を考える場合に、五十人というところで線を引く張っておるわけでございますが、

〔委員長退席、理事高杉勉忠君着席〕

これはあるところで線を引く張るということは、行政上まことにやむを得ないというふうに考えておりますが、北海道のような場合にはほかの府県と大分事情も違いますし、巡回診療等は引き続き行っていくことはもちろんでございますが、先ほども申しましたように、道の衛生当局とも十分相談いたしましたし、北海道に適した対策というのを検討したいと思っております。

○対馬孝且君 それではその四キロ以内の五十人以下ということについては十分に考えると、北海

道の実情として。そう理解していいですね。

○政府委員(田中明夫君) 一応全国的な統計をとる場合にはこういう基準でやりますけれども、北海道につきましてはほかの府県と事情も違ふので、その点につきましては道の当局と十分相談してやりたいというふうに思っております。

○対馬孝且君 大臣にひとつ、それでは、いまの百四十四カ所、これだけの地域にこの五十人以上、これを当てはめたらこれはもうまさに死ねと言ふことと同じですけれども、まさに医療手だては、医療はなしと、こういうことになりますので、大臣、この点について先ほどの点も含めてひとつお伺いします。いかがですか。

○国務大臣(園田直君) いま局長から御返答申し上げましたとおり、北海道の特性にかんがみて、局長の申し上げました方針をそのまま遂行することにいたします。

○対馬孝且君 それでは特殊事情を加味して、ひとつぜひやってもらいたいということでもよろしゅうございませぬ。

○国務大臣(園田直君) はい。

○対馬孝且君 はい、わかりました。

それから、道東の医科大学についてはどうですか。

〔理事高杉勉忠君退席、委員長着席〕

これからひとつ検討してもらいたいということについて。

○政府委員(田中明夫君) 道東地区の医科大学の設置につきましては、御要望は私も受けておりますが、この所管は文部省でございますので、先生の御要望を文部省の方によく伝えておきたいと思っております。

○対馬孝且君 文部省だということは知っているよ、この前予算委員会でもやっているから。厚生省としてそういう方向でひとつ努力してもらいたいと、こう言っているんだから、その点ひとつ、よろしゅうございませぬ。

それでは次に、いま北海道の最大の一つの課題にもなっているんですが、広大な北海道の特に人

口の少ない地域、一般診療所は経営的にもむずかしい、病院中心にした医療体制になりざるを得ず、結果としては国立あるいは公的医療機関というの重要な、北海道の場合、いま申し上げましたようにウエートを占めております。そこで、問題は何かと言いますとね、道当局は道の行政改革の一環としていわゆる寿都、松前、増毛、いままでの道立病院を町立に格下げするというわけだ。これは私はちょっと筋が通らないし、こういう厚生省の考え方というのは一体どうなのかということ。なぜそれ言うかという、一昨年も先ほど言った高知県あるいは青森あるいは徳島などを歩いてきました、函館も。むしろ県立病院の段階では、町立を県立に引き上げるといふ機運の要望はあったけれども、そういう考え方、実態を聞きま

すが、青森の場合でも、ところが、これは町立に格下げするというわけだ。しかも、僻地は北海道は、言ったように百四十四カ所、五十人を満たさないものが、これじゃちょっと医療を守ることができなくて医療を捨てるといふことになるんじゃないか、これ。この点どういうふうにお考えになりますか。

○政府委員(田中明夫君) 北海道におきましては、一定の基準を設けて現在あります道立の病院のうち、もっぱら特定の市町村の住民の診療に当たっているところについては、市町村に移管するといふような御方針のもとに、現在道立病院の整理を図っているというふうに聞いております。これにつきましては、道の考え方方も一つの考え方であらうかとわれわれは考えておりますが、そのために当該市町村の住民の医療が破壊されるという点、当該市町村の住民が医療が満足に受けられなくなるといふようなことのないように十分指導してまいりたいと思っております。

○対馬孝且君 これね、問題はいま医療は、医療の基本というのは、先ほど私がなぜそれを聞いたかという、冒頭聞いたでしよう、健康を守るの

ら責任はやっぱりそこにあるという原点を私は言

ったわけだ。それはあなたも認めたし大臣もお認めになったわけだ。

そこで、私は言いたいことは、こういう行政改革というものに医療機関を対象にするということ自体に問題があるとは私は言いたくないですよ。そうじゃありませんか。これは単なる定数やなんかと違ふんですよ。医療機関がもしこれ切り捨てられれば住民のサービスが切り捨てられる。命の保障はない。仮に民間委託になった場合にどうなりま

すか、これは。当然これは、健康保険の営利目的でありまして、これは市町村の負担増になり、やがては被保険者の負担増につながっていくでしょう。そういう問題については十分話し合うということは結構だが、私の言いたいのは、いまでさえ、はつきり申し上げますよ、道立病院でさえ、先ほど言ったようにこの松前、寿都、増毛では医療者が来手がないんだ。道立でさえ来ないものが町立へ格下げして来るわけじゃないですか、端的に申し上げて。また現実に来ないと言っている、これははつきり申し上げて。道立だからい

○國務大臣(園田直君) 町と道が円満に話し合つて医療の目的を達成するよう、私からも道に向かつて話をいたします。

○對馬孝且君 いま大臣から道に向かってそういう医療行政を守るといふ、しかも道立で医療サービスを下せしめなさいといふひとつ基本に立つて、道側とぜひ話し合つて解決をしてもいい、よろしくごさいますね。

○國務大臣(園田直君) はい。

○對馬孝且君 はい、わかりました。

それでは次の問題に入りたいと思います。これはスモンの問題につきまして大臣も最近非常な努力をされて、私も一昨年社会労働委員長長に当分の橋本厚生大臣とも話し合ひまして、和解の解決策に努力をいたしました。園田大臣になってから努力をされて、東京地裁の場合和解案で受け入れを最後まで拒んでおりましたが、去る十一月七日に受諾の意向で解決をするという方向にいったことは、大臣の努力を多しといふ私も考えます。

そこでもう一つ問題は、ここで申し上げたいのは、東京地裁の和解もさることながら、同時に札幌高裁の和解勧告についてもひとつぜひこれを協議をして、先ほども、私は本当は知っていますよ、その資料要求を拒絶したから、会社の機密に属することだといふから私は言わなかったが、現に高級官僚、厚生官僚の、先ほど名前挙げた天下り会社と武田薬品工業とが癒着していますよ。シニアにしても四〇％から七六％ぐらいまである。ただ、資料は拒絶したから私は言わなかっただけであつて、現実には武田薬品の場合のシニアというのは、抗生物質の場合でも四〇％から最低でも六〇％ある。こういうものは完全に私は癒着だと思ふんです。ただ、そういうことがひいてはスモンの和解が解決できないといふことにつながつていくのではないかと、いふふうにも疑ひが持たれるので、この際ひとつ大臣として大變努力をされて、東京は和解勧告はされましたが、札幌高裁についてもこの和解の解決にひとつ努力をしてもいい、このことの大臣の見解をお伺いしたい、こう思います。

○國務大臣(園田直君) 十一月七日に回答がありましたが、いま御指摘の札幌の方に対する私の満足すべき回答がありませんので、さらに札幌の裁判所の勧告、所見も従うよう強く要請しているところであり、また三社側を招致して強く要請する所存でございます。

○對馬孝且君 いま大臣からそのようなお言葉をいただきました。いま札幌高裁の和解勧告に対しては、本当にもう患者の皆さんが期待をいたしておられますので、むしろ遅きに失するぐらいだと、こう私は思っておりますが、いま三業者を呼んで解決に努力するという大臣の力強い言葉ございまして、ありがとうございます。次に、それじゃ、理学療法士、作業療法士の養成、充実についてお伺いしたいと思います。

これはどういふことかといふことはもう御承知だと思つておりますが、いま実際全国的に見ても、予防から治療、リハビリテーションといふことが、包括医療等の確立は今日の医療の一つの目標にもなつております。そこで、リハビリテーションの担い手である、つまりPT、OTの問題になるわけでありまして、わが国の疾病構造から、かつては国民の主要死因であつた結核、肺炎というのが主なる病気の死亡率でありました。しかし、今日の段階では成人病、すなわち脳血管疾患、悪性新生物疾患、いわゆる脳卒中、がん、心臓病というのが主要な要因になっております。しかも四十歳前後の働き盛りの成人が倒れていって、いふ今日この状況でございます。そこで、社会にとつても家庭にとつても重大な脅威となつております。そのためにはどうしてもリハビリテーションの必要性があります。身障者の存在、老人を考へますときに、ますますその重要性は私は痛感をしていふところでございます。そこで私は、現在の老人ホーム、この間も二、

三カ所行つてまいりましたが、実際に理学療法士、作業療法士が非常に不足しているところか皆無に等しい。確保されない、一名もない病院が相当ある。こういう事実もこれは私も確認してまいりました。したがつて、現在PT、OTの資格を持つてゐる者は三千四百名、PTが二千五百七十七名、OTが八百五十七名、これは満たしておりません。これらの医療需要にたいする状況からまゐりまして、諸外国に比べると非常に実はずが国はおくれてゐる、このように指摘をしなければならぬ。したがつて、西歐諸国に比べますと、わが国の数字は五十一年のものと人口十万人単位で、PTの場合は一・七人、デンマークの場合は八十人、イギリスは二・三人、スウェーデンの場合は四八・三人に対してはるかに低い水準にあります。

したがつて、こういうOT、PTの業務独占の制度となつてゐる限り、現実には資格のない者が相当実はあるわけでありまして、これは私もこの前請願の取り扱ひでいろいろ問題になつておりますけれども、こういう現状を踏まえまして、まず一つは養成施設を大幅にふやす、この計画をやつたり示すことが大事ではないかと、いまどうも遺憾ながらこの養成技術の計画が厚生省ではまだ示されてない。この実態が、いま現実の先ほど言つた成人病と言われる脳卒中、心臓病、こういう問題を中心にしての対応の仕方というものは、むしろ遅いのではないかと、こういう感じを持たざるを得ないのではありませんが、この点についてまず冒頭お伺いをいたします。

○政府委員(田中明夫君) 先生御指摘のとおり、わが国が高齢化社会を迎え、疾病構造も、御指摘のように、脳卒中あるいはその他いわゆる老人病が大きなウェイトを占めてくるという環境の中におきまして、いわゆるOT、PT、理学療法士、作業療法士の役割はリハビリテーション等の確保のために非常に重要でございます。ただ、残念ながら、わが国のこのリハビリテーション関係は、わが国の医療界におきましては、もう諸外国

に比べ非常なおくれをとつておりまして、これはもう戦前からそういうような状態にあつたわけでございますが、最近の先ほど申しましたような疾病構造の変化等を考えるとき、一日も早くこのおくれを取り戻さなければならぬといふことで、厚生省といたしましては、現在、当面の目標を理学療法士PT六千人、作業療法士OT四千人といふところに置きまして、昭和六十一年の前半にこの目標を達成したいといふことで、鋭意努力してゐるところでございます。

具体的な数字を申し上げますと、養成施設につきまして、理学療法士の養成施設は昭和四十年には四つ、四十五年には八つといふことでございまして、五十五年現在二十二にふえております。十年間で三倍近くふえております。私どももいたしましては、さらにこれを逐年増加させてまいり、五十九年には四十一にしたいといふことを考へております。現在のさらに倍近くでございまして、で、そういうことによりまして先ほど申し上げましたような数、これは大体まあ現在のアメリカに対応するような数といふふうに考へておりますが、そこまで持つていきたいといふことで努力をいたしておるところでございます。

幸いに、いま養成所の数でも申し上げましたように、現在、非常にこの方面に対する関係者の関心が高まつておりまして、従来、施設につきましてはほとんどが国公立でございましたが、最近では民間の経営する施設もかなりふえてまいりましたので、われわれといたしましては、先ほども申しました計画が予定どおり達成できるというふうに考へております。非常におくれたところから出発いたしましたので、まだ目標達成あるいは諸外国並みにいくにはかなりの年数がかかると思ひますが、一日も早く目標を達成し、諸外国に追いつくように努力したいといふふうに考へております。

○對馬孝且君 いま局長の方から具体的な計画がありました。私も数字持っていますし、ひとつこれをむしろテンポを繰り上げるということ、そ

ういう計画を短縮をしていくというこの目標をぜひやってもらいたい。

それからもう一つ、私はこのほかに視能療法士ですね、目の療法士、それからS T、言語療法士、これはむしろ先ほどのO T、P Tよりもっと厳しい現状にございます。この視能療法士それから言語療法士についても、あわせてひとつこれをぜひ養成計画の中で検討、充実をしてもらいたい、このことはいかがですか。

○政府委員(田中明夫君) 御指摘のように、視能療法士あるいは言語療法士につきましてはP T、O Tよりもさらに充実を要するような実情でございますので、これらにつきましてもP T、O Tと同じようにそういうことをやる人の養成の強化を図って、医療の需要に対応できるように今後十分努力をしてまいりたいというふうに思っております。

○対馬孝且君 そこでこの養成施設をつくる場合に、四年制扱いと二年制にするかという議論が行われていた。これは厚生省としては一体どのように考えているのか。それから、文部省との話し合いは一体どうなっているのか、この点ちょっと具体的に伺いたいと思います。

○政府委員(田中明夫君) 現在、P T、O Tにつきましては、高卒後三年以上の養成課程ということになっておるわけでございます。厚生省では、養成力を拡充するため、従来から国立病院あるいは国立療養所に附属養成施設の整備を進めてきたほか、民間の養成施設の整備を促進するため、補助金を交付するなどの施策を進めてきたところでございます。

なお、文部省におきましては、五十四年度以降国立の医療短期大学に、これは三年制の短大というふうには聞いておりますが、ここにP T、O Tの養成課程を設置してきておりまして、資質の向上、養成力の拡充の見地から非常に歓迎すべきことであるというふうにはわれわれとしても考えております。

先生御指摘の四年制の問題は、日本学術会議か

らの御提案の中にあることではないかと思いが、この点につきましては、文部省とよく協議をしながら対応してまいりたいというふうに存じております。

○対馬孝且君 文部省来ていますか。文部省として、この取り組みを今後どのようにするのかというのをひとつはつきりしてもらいたい。ことと、それからもう一つ大事なことは、身分法が、身分が確定されていないんだ、はつきり申し上げて。特に言語療法士の場合については、五十四年七月までは国立言語障害センター二百四十五名養成を終わっていますが、現在国立リハビリテーションの学園では三十名の生徒を募集中であります。ところが身分法がないものですから、身分法の制定がこれからやっぱり重要な一つの問題になってくるんじゃないか、こういうことも含めて、ひとつ文部省としてどういうふうに考えているか、またこれからどう取り組むのか、そのことについて明確にお答えをお願いします。

○説明員(阿部充夫君) お答え申し上げます。P T、O T等の医療技術者の養成、確保あるいは資質の向上という点について、社会的要請が大変強まっているというところは先生御指摘のとおりだと承知をいたしております。私も同感でございます。厚生省との間で緊密な連携をとりながらこの問題に対処してまいりたいわけでございまして、先ほど厚生省の方からお答えがございましたように、昭和五十四年度からこれは国立の短期大学で初めて、わが国で初めてのケースでございますけれども、短期大学レベルでP T、O Tの養成を取り上げまして、金沢大学の医療技術短期大学にP T関係、O T関係の二学課を設置をいたしたわけでございしますが、引き続き昭和五十五年年度には弘前大学に同様、二学課を設置をいたしておるところでございます。なお、五十六年度以降の問題につきましては現在、北海道大学あるいは神戸大学といったところについての計画を持っておりまして、今後ともそのような方向で厚生省の御方針等も十分伺いながら、文部省としても

積極的に対処をしてみたい、このような構えでおるわけでございます。

なお、ただいまの身分法の問題につきましては、これは厚生省の御所管でございますので、厚生省の御方針を承りながら文部省としてもまた的確に対応したい、かように考えておる次第でございます。

○政府委員(田中明夫君) P T、O Tあるいは視能訓練士につきましてはすでに身分法があるわけでございますが、言語療法士については現在身分法がございません。これにつきましては関係団体の意見を聴取するなど、現在検討を進めているところでございます。

○対馬孝且君 文部省はいま答弁がございましたから、ひとつ積極的にこれを実現のために、厚生省以上の主管ですから、教育の。その立場でひとつ取り組んでもらいたいと思う。

それから、言語療法士は検討中だというが、これは先ほど言った視能療法士、これとそれから理学療法士、作業療法士、これは同質のものであって、このことだけが身分がいまだに保障されていないというのは、完全な差別待遇であって、これはやっぱり医務局長、検討をしておりますということとでなしに、当然これは同一に扱いますということとひとつ取り組んでもらいたいと思っておりますが、どうですか。

○政府委員(田中明夫君) 先生御指摘のとおりでございますが、実は関係の団体あるいは学会の間で若干意見の食い違いがあつておられておりまして、最近、大体意見も一致してきたようでございますので、なるべく早く先生御提案のような身分法の確立ということを実現すべく努力してまいります。

○対馬孝且君 それじゃ、そういうことでひとつ積極的に身分の確定を一日も早くしてもらいたいと思っております。

それでは老人保健医療制度について最後にお伺いします。これはまだ触れられていない問題でもありますので申し上げますが、いわゆる被保険者

が事業所から退職して、七十歳での老人医療を受けられるまでの十年間の医療保障の問題が、これは実は昭和五十二年、社会保障審議会でもこれは問題を提起されております。ところが、いまだにこれが確定されておられません。たとえば六十歳で定年になった、五十五歳で定年になった。この場合は七十歳までの医療保障というのはいわゆる国民年金保険にそれでは入れられないじゃないか、答えはそう簡単には言いかねるが、そんなことじゃないと思うんです。私は少なくともこれは七十歳老人医療を受けられるまでの十年間、医療保障を退職者医療として認めるべきではないか。たとえば、これはこれから老人保健制度の問題がどういうふうに出てくるかわからぬけれども、定年退職後については、被保険者として保険料を納めていながら、いざ給付を受けようとするときには国民健康保険法に移ることによって給付が低下するという不合理があります。これは全く私は問題だと思ふのであります。そういう意味では、定年退職後も引き続き従来の保険制度への加入を認めるべきだ、これは当然だといわなければなりません。保険料を納めていられるんですから。もう一つは、被保険者から退職すれば、国民保険の高齢で比較的疾病の多い層が入ってくるわけでありますから、国民健康保険の財政を脅かすということになってくることとありますから、退職者医療について政府は第六十五国会、昭和四十六年二月、健康保険法等の一部を改正する法律案を提出し、健康保険の被保険者であった期間が通算して十五年以上であり、かつ退職時まで継続して一年以上被保険者であった者は、五十五歳以後退職したとき退職継続給付を五年間特例被保険者として行うことを提案した経過があります。これは否定はなさらないと思ひます。したがって、昭和四十六年以後は任意継続被保険者について若干の改善は見ましたけれども、財政対策を理由にいたしまして退職者医療については検討されなかつたのは、政府の怠慢であると私は言わなければなりません。この点に対して反省を促すとともに、現在検討され

ている老人保健医療制度の創設に当たっては、国民の合意を得るよう万全を期してもらいたい。そのためには、これはひとつ退職後の保険の継続扱いを当然としてやるべきであると、このように考えますが、お伺いをいたします。

○政府委員(大和田清君) 保険の退職者継続医療につぎましてはいろいろ御提案のあるところでございまして、これにつぎましては老人保健医療制度の検討を待ちまして、私どももいたしましては今後検討していきたいと、かように思っております。

○対馬孝且君 検討すると言っていて、そんな……これは、私が言ったように否定されるんですか。この事実はどうなんですか。四十六年二月、五十五歳で退職した場合の継続給付として、五年間特別被保険者として扱ってきたという提案の経過、何でいまこれは後退しなきゃならないんですかね。

○政府委員(大和田清君) この退職後の継続給付ということになりますと、その後の、つまり医療保険制度の抜本的な改善の中で、少なくとも老人につぎましては何をやる、これにつぎまして国民健康保険については何をやる、こういってような被用者保険と国民健康保険とのあり方というものをひとつ考えてみなきゃいかぬ。その段階で、いま老人保健医療制度と、すでに厚生省の第一次試案というものを提出しておるわけでありまして、そういう老人保健医療というものが実施されました段階で、ただいま私が申しましたような被用者保険と国民健康保険とのあり方というものの整合性というものが検討されるわけでありまして、それを私どもは踏まえまして、ただいま先生のおっしゃいましたような制度というものを検討していくということにつぎまして、私どもも考えておるわけでありまして。

○対馬孝且君 いや、私が言っているのはね、局長。問題はね、これは検討するということなんだけれども、現実の問題として五年間やった実績があるわけでしょう。これは否定しないでしょう。

これは。そうだとすれば、当然いま検討しているということはわかるんだが、検討だけでなく、こういって四十六年二月に実際に任意継続の問題として扱われたこの実績をどう評価しているのかという問題がやっぱり一つあるから、私はあえてこのことを言ったんだが、これは現実の問題として、四十六年の二月に現実に五年間という実績があるとするならば、いま老人問題とあなたの言っている理由は、これは理屈にならないじゃないですか。何でこれが理屈になるんだ。

○政府委員(大和田清君) これは実施の例ではございせん。そういう立案をいたしまして、結局廃案になった経緯があるわけでございます。この段階では、まだ老人医療保険制度についての御提案というものはないわけでありまして、その後老人保健医療制度というものの提案も行っているわけでありまして、そういったような情勢の変化を見ながら、私どももさらにこの問題の検討をしていきたいと思います、こういうような意味でございます。

○対馬孝且君 これは時間もないから、いずれにしてもあなた現実の問題として、定年が五十歳から六十歳に延長という問題も出てくるけれども、問題は、このことによつて実際の保険料が受けられないというところが問題じゃないですか。これは差別をするという結果になるでしょう、一つは。当然私は今日の段階で、これはどうも認められないというのとはびんと来ないんだ、ぼくは。あなた、実施されていないと言っているけれども、そういう必要性があつて提案をした経過というのがあるんだから。その経過が五年であるか十年であるか、私はここで厳しくはしないが、少なくとも五年という提案をした限り、五年間継続していいんじゃないかというのを提案してしかるべきでしょう、どうなんですか。

○政府委員(大和田清君) 先ほども申し上げましたように、この段階ではまだ老人医療保険制度が提案されていない段階でございます。これは差別と

いいですか、この問題は国民健康保険の被保険者になつていくというように、医療保険の適用にはなるわけでありまして、たまたま退職者の継続医療にはならない。したがって、先ほど申しましたように、老人保健医療制度の実施というものをにらみながら検討していくというように、とを、私どもは考えておるわけでございます。

○対馬孝且君 国民健康保険になつたらどうなのかということは、こんなものは常識の問題じゃないか、君。私の言っているのは、被保険者であつた者が、通算して十五年以上あつたら当然継続してしかるべきじゃないか、その辺のことは。どうしてそれができないんだ、それが。あなたすぐ老人問題、老人問題と言つても、老人問題はそれだけじゃないだろう。抜本的に政府の考え方の中に、六十歳から六十五歳の厚生年金まで解約するというのがこの春の問題になつたけれども、こんなことは別問題にして、少なくともこういう問題は、私に言わせれば横並びを考えていたとしてもだ、こういうものは除外されていくという。言うならば、全くこれは犠牲になつていくというものでしょう、この方々が。これを当然引き上げていくということが、どうしてこれ悪いのか。

もう一つ時間もないから、これだけはどうしても言わなければいけない。それは、五人未満事業所の従業員の被用者の保険適用の問題があるのです。これはぜひやつてもらいたいという意見です。

これは十一月十七日の厚生省保険局の医療保険制度の改革要綱試案にも出てくるのですが、被用者の保険のところで、被用者でありながら、現在被用者保険の適用を受けていない五人未満事業所及びサービス事業の従業員は、大変な実情を苦勞しておるわけだ。これは一番多いんですよ、いま。たとえば、飲食店とか、サービス業に携わっている五人未満の方々が、それは国民健康保険に入ればいけないかと、これは厚生省の言うこととは決まっているんだ。そんな問題じゃないと思

う、私は。五人未満の事業所のサービス業に携わっている従業員がどうしたらこの保険の適用を受けると、こういうことについてむしろ積極的に私は保険水準を引き上げよう、このことがやっぱり大事なことであつて、それが全然満たされていない。こういう問題は、これは非常に大きな問題だと思ひますよ。現在、私の調べによると、五人未満事業所及び五人以上事業所で非強制適用業種に対する適用されている方は、事業所の総数で二十三万四千、被保険者数で百八万六千人、適用されていないのは百二十八万四千事業所ある。その従業員は三百四十二万五千人いる。こういう実態の、末端の一番底辺の方々のこういう問題について、やっぱり五人未満事業所の、恐らく厚生省は実態調べもしていないだろう、こういうことについて。私は調べがしていないから、これあえて数字をこつちから言つたんだ。これはどうして任意包括でなければならぬんだというように、とが、一体私にはどうも理解することができないんですよ。この問題もあわせてひとつ答弁してください。

○政府委員(吉江恵昭君) 五人未満の適用のうち、未適用者の数は先生いまおっしゃった百二十八万四千事業所。それから人員の方は三百四十二万五千人。これは昭和五十年に総理府の事業所統計調査などから推計した数字でございます。それから、適用の方は、これもほぼ先生のおっしゃっている数字はほんの二、三万ずつ違ひますが、二十一万一千事業所あるいは百四万九千人適用しております、これは実を言うといふ申し上げました百二十八万なり三百四十二万なりから適用した方の数でございます。ただ先生御承知のように、五人未満の零細事業所は非常に消長が激しいわけでございますから、私どもとしては先生おっしゃる通りに、任意包括適用制度を活用して積極的にやっておりますつもりでございます。積極的にやっておりますつもりでございます。たとえば五十年一度から、相手が非常に小さい事業所であると

いうことから、社会保険事務指導員を商店街などの一定地域に配置して、事業所に対するきめ細かい指導を行うなど一生懸命やっておるわけですが、いまが、繰り返しになりますが、相手の事業所の規模も非常に小さくて不安定であるということで、努力して適用する反面で、またそういうものが発生してくるということに残念でござい

式であるの比へまして、私どもは標準報酬月額というものを採用して、これをきっちり記録して年金などに反映させていくとか、それから同くは年一回の把握でございしますが、私どもは毎月毎月把握してそれを記録して、それを単位にいろいろな仕事を進めていくとか、いろいろ差異があるわけでございます。

すよ、間違わないでもらいたい、厚生省としてこういう方々に、問題解決のために積極的によつぱり取り組んでいくと。そのときに財源がぶつかつたら、これは大蔵省と体当たりする以外にないでしょう、そういう私は姿勢をとられるのか。何か後段を聞くとかわかつたようなことになるけれど、最初是否定して妙な意見にもなるしね。そこらあたりちょっとわかつたようなことをきこつて言つてもらわぬと、取り組むなら取り組むように、ひとつこれから努力していきますというならそれで私は了とするんだよ、何も。ところがどうも最初是否定しておつて、後から何か取り組んでいくような気持ちもあるような、ないようなことではわかんないんだよ、これ。みんながやつぱり聞いている限りは、わかつたようなことを言つてもらわぬと困る。

ていたきたいと思ひます。よろしくお願いいたします。

○対馬孝且君 退職後の継続。

○政府委員(大和田潔君) これにつきましましては、老人保健医療制度の実施を見守りながら、私どもも検討をしまつてまいりてございします。

○対馬孝且君 まあ時間が参りましたので、ひとつ大臣に、これいよいよ局長段階から答弁ありましたかね、これは一つは退職後の療養継続の問題、保険継続問題、これはまあ老人問題とあわせて検討すると。これでは何も答弁じゃないんですよ。これやつぱり誠意がある答弁とは言えないんだよ。だから、老人問題と絡ませるとか、絡ませないという問題ではないと私は言うのですよ、原点は。退職後というものは、退職まで保険はかけているわけですからね。これは任意だつてこれは二カ年は最低でもこれがあるわけでしょう、現段階だつて。だから私は四十六年二月に提起したときには、五年というものがこれは提起をされておると。だからそういうものを踏まえて、この際老人とかかわりを持たないで、積極的にひとつ取り組んでいきたいと、検討したいと、こういう態度をひとつ堅持してもらいたいということが一点。

○対馬孝且君 たとえば、それじゃお伺いするけれども、労働省の場合は、これは労災保険に就いて失業保険に就いて、全部これ保険適用しているじゃないですか。何でもこれだけじゃ任意包括でいかなきゃならないんですか。おかしいじゃないですか、これ。このこと自体だつておかしいでしょう。端的な話、わかりやすいこと言つて、労働省ができて厚生省がなぜできないんだというんだ、私が言っているのは。そういうところにやつぱり言葉では鈴木内閣は思いやりの政治というが、思いやりじゃない。これは思いやりの政治と切り捨ての政治じゃないか。こういう末端の本当の弱者と言われる——こういう言葉を使いたくないけれども、本当に満たされていないという方方こそ、私は、いまこそ本場に政府がやつぱり手を差し伸べる。われわれ政治の責任としても手を差し伸べるというところが一番いま大事なことになるんだよ。これを称して思いやりの政治というんだよ。そんなもの切り捨てておいて、何が思いやりの政治だ、思いやりの切り捨ての政治じゃないか、私に言わすれば。こういう問題について労働省が現実、失業保険に就いて労災保険に就いて、いま言ったようにやっていると、どうしてこれできないんですか、そういうことが。

それで、私どもがいまこの制度の抜本的なあり方自身を全く見直すということはともかくといひまして、現在の適用、現在の一応制度のままでも未適用事業所を解消しようとするれば、事業所の数が二倍を超えることになりまして、それから事業所の移動とか従業員の移動が非常に激しくて、事業運営がなかなか困難でございしますとか、その他いろいろ問題でございします。それで莫大な予算定員が必要となるということもございします、完璧にやろうとすれば、しかしながら、私どもは先ほどから申し上げておりますとおり、いままでの予算定員ないしは若干のプラスをお願いしまして、一生懸命に現在の制度の中でやろうと思つておりますし、それからいろいろ先ほども申し上げましたように、民間の委員の方なんかもお願いいたしまして、この解消に努めてまいりたいというように考へておるわけでございます。

○政府委員(吉江恵昭君) どうも、私の表現が適切を欠いておるようで失礼いたしておりますが、私どもは現在の任意包括制度を適用してやつておりますが、これをフルに活用して、積極的にこの問題の解消に取り組んでまいりたいというように考へております。

○対馬孝且君 ああ、任意でやるということについては、何もそんなことをあなたに聞かなくたって、そんなもの現在やつていふことじゃないですか。私が言っているのは、これ強制的に加入させるべきである、このことを言っているんだ、こゝを間違わないでもらいたい。任意で促進するということについてはいまでもやつていふんだ、そんなもの。だから強制的に加入をしていくべきではないかと、させるべきではないかと、このことを言っているのであつて、そこをまずもう一回はっきりしてもらいたい。

○国務大臣(園田直君) 定年退職者の問題、かねてから私も非常に気にしているところでありまして。性別その他年齢等によつて区別されるべきでない憲法の保障のもとにおいて、ある年齢がきたからといっておまえは一人前じゃないと、こういう宣告を社会からされて精神的打撃——一番働いた結果が出てくるのが退職した直後からであります。

○政府委員(吉江恵昭君) 労災保険と私どもの間には、先生これも御承知だろうと思ひますが、制度上の違いがございまして、向こうは申告納付方法であるの比へまして、私どもは標準報酬月額というものを採用して、これをきっちり記録して年金などに反映させていくとか、それから同くは年一回の把握でございしますが、私どもは毎月毎月把握してそれを記録して、それを単位にいろいろな仕事を進めていくとか、いろいろ差異があるわけでございます。

○対馬孝且君 いや、どうもあなたの答弁聞いてみると、やるようでもありまたやらぬでもあるというふうな、何かわかつたようなわからないようなことを言つたつて、聞いていふ人がわからないのは、百歩譲つたとして、失業保険はそれじやどいうなんだと。労災保険の場合は、仮に等級のランクがあつたとして、失業保険の場合と同じじゃないか、これやろうとしたら、できないわけじゃないか、これやろうとしたら、できないわけじゃないか、ただ、あなた本音言つていふでしよう、いま、財源上の理由だと、こう言つて、いま本音言つたじゃないですか。財源上の理由があるかないかということとは、もちろんそれは財源はあるでしょう。それを、私が言いたいのは、それはこれからやつぱり厚生省という——厚生省で

味で、もう一回聞きますよ。

○政府委員(吉江恵昭君) 強制適用にすべきだということとは、私はここで簡単に、するともしないとも結論をちよつと出しかねますので、検討させていただきます。

○国務大臣(園田直君) 定年退職者の問題、かねてから私も非常に気にしているところでありまして。性別その他年齢等によつて区別されるべきでない憲法の保障のもとにおいて、ある年齢がきたからといっておまえは一人前じゃないと、こういう宣告を社会からされて精神的打撃——一番働いた結果が出てくるのが退職した直後からであります。

す。その人が七十歳の老人医療を受けるまではまさに空間というか、すき間がある。これが非常な問題でありますから、そのすき間をどうするか、これは厚生省として、とかくおろ方立場からこれをやれば金額がふえるとかめんどろだとか、そういうことから考えるのは厚生省じゃないわけでありまして、もう困った人の立場から、どうやれば解決できるか、こういうことから早急に検討をいたさねばなりません。

五人未満の事業所の問題については、特に私がこれはこの委員会だけでもありませんけれども、どうも労働省と厚生省とを比べた場合に、労働省の方が細かに先手を打って手を打っている、厚生省の方はどうも消極的であると絶えず私自身が言われてきております。そういういまの御発言の中に、労働省の労災保険その他についているじゃないか、こういう御意見等もありましたので、よく事務局と相談をして御意見が通るように検討してまいります。

○対馬孝且君 時間が参りましたので、大臣の、官僚ベースで物考えるんではなくて、やっぱり政治ですから、底辺で一番困っておる方々に一日も早く、ひとつ御期待に沿えるように、いま大臣の力強い前向きな積極的な答弁がございましたから、これを了として私もひとつ昨日の目を見るように実現方を要望いたしまして私の質問を終わります。

どうもありがとうございます。

○安恒良一君 私はすでにこの前、大蔵大臣を含めて四時間やりまして、いま同僚の対馬委員がやられましたことの中で、この際一、二点さらに確認をしておきたいことがある。

それは、先生の意思を受けて検討いたしますということはもうしばしば同じことを言われているわけですから、そこで大臣、実例挙げますからちょっと見てください。

昭和五十二年の健康保険の大改正のときに、いまの渡辺大蔵大臣が十四項目の約束をされました。皆さんのお手元に資料があります。その十四

項目の中で、いま対馬さんが言われました退職者継続給付の検討ということについてはもう挙がっているわけですね。それから三年間もたっているわけですね。たつておいて、私は皆さんに資料として、私に約束された、国会に約束された十四項目をあなたたちはどう実行したか持ってきたかと言ってお手元に資料が渡っています。その中にも依然としてこう書いてある。「退職者継続医療給付制度については検討中」と書いてある、検討中。これが私に持ってきた公式のあなたたちの回答ですよ、大臣。こんなことをやっているから対馬さんが……

そこで、大臣このことだけはっきり約束してください。老人健康保険制度についてはできれば次期国会に出したいと言われているんですね。ですからこれも合わせて出してもらいたいんです。それはなぜかという、もうあれから三年たっているわけですから、十分検討されているはずですよ。たとえば、私もひとつの案を持っています。退職をしたならば、退職したとき十年間さかのぼってそこにおいたら、そのまま健康保険においたらどうかということなんです。たとえば私が西日本鉄道健康保険組合におりますと、そのままおいたらどうだと、そのときの保険料の出し方で私たちはすでに検討して具体案を社会党は持っています。持っています。すでに発表しています。

ですから、どうか大臣、まずこういうふうに法律を通したいときに、私たちから迫られると、何とかそこは法律を通したい余りに、検討しますとか、先生の御意見を受けてとしばしば答弁する。これが一番いい例です。ですから、この点はもう官僚に言ってもだめでありますから。幸い老人健康保険制度について、いま政府は議論をされています。そして、これも小沢厚生大臣が遅くとも五十五年一月実施としばしば言い切っておるんですよ、しばしば。それが五十五年はもう過ぎてしまっていますね、早く五十六年に提案されることになりまして、これは、いまそのことで大臣お急ぎだと思つて。

そこで、私は対馬さんの質問に引き続きまして、退職者継続給付については、老人健康保険制度を提案するときと同時にひとつぜひ提案をしていただきたい。この点どうでしょう。それはなぜかという、大臣も認められたとおり、いわゆるせつせと健康保険をかけて五十五とか六十になって定年退職する。これから一番健康保険が要るときに、その人は全部市町村経営の国民健康保険に行くんですよ。そうすると、七割給付なんです。だから、私も社会党は一つの案を発表していますが無理なことを言っているわけじゃない、ありませんから、何もそのとおりせよと言っていない、せんから、少なくとも政府は次に老人健康保険制度を出すときには、少なくとも退職者継続給付についてはこれはもう案を出す、この約束を、検討するといふ御答弁だったら渡辺さんがもう三年前にしています、あなたと同じことを。そして、三年間何もやっていません。やっておればこんな書き方が私のところへ出てくるはずがない。あなたたちが何をやってたかと言ったら、この厚生省の文章で、「退職者継続医療給付制度については検討中」である、こういう文章を依然として平気で持っている。十四項目の約束の何を守ったか。

ですから、大臣、これはやっぱり私は少なくとも老人健康保険制度というものが新しくできるときにそのつなぎをどうするかというところは当然必要なことなんです。ですから、少なくとも次期国会に老人健康保険制度の設立について約束に従って御提案くださるならば、そのときには退職者のいわゆる継続給付についても次の国会に提案する、そういう方向で努力する、このことについてこれはもう大臣からお約束をいただきたい、いまの対馬さんの質問に答えて。

○国務大臣(岡田直吉) いまの問題は早急に御意見のとおりにいたす覚悟でございます。

○安恒良一君 それから、この点も私は対馬さんの意見を聞いておつて思つたんですが、五人未満の適用なんというのは、もうコンピュータがこれだけ発達した時代なんです。それなのに依

然として頭が古いんですよ。依然として頭が古くて、五人未満は捕まが大変だと。労働省では失業保険やっているんですから、だからコンピュータがこれだけ発達した時代だったら、五人未満の事業所の適用はその気になればできる。膨大な人員が要るとか要らぬとか言っていますが、私は、それはいまの人員ではできないでしよう。しかし、コンピュータというものを使つてやれば、五人未満の捕まなりやり方というのはかなり違つてきているんです。しかも、これももう国会で委員会を開くたびに言っています。大臣、附帯決議を見てもらいなさい、十何年続いています、十何年、附帯決議が、五人未満のことについて。

それで、五人未満の労働者はいまだここにおるかという、これも国民健康保険におるでしよう、人に雇われておきながら。たまたま五人以上だったらこれは政府管掌におるわけですよ。ですから、そういう点についても大臣、対馬さんもずっと詰められました、もう私はコンピュータがこれだけ発達しているんですから、やはり早急に、次の国会なら次の国会にはやっぱり法案を出す、こういうふうにしていただかないと、きょうもまたいま言われました、よく先生の趣旨を体して、こういうことだけにいたしましたんでは具体的な解決になりません。

ですから、この五人未満の適用問題について大臣、いま私が言ったように、そんなにむずかしいことじゃないんですよ。労働省でやれることが厚生省でやれないはずがありません。しかも、コンピュータがこれだけつばな、いわゆるコンピュータが発達した時代になりましたから、私はかなり事務処理も非常に的確にやれると思つて、どうですか。

○国務大臣(岡田直吉) いまの御意見よくわかりましたが、御承知のごとく、法律改正が必要なのはありますから、これについては早急に準備をいたします。

○安恒良一君 それじゃ、法律改正が必要であり

ますが、もうこんなことで委員会開くたびに委員から詰め寄られなくていいように、思い切ってお願いをしたい。

それから、それと関連してちょっとお聞きしておきたいんですが、いま健康保険組合をつくりたい、こういう新設の動きがあるわけですか。そして、ずっとまあ、これは何のあれか知りませんが、武見さんが反対されておったのかどうか知りませんが、健康保険組合の設立をずっと抑えられておりました。そこで、私は野呂厚生大臣のときに健康保険組合の新設についてちゃんとやってもらいたいと言ったら、前向きにやりますという事になった、それから少し進んだのです。ところが、最近どうもまたせっかく健康保険組合をつくりたいというこの届け出がそれぞれの都道府県にある、何らかまた抑えられているように聞いておりますから、恐らくそれは園田厚生大臣の本意とされるんじゃないと思えますね。

いわゆる健康保険組合をつくるにはちゃんと設置基準がありますから、それに基づいて要求が出てきたときには、これはどんなやばりつくった方がいい、というのは、政府管掌というあんな大きい舞台でやっているところに非能率もあるわけですから、そういう点について、健康保険組合の新設について、ひとつ厚生大臣のお気持ちをお聞きをしておきたいと思います。

○政府委員(大和田澤君) 健康保険組合の設立につきましては、おっしゃる通りに、しばらくの間認可を見合わせることにしておりましたけれども、設立の希望があるにもかかわらず、長期間認可を差しとめておきますことは違法という問題を惹起しかねないことから、本年の六月及び七月に設立の認可を行ったところでございます。

今後の取り扱いにつきましては、設立の希望がございませう場合には、具体的な申請に基づきまして適格なものにつきましては認可をしております。このように考えております。

○安恒良一君 具体的申請がないやつをやる人もないでしよう。適格でないのを許可するはずな

んかないじゃないですか。何でもか、その答弁は、いまの。取り消しなさい。具体的な申請があったり、適格なやつはなんて、適格でないやつをどうして許可するんですか。なめたことを言っているじゃないか。

○政府委員(大和田澤君) 表現が不適切であれば訂正いたしますが、出てまいりましたものでやはり審査をいたしまして、おっしゃる通りに、適格でないものは出てこないと言われればそのとおりでありますけれども、私どもの審査の方針といたしましては、やはり適格性というものを審査するわけでございます。そういう場合には認可をしていくという方針でございます。

○安恒良一君 大臣お聞きしますがね、私は適格なものが出てくるとか出てこないと言っているんじゃないんですよ。出てきた以上は、それは一つの審査基準によつてされることはあたりまえでしようと言っているんです。それをいわれる適格なものがあるれば許可しますとか、具体的な申請があれば、申請がないのに許可するはずなんかないでしよう、あなた、そうでしょう。健康保険組合をつくりたいという申請があつて初めてやるわけでしょう、だから、そういう三三制言的な答弁はやめなさいと、こう言っているんだよ。やめたらいじやないですか。どうですか。

○国務大臣(園田直君) 設立の希望があるにもかかわらず、長期間これを差しとめておくことは、これは違法の問題が出てくるわけでありまして、御意見のとおり、出てまいりましたら、なるべく早く事務的な審査処理を済ますことにいたします。

○安恒良一君 次に、歯科の唇顎、それから口蓋裂問題についてちょっと質問したいんですが、これは中医協の中で、いまは保険にこれが適用されております。そこで、この唇顎口蓋裂を保険に適用しようと、こういうことが中医協の中の議論としてあつておりました、その方向に進んでいることを私は知っております。ところが、いまは保険適用外でありますから、保険外でやられていま

すから、被保険者の立場から言いますと、唇顎口蓋裂が保険の適用になることは、これはいいことだと思ふであります。ところが大臣、これはどうも、わかりやすく言うと、くちびるや上あごが裂けている病気であります。現在のところは原因が不明であります。そして、どの夫婦からも生まれてくる可能性がありまして、歯並びが極端に悪く、物を食べたり話をするのに大変な苦勞を伴はしてあります。私、ここに実物を持ってきたわけですが、こうした子供の矯正治療は大変な困難なケースがありまして、学問的にも治療上研究すべき問題が多くある。専門医もほとんどいません。いま歯科大学関係者の一部数十名が、矯正歯科教育の研究の傍ら従事しています。

そして口蓋裂は単に矯正治療だけで済まされるのではなくて、口蓋外科、小児歯科、補綴保存など加えて言語治療までしますと、経過観察に十年を要すると、こういうふうにお医者様は言っているわけでありまして。そして日本歯科医師会、これは保険で適用する前に公費によるいわゆる難病治療対策としてやってもらいたい、こういうことを学会の方で発表しているようでありまして。そこで、私はぜひお願いしたいことは、やはりこの点については日本歯科医師会なんかとも十分お話をし、さらに中医協の場において話をしてお話すれば、さういふ唇顎それから口蓋裂の人が救えるのかということについてぜひ御検討願いたい。いわゆる保険点数に直した方がいのか、それともやはり難病対策ということに入れた、難病ということになったら公費で負担してやっています。で、どうも直ちに保険点数に入れることだけでこれだけのむずかしい問題が、いま申し上げたように、ある場合には十年かかるというんです。十年かかるやつを保険点数に直ちに全部することがいいのかどうかということについて、ひとつ十分に慎重な御検討を約束をお願いしたいと思ふ。これは中医協の場における議論も必要でありましよう。また、厚生省と歯科医師会、学会との話も必要じゃないかと思ふ

が、いかがでしようか。

○国務大臣(園田直君) ただいまの御意見は、日本歯科医師会から十一月だと思ひますが、私のところへ同様な意見の申し入れがございまして、この問題は歯科医師会の個人の開業医がよく処理されることではなくて、特別な施設、特別なプロジェクトチームで処理されなければ、いろいろな問題が起こる非常なむずかしい問題だと私も承知をいたしております。したがって、ただいま御意見のように、中医協その他の御意見を承けて、これは難病の一つとして指定するように、私は御意見のとおりいま検討し、準備しているところでございます。

○安恒良一君 それから今度は、大きい問題で残っています運動問題に少し話を進めていきたいと思ひますが、すでに大臣との前回のやりとり、それからさき、大蔵大臣とやりとりしましたから、運動問題について、どうも大蔵大臣のお言葉を聞きますと、国庫補助、運動することもだめだと、それからいまいつは、それならば千分の八十五なら五で法律化して、そしてそれで当面健康保険財政を運営する、それで赤字が出たときにどうするかという相談をまた改めて法改正でやったら、こういう建設的な提案もしたんですが、これもだめだと、こうくるわけですね。それで、あれもだめ、これもだめという、私たちもじゃこの法案だめと、こう言わざるを得ない方向にこれ行くわけですから、そこで、たとえば厚生大臣は衆議院でこういう議論をされては千分の二十までの国家財政が立ち直ったときには千分の二十までのことについては考えられ、こういうことを一答で言われては考えられ、それで、その国家財政が立ち直ったときというのはいつかということについて、どうも赤字特例公債の発行をやめたときと、こういうふうな議論になつてはいるようですね。そうしますと、それは昭和五十八年なのかどうかと。

そこまでの議論はもうすでに衆議院で済んでいますから、これから私の提案ですが、昭和五十八

年になってたといふ赤字特例公債の発行はやるようにになった、そのときに保険料率がたとえ千分の八十五になつておつたとしても、まあ大体八十五ぐらい要ると思われまゝから。そういたしますと、いわゆるいまから五%上がるわけですから、そうすると〇・八掛ける五で四%ですね、これはふやすことになりまゝ。そうすると、一六・四に四足しますと二〇・四、〇・四だけ超えることになりまゝね、〇・四だけ。しかし、皆さん方の法律から見ると二〇までと、こう言われていますから、ですからその時点においては二〇までは直ちにひとつ引き上げる、赤字公債は発行しない、それが五十八年からしなくなつた、そうなるときに保険料率が千分の八十五だつたといひますね。そうすると〇・八に五を掛けまゝから、そうすると若干二〇をオーバーしますから、あなたたちの法律では二〇までと、こう書いてあるんですから、そうすると二〇までは直ちに千分の八十五の保険で運営しているときには一六・四は二〇になると、こういうことについてどうですか。当然のことです。どうですか。

○国務大臣(岡田直吉) これはいまから言えることではありませんが、理論から言へばそういうことで、しかも、やる場合には政府が勝手にやるものではなくて、審議会その他の御意見を聞いてやらなきやならぬ問題だと考えております。

○安倍良一君 そんなところで審議会つきませんよ、運動条項の発動について、審議会。というのは、大臣お聞きください。いま千分の八十がそのとき千分の八十五になつておつたんですね、もうすでに、政府の方は、九十一までありますが、八十五まで使つておつた。そうすると、いま八十から八十五までは運動してないんですから、私は、あなたの衆議院におけるところのやりとりから見ると、赤字公債を発行しなくなつたといふときには、その時点で五%分の運動があるでしよう。それは審議会関係ないんですよ。国がその気になればすぐできることです。これは質問するものもおかしいぐらゐ然なことですが、そのこと

るだけははっきりしておかないといけませんから、ちよつとお聞きをしている。それはどうですか。

○国務大臣(岡田直吉) 私は、衆議院ではその点をそういう時期が来たら検討すべきである、こういうことは言つておりますが、検討すべきという意味は、当然いまおっしゃいましたように、国家財政上やむを得ず運動を外しておるわけでありまゝから、その状況が来ればその際改めてそれをやることは当然だと私は考えております。

○安倍良一君 わかりました。

そうすると、検討すべきである、衆議院で答へになつたんですが、ここでは、その時期にはきちつと運動させる、こういうふうになりまゝした。次に参ります、お手元に、これも対馬さんが確認をされた中をさらに深めるためにお聞きするんですが、CTスカナールの都道府県別の分布表というのをきょう私は資料としてもらつたんであります。CTスカナールの都道府県別。これちよつと見てください。

これ見ますと、大臣、これはおたくの調査は五十三年しかないんです、五十三年。そこで、私の方で調べましてね、一番新しい五十四年調べてみましたら、山形ゼロのところ三になつています。東京六十一が八十二になつています。愛知の二十七が四十九になつています。それから京都、大阪、兵庫、大阪は七十四になつています、この三県で百三十四あります。それから島根が四、福岡の十七が四十二、宮崎が五、ほかにも各県ふえていまして合計七百九十一、これが一番新しい調査であります。これは厚生省お持ちにならぬと言ふから私の方で調べました。そういうことになつています。これ見られるとわかるように、大臣、物すごくCTスカナールが偏在しているじゃないですか。たとへば一つの例を挙げますと、東京の八十二と、いわゆる東京と人口の四敵すると言へば、京都、大阪、兵庫と全部合しても四敵するんですね。片一方は百三十四あるわけですから、対馬さんが何回も言われましたよ

うに、少なくとも共同利用だけではこういうことは片づかぬわけですよ。ほうつておけば、こういうふうに入人口にも地域にも比例しないで、いんどん自分自分で買つていく、これじゃいけないと思ひますね。大臣、少なくとも国民皆保険は対の約束で成り立っているんです。いつでもどこでもよい医療を国民がみんな平等に受けられる、だからこゝろみんなが何らかの、国民健康保険制度に毎月毎月お金をかけているわけですから、ところがCTスカナール一つを見ましても、こういう分布になつていられるわけ。このよう分布に、

そうしますと、これもいわゆる対馬さんの質問に對しまして、趣旨を踏まえてとか、検討するとか、いろいろ言われました。ところが、最終的にガイドラインといふことで対馬さんの質問に答へられました。私は、そのガイドラインの意味について、ここで大臣しつかり御答弁願ひたいと思ひますが、高頻医療機械に對しては、いまの憲法上あなたたちは許可制は無理だと、こゝろ言われた、許可制は、憲法の規定から言つて無理だと、こゝろ言つてゐる。私は必ずしも無理だとは思ひませんけれども、しかし、そのことはさておきまして、まず登録制にする、きつと。そして登録をする際の登録基準といふものをこゝろこゝろいう施設でこのようなお医者さんがおるこゝろについてそれを認めていく、登録を認めていく、こゝろいうぐらゐのたがをはめないと、大臣、いまあなたのお手元に私が新しい一番最近の資料を差し上げたように、こゝろいうことになつていく、これはCTだけじゃないんです。ME機械が自由開業医制度といふことでそれぞれの病院がどんどん買ひ込んで、地域に偏在をしいたらどうにもならなくなるわけですよ。

だから、せめて私は、許可制が一番いいと思ひます。そして許可基準をつくつた方がいいと思ひます。しかし、そこまであなたたちがいまの憲法上で自民党としてはよう踏み切り切らぬと、こゝろおっしゃるならば、少なくとも登録制にする、そして登録する際の基準を厳しくする。いわゆる許可制と登録制は違ひますからね、許可制と登録制は違ひますが、どうでしょう。対馬さんもそういう意味で私は言われたと思う。ガイドラインといふ言葉を使つたからね。ガイドラインといふのは、こゝろ詰めておかないと、後でお互いにああでなかつた、こゝろでなかつたと言ひたくないから、私はあえて対馬さんのガイドラインといふ言葉をわかりやすく日本語に翻訳いたしました。いわゆる登録制にする、そして登録する際には登録の基準を明確にする、それと共同利用、この二つがないとME問題は片づかないと思ひますが、この点どうでしょう。

○政府委員(田中明夫君) いま先生の御提案の、登録制にしてその要件を厳しくつくるということ、許可制、認可制になつていくとも考えられますので、私どもとしてはやはり要件をきつちり決めて、その要件に適合したところだけに設置を認めるということ、許可制と同じような理由によりまして考えられないといふふう存じているわけでございます。ただ、国がガイドラインをつくりまして、それに基づいて都道府県におきまして、しかるべき委員会におきまして、関係者にも参加していただく、そのガイドラインを實際に市町村あるいは広域市町村圏において実現していくといふことを関係者のコンセンサスのもとに行うといふ道をとりたいと考えております。

○安倍良一君 登録制と許可制は違ひますよ、これは、法律的に言つて明確に。許可制というのは厚生大臣なりあなたたちが許可権を持つわけですからね。登録制といふのは登録をして届け出をするわけですから、これは大臣明確に違ひます。そのところをこまかにいひませぬ。私はあなたたちが一遍に許可制にかへたとおっしゃるから、それならば改善の策としてこの際は登録制にしたらどうかと、登録制にした場合にガイドラインの場合でも私は同じだと思ひますが、やはり設置基準といふものを設けなければいけませんよ。あなたの言うガイドラインは、そう言う、こゝろいうことは全然ネグレクトしてやるつもりです

可制と登録制は違ひますからね、許可制と登録制は違ひますが、どうでしょう。対馬さんもそういう意味で私は言われたと思う。ガイドラインといふ言葉を使つたからね。ガイドラインといふのは、こゝろ詰めておかないと、後でお互いにああでなかつた、こゝろでなかつたと言ひたくないから、私はあえて対馬さんのガイドラインといふ言葉をわかりやすく日本語に翻訳いたしました。いわゆる登録制にする、そして登録する際には登録の基準を明確にする、それと共同利用、この二つがないとME問題は片づかないと思ひますが、この点どうでしょう。

○政府委員(田中明夫君) いま先生の御提案の、登録制にしてその要件を厳しくつくるということ、許可制、認可制になつていくとも考えられますので、私どもとしてはやはり要件をきつちり決めて、その要件に適合したところだけに設置を認めるということ、許可制と同じような理由によりまして考えられないといふふう存じているわけでございます。ただ、国がガイドラインをつくりまして、それに基づいて都道府県におきまして、しかるべき委員会におきまして、関係者にも参加していただく、そのガイドラインを實際に市町村あるいは広域市町村圏において実現していくといふことを関係者のコンセンサスのもとに行うといふ道をとりたいと考えております。

○安倍良一君 登録制と許可制は違ひますよ、これは、法律的に言つて明確に。許可制というのは厚生大臣なりあなたたちが許可権を持つわけですからね。登録制といふのは登録をして届け出をするわけですから、これは大臣明確に違ひます。そのところをこまかにいひませぬ。私はあなたたちが一遍に許可制にかへたとおっしゃるから、それならば改善の策としてこの際は登録制にしたらどうかと、登録制にした場合にガイドラインの場合でも私は同じだと思ひますが、やはり設置基準といふものを設けなければいけませんよ。あなたの言うガイドラインは、そう言う、こゝろいうことは全然ネグレクトしてやるつもりです

の問題から全部言ったわけですね。そのときは、やはり渡辺大臣を筆頭に当時は中野業務局長でありました、同じようなことを、きょう対馬さんに答えたことと同じことを答えているんです。そうしてまたこれまた三年たつてしまっているんです。だからどうも私はその、これは議事録読んでもらえば決してう言いません、同じようなことです。私は、だかね、大臣少なくとも本場にこういうことを検討するなら検討するといふときは、ぼ

会ですから、私は原価を公開せいと言いたいんですが、製菓企業だけは原価公開できないとおっしゃるんならば、せめてその委員会の中に問題が提起されて、その中でみんなが、いわゆる国民の代表も入っているわけですから、その中であるほどこの薬を開発するにはこれだけの開発費用が要したと、何十億何百億という開発の費用が要したと、だからこの薬価はこれにしたいと、こうすればだれも文句を言わないんですよ。そのことにつ

とつておるわけでございまして、それは薬効、薬理作用、安全性といったようなものが類似しております薬を比較いたしましたして新薬の薬価を決めておるわけでございます。現在は、そういうったようなものを比較するのに行政当局の専門機関がこれに対応しております。実はこの問題につきましては、その薬が、つまり新薬が出てきたと、これをどの薬に対応したかということとは実は全く外に出してないわけでございます。これはなぜ外に出して

○安恒良一君　三年間も考えて、まだそんな答えですか。私に三年前に約束しているんですよ。あなたと同じようなことをその当時中野さんが答弁して、これから一生懸命検討しますと言うんです。三年たつて全くまた同じようなことを言っている。あのときは保険局長は八木さんでした、いまの事務次官のね。三年間考えて同じことを。大臣どうですか、三年間かかって少しも前進ある答弁ないんです。三年前も同じやりとり、いまと同じようなことを、ただ答えたのは当時保険局長がいままの次官の八木さんであつただけだ。私から言わせると、やはりそんなに国民から疑惑の目で見られておつた場合には、行政というものは国民の疑惑を晴らさなければいけないんです。企業秘密を守りながらやる方法はあると思います。それがために私は審議会ということも言っているわけですから、これはやり方はあるんですよ。国民がみみりんな、新薬はどうも保険局と製薬メーカーが談合で高値高値に決めておりやせぬかという疑惑がある。そうでなかったら堂々と、そういう関係審議

わけありませんが、先ほど申しましたジレンマという問題をどう解決したらいいかということで、私どももよく前任者からも受け継いでおりますけれども、なかなかその説明、その技術的なやり方につきましてもう一つふつ切れない、こういうようなことでございますので、これは本当に私ども十分に御趣旨はよくわかるわけでございます。これはもう今後とも私どももいたしまして、一生懸命誠意を持って検討いたしたいというふうに考えておるわけでございます。

○安恒良一君 大臣、まああんな答弁しか返ってこないんですが、どうしますか。というの、少なくともわれわれが委員会で繰り返し繰り返しやっていることは、いろいろな圧力団体があつたり、いろいろな意見、それはあると思います。あつてもできるだけ行政が正しくいくように、ある場合はバックアップの意味を含めて質問しているんですよ、こういうことは。それから問題の提起もしているんですよ。そういうものを私はやっぱり誠実に受けとめて、やはり業務行政についても前進をさしてももらいたいと思うんです。それは製薬メーカーから言えばいまの方式が一番便利でしょう、談合で決まるんですから。しかし、それではもうだめだと国民が言っているんですよ。疑惑を持つているんですよ。そのときはそれにかわるもの、改善の方法を考えるしかないんですよ、これは。それが私は政治というのだと思うんですね。ですから、何も全部私どもが主張したことが一〇〇％取り入れられてないと思つていいわけじゃないんですよ。少しも前進がないことを怒っているわけですね、少しも前進がない。その点はどうか。

○国務大臣(園田直君) 御意見は十分わかりました。私は、当委員会、衆議院でもそうでありましたが、委員の各位から責められることを、逃げ延びて歩いて追い詰められて答弁するという方式はとっておりません。御意見承りながら、皆さんの御意見と私の判断をそれに乗つけて、どうやって前進するかということが当委員会だと考えております。

す。

いまの薬価の問題ですが、なるべく早くやりたいと思いますが、調査を終わし、整理をして、そして薬価基準の改定収載をやらなきゃならぬことはもう目の前に来ているわけでありました。したがって、これを検討しますでござましてこの収載をやるということは、私のとるべき道ではございません。

そこで、具体的にはここでお約束はできませんけれども、どのようにして薬価を決めるか、新薬を収載するか。そういうルールであるとか、あるいは比較の方法であるとか、こういうのを医学、薬学その他の専門家の方々の御意見を聞いて、次の薬価の改定、収載にはそれで進めていくということだけはここでお約束をしておきます。

○安恒良一君　それでは、時間がだんだん参りましたから、医療費のむだ排除にこれは二つの約束がありまして、これもいまの議事録を見ていただきますと、西高東低——当時東京と大阪の医療費の格差が余りにもひどいこと、最低の沖繩と最高の大阪の間に医療費の格差が余りに大きいこと、それから支払基金の審査率が最低と最高に余り大きいことを挙げて、当時の厚生大臣、保険局長にその善処方について議論しました。そしたらいろいろ私とのやりとりの中で、最終的にはまだ自分たちも十分検討しておりません、いま専門の審議官を中心にして、ひとつ西高東低の原因については速やかに究明をいたします、こういう約束が当時の議事録にあります。

そこで、前回の四時間のときに、私は細かくそれを聞く時間がありませんでしたから、あれから三年間、専門的に恐らく皆さん方は西高東低の理由について究明をされたと思いますから、究明をされた中身についてひとつしていただきたいと同時に、具体策をどういうふうにするのか。

さらに、医療費のむだ排除については、五十三年の二月に診療報酬の引き上げの際に保険局長と中医協一号委員との間に医療費のむだを排除するための具体的な方法については、六カ月を目途とし

弁をされたんじやたまりません。どうですか大臣、これは。

○國務大臣(國田直君) よくわかりましたので、御指摘のとおりにいたします。

○渡部通子君 初めに国民総医療費のことについて若干お尋ねをいたします。これもいろいろ議論がなされておりますので、ごく一点にしぼってお尋ねをいたしますが、まず五十五年の実質医療費は幾らぐらいいなると推定していらっしゃいますか。

○政府委員(大和田潔君) 五十五年の国民医療費の推計でございますが、十一兆九千億という推計をいたしております。

○渡部通子君 これは対国民所得比についてはいかがでございますか。

○政府委員(大和田潔君) 五十五年の国民所得は百九十八兆六千億と推計されておりますので、その割合は六・〇〇%、こういうことになっております。

○渡部通子君 推定を十二兆弱と、こう推定をしておられるようでありますが、学者によつては十五兆円ぐらいいなるのではないか、こういうことを言う人もいられるわけでございます。仮に十五兆とこう考えてみますと、その五十五年国家予算の三七%、国防予算の約七倍、教育費の三倍、これが日本の国民の総医療費だと、こういうことになるわけでございますね、これはあくまでも推定のあるわけでございますけれども。医療費がだんだんかさんでくるといふ理由は私もわからないわけではありません。人口構造がだんだん高齢化をいたしておりますし、それから疾病構造も変わつておるおりました、医学の進歩もありましようし、制度改正によつて給付の改善、あるいは診療報酬の改定、ある程度ふえるのはいたし方がないといはしても、対国民所得比の増大をこのまま放置してよいものかどうか。国民の負担能力から考えまして、厚生省はこの数値がどのくらいなら妥当と考えていらっしゃるか、伺いたい。

○政府委員(大和田潔君) どうも国民の健康を守

ります。はやつぱり必要な医療を確保することとは言うまでもございませんが、国民所得のうち、どれぐらいを医療費に割くかというのは実はなかなかむずかしい問題でございます。ときどきのやはり社会経済情勢の変動にに応じて、国民的な合意の上に決するというところでございます。一概にどうも、どの程度であるということとは非常にむずかしい問題であるわけでございますが、たとえば西ドイツ、フランスといった国におきましては国民所得比が約八％と、日本よりもかなり多いわけでございますが、七十歳以上の人口比が日本よりもこれまたかなり多いということを考えますと、どうも、だからといって日本の方は安心できるわけではないし、かなりシビアな感じではないかというふうに考えております。いずれにいたしましても、何％までがいいかということにつきましては、ちょっとお答えするのが非常にむずかしいということでございます。

○渡部通子君 答えるのがむずかしいというのはよくわかります。しかしながら、十二兆弱と推定をしていらっしやいますけれども、学者によつては十五兆という人もあるし、あるいはこれから伸びる一方ではないかと。いまの医療の実情を思へば、確かに伸びる一方だとたれもがそう推定をいたしておるわけでございます。仮に十五兆円とこうした場合、日本の人口一億一千六百万人、これで考えてみますと一人当たり約十三万円、四大家族にいたしますと年に五十三万円、これが医療費となつてくるわけです。しかも毎年毎年伸びを考へても考えられない。こういう状況下にありましては、やはりこれを適当なところで抑制をしていくという、こういう大枠の政治判断というものがあつてしかるべきだと私は思います。したがつて、何%とこうきつちり言えというわけではありませぬけれども、五十三年度が六%でした。五十年度は五%でした。いま伺いますとやっぱり今年度も六%台という、こういう予想でございますけれども、この伸び率を放置してよいものかどう

か、重ねて伺っておきます。

○政府委員(大和田潔君) 人口の老齡化とか、あるいは医療の高度化、疾病構造の変化ということ、どうしてもこの率は逐次上がっていくのではないかと思います、しかし、その上がっていくますスピードというものはできるだけこれは遅いという方がいいことは間違いないわけでありまして、ただいま先生おっしゃられましたように、医療費の効率的な使用という点、医療費の適正化というようなことにつきましては、全力を挙げて取り組んでいかなければならないというふうに考えておるわけであります。

○渡部通子君　そこで医療費抑制、あるいは医療資源の有効配分、これについて適切な対応を考えたいらっしゃいますか。

○政府委員(大和田潔君) これは再々お答え申し上げておるわけでございますけれども、適切な指導並びに監査ということで不正請求あるいは不当なそういう医療費の増高につきましては、セーブをしていくという必要があらうかと思ひますし、また薬価基準と実勢価格との乖離というものを縮めるという方策も必要でありましようし、その他、たゞいまやっております医療費のお知らせ、通知のやり方、医療費通知ということも必要でありましようし、こういうたようなことを総合的に私も検討いたしまして、積極的に進めてまいりたい、このように考えておるわけです。

○渡部通子君 医療費増大ということは、先進国

共通の悩みだと私も思いますが、西ドイツの疾病保険費用抑制法あるいはフランスの病院改革法、こういったことについて検討をなさったかどうか。また、それをどうお考えであるか、承りました。

○政府委員(大和田潔君) 西独、フランスの医療費抑制対策、私も検討をいたしておるわけでございます。これらの先進各国におきましても、人口の老齢化であるとか、医療需要の多様化、あるいは医療の高度化等を背景にいたしまして、やはり年々医療費が伸びてきている、こういったよう

なこと、あるいは一方、低成長経済下におきまして医療保険等の財政の窮迫から国民の負担が増大する。これを何らかの形でセーブをするというようなことが重要な課題となっておりまして、フランス、西ドイツの両国におきまして、第一は直接的に診療報酬とか、あるいは病院費用等を一定の枠内に抑えるというようなこと、あるいは薬剤負担を含めまして、適正な患者一部負担を課すというような方法、あるいは薬剤師の上昇を抑えたり、あるいは病院建設、医療機器の設置の規制、あるいは医師数の規制等によりまして間接的に医療費を抑制するというような方法など、いろいろな方法が講じられておるわけでございます。これと比較考量ということでございますが、なかなか日本とは社会的背景とか、あるいは制度の仕組み、沿革といったようなものが異つておりますので、これをそのままが国の医療保険制度に取り入れるというわけにはいきませんけれども、できるだけこれらの情報を集めまして、わが国の医療保険制度の参考にしていきたいと、こういうふうに考えておるわけであります。

当局的決々御答弁がありましたものですから、私からも重ねてこれについては徹底して進めていただきたいという、これは要望にとどめておきます。

それで、その保険医療機関あるいは保険医に対する指導、監査、この実情がどうであったかということを少し伺いたいと思います。結果はいかがですか。

○政府委員（大和田潔君） 保険医療機関の指導、監査状況でございますが、保険医療機関と保険医と両方に対する指導、監査をやっておるわけですが、五十四年度におきましてはいわゆる集団指導という形の指導、これは保険医療機関に対しては四万一千三百七十九件、それから保険医に対しては四万二千四百五十九件、これが集団指導であります。それから個別指導、この個別指導は、たとえばこれは保険医になったというような場合であるとか、あるいはどうもいろいろと問題がありはせぬかというふうに言われる場合とか、いろいろ個別指導にはケースがあるわけでありますけれども、五十四年度では保険医療機関

○渡部 武子君　もちろん国が違ふし、いろいろ成り立ちも違いますから、それをそのまま当てはめるなどということは毛頭言っておりませんけれども、やっぱり悩む先進諸国がそうして一つの抑制を法制化してやっているという、この根幹の発想という点について学んでほしい、こう私は思うわけでございます。

では六千五百件、それから、保険医につきましては七千二百七十三件という個別指導を行っております。

出来高払い制度のことにつきましては先ほど議論がありましたので、重ねてここでお聞きすることとは取りやめますけれども、いわゆる乱診乱療、医療機関側から言えば乱受診ですか、これをもたらしてありますものは保険診療報酬体系に問題が

て、そのうち三十七件を取り消し処分にしております。返還の金額は、五十四年度では十億三千七百八十四万円に達しております。以上でございます。

○渡部通子君　その数ですね、私も承知をしてお

ある、これはもうしばしば指摘されているところ
です。出来高高い制度の改革ということは何とし
ても手をつけないければならないであろうと、現代
総合研究集団の提言にもそれがあつたわけでござい
まして、これは重ねてお聞きはいたしませんけれ
ども、先ほど大臣の積極的な御答弁に対して事務

いるわけです。そういう経緯の中からどういう傾向をつかんでいこうとするのか伺いたい。

○政府委員（大和田潔君） 一つは返還金額が、これは特に規模の大きな医療機関を監査いたしましたためか、五十四年度はかなりふえてきておるといふ傾向がございます。それで、また監査の件数

につきましては、保険医療機関につきましては余り急速にふえてはいないでございしますが、若千五十一年度あたりからは少し漸増の傾向を見えておりますが、まだ十分ではありません。保険医につきましては、監査の件数は横ばいというようなことでございします。そういったような傾向でございします。取り消しにつきましては、五十四年度までの件数を見ますとそれほどふえてもいません。横ばいという、そういう状況でございします。

○渡部通子君 十月八日の朝日新聞ですか、トップで大々的に報道されたわけですか。「医療費空前の不正請求」と、昨年度ですがね、「水増し十億円返還」ということは国民にとっては大変なショックなニュースですね。いま監査は横ばいだと、十億円も返還金が出てきたということとは大きな不正の医療機関があったからだ、という話でありますが、これは監査というものが余り進んでいない、いわゆる全体的に見て横ばいなんだと、この私も判断せざるを得ません。

それで、都道府県で担当する医療専門官、これが少ないということが言われています。定員百七人にもかからず三十一人も不足してると、この報道されていますが、現在七十六人しか確保できないという理由。また、今後それを増強できるかどうか、伺いたい。

○政府委員(大和田潔君) この医療専門官は、各都道府県におきます監査の中核的な役割りを果たしておりますし、技能、識見ともに高い人であるということが必要であります。ところが、これらの人々がいま先生おっしゃいましたように、定員百七名に對しまして七十六名といった充足状況でございまして、非常に私も頭の痛いことでございします。これは何かといいますと、やはり処遇の問題が一番大きい。これらの医療専門官は、たとえば県立病院の院長なり医長なり、あるいはそういったようなクラスの人たちをお願いすることが多いわけにございしますけれども、なかなかいまの医療専門官の処遇というものがどうもマッチしない。で、決まりかけても、その程度の処遇であれ

ばということであつてしまふというふうな例もあるというふうなことで、なかなか充足できないのはいろいろ理由はあるかと思ひますが、一番大きいのは処遇の問題だろうというふうに考えております。

○渡部通子君 処遇の問題だと、それほど理由ははっきりしているのなら、わずかな人数のことです。から、この際医療の改革を目指して、処遇の改革をお考えになったらいかがですか。

○政府委員(大和田潔君) この問題につきましては、実は従来から人事院あるいは大蔵省等いろいろなお願いをしておるわけでありまして、逐次その処遇が、いろいろの手当であるとか、そういったような形で充て足されてきておるわけでありましたが、さらにもっと充足を進めなきゃならぬということで、先生のおっしゃるとおり私どももいたしましては、これは全力を挙げて処遇改善に努力しなきゃいかぬと、このように考えております。

○渡部通子君 これできるんですか、できないんですかね、大臣。

○国務大臣(岡田直君) ただいまの増員、待遇の改善については、非常に苦しい財政事情ではあります。が、大蔵大臣は非常な理解を示しておるところでございします。

○渡部通子君 それで、厚生省は去年の一月二十五日に知事あての通達を出していらつしやいますね。診療点数が極端に高いもの。あるいは、診療を漫然と長期間続けているもの。時間外診療、往診、自家診療等が著しく多いもの。腎透析が不適正なもの。こういった具体例を挙げて指導、監査を強化しろと、こういう通知を出していらつしやるようでございします。この中身非常に大事だと思ふのです。しかし、いま人数が足りないというところで、これは大臣も積極的に処遇を考えてくれるということになりますから、ぜひ人員を強化して、こういう通知を出したらそれが実行されるような監査をしていただきたいと思うのです。で、この指導、監査等についての新たなやり

方の見直しとか、あるいは三十五年に申し合わせる事項等がございしますけれども、それをあわせての見直し、再検討、強化策、こういったことはお考えでございしますか。

○政府委員(大和田潔君) 一般論といたしまして、私どももいたしましては指導、監査の充実を図っていきたいということで、医療専門官以外にも、たとえば中央に医療指導監査官というものを五十四年度設置いたしました。二名増員いたしました。地方には医療事務指導官というものを設置、これを十九名、五十四年度であります。さらに五十五年度におきましてもこれらをふやしてきたいということで、監査体制を逐次固めていきつつあるわけにございします。

で、一つの体制は、さらに先ほど先生おっしゃいましたように、昨年の一月の通達、これは従来はいわゆる不正、架空であるとか水増しという不正診療に対する監査というものが主体であつたわけでありまして、五十四年度の一月の通達はいわゆる不正、つまり濃厚診療と、医学的にもいろいろ検査が多過ぎると、余りにも多過ぎるといったような濃厚診療に対する監査を積極的に推進すると、こういう趣旨のものでございまして、監査体制というものと相まって私どもも指導、監査の推進を図っていきたいというふうに考えておるわけにございします。

なお、日本医師会との申し合わせと、これは日本医師会等との関係でございしますけれども、これは指導、監査に立ち会ひを行うということにございします。この立ち会ひというものは、私どもは指導、監査の円滑な実施ということのために必要である。たとえば都道府県の医師会の役員の方に指導の現場に立ち会つてもらうといった場合に、この都道府県の会員の中にはこういうようなことをしている人がいると、監査に立ち会つてもらう場合にはこういうようなことがあるんだということも十分知ってもらうこと、あるいはその役員の人意見等を述べてもらうことによつて、行政庁としても参考になつていくということで、立ち会ひ自

身は、私ども円滑に指導、監査が行われるというような措置であるというふうに考えておるわけにございします。そういったようなこともあわせながら、これから指導、監査の積極的な推進を図つてまいりたいと、こういうふうに考えております。

○渡部通子君 そこで、午前中の議論にもちよつと出ましたが、重ねて一点伺つておきたいことがあります。

今回の改正案の中で、四十三条ノ三の第一項に加つた一項でございします。保険医療機関あるいは保険薬局の指定の申請があつた場合、ここで「保険医療機関又は保険薬局トシテ著シク不適当ト認ムルモノ」この「著シク不適当」という一文でございしますけれども、これが拡大解釈をされたというところで、大変にお医者さんたちが心配をいたしております。したがつて、これ午前中もちょっと議論に出ましたけれども、重ねて、この「著シク不適当」という、具体的に何を指すか、適用範囲はどうなつてゐるのかをはつきりしておいていただきたいと思います。

○政府委員(大和田潔君) この不適当と認められる場合には、具体的には、指定を取り消された医療機関の開設者が、別の医療機関として指定申請をしたときであるとか、保険医療機関の指定取り消しをたびたび受けたとき、あるいは監査後に保険医療機関の指定の取り消しが行われるまでの間に医療機関を廃止し、または保険医療機関の指定を辞退し、その後しばらくして同一の開設者がその医療機関を指定申請してきたときといったような場合が想定されるわけにございします。

○渡部通子君 それで、それに不服とした医師がこれを申し立てができるかどうか、あるいはそれはもう絶対絶命の命令になつてしまふのか、その辺も伺つておきたいと思ひます。

○政府委員(大和田潔君) その前に、先生おっしゃいました乱用されるおそれがあるのではないかと、こういったことにつきまして、一言お答えい

たしますと、この点につきましては改正後の四十三条ノ三第三項によりまして、保険医療機関の「指定ヲ拒ムニハ地方社会保険医療協議会ノ議ニ依ルコト」とされておるわけであります。行政機関がみだりに指定拒否を行うようなことはあり得ないというふうに考えておるわけでござい

ます。そこで指定を拒否する場合、保険医療機関の指定を拒否する場合の弁明の機会はどうなっているかというところでございますが、これは健康保険法の第四十三条ノ十五によりまして、都道府県知事は予メ書面ヲ以テ弁明ヲ為スベキ日時、場所及指定拒否の理由を通知して、弁明の機会を与えるべきものとされておるわけであります。これが弁明の機会。

それから不服がある場合でございます。不服がある場合どうかと言いますと、行政上の方法といたしましては、まず行政不服審査法がござい

ます。その第五條に基づきまして、厚生大臣に対して審査請求を行うことができるということになっております。また司法上の方法といたしましては、行政事件訴訟法がござい

ます。行政事件訴訟法によつて「処分」の訴えというところもござい

ます。行政事件訴訟法によつて「処分」の訴えというところもござい

ます。行政事件訴訟法によつて「処分」の訴えというところもござい

ます。行政事件訴訟法によつて「処分」の訴えというところもござい

たしますと、この点につきましては改正後の四十三条ノ三第三項によりまして、保険医療機関の「指定ヲ拒ムニハ地方社会保険医療協議会ノ議ニ依ルコト」とされておるわけであります。行政機関がみだりに指定拒否を行うようなことはあり得ないというふうに考えておるわけでござい

ます。そこで指定を拒否する場合、保険医療機関の指定を拒否する場合の弁明の機会はどうなっているかというところでござ

います。その第五條に基づきまして、厚生大臣に対して審査請求を行うことができるということになっております。また司法上の方法といたしましては、行政事件訴訟法がござい

ます。行政事件訴訟法によつて「処分」の訴えというところもござい

たしますと、この点につきましては改正後の四十三条ノ三第三項によりまして、保険医療機関の「指定ヲ拒ムニハ地方社会保険医療協議会ノ議ニ依ルコト」とされておるわけであります。行政機関がみだりに指定拒否を行うようなことはあり得ないというふうに考えておるわけでござい

ます。そこで指定を拒否する場合、保険医療機関の指定を拒否する場合の弁明の機会はどうなっているかというところでござ

います。その第五條に基づきまして、厚生大臣に対して審査請求を行うことができるということになっております。また司法上の方法といたしましては、行政事件訴訟法がござい

ます。行政事件訴訟法によつて「処分」の訴えというところもござい

機関が適当な薬剤師さんをちゃんとつくって、そこにだけ処方せんを回すという、そういうあり方はよくない、こうおっしゃっておいながら、それがどのくらいふえてきているのか、実態がどうなっているのか、これを調査しようとなさらない。それだけではなくして、私具体的なことをここで一つ申し上げても、都内のある開業医の例でございしますが、これは文京区のある開業医さんでございしますが、それがやはり御自分の支配下で薬局を開設をしようと、こういう許可願に対して薬剤師会が挙げて反対陳情している事実があるわけでは、これやはり医師優遇税制改正に対する税制対策、処方せん発行料、薬価差益等の獲得を目的として、御自分の支配のもとに薬局を開設し、保険薬局の指定を得ようとしておる、またその近隣保険薬局及び地域保険薬局に対しては、処方せん発行の意思は全くない、こういう薬局が申請されたのに対して、ことしの八月十八日にこれが許可されているんですね。こういう事実はどう御説明なさいますか。

○政府委員(山崎圭君) お挙げになりました実例につきましても、私、承知しております。私、確かなお答えができるかどうか存じませんが、私も、私どもは五十年の一月に業務局長通知を出しまして、先ほど申し上げましたように、医療機関からの独立ということを強調いたしまして、そういう線に沿って、薬局の開設の許可に際しましてその指導を都道府県知事に出して、こういう線に沿っていわゆる第二薬局についてのあり方につきましても考え方を示しておるところでございます。

○渡部通子君 この許可をしたという私はあえて個人名を挙げません。これは一般論でしたがって尋ねたわけでありまして、厚生省が指導なさったのは五十年でしよう。もうずいぶん前なんです。その後第二薬局と、こう一般にも名前が知れ渡るようにそういう薬局がふえてきているわけですね。そして、なおかつことしになってこういう東京都が許可を与えているなどということとはちよ

と行政としては考えられない怠慢ではないかと私が申し上げている。

大臣に伺いますけれども、この医薬分業、医薬分業大変結構なことなんですけれどもね、だから処方せん料が四十九年にアップをされて、医薬分業しなさいよと、こういう厚生省が御指導いただいたこと大変結構だったんです。ところが、それが逆手にとられて、そして医療機関が同一の支配下に、あるいは自分の敷地内に六坪あれば薬事法上薬局というものが許可されるわけですから、そこで聞いて、処方せん料、調剤料あるいは薬価差、そして今度税制が変わりまして、五十四年ですか、税制が変わりまして、大体二千五百万以上とか三千万以上とかって税率が変わってまいりましたらば途端にまたこの薬局がふえ出した。というの、やはりお医者さんにしてみても大体年収三千万程度というものが日本の医者の半数いるのを分離して第二薬局に任せてしまえば、大變に税率上も得するわけなんです。したがって、この五十四年の税制改革がありましてからこのころ、ばたばたとふえてきたというふうな実情もあるわけでございます。医薬分業いたしましたが、薬局を分離しましたと言いつながら、それが逆にやはり医者の所得隠しというふうな点で国民の批判を浴びかねない。実は私もこの間主婦の会合で、そういう第二薬局とか言われてる風潮を御存じですかと聞きましたら、ほとんどの主婦の方が知っていらつしやるので、なるほどこれは一般的になつてきた問題だ、こう理解せざるを得なかつたわけでございます。これは決して特殊な主婦ではございませんで、ごく一般の庶民の奥さん方でもございまして、そういうわけで、医薬分業というものが逆手にとられて、第二薬局という現実に對して厚生省は五十年に指導なさつたかも知れない、通達を出したかも知れない。しかし今回、ことしの夏にすでに東京都から申請のあった、そういう薬局をまた許可をしているという、

こういう現実に對して大臣はどうお考えですか。○國務大臣(園田直君) まことに遺憾なことであつて、御指摘のとおり行政の怠慢であります。通達を出すだけが行政の仕事をしないで、通達を出したらそれが実施されておるかどうか、さらにその通達を出したことに厚生省自身が忠実にやっているかどうかといふことはきわめて大事なことであります。第二薬局といふのは私も聞いておりますが、問題は医療機関とその薬局が独立しているといふことが一番大事なことだと思つております。いま御指摘の点は初耳でございますが、後でよく十分聞きまして調査をいたします。

○渡部通子君 それでは、保険調剤薬局というものはずっとふえてきているんだと思いますが、それはつかんでいらつしやるんですか、厚生省。

○政府委員(大和田潔君) 資料をすぐ取り寄せますので、ちよと……。

○渡部通子君 時間がありませんから私の方から言いますので——あります。

○政府委員(大和田潔君) 一般の薬局でございしますので、ちよと違ふと思つたので、またすぐ用意いたします。——保険調剤薬局の数は……。

○渡部通子君 保険調剤薬局です。

○政府委員(大和田潔君) 保険調剤薬局、この数は五十四年で二万五千八百三十六、さかのぼりまして五十二年二万四千九百八十八、五十二年二万四千三百二十六、五十一年にさかのぼりまして二万三千七百八十九、こういう数字が手元にあるわけでございます。

○渡部通子君 ふえてきているわけですが、したがって、処方せん料がアップされて薬局が申請された、こういうケースが多いといふことは十分考えられることですが、この中にいわゆる第二薬局と言われるものも入っているわけですね。それは大まかに、アバウトで見込み、これはおわかりなんですか。

○政府委員(大和田潔君) どうも、アバウトでもちよとわづかつかねるところでございます。

○渡部通子君 したがって実態を調査せよと私は

申し上げているわけですが、これは、アバウトで六千だという人もあればいろんな意見が出ております。ですから、私自身もわからない。こういうことをきちつと調査をするのが厚生省だと思つて、五十年に指導通知を出しているくらいなんです。それから、したがって厚生省だつてこれは余り思わしくない、何とかしなければならぬといふことはわかつておるはずなんです。その後ふえてくる、特にこの一年間ふえている、税制改革があつてから。こうなると、やはり新しい医薬分業という厚生省の指導が逆手にとられて、とても厚生省の指導対応というものが間に合わないという後追行政を如実に物語っている問題ではないかと思つて、したがって、これを調査するといふことを私はお約束をいたしたいんです。第二薬局と思われものができた近隣の薬局聞いていただくとすつとわかります。一つの薬局がふえた、そうすると処方せんが開設保険薬局の認可がおりた途端にばつと来るわけですね。ほかには全然来ないで処方せんがそこだけやってくるというところはみんな知つておりますから、そういう意味で、実態調査は必ずしもできないわけではないので、そういう意味で、この辺をきちつと洗い出したいだ、ということとは大事なことでないかと思つたんですが、実態調査のお約束はできますか。

○政府委員(山崎圭君) 先ほど申しましたように、いろいろな定義がはつきりしない点もありまするけれども、先生御指摘のとおり問題とされている事例でございしますので、近く何らかの方法でその実態を調査することをお約束したいと思つた。

○渡部通子君 そして、それが実態調査ができた場合に、それに対して打つ手はありなんですか。法的根拠は何かお持ちでございますか。

○政府委員(山崎圭君) この開設許可権は都道府県知事でございまして、薬事法上のあり方といたしましては、第一薬局、第二薬局というところがあるわけではございませんし、保健衛生上それがいいか悪いかという目で薬事法上の規制が働くわけ

でございますので、それを仮に第二薬局だということであつて、そのことだけの理由で保健衛生上問題がないことを、たとえば許可の取り消しというふうに結びつけるのは非常に困難だと思います。ただ、何といひますか、そういう実態関係が話のように仮にも患者さんの処方せん調剤を拒否するとは明らかにあり方は、これは好ましくないこととでは明らかでございますので、あくまで指導という形でその是正を求めていく、こういう態度になる、かように考えております。

○渡部通子君 それは私もわかりません。薬事法でも健保法でもこれはどうしようもない、いまの法規の上では取り締まれるものではないというのばかりです。しかしながら、これがふえる傾向にある、こうなつてみれば、やはり指導基準のようなものを設けざるを得なくなるのではないか、あるいは何らかの法的根拠を持たせるとか規制を講じるとか、こういうことが必要になつてくるとは考えられませんか。

○政府委員(山崎圭君) 大変むずかしい御質問でございますが、薬事法の現行法でないからできないというところで申し上げているのではなくて、保健衛生上の見地から第二薬局、第一薬局というように保健衛生上支障がないものについてそれを規制するということは、なかなか法律をもつてもむずかしいのではないかと見解を申し上げたわけでございます。

○渡部通子君 まあ実態をつかんでいないという現状でございますから、それに対して何らかの法的なものを言つても答弁は出てこないだろうと思ひます。したがつて、その実態をおつかみになつた段階で、またこれはひとつ議論にさしていただきたいと思つておりますけれども、ともかくも医薬分業がいいからと言って厚生省が太鼓を鳴らし始めたら、それを逆手にとつてまた悪い傾向が出てくるという、こういうイタチごつこを繰り返してはいたのでは、国民の医療機関に対する不信というものはつづけるばかりでございます。私もこの実態を聞いて、本当にまあ世の中には悪い知恵者

もいるものだ、こう思わざるを得ないわけでございます。まして、そういうことに対しては厚生省としてはひとつ厳しい基準を設けて指導する。なぜ私がかれほどやかましく言うかという、五十年に通達を出しておきながら、その後ふえる一方だという、こういう事態に対して厚生省自体にももう心から私は怠慢を責めたいからそう申し上げていくわけでございます。どうか打つ手はもう少し遅くならないようにお願いをしたいと思います。大臣よろしくごさいませう。

○国務大臣(園田直君) よくわかりました。

○渡部通子君 それから、大臣にちよつとついでにお尋ねしますが、医薬分業ということに対しては積極的な推進を図るとお約束をなさつたと思ひますが、それでございませう。

○国務大臣(園田直君) そのとおりでございます。

○渡部通子君 それでは事務当局にお尋ねしますが、国民に対する啓蒙、それから薬剤師に対する教育研修、それから調剤センター等の設置、これら具体的な予算上の裏づけを持つて進められていくかどうかをお答えをいただきたい。

○政府委員(山崎圭君) お挙げになりました医薬分業推進のための施策のうち、国民の啓蒙問題につきましては、これは日本薬剤師会の協力を得まして、昭和五十年から毎年ポスター五万枚、パンフレット二十五万枚を作成いたしまして、薬局とか保健所等を通じて広報を行つております。

また、薬剤師の研修教育に關しましては、五十年一度からでございますけれども、全国で約四百カ所の総合病院の協力を得まして、五十四年度までに約一万七千名の薬剤師に対して調剤技術の実務研修を実施してございまして、本年度も引き続きこれを行つております。

なお、調剤センターの整備につきましては、五十四年度から補助を始めたところでございまして、五十四年度におきまして全国九カ所の調剤センターに対して補助を行ひまして、本年度も引き続き補助を予定しております。

このほか、医薬品検査センター、これも薬剤師会の設立するものでありますが、その設置に対する補助につきましても昭和四十六年度以降実施しております。五十四年度までに合計三十カ所に対する補助を行つております。これを各県一カ所まで普及させたいと思つております。

これらの事業に關します五十五年度の予算は五千八百二十八万円と、かようなことに相なつております。

○渡部通子君 それで、それを推進するために、中央、地方に医薬分業推進懇談会、これを設けるとおっしゃつておられますけれども、これは具体的に進んでいくんでしょうか。

○政府委員(山崎圭君) 医薬分業を進めてまいりますために、やはり地域地域におきます関係者の間の、つまり診療所のお医者様と、そしてそれを受け入れる薬局薬剤師、基本的にはその両者の間の話し合い、御納得といひますか、御協力といひますか、そういうことが基本的には大変大事だと思つております。そういう積極的な話し合いが行われるという、そういう場を設けると、こういう趣旨で医薬分業推進懇談会というふうな、たとえばそういうものを推進していったらどうか、これが先般衆議院において、そういう場を設けるといふ御答弁を厚生大臣からお答え申し上げたところでございませう。

○渡部通子君 そのとおりなんです。十一月七日の衆議院の議事録を見ますと、厚生大臣御自身が「医薬分業は近年その機運が高まつておりまして、国としても国民に対する啓蒙、薬剤師に対する教育研修、調剤センターの設置に対する補助等の施策を通じて、医薬分業の基盤の整備に努めてまいりましたが、今後これらの施策をより一層促進させるとともに、中央、地方に医薬分業推進懇談会を設けるなどにより」云々と、こういう答弁をなさつていらつしやるわけですね。これはいまの御答弁のとおりなんです。ところが十月三十日に埼玉会館で行われた、関東甲信越地区薬務主管課長会議、これにおいて厚生省薬務局の担当者

は、この医薬分業について、懸案の医薬分業推進懇談会の設置については予算的に断念したと、基本的には国民意識を変へることで調剤センター設置などで側面的に援助したいと、こういうふうに変化を向きの話をしているわけですが、これは日刊医療特信十一月五日号に載つております。ほんとですか。

○政府委員(山崎圭君) 推進懇談会の設置についての予算要求を新規要求しないということにつきましては、そのとおりでございます。まことに残念ながら、予算要求の厳しい折から、新規要求は断念したということは事実であります。ただ、この性質の費用につきましてはいろいろと知恵を出してやつてまいりたいと、こういうふうに思つておりますし、その実現には努力したいと、こういう気持ちにおいては何ら変わりがございませう。

○渡部通子君 気持ちが変わらないでいいのかどうかということをお伺つておきたいのですが、予算的に断念したということは、来年度予算がなくなつたと、予算はないけれど懇談会は設置するということなのか、それとも再来年予算をとつて設置をしたいとおっしゃるのか、その辺の見通しはどうなんでしょうか。

○政府委員(山崎圭君) 仮に予算がなくても、何とかそういう場を設けたいと思つております。仮にそれが、予算を設けることについての支障であれば、またさらにその次に検討してまいりたいと、かように考えております。

○渡部通子君 これ、大臣ですね、この懇談会がどういう性格のものになるか、どういう強力な実体的効果を持つものになるか、これらはこれからの問題になると思ひますけれども、少なくとも大臣がこれだけ具体的に衆議院の場で発言をなさつてそして医薬分業というものがこれほど大事な時期にかかつておられますので、何とか大臣の発言を実現化方へ御努力いただきたいと思ひますが、よろしくごさいませう。

○国務大臣(園田直君) まことに恥づかしい話で

ございまして、大臣が委員会等でこういう答弁をするのは私の恥辱だと存じますが、私が委員会に答弁したことを省内の課長が予算は断念をしたという発言をしたことは、いま初めて聞いたことでありまして、まことに不本意であります。改めて帰りましたらその詳細を聞いた上で、これが実現するよう私は自分の考えどおりに努力をする所存でございます。

○渡部通子君 次に、薬価についても若干御質問をいたします。

薬価基準の改定につきましては、私も何度も発言をいたしましたし、当委員会におきましてすでに大臣の答弁が出ていると伺いました。私出たり入ったりしていたものですからちょっと聞き漏らしてありますけれども、薬価基準の改定につきましては、今年度内ないし来年度の初頭においてという御答弁に間違いはございませんか。

○国務大臣(園田直君) 薬価の改定については、渡部先生は医療行政の基本である点と、特に消費者物価に非常に響く、こういう点から平素から強く主張しておられまして、一日も急げという御主張であると理解をいたしております。そういう意味でなるべく急ぎまして、今月中に諸作業を終わりに、来月から算定に入つて、でき得れば一日も早く年度内にも薬価改定を行うよう努力をいたしております。

○渡部通子君 では年度内にできるかできないかということを含めて私も見守りたいと思うんです。

それで薬価の問題が出てまいりますと、必ず診療報酬改定という問題が出てまいります。これは別個に考えるべきだと、これも私が常々主張をしてお願いをしているところで、確かにいまお医者さんが薬でかさがざるを得ないというような実情がもしあるとするならば、それならば診療報酬というものは別途考えるべきであつて、薬価は薬価として正すべきである、これを運動させるべきではないということも申し上げているわけでございますが、この薬価改定が年度内にもでき

る、こういうことになってまいりますと、今度は診療報酬が必ずまた問題に上がってくると思ひますが、十一月十二日の当本会議では、鈴木総理は「当面改定を必要とする状況にない」というおっしゃり、また大臣は、十一月十八日当委員会でも、診療報酬を五十五年度内に引き上げるつもりはない、こう五十五年度内という一項が入りまじつた。診療報酬の改定というものはいまだどういふプログラムで考えになつていらつしやるか、あわせて伺つておきたい。

○国務大臣(園田直君) 薬価の改定と診療報酬の改定は別個にやるべきだという御意見は私も全くそのとおりに考えております。薬価の改定については先ほど申し上げましたとおり、診療報酬の改定はそれぞれの団体から少しいろいろ意見が来ておりますが、まだその機は熟しない、こう見ております。

○渡部通子君 それでこれまで薬価調査をすいぶん本調査以外にも厚生省はおやりになつた、六次にわたる経時変動調査が行われてきたわけですが、これは私から言わせれば、改定を引き延ばすため以外の何ものでもない、こう申し上げざるを得ないわけですが、これだけ調査をなすつたんですから、実勢価格は相当大幅に下がっているのではないかと、こう思われますが、世間では一五%とかあるいは二〇%とか、少なくとも二けたであつたと、こういう予測がされておるわけでございますが、第五次までの調査の概要についてお聞かせをいただきたい。

○政府委員(大和田潔君) どうも大変冷たいお答えになりますけれども、現在第六次を行つておるところでございますので、どうも現段階ではただけ乖離があるかということをお答えできるような状態では実はないわけでございます。ただ、先生おっしゃいますように、従来の、これまでの薬価改定の実績に比して大幅のものになるであらうということは言えると思ひますけれども、具体的にどれだけだということについては、まだちょっと申し上げられる段階ではないわけでありまして。

○渡部通子君 具体的にどれだけと答えてくれれば私は申し上げてないんです。

それから、第五次までの概要を伺つておりますので、その第六次の調査中ということはおよく承知をいたしております。第五次までを見て、いま、かなり大幅にということでございます。すると、過去一番大幅なときが大体一三か一五%だったと私は記憶をいたしておりますが、それも上回るんですか。

○政府委員(大和田潔君) 過去は一〇ないし一一といったようなものであつたと思ひます。恐らくその辺よりも上回るのではないかと申すわけでございます。まだはっきりした数値はちょっと私ども出ておりませんので申し上げられないわけでありまして。

○渡部通子君 今度の改定案の四十三条の九の二によりまして、薬価調査については法的権限を持つものとなります。法的権限が付与されることによりまして、薬価調査はこれまでとやり方やその他について変わるものが何かありますか。

○政府委員(山崎圭君) 新たに厚生大臣の調査権が薬価調査についても法制化されたことによりまして、従来は何といひますか、調査対象者に対しては私どもがお願いする、協力を依頼するといふ立場でございます。まあ、そのことから法的権限が一応備つた権限のある調査と、こういうことになりまして、より厳正な調査が実施できると、かように考えておるところでございます。

○渡部通子君 いままでの調査が必ずしも実勢価格を反映したものではないということはいさしば指摘をされてきたところで、これはもう当事者自身からも言われていることでございます。五十三年の五月には日本医薬品卸業連合会に出席なすつた前の中野薬務局長自身もこれ発言をしていらつしやいますね。これまで卸には薬価調査に協力を願つてきたけれども、果たして真の実勢価格を記入してきたかどうか、実勢価格と薬価基準がこれほど大きな問題になつてはいる以上、五十三年の薬価調査に關してはもはや真実なき記入は

許されないと、こういう注意を前回の調査のときに薬務局長御自身がおっしゃつていらつたので、この雑誌で大手の卸の社長が一文を書いておられますけれども、その中でも、薬価基準が下がること、薬剤供給側の地盤沈下と考えて、無意識に建て値、B値の道を選んできたように思へると、まあ、ずつとありますけれども省きますが、まあ、当事者御自身がこうして實際建て値を書かざるを得ない場合もあつたというようにことまで発言をしていらつたわけでございます。こういう実勢価格が本場に調査に反映されるかどうかという点については、厚生省に私はもう少し細かい薬価調査に対する御注文を申し上げたいと思つておるんです。で、法的根拠が付与されたこと、こうした実勢価格と違つた調査の回答が一体一掃されることを考えていらつしやるのか、たてまの、実勢価格と違つたような回答がもしあつた場合に何らかの処置を考えていらつしやるのか伺ひます。

○政府委員(山崎圭君) 薬価調査におきまして、何といひますか、虚偽といひますか、事実と異なる報告がされた場合にはどうするかというお尋ねでございますが、私も、いままでの経過だけを申し上げますと、ただいま御指摘になりました五十三年七月の前の五十三年度五月におきましては、確かに御指摘のように前局長はそういうことがあつてはいかぬという意味で、真実を書いてほしいという意味でそういう発言をしておるわけでありまして、その五十三年度七月の薬価調査におきまして、その直前にいわゆる特別調査というのを初めてやつたわけでありまして、そして、その特別調査の実施に際しまして、虚偽の報告についての警告も発しておりますし、ともに事後の特別調査をその直後にやつております。その後も経時変動調査を長期にわたり実施してまいつたわけでありまして、仮に私どもが把握できない虚偽報告というふうなものがありましてしまつても、いろいろその後の一連の調査によりまして実勢価格というものは私ども十分に把握できたという自信を持って

と。そして、伝票も百錠入り十個の包装で仕切ると。その二、三ヵ月後値引き伝票が起こされる。こういうことが特に薬価調査対象月というのになると多くなっているわけなんです。御存じでしょうけれども、まさか知っているとはおっしゃれないでしようけれども、これはあたりまえの事実でございまして。正確な調査を行うというのならば、現在の二倍の法則は改めるべきだし、また調査月の予告制も改めるべきだ。そして、計算方法も九〇％パルク方式をやめて、加重平均方法なり何なりに改めるべきではないかと、私はこう考えますけれども、いかがですか。

○政府委員(大和田潔君) 何もかも、どうも検討検討ということで申しわけないわけでありましてけれども、九〇パルク方式につきましては、従来からとっておりました方式でありますし、いまこれのメリットというものもあるわけでありましてけれども、やはりデメリットというものもあるし、問題というものは指摘されておるわけでありまして、デメリットの問題が指摘されておるというふうなことでございまして、この薬価の算定方式につきましては、中医協で御審議願うことになっておるわけでございますが、この審議状況等踏まえまして私どもの方も十分検討していきたい、こういうふうな考えでおるわけでありまして。

○渡部通子君 大臣も衆議院では、これらの問題について中医協で審議願いたいとお答えになつていらっしゃるわけでも、改めてですね、予告制の問題、それから二倍の法則の問題、加重平均による算定の問題、こういった具体的な問題を含めて諮問をなさるかどうか、明確にしておいていただきたい。

○国務大臣(岡田直君) 衆参両方で各委員から同様の質問が強く出されたわけでありまして、いままでの薬価の算定方式に国民が疑惑を持っておるというふうな意見もあるわけでありまして、公平無私にやりたいと思っております。

○渡部通子君 さらにもう少し、これ質問通告は

してありませんけれども、ちょっと御意見をやっぱり薬価の基準の改定に当たりまして反映してほしい点を私申し上げたいと思ふんです。

アメリカのMAC価格ですね、これはアメリカの、日本の薬価基準と同じと考えてよろしいかと思ふんですけれども、このアメリカのMAC価格と日本の薬価基準を比較できるものについて比較されたことが厚生省ではございまして、MAC価格。

○政府委員(大和田潔君) これにつきましては、実はまだ私も、率直に言ひまして、検討はいたしております。

○渡部通子君 これ、ぜひ検討していただきたいということを私お願いをしておきます。と申しますのは、MACの価格が決定して日本の薬価基準と比較できるものは、抗生物質、鎮痛剤、精神安定剤、これが主なものでございましてけれども、この抗生物質の価格というものがアメリカの価格と比べますと非常に高いということが特筆できるように思ふんです。それで私があるところから入手いたしました価格を試みに二、三例として申し上げておきます。

これは一九七九年現在の比較でございますので、ドル換算が一ドル二百二十円で換算をしてございましてけれども、薬効、成分とも全く同じというアメリカの薬品と日本の薬価基準との比較でございまして、たとえば塩酸テトラサイクリン、これは抗生物質です。二百五十ミリグラムについてMAC価格は五・五円、日本の薬価基準ですと三十一円五十銭から三十四円、大体五・七倍から六・二倍になっているわけです。それからアンピシリン、やはり抗生物質、二百五十ミリグラム、アメリカのMACでは十三・一元、それが日本の薬価基準では八十円から百八円、これは六・一倍から八・二倍です。それからエリスロマイシンステアレート、これやはり抗生物質、二百五十ミリグラム、これはMACが十五・三元、日本の薬価基準が五十四円、四・四倍、あとずっとあるんですけれども、きょうはこの一例だけを申し上げます。

た。こうして抗生物質というものが、薬剤が薬効、成分同じ、グラムも同じ、それでアメリカの価格と日本の薬価基準とこれほど違うということ、一回厚生省としては比較研究をしてみたらなきやならない問題だと思ふんです。

一方日本でも実勢価格と薬価基準の乖離が大きいものとしては、注射を含めた抗生物質、これが何と云つた王様になつておるわけなんです。したがって抗生物質の実勢価格を徹底的に調べる意味において、一度アメリカの価格と検討をしていただいて、これも薬価の基準改定に当たっては何とか反映をさせていただきたい、こう思いますがいかがでございますか。

○政府委員(大和田潔君) おっしゃる通りにMAC方式なるものにつきましては検討させていただきます。と、いまちょっと聞きまして、たまたまによりまして、メデイクア、メデイクアの連邦介入の医療でございまして、若干どうもそれに用いる薬でありますので、またアメリカでもその対象は十数%というふうなこともちょっと聞いておりますので、これをわが国の制度に用いるのはなかなかむずかしい面があるかと思ひますけれども、十分この点につきましては検討させていただきます。と思ひます。

○渡部通子君 それから、これもわかつたらお答ええいたしたいんですが、五十二年二月改定で、それ以降新規取組の薬はどのくらいあるんですか。

○政府委員(大和田潔君) 五十三年の三月十日以降二百六十四品目でございます。

○渡部通子君 これもわかつたら答えていただきたいんですが、そのうち今回第六次の経時変動調査で対象になつておりますか。いるかいなかだけで結構です。

○政府委員(大和田潔君) 対象にしております。○渡部通子君 それで価格はどうなつておるのか実は伺いたいですけれども、これも実勢価格をなるべく薬価に反映してほしいという細かな注文

で私が申し上げておるわけですが、やっぱり新しい薬というものはどうしても高い。そうすると、似た薬というものが、ちょっと変えてそれに乗っかってしまふというふうな傾向がどうしてもあるんです。これはもう第一線で実務に携わっている人のすべからずでございます。したがって新薬に対して、それに似た薬が乗っかってくるおそれがありますので、それをよく監視をしてほしい。ちょっとグラム数を変えたりとか、ちょっと成分を変えたりとかして新薬として同じ薬価にして、むしろいままでの薬が高くなつてしまふ、こういう形で薬価にとんでもないね返りが出てくるわけでございます。こういうことについて厚生省は実態をよく存じていらっしゃるのか、そして今回の薬価改定に当たって、こういう面もきちんと監視をして反映をさせてもらえるのかどうか、これも伺つておきたい。

○政府委員(大和田潔君) この新薬につきましては、先生おっしゃる通りに適正な価格というものの、本調査の対象となつて得ないために、なかなかデータが十分でないで適正な価格ということの変更することはなかなかむずかしいという問題があつたわけでありまして、今回初めて経時変動調査の際にその実勢価格を調査をしたわけでありまして。それは、先生御指摘のようなことをできるだけなくしていくというふうなことで、そういうふうな取り扱いをしたわけでございます。で、できるだけそういうことで今後とも努力をしていきたいというふうな考えでおるわけでありまして。

○渡部通子君 私本当に一端ですけれども、薬価をめぐる具体的な問題で、ぜひとも実勢価格の反映をという御要望と質問を申し上げたわけでございます。近々薬価基準改定ということが大臣からも発表になつておりますので、何とかこういう問題を反映をさせて、国民の信頼が得られるような薬価基準の改定をぜひ行つてほしい、これを重ねて御要望申し上げます。文部省においてを願つておりますので、だんだ

ん時間がなくなつてまいりましたけれども、若干
医学教育についてもお尋ねをしておきたいと思
います。

いまだに財政問題というものが大變議論をされ
ておりますけれども、この医学の問題につきまし
ては、もう本当に教育にかかわる部分がきつて
大きい、これはだれしも思ひをいたすところで
ございます。現代の学問は日進月歩でございま
して、特に医学の進歩これは激しいと聞いており
ますけれども、まず医学教育の目標というものを
どのように認識をしていらっしゃるか文部省にお尋
ねをいたします。

○説明員(川村恒明君) お答えを申し上げます。
私どもの方で大学設置審議会というところがご
ざいますけれども、そこで医学部設置審査基準要
項というものを定めております。ここでその医
学部のある方につきまわしての議論をしていただ
いてるわけでございまして、そこで一応医学教育
の目標というものを定めております。それにより
ますと、「医学教育は、確固たる倫理観に基づ
き、医学に關連した社会的使命を有効に遂行し得
る人材を養成することを目的とする。」というこ
ろが大事項でございまして。あと若干詳しくなつて
おります、特に学部レベルの教育では、必要最小
限の知識・技術を修得させると同時に、卒業後
も適当な指導のもとでは直接強力に診療を行
う程度の能力を付与するとか、若干のことがつけ加
わっておりますが、その根幹となるところは、先
ほど申し上げましたように、「確固たる倫理観に基
づき、医学に關連した社会的使命を有効に遂行し
得る人材を養成する」ということでございまし
て、私どももこの方針で進んでるわけでござい
ます。

○渡部通子君 現在の大学教育は、それにふさわ
しいカリキュラムを持つておいででございま
す。

○説明員(川村恒明君) 大学教育を実現する一番
重要なものは、ただいま先生御指摘のカリキュラ
ムの問題でございまして。専門教育四年間の中
で

カリキュラムの編成ということが大變重要でござ
います。それが同時に、たとえば入学してくる
学生の選抜の方法ということも大切でございま
す。それからその四年間での具体的な教育の方法
というところもありましょう、それから何よりも
この指導に当たる指導者の増員とか、資質のす
ぐれた指導者を確保するとか、あるいは施設、設
備を確保するというふうないろいろな要素が加わ
ってくるわけでございまして。

ただいま御指摘の、それでは医学教育は十分で
あるかという御指摘でございましてけれども、そ
ういふ点では、なお現在の現実の大学教育で改善
を要する点は多々あるということは私どもも感じ
てるところでございまして。

○渡部通子君 改善を要する点が多々あるとい
う、そういうのを聞くと私も心配になるんですけ
れども、これは突っ込みませんが、その点はひと
つ十分に御検討いただきたいと思ひます。

現在の医学教育の最初の関門である大学の選
抜、これは厳しい学力試験を行つておりますが、
そのために受験競争、大体学生は入学のためそれ
だけに、学問も技巧と手段に没頭して、医師とし
ての使命や、本人が医師に資格であるか否かにつ
いての考慮、こういったことを考えているゆとり
がないというのが現在の状況ではないかと思ひま
す。具体的にこのような弊害を除くために、国
立の医科大学においてはどんな対策が考えられて
いるのか。とにかく頭がいいというだけでは医
者の資格にはならないわけでございまして、その点
はいかがですか。

○説明員(川村恒明君) 医学教育を受ける者はや
はり医学教育を受けるにふさわしい資質、適性を
持つてゐるということがまず第一でございまして。
先生の御指摘のとおりでございまして。国公立そ
うでございましてけれども、現在入学者の選抜に当
たつて、単に学力のみでこれを選抜をするという
ことではなく、できるだけ入学試験に、面接で
ございまして小論文を取り入れるとか、あるいは
調査書を活用する、あるいは逆に大学の方からわ

が医学部の方に來てもらいたい学生はこういうふ
うな資質、能力を持つてゐる学生に來てもらいた
いというところをあらかじめ入試要項等に書くこ
と、それからもう一つ、入学後におきましては医学
概論というふうな形で医の倫理に關する科目を開
設するところ、あるいはいろいろな点で工夫をして
おるところでございまして。

○渡部通子君 これほど医学、医療の荒廃が嘆か
れてゐるときでありますので、私はそういういい
面の積極面の施策というものを国民の間にもPR
をしてもらひ、文部省はその先頭に立つて技本
的に今度は医者の倫理というか医者の人間像とい
うか、こういうものについて前面に押し出して文
部省としては施策を行つと、こういう点にもう一
歩を踏み出すべきではないかと。そうでなければ
医療の荒廃のみがいま論じられて、国民としては
不安がつるばかりです。中にはいい考えを持つ
た方、あるいはいい施策をやつていらっしゃるこ
ろもたくさんあるわけでございまして、そういう
ところは私は積極的にもう少し文部省としてもPR
にも励んでもらいたい、そういう面での国民
のいゝゆる意識の啓発というものについても努め
てもらひたいと思ひます。いまも申し上げた
ように、高校における学業成績だけがいいと、こ
れでは困るわけでございまして、人間の欠陥の
ある人が医者になられるというのでは何とも不安
で仕方がないわけですね。アメリカの医師の訓練に
は、医学生同士でお互いに採血の方法を練習す
る、どんなふうに針を刺せば痛くないと
か、これを自分で経験していろいろな訓練をさせ
てゐるという話を聞きました。こういう臨床医とし
ての期待されるものを多方面にわたつて摂取して
いる、こういう点は大きい学ぶべきだと思ひま
す、わが国の医学教育でもこういう点で世界に
誇れるものがあるのかないのか伺つておきます。

○説明員(川村恒明君) 先生御存じのように、医
学教育というものはそれぞれの国の固有の歴史的
な条件でございまして社会的な条件でございま
すとか、そういうものを背景として現在の、その
社会で最も適当な方法はどういう方法であらうか
というところで努力をしようというふうな存じて
おります。わが国の場合もそういうことでござ
います。したがらしまして、わが国の医学教育で世界
に冠たるものは何かということにつきまわして、な
かなか比較がむずかしいわけでございまして、な
にわかに申し上げることは困難だと思ひますけれ
ども、いま先生がおっしゃいましたように、戦前
のドイツ式の医学教育から臨床中心のアメリカ式
の医学教育に最近變つておりました、特に臨床
教育でのスモール・グループ・ティーチングとい
うふうなもの、あるいはベッドサイド・ティーチ
ングを積極的に取り入れるという一方で、しか
し、基礎的な医学教育も重視をし、その双方のバ
ランスをとつていくというふうなところは、やは
りわが国の医学教育の特色の一つになつてゐるん
ではないかというふうな思つておるわけでござい
ます。

○渡部通子君 近年、プライマリ・ケアや緊急医
療に対する社会的要請が非常に高まつておつて、
臨床研修においてもこれらの要請を十分配慮する
ことが必要となつてきてゐると思ひます。これに
伴つて卒後の研修、これにはローテーション方式が必
要である、こう要望されてゐるわけですが、そ
れにもかかわらず大学病院における卒業研修は、
臨床研修期間も含めその大部分が高度に専門分化
した診療科において、いわゆるストレート方式が
行われてゐるのが実情だと思ひます。将来の臨
床研修医の増加や医療の需要の動向を考えまし
て、幅広い臨床研修を実施することが大事になつ
てくると思ひますけれども、行政上対策が何か行
われてゐますか。

○説明員(川村恒明君) 臨床研修そのものにつ
きましては、これは厚生省の御所管でございま
すけれども、現実には臨床研修の約八割が大学病院
で行われておるといふ実態でございまして。先生御指
摘のように、臨床研修の充実というものは大變重要
な課題でございまして、特にただいま御指摘の

一テート方式を幅広く取り入れるという点は、私どもの内部でもそういう議論があるわけでございます。そんなことでございまして、私どももいたしましては本年の七月に「大学病院における臨床研修のあり方について」というガイドラインを取りまとめた上でございまして、これは文部省に置かれております医学視学委員会というところで専門家の御議論によって取りまとめたわけでございまして、私もこの臨床研修のあり方についてガイドラインを各大学にお示しをしたわけでございまして、ここではたまたま先生御指摘のようになり、なるべく幅広い研修のカリキュラムを組む、特定の科にだけ集中するのではなくて、関連の科にまたがる総合的なカリキュラムを編成することが必要であるとか、あるいはその部門において救急部門、救急医学というものをできるだけ学ばせるといふふうな、そういうふうな幾つかの指針が示されておるわけでございまして、私どもは今後のガイドラインに示されました方向に従いまして、研修のカリキュラムの組み方でございまして、あるいは指導員の充実といった点で努力をしまして、各大学にも努力をお願いいたしまして、私どももできる限りの条件の整備に努めてまいりたいというふうに思っているわけでござい

ます。○渡部通子君 卒前教育と卒後研修と、それから国家試験の間に緊密な連携が行われているというふうか。○説明員(川村恒明君) 御指摘のように、私ども文部省といたしましては、主として卒前の医学教育につきまして、これは教育行政全般の立場から所管をしておりますわけでございまして、御指摘のように医師の養成を考えた場合には、卒前、卒後の教育、さらには医師の生涯にわたる教育というものが重要だということでもございまして、私どもは日ごろからこの問題につきましては厚生省の方と非常に緊密な連携をとらしていただいております。でございまして、相互の連携のもとで医師養成の一貫性を確保しているとい

うふうに理解しておるところでございます。○渡部通子君 国によつては卒後教育のためのメディカルセンターがあつて、全国の医師を集めて研修中は他の医師がかわりを務めるというシステムがあると聞いています、これはアメリカの例でございまして、卒後教育を受けることをある程度義務づけると同時に、それを受けられる体制をつくることが大事だと思うんですけれども、その準備があるのかどうか。○政府委員(田中明夫君) 医師の卒後教育につきましては、まず大学の医学部等の附属病院あるいは臨床研修指定病院におきまして二年間の臨床研修が行われており、これに対して予算上の措置を講じております。この臨床研修の参加卒業生は当初は非常に低かったわけですが、現在では八〇%以上、八五%ぐらいの者がこの臨床研修に参加しております。

さらに、その二年間の臨床研修が終わった後、これは制度上のまだ決まりはございませんが、たとえば国立のがんセンターあるいは循環器病センターあるいは医療センターというような高度の専門的な医療を行っているところに、予算的にレジデントを収容するといふ、採用いたしまして、これに三年間の教育を施すという予算措置を講じておるところでございます。さらに、そういうレジデントが終わった後、あるいは一般の二年間の臨床研修が終わった後の研修につきましては、現在のところ各専門の医学会あるいは医師会の関係専門職団体等が中心となつて、研修あるいは講習を行つておるわけでございまして、厚生省といたしましてはこれらの研修の場となる臨床研修指定病院、あるいは地域の医師が身近なところで研修ができるように地域医療研修センターというふうなものを整備しておるところでございますが、その充実は今後とも努力してまいりたいと思つております。○渡部通子君 まあいろいろやつてはいいつしやうでございましてけれどもね、やっぱりわが国では大学の医局を出てしまつて勉強する機会がな

かなかないと、制度的にもつかぬない、こういうことがやっぱり大きな問題だと思つてわけですが、アメリカの例をよく言いますけれども、開業医を続けるのには全米医師会の定めによつて三年間で延べ百五十時間のセミナーに参加しなければならぬという、こういう制度もあるわけではございまして、これからひとつ臨床医的な、トータルな、人間的な医師の研修というものになお一層の御努力をお願いしたいと思つてござい

ます。○政府委員(田中明夫君) 医師の卒後教育につきましては、まず大学の医学部等の附属病院あるいは臨床研修指定病院におきまして二年間の臨床研修が行われており、これに対して予算上の措置を講じております。この臨床研修の参加卒業生は当初は非常に低かったわけですが、現在では八〇%以上、八五%ぐらいの者がこの臨床研修に参加しております。

わが国の医師の養成制度というものは、卒前教育及び大学院は文部省が所管しております、それから国家試験並びに卒後研修は厚生省が担当しております。また研修病院については、大学病院は文部省、その他の病院は厚生省、こうゆだねられておるわけでございまして、医学教育は医の倫理に立脚して、生涯教育を前提とするものでございまして、卒前卒後を踏まえた一貫した方針のもとに教育が行われなければならないと思つてはいる、現状の行なふ多面的な行政機構の中においては、いろいろ意思の疎通を欠いた、無理があるという点があるのではないかと、こう思われますが、文部省と厚生大臣の御見解を伺つておきたいと思つて

おります。○國務大臣(國田直君) 確かに御指摘のとおり医師の教育は縦割りになつておまして、学校の教育は文部省、それから出られた後の研修その他の教育は厚生省というところでありますが、そのために文部省も非常に理解を示され、私の方も積極的に自分の所管のようにお互いに綿密に連絡をし、あるいは委員の交流等も行つております。今後ともそういう点は特に注意をしながら、共管であるための弊害が出ないようにやつていきたいと思います。○説明員(川村恒明君) 私ども文部省といたしましては、ただいま大臣のお答えにありましたとおりでございます、今後とも緊密な連携を保つてまいりたいと思つております。○渡部通子君 もう一点、時間がなくなつてまいりましたが、伺つておきたいと思つて

おります。○國務大臣(國田直君) 確かに御指摘のとおり医師の教育は縦割りになつておまして、学校の教育は文部省、それから出られた後の研修その他の教育は厚生省というところでありますが、そのために文部省も非常に理解を示され、私の方も積極的に自分の所管のようにお互いに綿密に連絡をし、あるいは委員の交流等も行つております。今後ともそういう点は特に注意をしながら、共管であるための弊害が出ないようにやつていきたいと思います。

○説明員(川村恒明君) 私ども文部省といたしましては、ただいま大臣のお答えにありましたとおりでございます、今後とも緊密な連携を保つてまいりたいと思つております。○渡部通子君 もう一点、時間がなくなつてまいりましたが、伺つておきたいと思つて

おります。○國務大臣(國田直君) 確かに御指摘のとおり医師の教育は縦割りになつておまして、学校の教育は文部省、それから出られた後の研修その他の教育は厚生省というところでありますが、そのために文部省も非常に理解を示され、私の方も積極的に自分の所管のようにお互いに綿密に連絡をし、あるいは委員の交流等も行つております。今後ともそういう点は特に注意をしながら、共管であるための弊害が出ないようにやつていきたいと思います。

○説明員(澤田道也君) わかりやすいように中学校でちょっと申し上げておきたいと思つておりますが、中学校の教師の場合に、たとえば数学という教科専門の科目と、それから教師としての教師科目というのがあるわけでございまして、教師の科目というのには、たとえば教育心理とか教育原理というのが必修になつております。そういう意味の保健という専門の先生でなくて、一般に中学校の教師になるのに、すべて保健というものが必修になつておるかどうかと尋ねれば、実は必ずしもなつておりません。そして、それについて必修にするべきではないかという御提言はよく伺つておるわけでござい

ます。○説明員(澤田道也君) わかりやすいように中学校でちょっと申し上げておきたいと思つておりますが、中学校の教師の場合に、たとえば数学という教科専門の科目と、それから教師としての教師科目というのがあるわけでございまして、教師の科目というのには、たとえば教育心理とか教育原理というのが必修になつております。そういう意味の保健という専門の先生でなくて、一般に中学校の教師になるのに、すべて保健というものが必修になつておるかどうかと尋ねれば、実は必ずしもなつておりません。そして、それについて必修にするべきではないかという御提言はよく伺つておるわけでござい

ます。○説明員(澤田道也君) わかりやすいように中学校でちょっと申し上げておきたいと思つておりますが、中学校の教師の場合に、たとえば数学という教科専門の科目と、それから教師としての教師科目というのがあるわけでございまして、教師の科目というのには、たとえば教育心理とか教育原理というのが必修になつております。そういう意味の保健という専門の先生でなくて、一般に中学校の教師になるのに、すべて保健というものが必修になつておるかどうかと尋ねれば、実は必ずしもなつておりません。そして、それについて必修にするべきではないかという御提言はよく伺つておるわけでござい

ます。○説明員(澤田道也君) わかりやすいように中学校でちょっと申し上げておきたいと思つておりますが、中学校の教師の場合に、たとえば数学という教科専門の科目と、それから教師としての教師科目というのがあるわけでございまして、教師の科目というのには、たとえば教育心理とか教育原理というのが必修になつております。そういう意味の保健という専門の先生でなくて、一般に中学校の教師になるのに、すべて保健というものが必修になつておるかどうかと尋ねれば、実は必ずしもなつておりません。そして、それについて必修にするべきではないかという御提言はよく伺つておるわけでござい

ます。○説明員(澤田道也君) わかりやすいように中学校でちょっと申し上げておきたいと思つておりますが、中学校の教師の場合に、たとえば数学という教科専門の科目と、それから教師としての教師科目というのがあるわけでございまして、教師の科目というのには、たとえば教育心理とか教育原理というのが必修になつております。そういう意味の保健という専門の先生でなくて、一般に中学校の教師になるのに、すべて保健というものが必修になつておるかどうかと尋ねれば、実は必ずしもなつておりません。そして、それについて必修にするべきではないかという御提言はよく伺つておるわけでござい

ます。○説明員(澤田道也君) わかりやすいように中学校でちょっと申し上げておきたいと思つておりますが、中学校の教師の場合に、たとえば数学という教科専門の科目と、それから教師としての教師科目というのがあるわけでございまして、教師の科目というのには、たとえば教育心理とか教育原理というのが必修になつております。そういう意味の保健という専門の先生でなくて、一般に中学校の教師になるのに、すべて保健というものが必修になつておるかどうかと尋ねれば、実は必ずしもなつておりません。そして、それについて必修にするべきではないかという御提言はよく伺つておるわけでござい

ます。○説明員(澤田道也君) わかりやすいように中学校でちょっと申し上げておきたいと思つておりますが、中学校の教師の場合に、たとえば数学という教科専門の科目と、それから教師としての教師科目というのがあるわけでございまして、教師の科目というのには、たとえば教育心理とか教育原理というのが必修になつております。そういう意味の保健という専門の先生でなくて、一般に中学校の教師になるのに、すべて保健というものが必修になつておるかどうかと尋ねれば、実は必ずしもなつておりません。そして、それについて必修にするべきではないかという御提言はよく伺つておるわけでござい

ます。○説明員(澤田道也君) わかりやすいように中学校でちょっと申し上げておきたいと思つておりますが、中学校の教師の場合に、たとえば数学という教科専門の科目と、それから教師としての教師科目というのがあるわけでございまして、教師の科目というのには、たとえば教育心理とか教育原理というのが必修になつております。そういう意味の保健という専門の先生でなくて、一般に中学校の教師になるのに、すべて保健というものが必修になつておるかどうかと尋ねれば、実は必ずしもなつておりません。そして、それについて必修にするべきではないかという御提言はよく伺つておるわけでござい

ます。○説明員(澤田道也君) わかりやすいように中学校でちょっと申し上げておきたいと思つておりますが、中学校の教師の場合に、たとえば数学という教科専門の科目と、それから教師としての教師科目というのがあるわけでございまして、教師の科目というのには、たとえば教育心理とか教育原理というのが必修になつております。そういう意味の保健という専門の先生でなくて、一般に中学校の教師になるのに、すべて保健というものが必修になつておるかどうかと尋ねれば、実は必ずしもなつておりません。そして、それについて必修にするべきではないかという御提言はよく伺つておるわけでござい

すべての学生がそれを取るように、また取れるようにということ、まず進めているところでございます。

○渡部通子君 必修になってないということですが、それでは教職員の状態で、保健専任の教師を置いていない学校というのはどのくらいあるんですか。

○説明員(長谷川善一君) 学校数で何校が専任を置いていて、何校が専任を置いてないという形の調査はいたしております。昭和五十二年の文部省で行いました調査、これは三年に一回ずつ教員の実態を調査するわけでございますけれども、保健体育を担任しております数は、一、小学校は全教科担任でございますので、中学で三万三千七百一名、高等学校で二万三千六百七十名。これは中程度の規模の学校でございます。中学では三名の先生が保健体育を担任している。高等学校では約四名の先生が担任している。大体そういう数でございます。

○渡部通子君 すべての機会を通じて保健教育を推進すると、こういうことにはたまたま置きましますと、専任の教師はいればそれに越したことはないんですけど、いなくてもすべての教師が保健に関する一定程度の専門知識を備える態勢、これの方が私は望ましいのではないかと、こう思うわけなんです。そういう提言をしばしばいただいております。そうい先ほどの答弁でございますから、どうかそれをもう少し積極的に検討してみただきたいと、私からもお願いをいたします。とにかく、成人になつてから急にジョギングなどといって走り出しても、それはもう幼いころから学校教育あるいは社会教育、家庭教育において、十分な知識が身につけているという、こういうことの方が望ましいわけ、そうすれば確かな判断ができて不慮の事故を防げるという、こういうことにもなるわけでございます。

で、こんな例を聞きましたが、ある大阪の中学校で一人の生徒から、尿検査で何を調べるのかと、聞かれたときに先生が答えられなかったと。

これじゃまずいということで、生徒と先生が一緒に勉強して、健康診断の手引きというパンフレットを自主編集したという話であります。まあ素晴らしい話ですけども、無知がすばらしい例になつたんでは決して好ましいことではないわけでございます。まして、やはり義務教育段階の先生が、学校の保健活動というのについて十分の知識を持っている、あるいは生徒の健康管理という面について十分アドバイスができるということが一番望ましいわけだと思ひますし、それが成人の健康管理にもつながることだと、こう考えますけれども、いかがでございますか。

○説明員(長谷川善一君) 文部省といたしましては、健康に関する教育、これを生涯を通じて行うことが必要である、こういうぐあいに考えております。特に今回の小学校、中学校、高等学校の教育課程の基準の改善、それにおきましても生涯を通じての健康という考え方に基きまして、保健教科の内容というのを、現在はもちろん、将来の生活を健康に暮らしていくために必要な基礎的、基本的な事項を取り扱うというぐあいにいたしておるところでございます。

○渡部通子君 そこで、もう一点伺っておきますけれども、そういう子供、健康、健康教育の問題で、学校の校医さんあるいは学校薬剤師さんというものが本当に有名無実的な存在になつておりますし、こういう方々のお力をかりたいというところ、あるいはいろいろの問題あると思ひますけれども、地域の医師会等のお力をかりたいとか、そういった点で話し合ひなりあるいは進め方というものは考えられませんか。私の地元の方では現にそういった点でうまくいっている都市もあるわけでございます。実質、体について専門的な知識を持つていて人が、子供たちに日常生活の中で保健というものを教えるということは非常に大きな効果を生むわけでございます。そういった点でのお考えを伺っておきたいと思ひます。

○説明員(長谷川善一君) 学校現場におきましては、先生御指摘のとおり、学校医、学校歯科医それから学校薬剤師というのを地域の医師、歯科医師、薬剤師の方々にお願いしております。そういう方々の協力を得ましてやっておりますわけでございます。たとえば健康診断とか環境衛生等の保健管理に関する進め方、そういうような点でございます。それから、地域の保健所との協力というのも同様にいたしております。

ただいま先生御指摘の点でございますけれども、学校保健と地域保健とのもっと緊密な連携というところにつきましては、文部省といたしましては、もきわめて重要な課題である、かように考えております。次第でございます。昭和五十五年度から私の方でも新たに全国二カ所に学校保健活動の推進地区というのを実験的に設けさせていただきまして、学校保健活動、地域の医師、薬剤師などの大変お骨折りをいただいております。その中における学校保健、こういうような立場から検討を進めてみたい、こういうように考えておる次第でございます。

○渡部通子君 これで終わりますけれども、前向き御答弁と受けとめていいんですか、いまいろいろ御説明なすつたけれど。

○説明員(長谷川善一君) 前向きと受け取っていただいて結構でございます。

○渡部通子君 終わります。

○答脱タケ子君 それでは大変限られた時間でございまして、簡潔な御答弁をお願いをいたしたいと思ひます。

〔委員長退席、理事高杉迪忠君着席〕

初めに、本改正案の内容の一つであります船員保険法についてちょっとお伺いをしておきたいと思ひます。

従来は船員保険法には入院時の一部負担というのがございまして、今度の改正案では五百円が新設されることになつておるようでございます。これはそうなんですか。

それからもう一つは、保険料率も船員保険では現行が千分の六十二でございますけれども、これも上限千分の九十一に変更されるわけですね。

○政府委員(吉江恵昭君) お答えいたします。

○答脱タケ子君 そうしますと、船員保険というのは、従来入院料の一部負担金というのがついていた理由ですね。これは船員法及び船員の勤務形態というんですか、雇用形態の特殊性からつけていなかったんではないかと思ひますが、今回、従来は三十円のとときも二百円のとときもなかつたのが、一挙に五百円の負担にしたという理由は何なのかというところが一つ。

それからもう一つは、ちょっと保険料率が千分の六十二から一挙に千分の九十一上限に引き上げるといふのはいかにもひどいと思ひますけれども、これは何か特別に理由がございしますか。その二つ。

○政府委員(吉江恵昭君) 御指摘のとおり、船員保険ではいままで入院時の一部負担金、これはなかつたわけでございます。先生のもう御質問の中であつたと触れられておりましたが、初診時の通院の一部負担金は、これは昭和三十三年の改正で入ったわけでございます。それで、そのときになぜ入院したときの一部負担金になつたかというところは、まあ船員の雇用の特殊性、つまり当時の状態、戦後十年でございますが、非常に雇用形態が不安定で、下船即解雇というふうな形態もかなり見られたというふうなことから、入院時一部負担金を導入するのはどうかということで導入されておらなかった。今回は一言に言いますと健康保険といたしまして、大分船員の雇用形態その他も変わつてまいりましたし、そもそも政府提案というのは給付の公平、負担の公平というふうなことを前提にし、船員保険もこれにならうというふうなたまたま進んでまいりましたので、そういうふうな案にし、衆議院修正時においてもその案のままお願いを申し上げて今日に至つておるというのが本当のところでございます。

○答脱タケ子君 保険料は。

○政府委員(吉江恵昭君) 保険料は、これはもう一言で言いますと政管並みということで整理をさ

せてもらっております。確かに現在は職務外は千分の六十二ということで非常に低いわけですが、病部門の扶養率が高いことその他もありまして、非常に保険財政が苦しいというところで、疾病部門だけを取り上げれば、そこら辺の今後の改正というものを考えられます。それが理由だから九十一にしたいというわけじゃございませんが、そこら辺のところをいろいろ今後の基本的な運営の問題を含めて考えてまいりたい、とりあえずは健保並みで九十一をちょうだいしたいということでございます。

○香脱タケ子君 そうすると、両方とも、入院時一部負担もいままでなかったのを五百円にしたことも、あるいは保険料を現行千分の六十二を千分の九十一に大幅な引き上げをするという、この上限を決めるということも全くこれは政管健保と横並びということだけの理由でございすね。――それでは、保険料は現行が千分の六十二でございまして、政府提案の原案は幾らだったんですか。

○政府委員(吉江恵昭君) 政府提案の段階では千分の八十を想定しておりました。これはボーナスも入れた例のやつでございすので、千分の八十を想定しておりました。

○香脱タケ子君 事前に調べたところでは、千分の六十三でしよう、政府提案の原案は、だから、それが政管健保と一挙に横並びということ、現行が千分の六十二が一挙に千分の九十一に引き上げられるなどということになります。これは政管健保と比べて船員保険の改悪というのは実にひどいということになるの、と違ひますか。だって、入院の一部負担金がいままでゼロだったのを一挙に五百円ずつ取ると、横並びで、そして保険料率は現行が千分の六十二なのを上限千分の九十一と、政管と横並びにする。これは政管健保よりさらに船員保険の方が大改悪ということになるんですけれども、大問題ですね。

○政府委員(吉江恵昭君) 原案千分の八十という

のはボーナスを含めたあれでございまして、現在の上限は六十五でございまして、六十二でやっております。それで、六十三というのは、これは予算要求上の数字として一応仮定してつくっておったものでございまして、均衡料率そのものを厳密にはきき出してつくったものではございません。私どもは今後、五十四年度までの決算を勘案いたしまして、今度の予算編成時にまた保険料率のあり方については検討してまいりたい、かように考えておるわけですね。

○香脱タケ子君 大分問題があるように思うんだけれども、私きょうは非常に限られた時間なので、これは大臣も御存じなかったんじゃないかと思ひますが、政管健保と比べても船員保険だけ特別に大改悪の結果が今度の改正案には出ておるということですね。

時間がありませんので私は次に問題を進めますが、各党各同僚委員からも保険財政の問題を論ずる中で、薬価にメスを入れなければならない、薬価を引き下げるためには、ということであるいろいろな角度からの論議が集中して行われてまいりました。

で、私は前回薬価を下げるためには何といつてもまず実勢価格そのものを正確に把握することが第一だということ。第二には、それだけやってもだめだと、新薬の高値安定の仕組み、ここにメスを入れない限りだめだということを前回主張してまいりました。そして薬づけ、薬のさやかせぎと言われている今日の医療のゆがみをつくり出しているという、この行政上の責任というのは厚生省にもあるということ、前回にも指摘をしてきたところでございます。

で、前回は今後使用量が激増するであろうと思われる抗がん剤の高値安定の仕組みの問題を問題にしてきたわけでございます。たとえばフロタールカプセルが薬価基準が六百七十九円二十銭、ところが実勢価格は百円だと、この新薬の収載時は実に七百二十九円だということを指摘をして、この新薬高値安定の仕組みというものをメスを

入れるべきだということを指摘してまいったわけでございます。

きょうは、薬の主力でございす抗生物質、特に抗生物質の主力で全抗生物質の中の一九％を占めるといわれているセファレキシンを取り上げたいと思ひます。一九％という数字は厚生省の提出資料によるものでございす。で、セファレキシン剤というのは先発時は塩野義のケフレックスカプセル、これは収載が昭和四十五年八月、三百六十七円五十銭でございす。同じく鳥居製薬のセポール、これも収載が四十五年八月で三百六十七円五十銭でございす。それが現在収載価格は二百五十円五十銭になっていす。ほかに銘柄別収載が百七十円、百二十円と、三十六社がこれを製造しているというのが現状でございす。この薬の一日当たりの投与というのは、千ミリ投与をいたしますと、二百五十ミリカプセル四錠で千ミリでございす。八百八十二円になるというものでございす。

そこで、薬価の決め方というのは、前回にもお聞きをいたしました。きょうもお話が出ておりまして、同じような種類の薬の価格を参考にして決めるんだということを保険局長からお答えをいただいたと思ひますが、それに間違いありません。類似薬効比較方式というもので決めておるといふことでございます。

○香脱タケ子君 これをセファレキシン剤で見ても、塩野義のケフレックスカプセル、鳥居のセポールというの、最初の先発時、収載時、申請書類によると製造原価は幾らになっておりますか。

○政府委員(山崎圭君) ケフレックス、セポールの品目についての製造原価は、企業秘密というところもございすので回答はお許しいただきたいと思ひます。

をこの前も指摘してきたんですけれども。それでは私がひとつ原価を申し上げましょう。これはセファレキシン二百五十ミリ、千カプセル分です。業界上位八十社が加盟をしております日本製薬工業協会のメンバーの一社ですが、これも企業秘密というところもありますので私は正確に名前を言わずに仮にA社といたします。この千カプセル分の原価を見ても、これは原料費が一万四千六百七十六円。その内訳というのは、原料代が一万二千円、滑沢剤のお金が二円、カプセル代が千五百円、そのうちの、千カプセルでございすから歩どまり率が九二五、その他包装費三百六十一円、労務費三百三十五円、製造経費及び製造管理費四百八十五円、千カプセル分が一万五千八百五十二円。つまり一カプセルの製造原価というのは十五円八十五銭でございす。この製造原価というのは少なくとも各社ともほとんど変わらないものでございす。このことは御存じですか。

○政府委員(山崎圭君) 新薬の薬価基準の収載申請に際しまして、私ども事務局が窓口になっておりますが、その際に製造原価計算書を提出させていることは事実でございす。ただ、いずれも四十五年八月という古い時期でございまして、その当時は知っておりましたが、その後、収載時以後の変化も考えられるということでございます。

○香脱タケ子君 大体現在の収載価格が二百二十円五十銭でしよう。そこでこれ、製造工場の、製薬メーカーの一カプセルが十五円八十五銭ですから、薬九層倍と言いたいけれども、十四倍です。実際、薬九層倍というのとはわけが違ひます。ね、製薬メーカーでは、しかも、製薬メーカーはそのほかの経費、いわゆる一般管理、販売費、研究開発だとか宣伝、販売費等を含むもので、この一般経費というのは製造原価を上回ることはまずないと言われている。だって、この一般管理経費、販売経費というのは各社まちまちです。よ、実際にいま、製造原価に上乗せをするのは

をこの前も指摘してきたんですけれども。それでは私がひとつ原価を申し上げましょう。これはセファレキシン二百五十ミリ、千カプセル分です。業界上位八十社が加盟をしております日本製薬工業協会のメンバーの一社ですが、これも企業秘密というところもありますので私は正確に名前を言わずに仮にA社といたします。この千カプセル分の原価を見ても、これは原料費が一万四千六百七十六円。その内訳というのは、原料代が一万二千円、滑沢剤のお金が二円、カプセル代が千五百円、そのうちの、千カプセルでございすから歩どまり率が九二五、その他包装費三百六十一円、労務費三百三十五円、製造経費及び製造管理費四百八十五円、千カプセル分が一万五千八百五十二円。つまり一カプセルの製造原価というのは十五円八十五銭でございす。この製造原価というのは少なくとも各社ともほとんど変わらないものでございす。このことは御存じですか。

○政府委員(山崎圭君) 新薬の薬価基準の収載申請に際しまして、私ども事務局が窓口になっておりますが、その際に製造原価計算書を提出させていることは事実でございす。ただ、いずれも四十五年八月という古い時期でございまして、その当時は知っておりましたが、その後、収載時以後の変化も考えられるということでございます。

○香脱タケ子君 大体現在の収載価格が二百二十円五十銭でしよう。そこでこれ、製造工場の、製薬メーカーの一カプセルが十五円八十五銭ですから、薬九層倍と言いたいけれども、十四倍です。実際、薬九層倍というのとはわけが違ひます。ね、製薬メーカーでは、しかも、製薬メーカーはそのほかの経費、いわゆる一般管理、販売費、研究開発だとか宣伝、販売費等を含むもので、この一般経費というのは製造原価を上回ることはまずないと言われている。だって、この一般管理経費、販売経費というのは各社まちまちです。よ、実際にいま、製造原価に上乗せをするのは

をこの前も指摘してきたんですけれども。それでは私がひとつ原価を申し上げましょう。これはセファレキシン二百五十ミリ、千カプセル分です。業界上位八十社が加盟をしております日本製薬工業協会のメンバーの一社ですが、これも企業秘密というところもありますので私は正確に名前を言わずに仮にA社といたします。この千カプセル分の原価を見ても、これは原料費が一万四千六百七十六円。その内訳というのは、原料代が一万二千円、滑沢剤のお金が二円、カプセル代が千五百円、そのうちの、千カプセルでございすから歩どまり率が九二五、その他包装費三百六十一円、労務費三百三十五円、製造経費及び製造管理費四百八十五円、千カプセル分が一万五千八百五十二円。つまり一カプセルの製造原価というのは十五円八十五銭でございす。この製造原価というのは少なくとも各社ともほとんど変わらないものでございす。このことは御存じですか。

まちまちだけれども、どんなに高くても製造原価を上回ることがないと言われています。その証拠に、病院団体の薬価情報、これは最新情報で、五十五年十一月一日の薬価情報によりますと、鳥居のセボール、これは、先ほど申し上げたように二百五十ミリ一カプセルですが、二百二十円五十銭が七十六円です。それから収載価格が百七十円の東洋が三十八円、万有が三十九円、富山が三十五円五十銭ということで、医療機関に売られている値段でございます。これは御存じですか。

○政府委員(山崎圭吾) 個々の品目がどの特定の医療機関に幾らの値段で売られているかというところにつきましては、例の薬価調査で把握しているところでございます。ただ、いまの値段で売られているかどうかは確認できません。

○香脱タケ子君 それで、これで損だったら売らないんですよ。だから、それは十五円八十五銭なんだから三十五円で売っても損しませんね。実際に、二倍以上なんです。だから製薬メーカーはこれだけコストダウンをして実際に売っているわけですが、これで損をしておられない。こういう実態を政管健保に当てはめてみますとどうなるか。五十五年度薬剤費見込み額というのは約八千億だということを前回伺いましたが、セファレキシリンが全薬品の全生産金額に占める割合というの、厚生省の提出をしていただいた資料によりますと四・一プロだということですね。もちろん大衆薬などもございまして、これを約四プロと見ますと、セファレキシリン二百五十ミリカプセルが大体セファレキシリンの主力でございまして、八千億の四プロとなりますと三百二十億というのが五十五年度に使おう予定になっているわけですね、予算から言いますと。で、これを仮に、さっき言うたように薬九層倍が十四倍にもなっているという言い方をしたけれども、一遍に十分の一にするのも何だから仮に半分以下げると一体どうなるか、百六十億円が保険財政から支出が少なくなる、減らすことができる、節約できるので、これを三分の一に下げますと、だって二百二

十円だから、三分の一に下げたって七十円からですよ。ね。三分の一に下げるとこれで浮くお金が二百十三億助かるんです。ここにメスを入れないで、今回の改正案に見られるように、収支を均衡させるのだという理由で保険料の大幅引き上げだけをやるといふこと、こんなことはだれが考えてもむちゃですよ。国民から見ればそう思うのは当然でしょう。薬が高い高いと言われているのに、何でここへきちんとメス入れてだけ落とせるのかと、どれだけ保険財政で浮かされるのかというところも明確にされないまま、保険料率の引き上げだけを決めようというふうな改正案というのは、これではなかなか国民は理解しにくいですよ、そうでしょう。いかがです。

○政府委員(大和田潔君) ただいまの御意見は、むしろいまの薬価基準の医療取組市場価格主義を原価主義、原価計算方式というものに変えれば安くなるのではないかと、こういうふうな御意見だるうと実は思うわけでございまして。私も類似医薬品比較方式をとってあるわけでありまして、原価計算方式をとるという場合にはやはりいろいろその開発した経費、開発経費というものは各社によつて非常に違ってくるのでありまして、設備費、人件費、品質管理費といったようなこと、これをどうやって算定するか。いろいろやっぱ技術的にむずかしい問題があるかと思ひます。類似薬効比較方式に比べてどうか、必ずしも効率的であるということも私も思ひないわけでございます。まして、そういったような算定方式の違いではないかと思ひます。ただ、この新薬について、それを価格が高いままに実勢価格が反映されないままに推移するということは困る。

ではなからうかというふうに考えておるわけでありまして。
○香脱タケ子君 これは時間がないからあれだけども、一般管理販売費の中には開発研究の費用もちゃんと含まれているんですよ。そういうものが含まれて、原価の二倍以上になることはないというのが業界の常識だとして、私、だから言っているじゃない。そんなこと言ったら時間かかるから。しかもこれだけでないんですよ。

〔理事高杉勉忠君退席、委員長着席〕
たとえば抗生物質がよく使われますベニシリン系のアンピシリンというのがあります。これで見ても、明治のビクシリンカプセルというのが昭和四十年の十一月に二百六円で収載された。現在、銘柄別収載でこれが萬有のが百八円、それから明治のが百七円、それから八十円まで三十七品目があるわけなんです。そこで、アンピシリンの二百五十ミリカプセルが萬有や明治の分が収載されるときに幾らだったか。幾らで申請されたかというのを聞きたいんだけど、企業秘密で答えられませんか。さっき言うたから、もうこれはいいですわ。言えるんだって言うてもいいです。
ところが、私どもの調査によりますと、これもある会社です。同様な会社の製造原価を調べてみますと、約十円です。そのほかの経費はどんなに多く見積もってもその製造原価の二倍を上回ることとはないというわけですから、十円を上回ることではない、したがって二十円を超えることはないというわけなんです。その証拠に、これはもう時間がありませんからざっと言いますが、その証拠に病院団体の薬価情報、これも最新情報を見ても、さうと、こうなっています。明治のビクシリンカプセル百八円の収載が三十二円、それから萬有のベントレックスカプセルが百七円の収載が二十七円、それからアンピシリンカプセル、太田、これが八十円が十六円、それからベンブリチンカプセル、藤沢ですね、これが九十円で収載されているのが二十二円で売られている。これ知らぬのでし

ようね、また。このアンピシリンというのは全薬品の生産金額に占める割合、これは厚生省提出の資料によりますと一・一%だということです。ですから、五十五年度政管健保の薬剤に占める比率からいいますと、八千億の一・一%で約八十八億です。よ。これまた半分にしたって四十四億節約になる。三分の一に値段抑えたとして五十八億助かる。で、五十四年度決算から見たら、五十四年度決算二十三億赤字だけなんです。これだけでも十分大幅な黒字になる。五十五年度の予算の状況を見ますと、予算上では六百五十一億。しかし手備費を入れて四百二十一億の赤字見込みになるわけですから、五十五年度を見たら、この二品目だけで赤字は約半分は埋めることができるというところが出るわけなんです。私は前回言うたように、新薬高値安定の仕組みというものを抑えなさいと。一〇%抑えたら八百億が節約できると。二〇%抑えたら千六百億節約できるといふことを指摘してまいりました。

そういう点で、前回そういった指摘に対して、園田厚生大臣から、正直言っているの薬の決め方、薬価の決め方はお粗末だと、原価をできるだけ正確につかんで、それに適正な利潤や開発費を加えて決定することが望ましい、という旨の御答弁をいただきました。その方式でやるべきだと思ひます。しかし、一言言いますと、この製造原価というもののにまたインチキがある。たとえばさっき問題にいたしましたアンピシリンのあるメーカーの原価表を私持っていますけれども、これを見ますと、さっき言うたように製造原価は十円なんです。約。ところがメーカーからの申請は五十四円。何でこんなことになっているのかと思つて調べたら、書類見たら一目瞭然です。原料費の内訳表を見ると、このメーカーは原材料一キロ十五万五千円で計算しているんですが、しかし、この単価は現勢市場価格で二万三千元なんです。だから七倍ふっかけて原材料の値段を掛けている。これは大分古い薬ですから収載のときにははいまより高かったと見て、その当時の相場から見ても五倍

はふっかけている、こういうことなんです。これはほんの一例ですが、この上に労務費とか製造経費とか、各社勝手に書いてあるわけですが、なぜこんなことになるか。片方は原価十円なのに申請書類には五十四円と書いてある。なんでこんなことになるかと、局長のお答えになったように、同種同効の薬の値段に合わせるんやという事で決めるんだ。このことを製薬メーカー一番よく知っているんです。だから、先に答えを出してこれを逆算するだけの計数整理なんです。だから百八円に決められている薬は百二十円にぐらゐに申請しておく。ちょっと値切られて百八円になる。八十円の薬に並べられると思う人は九十円ぐらゐに申請をしておく。これにその数を合わせるというやり方なんです。だから製薬大企業は当然のこととして、御承知のように売り上げ高の経常利益率というのは他の産業に比べて五倍も大もうけしているというのを知知でしょう。いま、ある大メーカーではもうかり過ぎて利益隠しに困っているという話、これは御承知と違いますが。公然と言われている話です。

長期にわたってこういうずさんな、全くあきれるばかりの薬価の決め方をしてきた厚生省の行政責任、これ一体どうするんです。こんなことをして、赤字が出たから言うて、被保険者や労働者に保険料をどんどん引き上げる。患者さんには一部負担を押しつける。そして国庫負担は抑える、出さない。こんなやり方で国民が納得できませんか。これはできないのは当然でしょう。まさに行政の怠慢によって起こっている問題を被保険者や国民や患者に押しつけるという結果じゃありませんか。大臣、いかがです。

○国務大臣(岡田直吉) 新薬の価格の算定については、しばしば申し上げましたとおり、中医学協会はそれぞれの専門家の意見を聞いて算定の方法を決めたいと思います。いまこの保険法の改正で保険料だけ上げて、非常に改悪とおっしゃいましたけれども、しかし給付の改善、保険外負担の解消など、いろいろ利点もあるわけでありまして、

保険料が上がったのは現下ではまあやむを得ないと存じております。かつまた、保険料だけではなくて、一日も早くいまの薬価の改定などをして、むだなところをどんどん省いていく努力もするわけでございます。

○斎藤タケ子君 それで委員長、前回から引き続いてのお聞きのとおり、厚生省の行政上の怠慢といたのが健保の財政収支を悪化させてきたということが言えるでしょう。薬師の引き下げ問題については、私は各党すべて一致した要求だと思いますし、この点にメスを入れて審議を深めるといことがきわめていまの時期には大事だと思ふんですね。そういう点でこの点を深めて、保険料だけを大幅に引き上げて国庫負担は据え置くという、国民の納得のできないというやり方を何としてもこれははつきりさせなければならぬと思ふんです。で、ぜひ薬価問題に限って参考人等と呼んでいただいて、集中審議を実現していただきたい。そのことを特にお願いを申し上げる次第でございます。

○委員長(片山基市君) 理事会を後日開きまして、その取り扱いを協議させていただきます。○斎藤タケ子君 それではもう時間がありませんので、私は最後に、私が二回にわたって議論をいたしました薬価の高値安定の仕組み、これを放置してまいりました厚生省の行政上の怠慢というのが今日の薬づけ、あるいは薬のさやかせぎなどと云われる医療のひずみをつくってきた、助長してきた。わが党が一貫して、この点については薬価を抑えて、医師並びに医療従事者に対する技術評価を正当にやる診療報酬の抜本改正の問題について主張してまいりましたわけですが、きょうは時間がありませんので、この点について本国民の医療を正常にし、いま言われている薬づけあるいは検査づけなどと言われているようなひずみ、こういう点を改めて、本当に医師がみずから持っている良心に基づいて、患者さんのために全力を挙げて取り組めるような医療の行政というもの確立するべきだと思うのですが、そういう

点でひとつ大臣の最後に御見解を伺いたいと思ふます。そして私は、そのほかたとえば予防の問題あるいはリハビリの問題、国立病院の問題、特に労働者の労働条件等の問題についてお伺いをしたいと思つていましたけれども、きょうは時間がありませんので、この問題は後刻に譲りまして、大臣の御答弁を伺つて終わりたいと思ふます。

○国務大臣(岡田直吉) 御意見のとおり私も考えておりますので、そういう基本線で全力を挙げるといふのであります。○前島英三郎君 本日のラストバッターでございます。朝から同僚委員の健康保険法の問題に關しましての質疑を伺つておりますと大変勉強になります。かつまた、大変問題点が日本の医療行政の中にはあるんだということを痛切に感じました。それゆゑに検討課題も厚生省には大変山積しただろうと思ふのでございますが、単なる言葉だけの検討でなく、しっかりとした前向きな検討ということをお願いを申し上げておきます。

さて、先日の委員会でもインターフェロンを海外から提供を受け、一部の患者に使用して数百万円という巨額の金を受け取ったと報道されました宝塚市の病院の問題について質問をいたしました。報道された宝塚市の病院の問題についてであります。この事件がセンセーショナルに取り上げられてから質問したのはありません。現在、問題になつております医療の荒廃と大変関係がある問題だからこそこただしているのではありません。前回からそれほどの日数がたつておりませんから調査の及んだ範囲は限られているかもしれませんが、一刻も早く事態が解明されることを期待いたします。まして、今回はまずこの問題から質問してまいりたいと思ふます。

○政府委員(山崎圭君) 先般もお答え申しましたが、安倉病院におけるインターフェロンの使用につきましては、兵庫県の保健環境部におきまして

藤田院長から事情聴取を行いました。なお、詳細について不明な点もございますので、今後とも県において調査を続けることにいたしました。現在までに明らかにいたしました事実から判断いたしますと、御指摘の安倉病院におけるインターフェロンの使用につきましては治療に該当しないことは明らかでありまして、そういう意味では薬事法上の規制の対象にはならないということがはつきりしてまいりました。したがって、当該医療施設におけるインターフェロンの使用に關する問題というのは医師による医療行為にかかわる問題であると、かように考えておるわけであり

ます。○前島英三郎君 医療行為にかかわる問題という点でさらに質問してまいりたいと思ふんですが、その病院ではインターフェロンを投与した事実が認められているようなんですが、投与の目的は何であったと言っているんでしょうか。○政府委員(山崎圭君) インターフェロンの治療、研究を目的として使用したと言っているようであります。

○前島英三郎君 そこで、そのインターフェロンの入手先ですけれども、及びその入手量、それに投与した量については明らかにしているんでしょうか。○政府委員(山崎圭君) インターフェロンの入手先につきましては、藤田院長みずから昭和五十八年八月から五十九年九月までの間七回にわたって外国の学会等に出席した際に、フィンランド、スウェーデン、ソ連、スイス、アメリカの研究所あるいは友人から無償で入手して本人自身が持ち帰ったと述べております。

入手量につきましては、合計で約二億五千八百万単位であると聞いております。また投与量につきましては、これまで二十三名の患者に對しまして院長自身が投与しまして、その投与量は一回当たり百万から三百万単位、投与回数はいずれも非常にばらつきがあるようでありまして、一回から五十九回、こういうふう聞いております。

○前島英三郎君　で、多額の金を取ったという点について回答は得られているんでしょか。

○政府委員(山崎圭君)　患者からの料金の徴収につきましては、院長自身は否定しておるようであります。

また、一部報道にはすでに退職しました前事務長が料金を徴収したかどうかという点がありましたが、これについては院長自身はわからないと申し立てておるようであります。

○前島英三郎君　そこで、その授与した患者のカルテにつきまして県が提出を求めたのに拒否されたと伝えられているんですが、これは事実なんですか。また、そのカルテの提出を求めたのはどういう目的だったんでしょか。

○政府委員(山崎圭君)　カルテの調査につきましては、一部については拒否しているようでありまして、それから、どういう目的で私ども、県がカルテの提出を求めたかという点につきましては、インターフェロンの使用の実態を知りたい、こういうことでございます。

○前島英三郎君　こちらで入手した情報では、この病院が患者にインターフェロンのアンブルを売り渡したケースがあるということなんです。後に買い戻したということも伝えられているんですが、アンブル一本に通常何万単位ぐらい入っているものなんですか。ちょっと専門的なことでわからない部分があります。

○政府委員(山崎圭君)　アンブルを患者に売ったという事実は、現在までの調査ではその事実を否定しております。

それから、通常、アンブルは何単位かというところでございますが、国産につきましては三百万単位というふうに承知しております。

○前島英三郎君　そうすると、アンブルを売った例があるということとは、なかなかまだわかっていないということなんですね。もしその売ったのが事実であるとすれば、その治療研究という目的は果たせなくなると思うんですが、その辺はどうな

んでしょ。

○政府委員(田中明夫君)　薬務局長の見解では、この病院の藤田院長がやっておられたことは、いわゆる治療——治療研究ということにはあてはまらないという御見解でございますが、いずれにいたしましても、外国の研究所から無償で供与され、また、その供与した研究所においては治療研究をそのインターフェロンでやってデータ等の供与を求めているというふうなふうに伝えられておるわけでございます。で、この医薬品インターフェロンを第三者に交付する、まあアンブルを売るといふようなことは、これは臨床研究の範囲外ということになるかと存じます。

○前島英三郎君　そこで、現在の授与量は一人の患者について一カ月おおむね一億単位であるとのこの前答弁をいただいたわけですが、その理由はどうか、あるいはわかりやすく説明していただければありがたいと思うのです。

○政府委員(山崎圭君)　基本的にがんに対するインターフェロンの授与量なり授与方法等につきましては、現在のところまだ学問的に確立されているとはいえない段階だと思っております。

その根拠はおっしゃいますと、厚生省でインターフェロンの臨床応用に関する特別研究班というものをつくっておりますが、ここには臨床医なりの基礎の医師を含めた研究が開始されておるわけでありまして、ここではフィンランドなりスウェーデン、アメリカなど諸外国での臨床報告を参考にしまして、基本的には一日一回三百万単位というふうな考え方でございまして、それを一カ月に延ばしますと、仮に連続授与するということになりまして、これが一カ月分で一億、こういうことでございまして、そういう授与計画に従ってその研究班では授与している、こういうことでございます。

○前島英三郎君　それだけ授与しないと効果があらわれないのか、あるいは効果があるかないかわからないということになるんでしょか。この辺はどうなんでしょう。

○政府委員(山崎圭君)　がん治療に対しますインターフェロンの月の授与量として一億単位が適当かどうかにつきましては、授与量ががんの種類とか病状などによって異なる。現在、先ほど申しましたような、厚生省の特別研究班においてまじくその辺を検討しているところでございまして、まさしくそれが研究段階にあるということでございます。いまして、その検討結果を待たなければ効果があるかないかそういうことは申し上げられないと思っております。

○前島英三郎君　いずれにいたしましても、億という単位でなければ言葉の上でも非常にその効果という面では疑問もあるような感じがするんですが、仮に一カ月一千万単位の授与であったとしたら、治療効果あるいは研究効果があるかどうかというのはどうなんでしょう。一千万ぐらいではどうにもならぬということになるのかどうか。

○政府委員(山崎圭君)　月一千万程度の授与量で適当なのかあるいはそうでないのか、効果があるのかないのか、これはなかなか一概には言えないと思っておりますが、先ほどの研究班の月一億ということが決定的なものであるとは当然言えないわけでありまして、それから比べますと少ないという印象を素人目にも受けざるを得ない、かように思っています。しかし、繰り返すようでございますが、インターフェロンのがんに対する治療につきましては、現在のところ授与量も授与方法も確立されておらず、まさしくそれが研究対象であり、研究段階である、こういうことでございます。

○前島英三郎君　七百万円支払ったという人に病院側が発行したと言われる領収書に添付した証明書に、約五十日の入院で一千万単位と、こうあるんですね。この病院でのインターフェロンの授与量はきわめて少ないという印象があるんですけども、先ほど一千万という数字では素人目でもおかしいという御答弁をいただいたわけですが、その辺からの印象というのはどうでしょうか。一千万単位で七百万円、こういう料金を受領しているようなんですけれども、少ないという印象がある

かどうか。

○政府委員(山崎圭君)　ちょっと何ともお答えしにくいことでございまして、一千万単位が少ないという印象は素人目には持っているというところでございまして。

○前島英三郎君　その方は、結局そのがんには勝てずお亡くなりになっているわけなんです。金を取ったかどうかは別にいたしまして、この病院のインターフェロンの扱い方はきわめて妥当性を欠いていることが明らかだと思っております。

第一に、研究段階にあるインターフェロンを扱いながら、その記録、効果についての精密な追跡を全くしていないということですね。

それから第二に、授与量が現在の学術的な常識に比較してきわめて少量であり、本当にインターフェロンかどうか定かではない部分もある。少量にとどめる学術的根拠も全くないままに、そういう形を継続していたようですね。

第三にアンブルで患者に売り渡したという疑いさえもあるわけなんです。研究途上にあるものを手放してしまつたら研究にならないのは当然のことだとも思うんです。金を取ったかどうか以前の問題として、これらが事実だとすれば医師のとるべき態度として厚生省はどう思うか。今後の問題として伺っておきたいと思っております。

○政府委員(田中明夫君)　事実関係についてはいろいろと不明な点があるようでございまして、もし藤田院長が外国の研究所から治療研究用というところでもらった受けたインターフェロンを、これは外国の研究所の方がどういうふうな扱い方をしろというふうな何か指示がもしインターフェロンの治療研究を委託したとすればあったかと思うわけですが、そこら辺のことも不明でございまして、いづれにいたしまして、この治療用の医薬品を使う場合には、日本のいわゆる治療用の医薬品の場合には無償で行うということが原則になっておりますし、ましてやもし治療用の医薬品を患者にアンブルで渡して、実際にその医療機関が治療、研究用として使わないというふうなこ

とがあれば本来の趣旨にも反するわけでござい
ますので、もし金をもらって患者に投与した、ある
いはみずからは患者に投与せず、アンプルの形で
患者に渡してしまったというようなことが事実だ
といたしますと、このインターフェロンをもつし外
国の研究所から治療用の医薬品ということで供与
されておるといたしますれば、藤田院長の行為とい
うのははなはだ妥当性を欠いているのではない
かというふうに考えられます。

○前島英三郎君 その上に多額の金を取っていた
となりますと、インターフェロンを利用して金も
うけをしようとしたと、そういうふうにししか考
えられないわけなんです。つまり治療、研究は口
実で、初めから営利を目的とした行為と言わざる
を得なくなると思われます。金を取っていたかど
うかについての確認も急がれるわけなんですけれ
ども、架空名義の口座に金を振り込ませたとかあ
るいは大阪国税局が事情聴取に乗り出したとかと
の報道があるんですけれども、これらの問題はな
かなか答弁しにくい面もあるかと思ひますが、
私はこの事件について率直な感想を述べれば、第
一にわれにもすがりたい患者、家族の心情を踏
みにじっていると思ふんです。私の母親もがんで
亡くなりました、父親もがんで亡くなりました。そ
の断末魔の両親の顔を見るにつけても、こ
ういふ形の医者というのが存在するということに大
変憤りを持つんです。同時にその背景に一種の薬
信仰というべきものがないとは言えないと思ひま
す。

第二に、医師に与えられた研究及び治療に関す
る自由裁量権を履き違えていると思ひます。

第三に、インターフェロンの開発生産及びその
臨床研究などに真剣に取り組んでいる人々の名譽
を傷つけてまして、かつ多大な迷惑を及ぼしたと思
ひます。ひいては医療に対する国民の信頼を裏切
ると同時に、多くの良心的な医療関係者も裏切つ
たと私は感じます。大臣はここまで聞いておられ
まして、こういういま医療の荒廃、いんなもの
が氷山の一角として出ておりますけれども、大變

遺憾に思ふわけですが、大臣はどう感想をお持ち
か、伺いたいと思ひます。

○国務大臣(園田直君) 医療に従事する大部分の
方は、非常にまじめにやっておられるわけであり
ますが、こういう人がおられるために、医療に対する
国民の疑惑を招き、信頼を失っていることはま
ことに遺憾であります。したがって、まじめに
医療に従事される方々は厚生省として、国として
これをお守りする義務があります。こういう營
利のために医道をお忘れの人々に対しては、患者を
金もうけの対象と考える人に対しては徹底してこ
れを追及し、あるいは与えられた処分をする必要
があるのではないかと考えております。

○前島英三郎君 そういう点では今後の調査の結
果を待ちたいと思ひます。

さて、前回の質問で私は、患者と医師の信頼関
係、医療に對します国民の信頼の回復を図ること
が何にも増して大切なことであるとの立場からい
ろいろお尋ねをいたしました。その問題は、きよ
うの朝からの委員会でも幾たびか質疑の中に出て
おります。患者が医師を裁判に訴えるケースも増
加しております。患者が医療機関を渡り歩くとい
う形での不信感のあらわれもございします。この渡
り歩き、いわゆる医者のほしごにつきましては、
診断のクロスチェックという意味もありますけれ
ども、これもまず最初に門をたたいた医者にやは
り患者側が不信の念を抱く、そういうところから
渡り歩かざるを得ないという、そういうこともあ
るのではないかと思ひます。

そこで、先般医務局長が、ホームドクターと高
度医療を受け持つ医療機関との役割分担、その
ための研修教育のあり方等につきまして将来の課
題として考えていきたいという趣旨の答弁をいた
だきましたけれども、しかし将来という言葉にき
ょうのいろいろな質疑のやりとりの中で私は大變疑
問を抱かざるを得ないわけなんですけれども、こ
れはぜひとも実現をしてみたいと思ふんです
が、重ねて医務局長のお気持ちをただしたいと思
ひます。

○政府委員(田中明夫君) 将来と申しますのは、
別に遠い将来という意味で私は申し上げたわけ
はございませんで、現在、富士見産婦人科病院の
事件を契機として厚生省内に設けられました国民
の医療に對する信頼を回復するための検討委員会
におきまして、そういう問題についても現在検討
中でございします。いろいろむずかしい問題も
あるかと思ひますが、これからすぐ、あるいは現
在検討を開始しておるわけでございまして、将来
にかけて検討いたすということでございます。

○前島英三郎君 期待をいたします。

このほか私は、一つには素人の批判や意見に耳
を傾ける必要があるということも申し上げ述べまし
た。二つには地域における開かれた医療の確立が
必要であり、医師及び医師会が地域医療に貢献す
るとともに、社会システムとして充実させる必要
があるということも申し上げました。そして三つ
には、医療の荒廃を救うには単に倫理の問題にと
どまってはならず、医師が国民の信頼を裏切るよ
うな行為に走りやすい制度的な問題点を見直す必
要があるということも申し上げました。主にこの
三つの点を指摘したわけでございしますけれども、
きょうもこの問題は数限りなく議論の俎上にの
っております。健康保険制度の枠内だけの議論では
十分でないと思ひますので、この三点につきまし
て私ももう少し質問をしたいと思ひます。

まず、いわゆる素人の批判や意見に耳を傾ける
ことについてなんですが、各種審議会等へのコン
シューマーの参加については今後検討してい
ただくとしたしまして、まず今月二十日からやっ
ておりますいわゆる医療一〇番、この実施状況
について伺いたいと思ひます。

○政府委員(田中明夫君) 二十日から始めました
医療相談コーナーの実施状況につきましては、現
在四十七都道府県のうち、いろいろな事情があり
まして、五都道府県がおくれております。これは
県によりまして開始される日時は一定しておりま
せんが、いずれにいたしましても今月の末まで、
一番遅いところが来月の初めにはこれらの五つの

都道府県も医療相談コーナーを開設するというこ
とになっております。

医療相談コーナーを設けてまして、現在までの
ような実績を上げたかということにつきまして
は、私どももいたしましては十日ごとに報告をと
るということにしておりますので、まだ相談の内
容等については不明でございます。

○前島英三郎君 四十七都道府県の中で、特に実
施しないところがあるか兵庫県ということな
んですが、これはどういうことで兵庫県は実施し
ないということでしょうか。

○政府委員(田中明夫君) 新聞等にそういうよう
な記事が出たようでございしますけれども、われわれ
が県の衛生当局から報告を受けたところによ
りますと、兵庫県では従来から県民相談所、ある
いはさらにデパートの中にこういう医療に関する
相談コーナーを設けてまして、保健所長等がそこ
に赴いて県民の方のいろいろ相談に応じておた
と、この兵庫県の従来の医療相談の実績を踏まえ
まして、兵庫県としては従来の実績をさらに充実
させていくという観点でこの医療相談の事業をや
つていきたいということで、若干厚生省が指示い
たしましたスタイルと違うところはあるようでござ
いしますが、その内容等につきましては、厚生省
が指示しました様式を使い、また厚生省が要求し
ております報告もするというところでございします
ので、どうも県当局の説明が悪かったのか何か、実
態的には兵庫県は、若干従来のいきさつもあって
厚生省が指示した方式どおりではございませ
んが、医療相談事業をやっているというふうに私ど
もは解釈しております。

○国務大臣(園田直君) 恐れ入りますが、いま局
長の言ったのは間違ひじゃございせんが、どう
も日本語がわれわれに通じない日本語が多いわけ
であります。もつとはっきり申し上げますと、
兵庫県はいままであいまいな医療相談所みたいなこ
とをやっておったわけでありまして、そこで、いま
までやっておったことと厚生省から話をかけたや
つとどう違うのか、どうやったらいいかと

いうことで兵庫県だけはほかの県と一緒に出発が
できなかったと、こういうことで、あと四、五県
ありますのは、これは賛成ではあるが準備が
おくれ、こういうので四、五県おくれなわけであ
ります。かつまた、各種の実情がどうなっている
か、これはお聞きになるのが当然でありまして、
新聞記者の方々さへも、初めて実施した、こうい
う時勢に実施したのはどういふことかと、こうい
う電話をかけて聞くわけでありまして、われわれ
人間の観念からすれば、当の厚生省はどうなっ
て、聞かれたら、よく聞いていただきまして、こ
う言えれば話を通ずるわけでありまして、報告が
ありませんからまだわかりませんと、これが厚生
省の方々のわれわれと少し違った点でございま
すので、黙って聞いておられますと私もわかりま
せんから、差し出口をいたしました、申しわけ
ございません。

○前島英三郎君 まあ関係はないと思いますが、
その宝塚の病院もこれ兵庫県での問題ですから、
何かちょっと気になりました。

それと、医療一〇番ですが、一応の目的を達
した後、兵庫県のような形をとるかどうかは別
にいたしました、何らかの形で窓口を残すべきだ
というふうに思っています。一時期一つの医療の荒
廃、富士見産婦人科病院のあした社会問題、そ
れが起きた。それで厚生省で踏ん切りをつけてそ
ういう一〇番を設けた。それがばらつきにでは
あつても何となく四十七都道府県そろいそいど
いう形で、まあ世論が静まるまで暫定的というよ
うな形であつては困るわけでありまして、今後
こうした窓口を永久に残していくのか、あるいは
一定期間だけとどめてしまうのか、その辺はい
かがでしょうか。

○国務大臣(岡田直君) この問題も委員会では
来て、すぐ私がこゝで答弁をして、同僚の諸君が
すぐ実行に移してくれたわけでありまして、日本
語はへたであります。これは暫定と、こういう
ことになっております。暫定というのはやってみ
てやめると、こういう意味ではありません。一時
やってみて、そしていろいろの方法を変え、目的を
変えてできるだけ恒久的にやりたい、こういう意
味でありまして、恒久化するための暫定。

第一に目的は、こういう時代でありますから、
不まじめな、営利を目的としたようなお医者さん
たちがこれ反省される機会をつくりたいという
のがこのつくった第一の目的に達しましたら、これ
はやはりお医者さんと患者さんをつなぐ機関に
なつてほしいわけでありまして、かつまた、県庁所
在地にあるだけでは、これは電話というぐらゐで
なくて、電話では目的達しないわけでありま
すから、これも委員の方々の御指導があつたわけ
であります。暫定の期間が終わつたら、逐次準備を
整えつつ町村にも窓口を広げていきたい、そうい
う意味において、恒久的に適切な目的に窓口を開
いておくための暫定達としておと、このように
判断をして、どういふところを取り入れていく
かと、こういう段階だという、予算等も急ではあり
ましたけれども、同僚の諸君が大蔵省の方と相談
をして予算もつめてもらつたわけでありまして、
将来恒久的なことに持つていきたい、こう思
つておるわけでありまして。

○前島英三郎君 そこで恒久的なものになると。
またしていくという大臣のお言葉でございました
が、だからこゝで窓口だけでなく、内容についての
検討チェックについても今回の医療一〇番の結
果を見まして、つまり医療の消費者ですね、コン
シューマーの参加についても検討していただき
たい、こう思ふわけですね。そうしないと一方通行
的な苦情処理窓口みたいになつてしまふのではな
いかという心配もあると思ふんです。医療に
国民医療に対する信頼を回復するための検討
委員会、委員長の立場は事務局長でございま
すから、ひとつ所感を伺いたいと思ふんですが、

○政府委員(田中明夫君) この相談コーナーは、
現在都道府県の専門のスタッフが参加してチ
ームをつくらせて対応しているわけですが、こ
れにコンシューマーの代表を入れるということ
につきましまして、相談の内容が患者さんとい
ま、相談に来られた患者さんのプライバシーに
も及ぶ問題もございまして、そこら辺も含め
まして慎重に検討していただきたいと思います。
○前島英三郎君 それでは二番目の問題として、
地域医療の充実につきまして、前回は主として医
師会に対する指導について問題にしたわけなん
ですが、十分に納得したわけではございませ
んけれども、医師会だけを見ていたのでは余りにも一
面的かと思ふので、今回は違った角度から幾
つか質問してみたいと思ふます。

一つは、きょうも安恒委員から指摘がござい
ましたけれども、国公立病院が地域医療に十分貢
献しているかどうかという問題でござい
ます。民間の医療機関に対して地域医療に貢献し
ていまして、国公立病院がその先頭に立ち積極
的な役割を果たさなければ、民間はやる気を起さ
ないと思ふのであります。そこで、国公立病院は、
地域の医療を担当するほか、医療の普及向上の面
で特別な使命を果たすのが目的であると思ふん
ですけれども、特別な使命とはどのようなことを指
すのか、伺いたいと思ふます。

○政府委員(田中明夫君) 国公立病院につ
きましては、たとえば救急医療であるとか、僻地医療
であるとか、あるいはがん、小児の専門的な医療で
あるとか、また、国公立病院のあるものにつ
きましては、高度な専門的な医療を担当するとい
うことで、高度な専門的な医療を担当するとい
う病院群、また先ほど申しました救急、僻地、特
殊診療というように、どちらかといいますと不採
算的な医療を担当するといふ病院群、そういうもの
がございまして、そういうような意味で、一般
の診療だけではなくて政策的な診療を受け持つ
ていくという任務を担つておられます。

また、国公立の病院につきましては、臨床研
究の実施、あるいはこれは限られた病院であるか
も

しませんが、医学の研究の実施というよう
なこともその任務の一端として担つてお
ると思ふます。

○前島英三郎君 がん対策等におきまして重要な
役割を果たしているのは評価できるわけ
ですが、救急医療あるいは僻地医療という面
に對しまつと、必ずしもそうではないとい
うような気がいたします。

まず、その救急医療に対する国立病院の寄与に
ついて伺いたいと思ふんですが、第二次救急医療
体制として地域内の病院群の輪番制というの
がございまして、これにどのくらい参加して
おるんでしょう。

○政府委員(田中明夫君) 国立病院のうち五十五
病院が地域の輪番制の救急医療体制の中に参
加しておられます。

○前島英三郎君 今年度までで五十五ということ
ですね。で、全体計画としてはどうなんでし
ょう。

○政府委員(田中明夫君) この地域の病院群の輪
番制救急医療というものは、都道府県が計画を立て
まして、それで国公立病院を中心として、そ
の他の民間病院にも協力をいただいて実施して
おるわけでありまして、各都道府県の今後の地域
救急医療の充実に対応いたしまして、現在実
査中でございまして、必要があればさらに
対応できる国公立の病院については積極的に参
加するように、国立病院については厚生省として
ういうようにいたしたいと思ふますし、公立病院
につきましましてはどのように指導をいたしたい
というふうに考えております。

○前島英三郎君 ですから、まだまだそうした意
味での、救急医療、僻地医療での参画してない、
模範を示していただくべき国公立病院のそ
ういふ参加のない数が三十幾つあるわけ
ですね。だからそれはやはり模範となるべき
その地域への医療の貢献という面から
も、何はともあれ国公立がやっぱり率
先して範を示していただくべきでござい
ませんかと、ひとつ積

極的にその辺の改善をお願いをしておきます。

それから、いろいろな意味で地域医療を考える場合、保健所の活動というものがござります。これは公衆衛生活動がきわめて重要であると思えます。食生活、あるいは住まいの問題、そうした改善につきましても、いろんな形で疾病構造を大幅に変えることができた例など、幾つか好事例を聞いております。また、成人病の集団検診なども、疾病の早期発見とか早期治療に大きな役割を果たしていると思えます。このほか公衆衛生活動が疾病の予防に大きな役割を果たしている事例というのは大変多いと思えます。しかし、私たちが知っているのはきわめてよい結果を生んだケースについてのみにあつて、よい結果がいたしません。わが国全体について見た場合、果たしてその地域医療の中における公衆衛生活動というものが役割を果たしているかという点では、疑問の面もあるわけなんです。

そこで、医療と公衆衛生行政との相互の協力を期待したいのですが、一般に医師が保健所に行きたがらない傾向があると言われております。私は保健所勤務の医師につきまして、その年齢分布の資料をいただいたんですが、それによりますと、全体で五十二・六歳ということでござりました。さらに分析してみますと、保健所の医師の七〇％は所長であり、その平均年齢というのが大体五十八歳ぐらいと推定されます。そして所長の約九割は五十歳以上でござりました。保健所の所長の高齢化というのがかなりのものと言えらると思えます。まあ年齢が高いからいけないとは言わないんですけれども、もっと新陳代謝があつてよいのではないかと思ふ面もござります。保健所医師の確保対策について、その辺を伺つておきたいと思ふんですが、いかがでござりますか。

○政府委員(大谷藤郎君) 予防を行います保健所の業務がますます重要性を加えております折に、保健所活動の中心であるべき医師の確保というのが、先生御指摘のように満足すべき状態ではないということとはまことに遺憾なこととござります。

厚生省といたしましては、大学医学部の在學生に對しまして、いわゆる公衆衛生修学費金の貸与、あるいは大学の医学部との研究連携というふうなことを予算的にやってみようとして、できる限りこの保健所勤務の医師を確保するというふうな努力をいたしてきただけでござります。先生御指摘のように、なかなか成果が上がつておられないでござりますけれども、最近数年間には卒業して間もない、医師の数はわずかでござりますけれども年々増加の傾向がござりまして、新陳代謝の傾向というの若干でござりますけれども認められておるといふような状況でござります。

○前島英三郎君 保健所というのはおおむね人口十万人について一カ所設置することになつておりますね。ところが現実には管内の人口が六十万人を超えるところまで出てきているという結果を見ました。こうした人口のアンバランスにどのように対処するの、厚生省の考え方を聞きたいと思ふんです。

○政府委員(大谷藤郎君) 保健所は、戦後新しく設置されたわけでござりますが、当初、人口十万人に一カ所ということでスタートしたわけでござります。しかし、戦後の人口移動が非常に激しゅうござりまして、先生御指摘のように多いところでは確かに数十万人に一カ所というところも出ておりますが、また一方では人口一万人に一カ所というふうなことでなつていくことは事実でござります。ただその場合に、現実の問題といたしまして私どもとしてはこういうアンバランスを是正していまして、全国的にバランスのとれた保健所網というものを確立していかなければならぬというふうなことを考えているわけでござりますが、現実の問題として早急に、直ちにこれを改善するといふのは大変むずかしい状況もござります。

それからもう一つは、昭和五十三年度から保健所だけでなしに市町村に保健センターを設置いたしましたして、対人保健サービスの部分につきまして

は、これを全国的に市町村に保健センター網を設けたいとして、保健所をさらに補強していくという形をとつております。そういうことで私どもとしては保健所と市町村保健センターの両者を連携いたしまして、全国的な地域保健体制というものを確立していきたいということもござります。先ほど御指摘の管内人口のアンバランスの問題につきましまして、厚生省としてもできる限り都道府県と協力いたしましてこれを是正していきたいというふうなことを考えております。

○前島英三郎君 これはきょう質問がなかった点を伺つたわけですが、薬の問題、それから医療機器の問題、あるいはいろいろな厚生行政の中のアンバランスというものは、どれをとりましてもう一言つて今後検討しなければならぬ問題というのが私は山積していると思ふますね。そういう意味では、ひとつこの際思い切つた手術をこの医療行政の中に私はやるべきだといふふうに思ふます。

さて、三番目の問題に移るわけですが、前回は実は社会医療調査に關して保険局長の答弁につきましてまだちょっと納得がいけない部分がありまして、ちょっと重ねて聞きます。すなわち、一件当たりの診療行為別の点数の動向をもとに、私は薬づけ、検査づけが一層進行しているのではないかと、こういうぐあいに指摘したんです。その中で、診察、手術、入院の点数が減少し、これだけだと医師の収入が減少することになる、そこで投薬と検査によつてその減少をカバーした結果となつていくと、こういうぐあいに言つたんですね。医師が意識しているのか否かは別にして、そのような作用が働いているのではないかと、こういう趣旨で私はその調査結果から問題点を指摘しました。

それに対して局長の答弁は、帰つてよく反復しましたら、それは一件当たりであつて、医師の全体の収入は総件数の伸びがあるから減るわけではない、したがつて薬づけ、検査づけで収入を補うような作用が働くわけがないということだったわけです。それでは一件当たり投薬で二十三・九

点、検査で二十二・五点、この増加がなかった場合一件当たりの点数が前年に比べ約二％減少するわけなんです。患者数の増加率がそれ以下であると現実には収入がマイナスになる、こう思ふわけですね。

そこで、たとえば七月の第二水曜日の患者数が示されておりますが、それによれば一・六％患者数がふえているだけなんです。もっとも、高齢層の患者の増加率が高いとか、さまざまな要素があるんで一概には言えないと思ひました。この投薬と検査の増加は無視し得ない大きな数字となつていふところなんです。まあ、点数の動向にはいろいろ原因があると思ひますけれども、こうだからこうなつたといふようなはっきりした答えが出せないのはわかりますが、しかし、投薬と検査については顕著な傾向であり、各方面からの問題提起を裏書きしていると思ふんです。そういう意味では、もう少し謙虚にこのデータを見るべきではないかという気がするんですが、保険局長の再答弁を求めたいと思ふのであります。

○政府委員(大和田淑君) 先生おっしゃるように、投薬と検査、これが伸びておるといふことは全く間違いない事実でござります。したがつて、ただ、この投薬と検査というものの伸びといふのがどうもやはり、人口の老齡化であるとか、疾病構造の変化とか、高度な医療技術の普及といったものによるのではないかとと思ひますが、ただこれを、おっしゃいますように、御指摘のように、医療機関が収入をふやすために過剰な投薬とか検査とかいうものが行われているとすれば、これはもう全く好ましくないとと思ひます。それに対しては、私も、審査体制の充実であるとか指導、監査の充実ということによりまして対処していかなければならぬと、このように考えるわけでござります。

○前島英三郎君 現実的にはそういう意味での検査づけ、薬づけという世論の声はこれは看過できないという気がするわけなんです。実は私も大変入院の経験がござりまして、薬をたくさん飲みま

した。飲みましたけれども、途中で一向に何か私自身わからないものですから、医者に聞きました。そうしたら、これはもう仕方がないことだ、だから、この中のこの薬とこの薬はお飲みになった方がいけれども、あとは飲んでお飲みになってもいい、こういう判断さえたいたことがあつたんです。うちのおばあちゃんも大変よく病院へ、体のぐあいが悪いものですから、行きます。そうしますと、お年寄りは大変もつてきて、もつたないからこれは全部飲む、こう言っているんです。また、あるスモン患者の人の話を聞きました。その人は大変、お医者さんに正確に量を、決められた時間に飲んで、かえってそれが災いをしたというケースさもあるんです。あるは富士見産婦人科病院のあつた医療機器による不法な診療行為などもあるわけでありまして、これはもう遺憾と思うという形ではない大きな社会問題をいま引き起こしていると思つていなくては、今後そういう意味での取り締まりといふか、Gメン的な角度でやはりやっていたかなければならないという気がするんですが、局長いかがでございますか。

○政府委員(大和田潔君) この医療の中身ということは大変むずかしい、これはもう再々御答弁申し上げておわけでございますが、非常にむずかしいと思つた。ただ、これも御答弁申し上げておわけでありまして、やはり過剰な投薬、つまり診療内容がどうも濃厚である、いわゆる常識的に見て非常に過剰であるといったような、つまり不当な診療というものが行われます場合には、やはり指導、監査の対象にすると、これは昨年一月の保険局長通達でもつてそういうことも流しておわけでございますが、それはそういう形でチェックをしていくことをしてまいりたいと思つた。それには努力をしてまいりたいといふふうに考えておわけでありまして、

○前島英三郎君 私が言いたいのは、医の荒廃を救うには倫理の問題にとどまらず、医師といふことも経済原理によつて動かされているわけ

なんです。その点を含めて制度的にも総合的にも見直していく必要があると思つた。また、そういう一つの時期ではないかというふうな気がいたします。

このあたりでひとつ大臣の御所見を伺いたいと思つた。いかがでございますか。

○国務大臣(岡田直君) しばしば各委員の方々に申し上げ、前島先生にもこの前も申し上げたとおりでありまして、やはり制度その他も必要であり、根本の問題は医の倫理といふことにかかるといふわけであります。医の倫理とはむずかしい理屈ではなくて、医療に従事するお医者さんが本当に人間らしい愛情と、人間らしい人柄をもつて医療に従事する、そして自分が患者に接する場合に、患者は自分の商売の相手ではなくて、患者に奉仕することに喜びを持つ、こういうお医者さんがふえることを願つておわけでありまして、

○前島英三郎君 それでは最後に、高額医療費の問題をちょっと伺つておきたいと思つた。

患者負担の限度額が三万九千円、低所得者については一万五千円とするということでございます。今度の改正案ですね。低所得者の範囲をどのように設定するのか、あるいはまた対象者はどのくらいになるか、お伺いをしたいと思います。

○政府委員(大和田潔君) この一万五千円ということでございますが、これは衆議院におきます市民、社会、公明、民社四党間で、この一万五千円の低所得者の範囲といふのは、市町村民税非課税者とするということと話し合つたところから聞いております。政府といたしましてはこの考えに従つて実施をいたしたいといふふうに考えておるところでございます。

具体的には、これは低所得者の把握の方法につきましまして、現在のところ市町村長の市町村民税非課税証明をちょうだいいたしましてそれをつけるといふことで行つていきたい。それで、この対象者は政管健保におきまして約七割といふふうに推定をいたしておるところでございます。

○前島英三郎君 市町村民税といふのは、個人に

課せられる税金なんですけれども、世帯単位でこれは扱ふんですか。

○政府委員(大和田潔君) これは被保険者本人の所得、こういうふうな考えわけです。それが市町村民税の非課税といふふうに取り扱つていきます。

○前島英三郎君 もし仮に一世帯で二人が重い病氣になつた場合、患者負担は世帯で計算するの、あるいは一人一人計算をするのか。

○政府委員(大和田潔君) 一人一人計算をいたします。

○前島英三郎君 わかりました。そういうことで事務的に一方は個人に課せられる税金での世帯単位で扱うといふふうな感じもいたします。あるいはそれは一人一人計算するといふふうな、これはいろいろ手続的に困難な部分もあるかと思つた。いづれにいたしましても、国の健康保険の財政がいろいろなやっばり医療行政の見直しをせずして負担を国民に求めていくというやり方には大変反発が多いことは事実であります。

いろいろなきやうの質疑応答を伺うにつけましても、何よりも現在の医療行政に対する検討を早急に解決すべく努力を特に厚生省にお願いをいたしまして、私の質問を終わりたいと思つた。

○委員長(片山健市君) 本案に対する本日の質疑はこの程度にとどめます。

本日はこれにて散会いたします。

午後八時三十九分散会

十一月二十一日日本委員会に左の案件が付託された。(予備審査のための付託は十一月十九日)

一、身体障害者雇用促進法の一部を改正する法律案(衆)

昭和五十五年十二月十五日印刷

昭和五十五年十二月十六日発行

参議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局