

第九十六回国 参議院 社会労働委員会 會議録 第十一号

昭和五十七年四月二十六日(月曜日)

午前十一時一分開会

委員の異動

四月二十二日

前島英三郎君

四月二十三日

藤井 恒男君

野末 陳平君

補欠選任

伊藤 郁男君

前島英三郎君

補欠選任

野末 陳平君

出席者は左のとおり。

委員長

理事

委員

石本 茂君

関口 恵造君

田代由紀男君

田中 正巳君

福島 茂夫君

目黒今朝次郎君

中野 鉄造君

沓脱タケ子君

伊藤 郁男君

山田耕三郎君

政府委員

厚生大臣官房審

議官

厚生省公衆衛生

局長

三浦 大助君

吉原 健二君

参考人

常任委員会専門

員

今藤 省三君

事務局側

参考人

常任委員会専門

員

今藤 省三君

川村 政一君

小野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

中野 田市長

ります名簿の方々に参考人として御出席をいた

いております。

この際、参考人の方々に一言ごあいさつを申し

上げます。

本日は、御多忙のところ御出席をいただき、ま

ことにありがとうございます。皆様から忌憚の

ない御意見を拝聴いたし、今後の本案審査の参考

にいたしたいと存じます。

これより参考人の方々に順次御意見を述べ願

うのでありますが、議事の進行上、お一人十五分

以内でお述べを願ひ、全部終わつたところで一た

ん休憩し、昼食をおとりいただきます。参考人の

方々には、午後の委員会委員の質疑にお答え願

いたいと存じますので、御了承願ひます。

なお、委員会の終了日時は午後三時でございます。

それでは、まず、全国市長会国民健康保険対策

特別委員会副委員長・小野田市長川村政一参考

人。

○参考人(川村政一君) ただいま御紹介をいた

だきました全国市長会国民健康保険対策特別委員

会の副委員長をいたしております小野田市長の川

村でございます。

参議院社会労働委員会の諸先生方には、日ごろ

社会福祉行政の諸問題につきましては、特段の御

配慮、御尽力をいただいておりますことを厚く御

礼を申し上げます。

本日は、老人保健法案について、全国市長会を

代表して意見を陳述できる機会をいただきました

ので、地方の第一線と直接に接触し合う行政

に携わっておる者として、若干の意見を陳述し、

御審議の一助になればと考えております。

わが国の人口の高齢化は、世界にも例を見ない

ような速さで進んでおり、二十一世紀には世界一

の高齢化社会になるという予測もなされておりま

す。また、一言で人口の高齢化と言っても、都市

部と都市部とはその程度は大きく異なっておりま

す。このような人口構造の変化がわが国の社会経

済に与える影響は大きく、またさまざまなであらう

と思います。住民の福祉を第一の行政課題とする

市町村としては、このような社会経済情勢の中で

老人の福祉をどのように守っていくかは最大の問

題であり、その中でも健康の問題が最も重要であ

らうと考えております。

全国市長会としては、このような観点から、従来

より、予防からリハビリテーションまでを行う総

合的な対策の必要性を訴え、国保に過重になつて

いる老人医療費負担の不均衡の是正を要望してき

たものでありますが、多数の関係者の利害が錯綜

する問題でもあり、今日まで抜本的な制度の実現

が見られなかったものであります。

したがって、われわれといたしましては、現在

審議されております老人保健法案は、高齢化社会

に対応する老人保健医療対策の基盤を確立するも

のとして高く評価するものであります。

最近の新聞報道によりますと、老人医療費の費

用負担のあり方などについて関係団体から御意見

が出されているようですが、年々増加の一途をた

どる老人医療費をだれがどのように負担するの

かという問題を考える際には、負担の公平をいかに

実現するかということが最も重要な課題と考えて

おります。特に市町村国保は、被用者保険からの

退職者の流入もあって、老人加入率は高く、老人

医療費の占める割合は三〇%にも達しております。

もともと低所得者が多く、財政基盤の弱い市

町村国保にとって、老人医療費の圧迫は大きく、

その運営に危機的な状況をもたらしていると言っ

ても過言ではないのであります。このため毎年、

国民健康保険税・料の改正を余儀なくされ、市町

村長として頭の痛い問題となっております。

本日は、本案審査のため、お手元に配付してお

いたします。

○委員長(粕谷照美君) 老人保健法案を議題と

いたします。

本日は、本案審査のため、お手元に配付してお

いたします。

○委員長(粕谷照美君) 老人保健法案を議題と

いたします。

本日は、本案審査のため、お手元に配付してお

人口の高齢化に伴って、老人医療費の増高は今後とも著しいことが予想され、負担の不均衡の是正はもはや一刻の猶予も許されないような状態にあることを関係団体の方々にも御理解をいただき、一日も早い老人保健法案の成立と実施を強く望むものであります。

老人保健法案の最大の眼目は、保健事業の積極的な拡大にあると考えております。保健事業については、予防を重視した諸活動に住民ぐるみで取り組み、脳卒中の発生予防等において著しい成果を上げている市町村が少なくありません。また、そのような市町村においては、長期的には老人医療費を中心とする医療費が隣接の市町村に比べて低くなっているという注目すべき報告も公表されております。

今回の老人保健法案は、保健事業の拡大により、このような先進的な市町村の活動を全国的に広げていくというものであると考えますが、全国的に見れば、保健事業はまだ十分な実施体制ができていないと言えませんが、事業が円滑に実施されるのであれば、結局絵にかいたもちにすぎないのでありますから、実施体制の整備を図ることが最も重要な課題となると考えます。保健事業の実施については、実施主体である市町村の主体的な取り組みが重要であることは言うまでもありませんが、国としても次の点について十分な配慮をされるよう要望したいと思います。

第一は、保健事業の中心となる保健婦の確保が現在では十分ではないという点です。

厚生省では、五カ年計画で八千人の増員を図ることがとらえられていますが、今後ともそのような増員ができるよう十分な財源を確保していただきたいと思います。また、保健婦が未設置の市町村も全国には四百六十ほどあると聞いておりますが、離島、僻地を抱える市町村にとっては、保健婦の確保は非常にむずかしい現状となっておりますので、このような点について十分配慮をしていただきたいと思います。また、保健事業の実施の拠点となる市町

村保健センターや検診車等の施設面の整備についても、十分な補助を行って、その充実が図られるようにしていただきたい。

第二は、保健所の機能強化であります。

市町村には、保健婦の未設置市町村もある等、実施体制には大きな差があり、全国的な実施が期待できません。そのために、実施主体である市町村の整備とあわせて保健所の機能を強化し、市町村を支援する体制をとっていただきたいと思っております。

以上、保健事業の実施体制について幾つか要望を出させていただきます。

現在、国家財政については、財政再建の努力が進められており、行政改革は政府の最大の課題となっております。地方財政においても、財政の建て直し、行政改革は必須の要請であり、市町村それぞれが努力を重ねられております。このような状況において、老人保健事業を積極的に推進させるための財源やマンパワーを十分に確保することはきわめて厳しいものがあります。しかしながら、高齢化社会に対応するための対策は、緊急かつ着実に進めていかなければなりません。国として十分な配慮をお願いするところであります。

以上、老人保健法案についての所見を述べさせていただきます。この法案は、高齢化社会に対応する老人保健医療対策を推進するためにはぜひとも必要なものであると考えております。法案の実施は本年十月を前提として国の方でも予算を組んでおられるようですが、そのために法案の早期成立をぜひともお願い申し上げます。どうぞよろしく。

○委員長(粕谷照美君) 中立労働組合連絡会議 社会保障対策委員会副委員長長栗原丑吉参考人。

○参考人(栗原丑吉君) 私は、中立労働連の栗原であります。

私は、中立労働連、総評、同盟の担当者として、老人保健法案の参議院審議に際して労働三団体としての意見を調整してまいりました。その内容をこれから申し述べたつもりであります。

労働三団体としては、治療中心の医療制度から、保健、予防、治療、リハビリという包括医療体制をつくる趣旨の老人保健法には賛成の立場をとるものですが、その内容においてまだ納得しかねる点が多々あります。したがって、以下、主要な点について意見を申し述べ、審議の際御留意くださるようお願いする次第です。

まず第一は、老人医療費の支払い方式の検討機関についてであります。

社会保障審議会では、医師会代表一名の委員を除くすべての委員が、老人保健制度では、現行の支払い方式の見直しが必要であるという点で意見が一致し、政府原案でも、老人保健審議会がこれを審議することになっていったのは御承知のとおりであります。

しかし、衆議院での修正で、審議が中医協に移されましたが、現在の中医協の実態から、支払い方式の見直しはしり抜け同様にたつと見ざるを得ません。したがって、労働三団体の意見としては、一つ、支払い方式の検討は政府原案どおり老人保健審議会に戻すか、二つ、または中医協の構成の改革を断行し、医師会の方がまますまさない毅然たる態度での、言葉だけの、考えまじょう、努力しまじょうということだけでなく、具体的な納得のできる案が示されなければなりません。労働団体や病院側の参加の増員は当然であることも意見の一部であります。

私たちは、いや国民は、中医協の運営について余り信用できない不信感がありました。現行の出来高払い方式の有する欠陥を是正することが必要であります。したがって、支払い方式の再検討を速やかに行うことを法文上明記してほしいというのが第三点の意見であります。支払い方式の変更はむずかしいといつてさじを投げるのではなく、高齢者の疾病の特徴に対応した支払い方式の検討が早急になされるべきであると考えます。

以上、支払い方式についての意見ですが、私たち勤労者は、実質的な増税、物価、社会保険料の引き上げなどで可処分所得が低下する一方であり

ます。五年連続の国鉄運賃の値上げや教育費など一連の公共料金値上げは生活を圧迫しています。そういった中で新たに老人医療費の負担を強制されるのですから、支払い方式の再検討によって、荒廃した医療などと言われない方向で改善されることを強く要望するものであります。

第二の問題としては、一部負担についてであります。

労働団体の中では、受診抑制にならない程度の受益者負担ならある程度はやむを得ないのではないかと意見もあり、賛否両論があります。わずかな患者負担であっても、内科、外科、歯科、眼科といったように月のうちにかかれば、それはそれなりの負担の増加になります。あるいは入院時の負担についても、差額ベッド料を払うことになれば大変な負担であり、付き添いでも頼むということになれば、いま一万円が相場だというふうにならざるを得ないと思っております。

私ごとですが、私の母親もいまから十年前に入院をして、二十四時間の付き添いでした。酸素吸入器をつけておりましたから、無意識のうちに手をやってそれを取ろうとする。取らせないように付添人がついていて、二十四時間の付き添いです。三日分の付き添い料が取られます。いまそうなのだと思うと恐ろしい思いです。幸いというか、親不幸というか、長い期間にならずに亡くなってしまったが、ほととしました。自分の親が亡くなったほととしたなどというものが、それが社会保障だとは思いません。

一部負担が進むことについて、大工や左官屋さんで結成されている全建連では、健康こそが仕事と暮らしの土台であるとして、早期治療のために十割給付を長年維持してきました。老人の有料化が進むことによって、若い大工さんや中高年層の左官屋さんでも、一部負担をするのはあたりまえだ、そういったような攻撃が出てくることも間違いないということで、安易な一部負担の導入には反対である、そういう態度をとっております。また、自治体の組合や地方の組織には、国の基

準を超えて給付をするその給付の規制について、安易な規制については一定の不信の念を持っているものであります。

したがって、一部負担については次の四点を意見として結論的に申し述べます。

一部負担を取りやめるか、二つ目、もしくは、老人になるべく負担にならない初診時負担となるよう再検討すること。入院時も同様です。三番目は、保険外負担の解消こそ先決されなければならぬ前提条件だということであり、四番目は、老人保健以外の保険にも画一的な患者負担を強制せず、慎重に対応するような措置をとっていただきたいということであり、以上の四点が労働団体としての意見であります。

第三の問題ですが、第三には保険者の提出金についてであります。

医療費は五十七年度には十三兆八千億に達し、このうち老人医療費は三兆円になると言われております。老人が五・四％の構成比で一八％の医療費を占めているわけですが、今後の高齢化が急速に進むとき、実は先日厚生省に懇談会を持っていたいてお伺いした際も、厚生省の言うことは、老人医療費は今後も毎年二〇％は上がるであろうと、こういうことでした。私は唖然としました。それをそう上がるであろうとしたならば、どのように規制をしようとしているのかという答えが全然返ってこないわけであり、これでは私たちの負担も年々二〇％ずつ増加することになるわけ、全く恐ろしい思いであります。

傘下の健保組合に提出金の試算をさせましたところ、保険料をすでに上限まで上げて付加給付もできない、付加給付は全部やめちゃった、そういうところにも提出金の割り当てが出てくる。人数は千五、六百名でも千二百万からの支出増加になる。これでは付加給付の還元どころか、健康診断さえもできなくなる。そういう危機感を持っているわけ、安易な画一的な財政負担のあり方については賛成しかねるわけ、したがって、提出金については提出についての一定の歯止めをかけることを労働三団体は要求します。

提出金の算出の明確な計算内容等につきましては、社会保険審議会に提示され十分な審議がなされなかつたと聞いております。衆議院の段階でもそれらの計算方式等についても事前に示され十分な審議がなされなかつたのではないでしようか。

私の記憶が間違いないのであれば訂正いたします。提出金の方法が明らかになるにつれ、労働組合の内部でも、保険者や経営者団体の中からも反対の声が強まり、提出金の歯止めを要求しているのが現状だと思っております。労働三団体としても提出金の歯止めを規定化するよう強く意見として申し述べる次第ですが、歯止めの方法としては、経営者団体の言うような総額で規制をして三年から五年据え置くべきだという強い意見もあるというふう

に聞きますが、労働三団体としては、具体的にはたとえは一定の歯止めの方法を考え、内容として老人の増加率程度の伸びにとどめるといったような方法で、提出金に歯止めをかけるようなことも考えられると思っております。

医療費の伸びをそれに見合うように抑制するよう努力し、それでも不足を生ずるようなときはその不足分を再度保険者に回すのではなく、国、都道府県の負担によって賄ってほしいということ、国や都道府県の保険への経営努力も当然のことであるからであります。

第四点として、保健事業についてであります。

保健事業については、五年間で三次の計画で市町村を指導していくこととされておりますが、たとえば健康相談は月六回市町村人口の状態に応じてやるとか、健康教育は年十二回やるとかというふうな計画が示されております。健康診断も年一回やるとされております。ただし、健康診断については、医療各保険法その他の法令によって健康診断を受けた者または受けることができる者を除くことになっております。わが国の場合には、御承知のように皆保険であります。私も、家族も、すべて保険によって健康診断を受けることができる者であります。

ります。そうしますと、どういうことになるのでしょうか。健康に不安のある者がいつでもこの健康を受けられるようにと思っておりましたが、それは過剰な福祉を求めるものではないのでしょうか。

健康手帳の交付は、実施計画で、七十歳以上の者と四十歳以上で健康診断の結果健康管理上必要と者に交付をすることになっており、そして市町村の健康を受けた者に事後の指導を行うとあります。

そうしますと、他の保険による健康診断を受けた者には手帳は交付しないという意味になり、市町村には知らないということにはならないでしょうか。仮に受診できたとしても、負担はますますに始まるわけ、計画は五年がかりでというのでは気が遠くなるような思いであります。しかも健康診断にも検査料が要る、健康相談、健康教育にも足代を付けて行くというのでは、医者に行く方が手取り早いということにならないでしょうか。そうならないような形で計画の完全実施とそのための国の支出の増加をもっと考えるべきだということ、意見として申し述べます。

以上が労働三団体として調整した意見の内容であります。終わります。

○委員長(相谷照美君) 日本医師会副会長小池昇君。

○参考人(小池昇君) 本日、われわれ医師の意見をお聞きくださるという御厚意に対して、心から感謝を申し上げます。

この法案の必要性というものが唱えられてから久しいのであります。今回も衆議院を通過いたしまして、参議院でこれが審議されているという段階にありますが、しかも審議はかなりお進みになつていられる様子で、大体最終段階に入つたのではないかと、私が今回述べますことも、そういう段階が、私が今回述べますことも、そういう段階に応じた物の述べ方をしたいというふうに考えております。

この法案が審議されてから、私たち医師の手元には老人の方々からたくさん意見あるいは不安を訴える声が参っております。本来、私たちに老人の方々がそういう不安を訴えてくれるというよりも、本当なら審議をなさっている国会の方々へこれは意見を言われるのが本当ではないかと思うのであります。しかし国会の方々は直接物を申す機会がなかなかありません。それに反しまして、医師は毎日患者と直接話をしているという関係にもございまして、私たちに直接訴えの声がたくさんあるわけであり、

そういう意見の中で何が一番大きいのかといいますと、将来の自分たちの医療がどうなるかということであり、それらの声をまとめまして、私たち新聞に意見を出しております。けさの朝日、毎日それから読売、日経四紙に載っておりますので、先生方はもう御存じだと思いますが、先生方は朝大要早起きでいらつしやいますので、あるいは広告欄というのは素通りされて、政治欄の方に、そちらへ目が行かれます。けさ出ております、「幸せに、長生きして欲しい」という全面意見広告であります。これは老人の声を率直に編集して、国民にもあるいは国会の皆さんにも読んでいただきたいという意味から出しましたので、きょうのこの参考人意見聴取の日を意識したわけではございません。ここにありますのは老人の声を中心にしたのであります。

いま、お年寄りの皆さんの持つていらつしやるこの「老人医療費受給者証」は、現在国が行なっている「老人医療無料化制度」によるものです。

これは日本の最もきびしかった時代、戦中―戦後を生き抜き、世界一流の経済大国再建につくしてきた七十歳以上のお年寄りたちへの国民の感謝のしるしです。

ところが、そのおかげもあって日本が世界最高の長寿国になつたいま、「老人は邪魔者だから」といって、こんどは医療費を有料にしてしま、しかも若い人と同じ保険医療を受けられなくしようという法案が国会で審議されていま

たとえどんな人であろうが、すべて七十歳以上になると、この老人保健法の中に入れられてしまふ、一般の健康保険から切り離されてしまふのです。年寄りは金食い虫で、保険財政を食いつぶそうとしている、というのがその理由ですが、これは老人に対する福祉対策と公衆衛生についての国の努力が欠けているからであつて、老人だけ医療の質を落としてまで保険財政を守ろうという考え方は、本末転倒もはなはだしといわなければなりません。

七十年という長い年月を、それぞれ違う家庭、職場、生活環境の中で働いてきたお年寄りの病氣は、一人ひとりがみな異なった条件から起こってくるもので、それぞれの症状に応じて適切な診療が必要です。しかし、この法律はそうした医師の自由な診療ができなくなる方向で論議されています。

国民皆保険といながら、七十歳以上のお年寄りだけを健康保険から放り出し、十把ひとからげの診療方針で、今までより安上りの医療を、しかも有料で行わせようというのがこんどの老人保健法案ですが、そんなことでよいのでしょうか。

人はみな年老いるのを免れることはできません。社会の一員として精いっぱい働いたあぐくの果てに、肉体的にも、精神的にも、経済的にも、社会的にうまく適応する能力を次々と失っていく老人は、また明日の若い人たちが自身の姿でもあります。

お年寄りが、こんなかたちで差別、冷遇されることのないよう、国民の皆さんと一緒に、もう一度考え直していこうではありませんか。最後に日本医師会の意見をちよびり加えてあるわけです。

このようなことは、日本医師会としては二十年前から申し述べているのであります。主張は一貫変わることなく、人間というのは揺りかごから墓場まで、いや揺りかごに入る前の母親の体の中にあるときから墓場に入るまで、これは一貫して人

間を一個の有機体として眺めて取り扱うというところが医療の最も望ましい姿であります。七十歳以上という線で一応区切りをつけ、それ以上の人間を別枠の部屋へ入れる、極端に言えば別枠のおりに入れる、そういう形は医療の一貫性を妨げるものとして私たち賛成することができなかったんではありません。

しかし、こういう二十年來のわれわれの主張というものは取り上げられませんでした。すでにこの法律案が衆議院で通過しておるのではありません。若いときは七十歳以上の老齢になるのははるか遠い将来のような気がするわけでありまして、私もそうであります。私は何歳であるか皆さんお思いでございましょうか。私はこの三月十八日で七十歳になったわけであつて、老人保健の枠の方へ入れられてしまった人間の一人であります。この法律をつくられたのは、政府案でございまして、恐らく政府の方々がよくつくりになったんでしようが、恐らく若い人がつくられたんではないかと思ひます。老人の気持ちを酌んでいないそういう法律ではないかというふうに私は考えます。

しかしながら、すでに今日衆議院も通りまして参議院で御審議も進んでいるし、あと何日かで、私の耳に入っているところでは、もうこの法律は通るんだというふうにも伺つております。したがって、こういう年来の主張を繰り返すということとは無意味なことでもあります。一応私たちの考えとして、これはこれからは変わるものではない気持ちとして、これからの審議にそういう老人を思う気持ちを反映させていただきたいのであります。

こういういまの段階におきましては、私たちが老人の気持ちを代弁しまして幾らか申し上げたいこともございまして、今回の審議の中で、これまでの経過を拝見しておりますと、要するに老人というものを一つの枠の中に入れる、そうしてそれらの人々を扱う医療というものをどうするかということを考える。つまり、一般の方々と老人を区別した医療体制の中へ入れる、あるいは支払い体系

の違ふところへ入れるという考えがあるようであります。支払い体系が異なれば、この医療の中心というものは当然変わってきます。医療というものには経営が無視できません。これは国立病院であろうが、あるいは公的な市町村立の病院、都立病院、そういうところでも経営というものの対して、必ず独立採算という形で収支償還という考え方が入ってきます。支払い体系が変われば、医療の中心は、医師がいかに好まなくても、それは影響を受けてくるということは言えると思ひます。

そういう状況でありまして、私たちは、もしこの法案を通過しになるんなら、七十歳以上の人間の医療というものについて、現在の健康保険の形あるいはその内容、これ以下にしたいだきたくないのではありません。これ以下の医療、そういう形を持つてこれらとすれば、これは老人の人權を無視したお考えとして、これは老人から激しい非難の言葉が来るだろうというふうに私は考えます。私の医療に対して言いたいのはこのことでありまして、いまの国民に親しまれた健康保険というものを老人においてこれ以下のものに切り捨てるといふことはしてほしくないのではありません。生活保護法の医療においても、健康保険と全く同じ扱いを受けておるわけでありまして、したがって、老人だけを弱者として形を変えろということとは、生活保護の医療以下にすることでありまして、よくよく考えていただきたいと思うのであります。

たとえば、その中で入院というのはどういう扱いをされているかといふと、健康保険あるいは国民健康保険では、保険者の一種の許可制という形が出ております。しかし、現実にはこれは行われるべきではありません。もう何十年來医師の判断に任せられておるわけでありまして、給付の中身の病院、診療所への収容というものが許可制になれば、医療の実態に即しない、人命にかかわる問題が出てきます。緊急の場合、許可制というものは通用しない。あるいは特に老人の場合には収容と

いうものについて、本人の意思以外の場合に収容しなければならぬ場合もたくさん出てきます。一々市町村の許可制ということになれば、臨機応変の病院への収容というものができなくなっていくわけでありまして、健康保険法では、したがって法律では許可制という意味の条文がありますが、実質的にはこれは合わないということであつて、医師にその判断がゆだねられておるわけでありまして、したがって、これは国民皆保険になる際に、たとえは共済組合法のようなものではこの条項は除いてあります。それは実情に合わないということでお除きになったんではないかと思ひます。

具体的に言いますれば、この法案の中で給付の十七条四号というのがございまして、この四号は共済組合法のような新しい法律では抜いてあるわけでありまして、しかし、今回この老人保健法の中では入っております。これはやはり実情に合わせて新しい形にしたいだきたいと思ふのであります。

それから医療の方は、先ほどから申し上げたように、健康保険のレベルは少なくとも保つていただきたいということでありまして、保健事業の方ににつきましては、これは国営あるいは公営的色彩が濃厚であります。現在、そういう形で末端の市町村は、この法律に述べられておるような中身の保健事業を現実に行い得るかどうかということにはなほ疑問であります。医師の団体あるいは歯科医師の団体あるいは病院の団体、あるいは大学病院その他大きな都立病院、そういう形の病院団体、そういったものが地域医療というものを今日まで二十年間進めてきたわけでありまして、あるいはがんの検診とか、あるいはその他検診車を走らせる、そういった検診に関しても各団体が非常な熱意を持って今日まで行つてきたのが地域医療であります。こういう地域医療の現状というものをよく把握していただきたいと、今回行われま保健事業というものが末端において混乱を起さないようにしていただきたいんであります。また、各市町村以外に、健康保険組合とかその他の団体もこれに参加できるようになつておりま

すが、そういう各現実に行っている現場の団体と
トラブルが起らないような実施要綱というものを
これから厚生省で決めていただきたい。そうい
う実施段階のトラブルが起らないように関係専
門団体との意見等を十分聞くという前提をまず置
いて、そして実施していただきたいのであります。

これはいづれ厚生省で考えになることではあ
りましようが、去る一月十九日に全国の衛生部長
さんにお話になった実施の要領といいますが、そ
ういうものでは、関係団体との協調というものが
重要事項としてはうたわれていないのでありま
す。その点、これから私たちも厚生省に申し上げ
る機会はあると思いますが、何よりも法案審議の
段階で、国会のこの社労委員の方々が行政当局と
十分話を詰めて、これを確立していただきたいと
いうのが私の希望であります。

たとえばこの法案の中にあります機能訓練にし
ろ、あるいは保健婦の訪問看護にしろ、主治医と
いうものと、それから市町村で行うこれらの事業
の実施者である人々との間に食い違いが確かに起
る可能性もあります。そういうことがあれば、
対象となる患者は戸惑うばかりであろうと思いま
す。

そういった意味でこの保健事業というのが末
端のこれに應ずる人力、施設、そういったものが
ほとんど完備していない、こういう状況において
発足するに際しては、地域団体との連携をプラン
をつくる段階から密接にしまして、これを実施し
ていただくということが国民のためではないかと
思います。そして、これは皆さんの力によること
であらうというふうに思うわけであります。

そういう事情をいろいろお話しすれば切りがな
いのであります。私が今回皆さんに聞いていただ
きたいのは、これからの審議を通じて、老人
の気持ちを考えて、老人を一つの枠へ入れて実験
動物扱いするというような気持ちでなく、温かい
心で老人をこれから扱っていただくという考え方
に徹して御審議願いたいという希望であります。
そして、もしこれをお通しなさるとすれば、私の

疑いが晴れますように御審議をいただきたいとい
うことでございます。

以上が私の意見でございます。ありがとうございます。

○委員長(粕谷照美君) 国民健康保険中央会理
事長首尾木一参考人。

○参考人(首尾木一君) ただいま御紹介にあず
かりました国民健康保険中央会の首尾木でござい
ます。

本日は、当委員会におきまして、国保保険者の
立場から老人保健法案に対する意見表明の機会を
与えられましたことに厚く御礼を申し上げます。次第
でございます。

改めて申し上げるまでもなく、現在の老人医療
保険制度は、各種医療保険制度の一部負担部分を
老人福祉法によって公費負担とする措置を昭和四
十八年に発足させたものでございますが、この措
置自体は老人福祉、老人医療の確保という観点で
きわめて有意義なものであったと考えておりま
す。しかしその反面、老人医療費は、この措置に
よりまして急増すると同時に、特に老人加入率の
高い国保において、また国保の保険者のうちにお
いても、特に過疎地帯等における市町村において
負担の重圧をもち、分立する医療保険制度の
陥りやすい制度間、保険者間の負担不均衡という
欠陥を露呈してきたことも事実でございます。し
かも、このような傾向は、今後わが国社会が高齢
化社会に移行するに従いましてますます強められ
ていくことは、当然予想されるところでありまし
て、このような状態で推移するときは、国民健
康保険の運営がきわめて困難な状態になり、ひい
ては、国民皆保険を支える基盤が崩壊するのでは
ないかといったような心配を、私も全国の保険
者、多くの保険者におきまして持つに至ってお
るものでございます。

そういうような観点から、すでに昭和五十年当
時から老人医療保障制度のいわば抜本的な見直し
を訴えてまいりましたのでございます。政府におかれ
ましても、この問題につき改革の要を認められま

して検討を重ねられてまいりましたのでありますが、
何分にもこの問題は各界の利害が錯綜するという
こともございまして、今日の老人保健法案の提案
までかなりの長い期間を要し、その間にもさきに
述べたような傾向は著しく進行を続けているので
ございます。

私も、今回の法案が、従来私どもの訴えて
まいりましたところと大筋においてそのねらいを
一つにするところ、そういう私どもの判断から、
昨午法案が国会に提案された当初より、その一日
も早い成立を強くお願いをしておりましたのであり
まして、この機会に、まず当委員会の諸先生方に
改めてよろしくお願いを申し上げる次第でござい
ます。

以下、法案につきまして、具体的な点を三
つにまとめて申し上げておきたいと存じま
す。

その第一点は、この老人保健法による老人医療
費の財源負担についてでございます。

この老人保健法案におきましては、国、都道府
県、市町村の負担のほかに各保険制度からの拠出
金をもつてこの財源を賄うということにいたして
おるわけでございますが、財源負担の拠出金の拠
出を通じて、各医療保険制度間の、保険者間の
現状における著しい不均衡、それも制度上の仕
組みとか、あるいは制度を取り巻く環境条件の違
いといった、保険者として克服し得ないような理
由によって生じている不均衡を是正しようとして
おる点につきまして、私もその考え方について
賛意を表しておる次第でございます。

急激な高齢化社会への移行、老人人口の増大と
ともに、わが国社会全体としての老人医療費の増
大は、大勢として今後不可避であろうと存じま
すが、その負担が社会保険各集団の相違することに
よって大きく偏っているという現状のもとでは、
高齢化社会における老人医療保障の円滑な財源確
保を期することはできないと考えます。

もともと、今日の医療保障制度は、いわば短期
保険といしまして、そのときそのときにおける

人々の就業上の地位に基づいて各制度に加入する
という形になっておるわけでございますが、高齢
者の医療保障問題というのは、老後という人生の
一時期に対する医療保障でございます。その備
えは一生を通じての問題として考慮されるべき問
題だと考えておるわけでございます。たまたま今
日、国民健康保険の被保険者になられておるとい
うことでございしても、過去においては被用者
保険の被保険者であった方々も多いと、こういう
のが現状でございます。また、今後ともそういう
ようなことが予想されるわけでございます。こ
れは国民健康保険制度ということだけに限るわけ
ではございませんで、各種の医療保険には、先
ほど申し上げましたように、人生のその時点その時
点における就業上の地位に基づきまして加入する
という形になっておるわけでございまして、そう
いう観点から申しますと、老後の備えというものは、
いわば一生かかっている問題として考えるべき
筋合いのものではなからうかと考えておる次第
でございます。

その意味におきまして、本法案が高齢者の医療
保障の財源を、国、地方公共団体の負担とともに、
短期保険としての医療保険諸制度から老後にある
人々のための拠出に求めるというところは、いわばそ
の時点その時点において老後における備えをして
いただくというこの考え方と通じるものと考え
ておる次第でございます。その意味におきまして
私も、老後の保障にふさわしい財源負担の
あり方ではないかと考えておる次第でございま
す。

申し上げるまでもなく、いわゆる産業構造の高
度化に伴いまして、戦後のわが国の被用者化は著
しく、また一方におきまして核家族の進行、ある
いは高齢年金の今後の成熟とともに、国保人口で
は、一方において若年者の被保険者が減少をし、
一方におきまして高齢者の人口の増加が年々進行
しておるわけでございます。最近の統計によりま
すと、国保人口は、総体としてはこれはほぼ横ば
いの状況が続いておるわけでございますが、その

内部を、人口構造を分析いたしてみますと、年々の傾向は若年人口の減、そうして負担能力から申しますと、比較的負担能力の少ない高齢化人口というものが増加をしておると、こういうような状況でございます。そういう観点から考えますと、この法案のように医療保険各保険者からの拠出金の取り方というのが、二分の一はそれぞれの実績により、二分の一は加入者の割合による、割合を加味したものによるという考え方のもとにおきましては、これはなお国保の負担過重というものが今後とも進行するのではないか、この点については十分な調整がとれておらないのではないかと、いったような声も、国保保険者の中には残されているのでありますが、われわれは、それらの論議を持ちつつも、この法案が好ましい方向へ向かって断断を持って改革を行ってという点につきまして評価をいたしまして、法案の早期成立を期して、大局的な見地から賛意を表しておる次第でございます。

なお、医療費の財源負担問題につきましては、一部負担の問題があるわけでございまして、これは先ほど申し上げましたように、四十八年にいわゆる医療の無料化というものが行われたのでございまして、この点につきましてはいろいろの意見がありますが、そうして老人の医療機会を阻害することのないような程度におきまして若干の一部負担を導入するということにつきましては、私どもとしてはやむを得ないものとして賛意を表しておる次第でございます。

第二の点は、本法案における老人のいわゆるヘルス事業に関する問題でございます。このヘルスの問題につきましては、四十歳以上の成人層につきましての健康管理、疾病予防の強化を図ろうとしていく点が特徴でございます。そのような考え方の中にも、先ほど申し上げましたように、この法案は老後という人の一生に着目した考え方というものを色濃く出しておると思うのでございまして、今後の活力ある高齢化社会の実現を期するという点につきまして、この法案のねらいとす

るところに私どもは全面的に賛意を表するものでございまして。特にこの点について、私どもはその実施主体を市町村としていくことに着目したいと考えております。

改めて申し上げるまでもなく、健康づくりの基は、みずからの健康はみずからで守ることにあるとされておるのでございまして、日常生活における人々の主体的な健康管理が何よりも望まれると言われているのでございまして、そのためには日常生活に密着した地域としての市町村段階におきまして、健康づくりの環境あるいは体制の整備を行うことが、これが最も肝要な点ではないかと考えておる次第でございます。

先ほど市長会を代表された参考人の御意見の中にもこの点について述べておられましたように、現在の体制は決して十分とは申されないものでございまして、今後この法案の成立を機といたしまして、市町村段階において予防あるいは健康管理の行政というものが拡充をされ、そうしてそのような体制がで上がっていくということに私どもは強い希望を託したいと思うわけでございまして。多くの市町村の中には、すでに長い実践を通じてこれらの疾病の予防、防遏、死亡率の減少という顕著な効果を上げてきたところが多いのでございまして、国民健康保険におきましても、保健施設を通じて国民健康保険の直営診療所の活動、あるいはまた直営病院の活動、それから国保保健婦の活動ということを通じて、それぞれ地域においてじみちな実績を上げてまいっておるといふことはすでに皆様方も御承知のとおりかと存する次第でございますが、このようなことを考えますと、私どもはこの問題がきわめて重要であり、今後の高齢化社会における一つの大きな課題だと考えておる次第でございます。全国にこのような状態というものが実現することを望みたいと考えておる次第でございます。

ただ、これの運用につきましては、もちろん地域の実情というものを十分に把握いたしまして、地域の実情に即する運用がされるべきでござい

して、この点については、私どもは今後の問題として十分取り組むべき問題だと考えておる次第でございます。

なお、この法案、このヘルス事業に関連をいたしまして一つ私どもがお願いをいたしておきたいことは、この法案が成立いたしましたして、医療保険の事業も医療と保健が一体として運営されるということが望まれておるわけでございまして、これらの点について、一方で国民健康保険なり、あるいは医療保険、そうして老人の医療については老人保健といふような、いわゆる縦割りの行政の弊害というものが生じるといふことのないよう心がけて運営をしていただきたい、かように考えておるわけでございまして、それも今後の大きな課題だといふふうに考えておる次第でございます。

具体的に申し上げますならば、私どもは、地域保険としての国民健康保険と、そうして老人保健といふものが、一体として運営されることによりまして、地域における医療並びにヘルスの一体的な運営といふものが実現をされるというふうな信じておる次第でございます。その点の留意をお願いをいたしたいと考えておる次第でございます。

第三点は、この法案をめぐりまして、老人医療費、将来の老人医療費についての歯とめ問題といふものが多く議論をされておるところでございまして、この点につきましては、私ども国保保険者として、これはこのままでいく場合に、この点について、特に財政的な問題等も含めまして、この点について現状が必ずしも好ましい状態であるといふふうには私どもも考えておらない次第でございます。今日、医療費のあり方をめぐりましては、非常にむずかしい問題でございまして、これらの点についてはいろいろ議論がなされておるのでございまして、こういったような議論がこの機会に一つ大きな議題として取り込まれることを私どもは希望をいたす次第でございます。

今日の支払い方式等につきましていろいろ長短

が言われておるわけでございしますが、これに対する改革案の具体案としてのいろいろの意見というものも、これも必ずしも確立をしておらない現状のように私どもは考えておる次第でございます。この点について今後十分な審議が、この法案の成立を機といたしまして、行われることを期待をいたしたい、かように考えておる次第でございます。

また、この法案におきまして、老人の医療に、老人の病気の特質にふさわしい診療報酬体系のあり方の検討ということも言われておるわけでございまして、これらの点につきましても、今後十分な審議がなされるべきかと考えておる次第でございます。率直な意見の交換が行われまして、また医療供給側の協力も得まして、こういう点については今後望ましい方向に進むことが期待をされる次第でございます。

以上三点につきまして、一応私どもの現在の考え方を申し述べまして、御審議の参考といたしたいと考えておる次第でございます。

以上でございます。

○委員長(粕谷照美君) 健康保険組合連合会

長西野嘉一郎参考人。

○参考人(西野嘉一郎君) 私は、ただいま紹介を受けた長西野でございます。

私は、現在、衆議院を通過いたしました参議院で審議しております現老人保健法案に対して、三つの点において反対をいたしたいと思っております。

まず第一は、国民経済的な見地から反対するものでありまして、先ほどから幾人かの参考人からも話がありましたように、保健事業に対する基盤整備がいまなされておらず、こういうときに、おいてこの老人保健法案がもし実施されるとするならば、著しい医療費の増高となり、そうして一たん社会保険制度というものが施行されますと、それが中止をせざるを得ず、大幅な修正をするということは大変困難であります。そこで、国民経済的な点から申しますと、いまここで十分な審議をし

た上でこの法案を進行すべきであると私は考える一人であります。

なぜならば、昭和四十八年、御承知のとおりに、老人の無料化というものが発足したんであります。そのときの医療費は三兆九千億であったのであります。それが五十七年、本年には十三兆九千億に上っております。これは当然といえば当然かもしれませんが、この老人無料化ということが発足したことによって生じたこと。そして、医師会の御報告によりますと、老人の医療、六十五歳以上の医療は、以下の医療費の四倍を超しておると言われております。

さらに、将来どうなるかということにつきましては、日本医師会のニュースによりますと、一九九〇年には四十五兆円になるだろう、そしてさらに二〇〇〇年には百五十七兆円になるだろうと言っております。六十五年、一九九〇年には四十五兆円になるというような医療費を、国家予算に相当する医療費を国民が負担できるでしょうか。

最近、二十一世紀の医療という題で、総合研究開発機構による助成研究をいたしました沖中記念成人病研究所において、都留重人先生を中心に十二名の方が検討をいたしました。それによりますと、やはり同じような答えが出たんであります。コンピュータを利用して、あらゆる機関によって、近代的な経済学の立場から検討いたしますと、二〇〇〇年には何とGNPの二〇％に医療費が達するといふのであります。

このようなことが予見されておるのかかわらず、医療費全体の問題はともかくとして、この老人保健法案をこのままの形で、いま衆議院を通過した形で成立するということになるならば、国民経済の立場からして、国民経済が破綻するんじゃないか。その前に医療制度、保険制度というものが崩壊し、そうしてそのことは国民経済の破綻を意味すると思うからであります。そういう意味において、私は、この法案をいまここで現在のままの形において通過することに対して反対をするのであり、これが第一の反対理由であります。

第二は、衆議院を通過したこの老人保健法案は、大変不公平な財政調整以外の何物でもないということをお願いするのであります。

国民健康保険法は、御承知のとおり、国県市町村を通じて、現在四兆円以上の補助がなされております。四五％と言われております。この財源は、われわれ企業や、われわれ勤めておるところのサラリーマンがそれぞれ法人税あるいは所得税の形において国に納めておるのであります。その税金によって国保に支出がなされておるのであります。さらに今回、財政調整の形において老人保健法案における負担がわれわれにかかるとするならば、まさに二重であります。二重の負担をわれわれに強いるものであります。組合健保は、国の補助に相当するものの比率の倍近くのものを企業が負担いたしております。しかも国民健保の被保険者の所得は、御承知のとおり、トータルとあるいはクロヨンと言われているように、その半分しか所得が捕捉されていないといふことは世論の示すところでありまして、

したがって、国民健保がいま赤字だから、組合健保は金持ちだから、これを財政調整しろということとは、まずその前に国民健保における被保険者の所得把握を十分に、そして赤字になるかどうかというところを見なくてはなりません。言いかえるならば、組合健保にも四五％の国の補助があり、いわゆる国民健保と同じような形で、イコールフットリングのもとにおいて組合健保に剰余金が出てくるから提出しろということであれば、理論はわかります。しかし、国民健保には四五％の補助金が出、われわれのものには一文の金も出でいない。そういう中においていま財政調整をするといふことは、われわれは納得しがたいのであります。

さらに、この法案が成立するとするならば、市町村において非常に多くの人員を要すると聞いております。自治労の言うところによりますと、市町村に二名ずつの人間が配置されたとしたら四千人ないし五千人の人が要すると言っています。これがさらにいま言ったような保健婦などを配置しますと、恐らく完全にすれば一人、二万人の人員を要すると考えております。そういうような基盤整備をこれからどうするかということでありまして、

さらに、私が申し上げたいのは、組合健保は必ずしもいま財政は豊かではありません。もうわれわれの組合の中の約一割が赤字組合であります。一組合において毎年十億の赤字を出している組合があるものであります。数億を出している組合も幾つかあります。そのために、われわれは財政窮乏並びに高額医療費のために各組合から集めて、年間三百億ぐらいの金でお互いが助け合い運動をやっておるのであります。こういうことの事実があるといふことをこの際申し上げておきたいのであります。

さらに、本案による組合健保の拠出金が非常に不明であり、そして毎年著しく高騰する老人医療費の歯どめがない、青天井であるということに対して私はここで反対をするものであります。厚生省の試算によりますと、老人医療費は毎年一六・二％という計算がされて、初年度七百八十億、それが六十年には九千十億円になると言われておりますが、先ほどどなたか言われましたように、厚生省のある役人は、一六・二％では済まぬだろう、二割以上になるだろうとわれわれに漏らしておりました。それによりますと、千九百億は千五百億を超えるのであります。高齢化の上昇に伴いまして、これらの数字はまた幾何級数的にふえることは当然であります。

組合健保自身は、さらに組合健保自身が抱えております七十歳以上の家族は、その率は低いと申しますけれども、現在三千二十億円の負担をいたしております。これが六十年になりますと、厚生省の予算では四千五百二十億円になると申しておりますけれども、われわれの試算では六千億ぐらいになるだろうと見当をつけております。

これらのことを考えますと、われわれ組合健保はこの老人保健法案が通過し、このままの形において実行されておるならば、いま現在一割の赤字組合は二割になり三割になる、そして組合健保を崩壊に導くことになるのであります。

しかも、今度の老人保健法ができましたと、この老人保健法の根っこ、いまのわれわれが抱えている三千億と初年度の七百八十億が加えられて、それを払わなければ延滞利子を取って、そして強制執行をするということにこの法案がなっております。

そうしますと、各組合からはそれらの金が優先的に市町村に、われわれの手の届かないところに渡されるのであります。その結果、どうしても弱い組合はその残った資金において運営をしていかなければならない。それで支払基金に払えなくなると、支払基金に大きな累積赤字が数年の後に私は残つてくるだろうと思っております。そうすることによって、保健事業そのものが破産に傾く、崩壊するといふことを考えておるのであります。

したがって、こうした国民経済的な立場から、いま保健事業など一切のことが十分に討議されないまま、単なる財政調整の意味においてこれをし、しかも幾何級数的にふえていくであろうところのこの医療費を十分に検討なくしてこの法案が通過することに対して、私たち健保連は反対するのであります。

したがって、ここにわれわれ健保連といたしましては、まず七百八十億という初年度の負担額を五年ぐらいい凍結して、この間に十分に老人保健法案の趣旨に沿う医療費の著しい増高を防ぎ、また老人にふさわしい医療をし、老人が豊かな楽しい健康な生活ができる医療大国に持つていきたいと願うものであります。

さらに、われわれは、そうした意味において老人の支払い方式を根本的に見直して、その旨を法文上に明記して医療費の適正化対策を立てていただきたい。現在、悪口を言う人に言わせると、病院は老人のサロン化してしまつておるといふことを言われております。こういうようなことは望

ましいことではありません。国民の医療制度というものが本当に今後十分なるころの成果を果たし、そうして国民が豊かな健康な生活をするためにはどういう制度がいいか。

また、日本には武見前医師会会長が主張しているような中間設備というのがあります。アメリカにはナースングホームというのがあって、これらに対しては老人に十分なるサービスがなされておると聞いております。そういうような施設なども十分にこれから検討し、そしてそれらに対する健康保険のいわゆる医療費の適正化を十分に考えることによって、今後における老人保健というものがあるに果実を結ぶのではないかと思うのであります。

したがって、そういうことを一元的に審議できるようにして、おりました老人保健審議会を衆議院段階においてばらばらにしてしまつて、そして老人保健審議会というものを完全に形骸化してしまつたということに対して、われわれは非常に遺憾の意を表するとともに、再び政府原案のごとく老人保健審議会に一元化することを強く要望するものであります。もしこの修正が不可能であるならば、この国会において審議未了とし、改めてこれらの条件を入れた法案を再提出すること強く要望して、私の意見といたします。

どうもありがとうございます。

○委員長(粕谷照美君) 日本経営者団体連盟専務理事松崎芳伸参考人。

○参考人(松崎芳伸君) ただいま御紹介にあずかりました日経連の松崎でございますが、数点、四点ばかり私の意見を申し上げます。

まず第一は、いま西野さんからお話がございましたが、財政調整というのに対しては、これは反対いたします。賛成いたしません。それは、従来各健康保険組合がみずからの努力によりまして、医師会の方がおいでになりまして失礼でございますが、医者の乱診乱療とかあるいは不正診療とかいふようなものをチェックしてまいりました。そうして健康保険組合の経営の合理化を図つ

てきたのでありますが、この法案によりまして、市町村がお医者さんに金を払われる場合には、市町村のみならず、または社会保険診療報酬支払基金に委託して、医者からの請求が正しいかどうかというのを審査するということになっております。これは第二十九条に書いてあります。そういったと、市町村もそれから社会保険診療報酬支払基金も、ともにいわば他人の金、他人である健康保険組合の金をお医者さんに渡すわけでございます。乱診乱療あるいは不正診療といふものチェックに対して、健康保険組合はが身のことでございますから非常に熱意を持ってこれをやるわけでございますが、市町村やこの基金なんかではその熱意が欠けるんじゃないか。したがって、医療費の増高あるいは健康保険組合の財政悪化というものに直結すると思ふのであります。

この問題のもう一つの問題は、土光さんの臨調がこの財政調整を認めておるではないかというお話でございますが、私たちのこれは不勉強のせいでありまして、はなはだいまになって言うのはどうかと思ふのであります。いま西野さんもお話しになりましたように、老人保健審議会というものがあつて、そしてそれでチェックするから余り乱診乱療その他は心配せぬでもいいんだということとを臨調の方々も信じられたんじゃないかと思ふんです。ところが、衆議院の段階でこれが中野協に移るといふことで、西野健保連会長初めこれは大変だといふふうになつたわけでございますが、どうも保険のことは余り素人にはよくわからないわけでございます。安恒委員なんか非常に詳しいわけでございます。玄人の方が言われますと、なるほどそうかなと素人は思ふわけでありまして、老人保健審議会がチェックするから財政調整をやつても心配はないんだ。これは政府案でございますから、厚生省の方が言われる、まあ厚生省の背後にどういふ方がおいでになつたのか知りませんが、そうすると、素人の臨調の人も、そうかなといふふうにお考えになつたんじゃない

だらうか。ところが、ここに私は厚生省保険局長さんからもらった「社会保険旬報」、ここの一月一日に出たものであります。ここに病院管理研究所経営管理部長の石原信吾さんという方が論文を書いておられます。これを見ますと、医療費がふえるといふことは、医者の乱診乱療あるいは不正診療もありましようが、一番根本は医療技術が進歩するといふことに大きな要因がある。この例に挙げておられますが、「健保連で調査している高額医療給付費調べによると、昭和五十年の最高レセプトは約三百六十万円であつた。それが五年後の五十五年には約一千一百万円になつてゐる」と。どうもこういうところが、医療費がいま西野さん数字を挙げて言われましたようにどんどんふえる原因になつておるんじゃないかと思ふのであります。

それから、前の参考人皆さんお話しになりましたが、健康保険の支払い方式を見直せ、昔の言葉でいいますと、抜本改正をやれという言葉がよく言われますけれども、抜本改正あるいは見直しといふことはどういふことなのか、皆さんだれも内容は御説明いただけないです。

で、この石原信吾先生の何で読みますと、たとえばイギリス方式がいいんだとか西ドイツ方式がいいんだとかいふふうになつてゐるんですけれども、一九六五年には、国民所得に対する医療費の比率は、日本は四・三〇％、イギリスは四・二七％、西ドイツは四・〇〇％、大体同じような数字だつたんです。ところが、それから十年たちました一九七五年には、日本は五・〇八％、イギリスは六・〇五％、西ドイツは七・九四％といふふうになり、イギリスや西ドイツの方が高くなつております。そういったと、いま一括して出来高払い制度といふような言葉で言われますが、これがいいのか悪いのかよくわからないんです。それで私は、中野協に老人保健審議会から権限を移すといふお話がありましたときに、元の厚生大臣で厚生行政には非常に詳しい齋藤邦吉先生に何かいい案があるんですかと聞いてみたんです。そうした

ら、それがないので弱つておるんだといふお話ございましたが、これは、たとえばもし私が中野協あるいは老人保健審議会の委員に任命されまして、いい知恵は出てこない、齋藤先生ですらいい知恵がないんだとおっしゃるんですよ。そういったと、どうも老人保健審議会、あるいは中野協でうまいチェック案を出さんだから財政調整は認めろといふふうになつてゐる感じがいたします。若干そこに誤解があつたんじゃないかという感じがいたします。

それから第三点でございますが、これもいわば西野さんからお話しになりました繰返しになりますが、ともかく青天井になり過ぎておるといふことです。これを何とかチェックするといふことが必要なんじゃないかという感じがいたします。これは繰返しになりますから申しませんが、そういうことでございます。

それから第三点としては、私はこの法案にはメリットがあると思ふんです。そのメリットは、先ほどの参考人からはデメリットだといふふうには御指摘になつた点でございますが、つまりこれは第二十八条の規定なんです。かつてある新聞の漫画に出ておりました、病院の薬局の前にお年寄りが二人おられる、そして話をしておられる。片方のお年寄りが、Aさんはきょうは見えないねというのを言つたら、相手のお年寄りは、あの方は病氣だそうだとおっしゃつたといふんです。つまり病院が老人のサロンとなつてゐるという言葉をよく使われますが、健康な老人のサロンになつておつて、本当の病氣の方は病院に來れないといふ状況になつておる。そういったと、二百円、三百円が高い、低いといふ問題ありましようけれども、そういうふうによれば、健康な老人のサロンとなるといふことを予防するのに若干の効き目があるんじゃないかという感じがいたします。そういうふうなことで、この第二十八条の規定というのは非常にメリットがあると思ふんです。それじゃ、私の結論からいいますと、第二十八条だけは残して、あとは皆やめたらどうだといふことに

なるわけでございますが、これは余にもエゴイズムでございますから、そういうことは言いません。

そういったしますと、結局、いま青天井にどんななりそんなことを何とかチェックできないかということなんです。この間も厚生省の人の話を聞きますと、そういうチェックの方法、つまり昭和五十七年度において健康保険組合では七百八十億円ですか、それから政管健保では二百何億でしたかね、そういうようなものを固定するということが法律技術上はできないんだというお話でございました。しかしこれは私はやってやれないことはないんじゃないかと思うんです。たとえば第五十六年度ですか、書いてある「前々年度」、この「前々年度」を昭和五十五年度とはつきり書いてやれば、七百八十億は固定できるわけですから、それをおやりになったかどうか。もう少し知恵をしぼっていただいて、せっかく衆議院も通過したこの法律でございまして、この参議院において諸先生方の慎重な御審議をお願いしたいと存じます。終わります。

○委員長(粕谷照美君) 以上で参考人各位の御意見の陳述は終わりました。

午後零時三十分まで休憩いたします。

午前十一時三十分休憩

午後零時三十二分開会

○委員長(粕谷照美君) ただいまから社会労働委員会を再開いたします。

午前引き続き、老人保健法案を議題とし、これより参考人に対する質疑を行います。

質疑のある方は順次御発言願います。

○安恒良一君 私は、まず、参考人の皆さん、大変お忙しいところありがとうございます。また、国会議員になる前に親しい友人ばかりでなかなか質問がしにくいんですが、社会党を代表しまして、往復六十分でございますので、私も簡潔に質問をいたしますので、参考人の皆さん方からも簡

潔にひとつお答えをぜひお願いをしたいと思っております。それからいろいろ意見の食い違いの点もございいますから、私の意見を申し上げるときに失礼な言葉があるかも知れませんが、それはよりよい法律をつくる、こういう意味に参考人各位の方も御理解をいただきたい、こういうふうにお願いを申し上げて、御質問を申し上げたいと思います。

午前中に六名の参考人の方からいろいろお伺いをさせていただきましたが、私はその中でまず一つ支払い方式問題についてお聞きをしたいのであります。率直に申し上げまして、私も社会党も、医療は安かろう悪かろうではないけない、医療費というものは適切に支払われなければならない、こういうふうな思っております。

そういう中で、まず一つは小池先生にお伺いをしたいんですが、小池先生の御持論を伺っておりますと、何か老人を特別視もしくは差別をして別室に隔離する、こういうふうなこの法案をお受け取りのようでありまして、そこがちょっと理解をしがたいわけです。というのは、私は医学医療を勉強しておるわけじゃありませんが、小池先生なんかとも一緒に十三年間中医協で医療問題を勉強させていただいていますから、少しは存じているつもりでございます。そういう中で考えますと、たとえば老人に多い疾患というのは、がんとか、脳血管疾患、心臓病が大体六割を占めておりまして、これを俗に成人病とか、もしくは老人の場合に慢性病、こういうことを言っているわけですから、そういう場合に、今回の法案の一番大きいメリットは、一つは成人病、慢性病にならないような予防に力を入れようというのがこの法案の一つの大きなメリットだと思います。それから二つ目には、私たちはそういうお年寄りの特殊な疾患をどういうふうにして先生方によって治療をしていただくのかということだろうと思っております。それに対する支払い方を議論しているのではありません。決して何か老人が若い人に比べて四倍もお金がかかるから老人の医療費をただ単純に安くすればいいという発想は一つもないわけな

んです。

そこで、小池先生にお聞きしたいんであります。たとえばいまの支払い制度というのは、これは現物給付出来高払いでありまして、どちらかというと疾病に対する対症療法的で、それに必要な単価が決まっているのがいまの現物給付出来高払い制度ですね。そこで、老人病を治す、成人病、慢性病を治すためには、たとえば食生活の指導であるとか、運動とか、休養とか、どういうふうなこういうものをとるのかということ工夫する、私たちは、素人的であります。これを生活療法と呼んでおります。そういう指導というものが、いわゆるかかりつけのお医者さんによってなされていくべきではないだろうかと思っております。ところが、いまの診療報酬支払い点数の中ではそのことはカバーできないわけですね、小池先生、現実には、ですから、私たちは、まさかかかりつけのお医者さんをつくらうか、そしてかかりつけのお医者さんとお医者さんに、いま言ったような生活療法的なことをやった場合には、その報酬をきちっと支払うような制度をつくらなければならないんじゃないだろうか、こういうことです。

でありますから、現物給付出来高払い制度というものを——私は現物給付というのは結構なことだと思っておりますが、出来高払いということに問題がある。たとえば、もうおやめになりましたが、武見先生も、三分の一ぐらいの医者はくだらぬやつがおる、金もうけ主義だ、あなたたちの二十何年もやられた会長がこう喝破されておるよう、問題があるわけでありまして、そういうような中で、この支払方式をお年寄りにふさわしい方式——ですから、何かお年寄りを差別して別室に入れるという考えは毛頭ないんであります。特に小池先生にお伺いをしたいところはその第一点、それからあと、この関係で、審議会のことで小池先生と首尾木さん、それから健保連、それから労働組合の代表にお聞きしたいんです。

とに衆議院で自民党が政府原案を中医協に変えてしまったわけですね。そして、栗原さんもおっしゃいましたように、中医協が果たしてこの法案の意図しているような支払い方を議論できる場でしょうかというところをお聞きしたいわけですね。

それはなぜかという、私、十三年やってみました。そして、中医協は公益四名、医療担当者八名、俗に言われている支払い者側、これは保険者、被保険者を含めて八名の構成でありまして、私どももときには欠席戦術をとったことあります。かなりの欠席戦術をおとりになったのは医師会なんですね。そうしますと、何にも決まらぬですよ。なぜかという、八人が休めば、あの議事規則では何にもできなくなっているんです。だから私は、中医協というものが改組されないと、中医協にいわゆる支払い方式を持っていつても何にも決まらぬ。厚生省は私どもの審議の中では、胸張って決まる、決まると言っていますが、現実には私は十三年間——小池先生もおられたし、首尾木先生も中医協には一時おられましたね、率直に言って、一緒にやった仲です。そのときに、何か気に入らぬことがあると、どっかが出てこないという、一年でも、極端に言う一年半でも開店休業という事態が続いたことは、もう御記憶に新たなことだ、私自身が大変嫌な思いをしなげらやっておったわけですね。ですから、中医協の改組についてどうお考えになるかということをお聞かせください。というのは、少なくとも中医協でやるとするならば、昔の四者構成に、いわゆる医療担当者、公益、支払い者側、被保険者、これを同数にする、そしてそこで民主的に物事を決めるということですね。この点についてはひとつ、市町村代表の方を除きまして、五人の先生方に、老人保健審議会が私もいいと思いますが、もしも中医協でやるとすれば、そういう点をどのようにお考えになつておるのか、この点を五人の先生方からひとつ聞かしていただきたい。

一緒に質問をさせていただいて、一緒に答えさせていただきたいと思ひます。能率的に。

それからその次にお聞きしたいことは、第三点目です。これは全先生にお聞きをしたいんでありますが、たとえば西野さんからは歯どめ問題がいろいろ出されました。そして、歯どめ問題のために、歯どめを付けて五年ぐらゐ凍結、こういうことを言われましたが、私は、本法の施行を延ばしたらどうか。これには賛成、反対があると思います。首尾木さん、それから小野田の市長さん、早急にという御意見でありました。

なぜ本法の施行を延ばした方がいいのかというのを言います。皆さんもメリットとして保健事業を非常に強調されたわけで、私もそれはメリットだ。ところが、準備が整っていないんじゃないか。たとえば保健婦さん自体がいらない保健所の数も、皆さんの意見の中でも述べられましたし、また医者のいない保健所もたくさんこれはあるわけです。

それから私も過日参議院社労委員会、愛知県と静岡県、それから刈谷の保健所、それから静岡東保健所等を視察させていただきました。そのとき、私たちが一番痛切に感じましたのは、保健所なり保健センターは、母子保健や乳児保健はかなり活発にやられているが、成人病に対するところの保健事業というのは、やりたくても人手が足りなくてやれないというのが現状でありました。ですから、この法が通ったときにどうしますかと聞いたら、もうお手上げです。ところが一方、この法律は、五カ年間で医者さんや保健婦さん等、マンパワーの問題も充足するというし、それから施設もこれからやっていく、こういうことにはなっているわけですね。

そうしますと、これをこの国会で通過させまして、十月からやってみようかといったら、私は間に合わないと思う。県段階でお聞きしたら、お金の方は、臨時県議会を開いて補正が組めますというお言葉でありました。これは財政的には何とかできる。しかし人の問題とか、事業所の施設

の問題というのは、私は簡単にできないと思ひます。

ですから、そういう意味から言うと、この国会でこの法案が成立したとしても、たとえば最低一年から一年本法の施行を延ばして、その間にまず支払い方式についても十分な議論をして結論を出す。でなければ、とても中医協でやろうとどこでやろうと、十月までに支払い方式についての意見が一致を見ることは不可能だろう。最低一年はかかるだろう。だから、少なくとも一年本法の施行を延ばすというふうなことに、いま申し上げた支払い方式の問題なり、それからマンパワーの問題なり、それからいまだ一つは施設の問題なり、こういうところから考えましても、本法の施行は延ばしてやったらどうか。この点があります。

それから次に、歯どめ問題を御提起されました保健連、それから日経連、それから労働団体にお聞きをしたいのでありますが、たとえば保健連の場合には七百八十億初年度はやむを得ないと思うが、五カ年間据置き、こういうことを御主張されました。私は、若干五カ年というのいろいろな問題点がありはしないか。これは労働団体ではニュアンスが違っていました。

ただ私は、歯どめとは何だろうかということになると、この法律が通りますと、後はもう自動的に保健連で御主張くださったように、七百八十億が、昭和六十年では千五百億になる——これは計算によつて千億ちよつとという計算もありますけれども、そこに問題があるんじゃないか。だから、たとえば初年度これを実行するときに七百八十億の財政支出が認められる、次年度どうするかというときには、これは関係審議会でも十分議論をする。たとえば老人の比率がどういふふうに加増してきたのか、また支払い方式はどういふふうに加増してきけるのか、医療費の増加動向がどういふふうにあるのか、たとえば基本的な医療費自体の値上げという問題の中には起り得るわけですから、そういう中で、毎年毎年議論を関係審議会できちんとして、そして審議会の答申を得て、私はやっぱり

り法定主義にすべきではないだろうかと思ひますが、この点はどうか。

それはなぜかという点、どうも国家が国民からお金を取る際には、税金で取るか、保険料で取るか、料金で取る以外はないのであります。料金というのは、たとえば国鉄運賃とか、米価、いずれもこれは関係審議会の議を経て、場合によれば法定主義で国会の議決を必要とする。しかしある一定の範囲までは審議会だけでいいというやつもありました。たとえば国鉄運賃も、一定の幅までは運輸審議会だけで、運輸大臣の認可事項になる。こういうような点から考えますと、どうもこの法律が通りますと、保健連も御主張されたり、日経連も労働組合も御主張されたように、七百八十億がわずかに数年間で千五百億にひとり歩きをしていて、そしてそれをチェックする機関がない。

なるほど市町村の国民健康保険は市町村議会というチェック機関がありますから、これはできますが、あと組合管掌、政府管掌健康保険、共済ですね、これらは全然チェック機関がない。チェック機関がありません。ですから、そこを、歯どめという問題は、中身のこともありますが、毎年毎年関係審議会でも十分議論をして、そして国会の中で議論を合して歯どめを付けていくというところが一つの方法ではないだろうかと思ひます。これは歯どめ論を言われました三名の方々からこの点についてお答えを。

以上の質問を申し上げたい。

○委員長(粕谷照美君) それでは問題別にいたしませんで、先ほどの御意見をいただいた順番にお願いをいたしますので、内容についてそれぞれお答えをいただきたいと思ひます。

○参考人(川村政一君) いま先生がおっしゃったのは、一応本法の施行を延ばしたらどうかという御質問でございました。

その点でございますが、もう市町村は限界にきておる。何とか一日も早くこれを施行していただきたい。こういう一つのお願いでございます。これは市長会も町村会も決議をいたしまして、本法

の施行を十月にはぜひひとつ実施していただきたいという要望でございます。

と申しますのは、負担につきましても、私の市は四万五千でございますが、老人数は全体の二・六％を占めております。ところが、医療費は四二％という大きな数字で、市にいたしましても、一般会計から五十七年度は六千万繰り入れておる。こういう状態でございます。これ以上の不公平な負担は耐えられぬというのが、保険者も被保険者もそういうことです。私の隣の市は、市民の要望、市議会の要望がありまして、一時はもう保険料の上昇はまかりならぬということで一年ストップしましたが、翌年にはどうにもならぬというんで、また上げなきゃならぬといううな状態も起きております。

先生がおっしゃったように、直ちに行うということはいろいろ問題もあります。保健事業につきましても、保健婦が足らぬということですが、この点につきましては、われわれはこれは健康というものは考へていかなきゃならぬというので、各市ともそれぞれにやっておるのでございます。私のところも保健センターができましたので、保健事業の健診やがんの検診やその他もやっております。寝たきり老人の対策もやっておりますので、ひとつ漸進的な姿で、厚生省がおっしゃるよう八千人の保健婦も順次拡充していくということですので、漸進的に私はやっていただければいいのではないかと思ひます。

保健事業というのは、私は非常に大切な事業であると思ひます。各市町村でも非常に成果を上げておるところもございまして、北海道の鷹栖町におきましては、医療費が平均十萬九千三百六十八円で、県の平均は十二萬四千円、それから老人でも、老人の医療費は三十七萬四千円、県の平均は五十一萬六千円、こういうふうな保健事業で成果を上げておる。私のところの山口県におきましても、川上村というのがあります。ここでは十一萬七千円の一人当たりの医療費でございます。県の平均は十二萬二千三百円ということでございます。

います。老人につきましても、老人が二十七万四千円でございますが、県の平均は三十六万八千円というような効果を上げておりますので、これはひとつぜひやっていただきたい、こういうふうに考えております。

これは十月から施行にいたしても、ほかの方はやっていけるが、保健事業は漸進的な進め方でお考えを願って、ぜひこれを早期に実施をお願い申し上げたい、こういうことでございます。

○参考人(栗原丑吉君) 中医協の改組の問題ですが、労働団体の中には、当初予定された原案に基づいて老人保健審議会で総合的に審議をすべきだという団体と、あるいは同じような効果が中医協の改組によって期待できるならばそれでいいという団体がある。ただし老人保健審議会の場合には政府原案に戻すということであり、社会保険審議会でも一致しているところから、第一の主張はそういうことです。しかし、従来の修正の関係上もとに戻すことができれば、中医協の中で実効を求めというのが労働団体の二段構えの意見であるということです。

その方法としましては、先ほど安恒理事が言われたように、三者構成を四者構成にするとか、委員を同数にするとか、あるいはそのときどきの審議の課題によって専門部会制度を設けて、福祉団体、障害者団体、それらを含めて、支払い方式全般についての見直しと関連させて老人医療の支払い方式に結論を出していくということが好ましいという観点から、そういったような運営方法をすべきだ、その実効のあるような具体的な対策を求めたいということでございます。

それから本法の施行を延ばすということですが、私どもは、負担の問題あるいは保健事業の基盤の未整備の問題等、まだ本法の実施には不十分だということを前提にして意見を申し述べているわけですから、市町村の実態もそういうことであったり、あるいは中医協における支払い方式の見直しなり審議会における支払い方式の見直しについての確たる見通しなり、そういったものがない限りは、やはりそういう結論が出るまでは本法は延ばしてもこれはやむを得ないであろう。とりわけ負担の問題がいまの段階で青天井というようなことでは私どもは納得できない、そういう考え方でございます。

それから歯とめの問題ですが、歯とめの問題としては、私どもは医療費全体を抑制するという問題と、それから私たちが負担をする場合でも、所得に応じた負担、医療費がこれだけかかるからやみくもに負担しろと言ふんじやなくて、私どもの生活であるとか、そういったことと関連をしまして、どういった方法が勤労者にとつて合意が得られるか、私どもも金を出さないとはいってないわけ、ただやみくもに二〇％も増加する老人医療費を負担せよということについては納得しかねるということでございます。仮に医療費全体を抑制する方法ということになりますと、支払い方式の問題等もありますけれども、これは先ほど安恒理事が言われたように、診療に対する報酬ということだけでなくて、予防や治療、そういったものを総合的に判断できるような治療の方法あるいは支払いの方法というものがその中に見出されなければいけないと思います。

たとえばいま私どもは健康保険証を一枚渡されおる。医者に行きますと、何月何日、どの医者、診療日の判こをポンとそれに押すだけです。そうじゃなくて、あの診療券といいますが、その欄に——西ドイツの場合ですと大体四半期ごとに一人に一枚、家族がそれを渡されます。そして、そこに大体一枚の紙で四十二回四半期ごとに書き込む欄があるんですね。そして何月何日、どういふ病気でかかった、どういふけがかかったといふことで記録されるわけです。そうしますと、いまのように、医者に行くと、そうか、それじゃ検査しようというのでやたらに検査しなくても、その人が何月何日にどういふ病気がかかって、どういふけがかかって、そしてこの病気、けがの後遺症があるのかないのか、その人の総合的な診断によつてむだな検査を省くこともできるでしょう。

し、場合によつてはそれによつてむだな支払いを防止することもできるでしょう。ですから、支払い方式といつて、むずかしいむずかしいというものゝをえてこいうふうにしろといふうなことは、私ども素人ですから持ち合せていせんけれども、私どもも考えても、そういう医者と患者との関係においてお互いに信頼が取り戻せるし、あるいは医療経済全体から見てもそういったこともできるというふうに思います。それから、そういった意味では歯とめの問題については、医療費全体を抑制する努力と、それから私どもの所得に応じた負担、納得のできる負担ということと両方考えていただきたいというふうに思います。

以上でございます。

○参考人(小池昇君) 私に對しましては三つ御質問いただいたと思います。

最初の支払い方式の問題であります。確かに、今回の保健法案に予防の問題が入りましたのは大きな前進であると思います。私は前から主張しておつたことでありますので、これは私としてもうれしいことでございます。

そこで、支払い方式とも関連しますが、この予防というものは、七十歳になつてその線から途端に手帳を渡したり、予防を指導したりといったのは、これは遅いんであります。人間の体は若いときから刻々老化しているんであります。二十歳を過ぎればもう老化現象が始まるわけです。ですから、私たちは二十歳代から生活の指導をし、予防的なめんどうを見ていくべきだという主張をしておつたのであります。四十歳からごめんどうを見るということなら、これはまたそういう意味で別の意味もあらうかと思ひます。七十歳になつてから手帳を渡すというのは、余り意味がないのであります。そういう点いろいろ不満はございませう。しかし、予防が入つたといふことは、総合的なめんどうを見てあげるといふ意味で大変結構だと思つております。

う思うかという点であります。医療というものは、刻々の状況に應じて、本当のかせ引きからすぐ生命に直結する問題までたくさん段階があります。それが即応的にどんな場合にも医師、診療所、病院側がこれに應じ得るといふ体制を端的に支払い方式の中であらわすすれば、この出来高払い方式というのが私はベストの案だと思ひます。

それと、もう一つは、日本の保険制度の中でもう五十年來なれ親しんだ支払い方式なんでありまして、各国先進国でもそれぞれの支払い方式はございますが、いずれも、私の見方としては、それが必ずしも成功しているとは言えないと思ひます。支払い方式が出来高払いでないかという場合には、先づ予測もこれもつきがたいという場合は、おわかりだろうと思ひます。

で、出来高払い方式の欠陥というのは、何といひましても、これを悪用する者が医師の中にいるといふことでございまして、私は、たとえばこの老人保健法が発足しまして、あるいは発足しない現在でも、老人という人間を材料にして金を生むような方式をとる医師なりあるいは病院、診療所があったら、これを嚴重に取り締まるというのが私は第一だろつと思ひます。出来高払いの欠陥と言われているそういう点を修正することに私はやぶさかでないであります。

ただ、いかにもこれを日本医師会あるいは各地の医師会が悪い者をかばつていふような言論もやや見られますが、これは私はないつもりで、私たちはそれに真剣に取り組みたいと思つております。私たち医師会というのは、医師の集まりでありまして、各医師に對して調査権といふものはありません。あるいは監督権は若干ありますが、強制的な監督権はないのであります。あるとすれば指導権でありまして、それもさつき言ひましたそういう好ましからざる人には有効とは言えないのが現状なのであります。この点、出来高払いの悪弊を除くのはそういう形でいくのが私は大事なことではないかと思ひます。制度全体を変えますると、善良な医師あるいは病院、診療所にも影響

を及ぼしてくることになりまして、そういう一を退治するために十に影響が及ぶようなそういった体制というものは私は好まないであります。詳しく申し上げればいろいろありますが、大体そういう方向で私は出来高払い制を維持するのがこの際よろしいのではないかと思います。

もう一つ、老人に対する特性といひまして、先ほど六割ぐらいは成人病的なものであるというお話がありました。これにつきましては、生活指導、管理というものが欠かせないことは十分私も承知しております。点数表というのも年々改善されてきまして、そういう一括管理方式というものを入れるという方向で順次、出来高払いの中でもある程度の丸め方式をとった方式というものに改正のたびに変わっていつておりますので、この老人に對する管理的な考え方というものは、これから点数表の中に当然入ってきていいと思います。七十歳以上だけは生活指導や何かはするけれども、六十歳代まではそんなものは入らぬでもいいという考え方とも私はとれないのであります。人間の体というものは、親からもらった体というのは、人により、七十まで生かされる人もあれば五十歳で死ぬ人もある、九十歳まで生かされる人もある。遺伝的要素が非常に大きいのでありますから、ある線で切つてそこから上はこういう方式、そこまでは別な方式というのは、現場のわれわれとしては困るということを先ほど申し上げたわけであります。中医協における議論につきましては、そういう点は今後反映する方向へ当然いくだらうというふうに思います。

それから第二の、中医協では問題が解決されないんじゃないかという問題です。これは全般的な議論として私たちの考えておる点であります。政府の審議会というのはどうも専門団体の意見を尊重するという審議会になつていないように私は思うのであります。たとえば老人保健問題でも、当然法案として国会に提出される前には審議会にかけるわけでございますが、審議会で専門団体の意見が果たして尊重されましたでしょうか。たと

えば社会保険審議会にもわれわれの代表が公益委員の一人として入っております。その人の意見が果たして採用されたかという、これはゼロなのであり、審議会の答申の中に入った三行だけ、医療担当者代表する公益委員は七十歳で一線画して老人の医療を行うことに反対であると述べていると、その三行が入っているだけなのであります。こういうふうな審議会が専門団体で構成されていなくて、各種の団体から構成されている、学者も入っているという状況では、いまの審議会というものに専門団体の意見を尊重するという方向が見られません。私はその点で非常な危惧の念を覚えてまして、たとえば老人保健法であれば、医療担当者というものは四分の一かそこら辺だというお話なのであります。そういうふうに専門団体の意見が尊重されるというものでもない限りは、審議会というものは私は余り信用できないのであります。

中医協ではどうだと言えば、これから考えられておりますような老人審議会よりは、まだまだ専門家の意見というものは重視されるように数の上での配慮がなされております。それでも支払い側と称される方が八人で、医療側が八人のほかに、公益委員が四人おるわけであります。二十の中の八というのが医療側の数であります。私は、こういうふうに専門家と、それから支払い、あるいはそれをなす方あるいは各種の患者の代表の方と対等の立場でお話し合いをして、そして公益委員のジャッジがあるという形が、まだまだほかの審議会よりはベターではないかというふうに思っています。そういう意味で、中医協が当事者能力のない委員が集まっているというような状況ですとおかしなことができますが、今後はそういうことはないと思いますので、私は中医協の良識を信頼していただきたいと思いますのであります。中医協というのは、医療担当者というのがそれでも全数の中の少数になっておるようなことでございますから、最終的に医療担当者がわがままを通すという形にはなっていない。これからもならないだろう

というふうに私は信じているのであります。それから最後に、保健事業に対してマンパワーにしろ施設にしろ間に合わないから実行を延ばすという御意見に對しましては、私も確かにそのとおりだろうと思います。これはお延ばしになるかどうかは政府側と国会側とお話し合いになりまして、十分その見きわめをつけてやっていただければいいんでありますが、どうしても何かこの法案が通るようなお話を伺いますと、私としては、現場ですでに働いて実行段階に入っている関係団体、医師会とかあるいは大きな大学病院とか、そういうった医療関係者とお話し合いをなさって、円満に差別のない保健事業に入れられるようにというお願いをしているだけであります。

以上、お答えをいたしておきます。

○参考人(首尾木一君) 私に對する質問は二点でございますが、第一の中医協の改組についてどう思ふかという点についてでございます。

安恒先生のおっしゃいましたように、現在の中医協において一方の当事者がこれをいねばボーイコットする。こういったような形において中医協が十分に機能を発揮することができなかったという過去の事実等につきましては、私どもそのようなことがあってはならないことだと考えておるところでございますして、中医協が中医協として適正な診療報酬の確保について十分な審議がされるように、今後この中医協の運営について当事者双方の協力といえますか、ということが基本的に望まれる点だと思っております。これを制度的に改組によりましてそのようなことを担保するという点につきましては、この中医協の現在の構成が、過去の長い歴史の中におきまして現在のような形になりましたという背景等を考えてみまする場合には、どのような形でこの改組ということとをまとめていくかという大きな問題があらうかかと思っております。そのような点を頭に置きつつ、今後これらの問題については検討をされるべき点だというふうに思うわけでございます。

私どもが最もこの際心配をいたしておりますのは、この点についてのお話し合いが、この法案の今回における成立以前につくのかどうなのか。その点について私どもは率直に申しまして危惧を持っておるわけでございます。また先生のおっしゃいます改組というのはどういったような形のものか、その点についていろいろのお考え方があろうかと思うわけでございますが、具体的に申し上げまして、そういうような点について話し合いが付き、そうして中医協がよりよい形でその運営というものが実行できるような形に改められるということができれば、私どもとしてはそのことに賛成でございます。

第二点でございますが、成人病、いわゆるヘルスの事業につきまして、市町村の現在の体制が不備であるということによって、この点が、特に法案が成立をいたしたとしても、十月までにはとても間に合わないだろう。この法案が成立しても、それが実行に直ちに移せないだろうというような点点につきます。これは私どもも率直に申し上げまして、完全な形でこれが実施されるということについては、なお条件としまして、実施体制の整備あるいは要員の確保等につきましていろいろの問題点があることは承知をいたしておるわけでございますが、先ほど小野田の市長さんがおっしゃいましたように、この問題につきましては、少なくとも市町村側におきましては、この法案の成立として漸進的な方向でこの問題については努力をしよう、こういうふうに考えておる次第でございます。そういう点を評価をしていただきます。この法案の早期実施ということが一つの希望点となつてこの方向に進んでいくことを期待し、臨んでいただきたいと、かように考えておるところでございます。

また、保健事業と申しますのは、この法案に書かれておる健診その他各項目だけに限られるものではないのでございまして、実は地域組織といまして、私ども国民健康保険の保健施設というような形といたしまして、この問題についてはか

ねてから力を入れておるところでございまして、そういったような実績もあるわけでございまして、私も国民健康保険の保健施設活動も一体となりまして、こういう問題についてのそれぞれの市町村の実情に合う保健事業の強化ということに努めますれば、この法案が十月に実施になりまして、それなりの効果というものを上げていくことが出来るというふうに考えておるところでございまして。

以上のような点から、私も漸進的な意味においてこの法案の成立を一つの契機として、さらに市町村における保健事業というものの伸展というものを、これからの医療保険あるいは医療の問題、保健の問題の最も重要な問題として期待しておりますので、そのような観点からも、この法案の成立というものを原案どおり十月に間に合うようにぜひやっていただきたいというのが私どもの切なる念願でございまして。

○参考人(西野嘉一郎君) 私に課せられた問題は、二つ、三つありますが、まず中医協の機構の問題であります。これはいま安恒委員から申されたとおり、私たちは現在中医協に老人保健審議会から移された衆議院段階における経緯を見ますと、なぜ移されたのか、その疑問を非常に持つのであります。したがって、中医協に対してこういう機構をそのままの現状の形においてこれを実施するということになりますと、従来と同じような運営が、いま小池さんからも話がありましたけれども、行われ、そしてすべてのこれから重要な医療問題、先ほども私が申しました国民経済から見て大変なことになっていくこの医療問題、医療費の増大に歯どめをかけ、そして非常に健康な医療制度にするということではできないと考えております。したがって、いまの機構に對しましては、私たちは八・八・八と中立委員の増員を求めたい。そして中立委員に對してもっと広範な権能を与えたい。つまり医師会が反對すれば、あるいは支払い側が反對すれば何も決められないというような機構ではだめ。したがって、場合によれば

ば中立委員が裁定されたものに対しては、国民的な視野から公正であれば、これはその裁定に従わなければならないということぐらいの機能があつてしかるべきじゃないか。また同時に、中立委員の選定については十分心を配さなければならぬと思ひますが、そういう公正な意見があるならば、これら支払い側もあるいは供給側もそれに従わなければならないというような機構をつくらないと、今後中医協の運営というものがいかにない。

しかし、私たちは、そういうことがなかなか困難じゃないか。いま中医協のことは法律だそうでありまして、これをまた国会で改正するということは、もう非常に短い期間でありますから、直ちにできないから、私たちは本法の老人保健審議会に一元化すべきだということを主張しているわけでありまして。

それから第二の問題であります。歯どめ論でありますけれども、これは先ほど申しました、安恒委員も申されましたように、七百八十億に一遍歯どめして毎年審議したらどうかということでありまして。この説に對しましては、われわれも考えないわけではございませんでした。しかし、一たんなる法律がございまして、そして審議会でもしうまく答申がいかなかったらどうか。これはお互いに利害関係が非常に強いことになると、七十八十億でもう一遍歯どめできるといことが保証できるかどうかということが非常に疑わしい。したがって、私は、五年なら五年で歯どめをして、その間において、先ほど言った保健事業というようなものについて十二分に検討をしてほしい。

なぜならば、私の調査したところによりますと、いま現在日本の病院は九千五百五十五あります。アメリカは七千五百五十九あります。アメリカは人口が日本の倍であります。倍であるにもかかわらず病院の数は日本よりも少ない。それからベッド数は、日本は百三十二万ベッドあります。アメリカは百三十五万ベッドあります。アメリカは、人口

が日本の倍である国でありながら、病院の数が少なくてベッド数が多い、こういうようなバックグラウンドがあります。また医師の数も、最近各県に大学ができましたので、八千何百人の人間が入学してきます。これが毎年卒業していくということになります。そうすると、われわれ調査したものに比しますと、昭和六十年には十万人当たりの医師の数はアメリカをしのぐということである。そうありますから、こういうようなことなどをバックグラウンドに考えますと、いまここでこの法案を、社会保険制度に属する法案を通してしまつたら大変なことになる。したがってここで歯どめをかけて、われわれ健康連は何もエゴを主張して一文も負担しないと言っているんじゃないんです。七百八十億というものを出して、五年間の間に十分に老人保健法案に対する諸般の準備をして、いまお話がありましたような準備をした上でやたらとどうでしょうか、こういうのがわれわれ健康連の主張であります。

以上二点かと思いますが、もしそれができなかったならば、安恒委員の申されたように、われわれはいま三つのことを私は申しましたし、そのほかにも医療制度の問題も言いましたが、この問題がもし実施できないならば、審議未了にして、これらの問題を十分考えた法案を提出すべきである。そういう考え方を持っておることを述べて私のお答えにかえたいと思ひます。

○参考人(松崎芳伸君) まず第一の御質問でございまして、中医協の構成を変えたらどうか。私はいままでこの話を聞いておつたんですが、いま安恒さんのおっしゃいましたように、なるほど欠席戦術をとつてもむだだというふうに変える、これには私は大賛成です。被保険者を入れるのがいのかどうか知りませんが、ともかく武見さん時代の医師会にはもう手をやいたんですから、これはもう大いにやっていただきたいと思ひます。

それから第二番目の施行を延ばしたらどうか。これは最初に私が申し上げましたように、いまのような青天井で健康保険組合あるいは政管健保が負担を強いられるような法律は施行してもらわな

い方がいわけなんです。メリットも、いま言いました二十八条もありますから、そこらの妥協として施行を延ばすという御構想には私は賛成でございまして。

それから第三番目の歯どめを毎年やたらとどうだというお話でございまして、私は毎年これをやるというのはいちよつとめんどくさいんじゃないかと思ひますので、五年ぐらゐやって、そしてその五年たつた後にこれを改正する場合において、衆議院で骨抜きにされました老人保健審議会はどうするかというところをお決め願う。そうすると衆議院改正をここで修正されなくても、老人保健審議会は十分に復権できるんじゃないかというふうに思ひます。よろしく願ひします。

○安恒良一君 私の持ち時間も三十三分までですから、あともう一遍ちよつと川村さんと首尾木さんにお聞きしたいんです。

私は、市町村の条件整備というのは、たとえば費用の点においても市町村は三分の一持たなきゃならぬわけですね。それから中核となります市町村職員である保健婦が全くない市町村が四百五十八、一四・二％いるわけですね。一人しかいない市町村が千六十八、比率にしますと三三・三％です。ですから、この両方合わせますと、四七・二％の市町村は、約半分近いですね、保健婦が一人以下しかないんですから。そういうところで漸進的にというのはい……。

ですから、私は、この施行なんかも延ばさなきゃいかぬと言っているのは、人を充足しないやろうと思つてもできないわけですね。これが今日の現状です。五カ年間でやればよいというところでは困るわけですから、そのところを私は本当の実施主体である市町村が真剣にこの考えになつて、いまのところ財政が苦しいからこの際何でかんでも財政プールしてもらえりやないという、それだけ前に出ておつたら私は大変だと思ひます。そこについてもう一遍お聞きをしておきます。それから小池先生にお聞きしたいんですが、私

もいま出来高払いのメリット、デメリットがあり
ますから、そのこと全体をいまここで小池先生と、
もう中医協で長く論議していただきますから、いまさら
やる気はないんですが、ただ私がお聞きしておき
たい一つは、なるほど生活指導料というのは七十
歳とか六十歳で区別すべきじゃないと、これはわ
かりますね。しかし、たとえば先生がおっしゃっ
たように、老化というのは二十五歳から始まる
という学説が多いのでありますけれども、しかし
財政上四十で今度線を引いたわけですね。それか
ら老人保健も、わが党の原案は六十五に下げてあ
るわけですが、政府原案はたまたま七十になっ
ているわけです。

そういう場合の、七十でもいいし、六十五のお
年寄りの場合に、お年寄りの病気は慢性疾患、成
人病が多いのですが、私はたとえば一つの方法と
いたしまして、市町村長が指定しました老人保健
医療機関、これはいまの保険医療機関が全部それ
になるだろうと思いますが、その中から主治医を
選択をする。患者側がこの人に主治医になっても
らいたいというその主治医の人に対しては、たと
えば現行の点数出来高払いとは別に、生活指導料
というものを、先生も生活指導料というのはこれ
から点数化されるだろうと言われていますから、
そういうものを支払うというようなんですが、新し
い老人保健制度というのが発足するわけですか
ら、そういうことのお考えはないんでしょうか。
この二点だけを三名の方にお聞きします。あと
のことは小池先生だけで結構です。

○参考人(川村政一君) ただいま安恒先生が
おっしゃったように、施設をつくるにいたしまし
ても、十分でないことは存じております。問題は、
健康問題について何らかの方途を考えぬ市町村は
ないと思うんです。私は一応レールを敷いてもろ
うて、これは五十年なら五十年のたとえば完全実
施というふうなレールを敷いてもいいと思いま
す。いま何にもできぬかという、そうでもな
しに、健康相談日を決めて保健所からでも来ても
らうとか、いろいろな方途はあらうと思えます。

それから私も保健所の設備、市町村の関係を
もつと円滑にいたしましてやるといふこともあ
る。また市長会としても助け合いをやるといふ
こともあるが、いままさく直ちに完全実施はでき
ないにしても、五年間ぐらいのレールを敷いて、
その間に保健婦もできるし、完全実施ができるよ
うな体制をひとつつくっていただかないと、かよ
うに考えておるわけでございます。それはできぬ
ことはないというふうに私も考えております。

○参考人(首尾木一君) 市町村の保健事業につ
きまして、特に現在保健婦が全くいない市町村が
かなりあると、こういうふうなお話でございま
す。そのような事実になつておるわけではござい
ませんが、先ほど川村市長からお話でございま
した、そのような保健婦のないところにおきま
しても、地元の医療機関等との提携とか、あるいは
国民健康保険における直営診療施設の一体的な参
加といふことが、地域医療を推し進めております
そういう機関を活用するとか、いろいろの方法に
よりまして、当面そのような保健事業のねらつて
おりますところを充足をさしていくという手は残
されておるわけではございまして、私どもとしては
全力をふるってこの法案の成立を期してそのよう
なことをやりたい。また、この充足につきまして
は、五年間というのはいかにも長い期間のように
言われるわけではございまして、しかしまた保健婦
の配置等につきましては、重点的な配分といつた
ようなこともあるわけではございまして、全く保
健婦のないようなところにつきましては、個別に
重点的に保健婦の設置といふことを促進するとい
うふうなことも考えられるわけではございまして、
いづれにいたしましても、川村参考人のお話に
ございましたように、市町村としてはこの問題に
今後非常な力を入れたいと、かように考えており
ますので、私どもの市町村あるいは私どものその
意のあるところをお酌みいただきまして、この
問題について皆様方のまた御協力もいただきこの
問題を進めていきたい、かように考えているとこ
ろでございます。

○参考人(小池昇君) 安恒先生のお考えとし
て、何かかりつけの主治医を決めたら、そこ
で老人に対しては別の方式がとられてもいい
んじゃないかというお考えだろうと思えます。こ
れも一つの老人保健をやっていく段階でのワンス
テップ的な意味で意味のあるお考えだと思いま
すが、どんなお考え方にもいい点と悪い点といま
すが、あるわけではあります。現在の患者は、いろ
んな医療界の不幸事なども報道されておしま
して、最近の傾向としては、病院へ行かれるとい
う傾向が非常に強い傾向であります。しかも、大
きな病院へ行かざるという傾向が強いのであり
まして、それによつてまた医療費がふくらんでい
くという傾向を生んでおります。

主治医制というのは、医療機関の余り発達して
いない昔からあつたものであります。そういう大
病院志向というのは主治医制と全く相反する方向
の行き方なんでありまして、主治医制をここでと
るといふことが、ある村ではできて都会ではで
きないとか、あるいはその地域の関係でできがた
いところもあるんじゃないかというふうに思いま
す。主治医制で、患者さんがそこへ行けば何でも
余り薬や注射をやらずに、指導という立場からめ
んどろを見ていただくという理想的な姿ででき得
るような医療機関の配置とか、そういうものがで
きてれば結構だと思ひますが、現在の時点で若
干無理がないかなと私は思ふわけではあります。

それと、そういうふうになりますと、今度は何
といひましても、医師の方もいま経済状況が余り
よくありませんので、患者を自分のところへ吸引
する策へ走っていく人が出てくるんじゃないかと
思ひます。つまり、自分のところへ相当老人の方
を集めるのに、正当でない手段といひますか、好
ましくない手段で老人を集める。それによつてか
かりつけ的な医療費配分をそこでとるといふか
この、好ましくない方向の患者奪い合いとい
うのが起こることもあるし、またこういう制度に

なりますと、そう次々と患者が、もしこの医師で
不満があれば他の医師へ行きたいという場合に、主
治医をかえて自由にこちらへ行けるかということ
が問題で、患者の考え、あの医師は好ましくない
と思ひながら、ある一年間とか、かからなやな
らないという状況になつてくる心配もあらうかと
思ひます。

それからそういう生活指導的なものを点数表の
中に組み入れて、老人にだけ適用したという考
えもありまして、これは年齢によつて、たとえば乳
幼児なら乳児指導料というものが点数表の中に
あつて、これは何歳までという規定があります。
だから、七十歳以上の方の生活指導というものを
入れて、これは七十歳以上の方に適用するといふ
普遍的な形をとつた上でそういう生活指導料な
らいいんであります。かかりつけの方だけに適
用するとなると、病院は外されるということもあ
りまして、いささか実行には問題点が残らうかと
考えるわけではあります。

で、特に、そういう指導料的な要素をほかの
検査を減らしてこつちをふやせとか、ほかの関
係のない項目を減らしてこつちをふやせとか、ど
うしてもそういうことにしないと医療費がふえま
すから、そういう操作が行われるということにな
ると、またそれによる弊害も出てくるんじゃないか
と思ひまして、大変いい点と好ましくない点と、
いろいろなものがあるんじゃないかと思ひます。
ふに、いま先生のお話を伺つて考えたわけであ
ります。

○渡部通子君 短い時間で御質問を申し上げま
すし、またそれからどうしてもタブらぬ点も出てま
います。なるべくタブらぬようにお尋ねをいた
しと思つておりますけれども、問題点が大部分集
約をされておられますので、万一タブらぬした場
合にはお許しをいただきたいと思ひます。
最初に小池先生に伺ひたいと思つております。
ただいまある伺つておりました、大体お考えに
なつていて、この支払い方式というものは、確かに専門家

の先生方がお考えになつても、どれもこれも一長一短で、いまとしては出来高払いの方式を堅持なさることが最高だ、こういう御意見のようでございます。しかしながら、私がお尋ねしたいのは、老人医療というものの出来高払いというものが最高になじむものであるかどうか。特に、老人医療という点に關しても出来高払いを最高とお考えになるのかどうか。いま、一長一短はあるにしても、この出来高払いのデメリットというものが医療費の問題で非常に大きなものになつておりますから、その点については医師会としても、一応もう一考をさせていただく必要があるのではないかと気がいたします。

で、薬づけ、検査づけ、濃厚診療、あるいは不正請求というものがこのデメリットとして生まれている以上、これを医師会に自浄作用として期待をできるのかどうか、この点もひとつ伺つておきたい。

先ほどは、監査権はなくて指導権しかない非常に消極的なお返事でございまして、それならばほかに別途出来高払いの修正ということを考えなければなりません。したがって、この老人の特性を踏まえた高度医療とか、そういったものに対しては、ある程度点数払い制を導入する必要があるのではないかと、そうでなければ医療費の歯どめというものに対して有効な機能を期待することができないのではないかと、この点をまず伺つておきます。

それから、まとめてもう少し伺いたいんですが、総医療費の抑制に對してお考えがどうかありますか、これも伺います。

もう一点、医療機関における領収書の発行という点に對して、厚生省当局でも指導していくという見解にお立ちでございますが、現場としてはどういう御意見をもちか伺います。

○参考人(小池昇君) 支払い方式につきましては、先ほどお答えしたところと若干グアブな点があると思いますが、老人医療に對しては、出来高払い方式はどうしても採用せにいかぬかとい

う御質問であります。老人の疾病というのも、慢性疾患だけでありませんで、急性疾患もたくさんございます。そういう意味では、やはり出来高払い制というのが病状に應じた対応として私は一番いいのではないかと、このことを申し上げたわけでありまして、その中でもいろいろ工夫する点はあろうかと思つております。

それから件数払い方式というのは、先ほど申し上げたように、件数を上げるばという、不当な努力がそつちへ向かうということとはまことに好ましくない状況だらうと思つて、そういう意味で、一括払いというのは、私としては、好ましくない方向へ行く支払い方式だということを考へて持っております。

それから総医療費の抑制ということにつきましては、現在、総医療費が二十兆とか三十兆とかいろいろ言われてますが、そういった計算というのは、これは当たつたためしがないんです。過去におきまして、五年先はこんなになるから赤字は何とかせにやいかぬという問題がたびたび出ておりますが、五年たつてそうなたためしというのは、もういままでほとんどないのであります。

日本人の知恵として、そういうのを黙つて見てどこまでも赤字で続けるということは決してしませんで、そこら辺はうまいぐあいに知恵というものが出てくるわけです。どうしても耐えられない赤字が出るようになれば、これはすべての点でこれを直していく方向というのは、みんなが考へてやつていくわけでありまして、

で、現在の赤字が、もう五年もたつとこれは何十倍にもふえていくんだなあと、そういう心配は私は余り持つておりません。国民の耐え得る範囲の伸びというものは、これはやむを得ないんじゃないかと思つてます。特に日本では人間の生命価値というのが非常に高いですから、患者さんの要求もまた非常に高いんです。これはもう世界一高い、あるいはアメリカとは違つても世界一高い、非常に高いのでありまして、医療に對する要求も非常に強いのであります。そういう傾向で、

また日進月歩の医学というものが医療に取り入れられるということになれば、また老人というものが当然ふえていくわけでありまして、ある一線で区切れは必ずふえていくわけでありまして。だから、医療費のふえるのを抑えるということは、私は、医療費の問題はありますが、これは不可能だろうと思つて、これは国民の要求を抑圧するか、あるいは医療を粗末にするか、それ以外に方法はないのであります。だから、そういう方向はとるべきではないということでありまして、どうしても国民の負担に耐えない状況になるところがはつきりすれば、皆の知恵として、これは抑える方向へ当然行かなきゃいかぬというふうに私は思つております。

それから受取の問題でございますが、これは先般の中医協でも全員一致で答申いたしましたように、これはやろうと方向は決まつております。で、私たちも、人手のないところまでできるだけやつてくだされと。特に、これが納税と関係いたしますので、そういう面でも受取を出さないなんていうのは、これは全くいけません。ございまして、これは出すべき方向で私は指導しております。これをしないという方があれば、これは私は積極的にやつていくという方があれば、これは私は積極的にやつていくというふうな思つてますが、明細書の写しまで、細かいことまですべて出せという段になると、事務的に不可能なこともあります。この点の御了承もいただきたいのであります。

私に對する御質問でまだ御不審の点があればお答えいたします。

○渡部通子君 一つお答え抜けているんですが、自浄作用が期待できるかどうかという点。

○参考人(小池昇君) 先ほど申しましたとおり、私が医師会に監査権がないというのは、いま法律上そうなつていて、このことを申し上げただけでありまして、積極的でないと意味で申し上げたのではありません。監査というのはいま法律上ではあるわけですが、監査をいたしますのは日本医師会ではございません。これにタッチするのは、都道府県知事と都道府県医師会

というものがタッチしております。日本医師会がこれを監査しろという立場ではないのであります。そういう点から現状はこうなつていて、このことを申し上げたわけでありまして。

で、その都道府県医師会と各都道府県との間で、疑問のあるものについては、調査権のあるのは都道府県でございますから、そこで調査をして、これこれの理由でこの医療機関を監査したいということになれば、当然これはすべき問題でありまして、これを阻止するということは私はとるべき方法でないと思つて、しかし、これが行き過ぎになりますと、点数を上げるために、指導でいいものが監査に回されたりするようなことがないように、事情の御説明は受けたいと、こう思つていただけの話であります。その点でもしそういう方向で監査が行われたいという事情があれば、日本医師会としてこれを御指導申し上げて、監査を受けるべきだという方向へ持つていくこともできるわけでありまして。その点で私は、不正なあるいは極端な不当なものに對しては監査というものが十分行われるというふうにはこれから信じております。

○渡部通子君 次に、松崎参考人に伺いたいと思つてますが、まず拠出金の歯どめの問題でございまして、自民党さんの案に對して、まだこれじゃ足りない、このおつしやつていようなことが報道されておりますけれども、歯どめをどの程度に考へておられるか。先ほどのお話では五十七年度に固定して五年間と、こういうことでございまして、そうしますと、医療費が伸びてきた場合、それだけ大幅な歯どめをしてしまふと、これを今度はどこで負担するかというイタチごつこになつてまいらして、総額医療費の抑制が必要になつてくるか、それとも支払い方式も考えなきゃならないということになると思つて、もう少し具体的に御要望等がございましたら伺いたい、これが一点。

それからもう一つ、こうなりますと、どうして

も定年制の延長とかあるいは退職者の継続医療について積極的な対応をしていただかなければならないと思うんですが、その点についても伺いたいと思います。

○参考人(松崎芳伸君) まず第一に歯ごめの問題でございまして、私の理想から物を言いますと、この第五十六条に書いてあります「市町村が前々年度において支弁した当該保険者に係る」云々というところの「前々年度」を、昭和五十五年年度とつきりさせたら、七百八十億円はこの老人保健法が存続する限り存続するんです。それが私の理想です。しかしそうも言っておれません。だから、私のもう一つの案は、附則にもう一条設けて、そうして第五十六条の「前々年度」というのは、向こう五年間、施行の日から五年間ですね、五年間は昭和五十五年年度と読みかえるものとすると、ぐらに御改正願う。そうして、先ほど安恒さんからのお話のありましたように、五年たった晩において、それを要するときは老人保健審議会で審議するということにお直し願うたら、まあ私の案は法律上うまく生きるんじゃないかというふうに考えております。

それからそれに関連しての支払い方式の問題でございまして、これは私も先ほど言いましたように、齋藤邦吉元厚生大臣が言われましたように、よい案がないんです。私もありません。だから、そういうようなよい案のないものを老人保健審議会、あるいは中医学協で審議するんだから、青天井にはならないんだよ、だから了承しろよと言われた厚生省のお役人さんは、私は非常に知恵があり過ぎるという感じを持っております。

それから二番目の定年退職後の医療の問題ですが、これは日経連としましてはさしうぶん前から主張しております。その結果出てきましたのは、退職後二年間、あれは任意加入でしたかね、でやるということになっております。それを五年に延ばすというようにも一つの案でございまして、う。しかし事実問題、非常に技術的にむずかしいんだそうでございまして、その技術を健保連

その他で御勘案願うたら実行可能じゃないかという感じがいたします。その技術の問題、私も詳しくありません。

○渡部通子君 いま定年制延長問題についてお答えがちょっと抜けておりましたけれども、御発言あります。

○参考人(松崎芳伸君) 定年後いま現在二年間は自分の……

○渡部通子君 それはわかりました。定年延長そのものです。

○参考人(松崎芳伸君) 定年延長は、これはいま盛んに各企業が踏み切っております。いままで定年延長ができなかった大きな要因は、これは年功序列制度なんです。ですから、どうしてもお年寄りは若い人に比べて頭の働きも筋肉の働きも少し落ちるんです。年功序列、つまり年をとればとるほど賃金上がるんです。勤続年数が長けりや長いほど退職一時金はふえるんです。そういう制度をとりましたら会社がダウンするんです。そこを鉄鋼労連を初めとして労働組合の諸君も非常に認識されて、ある一定年齢までは年功序列で行くが、それから先は賃金カーブは寝かせる、ダウンさせてよろしい、あるいはまたある一定年齢までは退職一時金はふえるけれどもそれを超えたらストップさせてよろしい、だから五十五歳定年を六十歳定年にしろというお話になりました。この二、三年六十歳定年に踏み切る企業がぐんとふえてきました。だから、恐らく昭和六十年六十歳定年という労働省の行政指導というものは、その目標を達するんじゃないかというふうに私は考えております。

○渡部通子君 西野参考人に伺いたいと思えます。

一番問題にしておられたのは、拠出金の青天井の問題だと思えますけれども、それは先ほど安恒委員の御質問に答えられたことで明快でございまして、重ねての御質問はやめます。それで、支払い方式の見直しについても具体的な御要望があったら伺っておきたいというこ

と、それから医療費の伸びの抑制についてなお具体的な御要望がございましたら伺っておきたい、この二点をお伺いいたします。

○参考人(西野嘉一郎君) 支払い方式の見直し問題につきましては、かねてから健保連も非常にこの主張を続けてきておりますが、きわめて専門的な問題でございまして、私きわめて素人のごさいますので、どういう方法がいいかどうかというところをいまここで述べることではできません。ただ、一言言わなければ、いま非常に問題になっているのが支払い方式である。つまり、インプットすれば幾らでもそれが請求できるという方式で、アウトプットしたその効果に対する評価が出されておらないというところは、だれが見ても——経済学においてグレシャムの法則というのがあります。悪貨は良貨を駆逐する。こういう方式をしていけば、いい医者がだんだん育たなくなつて悪い医者ばかりがはびこるというようなことになりかねないという心配がある。したがって、これについてはもっと関係者が集まって知恵をしぼるべきだ。

その医療費総額の制限という問題は非常にむずかしいんですが、これはここにのめられる安恒さんなんか御反対をなさるかもしれないけれども、老人保健法案ができた、これはフランスがやっております立てかえ払い方式というのをとつたらどうかと、こう思うんです。そうすれば、患者のビヘービオも医者のビヘービオも変わっていくだろう。したがって、三百円と四百円と今度決めましたね、その決めた金は後からお返しする。仮に二千円なら二千円、五千円なら五千円かかったとしたら、それだけ一度お払いする、そうしてしかるべきところへ持つていけば、それが三百円なり四百円なり、この法律で決まった金額は返していただくというところにすればいいんじゃないかと。六十九・九十九までなった人が一晩寝ると、もうただになつてしまふというところは、いかにもというところなんです。もちろん、それに対しては、支払いができない人とかいろいろの人がおりますね。これは例外を求めたいと思います。

そうすることによって患者のビヘービオも非常に変わつてくるだろうし、医者の方も、その領収書に対しては、ちゃんと二割なら二割払うということになれば、その番号を付せなきゃならぬ、付せば、いままでのような領収書と違つて金券ですから、それを持つていけば金になるんです、金を返してくれるんです。そうすると、その番号とわれわれレセプトの点検とがうまく一致して非常に照合がうまくなる。そうすると、お医者さんは、いま定額だとわかりませんけれども、定率でありますと非常にその点がチェックがしやすくなる。そのことによって医療費の抑制につながるんじゃないか、私はこういうことを考えております。これは老人ばかりでなくて全般的医療費に対して適用したらどうだろうか、こう考えております。

○渡部通子君 栗原参考人に伺いますが、ただいまの退職者継続医療制度について労働組合側の御意見を承りたいと思ひます。

○参考人(栗原丑吉君) 退職者継続医療制度につきましては、たしか昭和四十九年だと思ひますが、厚生省が案を出しまして、労働組合としても検討いたしました。その場合に、技術的な問題がたぐさんあったんです。要するに、退職していった人を企業の保険者が管理するわけですから、北海道にいて鹿児島に行つた者を管理できるのかどうかといった問題や、長年にわたつて保険料の徴収であるとかそういうものをどうやってやるのか、そういう技術的な問題でまづいろいろな問題があつてできなかったというところが一点。私どもの段階でも、労働団体としても反対はしないけれどもかなりそういうところで問題がある。

それからもう一つは保険料の負担の問題ですね。やめていつて所得がない人からも、当時の法案では、従来の保険料と同じように、退職時の保険料が平均の保険料でその後ずっと加入している間は徴収しない、という問題ですね。その問題でも、これはもうやめて所得がないわけですから、やるとしても労使三・七なり、経営者が、保険者がそれを負担するというところでないと、加

入する人が現に所得もない、保険料は払うが医者にもかからぬということでは、やっぱり問題があるとかというふうなことで、いろいろな問題がありました。

労働団体としても、基本的には賛成すべきだ、あるいは老人医療のこの問題を議論する際にも、何らかの形で退職者継続医療制度は実現して、それと老人医療制度とが結びついていくという前提が一番望ましい医療のあり方なんだという議論をしておりましても、老人保健制度の問題が具体的にできておりますので、そこまで突っ込んでいまの段階で討議は進んでおりませんけれども、重要な課題としての認識を持っておる次第です。以上です。

○渡部通子君 首尾木参考人に伺いますが、老人医療費適正化のために国保で努力の余地は残されておられませんか、それに対するお考えを。

○参考人(首尾木一君) 老人医療費の適正化についてここで努力の余地が残されているかというお尋ねでございますが、もちろん医療費の適正化につきましては、保険の運営上きわめて重要な問題でございますので、これらの問題につきまして、いろいろの方法を通じて適正化に努力をいたしたい、かように考えておる次第でございます。

従来から老人の医療費の適正化問題等につきまして努力をしておるわけでございまして、これは一つは、医療費の適正化の一般的な方法といたしまして、医療費のレセプトを通じる被保険者の指導でございますとか、あるいはまたレセプトについての点検という意味での医療費の支払い面における点検でございますとか、あるいはまたそういったような行政努力というものが一つ大きくあるわけでございます。また、もうすでに申し上げましたように、老人の日常の健康管理ということにつきましては、これは国民健康保険といたしまして、保健施設事業を通じてその徹底を図っていくという方向で努力の余地は十分あると考えるところでございます。

ただし、先生がおっしゃいますように、先生の御質問の趣旨、その努力をするならばこの状況で国民健康保険の老人医療費負担の重圧問題というものは解決をするというところには私はとてもまいたらないのではないかと、かように考えておるところでございます。

○渡部通子君 最後に川村参考人に伺いますが、マンパワーの人員を確保したり施設を拡充したりということが一番問題だと思われ、それからそれに対するさまざまな問題があると思われ、これはやっていると切りがありませんし、それから安恒委員の質問でもございましたので、ひとつ保健婦等の確保に対しては御努力をいただくことといたしまして、一点だけ伺いますが、レセプトチェックの精査は可能でしょうか。

○参考人(川村政一君) レセプトのチェックはわれわれ国保の連合会で審議会をつくってやっておるところでございます。現在のところ、それ以上には立ち入ってやるということはないかなむずかしい状態でございます。もちろん県あたりが監査を間々行っております。そういう点で、自分では、これは専門的ですから、患者もわからぬわけですね、レセプトは、で、私の方で一応はお医者さんから来たレセプトを見ることは見られます。それを市町村の連合会である国保連合会で専門医師でレセプトを監査しております。チェックの結果これは不当支出であるというのが何月か毎月出ております。何かいま覚えておりませんが、現在はその程度でございます。

今後そういうふうなものを突っ込んでやるというところは、これは専門家でないといわずかしこいというところの問題があると思われ。

○渡部通子君 終わります。

○香取タケ子君 それでは、大変短い時間でございますが、二回にわたってお伺いをしたいと思っておりますので、簡潔にお願いをいたしたいと思います。

最初に松崎参考人にお伺いをいたしますが、先ほどのお話の中で二十八条には賛成なんという

御意見でございましたが、お話の向きから言うと、三十二条の一部負担金じゃなかったかと思われ。

それに関連をいたしましたして、経営者団体が老人保健法案に反対をされている理由を拝見いたしますと、患者負担を引き上げよという一項がございます。また、日経連が政府と臨調に御提出になつておられます意見書を見ましたしますと、低額医療は患者負担にすべきだというふうにも表明をされておられるようにございまして、これらの真意をさね、御意見の真意は何なのかということも簡潔に伺っておきたいと思われ。国民の中で、特に低所得者ほど、患者負担をふやしますとますます医療が受けにくくなるというのが通常でございまして、大変心配をいたしております。ですから、医療費の抑制の効果というあたりを考えていらつしやるのかどうかという点でございまして、それから小池参考人に関連をしてお伺いをしたいと思われ。いま国民皆保険になりました、体制としては医療の保障というのが確立をいたしております。ところが、行財政改革という名のものと、経営者団体からも医療費抑制策としての患者負担増、それから軽費医療は全額自己負担などという御意見が出てまいっております。

医師会として、第一に、医療の中で軽費負担とか軽症とかいうふうなことが患者の立場でわかるかどうか。自分が軽症であるかどうかというふうなこと、これは患者がわかるはずがないと思うのですが、簡単に割り切れないと思われ。そういう点で、患者の負担増の道というものは、安易に採用いたしまして、国民の保健上大変心配が起ころてまいります。特に早期治療の機会というものが奪われるのではないかと心配をいたしておりますが、そういう点で国民の保健対策上、早期治療それから初期診療の大切さ、そういう点について簡潔に伺っておきたいと思われ。

○参考人(松崎芳伸君) 第一点の二十八条と言いましたのは、これは衆議院修正後は、前の政府案の三十二条が二十八条になっておる、こういう

わけでございます。

○香取タケ子君 そういう意味、一部負担でございますね。

○参考人(松崎芳伸君) はい。結局、一部負担というものを置けば、先ほど言いましたように、Aさんはきょうは何でおいでにならぬのだ、病気がそうだとおっしゃるようなことがなくなるんじゃないかという感じを持っております。

それから経済四団体で自民党の三役に出しました書類の中で問題でございまして、これはいままのところ、たとえば引ききりとか、ちよつとの腹痛とかというふうなことはただで診る、本人であれば、ところが、本当に補助してほしいような重い病気になるますと、差額ベッドとか付添人だとか非常に金がかかる。つまり健康保険というものの趣旨がどうも逆立ちしておるんじゃないかという意味で書いておるわけでございまして。

○参考人(小池昇君) 御質問の一部負担の問題であります。日本の健康保険制度の世界に誇るべきところは、患者さんがいつでもお医者さんのところへ行つて治療を受けられるということと、これは先進国にはない私たちの医療保険の誇るべき点だろと思われ。どんな国でも、医師にかかるといふのは、相当の抵抗があつてその間に病気を大きくするということがあるわけでありまして、そういう意味で、できるだけ一部負担というのを避けたらという方向で私たちは訴えております。

特にその中で、先ほどからお話しになっております、いわゆる軽い病気が金を取れという方向の議論であります。病気の重い、軽いというのは本人にはわからないのであります。ことに病気の最初の段階において、これはどの病気の発端であるというところは全くわからないし、最初の段階では、検査の前には医者にもわからないという状況が相当続く例もあるわけでございまして。ですから、軽い、重いというのは初診段階あるいは最初の時期において本人は判定すべきでないし、保険者が判定すべきでないし、これはそれを受け持つ医

○参考人(川村政一君) 市町村といたしましては、従来から国民健康保険に老人のめんどろが皆

それから支払基金のチェックの問題ですが、まず言えることは、健保組合や国保も最近やり出しましたけれども、政管はほとんどノーチェックに等しいというのが現状だと思えます。厚生省の方は、総合健保組合をつくるのにごく最近までは認可をしないという態度をとってきました。ようやくここ半年ばかり前に、三つか四つ認可をするというふうなゴーサインを出しておるところもあるようですけれども、私どもいまの政管の千六百万

割と、こういう現在の負担を見直そうという意見があるがと、こういう御趣旨でございましたが、私、どのような方向での修正の意見ということであるのか十分承知をいたしておりませんが、この二割、一割、七割という負担区分の問題は、現在の公費負担制度とそれから医療保険の保険者負担分というものの、これは国保について言いますと、原則は七割で、それから公費の負担が三割ということになっております現状を踏まえまして、この

老人の医療というのは人生の長い道のりの終末の部分の一部分を占めているんでありまして、そこだけを別に切り離して議論するということは適切でないと思うんであります。診療報酬にしても、診療方針にしても、これは全般の見通しの行われている中医協において行うべきでありまして、老人の七十歳以上の上の問題だけをそこで議論すると、相当の全体に対するアンバランス的なものが出てきて、実施に不都合な面が多々生じてくると

思うのであります。そういう意味で、衆議院では中医協におきまして審議する部分というものを御設定になったのでございましょうと、そう思います。

ですから、老人審議会にはそれ相応に相当審議する部分がございます。提出金の問題あるいはヘルスの問題、たくさん問題がありますが、診療報酬の問題に關して中医協というのは、全般の見通しから正しかったのではないかと、そういうふうに思っておりますので、衆議院の御修正というものを私は支持いたします。

以上が答えでございます。

○山田耕三郎君 最後の一問だけお尋ねをいたします。小池参考人にお願いをいたします。

ただいままでのお尋ねを聞いておりますと、薬づけ、検査づけ、あるいは不正請求等が、現在の支払い制度、すなわち出来高払いの制度によると解釈されるような意見が多いように聞きました。本当にそうなのか。先生の方で、医療供給側としてそうではないんだ、こういったところに原因があるというのをもしお持ち合わせでございましたらお願いをいたしたいと思ひます。

以上です。

○参考人(小池昇君) どういう支払い方式にも長所と短所があるわけです。これは一つ一つ数え挙げればよろしいんですが、出来高払い方式については、その短所をもつて挙げると、出来高払い方式イコール悪だという風潮の議論が行われがちなんです。この出来高払いの制度に伴う好ましからぬ方向というのがあることも事実でありまして、それについては、それに応じての私たちの態度を厳然とすることによって防ぎ得るんじゃないかと申し上げたわけでありまして。

出来高払いの制が私たちとしてはベストであらうと信じておりますが、これを信じてそれを行ってもらうには、やはりそれ相当私たち自戒の念とそれに対する厳しい行動が必要でありまして、それについては、私も先ほどからその方向にいくことにやぶさかでないということを申し上げたわけで

あります。

ほかの方式はいろいろありますが、件数払いにしても、登録制にしても、償還制にしても、みんなそれぞれ法律をくぐるといふ方法というのはその中にあるのでありまして、長所、短所をそれぞれ比べた上でこれがベストだという議論が私は好ましいのでありますが、ややもすれば出来高払い制はという目的のかたき議論が行われていることは残念であります。

以上が私の考え方でありまして。

○山田耕三郎君 終わります。

○委員長(粕谷照美君) 以上で、本日御出席をいただきました参考人に対する質疑は終わりました。

参考人の皆様に一言お礼を申し上げます。本日は、長時間にわたり貴重な御意見をお聞かせいただきましたこととありがとうございました。委員会を代表いたしまして厚く御礼を申し上げます。

以上をもちまして本日の審議を終わります。これにて散会いたします。

午後二時三十一分散会

四月二十三日日本委員会に左の案件が付託された。

一、国民年金法等の一部を改正する法律案

国民年金法等の一部を改正する法律案
(国民年金法の一部改正)

第一条 国民年金法(昭和三十四年法律第四百四十一号)の一部を次のように改正する。

第五十八条中「四十三万二千元」を「四十五万二千四百円」に、「二十八万八千元」を「三十万二千二百円」に改める。

第六十二条中「三十七万四千四百円」を「三十九万二千四百円」に改める。

第七十七條第一項ただし書、第七十八條第二項及び第七十九條の二第四項中「二十八万八千

円」を「三十万二千二百円」に改める。

(厚生年金保険法等の一部を改正する法律の一部改正)

第二条 厚生年金保険法等の一部を改正する法律(昭和四十八年法律第九十二号)の一部を次のように改正する。

附則第二十二條の二中「昭和五十五年度」を「昭和五十六年度」に、「昭和五十四年度」を「昭和五十五年度」に、「六月」を「七月」に、「七月」を「八月」に改める。

(児童扶養手当法の一部改正)

第三条 児童扶養手当法(昭和三十六年法律第二百三十八号)の一部を次のように改正する。

第五條中「三万二千二百円」を「三万二千七百円」に、「三万六千二百円」を「三万七千七百円」に改める。

(特別児童扶養手当等の支給に関する法律の一部改正)

第四条 特別児童扶養手当等の支給に関する法律(昭和三十九年法律第三十四号)の一部を次のように改正する。

第四條中「二万四千円」を「二万五千五百円」に、「三万六千円」を「三万七千七百円」に改める。

第十八條中「二万円」を「一万五千五百円」に改める。

附則

第一条 この法律は、昭和五十七年九月一日から施行する。ただし、第二条及び附則第五条の規定は、公布の日から施行する。

(国民年金法の一部改正に伴う経過措置)

第二条 昭和五十七年八月以前の月分の国民年金法による障害福祉年金、母子福祉年金、準母子福祉年金及び老齢福祉年金並びに同法第七十七條第一項ただし書又は第七十八條第二項に規定する老齢年金の額については、なお従前の例による。

(児童扶養手当法の一部改正に伴う経過措置)

第三条 昭和五十七年八月以前の月分の児童扶養手当の額については、なお従前の例による。

(特別児童扶養手当等の支給に関する法律の一部改正に伴う経過措置)

第四条 昭和五十七年八月以前の月分の特別児童扶養手当及び福祉手当の額については、なお従前の例による。

(年金額の改定措置の特例)

第五条 厚生年金保険法等の一部を改正する法律(昭和四十八年法律第九十二号)以下「法律第九十二号」という。附則第二十二條第一項に規定する厚生年金保険法(昭和二十九法律第九十五号)による年金たる保険給付、船員保険法(昭和十四年法律第七十三号)による年金たる

保険給付及び国民年金法による年金たる給付については、政府は、昭和五十六年度の同項に規定する物価指数が昭和五十五年度の同項に規定する物価指数の百分の百を超え百分の百五以下となるに至つた場合においては、その上昇した比率を基準として、昭和五十七年七月(国民年金法による年金たる給付にあつては、同年八月)以降の当該年金たる保険給付又は年金たる給付の額を改定する措置を講じなければならない。

2 前項の規定による措置は、政令で定める。

3 前二項の規定により年金たる保険給付又は年金たる給付の額を改定する措置が講ぜられたときは、法律第九十二号附則第二十二條第一項及び厚生年金保険法等の一部を改正する法律(昭和五十五年法律第八十二号)附則第五十三條第一項の規定により読み替へられた国民年金法第八十七條第三項の規定の適用については、法律第九十二号附則第二十二條の規定による年金たる保険給付又は年金たる給付の額を改定する措置が講ぜられたものとみなす。

4 第一項及び第二項の規定による年金たる保険給付又は年金たる給付の額を改定する措置は、次に掲げる法律の規定の適用については、法律第九十二号附則第二十二條の規定による年金たる保険給付又は年金たる給付の額を改定する措

置は、法律第九十二号附則第二十二條の規定による年金たる保険給付又は年金たる給付の額を改定する措

置とみなす。

一、昭和四十二年以後における国家公務員共済組合等からの年金の額の改定に関する法律等の一部を改正する法律（昭和四十九年法律第九十四号）附則第十条

二、昭和四十二年以後における地方公務員等共済組合法の年金の額の改定等に関する法律等の一部を改正する法律（昭和四十九年法律第九十五号）附則第十五条

三、農林漁業団体職員共済組合法等の一部を改正する法律（昭和四十九年法律第九十六号）附則第十一条

四、昭和四十二年以後における公共企業体職員等共済組合法に規定する共済組合が支給する年金の額の改定に関する法律及び公共企業体職員等共済組合法の一部を改正する法律（昭和四十九年法律第九十七号）附則第四条

五、昭和四十四年度以後における私立学校教職員共済組合からの年金の額の改定に関する法律等の一部を改正する法律（昭和四十九年法律第九十九号）附則第十三条

六、農業者年金基金法（昭和四十五年法律第七十八号）附則第十条の二

四月二十三日日本委員会に左の案件が付託された。

一、労災年金と他の年金との完全併給に関する請願（第三〇九二号）

一、旧旧労災被災者に現行労災法適用に関する請願（第三〇九三号）

一、身障者雇用に関する請願（第三〇九四号）

一、老人医療費の有料化反対等に関する請願（第三一〇一号）

一、適正な診療報酬の引上げ等に関する請願（第三一〇二号）

一、老人保健医療制度の改善に関する請願（第三一〇三号）

一、原子爆弾被爆者等の援護法制定に関する請願

願（第三一〇四号）

一、婦人の権利と生活の保障等に関する請願（第三一〇五号）

一、老人保健医療制度の改善に関する請願（第三一〇六号）

一、老人医療費有料化反対等に関する請願（第三一〇七号）

一、婦人の権利と生活の保障等に関する請願（第三一〇八号）

一、老人医療費の有料化反対等に関する請願（第三一一〇号）

一、木材不況に伴う港湾労働者の雇用安定の確保に関する請願（第三一一八号）

一、老人保健法案反対に関する請願（第三一二〇号）

一、社会保障、社会福祉予算の増額に関する請願（第三一二三号）

一、厚生年金等各種年金の引下げ反対等に関する請願（第三一二四号）

一、自動車交通労働者の労働条件改善に関する請願（第三一二五号）

一、老人医療費の有料化反対等に関する請願（第三一二六号）

一、老人医療の有料化、年金スライドの実施時期延期反対に関する請願（第三一二七号）

一、老人医療の有料化反対等に関する請願（第三一三八号）

一、ハイヤー、タクシー事業における労働条件改善に関する請願（第三二四五号）

一、身体障害者に対する福祉行政に関する請願（第三二五一号）

一、労働者災害補償保険法改善に関する請願（第三二五二号）

一、年金の官民格差是正に関する請願（第三二五三号）

一、老人保健法案反対、医療・保健・福祉の拡充改善に関する請願（第三二五四号）

一、老人医療有料化反対等に関する請願（第三二五五号）

一、個室付浴場業（トルコ風呂）をなくすため公衆浴場法の一部改正に関する請願（第三二五六号）

一、国立腎センター設立に関する請願（第三二六二号）

一、老人保健医療制度の改善に関する請願（第三二七四号）（第三二七七号）（第三二七八号）（第三二八〇号）（第三二八二号）（第三二八八号）（第三二八九号）

一、老人医療有料化反対等に関する請願（第三二九〇号）

一、個室付浴場業（トルコ風呂）をなくすため公衆浴場法の一部改正に関する請願（第三二九一号）

一、老人保健法案反対に関する請願（第三二九五号）

一、老人保健医療制度の改善に関する請願（第三二九六号）

一、脊髄損傷（二分脊椎）症児者の医療の充実と改善に関する請願（第三二九七号）

一、老人保健医療制度の改善に関する請願（第三三〇八号）（第三三〇九号）（第三三一〇号）

一、老人医療有料化反対等に関する請願（第三三一一号）

一、老人医療費の有料化反対等に関する請願（第三三二二八号）

一、老人保健医療制度の改善に関する請願（第三三二二九号）（第三三三〇号）（第三三三一号）（第三三三二号）

一、老人医療費の有料化反対等に関する請願（第三三三七号）（第三三三八号）

一、老人保健医療制度の改善に関する請願（第三三三九号）（第三三四〇号）

一、個室付浴場業（トルコ風呂）をなくすため公衆浴場法の一部改正に関する請願（第三三四一号）

一、老人保健医療制度の改善に関する請願（第三三四四号）

一、重度戦傷病者と妻の援護に関する請願（第三三四五号）

（第三四五号）

一、中国残留孤児対策強化に関する請願（第三二四六号）

一、指圧師法制定に関する請願（第三二四七号）

一、重度戦傷病者と妻の援護に関する請願（第三二五二号）（第三二五三号）（第三二五四号）（第三二五七号）

一、労働者災害補償保険法改善に関する請願（第三二五八号）

一、労災年金と他の年金との完全併給に関する請願（第三二五九号）

一、旧旧労災被災者に現行労災法適用に関する請願（第三二六〇号）

一、労災年金の最低給付に関する請願（第三二六一号）

一、福祉手当増額支給に関する請願（第三二六二号）

一、身体障害者の無年金者救済に関する請願（第三二六三二号）

一、年金の官民格差是正に関する請願（第三二六四号）

一、福祉年金の所得制限廃止に関する請願（第三二六五号）

一、労災者遺族年金に遺族年金に関する請願（第三二六六号）

一、在宅重度障害者の介護料に関する請願（第三二六七号）

一、重度障害者の終身養育施設に関する請願（第三二六八号）

一、身障者雇用に関する請願（第三二六九号）

一、在宅重度障害者の暖房費に関する請願（第三二七〇号）

一、労災重度被災者の暖房費支給に関する請願（第三二七一号）

一、ハイヤー、タクシー事業における労働条件改善に関する請願（第三二八〇号）

一、老人医療費の有料化反対等に関する請願（第三二八六号）（第三二八七号）

一、老人保健医療制度の改善に関する請願(第三二八八号)(第三二八九号)(第三二九〇号) (第三二九一号)(第三二九二号) 一、個室付浴場業(トルコ風呂)をなくすため公衆浴場法の一部改正に関する請願(第三二九五号) 一、老人医療費の有料化反対等に関する請願(第三二九八号) 一、老人保健医療制度の改善に関する請願(第三二九九号) 一、老人医療費の有料化反対等に関する請願(第三三〇二号) 一、老人保健医療制度の改善に関する請願(第三三〇三号) 一、個室付浴場業(トルコ風呂)をなくすため公衆浴場法の一部改正に関する請願(第三三〇四号) 一、老人医療費の有料化反対等に関する請願(第三三〇六号) 一、老人保健医療制度の改善に関する請願(第三三〇九号)(第三三一〇号) 一、老人保健法案反対に関する請願(第三三一一号) 一、療術の制度化促進に関する請願(第三三一七号) 一、重度戦傷病者と妻の援護に関する請願(第三三一八号) 第三〇九二号 昭和五十七年四月九日受理 労災年金と他の年金との完全併給に関する請願 請願者 横浜市戸塚区原宿町九五〇県営原宿団地三ノ一〇一 長谷山与一 紹介議員 宮本 顕治君 この請願の趣旨は、第九四三号と同じである。	紹介議員 宮本 顕治君 この請願の趣旨は、第九四四号と同じである。 第三〇九四号 昭和五十七年四月九日受理 身障者雇用に関する請願 請願者 横浜市戸塚区原宿町九五〇県営原宿団地三ノ一〇一 長谷山与一 紹介議員 宮本 顕治君 この請願の趣旨は、第九五三号と同じである。 第三二〇一号 昭和五十七年四月九日受理 老人医療費の有料化反対等に関する請願 請願者 東京都練馬区貫井一ノ四七ノ一 青木由友 外二千四百二十三名 紹介議員 沓脱タケ子君 この請願の趣旨は、第六七五号と同じである。 第三二〇二号 昭和五十七年四月九日受理 適正な診療報酬の引上げ等に関する請願 請願者 岐阜市大洞柏台 西山和子 外六十名 紹介議員 沓脱タケ子君 この請願の趣旨は、第六八七号と同じである。 第三二〇三号 昭和五十七年四月九日受理 老人保健医療制度の改善に関する請願 請願者 神奈川県川崎市中原区小磯九九一 添田吉治 外二十三名 紹介議員 小山 一平君 この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。 第三二〇四号 昭和五十七年四月九日受理 原子爆弾被害者等の援護法制定に関する請願 請願者 山形市城西町二ノ六ノ二 推名操 外七百六十四名 紹介議員 山田 勇君 この請願の趣旨は、第二五九九号と同じである。 第三二〇五号 昭和五十七年四月九日受理	婦人の権利と生活の保障等に関する請願 請願者 大阪市住吉区帝塚山東五ノ一一ノ四 吉岡富美栄 外二千九百九十九名 紹介議員 沓脱タケ子君 この請願の趣旨は、第二八七九号と同じである。 第三二〇六号 昭和五十七年四月九日受理 老人保健医療制度の改善に関する請願 請願者 東京都八王子市美山町八二ノ六 西村利夫 外千四百四十九名 紹介議員 山中 郁子君 この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。 第三二〇七号 昭和五十七年四月九日受理 老人医療費の有料化反対等に関する請願 請願者 横浜市金沢区平沼町一五ノ一三 青木義一 外二千六百九十三名 紹介議員 山中 郁子君 この請願の趣旨は、第一一〇二号と同じである。 第三二〇八号 昭和五十七年四月九日受理 婦人の権利と生活の保障等に関する請願 請願者 大阪府泉大津市豊中五三〇ノ二 河田教雄 外四百九十九名 紹介議員 山中 郁子君 この請願の趣旨は、第二八七九号と同じである。 第三二一〇号 昭和五十七年四月九日受理 老人医療費の有料化反対等に関する請願 請願者 茨城県水戸市大町三ノ二ノ三七 吉岡茂 外百三十二名 紹介議員 山中 郁子君 この請願の趣旨は、第六七五号と同じである。 第三二一八号 昭和五十七年四月九日受理 木材不況に伴う港湾労働者の雇用安定の確保に関する請願 請願者 新潟市学校町通一番町六〇二新潟	県議会内 加賀田二四夫 紹介議員 長谷川 信君 我が国経済、貿易活動の発展を図るうえで港湾機能の果たす役割は重大であり、このため国家政策の重要な一環として数次の港湾整備計画に基づく膨大な公共投資が行われている。また、港湾運送事業及び港湾労働者は地域経済あるいは背後経済圏の振興はもとより我が国貿易の発展に大いに寄与している。しかしながら近年住宅建設の不振等による木材不況に伴い木材関係港湾運送事業は深刻な業績の悪化をきたし、企業倒産、事業縮小が相次ぐ危機的な状況にあるため、木材関係港湾労働者の雇用情勢は最悪の状態を呈している。よって、木材不況に伴う港湾労働者の雇用安定を確保するため緊急の特別措置を講ずるよう強く要望する。	第三二二〇号 昭和五十七年四月九日受理 老人保健法案反対に関する請願 請願者 名古屋市中区和区小坂町二ノ一七 田中照男 外五百名 紹介議員 山中 郁子君 この請願の趣旨は、第五八三号と同じである。 第三二二三号 昭和五十七年四月十二日受理 社会保障、社会福祉予算の増額に関する請願(三通) 請願者 京都市西京区松尾木ノ曾町 小寺 正 外三千九名 紹介議員 村沢 牧君 この請願の趣旨は、第一五八号と同じである。 第三二三四号 昭和五十七年四月十二日受理 厚生年金等各種年金の引下げ反対等に関する請願 請願者 島根県出雲市中野町六九二ノ二五 諏訪迎重次 外八百四十名 紹介議員 村沢 牧君 この請願の趣旨は、第四六二号と同じである。
--	--	--	---	--

第三一三五号 昭和五十七年四月十二日受理
自動車交通労働者の労働条件改善に関する請願
請願者 埼玉県春日部市本町一ノ八一
小松次夫 外三百八十名
紹介議員 村沢 牧君
この請願の趣旨は、第四六三号と同じである。

第三一三六号 昭和五十七年四月十二日受理
老人医療費の無料化反対等に関する請願
請願者 和歌山県田辺市稲成町四五一ノ二
楠本盛雄 外九十名
紹介議員 村沢 牧君
この請願の趣旨は、第六七五号と同じである。

第三一三七号 昭和五十七年四月十二日受理
老人医療の無料化、年金スライドの実施時期延期
反対に関する請願
請願者 埼玉県浦和市瀬ヶ崎二七二ノ四
新井英夫 外三十名
紹介議員 村沢 牧君
この請願の趣旨は、第一一六九号と同じである。

第三一三八号 昭和五十七年四月十二日受理
老人医療の無料化反対等に関する請願
請願者 山口県防府市西浦二、〇九六ノ三
青木義昭 外百十名
紹介議員 村沢 牧君
この請願の趣旨は、第一五五四号と同じである。

第三二四四号 昭和五十七年四月十二日受理
ハイヤー、タクシー事業における労働条件改善に
関する請願
請願者 東京都町田市本町二、五七七
服部光史 外三百三十三名
紹介議員 青島 幸男君
ハイタク関係労働組合は、全国自動車交通労働組
合総連合会(自交総連)を先頭に、労働者の労働諸
条件の改善、ハイタク事業の公共的責務の完遂に
向けて、努力を続けてきた。しかし、ハイタク経

営者間には、違法不当行為が多発しており、加え
て、企業間競争激化の情勢は、こうした矛盾を一
層拡大している。ついては、ハイタク事業の社会
的役割を果たすうえでの重大な障害を除き事態改
善の実効を確保するための施策の一環として、次
の事項について実現を図られたい。
一、ハイタク運転者の技能・経験等法令に定める
要件と、有害、危険業務といえる労働実態に相
応した最低賃金額を早急に確定するための適切
な措置をとること。
二、賃金の一部あるいは全部に出来高払い制をと
っているすべての事業場において、昭和二十二
年発基第一七号、また、昭和二十五年基改第四
一九六号通達に基づく保障給を確立すること。
三、労働時間短縮の実効をあげるためすべてのハ
イタク事業場における三六協定を各監督署にお
いて公表するか、少なくとも自由に閲覧させる
措置をとること。
四、ハイタク事業場における法令違反事件多発の
現状にかんがみ、行政指導、監督の重点項目を
定め、一斉監督のうえ、該当項目違反を厳重処
分とすること。

第三二五二号 昭和五十七年四月十二日受理
労働者災害補償保険法改善に関する請願
請願者 横浜市戸塚区原宿町九五〇県宮原
宿団地三ノ一〇一 長谷山与一
紹介議員 宮本 顕治君
この請願の趣旨は、第九四二号と同じである。

第三二五三号 昭和五十七年四月十二日受理
年金の官民格差是正に関する請願
請願者 宿団地三ノ一〇一 長谷山与一
紹介議員 宮本 顕治君
この請願の趣旨は、第九四二号と同じである。

第三二五五号 昭和五十七年四月十二日受理
老人医療の無料化反対等に関する請願
請願者 埼玉県川口市並木一ノ二ノ八 関
根つる 外五十七名
紹介議員 柏谷 照美君
この請願の趣旨は、第一一〇二号と同じである。

第三二五六号 昭和五十七年四月十二日受理
個室付浴場業(トルコ風呂)をなくすため公衆浴
場法の一部改正に関する請願
請願者 東京都町田市玉川学園八ノ二四ノ
一七 上西隆男 外十四名
紹介議員 柏谷 照美君
この請願の趣旨は、第一八二三号と同じである。

第三二六二号 昭和五十七年四月十二日受理
国立腎センター設立に関する請願
請願者 石川県金沢市高島一ノ一六一ノ一
伊勢路栄作
紹介議員 安田 隆明君
腎炎・ネフローゼの原因の究明と治療法の確立、
並びに治療機関として、「国立腎センター」を早急
に開設されたい。

第三二七八号 昭和五十七年四月十三日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願
請願者 埼玉県入間郡日高町下高萩新田一
二八ノ八七 岩月行雄 外五名
紹介議員 宮本 顕治君
この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三二八〇号 昭和五十七年四月十三日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願(二通)
請願者 埼玉県所沢市北所沢町一、九九二
ノ九 中島計司 外一名
紹介議員 美濃部亮吉君

請願者 横浜市戸塚区原宿町九五〇県宮原
宿団地三ノ一〇一 長谷山与一
紹介議員 宮本 顕治君
この請願の趣旨は、第九四八号と同じである。

第三二五四号 昭和五十七年四月十二日受理
老人保健法反対、医療・保健・福祉の拡充改善
に関する請願
請願者 名古屋市中区丸の内三ノ一〇ノ四
名古屋交通労働組合内 中島高士
外六十一名
紹介議員 柏谷 照美君
この請願の趣旨は、第九六四号と同じである。

第三二五五号 昭和五十七年四月十二日受理
老人医療の無料化反対等に関する請願
請願者 埼玉県川口市並木一ノ二ノ八 関
根つる 外五十七名
紹介議員 柏谷 照美君
この請願の趣旨は、第一一〇二号と同じである。

第三二五六号 昭和五十七年四月十二日受理
個室付浴場業(トルコ風呂)をなくすため公衆浴
場法の一部改正に関する請願
請願者 東京都町田市玉川学園八ノ二四ノ
一七 上西隆男 外十四名
紹介議員 柏谷 照美君
この請願の趣旨は、第一八二三号と同じである。

第三二六二号 昭和五十七年四月十二日受理
国立腎センター設立に関する請願
請願者 石川県金沢市高島一ノ一六一ノ一
伊勢路栄作
紹介議員 安田 隆明君
腎炎・ネフローゼの原因の究明と治療法の確立、
並びに治療機関として、「国立腎センター」を早急
に開設されたい。

第三二七八号 昭和五十七年四月十三日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願
請願者 埼玉県入間郡日高町下高萩新田一
二八ノ八七 岩月行雄 外五名
紹介議員 宮本 顕治君
この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三二八〇号 昭和五十七年四月十三日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願(二通)
請願者 埼玉県所沢市北所沢町一、九九二
ノ九 中島計司 外一名
紹介議員 美濃部亮吉君

病気で、五年・十年・あるいは一生という極めて
長期間の療養を必要とするばかりでなく、いつ悪
化して死亡するか分からぬ難病である。この病氣
は、戦後、幼児・児童・生徒の間に急激に増え続
け、長期欠席児童の第一位を占めており、学齢期
にある子どもたちは、病院で家庭で、不安と焦燥
の苦しい毎日を送っている。また、このよう
な子を持つ親の精神的苦悩と経済的負担は、想像
に絶するものがある。しかも、この病氣の原因が
不明であるうえ、治療法も確立されておらず、い
つ治るとも分からない、全く不安な状態に放置さ
れている。

第三二七四号 昭和五十七年四月十三日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願
請願者 東京都町田市山崎町八七〇都宮山
崎二ノ五〇四 間野恒
紹介議員 和田 静夫君
この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三二七七号 昭和五十七年四月十三日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願(二通)
請願者 千葉県船橋市飯山満町三ノ一、七
二〇ノ二〇 渋谷廣志 外五名
紹介議員 佐藤 三吾君
この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三二七八号 昭和五十七年四月十三日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願
請願者 埼玉県入間郡日高町下高萩新田一
二八ノ八七 岩月行雄 外五名
紹介議員 宮本 顕治君
この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三二八〇号 昭和五十七年四月十三日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願(二通)
請願者 埼玉県所沢市北所沢町一、九九二
ノ九 中島計司 外一名
紹介議員 美濃部亮吉君

第三二八〇号 昭和五十七年四月十三日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願(二通)
請願者 埼玉県所沢市北所沢町一、九九二
ノ九 中島計司 外一名
紹介議員 美濃部亮吉君

第三二八〇号 昭和五十七年四月十三日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願(二通)
請願者 埼玉県所沢市北所沢町一、九九二
ノ九 中島計司 外一名
紹介議員 美濃部亮吉君

第三二八〇号 昭和五十七年四月十三日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願(二通)
請願者 埼玉県所沢市北所沢町一、九九二
ノ九 中島計司 外一名
紹介議員 美濃部亮吉君

第三二八〇号 昭和五十七年四月十三日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願(二通)
請願者 埼玉県所沢市北所沢町一、九九二
ノ九 中島計司 外一名
紹介議員 美濃部亮吉君

第三二八〇号 昭和五十七年四月十三日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願(二通)
請願者 埼玉県所沢市北所沢町一、九九二
ノ九 中島計司 外一名
紹介議員 美濃部亮吉君

この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三二八二号 昭和五十七年四月十三日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願
請願者 東京都台東区下谷一ノ二二ノ九
吉田徳吉 外二百三十二名

この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三二八八号 昭和五十七年四月十三日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願(二通)
請願者 東京都練馬区旭町二ノ二四ノ二七
工藤千代雄 外六名

この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三二八九号 昭和五十七年四月十三日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願
請願者 東京都墨田区立花三ノ九八 桜井健次

この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三二九〇号 昭和五十七年四月十三日受理
老人医療有料化反対等に関する請願
請願者 埼玉県川口市江戸袋一、〇四五
島田哲雄 外三百七十四名

この請願の趣旨は、第一一〇二号と同じである。

第三二九一号 昭和五十七年四月十三日受理
個室付浴場業(トルコ風呂)をなくすため公衆浴場法の一部改正に関する請願
請願者 岡山市磨屋町九ノ五 平松三枝 外十四名

この請願の趣旨は、第一八二三号と同じである。

第三二九五号 昭和五十七年四月十三日受理

老人保健法案反対に関する請願
請願者 福島市新浜町五ノ二七 渡辺栄子 外千五百六十二名

この請願の趣旨は、第五八三三号と同じである。

第三一九六号 昭和五十七年四月十三日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願
請願者 東京都板橋区小茂根三ノ六ノ二五
ノ二〇三 古山頼利 外四名

この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三一九七号 昭和五十七年四月十三日受理
脊椎捻挫(二分脊椎)症児者の医療の充実と改善に関する請願
請願者 大阪府東区鳴野西五ノ一ノ二ノ七〇五全国脊椎捻挫(二分脊椎)症児者を守る会内 正中利江 外二千五百六十七名

この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三二〇八号 昭和五十七年四月十四日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願
請願者 埼玉県入間郡日高町中沢五六八ノ一 星竹義 外五名

この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三二〇九号 昭和五十七年四月十四日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願
請願者 愛媛県周桑郡丹原町古田甲一、三 七二ノ一 森顕男 外百五十四名

この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

れ、脊椎や水頭症の手術については、患者負担が大幅に軽減されたが、成人の場合はこの制度の適用が受けられず、また、膀胱、腎臓障害の通院治療については、なんの制度も設けられていない。ついでに、本症の原因究明とともに、治療法の確立のため、系統的、総合的対策を早期に確立するよう次の事項の実現を図らねばならない。

一、脊椎捻挫(二分脊椎)症を難病対策の対象疾病に指定すること。また、現在成人の本症者も多くなりつつあるので更生医療の適用を制度化すること。

二、本症の実態調査と原因の究明をすること。

三、地域ごとにあるいは、国公立の医療機関のなかに本症のための総合医療機関を設置すること。

四、本症の内部疾患(腎臓障害、排尿障害等)を重視し、身障手帳の基準を見直し、大幅に拡大すること。

五、本症の尿失禁コントロールのための電気治療器具(ユーコン)を健康保険の適用対象とすること。

六、日常生活用具の風呂設置については、現在学童以上となっているが、本症の場合、乳幼児にも特に認めること。

第三二〇八号 昭和五十七年四月十四日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願
請願者 埼玉県入間郡日高町中沢五六八ノ一 星竹義 外五名

この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三二〇九号 昭和五十七年四月十四日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願
請願者 愛媛県周桑郡丹原町古田甲一、三 七二ノ一 森顕男 外百五十四名

この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三二一〇号 昭和五十七年四月十四日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願
請願者 東京都葛飾区西水元五ノ六ノ七 金子弘 外七名

この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三二一一号 昭和五十七年四月十四日受理
老人医療有料化反対等に関する請願(二通)
請願者 埼玉県川口市源左衛門新田三〇〇ノ一三〇 長沢玲子 外二千二百二十六名

この請願の趣旨は、第一一〇二号と同じである。

第三二二八号 昭和五十七年四月十四日受理
老人医療有料化反対等に関する請願
請願者 高知市城山町一七四ノ二六 横山実 外三十四名

この請願の趣旨は、第六七五号と同じである。

第三二二九号 昭和五十七年四月十四日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願
請願者 神奈川県津久井郡藤野町吉野八七五ノ一 塩沢幸一 外四十九名

この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三二三〇号 昭和五十七年四月十四日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願
請願者 東京都保谷市東町四ノ一ノ一七 狩野とみ子 外二十一一名

この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三二三一号 昭和五十七年四月十四日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願
請願者 東京都北区滝野川三ノ六三ノ三ノ

四〇三 植竹久男 外五名

紹介議員 松前 達郎君

この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三三三二号 昭和五十七年四月十四日受理

老人保健医療制度の改善に関する請願

請願者 横浜市港北区東山田町一、八三二
山本治夫 外八十四名

紹介議員 安恒 良一君

この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三三三七号 昭和五十七年四月十四日受理

老人医療費の有料化反対等に関する請願

請願者 東京都清瀬市竹丘二ノ七ノ二三ノ
四 原功 外七十三名

紹介議員 対馬 孝且君

この請願の趣旨は、第六七五号と同じである。

第三三三八号 昭和五十七年四月十四日受理

老人医療費の有料化反対等に関する請願

請願者 熊本県菊池郡西合志町野々島五、
一六九 谷深 外百名

紹介議員 丸谷 金保君

この請願の趣旨は、第六七五号と同じである。

第三三三九号 昭和五十七年四月十四日受理

老人保健医療制度の改善に関する請願

請願者 横浜市神奈川区神奈川一ノ五ノ四
西田治夫 外二百二十七名

紹介議員 丸谷 金保君

この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三二四〇号 昭和五十七年四月十四日受理

老人保健医療制度の改善に関する請願 (二通)

請願者 東京都葛飾区柴又六ノ一六ノ一
土井勇夫 外百三十八名

紹介議員 対馬 孝且君

この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三二四一号 昭和五十七年四月十四日受理

個室付浴場業(トルコ風呂)をなくすため公衆浴
場法の一部改正に関する請願

請願者 沖縄県名護市名護六、五一四ノ五
岸本安神 外七十五名

紹介議員 喜屋武眞榮君

この請願の趣旨は、第一八二三号と同じである。

第三二四四号 昭和五十七年四月十四日受理

老人保健医療制度の改善に関する請願

請願者 福岡県大牟田市宮山町五七 石原
富男 外百七十五名

紹介議員 山田 譲君

この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三二四五号 昭和五十七年四月十四日受理

重度戦傷病者とその妻の援護に関する請願

請願者 岡山県真庭郡新庄村 且育郎

紹介議員 加藤 武徳君

一、重度戦傷病者は、重度障害者を妻としている
者が少なくない。不自由の身をもつて長年、複
雑困難な夫の介護に尽くした苦勞を認め、受給
者死亡後その妻に対し、遺族扶助料と障害福祉
年金に特例を設けて、引き続き公的年金を併給
すること。

二、最近、補装具の改善は著しいものがあるが、
重度戦傷病者にもこの近代的な効率のよい補装
具を支給すること。

第三二四六号 昭和五十七年四月十四日受理

中国残留孤児対策強化に関する請願

請願者 熊本県肥後郡那珂町九一四 幸
山繁信

紹介議員 田代由紀男君

中国に残留している日本人孤児対策については、
国民世論の高まりとともに、国においても、対策
を推進しているが、この問題について、昭和五十
七年一月一日現在の公式調査によると、調査依頼
のあつた者の数は千三百九十八人となっており、

身元が判明した者は四百九十人、その後の訪日調
査等で身元判明者が増加しているが、それでもな
お八百七十人の者が、肉親の消息すら判明せず、
望郷の念を募らせている。これは、公式の発表で
あり、非公式な数は、推定の域を脱しないが、約
五千人を超すものといわれている。国の計画によ
ると、来年度は、本年の六十人の倍数に当たる百
二十人の肉親捜しを具体的に計画しているが、公
式発表の数字を消化するだけでも六年以上の歳月
を要する。戦後三十七年、これ以上の延伸は、本
人はもとより肉親の年齢等を考えあわせると、死
亡等により肉親捜しをますます困難なものとす
ることが考えられる。また、無事に肉親と面接でき
た者も、生活習慣の相違等により傷心の心を送る
者もなしとしない現況である。よつて、中国残留
孤児問題については、この問題の解決なくして日
本の戦後は終わらないという現状認識に立ち、次
の措置をとり中国残留孤児対策を更に強化するよ
う強く要望する。

一、船舶等により大量帰国を促進すること。

二、帰国後は、肉親の有無にかかわらず、家屋、
職業等について特段の配慮を払い、独立して生
計が維持できるよう取り計らうこと。

第三二四七号 昭和五十七年四月十四日受理

指圧師法制定に関する請願

請願者 東京都文京区小石川二ノ一五ノ六
浪越徳治郎 外千名

紹介議員 植木 光教君

あん摩と、マッサージと、指圧は、その発達過程
も、施術方法も異なり、それぞれ独自性を持つも
のである。この異なる手技三法を混同してあん摩
マッサージ指圧師法と称した法律名のため、そ
れぞれの独自性を失い、一般大衆はその選択に混
迷し、指圧師の養成にも大きな支障をきたしてい
る。この現行法では、指圧師を希望する者にも、
指圧に必要な、あん摩マッサージを無理に習
得させ、免許も、あん摩マッサージ指圧師免許が
交付されているが、指圧師を希望する者について

は、指圧師に必要な科目だけを習得させ、免許も
指圧師免許を交付すべきである。このことは、指
圧師の身分を確立するのみではなく、国民大衆の
健康保護に大きな影響を及ぼすものである。つい
ては、指圧師のために指圧師法を制定された
い。

第三二五二号 昭和五十七年四月十四日受理

重度戦傷病者とその妻の援護に関する請願

請願者 山形県新庄市上西村四〇二 海老
名金蔵

紹介議員 安孫子藤吉君

この請願の趣旨は、第三二四五号と同じである。

第三二五三号 昭和五十七年四月十四日受理

重度戦傷病者とその妻の援護に関する請願 (二通)

請願者 埼玉県行田市谷郷一ノ一三ノ二九
園部雅一 外一名

紹介議員 土屋 義彦君

この請願の趣旨は、第三二四五号と同じである。

第三二五四号 昭和五十七年四月十四日受理

重度戦傷病者とその妻の援護に関する請願

請願者 広島県豊田郡豊町御手洗 有馬忠
弘君

紹介議員 宮澤 弘君

この請願の趣旨は、第三二四五号と同じである。

第三二五七号 昭和五十七年四月十四日受理

身体障害者に対する福祉行政に関する請願

請願者 石川県江沼郡山中町上野町 小谷
内俊次

紹介議員 安田 隆明君

この請願の趣旨は、第九四一号と同じである。

第三二五八号 昭和五十七年四月十四日受理

労働者災害補償保険法改善に関する請願

請願者 石川県江沼郡山中町上野町 小谷
内俊次

紹介議員 安田 隆明君

この請願の趣旨は、第九四一号と同じである。

この請願の趣旨は、第九四二号と同じである。

第三二五九号 昭和五十七年四月十四日受理
労災年金と他の年金との完全併給に関する請願
請願者 石川県江沼郡山中町上野町 小谷 内俊次

紹介議員 安田 隆明君
この請願の趣旨は、第九四三号と同じである。

第三二六〇号 昭和五十七年四月十四日受理
旧労災被災者に現行労災法適用に関する請願
請願者 石川県江沼郡山中町上野町 小谷 内俊次

紹介議員 安田 隆明君
この請願の趣旨は、第九四四号と同じである。

第三二六一号 昭和五十七年四月十四日受理
労災年金の最低給付に関する請願
請願者 石川県江沼郡山中町上野町 小谷 内俊次

紹介議員 安田 隆明君
この請願の趣旨は、第九四五号と同じである。

第三二六二号 昭和五十七年四月十四日受理
福祉手当増額支給に関する請願
請願者 石川県江沼郡山中町上野町 小谷 内俊次

紹介議員 安田 隆明君
この請願の趣旨は、第九四六号と同じである。

第三二六三号 昭和五十七年四月十四日受理
身体障害者の無年金者救済に関する請願
請願者 石川県江沼郡山中町上野町 小谷 内俊次

紹介議員 安田 隆明君
この請願の趣旨は、第九四七号と同じである。

第三二六四号 昭和五十七年四月十四日受理
年金の官民格差是正に関する請願

請願者 石川県江沼郡山中町上野町 小谷 内俊次

紹介議員 安田 隆明君
この請願の趣旨は、第九四八号と同じである。

第三二六五号 昭和五十七年四月十四日受理
福祉年金の所得制限廃止に関する請願
請願者 石川県江沼郡山中町上野町 小谷 内俊次

紹介議員 安田 隆明君
この請願の趣旨は、第九四九号と同じである。

第三二六六号 昭和五十七年四月十四日受理
労災脊髄損傷者と遺族年金に関する請願
請願者 石川県江沼郡山中町上野町 小谷 内俊次

紹介議員 安田 隆明君
この請願の趣旨は、第九五〇号と同じである。

第三二六七号 昭和五十七年四月十四日受理
在宅重度障害者の介護料に関する請願
請願者 石川県江沼郡山中町上野町 小谷 内俊次

紹介議員 安田 隆明君
この請願の趣旨は、第九五一号と同じである。

第三二六八号 昭和五十七年四月十四日受理
重度障害者の終身保養所設置に関する請願
請願者 石川県江沼郡山中町上野町 小谷 内俊次

紹介議員 安田 隆明君
この請願の趣旨は、第九五二号と同じである。

第三二六九号 昭和五十七年四月十四日受理
身障者雇用に関する請願
請願者 石川県江沼郡山中町上野町 小谷 内俊次

紹介議員 安田 隆明君

この請願の趣旨は、第九五三号と同じである。

第三二七〇号 昭和五十七年四月十四日受理
在宅重度障害者の暖房費に関する請願
請願者 石川県江沼郡山中町上野町 小谷 内俊次

紹介議員 安田 隆明君
この請願の趣旨は、第九五四号と同じである。

第三二七一号 昭和五十七年四月十四日受理
労災重度被災者の暖房費支給に関する請願
請願者 石川県江沼郡山中町上野町 小谷 内俊次

紹介議員 安田 隆明君
この請願の趣旨は、第九五五号と同じである。

第三二八〇号 昭和五十七年四月十四日受理
ハイヤー、タクシー事業における労働条件改善に関する請願
請願者 東京都目黒区駒場一ノ七ノ二 福田ふみ子 外九百九十九名

紹介議員 中山 千夏君
この請願の趣旨は、第三一四五号と同じである。

第三二八六号 昭和五十七年四月十五日受理
老人医療費の有料化反対等に関する請願
請願者 青森市古川一ノ四ノ六 高橋美智子 外三百十名

紹介議員 大木 正吾君
この請願の趣旨は、第六七五号と同じである。

第三二八七号 昭和五十七年四月十五日受理
老人医療費の有料化反対等に関する請願
請願者 長野市青木島町大塚一、五六二ノ三 倉島文雄 外五十八名

紹介議員 瀬谷 英行君
この請願の趣旨は、第六七五号と同じである。

第三二八八号 昭和五十七年四月十五日受理

老人保健医療制度の改善に関する請願
請願者 東京都渋谷区富ヶ谷二ノ三ノ一 五 野口洋子 外五名

紹介議員 龜山 篤君
この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三二八九号 昭和五十七年四月十五日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願（二通）
請願者 島根県平田市平田町 恩田秀夫 外四十六名

紹介議員 大木 正吾君
この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三二九〇号 昭和五十七年四月十五日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願
請願者 神奈川県津久井郡津久井町又野六 五七 梅本敬二 外六千名

紹介議員 瀬谷 英行君
この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三二九一号 昭和五十七年四月十五日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願
請願者 横浜市中区中村町四ノ二七五ノ一 多田今朝子 外三十四名

紹介議員 松前 達郎君
この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三二九二号 昭和五十七年四月十五日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願
請願者 横浜市中区陸町一ノ六ノ一〇 尾 高英男 外百九十名

紹介議員 山崎 昇君
この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三二九五号 昭和五十七年四月十五日受理
個室付浴場（トルコ風呂）をなくすため公衆浴場法の一部改正に関する請願
請願者 名古屋市中区天白町八事御幸山 二三ノ三 中宮早苗 外十四名

紹介議員 田中寿美子君
この請願の趣旨は、第一八二三号と同じである。

第三二九八号 昭和五十七年四月十五日受理
老人医療費の有料化反対等に関する請願
請願者 札幌市南区白川一、八一四 小島
則夫 外百五十九名

紹介議員 小谷 守君
この請願の趣旨は、第六七五号と同じである。

第三二九九号 昭和五十七年四月十五日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願
請願者 島根県益田市染羽町五ノ六〇 松
木稔 外九十五名

紹介議員 小谷 守君
この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三三〇二号 昭和五十七年四月十五日受理
老人医療費の有料化反対等に関する請願(二通)
請願者 佐賀県唐津市久里 長谷川シナ
外二百九十五名

紹介議員 阿具根 登君
この請願の趣旨は、第六七五号と同じである。

第三三〇三号 昭和五十七年四月十五日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願
請願者 神奈川県平塚市豊田本郷一、七五
二 亀井一郎 外九十三名

紹介議員 阿具根 登君
この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三三〇四号 昭和五十七年四月十五日受理
個室付浴場業(トルコ風呂)をなくすため公衆浴
場法の一部改正に関する請願
請願者 沖縄県中頭郡読谷村波平三ノ五
新垣秀吉 外六十名

紹介議員 喜屋武眞榮君
この請願の趣旨は、第一八二三号と同じである。

第三三〇六号 昭和五十七年四月十五日受理
老人医療費の有料化反対等に関する請願
請願者 神戸市北区有馬町四六四 丸山椿
治郎 外百九十四名

紹介議員 片岡 勝治君
この請願の趣旨は、第六七五号と同じである。

第三三〇九号 昭和五十七年四月十五日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願
請願者 川崎市川崎区小田五ノ二六ノ六
小林健 外百四十四名

紹介議員 竹田 四郎君
この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三三一〇号 昭和五十七年四月十五日受理
老人保健医療制度の改善に関する請願
請願者 東京都狛江市猪方一〇五 水崎ひ
さえ 外三名

紹介議員 野田 哲君
この請願の趣旨は、第七八四号と同じである。

第三三一一号 昭和五十七年四月十五日受理
老人保健法案反対に関する請願
請願者 愛媛県西条市氷見久保 真鍋知巳
外四十七名

紹介議員 安恒 良一君
この請願の趣旨は、第五八三号と同じである。

第三三一七号 昭和五十七年四月十五日受理
療術の制度化促進に関する請願(二通)
請願者 香川県高松市伏石町一、一六二
中井義幸 外一名

紹介議員 平井 卓志君
この請願の趣旨は、第八四号と同じである。

第三三一八号 昭和五十七年四月十五日受理
重度戦傷病者と妻の援護に関する請願
請願者 山形県東根市甲四、三三二 門脇
啓

紹介議員 安孫子藤吉君
この請願の趣旨は、第三二四五号と同じである。

第七号中正誤

多少 段行 誤 正
三二〇 すまう しまう

昭和五十七年五月十日印刷

昭和五十七年五月十一日発行

参議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局