

衆議院 社会労働委員会 議録 第七号

昭和五十九年四月十二日(木曜日)
午前十時二分開議

出席委員

委員長 有馬 元治君

理事 愛知 和男君 理事 稲垣 実男君

理事 今井 勇君 理事 丹羽 雄哉君

理事 池端 清一君 理事 村山 富市君

理事 平石磨作太郎君 理事 塩田 晋君

理事 伊吹 文明君 理事 稲村 利幸君

理事 古賀 誠君 理事 齊藤滋与史君

理事 自見庄三郎君 理事 友納 武人君

理事 中野 四郎君 理事 長野 祐也君

理事 西山敬次郎君 理事 野呂 昭彦君

理事 浜田卓二郎君 理事 藤本 孝雄君

理事 森下 元晴君 理事 網岡 雄君

理事 河野 正君 理事 多賀谷真穂君

理事 竹村 泰子君 理事 永井 孝信君

理事 森井 忠良君 理事 大橋 敏雄君

理事 沼川 洋一君 理事 橋本 文彦君

理事 森本 晃司君 理事 塚田 延充君

理事 浦井 洋君 理事 田中美智子君

理事 菅 直人君

出席國務大臣 厚生 大臣 渡部 恒三君

出席政府委員

厚生 政務次官 湯川 宏君

厚生 大臣官房長 幸田 正孝君

厚生 大臣官房審議官 新田 進治君

厚生 省公衆衛生局長 大池 眞澄君

厚生 省公衆衛生局長 水田 努君

厚生 省保健部長 竹中 浩治君

厚生 省環境衛生局長 吉崎 正義君

厚生 省医務局長 吉崎 正義君

委員外の出席者

厚生省業務局長 正木 馨君

厚生省保険局長 吉村 仁君

外務省アジア局調査官 増井 正君

国税庁直税部所得税課長 岡本 吉司君

文部省大学医学教育課長 佐藤 國雄君

厚生省環境衛生局水道環境部長 山村 勝美君

厚生省医務局指導助成課長 柳沢健一郎君

社会労働委員会調査室長 石黒 善一君

四月六日

年金の官民格差是正に関する請願(上野建一君紹介)(第二二六三号)

同(武部文君紹介)(第二二六四号)

障害福祉年金受給者の所得制限廃止に関する請願(上野建一君紹介)(第二二六五号)

同(武部文君紹介)(第二二六六号)

在宅重度障害者の暖房費支給に関する請願(上野建一君紹介)(第二二六七号)

同(武部文君紹介)(第二二六八号)

在宅重度障害者の介護料支給に関する請願(上野建一君紹介)(第二二六九号)

同(武部文君紹介)(第二二七〇号)

重度障害者の終身保養所設置に関する請願(上野建一君紹介)(第二二七一号)

同(武部文君紹介)(第二二七二号)

労災年金と厚生年金等の完全併給に関する請願(上野建一君紹介)(第二二七三号)

同(武部文君紹介)(第二二七四号)

重度身体障害者の雇用に関する請願(上野建一君紹介)(第二二七五号)

君紹介(第二二七五号)

同(武部文君紹介)(第二二七六号)

重度障害者の無年金者救済に関する請願(上野建一君紹介)(第二二七七号)

同(武部文君紹介)(第二二七八号)

労災年金の給付改善に関する請願(上野建一君紹介)(第二二七九号)

同(武部文君紹介)(第二二八〇号)

身体障害者家庭奉仕員の採用に関する請願(上野建一君紹介)(第二二八一号)

同(武部文君紹介)(第二二八二号)

国立病院における脊髄損傷者の治療に関する請願(上野建一君紹介)(第二二八三号)

同(武部文君紹介)(第二二八四号)

労災被災者の脊髄神経治療に関する請願(上野建一君紹介)(第二二八五号)

同(武部文君紹介)(第二二八六号)

労災被災者の介護料に関する請願(上野建一君紹介)(第二二八七号)

同(武部文君紹介)(第二二八八号)

健康保険・国民健康保険による付添介護人派遣に関する請願(上野建一君紹介)(第二二八九号)

同(武部文君紹介)(第二二九〇号)

労災年金のスライドに関する請願(上野建一君紹介)(第二二九一号)

同(武部文君紹介)(第二二九二号)

身体障害者の福祉行政改善に関する請願(上野建一君紹介)(第二二九三号)

同(武部文君紹介)(第二二九四号)

脊髄損傷治療技術の研究開発に関する請願(上野建一君紹介)(第二二九五号)

同(武部文君紹介)(第二二九六号)

労災年金の最低給付基礎日額引き上げに関する請願(上野建一君紹介)(第二二九七号)

同(武部文君紹介)(第二二九八号)

旧々労災被災者に労働者災害補償保険法適用に関する請願(上野建一君紹介)(第二二九九号)

同(武部文君紹介)(第二三〇〇号)

重度障害者の福祉手当増額に関する請願(上野建一君紹介)(第二三〇一号)

同(武部文君紹介)(第二三〇二号)

労災重度被災者の終身保養所設置に関する請願(上野建一君紹介)(第二三〇三号)

同(武部文君紹介)(第二三〇四号)

労災脊髄損傷者の遺族に年金支給に関する請願(上野建一君紹介)(第二三〇五号)

同(武部文君紹介)(第二三〇六号)

労災重度被災者の暖房費支給に関する請願(上野建一君紹介)(第二三〇七号)

同(武部文君紹介)(第二三〇八号)

労働者災害補償保険法の改善に関する請願(上野建一君紹介)(第二三〇九号)

同(武部文君紹介)(第二三一〇号)

医療用漢方製剤の健康保険適用存続に関する請願(今井勇君紹介)(第二三一一号)

同(衛藤征士郎君紹介)(第二三一二号)

同(丹羽雄哉君紹介)(第二三一三号)

同(村山富市君紹介)(第二三一二号)

同(森田一君紹介)(第二三一二号)

年金・医療の改善反対、充実改善に関する請願(兒玉末男君紹介)(第二三四四号)

医療保険改善、食品添加物規制緩和反対に関する請願(上坂昇君紹介)(第二三四五号)

国民年金の充実改善等に関する請願(多賀谷眞稔君紹介)(第二三四六号)

食品添加物の規制緩和反対、食品衛生行政の充実強化に関する請願(小川仁一君紹介)(第二三四七号)

同(大原亨君紹介)(第二三四八号)

同(佐藤敬治君紹介)(第二三四九号)

同(浦井洋君紹介)(第二四四六号)
同(柴田弘君紹介)(第二四四七号)
療術の制度化促進に関する請願外三件(龜岡高夫君紹介)(第二四四八号)
健康保険の本人十割給付引き下げ反対等に関する請願(中島武敏君紹介)(第二四四九号)
医療保険、年金制度の改悪反対に関する請願(藤木洋子君紹介)(第二四五〇号)
食品添加物の規制緩和と反対、食品衛生行政の充実強化に関する請願(川崎寛治君紹介)(第二四五一号)
同(津川武一君紹介)(第二四五二号)
同(辻第一君紹介)(第二四五三号)
同(箕輪幸代君紹介)(第二四五四号)
同(森中守義君紹介)(第二四五五号)
国民に対する医療改善に関する請願(関晴正君紹介)(第二四五六号)
医療保険制度の改悪反対、国民医療改善に関する請願(梅田勝君紹介)(第二四五七号)
同(箕輪幸代君紹介)(第二四五八号)
医療保険改悪反対、充実改善に関する請願(島田琢郎君紹介)(第二四五九号)
同(中島武敏君紹介)(第二四六〇号)
国民医療の改善に関する請願(中島武敏君紹介)(第二四六一号)
医療保険の改悪反対等に関する請願(石田幸四郎君紹介)(第二四六二号)
同(浦井洋君紹介)(第二四六三号)
同(柴田弘君紹介)(第二四六四号)
同(柴田睦夫君紹介)(第二四六五号)
同(中島武敏君紹介)(第二四六六号)
同(三浦久君外一名紹介)(第二四六七号)
医療保険の改悪反対、充実に関する請願(中島武敏君紹介)(第二四六八号)
同(村山富市君紹介)(第二四六九号)
医療・年金・雇用保険制度の改悪反対等に関する請願外二件(中島武敏君紹介)(第二四七〇号)
医療保険制度の改悪反対等に関する請願(中島武敏君紹介)(第二四七一号)

同(藤木洋子君紹介)(第二四七二号)
同外一件(養輪幸代君紹介)(第二四七三号)
医療保険の抜本改悪反対、充実改善に関する請願(梅田勝君紹介)(第二四七四号)
児童扶養手当制度改悪反対に関する請願(浦井洋君紹介)(第二四七五号)
国民、患者の負担をふやす医療保険の改悪反対に関する請願(浦井洋君紹介)(第二四七六号)
医療保険の抜本改悪反対に関する請願(池端清一君紹介)(第二四七七号)
同外一件(浦井洋君紹介)(第二四七八号)
同(藤木洋子君紹介)(第二四七九号)
同(村山富市君紹介)(第二四八〇号)
障害福祉年金の引き上げに関する請願(愛知和男君紹介)(第二四八一号)
同(小沢辰男君紹介)(第二四八二号)
同(越智伊平君紹介)(第二四八三号)
同(太田誠一君紹介)(第二四八四号)
同(中野四郎君紹介)(第二四八五号)
同(二階俊博君紹介)(第二四八六号)
同(山崎拓君紹介)(第二四八七号)
聴覚言語障害者の一級格付に関する請願(愛知和男君紹介)(第二四八八号)
同(小沢辰男君紹介)(第二四八九号)
同(越智伊平君紹介)(第二四九〇号)
同(太田誠一君紹介)(第二四九一号)
同(中野四郎君紹介)(第二四九二号)
同(二階俊博君紹介)(第二四九三号)
同(山崎拓君紹介)(第二四九四号)
福祉手当の引き上げに関する請願(愛知和男君紹介)(第二四九五号)
同(小沢辰男君紹介)(第二四九六号)
同(越智伊平君紹介)(第二四九七号)
同(太田誠一君紹介)(第二四九八号)
同(中野四郎君紹介)(第二四九九号)
同(二階俊博君紹介)(第二五〇〇号)
同(山崎拓君紹介)(第二五〇一号)
聴覚言語障害者情報文化センター設置等に関する請願(愛知和男君紹介)(第二五〇二号)

医療保険制度の改悪反対等に関する請願(柴田
陸夫君紹介)(第二六五二号)
児童扶養手当制度改悪反対に関する請願(辻一
彦君紹介)(第二六五二号)
同(井上一成君紹介)(第二七〇七号)
同(伊藤昌弘君紹介)(第二七〇八号)
カイロプラクティックの立法化阻止等に関する
請願(原健三郎君紹介)(第二六五三三号)
同(永井孝信君紹介)(第二七一二二号)
国民年金法改正促進に関する請願(今井勇君紹
介)(第二六五四号)
同(羽田孜君紹介)(第二六五五号)
同(中野四郎君紹介)(第二七一四号)
医療保険制度改悪反対に関する請願(和田貞夫
君紹介)(第二六五六号)
同(吉原米治君紹介)(第二七一五号)
同(野口幸一君紹介)(第二七一六号)
医療保険制度の改善に関する請願(市川雄一君
紹介)(第二六五七号)
同外一件(上田哲君紹介)(第二六五八号)
同外一件(柴田陸夫君紹介)(第二六五九号)
同(高沢寅男君紹介)(第二六六〇号)
同(沼川洋一君紹介)(第二六六一号)
同(春田重昭君紹介)(第二六六二号)
同(不破哲三君紹介)(第二六六三号)
同(藤木洋子君紹介)(第二六六四号)
同(松本善明君紹介)(第二六六五号)
同(矢山有作君紹介)(第二六六六号)
同外一件(上野建一君紹介)(第二七一九号)
同外一件(小澤克介君紹介)(第二七二〇号)
同外四件(大出俊君紹介)(第二七二二一、二、三、四号)
同(河野正君紹介)(第二七二二二号)
同(小林恒人君紹介)(第二七二三三号)
同(沢田広君紹介)(第二七二四四号)
同外一件(新村勝雄君紹介)(第二七二五五号)
同外一件(永井孝信君紹介)(第二七二六六号)
同(野口幸一君紹介)(第二七二七七号)
同(浜西鉄雄君紹介)(第二七二七八号)
同(細谷治嘉君紹介)(第二七二八九号)

同外一件(村山富市君紹介)(第二七三〇号)
同(湯山勇君紹介)(第二七三二二、三、四号)
同(吉原米治君紹介)(第二七三三三、三、四号)
同(横江金夫君紹介)(第二七三三三、三、四号)
年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に
関する請願(新村源雄君紹介)(第二六六七七号)
同(小川国彦君紹介)(第二七二七二、七三、四号)
同(安田修三君紹介)(第二七一七八号)
健康保険・年金制度改悪反対に関する請願(正
森成二君紹介)(第二六六八八号)
食品添加物の規制に関する請願(赤城宗徳君紹
介)(第二六九六六号)
原子爆弾被害者等の援護法の制定に関する請願
(塩田晋君紹介)(第二六九七九号)
同(塚田延充君紹介)(第二六九八八号)
中途失職者・離職者の救済等に関する請願(櫻
内義雄君紹介)(第二七〇〇〇号)
腎疾患総合対策の早期確立に関する請願(櫻内
義雄君紹介)(第二七〇二二号)
医療保険の抜本改悪反対に関する請願外一件
(上野建一君紹介)(第二七〇九号)
同(小川国彦君紹介)(第二七一〇号)
同(河野正君紹介)(第二七一〇号)
医療・年金制度の改悪反対に関する請願(阿部
未喜男君紹介)(第二七一一三、一三、四号)
療術の制度化促進に関する請願(浜野剛君紹介
(第二七二四四号))
は本委員会に付託された。
四月十一日
腎疾患総合対策の早期確立に関する請願(第三
一八号、障害福祉年金の引き上げに関する請
願(第一〇五五号)、聴覚言語障害者の一級格付
に関する請願(第一〇七七号)、福祉手当の引き
上げに関する請願(第一〇九九号、聴覚言語障
害者情報文化センター設置等に関する請願(第
一一二二号)、国民年金法改正促進に関する請願
(第一六一八号)は、「島田安夫君紹介」を、藤尾
正行君外一名紹介」に、それぞれ訂正された。

本日の会議に付した案件
健康保険法等の一部を改正する法律案(内閣提
出第二三二号)

○有馬委員長 これより会議を開きます。
内閣提出、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。

これより質疑に入ります。質疑の申し出があり
ますので、順次これを許します。丹羽雄哉君。

○丹羽雄哉委員 今回の医療保険制度の改革は、
サラリーマンなどの健康保険本人の給付率を現行
の十割から九割、そして六十一年度からは八割に
して自己負担を導入するという事で、昭和二年
の制度創設以来の大改正と言われておるわけで
ございますが、まず最初に、その改革のねらいと
その背景について、大臣の御見解をお伺いした
いと思ひます。

○渡部国務大臣 今回の健康保険法の改正を私
ども提案いたしましたのは、御案内のように医療
費が年々増加しております、残念ながら国民所得
の伸びを上回っている状態でございます。こうい
う厳しい経済情勢、また先生御案内のように、財
政状態も、今日の我が国の財政でこれ以上国費を
さらに増額して投入するというのが困難な状態
にあります。したがって、このまま放置しておけ
ば、保険料率を引き上げるかあるいは患者の皆さ
ん方に一部御負担をお願いするか、いずれかの方
法をとらなければ、今日の国民の健康を守る基本
である医療保険制度というものの将来がためにな
ってしまふという中長期的展望から、今回、保険
料率を引き上げるといふことは、将来の年金の保
険料とかいろいろな租税負担とかを考えると困
難であります。やはり国民全体の総合的な利益と
いう中で、現行の保険料率をこれ以上上げない、
現行制度にとどめる、そしてまた国民所得を医療
費が上回らないようにする、そういう方向の中
で、今度、大変御負担をお願いする被用者保険の
皆さんには恐縮なんですけれども、これは目先の

ことだけ考えれば一割負担というのは大変重要な
ものになるということで恐縮しておりますのであり
ますが、中長期的に将来の国民健康を守る、この健
保法を揺るぎなきものにするという点では、被用
者保険本人の皆さん方にも中長期的にはこれはか
えって利益をもたらすものであるという判断で、
今回提出をいたしました。

したがって、このためには、国民の負担能力を
勘案して、医療費の規模を適正な水準のものとし
る、つまり現在の保険料水準を維持する、また、
給付と負担の両面にわたる公平化を図り、被用者
保険本人の家族との間にある給付の格差を直して
いく、これも先生にぜひ御理解いただきたいと思
うのであります。

やはり社会保障というものは、国民ができるだ
け平等にその給付と恩恵を受けるものであつて、
現在のように、農家の皆さん方とか零細な商工業
者が多く加入している国保の皆さんは七〇%、そ
して被用者保険本人の皆さんだけが一〇%、そ
ういふものはやはり必ずしも妥当、適当と言えな
いので、将来は国民すべからず同じような社会
保障の恩恵、給付を受けるという広大な理想も念
頭に置きながら、今回このような案を出しました
ので、ぜひ先生の御理解を賜りたいと存じます。

○丹羽(雄)委員 今大臣のお答えを聞きまして、
趣旨はよく理解できたわけですが、大臣自
身もお認めになつておられるわけですが、これは
財政の帳じり合わせではないかな、こういう声
も一部に出ておる。年間一兆円近く医療費が増大
している、それとともに医療費を抑制しなければ
ならない、これはだれしもがよくわかつておるこ
とでございます。自己負担導入というのはいずれ
は避けては通れない問題ではないかな、こういう
ふうに理解しておるわけではございませんけれども、
そういう財政事情の中で、初めにマイナスイリ
ングありき、こういうことで、医療の本質やある
いは国民生活の実感からかけ離れたところでこの
制度が論議されておるのではないかな、どうもこ

いう危惧をする声が一部にあるわけでござい
ます。大臣、ひとつこの危惧を払拭していただきた
いと思ひますが、いかがですか。

○渡部国務大臣 丹羽先生の御質問、これは非常
に大事なものでありまして、一方では、財政のし
わ寄せあるいは予算の帳じり合わせがこの案でな
いかという御指摘がございします。私は、これは財
政問題に全く関係ないとは申し上げられませんが、
ただ、この際先生に御理解をいただきたいと思
うのは、この種の問題の議論が出ると、国費を出せ
ばいいんじゃないか、国費を出せば何も負担しな
くていいんじゃないか、いかにもこれが非常に立派
な意見に聞こえるようでありまして、けれども、た
だ、国費でも、中曾根さんが出すわけでも私が出
すわけでもありません、国民の皆さんのとうとい
税金であります。今増税をしてもいいという議論
はないので、増税なき財政再建、そういう中で今
でも医療費については三兆九千億の国費が投入さ
れておるわけでありますから、これ以上国民の税
金が医療費に投入されてよいかどうかということ
には、一つの国民的な合意を必要とすると思ひま
す。

そういう条件の中で、二十一世紀の将来にわた
って、国民の健康を守っておる医療費、健康保険
制度というものをより揺るぎのないものに安定
させていくためには、今回、患者の一分負担とい
うものをお願いする。これは決してお金がないか
らお願いしなすということだけではございませ
ん。昭和四十年以後、医療保険制度に対する抜本
改正をすべきであるという意見は、この社会労働
委員会でも幾たびか起こされ、また野党の先生方
の間にも、何回かの議論の中で、一分負担程度は
というふうなお話、あるいは国対委員会でもそう
いうことについての話し合い等が行われ、前に進ん
だりまた後に退いたり、一進一退を繰り返してき
たわけでありますけれども、そういう中で、もは
や二十一世紀が極めて近い時期に迫っておるこ
とを考えると、もうこれ以上我々がためらってお
たのでは将来の国民の健康を守ることができない

ということ、私ども今回提出に踏み切ったわけ
であります。

その中で、決して一分負担によつて国民の皆さ
ん方の健康が失われるようなことがあつてはなり
ませんから、私どもは、この案を出すに当たつて
一番先に考えたことは、一分負担によつて受診率
が低下するようないことがあつてはならない。これ
は先生も既に御承知のとおり、三割負担の国保あ
るいは二割ないしは三割負担の被保険者の家族の
皆さんの受診率は変わりませんから、このことによ
つて国民の皆さんの健康を損なわれるようない
ことではない。また、国民の皆さん方に御負担を強
いることも大変恐縮なものでありますけれども、こ
れも被用者保険者全部平均しますと、一月六六
二十円程度、それから病氣におかかるとなる八五
%の人の一月の負担は大体二千円程度、これよ
り非常に大きな費用のかかる人々には高額療養
費制度で歯止めをかけておる。また、委員会の皆
さん方の御意向を拝聴しながら、低所得者の皆
さん方がこのことによつてお医者さんにかかれな
いようなことはいらないかという御配慮ももち
ようだいたいしてまいりたいと思ひます。

したがつて、このことによつて、現在の保険医
療に対する五%程度の負担は上がらないで医療費
の適正化ができ、しかもかかった医療費がわか
り、しかも国民の皆さんが自分の健康を守ること
に努めて、これからは余りたばこの吸い過ぎなん
かしないようにして、そして、お医者さんにかか
らないで健康を守つていくということになると、
総合的には国民の皆さんの負担も少なくなつて、
これは国民の皆さんの御利益を増進することに
なるということをぜひ先生に御理解賜りたいと思
ひます。

○丹羽(雄)委員 今大臣の答弁の中で、医療費の
伸びを国民所得の伸びの以内に抑えたい、こうい
うことはこれまで再三言明していらつしやるよ
うでございしますけれども、これは一つの、これか
らの医療費問題を論じる場合のガイドライン的な
ものになるのですか。ちよつとその点について。

○渡部国務大臣 私どもの今後の医療制度、中長
期的に今展望して、今後、この一分負担だけでは
ございせん、あらゆる総合的な監査体制の強
化であるとかいろいろのことをやりながら、将来
にわたつて現在の保険料率の引き上げは行わない
で済むような医療費の節減、適正化を行つていく
というのが私どもの基本的考えでございします。

○丹羽(雄)委員 政府委員の方で結構でございま
すけれども、それではこの四、五年間の医療費の
伸びと国民所得の伸びとの何か資料がありました
らちよつと御示し願ひます。

○吉村政府委員 まず医療費の伸びについて申し
上げます。五十年から申し上げますと、五十年
度が二〇・四%、五十一年度が二一・四%、五十
二年度が一・七%、五十三年度が二一・八%、五十
四年度が九・五%、五十五年度が九・四%、
五十六年度が七・四%、五十七年度の見込みで
ございしますが、これが七・八%、こういうことにな
つております。

それから国民所得の伸びが、五十年から言ひ
ますと九・九%、五十一年度が一二・四%、五十二
年度が一〇・三%、五十三年度が九・三%、五十四年
度が七・一%、五十五年度が八・四%、五十六年度が四
・四%、五十七年度の見込みでございしますが四・六%
いづれにいたしましても国民所得の伸びを上回る
医療費の伸び率になつております。

それから五十八年度につきましては、医療費の
伸びが四・六%、国民所得の伸びが五・三%、五十九
年度の推計でございしますが、医療費の伸びが二・
五%、国民所得の伸びが六・四%、五十八年度から医
療費の伸びと国民所得の伸びとが逆転をしております。

○丹羽(雄)委員 五十九年はまだ聞いていません
けれどもね。
今の保険局長の答弁によりますと、五十八年
になつて初めて国民所得の伸び率を下回つた、こ
れは老人保健の導入等いろいろあると思ひますけ
れども、それまでいづれも医療費が常に所得を上
回つてきておるわけですね。問題は、これから五十

九年度どうなるかということが今度の改正案の一
つの影響、効果ですけれども、五十九年度の国民
所得の政府見通しは今局長がおつしやつたように
六・四%ということですから、そうするとや
はり、それ以内におさめたいというのが基本方針
と考えてよろしいんですか。

○吉村政府委員 そのとおりでございします。

○丹羽(雄)委員 それでは、私が質問する前に非
常に手回しよくもう五十九年度の医療の見通しま
でお答えになつたんですけれども、この改革案を
実施した場合と実施しない場合の医療費総額の伸
び率、この違いをちよつと御示し願ひます。

○吉村政府委員 今回の改正案を全然やらな
い、医療費を自然のままに任せた自然増だけでど
ういう伸び方をするかといひますと、私どもの計
算によりますと五十九年度は七・二%伸びるはず
だ、こういうような計算でございします。それで、
先ほど先生から御指摘もありましたように、今回
の医療保険の改正いろいろやるわけにございま
す、そういうことをやつた結果その伸び率が二・
五%にとどまる、こういうことでございします。

○丹羽(雄)委員 それでは、医療費の伸び率が改
革を実施しない場合は七・二%ということですが
けれども、その内訳がどういふふうになつてゐるの
か、お示し願ひます。

○吉村政府委員 私ども、何もしなかつた場合に
は医療費の総額といひましては十五兆五千六百
億円になるはずだ、しかし今回の改正をやること
によりまして十四兆八千八百億円にとどまる、こ
ういふような計算をしております。したがつて、
その差し引き六千八百億円がいろいろ改革の効果
によつてそれだけの削減ができる、こういう前提
に立つておるわけでございしますが、一つは薬価改
定によりまして三千五百億円を削減をしておりま
す。薬価改定そのものは、この三月から薬価ペー
スで一六・六%の引き下げをいたしました。これ
を医療費ベースに直しますと五・一%の引き下げ
になるわけですね。薬価基準だけで計算をしますと
一六・六%ですが、医療費全体にこれを換算した

しますと五・一%のマイナスになるわけでございます。しかしながら、一方におきまして診療報酬の合理化を三月一日から行いました。そして、その医療費の引き上げ率というのが二・八%でございました。したがって、薬価基準で五・一%引き下げ、診療報酬の合理化、引き上げで二・八%引き上げたわけでございますので、差し引き二・三%のマイナスということになるわけでございます。

○吉村政府委員 それはそのとおりでございます。○丹羽(雄)委員 いや、そうじゃなくて、七・二%というのはおかしいじゃないか、もう既に薬価基準の引き下げはしているし、要するに医療の適正化というものは今度の改正とは別に行われるべきものであるから、改正による医療費の抑制というのは残りの分の自己負担の三・五%だけではないか、こういうことです、どうですか。

○吉村政府委員 それはそのとおりでございます。○丹羽(雄)委員 そのとおりと認められると私も非常に困るのですけれども、そうしたら、この保険法を改正するという今までの数字はまやかしてすか。おかしいな、これは。

○吉村政府委員 そのとおりだと申し上げたのは、数字として、薬価改正、それから医療費の適正化というものを除いて、本人の一部負担だけをやった場合にその効果はどうなるか、それは三・五%に医療費の伸びはそうなります、こういうことでそのとおりだと申し上げたのですが、薬価基準の改正あるいは診療報酬の適正化というものは、これは法律事項ではございませんが、私どもどうしてもやらなきゃならぬ医療費の適正化の方式でございまして、ただ、数字が毎年薬価基準の改正によって一六・六%になるかという、これは相当な改革でございまして、毎年毎年薬価基準の引き下げをして一六・六%という大きな財源を出すというところは、これは不可能であろう。したがって、五十九年度における薬価基準の改正はこういう大幅なものになっておりますが、これが毎年毎年こういうことで財政効果を含む、及ぼす、これをずっと継続するということは不可能であろう、したがって、五十九年度に関する限りは、先ほど申し上げましたように、そのとおりでございますと申し上げたわけでございます。

○丹羽(雄)委員 それはよくわかりました。では、今度の改正による医療費の抑制効果というものが六千八百億円、これはですから訂正した方が

よろしいのじゃないですか、今の答弁でお聞きしたように。ですからそれは、今言ったように、今度の医療費の抑制効果は千四百億円、三・五%、これははつきり言った方がいいですよ。誤解される。

○吉村政府委員 私ども、医療費全体の伸びというものは、今申し上げましたように、何も七・二%と七・二%伸びるであらう、しかし、五十九年度はいろいろな対策をすることによって二・五%の伸びにとどまってくる、ただ、その中で給付率の引き下げによる部分の影響は幾らかという千四百億円でございます。しかし国民医療費全体でいいますと六千八百億円、これは予定よりも節減をしてくる、こういうことでございまして、取り消す必要はないと思えます。

○丹羽(雄)委員 余り深追いしてもいいかもしれませんが、要するに私が申し上げたのは、今年度の医療費の抑制はわかるのですよ、六千八百億円ということとは。ただ、今度の改正に伴うものは千四百億円じゃないのですかということ。大臣、いかがですか。

○渡部国務大臣 数字の点は今保険局長がいろいろ答えておりますが、ただお互い政治家ですから、一つの常識的な考え方を私、申し上げますと、今度の医療費の節減は、今まで審査体制を強化しろとか監査体制を強化しろとか、野党の皆さんからいろいろ御指導をちょうだいして、これは感謝しておりますが、そういうこともやり、また、今言ったように一六・六%というように思い切った薬価の引き下げもやり、今までの先生方の御指摘を受けて努力して、その中でも特に一番大きいのは老人保健、やはり四百円の初診料、わずかに四百円の負担でも大変な節減効果があつて、こういうものでこれだけの成果が上がってきた。しかし、それならこのまま放置しておけばどうなるかといえ、さつき局長が言った、毎年一六・六%ずつ薬価基準の引き下げをできるはずのことでもないし、それから、監査体制の強化やあるい

は審査体制の強化で節減したのも、もうほとんど限界飽和点に達してきているし、そうするとやはり、医療費の節減というのはこれだけでいいという中でなくて、あれもやりこれもやりという中で、国民の皆さんの期待にこたえていたかなくちゃならない。いわば第一弾はやつた、そしてまた第二弾、第三弾とやっていくことによって、国民の皆さんの御納得のいく医療費の適正化が進んでいくので、その一つが、今回の一割負担もそういう効果を上げるだろう、こういうふう

に御理解をいただきたいと思うんです。ただ、ここで一つだけ誤解を賜ると困りますので、そうすると、医療費一割負担によって受診率が低下すれば、今度は予防、健康を守れなくなるのじゃないかというあれがあるんですね。ところが、私もこの点が一番心配だから調べてみましたら、家族の方は受診率は下がらないんですね。ここにサラリーマンの方がいらつしやうと思えますから、一人一人みんな尋ねていただければわかるのですが、お役人の人でも、本人は十割だから病院に行つて、しかし家族の方は二割、三割負担しな

くちやならないから、お父ちゃん、私はお医者さんに行かないわと言ふかという、ちゃんと医者さんには行つてゐるんです。ところが、患者一人当たりのかかる費用というのは、やはり十割負担の本人の場合と七割ないしは八割負担の家族や国保加入者の場合とでは二、三割程度違うんです。やはり一割負担というものをやれば、決して本来の病気の人が医者にかかれなために健康を阻害するような心配はない、必要な受診は妨げないけれども、むだな医療費は節減できるということとをぜひ御理解賜りたいと思ひます。

○丹羽(雄)委員 どうも、私の質問によく答えてくださつてないのじゃないかと思ひます。局長、この点はもう一回よく検討して、国民の皆さん方が不信感を持たないような数字というものも出していただきたいと思います。尊敬する渡部厚生大臣ですから、これ以上深追いはやめまされども、こういう点では、本当に国民の皆さん方に、

は審査体制の強化で節減したのも、もうほとんど限界飽和点に達してきているし、そうするとやはり、医療費の節減というのはこれだけでいいという中でなくて、あれもやりこれもやりという中で、国民の皆さんの期待にこたえていたかなくちゃならない。いわば第一弾はやつた、そしてまた第二弾、第三弾とやっていくことによって、国民の皆さんの御納得のいく医療費の適正化が進んでいくので、その一つが、今回の一割負担もそういう効果を上げるだろう、こういうふう

今度の改正によってどれだけ医療費の抑制効果が得られるのかという点をばつきりと、別の機会にこれはもう一回、きょうは時間がありませんから私はこれ以上申し上げませんが、ひとつお願いします。

○吉村政府委員 本人の給付率変更に伴う医療費の減は、先ほどから申し上げましたように千四百億でございます。「何%」と呼ぶ者あり。それは一・〇%でございます。

○丹羽(雄)委員 ですから、もう私はこれ以上申し上げませんけれども、ちよつと今までの議事録を見ますと、今度の改正による医療抑制効果云々ということで、この七・二%という数字は、出さない方が私はよろしいんじゃないかというのを申し上げたいわけでございます。これ以上余りあれしてもいけませんので。

今回の改革で、サラリーマン本人が一部負担となつたわけでございますけれども、定額か定率かということが最初大分論議されたわけでございまして。医師の関係者の中には、定率より定額の方が望ましいという声があつたわけでございまして、なぜ定額ではまずいのか、なぜ定率というものを導入したかということについてお聞きしたいと思います。

○渡部国務大臣 これは今回の改正案のポイントともなるべきことですので御理解を賜りたいと思うのでございます。一部定額という御意見等も私も随分お聞かせいただいたのであります。しかし、今回のこの一部負担というのはいろいろの要因がございまして、一つは、かかった医療費がすぐわかるということで、患者の皆さんにコスト意識を持つていただく、これも大きな要因で、今まで私も予算委員会、野党の先生方から随分と、明細書を患者に義務づけて見させるとか、いろいろな意見をちょうだいしておりましたが、そういう皆さんからの御意見というものが、一部定率負担ということ、もう患者にかかった医療費をすぐわかつていただくということで、今までそういう明細書がないじゃないかと、受取りが出てない

んじゃないかと、いろいろ疑問にされていた問題を解決する一つの方向になる。これは定額ではそういう目的は達せられない。定率でなければならぬ。

もう一つは、将来構想で、先ほど私が申し上げましたように、やはり社会保障の大きな柱である社会保険が、それぞれの人たちによつてその給付率が違つたり、制度によつて格差があるということ、これを好ましいと思つていない人はいないのであつて、やはり将来展望から言えば、サラリーマンの方も中小企業の方も農民の方も、すべての方が同じような給付を受けられるような社会保障が望ましいというところは合意を得ているので、そういう点から言うと、やはり将来八割とかそういうふうな点にひとつ統一していく必要がある。それには今回、今まで全額給付をしておつたサラリーマンの方に大変恐縮ではございますけれども、定率一割御負担をお願いするということによつて、現在のいろいろの問題を解決し、また将来にわたつての医療保険の展望が大きく開かれてくるという、いわばこの改正案の哲学といふべきものであることを御理解いただきたいと思います。

○丹羽(雄)委員 サラリーマンの負担が大きいので、患者の負担を緩和する措置として、これまで家族なんかによつておりましたけれども、財政上余裕のある組合では附加給付制度、こういうものを行つておるわけでございけれども、今度のこの一割本人負担でこの附加給付制度を認める考えがあるのかどうか、お聞きしたいと思います。

○吉村政府委員 附加給付を認めるかどうかという点については、私どもも最後まで迷ひに迷つた点でございます。

附加給付というのは、やはり給付の公平という観点から言へば問題があるであらう。財政が豊かなからという給付をするのもいい、そして貧乏な保険では附加給付はできないということでは、給付の公平という点からいってやはり問題があるというように思つております。しかし、九割給付にすることによつて給付率が下がるわけですから、

その辺を保険者の努力によつて、例えば附加給付ができるような努力をする保険者があつた場合に、やはりそれは認めてもいいんではないかという一方における感情はあると思ひます。また、現在健保組合を認めるその利点として、附加給付を実施するというのが健保組合の利点ということになつておりまして、大抵の健保組合においては、附加給付を実施している実態がございまして。そういう実態をこの際全部全面的に無視してよろしいかという、やはり経済的に考えまして、またそういう実態を考慮しても、この際附加給付を全面的に禁止するということはいかぬものかということから、附加給付は禁止しない、こういうことにしたわけでございまして。

○丹羽(雄)委員 次に、高額医療費の問題についてお聞きしたいと思います。

高額療養費の患者の自己負担最高五万四千円、これについて厚生大臣が、たしか村山先生に対してかな、本会議で、委員会の推移を見守つてこれから検討したい、こういうような趣旨の発言をなさつたと思ひますけれども、これは現行の五万一千円、この維持を示唆したものとどうふうな受け取つてよろしいですか、大臣。

○渡部国務大臣 これは非常に難しい御質問でございます。私ども、今提案しておるこれが最善最良のものとしてこれを出しておるわけでございまして。ただ、これは議会民主政治でございまして、国会の先生方が、あるいは各党の皆さんの合意と申し上げてよいかもしれませんが、こういうふうにしてとお決りになったとき、政府の大臣である私がどこまで抵抗できるかということでございます。その辺のところ御察察を賜りたいと思ひます。

特に総理大臣の諮問機関である社会保障制度審議会、大河内先生がたしか会長をやつていたと思ひますけれども、この社会保障制度審議会の中でも、高額療養費の自己負担については「所得に依つた仕組みを導入するなど今後その抜本的な見直しを図るべきである」、こういうふうな述べておるわけでございまして、これについて大臣のお考え方を聞きたい。

○渡部国務大臣 低所得者層に対するきめ細かい配慮ということ、私ども謙虚に受けとめて検討していかなければならない問題だと考えておるものであります。ただ事務的に言いますと、今二段階ですが、これを例えば十段階とか細かくやりまして、大変な事務的、物理的な困難があるようにございまして。そこで私どもは、政府の考え方としては二段階でお願いしておるわけでございまして、これらの点についても、私は党内政治家でございまして、各党の御意見、国会の皆さん方の御意見に今後謙虚に耳を傾けてまいりたいと思つております。

○丹羽(雄)委員 そういうことで、大変前向きな御答弁をいただきましたので、これから大改組でございまして、続いて、療養費の支給制度の改正の問題についてちよつとお聞きしたいと思います。

高度の医療、特別なサービスについて、厚生大臣の承認を受けた医療機関では、保険で見られない部分が含まれていても根拠が同じであるならば、今度は特定療養費というものを支給するということ、これは、一番のポイント、この医療機関の承認基準をどういうふうにするかという問題でございまして、これについて御見解をお伺いしたいと思います。

腎臓センターだとか、そういう特殊の高度先端技術を持って医療機関を対象に加えない、こういうふうに考えております。高度先端医療を提供できる施設、それは個々にありますというあるわけでありまして、その医療機関全体としてそういうものが提供できるような高度の技術水準、それから設備の水準、それから人的なスタッフ、そういうものを抱えた医療機関を頭の中に描いております。

○丹羽雄委員 今の御答弁の中にありましたように、大学病院とか要するに附属のいろいろな研究所、こういうようなものが基準の対象になると思うのですけれども、形式的にこういう基準を決めていくと、最近は大変いろいろな高度の医療を提供したり研究している専門的な病院が大分ふえてきているのですけれども、その辺が基準から漏れるという心配があるのではないかな、こう私は考えるのですけれども、この辺を十分に網羅できるかどうか、いかがですか。

○吉村政府委員 高度先端医療といましても非常に幅が広い概念になると思います。私もこれまで、少なくとも医療技術というものの安全性が確かめられ、そして効率性はかなり確かめられておる、ただ、まだ全国的に普及されてない段階の技術を頭の中に描いておるわけでございます。例えば、現在人工透析というのは保険の中に取り入れておりますが、この人工透析の技術が我が国に入ってきたのは昭和二十九年でございます。そして保険に取り入れたのが四十三年でございます。したがって、十三年ばかりの期間は、高度先端医療ではあるけれども、そして安全性もある程度確かめられておる、そしてその効率も確かめられておった技術ではあるけれども、まだ全国的に普及するには若干難点があった、普及度において低いところがあった。それがだんだんと普及をいたしまして、全国どこでも人工透析が行われるような普及度になった時点で、保険給付の中に取り入れたわけでございます。したがって、今人工透析の話をしたんですが、そういうような

ものに類する高度先端技術というものを今後大学病院等でもやる、こういう場合にその医療機関を特定承認保険医療機関として承認をしたいということでありまして、高度医療と名づけられる医療をとにかくやればそれは全部特定医療機関に承認をする、こういうような考えはございません。

○丹羽雄委員 そこで、今ちょっと局長からもお話しがありましたけれども、この制度を保険医療の中に持ち込むということは医療機関の差別につながるとは思いませんか、こういうことで医師会等では大分反対の意見もあると、こういうふうにお聞きしておるわけでございます。例えば、今局長もお答えになったけれども、同じ治療をしていても、承認を受けた病院ではこの療養費が支給される、しかし承認を受けない病院では支給されない、この辺が私はどうもちょっと矛盾していると思うのですけれども、いかがですか。

○吉村政府委員 具体的に私もまだ考えておるわけではございませんが、例えば体外受精を高度先端技術だと仮に考えましてお話をすれば、体外受精というものをやる医療機関というのはたくさんあるのかもしれない。町の中の産婦人科でもやれる技術かもしれない。しかし、その体外受精の技術を安全に、かつ、それだけの技術に合うような形でできるのはやはり特定の大学病院でなければならぬ、そういうところでない限りやはり認めるべきではないのではないかな。仮にその技術を持った個人の産婦人科のお医者さんがおられたとしても、やはりそれを療養費払いの対象にするというのはいかがいというような観点から、施設を主体に物事を考えていき、施設を主体に考えればやはり設備、それから人的スタッフというものが総合的に考えることができるわけでありまして、そこで、全部の医療機関を指定するのではなく、そういう技術水準と設備の水準を持つておる医療機関を指定するのが妥当なのではないか、こう考えた次第でございます。

○丹羽雄委員 ちよつと今の答弁は妥当を欠いているのではないかと僕は思うのですよ。それは言わんとすることはよくわかるのですけれども、ちよつと差別的な発言のように私には聞こえるのです。今のはそういうふうに、私の聞き違いかもしれないけれども、要するに大学病院ならばこれでは、しかしほかの病院ならばこれは十分でない、非常に危険である、そういうようなことは、やはり厚生省の態度としては好ましくない、穏当でない、僕はこういうふうに考えるのですけれども、いかがですか。

○吉村政府委員 それが全体のお医者さんに普及をし、お医者さんがどういうお方でもできるような普及度を持った場合には、これは私は保険医療の中に入れるべきだ、こう思っておるわけであり

それで、今申し上げております高度先端技術というようなものは、それはいろいろやり方がある、そしてそれを実施する人もあるでしょう、あるでしょうが、あくまでやはり研究段階の医療であろうと私は思うのです。したがって、そういう研究段階の医療というものは、やはりある一定の設備を持ち、ある一定の人的スタッフを持ったところではないといかないだろう、こういうことを申し上げておるわけでありまして。

○丹羽雄委員 ちよつとよくわからないのです。研究段階ということと逃げられたわけでございます。研究段階と、それでは、この制度を別の観点から見ますと、保険で見られる部分が含まれていない場合にはこれは根拠が同じであるということとで支給の対象になるわけですが、要するに高度の医療を保険診療外に、外に定着する可能性が一面出てくるのではないかな。医療技術というものが今急速に進歩をしている、そういう中で、せっかくの保険制度が、この考え方を推し進めていくと、数年先には保険医療そのものが時代おくれの医療になるのではないかな。こういう危険性を含んでいるのではないかな。こういうふうに考えるのです、いかがですか。

○吉村政府委員 私どもは、この運用というのは中医協を通じていろいろ御審議を願ってやっている、こう、こういうわけでございます。私どもは従来、保険の診療として取り入れておる哲学というのは、必要にして適正な医療というものは保険の中に取り入れる、こういう観点です。と保険給付というものを考えてきたわけでございます。その考え方には変更がございません。したがって、高度先端技術というものは、先ほど申し上げましたように普及度という観点から、全国、例えば東京の人は受けられるけれども沖縄の人は受けられぬとか、あるいは北海道の人は受けられない、こういうことでは保険給付としての公平を欠くのではないかな。どこの人でもその地域で受けられるようになった場合に保険診療の中に入れるべきではないかな。したがって、普及がある程度の段階に達すれば保険診療に取り入れていくという方針を堅持するつもりでございます。

○丹羽雄委員 保険の枠を拡大していく、こういうようなお考え方というふうな受け取って、私はこの問題は打ち切りですけれども。

あともう一点、歯科の問題ですね。歯科の差額徴収というのは非常に複雑なわけでございますけれども、これはどういう形で歯科の差額診療を解決していくかということ。前歯の金歯については従来どおり差額徴収の方式で認めるべきである、そういうような方針のようでございますけれども、そのほかの自由診療として認めている部分についてこの制度を導入する考えがあるのかどうか、お聞きしたいと思います。

○吉村政府委員 歯科につきましては、現在、材料についての差額徴収を行政的に認めておるわけでありまして、今度この法律が成立いたしますならば、行政指導あるいは行政運用として認めるのではなく、法律に基づく規制、法律に基づく運用、こういうことに性格が変わってくる。

それでは歯科の場合に何をそういう対象にするか。今のところは、私どもは、現在の材料費というものを頭に置いて法律の規制をし、運用をいたしたいと思っております。その以外に広げていくかどうか、こういう点につきましては、歯科の問

題は中協協でいろいろ議論をされております。私どもは、それを保険の診療に取り入れるならばそれはそれだけ保険料の負担がふえる、こういうことになるだろうと思ひます。それを是とするか、あるいは歯科の金合金というようなものについてこれは差額徴収の方に残しておけばよろしいということになれば、保険料の負担と関係なしに患者の負担ということで今までどおり実施できるわけでありまして、そういうような形で中協協の議論の結果によつて運用を図っていきたい、こう思ひます。

今回の改正によつて、法律によつて規制をし法律によつて運用をする、そこが變つてくる、こういうように考へております。

○丹羽雄委員 次に、退職者の医療制度の問題についてお聞きしたいと思います。

今度の医療改革の最大の柱になつておられるわけでございますけれども、その趣旨は、大變長年の懸案となつておるものでございまして、結構だと思ひます。ただ、私もサラリーマン生活を十年やつておつたわけでございますけれども、その拠出金を現役のサラリーマンだけに押しつけるというのは、どうもちよつと虫がよ過ぎるのじやないか。国庫負担がゼロということは、ちよつとサラリーマンの間では、みんな我々の方にし寄せが来るのじやないか、こういう指摘が出ておるわけでございますけれども、これは、こういう考へ方があるかどうかよくわかりませんけれども、將來厚生省としては、医療保険の負担をできるだけ抑制していくということで今度の改正案も出たわけでございますけれども、最終的にゼロにする、こういう考へ方のようなものがあつて、その伏線としてこれを持ち出してきたのかどうか。そういう考へはございせんですか。

○渡部國務大臣 これは先生にぜひ御理解を賜りたいのでありますが、今度の退職者医療はまことに結構なことだ、そこまでは皆さん一致してゐるのですが……（一致してないよ）と呼ぶ者あり）今回の退職者医療は、これは今まで会社にお勤め

になり、役所にお勤めになつておられる方が十割給付である、これが退職されて、退職されるということは五十五、六歳を過ぎるところですから、だんだん病氣にかかる率が余計になる、しかもこれはお勤めをおやめになりますから収入は少なくなる、その方が国保に入つて十割給付から七割になるということは、やはり非常に過激な變化で、それが今度、退職者医療ができることによつて今度は給付率が高くなるということに御反対の方は、今までは、私の予算委員会等の審議を通じてはおらなかつたわけでございますけれども、非常によいことだとこれは野党の皆さんからも評価を賜つたわけですが、ただ、今丹羽先生のお話のように、国庫負担も、国からも金を出すべきでないかという御意見を承つたのですが、これは国保には国が出しておるわけですが、これは退職者医療は国保の窓口を借りて行つた被用者保険でございまして、現在のところ、被用者保険の財政状態というものは、おかげさまで国庫から負担をしなくても現行保険料率をそのままにとどめて退職者医療を支えることのできる財政能力なのでありまして、これが、退職者医療をつくることによつて保険料率を上げなければならぬことになると、現役の皆さん方に迷惑をかけるということになります、現行の保険料率で退職者医療をおかげさまで創設することができ、しかも現行の保険料率は上げないで済む、そういう財政状態に被用者保険があるということで、先生御了承を賜りたいと思ひます。

○丹羽雄委員 ですから、要するに国は金がない、それで、サラリーマンを中心とする組合健保などは金がある、そちらの方でひとつ国のかわりに肩がわりをしてほしいというのが、平たく言えば今度の法案ですわな。

それで、要するに今までの国保に対する補助率も、百分の四十五から三十八・五に削減したわけですから、今私がお聞きしたいのは、現行の国民医療費がありますね、その中でいわれる保険負担があるわけですから、その中の一部分に国庫負担があるわけですが、この保険負担のうち

に国庫負担の割合というものが現在のどのくらいあつて、そして將來これをどの程度まで下げたい、こういう考へ方があるのかどうかということなんですけれども。

○吉村政府委員 私どもが考へておりますのは、現在もしも、仮の話でございますが、全保険を統合したとすれば、八〇・三%の給付が可能なのであります。したがつてそれは今の保険料の負担で八〇・三%の給付ができる、その保険料の負担の中には、もちろん保険料だけでなしに保険に對する国庫負担というのが入つております。したがつて、私どもが、保険料の負担率を今後変えないで医療給付をやつていこうとすれば、当然現在保険に入つておる国庫負担というものはそれをそのまま維持をする、そして保険料率はそのまま維持をしていく、それで八〇%ぐらいの給付が可能だ、それならば国民所得に對する保険料の負担率というものは、先ほど大臣が申し上げましたように現在五%でございます、その五%というものは変えないで二十一世紀に突入できる、こういうことに考へておるわけでございます。

○丹羽雄委員 今度の制度は、先ほどから申し上げておりますように、国保以外から拠出金をかき集めてきてそれに充てる、こういう方式をとつておるわけでございますけれども、拠出金が今後どういふふうになつていくかというその見通しをお聞きしたいと思ひます。

○吉村政府委員 五十九年度の私の試算によりますと、退職者医療に對する拠出金の額は、満年度ベースで申し上げますと五千四百七十七億円でございまして、これを全被用者保険の標準報酬に對する率で考えますと、千分の五・七四の料率に相なります。したがつて、十割給付をそのまゝやりながら退職者医療制度を実施しようと思えば、現在千分の五・七四の保険料率が新たに必要になつてございまして、しかし、私ども定率一部負担をお願いしておりますし、またその他医療費の適正化をするという前提で、現在の保険料率を

引き上げないでもこの千分の五・七四の料率が引き出せる、つまりそういう新たな負担でなしに、現在の負担の中にこれを潜り込ませると申しますか、現在の負担で千分の五・七四の費用を賄うことができる、こういう計算になつておるわけでございます。

それで、三十年後これがどういふようなことになるか、こう言いますと、三十年後というのは高齢者人口がピークに達する時点でございまして、したがつて、私どもも、退職者医療の対象者が大体ピークに達する時点ではないか、もちろんこれは定年制の動向等によつて變つてくることは變つてくると思ひます。しかし、今のままでいつてやはり一番ピークになるときじやないかと思ひますが、そのピーク時における料率をはじいてみますと千分の九・八になります。したがつて、五十九年度は千分の五・七四であつたものが三十年後のピークでは千分の九・八、こういうことになるという計算をしております。

○丹羽雄委員 現在は五・七四であるけれども、三十年後には、倍までいかなくても一割近くまで増大するというところでございまして、千分の九・八、こゝまで増大するというところでございましてけれども、こういうものに対して、各保険組合が非常に、これはえらいことになるのじやないかな、こういうことで心配しておるわけでございますけれども、これに對して、將來の問題でございましてけれども、何か歯どめ的なもの、そういう措置を考へる必要があるのではないかと考へておりますが、これについていかがですか。

○吉村政府委員 確かに負担がふえるということには嫌なことではございまして、なるべく負担が少なう方がよいというのが人情であらうと思ひます。しかし、退職者医療制度というものを制度として考へる以上は、やはり必要な経費については負担をしていかなければいかぬ。そしてピーク時においてもわずかに一%、今先生は一割とおっしゃいましたが、千分の九・八でございまして、パーセンテージにすると一%ではないか。まあ一%が

高いとおっしゃれば高いかも知れません。しかし、まあピーク時においても一%、したがって、五十九年度が千分の五・七で三十年後が千分の九・八でございまして、三十年間に千分の四ぐらゐの負担は、過大な負担かと言われるとそれほどでもないんじゃないかという感じが私はいたします。したがって、退職者医療に必要な費用というものは負担をしていけるし、またいかなければならぬ費用だと思ひます。

しかしながら、一方におきまして、やはり納得がいくような形で負担をしていただくとすれば、金額に対する歯止め措置ではございせんが、その拠出金に関する拠出者の意向というものが反映させられるような仕組みというものは、これは考えていかなければいけないだろう、こう思つております。

○丹羽(雄)委員 局長は大した負担じゃないというところでございすけれども、負担する方にすればこれは大変深刻な問題で、今ちょっと、何か将来は何かの形で歯止めの処置を考えていかなければならないのかなという趣旨のことをおっしゃつたわけでございすけれども、ひとつ具体的に今後検討していただきたいと思ひます。

それから、この制度の対象者は、老齢年金の受給時点の六十歳から老人医療制度が受けられる七十歳までの十年間を対象となるわけですね。問題は、最近では定年制も延びてきておるわけでございすけれども、五十五歳定年で、次に働きたくとも働けない人もおるわけですね、例えば病気になるつたりなんかする方もおるわけでございすけれども、それまでの空白期間、これをどういうふうにするか。五年間ですね、この空白期間をどうするかということですが、これはいかがでございますか。

○吉村政府委員 なかなか一番つらい、答えにくいところの部分でございすますが、私もとしましては、任意継続被保険者制度というのがございまして、二年間はこれでつなげる、現役時代と同じような給付を受けられる、こういう制度があるわけ

でございますが、その二年間でも、先生がおつしやつたように、五十五歳から六十歳という五年間です。それから三年足りない、こういうことになるわけで、答えにならないのであります。せめて私も思ふに、五十五歳の五月一日現在で、労働省の調査によりますと、そのときの平均定年退職者年齢が、男が五十七・一歳、女が五十七・〇歳というところでございす。したがって、あと平均的に言つて三年、しかも五十五年の調査でございすので、その後やはり定年退職の年齢というものが若干は延びておるんじゃないかというふうなことで、任意継続被保険者制度というものを活用すればそのつなぎができるんじゃないか、正確につなげることは申せませんが、つなぎの助けにはなる、こういうふうに考えておるわけでございす。

○丹羽(雄)委員 そこで、今おつしやつた任意継続制度、これは二年間で打ち切りになる。いろいろ調べてみますと、これは若い人なんか対象となつたりするものでなかなか難しいという点もあるわけでございすますが、そこで党人政治家の大臣、こういういろいろな問題があるわけですよ、局長自身も大変苦しい問題だということを認めておるわけですから、ひとつこの問題、任意の継続制度が二年で打ち切りとなるのを引き延ばす方向で検討していただきたいと思ひますが、大臣いかがですか。

○渡部国務大臣 これは私も前から、ここはどうかなというところを感じておりました。きょうは丹羽先生から大変適切な御指摘をちょうだいいたしまして、これはやはり病気になるたときお医者さんにかかると、これが大事なことでありますから、この点を十分踏まえて検討させていただきたいと思ひます。

○丹羽(雄)委員 次に、将来のビジョンについてお聞きしたいと思ひすけれども、今度の改正を通じて、厚生省は給付の公平化ということも最大の柱としておるわけでございす。サラリーマンとか公務員の被用者保険本人の給付率を現行の十

割から一割ないし二割引き下げる、こういうことと同時に、国民健康保険あるいは被用者保険の家族負担、これは現行七割、これを八割に引き上げて、将来は、何かさつきと局長もおつしやつたように横並びにする、こういうような考え方があるのかどうか。もしあるとするならば、いづつごろをめどにこういう八割制度、横並びにするというものを導入していくのかどうか。これはひとつ大臣にお答え願ひます。

○渡部国務大臣 この審議を通じて、将来方向としての給付率の統一というものはたびたび申し上げておることでありますが、私は一度この委員会、これは大臣になんかなるもの時期があつて、要するに、厚生大臣にしてみたら、七割を九割とか八割にするときでなくて、七割を八割にするというふうなときになつたものだといふ実感を感じました。ありますが、できるだけ早い時期にそういう方向に進んでいかなければならぬものだと思ひます。

○丹羽(雄)委員 時期については、今すぐどうのこうのという……(渡部国務大臣「今度は丹羽先生が厚生大臣になつたときに……」と呼ぶ)それは大分先の話ですが、あと十五年後ぐらいじゃないですか。(笑)まあ冗談は後にして……。

それで、八割に引き上げるには、これはさつきいろいろお話ししておりますけれども、いろいろな国庫負担があると思ひすけれども、将来は全部の、今九割ですか、ある組合をやはり統合していかなければ、この問題は根本的な解決をなさないんじゃないか、こういうふうな考えをしておりますけれども、こういう考え方も将来の中期ビジョンの中に入れていく用意があるかどうか、いかがですか。

○渡部国務大臣 現在の健康保険制度、たびたび御指摘いただきましたように、これは長い歴史と沿革がございまして、今日も多岐にわたるいろいろな役割をそれぞれで果たしておるわけでありまして、ですから、これを今すぐ私に統合するとかしないとか言つて、かえつてこれは混乱を起

こすことが多く、益することが少ないものであります。

ただ、はつきり申し上げられることは、やはり先生の理想も私の理想も同じだと思ふのですが、まずやはり給付率が統一されることが将来望ましい、そのためには当面財政調整をしていくとか、今提案しているようないろいろの改革によつて一つの社会保障制度、それを国民が等しく給付、恩恵を受けるといふ方向には持つていかなければならぬと思ひます。ただ、それを今すぐ制度の統合といふことではかえつて混乱を起すので、やはり現在までのそれぞれの果たしてきた役割といふものを尊重しながら給付の面で統一してまいりたいと思ひますので、御了承願ひたいと思ひます。

○丹羽(雄)委員 保険制度の問題はちよつとこの辺までいたしまして、私が関心を持つてゐる問題について、二お聞きしたいと思ひます。

最近、カンボジア国境のタイの難民村で、病氣とか飢えで次々に死んでいく難民を救済しようといふ、若い医師のボランティア活動というのが大変目立っております。大臣も御存じだと思ひますけれども、タイに流れ込んだカンボジア難民の医療救護活動は、難民が急増した五十四年からアメリカ、フランスなど三十七カ国、五十三団体から派遣され、その数はもう四百人を超過するわけですね。日本政府もこれに全面的に賛成するといふことで、五十四年の暮れから第一陣を送つて、既にメディカルセンターを開設したり外科病棟を設置するなど、十数億円を投じてきておるわけでございす。政府がその医療救護活動を打ち切つた後、民間のボランティアの方々、青年医師たちが、このまま難民を捨て去るわけにはいかない、こういう点で非常に自主的に戦場に出向いておるわけでありまして、最近医師に対する風当たりが非常に強い中で、こういう良心的な医師もいるわけでございすけれども、私は大変感心し、感銘しておるわけでございすけれども、こういう医療の海外援助について、厚生大臣はどういうお考えをお持ち

ちか、恐縮でございますが、お聞きしたいと思ひます。

○渡部国務大臣 タイのカンボジア難民に対するボランティアの医師が、非常に立派な善意で活動してくださっていることを承知しております。また、丹羽先生のヒューマニズムにあふれた格調の高い寄稿も読ませていただきました。まさにこれは南北問題、日本がこれから開発途上国に医療面で貢献していくということは、大変重要な問題だと思ひます。また今日、御案内のように、我が国の医科大学の定数が八千三百人ということで、将来の医師過剰というような問題もありますし、また薬等の問題にいたしましても、あるいは薬価の問題、たびたびここで議論されますけれども、我が国の医療業界も、国内だけでなくむしろ国際的に、先端技術として進出していただく将来の方向を持たなければなりません。そういう意味でも、今発展途上国に医療の面で経済援助を進めていけば、これは将来にも大きな期待のできるものをつくることとなりますので、経済援助でこういう医療技術の供給というような面に積極的な力を入れるように、これはそれぞれの担当の局あるいは大臣に私からも強く要望したいと思ひます。

○丹羽(雄)委員 ボランティア活動といふと、これはもちろん民間人がやることでございす。ただ、善意の結集といふことだけで片づけて果たしていいのかという問題があるわけでございまして、基本的にはあくまでも民間人が自主自律で行うものである、こういうことでございすけれども、外国などでは最近、国が大変積極的に、こういうボランティア運動を援助する方針を打ち出してきておるわけでございす。

金を出しているような事例があるかどうか、もしわかりましたならば、資料をちよつと出していただければ幸いだと思います。

○増井説明員 難民問題に対し大変な御関心を持っていただき、大変感謝にたえないところでございす。

ボランティア活動ということにつきましては、欧米社会におきましては歴史的背景等々もあり、非常に長い歴史を持っているわけです。我が国の場合は、戦後高度成長の中で、日本国民の中にもそういうゆとりが出てきたということで、近來、ボランティア活動を内外で展開されるようになってきておる、これは非常に結構なことだと我々は考へておるわけでございす。

それで、先ほど御指摘がございましたように、よその国は政府の政策として民間のボランティア活動に対する支援を行っている事例があるのではないかと、私、全部を必ずしも今の段階でつかんでおりませんけれども、私がいろいろの関係者と話しまして聞いて承知しておるところによりまして、基本的には、直接的な形で支援というのは比較的例外的な形になっておる。むしろ、国際的な難民活動といふことになりまして、国連にUNHCR、国連難民高等弁務官府といふものがございす。これはジュネーブに本部がございす。これが、主要国とも、国際的な難民救済活動のためにそれなりの資金協力といふますか、拠出を行つておるわけでございす。その中で、もちろんその前提といたしましてUNHCRの救援プログラム、計画がある、それで、自分の国のボランティア団体がそのプログラムに非常に関心があつてぜひやりたいという場合、その拠出を行う際に、UNHCRのこのプログラムを日本ないしはその国の団体に仕事をせよとやらせてくれというようなことは、各国ともやつておる次第でございす。

我が国につきましても、昨年たまたま安倍外務大臣が、バンコクで行われたASEAN拡大外相会議に御出席された際に、日本の海外におけるボランティア活動は諸外国との対比からしますとま

だまだ足腰が弱い、したがってどこまでできるかは別といたしまして、極力政府としての支援体制をとるようになってまいりたい、こういうことを拡大外相会議の場でおっしゃつたわけでございす。

そういうこともあつたわけでございす、具体的な事例を申し上げますと、タイにつきましては、幼い難民を考える会という団体があそこいろいろのことをやつております。それに対して、我が国の拠出の一部をUNHCRから回すようにして、これは六万ドルばかりだと私は記憶しておりますが、やつていただいております。それから、JVCにつきましては、アフリカのソマリヤ、あそこも難民問題が大変深刻になっておりますので、そこに対して十七万ドル程度だったかと思ひますけれども拠出させていただいて、今鋭意活動をやつていただいているということでございます。

いろいろ至らぬ点はあると思ひますけれども、限られた財政状況の中で最大限の努力は今後とも引き続きやつていきたいと思います。その結果といたしまして、我が国のボランティア団体なるものが欧米の歴史のある団体に比肩し得るようになるまで、我々としては一生懸命頑張つていきたい、こういうふうな思つております。

○丹羽(雄)委員 今外務省の方の御答弁の中でも、我が国はボランティアに対して非常に認識が薄いといふことで、外務大臣も、足腰を強くしてこういう問題について前向きにこれから考へていかなければならない、こういうようなことを発言なさつたといふことで、大変我が意を得たりという感じがするわけでございす。

どうも、ボランティアといふとすべて民間人に任せる、そこに何か我が国の風潮として、ちよつと国とか公共団体が援助をするボランティアの精神が失われるんじゃないかと、そういうふうな傾向、認識がまだまだあるのではないかな、こういうふうには考へるわけでございす。

厚生大臣、今こういう時期でございすし、経

済の摩擦問題であるとかあるいは開発途上国に対してまだまだ経済援助が足りないのじゃないか、こういうふうな指摘されているのです。経済援助だけが国がやるべき形ではないと私は思ひます。本当にこういう若い人たちが、つい一週間ぐらい前の新聞にも、国立病院をやめて、タイに行つてそこでま骨を埋めるんだ、こういうような決意をする青年もおるわけでございすので、ひとつこういう機会に、海外での医療活動、ボランティア活動、こういうものについても、金を出すということについては今おっしゃつたようにいろいろ確かに規制はあると思うのですが、何か直接金を出してないけれどもいろいろな形で出しているという事例があるわけですので、日本政府としても、厚生大臣がイニシアチブをとつて、ひとつこれから前向きに考へていただきたいと思います。いかがでございすか。

○渡部国務大臣 全く同感でございまして、私は、国内の社会保障政策も、物と金に心が伴わなければ本心に立派なものにならないといふことを言つてゐるのです。経済援助なんかもどんどんやらなければならぬことですが、やはりそこに心が伴う、献身的な心が伴ふことによつて、相手が受ける感動は全く別のものになると思ひます。しかも、我が国の医療技術は世界に誇つていす。らしい進歩と発展を遂げて、立派なお医者さんあるいはすぐれた医薬品、そういう技術が進んでおるのでありますから、これを発展途上国の皆さん方に、今先生の御指摘のあつた、国立病院までやめてそういう活動をされよう、そういう人道的な皆さん方のボランティア活動によつてこれが行われれば、すばらしい実績を上げることができると私は思ひます。そういうボランティア活動がやりやすいようなバックグラウンドをつくつていくといふことは、私どもも行政の面でも大いにやらなければならぬ責務であると痛感しております。御趣旨に沿つてこれから努力してまいりたいと思ひます。

○丹羽(雄)委員 最後に一点、こうしたボラン

一人として、税金が余計重くなることを喜ぶ人はおりませんし、また、それぞれの負担が余計になることを喜ぶ方はないのであります。負担がふえるとか税がふえるとか、いずれにしてもこれは喜ばれないのであります。しかし、税金を一銭も取らないで、社会保障の負担を皆さんに一銭もお願ひしないで今日の日本があるかと言えば、やはり必要なる税金をお願いし、必要なる国庫負担をお願いして、今日のすばらしい日本ができておると思うのであります。今日の厳しい財政の中で、しかも二十一世紀にわたって我が国の社会保障制度の揺るぎない基盤をつくるために、今度、被用者保険本人の皆さん方にとっては好ましくない、一割負担というものをお願いせざるを得ないのであ

午前中のお話にもあつたかと思うんですけども、この法案が余りにも唐突に出された。少なくとも年金なんかは三年ぐらい前からいろいろな審議会で審議をして、そして国民に、やはり世論を問ひながらコンセンサスを得るような方向で法案をつくつてきたわけです。ところがこの法案に関する限りは、去年の八月ごろですか、予算のシーリングが決められた段階から、突然といったような格好で出てきているわけです。そういう法案作成の過程についてやはり問題点があるのではないか。

これは私どもも厳しく反省をしておる面もございます。それはもう、昭和三十年代から四十年代になつて加速度的に、やはり目先の改正だけでなく、医療保険に対する抜本的改正をやれということとは、関係団体の皆さんからも、またこの社会労働委員会あるいは予算委員会等で、与野党を通じて、国会の先生方からこれは出てきておるのであります。ですから、本当はこういう追い込められた時期でなくて、これは四、五年前にこういう抜本改正というものをやっておくべきだったと私は思います。しかし、やれ、やれと言われながらずるずるとやらないでできたのでありますけれども、しかし、そういう国会で幾たびか意見が出てき、例えば与野党国対委員長会談で患者一割定率負担ということが議題になったり、議論がいろいろ今日まで行われてきたことも事実でございます。ただ、四年、五年、もう少し財政的に余裕のあるときに出しておれば、皆さんからもっと素直に、こ

の基本的な私どもの二十一世紀の未来を目指しての医療改革というものが理解していただけたと思うのですけれども、財政逼迫したぎりぎりに出てきてしまったために非常な誤解を受けておること、これは私は大変反省をしているのです。私も、あの学生のときなんか、試験のもつと前に勉強しておけばいいのに、どうもするする、結局あした試験だということに徹夜で勉強する、こういうようなことになったことも反省しておるのであります。

ただ、この点は先生御理解を賜りたいと思ひますのは、昨年の八月の概算要求時点、今よりもはるかに厳しい内容のものが世間に公表され、これは非公式とはいひながら、社会保障制度審議会にも社会保障審議会にも明示され、総選挙という一つの大きな洗礼を受けてきたものであることも、これは御理解を賜りたい。そしてまた、それらの総合的な意見の中で、最初の案が、なるべく国民の皆さん方の負担にならないようにという方向で、与党の皆さん方の御意見を承って、あの総選挙前の内容よりはかなり緩和した内容になって提示しておることも、御理解を賜りたいと思ひます。

それから、社会保障制度審議会と社会保障審議会の答申を尊重したか、こういうことでありますけれども、社会保障制度審議会では、被用者保険本人の定率一部負担ということについては、私は御理解を賜っておるものとこれを読ませていただきました。社会保障審議会の方では両論併記、大変残念ですけれどもこういうことになっておりますけれども、これは政府のいろいろな施策が行われる場合決して異例のことではなくて、私は厚生大臣になる前、十年間あのベトコン運動の総大将を務めてきたんですけれども、農民の皆さんが非常に関心を持つあの生産者米価の決定のときなど、米価審議会ではほとんど両論併記が常識になっております。米の値段が安い方がいい消費者の代表と、米の値段を高く買ってもらいたい農民の代表というものがあれば、やはり両論併記となる

ので、そのときは農林大臣がそれを十分に熟読玩味しながら一つの方向を裁断する。今度の労働省の答申なんかは三論併記というのを出ておるのでありまして、やはり消費者的な立場、生産者的な立場の代表の方が出ておられるわけでありまして、これはお互いに譲らないということになる。公益委員の方がおるといふことで、両論併記になつてしまつたのもやむを得ないので、こういう場合は私は、審議会が両論併記してきた場合は、この両論をよく尊重して、熟読玩味していずれかに厚生大臣決める、こういう答申と考えてこれは決断をさせていただいたので、お許しをいただきますと思ひます。

○村山(憲)委員 ほかの例を引き合いに出して、これもそうじゃないか、あれもそうじゃないかというやうなことでこれを言ひわけするやうなことにやいかぬと私は思ふんです。これはやはり国民の命と健康に関する重要な問題です。やはり少なくとも関係者が十分に議論を尽くして意見の一致を見出すという努力は、時間をかけてもやるべきだ。これはそういう性格の法案じゃないですか。それを、責任を持った審議会の審議の中で、時間がなから十分な審議ができないとかというやうな格好で扱われてきたところに、やはり問題があつたんではないか。私は、やはり率直に、謙虚に受けとめなければいかぬと思ひますよ。言ひわけはすべきことじゃないかと思ひますよ。

先ほどの質問にもあつたやうですけれども、たまたまマイナスシーリングが決められて、そして厚生省では、恐らく概算要求の中では大体九千億円ぐらいの自然増を見込んでおつた、それが二千百億円の伸びにとめられた。したがって、その差額の六千二百億円をどう調整するかというので、逆算をしてつくられたつじつま合わせの法案ではないかというやうな与党の議員も言つておられるわけでしょう。疑念を持つておられるわけでしょう。そういう見方をされておることにについて大臣はどう思ひますか。

○渡部国務大臣 これは、この法律の問題とはまた別個に、我が国の方向が増税なき財政再建ということで、政府・与党といたしましては、当分これはゼロシーリングあるいはマイナスシーリングという厳しい条件の中で、特例を認めないで予算審議をしていくというその方向で、私も、そういう今の中曽根内閣の閣僚の一人として、その方向から逸脱するわけにはまいりません。しかし同時に、この健康保険の改正というものが、もちろん今先生御指摘のやうな財政問題もございまして、やうが、同時に、今日までいろいろ懸案になつておつた制度の格差是正であるとか、将来給付率を一つに統一していくとか、あるいは乱診乱療をなくするために患者の皆さん方にかつた医療費をすぐわかつていただくやうにするとか、あるいは国民の皆さんが自分の健康を守つていく、病気にならないということがいかに自分の幸のため的大事であるかということを知つていただく、そういうやうな一つの医療保険の将来の方向のための改正内容であるということも、御理解賜りたいと思ひます。

○村山(憲)委員 そういう予算編成の過程における経過が、一つは問題である。もう一つは、今までの国会の質疑の中でも、中長期の展望がないとかいろいろ指摘されてきた。たね。この医療保険制度に対する政府の考え方、一貫性がないのではないかと申しますのは、端的に申しまして、昭和五十三年に国会に、政府は健康保険法の改正案を出しましたね。そのときは、家族の給付も引き上げて十割にするという改正案だつたわけですよ。そのかわりに薬代を取るとかいろいろなものがありますよ。しかし、そういう基本的な立場で法案が出されておるので、それがわずか五、六年で、今度は逆に本人の給付率を下げていくというふうに変つてきた。一貫性がないじゃないですか。しかも差額ベッド等については、これは三カ年計画でもって解消する、そしてできれば全体の二%ぐらいにとどめた、こういう方向で今まで取り組んでおるの

ですよ。今度は公然と差額ベッドを認める、こういう方に変つたのじゃないですか。ですから、そういう経過を振り返つてみますと、医療保険制度に対する考え方全く一貫性がない、行き当たりばつたりじゃないか。だから、中長期の展望がないのではないかと申されてもこれはしょうがないのじゃないかと思ふのですが、その見解はどうですか。

○吉村政府委員 経過と今回の改正案とのつながり、こういうことであると思ひますが、私ども、まず、先生御指摘になりました五十三年の法改正のときに、家族、本人も十割というのをいたしました。出しましたが、そのときには薬代というの全部給付から外すということで私どもは考えておつたわけでありまして、したがって、技術料部分みないなものについては十割給付、しかし薬は全部外す、こういうことでありますから、保険給付全体として考えますならばどこかに一部負担を課する、こういう思想は歴然とあつたわけでありまして、一部負担のかけ方についてはいろいろ議論がございしますが、薬剤にかけるというかけ方もございしよう、それから初診、入院にかけるという考え方もございしよう、いろいろな患者負担のあり方はありますけれども、しかし患者負担は必要である、しかも今後の医療費等の動向を考えまして定率の一部負担が最も適当な一部負担ではないか、こういうことで私ども今回提案をしたわけでございます。

それから、第二番目の差額徴収についての問題であります。私ども差額徴収の解消については努力をしてきましたし、それなりの実績も上げてまいつております。したがって、今回の法律の改正によりまして差額徴収を拡大しようというやうな気持ちは全くございせん。ただ、今までの差額徴収というのは行政指導と申しますか、行政措置として認めておつた。したがって、行政措置としましてはやはり限界がある。例えば現在、差額ベッド等につきましては、私立医科大学の附属病院等の差額ベッドは一番問題でございしますが、私

ども幾ら行政指導をやっても、なかなか行政指導である以上は限界がある。したがって、今回は、差額徴収というものを法的な規制の中に置いて、法的な規制のもとで運用していきたい、こういうことでございまして、むしろ私どもは前進の方向に向かつておる、こういうように考えておるわけでございます。

○村山(憲)委員 差額ベッドの問題なんかについては後で議論をしたいと思います、ただ、医療保険制度に対する基本的な考え方というのは、これは例えば、今あなたが言われたように技術料は全額負担をする、そのかわり物については一部負担してもらう。誤解されると困るけれども、私はどっちがいい、こっちがいいということではない、問題に対する基本的な考え方が大きく変わってきているものだから、そこで質問しているわけなんです。物に対して一部負担をしてもらうという考え方と、本人の給付率を下げるという考え方とは大変な違いですよ。違いますよ。ですから、そういうことに変わってきた理由は何なのか。例えば今度も一部、薬は除外しようという話がありましたね、それは途中で消えたわけだけれども。そういうふうないろいろな面面で変わってきていますから、少なくとも、本人の給付率を下げるというのは、健康保険制度がつくられて、この十割給付が創設されて初めてなんですよ。今まで三K赤字といひまして、健康保険は赤字だけが問題になつて、そして大変だと議論したでしょう。そのときでもこの本人十割給付だけは手をつけられなかったのですよ。そして薬代の一部をもらうとか、あるいは初診料の一部負担をもらうとかいろいろやってまいりました。だけれども、本人の給付率に手をつけるというのは今度が初めてなんです。それをやはり同じような考え方では考えにくいところに、ちょっと問題があるんじゃないか。だから、物に対して負担を取ろうということ、給付率を下げようというのとは基本的に違うと思うのですよ。そういうところに一貫性が

欠けるのではないかと。

差額ベッドも同じですよ。差額ベッドも、例えばこういう考え方があるでしょう。本人が希望して、私はもう金もうとあるから一人部屋で安楽したいから入れてくださいと言つて本人が希望するものについて、平たく言えば必要以上なぜいたくを要求した場合に、その分までみんな保険で賄うというのはいかにもいやな感じがする。差額ベッド料を取つてもいいじゃないか、そういう考え方があるでしょう。しかし、本当に体が悪くてこの人はやはり個室に入れる必要があるというような人を、個室に入れて差額料を取るなんというのととは行き過ぎではないかという考え方もあるでしょう。同時に、そうしたことが蔓延をして、部屋があるにもかかわらず、個室しかありませんよと言つて個室に入れて差額料を取るという行き過ぎもあつたというふうな、いろいろ問題があるものなんです。したがつてこの際、差額料を取ることにしても、前提としては撤廃をするという前提に立つて行政指導していくというので、取り組んできたんじゃないですか。そういう考え方です。きたと私は思うのですよ。それが今度はそうではなくて、公然と認めることになる、こういうのですから大変な考え方の違いだと思うのですよ。どうですか。

○吉村政府委員 確かに五十三年の原案は薬剤を給付外にする、こういうことであつたわけでございますが、そういう案を出しましたが、審議会でも、これはいろいろ問題があるという中で、もちろん国会に出したときは給付外ではなしに二分の一の薬剤負担ということで出てきて、また国会でもそれは否定された、私どもとしてはそういう経緯があるわけでございます。

そこで今回は、また考え方を改めてこういう案にしたのでありますが、私どもは、基本的には結局かかった医療費をだれがどういう形で負担するか、ここが基本ではないか。保険料で全部見るというのだったら、それはそれでも一つの考え方だと思ひます。十割給付というふうなことでいけ

ば、それはやはり現在の制度のもとでは乱診乱療というふうなものを誘発する可能性がある。したがつて、そういう形の十割給付をやつていくと、やはり保険料というものの負担がふえていくではないかというふうなことでございまして、それからまた、国庫負担を幾らでも投入できる、こういうことならまた別の考え方もあるのだらうと思ひます。それから患者負担につきましても、これが過大になつて、国民の生命、健康にかかりがあるような形で患者負担をかけるというのは、これはやはり私どもは問題があると思ひますが、先ほどから大臣も言つておりますように、今回の程度の改正ならば生命、健康を非常に阻害する要因になる、こういうふうには私どもは考えておりません。

わけでございますが、要は、医療費を賄うのは患者、保険料、それから国庫負担、この三つしかないわけでありまして、そのバランスをどうとるか、それに尽きるのではないかと思ひます。したがつて、その一部負担のかけ方ということにつきましても、かけないという考え方をとるのならば保険料なり国庫負担をふやしていく、つまり国庫負担というのは税金だと思ひますけれども、それをふやしていく、こういうことに相なるでしょうし、私どもは、今回は、保険料率というものを将来にわたつて引き上げないで運用する方法はないだろうか、こういう観点から患者負担というのを考えて、一応患者負担と保険料と国庫負担のバランスを考えてみた、こういうことなのであります。

そして、その患者負担のところについてどういう取り方がいかにというのはいろいろな考え方があります。私どもは、将来の給付や負担の公平というふうなものも考え、それから、現在の医療の乱診乱療というふうな実態も見てわめて一割程度の定率負担がよろしいのではないかと、こういうような踏み切り方をしたわけでございます。私どもは、五十三年から今日に至つて考え方が変わった、思想が変わつたというふうには考えておらないわけでございます。

それからまた、差額徴収につきましても、私も、三人以上のいわゆる大部屋について差額徴収を解消していく方向は今後も堅持をしていくつもりでございますが、それでは一人部屋、二人部屋は幾らでも野方図に任せていいか、こういうことになりまして、私どもはやはり、保険診療と一緒に行われる以上は、ある程度の法的な規制、法的なカバーをした方がよろしいのではないかと、こういうことで今回踏み切つたので、先生がおっしゃるようになるように考え方が全く転換したではないか、こういうふうには私どもは思つておらないのであります。

○村山(憲)委員 これは議論しても見解の違いがあればやむを得ませんから、それ以上は言ひません。

ただ、今局長が答弁された答弁の中で、揚げ足をとるわけじゃないのですよ、とるわけじゃない、と、そういう考え方が基本にあるとすればそれは問題ではないかという意味で申し上げたいのですが、十割給付がやはり乱診乱療の背景になつておるといふふうに言われたのですね。乱診乱療をしておるのは、それは医療を供給する側の方でしよう。そうでしょう。患者には責任はないのですよ。それは例えばばしごととか、風邪を引いたぐらいで薬をうんともらいに行くとか、それはいろいろあるかもしれない。しかし、そんなものはそれほど大きな問題じゃないと思ひます。あなたが乱診乱療と言われるほどの大きな問題じゃないですよ。患者の方は、どの程度の治療を受けることが妥当かなんというのはいくらもわかってすから。そうでしょう。ですから、乱診乱療が行われるのは十割給付に原因がありというふうな、患者に原因があるのではなくて、むしろ供給側のいろいろな背景に問題がある。あるいはまた、後でまた議論しますけれども、診療報酬の支払い方式のあり方なんかに問題がある。それを、十割給付がいかに乱診乱療の原因になつておるから、この患者に負担をさせればよくなるのではないかと、こういう考え方が基本にあるとすれば、それ

はやはり問題ではないかというように私は思うのです。

○吉村政府委員 乱診乱療の意味でございますが、私も、乱診乱療の言葉から感じられるように本当にむちゃくちゃをやっている、こういうことではございませんで、やはり十割給付というのは過剰診療になることは、これは人間のさがとしてそうなるのだらうと思います。ただならやむを得ない面が出てくる、過剰な面が出てくるというのは、これは人間性からいってもそうではないか。

今、先生は、お医者さん側にあれがあるのであって、患者の方は責任がないというようなことをおっしゃいましたが、私もお医者さんから聞く話では、やはり患者からいろいろ、疲れたからビタミンを打ってくれとか、二日酔いだからちよつと薬をくれとか、こういうことを言われて、片一方はサビ業でございましてでなかなか断り切れぬ、こう言うのです。本当は医学の立場から言えれば必要なんだがと思いがちである。それは確かに、お医者さんなら、そこで見識を持って、断れ、こう言うのも一つの見識かもしれないが、やはりお医者さんにも開業している点ではサビ業でございまして、そこまで強く言えないというような話は、たびたび私も聞いておるわけでございます。

だから、両面あるのではないかと私は思います。それはどちらかといえばお医者さんの方にあり、こういうことはそれは私も認めます。しかし、全くお医者さんだけの方に原因があつて、患者の方に原因は全くないのだということではないと私は思っております。

十割給付というものがやはり過剰診療、あるいは不必要な医療も誘発する、こういうことは言えるのではないかと。それは、先ほど先生も御指摘のように、診療報酬の支払い方式にもちろん関係がございます。ございまして、やはり人間の心理として、ただの場合は少し過剰になる、これは避けられないのではないかとという感じがします。

で、十割給付にメスを入れることによって医療費が適正化されていく方向に向かうのではないかと、これは私も確信をしておるわけでございます。

○村山(富)委員 過剰医療になる、しかも過剰を誘発する要因になるというところだが、私はさつきもちよつと言いましたけれども、十割給付になつてはいるがゆえに過剰な受診をしたり、また過剰な治療をしたりなんかするようないきなり全然ないとは言わぬのです。それは全然ないとは言いません。しかし、それが大きく根幹に影響するようなものではないと私は思うのです。これは見解の違ひかもしれませんが、そう思うのです。

であるとするならば、その責任を患者だけの負担にかけて、そして負担を押しつけるのはやはり行き過ぎではないか。むしろその前に、そうした過剰になつておると思われ、乱診乱療になつておるような背景についてもう少しみんなが納得できるような改革をやつて、それでもなおかつ問題がある、そういう場合の話であつて、むしろ順序が逆ではないか。これはどうですか。

○渡部国務大臣 これは村山先生、患者一部負担、とにかくそれはたがが一番いいに決まつておりますけれども、今日置かれておる厳しい条件、今日までの経過の中で、患者に一部負担を願うというところは二十年間ずっと議論してきたこととで、それを薬にするか、これにするか、あれにするか。患者に一部負担をお願いしよう、それじゃそれを何にするかという場合、昔は薬を抜くという意見もあつたそうですが、最近では定額か定率か、こういう議論になつたわけで、そのとき、定額よりもむしろ定率でお願いするところが医療費の適正化に、いわゆる患者の皆さん方に医療費をわかりやすくする、そういう効果がある、だから、もちろんその目的のためじゃないのですよ、患者の皆さんに医療費を一部負担いただくというところは、もう恐縮でございますが、そのことはお願いいたします、ここはもう決まつてゐる。その次、それなら取り方をどうするかというので、定額よりは定率ということの方が、乱診

乱療を排除したり、あるいは濃厚医療と言われるようなものをなくしたり、とにかく今まで予算委員会等で先生方から、医師は患者に必ず明細書を出すように義務づけるとか、あるいは審査体制をもつと強化しろとか、いろいろの御意見がありまして、それらについて今までも厚生省は随分とよくしてきておるようだけれども、行政改革という中で、これ以上人数をどんどんふやしていってやることに限界がありますから、そうすると一石二鳥という三鳥というか、医療費を一部お願いするという中で、これは定額でいただくより定率でいただくことが医療費の将来の適正化に、あるいは患者の皆さん方が医療費というものに非常な関心をお持ちになつて、今度は余り病氣しないように一生懸命健康を守つていこうという自己の健康管理に努力をするとか、お医者さんの皆さん方にも乱診乱療的なことは慎んでいただくとか、そういう総合的な効果を上げることができると、患者の皆さんに御負担をちよつだいする

ことは申しわけないけれども、御負担をお願いする以上、医療費の削減により役に立つために一部定率御負担をお願いをしたい、こういうことなんです。

○村山(富)委員 これは議論し合つても切りのない話ですから、皆さんの答弁を納得するわけじゃありませんけれども、次に移りたいと思ひます。これも先ほど質問があつたようにすけれども、国民医療費の伸びというのは五十六年が七・四％、五十七年が七・八％、五十八年が四・六％です。五十九年もしこの制度が改正されず現行のまゝだと七・二％になる、こういうことなんです。改正されれば二・五％、それで、五十八年は四・六％になると見込まれておるでしよう。五十八年は伸び率が四・六％、そうすね。この四・六％のまゝだと考えた場合どうなりま

すか。意味はわかりますか。

○吉村政府委員 五十九年度も四・六％の伸び率だったらどうなるかということでございますか。

○村山(富)委員 いや、そうじゃないです。確かに五十七年までは国民所得を伸びが上回つてゐるわけですね。五十八年は四・六％で国民所得の伸びを下回つてゐるわけですよ。下回つてゐるというのは下回つた理由があるわけでしょう。そうすると、五十九年になるとその理由がなくなつてまた伸びるということになるのか。五十八年の条件というものが五十九年も引き継がれていくとするならば、七・二％ということにはならぬのではないかと。ふうにも思われるのですが、その点はどうですか。こう聞いているわけですよ。

○吉村政府委員 医療費の推計というのはなかなか難しい推計でございます。非常に極端に言いますと、本当にお医者さんのさじかげんで医療費の額が変わつてくるわけでございます。したがつて、一応私どもの推計のやり方としては、過去のトレンドというものを基礎に置きまして、それから医療費の削減をするあるいは制度を改正する、こういうことでその分を差引いていく、こういう方式をとつておるわけでございます。したがつて、五十八年度四・六という数字を申し上げましたが、五十八年度におきまして、もし何らの改正をしなかつたれば七・三伸びたであらう、こういう推計はしておつたわけでありまして、そこで、老人保健法を成立させていただいた、その老人保健の効果、それから五十八年度におきまして薬価基準の改正をしております、そういう影響率を差引きますと、五十八年度の医療費の伸びは四・六％になるであらう、こういう推計をしておるわけでありまして。

そうすると、老人保健法は五十九年度においても当然行われるわけですから、その影響は残る、残ることは残りますが、私も、先ほど申し上げましたように過去のトレンドというものを基礎に推計をするわけでございますので、何もしないと五十九年度は七・二％程度の医療費の伸びになると、こういう推計をしたわけでございます。そして、先ほど申しましたように薬価基準の改正だとか、制度改正だとか、適正化の効果を引き二・

五程度にとどまるのではないか、こういうことでございます。

したがって、今後も二・五とか四・六ぐらいで伸びる、最近ぐつと伸び率が下がっておりますので、それで伸びていけば確かに国民所得の伸びよりも低くなることは事実なんです。しかし、医療費の中心というものは、コストの方からいえば大体半分は人件費でございます。したがって、やはり医療従事者の人件費というものは上げていかなければならぬ、これは当然だと私も思うのであります。そうしますと、ここ数年四・六％の伸びだとか二・五％の伸びでおさまったならば、やはり医療従事者の待遇の問題というように問題が起きるに決まっております、こういうように思うのであります。それから六十年度以降についてはどういう伸びになるのか、こういうことになるわけですが、やはり過去のトレンドというふうなものを頭に置きながら推計をしていかざるを得ないのであります。五十八年度、五十九年度の低い伸び率というのはそういう意味の数字だ、こういうように受け取っておるわけでございます。

○村山(富)委員 五十八年度は四・六％におさまるであろうと推定しておる背景は、老人保健法と薬価基準の引き下げということを言われましたね。これは五十九年度もやはり同じ傾向で残っているのではないかと。特に薬価基準につきましては、今年三月からまた一六・何ぼか下げたわけですね。ですから、むしろ五十八年度よりも五十九年度の方が、その問題に関する限りは相当下がっているのではないかと推定されますね。そうしますと、今あなたが言われたように、人件費が五〇％を占めておる、だから人件費が五十九年度はうんと上がるだろう、それがまた医療費を押し上げるだろう。これだけですか、五十九年度改正をしなければ七・二％にまた伸びていくという背景になる要因は、これはやはり、審議するのは、改正をせずに現行のまま行くとこういうふうな財政はなりません、医療費はこうなります、改正すれば

二・四％になるという中身を、納得できるように資料を提供してもらわないと、本当を言って審議になりませんよ。

同時に、ことしだけの問題ではないのですから、六十年度はどうなるか、六十一年はどうなるか。今の政府が出している法案からすると、六十一年からは二割にする、それまでは一割。そうすると、そういうふうな動いていく条件の違ひの中で、国民医療費の推計というのはどういうふうになっていくのかという、少なくとも四、五年ぐらいの展望を踏まえた中でこの法案がいいか悪いかわという議論をしなければ、ことしだけ見ると財政はこうなりますよというだけの話で議論をするのは、やはりちよつとおかしいのではないかと、議論しにくいのではないかと思います、そういう資料を出してもらえますか。

○吉村政府委員 今私が説明をいたしましたことについての資料はお出しできます。

それから、確かに先生おっしゃる通りに、将来の医療費推計をおまえらうと考えておるのだ、これはおっしゃる意味は十分よくわかります。わかりますが、医療費の推計というのはなかなか難しい話で、責任のある国会のこの場所で、将来狂うような医療費の推計を出したのでは申しわけないという気持ちがあるのです。そこは一つの前提を置いてこういう推計をしてみろ、こういうことならもちろん私もいろいろな推計をしております。コストの方からも推計をしたり、従来のトレンドからも推計をしたり、それから年齢構成の変化を加味した推計もしております。したがって、それを出せ、こういうことならいづれもお出しいたします。ただ、それじゃその数字について責任を持ってと言われると、積算についての責任は負えますが、将来そのとおりになるかとおっしゃられると、やはり私も、今申し上げましたように仮定を置いた数字であるということで、十分御理解を願いたいと思います。そういうことならいづれでも出せます。

○村山(富)委員 これは推計です。だから、見通

しが狂えば、狂った理由はこういうことで狂ったのだということがはつきりすればそれでいいわけですから、言ったのが違うじゃないか、そんなことは言いませんよ、それは当然のことだから。ただ、この改正案を審議するに、やはり三年か四年先ぐらいの財政の見通しというものを踏まえた上で議論をしなければ、それは議論にならぬじゃないですか。

私は、この七・二％か二・四％かという質問については、その資料が出されるまでは保留します。それは審議になりませんよ。単年度だけの問題ではないのです。これは来年また変えるというなら別ですよ。そうじゃないのですから、そういうものを踏まえた上で議論をするということが大事だと思えますから、この質問については保留しておきます。

それから、具体的な内容に入っていきたいと思うのですけれども、やはり医療保険の問題等々審議するには、一つは医療を受ける側の条件がどうあるか、医療を供給する側の条件がどうあるか、その受ける側と供給する側の仲を取り持って、そして支払いを保証するというのが保険制度ですから、それぞれの分野の問題点というものを洗って、分析をして、そして一番正しい処方せんを出していくということではないか、これはいい話ではないかと思えますから、そういう意味でこれから少し議論を深めていきたいというふうに思うのです。まずお尋ねをしたいと思うのですが、これは本会議でも申し上げましたけれども、特に近年は、人口の高齢化とか、あるいは生活環境、社会環境が変わったとか、食生活が変わったとか、いろいろな意味で人間の暮らしの条件というものが変わってまいりましたね。それに応じて疾病構造も大きく変わってきているわけですね。そこで、これから医療を考える場合に大事なことは、病気にかからないようにする、病人を出さないようにするということが大前提ではないかというように思いますから、それを前提にして二つばかりお尋ねしたいと思うのです。

一つは、食品添加物の問題なのです。私どもの周囲には、食品添加物や農薬やあるいは抗生物質や、化学合成品というものがはんらんしていますね。日常生活の中で本人が意識する、しなにかかわらずそういうものを体内に取り込んでいくわけですね。ある学者に言わせると、食生活だけで七十から八十種類ぐらゐの抗生物質を取り込んでいる。そしてその量は十グラムぐらゐだというふうな意見もあるようですが、いづれにいたしましても、相当多量に体内に取り込んでいることは間違いないと思うのですよ。

そこでお尋ねをしていきたいと思うのですけれども、この食品衛生法というものが施行されたのが昭和二十二年ですね。その施行されて以後、食品添加物として指定された品目はどれぐらゐありますか。それからもう一つは、取り消された品目はどれぐらゐありますか。取り消された理由は何ですか。その三つについてまずお答えください。

○竹中政府委員 現時点におきまして、食品添加物として指定しております数は三百四十七品目でございます。

それから、取り消しをいたしました数でございますが、昭和四十年以降では四十二品目になっております。食品衛生法施行時点からを全部足しますと、たしか五十品目ぐらゐになると思っております。そこで、古いものは別にいたしましたして、昭和四十年以降現在までに、指定の取り消しをいたしました四十二品目の取り消しの理由でございますが、まず第一番目に、安全性に疑いが出てまいったということで取り消しをいたしましたのが十六品目でございます。この十六品目のうち、発がん性があるのではなからうか、発がん性の疑いで取り消しをいたしましたのが四品目でございます。それから使用の実態がなくなったもの、つまり一度指定をしたわけでございますけれども、その後新しい、別のより有効な添加物が出てまいったというふうなことがございまして使用されなくなつたもの、これが二十三品目でございます。それか

らあと三品目でございますが、その時点での科学に立脚いたしまして安全性について十分な資料がない、後になっていろいろ調べてみましたところ、これは再評価の過程で出てまいった問題でございますが、再評価をいたしましたところ、その時点で科学では安全性を再確認するに足る資料がないというのが三品目ございました。それが四十二品目の取り消しの内訳でございます。

○村山(憲)委員 そうすると、それ以前に取り消されたものについてはつまびらかじゃないわけですか。四十年以降については四十二品目。ですから、それ以前に指定されて取り消された品目、取り消された理由等については明確じゃないわけですか。

○竹中政府委員 先ほど申し上げましたように、あと十品目ばかりが昭和二十三年以降三十九年までの間に取り消しをされておるわけでございますが、現在、その十品目ばかりにつきましては取り消しの理由を調査いたしておる段階で、まだ私も確認ができておらないわけでございます。

○村山(憲)委員 調査をしているというのは、私質問があつて調査を始めたのですか。局長、それはどういふ意味ですか。

○竹中政府委員 大変、十数年以上も前ということと、調査を始めておるわけでございますけれども、まことに申しわけございませんが、三十九年以前取り消しのものにつきましては、なお若干時間の御猶予をいただきたいと思つております。

○村山(憲)委員 それはやはりちよつとおかしいような気がするけれども、記録はないのですか。

○竹中政府委員 もちろん記録はございます。その記録を今調べておるところでございます。

○村山(憲)委員 そうすると、私の質問の通告があつて、それから調べにかつたわけですか。

○竹中政府委員 後でもまた問題として出てくるかと思いますが、四十年代の初めに、実は動物実験のやり方が非常に進歩をいたしましたわけでございます。したがつて、四十年以降に、慢性毒性でございますかとか発がん性の実験が非常に進歩いたし

まして、それらによる指定削除というのが非常に具体的に問題になった。したがつて、私も、現時点では四十年以降を中心に検討しておるわけでございます。

なお、三十九年以前の指定取り消しの数につきましては、すぐ、先生の御質問が終わるまでに御答弁できると思ひます。

○村山(憲)委員 数はもとよりですけれども、それじゃこうして下さい。この委員会中に、品名と取り消した理由、何年に取り消したということとを全部資料にして出してください。

○竹中政府委員 お出しいたします。

○村山(憲)委員 それで、一つは、三百四十七品目指定されているわけでしょう。これを常時、全部とり込んでおられると思ひませんか。しかし、さつき言いましたように、七十から八十種類ぐらゐの化学合成物質をとり込んでおられるわけですから、そういうものが体内に蓄積されていった場合に、相乗効果、複合毒性といったものに対する研究というものは今どうなつていますか。

○竹中政府委員 食品添加物は、御承知のように、体内にとり込まれたものは排泄されていくわけでございますので、体内で蓄積するという例はまづないと考えております。

それから相乗作用の点でございますが、よく相乗効果についての議論が出るわけでございます。御承知のように、一般の食品、普通の食品もみんな化学物質でございます。化学物質の塊でございますが、そういった一般の食品につきまして、現在言われておりますのは、相乗作用ということよりも、むしろ相殺作用あるいは拮抗作用がよく見られます。御承知のように、魚の焼く焦げに入つておりますトリブP1という非常に強い発がん物質がございますが、こういうものが、野菜のジュースでありますとかビタミンCの拮抗作用によつて発がん作用が薄れるというようなことがございまして、むしろ、今食品で言われておりますのは、相殺作用あるいは拮抗作用、そのことは、添加物も

全く同じ化学物質でございますのでそういうことが類推をされるわけでございます。それが一点でございます。

それから二点目といたしまして、食品添加物の相乗作用、相乗毒性ということでございますけれども、食品添加物につきましては、御承知のように動物の最大無作用量、つまり動物や人体に對しまして何の作用も起こさない量、医薬品は御承知のように人体に作用を起こす量を使うわけでございまして、食品添加物は人体や動物に作用を起こさない量、結論だけ申し上げますと、その千分の一から数千分の一の量を使ひまして、それで防腐なり何なりの効果のあるものを食品添加物として使つておる。つまり動物、人体に対する作用が起こる、その三けた低いごく微量で使つておるということでございますので、私どももいたしましては、相乗毒性、相乗作用ということとは食品添加物についてはまず考える必要はないのではなからうかと思つております。

ただ、いろいろとそういう点で御関心がございまして、実は念のために、昭和四十九年度以降、具体的な食品添加物につきまして相乗作用というものがあるのかどうか、現在までに二十種類の食品添加物につきまして、その組み合わせで相乗作用があるかどうか実験を続けてまいつておりますが、現在までの段階では何らそういう作用は見つつかつていないところでございます。

○村山(憲)委員 今言われたように、相殺効果のあるものもあるかもしれません。それはそういう意見もありますから、あるかもしれません。しかし、相乗効果の出るようなものもあるかもしれません。これはわかからぬわけだ。だから、やはりこれは常時研究を続けていく必要があるのではないかとと思ひますけれども、これは大臣どうですか。

○渡部国務大臣 食品添加物行政について何よりも大事なことは、安全性、命の安全を確保することでございます。ただ、今日、国際化しておりますし、また国民の皆さん方の食品に対するニーズ

というものが多様化しておりますから、これらを一認めないというわけにはまいりません。やはり消費者のニーズというものを我々は尊重しなければなりません。そういう中で、あくまでも人命尊重ということが第一でありますから、そういうことで許可してまいりますし、また、そういうことに不安があればどんな取り消しをしてまいります。

○村山(憲)委員 いやいや、私が質問したのは、そういう相乗効果で人体に影響を及ぼすようなことがあるかもしれないですね、ですから、そういう意味ではやはり引き続き研究をしていく必要があるのではないかとこのことを言つておるわけですから、それはどうかということに対する答弁だけではないわけですか。

○渡部国務大臣 そういう意味で、許可したもので、また、いろいろ調べて不安が起つてくればそれを取り消すということもしていくという意味のことを私は申し上げたわけですが、今度は、相乗効果とかそういうものは極めて専門的な問題でございますから、専門家の御意見を聞いていただいた方がよくわかると思ひます。

○竹中政府委員 相乗毒性試験と申しますのは、食品添加物の安全性の再評価の一環として実施をいたしております。昭和四十九年度以降、先ほど申しましたようにずっと続けてまいつておりまして、五十九年度予算においてもそれに必要な経費を計上いたしております。

○村山(憲)委員 ですから、今後も真剣に取り組んで研究を続けていきます、そう言えはいいいわけですか。

○渡部国務大臣 人命尊重で、真剣に取り組んで頑張つてまいります。

○村山(憲)委員 そういう前提に立つて、具体的な問題について二、三お尋ねしたいと思うのですけれども、BHAというのは発がん性が指摘をされて、経過を見ますと、五十七年五月七日に、食品衛生調査会から意見具申が文書で提出をされておるわけですね。それを受けて厚生省は、五十七

年五月十日に、環境衛生局長名で各都道府県知事、政令市の市長、特別区の区長あてにその文書を出してあるわけだ。その文書はここにありませんけれども、もう中身は言いませんが、いいですね、出してありますね。同時に一九八二年、五十七年八月二日に、パーム原料油を除いて、BHAは食品添加物として使用できない規制告示がされたわけだ。それは間違いないですね。ところが、その規制の施行日は五十八年二月一日からとなっておったんですけれども、どういう理由か、厚生大臣が——当時の厚生大臣ですよ、今の厚生大臣ならそんなことはなかったかもしれないけれども、当時の厚生大臣は、その施行日を延期するという告示をしたんですよ。これは言うならば行政の姿勢が二転三転しているわけだけれども、それは一体どういう理由か、納得できる説明をしてください。

○竹中政府委員 BHA問題につきまわりの経過は、今先生がおっしゃったとおりでございます。このBHAと申しますのは、油脂の酸化防止剤でございます。日本はもちろんでございますが、諸外国でも非常によく使われておる添加物でございます。そこで、昨年の五月にそういう決定をいたしました時点で、各国から大変関心が寄せられて、ひとつ科学的に国際的に検討をしたというところで、日、米、英、加の四カ国で四カ国会議が行われて、それからさらに、それはWHO・FAO食品添加物合同専門家会議にも引き継がれて、現在まで国際的に学術的議論の焦点になっておる、非常な議論が行われておるということでございます。

その中身をちょっと御紹介をさせていただきますと、BHAに発がん性があることは、これは日本はもちろん各国ともそのとおりであるというふうに認識をいたしておりますが、どうも従来の発がん物質とはちょっとメカニズムその他について違うようである。果たしてこれがヒトの発がんにつながるかどうかわからないことが議論の焦点になっておるわけでございます。

中身といたしまして、まずメカニズムでございますが、昔の有名な発がん物質はすべてイニシエーターと言われるものでございますが、どうもこのBHAはプロモーターらしい。食品衛生調査会で五十七年に議論されたときもそういう意見はちよつと出ておりましたが、その後の国際的な検討によりまして、どうもプロモーターの可能性が非常に強い。御承知のように、プロモーターというのはイニシエーターが働いた後でなければ発がんというのには寄与をしない、プロモーターだけでは発がんをしないというものでございます。

それからもう一つ、このBHAと申しますのは一種類の、ラットでございますが、一種類の動物だけに発がんをする。それからまた、人間にない前胃、ネズミにだけございます前胃という臓器だけに発がんをする。それから、普通人間が摂取をいたします量の約二万倍の量を今のラットに与えたところ、前胃に発がんをしたというふうな中身でございます。ヒトの発がんにつながるのかどうかという疑問が呈されたわけでございます。現在、先ほど申しましたFAO・WHOの合同専門家委員会さらに実験を続けようということ、前胃のない動物、つまりネズミ以外の例えは犬でございますとか猿でございますとか、そういう普通の動物でさらに実験を続けようということになりまして、昨年の秋以降、日本、アメリカ、カナダ、スウェーデンが実験を進めてまいっております。その結論が出た段階でこのBHAの発がん問題について国際的な決着をつけよう、こういうことになっておるわけでございます。

そこで、食品衛生調査会との関係でございますけれども、食品衛生調査会、特に添加物部会、それから毒性部会の合同部会の御意見では、ほかに代替品があるので、できたらやめた方がいい。しかし、やめるについては、いつやめるかはひとつ政府でよく考えて決めればというふうな御意見、提唱でございまして、したがって、私ども、昨年の施行延期の段階で食品衛生調査会に御報告を申し上げまして、今の施行延期については、特

に現時点では問題はないという御意見を調査会からいただいたしまして、現在の段階に至っておりますということでございます。

○村山(富)委員 その食品衛生調査会から大臣に意見具申があつて、それを受けて厚生省は、使用してはならないという告示をしたわけですね。それはさつき経過を言つたら、そのとおりだと言つたじゃないですか。そして現に五十九年二月二十日に、九州山口地区漁連水産製品主務者協議会という会が主催をしたんですけれども、そこに厚生省の食品化学課から担当官が出席をして、こう言っているじゃないですか。昭和五十七年五月十日付局長通達にあくまでも生きています。煮干し関係業界としては、BHAが使われることのないよう全面的な協力を要請する。食品添加物協会に対しては、メーカーがBHAを食添用として製造販売しないよう協力する。今あなたが答弁されたのと大分中身が違うじゃないですか。

○竹中政府委員 先ほど申しましたように、食品衛生調査会の毒性部会・添加物部会の御意見では、代替品の、BHTでございますとかあるいはビタミンEが同じような作用、酸化防止の作用をするということで、若干値段等は違いますが、そういうこともございますので、BHAは禁止をしたらいいだろう。ただし、いつから禁止をするかという施行時期については、ひとつこれは政府に任すということで、厚生省はかなり長い、一年近い猶予期間を置きまして、五十八年二月一日から施行するというようなことになっておったわけでございます。

ただいまお話しした漁連、煮干し関係だと思ひますが、漁連につきましては、そういうふうな決定をいたしましたから施行までの間、かなり時間もございまして、そこで、施行日以内であっても、できれば違うものに、BHTなりビタミンEにかわつてもらった方がいい、そういう指導を、つまり施行日までの間の指導を、BHAからBHTないしはビタミンEに乗りかえてもらった方がいいという指導をした。そのことは現在も、施行時期は

来ておりませんけれども、できるだけBHAからビタミンEにかわつてもらつた方がいいという指導をしておることでございます。

○村山(富)委員 それは指導だけであつて、文書は、通達の中身は大分変わつてきたわけですね。一遍は禁止したわけでしょう、使つてはならないと。

○竹中政府委員 これは要するに、一昨年の五十七年五月に禁止をするということでありましたが、いつから禁止をするかという施行日というのが五十八年二月一日からでございます。五十八年二月一日から禁止をするが、それまでの間も、五十七年から五十八年二月までの間も、できればひとつ早く乗りかえていただいた方がいいという指導をした。現時点も、禁止はする、しかし、その施行の日には別に厚生大臣が定める日とするというのが現在の状態でございます。その状態は前と変わりはしない。禁止はするが、いつから禁止するかはこれから決めるということに今なつておるわけでございます。今直ちに禁止するということではないが、その間もひとつできればビタミンEにかえてもらった方がいいじゃないか、こういう指導をしておることでございます。

○村山(富)委員 あなたの説明する意味はわからぬではないけれども、しかし、明確に文書は言うてゐるのですよ。五十七年の五月十日に厚生省環境衛生局長が各都道府県知事に出した文書によりまして、「パーム原油及びパーム核原油以外の食品には使用しないこと。パン以外の食品に使用しないこと。」と云つて、明確に規定づけておるわけですね。これが今お話しがあつたように二月の何日ですかから施行されることになつておつたものを、大臣が施行日を延期をされたわけですね。延期をした期間もこの通達の内容は生きていますよ、だからできるだけ使わないようにしてください、こう言つてゐるわけですよ。言つてゐるけれども、それは行政の指導があいまいだから、現に東京都の消費者センターが調査したら、マーケツトの煮干しの中にうんと出てゐるじゃないです

か。検査した資料はありますよ。

ちよつと申し上げますと、これは五十八年の十一月から五十九年の一月にかけて調査しているわけですね。BHAは六十点中二十六点、四三%から検出された。食品添加物について表示義務のある密封包装のもので、BHAが検出されたにもかかわらず、酸化防止剤使用の表示がされていないものが三点あった。これはもう食品衛生法違反ですよ。食品添加物についての表示義務がないばかり売り及び簡易包装のものBHA検出率は、はかり売りが六二%、簡易包装は三一%であった。現に市場に出ているわけでしょう。

これはさつき大臣が言われましたように、命と健康に関する重要な問題ですよ。そういう行政のあいまいな姿勢でもって、これでは業者も困るでしょう。つくつていいのかつくつて悪いのかわからぬし、使う方も、使つていいのか使つて悪いのかわからぬ。こういう格好ではやつぱりおかしいのではないかと思うのですがね。これは大臣、どうですか。

○竹中政府委員 先ほども申しましたように、現在施行の延期をしておるわけでございますが、その施行の延期によつて、つまりあと半年になりますか一年になりますか、その程度の期間なお従来の使用基準で使用されても、それによつて国民の健康に被害が起るということはないというふうなことは私どもは考えております。そういうことで、現在、全く予防的な措置としてどうするかということをお考へしておるわけでございまして、今ここで施行を若干延ばしておるということによつて、全く国民の健康には問題はないというふうな考へておるわけでございます。ただ、そういう予防的な措置でございまして、結論はどっちにいくかわかりませんが、予防的な措置でございまして、禁止の施行は直ちにしないでいいけれども、できればかわつてもらつた方がいい、それが行政指導でございまして、そういうことで現在はやつておるということでございます。

○村山(富)委員 それはやつぱりそういうふうな

行政指導しているのでしょうか。行政指導しているのなら、あなたが言うように、それはもう人体に關係ありません、安全です、こう言ひ切るのなら、それはもつと違つた手法があるべきですよ。それはやつぱり疑念が持たれて疑いがあるから、できるだけ使用しないでください、使用しない方がいいですよ、こう言つて指導しているのですよ。私はやつぱりこれは、そういう行政のあいまいな姿勢ではいかぬと思ひますからね。やつぱり疑わしきは使わせないという精神に立つて、この指導は徹底させるべきだと思ひますがね。

これはもう専門的な中身の問題ではなくて、行政の姿勢として、疑わしきものはやつぱり使わせない方がいい、はつきりするまでは。だからこういう通達も出してゐるし、こういう指導もしているんだから、なお一層指導を徹底させるということが必要ではないかと思ひますけれども、大臣、どうですか。

○竹中政府委員 先に一つだけ。

先ほどから申上げておられますように、発がん性の問題については二、三年で大変な科学的な進歩がございまして、従来は発がん性がある、つまりクロロシロというものは非常にはつきりしておつた。ところが疑わしい、まあ疑わしいという言葉の内容にもよりますけれども、例えば現在の段階では、魚の焦げから、ワラビから、あるいはみそから、しょうゆから、ぬかみそから、お茶から、みんな変異原性がある、こういう議論になつておるわけでございまして、その辺につきましては、十分科学的な議論をした上で最終決定をしたいということで申し上げておるわけでございまして。

○村山(富)委員 いや、それは最終決定より、結論がまだ出てないのではありません。最終決定をした、い、こういうんだから。結論が出てないから、その結論が出るまでの行政指導として、やつぱり疑わしいものは使わない方がいい、だから協力してくださいよと言つて指導しておるんでしよう。それならやつぱりその指導を徹底させていくべきで

はないかと私は思ひますよ。それを抗弁して、そうでないのですというなら言ひなさいよ。そうでなくて、あなた方は一貫してそういう指導しているじゃないですか。だから、指導しているにもかかわらず、現にマーケットにははんらんして出ているわけですからね。調査の結果としては出てゐるわけですから、やつぱり指導は徹底させて、そういうことのないようにすべきではないですか。結論が出て万人が認めてはつきりしたのなら、その上で対策を考えればいいじゃないですか。どうですか。

○渡部国務大臣 食品衛生行政で何よりも大事なことは、国民の健康を守ること、これは言うまでもございせん。また、食生活というものは、我々が毎日毎日生きていく糧でもあり、また生活の楽しみでもあるわけですから、それに国民の皆さんが不安を持っておるようでは困りますので、これはできるだけ安心をして食生活を行つていただくということが我々に与えられた大きな仕事だろ

う、こう思ひます。

ただ、今政府委員からも話がありましたように、この発がん性の物質というふうなもの、よく私ら週刊誌で見るとすけれども、いつとき、あれを食つたらがんになるから大変だぞ、こう思つておると、何年かたつと、今度はそれはかつていい場合が出てきたりして、これは世間のそういうことに一々とらわれてやつたらなかなか大変でありまして、私はきのうがンセンターに見学に行きまして、これだけすぐれた研究所なんだから、ひとつ一日も早く我々が、国民の皆さんに、これはもういけませんよ、またこれは大丈夫ですよ、これはかえつていいんですよというふうなことを、自信と責任を持つて言えるようなデータを出していただきたいということを言つてまいつたのであります。今の先生の御意見、まことにごもつともなことでありますので、行政の面でできるだけ指導してまいりたいと思ひます。

○村山(富)委員 じゃ次に、この問題は、先般も社会党の綱領委員から問題提起がございましたけ

れども、アスバルチームですね。これは一般の健康な人には害はないんじゃないかと思ひますけれども、特殊な症状を持つてゐる体質の子供にはやつぱり影響があると言われてゐますね。それは、フェニルケトン尿症という病氣を持つた子供がおりますね。その子供にはできるだけやつぱり極端な場合には精薄、痼疾化する可能性があると

いうことが言われてゐますね。したがつて、わざわざ、この使用については、厚生省の児童家庭局の母子衛生課長名で、五十八年の八月二十七日、そういうことを含めた警告的な文書が出されてゐますね。その文書が出されてゐるということは、やつぱりそういう心配があるということをお認め

いると思ふのです。それはどうですか。

○竹中政府委員 アスバルチームが分解をいたしますと、アスパラギン酸とフェニルアラニンができるわけでございます。そこで、このアスバルチームは、今お話ししたフェニルケトン尿症の子供さんはお使いになつては困るということであつて、表示をいたしまして、また、お話しのような通知を児童局に出してもらひまして徹底をしておるということでございます。

○村山(富)委員 第七十二国会で、参議院も衆議院も附帯決議の中で、今日の諸科学の到達点も踏まえながら、食品の安全確保については全力を尽くすという附帯決議もつてゐますし、やはりできるだけ最小限にとどめることがいいと思ひます。ですから、今度はそういう国会決議があるにもかかわらず、この十一品目の指定をしたわけですね。追加したわけですか。その追加した中に今言つたアスバルチームが入つてゐるわけですね。これは私はやはり、児童家庭局の母子衛生課長が通達を出したように、その通達は、今も言ひましたように、そういう子供さんが飲むと影響があるかもしれないということをお告げしてゐる、であるとするならば、いいですか、私はここに品物を持つてきていますけれども、これからこれがはんらんをするわけですか。これはもう味の素みたいな

昭和五十九年四月十二日

大変使いやすいですから。これなんです。家庭で
どんなに使いますよ。そして確かにその添加物が
入っている、含有しているということはここに表
示してありますよ。全部表示してある。表示して
ありますけれども、そういう病気になるっている子
供さんが、どこか病室に入つて治療しておるとか
なとかいふなら別ですが、もう普通の子供と同
じようにあちこちで集まっているわけですから。
そうすると、どこかに行つてこの入っているもの
を飲むかもしれない、使うかもしれない。しかし、
この品物を宣伝をする文書にはいいことばかり書
いてありますけれども、そういう人はやはり注意
した方がいいですよということは一行も書いてな
い。どうですか、この点は。

○竹中政府委員 フェニルケトン尿症につきましては、御承知のように児童局で大変力を入れておりまして、新生児について九八％が検査をされまして確認をされておるわけでございます。

そういうお子さんにつきましては、これは何もアスパルチームだけではございませんで、母乳に ついてもあるいは普通の粉ミルクについても飲む と困る、普通の母乳や粉ミルクの中にもフェニルアラニンが入っているわけでございますので、そ ういうのは困るということで、それぞれそういったお母さん方に対して医療機関から十分に指導が 行われて、食事の制限をしておる。したがって、このフェニルケトン尿症のお母さん方は、フェニ ルアラニンの入っているものではできるだけ少なく しなければならぬということとは十分御存じで、そ ういう食事の制限なりそういう食事を子供さんにし やっておられる。そういう前提で、そういうお母 さん方に対して、このアスパルチームというもの はフェニルアラニンが入っておりますよというこ とを表示をして御注意申し上げれば、このアスパ ルチームを使う場合、アスパルチームは甘味料で ございますから恐らく生まれたての赤ちゃんには 使わないと思いますが、いずれにいたしましても そういうことで、フェニルケトン尿症のお母さん は十分に認識をされておつてうまくいっているわ

けでございますから、そういうことでこのアスパルチームの表示で十分ではないか。このことは、フェニルケトン尿症の子供さんなりお母さんななり、つまり患者さん、患者のお宅、それからまた、日本小児科学会等でも、現在のこの表示で特段に異議が出ていないということでございますし、また各国におきましても、アスパルチームにつきましては、私どもとほぼ同じような表示をして一般に発売しておるというのが実態でございます。

○村山憲委員　その子供さんを持つているお母さんは、今言われるように特殊な病気を持った子供さんですからね、注意して徹底するかもしれないよ。だけれども、お母さんがいつも目の届くところにその子供さんがおるのならないのです。普通の子供と同じように遊び回るわけですからね。どこかへ行ってコーヒーをこちそうになるかもしれない。飲料水をこちそうになるかもしれない。ですから、やはりこの種のものには社会的に共通して安全について責任を持ち合う必要がある。そういう意味では、そういう注意をびしっとする必要があるのではないかというように思いますけれどもね。

これはもう、私はここに資料を持っていますけれども、全国の都道府県市町村のほとんどで意見書を出していますよ。議決していますよ。そして、今ある団体が署名活動をやっていますけれども、それはかつてない署名が集まっていますよ。それだけ多くの国民がこの問題については疑念を持っているのですよ。

私は一つは食品衛生調査会ですか、その食品衛生調査会の中にも、以前に、齋藤邦吉さんという厚生大臣が、質問に答えて、いや、それはもう消費者の代表で十分国民の意を受けてやってくれる人がおれば、二人でも三人でも委員に出て結構ですよという答弁もしていましたけれども、今は一人も入っていない。ですから、もう少し納得できるようなメンバーをそろえる、そうしてガラス張りで国民が十分承知できるようなところでこの扱いをしていくというようなことも必要ではないかと思うのですが、そういうことも含めて今後のあり方について、どうですか。

○竹中政府委員　アスパルチームの審議に当たりましては、やはりフェニルケトン尿症というのは調査会でいろいろと十分な御検討をいただいたわけでございます。その結果、調査会としても、こういう表示でやったらどうかということで意見書をいただいております。しかし、そういう状態でございますけれども、先生お話しのように、アスパルチームによつてフェニルケトン尿症の子供さんが、障害が起こるということはなないと思ひますが、そういうことでは困りますので、さらに一層、小児科学会あるいは小児科学会を通じて医療機関の方々等々関係者の方々に、なお十分な周知徹底を図つてまいりたいと思つております。

それから調査会でございますが、調査会の運営につきましては、調査会に出しました資料につきましては、この閲覧をしたいという御希望の方につきましてはすべてオープンでお目にかけておるわけでございます。ただ、調査会を公開にするとい

うことについては、調査会自身としても十分な忌憚のない意見の交換をせひしたい、そのためには公開というのはなかなか難しいというのが調査会の御意見でございまして、そんなことで、少なくとも資料については全部オープンにやるということとでやっておるわけでございます。

○村山委員 この問題だけで時間をとるわけにいきませんからここでやめますけれども、ただこれは、最後に大臣の、やはり責任者の回答を得ておきたいと思うのですが、さっき言いましたように、四十七年の六月と四十七年の四月に、衆参両院ともこういう附帯決議をしているわけです。「食品添加物については、常時その安全性を点検し、極力その使用を制限する方向で措置すること。」、ですから、極力制限するというのが趣旨なんです。広げていくことは趣旨じゃないんですよ。制限していくことが趣旨なんですからね。その趣旨はやはり尊重してもらわなければいかぬ。

また「カビ毒等の有害性物質及び発がん性物質並びに化学物質の慢性毒性、相乗毒性等に関する研究を強化すること。」「食品衛生調査会の委員に一般消費者の意見を代表する者を加えるよう配慮すること。」「これは衆議院の決議ですね。それから参議院の方でも、「食品添加物の安全性については、その時点における最高の科学的水準により常時点検を強化するとともに、食品添加物の使用は極力制限する方向で措置すること」とし、とりわけ諸外国で有害であることが実証された場合には、既に使用を認めたものについても、すみやかに、その使用を禁止する等必要な措置を講ずること。」「こういうふうに明確にきちつと附帯決議は言われているわけですから、私はやはりこの附帯決議はあくまでも尊重して、この趣旨でもって食品衛生行政はやっていく必要がある。今後にはやはりこの附帯決議を生かしてもらう必要があるというふうに思いますが、この問題については大臣の見解を聞いておきたいと思います。

○渡部国務大臣　民主主義、議会政治の国でありますから、衆参両院それぞれで御決議をちょうだ

いいましたこと、私も行政はできる限り尊重してまいらなければなりません。今御指摘のように、食品添加物についてもその趣旨をできるだけ尊重するように努めてまいりたいと思います。

○村山(憲)委員 その次に、上水道の問題についてちょっとお尋ねをしたいと思うんですが、これもやはり人間の命と暮らしには欠かせない、健康には欠かせない大事な問題ですから、この際承っておきたいと思うのですが、五十七年に自治労の大阪府本部がアンケート調査をしているのですが、「毎日飲んでおる水道に汚染の不安がありますか」という質問に対して、一七・九%が「あります」、「生水は飲まないようにしている」というのが四九・八%、水道に対する不安はこの調査だけでもやはり六〇%ぐらい持っているわけですね。これが現状なんですね。

特に最近、ビルや高層の建物ができますから、したがって、そのビルなんかの場合には受水槽で水を受けて、それをポンプで上のタンクにくみ上げて配水する、こういう仕組みになっているわけですね。法律の改正で、その受水槽は二十トン以上のものについては検査したりする義務があるわけですね。ところが、二十トン以下のものについては今野放しになっているのです。それはどうですか。

○山村説明員 そのとおりでございます。

○村山(憲)委員 いや、その二十トン以上の分についても、これは一九八一年の行政管理局の調査によりますと、法律で義務づけられている水質検査を受けていたのはわずかに六六・八%にとどまっている。あとは受けてないわけですからね。これは行政管理局の調査の結果の指摘ですから間違いないと思いますけれども、これはやはり一〇〇%水質検査を常にやる必要があるのではないかと思いますけれども、その点はどうですか。

○山村説明員 法律で当然に義務づけておりますので、一〇〇%にすべきだというふうに考えております。

○村山(憲)委員 具体的にどういう指導をしてやらせますか。

○山村説明員 簡易専用水道ということで法律上位置づけられておるわけでございますが、これはビル等の設置者みずからの責任で管理するという仕組みにいたしておるわけでございますので、何よりもまずその簡易専用水道の設置者の啓蒙といえますか、理解を深める、高めるということが不可欠と思っております。したがって、設置者に対して自分の水道は自分で守る、それで、そのためには年一回の清掃でありますとか指定検査機関による検査を受けるとかいうことが制度上ございまして、その制度の中身を周知徹底を図っていく、また指定検査機関がみずから歩いて指導していくというようなことを考えていくべきであろうというところで、都道府県を指導いたしております。

○村山(憲)委員 いずれにいたしましても、これは法律で義務づけられているわけですね。しかも毎日使う水ですから、体内に入る水ですから、やはり一〇〇%水質検査がされて、そして安全なんだ、安心なんだという、責任を持った行政をしっかりとやらなければならない。

二十トン以上の法律で義務づけられているものについても、検査されたのはわずかに六六・八%、まして二十トン以下の何も義務づけられておらない野放しになっておる、そういう受水槽というのですか、それはどういうふうになっていると思えますか。

○山村説明員 二十トン以下のものについての管理状況については、必ずしもその実態を把握はいたしておりませんが、二十トンを超えたものに比べて、よりうまくいっているというふうには思っております。やはり問題があるというふうには認識をいたしております。

○村山(憲)委員 これは新聞なんかにも書いてありますが、大型ビル簡易専用水道は三分の二が不良、ビル簡易水道は七割を超すものが飲用不適、これはもう公の新聞で報道されているわけですか。

ら、そういう状況にあるのじゃないかと思うのですよ。ここに写真を撮ったのがありますけれども、清掃する前と清掃する後とはこんなに違う。(村山憲)委員、写真を示す。それは小学校の受水槽ですよ。それはもう厚生省が実態を把握されておらないように野放しになっているわけですね。今私が指摘したのはほんの一部ですからね。実際にはもっとひどい話も聞いていますよ。しかし、余りそんなことを言ったら不安を与えますから私は言いませんけれども、もっとひどいものになっている。したがって、この二十トン以下の受水槽というものに対してやはり何らかの対策を考える必要があるのではないかと思いますけれども、どうですか。

○山村説明員 基本的に先生のおっしゃるとおりだと思います。

御案内のとおり、この立法は先生にもお世話いただきまして議員立法で成立をいたしました五年余りという状況で、先ほど先生おっしゃいました三分の二がやと検査を受けているんだというように御指摘もございましたが、その検査率も徐々に上がっております。その二年前では四〇%台、五〇%台、六〇%台、七〇%台というふうに着実にその実施率は上がってきておる、つまり法律の趣旨が生かされてそれが軌道に乗つつあるというふうな状況にあるかと思うわけでございまして。したがって、二十トンを超えたもの、法適用を受けたものについてまずその万全を期していく、受検率を上げていくということに全力を挙げておるのが現状でございます。今後、小規模なものにつきましては当然御指摘のとおり管理の適正化を図っていかなければならないというふうに思っておりますので、具体的に検討してまいりたいというふうに考えております。

○村山(憲)委員 この法律で見ますと、そういう意味の検査機関というのは地方公共団体の機関がするということに言われているわけですね。その地方公共団体の機関というのはどこを言うわけですか。

○山村説明員 保健所、衛生研究所を想定いたしております。

○村山(憲)委員 民間が有料でやっているところもありますね。

○山村説明員 その公的機関に加えて、厚生大臣の指定する検査機関というもので補いながら進めていくという体制をとっております。

○村山(憲)委員 そこで、この水道の問題については、一般住民というのは、各市町村には水道局がありますね、水道事業をやっている水道事業体。この水道事業をやっている事業体が蛇口から出るまでの責任を持ってくれている、こういうふうに通常思っていると思うのです。ここまでは仮に水道局で言えば水道局の責任ですよ、これから先はビルを管理している人の責任です、こういうふうには住民は思っていないと思うのです。ひねれば出るし、水道料金は取られるわけですから、したがって、水道事業をやっている事業体が蛇口から出る水までの安全の責任を持ってくれているというふうには思っている。またそれが自然な姿ではないかと思えますから、この種の水質検査、受水槽の検査等については、やはり水道事業体が最後の水まで責任が持てるような何らかのかわりを持っていく必要があるのではないかと。これは住民の素直な意思を受けた場合にはそうなると思うのですが、そういうことは考えられませんか。

○山村説明員 全く御指摘のようなのが一般消費者の感覚であるというふうに思っています。

ここで法律上二つに分けられておりますのは、ビル等の水道設備が、市町村水道とは受水槽というところで完全に縁が切れておる。市町村側から見ますと、蛇口から出した後のコップの水までは責任は持たないというふうな、平たく言いますとそんな感じで、法律上、都市の水道と簡易専用水道はそれぞれの設置者が管理をしている、そういう仕組みがとられておるのが現在の制度であるというふうには理解をいたしております。その辺の内容の充実を鋭意図っております段階でございます。

水道事業者をどう絡ましていくかについてはいろいろ研究をする必要もあるかと思いますが、基本的には、衛生行政の方から保健所が、そういうそれぞれのビルの管理者がちゃんとしておるかとかというのを監視もし、指導もしていく、建前をとっておりますが、それに加えて、市町村の水道事業者と十分連携をとって、例えば水道事業者は給水した実態をよく知っておりますから、そういう実態を、どこに何があるかということも情報収集をとりながら、保健所が鋭意進めていくというのが現在の制度下におけるやり方であろうというふうな考えでおります。

○村山(憲)委員 現状でうまくいっているのなら何も言うことはないんですよ。ところが、今いろいろ指摘されたような現状にありますから、やはり水道に対して、事業体、市町村が最後まで責任が持てるような仕組みに変えていく必要があるのではないかと。そういうふうにするかは言いせんけれども、そういう意味では、最後まで責任を持てるような形で、地方の公共事業体なり水道事業者がかわり合いを持てるようなものにしておくことの方がもつとよくなつていくのではないかと。またそうすべきではないかというふうに思いますから、その点は今後ひとつ検討してください。

○山村説明員 ビルの給水設備を見ますと、実態として、市町村が全く関与できない形で設備がつくられ、管理されておりますから、なかなか市町村に本当に責任を持ってやれという仕組みができませんのかどうか、非常に難しい部分があると思うのです。五年前にこれが立法化されて、それまで全く野放しであったものを、一つの簡易専用水道と、変な言葉ですが、ビルの水道という形で独立させますが、何らかの改善を図ろうと考えたわけでございますが、その辺は接点として非常に難しい部分があるというところで、このような裁きがなされたというふうな解釈をいたしておりますので、今後なお、御指摘のようなものが実態でありますし、いろいろ問題がありますので、よく研究さし

ていただきたいと思っております。

○村山(憲)委員 五年前に法改正をしたときには、二十トン以上ぐらいを対象にすべきではないかというので決めたわけだけれども、実態は必ずしも想定したとおりになっていない、だから是正する必要があるのではないという意味で言っているわけですね。水の問題については水道事業者が一番全体を知っているわけですね。だから、一番詳しく知っている者が、その安全についても何らかの関与をし得るような仕組みというものを考えた方がいいのではないかと。ただのことですか、ひとつ十分検討していただきたいと思っております。

その問題はそれくらいで打ち切りまして、次に移りたいと思っております。

今まで御質問申し上げましたのは、医療を受ける側の暮らしの環境なり公衆衛生なり、そういう点がどういふふうに変わつてきているか、こういう点が問題があるんじゃないかという意味の問題提起をしたわけですが、次に、医療供給サイドの問題点についてこれから少し御質問していきたいと思っております。

大蔵省見えていますか。——大蔵省にお尋ねしますけれども、ここ三年ぐらいて、医療機関や医師の脱税件数、それから脱税額、その内容がわかれば御説明いただきたいと思うのです。

○岡本説明員 お答え申し上げます。御案内のとおり、医師の課税につきましては、まず個人と法人と分けて御説明させていただきますと思うわけでございます。

まず個人につきましては、税務統計によりまして、我々のところは業種分類があんまり、マッサージ等を含んだところで個人は医師についてやっておりますが、大体医療・保健業に属する納税者数が五十六年分の所得で約十万件ほどございます。一人当たりの申告所得金額が約一千六百万というところになっておりますので、医療法人につき片や法人の方でございますが、医療法人につき

ましては、これも税務統計によりまして約三千社でございます。これが一社当たりの申告所得金額が六千六百万円ということになっております。これらに対する税務調査の状況でございますが、当然のことながら、我々もいたしまして、必ずしもすべてのお医者さんであるとか医療機関であるとか、そういったところの申告が世に伝えられておりますように低調だということには考えておりません。むしろ、多くのお医者さん方は適正な申告をしていただいているということがほば言えるのじゃないかと思っております。

ただ、お医者さん等の最近の調査結果を見ますと、やはりそれなりにかなりの多額の脱漏が出てくるのも事実でございます。

例えば個人開業医について申し上げますと、これは五十七年度の方でちよつと申し上げてみたいと思ひますが、病院につきましては五百六十二件調査をいたしまして、一件当たりの申告の漏れ所得が一十三百八十八万円というふうになっております。産婦人科に例をとりますと、七百七十九件調査をいたしまして、一件当たり七百七十九万円の漏れとございます。耳鼻咽喉科につきましては二百二十件調査をいたしまして六百四十四万円、それから整形外科につきましては、三百八十二件調査をいたしまして六百四十三万円、それぞれ漏れがございまして、外科医につきましては、九百八十七件調査をいたしまして五百九十八万円の漏れがある、こういうことでございます。

片や、医療・保健業を営む法人の方でございますが、これにつきましても、五十七年度におきまして調査を行ったものが九百八十八件ございまして、その中で一件当たりの不正所得といえますのは一千七百十四万というようになっております。

この脱税といえます申告漏れの内容といえますか、手口でございますけれども、我々もこれまで計数的な管理はしておらないわけでございますが、実際の第一線の調査担当者のいわば感觸的なことになって大変恐縮でございますが、我々考えしておりますのは、やはり自由診療収入、この漏

れが多いのではないかと感じがしております。

申告漏れの態様をいたしまして、収支の面から考えますと、やはり収入を除外するということと、それから経費を過大にするということと、それからもう一つはつまみ申告、後ほど申し上げますが、大きく三つぐらいに分けられるわけでございます。

この収入除外といふのがやはり医療業の中では一番多いのではないかと考えておりますし、中でとりわけ多いのがやはり自由診療収入の除外じゃないかと思っております。このほかの収入除外の例をいたしましては、例えばリベットの収入除外、こういったものも間々あるようにございます。

経費の過大の方に参りますと、医薬品等の架空仕入れ、あるいは仕入れを過大に水増しするとか人件費の水増しであるとか、こういったところがございます。

これらは、いずれにしましても、こういった手段でもって所得をごまかしたかというのがわかるわけでございますが、このほか、ごくまれにつまみ申告としまして、とにかくいいかげんにまとめて幾ら、こういった申告の仕方もございます。

大体、大要以上のようなことでございます。

○村山(憲)委員 総額にするとどれぐらいになるんですか、五十七年度で。

○岡本説明員 大変恐縮でございますが、総額ではちよつと把握しておりません。

○村山(憲)委員 把握してない。しかし、計算すればそれはわかるんじゃないですか。

○岡本説明員 業種別にそこまではまとめた統計はとっておりませんので、御勘弁いただきたいと思っております。

○村山(憲)委員 それならいい。

それからその次に、不正請求の件数というのはどれぐらいになっていきますか。

○吉村政府委員 五十七年度における保険医療機

関の監査をいたしましたのが百三十四件でございます。不正請求をした、こういうことで取り消し処分をしたのが五十件でございます。

たかと言いますと、やはり保険の目的というのは、いい医療を国民に提供するというのが目的です。いい医療を提供していただくためには、提供する側がやはり安定していなければいけません。いかにも悪貨が良貨を駆逐するみたい、何か悪いことをしなければ、不正請求をしたり、不当な請求をしたり、乱診乱療をやったり何かしなければ病院の経営が成り立たないというふうなものである。そういう意味で御質問をしたわけですから、誤解のないようにしていただきたい。何かいかにもそれだけを悪者にしようというふうなことで聞いたわけじゃないんですからね。

二八・二程度になるんじゃないか、こういうふうに見込んでおります。それから検査関係の比率でございますが、検査につきましましては、五十九年が九・〇％、五十二年が九・一％、五十四年が一〇・六％、五十五年が一・〇％、五十六年が一・五、五十七年が一・八％になっております。

す。しからば、その薬剤が正当に使われておるのかあるいはそうでないか、ここが問題なんでありまして、私どもは、全体的にそう不合理と云うわけではございませんけれども、中には、不適正な使用あるいは不必要な使用というものがあるというところも否定できないというふうに思っております。

○吉村政府委員 架空請求を、もう死んだ人の医療費を生きておるのかのごとく請求するようなのが架空請求でございますが、そういう架空請求、それから振りかえ請求、これはある薬を使つたにもかかわらず、もっと高い薬を使つたかのごとく請求するのが振りかえ請求でございます。それからつけ増し請求というのは、注射を五本しか本当は打たなかつたのに、十本打つたかのごとく請求するのをつけ増し請求と申します。それから重複請求、既にもう請求しておつたものをまた請求をする、こういうのが重複請求でございますが、こういうのを不正請求として私どもは考えております。

そこで、医療内容を分析してみますと、やはり依然として薬が多いですね。ちよつとここ三、四年ぐらゐ、三年なら三年でいいですが、投薬と注射と検査の三つの部門の占める率はどれぐらゐになつていますか。――それじゃ、時間だそうだから、これで一応質問を打ち切つて、答弁は午後の冒頭にしてください。

○村山(憲)委員 前年に比較してことしは、五十八年度は若干下がるということですね、薬価基準の改定がありましたから。しかし、いづれにしてもまだまだ、外国に比較して、よく比較をされますけれども、医療が高い、薬剤が高いということは指摘されているところです。

けさほど大臣から御説明申し上げましたが、本人の場合と家族の場合に、薬剤の費用というのが二、三割本人の場合高い。その二、三割本人の方が高いというのが、本当に必要なやつて高いのか、あるいは十割給付なるがゆえに若干過剰な投薬が行われているのか、ここはなかなか難しいところでありまして、私ども不正請求をした医師あるいは過剰診療をしておる医師等について監査をした結果によりますと、やはり本人の場合と家族の場合、社保の本人の場合と国保の場合明確に差がある、こういうこともまた私どもとしてわかつておるところであります。したがつて、薬剤について不適当な使用方法があるという事実はこれは間違いない、こういうふうに考えております。ただそれを、この薬剤の使用が不適正か適正かというのを個々について当たつて調べてみると、あるというのは非常に困難な作業でございます。あるということとはわかつておりますが、なかなか個々のケースをとらえて明らかにするということは難しいのではないかと、こういうふうに思っています。

○村山(憲)委員 今のは五十七年度ですね。その次に、五十七年度中に倒産をした件数というのはわかりますか。その倒産をした理由も。

○有馬委員長 午後三時三十分休憩。午後一時三十六分休憩。この際、暫時休憩いたします。

○吉村政府委員 医療機関の倒産でございますけれども、これはちよつと政府としては調べておらないのでございますが、民間の調査機関によりますと、負債額が一千万円以上の倒産件数、五十七年は四十三件でございます。

○村山(憲)委員 日本のは、国際価格に比較しますとやはり高いですね。この資料はどこまで信頼性があるかどうかというのにはちよつと私もわかりませんけれども、私が調べて入手した範囲の資料によりますと、国際的な薬の価格と比較をしますと、やはり日本の薬は高いですね。そのうちの方に何か比較するものはありませんか。全部の薬じゃなくて、非常に頻度の高い幾つかの薬について、外国の薬の価格というものを調べたことがありませんか。

主な理由といたしましては、機器設備の過剰投資、それから医療事業以外の投資などによるものが多い、それから放漫経営が多い、このように言われております。

○有馬委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。質疑を続行いたします。村山(憲)市君。○吉村政府委員 お尋ねの薬剤比率、それから検査比率についてお答えを申し上げます。

○村山(憲)委員 日本のは、国際価格に比較しますとやはり高いですね。この資料はどこまで信頼性があるかどうかというのにはちよつと私もわかりませんけれども、私が調べて入手した範囲の資料によりますと、国際的な薬の価格と比較をしますと、やはり日本の薬は高いですね。そのうちの方に何か比較するものはありませんか。全部の薬じゃなくて、非常に頻度の高い幾つかの薬について、外国の薬の価格というものを調べたことがありませんか。

○吉村政府委員 確かに先生御指摘のように、我が国における薬剤の使用というものは諸外国に比較いたしますと多い、これはもう定説でございます。

○村山(憲)委員 そうですね、今の医療の仕組みの中で、不正請求とかそんなことはなくて、乱診乱療もせずに、どう言つたらいいかわかりませんが、倒産をしたなどというのはないんですか。

○吉村政府委員 日本じやうでないかどうか、ちよつと正確にはお答えできませんけれども、まずはないのではないかと思います。

○吉村政府委員 確かに先生御指摘のように、我が国における薬剤の使用というものは諸外国に比較いたしますと多い、これはもう定説でございます。

○吉村政府委員 確かに先生御指摘のように、我が国における薬剤の使用というものは諸外国に比較いたしますと多い、これはもう定説でございます。

か。

○吉村政府委員 確かに先生御指摘のように、薬価の算定方式は各国で違います。ただ、私どもとしては、市場価格主義に立つて市場価格を調べ、それを薬価基準に反映させるというのが日本の場合には一番適しているのではないかと。つまり、例えば製薬企業の数が非常に少ない、例えばスウェーデン等につきましては製薬企業の数が非常に少ないわけですが、そういう場合にはあるいは原価というところまで立ち入ってすることもできるでしょうし、あるいは配給公団、供給公団みたいなものをつくってやるということも一つのその国の国情に合った方式ではないかと思ひますが、私は、やはり日本の場合は医薬品については自由競争が非常に激しい、そして、中には談合したとか価格を協定したとかというおかしなこともございますけれども、大体一般においては自由競争が行われている市場だと思ひますが、そういう国の場合には、やはり現実的に市場で取引をされている価格というものを基礎にするのが一番いい方法ではないか。ただその場合に、今先生がおっしゃってられるように、製造原価みたいなものも調べてみる、あるいは販売の実際みたいなものも調査をしながらその価格の補正をしていけば、そういうことなら、私どももある程度具体的な価格を決定するときにそういう手法を用いるということではできると思ひますが、今の市場価格主義にのつた薬価形成というものを全く変えて原価主義にするとか、あるいは全国的な薬の配給公団をつくるか、そういうことはなかなか難しいのではないかと、こういうように思ひます。

をとって薬価基準を決めなさいと言ふのではないのです。単に、薬価基準を決める際に実勢価格だけを調査して、それに基づいて薬価基準を決めるのはやっぱり問題があるのではないかと、だから生産コストにも足を踏み入れて、一遍調べた上で、どの程度の薬価基準が妥当なのかという決め方をしてもいいんじゃないですか。それはすべてのメーカーに対して、すべての薬品に対してやれというのではないです。それは、薬は銘柄別に登載するだけに、大手のメーカーがつくった銘柄品とそうでない薬とは価格が違うのですから、だから頻度の非常に高い主要な薬だけぐらひはその程度までの調査をして、そしてお互いが納得できるような薬価基準に決めていくというののも一つの手法じゃないですか。やらなければならぬことじゃないですか。それがなければ二割三割の負担なんというものはできません。本当に国民が疑念を持っているところにメスを入れて、そしてこうなんです、だからこうしてくださいというのなら、それは説得力がありますよ。だけれども、そこは手は入れられませんが、こうしてくださいというのでは、ちよつと納得できないのじゃないですか。どうですか。

○吉村政府委員 おっしゃる意味がわからないわけではございませんが、原価主義といひましても、個々の薬品の価格について一番難しいのは、先ほど申しましたコストを算定する難しさが一つと、利潤をどうプラスするか、この薬の適正利潤というのはいくらか、その配分が非常に難しいわけでありまして。それを仮に一〇%を適正利潤率と考へてその薬の価格を考へるか、あるいは五%として考へるか、あるいは三%として考へるか、その決め方がなかなか難しいのではないかと。ですから、ある程度の製造コストを調べ、それに例えば製造業平均の利潤率というものを加えた価格で、市場価格で調べた価格と比較してみるとか、そういう仮定を置いて比較はできないわけではないと思ひますが、その比較をやつてみて、本当にそれによつてある薬の価格を決めるといふことについて

ては非常に難しいのではないかと思ふので、否定的に言つておるわけでございます。

○村山(富)委員 それを基礎にして薬価基準を決めなさいと言ふのじやないのです。ただ、薬価基準を決める資料にはやっぱりするべきではないですか、そうでなければわからぬじやないですか、そういう意味で言つておるわけですか。

○吉村政府委員 答弁はちよつと待つて下さい。もういいです。この問題も、例えば国際価格と国内価格の比較とか、それから輸出価格と国内で販売される市場価格との比較とか、そういう資料もいただかないと薬全体がどうなつておるのかということとはなかなかわかりませんから、ですから、この問題については私はその資料が出るまで保留しますから。ただ、薬というのは、もつと厳しく言えばできるだけ使われない方がいい、こう言つていますね。それはもう最少にすべきなんです。その最少に扱ふべき薬が最大に売られておる。しかも、そうでなければ病院の経営が成り立たぬといったような言い方もありますけれどもね。そういう状況に置かれておると、私はやっぱり薬の本質的な問題があると思ふのです。そこはもう少しやっぱり説明する必要があるのではないかと思ひますがね。

同時に、公取と一緒に調査をした資料の中で、厚生省自身が、薬価基準制度についてさらに検討する、こう言つていますね。その検討するというのは、どういう意味で検討するといふに言われているのか。今は銘柄別ですからね。銘柄別は、やっぱりメーカーが相当研究費を使つて、莫大な経費を使つて新薬を開発していく、そして登録するわけですから、したがつて五年間くらいは独占的にやることになつていますし、価格がそれを模造した品物と先発と違ふのはある意味でやむを得ぬ、こう思ひますけれども、しかし銘柄別に登録されておる今の薬価基準の扱い方というのは、さつき振りがえ請求があるとかいうようなことをいろいろ聞いていますけれども、やっぱりそういうことが起こり得る背景になつておるわけですよ。

そういう点はもう少し今の現状に照らして何とか改善をする必要があるのではないかと。この薬価基準制度についてもその改善を検討する」という意味はどういう意味なのか、御説明を願ひたいと思ふのです。

○吉村政府委員 薬価基準の算定方法についてはいろいろ御意見がございまして。少なくとも、現在の薬剤費が高い、その薬剤費のウェイトというものを低くしていく、あるいは薬剤の過剰使用のインセンティブみたいなものを少なくする方法、それを検討すべきだということは、これはもう本当に我々も考へておるわけでございます。薬価基準を引き下げていく、これが一つだと思ひます。薬価基準の引き下げのためには、バルクラインを引き下げるというののも一つの方法でございます。それから、今先生が御指摘のようないろいろな方法をやつてみて、現在の市場価格主義を修正し得る余地があるかどうか、こういうこともやはり検討してみようか、こういうことと思つておりますが、私どもは、今、五十七年の九月に一応中医協から御答申をいただいて、競争の激しいものについては八二%のバルクライン、それから普通のものについては九〇%バルクラインでやるという基本の答申をもらつておるわけですが、それに基づいて二回ほど薬価基準の改正をやつたわけですが。したがつて、今直ちにその方式を変えて別の方式をとるといふのは、少し改正をしてから日が浅いものですから、しばらくはこれを踏襲をしていくと同時に、薬価基準の算定方式について検討をしたいと思つております。

その一つの方向としては、銘柄別収載方式というものを修正する余地があるかどうか。今回も少しはいたしました。銘柄間の格差が非常に高いものについてはそれを圧縮するという方法をとりました。それからまた、バルクラインにつきましても八二%でいいのかわるか、もう少し競争が激しいようなものについては下げてもいいんじゃないかと、いろいろ部内で検討をしておるわけでご

昭和五十九年四月十二日

ざいですが、そういうことで、薬価基準について今のままがいいとは思っておられないわけでありまして、研究を重ね、検討を重ね、そして改正をしていく、こういう方向で物事を考えておるわけでございます。

○村山(富)委員 いずれにいたしましても、銘柄別に登録する手法と、それから八一・九〇というバルクラインの設定が妥当かどうかということについては、もう少し実態に照らして、薬価基準の決め方については再検討を加えていく必要があるのではないかと思いますから、そのことだけ申し上げておきます。

それから次に、この医療費の中で占めておるのは注射とか検査とかあるわけですが、検査の問題だけについて若干お伺いしたいと思うのですけれども、最近医療機器の開発がどんどん進んで、そのためにまた人間の健康と命を守る上では大きな役割を果たしている面もあるわけです。しかし、本会議でも申し上げましたように、余りにも高額な医療機器がどこへでもどこへでも配置をされて、そして稼働率はなかなか少ない。そうすると、やはり投資した金は回収せにやいけませんから、必要以上に検査をする。あるお医者さんの話によりますと、薬も含めて今の検査はもう三分の一以上はむだです、こう言っている人もあります。しかし、その人はこう言うんです。三分の一以上はむだだと思われども、しかしその三分の一以上をしなければ病院の経営が成り立たないんです、こう言うんですね。そういう仕組みになっている背景も全然否定できない面もあると思います。ただ、しかし、こういう高額な医療機器がそういうふうな形で無計画に購入をされて配備をされていくことについては、やはり弊害を生み出していくのではないかと思います。

それで、この資料を見ますと、C.T.S.キャナというんですか、これは日本、アメリカ、イギリス、フランス、西ドイツ、イタリア、オランダ、スイス、ベルギー、もうずつと表がありますけれども、一九八一年十二月の調査によると、日本の備えつけ稼働台数は千六百八十六台、人口十万人当たりでいきますと一・四四です。アメリカが二千で〇・九二ですね。イギリスが九六で〇・一七ですね。これはだんだん下がっていきましょ。やはり日本がもう圧倒的に多いわけですね。やはりそれだけ必要以上のものが購入をされて稼働しているのではないかと。必要以上のものが稼働しているというのではない、必要以上の検査が行われているのではないかと。短絡に結びつかない面もあると思いますけれども、そういうことも言えるのではないかと。共同利用をするとか、こういう高額な医療機器についてはもっと計画的にこの配備を考えるとか、こういうようなことをやはり今後は考えていく必要があるのではないかと私は思いますが、その点だけちょっと御説明ください。

○吉崎政府委員 後段にお話しになりましたことにつきまして全く同意でございます。ただ、前段で、確かに非常にスピードでふえたのでございしますが、一面、この医療制度の一つの眼目は進歩した医学をできるだけ早く国民に行き渡らせる、こういうことがございしますので、そういう意味ではこれは非常によかったことではなからうかと思うのでございしますが、後段で御指摘になりましたように、確かに無理な投資がございましたり、お話しにもございましたけれども、投資をいたしたもので、あるいは必ずしも必要ではない検査も行われるということもあり得ようかと思えます。そこで地域、地域の医療需要に合ったような地域医療計画を作成いたしまして、器械の共同利用を図るとか、あるいはベッドなどにもそのようなことを考える、地域医療のシステム化を進めていく必要があるかと考えております。この点はお話しに全く同意でございます、そのために医療法の一部改正案を今国会に提出してよろこびでございます。

○村山(富)委員 ちょっとこれは時間がないから余りなされぬのですけれども、もし地域医療計画なんというものが前提にあるのなら、それを出さないよ。そうでなければ審議できませんよ。それはやはり医療費の中の重要な要素になっているわけですから、そういうものが一体これからどうなっていくのかということがわからずに審議するわけにはいきませんよ。ですから、もしなんだったら、その地域計画を出してください。

○吉崎政府委員 今いろいろな準備を進めておるところでございますけれども、各都道府県にも依頼をいたしましていろいろな調査を進めておりますが、お話しにありましたようなことを進めるに当たりましては、地域医療計画をつくりまして、そしてそのシステム化を進めていくということが必要であらうかと思えます。そこで、都道府県知事にそれをつくってもらうという趣旨の医療法の一部改正案を提出してよろこびでございます。

○村山(富)委員 完全なものでなくていいですから、考え方の基本ぐらいは出しなさいよ。そうしないと、これはやはり医療費の中の重要なウェイトを占めているわけですから、それがどうなっていくのかということがわからなければこの法案の審議はできませんよ。これもまた保留しておきますから、出してください。

それからもう一つは、ことしNHKの朝のテレビ「おはよう広場」で、「いま医療を考える」というテーマで何か放映があったらしいのですが、そのときに検査問題というのが大分話題になりました。

○吉崎政府委員 診療報酬点数表の検査の点数というの、その病院内でやる検査を前提として点数を設定しております。また、その検査を行って、その検査の結果について、その読み質と申しますか判断質と申しますか、判断料、読み料というふうなものもその検査の点数表の中に入っております。したがって、院内であればそういう形になるわけでございますが、今先生がおっしゃったのは、そういう検査を外部に委託して検査所でやってもう、こういう場合に、その検査の点数は、その医療機関から請求をいたしまして、医療機関にその検査の点数が払われる、そして医療機関と検査所との間は相対で払う、こういうことになっ

ておるわけでございまして、したがって、診療報酬点数と具体的に検査所に払う値段の差みたいなものがございまして。明らかにあるわけでありまして、私ども、例えば尿の検査につきましては、委託検査料金は診療報酬点数を一〇〇としたしまして、検査に支払う値段が五六・八％、あるいは血液学的検査におきましては五一・七％、しかしホルモン検査のようなのは一六・三％ということですが、点数をオーバーしているのもございまして、したがって薬価差と同じような差額というものがそこに生じておることは明らかでございまして。

○村山(憲)委員 そのNHKのテレビのときに、例えば一名の検査技師に対して十名ぐらいの補助職員がおるといふようなところもありまして、同一検体による二カ所の検査センターの成績がかなり違っておるといふようなこともあったり、何かそんなことが言われたらしいのです。私は見ておりませんからわかりませんが、これは検体の検査をした結果を判断してやるわけですから、検査そのものが疎漏になったり間違いがあったりすれば重大な影響を及ぼすわけですからね。検査所の仕事ももう少し正常な形でできるような条件というものは確保される必要があるといふふうに思いますから、そういう点も少し目を配って指導するようなことも考えた方がいいんじゃないかと思ひますが、どうなんですか。

○吉崎政府委員 まず、先ほどのお尋ねの件でございまして、資料が参りましたのでちょっと申し上げます。

ちよつと古いのでありますが、昭和五十六年十一月一日現在で、六百六十七カ所の登録検査所のデータでございまして。検査室の面積について申し上げますと、二十から五十平方メートルのものが二三・五％、百平方メートル未満のものが三五・一％、二百平方メートル未満が二・一・三％、三百平方メートル未満が八・九％、五百平方メートル未満が五・二％、千平方メートル未満が四・五％、

千平方メートル以上……(村山(憲)委員「もういいです。後で資料を出してください」と呼ぶ)そうですか。

そこで、お尋ねになりました件でございましてけれども、先ほど申し上げましたが、衛生検査所につきましては精度の管理というのが非常に大事であることはおっしゃるのとおりであらうと存じます。そこで、先ほど申し上げましたけれども、昭和五十五年十二月の法改正によりまして、精度、管理というものを検査所でもしっかり実施しなければならぬ、こういうことになっておるところでございまして。私どもも、都道府県をよく指導をいたしまして、その精度、管理には間違いのないようにやってまいりたいと考えております。

○村山(憲)委員 それはひとつ、不安のないようにします。

次に、先ほどちよつと言いましたけれども、必要でない検査をしなれば採算がとれないとか、あるいは薬をたくさん与えてその差益を稼がなければ病院の経営が苦しいとかいう意見がありますね。ですから、薬価基準を下げるという議論をする際に必ず下げた分は技術料に回してくれ、振りがえてくれ、こういう意見があるわけでしょう。従来もありましたね。

私は、物と技術というものを分離すると仮定すれば、やはり技術料というものはどういう評価をすればいいのか。一体言われる技術料とは何なのかという点については、どういふふうにお考えですか。

○吉崎政府委員 技術料の評価をすべきである、これはもう昔から繰り返された議論でございまして。技術料をどの程度に決めるか、これは非常に難しい問題で、結局は技術料というのは医師の所得ではないか、所得で考えるよりほかはないんではないか。したがって、医師の所得が高い場合には結果的に技術料を評価しておることになる。それから、所得が非常に低い場合には技術料を評価しない結果そうなるのではないか。少な

くとも、医療報酬に関する限りは、医療報酬に関する所得というもので見るよりほかはないんではないか。そうすると、医師の所得はそれでは一体どの程度であるべきか。これもまた非常に難しい議論でございまして、恐らく理論的には永遠に解決しない問題ではないか。したがって、逆に言いますと、医師が結果的に得た所得というものが高いか低いかにいうようなことでもって判断をしていかなければならぬ問題ではないか、こういうふうに考えておるわけでありまして。

そこで、私どもは、現在のお医者さんの所得というものを医療経済実態調査で調査をしております。その結果によりますと、五十六年の数字でございまして、個人病院の院長の所得は年間三千八百三十六万円でございまして。それから、医科の開業医の平均は二千九百八十八万円、特に無床診療所の場合には千八百八十八万円、それから歯科の開業医の場合には千九百二十万円、こういうことに相なっております。比較できるのかどうかわかりませんが、ちなみに常用労働者の賃金は年間三百三十五万円でございまして。それから、大会社の社長の報酬を賃金管理研究所の調査で見ますと二千九百七十七万円というふうなことでございまして、常用労働者とストリートに比較するのは少し問題があるうかと私は思いますが、大会社の社長の所得というふうなものと比較してもそれほど遜色はない、こういうことでございまして、技術料というものは結果的に所得にあらわれるんだということが正しいとすれば、現在はかなり技術料を見ておる、こういうことになると思っております。

ただ、現在技術料が低いではないかという議論の底には、これは現在の我が国の診療報酬点数は、個々の例えば盲腸なら盲腸の点数を何点と決めておられます。したがって、その盲腸の点数とアメリカの盲腸の医療費とを比べると、圧倒的にアメリカの方が高いわけにございまして。しかし、医療費というのは価格に量とを掛けると結果出るわけにございまして、個々の価格は低くても量はかなり多い、その結果、恐らく医師の所得というものは高くなつておるのではないか、こういうふうに考えておるわけにございまして。

も高くなつておるのではないか、こういうふうに考えておるわけにございまして。

○村山(憲)委員 医師の総収入で技術料が評価されるわけですね。そうすると、医師個人の場合でなく、病院の経営の場合、やはり医師の技術料というものが主体になつて、その医師の技術料以外のものでんかの収益といふものか、そういうものが医療機関全体の報酬になる、こういうことになると思ふのです。

そうすると、私がなぜこんなことを取り上げたかといふと、さつきもちよつと言いましたように、検査づけ、薬づけといったような風評がある。実態はともかくとしてある。これはお医者さん自身がそう言っていますからね。まともにしていたらやはり経営は苦しいんです、だから、やむを得ず必要悪として、必要以上に薬を使つたり検査したりするんじゃないでしょうか、というふうな意見が強いのです。私どもにも来る文書にだってそういうのがたくさんありますよ。ですから、もう少しまともな経営をして、まともな医療行為をして病院経営が安定的に保障されるというふうな仕組みというものをとつと真剣に考えておく必要があるのではないかと。

さつきも言いましたように、それは薬なんか使わない方がいいわけですから、使わない方がいい薬をやはり最小限にお医者さんに使ってもらう、そしてしかも病院経営は成り立つていく。

だから、そういうふうな今の医療経営の現状というところから考えた場合、例えばここに、これはおたくの出した資料だけれども、一般病院の移動年計による医療収支率というのがありますね。これを見ますと、もう五十六年ごろから慢性的に一般病院の経営というものは赤字になつていくわけですね。その赤字にはやはりいろいろな要因があると思ひますよ。あると思ひますけれども、今の診療報酬自体の点数の決め方、一つ一つの医療行為に対する決め方にやはり問題があるんじゃないか。ある病院なんかにはすると、基準看護病院で一人入院しますともうそれだけで赤字になります、

昭和五十九年四月十二日

と言っているところもあるわけです。そういう無理を承知の上で、無理かどうか知りませんよ、言われることをそのまま受けとめるならば、承知の上でやらせるとすれば、やはりどこかで赤字を埋めなければいけぬわけですから、したがって、埋めやすいところに手が伸びていくということになって、だんだん悪貨が良貨を駆逐する、これが医療荒廃の最大の原因になっている、こういうふうにも言われるわけです。

したがって、私は冒頭に申しましたように、保険制度というのはできるだけ医療を国民に保障する、保障できるような供給者の体制でなければならぬ、そのためには安定した経営がやはりある程度保障される、こういうことでなければならぬ。そういう意味からしますと、今の診療報酬の決め方自体にもそういう意味では問題点があるとお思っていますか。

○吉村政府委員 私はお説のとおりな面が十分あると思っております。したがって、診療報酬の改定というのは、今おっしゃられたような方向というものを、それを一つの方向として改正をしていかなければならぬ。それは、ただそれだけじゃございせんが、いろいろな改正の目標はあるのであります。少なくとも必要薬や検査をしてそれによって病院経営をカバーしていかねければならぬ、そういうような事態はやはり解消をしていくのが一つの方向だ、私どももそういう方向で今検討をしております。

○村山(憲)委員 不正請求というのは、単なるむだというふうな話じゃないのですよ。公金ですからね、これは犯罪行為ですよ、ある意味からいいますと、やはりそれぐらい厳しく悪いものは悪いとやっていただく。そのかわりに、大事なことです。大事なことがまともにできるような基礎をつくってあげるといことも大事なことです。それから、そういう意味で診療報酬の検討してみます。要があるんではないかと私は思うのですが、それに関連をして、大学の附属病院の問題についてちょっとお尋ねしたいと思うのですが、おられますか。

大学附属病院の機能というのは、教育、研究、それに医療行為という三つがあると思うのです。どういうふうな運営になっておるか知りませんが、けれども、医療行為によって附属病院のすべての経費がある程度賄われる。こうなつてまいりますとやはり必然的に医療行為に無償がいく。同時に研究の素材に使われる。例えば薬を与えますね。その薬がどういう効果をあらわしてくるかというこのために、薬を使って検査する。その患者に必要なことではないわけですから、ある意味では研究の素材に使われる。そういう話もありまします。そういうものまで診療報酬の中で請求されまします、それはやっぱり普通の一般の病院とは大分違うんではないかということも言えるわけですね。そういう点は今仕組みはどういうふうなつていますか。

○佐藤説明員 先生御指摘のように、大学の附属病院というのはいろいろな機能を同時に果たしている。とりわけ最近では地域の医療の中核的なものになっておりますし、また重症あるいは難病等の難しい患者さんを受け取っている、こういうことで、先生御指摘のようその機能別に分けるということとはなかなか難しいことなですね。

それと、例えば国立大学で申しますと、歳入と歳出を見てまいりますと、実際収入で得ているお金というのは、例えば五十七年度で七八%なんですね。あと二%が足りないわけでございます。これは一般会計からの繰り入れということで、その他のお金をもつてやっているわけでございます。したがって、ほかの私立大学の方は、病院等の収入が実際カバーするのが九六%というふうな数字が私どものもっている数字ではあるのでございますが、やはりこういうこと、司法で言うところと高裁判所のような形で頼られる最終的な診療機関ということをごいいますものですか、かなり高度のことをやる。そういうことからお金がかかる。また、そういった意味から三区分をするということはなかなか困難でございますけれども、先生の御指摘の趣旨も十分に生かしながら今後とも指導してまいりたい、こういうふうに考えております。

○村山(憲)委員 それはそういう指導をしてもらう必要はありますけれども、ただ、普通の病院と違うわけですからね。ですから、例えば一件当たりの点数表なんかを見ましても、やっぱり大学病院は高いんですよ。高いのは、やはり普通の医療機関と違った検査をしたりする。その検査がその患者にとつて必要な検査だと言われればもうそれまでの話ですよ。それまでの話ですけれども、もうでなくて、やはり薬の効果を試すとか、それがどうあらわれるか検査するとか、そういうようなことにまで検査の枠が広がっているのではないかと。なぜならば研究という機能を持っていますからね。そういうものまですべて診療報酬で賄って見ていくという無理があるのではないかと。だから、やはりもっと教育、研究という経費についてはまともな意味で別々に見る必要があるのではないかと。そういうことを言いたいわけですね。どうですか。

○佐藤説明員 お答えいたします。まさに先生御指摘のとおりだということふうに私も考えておるわけでございますけれども、やはり国立大学等の置かれた状況からそれぞれ研究費等も注ぎ込んでおるわけでございますし、私立大学に対しても、相当多額の私学の助成金というものをしながらそちらの方の教育費の方の面倒も見てきているわけでございますけれども、やはり今後とも教育研究経費というもののについては文部省の方で可能な限り配慮していきたい、こういうふうに考えております。

○村山(憲)委員 きょうは資料をちよつと持っているものから、それ以上突っ込んだ議論はいたしませんけれども、やはりそういう点を診療報酬のあり方としても検討を加えていい問題ではないかというように思いますから、その点もひとつ意見として申し上げておきます。どうぞ、もういいです。それから、時間が余りないものですから、僻地医療の問題について一点だけお尋ねしますけれども、僻地医療については、今まで中核僻地医療とか、中核病院とか、あるいは無医地区の巡回診療とか、僻地診療所の医師派遣とか、いろいろな意味で計画的に進めてきておつて、若干の成果も上がつてきているのじゃないかと思えますけれども、しかし聞いてみますと、まだまだ無医地区というのは大変な数があるわけですね。これは、保険料は医療機関もお医者さんもなくつたつて取られていくわけですから、言うならば強制的に切符は買わされて乗る汽車がないという状況になつていくわけですから、無医地区がうんと存在しているということはやはり行政としては責任を感じていかねと思うのです。そういう意味で、僻地医療対策というものは従来の経験を踏まえてどういうふうに行うかと思つてみますか。予算を見ますと、これは前年度よりも予算は減つていっているんですよ。どうですか。

○吉崎政府委員 お話しにもございましたけれども、趣旨には全く同意でございます。従来から無医地区をなくする、僻地医療の充実のために私どもとしては力を入れてきておりまして、現在は昭和五十五年度から発足した第五次計画の進行中でございます。いろいろなお話しにもございましたような多角的な対策を講じまして、無医地区の解消、僻地医療の充実を図つてまいりたい。自治医大の卒業生もだんだんふえてまいりまして次第に効果をあらわしてきておるよう存じますが、これからはさらに地域の医療需要に沿つた医療供給体制の整備を進めますために、先ほども申し上げましたけれども、地域医療計画の策定を目的といたしましてところの医療法の改正案を提出しているところでありまして、適正なる医師の配置にさらに努めてまいりたいと考えておるところでございます。

○村山(憲)委員 これは大臣、やはり医療行政を預かっているところとしても責任を感じる必要があると私は思うのです。保険料を取っていないけれどもいいですよ。保険料は取っているわけですが、医療の問題について一点だけお尋ねしますけれども、僻地医療については、今まで中核僻地医療とか、中核病院とか、あるいは無医地区の巡回診療とか、僻地診療所の医師派遣とか、いろいろな意味で計画的に進めてきておつて、若干の成果も上がつてきているのじゃないかと思えますけれども、しかし聞いてみますと、まだまだ無医地区というのは大変な数があるわけですね。これは、保険料は医療機関もお医者さんもなくつたつて取られていくわけですから、言うならば強制的に切符は買わされて乗る汽車がないという状況になつていくわけですから、無医地区がうんと存在しているということはやはり行政としては責任を感じていかねと思うのです。そういう意味で、僻地医療対策というものは従来の経験を踏まえてどういうふうに行うかと思つてみますか。予算を見ますと、これは前年度よりも予算は減つていっているんですよ。どうですか。

からね。だから、この僻地医療対策に取り組む大臣の決意をひとつ言ってください。

○渡部国務大臣 これは先生おっしゃるとおりでございまして、僻地医療、離島、山村、豪雪地帯、いろいろありますけれども、この国のどうい

地域に生まれた方も、やはり我が国の保健医療制度の恩恵を受けたいのは当然のことでございます

指示をいたしまして、今政府委員から答弁のありました医療法の改正による地域医療計画もその一端でございますけれども、これから少なくとも文

明国日本、近代国日本、文化国日本でございますから、無医地区というようにないよう

これから全力を尽くして努力してまいりたいと思

ます。

○村山(憲)委員 その決意に見合うだけの予算が

組まれておればいいけれども、予算は減額されて

おるわけですからね。その点も一つ含めて言うて

おきますからね。真剣な気持ちで積極的に取り組

基準単価で十万五百円、B地域が九万五千七百

円、C地域が九万九百円、そしてD地域が八万六

千百円だ、これはどういう根拠でこんな区分をし

て単価が違ふんですか。——わからなければこれ

を見ていいよ。

○吉崎政府委員 御指摘のような地域区分をやっ

ておるわけでございますけれども、この単価はそ

れぞれの地域の実情に応じて定められておる

ものであると考えております。

○村山(憲)委員 その実情において決められてい

るというのは、その実情は何ですか。どういう実

情でそんな区分をしているんですか。適当なこと

を言いなさんな。

ので私が答えますが、先生のおっしゃるような金

額になつてゐることは事実でございます、それが

本当に補助の目的を達しておるかどうか、こう

いう御指摘でございます。

私どもも、もつと実情に応じた補助単価を設け

る必要はあるかと思ひますが、国保の直診だけ補

助単価を変えろとか、補助率を変えろとかという

ことは非常に難しゅうございまして、横並びみた

いなことでそういう補助単価になつておるわけ

でございます。したがって、これは全体的に眺め直

して検討をしなければならぬ問題だと考えま

す。

○村山(憲)委員 それはひとつ検討しておいてく

ださいね。

それから、もう時間ありませんからこれは端

的に確認だけをしたいと思うのですけれども、国

民健康保険について、本会議でも質問しましたけ

れども、退職者医療制度をつくることによつてそ

の分だけ国保の負担が軽くなる、したがって国庫

負担はこれだけ削ります、その国保の負担を削

た分と退職者医療で軽くなった分とイコールしま

すか。

○吉村政府委員 私ども、その退職者医療制度の

創設部分だけで物事を考えておりませんで、それ

も含めまして国保の保険料につきまして、退職者

医療制度をつくり、あるいはそのほかのいろいろ

適正化対策もする、こういうことにしております

ので、そういうことに伴ひまして保険料がどうな

るか、こういうように全体的に考えますならば、

今回の改正によつては保険料の増減はございま

せん。したがって国庫補助金が少なくなる、その結

果その分が保険料に回る、普通ならそういうこと

になるのであります、その部分は保険料の引き

上げにならない、こういうことにしております。

○村山(憲)委員 しておるといふのでなくて、な

りませんね。

○吉村政府委員 これは一年たつてみないと本

当にわからないわけでありまして、私どもは、な

らない、こういう確信を持っております。

める保険料は同じです。そして、退職者医療制度に入っている者は八割給付、国保だけに入っている者は七割給付、これでは国保の中に新しい格差を持ち込むことになる、そう思いませんか。

○吉村政府委員 確かに、六十歳台の国保の被保険者が五百八十二万人おりました。そのうちの退職者医療対象者になる人が三百三十二万人ですから、残りの約二百五十万人というのは六十歳でありながら七割給付になる、そして、三百三十万人は退職者になるがゆえに八割給付になる、こういうことで給付の格差が生ずる、これはそのとおりであります。

ただ、私も、先ほどから申し上げておりますように、将来目標というものを掲げて、それに少しずつ近づいていこう、こういう漸進的な方法をとっていかうと思っておりますので、若干の期間の格差というものは許容していただいて、少しでも早く国保全体が八割に近づくように努力をしていくべきである、こういうふうに考えております。

○村山(憲)委員 今度の改正案は、負担の公平と給付の平等ということを前提にしているのではありません。それを前提にしながら、中身は逆に格差をつくっていく、これはおかしいじゃないですか。そんなことであるならば、この際国保も八割にする、それがいいじゃないですか。そうすれば、提案理由の説明で言われたとおりを履行することになります。

○渡部国務大臣 先生の御指摘でございませうけれども、逆に格差を助長するということとはちよつと内容が違ふと思うのです。

国保の人が七割が六割になるとかなんとかですと助長しますけれども、最低の国保の七割、しかし、その中に被用者保険から退職された方、これは今まで十割給付だった方が一挙に七割になるという差を今度は八割ということとどめるわけでありまして、確かに国保の中にそういうばらつきが出てくることは間違いないのですけれども、保険制度全体の中では、一番いいのが全額給付、

一番悪いのが七割、その中で、今度の退職者医療でかなりの人数の方が八割という目標に一歩前進する、これはお認めいただかなければならない。しかし、おっしゃる通りに、私が何度も言っているように、本来財政的な余裕があつて、今回は被用者保険の十割の方に一割御負担願つて九割に上つていただく、しかし、国保の七割の方は今度は一割上げて八割になつていただくという案を私どもが出せるようだったから非常に説得力もあるし、私も気分がいい大臣になれたのですが、今の非常に厳しい条件で十割を九割にするという悪役を私が引き受けて、この次にまた厚生大臣になつていただく方に、今度は七割から八割といういい役をやつてもらふ、こういうことでございませう。

○村山(憲)委員 格差を助長しているとは言いません。これはある程度の期間だけの話ですからね。しかし、今ある制度の中で、同じ立場で存在して、同じ立場で負担をしながら八割給付の者と七割給付の者が出てくる。新しい格差をつくることは間違いないのです。

そこで、やはり今の制度の改善をする必要があれば改善をして、任意継続でつないでいくということの方がまともじゃなかったかと私は思うのです。それはなぜかといふと、若い間働いて保険料納めてきておるわけです。それはうんと使つた方もあるかもしれない、しかし使わなかつた方もあるかもしれない。ですから、引き続きそこはやはり面倒を見る、言うならば、使つてきた者が面倒を見るというのがまともで自然じゃないかというふうに思ふのですから、私はその方がよかつたのではないかと申すのですけれども、これはこれからの議論ですから、大いに議論をして結論を出さなければならぬと思うのです。

ただやはり、国民健康保険の場合には、もうきょうは時間がないから申しませんけれども、必ずしも負担が軽いわけじゃないのです。保険料は、幾度も言いましたようにばらつきがありまして、大きな格差がありますけれども、だんだん上がつて、掛金は相当高くなつてきているのです。そ

の割合に給付が七割ということはやはり無理があるのではないかと。だから、やはり積極的に給付の改善をしなければならぬと思うのです。全体の均衡の中で負担の公平と給付の平等ということをするのが本当ではなかつたか、それが国民の期待にこたえる道ではないかというふうに思ふのですけれども、ひとつその問題に対する大臣の取り組みと決意を聞かしてございませう。

○渡部国務大臣 御指摘の医療保険の今後の方向については、先生と私と全く同感でございませう。ただ、私の方が政府という財政的な責任も負わなければならぬ立場にあるために、今回そういう方向まで出せなかつたわけでありませうけれども、今後引き続きそういう方向に向かつていくように努力をしてまいります。

○村山(憲)委員 これはもう本当なら、いつごろまでにするつもりですかということまで回答をもつた方が、やはりこの法案の審議をするのにいいと思うのです。もしできればそういうことを聞かしてくだい。

それから、日雇健保です。日雇健保で、印紙を張るのに張れない労働者がいる。それはなぜかといふと、例えば東京の山谷や、あるいは横浜の寿町や、大阪の釜ヶ崎等々は寄せ場があつて、違法な労働供給業者がまだ野放しになつていて、違法な労働者を納付しないために印紙が張れない状態があるわけですね。そういうところでは雇用者が保険料を納付しないために印紙が張れないわけです。本人は払うという意思があつても、できないような仕組みになつておる現状にある。そういうところで働いておる労働者の救済措置というの、やはり何らかの方策を考える必要があるのではないかと申すのですけれども、これはどうですか。

○吉村政府委員 今先生が御指摘のような事態はあつてはいけないことでございませうので、仮にそういうことがあるとすれば、適正に指導をしてまいります。

から、ひとつ十分疎漏のないように対策を考えてくだい。

それから、医療監視員の問題についてちよつとお尋ねしたいと思うのですが、医療監視員というのはどういう目的で何を監視するのですか。

○吉村政府委員 医療機関は国民の医療を預かるものでございませうから、例えば人の数でありますとか、施設でございませうとか、備えるべき帳簿でございませうとか、そういう基準を定めております。そういう基準をきちつと守つて適正な運営をやつておるかどうか、そういうことを監査することを主眼としております。

○村山(憲)委員 医療監視員が本当の意味で機能を発揮しておれば、いろいろな事件は未然に防げるんじゃないかという節もありますね。例えば、先般事件のありました宇都宮病院ですと、宇都宮病院に対する過去の医療監視の指摘事項、昭和五十四年に、医師、薬剤師、看護婦が不足している、患者の超過入院、二つの点が指摘されておるわけですね。そして、五十五年、五十六年、五十七年、五十八年と同じことが毎年指摘されているわけですね。ということは、監視はするけれども、何の監視の効力もないということを示してはいるわけですね。もし本当に監視が行き届いて改善が徹底していれば、あの事件は起こらなかつたかもしれないというふうに考えられる節もあります。これについてどう思ひますか。

○吉村政府委員 確かに、宇都宮病院に対する医療監視につきまして、御指摘のようなことを私も感じておりまして、反省をしておるところでございませう。

医療監視員に對しましては、講習会を開くなど、また各年度、重要事項を定めるなどいたしまして、監視の実を上げるように努めておるところでございませうけれども、今回のこの事実を契機といたしまして、さらにこの適切な効果が上がるような措置がとれるように検討してまいりたいと考えております。

○村山(憲)委員　そういう通り一遍な答弁でなく、これは重要な大事な問題ですから。

今ある医療監視員という制度が本来の意味で機能を果たし得るのかどうか、私は無理だと思うのですよ。正直言って無理だと思うのです。それはなぜかといいますと、一行政職員が医療監視員という資格をもらって、資格というか証書をもらって、身分証をもらって、そして医療監視に行っても、その人が行える医療監視の力、能力というのはおのずから限界があることはもちろんです。その証拠に、指摘は毎年するけれども、指摘のされつつ放して、五年間も同じことを毎年毎年指摘するだけじゃないですか。改善も何もされてないのですよ。ですから、もう少しまともに物を考えて、どこにできない理由があるのか、どうすればできるようにするのか、どうすればこういう事件が未然に防げるようになるのかというところをもっと真剣に考えるべきですよ。どうですか、この監視員制度というのは。

○吉崎政府委員　先ほど申し上げましたけれども、本件につきましては御指摘のようなことでありまして反省をしておるわけでありまして、継続的に勧告を行いつつも改善がされないとか、または違法の内容が重大である場合とか、そういう場合にはどういふ措置をとつたらいいか真剣に検討しておるところであります。

また、医療に関しましては信頼関係が何より大事でございますから、医療相談あるいはその他の関連部局との連絡を密にするなど、改善に努めてまいりたいと考えております。

○村山(憲)委員　神奈川県では三つばかり医療機関の指定が取り消されたとかいうようなことも聞いておりますけれども、医療法があるのですから、もし改善命令をして、改善命令を出しておるかおらないかわかりませんが、五年間も同じことを指摘されて、指摘されつつ放しになっておるといふことはどう考えたっておかしいですね。だから、指摘をしてどうしようか、改善命令を出せば、それは改善命令を出すとか、改善命令を

出してなおかつ聞かなければ取り消しをするとか、処分するとか何とか、やはり対策を講ずべきじゃないですか。人間を預かっておるのですから、患者を預かっておるのですから。そういう意味で、やはり行政上の責任があるんじゃないかと。言われても仕方がないと思ひますよ。ですから、監視員制度というものをやはりもう少しきちっとしてもらふ必要があるんじゃないかと思うのです。

そこで、この問題に関連してお尋ねします。

宇都宮病院に入つておつた患者さんからの訴えとして、例えば患者の通信、面会の自由といったような人権が全然無視されておつた。例えば電話をかけておればそばで聞いておつてそして話がかなかさならないとか、あるいは手紙を出せばその手紙は一通検閲されてそれではなければ出せないとか、そういうこともあつたというふうには患者は訴えているわけですよ。しかも、最近どうなっているか知りませんが、話に聞きますと、今でもやはり職員が不足している、しかも患者は過員になつていてというので、職員の数に合せて過員の患者は追い出されているわけですよ。むしろ逆に患者の数に合せて職員をふやす、そして患者は保護して守つていくというふうにするべきだと思いますが、その実態はどうなつておりますか。

○吉崎政府委員　患者の数に合せて職員を採用すべきである、これは全くそのとおりであらうかと思ひます。

これにつきましては、県から非常に強い指導をいたしておりますけれども、三月二十四日現在で常勤の医師が三人ふえております。しかし一方、現に入院しておる患者の処遇が一番であると考えまして、ほかの病院とよく連絡をとつて、転院できる者についてはやはり転院させる等、両様の措置を講じておるところでございます。

○村山(憲)委員　今実際にそういう措置をとつていますか。

○吉崎政府委員　とつております。念のために申し上げますと、三月二十七日付の院長あての栃木

県衛生環境部長の指導でございますけれども、その中の項目幾つかございましては、医師、看護婦等の医療従事者を速やかに充足すること。先ほどのような成果も一部あらわれておるわけでございます。それから、医療従事者の充足がなされるまでの間、入院患者を他の精神病院に転院させるようにすること。ただし、転院先の決定する前に入院患者を退院させることのないように特に配慮されたい。このように、今の二点につきましては指導をしておるところでございます。

○村山(憲)委員　それはひとつ、ああいう事件があつたところですから疎漏のないように、やはり患者の保護を前提にしてきちつとしてもらいたいと思うのです。

先般、厚生省が精神患者の実態調査をやりましたね。あの実態調査でつかまれている数というのはどの程度ですか。

○大池政府委員　お答え申し上げます。

調査を行いました結果、調査票の回収数としたしまして五千七百七十二枚となつております。ちなみに、大寮各関係道府県の御協力をいただきました、三十七自治体におきまして実施をしたところでございます。

○村山(憲)委員　回収率は、施設とそれから人数どうですか。

○大池政府委員　お答え申し上げます。

この実施をいたしました地域におきましての調査対象者数は七千三百六十一人でございまして、いたがいたしまして先ほどの調査票回収数に割り算をいたしました、七〇％強となつております。

それから施設について申し上げますと、実施をいたしました地域の対象となりまして施設は四百八十三施設、それからこの調査に協力をいただいた施設がそのうち四百二十一施設ということで、八七％強になつております。

なお、全国規模という観点で申し上げますと、当初調査抽出施設として八百三十四という施設が想定されておつたわけでございます。しかるに、

先ほど触れましたように、十カ所の自治体においてこの調査が実施できなかったということがございましたので、その結果四百二十一施設で実施が行われた、こういうことでございます。

○村山(憲)委員　もう時間ありませんから申し上げますけれども、この愛知県資料によりまして、調査対象施設は三十五、実際に調査をしたのは二十一、六〇％ですね。人数で言いますと、対象数は五百三十六、実際に調査をされて回収されたのが二百七十、五〇・四％。今あなたが言われたのは大分開きがあるわけですね。愛知県は特に低くて、よその県はそれ苦勞されたと言えども、後でまた確認しますけれども、その数字に間違いありませんか。

それから、実際には調査は医師が患者もしくは家族の承諾を得て記入しなければならぬことになつております。それを、中にはケースワーカーが電話を受けて、電話で聞きながら書き込んで出したのが二十通ばかりある。ですから、今度の実態調査には相当無理があつたのではないかと。もう少し実態調査をする限りにおいては関係者の了解も得て、みんなが協力をしてやらなければならぬことなのですから、私は今あなたが言われたほどの回収率はないのではないかと感じておりますけれども、それはここで争ひませんが、そういうものではないかと思ひます。むしろ調査をするのなら、精神病院に入つておる患者がさつきから言つておりますように本当に人権が保障されておるか、そういう面の実態も調査をしてそして明らかにする。患者の立場に立つての調査をするというところの方が先行すべきだと思ひます。それから、これからの調査については十分ひつと配慮してもらつたというところの注文をつけておきまして、若干時間を残しておかないと、全部言いますと後で言えなくなりますから、ここから私の質問は終わります。(拍手)

○有馬委員長　河野正君。

○河野(正)委員　若干時間の制約もあるようでござ

ざいますけれども、順次質問を展開してまいります。

そこで、日本の健康保険法は、御案内のように昭和の初期から、もちろんねらいは当時は、社会福祉というよりも、社会保障というよりも、労働政策という形で発足したましたが、今日まで約六十年間延々と続いてまいったわけでございす。しかし、最近はやはり社会保障、医療保障という立場でその充実向上というものが図られてまいったわけです。

そこで、大臣も、とにかく厚生大臣になるのはちよつと回り運が悪かった、こういうようにおっしゃつておるわけですが、そういう意味では、今まで六十年間ずっと医療保険というものが続いてきて、そして今日の段階でちよつと後ずさりをする、その後ずさりをするかせぬかということとはまた論議の争点でございすから申し上げますが、いずれにしても後退をする。そういう意味で、私はやはり六十年の歴史に一つの汚点を残すような結果になったと思うのです。そういうように考えます。

そこで、日本には非常に立派な言葉があつて、本音と建前という言葉がある。ですから、大臣もまあ誠心誠意努力していただいておりますことは私も理解しますよ。しかし、今度の法案というものが、先ほどからちらちら出てまいりますように、最良の法案だという言葉もあるわけですから、私も、私どもは最良と言ふのはいささかどうだろうかと。やはり大臣も、もつと時期がよければもう少し給付でも下げぬでもよかつたんじゃないか、そういう意味では大臣みずからもある意味においては十分でないという御感想も述べられておるわけですから、やはり今度の改正案というものは、大臣が努力されたことはわかるけれども、しかし最良のものであるかどうかということになりますと、私は最良のものというわけには相ならぬであらう、こう思うわけですが、いま一つ大臣の見解を承つておきたいと思ひます。

誤解があると恐縮です。明瞭に申し上げておかなければなりません。これは、私がたびたび申し上げておりますのは、いずれにしても国民の皆さんが、今よりも余計税金を出さなければ現行よりも少しでも余計負担をいたさなければならない、この点は皆さんにお願いするよりほかはないという意味でありまして、決して、今回被用者保険の本人の皆さんに患者一部負担をお願いすることが、間違つたことだとかあるいは社会福祉の後退だとか、全くそういう意味ではございせん。今日の置かれたる財政的、経済的な条件の中で、我が国の国民生活の健康を守つていく医療保険制度を将来に揺るぎなきものとするためには、今回の制度改革をやらざるを得ないし、まことに恐縮でございすが、被用者保険の皆さん方にも一割御負担ということをお願いいたします。これを間違ったことだとか、間違つたことだ、これが間違つたことだとか、間違つたことだ、それらはやりません、これは撤回させていただきますので、そういう意味で、先生に誤解をいただくことと恐縮でございすから、現在、置かれた条件の中では私も最良の改革案であると固く信じております。

○河野(正)委員 決して間違つておるというふうな申し上げておるのではないのです。最良の法案だとおっしゃるけれども、もつと大臣として、意欲的には、あれもやつておけば、これもやつておけばというふうな気持ちも述べられておるわけですから、したがつて私は、少なくともこれが最良のものだというふうには理解しがたい。ですから、決して間違いだというふうに申し上げておるわけじゃないですから、その点むしろ私の方から、誤解なさらないようお願いいたします。

そこで、この前も社会保障の基本理念というのは一体どういふ問題だ、そういうことで、日本国憲法を取り上げて、大臣の所見も承つたわけですが、やっぱり今日の財政事情が厳しいという場合と財政事情がかなり余裕があるという場合の対応というのとは違ふと思うのです。しかしながら、私は、この日本国憲法というものは、すべてにおいてやつぱりそれが一つの目安にならなければならぬというところになります。そういう意味から前回も取り上げたわけですが、この二十五条には、「すべて国民は、健康で文化的な最低限の生活を営む権利を有する」、特にその後段は「国は、すべての生活面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」といふふうな書いてあるわけですね。ですから、かねがねこの医療保険のあり方については、やつぱり医療保険制度でいくのかあるいは医療保障制度でいくのかという議論が長い間ございしましたことは、大臣も随分勉強なさつておられますから御案内のとおりだと思ひます。そういう意味で、私も、憲法では今申しましたようにやつぱり保障制度という道をとつておるわけですね。そうしますと、そのときそのときの財政事情もありましようけれども、やつぱり建前としてはこの医療保障というところにある努力をしていかなければならぬ。こう書いてあるわけですから、特に後段では。

そういう意味で、例えば今まで十割給付だったのが今度は九割給付になるということになれば、少なくともその部分を見ればこれは後退でしょう。それはいろいろ背景の事情はわかりますよ。わかりますけれども、少なくとも、今まで十割給付だったのが九割給付になれば、その部分では当然後退になるというところは指摘せざるを得ないと思ひます。そういう意味で、ひとつ大臣、別に誤解しておるわけじゃないから、要するに、私もやはりやつぱり国民のためにいい制度、いい健康を守る制度というものをつくつていきたいというのが、大臣もそうでしょう、私ももうさういふ願ひで申し上げておるわけですから、もうさういふ願ひで申し上げていただいた方がいと思ひます。

○渡部国務大臣 今先生のお話を聞いておりますと、これは私の考えと共通しておると思ひますが、ですから、今日の経済条件、これは財政状態もございす、その中で、社会保障制度というものが大変厳しい状態に置かれております。例えば年金というものがいろいろ今討論されておりますけれども、今六・七人の働き手で一人の老人を支えておる。しかし急速に高齢化社会がやつてきて、四人で一人を支えるというふうなことになる。今のままの制度でそのまゝ置けば、年金制度はあつても年金を支払う金がなくなつてくるのじゃないかというふうなことがよく言われます。すると、これは将来に對して非常に不安になつてくるわけでございす。したがつて、今、私も、国の社会保障制度を預りする立場からいへば、二十一世紀の将来にわたつての高齢化社会、これはやはりみんなが長生きして健康でいてくださることは大いに喜ばなければならぬのでありますから、かりそめにもそのことを迷惑がらうなことになるのはならないわけでありまして、心からみんなが健康で長生きすることを喜べる、そして年金も払えます、またみんな老人になつたら安心して病院に通えます、医療保障の恩恵を受けられます、そういう制度を揺るぎないものにするためには、今この時期に、被用者保険の今までの十割給付であつた人に九割であれ、あるいは八割になつてくれということは大変心苦しいことだけれども、全体がよくなるのだということ御辛抱をお願いしたい、こういうふうをお願いしておるわけで、気持ちには相通ずると思ひます。

○河野(正)委員 そこで私も、冒頭に申し上げましたが、やつぱり憲法で示されているように医療保障制度、その充実のために努力しなければならぬと書いてあるわけですから、そういう方向で努力しなければならぬという意味で指摘をいたしておるわけですが、そういう意味で、例えば今度の予算の編成の中身を見てまいりましても、厚生省の五十九年度予算の対前年度比というものは二・一%の増。しかし、ちよつと機械的な計算になりますけれども、一方防衛費の伸びというものは六・五五%。しかも一方では、医療保険関係費

が六千二百億削減されておる。こういう現象を見てまいりますと、やっぱりどうしても申しわけないが、最良のものとは言いがたい。しかし、非常に厳しい情勢の中で努力したという努力は評価するにしても、そういった意味においては私はやっぱり不満の意を表せざるを得ないということに相なると思ふわけです。

そこで、いろいろ具体的な問題等を今から申し上げてまいりたいと思ふわけですが、ただ、そういう情勢が厳しいということとはわかるけれども、しかしそういう情勢の厳しい中でどういう姿勢で臨んでおるのか、その辺に私はやっぱり、私どもが納得するかしらないかという条件というものがあろうと思ふのです。

それで、揚げ足をとるわけじゃないけれども、例えばさきほどの委員の中から、社会保障制度審議会あるいは社会保障審議会の答申というものに対して十分尊重されていないんじゃないか、あるいは大臣もやっぱり自己批判なさっておるようですけれども、要するに唐突に出て、そして

社会保障審議会のごときは、審議がわずかに四回、そして延べ時間が十一時間、こういう形で今日の健康保険という重大な法案の、しかも抜本的改正を含んだ法案ですね、それが突如として提案されてきた。そういう点に対して、ちよつと大臣、ベトコンの話じゃないけれども、米価審議会の話が出ましたですね。これは、生産者と消費者等と意見が食い違つて併記答申になるのは、私は明らかだと思ふのです。しかし、この社会保障審議会、社会保障審議会等は、私は米価審議会とはおのずから本質的に違ふと思ふのです。これはみんなが、いわゆる今の日本の医療保障制度をどうしてよくしていくか、よくするためにどうあるべきだということ、大臣もそういうことで諮問をなさつたと思ふのです。ですから、この米価審議会のいわゆる構成と、社会保障審議会あるいは社会保障制度審議会の構成とは違ふわけですから、そこで、その違ふということを十分踏まえて、この社会保障審議会が併記の答申をしたじゃない

かということに私は相ならぬと思ふのです。ですから、そういうふうな、ちよつとこれは口が滑つたんでしようけれども、大臣、そういう例えというものは私は必ずしも適切な答えではなかったかのような氣もいたします。

それからいま一つは、試験勉強の例が取り上げられました。とにかく前からずっとやっておけばよかつたけれども、やっぱり試験前日にならないとやらないんだ。何か今度の健康保険というものは一夜漬けで出されたような印象を受けるような発言でしたから、そうすると、私どもはやっぱり今度の改正案に対していろいろ不満を持つておるし、それからまた、大臣と違つたような意見を持つておるわけですから、そういう立場の者からすると、ちよつとあの表現は残念であるという氣がいたします。これについて、恐らくちよつと口が滑られたんであらうと思ふけれども、ひとつその氣持を私どもとしてはやっぱり明確にしておきたい。

○渡部国務大臣 大変ありがたい御質問をちょうだいいたしました。

私が申し上げておりますのは、一夜漬けで出したとこういう意味じゃなくて、本来は昭和三十年代、四十年代から医療保障制度の抜本改正をやれという御意見を各方面からちょうだいしておるのでありまして、もつと早く、厚生省当局でこういう案を出しておければ、その案というものが素直に御理解いただいたであらうに、何か今、これは皆さん予算をごらんになつてわかるわけですから、予算が非常に厳しい財政のときにぎりぎりになつて出さざるを得なくなつたために、何か皆さんから、これは単に財政上のつじつま合わせでないかという御批判を受けざるを得ないのが非常に残念なことだ、こういうふうに申し上げておるのであつて、決してこの案が一夜漬けでできたというふうなものではございませんので、この点はぜひ御理解を賜りたいと思ひます。

それから米価審議会、これはたまたま私が十年近く米価の問題の中心になつてやつておつたもの

ですから、それが例として出てしまつたわけでありまして、ただ、社会保障審議会でも、審議委員の方が全部公益委員ということであれば、そこで話し合つて意見の統一ということが容易にできると思ひますが、やはりそれぞれの団体なり組織の立場を代表する方が入つておられますと、その組織や団体では、医療保障については賛成だとか反対だとかいうその組織があつて、その組織を代表する方が出ておられればなかなか意見の統一ということとは難しくなつてくるのでありまして、残念ながら、今回一番皆さんの関心を持つておられるところの患者一部負担ということについて、社会保障審議会でも一本化した答申はいただかなかつたのであります。しかしその内容は、こういう人

○河野(正)委員 そこで、今申し上げましたように、私どももこの改正案についてはいろいろ異論があるわけですから、やはり大臣は大臣として納得がいくような、誠意を持つて対応をしていただきたいということに指摘をいたしたわけですね。

そこで、関連しますけれども、保険局長、あなたにも一言物を申し上げなければならぬ。局長が二月の九日、国保主管課長会議で述べられた中で、少し誠意を疑ふような演説がありました。御案内のように、二十一世紀を望んだ将来展望というふうな話をいろいろ大臣は取り上げていらつしやるわけですが、しかし一説では、医療保障制度が黒字が出てきたし一応安定期にある、こういう意見もあるわけですね、それは賛成するしないは別として、しかるに、この安定期に入つたというのに、なぜ突如としてこうした抜本的改革をしなければならぬのかという意見があることは御承知のとおりだと思ふのです。そこで、そういう情勢の中でこの抜本的改革を行う必要はないの

ではないかというような見解に対して、これが保険局長がおつしやつた言葉の中身です。被用者保険本人の給付率を十割から九割にすることも天地がひっくり返るほどのことではない、これで国民の生命、健康が破壊されると指摘するがそんなことはない、国保は三割負担で皆健康を破壊されてはいいない、こういう意味のことが書いてあるんですね。ですから、やはり非常に数多くの方が今度の改正法案に対して反対だ、やめてほしいといふふうないろいろ要望等があつておりますことは御案内のとおりです。これは単に私どもだけではなくて、自民党の皆さん方にもそういうふうな要請がたくさん来ていると思ふのですよ、それは二論あるわけですから、ただ、それに対して、局長がおつしやつておる何か皮肉つたような、被用者保険の本人の給付というものが十割から九割になつても天地がひっくり返るほどのことではない、こういうちよつと何か山師的な表現をされるのは……(そんなことはないと呼ぶ者あり)それはそうですよ。天地がひっくり返るとかなんとか、そういうふうな形容をする必要はないじゃないですか。だから、そういう御意見もあるわけけれども、しかし、今の財政の厳しい中で二十一世紀を展望すると、かくあらなければならぬですよというふうな、これならそれはそれなりに私はわかりますよ。それを殊さら、天地がひっくり返るようなことではない、国保が七割給付であつてみんなびんびんしておるではないか。やはりこういう姿勢というものは、発言というものは、今日いろいろの論議があつて非常に激しい意見の対立があるわけでしょう、これは適切じゃない、こういうふうには私は思ひますね。もしそんな氣持でこの法案を強行されようとするならば、私どもはそれこそ断固として反対しなければならぬ。どうでしょう、局長。

○吉村政府委員 先生の御指摘もつとも、そういう感覚で受け取られたとすれば、私の氣持ちは少し違ふわけでごいまして、どうも十割を九割にすることによって患者負担がそれだけふえ

る、そうしてそれが、国民の生命、健康に破壊的な要因をもたすのではないかと御意見があるわけでございます。しかし、十割を九割にしたからといって、国保と比べ、家族と比べ、そして受診率あるいは一日当たり診療費等を比べてみますと、医療費の過剰部分というものは少なくないかもしれないけれども、生命や健康に破壊的な要因になる、こういうふうには思わない、こういうことを、私は若干口が悪くて下手なものですから、天地がひっくり返るとか生命や健康に影響がないとか、そういうことをすぐばかりに言う男なものですから、不愉快な思いを相手に与えるということもあり得ます。それはやはり保険局長として考えねばならない、また慎重なべならないことだと思ひますが、私が言いたい本質は今申し上げたとおりでございます。

○河野正委員 今もある程度説明をされましたからね、要するに国保が七割でそして何とか運営をされておる、だからさらに被用者保険も十割が一割負担になつてもその影響がなさうという言い方は、言い方として理解はしませんが、理解はしませんが、局長の気持ちにはわからぬことはないので、ですけれども、今言うように一割負担はだめだ、それは困る、こういう国民が、どつちが多いか少ないかは別ですよ、かなりの数おられることは事実でしょう。天地がひっくり返るようなことではないという言葉は、それこそ今の反対をされておる国民の方々の気持ちを逆なでするということになるから、やはりこの法案を、大臣じゃないけれども、最良のものに近い、だからこの際ぜひひとつ成立をさせたい、こう言つておるわけでしょう、そういうことなら、やはり国民に対しては気持ち逆なでするような発言はお慎みになつた方がよろしかろう。これは私は非常に紳士的な発言だと思つてゐるわけですが、先ほど後ろでちよつとやじがありましたけれども、これは、そういうことで一応釈明がございましたから、了いたしません、時間がございませんから先に進ませていただきます。

そこで、実は、本会議でもそれからまた予算委員会でも総理もお答えになつてゐるのです。それは中長期ビジョンの問題ですね。これは提案理由の中にも大臣もおっしゃつてゐるわけですが、「中長期の観点に立つた医療保険制度の改革を行うことは緊要な課題となつております。今回の改正は、この重要な情勢を踏まえ、医療保険の揺るぎない基盤づくりを」進めていかねければならぬ、これが大臣が提案なさつた理由の前段になつてゐるわけですね。基本になつてゐる。ですから、今度の健康保険の改正というものは、二十一世紀を展望した中長期のビジョンというものがあつて、そしてその前段の健康保険の改正である、こういうことだろうというふうに理解せざるを得ないわけですね。その点間違ひございませんか。

○渡部国務大臣 幾たびか本会議でも予算委員会でも総理からも御答弁があり、私も同じ気持ちで申し上げておられます。

○河野正委員 総理もやはり大臣と同じような発言をなさつておるわけですね。同時に、社会保障制度審議会の答申も、中長期ビジョンの示されてない点に対しては全く不満である、こういう答申内容があるわけですね。そうしますと、私どもが今から健康保険法の改正案にいろいろ意見の交換をしていくというか、論議をしていくということになりますと、総理もおっしゃつてゐるように、また大臣もおっしゃつてゐるように、今度提案された健康保険改正案というものが、いわゆる中長期ビジョンと無関係のものであれば別ですよ、それが一体のものであるということになるならば、この審議に入る前にやはり中長期ビジョン、そういう構想というものを承つて、その上に立つて議論せざるを得ないと私は思うのです。それはもう細かいことは別ですよ、大綱というものは示していただかなければいかぬ。それに対してひとつ大臣の見解を承りたいと思ひます。

た関係者で今それらの作業を進めておるところであります。

ただ、私どもの一つの考え方はありますけれども、これはできるだけこの社会労働委員会における先生方の御意見も十分踏まえて出したいという考えから、できれば各党の皆さん方に御意見を一つ巡承りまして、それらの先生方の考え方も十分入れられるものは入れて出したい、私はこう考へておつたのであります。これは委員長から各党の皆さん方に御相談を賜りまして、委員長から出せという命令がございしますればいつでも出すつもりでございます。

○河野正委員 委員長が出せとおっしゃれば出すとおっしゃつてゐるわけですが、むしろ自発的に、中長期ビジョンはこうですよ、その一里塚が今度の健康保険の改正案ですよ、こういう形で審議に入つていかぬと、今度の健康保険の改正案に対して私どもが十二分に取り組みますね、取り組んでそして中長期のビジョンとはかけ離れたものになつた、こういうことになりまして、私どもが熱心に国民の健康を守るためというところでいろいろやつてみても、意義がないのじゃないかと私は思ふのです。恐らくそんなことはないと思ふけれども、やはり審議の過程の中で出すという約束をなさつてゐるわけですから、私の意見を聞いただけではいかぬ、まだほかの人の意見も聞かぬといかぬということなら別ですが、私どももこの問題に対しては十二分に取り組んで、できるならよりよいものにしていくという見解ですから、大綱ぐらいはここで示したい。示すことについて、委員長どうでしょうか、同意していただかせませんか。

○有馬委員長 河野先生、御相談ですが、いろいろな先生から御要望があつた問題でございますから、理事会で相談をして政府側に要望する、そういうことでいかがでしょうか。

○河野正委員 本来から言うと、ビジョンが出なければ審議に入つてもむだだ、こういう気持ちで私は持つておるのですよ。今言うように、後ほど理事会で相談をして、これじゃちよつと審議に入れぬものだから……。

○渡部国務大臣 今、私が考へておる基本的な大綱だけ申し上げさせていただきます。国民の健康水準の向上という観点から、医療保険についての将来ビジョンだけにどまらず、疾病予防、健康増進、医療供給体制など、国民の健康と医療にかかわる関係分野を含め幅広い観点から検討を進めておるところであります。また、より次第これを提示したいと存じております。

なお、医療保険の将来ビジョンについては、医療費の規模を将来にわたつて適正な水準のものとする、医療保険による給付率については統一を図る、人生八十年型社会に適應するような医療保険の構造とし、負担の公平を図るという三点を骨格としたものを考へております。

○河野正委員 大綱だからそんなものかもしれないけれども、いささか内容に欠けておるような気がするものですから、非常に残念ですね。私もこの質問は留保して、いざれ具体的に……。

○渡部国務大臣 誤解をいたさうと困りますが、今私は、当局に指示しておるその骨格を申し上げただけのことでありまして、もちろんこれに肉づけをいろいろしたものを、委員長からのお話しがあれば出したいということですが、ただ、基本的な考え方がないと審議は進まないとお先輩が言われたので、今私のおおよその考え方を申し上げただけでございますから、これは御容赦をいただきます。と思ひます。

○河野正委員 残念ながらちよつと抽象的過ぎる。肉づけして枝葉をつけていくことまでは期待してなかつたのですが、大臣は誠意を示してゐるわけでしょうけれども、ただ少し抽象的過ぎるものですから、これではちよつと、いろいろ私どもが論議をする材料に乏しいというふうな感じがいたします。ですから、いざれ理事さんの方で理事会を開いてまた検討いただくとしようから、委員長よろしくお願いいたします。

○有馬委員長 承知しました。

○河野(正)委員 そこで、本来から言うと、長期ビジョンに基づいた健康保険法の改正だということとは肯定なさっておるわけですね。多少長期ビジョンについての内容が不明確な点もございいますから、ちよつと進めにくいような問題もございいますけれども、せつかくの機会でございいますから、さらに質問を続けてまいりたいと思います。

そこで、今からちよつと各論みたいなことになりませんが、今度の健康保険法の改正について大枠が三つございいますね。健康保険の改正のねらいというものは、八千億とか一兆円とか言われておりますが、この伸び率に歯止めをかける、そして国庫負担を軽くする。これは初年度が六千二百億。そして改正案の骨子は、一つは被用者保険本人の二割負担ですね。六十一年から二割負担ということですが、それから第二が、いわゆるOB、退職者医療制度の創設。それから第三が、要するに約四百万ですか、国保から退職者医療に移行しますね。そして、そのことによつて国保に對する国庫補助が切り下げられる、従来四五%が三五%に切り下げられる。大体こういう三つが、取りまとめますという骨子になっておると思うのです。ところが、三つの骨子はずつと底の方ではないでおるわけですね。お互いに関連があるというようなことですから、これらに對して私どもが意見を申し上げても、政府としてもなかなかすぐ即答ができませんという立場はあると思うのですね。ですから、やはりよりよい健康保険をつくっていくんだという意味で、私どもも、先ほど申し上げましたように各論として今から若干の質疑をさらに展開してまいりたい、こういうふうに思います。

そこで、先ほどちよつと嫌みだったかわかりませんけれども、局長、この一割負担が決して国民の健康を損なわないということになるのかどうか。これは従来国保が七割だったということ、被用者の本人が十割だったのが今度は九割に下がるということとは、これは本質的に違ふのです。

ね。あなたの方は、従来国保が七割給付だから、この被用者保険の本人の十割給付が一割下がって九割になつても、それは大したことがないんだという議論になつておるわけですね。しかし、やはり被用者保険というものは十割給付で長い経過というものがあつたわけですね。ですから、それは天地をひっくり返すようなことにならぬか、それからぬけぬけでも、やはり大なり小なり影響が出てくることは明らかであると思います。そこで、そういう点を具体的に、調査資料その他がありますから若干申し上げて、そしてまた、九割給付もさることながら、六十一年から八割給付とおっしゃつておるわけですから、その辺もやめてもらわなければならぬだろうし、そういうことで若干影響調査といひますから、被害調査というやうな結果がございいますから、ここで一つ指摘をして、ぜひひとつ再考をお願いしたい。

それで、一つは、もしも健康保険改正案が成立したならば一体どうなるのか、これに對するいわゆる反響調査といひますか、被害調査、影響調査、その結果が出ておりますが、それはいろいろ厚生省は厚生省の考え方がありましよう。どなたか先ほどおっしゃつたが、NHKの特別番組が朝のうちに放映されましたね。私も全部朝早く国会へ出てくるものでしたから、これを見ることはできませんでしたが、このNHKの特集番組で放映された状況を見てまいりました。やはりいろいろ問題がありますね。例えば、これは今度の健保法が通つたらということが前提ですが、通つたならば、病気が治らないけれども退院するというお答えをなさつた方が四三%、それから負担の關係ですぐ退院をしなければならぬ、それが一六・六%、財政上の理由でなるべく早く退院しなければならぬ、これが二六・一%、こういうやうに、それこそ治つておらぬけれども、治療は終わつていないけれども、一部負担のために退院せざるを得ないという、それがアンケートの中で二四・七%に達しておるわけですね。ですから、この影響調査が正しいか正しくないかは別として、アンケート調査をやつてそういう答えが出てきたことは事実ですね。どこを選んだか、ここを選んだかというところで見解の相違がありましようけれども、そういう実態というものが出来てまいつております。したがつて、今まで十割が一割減つても、九割給付になつても、今までは影響は出ないんだ、やはり影響はあるけれども今日の厳しい情勢の中では二十世紀の展望をにらんでこなければならぬ、十割給付を九割給付にしても影響はみじんもないんだというやうなことは、やはりこういうのかという影響調査、被害調査といひますか、そういう点について今のようなアンケートが出ておるわけですね。これはパーセントが高いか低いかは別です。しかし、その一部はどうしてもやはり認めていただかなければならぬと思うのです。ね。それが為政者としての任務じゃないでしょうか。これについて御意見を。

○吉村政府委員 確かに、今先生おっしゃるやうに、心理的にはそういう面がかなりあるかと思ひます。私どももそれを否定するつもりはございしません。それからまた、全然影響がないというやうに私は思つておるわけでもございしません。ただ、先ほど申し上げましたやうに、生命や健康の破壊につながるやうな影響があるかという、そういうことはなほ私には考えが、果たして一割の負担をした場合に入院の日数が下がるかどうか、これはもう確かに心理的には、お金がかかるんだから早く出たい、こういう心理が働く、その結果、それが退院というやうな行動になつてあらわれる、こういうことももちろん考えられます。御指摘のとおりだと思います。

ただ、私どもが一件当たりの例えは入院の日数を本人と家族と比較してみますと、本人の場合が十七・六七日、家族の場合が十八・二七日、こういうやうなことで、むしろ家族の方が長いやうな統計を私どもは持つておるわけでございます。それから受診率におきましても、むしろ年齢階級別に見ましても、入院の受診率は家族の方が高い、入院外において大体本人と家族が同じぐらゐの数字を示しておる、こういうデータも私どもは持つておるわけでございます。例えば一割負担をする、それは確かに十割から一割の負担が生ずるわけでありまして、影響はないとは申しませんが、家族は三割を負担しておる、あるいは二割を負担している場合と比べまして、生命、健康あるいは受ける医療の身というやうなものに影響を与へるほど大きなものではなからう、こういうやうに私どもは考えておるということを申し上げたいわけでございます。

○河野(正)委員 医療について、今申し上げますやうな影響調査が出てきておる。それがすべてではないにしても、そういう影響が来ることはやはり否定できないというふうに思うのです。そこで、大臣は、医療に限らず社会保障、社会福祉、こういう点についても非常に意欲的でございます。それから、参考になるかどうかはわかりませんが、あえて影響調査の結果を申し上げておきますが、その中に一部負担が出てくるために家庭内がうまくいかなくなる、やはり苦しくなるからということだろふと思うのです。それはまあ零細な人を対象にして物を言つておるわけですから、大臣はなかなかそこまで御理解ができません。わが国はなほ、それから生活保護を受けなければならぬ、そういう者、それから子供の高校、大学進学をあきらめさせなければならぬ、こういうやうな深刻な気持ちになつておられる階層もあるというございします。ですから、なるほど十割給付が九割給付になつた、それがために受診がしにくくなつた、それからまた入院が長くできなくなつた、治療を長期にわたつて受けることができなくなつた、こういうことは、これは即健康にあるいは疾病に重大な影響を及ぼすわけですが、ただそれだけでなくて、やはりそういうやうな負担が生ずることによつて子供たちが進学をやめなくなつた、あるいはまた家庭内がおもしろくな

いようになるとか、いろいろなそういう深刻な問題があるという事は、ぜひ頭の中におとどめいたいて、今後の私どもの意見に対してひとつ前向きに考えていただきたいというふうに思っています。

そこで、医療費が今言うように単に一割という負担ですけれども、これは大臣も御承知だと思いますが、具体的にしてみると非常に深刻な問題がありますね。例えばいわゆる世間で言う盲腸炎、虫垂炎、これにいたしましても、現行では四千三百円の負担であるけれども、今度法改正が行われますと一万八千四百二十四円です。そういうような非常に大きな負担増が出てくる。ですから、虫垂炎の場合は一週間入院して手術するということですから短期ですけれども、例えば胃がんなら胃がんで比較的長期入院した場合、御承知のように現行では一万五千八百円の負担というものが五万四千円、具体的にこうなる。そうしますと、虫垂炎では一週間入院して一万四千円の増です。それから胃がん、胃がんで胃潰瘍でも同じことですが、一カ月入院するというと三万八千円の増です。ですから、一割という中にはやはり簡単にお考えになる方がいらつしやるけれども、時と場合によつてはこういうふうになる。大体一世帯当たりが年に九千五百円の出費増になる、計算しますとこういうふうになるわけです。こういうように、単に一割負担ということだけで直感しますと何かわずかな負担のようですけれども、個々に検討しますとかなりの負担になるわけですね。

ですから、そういうことで、先ほど影響調査の結果を報告しましたけれども、やはりあの影響調査の報告というものは、これは私はある意味では当を得ておるような報告ではなからうかという感じもするのです。これらの具体的な例について一体どういうふうにお考えになりますか。大臣、ひとつお答えいただきたい。

○渡部国務大臣 これは河野先生御指摘のように、今まで十割給付、つまりただであつた方々が

今回は一割御負担をいただくのでありますから、今までよりは御負担になるのであります。ですから、私どもは大変恐縮ですがこれをお願いをいたしておるわけでございます。

それなら、そのことによつて国民の皆さん方の健康の保持ができないかという、さつきも先生と局長との御質疑にありましたように、現在三割負担の国保の皆さん方あるいは健保の家族の皆さん方の健康も、被用者保険本人の皆さんと同じように保持されておるわけでありまして、これは御負担をいただくことは大変恐縮でございますが、そのことの効果は、むしろ保険料率を将来にわたつて今後中長期的に上げないで済むということ、結果的には被用者保険加入者の皆さん方の利益を守る、負担をふやさないで済むということにもなります。

こういうことを言うとおしかりを受けるかもしれませんが、人間これはただであるという安心感と、やはり一割負担をしなればならないということによつてとでは、健康の自己管理の意欲も違つてまいりまして、また医療機関の医療態度も締まつてまいりと思ひます。そのことによつて、むしろ、今まで心配されておつた過剰医療とかそういうものの医療費の節減ということに働きます。これも結果的には被保険者の皆さん方の保険料を将来上げないで済むという、被保険者の皆さん方の利益にはね返っていくということでもあります。

ただ、一番御心配になられるのは、低所得者の皆さん方が、このことによつて長期入院というふうなことで大病を患つた場合、これは生活破壊になるようなことになつてはいけませんので、そこで高額療養費制度という歯止めがあるわけでございます。その中でも低所得者の皆さん方にはかなり思い切つたそれなりの施策があるのでございまして、これらについてはなおまた、そういう御心配がないように先生方のお知恵もちょうだいできればこれも謙虚に耳を傾けてまいりたい、こう申しておるのでございます。

表現はいろいろあるでございますし、うけれども、今の日本の置かれたる厳しい立場、なかなかこれ以上増税もできない。増税もできないということ、これは、これ以上国費を医療費に——先生、先ほどから社会保険の予算についていろいろ御心配を賜つておりますけれども、五十九年度は確かに二・何%かの伸びでありまして、今でもこの十年間を見ていただきますと、それは他の予算よりはるかに飛躍的に社会保険費が伸び、現在でも、九兆二千四百億円の社会保険に投ぜられておる予算は、先生御承知のように、我が国の国の予算全体の二八%を占めております。その中で医療費に対しても、農林省全体の予算よりも多いし、防衛庁の予算よりもはるかにオーバーし、あるいは防衛庁と通産省の予算を合わせたよりもオーバーしておるという状態なものでありますから、これ以上、さらに現在の「増税なき財政再建」の中で三兆九千億の医療費の負担をふやすわけにも相ならぬ。しかもまた、被保険者の皆さん方の保険料率をこれ以上上げることになると、健康を一生懸命守ることに努力してお医者さんにかからなかつた人が何か損をするというふうなことになるのもありませんので、これはひとつ被用者保険の皆さん方にも一割御負担をいただくことを御理解いただいて、そのことによつて、先生の御心配になるような低所得者の生活破壊にだけだけの配慮を払つていきたいと思ひますので、まづひとつ先生、これは御了承を賜りたいと存じます。

○河野(正)委員 まげてもらつても了承はできぬわけですね。

そこで、一般の国民の方が憂慮していらつしやるのは将来どうなるかということ、そこで私はビジョンが聞きたい、こう言つたわけですね。というのは、やはり十割が九割給付になる、それが今度八割になる、七割になるということですね。

そうすると結局、私どもが言つてゐるのは、行き着く先はアメリカ型の医療になりはせぬか。実際、アメリカと日本とは随分違ひます。私も実際向こうの実情を知つておりますが、違ひますね。ですから非常に、日本的な医療保障というものがございませぬから、要するに財団がやつてみたりあるいは特殊のグループがやつてみたりということですから、医療を受ける貧富の差というのが非常にひどいんですね。ですから私どもは、アメリカの病院を見てみても、非常に高度な医療を受けておられる方々もいらつしやるが、非常に医療から遠ざけられておるという階層もあります。そういう意味で、やはり現在の日本の医療保障というのはもう世界で冠たるものですよ。それを今度後退させようとするから私どもはいかぬと言つてゐるわけですね。

そういうことで、結果的にはそれがどうなるかという、アメリカ人の場合は平均寿命が日本よりも低いんです。それから乳幼児死亡率も高い、こういうふうないろいろな欠陥というものが出てきています。ですから、そういう意味で、日本は経済大国であるし、また健康大国でもなければならぬ、そのためにはやはりできるだけ今の十割給付だけは崩したくないということですね。そういうふうには私どもは強く念願しておるところです。しかし、いろいろお答えをいただいておりますように、なかなか思うようなお答えをいただけないことが非常に残念です。ですから、それは一般の人は、十割給付が九割給付になった、それがアメリカ型の医療なんというのはおわかりになります。けれども、私どもはある程度わかるものから、そういうことになつては大変だということに強く考えておるから、そういう意味で、この長期ビジョンというものを考えていただいて、そういうことにならぬのかどうか、そういう意味で冒頭にお願ひしたわけなんですけれども、大綱をお示しいただくという程度に終わりました、深く承知することができないことがちよつと残念ですけれども、せめてアメリカ型の医療にだけはなつてほし

くないという強い念願があります。これについて大臣ひとつ。

○渡部國務大臣 これは、先生のお考えと私の考えは共通していると思います。これは、私も一般常識として考えておりましたのも、日本のすばらしさというのは、皆さんが医療機関に安心して信頼してかかれる、こういうことでありまして、アメリカでは非常に高い医療費を払っているというふうなことになるのはいけないという反省があるので、私は、ここではつきりと、アメリカ型のようにすることのないことをお約束もできまし、またむしろ、この点は先生と同じで、そういうアメリカ型のそんなことになつてはいけないので、日本型のこのすばらしい医療制度を将来にわたつて残すために一割御負担をお願いしたい、こういうところですから、最後のところはちよつと先生と変わるのですけれども、あとは先生と全く同じ考えなのでございます。

○河野正委員 そこで、午前中からの議論の中に出ておりましたが、医療費の伸び率が大幅に鈍化してきた、これはさきにも認めましたが、この医療費の伸び率が鈍化した。五十八年が対前年度比六千四百億、伸び率が四・六％、それが五十九年が前年度比三千七百億ふえるけれども伸び率は二・五％、これは大体史上最低ということになつておるわけですが、そういう伸び率が鈍化する。私は今からそうこれが大幅に伸びていくというのではないだろうと思ふのです。それは今の行政指導の面から見てみてもなからうと思ふのです。だから私は、余り先を悲観して、そして今回のような九割給付、六十一年から八割というふうな、六十一年はまだ今から大分あるわけですし予算とも関係しているわけですから、これは恐らく外さしていただこうと期待しておるわけですが、大臣としてもそのとおりでございます。そういう気持ちでございます。今の医療費の伸び率の鈍化は、私は今からずつとかなり続くのじやなからうか、こういうふうに思ひます。ですから保険局

長、余り取り越し苦労されてお考えにならぬでも私はいいのじやなからうかと思ひます。

それからいま一つは、予算委員会その他で、医療保険がつまみ食いみたいに議論されていきますので、あちこちでいろいろな答えが出ておりますからね。それから、高額医療の限度額も大体現状維持だというふうな感触を受けるような答弁があつております。ですから、もう大体あとは、九割給付を十割給付にしてみたら以外には答えがないのじやないかというふうな気もするわけですが、しかし、いづれにしてもこの問題は非常に深刻な問題です。ですから、一つは総医療費の伸び率が鈍化する、鈍化させるためには一体どういふことなんでしょうというたら、やはりいろいろな施策がありますね。午前中からずつと薬価基準の問題が出ておりましたが、そういうこともありましようし、また、今の医師過剰時代とかあるいは病院過剰時代とか、これは医療法の改正をするとか何とか医療局長がおっしゃつておるが、私もちよつと異論がありますけれども、いづれにしてもそういう問題の中で解決する方法が私はたくさんあると思ふのです。そういうことを踏まえておるから、今から、この鈍化というものがまたそう伸びていくということにはならぬのじやないかと私は判断して申し上げておるが、こういう見通しについては一体どういふようか。

○吉村政府委員 私も別に故意に悲観をしておるわけではございません。やはり医療費増加の原因というものを考えてみますと、一つは人口の高齢化、一つは疾病構造の変化、それから医学技術の進歩、こういうようなものが基本的に医療費の増加要因になるんだらう。そのほかに、もちろん乱診乱療だとか不正の問題とかいろいろございしますが、基本的な医療費の増高を支える要因というものは今申し上げたようなことではないか、こういうふうに思ふわけでございます。

そこで、人口の高齢化ということにつきましても、私もいろいろ諸外国との比較もしてみましたが、私もそれがそれによってわかりましたのは、人

口の高齢化率と国民所得に対して占める医療費の比率、これは大体比例をしております。相関関係が極めて強いわけでございます。そこで、私も、今の医療費というものは、確かに国民所得に比べましても諸外国と比べて低いパーセンテージになつておりますが、これから本格的な高齢化が始まるとすれば、現在フランスや西ドイツやスウェーデン、イギリス、アメリカ等が悩んでおる問題が、二十年先、つまり二十一世紀を迎えるに当たつて必ず来るというふうに見通しておるわけでございます。人口の高齢化というのはどうしてもそれだけ大きな要因になるだらう、こう思ひます。

それから、医学技術の進歩というの、やはり現在の科学技術の進歩の推移を考えますと、これも避けられない要因であらう。特にバイオテクノロジーという分野というのが今後非常に拡大されていくとすれば、それが医療費を高からしめることは避けられないことではないか、こういうふうに思ふわけでありま。

かてて加えて医療従事者もふえていくだらうと私は思ひます。現在の医療費の約半分は人件費だと考えてまあ間違いないところでございしますが、この人件費を、医療従事者の賃金所得でございしますので、やはり国民所得と少なくとも同じくらいは伸ばさないと医療機関の経営そのものがおかしくなる、そしてそれが日本の医療を崩壊させることになる、そういうことになるのではないかと私も思ひます。したがつて、医療従事者の待遇というものはやはり今後考へていかなきゃならぬ。しかもその医療従事者というのはふえることはあつても減ることはない、こういうことでございしますので、ふえる要因ばかり多くて、医療費を減らす要因というものは少ない、こういうことと思ひます。

したがつて、余り取り越し苦労をするなという先生のありがたい言葉なのであります。やはりいろいろな角度から考へて取り越し苦労をせざるを得ない、そして今のうちにいろいろな手を打

つていかないと、国民医療費を負担する能力と医療費の伸びとの間にギャップが出て、医療保険の基盤そのものが揺らいでくる、こういうふうに思ひます。ゆえに、今回の改革案の提案をさせていただいてございします。

○河野正委員 一つは、今まで政府の方針としては、医療費の伸び率というものを国民所得の伸び率以下に抑えていく、それならばうまくいく、それはもうそうなつておるわけですね。

それから高齢化の問題、これはそのとおりでございます。しかし、これは老人医療の問題でプライマリーケアその他ありますね、どのくらいの額になるかわかりませんが、それである程度の成果は上がつてくるかと思ひます。

それから、これは各論ということですから後でいろいろなことを申し上げたいわけですが、医療も、病院その他の医療経営が健全でないと、医療も健全でないですね。これは大臣もそういうことを新聞なんか書いておられたようですが、ですが、残念ながら今の医療経営というものは非常に行き詰まりつづつあります。局長は人件費が五〇％とおっしゃるけれども、五〇％なら病院はつぶれます。そういう重大な問題も出てきておるわけですね。

例えば、先ほど例の宇都宮病院の話が出ましたが、あれは極端に言いますと悪いことをするからあれだけ成長しているのですよ。今、まともに病院を運営してさうもうかるものではない。かつて薬の差益でよかつた時代もありましたよ、それで病院というものは非常に近代化されましたね。私的医療機関というのは近代化された、そういう時代もあつた。ところが、今日は病院経営に対する明るい展望はないでしょう。薬価基準は毎年下がりますね、閣議決定されるんだから。そして医療費は上がらぬでしょう。今度三月になるほど上げてもらつたけれども、算術計算で言えば二・三下がるわけですね。片や五・一で、片や二・八ですから二・三収入が下がる。そういうことでですから、機械的に言えよとこの三月から非常に悪くなつて

きた。そして七月からまた——これは私どもはぜひ十割給付してもらいたいということだから、それから先は余り論及せぬ方がいしかわからぬけれども、しかし一応案が出ておりますから言わざるを得ぬですが、やはり九割給付で受診率が落ちる、これは確実ですよ。それは、例えば国保とかと対比しておっしゃるけれども、今まで十割にならされておられるという、十割にならされておられるから、一割負担するというところで被保険者にとつては大変なことなんです。これは自分たちの生活もそうです。生活をよくすることは非常にスムーズにいけれども、今度は生活を落とすことはなかなか難しいですよ。これはどなたでも御経験のとおりだと思います。ですから私は、やはり七月以降はさらに情勢は厳しくなる、こういうふうに思うわけです。

そこで、私的医療機関、公的医療機関がありますが、私的医療機関についてはいろいろ議論があるところでしょうから、公的医療機関だけ取り上げてまいりましょう。大体公的医療機関で黒字が四四・七％、赤字が五五・三％、赤字の方が黒字をオーバーする、これは公的医療機関ですね。私的医療機関でも大体ファイブティール・ファイブティールぐらゐの状況になっておられるんです。健全な医療経営のもとに健全な医療というものは成り立つわけですから、そういった意味では医療の質が低下しますよね。これはまともな話をしているわけだから、病院の経営者の中には悪いものもありまですよ、そういうのは取り除いて話をしているわけだから、ひとつ謙虚に聞いてもらいたいと思うんです。今、今のまま推移しますと、私は医療の質というものが低下すると思うんです。この点についてはいかがでしょうか。

○吉村政府委員 医療の質というものをどういう形ではかるかということですが、確かに医療機関の経営基盤というものがおかしくなれば医療の質というものが下がっていくであろう、これは先生のおっしゃるのとおりだと思います。ただ、やはり、薬価基準の引き下げ等あるいはこの

改正をやつて生じてくる影響は、個々の医療機関によつていろいろ違うのではないかと私は思っています。したがって私ども、いい医療、いい医療機関が育っていく、その経営がうまくいく、そしていい医療が育っていくというところは、どうしても確保しなければならぬ私どもの義務でございますから、やはり現在の改正案によつて、若干、私どもは医療費の、こう言うところまた先生に怒られるかもわかりませんが、水膨れみたいな部門あるいは肥満したような部分を少しスリムにして、糖尿病体質みたいなものを残さぬようにする必要があるのでないか、こういうことからやつておられるわけでございます。

したがって、今回の改正というものによつて医療機関の経営等に非常に大きな影響を与えるとすれば、そのときにはやはり考えなきゃならぬ別の問題が出てくるであろう、こういうふうに思っています。

○河野(正)委員 そこで、先ほどこれは医務局長からもお話をしておたようですが、毎日新聞の社説によりますと、「病院倒産時代が来たのか」という社説が掲げられておりますが、民間の信用調査機関のデータによりますと、倒産件数は増加の一途をたどつておる。「五十四年、十八件。五十五年、四十二件。五十六年、三十四件。五十七年、五十一件。そして昨年、五十八年は過去最高の五十四件」ということですね。「今年は、一、二月だけで、すでに十七件の倒産。昨年の一、二月の五件を大きく上回つておる」。それから、倒産の負債額にいたしましても、「五十七年は五十四件で、四百五十七億六千四百万円。五十八年は五十四件で、四百五十七億六千四百万円。件数で三件ふえただけで、この負債というものは約三倍になつておる。いわゆる大型倒産ですね。こういうことになつておられます。

こういう状況であるわけですが、もちろん病院の倒産というものがどうして起こつてきたのかというところになります、いろいろ考え方がありますが、必ずしも不健全な運営をしたから倒産した

ということばかりではないですね。これはもう先ほど医務局長がちょっと話されておりました。まじめに病院の経営に努力しながら行きました。行き詰まらないでも、先ほど申し上げました明るい展望がないですね。来年、薬価基準がまた下がるでしょう、ことしほど下がるか下からぬかは別にして下がるでしょう、これは閣議決定ですから。ならば、医療費は来年度上がるかということですね。そういうことで、ここで医療経営が非常に厳しくなりましたから、大臣が、来年は医療費を上げますよと約束した場合は明るい展望になるわけです。そうしますと、私どもも、ならひとつ、この春のペースアップはどうするかあるいは病院の近代化をどうするか、いろいろやりましよう。しかし、それらは絶対考えられないという状況になるわけですね。ですから、これは何も私ども病院のために言っているのじゃなくて、健全な医療のもとで健全な医療というものがあつて得るという建前から言っているわけですから、これは大臣からも、病院の安定経営については努力してあげる、しなければならぬというふうなお話も承つております。ですが、今申し上げたのは、病院の利害ということじゃなくて、今申し上げましたように、こういう健全な医療が行われなければ健全な医療というものが成り立たぬわけですから、そういう意味で、この点に対してどういうふうに安定経営のために努力していただくのか。また、局長もさつき、そういう事情が出てきたならば当然考えなきゃならぬだろうとおっしゃつておられるわけですから、ひとつそれぞれからお答えをいただきたい。

○渡部国務大臣 私は、大臣就任のときの記者会見で、まず患者のための医療行政の推進ということとを申し上げました。その患者のための医療行政の推進ということは、つまり患者の皆さんが安心して医療機関にかかれる、また、国民の健康を守り困難な病気を治していく医療機関が常に進歩発展をしていくこととありましますから、したがって、患者のために安心してかかれる医療体制を

つくるということは、病院、開業医を問わず医療機関の経営基盤をしっかりとしたものにするということでございます。開業医の皆さんもあるいは医療機関を運営しておられる皆さん方も、やはり意欲を持って、希望を持って国民の健康を守るお仕事に頑張つていただかなければならない。そういうことから、今度の五十九年度の税制でも、新規政策税制というのは極めて困難なときでありましたが、皆さんの御協力をちよだいして医療法人の承継税制というふうなものもつたわけでございます。先生も病院経営でございますから、これは評価していただいてよいと思うのでありますけれども、これからは、先ほど先生のお話で私が申し上げましたが、将来の我が国の医療行政に対するビジョンづくりというもののの中では、やはり医療経営の基盤安定も入れてくれ、これは直接私から、保険局長を初め関係の局長に申し上げるところでございます。

ですから、今まで議論がありましたように、確かに、医療機関というものが、かつての時代より今日非常に厳しい経営状態に置かれておる現実というものも私も承知をいたしております。先生は病院の経営者ですから私よりよく知つておられるわけでありまして、私も家内が歯科医院を経営して、そこに居候をしておりますから、保険局長よりは医療機関に近い直接の経験を持つておられるのかもしれないので、これらの点は厚生省の幹部の皆さん方にもしっかりとお願いしておる。しかし、これはあくまでも患者の皆さんの医療助成、患者の皆さんの利益を増進するという意味で、その手段として、医療機関の経営の安定ということにこれから努めてまいりたいことを申し上げます。

○吉村政府委員 保険局の行政の範囲で申し上げますならば、現在、中医協におきまして診療報酬の問題というのは引き続き検討をしております。この三月一日に医療費の改定をいたしました、それで終わった、こういうわけではございません。あらゆる観点から引き続き検討をする、こう

いうことで毎月一遍、ただ三月、四月はちょっと医師会長選挙の関係で延びておりますが、毎月一遍医療費の診療報酬の問題について継続して議論をするということになっておりますので、私は、今先生がおっしゃられたような状態というものは十分含みながら診療報酬の問題の審議をしていただく、こういうことにしたいと思います。

○河野(正委員) 大臣、局長もそれぞれ今日の厳しい医療経営の実態を踏まえてお答えをいただきたいわけですが、大体今の病院の倒産の理由を大別しますと、一つは病院過剰ですね。一つは、午前中も出ておりましたが、過剰設備あるいは放漫経営といえますか、中には副業に手を出すとか、今度の宇都宮病院がいい例です。しかし、大体構造的な倒産、そういう意味を持ちつつあるというのが今日の特徴じゃないでしょうか。

ですから、いずれ後でお尋ねしたいと思いますが、その前に一言、今中医師協でも医療費の適正化について御相談いただいておりますので、なるだけ早く結論を出していただくことも、今日の病院経営の危機を救う一つの手段になると思いますね。

ところが、先ほど村山委員の質疑の中で聞いて、私、これはいかなるものだろうかというふうな考へておったわけですが、技術料ですね。この問題は、あのとき聞いておりましたところは、大体所得によつてという話がありました。所得で技術料が判断される、こういうような話があったのです。しかし、私は所得と技術料とは別個のものであると思うのです。例えば、大学教授が開業したって収入は上がりませんよ、点数が同じですからね。ところが、今度は研修医あたりがばつと開業して、それがそそ力に物を言わせて駆けずり回つたら、出来高払い制度ですから収入は上がりますよ。だから、所得が技術料じゃないですね。そうすれば、研修医の方が大学教授よりも技術料が上だということになる。ですから、技術料の評価というのはなかなか難しいと思うのです。特に、一つの解決策は専門医制度

ではないだろうかというように考へてみていろいろ言うてきた時代もありますが、ところが、これはまた、学会は学会でいろいろ意見があつて、私、あの当時それに近いものはないだろうかということ、専門医じゃないけれども、同じ点数では矛盾があるわけですから、そこで、学校出たての人と十年も二十年も経験のある人が同じ点数じゃこれは全く無理な話ですよ。ですから、せめて年限で、十年医療の経験があつたならば幾らか歩増しをせよとか、十年がいいか悪いかは別ですよ、そういうような議論もしたのですが、なかなか武見大先生の御意向に沿うことができないでうまくいかなかったんですね。しかし、何らかの形でそれをやらぬと、本当の適正な技術の評価というのはできないではないでしょうか。それは私もやりたいことはわかつておるけれども、政府もやりたいことはわかつておるけれども、なかなか具体的にどうするか。これは出来高払い制度、そうでしょう。この出来高払い制度はいかぬと申すて、いろいろ議論がありますね。なら、それにかわるべき方法があるかというたらなかなかない。それが現実だと思ふのです。ですから、今申し上げるように、健全な医療のためには健全な医療といふものがなければならぬという建前からいけば、病院倒産というものは阻止しなければならぬ。阻止する方法が幾つかあるかといつたら、一つはやはり今の点数の合理化。ですから、いろいろ議論を聞いておりますと、私は別に医者だということ議論したのじゃないです。ただ、医者としてその方面に若干知識があるからそういう立場で物を言つておるのです。いろいろな議論を聞いておりますと、今の医療危機というのは、薬さえたければ解決するような意見が強い。私はそうじゃないと思ふのです。それもありません。ありますけれども、やはり薬価基準なら薬価基準に対する啓蒙は厚生省みずからやらなければいかぬですよ。ですから、それはどういふことかといひますと、薬でもうけるというそれは随分薬価基準は下がりま

したからね、もうかつての時代じゃないですよ。そしていま一つは、バルクラインが九〇%、八二%でしょう。だから、むしろ薬価基準よりも高い薬があるということなんです。ですから、私どもの経験では、やはり何千種類かの品目を扱います。その中の五品目、六品目はやはり薬価基準より高いですよ。ですから、医者がいひゆる道義的に診療をしようとするばやはりそれを使わなきゃならぬ。ところが、医は算術なんという議論が出ておられますけれども、そうすればからしいからやめておこうということ、医は算術なんという議論がいろいろ出てきておると思ふのです。ですから、そういうことになりまして、やはりまじめな非常に良識ある医者の今後といふものはかつて非常に厳しいと思ふのです。悪いやつは徹底的に痛めつけてもらつていいですよ。しかし、まじめな良心的な医者といふものは、先ほどから大臣からも局長からもお答えがあつたように、やはり助成してやらねばいかぬ、それが日本の正しい医療といふものを守る道だと私は思ふのです。そういう意味で、正直者がばかを見るようなことがないように願ひたい。

ですから、今申し上げましたように、薬価基準をたてば今の医療の赤字問題が解決するといふようなことじゃなくて、それはなるほど一部はそうですよ、しかしその他たくさん解決しなければならぬ問題があるわけですよ。ですから、その際やはり、薬価基準だけたてればよろしいという議論に対しては、薬価基準とはかくあるべきでしょうと、天井はこうですよと、正々堂々と言つていただいてほしいと思ふのです。それを、反発したらまたたかたか、出るくぎは打たれるといふようなことで、すぐみずから萎縮してしまふ、こういうことでますます医療の実態といふものが認識されない。医療といふものを誤つて理解することによつて医療制度が変つたら、日本の医療といふものが逆行しますよ。ですから私は、どつちがいい悪いじゃなくて、やはり正しく理解してもらう、その上に立つて国民がどう批判するか、

そういう建前というものの、大臣はなかなか演説がうまいですから、ひとつ十分、奥さんからも随分陳情が来ておるでしょう、ありませんか。——どうかひとつ、そういう点を今後十分お願いしたい。これに対する御見解を伺いたい。

○吉村政府委員 確かに、薬を一概に患者にしたような議論が正當な議論でないことは、おっしゃるとおりでございます。ただ、私も私としては、薬の価格といふものはやはり実勢価格を薬価基準に反映させていく、こういう政策をとる。同時に、診療報酬の点数のいわゆる技術料なり経営の問題といふものは、また別個の観点から、今先生が言われましたように健全な経営が育つように、あるいはいい医療が育つように考へていかなきゃならぬ問題だらうと思ふのです。したがつて、私も今薬価基準については実勢価格に底づいて下がるものは下げるし、上げるものは上げるという政策を一方でとりつつ、一方で診療報酬の合理化、診療報酬の是正、こういうものについても考へておる。こういう二本立てみたいなことで現在進んでおるわけでございます。

そこで、先生がおっしゃいました技術料をどう評価するか、こういう問題でございます。これはもう先生も御承知のように、昭和二十年代あるいは三十年代の初めからいろいろ議論が積み重ねられたのでありますが、技術料といふものをどう設定するかといふのは非常に難しい問題で、いまだに解決がついていない話でございます。

確かに常識的に言ひますと、大学を出たてのお医者さんと経験豊かなお医者さんと技術料が同じといふのは、これは不合理なことではないとみんな思つておると思ふのです。しかし、それではどういふ技術差を両者の間に設けるか、ここが一番難しいわけでございます。今先生が示唆されました経験年数をとるといふのも一つの考へ方でありまが、いざ知らず馬鹿を重ねておる人だつておるわけでございます。私は、経験年数と技術が比例する領域とそうでない領域があると思ふのです。したがつて、専門医制度みたいなものがで

することがこれまた望ましいかもしれませんが、これも難しい。

これは若干私の個人的な見解にわたるかもしれませんが、各お医者さんの中で医学会ができておられます。内科学会とか、耳鼻科学会とか、眼科学会とか、いろいろ学会がございます。そこで認定医みたいなものを自主的につくっておられる学会がたくさんございます。そういう認定医というふうなものについて、何らか特別の技術加算というふうなものを設けるといふようなことが一つの解決策でございます。

それから、もしこういうことを言えばまたおしかりをこうむるかも知れませんが、技術料の差額徴収というものは一つの考えるべき課題であらう、中医協でも議論をしておらうと思っております。差額徴収で技術差の問題を解決するのがいいかどうか、これは問題がございます。しかし、解決の方法であることは間違いないと思っております。いろいろ技術差というものを勘案する仕方というものはあると思うのでありますが、少し医師会あたりで自主的にランクを決めてもらいたいというようなことができるならば、非常にありがたいと私は思っております。正直に思っております。それを公的な制度の中に取り入れることができるならばある程度解決の方向へ向かう、こういうふうに思っております。この辺も含めて中医協で検討してもらおうと私は真剣に考えております。

○河野(正)委員 いろいろ真剣に考えておられる内容はわかりました。ただ、今気になるのは、例の技術料の差額徴収です。これはかねがね厚生省が、差額徴収はやめよう、今度もそれで問題となつておりますのは、例の指定を受けますと、特定の機関になりますという差額徴収ができるといふことで、これも問題の一つになっておるわけですね。そういう意味で、これはいろいろ意見のあるところですね。ただ、基本的には差額徴収というものはやめようというのが今日の厚生省の方針であつたはずですね。そこにまた改めて技術料

を差額徴収でいこうというこの構想は、ひとつぜひおやめいただきたいと思ひます。どうですか。

○吉村政府委員 私は、差額徴収で技術差の問題を解決すべきだと言つておるわけではございません。一つの方法としてそういうものもございませう。それを国民の皆さんがそれでもいいではないか、その方法をとることが日本のお医者さんを優遇し、日本の医療をよくすることにつながるのならば、みんながそれでいいではないかとおしやるのなら、一つの方法としてありますというのを言つておるだけで、私はぜひその方向で推進をすると思ひ上げておるわけじゃございませんので、ひとつ誤解のないようにお願ひをいたします。

○河野(正)委員 実は私はそういう意味で言つたわけじゃないのです。ただ基本的に、差額徴収をすることは医療に格差をつくるでしょう、金持ちはいい医療を受けられるし、貧乏人は受けられない、こういう結果になるわけですから。というのは、差額徴収を受けようとしている人は立派なお医者さんでしょう。高度な技術を持った人でしょう。そうすると、金持ちはそういうような立派なお医者さんから診療を受けられるけれども、貧乏人は受けられない。これはかねがねずっと議論してきたところであります。それでいきますと局長が言つたわけじゃないけれども、そういうことすら、ここでもまた改めて芽が出てくることは適切ではない、そういう考え方が出てきたことは適切ではない。だから、それをあなたが強行しようとかあるいはそれだけを解決方法として絶対やるんだという、そういう意味で私は言つてゐるんじゃないかと、やはり厚生省の今日までの方針というものがそういうふうに変つちやいかぬ。もう局長に言わせると、何もそうすることではありませうけれども、少なくとも厚生省は、今まで差額徴収というものはいかにせよと指導してこられた、そういう中で、その一つと言ひながらそのことをここで取り上げられたことは、私は適切な答えではなかつたというふうに思ひます。

いう意味で、これは考え方としては聞きますよ。しかし、少なくともそれを実行するようなことはやつてもらいたくない、こういうことですね。大臣、よろしくございませうか。

○渡部国務大臣 いろいろの御意見があると思ひますが、私は素人でありまして、やはり過去にも、医師の学問研究というものが医師の収入というものに結びつかない今の平均的な診療報酬制度というふうなことで、いろいろの御批判があつたことも聞いております。そういう議論の中で、今の局長の意見というふうなものも一つの考え方としてあるわけで、それを保険局長は披露したのであります。これから厚生省の方針として政策を決めていく場合は、もっと幅広く、これは国民を代表する各党の皆さん方の御意見も聞かなければなりませんし、いろいろの判断していくことであつて、今は一つのこういう考え方もあるという意見を御披露した、こういうことだと思つております。

○河野(正)委員 そこで、先ほどから医療費の伸び、そういう問題について、鈍化がまた上向いていくということはないだろうと言つてきたのですが、今後の情勢というものが保険財政に及ぼす、いろいろの要因があると思うのです。

今、私は病院の倒産危機の時代が来たということとを指摘をして取り上げた、その中の一つに医師過剰、こういう時代がやつてきておるわけですね。御承知のように四十五年に、人口十万人に対する百五十医師、こういう方針を策定されたが、六十年を待たずしてもう既に達成したわけですね。どちらかと言ひますとそれが今からだんだん余剰になつていくわけですね。少なくとも人口十万人に対する百五十は一応達成したわけですから、二年も早く達成したわけですから、それが今から余剰になつていく。今後開業する人もおもしろうし、そういうことでこの保険財政を圧迫する。圧迫すると言ひますと適切であるかどうかはわかりませんが、そういう状況を出しはせぬだろうかという感じがいたします。それと、いま一つは、医師が過剰になつても、それが普遍的に配

置されればいいのですけれども、都市集中ですね。ですから、ますます医療競争というふうな時期になつていきますね。

ですから、これは予算委員会の中でも、もう医師過剰だからこの際ある程度抑制していかねばならぬというところが文部大臣からも言われております。厚生大臣にも私は若干質問いたしました。それはそのとおりです。ただ、試験の前にやはり試験要領というのを出さなければならぬですね。受験生は、とにかくこの大学の医学部は何人採らんかというところのいろいろ模索しておるわけですから、やはりこの方針というものは早く出さぬといふかぬのじゃないか。それで、そのことが結果的には、やはり今申し上げますように医師過剰の中で今後保険財政に及ぼす影響があるとすると、早くこの問題も解決しなければならぬといふこととございませうから、そういう意味で、ひとつ大臣の御答えを改めて承つておきたいと思ひます。

○渡部国務大臣 これは誤解をして受け取られると大変間違つたことになりまして、明確に申し上げておかなければならぬわけですね。

昭和四十五年、先生御承知のように、厚生省は、十万人当たり百五十人ぐらいの医師が適当であらうという一つの方向を決めて、それには文部省で大体六千人程度の医師の養成機関をつくつていただければ六十年度に目標を達成するというところで、文部省にお願いをいたしました。その結果、今では、厚生省の当時の医務局長がお願いした六千人どころか、八千三百人をオーバーする医学部の定員になつてまいりまして、百五十人という初期の第一回の目標は既に達したわけでありまして、それが今そのことが今すぐに医師過剰であるといふことにつながつてまいりまして、いわゆる想像もできなかったような高齢化人口が急速に進んでまいります。そうすると、これは老人の方が医療機関にかかる件数は若い人よりはるかに多いわけでありまして、やはりこれから急速に近づい

てくる高齢化人口というのをもう一遍物差しのはかりに入れて、十万人・百五十人というのが適当であるかどうかというのをもう一遍見直さなければならぬ必要性が出てまいりました。

もう一つは、先ほど先生の党の村山先生からも御指摘がありましたように、まだまだ医師の配置についてはばらつきがありまして、離島であるとか僻地であるとかにまだ無医村で困つておるといふような地域もあるわけでありますから、一方で過剰な地域もありますけれども、一方ではまだ医師がいなくて困つてゐるということもありますから、医師の適正配置ということももう一遍これは見直さなければならぬわけであります。

ですから、八千人を既にオーバーする医学部の定数というものをそのまま放置しておけば、これは将来は医師過剰の時代が来るのではないかという心配はもつともなのでありますが、直ちに今すぐこれは医師の過剰になっておるということでは、ございませんので、そこで厚生省としましては、これから文部省当局と密接な連絡をとり、また医療機関それぞれの代表の方などにも入っていたただいて、これから二十一世紀の日本の医療を揺るぎなきものにするには医師はどのぐらいが適当であるか、それにはまた医学部の定員を文部省にどの程度のことをお願いすればいいのかということ、を検討委員会をつくってこれを慎重に検討して、今後の医師の配置、また、医師の過剰を将来来してはなりません、が、しかし、同時にまた、医師不足というようなこともあつてはならないのでありますから、その辺を間違いないように検討してまいりたい、こういうことでございます。

○河野(正委員) 私は、今医者が多いのか少ないのかと言へば、やはり世論的には多い。ですから予算委員会では、文部大臣はもう率直に、来年から減らすんだ、こういう御答弁をなさっていますね。ただ問題は、要するに国立大学、それから私立の大学がそれぞれありますから、そこで、なかなか大臣も言いにくいところもあるかと思いますが、それは文部省関係でしたらすばつとそう言

える。とにかく定員が少ない方がいい教育ができるわけですから。しかし、私立大学の場合はなかなかそうはいきませんね。だから、大臣はなかなか慎重にお答えになったと私は心の中でそういうことを感じながら御答弁に感服しておったんですが、ところが一つ問題は、私はこういふところにあると思うんですよ。

医師が多いか少ないか、それはやはり地域医療に對する方針というものが出ていないものだから、それは一つは國が自治大学なんかをつくつたら、それだけでも、大した効果は上がらぬですよ。ですから、とにかく医師養成と同時に地域の配置、これをどうやるのかということが今まで実践されてないものだから、結局都市に集中しちゃつて、僻地や離島にはだれも行かぬでしょう。ですからやはり、いろいろ今後檢討委員會で方針を策定されるなら、そういう問題を十分念頭に入れながら、地域医療に對する対応というものを考えながらやつてもらふと、それは幾ら八千ふえようがあるいは七千ふえようが、とにかく都市に集中して、もう大学に行つてごらんさい、たくさんいますよ。ですから、言葉ではそう言いながら、要するに僻地とか離島には行きたがらないということですね。

そこで、私はコロポ計畫について特に思うんですが、やはり僻地とか離島へ行ったら、子供の教育もできぬし、とにかく知らぬものばかりでしょう。とにかく知識は上がりませんよ。やはり都市におれば勉強の機会も多い。ですから、僻地や離島へ行けば腕は下がるばかりですよ。そして文化生活もできないし、それでまた子弟の教育も困る。それで、そのコロポ計畫で医者を進導するに、これは私の提案で恐縮ですが、けれども、やはり裏づけというものがなければならぬ。金だけではいけませんよ。幾ら金をやったって文化生活ができない、幾ら金をやったって子供の教育はうまくいかないという問題ですから、やはりそういう僻地に勤めてくれる医師については、勤めたらその後勉強の機会をつくらせる

という条件をつけるとか何とかして、やはり僻地対策を、今度の医師過剰問題に対して対応されるならば、当然それを盛り込んでやられぬと、それはもう幾らふえても、医者は僻地、離島には行きませんよ。最近も新聞に出ておりましたが、もうみんな僻地、離島は、島民がむしろ帰つてくれというぐらいな状況でしょう。ですから、私は医師過剰時代が来たということは大體一般的な常識ですが、ところがそれを解決する道は、今も言うように、やはり地域医療対策というものをぜひ盛り込んでやってほしいというように思います。それについてひとつ見解を聞いておきたいと思ひます。

○渡部国務大臣　全く先生の御指摘と同感でございまして、そういう先生のお考えのようにこれを進めるためには、どうしても地域医療計画というものを立てていかないと、そういう医師の適正配置とかいろいろなものが進んでまいりません。

そこで、私どもは、この健保法を御審議いただいた後に、医療法の改正案を出しておりますので、この御審議を賜りたいというところでございます。今までも私どもは、自治医科大学の創設等そういう大きな夢を持つてそれなりの効果を上げてまいりました。が、まだまだこれは僻地、離島そういうものの、また医療というものは、やはりむだがあつてもならないし、また国民すべてがやはり安心して医療機関にかかれなければならないのでありますから、北は北海道から南は九州、沖縄まで、まず第一次医療、これは国民すべてが受けられ、それから重い病気になるに従つて、むだのないように第二次医療、第三次医療に行けるようなそういう計画、これは非常に大事なことだと思ひます。そういうことで、これからそういう計画を立てるように進めてまいりますので、先生の御協力を賜りたいと思ひます。

○河野(正委員) 先ほども聞きましたし、それからまた予算委員会でも承つたわけですが、その検討委員会というのはいま既にできたんですか。

○吉崎政府委員 ただいま人選を鋭意進めておる

ところでございまして、遅くとも一月以内ぐらいには発足させたいと考えておるところでござい
ます。

○河野(正委員) これは速やかにやつてもらわねと、予算委員会における文部大臣の答弁が適切だったかどうかわかりませんよ、それはわかりませんが、あの答弁を聞く限りは、もう来年からやりたい、検討を命ずる、こういう意味の話がありました。そうしますと、やはり早く結論を出さぬと、入学試験要領なんか出さなければいかぬわけでしよう。そうしないと、これは受験生に非常に迷惑をかけますよ。だから、今から人選というようなことじゃ、これは現実がそうですから仕方がないとしても、やはり早う委員会を成立させてそして速やかに、先ほど私が私見を述べましたが、そういうことを含めてひとつ検討に入りたい。だきたい、こう思います。よろしゅうございませう。

○吉崎政府委員 先ほど大臣からお答えしたとおりでございますけれども、医師の養成にはかなりの期間がかかりますので、確かに過剰になるだろうと思われますのは将来の課題でございますが、できるだけ早く計画的に着手する必要があると考えております。

なかなかこの養成数を削減するというのも大変なことでございますから、過剰になったからといって一気にどかんというわけにまいりませんので。一方、将来の我が国の医師の数がどれくらいが適切であるかということは、これはなかなか難しい問題であらうかと思ひます。お話しにもございましたように、地域医療の実態、医学の進歩、それからまた人口構造の変化、その他諸般の情勢の変化に伴いますところの医療事情の変化、そういう多角的に御検討いただかなければいかぬと思うわけでございますが、一方、しかし、先ほど申し上げましたように、早く計画的に着実にやる必要があると考えておりますので、委員会にお願いをいたしまして、中間的なものでも六十年程度からの施策に間に合いますようにお願いをいたしたいと

考えておるところであります。

○河野(正委員) ぜひ検討委員会を速やかに発足させていただいてそして検討に入ってもらう。その際には、先ほど申し上げましたような、私見ですからそれはいろいろな意見があると思いますが、そういう意見も踏まえながらぜひひとつ早急に結論を出していただきたいと思います。

相前後しますけれども、先ほど薬価基準の問題が出ました。そこで、この問題も今後の医療を考へていく際に非常に重要な問題でございますから、私どもはそのことを否定するものではございせん。そこで、できるだけ病院の経費を抑制していこうということで極端に言えば安い薬、それは何か、今までの議論によりますと開業医はみんなそういうことをやっておりますような議論でございけれども、ところが、私どもといういろんな情勢もわかつておるわけですが、そこでここで承つておきたいのは、今はやっておる薬の第二市場、言葉をかえて申しますとブラックマーケットのあることを御存じでしょうか。

○正木府委員 医薬品の流通市場というのは先生御案内のようになかなか複雑でございますが、お尋ねのございましたいわゆる現金問屋というのは、回転率の高い商品を中心的に取り扱ひまして、流動的な取引先を相手に、価格面を主体とした販売活動を行つておるといふ御でございます。

御案内のように、医薬品の卸は直販と一時卸
 それで九十数%ということで、現金問屋の占める
 割合というものは極めて少ないわけでございます
 が、これが流通市場にかなり影響を持っていると
 いうことは事実でございます。

○河野(正委員) それが多かったら大変なんでしょうね。ですから、このブラックマーケット、葉が非常に安いのですよ。東京でいいますとアメ横みたいなもの。葉のアメ横ですね。この第二市場、これは合法的であるわけですね。正規の手統をして許可を受けてやっておる。ですけれども、その営業が果たして信頼できるのかどうか。極端に言いますと、このブラックマーケットがあるため

に、錠剤その他そういうものは割合長くもてるものですから、ブラックマーケットから仕入れてくるわけですよ。そして水物、アンブル物、こういうものは変質しますから、これだけは自分の地元から購入する、これが公的医療機関にあるのですよ。そういう実態を御存じかどうか。

○吉崎政府委員　公的医療機関におきましても、先ほど薬務局長からお答えいたしましたような現金問屋から購入しておるといふ事実は承知をいたしております。

○河野(正)委員 承知をしておられるということは、それでも差し支えない、要するに安上がりなら差し支えない、こういう判断でしょうか。

○吉崎政府委員　医薬品は医療の分野で非常に重要な役割を示すものでございますので、その品質は極めて重要であると考えております。

そこでこの有効期限あるいは現金間屋の場合には流通過程における品質管理が適切であるかどうか、それから安定供給の能力があるかどうか、そういう点に十分配慮をして細心の注意を払って購入をすべきであると考えます。

○河野（正）委員 細心の注意を払われたわけですか。

○吉崎政府委員　公的機関は重要な役割を担っておりますから、そういう細心の注意を払って購入しておるものと考えております。

○河野(正)委員 局長がお考えになっているのですか、あるいは事実をチェックして差し支えないというふうにお答えになっておるのですか、どちらですか。

○吉崎政府委員　公的医療機関の責任において、今申し上げましたようないろいろな点に十分配慮してやっておるのであります、私どもがチエックをしたわけではございません。

○河野(正)委員 配慮してやっておる、それは局長の想像でしよう。十分実態を調査してそうだと
いう意味でお答えになっているのでしょうか。そ
うじゃないと思う。

○吉崎政府委員　ただいま申し上げましたけれど

も、調査はいたしておりませんが、公的医療機関でございますからそうに違いないと思っておるわけでございます。

○河野（正委員） このブラックマーケットで購入すれば薬は安いのです。べらぼうに安いのです。べらぼうに安いということは正規のルートに乗ってないわけでしょう。ですから、いつどういふことがあるかもわからぬということで、このブラックマーケットについてはいろいろ議論になっているのですよ。それを実態も知らぬで、そして多分それはそうでしょうということで、もし事故が起これたら、あなたは責任をとりますか。

○正木政府委員　いわゆる現金問屋、これは薬事法で卸売一般販売業の許可をとっておるわけでございます。

医薬品につきましては、生命関連商品と言われますように、安全性、良質な薬、その安定的な供給ということが極めて大事でございます。この現金問屋につきましても、卸売一般販売業ということで、構造設備であるとかあるいは衛生面についての規制があるわけでございます。この点について問題があるということになれば、薬事監視等の面できちとした措置をとっていくという体制になっておるわけでございます。

○河野(正)委員 これは今やはり問題の火種になつておるわけです。そして、もし事故が起これば当然公的医療機関ですから民間のようなわけにはまいりませんね。その責任は重大です。だから、とにかく病院のいわゆる支出が抑制されればよろしい、どういふことをやっても手段を選ばすという形で、いわゆる公的医療機関の支出が抑えられればよろしい、そういう見解でしょうか。決して悪いというような御発言が出てこぬわけですが。

○吉崎政府委員 先ほど先生からお話しもございましたが、また今薬務局長からもお答えいたしましたけれども、医薬品は非常に重要な商品でございますので、薬事法でもってきちんとした監視をしておるわけでございますけれども、一方、医療機関の管理者は、当然のことながら、先ほども申

し上げましたようなことに十分細心の注意を払う責務があると思います。

そこで、先ほど申し上げましたように、特に公的医療機関では、先生からもお話しがございましたけれども、そういう注意を払っておるものと考ええておりますが、全部について調べたわけではありませんけれども、私どものところでお話しになった限りでは、公的医療機関は当然のことでありますけれども、そのような注意を払って購入をしておられるというふうに考えております。

○河野(正)委員 なるほど、先ほど薬務局長からもお答えがあったように、合法的な企業であることは間違いないわけですよ。ですけれども、べらぼうに安いわけですからね。どういうルートでどういう形のままで出てきているかということについては、私どもはやや疑惑を持っておるわけですよ。ですから、疑惑で済めばいいけれども、もしそれが不純なもので、ダンピングで流れてきたということになれば、当然そこで責任問題が出てくるのですね。それが公的医療機関でしょう。それは民間よりもっとも——今民間の医療機関が、宇都宮じゃありませんけれども、悪いことをしてたたかれておるわけですけれども、公的医療機関自身がそういう実態であることはちよつと私どもは許せぬと思うのですよ。

そこでこれは地方でもう議論になっておりまして、そして、それはもうやめなければいかぬというふうな議論も既に出ておるのです。私は具體的な事實を知っているわけです。しかしここで、公の場で言うべきことではないから申し上げませんけれども。だから、今言われたように多分問題ないようにやっているだろうというような観測じやなくて、そういう実態があるなら調査をして、適當でなければ適當でない、そしてやはり正規のルートで買いなさい、こういうことにならぬと、今のうちに、それは結局出先の立場を擁護するということもありましようが、それでは今度は人間の命を輕率に取り扱われてはかなわぬです。ですからもう少し的確に、これはひとつ大臣から答

えてください。

○正木政府委員 いわゆる現金問屋につきましても、その売買が現金決済で行われるということ、一般に比較して低廉であるということ、一つ言えると思います。それ以外に、先生おっしゃいますように、実は率直に申し上げてこの現金問屋の仕組みというのはなかなかつかみにくい面がございます。どういう形で医薬品を購入しておるかというところはなかなかつかみにくい面がございます。ただ、先生もおっしゃいますように、この価格の面につきましては自由競争で行われるわけでございますから、安いからいいかぬというわけには私どももまいらないわけでございます。あくまでも安からう、悪からうと言つてはなんぞでございますが、そういったおそれなきにしもあらずというようなことで、医薬品の安全性、良質な医薬品という面でのチェックをしていかなければならぬし、さらに申し上げさせていただきますと、実は昨年も、ある貿易会社の関係で、輸出用ということで、検定医薬品でございましたが、未検定のものを輸出しませんでしたで国内に流したというのがございました。これも実は現金問屋が関与しておつたということで、嚴重な処分をいたしたわけでございますが、そういった面で、良質な医薬品を医療機関に安定的に供給していくという面からチェックをしていかなければならぬ。

それから、先ほど医務局長からお話しがございましたように、一般に医療機関の場合には、薬剤の購入に当たりましては、購入委員会のようなものをつくりましていろいろ皆さんでチェックをされるということでございますので、そういった面でも念には念を入れて、安全性、良質な医薬品の購入という面については、各医療機関に御留意をいただかなければならないというふうに私どもも考えているわけでございます。

○河野(正)委員 やつぱり医療経営というもの、非常に厳しいわけですから、良質で安ければそれは一番いい。ただ、それが物すごい安いのですから、ですから、一体どういうルートでどうい

形のもので市場に出てきておるのか、その辺に私は疑問を持つのですから、そういう疑問のあるものはこの際使わぬで、絶対数が少なくて現金問屋から買わなければ品物がないうる薬品なら別です。薬品問屋というのははざらにあるわけですから。ですから、そういう疑わしい企業となぜ取引しなければならぬのか、こう言つておるわけですから。ですから調査したら、それがとにかくこれこれという理由で流れてきたんだ、しかもこれこれという理由で価格が安いんだ、それならばそれでいいですよ。ですけども、局長自身もわからぬでしょう。私ども、その疑いがあるから、そんな疑わしい薬を買わぬで、とにかく地元の業者から、問屋から買ったつて、もう業者はたくさんあるわけですから、昔のように薬が不足するというような時代ではないわけですから、そういう取引をあえてなさることをどうして厚生省が援護なさるわけでしょうか。私はわからぬですね。そういう疑わしいものだったら、この際やはり正規のルートできちつとしたところで買つたらどうか。そういうことにならないかぬのじゃないか。そうじゃないでしょうか。

○渡部国務大臣 今薬務局長から答弁がございました。これは薬事法がきちつとあつて、厚生省では、国民の健康を阻害するような不良な医薬品というものが出回ることのないような指導はしておるわけでございます。国立病院でも、これはそれぞれやつぱり経営をよくする努力目標を持つておりますから、安くて悪い薬を求めておるということになればこれは問題でありますけれども、できるだけの薬を、またたけるだけ安い値段で購入して国民の負担を軽くするというのが努力も、一概にこれをだめだとか言うわけにはまいりませんので、今薬務局長から答弁がありましたように、薬事法の中で、そんないかわしい薬が出回るようなことはないように指導していくということで、御了承賜りたいと思ひます。

○河野(正)委員 どうも納得いきませんね。というの、今言つたように安くても大量取引ができる、だからそれについてはやはり疑問があるでしょう。なぜそんなに安く取引ができるのか、なぜそんなに安いものが大量取引ができるのか、そういう疑問はあるでしょう。今その薬が非常に手に入りやすいというならやむを得ないということがあるでしょう。そしてまた、欠陥商品があつたら、これはあつたときにはもう遅いわけですから、だから、私が言つてゐるのは、そういう状況がある、実情がつかみにくい、それも私はわかるわけですから。だから、そういう疑わしいものは別に取引する必要はないわけですから。そこで、今まで取引をしてきたという経過がありましようから、そういう実態があるかないか十分調査をして、その上で強力な指導をする、こうなれば私どもは納得するわけですから。それを御存じであつたかなかつたか知らぬけれども、今言つたようにあつたかどうかということではこの問題をあいまいにされる、それはちよつと納得いきませんよ、いかがですか。

○正木政府委員 どうも同じようなお答えになつて恐縮なんですけれども、現金問屋を通じております場合には一般に低廉だということが言われております。それは、先ほど申しましたように現金決済で行われるということのために、メーカーから急場の現金を必要とするためにかなり安く卸すという場合がほとんどだと思ひますが、その流通面が一体どうなのかという点が実際問題としてなかなかつかめないうちでございます。

そこで、先ほどから繰り返すようにでございますが、医薬品というのは良質な医薬品を安定的に、しかもできるだけ低廉に供給するというところでございまして、低廉であつてもこれが良質であれば問題はないうちでございます。そういう面でのチェックをしていく。それから、購入される医療機関の側も、ただ安いということだけで飛びつか

お答えできないということを大変申しわけないといひます。遺憾に思つておるわけでございます。

れないで、やはりこれが本当にいいものかどうかということは十分チェックをしていただく。これは医療機関側もそういう面で十分配慮していただくことが必要ではないかというふうに思うわけでございます。

○河野(正)委員 何度も繰り返して恐縮ですが、でも、それはあなたのお考え方を述べられておるだけであって、そういう実情があることに對してどうする、こうするという答弁になっていないわけですから、いい薬が安くて安定して取引されるのが一番いいのです。ですから、それに對して疑点があるわけでしょう。その疑点に對して調査なさったかどうかと聞いたら、それは非常に難しいと言われる。その難しいというのはあなたの考え方でしょう。そういう調査をいたしましたから全然そういう疑いはございませんでした、だから安上がり医療じゃないけれども医療費がそれだけ節約されるならばということで認めたのです、こういう答弁ならば納得しますよ。ところが、あなたのお考えだけで多分そうだろう、多分こうだろう。これは市場では違ふ意見があるのです。

安定供給といいますが、安いことはもう事実です。それから良質であるかはいかかわからぬですね。安定供給もわからぬわけです。ある物はばつと出るけれども、あるときにはその品物が枯渇する、こういう事情があるわけです。いい点はこの三つのうちただ一つ、安いだけですよ。今の欠陥商品であるかどうかというのは疑問、安定供給も疑問ですね。正規なルートじゃないわけですから、出るときは大量に出てくるけれども、必ずしもそれが翌月も出てくるかどうかは疑問なんです。それがブラックマーケット、第二市場だということです。

ただ、私がここで非常に言葉が渋るのは、やはり許可を受けた現金問屋ですから、それは合法的な商売です。しかし内容的に非常に問題がある。ですから、そういう問題があるならば直ちに調査してチェックしましょうという答えならば、私どもは納得しますよ。あなたのお答えの内容は、それ

が望ましいのです、多分そうでしょうということでしょう。それでは納得できない。何遍そこで答弁されても同じことですよ。何遍でも繰り返しますよ、私も、理事さんと相談してできるだけ早く打ち切るうかと思つて質問しておるわけですが。

○正木政府委員 先ほど申しましたように、現金問屋は薬事法で卸売、一般販売業の許可を受けておるわけでございます。実情調査ということのお話でございますけれども、単に低廉であるというだけでは問題にならないわけでございます。これは薬事法という衛生法規の面からチェックをいたしておるわけでございますから、構造設備の点、あるいは管理体制の面等で問題があればこれはチェックをしていく。

それから、先ほど申しましたように先年事件がございました。これは現金問屋が関与をしておったわけでございます。そういう不適切な事例があつた場合においては、私どもとしては厳重な処分措置をとつておるわけでございます。

○河野(正)委員 私は、あつたらでは遅いと言ふのです。ですから、そういう疑問があるならばまず疑問を解く努力をしない、こう言つてはいるわけです。あつたらあつたらなんて言つて、そこで事故が起つて、薬というのは人命に関することでしょう。これはもう何遍繰り返しても同じことです。

○渡部国務大臣 私も就任して日が浅く、これはブラックマーケットというところまで、隅々までまだよく研究をしておらないのでありますが、小説では流通革命の旗手というようにことである読んだことがございます。

今、河野先生から御指摘もあり、また政府委員から答弁がありました。他の品物と違つてこれは人間の生命に関するものですから、同じ流通機構の問題でも、テレビや何かとは性質が違います。そのことのために人間の生命を危うくするよ

うな不良な薬品というふうなものが出回つておるということになれば、それで万が一のことが起これば、これは厚生省として大きな責任を指摘される問題にもなるわけでありまして、国民の生命に危害を与えるような不良な悪質なものが出回つてはなりませんので、ひとつそういう点は十分調査するように勉強してまいりたいと思ひます。

また、国立大学、国立病院等そういう安くていい品物を買う努力、これは今日の市場自由主義経済では当然だろうと思ふのです。しかし、安くいい品物を買う努力をすることは、ある意味では褒める場合もあるわけですが、そのためにそれが行き過ぎて、不良な薬、悪質な薬を買つて患者に迷惑をかけるようなことがあつてはなりませんから、そういうことのないように厳重に指導してまいりたいと思ひます。御了承ください。

○河野(正)委員 大臣から適切なお答えをいただきましたから、局長には納得しませんが、大臣が最高責任者ですから、恐らくその指示には当然従つていただくというふうに思ひますので、そういう意味で話を進めます。

そこで、これはどうしようかと思つたのです。が、ついでございますから、ひとつ厚生省におきまうを据えておきたいと思ふのです。これは、がん免疫振興財団のいわゆる予算の流用についてひとつお尋ねしたいと思ひます。

がん免疫振興財団は、さきに幹部が人の論文を盗用して登載したとかいつて新聞種になつておる予算を流用したということいろいろ物議を醸しておるわけです。これはとにかく、今の宇都宮病院ではないけれどもいろいろ医療機関にも問題があつて、この委員会でも問題になっておりますから、ひとつ今度は厚生省の方でも、こういう問題があるということを私どもは十分訴えて、もう少しきちんと引き締めていただきたいと思ふわけ

です。これは事情を御承知でしょうか。

○吉崎政府委員 御指摘のございましたがん免疫振興財団についてでございますけれども、これにつきましても、補助金を交付いたしました日本船舶振興会が、去る四月の四日と五日にわたりました

て監査を実施いたしました。今検討中でございますけれども、厚生省といたしましてはその結果を見守つておるところでございますが、公益法人の運営につきましてもさらに厳正に指導監督を行つてまいりたいと思ひます。

○河野(正)委員 ちょっと後先になりましたけれども、文部省、まだおられますか。――御出席いただいておりますことを存じ上げておきませんで、失礼しました。

先ほど申し上げた医師過剰の問題について、予算委員会では、文部大臣、非常に前向きで具体的に御答弁なさつておられます。ですから、厚生大臣とあわせてお尋ねしようと思つたけれども、おいでいただいておりますことを承知しなかつたものでありますから失礼しました。せつかくおいでいただいておりますから、文部大臣の代理としてひとつ、この問題について一言。

○佐藤説明員 機会を与えていただきまして、どうもありがとうございます。

厚生大臣あるいは医務局長の方から詳細な御答弁が先ほどございましたけれども、私どもは、従来から、厚生省医務局の事務担当者の方々とともに協議をしてきておるところでございますけれども、このたび厚生省の方で将来の適正な医師数を検討する委員会を起す、こういうお話でございますので、私どもも、その結論を待ちまして、もし必要ならば全面的な見直しをしてまいりたい。

この前、二月十七日の大内啓伍先生に対する文部大臣の御答弁の中では、こういうことを言つておるわけでございますが、この辺は、先生の方に若干誤解があるのではないかとこのように思ひますので申し上げさせていただきますと思ひます。

この中では、全面的な見直しについては厚生省の結論を待つてやりたい、しかしながら、国立大学の中には入学定員が百二十名のところがございます、こういうところは従来から臨床研修等で、医師の質を考えた場合にこれではなかなか教育上困難であるという話が来ておりました、こういう大学につきましても、もしその大学内部の

○河野(正)委員 実は、医学雑誌に人の論文を盗用して幹部が出したというような非良心的な行為もございましたが、私が今言っておりますのは、予算の流用ですね。金は例のモーターボート振興会から出ておるわけですけれども、しかし、助成金が出てくるについては、厚生省がちゃんと書類をつけて出しておるわけですから、その予算がど

増ししたら不正請求で監査を受けるわけでしょう。ですから、水増しどころかこれは架空請求だ。動物がいないのにその飼料代としてやっている。これは健康保険で言えば、保険局長、横におられますけれども、これは架空請求です。それから、今申し上げたように研究事業費、これも架空請求ですね。そして何をしたかという点、何かこの財

う。だから積極的に、むしろ船舶振興会よりも先に厚生省が調査をしてやるべきじゃないでしょうか。

○吉崎政府委員 所管の法人でございますので、よく調査をいたしまして厳正に指導監督してまいりたいと考えております。

○河野（正）委員 まだそれに類するような問題が

ます。そして、さらにいろいろ今の今に類したようなことがございますから、言葉は悪いけれども悔い改めてもらいたいと思います。あとは調査した結果、これは薬務局もそうですよ。どれだけ調査できるか、非常にむずかしいことは承知しております。承知していますけれども、そういう疑いがあるならやはり調査をして、疑いがござい

というような、そのことがずばり解明できないでも、それだけのことがらひはぜひやっていただきたいと思うのですね。そういうことも次回にいろいろと御報告をいただいて、また審議を進めたい。特に、先ほど申し上げましたように、健康保険問題については私も真剣にやっておるわけですから、ひとつ役所も姿勢を正してこの審議に対処していただきたい。そういう意味で、あとは全部留保いたします。そういうことで本日は一応終わります。

以上です。

○有馬委員長 次回は来る十七日火曜日、午前九時四十分理事会、午前十時委員会を開会することとし、本日は、これにて散会いたします。

午後七時二十五分散會

[illegible]

昭和五十九年四月二十一日印刷

昭和五十九年四月二十三日発行

衆議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局

K