

第百一回国会 社会労働委員会 議 録 第 十 七 号

昭和五十九年六月二十一日(木曜日)
午前十時三十五分開議

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 小沢 辰男君 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 勝太郎君 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 高村 正彦君

理事 齊藤 滋与史君 理事 自見 三郎君

理事 谷垣 禎一君 理事 友納 武人君

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 森下 元晴君

理事 山岡 謙蔵君 理事 渡辺 秀央君

理事 網岡 雄君 理事 大原 亨君

理事 河野 正君 理事 多賀谷 貞稔君

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 宮崎 角治君 理事 森本 晃司君

理事 伊藤 昌弘君 理事 小淵 正義君

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 局老人保健部長 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

厚生省社会局長 持永 和見君

厚生省保険局長 吉村 仁君

社会保険庁医療保険部長 坂本 龍彦君

環境庁水質保全局長 三本木健治君

外務省条約局法規課長 河村 武和君

社会労働委員会調査室長 石黒 善一君

委員の異動

六月二十一日

辞任

今井 勇君

長野 祐也君

藤本 孝雄君

多賀谷 貞稔君

橋本 文彦君

小淵 正義君

同日

辞任

高村 正彦君

森下 元晴君

山岡 謙蔵君

大原 亨君

宮崎 角治君

伊藤 昌弘君

補欠選任

森下 元晴君

山岡 謙蔵君

高村 正彦君

大原 亨君

宮崎 角治君

伊藤 昌弘君

同日

補欠選任

藤本 孝雄君

今井 勇君

長野 祐也君

多賀谷 貞稔君

橋本 文彦君

小淵 正義君

本日の会議に付した案件

原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律の一部を改正する法律案(内閣提出第三九号)

原子爆弾被爆者等援護法案(森井忠良君外六名)

提出、衆法第二二二号
健康保険法等の一部を改正する法律案(内閣提出第三二二号)

○有馬委員長

これより会議を開きます。

内閣提出、原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律の一部を改正する法律案及び森井忠良君外六名提出、原子爆弾被爆者等援護法案の両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。大原亨君。

○大原委員 原爆二法案につきまして質問をいたしますが、被爆者の中や関係者の中では、政府の原爆二法案については賛否いろいろ議論があるにしても、この問題については国会では今まで一定のルールを確立している。この審議がはかばかしく進められ、そうすると七月から諸手当の支払いがはかばかしく進められ、そういふことに影響するのではないかという議論があります。

これは大池健康保険法案にいたしましたが、きょうも理事会で問題になったらしいのですが、政府は案を出しながら、政府の原案についてはだれも賛成とは言わない、大臣を含めて賛成とは言わない、与党もそう言っている。撤回か修正かの議論を現実的には政党レベルではみんなしているわけでしょう。そのためにこの法案の審議がおくれ、そして実施の時期がおくれ、ということになれば、これは問題ではないか。この問題について、諸手当の支払い等、最初にまず質問をいたします。

○大池政府委員 ただいまの御質問の点についてお答え申し上げますが、被爆者の方々は大変その

点について強い関心を持っておられると思います。国会におきまして可決をいただきました場合には、政府原案をお願い申し上げます。六月にさかのぼって適用実施ということをお願いしたいと思っております。

○大原委員 スライドは六月からか。

○大池政府委員 六月ということでは御審議をお願いしております。

○大原委員 六月中に衆参両院を通りますか。

○大池政府委員 私どもとしては、国会の御審議のできるだけ速やかならんことをお願いしております。

○大原委員 大臣、いかがですか。

○渡部國務大臣 私どもは国会の会期のうちに、私どもが国民のために必要であると考えて出した法案でございまして、それだけ議決を賜うものという前提で本案を出して、おたわけでありましたが、その後今日のような状態になってしまいました。たけい、できるだけ早く議決をしていただいで、関係の皆さんにできるだけ迷惑をかけないような処置をとってまいりたいと思っております。

○大原委員 余り駆け引きをやり過ぎると思うのです。私はこのことのために時間をとりませんけれども、政府が出した原爆特措法についての議決がおくれた場合には、二つの諸手当の実施の時期がおくれ、そのときには現行法でやっておいてさかのぼって当然二％は実施する、そういうふうな考えでよろしいですね。

○大池政府委員 そのように私どもは考えております。

○大原委員 質問を進めてまいりますが、第一は、野党も国家補償の精神による援護法を出して、おたわけですが、私も今までは部分的に引用したことはあるのですが、政府全体の見解を聞きたいことがあるのです。というのは、一九四五

年八月十日であります。日本政府が、当時は東郷外務大臣でありましたが、ジュネーブの加瀬俊一公使を通じて、アメリカに対して抗議文を出しているのです。全文を私が読み上げたことはありませんから、これは重要な問題です。この際取り上げまして、政府の見解を聞きたいと思ひます。

「米機の新型爆弾による攻撃に対する抗議文」、これは申し上げましたように八月十日です。

本月六日米国防空機は広島市の市街地区に對し新型爆弾を投下し瞬時に多数の市民を殺傷し、同市の大半を潰滅せしめたり。

広島市は何ら特殊の軍事的防備乃至施設を施し居らざる普通の一地方都市にして、同市全体として一つの軍事目標たるの性質を有するものに非ず。本件爆撃に関する声明において米国防空機「トルーマン」はわれら船渠工場および交通施設を破壊すべしと言ひをるも、本件爆撃は落下傘を付して投下せられ空中において炸裂し極めて広き範囲に破壊的効力を及ぼすものなるを以て、これによる攻撃の効果を右の如き特定目標に限定することは技術的に全然不可能なものと明瞭にして、右の如き本件爆撃の性能については米国防空機においても承知してをるところなり。また実際の被害状況に徴するも被害地域は広範囲にわたり、右地域内にあるものは交戦者、非交戦者の別なく、また男女老幼を問はず、すべて爆風および放射熱により無差別に殺傷せられ、その被害範囲の一般的に、かつ甚大なるのみならず、個々の被害状況よりみるも未だ見るべき惨憺なるものと言ひべきなり。

抑々交戦者は害敵手段の選択につき無制限の権利を有するものに非ざることを、及び不必要の苦痛を与へべき兵器、投射物其の他の物質を使用すべからざることは戦時国際法の根本原則にして、それぞれ陸戦の法規慣例に関する条約付屬書、陸戦の法規慣例に関する規則第二十二條、及び第二十三條(ホ)号に明定せらるるところなり。米国防空機は今次世界の戦乱勃発以来再三に

わたり毒ガス乃至その他の非人道的戦争方法の使用は文明社会の輿論により不法とせられをれりとし、相手国側において、まづこれを使用せざる限り、これを使用することなかるべき旨を聲明したるが、米国防空機が今回使用したる本件爆弾は、その性能の無差別かつ惨憺性において、從來かゝる性能を有するが故に使用を禁止せらるる毒ガスその他の兵器を遙かに凌駕しをれり。米国防空機は国際法及び人道の根本原則を無視して、すでに広島にわたり帝国の諸都市に對して無差別爆撃を実施し來り、多数の老幼婦女子を殺傷し、神社仏閣学校病院一般民衆などを倒壊または焼失せしめたり。而して今や新奇にして、かつ從來のいかなる兵器、投射物にも比し得ざる無差別惨憺性を有する本件爆弾を使用せるは人類文化に對する新たな罪状なり。米国防空機は自らの名において、かつまた全人類および文明の名において、米国防空機を糾弾すると共に、即時かかる非人道的兵器の使用を放棄すべきことを嚴重に要求す。

これが日本が出した正式の抗議文であります。その抗議文に對する日本政府の見解を戦後占領中に變えたのかどうか、變えたかすればいかなる根拠をもつて變えたのか、このことについて政府の見解を聞きたいと思ひます。

○河村説明員 お答え申し上げます。

本件につきましては、大原先生、昭和三十四年以來ずっと政府に對する見解を聴取してきておられますけれども、昭和五十五年の十月に大原先生の方から質問主意書がございまして、同年の十一月に政府の方からそれに対する答弁書を出したというございします。その答弁書の中で政府が述べておりますことは以下のとおりでございます。

「原子爆弾の投下は、老幼婦女子を含む広い範囲にその害が及ぶ人道に極めて遺憾な事態を生ぜしめたものであり、国際法上の観点からも問題となり得る点があつたので、交戦状態にあつた当時これに強く抗議したものであり、これは当然であつ

たと考へてゐる。」こういうことでございします。ただ、世界における各国の認識、これは米国のみならずソ連、中国、フランス等の認識というところでもございしますが、ほか主要な学者の学説という点から判断をいたしまして、單に純法理的に見ました場合、実定国際法上、当時の原子爆弾の投下が国際法違反であつたということを言ひ切ることはできないといふことは、政府の方から從來答弁してゐるところでございます。

○大原委員 大臣、これは余り長い時間がありませんが、つまりあなたを含めてそうですが、政府・自民党の皆さんの中には、憲法は占領中に押しつけられた憲法である、だから改正すべきであると言つてゐる。とすれば、これは八月九日ですから、九日から十日にかけてですから、これも自由、しかも外務省の説明によりまして交戦をしてゐるときの問題だと言つておられますが、これはヘーグの陸戦法規というものは戦時国際法ですから、戦時国際法で守るべきルールを決めておるわけですから、それを引用いたしまして、害敵手段においても軍事目標地区におきましても無差別であり、かつ、毒ガス以上の非人道的な兵器である、そういうことをはつきり言つてゐるわけですから、そのことを戦後引き續いて、唯一の被爆国としてなぜはつきり言えないのかという疑問を我々は持つわけですから。だから野党は、国家補償の精神によつてこれはちゃんと処理すべきであるというところで援護法の提案をしてゐるわけですが、この根本的な認識について、政治家の立場での大臣の見解を簡単に聞きます。

○渡部國務大臣 先生御指摘のように、原爆というものが人類史上にかつてないむごたらしい人類に對する被害を与へたことでありまして、このようなことは人道に、今後の世界の歴史の中に許されてよいことでもありませんし、私どもは、二度とこういう悲しい惨禍がないように努力しなければならぬのは当然でございします。この被害も、そういうことから、特に放射線障害という大変な人間の健康に禍根を残しておりますので、私ども

は、幅広い立場での国家補償というものを堅持していく中で、今日まで、特別の立法をもつてその対策を講じ、またその対策をさらに充実していかなければならない、こう考へております。

○大原委員 最近核軍縮に関する二十二人委員会というものが超党派的につづられております。その中には、鈴木前総理大臣あるいは三木元総理大臣、あるいは与党の中にも野党からも、それぞれ国会議員だけではないに名前を連ねております。その二十二人委員会が、五月二十八日に「核軍縮と非核三原則堅持に関する提言」というものを出しまして、その第三項目に「こういふのがございします。被爆者援護法を制定すること。今日、辛うじて核戦争を免れ、核廃絶の世論がさらに高まりつつあるのは、広島・長崎の悲惨な体験と教訓にその根源をおいた人類の理性によるものであります。しかし、被爆者の肉体的・精神的苦痛及び社会的後遺症は十分に癒されず償われず、すでに被爆四十年に及ぼうとしております。非核三原則の堅持、核の無い世界の實現、被爆者の援護、これは三者に對して一体のものと考え、被爆者援護法の制定を実現すべきであります。こういふふうに述べておられます。

これは、直ちに鈴木さんたちが援護法をつくるというところではないにいたしまして、国家補償の精神によつて援護の完備を期するべしというところが提言の第三項目に提示をされておるわけでありまして、この問題に對しましては、七人委員会も広い意味においては国家補償といふことを繰り返しておるわけですから、この提言に對する國務大臣としての渡部厚生大臣の見解をお聞きしたいと思ひます。

○渡部國務大臣 これは先生、先ほどもお話しがあり、私が申し上げましたように、原爆被害者というものは人類の歴史に、我々日本人が初めて体験せられた敵しいものであります。したがつて、一般戦災者には見られない特別の犠牲が行われておりますから、こういう方々に對しては、広い意味における国家補償の見地から今日までもそ

の対策を講じてまいりましたし、今後もその施策を講じていかなければならない、私は先生のお考えと気持ちの上では全く同じに考えております。

○大原委員 野党案が出ておるわけですが、それに対する厚生大臣の見解を開きたいわけですが、これは最後に回します。

そこで、国家補償の精神による原爆二法案の改善とか、援護法にアプローチをしていく、そういう上段で非常に重要な問題について逐次質問をいたします。

一つは、何といひましても、今話がありましたように、放射能あるいは熱線あるいは爆風による被害、被害の実相を死没者を含めて明らかにする。日本の政府としては唯一の被爆国と言っているのですから、この問題については、来年の被爆四十周年、昭和六十年は大きい国勢調査を行う年でありまして、今まで政府は、国会の議論を通じて、毎年調査費を計上しております、あるいは調査研究機関を設けております。ですから、それらの問題を総括をして、死没者についても、今までの警察情報や占領軍の情報や調査あるいは放射線のABC段階からの調査等がずっとあるわけでありまして、放射能被害が瞬間的どのような影響を被爆者に及ぼすか、あるいは順次残留放射能がどのような影響を及ぼすか、あるいは熱線とか爆風がどのような影響を及ぼすかということを個別、総合的、科学的、医学的に究明をして、被爆四十周年の来年までには、国勢調査を踏まえて、死没者を含めて政府は可能な限りの原爆被害の実相、実態についての取りまとめをして、言うなれば被災白書、被爆者白書ともいふべきものを政府としてつくるべきであると思いますが、政府の見解をお聞きをいたします。

○大池政府委員 被爆者の実情の把握、また、ただいま御指摘のごさいました被爆の影響に関する科学的、医学的な説明、大変重要な事柄として、私ども、これまでも関係研究機関、関係医療機関等の協力を得ながらできる限りの取り組みをしてきています。

その一環といたしまして、これまでに、全国規模におきましますところの実態把握のための調査を昭和四十年、昭和五十年と実施してまいりまして、その十年目という観点に立つて、昭和六十年に実態調査を行うべく予定をいたし、五十九年度にその準備検討のための予算を計上いたしております。

その実態調査は、これまでの実態調査と有機的に比較できるような調査でなければならぬし、またその後の社会的経済的な変動、また健康状態についての問題の把握というようなことについて、必要なことを実行可能な範囲で極力織り込んでいくべく検討をこれから行っていくわけでございます。その一環として、特に広島、長崎方面におきまして行われております調査と、これまでの蓄積等も十分参考にさせていただきながら、ただいま御指摘のような実態のまとめということについても努力をまいりたい、かように考えているところでございます。

○大原委員 昭和六十年の国勢調査、大調査なんです、それを一つのめどにして、本年も予算を計上しているから、今までの総合的なものについてやる。

大臣、今まで政府は部分的には調査をしておりますけれども、全体的に死没者を含めて可能な限りの推定その他の方式を駆使いたしまして、原爆がどのような被害を人間に与えたかということについて総合的な実態を明らかにしたことがないのです。五十九年の準備期間を通じて、来年も厚生大臣をやっておられると思うのですけれども、四十周年調査には、申し上げましたような死没者を含めて可能な限りの実態調査を取りまとめ、そして日本の政府が、いろいろな調査、研究、統計、あるいは研究機関は放射能もありまして大学にもあるわけでありまして、それらを総合して、被爆の実相はこのようなかものであったということを取りまとめ、それは被災白書と言ってもよろしい、そういうことについて、今の答弁を受けて大臣の決意をひとつ聞かせてもらいたいと思

います。

○大池政府委員 ただいまの御設問の点について、先ほどの説明に若干補足させていただきたいと思ひます。

一つは、来年は国勢調査の年に当たっているわけでございますが、国勢調査は、御承知のとおり、個別の政策のための調査ということではない、観点からの総合的な調査でございます。被爆者の実態調査というものは、私どもとしては一応独立して検討していく必要があるかと考えているところでございます。

また、死没者の調査の件でございますが、四十年を経過する時点におきましての調査は技術的に非常に困難な点もございまして、ただ、これまでに各種の調査も行われておるわけでございますし、また現在広島、長崎それぞれの地域におきまして被災状況調査、復元調査等も行われ、また、国もそれにお手伝いをさせていただいておるといふような観点もございまして、そのようなことも包み込んで調査を総合して見るといふ点でございます。御提案の点につきましては、意義が深いことであると認識しまして、今後検討いたしたい、地元ともよく相談をしてみたい、かように考えているところでございます。

○渡部国務大臣 ただいま政府委員から答弁いたしました、これは何といひても、我が国は、世界でこのようなむごたらしい体験を初めてした経験国であり、また、今後人類の歴史の中にこういうことを二度と起こしてはならないという我々の大きな使命もございまして、戦後四十年近くたつていろいろその実態の調査等には困難な点もありましようが、その実態をできるだけ詳細に我々は知り、またそれを世界の人々に知っていただく責任もございまして、また、これは極めて難しい医学的な問題もまだまだ今後その対策に残されておるわけでありまして、それらの医学的な研究、その治療方法等を通じてこれでもできる限り努力をまいりたいと思ひます。

○大原委員 例えは急性的な症状としましては五カ月以内にあらわれておる、あるいは後障害はそれ以降あらわれてまいりまして、例えばケロイドは、ケロイドの盛り上げで何回手術してもまたケロイドが出る、こういう複合的な汚染、あるいは白血病の発生の年、あるいはがんが非常に発生した年、あるいは全体として言うならば加齢現象、健康管理手当上の対象の加齢現象が起きておる、年齢が非常に何してくる、そういう加齢現象、そういうふうな問題を含めて、死没者の実態というものが障害の実態を明らかにするということを目指してございまして。

昭和五十六年の予算案で千三百万円ほど計上いたしまして、五十七年一月一日現在の先般調査いたしました結果を発表しておりますが、発表いたしますか。いつ発表しますか。

○大池政府委員 ただいま御指摘のございました五十七年二月に実施いたしました被爆者の状況調査につきましては、集計を終わっておる段階でございます。集計を終わって、できるだけ早い機会を見て公表する予定でございます。

○大原委員 いつやりますか。

○大池政府委員 できるだけ速やかに公表をする予定でございます。

○大原委員 第二の問題は、国家補償の精神に基づいて法律案を改善する措置の一つといたしましては、諸手当に対する所得制限を撤廃することでありまして、所得制限がないということになります。言うなればこれは一つの社会保障としては前進をして国家補償的なものになるわけですね。所得制限については今日まで税法上の税額控除をいたしております。今大体健康管理手当その他どの程度、何%程度所得制限の対象になつておるか、所得制限の改善についてはどう考えておるか、この二つの点について御答弁をいただきます。

○大池政府委員 所得制限の対象としてはおおむね四%程度の方がその所得制限の対象、収入にして標準世帯約八百万を超える前後だったと記憶し

ておりますが、それに該当するというように推算されております。また所得制限の問題につきましても国会におきます審議経過、国会におきます附帯決議のこともございましてそういったことを十分尊重しながら諸手当の改善に当たってきいていこうところでございます。

○大原委員 例えは今話がありましたように、健康管理手当などは標準世帯で八百万円以上の人が所得制限を受けるわけです。四〇程度ですから、これは私は撤廃をして、そして国家補償であるということを実質的に明らかにする必要があるんじゃないか。これはわずかで済みます。他の所得制限は強化の方向にありまして、これは横ばいの状況にずっとあるわけですから、これを撤廃をしまして実質的に国家補償にすることが、私は大臣が前段で答弁された趣旨からも当然ではないかと思えます。特に健康管理手当等は十幾つの病気を指定いたしましたして、機能障害を指定いたしましたして手当を出していただくわけですから、これが国家補償的なものになるというのなら、所得制限を撤廃しまして、この四〇程度のものは恒根を取つていくことが必要ではないか。他は皆やっておりますから、援護関係はやっていただくわけですから、このことについて前向きに取り組んでもらいたい。大臣。

○渡部国務大臣 国家補償の問題、これは非常に難しい問題なのでありますが、先生御承知のように、死没者の場合は他の戦災死没者等への波及の問題というようになっております。しかしまた一方、これは他の戦災で受けた被害とは全く特殊の、後に大きな後遺症を放射線によって残す原爆被害ということで、特別の法律をつくってその対策を講じておるわけでありまして、生存者の皆さん方の放射線被害、この後遺症、これに対する対策、これは全く特殊のものでございますから、今先生のお話のとおりなのでございます。私も今先生のお話の趣旨、そのとおりだなとお聞きしておったのでありますが、財政上の問題やいろいろありますので、できる限り先生の御趣旨に沿

うように前向きの方でこれから対処してまいりたいと思っております。

○大原委員 医療特別手当、これは認定患者と言われているものですが、因果関係がはっきりしているというふうに医学的に言われているのです。それはどれだけの根拠があるかということとは医学的に議論があるのです。それから原爆小頭症というのがあるのです。これは原爆を受けたときに胎内で、妊娠をしておいた人が、その赤ん坊が生まれて、言うなれば非常に知能指数の低い人です。今二十二名ほどおられる。これは所得制限がないわけですね。この二つはですね。これは国家補償の精神と言われているのです。

ですからこの場合に、問題は、この議論は繰り返してませんが、戦後原爆小頭症で、これは胎内で被曝したのですから、その三十九歳の人の父さん、お母さんとも大体七十を超えておられるわけです。そうすると、その両親が亡くなったならば、その原爆小頭症の子で三十九歳、もう体は大きいのです。その子をどうするかという問題があるわけですね。その親の意見等の中には、ぜひ親が死んでも、施設を希望する者は施設に入つて、やはり一生を親が心配のないような形で終えるような施設をつくってほしい、こういう意見があります。いかがですか。

○大池政府委員 ただいまのような具体的な問題について私、直接は承知しておりませんけれども、現在広島、長崎市に設置されております養護または介護を必要とする患者さんにつきましては、原爆養護ホームへの入所ができることとされておるわけでございます。

それから、先ほど先生御指摘のとおり、医療特別手当受給者並びに原爆小頭症患者につきましては所得制限が行われていない、それに対して健康管理手当等諸手当につきましては所得制限が行われているという制度の仕組みでございますが、これは今先生御指摘のございましたように、あくまでも原爆の放射線との結びつきのぐあいが、医療

特別手当等につきましては、認定された疾病に現にかかっており、また治療も行われておるということに着目して、所得制限をかけるというところでございます。また、健康管理手当の対象となっておりませんものは、それに対しては、放射線障害としての原爆放射線との関連がない、あるいは間接的である、あるいは健康障害にかかっていないという状態の方もおられるのが、現在所得制限というふうなこの仕組み上は仕切っておるわけでございます。障害の実態に即した妥当適切な対策ということが私どもはこの制度を運用していくための重要な点である、こういうことで対処しているわけでございますので、御理解を賜りたいと思っております。

○大原委員 違うじゃないですか。七人委員会の意見書の中にも、つまり認定被爆者の場合等は明らかに国家補償であるという説明の引用文があるわけですよ。それからもう一つは、議論いたしましたが、健康管理手当の場合には十幾つの疾病を指定しているわけですね。申請に基づいて健康管理手当を二万五千円出しているわけですね。ですからこの問題は、認定被爆者と健康管理手当の対象となる人々との間において健康上、医学上どのような差があるかということについては、明らかに因果関係がある者という者との差別にすぎないわけですね。検証されてないというだけの話であります。この問題については学者内でも議論があるのですから、そういう場合は疑わしい場合も含めてやるということで諸手当があるわけですね。周辺の問題があるわけですから、この問題については大臣が答弁されたことをあなたが勝手に後退させるということはいけませんよ。あなたは医者さんだろけれども、専門家だということではないで非常に狭く考えるが、それはだめなんだ。その点は十分留意して、大臣の答弁を生かしてこの問題は処理してもらいたい。

それから、養護老人ホームへ入ると言いましたが、四十歳でも入れますか。

○大池政府委員 原爆養護ホームに関しては特に年齢を定めておりませんので、若い方でも入れると思っております。

○大原委員 一般の老人ホームでなしに、原爆の場合は広島、長崎に求めなければいけません。そういふ問題があることを指摘しておきます。

それから、生活保護などの収入認定にこの手当を入れているわけですが、これは国家補償からいいますとやはりおかしいと思うのです。例えば健康管理手当でしたら健康管理のために特別の手当を出しているのですから、生活保護の収入認定の中にそういう手当を入れることはおかしいではないか、こういう地元の市町村長その他の意見も出ておるわけですが、いかがでありますか。

○持永政府委員 特別措置法で被爆者に支給されます手当のうちで、生活保護で収入認定をいたしておりますものは、医療特別手当と特別手当でございます。先生御指摘の健康管理手当、そのほか原爆小頭症手当、保健手当につきましては収入認定の対象にいたしておりません。

○大原委員 八者協は、地方の地元の団体はおかしいと言っているのに、生活保護の運用に当たって、医療特別手当及び特別手当については収入認定しているのです。収入認定すると生活保護が下がってきますよ。そういうふうにしていいのですか。

○持永政府委員 今申し上げましたように、医療特別手当と特別手当については収入認定の対象にいたしておりますが、医療特別手当のうちいわゆる医療手当相当分、健康管理手当相当分とこれに二千万円を足したものは、収入認定の対象外にしております。

なお、そのほかに、手当受給者につきましては放射線、放射能による負傷または疾病の状態にある認定患者の場合には、放射線障害者加算というのを生活保護の中につけております。それから特別手当の受給者、いわゆるかつて認定疾病患者であった者につきましても、同じように放射線障害者加算というのをつけておりました。

て、その分はしたが、いまして生活保護の上で加算措置を講ずることになっております。この加算措置につきましては、現在この国会でお願いしております。この法案によりまして手当の額が引き上げられればそれに応じてこの加算額も引き上げらる、こういうことを考えておるところでございます。

○大原委員 医療特別手当の中は、そういう中身を分類するのではなく、この問題については言うならば制度自体が国家補償の精神の一つの象徴としてあるわけですから、このことはその趣旨に従って処理をすべきではないかということでございます。それから、そのことを私は強調しておいて、今後の問題として要請をしておきます。

それから、いつも問題になります。これも国家補償の精神で議論になるのですが、つまり老人保健法実施に伴って自治体の負担が非常にふえておるわけです。これは国家補償的なもので、自治体だけで責任を持つべきではない、国がやはり補償する問題であるから、その際に、被爆者にいろいろな老人保健法適用に伴ってそれに対する特別の財政措置をすべきだ、こういうことであります。

具体的な問題は、五〇・五〇の地方の県と市町村の間の負担部分でございますが、それに対しては臨時調整交付金等の制度を設けておるわけですが、去年は十三億円台でこれは十四億円、こういうふうになっておるわけですね。この問題についての範囲の解釈や金額の決定の仕方についてかなり議論があるのですが、これは制度としてこれから法律や政令等できちと基準を設けてやるべきではないですか。単なる予算上の措置だけでやるということはこの際改めた方がよろしいのではないかと。被爆者がたくさんいらっしゃる自治体は、大臣、受診率が上がってくるわけですよ。医療費がふえてくるわけですから、そのために自治体の負担もふえてくるわけですから、そういう問題については国が補償するという精神からいいまして、その地域の自治体だけが責任を持つということではなしに、国としての措置をすべきであるという精神であると思っております。これについてはびつと制度上の規定を設けるべきではないかと。

○大池政府委員 お答えいたします。原爆の制度の考え方は、先ほど触れましたように、特別な犠牲である健康障害の実態に即して、それに対応する対策を重点的に実施していくということが一つございまして、その観点から、御承知のとおり、認定されました疾病につきましては御指摘のとおり国が全額その医療費を負担するという仕組みになっておるところでございます。

それで、御設問にございました老人保健法との絡みの疾病は、一般疾病、つまり認定されてない一般疾病の医療費についてのことでございます。従前は健康保険その他各種保険が適用されました残りの分を原爆の医療費が働かして負担をする、こういう仕組みで動いておったわけでございます。今般、五十八年の老人保健法の施行に伴います。その各種保険が働く部分が、七十歳以上の方については老人保健法で置きかわったわけでございます。したがって、御指摘の県あるいは市町村におきまして新たに生じた地方の負担、これは老人保健法の体系の中から生じた事柄でございます。

そこで、それぞれの五〇でございまして、御案内のとおり、全国の市町村におきまして平均いたしまして三〇程度老人保健法以前において負担しておったものが、今回の老人保健法の施行に伴いまして五〇の負担になった。その差額の二〇、これはもう全国押しなべて各地方自治体に住民福祉のためにさらに頑張ってください、こういう部分に当たるわけでございます。したがって、原爆医療の面におきましても、その二〇相当部分は全国と同様な、押しなべて地方自治体で住民福祉のために頑張ってください、こういう考え方に立つておるわけでございます。そこで五〇負担することになったわけでございますが、その二〇分は努力をしていただくとして、三〇に見合う分、私

どもがその激変を緩和するために、特に人口構成として老人の比率の高い、したがって財源措置を講ずるべく地域、変化が極めて急激に大きいという地域として、広島及び長崎の両市に対してそういう臨時調整交付金による措置を図っておるところでございます。このような観点に立ちまして、私どもは現在の対応で対処してまいりたいと考えておるわけでございます。

○大原委員 広島県と長崎県と広島市と長崎市、そういう自治体以外に周辺の市町村があるわけですね。周辺の市町村に対しては従来から要望が出ておりましたが、どういふ基準で調整交付金を分配するのか、こういう問題についてはいろいろ意見があるわけですが、あるわけですが、単にお年寄りの中の被爆者の比率だけでなしに、人数等も参酌して、一定の比率の水準以上には公平に分配する。例えば広島でも、五日市とかあるいは市内にある海田町とか府中町とかそういうふうな地域も、地域が外れるようなそういう分配をするというところは、広島市の近郊や周辺の例えば宮島へばんと飛んでいくということになります。これは自治体から言っても問題ではないか。ですから、その基準については十分慎重に対処してもらいたい。いかがですか。

○大池政府委員 五十九年度におきます臨時交付金につきましては、これまでと同様に広島、長崎四県市、新たに広島市、長崎市周辺の市町村のうちで老人の割合が広島市、長崎市と同等以上である市町村を対象とするということで取り運んでいくところでございます。

○大原委員 その場合に、そういうふうな単なる機械的なことだけでなしに、周辺の一定の町村に對しましては、やはり被爆者の中でそれだけのお年寄りがおるわけですから、そのことを考えてやることも私にはつけ加えておきます。後でまた議論します。

総合的に考えてみて、被爆者に対する医療保障は、元来から言うならば特別法優先の原則で大体

国が持つべきものなんです。でありますけれども、今は保険の残りをずっと負担をしていったという経過がありますから、国会の議論のような経過がありますから、政府がそういう予算措置にこだわっておるということですから、この問題については、そういう全体の考え方の中でもう一回十分議論してもらいたいということを私は要請しておきます。

それから、手当以外の国家補償という観点で大切なのは総合福祉の関係ですが、医療の制度と云うなればいろいろな諸手当の制度があるわけですが、被爆者対策としては、一度にたくさん被爆者が出た、あるいはだんだんと年がたつに従って原爆孤老が非常に多い、あるいは加齢現象が激しい、こういうこと等の特殊事情を考慮して政策を進めてきたわけですが、もう一つの大きな問題は、原爆被爆者が在宅で一人暮らしとか寝たきりという形で生活をしてたり治療を受けておる人が多いわけですから、そういう人にどうするかという問題が社会問題になるわけでありまして、その際に、原爆被爆者老人ホームその他あるわけですが、その運営において、今まで一般的な議論はあるんですけども、現在の原爆被爆者の養護老人ホーム等に、例えば在宅の被爆者がデーケアとか、ショートステイとか、短時間そこへ滞在するとかいうふうな、そういうベッドや施設を開放するとか、そういう点は拡大していく必要があるのではないかと。これはホームヘルパーの増大と一緒に、在宅の一人暮らしや寝たきりの被爆者に対する対策といたしましてこの際洗い直してみる必要があるのではないかと。

例えば広島の場合でしたら、広島市の舟入の原爆養護老人ホームというのは市内に近いですから、自宅から朝居けて夜帰るあるいは数日間滞在する、そういうことを、周辺の特別養護老人ホーム等の機能、ベッドの状況等を考えながら運営を改善してもらいたいということを聞くわけでありまして、そういう点についてもどういふ考えを持っておられるか、あるいは将来改善についての所見

をあわせてお聞きをしたい。

○大池政府委員 在宅の被爆者の方々に対する福祉の向上を図ることにつきましては、私どももつとに重視をしております。御承知のとおり、家庭奉仕員の派遣事業あるいは被爆者相談事業等にも、年々実態に応じた予算上の手当てにも努めてきたところでございます。また、御指摘のございましたいゆるデューケアあるいはショートステイ事業と言われるような福祉の面で行われております事業を原爆の被爆者の方にもという御提案でございますが、一部原爆ホームでそのような試みをされておるといふに承知しておるわけでございまして、私どもも関心を強く持っております。それぞれの地域におきまます被爆者の方々の御要望等もよく承りながら、また関係する県、市あるいはその施設等の御意見も徴しながら、御指摘の趣旨のことについては私どもとして検討していきたいと思っております。

○大原委員 韓国の被爆者が日本に來まして治療されておる、本年は百名、この五、六年ずつとふえておるわけですね。しかし、日本に來てそして向こうに帰られますね。帰ってからどういう治療をするかという問題について、これは公費で負担して来ますから、全部が日本に來るわけにいかぬわけですから、全部をやるわけにいかぬわけですから、問題は、韓国の側においても受け入れ体制をとる、それから日本の方でも協力する、こういうことについては、今まで自民党からも木野晴夫君が訪韓しまして、いろいろな協定を結んだことがあつたというふうに言われております。向こう側の政党レベルとの話をし、公衆衛生局も参加しております。しかし、やはり被爆者の方々がたくさんいるわけですが、いろいろな経過その他もあつて被爆者に対する対策がおくれているということ、日本側に対しては意見やその他があるわけですね。問題は、申し上げましたように日本に來る人は限られておる。しかしながら非常に感謝して帰られる。そして、その後は十分アフターケアをやつてもらいたい、あるいは來られない人の治療を

考えてもらいたい、健康管理を考えてもらいたい、検査等を考えてもらいたい、こういう意見があるわけですね。

これは、私も聞いてみますと、行政レベルでやりますと問題が非常に微妙であります。それぞれ独立国の間のメンツもありますし、経過もありますから問題である。しかし、両国の関係者がアプローチしておるわけですから、そこで可能なことは何かといふと、例えば放影研の所長の重松さんにいたしまして、この方はそういう問題については権威者ですから、研究者のレベルで、あるいはお医者さんのレベルでそれぞれの経験やその治療の改善について意見を交流する、そういう機会を日本においてあるいは韓国において設ける等の研究者レベルの交流を進めることによって、日本で原爆を受けた外国人、韓国における被爆者等の要望にもこたえる、実質的にこたえていくという有効な方法ではないか。研究者レベルについての交流を日本の方から積極的に問題を提起をして、政府が連絡をとりながらこれに対して協力をする、こういうふうにするべきではないか、こういうふうに思いますが、これについてのお考えをお答えいただきたい。

○渡部国務大臣 韓国被爆者の治療の問題、先般も被爆者の代表の方が私のところにいらつしやつて、日本に來ていただいて政府レベル等での治療をしていただく今回の措置を非常に喜んでいただいたのであります。今先生御指摘の今度は民間レベルでのお話し、これも私は非常に大事なことで望ましいことであると考へておりますので、放影研等の専門機関に対してできるだけ働きかけて、その方向に進めるように努めてまいりたいと思ひます。

○大原委員 あともう時間ありませんから、野党が出しておる案は私は非常に現実的な案だと思ひます。野党の援護法案は、政府の予算案にいたしまして一千億圓に達したわけですから、野党の案にいたしまして、遺族の補償を含めまして二千億圓余りの案でありますので、私は、こ

の問題は時間がたつていつの間にか風化をしていくという問題ではないと思ひます。唯一の被爆国である核時代における人類の悲願としての核の廃絶や軍縮を要求する一つの我々の精神的な支えでありますから、この問題については、臨調でいろいろ財政の切り詰めがあるのですが、しかしやるべきことはやる、こういうことで、やはり取捨選択を誤つてそして政治の方向を、行政の方向を誤るといふことがあつてはならない、こう思ひますので、野党案に対して最後に厚生大臣の見解を聞きます。

○渡部国務大臣 御提案の被爆者等援護法案について私も勉強させていただいておりますのでありますけれども、ただ、先ほども私が申し上げましたように、これは二つに分かれる問題がありまして、戦災によつてお亡くなりになられた、この点では放射線による健康障害という特別の事情という点でなく、これは戦災によつてお亡くなりになられた方は全部同じわけでございます。ところが、この原爆被害というものは残された方々が大変に重い将来までの放射能被害というものを受けるので、その立場に対して、これは国家補償的な広い見地から今特別の法律をつくつて施行しているわけでありまして、この野党の提案の法案を拝見させていただきますと、放射線による健康障害という特別の事情がない原爆死没者の遺族に対する補償というふうなものも規定しております。一般戦災者との均衡上の問題、こういうものを考へますと、行政全体を預かる私どもとしては、やはり現行の原爆二法により、できるだけ先生方の提案されておる法案の趣旨にも沿うように対処してまいりたいと思つております。

○大原委員 戦傷病者戦没者遺族等援護法で国家補償とは何かという議論もありますから、きょうはこれで終わります。

以上で質問を終わります。

〔委員長退席、稲垣委員長代理着席〕

○稲垣委員長代理 宮崎角治君。

○宮崎角治委員 私は、長崎一區選出の公明党の

宮崎角治でございます。

直接被爆いたしました者として、きょうは、渡部大臣初め局長に、るる具体例をひつ提げながら、大小さまざまな問題とあわせて御質問を進めてみたいと存するわけであります。

御承知のように世界で初めてのウラン原爆が投下されたのが広島でありまして、これは人的な死没者が十一万八千とも言われております。また、世界で初のブルトニウム原爆が落ちたのが昭和二十年八月九日、我が長崎市の上空であります。これが人的死没者が七万三千、そして七万四千が傷を受けているという、広島といふゆる二十万人、長崎のこの十四万人という人類史上未曾有のこういった大惨禍をこうむつたものであります。

御承知のように、この間、国においては、たゞいまも大原先生の質問にもございましたが、あるいはまた大臣の答弁もございましたが、三十二年の原爆被爆者の医療等に関する法律あるいは四十三年の原爆被爆者に対する特別措置に関する法律等々が出されて、今日まで鋭意いろいろな面で措置をしてこられたわけでありまして、また今回、原爆二法のこの法によつての措置はまことに十分とは言えない、非常に不十分さが露呈しているわけでございます。被爆者は今なお、また遺族にしても、福祉面や生活面やあるいはまたこういった精神面において大変に大きな負担と、そしてまた終生これを担つていかねばならないという立場に置かれておるの言をまたないわけでございます。いふゆる社会的にも医学的にも精神的にも後遺症に悩んで苦しんで聞いているが、今申し上げましたように一生これに背負つていくわけでございます。

今回の七項目の手当の問題でございますが、現行手当そのままで継続、あるいは二年間で初めてアップという案も出てきているし、また二年間で全くゼロである、現行であるという法が出されているわけでございます。つまりゼロ円から二百円、五百円、七百元、二千二百円、こういったラ

ンクになっているようでございます。被爆者の高齢化が進む中で、可及的速やかに解決を要する問題が余りにも多いという問題について、被爆者として実際に千メートルの地点で爆弾を受けたこの身の精神的、肉体的ないろいろな面について、大臣ときような議論を進めていきたいと私は思うわけでありまして、忌まわしい原爆を三たび許してはいけな、悲惨な、惨酷な戦争というものを一掃するために、どうか国としての大きな援護措置について、ステップを踏んでいただきたいと思うわけでありまして、誠意ある答弁を求めたい所存でございます。

初めに、昭和五十五年秋でありましたか十二月でありましたか、七人の学者、文化人、団体、大使等々も含めたいわゆる原爆被爆者対策基本問題懇談会の意見書が出されているわけでございます。大臣の基本懇に対する御所見を伺いたいと思うわけでありまして。

○渡部国務大臣 先生御指摘の原爆被爆者対策基本問題懇談会の意見書は、被爆者対策の基本理念、対策の基本的あり方及び対策の内容の改善等について、私どもに貴重な御意見をちょうだいしたものでございます。

意見書においては、原爆二法による被爆者対策について国としてはそれ相応の配慮をしてきたという評価をいただいております。この趣旨に沿って私どもは、さらに被爆者の抱える障害の実態に即した適切な対策等を重点的に今後実施するように努めてまいりたいと思っております。

○宮崎(角)委員 大臣よりこのすばらしい意見書を指針として今後の被爆者援護措置、国の施策の大きな柱といえますか、そういって方向のように進めていきたいというお話ですが、この中に極めて重要な最高裁の判決もあるわけですが、「広い意味における国家補償の見地に立つて」という意味があるわけでありまして、「広い意味における国家補償の見地」というのは、文法学的にあるいは語源的に、国文学的のどのようにとらえられているのか、私はこの辺に非常に

大きな関心を持っているわけでありまして。これについて局長の答弁を求めます。

○大池政府委員 原爆被爆者対策が広い意味における国家補償の見地に立つて行われるべきであるということ、これは、国の戦争責任を認めるという観点からの意味ではございまして、原爆被爆者の方が受けました原爆放射線による健康障害という特別の犠牲に對して、結果責任として被害に相応する相当の補償を認めるべきである、こういう趣旨であるというふうに私どもは理解しております。

○宮崎(角)委員 その「特別の犠牲」という五つの字がここに大変なウエイトを占めるのじゃないかと私は思いますが、「特別の犠牲」という五つの字について、局長に内容的にもう少し具体的に所信をお聞かせいただきたいと思います。「特別の犠牲」というのは何なのか。先ほどの応答からいいますと、普通の一般の戦争犠牲者との差異は、放射線という非常に特殊なもののために受けた障害だということと答弁なされたように受けていられるけれども、そういう意味だけに単純に考えていいの。その辺についてもう少し定かに答弁を求めたいと思うわけでありまして。

○大池政府委員 原子爆弾の投下はまさに歴史始まって、人類初めての経験という形で極めて恐ろしい悲惨な被害を及ぼした、この点につきましても、もう何人も否定されないところでございます。特定の形容詞で表現することはなかなか難しいかと思いますが、とにかく筆舌を超えた被害を受けたという点において特別でございます。

その内容といたしましては、ただいま先生から御指摘がございましたように、原爆放射線というものが極めて後々までいろいろな健康障害を残すことが極めて強く懸念される、また人類として経験したことのない特殊なそういう放射線を浴びているという点において、科学的医学的な観点から特別な健康上の障害というふうに認識されるところだと理解しております。

小法廷の民集第三十二巻二号四百三十五ページというくだりがありますが、ここで朗読するまでもありませんけれども、「従来国のとってきた原爆被爆者対策は、原爆被害という特殊性の強い戦争損害に着目した一種の戦争損害救済制度と解すべきであり、これを単なる社会保障制度と考えるのは適当でない。また、原爆被爆者の犠牲は、その本質及び程度において他の一般の戦争損害とは一線を画すべき特殊性を有する「特別の犠牲」である」ということを述べているわけでありまして、「国は原爆被爆者に対し、広い意味における国家補償の見地に立つて被害の実態に即応する適切な措置を講ずべきものと考える」というわけでありまして。三十二年、四十三年と原爆二法が今日まで非常に少額ながらアップの方向で来ているわけでありまして、この点から考えて、厚生省としては、国家補償の見地に立つて適切な措置対策を講じてきたという自信があるのか、あるいは今回出されている手当のアップ等も含めて今後どのような援護措置の方向を考えていらっしゃるのか。この辺についても局長並びに大臣の御所見をお伺いしたいと思うのでございまして。

○大池政府委員 お答えいたします。基本的な考え方は、ただいま先生が最高裁の判決を引用されたところにも表現されておるわけでございますが、考え方としては、私どももその考え方を尊重いたしましてこの制度の運用に取り組みでございまして、繰り返しになりますが、「特別の犠牲」という観点から、「広い意味における国家補償の見地に立つて被害の実態に即応する適切な措置対策」という趣旨で、そのときどきの最善の判断をして、諸手当の改善あるいは新しい手当の創設等々努力をしてきていますところでございます。また、今後ともそういう趣旨に立つて、被爆者の方々の福祉の向上に役立つようにできるだけの努力を続けてまいりたい、そういう所存でございます。

○宮崎(角)委員 今後の鋭意努力されていく方向をお示しいただいたわけでありまして、冒頭に申し上げましたように、今回の法律案の中で、二年置きとあるいはまた二年たつてもゼロである、そのまゝ現状維持という項目があるわけでありまして、こういった遅々とした援護措置であるいは金額のアップ、こういったペースで今後いくのか。本間に物価は上がり、大変な被爆者の精神的な、身体的な問題が大きな苦痛として乗っかっているこの現実の中に、これぐらいで適切なな妥当な金額だとお考えなのか。全国に散らばっておられます被爆者の方々、特に国に強烈なお願いをしている、陳情をしている長崎、広島、この八者協等々のいろいろな要望についても御認識だと思っておりますが、この辺について、まず、金額の査定、積算の基礎、こういったものについて、あるいはまた今後の局長の御方針、さらには大臣としての御見解等ともあわせて、運動して質問しておきたいと思うわけでありまして。

○大池政府委員 昭和五十五年の基本懇の報告にも、その一つの柱として指摘せられておりますように「適切な措置対策」というのが、あくまでも障害の実態に即し、また国民的な合意を得られる、そういうものでなければならぬということとが意見報告に盛り込まれておるわけでございますが、私どももそういう考え方に立つて取り組んでおるわけでございます。

そこで、具体的な方式といたしましては、先生も御承知のとおり、老齢福祉年金等福祉におきましてこの公的給付、この状況を勘案しながら、それぞれの障害の程度に応じたと考えられます積算をそれぞれの手当について行いまして、公的給付が引き上げられるそのときには、こちらも即応して引き上げていくというような方式で今日まで取り組んできていますところでございます。

○宮崎(角)委員 いろいろと、スライドじゃないですけれども、公的給付即援護措置のアップと言いますが、それは本当ですか。この二年間、公的給付はアップしていませんか。その辺との関連について再度ひとつ定かに願いたいと思うわけで

あります。

○大池政府委員 ただいまの御指摘の点につきましては、福祉年金におきましてもこの二年間据え置かれたという経緯があるわけでございます。

○宮崎(角)委員 それでは次に入ります。

老人保健法の施行に伴いまして、被爆者の医療費の地方負担というのがあるわけですが、これについては、御承知のように医療費については、当該の医療費から健康保険その他いわゆる社会保険等の給付額を控除した残りの一部負担額を、相当額を全額国庫によって負担してもらったわけでありまして、ところが、五十八年の二月一日、老人保健法の施行に伴いまして、七十歳以上の被爆者医療については、一般の老人と同じようにこの老人保健法の適用を受けることになったわけでありまして、そこで、これについては、私は、理念的にも非常に後退しているのではないかという感じがするのであります。五割のいわゆる新たな自治体の負担、これは多大な地方の財政負担になっているのではないかと思っておりますけれども、この理念の後退と地方に転嫁しているというこの辺についての説明を、局長から答弁を求めたいと思っております。

○大池政府委員 五十八年二月の老人保健法の発足に当たりまして、地方負担の状況につきまして、ただいま先生が御指摘されたとおりでございます。この地方負担問題につきましては、老人保健法の施行に伴って費用負担区分が変わったという、これは老人保健制度のいわば中での問題でございます。これは一般疾病に対する原爆医療法からの負担という関係からは、いささかも変更はないわけでございます。そういう意味におきまして、原爆医療法の考え方が後退したとかそういうことは全くない、かように考えておるところでございます。

○宮崎(角)委員 しかしながら、このことは、六十九歳以下の被爆者は医療機関の窓口での負担がないわけでありまして、七十歳以上の被爆者には、一時的にも負担せざるを得ないという矛盾を生じ

させているわけでありまして、こういったことで、長崎や広島両県においては、被爆者のいろいろな運動等もありまして、現物給付が行われて負担解消が図られているようでありまして、しかし、この両県以外の老人被爆者に対しては常に負担が必要でありまして、長崎、広島両県の老人被爆者でも、他県で医療を受けると立てかえ払いですが、これをしなければならぬわけでありまして、被爆者医療というのは、年齢のいかに問わず、いわゆる国家補償の見地から措置されなければならないと考えられるわけでありまして、老人被爆者の一時負担は、長崎あるいは広島両県以外においても現物支給という方式をとるべきではないか、こういうような感じがするわけでありまして、この辺についての所見はいかがでしようか。

○大池政府委員 老人保健法の仕組みから自己負担を生ずる分については、御指摘のとおりでございます。私ども、私どもの原爆医療をあずかる立場からは、そのような自己負担が新たに生じないように対応措置を直ちにしておるところでございます。ただ、その方式が、確かに地域によりまして、現物給付的な扱いが適用されている地域と、それから必ずしもそこまでいっていない地域とあることは私も承知しております。これは御案内のとおり、いろいろと医療機関窓口におきまして問題も関連してくるわけでありまして、関係機関団体との十分な調整を図られる必要があるかと思っております。その観点で今鋭意相談をしている最中でございます。その方向で私どもとしては努力をしております。そういうことで御理解をお願いいたします。

○宮崎(角)委員 先般も衆参両院において、「多数の被爆者を抱えているため、新たに相当の医療費負担が発生する地方公共団体については、適切かつ十分な財政措置を講ずること」という附帯決議がなされているわけでありまして、ちなみに国として、どれくらいこういった実態あるいは実績、特にこの老人被爆者医療費の地方負担の問題についてキャッチしていらっしゃるか。

聞くまでもありませんが、私の手元にあります私が調べた範囲ではこのようになってはいるわけでありまして、これは五十八年の二月から五十九年の一月までの範囲でございます。長崎、広島に行きまして、広島の方の方が六億三千三百万円ぐらいだと思っております。間違っているようであつたら、後でそれを発表していただきます。広島の方が七億一千九百万程度じゃないですか。長崎市の方が四億八千六百万ぐらいだと思っております。長崎県の方が六億二千九百万程度ぐらい、トータルで二十六億五千六百万ぐらいだと思っておりますが、間違いないか。○大池政府委員 まだ私も試算という段階で、必ずしもオーソライズされた数字が整っている段階ではございません。また、今先生おっしゃいました数字は、私どもの試算ともかなりずれもあるようでございます。追ってまた調査をして、先生の方に御連絡したいと思っております。

○宮崎(角)委員 先ほどの衆参の附帯決議のように、適切かつ十分な財政措置を講ずるということの資料として、この二十六億五千六百万というのを提示したわけでありまして、それにおきまして、先ほどの国の原爆臨時補助金、これが四千万程度でした。これは二分の一なんです。それで私は、長崎、広島という限定された答弁があつたわけでありまして、できれば長崎、広島その被爆市より身近な近隣の市町村へも、この原爆臨時補助金の大きな恩恵、ホットな行政をしていくべきではないか、このように思うわけでありまして、これは大臣の所見を聞きたいと思っております。

○大池政府委員 やや事務的に現在調整している段階でございますので、私の方からお答えをさせていただきます。ただいま御指摘の点につきましては、五十九年度予算におきましてそういう観点の若干の財源を上積み確保したところでございます。考え方としては、広島、長崎四県市の同程度の老人比率、そういう観点から医療費が急激に変化する

というような市町村についての検討を今行っている最中でございます。

○宮崎(角)委員 現在いるんだノーツ現象とかあるいはまたベッドタウン化とか、こういうことで生活圏を閑静なかいわいに求めようという国民、住民の心情からいまして、例えば長崎では八市七十一カ町ございまして、ある市よりも人口が非常に多いという町があるわけでありまして、長崎市周辺の長与町とか多良見町、時津町、こういったいわゆる近隣の町村にも大きな波及いたしますか、ホットな措置をぜひお願いしたいと思っておりますけれども、これについてはいかがでしようか。

○大池政府委員 今ここで即座にちよつとお答えできる段階にはまだ来ておりませんけれども、御要望の趣旨も踏まえて検討したいと思っております。原爆老人の比率が長崎市と同程度以上というようなことが重要な指標として私ども考えておるわけでありまして、

○宮崎(角)委員 それでは次の質問に移ります。私は、七つの手当の制度がある中で、矛盾ばかりありませんけれども、もう少し格差是正という点ができないのかという問題があるわけでございます。具体的には保健手当ですね。これが一万二千六百円から一万二千八百円という案があるわけでありまして、これは中心二キロ以内、直爆の人であつてもあるいはなくても、疾病がなくともこの保健手当というのはいただけという大変恩恵があるんじゃないでしょうか。今度病気になるますと健康管理手当に移行していくわけでありまして、そうしますと、二キロ以内の直爆の人も現在は健康診断を受けるという特例になっているが、その近隣の町村があるわけでありまして、こういった人たちは、直接被爆じゃないけれども、健康診断を受けさせて、そしてその結果、十一の疾病に該当した場合に直ちにいわゆる健康手帳というのが交付されます。そうしますと、この受診票の交付というのは、十一の疾病で手帳がもらえるというこの人たちに對しては非常に恩恵になるわけであ

りますけれども、直爆と近隣被爆者との問題については国としてはどのような見解を持っていたのか、定かに具体的に御見解を伺いたいたいであります。

○大池政府委員 お答えいたします。

健康管理手当てにつきましては、ただいまお話しございました原爆放射線との関連を否定し切れない特定の十一のグループの障害を伴う疾病にかかっている、こういうことに着目して支給されるわけでございます。ところで、保健手当てにつきましては、同じく御指摘のとおり、距離に着目しまして二キロ以内の直爆ということで、必ずしも疾病にかかっている云々、こういうことではない、御指摘のとおりでございます。

そこで、健康管理手当てにつきまして何かもう少し工夫はないかという御質問と理解したわけでございますが、あくまでも健康管理手当ての考え方は、そういう関連が間接的かもしれない、あるいはないかもしれない、あるかもしれない、あるいはないかもしれない、とにかく関連を否定し切れない十一の疾病についての健康管理をしっかりとやっていただきたという趣旨の手当てでございます。そこで、距離によって疾病が重いか軽いか、こういう関係に立っておりませんものでございますから、ちょっと健康管理手当ての中にさらに距離という考え方を入れるということは困難ではないか、かように考えております。

○宮崎(角)委員 先ほどちょっと申し上げましたけれども、直接被爆でないけれども、いろいろな国のホットな行政のあれで、近くの町村の方々、これも健康診断を受けられるといういわゆる関連を通過する切符をもらったわけでありまして、これを私は、今地域格差が生じているので、地域は正をお願いたしたのであります。今までは旧市内であった、それが市内に新たに入ってきた、いわゆる市編入の町村、これももらっているところとらっていないところという格差があるわけでありまして、せめて長崎市あるいは市に編入された地域、新旧を問わずこういった地域に対しては、そ

の健康診断受診者特例といいますが、健康診断の特例の方式というものを導入するお考えはないのか、これについてお願ひをするわけでございます。

もう少し具体的に申し上げますと、従来、長崎の方は指定区域が南北に十二キロであった、そして東西に六キロの指定をされているのでございまして、先ほど申しましたが、ここに私はアンバランスの問題があると今指摘しているわけでありまして、この地域に一部周辺地区が入っているというのとは先ほど申し上げたとおりであります。国で指定されている旧長崎市内、長崎市中心について、その地域では、今申し上げましたように大変これを渴望されている。同じ市であり、同じ昔の町であつて、そして自分たちはその特例を受けていないという悩み、つらさ、不公平さというものがあつて、この点について、もっと具体的に言いますと、土地区画整理の問題ではございせんが、川の真ん中から地域を指定しているというこの事例は、私はまことに頭をかしげる問題ではないかと思つております。川の真ん中から地域を指定しているわけですから、同じ長崎市であるというふうな件についてなぜなのか。

私の調べでは、この未指定の本当に該当してはしい人たちが九千九百八十人ぐらいおるわけですから、この九千九百八十人も同じ市内であつて、入つてゐる人たちがそう大差ない、こういう現実を踏まえたときに、少し地元に行方指導していただくなり現地踏査をしていただくなり精査を通して、この問題については制度を導入し、範囲に入れていくべきではないかと私は強く思つておりまして、すけれども、この辺について当局のお考えを、方向をただしておきたいと思つてございまして、

○大池政府委員 ただいま先生の方から、かなり具体的に地域の事情についてお話しがなつたわけでございますが、そのような実情にかんがみまして、関係される地域住民の方のお気持ちは察することも余りあるわけでございます。しかし、この行政としての制度を適正に運営していく立場から

あえて申し上げますと、やはりこの地域の設定の問題につきましましては、あくまでも科学的、合理的な根拠というものをどうしても前提とする必要がございまして。

そのような観点から、これまでのいろいろな線量測定あるいは線量の推定あるいは残留放射能を通じましたそういったものの推定計算、いろいろこれまでのデータを総合して、現在の指定されております区域といたしまして、端的に申しまして、かなり部分的には広い部分も包み込んだ区域を設定になつておるという実態もございまして、これ以上の地域についてさらに科学的、合理的な根拠を求めるといふことの見通しがちょっと今のところないという意味におきまして、ただいまの点につきましましては、なかなか国として制度上取り組むということについては見通しがまだ立たない、こういう状況でございます。

○宮崎(角)委員 頭からそれを否定というのじゃなくて、局長、私は、現地踏査をして、医学的な問題とか健康上の問題とかあるいは精神的ないろいろな問題とか、すぐその目の前にある実態の中にもう少し国として現地と接点を探る、そういうようなお気持ちも何もないのかということ、まことに冷たい答弁は私はちょっと腑に落ちません。

○大池政府委員 国いたしましたけれども、そのような観点に立ちまして、これまで、現地の御意見、御要望を踏まえて昭和五十一年度、昭和五十三年度と、そのような趣旨に立つた残留放射能調査を行つたところでございまして、そのような調査結果を総合いたしまして、その他の地域について今のところ心配するような調査結果というものが全く出ておりません。そういう観点で、その他の残余の調査という点について今のところは取り組むという考え方を持っております。

○宮崎(角)委員 一つ突然変更が起るかわかりませんが、残留放射能の調査、さらに、今調査の問題が出ましたが、ひとつそれにあわせまして、長崎の方では昭和五十四年からずっと復元調

査とか、先ほど局長もお話しございましたように、いろいろな生存者の問題とか死没者の問題とか、その経過や内容やあるいはまた波紋や、現実に即した調査を今後の大きな糧としてやつていくわけでありまして、幸い三キロとかあるいは二キロ、そういったところの十分な調査に入つて、もう少し未了の調査部分があるようでもございまして、特に来年は国勢調査というところもございまして、この長崎県が考えております、六十年から二、三千年間ぐらいこういった継続調査というものをしたいという考えもございまして、この点について、これは私はお願いでありますけれども、局長の御所信はどうなのか、承つておきたいと思つております。

○大池政府委員 国におきましては、広島、長崎で実施されております復元調査ないしは原爆被爆者動態調査につきましては、昭和五十七年度から協力申し上げてきていますところでございます。今後の取り組みの問題につきましましては、予算も伴う話でもございまして、内容的にも十分広島、長崎両市の御意向なり調査の進捗状況なりをよく聞き取り、また相談をいたしまして、適切な対応をするように努力したいと思つております。

○宮崎(角)委員 最後にお尋ねしたいのは、第六番目ですが介護手当てでございますが、具体的な問題でございまして、この介護手当てでございますけれども、これは実際どうなんでしょうか。これでいきますと国は一日千九百九十円ぐらいにしかならぬのじゃないかと思つておりますけれども、この介護手当ての基本的な問題、介護手当支給に対するいろいろな経過とかお考えをもう少しお尋ねしておきたいと思つております。

これは後でまた具体的に申し上げたいと思つてはおりますけれども、まず局長の方から、この介護手当の内容とこのアップの額、二千二百円、二百五十円のアップですかについて、この点で私がお尋ねしたいポイントは、どうも実態に即していないから今聞いているのであつて、この辺についての国の方針



○有馬委員長 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。

質疑の申し出がありますので順次これを許します。永井孝信君。

○永井委員　まず最初に、今も大臣発言の問題が我が党の理事から厳しく提起をされたわけであり

ますが、私からも、これから重要な段階に入る審議でありますから、十分に大臣の職責を認識をし

て、これからのいろんな発言については留意をいただきたいということを冒頭に強く申し上げてお

きたいと思います。
さて、去る五月二十三日に「健保法等改正法案

の早期成立の必要性について」という文書が厚生省から配付をされているわけです。この配付をし

た先はどこなのか、どこを対象にこの文書を配付したのか、まず冒頭に事務当局からお答えいた

きたいと思います。

○吉村政府委員 自民党議員の先生方に配付をい

○永井榮員　この健保法の一部改正案がこの国会

に提出されましたから各党の対応はいろいろな形で公表されているわけですが、我が党を含

めて野党は反対の立場を表明してきているわけですね。法案が提出される前には、そういう庶民の

暮らしに大きな影響を及ぼすような法律案は提出すべきでないということも私どもはあらゆる機会

をとらえて申し上げてまいりました。ところが、この「健保法等改正法案」の早期成立の必要性につ

いて」という文書を自民党の先生方にお配りをしたというわけですね。いわば健保法の改正を促進

する立場にある与党の議員にこの文書が配付をされて、それと異なる態度を表明している我々の手

元にはこれが配付されなかったのですね。
しかも問題は、この中に書かれておりますこと

を全部読み上げることは避けますけれども、この

健保法の改正法案がもし成立をしなかつたら、こ
としの五十九年度の予算で四千二百億円の予算の
不足が生ずる、毎月五百億円余の国庫負担が追加
となる、こういうことが示されているわけであ
る。

なるほど昭和五十九年度の予算案は成立をして
今も執行されているわけでありすが、しかし、こ
の個々の法律案についてはその成立が果た
してできるかどうかは国会の審議の結果に係るも
のなんでしょう。それを成立させないといふだけ
の国の財政に穴があくとか負担の追加を必要とす
るとかいうことを前段に並べて、一番問題なの
は、もし成立しなくて補正が行われない場合に
は、「医療内容への影響をある程度覚悟して、歳
出の削減、医療費の削減を更に徹底的に強化す
る必要がある」と、こういうふうに言っているわ
けですね。これは大変なことだと思ふのですよ。

厚生省は、国民の人命を尊重するためには、まず
厚生省が持っているいろいろな施策を通してそれに対応
していかねばいけませんという使命を持ったとこ
ろなんです。ところがこの文書で見ると、この
健康保険法の改正案が通らなかつたら「医療内
容への影響をある程度覚悟して」ということは、
国民の健康状態がどうなっていくとも、それを
無視してでも医療内容を低下させて、そうして
医療費を削減しなくては行けないんだというこ
とを恫喝している文書になっている。しかもその恫
喝している文書が与野党の議員に配られたというこ
とは、だから与野党の力関係からいって、いわば
私の少しはひがみかもしれないけれども、数で
押し切つてしまふということをやつて、一体何の目的を持ってこ
の文書が配付されたのか、まず初めに大臣にお
聞きをいたしたいと思います。

○渡部国務大臣 これは先生御承知のように、今
回私どもが御審議をお願いしておる改正法案は予
算関連の法案でございます、五十九年度予算に
この改正を前提とした予算が組まれております
で、残念ながら、この法案が予定どおり御審議ま

た成立を賜りませんと予算に欠陥が生じてまい
ります。一カ月は五百億円、したがってこの法案
が成立しないと五十九年度予算で四千二百億の欠
陥が生じてしまいます。したがって、そういうう
うなところになった場合は、厳しい今日の財政状態
の中で四千二百億の増額補正をお願いできるかど
うかという非常に難しい問題があると思います。こ
れは私も政府の立場では、ぜひともこの法案を
予定どおり成立させていたきたいということを
お願いしておるわけでございます。そういうこと
から、まず政府・与野党であるこの法案を推進し
ていただいております先生方に、この法案が通過しな
かつた場合どういうふうになるかということをお説
明を申し上げて、これをお願いをいたしたわけ
でございます。

○永井委員 予算関連法案でありますから、この
法案が成立をしなかつたりあるいは政府が予定
している期日までにこの法律の施行ができなかつ
た場合に、予算上いよいよ穴があくということば
これはだれしもわかつてのことなんです。わか
つていてのことなんですけれども、だから審議をし
ているんだけれども、事が重要であるだけに慎重審
議を我々は求めている。あるいは慎重に審議を進
めようとして、しかしその片方で、繰り返し
て言うようにありますけれども、もし通らなかつ
たら医療の中身を低下させるんだというものを
わざわざこの文書で触れるということば、厚生省
の本来的な任務を放棄したことになるのではない
ですか。その辺はどうですか。

○渡部国務大臣 今回お願いをしております改正
法を成立させていただけの場合、残念ながら四
千二百億の予算上穴があいてしまいます。これは
もちろん私も増額補正をお願いしなければなら
ないが、今日の非常に厳しい財政条件の中でこ
れが困難な場合には、医療費に対する支払いが四
千二百億欠陥を生じてしまうということになりま
す。そういうふうになりますと、私も行政を執
行する立場で国民の健康を守る医療費を支払えな
いということになっては大変でございますので、

私もぜひこの法案を成立させていたきたい
という願いが一生懸命な余り大変おしかりを受け
るような文書になったかと思ひますが、この内容
はあくまでも、四千二百億の欠陥が生じるよう
なことになるのは我々の行政執行上大変困ること
になりますので、ぜひこの法案を予定どおり成立
させていたきたいというお願いを申し上げた説明
でございます。

○永井委員 多くは触れませんが、こうい
う文書を配付されるのはそれは自由ですよ。私と
してはその中身を言っているのだから、強制保
険制度を実施している政府の責任をまるで放棄し
たのではないかと疑わざるを得ないような内容
を持っている、そのことを私は問題にしているの
であつて、冒頭に問題になりましたように、大臣の
発言もさることながら、事務当局の対応にいたし
ましてももっと慎重であるべきだということを私
は冒頭に強く注告しておきたいと思ふのでありま
す。

さて、これから具体的な中身について御質問申
し上げていくわけでありすが、これまた初めに
お伺いいたしますけれども、今度の健保法の改正
案に対して、各自自治体でも、もちろん自治体にす
れば国保を持っていることでありますから、いろ
いろな角度から検討されて、私も厚生省
やその他のところと折衝を通過して知
た数字を申し上げてみますと、市町村で千四百六
の自治体が、四月の上旬の段階で、既に健保法改
正について反対の意見をまとめて意見書を提出し
たりあるいは陳情をしたりしているわけですね。

あるいは都道府県の単位で言いますと三六六もの
府県が、これまた反対の意思を明らかにしている
わけですね。実際に市民と、国民と日ごろから常
に法改正がどういふ影響を与えるかということに
ついては非常に敏感なものを持っていると思ふの
です。そういう敏感さを持っている自治体が、こ
れだけの数が四月の上旬段階で既に反対の意思表
示をしていることについて、大臣はどのようにお

受けとめになりますか。

○渡部国務大臣 今回の私も御審議をお願いし
ておる改正案の中に、従来十割給付であつた被用
者保険の皆さん方に一割御負担をお願いしなけれ
ばならないという内容が盛り込まれてあります。
これらの問題について、今まで十割給付だった方
に一割御負担をお願いすることはこれは大変な問
題でございますから、この先が先行せられたる
ためにこういう改正はしなかつたらぬという御意見を
強くちょうだいするようにしました。

が、私も、現在の我が国の置かれておる経
済、財政の情勢、また今日の健康保険制度の
それだけの沿革、仕組み、また来るべき高齢化社
会に備えて二十一世紀の医療保険制度を播るぎな
いものにすることを、また被用者保険の皆さん
にあるいは国保の皆さんにこれ以上保険料の増
額による御負担を余りかけないようにするために
は、いろいろな中身がありすが、医療費を削減
し、適正な医療費を実現し、また負担と給付の公
平化を図るというふうな意味から、この一割の御
負担をお願いしなければならぬという説明を十
分に申し上げれば、私は必ず国民の皆さんの御理
解を賜るものと思つておりますが、最初私どもの
そういう努力が足りなかつたためにいろいろ誤解
を生じておることと存じます。

○永井委員 かつて昔、佐藤総理でしたかお亡く
なりになりましたけれども、声なき声を聞くとい
うことをよく言われたことがあるのです。声なき
声をどういふふうにして聞くのか私にはわかりま
せんけれども、しかし声なき声を聞くということ
が政治の基本的な姿勢を保つ上で非常に大切な
ことになるとすると、そういう自治体が反対
の意見書を出してきたりあるいは反対のための陳
情があつたに耳を傾けるべきだと私は思ふのです。
それから、ただ単にお願いするといふのじゃなくて、
それほどこぞ自治体で反対の意見がまとまつてく
るということについては、やはりそれなりの理由が
あるのですから、このことを、これからの審議を

通してでもありますが、もっと十分に耳を傾けて聞くべきところは聞いていく、そういうことを通してこの委員会の結論が出るようにこれまたお願いをしておきたいと思うのです。

そこで、今大臣は、もっともPRをしなればいけない、もっとも知ってもらわなければいけない、こういうことを言われるのでありますが、そのためでもありませんか、この「二十一世紀をめざして」という一応のビジョンが出されました。それに付随してたくさんパンフも出されているわけです。ですからそういう問題をまず初めに私なりに触れていきたいと思うのであります。

大臣は、事あるごとに、本会議の趣旨説明でもそうでありましたしこの当委員会でもそうでありましたけれども、二十一世紀を目指す保健医療制度の確立を何よりも重視しているのだ、このように言われてきているわけです。そしてその基本になるべきものは、本格的な高齢化社会の到来に備えて中長期の観点に立つての改革を行うのだ、こう言われているわけです。我が党は従来から、中長期の展望に立つて具体的なプロセスを明示するように求めてきたことは御承知のとおりであります。しかし今回示されているこの「二十一世紀をめざして」という政府当局の出した書面を見ますと、その試案の説明では、我が党の求めた内容とは全く異なるものになっているわけです。もちろん政府と我が党とは違うわけでありましてから異なっていることが当然だと言えはそれまででありますけれども、しかしせっかく我々が今まで何回も提言をしてきたものがまず生かされていない、明らかに残っている、これは私は極めて残念なことだと思つてゐるのです。

例えば今回の法改正に、財政的見地からの政策としてはいわゆる医療費の節減という立場で貫かれていてと思うのでありますけれども、中長期展望についてはその最も重要な財政上の展望というものも明示されていないわけですよ。さらに医療との関連が不可欠であるこの保健行政、そして福祉行政、こういうものなどが体系的にもっと整備されていかなければいけないと思うのであります。が、この年次計画も明らかにされていない。いわば本場に明らかにしてもらいたいものは雲の中であつて、この二十一世紀を目指すというビジョンからすると、財政調整という面だけがぐんぐんと私どもの肌伝わってくるわけです。したがって、その中で最も大きな問題のこの給付率の引き下げという問題だけがクロージングされてきた。これは「二十一世紀をめざして」という大臣の言われてきた理念からすると、このビジョンというものは余りにも大臣のその言動と一致していないのではないかと。ビジョンならビジョンらしく、その到達に向けてのプロセスや財政上の見通しや保健行政、福祉行政などとの関連性を持った、もっと具体的なものが明示をされていくべきだと思つてゐるわけですが、それについてどのようにお考えですか。

○渡部国務大臣 私がお出ししました二十一世紀を目指して我が国の医療政策のあるべき方向、これは、私が大臣就任以来、予算委員会あるいは社会労働委員会等においてそれぞれの政友の先生方から大変貴重な御意見を賜つております。私はこれに謙虚に耳を傾けて、そういう御意見をかなり取り入れさせていただいて、今後の方向を申し上げさせていただいたわけでありまして。

一番大きな問題は、社会保障制度というものの本来の理想から考えれば、これは国民が等しく同じような給付を受けるべきものであります。ところが、現在農家や零細な商工業者の皆さん方は七割給付で三割の負担をいただいております。また被用者保険本人の皆さん方は十割給付でございますが、この方々が会社や役所を退職されますとこれは三割負担の国保に入らなければならぬとか、いろいろな問題がありますので、保険制度については、今回十割給付の最も恵まれた条件の被用者保険の皆さん方に一割を御負担願いますとともに、将来構想として、これはできるだけ早い時期に三割負担の国保の皆さん方の給付率も上げたい

という考えを明示しております。しかも、二十一世紀には大変な高齢化社会がやって来るといふわけでありまして、高齢化社会がやって来るといふことは、医療費が非常に余計かかる老人の皆さん方が余計多くなつてくるということでありまして、そういう方向を目指しての財政をきちんとしておくことも、やはり二十一世紀の医療保険制度を揺るぎないものにする、こういう考え方から、私どもは、今被用者保険の皆さん方に一割の御負担をいただき、将来は国民がすべからず平等の給付を受けられる方向を目指してその財政基盤をしっかりととして、国民の皆さん方の健康に不安なからしめるようにしたい、こういう考え方を秘めて今回発表したものでございます。

○永井委員 将来の到達した場合の形はこういうふうにしたいというところはそれなりにお持ちなんですよ。それがいいとか悪いとかということではなくて、お持ちなんだけれども、申し上げたように、財政的な見地からいふとこういう見通しになりますとか、その場合に健康保険だけではなくてその他の福祉行政がどのように変わっていくとかが、健康保険制度で足りない分はこのように補完されますとか、いろいろなことがこのビジョンの中には明らかにされてこなくてはならないと私は思ふのです。それが明らかにされずに、短絡的に二十一世紀を目指すそこへ直接到達をする、そこだけにこのビジョンというものは買かれていふように思えてなりませんので私はあえて申し上げているのであります。以下、我が党が、そういう長期ビジョンについての政府の示した資料をもとにいろいろ検討を加えてきましたそれに付いて、ごく簡単にではありますが項目的に触れてみたいと思ふのです。

まず初めに、「国民健康づくり対策の推進」についてということでありまして、保健事業による健康づくりを国民運動にまで高めて、十カ年計画で胃がん、子宮がんの死亡率三割減、脳卒中の半減を目指すと言っているわけですね。なるほどこのことだけをとらえればすばらしい、そうあ

つてはいい、さらに成人病は日ごろの健康管理によって相当程度防げるというふうな提起をしているわけですね。しかし、今私が申し上げましたように、そのための具体策というものが余り明示されていない。明示されているとは言えないのです。

例えば公害防止あるいは環境保護の問題についていろいろな市民運動があります。あるいは、この前も当委員会では我が党の村山委員から取り上げられた問題でもありますけれども、食品添加物の安全性の問題もある。あるいは農業などを使わないう自然農業に戻ろうという運動もある。そういう広範な国民運動あるいは科学の進歩してきた中で、後へ戻ることのできないような有害物質をつくり出してしまふというふうなことも現実存在しております。これらについてはそれぞれ専門学者などが問題提起もしているわけです。それに対して政府は、この国民の健康づくりを進めていくという過程の中でどのようにこたえていくとされているのか。行政に期待を寄せている国民からすればその意味では全くわからないと言つてもいいのではないかと思ふのです。私もあれをかなり細かく読んでみましたけれども、その書かれてある資料の中からはそこまで踏み込んだ政府の考え方、政策というものは読み取ることができない。あるいは発がん性物質についてもいろいろ言われておりますけれども、研究の評価やデータの公開という問題もまだまだ不十分になっている。そういう問題について具体的にこの国民健康づくりの対策を進めるといふ立場からすると、どのような見解を持つてこの文書がつけられておるかお答えをいただきたいと思ふのです。

○水田政府委員 お答え申し上げます。高齢化社会の進展に伴ひましてがん、脳卒中、心臓病、いわゆる成人病に起因しますところの死因というのが国民の死亡率の三分の二以上を占めるようになったわけでございます。この成人病というものへの対策を積極的に行つてまいりました。めには、いわゆる壮年期の入り口、いわゆる四十

歳から手を打ってまいりませんと効果を上げることはできないということ、昨年成立いたしました老人保健法の中に、いわゆる七十歳以上の方の医療に関する事業といわば車の両輪として四十歳以上の方の健康管理をするための一連の事業というものを設定し、昨年度から事業を開始しておるわけでございますが、法律にそういう事業を設定しております。その中心をなしますものは、老人保健法に基づきますヘルス事業を推進していくためには、やはり一つのきちんとした国民にわかりやすいプロパガンダがあつた方がいいのではないかとということで、おおよそ十年間で胃がん、子宮がんの死亡率を三割減らし、脳卒中の発生率を半減させる、こういう目標を設定し、この目標というのには、住民の方の自覚と協力が得られるならば決して到達することができない目標ではないということとで、そういう旨の御答申をいただきまして、私どもその目標に従つて今後のヘルス事業の推進を図つてまいりたいということで、先ほどの長期ビジョンの中に具体的に提起したわけでございます。その具体的な方法としましては、例えば脳卒中に關して申し上げますと、これは国民の生活病とも言われるように生活に關連して起因する病気でございまして、特に食生活が大きく關連するわけでございまして、いわゆる食塩を減らしたパランスのとれた食生活をしていくそのきっかけとして、毎年一回定期的に血圧の検診をしまして、そこで問題のある方については健康相談なり、今申し上げました健康教育の徹底を期していく、こういうことが必要だと思ひます。また、胃がん、子宮がんにつきましては、今日の我が国の医学技術の進歩でまいりますと、自覚症状のない時期に発見すればもうほとんど一〇〇％制圧できるわけでございまして、これも胃がん、子宮がんの定期検診に国民の方を確実にここに引き込めば克服でき

る問題になってくるわけでございます。

要は、市町村が実施するこういう一般健診なり胃がん検診、子宮がん検診に、国民の方が自分の健康は自分で守るんだという自覚を持って積極的に参加してもらわないと手の打ちようがないわけでございますして、その積極的に参加させるためのPRと市町村にその事業を本当に根づかせる、定着させるということを当面の目標にし、五十七年度から六十一年度まで私ども一応五カ年計画の目標を立てておりまして、その目標が達成でき、その水準が維持できれば、この長期ビジョンにうたった水準は到達できるものと確信している次第でございます。

○永井委員 同じくこの中で、今、がんの一〇〇％克服できることについても自覚症状がないという段階での発見を中心に言われましたけれども、この「対がん十カ年総合戦略」、「がん制圧は今や国民的課題となっている」とこう言っているのであります。これはまさに共通の認識なんですね。問題はがんの制圧のためにじゃあ何をするのかというところでありますけれども、今言われたように生活の指導あるいは事前の健康診断、それによつてかなり制圧の効果は上がると私も思います。しかし、これだけのたくさんの国民を対象に完全にそれができるような状態になっているらどうかという、残念ながらノーと言わざるを得なかつたといふ、これが今の実態ではないでしょうか。

そうして、この資料の中を見ますと「重点研究の推進」とあるですね。これに非常に大きな期待を私どもは持つわけですが、この「重点研究の推進」というのは何なのかということはこの中でも一切触れられていない。この重点研究とは一体何なのか、これは余り時間をかけずに簡潔にお答えを願いたいと思うのであります。

○吉崎政府委員 お話しにもございましたように、私どももこの「対がん十カ年総合戦略」に非常に大きな期待を持っておるわけでございます。具体的にお尋ねのございました重点項目でございますが、これは六項目設定をいたしております。

一、トガンの発がん遺伝子に関する研究
二、ウイルスによるヒト発がんの研究
三、発がん促進とその抑制に関する研究
四、新しい早期診断技術の開発に関する研究
五、新しい理論による治療法の開発に関する研究
六、免疫の制御機構及び制御物質に関する研究でございます。

○永井委員　せっかく厚生省が目標に定めた重点研究でありますから、一言で言えば、この重点研究を成果あらしめるためには、まあ大臣、予算上大変だと言わずに、むしろ国が積極的に思い切った取り組みをする姿勢がまず大事だと思うのです。

そこで、それに関連をして一つお聞きするのであります。例えば制がん剤の開発ということがありますね。この制がん剤の開発について言えば、私も素人ですが、私どもから細かいことはわかりませんが、インターフェロンであるとかあるいは丸山ワクチンであるとかあるいは蓮見ワクチンなど、これが効くとかいうことで大変話題になっている期待の薬がたくさんあるわけですね。丸山ワクチン問題はかつてこの委員会でもかなり議論があったことがあります。だから、これらの制がん剤の開発については、国民からすればあるいは患者からすれば、まさに熱いまなざしで見ているわけですよ。ところが、その努力にもかかわらず、これが制がん剤としてすばらしい効果があるというものはまだ発表されていない、そういう現実が今置かれているわけですね。そうして、その制がん剤の今の研究の進展状況とか、どの程度効果がもたらされるかということも国民としては一日も早く知りたい。こうなってくると、そういうデータの公表というものも積極的に推進をしてもらわなければいけないと思うのですね。

だから、そういう幾つかのワクチンのなにはありませんけれども、このインターフェロンについても、インターフェロンの開発だけには国が補助するけれども、他の制がん剤の開発はまさにメーカー任せだということになっているのじゃないかと私も

思うわけですよ。これについてはどうでございますか。

○正木政府委員　お答え申し上げます。

薬の開発という問題は産・官・学の協力関係が極めて大事な点であると思います。

国は一体どういふことをやっておるかということでございますが、制がん剤に限らず薬一般の研究開発につきましては、国もかなり力を入れておるつもりでございます。

これは、薬の製造というのは医薬品メーカーが行い、でき上がったものを国に製造承認をするという形で、企業も研究開発に努力をしておるわけでございますが、その薬の開発というのは非常に長期間にわたる、それからリスクが多い、それから相当大規模なプロジェクトを組まないといけないというようなものにつきましては、企業任せにはなかなかできないわけでございます。そういういた面につきましては、いわば基礎研究的なものにつきまして国の試験研究機関等を駆使いたしましていろいろ研究を重ねる、あるいは試験研究費の補助等を行っておるわけでございます。

ところで、具体的に先生のお話がございましたが、制がん剤であります、これにつきましては、現在薬の生産額が約四兆と言われておりますが、医療用医薬品の売上高の六割ぐらい、二千三百億円ぐらいが今制がん剤として販売されておるといふ実情でございます。

なお、具体的な問題でインターフェロンでございますが、インターフェロンというのはビルスに感染した細胞が放出するたんばくのごとでございます、このインターフェロンにつきましては、パイオテクノロジなどによる最先端技術は応用してできる新物質であるということで、諸外国とも非常に大がかりな研究を重ねるということで、我が国におきましても科学技術庁を初めといたしましていろいろな研究の援助を行っておるといふことでございます。

なお、丸山ワクチン等につきましては、これは詳しくは申し上げませんが、開発された薬につき

ましてこれは有効性が認められるのではないかと
いうことで、国の方に丸山ワクタンにつきまして
は承認申請がございまして、中央薬事審議会で
は、データによっては有効性は確認することはで
きない、ただ無効とも断定できないので、もう一
ついろいろ研究を重ねてくれという事で、現在
関係の申請者におきましてせつかく努力をしてい
る、こういった実情でございます。

○永井委員 今御答弁をいただいたわけでありま
すけれども、このインターフェロンについて言え
ば、昭和四十七年度から四十九年度まで基礎的研
究として助成した金額は七千六百万円、五十年
度から五十九年度まで臨床応用の研究について言
えば四千六百万円、年数等制がん剤の一日も早い開
発という面からいくと、この程度の予算ではとい
う気が我々にはするのです。しかも、その他の制
がん剤の開発については国は具体的に助成をして
いないということになりますと、これからのこの
研究というものは「重点研究の推進」という中
に入っているわけですが、もともと積極性があ
ってしるべきではないか、こういう立場で
私は申し上げておるのであります、これは大胆
な取り組みを国が乗り出してやるといふくらい
のことではひびとつ決断をしてもらいたい、こう
思ふのであります。これは私の強い要望でありま
すから答弁は要りません。

その次に、臨調答申で国立病院や療養所につ
いてその機能の見直しと整理統合ということをお
言っておるわけですが、国立がんセンターとい
うのがあります。この国立がんセンターの入院に
当たっては、厚生省のお調べいただいた資料を見
ますと、待機日数は約一ヵ月、そして待機患者が
ことしの四月現在で四百五十七人と報告されてい
るわけですね。これは国立がんセンターに入り
たい、診てもらいたいけれども遠隔の土地にある、
あるいはどうせ狭き門でなかなか入れないだろ
うということでは初めはその他の医療機関にかか
る人もありますから、どうしても国立がんセンタ
ーで希望した人が現在それだけ待機をしておるわ

です。ね。こういう実態から見ると、むしろ国立病
院や国立療養所について機能を強化して、そうい
う負担にたええという立場からの見直しでなく
てはならぬと私は思うのです。むしろできること
なら、お金もかかることでありますけれども、こ
れだけ対がん戦の十カ年計画を立てるくらいで
ありますから、せめて各ブロックぐらゐに、国が
管理をするがんセンター的なものを設置するぐ
らゐの雄大な考えを政策の中に持たせようと思
うのでございますが、大臣、これはどうござい
ましょう。一言で結構でございます。

○渡部国務大臣 私ががんセンターへ行つてまい
りまして、すばらしい研究と治療、世界に誇るも
のが行われておると思ひます。残念ながら現在の
がんセンターでは、一億二千七百万の国民の皆さ
ん全部ががんセンターを活用するといふわけには
まいりません。今、私は、先生と同じようにこれ
を全国のプロックごとに、あのがんセンターが総
本家であるとする、そこに分家のようなものがで
きていって、国民の皆さんが、あの非常に進歩し
ておる、勉強しておる医学といふものが活用でき
るようになればすばらしいと考へていたわけで
ございます。現在厳しい財政の中でありまします
ので、御返事を申し上げられないのが大変残念で
あります。考え方は先生と全く同様であります
。そういう方向に向かって前進してまいりたい
と思ひます。

○永井委員 大臣もそういう強い御希望はお持
ちのようでありますから、できれば渡部厚生大臣の
時代にそれが緒につくといふくらいは決意を持っ
て、ひとつ当たってもらいたいといふことをこれ
また要望しておきます。

あわせて、がん、脳卒中、心臓病のいわゆる三
大死因疾患、これはもちろんのことでありましか
れども、精神神経疾患といふものが激増してい
るわけですね。その原因となる生活環境、環境
、こういうものの諸条件といふものをもっと積極
的に解明して、精神神経疾患の原因となるものを除
去するということに政策的に取り組まれているの

ではないか、私はこう思うのです。その辺がこの
ビジョンの中では非常に不鮮明なのですよ。

したがって、これらの対応については、厚生省
だけではなくて、例えば職場という条件からい
うと労働省、居住の条件からいいうと建設
省、幼児保育とか教育といふ問題については文
部省、自然環境を守るといふ立場からすると環
境庁、いろいろあります。こういう関連する各省
庁がお互いに総合的に対応するといふ体制が私は
極めて必要だと思ひます。この精神神経疾患の
患者といふものは、聞くところによると潜在的に
十人に一人とか十二人に一人いるとまで言われ
たことがあるくらいでありますから、これは厚生
省がかぶるのではなくて、関係省庁それぞれが、そ
の問題の改革のためにもっと思い切った対応策に
取り組んでいくということにしたいと思ひます
のでございますが、事務局、これはどうござ
いましょうか。

○大池政府委員 御指摘のように、国の社会経済
の発展に伴ひまして、一面において心の健康づく
り、精神障害をめぐる諸問題に対応するためより
積極的な対応といふものが必要なことは、私も
その重要性、必要性を強く認識してるところで
ございます。

厚生省におきましても、その対策を積極的に展
開するための基礎資料を得べく各方面の御理
解、御尽力のもとに実態調査も先般実施したと
ころでございます。また、諸般の社会復帰対策の促
進についてもいろいろな角度から関係方面とも相
談をしていくところでございます。

また、先ほど御指摘のございましたように、地
域におきましますところの心の健康づくりといふこと
も私もその立場から取り組んでまいっているわけでござ
います。一方職場におきまします精神健康問題につ
きましては、それぞれの所管の行政においてもつ
とに積極的に取り組んでいくというふうに承知し
ているわけでございます。また、学校というよう
な分野もございまして、それぞれのいろいろな分野
がよく協調関係を取りながら今後とも力強く取り

組んでいく、私もそのように痛感しておる
ところでございます。

○永井委員 今御答弁があったわけですが、その
精神衛生実態調査についていいますと、四十七都
道府県のうち三十七都道府県しかこの実態調査は
行っていないのです。あとは実施を見合わせてい
る。これで調査の目的は成功したと思つていら
っしゃいますか。一言でいいです。

○大池政府委員 ただいま御指摘の三十七の自治
体におきましては、関係する調査の客体に当たり
ました医療機関関係者の皆様に大変御尽力をいた
だきまして、施設におきまします回収率も八七%を
超え、また回収されました調査票も、種々困難な
調査環境でございましたけれども、七〇%という
ような水準を維持しております。現在集計中で
ございますが、実施しました地域に關しましての成
果は私どもの行政に十分活用できると考へてお
るところでございます。

○永井委員 あとの十の府県が実施を見合わせて
いるといふことはどういふふうに受けとめていら
っしゃるのですか。

○大池政府委員 もとより全国四十七の都道府県
といふことを私も強く望んで最後まで努力を
したわけでございますが、それぞれの地域ごとに
具体的ないろいろな事情がございまして、端的に
申しますといろいろな反対運動があつて、そのた
めに残念ながらできなかったという実態にござ
います。しかし、先ほど申しましたように、三十七
の道府県におきまします成果は、十年目に行われ
た実態調査として私どもとしては十分行政的な資
料として活用できるものと確信しておるところで
ございます。

○永井委員 いろいろな事情があつて調査ができ
なかったのだらうといふふうに言われているわけ
であります。事は精神衛生実態調査といふ問題
でありますだけに、なぜ実施できない事情が存在
したのか、どこに問題があるのかといふこととあ
わせて、今調査票の集計で分析を進められている
ようでありますから、その分析内容、この二つは

後ほど結構ですからひとつ報告をしてもいいかと思うのですが、どうですか、やってくれますか。

○大池政府委員 集計作業が進展しました段階で、先生のところにまた御報告を申し上げます。

○永井委員 集計だけ言っておるのじゃないですよ。その十の府県が実施をしていなかった、そこにはいろいろな事情が存在するだろうと言われているから、そういう事情があつてできなかったのかということ、これからのいろいろなことが調査をされるのでありましょうから、これからの対応のためにそれは必要だ、そのこともあわせて調査をして報告をしてくださいと言っているのだから、それも答えてください。

○大池政府委員 その趣旨はよく了解いたしました。

○永井委員 それでは次の問題に入りますが、二つ目に、医療の供給体制の整備という問題について申し上げてみたいと思います。

地域医療計画の施策推進を掲げているわけですが、救急医療、僻地対策、あるいは今申し上げましたようにがんセンターの関係、循環器病、こういうものの対策、これもこの項目の中ではうたっているわけです。その一方で、医療需要の伸びを考慮してもなお医師の過剰となることが明らかだから抑制が必要だ、こう言っているわけですね。実はここにかんがりの力点が置かれていて私は見えていないわけでありまして。しかし、今後の医療需要が内容的にどう変化していくのか、あるいは現実的に今起きている医師の大都市への偏在、あるいは疾病構造の将来の見通しというものは私は重要だと思つておりますが、これは具体的に示されていない。医師の数については、国民医療費の動向に与える影響はかなり大きいと思われるので、疾病構造の将来見通しと整合性を持たせた医師の需給計画というものが具体的に策定されなくてはならないと思つておる。この資料の中で触れておりますように、単に人口比からの推定だけではその根拠は余りにも安易過ぎはしない

か、こう思うのですが、これはどうでございましょうか。

○吉崎政府委員 ただいまのお説に同感でござい

ます。医師の養成数を検討いたしますのに、今日ばかりよいといふときであると考へております。昭和四十五年に立てました目標は、当時医師が非常に不足をしております、少なくともここまでの六十年まではと、こういう計画でございまして、これが六十年を待たずに達成されましたことは、国民医療の確保の立場から非常に望ましいことだと思つております。

さて、そこで将来でございましてけれども、このまま推移をいたしますと、二十一世紀に入ると確かにこれは過剰になるのではないかと想像をされます。そのときに、たゞいまお話しのございまして、医学の進歩、疾病構造の変化などに伴う医療需要の動向、それから地域医療の実態その他、多方面から検討をする必要がある、それはお説のとおりだと考へております。

そこで、そのことをお願いいたしますために、去る五月に、将来の医師の需給に関する検討委員会及び歯科医師のそれを発足させまして、御検討をいただいておりますのでございまして。

○永井委員 その検討委員会が検討する際に、今申し上げたようなことが具体的に、だれにもわかるような形でその答へというものが出てきて、それに対応できるように、みんなが納得できるようにということとひとつ作業を進めてもらいたい、こう思うわけですね。

さらに、僻地の問題でありますけれども、これは非常に深刻であります。僻地における中核病院、いわゆる公立病院ですね、これは九十四カ所あるのですが、この医師の充足率は八六・六%だ、こう言われておるのですね。しかし、これは単に医療法上の標準医師数に対する現在員を見ただけであります。僻地における医療需要の実際に求められている質とかそういうものについては、その必要数を設定したことになっていない。

いわゆる算術的に、都会も地方も一緒でありますけれども、標準医師数に対する現在員を見ていくということからすると、本当の充足率ということになつていかなければいけないか、こう思うのです。これはどうでございましょうか。

○吉崎政府委員 先ほどお話しがありました救急医療もそうでございまして、いわば医療の原点でございまして、これはもう最も重点として取り組んでおるところでございまして。

先刻お話しのございしました医師数の問題とも関係がありますけれども、医師数がふえたからといって僻地が必ずしも充足されるとは実は限らないわけでございまして、多角的に誘導策を講ずる必要があると考へております。自治医大の卒業生もだんだんふえてまいりましてかなり活躍をいたしております。また各県一医大構想も実現をいたしました。

私もでは今日第五次の僻地対策をやっておりますところでございまして、御指摘のございしましたように、その中心になりますところの中核病院がまだ十分機能を果たしておるとは申せません。それで、今日の五次の計画、かなり時間もたつておりますし、医療に対する需要が一層高まっておりますので、もう一度しっかりと見直しまして、どうやったら僻地の医療が確保できるか、新しい計画を立てる必要があるのではないかと検討に着手しておるところでございまして。

いづれにいたしましても、そういう諸般の情勢をそれぞれ満足させるのはなかなか難しいのでございましてけれども、全体としていろいろな方策、多角的な方策を講じて取り組んでまいる所存でございまして。

○永井委員 大分苦慮されている中身はわかるのでありますが、僻地の問題というのは、私も単に僻地と言つておるだけでは、医師の不足しているのは僻地だけではなくて、離島あるいは休日・夜間の救急のための医師、あるいは療養所などもありますね、あるいは障害者施設、リハビ

リ専門の施設などもありますね、こういうところに、例え医師過剰時代だといふときが参りましても、この必要数を確保する困難性というのは、今いみじくも局長が言われたように、なかなか簡単に解消するとは思えないのです。

ですから、私は、一つの提案でありますけれども、健康保険法をこの意味では改正をして、都道府県知事が保険医療機関を指定するに当たっては、医師の不足分野の医療確保を図るための計画に参加をしていただくということ、そのことについての協力を求めるということなども一つの条件として考へてみる必要はないだろうかと思つております。これはどうでございましょう。

○吉村政府委員 今の先生御提案の、僻地医療を充足するための一方策として、保険医の指定に当たって僻地勤務というふうなものを一つの条件にしてはどうかという御提案であらうかと思つております。私も、一つの貴重な提案であるといふようには考へますが、指定の問題と僻地医療の確保というのとは趣旨が少し違ふ問題であると思つております。指定をするに当たりまして、保険医の指定の条件というふうなものがやはり考へられますし、また、現在全体として自由開業制をとつております関係から、その自由開業制となかなか調整が難しいのではないかと、こういうふうに考へられます。

私も、僻地の医療のために医者さんが僻地に行かれることを望むものであります。現在の指定制度を何か工夫を講じて、僻地における指定あるいは保険医療機関をそちらの方に引いていただいてそちらで指定をする、こういうようなストリートの方策というのとはなかなか難しいような感じがいたします。

○永井委員 一つの提案でありますから、何らかの形で、僻地に非常な困難性が今あるわけですから、それを超えられようという方策というものはやはり真剣に検討してもらわなくてはいいか、私もそれについていろいろな意味で知恵を出し合つていく、そういうふうな状態をつくつてい

きたい、こう思うのでありますが、ひとつそれはぜひ前向きに取り組んでもらいたいと思うのであります。

その次に、家庭医の普及という問題がこの中に触れられているわけでありますが、それもまた具体策は余り明確でないのです。项目的にはいいことがあるのですけれども、中身が非常に具体策に欠けているというのが、今度の基本計画の特徴ではないかと私は思っているのです。

厚生省としては、医師に対する出来高払いの原則を維持しつつその「欠点の是正を図る」、こういうふうに行っているのです。出来高払いを守りながら、その欠点を是正するというのですから、私はこれは言葉では言えてもそう簡単なものではない、むしろ安易にそのことは書かれたんじゃないかと思うのです。わが党がかつて提起したことがありました。それは地域の医療体制確立のため、現行の診療報酬制度に加えて住民の登録制をつくったかどうか、それに対して家庭医として主治医にその担当料制というものを人頭割で考える、こういうことを併用してみたらどうか、そして医療機関としてはそのいずれかを選択することができるといふふうになれば、今のこの保健医療行政にも極端な影響を与えないのではないかと、うことで提起をしたことがありました。それが私は手前みそで絶対に最善だとは言いません。言いませんけれども、そういうことも含めてこの際検討すべきではないかと思うのですが、どうでございましょう。これは大臣、一言ちょっと答えてくれますか。

○渡部国務大臣 先生のお話し、大変貴重なこととして承りました。ただ、戦後ずっと我が国の医療というのを見てみますと、自由診療・出来高払いというものが、それぞれいろいろの欠点はございますけれども、しかしやはり全体の中で考えますと、この制度の中で国民の健康増進が大きく、今日人生五十年社会から八十年社会に向かつて前進してきたことも事実なのでございます。したがって、その自由診療・出来高払いの制度を堅持しながら、今の先生御指摘のような問題を加味していくというのが今回私どもの提案しておるホームドクターの考え方でありまして、今まで何かちょっとした病気になるかかってすぐ大病院に行ってしまうというふうなような欠陥が、今までの健康を相対するホームドクターをお持ちになり、そしてそこからさらに病気の重度等によって二次医療、三次医療というふうな高次の医療機関にかかっていくのが好ましいというところでございまして、私どもの考え方も先生の考え方に相共通するものではないかと考えております。

持しながら、今の先生御指摘のような問題を加味していくというのが今回私どもの提案しておるホームドクターの考え方でありまして、今まで何かちょっとした病気になるかかってすぐ大病院に行ってしまうというふうなような欠陥が、今までの健康を相対するホームドクターをお持ちになり、そしてそこからさらに病気の重度等によって二次医療、三次医療というふうな高次の医療機関にかかっていくのが好ましいというところでございまして、私どもの考え方も先生の考え方に相共通するものではないかと考えております。

○永井委員 ひとつ、そういう地域医療体制確立ということは多角的に検討すべき課題であって、これは野党が提起したから無視するとかというふうな問題ではなくて、国民に対する医療の責任を果たすという立場で、今大臣も言われたように幅広く検討してもらいたいと思うのです。

その次に、最も根の深い矛盾を抱えている医薬品の問題でありますけれども、有効な改革方針というのでもこれまた示されていないのです。医薬品の市場の透明性を確保するためには、例えば国公立医療機関の共同一括購入制度なども考えてみるべきではないか、あるいは全国をブロック別にして医薬品の取引センター的なものを設けてみたらどうか。改革を思い切つてしていくというのなら、いろんな思い切つた施策が出ていくというのではないと思う。私は、ここで問題提起をして直ちにそれができるほど単純なものとは思いません。思わないけれども、そういう思い切つた政策というものを検討して、それが実現可能かどうかということも積極的に取り組んでみるという姿勢こそ、この二十一世紀のビジョンに向けてやらなくてはならない一つの段階ではないかと思うのです。そういう意味で、私はそういう問題もひとつここで提起しておきたいと思うのです。そうして、この医療機関の健全経営ということがうたわれているその資料、基本計画の説明からいいますと、薬価差益に依存することなど考えないで済む

ようにしていかなくてはならない、こういうふうにも書かれているわけで、私はそのことは賛成であります。大いに賛成であります。ところが、そのことについてこれまた具体的な問題を提起してみたいと思うのであります。

大病院はさておいて、一般の開業医ですね。開業医などについては人件費が大変なんです。私もいろいろなお医者さんと意見の交換もしてみまして、人件費の保障を行うというシステムが取り入れられないと、なかなか開業医の皆さんが、仮に薬価差益に依存しておるといふ仮定の上に立つて、仮にそういうことがあったとしても、なかなか医療機関の健全経営につながっていかないのでないか。とりわけ個人の小さい開業医の皆さんは、家族がござって診療行為をお手伝いしておるわけです。いろいろな意味で事務の仕事も含めて、いろいろな裏方等も含めてお手伝いしておるわけです。ところがこの人たちは、家族でありますから給料の支払いをしない、給料の支払いはしないけれども、現実にはそのことによって他の仕事につくこともせずに、自分の家族が経営する病院というよりも診療所で一生懸命勤務しておるわけです。労働力を提供しておるわけです。ところがお医者さんと呼ばれ、お医者さん一人のものうけとしてこれが算定される。これは制度上の大変な矛盾ではないかという御指摘を私も受けたことがありました。そういうお話を聞いてみますと、私はなるほどそうだなと思うのです。そうすると、健全な経営を図っていわゆる不正診療や不正請求を排除しようというのであれば、そのためのそういうシステムを考えてみる時期に來ておるのではないかとと思うのですが、これはどうでありましょうか。

○吉村政府委員 確かに診療報酬の問題は難しい問題を抱えております。私どもも、現在の保険医療機関あるいは医療機関が薬の差益でもって経営を辛うじて賄っておる、こういうことが言われておりますが、こういう薬の差益でもって医療機関の経営がやっと成立する、こういうような事態と

いうものは改めるべきである、こういうふうに考えます。したがって、今後薬価差に依存しないでも十分経営が成り立ち得るように、技術料を重視した診療報酬に切りかえていく、こういうことが必要であらうかと考えております。

それからまた、今先生御指摘の、診療報酬の中で家族あるいは家族従業員の人件費というものが保障されていないではないか、こういうような御指摘がございましたが、私も確かに、家族従業員の人件費がこれこれの額だ、こういうような決め方はいたしておりませんで、総体として、医者に對する技術料全体として、その中に含めるような形で現在の診療報酬は算定をしておるわけでありまして、確かに個々の費用をそれぞれ積み上げたような診療報酬にする方がよいのか、あるいは技術料として包括し一まとめにしたような格好で設定した方がよいのか、これは議論のあるところであります。私ども、やはり全体として医療機関の経営が成り立つ、そして医師の技術を尊重したような形で医師の所得を保障する、こういうふうなことが担保できるような診療報酬を考えていきたいというのが私どもの考え方でありまして、

○永井委員 それではその次の問題に入りますけれども、これから一番大きな問題になっていくわけでありまして、「医療保険制度の改革」というところで、今回審議しておる健康保険法の改正案の中心について具体的に触れているわけですね。給付の引き下げについて受診率や医療内容にどのように変化を及ぼすだろうかというところについては、この基本計画の資料の中からはつかみ取ることがなかなかできないのです。医療保険各制度の財政見通しも当然明らかにされるべきだろうと思いますが、それも明らかにされていない。そして、一割の本人負担を導入することが受診抑制につながるのはないかといういろいろな各界からの指摘に対して、ここにも厚生省が出したパンフがありますけれども、これを見ますと、受診抑制制にならない、たとえ本人負担が導入されても受診率は変わりませんと言いつつ切っているわけですが、

受診傾向が出てまいっておる、またそういう方向に私ども積極的に誘導をいたしておるわけでございます。

○永井委員 受診率はそれはいろいろの統計のとおり方があるのでしよう。しかし、老人保健法が去年の二月に施行されて、本人の一部負担制が導入されたのですね。傾向としては今度と一緒でしょう。だから私はあえて聞いておるのですが、そのことによって受診率が本当に変わらなかったのか、下がったのかを端的に答えてもらえばいい。

余分なことは言わないでいい。

○水田政府委員 お答え申し上げます。

医療というものは、単なる受診率だけで老人の場合評価すべきではなくて、受診率については端的には下がっておりますが、一医療機関当たりの診療日数は逆に延びております。

○永井委員 これは私は質問しながらちよつと注告しますが、これも、医療論争をするならするということと、またこれは別なんです。私は端的に受

んなら行きたいけどやめとこうかというのが、全体ではなくても人情的に出てくる、そのことが健全な医療を受ける機会を失わせてしまうという危険もなしとしない、これがまず一つ。

もう一つは、今大臣のお答えになつてゐるようなことからいいますと、必要な診療は妨げない、受診は妨げないが、むだな医療費は節減できる、こういうことに端的に言えざるを得ないわけですね。そうすると、もし受診率が仮に百歩譲つて変わらないうとすると、そのむだとは一体何なのかという、大臣の言葉やいふ今までの議論の経過からいくと、診療に当たる医師が、これは極論でありますけれども、千四百億円に相当する医療を過剰に診療したということの裏返しになるのではないかと、大臣のそういうお言葉を聞いておりますと、もしそういうことが意識の中にあつたとすると、それはもちろんたくさんの方の医師ですから、摘発されたように不正なことをやめた医師もありまうし、これは私もそのことはこの委員会でも追及してききました、そういう経過はありますけれども、少なくとも千四百億円に相当するものを仮に過剰診療しておつた、それが本人の負担導入によつて節約できるということは、本人に直接金をその場で払わせるんだから、余分の診療をすることは問題があるというふうに仮に医師が考えて、その過剰診療をやめるだろという前提に立つとすると、医師と患者の信頼関係は一体どうなつてしまふのだらう。医療行政に対する国民の信頼は一体どうなつてしまふんだらう。これは本来あるべき医療行政の立場からするとむしろそういう立場に立つべきではないか、こう思うのですが、これはどうでございますか。

○吉村政府委員 神様のごときお医者さんと神様のごとき患者と相対するという前提に立つならば、おっしゃる通りだろと思ひます。私もやはりいろいろな統計から考えまして、また私自身いろいろお医者さんにも話を聞きましたし、個人的にもまた患者の方々からも話をいろいろ聞いてみると、十割給付の場合に、何がむだかというの

はいろいろな意見があると私は思ひますが、しかしながら、医学常識に照らして適切妥当かどうか、あるいは本当に患者の心身の状態や患者のニーズに正確に対応した医療であるかどうか、こういうような観点から眺めますとやはり不適正な部分があるのではないかと、こういうふうに考えますし、また、本人と家族の投票、注射等につきましては約二、三割の違いがございます。現実に年齢階層別に調べたところでもありますが、それはなぜかということについてなかなか合理的な説明がつかないものでありまして、私もやはり、十割給付を九割あるいは八割というように給付率にすることによつて、少なくともなかなか説明し難いような部門につきましてはある程度節減効果が生ずるのではないかと、こういうふうに考えるわけでありまして、私も、先ほど御説明いたしました千四百億円の削減というのは、受診率が下がると千四百億下がると言つておるわけではございません。投票なり注射なりの医療費というものはある程度節減されるのではないかと、適正化されるのではないかと、そういうことも含めまして千四百億の医療費削減効果がある、こういうように説明をしておるわけでございます。

○永井委員 受診率が変わらずに、今言つたように投票や注射の部分でかなりむだがあるとするならそれが節減できる、こう言われている、あるいは不適正な部分もあるのではないかと、こう言われている。しかし、千九百億円の削減できるという数字の裏づけを持たせるためには、いわゆる投票や注射が抑制されなくてはならない、不適切と思われる部分がたぐささんあってそれが排除されるという前提に立つ、そうすると、一部の悪徳医師がおつたとしても、厚生省の立場からいうと、まさに初めから医師不信感を持った上での計算ということにもなりかねない、私はそういう危険性を持つてゐると思ひます。

そこで、これに関連をして「薬づけ、検査づけ等不適切な医療は排除する。」とこううたつておりますから、これについて申し上げてみたいと思ひ

のでありますが、もし薬づけ、検査づけが過剰診療を意味しているとして、もしそうだとすると、過剰であるか否か、いわゆる適正な診療であつたか否かということ、これは一体どこにその判断基準を求めますか。あるいは、この医師がこの投票が必要だ、この注射が必要だということは、その患者を診たその医師が判断をしていくわけでありまして、その医師の裁量権、診断権の保障は一体どう見るのか。長い答弁じゃなくて、私は素人でございますからわかりやすく端的にお答えください。

○吉村政府委員 まず十割の場合とその他の給付率の場合との診療費の違い、その違いの部分がむだということになるのではないかと、むだであるとするればそれはどういう判断基準で考えるのか、こういう非常に難しい、これは医療の問題は医師の裁量権、先生の御指摘のように裁量権に伴う問題でございますので、ただ、これが絶対的に正しくてこれが絶対的に間違ひであるというの中にはございまして、一般的になかなか判定の難しい問題でございます。

しかしながら、私も、制度別にあるいは本人、家族別に、年齢階級別に、診療内容あるいは一日当たりの費用額というものを比較してみましてその結果、例えば入院外におきましては、二十歳から六十九歳まで全体では一七％本人の方が金額が高い、年齢階級別に言いますと二十歳から二十四歳までは二一％高い、それから五十五歳から五十九歳までは二二％高い、それぞれ年齢階級別に本人が高いわけでございます。これは検査につきましても同じような傾向がうかがえるわけでありまして、なぜ同じく若い年齢の間で本人と家族の注射の費用、検査の費用が二割なり三割違うかというのにはなかなか説明がつかないのではないかと。確かに個々のケースを比べれば、同じ風邪でも注射の数が違うとかあるいは投票の量が違うとかレントゲンを撮る回数が違うとか、そういうケースは個々の場合にはあると思ひます。しかしながら、総体としてそういう年齢階級別に考

て、トータルで物事を考えて、なぜ二割なり三割違うのか、それはいろいろな事情はあると思ひますが、一つの原因として、十割給付ということから生ずる不合理な点あるいは、ある場合にはむだと言つてもいいかもしれません、あるいは医師の裁量権なんだから裁量の結果そううなったのならしやうがないではないかと申すもの、やはり医師の裁量が少し間違つておるのではないかと、こう断ぜざるを得ないようなケースもあるのではないかと、こういうふうに考えております。

○永井委員 もちろん本人の投票代や検査料がいれば高くついている、数字が高い、これはいろいろな数字でも私も数字は納得ができるのです。しかし、私も最初触れましたように、休みたことも休めないで仕事に行かなければいかぬとか、あるいは本来もう休養せよと言われていてもあしたから出張だからと無理して行くとか、家族とまた違ったいろいろな根拠というものがあつて思ひます。だから、本人だから、家族だからという果たして医師が必要な治療に差をつけるだらうかと、私も素人が考えて。だとすると、過剰であるかどうか、適正かどうかということ判断する場合の基準というものが一定のものを示されないと問題が残るのではないかと、あるいは行政がチェックできる場合はどこまで可能なのか、こういうことも明らかにしていかなければ、不適切な医療の排除ということも言つても実効は上がらないと思ひます。

そこで、これに関連をして富士見病院の問題についてちょっと触れてみたいと思ひます。この富士見病院事件というのは随分この委員会でも質問がされました。その中で、一つには、保険医の指定機関としての不正があつたかどうかあるいは無資格者の医療行為があつたかどうか、これがまず一つです。二つ目には、医療行為が傷害事件に該当するか否か、大別するとこの二つだったと思ひます。医療行為が傷害事件だったかどうかということは、これは司法当局が調査をしてきたことであるからここでは触れません。し

かし、厚生省が調査をした対象というのは、いろいろ厚生省に聞いてみると、あるいは委員会の審議の経過を見ると、保険の対象となった医療行為について保険請求上不正があったかどうか、水増し請求があったかどうか、あるいは保険の適用について問題があったかどうか、こういうことが中心に調査をされているわけです。あの場合は健全な卵巣や子宮を摘出したということが問題になったのでありますけれども、そのときに富士見病院の医師の側が、この手術は保険がききませんよ、こう言って、患者の方にすれば、保険がきかないけれども、あなたはこれを手術せぬことには命がないよと言われたら、無理をしてでも、金を出してでも手術をやっていくといったケースが、患者からのいろいろな訴えを聞くとき随分あるんです。そこで、一つには、病気の場合に、これは保険がききませんという件名が産婦人科病院においてあるかどうか。

ところが、厚生省が調べたのは、今言ったように保険を適用したものに適用正であったかどうか、不正診療があったかどうか、不正請求があったかどうかというのを調べたのであって、その本人がだまされたりして、いわゆる自由診療の部分として医師と患者の関係で契約をして金を払った分について、それは医療行政をあずかる側からそれが問題があったかどうかということまでは当時調査をされていなかったという。では、今それを明らかにしてみたらどうかという、今富士見病院は保険医療機関の指定が取り消されているから、保険医療機関でないから調査の対象にならぬ。これは一体どういうことなんですか。保険行政をあずかる側として本来保険に該当せなくてはならないものを、これは保険がききませんとそうをいって患者に自由診療として金を払わせた、これにメスを入れなくて、富士見病院問題については不問に付してしまつた。だから被害者は、持つていくところがないから今裁判に訴えているわけなんです。これで医療行政が全うできたということになりますか。これについて端的にお答えいただけますか。

か、長い説明は要りませんから。

○吉村政府委員 私どもは、富士見産婦人科病院につきましても、保険医療機関の取り消しをいたし、また、院長以下医師三人につきましても保険医の指定の取り消しをしております。

その指定の取り消しの理由であります、監査をいたしまして、無資格者による超音波診断装置の機械操作をして、その診療報酬を不正に請求をしたというのが第一点でございます。

それから第二点、健康診断で入院した者につきまして、その健康診断の費用を診療報酬として不正に請求をしたというのが第二点でございます。

その他、指導もしないのに慢性疾患指導料等について請求をした、こういう事例がございましたので、不正請求を原因に指定の取り消しをしております。

○永井委員 この保険医の指定を取り消したというところ、私が今お尋ねしているのは、端的にもう一回申し上げます、保険がきかないと言つて患者をだまして、自由診療を強要したケースがある。これについて私は厚生省に確認を求めました。そうすると、厚生省としては、健康保険の対象とした医療について不正の有無を調査したのであつて、その限りにおいては不正はなかったとあの当時調査の結果が出た、それ以外には自由診療であつて、医師と患者の契約事項であるから調査の対象とならないとの回答だった、私はそこを問題にしている。だから、保険医の指定が取り消されたとか水増し請求があったとか不正請求があったとかというところは違ふので、それはそれで問題でありまうけれども、私はここでは、自由診療でありますからこの調査の対象としなかつたという回答があったことを問題にしているのです。高額負担の制度はありますけれども、病気で保険のきかないものがあるのか、五万一千円までは本人が負担するにしても、保険がきかないという病気があるのか、保険医でありながら患者にうそをついて自由診療を行つて不当に医療費を取得したと

が、行政としてなぜチェックする対象外になつてまかり通つてしまふのか、あるいは自由診療部分として不当に払つた患者の弁償は一体金銭面でもどうしていいのか、さらに事件発覚当時不当に自由診療したことについて確認しなかつた、こう言っているのではありません、確認できなかったというのではないのです、確認しようとしたけれども確認できなかったというのならまた別問題、確認しなかつたというのでありますから、そこでは医療に対する行政の権限というものは、これは一体どこへ行つてしまふのか。この辺については不適切な医療をなくしていく、こう言つておるのであります、私が私からすれば、むしろ不適切な行政のあり方こそ早急に排除されなくては行けないのではないかと。ひとつ明確に大臣、簡単に答えてください、ここで論争しようと思いませんから。

○吉村政府委員 自由診療であるか保険診療であるかというのは、普通の疾病の場合には大体保険診療になるというのが普通であります、産婦人科の場合には正常分娩というのは保険の対象になりません。したがつて、恐らくその自由診療であるというのは正常分娩の領域の話であつたのではないかと。そういうふうに私は思います。そういたしましたならばそれは保険の給付外の話でございますので、私も保険行政の立場からは介入が難しい問題であるというふうに思います。

自由診療の部門について本当に何かあつたのかというの、これは医師として医師法に基づいて適確な診断をし治療をしたかどうか、そこに問題が限られるはずでありまして、問題は恐らく刑法の問題になるのではないかと、あるいは医師法違反の問題になるのではないかと。そういうふうに考えております。

○永井委員 正常分娩が保険の対象外だ、こんなことはだれしもがわかり切つていふことであります、私も患者から聞いていふのは、子宮摘出手術とか卵巣摘出手術が、これは保険がききませんとだまされた患者が現にいますわけですよ。これは私も今調査をしておりますから、改めて

調査をまとめた上で問題提起しますけれども、私がここで言いたいのは、いわゆる十割給付の場合にむだがある、こう言つていふ。そのむだは注射や投薬、検査、こういうものについて不必要な分までやられていふのではないかと。いわば医師不信の立場で行政側が見ているわけなんです。果たしてそうなのかどうなのかというところは、もちろんこれはきちつとした確認がなければ私もうかつなことは言えませんが、しかし少なくとも、十割給付であるからということで医師が常に過剰診療をしているという前提に立つての法案の改正を求めていくことは、医療行政上問題があるのではないかと。むしろ実際に起きた事件で、本来医療にあずかる行政としてチェックの機能を果たさなくてはならない部分において、富士見病院で言えばそのチェック機能が働いていないと私たちは断ぜざるを得ない。だから、そういう不適切な行政の部分があるとする、それをまず排除してもらいたいということを私は強く申し上げていふのです。この問題はばかりで時間をとることはできませんので、私は強くそのことを要望して、次に移つていきたいと思います。

その次に、負担の公平化の問題でありますけれども、これもたくさん問題がありますが、私は時間がなくなりましたから端的に走りまします。

国庫負担ゼロの退職者医療制度がなぜ負担の公平化になるのか私にはわからない、納得ができません。これも医師会はかなり反論しています。十割給付を引き下げることによつて、あるいは国保に対する補助金を削減することによつて金が浮いてくる、金が浮いてくるから退職者医療制度というものをつくることのできるのだ、こういうところに主眼が置かれていふのではないかと、こういうふうにも分析をしておりますけれども、しかし、この退職者医療制度は国庫の負担がないわけでありまうから、そういう中でこれは公平化ということにはならないと私は思ふのです。

さらに具体的な問題でお聞きをいたしますが、例えば日雇い労働者の保険料率が、これは今度政

管健保に統合されるのでありますが、千分の三十二から千分の四十二に引き上げられる、事業主は千分の五十、さらに来年の十月には現行の二倍以上という千分の六十八になっていく。政管健保は労使それぞれ千分の四十二でありますから、そういうことから言くと、これは零細事業主に対して逆累進という措置になっていくのか。決して負担の公平になっていくのか、むしろ重症者や長期入院療養者は結果として割高の負担を強いられることになっていくはしないかと思うのです、どうでございますか。

○吉村政府委員 負担の公平というのは、制度ごとに制度全体として公平かどうかということを考える考え方、もう一つは、個々の保険の中で公平が保たれているかどうか、こういうような二つの考え方があるわけですが、今回は、私ども、制度全体として制度ごとに保険の負担の公平を図りたい、こういうことで物事を考えたわけでございます。

退職者医療につきまして国庫負担を入れなかった理由も、やはり被用者保険サイドとして全体としては国庫負担を入れなくても負担をする力がある、能力がある、こういう考え方で退職者医療制度に對しましては国庫負担を入れなかったということでございます。

それから、日雇い労働者の保険料の設定の考え方についての御質問でございますが、今度日雇い労働者を健康保険の対象にすることにしたわけでございます、その場合に、やはり一般の健康保険の被保険者と日雇い労働者の保険料の負担の間では、これは公平を期するのが同一制度の中では考えていかなければならぬ問題であらうということ、日雇い労働者についての特殊性というものが配慮できる限りにおいてはこの特殊性を尊重しながら、その他の面については一般の健康保険の被保険者と日雇い労働者である被保険者との均衡をとろう、こういうことで問題を考えてみたわけでございます。

○永井委員 退職者医療保険制度で言いますと、

単純な言い方をすると、恐縮でありますけれども、本来なら国庫に入る人が大部分だ、国庫なら他の補助金が要る、これを退職者医療制度にして他の保険制度から拠出金を出させる、もちろん本人からも保険料は取り出すけれども、そうなる、うまいくくは国庫だけだ、端的に言つてそこにあるのじゃないですか。だから私は、この二十一世紀を目指すビジョンの中に貫かれて、非常に端的にわかつていくものは、庶民の負担がどうあるとこうあると、国の財政をできるだけ節減するということだけが突出して貫かれていく、ということ、そこで私は申し上げているのであります、そのことが結果としていろいろな制度の仕組みの中で、いわゆる低所得者や零細企業の事業主に対して、逆累進という形になっていく可能性が極めて高いと私は指摘せざるを得ない。

この問題についてはここで議論をしておいたのでは切りがありませんから、私は厚生省の答弁には納得できません。これは私も、あくまでも言っているように逆累進にならないように、負担の公平化というのなら本当にみんなが負担の公平化が納得できるような形にしなければいけない、このことを強く申し上げて、次の問題に入ります。

これも端的にお答えいただきたいのであります、去年の五十八年八月十七日に、前の厚生大臣が、医療標準の概念の導入について見解を述べられました。この中で言っていることは、医療標準の設定についてはもちろん専門団体の意見を踏まえるということと言っているのではありませんが、「医療標準の範囲を超える医療サービスに対する需要に應えるための民間部門、例えば高額所得者向けの自由診療やこのための民間医療保険など、いわゆる医療におけるニューフロンティアの育成が急がなければならない」、こういうことで、いろいろ前後はありますけれども、言っているのです、これは下手をすると、いわゆるせつかくなくなつた差額診療、差額ベッドの問題もそうでありまふけれども、本来保険が強制保険制度、皆保険制度をとる以上、負担と給付の公平化からいって、自由診療の部分の広がっていくということは

好ましいことではないし、金を持っている者は自由診療でどんな難病にも対応できるけれども、金のない者は辛抱しなくては行けない、結果的に治る病気が治せなくなってしまうというようなことになってはかたくなと思うのであります、そういう危険性にもつながりかねない私は思うのですけれども、今の厚生大臣として、この医療標準制度の概念の導入という問題についてどういうお考えをお持ちですか。端的にお答えください。

○渡部国務大臣 私は、戦後三十九年間の日本を振り返つてみまして、医療の皆保険制度、あらゆる階層のすべての国民の皆さんが保険によつて病気を治すことができる、また長期入院もできる、これはすばらしいことだと思ひます。ですから、二十一世紀の将来にわたつてまでこのすばらしい医療保険制度を維持していくために、今皆さん方に改正をお願いしておるわけでございます。

ただ、やはり自由経済の中ですから、もちろん保険でどんな難病も長期療養もこれはできないけれども、やはり自分の負担を余計しても個室でぜいたくな療養を受けたいという人まで全部抑えるというわけにもまいりません。やはり国鉄の列車にも普通車とグリーン車があるわけですから、どんな難しい病気でもできる限りこの保険の中で治せる、そういう制度の中で、個人の志向として、やはり自分の負担によつてよりよい医療を受ける、あるいは個人の自由をも拒む理由はない、こういうふうにご考慮を願ひます。

○永井委員 この医療標準制度というのは、一歩誤れば、金を持つておる者は難病を治してもらうだけのことはできるけれども、金のない者は保険の範囲内だけでやれ、治るものも治らなくなつてもそれは金がないのだからしょうがないという、昔のあつてはならぬ時代のそういう医療行政につながつていくおそれがある、私はこう思ひますから、単純に医療標準制度の導入などというところで軽率な政策の立案などはないように、私は強く求めておきたいと思ひます。よろしうございますか。

○渡部国務大臣 全く同感でございますので、そのような考え方で進めてまいります。

○永井委員 その次に、もちろんこのビジョンの中にも触れられているのであります、環境をよくしていくかぬことには人間の健康は維持できないという問題もあります。そこで、今まで公害問題など人的要因によつて環境が破壊されてたぐさんの犠牲が出たという問題が随分あります。大きな問題、ちよつと羅列してみても、水俣病あるいは四日市病、カドミウム汚染、あるいは最近はおキシダントの問題も出てまいりました。オキシダントでしたかね、正確な名前は忘れましたが、オキシダントでも、それからカネミの油症事件、こういう問題もあります。これは過去に起きた問題でありまして、もちろんこの始末もしていかなければいかぬ。しかし、これからこういうものが二度と起きないようにしていかなければいかぬ。私はこれは行政の大きな責任だと思ひますが、一言で言えはどうですか。

○竹中政府委員 ただいま環境の問題、特にカネミの問題に關連してお話しがございましたが、私もどもいたしまして、食品等によつて引き起こされる健康被害の未然防止は、御指摘のとおり大変重要であると考えておるわけでございます。今後こういった問題が生じないように監視、指導の徹底を図る、あるいは食品等による健康被害の未然防止をやるといふことで万全を期してまいりたいと思つております。

○永井委員 そこで、この中から一つ摘出をして、カネミ油症事件に關連してお尋ねをしたいと思ひますが、このカネミ油症事件というのは昭和四十三年に発生したんですね。四十七年からこの原因となつたPCBの回収が開始された。これは政府の行政命令によつて回収が開始された。この回収をした液状のPCBが五千五百四十トン、実はその製造元である兵庫県高砂市の鐘化という会社に保存されていることはもう御

承知のとおりであります。これを処理するについて今まで何回も何回も問題の提起がありました。しかし現実にはまだに処理されていない。四十八年には高砂でパニック状態が起きたこともあったんですね。そして、この安全処理を促進すると言いつつ、もうこれは地元の市議会の決議などを含めて十回以上はわたってなされて政府に陳情しているけれども、いまだにちがいが明かない。この間、兵庫県の山崎地方で震度四の地震が群発をいたしました。ああいう地方でありますから地震は余り経験がないものですから、震度四でびっくり仰天したのは事実ですね。そのときに地元の消防署が何をしたらかという、黙っておいても一番に飛んでいったのは、そのPCBの保管してあるタンクの状態を見に行ったんですよ。海のそばです。私どもが一番恐れておったのは、地震などでタンクにひびが入ってそのPCBが瀬戸内海に流れ込むと死の海になってしまう。水俣病どころじゃなくなってしまう。ところが、これだつて十数年たつていまだに何の解決もできない。これで、片方で、医療費を抑制するためにいろいろ政策が要るとか二十一世紀の国民の健康を守るためのビジョンだと言つてみても、ある意味では、高砂市民にすれば、そんなことを言うんなら早いことPCBを何とか始末してくれ、こういうことになるでしょう。

○三本木説明員 お答えを申し上げます。

御指摘の廃PCBにつきましましては、メーカーであります鐘淵化学及び三菱モンスター化成の両社が回収をいたしました。それぞれ兵庫県高砂市、三重県四日市市に保管がなされております。現在保管されております液状廃PCBは両社で約六千五百トンでございます。その大部分を占めております高砂市方面からは、たびたびにわたりました、この適正な処理につきまして要望が出されて

おりますことは十分承知をいたしております。環境庁といたしましては、これらの液状廃PCBを適切な方法で早い時期に処理することができるよう、関係省庁と、また地方自治体等とも十分連絡をとって対処してまいつたわけでございまして、従来、一つのすぐれた方法として洋上焼却処理の実現に努めてまいつたわけでございまして、関係方面のコンセンサスが十分に得られていない状況にございます。早急にその実現が望めない状況にございますので、自治体の要望も受けまして、他の適切な処分方法の実施可能性についても検討するようにという要望もございまして、従来の検討の成果も十分尊重いたしながら、関係の省庁及び地方自治体とさらに緊密にその問題の処理に一步を進めるべく努力をしてまいりたいと思っております。

なお、ただいま御指摘がありましたように、先般地震があったわけでございますが、その少し前にも、このような地震による不測の事故等によって問題が生じないように、必要な点検などの実施につきまして注意喚起しておるところでございます。今後も、地元住民の方々の不安のないように十分努力してまいりたいと思っております。

○永井委員 もう言わずもがなのことですけれども、このPCBを保管することとあわせて、その製造会社の周囲をしゅんせつするだけでも、地元はもう既に四十数億円の金を使っているわけですよ。そして、たとえこれは企業が払ったとしても、カネミ油症で起きた患者に対して既に治療費として、厚生省の調べによると十一億六千八百万円も支払われておるわけですよ。これから毎年一億円ずつぐらい要するというので、いろいろなことで莫大な金が使われているわけです。百億をはるかに超えるのですよ。それだけの金がカネミ油症事件が起きただけで使われるくらいなんだから、環境問題について、冒頭私が申し上げたように、職場の関係では労働省、教育の関係では文部省、環境では環境庁というふうに縦割り行政でありますけれども、よほど厚生省も横の連携をとり

ながら、二十一世紀の大臣の好きなビジョンというに向けてこれから政策を進めていかないと、こういうことが起きてからではこれだけのむだな金をそれこそ使うことになるんだから、公害問題が起きないように、あるいは起きている公害問題についてもその解消に積極的に厚生大臣として努力してもらいたい。そしてPCBで言えば、地元でももう十数年の悲願ですから、高砂市民だけがいつまでもまくらを高くして寝られないといふことが続いているかのように、これは政府の責任において処理してもらいたいといふことをお願いいたします。よろしいですね。

○渡部国務大臣 先生おっしゃるとおり、国民の健康な生活を守っていくためには、医療とともにやはり健康な生活が守れる環境の保全というのが非常に大事なことだと思っております。

今御指摘の高砂市の問題、私も地元の関係者から陳情をちょうだいしましたが、地方の自治体としては大変迷惑な状態にありますので、これから関係省庁と緊密な連絡をとりましてできるだけ解決を進めていくように努力してまいりたいと思っております。

○永井委員 それでは次に、具体的な健康保険制度の問題について若干質問してみたいと思うのです。国保の国庫補助の問題についてお尋ねいたしましたと思います。医療費に対する補助の基準を医療費ベースに置いておったものを、今度は給付費ベースに改める理由は一言で言つてどういうことですか。

○吉村政府委員 二つ理由がございます。

一つは、高額療養費のウェイトが非常に高まっております。いまは、この高額療養費も補助の対象にする必要があるということでございます。第二番目が、医療保険に対する国庫補助は、政府管掌にいたしましたもあるいは日雇健康保険等につきましても、医療給付費に対する補助という格好になっております。したがって、この改正の際に、医療保険全体として給付費に対する補助制

度に改めたい、統一をしたいというのが第二の理由でございます。

○永井委員 これは計算をしてみればわかることでありまして、医療費ベースから給付費ベースに改めることによってパーセンテージは四五が五〇%に上がっていくわけですが、従来は医療費ベースにすると三八・五%に減少していくわけです。いわば補助金のカットと言つていいと思います。これは私は、それぞれの自治体がつづいて国保の財政に大きな影響を与えているので、このことが保険料の引き上げに直結しないかを非常に心配するわけです。それはどう考えていらっしゃるのですか。

○吉村政府委員 今回の国保の国庫補助の改正は、退職者医療制度を創設したこと、あるいは医療費全般に対する適正化対策を強力に推進する、こういうようなことから市町村国保の財政負担もそれなりに軽減をされるわけでございまして、その財政負担の軽減の度合いに着目いたしまして国庫補助率を変更した、こういうことでございまして、現実にはこれがために国保の保険料を上げなければならぬという事態は生じないものと私は考えております。

○永井委員 この市町村国保に対して、調整交付金が給付費の一〇%と法改正の中で今度は提議をされておるわけです。これは全く調整を必要としない、また今までしてこなかった国保もあるわけですね。例えば東京都なんかの場合は今まで財政調整交付金をもらっていないということになりますと、その必要としないところには出さない、そうすると一〇%の調整交付金だけではどうにも困るというところが出てくる。これはどこまでの幅を持つて対応するのですか。

○吉村政府委員 私ども、財政調整交付金の配分に上限を現在まで設けたことはございません。また今回の改正によって調整交付金の配分率に上限を設けてそれを超える場合にはカットする、こういうような措置を講ずるつもりは全くございません。

○永井委員 それでは、同じく補助金といいますが財政調整交付金も含めてそうでありますが、「一部負担金の割合を減じている等の市町村にあっては、政令で定めるところにより算定した額とする。」、こういうことが言われているわけですが、これは一体何を意味するのか。ペナルティなのかどうか。

端的にやりとりいたしましょう。私の兵庫県で言いますと、尼崎市では国保は七割給付じゃないのです、八割給付で実施しているわけですが、これは国民健康保険法で言う七割給付になっていて、この場合に、例えば調整交付金を含めて政府の負担すべき補助額というのは、一割余分に国保の負担しているわけだから、これに対して私どもの理解では、七割給付だとすると七割給付に相当する分は同じようにするけれども、あとの一割分は見ませんよということだと私は端的にそう受けとめるのですが、それはそのとおりでよろしいですか。

○吉村政府委員 大体そのとおりでございます。給付率を引き上げるとかというものは市町村の御自由でございますが、私どもが調整交付金なり補助金を配るに当たりましては、同一の給付水準というものを前提にして波及効果も考慮し、公平に配分をしたいと思っております。したがって、有利にも不利にもならないように配分をするつもりでございます。

○永井委員 それではそれに関連をして、市町村国保の中に財政的な事情もあるでしょう、あるいはそこに住まわっている住民の方々の所得の水準もあるでしょう、大変な格差があるのです。最高のところは兵庫県の氷上町ですが一人当たり五万七千五百五十三円、最低は和歌山の北山村で五千八百四十八円、これは格差があるわけですが、こういう大きな格差について私はやはり是正をすべきだと思っておりますが、これはどうでございますか。

○吉村政府委員 確かに保険料の負担に今おっしゃいましたような格差があるのは事実でございます。ただ、保険料というのは医療費との関係で決

める要素も考えないと不公平ではないか。つまり、現在の国民健康保険の保険料というのは、使った医療費の額と所得、両方の要素を勘案して保険料を決めておられるのが現在の状態でございます。したがって、この保険料の水準を同一にすることは、現在の市町村という区域を基盤とした市町村国保におきましては非常に困難な問題がある、こういうふうに思いますが、私ども、その点はなるべく財政調整交付金の配分を通じて少しでも公平になるように、公平に近づこうように努力をしてまいりたいと思っております。

○永井委員 同じ国民健康保険でも、国保組合の場合、これについて具体的に端的にお聞きをいたしますけれども、これは今までは医療費の二五％プラス政令加算として医療費の一五％、その上に、例えば五十八年度で言う臨時調整補助金として七十億円が上積みされておった、これはいろいろな歴史がありますから上積みされておった、こうなるのでありますが、これが給付費の三二％プラス政令加算として給付費の一五％相当額に改正する、こうなっているわけですね。これは今私が申し上げましたように、今までの医療費の二五％と政令加算として同じ一五％、七十億円の臨時調整補助金、こういうものの経過からいってその水準というものは確保されているのかどうか、お答えいただけますか。

○吉村政府委員 結論から申し上げますと確保されておる、こういうことでございます。定率部分、先生の御指摘の二五％を今度給付費ベースに直しますと三二％に相なります。これは医療費ベースの二五％とはほぼ同じ率でございます。それから、上乗せ分は今まで一五％というのが最高でございましたが、二％、五％、一〇％、一五％という上乗せ分があったわけでございますが、これを総枠といたしまして私ども一五％ということで予算を確保し、この一五％を全体的に公平に配分をした

い、こう考えておるわけでございます。ちなみに五十八年度の国民健康保険組合に対する国庫補助総額は千九百億でございますが、五十

九年度におきましては千七百七十四億でございます。五・九％ぐらいの増額をしております。これは大体医療費の伸びに見合うものであるかと私どもは考えております。

○永井委員 そうすると、この市町村の国保組合もそうでありまして、その歴史的な経緯からいって、従来どおりそれぞれの国保組合なりそれぞれ市町村国保が、産業分布の状態もそれぞれで違いますから、その財政状況とか地域的な特徴もありまして、そういうことから考えて、例えば建設国保について例をとりますと、十割給付を前提条件として当然認めているいろいろな対応策を立てていらっしゃる、このように理解していいのですか。

○吉村政府委員 健康保険の場合には健保組合について附加給付を認める、こういうことになっておりますので、国保組合につきましても、いわゆる建設国保等につきまして附加給付を認めるのはやむを得ない、こう思います。したがって、建設国保が依然として十割給付をやらせる、こういうこととならそれは認めるつもりでございます。

○永井委員 最後に、一定の負担割合を超えて給付をする場合には政令によって定めるところ云々というのを私が申し上げましたけれども、それはペナルティでないというのを私は確認をいたしました。したがって、そうではございません、こういうお答えをいただいておりますわけですが、心配になりますので、もう一つお尋ねいたします。保険第一五号、昭和五十九年二月十三日に「昭和五十九年度国民健康保険の保険者の予算編成について」という通達が出ています。その中にどういことが触れられているかというところ、このように言っているんですね。「国民健康保険組合における取扱い」として、その第四項に「一部負担の割合を減じている国民健康保険組合について、これを実施していない国民健康保険組合との公平を図るため、療養の給付等の波及増分について国庫補助の対象から除外する予定であるので、これを実施している国民健康保険組合にあって

は、この点を考慮して保険料の賦課を行うこと。」というところが出ています。これは、私がここで確認のために質問しましたように、例えば八割給付をしているところと七割給付でやっているところ、これは一割の部分は自前でおやりなさい、七割給付については差別をつけませんよということだというふうに確認をしたのであります。計算方式はいろいろあるんでありますけれども、八割給付、一割余分に給付をしているために、結果として逆に国の補助が不公平になつて、減額されることなどにはなっていないか、というね。これを確認しておきたいと思っております。

○吉村政府委員 波及効果をどう算定するかという問題はもちろんなるわけでございますが、私どもは、少なくとも同一給付で算定をしたならば国庫補助金はどういことになるか、こういうことを基本に今回の国庫補助金の算定をしたと思っております。したがって、八割給付にしたからといって有利になるとかあるいは不利になる、こういうことはいらないようにする、こういうことでございます。

○永井委員 それではその次に、医療費に対する審査の關係についてお尋ねしたいと思っておりますが、被用者保険の場合には支払基金で行っているわけですね。国保の場合には国保団体連合会で行っているわけですね。この両者の間に審査の内容に濃淡があるのではないかと、こういうふうにいる私どもは聞くことがあるのです。その実態はお調べになっていらっしゃいますか。

○吉村政府委員 御指摘のようにそれぞれ分かれておりますので、全く同一ということとはございません。しかしながら、私ども、審査の基準あるいは審査のやり方等につきましては、両者ともに実質的に統一を保つように行政指導をいろいろやっております。現に総医療費の査定率というふうなものを見てみましても、国保連の方でも約一％でございますし、支払基金の方も一％くらいでございます。大体同じように運営をされておるのではないかと思います。ただ私も先生御指摘のよう

に国保連の方が若干審査が甘いのではないか、そういう声を聞いております。したがって、この辺両者に不統一があるように困ることでございまして、今後ともひとつ統一がとれるように指導をしてまいりたいと考えております。

○永井委員 もう一言つけ加えますと、支払基金は全国で一本の組織になつていて、各支部になつていて、それで、だからこれを組織的に見れば中央で統括することができると、統一基準というものできちっと処理することができると。ところが国保の場合はそれぞれ全く単独でありますから、それぞれの国保においてもそれぞれの審査の違いも出てくる可能性を持っているわけでありまして、それから、せっかく負担と給付の公平という視点をお持ちになるのなら、この審査の場合でも、そういうことでトラブルが起きないように本来ならやはり一本化するべきではないか、私はこのように考えますので、これをあえてもう一回提起をいたしておきたいと思つたのです。支払い方法が二つもあるという事は私は異常だと思つたのです。これはやはり一つにすべきではないか、実はこのように考えているところでありまして、これをあえて申し上げておきたいと思つたのです。

多くの質問は積み残しになつてしまつたが、時間がやつてまいりました。しかし、時間をオーバーするわけにいきませんので、最後の方で、もう一点だけお聞きしておきたいと思つたのです。

六月十九日の毎日新聞でありましたけれども、「異常に多い難病高齢者」ということでトップに記事が出ました。ここに切り抜きを持ってきておきますけれども、これは昨年二月の施行以来わずか一年余りしかたつてないのですよ。これが厚生省当局にすれば、七十歳以上についても難病者が多いということではびっくりした、これは大変なことだということ、いろいろこれから新たに検討に入られるということなんですね。これ一つとつてみても、あれだけけんけんがくぐの議論があつた老人保健法の制定に当たつて、厚生省が予想し

ていなかったような事態が一年間で出てきているわけですね。そうすると、これから最初の話に戻るようで恐縮だけれども、二十一世紀を展望して医療行政をこれから進めていく、新たなものをつくつていくという厚生大臣の意欲はわかつたとしても、今この一連の質問の中で触れてきたように、到達点として言っているものはこうだと思つているものはあるのだけれども、それを裏づける具体的なものはまだまだ精査されていく。老人保健法の施行後一年でこうなつていくことからは見ると、なかなか厚生省がこのビジョンで言っているようなことにそう簡単にいくものではない、むしろ国民の負担だけがどんどん深まつていくような気がしてならぬわけですね。だから、私はこれをまとめて申し上げれば、今回の健康保険法の改正案というものは、私流に言えば弱い者いじめであつて、国の財政だけが節減できるけれども、それがどこかへ負担が肩がわりされてしまふ。退職者医療保険制度のように、国保に入るべきものを他の保険制度の拠出金にも大きく負担をかけていくという、そして国の負担はゼロになつていくというところが端的に示しているように、この健康保険の改正案というものは、全体的に見て、国民の健康を守るための本来の目的からいふと、必ずしもそれに即応したものとは言えない。むしろ、国民の側にとつてもあるいは診療する医師の側にとつても、私はこの健康保険法の改正案というものは了解するわけにいかない法律案だ、このことを強く申し上げて、できれば撤回してもらいたいというところを申し上げて、私の質問を終わりたいと思つた。

○丹羽雄三委員長代理 森本晃司君。森本委員 けさほど来この委員会の冒頭に大臣からの陳謝がございましたので、深く突っ込んでお尋ねすることはさておきたい、こう思つておるわけですが、最近、大臣の発言があらにこちらで、余りにも雄弁家の大臣でございまして、一言多いのが目立っているように思われるわけでご

ざいます。せっかくこの社労委員会も延長国会後初めて開かれる日でございまして、大臣の明るい表情を見たいと思つて来たのですけれども、残念ながらきょうの梅雨空のように大臣の顔も曇つて、この委員会で発言していただければ素直に通る発言ではなかったかと思われるわけですが、大臣の真意のほどをお聞かせいただきたいと思います。

○渡部国務大臣 私は幾たびもこの委員会で申し上げておりますように、これは国会で御審議を賜つたものでありますから、私どもの今回の政策については、これは私どもの考え方がベストのものであると私どもは確信しておりますけれども、しかし、これは国会で審議を賜つて成立をさせていたなければ実現できないわけでありまして、できる限り各党の皆さん方のそれぞれ賜りました御高見、これは謙虚に耳を傾けてまいりたい、こういう考え方に終始いたしておりますので、この考え方には全く変わりございません。

ただ、今あらがたい御忠言を賜りましたように、何とかこの法案の趣旨を国民のできるだけ多くの皆さんに理解していただきたいという余りに、私の大変軽率な発言が先生方に御心配をおかけしたことを心からお詫言するとともに、今後このような御心配をおかけすることのないように自重自戒してまいりたいと思つた。

○森本委員 ぜひ今後、こういった委員会で行えるようにお願いしたいと思つたわけでございますが、さらに大臣、もう一つ、私は最近の大臣の院外での発言についてお尋ね申し上げたいことがございまして。

それは新聞報道によりますと、十六日の夕方、大臣が群馬県の伊香保町のホテルで開かれた関東地区歯科医師会連絡協議会に来賓として出席された、こういうことが報道されております。そして、その報道の内容でございましてけれども、「好むと好まざるとにかかわらず、足りない医療費を

どこでまかなうかとなると、最も恵まれた条件にあるサラリーマンなど被用者保険の人の一部負担を願うしかなかった」とサラリーマンの人にお願いをするしかなかったというのを大臣がこでおっしゃつておられるわけでございますが、この会場は歯科医師会の会場でございまして、もし大臣がそういう思いでそういうことをお願いしたいという状況下であれば、私は患者の皆さんにそのことを述べてしかるべきではないかと思つた。

時がこういう時だけに、しかも場所が場所だけに、そして大臣の発言が発言だけに、要らない誤解を受けるのじゃないだろうかと思つた。

これは私が言っているのではなくして、この新聞報道によりますと、二つの紙面に書いてあるわけですから、「これらは」受診抑制に「つながる」として同改正案に反対している日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会の三師会に対し、事実上の「取引条件」を示して譲歩を迫つたものであり、「こういうぐあいに書いてあり、また、あるもう一方の新聞では「この日の厚相発言には、改正案への反対を和らげる狙いがあるとみられ、日本医師会など診療団体がどう反応するか注目される。」、こういうふうな書かれておられる。そしてまた、けさの新聞にも同じような趣旨の、取引ではないだろうかということが書かれておるわけですから、私が伺いたいのは、大臣の真意はどこにあったのかという点でございます。

診療報酬の引き上げのことをおっしゃるならば、まだことしの三月に二・七九％アップになつただけでございます。私は、診療報酬、技術料の値上げについては反対するものでもございませぬし、これについては十分考えていかなければならない問題だと思つておられるのですけれども、こういう場所、こゝろに要らぬ勘ぐりを与えられた大臣の真意のほどをお聞かせ願いたいと思つた。

○渡部国務大臣 最初のお尋ねの問題ですが、これは関東歯科医師会の連絡協議会で五十分ほど講

演をしてくれということを前の大臣の時代から頼まれておりまして、今私が大任になりましたので行つてまいりまして、健康保険法の今回の改正に至るまでの経過、また基本的な私どもの考えを申し上げまして、今御指摘ありましたように、財政が非常に厳しいゼロシリングという予算編成の中で、今日三兆九千億支出しているこの医療費に対する国費の補助をこれ以上増額するという事はなかなか大変である、そういうために私どもに迫られておる選択は、被保険者の皆さんの保険料率を上げるか患者に一部御負担をいただくことしかなかった、しかし健康の自己管理にお努めいただいて、医者に全然からなないで保険料だけを納めておる方もございますので、公平負担ということから、いわゆる現在の保険制度の中の給付率という面でも最も恵まれた条件にある被用者保険本人の皆さん方に一部の御負担をお願いするようになったということを説明したわけでございますが、このことは私もたびたびこの委員会でも申し上げて、一部御負担をいただく被用者の皆さん方には大変恐縮であるという趣旨は、この社会労働委員会でも先生方の御質問の中で何回となくお答え申し上げたことを、今度の講演の内容の中で申し上げます。

それから、診療報酬の問題についてもこの委員会でもいろいろ御指摘がありました、残念ながら、現行の診療報酬の中で技術料というものが重く評価されてないために薬づけ、検査づけに偏った医療が行われるのではないかと、いろいろな御指摘を賜りまして、その際も、今日の厳しい保険財政の中でなかなかできないのでありますけれども、保険財政が許せば皆さんから承っております御意見を尊重して、医学の進歩というものを前提にし技術料を重点にした診療報酬の改定というのに取り組んでまいりたいという私の考え方を申し上げたわけでございまして、決して新聞に書かれていのように取引とか、それによって賛成せよとかいうことはございせん。この委員会での健康保険法改正案に対して私が常に申し上げておる考え方を講演ということで歯科医師会で申し上げたのでございまして、ぜひ御了承賜りたいと思ひます。

○森本委員 向こうの会場でも御発言があったようでございますが、成立すれば診療報酬を上げるんだということをそういった会場でおっしゃられますと、やはりどうしても誤解を招くわけでございます。今大臣から御答弁いただいたように、決して取引でないというふうに我々は確信を持たせていただいております。

○渡部国務大臣 はい。

○森本委員 それで、さらに診療報酬の技術料の問題でございますが、これはこの委員会でも非常に論議されてまいりましたし、大変難しい問題だと思ひます。

私も、薬屋さんが薬でもうけるのはいいけれども、お医者さんが薬でもうかっていくこと自体はおかしいと思つておるわけでございまして、同時にまた薬価基準を引き下げて正しいようにしなければならぬ、それはそれでやる、そして技術料は技術料でまた別の次元で検討しなければならぬと私は思ふわけで、技術料の判断につきまして、この間の参考人陳述のときに吉田参考人がおっしゃっているわけですが、これは「技術料の評価でございまして、これは、これが一番よろしいという方法はちょっとないのじゃないか」と専門のお医者さんがおっしゃっておるわけですが、「この点が、技術料の評価というより簡単な表現をいたしまして、我々自身も大変苦慮しているところでございます。でもおっしゃっていますし、また「技術料の評価」というのは、先ほども申し上げましたように正確無比にできるというより第一義的な評価法はないだろう、こういうふうに思つております。」という答弁があるわけです。

私は、技術料あるいは薬価についてもこれから十分考えていって、国民が安心して治療を受けられるようにしていかなければならないと思ひますが、事この技術料という問題になりますと大変難しい問題でございまして、院外で余り軽々に御

発言なさらないようにしていただかないと、技術料は中絶協で決められていく問題でございまして、そういったこともあわせて大臣に慎んでいただかなければならない、私は苦言を呈する次第でございまして。

それから次に、保険制度の今回の改革でございますが、よく動機が不純ではないだろうかというふうに言われ、また見られるわけでございまして、それは保険制度の改革というところよりも、むしろ財政対策の見地から出ているところがあるのかなかなかうまくかみ合わないのだというふうな考え方が数多くありますし、今回の委員会でも、今日までこの点の問題がいろいろと論議されてまいりました。私もそう思うのです。もし保険制度を財政上でいろいろと考へていくならば、もう少し需要と供給の両面から見直していかなければならぬのじゃないだろうか、そういうふうに思ふわけでございまして。

〔丹羽雄三委員長代理退席、委員長着席〕

片一方のサイドだけで今検討されているような感

を私は受けるわけです。保険の目的は、大臣も御答弁いただいたし私たちも何度も聞いてまいりましたけれども、真に必要とするものには十分に手が届くようにしていくことが保険制度の基本的な考え方ではないだろうかと思ふわけですが、今回の一割負担の導入の動機はそういう面からあるのじゃないだろうかというふうに思われる。さらにまた、健康保険の財政がどうであれ、それが保険の本質に関するような問題であれば、さらにさらに長い期間をかけて十分に審議をしなければならぬのじゃないだろうかというふうに私は思ふわけですが、年金の場合にはもう十分審議を今日まで尽くされたから歩んできたとも思ふのですけれども、健保の場合にはまだそこまですべていらない。ただし、専門家の話によりますと、今日まで非常に論議されてきたのだというように私も何度も聞いております。しかし、私自身も医療については全くの素人でございまして、今質問させていた

にわからぬ私にとつてやはり唐突に起きてきたという観点から見ると、財政上の問題から来たのではないだろうかと言わざるを得ないわけでございまして、いかがでございませうか。

○渡部国務大臣 医療費の適正化、節減、こういうことのために受益者である患者の皆さん方に一部医療費の御負担をお願いしないだろうか、こういう議論は昭和四十年以来、幾たびかこの社会労働委員会でもあるいはそれそれ各党の政策懇談の場でも行われてきたというのを私も聞いております。したがって、本来であれば、この委員会でも社会健康保険制度の抜本改正ということが何遍か議論になっておったわけでありまして、やはり社会保障本来の方向である給付条件を一つにしていくとか、負担と給付の公平を図るとか、医療費の適正化を求めるとかいう意味で、これは思い切った改革がなされなければならなかったのかも知れません。それが行われない間に今日に参りまして、今非常に財政が厳しいときに今回改正案を出さなければならぬ状態になったもので、それから、先生方から、これは金がないから、財政の帳じり合わせのためにやったのだらうというふうな御批判もいただくわけでありまして、政府の立場で、私も、これは予算、財政というのも極めて重要な問題でございまして、今日の「増税なき財政再建」という路線の中で、社会保障をできるだけ後退させないで、二十一世紀に向けて国民皆医療、皆保険制度というものを進めていくために、今回は患者の皆さん方に一部御負担をお願いしようという改革案を出さなければならぬから、たといふことでもありまして、これは財政上の理由ではない、我々二十一世紀の医療保険の改革を目指している負担と給付の公平、そういう考え方もあるというのを御了承いただきたいと思います。

○森本委員 財政上の理由でないという見地から御理解をいただきたいということでもございまして、そういう趣旨をこどもも何度か述べてこられました。そして、今また、予算のために何とかこ

ただければ、私は国民の皆さんの幅広い理解を
ちようだいすることができると思っておりますので
あります。私どもの努力が足りなかったため
に、ただ今日まで、十割給付であった被用者保険
の皆さん方に一割の御負担をお願いするという点
のみが幅広く伝わりまして、負担がふえるという
ことは好ましくないというふうなことでござい
る。趣旨の決議等がなされておると思ひますが、私
は、この改正案のよって来るゆえに、内容、これ
を十分理解していただければ御理解を賜るものと
思ひ、一生懸命理解を賜るよう頑張っております
と。またおしかりを受けなければならぬとい
うことであるわけですが、私はできるだけおし
かりを受けないような慎重な配慮の中で、今後もこ
の改正案の必要なゆえんというものを幅広く国民
の皆さん方に理解していただきたいと思ひていま
すが、それにはまず、その国民の皆さんを代表し
て御審議を賜つておるこの委員会の先生方、特に
野党の先生方に御理解を賜りたいと思ひます。

○森本委員 努力が足りなかったから三十七の都
道府県から意見書や決議が出た、それだけじゃな
いと思ひます。努力はされたのだけれども、まだ
出てきておるのではないのでしょうか。一生懸命
努力されたと思ひます。厚生省も今までにないよ
うなパンフレットもおつくりになりましたし、
努力のあらわれだと思ひます。何とかこの法
案を通そうという努力のあらわれだし、いろいろ
な医療機関の雑誌を見ますと、大臣がにこやかに
スポーツ選手や女優さんと対談しておられる記事
が載つておる。大臣も厚生省の皆さんも一生懸命
努力されておる。しかしわからないのじゃないで
しょうか、考えておられることが、私も非常にわ
からないのです。それはなぜか。

私、同僚の議員が、この委員会が始まってあ
るいは本会議で大臣が、二十一世紀、二十一世紀
と言つて医療制度を考えるならば、中長期ビジョ
ンを出してください、このように何回も何回もお
願いし、そのことを申し上げ、ほかの先生方もそ
のことを申し上げてこられたわけであつて、こ
の文書が二十一世紀ビジョンとして、これ
は取り急いでかどうか知らぬが、私はけちをつけ
るつもりはございせんけれども、我々の要望に
こたえて「今後の医療政策の基本的方向（厚生省
試案）」というものを提出した。これを出し
しにわたつたわけですが、これがわからない
から、みんなが、医療は今後国が言つて、政
府が言つて、やり方に納得していいの
かどうかというところが国民には理解できないとい
ふ、しかも負担という問題で来ておるものですか
ら、ますます納得させることができないと思ひ
ます。

しかも、今こうして出していただきました資料
でございすけれども、本来ならばこの健康の論
議に入る前にこれが出されていくのか、柱だ
けあつてその建て方はどうなのか、屋根
の形はどうなのか、あるいは壁はどう
なのか、そういう具体的な内容がほとんどないわ
けです。それで施主さんに、これだけの設計図を
見せて、あなた、この家は冬暖かく夏涼しいから
こへ入つてくださいますかと言つても、施主さんと
してはなかなか納得できないのが今日の健康保険
の論議ではないかと思ひます。

せんだつて参考人が陳述に立たれましたが、こ
のときは大臣がおられませんでしたから、岡村参
考人が私も思わず拍手したくなるようなことをお
つしやつていましたので、その後読んでいただい
たと思ひますけれども、もう一度ここで、この
「二十一世紀のビジョン」ということについてそ
の人の所感が述べられているので、それを引用
し、御報告をさせていただきますと思ひます。

「強制的な面だけが時期が明記されていて、残
りが書かれてない、このようになりまして、いわ
ゆる日暮れて道遠しという感じがしないでもありま
せん。また道の遠い中で、ちようちゃんは出されて
なるほど明るくなるのかのように感じますけれど
も、ろくそくがついてない、マッチがないとい

う」のが、この「二十一世紀ビジョン」について
の所感だと思ひます。これは本当に拍手し
たくなるように、これは本当に、すばらしいの
をいただいたけれども、さつき申し上げたように、
家の柱はわかつたけれども、それがどうして建つ
ていくのかわからない状態で施主に納得せいで言
つておるのと同じことじゃないか、このように
思ひます。それだけでも、いかがでございすか。

○渡部国務大臣 確かに先生御指摘のように、私
ども、この健康法の抜本改正を提出する際に、総
合的な二十一世紀を目指してのビジョンというも
のをあわせて持つべきであつたと思ひます。私
どもの点を先生方から教々御指摘を賜りました。私
ももつともだと思ひましたので、その後、社会労
働委員会あるいは予算委員会の先生方の貴重な御
意見を賜りながら、この貴重な御意見をできるだ
け取り入れる形で、私どもは今回のビジョンをつ
くつたわけでありす。

具体性が乏しい、あるいは時期的な明示がない
というお話しであります。これは政府という立
場ではなかなか具体的な数字や何かを明示するこ
とは困難でございしましたが、しかし、先生方から
ようだいたしました。例えば医療機関と福祉施
設の間の中間施設というふうなものは大変貴重な
御意見としてこれを取り入れさせていただきますと
か、また、国保をできるだけ早く今の七〇%の給
付を八〇%にすべきであるという貴重な御意見も
賜りましたので、これも私ども、六十年後半の
きただけ早い時期にそういう方向に持つていき
たいと思ひます。

先生からおつしやればこれはなまぬるいとい
うことでございすけれども、今日の低成長の中
の厳しい財政という中で、私どもにとつては、六十
年代後半のきただけ早い時期にやりたいとい
うことを書き込むのにも、これはみんなて相談をい
たしまして、まるで清水の舞台から飛びおりるよ
うな決意が必要であつたといふことも御了承賜り
たいと思ひます。

○森本委員 せっかく「二十一世紀をめざして」

という骨子をおつくりになったのですから、どう
かこれをよく充実させていただきたいと思ひわけ
でございまして、我々も保険制度というのはい
なければならぬと思ひております。思つてはい
るけれども、この「二十一世紀のビジョン」が余
りにもわからないから、今行われていることも私
たちは理解することができないわけであつた。

ということは、最初にこれを出せばよかったわ
けです。私は、最初のボタンのかけ方を間違つた
んじゃないだろうかと思ひます。もう一度ボ
タンをきちつと、間違つたかけ方を一たん外し
て、そして一からボタンをかけ直すといふこと、
そんな考え方はいかがでしょうか。もう一度この
「二十一世紀のビジョン」から入つて、そして国
民にもわかつていただきコンセンサスを得ること
ができて、それでこの問題をもう一回真剣にやろ
うといふことはいかがでしょうか。

○渡部国務大臣 先生方から大変ありがたい、こ
れはビジョンもやはり一緒に出すべきでないかと
いう御忠言を賜りまして、私どもも、その御忠言
に對し謙虚に素直に、一生懸命頑張つてこれをつ
くりましてボタンをかけ直しましたので、もうこ
れで進めていただきたいと思います。

○森本委員 もう一度ボタンをかけ直し服を脱い
でやれというのと、いや、もうボタンのとめ直し
だけやりましたという論議を幾らやっても前へ進
みませんので、それでは、この厚生省試案を立派
なものに仕上げていっていただきたい、もう一度
見直していただきたいというのが我々の切なる思
ひであります。この試案を今論議すること自体
もおかしなかわかりませんが、議論しな
かつたならばますます国民にわかりにくくなりま
すので、この中で私の感じたことを何点かお尋ね
申し上げたいわけであつた。

まず、この厚生省試案——厚生省試案と私もさ
つきから申し上げておりますが、これは恐らく財
政的な裏づけがない、大蔵と話し合ひは恐らく詰
めていらつしやらないと思ひます。もう見ます
と、今日まで出てきた問題をざつと、さすが有能

なる厚生省の皆さんでさつとつくり上げられたものじゃないだろうかと思うのですけれども、さらに突き詰めていきますと、そういう有能な皆さんでありますから、さつとつと詰めることができるはずですが、その辺がでなかつたがゆえに「厚生省試案」という形になっている。「試案」にするかどうかは随分思案されたとは思いますが、なぜ「試案」となったのか。

○吉村政府委員 思案の結果「試案」としたのではないかと考えていますが、確かに私も、今回のビジョンというのは、一応私どもの胸の中にあつたもの、あるいは大臣が大臣になられてからいろいろ政策的な発言をされた問題等を全部まとめよう、こういうことでまとめたいものでございまして、今後の厚生省の保健あるいは医療に関する政策の基本的な目標みたいなものを示した、こういう性格のものでございまして。したがって具体的な肉づけがないではないか、あるいは財政的な裏づけがないではないかという御指摘でございますが、現在の段階では御指摘のとおりなものであります。

また、本来なら政府部内で全体的にまとめる、こういうことも恐らく必要なきが来るのであらうと思ひますし、また財政当局とも十分打ち合わせをして、財政的な裏づけを持った少なくとも計画に近いようなものをつくり上げていく、こういう作業が必要なのであらうかと思ひますが、私も、現在の段階では、厚生省として厚生大臣を初め我々の頭の中にある政策目標をひとつまとめてみよう、こういうことでまとめたいものでございまして、「厚生省試案」以上の表題をつけるのはなかなか私もとしてみても不適当だ、こう思ひますし、「厚生省試案」以外の何物でもございせんし、また以上の何物でもないというのが現在のこの「試案」の中身であらうと思ひます。

○森本委員 だから、これからどうか年次計画について、年次計画の場合も負担の部分だけが明確になつていまして、給付の部分ほとんど明確になつていない、またそのほかの二十一世紀へ向か

つての環境づくりをどうするかということが明確になつていないわけでございます。我が党は、二十一世紀の中長期ビジョンを申し続けてまいりましたので、裏づけを今後十分に検討していただきたいと思ひます。

この中で「給付と負担の公平化措置（一元化）」というのがございまして、この一元化というのは、保険料の一元化でしょうかあるいは制度間財政調整の一元化になるのかという点。それから、六十年代後半といふのは六十九年十一月も六十年代後半になります。いつほどのめどなのか。後半としかつかれないのはなぜか。この二点についてお願いしたいと思ひます。

○吉村政府委員 私ども、医療保険の一元化といふことで意味する内容は、負担の面だけではないでございまして、給付と負担の両面に現在見られます制度間の格差、こういうものを是正いたしまして、すべての国民にとって給付並びに負担の両面にわたつて公平な制度になるようにすることとを一元化だ、こういうふうに考えておるわけでございます。

それから、一元化の時期でございまして、「六十年代後半」というように遠慮をして書いておるわけでございます。私も給付を将来少なくとも八割給付といふものを頭に描いておるわけでございますが、八割給付に持つていくために一番難しいのは国民健康保険制度でございまして。例えば私も計算をさつといたしまして、国民健康保険を仮に五十九年度で七割から八割にしようと思へば二千六百億円の新たな財源が必要なのであります。すぐに給付率を引き上げる、こういうことがなかなか難しいのであります。そして、この難しさといふのは六十年代になればできるかといふことやそれだけの自信がない。いづれにいたしまして、多額の財源を必要とする場合には、やはり今後の医療費の状況なりあるいは退職者医療制度の実施の状況なりあるいは国民健康保険の財政状態なり、そういうものを総合的に勘案し

なければならぬ。ちなみに、国保を実施しておられる市町村長の中には、七割でいいではないかという議論もございまして。八割にすべしという議論もありまして、七割でもいいのではないかと。そういう危惧をお持ちの市町村長さんもおられるわけでありまして、これから国民的な合意といふものを取りつけていくためにはやはりかなりの時間が必要ではないか、こういうことを予測しておるわけでございます。私も「六十年代後半」と書きましたのには、実施時期を明確にすることが現段階ではどうしても自信を持って明示することができない。しかし、六十五年まであと六年あるわけでありまして、六年間の期日をかければ国民的な合意といふものを形成するに十分な時間ではないかといふことで、さしあたって「六十年代後半」という表現を用いたわけでございます。

○森本委員 次に、そのすぐ後に「給付の八割程度」といふふうに書いてありますけれども、これは給付を八割へ持つていくプロセスあるいは財源対策が明示されておられませんし、程度といふのはどの程度のことでしょう。

○吉村政府委員 私どもは、給付割合を考へる場合に、現在も実施しておりますが、高額療養費制度といふものを今後も活用していきたいと思つております。したがつて、仮にフラット部分を八割といたしまして高額療養費をそれに加味いたしますと、例えばやり方いかんによりまして、八四％ぐらいの給付率になるとか八五％の給付率になるとか、しかし非常に薄い高額療養費を採用するとすれば八二％になるとか、いろいろなパーセンテージになるわけでありまして、少なくともフラット部分八割にプラス高額療養費制度といふものを頭に描いて「八割程度」という表現にしたわけでございます。

○森本委員 八割給付率の定義なんですけれども、もう一度定義について。

○吉村政府委員 いかなる場合でも給付をする、それだけの給付はするといふ法定の給付率を私ども

もフラット給付率といふように考えております。○森本委員 「八割程度」の「程度」は実質給付率なんです。フラット給付率なんです。

○吉村政府委員 「八割程度」といふ場合には私どもは実質給付率を頭に描いております。それで、フラット八割プラス高額療養費といふことで、実質給付率は八割程度になるし、法定給付率といふことになりまして八割、こういうことに考えております。

○森本委員 厚生省からいただいた五十九年度の国民医療費の内訳での保険負担が八〇・三％となつております。もう既に今八〇・三％ですから、六十年代後半までいかなくとも八割程度といふのであればいけるのではないかと思ひます。それと、それとの絡みですね。

○吉村政府委員 八〇・三％というのは、ちょっと数字を持つておりませんが、確かに政府管掌健康保険では改正後には八四・八％の実質給付率になる、こういうふうに考えております。それから、組合健保におきましては八七・二の実質給付率になります。そして、国民健康保険では七・九％の給付率になるわけでございます。したがつて、本人について九割給付をして、家族につきましては入院八割、それから外来七割ということ、かつ高額療養費制度を加味するならば、今申し上げましたような実質給付率になるわけでございます。

そこで、私も、政府管掌健康保険、組合管掌健康保険等につきましては九割給付といふものを将来は八割に持つていく。同時に、家族につきましては七割を八割に引き上げていく。そして、国民健康保険につきましても八割給付に持つていく。そしてフラット給付率は八割に統一をし、かつ高額療養費の実質給付があるわけでございますから、これをプラスいたしまして八十何・幾らといふような実質給付率にしたい。それを「八割程度の給付率」といふことで目標にしておるわけでございます。

○森本委員 このビジョンについてはもう少し

ろいろお尋ねしたい点もありますが、次へ進めさせていたきたいと思ひます。

退職者医療制度を新たに創設することが今回の改正の柱になっております。これも何度か言われてきたことではございますが、国庫負担がゼロである。健保の精神からいくとやはり国庫負担をしなければならぬというふうに私は思ふわけでございますが、その点をお尋ねしたい。

それからもう一つ、この財政負担の肩がわりを拠出金によっていただくわけでございまして、この歯どめがないということではございまして、これも厚生省からいただきました資料でございますが、「任意継続被保険者制度の仕組みと状況」というところでございまして、これからだんだん退職者も、この五十一年から五十六年まで継続被保険者がふえてきておられるわけでございまして、これは一体どこまでどうなっているのか、際限のないものなのか、どこで歯どめをするのか。今回そういった歯どめの部分がないわけですが、国庫負担のことと歯どめのこと、御答弁願ひます。

○吉村政府委員 退職者医療制度に国庫負担を入れるべきかどうかという議論はいろいろとありますが、私どもは今回の退職者医療制度というものは被用者保険制度の体系に属する制度だというように考えております。ただ、その実施の便宜のために国民健康保険の窓口を借りて実施をする。したがって性格いかんということになりますと被用者保険だということに考えておられるわけでございまして、被用者保険だと思ふと、これにつきましても被用者保険全体としてこの退職者医療制度の費用を負担するわけでございまして、被用者保険グループというものが国庫負担を入れなければならないグループかどうか、こういうことを考えてみますと、退職者医療費を賄うに足る負担能力を十分有しておられるグループだというように考えております。非常に比喩的に言いますならば、退職者を相手にした新たな全国的な健康保険組合をつくつたみたいなものではございまして、私はこのグループは国庫負担

担を入れなくても十分運営ができるグループだ、こういうふうに考えて国庫負担を入れておりません。

それから、今後退職者医療の費用がどんどんふえて歯どめがない、そのために負担についても底なしの増加をするのではないかと危惧があることはそのとおり、そういう危惧があり得ると思うのであります。私ども、今回、退職者医療制度を実施するに当たりまして拠出者のサイドの意見が反映できるような仕組みをつくっておりまして、例えば社会保険審議会でも十分この拠出の問題を審議をする、こういうような仕組みもつくりましたし、また、国民健康保険の運営につきましても被用者保険サイドから拠出者の意見を十分述べることができるよう仕掛けもつくりましたし、いろいろなことでも歯どめの措置を講じていきたいと思つております。そういう措置を講じておられるわけであります。また、非常に長期的に考えましても、退職者医療制度の費用というものはそれほど大きな額にはならないと私も考えておられるわけでありまして、現在五十九年度におきまして退職者医療制度の実施のために必要とする料率は千分の五・七四でございまして、これが三十年後にピークになるのであります。したがって、三十年間で千分の九・八でございまして、したがって、三十年間で千分の四・八程度の費用の増加だということ、こういうふうに予測をしておるところでござい

ます。

○森本委員 退職者医療制度は我々も賛成するものでございまして、問題は、先ほども申し上げましたように、局長からも御回答がございましたように、三十年後が一番ピークになるわけではございまして、そのとき拠出金がたえ得るものかどうか、これからは十分にその成り行きを見守つていかなければならないと私は思ふ次第でござい

す。

同時にもう一つ、退職者医療制度は六十歳から十年間を対象となっておりますけれども、五十五歳定年の場合には任意継続被保険者制度があるというわけでございまして、二年間はつなげますがあと三年間はございません。労働省の雇用管理調査では、六十歳定年制をしいている企業が四五・八%、まだまだ半分以上が五十五歳の定年である、その谷間の間に大臣は任意継続期間延長を検討する、こういうふうな約束をされているようではございますが、どうされるんですか。

○渡部国務大臣 これは先生御指摘のとおり、退職して退職者医療になるまでの空白期間があつては大変気の毒な状態ではございますので、これらの点については先生方の強い御指導をちょうだいしながら善処をしてみたいと思ひます。

○森本委員 次に、高額医療制度についてお伺いしたいと思ひます。

「所得に応じた仕組みを導入するなど今後その技術的な見直しを図るべきである」と制度審が言っておりますが、私はきめ細かな配慮が非常に必要ではないだろうか。また、けさの新聞に居るわけではございますが、大臣がこゝでは「割負担の導入によつて、標準的なサラリーマンが重い病氣にかかつても、生活が破壊されないようにする」というふうな考えを述べられておられる点でござい

ます。こういうふうな高額医療制度というのは暦月方式、それが、やはり高額医療制度というものは暦月方式、それから一人一レセプトという仕組みの中に問題が数多く起きているのではないだろうか。よく言われていることではございますが、家族四人おつて、四人とも病氣になる場合もあり得る、その場合に五万円だとしても二十万円かかる、こういう問題に対して家族単位で考えることができないものだろうか。税金の場合等々はそのういふふうになつておりますけれども、それができないものだろうか。また、暦月方式でございまして、この暦月方式でいきますと、月末に受けてまた今度月初めにその医療がかかりましてそれだけ高くなるということ、これも三十日単位という形でその病氣にかか

つた日から起算して考えることはできないだろうか。また、レセプト方式でございまして、首腸が悪いということではその人が仮に五万円か

つて、同時にまた、咽喉が悪かつたのでそちらの科の方へ行きますとまた五万円払わなきゃならぬ、こういう点について今後高額医療制度についてどうされるのか、お伺いしたいと思ひます。

○渡部国務大臣 これは政令で私も定めざるわけではございますが、いづれにしても御心配いただくような問題は、この健康保険法の改正案を通じていただくことによつて非常に心配な問題が出てくるという問題でございまして、私はこの健康保険法の改正案を通じていただくことによつて、被用者保険の皆さん方がその負担のために生活破壊が行われるようなことがあつてはならないと考へておりますので、これから先生方の御意見を十分に尊重してそういう心配がないという方向で勉強をし、また皆さんの御意見を聞きながらそういう心配のないような方法を考へていきたいと思つております。

○森本委員 暦月方式とレセプト方式については、考へるといふのが、検査されてい

る部分というのは現在あるのですか。実際はどうな

んですか。

思っておりますが、コンピュータ化できれば今先生御指摘のような世帯合算、あるいは疾病が始まってから転帰まで、あるいは一医療機関に限定しないで計算をするというようなことは非常に簡単にできるようなわけでありまして、それまでの間、現在の事務処理体制というものを前提としながらどう工夫があるかということでも検討を進めておるわけでございまして、先生御指摘の問題点を全部解消するのはなかなか難しいかも知れませんが、一部でも前向きにひとつ実施をするつもりで検討を加えておるところでござい

○森本委員 次に、難病患者の公費負担の現状について質問をさせていただきたいと思ひますが、公費負担見直し、これは一月三十一日に、厚生省は、公費負担医療制度を中長期的な観点から見直す方針を定めたというふうにおっしゃっているわけでございまして、この難病患者は非常に大変でございまして、この難病患者の人々は、一つの病気にかかったならばもうそれにずっと取り組んで、その病気に生涯闘っていかなくやらない、これは大変な費用負担になるわけです。この公費負担見直しというのは、難病患者への負担は一体どうなっていくのかということを非常に心配しておられるわけでございまして。

一昨日の社労委員会でも、私は腎臓患者の皆さん方が私に寄せてくださいましたお手紙を読ましていただきましたけれども、それは雇用促進の角度からお話しさせていただきました、きょうはそういった方々の医療問題、将来どうなっていくのかということをお尋ねする意味からも、奈良県の腎臓患者の方が私に渡していただきました手紙を少々読ましていただきたいと思います。

透析は週三回、一日に五時間以上全身の血の入れかえをする、大変な苦痛に耐えていく。さて週に三回と言うのは簡単ですが、社会生活から考えますと週三回会社に出動できないわけです。こういうふうに書いてあります。事情をいろいろ聞き

ますと、もうほとんどが会社勤めをやめざるを得ない、週に三回透析でございまして。そういう状況下でございまして。出勤不足等々があつてやめなければならぬ。透析は夜すればいいじゃないか、そういう設備もあるというふうにも伺っておりますが、広い奈良県においてたつた二つしか夜間に透析してくれる病院がないわけでございまして。こういう状況から見ると、やはりだんだん会社をやめていかなければならない。生活が大変になってくる。そこでまた戻りますが、障害年金を受給していても、週三回の通院はやることはできません。障害年金に頼っているわけです。県

下透析施設の偏在するため、人にもよるが、交通費が高額で生活費を圧迫し、内臓疾患の人には運賃の割引が適用されておられませんので、交通費が高額になってくるわけです。時には、体調不良のときは往復ともタクシー通院の余儀なきに至り、いよいよ生活費に食い込んでいきます。また、透析療法は機械が毒素を除去するだけでなく、「私たちは体内に生理的に生ずる毒素を排せつする機能を失っておりまして、透析医療で自分の血液を体外に取り出し、機械（人工腎臓）にかけて洗浄し、体内に返血するという難療法で救命されています。この透析療法は週三回、一回に五時間以上、全身の血の入れかえは生きるための苦痛であり、これに耐えています。さて、週に三回と言うのは簡単ですが、社会生活から考えますと週三回会社に出動できないわけです。このようにもう生活面が大変、栄養もなくなりますからいいものを食べなければならぬ。したがってそのためのいろいろなお金が要る。こどもも書いておられますけれども、決してぜいたくしているわけじゃないけれども、「当然生きるために、はた目には一見ぜいたくな高たんぱく、高カロリー食事を摂取の必要があり」というふうに書いて、幼児を抱えたりしたらもう家計は火の車だ。そして「このたび政府は、健康保険制度の改革を実施するようになことになれば、透析医療費は高額ゆえに、例え一割といえども、月十五回以上の回数の医療費

を支払うと、年金や少ない稼ぎを全部はたいても支払い得るか大きな疑問で、透析医療は死ぬまで続けねばなりません、金の切れ目が命の切れ目につながる、こういうふうな切実なる訴えでござい

ます。透析患者が非常に心配しておられるのはそのこととございまして、透析患者は一体どうなるのか、具体的にどうなるのか、難病の私たちはどうなるのかというふうな数多くの疑問が私たちのところに寄せられております。これは今回の改正の中にあつてもまた大きな問題でございまして、これがどうなっていくのか、御答弁願いたいと思ひます。

○持永政府委員 今先生お話し的人工透析を受けられる患者の方々の医療費の自己負担につきましては、現在、身体障害者福祉法に更生医療の規定がございまして、その更生医療に基づきまして一定の費用徴収という規定がございまして、そういう範囲内で更生医療の給付の対象としたしております。

今回、健保の改正がございまして被用者本人の医療費自己負担についてそういうものが出てきたといたしまして、身体障害者福祉法に基づきまして自己負担分、それに新しく出てまいりました自己負担分につきましては、身体障害者福祉法による更生医療の対象ということで考えて、そういった御心配が起きないようなことを考えております。

○森本委員 公費負担の見直しのところではこれは出てまいりませんか。見直しをするということですが……。

○持永政府委員 現在、私が申し上げましたのは公費負担医療の見直しという観点ではなくて、現行の身体障害者福祉法による更生医療が、自己負担分については自動的に給付対象になるということとございまして、保険で自己負担分になった分については更生医療がその分だけ給付される、こういうことでござい

○森本委員 今後、この難病の方、今挙げました腎臓患者の方ですけれども、今以上に負担が大き

くなるということはある得ないんですか。その辺について伺いたいんです。

○持永政府委員 人工透析を受けておられまして、少なくとも身体障害者福祉法によりまして更生医療の給付対象となられるような患者の方々については、先生が御心配のようなことはございせん。私どもとして、給付はいたすつもりでござい

○森本委員 この腎臓患者の方々以外にも難病を持つておられる人たちが、今回の健保改正でもって将来私たちはどうなるんだらうかということが大変今心配されておられるわけでございまして、こういった患者の皆さん方にも一つ一つ、改正する部分の話だけじゃなくて、御心配の大丈夫な部分は大丈夫ですよというふうないろいろと言つてあげることがまた健康保険を一步理解させることになつていくんじゃないだらうか、このように私は思う次第でござい

時間がかかりましたので質問を終えさせていただきますが、大事な保健医療の問題でございまして、何度も申し上げますように、私たちの健康と命にかかわる問題でございまして。どうか、さらにさらに慎重に審議していただきまして、よりよきものにしていただきますことをお願いいたしまして質問を終えさせていただきます。

〔丹羽（雄）委員長代理退席 委員長着席〕

○有馬委員長 伊藤昌弘君。

○伊藤（昌）委員 お疲れでしょうが、もうしばらく御辛抱をいただきとう存じます。

まず、国立病院が問屋から医薬品を買い掛ける購入をしますが、その支払い期間は一体どのくらい、何カ月くらいになつておるか。大臣、御存じでしょうか。

○正木政府委員 この三月に薬価改定がございまして、その後、医療機関との価格調整というのが非常に難航しておつたわけでござい

が、かなり時間を要しておるということで、物によりましては三ヶ月ないしそれ以上もかかっておるといふところがあるわけでございます。

○伊藤(昌)委員 三ヶ月ぐらいたつたとしても、そんなものじゃないでしょう。もう調べておられると思うが、もしそれを知らなかったら私の方から申し上げる。言いましうか。

○吉崎政府委員 国立病院が購入いたしました医薬品をどれくらいの間で支払っておるかということでございますが、これは病院によりまして必ずしも一定いたしておりませんけれども、長いのでやはり三、四ヶ月のものがあろうかと存じます。

○伊藤(昌)委員 大臣、実態調査していないかあるいはうそをついておる。私が調べたところでは、大病院は仕入れてから六ヶ月、七ヶ月半、それも納品書に日付を入れないで品物を納めさせる。どうして納品書に日付を入れないのですか。

○吉崎政府委員 ちょっととつたお尋ねでございます。手元に資料を持ち合わせておりませんけれども、国立病院におきましては医薬品は非常に重要な費目でございます。なるたけ効率的に購入しようという努力をしておるのでございますが、会計法規を守ることにつきましては常に厳しく指導しておるところでございます。まして、ちょっとたゞだいまそういうことがあるかどうか、後はど……。

○伊藤(昌)委員 会計法規は、できるだけ早く払ってやれという内容でしょう。それなのに六ヶ月も七ヶ月もおくれるのじゃ。

ちょっと申し上げます。国立医療センターが六ヶ月、国立小児病院が六ヶ月、国立東京第二病院が六ヶ月、国立大蔵六ヶ月、大阪病院六ヶ月、大阪南病院七ヶ月、大阪北病院七・五ヶ月、滋賀県の八日市の病院六ヶ月。これはどういふことですか。病院の放漫経営その極みありませんか。幾ら政府が放漫財政で大赤字をつけたからといって、病院は何もまねさせることはありません。病院経営のどこが悪いのですか。相手は中小企業

者。一生懸命お医者さんの言うとおりにして物を納めていて、そして大してもうけさせもしないで六ヶ月、七ヶ月も引張るというところはどこにございませうか、大臣。

○渡部国務大臣 先生御案内のように、医療費は毎月医療機関に保険で払っておるわけでありまして、当然その時点の中に薬代も含まれておるわけですから、当然その時点の中に入ります。それが六ヶ月も七ヶ月もおくれているというところは好ましくないことであり、今先生御心配のような中小企業の問題もございまして、よく調査して、適切な指導をしてみたいと思ひます。

○伊藤(昌)委員 どうぞお願いします。支払基金は三ヶ月でお金をくれるのですから、何に使っているのです。直ちに調査をして、すぐ改めてください。こんなことではひど過ぎますよ。

その次に移ります。日本医師会の幹部は次のようにおっしゃいます。今の医療は官僚的保険制度のための医療なのか、医療のための保険制度なのかと問われると、制度に医療が従属しており、これでは正しい医療とは言えません。医療は医師や薬剤師のためのものではなくて、医療は国民のためのものであります。国民のためにならない医療ならば国民のためになる医療につくりかえる、こうおっしゃるが、私もそのとおりだと思ひます。

そこで、お医者さんの中には実に頭の下がる立派なお医者さんが大勢いらっしゃる。保険局長、私は薬剤師ですからお医者さんをたくさん知っております。薬で利益を得ようなどと考えず、処方せんを発行して開業薬剤師たちに生きがいを与えてくださる立派なお医者さんも次第にふえております。これに対して本心に私は真心から感謝の意を表したいのであります。ところが、逆に水増しとか不正診療、過剰診療、こんな内容については、これは古いことですから、今申し上げても時間のむだ、言いません。これはひど過ぎる。いろいろ事例が書いてあるのを持ってまいりました。ここで申し上げる必要もないでしょうから申

上げさせなくても、こういうことでは医師会の言われる正しい医療とは言えないと思ひます。ごまかしのやれる原因というものは一体どこにあるか、こういうでたらめなことが平然と行われておる原因というのは今の医療制度の一体どこにあるか。これは答弁は長くないで、ことごとことごと、ひとつおっしゃっていただかせませんか。国民にわかるように、政治というものは国民にわからなければならない、私に答弁をなさるのではありません。国民にわからせる気持ちで、ことごとことごとが悪いということひとつお話をいたしたい。

○吉村政府委員 現在の制度は出来高払い方式でございます。したがって、行った診療行為の量が多ければ多いほど収入がふえる、こういう仕掛けになっております。その診療行為の量を決定するのは医師でございます。医師の裁量権に基づいてそれが決定をする、こういうことになると思ひます。

したがって、一つは、医師の倫理あるいは医学常識というものが診療報酬の多寡を決める、収入の多寡を決める一つのポイントになることは事実であります。

それから、変な言い方でございますが、利潤率の高い診療行為をやるならば収入がふえ利潤も上がる、これも事実であります。利潤率が高い診療というものは何か、こういうことになりまして、一つは薬の問題であります。先ほど御指摘のような薬価がなかなか決まらない、こういうことでございしますが、それはやはり値引き率が決まらないために取引がおくれないわけでありまして、値引きが非常に多ければ多いほど薬価差益がふえる、そうして薬価差益が大きい薬を使えば収入はふえる、こういうことに相なります。

それからまた、検査等につきましても、今検査技術というものが発達しております。検査をする項目が例えば二十あるとか三十あるとかという検査機器が発達しております。したがって、その二十なり三十なりの検査項目がその患者にとって全

部必要かどうかは別として、自動的に必ず二十なり三十なりの検査をする、こういうような検査になっておる面がございます。そういう場合には不必要な検査が行われておる、こういうことに相なります。

したがって、私どもは、現在の診療報酬制度の最大の欠陥として指摘されるものを申し上げます。ならばそういう点ではなからうか、こういうように考えておるわけでありまして。

○伊藤(昌)委員 結局、よくこういう言葉を使います、秘密治療。こういう医療制度を続ければ、やはり人間ですから次第に欲をかきたくなつてしまつて、そして、だんだん医師の良心よりもそらばん勘定の方に流れていく情性というものがつくのではないかと、こう考えます。しかし、立派なお医者さんもおお勢いらつしやるのですから、処方せんはほとんどふえておる。この辺のところを医師会とじっくり話し合いをしていくべきではないかと思ひます。

そこで、本人と家族の薬剤費に二、三割も違いがあるというのはいくらわけですか。本人はよく診て家族はよく診ないということなんですか、薬剤費に違いがあるというのは。

○吉村政府委員 薬剤費が本人と家族で二割ないし三割違うのは事実であります。なぜ違うのか、ここが私どもの思い悩むところでありまして、なかなか説明がつかない部門でございます。ただ、一つの理由としては、やはりただだからそれだけの過剰な診療が行われるであらう、こういう推測は十分成り立つわけでありまして、今回の一部負担も、やはり自分のかかった医療費がそれによってわかるならば、そこにお医者さんと思者さんとの間に一種のプライス・メカニズムみたいなものが働くことによつてその二、三割多い部分が少しは縮小するのではないかと、こういうふうに私は考えておる次第でございます。

○伊藤(昌)委員 ああ、そう。そういう考え方で大阪、京都の医療費は、東京の医療費の何倍と

向こうの方が増高しておるといことを聞くのですが、これは本当ですか。これはどういう違いがあるのですか。

○吉村政府委員 東京と大阪を比べました場合に、大阪は、本人の外米が千四百六十四点でございます、一カ月の一件当たりの診療費が千四百六十四点です。東京は九百七十八点、こういうことになると思います。東京は九百七十八点、したがって九百七十八点ということでございます。一、五倍ぐらいにはなっております。これが外米でございます。それから入院につきましては、本人は大阪が二百九十二点、したがって二十九万二千七百二十円、東京は二百六十六万二千三百点、金額に直しますと二十六万六千二百三十円、こういうことでございます。余り差がございません。

○伊藤(昌)委員 薬の卸屋さんの売り上げを尋ねてみますと、大阪で物を売っていらっしゃる業者ですが、昨年、ことし、一割から二割の売り上げが減退をしているという。薬価基準を下げたのは五十六年からでしょうか、そういうものとの関係なく、昨年、ことしと問屋の売り上げが下がっているというのはどの辺に原因があるか、お調べになったことはございますか。

○吉村政府委員 詳しく調べておりませんが、医薬品の売上高の伸びが急に止まった、こういう事実は存じ上げております。ただ、その原因というのは、一般的にはレセプト審査が非常に厳しくなったのではないかと、こういうような御指摘もありませんけれども、私もやはり売り上げがそう伸びなくなった理由というのは、薬価基準の改正を、五十六年からことしの五十九年の三月まで三年間の薬価基準の引き下げ率が約四〇％程度になつております。したがって、医薬品を使つても従来のような薬価差益というものを得ることができなくなつておるとは、これはもう事実だと思ひます。したがってそれが売上高に響いてきておるのではないかと、こういうふうに思ひます。

○伊藤(昌)委員 日本は医薬品の間屋の数、それから外国の間屋の数、日本、西ドイツ、イギリス、アメリカなど、比較するところのくらの数になりますか。

○正木政府委員 ただいまここに外国の卸の数を持ち合わせておりませんが、日本の卸は概ね申しますと二千と言われております。卸連加入しておりますものが大体大手のもので五百と言われておりますが、中小その他をひくると二、三千くらい。外国に比べて卸の数はかなり多いというのが現状だと思ひます。

○伊藤(昌)委員 私がせんだつて尋ねましたところ、西ドイツは三十一、イギリスが四十、アメリカが百三十、日本が五百十五、そのほかに現金問屋というのがあるようですが、現金問屋というのは何ですか。

○正木政府委員 現金問屋も業法に基づきます卸売一般販売業の許可を受けている業者でございますが、これは比較的汎用される医薬品を主体といたしまして、現金決済で行うということで行われているものが通常現金問屋と言つておるものでございます。

○伊藤(昌)委員 どこから仕入れるのですか。どういうところから。

○正木政府委員 実はその現金問屋の実態というのはなかなかつかみにくいわけでございますが、この現金問屋が購入しますものは、製薬メーカーあるいは一般の正規卸が資金繰り等で現金問屋に流すという場合もございします。そういったものが大体多いわけでございますが、一般に言われておりますのは、逆流と申しまして、医療機関からそれが流れてくるんじゃないかというようにも言われるわけでございますが、その実態はなかなかつかみにくいというのが実情でございます。

○伊藤(昌)委員 要するに現金問屋なんというふうなおかしなものが繁盛するということは、医薬品の流通にもっと厚生省ががっちりメスを入れていかないとどういふ姿になつてしまふんだらう。「所得隠し3年で6億」「納税額 医師で1位

の病院長」、これは三和病院、これなどはトネル会社を別につくつておいて、そして大量仕入れをして単価を安くさせておいて、そして自分の病院で使う以外の物は現金問屋へ流す、こういうのが相当あるから、やはり現金問屋が成り立つたろうと思ふのですが、全くこれはひどい日本の医療制度、全部薬づけだもの。どうしてこんなことを許しておいたんでしょね。立派なお医者さんが大勢いらっしゃるにもかかわらず、立派なお医者さんの方に味方をして、おかしなお医者さんばかりに味方をして、そして日本の医療制度をめちゃめちゃにしてしまったのじゃないかと私は考えるのであります。そこで、薬価基準を実勢価格に近づけようとしておるのが厚生省でございます。

そこで、私もその実態を調べてみましたけれども、まず大臣、メーカーが卸に薬を売る場合、伝票は千円で書かれておりますが、支払のときには五百円値引きして五百円を支払わせる。それから今度、卸が病院に薬を売るときには、伝票は八百五十円にしておいて、実際の入金金は五百五十円。何でこんなかくくりをやるのでしょうか。こんなごまかしをメーカー、卸の双方が一体なぜやらなければならぬのか。なぜやるのか。ずっとこういうことが続いていたのでしょ。これは私の思ひますに、薬価基準が実勢価格より高過ぎるから、実勢価格を高く見せるからくりでこういう伝票操作をずっとしてきた。これを厚生省は今度調査をして全部明らかにさしたと私は聞いておりますが、どうですか。

○正木政府委員 薬価調査につきましては毎年一回実施するということで、今回で申しますと、四月取引分について五月に、販売業者については全数、それから病院につきましては十五分の一、診療所につきましては百分の一、薬局については二分の一を抽出しまして購入サイドの調査をいたしたわけでございます。その実勢をつかんだわけでございます。

それから、先生のおっしゃいました医薬品の流通問題、これはまさに先生のおっしゃるとおりで、非常に複雑な形態になっているということは事実でございます。そこで、この流通問題についてはかねてから問題とされておりました、医薬品の流通の現状等につきまして、さきに、五十三年度だったと思いますが、医薬品の流通の産業の実態調査というものが実施いたしましたわけでございます。

そこで、先生のおっしゃいますように、医薬品の価格形成というものが、メーカーから卸に仕切り価格、その仕切り価格をもとにしまして、卸が医療機関に納入いたしますときにはそれを値引きをして納入をする。その差分について値引き補償が行われる、さらに年二回あるいは一回リベートが行われるということ、非常に複雑でわかりにくい形態をとつて今日まで来ておるわけでございます。

そういうことで、医薬品の流通面について明朗化を図るべきではないか、また流通の近代化を図るべきではないかということで、現在関係者も集まりましていろいろ協議をいたしまして、流通近代化協議会というところで、取引条件の改善とか流通の近代化というものを今せっかく検討しておるといふ状況でございます。

○伊藤(昌)委員 今、その実勢価格と薬価基準との差というものをどれだけ厚生省は把握をなされておる、そしてそれをどの程度近づけようとしておるかというところについて、これは私、まだ厚生省側から伺つておらないけれども、まだまだ相当ひびがあるようですね。塩化リゾチーム、それから消炎解熱剤などはその差益がまだ七〇％、三百円のやつが一十円。それから競合品のたくさんあるもの、これは俗に言うゾロ品と言つておるようですが、そういうものも総じて安い。それから抗生物質、内服薬、これもやはり五〇％くらいは安い。半値ですね。何で厚生省はこういうものを調べられないんでしょかね。私のような片手間な者が知つておつて、どうしてでしょうか。

○伊藤(昌)委員 今、その実勢価格と薬価基準との差というものをどれだけ厚生省は把握をなされておる、そしてそれをどの程度近づけようとしておるかというところについて、これは私、まだ厚生省側から伺つておらないけれども、まだまだ相当ひびがあるようですね。塩化リゾチーム、それから消炎解熱剤などはその差益がまだ七〇％、三百円のやつが一十円。それから競合品のたくさんあるもの、これは俗に言うゾロ品と言つておるようですが、そういうものも総じて安い。それから抗生物質、内服薬、これもやはり五〇％くらいは安い。半値ですね。何で厚生省はこういうものを調べられないんでしょかね。私のような片手間な者が知つておつて、どうしてでしょうか。

○正木政府委員 先ほど申し上げましたように、薬価調査につきましては、毎年一回販売サイドと購入サイドの調査を行うわけでございますが、これは自計調査ということで、調査対象でみずから記入をしてもらうということで、調査対象月の、今回の申しす四月取引分について、五月に四月一カ月分の記入を願う。そしてそれにつきまして、経時的な変動もございまして、あるいは中には正確を欠くというものも出てまいりますので、他計調査ということで、流通調査官というものを、これは増員もいたしておるわけでございまして、国の職員と県の職員とが一体となりまして、個々の対象に調査に参りましてチェックをしておるといふことで、できるだけ正確を期した調査を実施しておるつもりでございます。

○伊藤(昌)委員 私厚生省と一緒に実地調査をしたことがないから、これは空論になるかも知れませんが、国立病院とか公立病院をまず調べてみて、それから今度は、つながってそこに納めておる卸屋さんへ行って徹底的に調査してみれば、本当の実態がつかめるんじゃないか。本当にやる気で作っておるのかどうかと疑いたくなるけれども、しかし、このごろは吉村局長になってからかなりやる気で作っておるようには感ずるのですが、ほかを見ておつてそう感じますがね。せいぜいひとつ、お国のためなんだから、お願いをしたいんです。

さて、そこで、薬価基準を下げると、今問屋とかメーカーが非常に窮地に追い込まれる、こう言うておるんですがね。徹底して下げるなら窮地に追い込まれるかも知れぬけれども、今申し上げたようにまだまだ相当な差益があるのに、一五%や一六%下げたからといって問屋が倒産するほど、あるいはメーカーがこれから開発費が捻出できなくなるくらい窮地に追い込まれるということ、一体どこに原因があるのでしょうかね。まだこれだけ差益があるのに、一割やそこら下げて何でそんながたがたしなければならぬのでしょうか。まだほかに何かからくりがあるんじゃないですか。

すか。

○正木政府委員 この三月に一六・六%薬価の引き下げが行われたわけでございますが、過去三年で約四〇%の改定が行われたわけでございます。この改定というのは、実際に取引されている額を把握しまして、実際にメーカーなり卸が購入しておった価格を把握しまして、それによって下げるわけでございまして、実際問題といたしまして、現在のシステムにおきましては、残念ながら医療機関が薬価差に期待するという現実があるわけでございまして、下げたものを土台といたしましてさらに値引き交渉が行われるということで、非常にメーカー、卸が苦しい状況にあるということ、これは現実でございます。

それと、さらに言わしていただきますと、メーカー自身もそういうことによって薬価改定による影響というものが非常に大きいわけでございまして、卸はやはりメーカー依存と言葉が悪いかもしれませんが、メーカーのもとに卸というものが、メーカーの消長が卸に反映してくるということ、で、メーカーが財政的に経営的に非常に苦しくなつてまいりますと、卸に対する値引き補償であるとかリベートといった面でのいろいろ支障が出てくる。現実には卸というものは非常に厳しい環境に置かれておる。要するに、現在の薬の市場環境というものが、これまでのようにどんどん販売量が膨らむということはこれからは期待できないわけでございますから、そういう市場環境の中で非常に経営的に苦しさを増しておるということ、これは現実だというふうに思ふわけでございまして、

○伊藤(昌)委員 わかった。薬価基準を下げるから、またその分だけ問屋をたたくから、問屋やメーカーは苦しくなると言う。まさに、最も悪質な商取引をずつと悪い慣行で続けてきたということがはつきり出てくる。私もかつては商人でしたが、そこまで欲はかかない。やはり相手の立場というものをよく考えて、双方が立つようにやうた。今までの日本の厚生省は、そのくらいい

る医療関係者を悪くしましたね。もとはもっと純粹だったはず。それを薬価基準を下げたら、下がった分だけ問屋やメーカーをたたくという、まさにこれはひどい、欲張りもその極に達している。そういうのは敢然とメスを入れなければだめですよ。そういうものによってどんどん日本の医療技術だつて、逆に進歩を抑えて、そして治療日数を長くして、いいかげんになつておるかも知れないのですよ、実際は。と私は思ふんです。

そこで、私はある開業医をお訪ねをした。今の診療報酬制度で、薬でももうけようとしなくて、医療分業している、それから乱診乱療もしない、そのお医者さんが一体どのくらいの収入しかないかということをお尋ねしてみたんです。そうしましたら、そのA医師の良心による診療によって得た所得は、五十七年度が月の平均収入が九十五万六千八百二十円、経費が六十四万五千五百円、家賃十万円を引きますと所得二十一万円。これは実は、五十七年はちよつとはかのこと、一日じゅう休むことはなかったけれども少し手を抜きましてとおっしゃつておられたけれども、それじゃ五十八年はというと、月の平均収入が百十万六千二百九十九円、経費が六十五万三千六百七円、差し引きますと四十五万二千六百九十二円、一日の患者数は二十五・二人。しかし、国民健康保険は何か難しいことを言つておられたから、伊藤さん、二十五人よりももう少し下がるかも知れません、二十二、三人かも知れません、こうおっしゃつておられましたけれども、その方の月の収入が四十五万円と云う。正しくやるとこんな程度しか利益が上らないんです。その方はとても親切なお医者さんで、近所から随分懐かれておる人、顕微鏡をよく見ながら、そして患者にこういふばい菌がいますよとか、非常に慕われておるお医者さんであります。これしか収入がないと言ふ。

となりますると、開業医の一月の平均収入、それから病院経営をしておる方の平均収入、あるいは大病院に勤務していらつしやるお医者さんの収入と比較をしますと、この金額はかなり低いんじゃないかと思ふんです。局長、大臣、患者に慕われて正しくやつて収入が少なくても、そして算術計算でやると二倍も三倍ももうかるという、どうしてこんなおかしい制度をいつまでもほうっておくのですか。ひとつ私も、これからまじめなお医者さんをたくさん知っているから訪問をして、どのくらい利益が上がるんですと伺つてみようと思ふ。これでは気の毒ですよ。

○吉村政府委員 今先生御指摘の四十五万というのは、少し低いではないかというように私も思ふんです。

私どもの医療経済実態調査によりますと、五十六年におきます開業医の平均年間所得は約二千二百万円でございます。したがって、今先生がおっしゃいました四十万円を十二倍いたしますと五百万円ぐらいにしかならないわけですが、平均と比べると四分の一以下というふうな感じでございます。

ただ、今先生御指摘の一日当たりの取り扱い患者が二十五人とおっしゃいましたが、平均をいたしますと、これは診療所でありましたが、一日当たりの外来の患者数は五十・五人というのが平均であります。したがって患者数が半分ということですから、患者数が平均どおりだとすればあと倍になるわけで、一千万円ぐらいの所得にならるはずだ。しかしそれにしてもなお低い、こういうふうな感じがいたします。

○伊藤(昌)委員 したがって、算術ということとを全然用いないで今の診療報酬でやるとこのぐらいの所得だということとをひとつ考えて、もう少し実態調査していただいて、なるほどそつたなどと思ひになつたら、診療報酬の技術料の改定をしないかと思ふんです。大臣、いかがでしょうか。

○渡部國務大臣 今先生から大変貴重なお話しを承りまして、やはり今日の問題を解決する一つの重要な問題は、技術料については適正な評価をしていかなければ前進しないということを私も痛感いたしました。今後、中医協における診療報酬の合理化についての審議等も踏まえまして、技術重視の診療報酬体系を確立するように努力してまいりたいと思います。

○伊藤(農)委員 医師だって薬剤師だってこれは技術で生きていくというところはわかっていられるけれども、そういう方向にならなかった。大臣、あなた様の在任中に思い切ったことをやっていたら、医師会だって、それをはっきり打ち出さなければ、そうして説得すればかなりわかっていただけたと思う。その方が得ですもの。技術料が今のままだったら処方せんをどんどん出してくださるのですから、技術料を上げて差し上げて、そして薬局をきちっと受け入れ体制を整備して、あなた様の中心になって三師会の中できちっとなされたばかりのものができると私は思う。それを、何とか審議会に任せたり医薬分業を何とか会に任せたりして、何か同じような会合をしょつちゅうやっておつたってそれはだめですよ。やるときはびしっと短期間でやってしまわなければ立派なことはできません。私は考えるのであります。技術と物を分離をして、医師の良心とすぐれた技術を評価する報酬制度に大改革をする、これが医療を公器と考える正しき見識であらうと私は思います。

ひとつ、薬価基準は完全に実勢価格まで下げる。薬で少々上前をはねようなんていうけちな指導はしなさんな。完全に下げる。そして医者も薬剤師も技術本位で営んでいく。そしてその本分を尽くす。そうすれば卸もメーカーもまた生きると私は考えます。それをやらないうで、このたびの政府案、すなわち患者の一部負担と薬価基準だけでこれを糊塗しようとする、お医者さんもそれから卸もメーカーもみんな何が何だかわからないで、そしてこうやって苦勞をした割には何にも成

果が上がらなかったということがあったら大変だから、もっと内容を充実して、なるほどなという新しい医療制度を確立していただきたいと私は申し上げたいのです。薬価基準を下げることは、これから患者の一部負担をやりますよというの、これは理想がないです。だれでもできること。理想がちつともない。だれだってこんなことぐらいはできる。違いますか。目に見えることをやるだけでも。問題は内容ですよ。そうして未来永劫その新しい制度がきちっと続いて、技術で生き、問屋もそれからメーカーも正常になり、そして技術で生きればお医者さんだってもっとと勉強してくださつて治療日数も短くなる、国民も患者も得をする、国全体の財政もここで立ち直る。頼むからひとつしかりしてください。

そこで、放漫医療保険制度の中で、メーカーも問屋と同じように今まで薬売りに力を用いてきて、メーカー本来の製品開発に全力を今までは尽くさなかつたために、国際競争力が至って弱まり、その上、薬価基準の値下げによってこれからいよいよマイナス影響を与えることになるならば、これは我が国の製薬産業の上からも決して得策なことではないです。こういうことまで大臣、面倒を見ていかなかつたらだめですよ、今度の健康保険制度をどうしても通すというのだったら、私はこういう安易な政府案には反対をしますけれども、しかし、こういうことまでよく面倒を見ていかなかつたらいけないと私は思うわけであり

そこで、先ほど申し上げましたが、このごろ医院が処方せんを出される傾向が多くなりまして、技術料を引き上げなくても医薬分業が漸増しております。技術料を引き上げ、医師会と話し合をしていけば、完全分業に近づけられるのではないかと私は思います。亡くなられました武見太郎先生が日本医師会長のころ、その医薬分業を唱えていろいろ実験までしてくださったわけでありました。ひとつ厚生大臣がその三師会の中に入

そこで最後に、医師法によりまして、お医者さんの処方せんの発行交付義務が原則になっておりますが、しかし、ただし書きによるのかわからないのか、かわかりませんが、その処方せんを発行しなくてもそれで黙認をしてしまっている。附則があるのかないのかかわりませんが、いつかはその原則に戻るといふことが社会常識であらうと私は思うのです。そこで、今の医師法の処方せん交付義務のただし書きの一体どこを使ってお医者さんは処方せんを出しにしないのか、た

めい書きがありましてね。きょうここに持ってきてまいりました。どこを使ってお出しにならないのか、ちょっとさっき読んでみたらわからないのです。私はこの法律を盾にとつて理屈で物を言うわけじゃございません。言うわけじゃないけれども、こういう問題は余り議論されてないでしょうから、ちょっとお尋ねしてみたいと思うのです。

○正木政府委員 医師法の二十二条に処方せんの交付義務が規定されております。薬剤師法の十九条に、薬剤師でない者は、調剤してはならない。薬剤師法十九条と医師法の二十二条が裏腹になっておるわけでございますが、確かに御質問の医師法第二十二條というものは、医師は処方せんを交付しなければならぬということでございますが、ただし書きがございまして、「次の各号の一に該当する場合においては、この限りでない。」

もう一つは、「患者又は現にその看護に當つている者が処方せんの交付を必要としない旨を申し出た場合」はこの限りでない。運用上は後段によって運用されているというのが実情ではないかというふうに思います。

○伊藤(農)委員 後段のどこですか。(正木政府委員「患者の希望」と呼ぶ)それを使つてお出しにならない、そう考えてみえますね。しかしこのごろは、開業医で処方せんをよかつたら出してあ

けますよという考えの方がかなりいらつしやるはずですよ。したがって、その方が本當に納得なんですよという、損得言つてはいけな

からないけれども、その方がいいということ、そういう制度にできるだけつくりかえていただきたい、そして一気に完全分業に持ち込むようにして、もちろん医師会側から言つと、薬剤師会の受け入れ体制がなつてないということの御指摘もあるでしょうけれども、家外薬剤師というのはいくつか環境になりますと、小心でまじめですから、借金してでも改造をして、その損得は余り考えないでやるものです。ですから、やれるような体制をしいてあげれば受け入れ体制はそう難しいことではないと思う。これは、厚生大臣が日本医師会と話し合いをじつくりしていただければ医薬分業というものはでき上がると考えます。すなわち、くどいですが、物と技術を分離をして、そしておのおのがその職務に専念することによって本分を尽くすという、そして新しい本當の医療制度確立のために何とか御努力をしていただきたいのであります。この機会にやらなかつたらまだらだらしてしまいますよ。よいことというものは短期間で勝負をかけなければならぬと私は考えまして、質問させていただいた次第でございます。少しきつところがありましたら、御無礼をお許しいただきとう存じます。

委員長、どうもありがとうございました。(拍手)

○有馬委員長 田中美智子君。
○田中(美)委員 今度の政府の健康保険の改悪に對して、国民の聲が大変たくさん来ているのは大臣も御存じだと思います。今のところ諸署名も約一千万近いという近來にない反対署名が来ておりますし、先ほどお話しになりましたような地方議会の決議でも、都道府県が三十七県、市町村が千七百二十、七八・七%という地方が反対をしている。それでも政府は何が何でもやっていくというところは、私はこれは国民に對する大変な挑戦だとい

今ここに持ってまいりましたのは、私のところに来ました名古屋勤労市民生活協同組合というところの組合員が、いわゆる印刷になった署名簿に名前だけを書いたのではなくて、一人一人こういうふうな全部鉛筆やペンで書いています。これは涙ぐましいものなんです。ひとつ読んでみますと、例えば、

病気になるようなならないようにとみんなは気をつけているのです。好きで病院へ行く人はいないはず。患者負担をふやすなんて、弱り目にたたり目じゃありませんか。自分自分が病気になるように気をつけるしかありません。

というような、非常に絶望的なような感じも書いてあります。

また、もう一つ読んでみますと、

毎月高い保険料を払っていても、実際には働いていてなかなか病院にも行けないのに、さらにお金を窓口にお金を払わなければいけないなんて絶対許せません。一家の大黒柱であるお父ちゃんが入院でもしたら、給料はもらえない、病院の支払いはあるでは、とても生活がやっていけません。家族の医療費だけでも、子供がいれば、歯医者だ、風邪引いたの……で結構毎月要るので、それから、これ以上の負担はとっても大変なことになると思います。

これは、読んでみますとほとんどが、今でさえ家族の医療の負担が大変だ、その上に差額ベッドだとか交通費だとかいろいろな諸経費というのかかかって大変なんだ、それが大黒柱が今度は一割、二割負担しなければならなくなる、こういうことに対する不安がこの中に満ち満ちている。涙ぐましいものだというふうに私は思います。一度大臣にこれを全部読んでもらいたいというふうに思っているわけです。

それで、きょうは時間が十分にありませんので、まずほんの一例を挙げて、国民生活がいかに不安にさらされているかという点について質問したいと思います。

例えば一家の大黒柱が病気で倒れた場合、入院した場合に、先ほどこれにありましたように収入が減るだけでなく、交通費その他諸経費、いろいろお世話料とか差額ベッドとかいろいろなものがあるわけなんです。しかしそれはちょっとさておいて、今度の法律の変わる点、この点だけに絞って質問をさせていただきます。

政管健保の事例でいきますと、標準報酬は一月で十八万九千円です。これは政府に伺った数字です。で間違いがないと思います。これで計算しますと、入院しますと、給料がとまった場合に傷病手当金というのが給料の六割出るということですね。そうしますと、十八万九千円に六割を掛けますと十一万三千四百円というお金が来るわけなんです。入院してありますと、大体平均は、これも政府に伺ったのですけれども四十万だと言っています。そうすると、一割とした場合には四万円、これは全額払わなければならなくなる。二割ならば八万円。八万円の場合には高額療養費がありますから五万四千円というところとまりますけれども、一応五万四千円というものを引かれるとしますと幾ら残るか、これは小学校の計算でできるわけ、五万九千四百円しか残らない。これは標準報酬ですから大家族がいてと見ていいわけ、標準家庭ですと子供が二人ということになれば、約六万円が妻と子供二人が夫の留守に生活していかねばならぬ。こういうことで一体生活ができるかということですね。こういうことになるわけですよ。大臣はお金をたくさん持っているからいいから何でもないかもしませんけれども、また、母ちゃんも随分稼いでいらつしやるといふことですから何でもないかもしませんけれども、一般の庶民というのはこういう生活になるわけなんです。

それからさらに若い人、特に若い単身者が病気になるたときは大変なことになる。今盛んに一割、二割という話が非常に大きく伝わっておりまされども、これは大変なことですけれども、これが結局かかってくるわけなんです。一カ月入院する

ような病気になった場合にはどんなことになるかというところが今でわかりだと思ふのですが、二十歳から二十四歳まで、この方々の平均の標準報酬というのは十三万二千二百円です。この年齢層というのは独身が非常に多いわけですから、これは独身の方はなかなか病気がないと思つて安心していてもいいかもしれませんが、病気になるたときは大変なんですね。単身者の場合には六割ではなくて四割ですからね。そうしますと、結局傷病手当というのは五万二千八百八十四円しかないんです。そうしますと、高額療養費を払おうとしたらこれは払えないですね。一銭も生活費はないですよ。これでちゃんと計算してみますと千六百六円不足する。マイナスですね。そうしますと入院していてもちり紙一枚も買えない。家賃が払えないから家は全部引き払う。引き払うわけにもいらないと思ふのですけれども、仮に引き払ったとしても、それこそ生活保護でもとらなければならぬ。こういう状態になるんですけれども、これは大臣、どう思われますか、お答えいただきたいと思ふます。

○渡部国務大臣 先生の御指摘の問題、それぞれ一つ一つ極めて現実的なそれぞれの皆さん方の御心配だろと思ふます。ただ御理解をいただきたいのは、サラリーマンの皆さん方と比較して、決してこれは経済的に豊かであるとは断ぜられない農家の皆さんとかあるいは零細な商工業の皆さん方とかは、現実的に三割負担という中で健康を守って頑張つていらつしやるといふことでございます。私も、今十割給付を受けておるサラリーマンの皆さんに、一割負担を願わなければならぬというものは大変恐縮しておるものでありますけれども、しかし長い目で見ていただきますと、このことによつて皆さん方の保険料率は二十一世紀の将来にわたるまで上げないでいくようにしよう、また国民の皆さんの税金におんぶすることもできるだけ少なくしようということ、またこのことによつて先ほどまでいろいろ御指摘ありました医療費の適正化というものが進めていくということことで

ございますので、長い目で見ていただければ必ず国民の皆さんの福祉につながるものであり、これは御理解をいただけるものと思ふますが、なお先生の御指摘のような問題は、これは私も非常に大事なものと受け取っておりますので、今後この委員会の審議を通じて先生方の御意見をちょうだいしながら、高額療養費等の問題、これは工夫に工夫を加えて、やはり平均的なサラリーマンの皆さん方が今回の一割負担の導入によつて生活破綻にならないような努力をこれからも一生懸命努めてまいりたいと思ふますので、御理解を賜りたいと思ふます。

○田中(美)委員 長い目だとか二十一世紀ということをおっしゃるけれども、きょうの新聞ですね。先ほどから毎日新聞のインタビュー記事が問題になっておりますけれども、その中で一答形式の記事が裏側に出ておりました。この中の渡部大臣の言葉に、標準的サラリーマンが重い病気になるか、生活が破綻されないように健康保険を改正するんだ、こういうふうな言っているんですね。これは長い目とか二十一世紀じゃないんじやないですか。今度の改正をするというのは、平均的なサラリーマンが重い病気にかかったときに生活破綻にならないようにと、これはまさに、平均的なサラリーマンが重い病気にかかったときに生活保護を受けなければならなくなる、すぐに生活保護を受けなければならなくなる、すぐ生活保護を受けなければならなくなる、こういうことですので、そういう詭弁を許すわけにはいかないということ強く申し上げまして、次の質問に移りたいと思ふます。

さて、これも先ほどから大変問題になっておりました「健保法等改正法案の早期成立の必要性について」ということで、厚生省名で自民党の国会議員だけに、この国会がストップしている最中にこれが配付されたというのを聞いております。この中を見てみましたら、これはとんでもないものを出しているというふうに思ふます。

まず確認いたしますけれども、この中に書いてありますことは、予算が議決されても、法律が変更しなければ現行法どおりにやればいいわけでしょう。予算が議決されても法律が変更しなければ、一切のすべての法律はなくなるわけじゃないでしょう。現行法どおりにやればいいわけでしょう。それなのに、なぜそれができないということですか。

○渡部国務大臣 先生御承知と思いますが、五十九年度予算、これはおかげさまで成立をさせていたしまして、今執行中でございます。この予算の中で、七月一日までにこの法律を成立させていただくという前提でこれは予算が組まれておりますので、今度の国会でこの法案を成立させていたしませんと五十九年度の予算で四千二百億の欠陥を生じてしまうことになりまして、したがってこれは四千二百億のお金を増額補正をしなければなりません。しかし、増額補正がすぐに大蔵省と話し合せてこれが認められるような今日財政状態でないこともこれは御承知のとおりでございます。これが認められないということになりますと、その分だけ、私も社会福祉の大事な務め、これは何一つ手を抜くわけにはいきませんけれども、予算的には大変苦しい状態になってくるということも御理解願いたいと思うわけであります。

○田中(美)委員 法律が変更なくても現行法でやるというのは、これは今まで全部やっていることじゃないですか。予算が通りさえすればそれを全部そのままやるというんだしたら、こんな国会要らないじゃないですか。金がない、金がないって、年がら年じゅう金がない、金がないって、あなたもうそばから言いなさんなよ。金がない、金がないなんて、全くもう金がないと言え、それはもう国会なんて要らないじゃないですか。もう予算が通っちゃえばそれでいいということになるじゃないですか。何を言っていますか。それは国会軽視ですよ。今までだって全部それでやってきているじゃないですか。そんな答弁はおかしいと思うのです。国会軽視ですよ。

それから、その次の質問に進めていきますけれども、この二枚目ですね。今の配付した文書ですね。まさに怪文書ですよ。これは。怪文書と言うより恫喝、インテリ文書と言った方がいいと思うのですけれども、これの(三)のAというところにあります。ここに「政管健保の医療費支払いは、かなり窮屈なものとなります。」こう書いてあるんですね。これは大うそじゃないですか。政管健保は現在黒字じゃないですか。そうでしょう。それで医療費が、もしこの法律が通らなかつたら七・五%医療費が伸びるかもしれないなんて、これは想定でしょう。伸びないかもしれないじゃないですか。これは吉村さんの想定でしょう。もしこれが通つても四・五%伸びるんだ、こう言っているわけですね、そちらは。そちらが言うことも先に言っておかないと時間がなくなりますのでね。国庫負担というのは一六・四%と法律で決まっているわけですからね。今黒字なんですし、伸びるか伸びないかわからぬじゃないですか。流感だっで起きるかどうかわからないし、それはわからないじゃないですか。わかりもしないうちから、金がない、金がないって。黒字のうちから、ない、ない、ない。それはもう間違っている。こんなことで、あなた、厚生省が自民党の国会議員をだまかすというのはけしからぬと思うのです。

(だまされてはいないよと呼ぶ者あり) それはだまされているかだまされていないかはわかりません。しかし、だまかすような文書を出しているというのはけしからぬということですね。その次に、同じ(三)のBとウですね。これを読んでもみますと、こういうふうに書いてあります。「国保の医療費支払いは、保険者によつては遅延するものがでできます。」こう書いてありますね。それからウの方は「老人保健事業に対する拠出金の支払いができない保険者も出てくる予想されるので、老人保健の円滑な運営が困難となりま。」こう書いてあるのです。これはまた大きなインチキじゃないですか、渡部さん。保険者とい

うのはこれは市町村をおどかしているわけですよ。第一、厚生省はどういう指導をしたのですか、保険者に対して。吉村さん、一番よく御存じでしょう。去年並みに、国保の予算は前年並みに決まなさいというふうになっているわけでしょう。ですから、今は国保は前年並みにみんな立てているのです。予算を組んでいるのです。そうして、この法案が通らなかつたら、この法案が通らなかつたらじゃない、通つたら――よ、大臣、聞いていてください。通つたらですよ、国庫補助が現行より、現行は四五%でしよう、それが三八・五%に引き下げられるじゃないですか。そうすると金額にして約千七百億円削られるのです、通つたら。そうでしょう。

それから、退職者医療制度をつくった、だから医療費が軽減される。これは大臣、すぐ言うかもしれないので、言うことは決まっています、さっきから何遍も同じことを言っているから、私の方が先に言います。時間がどんどん過ぎていきますのでね。これは金額一千億円でしょう。そして、七、百億円というのはこの法案が通つたら減るのです。通らなかつたら国保は助かるのです。これは老人医療費もそうです、国保でやるわけですからね。そうすると、この法案が通つたら、国保はもつと困るのです。それなのに、ここでは、保険者に払わなくなるかもしれないと言っている。これが恫喝でなくて何でしょう。まさに恫喝だ。私は思うのです。こんな怪文書を流すなんていうことはけしからぬというふうに思うのですよ。

それからまだあります。これは(四)ですね。これは全部やりたいのですけれども、時間がありませんので、私のほうは煮えくり返るところをちょっとやっているのです。このことを見ますと、「また、医療関係者の一部には診療報酬の改定を期待する声もありますが、これに必ずしも全くとくなく不可能となります。」「全く不可能となりま」と。一体この言葉は何ですか、大臣。こんなことを知って書いていますか。診療報酬というのは国会が決めるのじゃないでしょう。診療報酬の改定は法改正ではないでしょう、中医協で話し合つて、それを省令で決めるのでしょ。ですから、今の医師の技術料がいかに低いかにいうことはこれは今非常に問題になっているのです。だから医師が薬でもうけるんじゃないかというふうなことも言われているのは技術料が低いからと言っているわけですから、この医療保険の改定とこれは関係ないことなんです。だから、医者技術料が低いならばこれはすぐにだつてやろうと思えばできることじゃないですか。それを、この法案が通らないとできないのだ、なんだということ、これは医療保険の改定と取引材料にしている、これは本当にけしからぬ、けしからぬやり方だと思ふのです。

それで、わずかな点だけできなかったが、これだけたくさんあるのを全部やって、それこそ大げんかしたいと思ふわけですけれども、卑劣だからですよ。思想、信条が違ふのはこれはしょうがないのです。あなたと私は全然思想、信条が違ふのです。だから、それでその法案について堂々と討論するのならいいのです。それをこういう卑劣なものを出して、そこにいる厚生省の人はみんな共犯者ですか。本当にどこでつくったか知りませんが。どこでつくったか。それが共犯者か。私にはわかりませんが、これは怪文書ですからね。この文書は結局国民と医療関係者を分断し、恫喝して、だまかすものなんです。

もう一度言いますけれども、ですから、厚生省が国民や医者を恫喝する、それだけではないですよ。もし「もし」と言っておきますよ、懲罰にかかるといけないから「もし」と言っておきます。もし自民党議員がこれに屈したり、ここにいらつしやる方がこれに屈したり、もしだまされたりして、この採決のときにそれが影響するとすれば、まさに立法院の見識が問われる、そういう重大な問題だと私は思うのです。ですから、先ほどのいろいろな追及はありましたけれども、私は、単なるちよつとけしからぬ怪文書が流れたなどと

酬の改定は法改正ではないでしょう、中医協で話し合つて、それを省令で決めるのでしょ。ですから、今の医師の技術料がいかに低いかにいうことはこれは今非常に問題になっているのです。だから医師が薬でもうけるんじゃないかというふうなことも言われているのは技術料が低いからと言っているわけですから、この医療保険の改定とこれは関係ないことなんです。だから、医者技術料が低いならばこれはすぐにだつてやろうと思えばできることじゃないですか。それを、この法案が通らないとできないのだ、なんだということ、これは医療保険の改定と取引材料にしている、これは本当にけしからぬ、けしからぬやり方だと思ふのです。

もう一度言いますけれども、ですから、厚生省が国民や医者を恫喝する、それだけではないですよ。もし「もし」と言っておきますよ、懲罰にかかるといけないから「もし」と言っておきます。もし自民党議員がこれに屈したり、ここにいらつしやる方がこれに屈したり、もしだまされたりして、この採決のときにそれが影響するとすれば、まさに立法院の見識が問われる、そういう重大な問題だと私は思うのです。ですから、先ほどのいろいろな追及はありましたけれども、私は、単なるちよつとけしからぬ怪文書が流れたなどと

いうものではなくて、国会の存立に対する侮辱だ
というふうに思うのです。自民党議員に対す
る侮辱でもあると思うのです。自民党議員は何も知
らないからだまかしてやろうという気でしょ
うか。(発言する者あり)でしようかと言っている
じゃないですか。だまそうとしていっているの
ではないですか。ですから、この文書とい
うのは直ちに撤回すべきだと思います。撤回し
てください。

○渡部国務大臣 これはお言葉を返すようです
けれども、怪文書というのは、私の常識では差出人
不明のものが一般的に怪文書でございまして、こ
れはちゃんと厚生省と銘打っておるものでござ
いますから、これは怪文書ではございません。

それから、何度も私が申し上げたように、五
十九年度の予算は政府がつくりました。その五十九
年度の予算編成に当たっては、新しい政策の方向
として予算に関連するこういう法律、いろい
ろなものが必要だということで、国会に提案して
いるわけでございまして、したがって、予算関連法
案といふものはやはり成立させていただかない
と、五十九年度の予算に欠陥が生じて、私ども行
政を担当する立場としては、その行政の遂行上こ
れは支障が起ることは当然でございまして、した
がって、私どもは、国民の健康を守り社会保障制
度を守っていく立場でそういう支障が起ることは困
りますので、一緒に予算をつくり、一緒に法案を
つくった立場にある与党の皆さん方に、ぜひこの
法案を成立せしめていただきますように御理解を
求めるための参考資料を、これは政府・与党とい
うのはいわば一体でございまして、与党の先生
方に参考資料としてこれをお願いしたのでありま
して、これは先生、申しわけありませんが、恫喝
でもペテンでも何でもございせん。正直に今日
の我々の困っている立場を与党の先生に申し上げ
たので、先ほども質問がありましたが、ある意味
でこれは泣訴願願しているということならばある
程度当たっているかもしれないが、決して恫喝
というふうなものでは全くございせんので、そ

の点は誤解のないようお願いしたいと思いま
す。

○田中(美)委員 よくそんなしゃあしゃあと言
えたいのだと思います、本当に。それは確かに出所
は厚生省と書いてありますから、怪文書の概念と
いうのはどういふことかわかりませんが、中身は
でたらめであるということ、それから恫喝である
ということだけは、私が今まで述べたことで明ら
かだと思えますので、もう一度議事録をしっかりと
お読みいただきたいと思えます。

次の質問に移ります。

さて、六月十八日、つい二、三日前ですけれ
ども、あなたが、というのは渡部厚生大臣が、埼玉
県の知事選挙の応援で、浦和駅の西口で午後四
時、演説をなさったということは事実ですね。

○渡部国務大臣 事実でございまして。

○田中(美)委員 ここまで話しましたら、何を私
が話そうとしているか大臣も御存じだと思いま
す、御自分がしゃべったことですから。

ちょっと、その前に大臣にお伺いしますが、
大臣、当年とお幾つでいらつしやいますか。

○渡部国務大臣 五十二歳になりました。

○田中(美)委員 ちょうど危険な年齢だと思いま
す。と申しましたのは、大臣の演説を私も聞きまし
た。今ここにテープを持ってきたところを讀みま
す。間違ひなくこのテープを起したところを讀みま
す。疑うのでしたらここで皆さんにお聞かせして
もいいと思つて持ってきたらいいです。途中から読
みますが、これはあなたの言っていることです
よ。

ですから、皆さん、どうしても五十歳で死に
たいという方は、共産党と社会党の推す別の候
補者を投票していただきたい。しかし、八十歳
まで生きるのには嫌でない、八十五歳まで生きて
もいいんだという方は、我々の応援する方を
當選させていただかなければならない、これは
明瞭な現実であります。

こういうふうに言っているんですね。ということ
は、この健康保険法に、あなたの言う福祉を大切

にする、こうするということに賛成しない者は五
十歳で死ぬということでしょうね。今のこれでい
きますと、さっき言いましたように標準報酬のこ
れでいきますと、少なくとも一年入院したらこれ
はみんな死んでしましますよ。まさにこれは全
けしからぬ、人間としてけしからぬ発言だとい
ふに私は思うのです。もっと正々堂々と、この
政策がいかにいいかということをやったらいじ
やないですか。ちっとも言っていないじゃないで
すか、あなたは。さっきから哀願して、通しても
わなければ困ります、通してもらわなければ困
りますと、けさから何百遍も言っていますでし
う。それで、中身がどんなにいいかということ
は。ちっとも言っていない。言えないんですよ、あなた
は。

国民が長生きできるようにしたこと
は、これは戦後の国民皆保険が決定的だったと私
は思っているんです。さらに、医療費を余り心
配しないで医者にかかれるようになったこと、こ
れは国民皆保険の成果ですね。それから医療技術
が非常に向上した、その他の衛生的な環境も向上
した、食べ物も戦後からすればよくなったとい
うことが影響していると思う。それとも一つ、あ
なたが言うように八十歳、八十五歳まで生き
たいというならば、こういう人たちは老人医療の無
料化というものが長生きになったのだと私は思う。
私は、国民皆保険や医療技術が向上したり食物
がよくなったことは、決して自民党がや
ったことではないと言いません。しかし自民党だ
けではないですよ、それは。しかし、私はすべて
を正々堂々とやりますよ、あなたのために卑劣し
やないですよ。老人医療の無料化は少なくとも自
民党ではないのです、革新自治体から始まったの
です。これはもう厳然たる事実ですからね。これ
は大臣だつたのだらうと否定することはできない
んですよ。だからこそ、みずからの命を守りたい老
人医療の地として、岩手県の沢内村に今石碑
が建てられています。なぜ石碑が建つように
なったかということ、自民党が、みずから命を

守ったこの老人医療の無料化をつぶしてきたか
らなんです。それは普通の流れとして来たものを
つぶしてきたから、大変だといふのであそこ石
碑が建つたんですよ。そして各自自治体は次々と、
これは革新自治体でなくても、自民党の知事や市
長の自治体でさえも、これを見習って老人医療の
無料化を進めて、ついにおくれた日本の政府まで
老人医療の無料化をやったということで、決定的
にあなたの言う八十歳、八十五歳まで生きられる
ようになったんですよ。

それを、まるで、共産党を支持したら五十歳で
死ぬようなこういう演説をするなんということ
は、まさに逆戻りをさせ、五十歳で死なそうとす
るような方策を今あなたがとっている。せつかく
確立した老人医療の無料化をぶつぶつぶそうとし
ているのは自民党じゃないですか。そしてその先頭
に立っているのが渡部厚生大臣なんですよ。だか
ら、まさに自民党の医療制度を支持し、今度の健
保の改悪を支持する者は五十歳で死んでも仕方
がないのだということですか。私はそういうこと
に思ふのです。ですから大臣、あなたのや
っていることは長生きすることと逆行しているの
ですよ。ですから、あなたのやっていることは国民
の命を縮めていくということ。あなた五十二歳で
すからね、こんなことをやっていたら危ないん
だぞということになりかねないんじゃないと思
います。この演説を訂正して謝っていただきたいと思
います。

○渡部国務大臣 誤解のないように正確に申し上
げさせていただきますと思うのですが、私が街頭
で申し上げた演説は、昭和二十一年、日本人の平
均寿命は五十一歳であった。ところが今日、
日本人の平均寿命は八十五歳になつた。と
いふ。よく野党の皆さんはこういう街頭に立つ
と、何か自民党の政治がすべて悪いようにおし
やるけれども、この三十八年間の大部分の期間を
国民の皆さんの御信頼を得て政権を担当してきた
政党は自民党である。したがって、そんなに自民
党の政治が悪いものであったら、五十一歳の平均

寿命の方が八十歳まで生きるでございましょうか。それで、その中で保険の話はしております。ん。やはり八十、八十五、九十まで長生きしたい方はぜひわが自由民主党が推薦する候補者に応援をしてもらいたい、こういうことを申し上げたので、お互い政党政治家でありますから、選挙演説に自分の政党がよいということを国民の皆さんに訴えるのは、ちょうど先生がこの委員会、私のことを卑劣だの、ベテンだのとおっしゃっているのと同じことで、これはお許しをいただかなければ。私はベテンでも卑劣でもございせん、二十一世紀の日本の社会保障を真剣に憂えて、この改正案をお願いしていることも、御了承いただきたいと思ひます。

○田中(美)委員 昭和二十一年に寿命が五十一歳だったということは、私は、過去のこの三十九年間で自民党がすべて悪かったなどと言っていないし、野党の皆さんのすべてと一緒にしては困るのです。(発言する者あり)田中美智子が今質問しているのです、そうでしょう。ですから、昭和二十一年五十一歳だったときに今逆戻りするような、健康保険の改悪が進められているということを言っているのです。ですから、そこにこういう怪文書的なものを出すということはまさにベテン師だと言わざるを得ないし、これは時間になりましたので、強く抗議しまして――「共産党に」などということを行う必要はないじゃないですか。自民党がいいということを行うのは勝手です。私が共産党がいいということ、共産党を骨まで愛しているんだと言ふことは勝手です。しかし、何もそういうことを言うことはないでしょう。うそを言っているところは、まさにあなたはベテン師だと言ふふうに思ひます。

これで私の質問を終わります。

○有馬委員長 次回は、公報をもってお知らせすることとし、本日は、これにて散会いたします。

午後六時五十九分散会

昭和五十九年六月二十九日印刷

昭和五十九年六月三十日発行

衆議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局

C