

第百一回 参議院社会労働委員会會議録第十五号

(三〇三)

昭和五十九年七月二十四日(火曜日)
午前十時四分開会

委員の異動

七月十八日
辞任 本岡 昭次君
補欠選任 中村 哲君
七月二十四日
辞任 中村 哲君
補欠選任 本岡 昭次君

出席者は左のとおり。

委員長 石本 茂君
理事 遠藤 政夫君
佐々木 満君
浜本 万三君
中野 鉄造君

委員

大浜 方栄君
金丸 三郎君
斎藤 十朗君
関口 恵造君
曾根田 郁夫君
田代由紀男君
田中 正巳君
村上 正邦君
森下 泰君
糸久八重子君
中村 哲君
和田 静夫君
高桑 栄松君
山中 郁子君
柄谷 道一君

国務大臣 下村 泰君
厚生 大臣 渡部 恒三君

政府委員
厚生大臣官房長 幸田 正孝君
厚生大臣官房審議官 新田 進治君
厚生省健康政策局長 吉崎 正義君
厚生省保健医療局長 大池 眞澄君
厚生省保健医療局老人保健部長 水田 努君
厚生省生活衛生局長 竹中 浩治君
厚生省薬務局長 正木 馨君
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
運輸省海上技術安全局船員部長 武石 章君
事務局側 常任委員会専門員 今藤 省三君

説明員

大蔵省主計局主計官 兵藤 廣治君
国税庁直税部所得税課長 岡本 吉司君
文部省教育助成局教職員課長 糟谷 正彦君
文部省体育局学校保健課長 青柳 徹君

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、衆議院送付)

○健康保険法等の一部を改正する法律案(内閣提出、衆議院送付)

○委員長(石本茂君) ただいまから社会労働委員会を開会いたします。

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を議題といたします。

まず、政府から趣旨説明を聴取いたします。渡部厚生大臣。

○国務大臣(渡部恒三君) ただいま議題となりました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について、その提案の理由及び内容の概要を御説明申し上げます。

昭和二十年八月、広島市及び長崎市に投下された原子爆弾の被爆者については、原子爆弾被爆者の医療等に関する法律により、健康診断及び医療の給付を行うとともに、原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律により、医療特別手当、特別手当、原子爆弾小頭症手当、健康管理手当、保健手当等の支給を行い、被爆者の健康の保持増進と生活の安定を図ってまいりましたところであります。

本法律案は、被爆者の福祉の一層の向上を図るため、原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律について改正を行おうとするものであります。

以下、その内容について御説明申し上げます。まず第一は、医療特別手当は、原子爆弾被爆者の医療に関する法律の規定により、原子爆弾の傷害作用に起因する負傷または疾病の状態にある旨の厚生大臣の認定を受けた被爆者であって、現に当該認定に係る負傷または疾病の状態にある者に対して支給されるものであります。この医療特別手当

当の額を現行の月額十万二千四百円から十万四千四百円に引き上げるものであります。

第二は、特別手当の額の引き上げであります。

特別手当は、原子爆弾被爆者の医療等に関する法律の規定により、原子爆弾の傷害作用に起因する負傷または疾病の状態にある旨の厚生大臣の認定を受けた被爆者のうち、医療特別手当の支給を受けていない者に対して支給されるものであります。この特別手当の額を現行の月額三万七千七百円から三万八千四百円に引き上げるものであります。

第三は、原子爆弾小頭症手当の額の引き上げであります。原子爆弾小頭症手当は、原子爆弾の放射能の影響による小頭症の患者に対して支給されるものであります。この原子爆弾小頭症手当の額を現行の月額三万五千五百円から三万五千八百円に引き上げるものであります。

第四は、健康管理手当の額の引き上げであります。健康管理手当は、造血機能障害等特定の障害を伴う疾病にかかっている被爆者であって、医療特別手当、特別手当または原子爆弾小頭症手当の支給を受けていない者に対して支給されるものであります。この健康管理手当の額を現行の月額二万五千五百円から二万五千六百円に引き上げるものであります。

第五は、保健手当の額の引き上げであります。保健手当は、爆心地から二キロメートルの区域内において直接被爆した者であって、医療特別手当、特別手当、原子爆弾小頭症手当または健康管理手当の支給を受けていない者に対して支給されるものであります。この保健手当の額を、一定の範囲の身体上の障害のある者並びに配偶者、子及び孫のいない七十歳以上の者であってその者と同居している者がいない者については、現行の月額二万五千五百円から二万五千六百円に引き上げ、

それ以外の者については、現行の月額一万二千六百円から一万二千八百円に引き上げるものであります。

以上がこの法律案を提案する理由及びその内容であります。この法律案につきましては、衆議院におきまして、昭和五十九年六月一日から施行することとなっておりますものを、公布の日から施行し、昭和五十九年六月一日にさかのぼって適用することとするともに、これに伴う経過措置を規定する修正がなされております。

何とぞ、慎重に御審議の上、速やかに御可決あらんことを御願ひ申し上げます。

○委員長(石本茂君) 本案に対する質疑は後日に譲ります。

○委員長(石本茂君) 委員の異動について御報告いたします。

去る十八日本岡昭次君が委員を辞任され、その補欠として中村哲君が選任されました。

○委員長(石本茂君) 前回に引き続き、健康保険法等の一部を改正する法律案を議題とし、質疑を行います。

質疑のある方は順次御発言を願います。

○高桑栄松君 それでは、時間の許す限りにおきまして質問をさせていただきます。

私は、厚生省が四月の末ごろ出されたビジョンに盛り込まれている四つの柱がございまして、「国民健康づくり対策の推進」、「医療供給体制の整備等」、「医療保険制度の改革」、「先端科学技術の研究開発の促進等」、この四つの柱がございまして、この四つの柱を大体系中に質問をさせていただきます。

そこで最初に、私は健康の自覚というものは健康教育であるというふうな本会議でも申し上げたところがありますが、若干私には、私とはちょっと食い違った面があったんじゃない

かなと、この基本の考え方は多分反対ではないはずなんですけれども、もうちょっと詰めてみたいと思っております。

大臣は、この前の本会議の御答弁で、病院に行つて、受診時において健康保持、健康に対する自覚を促すのも一つの方法である、そういうふうにおっしゃったと思うんですが、私はその認識がちょっと違うんじゃないか。というのは、病院に行きまして診断を受けるときには、病気になるか、健康であるかないかを聞いているのではない、何の病気になるか、あそここの病気になる、つまり健康の自覚ではなくて、それはレタタイプに出てくるかもしれないが、病気の自覚なのであつて、病院に行つたら病気の自覚が先行する、何の病気でどんな治療を受けたらいいの、ということになるのか、私は思うわけなんです。したがって、受診時における例えは健康保持というふうなのは既に手おくれの場合がある。再三申し上げますように、例えばがんなんかですと、これは本来自覚症状があつて行つた段階では、もうかなり転移の可能性があるということでありまして、

したがって、やっぱり自覚というのは、みずから悟るというのは、どのような病気を悟るのではなくて、いかにして健康であるべきか、つまり健康全般についての知識、レベルの向上にあるということでありまして、当然健康教育が基本である。その中に病気があつたらこれは大変だとかというのレタタイプに、比較的、比較的健康教育で出てくるけれども、ウェイトはもう当然健康教育でなければならぬ、こういうふうな私には思っているんですが、大臣いかがでしょう。

○国務大臣(渡部恒三君) 健康への自覚は健康教育が一番大事である、これは先生と私も全く同じ考えで、御指摘をいただきました、私も発表いたしました健康増進運動、ビジョンというふうなもの、まさに予算委員会等で高桑先生からも非常に貴重な御意見をちょうだいし、その先生の貴重な御意見等も十分取り入れさせていただいて、

て、こういう方向を示したわけでございまして、

○高桑栄松君 大臣はお若いから反応が速くて、私は相手にとって、いろいろな意味で大変話がしやすいなと思つて今大臣の御答弁を伺いました。その精神をひとつどうぞいまでも持ち続けていただきたい。それがつまり予防医学の基礎なんですよ。

そこで厚生省、文部省、教育という文部省のように見えますが、大きく分けて、学校教育が文部省で、それから厚生省は社会教育で健康部門を担当しているんじゃないか、こういうふうに分かれていて、ウエイトを置いて健康教育を進めているか。あるいは予算的には今年度は前年度に比べてふえたのかどうか。マイナスイニングの折からです。それから大変なことかと思つて、その辺を少し説明していただきたいと思つてます。

○政府委員(水田努君) 厚生省は、老人保健法に基づきまして健康教育を推進しているわけでございまして、基本的には、老人保健法ができましたときに、五カ年計画に則しまして事業の推進を図つていまして、

特に五十九年度は大変厳しい財政の事情下にあつたわけでございまして、大臣に大変御努力いただきまして、対前年度三七%アップという大幅な予算の獲得をすることができ、その事業の推進に現在当たつていまして、

内容的には、これは市町村にこの事業をお願い申し上げているわけでございまして、先生の御指摘のとおり、成人病というのは別名習慣病とも言われる日常生活に起因することが非常に大きいわけでございますので、具体的に申し上げますと食生活における減塩、それからバランスのとれた食事、それからやはり適切な運動量の確保、そういういろいろな面でそれぞれの市町村の実情に応じた弾力的な健康教育ができるように私も事業の推進をお願いいたしております。その中でございまして、特に私どもが市町村にお願いをいたしておりますのは、病気になるかからないような事前の対策で

あると同時に、定期的な年一回の健康診査を通じてそこで問題が発見された人につきましてはやはり健康教育に有機的に結びついていくような、フォローアップができるような、例えばその後の高血圧教室であるとか糖尿病教室であるという事後的にも随分フォローアップできるような実践的なヘルスの教育をやるようにお願いをいたしております。

○高桑栄松君 文部省の方は後で伺うことにします。

今お話が出た老人保健法に基づく健康診査ですね、五カ年計画。あれの数字で、「六十一年度(目標年度)」というところで「約千七百五十七万人五〇%」と書いてあるんですが、資料に、あれは、五〇%というのは、分母は何でしょう。

○政府委員(水田努君) 老人保健法で受け持つておりますヘルスは、事業所であるとか職域であるとか、健康診査を受ける機会のある人以外の方を受け持つてこの事業をやるようになっていまして、

は、そういう方の半数を目標に一般健診を受けられるように持っていきたい、そういうところに努力目標を置いていまして、

○高桑栄松君 それでわかりました。僕はまた四十歳以上の全部の人口を分母にしているのかと、そうすると四千六百七十万人ぐらいになりますから、そうすると今の対象になっているのは三千五百万人ぐらいということですね。そうですか、いやそれならそれでわかりました。

ただ私は、あそこ人数の対象というのは一般診査ですね、あれはもういかに現代科学から取り残されたようなやり方でないかと思つて、

です。つまり問診をして、打診をして、それで血圧をはかると、尿検査をするということですから、その後精密に回す人は回すと言つてはいるんですが、あの一級診査というのによる効果というのはどれくらいに考えておられるでしょうか。

○政府委員(水田努君) 一般診査につきましては、魅力がないのではないかと御指摘がある

ことは私どもも承知いたしておりまして、私ども、法律に基づきます健康調査の受診率を高めていくためには、どうしてもやはり内容的に魅力があるということが重要であると考えておりますので、特に、五十八年度の実績を踏まえまして、五十九年度、都道府県に対しては、一般調査と同じ会場で引き続き、スクリーニングでひつかかかった人は精密検査が同時にできるように、できるだけ内容の充実を配慮しながらやっております。例えば、血圧の高いという結果の出た人は、その場で引き続き眼底カメラで検査が受けられる。そういうふうな自後に用意しております精密検査を同じ会場で受けられるという形をできるだけとるよう指導を本年度からいたしているところでございます。

○高桑栄松君 それは予算的に見ると四分の一ぐらいですね。精密診査に回るのが四百万何ぼだったかと思えます。私、その言葉じりをとらえるのでありませんから聞き流してもらっていいのですけれども、今の魅力のあるという言葉は、私は医学の検査には適応しないと思うんです。やっぱりそれは正確な診断ができるかどうかということなんです。ですから、血圧それから尿検でスクリーニングができるかと考えるのは非科学的という段階にもう入りつつあるのじゃないかと思うんです。

後でまたもう一遍触れますけれども、この前の委員会で大浜先生が、検査つげという言葉があるようだけれどもんでもないというお話をされた。本当に検査がなければ診断の正確は期されなないというのが今の医学です。ですから、これから検査というのはどんどんふえていく、また、ふえていかなければ医学の診断の正確は期されなない。研究というのはその診断の正確を期するための研究なんです。勘で診断をする時代はもう過ぎたんです。ですから、言うなれば、もう今から見れば非常に現代的でない、つまり、二十年ぐらい前にやっていたことなんですけれども、今から見ると極めて陳腐だと思われるようなことをやって

いますと、フォールズネガティブというのが出てくるんですよ。マイナスだと思ったのが実は本当はプラスである。しかし、非常に粗雑な言い方といけませんけれども、不正確な言った方がいいかもしれません、そういう診断をする、本来プラスであるべきものがマイナスに出てしまうということがあつて、その反対もあるんですよ。だから、その反対でマイナスであるべきものがプラスに出た、これは精密診査に回りますからいいと思うんです。ところが、本来プラスであるべきものが、非常に粗っぽいスクリーニングなのだからマイナスに出た。本人は非常に喜んで安心しちゃった。ザツツオールということですよ。もう手おくれになつた。

ですから、私は、今の現代的な医学の意味における健康診査というものは、あそこであつてゐる一般診査というのは、もはやそれは老人を喜ばせるために打診をやリ、血圧をはかるといふ程度ではないのか。本当の意味の、つまり四十歳以上というのは大変働き手なんですよ。そして特にがん年齢。死亡率トップに挙がつてゐるんですから、そういうのは今の一般診査でわかるはずがない。ですから、今のお話は、やっぱり学問的な立場では大変うまくないんじゃないかと僕は思つてゐるんです。

ですから、私がここで言いたいのは、一般診査から精密診査に入っている、例えば血液検査ですね。血液検査でいろんなことがうたってありますけれども、例えばコレステロールだとか中性脂肪だとか、肝機能検査、糖、あそこに書いてないけれども、痛風ね。皆さんに聞くと痛風の人はいっぱいいるんですよ。それから尿酸値ですね、そういうこと。もちろん血球のいろんな変化もありますが、私はやっぱり、例えばの話が血液検査。私が勧めているのは二十項目というやつなんですけれども、二十項目を予防医学の立場でもしやれば、これはお金は別として、採血するだけで、それから、手続上ほとんど時間かかりませんから、時間的に極めて簡単にやれるわけです。しかし点

数は、ちよつとわからぬけれども、大變やつぱり点数はかかりますね。二十項目ぐらいやるとどれくらいかな。かなりかかると思うんですね。五百点ぐらいになるんでしょうかね。ですけれども、例えば予防医学的に行う場合にはある程度点数を下げる方法もあるんじゃないかと思うんです。点数かどうか知りませんがね。

ですから、そういう意味で、あそこにくらたっている精密診査というのとはや一般診査であるべきだと私は思っているので、北海道の教育委員会で、血液検査の二十項目をやることをかなり勧めました。というのは、巡回健康診断では五年に一遍しか全部を診れないと言っていました。それでは意味がないんだから、少なくとも血液だけは、

採血するだけでもう毎年やれるではないか。ただ、アナライザーさえ、そういう施設があればやるわけですから。ですから、私がそれを勧めばやっ、勧めて、勧めて、やっと試験的に予算を取って、教育委員会の中のあるグループでやってみたりした。そうしたら、やっぱり肝炎になっていった。本人は知らないで、毎日家へ帰ると大変疲れているからまあ一杯飲んでというので一杯飲んで寝る。翌日また出かけていく。ところが血液検査で肝機能が下がっていることがわかったわけです。あつということで、精密検査に

回しまして、これで絶対安静。肝炎であるということがわかりまして、本人は命拾ひをしたといつて大変感謝をしまして、それから今度はこれが非常に進んで、何か組合の方でも金を出すから同じことをやってくれという申し入れがあったとかいふふうに僕は後で聞かされたんですけれども。

私はそういうことを考えますと、特に肝炎といふのは我が国でも非常に感染率が高いわけですよ。ですから、そういうものも念頭に置いて、これからの特に四十歳以上を考えると、少なくとも血液検査は要るし、がんの検査はちゃんとしなきゃならないし、そういう意味で一般診療といふのはもうやめて、精密診療の方に移るべきではないかと、私は思っています。いかがでしょう。

か。

○政府委員(水田努君) 私ども、現在やっております。まず一般診査なり精密診査の検査項目を固定的に考へているわけではございませんが、三千三百の市町村に健診をやつていただき、また、大変多忙な住民の方が貴重な時間を割いてやはりこれに参加していただく、そこのやはり兼ね合いというものも十分考へてまいらなきやならぬと思つておりますので、私ども一般健診とそれに直接密着した有機的にできる精密診査をまず普及さして、その上で、先生の御指摘のような問題についても、やはり第二段として取り組ませていただくのがより實際的ではないかと考へている次第でございます。

○高桑栄松君 それでは、文部省にちよつと伺いたいと思いますが、今の健康教育については、文部省はどんなふうに取り組んでいるんでしょうか。

○説明員〔青柳徹君〕 学校におきます保健教育につきましては、健康に関する知識を理解させると同時に、健康な生活を営むために必要な習慣や態度を養うことをねらいといたしまして、教育活動の全体を通じてこれを取り進めるというようにいたしておるところでございます。特に、教科の体育または保健体育の授業におきまして健康に関する基礎的な知識や技能を修得させるということが中心でございますが、特別活動、学級指導あるいはホームルームにおきましても日常生活に即した健康指導を適宜取り上げて実施をいたしております。

また、御案内のとおり、健康診断は学校におきましても毎年やっておるわけでございますが、そういう健康に関する学校行事に関連をいたしましても健康教育を多面的に取り上げて進めておるといふような状況でございます。もちろん、保健体育あるいは体育の授業だけではございません、ほかの関連する教科におきましてもいろいろな形で健康の保持増進に関する教育を実施をいたしておるところでございます。

○高桑栄松君 中学、高校は専門の教師がいる、小学校はいないわけですね。それで、私の記憶では、指導要領が何か知りませんが、随時随所で健康教育をするというふうにあったかなと思います。いかがでしょうか。

○説明員(青柳徹君) 小学校段階では、御指摘のとおり学級担任の先生が、先ほど申し上げましたように、学級指導の時間、あるいは学校行事としての健康診断その他の行事に関連をいたしまして指導をいたしております。特に五、六年生につきましては、体育の教科の中の「保健」の領域におきましてやや系統的な指導をいたしております。専任の先生ではございませんが、学級担任を中心とするわけでは、学校によっては専任の先生がおられるわけですが、そんな体制で指導に当たっております。

○高桑栄松君 そこで伺いたいと思いますのは、私は若いときですが、戦時中でしたけれども、師範学校に教えたことがありますが、あのころ、英語をやめてドイツ語を教える、そういうことがありまして、師範学校でドイツ語を教える。北大には文科系がありませんので、私に行けと言われて、ドイツ語を教えるに行ったことがある。そうしたら、師範衛生というのがある、それで、衛生学の先生だから師範衛生をやってくれというので、私、師範衛生を教えたことがある。男子部と女子部というのがありまして、これは必修でございました。

ところが、今の教員資格からは、保健教育という健康教育に関する部分が選択になっているはずでございますが、いつからそうなったのか、理由は何か、承りたいと思います。

○説明員(横谷正彦君) 現在の教育職員免許法の体系ができたのが昭和二十四年でございますが、この体系が発足いたしましたとき以降、今おっしゃいました保健体育の関係の必修科目と申しますか、それは変わっておらないわけでございます。二十四年以降は大学での養成というものが基本原則になっておりまして、「基礎資格」といたし

まして「学士の称号を有すること」ということになっておりますが、その学士の称号を有しますためには、大学の方で、その大学設置基準に基づきまして、一般教育科目、外国語科目それから保健体育科目それから専門教育科目と、この四本立ての柱になっておりまして、その中で保健体育科目というものは、大学におきまして講義及び実技四単位以上必修ということになっておるわけでございます。この保健体育科目の中で、今おっしゃいましたような保健に関する講義が講義が行われておる。この点は二十四年以降変化はございません。

○高桑栄松君 一般教養としての保健体育がどんな位置づけをされているか、まあ私が言っているのは、随時随所で教育をする。その教師が健康教育に関する科目が必修でない、それで一体教えられるんだらうかという点なんですね。

それからもう一つは、中学、高校の保健体育の専門の先生がいる。私が承るところによりまして、体育の免許があれば保健を教える。つまり、本質的にどちらをとるか僕には知らないけれども、体育をとれば保健を教える、そういう先生が中学、高校で保健を教える。承りますと、雨降り保健と言っているそうですね、雨が降ったら仕方がないから保健を教える。天気がよければ外でボールをやったり何かやるということで雨降り保健だと、こういうふうな批判をされているというふうな承っておりますが、保健体育という専門教科の教師が保健を必修でとらなくてもいいんだらうかというふうには私は思っておりますが、これに対してはどんなお考えでしょうか。

○説明員(横谷正彦君) ただいま申し上げましたように、すべての学校を通じては、大学におきます「専門教育科目」の中の「保健体育」でやっておりますわけですが、具体的に申しますと、小学校の教員になります場合には、専門教育科目の中で「教科に関する専門科目」というのがござい

まして、その中で、体育に関する専門科目を二単位以上修得しなければならぬことになっておりまして、この中には保健に関する領域が入っております。

それから、ただいまお話がございました保健体育の先生が大学で修得しなければならぬ科目の中には、体育実技とか体育原理とか生理学とか、そういうものと並びまして学校保健、衛生学、これを四単位以上とらなければならぬ、そういうことになっておるわけでございます。したがって、体育の実技だけをやって保健体育の免許状が出ているわけではございませんで、生理学とか学校保健、衛生学、こういうものもちゃんと修得をしてきて、それが教えられる実力を備えているものと、そういうふうに考えておるわけでございます。

○高桑栄松君 文部省の方は御承知かと思えますが、日本学校保健学会というのがございます。私も現在会員でございますし、日本学校保健学会の学会長をさせられたこともございます。

私も、健康教育というのは成人病の段階で教えるのも遅いといえは遅いんですね。慢性疾患というのは生まれたときから始まっていると考えた方がいいんですよ。簡単に言うと、食生活を考える、食生活は、おふくろの味が旨いすけれど、そのおふくろの味が高血圧をつくるようなおふくろの味をずっと持つていくから成人病、高血圧が起きますのでございまして、おふくろの味ということ、何でもいからおふくろの味はよかつたと言っていると、おやじは脳溢血、兄は脳溢血、弟も脳溢血という、遺伝かと思うと、実は生活習慣であるかもしれないんです。ですから、健康教育というのは子供のときから早くしなければいけない。

あります。日本学校保健学会では、昭和二十四年に教員免許状の中から必修科目としての学校保健が外されてから、もう本当に一生懸命にこの復活を要望してきております。私もその一人でござい

ますが、どうでしょうか、やっぱりこれだけ日本は豊かになったし、いわゆる文化的な生活レベルが上がってきた。そして、今ここで福祉の中で健康というものが最も大事なことであることは皆さん御承知だと思っております。何と云ったってやっぱり命あつての物種でございますから、ですからやはり教師が随時随所に子供たちに健康に関する教育をしていくとすれば、それは基礎的な知識を必修科目で持つてもらう必要がある、こう私は強調したいのでございしますが、どんなふうにかれを受けとめられるでしょうか。文部省お願いします。

○説明員(横谷正彦君) 現在の教育職員免許法、それに基づきます教育職員免許法施行規則でも、教職専門科目の中の例示といたしましては学校保健に関する専門科目も挙がっておりますわけでございますが、ただ今おっしゃいましたように、学校保健は必修という形にはなっておりません。

それで、現在私どもの方では教育職員免許法等の一部を改正する法律案を国会で御審議をいたしておりますわけですが、これでは、教職専門科目のところを教育実習とか生徒指導とかそのほかの科目をふやすために免許法で単位数の増加を図る措置を改正案としてお願いをしておりますが、これに對しまして、大学の方を縛るものだという反対が非常に多ございまして、これをい

いただきました、そういうふうに考えております。
○高桑栄松君 今の御答弁、私は私なりにいいお話だと承りました。御検討していただきたいと思ふんです。

それで、ちょっと話題を変えまして、きょうテレビあるいは新聞で見たんですけれども、何かドリンク剤というのにアルコールが入っている。最高一二%入っている。ビールは黒ビールで五%かな。だから、ドリンク剤の方が、量をたくさん飲めばビールの倍以上濃いのを飲んでいっているということになってくるわけですが、これ、厚生省の食品関係のことかと思うんですが、ドリンク剤というのは何なのですか。健康食品とかいふものがあるようですが、ドリンク剤は何に属するんでしょうか。

○政府委員(正木繁君) 一般にドリンク剤と言われているのは、医薬品たるドリンク剤を指しておるわけですが、先生御案内のように、これは総合滋養強壯剤というふうに言えると思います。それから医薬品たるドリンク剤以外に、清涼飲料水としての、これは食品でございますが、両方あると思ひます。

○高桑栄松君 そうすると、今のドリンク剤というのは、何だが、私朝よく読まないで来たのですけれども、あの一二%というのはこれは普通に売られているわけですね。

○政府委員(正木繁君) これはこの四月の十六日に刈田議員の御質問がございまして、その際、いわゆるドリンク剤の中にアルコールが含有されておる。これが自動車運転をする人にとりまして事故のもとになるのじゃないかといった観点から御質問がございました。

先生おっしゃいますように、これは中には一二%あるいは一二%近いというのもあるようでございますが、平均しますと四、五%程度。それで、大体ドリンク剤と申しますと百ミリリットルというところで、絶対量としましては非常に少ないものでございます。ただ、個人差もございまして、これはやはりアルコールというものはできる

だけ含有しないようにすべきじゃないか、また、含有しているものにつきましてはその表示をきちっとすべきではないかということで、先生の御指摘もございまして検討をしております。

そこで、なぜアルコールが入るかということでございますが、これは生薬をアルコールに浸して抽出する。生薬成分を抽出するためにはどうしてもアルコールが含有してしまふ。できるだけ除去するわけですが、どうしても必要最小限のものは入ってしまう。

そこで、一般の方々はまさかドリンク剤にアルコールが入っているとは知らないわけでございますので、その辺の表示をきちっとするようにということで、私も製薬団体連合会の方とも協議をいたしまして、各メーカーにきちっとした表示をするように、それからできるだけアルコール分を除去するように、低減するようにということで指導をして今日に至っております。

○高桑栄松君 アルコールの含有量が少ないようなお話ですが、これ、一二%というのは日本酒あるいはワイン並みなんですよ、ワインあるいは日本酒が一四、五%ですから、五%が最低ということですが、これ黒ビールですよ。普通のビールはちょっとはつきりしない、四、六かなんですよ。それで一本百二十ミリリットルだと二本で二百四十ですから、あのちっちゃな一口ビールなんというのはいくらもいっちゃんありますよ。ですから、私はそんなにアルコールが多いものという

ことを知らなかった。今の刈田さんの御質問、そういえば僕もちょっと相談を受けたことがあって、今思い出したのですけれども、たしか刈田さんが質問されましたね。それがちょうど新聞に出てきたのかなと思つたのですが、私はアルコールを取り上げようと思つたのじゃなくて、最近健康産業というのは随分ブームだと思つたんですよ。いかに国民が健康に目を向けてきているかということ、そつちの方にブームが出てきているというのは、やっぱり日本人は豊かになったのかなという二つのことを僕は思ふの

です。私なんか見て、専門家の端くれとして、まじは、健康食品というのはいかういふことを言っているのかいなと思うようなものを、一般の方は一生懸命信じて買つたりして、私にまで勧められる方がいるんですよ。まあままで言っちゃいけませんね、私にもですね。それで、私は、おかしな話だと思ひながら、本人がせつかくそう信じているのだから、毒でなければ結構じゃないかというつもりで、こつちもお話をにこにこ受けていた方がストレスがなくていいだろうと思つているのですけれども。

しかしこのごろは、いかさま健康食品といふのかな、何か出ていますね。私ちょっと資料を調べないでしまったのですが、何かどこかの土でかんかをこね回したものをがんに効くとかいって売つたとかといふのがあつたようですが、私はやっぱり健康食品といふことで、少なくとも害がなければいいかと思ふのです。本当に有効であればいいけれども、これは医薬品の検定のようにはいらぬだろうと僕は思ひます。けれども、健康食品といふものが野放しになつていふの、健康食品がするんですが、健康食品に対する厚生省の対応といふものはどうなつていふのでしょうか、承りたいと思ひます。

○政府委員(竹中浩治君) 健康産業ブームあるいは健康食品ブーム、先生お話しのように、国民の生活水準の向上あるいは国民の健康に対する意識の高揚、そういったものが背景になつて、いわゆる健康食品ブームがその一つのあらわれとして起こつておるのではないかと今考へておるわけでございます。いわゆる健康食品につきましても、成分、形態、用途、実にいろいろ多種多様なものが現在流通しておる状況でございます。

先生のお話の中にございました、これらのいわゆる健康食品の中で薬事法に抵触するものについては、これはもちろん薬事法による指導、取り締まりがあるわけですが、それ以外のものは、食品といふことで食品衛生法で必要な規制を

行うことになつておるわけでございます。五十八年度に経済企画庁が中心になりまして行われました調査の中でも、一部公衆衛生の被害が発生するおそれがあるというふうなものも見出されておりますので、そういうものにつきましては、例えば有毒、有害なものについては販売の禁止等を行う、あるいはそれ以外に必要な場合には、特定の物質についての含有量とかあるいは加工方法とか、そういうものの基準を設定をするというふうな規制を行つて対処してまいりたいと思つておるわけでございます。

○高桑栄松君 今思い出したんですけれども、水も売られているというところで、これ厚生省だつたと思うんですが、外国産ミネラルウォーターと称するものを調べてみると、飲料不適といふのが結構あるんだというふうに出ておつたと思うんですが、昔から我が国は山紫水明、水のおいしいところだと、確かに外国へ行つて飲んでみますと、私は日本の水はおいしいと思つておりますけれども、しかし、「おいしい水」として厚生省でも言ひ出しているからいふから、日本の水がおいしくなくなつたんだといふことはわかりませんが、今売られている水、これ、外国産のもの、輸入品といふのがありますよ、実際。それは水割りに必要だといふことですが、これは新聞だつたと思ふんですが、私はデータとして厚生省から取り寄せたんじゃないのでわからないんだけど、こういうのはどこで規制するんでしょうかね。

○政府委員(竹中浩治君) いわゆるミネラル等の入つた水ということで、瓶詰あるいは缶詰等が売られているわけですが、これもやはり食品衛生法によりまして規制をいたしておるわけでございます。食品衛生法上危害がある場合には、やはり食品衛生法の規制の対象といたしまして販売の禁止措置等々を行う、それから瓶詰ないしは缶詰のものにつきましては、これは食品衛生法上製造所の許可が必要だといふようなことで規制をいたしておるわけでございます。

○高桑栄松君 話をまたちょっととへ戻したいと思いますが、この七月十日に東京都が健康に関するアンケート調査を行ったというのが報道されておりますが、健康に不安を持っている人が四九%、自信を持っている人を上回ったということでありまして。特に主婦は五七%が不安を持っており、御承知のように、女性の方が男性よりも五年または六年長生きでございますが、この女性の方が特に不安を持っている、ますます長生きになるのではないかと、いや結構なことだとは思っておりますけれども、まあ、そういう不安というのがやっぱり現代病の一つであらうと思うんですよ。ストレスですね。ストレスというものの一つに、健康不安というのが、これは本当に大きなものだろうと思うんです。

そこで、この健康の不安に対応するのに、私は、憲法第二十五条の健康保障というものの三つのレベルのお話を本会議のときにいたしました。

第一レベルは疾病の治療である、第二レベルは疾病前状態からの回復、つまり早期発見、早期治療である、第三レベルがいわゆる健康づくり、健康の保持増進であるというふうに申し上げた。健康保障の最低限度というものを保障するのは憲法二十五条に定められているわけですが、私は、この第二レベルまでが健康保障の限度として取り入れるべきものだ、こう思っているんです。つまり、予防医学を推進すべきであるとは老人健康調査のところでお話しをいたしましたけれども、こういうことについては厚生省御異論がないでしょうね、ちょっと確かめておきたいと思うんです。

○政府委員(吉崎正義君) 全く異論がございません。

○高桑栄松君 そこで、実はこれがイントロダクションでございます、その次があるわけで、厚生省は健康づくりの妙案を募集したというのが新聞に出ておったんですね。厚生省はもう大変エキスパートで知恵者がそろっておられるけれども、やっぱり一般の妙案などを募集しているんだなど、いいことだと思ふんですよ。というのは、

幾ら知恵がなくても、国民参加という意味で、募集なんかいたしますと、やっぱり関心を持って、健康の自覚に役立つんですよ。だからそれは僕は大変いいと思うんです。

ところが、その中であつと思つたのは、北海道の鷹栖町の例が挙げられておりましてね、私は、北海道から出てきたわけじゃないんですけど、北海道で長く職を奉じておりましたので大変関心が深いんですが、その鷹栖町の例というのを見ますと、鷹栖町は午前六時半から九時だったかな、それまでの早期診断というのをやっている。早期診断でなくて早期診断なんですね。その時間を利用して早期診断を行っている。それから、家族単位で健康台帳をつくっている。これを厚生省は大変御推薦のようでございます。私もいいことだと思つているし、鷹栖町のことはこの前の予算委員会、三月二十八日のときかな、私も例に挙げた覚えがあります。

それをもう一度振り返ってみますと、鷹栖町は昭和四十三年から町民健康づくりを始めております。三十歳以上を対象に早期発見に努めてきた。それで、実に異常者というのは二八%という報告なんです。びっくりしてよくよく見たら、異常というものは病気でないものを含んでいる。これは非常に大事なポイントであるんです。そして、これには予防的な生活指導を行うものを含んで、二八%の人をビックアップしている。私は、鷹栖町というのは大変いいことをやっているんだということがよくわかったんですが、それで、データを取り寄せてみますと、昭和四十九年には、例えば入院で全道と鷹栖町では鷹栖町の方が一・二倍高かったのが、五十六年ですから七年たつていますね、それで入院で〇・八倍になった。医療費は〇・九倍。つまり、北海道全道平均よりはずっと医療費が低下している。私はそれをいつも申し上げていたわけですね。健康管理、健康診断、早期発見を行うことによって、十年もすれば医療費は間違いなく低下していくということを証明している事実なわけで、私は、そういう意味で、鷹栖町が健

康づくりの妙案のサンプルに二つか三つ挙げられた中に出ていたことを、大変いいことだ、きょうの委員会にも話をさせていただく大変いい材料であった、こう思っているんです。

そういうことで、これは同じようなことが岩手県の沢内村とか長野県の佐久市なんかで同じようなデータが出ておるわけでありまして、だから町民健康づくりといったような町ぐるみの予防医学、予防重点活動というものが町民の健康を保持増進させ、そして町内会の協力体制もうまくいくんじゃないかと思ひますね。昔の衛生組合なんというのは今ないようですから、あいつたものとは別な意味で協力体制ができていくんじゃないかと思うんです。

ですから、そういうことを大いに進めていただきたいと思ひますが、もう一度申し上げますと、さっきの一般調査というふうなことはこういうところでは問題にならぬわけですよ。こういうところでは、異常でないものもひっかけていっているというところでございまして、しかも毎年やっているということは非常に大事なことでありまして、血圧でも何でも、御承知のように高ければいけないんじゃないんです。高いのがことしも去年も来年も同じレベルでいってれば、それはその人のノーマルな血圧と考へていい。去年低かった、これと正常のように見えた、来年高くなった、それは統計的には、再来年ももっと高くなるというものでありまして、これが問題になるわけですよ。したがって、健康診断というのは毎年やっていくことが大事。しかも胃がんなんかの検診ですと、小さな細胞レベルというか、粘膜の細胞レベルでわからなかつたものが半年するとわかるようになる、一年はつておいたら、ひょっとしたら若い人だと手おくれかもしれない、こういうものでありますから、少なくとも年に一度は胃がんの検診も必要なんです。

ですから、そういうことを考えると、私は、さつき厚生省が示された成人病予防五カ年計画の中に

には、一般診療というようなレベルの低いものではなくて、やっぱり精密検査クラスが入っていないといけない。あれには胃がんが入っておりませんけれども、これに子宮がん検診、それから胃がん検診を含める必要がある。国保は別ですが、組合とか政管健保、共済組合は、保険の本人はもう間違いない十割健康診断を受けております。しかも大企業であるほど極めて手厚い健康診断を受けている。中小企業とそれから国保、それから家族、そういったところはどうしても健康診断というのはいかなるかな行かないし、健康診断は行けば全額自分ですから、これは大変なことだと思ひます。

私がやっぱり福祉という意味で主張したいのは、予防給付という考え方を保険給付の中に採用できないか。つまり国保であるとか家族であるとかいう人たちのために、予防給付が保険給付として採用されないか。私は病気が受難だと思ひます。受難であるから受難の人に対する相互扶助ということで保険というものがあつたんだ、こういうふうには私は理解しておりますが、健康診断の場合には、若干私は受難というよりも受益側に傾いて考へているんですけれども、したがって、ある意味の自己負担は経済的には仕方がないのかもしれないと思ひます。しかし、予防給付というものが、今は被用者本人以外は全額本人負担、そういうことで、この健康保険給付が適用できる道を開けないものかというのを伺いたいと思ひます。

○政府委員(吉村仁君) 医療保険の立場で予防をどう扱うかという問題であります。現在のところ私も、給付の形ではなしに、保健施設ということでやっております。したがって、例えば健康保険組合というのは、自分の健康保険組合の施設でもって、今先生申されましたような人間ドックをやるとか、あるいは精密な検査を毎年実施するとか、そういうことをやっておりますし、政府管掌健康保険におきましても、中小企業の従業員を対象といたしまして保健施設をやっておるわけでございます。また、国民健康保険におきまして

も、国民健康保険の保健施設、あるいは福祉施設活動として予防に関する活動をやっておるわけでありまして、私ども、この保健施設の重要性というものは最近特に重視しております。この面における予算の確保あるいは事業の実施というふうなものを奮励しておるところでございまして、先ほど老人保健部の方から申しましたように、一般の地域を相手にする保健事業と相まって、職域における保健施設活動を通じて予防活動をやっている、こういうことでございまして。

それでは、給付として取り入れることができるかどうか、こういうことでございしますが、現在の健康保険の建前としては、一応保険制度でございまして危険分散を図る、こういう思想に立っております。したがって、何かの保険事故が生じた場合にそれをみんなで補償をする、これが保険のシステムの基本でございしますが、そういう事故が起こった場合、あるいは不時の出費に備えるという意味から保険制度ができていて、こういうことでございまして。

しかば、予防活動というのはそういう保険事故としてとらえることができるかどうか、そこは非常に問題のあるところでございまして。したがって、私も現在の段階では、予防というものは危険分散という観点、あるいは不時の出費に備えるというふうな観点から申しますと、やはり保険事故の対象にはなかなか難しいのではないかと。そういうことで、給付の体系ではなしに、先ほど申し上げましたように保健施設の体系で事業を進めておる、こういう形をとらざるを得ないのが現状でございまして。

○高桑栄松君 今のお話、例えば事故と健康予防給付の問題というふうなもの、私も大体そういうふうなつもりだと申し上げたと思うのです。

だけれども、今のは、何というか、つまり文章の上でそう書かれていてということでありまして、中小企業の場合、これは厚生省でなくて労働省かもしれないですね。私は労働衛生の方も若干専門でございまして、現場のことも一応心得

得ているつもりでございます。中小企業は本人の健康管理でさえもなかなかできないのです。医者は嘱託医がおりますけれどもなかなか思うようにはいっていないというのが実情なんですね。まして本人以外の家族が、なかなかできるものではないのです。したがって、今おっしゃっているのは文章の上でそうなっているということであって、実情とはやや遠いのではないかと私は思います。

したがって、私が申し上げたいのは、受益者負担という考えがあってもいいから、やっぱり全額では、丈夫なお金を出してまでという気持ちがあるだろうと思っております。その辺、給付の方法を考えて、保険給付の中で面倒を見る方向はないものか、これが福祉というものでないかろうかという気がするので申し上げますが、もう一度いかがでしょうか。

○政府委員(水田勇君) 私ども、老人保健法に基づく一般診査について先生に若干理解をしていただきたい面があるので立たせていただいたわけでございます。

私も、一般診査と並列的に胃がん、子宮がんの検査をやるようにいたしております。特に老人保健法は法律上は四十歳以上の人を対象にするわけでございますが、子宮がんにつきましては予算上の措置として三十歳まで繰り下げてやっているわけでございます。私もこの一年間健康診査というものを実施してみてもいいと思っております。やはり市町村が住民に働きかけをしなれば、その診査を受けるようにと、まさしくこれが保健活動なんだらうと思ふんです。給付したいに一方的に自分の判断でということになると、なかなかいかなんじやないか。特に私も五十八年度の実績を見ますと、全国レベルではほぼ予定していたものを、予定どおりしておりますが、総じて言いますと、やはり前の日絶食してバリウムを飲まなきゃならぬという胃がん検診になかなか出ていただけません。市町村が一番苦勞するのはその働きかけで、どうやってこの検診に参加していただけるかということで、ダイレクトメールでやると

か厄年健診でやるかといういろんな工夫をしながら、やっぱり町内会の組織を使いながら参加していただくということをやっているわけでございます。

また、先生御心配の、中小零細企業の家族は当然対象でございますし、また中小企業の方は、労働安全衛生法に基づきましては、胃がん検診、子宮がん検診の対象になっておりますので、そういう面は私も対象にいたしておりますし、それから当然精密検査のレベルまで達しておりますので、精密検査のレベルには、私も積極的に細かい企業の方にも健診を受けるように働きかけをいたしているところでございまして、やはり日本の健康診査の進め方は、大変口幅ったいようございまして、やはり市町村を通じての働きかけを住民に積極的に町ぐるみでしながらやって、やはりレベルを上げていくことが、遠回りのようではあるけれども考えている次第でございます。

○政府委員(坂本龍彦君) 中小企業の従業員の関係でちょっと御質問と申しますかお話しさせていただきますので、中小企業を主として抱えております政府管掌健康保険の健康管理に関しても一言お答えをいたしたいと存じます。

政府管掌の健康保険におきましては、保険給付ということではございせんけれども、いわゆる保健施設という形で中高年の健康診断など実施をいたしております。これはやはり先ほどもお話したように、従業員の方はなかなか十分健診の機会にも恵まれないということもあらうかと存じまして、保険のいわばサービスのような形で施設として実施しておるものでございまして。

内容的には、一応四十歳以上の従業員の本人の方を対象にいたしております。一次検査、二次追跡検査とやっております。一次検査は、例えば問診から始まりまして血圧、尿、血糖、肝機能、心電図あるいはエックス線等の検査をいたしておりますし、またその結果に基づきまして、第二次

追跡検査として尿検査、血糖検査、肝機能あるいは胸部エックス線さらにはガストロカメラ検査または胃ファイバースコープ検査、こういったようなことを実施しておるわけでございます。

ただ、従来政府管掌健康保険の方は赤字でございましたので、こちらの方にその経費を割く余裕がなかなかございせんでしたというふうなこともございまして、現在の段階で被保険者に対する実施率はようやく五十九年でも八割の六十五万人程度というので、まだ決して自慢できる場所まで参っておりますけれども、最近財政状況も少し落ちついておりますので、こういったようなところを積極的に進めていきたいと考えておる次第でございます。

○高桑栄松君 いや、率直なデータで、私はよかったですと思うんです。そういうことを我々やっぱり認識をして、そして帳面づらと中身とがどう違ってくるのかということ考えていく必要があると思ひます。

それから、健診をやるうと思つても出てこない、そこでまず、健康教育というの。ですから私は、健康教育を進めるといふことが何とて基本にあるんだというふうな思つて、私は衛生学の教授をしておりまして、そっちの方に重点を置いて仕事をいたしました。今、こういう場に立つてみて、まさにそう思ふんです。だから、私は健康教育を進める上では、厚生省、労働省、文部省、この三つの省が、環境庁ももちろんあります。まあ全部の省が、環境庁ももちろん、特に関係しているこの四つの省は、それぞれ健康教育に関してはやっぱり横の連絡をとって非常にうまく効率的にやってもいいなというのを私は今痛感いたしました。それは要望として述べさせていただきます。

二番目の柱に入ろうと思ひましたけれども、時間を考えて、三番目の柱に行つた方がいかなと今思ひましたので、三番目が「医療保険制度の改革」ということです。

そこで私は、保険制度の改革に当たっては、一

番「国民健康づくり」、二番「医療供給体制の整備」、三番「医療保険制度の改革」、四番は研究開発です。ちよつと脇へ置きまして、この一番と二番と三番の柱が有機的に一体となつてこそ効果があるというふうに本會議でも述べさせていただきます。

しかるに、この柱を見てもみると、第三の柱の一番目の「給付と負担の見直し」だけがタイムスケジュールが示されている。これは私だけが指摘しているんじゃないかと、各新聞の社説等を見ましてもこのことが指摘されているわけで、私はやっぱりこれは大変おかしいと思つてゐるんです。「医療保険制度の改革」の特に「給付と負担の見直し」だけがタイムスケジュールが示されている。そうしてあと一番と二番の柱と三番のそのほかのところにはタイムスケジュールがない。これは、ビジョンというものが絵にかいたもちかと。そういうことではいけないと思ふんです。それは話としてするならば結構ですが、現実の政治の場では、やはりそれそれ対応して国民は期待をするわけでありまして、三番の一だけのタイムスケジュールではなくて、一番の柱、二番の柱を含めてタイムスケジュールを私は承りたいと思ふんです。

○國務大臣(渡部恒三君) 先生から、医療保険だけがタイムスケジュールがあつてほかのがない、こういうお話ですが、今先生からいろいろ御質疑を賜りまして政府委員から答弁いたしましたように、生涯を通ずる健康づくり、これはいつからいつで終わるなどというものがなくて、これは人間が幸せで健康な生活を続けていく限り、もう永遠に役所が努力していかねばならないものであり、そうするとタイムスケジュールというのはいつ始まるか、こういうことでございますけれども、これは先ほど政府委員から答弁いたしましたように、老人保健事業でも、五十九年度予算は、非常に厳しい中を二百億近い増額をするというように、もう既に健康づくりの推進というものは始まつておるものでありまして、これからますますとつとつといいものに、先生の貴重な御意見など

を押聴しながら、来年、再来年とこれから無限の可能性を秘めてより充実したものにこれは進めていかなければならない問題だと思ひます。また、「地域医療を確保するための医療供給体制の整備」、これもいろいろ今日までも努力を続けておるわけでありまして、これは具体的には、我々

は今回の国会にも医療法の改正法案を出しまして、いろいろがんセンターや循環器センター、また、今度国立小児病院小児医療研究センターも秋には発足いたしますが、そういうナショナルセンターの充実をやり、また、今僻地医療であるとかいろいろ言われておりますし、また、がんセンターのようなものでも、今度は東北あるいは九州、北陸、北海道というようなブロックごとに欲しいというようなこともありますし、やっぱりそういうスケジュールはこれから毎年毎年我々つくつていかなければならないと考えておりますから、これもある程度五カ年計画とか十カ年計画とかあるといいかと思ひますが、今までやっておりますし、また、これから先生方の御意見等をお聞きしながら、毎年計画を立てて、やはり予算をつけて、その推進プログラムをつくつて、これから進めてまいりたいと思ひます。

したがって、これはどれを分離してするという問題でなくて、医療保険制度も極めてこれは重要な問題でありますし、これは総合的に進めていくべきものだという考えで私も仕事を進めておるわけでございます。○高桑栄松君 なかなかいいお話を承りました。せっかく大臣が一生懸命答えてくださったんで、予定を少し変更いたしましたして、渡部大臣の顔を見るとすぐ思い出さるようになって、医学教育会議、学術会議の勧告について、ひとつお伺いをしていいと思ふんです。御承知のように、学術会議第七部というのは、医学、歯学、薬学、これは地方区と全国区とございまして、いやもう小さいんで、参議院と比較になりませんけれども、これ、全国区、地方区あるんですよ。私は、地方区一期、全国区三期とい

うので、今四期目なんですけれども、それでこの中で生涯教育小委員会の委員長をもう三期ぐらい務めてきておるんです。これは、医学、歯学、薬学の先生方のもう十年来の悲願なんです。ね、医学教育会議というの。それは、いろいろな問題があつたからなんです。

例えば、あのインターン反対闘争というのがありましたよ。大臣はお若いからそのころのことはわからぬと思うから、聞いていただければいいです。吉崎さんなんかよく御存じのはずでございます。あれは、学生はインターンを廃止せいなんで言ったんじゃないんです。インターンという、学生でもない、医者でもない、何も身分が保障されていない、そういう状態で一年間ぼんやりさせるのかと、だから、アメリカではこうではないかといったようなことをやっていったら、行政というのは反応が遅いんです。来々ならだめだつていうわけで、それで何のことはない廃止になったんです。あれ、ひょうたんからこまが出たと思ひます。私は、インターンというのは必要だと思つてゐるんです。

ですから、プライマリケアとか卒後研修とか二番の柱に盛つてありますけれども、今の医学教育会議だけを取り上げますと、このことで我々は生涯教育というものの理念に立つて、そして長期展望のもとに医師の養成にいかにかかわるか、しかも医学の進歩と疾病構造の変化と社会のニーズにこたえる医者をどう養成するか、これは医学教育者のもう全く純粋な願いであつたわけです。そこへいろいろな問題が起きて、今のがあつたし、一県一医科大学というののもう反対してきたんですから、私たちは、それは教育ができないというところで言つてゐるんです。学生がどうか医者かふえるとか言つてゐるんじゃないんです。ね。質の問題なんです。国民の健康に対する期待にこたえられるかというのを意識し、そういうことで反対をしました。

医学歯学委員を八年もやりました。ですから、私はこれに深くかわつてゐたんです。それで、どうにもならない何かがあつて、それをどこかの審議會で言う、ぐちで終わる。それが取り上げられない。それで、医学、歯学、薬学が打つて一丸となつて、医学教育会議というものをつくりたい、これは昭和五十四年に医事部長病院院長會議の医学教育白書に詳しく盛り込まれてゐるんです。何とかしてほしいということ。これは、医学、歯学、薬学全く一致したというのは、利害関係も何もないんです。もう本当に一致したんです。そういうことで、私たちはこれを昭和五十二年に申し入れました。それに医療従事者もみんな含みますから、この医学というのはいさういふうに理解していただきまして、医学教育のための総合的な運営の体制をつくるようにという申し入れを昭和五十二年に政府に行いました。五十五年に勧告を行いました。勧告は政府が尊重しなければならぬというところになつております。これは科技庁が窓口でございまして、そして担当省は厚生省と文部省というふうな翌年の六月、通達が出ております。

それから三年たちました。文部省も厚生省もそれぞれ相互乗り入れて研究してゐるとおっしゃつてゐるんです。しかし、大学の先生方はそうおっしゃつておられないんです。これは横の連絡がどうしてもない。さつき申し上げた、ぐちで終わる。名前を挙げればおわかりの大先生方が最後にはぐちで終わるんです。もうだめだ。これがやっぱ縦割行政と横の問題だと思ふんです。ですから私は総理大臣に、教育臨調というものが本来文部省であるべきものが多数省にわたるという意味で、新しい考え方、臨時教育審議會をつくるという形に今進みつつあるようでございますが、通つたかどうか、まだ通つていません。ね。それで、医学教育会議も同じように、文部、厚生、両省が取り扱ひ窓口だと言われているところを見ると、明らかに複数省ですよ。ですから私は、これこそ教育臨調にふさわしいことを十年も前から私

たちが主張してきたことである、だから、それは日本医学会、日本薬学会、それから日本歯科医学会、全部賛成しておられるんです。ですからあとは——あとは言っていないんだ。結局文部、厚生両省とも建前は賛成のように僕ら思うんです。

だから、難しいのは何だろうかと思うんですが、私はそのために新しい課だとか部だとか局をつくるということではないかと思っていますので、これが大きな方針を決める、つまり健康教育というのはいまの非常に進歩の速い学問の進度に教育が追いついていけないんじゃないかという心配を我々は持っているわけです。一遍カリキュラムを決めると医学教育は六年、歯学もそうですが、六年、役に立つのにはあと四年ついても十年です。ですから、この教育をどうしていくか。そして先生の考え方も変えてもらわねといかぬわけですよ、教師の。これは文部省とか厚生省のお役人がやれと言っても、大学の自治というのがまたありましてね、大学にいたときは私もそっち側でございましてけれども、大学の自治というのがまたいいものなんですよ、とて。ですからそういう壁があって、文部省も厚生省もそう思ってもできないことはいっぱいある、そう僕は思います。

だからこの際、大学の教育のエキスパートとか経営者だとか、それに医学、歯学、薬学の学会の代表だとか、もちろん文部、厚生両省は重要な担当行政機関ですから委員を出していただく、それからそういう専門家では偏るおそれがあるから、いわゆるその他の学識経験者を入れるというふうなことで、医学教育のあり方を日常的に改善、改革をしていく方向で常に検討していく必要がある。これが、大臣、医学教育会議の設置の勧告なんです。

ですから、申し入れが五十二年、勧告が五十五年、私が申し上げているのは五十八年、五十九年、これから大臣の顔見ることにとつ申し上げたいと思いますけれども、何とかこの方向で文

部省と御相談をいただきたいと、こう思っておりますが、いかがでしょうか。

○国務大臣(渡部恒三君) ただいま先生御指摘の医学教育会議の設置に対する考え方、私も全く同感でございます。最初予算委員会でも先生から文部大臣と相談してやりなさいというお話、大変新鮮なもので承りまして、部内でもいろいろ検討をさせたのでございますが、今のところ部内の考え方は、先生のお考えはもともとのでございますが、これらの趣旨は現在のところ役所の中で、文部省当局と常に連携を保ちながら国家試験の改善とか医学教育の充実とかそういう施策を推進してきておるし、また、これからのそういう考え方で推進していきたいということで、率直に申して新しくそういう機構、会議というものを設置するということには消極的な様子でございました。

もともとこれは、今の臨調等で、何でもかんでも何か新しいものををつくることは悪いことだといふような一つの全体の行政の中の雰囲気がございますから、そういう雰囲気の中で、新しい機構をつくるよりはできるだけ現在の枠の中でそういう施策を進めていくという部内の考え方だと思っておりますが、今のところそういう考えで今日まで経過しておりますために、今先生から大変アカデミックなすばらしい御意見を拝聴しながら、私の方からは歯切れのいいすきとした答弁ができないのでございます。

○高桑栄松君 どうも渡部さんらしくらぬすつきりしないお話だったと私も思っておりますが、今お話になったことは私たちが十分承知なんです、もう両省とも大変面倒らしいことなんです。

しかし、なぜだろというところなんです。本間に医学教育関係者は、自分のこととかそういうことではなくて、次の代をしようといふ医師、歯科医師、薬剤師、医療従事者の質の向上をどう図っていくか、それがどうニーズにこたえられるかというのを常にやはり良心的に考えているんです。それを、新しい機構という、その辺が私よくわかりませんけれども、新しいポストをつく

れとか、そう申し上げているのではないので、文部、厚生両省の現在やっておられるのはそのままだけで、やっていたことは当たり前のことなんです、だからその行政機構の中でどうこうというのじゃなくて、世界の情勢を調査し適応できる態勢さえとればいいんです。ですから大変難しいことではないし、まさにいいことなんです。

大臣、もう一つ考え直して、ひとつお考えを承りたいと思いますが、いかがでしょうか。

○国務大臣(渡部恒三君) 確かに先ほどの先生の御質問から浮かび上がってきたように、今ほど国民の健康に対する関心というものが高まっている時期はないと思えます。

私は、まあ評論家的に言わせていただくならば、今中曽根内閣は行政改革をやって、教育臨調というものを国民に問うておるわけでありまして、さらにその次の段階で国民的な視野で我々が行わなければならない政策は、幅広い観点に立つての国民の健康を守るための大きな施策である、私は国民健康会議というようなものがこの次の大きな政治課題になっていくべきではないかというようなことを今抽象的に考え、また、それを模索しておるのでございます。

そういう幅広い考え方から言えば、その中で先生の医学教育会議というものは、非常にこれは大きなそのポイントになってくるものだと考えますので、予算委員会でも御質問をいただいて、そこで明快な答弁をきよう申し上げたかったのであります。が、やっぱり大臣も役所の者の意見をいろいろ聞きますから、私は今まではそういうところになっておったのでありますが、さらに先生からの強いお話であり、これは趣旨としては私も全く同感なのでございますから、今の臨調の枠の中でどこまでやれるか、しかし、行政改革といつても何でもかんでも新しいものをつくってはいかぬと、こういうことではありませんから、これは必要なものはどんどん整理して、やはり新しい時代のニーズの中で必要なものはつくっていくと、こういうことでございますから、きょう

の先生の熱心なお話を受けとめまして、さらに文部大臣とも相談を直しまして、また関係当局の政府委員、関係者とも相談をいたしまして、もう一遍、先生の趣旨にこたえられる方向があるかどうか、努めて勉強させていただきたいと思っております。

○高桑栄松君 今大変前向きな——私は前向きという言葉は余り好きじゃないのですけれども、まあ積極的なというか、お考えを承りました。やっぱり大臣は時々評論家になっていただきたいと思うんです。行政的なものの上におられると思うことも言えないのじゃないか、まあうっかりするとすぐ揚げ足を取られますからね。だけれどもそうじゃなくて、これはやっぱり積極的に考えていた方がいいというふうに私受けとめまして、大変いいお答えをいただいたと喜んでおります。

それでは次のところでありますが、大蔵省に伺いたいのですが、予算編成上、私は健保の改正に当たって、これだけの予算を伴うものがさりとて年当初予算の中でパスをしちゃって、後でこれが今出てきている。これは先般の質問で、大蔵大臣は、改正内容を踏まえた予算編成をすることになっていくんだとか、それから十二月に予算案は提出するのが通例なのに提出された例がないかとおっしゃっていらして、こんなふうに、予算が通ってから予算を含んだ健保という大問題が今組上に上っていると、こういうのが通例であるとおっしゃいました。私はそういう世界は初めてで、予算というものには常識的にはこういうことは成り立たないはずなんじゃないかと思つて大蔵大臣の解説をお願いしたんですけれども、通例であるというのはいはれは回答になっていないんです。それだと言っているだけなんです。だから大蔵省の、私を納得させていただける回答をお願いしたいと思っております。

○説明員(兵衛廣治君) お答え申し上げます。今回の健保法の改正、大変重要な制度改正であることはそのとおりだと存じますが、政府としては、臨調の答申の御趣旨をも踏まえ、医療費の適

正化などのための施策の早急な実施を図るために、今回の制度改正は五十九年度から実施することを予定をいたしまして法律案を提出いたしますと同時に、その改正内容を踏まえた予算を編成して同時に国会に御提出申し上げ、御審議をいただいているところであるわけでございます。

先生御承知のとおり、憲法及び国会法によりまして通常国会は毎年一回、一応百五十日間の会期で開催されることとなっておりますけれども、その通常国会におきましては、毎年度の予算と重要な法案、それに執行の結果の決算を御審議をいただくことがいわばその役割だと思っております。今国会におきまして、四十三本の予算関係法案が政府から提出をされまして御審議をいただいているところであります。

御指摘のとおり、通常国会はどうしても予算先議で議事が進められますので、法律案の御審議は後になりますけれども、あくまでも予算と法律案は別個の議案でございまして、既に予算は成立を見ておりまして法律案は法律案として御審議を経、御議決をいただくものでございます。したがって、法律案の審議の結果、既に成立した予算の内容と異なる形では法律が成立を見るような場合が仮にありまうという、何らかの予算との調整が図られなやいかぬという、そういう必要が出てまいります。政府といたしましては、成立した法律の施行に何とか努めていかなきゃならぬということにならうかと思うのでございます。

先生の御質問に対するお答えに的確になるかどうかあれでございますが、ともかく、今御審議いただいている法律案は法律案としてやっぱり御審議をいただくんだというのが答えなのでございまして、以上でございます。

○高桑栄松君 私、そういう法律と予算との絡みでの折衝という立場に立ったことはありませんので、新聞を通じて知っているだけで、何かこれが通らないと四千二百億の赤字が出るとか、毎月五百億ずつ赤字になっているとかというふう

に書いてありますし、何としても成立を図りたいのは予算のためだけにやっぱり素人には受けとめられるんですかね。ですから、そういうことで、さつきちょっと言われたのであるほどそういうものかと思つたのは、じゃ、仮に法案がだめになつてもいいのかと、つまり予算がですね。極端なことですが、それでいいのかと、そういうもののかと、これはやっぱり一般常識的ではないのではないかと僕は思うんです。どうでしょう、もう一度伺いたいんです。

○説明員(兵藤廣治君) 政府といたしましては、今回の改正を五十九年度から実施をさせていただきたいということで予算もお出しをし、法案もお出しをしておりますわけでございます。何とか早期の成立をお願い申し上げます、こういうつもりでおるわけでございます。

私、先ほど申しましたのは、法律案と予算というものが議案としての記述形式が異なるというところの一般論としてお話しを申し上げた次第でございます。その政府の施策として五十九年度からこういう制度実施を図りたいというところはもう重要の、ともかく喫緊の課題として課せられているものと思つてございまして、何とか御賢察を賜りたいと思うわけでございます。

○高桑栄松君 せっかくなのでいっているのだから、もう一つお伺いをいたしたいと思つて、竹下大臣が、十二月に予算案を出すことが通例になつて出たことがないとおっしゃつたと思つてよろしいかね。これ、歴史始まって以来ないんではないか。

それからもう一つ、私が聞いている範囲では、それはよくないことだと竹下さんが言われたように僕には聞こえたんです。僕は、そんなことを国会がやっていると聞いていたんだらうか。つまり、看板はちゃんと出しているんだけれどもやつたことではない、それでは世の中に道徳を通せとか何とか言つたつたでめいじゃないのかと、自分がうそを言っているような気がするんです。だから

ら、通例になつていながら通例のとおりやればいいし、でなかつたらあそこを削除したらいいんじゃないか。十二月に出すのが通例であるという部分ですね。私は素人ですからどうしてかわからないですけれども、さつき「御承知のとおり」とおっしゃつたのは、あれまぐら言葉で、僕は御承知でないんです。これは、御指摘のとおりというのとはそのとおりですけれども、御承知はなかつたんです。だから、これは私はやっぱり、もし通例が通らなかつたらその条文の表現を変えたいんじゃないかという、極めて単純な気持ちがあるんですが、いかがでしょうか。

○説明員(兵藤廣治君) どうも失礼を申し上げます。

大臣が申されましたのは、財政法二十七条に、毎年度の予算は十二月提出を常例とするという書き方になつておるのでございます。これは先ほど御説明申し上げましたとおり、通常国会の主要な使命といえますが、そういうものが、予算審議がまず第一にございまして、通常国会の召集が国会法の規定でやはり十二月とするというふうな規定されておりますのは、予算を審議する国会の召集期と予算の提出の常例とすることを合わせてあるというふうな考えられるわけでございます。

しかし、御承知のとおり、国会の常会はお正月を挟みまして、本格的な御議論は一月の下旬ぐらゐから始まるということになります。それから、予算の編成も、私も来年度の経済情勢等、各般の情勢を見通しまして編成をするということでございます。十二月内概算決定といいますが、予算折衝で決めるところまでが精いっぱい。それから、国会の方がお休みと申しますか、先生方が本格的な御議論に入る前の間の一月に鋭意膨大な予算書の印刷をいたしまして、そして正式な提出になるのはどうしても一月の下旬にすれてしまふ。概算決定は一応大体は年内編成やりますが、印刷提出は一月になつてしまふというのが大臣の申されたことでございます。そういうことで実は今まで予算

委員会でも種々十二月常例とする二十七条の規定をめぐる御議論がしばしばございました。

そういうこともありまして、実は概算決定した内容の概要を、総括説明書というのをまず予算書の前につくりまして、そしてそれを諸先生方にお配りをして、少しでも早く御勉強ができるようにということを出さしていただいております。現状でございます。

○高桑栄松君 なるほど承ればやっぱいろいろと理由はあるものだな、いやいや、あるからそうなっているんでしょうから。わかりました。それでいいと申し上げているんじゃないんですけれども、なるほどわかりました。そういう仕組みなんだとは思いますが、いいということではないし、それから、今の常例になつていっているのが論議されたというのを承りまして、私も素人ながらやっぱり疑問を呈してよかったとこんなふうな今思つたところで。

それではその次なんです、厚生省の資料によりますと、医療費は、昭和五十七年、五十八年、五十九年度と、それぞれ前年度に比較してどんどん国民の医療費は下がっている。五十七年度七・八％、五十八年度四・六％、五十九年度予想が二・五％、毎年半分ぐらゐずつ伸び率が下がつています。ところで国民所得は依然として六・五、六・五、六・三、これはほとんど同じであります。つまり、所得に対する医療費の伸びというものは断然下がっているわけで、だから金は幾ら使つてもいいと僕は申し上げているんじゃないんですよ。なぜ一割負担をこでしななければいけないのか。一割本人負担という新しい制度をなぜここへ持ち込むのか。つまり、医療費が下がつてきている。国民所得は横にそのまゝ行つていて、経済学者によると、収奪通減の法則というのがある。ブレードになつて下がつていくという法則がある。まさに医療費はそこに来ていくのではない。そのピークから下がつていくという意味は、私

はやっぱり厚生省の言われる健康の自覚、これは国民がみんなそうやってきたんだと思うんです。だから、それはやっぱり厚生省の努力のたまものだとちょっとお世辞を使っておきますけれども、なぜ通減をしているのかかわらずここで一割負担という新しい制度——私はこれを申し上げたのは、三割負担の国保や家庭の人がいるから、二割、三割がいるから、ゼロの人は一割ぐらい負担してもいいではないかというがまん説というのか、お願い説というのかがあるわけだ。今まで政管とか組合とか共済の被用者本人が負担してなかったのは昭和二年以来ですよ。つまり既得権なんですよ。それでもうすべての生活設計ができていたわけだ。それを一割負担せよというのは、私は、広辞苑に出ている福祉の定義に反する。つまり、公的扶助による生活の安定充足をマイナス要素として働くはずなんです。ですから、既得権だから守るという意味じゃありませんが、しかもこれは働き手本人なんですよ。ですからそういうのを含めてなぜ、医療費がどんどん、毎年半分半分と行っている、所得は横ばいだ、どうしてここで一割負担を入れようとしているのか。

これはやっぱり大蔵省が——大蔵省おられるから僕は申し上げるのですが、大蔵省が厚生省にこうせいこうせいと云ったんじゃないか、マイナスイリテグジャじゃないかと。仕方がないから厚生省はつじつま合わせをしたのではないか。私は、これはやっぱり健康保障なんだから、厚生省は、大蔵省が幾らこうせいと言っても、そういう案はお蔵に入れるというふうにしてもいいじゃないこの前申し上げたんですけれども、これについて厚生省本当にどう思っているんでしょうね。一割負担を新設したのと医療費の通減のことをごさいます。

○政府委員(吉村仁君) 先生御指摘のとおり、昭和五十七年度の国民医療費の伸びは七・八%、それに対して国民所得は六・五%、昭和五十八年度は医療費の伸びが四・六%、そして国民所得は六・五%、それから五十九年度、これは予算の

数字でございしますが、国民医療費は二・五%の伸び、国民所得は六・三%の伸び、こういうことでございまして、五十七年度は国民医療費の伸びの方が国民所得の伸びよりも高い。しかし五十八年度と五十九年度は低いわけでございます。

なぜ低くなったかということにつきましては、五十八年度におきましては薬価基準の引き下げ、それから老人保健法の施行等がございました。したがって、現実の医療費の伸びは下がったわけでありまして、私ども、これらの対策が行われなかったと仮定いたしますと、五十八年度も七・三%程度は伸びたものと、こういうように推計をしております。また、五十九年度におきましては、今回の制度改革案によりまして、また医療費の適正化対策あるいは薬価基準の引き下げ等を総合的に実施すると、こういう見込みで二・五%の伸びに推算をしておるわけでございます。したがって、もし五十九年度におきましてもこういう施策がとられなかったとすれば、私どもは七・二%程度の医療費の伸びがあるものと、こういうように予測をしておるわけでございます。

そこで、現実にはそういう施策をしたことによりまして医療費の伸びというものが低くなっておりますことは事実でございますが、これが今後どういう動きをするかということにつきましては、私どもいろいろな推算をしておりますが、やはり医療費というものは人口の高齢化、あるいは医学技術の進歩、疾病構造の変化というようなことから、やはり今のような、例えば五十九年度の二・五%というような伸び率で今後推移するとは思えない。それで、私も収獲通減の法則が医療費に働くのかどうかということにはよくわかりませんが、少なくとも私どもの推算では、国民所得の伸びを上回るような医療費の伸びがある、将来もあるというように、何もしなければそうなるのではないかというように予測をしております。したがって、今回の改正案は、一つは将来の医療費の伸びがあるいは規模というものを国民所得の伸び程度にしたい、その辺におさめれば国民の負担というものは

もこれ以上上がっていかない、こういうことを一つねらいにしておるわけでございますし、また、そういうように医療費を抑制していくということになりますと、その中において公平の原則というものも追求していく必要があるのではないかと、こういうことで医療費の規模を適正化すると同時に、全国民を通じて公平原則というものを追求をしていこうというのが今回の改正案を提案しました私どもの本當の気持ちでございます。

○高桑栄松君 医療費の伸びが減ってきた、それはかくかくしかじかの対策をされた、まあ結構ですね。今おっしゃったのは、重要なポイントです。保険者本人に負担をかける改正ではなくて、まあ多分そうだと思うんですが、薬価基準を改定したとかというふうな、直接被保険者等に影響がない、つまり健康に不安を持たせないという意味です。ただ、今回のやり方は健康に不安を持たせるやり方ではないかという意味で、私は一割本人負担という新しい制度が、新しいということに問題があるというふうに私は思っているんです。

そこで、これも例に挙げたんですけれども、札幌市で老人診査を、五十七年度まで無料で四十歳以上に成人病健診をやってきたら、年間五万件の人が診査を受けた。ところが、老人保健法が昨年二月に施行されてから一年たってみたら、昭和五十八年度の同じ件が二万四千件に減った。半分ですね。これは所期の目的に反するというところで、新聞に、札幌市は昭和五十九年度は無料に戻すと書いてありました。資料を取り寄せましたら、五十九年度四月から札幌市は無料に戻したそうです。厚生省はやっぱりこれをよく熟読玩味してみよう必要があると思うんです。予算が半分になった、予算上助かるわけですよ。しかし札幌市は、それで所期の目的を達成できない。つまり老人が——この老人というのは四十歳以上ですけれども、五万件だったのが半分に減った、この半分の来ない人を来させないといけない。これはやっぱり厚生省の仕事というのは金を使う側だと僕は

思うんです。ためる側じゃないんだ、これは。だから渡部大臣、使う側に回ったらいと思っているんです。そのつもりでひとつお考えいただく必要がある。札幌市の例というのをよく考えていただきたい。予算が半分になるにもかかわらずもとへ戻したというこの考え方が、健康の保持増進に必ずプラスになって返ってくると私は思うんですが、局長いかがですか。

○政府委員(吉村仁君) 今、先生がお挙げになった例は、成人病健診の例のようでございます。私どもは、健康診断ということではなしに、実際の治療についての問題を対象にしておるわけでありまして、私は、健診の場合に一部負担を取るのと、それから自分の治療あるいは医療を受ける場合の一部負担を取るのと、これはやはり違うのではないかと、問題が違うのではないかと、こういうような気持ちでございます。私どもの判断では、一割程度の一部負担によって必要な受診が、本當に医療を受けなければならぬような状態にもかかわらず受診が抑制される、こういうふうには考えていないのであります。

○高桑栄松君 いよいよ本日の私の主題に入ってまいりましたけれども、一割負担が受診抑制につながらないというお考えは、大臣からも一、二度御答弁があったように思っています。これは大臣のお考えじゃなくて、省の方々の考えを大臣が言われたんだと思うんですけれども、今の局長のお話でそこに触れてまいりましたが、受診抑制にならない、受診率が下がらないと、九割給付、八割給付にしても下がらないと、今でもそう考えておられますか。いかがですか。

○政府委員(吉村仁君) 私ども、受診率が下がらないであらうという予測をしておりますのは、一つは、国民健康保険、これは三割の負担であります。それから被用者保険の家族、これは外来三割、入院二割の負担でございます。本人は十割給付ということで、この三者の受診率を比較いたしますと、受診率ではほとんど差がございせん。したがって、給付率の差異によって受診率に

影響を与えるという事は非常に少ないのではないかと、こういうように判断をしております。

それからまた、国民健康調査というもので見まして、病気を持っておる人のうちで医療機関にかかった者の比率というのがござりますが、これは大体九〇％は医療機関にかかっております。本人も八八％、家族も八八％、国保が九二％であります。そこで、病気があるにもかかわらず医療機関にかからなかった理由、こういうものを調べてみますと、大した病気でなかったからというのが一番多くて、費用がかかるからというのがわずかに一％でございます。

したがって、現在の日本の社会におきまして、一割程度の負担をすることによって受診率が下がる、そして必要な受診というものが妨げられる、こういうようなことは私はないのではないかと、こういうように判断をしております。

○高桑栄松君 一つ伺いたいのは、政府がこの予算案を出されるに当たって、改革による影響というこの資料を出しておられます。それは、八割給付の場合は三百六十三億マイナス、九割になると二百九十三億マイナス。もし、受診件数が全く同じであれば、トータルの医療費も全く同じはずですね。そこが返事としてはもらいたいと思っておりますが、全く同じはずですね。件数が下がらない、そして医療も同じであれば、そのトータル医療費は同じだと思う。いかがですか。

○政府委員(吉村仁君) 私どもは、受診率の方は変化が余りない、しかし、診療の中身、診療中の費用の配分というものが違ってくる、こういうふうに考えております。端的に言いますと、検査、それから投薬、注射、それらの費用が下がるものだと考えております。

○高桑栄松君 それは私は納得できませんね。本人が一割負担をすることになると医者はかげんすとおっしゃっているんですか。健康を守る医師として、それはどういふことを意味しておられますか、伺いたい。

○政府委員(吉村仁君) 私どもの持つておる統計によりまして、理由はわかりませんが、しかし、本人と家族について投薬、注射の点数を比較してみますと、本人の方が二割ぐらい高いわけでありまして、それから検査についても一割ぐらい高いわけでございます。また、入院の点数を見ましても、投薬と注射、それから検査、レントゲン等は本人の方が家族より高い。各年齢階層別に見ましても、そうでございます。

したがって私は、これがどういふ理由でこういうことになるのかわかりません。わかりませんが、家族の場合と本人の場合とは、やはりお医者さんの行われる診療内容が違つて、こういうように考えざるを得ないわけでありまして、事実の問題として二割から三割ぐらい高い、こういうことでございまして、その部分が減る、こういうようなことが起こるのではないかと、こういうように考えております。

○高桑栄松君 私は先ほど、時間のこともあつて思つて反論はいたしませんでしたが、制度別の受診率の比較で同じだと思つておられます。それは本人、政管健保、組合健保、それから共済ですね。——これを見ておられるんでしょう、家族と本人というのを。さっき言われたのと同じだと、横並びで同じだと思つておられるんだと思つて。ところが、組合健保、共済健保なんかは極めて濃密な健康管理をやつておられます。だから、病気の予防ができています。したがって家族が三割というのと余り変わりが無いと言つて、本人はただだから多いのかと言つたらそうではないというの、僕は健康管理がうまく行き届いていないからだと、だからそうだろうと思つておられます。同じことが医療でも言えると思つておられます。本人が病気でいうときには、健康管理から外れた、つまり、ある意味でかなり病気の進んだ場合があるわけですね。家族はそうじゃないと思つておられます。ですから、一件医療費というものが違つてくるかもしれない。それを医師が、患者の本人が負担するかもしれないか、検査や投薬を減らすということとは考え

られますか。私はそういう考えであつたらこれは大変だと思つた。いかがですか。

○政府委員(吉村仁君) 私ども、お医者さんが変わるべきではない、そう思います。医学の立場に立つて患者の症状に合うような医療を行うというのがお医者さんの使命だろうと思つておられます。したがって、本人と家族において変わるはずはない、これはそう思いたいわけでありまして、事実には変わつておるわけでありまして、また、私どもいろいろ監査をしておりますが、本人と家族で、本人の場合には普通の十倍以上の診療費を請求しておる。それから家族と比べましても、同じ医療機関で二、四倍ぐらいの点数を請求しておる、こういうような事例も持っております。したがって、十割給付ならな医療費が上がるのかというの、これはなかなか説明したいのであります。が、事実はそういうことになっておることを申し上げておきたいと思つておられます。

○高桑栄松君 事例の一つを一般論に当てはめるというのは大変悪いと思つておられます。そういうことではなくて、ちゃんとした分析が欲しいと思つて、私が今申し上げたのもデータがあつて言つておられるわけじゃないけれども、医者は、患者が負担するかもしれないことによって医療や検査を減らすことは、私はあつてはならないと思つておられます。

それから、したがって私は、本人は健康管理を受けているから、予防医学が発達しているから、だから一件一件の医療費が、そこを外れたものはやっぱり濃くなると思つておられます。だから私はさっき言ったように家族の方が医療費が比較すれば低額になるのはそういう理由ではないかと思つておられますけれども、この議論は時間関係がありますから次へ行きます。

さっきの三百六十三億と二百九十三億を、私は今言った論理に立つて受診率が変わらないとすれば医療費も変わらないというはずですから、二割が三百六十三億であれば、一割にすればその額と

いうのは半分でなければなりません。百八十一億

ですか、でなければならぬわけですね。三百六十三億だから百八十一・五億ですよ。それが二百九十三億という、その算出の根拠を承りたい。

○政府委員(吉村仁君) 概算要求のときは先生御指摘のように三百六十億、それから予算の決定は二百九十三億、これは国庫負担の影響額でございますが、概算要求の段階におきましては波及効果というものを計算をしております。そして、その後、実際の予算を組む段階におきましては波及効果を算定をしたと、こういうことでございまして。

波及効果と申しますのは、先ほど申し上げましたように、受診率による波及効果よりも給付率の変更に伴う診療費に対する波及効果を計算をしたと、こういうことでございまして。

○高桑栄松君 ただいまの資料で私が計算をしたところでは、少なくとも九割から八割に下がるところで、受診率、つまり医療費ですけれども、結局は受診率の方の計算かな、これは三・八％下げているのです。だから、これはもう大変な受診率の低下を見込んでおられるわけですね。ですから、本人負担によって受診率が低下したとかならないと言つておられるのは、私はこのデータから言つてそれは間違つておられるんじゃないかと思つておられます。計算をしてみられたことがありませんか。何％下がっているかわかりませんか。

○政府委員(吉村仁君) もし先生の御指摘のとおりだとすれば、家族と本人の受診率は、今先生がおっしゃいましたような数字くらい違うんではないかと。そこが違つてないから私どもはそう申し上げておるわけでございます。

○高桑栄松君 私が算出の根拠と申し上げたのは、何か数式があるんでしょうかね。数式があったら教えていただきたい。

でございますが、そしてこれは給付率ということで関係をおあらわしておるのであります。

○高桑栄松君 長瀬係数の中に、患者が個人負担をしたら医者が授業や検査をかげんするという要素が入っていますか。

○政府委員(吉村仁君) 長瀬係数というのは、給付率と医療費の大きさを事実の数値に基づいて観察をした係数でございます。なぜそうなのかという理由まで追求をした係数ではない。現実においておきます給付率と医療費の大きさをいろいろな観点から眺めてそれを係数化したものでございまして、その下がったのが、お医者さんの行為が変わるんだとか、何がどう変わるんだというふうな要因までさかのぼって示す数値ではないと私も思っております。

○高桑栄松君 つまり、そういう要素は入っていないんですね。いかがですか。

○政府委員(吉村仁君) 説明はしたいのでありますが、恐らく入っておるがゆえに給付率が変われば医療費が変わると、こういう関係になるんだらうと思っております。

○高桑栄松君 私は開業の経験がございせんので、今の明かに反論とか意見を申し上げるわけにはいきませんが、私はこの点は保留させていただきますかと思っております。

次に、高額療養費というところでちょっと意見を述べさせていただきますが、高額療養費の限度額というのがセッティングされておいて、その何かが折衷があつて衆議院で修正されたんでしたか、何かあつたようでありませうけれども、私は、この限度額についてこう思っているんです。

少なくとも新しい本人一割負担というのは、働き手の収入からそれが出ていくんだと、つまり、生活設計の中へ新しくマイナス要素が入ってきたということでありませう。それで、税金なんかは一年間の収支決算で、最後に申告をして税金が戻ってきたり取られたりしているわけでありませうけれども、私は、やっぱり限度額というものを月々のセッティングではなくて世帯単位で、つまり収入単位とすることでありませう。世帯という収入で、その辺の法律用語はわからないけれども、収入で養っているその単位です。それと、年額でやれないだろうか。私は単純に、税務署へ申告するときにレシートを持っていくと、そのトータルで見てくださいね、ああいう方式だと、医者の方も、医療機関の方も、一回一回いろんなことをしなくてもレシートさえ出せばいい。そうすると、それが全部一括されて年額の限度を決めれば、それで窓口もいいし、一番便利じゃなからうかというふうに思っているんですが、いかがですか。

○政府委員(吉村仁君) 一つの立派な御意見であると思っております。

ただ、私もが領収書方式に踏み切れない理由があるわけございまして、それは、現在の診療報酬の請求・支払いというものが、先生御承知のように、レシートという細かいことを書く診療報酬の請求明細書を通じてやっておる、したがって、私も高額療養費を支給するにすればそのレシートを基礎にしてやっていかなければならぬ、こういうことでシステムが組まれておるわけでございます。

そこで、それとは別の領収書方式というものを持ち込んで、それが可能ならば先生おっしゃるようにレシートをずっと足していけば世帯単位も可能で、また、年間通算、合算というふうなものも可能になる、これは事実でございますが、私も、レシート方式による踏み切れません理由、レシートについて支払基金で審査が行われ、査定が行われることがかなりございませう。その場合に、医療機関の窓口で払いました一部負担の額と、それから審査、査定された後の一部負担の額というものが変わってくるわけでございます。これは衆議院でもいろいろ御議論がございまして、その審査、査定後の一部負担というものは医療機関の不当利得だから返すべきではないか、こういうような議論までいろいろ出たわけでありませうが、

そのレシートが本当に審査後の金額をおあらわすに値するきちっとした領収書といひますか、レシートになれば、私も今先生御指摘のような方式に移行もできると、こう思っておりますが、そこが非常に難しい問題で、私も頭を抱え、何かうまい解決方法はないかということで勉強をしておりますが、まことに申しわけないんですが、難しいことは難しい問題でございます。

○高桑栄松君 まあ知患者の吉村局長がおっしゃるんだから難しいんだらうと承りましたけれども、その手続の問題は別として、私は、限度額を収入単位でやらないと、それはやはり負担がかり過ぎるんじゃないかということで申し上げたんで、これももう一度また、よきそうなお考えだと言っておられるようだから、検討をさせていただいたらいんじゃないかと思っております。

それから、さっき負担の公平というふうな話が出ておたようですが、付加給付というものの考え方、組合健保、共済健保は付加給付をするかどうか承りたい。もう一つは、何か政管健保がしていいというんでしたか、今のお考えはどうか承りたいんです。

○政府委員(吉村仁君) 給付の公平という観点から申し上げますならば、付加給付というものは認めるべきでないと思ひます。しかしながら、現在健保組合等で付加給付を行つておるといふ実態も無視できない。また、国民健康保険におきましても、例えば建設国保とかあるいは医師国保だとかというのは十割給付に近い給付をしておるわけでございますが、そういう国保組合における付加給付、実質的に付加給付でございますが、付加給付が現在直ちにやめてしまふといふことがかかるといふことで、しばらく付加給付というものは目をつぶつていかざるを得ないのではないかと、こういうことで付加給付は残していくということに踏み切つたわけでありませう。

それで、健康保険組合につきましてそういう付加給付を認めますと、それでは中小企業を抱えております政府管掌とのバランスというものがまた問題になりまして、政府管掌の事業所におきましてもそういうことができるような事業所については、それは認めてもいいのではないかと、バランス上そうなるわけございまして、その根源は、本来なら認めるべきでない付加給付というものを健保組合に認めたがゆえにそういうことをずっと横並びで考えなければならぬということになつておることは事実でございます。

私の気持ちとしては、付加給付というのは給付の平等という観点からいって適當ではないと、こういうふうに考えてはおります。

○高桑栄松君 私は、付加給付を認めるべきでないというふうに申し上げたつもりではないんです。つまり、黒字健保で付加給付できるところはする、それは黒字を別なところへ投資するよりはいいのかもしれないと思ひます。ですから、そういう付加給付の是非を論じているつもりはないんで、問題は、やっぱり組合、共済が付加給付をするだらう。政管であるところとないところが出ると、私は今まで既得権というお話をしたんですけれども、その中から脱落をしてくる、つまり、付加給付によって同じようなことだといふ組合と、新しくドロップしてくる組合が出る。それはやっぱり負担と給付の公平に反するといふことを私は指摘したいと思つたわけなんです。いかがですか。

○政府委員(吉村仁君) 同一制度の中においてそういうことが起れば、給付における不公平、それから負担における格差というものが生じること、これは事実でございます。

○高桑栄松君 大変乱暴な言い方かもしれないけれども、考え方として、付加給付が全部に行き渡るのであつて一部だけがドロップするのであつたら、その付加給付は黒字健保から賄うことができるのではないかと。そして全部付加給付をやめて、付加給付は組合の黒字からそのまま徴収する方がいいのではないかと、そして、ドロップするわずかな零細のところはカバーしてやるというふうなことが考えられるのではないかと僕

は思うんですが、いかがですか。

○政府委員(吉村仁君) まことに恐れ入ります。先生御指摘のことは、代理請求といいますが、そういうようなことなのでございまいしょうか。

○高桑栄松君 そんな感じです。

○政府委員(吉村仁君) わかりました。

恐らく付加給付分は従前どおり保険者の方から払っていただければ、本人の窓口における負担がなくて済むではないか、こういう御指摘だろうと思えますので、その線に従って答えさせていただきます。

私ども、付加給付の部分につきましては、これは保険者がどういふ給付をするかというのを決めるわけでございまして、保険者によつてまちまちになるだろう。それぞれの組合でどういふ付加給付をするかというの組合ごとで決めていくわけで、これを一律にこうしろ、ああしろということとはなかなか難しい問題でございまして。したがって、代理請求のようなことを実施するためには、患者と医療機関と保険者との間にそういう代理請求、代理受領をするような一種の合意、契約というものが結ばれれば、これは窓口で負担をしないで診療を受ける、こういうことは可能であるというふうに思っております。

○高桑栄松君 ちょっと話題を変えまして、私は一割本人負担というのは反対でございまして、そういう方向で考えたいということも念頭に置いて新しい提案なんです。

乳幼児ですが、御承知かと思いますが、赤ん坊は、生まれますと半年間は受動免疫というのがあるわけですね。母親の血液の中に抗体があつて、半年間ぐらい余り病気に罹らない。それがなくなるのは大体半年ですね。そうすると、免疫のない状態でございますから、いろんな病気に罹る。これが就学前の乳幼児の病気の事態です。したがって、頻回にお医者さんのところへ行く。その受診率は、ほかの年代から比べると二倍、三倍、四倍であります。老人になるとまた違います。

けれども、ですから、乳幼児のときには診療にかかるチャンスが非常に多いということが一つあります。また親も、ちょっと我慢せいか様子見ようというわけにいかないで、ギヤアと泣けばさつというわけですよ。ですから回数も多い。しかし、割合に簡単に帰ってくるということなんです。だから入院も多いんですよ。とにかく入れてしまふ。それで短期間で帰れるということかと思ふんです。

それで、そうとき親というのは三十代、四十代という比較的若い層であります。したがって、収入の方はやっぱり多くはないんですね。それが一割負担ということで今度負担がかかるわけだ。そういうことを念頭に置きますと、せめて就学前乳幼児の保険給付は十割にしてどうだろうか。つまり、医療費は多分大人の三分の一くらいかなと私はそんなふうに踏んでいるんですけれども、どんなものだろうか。十割給付という考え方があつていいんじゃないか。つまり、本人の一割負担が新しくできるというようなことが一つありますので、これ、念頭に置いて考えてみると——もつとも一割負担もさせない、乳幼児は十割給付、これが一番いいですよ。就学前乳幼児ですが、どんなものでしょうか、お考えを。

○政府委員(吉村仁君) 乳幼児の場合は、今回の一部負担と関係がない、従来から三割負担をしておるわけでありまして、それを、今申されましたような、乳幼児について負担をなくする方法はないか、こういう御指摘でございまして。

確かに先生おっしゃる通りに、ゼロから四歳層だけを比較してみても、受診率は高いのであります。一人当たりの診療費は低い、こういうことは事実でございまして。そこで、乳幼児だけについて給付率を上げようということにつきましては、私どもはやはり保険制度ということから考えますと、特定の部分に特定の給付率で処理をするというのはかなり難しいのではないだろうか。むしろ必要部分に厚くするために、例えば公費負担医療だとか、必要があるならば、そういう面の給付はそ

ういう公費負担によつて厚くしていくということも可能にいたしました。また、保険制度の中で一般の大人と子供というふうなものについて給付率の差をつけていくというのは、年齢によつて区分をしていくというのは、少し難しいのではないかとはいふような感じがしております。

○高桑栄松君 何かでもつとものうちに聞かされたけれども、よく考えてみると、それくらいのこと、年齢という程度で処理できないわけがない。だからその辺は、もつと柔軟にというか、温かい考え方が入ってきていいのではないかと今思っているんですが、これは医学的根拠があつてのことであるので、その点は十分また御検討いただきたいと思います。

もう時間も余りありませんので、あと、時間のある間、質問をさせていただきます。

技術料の評価というのが出ておりますので、このことで先ほどもちょっと申し上げましたが、前回大浜先生が、検査には本にお金がかかる、CTスキャンなども入れると億単位の金がかかると言っておられたことが、私は、先ほど健康診断のところで申し上げましたが、医学の進歩というのは検査技術の進歩が非常に重要な役割を果たしておりますので、検査というものはますます進んでいく。それにはますます精密なそして精度の高い機器が入ってくるわけですね。そして診断には、必要にして十分な検査をする、それが医師の良心であるし正確な診断を期待する場合はそれで行かなければならない。ですから、検査づけというふうな言葉を聞いたことがあるように思ふんですけれども、検査づけというふうなのは、私はこれはもう表現も内容も全然間違っていると思うんです。検査は当然しなければならぬ。ただ問題は、例えばCTスキャンなどが億ですよ。一億か二億か、その辺かと思ふんですが、そういう機械を導入して、それが減価償却できないとなると、一生懸命に使うぞということになるのかな。そういうことはあり得るわけだ。といって、機器

の共同利用ということをやつたてあるんですね。ビジョンに載っています。

これ、話を聞こうと思つたけれども、時間がありませんので私が自分の考えを述べますけれども、共同利用というのは、健康診断等を使う場合なら結構だと思ふんです。患者が行くことができます。しかし、仮に脳外科を今挙げますと、救急患者、手術緊急患者で持ち込まれた。機械は共同利用だから、それに患者を送るか、持つてこさせるか。両方ともできないんです。脳外科を標榜したらやっぱりCTスキャンがなかったら、脳のどの部分にどんな出血をしておるか、あるいはないかもしれない。手術を五時間以内に行うのかやらないのか、そういう判断は、そういう高級な機械でなきゃできないんです。しかも本人が持つていなきゃできないんです。といって、利用頻度というものを考えますと、その機械の一種のコストが医療費に反映するようではやっぱり困るわけだ。それに、今の機械というのは二年もしたらだめかもしれないですね。新しい機械ができて、あそこへ行ったら古いからだめだ、ここへ来なきゃだめだというふうなことがあるので、そういうことを考えると、私は非常に高い機器は、共同利用は範囲でありまして、つまり、医師会立オープンシステムの病院みたいなところは、ちゃんと病院と機械が共用ですよ。いろんな機械、看護婦さんもみんな共用みたいなものですよ。そうでなくて、今言つたような高額機器については、例えば有償貸与制のようなことをとりまして、そして医者はレンタル料を、減価を全部償却するんじゃないかと、それはどこで持つか、私は知恵がないのでわかりませんけれども、つまり医療費にそれが入ってこない。技術料だけがそこに持ち込まれるという体制がとれないだろうかというのを私は前から思っているんです。そういう考えはいかがでしょう。

○政府委員(吉村仁君) お話しの点は確かによくわかりますけれども、先生のおっしゃったことを突き詰めていきますと、やはり全体で考えるこ

とと、それから事例になると思うのでございますね。極端に言うところにもかしこにもなきやいかぬ、こういうことにもなりかねないのであるからうか。

お話しのごいしましたように、C.T.に例をとりますと、我が国は実数でアメリカを超えたと思ひます。これは国民医療の見地から非常に望ましいことだと考えております。ところが、これもまた、お話しにもございましたけれども、やはり投資でございますから、経営を圧迫しておる向きがございます。場合によっては必ずしも必要ではない検査もやるかもしれません。これはわかりませんけれども、そういうふうなことを考えますと、やはり適切な共同利用というのは推進すべきものであると考えております。

レンタルでございますが、現実の問題としてそういう制度もございすけれども、これもお話しにもございましたが、完全に償却しないといひますと、やはりどこからこれ持ってくるか、いかにぬきでございまして、先生は考えろと、こうおっしゃったように思うのでございす。なかなかこれは、非常に難しいと思うのでございす。そういう原資をどう考えたらいいか。お話しはよく理解できますが、慎重に検討する必要があるのではないかと考えております。

○高桑栄松君 お金の件は、私はやっぱり知恵がないんでだめなんです。そういうのを考えるのを政治というのじゃないかと思つてゐるんです。ですから、吉崎局長のお話も、やっぱり大変温かい気持ちで考えておられるんじゃないか。私はやっぱり医者は技術料を高く評価してもらう方向でいくべきだと思ふんです。

時間がなくなりましたので、世の中言う薬づけというところについて、私は医者を教育しておりました立場で、医者をみんな悪徳だと思つてゐる、甚だ私が非難を受けているような気がいたしますので、いささか意見を述べさせていただきます。薬づけとよく言われます。しかし、この病気に

はこの薬をこれだけの理由があつてこの量をやればいいのかどうかというのが医者の技術料なんですよ、本当は。ですから、今の段階では現物ですから、医者が薬を出すとき、それが技術なんですね。だから薬を出してもうけているように思つてゐるのは医者にとつても心外だと僕は思ふんです。

ですから、そういう意味で薬づけという言葉は、だれが発明したのか知らないけれども、そして検査づけというの、僕は本当にこれは奇妙な話だと思ふ。そういうところも大臣、医学教育会議なんですよ、これ、大事なことです。

医薬分業ということがよく言われますが、もう日本医師会も日本薬剤師会もこれは認めてやつていますよ。一〇％ぐらいですけれどもね。それで、これを進めるには基盤整備が要るとちゃんとビジョンに書いてありますよ。つまり、受入体制をどうするかということなんです。

それで、学会の第七部、生涯教育小委員会、私が面倒見させてもらつていたわけですが、でも、その中で薬学の方の方が強く要望されてゐるのは、医療薬剤師制度をつくるかどうか、つまり、医薬分業をもし進めるのなら、医師のレセプトに対応して、それだけの知識のある薬剤師にその医療をやらせる必要があるんじゃないか。今薬剤師は年間八千人卒業してゐる。その何割が薬剤師免許証を取つてゐるか知りませんが、それが全部医療薬剤師ではないんです。それに日本薬剤師会会長の高木先生は、六年にわたつた方いい、二年は臨床勉強させたらいい、インターンを含めた方がいい、そして、プロトコールですね、処方箋に對してはちゃんと処方箋だけの知識を持つてゐる、配合、禁忌等についてもちゃんと知識を持つてゐるといふふうな基盤整備が要るのではないか、こういうことを主張しておられるんですよ。

時間になりましたので、このお答えを承つて、私の質問を終わらせていただきます。

○政府委員(正木肇君) 薬剤師についてござい

ますが、先生おっしゃいますように、医薬品というのは、そもそも疾病の治療のために臨床の場において用いられるものであります。これまで、どちらかと言いますと、薬剤師の知識というものの、あるいは教育というものがケミストリーと申しますか、化学的知識というものに偏るといふと語弊がありますが、それにやや重点を置きがちであつたといふことで、先生おっしゃいますように医療薬剤師という言葉を、要するに医学、薬学の知識というものを薬物治療という面でも臨床の場において十分対応できるように薬剤師さん育て上げていくといふことが必要であるといふことが各方面から指摘をされております。そういったこともこれから医薬分業を進めていくという上からも非常に重要なことだと思ひます。

これは今後の薬学教育をどう持つていくのかといった問題ともかわり合ひがございす。日本薬剤師会におきましても、先生おっしゃいますように、高木会長を初めとしまして、こういった点に重点を置いた今後の薬学教育のあり方、それから薬剤師の生涯教育といふことが、そういった面での充実といふのを図つていかなければならぬ。これは先ほど来先生のお話にございました昭和五十五年の日本薬学会の勧告の中で、これからの薬学教育のあり方といったものも触れておられます非常に基本的なことが述べられておまして、こういった面につきまして、私も日本薬剤師会とも十分連携をとりながら一歩一歩進めてまいりたいといふふうに考えております。

○委員長(石本茂君) 本案に対する午前の質疑はこの程度にとどめ、午後一時五十分まで休憩いたします。

午後一時五十分休憩

午後一時五十分開会

○委員長(石本茂君) ただいまから社会労働委員会を再開いたします。

本日、中村哲君が委員を辞任され、その補欠として本岡昭次君が選任されました。

○委員長(石本茂君) 午前に引き続き、健康保険法等の一部を改正する法律案を議題とし、質疑を行います。

○山中和子君 私は、この重要法案の健康保険法の一部改正についての初めての質疑でもありますので、きょうは、本法案が根本的な大改悪であり、低所得者層ほど打撃が大きいという根源の問題をテーマとして、明らかにしていきたいと思ひます。

まず初めに、大臣にもよく御認識をいただきたいのでありますが、本法案に対する国民各層の反対の声はかつてなく大きなものがあります。例えば諸議院は既に一千万を超えました。そして地方議会の議決も、全国の半分に近い自治体で行われております。あるいは、都道府県で申し上げるならば、三十九都道府県、ここで反対の決議、意見書が議決をされ送られてきております。それからまた、この三十九都道府県を考えると、その自治体のもとに暮らしている住民は実に八七％に及ぶ、つまり国民の大多数がこの改悪法案に反対をしてゐるといふことが如実に明らかになっていると思ひます。

反対の理由は多くありますが、その第一は日本で健康保険制度が創設されて以来、原則的に本人の十割給付が継承されてきたにもかかわらず、今回はこれを九割、そして近い将来は八割に引き下げることに伴つて制度の根幹を破壊するものだからであります。この点が最も大きな根本的な点であります。政府は、給付の公平化と繰返し言われておりますけれども、給付を公平化する道は、引き下げだけではなくて低い給付を引き上げる道もある、これは当然のことです。この方向で公平化のための努力を行ふならば、これはだれも異存がないはずであります。

第七部 社会労働委員会会議録第十五号 昭和五十九年七月二十四日【参議院】

それで、例えば厚生大臣もその点についてこのように述懐をされております。これは四月十二日に行われました衆議院の社会労働委員会の中での御発言です。大臣なんかになるのも時期があつて、要するに、厚生大臣にしてもらうなら、十割を九割とか八割にするときでなくて、七割を八割にするというようなときになりたかつたものだなということという実感を漏らしたことがあると、このように述懐されております。私が今申し上げましたけれども、公平化を言うならば引き下げだけでなくて低い給付を引き上げるといふ道もある。これならばだれもが異存がないはずである。こういう国民の声、気持ち、この点については厚生大臣も御異存のないところだと思ひますけれども、初めにお伺いをいたします。

○国務大臣(渡部恒三君) これは国民の皆さんから見れば、税金はできるだけ安くして、保険料はできるだけ少なくて、また負担もない方が、これははいいに決まっております。しかし、いずれにしてもこれは天からお金は降ってまいりませんから、保険料でちょうどいいするか、税金でちょうどいいするか、また患者の皆さん方に御負担をいただくか、これ以外にお医者さんに金を支払う方法はないわけでございます。

かつての高度成長の時代のように、毎年税収が自然に伸びてきて社会福祉のために予算がどんどん使えるようなときに私は厚生大臣になっておれば、これは山中先生にきょうここでおしかりを要するけりやうなことになるかと思つたのでございませうけれども、今日の条件というものは、先生御案内のように、経済成長はそう伸びることも期待できない、したがって税の自然増収も期待できない。そういう厳しい条件の中で、やはり国民の健康を守るための医療保険制度というものはいついづまでもしっかりと守つていかなければならないということ、今回、大変恐縮でございませうけれども、今の保険制度の中で制度的に給付条件としては最も恵まれた条件にあるところの、いわゆる十割給付の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ぬと、こういうことになつたわけでございます。

率直に言つて、私も給付率を引き上げるようなときの大臣、保険料を下げるようなときの大臣の方がかはよろしいに決まつておるのでありますけれども、しかし、これはだれかがいつかはどこかでやらなければ、我が国の社会保障、国民の健康を守る医療皆保険制度というものは守つていけなうといふことでございますから、お言葉を返して大変恐縮でございますが、これは決して医療保険制度を破壊するためでなくて、これからの厳しい高齢化と低成長と財政難の時代に、医療保険制度を揺るぎないものにするために今回の改革があるといふことは先生にぜひ御理解を賜りたいと思ひます。

○山中柳子君　それが理解できないところであり
ます。つまり、給付の公平化あるいは今制度の安
定ということをおっしゃいました。それは、今度
の乱暴なこうした本人の負担の導入などというこ
とではなくてはならない、このことについては既に
衆議院段階でも我が党は繰り返して主張してまいり
まして、私もおいおいその点については展開をし
てまいります。問題は単純なことでありまして、
本人負担が導入されれば医療費の増大による生活
の困難、破壊が目に見えているという点でありま
す。

そこで保険局長にお伺いしますけれども、局長は衆議院の審議で、生活水準が上がったからこの程度の負担はできると答弁されていますけれども、何を根據に生活水準が上がったというふうにも判断されるのか、この点についてお答えください。

○政府委員(吉村仁君) 各種の経済指標を見ましても国民生活の水準は上がつておる、こういうふうに言えますし、また、衣食住の状態から申しましても、また国民の意識から言いましても、最近の文化、芸術への希求、そういう精神的な状態から申しましても、全体として日本の國は豊かな社会になつておるといふのが常識だといふように思

います。

○山中都子君 全く具體的な根拠をお示しにならないで、生活水準が上がつたからこの程度の負担は可能だというふうにあなたはおっしゃっている。これはとてもない話で、それは大昔から比べれば技術や科学の進歩によって、文化の発展によって人間の生活環境が向上していくのは当たり前です。それが人間の社会の原則じゃないですか。そういうことではなくて、例えば労働白書の中の指摘によっても、そのことはあなたのおっしゃるようなことではないということをはっきりしてします。御紹介いたしますが、五十八年版の「世帯経済の分析」にこのように述べています。「世帯全体の消費支出の増加をまかなうために必要な世帯主可処分所得の伸び率を比較すると、四十歳台後半層では五十二年より、五十歳台前半層では五十四年より、それぞれ世帯主可処分所得の伸び率が消費支出の増加をまかなうために必要な伸び率を下回っている。四十歳台後半層は、教育関係費や土地家屋の借入金返済費が大きく増える一方、教養娯楽費への支出が減少」している。また、「妻の収入等によってこの不足分を補うなど、最近のこの年齢層は、以前より経済的に余裕がなくなっている可能性がある。」私は時間の関係で多くを引用できませんけれども、そのほかにこうした分析は多く出ています。新聞でも大きく伝えられたとおりであります。

それで、国民の大多数は、あなたのような高所得者じゃないんですね。あなたは勤労者の平均年収が幾らだと思っていらっしゃるか私は知りませんけれども、労働白書の数字によると、五十八年で平均年収三百五十六万七千二百二十八円です。それで、あなたの場合には局長さんだから、指定職の八号俸でしょう。年収は千三百八十一万円になるわけです。一般勤労者の平均収入はあなたの四分の一程度なんです。そういうあなたたが、何の具体的な根拠も示さないで、国民は医療費の負担能力があるという安易な判断を前提にしてこういう改悪案をつくったということは大問題

だと思ふんです。国民の厚生行政に当たるトップクラスの行政官として、まだ擯れるんだと言わぬばかりの言い方でしょう、何の根拠も挙げないのですよ。不見識も甚だしいと思います。国民はまだこの高額な医療費の負担にたえられる、まだ擯れるんだと、これがあなたの御認識ですか。

○政府委員(吉村仁君) 具体的に申し上げますと、勤労者の家計収支の動向、これは三十五年と五十六年を比べまして九倍になっております。それから可処分所得も八・五倍になっております。それからエンゲル係数も三八・八%から二七・五%に下がっております。それから教養娯楽費でございますが、これは十二・四倍になっております。それから貯蓄の状況でありますが、五十七年におきまして貯蓄は一世帯当たり六百九十七万円、負債が百八十五万円、差し引き五百一十一万円でございます。五百一十一万という数字は年間収入に大体匹敵をする貯蓄額だと、こういうように承知をしております。それから耐久消費財の普及におきましても、カラーテレビは九八・九%の普及率でございますし、冷蔵庫も九九・五%、エアコン四二・二%、乗用車六二%。

量ともに向上をしておるといふように判断をいたしたわけでありませう。私の月給で判断をしたわけではございません。

○山中哲子君 さつきも申し上げましたように何十年も前の数字と比較して、あるいはまたカラーテレビがどうだとか冷蔵庫がどうだとか、そんなのはあなた、今もう生活上の必需品じゃないですか。私、そんなこと言っているんじゃないんですよ。そういう文明の発展、社会の発展、そういうものの中の人間の生活態様の变化なんていうのはこれはもう当たり前の話であって、そんなことを麗々しく国会の舞台であなたが暴論を吐くなんていうことは、全く常軌を逸する話だと思えます。今私が申し上げましたのは、そういう低所得者のところに大きな打撃を与えるこういうものを、あなたが何の根拠も示さずに——というの

は、ここへきてです、ここへきて、実態に照らして一割でも二割でも医療費の負担が可能なんだ、生活水準が上がっているんだと、そういうことを、何にもお示しにならないでおっしゃっている、不見識ではないかということを申し上げました。

具体的に入門していきますけれども、一割負担、二割負担が低所得者にどれほど打撃か、大きい負担として家計にのしかかってくるか、まず私はこの点について議論をしたいと思ひます。

厚生省が新聞発表をされている試算でも、直接の負担増として、例えば盲腸の場合一万一千五百円ふえる——ふえる分だけでです。胃がんの場合三万五千二百円これふえる。一割負担だけでもこれだけふえる。二割になれば基本的にはこの二倍です。これは大きな負担増に間違いありません。今まではないわけだから、それが一万一千五百円、三万五千二百円。そのほかにもいろいろな例示が出てますね、おたくが発表した。これが二割になれば二倍です。これは大きな負担増になるでしょう。違いますか。

これは大臣にちよっと伺ひましょう。

○国務大臣(渡部恒三君) 先生御指摘のように、被用者保険、今まで十割給付だったものが今度は九割給付にお願いするわけですから、一割は御負担をいただくわけにはいかない。したがって、一割の御負担は新しくお願いをしなければならぬ。したがって私もお願いしておるわけでありす。

ただ、先生、低所得者に非常に重くのしかかるということですが、これは一割負担です。から、高所得者であろうと低所得者であろうと同じ御負担をお願いするわけですが、しかし、政治はそれだけで解決するものでありませんので、私どもは、その一割負担によって低所得者の皆さん方が非常に負担が過重になる。負担が多くなるわけじゃありませんが、所得の少ない人ほど負担が過重になるわけでありすから、これを解消するのが政治であるという考え方から、五万一千円

高額の療養費を低所得者の皆さんには入院三万円という特別の計らいをし、また、今後も先生方のいろいろの御意見を聞きながら、私はあらゆる場で申し上げておるわけですが、この一割御負担を願うことは、日本の国の現在の財政状態、経済状態、あるいは高齢化していく社会の情勢、いろいろな中でこれはやむを得ないことである。やはり現在の保険料水準をこれ以上上げないようにして、医療費の負担が国民の皆さん方にこれ以上かからないように、私どもが今回の改革案を出したのには、国民の負担をふやすためにやるんじゃない、国民の皆さんの医療費に対する負担がこれ以上ふえないために今回の改革案を出しておるわけでありすから、しかし、そのためには一割の御負担を願わなければならぬ。その一割の御負担が低所得者の皆さん方の生活を破壊するようなこととがなくてはならないということ、三万円の高額療養費の打ち止めというものを一つ一つおとすということもぜひ先生に御理解を賜りたいと思ひます。

○山中都子君 医療費の負担をふやさないために医療費の負担をふやしてもよろしいというの、これはまた大変な無理であります。私が申し上げましたのは、低所得者ほど打撃が大きいということをおし上げておるんです。これはまたおしい解明いたします。

それで、今私は厚生省の例示ということで盲腸と胃がんの例を引用させていただきましたけれども、さらに言うならば、厚生省の例示は必ずしも実態を正しくあらわしていると言えない節もあるんです。やっぱりどうも低目に見えらっしゃると思ひます。私は、ある公立病院の実例を幾つか把握をいたしました。それで、二、三御紹介をいたします。

子宮がんの場合、入院日数三十一日で医療費八十六万二千二百七十円、負担は現在ですと一万五千五百円です、三十一日の入院ですから、しかし、改悪されますと八万六千二百三十円ということになります。五万一千円という高額医療費の枠

があったとしても、三万五千五百円の負担増になります。もう一つの例を申し上げますと、子宮筋腫、子宮筋腫は女の方たちに随分多いです。二十日入院、医療費三十八万四千九百八十円、現行は二十二日です。一万一千円の負担で済みす。これが三万八千五百円になりまして、二万七千五百円の負担増になります。それから出血性胃潰瘍の場合、入院二十三日、医療費九十五万二千三百円、負担は現行ですと一万一千五百円、これが九万五千二百円になります。胃がん入院の負担は三万九千五百円になります。医療費七十九万二千九百七十円、今までは二十日ですから負担は一万円です。これが七万九千三百円、実質負担増は四万一千円になります。

私は、今幾つかの例を申し上げましたけれども、この土台の数字についてあなた方がどう言うかは別として、この例示で、実際の公立病院の実例でございますが、今私が申し上げましたように、それだけの負担増になるということは保険局長お認めになりますね。端的に答えていただきます。

○政府委員(吉村仁君) 各病状についての医療費が幾らかかるかというの、お医者さんあるいは患者さんの状態によって異なる、こういうことでございまして、画一的ではございませんが、今先生がおっしゃいました、そういう医療費がかかったならば、今おっしゃったような負担増になると思ひます。

○山中都子君 お認めになるとおりなんです。これだけ患者負担がふえるんです。まして二割負担になればこれの倍でしょう。それで収入は減るわけでしょう、本人が病気で入院するわけですから。まさに多額の現金を用意しなければならぬ。まさに多額の現金を用意しなければならぬ。五万一千円とおっしゃったって、実際は、窓口で払わなきゃいけないわけなんです。これは一たん払うわけでしょう。だから、実際にはかなり大きな現金を用意しなきゃならぬ。それのも特別な重病のケースではなくて、今申し上げた

のはよくあるケースです。伺ひますけれども、一割負担の場合で入院の場合、負担増になる人の割合はどのくらいと見ていらっしゃるんですか、お示しください。

○政府委員(吉村仁君) 今回の一割負担によりまして負担減となるのが二割でございますので、負担増となるのは七八%であらうと思ひます。

○山中都子君 今私、入院の場合というふうに申し上げました。それでは、入院の場合と通院の場合と、それぞれに分けてお示しください。

○政府委員(吉村仁君) 入院の場合、負担減となる件数の割合は一・七%でございます。したがって負担増となるのが九八・三%ということになると思ひます。

○山中都子君 今おっしゃいましたように、入院の場合負担減一・七、負担増九八・三、ほとんどが負担増になる。通院の場合でも、厚生省の資料によりますと、二三・一%が負担減で七六・九%が負担増、まさに圧倒的な部分がこの改悪によって負担増になるわけです。特に入院の場合にはほぼ一〇〇%と言ってよろしいでしょう。特に、慢性病患者の場合には、文字どおり慢性ですから、恒常的に負担増を払い続けなければならぬ。こういう問題になります。

衆議院の論議で血友病の例示がありましたけれども、慢性的疾患で継続して治療を要する疾患にはどんなものがあり、月平均医療費がどのくらいかかっているか、代表的なもので結構ですがお示しをいただきたいと思ひます。

○政府委員(吉村仁君) 慢性疾患ということになりますと、その病状の程度等によって医療費は変わりますが、長期にわたることはこれは事実でございます。それで、私も試算をしてみますと、月々の患者負担が高血圧の場合約千二百三十円ぐらいではないかと思ひます。それから糖尿病の場合には千八百円ぐらいであらうと思ひます。それから痛風の場合には八百七十円ぐらいでございます。それから虚血性心疾患の場合には千六百四十七円ぐら

いではないかというように思っております。それから腎透析の対象になる腎不全、これは三万六千五百四十円ぐらいであろうと思います。それから、がんでございますが、胃がん入院の場合は三万七千二百二十円ばかり、子宮がんの場合は三万四千六百円ぐらい、それから虚血性心疾患で入院をしました場合は二万三千三百円程度というように推計をしております。

○山中都子君 先ほど私は、低所得者層ほど打撃が大きいというふうに申し上げました。その中でも、本人負担導入が最も強烈な打撃になるのは、慢性疾患を持っている人がその一つのケースであるということが言えると思います。高額療養費額の五万一千円以下であっても、例えば五万円とか四万円とか三万円とか、そういう医療費を長期に払うということになれば、それはまたそれで大変大きな問題になる。そういう点について、私は、厚生省がもう少し全面的な調査をされて、そういう人たちがこの法改正によってどのくらいの負担増を強いられることになるかということも把握されていなければ、責任を持った提案だというふうには言えないと思うのです。

診療点数上でも、慢性疾患で指導管理を要するものとして厚生省告示で出されているものがありますね。つまり、結核から始まりまして約八十種類の疾病がここで列挙されています。私は、これらの患者はかなり長期にわたって自己負担をしなければならぬ、こういう負担の実態、それからまた、これからそのことによって負担がふえる実態、そういうものについても少し厚生省が全面的に調査をして、お示しをいただかなければならないというふうに思いますけれども、その点についてはお約束いただけますか。八十種類全部とは申し上げませんが、この八十種類が厚生省によって慢性疾患として指導管理を要するものとして告示されているわけですから、これらについてきちんとした把握をされる必要があると思います。○政府委員(吉村仁君) 慢性疾患指導管理料の対

象になる病気というのは、必ずしも重い疾病ばかりではございませんが、できるだけ私ども、その医療費の負担について調べてみたいと思います。○山中都子君 重いものでなくても、結局、慢性疾患ですうと、場合によつたら半永久的に、それでなくてもかなり長期に負担を強いられるわけですよ。そういう意味で私は、厚生省がそうした実態を把握していないのは怠慢だと言わざるを得ないと思います。

先ほど幾つか数字をお挙げになりましたけれども、これもやはり厚生省は随分低目にお考えになる傾向があるなというふうに思います。私も具体的にあるお医者さんに幾つかのケースを伺いました。これについても二、三御紹介をいたします。と、高血圧症、慢性気管支炎の方です。こういうケース実際にたくさんあるんです、御承知だと思いますが、一つの病気だけじゃないんです。慢性病になると特にそうですね。この方の場合、ことの五月、二日通院して医療費一万三千八百八十円、したがって千三百二十円の負担ですが、今まではゼロでした。六月には四日通院されていて九千四百四十円、つまり九百四十円で、今まではゼロ。また、ぜんそくの方、六月に五日通院されました。二万七千二百二十円で、現行ならゼロだけれども二千七百二十円。それからまた、慢性胃腸炎、慢性咽喉頭炎、低血圧症、胃潰瘍、こういう併発している慢性病を持っていられる方、こうした方もそう珍しいことではなくてあります。五月に七日通院されて二万六千七百三十円、今まではゼロであったのが、二千六百七十円の負担。六月は二十日通院されまして五万六千五百円、これもゼロでありましたのが五千六百五十円負担、こういうふうになります。

してこれは、今まで一家の働き手として自分が一生懸命払ってきた保険料によって十割給付が確保されていたから、お父さんの分だけは——お父さんだけに限りませんけれども、少なくとも本人のところだけは負担がからなかったのかかわらず、ここにもかかってくる。

それで、これは七月の十三日の毎日新聞の社会面の記事でありますけれども、「受難の『標的』サラリーマン」という大見出しで書いてあります。そこで新宿のある奥さんが「中一の息子が、こんなことで月に七、八千円も医療費がかかっている。主人の医療費だけはタダだと思っていたのに」と肩を落とす」という記事があります。つまり、ここに家族の分も結局加わるわけですよ。

そういうふうにして大きな負担を強いられてきて、しかもこれが二割負担になれば倍になる、あなた方は近い将来二割にするとおっしゃって頑張っているわけだから。だから、そういう点ではこれが九々二倍になるわけでしょう。そういうことを働く人々が、勤労国民が反対して、私たちの家計をこれ以上いじめないでくれというふうにして反対されるのは、こういう実態に照らしてみてもそれは当然のことじゃないでしょうか。大臣はいかがお考えですか。最初の演説は繰り返して伺わなくても結構ですので、実態に照らしてどうお考えか。

○国務大臣(渡部恒三君) 今回、十割給付の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改革案を通していただくことになれば、今先生御指摘のように、いろいろそれぞれの皆さん方に御負担になることは大変恐縮に存じております。ただ、私ども政治の責任を持っておる立場の者に言わせていただきますと、お金は天から降ってくるわけでも、空から降ってくるわけでもありませんから、被用者保険の皆さん方が病院やお医者さんにかかった医療代というものはこれは払わなければならないわけです。払う金というものをどこからお願いするかといえは、加入の皆さん方

の保険料の御負担にお願いするか、あるいは政府から、国民のとうとい皆さん方の税金を出すか、あるいは利用される皆さん方に一部御負担をいただくか、このいずれかの方法を選択する以外にはこれは道はないのです。私もこの法案の責任者になつて皆さんからおしかりを受けるたびに、厚生大臣が打ち出の小づちを持ってこう振れば金がどどんと出てくるようなならば、山中先生からもおしかりを受けないで済むのと何度夢を見たかわかりませんけれども、このいずれかをとるしかありません。

そうしますと、今保険料率をこれ以上上げるということになりまして、これは今でさえ租税負担というものが大変多くなり、また、今度の年金改革でもある程度の御負担をお願いしなければならぬということになると、病気になる人もかからない人もみんながそれぞれに大きな御負担をお願いしなければならぬので、今回はひとつ利用者の皆さん方に一割御負担をいただくことによつて、今までの社会保障の大きな問題であった、健康保険制度の中に三割御負担をする人もあり、また全然御負担しないでも済む方もあるという不公平をやはり今度は是正していく。また、一割御負担をいただくことによって健康の自己管理、健康というものに大きな関心を持つていただく。そして、これは全体に負担を強いることになつてしまふ保険料率を今後二十一世紀の将来にまで上げないで済まして、何とか国民の健康を守つてきたこの皆保険制度というものを、将来にまで揺るぎのないものにするためには、この方法以外になかった、それ以外に我々はいろんな知恵を絞る、工夫を重ねたのでありますけれども、現在国民全体の皆さん方のバランスを考えた上で医療保険制度というものを守つていくためには今回の改革をお願いするしかなかったということをぜひ先生に御理解を賜りたいと思います。

○山中都子君 国民のとうとい税金なら、なぜ軍事費にだけたくさん使つていくのか。ゼロシーリングだ、マイナスイングだと言つていて、大企

業への補助金を湯水のように出すんですか。それをやっているのは自民党政府じゃないですか。中曾根内閣じゃないですか。余り白々しいことを言わないでください。私が言いたいのは、まさに国庫負担も削減して本にお金を使わなきゃならぬところに使わないで、そして軍事費ばかりにお金を使ったり、大企業に補助金出したり、そういうことをやっていることが問題であって、それがいかに国民の命と暮らしを苦しめているか、このことがこの健保の改悪の大問題なんだということを申し上げているんです。

それで、医療費の適正化とか、給付と負担の公平化とか、中長期展望に立った改革だとか、いろいろもつとらしい言葉を使っておっしゃるけれども、要するに本人負担がふえるのは事実ですよ。そして全体を通じて国庫負担は減らす。重大なことは、患者負担増が低所得者は大きいというのを私に初めに申し上げましたけれども、つまり、これは低所得者の生計に与える打撃が大きい、こういう意味なんです。疾病率、病気がかかる率も低所得者の方が多いということは一般的に客観的に言えます。

初めに確認したいんですけれども、負担増は、所得のいかにかわらず一定の額を負担することになります。一定の額というのはそれはまた医療費の割合というその率ではありますけれども、所得にかかわらず、さっきの局長じゃないけれども、一千万も持っている人も三百万しか取っていない人も、同じ病気がかかって同じ医療費がかかれば、同じ負担をしなきゃいけないわけね。負担がふえるわけですね。だから結局、負担する割合は低所得者は高くなる、つまり、低所得者層ほど打撃が大きい、これはもう確実ですよ。これはお認めになりますね。

○国務大臣(渡部恒三君) それは先生おっしゃるのとおりです。ですから、低所得者層の皆さん方の御負担が多くならないように、高額療養費費の中、低所得者の皆さん方は十万円かかっても十五

万円かかっても二十万円かかっても、一カ月の支払い額は三万円というふうな高額療養費制度をつくっているわけですね。

○山中都子君 私はそういうことを言っているんじゃないんです。制度の根本の問題を言っているんです。

それからもう一つ、低所得者層ほど一般的に労働条件、生活環境が悪いという面はありますね。職場の環境だってそうですね。中小企業は罹病率が高くなるという、そういう傾向もあるのは理論的にも私は当然だと思いますが、実際にもやはりそういう点が出てまいります。

これは中小企業労働者が加入している政管健保と、大企業労働者などで組織する組合健保とで比較しますと、やはり明らかにその違いというものが出てきていますけれども、これを厚生省の保険局の調べや社会保険庁の調べの数字でもって当たってみますと、五十七年度の場合の千人当たりの受診率、外来の場合で政管は組合健保の約一・三倍、入院の場合は政管は組合健保の場合の一・六倍の受診率ですね、こういう数字になってきます。

同じ政管健保の中を見ましても、これも厚生省からいただいた資料でございすけれども、所得水準と受診件数との間で同様の傾向があります。余り十分な時間があるわけじゃありませんので数字を一つ一つ申し上げませんけれども、いただいた資料は五十六年十月分の診療分でありまして、標準報酬月額別の層別に見た受診件数を比較してみますと、やはり低所得者層ほど受診件数が多くなると、こういう傾向がどうしても一貫して出てまいります。こういう傾向については局長もお認めになるでしょうか。

○政府委員(吉村仁君) 数字はそういうことでございす。ただ、それが低所得者層と申しますか、標準報酬月額別の階級が低い方は、やはり年をとった人が多いのではないかとというように考えておりますが、今先生御指摘のように、一番低いところは一・三倍というの事実でございす。

○山中都子君 これは政管健保と組合健保を比べれば、いろんな要素があると思ひますけれども、例えば年齢構成とかその他のフクターが全然ないわけではありせんけれども、全体の構成として、やはり低所得者層ほど罹病率が高い受診件数も高い、これはもう既にはっきりしている問題です。これが二割負担になったら余計大変だというので多くの勤労国民が反対しているわけですね。今までも議論の中でも出ていますけれども、当面一割だというふうな修正したとかいろいろおっしゃるけれども、結局二割負担というのは法案の中心部分、幹の部分として当然残っているわけですね。このところが大きな問題の根源である。一割、二割、それがこの制度改革の大きな柱としてももちろん居座っているということが重要な問題です。

ところで、大臣にお伺いしますけれども、勤労者、労働者は安易に医者に行き過ぎだというふうにお考えですか。私は、働いている者は、自分自身も経験ありますけれども、時間的にもなかなか、ちょっとぐあいが悪いからといって、それはど安易に医者に行くというふうな条件はないんですよ。と私は思うんですけれども、その辺はいかがお考えですか。

○国務大臣(渡部恒三君) 決して、勤労者の皆さん方が安易に医者に行き過ぎているなどと考えておりません。

○山中都子君 五十五年総理府が行った年金問題、高齢化問題の調査によりますと、あなたはそのに医者にいかれる方かと、そういうふうな設問に對しまして、重くならないとかからないというふうな回答している人が六四%もあるんですね。だから、働いている人たちはそう安易に簡単に医者さんになんか行かないんですよ。行かないんだよね、実際事情としてね。

さらに、厚生省の五十七年度国民健康調査によりますと、発病から一週間未満の者は三三%が完薬で済まし、病院に行く者は六三%、こういうふうになっているんです。発病してから一週間たつても三分の一の人たちが完薬で済ましているんですね。

この二つの調査からも明らかのように、国民はそう簡単に医者に行っていないことははっきりしてあります。あなたも今お認めになりました。

そこで、私はちょっとここで問題にしたいのですけれども、藤波官房長官が、政府の広報誌、宣伝のグラフ雑誌「フォート」というんですけれども、この六月一日号です。ここでこういうことを言っているらしいんです。

これは有馬さんという方との対談なんです。が、「健保が〇〇年金も見直しへ」というところで、藤波官房長官は、「〇〇乱診乱療〇〇薬づけ〇〇など目にあまるものがありますね。また患者の側も、容易に医者さんにかかる。一部の病院では待合室が娯楽室化しているのも事実でしょう。ですから少し本人にも負担していただければ、」と、こうおっしゃっている。どういふふうにお考えになりますか。

○国務大臣(渡部恒三君) 国民の皆さん方の中で、今の官房長官のような考え方もかなり多くあることも事実でございす。

○山中都子君 あなたはそう思わないけれども、官房長官はこう思っているんですね。これは官房長官と厚生大臣の考えが随分違いますね。統一見解を出していただかないと、これ以上審議が進まないという気がしますが、私は質疑が続けられせんけれども、どうなんですか。これは提案理由の大前提ですよ。そうじゃないですか。あなたは、厚生省は、健康保険法等の一部を改正する法律案趣旨説明の中で、今までもおっしゃいました。「本格的な高齢化社会に備え、中長期の観点に立った医療保険制度の改革」、「すべての国民が適正な負担で公平によい医療を受けることができるよう」、「制度全般にわたる改革を目指したものであります」と、ほかにもいろいろおっしゃっている。だけれども、藤波さんは、乱診乱療、薬づけが目につく、患者も容易に医者さんにかか

る、病院では待合室が娯楽室化している、だから御本人にも負担していただくんだと、それでこの健保の改正案を出したと、こう言っているんですよ。世間ではそういうふうにおっしゃっている人が多いと、これは世間の一人が言ったんじゃない、内閣の大番頭の藤波官房長官が言っているんです。しかも、責任ある政府の広報誌ですよ。活字になっているんです。どうしてこれですか。

○国務大臣(渡部恒三君) これは、今回の改革案を国会で説明申し上げたのは私でございますから、私の趣旨説明は、衆参ともに本会議においても委員会においても、今御指摘のような内容の説明はいたしておりませんから、これは正式の私どもの提案理由の説明の中にそういう考えがないことは御理解いただけると思います。

ただ、この健康保険法の改正を支持して下さる皆さんの中に、これはそれぞれの理由で支持して下さるわけでございますが、その中には、やはり今のような考え方もございますし、それから、私も今回改革案を出している中の一つには、やはり一割負担を願うことによつて国民の皆さん方の健康に対する自己管理、また、今の保険制度、そういうものに対する認識や関心を高めていただいて、医者にかかれば一割負担しなければならぬから、毎日毎日健康に注意して、今度はおれはたばこをやめようじゃないとか、そういうふうな健康管理をして、なるべく医者にかからないように、病院にかからないようにしよう、そういう努力をお願いしなければならぬというのも今回の改革案の理由の一つではございます。

○山中都子君 国民の中にどういう考えを持っている人がいるかということについては今議論しているわけじゃないんです。そのことはもう一番最初に言いました。圧倒的多数の人々が暮らしている自治体で、反対決議をしている、意見書を出している、一千万を超える署名が来ている、地方自治体も半分以上がこの反対決議をしている、そのことについてはもうさきに言いました、あなた

もそれはよく承知しているというお話でした。

私が今問題にしているのは、そういう事態のもとで、藤波官房長官が、世の中にそういうふうな言っている人がいますよと言っているんじゃない、自分がそう言っているんですよ。これ、どうしますか。あなたは提案者としてそういうことで提案したのではないとおっしゃる。だけど官房長官がそう言っているんですよ。どういう解決をしてくれませんか。しかも政府の広報誌ですよ、どうするんですか。藤波官房長官を呼んで、そしてこの点については撤回をする、そして「フォート」にこの点についての取り消し、釈明、陳謝の記事を出す。私は、今いろいろ考えられることを言っているんですけど、まあそういうことのうちのどういうことをして下さいますか、提案者として。

○国務大臣(渡部恒三君) この内閣において、健保法の改正を提案しているのは厚生大臣である私でございますから、私の提案理由の説明をもって内閣の考えと思つていただきたいと思います。

○山中都子君 そうしましたら、このことについては、提案者の責任で、取り消すように藤波官房長官にあなた責任を持ってお話しなさいませんか。私は、きょう藤波官房長官に答弁に来てもらうように要望したんです。そうしたら、何かほかの委員会にお出にならなさいけないというお話で、きょうおいでいただけなかったんです。だから、やむを得ませんから、あなたにそのことについてお約束をいただきたい。

○国務大臣(渡部恒三君) 私、まだその本も読んでおりませんし、また、官房長官の真意も承知しておりませんので、きょう山中先生からそのような御質問がありましたことは官房長官に伝えたいと思います。

○山中都子君 委員長、ちょっとこれを。何か政府の広報誌が私に大臣にお渡しするの筋が違ふような気がしますが、これちょっと大臣のところですか。——では、これちょっと大臣のところ

に。ここに線引いてありますから。政府の重要な責任ある職責の官房長官が、乱

診、乱療、薬づけ、容易にお医者にかかる、娯楽室化している、それだから一部負担していただくんだ——これは、医者と国民を悪者に仕立てて、そして、政府の国庫負担を減らすなんていうことに何にも責任感がないわけよ。そういうことを、事もあるうに政府の広報誌で言っている、しやべっているんです。私は、だからまさに本心はそうなんだと思うんですね。けれども、本心がどうであるにしても、広報誌でしやべって、活字に

それをこらやって売っているんですよ。私、余りにも国民をばかにするにほどがあると思うんですよ。提案者であるあなたが違う違うって一生懸命言つたって、しょうがないじゃないの、これ、政府の機関誌ですもの。活字になっているんですよ。

私は、この点については直接藤波官房長官においでをいただいて明らかにして、本日に国民に陳謝をする手続をこの「フォート」の誌上でとつていただかなければ、これはこの健保の法案の提案した大前提の問題ですからね。そのことについては引き続き官房長官の出席を求めていきたいと思つておりますので、委員長においても取り計らいいただきたいと思つております。

それで、官房長官に私の質問の趣旨を伝えるというお話でございました。今それ見ていただければわかると思つたので、そのことについては厚生大臣としても責任もって後ほど御答弁をいただくというところでよろしいですか。

○国務大臣(渡部恒三君) 官房長官にお伝えし、その結果を御報告いたします。

○山中都子君 今の政府の姿勢、官房長官の姿勢に端的にあらわれています。それもある。それから、国民の負担増、低所得者はどう現実に患者負担の打撃が大きいということもあなたも認められた。だから、当然この改悪の法案は廃案にして、国民的合意の得られる改革案をつくり上げるべきであるというのが、我が党の一貫した主張であります。

ところで、患者負担増の制度改悪に、虎視眈

たんとしてこれをねらっているのが、また財界です。第一は、生保業界の例があります。四月二十日に開かれた生命保険協会の理事会のメモがここにありますが、これは会が終了した後の昼食会で、大蔵省銀行局保険部幹部の発言として明記されていることなんです。これは衆議院の社労委員会が我が党の浦井議員も取り上げた件でありますけれども、こう書いてあるんですね。「健保改正による自己負担分増補商品について」「ある理事からの健保改正によつて生じる医療費自己負担分を実損増補する商品を検討して欲しい旨の要望に対して、大蔵省としては、前向きに検討したいが厚生省との摩擦を避けるため、時期を見て検討すべき」と思料、考えるということですね。「厚生省に「健保で賄えない医療費分を民間で補完して欲しい」と言わせてから動き出すのが最善」と、こう書いてある。大蔵省の銀行局の保険部の幹部が生保業界の理事会でこう発言しているというふう

に書いてある。まさに私は厚生省はこれにされていると思うんですね。厚生省からこういう話を持ち込ませようとしているのね。自分の方から言うとかあいが悪いから、厚生省からそういうふう

に言い出してきたら、やつてよろしいと、こういうふう

に言おうと。そんなことを言い出すおつもりがありますか。つまり、大蔵省がねらっている、財界の利益の先導者として大蔵省が厚生省にこう言わせようと思つてねらっている、そういうことをおっしゃるおつもりがあるんでしょうか。

○政府委員(吉村仁君) そのお話は聞いておりますが、私の方が大蔵省に言い出すというふうな気持ちには全く持っておりません。

○山中都子君 大臣、このことについてどうお考

えになりますか。つまり、大蔵省の幹部が生保業界のところへ行つて、そして厚生省にそういうふう

けです。大臣、どういふ感想か伺います。

○国務大臣(渡部恒三君) 私はそう財界の方のことを知りませんので、今先生からお話しがあつて、なるほどそういうことを考える人もあるのかなあと、今初めて認識をしたところでございませうから、これをどういふふうに話すとか話さないとかなんとかいうことは、今全く私の意識にはありませんが、今後これをきつかけにして、そういうことも勉強させていただきたいと思ひます。

○山中郁子君 何かあなたもおとぼけですね。これはさつき言ったように、衆議院の社会労働委員会では我が党の浦井議員が質問しているんですよ。それで保険局長か、どなたがお答えになつたか、私今その議事録を持っていますけれども、初めて聞きますなんて、あんまりとぼけないでください。

既に現実でそれ動き始めているんですよ。あなた方よく知っている「厚生通信」、御存じです、ね、この七月十六日号にこう書いてあるんですよ。「新型の疾病通院保険を検討 生保と損保会社で 大蔵省には未申請だが健保法成立まで」と、こうなつてゐる。だから、もう既にそういう方向で現実に出している。あなた、初めて聞きましたなんて、そんなとぼけいられたらちやうたら困るんですよ。私が申し上げたいことは、この法改正、つまりこの大改悪は、結局こういう業界に新しい商品を提供するような役割を果たしているということなんです、一つの側面から見て。

私は今、いかにこれが国民の暮らしを苦しめるか、家計を破壊するかということを言つてまいりました。あなたもそれはお認めになりました。もう一つの面から見ると、こういふふうな財界の食ひ物にされるようなそういう役割を果たす側面を持つてゐる。逆に言うならば、こういう新しい商品が成り立つほどの改悪だと言ひべきだと思います。まさに生保業界の食ひ物にされるということ、医療を食ひ物にするようなこういう商品が出てくること自体、厚生省は歓迎するんですか。初

めて聞いて、これからよく勉強しますみたいなことをおっしゃつていただけ、まさか歓迎ならな

商売人というのはいろいろそのときそのときの社会情勢なり国の制度なり、そういう中で消費者のニーズを考えた商品というものを考へていくことはあるものかなと今思つてゐるところです。

○国務大臣(渡部恒三君) これは先生、私、とばかりでも何でもなくて、そういう方面の勉強が不十分だったということを先生からおしかり受ければこれは甘んじなければならぬわけですが、先生のおっしゃる意味は、一割負担が実現しますと一割負担を個人が負担していかねばならぬ、そういうものに備へるための生保ができる、そういう意味なんですか。

○山中郁子君 私が言つてゐるんではないんですよ。生保業界で問題になつて、大蔵省が言つたという意味です。「ある理事からの健保改正によつて生じる医療費自己負担分を実損填補する商品」を認めて欲しい」という要望があつた。生保業界のある理事からあつた。そうしたら大蔵省の幹部が、前向きに検討したいけれども、厚生省から言わせよう、その方が摩擦が少なく、厚生省から言ならあれですけれども、そういうふうな記録に

つてゐるのね。別に私が言つてゐるわけじゃないんですよ。御紹介したのはそういう趣旨です。そういうことを厚生省としては歓迎なさるんですかと、そういうことを今伺つてゐます。

○国務大臣(渡部恒三君) ようやくわかつてまいりました。再三申し上げておる通りに、今回の被用者保険本の皆さんの皆さん方をお願いする一割負担というものは、そのことによつて健全な勤労家庭の皆さんの生活破壊につながるようなことがあつてはならない。そのための政策的配慮というものは、この健康保険法の改正案を提案した責任者として、今後全力を尽くして努めていかなければならない。したがつて、また現在の勤労者の方々の収入で何とかつていただける程度の数字でなければならぬといふことで、五万一千円打ちだめの高額療養限度額、また抵所得者の皆さんには、入院時何百万円かかっても三万円で打ちだめ、そういう配慮をしておるのではありませんか、そういう新しい商品が出てくると、健全な勤労家庭の皆さん、まじめにやっておられる勤労家庭の皆さん方は、その収入の中で、あるいは世帯更生資金とか政府のいろいろの制度がありますが、政府がやってお

○国務大臣(渡部恒三君) 今私考えてみますと、これ、想像ですから間違つたらお許しください。かなければならぬが、一割負担をお願いするといふことになれば、今度は被用者保険の皆さんはその負担する一割分のお金というものを常に用意して万が一の場合に備へた方がいいという意味で、そういうものを負担する意味の新しい商品が出るのかといふこと、もう一つは、ここでも差額ベットとかいろいろ議論されておりました。ところが、病気になる、やばい個人、個人の好みで一人部屋でせいたく医療を受けたというふうな嗜好の人もありましようから、そういうぜいたくな分の医療費に備へた商品といふこと、私の貧弱な頭脳で今想像したところでは、二つ考えられると思うんですが、そういう商品は、やはりこれは

○国務大臣(渡部恒三君) ようやくわかつてまいりました。再三申し上げておる通りに、今回の被用者保険本の皆さんの皆さん方をお願いする一割負担というものは、そのことによつて健全な勤労家庭の皆さんの生活破壊につながるようなことがあつてはならない。そのための政策的配慮というものは、この健康保険法の改正案を提案した責任者として、今後全力を尽くして努めていかなければならない。したがつて、また現在の勤労者の方々の収入で何とかつていただける程度の数字でなければならぬといふことで、五万一千円打ちだめの高額療養限度額、また抵所得者の皆さんには、入院時何百万円かかっても三万円で打ちだめ、そういう配慮をしておるのではありませんか、そういう新しい商品が出てくると、健全な勤労家庭の皆さん、まじめにやっておられる勤労家庭の皆さん方は、その収入の中で、あるいは世帯更生資金とか政府のいろいろの制度がありますが、政府がやってお

○山中郁子君 私、大臣の今の御答弁が、いみじくも事の本質を明らかにしたと思ひます。つまり、あなたはこの制度の改定、でそういうようなことに頼らなければならぬ、そういうふうな負担を国民にかけるつもりはない、というふうには考へてゐないとおしやるわけね。だけど、生保業界がこうやって大蔵省を動かして、現に健康保険法成立後申請すること、こう言つてゐる。経営者が、需要がないなどといふことを前提にしてこんな新しい商品を出しますか。それこそあなた、資本主義社会で、自由経済が何かならないけれども、資本主義社会でこの生保業界がそういう需要も見込めないのに新たな商品、これを見越して売出すなんて、そんなこと考えられないでしょう。だから、あなたのおっしゃることがまさ

る福祉制度、そういうものの枠の中でお払いになるような状態、そういうものに政策的配慮をしていく。したがつて、そういう商品が新しく出るとなれば、私はそういう商品に対する営業妨害をする立場になると思ひますが、そういうふうな考へておられます。

ただ、もう一つの問題、やはり個人の嗜好がそれぞれあるわけですから、タクシーに乗るのにも小さい車よりやはりおれは大きい車に乗りたいと、また、国鉄にもグリーン車があつて、自分の負担でグリーン車に乗る人もあるわけですから、一般保険の水準よりも自分はお金を余計払つてもぜいたくな医療を受けたいと、そういう人の嗜好、ニーズ、そういうものに対する商品というものが出来るのは、またこれはやはり今の自由経済の中で、個人の嗜好、ニーズ、そういうものに商品というものは新しく工夫されていくかも知れませんし、そういうものに我々がやかく批判する余裕はないと思ひますが、しかし、一割負担は皆さん方が病気になる、困らないためにちゃんと保険料を納めて保険に入つておるんですから、保険に二重に入らないと最低限の医療を受けられないといふような状態であつてはならないと考へておられます。

○山中郁子君 私は、大臣の今の御答弁が、いみじくも事の本質を明らかにしたと思ひます。つまり、あなたはこの制度の改定、でそういうようなことに頼らなければならぬ、というふうな負担を国民にかけるつもりはない、というふうには考へてゐないとおしやるわけね。だけど、生保業界がこうやって大蔵省を動かして、現に健康保険法成立後申請すること、こう言つてゐる。経営者が、需要がないなどといふことを前提にしてこんな新しい商品を出しますか。それこそあなた、資本主義社会で、自由経済が何かならないけれども、資本主義社会でこの生保業界がそういう需要も見込めないのに新たな商品、これを見越して売出すなんて、そんなこと考えられないでしょう。だから、あなたのおっしゃることがまさ

に事の本質を反面から私は明らかにしたと思うのですけれども、あなた方がどう言おうとも、今度の制度で持ち込まれる国民の負担増というのは、生保業界がねらうほどの値打ちのある負担増で、苦しみを与えるんだと、こういうことを証明しているわけです。

それに対してあなたは、今度の改定はそういうふうなことに国民が依拠しなければならぬような中身ではないと言ったって、現にこういう、生き馬の目を抜く業界が、もう既に虎視眈眈とさんとしてねらって、大蔵省を動かして、そして厚生省にそういうことを言わしてやろう、こう言っているんです。そこをあなた達はそれは率直に見なきゃいけないと思いませんか。多分、このことについては歓迎をしないということでごさいます。だけれども、そういう御答弁だったと思いませんか。あとおっしゃったことはもう全然別問題ですから、横道に入りますから、私、そのことについては今ここでは触れませんが、まさにそういう点で財界のねらうに値する国民の苦しみ、国民がどこかにすがらなきゃならないようなそういう医療改悪というものが行われる、こういうものの本質を示している、あなたの今の御答弁はやはりそれがある意味で明らかにしたと思いませんか。もう一つ、製薬業界もやっぱりこの健保の改悪についてはねらっているんですよ。この点については、過去の実績を見れば一目瞭然なんです。委員長、こゝでちょっと資料を配付をさせていただきますかと思ひます。

○委員長(石本茂君) はい。

【資料配付】

○山中郁子君 簡単な一表にいたしましたけれども、これを見ていただきますと、やはり過去の実績から見れば本当に国民が踏んだりけつたり目に遭っていることがよくわかると思ひます。

大企業の風邪薬ですね、三共ルゴールD、大正パブロン、武田ベンザ、幾つかの種類がありますけれども、ここではこの三つに絞って出しました。大体売薬で治すということで一番多いのは風

邪なんです。さっきもちょっと御紹介しましたけれども、三三〇の人が売薬で治す、こう言っています。

それで、この風邪薬の価格の推移を見ていただければわかるんですけれども、五十三年の一月から、初診時患者一部負担二百円から六百円に引き上げられました。このときに風邪薬は一斉に全部上がっています。それから五十六年、五十七年、五十六年三月から初診時患者一部負担六百円から八百円に引き上げられる、このときにも大多数が上がっています。五十八年一月から老人医療費有料化、老人負担月四百円、こういうふうになりました。こういうときにこうやって業界が全部薬の値段を上げています。今度またこれ一部負担などというのをやられたら、もうこれもさっきの生保業界じゃないですけれども、こうした製薬業界が虎視眈眈とさんとしてねらっているわけでしょう。それでなくても薬の問題、製薬業界の問題は大変大きな問題になって、我が党も一貫して追及してきたところであります。

私はそういう点で、まさに医療の行政が、こうした財界、大企業、業界、こういうものにつけ入らせて、そして国民の健康、命を守るといふ上で大きな汚点を残していく、これは財界との関係でも明確になっている。そのことについて厚生大臣に見解をお伺いしたいと思ひます。

○国務大臣(渡部恒三君) 山中先生大変勉強されておいて、私のほうが知らざるがごとく出てくるのでございますが、私も、国会でも何回か各党の皆さんから薬価の問題はいろいろ議論がございまして、今回の健保法の改革案の提案に当たっても、今年の三月一日薬価基準を一六・六%引き下げたわけでございますから、これ山中先生にお褒めをいただかなければならない、こう思っておったところが、今薬が上がる話で、どういう時期を追ってどういうふうになっていくのかは今私が即答できる問題でございませぬが、私も一貫してこれは実勢価格に合わせて、薬屋さんに法外な利益を与えるというふうなことはな

いかぬということで、毎年毎年非常な努力をしながら、薬価基準の適正化に今後も努めてまいりたいと思ひます。

○山中郁子君 資料が手元に届かない向きもあるんで、一つだけちょっと御紹介しますけれども、五十二年から五十三年にかけて、これは初診時患者一部負担が二百円から六百円に引き上げられたときです。三共製薬新ルゴールA三十錠三百六十円から四百円に上がりました。次が六十錠六百七十円から七百五十円に、百錠千五百円から千七百五十円に。大正製薬のパブロン三層錠四十五錠が五百五十円から七百円。これはパブロンですけれども、六十五錠入りは七百五十円から九百五十円、九十錠入りは千円から千二百五十円。パブロンカプセルは五百五十円から七百円、同じく二十四カプセルが千円から千二百五十円。パブロン顆粒が七百五十円から九百円、十二包が千円から千二百五十円、二十包が千六百円から二千円。ベンザカプセル二十四錠が五百六十円から六百五十円、これは武田です。四十八錠が千円から千六百六十円。まさに全部、こういうふうにしてこのときに上げていますよ。

そして、これに符節が合うのが、さっきも御紹介したように、国民はみんな、風邪ぐらいでは売薬で済みます。そして医療費が上がれば余計そういう傾向が強くなるんです。そこに付け込んでこうやって売薬の薬価をどんどん上げてきています。まさに死体に群がるハゲタカのような、それは経済界の、財界の論理でしょう。そういうものが、今生保業界と売薬の例を挙げましたけれども、そういうふうな役割を果たすような今回の改悪、このことを大臣は肝に銘じていただかなければならないと思ひます。

私は、最後の問題になりますけれども、なぜこのような改悪、患者負担増の改悪を急ぐのか。もともと無理な改定だということは審議会からも異例のクレームがついているということであつた方もよく御承知のところですよ。今回の改正案は、我が国の医療保険制度の根幹にかかわるもの

であり、慎重かつ広汎な検討を行う必要があるにもかかわらず、予算編成後の極めて限られた審議期間で審議し、答申をとりまとめるを得なかつたことは、遺憾である。今後このようなことのないよう努められたい。、こういう異例なクレームもついているということですから、私はやはり、こういう改定が考えられても無理な、審議会がさへこういう異例のクレームをつけるような無理な改定をなぜ今するのか、そのことについて、一番最初にあなたがおっしゃったその内容と、藤波官房長官のおっしゃっているこのこととまるっきり違ひ、それはやっぱり口先だけのことでしかないし、また本当に公正な医療、あるいは安定した医療、そういうものを模索していくなら、幾らだつて道がある。私はまた引き続き次の機会にそのことについて私どもの考え方も具体的に提起をし、あなたの方の考え方もただしていきたいというふうに思ひますけれども、このような審議会もクレームもつければ、国民の大多数が反対しているようなことについて、こういうものを患者負担増で解決を図っていくとする大改悪案について、我々は断固として認めるわけにはいかないし、廃案にして、本当に国民が合意できるという道を模索していくべきであるし、つくり上げていくべきであると考えているものです。

この審議会の異例の意見を含めて、どうしてこのような無理な改正を急ぐのかという批判に対してはやはり謙虚に大臣は受けとめるべきだと思ひますけれども、その点の御見解を伺っておきま

す。

○国務大臣(渡部恒三君) 今の審議会というのは、社会保障制度審議会と社会保険審議会の意味だと思ひますが、社会保険審議会は、いろいろの立場の特定の団体なり、また一つの集団を代表する立場の人もおられますから、満場一致の意見というものはまじりませんでしたけれども、私は、両審議会を通じて我々の改革の意図するところは、おおむね御理解を得ているものと判断して、今回の改革案を国会に提出させていただきます。

また、先生幾たびか、みんなが反対みんなが反対というお話ですが、これはだれでも負担するよりはただの方がいいに決まっておりますから、それは一割負担というものを好ましく思わないと思ひますけれども、しかし、やはり国全体の中でまじめに真剣に医療制度を考えてくださる皆さんは、おおむね一割程度の負担はやむを得ないではないかというふうにお考えいただいている方が国民の大部分の皆さんの良識であると、私は判断しております。

○山中郁子君　じゃ、国民の大多数の良識ある人が一割程度なら仕方がないというふうに判断しているというこの根拠を示してください。

○國務大臣(渡部恒三君)　根拠といつても、これは世論調査とかそういうことはまだしておらないわけですが、たしか総理府の、かなり前の時期であります、国民意識の調査の中では、被用者保険加入の皆さん方で半数以上やむを得ないというふうなお考えをお持ちだったというふうな報道を私は記憶しておりますが、これは世論調査をする以外であれば、どういふ方法で根拠を――私自身は、私自身の周辺の人たちが、あるいはいろいろ歩いていられる人々に聞いておる、それからまた手紙をいただいたりします。渡部厚生大臣、勇気を持って、二十世紀の国民の健康を守るために、一部の反対を恐れずに頑張ってくださいというふうな激励の手紙をちょうだいいたしております。

○山中郁子君　時間が来ましたのでこれで終わりますが、反対が一部であつて、やっぱり最後に本音が出たんですよ。あなたが最初からいろいろいふ低姿勢でおっしゃっていただけたら、私もみんなうそだということがわかりました。反対が一部で大多数は賛成しているっておっしゃったんでしょ。それで、自分の周りの人はみんなそういうって頑張ってくれと言ってくる。大多数の国民が賛成しているという合理的なデータを、根拠を次回お示しください。そして、三十九の自治体で、都道府県議会が反対の決議をしていることをあな

たはどういうふうな受けとめられるのか、あるいは、皆さんの人の署名、請願、それからまた、全国の地方自治体の半分に達するところの決議、こうしたものをあなたはどうか受けとめるのか、その点もきちんと次の私の質問のときに示しをいただくように強く申し上げまして、きょうの質問を終わります。

○柄谷道一君　医療保険制度の前提条件の整備の問題、また、被保険者本人に対する定率負担導入の問題等は、私は、本会議でも触れておりますので、後はどここの問題についてさらに細部御質問することといたしまして、私の本会議質問で触れ得なかった実務的な問題について、最初に御質問をいたしたいと思います。

まず、五人未満事業所に対する適用拡大の問題でございます。

現在、五人未満事業所が健康保険法の強制適用事業所になっておりません。これを強制適用の事業所にするということは多年の課題でございます。政府は、今回ようやく五人未満事業所を強制適用するという方針を固められました。これを年金改正法の中で処理されようとしております。

私は、これは適用範囲の問題でございますから、本来的あり方としては健康保険法の中でこれを明定するというのが筋である、と同時に、年金改正法はまだ衆議院段階で審議継続中でございまして、その成立が可能かどうか、これはまだ未知でございます。こうした総合的情勢を考えますと、私は健康保険法本法の中に五人未満事業所の強制適用を明定する、これが筋であらうし、政府もその精神をとらされておるわけですから、これを拒否する理由は全くない、こう思ふんですが、いかがでございますか。

○政府委員(坂本龍彦君)　五人未満の事業所に対する適用拡大の問題でございますが、この問題につきましても、従来から健康保険と厚生年金と、この二つの制度についてそれぞれ議論がなされ、また、そのために政府においても種々検討を重ねてきたところでございます。このたび、今回の健

康保険の改正あるいは厚生年金を含む年金の改正の審議の過程におきまして、社会保険審議会あるいは社会保険制度審議会から御答申をいただきました。その中に五人未満事業所に対する厚生年金、健康保険の適用拡大を図るべきであるという、こういう御意見をいただきました。制度改正を行うことに踏み切ったわけでございます。

その際に、やはり答申にも出ておりますけれども、健康保険と厚生年金保険、これは被用者にとりましてはいわば両者一体というような形でございまして、そのようなものとして一体として取り扱うことが適当と考えられるわけでございまして、その際に、それでは法形式として健康保険でやるか、厚生年金でやるか、これはいろいろ考え方がございまして、特に今回のこの五人未満事業所に対する適用問題につきましても、年金の改正におきまして基礎年金を導入することに伴つて、この五人未満の事業所に対する年金制度の基本的な適用という問題が大きくクローズアップされておるわけでございまして、そういう背景も踏まえて、厚生年金の改正において両者を一体として適用の改正をいたそう、こういうふうに考えたわけでございまして、法律上はもちろんそのどちらでやりますか、これが可決成立いたしましたら、それぞれの法律が五人未満適用という形になるわけでございまして、形式的にいろいろ道はないわけではございませんけれども、私どもの方は、今回そういう考え方で整理上厚生年金の方へ規定をいたしたということでございまして。

○柄谷道一君　整理上そういうことで年金法の改正案の中に入れておる、これは私承知しておるんですよ。しかし、年金法は今国会で成立しないでしょう。臨時国会への継続、これは衆議院でなるかこちでなるかはわかりません。もうあんた、日をほとんど残してないのに、ここで年金法を持ってこられたって審議する時間がないでしょう。とすれば、当初の考えは当初の考えとして、健保法でもこれをうたつて、年金に援用すれば問題ないじゃないですか。だからその立法の

手段、当初と今とは情勢が違ふということを踏まえて、大臣これは決断なさるべきだと思ふんです。いかがですか。

○政府委員(坂本龍彦君)　私もこれがこれを立法いたしましたときには、政府の立場としては、両方の法案を今国会で成立をお願いするという前提でございます。また、実際に五人未満の適用を実施いたしますのは六十一年四月からということで整理をいたしておりますので、私どもとしては、この法案を提案いたしましたときには、時間的余裕をもつて両者を厚生年金の方で改正をするという考え方で整理をしたものでございまして。

○柄谷道一君　当初の整理方法を聞いてるんじゃないんですよ。適用範囲といつたら法律の中心部分の一つでしょう。だから、年金法でも健保法でも明定しておつて一向に構わないでしよう。そのことを伺っているんです。――もう事務方はいいですよ、大臣お考えをお示しください。

○國務大臣(渡部恒三君)　今政府委員から答弁しましたように、私も、今回の健康保険法の改革、また年金の改革、これは社会保険制度の改革の車の両輪のごときものですから、今度の国会でいずれも成立させていただくという前提で考えております。私は人間というものは最後まで希望を失っちゃいけないということで、いまだこのことの希望を全く失っていないので、ぜひこれはいずれも成立させるようにお願いをしたいと思ひます。

○柄谷道一君　まあ大臣の期待は期待として聞いておきますけれども、物理的に不可能ですよ。もう物理的に先が見えたという場合は、余りこまごま期待をされると、ちょっと期待じゃなくて、何というんですか、へ理屈と言つては失礼かもしれませんが、その受け取りを待たせません。ただ、この問題をここで直ちに大臣が修正しますというのではなかなか言い得ますまい。これは追つて院としてのどうするかの扱いを私は与党とも話し合いたい、こう思ひます。

二番目に、傷病手当金と障害年金との併給調整

の問題でございます。

これは衆議院の附帯決議でも、「傷病手当金と障害年金等との併給調整について検討する」ということが取り上げられております。しかし私は、この問題に關してはもう検討する必要はないと思うんです。すなわち現行制度では、同一傷病の場合傷病手当金は障害年金との併給は認められておりません。後者が、いわゆる年金が支給されるようになれば、法第四十七条に定める一年六カ月の給付期間内であっても傷病手当金の支給が打ち切られる仕組みになっているわけでございます。したがって、傷病手当金の受給者が障害年金の受給要件に該当することになった場合には傷病手当金の支給が打ち切られる。と同時に、障害年金の障害認定日がおくれた場合はその差額を還付する、こういう仕組みになっているわけですね。

ところが、政管健保の被保険者で平均標準報酬月額が十八万円の人、これはほぼ平均に等しいランクでございまして、この人の傷病手当金は月額十八万円でございます。しかし、障害年金は三級と認定されましても五万八千六百九十一円と、ほぼ半分ということになるわけですね。そうなりますと、傷病手当金の受給要件に合致しているが、たまたま年金の受給という認定が下されたためにその支給額は半分になる。そこで、認定日が三カ月おくれますと十五万円返還しなければならぬ。これは障害年金の三カ月分受給額を越える額を返さなければならぬという不合理がある。これはもう多く検討するまでもなく、明々白々たる現行制度の矛盾でございます。私は特に透析患者の場合、これは人工透析開始後三カ月後に障害認定されるわけでございますから、これは非常に酷な現状にあるということも大臣も局長も十分御理解のとおりです。

そうとすれば事は簡単、傷病手当金の額が障害年金の額を上回るときはその差額分は傷病手当金として支給する、いわゆる返還する必要はないという形にせめてして現在の矛盾を解消する、これは当然政治としてとるべき改善の方策ではない

か、こう思うんです。いかがでございますでしょうか。

○国務大臣(渡部恒三君) 先生御指摘のとおり、同一の疾病により傷病手当金を受給していた者が障害年金の受給要件に該当すると受給金額が著しく低下したり、あるいは多額の返還金が生じたりするという事態が生ずることは、それぞれ制度の趣旨は異なっているとはいえ、これは先生御指摘のとおり大変大きな問題であると私も認識しておりますので、先生のただいまの御指摘に謙虚に耳を傾けて、先生方の御意見を拝聴しながら改善の努力に努めたいと思っております。

○柄谷道一君 次に、分働費等の現物給与についてちょっと質問してみたいと思っております。

私はかねがね、もう二十年來でございますけれども、ILO百三十号条約批准のためにも分働費は現物給付とすべきだと、こういう持論を持って主張し続けてまいりました。しかし、この私の主張は一応横に置くとしまして、昭和五十五年の健保法改正で、分働費の額はすべて政令事項とされたわけでございます。このときの当局の御説明は、「彈力的に対応するため」と、こういうことだったんですね。ところが、五十六年三月に十五万円に最低保障額が引き上げられて以来三年間、その額は据え置きままでございます。本年度の予算にも措置されておられません。ところが、これは厚生省の資料でございますが、国立病院の平均分働費用を見ましても、五十六年三月に十五万円であったものが五十七年三月には十七万四千円、五十八年三月には十八万三千円、現在はほぼそれから一万円程度はふえていると推定されるわけでございます。私が独自で調べました国立公立の平均は現在約二十一万円でございます。さらに、日赤産院二十三万円、慶応病院二十八万円、聖路加病院が二十五万円、新宿赤十字産院二十三万円、二十五万円、大

体一般病院の平均は二十五万一千円に見当になっております。

そこで、これ端的にお伺いするんですけれども、政令にゆだねて、当初の趣旨どおり彈力的に対応していかないということは、国会に対する約束を履行していないことでございますから、この際思い切つてその金額をもとへ戻して法定化すべきではないですか。もし法定化することがだめだというのであれば、来年この金額の是正を図られませんか。

○国務大臣(渡部恒三君) 今先生からお話がありましたが、現行の分働費や埋葬料の最低保障額が実際の費用との間に大きな差があるようございまして。今の問題もございまして、まず、財源手当て等の問題を考えながら、御指摘の趣旨に沿って関係審議会の御意見等伺って、今後そういう方向に向かって善処してまいりたいと思っております。

○柄谷道一君 埋葬費のこと、先に答弁されちゃったわけですが、埋葬費も五十五年八月八万三千円。これは東京二十三特別区の区民葬儀料金の最低ランクでございます。ところが、五十八年四月は九万三千円、五十九年四月は約十万円に達しております。

私は、大臣にお願いをいたしたいことは、法律を出すときは法律で金額を明定しておくとなかなか改善がしにくい、おくれる、だから政令事項にゆだねてくださいうことで提案されているんですね。ところが、実勢料金と相当の格差が生じながら、一向にその政令事項が、これは大蔵省の抵抗もあるでしょう、実行できないとすれば、彈力的運用を目的とする政令移管の目的は全く機能していないことになるわけですね。これは法律で明定するか、それとも、当初の立法院に対する約束どおり彈力的に都度都度改善していくか、この二つの道を選択する以外に道はないと、こう思うんです。私の理解でよろしゅうござい

ますか。

○国務大臣(渡部恒三君) 御指摘のとおりでございますので、改善の努力をしてまいりたいと思っております。

○柄谷道一君 次に、退職者の任意継続加入に対する保険料の問題でございますが、御承知のとおり、厚生年金ではこの制度が開かれているわけですね。今後、健保に対してこの制度同様の方式を導入するお考えをお持ちでございますか。

○政府委員(吉村仁君) 御指摘の問題につきましては十分理解をしております。この委員会の御審議を踏まえまして対処をしたいと、こう考えております。

○柄谷道一君 衆議院段階でも、現行の償還払い方式の改善問題がいろいろ議論されました。最近、医療の進歩に伴いまして高額医療は大変な額に上るものが多くなっております。二百万、三百万という医療費はそう珍しいことではございません。中には二千万円という高額医療もあるやに私は承知いたしております。そこで、数カ月後には高額療養費を超える金額は返ってくるというえ、一たんこれを立てかえて支払わなければならぬわけですね。二百万であれば二十万円です。二千万円の高額医療の場合は二百万円です。従来は家族でしたけれども、今度は被保険者本人も、一家の主人ないしは世帯主が入院する、それだけの金策をだれがするのかという問題が出てくるわけでございます。仮に、金策に思い余つてサラ金にその財源を求めるとすれば、これは大変な社会問題にも発展するおそれがあると思うわけでございます。

現行の無利子融資制度をいろいろ調べてみましたら、次官通知により要綱を定めて実施しております世帯更生資金貸付制度、それから法を根拠として設けております特殊法人日本育英会の育英奨学金制度、同じく法を根拠にしております中小企業事業団の特定高度化事業融資制度、また若干性格は異なりますが、予算措置で利子補給を行っている住宅金融公庫の融資など、いろいろな形態があるわけですね。

私は一つの方法として、今度国会へ出してあります事業団統合法、いわゆる社会福祉医療事業団の新たな事業項目としてこれを追加するという——この健保法ではございませんよ、その法律で一部手直しを行えば、附帯決議による善処、検討

の実を満たすことができるのではないかと、この方法として考えるものでございます。附帯決議については、衆議院で大臣も、附帯決議の趣旨を尊重して努力すると、こうお答えになっているんですから、一体どういふ具体的方法を今お考えなんですか。

○国務大臣(渡部恒三君) これは私たびたび申し上げておりますように、今回の一割負担の改革案が成立し実施されることによって、健全なサラリーマン家庭の生活が破壊されるようなことがあってはなりません。そのための一番大きな歯どめが、先生指摘の高額療養費制度でございますが、今先生御指摘のように、これは最初に窓口で支払わなければなりませんので、その金融の面の御心配、これはまことにごもっともなことでございます。

今先生御指摘のあったような、現行制度もいろいろございます。したがって、まず基本的には、この現在ある制度を周知徹底させることによって充足させることでございますが、これが実施されることによってそれは間に合わないという問題等があるという出でまいるということでございます。これは今後の先生方の御審議に耳を傾けて、一割負担が実施されても健全なサラリーマン家庭の皆さん方がそのことによって経済破綻を来さないような政策的努力というのは、国会の決議を尊重する立場からも当然のことでございます。から、先生今御指摘の、新しくつくられる事業団の事業というのに加えるかどうかという問題等を含めて、先生の御要望にこたえるように努力をしてまいりたいと思っております。

○柄谷道一君 次に、船保の疾病部門でございます。

御承知のように、現在船員保険は、船員の高齢化さらに海運不況、二百海里規制以降の漁業不況等の要因が重なりまして、被保険者は約五千人毎年減少し続けております。このため、船員保険の疾病部門は大幅な累積赤字を抱えまして、疾病部門の健全な財政運営そのものに支障を与えている

というこの現状については大臣もよく実態を御理解のところであらうと思っております。

ところが、五十四、五十五年度は十五億円、五十六年度は二十億円、五十七年度以降は二十七億円に、国庫補助は低額で据え置かれていたわけでございます。ところが、社会保険審議会はこの数年、五十三年以来でございますが、国庫補助の定率化を図れと強く大臣に答申、建議をいたしておるわけでございます。パーセンテージは一応横に置きまして、どうしてこれを定率補助に切りかえられないんですか。

○政府委員(坂本龍彦君) 船員保険の疾病部門の国庫補助につきましては、ただいま御指摘ございましたように、数年前から社会保険審議会におきまして定率化を図るようという御意見が出されておまして、私もそれを受けて、予算の要求の段階においては定率化の要求をいたしておるわけでございます。しかしながら、船員保険におきまして、私どもとしては、その審議会の御答申に沿った定率補助を実現すべく努力をいたしておるわけでございますけれども、なかなか財政当局の壁が厚くて実現するに至っておりません。こういう状況にあるわけでございます。

○柄谷道一君 大臣、これは大蔵省が認めないからという理由だけでしょう。大臣も本来は定率補助であるべきだと、こうお考えじゃないんですか。

○国務大臣(渡部恒三君) 非力ではございますが、今後財政当局に努力してまいりたいと思っております。

○柄谷道一君 努力もいいんですけれども、我々立法府が定率と法律を書き改めると、大臣業じゃないんですか。

○国務大臣(渡部恒三君) 予算上の処置を講じてやります法律に書き込むということでございますが、まず、財政当局に対する努力をさせていただきます。

○柄谷道一君 私は、原案提出者でございますからこの席で修正に応ずるとか応じないとか言える

立場にはないし、それこそ与野党間のこれからの協議の結果どうなるかということでございます。で、本日のところはこれ以上この質問を避けずけれども、一応私が本会議で指摘した以外の問題にもこのような問題点があるということを念頭に置いていただきます。いやしくも行政府が、参議院の院としての協議に横からブレイキを踏むということだけはなないように要請しておきます。よろしくございませう。

○国務大臣(渡部恒三君) これは、私はこの法案の提案者でございますから、私が提案した法案をそのまま御可決いただきますことが最も願わしいのは当然でございますが、しかし我が国は議会民主政治でございます。私も党人政治家で、国会尊重は何人にも劣らないつもりでございます。この参議院の社会労働委員会が皆様方の賜りました御審議、そしてそこから出ました結論は、尊重してまいりたいと思っております。

○柄谷道一君 ただ、一つここで苦言を呈しておきたいことは、この法案全部を眺めまして、従来指摘されている問題でありながら改善部分は少ないんです。ただ財政上の措置からその削減を図ろうという意識に走るが余り、従来問題とされてきた改善点についても知らず、存ぜずでは、これは国民を納得させることはできません。このことだけを苦言として申し上げておきます。

次に、私は本会議でも高額療養費支給制度についていろいろ御質問したわけですが、一問一答方式ではございませんでしたので、再度お伺いしたいと思っております。

政府は、被保険者本人の給付率を、本則では八割、当面は九割に引き下げることの代償として、従来被扶養者に認められてきたこの制度を本人にも導入するということによって反対の矛先をかかわそうとされているのではなからうかと、こう思いますが、私は、問題は五万一千円を据え置くという問題でこの問題が解決されるわけではない、こう思うわけでございます。

私は、四月五日の予算委員会でも大臣に対して具体的に御質問したわけですが。例えば現行制度は、同一医療機関ごととなっているがために、A病院に入院して自己負担四万円、B歯科で自己負担が二万円、合わせて月六万円の自己負担をして、この制度には対象とならない。また、C病院で外来診療を受けて自己負担が六万円の場合は制度の対象になるが、医薬分業に協力をして、C病院で三万円の自己負担をし、D薬局で三万円の薬代を自己負担したという場合は、同じ六万円でもこの対象にならない。こういう矛盾があります。また、被保険者本人と被扶養者が別個になっ

ておりますから、同じ病院に本人と被扶養者の一人が入院をしてそれぞれ四万円、計八万円の自己負担をして、この制度の対象にならない。また、被扶養者一人が入院をして十二万円の自己負担をした場合は、十二万円マイナス五万一千円、いわゆる六万九千円が償還されるわけですね。ところが、本人と家族がそれぞれ六万円ずつ同じ金額の十二万円を自己負担しても、六万円マイナス五万一千円掛ける二で二万八千円しか償還されない。また、暦月方式でございますから、七月一日から三十日までの一か月入院して自己負担が六万円の場合は償還の対象になるが、同じ入院三十日の場合でも、七月二十日から八月十八日までの三十日間入院した場合は制度の対象にならない。また、極端に言えば、税制上医療控除があるというものの、毎月五万円、計六十万円の自己負担をしても制度の対象にならない。これは現行制度の持つ矛盾、問題点ですね。

現行制度にこういう矛盾、問題点があることは大臣もお認めになりますね。

○国務大臣(渡部恒三君) 高額療養費の問題、これは私がたびたび申し上げておりますけれども、今回一割負担を国民の皆さんにお願いし、国民の皆さん方の家計破綻や経済破綻につながるようなこと、これは一番大きな歯どめになる大事な大事な政策であると私どもは考えております。その内容については、今先生から御指摘のように、一

元的でないいろいろの難しい問題等があるようございませう。私も、この参議院の社会労働委員会が先生方から御審議を賜りました事項には謙虚に耳を傾けて、可能な限りの改善の努力に努めたいと考えております。

今それらの問題について一つ一つの具体的な答弁はお許しいただきたいと思いますが、基本的な考え方として、この参議院の社会労働委員会の先生方の合意を得まして、御命令をちょうだいすれば、この高額療養費の問題は、この一割負担によって国民の皆さんの生活や経済を破壊しないための極めて重要な、最重要なと申し上げてもいいこれは政策的な歯どめでございまして、先生方の御意見に謙虚に耳を傾けてまいりたいと思ひます。

○柄谷道一君 局長にお伺いしますが、本会議の私の質問に対して、端的に要約して言えば、現在査定はレセプト主義になつておるので、将来の電算機導入等の場合には別としても、世帯単位、三十日単位というものに直ちに切りかえることはなかなか実務上問題がある旨の御答弁されたんですが、これ、領収書主義に切りかえたら問題は何かないでしょうか。

○政府委員(吉村仁君) けさは高桑先生からも同様の御指摘がございました。確かに領収書主義でいけば、今のようないくつかの問題は片づくわけでございます。ただ、領収書方式をとる場合にはまた領収書方式の問題が出てまいり、これもまた領収書主義でいけば、これによってこの高額療養費の支給の態様というのはいくぶん変わってくるという事は言えると思ひます。

○柄谷道一君 それは、仮に一定の検討期間が要するといふ場合ですね、今社会保険事務所は台帳に世帯別にどれだけの医療費を払ったかわかつておるわけでしょう。とすれば、例えば二ないし三カ月連続して一世帯ごとに高額療養費の限度額を超えて自己負担をしておるといふものは二カ月、三カ月、どれがいいのかはこれからの問題ですけれども、その期限を過ぎれば収入はないわけ

ですから、または傷病手当金をもらつても賃金は六〇％に落ちてゐるわけですから、そういう長期入院者に対しては、例えば低所得者並みの限度額に落とす等で長期入院者に対する特別配慮を行うということとは実務上何も問題はないと思ひますか、いかがですか。

○政府委員(吉村仁君) 今先生が御指摘になりましたように、所帯別に全部レセプトがファイリングされておるといふ前提ならそういうことなんですが、現在の社会保険事務の現状では、世帯ごとにファイリングされてい、ないわけではございまして、申請があれば支払い基金から送られてきておる膨大なレセプトの中から該当レセプトを引き出すという作業をしなければならぬ、こういうことで、ある所帯のレセプトを合算するとか、あるいはまた月をまたがって同一人についてのレセプトを合算するとかそういうことは非常に難しいわけでございます。

○柄谷道一君 余り技術論に突っ込みますと――私も技術論的な説明方法はあると思ひますが、けれども、こんなことでこればかり時間をとるわけにいきません。難しいけれどもせざるを得ないわけにいきません。難しいけれどもせざるを得ないわけにいきません。いかにして大臣の言われる趣旨を生かすか、これは立法府も行政府もあるだけの知恵を絞つて世帯ごとの過大な負担をいかに軽減していくか。現行制度に矛盾があるんですから、それは大臣もお認めなんですから、それをいかにすれば矛盾を改善することが出来るか、これこそ政治の働かなければならぬ課題でございませう。これだけ言つておきます。

そこで私は、厚生省は五万一千円据え置いたから従来と変わらないじゃないか、こう言われるんですが、これは本人にとっては大変な変化が出てくるわけですよ。従来初診料八百円だけであつたものが、外来の場合でも最高は五万一千円まで自己負担がふえる、こういうことになりますね。入院一カ月間の者は、従来は一万五千八百円です、初診料八百円と一万五千円。一万五千八百

円が五万一千円まで限界がふえるわけですから、一挙に三、四倍に負担がふえる、こういうことになりませう。入院二カ月目以降はゼロから五万一千円ですから、ふえ方はこれは無限大です。しかも、これは被保険者本人ですから世帯主です。ね。

厚生省のモデル試算によりまして、盲腸で手術、入院七日の場合、現行負担四千三百円が一万八千四百二十四円。これは私は厚生省の資料どおり言つておきますがね。胃潰瘍で病院で手術、十四日入院、現行七千八百円の自己負担が三万六千九百三十三円、二万八千二百九十三円の負担増。胃がんで胃を摘出、三十日入院、この場合は現行一万五千八百円の自己負担がさきにも言ひましたように五万一千円、これは三万五千二百円の負担増。さらに三カ月入院した場合を考えますと、現行の自己負担一万五千八百円が一カ月目は三万五千二百円、二、三カ月目はそれぞれ五万一千円、合計十三万七千二百円も自己負担がふえると、こういうことになるわけですね。

私は定率負担がいいという立場に立つてゐるわけじゃございませぬけれども、定率負担を政府が出す以上、せめて本人に対しては激変緩和の措置がとられてしかるべきではないか、一挙にこれだけの変動を被保険者に押しつけるという事は、これは問題があり過ぎる、こう思ひますが、認識いかがでございませうか。

○国務大臣(渡部恒三君) 先生御指摘のとおりでございまして、私も今回この法案をまとめるに当たつて、最初の原案は定率二割の御負担を最初から願うといふことでありましたが、激変緩和という意味で、当面一割といふことでお願いしておるわけですが、一割でもまだ今先生御指摘のようないろいろの難しい問題がやはり出てくるようございませう。

したがつて、これを緩和させるための大きな政策が高額療養費の問題でございまして、これは行政がやる場合、物理的に技術的に不可能な問題があります、可能な範囲で、これからこの委員

会での先生方の御審議を賜りまして、その審議の上、先生方の御意見で私どもに申しつけられましたことについては、誠意を持ってそれが実現されるように努力をしたいと思ひております。

○柄谷道一君 私は、昭和四十五年から四十六年にかけての医療技術改正時代、社会保険審議会の一員であつた者でございまして、大臣御記憶にあると思ひますけれども、答申の中には、公費負担医療と保険医療との再編成を考えなさい。そして難病、長期高額医療については必要なものは公費負担医療に移行せしめなさい。移行せしめ得ないものについては適当な負担の減額措置を講じなさいといふことが答申の中にございまして、これは公益保険者、被保険者、医療担当者を含めて全会一致の答申でございまして。

衆議院段階では、血友病などの一定疾病については軽減等の措置を図ると附帯決議になつております。私は、審議会の答申といふものを考えれば、ただ軽減だけではなくて、この際、公費負担医療に移行すべき疾病は何か、これを大臣として関係審議会に諮問して、その諮問の結果を尊重し、減免の措置がとられてしかるべきだ、こう思ひますが、いかがですか。

○国務大臣(渡部恒三君) 難病対策、また今先生御指摘のようないくつかの問題に対する公費負担の問題、これも私も医療行政にあずかるものにとつて極めて重要な問題でございまして、これから参議院の審議の中で、先生方から、これこれというこの委員会の合意によつて私どもに対してお指図を賜れば、それが実現に向かつて努力してまいりたいと思ひます。

○柄谷道一君 現行法第四十四条ノ三では、ただいま私がいろいろの問題提起をいたしました高額療養費についてはすべて政令にゆだねられてゐるわけでございます。私は、この本人定率負担の導入といふことは是非、これは本委員会でもっと深く検討しなければならぬ問題でございまして、けれども、仮に定率負担を導入するといふことになれ

ば、これは従来の高額療養費というものの、この激変期に果たして従来どおりすべて政令にゆだねていいものかどうかという問題が生ずると思うのでございます。したがって、高額療養費の持つ意義、原則ないしは主要な骨組みというものは、少なくとも立法府でそれを確認して法律の中に明定化して、その立法府の定めた原則及び仕組みの中で政令で具体的金額を定めていく、せめてそれぐらいの措置をとらなければ、この激変期に対応する政策のあり方ではない、私はこう思うんです。が、いかがでございましょうか。

○国務大臣(渡部恒三君) これは、私は政令を定める立場でございまして、国会の先生方の御意向を十分尊重をして政令をつくっていくつもりでございまして、これが立法化でなければだめかどうかということは、これは国会の先生方でお決めいただくことで、私から申し上げることではないと思います。

○柄谷道一君 以上の私の幾つかの指摘に対しては、一言で言うと、これは立法府の問題だから十分御審議いただきたい、その結果については尊重します。厚生省は立法府の審議や協議を阻害しませんということから一歩も出ないわけですね。しかし、大臣がそこらについては非常に弾力性を持って問題を考えておられることだけは大体読み取れましたが、私の理解は間違っておりますか。

○国務大臣(渡部恒三君) 誤解のないように正確に申し上げさせていただきますが、この改革案の提案者である私といたしましては、これは原案のとおり御議決を賜うことが最も望ましいのでございます。しかし、それ以上に国会というものは優先して尊重されなければならない問題でございまして、良識の府と言われるこの参議院の社労の委員会、先生方が御相談の上各党合意でお決めいただいたことには、これは謙虚に従っていくということでございます。

○柄谷道一君 それでは、いよいよ問題の被保険者本人に対する定率負担について若干伺います。

私は、本会議でも指摘したのでございますが、被保険者本人の原則十割給付、原則というのは初診料、入院時の一日五百円の負担というのがありましたので、本人もすべて十割ではない、いわゆる原則十割でございまして、そういう制度がある。これは昭和二年の健保制度発足以来五十七年間の長きにわたって維持されてきた制度でございまして。

そして、政管健保がちょうど昭和三十七年あたりから三K赤字の一つと言われまして、財政対策が非常に重大な政治課題になったときも、一度として政府からこの給付率を下げようということは提案されたことがなかったわけですね。これだけというものが歴代厚生大臣のかたい決意のあらわれであった、こう思うんです。しかも、昭和五十六年以降、政管健保の財政は黒字に転換しております。大臣のお得意の二十一世紀は別にしまして、現在はその保険財政の実態なんですね。このときになぜ定率負担を導入するのか。

私は大臣の本音を聞きたいんですけれどもね。これは画一的マイナスシリングを強要された、まあ強要されたという言葉が悪いならば閣議で決まった、とすれば、厚生省予算の中に占めておる最大のものは、財源は医療と年金ですね。ここに手をつけざる限り一般経費一〇%の削減というものを満たすことができぬ、背に腹はかえられぬというところで、やむを得ずとらざるを得なかった措置だと、こう思う以外に理解しがたいんですけれども、いかがでしょう。

○国務大臣(渡部恒三君) 厚生行政を、今日、マイナスシリングという厳しい財政上の枠の中で守っていかねばならない私の立場に対する温かい配慮ある思いやりの言葉をちょうだいしてあげたいのでございますけれども、しかし、財政問題もございまして、今回の改正案は、これは、我が国の社会保障予算、厚生省が預かりする分が五十九年度九兆二千四百五十億円、五十九年度

一般会計の国の政策費の二八%でございまして。また、その中で医療費に支出する金、三兆九千億でございまして。先ほど、防衛予算のためにやるのではないかと御指摘もありましたが、防衛予算はこれまで三兆円にもなっておりませんが、医療費だけでも三兆九千億でございまして。これは、増税なき財政再建という国の路線の中で、これから医療費をどんどん毎年増額していくということが極めて難しい財政条件にあることも私は率直に申し上げます。

しかし、今回の改革案は、決してその財政条件だけではございません。今日まで長い間、昭和四十年に一兆円であった医療費が既に十四兆円を突破し、これに何らかの歯止めがなければ、医療費というものが将来国家財政を、あるいは国民の生活を変圧迫するのではないかとというような議論も行われてまいりましたし、また、やはり医療保険の中に患者一部負担という原則は取り入れるべきではないかという議論も、昭和四十年以後幾たびか国会でも行われ、また、専門的ないろいろな方から御指摘を受けておるところでございまして。

そういう中で今回私も考えましたのは、まずやはり、今後租税、社会保障負担を大きくして二十一世紀に働く人たちが、五〇%以上も租税負担やあるいは社会保障負担に取られて、何か働くことがばからしいようなことになって、いわゆる社会に活力を失ってはならない。そういう点では、現在五%程度のこの医療保険の保険料率を二十一世紀の将来にわたってこれは現行の保険料率でとどめたいという我々の強い願いもございまして。また、幾たびか議論がありましたように、現在医療保険の中でも国保の皆さんが三割御負担になる、また、家族の皆さんも二割、三割御負担になる。これはやっぱりできるだけ早い機会に給付と負担の公平、給付率が国民全部平等の給付率になることが望ましい。あるいは、やはり無料というところで国民の健康に対する自己管理の意識が薄れるのではないか。一部患者の皆さんに御負担を願うことによって、それぞれの皆さん方が健康

の自己管理に努めるように努力を願ひ、また、医療費の適正化も進めてまいりたいと、こういった多面的、多角的ないろいろな願いを込めて、今やらなければ、我々の健康を守ってきたこの国の医療保険制度というものを将来にわたって持続することができないという考え方で今回改革案を出したもので、先生御指摘のように財政的な面もございしますが、それだけではないということを御理解賜りたいと思います。

○柄谷道一君 一律マイナスシリングをかけた、ただ防衛及び経済協力、これは政府の重点施策としてその例外に置いた、しかし、社会保障は重点施策の中には入り得なかったということだけはこれも事実です。それから、二十一世紀を展望しての医療費のあり方、これは一部負担を課して受診率を抑えて適正化することだけが方法か。他にもっと多く検討しなければならぬ課題がある。この問題はまた改めて篤と大臣と二十一世紀論を聞わしたいと思ひます。

ただ、ここで大臣に一つ伺ひしておきたいことは、私が本会議で、昭和四十六年度の社会保障審議会の答申をひもといて、画一的に給付率を九割、そして将来八割と落としていくということについて、審議会の答申の精神にもとめるのではないか、こういう質問に対して、総理も厚生大臣も、四十六年当時高度経済成長の時代であった、現在の経済財政状況のもとでは、せっかくなの当時の公的審議会の答申ではあるが、これに沿い得ない、そういう趣旨の答弁をされたんですね。

そこで私はここで伺ひしたいんですけれども、率は一応横に置きましよう、ただ審議会の理念は、本人、家族とも、高額医療疾患、長期療養疾患のある者については、公費負担医療に移管して国民の疾病に対する不安を除きましよう、その他についても、自己負担を考へる場合は、本人、家族とも、入院の給付率は厚く、外来については適正な一部負担はやむを得ないと、画一的給付率の思想では全くないんですね。大臣はこの思想そのもの、率は別として、否定されるんですか。

○国務大臣(渡部恒三君) 難病、あるいはきわめて長期療養を要し、あるいは非常に多額の医療費のかかるそういうものは、財政が許す範囲でできるだけ公費負担に持つていくような努力をしなければならぬという、医療保険に対するこれは私の基本的な考え方でございます。

○柄谷道一君 長期高額医療に対する大臣のお考えはわかりました。これは審議会の理念に沿うというお考えですね。

入院と通院について、画一的に見るべきではないという答申に対してはいかがですか。

○国務大臣(渡部恒三君) 今でも被用者保険の家族の方は外来七割、入院時八割ということになっておるわけでありまして、そういう考え方も尊重しなければならぬと思います。

○柄谷道一君 しかし、いつの日かわかりませんが、全部込めて八割にしようということ、その思想を否定されているんじゃないですか。

○国務大臣(渡部恒三君) いや、そういう考え方も尊重しなければならぬと申し上げたわけでございますが、将来の医療保険のあり方としては、私は毎回申しておりますが、やはり国民すべての皆さんが同じような給付条件になっていくことが望ましい。これが九割という数字を出せば先生から多少はお許しをいただいたのかもしれないが、八割とこういうことになってしまったわけでございますが、これは、国保加入者の皆さん方にお目にかかる、現在でもほとんどが保険料が高過ぎる高過ぎるという苦情が多いので、これ以上保険料率を上げるといふことも大変困難でありますので、責任ある立場に立つておる私どもとしては、八割という程度の数字を挙げざるを得なかったということでございます。もっと望ましい方向が理想としてあれば、その理想は掲げられますが、現実的に今責任を負う立場に立つておる私どもとしては、八割程度の数字しか申し上げられなかったということでございます。

○柄谷道一君 私は、被用者保険に定率負担を導

入すること自体について問題視しているものでございまして、政府案の問題点は二つあるんですよ。昭和六十一年四月一日以降別途国会で承認を得る日までは九割は続けるんですと修正してはいるものの、本則はあくまでも八割に固執していることですね。よって、当面九割だが八割給付にすることを立法院は担保せよと、言葉をかえればそういうことですね、この法案は。

私は、九割給付がいい悪いは一応横に置いて、八割給付とすることをとるとすれば、これから検討しなければならぬ課題はたくさんあるんですよ。例えば政府が数でこの法案を通して一割負担というものを法律改正をした場合、その一割負担というものの結果、総医療費ないしは保険財政にどういった影響が出てくるか、これも見なければならぬ一つの要因でしょう。受診率がどう変化していくのか、そのことと国民の健康確保という視点から見て問題点がないのかどうか、これもチェックしなければならぬポイントでございます。

さらに、後ほどこれは質問申し上げますけれども、医療保険の前提諸条件について、二十一世紀を展望するえらい大論文の中には、前提諸条件の整備が、スケジュールを入っていませんけれども、これもやっていかねばならぬということを書いてあるわけですね。そうしたらその二十一世紀までの、ないしは昭和六十五年までの前提条件の整備の、医療費ないしは医療保険に及ぼす影響はどうなのか、これもチェックしなければならぬ。

さらに、私が今申し上げましたように、果たして入院と外来をどのような形にすべきか、差を設けるべきなのか同一にすべきなのか、これも公的審議会の答申がある以上十分にチェック、検討しなければならぬ問題であらう。

参議院がわずか四回の審議日数しかない、チャンスがない。私が今指摘した問題について、本当に院として将来の担保を行ひ得るか否かについて論議を尽くすとするならば、これは無限の時間を要しますよ。その審議もないままに九割、そして八割まで担保せよ、これはちょっと暴論じゃないですか。余りにも参議院というものの審議を短い時間で、そこらへんは衆議院で通ってきたんだから八割担保、八割担保、こんなことを言われて、はいそれでございませうかということだったら、これ参議院の存在価値ないですよ。その点に対して、大臣どう思われますか。

○国務大臣(渡部恒三君) 審議日程については、これは国会の問題でございますから、これは私にどうこう意見を求めるのは先生無理だと思ひますが、政府の一員としての私の考え方を申し上げます。政府の考え方としては先生無理だと思ひますが、政府の一員としての私の考え方によつて二院制度が設けられ、これが正しい政治を行われ得る制度であると期待され、しかも参議院は国民の良識の府として大きな尊敬を抱かれておるのでございまして、参議院の審議というものをできるだけ尊重してまいりたいと考えております。

○柄谷道一君 仮に本則八割という問題を削除しても、当面保険財政には何の影響もないでしよう。少なくとも五年間何もありませんよ。

私は、こういう私が指摘した幾つかの問題については、公的審議会でもっと深く検討すべきだし、必要があればこの立法院の中に小委員会ないしは特別委員会を設けて、それこそ大臣の言う二十一世紀にかけての保険医療のあり方、この中における負担率のあり方はいかにあるべきかという問題について真剣な討議を行つて、最終的な給付率を設定する、それが国民の合意を得る道であり、政府が一割負担をしたいというのであれば、それはあくまでも時限立法としての性格を帯びるべきなんです。なぜ、八割負担を本則にうたわなければならぬとお考えなのか、未解決の問題がいっぱいあるながら、予約券というのはいっつも乗るということがわかつて初めて切符を予約するんで

すよ。国会の議決があるまで、これいつ汽車に乗るかわからないです。乗る列車の時間がわからないのに予約券だけはあらかじめ買つておけ。国民の中には西へ行きたい人も東へ行きたい人も北へ行きたい人もある、そんな議論は無用である、ただ一筋に八割へと、担保せよと。私、真意がわからないんですけれども、私がわかるように御説明願ひたい。

○国務大臣(渡部恒三君) 私どもは政府の立場です。これは我々が決めたことは現実に実行しなければなりません。それには財政的裏づけというものが前提になります。そこで、現在の私どもの計算では、将来あらゆる職業、あらゆる分野の皆さん方が統一した給付率ということになると、現在の保険料率を余り上げないで統一した給付率にするというためには、八割前後しか給付する財政条件にないということで、八割前後ということをお考えでおるわけでございます。

ただ、先生御承知のとおり、これは給付率八割前後ということの中に、この我々の政策として先生が熱心に御心配の高額療養費の問題とか、あるいは老人医療、あるいは生活保護、あるいは難病に対する公費負担とかそういうものもありますから、八割程度の給付率で、実質的な国民全体の中での患者負担は一割程度と、九割程度の給付ということになっていくと思ひます。

○柄谷道一君 大臣、本会議でも「八割程度」と言われたですね、速記録をよく読んでみますと。今も「八割前後」と言われたんですがね。ということ、これは、これからどうするか検討が残されておるといふことですね。ところが、本則は「八割」と決めてくれといふんですよ。「程度」とか「前後」といふことと、本則「八割」ということは違いますよ、これ。どっちなんです、八割程度なんです、八割は、これは。

○政府委員(吉村一君) 私ども、長期ビジョンには、「八割程度で全国民の給付率を統一したい」と、こういうことを言つておるわけでございますが、「八割程度」と申しますのは、私どもフラット

料率としては八割というものを頭に描き、プラス高額療養費を仕組むことによつて実質的な給付率というものは八割より上になると、こういうふうに考えておるわけでございます。したがつて、八割というものでなしに、「八割程度」という言葉を使つてゐるのはそういう意味でありまして、また、将来の本人の給付率を「八割」にしたいという、その「八割」というのは、フラットの給付率を八割にしたいと、こういうことを書いておるわけでございます。大臣が「八割前後」という言葉をお使いになつたのは、恐らく「程度」と「前後」を少し言い違へられたらと思うんですが、「八割程度」ということで私どもは考えておるわけでございます。

○柄谷道一君 いろいろ質疑をやりまして、これきよりは時間がないのでまた次の機会にしたいと思ひますけれども、私は多くの検討すべき課題がある、そういう議論も深めないで、フラットが八割給付なんですからそれを予約しなさいと、これはちよつと院の審議というものを余りにも短い期間で拘束し過ぎる。そういうことについてはなかなか我々としては納得できないということだけを申し上げておきます。

そこで、衆議院段階で三師会との話がございまして、千五百円以下のとき、それから千五百円から千二百五十円以下のとき、二千五百円から三千五百円以下のとき、三段階の定額負担を都道府県知事が認めた場合はこれにかえることができる、こういう修正が行われたんですが、それは総診療件数に対してランク別にどれぐらいの比率を占めるのかお知らせをいただきたい。

○政府委員(吉村仁君) 入院外ですす申し上げます。千五百円以下が総件数のうちの二〇・八%でございます。それから千五百円から二千五百円までは二一・六%でございます。それから二千五百円から三千五百円のランクが一七・九%、合わせて六一・三%でございます。

今のは入院外に対する数字でございますが、入院及び歯科を入れた全体の数字を申し上げますと、千五百円以下のランクは一七・四%、千五百

円から二千五百円は一九・六%、二千五百円から三千五百円までは一五・〇%、合わせて五二・〇%でございます。

○柄谷道一君 私は、この修正というものは少額医療費の事務簡素化という観点からわからぬことでもないんですが、しかし、入院外では実に六〇%以上、全部含めても半数以上が定額負担方式になるということですね。それは提案の趣旨説明を見ますと、医療費の実態というものを国民にもわかつていただいて、そして医療費適正化の一助にしたい、それが本案改正の一つの大きな目的ですね。この目的がこれによつて満たされてゐる、こう大臣お考えなんですか。

○国務大臣(渡部恒三君) 今回の改正案、先生御指摘のように、定率の御負担をいただくことによつて医療費というものが明朗になるという理由も大きな提出の理由でございます。したがつて、私どもはいまだに、政府原案のとおりお認めいただくことが私どもの考えとしてはベストであると考えておつたのでありますけれども、今御指摘のような点について衆議院で修正を受けたわけでございます。

何回も申し上げておる通りに、国会でお取り決めたことについては、議院民主政治でありますから私も従わなければなりません。しかも、この内容はいわば四捨五入的な簡素化を行つたということで、定率負担というものの基本原則を變えるものではないというふうに私は理解しておるのでございます。

○柄谷道一君 まだまだ多くの質問を用意しておつたのでございますが、これは次回に譲ることとして、最後に一点だけ質問しまして、あとの問題は次回に譲りたいと思ひます。定額負担を政府はのんだわけですね、やむを得ぬということで、これ、一割を超えるものが出てくるでしょう。二千五百円以上三千五百円までは三百円ですから、例えばそのランクをとれば二千五百円から三千円までは一割より余分の負担をしなければならぬということですね。政府の

一割定率負担とそれ以上の負担を負う者が出てくるという点についてその整合性をどう考えておられるのか、この一点を質問しまして、残余の質問は次回に譲りたいと思ひます。

○政府委員(吉村仁君) 確かに、第三ランクをとりますと、三千円以上三千五百円までは一割より低いわけでありまして、それから二千五百円から三千円までは一割より多い負担になる。これはもう丸めて取る以上はそういうことがどこかで起こる、これはやむを得ないものだと思ひます。しかし、そのランク内を平均すれば、一割の定率負担になつておるといふことは、これは事実でございます。

○下村泰君 私は、この法案に対してはもちろん賛成をする立場でございます。むしろやはり反対でございます。ほかの先生方は、それぞれの御専門で専門的なお尋ね方をいらつしやいます。私は、あくまでも庶民を代表して庶民の感覚でお尋ねをいたしますので、ひとつわかりにくいようなお答えでなく、わかりやすいお答えをしていただきたいと思ひます。

会計検査院の方来ていらつしやいますか。来ていなければ来てからでいいです。私は、いつも非常に素朴な感覚を持つてんです。といいますのは、例えば新聞にも大きな活字でこういうのが出ていますよ。「ごまかし所得 史上最悪」「五千三百億円 病院トップ」とか、こちら「ごまかし所得五千三百億円 税金逃れ」常連「開業医」とか、こういうのを見ますと、これだけお医者さんがごまかしている分をもしごまかさなければ、健康保険料なんか別に上げる必要もないんじゃないかと簡単に考えます。庶民の感覚というものはそういうものじゃないかと思ひます。ですから、ごまかされるから医療費が余計にかかる、もしごまかさないうちに皆さんが本当にまじめにやってくだされれば、そんなに医療費もかからないんじゃないか、こういう感覚になるんですよ。

国税庁の方は来ていらつしやいますね。——国税庁の方にはちよつとひとつ伺ひしますけれども、大体どういふ業種がどういふふうによつていますか、ちよつと聞かしてください。

○説明員(岡本吉司君) 今先生から御指摘のございましたものは、七月の上旬に国税庁において発表いたしました五十八年におきます申告所得税の特に事業所得を有する方々の調査をした結果の数字だろつと思つております。これに基づいてお答えいたしますと、業種別という御指摘ございましたので、その発表の中の業種的なところだけを抜粋してお答えさせていただきますと思ひます。

一件当たりの申告漏れ所得金額の上の方を十五ほど並べておりますが、その一番目に挙がつてまいりますのが病院でございます。一件当たりの申告漏れ所得が一千四百七十四万円ということでございます。以下、パチンコ業、貸金業、土地売買業、産婦人科医等々が続いております。

○下村泰君 これを拝見しますと、私はあくまでも新聞の活字に頼るしかないのでございますけれども、順位を見ていきますと、一番が個人病院ですね。そして五番目に産婦人科がきておるんです。六番目に小児科と泌尿器科がきておるんです。以下まいて十一位に外科医がくるんですね。ほとんど各科にわたる病院が全部出てくるわけですね。

この総額というのは大体どのくらいになるか、医療関係だけの総額というのはどのくらいになるか、国税庁の方で調べになっておりますか。○説明員(岡本吉司君) 大変恐縮でございますけれども、今発表いたしましたのは所得税関係だけの数字でございます。ただ所得税の場合には病院が、我々のところは医療業ということで非常に広範囲なものをとつておりまして、なおかつ額という感じでは管理しておりませんので、大変恐縮ですが御勘弁いただきたいと思つております。

○下村泰君 それは結構です。恐らく国税庁ではそういうのはわかるわけはないでしょうし、その内容についてはむしろ厚生省の方が御存じだろうと思ひます。

さて、厚生省に伺いますが、こういったいわゆる医師の所得ごまかし、こういう内容は大体どういうことなんでしょうかね、ごまかし方といひますか。

○政府委員(吉崎正義君) なかなかちょっと正確にお答えする知識を持ち合わせておりませんけれども、さきに医道審議会の処分の対象にいたしたのがございますけれども、脱税でございます。それから不正請求、これが主なものであらうかと存じます。

○下村泰君 私、五十五年の三月十七日の予算委員会でも取り扱ったことがあるんですけども、こういうことがあったんです。そのとき政府委員がお答えくださったのが石野清治さんですか、この方がお答えくださったんですがね。水虫の治療に行ったら脳波の検査をされたという話があるんですよ。このときに、どうして水虫の治療に行ったら脳波の検査をされたのかと私は聞いたんです。そうしましたら、これは「東京スポーツ」に出ていた話なんですけれども、そのときに石野さんのお答えには、「水虫は御存じのとおりカビの一種の真菌の感染によつて起こるわけでございますが、いざいば髄膜炎という病気がございまして、この髄膜炎の病気につきましても真菌というものによつて起こることがまれにございます。これは真菌性髄膜炎といつておりますが、一般の場合にそういうことはあり得ないわけで、ごくまれな事例としてはあり得ると、こういうことでございまして。」

「こうなんです。水虫の治療に行つたときに脳波を検査したお医者さんは、こんなことは常識だと言っているんです。水虫の治療に行つたら脳波を検査するのは常識だと言っているんです。それが記事になっておるわけですね。それで今度は私が、「これは常識ですかと石野さんにお伺いしたら、「やらない方が常識だと思ひます。」「これはちゃんと議事録に載つております。そして、(笑声)となつております。これは当たり前ですよ、こんなことは。例えばこういうような治療の仕方をすれば、幾らでも点数というものは出てくるんじやないか、こんな気がします。」

それからこの医師は、これはもちろんたしか処分されたはずですが、それから、大阪市旭区の内科医で中野恵明という、これは有名な悪徳医ですね。この方の場合には、五十四年の十一月だけで収入四千万ですね。患者が大体二百人から二百二十人、その患者が一件当たり平均二十万、全国平均が八千円のとときに二十万ですから約二十五倍、こういうような診療の仕方をしている。すこいのになりますと、患者の七〇％が毎日三本ないし五本の注射をされていたとか、その患者の九七％が全部心不全だといつてこういう治療をしていた、こういう事実があるんです。

そうしますと、先ほど申し上げました所得ごまかし、もちろんそれはごまかすぐらいですからいろいろなお医者さんをやっているでしょうけれども、こういうお医者さんもそれ相当のことをしていると思ひますが、やっぱりそういうふうな判断してよろしいでしょうかね。

○政府委員(吉村仁君) 先生御指摘の、社会保険の分野におきまます不正といふのは、今申されましたような通常の医師なら行わないのが当たり前というふうな治療を継続して行つていられるような、私ども濃厚診療と申しておるんですけれども、濃厚診療を行う例。それから水増し請求をする例、つまり注射一本しか打たないときに三本打つたというように数を水増しして請求する水増し請求。それから、架空請求と申しまして、全くやらないのにやつた、あるいは死んでしまつた人の請求書が出てくるというふうなのが架空請求でございまして、大体私どもも不正不当という形で監査をし、あるいは審査をしておる事件というものは、今申したようなものでございまして。

今先生が御指摘のようなものももちろん濃厚診療、不当診療といふことで監査の対象になりますし、現にお挙げになりました診療所は、私どもも保険医療機関の取り消しをしております。

○下村泰君 この際ですから、たまたま私がそのとき取り扱つた例を申し上げますと、中にはひどい医師がいるんですよ。五十三年の七月に死亡した人を八月、九月と二カ月も面会している、こういう例もあるんですね。そうすると、こういうような、先ほど高桑先生が、薬づけた、検査づけたなんというのだけれど、つくつた言葉が知らぬが、私の方から言わせれば言語道断なんというところをおっしゃっていましたけれども、高桑先生今いらつしやらないんで幸いなんですけれども、実際そういうお医者さんが多い。

例えば、私の家の女房がかつてかかつていたお医者さんがある。そこで風邪を引いた、やれちよつとぐあいが悪いといつて行きます。馬に食わせるとぐあいをくれる。それで料金を取る。ところが、そのお医者さんが亡くなりましてね、今度藤田先生というところに行きましたら、これが大変少なくて済んだと、こういう話がいっぱいあるんです。

ですから、全部が全部のお医者さんが悪いというわけじゃないんですけども、こういうようなわけ、例えば上がつてきたいろいろなレセプトと申しますか、こういうのを審査する、これは確実なものなんじゃないか。完全に今審査ができるんですよ。

○政府委員(吉村仁君) 私ども、支払基金における審査は、いろいろな角度からやっておるわけでございますが、やはり現在の医療というものは、診療内容を決定するのは医師の自由裁量権によつて決まる、この人にどう治療をするかというものは、医師の医学知識、それから患者さんの状態、これに对应してそれと違つていまして、そのお医者さんで、それを紙の上に書いてくるのがレセプトですから、紙の上で審査をしなればならぬ。しかも、実際の診療の内容と違つていふのはそのお医者さんでないとわからないという面が非常にあります。審査をするといふことも、やはり限界があることは事実でございまして。

○下村泰君 では、この当時でございましてからあれでございましてけれども、支払基金の審査委員の数も十分じゃございせんといふのが政府側のお答えでした。わざわざ全国で三千五百五十九名。それで調べなきゃならぬ枚数というものが四億六千七百万枚という膨大な数が出ておりました。現在どういふふうになつていましてか。

○政府委員(吉村仁君) 現在審査委員は三千四百八十九人でございまして。そして、支払基金における取扱件数は五億四千万枚ぐらひでございまして。

○下村泰君 しかし、それはもう大変な数で、それを審査するのに大変な手間がかかると思ひますけれども、十分にできていられるでしょうか。

○政府委員(吉村仁君) 単純に計算をいたしますと、今の取扱件数を審査委員の数で割りますと、一件当たり七秒で審査をしなきゃならぬ、単純な計算をするといふことになつたのであります。が、基金においては、やはり保険医療機関の傾向というふうなものをある程度つかんでおるんです。この医療機関はどういう医療機関かということとは大体支払基金でつかんでおるんです。重点的な審査をやつております。したがつて、今の一枚七秒というのは単純な計算でございまして、全部について七秒で審査をしておるという意味じゃございせんが、重点的な審査をしております。

そして、ただいまのところ支払基金にコンピュータも入れましたし、いろいろな意味で統計の資料が利用できるという状態になつておりますので、例えば一定点数以上のレセプトを抽出しましてそれを重点的に調べるとか、そういうような審査の方法を講じておるわけでございまして。

○下村泰君 私が最初にお伺ひした五十四年度のなにかのときも、やっぱり一枚について七秒ぐらひでした。それはスピードは一枚に変わらなかつた。そうしますと、厚生省としては完全に審査できるといふ御自信はおありなんですか。

○政府委員(吉村仁君) まあ完全な審査というものがどういふ意味か、いろいろの意味があると思うんですが、私は完全な審査というものはそれは担保できないといふふうに思ひます。

ただ、与えられた人員と予算の中で最大限の努力をしておることは、これはまたお認め願いたいと思います。

○下村泰君 それをやるには相当の頭数が要るんではないか。大体どのくらいの人数がいれば完全にできますか。

○政府委員(吉村仁君) 本当に完全に審査をするとかあるいは医療をするという、一人のお医者さんに一人のお医者さんがついてずっと見ておるとか、あるいはそのレポートについて一々治療をしたお医者さんに来てもらって説明を受けるとか、いろいろなことがあるんではないかと思ひます。したがって、今の先生の御質問にはなかなか私もよく答えられないで、御勘弁のほどをお願いいたします。

○下村泰君 まことにばかばかしいかとは思ひますけれども、これが一番素直な心の質問だと思ひます。

今日、人口十万人に対してお医者さんの頭数が大体百五十人というふうな目標を持って今日まで歩んできて、ほぼ達成されたと思うんですが、いかがでしょうか。

○政府委員(吉村正義君) 昭和四十五年に立てました目標、今お話しのとおりで数字でございすが、これは当時、少なくともこゝまでという数字でございすが、これに近づきましては既に達成されております。

○下村泰君 済みません、ちょっとわからなかったんだけれども、ほとんど達しているわけですか。

○政府委員(吉村正義君) 人口十万人対百五十、少なくともこゝまでは昭和六十年までにという目標は既に達成いたしました。

○下村泰君 そこで伺いますけれども、大変地域差があるように思ひますが、いかがでしょうか。この十万人に対する目標が達成し過ぎてるところもあるかと思ひ、まるでほど遠いところもあるんですが、それはもちろん厚生省はつかんでいらつしやいまいしょうか。

○政府委員(吉村正義君) 確かに御指摘のように地域差がございします。

三つの観点から申し上げたいと思ひますが、一つはブロック別でございすが、これは実はそれほどございせん。昭和五十七年末の数字でありまして、中国、四国がございまして、百六十四、百六十、それから近畿、九州がございまして、百五十五、九、百五十四、八、こうなっております。北海道、東北百三十五、関東百三十四、中部が一番少なくて百二十六でございします。

一方、これを都道府県別に見ますと相当程度の差がございまして、昭和五十七年末で医師数の一番多いのが徳島でございすが、人口十万人対二百一十一、四でございします。

それから、これを都市化の程度によつて見ますと、十一大都市、これが最も多うございまして、二百十三、七でございします。その他の市が大体全国平均並みでございまして、百四十一、五、それから町村、これが八十、四、このように地域差がございします。

○下村泰君 今のお話で、埼玉が八十一、それから沖縄が九十五。私は沖縄の方が少ないと思ひたんです。埼玉が八十一、しかも首都圏の周りの県で八十一、これはどうも大変少な過ぎるというふうな気がします。それから徳島が二百、石川が百九十九、この二県が非常に高いんですね。これはどういふところに原因があるんでしょうか。

○政府委員(吉村正義君) 一番大きな理由は、人口の少ないところに医科大学があると、人口が多うございします。それで、無医大県が解消になりましたので、まだ卒業生が出ておられるところもございしますが、次第にならされてくるのではないかと思ひます。特に埼玉県の場合には、これはベッドも実は少のうございまして、東京へかかってくるのか、そういういろいろな事情があるかと存じます。

○下村泰君 こういう表を拝見しますと、それぞれ

れにこういうふうな数が出ておりますけれども、僻地の方へ参りますとまだまだお医者さんがいなくて困つていらつしやる。しかも日本という国でありながら日本のお医者さんが行くのではありません、よその国からお手伝いを受けているというふうな現状があります。

これは今後どういふふうになさいますか、大臣。○国務大臣(渡部恒三君) 今御心配いたしております点、私も考えているんですが、私のところも何か僻地が多うございまして、今先生御指摘のようによその国から、この前も私行つてまいりましたら、やつとお医者さんが見つかったと、よかったと言つたら、よその国からお手伝いいたしている、そういうのが非常に多いのであります。

やはり勉強したいという、そういう意欲で、都会あるいは大学のあるところから余り遠いところに行きたくないとか、いろいろな理由があると思ひますが、よくよくお医者さんの数もふえてきましたので、これから地方にも行つていただければお医者さんがどんどん出てくるであらうということ、私も、私どもは今度医療法の改正もお願いしておりますけれども、全国的に、日本列島全体に適正な医療機関と医師の配置というものに努力をしてまいりますし、また、それができるような条件に今なりつつあるということも御承知願ひたいと思ひます。

○下村泰君 簡単に考えますと、そういうことも完全でないのに、この今度の給付率の問題を簡単にこしらへる受け入れる気持ちにはなれないと、こゝなふうになりますね。

それから、「医療施設間のネットワーク化(診療所—一般病院—高度・特殊病院)を推進する」というふうな説明になっておりますけれども、これは作文でなくて実際にそれが可能でしょうかね。そのところが問題でございせんか。

○政府委員(吉村正義君) もとより可能であると考へておるところでございします。現に一部の地域でそういうことが始まつておりまして、高額の医

療機械の共同利用等が、例えば国立病院を中心にして、あるいは医師会立病院を中心にして、始まつております。これからの医療を考えますと、やはり機能分担を図ることがぜひとも必要であると考へておりまして、強力な推進を行う所存でございします。

○下村泰君 こゝでちょっと変えまして、会計検査院の方までいらつしやいますか。——まだ来ないの。

医療保険の給付率八割程度で、昭和六十年代後半に統一すると書かれていたんですが、厚生大臣は御存じかどうかかわりませんが、自民党と医師会の間の話し合いで、国会終了直後に時期を示すと言つていらつしやうんですが、この点は大臣御存じでございまいしょうか。

○国務大臣(渡部恒三君) お聞きしております。

○下村泰君 そうしますと、現行のこの国庫から患者保険料のこの負担割合を維持するとなればですね、医療費低下でもなければ給付率を引き上げることには困難であると思ひます。一体だれの負担で給付率引き上げを図らうとするのか。この三者ございしますね、どかが一体やるのか、その辺が一向に明らかになつていないんですけれども、そのところはいかがでしょうか。

○政府委員(吉村仁君) 自民党と医師会との話は、そういう話があったということは承知をしております。

況、それから今回創設をいたします退職者医療制度の実施後の実績なり影響なりをいろいろ見ながらこれは判断をしていきたい、こういうことで、少なくとも六十五年以降に目標を置かざるを得なかったと、こういうことでございます。

〔委員長退席、理事佐々木満君着席〕

○下村泰君 例えは国保の七割から八割、それから健保が今までずっと一割払っていたのが、済みませんけれどもあなたもう一割負担してくださいと、こつちが二割になつて一割減して、こつちが一割得すると、こういうことになれば、これはそれこそ大岡名義の三方一兩損と、こういうことになるんですよ。ところが、今回ののはそうじゃないわけですね。そこに問題があると思うんです。今局長のおっしゃったように、六十五年までにはそういうことを達成してそこから落ちつくであろうとおっしゃるんですが、そのころになつてなおかつおかしな場合、保険料は引き上げない、国の方はお出しになりません、そうなりますとまた給付率を切り下げと、順序よくいけばこういうことになっちゃうんですがね。やっぱりそういうことしかありませんか。

○政府委員(吉村仁君) 何もしなければそういうことになるわけですが、そういうことがあつてはいけなわけでありまして、私ども、国保について給付率をさらに下げるとか、あるいは被用者保険の八割の目標をさらに切り込むとか、そういうことは考えていないわけでありまして、いろいろな方法をとって、あるいはいろいろな措置を講ずることによって、目標の達成をしたい。ただ、現時点においてはその時期というものについて自信が持たない、こういうふうに御理解を賜りたいと思います。

○下村泰君 会計検査院来ましたか。——会計検査院が来てくれないと、この話をせぬことには後がつながらないですね。——それでは、私の話はここでとめます。

○理事(佐々木満君) ちょっと速記をとめてください。

〔速記中止〕

○理事(佐々木満君) それでは速記を始めてください。

○和田静夫君 まず、船員保険について若干伺いますが、船員保険収支のこの赤字の最大の原因は短期反復雇用にあるわけでありまして、この短期反復雇用についてはっきりした方針を持たない限り、船員保険の構造的赤字は解消できないというの、この間からの論議の帰趣だと私は思うんですよ。どういふふうな受けとめられますか。

○政府委員(坂本龍彦君) 船員保険の、特に失業部門におきましては、短期反復雇用者ということでありまして、船員法において船員とされる者は被保険者として適用をしておるわけでござい

〔理事佐々木満君退席、理事遠藤政夫君着席〕

したがって、御指摘のとおり、こういった短期反復雇用者、これに対する失業保険金の額が非常に多いということになれば、なかなか船員保険の失業部門の財政安定というの、期しがたいということになるわけでございまして。私どももいたしまして、やはり財政安定という見地から考えまして、できるだけ船員雇用の安定というものを望んでおるわけでありまして。むしろ船員雇用の安定というものが不可欠であると考えておるわけでござい

しかしながら、実際のところ、厚生省といたしましては、船員雇用政策という点に關しましては直接の権限がございせんので、雇用対策の推進の問題につきましては、関係の省庁と十分協議をしながら施策を進めていただくように期待をいたしながら、なお私どもの方でも、できるだけ適正な運営をするように心がけていく必要があるうかと存じております。

○和田静夫君 質問時間が早まったから、答弁者が来ていないので……。

○理事(遠藤政夫君) 速記をとめて。

〔速記中止〕

○理事(遠藤政夫君) 速記を起こして。

○和田静夫君 それじゃ飛びますが、厚生大臣、この前問題にしました基本方向、いわゆる長期ビジョンですが、これを的確に実行していくと、私は国民医療費の伸び率を抑え込んでいくことができると見るわけですね。逆に言えば、国民所得の伸び率程度には国民医療費を抑え込みたい。これは世界的なあれでもあるわけですが、そういう趣旨でいわゆる長期ビジョンをおつくりになつたわけですから、長期ビジョンが実現ができれば、国民医療費の伸びを国民所得の伸び率程度にとどめることが可能だと、こういうことになるわけですね。それはいいですね。

○国務大臣(渡部恒三君) そのとおりでござい

○和田静夫君 そこで、十七日の委員会を要求をいたしました傷病別医療費の削減目標額が一定の前提のもとにはじき出されている、その結果をお示し願いたいわけでありまして。

まず、がん、胃がん、子宮がんの早期発見に努めることによって十年後の医療費は幾ら削減されるだろうか。次に、脳卒中、脳卒中の半減によって幾ら削減できるだろうか。そして、トータルでの削減額は幾らですか。

○政府委員(吉村仁君) 医療費の推計につきましては、非常に難しい推計を命じられまして困惑をしたのでありますが、いろいろ仮定を置きまして計算をいたしました。

そこで、胃がんの死亡率三割減、こういう目標を立てておられますが、それによる医療費の減少額は五百四十億円というように推算をしております。また、子宮がんにつきましても死亡率三割減と、こういうことで目標を立てておりますので、それに伴います減少額は九十億円、合わせて六百三十億円の医療費減少額になるのではないかと、こ

費の減は四千五百二十三億、こういうふうに推計をいたしております。

○和田静夫君 私は、胃がん、子宮がん及び脳卒中以外に、肺がん及び胃潰瘍その他の消化器疾患などについても削減目標を設定をして、国民医療費の減額分というものを出すべきだろうと思

厚生大臣、ずっと先日来眺めていまして、あなたと保険局長大變たばこを吸いになるわけですね。しょっちゅう手から離れたことがない、今偶然離れていますがね。たばこ肺がんの因果関係はこれはほぼ立証されているわけであるが、いわゆる喫煙の抑制は肺がんの発生率を低下させる。少なくとも蓋然性はあるわけだろうと思

ですね。したがって、きょうここでは言いませんが、肺がんについても、削減目標を設定をして、そして出されるべきだろうと思

○国務大臣(渡部恒三君) 非常にこれは技術的に困難なことだと思

○和田静夫君 大変苦勞をされて資料をおつくりになつて出されてきたんで、今述べた問題についても、私は苦勞をされれば出ない筋合いのものではないだろうというふうに考えているんですよ。

そこで、出てきたところの胃がん、子宮がん、脳卒中だけで、先ほど言われた五十六年度価格において国民医療費を二%削減ですね。こういう形になつていくわけですね。これが二%削減できるというところであるならば、私は、今指摘した傷病等を加えて概算的に考えてみると、もっと削減することができるといふことになるうという、そういう意味だろうと考えているんですがね、これは局長、それでいいわけですね。

○政府委員(吉村仁君) 確かに二%減になるわけ

であります、それは十年後に二〇％ということですから、これから十年先まで同じように減っていくとすれば、年率では〇・二％程度の縮減効果を持つと、こういうことになるかと思ひます。

○和田静夫君 傷病別の医療費削減目標について、これは私の求めたものとはかなり違ひますが、一応の目標値が提出されました。いわゆる長期ビジョンが実現されるといいますか、国民健康づくりと、あるいは効率のよい医療供給体制が確立されるのであれば、もっと私はドラスチックに医療費を削り込むことができると考えているわけです。今提出をされましたデータに基づいて国民医療費が削減可能であると、あるいは伸び率が抑制されることが立証されています。それは何年後であるかは一定の前提を置いて。

そういう意味で、私は大臣、やっぱり国民医療費の抑制は可能なんだということをまず再確認を求めておきたいんですがね。

○国務大臣(渡部恒三君) これは先生、私もこの前の先生の御質問をいただいてから、大変大きな問題で、あれこれ考えておるわけですが、これは私も今後健康増進の努力をたゆみなく続け、そして国民医療費の削減の努力をしていかなければならないことは当然のことです。

それなら将来医療費が、がんがなくなることによつてもうなくなつちゃうのかという、過去のことを振り返つてみると、昭和二十年代我々を苦しめた病氣は、ほとんど伝染病と結核だったわけですから、恐らくその当時、結核がなくなれば、伝染病がなくなれば、もう病氣の問題は本

当に少なくなるという感じを持ったと思ひます。ところが、結核もなくなりはしませんでした。極めて少なくなつてまいりましたが、伝染病も本当に少ない状態になつてきておりますが、ところが現実には、また次から次に新しい病氣が出てまいりますし、医療費というようなものになりますと、医学が進歩して医療が進歩していけばいくほど、かつては考えられなような高額な医療を、療養を必要とするようなものがどんどんできてくる。

これからの先端医療というものがどんどん進んでいくということでありまして、私どもは、健康を守るための医療費の縮減というものは、国民の健康をある程度私どもとして、いわば無限の可能性に向かつて挑戦していくというような気持ちで、年々できる限りのたゆまざる努力を続けていかなければなりません。それならそれによつて二十年後に医療費が要らなくなるような状態が来るかということになると、この予測というものは極めて困難なことだと思ひます。

○和田静夫君 ちょっと、先日私も取り上げましたし、きょう午前中からもずっとありました高額療養費の問題について、一問だけここに入れておきたいんですが、答弁ずつと聞いていました。それで私は具体的に、この長期療養者について高額療養費の算定基準を疾病単位に考えることをこの間も申し上げました。つまり、五万一千円に達した患者を同じ病が繰り返すのであれば翌月から自己負担がゼロになるというところ、それに対して、きょうも一貫してレセプトの問題が局長からの答弁、そのシステムがネックになつていてという答弁が終始しているわけです。

私は、それじゃ領収書とレセプトの併用を考へてみたらどうだろうというようにもさささちよつと思ひましたし、やる気があれば技術的に可能だつたやうに私は思ひます。つまり、例えば無利子の融資制度を新設して、そして年度ごとに還付するといふシステムを考えられませんか。そういうことを考へてみる必要があるでしょう。

それが事務的負担を強いると言ふなら、最初の月に、けさはど来も論議がありまして領収書を発行する、そしてその翌月窓口の支払いのときにそれを提示すれば病院側はレセプトにそのことを明記する、そして支払基金に回すといふようなことも一つの手法だと思ひます。ここは工夫次第でやればできるんだと思ひますが、局長、いかがですか。

○政府委員(吉村仁君) 確かに不可能なことといふのは世の中になくはないと思ひます。

ただ、この問題はレセプトを中心にして動くものでありますので、医療機関と支払基金と保険者、それぞれにかかわる問題でございます。したがつて、例えば三十日を単位とする高額療養費といふものを考へましたならば、現在のような暦月のレセプトを足して二カ月で一万円のレセプトにするとか、あるいは領収書につきまして一定の様式といふようなものを考へた領収書で処理をしなきゃならぬといふような問題も生ずるでありまして、また、これは社会保険庁の事務処理体制の問題でございますが、やはり事務がふえれば定員もふやさないといふか、こういうような問題も生ずるわけでございまして、その辺を全体的に考へて知恵を出していかなければならない、こういうふうに考へております。

○和田静夫君 技術的に工夫して、例えば長期療養者について、月を超えた患者に頭打ち制度を設けるといふようなことも私は実現可能な提言だと考へておりますので、その辺も考へていただきたいし、家族単位の高額療養費といふことも同様に工夫すれば可能だと、そういうふうにも思ひますので、論議があつたところですから意見を述べておきます。

そこで、国民医療費の問題に入りますが、まず薬剤費についてであります。五十五年以降の薬剤費の平均伸び率は何％ですか。

○政府委員(吉村仁君) 五十五年度から五十七年度までで推計をいたしますと、この間に大きな薬価基準の引き下げをいたしました関係上、薬剤費の平均伸び率は一・七％ということになつております。

○和田静夫君 薬剤費は現にかなり大幅に引き下げられてきたわけですが、薬価についてはなお引き下げの余地があるといふふうに見えておいてよいですか。

○政府委員(吉村仁君) 今後の問題としてだと思ひますが、私は引き下げる余地はあると思ひます。

おいて試算を提出して、それに対するコメントを求めまして、その結果いろいろ資料が出てきたんですが、その際、大臣は私の指摘に反論されて、負担の公平、給付の公平という見地から今回の改正案を提案されたんだという趣旨の御答弁がありました。それは私の指摘への反論には残念ながらないものでありまして、まず第一に、この負担の公平、給付の公平と言ふのなら、本人給付の引き下げに見合った形で家族及び国民健康の給付率を引き上げる内容を含んだ改正案でなければならぬわけでありまして、ところが、今回の改正案と称するものは、本人給付の引き下げはありますけれども、他の給付についての引き上げ条項というのは、これはどこにも見当たらないわけでありまして、厚生省はいつ給付率をそろえるのか、これは時期を明らかにすることが迫られていて私は思ひます。

第二に、ここが私の言いたい肝心なところなんです。厚生省は将来八割に給付の線にそろえると言つておられるわけですが、八割という数字の根拠が薄弱であります。きょうの論議は、私は資料をはじき出して配りましたとおり、そこに焦点を置いて若干の論議をしたので急いできたんですが、私も負担の公平、給付の公平に反対するものでないことは、これは大臣に確認しておいてもいいのであります。しかし、私は、八割の線での統合に疑問を呈しているわけなんです。九割以上の線ですることも可能だと言つておられるわけでありまして、そうであるならば、本人十割給付を当面維持しつつ、その他を九割に近づける、その段階で、九割にそろえるのか、あるいはもう一踏ん張りして九・五とするのか、あるいは十割にするのかという検討をすればよいわけでありまして、私は別に負担と給付を公平にすることには何ら異議を唱へない。問題は八割の線での統合に異議を唱へておられるわけです。

大臣、政府案は、初めに給付率引き下げありきでありまして、その後は何ら保障の限りではないといふのが政府案なんです。そしてさらに、八割

統合論の根拠は薄弱という欠陥提案であると私は思うんですが、ここは答弁をもらいませぬ。

さらに続けますが、そこで事務当局から昨日私のところに資料が出ました。この資料はなかなか興味深いのでありまして、もう非常にぎりに出てきましたから十分に勉強する余地がありまけんから次回までおやりませんが、例えばこの昭和六十一年度の場合ですが、国庫負担は五十九年度に比べて一千億円の減です。二兆四千五百億円から二兆三千五百億円なんです。これはおたくから出てきた資料です。あるいは保険料負担は五十九年度が八兆一千三百億円、六十年度が八兆七千五百億円、六十一年度が八兆八千五百億円、こういうふうになっている。にわかには理解しがたいことは、この六十一年と六十年度の保険料の差額が一千億円にしかならないことでもあります。対前年比で一・一％しか伸びていないのであります。これは国民所得ないし雇用者所得が六・五％伸びているのに保険料率が一・一％しか伸びないということは、保険料率を引き下げるといふことをこれは意味していますね。

○政府委員(吉村仁君) まず、五十九年度と六十年度の数字の差でございますが、五十九年度は私ども対策をするのであります。これを七月実施と、こういうことで組んでおりますので、財政効果といいたしましては満年度の三分の二の効果がでない、こういうことになっております。したがって、それが六十年度になりますと満年度に引き延ばされると、こういうことでございますので、国庫負担につきましては国庫の国庫補助率を下げるわけでございます。それが満年度に広がるというところで下がるわけでございます。

それから保険料につきましては、これは退職者医療制度に対する拠出が、これも満年度に広がるわけでありまして、ふえ方が多い、それから六十年度から六十一年度にかけては、これは六十一年度で八割給付それから失礼しました、六十一年度で満年度で計算をいたしておるわけでございます。

そこで、五十九年度、六十年度、六十一年度という数字は、五十九年度だけがいささか特異な姿を示しておることはひとつ御理解を賜りたいと思ひます。

○和田静夫君 保険料率は。

○政府委員(吉村仁君) 五十九年度、六十年度、六十一年度、保険料率は上がらない計算になっております。

○和田静夫君 患者負担の方は、五十九年度が一兆五千七百億でしよう。それから六十年度が一兆七千四百億、六十一年度が二兆二千億となっております。それで対前年比で見ますと、六十年度が一・八％、六十一年度が二・一・八％、この間は急速に増加する。つまりドラスタチックな負担増が国民の上に覆いかぶさってくるということになっていきますね。

そこで、この資料をもとにして、私は保険料が国民所得並みに伸びていくと見るならばどうなるのかというのを目の子計算をやってみました。もう時間がありせんから。目の子で計算しますと、六十一年度の保険料が前年並みに伸びて七・五％上昇すると考えてみます。その後は六・五％で伸びていくと考へますと、その増額分を患者負担に入れるとどうなるかということを計算してみたいです。これはつまり六十一年度以降も本人一割負担のままで保険料をいじらずに推移させるということでありまして、そうすると患者負担は、六十一年度が一兆五千六百億、六十二年度が一兆六千五百億、六十三年度が一兆七千六百億、六十四年度が一兆八千六百億、六十五年度が一兆九千五百億となつて、平均的給付率は、六十一年度が八・九・三、六十二年度が八・九・四、六十三年度が八・九・四、六十四年度が八・九・五、六十五年度が八・九・六となりまして、現行の給付率水準よりも高い水準を確保するといふことがちゃんと出てきます。これはおたくの数字です。

厚生省は、八五％の平均給付率で八割統合論を打ち出したわけでしょう。ところが、私はおたくのそれをもとにしたがら忠実に計算をしますと、

保険料収入を維持していけば八九％に引き上げることは可能になるわけですね、可能になる。おたくのデータをもとにして出したこの数字から私は算出をした。したがって、あなたの言う八割統合論の根拠はまさに薄弱であるし破綻をしておりますよ。あなたの数字で破綻をしている。九割統合論の可能性を示す。私はこういうことになると思うんですが、どうですかね。

○政府委員(吉村仁君) これは、先ほど配付していただいた資料の数字とはちょっと違うわけでございます。……

○和田静夫君 まだそこまで入っていません。それは私の試算ですから。

○政府委員(吉村仁君) 私、今先生がおっしゃられた数字が少し理解しかねたのであります。五十九年度から六十年度までは保険料率を上げるんでございましょうか、上げないんでございましょうか。

私も、保険料の額は、国民所得が伸びるものですから率に変えなくても額は上がっていく、こういうことで、料率の方は上げない計算をしておるつもりでございます。

○和田静夫君 いや、私は保険料が国民所得並みに伸びていくというふうに見て申し上げているんです。

何ならちょっと照合しましょうか、おたくの数字でこれを私はじいたんだから。

○理事(遠藤政夫君) 速記をとめて。

〔速記中止〕

○理事(遠藤政夫君) 速記を起こして。

○政府委員(吉村仁君) 確かに和田先生御指摘のよう、六十年度から六十一年度の保険料の伸び率が六・五でなしに七・五という伸び率でふやして、さらにそれ以降六・五という数字を使えば、先生おっしゃるようなことになるようにございます。ただ、私どもとしては、その六十一年から六十一年度の保険料の伸び率が七・五というところが少し疑問を持ちますので、なお次回で検討をさせていただきます、こう思います。

○和田静夫君 そこで、それを前提にしまして、今のところはまああれとして、私の試算をお手元に届けました。

十七日の委員会では私は薬剤費の伸び率を物価上昇率程度に抑え込む場合の国民医療費を示したわけですから、その推算に若干手を加えて、さらに負担区分を推計した。薬剤費を物価上昇率程度、三％に抑える、そしてその他の医療費を七・五％の上昇率と置いてみる。七・五％という数字は、これは何遍も申し上げているのですが、一九八〇年代経済社会の展望と指針で想定されている国民所得の伸び率六・五％に高齢化率一％という数字を加えた数字です。これはもうおたくでもお使いになつていらっしゃるんです。ここが違ふと言われると、これは大臣、政府の統一見解を求めるといふようなことになるわけでございます。非常にこのところは苦惱するので、そのところは次回まで検討を願えればいいのですが、ちなみに厚生省試算のケース一ですね、これは総医療費の伸び率を六・五％と見ておられる。私の試算は、厚生省の想定よりも余裕を見た試算なんです。よ、これは、ということになるでしょう。そうしますと、国民医療費計算しました。だからここに書いてありますように、八四年が十五兆二百億円、八五年が十五兆九千六百億円、八六年が十六兆九千六百億、そして九〇年度が二十一兆七千四百、この間の対前年上昇率は三・五％から六・四％であります。この伸び率は国民所得の伸び率以下なんです。この試算の前提は、今年度に薬価引き下げと医療費適正化のみを行って、そして本人は十割、その他の制度改善には手をつけないという事です。したがって、八四年度の国民医療費は十五兆二百億円であつて、厚生省の十四兆八千八百億円よりも高い。

一方、こうして算出された国民医療費を負担区分に分けてみたのがお手元の資料の「収入割」ですね。「公費負担」と「保険者等負担」は過去の傾向に従って伸ばしていったわけですね。けれども、「患者負担」は国民医療費と公費負担プラス保険者等

負担との差額で求めました。そうしますと、患者負担は八四年度には一兆五千七百億円あったものが九〇年度には八千五百億円になります。通減をしていくことができます。

マクロの水準での給付率はどうかと見てみますと、私の試算では急速に上昇します。八四年度八七・八％、八五年度八九・三％、八六年度九〇・七％、そして九〇年度には九五・四％に上昇いたします。さらにこの間の公的支出は七・三％から七・一％の伸びを示しております。現在の歳出構造をそのまま維持すると、トータルな公的支出における医療費関係支出の構成比を現行水準に維持しさえすれば、そうすれば税収弾性値一・一から一・一二で無理なく支出できるということになる。特段の財政負担を考へる必要はないということに私の試算はなる。

結論から言えば、薬剤費の伸び率を物価上昇率程度に抑え込むことができるならば、たとえその他の医療費が国民所得の上昇率を超えて伸びたとしても患者負担を削減することができるとしてマクロの給付率を九五・四％まで上昇させることができる。そしてそのために特段の財政負担を必要としない。マクロの給付率を九五・四％に抑えていけるということは、本人割、家族、国保九割が可能だということであり得ます。あるいは九割の線で負担率を統合することが可能だということとを私の試算は示しています。

〔理事遠藤政夫君退席、委員長着席〕

さらに言えば、厚生省試算のケースⅠのように医療費を六・五％に抑え込むとしましょう。そうすると、いわゆる長期ビジョンで述べられていることが実現できるなら、薬剤費を除く医療費を六・五％の伸びに抑えることも可能であるでしょう。とするならば、すべての給付率を十割にそろえることもできるという展望を、これまた特段の財政負担を考へることなく描くことができる。私は思うんですよ。あるいは財政的にあつりが出ていることも期待ができます。

厚生大臣、もはや八割統合論の理論的破綻とい

うのはこれで明らかなんです。もう固執される必要はないと思うんですね。したがって私は、ここでやはり国民医療費の推計に基づく負担区分を出していただかなきゃならぬ。これはずつとやってまいりまして、念のために申し上げますけれども、担当の方たちも非常な努力をされました。昨日私はずつとおたくと打ち合わせをやりました。徹夜でもって仕事してもらいました。したがって私は、責任をどこに、だれだれにあるというような追及をするのではなくて、本當のいい意味での健保制度をつくるために求めている資料をなお次回、私は時間を残しますから、次回までに出していただく、そして突き合わせながら、今私は一定の試算を申し上げました、これは午前中に届けてありますからここで反論を加えられることができると思うんですが、後段の部分の資料はおたくの方でなお作業中でございますから、それを照合しまして、次回に論議をいたしたいと思っております。よって、私は、問題提起をしておきます。

○政府委員〔吉村仁君〕 御要求の資料は、四十八年度から五十七年度あるいは五十八年度までの国民医療費の構成についての資料でございます。これは用意をいたしまして、準備をさせていただきます。

それから、今先生がお配りになりました資料についてこれも検討をさせていただきますが、私どももただいまの感觸では、薬剤費の伸びを三％に抑え、かつ薬剤費を除く医療費の部分を七・五％に抑える、こういうことが本當に可能かどうか、ここが一つ問題であるかと思ひます。

と申しますのが、私ども、例えば五十四年から五十七年をとって見ますと、薬剤費のところは六・九％、薬剤費を除く部分が九・五％ぐらいの伸び方をしております。それから、仮に五十五年から五十七年をとって見ますと、薬剤費のところは一・七％で、その他薬剤費を除く部分が一一％になっております。それから、五十四年度から五十八年度をとって見ますと、薬剤費のところは五・

〇％で、薬剤費を除く部分のところは八・七％、薬価基準をどれくらい下げるかということによって薬剤費の伸び率のところがいりいり数値が変わってくる。そして、そこが変われば薬剤費以外のところも変わってくるわけでございまして、そして全体的に国民医療費の伸びも変わってくるというのが過去の数値でございます。したがって、これを私どもも六・五％の国民所得の伸びの範囲内に抑えようとしておるわけでございしますが、これはなかなか容易なことではない、こういう覚悟をいたしました。私どもとしては給付率の引き下げも含めまして総合的に手を打てば何とかなるのではないかと、何とか六・五％を維持できるのではないかと、そういうことでの今回の提案をしてみたわけであります。そこところは少し違ってくるかなと、こういう感じがいたします。

それからもう一つ、第二番目の「収入」のところでございますが、私ども、ちょっと試算をしてみますと、やはり保険料の伸び率がかなり高い伸び率になっているのではないかと。そして、国庫の支出もこの数字だけで私どもも拾って見ますと、両方七・八％ぐらいの伸び率になっておるようでございします。年率の伸び率が、そうしますと、やはり保険料の伸び、国庫負担の伸びというものが国民所得の伸びよりも高い率で伸びる、こういう前提に、前提が結果かわかりませんが、そういうことになっておるのではないかと、こういう感じがするわけでございします。

そこで、結論を申し上げるにはまだ早いわけでありまして、そういう今見ました感じを申し上げまして、なお深く検討をさせていただきますと、こう思います。

○委員長〔石本茂君〕 本案に対する本日の質疑はこの程度にとどめます。

本日はこれにて散会いたします。

午後五時五十分散会

七月二十日本委員会に左の案件が付託された。

〔予備審査のための付託は四月二日〕

一、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

（衆議院修正に係る本文のみを掲載）

一、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

附則

1 この法律は、昭和五十九年六月一日から施行する。この法律による改正後の原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律第二項第三項、第三項第三項、第四項、第五項第四項及び第五項の二第三項の規定は、昭和五十九年六月一日から適用する。

2 昭和五十九年五月以前の月分の医療特別手当、特別手当、原子爆弾小頭症手当、健康管理手当及び保健手当の額については、なお従前の例による。

3 この法律の施行前に支給された昭和五十九年六月以降の月分の医療特別手当、特別手当、原子爆弾小頭症手当、健康管理手当及び保健手当は、この法律による改正後の原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律の規定による医療特別手当、特別手当、原子爆弾小頭症手当、健康管理手当及び保健手当の内訳とみなす。

七月二十日本委員会に左の案件が付託された。

一、食品添加物の規制緩和と反対等に関する請願（第八〇六六号）

一、医療保険の大改悪反対に関する請願（第八〇六六号）（第八〇六六号）

一、医療保険制度の改善に関する請願（第八〇六六号）

一、年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願（第八〇六六号）（第八〇六六号）

一、年金・医療の抜本改悪反対に関する請願（第八〇六六号）

一、食品添加物の規制緩和と反対等に関する請願（第八〇六六号）

- 一、医療保険の大改悪反対に関する請願（第八〇六七号）
- 一、医療保険制度の改善に関する請願（第八〇六八号）
- 一、年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願（第八〇七一号）（第八〇七二号）
- 一、医療保険の技術改悪に反対し、その充実改善に関する請願（第八〇七三三）（第八〇七四号）
- 一、小規模障害者作業所の助成に関する請願（第八〇七五号）
- 一、健康保険制度の改悪反対等に関する請願（第八〇七六号）（第八〇七七号）
- 一、労働基準法改悪に反対し、実効ある男女雇用平等法の制定に関する請願（第八一〇五号）
- 一、食品添加物の規制緩和反対等に関する請願（第八一〇六号）（第八一三四号）（第八一四二号）
- 一、年金・医療の技術改悪反対に関する請願（第八一四三三）
- 一、健康保険制度の改悪反対等に関する請願（第八一四四号）
- 一、療養の制度化促進に関する請願（第八一五二号）
- 一、食品添加物の規制緩和反対等に関する請願（第八一五八号）
- 一、医療保険制度の改善に関する請願（第八一五九号）
- 一、年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願（第八一六〇号）
- 一、医療保険の技術改悪に反対し、その充実改善に関する請願（第八一六一号）
- 一、健康保険制度の改悪反対等に関する請願（第八一六二二）
- 一、保育行政の充実に関する請願（第八一六三三）
- 一、食品添加物の規制緩和反対等に関する請願（第八一九六号）
- 一、男女雇用平等法・パート労働法制定促進に関する請願（第八一九七号）
- 一、年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願（第八一九八号）
- 一、健康保険制度の改悪反対等に関する請願（第八一九九号）
- 一、食品添加物の規制緩和反対等に関する請願（第八二〇六号）
- 一、医療保険制度の改善に関する請願（第八二一七号）
- 一、医療保険の技術改悪に反対し、その充実改善に関する請願（第八二一八号）
- 一、肢体障害者の生活保障に関する請願（第八二一九号）
- 一、健康保険制度の改悪反対等に関する請願（第八二二〇号）
- 一、医療保険制度の改善に関する請願（第八二二七号）
- 一、年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願（第八二三八号）
- 一、健康保険制度の改悪反対等に関する請願（第八二三九号）
- 一、医療保険の大改悪反対に関する請願（第八二四〇号）
- 一、医療保険制度の改善に関する請願（第八二五五号）（第八二五六号）（第八二五七号）
- 一、医療保険、年金制度の技術改悪反対に関する請願（第八二五八号）
- 一、年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願（第八二五九号）（第八二六〇号）（第八二六一号）
- 一、医療保険の技術改悪に反対し、その充実改善に関する請願（第八二六二二）（第八二六三三）（第八二六四号）
- 一、健康保険制度の改悪反対等に関する請願（第八二六五号）（第八二六六号）（第八二六七号）（第八二六八号）（第八二六九号）（第八二七〇号）
- 一、食品添加物の規制緩和反対等に関する請願（第八二七二二）（第八二七三三）（第八二七四号）
- 一、医療保険技術改悪反対に関する請願（第八二七五号）
- 一、医療保険制度の改善に関する請願（第八二七六号）（第八二七七号）（第八二七八号）（第八二七九号）
- 一、年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願（第八二八〇号）（第八二八一号）（第八二八二号）（第八二八三三）（第八二八四号）（第八二八五号）（第八二八六号）
- 一、年金・医療の技術改悪反対に関する請願（第八二八七号）（第八二八八号）
- 一、医療保険の技術改悪に反対し、その充実改善に関する請願（第八二八九号）（第八二九〇号）（第八二九一号）（第八二九二二）（第八二九三三）
- 一、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保を促進するための労働省関係法律案並びに同法案による労働基準法の一部改正案反対に関する請願（第八二九四号）
- 一、医療保険技術改悪反対に関する請願（第八二九五号）
- 一、医療保険の大改悪反対に関する請願（第八二九五九号）
- 一、医療保険制度の改善に関する請願（第八三〇〇号）（第八三六一号）（第八三六二二）（第八三六三三）（第八三六四号）
- 一、国立病院・療養所の統合・廃止反対等に関する請願（第八三六五号）
- 一、医療保険技術改悪反対、充実改善に関する請願（第八三六六号）
- 一、年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願（第八三七七号）（第八三八八号）（第八三六九号）（第八三七〇号）
- 一、年金・医療の技術改悪反対に関する請願（第八三七一一）
- 一、医療保険の技術改悪に反対し、その充実改善に関する請願（第八三七二二）（第八三七三三）（第八三七四号）
- 一、健康保険制度の改悪反対等に関する請願（第八三七五号）（第八三七六号）（第八三七七号）
- 一、食品添加物の規制緩和反対等に関する請願（第八三九〇号）
- 一、医療保険制度の改善に関する請願（第八三九一一）（第八三九二二）
- 一、年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願（第八三九三三）
- 一、健康保険制度の改悪反対等に関する請願（第八三九四号）
- 一、労働基準法改悪に反対し、実効ある男女雇用平等法の制定に関する請願（第八三九五号）
- 一、食品添加物の規制緩和反対等に関する請願（第八三九六号）
- 一、医療保険制度の改善に関する請願（第八三九七号）（第八三九八号）
- 一、年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願（第八三九九号）（第八四〇〇号）
- 一、医療保険の技術改悪に反対し、その充実改善に関する請願（第八四〇一一）
- 一、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保を促進するための労働省関係法律案並びに同法案による労働基準法の一部改正案反対に関する請願（第八四〇二二）（第八四〇三三）
- 一、健康保険制度の改悪反対等に関する請願（第八四〇四号）（第八四〇五号）（第八四〇六号）
- 一、食品添加物の規制緩和反対等に関する請願（第八四四五号）
- 一、医療保険制度の改善に関する請願（第八四四六号）（第八四四七号）
- 一、年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願（第八四四八号）（第八四四九号）

号(第八四五〇号)(第八四五一号)
一、年金・医療の抜本改善反対に関する請願(第八四五二号)
一、医療保険の抜本改善反対し、その充実改善に関する請願(第八四三三号)(第八四五四号)
一、健康保険制度の改善反対等に関する請願(第八四五五号)(第八四五六号)
一、療術の制度化阻止に関する請願(第八四七五号)
一、医療保険制度の改善に関する請願(第八四八五八号)
一、年金・医療・雇用保険の改善反対、充実改善に関する請願(第八四九〇号)(第八四六〇号)
一、医療保険の抜本改善反対し、その充実改善に関する請願(第八四六一号)
一、健康保険制度の改善反対等に関する請願(第八四六二号)(第八四六三号)
一、医療保険制度の改善に関する請願(第八四八四八号)
一、年金・医療・雇用保険の改善反対、充実改善に関する請願(第八四八七号)(第八四八八号)(第八四八九号)
一、健康保険制度の改善反対等に関する請願(第八四九〇号)
一、労働基準法改善反対・男女雇用平等法の制定等に関する請願(第八四九一号)
一、年金・医療・雇用保険の改善反対、充実改善に関する請願(第八四九二号)(第八四九三号)(第八四九四号)
一、食品添加物の規制緩和反対等に関する請願(第八五三二号)
一、医療保険制度の改善に関する請願(第八五三三三号)(第八五三四号)(第八五三五号)(第八五三六号)
一、年金・医療・雇用保険の改善反対、充実改善に関する請願(第八五三七号)(第八五三八号)(第八五三九号)(第八五四〇号)(第八五四一号)

一、医療保険の抜本改善反対し、その充実改善に関する請願(第八五二二号)
一、健康保険制度の改善反対等に関する請願(第八五四三三号)(第八五四四号)
一、医療保険制度の改善に関する請願(第八五五八号)
一、年金・医療・雇用保険の改善反対、充実改善に関する請願(第八五五九号)(第八五六〇号)(第八五六一号)
一、医療保険の抜本改善反対し、その充実改善に関する請願(第八五六二号)
一、健康保険制度の改善反対等に関する請願(第八五六三三号)
一、実効ある男女雇用平等法制定に関する請願(第八五六四四号)(第八五六五号)
一、労働基準法改善の男女機会均等法案に反対し、実効ある雇用平等法制定に関する請願(第八五七五五号)(第八五七六号)
一、医療保険の大改善反対に関する請願(第八五七七七号)
一、医療保険制度の改善に関する請願(第八五七八八号)
一、労働基準法改善反対・男女雇用平等法の制定等に関する請願(第八五七九号)
一、年金・医療・雇用保険の改善反対、充実改善に関する請願(第八五八〇号)
一、医療保険制度の改善反対に関する請願(第八五八一号)
一、医療保険の抜本改善反対し、その充実改善に関する請願(第八五八二二号)
一、ベータベット病調査研究班の存続等に関する請願(第八五八三三号)
一、健康保険制度の改善反対等に関する請願(第八五八四四号)
一、実効ある男女雇用平等法制定に関する請願(第八五八五五号)

食品添加物の規制緩和反対等に関する請願(二通)
請願者 福岡県八女郡広川町新代五九久 保田康稔 外三十九名
紹介議員 多田 省吾君
この請願の趣旨は、第二七号と同じである。
第八〇六一号 昭和五十九年七月六日受理
医療保険の大改善反対に関する請願
請願者 福岡県行橋市行事七ノ一九ノ六 矢津充 外九十名
紹介議員 小野 明君
この請願の趣旨は、第七三一号と同じである。
第八〇六二号 昭和五十九年七月六日受理
医療保険の大改善反対に関する請願
請願者 兵庫県尼崎市東難波町四ノ一二ノ二六 牧凱彦 外三千四百一十一名
紹介議員 坂山 映子君
この請願の趣旨は、第七三一号と同じである。
第八〇六三三号 昭和五十九年七月六日受理
医療保険制度の改善に関する請願
請願者 山梨県甲府市池田一ノ四ノ二〇 佐野茂 外五名
紹介議員 秋山 長造君
この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。
第八〇六四四号 昭和五十九年七月六日受理
年金・医療・雇用保険の改善反対、充実改善に関する請願
請願者 東京都渋谷区猿樂町三〇ノ三 岡本 清博 外四十九名
紹介議員 秋山 長造君
この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。
第八〇六五五号 昭和五十九年七月六日受理
年金・医療・雇用保険の改善反対、充実改善に関する請願

請願者 東京都文京区千石三ノ一六ノ四ノ四一五 平尾宏 外九十一名
紹介議員 福岡 知之君
この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。
第八〇六六六号 昭和五十九年七月六日受理
年金・医療の抜本改善反対に関する請願(二通)
請願者 福井県武生市下平吹町一ノ一 源満子 外七十五名
紹介議員 秋山 長造君
この請願の趣旨は、第二五七〇号と同じである。
第八〇六七七号 昭和五十九年七月六日受理
食品添加物の規制緩和反対等に関する請願
請願者 横浜市港南区港南二ノ一九ノ二三 石井昭好 外八名
紹介議員 白木義一郎君
この請願の趣旨は、第二七号と同じである。
第八〇六八八号 昭和五十九年七月六日受理
医療保険の大改善反対に関する請願
請願者 兵庫県西宮市神呪町四ノ五 田中茂 外三千三百二十二名
紹介議員 本岡 昭次君
この請願の趣旨は、第七三一号と同じである。
第八〇六九九号 昭和五十九年七月六日受理
医療保険制度の改善に関する請願
請願者 長野市松代町豊栄二、五二九 田中孝治 外三十名
紹介議員 佐藤 三吾君
この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。
第八〇七〇〇号 昭和五十九年七月六日受理
医療保険制度の改善に関する請願
請願者 長野市三輪三ノ四ノ六ノ一〇二 畑村正博 外三十名
紹介議員 高杉 勉忠君

この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八〇七二号 昭和五十九年七月六日受理
年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願(二通)
請願者 東京都板橋区高島平七ノ四二ノ一
七 鈴木彦三 外七十七名

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八〇七二号 昭和五十九年七月六日受理
年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願
請願者 埼玉県八潮市南川崎八三 戸塚仁
三郎 外四十八名

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八〇七三三号 昭和五十九年七月六日受理
医療保険の抜本改悪に反対し、その充実改善に関する請願
請願者 群馬県藤岡市藤岡七七一ノ五 柳
田武二郎 外三十九名

この請願の趣旨は、第三四一八号と同じである。

第八〇七四号 昭和五十九年七月六日受理
医療保険の抜本改悪に反対し、その充実改善に関する請願
請願者 群馬県高崎市下之城町一八五ノ六
高橋英夫 外三十九名

この請願の趣旨は、第三四一八号と同じである。

第八〇七五号 昭和五十九年七月六日受理
小規模障害者作業所の助成に関する請願(二通)
請願者 東京都小平市花小金井南町二ノ一
一ノ一一 新井シズ子 外二千五

十九名
紹介議員 本岡 昭次君

この請願の趣旨は、第四五四八号と同じである。

第八〇七六号 昭和五十九年七月六日受理
健康保険制度の改悪反対等に関する請願
請願者 愛知県尾張旭市旭ヶ丘町旭ヶ丘
五、六四二 小川佳美 外四十四

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八〇七七号 昭和五十九年七月六日受理
健康保険制度の改悪反対等に関する請願
請願者 名古屋市守山区森孝新田白山三五
〇ノ二 丹羽清方 外四十四名

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八一〇五号 昭和五十九年七月六日受理
労働基準法改悪に反対し、実効ある男女雇用平等法の制定に関する請願
請願者 埼玉県岩槻市東岩槻四ノ一ノ一
ノ二〇三 須藤つや子 外四名

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

婦人に対するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約の批准は既に五十五箇国に達し、日本政府の批准は国際的に注目をあびている。批准要件のひとつとして必要な、雇用における男女平等の法制化は、基本的人権にかかわる問題であり、婦人に対するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約の理念にそつたものでなければならぬ。男女ともに人間らしく生きるために労働基準法の改悪を許すことはできない。ついでには、働く権利としての男女の平等を実質的に保障するため、次の事項を完全にそなえた実効ある男女雇用平等法を制定されたい。

一、この法律の目的は、女性の労働権の確立であ

り、雇用における男女平等を促進するものであること。

二、雇用の全ステージ(募集・採用・配置・昇進・訓練・福祉・定年・退職等)にわたつて差別を罰則つきで禁止すること。

三、救済機関は有効な救済措置(勧告・命令)をとらうる行政機関として設けること。

四、この法律の制定にあつて、時間外、休日、深夜労働、危険有害業務の制限緩和や撤廃、生

理休暇の廃止など、労働基準法の改悪はしないこと。

五、母性を社会的な機能として保護し保障すること。

六、この法律の適用は、すべての婦人労働者を対象とすること。

第八一〇六号 昭和五十九年七月六日受理
食品添加物の規制緩和反対等に関する請願
請願者 新潟県中頸城郡吉川町河沢一八〇
岩井栄子 外七百三十六名

この請願の趣旨は、第二七号と同じである。

第八一三四号 昭和五十九年七月六日受理
食品添加物の規制緩和反対等に関する請願
請願者 大阪府西成区長橋三ノ一ノ一ノ三
〇八 山本キヨ子 外千二百十三

この請願の趣旨は、第二七号と同じである。

第八一四二号 昭和五十九年七月七日受理
食品添加物の規制緩和反対等に関する請願
請願者 大阪府羽曳野市恵我之荘六ノ一ノ
一〇 石田和男 外千二百三十四

この請願の趣旨は、第二七号と同じである。

この請願の趣旨は、第二七号と同じである。

第八一四三三号 昭和五十九年七月七日受理
年金・医療の抜本改悪反対に関する請願
請願者 福井県敦賀市新和町二ノ二六ノ四
松本秀彦 外九十六名

この請願の趣旨は、第二五七〇号と同じである。

第八一四四号 昭和五十九年七月七日受理
健康保険制度の改悪反対等に関する請願
請願者 名古屋市港区泰明町三ノ三ノTノ
三ノ三〇五 森田茂 外三十九名

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八一五二二号 昭和五十九年七月七日受理
療術の制度化促進に関する請願(五通)
請願者 岐阜県各務原市那加門前町三ノ四
二 村瀬正三 外四名

この請願の趣旨は、第一二二二号と同じである。

第八一五八号 昭和五十九年七月七日受理
食品添加物の規制緩和反対等に関する請願(二通)
請願者 福岡県筑後市羽犬塚六四八 小島
三郎 外三十九名

この請願の趣旨は、第二七号と同じである。

第八一五九号 昭和五十九年七月七日受理
医療保険制度の改善に関する請願
請願者 長野県松本市入山辺五、五〇四
朝倉直喜 外三十三名

この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八一六〇号 昭和五十九年七月七日受理

年金・医療・雇用保険の改善反対、充実改善に關する請願

請願者 埼玉県川口市東本郷一、七四九

矢島照夫 外三十三名

紹介議員 片山 甚市君

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八一六二号 昭和五十九年七月七日受理
健康保険制度の改善反対等に関する請願

請願者 群馬県前橋市亀泉町二一ノ七 大塚ウメ 外七十四名

紹介議員 片山 甚市君

この請願の趣旨は、第三四一八号と同じである。

第八一六二号 昭和五十九年七月七日受理
健康保険制度の改善反対等に関する請願

請願者 名古屋市中村区下米野町三ノ四〇

秋田孝弘 外五十九名

紹介議員 片山 甚市君

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八一六三三号 昭和五十九年七月七日受理
保育行政の充実に関する請願

請願者 大阪府住之江区御崎五ノ一八ノ二

〇 平芳要 外九百二名

紹介議員 片山 甚市君

この請願の趣旨は、第七八四四号と同じである。

第八一九六号 昭和五十九年七月九日受理
食品添加物の規制緩和反対等に関する請願(二通)

請願者 福岡県筑後市常用八二六ノ二二

森尾公子 外百九十九名

紹介議員 多田 省吾君

この請願の趣旨は、第二七号と同じである。

第八一九七号 昭和五十九年七月九日受理
男女雇用平等法・パート労働法制定促進に関する請願

請願

請願者 愛知県一宮市今伊勢町宮後北山中

二六ノ一 野村民子 外九百九十九名

紹介議員 高木健太郎君

この請願の趣旨は、第一三五一号と同じである。

第八一九八号 昭和五十九年七月九日受理
年金・医療・雇用保険の改善反対、充実改善に關する請願

請願者 埼玉県坂戸市末広町一三ノ六一ノ二〇三 鈴木部 外三十九名

紹介議員 大木 正吾君

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八一九九号 昭和五十九年七月九日受理
健康保険制度の改善反対等に関する請願

請願者 名古屋市中村区東区龜の井二ノ三八

大森和彦 外三十九名

紹介議員 大木 正吾君

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八二一六号 昭和五十九年七月九日受理
食品添加物の規制緩和反対等に関する請願

請願者 山梨県東山梨郡牧丘町窪平三二

進藤宏一 外五名

紹介議員 白木義一郎君

この請願の趣旨は、第二七号と同じである。

第八二一七号 昭和五十九年七月九日受理
医療保険制度の改善に関する請願

請願者 長野市稲里町下水六四二 中沢

強 外二十四名

紹介議員 久保 亘君

この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八二一八号 昭和五十九年七月九日受理
医療保険の抜本改善に反対し、その充実改善に關する請願

する請願

請願者 群馬県渋川市有馬一八九ノ三 新

井和男 外二十八名

紹介議員 糸久八重子君

この請願の趣旨は、第三四一八号と同じである。

第八二一九号 昭和五十九年七月九日受理
肢体障害者の生活保障に関する請願

請願者 名古屋市中区九野二ノ一 太田輝

治 外千九百八十五名

紹介議員 糸久八重子君

この請願の趣旨は、第五九五八号と同じである。

第八二二〇号 昭和五十九年七月九日受理
健康保険制度の改善反対等に関する請願

請願者 三重県松阪市新町 金谷正男 外

四十四名

紹介議員 久保 亘君

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八二二七号 昭和五十九年七月九日受理
医療保険制度の改善に関する請願(二通)

請願者 埼玉県八潮市伊勢野四五〇ノ一

本多秀行 外十一名

紹介議員 本岡 昭次君

この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八二三八号 昭和五十九年七月九日受理
年金・医療・雇用保険の改善反対、充実改善に關する請願(二通)

請願者 佐賀県唐津市和多田三、〇五九

大木光喜 外百五十名

紹介議員 本岡 昭次君

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八二三九号 昭和五十九年七月九日受理
健康保険制度の改善反対等に関する請願

宅一夫 外七十九名

紹介議員 本岡 昭次君

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八二五四号 昭和五十九年七月十日受理
医療保険の大改悪反対に関する請願

請願者 兵庫県宝塚市栄町三ノ二ノ三八

青山正 外三千七百六十二名

紹介議員 安武 洋子君

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八二五五号 昭和五十九年七月十日受理
医療保険制度の改善に関する請願

請願者 千葉県松戸市古ヶ崎五〇 大久保

リツ子 外五名

紹介議員 青木 薪次君

この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八二五六号 昭和五十九年七月十日受理
医療保険制度の改善に関する請願

請願者 東京都府中市南町四ノ三ノ三九

清水勝治 外五名

紹介議員 秋山 長造君

この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八二五七号 昭和五十九年七月十日受理
医療保険制度の改善に関する請願

請願者 徳島市川内町宮島本浦 大下隆久

外七名

紹介議員 久保田真苗君

この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八二五八号 昭和五十九年七月十日受理
医療保険、年金制度の抜本改善反対に関する請願

請願者 群馬県渋川市辰巳町一、七二三

中沢有子 外四十九名

紹介議員 福岡 知之君

この請願の趣旨は、第二二一九号と同じである。

第八二五九号 昭和五十九年七月十日受理

年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願(二通)

請願者 東京都文京区小日向三ノ七ノ三

小林秀雄 外八十七名

紹介議員 青木 新次君

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八二六〇号 昭和五十九年七月十日受理

年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願

請願者 東京都北区滝野川五ノ四八ノ七

塩原勤次 外二十名

紹介議員 秋山 長造君

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八二六一号 昭和五十九年七月十日受理

年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願

請願者 東京都練馬区大泉町四ノ四五ノ一

七 林美由紀 外四十五名

紹介議員 久保田真苗君

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八二六二号 昭和五十九年七月十日受理

医療保険の抜本改悪に反対し、その充実改善に関する請願

請願者 群馬県渋川市客居町二、一七六

石川昌弘 外十九名

紹介議員 青木 新次君

この請願の趣旨は、第三四一八号と同じである。

第八二六三号 昭和五十九年七月十日受理

医療保険の抜本改悪に反対し、その充実改善に関する請願

請願者 群馬県渋川市下馬三六四ノ一〇

紹介議員 伊藤雪江 外十二名

この請願の趣旨は、第三四一八号と同じである。

第八二六四号 昭和五十九年七月十日受理

医療保険の抜本改悪に反対し、その充実改善に関する請願

請願者 群馬県群馬郡群馬町菅谷六〇〇ノ

一 西澤秀明 外四十九名

紹介議員 久保田真苗君

この請願の趣旨は、第三四一八号と同じである。

第八二六五号 昭和五十九年七月十日受理

健康保険制度の改悪反対等に関する請願

請願者 愛知県春日井市岩成台六ノ二ノ三

ノ〇二ノ三〇七 三輪きく江

外四十四名

紹介議員 青木 新次君

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八二六六号 昭和五十九年七月十日受理

健康保険制度の改悪反対等に関する請願

請願者 名古屋市名東区猪高町猪子石上垣

外五九猪子石北住宅三ノ三〇二

伊藤幸子 外百四十九名

紹介議員 久保田真苗君

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八二六七号 昭和五十九年七月十日受理

健康保険制度の改悪反対等に関する請願

請願者 愛知県豊田市中根町田九〇 山

本知子 外七十五名

紹介議員 穂山 篤君

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八二六八号 昭和五十九年七月十日受理

健康保険制度の改悪反対等に関する請願

請願者 名古屋市港区南陽町坂野二六二ノ

六 岡康郎 外七十四名

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八二六九号 昭和五十九年七月十日受理

健康保険制度の改悪反対等に関する請願

請願者 名古屋市千種区上野二ノ三ノ一五

木村博美 外七十四名

紹介議員 大木 正吾君

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八二七〇号 昭和五十九年七月十日受理

健康保険制度の改悪反対等に関する請願

請願者 名古屋市守山区小幡北屋敷一六

吉川孝次 外七十四名

紹介議員 梶原 敬義君

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八二七一号 昭和五十九年七月十日受理

健康保険制度の改悪反対等に関する請願

請願者 愛知県岡崎市宇頭町東山七六 池

田好子 外五十四名

紹介議員 志吉 裕君

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八二七二号 昭和五十九年七月十日受理

食品添加物の規制緩和反対等に関する請願

請願者 神奈川県津久井郡藤野町沢井一、

四五〇ノ二 内藤幹雄 外四百九十九名

紹介議員 太田 淳夫君

この請願の趣旨は、第二七号と同じである。

第八二七三号 昭和五十九年七月十日受理

食品添加物の規制緩和反対等に関する請願

請願者 山梨市北二、一三三ノ九 内田武

男 外七名

紹介議員 白木義一郎君

この請願の趣旨は、第二七号と同じである。

第八二七四号 昭和五十九年七月十日受理

食品添加物の規制緩和反対等に関する請願(二通)

請願者 福岡県遠賀郡水巻町鯉口団地八ノ

七九 志和毅 外九十九名

紹介議員 多田 省吾君

この請願の趣旨は、第二七号と同じである。

第八二七五号 昭和五十九年七月十日受理

医療保険抜本改悪反対に関する請願

請願者 岩手県盛岡市南仙北二ノ二ノ一

五 堀合礼子 外三十八名

紹介議員 八百板 正君

この請願の趣旨は、第六九六号と同じである。

第八二七六号 昭和五十九年七月十日受理

医療保険制度の改善に関する請願(二通)

請願者 徳島市川内町板瀬四七五ノ五 宮

崎哲司 外四十二名

紹介議員 穂山 篤君

この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八二七七号 昭和五十九年七月十日受理

医療保険制度の改善に関する請願

請願者 徳島市名東町二ノ四〇八 金沢俊

明 外二十一名

紹介議員 上野 雄文君

この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八二七八号 昭和五十九年七月十日受理

医療保険制度の改善に関する請願(三通)

請願者 徳島市名東町二ノ四〇八ノ四一

河野和夫 外四十八名

紹介議員 大木 正吾君

この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八二七九号 昭和五十九年七月十日受理

医療保険制度の改善に関する請願

請願者 山口県吉敷郡阿知須町東 武永浩

紹介議員 外八十四名 志苦 裕君

この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八二八〇号 昭和五十九年七月十日受理

年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願（二通）

請願者 東京都練馬区石神井台八ノ七ノ二

三 樺島忠一 外七十一名

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八二八一号 昭和五十九年七月十日受理

年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願

請願者 東京都葛飾区水元二ノ八ノ一〇

岡部尚孝 外三十三名

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八二八二号 昭和五十九年七月十日受理

年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願

請願者 東京都板橋区赤塚新町三ノ三ノ

四ノ九〇二 柳沢洋子 外四十二名

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八二八三号 昭和五十九年七月十日受理

年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願

請願者 埼玉県越谷市増森一、三二〇 岡

田誠一 外五十九名

紹介議員 梶原 敬義君

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八二八四号 昭和五十九年七月十日受理

年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願

請願者 東京都葛飾区高砂四ノ二ノ二六ノ

四二三 角井正一 外四十九名

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八二八五号 昭和五十九年七月十日受理

年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願

請願者 石川県金沢市大樋町六ノ二一 神

戸貴子 外九十九名

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八二八六号 昭和五十九年七月十日受理

年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願

請願者 埼玉県北葛飾郡幸手町東一ノ二二

ノ二〇 押田晃 外四十九名

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八二八七号 昭和五十九年七月十日受理

年金・医療の抜本改悪反対に関する請願

請願者 福井県小浜市本保一〇ノ二一 清

水守身 外三十九名

この請願の趣旨は、第二五七〇号と同じである。

第八二八八号 昭和五十九年七月十日受理

年金・医療の抜本改悪反対に関する請願

請願者 福井県坂井郡金津町六日一一ノ五

六 富田信義 外五十九名

紹介議員 山田 譲君

この請願の趣旨は、第二五七〇号と同じである。

第八二八九号 昭和五十九年七月十日受理

医療保険の抜本改悪に反対し、その充実改善に関する請願（二通）

請願者 群馬県高崎市新保町三五七 関根

フク 外八十三名

この請願の趣旨は、第三四一八号と同じである。

第八二九〇号 昭和五十九年七月十日受理

医療保険の抜本改悪に反対し、その充実改善に関する請願

請願者 群馬県桐生市川内町三ノ三五五

藤倉孝子 外四十九名

この請願の趣旨は、第三四一八号と同じである。

第八二九一号 昭和五十九年七月十日受理

医療保険の抜本改悪に反対し、その充実改善に関する請願（二通）

請願者 群馬県新田郡笠懸村阿左美一四六

ノ二 須山マツ 外七十九名

この請願の趣旨は、第三四一八号と同じである。

第八二九二号 昭和五十九年七月十日受理

医療保険の抜本改悪に反対し、その充実改善に関する請願

請願者 群馬県高崎市並榎町三四九 大塚

一雄 外四十四名

この請願の趣旨は、第三四一八号と同じである。

第八二九三号 昭和五十九年七月十日受理

医療保険の抜本改悪に反対し、その充実改善に関する請願

請願者 群馬県新田郡笠懸村鹿二、五四三

ノ七 関沼洋子 外四十九名

この請願の趣旨は、第三四一八号と同じである。

第八二九四号 昭和五十九年七月十日受理

雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保を促進するための労働者関係法律案並びに同法案による労働基準法の一部改正案反対に関する請願

請願者 神奈川県相模原市矢部四ノ二〇ノ

八 馬場睦 外五十三名

この請願の趣旨は、第六八三八号と同じである。

第八三三八号 昭和五十九年七月十日受理

医療保険抜本改悪反対に関する請願

請願者 大阪府鶴見区放出東一ノ二四ノ二

三 山本進 外二千五百五十四名

この請願の趣旨は、第六九六号と同じである。

第八三三九号 昭和五十九年七月十日受理

医療保険の大改悪反対に関する請願

請願者 福岡県久留米市南町六九〇 白鳩病

院内 山手貞義 外九十名

この請願の趣旨は、第七三一号と同じである。

第八三六〇号 昭和五十九年七月十日受理

医療保険制度の改善に関する請願（二通）

請願者 東京都昭島市拝島町五ノ一〇ノ三

六 三浦仁 外四十名

この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八三六一号 昭和五十九年七月十日受理

医療保険制度の改善に関する請願

請願者 東京都台東区浅草五ノ四八ノ一三

紹介議員 上原繁男 外十二名

この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

紹介議員 中村 哲君

第八三六二号 昭和五十九年七月十日受理

医療保険制度の改善に関する請願

請願者 神奈川県逗子市の根一ノ五ノ一

五 関浩昭 外四十七名

紹介議員 浜本 万三君

この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八三六三号 昭和五十九年七月十日受理

医療保険制度の改善に関する請願(二通)

請願者 埼玉県所沢市牛沼二四九ノ五 栗

飯原卓 外十一名

紹介議員 丸谷 金保君

この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八三六四号 昭和五十九年七月十日受理

医療保険制度の改善に関する請願

請願者 東京都世田谷区北沢一ノ二八ノ五

深津陽彦 外五名

紹介議員 安永 英雄君

この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八三六五号 昭和五十九年七月十日受理

国立病院・療養所の統合・廃止反対等に関する請願

請願者 山口県岩国市門前町 浦原貞明

外六千九十二名

紹介議員 市川 正一君

この請願の趣旨は、第一六六九号と同じである。

第八三六六号 昭和五十九年七月十日受理

医療保険法改正反対、充実改善に関する請願

請願者 大阪府豊中市中樫塚三ノ八ノ五

田中穂 外千八百二十二名

紹介議員 市川 正一君

この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

この請願の趣旨は、第二三二二号と同じである。

第八三六七号 昭和五十九年七月十日受理

年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願

請願者 東京都練馬区関町北一ノ一〇ノ七

植野勝二 外十九名

紹介議員 中村 哲君

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八三六八号 昭和五十九年七月十日受理

年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願

請願者 東京都練馬区南大泉四ノ二六ノ一

一 太田幸子 外五十名

紹介議員 浜本 万三君

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八三六九号 昭和五十九年七月十日受理

年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願(二通)

請願者 東京都練馬区錦二ノ一四ノ四

一〇 石松スミ子 外九十六名

紹介議員 丸谷 金保君

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八三七〇号 昭和五十九年七月十日受理

年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願

請願者 東京都世田谷区八幡山一ノ二六ノ

二一 野澤永 外四十八名

紹介議員 安永 英雄君

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八三七一号 昭和五十九年七月十日受理

年金・医療の抜本改悪反対に関する請願

請願者 福井市文京二ノ一八ノ七 平野正

富 外二十九名

紹介議員 小柳 勇君

この請願の趣旨は、第二五七〇号と同じである。

第八三七二号 昭和五十九年七月十日受理

医療保険の抜本改悪に反対し、その充実改善に関する請願

請願者 群馬県新田郡敷塚本町大原二、二

七〇ノ一四 星野ハル子 外四十

九名

紹介議員 中村 哲君

この請願の趣旨は、第三四一八号と同じである。

第八三七三号 昭和五十九年七月十日受理

医療保険の抜本改悪に反対し、その充実改善に関する請願

請願者 群馬県高崎市新町一三六 小池愛

子 外三十三名

紹介議員 浜本 万三君

この請願の趣旨は、第三四一八号と同じである。

第八三七四号 昭和五十九年七月十日受理

健康保険制度の改悪反対等に関する請願

請願者 名古屋市西区江向町一ノ二二 今

井千恵 外八十九名

紹介議員 中村 哲君

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八三七五号 昭和五十九年七月十日受理

健康保険制度の改悪反対等に関する請願

請願者 愛知県瀬戸市仲切町二九 福岡広

幸 外六十四名

紹介議員 浜本 万三君

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八三七六号 昭和五十九年七月十日受理

健康保険制度の改悪反対等に関する請願

請願者 名古屋市西区城西二ノ一三ノ二八

西村昇平 外六十四名

紹介議員 丸谷 金保君

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八三七七号 昭和五十九年七月十日受理

健康保険制度の改悪反対等に関する請願

請願者 名古屋市村区島森町五ノ四四ノ

三 小塚とき子 外六十九名

紹介議員 安永 英雄君

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八三九〇号 昭和五十九年七月十一日受理

食品添加物の規制緩和反対等に関する請願

請願者 長野県飯田市毛賀九〇五ノ一 牧

内三恵子 外四百九十九名

紹介議員 鶴岡 洋君

この請願の趣旨は、第二七号と同じである。

第八三九一号 昭和五十九年七月十一日受理

医療保険制度の改善に関する請願

請願者 東京都品川区西品川一ノ三〇ノ一

〇 三輪治雄 外十二名

紹介議員 瀬谷 英行君

この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八三九二号 昭和五十九年七月十一日受理

医療保険制度の改善に関する請願

請願者 埼玉県川越市連雀町二三ノ八 古

谷登志子 外十一名

紹介議員 村田 秀三君

この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八三九三号 昭和五十九年七月十一日受理

年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願

請願者 東京都目黒区緑が丘一ノ五ノ一八

大野信也 外九十八名

紹介議員 村田 秀三君

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八三九四号 昭和五十九年七月十一日受理

健康保険制度の改悪反対等に関する請願

請願者 岐阜県羽島市福寿町平方一、三三
六ノ一 伊藤忠 外六十九名

紹介議員 村田 秀三君

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八三九五号 昭和五十九年七月十一日受理

労働基準法改悪に反対し、実効ある男女雇用平等法の制定に関する請願

請願者 東京都世田谷区弦巻五ノ二ノ一六
ノ二一〇 村山良子 外四名

紹介議員 中西 珠子君

この請願の趣旨は、第八一〇五号と同じである。

第八三九六号 昭和五十九年七月十一日受理

食品添加物の規制緩和反対等に関する請願

請願者 東京都大田区秋中二ノ一六ノ六
大島晴夫 外五名

紹介議員 白木義一郎君

この請願の趣旨は、第二七号と同じである。

第八三九七号 昭和五十九年七月十一日受理

医療保険制度の改善に関する請願

請願者 徳島市大松町大久保一〇五 重松
義仁 外二十二名

紹介議員 小野 明君

この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八三九八号 昭和五十九年七月十一日受理

医療保険制度の改善に関する請願

請願者 徳島市川内町平石住吉 田村行宏
外三名

紹介議員 久保田真苗君

この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八三九九号 昭和五十九年七月十一日受理

年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願

請願者 千葉県柏市篠田一、二八二ノ一
二 左部長生 外九十九名

紹介議員 小野 明君

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八四〇〇号 昭和五十九年七月十一日受理

年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願

請願者 埼玉県越谷市船渡三六ノ七〇
泉伸浩 外三十九名

紹介議員 寺田 熊雄君

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八四〇一号 昭和五十九年七月十一日受理

医療保険の抜本改悪に反対し、その充実改善に関する請願

請願者 群馬県桐生市相生町二ノ九三ノ一
七七 関根淑枝 外三十九名

紹介議員 小野 明君

この請願の趣旨は、第三四一八号と同じである。

第八四〇二号 昭和五十九年七月十一日受理

雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保を促進するための労働関係法律案並びに同法案による労働基準法の一部改正案反対に関する請願

請願者 横浜市港南区港南台五ノ二〇ノ四
〇 渡辺久子 外三十八名

紹介議員 青島 幸男君

この請願の趣旨は、第六八三八号と同じである。

第八四〇三号 昭和五十九年七月十一日受理

雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保を促進するための労働関係法律案並びに同法案による労働基準法の一部改正案反対に関する請願

請願者 横浜市港南区港南台五ノ二〇ノ四
〇 渡辺久子 外三十八名

紹介議員 青島 幸男君

この請願の趣旨は、第六八三八号と同じである。

請願

請願者 横浜市戸塚区吉田町六〇〇 石井
君江 外五十名

紹介議員 美濃部亮吉君

この請願の趣旨は、第六八三八号と同じである。

第八四〇四号 昭和五十九年七月十一日受理

健康保険制度の改悪反対等に関する請願

請願者 名古屋市港区稲永町三ノ一九 鬼
頭茂 外七十九名

紹介議員 小野 明君

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八四〇五号 昭和五十九年七月十一日受理

健康保険制度の改悪反対等に関する請願

請願者 名古屋市西区緑場町一ノ七九 森
重二 外二十一名

紹介議員 寺田 熊雄君

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八四〇六号 昭和五十九年七月十一日受理

健康保険制度の改悪反対等に関する請願

請願者 名古屋市港区南陽町船頭場四八九
渡辺直子 外七十四名

紹介議員 矢田部 理君

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八四四五号 昭和五十九年七月十一日受理

食品添加物の規制緩和反対等に関する請願(二通)

請願者 福岡県久留米市西町九四〇ノ一二
古山典彦 外九十九名

紹介議員 多田 省吾君

この請願の趣旨は、第二七号と同じである。

第八四四六号 昭和五十九年七月十一日受理

医療保険制度の改善に関する請願(二通)

請願者 東京都武蔵野市関前二ノ一五ノ一
六 望月茂男 外十一名

紹介議員 対馬 孝且君

この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八四四七号 昭和五十九年七月十一日受理

医療保険制度の改善に関する請願

請願者 東京都世田谷区上馬四ノ一七ノ六
松下久美 外五名

紹介議員 安永 英雄君

この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八四四八号 昭和五十九年七月十一日受理

年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願

請願者 神奈川県逗子市沼間五ノ七五九ノ
二六 吉岡安四郎 外三百九名

紹介議員 大森 昭君

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八四四九号 昭和五十九年七月十一日受理

年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願

請願者 埼玉県越谷市東越谷一ノ九ノ一九
山内和佳子 外六十六名

紹介議員 小柳 勇君

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八四五〇号 昭和五十九年七月十一日受理

年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願

請願者 東京都練馬区貫井四ノ二ノ三ノ
五〇三 阿部喜一 外二百八十九
名

紹介議員 対馬 孝且君

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八四五一号 昭和五十九年七月十一日受理

年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に関する請願

請願者 東京都武蔵野市関前二ノ一五ノ一
六 望月茂男 外十一名

請願者 秋田市手形からみでん五ノ一九永
和在一 渡辺洋子 外六百七名
紹介議員 浜本 万三君
この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八四五二号 昭和五十九年七月十一日受理
年金・医療の技術改善反対に関する請願
請願者 福井県鯖江市田村町二ノ一 笠原
与三治 外二十三名
紹介議員 小柳 勇君
この請願の趣旨は、第二五七〇号と同じである。

第八四五三号 昭和五十九年七月十一日受理
医療保険の技術改善反対、その充実改善に關
する請願(一通)
請願者 群馬県高崎市市中居町四ノ二三ノ一
九 小山明泰 外七十九名
紹介議員 小柳 勇君
この請願の趣旨は、第三四一八号と同じである。

第八四五四号 昭和五十九年七月十一日受理
医療保険の技術改善反対、その充実改善に關
する請願(一通)
請願者 群馬県桐生市広沢町二ノ三、一二
五ノ一 吉岡マス 外九十一名
紹介議員 対馬 孝且君
この請願の趣旨は、第三四一八号と同じである。

第八四五五号 昭和五十九年七月十一日受理
健康保険制度の改善反対等に関する請願
請願者 名古屋市中千種区千代田橋二ノ五ノ
五ノ五〇四 小山耕作 外四十四
名
紹介議員 小柳 勇君
この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八四五六号 昭和五十九年七月十一日受理
健康保険制度の改善反対等に関する請願

請願者 名古屋市中港區福屋一ノ一一一 市
野高義 外四十四名
紹介議員 対馬 孝且君
この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八四五七号 昭和五十九年七月十一日受理
療術の制度化阻止に関する請願
請願者 山口県下関市後田町一ノ五ノ三社
団法人山口県鍼灸マッサージ師会
会長 堀元重司
紹介議員 松岡満寿男君
この請願の趣旨は、第六一七二号と同じである。

第八四五八号 昭和五十九年七月十一日受理
医療保険制度の改善に関する請願
請願者 徳島市鮎喰町二ノ一〇七 今田栄
八郎 外四十八名
紹介議員 稲村 稔夫君
この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八四五九号 昭和五十九年七月十一日受理
年金・医療・雇用保険の改善反対、充実改善に關
する請願
請願者 東京都足立区六月二ノ一五ノ一二
木下美樹 外四十五名
紹介議員 秋山 長造君
この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八四六〇号 昭和五十九年七月十一日受理
年金・医療・雇用保険の改善反対、充実改善に關
する請願
請願者 東京都昭島市東町三ノ九ノ七 横
山卯之助 外四十九名
紹介議員 稲村 稔夫君
この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八四六一号 昭和五十九年七月十一日受理
医療保険の技術改善反対、その充実改善に關

する請願
請願者 群馬県桐生市相生町三ノ五七三ノ
三ノ三五 太田君子 外四十九名
紹介議員 稲村 稔夫君
この請願の趣旨は、第三四一八号と同じである。

第八四六二号 昭和五十九年七月十一日受理
健康保険制度の改善反対等に関する請願
請願者 三重県四日市市山田町二、三〇四
矢田勝美 外七十四名
紹介議員 秋山 長造君
この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八四六三号 昭和五十九年七月十一日受理
健康保険制度の改善反対等に関する請願
請願者 名古屋市中東區大曾根二ノ五ノ九
桑原勲 外七十四名
紹介議員 稲村 稔夫君
この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八四六四号 昭和五十九年七月十二日受理
医療保険制度の改善に関する請願
請願者 東京都江戸川区篠崎町三ノ三三二
山本静子 外五名
紹介議員 安恒 良一君
この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八四六七号 昭和五十九年七月十二日受理
年金・医療・雇用保険の改善反対、充実改善に關
する請願
請願者 横浜市戸塚区笠間町一、二八二
小林波真野 外百六十三名
紹介議員 久保田真苗君
この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八四八八号 昭和五十九年七月十二日受理
年金・医療・雇用保険の改善反対、充実改善に關

する請願
請願者 福島県双葉郡浪江町牛渡大添九ノ
二 龜田ノブ子 外九百九十九名
紹介議員 矢田部 理君
この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八四八九号 昭和五十九年七月十二日受理
年金・医療・雇用保険の改善反対、充実改善に關
する請願
請願者 東京都世田谷区北沢一ノ八ノ七
村松護雄 外二十四名
紹介議員 安恒 良一君
この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八四九〇号 昭和五十九年七月十二日受理
健康保険制度の改善反対等に関する請願
請願者 名古屋市中緑区神沢三ノ二〇六ノ一
石川みち子 外七十九名
紹介議員 安恒 良一君
この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八四九一号 昭和五十九年七月十二日受理
労働基準法改善反対・男女雇用平等法の制定等に
関する請願
請願者 岩手県盛岡市東松園三ノ七ノ二
村上榮子 外二百七十七名
紹介議員 粕谷 照美君
この請願の趣旨は、第一九九二号と同じである。

第八四九二号 昭和五十九年七月十二日受理
年金・医療・雇用保険の改善反対、充実改善に關
する請願
請願者 横浜市旭区今川町一 二宮政美
外三百九名
紹介議員 粕谷 照美君
この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八四九三号 昭和五十九年七月十二日受理
年金・医療・雇用保険の改善反対、充実改善に關

する請願

請願者 東京都東久留米市本町一ノ八ノ八
前嶋隆 外四十三名

紹介議員 久保 巨君
この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八四九四号 昭和五十九年七月十二日受理
年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に關する請願

請願者 横浜市緑区北八潮町一、二七三ノ
一二ノ一一〇 中島計夫 外二百
六名

紹介議員 菅野 久光君
この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八五三三三号 昭和五十九年七月十二日受理
食品添加物の規制緩和反対等に関する請願

請願者 東京都渋谷区幡ヶ谷三ノ一五ノ四
木島健長 外六名

紹介議員 白木義一郎君
この請願の趣旨は、第二二七号と同じである。

第八五三三三号 昭和五十九年七月十二日受理
医療保険制度の改善に関する請願

請願者 神奈川県厚木市上荻野六、二七七
岸和彦 外五名

紹介議員 松前 達郎君
この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八五三四号 昭和五十九年七月十二日受理
医療保険制度の改善に関する請願

請願者 埼玉県与野市本町西二ノ一五ノ二
二 山田チヨ 外五名

紹介議員 村沢 牧君
この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八五三五号 昭和五十九年七月十二日受理
医療保険制度の改善に関する請願

請願者 東京都世田谷区船橋一ノ四六ノ七
佐藤誠一 外十二名

紹介議員 山田 譲君
この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八五三六号 昭和五十九年七月十二日受理
医療保険制度の改善に関する請願

請願者 東京都八王子市元横山町二ノ七ノ
一七 須崎佳明 外五名

紹介議員 和田 静夫君
この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八五三七号 昭和五十九年七月十二日受理
年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に關する請願

請願者 東京都練馬区豊玉南三ノ三二豊玉
第二寮 渡辺美保子 外三十七名

紹介議員 小山 一平君
この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八五三八号 昭和五十九年七月十二日受理
年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に關する請願

請願者 東京都練馬区田柄五ノ一八ノ九
五十嵐武男 外三十五名

紹介議員 村沢 牧君
この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八五三九号 昭和五十九年七月十二日受理
年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に關する請願

請願者 秋田県雄勝郡雄勝町上院内窪田九
二 斎藤千鶴子 外九百九十九名

紹介議員 安永 英雄君
この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八五四〇号 昭和五十九年七月十二日受理
年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に關する請願

する請願

請願者 川崎市高津区末永二六二ノ一八
玉城光雄 外二十四名

紹介議員 山田 譲君
この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八五四一号 昭和五十九年七月十二日受理
年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に關する請願(二通)

請願者 東京都世田谷区給田三ノ九ノ二
戸倉宏 外千四百九十九名

紹介議員 和田 静夫君
この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八五四二号 昭和五十九年七月十二日受理
医療保険の技術改悪に反対し、その充実改善に關する請願

請願者 群馬県伊勢崎市波志江町三、六五
六 阿部正 外五十三名

紹介議員 小山 一平君
この請願の趣旨は、第三四一八号と同じである。

第八五四三三号 昭和五十九年七月十二日受理
健康保険制度の改悪反対等に関する請願

請願者 名古屋市中区春田二ノ三三春田
莊 川合勝樹 外七十五名

紹介議員 小山 一平君
この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八五四四号 昭和五十九年七月十二日受理
健康保険制度の改悪反対等に関する請願

請願者 名古屋市西区城西二ノ一三ノ二八
西村洋子 外六十九名

紹介議員 村沢 牧君
この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八五五八号 昭和五十九年七月十二日受理
医療保険制度の改善に関する請願(二通)

請願者 千葉県松戸市河原塚三五 一 横塚
憲 外二十三名

紹介議員 赤桐 操君
この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八五五九号 昭和五十九年七月十二日受理
年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に關する請願(二通)

請願者 東京都足立区弘道二ノ一三ノ一七
ノ三〇二 栗原せつ 外二百八十
九名

紹介議員 赤桐 操君
この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八五六〇号 昭和五十九年七月十二日受理
年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に關する請願

請願者 横浜市港北区綱島東一ノ一七ノ一
二 荒木茂 外百二十九名

紹介議員 志吉 裕君
この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八五六二号 昭和五十九年七月十二日受理
医療保険の技術改悪に反対し、その充実改善に關する請願

請願者 群馬県佐波郡東村国定一、八四一
前原ミネ 外百四十九名

紹介議員 赤桐 操君
この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八五六三三号 昭和五十九年七月十二日受理
年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に關する請願

請願者 横浜市港南区日野町五、七〇〇ノ
五六五 馬場武雄 外三百三十二
名

紹介議員 鈴木 和美君
この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八五六四号 昭和五十九年七月十二日受理
医療保険の技術改悪に反対し、その充実改善に關する請願

請願者 群馬県佐波郡東村国定一、八四一
前原ミネ 外百四十九名

紹介議員 赤桐 操君
この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八五六五号 昭和五十九年七月十二日受理
医療保険の技術改悪に反対し、その充実改善に關する請願

請願者 群馬県佐波郡東村国定一、八四一
前原ミネ 外百四十九名

紹介議員 赤桐 操君
この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

この請願の趣旨は、第三四一八号と同じである。

第八五六三号 昭和五十九年七月十二日受理

健康保険制度の改悪反対等に関する請願

請願者 名古屋市中千種区高見一ノ二一ノ二
九 恵村要 外七十四名

紹介議員 赤桐 操君

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八五六四号 昭和五十九年七月十二日受理

実効ある男女雇用平等法制定に関する請願

請願者 横浜市神奈川区白楽九四 深澤淑子 外十名

紹介議員 竹田 四郎君

雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保を促進するための労働関係法律の整備等に関する法律案は、男女平等に資するどころか、差別の拡大をまねくものである。ついでに、次の事項にそつて実効ある男女雇用平等法の立法化を図られたい。

一、単なる事業主の努力義務でなく、雇用の全ス

テージについて罰則つき禁止規定とすること。

二、機会均等調停委員会という単なる調停機関ではなく、差別の是正命令を出せる行政救済機関を設置すること。

三、時間外・休日労働・深夜業及び生理休暇等の労働基準法の改正をしないこと。

四、母性保護の権利を行使したことをもつて不利

な取扱いをしない旨法律上に明記すること。

理由

勤労婦人福祉法を改正するという立法形態をと

及び配置・昇進について男女の均等取扱いを事業

主の努力義務にとどめることは、雇用の分野にお

ける性差別撤廃を骨抜きにするものである。労使

の自主的解決と相手方が同意した場合のみ開か

れ、強制力をもたない機会均等調停委員会による

調停だけでは、差別された女性の救済を図ること

はできない。労働基準法の生理休暇を縮小し、時

間外・休日・深夜労働を大幅に緩和しない廃止す

ることは、母性や健康破壊をすすめる、女性が働き

続けることを困難にするものである。母性保護の

権利を行使したことに對し不利益な取扱いをする

ことを禁止しなければ真の権利とはいえず、法律

に明記することが必要である。

第八五六五号 昭和五十九年七月十二日受理

実効ある男女雇用平等法制定に関する請願

請願者 神奈川県逗子市逗子六ノ九ノ五

横溝正子 外十名

紹介議員 田 英夫君

この請願の趣旨は、第八五六四号と同じである。

第八五七五号 昭和五十九年七月十二日受理

労働基準法改悪の男女機会均等法案に反対し、実

効ある雇用平等法制定に関する請願

請願者 横浜市中区日本大通三四 白井るり子

紹介議員 竹田 四郎君

五月十四日に政府が国会に提出した雇用の分野に

人の三人に二人が異常妊娠、O A化、M E化によ

る人減らし合理化での超過密労働などで母性、健

康破壊がすすんでいる。また、昇任・昇格・賃金

等差別を受けているのが婦人の現状である。も

の、この法律案が成立すれば、男性も女性も歯止

めのない過酷な長時間労働に追い込まれ、女性は

健康な子どもを生み育てることも保障されず、子

どもたちだけで夜を過ごすという家庭破壊にもつ

ながる。本来、母性保護は男女平等の前提条件で

ある。そして、男女平等は人間の尊厳の尊重であ

り、憲法で保障された基本的人権である。婦人に

對するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約に

も第四条第二項に、母性保護を目的とする特別措

置を締結国がとること、差別とみなしてはなら

ない。と明記されている。我々は、労働基準法の

母性保護規定の緩和、廃止をしないで、むしろ拡

充し、男女平等の実効ある雇用平等法を制定し、

婦人に對するあらゆる形態の差別の撤廃に関する

条約を批准するよう要望する。ついでに、次の事

項を盛り込んだ法律案とされたい。

一、時間外労働・休日労働・深夜労働・危険有害

業務・坑内労働、生理休暇など労働基準法の母

性保護規定の改悪は一切しないこと。

二、母性保護を拡充し、実効ある男女雇用平等法

とすること。

1 雇用における男女平等の権利を保障するた

めの法制度であることを明記すること。

2 男女差別の禁止は、賃金に関する男女差別

の禁止を含む全ステージを対象とし、罰則つ

きの強行規定とすること。

3 母性保護の権利行使を理由とした差別的取

扱いを禁止すること。

4 男女差別の是正は、国の機関を民主的に補

充強化し迅速な救済にあたること。

第八五七六号 昭和五十九年七月十二日受理

労働基準法改悪の男女機会均等法案に反対し、実

効ある雇用平等法制定に関する請願

請願者 横浜市中区宮崎町二五 藤田良子

紹介議員 山中 郁子君

この請願の趣旨は、第八五七五号と同じである。

第八五七七号 昭和五十九年七月十二日受理

医療保険制度の改悪反対に関する請願(二通)

請願者 神奈川県秦野市本町三ノ四ノ一

相原静江 外四千二百七十四名

紹介議員 山中 郁子君

この請願の趣旨は、第七三二一号と同じである。

第八五七八号 昭和五十九年七月十二日受理

医療保険制度の改悪に関する請願

請願者 徳島県阿南市宝田町今市イシン坊

二五ノ一 住友友夫 外二十一

名

紹介議員 青木 新次君

この請願の趣旨は、第七八五号と同じである。

第八五七九号 昭和五十九年七月十二日受理

労働基準法改悪反対・男女雇用平等法の制定等に

関する請願

請願者 京都府亀岡市余部町下条一

福井

正男 外六百五十二名

紹介議員 山中 郁子君

この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第八五八〇号 昭和五十九年七月十二日受理

年金・医療・雇用保険の改悪反対、充実改善に

関する請願

請願者 横浜市港南区港南台六ノ三七ノ三

九 砂金健一 外二百五十九名

紹介議員 上野 雄文君

この請願の趣旨は、第二四一七号と同じである。

第八五八一号 昭和五十九年七月十二日受理

医療保険制度改悪反対に関する請願

請願者 横浜市旭区白根町一、五二六ノ三

北浦喜美子 外三千三百三十九名

紹介議員 山中 郁子君

この請願の趣旨は、第三三八七号と同じである。

第八五八二号 昭和五十九年七月十二日受理
医療保険の抜本改悪に反対し、その充実改善に関する請願

請願者 群馬県前橋市関根町六六五ノ四
清水浩二 外四十九名

紹介議員 青木 薪次君

この請願の趣旨は、第三四一八号と同じである。

第八五八三号 昭和五十九年七月十二日受理

ベリチェック病調査研究班の存続等に関する請願

請願者 神奈川県座間市入谷一ノ三、九五
五ノ一二 吉田勝 外千五百五十五名

紹介議員 山中 郁子君

この請願の趣旨は、第四四七四号と同じである。

第八五八四号 昭和五十九年七月十二日受理

健康保険制度の改悪反対等に関する請願

請願者 愛知県尾張旭市新居町下切戸一、
二六三ノ四一 雪吹雅則 外七十
四名

紹介議員 青木 薪次君

この請願の趣旨は、第七三九一号と同じである。

第八五八五号 昭和五十九年七月十二日受理

実効ある男女雇用平等法制定に関する請願

請願者 横浜市鶴見区上の宮一ノ三三ノ六
大槻勲子 外十名

紹介議員 山中 郁子君

この請願の趣旨は、第八五六四号と同じである。

昭和五十九年八月八日印刷

昭和五十九年八月九日発行

参議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局