

第一百一回
国会

参議院 社会労働委員会、地方行政委員会、大蔵委員会、運輸委員会連合審査会 会議録第一号

昭和五十九年八月三日(金曜日)
午前十一時開会

出席者は左のとおり。

社会労働委員会

委員長
理事

石本 茂君

遠藤 政夫君

佐々木 満君

浜本 万三君

中野 鉄造君

大浜 方榮君

金丸 三郎君

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

本岡 昭次君

和田 静夫君

中西 珠子君

山中 郁子君

柄谷 道一君

下村 泰君

大河原太一郎君

岩上 二郎君

真鍋 賢二君

三治 重信君

井上 孝君

委員長

大蔵委員会

委員長
理事

上條 勝久君

古賀雷四郎君

出口 廣光君

吉川 芳男君

上野 雄文君

佐藤 三吾君

高杉 勉忠君

原田 立君

神谷信之助君

伊江 朝雄君

岩崎 純三君

大坪健一郎君

藤井 孝男君

竹田 四郎君

塩出 啓典君

堀木 又三君

河本嘉久蔵君

倉田 寛之君

福岡日出麿君

藤井 裕久君

藤野 賢二君

宮島 晃君

矢野俊比古君

吉川 博君

赤桐 操君

丸谷 金保君

鈴木 一弘君

近藤 忠孝君

青木 茂君

野末 陳平君

運輸委員会
委員長

矢原 秀男君

理事

梶原 清君

下条進一郎君

瀬谷 英行君

江島 淳君

小島 静馬君

小林 国司君

内藤 健君

藤田 榮君

安田 隆明君

山崎 竜男君

吉村 真事君

巨黒今朝次郎君

安恒 良一君

小笠原貞子君

伊藤 郁男君

山田耕三郎君

竹下 登君

渡部 恒三君

細田 吉蔵君

田川 誠一君

竹村 晨君

保田 博君

富尾 一郎君

古村 澄一君

幸田 正孝君

小林 功典君

古賀 章介君

委員

國務大臣

大蔵大臣

厚生大臣

運輸大臣

自治大臣

政府委員

総務庁行政監察局長

大蔵省主計局次長

兼内閣審議官

国税庁直税部長

文部省体育局長

厚生大臣官房長

厚生大臣官房総務課長

厚生大臣官房審議官

兼内閣審議官

古賀 章介君

事務局側

常任委員会専門員

常任委員会専門員

常任委員会専門員

常任委員会専門員

常任委員会専門員

常任委員会専門員

常任委員会専門員

常任委員会専門員

厚生大臣官房審議官

厚生大臣官房會計課長

厚生省健康政策局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

厚生省保健医療局長

文部大臣官房審議官 齋藤 諒淳君

本日の会議に付した案件
○健康保険法等の一部を改正する法律案（内閣提出、衆議院送付）

「社会労働委員長石本茂君委員長席に着く」
○委員長（石本茂君） ただいまから社会労働委員会、地方行政委員会、大蔵委員会、運輸委員会連合審査会を開会いたします。

先例によりまして、私、社会労働委員長が本連合審査会の会議を主宰いたします。
健康保険法等の一部を改正する法律案を議題といたします。

本案の趣旨説明は、お手元に配付いたしましたとおりでございますので、御了承のほどをお願いいたします。

これより質疑を行います。

質疑のある方は順次御発言をお願いします。

○安倍良一君 質問に入る前に、御答弁に回られる大臣並びに政府委員にお願いしておきますが、持ち時間が少ないのですからごく簡潔に私も質問したいと思っておりますし、簡潔にお答えをお願いいたします。

健康保険法の改正の最大の理由は、大臣も申し上げられておりますように、二十一世紀へ向けて我が国の国民の健康の増進、こういうことに重点が置かれていこうというふうにお聞きしますが、私は、皆保険下における健康保険制度については二つの約束がなけりやならぬと思うのであります。この点についてどうお考えになるか。一つは、国民皆保険下でありますから、国民がいずれどこでもよい医療を平等に受けられる、これが第一。第二の約束は、いわゆる病気の場合には早期発見、早期治療。これが一番国民の健康維持に極めて重要なことだと思っておりますが、この点について厚生大臣並びに大蔵大臣の所見を求めます。

○国務大臣（渡部恒三君） ただいまの先生の御指摘、私も全く同感でございます。まだまだ不十分ではございますが、国民のすべての皆さんがどこでも立派な安心のできる医療を受けられるようにこれから努力をしていかなければなりません。また、まさに予防にまさる治療なし、今回の五十九年度予算でも老人保健事業等厳し予算ではございましたが、これらの予防対策のためには大幅な予算の増額をしてそのための努力を続けておるところでございます。

○国務大臣（竹下登君） 安倍委員、ちょうど二十年前になります。あなたは中央社会保険医療審議会の委員さんでありました。私は内閣官房副長官で、中医協に復帰していただきました。そのときから教わりました医療問題でございます。

○安倍良一君 そこで一番問題になるのが、今両大臣も御認識をいただきましたように、私は早期発見、早期治療、それから国民がいずれどこでもよい医療が国民がみんな平等に受けられる、こういう観点から二十一世紀へ向けての法律改正をしていかなきゃならぬ。

そこで質問をしたいのでありますが、今度の厚生省の政府原案では、患者の本人の二割負担が入っております。なぜ入れたかということについてはもうしばしば承っておりますから重ねてお聞きする必要はありません。その中の一つの問題として、乱診乱療の防止に役立つということがしばしば言われております。また、本人に自覚を持たせる、こういうことでありますが、ただ、これもまず前提として聞いておかなきゃなりませんが、医療に関して、本人が自覚を持つとか選択の範囲があるのか。医療の範囲について、医療の裁定ですね、私は今の健康保険法、それからいわゆる治療方針、それから診療報酬の支払い点数、単価等々を見ますと、残念ながら患者側には選択の範囲がない。いわば医療についてはオールマイティーと申しますが、医師の裁定権、裁量権といいますが、がもう最大限であるというふうに思います。

が、その点はどうでしょうか。
○政府委員（吉村仁君） 今先生御指摘のように、医療の中心に入りましてときに患者の方の選択権というのは非常に少ない、こういうことになると思っています。医師の方の裁量権によって医療の中心が決定されるということだと思っております。

○安倍良一君 その点も肯定をされたわけですが、そこで、具体的にお聞きをしたいんですが、私は、患者側には裁量権がない、医師が裁定する、そういう中で、一割負担というのがどうして乱診乱療の防止に役立つのかわかりません。

具体的にちょっと聞いてみたいと思いますが、富士見産婦人科病院事件、宇都宮精神病院事件の被害者は、本人の場合もありましたが、ほとんどこれは健康保険の家族ないし国保加入者でありました。ですから、こういう方々に既に患者負担があつたのであります。にもかかわらず、残念ながら乱診乱療のいわば犠牲になったというのがこの代表的な事件だろうと思っております。また、大腿四頭筋短縮症ですね、これは幼児に対する過剰注射が原因であるというふうになされております。また、スモンやサリドマイドの薬害ですね、これらすべてを見ますと、何か十割給付だから以上のようなことが起こつたのかということになると、そうではないかと思つております。

でありますから、十割給付ゆえに薬害とか医療被害が大量に発生をした、こういう証拠があるならばひとつお示しをお願いしたいと思います。

○政府委員（吉村仁君） 今先生御指摘のような薬害の事件、あるいは医療被害の事件というふうなものにつきましては、十割給付であつたとか七割給付であつたとか、そういうことよりも、むしろ医師の診療の中心、そこが問題であらうと思っております。

○安倍良一君 私が聞いたことに答えてもらいたいんですが、十割給付ゆえに何か大量にこういう問題が発生したということがありますかどうかというのを聞いています。

件あるいは医療被害事件については、十割であるということによって起こつたとか、あるいは七割であるから起こつた、こういうことではないと思っております。

○安倍良一君 すなわち私は、今も認められたように、この一連の薬害とか医療被害というのは十割給付がゆえに起こつたというのではない、十割給付が明らかならなかつた、そういう状況の中で十割給付を一割下げられるというのであります。そこでお聞きをしたいのであります。

今回の予算設定のときに、概算要求から最終予算決定をされたときに長瀬指数というものを採用されておりますが、長瀬指数というのはどういうものか、ごく簡略にひとつ説明してください。

○政府委員（吉村仁君） 長瀬指数というのは、医療費の大きさと給付率との関係をあらわす関数の係数でございます。

○安倍良一君 長瀬指数というのは、いわゆる一つは医療費における給付水準が下げられた場合、それが患者の受診にどのような影響を与えるか、また、医療経済にどのような影響を与えるか、そういう意味で、今回の場合の概算要求から最終的な要求を決められたときに使われたんじゃないんですか。その結果数字があのように出てきたというふうに私は承つていますが、それでいいですか。

○政府委員（吉村仁君） そのとおりでございます。

○安倍良一君 そこで大蔵大臣も、それから厚生大臣も聞いてはしるのでありますが、いわゆる病気を治すためには、何といつても早期発見、早期治療が一番いい、これは両大臣がお認めになつたところでありまして。

ところが一方、厚生省自体が、また、大蔵省と厚生省の予算折衝の中においても長瀬指数というのが使われている。長瀬指数というのは、今私が言ったように、給付を下げればそれだけ受診も減るし、そういうことにこれはなつてくるわけですね。そうしますと、これは早期発見、早期治療と

は逆行することになる。

なぜかという、私は、病氣というものはできるだけ早期発見をして早期治療をする、そのことが本人に苦痛も伴いませんし、また医療費の観点からいって節約できる。いわゆる一部負担が導入されることによって、逆に自分で自己診断をしたり、町の売薬を飲むことによって医療機関を訪れることが遅くなる、そのことは本人も非常に苦痛が伴うし、また、医療経済からいっても結局非常に高いものにつく、こういうふうな思ふのであります。その点はどうか。

○国務大臣(渡部恒三君) 先生御指摘の問題、私も最初に心配したのであります。いろいろ調べてみましたら、現在二割あるのは三割負担してございませぬ。そういうことから、今回の一割負担、これは必要な受診は妨げないと判断をいたしました。

それなら医療費の適正化には役立たないのではないかと、こういうことになりましたが、受診率は余り変わっておりませぬけれども、一枚のレセプトの受診内容、これはやはり自己負担のある者でない者で一割あるいは二割程度違つておる、こういうこととございませぬ。

○安恒良一君 その点はもう一遍ちょっと。受診率は変わっていないこととはわかつたんですが、受診内容が変わっていることとですか。中身について説明してみたい、具体的にどういうふうになっているかということ、簡単に。

○政府委員(吉村仁君) 診療の中身が家族と本人、あるいは国保の場合に変わっております。

そこで私も、一日当たりの診療費というものを比較をいたしてみますと、政管の本人とそれから家族の場合には、特に投薬、注射それから検査、レントゲン等におきまして家族に比べて本人の点数が三割ないし四割高い、こういうようなケースを持っております。そのところを大臣が指摘したものと考えます。

○安恒良一君 納得できませんね。

どういうことかと、今大臣が言われたり吉村局長が言われたことは、いわゆる受診率は変わらない、しかしその中身が違つておるといふのは、正確に言うならば、同じ病氣をした場合において、本人の場合と同じ病氣でも投薬、注射、検査が多い、家族は少ないのかどうか、そのことを明確にしたいだかぬと、トータルで本人と家族を比較して、本人の方が高いんだということではわからないんです。

ですから、あえて私は、一割負担というのが患者のやはり受診の機会を非常にそぐだらうと思つていますから、それはそれで素直にお認めになるならわかるんですけども、今言われたようなことではわかりませんので、同じ病氣の場合に、今おっしゃったようなことについてどう具体的に違つておるのか、ひとつ説明してください。

○政府委員(吉村仁君) 今申し上げましたのは、私も、本人と家族を年齢階層別に同じ年齢で比較をしてみました結果、本人の場合は二、三割高いというのを申し上げたわけでございます。同じ病氣の場合ということになりますと、個々のケースで考えてみますと、例えば、私ども大阪のある診療所で、これは取り消し事件に該当した診療所でございますが、本人の場合と家族の場合、それから老人の場合、同じような病名であっても家族に比べて本人の方がはるかに高い診療点数になっている、こういうようなことから類推をしておるわけでございます。

○安恒良一君 類推では困るわけなんです。というのはどういふことかと、今重大なことをおっしゃったのは、一割負担になつても受診率は下がらぬだろうと、こういうことなんです。私は下がるだろうと。そこで、受診率だけを見ると、平均で、健康保険本人の受診率と家族の受診率を見て、これは同じようだから、家族には既に二割とか三割あるにもかかわらず同じ受診率だからと、こういうわけなんです。それはそのとおり。それじゃその中で今度は病氣の中身についてどうな

のかと聞いたら、やや注射や投薬や検査が、という事です。ですから私は、今言われていることは、同じような病氣の中で、例えば、本人が盲腸なら盲腸にかかった、家族が盲腸を切った、その場合に、盲腸に必要な治療、検査、投薬というものが、同じ病氣で十割給付だから高い、家族は入院の場合八割だから低いということならば、そういう具体的な事例でひとつ説明をしてみたいと、こう言っている。類推では困ります。その点をひとつはっきりしてください。

○政府委員(吉村仁君) 同一疾病で比較をした資料は持ち合わせておりませんが、診療の大体の傾向からいいますと、先ほど申し上げましたようなある診療所の例を引きましても、これは大体同じような疾病名の患者を比べてみたわけでございますが、やはり十割給付の方にウェイトのかかった診療点数になつておる、こういうことがあるわけでございます。同一疾病の場合でも、本人と家族の場合には診療内容が違つておる、本人と家族のわけでございます。

○安恒良一君 これは重要なことです。違つたんじやないかでは困ります。同一疾病で本人と家族の診療内容、検査内容が違つては、これは大問題です。同一疾病で違つては違つたんじやないかと、そういうことでは議論できません。そこをはっきりしてください。

私は少なくとも、健康保険法それからいわゆる治療指針等々の中において、同一疾病であつて家族と本人の場合に給付水準の違いがあるから治療の中身が、注射、投薬、検査、こういうものが違ふなどというのはあり得るはずはないと思ひます。そこを、大変に重要な違いでありますから、明確にしてください。

○政府委員(吉村仁君) 私も家族と本人で診療内容に差があつてはならないと思ひます。しかしながら現実の問題として本人と家族の間に二、三割の違いがある。これはなぜかといふのはなかなか説明しがたいのでありますが、あることは事実で

ございませぬ。そこで私も、その原因は何かと、こういうことをいろいろ考えてみますと、やはり給付率に差がある、自分の負担がある場合とない場合とで診療の中身、医師の診療の選択が変わつてくるんではないかと、こういうふうに判断をしておるわけでございます。

○安恒良一君 それは困ります。日本の皆保険といふのは、いつでもどこでもよい医療を国民が平等に受けられる、これが皆保険の約束の大前提なんです。

今聞きますと、同一の病氣であつても本人と家族においては治療の中身が違ふということは重大な問題です。私はそんなことはないと思ふ。お医者さんが病氣を治すときに、家族が来たから、本人が来たからといつて、この人は一割負担があるから必要な注射をやめたり、必要な検査をやめたり、必要な投薬をやめたり、必要ないと思ひます。そんなばかげたことはありませぬ。

この点はひとつ明確にしてください。明確にしたらわかないと進められませぬ。こんなばかげたことはありませぬ。お医者さんに聞いてください。そんなばかげたことはありませぬ。

○国務大臣(渡部恒三君) これは私もいろいろ疑問に思つて検討してみたいのでございませぬけれども、まさに診療行為としては安恒先生おっしゃるとおり、これは二割負担であるから、あるいは十割給付であるから診療内容というものが変わつていはずのものではないと思ひます。しかし、現実に出てきておる数字が一割程度あるいは二割程度違ふ。

これはなかなか表現が難しいのでありますけれども、負担が全然ないという場合と負担があるという場合で、やっぱり節約しようとして、そういう気持ちでこういう数字の結果になつておるのではないかと推察するのでございませぬ。

○安恒良一君 納得できません。それでは、保険医療機関及び保険医療費負担規則の中で、給付に差があつた場合にそういう差別

して、これは具体的にどうこうと言うのはなかなかここで難しく、お答えするのに困難なんです。が、やはり自由主義というか、そういう中で創造的な努力というものが加わるか、また、どうしてもお役所日の丸式になるのか、そういうものが結果として先生御指摘のような問題になってしまっていると思いますが、専門的なことは政府委員から答弁させます。

○丸谷金保君 何か官業非能率化というふうなことが病院にもあるんじゃないかというお話でございすけれども、そんなことはないんです。それは現場を見ていただければわかるけれども、お医者さんから看護婦から事務方から本当に一生懸命やって、そして、はやればはやるほど赤字がふえるんです。こういう仕組みなんです。

ところが、開業病院の方は、地方なんかに行くとどこでも多額納税者ほとんどお医者さんです。こういうところにきつと原因迫及のメスを入れないと、財政が大変だから健康保険法を改正するんだというふうな何ぼやっても、私は、公立病院が一生懸命やっても利益は上がらないで、開業医はどんどんもうかっていくこの仕組みの根本をやはり検討しないと、こういう法案を一生懸命審議してみても結局変わらないんじゃないかという気がするんです。

端的に言って、なぜ開業医がもうかって、一つもごまかすことのできない公立病院がもうからないのか、このところをひとつ。

○国務大臣(渡部恒三君) これも今申し上げましたように、ここで具体的にこれあれと言うことはなかなか難しい問題でございす。先生御指摘のように、開業医、私立病院、この人たちは結構経営をやっておって、公立、県立というものが、国立病院もそうだけれども、赤字を出しておる、これは厳粛なる事実でございす。

これはやっぱり自由主義経済が洋々発展しているように、そこで働く人の意識の問題もありましようし、経営する人の意識の問題もございましようし、また、今の診療報酬のいろいろの問題等も

ありましようし、これはいろんな要因が総合的にそういう結果をもたらしておるわけにございまして、これを具体的にこれこれだという指摘を今するのはなかなか困難なのでございす。

○丸谷金保君 中には医療冬の時代ということで、倒産が昨年は最高の五十四件、これは放漫経営、ずさん投資、医療機械等にうんと金をかけ過ぎたというふうなことも出ておりますから、そうもうかっているのばかりじゃないという声がそこらから飛びそうな気がしますけれどもね。

こんなのもありますよ、たまには。ありますけれども、全体として私はやっぱり出来高払いにきつとメスを入れないと、周りをぐるぐる回っていてもなかなか、お医者さんが悪いのじゃなくて、そういう今の制度に厚生省がしつかりメスを入れてくれなければだめでないかなという感じが強いんですが、どうもその辺になるといろいろ抵抗があつて踏み込めない。踏み込めなければ、やっぱりいろんな法案をこんなこととしてやってみても、問題の核心をつかなくて周りをぐるぐる回っている。靴の上からかゆいところをかくようなことではないか、まさに今度の法案はそういう感じがするんです。そのことを踏まえて、今の医療の制度の問題、こうやればもう少しと思う点を具体的に出していききたいと思ひます。

その前に、この間実は大蔵委員会で塩の問題をやつたのですが、きょうは卵の問題をひとつ。これは質問を通告しているの用意ができていと思うのですが、同じ鶏が同じようなえさを食つて、大体毎日、あるいは一日置きに五十グラムから五十グラムの同じ卵を生んで、中の卵黄の大きさも大体同じだというときの栄養価は同じなのでしょいか。

○政府委員(大池眞澄君) お答え申し上げます。食品の栄養成分に関する基礎的データといたしましては、昭和五十七年に科学技術庁資源調査会の方で公表いたしました「四訂日本食品標準成分表」というのがございす。この成分表におきましても、鶏卵の栄養価につきまして先生御指摘の

有精卵、無精卵という別は示してないところにございす。栄養学の通常の知識からいいたしますと、主たる栄養素につきましては差があるとは考えにくいわけにございす。が、微細な点で差があるかどうかについては、現段階では厚生省としてもデータを持ち合わせていないという実情でございす。

○丸谷金保君 質問に答えてください。有精卵、無精卵の話までしてない。これからするのとまで答弁されちゃったところが困つちやう。

それで、今のお話のとおりなんです。実は有精卵も無精卵も今の栄養学では成分的に変わりがないうことになっていす。しかし、私は若い時分に鶏屋をやつていたので、有精卵は三十日置いて腐らぬけれども、無精卵は十日過ぎると腐り出すんです。今冷蔵庫があるからそんなことはないと言ひしめけれども、自然な状態に置くと。これがどうして同じなんですか。片方は三十日たつても腐らない、片方は十日で腐り出す、有精卵と無精卵、同じ鶏が生んだやつです。これが同じだというのはですか。こんなばかなことありますか。

○政府委員(大池眞澄君) 栄養素として分析してみると、その差がこれまでのところ見つからないという理解でございす。

ただ、御指摘のとおり、有精、無精の差は生物学的には明らかでございまして、有精卵からは将来鶏が発生してくるというところが期待できる、その点は本質的に差があることは常識的にも考えられるわけにございす。それが栄養素としてどうかと言われますと、微細な差は別として、私どもの承知している限りではその差については知悉しておらないというところでございす。

○丸谷金保君 専門家に聞きたいのですが、生物学的に見れば片方は生きています。有精卵は。そうでしょう。無精卵はこれは死んだ卵ですよ。生命がもうないでしょう。有精卵というのは生命がつながっているんです。無精卵はつながっていないんです。言うなれば死体みたいなもの

です。ただ、今の栄養学ではこの違いがわからないというところであつて、私は同じでないと思う。いかがですか。

○政府委員(大池眞澄君) あらかじめおわびするんですが、私は別に卵の専門家ではございせん。で、一般的に栄養学の知識からお答え申し上げます。おるわけにございす。

今の先生の御指摘の卵の差でございすけれども、生きていすというものをどういうふうにとらえるかによつても言い方が変わってくるかと思ひますけれども、いずれにしても、有精卵、無精卵、一定の段階はそれぞれある意味では生きたたんばく質という状況だと思ひます。ただ、将来の発生し発育していくという意味において何らか差があるということは事実でございす。主としてそれは卵黄とか卵白の部分、栄養素の塊の部分ではございせん。胚というところが受精をしていすかしてないかというところに生物学的な差があることは事実でございす。

○丸谷金保君 結局今の栄養学はその程度のもんだというのを私は言ひたいんです。わからないことがたくさんあるんです。わからないことがたくさんあることをオールマイティーなように考えて、成分表が同じだからそのようにつくつた食箋でも何でも、栄養の計算でもこれが絶対だと、私は今卵の例を出しましたけれども、必ずしも卵だけではないと思ひます。分析の成分表だけではないものがまだある。それが私は命のとうとさだと思ひます。

だから、命というものの対する、三十億年もかかって海から上がつてきた、そして人類まで到達した命、これに対するわからないことがまだたくさんあるんだということを基礎にして論じないで、今の科学が、あるいは今の医学が、今の栄養学がもう完成したものだなどというふうな考え方で、絶対これでいいんだ、いいんだというふうな仕組みをつくつていけば、私は大変だと思ひます。第一、今の医学あるいは栄養学、日進月歩に進んでいっています。日進月歩にまだこれから進

んでいくという事は、いかにわからないこと、いかにわかっていくかという事です。進むというのには、おくられているから進むんです、そうでしょう。

ですから、そういう点について大臣、今の学者がいろんなことを言っている、それはまだまだこれからどんどん変わっていく。それは確かに進んではきたけれども、今の段階でどうだから絶対これがいんだというふうなことで栄養学や医学を考へてはいけないということについて、今の私の話を聞いていてどのように思いましたか。

○国務大臣(渡部恒三君) 丸谷先生の今の話、まことに含意のある哲学でございまして、私もやはり人間生きていく限り無限の可能性に向かつて挑戦をしていかなければならない。すなわち、これで絶対というものはないわけではございまして、百メーター競争というふうな局限されたことでも、やはり人間が生きている限り新記録に挑戦してあるのでありますから、まして医学の分野というのもこの十年間のことを振り返ってみただけでも、私も舌を巻くような進歩に驚かされるわけでありまして。またこれからの十年ということを考えればこれはすばらしい進歩が期待されるし、また、その進歩に向かって我々も努力をしなければならぬし、そういう考えでこれからの厚生行政も務めたいと思っております。

○丸谷金保君 そこで、食用とそれから今の薬餌基準、その他の問題について御質問したいと思っております。

今、薬をなすだけ使わないで、食事を中心にして病気を直そうとする、今の栄養学や医学に対する反省からそういうお医者さんが随分ふえてきております。ところが、この人たちが非常に困っていることは、今の薬餌基準との問題になってくるわけですが、非常にそういう点で経済的に困る、今の、何というか、医学界の潮流に乗ってれば非常に有利なけれども、これじゃいけない、薬づけにしないといけないというふうにお医者さんたちは、非常に困っているんです。

例えば栄養指導、要するに患者に、いや、薬はいいから、それよりもこういう食事に切りかえなさいというのを指導するにしますと、これは点数は何点ですか。

○政府委員(大池眞澄君) 病院におきます栄養指導としては、二十点が請求できるようになっていると承知しております。

○丸谷金保君 私は一昨日、東京都内でそういう栄養指導をしながらできるだけ薬を使わないでやっていると、お医者さんの方へ行ってきたんです。院長が理解あるもので、これはもうからないけれどもやらしてもらっている、気がついたので生涯の仕事だとその方は言っておりました。患者さんによつては、やっぱり親切に教えてあげなければならぬから一時間ぐらいかかるというのです。いろいろ聞いて、早くても三十分、これで二十点です。二十点といえは二百円ですね、一点十円だから。一時間かかって二百円。それで薬をなすだけ飲ませないでやる。

大蔵大臣、この方が国の予算はうんと助かっているんですよ。それで、きょうは特に大蔵大臣に聞いていただきたいのですが、これがたつた二百円。こんなばかんなこととやれると思いませんか。何でも私は上げると言うのじゃないのです。しかし、なるたけ薬を使わないようにしているお医者さんは絶対にもうからないような仕組みになっているんですよ。いかがですか。これでいいと思いませんか。

○政府委員(大池眞澄君) 診療報酬点数そのものを定めることは、もう先生も御承知のとおり、所管の局が場合に依りていろいろ御相談して決めているわけではございますが、成人病等々とかかわりにおいて、栄養指導の重要な役割というところを考へますと、私どもの立場からはこういった問題についても一層注目され、論議されてしかるべきであると考えております。

○丸谷金保君 これでいいか悪いか言っているんです、これをこのままで。それじゃ、もう一つ別の角度から言います。皆

さんの尊敬する土光敏夫さん、この人が、これは熊本でやはり同じような食指導をやっているが非常に苦勞してやっているとお医者さんの書いた「銀と聴診器」という本です。なるたけ無農薬でというふうなことでやっているとお医者さんなんです。これに対して土光さんは、「今の人は健康について医者など他にばかり頼るが、自分の健康は本来自分で守らなくてはだめだ。」わかっていてもやらない人が多いなかで、竹熊先生は勇気があつたものだ。」と、こう非常に褒めているんです。

私は、土光さんなんというのは大変ぜいたくな人で、朝からイワシを食うなんて、日本人では最高のぜいたくな朝飯を食っている人だから、こういうのはわからぬかと思つたら、ぜいたくなりに食べ物のごとはわかるんでしょ。朝からイワシを食つていて大変質素だなんていうことを言っているのは、あれはとんでもない話ですね。だから私は余り尊敬していません。だけれど、こういうことを書くのでちょっと見直したんです。土光さんもやはりこういうふうにしていかなきゃならぬと、あなたたちの尊敬する人が——私は尊敬していませんけれども、その人が言っているんです。

それで、どうですか、こんなことではないと思いませんか。こういう人たちが大変苦勞していることをここに書いてあります。薬を使わないために貧乏しながらやっていると、それは結局大変いいことだと、臨調の土光さんも言っているんです。

○国務大臣(渡部恒三君) これは、今の自由診療、出来高払い制度という中で抱えている一番大きな悩みといえますが、問題点といえますが、丸谷先生から御指摘をちょうだいしたわけではございますが、私たちも子供のころ、腹が痛くて苦しんだりなんかしていても、お医者さんのところに連れていかれてお医者さんの顔を見ただけで何か腹が痛くなくなつてしまつたり、元気が出てしまつたり、そういう記憶がございまして。患者と医師の信頼とか、また、やはり医師は患者の健康を全部

抱えて、なるべく投薬したりそういうことをしないで健康になるような指導をすることが最も望ましいわけではございますが、なかなか今の出来高払い、自由診療というのには形にあらわれたものの、これはもう客観的な事実ですから、これに支払われる現金が、抽象的なものにも、今説明しましたように健康診断とか、そういうものにも保険が使えるだけ適用されるように、これは私も努めて努力をしておるであります。

先生から御指摘のような問題がいろいろ出されるのでございまして、私もはさういふものに謙虚に耳を傾けて改善の努力をして、やはり人間と人間の信頼の中で、お医者さんがそれぞれ自分が担当しておる患者の健康を診てあげる、しかもそれで医師としての生活が十分成り立っていくという方向に、非常に難しい問題をやらせておられますけれども、努力をしていかなければならないと考えておるところでございまして。

○丸谷金保君 努力するということとはやらないというこの同意語だとよく言われるので、素直に受けとめられないんです、その程度の御答弁では。

それでこの場合に、それだけではないんです。投薬や注射が減る、それから栄養指導ということとで親切に相談に乗ってやっても、ちつとも金額にならないというこのほかに、今度は入院した場合にメニューをつくらせるとしても、これがまた今の点数制度では思ふようなものを使えない。それは、栄養食の基準は別にあります。それで、栄養改善方法によつていふんな、こんなものを使えばというプラスする栄養食があります。しかし、そういう加工したのじゃだめなんです。自然のものをできるだけ使つていこうとすると、なかなか今度は足りないんです。この場合、薬を使わないんだから、食事が薬だというのに対しては、これはやはり薬餌基準の中で認めるというふうな前進的な方法をしてもらわないと困るんです。首をかき上げておられますけれども、例えば四十六年の業務局長の通達、この通達自体は随分いろいろ問題も

あります。こういう中で一番わかりやすいのでニンニク、これは通常では「通常の食生活において食品として使用される物」となっているんです。食品としても使用されるというから薬品だということなんです。薬品としても使用される食品でなくて食品としても使用される薬品、これ、薬品基準の中には点数がないんです。だからニンニクを使っただけなんなんです。しかし、ニンニクの効用などというのは大変なものなんです。これは御存じでしょう。

ですから、この薬品基準、下げるものは下げなきゃならぬ。しかし、そういう医療費の全体を下げようとする努力というよりも、そのことが正しいんだと思つて、結果として医療費のかからないような診療をしているお医者さんが全国に随分出てきました。この人たちが非常に困っている状態、これは健保法の改正のこの機会に——大蔵大臣にお伺いしますけれども、今の聞いていて、これだと医療費は下がると思ひますでしょう、こういうのがどんどんいけば。そうすると、国家財政も今のようなことをしていかなかつたて、もつと医療費を下げることでできるはずなんです。いかがですか。大蔵省というのは、出てきたやつをこれはだめだ、これはだめだと切るんじやなくて、この方はもつとつけてやるからしつかりやれというふうなことも、大臣としては私はできる機能を持っているんじやないかと思うんです。いかがなものでしょうか。

○国務大臣(竹下登君) 食事療法と国家財政に対する一考察と、こういうことでございましょう。私の未熟な知識からすると、その専門分野に対する御答弁は能力をはるかに外れておりますので、ちょっとお答えする自信がございません。

○丸谷金保君 そのことは是非の問題よりも、こういうことをやっければ財政的には楽になるということはおわかりいただけませんか。薬をなるべく使わないで、病気になるまいうちにいろんなそういう食事関係を中心にして病気のものを絶つていく、こういう風潮がずっとくると。いかがで

しょうか。

○国務大臣(竹下登君) 病気になるまいように常日ごろから心がければそれだけ医療費がかからないわけでございますから、それは直接的にも間接的にも国家財政とかかわり合ひはあるということには私も理解ができます。

○丸谷金保君 それでは、これは有名な杉靖三郎先生が言っているんですけれども、今の医学というのはとにかく体や心身が不調だというふうなのに對する手当てが中心だ——言ってみれば、火事が起きたからさあ消防車を持って消しに行けということに例えているんです。だから、やっぱり火事が起きるんだから消防車も必要なんです。しかし、それだけじゃないじやないか、その前段が非常に今の医学の中では抜けているということを変に心配しておられる、そういう文章もあるんです。細菌や毒物で起こるころの病氣というものの對する研究は非常に進んでいるけれども、いわゆる健康から半健康になつて、それから病氣になつていくような臓器の問題とか、そういうことになるとまだまだ、特に食べ物に注意することによつてできるだけ健康にしていかなければならぬというところについてはどう言っているんです。

実は私、二月の十日にマクガバンレポートを中心にして御質問したんです。余り因果関係がないということ、すれ違ひになつてしまひました。しかし、あれはそんな簡単なものでないんです。アメリカ上院は、もう二年もかけて世界じゅうの學者を集めて慎重に検討しまして、例えばケネディ議員があつたレポートを読んだとき、こう言っているんです。我々は全くばかだつた、明きめくらだつた、食事というものを對して全く関心がなかつた、食事がいかに健康に大事だかということ。この中で、先進国の食事は全く不自然でひどい食事になつた、そのことにだれ一人気づかなかつた、しかも、こんな内容の食事が先進国に多いが、心臓病も糖尿病も生んでた、我々は即刻食事の内容を改めなきゃならぬ。事実、アメリカというのはいいことならすぐ始まりますから、

そういう点で食事改善あるいはナチュラルフーズというふうなことで、できるだけ漂白しないパン、白くない砂糖、こういうふうなものを使う、そういうあれがどんどん、店もできてきたし、進んでおります。

マクガバン報告についてその後、大臣は多少御検討をさせていただいたでしょうか。

○政府委員(大池眞澄君) 御指摘のマクガバン報告、米國上院におきます栄養・人間ニーズ特別委員会のことを指しておられるわけでございますが、一九七七年にそこにおきまして発表された内容を私もよく勉強しておるところでございます。

その影響でいろいろなかの先進諸國におきましても類似のアクションが起こつておりまして、我が國におきましては、つとに昭和四十四年来、栄養所要量というふうなことで、おおよそ五年刻みに政府としての日本人の栄養所要量というものは出してきたところでございます。しかし、これを少し、専門家向けでなくて一般の方にもわかりやすいような食生活の指針というふうなもので表現してみたいということで、現在その作業の検討を行っている最中でございます。

○丸谷金保君 厚生省で出すと、わかりやすいといつてもなかなか文章がわかりにくいんです。だから、やっぱりそういうものを出すときには、こういう食事関係、そういうことで非常に苦勞なことにしている先生方の意見も入れて、その人たちが実際に扱つてきてわかりやすい表現の仕方を持つています、その先生たちが出しているパンフレットもたくさんさきよう私は持つてきたんですが、こういうのを見ると非常によくわかるんです。だから、こういうふうなものをひとつ参考にしてそういうものををつくつていただくことにしたいと思ひます。

○政府委員(大池眞澄君) 内外の資料、文献、できるだけ幅広く勉強させていただいて、わかりやすいものをつくりたいと思ひます。

○丸谷金保君 文部省がおいでになつていろいろ

なんで、ちょっと伺ひます。

八王子の学校給食米から高濃度の臭素が検出された。こんなことは当然起こり得るだろうというふうに想像していただくことで、別に驚きもしないんです。やっぱりそうだったなという程度なんです。が、この問題はいろいろ農水の委員会なんかでも取り上げてやられております。しかし問題は、私は、こうした食べ物問題について、文部省と厚生省と農林省、これがみんなばらばらでないかという気がするんです。恐らくこの臭素の問題、臭素酸カリウムの問題にしても、厚生省は、基準があつて、きちんとそのとおり指示して、これだけやつていけば大丈夫だ、こういうふうな指示をして、農林省はそれとやりやつていけると厚生省は思つてゐるから、はいそこまでするということになつてゐると思ひます。ところが農林省の方は、御承知のように農水の委員会ではいろいろ問題になつたようにわんわんやつてしまつた。そうすると今度は、文部省の方は文部省の方で、出てきた米は、そういうことは汚染されてないものとして使う。この横の連絡というものが、食糧政策、食物の安全対策というものについて一つもないんじやないかという気がするんです。

それで、文部省に特にこの機会に申し上げておきたいんですが、学校給食というものをやつてゐる。ところが、この学校給食の中で、食べ物に関することを先生たちが、食事をしながらでも、子供たちに、こういう食事がいいんだよというふうな指導をするような形がとられてゐますか。

○政府委員(古村澄一君) 食事のとり方、いわゆる栄養の問題とかさういったものを中心にした指導というものは、大体小学校の五年、六年になりますと家庭科の授業の中で、こういうものについてはいくつかの栄養が含まれてゐる、したがつてこういう組み合わせで食事としてとるべきだというふうなことを、小学校は五年、六年、中学校は全学年にわたつて教えることに相なつております。なお、学校給食につきましても、そのときに現

物があるわけですから、その現物を利用して指導をするというふうにしております。

○丸谷金保君 学校給食米から高濃度の臭素が検出されたということで、こういうものを食べてはいけないですよというふうな指導をいままですしているのか。

○政府委員(古村金一君) 学校給食そのものから見ますと、その食物そのものは子供の口に入るわけですから、できるだけ安全性を確保するというのは当然なことではございます。不必要な食品添加物は使わないよう強く指導していただくようにしております。

なお、こういったものを食べちゃいけないというものについての具体的な指導については、そこまではやっていないんじゃないかというふうに思っております。

○丸谷金保君 学校の家庭科の中でやっているなんていうのは、カリキュラムを見ても本当にもう、やっているという程度のことなんです。毎日食事をしながらどうしてそれができないのか、ここに一つ問題があります。

農林省あるいは厚生省、文部省、これらがこうした食事、食品の安全の問題について横の体制が全くとれていない、それがさきようの、こういう問題に発展したということについて、ひとつ、今後しっかりとそういう横の連絡をとってもらわなければならないことを大臣から約束をお願いして、時間ですから終わりにしたいと思います。

○国務大臣(渡部恒三君) 先生御指摘の問題、これからの国民の健康を守っていくために極めて重要なことだと思います。全くとれていないとか、これは別にしまして、必ずしも十分でなかったかと思っております。今後文部省、農林省等と連絡を十分に密接にとるような機会をできるだけ多くつくりまして、今先生御指摘のような、食事が健康を守る、これは非常に大事なことで、思っていますので、これらの万全を期すべく努めてまいりたいと思っております。

○委員長(石本茂君) 午前の質疑はこの程度にとどめ、午後一時三十分まで休憩いたします。

午後一時三十分まで休憩いたします。

午後一時三十分再開

○委員長(石本茂君) ただいまから社会労働委員会、地方行政委員会、大蔵委員会、運輸委員会連合審査会を再開いたします。

休憩前に引き続き、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。質疑のある方は順次御発言をお願いします。

○高杉勉忠君 健康保険法の改正案の連合審査に際しまして、私は地方行政委員の立場から関連する事項について政府の姿勢をただし、以下質問をいたしたいと思います。

まず、国民健康保険関係について伺います。国保財政に対する市町村の持ち出しが多い状況から見まして、昭和五十七年度の被保険者一人当たりの一般会計繰入金金は三千四百一十億円で、こうしたことがどうなるかというところに問題があると思っております。特に、退職者医療制度は国保と一緒に市町村が扱うことになって、同制度に対しても市町村の補てんが強いられるのではないかと懸念があります。退職者医療制度の拠出率については、予想される高齢化社会の到来に伴いまして当然増加することになるわけですが、これに對して歯止めをかけ、市町村あるいは被保険者にしわ寄せされることになることは明らかであります。

○国務大臣(田川誠一君) 退職者の医療制度におきましては、その医療費は退職者の保険料と被用者保険からの拠出金によりまして負担をされることになっております。事務費につきましても全額国庫負担によりまして措置されるものと厚生省の方から説明を受けておられるわけではございません。高杉さんおっしゃったような懸念ももちろんあると思っておりますけれども、自治省といたしまして

は、こうした新しい制度になりましたとしても市町村財政にさらに負担が加重をされるということはないものと考えておられるわけではございません。

○高杉勉忠君 大臣、今事務費について伺ったんですが、大臣も御承知のとおり、国保の事務費は全額国庫負担することになっておりますけれども、国の立場からは被保険者が使用した事務費を無制限に全額負担する趣旨ではなく、規定上から見ても「政令の定めるところにより、行われるものである」としております。現実の支出とは異なる場合が多いですね。一説では実所要額の六割程度にすぎない、というところであります。超過負担であることは間違いのないですね。そのことは退職者医療制度の事務費についても生ずるのではないかと、こういうふうにも私も心配するんです。

そこで伺いますが、第一に、創設される退職者医療制度には国庫負担がないことになっております。政管健保や国保の補助との整合性を図る必要があるのではないかと、こういうふうに考えるんです。大臣、いかがですか。

○政府委員(土田栄作君) まず、事務費でございますが、厚生省の方からは、十分の十で四十億五千九百万円の事務費補助金があるというふうに伺っております。この額につきましても、もちろんあるべき額として計算されるべきものであり、実際の支給額との乖離が生ずることはあるかもしれませんが、超過負担といった問題が生じないようには私どもとしても十分留意してまいりたいというふうに考えております。

それから、退職者医療制度に伴います負担額につきましても、平年度ベースで一応この事業規模が八千億というところでございまして、これに對しましては、労使の拠出金、それから保険料相当額あるいは本人の二割負担といったものでカバーされるというふうに聞いております。これも制度の創設以後どういう形で運営されるかというところは未知数でございますけれども、私どもとしては、このような問題につきましても市町村の余計な負担

が絶対生ずることがないように十分見守っていきたい、必要があればまた厚生省に善処方を申し入れてまいりたい、このように存じております。

○高杉勉忠君 続いて第二にお聞きいたしますが、退職者医療制度における退職者、この意味が非常に不明確なんです。したがって、この際でありましたから明確にその意味を示していただきたいと思います。

○政府委員(吉村仁君) 退職者と申しますのは、一応被用者保険のOBというものを私も頭の中に入れておきますが、退職者医療制度を確実に実施するために、被用者のOBのうちで年金給付、特に老齢または退職を支給事由とする年金給付を受けることができる者を考えております。そして、その配偶者を退職者医療制度の対象にすることにしております。

○高杉勉忠君 退職者の中にも、細かに線ると、サラリーマンをやめて国保の被保険者になった人でも国保組合に入った人は退職者とはされない、こういう細かい点が幾つかあるんですね。退職者の三つの要件、これはどういうことですか。

○政府委員(吉村仁君) 退職者が国保組合に入っている方は、これは今回除外しております。それから、先ほど年金受給権を有する者ということをおっしゃいましたが、一応、年金保険の被保険者であった期間が原則として二十年以上、または四十歳以後十年以上である者、これを対象に考えております。

○高杉勉忠君 局長、民間サラリーマンのOB、これは六十歳になるまでは退職者ではない、こういうふうになるわけですね。その点はどうでしょう。

○政府委員(吉村仁君) 年金の受給権が発生いたしますのは原則として六十歳ということになっておりますので、六十歳以上が原則としてそうでございます。

○高杉勉忠君 これは要請であります。退職者医療制度をつくるわけですから、幾つかのわかり

にくい退職者の取り扱いではなくて、退職者はこういふ人ですというのをもう少し国民一般がわかるようにぜひPRしていただかないと困ると思うんです。退職者については私もでも理解がなかなか難しい。これは要請しておきます。

それから第三に、国保事業の職員数について伺いますが、昭和五十四年と五十八年を比較してみますと、この間に二千二十三人の減員となっているんですね。国保事業の職員がこのように減員となる理由というのは何ですか。これも、考えてみますと、福祉切り捨ての一部となっていることが明らかであると考えられますが、この点はいかがですか。

○政府委員(吉村仁君) 確かに先生御指摘のように、国保事業に従事する市町村の職員数は減少傾向にございます。

この理由でございますが、一つは電算処理へ移行しておる市町村がたくさん出てきたということと、それから国保関係事務を一般の地方税の所管課の方へ移管するとかいうような市町村における事務処理体制の変化に伴うものだというように考えております。

○高杉雄忠君 次に、地方交付税の積算内容について伺います。

第一に、地方交付税の市町村分、厚生労働費の保健衛生費、衛生諸費の特別会計繰り出し金の、診療所特別会計への繰り出し金の積算ですね、これを見ますと、昭和五十九年度標準団体で二百五十万円となっているんです。これはどういう根拠なんですか、まずお尋ねいたします。

○政府委員(土田栄作君) ちょっと経緯的に説明させていただきますと存じますが、診療所に對します経費の算入は、昭和四十四年までは人口比例で基準財政需要額を入れるというやり方をとっておりまして、その結果、人口十万人の標準団体、標準市におきまして一つの診療所があるという計算をいたしまして、そこにつきましては昭和四十八年度は一診療所当たり繰り出し金の理論所要額として二百五十万円を算入するというふうにした

していただけてございます。

ところが、いろいろ実態を調べ、市町村の要望を聞いてまいりますと、診療所の数というのは必ずしも人口比例であるわけではないということでございます。まして、むしろ診療所の繰り出し所要額というのは診療所の数に応じて増減するというところでございまして、制度改正をいたしまして、単位費用で入れます二百五十万円というのはずっと据え置いておきますけれども、診療所数に比例して入れるという形での密度補正という制度を設けてまして、密度補正での算入額というものをふやしてまいりまして、実態に即して交付税に入れるという形の改正をいたしたわけでございます。

現在、人口比例の団体当たりの算入額は二百五十万円そのままでございますけれども、診療所一所当たりの算入額というのはふやしてまいっております。現在三百七十五万円算入いたしているわけでございます。したがって、人口十

万で一診療所あるということになりますと、現在では二百五十万円と三百七十五万円を合わせました六百二十五万円というものが算入されるということと所要の地方交付税措置をいたしているわけでございます。もちろん診療所数がふえればさらに三百七十五万円ずつふえていく、こういうことでございます。

○高杉雄忠君 それならば、今人口比例だとおっしゃったのだけれども、この積算額の標準団体で二百五十万円、これはあなたが知っているのとおり、昭和四十八年から十年以上も全然変わっていないんです。人口がふえているところがあるでしょう、変わっていないじゃないですか。これはどういう理由なんですか。

○政府委員(土田栄作君) 積算でございしますが、昭和四十八年度当時は繰り出し額が大体直診につきまして三十八億程度ございまして、箇所数としては約千二百カ所ございまして、そういうことから一カ所当たり二百五十万円という対応をいたしているわけでございますが、現在は今申し上げま

したような形で、まあ単純に計算しますと一カ所当たり六百二十五万円ということでございます。

これに現在の診療所数を掛けますと、一千カ所強でございまして、これを掛けますと六十数億円ということになるわけでございます。まあ一〇〇%ではございませぬけれども繰り出し金に對應する財政措置というものはやっています。要するに算入額をふやしている、こういうことでございます。

○高杉雄忠君 それじゃ確認しますが、人口比例における標準団体の二百五十万円はそのままずっと据え置きたが、診療所その他の比例で増減をしている、こういうふうな理解していいんですか。

○政府委員(土田栄作君) そのとおりでございます。

○高杉雄忠君 それじゃ第三に、この国民保険事業直轄勘定のほか、会計繰入金の決算の推移を見ますと、都市、町村それぞれ三倍以上になっているんですね。このように繰入金が増加している理由、これは何ですか。

それからまた、このように決算額が増加しているにもかかわらず、単位費用の積算を今申し上げましたとおり十年以上も据え置きそのままにしていた理由、こういうことでどうも納得がいかないんです。その方は、その辺ひとつきちんと整理して明らかにしてください。

○政府委員(土田栄作君) 繰入金が増える理由としては、一つは、社会保険診療報酬が上がりまして、患者数が仮にふえなくてもそれだけ経営規模が拡大するという問題がございまして。いわば単価アップに伴います増というところでございまして、そういう面が一つと、それからもう一つは、御案内のとおりやはり診療所の経営というのは苦しいわけでございます。診療収入が伸び悩んでいる、そのために運営費の赤字補てんのための繰り出し金が増えているというのも事実でございます。

したがって、先ほど申し上げましたような形で、単位費用ではふやしませんけれども診療所

一所当たりの算入額というものをふやすというところで、診療所比例によります財政措置を強化するということ。国保診療所の財政運営が健全にできるようにという財政措置を講じてきていこうと

○高杉雄忠君 次に、日雇健保について伺いま

所得水準の低い日雇労働者を対象とする日雇保険の保険料率が政管健保よりもかえって高いというの、私もちょっと理解に苦しむんです。

厚生大臣、御承知のとおりに政管健保は千分の八十四ですね、これは労使折半。日雇健保を見ますと、昭和六十年九月までは千分の九十二、昭和六十年十月からは何と千分の百十、ちょっとこの辺が理解に苦しむんですが、どうですか、明確にひとつお答えいただきたいと思ひます。

○政府委員(坂本龍彦君) 日雇労働者健康保険は今回の医療保険の改革で健康保険の体系に取り入れることにいたしましたわけでございます。そういったと、一般の常用の被保険者との間に給付あるいは負担の両面にわたって均衡を保つようにする必要があらうと考えた次第でございます。ただその際に、日雇労働者の就労の特性という面についても考慮を払う必要があらうかと存するわけでございます。

そこで、どういう違いがあるかと申しますと、実態調査をいたしますと、日雇労働者の就労日数は一般の被保険者に比べて平均的に少なくなっております。大体一般の勤労者が月二十二・四日であるのに対して、日雇労働者の場合は、大体月に十七・一日ぐらになっております。

そこで、実際にはこの就労日数の差というものがもし同じ保険料率であれば保険料の差になってまいりますけれども、給付の方は一般の場合と均衡を保つようにしてございまして、保険料率の方で逆算をいたしまして千分の八十四にこの二十二・四と十七・一の比率を掛けますと百十と、こういう数字が出てまいります。しかしながら、一度に百十に上げるといことは非常に負担が急増

するということでもございますので、経過措置として途中の九十二という数字を設定したと、こういう次第でございます。

○高杉勉忠君 それじゃ続いて伺いますけれども、同じ事業量がある会社は、大変言い方は悪いんですが、安上がりな日雇労働者でございまして、一方の会社が常用労働者を使用してその事業量を消化するということならば、確かに日雇労働者を使用する企業の収益性は高くなるというところは一応言えると思うんですね。こうしたケースを想定しまして日雇健保の事業主に高い保険料率を掛けるということとは、これまたどうも納得がいけないんです。私は長い間中小零細企業を組織した経験がありますが、日雇労働者を使っているがゆえにベナルティのような保険料を取られていることでは、どうしても理解がしにくいです。

そこで伺いますが、第一に、日雇労働者の事業主が他よりも高収益かどうか、私はデータをいただきたいということで資料をお願いしたのでありますが、ここでひとつ資料を示して明らかにしたいのだと思います。

○政府委員(坂本龍彦君) 今御指摘のありました収益性に関する資料というのは、私ども、実は持ち合わせておりません。と申しますのは、企業の収益性につきましてはいろいろな要素が絡んでまいりますので、保険料の額、率、そういったもの以外に極めて複雑な要素が絡んでおると存ずる次第でございます。

そこで私どもは、収益性、直接収益性というよりは、企業における労務コストと申しますか、その一人当たりの従業員に対する賃金でございまして、社会保険の負担でございまして、あるいは退職金、その他、そういったものについて一般の常用労働者に比べれば、日雇労働者の場合には少なくとも厚生年金保険の保険料は負担しなくて済む。さらに、常識的に考えまして、いわゆる退職金のようなものも普通はないであろう。こういうところを勘案いたしますと、かなり労務費というものは少なく済んでいるであろうという判断

をいたしましたわけでございまして、大体全平均で見ますと、その差は毎月決まって支給する賃金の一〇〇ぐらいになるんではなからうか。そういう差がございまして、先ほど申しました保険料率の差というものは大体この差の中におさまってしまいうであらう。もちろん平均的なお話でございまして、特にベナルティという気持でやっておられるわけではございません。一応常用の労働者に比べると負担が少ない面を考慮して、日雇労働者の場合の保険料の負担をお願いをしたと、こういうことでございまして。

○高杉勉忠君 ひとつデータを、後でいいですか、出していただけますか。

○政府委員(坂本龍彦君) 収益性に関するデータは、私どもの方持っておりません。ただ、労務費の平均的なデータというのは、私ども一度調べたことがございまして、これはお出しできると思います。

○高杉勉忠君 それじゃ、さっき言った保険料との関係で、収益性が見えなければ、審議できないんじゃないですか。どうして資料をお願いしてあるのに、私の方へ出してくれないんですか。

○政府委員(坂本龍彦君) 収益性に関するデータは、さきにお断りしましたように、私ども持っておりません。社会保険の保険料は法人税などと違ひまして、収益に基づいて御負担をいただくものではございませんので、私どもとしてはそういう判断をいたしておるわけでございまして。

したがって、データを持っておるのをお出ししないという意味ではございまして、収益性に関するデータは直接私どもは把握しておりません。

○高杉勉忠君 どこで出るんですか、それは。

○政府委員(坂本龍彦君) データでございまして、収益性のデータは私ども把握しておりません。強いて申しますならば、労務費用の方のデータというのは調べてみたことがございまして。

○高杉勉忠君 それじゃ、労働関係の資料でも結構ですから、後で出してください。

第二に、これまた資料をいただきました。それで、日雇労働者を雇う企業の規模ですね。これは大きいから中ぐらいから小、零細にわたって資料をいただきました。ただ、これを見ますと、残念なことには五人から三十人ぐらいのところが多いですね。それから、どっちにしても百人以下の企業はほとんど高いわけですね。ですから、そういうことも含めて、やはり日雇労働者を使っているところにベナルティのような保険料——高いわけですね、これではちょっと、企業にベナルティ的な保険料じゃないかと、こういうふうなのが私の考えていることですから、その点はどうですか。

○政府委員(坂本龍彦君) 日雇労働者の就労人員の分布を見ますと、確かに百人以下の事業所にほぼ七割程度というふうな結果にはなっておりますが、一方において五百人以上の事業所にもほぼ一〇〇近く就労しておりまして、大企業の方にも決して就労がないという状態ではございません。それから、繰り返して申し上げますが、決してベナルティという考え方でございまして、先ほど申しましたように、日雇労働者を使用いたします場合には厚生年金保険料の負担がなくていいと、こういう面を考慮して、その分少し御負担いただけないかと、こういう気持ちでございまして、御了解いただければと思います。

○高杉勉忠君 時間の関係で次に進ましていただきます。宇都宮病院の関係についてお尋ねをいたしたいと思っております。

私は、去る三月十五日の本院予算委員会において、我が国の精神障害者の人権と医療に関連をして宇都宮病院の事件を取り上げました。政府の見解をただしてまいりました。これは本連合審査にも深いいかわり合いを持つ問題でありますので、この機会にその後の経過も含めまして、本審査との関連において政府の見解を伺いたいと思っております。

まず、厚生大臣に伺います。

○高杉勉忠君 大臣、なぜこれまでの医療監視体制では歯が立たなかったのか、この点どう考えているのか伺いたいです。

医療機関による患者に対する人権侵害や不正行為はあってはならないことでありますが、依然として後を絶たない。政府は、これが根絶のためにどのような決意で臨むものか伺います。

○国務大臣(渡部恒三君) 医療機関において人権侵害や不正行為があつてはならないことは先生御指摘のとおりでございまして、このような人権侵害や不正行為を一掃するために、医療監視、精神病院においては実地指導、保険の指導監査等、これらの問題を今後なお一層充実するように努めてまいりたいと思ひます。

○高杉勉忠君 厚生大臣、決意のほどはよくわかりましたが、これは容易なことではないと思ひます。具体的にはどうするのか。特に人権侵害や無資格者の医療など、甚だしい違憲、違法、これを行つてきている精神病院、例えば宇都宮病院、田中病院、上毛病院、七山病院などの各病院の事件に対してこれまでの医療監視体制は、全く私は役に立たなかったと言つても過言ではないと思ひます。残念ながらこれは事実であると考えられますが、大臣いかがですか。

○国務大臣(渡部恒三君) これは全く役に立たなかったとおっしゃられると、もうそのとおりですと言つてはまいりませんが、しかし、あの予算委員会では先生から御指摘をいただきました。宇都宮病院の問題、その実情が次から次と明るみになつてまいりました。またその後、田中病院、上毛病院というような問題が起こりまして、私どももこれは医というものは人間のとおりと命、そしてその人権を守っていくのでありますから、何にも増して不正や不当が許されないのでございまして、現実にはそういうものが存在をいたしております。したがって、私どもの今までの指導監査がまだ十分でなかったという反省のもとに、今後よりその充実を期してまいりたいということでございます。

○高杉勉忠君 大臣、なぜこれまでの医療監視体制では歯が立たなかったのか、この点どう考えているのか伺いたいです。

私が申し上げました四つの病院事件の解明の端緒、これはいずれも内部からの問題の提起なんです。行政の手によってこれをつかんだものは一つもなかったと、こう言っていると思うんですね。今後とも恐らく現行法のもとにおける医療監視体制では悪徳精神病院の違法行為をなくすることは、摘発することもできないだろうと、こう思うんです。そこで、先ほどの現行体制の運用では、どうも今後とも四病院のような事件が起こった場合、私は一体だれがその責任をとるのか、そして行政の責任、これを明確に私はしていただきたいと思うんです。大臣、いかがですか。

○国務大臣(渡部恒三君) この心身障害者対策の中で、身体障害者の場合ですと、これは先生御案内のように、外見的にいろいろ見えてまいります。ところが精神障害者というのは外見に見えません。そういうために、今の精神病院の封鎖性の中で、外部からそれらの真相を明るみにするということが非常に困難であつたために、全く先生御指摘のように、これらの問題、本来は我々の監査体制の中で指摘していかねばならないのかかわらず内部告発から出て、我々がその後を追いかけるようなことになってしまった。これは厳しく私も反省をしなけければならないと思います。

精神衛生対策というものが、お話のように、長い歴史と沿革がございますが、西欧の先進国家に比べて我が国がかなり立ちおくれおるといふことも、これは今回の一連の事件を通じて私どもの率直な反省でございますので、これらの問題等を含めて、今後責任の所在を明らかにするような方途というものを検討してまいりたいと思います。

○高杉雄忠君 大臣もお認めになりましたように、これまでの経験に照らして精神病院の不正行為が容易に摘発されない理由にその密室性がある。それで、これは精神病院があらゆるものに対して治外法権を持っているんですね。その治外法権のゆえに違法行為が常態化しているのではないかと、こういうふうに思うんです。どうですか。

○国務大臣(渡部恒三君) 違法行為が常態化しておるということになりますと、私はやはり大部分の医師の皆さん方の良識というものを信頼したいし、また、国民の健康を守る立場の厚生大臣として、その第一線で国民の健康を守るお仕事をしておる医師の皆さん方を信頼しないで職務を行うということは極めて困難なので、みんながみんなということには考えられませんけれども、しかし、先生御指摘のように、精神病院というものの特殊性、封鎖性の中でそういう行為が行われておる危険が非常に多いことも事実でございます。そういう点は今後なお指導監査体制の強化によってそういうことのないように、不備な問題等いろいろございますから、これらの問題一つ一つ今後検討してまいって、できる限り、精神病院にいらっしゃる皆さん方がその封鎖性の中で人権を捨てられておるといふようなことのないように努めてまいりたいと思います。

○高杉雄忠君 時間の関係がありまして、わずかな時間でありましてから端的に大臣伺います。大臣もお認めになったように、現行精神衛生法の行動制限規定、これがあるわけですね。そのことが非常に障害になっている。ある意味ではこれが精神病院の中における患者の人権を無視できるようなと言っちゃ悪いんですが、そういう裏づけにもなっているんですね。この行動制限規定、これを改廃すべきだと思いますが、どうですか。

○国務大臣(渡部恒三君) これは非常に難しい問題でございます。精神病患者、精神患者の皆さんは非常に医療を必要とすると同時に、その特殊性の中でやっぱりある程度の監視というものも現実が必要とすることもこれは否定できない問題なのでございます。

したがって、この運用ということを見ると、先生御指摘のように、またきょうまでみんな心を痛めてきたような問題等が起こってまいります。したがってこれらの問題は、今まで起こってきた京都宮病院等の問題を十分に参考にさせていただいて検討をさせていただきます。

○高杉雄忠君 厚生大臣と、大蔵大臣もちょっと聞いていただきたいんですが、我が国の精神病院の全病床に占める割合というのは、昭和三十六年は八・六%です。ところが昭和五十七年には二二・八%、三倍近くなつて、昭和五十七年には千五百七十病院、病床にして三十一万九千九百一十床、病床数が六倍、病床数では七倍、大変な急成長といえますか、大変な急成長ですね。昭和五十六年で七千六百六十億、これが昭和五十九年はわずかに五百三十億なんですね。十三倍以上なんです。間もなく一兆円の大台に上るんですね。精神医療の医療費が、こんな野方なことになっていくと、これは国家財政でも大変だと思ふんです。ですから、この基本的な精神病対策、国の費用、国家財政、こういう見地から私は大変な問題だと思ふんですが、大蔵大臣もあわせて所見を伺いますが、厚生大臣いかがですか。

○国務大臣(渡部恒三君) 今御指摘のあつたベッド数の問題、これも我々非常に考えさせられる問題でございます。先生御指摘のように、今までは量という面できたわけでございますが、今回の問題等をきっかけにしてやっぱり精神病院の質というものの力を入れていかないと、これはいろんな社会問題を起こしてしまふ。したがって、ベッド数の再検討、量よりも質という考え方でこれも考えてまいりたいと思います。

○国務大臣(竹下登君) 私、素人でございますので定かにはわかりませんが、精神病院の全病床に占める比率は、昭和五十二年をピークにその後漸減してきておるといふふうなことを知らされておりますが、いずれにいたしましても、入院患者の増加等の要因によって医療費は増高傾向にあることは事実でございますので、したがって、今後とも適切な医療保護の確保に努めますとともに、社会復帰対策の推進、指導監査、この充実強化等によって医療費の適正化に一層努められるであらうというふうに期待をいたしておるところであります。

○高杉雄忠君 最後の質問になりますから、厚生大臣、大蔵大臣、自治大臣からのそれぞれ所見を伺って私の質問を終わりたいと思います。

去る予算委員会のときにも申し上げました、「健康は第一の富である。」これはアメリカの詩人そして哲学者のエマーソンの言葉であります。私は、国民の健康こそ我が国最大の富であると思ふんです。国民の健康にして文化的生活、福祉の充実、医療制度はだれでもいつでもどこでも安心して医療が受けられるものでなければならぬ。このことは政治の基本だと考えます。

今や国民最大の関心の注目の中で本法案の審議が行われております。私は本連合審査で政府の姿勢をただし、医療制度の後退があつてはならない、このことを強調いたします。幾つかの提案をいたしました。そして、さらに去る社会労働委員会における精神病院における本岡提案、これもあります。具体的には救済センターの問題もあります。こういう幾つかの提案を生かして国民の期待にこたえるべきだと考えます。

最後に、これらに關して大蔵大臣、自治大臣、厚生大臣それぞれから所見を伺ひまして私の質問を終わります。

○国務大臣(渡部恒三君) まさに先生の御指摘のとおり、人間の幸せにとって何よりも何よりも大事なのは健康やかに健康に生きていくことでございます。私も、その国民の皆様の幸せの原点になる健康を守るための大きな責任を負うておるのでございます。

したがって、私は、来年度の予算でもことしの予算でも、そのことに頭をめぐらしまして、五十九年度予算でも、先生御案内のように大変これは厳しい財政でありましたけれども、元氣な老人、生きていく限り元氣に健康やかに暮らしていけるように、みんなの健康を考えていこうということ、老人保健法によるところの老人保健事業の予算百七十億近く、これは大蔵大臣におねだりをして増額をさせていただきました。また、来年度もこの医療費の特殊性というものを認めていただく

ように大蔵大臣に強く今訴えておるところでございます。そういうことから救済センターの問題や先生から御提言のありました健康を守る幾つかの問題についても、これを実現すべく今後大蔵大臣にも強く要望してまいりたいと思っております。

○高杉徳忠君 社務委員会における本岡提案については。

○国務大臣(渡部恒三君) 今の御質問の前の、精神病院のベッド数の検討等を含めてやるという話、先ほど先生の御質問でもお答えしたものですから省略させていただきますが、当然のことでございます。

○国務大臣(竹下登君) 憲法に保障されておる、まさに健康こそ何にもまさるものと、私自身にもまた健康ということを言い聞かせながら、国民全体の健康を担当される厚生大臣の意見をよくお聞きいたしまして、私どもとして、私の分野において可能な限りのことをしなければならぬというところから、これは間違いないと思っております。

○国務大臣(田川誠一君) 健康の増進を初めとする住民福祉のために関係各省とともに連絡をとりながら地方自治体を指導してまいる決意でございます。

○委員長(石本茂君) 速記をとめて。
〔午後二時十六分速記中止〕
〔午後二時二十八分速記開始〕

○委員長(石本茂君) 速記を起してください。
○政府委員(吉村仁君) けさ方、同一の疾病等につきまして、本人、家族の点数の違いにつきまして、支払基金の査定の際におきましてもそういう違いがあるというように申し上げましたが、私ども資料を持ち合わせないでそういうことを申し上げたのはまことに申しわけございません。支払基金のところの発言については取り消しをさせていただきますかと思っております。まことに申しわけありませんでした。

○安恒良一君 大臣、お聞きのとおりで、私四十分の残り時間わずかですけれども、前段の議論は全くロスになっちゃったんです。私は、少なくとも

もここで答弁する以上は、支払基金の資料を使っておやりになるならなるように、私が要求したわけじゃないんです、向こうから答弁されたんですから、支払基金の審査によってもこうだと言うからそれじゃ中身をと、こうくると、中身が今では間に合わない、こんなことでは審議が進まない。この点注意しておきます。

そこで、第二点目について、いただいた資料で質問します。

ここで、政管の一件当たり本人、家族の比較で、例えばわかりやすい病気で肺炎でいきました。肺炎でいきましたと、本人は二万三千四百七十九・一、家族は一万七千五百四十六・五というところで、指数で見ると一〇〇対一三四四になっています。三十四も本人の方の点数が多いのは何ゆえでしょうか。それを説明してください。

○政府委員(吉村仁君) 一件当たりの点数の差につきましては先生の御指摘のとおりであります。この差が何によって生じるのかという点につきましまして、私どもなかなか説明し得る理由が見つからないというのが現状でございます。

○安恒良一君 そういうことではないでしょう。さっきあなたは、いわゆる家族の給付が八割、本人が十割だから、本人の方が同じ病名においても高いと言ったから、それじゃお出しなさいということを出させたら、この本年五月七日の調査によりますと、こういうふうに出たというんですから、理由は見つからないということじゃ、午前中の説明とはつじつまが合わないんじゃないですか。午前中あなたは、家族よりも本人が高いのは十割給付なんだからということ強調されたじゃないですか。そのことについて今度は、なかなか理由はわかりませんということじゃ困ります。どういうことですか、もう一遍言ってください。

○政府委員(吉村仁君) この点数が三割四分ほど本人の方が高い理由についてはいろいろなことと考えられると思いますが、私どもとしては、一つの理由として、給付率の差があるのではないかと、いうように考えたということでございます。

いろいろな理由があるんだろうというように私どもは思っております。

○安恒良一君 給付率の違いがある、これが一つの理由だと言われた。いろいろと午後になつてつけ加えられました。

それじゃお聞きしますが、保険医療機関及び保険医療費負担規則の十二条から二十二条までにおいて、保険医の診療方針について書いてあります。これにおいて、同じ肺炎の場合に本人と家族の差が出てきますか、この療養規則からいいます。

○政府委員(吉村仁君) 出るべきはございません。

○安恒良一君 出るべきは三十四も高いのは、そうするとまずお聞きしますが、家族の場合も本人の場合もこの規則に従って保険医はちゃんと行っていますね。間違いないですね。そのことだけ、あるかないか言ってください。

○政府委員(吉村仁君) そのとおりでございます。

○安恒良一君 そうしますと、規則に従っているとは出るはずがない。出るはずがないのに三十四も点数が多いということは、いわゆる保険医療費負担規則で定められているのは、医学の良心に従って必要な治療を行え、こう書いてあるわけですが、そうすると三十四分というのには不必要な治療もしくはやや過剰治療を行っているというふうに承っているんじゃないでしょうか。

○政府委員(吉村仁君) 三十四の差が全部過剰診療だ、こう言うわけにはまいらないと思っております。一部にはあるんじゃないかというように私どもは考えておるところでございます。

○安恒良一君 厚生大臣、ここは重要なところだから大臣お答えください。

私は、本人であらうと家族であらうと、療養負担規則に基づいてきちっと行われておりまして、差別があつてはいかないということは同じだと思ふんです。にもかかわらず同じ病気で三割五分も点数が高いということについて、今局長は、いわゆる必要のところまでは同じですから、その

うすると必要以上というのは過剰ということになるんですが、このところについては、と思ふますとか、はっきりしないんです。これは非常に重要なところですから、このところはなぜこういうことになるのかということについて、大臣。

○国務大臣(渡部恒三君) 先生、長い間の社会保障の権威者でございまして、私は去年の十二月まで全く素人で、この職について大変に難しい御質問をちやうだいするのでございますが、現実、先ほどから私が申し上げておるように、また、先生も御指摘ありましたように、本人と家族あるいは国保と健保、そういう中で同じような内容のものが一〇〇なり二〇〇なり請求に違いが出てくる、これは現実でございます。

その理由ということになりますと、いわく言いがたし、いろいろ難しい問題があるので、これだと、こう申し上げるのにはなかなか難しいのでありまして、いろいろの理由があると思ふます。これは医師の責任の場合、それから患者のいろいろの考え方の場合、しかし現実にはそういうことがあることは数字があらわれておるのであります。やはり医師の方にもいろいろお考えを願わなければならぬし、また、患者の皆さん方も医療費というものに強い関心を持っていただくし、また、国全体もいろいろ政策面でこの問題に関心を持つことによつて医療費の適正化というものを進めていきたい。その中に、私どもがお願いしておる、十割給付の皆さん方に一割御負担をお願いするというところもあるわけでございますけれども、これを一つこれだというのにはなかなか割り切れない問題で、お許しいただきたいと思ふます。

○安恒良一君 もう時間がありませんから、ここでやめますが、答弁になつておりません。

午前中からの議論は、一割負担をなぜ導入したのかと言つたら、そのことが非常にいわゆる医療費の節減に役立つということでありましたから、私はそれですと論争を展開してきて、いま肝心のところになりますと、本人と家族の三十四分の差についての的確な答えがでないんです。そうす

ると、それは今までのあなたたちの答弁全体を否定することになる。

そこで、私は結論だけを申し上げておきます、もう私の持ち時間なくなっていますから。

私は、今の診療報酬、点数出来高払い制度を直ちにやめると言っているんじゃないやありません。それはそれとして、この方針にも書いてあるように、悪いところを直すということですから。そのほかにも例えはいわゆる人頭払い、登録医制度ですね、家庭医すなわちきょう丸谷さんもやりましたし、同僚議員からもやりましたように、予防に力を入れる。ところが、予防に力を入れても、今の現行点数出来高払いではお金にならないんですよ。だから予防にまた力を入れる。それから注射や投薬を打てば打つほど上がるのじゃなくて、注射や投薬を打たなくてもお医者さんの医療がなっていくために、やはり登録医制度、いわゆる患者の受け持ち数によってやる、こういうことについても前から一度だけじゃないんです、前の改正、前の改正から、私たちは皆さん方に訴えているわけですから、そういう点を真剣にひとつ御議論を願いたい。

それから、薬や注射の点数の違いが出てきています。その場合には、やはり薬を使うことによってもうけるというところを断つために、例えば薬価問題についてもきょうやろうと思つて用意してましたが、私たちは新薬を登録するところの薬価の決定の仕方について民主的な委員会をつくらせてもらおうかと、こんなこともいろいろ今まで提起しているんです。ところが、法案を通してもうらうときには、ああそういうことは検討しますと言ふんです。法案が通つてしまつと、次の法案が出るまでは現状維持で、ほとんどとされてない。そこいらんな問題が出てきていると思ひます。私の持ち時間ありませんので、それらの点については今度こそ、あなたは二十一世紀に向けてといつも胸を張られるんですから、今まで数々現行診療報酬制度なり薬価なり、いろいろな矛盾点について、また国民の健康を守るためにもっとも

つと予防に力を入れる、こういうことについての提起について御検討していただくことをお願いをしまして、私の質問を終わりたいと思ひます。

○塩田啓典君 それでは、まず最初に大蔵省にお尋ねをいたしますが、これは先般七月十二日の新聞の報道で、「所得ごまかし五二九〇億円」、そういう中で、「上位に、常連、開業医」と、こういう記事が載つておりますが、さらに昨年の八月でございまして、国税庁が医療費の不正請求についていろいろ調査をして、そうして二十六億円の不正請求があったという記事があるわけでありまして、こういう記事から見ると、お医者さんというのは非常に悪い人ばかりではないか、こういうような印象も受けるわけですが、この状況について、簡単に結構でございますが、概要を御報告をいただきたいと思ひます。

○政府委員(宮尾一郎君) お答えをいたします。最近、昭和五十八年中に行いました所得税の調査の中で、目立って所得申告漏れのあったというものにつきまして発表をさせていただきました中に、御指摘の医師もございまして、私どもとしては、すべてのお医者様、医師の方が申告が低調であるというふうには考えておりませんけれども、今申し上げました最近の調査結果によりまして、医師の脱税がかなり多いということも率直に言つて事実でございます。

ただ、それについて若干申し上げさせていただきますと、病院とか産婦人科医、外科医などの場合には一件当たりの申告漏れの金額は病院で千四百万円くらい平均でございますが、これは基本としてかなり所得水準が高うございまして、申告漏れ割合から見ますと大体一けた程度の割合になつていて、そういうこともまた一方で事実でございます。私どもとしては基本的には、比較的所得の高額で多額の申告漏れのあることが見込まれるような納税者を重点的に調査をいたしておりますので、こういう点から申し上げまして、医師の方が比較的私どもの調査対象に取り込まれるということとは事実でございますが、私どもとしては、全般

的に申告納税制度の趣旨に基づいてきちんとした適正な申告をしていただくという趣旨から調査を進めておりますので、今後とも的確な対象選定を行ひまして、公平な課税の実現に向けて努力をさせていただきますというふうに思つております。

それから、私どもが一昨年にいたしました開業医についての不正請求の問題がございましたが、いわゆる水増ししないしは架空の診療報酬の請求につきましては、租税特別措置法の二十六条による必要経費の特例の適用が認められませんでした、これについては私どもとしてはかなりの件数につきまして調査を行ひました結果、全体として不正請求の金額二十七億円、一件当たり七百円強の不正請求を把握したということで新聞に申し上げたことがございます。

私どもとしては、今後とも調査の過程におきましても、このような不正請求につきましても、措置法の二十六条の適用の可否という問題もございまして、十分に目を光らせながら調査の充実を努めてまいりたいというふうに考えております。

○塩田啓典君 それで、今の診療報酬の不正請求の件ですね、これは加重算税ですか、いわゆる不正請求による収入に租税特別措置法を利用して、最高七二％の経費を控除して所得申告するのは脱税であるということで、加重算税を取つたとお聞きしているわけですが、その診療報酬のいわゆる不正な請求は返還はされたわけですか。

○政府委員(宮尾一郎君) 私どもとしては、税務調査の結果そのような不正請求の事実を把握し、それを含めて所得税の上で申告漏れになつていた金額につきまして差額を追徴し、もし偽り、その他偽装、隠ぺいの行為があれば、加重算税を課するということでも処置したわけございまして、それがその後どのような形で、つまり診療報酬を返還したかどうかという形につきましては、その後のことにつきましては承知をいたしております。

は省が違ふわけですから、大蔵省が税務調査で知り得た事実を厚生省に伝えるということとは、これはやはりプライバシーの面から言えば非常に口が固くていいとも言えるんですけれども、ただ、私は国家公務員法の中に、たしか国家公務員というものは刑法に触れる行為を見つけた場合にはこれを告発しなければならぬという、こういう趣旨から言えば、ただ税金だけ取ればいいというんじゃないに、当然その不正請求についてはちゃんとやっぱ厚生省に連絡をして支払基金に返還をさせるというのが私は我々国民の常識じゃないかと思ふんです。

そういう点はどうなんでしょうか。

○政府委員(宮尾一郎君) 私どもとしては、現在の調査のやり方は、今申し上げましたように、任意調査という形でいけば納税者の御協力を得ながら納税者との信頼関係のもとに調査するというのを基本にしておりますので、片方で守秘義務の問題もございまして、それらも含めて私どもとしては現状のところ調査した関係につきましている承知をすることもございまして、それにつきまして関係のところにも一々連絡を申し上げるということはいたしておりません。

○国務大臣(竹下登君) 私も正確に承知いたしておりますが、いわゆる相互の信頼関係に立つて納税者の協力を得て税務上の職務を行うという段階には、職務上知り得た秘密に対する守秘義務が働くだらうと私も思ひます。したがって、それは任意の申告の場合はいわゆる刑法に触れるという断定を税務当局がするということとは難しいかもしれませんが、少しこれは塩田先生勉強させてくださいませ。お願いします。

○塩田啓典君 私は、二十六億の不正請求があつても、それは国税当局がキャッチをしてそうしてそれに相応する税金だけは取つちやうって、結局二十六億はそのまゝになつておると、こういうことが非常に理解が苦しいわけでありまして、その点ひとつ御検討いただきたいと思ふんですが、その点もね。

それと、先ほどお話しがありましたように、この申告漏れの割合から見ると、貸金業が五三％ですね。それから多岐の業種がありますね。これが農産物等集荷業というのが六三％、それから高いのから言えば砂利採取業とかいろいろあるわけですが、そういう点から見れば、病院とか産婦人科医、小児科医、外科医というのは全部六％か七％か、パーセントから見ると申告漏れの割合も少ないけれども、金額が大きいから、こういうように新聞の記事になると、医者は全部悪いような気になってしまふ。

しかし、そういうことはまじめな医者にとつては非常に迷惑千万な話で、これは厚生大臣に特によく言っておいてもらいたいと私頼まれたんですが、私の知り合いで、明治生まれの眼科の医者がおります。私もいろいろ教えていただいております。おれですが、健康保険法のNHKの討論会が何か日曜日にあったらしいんですが、そのときの各政党の代表、厚生大臣までが、医者というのはもう患者だと、不正請求するのが常であると、こういうような感じで言われておるといことは非常に心外である、まじめに本当に一生懸命やっている医者がいるわけだし、そういう点はやはり評価してもらいたいと、そういう意見ですよ。

私は、守秘義務もいろいろあるでしょうけれども、やっぱり悪い人ははっきり名前を出す、そして一つのけじめをつけると、そういうふうにならなければ、もう何となく医者が悪いようになってしまう。そういう意味で、僕は今後もっとやっぱり医者に對してもいいことはい、悪いことは悪いとはっきり指導していく、こういう姿勢を持つてもらいたい。そういう姿勢の方がむしろまじめな医者さん、喜ぶんじゃないかと思うんですが、そういう点、どうですか。

○国務大臣(渡部恒三君) 先生の御指摘、これは全く私も同感でございます。

ただ、今お話ありました、私はあらゆる場所で、やはり現在の自由診療、出来高払い制度というものは、基本的にお医者さんを信頼することに

よって、というよりは、お医者さんが自主的に良心を持って診療をしてくれるということで立派に機能を果たす制度でございますから、医師の大部分の皆さんを信じたいという気持ちでいつも発言しております。

しかし、先生御指摘のように、現実にはこうやって国民から見れば許せない不正行為が行われておるのも事実なのでございます。私の親しいあるお医者さんが、私に早く一割負担の健保法を通してくれと言つたので、あなたはどうしてそんなことを言うのかと聞いたら、何か、そうでないといふやうなことも患者から医者はごまかしてあるんじゃないかと思われのがつらくてたまらぬ、一割負担の導入によつて医者はもうごまかしてないんだというのを国民の前ではっきりしたいということをやろうと出ているのでございます。やはり私も監査体制をますます強化しまして、もう断固として悪いものは悪いと摘発していく、そして、まじめな良心的なお医者さんが立派に治療して、立派に生計を営んでいけるような経済的な面での政策というものも考えていかなければならな

いと思つております。

○塩田啓典君 そのいう点で、今回の場合でも診療報酬の四一％が水増しであるとか、ちょっとひどいと思つたし、そういう人なんかはやっぱりと名前を発表するとか、こういう点、ひとつ今後御努力をいただきたいと思つた。

そこで、次に、医師が非常に過剰であるということ、過剰というのか、いわゆる十万人当たり百五十という線がもう達成できたので、医学部の定員を減らしてはどうか、こういうようなお話が一部にはあるわけですが、しかし我々の実感としては、まだまだ無医村、無医地区もたくさんございまして、保健所とかあるいは一部の公的病院等、非常に医者は不足しているように思つております。これは厚生省と、やはり文部省にお尋ねいたします。

○国務大臣(渡部恒三君) 私ども、当初、十万人

当たり医師百五十名、歯科医師五十名というものがおむね適正規模だろうということで、それらの医師、歯科医師の養成を文部省にお願いしたわけですが、先生御指摘のように、今ではほぼそれらの目標は達成しつつある状態にあります。

しかし、それならば医師は過剰になったのか、こう考えますと、まだまだ僻地、山村、漁村、離島など、お医者さんがいないという声が強いのではあります。また、私どもがやっております保健所業務でも、保健所の所長はお医者さんでなければならぬのですが、それが足りない、兼任になっておるといふような状態もありまして、やはり高齢化がどんどんこれから進んでまいりますと、若い人に比べてお年寄りの方は四倍お医者さんにかかるわけですし、また、医療内容というの也非常に変化しておりますから、今回私も検討委員会をつくりましたのは、単に医師は過剰になるといふ前提でなくて、十万人当たり百五十人と考えた当時から非常に変化してあるので、この数が適正かどうかということを含めて、将来にわたつての医師の適正数はどのぐらいなものだろう、また、そのためには文部省にどういうことをお願いしなければならぬかということ、これから検討をしてまいりたいと思つた。

○説明員(齋藤淳君) 文部省といたしましては、厚生省の医師の将来を見通した適正な数、水準等の検討を待つてこの問題は考えていきたい、こう考えているわけでありまして、もちろん地域医療の問題もありますし、それから私も医療科大学を預かつておる立場から言ひまして、基礎医学の先生におお他の学部の卒業生が入つてくる、こういうような状況がございまして、全体として見ればなおこの問題は非常にいろいろな背景があるのではないかと、このように考えております。

なお、それとは別に一部の大学では、例えば大学の附属病院が六百床ありますが入学定員を百二十名にしている、そういうことで、もちろん基

準には合っているわけではありますけれども、十分な診療教育をできない、そういう立場から、一部そういう教育条件を少しでもよくするためにというところで、入学定員の百二十名の若干名を減らせることがあるかどうか、そういうことを検討している大学も事実ございまして、基本的には全体の数というもののついでの見直しというものを踏まえて検討していきたい、こういうように考えている次第でございます。

○塩田啓典君 最後によつと大蔵大臣と厚生大臣に。

今まで何回も議論になりましたけれども、領収書の発行の件ですね。大体お金を払えば領収書を出すというのは社会の常識でありまして、しかも医療費の税金の控除のためにはこれは必要なので、こういうことはちゃんと守られないのかどうか、こういうこともきちんとしていくことが僕は非常に大事じゃないかと思うんですけれども、こういう点はどうなんですか。厚生省としてはそういう指導をちゃんとして、ほとんど実施されるようになってきているのか、その点はどうでしょうか。

○国務大臣(渡部恒三君) もうこれも先生御指摘のとおりでございます。私もこの役所をお預かりしたときに、一番先に関係の者を呼んでたまたところなのでございますが、現在でも、これは領収書を出すのが当然なのでございますが、現実には患者が請求しないと出さないと、患者が請求すればいいんですが、実際は私も話してみますと、やっぱり腹が痛かったり体がぐあい悪かったり苦しくてお世話になるわけですから、そこでなかなか領収書を出してくれというように言ひにくいという点、今一回一割負担というものを導入させていただきますれば、これはもう自然に患者はどれだけの医療費がかかったかということが一目瞭然にわかるシステムになるわけでございます。

○政府委員(富尾一郎君) 税務上では、医療費控除の場合に、通常医師の発行した領収書が医療費を支払った証明として必要でございますが、基本的に領収書を出すかどうかという問題につきましては、いわばお医者さんと患者さんとの間の関係ということで、私どもとして直接領収書を出せとかどうか言うことはやっております。

○塩田啓典君 それから次に、医薬分業の問題につきましても二、三お尋ねいたします。

これは、厚生省の二十一世紀のビジョンでも、そういう方向に行くという、私たちも、ダブルチェックという意味からもやっぱり医薬分業を推進すべきだと思いますが、この現状を御説明願います。

それから、薬事法に基づく薬事監視員というのが、これが各薬局等を訪問しておるわけでありますが、薬局の方は回るけれども病院の中にある薬局、そういう点には余り行っていない、公平に行ってもらいたい、こういう意見があります。が、私はぜひそうしてもらいたいと思っております。

それと、この薬事監視員が薬を、収去という言葉があるそうですが、ある選ばれた薬を薬局から持って帰ってそれぞれ検査をして、それぞれの規格に合っているかどうかというのを検査をするようでありまして、その検査データというものが、薬は黙って持っていくけれども全然報告がない、その薬がよくなったのか悪くなったのか、また、同じ薬でも、その有効成分が果たして一〇〇%あったのか五〇%あったのか、そういうようなデータもわかれば、薬局として、薬剤師として、やはり今後薬を選択する場合の参考にもなるし、そういうものをぜひデータを教えてもらいたい、こういう意見があります。私も、せっかく検査をするわけですから、そういうデータはやはりできるだけ公表すべきではないか、それについてはどうか。

それと、薬剤師の資質向上、そういう点から医学部、歯学部と同じように薬学部を六年制にしてほしいという、もちろん反対の意見もあるよう

であります。そういうような意見が大半のようでありまして、そういう問題についてはどのような検討されているのか、これをお伺いいたします。

○政府委員(正木警署) まず、医薬分業につきましては、これはかねてからの大きな課題でございますが、やはり医師と薬剤師がそれぞれの専門機能を生かして国民医療の質の向上を図るということで推進を図っておるわけでございます。

現状についてはどうだということをお尋ねでございますが、昭和四十九年度を一つの契機といたしまして、当時と比べますと処方せん枚数が極端に低減したということもございまして、当時と比べますと十二倍近くございまして、全国的に見ますとまだ不徹底でございます。かなり低い水準にございます。ところが、医薬分業につきましては地域によって非常に差がございまして。例えば、長野県の上田地区とか広島県の因島地区といったところは非常に分業が進んでおる。一方、お

くれておるところについての推進を図る面から、そういった面でのケーススタディー的な推進も今後図っていくかなければならないというふうに思っております。

それから第二点の薬事監視員でございますが、薬事監視員は、御案内のように医薬品等の品質の不良なもの、表示の不正等を取り締まるために国と都道府県に置かれておりまして、現在二千七百名ほどございます。

先生の今御指摘でございますが、薬局等については徹底が図られているけれども、病院、診療所についての院内薬局については不十分じゃないかという御指摘もございました。しかし、一般に薬局の方が一般の大衆の方々と相手にするという点で、その力点を置く場合が多いということも事実でございますが、要はこの薬事監視というものは医薬品を扱うものについて構造、設備に不備があ

つちいかぬし、あるいはまた不良な医薬品が使われるということがあってはならないということ、その辺は私どもとしては公平といえますか、均一と申しますか、必要なところには必要な監視を徹底していくということで、今後も十分やってまいりたいと思っております。

それから、薬事監視を行います場合に、薬局等に参りまして当該物件の収去をしてそれで検査をするわけでございますが、その検査の結果、不良なものがあったといえますと、これは製造段階であつたとすれば製造の方にチェックをいたしますし、それそれ適切な措置をとるわけでございます。この監視結果のデータを明らかにすることがいいんじゃないかというお話でございます。やはり薬というものは有効で安全性というものを確保していくということなんで、そういった検査の結果、有効性、安全性の確保に反映するような努力というものをやっていかないといかぬ。しかし、それはすべてやったものについて全部公表するの

かどうかということになりますとなかなか難しい面もございまして、その辺はやはりこの薬事監視の本旨に沿ひまして、先生の御趣意を生かすように私ども努めてまいりたいと思っております。

それから最後に、薬剤師の資格問題についての御意見がございました。これは、薬剤師につきましては、やはり今日医療薬学といえますか、そういった面で、臨床面で薬剤師の果たす役割というものもどんどんふえてきております。そういった面でも薬剤師の質の向上というものが叫ばれておりまして、そこで先生のお話のように六年制にしたかどうかと云うような御意見もありません。

また、日本薬剤師会は一挙に大学六年制というところと云うことで、大学四年プラス修士二年の受験資格を持ったかどうかという御意見もござい

ます。これにつきましましては学校教育のあり方とか、受け入れ態勢とか、いろんな点で文部省とも十分相談していかなければならないわけでございますが、いずれにしても、今日の意味で薬剤師の質の向上というものが非常に叫ばれておる、そういった面

につきましても、私も関係省とも十分相談をしながら検討を進めてまいりたいというふうに思っております。

○塩田啓典君 それでは、医薬分業についてもひとつ積極的に一歩一歩前進をしていただきたいことを強く要望いたします。

次に、今回の健康保険法の改正において一つの大きな改正点は、いわゆる退職者医療制度でございますが、この対象者は国保の中において本人が二百二十九万七千人、家族が百七十六万五千人、合計四百六十六万二千人と聞いておりますが、この対象者の数をどうやって把握したのか。また、これから年々会社を退職して国保に入ってくる方がいらっしゃるわけでありまして、これは申請主義のことでありまして、なかなか申請主義な人というのは徹底しないんじゃないかと思うのですが、こういう数の把握をどうしていくのか。

それと、国保全体として今回の退職者医療制度導入によりまして負担緩和はどの程度であるのか、またその計算の根拠はどういう理由でそうなるのか。これをお伺いいたします。

○政府委員(吉村仁君) 退職者医療制度の創設により新制度に移行する退職者の数は、先生御指摘のように四百万でございます。これは私も各被用者保険の制度の中で年金受給者は何人おるかというのを調べてみて、そのリストアップに基づいて計算をした数字でございます。したがって、今後年金受給者が新たに発生すればそのリストを関係市町村に配付することによりまして漏れないようにしていくということでございます。

それから第二点の、退職者医療制度の創設によって保険料の負担がどれだけ減るかということでございますが、私も保険料の負担は五十九年度七月実施のベースで千七百七十七億円の減少というように積算をしております。これは退職者制度に移行する四百万人の医療費をまず推算をいたしまして、それに保険料負担率というものを乗じまして算出した数字でございます。

昭和五十九年八月三日 【参議院】

○塩田啓典君 私には九百九十億と聞いておったわけですが、これは千七百七十七億で間違いございませんでしょうか。これはほかのやつが入っておるんじゃないですか。

○政府委員(吉村仁君) 千七百七十七億の中には退職者の該当する保険料というのがございまして、それが七百八十一億円でございまして、保険料の負担千七百七十七億から七百八十一億円を引きますと先生御指摘のような九百幾らの数字になります。

○塩田啓典君 だから私が言ったのは、退職者医療制度が実施になって国保からの給付というかそういうものが少なくなる金額は九百九十億と理解していいわけですね。

そうしますと、一方国庫補助方式が今回変更になったわけですが、これはもう今さら言うまでもございせんが、今までは医療費ベースの四五%から給付費ベースの二分の一、五〇%、実質は三八・五%と国からの国庫の補助は低下するわけですが、その額はどの程度になりますか。

○政府委員(吉村仁君) 千七百四十五億円でございまして、五十九年度七月実施ベースで計算をいたしております。

○塩田啓典君 そうしますと、今回の改正によりまして、国保全体として退職者医療制度による負担の軽減よりも国からの補助が減るといふ方が大きいわけでありまして、そういう点が国保財政をより厳しくするわけでありまして、この差額について政府の案ではいろいろ、医療費の適正化とか薬価、診療報酬改定等によって捻出をしてこれを埋める、したがって、今回の国の助成率を低下することによって保険料の値上げ等につながるおそれはないのかどうか、この点をお伺いいたします。

○政府委員(吉村仁君) 数字は先生御指摘のとおりでございますが、私どもは、今回、医療費の適正化あるいは薬価基準の引き下げというようなことをいろいろ考えておるわけでございまして、そ

の結果保険料も減ることになっております。したがって、総体として私ども国民健康保険が五十九年度に負担すべき保険料に増減はない、保険料がふえるようなことはないというように推算をしておるわけでございまして。

○塩田啓典君 医療費の適正化で千八百二十四億円です、このように削減する。そのうちには薬価、診療報酬改定が七百六十六億円含まれておるようではあります、これは本当にできるんですか。自信はありますか。こういう帳じり合わせにしておいて、それがうまくいかなかったら、残ったのは国庫の補助を切ることだけという、こういう結果だけ残るんじゃないか。この点どうですか。本当にやってくれますか。

○政府委員(吉村仁君) 今先生が挙げられました数字は、全医療保険の数字でございまして、国保関係だけで申し上げますと、医療費の適正化で三百四十五億、薬価基準の引き下げ等で四百三十八億というような数字になっております。

問題は、今先生御指摘のように、本当にうまくいくのかいなと、こういう御心配でございまして、私どもも心配しながらひとつ最大の努力をして、私どもが計画しておるような姿に落ちつくように最大の努力をするつもりでございまして。

〔委員長退席、社会労働委員会理事遠藤政夫君着席〕

○塩田啓典君 先ほど大蔵省が国税庁の調査でも二十六億円と、一番悪いのを選んでやってそれぐらいですから。しかし、それをやっていただかないと、ここにその資料を出して、法案を通すために国会にそういう間違った資料を出したことになりますから、この点はぜひひとつ厚生大臣は責任を持ってやっていただきたいと思っております。

それから、国保の皆さんが一番心配しているのは、いわゆる退職者医療制度による恩恵を受けるのと、国からの助成が減る分と、その点において、余り、退職者医療制度に適用するようない人が少ない田舎の町村等では、財政のアンバランスを

非常に心配をしておるわけでありまして、そういう点は、財政調整交付金五%を一〇%に上げてそれで調整をとるといふお話ですけれども、それで十分にできるのかどうか。その点はどうでしょうか。

○政府委員(吉村仁君) 御指摘のような、退職者の数が市町村間でアンバランスがあることは事実でございまして。そこでそのアンバランスは、財政調整交付金の枠をふやしましたことにより十分財政調整の穴を上げていきたいと、こういうことでございまして、私ども、一〇%の財政調整交付金の配分について十分留意をいくつもりでございまして。

○塩田啓典君 それと、これはいわゆる拠出金を出す健保とか共済のサイドの意見であります、政府の今回の資料では、法案が予定どおり施行された場合は三千六百十五億の拠出金を出す、これは保険料率では五・七パーミルである。それで、政管健保が幾ら、組合が幾ら、共済、船員保険が幾らと、こういうような資料があるわけでありまして、この金額がどんなに伸びていくと、三十年後にはこれは千分の九・八にならざるを得ない、そういうように、拠出額が無限にふえていくことに非常に心配をしておるわけですから、こういう点の歯どめをどう考えているのか。

この拠出金というのはどういう計算で決めるんですか。全部一律に、医療費ベースでいくとか、加入者ベースでいくとか、そういうのはどうなるんですか、この計算は。

○政府委員(吉村仁君) まず、退職者医療に要する医療費、医療給付費を出しまして、それを被用者保険の標準報酬の総額でもって割るわけでございます。そうすると、今、五十九年度では五・七パーミル、千分の五・七という数字が出るわけでございます。そして、その千分の五・七という数値を組合健康保険にも掛けるし、政府管掌健康保険にも乗ずるということでそれぞれの拠出額が決まってくる、こういう計算方法を考えておるわけでございまして、私ども将来の退職者医療の給付費が

ふえていくことをやはり前提として物事を考えざるを得ませんが、一つは医療費適正化対策を強力に推進をするということと、それからまた、拠出者側の意向を十分反映をしていく、こういうことでコントロールをかけていく等いろいろな手法を講じていきたいと思っております。

三十年後九・八パーミルの数値になるわけでありまして、五・七から始まって三十年間で九・八、まあ一%を割るような数値でございまして、それほど大きな負担にはならないんではないかというように現在のところでは考えておる次第でございまして。

○塩田啓典君 ちょっと先ほどの返りですが、いわゆる各市町村の財政調整ですけれども、受診率とかそれから一人当たりの療養費の費用ですね、これは私は広島県に住んでおりますので広島データの例を見まして、例えば一人当たりの療養費費用額の状況、一番安いところは九万七千二百一十一円、一番高いところは二十三万三千五百八十八円と、このように非常に差があるわけですね。それから保険料にいたしまして、一番安いところは一万五千三百九十円、一番高いところは五万二千九百六十六円と、こういうように、これは広島県下だけのばらつきですけれども、全国において非常にばらつきがあるわけ、そういう意味で、同の助成についてもただ財政状況だけではないに、ある程度、例えば基準財政需要額というものを交付金のときに出しますね。だからある程度やっぱ、農村で年寄りが多いところは当然医療費も高いわけですね。また一方、非常にいろんな努力をして保健事業をやっておるといふようなところもあるわけで、私はそういう一生懸命努力をしている点も評価をすべきである。

そういう点で、ある程度基準財政需要額みたいな医療需要額というものを算定をして、そして保険料との差額を、保険料が極度に低い市町村もあるし、高い市町村もある。そういうような点から見て、今私が言ったようなそういう考え方はないんですか。

○政府委員(吉村仁君) 財政調整交付金の配分の基準でござりますが、やはり基本は、医療費と所得というものを基本に置くことは、これはどうしてもやむを得ないと思ひます。しかし、今先生御指摘のような、各市町村ごとの健康管理、あるいは保健施設等への努力の仕方、あるいは医療機関の状態等を勘案して、財政調整に少し弾力性を持たしてはどうかという御意見だと思ひますが、私もその線ではひとつ検討をさせていただきますと思ひます。

○塩田啓典君 それから、健康保険サイドとして一番心配しているのは、国保としてもっと経営努力に頑張ってもらいたい。そういうことを余りしないので、また、そういうことに国保の関係者もタッチしないで、ただ国保のツケだけを回されては困ると、こういうような意見が強いわけですから、いろいろあると思うんですが、その一つは保険料の収納率ですね、これが非常に悪い。我が広島県においても、田舎の町村はもう一〇〇%ですけれども、大きな都市が非常によくない。一番悪いところは八七とか。私の住んでいる広島市は八九・一四で非常に悪いわけですが、こういう点。まあ場所によっては町内会に委託をするとか、こういうようなこともやって収納率を上げていく場合もあると思うんですが、これは、これは低所得者にはいろいろ保険料を免除したり、そういうような制度もあるわけですから、ともかく払うべき人はちゃんと払ってもらわないと、こういうのは全部ほかの人の負担になっているわけですね、もうちょっとこのあたりは収納率アップの努力が私は強く要請されるんじゃないか。そういう努力もしないで、ただ健康保険からもらおうというのではこれはいけないと思うんですが、そういう点は厚生省としてはどういう努力をする決意なのか、これを伺っておきます。

○政府委員(吉村仁君) 国民健康保険も社会保険である以上相互扶助の理念で運営される面があることは事実でございまして、その限りにおきまして、先生御指摘のように収納率を上げていくというところは、これは目下の急務でございまして、私も、今年度収納率向上特別対策というものを実施することにはいたしております。

三年間で、収納率の低い市町村におきましては低下原因の分析をし、収納率向上計画を策定していく、こういう努力を続けてもらうようにいたしております。そのために私も、その収納率向上対策に必要な事務的な経費も若干助成をして、ひとつ市町村の方に対する行政指導を強化していきたい、こういうことで進んでおります。

○塩田啓典君 ひとつ厚生大臣、この法案においていふ、国保の国の助成を減らす、あるいは退職者医療制度を導入する、そういう陰にはいろいろやらなければならない問題がやっぱりあると思うんですね。今の収納率を上げるということも問題であると思ひますし、また、医療の適正化問題ですね、これもやはりちゃんとやる。しかしこれはなかなか、今まで言うはやすく行われなかったこととございまして、私はもう今までと同じ気持ちではなしに、本当に衆知を集めて一つ一つの問題を解決するように、厚生大臣先頭に立って頑張ってもらいたい、このことを要望します。

そのお答えをいただくこと、最後にもう一つ、これは先般の老人保健法でございまして、老人保健法において、その施行におけるいわゆる拠出金ですね、拠出金が法律の本文においては医療費按分率と加入者按分率は本来二分の一と、こうなっておりますが、五十八年度においては加入者按分率は四七・二%、それから五十九年度は四五・一%、こういうようにこの間、三月の初めに決定をされたようであります。これは折半原則からさらに遊離をしておる、法律の本旨から離れた方向に行っているんじゃないか、こういうような意見が強いわけでありまして、それに對してどう考えるのか、五〇%に早くいくべきではないか。これに對するお答えをいただいて質問を終わります。

○政府委員(水田努君) お答え申し上げます。老人保健法が参議院で成立いたしますときに、いわゆる附則四条、五条というものが修正でつきまして、健康保険組合の負担増が急激にならないようにという修正がなされておりました。その附則の経過規定に基づきまして老人保健審議会にお諮りして先生の御指摘のとおり五十八年、五十九年の加入者按分率を決めたわけでございますが、御指摘のとおり、按分率が下がってまいっておりますことに對しまして、国民健康保険の関係者が非常に批判的な意見を強く持っておられるわけでございます。本来制度の創設の趣旨から離れていっているのではないかと批判が最近強くなされておるわけでございますので、附則四条で、この算定方法は六十一年度を目途に見直すというところになっておりますので、本年の四月から老人保健審議会でも少し前広に、総合的に、この問題の扱いというものを検討してみようということとして、既に検討を開始していただいておりますので、私もその結論を待って、六十一年度の拠出金の算定方法の見直しに取り組んでまいりたいと、このように考えておる次第でございます。

○國務大臣(渡部恒三君) 先生御指摘の収納率の向上、医療費の適正化を推進して国保財政を安定していかなければならないということ、全く同感でございます。

私も、今回長い間の懸案であった思い切った抜本改正をお願いするということは、二十一世紀の安定した医療制度というのに向かつて総合的な国民の健康を守っていく施策を講じていく、その中の一つとして保険制度の安定ということもあるわけでございます。それから、総合的な健康づくりという中で医療費の適正化、収納率の向上に努めてまいりたいと思ひます。

○塩田啓典君 終わります。

○神谷信之助君 まず、厚生大臣に聞きますが、この春に保険局長及び国保課長通知で五十九年度の各市町村の国保財政の予算編成について厚生省は指導をなさいました。その指導によりまして、臨時財政調整交付金は廃止をする、軽減費交付金は十分の十を十分の八に削る、市町村独自の乗せによる受診伸びなどの波及増加分は自分で賄え等々の指示をなさっているわけですね。そして、国庫支出金とか都道府県の補助金、一般会計からの繰入金以外は保険料で賄えということをおっしゃっています。そのために多くの市町村でこの春に国保税の引き上げといひますか、国保料の引き上げ、これがずっと出ているのですけれども、その状況は把握をなさっておりますか。

○政府委員(吉村仁君) 市町村国保の保険料は、通常六月の議会で決定されるものでございまして、現時点で私も、まだその詳細な状況は把握していません。

例年でまいりますと、十月時点で私も調査をすることといたしておりますが、ことしも十月に調査を実施したいと考えております。

○神谷信之助君 これは、まだ今法案を国会で審議している最中ですね。国庫補助がどういう状況になっているのかもまだわからぬ状況で、法案の成立を前提にして改正法案成立に関連した留意事項というのを別添でつけて、そして国庫補助はこれだけ減りますよ、それから軽減費交付金は八割にしますよと、これらを留意してことしの予算を組め、こうなっているんです。だから、削る方は全部ちゃんと留意しないといふ、それで国保財政にプラスになるとおっしゃっている、本当にプラスになるかどうかは別にして、医療費の適正化なり薬価の適正化なり、あるいは退職者医療制度の創設に伴う方は、これは改めて法が成立したらお知らせをします、それについてはどうしなさいといふことはいい。減る方だけ減らすんですよ。だから、ことしの各市町村の国保税率の引き上げといふのがあちこちで起こっているといふのが多いですね。

一、二の例を挙げますと、例えば奈良県の河合町は、三月議会で国保税を二六%上げています。大分市は、四月に市民に對してアンケートをしたら、その中で今一番負担に感じていることは何かといったら、高い国保税というのがトップです。

そういう状況の中で、六月の市議会では国保税は初め二四・一％の値上げ計画を出された。それが提案の段階で一四・九％になって、そして最終的には議会で修正可決されて一二・五八％になっています。それから水俣市の患者の水俣市ですね、これは六月議会で提案は二七・六％のアップです。それが市議会の議論の中で修正されて一八％になっています。修正されたわけですね。この大分の場合も水俣の場合も、あるいはそのほかの市町村たくさんあるんですが、提案されたのが大体二四・五％アップ、そして修正されたところは大体一四・五％ぐらい修正されています。修正されたのはなぜかという、医療費の見込み額を過大に見積もっているんですね。これが議会ですと議論されて、去年なりおとしなりからの伸び率はどうかというところで議論をされて、これは実際に合わぬではないかということで修正されているんです。

まさに先ほど言いました厚生省の市町村に対する、国保財政の予算編成に対する指導が、減る方は減るぞ、だからそれに留意した予算を組みなさい、しかし、片一方医療費の適正化等々で国保財政にとってプラスになる療養費の方は計算に入れない、だから療養費は大幅に見込んでしまった、こういう状況になっているんですがね。

これはまさに、何といいますが、法案成立以前に法案の中身を一部先取りをし、しかも、この法案が成立しても国保税は全体としては上がりませんよと言いがら、実は先に加算する分を先取りしておいて、そして、実際に実施に移したときにはこのプラス面がありますから、改めて国保税のアップをしなくてもいいという状態をつくっているというようにしか考えられないんですが、この点はいかがですか。

○国務大臣(渡部恒三君) 私もときどき国に帰ります、先生と同じようにあちこちで国保税が上がつてその負担が大変だというように、多くを親しい人から聞く場合もございます。

〔委員長代理遠藤政夫君退席 社会労働委

員会理事佐々木満君着席〕

ただ、国保の財政は市町村によっていろいろ異なりまして、また最近、そういう苦情ばかりかと思っております。国保税が下がったことによって喜んでおられるところもございまして。財政事情によつてそれぞれの地域で異なるわけでありまして、ただ厚生省として、予算編成方針、これは、まだこの法律通してはただけませんが、私ども政府の立場としてはこれは通していただきたいというところでございまして、そういう考え方をやはり保険所管庁としてそれぞれの市町村に、今年はいくつかこういうふうになりますよと、そういう前提でいろいろ政策を考えてもらいたいというふうな指導といえますか、何といいますが、そういうことはやはりする必要があり、責任があるもので、今年度の方針というものをそれぞれの市町村に御連絡を申し上げ、あるいは御相談を申し上げたのだと思います。

○神谷信之助君 医療費をどういうように推定をするかというの、この予算編成についての通知の中にちゃんとこういうふうに計算をしないといふやつの指示をしています。しかもその中では、市町村が行う予算編成に当たっては予算原案段階で必ず内示させ指導すること、だから都道府県の民生部長に指導をすることを指示している。だから、医療費を實際の見込みよりも大幅に見るといふのは、これは厚生省の見込み推計に基づいてやり、そしてそれを県がちゃんと目を光らして原案段階で目を通す。だから、そつちの方をふくらましなが片一方では減らすんですから、国保料の値上げにならざるを得ないところがたくさん出てきているということですね。

私はここに一つ大きな問題点があると思うんですが、自治省の方は、こうした厚生省の指導について相談を受けているのかどうか、あるいはオーケーをしているのかどうか、この辺についてはどうですか。

○政府委員(土田栄作君) お答え申し上げます。

厚生省におきましては、毎年度国民健康保険の保険者の予算編成につきまして、都道府県が指導に当たつて留意すべき事項等について通知しているところとございまして、これは所管省の責任におきましてなされているものでございまして、私どもとしては事前の相談を受けているわけではないわけでございます。

ただ、去る五月十五日の参議院の地方行政委員会での御指摘もございましたので、私どもとしてはその後厚生省に問い合わせまして、今回の改正につきましても、御案内のように軽減費交付金ににつきましては二割カットする、ただその二割というのにはカットしつ放しではなくて、普通交付金の方に加えることも検討するというふうなお話をいただいておりますので、私どもとしてはそのことにつきましてもさらに詳細なる説明を受けませんと、現時点では判断できないという状況でございます。

○神谷信之助君 そこの問題点だと思うんですが、今自治省から答弁がありましたが、軽減費交付金の削減の問題ですね、これは私は参議院の地方行政委員会でも自治省及び厚生省にも追及した問題なわけですね。これは政令、省令改正をしなければならぬわけですね、しかもそれは厚生省一存ではできない問題だ。当時の自治省の津田審議官はこの問題について、これは国民健康保険制度の土台にかかわる問題で、自治省としてはそう簡単によろしいと言ひわけにいきません、だから厚生省から相談があればそういう立場に立つて議論をいたしますと、こういう答弁しておるわけですね。ところが、現実には市町村の国保財政の予算編成ではそれは八割で計算しないと、こうなっている。これは一体どういふことなんだ。

厚生省は、省令改正に当たっては自治省と協議をしなければならぬのに、しかもその自治省は、厚生省の役人のお前でも私の質問に答えて、そういうふうに皆保険制度の根幹にかかわる重大な問題

だと、そういう理解をしているという答弁までしているのに、既にもうそういうことが行われている。やってしまった後でどうするんですか。自治省はいや応なしに厚生省の主張を聞かざるならぬ、こういうことになるのですか。

○政府委員(土田栄作君) 厚生省からもお答えがあると思いますが、私の方の考え方としては、厚生省だけでございまして、各省庁におきましては地方公共団体の予算編成等の行政運営ができるだけ円滑に推進できますように、早い段階から情報提供の意味を含めて独自の判断によつて通知を出しておられるところであらうというふうに思います。これらの通知につきましては、すべて自治省に事前に御相談をいただくというところまでは必要ないと思ひますけれども、根幹的な制度の改正でございますとか、それから国の重要な施策の展開とか、それから、さらに国庫補助負担金の整理合理化に当たりましてはあらかじめ自治省に十分事前に御連絡をいただくということが必要であらうかと思ひます。

今回の改正につきましては、実は法案の御審議をいただきました内容自体というものは固まっておりますと思ひますし、それから、それを受けまして政省令を決めるということになると思ひますので、具体的な内容が固まるのはもっと後になると思ひますが、その時点におきまして私どもとしても十分に協議に応じ、地方財政の運営に支障がないように配慮してまいりたい、このように存じております。

○神谷信之助君 この制度は、法律で認めた保険料の軽減について国が十割責任を持つ、こういうものですね。だから、保険料を払えないようなそういう生活困窮者に対して国が責任を持ち、だれもがこの保険制度の利益を受けることができる、こういうためにやられているわけですね。したがって、現在でも物すごく低い水準ですね。年所得二十六万円以下で六割の軽減、四人家族の年所得八十三万円以下で四割というものが現在の状況ですよ。これは実情に合わない、実際の市町村が住民と接

している状況では、だから、各市町村では、この法定減額以外に申請減額というものをやっている。そういうことではいろいろカバリーをしているわけですね。

だから京都市でも、所得減少世帯減額、それから倒産世帯減額、被爆者減額などつくってやっているんですが、そのほか宝塚市の場合ですと、今度は生活保護基準以下の場合は一〇〇％減、あるいは生活保護基準の一・二倍以下のところは七〇％とか、一・三倍のところは五〇％の減、半分にしてやるのかというようにして、生活に困難な人たちでもこの保険制度を遠慮なしに利用ができるようにするということをきめ細かくやっていると思うんです。こういう上乗せがやられているんです。ところが、これを十割を八割にしてしまつと、こうなりますから、国保財政の厳しいところはの上乗せも、これは自前でやっているわけですから、今度考えなきゃならぬという問題が起こるわけでしょう。

〔委員長代理佐々木満君退席、委員長着席〕だから、本当に生活に困っている人たちが、国民の連帯といいますが、それと国の社会保障制度を完備していくという政策とが相まって、自由に医療を受けられるという、そういうのが制限されていくわけだ、困難になっていく。これは国民皆保険制度そのものをぶ壊していくんです。だから、軽減費交付金というのを十割を八割にするというのは非常に重大な改悪になる、保険制度そのものを、皆保険制度そのものをぶ壊すことになる。

これは自治省自身もそういう見解をこの間、五月十五日ですか、参議院の地方行政委員会でも言っている。事はどさうに重要なものだけれども、厚生大臣の認識はほかなものかということをやまずお聞きしたいと思ひます。

○政府委員(吉村仁君) 私ども軽減費交付金の補助につきましても、総額を減らすというようなことは考えておられないわけでありまして、十分の八は、軽減をしたところはした中身に従って配賦を

いたします、それからあと十分の二については、その市町村の財政力に応じて配分をいたしますと、いわば配分の率そのものに変更を加えたわけでありまして、したがって総額は変わらない。また、軽減基準につきましても緩和をしよう、こういうふうに考えておるわけでございます。例えば二十四万円を今度二十六万円にする、こういうようなことでございます。

なお、この交付金につきましては省令で定めるものでございまして、省令をつくる段階においては当然自治省と協議をするつもりでございます。

○神谷信之助君 それが大体ごまかしなんです。ね。退職者医療制度を創設することによってアンバランスができる。したがって、それを穴埋めをするために財調交付金を使います。財調交付金を使うんだけれども、その中で使っている軽減費交付金が年々ふえてきて、四分の一程度になつてきた。これはふえてきたんでは困るから、配るのに足らぬから、ばらつきが大きくなりますからね、農村、市町村の場合と企業城下町ではうんと違つてきますから、だからそのための財源をつくるために二割カットして、こつちへ持つてくる。しかし財源調整資金全体の枠というのは変わらない。あるいは国庫補助全体としては減つてくるんです。あるいは穴埋めをせなきゃならぬ、こうなつてくるんですからね。入れ物は変わらぬけれども要するものはふえる、だからこつちへきますよ、こう言う。だから軽減費交付金の配分を結局二割分は一般の方に使いますよと言っているけれども、全体としてそれが足りないという状況だということをおぼろげに指摘しておきたいと思ひます。

そこで、国保税が年々どんどん上がつてきているんですよ。厚生省の資料をいただきましたが、五十三年度の保険料税額、これが五十七年度と比べてみますと、全体として一・五三倍になっています。ところが、これはもう大臣も御承知のように、市町村個別にそれぞれが違ひまして、そ

のアップ率というのは違ひますね。だから、例えば岡山市の場合ですと、五十年と五十八年度の間に、八年間で三・〇六倍になっています。それから前橋市の場合で十年間で約五倍になっています。そうするとどういう状況が起こっているかという、収納率も五十年度は九四・六％だったのが五十六年は九〇・一四％に下がります。だから、国保税が上がつてくることによって収納率が下がつてきている。これは全国的にもそういう状況で、五十三年度は九四・九％が五十七年度は九三・六％に下がつてきていますね。

現実には一体それがどんな状況になっているかを見ると、前橋市の五十八年度の「所得階層別加入者調」というのを見ますと、国保加入者の中の所得のない者というのが二六・四三％、それと二十二万円以下というのが二九・四七％という状況です。さらに二十二万円から七十万円の所得の人、これが一一・二八％、これら合算しますと全部で四〇・七五％。だから、国保の加入者の四割近い人がそういう低所得者で占められている。こういう状況で、そこへ国保税がどんどん上がつていくわけですから、片一方では減額の基準をつくつて救済をしてみても、収納率全体としては下がつていく、こういう状況が現に起こっているというものが私は特徴だというふうに思ひます。

それで、これで収納率が悪いと、大臣も御承知のようにペナルティーがかかりますね。財調交付金が減らされているわけでしょう。九〇％以下になると一〇％カットになってきますし、こういうカットがされる。これで沖繩の場合を見ますと、そうやってカットされるものですから、例えば那覇市で五十七年度が八三・五％ですね。基地の町で失業者が多いという問題もある。そういう状況の中でどうなりますから、調整交付金は一〇％カットされて、結局ペナルティーとして年間六千七百から七千万円ぐらゐ減額されている。だから、那覇市の財政も苦しい中から五十九年度は五億一千万円国保財政に繰り入れざるを得ない、こういう状況が起こっています。先ほども答弁あり

ましたけれども、したがってそういうところはもつと収納率を上げなさいと、こうなりますね。そして収納率を上げるためにいろんな手が打たれる。

そういう中で、沖繩県の十市では、国保税の滞納者に対して保険証を交付していない。保険証を渡さない。それで、誓約書を書かせて、有効期限つきの国保の加入証明書を渡す。だから、滞納額が多い人は一カ月更新だし、比較的滞納額の少ない人は六カ月ぐらゐの更新、こういうことになるわけですね。これが名護市も沖繩市も具志川市も、ずつと全部そういう誓約書を書かせて証明書を出す。その証明書は期限つきだ。だから、どうしても医者にかからなければならぬという家族を抱えたり、本人の場合、ただ頭を下げていろいろ苦しい状態を訴えて、そしてまた誓約書を書いて交付をしてもらふ、こういう状況が起こっているんですよ。

これは好ましい状況でしようかね。大臣、いかがですか。

○国務大臣(渡部恒三君) 先生御指摘のように、時代が非常に変化してまいりまして、地方の農村などでも健保の方に所得の高い人がどんどんどんどん移つていくということ、国保財政が苦しい情勢になつておることは、私も頭を痛めておるところでございます。そのために、将来構想として保険制度の一元化というような議論も起こつてくるわけでございますが、現在確かに先生御指摘のように、苦しいから保険税を上げる、保険税を上げると収納率が悪くなつてくるというふうな情勢も、それはそれぞれの市町村によつて違ひますけれども、そういうことのあることもたびたび耳にするのであります。

そこで、先ほども収納率を向上させる努力をしろという御意見等もちょうだいしたわけでありまして、それぞれの出先でみんなが努力をしております。そのためにいろいろの問題が起こつてくるわけでございますが、ただ、先生に御認識をいただきたいのは、低所得者の皆様、保険税が納めら

れないような事情にある低所得者の皆様には、それそれ一つの軽減措置なりいろいろの施策を講じておるわけでありまして、やはり収納率を上げる。また、保険者の皆さんには、苦しいでしょうが税を納めていただくかなければなりません、そのために出先の者が努力をして、ある場合に行き過ぎというようなものがあるのかと、これは私直接耳にしたことはございませんが、今、先生からのお話で想像をしておるわけですが、保険税を納めないために医療を受けられないというようにこれは現制度の中ではないでしょうか。しかし、やはりできる限り、納められない方には軽減措置をとるといふ施策があるのでございますから、やはり収納努力は、それそれ努めていただかなければならない、こういうことではないかと。

○神谷信之助君 私は、収納の努力をする必要はないと言っているんじゃない。納められる人は納めなきゃならぬし、そしてみんな支えていかなきゃいかぬ。しかし、同時に国の責任もあるわけですよ。だから、その点ははっきりしてもらわなきゃいかぬ。

それから、先ほど同僚議員の質問に対して大臣もおっしゃったように、保険制度というのは、いつでもどこでもよい医療が貧富の差なく平等に受けられるというのをねらっているのに、貧乏なために、一々頭を下げて、月に一回なり三月に一回は役所へ行って誓約書を書いて、そして期限過ぎの組合員だという、加入者だという証明書をもろうてこならぬ。こんなことをやるというのが本当に平等の措置なのか、こういうことを私は言っているわけですよ。

それから、確かにそういうことで市町村は努力しています。そこで大臣、今日我々の生活で電話というのは、これはもう生活必需品じゃないかと私は思うんですが、大臣どうですか。

○国務大臣(渡部恒三君) 今日の近代社会で、もう電話はそれぞれのコミュニケーションの耳の役割を果たしておるわけでありまして、生活必需品に近いものだと思います。

○神谷信之助君 それで、収納率を上げると言って叱咤激励されるのは一面大事なことですよ。それに伴って前橋市も五十八年度で差し押さえ七百五十九件。何と電話も押さえていますよ。電話まで押さえなきゃならぬような差し押さえというのはおかしいじゃないか。これはサラ金の取り立てに変わらぬ。そういう状態が逆起きているんですよ。だから、保険制度、国民健康保険制度というのは皆保険制度で、貧富の差なしにどこでも平等に自由によい医者にかけられるという状況をつくるのが目的なんだから、その目的がどこかよそへ行っちゃって、そしてこういう状態が起これる。これはもうけしからぬことだ。

国保の問題は、国保税をどんどん上げざるを得ぬ。先ほど言いましたように、ここ数年の間に三倍五倍と上がってきているというところに問題がある。ただ、財政力のいいところもありますよ、国保財政の。しかし、困難なところはそういうところに問題がある。それを助けるのが財政調整交付金の制度である。その財政調整交付金の制度というのは、今のようないくつかの状況があるんですから、その役割を果たしていないということでしょう。その総額、国庫補助なりその原資を削るということになりますから、これは今度の改悪は国保税の値上げをせざるを得ないし、また一層そういう収納率が悪くなるし、それをしりやたらかれば、それこそ寝ている人の布団まで引っぱぐような、そういう差し押さえをやらざるを得ぬような状況が起これるというのを私は指摘をして、こういう法案はもうおやめになる方がいいというのを申し上げて私は質問を終わります。

○伊藤都男君 最初に、船員保険に因連いたしまして二点ばかり伺いをしておきたいと思えます。

第一は、船員保険に対する国庫負担でありますけれども、これは政管健保に比べて著しく低い現状にあるわけでございます。政管健保は医療給付費の二六・四％と事務費の全額が計上されているわけですが、船員保険の国庫負担は二十七

億円の定額、五％にも満たない、こういう現状でございます。制度の健全化のために労使の努力はもちろんな必要でございますけれども、船員保険の国庫負担についてもその増額と定率化を図るべきだ、こういうふうに思いますけれども、厚生省の見解はどのようなものでございましょうか、まず最初にお伺いをいたします。

○政府委員(坂本龍彦君) 船員保険の国庫負担でございます。

御指摘のように、政府管掌健康保険は給付費の一六・四％の国庫補助、これに対して船員保険の疾病部門は定額で現在二十七億円でございまして、この国庫補助につきましては、従来から私もいろいろ検討をしており、また財政の健全化を図るためには定率化すべきであるという社会保険審議会の御答申もございまして、私ももととして、従来から定率化の要求を大蔵省にも出しておるわけでございしますが、現在のところまだ実現を見ておりません。この問題につきましては、今後とも鋭意検討をいたして努力をしてみたいと存じます。

ただ、現在の国家財政の状況からいいますと、増額という点については非常に難しい情勢にあるようでございしますが、いずれにしても、審議会の答申にもございまして、定率化に向けて努力をしたいと考えておるところでございます。

○伊藤都男君 次に、運輸省にお伺いをしておきたいわけですが、船員保険制度はその基盤が非常に弱体化しつつあるわけですね。その原因は、大臣も御承知だと思ふんですが、加入者が非常に減ってきている。昭和四十五年は二十六万七千人であつたものが、それをピークにいたしまして年々減つて、今は十九万人台になっているわけでございます。

そこで、船員保険制度の円滑な運営のためには、何としても雇用の安定が必要である。それと同時に、船員行政と保険行政の連携強化が必要だと私は考えておるわけです。

そこで、この船員雇用安定対策について運輸省

としてどのような方策を今日まで続けてこられたのか、具体的に指示をいただきたいと、この思ふわけでございます。

○国務大臣(細田吉蔵君) 船員の雇用対策は、船員保険制度の基盤の強化ともう絶大な関係があることは今おっしゃるとおりでございます。しかし、この保険の問題を切り離しても、雇用問題は私も運輸省の所管行政のうちの一番重要な施策の一つのことであると存じておりまして、こういう観点から各種の施策を鋭意実施をしておるところでございますが、具体的に政府委員から答弁をさせたいと存じております。

特に、昨今の海運、水産の不況は、船員の雇用問題を非常に深刻なものにしておるのでございまして、現在、この点に關しまして、海運造船合理化審議会におきまして、今後の外航海運政策のあり方について審議中でありまして、その結果が、船員の雇用対策に重大な関係をおよぼすと考えられます。そこで、この際、雇用対策全般について再検討をいたさうかと、レビューをいたしまして適切に対処してまいりたいと存じておりますし、保険行政との連携も十分とてまいりたいと、かように存じております。

具体的ないろいろな諸施策につきましては、政府委員から答弁をさせたいと存じます。

○政府委員(武石章君) 船員の雇用対策といたしましては、現に雇用されております者に対して失業を未然に防止するという見地からの雇用安定対策と、現に失業の状態にある者に対する雇用促進対策とがございまして。

前者の雇用安定対策といたしましては、まず内部登用制度を定着させるための上級の資格を有させる訓練を実施し、これを受講させる事業主に對しまして助成を行っております。次に、日本船員福利雇用促進センター、財団法人でございまして、それが開拓いたしました外国船等に余剰船員を派遣する事業主に助成を行う、それとともに外国船への乗船に必要な訓練を実施しまして、これを受講させる事業主にやはり助成を行っております。

す。また、海技大学の分校におきまして技能講習を行いまして、陸上での就業に必要な技能資格の取得をさせるようにしております。さらに、本年度からは船員保険特別会計からの補助で雇用促進センターにおいて実施しております能力開発事業の一環として、中高年船員職業訓練では、陸の公共職業訓練校への入学の道を開きますとともに、これを受講させる事業主に対して同じように助成を行っております。

後者の雇用促進対策といましては、まず特定不況海上企業からの離職船員、国際環境の変化に伴う減船による漁業離職船員等、やむを得ず離職をする船員に対して、船員の雇用の促進に関する特別措置法、船員とならうとする者に関する国際協定の締結等に伴う漁業離職者に対する臨時措置法などによりまして、失業保険の延長給付、職業転換給付金の交付を行うなどの特別の措置を講じております。次に、船員職業安定所等にありましては、広域にわたり再就職の促進に努め、求人の開拓、職業相談、就職指導などについてきめ細かい積極的な対応を講ずるようその推進を図っております。また、日本船員の職域拡大を図る意味で、雇用促進センターを通じて外国船への乗り組みを積極的にあつせんしている、かようなことを行っているところでございます。

○伊藤都男君 これは御答弁は要りませんが、ひとつ運輸大臣、聞いてお帰りをいただきたいと思うんです。

船員に関する行政は運輸省と農水省が所管と、こうなっておりますね。保険は厚生省。だから、保険制度の安定のためには、これら三省庁が連携を密にして対策を立てていただきたい、こう思うわけです。そこで、具体的に、できれば三省間の定例的な懇談、会議の開催とか、あるいは人事交流など、こういうものの対策を進めながら、船員の雇用安定並びに保険制度の安定というものに鋭意努力をしていただきたい。私はその要望だけ伝えまして、運輸大臣はもうお帰りになつて結構でございますが、厚生大臣、運輸大臣、農水省

も含めまして三省の連携を密にして雇用安定のために御努力をいただきたい。このことを要望しておきたいと思ひます。

それでは次の質問に移りますが、七月三十一日に六十年度予算の概算要求基準が閣議決定をされました。経常部門は前年度比一〇%減、投資部門は前年度比五%減の概算要求基準が決められたわけですが、この概算要求基準は予算編成の第一段階ではあります。その中身を見ますと、防衛費等の特別扱いの認めながら、一方において積極経済の推進あるいは福祉の計画的な向上、産業基盤の強化など、それらのために必要な経費については機械的なマイナスシリングを当てはめている、こういうように見えてはいるわけですが、私はこれはまことに残念だと思つております。なぜならば、機械的なマイナスシリングというのは、政策の優先順位をほとんど無視することになるわけでありまして、そういう点で大変遺憾に感じているわけなんです。

政府は、しばしば臨調答申を最大限尊重すると、こういうことを約束されてきたわけですが、その臨調答申の中には、今後の我が国の行政の目指すべき二大目標として、活力ある福祉社会の建設と国際社会に対する積極的貢献を挙げているわけですが、この二大目標は、今回のような一律マイナスシリングのような手法によって達成への道が一体開けるだろうか、その点について大変危惧しているわけですが、大蔵大臣の御見解をお伺いしておきたいと思ひます。

○国務大臣(竹下登君) ただいま伊藤委員御指摘なさいましたとおり、いわば増分を認めるというものは、人件費、年金、それから国際社会、国防衛関係あるいは科学技術関係等に多うございしますが、国際条約の取り決めに基づく支払分とかいうものを増分にしまして、そうしてマイナスは今おっしゃったとおり経常部門、投資部門、一〇%、五%、それでその省庁でそれが前年に比して減になるところはまた半分、まあ二・五%激変緩和

和と、こういう大筋のものでございます。

それで、事実私もシリングというのは、いわゆる概算要求基準というものは昭和三十六年からやっておりますが、三十六年の場合はまだ五〇%増分までが基準だと、それから三〇%になり二五%になりました。五十五年予算が、私が組みましたときがプラス一〇、それから七・五、それからゼロ、マイナス五、マイナス一〇と、こうきておるわけでありまして。考えてみますと、私は、公債政策というのはそれなりに機能してきたと率直に思ひます。昭和四十年からいわば公債政策に入つて、そして五十年からは赤字国債をもお願いしたと、こういうことであります。残高で見ますと、仮に一兆円を今日発行いたしますと、ちょうど元利含めまして六十年で三兆七千億後の納税者にツケを回す、こういうことになります。

ですから、百二十二兆と言えは三百九十兆、それから昭和六十五年に赤字公債の発行がゼロになるという前提でやってみますと百六十五兆になるわけでありまして、その百兆が建設国債、六十兆が六十五年でちょうど赤字国債、それをやりまして五兆百兆後の納税者にツケを回す。やっぱりこれをいかにして減らすかということ、六十五年までには赤字公債の発行はとにかくなしにしよう、その後はその残高を減らしていこう、こういうことで考えますと、やっぱり厳しい財政状態の中で、優先度というものは、その概算要求基準の中で専門家であられます各省庁がそれぞれ優先順位をおつけになる。大蔵省の方が指名手配をして、それは多過ぎるとかいうような性格でなく、内なる改革を求めよう、こういうことでこのたびも厳しい概算要求基準を設定し、その中でいろんな苦悩をしながら優先順位というものが生まれていくことを今日期待をしておるということ、を率直に申し上げるべきだと思つて申し上げたわけでありまして。

○伊藤都男君 概算要求基準の問題について、さうに開連をして厚生省にお伺いをするんですが、厚生省の当然増経費は約六千五百億円、こういう

ように聞いているわけですが、一体どこがどうふえていくのか、まずその内訳を教えてください。これは当局の方から教えていただきたいと思ひます。

○国務大臣(渡部恒三君) 厚生省の予算、先生御案内のように、五十九年度で言いますと九兆二千四百五十億、その中でおむね医療費で三兆九千億、年金で三兆五千億、七兆四千億程度のものがございまして。これらの予算は、制度そのままでありまして、これは当然増といひますか、これはどんなに大蔵省から削れと、こう言われても、社会保障の質を低下させないためには必然増は避けられない予算がございまして。そういうものをいろいろ勘案して、六十年度予算を組む場合は、六千五百億程度の増額はやっぱり必要であるという考えで大蔵省にお願ひをしておたわけでございます。

○伊藤都男君 とにかく当然増というのは、厚生省の予算の場合はもうなかなか削ることができない、こういう中身のものとあるということも私も承知をしているわけですが、ところで、今度の概算要求基準の作成に当たりまして、約六千五百億円に達するであろう当然増経費のうち三千四百二十億円が認められた、大蔵大臣との折衝の中で、その基準が決定された後で、これ、新聞報道で見たんですが、厚生大臣はこれについて、満足な数字ではないけれども、まあ努力すれば何とか予算は組めよう、ということではとされた表情であったと、こういうふうに伝えられてるわけですが、果たして六十年度確信を持って予算が組めるのかどうか、その確信のほどをちょっとお伺いしておきたいと思ひます。

○国務大臣(渡部恒三君) 私どもは六千五百億程度の増加は避けられないという気持ちで折衝を続けたのでありますが、その結果、年金については特別の事情にあるということをお認めいただきました。また、医療費も高齢化に備えての医療費のある程度の増というものは避けられないという御認識もちょうだいいたしました。それらの計算の上

でシリング、一つの基準としては、四千百億程度はやむを得ないだろうということが認められたわけでございます。ただ、その中からまたマイナスイメージで引く部分が出てきますので、これを引いて、来年度のシリングとしては三千四百二十億程度の増というものの認識を得たわけでございます。これは五十九年度が二・三％増でございますから、今回は三・七％の増ということで、昨年よりはかなり大幅に必然増が避けられないというシリングを得たわけでございます。

そこで、これで十分かということをおっしゃられますと、大蔵大臣がここにおられるところで言いくいのでございますけれども、これは決して十分ではございません。しかし、国全体が増税なき財政再建という道を歩もうという国民的合意の中で、特に現在の政府としてはこれが一つの政策の基本方針ということになっておるわけでありますから、私もその内閣の閣務大臣の一人としてこの国の基本的な財政再建の方針には協力をしたいかなければならぬのでございますから、そういう中で、各省軒並みにゼロシリングあるいはマイナスシリングという中で三・七％のシリングの増を認められた、年金と高齢化に伴う医療費の増という我々国民の皆さんの老後の生活を保障し、健康を守っていかねばならない厚生省の政策としては、生命線とも言ふべき点については認識を得たという点で、私どもは、大変厳しい条件ではありますけれども、このシリングの中で今後節約できるものは身を切るような思いでできる限り削減をして、来年度このために社会保障の水準を、直接国民の生活にかかわる、命にかかわる、老後の生活にかかわる社会保障の水準は落とさないようにして、何とか予算編成に工夫を重ねてみたいと思っております。

○伊藤都男君 これは、いずれにいたしましても夏の予算編成第一段階で、当然増と見られる六千五百億円のうち三千四百二十億円。となりますと、年末の最終の第二段の予算編成の段階でどうなるかわかりませんが、いずれにいたしましても

約三千億円を削減して予算を組まなければならぬ、こういう事態だと思ふんですね。ところで、その削減に当たっては、その前提として、これは厚生大臣の見解だと思ふんですが、今回のような健康保険法改正のような制度改正は行わない、福祉水準は維持すると、この二点の基本方針を堅持しつつ、この年末の最終の予算編成に臨むのだというように聞いておりますけれども、これは一体事実なのかどうか、この点をお伺いしたいと思います。

ついでにあわせて、いずれにしても、どのようにして三千億円を削り込んでいくかというところが重大な課題になると思ふわけでありまして、伝えられるところによりますと、補助金の整理を中心とした国庫負担の地方肩がわりで約二千億円を獲得する、こういう方針だと、こういうふうに聞いています。ところが、事実は八月二日の新聞の伝えるところによりますと、大蔵省首脳は来年度予算編成で総額一兆四千億円に上る生活保護費補助金について国と地方の分担比率、今は八対二ですけれども、これを見直すんだと、そして地方の分担率を高める方針を明らかにしたと、こういうように伝えられておるわけですね。

大蔵省はもとより財政再建を目指す歳出削減の柱として、一般歳出の四割強を占める補助金を来年度は原則一割削減する方針を決めており、この方針に従って生活保護費にも切り込んでいくんだと、こういう考え方が大蔵省の方から明らかにされたんだと、こういうふうに伝えられておるわけでありまして、地方の分担率が高められていく可能性が非常に強いという段階におきまして、もし地方に国庫負担金、それから補助金などについて、例えば具体的に生活保護費などの負担金というものの地方肩がわりというものが現実的に起きつつあるというその段階において、肩がわりを求められた場合に、自治大臣としてはどのような方針で臨んでいかれるのか、その点をあわせて、厚生大臣からまず最初にお伺いし、それから自治大臣からお伺いしておきたいと思ふます。

○国務大臣(渡部恒三君) 私、シリングの設定が終わりましてからの記者会見で申し上げましたのは、このシリングの中で予算を組んでいくのは大変つらいのだけれども、しかし、もういろいろ工夫をしてみても、何千億も生み出すような思い切った制度改革というようなことは私としてはとても考えることはできない。また、先ほども申し上げましたように、厚生大臣は国民の皆さんの命に関する健康の問題、また老後の生活の安定、あるいは生活保護者の方、身体障害者の方、まさにそれぞれの皆さんの生活を守っていく立場にあるのでございますから、それらの待ちかねておる皆さん方に対して、予算の社会保障の水準を下げるようなことはしたくない、そういう前提の中で工夫に工夫を重ねて、何とか八月三十一日まで予算を組んでみろということを担当の者に伝えたというのを申し上げたのでございますが、今そういう私の考え方に立ってそれぞれの分野で担当の者が鋭意努力中でございまして、まだまだその内容についてはここで申し上げるところに至っておりません。

○国務大臣(田川誠一君) 概算要求基準あるいはまた行革案などに示された国家財政の非常な厳しい状態というものは、これは地方財政も同様でございます。しかし、国も地方もお互いに車の両輪のような関係でございまして、国が悪いから地方の方へかぶせよう、こういうわけにはなかなかまいらないと思ふます。国の行政改革をやり、できるだけ経費の節減も歳出抑制も図っていかねばならぬ。これは地方も同じようにやっていかねばならぬ。これは当然でございます。国庫補助金などの整理統合、こういうことも私どもは賛成でございます。これはやっていただかなければならない、こういう姿勢で臨んでおるわけでございます。

ただ、こうした国庫補助の整理合理化に当たりましては前提がある。事務事業を廃止縮減していくという基本のもとにこういうことを進めていかねばならない。そういう事務事業を廃止縮減

するといふ基本のもとに国庫補助金等の整理を図っていく必要がある。同時に、国と地方で共同責任でやっている事務事業については、現在の国と地方との負担割合、こういうものはやっぱり地方自治の側から見て見ますと、これはもう維持していただかなければならない、こういう考え方のもとに国庫補助金の整理合理化を図っていただきたいというのが私どもの考え方でございます。

○伊藤都男君 今の御答弁に必ずしも満足ではございませんけれども、さらに本格的な論議の場もあるでしょうから、時間が参りましたので、この辺で終わりたいと思ふます。

○青木茂君 御質問申し上げます。

この法案は、患者側に対する切り込みが極めて厚く、医療費膨張の本当の原因をつくっている診療側に対する切り込みが極めて薄い。つまり患者性悪説、医師性善説というような立場、原点で構成された法律であるということに対して我々は極めて不満を持っております。

そういう意味におきまして少し伺ってみたいけれども、まず、今いわゆる保険薬局というものの数ですね。数はほとんどふえているというふうに聞いておりますけれども、この点はいかがでしょうか。

○政府委員(正木警君) 保険薬局の数でございますが、薬局全体の数が昭和四十九年に二万六千十二カ所でしたが、昭和五十七年末ですと三万三千二百八十七、そのうち保険薬局の数は四十九年現在が二万六千三百六十六、五十八年四月一日現在では二万九千五百四十六ということで、保険薬局の数はおっしゃるようになりますように伸びてきております。

○青木茂君 具体的にちょっと伺いますけれども、例えば一つの例といたしまして、内服薬を二割三分、外用薬を一種類投薬を受けた場合、医療機関のみで投薬を受けた場合は大体幾らになりますか。

○政府委員(吉村仁君) 技術料だけで計算をさし

ていただきますと、二百三十円でございませう。

○青木茂君 これを、医者の方が処方せん書きまして、そしてそれを持って薬局へ行って薬剤の授受を受けると、その場合は医者に払うお金と薬局に払うお金の総合計はどのくらいになりますか。

○政府委員(吉村仁君) 医療機関に払う額が六百七十円、調剤薬局に払う金が五百八十円、合わせて千二百五十円でございませう。

○青木茂君 そうすると、医療機関で授受を受けた場合二百何倍であって、それからこれを薬局で買った場合はもう六倍に近い伸びを示すわけですね、同じものが。その保険は支払基金から出ていくと、こういうことになりませんか。そうすると、ここで患者側は物すごい大きな負担をしなければならぬ。ましてや、医者が第二薬局と申しますか、自分はお医者をやつて、裏で親戚が奥さんかなんかに薬局を経営させるとしたら、まさに利益の二重取り。患者の負担は物すごく大きくなるということは、これは言えますか。

○政府委員(吉村仁君) 片一方が二百三十円、片一方が千二百五十円、約五倍ないし六倍くらいでございませう。それだけの差が生ずるわけでございます。もうかるかどうかと、こういうことになりまして少しわかりませんが、それだけの差があつて、それが患者負担に同じように響くということは、これは言えると思ひます。

○青木茂君 五十七年五月二十七日の調剤薬局、保険薬局あるいは第二薬局、それに対する通達は生きていて、厚生省の監督は厳格に行われておりますでしょうか。

○政府委員(吉村仁君) 御指摘の通達は現在も生きております。そしてその内容は、第二薬局とみなされるような調剤薬局につきましては保険薬局の指定を行わないということで、これは厳正に実施をいたしております。

なお、その当時、既に調剤薬局として指定をしておりましたものにつきましては、期間を限って改善を求めておりますが、特に国立大学の第二薬局につきましては、文部省当局とも協議をして改

善に努めておりますが、この点は遅々として進まないというのが現状でございませう。

○青木茂君 ここに一つ写真がございませうけれども、ここが医院の入り口でここが薬局の入り口で、裏は廊下でつないでいるわけですよ。それだけで五倍ないし六倍我々は余分に払わなければならぬ。こういう状況をそのまま残しておいて、一割負担だ、二割負担だと言われても、とても我々としてはたまつたものではない。

また一つ資料を提供いたしますと、これは「醫學振興」という新聞ですけれども、こういう文句があるんですよ。「薬は全体の医療費の三割四分ないし五分ですから、総水揚げが三割五分減る。」「薬局に回せばですね。」「そうすると、特例による課税が俄然下がる。」「今大蔵大臣いらつしやいませんけれども。」「それをやりなさい。そのかわり処方箋料を倍にしてやる。」「その近くに薬局をべつの法人でつくればいいんです。いわゆる第二薬局問題と同じです。お医者はお金とやってくるんだから。」「これは元厚生大臣の発言ですよ。

こういうようなことをそのまま残しておいて、一体厚生省の第二薬局というものの対する規制が建前でなしに本気で行われているかどうか、我々として疑わざるを得ない。そういう中で、五倍ないし六倍という薬の費用を我々は保険から払わなければならぬ。だから、診療側への切り込み極めて薄くと言わざるを得ないのはそういう点なんです。

私は小会派ですから時間が大変短いものですから、お答えをいただくより、申し上げるだけ申し上げておきますけれども、いわゆる医療におけるNHKというのがございませう。Nは中野で、Hは阪和ですか、それからKが川合ですか、これが有名な医療におけるNHKです。今問題はNですけれども、これは保険医を取り消された一番ひどいものです。とにかく一人の人に病名を十九つ付けて、検査を五十種やって、ほとんどすべての人を心臓病にしちやうと、こういうんですよ。こ

れ、ひどいと言っても、一部の例外だということでもみな片づけられてしまふだけども、やはり本当に我々が医療というものを、医療費の膨張を抑えようと思つたら、これは氷山の一角として考えるのが私は普通の考え方だと思ふんです。一部例外ではかは大丈夫ですということでは、私はこういう医療の不正というものはどうしてもなくならないと思ふんですけれども、厚生大臣、これはいかがですかね。

○政府委員(吉村仁君) 放置し得ないがゆえに私も取り消しをしたわけでございます。ひとつ私どもの気持ちも御理解を賜りたいと思ひます。○青木茂君 私が伺っているのは、一部例外と考へているのか、氷山の一角と考へているのかというところを実は伺いたかつたわけですが、時間もございませんから次へ進みます。

これはこの前も少し御質問申し上げたことがございませうけれども、高度医療機械にCTスキャナーというのがございませう。これは、日本にある総台数はヨーロッパにある総台数より多い。要するに、お医者さんが二億円近くするものを買います。また買うだけの金があるわけだ。しかし、それを早く償却したいものだから、二日酔いで頭が痛いと言つてもCTスキャナーをかけられちゃつて、えらいたくさん保険の点数を取られるという事実もあるんですよ。

これが一方において、それじゃイギリスはどうかと言いますと、イギリスは日本みたいに出来高払いじゃないものだから、これ見てくださいよ。(資料を示す) CTスキャナーが欲しいために、お医者さんが街頭でビラをまいて、助けてくれ、助けてくれと、CTスキャナーを買う金を何とかしてくれと悲痛な叫びを上げています。

ところが、日本の場合、出来高払いの制度であるがゆえに、いとも簡単に高いものを買って、早く償却したいためにけなけなしくもい患者にかけ保険料がより多く水増しされる、そういう状況があるわけなんです。だから医療側というもののに対する切り込みというものをもう少ししっかり

やってもらわなければ、本当に今度の法律は私は片手落ちだと言わざるを得ないということでございます。それから、もうあと一方向的にしゃべって終わります。

もう一つ、国保の保険料が、非常に収納率の問題があつて国庫補助が高い。ただし、国民健康保険の保険料というものは、納める税金を基準に四〇%ないし五〇%が決めておられるわけですよ。そうすると、もし巷間に言われるように、クロヨンだとカーゴサンという事実がありとすると、保険料が不当に安くなつちやうというんです。だから国保財政が苦しくなつてくる、こういうような事実もなきにしもあらず。こういうことを総合的に考へていきますと、私は一割負担だ、二割負担だ、患者側の犠牲ですね、患者側の犠牲のみを考へるんじゃないに、医療制度の、本当に毎年一兆円ずつ膨張させる医療費、これの真の原因はどこであるかということをはつきり踏まえた抜本的な対策というものを強く望みたいわけでございます。

最後に厚生大臣の御意見を伺つて終わります。○国務大臣(渡部恒三君) 大変貴重な御意見をちょうだいいたしました。今回の私どもの改革案は、ただ患者の皆さんに一割の御負担をお願いするだけではなくてはございませんで、今先生から数々御指摘のあった医療費の適正化の問題、御案内のように三月一日、薬価基準を一六・六%引き下げたわけでございますが、今後、監査体制の強化、審査体制の強化等を行つて、医療費の適正化も、先生今御指摘のようないろいろの問題、国民の声としてございませう。私もこの声に謙虚に耳を傾けて勇敢に医療費の適正化というものを進める。また、一割御負担をお願いすること、これはやはり患者の本人に自分のかけた医療費をわかつていただくということ、先生御指摘の医療費の適正化というものに役立つ面もございませう。そういうことで、私どもは今度

の改革のねらいは、むしろ保険加入者の皆さんにこれ以上保険料負担を上げるようなことのないように、二十一世紀の将来まで今の被用者保険加入者の皆さん方の保険料率を大体現行程度にとどめたいというのが大きな目的で今回の改革案を出しておることも御理解賜りたいと思います。

○青木茂君 厚生大臣おやめになった途端に変な発言をなさらないように、ひとつ以後よろしくお願いいたします。

○委員長(石本茂君) 以上をもちまして本連合審査会は終了いたしました。

これにて散会いたします。

午後四時五十三分散会