

第百十二回国会 社会労働委員会 議 録 第 三 号

昭和六十三年三月二十四日(木曜日)
午前十時四十分開議

出席委員

委員長 稲垣 実男君

理事 高橋 辰夫君 理事 戸井田三郎君

理事 丹羽 雄哉君 理事 野呂 昭彦君

理事 畑 英次郎君 理事 池端 清一君

理事 沼川 洋一君 理事 田中 慶秋君

相沢 英之君 栗屋 敏信君

伊吹 文明君 今井 勇君

小沢 辰男君 大野 明君

大野 功統君 片岡 武司君

木村 義雄君 佐藤 静雄君

自見庄三郎君 高橋 一郎君

中山 成彬君 三原 朝彦君

箕輪 登君 持永 和見君

伊藤 忠治君 大原 亨君

川俣健二郎君 田邊 誠君

永井 孝信君 新井 彬之君

大橋 敏雄君 越中 義彦君

吉井 光昭君 塚田 延充君

児玉 健次君 田中美智子君

出席國務大臣 厚生 大臣 藤本 孝雄君

出席政府委員 厚生政務次官 長野 祐也君

厚生大臣官房総務課長 黒木 武弘君

厚生大臣官房審議官 佐藤 良正君

厚生省健康政策局長 仲村 英一君

厚生省保健医療局長 北川 定謙君

厚生省保健医療局長 岸本 正裕君

厚生省保健医療局長 岸本 正裕君

厚生省保健医療局長 岸本 正裕君

厚生省保健医療局長 岸本 正裕君

厚生省保健医療局長 岸本 正裕君

厚生省保健医療局長 岸本 正裕君

厚生省保健医療局長 岸本 正裕君

厚生省保健医療局長 岸本 正裕君

厚生省保健医療局長 岸本 正裕君

厚生省保健医療局長 岸本 正裕君

厚生省保健医療局長 岸本 正裕君

第一類第七号

社会労働委員会議録第三号 昭和六十三年三月二十四日

委員外の出席者

内閣官房内閣審議官 谷口 正作君

内閣総理大臣官房参事官 村岡 輝三君

外務省アジア局長 田中 均君

北東アジア課長 薄井 信明君

大蔵省主税局税制第二課長 石川 晋君

文部省体育局長 濱田 弘二君

郵政省電気通信局電気通信事業部長 廣田 宏明君

郵政省放送行政局長 石川 正曜君

社会労働委員会調査室長 石川 正曜君

委員の異動
三月二十三日
辞任 片岡 武司君
自見庄三郎君
高橋 一郎君
中山 成彬君
三原 朝彦君
伊藤 忠治君
川俣健二郎君
同日 補欠選任 橋本龍太郎君
長谷川 峻君
中川 秀直君
福島 讓二君
熊谷 弘君
伊藤 茂君
緒方 克陽君

辞任

熊谷 弘君 補欠選任 三原 朝彦君

中川 秀直君 高橋 一郎君

橋本龍太郎君 片岡 武司君

長谷川 峻君 自見庄三郎君

福島 讓二君 中山 成彬君

伊藤 忠治君 伊藤 忠治君

緒方 克陽君 川俣健二郎君

同日 補欠選任 補欠選任 絃仲 義彦君

同日 平石磨作太郎君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同日 絃仲 義彦君 補欠選任 平石磨作太郎君

同外七件(佐藤健雄君紹介)(第一〇八二号)

同(鈴木宗男君紹介)(第一〇八三号)

同(田中慶秋君紹介)(第一〇八四号)

同(武部勤君紹介)(第一〇八五号)

同(中川昭一君紹介)(第一〇八六号)

同(藤原房雄君紹介)(第一〇八七号)

同(正森成二君紹介)(第一〇八八号)

同(三原朝彦君紹介)(第一〇八九号)

同(森田一君紹介)(第一〇九〇号)

同(上草義輝君紹介)(第一〇九三号)

同(大石千八君紹介)(第一〇九四号)

同(左近正男君紹介)(第一〇九五号)

同(佐藤敬夫君紹介)(第一〇九六号)

同(笹山登生君紹介)(第一〇九七号)

同(小林恒人君紹介)(第一〇九八号)

同(月原茂晴君紹介)(第一〇九九号)

同(安井吉典君紹介)(第一一〇〇号)

同(川俣健二郎君紹介)(第一一〇六号)

同(田邊誠君紹介)(第一一〇七号)

同(村岡兼造君紹介)(第一一一九号)

同(育児休業法の制定に関する請願外三十五件塚田延充君紹介)(第一一〇六八号)

同(米沢隆君紹介)(第一一〇六九号)

同(高齡者の福祉充実等に関する請願(日笠勝之君紹介)(第一一〇七〇号)

同(腎疾患総合対策の早期確立に関する請願(小川新一郎君紹介)(第一一〇七二号)

同(大野明君紹介)(第一一〇七三三三)

同(川崎寛治君紹介)(第一一〇七三三三)

同(森田一君紹介)(第一一〇七四四四)

同(佐藤敬夫君紹介)(第一一〇九二二二)

同(奥田敬和君紹介)(第一一一一七号)

同(村岡兼造君紹介)(第一一一一八号)

同(国立腎センター設立に関する請願(三塚博君紹介)(第一一〇七五五五)

同(国立腎センター設立に関する請願(三塚博君紹介)(第一一〇七五五五)

同(国立腎センター設立に関する請願(三塚博君紹介)(第一一〇七五五五)

同(国立腎センター設立に関する請願(三塚博君紹介)(第一一〇七五五五)

同(国立腎センター設立に関する請願(三塚博君紹介)(第一一〇七五五五)

同(国立腎センター設立に関する請願(三塚博君紹介)(第一一〇七五五五)

同(国立腎センター設立に関する請願(三塚博君紹介)(第一一〇七五五五)

同(国立腎センター設立に関する請願(三塚博君紹介)(第一一〇七五五五)

同(国立腎センター設立に関する請願(三塚博君紹介)(第一一〇七五五五)

アスベストの撤去・処理等に関する請願(斎藤邦吉君紹介(第一一四号))
保育所制度の充実に関する請願(江藤隆美君紹介(第一一五号))
同(奥田敬和君紹介(第一一六号))
保育制度の維持・充実に関する請願(東中光雄君紹介(第一一六二号))
は本委員会に付託された。

本日の会議に付した案件

国民健康保険法の一部を改正する法律案(内閣提出第一九号)
厚生関係の基本施策に関する件

○稲垣委員長 これより会議を開きます。

厚生関係の基本施策に関する件について調査を進めます。

質疑の申し出がありますので、順次これを許します。永井孝信君。

○永井委員 先日、厚生大臣が所信を表明されたわけでありましたが、今この厳しい財政状況の中で、ともすれば福祉の關係がどうしてもなおざりにされやすい、こういう環境にある中で、大臣が厚生省を挙げて大変頑張っていたに違いないことに敬意を表しておきたいと思うわけでありまして、きょうは全般的なことをお聞きしたかったのであります。時間的關係もありまして、私の質問したいこと、問題点にすぎり直接入っていきたいと思うわけでありまして。

御承知のとおり、最近のモータリゼーションの発達によりまして、交通事故というものが非常にふえてきているわけですね。私は交通安全委員会にも籍を置いているわけでありまして、毎年毎年一生懸命交通事故撲滅のための対策をとってきまして、交通事故死というのは年々九千人台という大変な数に上っているわけでありまして、先日発表されたところによりますと、昨年よりもさらに八日間も早く二千人を超える交通死亡者が出て

るわけでありまして。負傷者も毎年七十万人から八十万人も上っているわけでありまして、交通事故故をもちろん撲滅しなくてはいけないわけでありまして、この交通事故に伴う医療費というものが非常に見過ごせない状況になっているわけでありまして。したがって、交通事故の激増に対する医療費の増加ということから考えました場合に、医療費そのものの適正化ということが極めて大切だと私は思うのであります。

昭和四十四年の自賠審の答申にもありますように、その当時からこの問題が提起をされてきたわけでありまして、昭和五十九年十二月には自賠審の答申の中で、速やかに診療報酬基準を策定し、その制度化を図るべきだということが提起をされているわけでありまして。この答申を医療行政を担当される厚生大臣としてどのように受けとめていらっしゃるか、所信を表明していただきたいと思うのであります。

○藤本国務大臣 まず、御激励をいただきましてありがとうございます。微力ではございますけれども、精いっぱい努力をいたしたいと考えておりますので、よろしくお願いしたいと思っております。

交通事故の激増は、御指摘のように、毎日のように新聞等でも報道されておまして、非常に心配な問題の一つでございます。今御意見を交えての御指摘でございますが、自賠審の診療報酬基準問題、これは自賠審という制度そのものの問題でございまして、基本的には、御承知のように大蔵省と運輸省の問題であると心得ております。しかしながら、この問題を解決するために、私どももいたしまして、協議機関があるわけでございますので、そういう場におきまして適切な助言とか協力をする、それはもうやぶさかでないわけでございます。今後ともそういう立場で努力してまいります。かように考えております。

○永井委員 交通事故に係る医療の關係は、今大臣が御答弁の中でも申されておられるわけでありまして、自賠審の保險の關係に伴うものは運輸省の所

管なのですね。そのことは十分承知をしているわけでありまして、しかし国民の側から見ますと、自賠審であれ、あるいは一般の健康保險を適用される疾病であれ、医療を受けるという側からすると、そんな区別はないわけですね。しかも医療行政そのものについてはだれが見たって厚生省が統括をしているというふうな受けとめております。これはむしろ私は当然なことだと思っております。そういう立場からいたしますと、自賠審という保險制度の関連から、その關係は運輸省の所管であつたといつたとしても、医療行政を進めるといふ面では、どの保險を適用しようかと、やはりそのことが医療費の高騰に關係があるわけでありまして、医療費を適正化するといふ面から言いますと、厚生大臣が積極的な役割を果たすべきだと思うのであります。どうでございますか。

○藤本国務大臣 まさに御指摘のような考え方に立ちまして、三省協議機関をつくり、厚生省も協力を申し上げておられるわけでございます。そういう御趣旨につきましては全く同感でございます。

○永井委員 実は、この自賠審にかかわる問題は、今までも何回も国会で取り上げられてまいりました。私も、自分の記憶は定かではないのですが、数回にわたつてこの問題について国会で質問をしてきた経過がございます。そこでこの交通事故における健康保險の利用問題が浮かび上がってきているわけでありまして。

これは五十九年六月二十六日の参議院の社会労働委員会の議事録でありますけれども、そこで交通事故の場合に健康保險が適用になるのかどうかという質問がなされているわけでありまして。これに対して、当時の政府委員として出席いたしました吉村さんが、「健康保險は適用されません」と、まさに単純明快に答弁をされているわけでありまして。また、ずっと古い話でありますけれども、昭和四十三年十月十二日に「健康保險及び国民健康保險の自動車損害賠償責任保險等に対する求償事務の取扱ひについて」という通達が出されておりました。その中でこの健康保險の關係について

触れているわけでありまして、ちよつと御紹介申し上げますと、

最近、自動車による保險事故については、保險給付が行なわれなかつたとの誤解が被保險者等の一部にあるようであるが、いふまでもなく、自動車による保險事故も一般の保險事故と何ら変わりなく、保險給付の対象となるものである。この点について誤解のないよう住民、医療機関等に周知を図るとともに、被保險者が被保險者に対して十分理解させるよう指導されたい。こういう通達であります。この通達と、この通達を出すに至つた当時の経緯、あるいは昭和五十九年の参議院社会労働委員会において、健康保險は交通事故についても適用されまふと明快に答えたこととの關係について、厚生省の現時点における基本的な考え方を御説明願いたいと思ひます。

○下村政府委員 現時点におきましても、交通事故等については健康保險を適用されるあるいはその取り扱ひについての基本的な考え方には何ら変わりはないと思ひます。私どもとしては、交通事故等による傷病の場合でありましても、健康保險が適用されるという正確な知識についてはその周知徹底を図つてまいりたいということに、当時も今も何の変わりもございません。

○永井委員 その周知徹底を図ることについて今も変わつていないという御答弁でありますから、それはそれで私は了承いたしますけれども、しかし現実はどうなつていくのか。現実には、健康保險では診てもらえないという認識が社会通念上一般化しているのではないですか。それはどのように御認識されておりますか。

○下村政府委員 正確な状況は私どももつまびらかでない面もございますが、健康保險が使えないということは恐らくそうはないのではないかと。ただ、実際の状況を見ておきますと、事故が起こつた場合に、被害者と申しますか、実際に患者にかかれる方の方でどつちを選択されるかという問題があるわけがございますが、どうも現実の動きを見ておきますと、健康保險を選択されるという

のがもうちょっとあつてもいいかというふうな私
どもとしては思つていたわけですが、現実
の問題としては、健康保険を使うよりも自賠
方、損害賠償の方で医療を受けるという方を選択
される事例の方が多いというふうに承知いたして
おります。

○永井委員 本人の、診療を受ける側の意思に基
づいて、保険診療ではなくて自由診療の方を選択
される数が極めて多い、そういう趣旨の御答弁で
すね。数字の上ではそういう形が出てくること
にしても、実態はそうではない。このことは、
すべての医療機関を調査する能力を私どもは持
っておりませんから、全部を調査したわけではあり
ませんけれども、私の知る限りにおいては、交通
事故で病院で受診をする場合に、健康保険はだめ
ですよということがまず前提で窓口のやりとりが
ある、こういうケースが極めて多い。このように
私は自分の体験から承知をしているわけでありま
すが、そのことについては厚生省、認識をどう持
つていらつしやいますか。

○下村政府委員 これは私どもも個別の事例につ
いて必ずしも詳しい調査をやつたというふうなこ
とでもないのだから、もしも医療機関
の窓口において健康保険が使えないというふうな
誤った話をして患者の選択を求めているというふ
うな事情がありますと、これは問題でございま
すから、健康保険が使えないということもちゃんと患
者の方に教えた上で選択を求めるときではない
か。もしもそのような医療機関があるということ
であれば、具体的な事例を御指摘いただければ、
私どもとしては十分に指導してまいりたいとい
うふうに思ひます。

○永井委員 自動車保険料率の算定会の資料であ
りますが、いわゆる病院・診療所などの開設者別
の自由診療及び社会保険診療の取扱件数というも
のの実態調査が出ております。ここに資料を持
つてあるわけですが、それによりますと、国
立病院などについては社会保険の利用率は昭和六
十一年度で実に三五・三%に上つています。公的

病院、これは日赤とかあるいは県立病院、市民病
院なども入つておりますが、こういう公的病院で
は二四・五%です。ついでのことには全部言いま
す、社会保険の医療団体が開設しているところ
は二〇・五%、法人の病院では一五・九%、個人
の医療・診療所になると、これが一二・七%と極
めて低い数字になつてくるわけですが、総トータル
は一五・六%になつておりますが、国と個人の間
でなぜこれだけの差が出るんだらうか。

例えば病院・診療所とか医療へ行きますと、待
合室に保険の取り扱いとかいろいろなことがパン
フレットとかあるいは大きなポスターで受診者の
皆さんに知つてもらつて、掲示がしてあります。
この病院へ行つても掲示がしてあります。
交通事故の場合でも一般の社会保険が利用できる
と、この病院へ行つても掲示がしてあります。
すといふことの掲示は残念ながら私は見たことが
ない。なぜなんだらう。ほかのことはほとんど
示はするけれども、この交通事故にかかわつて一
般の健康保険を利用できまよといふ周知徹底
は、厚生省は図つていふと言ふだけけれども、医
院あるいは病院の待合室でそういう掲示は私は
目にかつたことがない。これはやはり自由診療
の方が極端に言えば病院経営者あるいは医療の開
設者にすれば利益が大きいから、利益の大きい方
に自分たちはできるだけ診療を受けさせるよう
にしたい、そういう心があるからそうなるという
じゃないですか。周知徹底させているというの
ら、その辺のところは厚生省はどこまでやり切る
決意があるのか、お伺ひしたいと思ひます。

○下村政府委員 御指摘のような面もあるいはあ
らうかと思はれるわけですが、現実問題とし
て考へてみますと、病院にとつてもその方が有
利という場合も当然あるかと思ひますが、医療
を受ける方にとりまして、いろいろな手続的な
面におきまして、最初から最終負担者である損
害賠償の方で医療を受けた方が便利だといふ面も
当然あるわけでございます。それから病院の方に
いたしまして、一遍健康保険で請求をして、こ

れは最終的には健康保険の方からもう一遍加害者
と申しますか、あるいは自賠責の方に對してその
医療費は請求をし直すことになるわけございま
す。そうすると、当然また余分な手数料が健康保険
組合とかいふふうな保険者の方にもかかる、医療
機関にもかかる、患者にも手数料がかかる、当然
そういう問題も起つてまいります。したがつて、
現在の建前からいいますと、健康保険とどちらを
選択するか、当然健康保険を選択すべきものだ
といふふうな認識は一般的でない。これはあるい
はそうではないかと思ひます。そのような事情もあ
りまして、健康保険を使つてほしいといふ自賠責
側の考え方もあるのではないのでしょうか。それ
とがなかなか普及をしないといふことになるう
かと思ひます。

○永井委員 局長、私ここで健康保険を使うのが
いいのか自賠責を使うのがいいのか、その論争も
あります。その論争もしてみたいとは思ひます
が、私がここで言つておきたいことは、健康保
険も適用できる、厚生省は従来からそういうこと
を国会の場でも答弁してきている。そしてそのこ
とについては、周知徹底を図つていふと思ひな
いのです。もし周知徹底を図つていふとするな
ら、本人がどちらを選択するか、仮に本人の自由
意思であつたといふことは、健康保険も適用
できますよといふことは、ほかの国民健康保険や
健康保険の取り扱いの変つたときあるいは点数
の変つたとき、いろいろなことでは全部大きな
スタフで掲示してあるのだけれども、この関係
はなぜ掲示できないのか。全部周知徹底を図
つた上で、本人がどちらかを選択するといふこと
があるとするなら、それはそれでいい。しかし周
知徹底を図るといふことも、実際は他の保険業
務、医療業務に對することと同じレベルでその
いうPRはされてない。このことをまず私は今
問題にしていくわけですから、その辺の関係をひ
とつ明確に對應することについてのお答えをいた

だきたいと思ひます。

○下村政府委員 周知徹底の方法については、な
お具体的にいろいろ考へてみたいと思ひますが、
現実問題としては、そのような問題もありま
し、関係者に必ずしも歓迎されないような事情が
あるといふことも実態としてございいますので、そ
の辺の問題もひつくるめて、私どもとしては周知
徹底の仕方という問題につきましても十分考へて
みたいと思ひます。

○永井委員 もう一つお尋ねしますが、古い議事
録で恐縮ですが、五十九年の参議院におけ
る議論の中で、交通事故医療の特殊性というの
があつて、「そういうものから自由診療の方に
つていふという場合が多いのではないか」とい
ふに、当時説明員の福島さんが説明をされて
いたわけですが、その特殊性というのは、今言わ
れた立派な払いでありますから、そういうこと
にかかわる事務が煩雑になるとか、そういうこと
を指しているのですか、どういふことなんでしょう。

○下村政府委員 ちよつとこれだけでは私ども
よくわかりませんが、実際問題としていたしま
して、こういう交通事故医療といふふうな場合に
は、恐らく被保険者証も持つておられないとい
ふこともございまいし、保険適用をするにいた
しましても、通常の保険診療でありますと、窓
口に被保険者証を提出して受けるというふうなこ
とというのではないかと思ひます。
なお、確かに健康保険の適用を受けられるとい
うことを知らない医療機関があることは考へにくい
わけですが、実際問題として、最終的な
負担者に対して直接請求する方が簡単だし、おつ
しやるように、その方が有利だといふふうな判断
をする場合も医療機関側としてはあるかと思わ
れるわけでございます。普通、事故が起ります
と、加害者、被害者両方そろつて病院に行つたり
するといふふうなことが多いわけですから、その
場合に、被害者に対して、あなたの健康保険で医
療を受けてください、なかなかそれは言つていな

いのではないかと思います。そんなふうなことも考えられるわけでございます。

○永井委員 私なぜこの自賠法に絡んでこの問題をきよう執拗にお尋ねしているかといいますが、医師の皆さんは、あるいは病院の開設者などは、ほとんどの人はもちろんまじめなんでしょう。しかし、一部の人の人の中には、不正請求をやったりいろいろな問題を起こすところが毎年マスコミをにぎわすように存在するわけです。

例えば、現に私はこの委員会でも、もう二年も前になりますか三年前になりますか、私の地元のある病院、暴力団と結託して交通事故以外は一切受け付けない交通事故専門の病院で、しかも一たん入院したら、軽い軽い追突事故であつても半年も入院をさせる、とことん治療費を吸い上げるといふ悪徳病院がありまして、私がこの委員会でも提起をして、警察庁も厚生省も乗り出してもらつて、その病院長と事務長が逮捕されるまでに一年余月がかつたわけです。そして逮捕されて有罪が決定をして、その病院は閉鎖をされました。しかし、その医師にすればわずか三カ月程度の営業停止だけの処分ですら済んでしまふわけです。

交通事故という加害者があつて、そしてその被害者を救済する場合に、えてしてそういう暴力団が入り込む余地をたくさん持つておるわけです。そんなことは私がたくさん見てきておるわけでありまして、あえて私はこの問題を特に執拗に聞いているわけでありまして、だから、自由診療というところに一つの、どういいますかつけ込むきをかえて与えてしまつておるということがなきにしもあらずだ。私はそのことからこの自由診療について大変問題にしているわけです。

もう一つは、自由診療でないともな治療を受けることができないのではないかとこの概念を持つていらつしやる方が極めて多い。健康保険ではまともに診てもらえないから、後で後遺症が残るのではないかと、そういうことを私はよく耳にいたします。そういうことは社会的に一般にかなり根深いものがあると思うのです。それはどうい

うことかといふと、健康保険なら治療そのものに一定の限度がある。交通事故は加害者がいるのだからとことん金を使つてもやつてもらえというところと自由診療をする側とが連結をしてしまふ。このことについて厚生省はどういうふうな理解をされていらつしやいますか。

○仲村政府委員 患者さんがどういふ種類の医療費の支払い方をするかによつて提供される医療の質が変わるといふことは、私どもとしては考えにくいわけでございます。かつてのような、社会保険で言われておりましたような制限診療というふうなものも今は撤廃されておりますし、そういう形で診療に手心を加えること自体は、やはり医の倫理にもとる部分もあるかと思ひます。そういうことは現実には非常に起こりにくいと思ひますが、先ほど例を引かれたようなごく一部のそういう方々が事件を起こしたとか、そういうふうなことはあり得るのではないかと思ひますが、提供される医療の質そのものについての差があるとは、私も現在考えておらないところでございませう。

○永井委員 今のことに関連してですが、最前私たちが指摘しましたように、国立病院では三五・三％の人が健康保険を利用されていらつしやる。個人の医院ではわずかに一二・七％しか利用していません。私はここに問題の原点があるような気がしてならぬわけです。

さらに、開設者別の自由診療の料金について、これも自動車保険料率の算定会の資料でありますけれども、これで見ますと、六十二年十月現在で国立病院は単価が一・二四。これに対して私立、私的病院、私的診療所といひますと、こういうところでは実に二・〇七、こういう数字が実は出ているわけです。

同じ自由診療をやつてもこれだけ差があるので、ということは、自由診療だから、この際、悪い言葉で言うとも金もうけをさせてもらおうかというところになつていくのじやないですか。ここに私は自由診療について、この自賠審の答申で明らか

にしておりますように、早急に、速やかに診療報酬基準を策定して、その制度化を図るべきだと指摘したことは、私はここに問題があると思うのです。問題点を指摘していると思うのです。ところがいまだにそのことはできていないのでし

事について言ひますけれども、自由診療に比べて健康保険を使つた場合のおおむね、これはおおむねの話であります。二分の一ないし三分の一で済むのです。自賠責保険というものは、これは国民が、もちろん自動車の利用者が保険料を納めていくわけでありまして、この自賠責保険の保険料の料率の引き上げという問題も過去何回もありました。結局、自由診療ばかりでどんどん治療をしてもらうと、自賠責の保険財政に大きな影響を与えることになつてしまふ。

例えば、自賠責では限度額が百二十万円となつております。この百二十万円はあくまでも治療費であつて、すべてこの百二十万円まで使い切れればいいと考える人が多いのですが、実はこの百二十万円を全部治療費に使つてしまつと、加害者の場合は、この百二十万円の限度内で休業補償を行つとか慰謝料を払うとかいふことも全くだきなくなる。したがつて、事故の内容によつては、それは加害者が悪いのですけれども、実際は加害者が生活上被害者になつてしまふということも随分あるのです。交通事故を起こしたために一人心をなやまして、あるいは家屋敷も売り払つてしまふとか、無理やり会社を退職して退職金でその始末をせよとか、私自身もそういうことにお手伝いをさせてもらつた経験があるわけでありまして、そう考えますと、自賠責を使つてすべて健康保険を使つておられるのではない、自賠責保険があるのですから。しかし本人たちが健康保険を利用させてもらひたいと言ひば、自由に利用させていたたいて、もちろん立てかえ払いでありますから、そのための請求などについては事務的な処理にかなりの人手も金もかかるかもしれませぬ。しかし国民の暮らしを守る立場からすると、この健

康保険と自賠責の関係についてはもつともつと一元的に運用できるような方向に進むべきではないか、私はこう思ふのですが、どうでございますか。

○下村政府委員 現在の自賠責が抱えている問題点あるいはその背景についての御指摘は、ただいまおつしやつたとおりではないかと思ひます。

ただ、現在の制度でいいますと、健康保険はそういう種類の傷病を本来対象にするようになつていない。実は、健康保険の方の医療費も適正化というのは重要な問題でございます。そういう交通事故等の第三者による行為によつて発生した傷病について、後から求償権を行使するというために医療機関からの請求書を点検するというのが、実はこれもまた私どもにとつての一つの大きな業務になつておるわけでございます。したがつて、そこは何か制度的に解決する余地があるのかどうか。現行制度のままで健康保険を使つていくことについて、それだけでやつていくという点ではなかなか無理があるかと思ひます。したがつて、おつしやるように、健康保険がもう少しその両者の関係をうまく調整する余地があるのかどうか、これはなかなか難しい問題だと思ひますけれども、そこは今後さらに議論を深めるべき点ではないか、このように考えております。

○永井委員 このことは何日でしたか、予算委員会がこの問題が取り上げられて、そのときからこの問題が取り上げられて、そのときから局長が答弁されていらつしやるわけでありまして、診療内容の差がどうなるのか、これは私も自賠責の方に出てくる請求内容を子細に点検をしたことがございませぬので、なかなか確実なことはわからない、こういう趣旨の答弁をされていらつしやいます。しかし、医療行政をつかさどる立場からすると、あるいは不正を防ぐ立場からすると、自賠責そのものは運輸省の所管であつたといひましたけれども、不正を防ぐためには調査すべきではないのか。それがサンプル調査なのかどうなのかわかりませぬけれども、そのぐらいのことは厚生省としてやるべきではないかと思ふので

すが、どうですか。

○下村政府委員 三省の協議ということで、その協議に参加しておりますのは健康政策局長でございます。局長からお答え申し上げた方がいいのかもしませんが、ただいまの答弁は私にいたしましたので、私がお答えいたしますが、その三省協議の席上で、自賠の方で行われておる診療内容について具体的にご問題なのかというふうな検討までやっている、そういうふうには聞いていないので、私はそういうふうには申し上げたわけでございませう。そこまでの立ち入ったデータの提供があつて厚生省に協力を依頼されておるといふふうな話は私としては聞いておりませんでしたので、そのように答えたわけでございます。

ただ、ただいまの問題に即して考えてみますと、自由診療という一応法律上の建前になっておるわけでございませうが、自由診療ということになりますと、当事者間の協議と申しますか、当事者間の話し合いによつて診療内容あるいは診療報酬が決定されるというのが本来のルール、こういうことになるかと思ひます。それについて診療報酬基準を決めたらどうかというふうな審議会の答申が出ておるわけでございませうが、自由診療ということと診療報酬基準という考え方とどういう意味で両立させることができるのか。私としては、保険診療をやつておる経験から申しますと、その辺についても少し制度的な検討が十分必要なのではないだろうか。例えば医師会がこれについても協力をするというところで協議に入つておるわけでございませうけれども、医師会自身が、現実問題としては、法律的に申しますと、その会員に対して、おまえのところの自由診療の料金はこういうふうにするというふうな決定をする権限も何もないんだと思うのです。また逆に医師会がそういう協定料金をつくりますと、現在の法制度でいいますと、医師会自身が独断法で言う事業者団体、こういうことになつておるわけですから、そういう面も出てくるかもしれない、こういう種類の問

題だと思ひます。したがつて、自賠責の適正化は、確かに今伺つておる話からすると、私もそこにごいふ問題があるというふうな感じがするわけでございませうが、もつとその辺は自賠責の制度自体あるいは診療報酬基準というふうなもの性格、その辺をはつきりさせていかないと、厚生省あるいは医師会が協力するといつてもなかなか難しい問題がいろいろ含まれておるよう感じられるわけでございます。

そういう意味で、私は先般そういったことを申し上げたくて言つたわけでございませうが、私もとしても自賠責自体の健全な運営あるいは適正な診療報酬ということについて全く無関心というところではございませうので、いろいろ御協力はしたいと思ひますが、現行制度で申しますと、なかなか難しい問題が残されておる、こんなふう感じているわけであります。

○永井委員 今言われたように、非常に困難な問題点が多いと思ひますが、それをやはり乗り越えてもらふのが厚生省の務めだと私は思ひますから、あえて御要望申し上げておるわけであります。例えば診療報酬基準の設定についても、ここに日刊自動車新聞というのがありますが、それで見ますと、医師会との関係においても一定の前の向き姿勢が出てきておることは出てきておるのです。しかし「かねてから指摘されているのが医療費の過剰請求による不正医師の横行」であるというところ、この中で言つておるのですが、私はこれは決してオーバーなことではないと思ひます。すなわちまして交通事故については当たり屋とかいろいろなことがありまして、にせの入院をしたり、いろいろなことがありますが、これは刑事事件として摘発されている件数も多いのです。そうすると、医療行政をつかさどる立場からいふと、きちつとそこをメスを入れるようなことも、やはり積極的に厚生省自身が乗り出すぐらいのことをやつてもいいなと思ひます。あるいは注射一本しなくても、健康保険を適用すると自由診療とで仮に請求額が違ふということになると、これは大変な問題です。

ね。極端なことを言えば、自由診療ということとは、私なりに言えば、昔で言うところ、金持ちでないと病気を診てもらえない、貧乏人は医者にかかれないうかつかつての封建時代と同じようなことが今でも残つておる残滓ではないかと私は思ひます。極端なことを言えば、そういうことをなくするために、国民皆保険で健康保険を、国民健康保険も含めて、保険制度に加入するようにしているわけでありませうが、国民皆保険を片方であつたならば、片方で自由診療を認めておるということでは、私はどうしても医療行政に納得がいかないのだ。まして自由診療と保険適用とは同じ治療をしても単価が違ふというふうなことは、これはべらぼうな話であつて、人間の命を扱うのにそういう差別があつてはならぬ、私はこう思ひます。そういうことをやつた上で、医師の経営が成り立つように、必要なことであれば技術料でも診療報酬でも改定すればいいじゃないですか。そう考へていくと、この自賠法に基づく治療についても、当然自賠法の中で診療報酬というものはきちつと決めるべきだ、こう思ひますが、これはひとつ国民の命を守る立場に立つ厚生大臣として所感を表明していただきたいと思ひます。

○藤本國務大臣 御指摘の点につきましては、私もよくわかつておるつもりでございます。ただ、先ほど局長が御答弁申し上げましたように、これは自由診療という制度と健康保険という制度、そういう制度そのものにまださかのぼつた議論になつてくるわけでございませうし、また厚生省のこの問題についての関係、かわり合ひということもあると思ひます。しかし、そういう問題をまきにまきして、そういう中で大いに私どもの考え方を整理して努力をしていかなければならぬと思つておりますので、今後できるだけ努力をするということで御理解いただけたらありがたいと思ひます。

関係でや中途半端になりましたけれども、またの機会にこれは譲りたいと思ひます。

最後に、別の問題を一つだけお聞きしておきたいと思ひますが、非常に気になることがあるのです。それは医療に使つた廃棄物、これの処理の問題であります。規制法、現在、どうですか。

○古川政府委員 病院の場から出た廃棄物も廃棄物処理法によつて規制されるわけでございませう。

○永井委員 その規制というのは、例えば注射針であるとかあるいは処置をした後の廃棄物であるとかいろいろなものについては、完全に滅菌をして廃棄することになっておるのか。

○仲村政府委員 廃棄物処理法は、御承知のように、廃棄されたものをそれ以降処理するための規制でございまして、飛散をしないとか流出をしないとか、捨てる前に――捨てる前にと申しますか――捨てる前に消毒しろとかいふような規制は今のところございませう。

○永井委員 そうすると、病院から廃棄物を出す場合に、完全に安全を確保するということとは、実は規制法は同じこととなつておる。エイズであるとかあるいはB型肝炎、B型肝炎なんか医師自身が患者に注射しておつてちよつと注射針が自分の手にさつたで死亡したという例もありませう。そう考へていくと、そういう新たな病気がどんどん発見されて問題になっておるときに、無造作に注射針とか、その処置をしたものがどどんと捨てられて、それを収集する立場に立つと危険の上ないわけですか。注射針が手袋の上から入つたりすることがあるわけですから、これはやはり処理段階での事故を防ぐためにも、ちよつと私の調べたところでは、注射針だけでも一年間にざつと十八億本廃棄されているようでありますから、そういう二次災害を防ぐためにも規制法については見直しをすべきではないですか。どうでございますか。この一問だけで終わります。

○古川政府委員 委員御指摘のように、いろいろな心配な面も出ておると思つております。これに

つきましては、そうした法律の上では、廃棄物として善良な仕かりした管理で処理する、こうなつてはありますが、やはり廃棄物処理業者における処理の実態あるいは処理技術上の問題等もつと明確に調査する必要があります。そうしたことで、その辺の実態をしっかりと調査した上で対処してまいりたいと考えています。

○永井委員 早急に調査してもらつて、手おくれになつたら遅いですから、とにかくにも廃棄する際にきちつと処理をするということを早急に年月をかせずにやつてもらふ、このことを要望して終わります。ありがとうございます。

○稲垣委員長 大原亨君。

○大原(亨)委員 私は、最初に二問題ほど緊急問題を質問いたしまして、それから国民負担、年金医療改革の全体の問題と税制協議の問題について質問いたしたいと思ひます。

当面の問題で第一は、私もずっと今まで機会あることにフォローしてきたのですが、韓国に広島、長崎で原爆を受けた人が二万人余りおられるわけですが、それで韓国被爆者協議会をつくつていられるわけですが、最近非常に活動が活発になつてまいりました。これは今までたくさんの願ひがありながら、要求がありながら、自己抑制を含めて抑えてきたと思ひます。今までの議論の中で、昭和五十六年、日本の厚生省と韓国の担当省が合意をした中に三項目がございまして、その中には、渡日治療、それから二として日本から専門医の派遣、三として韓国医師の原爆病院での研修、それから三項目の合意以外に寛膏で、韓国での専門医療機関の設置ということが約束をされておつたわけですが、これが途中で中断をしたあるいは消えた、こういうことになつておつたわけでありまして、最近韓国の被爆者協議会の辛会長が政府を通じて、日本に對しまして二十三億ドルの賠償請求を提起した。これは日本の政府にもその賠償問題が来ているはずであります。これはいろいろな総合政策のはね返りなのであります。最近三月二十一日に日韓外相会談がございまして、その

ときにいわゆる議題といひますか、話し合いがされた、こういうふうになつておられるわけですが、どういふ話し合いがされたかということについて、外務省の方から御答弁いただきます。

○田中説明員 お答え申し上げます。

委員御指摘のとおり、三月二十一日にソウルにおきまして日韓外相会談が行われまして、その席上、先方の崔外務部長官から原爆被爆者問題について以下の問題提起がございました。

すなわち、在日韓国人で被爆した者の治療については両国間で協力が行われてきたところであり、本件は、韓国の国内問題ではありますけれども、韓国国内で社会問題化している様相もあり、日本には原爆被爆者の治療という蓄積された経験があることもあり、こういう点から日本側の綿密な検討をお願いしたい、こういう問題指摘がございまして、宇野外務大臣から、本件については人道的問題としての関心を十分日本側としても有している次第であり、実務者レベルで調査団を派遣して対処を考えていきたい、こういうやりとりがございました。

○大原(亨)委員 これは昭和五十六年当時の合意が、御承知のように事実上打ち切られたわけがございまして、合意いたしましたことがしり切れトンボに終わつていふこととも関係があるわけがございまして。日韓基本条約で戦争状態の終結に当たつて両国間で合意したことについては、私も承知をいたしております。

(委員長退席、畑委員長代理着席)

ただ、原爆被爆者の問題は、原爆の後遺症があるという特色があるわけでありまして。したがつて、日本においてもこれは議論になつておられるわけですが、しかし特別の措置として原爆二法が、医療法と特別措置法があるわけがございまして、そういう点からいいますと、原爆の後遺症というのは、他の戦争による今までの被害とは違つたところがあるわけでありまして。ですから、請求権を基本条約で消滅させたとはいひまして、後遺症は残るわけですから、人道上の見地から韓国被爆者の問

題については処理をすべきである。そういう点で、打ち切られた事情の中には韓国側の事情があるわけですが、しかし、その経過はともかくとして、韓国の被爆者団体の強い要請に對しましては、誠実にこれに對応すべきであると思ひますが、厚生省の見解はどうですか。

○北川政府委員 先生よく御存じいただいておりますように、従来の経過は韓国側の事情で打ち切りがなされた、こういうことになつておられるわけがあります。厚生省といたしましては、現在におきましても、人道上の見地から、韓国側から要請があれば、渡日治療の再開ですとか、あるいは専門医の派遣ですとか、さらには研修医の受け入れですとか、場合によつては韓国側からの被爆者の日本における治療の問題だとか、柔軟に對應していく用意を持つておるわけがございまして。

○大原(亨)委員 これは韓国政府の方の態度も変わった、韓国側の被爆者団体の要求もクローズアップされた、そういう二つの情勢の展開があつた、変化があつた、そういうことによつて話し合いが進む、こういう段階に來ていふというふうに理解してよろしいですか。

○北川政府委員 厚生省といたしましては、まだ韓国側から具体的な御相談を受けておりませんが、そういうことがあれば十分に連携をとつていきたい。今後とも外務省と、従来もそうでございしますが、十分連絡をとつて對應してまいりたいというふうに考えております。

○大原(亨)委員 韓国の被爆者団体の二十三億ドルの補償の根拠について私は説明はいたしません。二十三億ドルの賠償の要求と、それから渡日治療とか施設の提供とか、従来からも問題となつたいろいろな問題は、私は直接は関係ないと思ひます。ないと思ひますが、実質的には日韓双方の政府間の話し合いが打ち切られたということに對する被爆者の要求が出たわけですから、これらの問題は内部ではつながつておる、一体の問題であるというふうには私は理解をいたしておりますから、そういう問題については、今までの経過を踏

まえて、誠実に日本の政府は對処すべきであると思ひますが、厚生大臣の見解を最後に聞きたいと思ひます。

○藤本国务大臣 御指摘のとおり、誠実に人道上の見地からできる限りの對処をすべきものだと思ひは考えております。

○大原(亨)委員 次の問題ですが、この国会にエイズの法律案が出ておられるわけですが、これは前へ進んでおられぬわけですが、これには日弁連やその他から行政介入と人権問題についての議論も多いわけですが。しかし、最近厚生省は、一部の新聞、朝日新聞に大きく出ましたが、予算措置でこれに對應する措置をとられた、こういうことなんですが、この對策の内容についてポイントだけをお答えいただきたいと思います。

○北川政府委員 三月十九日付の朝日新聞の報道は、六十三年度予算におきましてHIV感染者、つまりエイズに感染した人たちの発症予防と治療に関する研究の進め方についての一つの考え方を報道されたわけがございまして。この研究は既に六十二年、六十三年と続いてきておられるわけがございしますが、これをさらに拡大をして、希望する感染者全体を対象にしながらやつてまいりたい、こういうことでもございまして、まだこの治療の方法については研究段階でございまして、私どもとしては医療費という考え方は持つていないわけがございまして、報道はそのように理解をされて書かれた、こういう経緯だろうと存じます。

○大原(亨)委員 今まで衆参両院の予算委員会分科会や他の機会に議論されてきたのは薬害救済法との関係です。この問題は、前厚生大臣も藤本厚生大臣も、確かにこの問題を放置できないから何らかの措置をとりたい、こういうふうな抽象的な答弁をしておられるわけですが。しかし、これは答弁を通じてお約束をしておられるわけですが。問題となつておられるのは、エイズの発病者じやなしに感染者があるわけですが、これは二千名台と言われておりますけれども、その中の大部分は血液製剤の熱処理の問題と関係があると言われてい

るわけですね。この熱処理の問題は、言うなれば、薬剤を広義に解釈すれば、血液を無害な状況、感染しない状況で提供するということは当然の行政の責任であると思います。ですから、薬害救済法の拡大解釈するなり、若干の原資はあるのですから、条文を修正するなりいたしまして、これを適用すれば、救済の範囲が広がってきまして、そして血液製剤に感染してエイズに感染するのですから、そういう経路がはっきりしているのですから、そのことをクローズアップして対策を立てていきますと、エイズに対する国民の理解、バックグラウンドというものが出てくるから、非常に政策としては、法律案の形式的な審議よりも実質的に具体化するものではないか。だから、その薬害救済法による救済措置と今度の予算措置、その程度の差という内容の差というものはどの程度なんですか。

○坂本(参)政府委員 医薬品副作用被害救済基金の目的につきましては、法律に明記されておりますように、医薬品の副作用による健康被害について迅速に救済することというものでございます。今お尋ねの血液凝固因子製剤によって引き起こされたエイズの感染、これは医薬品そのものの作用ではなくて、そこにエイズウイルスが混入しておいた、こういうことによつて引き起こされたわけでございますので、この医薬品副作用被害救済基金法の適用によつてこれを救済することは、やはり法律上できないという結論でございます。これは既に昨年来、私どもの方でいろいろな御質問に対してお答えをいたしておるわけでございます。

しかし同時に、それでは国としてこういった被害に遭われた方々に対して何もしないということではございませんで、先ほども御答弁ありましたように、これからこういった方々に対する対策を考慮していく必要があるということは私も十分認識しておるわけでございます。しかしながら、このエイズ感染という被害にかかった方の実情あるいはそのプライバシーというような、從來

の医薬品被害とはまた異なった性格を持つている面、こういうところに着目しまして、いろいろな角度から十分これを検討していく必要があるかということ、今対策を検討中でございます。先ほどのお答えは、その中の一つとして、新しい医薬品を用いた発症予防を実施していくというものでございまして、そのほかに相談事業も今計画をしておる段階でございます。さらにそのほかにもどういった対策がとれるか、今いろいろと検討を進めておる段階でございますが、いわゆる医薬品副作用被害救済基金における救済対策、これと比較というのは、私どもの検討した内容が今後固まった段階においてどういう関係になるかという点は、まだ今の段階では具体的に申し上げられませんが、至っていいというものが現状であります。

○大原(参)委員 行政上、予算上の措置の問題についての是非もいろいろあるのですが、しかし今の答弁、一つも前進していないわけですよ。これは時間が過ぎるものがあるわけですから、菌が入るすべからざるものがあつたわけですから、菌があつたわけですから、それが製剤を通じて感染して感染剤があるわけですよ。これがほとんどのシェアを占めておる。そうすると、一般的には同性愛とか性行為を通じてエイズ患者は感染したのだという先入主があるわけですから、これは不治の病というところで一緒にこれに非常に関与しているわけですよ。ですから、血液製剤の中に混入したエイズ菌の問題についての厳然たる事実があつて、この熱処理をしないかたというところに、この熱処理をしたならば目的を達成するのだということであれば、これは言うなれば薬害、副作用、薬害作用と考へてよろしいのではないかと。それは解点がないことではない。救済法に条文の足りない点があれば、どこかの字句を修正すればいいのではないかということをお聞きします。

それで、もう一つは、やります、やります、何らかの形で検討してやりますということの答弁の繰り返しではいけないと私は思うのですよ。大体

いつまでにやるのだ、どういうふうにしてやるのだというぐらひはちゃんと答弁しなければいかぬ。そうしないと、法案を出していても由らりんになつておつて前へ進まないのですよ。小沢辰ちゃんにないのですけれども、あれはあの法律自体に欠陥があるのですから、その欠陥を補うために私が言ったようなことをやるということ、これは国民のエイズに対する認識、定着度というものは一変するわけですから、そのことについては対策をきちつとして結論を出して国会で答弁してもらいたいと思ひます。大臣、どうですか。

○藤本(参)大臣 エイズ対策の最も重要な点は、まずかかれ九〇％死亡するという、しかも治す薬もまだ開発されてないこの恐ろしい病気の蔓延をいかに防いでいくかということが最も重要なことだと私は考へております。その対策を進めていく中で、御指摘のように、血液製剤によるエイズの感染につきましては、これはまさに不可抗力でございます。お気の毒なことであるわけでございます。エイズ対策を進めていく中で、血液製剤によるエイズ感染者の救済という問題は解決していかなければならぬ問題であるという認識を持っておるわけでございます。私共は事務当局に対して、六十三年度で多少の予算を計上して対策を立てておりますけれども、それだけではなくて、どういう救済ができるかということを検討するように指示したわけでございます。

その後、予算委員会では御指摘のような、副作用ではない、したがって薬害ではない、いや薬害だ、こういう質疑がございまして、それを受けた形で総理から、この問題は薬害の救済基金に適用させようということに当てはめてみる、やはり薬害と認定することには無理があるよ、うだ、しかし非常にお気の毒なことでもございまして、まさに政治の力でこういうお気の毒な方々に対しては救済すべきだ、こういう御答弁があつたわけでございます。私どもの考へと総理のお考へも全く一致するわけでございますので、将来ど

ういう救済対策が現実可能であるかということ、現在検討しておるわけでございます。そのめどにつきましては、例えば今月中であるとか来月中であるとかいうことをここで正確に申し上げることはまだ困難でございますけれども、責任を持つてこの問題の解決には当たりたい、私はかように考へておりますので、そういう点で御理解いただければ幸ひだと思ひます。

○大原(参)委員 これは大体いつごろまでをめぐらしてどういった内容の検討をしているということ、ろまで答弁されることが本当の質疑応答になると思ひます。それは極めて不満ですけれども、二億三千万円の予算措置をして、感染者がエイズの患者として表面化するのを防ぐ方向について限られた手を尽くす、こういうことに今終わっているわけ、これもしつかりした治療方法ではまだない、それが確立されていない、こういうことだと思ひますが、今の御答弁だけに終わらないで、これは速やかにやつてもらいたいと思ひます。さて、これから質問を続けていくわけですが、先般の予算委員会でも永末委員の要求で国民負担率の資料が出てまいりました。この国民負担率の資料を見ますと、現在を起点といたしまして二〇〇〇年から二〇一〇年、昭和八十五年まで、保険などによる国民の負担と税金による負担を並べまして、保険料などによる負担の問題については、年金や医療等に分類いたしました将来の推計を出しておるわけですよ。

これは簡単に言えば、六十五歳以上の高齢者が、千二百万人が、ピーク時には、二〇三〇年ぐらひには三〇％を超えるわけですよ。これは八十五年までしかなく、二〇一〇年までなのですから、年金給付も、高齢化が進んでいくわけですから、年金給付も医療給付もどんどん膨らんでいく負担がふえていくわけですね。これは私も前から私として資料を要求して答へをもらつておつたわけですよ。これを見てみますと、大筋で二つの問題があると思ひます。その第一は、租税負担率と社会保障費の負担は

とを社会党も野党も主張しているわけですから、これは厚生省の立場と一致するのじゃないかと思うのです。これは政治的な議論ですから、厚生大臣はどう思いますか。国民負担率を見まして、私はそういう分析的な視点を持つ、こういうことです。

○藤本国務大臣　まず、前段の不公平税制に対する対応策としての御議論は、かねがねそういう御議論をされておられることは私も承知をいたしております。

それから後段の、高齢化社会の進行に伴いまして社会保障経費というものが増大する、それをいかに安定的に確保していくか。これは社会保障制度というものが国民生活の長期安定のための基盤でございますから、必要な給付はぜひ確保していかなければならない、これは厚生省の基本的な立場でございます。したがって、その財源をいかに安定的に確保してまいるかということについては、将来の最も大きな課題であると心得ているわけでございまして、そういう問題が今回の税制改革の中で十分に御議論願えるものと考えておりますし、また国民の皆さん方に十分にお考えいただくかなければならない大きな課題であるというふうには私に考えております。

○大原(幸)委員　そういうふうになっていないと私は思うのです。それはまた最後の方で言います。

そこで問題は、これは厚生省の責任なんです、厚生大臣の責任なんです。現行の年金とか医療の制度をそのまま延長して推計するとしたわけですから、国民負担率の材料というのは、それはそれなりに意義があるのですけれども、それ自体としては問題を抱えているんだという点を私は指摘しているわけですね。

とすね。昭和七十年にやるという公的年金の一元化のビジョン、公的年金一元化をやるんだということについての構想ができておるのですか。そういう構想を年金の分野においてもちょうんとつっておかないと、福祉に金が要るんだ金が要るんだといひましても、どういう財源の仕組みになるかということについては全然見当がつかないという話になるわけですね。現状のままで、矛盾したまま延長するということになる。公的年金一元化についてのビジョンは厚生省としてはあらかた大筋で決まっておりますか。

○水田政府委員　先生御案内のとおり、五十九年の閣議決定で公的年金の一元化を進める、おおよそ七十年で完了するという政府の方針を決めているところでございまして、これを推進する場として公的年金関係会議というものが設けられ、既に六十一年の大きな年金改革で一階部分は給付、負担両面にわたる完全な公平を期しました基礎年金の導入を図り、二階部分の被用者につきましては、共済組合において将来に向かって厚生年金との給付の整合性を図る改正をしていただいたところであるわけでございまして、残るのは二階の被用者部分の負担の不公平をどう是正していくかということが七十年まで向かって解決していかなければならない課題である、私もどう考えているわけでございまして。

そのための手順といたしまして、昨年の九月に公的年金の閣僚会議を開いていただきまして、その一つは、七十年に公的年金の一元化を完了させるといふ五十九年の閣議決定の方針を関係閣僚すべてに再確認をしていただいたということ、それからもう一つは、六十四年に被用者年金は再計算期を迎えますので、その再計算期に被用者年金の負担の調整を図る、極力その地ならしすべきものを地ならしすることを申し合わせまして、その地ならしの作業に向かつて、既に公的年金関係会議を構成しております関係各省の関係局長から成りますところの調整連絡会議というものを開きまして、その地ならし作業についての検討の着手に既

に入っているところでございます。

(煙委員長代理退席、委員長着席)

最終のゴールの被用者年金の姿をどうするかというところが先生の御質問のポイントであろうかと思うわけでございますが、六十一年の改正で基礎年金の導入をしていただいたわけでございまして、国家公務員については大蔵委員会、地方公務員については地行等々の各委員会、それこそ超党派で共済組合の今後の存置というものを附帯決議しておられるという、それぞれ歴史、沿革を持つ中で負担の公平をどう進めていくかということとは、やはり六十四年の地ならし作業というものをまずきっちりやって、それを踏まえながら七十年のゴールの姿を描いていくことの方が事柄を円滑に進めるゆえんではないか、私もそう考えておりまして、当面六十四年の被用者年金の再計算に向かつての地ならし作業に全力で関係各省で取り組み、こういう姿勢で事柄を進めている次第でございます。

○大原(幸)委員　重要なことを答弁しているのですが、財政再計算を五年ごとにするのですから、昭和六十四年に財政再計算の方針を決めて法律を改める、そして六十五年から七十年までの五十年間の収入と支出について保険料負担と給付についての五十年計画をつくっていく、それでゴールである七十年の公的年金一元化に向かうのだという今の答弁です。これは形の上の答弁なんです。今の答弁は、それでは来年の国会の始まる昭和六十四年一月には、再計算について必要な法的措置をとる、法案を出す、こういうことになるわけですね。

○水田政府委員　被用者年金の各制度は、向こう五年間についての再計算をするというよりは、長期にわたってどう収支の安定を図るか、こういう観点で再計算をすることも先生は専門家でございますので御案内のとおりでございます。その再計算の結果に基づきまして、負担、給付の面で被用者各制度がどういう措置を具体的にとるか、その間にどう整合性のある処理をかみ合まして処理

をしていくか、こういう問題ではなからうかと考えている次第でございます。

○大原(幸)委員　そうすれば来年ですね、もう目の前の問題です。昭和六十四年の一月に財政再計算についての法律案を出すと思うのです。そのときには、例えば厚生年金の保険料の負担については、五十年間の期間を見通して、今までは法律の内容では大体一・八％の保険料値上げをやったわけですね。その保険料値上げは一・八％でおさまるのか。五年ごとにやる物価スライドにプラスいたしまして賃金スライド、政策スライドがあるわけですね。これは国会でも修正いたしまして賃金というものを入れたわけですね。スライドは年金の生命ですから、その賃金スライドは的確に予定しておりますのかどうかということがあるわけですね。そこで保険料負担については、厚生年金だけではない、国民年金は毎年定額を上げていくわけですね。これは後の問題。厚生年金をどういうふうに進めるとするならば、共済の方も負担をさえるというのであれば、共済はばらばらになっておるわけですが、これも来年の四月にはそろえるのですか。そういう問題の処理をきちっとするというのが昭和六十四年の財政再計算の法的な措置なんですか。

○水田政府委員　まず、二つの立場から答えさせていただきます。

一つは、私、年金局長として厚生年金及び国民年金を所管しているわけでございますので、まずその立場からお答えをさせていただきますと、厚生年金及び国民年金につきましては、御案内のとおり、年金審議会が事前に十分御検討いただいた上で、その御提言に従って改正を行うというのが厚生年金及び国民年金の過去の慣例となっております。今回も同じでございます。既に昨年の九月から年金審議会を開きまして、現在鋭意御審議をいただいております。ことしの秋くらいまでに御意見をいただき、それに即して措置をなしていく、

房長官と総理大臣との間において質疑応答をやつて統一見解を出してもらったわけですよ。それです。まとめたわけですよ。ですから、昭和六十四年の財政再計算期に一元化を目指してどういふふうな年金統合をやつていくんだということについて方針を出さなければいけません。それは来年早々出すのです。出すと言っているのだ。それを出すと、基礎年金の財源をどうするかという問題が出てくるのだ。そうすると、税制協議会で議論している問題が出てくるわけだ。あるいは中曽根総理大臣のときから売上税が行き詰まったら、高齢化社会の年金のために税制改革が必要ですよ。演説を本会議で何回もしているのです。テレビを通じてずっと流れているから、ああそうかなと国民はそういう気持ちになつてくるのだ。中身は何もないわけだ。その一半の責任は厚生大臣が負うべきである、こういうふうには思ふわけですよ。年金についても医療についても同じですよ。後で時間のある範囲内でやりますが、あなたはこの間就任されたばかりで、しばらくしたら去つていかれるかどうかかわからぬが、頑張るかどうかわからぬけれども、いずれにしましても、そういうことでは日本の年金改革とか高齢化対策というものはできないのじゃないかというふうには私は思ふのです。私の言うことがわかりますか。あなたは政治家ですから、水田さんのようなことは、ああいう中身のなきことでは大きな声をするようなことはないと思うのですが、いかがですか。

○藤本國務大臣 年金問題担当大臣、その最大の任務は、公的年金制度の一元化に向けて円滑に推進していくための各省庁間の調整役と私は心得ております。その点についていろいろ御激励をいただいたわけでございます。私も私なりにこれから努力してまいりたい、かような覚悟でございます。

○大原(亨)委員 これだけで時間をとつてはいけません。そこで公的年金一元化のために、私は三つの解決すべき前提条件があると思う。項目を挙げます。

第一は、基礎年金の構造を変えて普遍的な最低保障年金にしなければ、一階の基礎年金としての機能を発揮しないような段階になる。その一番大きなのは定額保障料で、保険料を納めない人や納められない人がたくさん出てくるというところが一つです。それからいろいろ年金の仕組みで、婦人の年金権を含めまして、基礎年金の構造を変えて普遍的な最低保障年金にしていかなければならない。段階的にやる場合に、財源としてはどのくらい要するのかということについて、今までの基礎年金を踏まえて、今の基礎年金は給付するときに保険料の上に三分の一の国庫負担を出すわけですから、出口でやるわけですから、これを普遍的な年金ということになると、特別の会計を設けてやるということになります。それから基礎年金についても、見直しの規定があるわけですから、年金水準と費用負担のあり方について検討することというのが議会の最終段階で私どもの修正で入つておるわけですよ。だから基礎年金をまず改革しなければいけない。これが第一。

第二は、国鉄共済年金についての再建プランを明確にしない。昭和六十四年までは今までの国会答弁どおり一応曲がりなりにやっております。六十五年から七十年の公的年金一元化までは空白です。一年間に約三千億円の国鉄共済年金の不足額が出てまいります。五カ年間で一兆五千億円です。これをどうして埋めるかということに政府は責任を持つてやりますというのが統一見解です。しかし何でやるかということについて検討しています。この点だけ一つ質問をいたします。

○水田政府委員 まず、国鉄共済、検討をちゃんとやっているか、こういう御指摘でございます。先生御指摘のとおり、六十五年から六十九年までの五カ年間で毎年三千億ということ、この間で一兆五千億です。私も承知しております。が、恐らくその後はなおおえるのだろと思ひますが、この不足した財源をどう穴埋めをしていくのか、これはやはり大変大きな問題であると思つております。ここに至るまでの国の監督責任の問題

もあらうかと思ひます。それから清算事業団がどう絡んでくるかという問題もあらうかと思ひます。それから公的年金の一元化がどう絡んでくるかという問題もあらうかと思ひます。また自助努力がどう絡んでくるかという問題もあると思ひます。これらの解決策についての国民のコンセンサスを得ることが何よりも最も重要であると思ひます。これをどうやってやるか、一昨年の国鉄再建の特別国会が行われたときに、これは特に社会党からやはり国鉄の財源問題を解決するための国民のコンセンサスを得る場を設けるべきだという提言が再三なされたわけでございます。私もそれを受けて、国鉄問題を解決していくための四閣僚会議、これは内閣官房長官、それから国鉄共済を担当しておられる大蔵大臣、それからこれまで監督してこられた責任のある運輸大臣、それから年金担当大臣であるところの厚生大臣、この四閣僚会議の下に新内閣発足と同時にハイレベルの有識者懇談会というものを設けて、ここで一つの問題の解決についての大きな方向の提言をいただくということでもスタートし、既に再三にわたる御検討をいただいております。秋口くらいまでには御提言をいただけるものと私も考えているわけでございます。それを受けて四閣僚会議でこの問題の解決の具体的な方向を示していただく、こういう手順で現在考えている次第でございます。

○大原(亨)委員 メンバーは、大蔵さんが座長なんです。それで宮崎さんと非常に見識のある人が多いですよ。多いのですが、年金についてはよくわかつていらつしやらないのです。これはほとんど中身がないのです。だから、厚生大臣が、年金担当大臣がどういふ考え方を持つかということが大切なことです。そういうことを議論しなければ前へ進まないわけですよ。そこへもたれかかっておつたのでは何も出てこない。こういうふうにしりたいと思ひますがいかがですかというふうなことはやつていかないと、財源が絡むのですから。それは簡単ではないですよ、将来の問題

が絡むのですから。あの懇談会では私は中身は出てこないと思ふ。

それで、日本の歴史で一番古い、大正時代からある国鉄共済年金をつぶしたら日本の皆年金体制は崩壊しますよと言っているのです。それほど重大な問題です。国鉄共済年金も再建しようと思ふと基礎年金から変えていかなければいけませんよという議論も私はしているわけですよ。ですから、そういう問題について今のようにアバウトな議論では、来年の発足についてめどをつけるわけにはいかぬのじゃないですか。

それから、もう一つの問題は、前提条件は、厚生省と労働省の関係です。きょうは労働省も来ているわけですが、つまり六十五歳年金開始という法律になつておるわけですよ。この問題は、議事録を調べてみたら、昭和五十何年でしたか、当時村山委員がやつていますけれども、これは定年制との関係があるわけですよ。定年は六十五歳まで段階的に延長していかなければいけません。労働時間短縮の方は進んでいるのですが、定年制は延長しまして、それでワークシェアリング、全体としては余暇を開発しながら年金の開始年齢と合わせていかなければならぬわけです。そういう方針は労働省、労働大臣との間でとれておるのですか。雇用と年金の関係どうするのですか。

そしてその中で問題になるのは、在職老齢年金というのは、低い賃金に抑えらる年金の一部を出しましやうという法律であつて、これは非常にいびつで共済にはほとんど適用できないわけですね。これが問題なんです。私も、これは部分雇用部分年金に変えて、労働時間短縮に合わせた一週間の労働時間でだんだんと年をとるに従つて労働時間が短縮すると、年金の肩がわりをするという部分雇用部分年金の考え方で改めるしかないのではないかと提案をしていくわけですよ。在職老齢年金の改正を含めて、年金開始年齢の準備をするということになると、六十五歳にソフトランディングするような条件をつくらなければい

かぬ。それは全部歩調をそろえなければいかぬということになる、そういう問題について厚生大臣は一つの展望なり考え方を持っていますか。

○水田政府委員 被用者年金の開始年齢の繰り下げ問題というのは、今後の後代の方の費用負担を考えた場合避けて通れない課題である、私も思っているわけですが、この問題につきましましては、今先生が御指摘のとおり、雇用問題と密接な関連を持つわけですので、私も今後とも後やより労働省の方と密接な連携をとってこの問題を考えてまいらなければならないと思つておるわけでございます。

いずれにいたしましても、この開始年齢の問題については、国民の老後生活に大きな影響を与えるわけですので、相当の準備期間、雇用との密接な対応関係、それから先生が御指摘になった問題を含めたソフトランディングする方法、もうもろを総合的に検討していかなければならぬ課題でございます。先ほど申し上げましたように、次の再計算期に向けて年金審議会でも最も大きな課題の一つとして、現在この問題の御検討をお願いしているという次第でございます。

○大原(亨)委員 六十五歳年金開始については、厚生年金も共済年金も全部法律はそろつておるわけですよ。附則で二階の所得比例年金を前に倒しまして六十歳開始にしておるわけです。そういう仕組みになつておるのですが、しかし保険財政からいいますと、保険料負担がずっとふえてくるという情勢があるわけですから、六十五歳年金開始に延ばせということを臨時行政調査会は何回も勧告しているのですよ。六十五歳開始、それは昭和六十五年という年限まで指定してやつたことがあるのです。そうしないと年金財政は保つていけませんよ、維持できませんよということを言つておるのです。それについて雇用との関係についてはもう抽象的に触れているだけなんです。大臣、雇用との関係なしに六十五歳年金開始ということはよもやないと思ひますが、いかがですか。

○藤本内閣大臣 その前に国鉄共済年金の問題。

まさにこの国鉄共済年金が崩壊いたしますと、国民の公的年金に対する信頼は失われるわけでございます。そういう点もこれあり、我々もいたしましては、これは必ず解決しなければならぬ課題だということで今取り組んでおるわけでございます。そのためには国民の理解と御協力が必要であるという意味で、この問題の閣僚懇の下部組織として、御承知のように有識者懇を設置いたしまして今やつておるわけでございます。その結果を踏まえまして、責任を持って国鉄共済の問題については解決をいたしてまいる所存でございます。

それから、次の御指摘でございますが、一番大事な問題は、やはり年金制度の長期安定ということとが何よりも大事な問題だと考えておるわけでございます。そして、そのために御承知のような大改正を昭和六十年度に行つたわけでございます。そしてその結果として、今御意見を含めての御質問にありましたような定年制との問題、これは将来当然考えなければならぬ大きな課題であると私は思つております。

○大原(亨)委員 基礎年金の中身を変えていく、構造を変えていく、これは法律の附則にあるわけですよ。それから国鉄共済年金の再建のプランを明確にする、それから雇用と年金をきちと整合性のあるように改革しまして、年金開始は六十歳を維持する、そして定年を六十五歳に順次移行すれば、年金の開始年齢はソフトランディングができる、六十歳以上は雇用については個人差がある、こういう前提で政策を立てるべきではないか、私どもはこういう議論であります。ですから、三つの点についての改革の意見をまとめないと、昭和六十四年の財政再計算期において七十年を展望することができないのではないかと、これは重要な問題であるけれども、非常に急ぐ問題ではないかというところで、時間的な問題を含めて厚生大臣の見解を簡単に御答弁ください。

○水田政府委員 基礎年金の問題は確かに附則に検討事項が入つておるわけですが、後代

の負担等を考えますと、私も現在、国民の老後の生活の基礎的な部分を賄うという現在の基礎年金の考え方が妥当ではないかな、こういうふうに一応考えているわけでございます。また費用の負担の面につきましても、社会保険方式が国民の中に定着しているわけでございます。基礎年金における国庫負担、これは現在一般会計で行われておるわけですが、これを税の方式に改めるという問題、これはやはり国民の選択の問題ではないかな、こういう気がいたしておるわけでございます。仮に税に改めるとした場合にも、やはり大原先生が御提言しておられるような、いわば直接税という方法を言つておられる方もあるし、藤田晴先生みたいな間接税という形で対応すべきだという御意見を言つておられる方もあるわけでございます。そして、この一般会計負担を目的税あるいは間接税、直接税、そういう形に切りかえていくことは、国民のコンセンサスを得ていくには相当慎重かつ時間を要する問題ではないか、こう考えているわけでございます。

それから、次の六十四年の再計算期に、国鉄の問題あるいは開始年齢の問題、これは非常に強く結びついてくる話であるというふうに私も受けておる次第でございます。いづれにいたしましても、先生御指摘の三つの問題は、年金審議会の御意見を最終的に承つて政府の態度を決めるといふのが私どもの基本的な姿勢でございます。御理解をいただきたいと思ひます。

○大原(亨)委員 今の基礎年金の方式は北欧型を入れたわけですが、これは私も意識を認めているのです。しかし、これは税主、保険料従にすべきである。日本の場合は保険料主、税従であるわけですよ。出口で国庫負担でやる。そうすると、今の制度でございますと、無年金者、低年金者が数百万人出てくることになる。四、五百万人ではないと思つておられます。それはなぜかといひますと、年金の掛金を免除された者以外で未納者がほとんどふえておるわけですから、都会を中心にふえておるのですから、これは無年金につ

なかるわけですよ。基礎年金の実質にならぬわけですよ。ですから、このことも頭に置いて考える。そういうことを全体を見ながら日本の税制をどうするかということを考える。

医療についても同じですよ。時間も限られておりますから、最終的に申し上げますが、医療の問題については、だんだんと高齢化して老人がふえるわけですから、老人医療費をだれが負担するのかという問題なんです。今の被用者保険を延長してやるのか。それから別建てで、公費負担、税金でやるのか。これは国保中央会と健保連の意見等が最近たまたま一致してきました。別建て・国庫負担論があるわけですよ、老人医療費について。しかしながら、ヨーロッパのように、ドイツやフランスのように現在の被用者保険を延長するという考えがある。しかし、いづれにしても、今の老人保健法の拠出金制度というのは、これはねじれ現象であつて、受益者が参加する制度ではないわけですよ。そしてこの拠出金のウェイトがずっと高くなつてくると、保険料の中に五〇%以上の負担が近い将来入り込むというようなことになれば、保険制度の自殺行為ではないかということになるわけですよ。だから、老人医療費をだれが負担するのかという問題が非常に重要である。その期間は昭和六十五年ではないか。年金と同じ昭和六十五年。昭和六十五年までにビジョンを決めて、保険制度とそして医療供給面についての総合的な改革をすべきであると思ふが、厚生大臣の見解を聞きます。

○岸本政府委員 老人医療費につきましては、老人人口の増加に伴ひまして、その増大は避けられないわけでございます。この医療費を国民が公平に負担していくということが極めて重要な問題であらうと思ひます。老人医療費の財源の持ち方につきましましては、老人保健法の創設のときからいろいろ御議論があつたわけでございますけれども、医療保険制度が分立をいたしておりますので、保険者間に老人の加入割合に著しい格差があると

いう現状から、いわば各保険者の共同事業という形で、老人医療費の七割部分につきましては各保険者から拠出金を御負担願う。そして保険者間の公平の見地から、加入者按分率により調整を図っているわけでございまして、こういう公費と拠出金で賄うことが老人保健事業の性格から見ても最もふさわしい現実的な財源方式ではないかというふうに考えておるところでございます。

法律の附則の規定によりまして、先生が今御指摘になりましたように、六十五年度までの間に加入者按分率また一部負担等々の問題につきましても見直しを行うということになっておりまして、私どももいたしまして、老人医療費の動向、各医療保険の運営状況等を勘案いたしまして、各界各層の御意見を幅広くお聞きしつつ、老人保健制度全般についての検討を進めてまいりたいと考えております。

○大原(孝)委員 今の制度を説明したので、加入者按分率一〇〇％というやつ。拠出金の制度というものがいいんだというようなことを言われたわけですね。あれは観念的には、高齢者の比率で加入者按分率を一〇〇％にするというのは、そして按分してみんなが負担するというのは、いかに公平そうに見えるのだが、保険制度のメリットから言えば、皆さん方が答弁したことは全く逆なんです。保険局長が言ったことは逆なんです。これは受益と負担の関係のバランスをとって、そして医療費の適正化を図っていくという考え方とは違っているのですから。だから、今の老人保健法の拠出金制度というのは、国民健康保険中央会——齋藤君がやっておられますね。市町村長、その方も、これでは老人医療費は賄えない、こういうことを最近言いつたのです。これは別建てで公費負担にする、全国民が負担するのが望ましい、こういう意見になったわけですね。たまたま健保連と同じような意見になつてしまつたわけだ。全国市長会も大体それに応ずるような意見を言っているわけですよ。だから、老人保健法の拠出金の分配率を八〇、九〇、一〇〇にする、これ

がいいんだと、部長が今言つたようなそんな見解を言つておられるのはおらぬわけですね。ですから、今の拠出金の制度を変えてどうするかというのは大変な問題なんですよ。日本の保険制度の問題なんです。

特に一番いけないのは、いつも言うように、政府管掌の健康保険の中で、国民健康保険はできておられるけれども、政府がやっておる健康保険の中で、一人当たりの医療費で都道府県別のデータを出せと言つても、出さないわけですね。政府がやっているのだから出せるじゃないか。支払基金があるのだから、社会保険事務所があるのだから出せと言つても、出さないわけですね。国民健康保険の材料だけあるのです。政府管掌の健康保険は一人当たりの医療費がアンバランスになつておられるのはひどいわけですから、それに対する是正措置を政府みずからやらねえで、国民健康保険だけ責めるのはおかしいじゃないか、こういう議論が出てくるわけですね。時間がないから議論できませんが、医療供給面について、全体について改革しなければいけない。そのことは昭和六十五年にやらないといけません。六十五年にやらないと、国民健康保険の時限も切れるということでしょう。

ですから、今私が指摘をいたしました、その点について厚生大臣は、老人医療費の負担について、今の制度全体を見直して、そして高齢化社会に対応できるような制度をつくっていくべきではないかという点について所見を聞かせてもらいたいです。

○藤本國務大臣 老人医療費の問題につきまして、先ほど御答弁いたしましたように、昭和六十五年に見直しをするわけでございまして、そういう見直しの中で、その負担をどういうふうにしていくかといういろいろな意見があるわけですね。まして、そういう御意見も十分に念頭に置きながら、私どももいたしましては見直しをしていかなければならないものと存じております。

○大原(孝)委員 政府管掌健康保険の一人当たりの医療費について、その実態と是正の対策につい

て厚生省自体はデータと方針を持っていますか。

○土井政府委員 ただいまの点でございしますが、お説のとおり、正確なデータというのはございせん。各県の支払基金で、その県内の医療機関に払っている医療費を、事業所が県内にある被保険者一人当たりについて見てみますと、一番高いのは奈良県でございまして、昭和六十一年度でございしますが二十三万円、それから一番低いのが東京都で十萬九千円、その間に約二倍の開きがございます。ただ、御指摘のとおり、これは正確な数字ではございません。例えば東京、大阪等の事業所で勤務している被保険者は、住所が千葉県であるとかあるいは奈良県であるとか周辺のところに住んでいるというふうなことから、必ずしも正確な数字ではないというところで、私も現在これを補正をしまして、より正しい数字を把握したいというところで作業中でございます。その作業結果は近く出てくるものでございますけれども、それに基きまして、新年度、地域的な医療費の対策を、政管健保についても実施したいという考えでおりますので、よろしくお願ひ申し上げたいと思ひます。

○大原(孝)委員 この現状における資料を出してください。私のところへ下さい、いいですね。

最近政府が出している中で、非常に関心のある問題が一つあるのですが、組合管掌の健康保険の枠内に異業種間の地域総合保険をつくるというのです。今は同業種間で秋葉原の電機商が地域総合保険組合をつくっている。それで健保連に入っている、連合会に。そういうのがあつたのですが、しかし、異業種間の地域総合保険をつくるというところになると、政府管掌から抜けて組合管掌の健康保険に行くことになるのです。私も議論しているのは、政府管掌をやはり組合方式で運営するために、都道府県とかその下の医療圏とかいうもので地域の総合保険にして、そして連合体をつくるべく、そういうふうにとすると、レセプトの点検その他について非常に大きな効果があるのでは

ないか。レセプトの点検というのは支払基金もやっているのですが、しかし、その関係事業体がやるところに組合管掌の健康保険の一つの非常なメリットがあるわけですよ。国民健康保険の中だつて、建設国保などは自分のところでレセプト点検をやっているのですよ。そうすると、広島市の国民健康保険の一人当たりの医療費と建設国保の一人当たりの医療費は、国民健康保険でありまして、一人当たり二割違うのです。それは何かといつたらレセプトの点検をするわけですよ。そういうことがね返ってくるようにしているわけですね。ドイツやフランスでも、それは非常に大きな議論になつて、例えばお医者さんは一回に医薬品を三割までしか調剤してはいけない、こういうふうな規定したりしておるわけですね。いろいろな苦労をしておるわけですよ。レセプトの点検ということは、政府管掌はもうほとんど事業体がやらないんです。これは支払基金がやるだけなんです。そして、もう一歩進めれば、ICカードの問題が今始まらかけて、あるんですが、異業種間の地域健康保険をもつて政府管掌の再編成をやつたらどうかという考えを私は持つておる。そうすると、皆さん方は飛びつくと思つた。一六・四％の政府管掌の国庫負担がなくなるじゃないか。それで大蔵省が喜ぶということになる。そうじゃない。その財政調整は財政調整で、所得の差や年齢の差に従つて財政調整するルールを確立しなければいけない。そういうことだ。ですから、そういう問題についてやる場合に、見直しをするというのなら、そういうことを整合性のあるようにやる。そしてそれは租税で負担するのだから保険料で負担するの。財源問題を考えるに於いて総合的な考え方があつて、初めて国民的な討議を得るのではないか。高齢化社会に対応する税制問題の議論も前に進むのではないか。そのことを野党社会党は言つておる。所得税減税については不公平税制のは正、不公平税制ですから。そして高齢化社会の問題については二年、三年かけて、昭和六十五年をめどにいたしまして財源問題と一緒に考え

て、そして国民的な討議を進めるべきではないか
ということを言っておる。社会党の考えや野党の
考え方はそういうことです。厚生大臣の考え方に
最も近いのが私どもの考え方ですから、厚生大臣
はもつとしゃんとしなきゃいかぬということにな
るわけです。そういう年金でも医療でもあなたが
責任持っているんだから、やってもらいたい。こ
れが最後です。

○藤本国務大臣 三十八年に当選をいたしましたし
て、以来社労委員会におきまして大原先生のいろ
いろな御質疑を承つてまいりまして、非常に勉強
になっております。ただいまの御意見につきまし
ても、非常に貴重な御意見として受けとめさせて
いただいたわけでございまして、十分勉強してま
いりたいと考えております。

○大原(三)委員 以上で終わります。予定時間よ
りも二分早いですが、放免します。

○稲垣委員長 この際、暫時休憩いたします。
午後零時五十六分休憩

午後二時二十一分開議

○稲垣委員長 休憩前に引き続き会議を開きま
す。

この際、内閣提出、国民健康保険法の一部を改
正する法律案を議題とし、趣旨の説明を聴取いた
します。藤本厚生大臣。

国民健康保険法の一部を改正する法律案

(本号末尾に掲載)

○藤本国務大臣 ただいま議題となりました国民
健康保険法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。

国民健康保険制度は、我が国の国民皆保険体制
の基盤となる制度として重要な役割を果たしてお

ります。が、制度を取り巻く社会経済が大きく変化
し、人口の高齢化等を背景に医療費が増加する中
で、運営上さまざまな問題を抱えるに至っており、
その解決を図ることが重大な課題となっております。

そこで、保険料負担能力の低い被保険者の加入
割合が高いという問題や医療費の地域差問題等、
国民健康保険制度が当面している不安定要因に対
して、国、都道府県及び市町村が共同して取り組
む仕組みをつくることにより、国民健康保険事業
の運営の安定化を図ることを目的として、この法
律案を提出した次第であります。

以下、この法律案の主な内容につきまして御説
明申し上げます。

第一は、指定市町村における国民健康保険事業
の運営の安定化の推進であります。厚生大臣が指
定する医療給付費等が著しく多額な市町村は、安
定化計画を作成し、国及び都道府県の指導及び援
助のもとに、給付費等の適正化等運営の安定化の
ための措置を講ずることとしております。

この計画の実施状況を踏まえ、指定市町村の給
付費等が特別の事情を勘案しても、なお被保険者
の年齢構成等をもとに定める基準を超える場合、
その基準を超える著しく高い給付費等の一定部分
について、国、都道府県、市町村が六分の一ずつ
共同で負担するものとしております。

第二は、保険財政基盤の安定化措置であります。
市町村の国民健康保険の財政基盤の安定のため、
市町村は、保険料負担能力の低い被保険者の保
険料軽減相当額を基礎として算定した額を一般
会計から国民健康保険特別会計に繰り入れること
とし、国はその二分の一を、都道府県はその四分
の一をそれぞれ負担することとしております。

第三は、高額医療費共同事業の強化、充実であ
ります。高額な医療給付が市町村の国民健康保険
の財政に与える影響を緩和するため、国及び都道
府県は、国民健康保険団体連合会が行う高額医療
費共同事業に対してその費用の一部を補助するこ
とができることとし、これにより同事業の強化充

実を図ることとしております。

第四は、老人保健医療費拠出金の国庫負担の見
直しであります。保険財政基盤の安定化措置等を
通じ、国民健康保険の運営の安定化を図られるこ
とから、その財政運営への影響に配慮しつつ、特
例的に高くなっている老人保健医療費拠出金に係
る国庫負担率を調整することとしております。

こうした改正のほか、被保険者資格証明書の交
付を受けている場合の療養について社会保険診療
の扱いとするなど、その他所要の改正を行うこと
としております。

以上申し上げた制度改正のうち、保険財政基盤
の安定化措置、高額医療費共同事業に対する補助
及び老人保健医療費拠出金に対する国庫負担の見
直しの措置は、昭和六十三年及び昭和六十四年
度における措置としております。

最後に施行期日であります。本年四月一日か
ら施行することとしております。

以上が、この法律案の提案理由及びその内容の
概要であります。

何とぞ慎重に御審議の上、速やかに御可決あら
んことをお願い申し上げます。

○稲垣委員長 以上で趣旨の説明は終わります。
た。

○稲垣委員長 引き続き厚生関係の基本施策に関
する件について調査を進めます。

質疑を続行いたします。新井彬之君。

○新井(彬)委員 先日の厚生大臣の所信表明をお
聞きいたしました。いろいろと書かれていたわけ
でございまして。そういう中で本当にどれこれも
みんなやってもならなければいけない、このよう
に思うわけでございまして。特に二十一世紀、間も
なくございまして、二十一世紀に向かいますと
は当然高齢化社会の到来でございまして。今大臣の
所信表明にも言われておりますけれども、この長
寿社会を本当に立派な社会にしなければいけない
というように言われていたわけでございませ

すが、長寿社会について大臣はどのような姿をお
考えになっておられるのか、所信表明の中でどうい
うことを思われてこう言われているのか、初めにち
よつと具体的に内容をお聞きしておきたいと思
います。

○藤本国務大臣 これから本格的な長寿社会を迎
えるわけでございまして、その長寿社会のイメー
ジがまず大事であろうと思うわけでございませ
う。やもいたしますと、そういう長寿社会になりま
すと高齢者が非常にふえる、したがって、社会保
障の経費が増大する、そういう経費に対して特に
働く人たちの負担がふえるわけでございまして、
大丈夫かな、こういうお金にまわらざる暗いイメー
ジが先行するわけでございまして、私は長寿社会
というのは、健康で人生経験豊富、しかも賢明な
お年寄りがある、そういう社会でございまして、
これは家庭にとつても地域社会にとつても、
ひいては国にとつてもすばらしいことでございま
して、明るい社会というのがイメージとしてはま
ず必要でございまして、お年寄りが肩身の狭い思
いをするような社会であつてはいけません、かよう
に考えておるわけでございまして。

そこで、皆だれもお年寄りになるわけでござい
ますので、そのお一人お一人が自分の老後につ
いて安心して生きがいを持てる社会をつくっていく
ということが望ましいことでございまして。そのた
めには、今日まで人生五十年型社会であつたわけ
でございまして、今後老後が長期化するわ
けでございまして、言ってみれば、人生八十年
型の経済社会のシステムをつくって、そういう活
力のある社会をつくりながら、その社会の中で生
きがいを持って安心して高齢者が生活できるよう
にしていかなければならぬということを申し上げ
ておるわけでございまして、具体的な方針につ
きましては、御承知のように、長寿社会対策大綱を
六十一年に政府全体としてはまとめてございま
すし、厚生省といたしましては、同じく高齢者対策
企画推進本部報告という形で具体的にまとめてお
るわけでございまして、その線に沿って努力をし

力し合っていくか、そういうことが非常に大事で

摘、私も全くそうだと思っております、そうい

つきましては、現在、我が国で承認をしております加熱製剤の条件よりも短い時間で加熱した製剤を用いたり、あるいは抗体のスクリーニング検査を行わなかったものを原料血漿として用いているということも判明いたしました。またその問題の、製剤につきましては、我が国に輸入されていない

て、その中の特定の種類につきましては、ケーススタディによつては他の疾患に用いられる場合もございませう。

す。しかし、いずれにいたしましても、最近の新しい加熱製剤によってエイズの感染が起ったということは、我が国においては無いわけではございません。

○新井(彬)委員 今血友病患者の方というのは日本では約五千人おられるということで、エイズにかられた方も、本にお気の毒なことではございますが、いらつしやるわけではございません。政府としては、別に法律的には問題はなかったのだ、仕方がないのだという答弁でございます。

そこで、昨年、斎藤前厚生大臣も、また本年二月二十三日の予算委員会でも竹下総理、また藤本厚生大臣も、政治的な救済ということを考えているというのを答弁されているわけではございませんが、現在までにどのような検討をされて、いつごろまでにそういう救済措置というものが発表されるのか、お聞きしておきたいと思っております。

○坂本(龍)政府委員 血液凝固因子製剤によってエイズに感染された方々はまことにお気の毒でございます。私どもとしても同情すべき点が多々あるという認識を持っています。そのために、厚生省におきましては、そういった方々のための対応策を従来から考えてまいっております。既にエイズに感染された方に対する発症予防、治療研究事業、それからいろいろと医療上あるいは生活上の問題についての相談を受ける相談事業、こういったものを実施することにしたしまして、所要の経費は六十三年度予算案に盛り込んでおられます。

なお、そのほかにさらにどのような方策が考えられるかということも現在患者さんの実情なども踏まえて、また治療に当たっておられる主治医の御意見なども伺いつつ、いろいろな角度から検討を進めているところでございます。現在の段階では、まだ具体的な内容あるいはその実施の時期等については申し上げられるところまで至っておりませんが、今後できるだけ検討を進めまして結論を出すように努力をいたしたいと考えております。

○新井(彬)委員 もう本当に何とも言いようのないことではございます。そういう状況でございますので、何とか一番いい方法をとっていただきたいというのをお願いしておきたいと思っております。

これは新聞報道でございますが、「献血六十四万人分を浮く」ということで、私たちは血液がどうなっているのかなんてことは全然わかりません。わかりませんから、交通事故に遭ったり、あるいはまた手術のときは、お金は少しは要るかも知れませんが、血液はちゃんとしてもらえるもの、このように思っているわけではございません。今日赤が一生命に献血運動をやつて、年間九百万人ではございますか、もう世界でもトップクラスの献血が日本では行われている。そういうわけですから、生血については何ら問題はないというぐあいに僕は認識しているわけではございませんが、この新聞によりまして、

血友病患者が治療に使う濃縮凝固因子製剤をはじめグロブリン、アルブミンなど血しょう製剤は原料血、製品輸入の違ひはあれ九六%が米、国からの輸入で賄われている。このため血友病患者のエイズウイルス感染が起き、乱用から世界の血しょうの三分の一を消費する事態になっている。海外からは「日本は自国の献血を血しょう製剤に使わず、金にあかせて血を買い集めている」との批判が出ていた。

○坂本(龍)政府委員 我が国の輸血に必要な血液製剤はすべて献血で賄われております。問題は、最近医学技術が非常に進歩いたしましたので、血液製剤に対する需要が急激にふえてまいりました。従来は、いわば全血輸血という、採血した血液をそのまま全部輸血するという方法が主流でございましたが、最近では血液の成分ごとに分けまして、それぞれのケースの状況に応じて必要な成分を患者に使っていくという手法が非常に発達してきております。そのうち特に血漿分画製剤と言わ

れております。血液の成分を抽出して濃縮いたしました製剤が非常に多く使われるようになってまいりました。そのために我が国の献血だけでは不足を来しておるという状況にございます。特に血液凝固因子製剤について見ますと、従来血友病の治療は、病院におきまして輸血あるいは点滴のようない形で時間をかけて行つておたわけではございますが、最近では自己注射もできるようになり、患者さんにとっては社会的活動が非常に向上するということ大きなメリットもあるということから、需要が非常に増加してまいつたという状況でございます。

実情を申し上げますと、そういった凝固因子製剤については国内である程度確保しておりますけれども、それはほぼ一〇%程度でございます。残り九〇%ぐらひは輸入に頼っているというのが現状でございます。

○新井(彬)委員 この新聞報道によりますと、そういうことで日赤がメーカーに委託をいたしました。六十四万人分の血液をそういう製剤にしようというところでやつた。しかし、値段が輸入のものに比べて全然合わないで売りようがないのだ。これも二年ぐらひの在庫しか持たなくて、つくるのに一年ぐらひかかっているのだ、あと一年ぐらひたつと廃棄処分になるというようなことが言われているわけではございますが、その値段の方との兼ね合いはどのようになっているのですか。

○坂本(龍)政府委員 日本でもできるだけ国内で献血された血液を用いて血液凝固因子製剤をつくつていこうという考え方のもとに、日本赤十字社が民間企業の技術を活用いたしまして製造委託しているわけではございます。その際に、やはり製造委託でございますから、一定の手数料を民間企業に払うことになっておるわけではございます。これについては、日本赤十字社と民間企業との話し合いで委託料が決まったわけではございますが、現実にはその委託料について今後もう少し低いものにできないかという問題は残っております。現在なお将来に向けて協議をしているという段階でござ

いたします。

そのようなことで、ただいまのお話にございましたような新しい日本赤十字社の製品については、できるだけ合理的な価格で供給できるように私どももいろいろと考えてまいりたいと思存いたします。現在できました製品については、できるだけ多くの医療機関に使っていただくように、これも私どもとして努力をしてみたい、こう考えておる次第でございます。

○新井(彬)委員 私が非常に不思議に思いますのは、世界の三分の一を日本が使っている、日本は最高に献血運動が高まっている国であるが、なお血液がこういうわけで不足しているということになれば、僕らの知っている範囲でもまだまだ献血してあげますよという方はたくさんいらつしやると思うのです。そういうわけですから、あんなに少いのが足りないのかわかりませんけれども、そういうことに対して厚生省としてはもつとP.R.をして、私たちがいつ何があつても血液は大丈夫です、安全な血液が使えますよということとをひとつきちんとやっていただきたいと思

います。それから、献血というのは基本的には無料で奉仕しているという認識しております。したがって、外国でも売つているところもあるし無料のところもあるかと思つておられますが、基本的には原料としては条件は同じである。したがって、日本の製薬会社がつくるのと外国の製薬会社がつくるのにそんなに価格の差というのがあるわけがないと思うのですけれども、そういう面についてはどうなつておりますか。

○坂本(龍)政府委員 まず、日本でもできるだけ血液の自給体制を確立すべきであるということ、私どもも同じ考えでございます。できるだけ今後そのような方向に向けて進むべく、いろいろな努力をいたしております。例えば献血量をふやすために、従来二百ミリリットルの献血を行つておたわけではございますが、これに四百ミリリットルの献血をあわせて実施する、あるいは血液

の全部を採血しないで、その中の成分を分けて採血するといふような方法も考えております。またいろいろな広報手段を通じて国民に献血の必要性を理解していただくように努めておるわけでございます。

同時に、問題がございますのは、やはり日本での血液の使用量が非常に多い、こういう問題でございます。これは私も専門家の御意見を聞きまして、現在の血液の使用の際に、もう少しこれを適正化できないかというのをいろいろお聞きしたわけでございますが、やはり少し血液の使用において不適正な使用が見られるということもございまして、専門家にお伺いをして適正化の基準をつくっております。これによって使用の適正化を図るという、需要面での対策もあわせて行っておりますのでございます。

なお、血液製剤の価格の問題でございますが、日本で献血によって製剤をつくる場合に、血液そのものは無料でございますけれども、やはりどうしてもそれに伴う人件費でありますとか物件費、その他いろいろとコストがかかるわけでございまして、これが他の国のコストに比べると高いという面があるようでございまして、この辺は、採血の具体的な方法を今後できるだけ合理化することによって、適正なコストに下げていくという努力をする必要があるかと考えておる次第でございます。

○新井(彬)委員 世界各国がどういうやり方で、そしてどれだけの値段でやっているかは知りませんが、日本でも決してそれはできないことはない。それは血そのものの原価が高ければ別でございますが、献血でございまして、後の製法については日本の技術というのは決してそんなに劣っているわけでもないと思ひますし、それから血液をそんなに使うというのは、世界と比べて、医学はどういうぐあいになっているのか私も余りわかりませんが、そういう面で、とにかく輸血する場合は安心して輸血を受けられるということについて、全般にわたってひとつよろしく御検討願いた

い。このことをお願いしておきたいと思ひます。次に、丁寧な質問をしようと思つたのですけれども、時間がちよつとなくなつてきたのでございですが、障害者対策についてお伺いをしたいわけでございます。

総理府に障害者対策推進本部というのがございまして、そこで昭和五十七年に障害者対策に関する長期計画が策定されました。ところが六年目に入る、こういう状況で、いろいろと一生懸命に頑張つてやつていただいているわけでございまして、きのうも、質問通告をいたしましたら、厚生省の方は、これは総理府のそこへ聞いてくれ、そこへ聞いたら、今度は運輸省に聞いてくれ、要するに、私本当に残念に思ひましたことは、だれに相談したらいいのかわからないところがあったということでございます。例えて言いますと、そういうことはたくさんございまして、自分の子供が大変悪い。そのために一体この子をどうしたらいいだろう。相談相手がない。そういうときに、二十四時間体制で県政五〇八番制度というのをつくつておりまして、そこへ電話すると状況を聞いてもらえて、あ、それは警察の少年課へ行きなさい、いや、それは学校のどこへ行きなさい、教育委員会へ行きなさい、そういう場所というのを明確に教えていただけるわけでございまして、確かに障害者対策というのは、町づくり、都市づくりから始まつてあらゆる面にわたるわけでございまして、これはもう各省庁にまたがることは間違ひありません。したがつて、各省庁がおのおのの分野で、総理府のこの推進本部を中心にして打ち合わせをされる、そういうことで進められていることは当然だと思ひますが、どこか、そこへ聞けば、その問題はどこへ聞きなさい、この問題はここに言いなさいというふうな窓口ぐらひはきつちつとつてあげないと、私もたまたま回されるわけでございまして、まして一人の障害者の弱い方が本当にどこへ聞いたらいいかわからないことはわかりにくいのではないかとこのことをつくづくと感じたわけでございまして。

そういうわけで、そういう問題については厚生省でやつていただけるのか、あるいは総理府障害者対策推進本部に聞けば、そこが受けて各省庁に一生懸命言つてくれるのか、その辺のところの仕組みはどのようになっているのか、まずお伺ひしておきたいと思ひます。

○村岡説明員 障害者対策の推進につきまして、先生ただいまお話ございましたように、昭和五十七年に障害者対策推進本部をつくりまして、各省、現在におきましては十九省庁でございまして、けれども、事務次官をメンバーといたします、内閣総理大臣を本部長といたします本部を設置いたしました。総合的な推進に努めておるところでございます。私も私も昨年、このよりどころとなりまして、障害者対策に関する長期計画を見直しまして、後期重点施策を策定したわけでございまして、けれども、その策定の検討の過程でも、御指摘ございましたように、各省いろいろ関係をしておりまして、長期計画に基づく施策がどのように進んでおるか、どこの省でどのようにやられておるかというふうなことも取りまとめしておりますので、私も私もそういうことがないようになければいかぬと思つておるところでございます。

私も先生からお聞きいたしましたのがきのうの遅くだったもので、ちよつとそこがあつたかと思ひますけれども、もちろん各省庁におきましても、御照会があれば担当のことについては対応をいたすかと思ひます。私も私も御照会いただいても、どのような省庁でどういふことが行われておるといふことは、具体的にはあれでございまして、わかるようになっておるわけでございまして。

○新井(彬)委員 どうぞそういうことで、厚生省に問い合わせがあるが総理府に問い合わせがあるかわかりませんが、とにかく問い合わせしたところから親切に受けてあげて、そして逆に言えば、そこからこういうことになっていきますというふうな報告がされるぐらいでなければ、障害者の方々と本当に一緒になつて、みんな平等でやれるようなことにはならないのじゃないかなと思ひます。

で、どの省に行きましても、ひとつよろしくお願ひしたいと思ふのです。この前、障害者の方といふと愚談をしたのでございまして、そのときに障害者の方が、車いすとかそういうものでいろいろなところに行きたい、こういうときにどうしても洋式のトイレでなければ行きようがないのでございまして。したがつて、官公庁にありましても、あるいは駅でも洋式トイレがちゃんとない、そこに行くにも行けない、これが実態だそうでございまして。昨日、総理府の方から、後期重点施策というのはこういうのがありますということで、夜もつたものですから、まだ余り細かく読んでおりませんが、一つは、駅のトイレの状況とか、今こういうことになっておりますという報告をいただいたわけでございまして。こういう一つの目標について、例えて言うと、日本全国のこういう駅には全部障害者用のトイレを運輸省なら運輸省がつくるというふうな一つの目標を持って、そして進捗率がどのくらいかというふうなことで進められているのかどうか、その辺、ちよつとお伺ひしておきたいと思ふのです。

○村岡説明員 障害者、特に身体の不自由な方々に対しましては、先生おっしゃいましたような、特にそういう方々が社会的な活動を行うあるいは社会に出ていくためには、トイレが必要であるといふことは非常に大切であるといふことは言うまでもないことでございまして、私も私も取りまとめしております長期計画は、この障害者対策全般におきます基本的な方針といふものを定めて、それに基づきまして各省一丸となつて障害者対策の推進を図るというものでございまして、特に目標何カ所というふうなことは考えておりませんけれども、その推進に努めておるところでございまして、後期重点施策におきましても、こういう面については、例えば公共機関における問題につきましましては、公共交通機関におけるターミナル施設あるいは車両等の整備に当たつては、障害者の利用に配慮するといふようなことも推進をして、障害

うことが大前提であらうと思ひます。保険診療上の有用性につきましては、専門学会の意見を踏まえまして、中医協で御審議をいただいた上で保険導入を図っていく必要があるものと考えておるわけでございます。今後ともこの方針に沿ひまして、慎重に対応してまいりたいと考えております。

○藪仲委員　今大臣の御答弁の中にあつたわけでございますが、確認のためにもう一度質問させていただきますけれども、今大臣は専門学会の意見

を聴取してございました。これはもう大臣も御承知のように、我々の口腔内にいわゆる歯科材料を装入するときに、材料の安全性は理工学会が主たる専門学会でございます。またその材質が臨床の先生が加工しやすいかあるいは臨床の先生が通法として、通法というのは、もう術式が決まっております。患者さんに適正な治療行為ができるという術法が決まっていることで、その術法やそのほかの治療行為を歯科の先生に専門的な見地から指導しているのが補綴学会でございます。理工学会と補綴学会、これは非常に大事な学会であります。ただ単に学会で専門的に研究したというだけでは、これは我々一般国民に生かされるわけではございません。必要なのは、臨床の歯科の先生が導入された材料であるとかあるいはその術式、術法について果たして練達し、あるいは知識を十分に持っているかということが国民にとって非常に重要でございます。いわゆる専門学会というお話がございましたけれども、専門学会と臨床の先生の意見については、大臣、どうお考えですか。

○下村政府委員 具体的な手続といたしましては、日本歯科医師会を通じて学会の意見を聞く、こういう形をとっておるわけでございます。これは歯学会というのがございますが、これは医科の方と同じような組織になっておりますけれども、日本歯科医師会の中に歯学会がありまして、その歯学会の中で幾つかの専門分科会に分かれる、こういうふうな構成になっております。したがって、歯科医師会を通じて、そういう専門学術的な見地と、それから臨床医家の集まりとしての歯科医師会の意見も聞く。なお、中医協で審議をする際には、当然歯科診療を代表する委員も含まれておりますので、そういった面からの御意見もいろいろその段階でも出てまいり、こういう形になっております。

○藪仲委員 局長にはきちんと聞きますけれども、一番いけないのは、すぐ日歯を通じてというあなたの言い方なのです。歴代の保険局長も私にそうやって答えてきた。私は本当にそうかと思

って理工学会の先生に会ってきた。歴代の補綴学会の会長にお会いして意見を聴取してまいりました。しかし、日歯も保険局もほとんど聞いていない。これは日歯の中で理工学会や補綴学会の専門学会の意見を聞かなかったなというそんな内部事情ではないのです。我々は患者なんです。大臣も患者です。患者が直接かわる問題に対して、日歯から聞いておりますと云って、我々だって専門学会の会長に聞けるのです。当時の学会長は三谷さんです。今は津留さんです。局長なら当然知っているし、私だって直接御意見を聞けるのです。日歯を通じてなどそんなことを言っていないで、国民の生命、健康にかかわる問題だつたら専門学会の意見をきちつと聞くのが保険局長の立場です。また大臣の姿勢であつていいと私は思うのです。私はずっとこの問題をやっていっているのですから、細かいことは結構ですから、ニッケルクロム保険導入の経緯を、いわゆる大臣も今承認とおっしゃいましたけれども、事務局の立場、それから保険導入の日時、保険局の立場、簡単に日時を追つてこうこうこうと言つていただければ結構です。細かいことはわかっていますから、時間がありませんから。

○坂本（龍）政府委員 歯科鑄造用ニッケルクロム合金につきまして、薬事法の承認をいたしました経緯について申し上げます。このような合金が最初に日本で承認されたのは昭和四十五年の三月二十日でございます。この歯科鑄造用ニッケルクロム合金が承認されました当時は、それ以前に歯科用ニッケルクロム合金線と歯科用ニッケルクロム合金板というものがございまして、既にJIS規格が定められ承認を受けていたものでございます。この新しい歯科鑄造用ニッケルクロム合金につきましては、今申し上げましたJIS規格が定められているものと成分及び組成が類似していると認められたためにこれを承認いたしました次第でございます。当時既にそのような歯科材料がございましたので、問題なしという考え方で承認をいたしましたのでございます。

なお、今日までこの歯科鑄造用ニッケルクロム合金での有害作用というのは、私どものところには報告は参つておらないわけでございます。しかし、さらに安全性確保のために、例えばベリリウムを検出してはならないという安全基準を盛り込みまして、新たな承認基準を昭和六十年三月三十日付で制定いたしました。現在はそのことによって承認を行っているというのが実情でございます。

○下村政府委員 ニッケルクロム合金が薬事法上承認されたのは、ただいまお話に出てまいりましたように、昭和四十五年の三月でございます。以来、実際に保険診療以外の歯科診療では使われてきたということではないかと思ひますが、保険に導入いたしましたのは五十八年の三月でございます。この間相当の時間がございしますが、実際上の経緯といたしましては、ニッケルクロム合金が薬事法上承認されたけれども、直ちに一般に保険診療として導入するには材質の点でいろいろ難しいというふうなこともございまして、相当内容が改善されてきたということと五十八年の二月に歯科材料価格基準に収載した、こういう経緯になっております。保険導入に当たりましては、歯科医師会を通じて補綴学会、歯科理工学会等の関係者の意見を聴取したというふうになっております。

○藪仲委員 厚生省は、今の事務局長の御答弁にもございましたけれども、六十年に初めてニッケルクロムの承認基準を決めたわけでございます。ニッケルクロム鑄造用の冠は承認の品物でございます。JIS規格に合つておるのは、昭和三十一年あるいは四十五年当時はそのとおりであつたのです。しかし、保険局長よく聞いておいてください。そのときニッケルクロムを初めて事務局が承認したのは、いわゆるニッケルクロム、軟質なんです。三金工業、サンコリウムというニッケルクロムを初めて承認したのでございますけれども、当時のニッケルクロムは、六十年に承認基準が決まるまで、ニッケルの含有量は三〇%から多いのは九〇%まであるのです。きょうは時間がありませんから申し上げませんが、それほどばらつきがひどくて、これを即そのまゝ使うようなわけにはいかなかったわけでございます。このことを指摘しまして、厚生省事務局は五十五年に「医療用具の製造又は輸入の承認申請に際し添付すべき資料について」という事務局長通達を都道府県知事に出されたわけですね。これは一体どういう趣旨で出されたのか。これが一つ。

それからもう一点は、五十五年以前は今保険局長も言いましたけれどもJISです。これは工業標準化法によつて決められていたのです。これは製造する工場、人的マンパワー、あるいは設備というのが整つて一定の品物さえできればいいということであつて、安全性について、毒性であるとか催奇性、変性毒性とかそういうことについては必ずしもきちんとして、安定した材料を承認したことにはなつていないのです。今の点、事務局長ちよつとお伺ひしたいのです。五十五年の通達の趣旨と、以前と以後の材料についての考え方を、要点だけ簡潔にお答えください。

○坂本（龍）政府委員 最初に昭和五十五年六月三十日付の通知でございますが、医薬品、医療用具の安全性を確保するために昭和五十四年に薬事法改正がございました。この薬事法改正の施行に際してこの通知が出されたわけでございます。その内容といたしましては、医療用具の承認申請に際して提出すべき資料の範囲を明らかにいたしました。これによつて厳格な承認審査を行い、医療用具の安全性、有効性の一層の確保を図ろうとしたものでございます。例えば申請に際し添付すべき資料といたしまして、「起源又は発見の経緯及び外国における使用状況等に関する資料」でございます。また「物理的、化学的性質並びに規格及び試験方法等に関する資料」「安定性に関する資料」、その他数項目にわたります。資料の提出を要求することになったわけでございます。それから、従来の審査につきましては、最初にも申し上げましたように、JIS規格というものを一つの基準にしていた時代があつたことは事実でございます。このJIS規格につきましては、

当時としてはこういった金属等の製品についての一つのよりどころと申しますか、そういったものについての成分、組成、形状といったところで、やはり一つのスタンダードなものという認識があったために、これによって実際に使用するに適しているであろうという判断をいたしたものであろうと考ええておられるわけでございます。

○裁仲委員 もう少し簡潔に要点だけお答えいただきたいですね。もう時間がないですから、次に進みます。

保険局長、今御答弁の中で、大臣の中にもあったのですが、専門的になりますから局長で結構ですけれども、保険局としては、鑄造用ニッケルクロム合金に対して補綴学会は賛成であった、学会の意見も聴取してよからうということであつたということでございますが、今でも同じ認識ですか。

○下村政府委員 その当時の意見は、保険導入に反対するものではないという意見であつたというふうには聞いているわけでございます。その後私どもの方では公式にこういうニッケルクロム合金について意見を変えたというふうな話は聞いておりませんので、私どもとしてはまだそのまゝその意見を受けとめておられるところでございます。

○裁仲委員 それでは、その辺の経緯をちょっと。

これは保険局長御存じですね、補綴学会の専門雑誌です。これは大臣も御承知と思いますが、日本補綴歯科学会のきちんとした専門雑誌でございます。この中で、クラウン・ブリッジ用材料に対する考え方でございますけれども、この中にニッケルクロム合金の問題について書いてございませう。ここをちょっと読みますと、「昭和五十七年十二月末、全く突然にニッケル・クロム合金を鑄造歯冠修復用材料として保険診療に採用することが中央社会保険医療協議会において決定された、後に述べることく、鑄造修復合金としては種々問題が指摘されていた金属であるだけに、高度に専門的な判断を要するニッケル・クロム合金の採用

については、専門学会である補綴学会に事前に諮問があつて然るべきであると考え、実際には中医協での決定の直前に保険導入に同意して欲しい旨の電話が日本歯科医師会から学会長宛にあつたことである。しかも即答を求められるという慌しさであつたので、三谷学会長は取敢えず常務理事の範囲内で意見をとりまとめ、「ここからが大事ですよ、「ニッケル・クロム合金の保険採用には同意できない」とはつきり言っているのですよ。これは専門誌の公表された資料です。あなたのおっしゃっているような根拠のない話は全く当を得ないと思うのです。」

しかも、明けて昭和五十八年一月二十一日の常務理事会において三谷学会長から報告が行われ、この事態を非常に重要視して常務理事会として学会見解を表明した。「ニッケル・クロム合金の保険導入について学会の意見は、適合性、硬さ、生体反応、高温鑄造、口腔内操作性、その他の問題があるの、なお検討を要する。したがって金銀パラジウム合金に準ずるものとしての保険導入の時期に至っていない」という判断をきちっと補綴学会が出しているのですよ。これを保険局長は御存じないのですか。知っているか知らないか、簡単に答えてください。

○下村政府委員 その当時の経過は私も必ずしもつまびらかではございませんが、当然歯科医師会等に事実を確認してあるというふうな考えております。したがって、そういうふうなことが学会の公式見解ということであれば、さきの意見を撤回するなり変えるというふうな話が私どもに参つてしかるべきではないかと思っております。

○裁仲委員 では局長、確認しておきますけれども、学会としてニッケルクロムは使うべきでないという公式見解が出たら、厚生省は変えるのですか。

○下村政府委員 私どもとしては、診療報酬に現在取り入れている話でございますので、学会の意見がありましたら、その学会の意見を踏まえて中医協で審議をお願いするという手順を踏むことに

なると思います。

○裁仲委員 では、厚生省の今の考えをちょっと伺いたいのですが、厚生省は今の時点でもニッケルクロム合金というものは金銀パラジウム合金に準ずると考えているのですか。ここには当時の読売新聞もあるのですよ。五十七年の十二月二十日、これはニッケルクロムの不正事件のときです。このときにばたばたと保険に導入されて、世間を騒がせたのです。この記事の中に、天下の読売さんの記事をお読みしますが、このとき大分の歯科医師会長、この方は日歯の専務理事ですけれども、毛利さんはこう言っているのです。これについても見解をちょっと聞きたいのです。「ニッケルクロムは金銀パラジウムに劣らず、これは「劣らず」になつてはいるのですよ。「あるいはより優れた性質を持った材料。そのニッケルクロムで治療した以上、医療の質は保たれていると考えている」これは日歯の専務理事の意見なんです。今の厚生省の考え、金銀パラジウムに準ずる材料とニッケルクロムを考へておられるのか、率直に答えてください。

○下村政府委員 ニッケルクロム合金と金銀パラジウムというのは、これは物が違うわけですから、加工性でありましか、使用した面で見るとくるというところは当然あると思ひます。しかし、当時の認識としては、また今も私どもとしてはそのように考へておられるわけでございますが、ニッケルクロム合金は保険診療の上で使つて十分実用にたえるものだ、こういうふうな考へております。

○裁仲委員 そこで、学会と言いますから、学会長の意見を権威のためにお話ししておきます。時間がないから結論だけ申し上げます、事務局がニッケルクロムの基準化について理工学会と補綴学会に意見を求めたのです。当時の歯科理工学会の会長は山根先生です。補綴歯科学会は平沼先生です。文章を読んでみます。これは事務局に来ていたのですから、知らないはずはないと思ひますよ、隣の局なんです。全部鑄造冠としてのニ

ッケルクロム合金は適合性、硬さ、生体反応、口腔内操作性などの点で、未だ適切な組成のものはいられないので、臨床応用の段階に至っていない。これは五十九年一月三十一日、日本補綴歯科学会会長平沼謙二先生の厚生省事務局審査課長あてのきちんとした公式の答弁です。この中でも、ニッケルクロムは臨床応用の段階には至つておらぬ。「専門学会において金属学的および生物学的にみた臨床試験によつてまず基礎的な安全基準を設定すべきである。」こうやって、学会ではきちんと事務局に来ておるじゃないですか。

しかも、これも保険局長、よく聞いておいてください。これはあなたが中医協へ保険導入をやつたときに日歯がどういふ会員指導書を出したか読みますから。なぜこんな指導書を出したのか。会員指導書の全文ですからね。「歯科用鑄造用ニッケルクロム合金として事務局に認可を受け、市販されている商品全部が対象となつては、規格が全く定められていないため、現状では、口腔内での安全性を得るようなクロム量を含有しているものを使用すべきである。」一番です。二番が、「どの商品を選ぶかは、会員の判断するところであるが、」お医者さん一人一人が勝手に判断しなさいと言ふのですよ、基準がないから。「操作性に問題があるので製作行程の各ステップをより正確に能書の指示どおりに行うよう心がけなければならぬ。」三番目に、「完成した製作物は、この合金の持つ物性の為、歯牙の高径、高さの調整です。」「接点の回復が非常に困難であるので、装着時の調整にあたり十分な配慮が必要である。」さらに四番目には、「鑄造、研磨、調整にあたり、粉塵による人体への影響が有るので十分注意すべきである。」これは事務局がその後ベリリウムの検出についてゼロでなければならぬと言つておるのです。

なぜこんな保険局長はいい材料があつたとおっしゃるなら、そのときの商品名を一つ言つてください。このニッケルクロムというのはみんな融点が高いのです。千三百度前後なんです。厚生

省の事務局の方は千度前後のものがあると言ったけれども、そんなものは当時で一つしかなかったはずで、私は全部調べてみた。あなたはその商品名を何とおっしゃるのか。そしてなぜ日歯がみずから導入しておいてこんな会員指導書を出すのですか。こんな悪い材料。こんな物性が固くて、高径の調整ができない、粉じんに注意しない、こんな危ないものを人間の健康にかかわる厚生省の保険局が承認したのですか。この見解、きちっとお答えください。

○下村政府委員 保険局といたしましては、歯科材料として薬事法上の承認が得られているということで安全性については一応大丈夫、こういう判断をしたわけでございます。商品名については、私ども特定の商品を対象にして指定したということとございませんで、その当時の商品がどうだというふうな個別の商品についての判定をしたということとはございせんので、これは私も特に商品名を挙げてどうこうということとは申し上げることはできません。

それから、後の硬度でありますとか安全性についていろいろ出ている問題につきましては、そのニッケルクロムを導入したときに、会員の中でいろいろそういう点について危惧の念が表明されたということがあったのではないかと覚えております。したがって、会員の間にいろいろそれについての疑問が提出されたので、それについて答えるという形で日歯はそういうふうな指導通知を出した、たしかそのような経緯であったと記憶いたしております。

○藤仲委員 事務局長、あなたはしっかり答えなさい。私の答弁にあなたはさつき正確じゃないけれども、もつとずばつと言いなさい。五十五年以前は、JIS規格だけで安全性については入っていないのですよ。標準化法だけですよ。五十五年に初めて安全性の添付資料をつけなさいと言ったのです、あなたのとこで。このニッケルクロムの基準が決まったのは六十年三月ですよ。今保険局長は薬事法と言ったけれども、薬

事法上の承認はないはずなんだ。中央薬事審議会の議を経ていませよ、三十一年も四十五年も。四十五年のものは、ただ三十一年の板と線のことだけで、薬事法の審査を受けていないのですよ。きちんとお答えください。時間がないから結論だけいい、もうわかっているのだから。

○坂本龍政府委員 当時JIS規格が定められておりましたので、この歯科用ニッケルクロム合金線及び歯科用ニッケルクロム合金板とその成分及び組成が類似しているという観点に立つて承認をしたわけでございます。したがって、当時といたしましては、このJIS規格に基づいて、現実にもそれまで使用されていたものと同じものという判断をしたわけでございます。

○藤仲委員 事務局長、今度もう少しその辺の経緯を改めてきちんとあなたと懇談しましょう。時間がないから、きょうは大事な話をちよつとしましけれども、これはやはり補綴学会の雑誌にこういうことが載っているのです。

「歯科用金属の規格並びに銅合金に関する見解」の公表にあたって——これはどういうためか書かれたかという、前の補綴学会の会長の平沼謙二先生がこの前文に書かれておられるのです。ここでは、「本報告書は昭和四十年五月三十日に日本補綴歯科学会歯科用金属規格委員会が提出した報告書案を一部修正し、報告書とした。これはなぜやったかという、ニッケルクロムを導入したときに、これを学会として出したのです。その趣旨が書いてあるのです。この本は、「各種歯科用合金の適否について検討し、歯科医療向上に對しての学会の立場を明らかにし、世に問う」という趣旨なんです。それで、「学会の歩みの中で、本報告書は重要な業績であり、歴史的にも重要なものであると考えている。新しい歯科用合金の出現とその利用についてはその時々補綴臨床を混乱させてきたが、この特集号、補綴用材料」と本報告書は学会としての姿勢、あり方に対する指針として多くの事項が述べられているものと考ええる。また、学会としてはこの態度を引続き尊重していく

べきものと確信している。この中に、歯科用材料の安全性についてすべてワークショップをおやりになって、一つずつ検討されているのです。時間がないからニッケルクロムのところだけ私が抜粋して読みます。

「ニッケル・クロム合金」について「金属冠の場合には帯環に對する加工性が劣るため不適合金属冠の原因となり易く、我國補綴臨床の大きな欠陥となつたことは周知の事実である。したがってニッケル・クロム合金の」——「加工性の劣つた」の使用は当然中止されるべきである。「この考えは今でも変わつてない、補綴の御専門の先生がはつきり私に申しておりますよ。しかも「帯環材料として加工性の劣つた」——「加工性の劣つた」です。ニッケル・クロム合金の使用は望ましくないので、以上により本委員会はニッケル・クロム合金冠が金・銀・パラジウム合金以上の材料による製造冠によつておきかえられるように切望する。」

学会の意見はきちんとここに表明されているのじゃないですか。あなたがこれを読んでいると言つたら不勉強過ぎますよ。私はそこいらつしやる佐治さんなどの歯科の勉強をした博士でもないけれど専門家でもない。しかし、一人の国民としてまじめに歯科材料の安全性を考え、国民の健康を考えたら、このニッケルクロムに対するまじめな専門の先生、臨床の先生の意見をあなたが知らんぷりをしていられるというところは、ある意味では国民に對して全く無責任であり、事務局長だつてこれは許されないことだと私は思うのです。本当にこの専門の先生の意見を一回読んでいただきたい。私は専門家じゃないけれども、専門の先生のところにも行つてきた。皆さんの意見は本場にまじめだつた。

さらに、もう一つあるのです。これも読んでおきたい。ニッケルクロムの毒性について毒性学の専門の佐藤温重先生、私はお会いしました。東京医科歯科の佐藤温重先生、厚生省のいろいろな規格の検討委員会に入つていらつしやる。でも、この先生はニッケルクロムについて何とおつしやつていられるか。これを読みます。「変異原性」——変異原性というのは発がん性です。「ニッケル・クロム合金の成分金属のうち動物実験で発癌性が証明されている金属は、ベリリウム、コバルト、クロム、銅、マンガン、モリブデン、ニッケル、亜鉛などであり、また疫学的にヒトでの発癌性が明らかになつているものに、ベリリウム、ニッケル、クロムなどがある。これらの金属は、細胞の腫瘍化を開始する作用と、腫瘍を増強化する作用とがある。」これは「ニッケル、クロム」ですよ。しかも、この先生は、さらに最後にニッケルクロムの結びで「溶出金属量は微量であり、これは規格もそうなつている。体内に吸収される金属量は少ないので、ニッケル・クロム合金は安全である」という考えがある。ここから大事なんです。「しかし、毒性は濃度の関数であるばかりでなく時間の関数であり、ニッケル・クロム合金の慢性毒性試験を実施し、微量長期摂取の安全性を確認した上で結論を導くべきである。ニッケル・クロム合金のみならず、歯科材料は前臨床試験により安全性が保証されたものについて、小規模の臨床試験を行い、既存の歯科材料と比較し優れた材料を選別し、一般臨床に使用することが、医の倫理からして必要である。既存の補綴材料と比較しニッケル・クロム合金は安全性の優れた材料とはいえない。毒性の専門家の佐藤温重先生もこうおつしやつておられるのです。これを保険局長が知らないと言つたのだらう。余りにも無責任であり不勉強である。私は学会の先生の名譽のためにきょうははつきりしておきますけれども、これだけ言われても、まだニッケルクロムがすぐれていると——私はきょうも電話で確認しました。補綴学会はこの考えは今でも変わつておりません。保険局長の御

ない、かように考えております。

○数仲委員 終わります。

○稲垣委員長 沼川洋一君。

○沼川委員 メラミン食器の安全性についてお伺いします。

文部省から見えてますか。——学校給食で用されておるこのメラミン食器ですけれども、発がん性のあるホルムアルデヒドを溶出するということから、東京、岐阜、それから福岡などで特に父母の間から猛烈な反対運動が起こっておりまして、ある学校に至っては、食器持参の児童生徒、先生が続出する、こういうことでマスコミでも大々的に取り上げられまして、全国的に波紋を呼んだわけでございます。現在でもなお学校現場では、この問題のトラブルがあるやに聞いておりますが、文部省として、こういう事態についてどのように把握していらっしゃるのか、またこの大きな問題となった原因が一体どこにあるのか、さらにどういう指導をされるのか、まずお伺いしたいと思います。

〔委員長退席、野呂委員長代理着席〕

○石川説明員 お答えいたします。

文部省におきましては、学校給食、食事は器であるということで、食器の改善ということを中心に進めてきておるわけであります。現実にはどのような食器を使うかというの、各市町村の御選択にゆだねているという経緯がございます。そういうことで相当数の市町村におきましては、アルミ等の食器からメラミンへの改善ということが行われている現状でございます。

そういう中で、先生御指摘のように、東京とか福岡とか三、四の市町村におきまして、メラミン食器への改善ということについて御指摘のような点から反対運動が起きているという事実を承知しております。

なお、学校給食を実施している市町村というのは、全国で三千二百市町村ほどございますので、我々が承知していないところでも、さつき先生が御指摘されたような父母の不安というふうなことから、メラミン食器への切りかえをためらっているとかいうようなところは、なお相当数あるのではないかとこのように承知している次第でございます。

どうしてこういうことになるのかということでございますが、食器が陶器とか漆器ということであれば、使いたれても何となくお父さん、お母さん方から見ても不安がないわけではございませんが、メラミン樹脂というふうなことを聞きますと、これが一体何でできているのかよくわからない、そういう一般的な不安というものがあろうかと思うわけであります。特に御指摘のように、メラミン食器の場合には、そこからホルムアルデヒドが溶出するというようなことを言われますと大変不安になる、こういう点について現場の市町村において迅速な対応、要するに、お母さん方が不安であるというふうなときに、直ちにそういったものを解消するというような点での的確さ、迅速さというふうな点について問題があったのではないかとこのように感じておる次第でございます。

私もいたしましては、メラミン食器と申しますのは、厚生省が定めております安全基準に十分適合しており、かつ、私も日常、学校給食でもそうですが、摂取している食品、例えばトマトであるとかタマネギであるとか、こういったものの中に含まれているホルムアルデヒドの量と比べてもごく少量のものであるし、また現実には学校給食以外でも病院給食等広く使われている食器であるということで、この使用上安全性について問題がないということについては都道府県教育委員会を通じて指導しているところでございますが、今後ともその確、迅速な対応というものが学校現場でできますように、厚生省等とも連絡をとりながら、指導の強化ということに努めていきたいというふうに考えておる次第でございます。

○沼川委員 厚生省はこの問題についてどう考えていらっしゃるのか、さらにメラミン食器についてどのような規制を行っていらっしゃるのか、お伺いしたいと思います。

伺いたいと思います。

○古川政府委員 まず、メラミン樹脂は食器として非常に使いやすいということから、我が国だけでなく、世界的にも大変大きな数が使用されているものであります。食品用のプラスチック容器、包装等につきましては、食品衛生の観点から、規格基準を定めて、基準を超えるものがあれば、これを規制するというところで安全性の確保を図っております。

御指摘の食品用メラミン樹脂についても幾つかの検査方法、一つは材質試験あるいは溶出試験、こうしたものを細かく決めておりました。ホルムアルデヒドにつきましても、溶出試験を厳しく決め、規格基準に適合したもののしかこれを流通させない、こういう措置をとっております。

○沼川委員 厚生省の規制についてでございますけれども、非常に規制の内容が甘い上、検査方法が古い、こういう批判がございますが、一体どうなっていますか。

さらに、これはある新聞に載った新聞記事でございます。「メラミン食器の安全性 厚生省、検査法不備認める」こういう大きな見出しで出ております。中をちょっと読みますと、要するに反対する「市民団体側が、現行のホルムアルデヒドの公定検査法は二十年以上も前のもので、検査技術や機器の進歩の結果、現在ではより高感度の検査法があることを指摘すると、厚生省は「見直し作業を進めている」と発言。「現行の検査に不備な点があることを認めた。」こう書いてあるわけですが、これは事実ですか。また見直し作業をするわけでございますか。

○古川政府委員 ただいまの事実ですかという点にしましては、西日本の新聞にそういう記事が出たのは事実でございます。

ただ、この点については説明する者、受け取る側のいろいろな誤解等があったように思います。メラミン樹脂につきましては、基準について、二十年前に決めたものではないか、こういうふうなことでございますが、確かに検査法につきましては

四十一年に決めたものではございますが、この方法は世界的にも認められ、イギリスでも西ドイツでも我が国と同様な方法、名前はアセチルアセトン法と申しますが、これはどこでもそういう方法でやっております。

御指摘の点は、別の方法をとっておりますが、これはその注釈では、気体のものを検査する、こういうふうな場合に使う検査方法だという注釈もあるわけで、食品におけるこうした検査は世界的にもたまたま御説明したような方法でやるように定められております。そこでこういうふうな方法でしっかりと決められたものであり、その範囲内であれば全く心配がないというところは、これは各学会でも共通な意見になっております。

○沼川委員 そこでお尋ねしたい。私の一番言いたい問題なんぞでございますけれども、非常に検査も厳格に行つて、きちっとした基準を定めていらっしゃるわけですか。厚生省の基準ですと、四ppm以下ならば安全である、こういうことになっておるわけですか。こういうことも非常に大事なことでございます。先ほどもちよつと文部省の方から御答弁いただいたので、どうしてこんな問題が起こったのかという質問の中で、文部省の問題が起こった後の的確さ、迅速さ、処理の対応のまずさというのをどうも私感ずるわけです。そういうのがないために何か無用の混乱を巻き起こしている。これはかつてエイズの問題が広がったときがまさにそうでした。どんな波紋が広がってパニック状態になつていく、そういうときに行政がきちつとした的確な対応をする、どうもこういう問題に厚生省としては欠けているんじゃないか、率直にそのように思います。

特に、反対の声を幾つか拾ってみますと、例えばホルムアルデヒドは発がん性物質だから絶対だめだ。またたとえ基準以下でも毒は毒、こういう反対の声があるわけですか。ホルムアルデヒドは御承知のように自然界の中にもたくさん含まれております。例えば日常生活で我々が口にしている魚類とかあるいは野菜にも含まれておりますし、またキノコ

なんかに多量含まれております。そうなつてきますと、この論法でいけば、すべてだめ、こういうことになるわけです。例えばビタミンAなんかにしたつてそうです。薬として使っていますけれども、多量に飲めば、これは発がん性があります。こういう点を考えてみますと、何か発がん性だからだめだあるいは基準以上でも毒は毒、こういう声がどんどん広がっていく。それに對して何か対応がなまるいような感じがするわけです。またこれは体内に蓄積されるからだめだ、こういう声もあるようです。ホルムアルデヒドの場合は、確かに気化した場合は微量でも危険だと私は思います、五〇ppmから一〇〇ppmくらいで気管支炎になるわけですから。さらに大量に吸入すると、これは動物実験等では発がん性がある、こういうふうにも認められております。しかし、一方で経口摂取した場合、すなわち口に入れた場合はどうかといふと、これは世界の学説でも一酸化炭素と水になる、体内に蓄積されない、排出される、これが大体世界の学界の常識なんです。ですから、そういう問題、そういう知識に對してもつと厚生省が具体的な対応をやつてよく認識をさせていくという努力があるならば、こういう問題がもつと大きな問題に波及せずにおさまるんじゃないだろうか、そういうことを非常に私は思うわけです。

これはある専門家の言をかりるまでもございませぬけれども、天然物にしても合成物にしても、どんな物質でも毒性のない物質はないわけですから、こういう専門家に言わせると、問題は無害な使用の方だ。要するに問題は、使用レベルの安全性の確認というの、食品衛生上やはり厚生省が国民の健康と命を守るという上できちつとすべき問題であつて、何から何まで疑えば今日の社会、人間生きていけません。ところがえてして何か問題があるかどうかエスカレートして収拾がつかなくなる。こういう問題に對してもつと厚生省は毅然とした対応をしてもらいたいと思ひますし、さらに私がお願ひしたいのは、やはりこういう添加物とか食器等についての正しい知識の普及といひますか、そういう面での努力も足りないんじゃないかという気がするわけでございしますが、いかがでしょうか。

○古川政府委員 率直に申し上げて、委員の指摘の点について強く反省をしております。生活衛生行政というのはまさに科学技術行政でございします。そういう意味で、ただいま委員が仰せられたホルムアルデヒドについての体内の代謝の關係あるいはそのものの自然界における分布、そうしたものを事細かく説明しながら、国民にわかりやすく、しかもしっかりと行政が行われていたならば、こういうふうなことは生じなかつたと思ひます。委員の御指摘を肝に銘じまして、今後とも生活衛生行政というのは科学技術行政だ、學問にしっかりと基礎を置いて行政であるということを国民にもわかつてもらひながら、私自身も、我々自身もまたしっかりと行政に取り組んでまいりたいと思ひます。

○沼川委員 非常に明確な答弁をいただきました。特に先ほど引いたエイズの場合も、一番強調されたのが正しい知識の普及、これがエイズ対策のまず第一歩だと言われました。この問題エイズとまた全然違ひますけれども、これからこういう問題がますますいろいろなところで起こつてくると思ひます。そういう場合に、えてして誤解が誤解を生み、知識がないために、だれか一言言つたことがだんだん大きく膨らんでいつて起ころぬでいい混乱が起つてしまふ。特に今回の場合なんか、教育現場で学校を二分して、しかも家庭で夫婦げんかまであつたという話も聞いております。どうかそういう面でも正しい知識の普及ということについて厚生行政の上でしっかりと対応していただきたいと思ひます。

やつたように、これは何も学校だけじゃなくて家庭でも使われておりますし、レストランでも使われておりますし、ホテルとか病院などでも使われております。したがつて、今度こういう全国的に波紋を呼んだために、一般の消費者からもメラミン本当に大丈夫か、そういう不安の声もございしますし、学校現場だけでは決してございませぬ。どうかひとつそういうところも踏まえて、しっかりと正しい知識の普及とともに御指導方をお願いしたいと思ひます。

最後に、これは大臣に一言お伺ひをしておきたいと思ひます。特に、これから二十一世紀に向かつて健康という問題が国民の最大の関心事となつてまいつております。そういう中で食生活も非常に多様化されてまいりますし、今までもあつたわけですがけれども、例えば食品添加物なんかについても、不安が増大すればこそ、なくなるといふことは恐らくないと思ひます。いろいろこういう問題が今後とも想像できると思ひます。また今申し上げた食器等あるいは容器、包装などについても、新しい素材の開発がどんどん進んでいきます状況の中で、新たな不安、こういう食器は大丈夫だろうか、こういうものを使つて大丈夫だろうか、こういう不安がやはり次から次に生じていることも事実でございします。特に最近医学技術の進展といひますか発達はずさまじいものがありますし、研究体制等についてもすごい進歩を遂げております。そういう中で国民の知識といひますか、発がん性物質等についても国民の間でいろいろと話題になる今日です。そういう中でございしますので、ある物質を白黒と決めるのはますます困難であり、難しい時代に入つてくるのではなからうかと私は思ひます。

けれども、大臣のお考えを最後にお聞かせいただきたいと思ひます。

○藤本國務大臣 沼川先生のおつしやいますように、国民の健康を守るためのいろいろな方策の大きな課題であると思ひます食品添加物の問題、それから食器、容器、包装の問題、大きな重要な課題だと思つておるわけでございまして、今までも御承知のように、十分に規格、基準等をつくりまして対応してまいつたわけでございしますが、これからも御指摘のように、新しい素材によるそういったものがどんどんできる状況でもありますので、十分に力を入れて対応してまいります。同時に、国民の皆さん方が正しい知識、また御理解いただくために、十分に広報活動にも力をつけてまいりたい、かように考えております。

○沼川委員 以上で終わります。

○野呂委員長代理 三原朝彦君。

〔野呂委員長代理退席、委員長着席〕

○三原委員 きよう私は、昨年の四月から厚生省が新しいテストケースとして始めました中間施設、老人保健施設のことについて少しばかり質問させていたきたいと思ひ次第であります。私どもは団塊の世代の生まれでありまして、我々が今から三十年たつたことを心配する必要はないかもしれせんが、二十一世紀のことを考えますと、老人医療、老人福祉というのが今よりさらに難しい問題でもあるし、また充実にさせなければいけないと思ひ次第であります。今日でも既に寝たきり老人が六十万人にもなる、それが今から十三、四年もしますと、二十一世紀になりますと、百万人を超えるであろう、痴呆性老人も六十万人近くいて、それもまた百万人を超える、そういうことが言われておるところであります。特に、こうして老人化が進む中で、老人が求めている医療、福祉を拡大し多様化していかなければならない、そういう状況にあると思ひますのであります。例えば老人が施設に入るにしても、病院であつたり、そしてまた特養の老人ホームとかいろいろなホーム、老人の保健施設、そしてまた今まで

ずっとやってこられたような在宅、それもただ昔風の在宅ではなくて、ホームヘルパーがあつてみたりとか、ホームドクターのシステムをより充実させたりとかいうような、いろいろそういうような老人に対するケアというものが必要になつてくる、考えていかなければならないと思う次第であります。

そこで、老人に対する世話、ケア、サービスというようなものに関して、私は少しばかり質問させていただきたいと思う次第であります。

今さつき申し上げました、昨年から七カ所ですか、テストのような形で新しい老健施設ができました。それができた経緯というのは、昨年けんけんがくぐくの中でスタートしたわけですけれども、一方で医療費が増大する中で、このまま放置しておくというのも財政的に難しいし、また我々国民の一員としても、それにたえるだけのものが今から先あるのだろうかという状況もあります。しかし、反面、福祉というものをだかといつて低下させるわけにはいかない、よりよい社会、住みよい社会をつくるためには充実させなければいけないという、二律背反と言うと語弊があるかもしれませんが、そういう二つの問題を解決できる道はないだろうかというところで始まったのがこの老健施設であり、またもう一つは、何とかして家に帰っていただくという中間的なものもあるというものを含めてつくられたのであります。

そこで、この制度創設時の国会の審議においても、医療も福祉もレベルが下がるのではないかと、いろいろな危惧されてきたわけですが、実際に約一年モデルが月日を経たわけですが、サービスのレベルについてどういふふうな当局としてお考えになつておられるか、そのことをちよつとお聞かせいただきたいと思います。

○岸本政府委員 六十二年度に実施いたしました全国七カ所のモデル施設につきましては、老人保健審議会の御審議の過程におきまして、それぞれ

の施設から運営の実態についてヒアリングを行ったところでございます。そしてその審議会において、適切な医療ケアと生活サービスが提供されているというような評価を得ているものでございます。

モデル施設の実態を踏まえまして、老人保健審議会や中医協の意見も聞いて、施設、人員、運営等の基準を定めたところでございますが、今後全国に普及する老人保健施設についても、行政指導等を通じて、適正なサービスが確保されるように努力してまいりたいと思ひます。

○三原委員 もちろん老健施設の適切な運営をしていただいて、中に入つておられる方により快適な福祉といひますかサービスをしていただくことは、こちらからお願ひしなければいけないのですが、もととのでできた経緯は、病氣になつた方が自分の家に帰られる、その間にあつていろいろ社会復帰のための訓練あたりもするといふものも主眼を置かれてあると考えると、何と元氣になつても、その基本理念であります何と元氣になつて社会復帰、家庭にいて生活できるようにするといふ、そういう訓練みたいなことはどういふ状況なんだろうかと。そのことをちよつとお聞かせいただきたいと思います。

○岸本政府委員 要介護老人の多くが住みながら家庭での生活を送ることを望んでいることとございいますけれども、老人保健施設の運営は、入所者の自立を支援し、家庭への復帰を目指すものでなければならぬといふふうな考えであります。このために老人保健施設におきましては、要介護老人の日常生活動作能力の改善を目的としたリハビリテーション、日常生活の指導ということに重点を置いてケアを提供することといたしております。

モデル施設におきましても、こうした観点に立つて運営を行つていただいているところでございまして、全国七カ所のモデル施設では、昭和六十三年一月までの時点で、延べ入所者四百三十三人に對しまして家庭に帰つた者が九十八人、二割強

という実績になつてございます。このようなモデル施設の経験を生かしまして、老人保健施設の諸基準等におきましては、OTとかPT、それから生活相談員の配置を義務づけるとともに、家族に對する介護の指導、それから退所後の主治医への情報提供等運営面で必要な事項を規定いたしましたところでございます。

今後、全国で整備される老人保健施設につきまして、家庭への復帰を目指した運営が確保されるように指導してまいりたいと思ひます。

○三原委員 私も老人保健施設というのを見学したことがあるのです。病院あたりへ行きますと、例の何といひますか消毒液くさいにおいがしますし、また特養老人ホームあたりへ行きますと、今度は何といひますかおしめのおいみないな感じがしますけれども、確かに中間施設、においからしてもちよつと中間みたいな感じもしなくはないかたつたのですが、何といつても中に入つておられる方は、家に帰るということ、家族と一緒にいるということが心の安らぎになると私は思ひますけれども、二割強の方が自分の家に戻られるといふことを聞いて、これは我々もありがたいことだと思ふところでもあります。

ところで、話を進めますけれども、私が行ったところの施設では、二十一万の定額のもとに月々五万円利用料としてもらつていふというわけだったので、それは最初の六十二年四月からできた七施設はみんな同じなんですか。今度また七十六施設ですか、新しくできていますが、そういうところの利用料といふのはどういふ状況でしょうか。

○岸本政府委員 先生御承知のとおり、老人保健施設におきましては、食費とかおむつ代、日用諸雑費等につきましては、利用料として入所者に負担していただくことにしていただいております。モデル施設におきましても、これらの費用を利用料として徴収しているわけでございますが、その実態は施設とか入所者によりまして、例えばおむつを使う人使わない人、使い方にも昼だけ夜

だけとかいろいろ差がございしますので、違いは個々にあるわけでございますけれども、平均をしますと、おむつ五万円程度ということになつております。

○三原委員 では、それに関連してですけれども、五万円というお金は、入っている人にとり、またその家族の人にとつて経済的にどういふ影響があるか。いや、五万円ぐらいならすぐ出しますよという感じなのではないか。それともちよつときついなという感じがあるのでしょうか。そのところをちよつとまた一歩踏み込んだ話をお聞かせいただきたいと思います。

○岸本政府委員 利用料の水準につきまして、一部の施設で入所者に対してアンケート調査を行つたことがあるわけですが、その結果を見てみますと、入所者の大部分が自分のところの施設の利用料の水準が適正な水準であるといふ回答をしているわけでございます。またモデル施設側といひますか、経営者側からの意見といたしまして、利用料は食費とかおむつ代その他の生活サービスの実費程度といふことでございまして、五万円というのがおおむね妥当な水準ではないか、こういう御意見になつております。

○三原委員 私が訪問したところでは、今のところ月々百五十万から二百万ぐらい赤字だと言つていましたけれども、しかし、それは病院が横にあつて、初めはまだモデルでいろいろなことを試行錯誤でやつていふのだから、確かにそこでも五万円いただければ何とか今から先も老健施設、自分のやつていふところもやつていけるんじゃないかといふことだつたんですが……

次に進みますけれども、七カ所つくられて、次に七十六カ所、そして一番最初にこのデイスカッションをやつていたときには、病院の空きベッドを転用してやろうじやないかといふようなこともいろいろ言われていたのですが、七カ所のところは、聞いてみますと、それはないようですね。みんな新しく建物を建ててやつていふようですが、七十六カ所のところとか、今から先そういうところ

ろは空きベッドの転換あたりはあるのでしようか。その点はどうでしょう。それとも新しく施設はつくってやってやるのでしょうか。

○岸本政府委員 昭和六十二年の補助金は七十六カ所でございますけれども、このうち既存病床を利用したものは十五カ所ということでございます。病床転換につきましては、老人保健審議会の御答申でも、資源の有効活用という観点から、療養室とか廊下幅等の基準につきましての特例を設けているところでございます。私どももこれからそういうものを進めていきたいという考えを持っております。

○三原委員 確かにそれは効果ある方法としていいことじゃないかと私も思うのです。

次に進みますが、この老健施設ができてから、私はふるさとへ帰って特養老人ホームなどを回りますと、自分たちもやってみたい、その理由というものは、競合しているような面があるんじゃないか、それで何といひますか、入っておられる入所者の取り合いと言つと語弊がありますけれども、何だか競争に負けてしまふんじゃないか、入所者を奪われてしまふんじゃないか、一方で百人に一人のお医者さんというようなイメージがあるものですか、取られちゃうんじゃないかというように戦々恐々とした感じで話すがいらつしやるのですけれども、どうですか。競合するかも知れないような特養老人ホームの整備について、それはどういうふうにお考えになつていらつしやるのですか。

○小林功政府委員 三原先生もよく御承知のことでございますが、老人保健施設は、病状回復期にある者に対してリハビリテーションを行い、家庭復帰を図るほか、在宅療養が困難な者に對しては医療ケアと日常サービスをあわせて行うものでございます。これに對しまして特別養護老人ホームは、介護を中心とする日常生活上の世話を行うことを目的とする生活施設でございます。したがって、老人保健施設と特別養護老人ホームはそれぞれの機能が全く異なるわけでござい

まして、特別養護老人ホームにつきましては、老人保健施設創設後も引き続き大変重要な役割を果たすというふうな思つております。特にこれからお年寄りの人口がどんどんふえてまいりますし、それに従つて寝たきり老人、要介護老人の数もふえてまいります。したがって、特別養護老人ホームの役割はこれからどんどんふえていくと考えております。そういうことで、今後とも緊急性の高い地域に重点を置きながら、従来ペース、具体的に申しますと年間百二十カ所、定員で八千人程度のペースで着実な整備を進めてまいりまして、昭和七十五年度におきましては、大体現在の倍程度の定員、二十四万人の整備を行いたいという計画を持っております。

○三原委員 そういうことはつきりと聞かしていただいたので、またふるさとへ帰つたら、特養を経営していらつしやる方とか、それをやりたいという方にはいろいろなことをはつきりと説明できるのですけれども、大概特養の人が心配されるのは、老健施設の方ではお医者さんをもつて置いておかなければいかぬというようなことで、それが売り物になるのではないかと、それで自分たちのリハビリをする施設とは違ふというようなことを言つてもなかなか納得してもらえない面がありま

すけれども、そこところは特養の側が危惧の念を持たないような感じではつきりとこれから先もまた大いに指導していただきたいと思つ次第であります。

きょうは次官にいらしていただいておりますので、一言お伺いいたします。今まで私が聞いてきたことで、老健施設の創設の理念は家庭復帰にあるということを始めから一生懸命言われておるのですけれども、この理念が失われず、今から先も整備、運用が図られるべきであると私どもは確信します。病気になるつて寝ておつても、一番いいのはやはり家庭であり、家庭の愛であると私どもは思つておりますけれども、そのことについて次官の御意見を伺いをさせていただきたいと思つ次第であります。

第であります。

○長野政府委員 大臣が参議院の予算委員会の関係で退席いたしましたので、かわりまして答弁をさせていただきます。

老人保健施設は、お説のとおり要介護老人の自立を支援をして、その家庭への復帰を目指して医療ケアと生活サービスをあわせて行う施設として創設されたものであります。その設置、運営に当たりまして、入所をされたお年寄りの家庭復帰が実現するように種々配慮しているところであります。例えばリハビリテーションを実施するため機能訓練室の設置、OTまたはPTの配置、入所者の自発的な活動を促すため食堂、談話室、レクリエーションルーム、あるいは廊下の幅を広くとるといふような構造、設備の基準をつくつておる等々いろいろな配慮をしておるわけでありまして、今後とも老人保健施設が本来の機能を果たしてまいるように指導いたしてまいりたいと思つております。

○三原委員 その理念をいつまでも実地に移していただきたいと思つ次第であります。

今度は話はちよつと動きまゐりますが、社会的な入院の問題、また先ほど議論しました老人保健施設の家庭復帰の理念を生かすということに関しても、一方では入院医療の見直しが必要でありますし、それは社会的入院の問題に關してでありまして、また他方では、老人保健施設をつくる上では、もちろん在宅ケアというものを、それを動かして自宅に持つてきたときの在宅ケアというものの充実を図つておかないと、いつまでも入所者が中間施設から帰れないであります。

そこで、入院医療及び在宅ケアの關係について少し質問させていただきますと思ひます。

厚生省の国民医療対策本部報告で、長期入院の是正、在宅医療の推進といふことを柱にしておられますけれども、今回の診療報酬の改定では、そういうことに関してどのような措置をなさつたのでありましようか。

○岸本政府委員 今回の老人診療報酬の改定は、

老人の心身の特性を踏まえて、漫然とした長期入院の是正を図るとともに、在宅医療の充実を主眼として行つたものでございます。

長期入院の是正につきましては、例えば入院時医学管理料の適減の強化でありますとか、老人病院の長期入院患者にかかる検査、処置等の適正化等の措置を講じたところでございます。

在宅医療の推進につきましては、退院時の指導の充実をする、また寝たきり老人に対する訪問診療とか訪問看護の充実を行う、また新たに訪問理学療法の新設を行う、こういうようなことを行つておりまして、老人の患者が在宅で十分な医療が受けられるような重点的な評価を行つたところでございます。

○三原委員 社会的入院といふと聞かへはいいのです、私はこの言葉が好きじゃないのですけれども、そういうふうに出てくるから、何だか老人が置いてきぼりで病院に入らているようなことを、うまく言えば社会的入院とでも言うのかなと思つております。そういうことがないような社会が一番いいのでしうけれども、社会的入院といふのがあります。

それで、この是正のために、診療報酬面における経済的な誘導といふことだけではなくて、退院について、もちろん受け入れ側の家族の側もいろいろ問題はあつていふけれども、しっかりとした基準が必要になつてくるのではないかと思ひます。その点はどういうふうにお考えになつておられますでしょうか、聞かせていただきたいと思ひます。

○仲村政府委員 社会的入院という言葉は非常に日本的だと私も考えております。医学的に退院させてもいい患者さんが病院から出ないということも、また一方においては事実でございます。アメリカのように、一日の入院料が非常に高い場合には、そういう形でのインセンティブが出ていくという形があるわけですが、日本の場合には、医療側も患者さん側も、あるいは家族の側も、そう

いう形でのインセンティブが働かない場合がありまして、こういう形になっておるものと、それから日本の文化的風土と申しますか、そういうことで病院に預けておくという事で非常に安心するといふふうなこともあって、いろいろ問題が生じておることも事実でございますので、私も入退院の在り方に関する懇談会というものをこしの一月から日本医師会と共同で設けてまして、入退院をより合理的なものにするためにはどのような方策を講ずることが出来るか、これから検討いたしたいと考えておるところでございます。

○三原委員 確かに、笑い話で、病院に行つて、きょうはおじいちゃん、おばあちゃんに来てないかと聞いてみたら、風邪を引いているから休んだなんという、病院に來なかつたという話があるのです。それほど病院が、一面ではいいのかもしれないけれども、それだけ豊かになつてのんびりと病院にみんな顔合わせに来て、健康だと言われると、その後気分よくしてゲートボールして、夕方帰つていくという生活がいいのかもしれないです。

しかし、病院に行けば、やはり薬も出されるし、何かいろいろなことも必要ならもちろんしていただかなければいけないでしょうけれども、そうでない場面もあるでしょうから、やはりそののんびんだらりとやられるのも大変かと思ひますけれども、今検討しておられるということでありまして、結論を待たせていただきたいと思ひ次第であります。

今度は、老人保健施設に入つておられた方が在宅になる。そうしたときに、戻つてきたら、やはりその地域のいわゆるホームドクターの人の指導とか、OT、PTのことを言われましたが、そういう方の指導を十二分に受けて、本当に社会復帰をして、みずから生活できるような形になつていただかなければならないと思ひますが、そのホームドクター制の必要性についてどういふふうにお考えでしょうか、お聞かせいただきたいと思ひます。

○佐藤(良)政府委員 先生御指摘の在宅の老人の受けとめも含めて、今後の地域医療においては、医療はもちろんのことですが、本人、家族を含めまして、日常の健康相談から予防、リハビリと一貫して受けとめる家庭医療機能を持った医師を定着させることが非常に必要である、こういう認識に立つておるわけでございます。

このため六十三年度予算におきまして、地域医師会の協力を得まして、開業医を対象とした家庭医療機能の普及定着を図るためのモデル事業等を実施する予定にいたしております。これもやはり今後日本医師会とも十分相談をし、またその協力を得ながら、その事業の円滑な推進に努めてまいりたいと思つております。

○三原委員 やはり患者さんといひますか年寄りをお持ちですと、病院にそのお年寄りの人を入れておくといひますか、入つてもらつておくのが家族にとつては一番何だか安心でもありますし、また何か嫌な言い方ですけども、世間体も悪くない、こういう感じがする場面もあるのです。しかし、その本人にしてみれば、病院にいて例へば一度家族が見舞ひに來てくれたとしても、實際寝たきりでいたとしても、窓の外から孫たちの声が聞こえるような、そういうのを年寄りの人たちは望んでおられるのじゃないか、私はそういう気がするわけでありまして、そういう意味では、今佐藤審議官からお答えいただきましたけれども、何とか在宅でもいろいろなことができるようなことを、これから先も我々は考えていかなければならないと思ひ次第であります。

次に移ります。

このごろ公的なことだけじゃなくて、民間の方でも民活というのがあらゆる場面で盛んになってきました。その中の一つに、社会福祉・医療事業団あたりでも株式会社方式のシルバーホームといひますか、そういうものにもいろいろのお金を出しますから、皆さん多様化する老人の施設のニーズのために御協力をお願いしますというようにことが懸念されておるようでありまされども、そのこ

とについてどのような期待をしておられ、またどのような振興策をしておられるのか、ちよつとお尋ねをしたいと思ひ次第であります。

○長野政府委員 高齢者の多様なニーズにこたえるために、先生御指摘のような方向で民間の活力を活用していかねばならないわけでありまして、特に有料老人ホームでありますとか、入浴あるいはホームヘルプサービスなどの在宅でのサービスという分野に期待がされているところであります。こういうシルバーサービスの健全な発展を図りますために、厚生省としまして、民間サービスにおける自主的な取り組みとあわせて民間事業所の指導を行つておるところであります。

来年度からは社会福祉・医療事業団によりまして低利融資制度を創設することとしまして、このための法律改正をお願いしておるところでございます。

○三原委員 老人福祉の階層化というところとちよつとまづいような感じがします。しかし、ニーズが多様化してくるといふ要望がある以上は、食堂に行けばいろいろのバラエティーなメニューがある、子供連れだと必ずデパートの食堂に行く一つの理由はそれでしょうけれども、そういう感じがいろいろなレベルのいろいろな種類のシルバーサービスみたいなものをやつていただくこと、これは一計ではないかと私は賛成する次第であります。その面ですらにまた御指導方をお願いしたいと思ひ次第であります。

最後にになりましたけれども、これは今までのシルバーサービスとはちよつと話が変わります。

今我が党でも脳死の問題の小委員会あたりが行われております。私の友人の両親の年代といひのは七十、八十ですから、病氣だ、調子が悪いといひうようなことで、このごろ私もよくお見舞いに行つたり、最後の臨終の床に居合わせたりするようになったことが起きてくる年代になりました。

そういうところでしみじみと思ひますけれども、ターミナルケアといひのは――生まれた以上はもろろん皆死ぬわけでありまして、これは避けて

通れない、我々人間は。人の命といひのは何よりも貴重であるといひことは、これはもう申すまでもないことであります。しかし現実問題として、だからといって社会的コストといひのを無視してあらゆることをするというわけにもいひない。何か病の床で、ベッドで息も絶え絶えの人が腕にいろいろの管を通す、レスピレーションもくつつけておるというふうなことで、何か人間でないような様相で覆つておられる。そういうのをこのごろたびたび見るにつけて、人間の生命、人間の死といひのは何なんだろうかといひことを考えざるを得ないわけですね。本人はもちろんもう意識もないわけですから、みずからが生きるべきか死ぬべきかなんといひことは考えないでしよう。しかし生命といひのは、先ほど申しましたけれども、何よりも大切なものであります。そのことを考えると、尊厳死といひますか、問題が起つてくると思ひますのですけれども、このターミナルケアに關して所感をお聞かせいただきたいと思ひ次第であります。

○長野政府委員 三原委員のお考えに私も全く同感でございます。現在の医療機関では延命を第一義とした医療が行われることが多いと聞いているわけでありまして、もはや医学的な治療効果が期待できない場合に、病氣による苦痛から解放されて、家族や友人との交流の中で穏やかに死を迎えることを望む方も多いのではないかと思ひます。

こういう状況も踏まえまして、厚生省といひましては、昨年の七月に関係者によりまして検討会を設けて、末期医療のケアのあり方について今検討をお願いしておるところでございます。

○三原委員 では、どうもありがとうございます。

○稲垣委員長 この際、御報告を申し上げます。去る二十二日の当委員会における田中美智子君の発言中、不適当な部分につきましては、委員長において適当な措置をとることといたします。

次回、明二十五日金曜日午前九時五十分理事
会、午前十時委員会を開会することとし、本日は、
これにて散会いたします。
午後四時四十分散会

国民健康保険法の一部を改正する法律案

国民健康保険法の一部を改正する法律

国民健康保険法（昭和三十三年法律第九十二
号）の一部を次のように改正する。

目次中「第五章 費用等」を「第四章の二 指定
市町村の安定化計画（第六十八条の二）」に改める。

第九條第三項中「第七十二條の二」を「第七十二
條の三」に改める。

第四十二條第一項第一号中「被保険者」の下に
「（以下「一般被保険者」という。）」を加える。

第五十條第一項中「第十一項」の下に「並びに第
五十四條の二第三項」を加える。

第五十四條の二第三項を同条第六項とし、同条
第二項中「前項」を「第一項」に改め、同項を同条第
四項とし、同項の次に次の一項を加える。

5 第一項に規定する場合において、被保険者が
被保険者資格証明書を提出しないで療養取扱機
関又は特定承認療養取扱機関について診療又は
薬剤の支給を受け、被保険者資格証明書を提出
しなかつたことが、緊急その他やむを得ない理
由によるものと認めるときは、被保険者は、療養
費を支給するものとする。

第五十四條の二第一項の次に次の二項を加え
る。

2 前項の規定により支給する療養費は、特別療
養費と称する。

3 第三十六條第二項から第六項まで、第二十
四條、第四十一條、第四十五條第三項、第四十六
條、第四十八條、第四十九條並びに第五十三條
第二項及び第五項の規定は、療養取扱機関又は
特定承認療養取扱機関について受けた特別療養
費に係る療養及びこれに伴う特別療養費の支給

並びに当該療養取扱機関又は特定承認療養取扱
機関について準用する。この場合において、第
五十三條第二項中「特定療養費の額」とあるのは
「特別療養費の額」と、「健康保険法第四十四條
第二項」とあるのは、「被保険者証が交付されて
いるならば療養の給付を受けることができる場
合は健康保険法第四十三條ノ九第二項の規定に
よる厚生大臣の定めにより、被保険者証が
交付されているならば特定療養費の支給を受け
ることができる場合は同法第四十四條第二項」
と読み替えるほか、その他の規定に関し必要な
技術的調整等は、政令で定める。

第四章の次に次の一章を加える。

第四條の二 指定市町村の安定化計画

第六十八條の二 厚生大臣は、毎年度につき、政
令の定めるところにより、療養の給付並びに特
定療養費、療養費及び高額療養費の支給に要す
る費用並びに老人保健法の規定による医療費拠
出金（以下「老人保健医療費拠出金」という。）の
納付に要する費用（以下この条において「療養の
給付等に要する費用」という。）の額が被保険者
の数及び年齢階層別の分布状況その他の事情を
勘案してもなお著しく多額となると見込まれる
市町村であつて、療養の給付等に要する費用の
適正化その他の国民健康保険事業の運営の安定
化のための措置を特に講ずる必要があると認め
られるものを指定市町村として指定する。

2 厚生大臣は、前項の指定をしようとするとき
は、都道府県の意見を聴かなければならない。

3 指定市町村は、厚生大臣の定める指針に従
い、国民健康保険事業の運営の安定化に関する
計画（以下「安定化計画」という。）を定めると
ともに、その安定化計画に従い、療養の給付等
に要する費用の適正化その他の国民健康保険事
業の運営の安定化のための措置を講じなければ
ならない。

4 指定市町村は、前項に規定する措置を講ずる
に当たつては、他の市町村、組合、第六條第一
号から第三号までに掲げる法律の規定による保
険者又は共済組合その他の関係者との連携を図
ることにより、その効果的な実施に努めるもの
とする。

5 都道府県は、指定市町村に対して安定化計画
の作成に関し必要な助言及び指導を行うととも
に、安定化計画の達成に必要な措置を定め、当
該措置に基づいて必要な施策を実施しなければ
ならない。

6 国は、指定市町村に対しては安定化計画の作
成に関し、都道府県に対しては前項に規定する
措置に関し必要な助言及び指導を行うとともに
に、安定化計画の達成に必要な措置を講じなけ
ればならない。

第七十條第一項中「老人保健法の規定による医
療費拠出金（以下「老人保健医療費拠出金」とい
う。）」を「老人保健医療費拠出金」に改め、同項
各号中「第四十二條第一項第一号に掲げる被保
険者」を「一般被保険者」に改め、同条に次の三項
を加える。

3 第六十八條の二第一項の規定により指定を受
けた市町村であつて、当該指定に係る年度（以
下「指定年度」という。）の第一号に掲げる額が
指定年度の第二号に掲げる額に政令で定める率
を乗じて得た額を超えるものに対して指定年度
の翌々年度において国が負担する額は、前二項
の規定により算定した額からその超える額（そ
の額が国民健康保険事業の運営に与える影響の
程度その他の事情を勘案して政令の定めるところ
により算定した額を超えるときは、当該算定
した額。以下「基準超過費用額」という。）の百
分の四十に相当する額を控除した額とする。

一 次に掲げる額の合算額（災害その他の政令
で定める特別の事情により当該合算額が多額
となつたときは、当該合算額から当該事情に
より多額となつた部分の額として政令の定め
るところにより算定した額を控除した額）
イ 一般被保険者に係る療養の給付に要した
費用の額から当該給付に係る一部負担金に
相当する額を控除した額並びに特定療養

費、療養費及び高額療養費の支給に要した
費用の額の合算額
ロ 老人保健法の規定による確定医療費拠出
金の額
二 次に掲げる額の合算額
イ 政令の定めるところにより、年齢階層ご
とに、当該年齢階層に係る平均一人当たり
給付額に当該市町村の当該年齢階層に属す
る一般被保険者（老人保健法の規定による
医療を受けることができる者を除く。）の
数を乗じて得た額の合算額として算定した
額
ロ 政令の定めるところにより、年齢階層ご
とに、当該年齢階層に係る平均一人当たり
老人医療費額に当該市町村の当該年齢階層
に属する被保険者（老人保健法の規定によ
る医療を受けることができる者に限る。）
の数を乗じて得た額の合算額に、当該市町
村に係る指定年度の同法第五十六條第二項
の確定加入者調整率を乗じて得た額の十分
の七に相当する額として算定した額
4 前項の政令で定める率は、すべての市町村に
係る同項第二号に掲げる額に対する同項第一号
に掲げる額の比率の状況等からみて、その比率
が著しく大きい指定市町村について同項の規定
が適用されるように定めるものとする。

5 第三項第二号イの「平均一人当たり給付額」
とは、すべての市町村の一般被保険者（老人保
健法の規定による医療を受けることができる者
を除く。）に係る同項第一号イに掲げる額の合
算額を当該一般被保険者の数で除して得た額を
いい、同項第二号ロの「平均一人当たり老人医
療費額」とは、同法第四十七條の規定により支
弁が行われたすべての市町村の被保険者（同法
の規定による医療を受けることができる者に限
る。）に対する同条に規定する医療等に要する
費用の額の合算額を当該被保険者の数で除して
得た額をいう。

第七十二條第二項中「見込額」の下に「から前々

年度の基準超過費用額の合算額を控除した額」を加える。

第七十二条の三を第七十二条の四とし、第七十二条の二を第七十二条の三とし、第七十二条の次に次の一条を加える。

(国民健康保険に関する特別会計への繰入れ等)第七十二条の二 第七十条第三項に規定する市町村は、指定年度の翌々年度において、政令の定めるところにより、一般会計から、当該指定年度の基準超過費用額の二分の一に相当する額を国民健康保険に関する特別会計に繰り入れなければならない。

2 国及び都道府県は、政令の定めるところにより、前項の規定による繰入金金の三分の一に相当する額をそれぞれ負担する。

第七十四条中「第七十二条」の下に、「第七十二条の二」を加える。

第七十五条中「市町村は」の下に、「第七十二条の二第二項に規定するもののほか」を加える。

第八十一条の十第一項第二号中「第七十二条の二第二項」を「第七十二条の三第一項」に改める。

第八十一条の十一中「第七十二条の三第一項」を「第七十二条の四第一項」に改める。

第七十二条の四第一項「特定療養費」の下に「若しくは特別療養費」を加える。

第七十二条の次に次の一条を加える。

(指定市町村に廃置分合があつた場合の特例)第七十二条の二 第六十八條の二第一項の規定により指定を受けた市町村につき廃置分合があつた場合における当該廃置分合に係る市町村について第七十条及び第七十二条の二第一項の規定の適用に關して必要な事項は、政令で定める。

附則に次の九項を加える。

11 市町村は、その行う国民健康保険の財政の基礎の安定に資するため、昭和六十三年及び昭和六十四年度において、政令の定めるところにより、一般会計から、所得の少ない者について条例の定めるところにより行う保険料の減額賦

課又は地方税法第七百三条の五に規定する国民健康保険税の減額に基づき一般被保険者に係る当該年度分の保険料又は同法の規定による国民健康保険税につき減額した額の総額を基礎とし、国民健康保険の財政の状況その他の事情を勘案して政令の定めるところにより算定した額を国民健康保険に関する特別会計に繰り入れなければならない。

12 国は、昭和六十三年及び昭和六十四年度において、前項の規定による繰入金金の二分の一に相当する額を負担する。

13 都道府県は、昭和六十三年及び昭和六十四年度において、第十一項の規定による繰入金金の四分の一に相当する額を負担する。

14 昭和六十三年及び昭和六十四年度の規定による国の負担については、同条第一項第一号中「合算額」とあるのは「合算額から昭和六十三年度における附則第十一項の規定による繰入金に相当する額を控除した額」と、同項第二号中「老人保健医療費拠出金の納付に要する費用の額に七分の十を乗じて得た額」とあるのは「老人保健法等の一部を改正する法律(昭和六十一年法律第六十六号)附則第六條の規定による昭和六十三年度の概算医療費拠出金の額(以下「昭和六十三年度の概算医療費拠出金の額」という。))と、昭和六十三年度の概算医療費拠出金の額」とあるのは「率(以下「給付率」という。))を乗じて得た額から昭和六十三年年度概算医療費拠出金の額を控除した額に十分の四を乗じて得た額との合算額(同法附則第四條の規定による概算医療費拠出金の額(以下「昭和六十一年度概算医療費拠出金の額」という。))が同法附則第五條の規定による確定医療費拠出金の額(以下「昭和六十一年度確定医療費拠出金の額」という。))を超えるときは、その超える額とその超える額に係る老人保健法第五十四條第二項の規定による調整金額(以下「調

整金額」という。))との合計額に七分の十を乗じて得た額に給付率を乗じて得た額を当該合算額から控除するものとし、昭和六十一年度概算医療費拠出金の額が昭和六十一年度確定医療費拠出金の額に満たないときは、その満たない額とその満たない額に係る調整金額との合計額に七分の十を乗じて得た額に給付率を乗じて得た額を当該合算額に加算するものとする。」とする。

15 前項の規定は、昭和六十四年度における第七十條の規定による国の負担について準用する。

この場合において、同項中「昭和六十三年度における」とあるのは「昭和六十四年度における」と、「昭和六十三年度の」とあるのは「昭和六十四年度の」と、「昭和六十三年年度の概算医療費拠出金の額」とあるのは「昭和六十四年度の概算医療費拠出金の額」と、「同法附則第四條の規定による」とあるのは「同法附則第六條、第九條第一項及び第十條の規定により算定される昭和六十一年度の」と、「昭和六十一年度概算医療費拠出金の額」とあるのは「昭和六十一年度概算医療費拠出金の額」と、「同法附則第五條の規定による」とあるのは「同法附則第七條、第九條第二項において準用する同条第一項及び第十條の規定により算定される同年度の」と、「昭和六十一年度確定医療費拠出金の額」とあるのは「昭和六十一年度確定医療費拠出金の額」と読み替えるものとする。

16 昭和六十三年度における第七十二条の規定による調整交付金については、同条第二項中「第七十條第一項各号」とあるのは、「附則第十四項の規定により読み替えられた第七十條第一項各号」とする。

17 前項の規定は、昭和六十四年度における第七十二條の規定による調整交付金について準用する。この場合において、同項中「附則第十四項」とあるのは、「附則第十五項において準用する附則第十四項」と読み替えるものとする。

18 昭和六十五年及び昭和六十六年度における

第七十條の規定による国の負担及び第七十二条の規定による調整交付金に關し、第十四項から前項までの措置に伴い必要な第七十條及び第七十二条の規定の特例その他の事項は、政令で定める。

19 国及び都道府県は、高額な医療に関する給付の発生が国民健康保険の財政に与える影響を緩和するため、昭和六十三年及び昭和六十四年度において、その会員である市町村に対して高額な医療に關する給付に係る交付金を交付する事業を行う連合会に対し、当該事業に要する費用の一部を補助することができ。

附則
(施行期日)
第一条 この法律は、昭和六十三年四月一日から施行する。

(経過措置)
第二条 改正後の国民健康保険法(以下「新法」という。)(第五十四條の二の規定は、この法律の施行の日(以下「施行日」という。))以後に行われる療養及び当該療養に係る療養費の支給について適用し、施行日前に行われた療養及び当該療養に係る療養費の支給については、なお従前の例による。

第三条 昭和六十三年及び新法第六十八條の二第一項の規定により指定を受けた市町村であつて新法第七十條第三項に規定する市町村に該当するものに対して国が昭和六十五年において同項の規定により負担する額については、同項中「百分の四十に相当する額を控除した額」とあるのは、「百分の二十に相当する額を控除した額」とする。

2 昭和六十五年における新法第七十二条の規定による調整交付金の総額については、同条第二項中「前々年度の基準超過費用額の合算額」とあるのは、「昭和六十三年年度の基準超過費用額の合算額の二分の一に相当する額」とする。

3 第一項に規定する市町村の昭和六十五年における新法第七十二条の二第一項の規定による

繰入れについては、同項中「二分の一」とあるのは、「四分の一」とする。

第四条 昭和六十三年及び昭和六十四年度につき新法第六十八条の二第一項の規定により指定を受けた市町村について新法第七十条第三項の規定を適用する場合には、同項第二号ロ中「合算額に」とあるのは「合算額に百分の十を乗じて得た額と、当該合算額の百分の九十に相当する額」と、「の十分の七」とあるのは「の合計額の十分の七」とする。

(健康保険法等の一部を改正する法律の一部改正)

第五条 健康保険法等の一部を改正する法律(昭和五十九年法律第七十七号)の一部を次のように改正する。

附則第十七条第一項第一号中「第七十二条の二第一項」を「第七十二条の三第一項」に改め、同項第二号中「第七十条に規定する額」を「第七十条第一項及び第二項の規定により算定した額」に改める。

(租税特別措置法の一部改正)

第六条 租税特別措置法(昭和三十三年法律第二十六号)の一部を次のように改正する。

第二十六条第二項第一号中「特定療養費又は家族療養費」を「特定療養費、家族療養費又は特別療養費(国民健康保険法第五十四条の二第二項に規定する特別療養費をいう。以下この号において同じ。)」に、「又は家族療養費の額」を「家族療養費の額又は特別療養費の額」に改め、「相当する部分」の下に「(特別療養費に係る当該部分にあつては、当該部分であることにつき大蔵省令で定めるところにより証明がされたものに限る。)」を加える。

(租税特別措置法の一部改正に伴う経過措置)

第七条 前条の規定による改正後の租税特別措置法第二十六条第二項の規定は、施行日以後に行われる同項に規定する社会保険診療について適用し、施行日前に行われた前条の規定による改正前の同法第二十六条第二項に規定する社会保

険診療については、なお従前の例による。

(地方税法の一部改正)

第八条 地方税法(昭和二十五年法律第二百二十六号)の一部を次のように改正する。

第七十二条の十四第一項中「特定療養費又は家族療養費」を「特定療養費、家族療養費又は特別療養費(国民健康保険法第五十四条の二第二項に規定する特別療養費をいう。以下本項において同じ。)」に、「又は家族療養費の額」を「家族療養費の額又は特別療養費の額」に改め、「相当する部分」の下に「(特別療養費に係る当該部分にあつては、当該部分であることにつき自治省令で定めるところにより証明がされたものに限る。)」を加える。

(地方税法の一部改正に伴う経過措置)

第九条 前条の規定による改正後の地方税法第七十二条の十四第一項及び第七十二条の十七第一項の規定は、施行日以後に行われる前条の規定による改正後の同法第七十二条の十四第一項に規定する療養の給付について適用し、施行日前に行われた前条の規定による改正前の同法第七十二条の十四第一項に規定する療養の給付については、なお従前の例による。

理由

国民健康保険事業の運営の安定化を図るため、療養の給付等に要する費用が著しく多額となると見込まれる市町村について安定化計画を作成させ、当該計画の達成のために国、都道府県及び当該市町村が必要措置を講ずることとするともに、昭和六十三年及び昭和六十四年度における国民健康保険の財政の基盤の安定のための措置、高額医療費共同事業を行う国民健康保険団体連合会に対する国及び都道府県の助成等について定める等の必要がある。これが、この法律案を提出する理由である。

昭和六十三年四月二日印刷

昭和六十三年四月四日発行

衆議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局