

第百十二回
参議院社会労働委員会会議録第十四号

昭和六十二年五月十日(火曜日)
午前十時開会

委員の異動
五月九日

兼任

原田 立君

補欠選任

高木健太郎君

出席者は左のとおり。

委員長
理事

関口 恵造君

佐々木 満君

曾根田郁夫君

山本 正和君

中西 珠子君

委員

石井 道子君

石本 茂君

岩崎 純三君

遠藤 政夫君

田代由紀男君

田中 正巳君

前島英三郎君

宮崎 秀樹君

対馬 孝且君

浜本 万三君

渡辺 四郎君

高木健太郎君

沓脱タケ子君

内藤 功君

国務大臣

厚生 大臣

藤本 孝雄君

政府委員

第七部 社会労働委員会会議録第十四号 昭和六十二年五月十日【参議院】

厚生大臣官房総務課長 黒木 武弘君

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 坂本 龍彦君

厚生省保健医療局長 小林 功典君

厚生省保健医療局長 長尾 立子君

厚生省保健医療局長 下村 健君

厚生省年金局長 水田 努君

厚生省年金局長 木戸 脩君

厚生省年金局長 渡辺 修君

厚生省年金局長 佐々木喜之君

厚生省年金局長 此村 友一君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

厚生省年金局長 佐藤 國雄君

○厚生年金保険法の一部を改正する法律案(内閣提出、衆議院送付)

○委員長(関口恵造君) ただいまから社会労働委員会を開会いたします。

まず、委員の異動について御報告いたします。

昨九日、原田立君が委員を辞任され、その補欠として高木健太郎君が選任されました。

○委員長(関口恵造君) 国民健康保険法の一部を改正する法律案を議題といたします。

これより質疑を行います。

○対馬孝且君 きょうは国保の一部を改正する法律案が中心の議題になっておりますが、まず、その前に一、二点だけ、大臣に基本的な問題をただしておきたいと思ひます。

それは、五月四日の読売新聞の報道によりますと、OECD、経済協力開発機構におきまして二十一世紀に向けての社会保障のあり方を協議する、そのために初の社会保障担当大臣会議、つまり社会保障サミットと言うべきものが七月にパリで行われるという報道がございます。

これは我が国が積極的に呼びかけたようでございますが、藤本厚生大臣は、大変張り切っておられるようでありますから、大臣は、我が国の現状をどう世界に向けて語ろうとしているのか、また諸外国から何を学ぼうとしているのか、この際大臣の基本的な考え方を聞かせたいと思ひます。

○国務大臣(藤本孝雄君) 今お話しございましたように、OECDの社会保障大臣会議が、我が国の働きかけによりまして、七月にパリで開催される運びになったわけでございます。

現在、先進各国ともに、人口の高齢化さらには経済成長の鈍化という共通の問題を抱えておられるわけでございまして、そういう制約の中で今後社会保障制度を、これは申し上げるまでもなく国民生活の基盤の安定につながる大事な問題でございまして、この社会保障制度をいかにこれから進めていくか、こういう問題につきまして大臣会議で率直な意見の交換を行おう、こういう考えから会議が行われるわけでございます。

申し上げましたように、人口の高齢化であるとかまた経済成長の鈍化、こういう共通の制約のもとで、今後の社会保障制度の長期安定に各国ともそれぞれに工夫をしたりいろいろと改革をしてまいったわけでもございまして、今後また改革に取り組むわけでございます。現在、我が国の社会保障制度は、先進ヨーロッパの諸国と比べて遜色のない段階に来ておりますけれども、やはり先発国というような意味で考えましても、そういったヨーロッパの国々が今後社会保障制度の長期安定につきましてもどういうふうにかえておるかということを承ることは私もにとりまして非常に今後の参考になるというふうに思ふわけでございまして、また昭和六十年度の年金の大改革につきましても非常に高く評価されているようでございまして、そういう点につきましても私どもの方からはその内容なんかの披露があるかも知れないというふうなことも考えておるわけでございまして。

○対馬孝且君 大臣の一応の考え方はわかりました。

問題は、これからの審議をするわけであります。が、これからの医療一元化の課題がございまして、加えて、我が国においても、今大臣が言ったように、社会保障制度の一大転換期にきている、六十五年度は抜本的改正もせねばならぬ、こういう情

勢でありますから極めて意義があることだと思ひます。

そこで、さらにお伺いしておきたいことは、我が国の社会保障制度もかつては、今お話がございましたけれども、先進国に追いつけ追い越せというふうな基本でやってまいりました。お手本としては、海外に求めてきたというのが実態だったろうと思ひます。しかし、我が国は経済的にも大國となつたわけでございまして、そういう意味では、諸外国に対してむしろある意味ではこれから手本となるような施策を進めるといふ時期に入つてゐる、こう思ひます。

したがって、恐らく、代表演説を当然行われると思ひますが、我が国の施策の中で何を特に重点的に強調されようとしているのか。今年金、社会保障のお話がございました。また、保健面では、世界的に今エイズ対策、エイズ蔓延化が大きな社会問題になっております。こういう問題についても、国際的な協調の立場でどういふふうに考えていかれるかというのをあわせてもう一問だけお伺いしたいと思ひます。

○國務大臣(藤本孝雄君) エイズの問題につきましては、アメリカ側から非常に強い要請がございまして、このOECDの大臣會議の議題に加えられるようになったと伺つておるわけでございまして、それだけアメリカの現状が非常に厳しいものと理解するわけでございまして、我が国の状況は、御承知のようなことでまだまだ患者の数の感染者の数も少ないわけでございますが、そういう患者数におきましても五、六万というアメリカの現状を十分に伺うということは今後我が国のエイズ対策を進めていく上で非常にプラスになると思つておるわけでございまして、またこの問題は、国際化の時代におきまして国際的な協力というものがなければエイズ対策が進められないわけでございまして、私といたしましては非常に関心を持つて承つて帰りたいと思つております。

それから、社会保障全般の問題につきましましては、御承知のように、日本の国は欧米の二、三倍

のスピードで高齢化が進んでおるわけでございまして、それだけに、超高齢化時代にふさわしいといひますか播るべき社会保障制度の確立という問題につきましましては大変重要な課題であるわけでございまして。そのために、制度の合理化であるとか効率化であるとかまた必要な施策は、これから進めてまいり所存でございまして、同時に、たびたび申し上げておりますけれども、高齢化社会といふものが財政面でもたらした暗いイメージではなくて明るいイメージを持つた社会をつくる、そういうために懸命にこれから努力してまいりたいと思つております。

○對馬孝且君 今大臣からお答えがございましたけれども、私は、残念ながら、まだ我が国は社会保障計画のビジョン、手順あるいは手法、今もありましたけれども財政的手法で、こういう問題がまとまつていないと思ひ、率直に申し上げて。それだけにこのサミットに臨むに對しては、それなりの識見、我が国のビジョンに對する基本姿勢というふうなことを訴えないと、ただ聞くだけでは、これは意味がない。そこらあたりも踏まえて、これだけで時間をとるわけにいきませんから、我が国の将来の二十一世紀の社会保障計画のビジョンは何であるか、何が高齢化社会の幸せであるか、人間の幸せの原点を踏まえて、十分ひとつ訴えてもらいたいということを特に申し上げておきます。

そこで、きょうの国保の一部改正問題に移りますが、私に与えられた時間は一時間しかありませんので。国保のこの一部改正法案を検討いたしてまいりますと、どうも基本的な改正ではない、むしろ基本的改正が非常に欠落している、その意味ではどうも場当たり的なしきの改革ではないか、そういう意味では改革の名に値しない改正だ、こう私は思つてゐるところでございまして。したがって、私は、これから国民の医療と健康を守る、こういう立場からひとつ重点項目に絞つて質問申し上げたいと思つてゐます。

一つは医療の一元化問題、二つ目は国民医療問題の政策的目標、三つ目は地域医療計画と高医療費地域の格差問題に對する諸対策ということを中心にして、絞つてまいりますので、できるだけ明確に答えてもらいたいと思ひます。

まず第一点は、医療保険の一元化であります。医療保険の一元化につきましては、昭和五十九年四月、私も当委員会で約三時間質問いたしておりますが、保険法改正審議の際、将来のビジョンといふものを特に六十年代後半のできるだけ早い時期に当面の政治課題として打ち出してまいりたいといふことになつてゐるわけであります。しかし、今日まで行われてきたこの医療保険の諸改革は、国庫負担を減額するために、各制度の加入者の年齢差の調整または公平という名のもとに健康保険改革も行われました。これは私も参加をしてゐます。加えてまた、私どもの目指す医療保険の給付と負担の一元化、これがどうも私の感じでは今なおほど遠いという感を深くするのであります。それが突進問題として具体的に用出ておられます。

そこで、政府はこの給付と負担の一元化ということはどういうふうな考へてゐるのか、まず基本的な考へ方を明らかにしてもらいたい。○政府委員(下村健君) 高齢化社会における医療保険制度のあり方といたしましては、私どもとしては現行制度の基本的な枠組みは維持をしたい、このように考へておるわけでございまして。また、給付水準がございまして、八割程度の給付水準といふことで各制度、現在若干の差はございますが、これをそろえてまいりたい、このように考へております。それからもう一つの問題として、保険で一体どういった医療をカバーしていかうかといふ問題があるわけでございしますが、これについても必要なものは保険でカバーしていくといふ考へ方を維持してまいりたい。この三つを守っていくといふことを一つの前提といたしてまいりたい、こういうことでございまして。それには、現在いろいろな形で分立しております

各制度間の不均衡を残したまま高齢化社会を迎えてまいりますと、それぞれの制度によつて問題が生じてくる、各制度共通の問題としていへば弱体な保険者に運営上の困難が非常に生じてくる、このように考へてゐるわけでございまして。したがって、各制度を通じて負担面の公平化を行つていく、負担の公平化を行つていくことになると給付面もある程度そろえていくということが当然必要になつてくるというふうな考へ方で、給付と負担の公平化を図る、これが一元化の考へ方でございます。

○對馬孝且君 一元化の方向は、今、給付と負担の面の各保険間の均衡の維持、そしてまた公的な問題などを含めての云々というふうな答弁がございました。けれども、何といつたつて当面これは六十五年でしよう。私は健康保険法改正のときにも申し上げ、去年も、一昨年の老人保健法のときにも申し上げましたけれども、ことは六十六年です。六十四年にはある程度一元化のビジョンなり構想といふものが出ていなきやならないんじやないか。ところが、いまだに具体的にこういふ手法、手だてあるいは財政的手法で、こうしますよといふものがさっぱり見えないといふことで一体いのか、六十五年に果たしてそれがどういふ姿になつて出てくるのかといふあたりがどうも見えないうといふ感を深くするんです。

そこで伺ひするんでありますが、現在、医療保険の実効給付率は、私が調べたところによりまして、六十年では八二・五九%、それから国保全体では七八・七%に達してゐます。したがつて、給付の一元化とは、当然、制度の法定の給付率、今もあなたからございしましたけれども国保で最低八割にそろえるという点が重要な問題ではないかと私は思ひますが、そういうことで理解していかうか。

それから、今言つたように、六十五年抜本改革だといふことを目指してゐる限り、私は一定のビジョンなり考へ方がこゝであつていいんじやない

かと思うが、この二つをちょっとお伺いしたいと思ひます。

○政府委員(下村健君) たいまお話に出ましたように、六十一年度で見ますと、医療保険制度全体の交付率八二・七％、国保の場合は交付率七九％ということと差がございます。これを全体として同一水準にしたいというふうな考え方があるわけでございます。

厚生省としては、現在の国民皆保険体制の基本を前提にし、これを八割程度、現在の水準というところで考えますと八二ないし三、こういうふうな水準になるわけでございますが、その程度の維持ということを前提にいたしまして全体をそろえていく、このように考えているわけでございます。

その給付の具体的内容については、今後、関係審議会の審議等も踏まえ、さらに検討してまいりたいと考えているわけでございます。

○対馬孝且君 各種審議会、社会保障制度審議会その他で審議するということはわかるけれども、基本としては、ベースとしては八割ということはいいわけでしょう。もちろん、これは我々がいいと言っているんじゃないですよ。考え方として八割ということは、この前の健康保険法改正、老人保健法改正の時点での議論を踏まえていくと、つまり政管健保、組合健保あるいは国民健康保険を含めて、最低八割というベースにひとつ維持していきたいという考え方の方で進めていると。これはよろしゅうございませう。その点どうですか。

○政府委員(下村健君) 八割程度と申しますのは、ただいま申し上げましたように、現在の医療保険制度全体の交付率が八二％台ということになっております。総体としての医療保険の交付水準を、現状程度は維持してまいりたいということ、八割程度というふうに申し上げたわけでございます。

これは、現状水準を維持するといったとしても、今後の高齢化という条件の中でやはり負担の

方はふえてくるだろう、このように考えているわけでございます。

で、負担をどの程度にしたいのかという問題がもう一つあるわけでございますが、私どもとしては、負担を大幅にふやさない、しかし現状水準を維持するというふうな考え方を前提にして考えますと、やはり八割程度の維持というところが現実的な答えではないだろうか、このように考えたわけでございます。

○対馬孝且君 そこで、冒頭私が申し上げましたように、今回の改革というのは基本的な改革ではない、私に言わせればその場しのぎの手だてだけである、抜本改正になっていない、抜本改正に連なるものにもなっていない、こう私が申し上げているのはなぜかと申しますと、現実的に、今回の法案を見ますと、何のことはない、国と地方自治体、保険者の間で共同負担して共同作業をしよ、それで一定のカバーをしよう、個々のことは別に、一口に言えばそれだけのことなんだ。だから、今もあなたが言ったけれども、社会保障制度審議会その他で財政一元化というのは当時からうたわれておいて、なぜいまだに一元化方向のビジョンが出てこないのか。これがなくて、今回こういう目先の改革だけどうしてするんだというところが一つ疑問として残ります。これは答弁してもらって結構だけれども。

そこで、お伺いしたいことは、負担の一元化というのは、給付を合わせると同時に、負担も公平にしていくということが基本ですね。そうしますと、年間所得だけでは不公平ということから、国民健康保険で現在も行われているのは、四方式、つまり所得割、資産割、均等割、平等割、こういうことが組み合わされて賦課されているわけでしょう。これは間違いないで御指摘になっているわけですが、また、給与所得者に比較して所得の捕捉率が相違しているということが共通の認識になっていることも事実です。

そういうことから判断しますと、こういう際に制度を越えて負担の公平ということは、言葉の上

では簡単に容易でありますけれども、現実には大変難しいのではないかと認識を私はしているわけですが、その点どうですか。

○政府委員(下村健君) 御指摘のように、被用者保険の方は標準報酬制度、それから国民健康保険は市町村民税の課税対象所得といったところを中心にしたしまして保険料の賦課をしている、したがってベースになる所得の面で差があつて公平といつても難しいんじゃないか、これは御指摘のとおりであると思ひます。特に被用者の側に、国保加入者の所得把握について不公平感があることは事実でございます。

ただ、一方から申しますと、医療保険制度の将来を考えますと皆保険体制の維持という観点からはどうしても各制度間の負担の公平を図っていくということは必要であると考えているわけでございます。

そこで、私どもとしてそのやり方がどういう形がいいか、これは先ほども申しましたように、関係者の種々の御意見を伺いながらさらに検討していくということになるわけでございますが、私どもとしては、税とそれから保険料、その両者が医療費の財源としては基本的なものになっているわけでございますから、その両面から見ても公平で安定した負担制度をつくりたい、このように考えているわけでございます。

○対馬孝且君 局長、きのうも参考人が全部ここで陳述しましたけれども、賛成者の方でも言っているのは、この改正では将来の医療の一元化ということは見出せない、むしろビジョンがない、そういう意味では抜本改正が必要であるということをご自分で言っているんですよ。みんながはつきり言っているんですよ。これは目先の問題だけだと、賛成者の方でもそう言っている。

ところが、私があえて言ったのは、今、あなたがそういう認識には変わりはないと言っているからあれなんだけれども、そこまでいくと、きのうも石本先生の陳述がありましたけれども、我が国は保険方式で来ている。フランス、その他ドイツ

でもそれでやっていますけれども、それと、アメリカのようにメディケアで、言うならば税方式、大ざっぱに言うとその保険方式と税方式というのがある。そういうものに對してこれからのビジョンをつくる場合の政策課題が財政的措置を含めてどうあるべきなのかということを参考人も言いました。

そのところを議論しておると時間がないから私申し上げませんが、しかしここまで来ると早く一元化構想というものをきちっと出さないと、ただ当面の問題だけを糊塗するというのではならないのじゃないかということも言っている。あなたが、そのとおり同じ認識だ、そういうことを踏まえてこれから各委員会、審議会等で検討してまいりたいということですから、積極的のひとつ審議を早めて、少なくとも来年はもう六十四年度からね、六十四年に出来なければ六十五年間に合わない、法案を出せないんだからね。そういうこととあれば、やっぱり、そういう基本的な問題を踏まえて対応してもらいたい。

そこで、長寿社会対策大綱というものが「現行医療保険制度の基本的枠組みを維持しつつ、給付と負担の公平化を図る」ということを六十二年六月の閣議決定で出されました。これは大臣は参加しておられなかったと思うんですが、当然この考え方に従って今後の医療保険改善は実行されていくというふうに考えるわけでありませう。

そこで、私がここで伺いたいのは、厚生省は、五十九年以来一貫して当面の国庫負担だけの大義名分として、一生懸命、何のことはない、国庫負担だけ減らすようにやってきたんではないかという感を持っています。五十九年の健康保険法改正のときも、一〇〇％の按分率は九〇に引き下げて、その分、結果的には老人保健法の方で一応お互いの保険間の矛盾を解消するというところで財源措置に充てたけれども、結果は国庫負担を切り下げたというだけのことであつて、その場その場で、六十二年四月の高齢者対策企画推進本部報告も老人保健改革をするための目的でそういうこと

を実は出されている。それであつてはならないんではないか。あなた方は、それはそうではないと言ふかしらぬけれども、私は、五十九年の健康保険法改正も、六十年四月の老健法改正においても、結果的にそういう国庫負担減らしのための対策だけがとられてきているのではないかと率直に言わなければなりません。何のことはない、国庫負担だけ減つて、そして地方自治体にツケを回し、被保険者は自己負担として保険料率が上がつていく。これからの医療保険の一元化を目指した場合、私は、絶対こういうことであつてはならないと思う。それだから先ほどから何回も申し上げますけれども。

ここでもう一回、はつきり大臣に私はお伺したいのでありますが、政府の言ういわゆる給付と負担の財政の一元化構想に対する手順、手だて、財政的構想ということ、どういふふうにかこれから結論を出していこうとするのか、その考え方をひとつ明らかにしてもらいたいと思う。これはひとつ確認しておきます。

○国務大臣(藤本孝雄君) 先ほど御答弁を申し上げておりますとおり、我々といましては、各制度間における給付と負担の公平を図つていく。これには、御承知のように、一本化という考え方もありますし、一元化という考え方もあるわけでございますが、我々としては、この制度は維持しながら制度間の給付と負担の公平を図つていく、こういうことを一元化として考えておるわけでございます。

その内容につきましては、先ほどビジョンといまして八割程度であるとか申し上げたわけでございまして、そこへ行き着くまでの一つの手順といひますか対策として、今非常に厳しい状態にある国庫の運営の改善、長期安定を図つていくための改善策として今御提案申し上げておるわけでございまして、これが老人保健制度と国保制度を六十五年にもう一度見直しをして、そしてその内容によりまして所要の長期安定のための対策を講じて、その結果、一元化の問題へ向かつて進め

ていく、こういう考え方であるわけでございします。

○対馬孝且君 いや、大臣、それはわかつてい、この法案にも書いてあるんだから。

今回の基本的な考え方というのは、低所得者の問題、医療費地域差の問題。そこで出てきたのが保険基盤安定制度であるとか地域医療適正化のプログラムの指針、これが出てきている。ただ、私が言っているのは、これは一つの手順だといふけれども、言うならば、一元化構想に向けてどういふ具体的な手順とかがあるでしようかと。今保険間の調整とかいふことを言っているけれども、具体的にわかりやすく言うならば、公的負担というものを補強しながら保険方式で将来とも行くのかあるいはそうじゃなくて純然たる公的負担一本で税方式で行くのか、そういう手順あるいは手法だ。手順とは、六十五年なら六十五年をめぐりに六十四年ころには一応の結論を出します、法案を出すようにしますと。あるいは、手法としては今言ったようなことだ。それと、それじゃ財源としてはどうするんだと、こうなるわけだ。そういうものがないではないかと私は言っているわけですよ。

だから、そういうものをここへ出してもらなければ困る。というよりも、国民はそれでは理解できない。今回の法改正だつて、ただ六十三、六十四年の暫定的なものでしょう。保険基盤安定制度というのは、そのためのものでしょう。地域医療プログラムの六十五年以降云々というものがこれに載っているけれども、これは六分の一の共同負担といふだけのことで。

だから、そういうものであつてはならないんじゃないかといふことを私は言っているんだ。大臣としてはそれに取り組むなら取り組むと、この姿勢を聞いているわけですよ。どうですか。

○国務大臣(藤本孝雄君) 私どももいたしましては、それは社会保険方式、基本的にはやはりそういう考え方で進みたいといふふうに考えております。

○対馬孝且君 考え方は一応社会保険方式ということ、もちろん長い歴史的な経過があるんだから。

ただ、それだけでいくかどうかという問題は、公的負担の一部をどういふふうに調整をするとかあるいは出来高払い制度を見直して例えば人头割といふことがいいか悪いかそういうことも踏まえて、全体的なそういう手法を、出来高払い制度を見直して人头割がいいか悪いか、もちろん私はこれがいいとかといっているわけじゃなくて、そういうことを洗い直してみ、一つの手法、手順なり財政的方向をぜひ出してもらいたい、私はこのことを強く申し上げておきます。よろしゅうございしますね。

そこで、次の問題であります。

国民医療費は、人口の増加、医学・医療の進歩発展、高齢化の進行でますます増高しております。二十一世紀高齢化社会の医療費の負担がどうなるかといふことは、先般の予算委員会、私も同席しておりましたが、二十一世紀初頭における高齢化状況等及び社会保障の給付と負担の展望が厚生、大蔵両省で出されました。私もこれ持っております。

これは通名で提起されているのでありますが、これらを見ますと、国民医療費と老人医療費をどのように将来推計をしておられますか、この考え方をちょっとお伺いしたいと思います。

○政府委員(下村健君) 医療費の推計でございしますが、医療費の推計についてはいろんな推計があるわけでございしますが、私どももいたしましては、一応過去の実績をもとにして推計をしているわけでございします。

ただいまお話がございました資料、これは、最近の実績の中で、いろいろな制度改正でありますとかあるいは診療報酬改定でありますとかそういう影響を受けていない時期を選びまして、その時点での成長率といふものを医療費の自然状態における伸び率といふふうに考えて、これをもとにして将来の医療費を推計したものでございします。

これによりまして、大体七割といふような数字になつておるわけでございします。

○対馬孝且君 これは私も検討させていただきます。

そこで、私は質問したいんでありますけれども、政府の国民医療費に対する政策目標は、総理がこの閣僚議員の質問にお答えしていますが、「当面は医療費の伸びを国民所得の伸び程度とする」といふ政策目標を総理が答えております。これまでに医療費の適正化のための諸施策を進めるといふものであれば、一方で政策目標として医療費の伸びを国民所得の伸び程度に抑えることが一体できるかどうかという問題です。これが一つ。

他方で、最近の国民所得の伸びを上回るトレンドいわゆる傾向で将来展望をするといふのは、政策目標の破綻にははしないか、そういう感じがするんですが、どうですか、この点は。

○政府委員(下村健君) 医療費の伸びがどの程度であるべきかあるいはどの程度の医療費があれば問題なく医療保障を保つていけるか、この辺の判断がなかなか難しいところでございますが、私どもとしては、長期的な傾向として見ますと医療費の伸びが国民所得の伸びと均衡をする、これはいわば経済全体の伸びと同一水準を保って医療が伸びていくという格好でございます。しかし、高齢化といふ条件がありますので基本的には難しい面があるといふ点は考えられるわけでございします。

医療の現状を見ますと、実は現在の医療については、先ほど出来高払いの話も出しましたけれどもいろいろの問題がありますので、それらの適正化といふことにやはり当面相当の重点を置いて取り組んでいかねばならないと、このように考えているわけでございします。そうしますと、それによつてどの程度の数量的な効果が期待できるか、これはなかなか推計としては困難でございますが、政策目標としてはそういう適正化の努力を並行して行つていくべきであらう、ただし十年後、二十年後といふような長期にわたる医療費の

推計ということになりますと、これは現在の実績値をもとにする以外に推計方法が適切なものがない、このように考えているわけでございます。

○対馬孝且君 確かに、我が国の場合、加齢度的に高齢者社会になるという条件を加味しなげやならないんじゃないかというのをあなたも言っています。私もそこが問題ではないか。だから非常に急速な人口の高齢化がある以上、医療と負担との関係がきつと押さえられるかどうかということになるとなかなか問題がある。

そこで、私は、最近の傾向から見ましてそのままだこれを認めるわけではないのであります。人口の高齢化の一定の部分というのを今あなたも指摘されましたけれども、問題は、六十三年度の国民医療費の増加要因というものを私なりに分析してみました。

これを見ますと、国民所得の伸びが一体どうなっているかということを見てみますと、六十三年度は人口の増加が〇・五％、それから先ほど言った人口の高齢化が一・二％ある。それから診療報酬の改定が〇・五％ありその他というのが三％あるわけだ。このその他三％というのが問題なんだ。それは医学・医療の進歩あるいは医師の数の増、病床の増というもので大体三％。ドータルでこれで見ますと六十三年度の医療費の増加というのは五・二％になっているわけだ。ところが一方、総理が言っています国民所得の伸びというのは四・六％しかないんですよ。これは間違っていますか。六十三年度についてはこういう数字になっている。

そうだとすれば、問題なのは、先ほど私が言ったように、この急激な高齢化ということを加味しないと、単なるトレンド、傾向だけで見たのでは判断の基礎にはならないんじゃないか。そこあたりを加味した政策目標がどうしても必要ではないのかということになるわけでありまして、この点ひとつ局長と大臣の方からお聞かせ願います。

○政府委員(下村健吉) 数字につきましてはただいまお話ししたおりの状況になっておりまして、六十三年度の医療費の伸び五・二％のうち三％というものが、いわゆる自然増と申しますかその要因を明確に分析できていないものになっているわけでございます。この中には、もちろん疾病構造の変化でありますとかいうふうな要素も含まれる。そのほかに、医学の進歩あるいは高度医療の導入あるいはその普及、また一方におきましては医師数、病床数が増加しているというふうな状況も影響している、このように考えられるわけでございます。

私もそういったしましては、この点についてはさらにそれぞれの要因について検討を加え、できる限りその三％というものの内訳あるいはこれにどのような要素が左右しているかという点を解明してまいりたい、その努力をすべきであるというふうに考えておりますが、現在のところはなかなかその要因の解明がうまくいかない、こういう状況でございます。その原因をはっきりさせて不合理な伸びというふうな要素はできるだけ排除していくべきだと、このように考えております。

○国務大臣(藤本孝雄) 国民医療費の伸びの目標につきましては、先ほど御答弁申し上げておりますように、国民所得の伸びの範囲内でとどめる、やはり、私も当面の政策目標としては、これを守るためにいろいろ工夫してまいらなければならぬと思っております。

御指摘のように、この伸びの目標につきまして検討する必要があると思っておりますけれども、給付と負担という関係からいたしますと、我々としては当面この政策目標を守るために全力を尽くす方が大事だろう、そういうふうに考えております。

○対馬孝且君 まさにそのとおりで、政策目標としてはその他という面をどういうふうな問題認識をするか、またどういう手だてがあるかということについて、その点に重点を絞ってこれから質問してまいりたいと思っております。

そこで、六十三年度予算編成に際しまして厚生省は、医療費の適正化として千二百五十億円の国庫負担減を見積もっているが、予算編成の時点、八月の省議の時点で医療費ベースを見た場合、その額はどの程度になりますか。

○政府委員(下村健吉) 概算要求時点における当然増、これはかなり粗い数字も入っているわけでございますが、その時点での医療費と六十三年度予算で見込んだ医療費の差がそういった形で出てくるわけでございますが、国の予算額にして千二百億円の程度ということになるわけでございます。これを医療費ベースに直しますと四千億ない五千億近くと、こういう数字ではないかと思っております。

○対馬孝且君 そこで、問題は、先ほど言った三％の部分について幾つかの要因があるということなども申しました。この要因は、問題点として何と何だというふうに考えますか。

医療技術の進歩あるいは医師の数のあるいはベッド数というのは、もちろんそれは一つの要因ですけれども、そういうものを判断していった場合に、その要因を克服するとかいう要因の問題点として当面何と何が必要なのか、どういうふうにお考えになっておりますか。

○政府委員(下村健吉) 私どもとして問題として考えておりますのは、一つは、この自然増の中に出来高払いの欠点というふうな形で言われているものがどの程度あるのかという点ではないかと思っております。出来高払いの欠点ということで言われておりますのは、一つは薬の問題、それからもう一つが検査の問題、それからもう一つは入院日数の問題でございます。そういう問題がございます。

それからもう一つは、医師数あるいは病床数の問題。救急体制面でこれがどのような影響を及ぼしているのか、医師あるいは病床、いずれも地域的な偏在というふうなことがかねてから問題点として言われているわけでございます。また、トータルとしての医師数あるいは病床数がいかにあるべきかという問題も当然あるかと思われるわけでございます。そういう点がやはり問題として

は大きなものではないか、このように考えております。

○対馬孝且君 今まさに問題点を指摘されました。

そこで、私は端的にお伺いしますが、昨年来、都道府県の単位で地域医療計画の策定が進められております。その施行前にいうことで駆け込み増床の申請が殺到しています。特に、北海道、札幌は一番です。これはあなたが一番よく知っているとおりで、この前も申し上げたとおりです。

そこで、六十一年以降の病床の増加数はどうなっているか、一ベッド当たりの年間の医療費はどの程度になっていくか、端的にお伺いします。

○政府委員(仲村英一) 駆け込み増床がどれだけかというのには実は非常に難しいわけでございますけれども、一年間で純増した病床数で見ますと、六十一年が三万三千八百三十三床でございました。これに比較いたしますと、六十一年は四万一千五百九十二床となっておりまして、この中にいわゆる駆け込み増床と申しますかそういうものも含まれているというところでございまして、六十一年の三万に對しまして六十一年は四万一千九百四十四でございます。対前年比で一・三七の増加率でございます。

それから、医療費でございますけれども、単純に入院医療費を病床数で割ってみますと、一床当たりの入院医療費は六十一年度におきまして四百三十五万円という数字でございます。

○対馬孝且君 今数字が出されたとおりで。私も調べましたけれども、それだけになっていない。

そこで問題は、今言った一ベッド当たり四百三十五万円ということ、また四万一千五百九十二床、六十一年度これだけ増床しているわけですから、そこで、こういった病床の増加の姿は、医療資源の国民への配分のあり方として正しいというふうにお考えになっておりますか。あるいはまた、病床増加に駆り立てる要因は何であったかと思いませんか。そういう分析は厚生省どういうふうになさ

ていますか。

○政府委員(仲村英一君) 私ども六十年の十二月に医療法を改正させていただいたときに地域医療計画を樹立いたしました。地域の医療資源を適正に配分する、さらにそれをシステム化をするというところで、当時、医療法改正でいろいろ御審議いただいたわけでございます。そういう観点からいたしますと、いわゆる駆け込み増床というのは、この地域の体系的な医療供給体制の確立を図るという目的からいたしますとその理念に著しく反するものと私も理解をしておるわけでございまして、病床過剰が見込まれる地域では、医療計画作成前でありまして、病院の開設等につきましてもできるだけ申請の自粛、取り下げをするようにという指導をしてきておりますところでございますが、今後とも、そういう冒頭に申し上げましたような考え方から指導をいたしまして、引き続き厳正に対処するように徹底を図ってまいりたいと思っております。

今お話が出ておりますように、人口の高齢化でございまして地域的な偏在というところがあるわけでございまして、私も、地域医療計画という理念にもとらぬような方向で知事に対してさらに指導をしてまいりたいというふうに考えておるところでございます。

○対馬孝且君 随分行政指導しているといったって、これは札幌市の場合なんかは、六十三年度、最終的にことしの六月です。七月のあれを見ると、相当落下傘的に、これは名前を言ってもいいんだけれども、固有名詞は言いませんけれども、三百床どこでなく、落下傘的に五百床ですよ。三百なり五百床がどんと札幌市の西地域に落下してきています。これはホテルと同じで、い方に患者が行くというのは心理的な問題です。

だから、そういう駆け込み対策ということで行政指導しているといつたって、現実にはどんなこれはふえていっている。それは結構なことかもしれないけれども、一面では看護婦の問題が出てきており、看護婦の引き抜き料が今札幌で三百

万という話です。昔のホステスどころじゃない。一人三百万の引き抜き料、そういうやり方をしていっている。この間の北海道新聞にこれは出ました。だから、そういう問題を含めて行政指導していることは結構なんだが、私は、時間もありませんから問題点の幾つか特徴点を挙げてみます。

先ほど申しましたように、最近医療費の地域格差という問題が何で起きているかという

ことについて厚生省はどういう検討をしているのかというところでありますけれども、どうも地域住民の患者の責任である。北海道のところに全国一高い入院のベッド費というのは大変なことだ。一番新しいのでいくと、老人医療費一人当たり北海道が、これは六十一年度ですけれども七十四万九千八百七十五円、全国が五十二万一千七百五十円、全国一高い。この数字はまさにそのとおりです。

そこで問題は、これははつきり申し上げますけれども、地方公共団体が責任があるというふうなことを盛んに吹聴されるんだけれども、厚生省は盛んに国庫負担を地方自治体にツケを回しているわけですからこの点は極めて遺憾なんだけれども、一体こういう問題については患者の責任であるのか地域の責任なのか、この点どういう理解をしているんですか。その考え方をまずはつきりしてください。

○政府委員(下村健君) 医療費の地域差が特に最近問題になってきた一つの要因といたしましては、保険制度の改革によりまして老人医療費につきましては、これは全体の共同負担というふうな形になってきたわけでございまして、これは、先ほど来お話をしております負担の公平というふうなことから、高齢者の医療費を共同で公平に負担をしようという考え方が出てきたわけでございまして、それを契機といたしまして、地域間の医療費の不平等というものを一体どういう形で負担をするのが公平であるかという議論が生じてきた、これが背景にあるわけでございます。

そこで、私どもとしては、その問題は単純にだ

れか特定の者の責任というふうに割り切ることはできない、こう思っております。それぞれに、先ほど申しましたように医療費の増加の要因としてはいろいろなものがあるわけではございますが、その原因になっているという面も考えられるわけでございます。あるいは国もその責任があるというふうにも考えられます。また地方、それぞれの関係者が責任という意味では責任がある、しかしそれは単一のものではない、このように私は考えているわけでございます。

そこで、昨年、今回の改革案を提出いたします際に私も当初そういう考え方から医療費の地域差について提案いたしました考え方は、一定の限度を設けて、その一定の限界を超えるものについては関係者の共同負担という形ではどうか、か、こういう提案をしたわけでございまして、これについては地方が責任を持てる範囲内にとどめるべきだという反対論が出てまいりましたので、今回の案では、地方がある程度責任を持てる、適正化によって対応し得る範囲内というもので極力そこに絞った形で地方の負担を導入するという決着になったわけでございます。

○対馬孝且君 それぞれの立場で責任があり、それぞれ立場で対応せざるを得ない、今のお答えがそういう趣旨のことでございます。

けれども、入院料が高い、増高している、それは北海道の場合は長期間の入院が原因なんだと。北海道に絞って私は申し上げているんです。問題は、その認識なんだよ。あたかも患者が悪くて長期入院しているような入院があるんだという理解だと大変な間違いですよ。医者が診断をして入院を必要とする者でなかったら入院を認められないんだから。それで、医師の診断があつて入院するのである。勝手に入院しますというわけにいかないんだから。

そういう問題については基本的に患者の責任、地域住民の責任であるのかどうかという原点をはつきりしてもらいたい。どうなんですか、その点

は。

○政府委員(下村健君) 長期入院については社会的入院というふうなことも言われておりまして、社会的入院ということ自体については必ずしも明確な定義があるわけではございませんのではつきりいたしません。が、非公式なアンケートによりまして、医療関係者の間でも、一割ないし二割ぐらゐは現在病院に入っている者の中で実際には純粋に医療上の観点だけからすると入院の必要のない者が含まれている、このようなことも言われている状況でございます。私も、医療関係者の話を聞きまして、なかなか退院してもらえないものもある、こういう話も出てくるわけでござい

ます。そういう状況からしますと、これは一概に患者だけの責任というふうには私は申し上げるつもりはございません。患者の方もその辺は現在の状況で病院が一番頼りになると申します。病院が老人を預かってもらつた場合に一番預かってもらいたいというふうな現実があることは事実でございます。ですから、そういう面を変えていく必要がある、このように考えておるわけでござい

ます。○対馬孝且君 局長、これは基本的に医師が判断をして入院を認めるのであつて、入院したくてする者もいるわけじゃない。

問題は、これは後ほど申し上げようと思つたが時間がありませんからここで申し上げな

らぬが、今日、在宅ケアというのはほとんどなされてい

ないでしよう。これは国の、厚生省の怠慢です。はつきり言つて、昔の開業医のように訪問看護、訪問体制がとれていないならいざ知らず、それができないじゃないですか。

北海道の認識として次の点が問題だということをお認めになるかどうか、私ははつきり申し上げておかなければなりません。

それは何かというと、北海道の実態として日大の先生が分析してこ

ういう指摘をしています。北海道がなぜ医療費が高いか、なぜ入院が長い

かという点について四

めになりますか。私は率直に申し上げますよ。

第一点は、北海道の場合、広大な地域において通院が困難だということですよ、はつきり言つて。もっと言うと、道路整備がなされていないということ。これは国の責任なんだよ。僻地と都市との道路整備がなされていないから通院が非常に困難な状態にあることが一つ。時間がないからずばり言います。

第二の問題は、これは統計数字がきちっと出ていますから申し上げますが、統計数字上、老人夫婦のみの世帯、老人単身の世帯が全国平均に比較して非常に多いんです。これは数字が出ています。これは間違いなら間違いとして言ってもらっても結構。五十九年度は、単身世帯は全国が八・五%、北海道は一〇・三%。老人夫婦の世帯が全国は二〇・五%、北海道はそれに対して二五・七%。單身、老人夫婦世帯が、これだけ全国との格差があるということ。

それから、積雪寒冷の地帯ですから、率直に申し上げて、道東地域に無医村が何ほありますか。いまだに無医村地区が三十七ある。釧路、根室、網走、あちのちのずっと沿岸地帯で言うと、こういう積雪寒冷の地で、入院という状況が起きている。

それから、低所得者が非常に多いということです。はつきり申し上げます。それはなぜかといえ、最近の炭鉱閉山、鉄鋼、造船の構造不況、北海道特有の季節労働者と言われる三十万人季節労働者の滞留、これら低所得者が非常に多いということです。

もう一つ、私も意外だったけれども、これは日大の先生の分析なんだ。僻地へ行けば行くほど電話がついていないというんだ。全国的な水準でいきますと、人口一人当たり何本の電話個数ということがあります、この電話個数が極めて少ない。

厚生省はこういう情勢分析をきちっとして、しかる後に対策を立てるということではなければだめじゃないか、私に言わせれば。例えば、あなたが

言うように、必ずしも患者の責任ではないけれども

もうどうしても出ていかない者があるなどというそういう受けとめでなしに、こういう科学的医学的根拠がある。これは私が言っているんじゃないですよ。日大の先生が、北海道はなぜ高いかという医療費分析をやっているんだ。私も、この間、北海道庁で会ってきた。実態調査をしてきました。札幌市もやってきました。私は実際に会って話してきました。そういう結果を私は申し上げているのであります。

まず、厚生省は、そういう認識で今後の対応をすべきではないか。いかがですか、この点は。○政府委員(下村健君)：ただいま四点、日大の先生が言っておられるというお話があったわけでございませう。

これは、そういったことが確かに考えられるかもしれないませんが、直接的にそれとの、例えば地域が広大であるということと一体入院がどう関係しているのか、これはなかなか立証できない面がございませう。それから、単身世帯が多い、これはお話のとおりではないかと思ひます。ただ、それと入院が直接に結びつく要素というのはなかなか単純に立証できない。それから、四番の、低所得の問題も、大体同様ではないかと思ひます。したがって、一、二、四につきましては、明確に断定はできないけれども、そういった事情が存在しているということとは御指摘のとおりではないかと思ひます。

それから、三番の気候の要素でございませう、これは、北海道だけを見ましても季節的に実は入院患者数というのは変動がほとんどないわけでございます。それからもう一つ、例えば、北海道と九州というふうな地域を比べてみますと、入院、受診率についての差が余り出てこない、同じようなパターンであるというふうな現象もございませう。したがって、そういった気候の要因については、温暖な地域においても同様なパターンがあるというところから見ると、私どもとしては、どうも気候の要因というのは比較的関連性が薄いのではない

かろうかというふうに考えております。

いずれの要素につきましても、私ども、なお今後十分に検討してまいりたいというふうに考えております。

○対馬孝且君：私があえてなぜこれを出したかという次のことを言いたいからです。

つまり、改正案の内容の、指定基準の問題を時問があれば本当は申し上げたかったが、時間がありまじからここで申し上げておきたいのでありますが、そういう実態があるんですよ。これは、何も私が言っているんじゃない、学者がいろいろ分析した結果、要因はそういうものがあるということを指摘されておるわけだ。だから、そういうことを踏まえながら、この地域医療の問題、地域格差の問題はどうあるべきなのかということをお私に申し上げたいわけだ。

そこで問題は、何といつても調整対象外医療費の基準の問題なんです。時間もありませんから率直に申し上げますけれども、私が調べたところによると全体で百二十市町村あります。そのうちの七十市町村は北海道なんだよ。私が今ここで申し上げたいことはどういふことかといへば、現実の問題として頭打ち一・五で今回も調整されました。しかし、一・五を超える部分はもうなっているかといへば、結果的に保険者と地方自治体の責任で解決するわけですよ。一例を言うと、札幌の場合は六十二年度一般会計から繰り入れたのが七十億です。これは何ぼだと思ひますか、百八億ですよ。

現実札幌の一老齢者からの訴えがここに出ていますよ。現実の問題として、退職してからの国保が三倍になったと言ふんだ。年金生活者で、とても国保を払っておたらあすの不安がつきまとい、いつまで生きられるかという不安が先だと云っているんだ。二・八倍も上がっていますよ、札幌市は。なおかつ一般会計から百八億の金を繰り入れている。

結果は、どういったって保険者と地方自治体の負担ではないか、この改正案というのは。私はそ

う言いたんだ。それをもう一回やっぱ見直してみることが必要ではないか。見直しの必要がある。

そこで、私が冒頭申し上げたように、抜本的な医療一元化構想というものを目指しながら改正するなというところが大事だったんじゃないか。これでは、私に言わせれば、多少それは是正されたといつても、保険者と地方自治体の責任に帰している、国は結果的にはそれほど犠牲を払っていない、こういう改革であつては改革の名に値しないというのは先ほどこの質問に入る前に私が指摘をいたしたとおりであります。

ここらあたり、今言つた一・五の問題、それから一%指導している問題、これだつて現に総務庁の調査が出ているじゃないですか。この総務庁の「国民健康保険事業の運営に関する行政監察報告」を見たつて、一%行政指導したが従つていふものは何%ありますか。私の調べではこんなものは数に値しないでしょう。たつた五ないし八でしょう。こういうことを見た場合に、いまだ一度抜本的な見直しが必要であるということでお伺ひしたわけでありませう。

それらを踏まえて今後どういふ対応をしていくか、特に、先ほど申しましたけれども、我々は、これには反対です。この法案は賛成することはできません。しかし、これらを踏まえて、当面の問題としてとりあえず一・五という幅を弾力的に運用するとかあるいは一%行政指導という保険者なり自治体が出す負担の見直しということではできないのかどうか、そこらあたりをお伺ひします。

○政府委員(岸本正裕君)：先生の御質問にありますが、一・五という数字でございませう、これは老人保健法に基づきます調整対象外医療費の倍率の数字であると思ひます。

御承知のように、昭和六十一年の老人保健法の改正によりまして加入者按分率が引き上げられました。加入率の高い市町村国保の拠出負担がかなり軽減されて、国保財政の安定化にも寄与し

たところでございます。この調整対象外の医療制度というのは、一人当たりの老人医療費が全国平均に比べて著しく高い保険者につきまして、公平な負担という見地から、一定の基準を超える部分の医療費を加入者按分による調整の対象外とするということによりまして、いわば異常値を除いた形で拠出金額を調整するとともに、このような保険者の経営努力を促す趣旨から設けられたものでございます。

この制度の運用でございますけれども、かねてから関係者の間で、この老人保健法に基づきます加入者按分率を導入するに際しましても保険者の医療費の適正化の努力というものとあわせて行わなければかえって不公平になるのではないか、こういう御意見がございました。そういう趣旨からこの制度が導入されるに至ったわけでございます。

北海道につきましては、六十三年度はこの調整対象外の市町村が四十九市町村ということになるわけでございますが、前年度に比べますと十二市町村減少しております。つまり、それだけ一・五を超える高医療費の市町村の数が減少してきているということで、中心に収れんしてきている。私どもといたしましては、北海道市町村の御努力もありましてこの医療費の適正化の実が上がりつつあると、こういうふうに理解をしているわけでございます。

○対馬孝且君　そういう答弁を聞いているんじゃないんだよ。

私は、一・五というそれと一％の行政指導というのは、それほど実っていないんじゃないかと。だから、当面の対策だといったって、厚生省がそんな答弁をするんだったら、退職者医療制度で今回千八億が何で出てきたんだ。六十二年度で千八億補てんしたわけでしょう、あなた方は。千八億を退職者医療制度で補てんせざるを得なかったということは、何のことはない、四百六万の退職者医療制度の加入見込みを二百二十六万に誤ったわけでしょう。その厚生省の見誤りが千八億の補て

んになったんだよ。そんな説明をしたって詭弁ですよ。そういうことを言っているんじゃないんだ、私は。

そういう結果が出てゐるから、これらに對してもう一度やっぱりそういう全体を見直し、あるいはそういう一・五、行政指導の百分之との兼ね合いからいつて地方自治体の財政負担は限界に來てゐる、保險者も限界に來てゐる、ここらあたりをもう一回踏まえて何らかの檢討、対応をする道はないのかと、こう聞いているんだから、その点大臣、時間が來ていますから、最後に一言だけお答え願います。

○国務大臣(藤本孝雄君) 調整対象外医療費制度のあり方の問題でございますが、これは御指摘の点もございまして、また老人保健審議会でいろいろ議論があったところでございますので、六十五年に見直しを予定いたしております老人保健制度の見直しの中の一つの課題であるというふうに考えております。

○浜本万三君　それでは質問をいたします。
今回の国民健康保険法の改正は、ある意味では一元化の地ならしとも言われておるわけでございますが、先ほど来対馬委員からいろいろ質問をいたしましたけれども、一元化の姿というものがまだ不明確であります。したがって、私は、まだ医療保険制度の一元化に関する問題から伺いたいと思います。

医療保険制度の一元化につきましては、五十九年度の健康保険法等の一部改正案の審議の際、厚生省が六十年代の後半に全医療保険制度における給付と負担の公平化措置を講ずること等を内容とする保健医療政策長期ビジョンを示されました。しかし、その時期については、後の国会の答弁で六十年代後半のできるだけ早い時期としたところに端を発しておるというふうに思います。

さて、ここ数年来の医療をめぐる制度改革を概観してみますと、老人保健制度の創設やその後の加入者按分率の大幅引き上げ、さらには健保本人の一割負担の導入や退職者医療制度などによつ

て、一元化という大きな流れに向かつての条件整備が厚生省の立場から着々と進められてきたところであります。今回の国保法の改正案についても、政府は、一元化に向けての条件整備、段階的な改革の一つとして位置づけているわけでありませんが、しかし肝心の一元化の中身、最終的な姿は今もって先ほどの答弁を伺いまして明らかになっていないわけです。

今日の時点で大臣は、一元化についてどのようなイメージを持っておられるのか、責任のある答弁を求めたいと思います。

○国務大臣(藤本孝雄君) 御指摘のように、医療保険制度におきまして給付と負担の公平化を図っていく、これは年金の一元化とあわしまして大目標であるわけでございます。

その給付と負担の公平化を図るという考え方につきましては、一本化であるとか一元化であるとか考え方があるわけでございますけれども、私どもといたしましては、各制度の枠組みを維持し、つまり各制度は残しながら、その制度間における給付と負担は公平を図っていく、つまり一元化を考えておるわけでございます、そういう考え方から今御指摘のような改革を行ってきたわけでございます。

内容的に申し上げますと、まず第一は、先ほど申し上げましたように、制度の基本的な枠組みは維持をしていく、つまり一元化で給付と負担の公平化を図る。それから、内容的に第二の点は、給付水準につきましてはおおよそ八割程度を考へておること。それから第三点は、必要なものは

保険でカバーをしていく。こういうことであるわけでございます。六十五年度の老人保健制度また国保制度の帰趨を見きわめながら見直しをしていく上で、この一元化の方向もさらに明らかになっていくというふうに考えておるわけでございます。

○浜本万三君　そうすると、医療保険制度の一元化の最終的な姿、具体像につきましては、今大臣から答弁をいただきましたように、現行制度を前

提として一元化のための措置を講じていくということになると思います。

これは、現行制度を解体するということでなくして、全医療保険制度の完全な統合一本化ではなく、被用者保険と地域保険という現行制度の基本的枠組みを維持する中で給付と負担の公平化、一元化を図っていくという趣旨に理解してよろしくございますね。

○国務大臣(藤本孝雄君) そのとおりでございます。

○浜本万三君 そういたしますと、一元化のおよそのイメージ、方向が確認ができたわけでございます。

次は、その時期はいつかということをお伺いしたいわけです。

一元化の時期については、長期ビジョンでは六十年代の後半とされ、その具体的な時期については、今回の法案審議においても大臣が、今度は六十年代後半のできるだけ早い時期というふうな方針が明確になっておるわけでございます。それがいつなのかは今もって不明なのであります。

政府は、本法律案のねらいについて、国保制度の基盤強化、運営の安定化を図ることにより一元化に向けての前提条件を整備するものであると説明されておるわけでございますが、そうであるならば、当然のことといたしまして一元化のはっきりした時期とそれに向けて今後どのような改革を積み上げていくのか、タイムスケジュールと具体的な改革項目を明確にする責任があると思うんであります。その点いかがでございますか。

○政府委員(下村健君) 六十年代後半ということ
で一元化の時期を申し上げてきたわけでございます。
これは五十九年の退職者医療制度の創設等被
用者保険本人の給付率八割というふうな改革を行
ったわけでございますが、その時点でそういうこ
とを申し上げ、その後も一応その方針をとってき
ているということです。

ただ、現在までの医療保険制度改革の流れを振
り返ってみますと、五十九年に八割給付という提

案をいたしまして、現実には九割ということ、八割の実施についてはさらに慎重に検討した上、国会の御承認をいただいた上で実行するという形になっております。

それから、次いで老人保健制度の改革ということに取り組みまして、段階的に一〇〇に上げたいという提案をしたわけでございます。これも、実は、六十五年にもう一遍見直しをした上で按分率を一〇〇にするかどうかというのを決定すべきだ、こういう形に変わってきているわけでございます。

それからさらに、今回の国保改革でございますが、私どもとしては、国保の給付水準等の問題も含め当初検討に入ったわけでございますけれども、現実の検討結果としては、実は二年間の暫定措置という形で国保制度の改革も終わっている、こんな状況でございます。

したがって、現在残っております問題は、給付率の問題、それから老人保健制度の按分率をどうするかという問題、それから国保制度の問題、それからさらに最終的に一元化をどうするかという問題、これらをあわせて、六十年代後半といいますが、全部六十五年に入るわけでございますけれども、全部六十五年にやるのかどうか、ここらには非常に大きな問題であろう。私どもとしては、今後国保制度の改革も実行に移しながら、そういう展望を踏まえて検討を進めていくことになるわけでございますが、これらの経過からしますと、全部一挙にということもなかなか現在の、これは一元化につきましては今後さらに関係審議会等で十分に御審議をいただく問題でございますが、現在までの流れ、現在の状況からしますと、全部を一遍に六十五年実行というのなかなか難しいかなというふうな感じもいたしているわけでございます。

したがって、私どもとしては、やはり段階的に実行していくという形が適当であろうかというの、これはまだ政府としての最終的な結論というふうなことではございませんが、これまでの経過等を踏まえて考えますとそのように思われるわけでございます。

○浜本万三君 六十年代後半の早い時期というのは、先ほど対馬委員から質問があったように、もうまさに目前の状態になっているわけですね。そういって、国保と老健法の見直しも一元化の前提ということであるならば、一元化のゴールとそれに至るプロセス、改革の内容をやっぱり明らかにされなければならないんじゃないかというのが私の気持ちでございますが、その点いかがですか。

○政府委員(下村健君) できるだけ速やかにそういった方向を示していくべきだという点については、私どもも同様に考えているわけでございます。

ただ、現実の一元化に関する関係者の状況を見ますと、一方において一本化というふうな議論もある。それから一元化自体につきましても、現在の進め方でもなお早きに過ぎるというふうな被用者保険側のかなり強い反対論もある、こんな状況でございます。

したがって、私どもとしては、こういった状況を踏まえますと、やはり一元化について十分に審議を尽くしながら進めるだけ早く明らかにしていきたい、厚生省の気持ちとしてはできるだけ早く一元化の方向を示していきたいと考えておりますが、審議会における審議の状況あるいは関係者の意見がかなりまだ離れているというふうな状況からしますと、なおさらに十分な検討を尽くしていく必要があるというふうに考えているわけでございます。

○浜本万三君 誤解してもらっちゃ困るんですが、私は何が何でも一元化しろということを言っていないんですよ。医療制度の改革になるような一元化ならば、その内容によっては私どもは賛成する立場なんです。今厚生省が進めておるように、とにかく患者には負担を要し、それから国庫補助金を削減いたしましたすべて他の保険者にその負担を強いるような形での一元化というもののについては賛成をしていないわけなんです。そういう立場で質問していることを、誤解のないようにしてもらいたいと思います。

関連して伺いたいんですが、先ほど一元化の問題について給付と負担の問題が議論をされております。負担の問題については対馬委員から議論がございましたので、私は国保の給付率の問題についてお尋ねをいたしたいと思っております。

つまり、一元化の際の給付水準につきましましては、長期ビジョンでは八割程度で統一、先ほど局長はそういう趣旨の答弁をなさっておられます。そこで最大のネックとなるのは、いかにして国保の給付率を八割に引き上げることだろうかと思っております。したがって、政府はいつ国保の八割給付を実現するおつもりなのか、お尋ねをいたしたいと思っております。

また、その場合の八割は、当然、定率で八割ということではなくてはならぬと思っております。先ほど対馬委員の質問に対しまして、また私ども資料を見ましても、実効給付率は七八・七になっておることは御承知のとおりであります。したがって、八割ということとは、当然、これは定率でなくてはならないと思っております。五十九年時点での大方の理解もそうであったと思いますが、その点を確認をしておきたいと思っております。

○政府委員(下村健君) 国民健康保険の八割給付という問題につきましては、昨年の国保問題懇談会におきましても一つの問題点として御議論をいただいたわけでございますが、国保の現状からいいますと時期尚早ということ、ほとんどの委員が反対であったということで今回は見送りをすることにいたしましたわけでございます。

したがって、この問題は、国保につきましましては引き続き検討をいたしまして六十五年にまた再度改革をお願いすることになると思っております。でございますが、その検討の中での一つの重要な課題であろうというふうに考えているわけでございます。

八割給付にするかどうか、この点についてもしたがって実はまだ結論が出ていない問題でございます。お話のように八割程度の給付といった場合に、八割の定率給付というふうに理解された方が多かったというふうに私も考えております。けれども、八割に定率給付をいたしましてそれに大体現行程度の高額療養費制度をつけたということになりますと、八三ないし四程度の実効給付率になろうかと思っております。そういたしますと、現状から比べて総体として約五割近い給付改善をやる。その財源について現状維持についての安定的な財源の確保という面でも実はいろいろまだ問題が残されているというふうな状況でございますので、やはりこれは財源問題とあわせて一体どういう給付の形がいいのかという点はさらに検討を加えるべきではないかと考えているわけでございます。

○浜本万三君 私がいいますに、いずれにしても、一元化の方向に政策を進めていくこととする場合の給付率の問題は、やっぱり国保の給付率だというふうに思うわけですね。そういう問題がはっきりいたしませんと一元化への地ならしとしての国保の改正案にそうにわかに我々の意思表示をすることはできない、こう思うわけでございます。

なお、先ほどから質問をしておりますけれども不明な点は、一元化の時期、タイムスケジュール、ゴールに至るそのプロセスあるいは先ほど申しした給付の内容等が不明確でございますので、もう少しわかりやすく私どもに説明願えるように御検討をいただきたいと思います。これは宿題にしておきます。

それから次の質問は、今回の改正案では、四つの主要項目のうち、保険基盤の安定制度、老人保健拠出金に係る国庫負担の見直し、それから高額医療費共同事業の強化拡充に関する措置の三つが六十三年度、六十四年度の暫定措置ということになっております。また、六十五年までには老人保健法の見直しも行われることになっておるため、六十四年度にも二つの法改正が必要ではないか。

先ほど局長は、どうもそうではないというふうな趣旨の答弁でございましたが、私は二つの法改正が必要となるわけだと思っております。これらは一元化とはどのように関連づけられるのか、これはぜひお尋ねをしておきたいと思うわけです。

六十年代後半のできるだけ早い時期とは言いますが、六十一年と五十年ということになるわけですが、二つの法改正と一元化は同時に行われたいという話でございましたが、どのくらい時期がずれるのか、そういう点についてひとつ明確に答弁を願いたいと思います。

○政府委員(下村健男) お話のように、六十五年までには予定されている制度の改革ということになりますと、老人保健法の改革とそれから国民健康保険法の改正をまたお願いするという事ではないかと思ひます。その際に、一元化との関係、これは当然一元化というものを頭に置いてこの二つの改正と改革に取り組んでいく、この点については疑いのないところでございますが、一元化の内容をこの改革にあわせて実行するのかどうか、これはさらに検討を続ける必要がある、このように申し上げたわけでございます。

現状からあるいはこれまでのいろいろの改革の経緯から考えますと、私どもとしては、給付と改革に向けて段階的に進んでいくということになりますと、一元化の問題はこの二つの改革の帰趨を見きわめてさらに次の段階の問題として考えることが適当ではなからうか。これはさらに今後関係の審議会において御検討いただくわけでございますので断定はできませんが、私どもとしては、段階的な改革を進めることが適当ではなからうか、このように考えているわけでございます。

○浜本万三君 大体考え方はわからぬでもないんですが、そこに厚生省のやり方に対する疑惑が出るんですね。常に先ほど私が指摘をいたしましたような疑惑が出るわけですね。だから、できるだけ早く厚生省の一元化への道筋をはっきりさせるような政策をとって、医療制度に対する厚生省の信頼をぜひ回復してもらいたいということを希望

しておきたいと思ひます。

それから次は、医療の適正化対策並びに高医療費市町村の運営の安定化という問題についてお尋ねをいたしたいと思ひます。

最初に、医療費の適正化対策について伺うんですが、医療費の適正化対策では、第八十二回国会で健保法案の審議の際、厚生省が本院社労委に提出いたしました「医療保険制度改革の基本的考え方について」というのがあるわけでございます。これは十四項目から成っておりますが、その八項目で「適正な医療費支出対策の推進」というのがございます。これを昭和五十三年から実施するという事になったわけでございます。ちょうどことしはこの発足から十年を過ぎいたしました。

したがって、今日、医療費の適正化対策はどのような形で充実されてきておるのか、概括的な説明を求めたいと思ひます。

○政府委員(下村健男) 医療費適正化対策でございますが、いわゆる適正化対策というのは、審査の面、それから診療報酬合理化といった問題、そういう二つの側面の問題になってくるわけでございますが、五十三年以降とった措置ということで御説明を申し上げます。

まず第一は、指導監督体制の強化ということで、顧問医師団というふうなものを厚生省に設けてまして、医療の高度技術のような問題に対応するためにそういった体制をとったということがございます。

それから、レセプト審査の強化という側面で社会保険診療報酬支払基金、これは連合会の方のも同様にございますが、特別審査委員会というふうなものも設けてまして、これは高額な医療費についての特別審査を行つたしております。

それから、薬価基準の適正化という側面につきましては、五十六年の六月にこれは相当大幅に全面改正をやつて薬価差の縮小に努めたところでございます。またさらに、五十七年以降は、中協協の答申を受けまして薬価の新しい算定方式を決めま

して、それ以降毎年薬価の改定を行つたところでございます。次いで昨年、昭和六十一年にこの新しい方式をさらに改定いたしました。今、回薬価の全面改定を行つたところでございます。

それから、診療報酬合理化の面からいいますと、昭和五十六年の改定におきましては、多項目検査の包括化ということで検査の合理化に取り組んでおります。それから、五十八年には、老人保健法の制定に伴いまして老人の診療報酬制度を別建てとして設けましてその合理化を進めているところでございます。六十年、その後、逐次診療報酬の改定をやつておるわけでございますが、新しい点を拾つて申し上げますと、在宅医療の推進、それから医療法等との関連を考慮いたしまして、オーパーベッドに対する措置でありますとか長期入院に関する診療報酬の合理化といった問題に取り組んでおると思ひます。

○浜本万三君 これまでの経過はよくわかりましたんですが、六十三年度の医療費適正化対策を見ますと、指導監督、レセプトの点検及び審査、医療費通知等、従来のやり方を充実強化する方向で対応するという方針のようでございますが、医療費の水準を適正なものにとどめるためには、何といたしまして健康づくりや医療の供給面を含めた総合的な医療費適正化対策の推進が重要であると思ひます。

この問題についてはどのような形で取り組んでおられるのか、説明をいただきたいと思ひます。

○政府委員(仲村英一君) おっしゃいますように、我が国の国民医療をめぐる状況は非常に変化をしておるわけでございます。医療費適正化対策については、今保険局長から答えになりましたように、五十三年度以来充実強化をしてきておるわけでございます。

今、先生御指摘の供給面での対応でございますけれども、私どももいたしまして今まで五十三年からやはり健康づくり対策ということで打ち出

してまいりましたけれども、今度新たに次の十年を目指しまして栄養、休養のほかにさらに運動を入れました「アクティブ80ヘルスプラン」という名前前で、健康づくりのための運動指導者の養成でございますとか健康増進施設に対する各種施策の実施を通じて運動週間の普及を図るというふうなことで健康づくりを目指すというのが第一の着眼点でございます。

そのほか、御指摘のございました医療供給体制につきましては、先ほど若干お答えいたしましたわけでございますが、医療計画を作成いたしました地域医療のシステム化を図って、病院の機能分担あるいは病院と診療所の機能連携というふうな形でのシステム化、さらにはプライマリケアを重視した家庭医療機能と申しますか、そういう形でプライマリケアを普及、定着させるようなことで施策を進める、あるいは、在宅医療につきましても訪問看護を含めましていろいろの新しい対応を考えたらいかがか、さらには末期医療のあり方というの也非常に問題でございますので末期医療をどういうふうにしたらいかがかというふうなことの検討を進めるとか、あるいは患者サービスあるいは入退院の基準の問題等、いろいろ問題もございまして、新しい高齢化社会あるいは多様化する患者サイドあるいは国民のニーズに対応できるような施策を展開すると同時に、医療従事者の資質の向上とか新しい形での老人医療のガイドラインとかいろいろの形で、私どもとしても、二十一世紀へ向かって国民の健康づくり、さらには包括的な医療供給体制の確立を目指したいと考えておるところでございます。

○浜本万三君 ぜひひとつ積極的に推進をいただきます。完全な医療制度の確立とそれから医療費増高を防ぐような手だてを講じていただきたいと思ひます。

それから、ちょっとこれは議論を絞ります。医療費増高要因の問題についてお尋ねするんですが、これは、私、先般も実は老健法の審議のときにも質問をいたしまして厚生省から御答弁をいた

だいたことを今思い出しておるわけでござい
ます。要するに、医療費増高の要因の大部分とい
う人もおるんですが、私は、非常に積極的な医療行
為を行っているお医者さん等もおられますから、
その一部というふうに申し上げておきたいと思
うんですが、実は、供給側の要因によってもたらさ
れているというのではないだろうか。積極的にこ
の問題を取り上げようとしておる人は、動かしが
たい事実であるというふうに申されておるわけで
ございます。すなわち供給が需要をつくり出し医
療費をとめどなく引き上げているのが今日の医療
の姿でないかという議論もございします。今こそ医
療費の支払い方式や医療の供給制度にまで踏み込
んだ医療制度の改革が必要ではないかということ
を強く求めておる意見が多いわけでございします。
こうした形での改革をせずに、国庫負担減らし
のため、医療費を地方やそれから被用者保険にツ
ケ回したり、給付水準の切り下げという形で安易
な一元化を強行するならば、医療保障制度は衰退
の方向に向かってしまふと考えられるわけでござ
います。抜本的な医療制度の改革に取り組む姿勢
を大臣から承りたいと思ひます。

○国務大臣(藤本孝雄君) 医療費の問題につきま
しては、問題は国民の健康を守るために適切な医
療が行われているかどうかということにあると思
うわけでございまして、医療費の適正化問題は重
要な課題であると思っております。

先ほど来御答弁申し上げておりますようないわ
ゆる適正化対策、レセプトの問題とか診療報酬、
薬価基準の問題とかそういういわゆる適正化対策
とあわせまして、供給につきましても良質な医療を
効率的に供給するシステムづくりをするというこ
とも結果として医療費の適正化につながっていく
というふうに考えておるわけでございします。

こういう基本的な考え方に基づきまして、これ
からも老人医療の見直しであるとか医療計画の推
進また診療報酬の合理化等、必要な施策を逐次実
施してまいらなかならぬ、かように考えており
ます。

○浜本万三君 医療費増高の一つとしてベッド数
と医療費との関係がよく言われるわけでありま
すが、その問題について質問をしてみたいと思ひ
ます。

今日、一ベッドに対して年間のどのぐらいの
費用がかかるかという点については、先ほど局長
から四百三十五万円という答弁がなされました。
また、都道府県別の医療費格差を見ますと、医師
の数、ベッドの数と相関関係があるように思われ
る資料が出ておるわけでございします。

さて、そういう中で私どもは、無理やりにベッ
ド数をふやすというよりは医療費の増高になると
いうことで随分この問題については注意深く見守
っておったわけでございします。

ところで先般、地域医療計画の策定によって、
無秩序、野放し状態であった地域の医療が体系化
されること自体は、私もこれは一歩前進だとい
うふうに思ひます。しかし、そこで問題なのは、地
域医療計画公示後の病床規制を回避するため、い
わゆる駆け込み増床が全国的に起きておるとい
う指摘がございします。これは先ほど対馬委員から
お話があったとおりです。こういうことがあらか
じめわかっておりましたので、先般の老健法のと
きに私は随分この点を指摘いたしまして、厚生省
から厳重な指導をしてもよろうに要望をしたと
ころでございします。

現在、政府はこの実態をどのように把握されて
おるか、またどういう手だてをされたのか、あ
わせてお知らせをいただきたいと思ひます。

○政府委員(仲村英一君) 先ほどもお答えいたし
たわけでございしますけれども、六十一年の一年間
のいわゆる新規の開設計可病床で申し上げま
すと、六万五千六百六十六床が六十一年の一年間
でございますが、これを医療法の施行前の六十年と比
較いたしますと一・三九倍でございします。それか
ら六十二年の新規開設許可病床数で申し上げます
と七万二千六百五十五床でございまして、同じく六十
年と比較いたしますと一・四九倍ということでご
ざいまして、この中に従来の増床のほか、いわ

ゆる駆け込み増床というのが含まれておるとい
うふうに考えておるわけでございします。

私も、この駆け込み増床それ自体は極めて好
ましくない、医療計画の策定、さらには推進の上
から好ましくないという基本的な考えに立って
おるわけでございまして、事前に調整をするよう
なことがあるいはそれぞれ話し合いをしていただ
くというふうな形で駆け込み増床をできるだけ抑
えるという方向で努力をしまいつてきておると
ころでございします。

○浜本万三君 重ねてこれはちょっと注文をつけ
ておきたいと思ひますが、要するに、ベッド数
の増加が医療費の増大を招いておる、そういう点
は非常に明確になっておるわけでございします。ま
た、さきの医療計画に関する医療法の改正は、も
とも地域における体系的な医療供給体制を確立
するということにあつたと思ひます。無計画、不
適切な病床の増加を抑制し医療資源の効率的活用
を図ることを目的としたはずであります。

そのような医療法の理念からすれば、駆け込み
増床に対しては、厳正厳格な行政側の対応と
それから一刻も早い地域医療計画の策定が必要と
なると思ひわけでございします。厚生大臣として
は、今後どのような積極的な姿勢で取り組む御意
であるか、御答弁をいただきたいと思ひます。

○国務大臣(藤本孝雄君) 駆け込み増床問題につ
きましては厳しく取り組むべきであるという御指
摘、私もそのとおりだと思つておるわけでござ
いまして、今までもそうでありましたが、今後もこ
の問題につきましても厳正な態度で対応してまい
りたいというふうに考えております。

それから、地域医療計画の問題でござい
ますが、未作成の都道府県に対しては一日も早く
計画を作成するよう現在強力にお願い、指導して
いるところでございします。

○浜本万三君 我が国の病院のベッド数は地域に
よってかなり差があるという資料を拝見しており
ます。こうした状況の中で、全国一律に基準医療
費を設定いたしましたして、超過費用額を都道府県、

市町村に負担させることは、もともと無理である
と私は思ひわけでございします。

それについての御見解はいかがでございしま
うか。

○政府委員(下村健君) お話しのうちに、各都道
府県ごとに相当の差がございします。したがいま
して、一応全国的に統一した基準は決めるわけで
ございしますけれども、その基準におきましては、年
齢構成のほかに、例えば原爆でありますとか災害
等の特別事情を考慮するということになっており
ますが、ベッド数につきましても、これを直ちに
現在の差というものを解消するということもな
かなか短期的には難しいという側面がござい
ます。ベッド数の格差についてもある程度地域差と
いうものを考慮した上で基準を設定するというこ
とで対応したいと考えているわけでござい
ます。

○浜本万三君 次は、保険基盤安定制度の問題に
ついてお尋ねをいたしたいと思ひます。

保険基盤安定という名のものと、低所得者に対
する保険料軽減分を補てんする一千億円の事業が
今度進められることになりました。国と地方の負
担で実施していくということでございますので、
これは至極もっともらしい話に見えるわけでござ
いします。国は既に療養給付の半分を持っています
から国庫負担の増減はないという説明になってお
ります。

そこで、この事業に新たな地方負担を導入する
理由はどこにあるのか、まずお尋ねをいたした
いと思ひます。

○政府委員(下村健君) 低所得者に対する保険適
用という問題は、皆保険以来実は保険制度の上で
は非常に大きな問題だったわけでござい
ます。これまでは、保険制度の完全な枠内で、保険料
軽減による収入減につきましても保険料軽減費交付
金といった形でその補てんを行ってきたわけで
ございします。これにつきましては、保険制度の中
だけでやってまいりますと、軽減費交付金の額が年
年増大して調整交付金の財政調整機能が低下して
いくという問題がございします。また、低所得者対

策を果たして保険制度の枠の中だけで考えていいのかわか、福祉的配慮と申しますか福祉行政の体系で考えてはどうかという考え方もあるわけがございます。

そういった観点から、私ももととしては、今回はそういう福祉行政的な観点という面に立ちましても都道府県、市町村に一定の負担をお願いするということを考えたわけでございます。

○浜本万三君 引き続きお尋ねするんですが、将来そういう低所得者の方あるいはまた保険料軽減世帯というものはますますふえてくるんじゃないか、減少することはないんじゃないかという見通しを私は持っております。したがって、事業規模は拡大するということになると思います。その際、国の負担は変わらないが、地方の負担は漸増していくことになると思います。

しかし、それでは余りにも地方に負担をかけ過ぎることになりますので、当然国も応分の負担を並行して行っていくということが必要ではないかと、かように思いますが、その点どうでしょう。

○政府委員(下村健君) 低所得者の状況でございますが、低所得者の総体としての絶対数は余り大きくは動いていない。ただ、国保加入者との関係で見ますと、これは、国保加入者全体がやや微減と、こういう格好でございますので、国保制度の中だけで対処しようとするこれは国保制度に与っては大きな負担になってくるということでございます。

国庫負担と地方負担との関係でございますが、低所得者総体の数が不変といえども医療費がふえるという問題もありますので、確かにこれに要する事業費の額というのは若干程度伸びていくということでございますが、その場合におきましても国も定率で一定の負担をするということでございます。また、国も地方も両方ふえてくる、こんな格好になるわけでございます。

いずれにいたしましても、低所得者問題というのは国保の構造問題として非常に大きな問題でございます。

ございますので、今回の措置の実施状況を十分検討いたしながら、さらに検討を続けてまいりたいと考えているわけでございます。

○浜本万三君 しかも、後で私が問題にしたいというふうにも思っておりますが、厚生省のからくりの問題がどうも見えるわけですね。

地方負担の導入で軽減された保険料負担分五百億でしたと思いますが、は、老人保健拠出金の国庫負担率引き下げで相殺されてしまっていると思えます。これでは国庫負担減らしの地方負担導入とも言えるのではありませんか。また、財政の健全化にも役立たないことになると思いますが、その点はいかがですか。

○政府委員(下村健君) 今回の改革は、ただいまお話しになりました二点だけでございます。そのほかには高額医療費の共同事業の拡充といった問題等も含まれておるわけでございます。そういった今回の改革全体を通じて保険料負担は総額で二百四十億、一世帯当たり千七百円の負担緩和の効果が生ずるというふうにも考えております。その点については改革の一つのねらいといたしましては負担軽減という側面の効果も私もいたしましては期待できると考えているわけでございます。

国と地方との関係という側面から見ますと、今回の改革に伴って生じた地方負担六百九十億円につきましては、地方に対する財源措置も特別に講じておりまして、国の一般会計総体としてはむしろ負担増という形になっておりまして、国庫負担だけが減るということではないわけでございます。

したがって、総体といたしまして地方負担転嫁ということではなくて、国保の安定に寄与し、国としても相応の努力をいたしているというふうにも考えているわけでございます。

○浜本万三君 どうもそういう答弁は理解できないんですが、引き続き次の質問をいたします。市町村国保の財政状況を見てまいりますと、先ほど御質問があったように、一般会計からの繰

入金が増加しております。六十年度一千七百六十一億、六十一年度の決算では二千二百六十九億、六十一年度になつておりました、一年間で約五百億も負担がふえておるわけでございます。

この一般会計からの繰り入れという実態について厚生省当局はどのように判断されておるか、やむを得ないというふうにも思っておられるのか、望ましくないというふうにも思っておられるのか、御答弁をいただきたいと思ひます。これは保険制度上です。

また、新しい制度のもとでの地方負担の導入は、当面は地方交付税の特例であったり、不交付団体には特別地方債の発行を認めるということと一応対応しておられますが、現在の一般会計からの負担はだれの負担になっておるといふふうに思われますか。その点、お尋ねをいたしたいと思ひます。

○政府委員(下村健君) 国保事業の財源といたしましては、基本的には保険料と国庫負担が中心になるべきものだ、現在の一般会計繰り入れの額はそういう観点からしますとかなり大きな額になり過ぎておるのではないかと、このように考えられるわけでございます。

繰り入れの実態を見ますと、国保事業の運営主体である市町村がいろいろ自主的な判断によつて保険料のかわりに一般会計繰り入れを行つておるといふことになっておるわけでございます。一般会計繰り入れの事由は、これはその市町村ごとにいろいろ理由をつけて繰り入れをしておられまして、保険料負担の緩和を目的とするのが相当の部分をお占めているわけでございますが、そのほかに政策的な配慮、これは公費負担医療の形で、例えば障害者に対する医療を執行するとかいふふうな場合、それに対する国保の負担緩和というふうな形で繰り入れておられるというふうなものも含まれておるわけでございます。また、そのほか事務費への補助でありますとかいろいろなものがございます。それらの総体として繰り入れ額が増大してきているという状況にあるわけでございます。

す。

現在の国保制度の上では、地方のそういった自主的な判断というふうなものを一応認めているということになっておりますので、これを直ちに禁止するといふことはできないわけでございますが、私ももととしては国保制度の今後の一つの問題点であるといふふうに考えております。

○浜本万三君 これは申すまでもないんですが、要するに、地方の税負担は、住民税を初め地域住民の負担となつておるわけですね。つまり、地方の税負担はその地域住民の負担となつておるわけですね。住民税は相当のウェイトで給与所得者の負担となつておるわけでございます。これはもう御承知のとおりです。医療保険の中で地方負担を住民税負担で行うことは、現在の被用者保険者側からの財政調整、拠出金とあわせて考えると二重、三重の負担になっておるといふこともひとつ十分念頭に置きまして、この問題についての助成を圖つてもうように希望しておきたいと思ひます。

次は、保険料軽減基準の緩和の問題についてお尋ねをいたしたいと思ひます。

資料を見ますと、世帯当たりの平均所得も百五十万円程度、しかも百万円以下の所得の方が全世帯の四三%もおられる。軽減世帯は二九%にもなつたといふような状況でございます。大変これは問題だといふふうに思ひます。

そこで、私はこの軽減基準を緩和してもらいたいという希望を持っておるわけですね。現在の軽減基準は、市町村民税の基礎控除額をもとにして定められておると聞いておりますが、低所得者の負担が重くならないよう毎年見直しも行われておるようでございます。六十三年度は、基礎控除額二十六万円に對しまして二万円はふやして二十八万円に對して二万円に聞いておるわけでございます。しかし、私はさらにこれを見直ししてもらいたい。もう少し思い切つた基準の緩和を行つてほしいといふ意見を持っておるわけでございますが、この点につきましてはどのような御見解でありますでしょうか。

○政府委員(下村健君) お話のように、国保税の軽減基準は、地方税法の規定上、市町村民税の基礎控除額と同額が原則とされているわけでございます。

近年、市町村民税の基礎控除額の引き上げがおかれておりましたので、五十六年以降は特別措置を講じまして、基礎控除額よりも高い水準を六割軽減の基準とすることによりまして低所得者の保険料負担の緩和を図ってきただけでございます。

五十九年度から六十二年度までは、基礎控除額二十六万円に対して二十八万円というふうな形で実行していただけてございますが、先般の地方税法の改正によりまして基礎控除額が二十八万円に引き上げられたということで、六十三年度は同一額になったわけでございます。

今後どうするかということでございますが、市町村民税の基礎控除額の推移を見ながら、税務の方との関係もございまして税務当局とも十分協議をしながら検討を進めてまいりたいと考えております。

○浜本万三君 これは、昨年度はこの基礎控除額よりも二万円プラスした、今度は基礎控除額どおりになったというのは、政策の後退ということになるわけなんです。しかも、今減税問題が議論をされておるわけでございます。六十三年年度以降減税が実施されることは与野党の交渉におきましてもほぼ間違いのないふうな思っております。

そういう観点から言えば、今までのような考え方を六十三年年度以降もやはりやっていただく必要がある、つまり市町村民税の基礎控除額に幾らか上積みをする、こういう取り扱いをしてもらいたいと思っておりますが、いかがですか。

○政府委員(下村健君) これは、現在は、先ほども申し上げましたように、基礎控除額相当額というのが原則になっているわけでございます。

ただ、今後の問題として考えますと、低所得者問題というのは今回の制度改革の実行状況を踏まえながらさらに検討を続けるということになります。

すので、その際の論点の一つであらうかと思いますが、問題の本質をいたしましてやはり低所得者につきましても保険制度を適用するところがある基本的な考え方としてございまして、そういう観点からいたしますと、低所得者につきましてもその保険料水準というものは医療費と関連を持って動かしにくいところがある一つ入ってくるだろうと考えられるわけでございます。

一方、税の方は、基礎控除額自体は国保とは直接の関連性を持っておりませんのでその点をどう考えるか、これはかなり基本的な問題になると考えられるわけでございます。しかしながら、低所得者問題をどうとらえるかという観点からいたしますと、一つの今後の検討課題であらうかというふうに考えております。

○浜本万三君 これは、私もまだもう少し厚生省にその善処を期待するわけです。一回やってみてしはやらぬというばかな話はないわけでありまして、これは宿題にしておきたいというふうに思っています。

それから次は、高額医療費共同事業の問題についてお尋ねをいたします。

今回の政府案は、現在の制度を前提とし、事業規模をマクロでは二倍にするものであると理解しておるわけですが、それでよろしいかどうかというところ。

それからもう一つは、その際交付基準はどのように拡大していく考えか、この点もお尋ねをいたしたい。また、経営主体を現状のままにするならば、その事業規模はどの程度まで拡大させていくのが妥当だと考えられておるのか、あわせてお答えをいただきたいと思います。

○政府委員(下村健君) 高額医療費の共同事業でございますが、現在の全国的な規模がおよそ二百億程度の事業規模というふうに考えているわけでございます。これに対して新たに都道府県等の助成を期待するというところでございまして、これと合わせて大体二倍程度の事業規模になるだろうというふうに私どもとしては期待をいたしているところでございます。

ところでございます。

その補助のあり方につきましては、具体的には各都道府県の裁量という面が入ってくるわけでございますが、私どもとしては、交付基準額について現行の平均百万円から健康保険組合が実施しております八十万円程度にとりあえずは改善するということを目的としてどうか、これを行いますと事業規模が直近実績の約二倍弱、三百八十億円程度に達するというふうに考えているわけでございます。

○浜本万三君 いずれにいたしましても、政府の今回の共同事業案は国庫負担が十億というところであります。十億を除きますと、ほとんどの事業費は新たな都道府県負担ということになるわけでございます。そうなっておりますと、都道府県営事業というふうに申しても差し支えないんじゃないかと思っております。将来、その部分を拡大していくならば、これは実質的にさらに県営化の色彩が強くなってくる、こう思っています。

そこでお尋ねするんですが、新たに都道府県段階の負担を導入した理由はどういう点にあるかということ。それから第二は、国庫負担額十億円計上の説明はどのようになさるのかということ。三番目は、高額医療費についても底分の国庫負担がなされていることは私も承知をしておりますが、高額医療費について補助の方法に対する考え方を考えても増額をすべきではないか、かように思いますが、あわせてお答えをいただきたいと思います。

○政府委員(下村健君) まず第一は、都道府県負担の理由でございますが、高額医療費共同事業は、同一県内で各市町村の再保険として高額な医療給付の発生の危険を分散するために行っているわけでございます。特に、小規模な市町村国保の経営の安定を中心に重要な役割を果たしているというふうに認識をいたしております。こういった事業の重要性というふうなことを考えまして、今般、広域的な見地から市町村間の調整を行うという立場の都道府県にも補助をお願いし、その強化

拡充を図ることにしたものでございます。

それから二番目は、国庫補助十億円の考え方でございますが、給付費自体につきましては、国保制度の医療費全体と同様に、当然給付面についても同様な国庫負担がなされているわけでございます。したがって、国の補助十億円は、各都道府県に設立されております国保連合会が市町村国保の共同事業として保険者の経営安定化のために実施する事業に対して補助を行うことにしたものでございます。

具体的な内容で申しますと、高額医療費共同事業の事務に必要な費用のほか、市町村保険者ごとのデータの整備あるいはレセプト点検の指導強化等保険者の共同の事業として適切なものあるいは市町村職員の保険運営についての研修会、講習会の開催等について補助をするということを考えているわけでございます。

国の補助のあり方が第三の問題でございますが、国の補助のあり方については、共同事業の対象となる高額医療費につきましても、これは国保の給付費でございますから、その二分の一については国庫負担が行われているわけでございます。私どもとしては、社会保険という性格から考えますと、二分の一が一つの限度として考えられるわけでございますが、今回の改革におきましては共同事業の重要性という点も加味いたしまして十億円さらに特別の補助をしたということで、この体系を大幅に変えるというふうなことは困難ではないかと考えております。

○浜本万三君 次は、老人保健拠出金と被用者保険の拠出金の問題についてお尋ねをいたしたいと思います。

今回の国保改革で全く理解しがたいものがあります。それは老人保健拠出金にかかわる国庫負担の見直しということでございます。国保の老人保健拠出金の拠出方法を見直すという美名のもとに六十三年年度予算で国庫負担を四百六十億円減額いたしまして保険料負担に押しつけている策は、これは全く理解することができません。この点の

ように説明されますか。

○政府委員(下村健君) 老人保健拠出金にかかわる国庫負担は、国保の現在の体質が非常に脆弱であるというふうなことも考えまして、特例的に高い水準が設定されているわけでございます。

今回の措置は、保険基盤安定制度の創設等によりまして国保制度の財政体質が改善されるというたこと等を考えまして、一方、国保財政への影響といった点も十分配慮いたしまして、この現在の特例的に高い国庫負担率を調整しようということでございます。ただ、国保の国庫負担、原則二分の一というふうなことを考えているわけでございまして、これを一律に二分の一ということではありませんが、二つの一の国庫負担率と現状の特例的な国庫負担率とのちょうど中間あたりの国庫負担率という点に設定したものでございます。

○浜本万三君 これは、いつも適当な理屈をそういうふうにつけられるんですが、その結果どういうことになったかという、国庫負担率は、六十三年度予算ベースでいくならば五・一％が五二・五％に引き下げるようになっておるわけですか。

そもそも、この負担率の引き下げ分は、先に四百六十億円ありきで、三・六％の引き下げは後からつけた理屈ではないかというふうに私は思うわけですが。余りにも国庫負担減らしが先行しており、理由は後からつけるという実態が明確になっておるわけでございます。これは、数字合わせをいたしますと、概算の段階でこの削減額が二百六十億円だったでしょう。それをどうして埋めていたかという、九百億円は年金、残り千七百億円を医療費で埋めよう。で、適正化を一千二百五十億円、残りが四百五十億円になるわけなんでございまして、まさに厚生省のからくりがここに出ておるんじゃないか、かように思いますが、いかがですか。

○政府委員(下村健君) 四百六十億円が先にあったのではないかとお尋ねでございますが、私もどもとしては、そういうことではありません。

で、あくまで老人保健医療費拠出金に係る国庫負担の合理化を図るということをねらいとするわけでございまして。

繰り返すにようになりますけれども、今回の制度改正全体を通する保険料負担の軽減の程度といったことも考え、また、現在の国庫負担の算定方式が導入された五十九年度当時の国庫負担率が五五％であつたわけでございまして、それと本来の負担率のほぼ中間ということとで五二・五というものを考えたわけでございまして。

今回の改革に伴いまして、厚生省の予算編成のためにということでございますが、国といたしましては地方に対する特別の財政措置も講じたというところで、国保制度改革によりまして国の一般会計負担が減少したというのではないわけでございます。その御理解をいただきたいと思ひます。

○浜本万三君 老人保健の拠出制度は五十八年の二月からスタートし、その後、五十九年には、今お話しのように、国保の補助率を変え、さらに六十一年度末には老人保健拠出方法についても改めようと思ひます。幾度もあつたと、かように思うわけでございまして。今日まで現行の拠出方法で来たことは、これをよしとして認めてきたのではないかと思ひます。なぜ今回見直すかわかりません。地方負担導入で軽減された保険料負担を国庫負担の減額で取り戻そうとするのは甚だおかしいと、私はかように思つております。

国庫負担の軽減が目的でなく、考え方を改めるというならば、積極的な政策に改めるべきであります。例えば、保険基盤安定制度や共同事業あるいは保健施設事業の助成に振り向けるというならわかるんでありますが、これはどのように説明されますか。

○政府委員(下村健君) 御指摘のように、老人保健制度改革とあわせてやるべきではないか、これも一つの考え方ではないかと思ひわけでございますが、当時の国保制度の財政状況あるいは退職者医療の影響といった問題を総合的に考えまして、

国保の国庫負担率は特例的なものをこれまで維持をしてきたわけでございまして。

で、今回の改革を遂行するに当たりまして、私もどもとしては、それらの状況を総合的に判断いたしまして、国保としても社会保険制度である以上はやはり保険給付の二分の一の国庫負担率という方向に向かうべきであらう、このように考えまして今回の調整措置を行ったわけでございまして。

なお、今回の措置は六十三、六十四年度の二年間の暫定措置ということでございます。国保全体の国庫負担のあり方につきましては、六十五年度において改めてその見直しを行うことになるわけでございます。

○浜本万三君 もう一遍数字を申し上げますと、厚生省は、先ほどのお話によると二百四十億の保険料負担減で一世帯当たり千七百円の保険料軽減をした、こういうふうな言つておられます。ところで、私の考えを申し上げますと、その二百四十億に問題にしては四百六十億円を合わせますとこれは七百億円になるわけですが、そうすると、一世帯当たり五千円の軽減になるはずですよ。あるいは、保険料の抑制効果が出るはずなんです。それをやらずに、変な局長通達なんか出してやらさないというふうなことは、これは問題があるというふうな思ひます。したがって、私はどうして納得できませんから、これは宿題にしておきたいと思ひます。

また、厚生省は、政管健保の老人保健医療費拠出金の国庫負担が若し人と同様に一六・四％にしていることも理由づけにしておられますが、それでは、この際お尋ねしますが、退職者医療制度への拠出について現役への負担と同様にするならば、政管健保拠出分について国庫負担をなぜ入れないでしようか。当然、政管健保拠出分については、国庫負担を入れるべきではないかと思ひます。

なお、この問題につきましては、五十九年の健保改正以降、私もども社会党が常に主張してきたところでございまして。医療保険制度の国庫負担は各

制度を通じてどうあるべきか、整合性のあるものにしたという点を要望してきておるわけでありまして、この点についてはいかがでございましょうか。

○政府委員(下村健君) 退職者医療制度は、勤労者を引退した人を対象としたいわば被用者保険の延長と申しますかその体系に属する制度でございます。一方、老人保健は老人全体を医療保険全体で共同負担をする、こんな格好になっているわけでございます。

したがひまして、退職者医療の財源は、退職者自身の保険料と被用者保険の各保険者からの拠出金によつておるわけでございまして。この拠出金の分担につきましても被用者保険内部で現役の被保険者の標準報酬に応じて、言葉をかえまして、各保険者の財政力に応じて按分されているわけでございまして、財政力の低い保険者はそれに見合う低い額しか拠出しないという、こういう仕組みになっているわけでございまして。

したがひまして、政府管掌健康保険につきましても、その財政力に見合った拠出金負担をしていくわけでありまして、特別の国庫負担をする必要はないと考えているわけでございまして。

○浜本万三君 いずれにしても、現役の政管健保加入時には一六・四％の国庫補助があつた、それが、退職して退職者になった人に国庫負担が行われないというのは、私は不合理だと思ひます。これはひとつぜひ検討してもらいたい、宿題にしておきたいと思ひます。

それから、老人保健拠出金の見直しに関連をいたしまして、この際、被用者保険、特に健保組合の拠出金についてたゞしておきたいと思ひます。先般、健保組合は、六十三年度以降今後十年間にわたる経常収支の見通しを発表しております。そこで顕著な事実が、もちろん一定の前提を置いた話でございますが、保険料収入に対する拠出金の割合が著しく増加するというところであります。厚生省は、老人保健見直し後の被用者保険側の拠出金の実態をどのように把握されておるか、ま

た今後という見通しを持っておられるか、御説明をいただきたいと思ひます。

○政府委員(下村健吉) 健康保険組合における保険料に占める拠出金の割合でございますが、昭和六十三年予算では三十一パーセントというふうに見えております。

最近の趨勢をもとにして推計をいたしますと、昭和七十五年度に五割程度になるというふうに見込んでおられるわけでございます。

○浜本万三君 私のもういたしました健康連の数字と若干違ひますから、私の方から具体的な資料を示して、ひとつお答えをいただきたいと思ひます。

この被用者保険、つまり健康組合の六十二年年度の収支状況を、きのういただいたのを見ますと、千四百六十億赤字が見込まれております。健康組合が赤字を見込んだということは制度発足以来初めてのことでございます。これを料率に換算をしてみますと千分の三・三になります。また、六十三年度についても保険料率千分の四・五に相当する赤字が発生すると見込まれておられるわけでございます。これは拠出金の増加に起因するものであることは言うまでもありません。その部分を保険料に上乗せしていかない限り、赤字の累積は避けられないわけでございます。また、保険料率を引き上げれば、昭和六十七年には平均でも保険料率は法定上限の千分の九十五に達してしまふことが予測されておられるわけでございます。

健康組合の財政悪化について厚生省当局はどのように認識しておられるでしょうか、もう一回お尋ねをいたしたいと思ひます。

○政府委員(下村健吉) 老人保健法の改正によりまして健康保険組合の拠出金負担が増大した、これが大きな問題になっているというのは御指摘のとおりでございます。

私どもとしては、当面、健康保険組合全体としては対応可能な状況だというふうに見ているわけでございます。いろいろ数字を挙げて御指摘になったわけでございますが、単年度の収支ということだけで見てまいりますとそのような数字にな

つてくるわけでございますが、一方において、現在の保険料と現実給付費その他に必要な経費あるいは拠出金といったものの関係を考えますと、これまでのところ、私どももそのような指導をしてまいったわけでございますが、政府管掌健康保険、組合健康保険、いずれも保険料の引き上げをしないで対応するということが大体やってまいっているわけでございます。これまでは全体的にそういうたゆとりが多少まだ残っている、これから先はなかなかその辺が難しくなってくるというふうを考えているわけでございます。

最近の経済状況あるいは老人医療費を初めとする医療費の状況等から見て、健康保険組合によつてはその財政運営に必ずしも樂觀を許さないものが出てくるように思われるわけでございますが、国としては、健康保険組合連合会の共同事業の強化ともあわせまして、健康保険組合の運営に支障が生ずることのないように十分注意を払い、努力をしてみたいというふうに考えております。

○浜本万三君 その厚生省の認識と私が資料を見た認識は若干違ひます。

違ふということをお前提にして、引き続き質問をするわけなんです、保険料収入に対する拠出金の割合は、老人保健加入者按分率を九〇、退職者医療拠出率を千分の四と見込みますと、健康連の資料によると、六十五年度には三〇・五上昇いたしまして保険料収入に対する拠出金の割合が三二・五パーセントに達すると言われております。すなわち、保険料収入の三分の一は退職者と老人保健に振り向けられてしまふということになっておられるわけでございます。また、五〇パーセントに達する時期は、局長の七十五年でなしに、七十三年には到達をするということになっておられるわけでございます。もちろん、これは、国民といたしまして退職者や老人医療に

対し応分の負担をしていくというのを拒むものではございませんが、医療保険のあり方としていかなるものであるか非常に疑問を持っておりまして、その割合は年々増加してくるわけでございます。

こういう実態を見ますと、まさに被用者保険が退職者、老人医療の財源調達機関となつてしまふおそれもあるわけでございます。こういう経過で国庫負担を漸減させていく方式は、所得再配分の機能を持つべき社会保障で、保険料収入の半分を拠出する姿というのは被保険者の納得は到底得がたいものであると思ひます。

この点のようなお考えか、お答えをいただきたいと思ひます。

○政府委員(下村健吉) お話のように、拠出金の割合がふえるということはそのとおりでございます。

数字的な面につきましては、健康連が言つておる数字と私どもの見方と差はございますが、いずれにせよ、これは、根底においては高齢者の医療費がどうしてもふえてくるという事情を反映してそのようなことが起こってくるわけでございます。

老人保健制度あるいは退職者医療制度は高齢者の医療費を公平に負担するという形で実行いたしましたものでございますので、そういう現象は、高齢者の医療費の増加というのを背景にいたしまして、健康保険組合もそのとおりでございます。

が、国民健康保険も同様に、同様な割合で実は高齢者の医療費を負担しているというのが実情でございます。特に、按分率九〇パーセントという前提で考えますと、国保の負担はそれよりもなお高齢者に関しては重い、このように御理解いただきたいわけでございます。

そこで、そういった高齢者の医療費の財源の持ち方が、現在のままの形が適切かどうかということになってくるわけでございます。

これについては種々御議論があるわけでございますが、私どもとしては、何らかの形でこれを公平に負担していく。現在は、老人については公費、国税、国、地方両方の負担が含まれているわけでございますが、これと拠出金で賄う。退職者医療につきましては、国保は本来それに加入して

いた者、被用者保険はもとも加入していた者を賄うということ、この部分については公平とい

う観点から見ると実は差があるわけでございますが、一つのあり方ということで現在そういう形がとられているわけでございます。

将来このままの形でいいかどうか、これについてもまたいろいろ議論があるわけでございますが、私どもとしては、今後一元化といった議論を深めていく中で、税、保険料双方を通じて公平で安定的な負担の体系をつくり上げていくということを目ざしてまいりまして努力を続けてまいりたいというふうに考えておられるわけでございます。

○浜本万三君 さきの老健法の審議の際に約束があったことなんです、健康組合の拠出金がだんだん多くなる、そうすると健康組合の中で財政状況が非常に悪化する組合が出る、それについては適切な助成をしたい、それが臨時補助金という形になっておると思ひます。

六十三年度の臨時補助金が七十億五千万円というところでございます。しかし、先ほど申したように、六十四年、六十五年というふうには、決算見通しをいたしますと相当赤字が累積されるということになりますので、六十四年度分については、赤字の状態ですから臨時補助金のさらに増額が必要ではないかと思ひます。

健康組合の財政状況を見て六十四年度はさらに増額をしてみたいと思ひますが、いかがでしょうか。

○政府委員(下村健吉) お話がありましたようなことで、これまで増額に努めてまいったわけでございます。

この補助金は、実はさきの老人保健法の改正に伴う急激な負担増緩和ということが趣旨でございまして、基本的には臨時的な補助という性格を持つておられるわけでございます。したがって、なかなかその本質からしますと難しい面がござい

ますが、私どもとしては、健康保険組合の状況等も十分に眺めながら最善の努力を尽くしてまいりたいと考えているわけでございます。

○浜本万三君 時間が迫つてまいりましたので、あと二つありますが、ひとつ結論だけを申し上げ

てお答えをお願いしたいと思います。

一つは、保険料滞納者に対する制裁措置の問題でございます。

これは、私が先回の老健法の審議の際に特に確認を求めて厚生省が確認した内容がございませう。それによりまして、制裁措置を設ける場合には、財産名義の変更を行うというようなことで保険料滞納を明らかに回避するというのが認められる場合に今回の措置を適用するものである、こういうふうな述べられておるわけですね。

ところが、その後の実施状況を見ますと、その措置というのが非常に画一的に判断をされておるわけですね。まず、あらわれておる現象を見ますと、保険証をそのまま交付しない。保険料を滞納している者に対しては窓口で保険料滞納について指導、相談を行い、滞納しておる保険料の納付について誓約書や納付計画書を提出しない場合には保険証を交付しない。誓約書や納付計画書どおりに保険料を納付しない場合には、保険証更新時点で保険証でなく資格証明書を交付する、こういう状態になっておるわけですね。これは安易な収納率アップの措置が行われておるのではないかと思えます。そうしますと、あの確認答弁における厚生省と我々の約束が違ってくるわけなんです。

この点はどう説明されますか、またどう改善されますか、明確にしたいと思いますが、

○政府委員(下村健君) 先般の改正によりまして被保険者資格証明書の交付というふうな制度を設けたわけでございしますが、これは、正当な理由がなく故意に保険料を滞納している悪質な滞納者に限って必要最小限の措置をとったというふうに私どもとしては考えているわけでございします。

この基本については、当時も今も何ら変わりはないと思いますが、したがって、この措置の実施に当たっては、単に保険料を滞納しているからといって直ちに行政的な指導等を行うのではなく、事前滞納者への連絡、納付相談、指導等を十分に行ってその実情をよく把握した上で行うように通知等で指示をいたしているところでございます。

事前の納付相談あるいは指導を行うということがなかなか十分に徹底しないという側面があるようであれば、この点については、十分私どもとしてもさらに適正な運用が図られるように指導いたしてまいりたいと考えております。

○浜本万三君 その答弁がちょっと違っておるから、私は指摘をしておきたいと思うんです。

それは、質問は

今回の改正案における悪質滞納者の定義を明確にすること。

それに対して

悪質滞納者の定義については、合理的な理由がなく故意に保険料を滞納している者、

それで「具体的には」と書いてあるわけだ。具体的には、

(1)災害、失業、長期入院等の特別の理由がなく長期滞納をしており、

(2)財産の名義の変更を行うなど保険料滞納を回避する意図が明らかである者。

を想定しております。

こうなっておりますから、答弁ははぐらかさないようにしてもらいたいと思えます。

そういう事情ですから、これからの指導については十分ひとつ慎重に適正に指導してもらいたい、かように思います。

それから次は、もう一つだけ申し上げるんですが、今回指定市町村が厚生大臣のつくる指針に従い安定化計画を樹立するようになるわけですが、そのことについて私どももいたしましては、高額医療費市町村については住民参加による医療費安定化協議会を設けてもらいたい、こういう希望を持っておるわけでございします。

これは市町村だけでなく、当然、都道府県にも持ってもらいたいという希望を持っております。これは、結局、医療費安定化政策を立てる場合には慎重にやってもいい、関係者の意思を十分反映してもらいたい、という気持ちがあるものですから、そのことを私どもは今要求をしておるわけなんです。

が、これについてはどのようなお考えをお持ちでしょうか、お尋ねをいたしまして、時間が来ましたので質問を終わりたいと思えます。

○政府委員(下村健君) 今回の安定化計画は、これは国保の保険者としての立場から運営主体である市町村が責任を持って策定し、これを推進するという性格のものでございしますが、その計画の策定、推進に当たっては関係者の意見が十分反映されるよう、その上で地域の実情をよく把握して実効性のある対策を推進していくべきだと考えているわけでございします。

そういった意味合いで御指摘のようなことも一つの考え方ではあると思いますが、現行制度では、既に国民健康保険事業の運営に関する重要事項を審議するために国民健康保険運営協議会が各市町村に設けられているわけでございします。この運営協議会の機能を十分活用することによりましてお話のような趣旨を生かしていくことが可能ではないかというふうに考えられるわけでございします。

○浜本万三君 ぜひひとつこれも宿題にしておきますから、検討をお願いしたいと思えます。

以上で終わります。

○委員長(関口憲造君) 本案に対する午前の質疑はこの程度にとどめ、午後一時三十分まで休憩いたします。

午後零時四十分休憩

午後一時三十一分開会

○委員長(関口憲造君) ただいまから社会労働委員会を再開いたします。

午前に引き続き、国民健康保険法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。

○高木健太郎君 国民健康保険法の一部を改正する法律案そのものに関してではございませんが、これに関連する問題として、まず最初に、二、三御質問を申し上げたいと思えます。

御承知のとおり、昨年でございましたが、三重大学の病院で二名の医師が劇症肝炎という病気で非常に短時間の間に亡くなったわけでございます。また、高橋善弥太という方でしょうか県立岐阜病院の名誉院長のアンケート調査によりまして、これは、ことしの二月二十八日にその報告がされておりますが、昭和五十八年以来非常に急増をしてきてまして、約三百五十の医療施設を対象としてアンケートをとりましたところ、非常に大勢の方がこの肝炎にかかっているということがわかった、医療従事者に非常に肝炎が蔓延しているという報告をされております。しかも、それは、若い看護婦とか看護学生の間にも非常に多いというところでございします。

これに關してまず厚生省側にお聞きいたしますが、国立病院その他厚生省関係の病院におきまして、臨床医師に対してその検査あるいは予防のためのワクチネーション、こういうものに対してどの程度の対策あるいは費用というものを支出しておられるでしょうか、その点について最初にお伺いいたします。

○政府委員(北川定謙君) 先生御指摘の国立病院・療養所で直接医療にかかわる医師、看護婦等に対してはB型肝炎予防のためのワクチンの接種のための経費を計上しているところでございします。

医師につきましては約五千人分、それから看護婦につきましては約三万人分、合計、全体をいろいろ合わせまして約三万九千人分の予防接種の経費のための予算を計上しているところでございします。

これは六十二年、六十三年兩年にわたって実施をしております。

○高木健太郎君 それでは、次に文部省の方にお尋ねをいたします。

文部省のいわゆる大学病院等におきましては、今のような措置は講じておられるでしょうか。

また、三重大学で、三名だったと思えますが劇症肝炎にかかれた方がありますが、その感染経

路はその後判明をいたしたでしょうか、その点をまずお伺いいたします。

○説明員(佐藤國雄君) 国立大学の附属病院におきましては、業務上、ウイルスに汚染されるという危険性が高いということもございまして、院内感染の予防委員会といいますかそういった委員会を大体組織しております、従来から注意喚起をしてきていたところでございまして、さらに技術的な解決を図って不測の事故を未然に防止する必要がある、そういうことから、B型肝炎につきましましては、検査及びワクチンの接種の経費を措置いたしまして院内感染の予防対策の一層の充実を図ってございまして、六十三年度の予算を計上いたしたわけでございまして、六十三年度にも引き続き同様の措置を講じてきていたわけでございまして。

なお、お尋ねの三重大学の方で不幸な事故があったわけでございまして、これにつきましては、入院中のB型肝炎のウイルスを保有している患者さんから感染した、こういうことが調査で明らかになっておるわけでございまして。

○高木健太郎君 発症はしないで潜伏的に、あるいは、キャリアとしてウイルスを持っているというふうな検査はされたことはございまいしょうか。これは国立の病院でも結構でございますが、どうでございまいしょうか。

○政府委員(北川定謙君) 個別にやっておりますところはあってもありませんが、私どもとしては承知をしております。

○高木健太郎君 また再び文部省の方にお尋ねいたしますけれども、今院内というお話がございまして、大学にはいわゆる基礎医学教室もございまして、病理学者あるいは解剖学者に感染のおそれも多いと思うわけであります。事実私の同僚であります、片腎を取りました丸を摘出するという非常に不幸に遭われた方がおられるわけでございまして、そういう意味では私は、死体に触れるあるい

はそのような機会のある技術者、介助者といいますが、そういう者に対してのいわゆるワクチネーションあるいは検査というふうなことは、文部省ではやっておりますでしょうか。

もしやっておりますけれども、今後そういうことをやるかまたはそういう費用について考慮しておられるでしょうか、その点についてお尋ねいたします。

○説明員(佐藤國雄君) ただいまのところは、病院内の全職員を基礎といたしまして、血液に特に関係の多い部署あるいは血液性の疾患の患者さんが多いところに所属しております医師、看護婦、臨床検査技師あるいは放射線技師、薬剤師、事務職員その他すべての職員を対象としておのの大学の職員でもって決めまして、それを対象に今実施をしております。先生御指摘の基礎系の先生方あるいは基礎系で働いておられる職員の方につきましては、病院の方で教育研究を行うことによつて感染の危険性が高いと先生がおっしゃいましたような病理学の関係といったような人々についてはおのの大学の事情によつてワクチンの接種をしてきているわけでございまして、完全にその基礎の方だけにおられるという方については現在のところまだ考えていないというところが実情でございまして、将来ともそういったことが問題になるのかどうかということも含めまして考えてみたいというふうに思っております。

○高木健太郎君 これは解剖学者及び病理学者の方からそのような話もございしますので、そういう人間の死体を扱う、特に神聖な死体を扱うあるいはそれに従事している介助者、技術者に対してもかかるべき対策をおとりいただくようにこの際お願いをしておきます。

次に、これもまた直接この法案とは関係がございせんが、御存じのように、これは、ここ二十年が三十年ぐらいい前から問題になってきたんだと思ひますが、私の在学中にはもちろん知らない問題でございまして、略してSSPEとい

う病気がございまして。日本語に訳しますと亜急性硬化性全脳炎という病名だそうでございまして、サブキエート・スクレロティック・ペン・エンセファリテイス、英語で言いますとそういう名前前の頭文字をとりますとSSPEというそういう病気が最近非常に問題になってきております。

これは、御存じのとおり、はしかのウイルスが原因でございまして、はしかの種痘をやっている人ははしかにかからないわけでございまして、人によってははしかにかからないわけでもはしかにかかるとある、そういうのははしかの罹患後、五年ないし十年の潜伏期を過ぎまして突然発病をいたしまして、けいれんや発作が起るあるいは視力が消失するあるいはまた重度の脳障害を起して言語障害も起してくる。そして、子供に起る病気でございまして、半年あるいは数年後には死亡するといふ私は大変痛ましい病気であると思ひます。予防接種をすればかなり減るとも聞いておりますが、現在のところその治療法が全くありません。その罹患率は千人に一人ぐらいいであるといふので非常に小さいわけでございまして。

このような病気のために悩んでおられる患者さんの方々が自主的に「あおぞら」というパンフレットをつくられて、お互いにその患者として慰め合ひましたその医療についてのいろいろの相談あるいは討議をしておられる、あるいは時には大阪の微生物研の上田教授を呼んでレクチャーも聞かれる、何とかして助かる方法はないかというふうなことを言っておられるわけでございまして。

現在、二百数十名の方がこれにかかっておられるというところでございまして、これは、原因がはしかのウイルスでございまして、原因がはっきりしておらず関係上、難病には指定されておられません。しかしながら、その病状といい、それから治療法がないということからいいますと、難病に指定してもよいのではないかと、いろいろに私は思っているわけでございまして。そこで、この人々からの要望書が私のところに参りましたのですが、この要望書としまして

は、予防のためのはしかワクチンの接種を全国統一的に実施してもらいたい、それからまたホームドクターの紹介制度を実施していただきたい、またホームヘルパー制度と短期入院の施設を拡充していただきたい、こういうことを私の方に申し出ておられます。これは他の議員の方にもこういう申し出が行っていると思ひますが、私が医師という肩書きを持っているために私の方にもおいでになったと思うわけでございまして。

それで、これに對しまして厚生省は、現在どのような対策があるかは予防措置を講じておられるか、あるいはまたこれの治療に對しまして研究費その他助成をどの程度やっておられるのか、そして今後の見通しとしてはどのような見通しを持っておられるのか、その点についてお尋ねしたいと思ひます。

○政府委員(北川定謙君) 高木先生が御指摘いただきましたように、この疾患ははしかウイルスによつて起こっておりますということが明らかになっておるわけでございまして、難病に指定をすべきであるという御意見もあるわけでございましてけれども、現段階においては、他のウイルス性のいろいろな難病というものもあるという段階で難病に指定するということはなかなか困難ではないかというふうに考えておるところでございまして。

ただ、一方、こういうウイルスによつて起こる難病についての研究というものは、昭和五十一年以来、研究班を設けていろいろな調査研究を進めておるところでございまして。先ほど先生がお示しになられた二百六十名という数字もこのような研究班のデータから得られたものであるわけでございまして。治療方法というものは、こういう病気の性質上、なかなか明確なものはないわけでございましてけれども、特にいろいろな後遺症による重症心身障害というような問題に進むとすれば、これはまた厚生省の重症心身障害の研究あるいは国立療養所等における収容、ケアというふうなことも行われておるわけでございまして、SSPEプロパ

ということではございませんけれども、一般のそういう行政の対応ということの中で今後とも受け入れていくことができるのではないかと、いろいろに考えるわけでございます。

なお、はしかのワクチンの接種の問題でございませうけれども、接種率をさらに高めるとかあるいは接種の時期をどうするかというような問題についてはいろんな御意見があるようでございませうが、私もひとつはしましては、特に接種時期の問題につきましてはさらに専門家の御意見も十分に承って、必要があればそういう行政指導をしていくように考えたいというふうに思っておりますのでございませう。

○高木健太郎君 接種の時期及び接種法等、専門家の意見を入れてぜひこの予防対策を講じていただきたいと重ねてお願いをいたします。

次は、医師の卒後教育のことについてお尋ねをいたします。後で医師の数のことについてもお尋ねしますので、その前段階としてお聞きするわけでございませう。

たしか昭和四十年ごろだと思いますけれども、医師国家試験を受ける前に、いわゆるインターンシップ、研修を受ける前に、それが終わった後で国家試験を受ける、そこで初めて医師の資格を与える、このようになっておったわけですが、四十年ごろ改革されて、まず国家試験を受けてそして医師の資格を得て、それからインターン研修をやるということになったわけですが、現在行われているこのインターンのことにつきまして、文教委でも文部省側にお尋ねしたことがございませう。あるいは厚生省の方においでいただきまして聞いたこともございませうけれども、現場の方にいろいろ聞きますと、厚生省では、ぜひこの研修を一生懸命やってくれ、そして各科を回っていろいろな各科の治療法あるいは診断というものを精通するようにというふうなお気持ちでこれを強く進めておられるというところは私承知しているわけですが、何といえども義務的ではございませうから、結局は余り熱心には研修を

しないという結果が生まれてくる。あるいはまた、免許証を取った後、ある教室にだけ一年間おまして、そしてその後はどの科にも回らない、だから全科のことはいわゆる実務的には、実際の医療は臨床的にはほとんど知らないという医師が、ある専門だけは知ってほかのことはわからないという医師がふえているんじゃないかなというところを恐れるわけでございませう。あるいはまた、現在インターンをやっておりますけれども、その回る教室あるいは医局というものは、他の自分の任務——教育あるいは研究そして医療という三つの業務を大学の臨床科では持つております。その上に、インターンを引き受けるということ、引き受け側にとりましては甚だ迷惑であるということになります。そういうことで、どうも私たちが希望するようなインターンシップが行われていないんじゃないかという気がするわけでございませう。

これに對しましては、厚生省も格段の努力をされていくようにございませうけれども、何か、これを打開しさらによいものにするということについては、どんなことを今お考えでございませうか、その点についてまずお伺いをいたします。

○政府委員(仲村英一君) 医師の卒後教育の問題でございませうけれども、御指摘のように、四十三年にインターン制度が廃止されて現在に至っているわけですが、そのときに、医師免許取得後二年間の臨床研修が定められるよう、努力規定として設けられたわけでございませう。私もひとつは、設けられたわけではございませうけれども、私どもといたしまして、この臨床研修は、患者さんを全人的に診るという態度を身につけることからいっても非常に重要なことだと考えているわけでございませう。しかし、今御指摘のように、研修を受けないで、いきなり大学院に入ったり医局へ入ったりという方がおられるわけでして、研修率が八割ぐらいいでございませう。しかも、そのうち大半の者が大学病院で研修を受けておられるということで、大学病院自体を悪いというわけではないんですが、やはり教育体制そのものの問題でございませうとか

あるいはそこへ集まってくる患者さんの症例のパラエティール問題とかいろいろあるわけでございませう。私もひとつは、従前から総合臨床研修方式とかいうことでやっていただきたというところを何遍か申し上げておるわけですが、御指摘のように、必ずしもまだ十分の実態が追いついておらないというふうに考えているわけでございませう。

そこで、その具体的な内容改善の方向につきまして、現在、医療関係者審議会というのがあるわけですが、その臨床研修部会というの幅広く御検討いただいております。医学教育の関係者あるいは医師団体、臨床研修病院等の御協力あるいは御理解を得ながら、その検討の結果を得ました上で、さらにいろいろやってまいりたいというふうに考えておるわけでございませう。

つい先ごろも、国家試験の内容でさらに改善を加えるべき意見もちょうだいいたしましたこともございませうので、そういう卒前の教育との関連も考えながら、卒後の臨床研修をさらに実のあるような格好で伸ばしていくように努力したいと考えております。

○高木健太郎君 今後、医療費が非常に高値化してくるというふうなことで今度のような法案も出てきたと思ひますし、将来の見通しも必ずしも明るくない。それには、医師会側としましては、あるいは医師側としましては、大学病院のように専門医というよりもいわゆるプライマリケアをしっかりと、そして病人をそういう専門病院にただ入院させるというんじやなくて、全般的に全人的に患者を診察しそして予防をするというふうなことが私は強く今後は求められる、またそれがなければ病院はふえる一方であるというふうに思うわけですが。

そういう意味では、プライマリケアというところ包括的に医療をやるわけでございませうから、どうしても体全体のことを知っておく必要がある。例えば、私の聞いたこんなのはうき話かも知れませんが、足に水虫ができておったその患者

が開業医のところへ行きましたら、そうしたら脳波をとった。それは体の一部ですから、足に水虫ができて脳波をとってもおかしくはない。何か変化はあるかもしれないけれども、私にとってはちょっとこれはどうも変ではないか。もちろん、審査では問題になったそうでございませう。

あるいはまた、何か交通事故等で倒れた、そしてけがもあるけれども意識不明で担ぎ込まれた。そうすると、ある医者が行くというところ、そのけがをしているところに、赤チンかヨーチンか知りませんがそういうものを塗っている、意識不明であるというのにその傷にただヨーチンを塗っている、そういう医者がいるというわけで、全部ではございませう、もちろんごくわずかのそういう医者がいるということではございませうが、そういうことがあつては何にもならぬ。これで大学の教育を受けてきたのかと、こういうことを言いたくなるわけでございませう。

後でお伺いしますけれども、厚生大臣も検査の適正化ということを主張されたと聞いております。私もそうであるべきだと。医学教育を受けるのは、何もかも検査せよというわけではなくて、この患者に対しては何か必要な検査なのかということをやることが大事だ。そういうことはインターンのときに学ぶべきじゃないかと思ひます。非常に危惧を感じているわけでございませう。

そういう意味では、現在の状態で幾ら上からインターンの実践を常に迫つてもなかなかうまくいかないというところ、そういう事情がありますからして、もしできたなら、本当の意味の受け入れ体制を大学の中なりあるいは国立病院なりに考えてやるべきじゃないか、そこに専門にそういう人たちがいないやだめなんじゃないかということを思うわけですが、そういうことをお考えになったことはございませうでしょうか。

あるいは、大学病院であれば大学病院の中にそういうインターンの学生を受け入れるような何か特別な施設を、あるいはそういう施設とは言わぬ

でも人員を確保するそういうことをお考えにならないと、いつまでたってもこれは解決しない問題じゃないかと思うんですが、いかがでしょうか。

○政府委員(仲村英一君) 卒後臨床研修制度の改善についてということですが、六十二年の七月に臨床研修部会から御意見をいただいた中に同様の御指摘がございまして、私も、予算的には指導医の謝金と申しますかそういう形で、各病院に各病院に指導してくださる方への人件費補助というような形で予算をつけておるわけでございまして、これは必ずしも実が上がっていない部分もあるわけでございまして、先ほどお答え申し上げたような方向でさらに努力をしてまいりたいということと考えておるわけでございます。

昨年の六月に発表いたしました国民医療総合対策本部の中間報告でも、そういう観点から大学病院等におきまして医療と研修の見直しということとを大きな柱の一つとして取り上げておるわけでございまして、国家試験の改善と同時に、臨床研修の制度的な改善の検討ということで、今おっしゃったような方向も含めて、具体的にさらに検討を進めてまいりたいと考えております。

○高木健太郎君 私、医療にとつて非常に基本的な大事な、特に今後大きな問題であると思ひますので、この方面に少し力を入れていただきたい、そういうふうにお願いをいたしておきます。

次は、老人保健のことについて今度この法案に出しておりますので、これについて二、三御質問を申し上げたいと思ひます。

最近、老人の自殺がふえているということは御存じのとおりでございまして、老人の亡くなる原因としては、老人自体の人口がふえたということ、もう一つは無理な延命をしているんじゃないかということがあります。それは、かつて人間の尊厳を無視したり、これはあるいはやむを得ない長寿国の一つの悲劇でもあるというふうにも考えられるわけですが、そのうちの、病を苦にされて亡くなった、自殺をされた方が四五・五%ある

ということでございます。そのうち、六十から六十四歳の方が五七・六%、六十五歳の方は七五%もある。そして、老人の自殺者は全体の三分の一を占めているというふうな、いわゆる健やかで人生の終わりが来るべき老人が自殺をするように追い込まれているということは、私は、長寿国の日本としては恥と言つては言い過ぎかもしれませんが、大変残念なことであるというふうに思ふわけでございまして、こういうものをぜひ取り除いていただきたいと思ふわけでござい

また、これは一つは悪徳な医者がありまして、老人を金の成る木だと、そう考へている医者も多しんじゃないかと思ひます。入院の日数が老人では非常に長くなつておまして、スウェーデンでは平均十一日間、アメリカでは八日間、ところが日本では平均四十日間というふうに非常に長いんですね。しかし、老人の人口はスウェーデンなんかでは日本よりも今のところは多いわけであり、一七%である。日本は、将来は二〇%を超すでしょうけれども、そうなればもつと老人の自殺というのはふえていくのではないかと。あるいはまた、自殺をしないまでも、老人は非常に孤独の寂しさを持て生きている。それは核家族化その他の社会的状況がそうさせたのであらうと思ひますけれども、家族や知人と切り離された生活をして

いろいろな法律のもとにこれがなつていふことはやむを得ないことかもしれないけれども、老人の医療あるいは介護、そういうものを一つにくくつて一つのものとして、もつとシステムチックに系統的にこれを考へておく必要があるのではないかと思ふのが一つでございます。それに

もう一つは、つい先日通つた法律でございますけれども、民間の社会福祉・医療事業団に対して補助金を出していろいろなメニューをそろえる、幅広く老人の好むような施設にも入つていただくようにする、私、いいことだと思ひます。こういうものと全体の、何か、調和といいますかシステム化といいますかそういうものが、どうも足りないように思ふ。ぼくはぼくは勝ち手にそれが立てられていて、これに対する大きな計画を現在立てておく必要があるのではないかと思ひます。が、これに対してひとつ御質問をいたしたいと思ひます。

また、厚生大臣は、こういう老人の対策として施設その他に今後どのような方針でお進みになるか、その点をできましたらお尋ねしたいと思ひます。

○政府委員(小林功典君) お話しにございましたように、現在いろいろな老人福祉あるいは老人保健の施策があるわけでございまして、

私どもは、中でも寝たきり老人等、いわゆる要介護老人対策の一層の充実を図ることが大変急務であるというふうに認識をしております。で、そういう意味で、一つは、できるだけ住みなれた地域でお年寄りが家族や隣人と暮らしていけるように、在宅福祉対策を充実したい。今お話しされましたように、例えばホームヘルパーでありますとかデイサービス事業でありますとかあるいはショートステイ事業でありますとかそういういろいろな在宅福祉施策を推進していきたいというのが一つ。

しいというお年寄りもいらつしやるわけでありまして、そういう方々のためには特別養護老人ホームなりあるいは老人保健施設というものを着実に整備していく、こういう在宅福祉あるいは施設福祉と申しますか、保健の分野もありますけれども、そういうものをあわせて充実を図っていききたいというふうに考へておるわけであります。

ただ、心しなさいませぬのは、せっかくのこういう施策も、幾らそういう施策が整備されたとしても、それらが連携がとれていまいと本当の老人のニーズというものに適切に対応できないという問題があることも事実でございます。そこで、かねてから我々を考へておりました、実は、六十二年に都道府県に高齢者サービス総合調整推進会議、それから市町村レベルでは高齢者サービス調整チームというものをつくりまして、ここでは福祉も保健医療もすべて包合したそういう連携プレーがでるようなそういう協議検討をする場としてこれを設けております。

それから、さらに六十二年から三年計画で高齢者の総合相談センター、これも福祉、保健、医療、全部の相談に應ずるというそういうシステムをつくりたいということで、六十二年度には十五県につくりまして、本年度はまたさらに十五県ふやしまして、六十四年度には全県にこれを設置するということを考へております。

このような施策を伸ばしまして、高齢者のニーズが最も適切に反映されるように、かつそのために関係機関の連携が十分とれていろいろな施策の有効な活用が図られるように、そういう意味の努力をしておるところでございます。

それから、後段のお話でございますが、先般、事業団法の改正をお願いしたわけでございまして、この関係でいわゆるシルバーサービスについて公的な融資制度を設けるということと法案の御審議をいただいたわけでございまして、このシルバーサービスにつきましては、もちろんこれからの本格的な高齢化社会を迎えまして、公の福祉

施策というのは今後ともさらに一層充実しなきゃいかぬことは当然でございますけれども、それとあわせて高齢者がいろんな多様なニーズを持つておられます。もつと選択の幅を広げてほしいという声も多々あるわけでございまして、そういうことで公的な施策とあわせて、こういう民間のサービスを健全に、しかも節度ある運営として育成をしていく必要がある、このように考えております。いわば公的サービスと民間事業、民間サービスの車の両輪のような形で老人福祉の推進に寄与していく、こういうふうなことが一番適切ではないかというふうに考えております。これを健全に伸ばすために国、地方が連携して適切な行政指導を行うとともに、民間事業でございましてから民間の自主的な取り組みも相まわして健全な育成に努めていきたい、このように考えております。

○高木健太郎君 厚生大臣、結構でございますが、今、民間と公とある、それからまたいろいろ入らなかならぬかという感じが、どこへ行っているかわからないというところで、今のようないわゆる公のものも含めたという相談機関をつくっていただかないとせっかく施設をつくりになりましてどこへどうやっていいか一般の国民にはなかなかわかりにくいことじゃないかな。大体、ホームヘルパーとかデイケアとか英語ですから、なかなかわからないわけですね。だから、そういうこともあつて、せっかくやられたことは国民に十分理解でき、それが利用できるように、ひとつお考えをいただいたらどうかと思つております。

いろいろお話ししたいことはありますが、時間もありませんからそのくらいにしておきたいと思つてます。

これは、全然これとは別個な話でございますけれども、私の、皆さんもそうでしょうけれども、いろいろ耳にしますのは、さつきもちょっとお話が出ましたいわゆる寝た切りというのは、意識も

あつて寝ておられる方もあるでしょうが、意識もなくて長い間寝ておられるという方がいわゆる植物人間のようになつて、それも半年や一年じゃない、五年とか十年とかというふうには生きることができると聞いています。大方の方に聞きますと、そんなにまでして生きたくないという方が多いわけでございまして、またそういう方が尊厳死協会というふうな一つの団体をつくつておられます。私もその協会の一員でございましてけれども、人間らしくなくなつていつまでも植物のようになつていくというところは、本人の人間の尊厳から考えてもどうもおかしい、あるいはまた家族にとつては非常に大変な努力と費用がかかるというふうなことです。

しかし、脳死でさえもなかなか決定できない場合に尊厳死というものは、言葉の上ではありまして日本ではこれはまだなかなか実施できない段階じゃないかと思つておられます。

ただし、アメリカでは三十九州で、それからオーストラリアなんかでは自然死法という「自然死」という名前でお呼びしております、そういう場合にはいわゆる積極的な医療はやらない、そして消極的にただやっていると。しかし、人工呼吸器とかそういうものは、臓器移植をやるとした場合に限つてだけこれを許す、このような格好になつております。自然死法の方が先にありまして脳死だとか臓器移植がそれにくつていっている、例外的にそれを認めている、オーストラリアにはこういうふうな法律があるわけですね。アメリカではまた個人の意思を非常に尊重しまして、リビング法とかリビングウィル法とかあるいはまたそのほかの名前で法律を呼んでおられるわけですね。

これは、将来、また現在の脳死あるいは臓器移植と同じように問題になつてくると思つておられるこの点はひとつ厚生省としても少しづつお考えになつていただきたい、こう思ふのですが、この尊厳死法あるいは尊厳死というものについて厚生大臣、どのように現在お考えでございましょうか。御所見だけを伺つておきたいと思つておられます。

○政府委員(仲村英一君) 医学の発達には目覚ましいわけでございますが、かつてならかなり短期間で亡くなつておつた患者さんが、最終的には死を迎えるにしましてもかなりの期間延命できるというところは、ある意味では非常に医学の成果として望ましいことだと思つておられます。従前は、お医者さんは人を助けるということで医療をやつてきたわけでございますので、何としても延命を図るというのが第一義だという立場で医療を行つておられるわけでございますが、今お尋ねのようないふことで、単なる一義だと申しますが、延命だけを図るような医療があるというところ、一方においては事実だと考えられるわけでございますが、治療効果と申しますか治療する見込みがない場合には、病氣による苦痛から解放されたりあるいは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だんだんふえてきておられるというふうに私も考えておられるわけでございます。

そんなこともございまして、尊厳死という立場からではございませぬけれども、末期医療のあり方全般について、そのケアのあり方全般について私ども検討会を設けておるところでございまして、できますれば六十四年の三月末までに報告書をまとめたいたゞくというところでございまして、例えば、施設の中での末期医療の問題点あるいは在宅での末期医療、そういうことをするに付いての支援体制を含めました在宅での末期医療の問題とか末期医療についての医療従事者に対する教育でございまして一般に對する啓蒙啓蒙、さらには今おっしゃつたような倫理的な面でございますと法律の面も含めまして、いろいろな角度から御検討いただいておりますというのが実情でございます。

ただ、これも前に御質問いただいた脳死あるいは臓器移植とも非常に類似した性質を持つておられる問題であるかと考えておられるわけでございますが、我が国の場合に法律でどのようにする、リビングウィルを確認するとかそういうふうな形ではまだまだ熟していないことではございましてと思つておられます。

ておりますので、行政庁としてはこういう関係者の御意見をさらにいろいろの角度から承りながら、医療の個々の現場の内容についてはなるべく立ち入らないという立場にいたいと思つておられます。単なる延命が必ずしも患者さんにとつても家族にとつてもあるいは社会にとつても好ましくないこともあり得るということも十分理解した上で、今後さらに事態の推移を見守つていきたいと考えております。

○高木健太郎君 もう一つお尋ねしたいのは、今の寝たきりということに関係があるわけでございますが、いわゆる病院等に入院されましたときのいわゆる差額ベッドとそれから付添料の費用のことでございます。

基準看護病院内におきましては、付き添ひは一切置かない、もしも置けばそれを取り消すというふうな話もあるわけでございますが、基準看護の承認を取り消すということもございまして、ところが、大体の人は、お年寄り夫婦であればその夫婦の方のどちらかがついていられるというわけにはいかない、あるいはその血筋の人が近所にはいないということになるというところも付添料を置かなければならぬというところになります。この付添料というのはかなりの額になるようございまして、大体どれぐらいかかるものなんでしょうか。

それからもう一つは、看護婦さんは、昼間看護力というのはかなり過剰なところもあるようございまして、夜間看護婦の数、看護力というのは非常に少ない。昼に比べると少ない。ところが、病人というものは、実は、夜いろいろ看護婦さんに用がある方が多い。いろいろな二・八制とかその他の制度をとつておられることは存じておられますけれども、そういう付添料あるいは差額ベッドというもののに対する費用が非常に大きいということなんです。

この前、八木参議院議員がお尋ねになつたと思つておられますが、その友人の方で、恐らく植物人間ではないかと思つておられますけれども、その友人の方が三年間差額ベッドで寝ておられた、だからして土地も

手放すという方がございまして。あるいはまた、皆さんもよく御存じの有名な哲学者で、学士院賞も賜った方であつた方ですけれども、奥さんが長い間寝ておられまして月に八十万ぐらしかかる、そのために、自分は幸いにして骨とう物が好きであつたので骨とう物を集めておつたけれども、それを手放しながらやっていますという話を聞きました。あるいはまた、大学の名誉教授でありまして、お母さんが意識ははっきりしているけれども寝ておられるというために、かえつてその人のお子さんの方が体を壊してしまつて、かえつてそのようなことあるというわけです。

こういう意味で付添婦というものは、もう私はある意味では必要不可欠なものじゃないかと、そのように思ふんですね。

これはどのように今後解決をしようとお考えになつておるか。付き添ひなんか雇うのは勝手に雇へというようにお考えになるのか、これは基準看護で十分病院で見ているからそんなことは必要じゃありませんよと言われるのか、その点をひとつお伺いしたいと思います。

○政府委員(岸本正裕君) 付き添ひの問題につきましては、先生おっしゃるとおり、基準看護を要していない病院におきまして付き添ひ看護がついた場合には、付き添ひに要した費用について患者に對しまして保険からの償還払いを行っているわけでございます。この償還払いを行っている看護料といふのは、慣行料金との間に差がございまして、これが患者負担となつておられるわけでございます。従来から私もしましては、この看護料をできるだけ実勢価格に近づけるような改正を行つてきたところではございまして、今後とも実態を十分に把握いたしまして、患者負担の軽減に努めてまいりたいと思つております。

また、老人病院につきましては、今回の診療報酬の改定におきまして、その看護・介護力を評価するところから、老人基準看護制度を創設したところでございます。これによりまして院内看護・介護力による十分な看護・介護が提供されて

いく方向に向けていきたいというふうに考えているわけでございます。

それから、今のくらくらというお尋ねがありましたが、付き添ひ看護におきまして慣行料金と私どもで支給いたします看護料との差額が基本的な昼間の場合には大体一日千円程度でございまして、一月にしますと三万円ということになります。それで、泊まり込み給といふまいし、夜間を含めまして、この差が二、三百円になります。一カ月に直しまして八万五千円ということでございます。それは平均のところでございます。

それから、差額ベッドのお尋ねがございましたが、差額ベッド代につきまして徴収されている患者の割合は平均いたしまして五・九%、その一月当たりの徴収金額は五万一千円ぐらいが平均になつておられるわけでございます。

ただ、差額ベッドの全病床に対する比率でございまして、これはちょっと古い資料で恐縮でございます。五十八年度の数字でございまして、これも、全患者を合せて一〇・九%という数字を持っております。そして、老人病院におきましては六%弱、こういう数字になつておられるところでございます。

○高木健太郎君 僕が予想していたよりもはるかに実勢価格といふか、安いか、安いように思ふんですが、一日一万円ぐらいは要するんじゃないかと思ふわけですね。だから、安くても月三十万ぐらいはかかるんじゃないかと予想しておりましたけれども、今お聞きすると、はるかに安いように思ふんですが、私ももう一遍調べましてどれくらいものか、はっきりしたいと思ふます。

○政府委員(岸本正裕君) 先生、今私が申し上げましたのは慣行料金と保険での償還払いをする看護料金との差額を申し上げまして、昼間の場合に大体一日千円程度、それから夜間の場合ですと三千円程度、一月で八万五千円程度の差額が出る、こういうお話を申し上げたわけでございます。慣行料金の根拠の額を千円とか三千円とかと申し上げたわけではございません。

上げたものではございません。

○高木健太郎君 いろいろお考えいただいていることはわかります。ただ、かなり金持ちでも、このころは保険とかいろいろそういう救済措置があるにもかかわらず、何千万なければ年をとれませんとおっしゃる話、一般市民はみんななしておられるわけですね。皆さん方もおっしゃるじゃないかと思ふんです。まだあなたはお若いからいいけれども、年寄りやみんな大体そういう話に持ち切つておられるわけなんです。そういう意味で、私は付添料というものが入院したときに大変だということをおし上げておられるので、じつくり国民の身になって考えていただきたい、こういうことを申し上げておられるわけですね。

それではもう一つ、その次にお聞きいたしますけれども、年をとるとだれでもどこか少し体が弱つてくるので、いろいろなところが弱くなるわけなんです。それを病氣と言ふべきかあるいは単なる生理的な老化現象であるか、それはよくわからぬわけなんですけれども、いろいろなところが痛んだりあるいは何となく訴えが多くなつてくるというところは御存じのとおりでございます。そういう場合には、よく私のところにも相談に来られるのは、東洋医学といふか、漢方だとかは、ききゅうをどこか紹介してくれという話が非常に多いわけなんです。この問題についてちょっとお聞きしたいと思います。

高木君といふと、これは病氣だと言えないような病氣、例えば自律神経の失調症であるとかあるいは腰痛であるとか肩凝りとか、それはレントゲンを調べてもどこをなしても別にこれという症状は出てこない、あるいは五十肩のような慢性痛の場合、そういうものは現代医学ではなかなか処置しにくい。あるいは症状的にしかこれに對応できない。ところが、こういうことで悩んでいる老人といふのは非常に多いわけでございます。中曽根前総理も自分で持っていました。すし、はりを實際に打つておられたと総理自身から、私お聞きをいたしました。

ところが、御存じのように、はり・きゅうというものは保険には適用されておられません。そのために多くの高齢者は、国保その他に加入はしておられます。そして保険料は支払つておられるにもかかわらず、自由診療としてかなりの負担を強いられるわけでございます。また、医師の同意書を取りつけないといふこともなかなか面倒なことでございます。そういう意味では不便であるといふような訴えもたくさん来ているわけでございます。こういう意味で、年寄りあるいは老人に對してももう少し東洋医学あるいははり・きゅうというものが簡便に使えるような方法をひとつお考えいただけないでしょうか。

これは、厚生省自身にもいろいろの訴えが参つておられると思ふけれども、そしてまたお考えになつておられるし、たびたびお話しすることでございます。十分御理解していただいているものと存じます。一つの注文は、はり・きゅうの療治に對しましてこれを保険で見つてくれといふことは、これでなかなか困難だと思ふますけれども、少なくとも柔整師や接骨師並みの、同意書の簡素化といふことが簡易化といふか、また、自律神経失調症とかあるいは不定愁訴というふうなものも現在認められて五疾患のほかに加えるというふうなことも考慮いただけないでしょうか、こういうふうにか考えるわけですが、いかがでございますか。

○政府委員(下村健君) 現在の医療保険で給付をしている医療というものがどういふものかといふところの考え方と非常に絡んでおられるような気がするわけでございます。現在の考え方、主治医がおられて、その人の手で医療が行われているというふうな前提になつておられると思ふわけでございます。したがつて、同意書といふことが当然必要だ、こういうことで、同意がない場合には療養費払いの対象にならないといふことになつておられるわけでございます。はり・きゅうの關係につきましては、施術者団

体の方からも要望がございまして、その様式の統一を図るあるいは簡素化を図るということで、前回の改定に引き続きまして、かなりその円滑な実施ということに配慮してきたわけでございします。

これまでの経緯を考えますと、現在の取り扱いを直ちに変更するということはなかなか困難ではないかというふうに考えております。

それから、もう一つは疾患の拡大でございします。結局東洋医学と申しますか、はり・きゅうの関係、効く人には効くと、こんな感じになっておりまして、治療効果のメカニズム等が必ずしも十分解明されていない。一般的に効くと考えられる疾病について特に鎮痛効果というふうなものが認められるものについては保険給付の対象にしているわけでございします。

したがって、対象疾病の拡大という点につきましては、今後治療効果のメカニズム等につきましても、いろいろ解明が進められ、鎮痛効果以外の効果について医学的に確認がなされるというふうなことがあった上でその拡大について検討されるべきではなからうかと、このように考えておるわけでございします。

○高木健太郎君 私、これを導入したことによってそんなに医療費は上がらないんじゃないか。というのは、病気になる前に予防的にそれが働いて得る、特に漢方等はそういうふうになるから、かえって医療費は下がるんじゃないか。これは、何か、そういうものをやるから必ず医療費が上がるというふうに、短絡的に物を考えるべきじゃないんじゃないか。しかも、国民は非常に喜ぶことなんだから、そういう人にはぜひ安い医療費でこういうものも受けられるように私は工夫されていくべきじゃないかなと思っておるわけだ。

ところで、いろんなはり・きゅう師を私は知っておりますけれども、鍼灸の専門学校を出しても、実際に病人に対してはやらないわけですね。大学は明治鍼灸大学というのが京都府にございしますけれども、それでも、患者に対してははりを打つことを地方の自治体の衛生部長等は、い

や、患者にはりを打ってはいけないというふうなことを言っている、何のために関連病院を置いたかわからない。要するに、病人に対してはりの実習をするということには、現在のところちょっとどこにもないわけなんです。だから、専門学校でははりの実習というところは、おのおの打ち合ひするというだけで、実際にある病気のときに何か手ごたえがあったとかなんかないようなカリキュラムの勉強をして、そして二年半なり三年で鍼灸学校を卒業して、そのまゝいきなり患者に向かう、ところが自分自身には非常に自信がないので、やはりどこかで実地にはりを打ってみたいというので、やむを得ず昔から開業しているはりの専門の治療所といえますか治療院といえますかそういうところに行つて、三年なりあるいは五年なりそこででつち奉公をするわけですね。でつち奉公しておかしいですが、徒弟修業をする。それで師のしているのを見ながら、見よう見まねで時々ちょっとやらしてみらる。もちろん免許証は持っていますからできることはできるわけですが、おまえんこう打てあ打てとやっています。医者インターンは、十分整っているとは言えませんが、おまえんこう打てあ打てとやっています。鍼灸師にはそういうものが全然ないわけですね。鍼灸学校を建てただけ、あとはどうぞというふうなことは、私は本当のはりじゃないんじゃないかな。

私、自分自身も、この間からいろいろ違う三人ぐらゐの鍼灸のところへ行きました、やってみていただきました。ところが、全部やり方が違うんですね。それで、人にいろいろ聞きますと、あの人がうまい、この人がうまいという。それから、宣伝のうまいところへたくさん行く。実際は治りやせぬというふうなものもあるわけなんです。だから、卒業までは鍼灸専門学校で、厚生省のこれは所管になっていてと思いますけれども、それまでは何とか面倒を見ておられるが、実際の患者を診るといふところに対しては全くもうこれは切れて

いるわけですね。

そして、理論がないとおっしゃるとおり、何何式、何々流という本家本元というふうな名前をみんなつけて、そこへみんな弟子が入っていく。その弟子をでつち奉公がわりに使いつながら大きなはり医院ではやっていると、こういう状態なんですね。こういうことを言つてははり師の人から怒られるかもしれないけれども、しかし現実にはそうせざるを得ないような状態になっているということなんです。

これは、医師のインターンと同じように、何か鍼灸専門学校にそういうものがある程度はできるようにしておかないと全く経験のない者がはりを打つ、しかも自我流でやるということになるのではないかと思います。これに対しては何かお考えになったことはございしますか。あるいは、将来、これはぜひお考えいただきたいと、こう思います。

○国務大臣(藤本孝雄君) 実は、私ははり・きゅうのファンでございまして、月に一、二度の頻度で、肩が凝りましたり数年前のむち打ちの後遺症もございまして、利用いたしております。私は、注射は嫌いでございしますけれども、はりの方は効果があるように思っております。したがって、今、高木先生からいろいろ言われましたもつと適用範囲を広げるとかまた治療に行く人の側に立ちまして簡素化するというようなことにつきましては、私も賛成でございします。ただ、これはいろいろ関係者が多いわけでございますので、その点を十分に念頭に置きながらひとつ時間をかけて考えてみたい、さように私は思っております。

また、臨床研修制度の導入についての問題でございしますが、これも関係者間での合意が得られておりませんが、これも導入をしたといたしましては臨床研修の場の確保、整備等に問題があるもので現在のところは考えていないということでございますが、この点につきましても私なりにひとつ勉強してみたいと、かように考えております。

医学・医療の問題につきましましては、歴史的な文

化の背景というものがあつたわけでございます。そういう背景のもとに東洋医学が存在し、しかも国民医療の一部を担つておるわけでございます。そういう点につきましましては十分に考えるべき分野であらうというふうには私は考えております。

○高木健太郎君 ありがとうございます。御理解のある御答弁をいただいたので私大変うれしく存じます。

もう一つ、文部省の方、大分長いことお待ちいたしました。

これは毎々文部省の方に申し上げているわけなんですけれども、実は、現代の大学あるいは医学関係のそういうところにおきましては、歯学部もそうだと思いますけれども、カリキュラムの中に東洋医学というものは全然入っていないわけですね。ところが、これは厚生省の方は御存じだと思いますけれども、医者の中で、いわゆる漢方あるいははりというふうなものを使つておられるお医者さんがたくさんおられるわけです。恐らく漢方は一万人以上あるんじゃないかと思ひますし、はりでも数千人は超すんじゃないかと思ひます。はりにもかかわらず、大学ではこれは全然教えない。

で、東洋医学というのは、西洋医学とは考え方の基本がちよつと違つておりますので、西洋医学的に東洋医学を見てもなかなか解釈できないところがあるわけなんです。少なくとも東洋医学の基礎理論といえますか基礎だけは何かの形で大学の在学中にその基礎理論だけはどこかで教える必要があるんじゃないか。その先生の不足ということももちろんあると思ひますが、幸い中国というところもございしますし、そういうところから呼んできてもよいし、あるいはまた欧米ではもう既にメデイカルドクターが鍼灸とか東洋医学をやっております。日本のように鍼灸師というものはないわけなんです。それで、学会に出ましても、日本の鍼灸師のレベルと欧米におけるレベルとはもうはるかに違うわけなんです。

で、世界鍼灸学会連合会というものが昨年北京で

初めて成立いたしましたして、約百カ国の学者がそこに集まりましたけれども、日本のお医者さんの方は、医学の根本じゃないものだから、余りそれに関心がないんですね。しかし、関心がないのに、実際は東洋医学の漢方を使いあるいははりを自分でやっておられる。ただし、併療は認められないから、はりの方はただにするあるいは現金を取る、そして西洋医学の方は保険を出す、こういうことになって医療が非常にたがたになっているわけなんです。今、厚生省の方もよく存じなんですけれども。

私、文部省の方にお願したいのは、これは、前々から私、口が酸っぱくなるように言っておるわけですから、医学教育課長も前から御存じだと思ふんですけれども、同じ佐藤という鳥取大の麻酔科の教授がアンケートをとった。どれくらい大学ではりのことを教えているかというアンケートも、多分お読みになっていると思うんですね。

そういう意味で、もう一遍ここで力を振り絞って、どういうふうに東洋医学というものを日本の医学の中に入れていくかというその基本的なことをひとつお考えいただきたいと思うんですが、それについての御見解を文部省側にお尋ねいたします。

○説明員(佐藤雄雄) 東洋医学の問題につきましては、私も高木先生の方がよく御存じのところがあるんじゃないかと思ひますけれども、一般的には、先生御指摘のように、医学・医療が進展してまいりましたし、あるいは人口の高齢化とかそういう社会的な情勢の変化の中で医学教育におきましても東洋医学を含めて新しい分野に関する教育の充実が必要だと、こういうふうに言われてきております。

昨年の九月に文部省の方で組織いたしました医学教育の改善に関する調査研究協力者会議というものがございますが、慈恵医科大学の阿部学長が座長を務められたわけでございます。この最終まとめの中におきましても、今後要請が高まる分野の一つとして漢方薬、はり・きゅう等を活用する

東洋医学の教育というものを挙げております。各医科大学においても、私どもの調査によりますと、昭和六十二年度には十二の大学で独立した授業科目として東洋医学を開講しておるところでございます。ただ、ほかの麻酔学とかその他の分野でかなりの大学において実際には臨床講義において教えられているというふうに、例えば日本ベテリナリ学会等から報告を聞くところによりますと行われておるわけでございます。私も伺いたしましては、一般の教科の中でどの程度実際に教えられているかということについては今詳細を持っていないわけでございますが、先ほど申し上げましたように、十二の大学でも既に独立した科目として教えている、また多くの大学において学生の自主的な研究グループの活動も行われておりまして、東洋医学研究会といったようなものがつくられているというふうに聞いておるわけでございます。

文部省といたしましては、医学部の教育課程に係る基準については弾力化をいたしましてそれぞれ大学の自己の教育研究方針に創意工夫を生かしていきけるように配慮をしておるところでございますが、今後とも各大学の改善を支援いたしまして実現を容易にしていけるために諸般の条件整備等、努力を重ねてまいりたい、こういうふうに考えておるわけでございます。

○高木健太郎君 もう時間がなくなりましたので、最後に厚生大臣にお尋ねをいたします。先般、ことしの二月に藤本厚生大臣は中医協に對して諮問をしておられます。それは、先ほどちょっと申し上げました検査の適正化とかあるいは長期入院の是正であるとか大病院の紹介外来制の制度化というふうなことを中医協に諮問されておられるわけですが、その結果はどうなつたのでしょうか。もう答申が出たと思つておりますが、その結果はどうなつてゐるのか。

きょうの朝日新聞に、ごらんになったと思ひますけれども、まずがんセンターからやろうじゃないか、それから大阪の国立循環器病センターとい

う配下の病院では紹介外来制をとろうということが出てゐるわけなんです。これを、将来は大病院を管轄する文部省などに制度導入を積極的にお働きかけていく方針だと。これは、新聞が書いたことですから、厚生省がおっしゃったことじゃないとは思ひますけれども、何かそういうことをおやりになつてゐるという趣旨、その目的、それから将来の見通し、そういうことについて厚生大臣の御意見を伺つておきたいと思ひます。

それからまた、文部省の方にお伺いをしますけれども、大学に附属した病院というのは、これは教育ということでもありますので、紹介者だけ診るということでは実は大病院としての責務が果たせないのではないか、こう思ひます。だからそういう意味では、働きかけているということが書いてありますが、文部省としてはどのようにするということをお考えですか。長崎の大学では、こういうことを少しやりかけたということも聞いておりますが、厚生省並びに文部省の御意見をお聞きするとともに、藤本厚生大臣から中医協に諮問されたというところで、厚生大臣のその趣旨とその結果を、将来の見通し等をお話いただければありがたいと思ひます。

○政府委員(下村健君) いろいろな経過もございまして、私からまずお答えをいたしたいと思ひます。今回の診療報酬改定におきましては、医療機関のあるべき機能、特質に即して診療報酬上の評価を行つていきたいということで、その一環としてしまして大病院等、高度専門病院における医療の見直しというふうな問題を取り上げたわけでございます。

検査の適正化、紹介外来制の導入という問題の具体化でございますが、いずれも中医協の諮問、答申を経て、まず検査でございますが、検査一般につきましても形をいたしまして、検体検査につきましては検査の実施と判断料へ再編成をするということを行つたわけでございます。回数によ

り、生体検査につきましては、回数によ

る通減制の導入を行つていく、これが第二点でございます。それから、第三点といたしましては、大病院等における検査及び画像診断に要する費用につきまして、一般の医療機関とは別の算定方法を定めることができるという形を診療報酬の上でとつたわけでございます。

また、これにあわせまして、紹介外来制につきましては、大病院等からの申請に基づいて厚生大臣が指定を行うという形で紹介外来制を導入したわけでございます。

ただいまの大病院における検査の問題あるいは紹介外来制の問題につきましては、さらに今後、関係者、特に大学の関係者等と協議を進めるということになっておりまして、実は今月中にも再開の第一回の協議を始めようかというふうな段取りで考えておるわけでございます。厚生省所管の病院につきましても、きょう新聞報道がございましたけれども、それらの病院につきまして具体的な実施方法について目下協議を行つてゐる、こんな段階でございます。

○説明員(佐藤雄雄) 紹介外来制を大病院に導入する問題につきましては、かねてから厚生省の方に、文部省、それから大病院の関係者から、この問題の極めて重要なことを説明してきておるわけでございます。

先生も先ほど御指摘のように、現在プライマリケアといひますか総合的な臨床医の養成というようなことも、かねてから大病院の方に要望が強くなつてきてゐる。また、それが社会的な要請でもございまして、私もとしてもそういう方向で今大病院の編成を変えつつあるわけでございますが、もし紹介外来制というようなことを今の段階で導入いたしますと、症例数が減少して疾病の種類に偏りを生じたり、それから総合的な医療技術の習得が困難になるといったようなことからは、よりよい医師の養成に重大な支障が生ずるのではないかと懸念がございまして、最終的には各大学で決めることとさせていただきますけれども、

私どもとしては慎重な対応が必要であるというふうに考えておる段階でございます。

○国務大臣(藤本孝雄君) 今政府委員から御答弁申し上げたとおりでございます。今後の問題につきましても関係者の意見もさらによく承りまして慎重に対応してまいりたい、かように考えております。

○高木健太郎君 終わります。

○内藤功君 私は、四月十八日の参議院本会議でも申し上げましたが、国民健康保険の今の大きな問題は、一つは、高い保険料、払いたくても払えないという人が続出しておる、そうして滞納に対しては保険証の未交付、こういう深刻な事態が相次いでおる、この問題でございます。

まず、ことしの一月二十八日、保険局長から知事あての「昭和六十三年国民健康保険の保険者の予算編成について」という通知が今大問題になっております。「予算編成の基本方針」の三のところで「保険料(税)の引き下げの措置を取るようなことは厳に行わないこと。」と続けて「なお、「保険料(税)の引き下げの措置をとった保険者に対しては、財政調整交付金の配分について一部見合わせることを考慮するものであること。」、こういうふうにしております。

衆議院の社会労働委員会の参考人意見聴取のときに、自治体医療関係者として朝日俊弘参考人がこう述べています。

こういう形で厚生省の側が一方的に自治体にいわばおどしをかけるような通知を出していくということについては、大変残念に思います。実際、自治体の窓口では、年々高くなる一方の保険料を納入していただくに当たって、(中略)大変困難を生じているような現実がございます。このような状況がございましてだけに、今回のような厚生省の態度は、何とも非常に高飛車な、自治体だけではなくて住民感情を逆なでするものだというふうに考えざるを得ません。

こう述べておられます。

朝日新聞の四月三日付でも「クサシクにも似た

厳しい注文」と批判をしております。

ところが、衆議院の三月三十一日の社会労働委員会でも、我が党の児玉委員に対して保険局長は、国保は単年度事業でないの、「先行きを考えながら運営をしてほしい」という意味でお願いをしているわけでございます。「こう答弁していただきます。これはそのとおりであるか確認したいことと、もしお願いであるならば、都道府県知事や市町村長は従わなくてもよいということになります。そういふことなんでしょうか。

○政府委員(下村健君) いろいろな意味が入っていると思うわけですが、御指摘の通知におきまして保険料の引き下げについて言及しておりますのは、国保制度の安定的な運営を確保していくためには、医療費の増高に見合った適切な水準の保険料の賦課徴収が必要不可欠であるということとを前提にいたしまして、十分な経営努力あるいは今後の見通し等もなく安易な保険料の引き下げ措置を行わないよう指導をしたわけでございます。

その問題ともう一つは、そういった経営努力といたしたことを十分に加味した上で国庫負担の配分を行うべきである、こういう議論がありまして、調整交付金の配分についてはまた改めて私どもから国庫負担の配分についての通知を出すわけでございますが、予算編成の際にあらかじめそういったことで努力をした市町村と努力をしない市町村と差をつける、差をつけた配分を行いますということとを明らかにするということ意味と二通りあるわけでございます。

前段の保険料の問題については、これは最終的な決定権は、保険者である各市町村が決定権を持っているという意味では直接的な拘束力を持っていない、こういう意味では、地方団体にそういうお願いをした、指導と申し上げてもいいわけでございますが、そのように申し上げたわけでございます。

○内藤功君 文脈は、明らかに第三項の中に入っ

ているんです。前段と後段は「なお、」で接続しております。いろいろ「安易」とかなんとかという言葉を除きますと、引き下げは厳に行わないこと、引き下げをとった場合は調整交付金の配分について一部見合わせる、こういうふうなことを受け取った側はとることはもう間違いないですね、日本語の文脈としては、これが一つ。

それから、いろいろ市町村で努力ということをやりましたが、私はある首長に聞いたんですが、やりくりしてよく値下げをやった、補助金、交付金をふやしてやるというんじやなくて値下げをしたら罰だ、これじゃ自治体の活力も独立もなくなるじゃないか、こう言ったある地方自治体の首長がおられました。私は、これは明らかに、朝日参考人が言い、また新聞も言っているおどしに似たようなことだ、こういうふうな文脈としましては言わざるを得ないと思うんですね。特に、被保険者の重なる負担を軽くするために値下げをするかどうかという地方公共団体の裁量の問題にこういう交付金配分権限をもって介入をするということとは、私は中央官庁として甚だ好ましくないことだと思っております。

きのうも連合審査で山口議員から質問がありました。私は、山口議員は正論だと思っております。そのときに局長は、こういう通知を出す権限は国民健康保険法の百八条の報告や実地検査、地方自治法二百四十五条四項の助言、勧告だと言いました。これは、法律論としては全然根拠にならない。国保法の百八条一項というのは、報告や実地検査ですが、値下げを厳にするな、値下げをしたら配分のときに見合わせる、こういうようなのは実地検査でも報告でもないし、いわんや技術的な助言、勧告でもない。

あなたの言っている根拠は、全然根拠になっていないんじゃないか。

○政府委員(下村健君) 私が昨日申し上げましたのは、国民健康保険法の第四條におきまして一般的に国保の安定運営についての監督権を有している、その具体的なあらわれとしては百八条のよう

な規定もある、また団体委任一般については地方自治法の規定もある、このように申し上げたわけでございます。

したがって、一般的な指導監督権というものは国としては持っており、その範囲内で保険料について一定の指導を行う権限は国は持っている、このように考えているわけでございます。

○内藤功君 それは一般論であって、今読み上げました第三項という、こういうようなやり方について根拠になるものじやありませんね。これははっきりしていると思うんですね。

特に、これは団体委任事務ですよ。こういう団体委任事務について値下げを厳に行わないこと、こういう形で地方公共団体の固有の団体委任事務という権限を侵すということは、これはできませんね。

○政府委員(下村健君) 問題の通知は、六十三年度の予算編成につきまして私どもとしての一定の方針、考え方を示したわけでございます。

市町村の国民健康保険の予算編成も大抵は三月中に行われるわけでございますから、その時点におきましては国の予算自体も確定していない、こういうこともありまして国の負担金等の配分についても配分方針は明確にできていないわけでございます。しかしながら、市町村としては、実際に予算編成を行う上で、六十三年で国庫負担をどの程度もらうことができるだろうか、その配分を受けることができるかという見通しも立てる必要があるわけでございます。そんなことをもとにいたしまして六十三年の保険料を決定する、これが現実的に市町村で行われていることだと思っております。

そこで、六十三年の保険料決定に当たって、現在の状況といたしまして医療費の状況等を考えますと、一般的な判断といたしまして市町村が保険料を引き下げることができるといふような状況にはない、こういう前提に立ちまして私どもとしては保険料を下げるようなことはすべきでない、このように申しあげたわけでございます。

それに関連をいたしまして、国庫負担の配分については、これは予算成立後にこちらとしては追って通知することになるわけでございますが、そういうふうな保険料についての決定方針というものも配慮した上で国庫負担の配分を決めるといふことを明らかにした、こういうことでございます。

○内藤功君 非常に苦しい答弁ですね、ますます苦しくなってくる。

三項の内容は、前段の蔽に引き下げを行わないこと、後段の財政調整交付金の配分について見合わせることを考慮する、これがなお書きでもってきちんと結びついてるんですね。ですから、受け取る方は、引き下げればこの配分について見合わせる、つまり一種のベナルティーとして受け取ることとは明らかですね。

私は、これは非常に重大な問題だと思ふのは、国の地方自治に対する態度として、国に行政の基本として非常に大きな問題があると思ふんですね。

国家行政組織法の十六条というのを御存じですか。国家行政組織法の十六条ではこういうふうな規定しておるんですよ。「各大臣が地方公共団体の長に対してなす命令、示達その他の行為について、地方自治の本旨に反するものがあると認めるときは、地方公共団体の長は、これに対して内閣総理大臣に異議を申し出ることができるんですよ。これは、いわゆる国の機関として処理する行為についてもできるんですね。いわんや、これは団体委任事務でしょう。団体委任事務というのは、国家の、中央行政の指揮監督を一切許さないというのが原則です。ここところが大事なんですよ。

ですから、この書き方というのは地方自治を侵す、地方自治の本旨を侵す。骨っぽい首長だったら、そういうことで逆に抗議を申し出てきますよ。私が首長ならやりますね、内閣総理大臣に言いますよ。そういう問題なんですね。それをお考えかどうか、どういふふうにお考え

でしょうか。

○政府委員(下村健君) ただいまも申しましたように、現在の一般的な判断といたしましては、医療費の動向等を考えますと保険料の引き下げができるような状況ではないという国としての判断を示して、保険料の決定に対応するように求めたものでございます。したがって、これは地方自治法に抵触するものではない、このように考えております。

なお、後段の問題でございますが、繰り返しになりますけれども、これは、国庫負担の配分の基本的な考え方についてあらかじめ必要な情報を市町村に提供をした、こういうことでございます。

○内藤功君 国家行政組織法十六条の私の理論については、どうお答えになりますか。

○政府委員(下村健君) 十六条に抵触するところはないと考えております。

○内藤功君 地方自治の本旨に反するかどうかは、あなたが判断するんじゃないんですよ。

十六条というのは「地方自治の本旨に反するものがある」と認めるときは、当該地方公共団体の長は、「と」いうんです。認めるか認めないかは、地方公共団体の長が地方自治の本旨というものをから見て反論ができ、異議ができる、こういう問題なんですよ。

答へになっていないじゃないですか、それは。○政府委員(下村健君) 十六条の解釈についてはお考えのとおりであらうと思いますが、十六条に該当するような問題でない、こう申し上げているわけでございます。

○内藤功君 大体あなたの見解のあるところは、この第三項というものの前段と後段を切り離してばらばらにして、前の方は値下げをしないという

こういう一つの要請だ、後の方はそれと関係ない、切り離す、こういうことであると思ふんですね。これは何回やっても、議論は大体そういうところだと思ふんです。

私は、読んだ人がどう見るか、地方自治体がどう見るか、こういう大きな問題だと思ふます。こ

れは、私は、日本語の読み方、常識として、間違いない、値下げをしない場合にはこれはベナルテ

ィー的に配分についての見合わせをやる、こういうふうなまともなことは読むべきものだ、こう思ふますね。

私は、こういうような通知というものは、絶対にこれは許すことができない、地方自治の観点で許せない、こういう考え方では今後中央行政をやるということとは非常に問題だという点を指摘しておきたいと思ふわけです。

そればかりではなくて、この通達にはもう一つの重大な問題があります。それは第二の八のところ

「広報活動については、特に、国民健康保険制度が保険料(税)による相扶共済の制度であること、保険料(税)の納付が制度運営の根幹であること等につき積極的な理解を得べく、十分な広報活動を行うこと」としておるところであります。

相扶共済ですね。きのうも論議になりました。相互扶助の相扶共済、これは、昭和十三年の旧国保法第一条に「国民健康保険に相扶共済ノ精神ニ則リ疾病、負傷、分娩又ハ死亡ニ関シ保險給付ヲ為ス目的トスルモノトス」とありまして、これは旧法の考え、現行国保法にはない、現在の国保法とは相入れない考え方じゃないですか。

○政府委員(下村健君) 相扶共済のみで成り立っていたというのが旧法であるとすれば、相扶共済という考えも社会保険という枠の中で生かしながら国の負担を明確にしたというのが新しい国民健康保険法の精神である、このように考えております。

○内藤功君 それは違ふんですよ。

この旧国保法は、昭和十三年といえますから、日本の中国に対する侵略戦争が激化して長期化の様相を呈してきたという中で、いわゆる健康保険政策、それから農村で結核に侵される人が多

す。

この法律のもとの補助というのは、帝国議会の議事録を見ると、スズメの涙どころかノミの涙だ、こういうふう言われてます。国民を愚弄するごとき計画だと帝国議會でさへ批判されているような状況だったんですね。それが相扶共済の精神というものの歴史的な意味なんですよ。

現在の国保法は、御承知のとおり、「この法律は、国民健康保険事業の健全な運営を確保し、もつて社会保障及び国民保健の向上に寄与する」。一つも相扶共済という文字はない。きのうも神谷議員がこの問題で発言しましたが、これはもうはっきり除かれてる、要らない、相扶共済というのは、国庫負担として保険料というものを基本的な柱とする運営を憲法二十五条に基づいてやれ、こういうことですかね。

ですから、都道府県知事に対してこういう相扶共済制度というものを中心に広報活動をやれというの、これは今の国保法、憲法をゆがめた宣伝をやれということをやろうことになるんじゃないですか。

○政府委員(下村健君) 相扶共済という考え方は、社会保険である以上は生きてる、このように考えられるわけでありませう。

今のお話は、国保が社会保険でない、こう言っておられるんじゃないと思ふんですよ。新しい国民健康保険法でありまして、皆保険というふうな言葉にあらわれておりますように、社会保険としての本質は死んでいない。それで、これは、新法のもとの国民健康保険の全体としての財源の構成、保険料でいかなる部分を賄い国庫負担でどの程度負担をするかといった基本的な制度の仕組みの中にそれはちゃんとあらわれていると思ふわけでございます。

したがって、相扶共済という面を特に今の時点で強調するということは、保険料の重要性を、社会保険としての国保の位置づけというものを特に理解を得られるように広報を行え、このようなことを言っているわけでございます。

○内藤功君 広報というのは、国または地方公共団体のとうとい予算を使ってやるわけで、国民に誤解を与えないといけないですね。税金のむだ遣いですよ。

それならば、今の憲法、国保法に基づくこういう社会保障の制度である、今の第一条、そういう制度であるということを基本にした広報をするべきなんですね。そしてそういう中で保険料の納付をお願いする、これは私は言えると思うんです。ここに出てくるのは、そうじゃなくて相扶共済だけなんだ。

これは、まさに戦前の国保法の第一条の復活です。きのうも神谷議員は連合審査会で、明らかに考へ方が変わってきているんじゃないか、国保は社会保障だという考へ方から戦前の国民健康保険の相扶共済というもの、つまり国の負担をなくしていくという方向に変わってきているんじゃないか、こう言ったんですね。私は、重ねてこの点、旧法の考へ方を復活させていくものだ。これについてどういうふうに反論されますか。そういう相扶共済を中心にする広報をやるならば、大事なことですよ。

○政府委員(下村健君) 社会保険ではありませんけれども、我が国の社会保険制度の中核をなす制度であるということについては、これは疑いがないわけでございます。社会保険でありながら年金と医療については社会保険方式でそういった具体的な医療保障を展開していく、これが我が国の基本政策になっておりまして、国民健康保険が社会保険である、したがって皆保険という形で国民の医療保障を確立していく、こういう考へ方は基本において変わりはないわけでありまして。

【理事曾根田都夫君退席、委員長着席】
ただし、国民健康保険ができた時点におきましては、国の責任を明確にして皆保険を達成する、そういう意味合いで国の責任を特に強調し、皆保険体制、社会保障の一環という点に重点を置いて理解を求めたということでありまして、今日の時点においては、国民健康保険が社会保険である

という本質については変わっておりませんので、その点について十分理解を得て保険料の納入が円滑に行われるように努力するように、こういうことを言っているわけでございます。

○内藤功君 それならばそういうふうに通達に書くべきなんだよ、社会保障だということを。社会保障だとは書かないでいきなり相扶共済、これでは戦前の国保法への逆戻りだと私ははっきり指摘をしておきたいと思ひます。

次に、保険料が払えない方に対して窓口で保険証を交付されないという事例は何度か取り上げましたが、東京都北区でも昨年の七月末までに現実に取り上げた事例の未交付事例が、私は行って調べたんですが、数十件発生をしております。

この東京都北区の例をとりますと、八七年の国保料が一世帯八万三千七百二十円、十年前と比べて二・二九倍と聞いております。

まず、昭和六十一年分の滞納額が九万二千九十二円、窓口で毎月分納で二万円分割払いを申し出た方がおられます。この人は、滞納額を半分以上払わなければ保険証を渡さないと言われた。

二番目、十六万円の滞納がある人が保険証の交付を求めたところ、半分の八万円払わなくては交付しないと返されて追ひ返された。

三番目の例、夫婦で入院していた。退院後滞納分を支払うとしていたが、病気のため生計が立たず約束した分納額を払えなかった。この事情を知りながら窓口では、あなたが約束を守らないからといって保険証を交付されなかった。

四番目の例、保証債務の返済で生活が苦しく滞納が十二万円になった。いいですか。子供のけがで奥さんが保険証を求めに行ったところ、約半分の五万円払わないと渡さないと追ひ返された。次に本人が休みをとって行ったが、だめだ。やっとなら、事情をどんなに話しても頭としてびた一文まけない。五万円を払わなきゃだめだと都合四回追ひ返されてしまった。結局、親戚に借金して、しばらくおくられて五万円払った、こういうことですね。

この人は、食事は本当に貧しい食事、納豆と豆腐でしばらくの間やってた、こういうふうな言っております。

私は、これらの事例が悪質だとは思ひませんが、悪質事例じゃないですよ。払いたくても払えない人なんですね。分納を申し出ているんですよ。

もう一つ、問題は、窓口で、半分払わなければ保険証を渡さない、こういうふうな言われたという点が共通している。その場合の根拠として、厚生省の昭和六十一年十二月二十七日に出した国民健康保険課長通知というのを根拠にしているんですね。これを根拠にしていますよ。明らかにこれを、こういうのが来ていると、こう言っているわけですよ。

これはどうなんですか。こういう通達はその根拠にされて、現に自治体の窓口でやられている。そういうふうな読めるところがあったからじゃないですか。私は、これについて厚生省の責任をはつきりさせてもらいたいと思ひます。

○政府委員(下村健君) 滞納者がすべて悪質な滞納者でない、このように申し上げておきたいわけですが、各町村にあるいは保健所の窓口でもそのような理解をしているのではないかと思います。

ただ、その場合に、一体どのくらい滞納したところから注意をしておいていけばいいか、ということの目安をいたしまして、私どもとしては、年間の保険料の二分の一程度のところを目安として対応するようにというふうな指導をしているわけでございます。

したがって、お話しのような事例が出てくるんではないかと思ひますが、ただ、今のお話を伺っておりますが、そのお話しに出た方が悪質と認定されているわけではない、このように考えられるわけでありまして、悪質と認定したのであれば、交付をしないで直ちに被保険者資格証明書を交付する、こういう形になるわけですが、資格証明書を交付するという形にな

っていないところを見ますと、北区の場合も悪質滞納者として認定した上でそれに対応したということではないんだらうと、このように理解をされるわけでございます。

したがって、確かに手数がかかってなかなか大変だという面はあるかと思ひますが、私どもとしては、十分に実情が理解されるように納付相談の徹底とそれから被保険者の実態を十分に把握するようにと、こういうことを申し出ているわけでございます。そして、そういう経過としてお話しのような事例が生じたということであらうというふう

に理解されるわけでありまして。

○内藤功君 そこが問題なんです。悪質と認定されなかったと、それはそれでよし。こんな悪質にはなりませんよ。悪質と認定されなかったのに、なぜ、このように四回も追ひ返されるということになったんでしょうね。これは、相談という名前による実際上の未交付ですね。相談という口実による未交付、こういうふうには私は見ざるを得ないわけですね。なお悪質であります。行政側の対応がなお悪質であると思ひます。

結局、これは北区において激しい抗議を行いま

して、都の指導もあって、事務に適正さを欠いたと文書で回答して、最終的にはこれは交付をされたわけですね。しかし、それまでの苦勞は、あなた

は煩雑と言われけれども煩雑どころじゃないですよ。やっぱり生死、健康に関するわけですから

ね。

私、そこで最後に、大臣にお聞きしておきたいと思ひます。

これらの人は、みんな払う意思がある善良な誠実な人ですよ。業者でありその奥さんであり家族ですよ。そうして、保険料が高いということ、保険証取り上げの滞納者制裁事項が導入されたこと、それに基づく課長通知というああいうどのようになどもとれるものを出したこと、そういうことが善良な人を苦しめている、悪質でない人に悪質の範囲を広げている、ここに大きな問題があると

たら四分の一の管理料しか診療報酬が出ないというふうなこういう仕組み、こういうやり方というのは、とにかく何でも長期入院を排除してそして医療費を抑えるというだけだ目的になつていからではないか。これがお年寄りに適用されたいや応なしに病院を、局長は前回は追い出すという言葉は嫌だといって言われたけれども、追いつきざるを得ないようになるそういう仕組みができていく。これは病院当局にとつても大変ですよ。あるいは看護の実態にも合わない。いろいろ問題ありますが、時間がありませんから詳しくは申し上げません。何しろそういう仕組みをつくつてきているという点を指摘しておきたいわけです。

それからもう一つは、例えば、この診療報酬の改定を見ますと、こういうことが起こつておるんですね。

お年寄りで入院が一年を超える場合、これは老人医療の場合にはしばしばあると思いますが、とにかく一日に処置を何回やつても一日に十ポイント、十ポイントというのは一日に百円でですね。それから、老人病院であつたら、一年以上の入院者は一日に何を何回やつても二百五十円だと。あるいは湿布や吸入や目、耳、鼻、口、のど、どこを何回処置しても一日に十五点、百五十円です。大体、今の時代の経済観念とはおおよそ話にならないようなこういうことが決められてきているわけです。

こういう仕打ち、こういうやり方というのは一体何を示すんだらうか。私は、病院に長くおつてもらつてはよくないということ、点数で締め上げるというやり方で厚生省はやつてきているなと思つたけれども、ちょっと考えてみたら、お年寄りは病気をしても診療報酬は払いませんよ、必要があつてもはつておいたらよろしいということになるじゃないかという点が極めて重大だと思うんです。高齢化社会を迎えてお年寄りを大切にしなければならぬと言ひながら、こういうひどいことは何だ。もっと言えば、私は、厚生省はここ

まで考えているんじゃないかなと思うんですが、どうしてもやつてもらいたい、しかし診療報酬、費用は出ないですよ、出ないからこれ以上やれませんかと言われた場合に、自分でお金を出してでもやつてもらえよということなのか。そこまで考えるを得ないけれども、そういうことですか。

○政府委員(岸本正裕君) 今の先生の御指摘の検査とか処置等につきましてはのいゆる包括化の問題につきましましては長期入院者を対象にしております。入院一年を超えるようなケースを対象にして、入院一年を超えて、非常に疾病が慢性化して定型化をしていく、そういうものを対象に對しまして検査づけをするとかそういういわゆる出来高払いの欠点で、それが老人の幸せにも反する、こういうようなことが言われているわけでございます。そういうことを是正し、老人の症状にふさわしい医療を適切に提供するため、こういう趣旨で今申し上げたような包括化をしていくわけでございます。

そういうことで、だれにもそういう今のような包括化をしていくのではありませんで、一年を超えるような長期の慢性症状のものを対象に行つていく、こういうこととでございます。

○審判官(子君) さつぱりわかりませんがね。特定の患者さんあるいは特定の患者さんだけを想定したような診療報酬体系というのはよろしくないんです。実際そうなんです。

例えば、一般の病気で入院をした患者さん、が人の人だと考えたらいいます。入院したときにはそれほど大して手はかからないけれども、半年ぐらいいつていよいよ大変な状況になつてくるという場合には非常に看護の手間暇もかかります。病室管理も大変な負担になるんです。そういう場合、六カ月を超したら入院管理料は四分の一なんというのとは実態に合わないじゃないかということとを申し上げているんです。何でもかんでも日にちがたつたら下げたらいというものと違ふんです。

これは厚生省だから言うんです。いわゆる財政

対策だけを中心にして、医療費を抑えるということだけを中心にしてやつてまいりますと、お年寄りの場合には本当にひどい医療内容の低下、お年寄りにとってははうり出されていくというふうな実態に陥る状況になる。こういうことは私は断じて認められないです。実際には老人病院だつて認められない。一般病院はおおさらです。そういう点をどう考えているかという点をもっとはつきりしてもらいたいと思ふんです。

それは、いや、薬づけ、検査づけにすることがお年寄りのためにならぬからと言つけれども、すべての入院患者を考えてそんなことがぬけぬけ言えますか。どの患者さんが薬づけになつていくか、どの患者さんが検査づけになつていくか、この患者さんはどうしてもやらなきゃならぬかという区別がないんじゃないですか、これは。

○政府委員(下村健君) 一般論として申し上げます、日本の場合には医療機関の、特に病院の場合でありますけれども、急性期の病院と慢性期の病院の区分がはっきりできていない、また診療報酬の上でもそれに対応したような体系になつていなくて一律の診療報酬体系ではないかといふことがこれまで言われ続けてきたわけでございます。制度的にそれに対応していかうのか。特にお年寄りの状況を見ますと、一般病院にかなり多数の方が入つて、しかもかなり長期間、数年間にわたつて入院をするというふうな事例もある、こういうことでございます。

私たちは、そういう形は好ましくないで好ましい方向にむしろ変えていくべきではないか、やはりその時期によりまして、例えば脳卒中の患者であれば、その直後の急性的な症状がある時期とそれからリハビリテーションにしても時期によってある程度違つてくる、このように考えているわけでございます。

患者の状態を見ながらそれに適した適切な医療が行われるということが好ましい、こういう保険の上での診療報酬制度でありますからある程度画一的な割り切りということはあるわけでありま

すけれども、全体的なあるいは一般的な状況を見

て、多少の幅を見ながらそういう患者の状況に応じた適切な医療施設の体系あるいは診療報酬体系、こんなものをつくつていくべきだと考えているわけでございます。

○審判官(子君) 今局長が言われたのは、例えば脳出血の場合に入院して一週間が一番大変だと。逆の場合もある。落ちついて、入院をされたから再発を起したということが起こる可能性もある。そういう場合でも、それじゃそういうことがちゃんと対応できるのかというところ、この一般論ではできませんわ。二カ月目に再発が起つたらやっぱり二カ月以上という低コストのところでは支払わない、こういうのは実情に合わない。そのことを申し上げているんです。実情に合わないということ、お年寄りにとにかく病院から早く出ていってもらふと病院もたまらぬという状態をつくり上げていくこの仕組みというのは、けしからぬと思う。

時間がありませんから次へいきますが、とりわけ私が理解に苦しむのは、今回、保険医療費負担規則、いわゆる負担規則の十条を改正しまして、「家庭事情等のため退院が困難であると認められたとき」には、保険医療機関は保険者、都道府県知事に通知義務を課したんですね。わざわざ負担規則の十条を改正していますね。これは一体どういうことですか。

いわゆる社会的入院とえらい言われている病状としては退院をしてもいいけれども家庭事情などのために退院を勧告してもなかなか退院してもらえないという人の場合に、通知をせよというんです。そういうふうにもう決められたんですね。

簡単に言いますわ。そうしたら、病院長が保険者あるいは都道府県知事に通知をした場合、この人は退院してよろしいといつても帰れませんといつて通知をした場合には、その患者さんに対しては保険給付の打ち切りをするんですか。これ、どうなんですか。

○政府委員(下村健君) 入院治療の必要がないにもかかわらず家庭事情等のために入院を続けるよ

うないわゆる社会的入院は、患者にとって好ましくないだけでなく、保険料や税金で賄われている保険制度の立場から見てもこれは問題があると、このように考えているわけでございます。

したがって、老人ばかりでなく、ヘルスあるいは福祉の施策の中から、このような患者にとって最もふさわしい処遇を見出していく必要があると考えているところでございます。

こういった観点から、従来から老人保健に係る療養担当基準につきましては、家庭事情のため退院が困難な場合には、医療機関は市町村長に対して通知しなければならぬこととされてきたところでありまして、今回の改正は、保険者においてもこれと同様の取り組みを行うこととして、患者にとって最もふさわしい処遇を見出す契機にしようということでありまして、現在の状況で、これは一般論として申し上げているわけでございますけれども、患者に対する給付を打ち切るといふような措置と直ちに結びつけるというふうな考え方はとっておりません。

○香脱タケ子君 それでは、医療機関に対しては、例えば通知がとれる、通知を怠るといふ場合には、療養規則違反で処分の対象にするんではないかと、

○政府委員（下村健君） 今回の療養担当規則の改正は、ただいま申し上げましたように、いわゆる社会的入院に対する総合的な対応を図っていく、こういう見地から保険者サイドからの取り組みを促していくこと、行政サイドが行うべきことを医療機関に押しつけようというふうなことを考えているわけではございません。

また、この規定の改正の趣旨から、医療機関が都道府県知事に通知を行わないということだけで直ちに処分を行うということには必ずしもならない。これはいろんな事例があるいはあるかもしれないが、一般的な判断として申し上げますと、私どもとしては、この規定の趣旨を体し、医療機関の側でも必要なら入院を減少するよう尽力をし

ていただきたい、このように考えておりますけれども、これはなかなか判定が難しいというふうな面もあるかと思ひます。したがって、通知が行われないということでも直ちに処分に結びつけるということを考えているわけではございません。

○香脱タケ子君 それは当たり前のことだと思ひんだけれども、処分の対象になるような通知義務などということだったただではおさまらぬですね。

しかし、ここまで徹底をしてくれているという具体的な例だと思ひますね。結局、どうなるかいうたら、行政的には、指定市町村はいわゆる是正計画をつくって、それで国と都道府県の指導によって審査、監査減点等々を強化して、突出した医療費は削れられと圧力をかけられる。それから、診療報酬では、長く入院をさせておいたらいわば幾ら温情をしようと思つても病院自身の経営が成り立たぬようになるといふことで締め上げる。上からは行政的に押しつけてくる、下では自分のお病院内の中からはもうおつてももう困るんやというところで突き上げられる。サンドイッチになるのはだれかといったら、やっぱり、長期入院の高齢者になってしまふと思ひますね。

あぐくの果てに通知義務で追いつくというふうなことになったら、これはひどい仕組みだと思ひますが、実際に物の見事につくり上げていると思ひうんです。私は、財政対策、とりわけ医療費を減らすということを中心にしての対策としては大変物の見事な仕組みだと思ひます。しかし、患者、国民の立場に立つたら、こんなことをやられたらたまらぬと思ひます。医療費の高さを無理に抑えるのにはこんな仕組みをがんがんやる以外に抑えられないというところになるんじゃないか。どんなにうまく言葉で飾つてもそんなんでいいことが一挙にできないんだから。

そこで、私、この問題は終わりたいと思ひますので大臣にお伺いをしたいんだけれども、とにかく医療費の高さを抑えるということになると、こういう無理に無理を重ねないとういうにもならないということだけはいくらでも、長期入院の年寄りたちを強制的に追い出すようなことのないように、これはまず約束をしておいてもらいたいと思ひます。これはいかがですか。

○国務大臣（藤本孝雄君） まず、一般的な問題といたしましては、医療費というものは高齢化の問題だとか医療の高度化という問題でこれからふえていく、そういう中で国民に必要な給付というものはこれは確保していかなきゃならぬ、これはそう思つております。

ただ、それは、給付と負担という両面の関係がございまして、給付がふえればふえるほど国民の皆さん方の負担もこれまたふえていく、こういう関係があるわけでございますので、その点につきましては国民の負担が過重なものにならないような配慮をすることは、これは至極当然なことだと思ひます。

御指摘の老人医療の問題でございますけれども、問題はその老人の状態に応じて適切な医療といふものができるといふことが大事であるわけでございます。私どももいたしましては、先ほど来局長が申しておりますような高医療費市町村の安定化計画の推進であるとか老人診療報酬の改定とか在宅医療等を含めまして、こういうお年寄りの状態に応じた適切な処置といふものが促進されるというふうな考えておるわけでございます。

しかし、御指摘の点もあるわけでございます。まして、お年寄りが病院から追い出される、そういうことはあってはならないわけでございますので、そういうことのないように十分に配慮はしてまいりたいと思ひます。

○香脱タケ子君 なぜ無理に追い出すなど申し上げたかといふと、やっぱり在宅サービスの受け皿といふのがないわけですよ。そのことが不十分なままです。これをがんがんやられたら大変なことになる、そのことを私はおもんばかって申し上げ

ているわけですよ。

厚生省は、この資料によりまして、長期入院の抑制あるいは在宅重視の方針というのを方針として出しておられますね。六十一年度の要介護老人をデータで見ますと、六カ月以上の入院者が六十年一度で二十五万人、おおよそ今も似たようなところだと思ひます。これを七十五年には十万人から十四万人に減らすという方針だといふのが資料に出ていますね。果たして、高齢化社会を迎えて高齢者がふえていく、入院患者は今六カ月以上の人が二十五万人おるのを、昭和七十五年になったら十万人から十四万人ぐらゐに減らすといふてそんなにうまいこといふだろうか、受け皿があるんだらうか、だれが一体介抱するんだらうか、大変重大な問題だと思ひます。

そこで、時間の関係がありますから簡潔にしたいと思ひますが、これは前回の委員会でも申し上げましたけれども、いわゆる北海道のモデル事業の実績が大変見事に示しておったと思ひます。九千六百六十五人のリストアップをした入院患者の中で実際に自宅へ帰られたのは十六人だ、退院をされた方が六十人だといふ実績がございましたが、それはやはり受け皿といふのは難しい。

在宅サービスは、何といつても、まず住宅でしょう。それから所得でしょう。介護体制の条件といふのは極めて厳しいですよ。だからこそ社会的入院などと言われている実態があるんじゃないですか。

私、東京保険医協会が六十二年に行つた患者さんの住宅環境調査の資料を拝見しておりますので、たくさんあるんですが、ごく特徴的な二、三例を参考までに申し上げます。これは要介護老人で家庭におる人の例です。八十歳の女性。脳梗塞で脳萎縮。胃腸造設。胃にフィステルができていふんです。この人は三畳と四畳半の二部屋に息子と二人で同居して、とにかく部屋じゅう足の踏み場もない荷物の間にやっとなを敷いて寝ておる。往診に行つて

も座る場所もない。そういう状況になっている。それから、こういう例もある。七十五歳のこの女性は、脳卒中で高血圧、膝関節炎です。台所もトイレもない、食事の支度はしりんに炭をおこしてインスタントラーメンなどを食べる。このしりんは冬には唯一の暖房器だ。トイレはないのでポータブルトイレで、部屋の中は常に尿臭、トイレのにおいが満ちている。

これは七十歳の男性。脳卒中、左麻痺です。この人は、家が狭く、しかも奥まったところにあるので、東京の区の巡回入浴車も入れない。

これはもう全部そういう例なんです。そういう調査の結果が出てきているほど深刻です。これがまさに受け皿がうまくできていない、退院ができませんよという状況なんです。まさに政治の貧困だと思ふんですね。私はやっぱり受け皿の解決が先決だと思ふんですよ。

そこで、その辺の受け皿対策というのを本気になってやってもならなかったら、お年寄りは無理無理に退院させられたら今申し上げたような本当にみじめな家庭療養の姿になってしまわざるを得ない。こうしないためにやっぱり政治の力を発揮するべきではないか、政治の力で解決するべきではないかと思ふんです。

受け皿対策についてのお話はたくさん聞いておりますが、簡潔にちょっと聞いておきます。

○政府委員(下村健君) モデル事業の状況等につきましては、お話のようなことを中間的に聞いているわけでございます。私どもとしては、それでは在宅対策だけで対応できるか、必ずしもそれだけで対応するというものではありませんが、やはり東京のような地区では特に在宅対策が非常に困難な問題がある、これはもうお話のとおりであるかと思ふんです。

したがって、私どもとしては、老人保健施設を初めとして特別養護老人ホームのようなものもあるいはその他の施設も必要ではないかと思ふんです。そういうものも含めて総合的に受け皿をつ

くっていく。これとあわせて、とにかく現在病院に入っておられる老人の処遇の改善を図っていくというふうなことが必要である。やむを得ないからといって、現在のうちに病院に老人を入れてそれを保険料が払えない、これはどう考えても私はおかしな事だと思つておるわけでございます。したがって、なかなか短期に解決できる問題ではないと私どもも考えておるわけでございますが、一日も早くそれを変えていくという方向で努力をしていくべきであらうと、このように考えているわけでございます。

したがって、先ほど通知の問題も出ましたけれども、現在のところそれを直ちに給付を打ち切るというふうな問題に結びつけるつもりはないと、このように申し上げておるわけでございます。

○香取タケ子君 私は、政治が貧困で受け皿が十分なままで強行してはならぬということを言っておるものでありまして、入院をする必要のない人をいつまでも入院をさせるということが一番大事なことだなどとはゆめゆめ申し上げておりませんので、それは誤解のないように御理解を賜りたいと思ふんです。

それで、私は非常に心配をしておりますのは、前回の法律改正でいわゆる社会福祉・医療事業団法の改正がやられましたね。あのときに、シルバーサービスというのを民間優先でやっていくという問題が出されたわけですね。

で、事業団法の提案理由にはこういうふうに出ていていいますよ。これまでの公的福祉施設の一層の推進と相まって民間部門の云々というふうに書かれていっているんですけれども、私は、あのときに申し上げたように、行政改革推進審議会などの基本的な方針というのは、いわゆる行政改革の基本的な方針でございまして、公的部門における福祉サービスというのは「基礎的なものを主体とする」とも、その他の多様なサービスについては民間の多様な有償サービスやボランティア活動等民間活動の活用を推進すること」というふうに明

記されていることですね。つまり、いろいろ言われるけれども、公的サービスというのは基礎的なものに限り、あとは民間サービスに限れるというふうなことになるわけですよ。私は、だから特別にこのことを強調しているわけで、受け皿なしに長期入院の老人を、とにかく医学的にはこんなものけしからぬのだということで無理無理に追い出して、行きどころがないというふうなやり方にならないようにできるだけ公的サービスとして受け皿をつくっていくことをもって積極的にやって、そういうことと並行して実現をするというふうにやってもいいと思ふんです。

これは、いや、やっています。ヘルパーさん二千二人、これはびっくりするほどふやしましたという、そんな二千人や三千人ふやしたからという今日の要介護老人の在宅サービスに間に合うような時代じゃない。

少なくともそれは思い切つてふやすというふうなこともこれは考えるべきだと思ふんですが、大臣どうですか。

○政府委員(下村健君) 大変困難な問題でございまして、おっしゃる通りに、私どもとしては、受け皿の整備も含めて全体のバランスを考えながらこの対策を進めていくべきだ、このように考えているわけでございます。

民間の問題でございまして、民間サービスについては、供給面の問題とその費用負担をどうするか、この二つの側面があるかと考えておるわけでございます。ホームヘルパーの問題が出たわけでございますが、ホームヘルパーのようなサービスをすべて公的な供給主体で提供していくというところにすれば、これは全体として国民負担というものは相当高い水準に上がるだろう、このように私どもは考えているわけでございます。

スウェーデンの話がよくそういった在宅サービスあるいはホームヘルパーの例として取り上げられるわけでありまして、スウェーデンは確かに相当手厚い在宅サービスをやっておりまして、反面、国民負担は国民所得の六〇％に達して

いるというふうな高い負担率になってきているわけでございます。

したがって、費用負担の問題をどういうふうに組み合わせようかという問題はあるわけですが、公的なサービスというもので基本的な部分を賄いながら補完的にそういった民間のサービス供給主体というふうなものを育てていくことができないだろうか。また、これにあわせてその費用負担をどうしていくか、問題は別にもう一つございまして、そういう観点から取り組んでおるわけでございます。

○香取タケ子君 時間がありませんから詳しく申し上げられませんが、民間サービスとおっしゃるけれども、実際、一時間千円で交通費つきというふうなヘルパーさんをそんなに雇えるようなお年寄りがどれだけありますかと。入浴サービスが一回一万円、一万五千円というふうなものを一月に一回、一週間に一遍でもできるお年寄りがどれだけありますかと。今の年金の水準を見てもらえない。福祉年金関係では三万円以下でしょう。国民年金の十年年金や十五年年金だって同じようなものでしょう。五万円にもならぬのですからね。そんな収入でそういうことができる人がどれだけありますかと。

そのことを申し上げておるから、私は、民間サービス以前に、公的サービスの充実ということをして、先決問題としてやってもらいたい。その上にももちろんニーズのある方々には、必要な方々もたくさんありますから、民間サービスも必要な段階で発展をさせていただくということが必要であらうと思ひますが、しかし基本をはっきりしてもらいたい、公的サービスを基礎としてもらいたいというわけでございまして。

残り時間がわずかになりましたので、私は医療保険の一元化構想についてお聞きをしたいと思つております。もう本当に時間がなくなつたので、同僚委員の皆さん方が午前中にこの分野についてはたくさん御発言がありましたので、端的にお聞かせをいただきたいと思います。

今回の改正をやつて、六十五年には国保の抜本改正をやるといふんですね。老人保健法の改正もやる。その場合に、保険料の減免者を別建てにする福祉医療制度が当初厚生省案にあつたわけですが、この福祉医療制度が今度の改正案では保険基盤安定制度に変わったと思ふんです。

これは、福祉医療制度を今後創設するんですか。

○政府委員(下村健君) 福祉医療制度というものの中身が必ずしも実体としてはつきりしているわけではございません。

福祉医療制度ということでは具体的な構想として言えば、昨年私どもが提案いたしました福祉医療制度が恐らく唯一のものではないかと思ふわけでございます。ただ、前回の福祉医療制度についてはいろいろな御批判もございましたので、あのままの形というものはこれは考えられない、このように思つてゐるわけでございます。

ただ、先ほど来、低所得者の保険料問題を含めいろいろな御議論があつたわけでございますけれども、低所得者問題にどのように対応していくかということについては今後いろいろ検討していく必要がある問題だ、これは国保の非常に大きな構造的な問題であるというふうに考へてゐるわけでございます。

○審議タケ子君 この高齢者対策企画推進本部の報告では福祉医療制度をつくと書いてあるんですね。

その項目を見ますと、前段にこう書いてある。福祉医療制度で「その際、合わせて公費負担医療制度、生活保護の医療扶助制度の基本的見直しを行う」といふふうに書かれておりますが、厚生省はこんなことを一元化の際にはやるおつもりでございませうか。

○政府委員(下村健君) これも今後の検討事項でございまして現在の段階で確定的なことは申すわけにいかないんでありますが、例えば公費負担医療というものを取り上げてみますと、現在の保険給付では定率の八割あるいは九割、七割とい

た給付にあわせて高額療養費制度というものができておりました、その高額療養費の給付でなお残る自己負担額五万円あるいは三万円といったものについて公費負担医療が受け持つてゐる、こんな格好になつてゐるわけでございませう。したがつて、一〇〇%低所得者対策というふうに割り切ることはできない側面がございませう。現在の公費負担医療にはそれ以外の機能も含まれてゐるわけですから、低所得者対策という観点から現在の公費負担医療制度の機能をかなりの程度考えることができるわけではございません。

したがつて、低所得者対策あるいは低所得者に対する医療保障をどうするかというのが福祉医療制度という形で言われてゐる問題意識でありますから、そういった場合には公費負担医療あるいはもう少し幅を広くとれば医療扶助といったものもあわせて見直しをすべきではないかという考え方を企画推進本部の報告では述べてゐるわけでございます。

○審議タケ子君 極めて重要であります。

こんなことをやれば、これはもう皆保険の構想も崩すであろうと思ひますし、差別医療がはびこつてくるということになりますし、社会保障全体の崩壊、変質につながるというふうに思ひます。大変な変革であり、改悪だと思ひます。

もう一つ聞いておきたいのは、国保の改正をしていく場合に、国保に加入してゐる被用者は六十年間で千八百八十一万人おられます。約二八%余りですね。これは政府管掌健康保険に漸次移すんですね。

○政府委員(下村健君) 五十九年の健康保険法改正の際にそのような方向が法律上はつきり位置づけられておりました、計画的にそういう小規模な事業といたした部門につきましても被用者保険の適用を行つていくということで、現在、社会保険庁が努力してゐる段階でございませう。

○審議タケ子君 もう時間がありませんので、これは最後にまとめて申し上げたいと思ひます。そうすると、国保について六十五年の改正のとき

きに考えられると。

それまでに考えられるのは、一つは、今、組合を除きますと加入者全体で国保の被保険者は四百七十万人ですね。そのうち被用者が千八百八十一万人、これは健康保険に移す。そして、つまり低所得者の四百七十万人は何らかの形の福祉医療に移行させる。そうなりますと、国保全体の中で残るのは二千五百十九万人、加入者全体の六〇%になるんですね。国保から四〇%の人が被用者保険に移行したら、国保は現行の六〇%程度になりそうなんです。そうしたら、国保に対する国庫負担は、これは四〇%の人間が減つたら四〇%減るわけ

で、六十年間で二兆円ですから、四〇%減つたらそれで大体八千億円はざつと減るという仕掛けになるわけですね。それはそのはずだと思ふんですね。国保におれば給付費の五〇%は国の費用で出さなきゃならぬが、健康保険へ行つたら一六・四%で済む。さらにそれを組合健康保険にしたら、組合健康の事務費で国の費用は三%か四%で済む。つまりほとんどほとんど転がして、他の保険へ移行できるものはほとんど移行させて、そうして保険料が大体ほとんど払ふという所得の高い水準だけを残して段取りをする、そのあげくに社会保険との一元化に進むというふうな考え方になるのではないかと思ふのです。

そういうふうな考へてまいりますと、国保のいわゆる抜本改正もあるいは医療保険の一元化も、これは全部国庫負担を限りなく減らしていくということにつながるというふうに思ふんですね。そういうふうなやり方でもって医療保険の一元化をやるといふふうなことになるれば、これは、国民医療あるいは年金も含めまして、国民の社会保障制度に対して極めて大きな影響を及ぼすものだと思ふんです。

とりわけ今回の国保の改正というのは、国民の要求を実現するために国の費用を出して保険料を下げるなりあるいは給付率を上げるなり改善をするというんだつたらいいけれども、国の負担を削つて府県や市町村あるいは国民被保険者に負担を

ツケ回しをするというふうなやり方というのは、断じて認めるわけにいかない。しかも、これがいよいよ医療保険一元化へ向けての重大な一里塚だということになれば極めて重大であり、こんなことは認めるわけにはいきませう。

最後に、私申し上げておきたいと思ひますのは、今日、新しい大型間接税の創設に当たつて、高齢化社会を迎えて福祉対策が福祉対策ということが盛んに言われている。私はもう残念でならない。福祉に対してはほとんど金をつぎ込んでいって財源が足らぬからというならよろしい。ほとんど医療保険からは削り上げ、年金からは削り上げ、ほとんど削り上げておられるが……

○委員(関口恵造君) 審議君、時間です。

○審議タケ子君 はい、もう終わりますから。ほとんど削りながら、財源をつくるんだなどは、ぬけぬけよく言へたと思ふんです。私は、そういう立場で言ひましたも、本改正案は絶対に認めることができないということを申し上げまして、委員長のお言葉もございませうので、本日の質問を終わりたいと思ひます。

○委員長(関口恵造君) 以上で質疑は結局いたしました。

○委員長(関口恵造君) 次に、児童扶養手当法等の一部を改正する法律案、原子爆弾被害者に対する特別措置に関する法律の一部を改正する法律案、戦傷病者戦没者遺族等援護法及び戦没者の父母等に対する特別給付金支給法の一部を改正する法律案並びに厚生年金保険法の一部を改正する法律案の四案を議題といたします。

まず、政府から順次趣旨説明を聴取いたします。藤本厚生大臣。

○国務大臣(藤本孝雄君) ただいま議題となりました児童扶養手当法等の一部を改正する法律案について、その提案理由及び内容の概略を御説明申し上げます。母子家庭及び心身障害者に係る各種手当制度並

びに老人、障害者等の所得保障の中心である年金制度につきましては、従来からその充実に努めてきたところでありますが、最近の厳しい財政状況のもとにあつても、母子家庭、障害者、老人等に対しては社会経済情勢の動向に対応した適切な配慮がなされる必要があります。

今回の改正案は、このような趣旨にかんがみ、児童扶養手当、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当等の額の引き上げ並びに拠出制国民年金、厚生年金及び老齢福祉年金の引き上げ等を行うとともに、年金福祉事業団が行う住宅融資制度を拡充し、親子助け合い住宅融資制度を創設するものであります。

以下、改正案の内容について御説明申し上げます。

まず、児童扶養手当法及び特別児童扶養手当等の支給に関する法律の改正について申し上げます。

第一に、児童扶養手当の額につきましては、児童一人の場合月額三万三千九百円から三万四千円に、児童二人の場合月額三万八千九百円から三万九千円に、それぞれ本年四月から引き上げることとしております。

第二に、特別児童扶養手当の額につきましては、障害児一人につき月額二万七千四百円から二万七千五百円に、重度障害児一人につき月額四万千五百円から四万四千三百円に、それぞれ本年四月から引き上げることとしております。

第三に、障害児福祉手当、特別障害者手当及び特別障害者手当制度の発足に伴い経過的に支給されている福祉手当の額についてであります。障害児福祉手当及び経過的に支給されている福祉手当の額につきましては、月額一万六千五百円から一万七千七百円に、特別障害者手当につきましては、月額二万九百円から二万九千五百円に、それぞれ本年四月から引き上げることとしております。

次に、国民年金法等の一部を改正する法律の改正等年金制度の改善について申し上げます。

第一に、拠出制国民年金及び厚生年金の物価スライドの特例措置について申し上げます。

現行の制度におきましては、消費者物価上昇率が五%を超えた場合に物価スライドを実施することとなっておりますが、昭和六十三年度におきましては、特例として昭和六十二年の物価上昇率に比した年金額の引き上げを本年四月から実施することとしております。

第二に、老齢福祉年金の額につきましては、拠出制年金の額の引き上げに準じて月額二万七千四百円から二万七千五百円に、本年四月から引き上げることとしております。

第三に、旧国民年金法による障害年金等につきましては、昭和六十四年二月から、現行の年四回支払いを二月、四月、六月、八月、十月及び十二月の年六回支払いに変更することとしております。

第四に、年金福祉事業団の住宅融資制度を拡充し、被保険者の直系血族等の居住の用に供するための住宅を融資の対象とする親子助け合い住宅融資制度を創設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略であります。この法律案につきましては、昭和六十三年四月一日から施行することとしており、また、昭和六十三年四月一日から公付の日から施行し、昭和六十三年四月一日にさかのぼって適用することとする修正がなされております。

何とぞ、慎重に御審議の上、速やかに御可決あらんことをお願い申し上げます。

次に、ただいま議題となりました原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律の一部を改正する法律案について、その提案の理由及び内容の概要を御説明申し上げます。

広島市及び長崎市に投下された原子爆弾の被爆者については、原子爆弾被爆者の医療等に関する法律により、健康診断及び医療の給付を行うとともに、原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律により、医療特別手当等の支給を行い、被爆者の健康の保持増進と生活の安定を図つてまい

たところであります。

本法は、被爆者の福祉の一層の向上を図るため、医療特別手当等の額の引き上げを行うこととし、原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律の一部を改正しようとするものであります。

以下、その内容について御説明申し上げます。

まず第一は、医療特別手当の額を現行の月額十一万六千六百円から十一万二千円に引き上げることとしてあります。

第二は、特別手当の額を現行の月額四万四千円から四万三千三百円に引き上げることとしてあります。

第三は、原子爆弾小頭症手当の額を現行の月額三万八千四百円から三万八千五百円に引き上げることとしてあります。

第四は、健康管理手当の額を現行の月額二万七千四百円から二万七千五百円に引き上げることとしてあります。

第五は、保健手当の額を一定の範囲の身体上の障害のある者等に対し支給されるものについては、現行の月額二万七千四百円から二万七千五百円に、それ以外のものについては現行の月額一万三千七百円から一万三千八百円に引き上げることとしてあります。

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。この法律案につきましては、昭和六十三年四月一日から施行することとしており、また、昭和六十三年四月一日から公付の日から施行し、昭和六十三年四月一日にさかのぼって適用することとする修正がなされております。

何とぞ、慎重に御審議の上、速やかに御可決あらんことをお願いいたします。

次に、ただいま議題となりました厚生年金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。

厚生年金基金制度は、厚生年金保険の老齢給付を代行するとともに、被保険者及び事業主の自助努力により代行部分を上回る年金給付を行うものであり、制度発足後二十年余を経て、被用者のより豊かな老後生活を保障するものとして大きな役割を果たしておりますが、今後、人口の高齢化等が急速に進展することに伴い、老後生活の多様な需要に柔軟に対応するため、厚生年金基金制度のより一層の普及育成を図ることが緊要の課題となっております。

以上のような状況にかんがみ、厚生年金基金の支給する年金給付を充実させるとともに、その普及を図るための措置を講ずることを目的とし

が、今回、年金等の支給額を引き上げるとともに、国債の最終償還を終えた戦没者の父母等に対し改めて特別給付金を支給することとし、関係の法律を改正しようとするものであります。

以下、この法律案の概要について御説明申し上げます。

第一は、戦没者の戦没者遺族等援護法の一部改正であります。これは、障害年金、遺族年金等の額を恩給法の改正に準じて引き上げるものであります。

第二は、戦没者の父母等に対する特別給付金支給法の一部改正であります。これは、再々継続分の国債の最終償還を終えた戦没者の父母等に対し、特別給付金として、七十五万円、五年償還の無利子の国債を改めて支給するものであります。

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。この法律案につきましては、昭和六十三年四月一日から施行することとしており、また、昭和六十三年四月一日から公付の日から施行し、昭和六十三年四月一日にさかのぼって適用することとする修正がなされております。

何とぞ、慎重に御審議の上、速やかに御可決あらんことをお願いいたします。

次に、ただいま議題となりました厚生年金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。

厚生年金基金制度は、厚生年金保険の老齢給付を代行するとともに、被保険者及び事業主の自助努力により代行部分を上回る年金給付を行うものであり、制度発足後二十年余を経て、被用者のより豊かな老後生活を保障するものとして大きな役割を果たしておりますが、今後、人口の高齢化等が急速に進展することに伴い、老後生活の多様な需要に柔軟に対応するため、厚生年金基金制度のより一層の普及育成を図ることが緊要の課題となっております。

以上のような状況にかんがみ、厚生年金基金の支給する年金給付を充実させるとともに、その普及を図るための措置を講ずることを目的とし

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、年金給付の充実に関する事項であります。

まず、厚生年金基金の支給する年金給付について、努力目標水準を設定し、厚生年金基金は、給付の水準がこの努力目標水準に達するよう努めるものとするとしております。この水準は、代行部分の二・七倍に相当する水準としております。

次に、厚生年金基金の中途脱退者については、厚生年金基金が支給する脱退一時金にかえて、これを厚生年金基金連合会が年金給付として支給することができるとしております。

また、解散した厚生年金基金の加入員であった者については、清算手続後の年金積立金が残余財産として分配されておりますが、これを厚生年金基金連合会が年金給付として支給することができるとしてしております。

さらに、厚生年金基金が設立母体企業の倒産等により解散した場合においても、厚生年金基金連合会がその加入員のために一定額の年金給付を確保する事業を行うことができることとしております。

第二は、厚生年金基金の普及を図るための措置を講ずることとあります。

まず、小規模厚生年金基金についてその業務の共同処理により事務費負担の軽減を図るため、厚生年金基金は、業務の一部を厚生年金基金連合会に委託することができることとしております。

また、厚生年金基金及び厚生年金基金連合会の業務が適正な年金数理に基づいて行われるよう、年金数理人による関係書類の確認等の措置を講ずることとしております。

以上のほか、厚生年金基金及び厚生年金基金連合会に係る退職年金等積立金に関する法人税法の改正等、所要の改正を行うこととしております。
なお、この法律の施行期日は、本年九月一日と

してありますが、中途脱退者及び解散した厚生年金基金の加入員であった者に対し厚生年金基金連合会が支給する年金給付に関する事項並びに厚生年金基金連合会の年金給付の確保事業に関する事項は、公布の日から起算して一年を超えない範囲内において政令で定める日としております。

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。

○委員長(関口恵造君) 以上で趣旨説明の聴取は終わりました。

四案に対する質疑は後日に譲ります。

本日はこれにて散会いたします。

午後四時二十八分散会

五月九日本委員会に左の案件が付託された。

一、林業労働法案(浜本万三君外四名発議)

林業労働法案

林業労働法

目次

第一章 総則(第一条 第二条)

第二章 林業労働計画(第三条 第六条)

第三章 林業労働者及び林業事業体の登録等

第一節 林業労働者及び林業労働者の登録

(第七條 第十二條)

第二節 常用労働者証明書の交付(第十三條 第十五條)

第三節 林業事業体登録簿(第十六條 第十七條)

第四章 林業労働者の雇用(第十八條 第二十六條)

第五章 雇用促進事業団の業務(第二十七條 第五十三條)

第六章 振動障害の予防等(第五十四條 第六十三條)

第七章 雑則(第六十四條 第八十條)
第八章 罰則(第八十一條 第八十六條)
附則

第一章 総則

(目的)

第一条 この法律は、森林の有する諸機能の發揮のために欠くことのできない役割を担っている林業労働者が雇用状態、労働条件等につき他の労働者に比較して低位にある実情にかんがみ、林業労働者の雇用の安定、労働条件の改善、安全衛生の確保、福祉の増進等に関する施策を講じ、もつて林業労働者の地位の向上を図るとともに、林業に必要な労働力を確保することにより山村地域の振興に寄与することを目的とする。

(定義)

第二条 この法律において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

一 林業 森林において行ふ次に掲げる事業をいう。

イ 立木竹の伐採及び搬出の事業

ロ 造林又は育林の事業

ハ 造林のための種苗の採取又は育成の事業

ニ 林道の整備の事業

ホ 森林の土地の保全又は保安施設の整備の事業

ヘ イからホまでの事業に附帯する事業

二 森林所有者 権原に基づき森林の土地の上に木竹を所有し、及び育成することができる者をいう。

三 林業事業体 林業労働者を雇用して林業を行う者をいう。

四 林業労働者 林業の業務に従事する労働者をいう。

五 常用労働者 同一の林業事業体に常時雇用される林業労働者をいう。

六 専業労働者 常用労働者以外の林業労働者で、一年間に通常九十日以上雇用され林業の

業務に従事するものをいう。
七 兼業労働者 常用労働者及び専業労働者以外の林業労働者で、時季を定めて一年間に通常三十日以上雇用され林業の業務に従事するものをいう。

第二章 林業労働計画

(全国林業労働計画)

第三条 労働大臣は、林業労働者の雇用の安定、労働条件の改善、安全及び衛生の確保並びに福祉の増進に関し基本となるべき事項について、五年ごとに、十五年を一期とする全国林業労働計画を策定しなければならない。

2 全国林業労働計画に定める事項は、次のとおりとする。

一 林業労働者の雇用の動向に関する事項

二 林業労働者の雇用の安定を図るために講じようとする施策の基本となるべき事項

三 林業労働者の労働条件の改善を図るために講じようとする施策の基本となるべき事項

四 林業労働者の安全及び衛生の確保を図るために講じようとする施策の基本となるべき事項

五 林業労働者の福祉の増進を図るために講じようとする施策の基本となるべき事項

3 労働大臣は、全国林業労働計画を策定する場合に、あらかじめ、農林水産大臣と協議するとともに、中央職業安定審議会及び中央労働基準審議会並びに都道府県知事の意見を聴かなければならない。

4 労働大臣は、全国林業労働計画を策定したときは、遅滞なく、その概要を公表するとともに、その計画を農林水産大臣及び都道府県知事に通知しなければならない。

5 労働大臣は、労働力の需要供給の状況、経済事情等に変動があつたため必要と認めるときは、全国林業労働計画を変更することができ

る。

6 第三項及び第四項の規定は、前項の場合に準用する。

(都道府県林業労働計画)

第四条 都道府県知事は、全国林業労働計画に即して、毎年、当該都道府県の区域内の市町村の長が策定した市町村林業労働計画に基づいて、都道府県林業労働計画を策定しなければならない。

2 都道府県林業労働計画に定める事項は、次のとおりとする。

一 当該都道府県の区域における林業の事業の量

二 当該都道府県における林業労働者の雇用の安定に関する措置に関する事項

三 当該都道府県における林業労働者の福祉の増進に関する措置に関する事項

3 都道府県知事は、都道府県林業労働計画を策定する場合には、あらかじめ、地方職業安定審議会及び関係市町村長の意見を聴かなければならない。

4 都道府県知事は、都道府県林業労働計画を策定するには、労働大臣の承認を受けなければならない。

5 都道府県知事は、都道府県林業労働計画を策定したときは、遅滞なく、これを公表するとともに、関係市町村長及び関係行政機関の長に通知しなければならない。

6 都道府県知事は、労働力の需要供給の状況、経済事情等に変動があつたため必要と認めるときは、都道府県林業労働計画を変更することができる。

7 第三項から第五項までの規定は、前項の場合に準用する。

(市町村林業労働計画)

第五条 政令で定める面積以上の森林がその区域に存在する市町村の長は、毎年、林業労働者の雇用の安定及び福祉の増進に関し必要な事項について、市町村林業労働計画を策定しなければならない。

2 市町村林業労働計画に定める事項は、次のとおりとする。

一 当該市町村の区域における林業の事業の量の
二 当該市町村における林業労働者の雇用の安定に関する措置に関する事項

三 当該市町村における林業労働者の福祉の増進に関する措置に関する事項

3 前項各号に掲げる事項を定めるに当たつては、山村経済の発展のための林業の振興及び林業労働者の雇用の開発について配慮しなければならない。

4 市町村長は、市町村林業労働計画を策定する場合に、あらかじめ、当該市町村に関係を有する森林所有者の代表者、林業事業者の代表者、林業労働者の代表者、公共職業安定所長、労働基準監督署長及び市町村長が必要と認める者をもつて構成する協議会の意見を聴かなければならない。

5 市町村長は、市町村林業労働計画を策定したときは、遅滞なく、これを都道府県知事に提出しなければならない。

6 都道府県知事は、市町村長が策定した市町村林業労働計画について必要な調整をすることができる。

7 市町村長は、都道府県知事により調整を受けた市町村林業労働計画を公表するとともに、関係行政機関の長に通知しなければならない。

8 市町村長は、労働力の需要供給の状況等の著しい変動があつたため必要と認めるときは、市町村林業労働計画を変更することができる。

9 第四項から第七項までの規定は、前項の場合に準用する。

(林業に係る他の計画との調整)

第六条 この章に定める林業労働計画は、林業労働者の雇用の安定に資するように、林業に係る他の計画と調整がなされたものでなければならない。

第三章 林業労働者及び林業事業者の登録等

第一節 専業労働者及び兼業労働者の登録

(登録)

第七条 公共職業安定所長(林業の業務が著しく少ない区域を管轄する公共職業安定所として労働大臣が定める公共職業安定所の長を除く)は、当該公共職業安定所の管轄区域内で行われる林業の業務に主として従事することを希望する林業労働者(常用労働者を除く)につき、専業労働者及び兼業労働者別に、その氏名、その者が主として従事することを希望する労働省令で定める業務の種類、兼業労働者にあつては林業の業務に従事することを希望する時季その他労働省令で定める事項を、林業労働者登録簿に登録する。

2 前項の規定による登録(以下「林業労働者の登録」という)を受けようとする者は、労働省令で定めるところにより、登録の申請をしなければならない。

第八条 林業労働者の登録は、毎年三月三十一日(登録の日が四月一日以降の日であるときは、翌年の三月三十一日)までにその更新を受けなければならない。その効力を失う。

第九条 公共職業安定所長は、第七条第一項の規定により申請をした者(以下この条において「申請者」という)が次の各号のいずれかに該当する者であるときは、林業労働者の登録をしないことができる。

一 その者が主として従事することを希望する業務に従事するために必要な能力を有しないことが明らかなる者

二 現に林業労働者の登録を受けている者

三 第十一條第一項各号のいずれかに該当することにより登録を取り消され、その取消の日から一年を経過していない者

2 公共職業安定所長は、前項第一号の規定による登録の拒否をしようとするときは、労働大臣が中央職業安定審議会の意見を聴いて定める基準によらなければならない。

3 公共職業安定所長は、第一項第一号の規定に

より登録を拒否したときは、遅滞なく、理由を付してその旨を申請者に通知しなければならない。

(林業労働者登録証明書及び林業労働者手帳)

第十条 公共職業安定所長は、林業労働者の登録をしたときは、その登録した林業労働者(以下「登録林業労働者」という)に林業労働者登録証明書及び林業労働者手帳を交付する。

2 登録林業労働者は、林業の業務に従事するとき、林業労働者登録証明書を携帯し、公共職業安定所の職員から提示を求められたときは、これを提示しなければならない。

3 登録林業労働者は、林業労働者登録証明書及び林業労働者手帳を他人に譲渡し、又は貸与してはならない。

(登録の取消)

第十一条 公共職業安定所長は、登録林業労働者が次の各号のいずれかに該当するときは、その者の登録を取り消すことができる。

一 正当な理由がなく、公共職業安定所の紹介する林業の業務に就くことをしほば拒んだとき。

二 前条第二項の規定に違反して、林業労働者登録証明書の携帯をしほば怠つたとき。

三 前条第三項の規定に違反したとき。

四 第二十二條第一項の規定に違反して、公共職業安定所への出頭をしほば怠つたとき。

五 偽りその他不正の行為により林業労働者の登録を受けたとき。

六 偽りその他不正の行為により雇用保障手当の支給を受け、又は受けようとしたとき。

2 公共職業安定所長は、前項の規定による登録の取消をしようとするときは、労働大臣が中央職業安定審議会の意見を聴いて定める基準によらなければならない。

3 第九條第三項の規定は、第一項の規定により登録を取り消した場合に準用する。

(労働省令への委任)

第十二条 この節に定めるもののほか、登録事項

の変更、登録の更新、登録の取消し、登録の抹消その他林業労働者の登録に関し必要な事項は、労働省令で定める。

第二節 常用労働者証明書の交付

第十三条 林業事業体の雇用

常用労働者として使用しようとするときは、労働省令で定めるところにより、その者の氏名、その者が主として従事する業務その他労働省令で定める事項を公共職業安定所長に届け出なければならぬ。

2 公共職業安定所長は、前項の規定による届出をした林業事業体に対し、その届出に係る常用労働者の常用労働者証明書を交付する。

第十四条 林業事業体は、前条第二項の規定により常用労働者証明書の交付を受けたときは、当該常用労働者証明書を係る常用労働者に当該常用労働者証明書を交付しなければならない。

2 常用労働者は、林業の業務に従事するときは、常用労働者証明書を携帯し、公共職業安定所の職員から提示を求められたときは、これを提示しなければならない。

3 常用労働者は、常用労働者証明書を他人に譲渡し、又は貸与してはならない。

第十五条 この節に定めるもののほか、常用労働者証明書の交付、再交付、返納その他常用労働者証明書に関し必要な事項は、労働省令で定める。

第三節 林業事業体登録簿

(林業事業体登録簿)

第十六条 林業事業体は、労働省令で定めるところにより、公共職業安定所長に対し、その事業内容を明らかにする事項を届け出なければならぬ。

第十七条 公共職業安定所長は、前条の届出があつたときは、労働省令で定めるところにより、当該届出に係る事項につき、林業事業体登録簿を作成し、林業労働者の閲覧に供するものとする。

る。

第四章 林業労働者の雇用

(林業労働者の雇用)

第十八条 林業事業体は、林業の業務を行う場所を管轄する公共職業安定所の紹介を受けて林業の業務に使用するために雇入れた者でなければ、林業労働者(常用労働者を除く。以下この章(第二十四条を除く。)において同じ。)として林業の業務に使用してはならない。ただし、公共職業安定所に林業労働者に係る求人申込みをしたにもかかわらず適格な求職者がいないためにその紹介を受けることができないとき、その他公共職業安定所の紹介によつては林業労働者を雇い入れることができないことについて労働省令で定める理由があるときは、この限りでない。

2 林業事業体は、前項ただし書の規定に該当する場合において、同項本文に規定する者以外の者を林業労働者として林業の業務に使用するときは、労働省令で定めるところにより、当該林業労働者の雇用期間その他労働省令で定める事項を公共職業安定所長に届け出なければならぬ。

第十九条 林業事業体は、その雇用する林業労働者をその者に係る求人申込みの内容とした雇用期間又は前条第二項の規定により届け出た雇用期間(これらの雇用期間について次条の規定による指示があつたときは、その指示された期間)を超えて引き続き雇用しようとするときは、その引き続き雇用しようとする期間を明示して、公共職業安定所長の承認を受けなければならない。当該承認に係る期間を超えて更に引き続き雇用しようとするときも、同様とする。

(雇用期間に関する指示)
第二十条 公共職業安定所長は、登録林業労働者の需要供給を調整するために必要があると認めるときは、林業事業体が雇入れ、又は引き続き雇用しようとする林業労働者の雇用期間の短縮を指示することができる。

(林業労働者の紹介)

第二十一条 公共職業安定所は、林業事業体の申し込んだ林業労働者に係る求人に対して求職者を紹介するときは、まず登録林業労働者を紹介するものとし、登録林業労働者以外の林業労働者は、登録林業労働者によつてはその求人充足することができない場合において紹介するものとする。

(登録林業労働者の出頭等)

第二十二条 登録林業労働者は、公共職業安定所長が林業の業務に紹介を行うため指示した場合に、公共職業安定所に出頭しなければならない。ただし、疾病、負傷その他労働省令で定める理由があるときは、この限りでない。

2 公共職業安定所長は、登録林業労働者が前項の規定により出頭したときは、林業労働者手帳の提出を求め、その者に対する林業の業務への紹介に関する事項その他労働省令で定める事項を記載した上、その者に当該林業労働者手帳を返還するものとする。

(紹介停止)

第二十三条 公共職業安定所長は、林業労働者に係る求人申込みをした林業事業体が、正当な理由がなくその求人について公共職業安定所の紹介した登録林業労働者を雇入れなかつたときは、一月以内の期間を定め、その期間、その求人申込みをした林業事業体に対し、林業労働者の紹介を行わないことができる。

第二十四条 公共職業安定所長は、次の各号のいずれかに該当する場合において、当該林業事業体に紹介する林業労働者の福祉を害するおそれがあると認めるときは、六月を超えない範囲内で労働省令で定める期間、当該林業事業体に対し、林業労働者の紹介を行わないことができる。

一 林業事業体の雇用する林業労働者の労働条件が法令に違反するとき。
二 林業事業体が偽りの求人条件により林業労働者を雇用したとき。

(実施の基準)

第二十五条 第十九条の規定による承認、第二十条の規定による指示、第二十一条の規定による林業労働者の紹介又は第二十三条若しくは前条の規定による紹介停止は、労働大臣が中央職業安定審議会の意見を聴いて定める基準によつてしなければならない。

(労働省令への委任)

第二十六条 この章に定めるもののほか、第十九条の規定による承認、第二十条若しくは第二十一条の規定による指示又は第二十一条の規定による林業労働者の紹介に関し必要な手続は、労働省令で定める。

第五章 雇用促進事業団の業務

(業務の範囲)

第二十七条 雇用促進事業団(以下この章において「事業団」という。)は、雇用促進事業団法(昭和三十六年法律第十六号)第十九条に規定する業務のほか、この法律の目的を達成するため、次の業務を行う。

一 登録林業労働者に対して雇用保障手当を支給すること。

二 林業労働者に対して健康診断を行うこと。

三 納付金の徴収を行うこと。

四 前三号の業務に附帯する業務を行うこと。

(雇用保障手当の支給)
第二十八条 事業団は、次の各号に掲げる登録林業労働者に対して、当該各号に定める額の雇用保障手当(以下この章において「手当」という。)を支給する。

一 第七条第一項の規定による登録を受けた専業労働者(以下この条において「登録専業労働者」という。)のうち、その年の四月一日から翌年三月三十一日までの期間において林業の業務に就いた日数(以下この条において「本年度就業日数」という。)が九十日未満である者で前年四月一日からその年の三月三十一日までの期間において登録林業労働者として林業の業務に就いた日数(以下この条において

「前年度就業日数」という。が三十日以上九十日以下であるもの、雇用保障手当日額に九十日から本年度就業日数を差し引いた日数を乗じて得た額

二 登録專業労働者のうち、本年度就業日数が九十日未満である者で前年度就業日数が九十日を超えるもの、雇用保障手当日額に九十日から本年度就業日数を差し引いた日数を乗じて得た額と雇用保障手当日額の百分の八十に前年度就業日数から九十日を差し引いた日数を乗じて得た額を合算した額

三 登録專業労働者のうち、本年度就業日数が九十日以上である者で前年度就業日数が本年度就業日数を超えるもの、雇用保障手当日額の百分の八十に前年度就業日数から本年度就業日数を差し引いた日数を乗じて得た額

四 第七條第一項の規定による登録を受けた兼業労働者で前年度就業日数が本年度就業日数を超えるもの、雇用保障手当日額の百分の八十に前年度就業日数（本年度就業可能日数が前年度就業日数より少ないときは、本年度就業可能日数）から本年度就業日数を差し引いた日数を乗じて得た額

2 前項に規定する雇用保障手当日額は、本年度就業日数及びその各日につき支払を受け、又は受けるべき賃金の日額を基礎として労働省令で定めるところにより事業団が決定する額とする。

3 労働大臣は、前項の規定に基づいて労働省令を制定し、又は改正する場合には、雇用保障手当日額が雇用保険法（昭和四十九年法律第百十六号）第三章第四節の規定によつて支給される日雇労働者給付金の日額を下回らないようにするとともに、あらかじめ、中央職業安定審議会の意見を聴かなければならない。

4 第一項第四号に規定する本年度就業可能日数は、第七條第一項の規定により兼業労働者が登録を受けた林業の業務に従事することを希望する時季につき、労働省令で定めるところにより

事業団が就業が可能であると決定する日数とする。

5 四月一日から翌年三月三十一日までの期間に林業労働者の登録を受けていない日がある場合における手当の支給についての特例、手当の支給の手続その他手当の支給に關し必要な事項は、労働省令で定める。

（支給制限）

第二十九條 登録林業労働者が、正当な理由がなく、公共職業安定所の紹介する林業の業務に就くことを拒んだときは、事業団は、当該業務に係る就業すべき日数に應じて労働省令で定めるところにより手当の額の全部又は一部を支給しないことができる。

第三十條 偽りその他不正の行為によつて手当の支給を受けた者があるときは、事業団は、その支給を受けた者に支給した手当の額に相當する額の全部又は一部を返還させることができ、また、その手当の支給がその者を雇用し、又は雇用していた林業事業体の偽りの報告又は証明によるものであるときは、その林業事業体に支給を受けた者と連帯して手当の額に相當する額の全部又は一部を返還させることができる。

2 第四十條の規定は、前項の規定により返還すべきこととなつた金額の納付を怠つた場合に準用する。

（健康診断）

第三十一條 事業団は、登録林業労働者に対し、一年以内ごとに一回（チェーンソー又は刈払機を使用する登録林業労働者にあつては、六月以内ごとに一回、定期に、労働省令で定めるところにより、医師による健康診断を行うものとする。

2 事業団は、チェーンソー又は刈払機を使用する常用労働者及び登録林業労働者に対し、一年以内ごとに一回、定期的に、労働省令で定めるところにより、医師による特別の項目についての健康診断（以下「特殊健康診断」という。）を行うものとする。

3 前項の特殊健康診断は、第一項の健康診断に併せて行うことができる。

第三十二條 事業団は、チェーンソー又は刈払機を使用する常用労働者及び登録林業労働者が振動障害の症状を訴えたときは、労働省令で定めるところにより、当該林業労働者に対し、速やかに、特殊健康診断を行うものとする。

（納付金）

第三十三條 事業団は、第二十七條第一号及び第二号の業務に要する費用に充てるため、同条第三号の納付金を徴収する。

2 前項の納付金は、政令で定める面積以上の森林の森林所有者、林業事業体及び登録林業労働者が負担する。ただし、第二十七條第二号の業務に要する費用に充てるための納付金は、林業事業体のみが負担する。

3 森林所有者が負担すべき納付金の額は、当該森林所有者がその所有する立木を売り渡したとき（森林の土地の権原とともに売り渡したときを除く）の立木の売渡価格（当該森林所有者がその所有する立木を売り渡すことなく伐採したときは、伐採時の山元における立木価格）に千分の十五を超えない範囲内で労働大臣が定める率を乗じて得た額とする。

4 林業事業体が負担すべき納付金の額は、各月につき、第二十七條第一号の業務に要する費用に充てるための納付金として第一号に掲げる額と同条第二号の業務に要する費用に充てるための納付金として第二号に掲げる額を合算した額とする。

一 林業事業体が林業の業務に使用するために雇用した登録林業労働者に支払う賃金の各月における総額に千分の三十を超えない範囲内で労働大臣が定める率を乗じて得た額

二 五十円以内で労働大臣が定める金額に林業事業体が林業の業務に使用するために雇用した林業労働者の各月における労働省令で定める方法により算出した延数を乗じて得た額

登録林業労働者が負担すべき納付金の額は、

その者が林業の業務に従事するために雇用されて支払を受けた賃金の支払の基礎となつた日につき、賃金の日額に千分の五を超えない範囲内で労働大臣が定める率を乗じて得た額とする。

6 労働大臣は、前三項の金額及び率を定めようとするときは、あらかじめ、中央職業安定審議会の意見を聴かなければならない。

7 労働大臣は、第三項から第五項までの金額及び率を定めるときは、遅滞なく、これを告示しなければならない。

（納付金の納付）

第三十四條 森林所有者は、納付金を納付する義務を負う。

2 森林所有者は、納付金を、立木を売り渡した日（当該森林所有者がその所有する立木を売り渡すことなく伐採したときは、伐採した日）から三月以内に納付しなければならない。

第三十五條 林業事業体は、その雇用した登録林業労働者の負担する納付金及び自己の負担する納付金を納付する義務を負う。

2 林業事業体は、その月に賃金を支払つた登録林業労働者の負担する納付金及び自己の負担するその月分の納付金を、翌月末までに納付しなければならない。

（賃金からの納付金控除等）

第三十六條 林業事業体は、登録林業労働者に賃金を支払う都度、その者の負担すべき納付金の額に相當する額を、その者に支払う賃金から控除することができる。この場合においては、林業事業体は、登録林業労働者にその旨を告げなければならない。

2 林業事業体は、林業の業務に使用するために登録林業労働者を雇用したときは、林業労働者手帳の提出を求め、労働省令で定めるところにより、その者に支払う賃金に關する事項を記載した上、その者に当該林業労働者手帳を返還しなければならない。

（納付金の還付等）

第三十七條 事業団は、森林所有者又は林業事業

体が納付した納付金の額がその納付すべき納付金の額を超えることを知つたときは、労働省令で定めるところにより、その超える額を、その森林所有者又は林業事業体に還付し、又はその納付金が納付された日の属する月の翌月から起算して六月を超えない期間において納付されるべき納付金若しくは未納の納付金に、これを充当することができる。

(追徴金)

第三十八条 事業団は、森林所有者又は林業事業体が次の各号のいずれかに該当するときは、当該各号に掲げる額の追徴金を徴収することができる。

一 森林所有者又は林業事業体が、偽りその他の不正の行為により、その納付すべき納付金を納付せず、又はその納付すべき納付金の額に満たない額の納付金を納付したとき、その納付しなかつた額に百分の二十五を乗じて得た額

二 前号に掲げる場合のほか、納期限の日から起算して十四日を経過した日までに、森林所有者又は林業事業体がその納付すべき納付金を納付せず、又はその日までに納付した納付金の額がその納付すべき納付金の額に満たないとき、その納付しなかつた額に百分の十を乗じて得た額

(繰上徴収)

第三十九条 森林所有者又は林業事業体が次の各号のいずれかに該当するときは、事業団は、納期限前においても、納付金を徴収することができる。

一 国税、地方税その他の公課の滞納により滞納処分を受けるとき。

二 強制執行を受けるとき。

三 破産の宣告を受けたとき。

四 企業担保権の実行手続の開始があつたとき。

五 競売の開始があつたとき。

六 法人である森林所有者又は林業事業体が解散したとき。

七 登録林業労働者が使用される事業所を廃止したとき。

(納付金等の督促及び滞納処分)

第四十条 納付金その他この章の規定による徴収金を滞納する者があるときは、事業団は、期限を指定して、これを督促しなければならない。ただし、前条の規定により納付金を徴収するときは、この限りでない。

2 前項の規定によつて督促をするときは、事業団は、納付義務者に対して督促状を発する。この場合（前条各号のいずれかに該当する納付義務者に対して督促状を発する場合を除く。）において、督促状により指定すべき期限は、督促状を発する日から起算して十日以上経過した日でなければならない。

3 第一項の規定による督促を受けた者又は前条各号（第三号を除く。）のいずれかに該当したことににより納期を繰り上げて納入の告知を受けた者が、その指定の期限までに納付金その他この章の規定による徴収金を納付しないときは、市町村（特別区のある地においては特別区。以下同じ。）は、事業団の請求により、地方税の滞納処分の例により、これを処分する。この場合において、事業団は、その徴収金額の百分の四に相当する金額を市町村に交付しなければならない。

4 市町村が前項の請求を受けた日から一月以内にその処分に着手せず、又は三月以内にこれを終了しないときは、事業団は、労働大臣の認可を受けて、国税滞納処分の例により、その処分をすることができる。

(延滞金)

第四十一条 事業団は、前条第一項の規定により督促をしたときは、納付金の額につき年十四・六パーセントの割合で、納期限の翌日からその完納又は財産差押えの日の前日までの日数により計算した延滞金を徴収する。ただし、労働省令で定める場合は、この限りでない。

(先取特権の順位)

第四十二条 納付金その他この章の規定による徴収金の先取特権の順位は、国税及び地方税に次ぐものとする。

(納付金事務組合)

第四十三条 林業事業体の団体（法人でない団体で代表者又は管理人の定めのないものを除く。以下同じ。）は、その構成員である林業事業体の委託を受けて、納付金その他この章の規定による徴収金の納付に関する事項（以下「納付金事務」という。）を処理することができる。

2 林業事業体の団体は、前項に規定する業務を行おうとするときは、労働大臣の認可を受けなければならない。

3 前項の認可を受けた林業事業体の団体（以下「納付金事務組合」という。）は、第一項に規定する業務を廃止しようとするときは、その旨を労働大臣及び事業団に届け出なければならない。

4 労働大臣は、納付金事務組合がこの法律の規定に違反したとき、又はその行うべき納付金事務の処理を怠り、若しくはその処理が著しく不当であると認めるときは、第二項の認可を取り消すことができる。

5 労働大臣は、第二項の認可をしたとき、又はこれを取り消したときは、その旨を事業団に通知しなければならない。

第四十四条 納付金事務組合が処理する納付金事務について、事業団が当該林業事業体に対してすべき納付金の納入の告知その他の通知は、納付金事務組合に対してするものとする。

第四十五条 第四十三条第一項の委託に基づき、林業事業体が納付金その他この章の規定による徴収金の納付のため、金銭を納付金事務組合に交付したときは、納付金事務組合は、その交付を受けた金額の限度において、事業団に対してこれらの納付の責めに任ずるものとする。

2 第三十八条又は第四十一条の規定により、事業団が追徴金又は延滞金を徴収する場合において、その徴収について納付金事務組合の責めに

帰すべき理由があるときは、その限度において、当該納付金事務組合は、事業団に対して当該徴収金の納付の責めに任ずるものとする。

3 事業団は、前二項の規定により納付金事務組合が納付すべき納付金その他この章の規定による徴収金については、当該納付金事務組合に対する第四十条第三項又は第四項の規定による処分によつてもなお徴収すべき残余がある場合に限り、その残余の額を当該林業事業体から徴収することができる。

第四十六条 納付金事務組合は、労働省令で定めるところにより、その処理する納付金事務に関する事項を記載した帳簿を事務所に備え付けなければならない。

(時効)

第四十七条 手当の支給を受け、又はその返還を受ける権利及び納付金その他この章の規定による徴収金を徴収し、又はその還付を受ける権利は、二年を経過したときは、時効によつて消滅する。

2 事業団が労働省令で定めるところによつてする納付金その他この章の規定による徴収金の納入の告知又は第四十条第一項の規定（第三十条第二項において準用する場合を含む。）による督促は、民法（明治二十九年法律第八十九号）第五百三十三条の規定にかかわらず、時効中断の効力を生ずる。

(譲渡等の禁止)

第四十八条 手当の支給を受ける権利は、譲り渡し、担保に供し、又は差し押えることができない。

(区分経理)

第四十九条 事業団は、第二十七条に規定する業務（以下「林業労働者福祉業務」という。）に係る経理については、その他の業務に係る経理と区分し、特別の会計を設けて行わなければならない。

(国の補助)

第五十条 国は、事業団に対し、第二十七条第一

号の業務に要する費用の三分の一に相当する金額を補助する。

2 国は、政令で定めるところにより、事業団に対し、第二十七条第二号の業務に要する費用の一部に相当する金額を補助する。

(監督)

第五十一条 労働大臣は、この法律を施行するため必要があると認めるときは、事業団に対し、林業労働者福祉業務に関して監督上必要な命令をすることが出来る。

(準用)

第五十二条 雇用促進事業団法第十九条の二の規定は第二十七条第三号の業務のうち納付金の出納に関する業務について、同法第二十条及び第三十七条第一項（同法第二十条第一項及び第二項に係る部分に限る。）の規定は林業労働者福祉業務について準用する。

(雇用促進事業団法の特例等)

第五十三条 雇用促進事業団法第二十二條第二項及び第二十四條第三項の規定は、林業労働者福祉業務及び第四十九條の規定による特別の会計については、適用しない。

2 前条において準用する雇用促進事業団法第十九条の二第一項の規定により業務の委託を受けた金融機関と、前条において準用する同法第十九条の二第一項又は第二十条第一項の規定は、同法第四十条第一号の規定の適用については同法の規定と、林業労働者福祉業務は、同法第四十条第三号の規定の適用については同法第十九条に規定する業務と、第五十一条の規定による労働大臣の命令は、同法第四十条第五号の規定の適用については同法第三十二条第二項の規定による労働大臣の命令とみなす。

(林業事業体の責務)

第五十四条 林業事業体は、林業労働者の振動障害を予防するため、事業に必要な数の低振動のチェーンソー及び刈払機の備付け、適当な休息時間の確保、チェーンソー又は刈払機を使用する作業とそれ以外の作業との適当な組合せ、高年齢者、女子等によるチェーンソーは刈払機の使用についての適当な配慮その他適切な措置を講ずるよう努めなければならない。

(出来高払制の禁止)
第五十五条 林業事業体は、チェーンソー又は刈払機を使用する作業に林業労働者を出来高払制で使用してはならない。

(チェーンソー等の操作時間等)
第五十六条 林業労働者の振動障害を予防するため、労働安全衛生法（昭和四十七年法律第五十七号）に基づく労働省令でチェーンソー及び刈払機の操作時間、使用方法その他必要な事項を定めるものとする。

(健康診断の受診義務等)
第五十七条 林業労働者は、第三十一条第一項及び第二項の規定により雇用促進事業団が行う健康診断を受けなければならない。ただし、雇用促進事業団の指定した医師が行う健康診断を受けることを希望しない場合において、他の医師の行うこれらの規定による健康診断に相当する健康診断を受け、その結果を証明する書面を雇用促進事業団に提出したときは、この限りでない。

2 林業事業体は、その雇用する林業労働者が第三十一条第一項及び第二項の規定により雇用促進事業団が行う健康診断を受けることについて適切な配慮をしなければならない。

(通知)
第五十八条 雇用促進事業団は、第三十一条第一項及び第二項並びに第三十二条の健康診断を行ったときは、遅滞なく、労働省令で定めるところにより、その結果を当該健康診断を受けた林業労働者を雇用する林業事業体に通知しなければならない。前条第一項ただし書に規定する書面を受け取ったときも、同様とする。

(適切な措置)

第五十九条 林業事業体は、第三十一条第一項及び第二項、第三十二条並びに第五十七条第一項ただし書の健康診断の結果、振動障害の予防その他林業労働者の健康を保持するため必要があると認めるときは、当該林業労働者の実情を考慮して、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮その他適切な措置を講じなければならない。

(国の援助)

第六十条 国は、林業労働者の振動障害を予防するため、低振動のチェーンソー及び刈払機の導入その他につき必要な援助に努めるものとする。

(療養施設等)

第六十一条 国は、振動障害にかかった林業労働者（次項において「振動障害者」という。）の円滑な社会復帰を促進するため、療養に関する施設及びリハビリテーションに関する施設の設置及び運営その他適切な措置を講ずるよう努めなければならない。

2 国は、振動障害者の福祉を増進するため、振動障害者の療養生活の援護、振動障害者が必要とする資金の貸付けその他適切な措置を講ずるよう努めなければならない。

(雇用の安定)

第六十二条 国は、振動障害の症状が軽快しチェーンソー又は刈払機を使用する作業以外の作業ができるようになった林業労働者の雇用の安定のための措置を講ずる林業事業体に対し、必要な助成及び援助を行うよう努めなければならない。

(職業訓練)

第六十三条 国は、振動障害の症状が軽快した林業労働者で職業を転換することを希望するものに対する職業訓練等について適切な措置を講ずるよう努めなければならない。

第七章 雑則

(林業事業体の努力義務)

第六十四条 林業事業体及びその団体は、常用労働者の雇用の促進、林業労働者の労働条件の向上、職業訓練の実施、福祉施設の整備その他林業労働者の雇用を安定させるために必要な措置を講ずることにより、林業労働者の福祉の増進を図るよう努めなければならない。

2 林業事業体及びその団体は、すべての林業労働者が労働者災害補償保険制度、雇用保険制度、健康保険制度及び厚生年金保険制度の適用を受けることとなるように、適切な措置を講ずるよう努めなければならない。

(林業事業体の団体)
第六十五条 林業事業体は、林業労働者の雇用の安定、労働条件の改善及び福祉の増進につき、林業事業体の指導及び連絡を目的とする林業事業体の団体を組織するよう努めなければならない。

(労働条件の基準の協議)
第六十六条 林業事業体の団体は、登録林業労働者の労働条件の基準について、当該登録に係る公共職業安定所の管轄区域内に、登録林業労働者の過半数で組織する労働組合がある場合においては、その労働組合、登録林業労働者の過半数で組織する労働組合がない場合においては登録林業労働者の過半数を代表する者と協議しなければならない。

(労働保険制度等の検討)
第六十七条 政府は、林業労働者の特殊な雇用形態等を考慮して、労働者災害補償保険制度、雇用保険制度、健康保険制度及び厚生年金保険制度について検討を加え、その結果に基づき、速やかに、必要な措置を講ずるものとする。

(健康診断に関する秘密の保持)
第六十八条 第三十一条第一項及び第二項並びに第三十二条の健康診断の実施の事務に従事した者は、その実施に関して知り得た林業労働者の心身の欠陥その他の秘密を漏らしてはならない。

(都道府県知事の権限)

第六十九条 都道府県知事は、労働大臣の指揮監督を受け、この法律の施行に關し、公共職業安定所の業務の連絡統一に關する業務をつかさどり、所部の職員及び公共職業安定所長を指揮監督する。

(報告の徴収等)

第七十条 公共職業安定所長は、この法律を施行するために必要な限度において、労働省令で定めるところにより、林業事業体若しくは林業労働者に対し、常用労働者証明書の交付、林業労働者の登録その他の事項について報告を求め、又はその職員に、林業事業体の事務所に立ち入り、林業労働者の雇用関係その他の事項について関係者に對して質問し、若しくは帳簿書類の検査をさせることができる。

2 前項の規定により立入検査をする職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者に提示しなければならない。

3 第一項の規定による立入検査の権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

第七十一条 雇用促進事業団は、雇用保障手当の支給及び納付金の徴収に關して必要な限度において、労働省令で定めるところにより、森林所有者、林業事業体、納付金事務組合若しくは納付金事務組合であつた林業事業体の団体又は登録林業労働者に対し、立木の売渡し、登録林業労働者の雇用の状況、賃金その他の事項について報告を求めることができる。

第七十二条 労働大臣は、納付金事務の適正な処理を確保するために必要があると認めるときは、納付金事務組合に対し、納付金事務の処理の状況その他の事項について報告を求め、又はその職員に、納付金事務組合の事務所に立ち入り、関係者に對して質問し、若しくは帳簿書類の検査をさせることができる。

2 第七十条第二項の規定は、前項の規定による立入検査について、同条第三項の規定は、前項の規定による権限について準用する。

(戸籍事項の無料証明)

第七十三条 市町村長(特別区及び地方自治法(昭和二十二年法律第六十七号)第二百五十二条の十九第一項の指定都市においては、区長とする。)は、公共職業安定所又は林業労働者の登録を受けようとする者に対し、当該市町村の条例で定めるところにより、その登録に係る林業労働者の戸籍に關して無料で証明を行うことができる。

(雇用保障手当の支給等に関する不服申立て)

第七十四条 雇用保障手当の支給に關する処分又は第三十条第一項の規定による処分不服がある者は、雇用保険審査官に對して審査請求をし、その決定に不服がある者は、労働保険審査会に對して再審査請求をすることができる。

2 前項の審査請求又は再審査請求は、時効の中断に關しては、裁判上の請求とみなす。

3 第一項の審査請求又は再審査請求については、行政不服審査法(昭和三十七年法律第六十号)第二章第一節、第二節(第十八条及び第十九条を除く。)及び第五節の規定を適用しない。

(徴収金の徴収に關する不服申立て)

第七十五条 納付金その他の法律の規定による徴収金の賦課又は徴収の処分について不服がある者は、労働大臣に對して行政不服審査法による審査請求をすることができる。

(不服理由の制限)

第七十六条 林業労働者の登録に關する処分が確定したときは、その処分についての不服をその処分に基づく雇用保障手当の支給又は納付金その他の法律の規定による徴収金の賦課若しくは徴収の処分についての不服の理由とすることができない。

(不服申立てと訴訟との関係)

第七十七条 林業労働者の登録に關する処分の取消しの訴えは、当該処分についての審査請求に對する都道府県知事の裁決を、雇用保障手当の支給に關する処分又は第三十条第一項の規定に

よる処分の取消しの訴えは、当該処分についての再審査請求に對する労働保険審査会の裁決を、納付金その他の法律の規定による徴収金の賦課又は徴収の処分の取消しの訴えは、当該処分についての審査請求に對する労働大臣の裁決を経た後でなければ、提起することができない。

(連絡及び協力)

第七十八条 公共職業安定所及び雇用促進事業団は、この法律の目的を達成するため、相互に、密接に連絡し、及び協力しなければならない。

(職権の委任)

第七十九条 この法律に規定する労働大臣の職権で政令で定めるものは、都道府県知事が行う。(適用除外)

第八十条 第三章第二節及び第三節の規定は、国及び地方公共団体については適用しない。

第八章 罰則

第八十一条 林業事業体が第五十五条の規定に違反したときは、一年以下の懲役又は五十万円以下の罰金に処する。

第八十二条 森林所有者が次の各号のいずれかに該当するときは、六月以下の懲役又は三十万円以下の罰金に処する。

一 第三十四条第一項の規定に違反して、督促状に指定する期限までに納付金を納付しなかつたとき。

二 第七十一条の規定による報告をせず、又は偽りの報告をしたとき。

2 林業事業体が次の各号のいずれかに該当するときは、六月以下の懲役又は三十万円以下の罰金に処する。

一 第十八条第一項又は第十九条の規定に違反したとき。

二 第三十五条第一項の規定に違反して、督促状に指定する期限までに納付金を納付しなかつたとき。

三 前項第二号に該当するとき。

するときは、その行為をした納付金事務組合の代表者、代理人、使用人その他の従業者は、六月以下の懲役又は三十万円以下の罰金に処する。

一 第四十五条第一項の規定に違反して、督促状に指定する期限までに納付金を納付しなかつたとき。

二 第四十六条の規定に違反して帳簿を備え付けず、又は帳簿に納付金事務に關する事項を記載せず、若しくは偽りの事項を記載したとき。

三 第一項第二号に該当するとき。

四 第七十二条第一項の規定による報告をせず、若しくは偽りの報告をし、又は同項の規定による当該職員の質問に對して答弁せず、若しくは偽りの陳述をし、若しくは同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避したとき。

4 第六十八条の規定に違反した者は、六月以下の懲役又は三十万円以下の罰金に処する。

第八十三条 林業事業体が次の各号のいずれかに該当するときは、十万円以下の罰金に処する。

一 第十三条第一項又は第十八条第二項の規定に違反したとき。

二 第七十条第一項の規定による報告をせず、若しくは偽りの報告をし、又は同項の規定による当該職員の質問に對して答弁せず、若しくは偽りの陳述をし、若しくは同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避したとき。

第八十四条 林業事業体が第十四条第一項の規定に違反したときは、五万円以下の罰金に処する。

2 林業労働者その他の関係者が、次の各号のいずれかに該当するときは、五万円以下の罰金に処する。

一 第十条第三項の規定に違反して、林業労働者登録証明書を他人に譲渡し、又は貸与したとき。

二 前条第二号に該当するとき。

三 第七十二条第一項の規定による当該職員の本職に就いて答弁せず、若しくは偽りの陳述をし、又は同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避したとき。

第八十五条 法人（法人でない納付金事務組合を含む。以下この項において同じ。）の代表者又は法人若しくは人の代理人、使用人その他の従業者が、その法人又は人の業務に関し、第八十一条から前条までの違反行為をしたときは、行為者を罰するほか、その法人又は人に対しても、各本条の罰金刑を科する。

2 前項の規定により法人でない納付金事務組合を処罰する場合においては、その代表者又は管理人が訴訟行為につきその納付金事務組合を代表するほか、法人を被告人又は被疑者とする場合の刑事訴訟に関する法律の規定を準用する。

第八十六条 登録林業労働者が第八十二条第一項第二号に該当するときは、十万円以下の過料に処する。

2 登録林業労働者が第十條第二項の規定に違反したとき、又は常用労働者が第十四條第二項若しくは第三項の規定に違反したときは、一万円以下の過料に処する。

附 則

（施行期日）
第一条 この法律は、公布の日から起算して一年を超えない範囲内において、各規定につき、政令で定める日から施行する。

（経過措置）

第二条 第十八条の規定の施行の際現に林業事業体に雇用され林業の業務に従事している者は、当該林業事業体に引き続き雇用される限り、当該林業事業体が公共職業安定所の紹介を受けて雇い入れた者とみなす。

（労働基準法の一部改正）

第三条 労働基準法（昭和二十二年法律第四十九号）の一部を次のように改正する。

第八條第六号中「農林の事業」を「農業の事業」に改め、同号の次に次の一号を加える。

六の二 森林の竹木の植栽、保育、管理又は伐採の事業その他林業の事業

第九十八條第二項中「労働災害防止団体法昭和三十一年法律第百十八号」の下に「及び林業労働法（昭和六十三年法律第 号）」を加える。

（職業安定法の一部改正）

第四條 職業安定法（昭和二十二年法律第百四十一号）の一部を次のように改正する。

第十二條第三項中「港灣労働法（昭和四十年法律第百二十号）」の下に「林業労働法（昭和六十三年法律第 号）」を、「地方職業安定審議會」の下に「林業労働法の施行に関する重要事項その他」を加える。

（労働保険審査官及び労働保険審査会法の一部改正）
第五條 労働保険審査官及び労働保険審査会法（昭和三十一年法律第百二十六号）の一部を次のように改正する。

第二條第三項中「第六十五條第一項」の下に「及び林業労働法（昭和六十三年法律第 号）」第七十四條第一項を加える。

第七條第二項中「第六十五條第一項」の下に「及び林業労働法第七十四條第一項」を加える。

第二十五條第二項中「第六十五條第一項」の規定による再審査請求の事件及び「第六十五條第一項及び林業労働法第七十四條第一項の規定による再審査請求の事件並びに」に改める。

（所得税法の一部改正）

第六條 所得税法（昭和四十年法律第三十三号）の一部を次のように改正する。

第七十四條第二項中第十四号を第十五号とし、第五号から第十三号までを一号ずつ繰り下げ、第四号の次に次の一号を加える。

五 林業労働法（昭和六十三年法律第 号）の規定により登録林業労働者として負

担する納付金

（印紙税法の一部改正）

別表第三中

港灣労働法（昭和四十年法律第百二十号）に定める納付金その他の徴収金の納付に関する文書

同法第二條第三号（定義）に規定する事業主

港灣労働法（昭和四十年法律第百二十号）に定める納付金その他の徴収金の納付に関する文書

同法第二條第三号（定義）に規定する事業主

林業労働法（昭和六十三年法律第 号）に定める納付金その他の徴収金の納付に関する文書

同法第二條第二号（定義）に規定する森林所有者又は同法第三号（定義）に規定する林業事業体

（労働省設置法の一部改正）

第八條 労働省設置法（昭和二十四年法律第百六十二号）の一部を次のように改正する。

第四條第五十一号中「港灣労働法（昭和四十年法律第百二十号）」の下に「林業労働法（昭和六十三年法律第 号）」を加える。

第五條第五十三号の次に次の二号を加える。

五十三の二 林業労働法に基づいて、全国林業労働計画を定めること。

五十三の三 林業労働法の施行に関して、林業事業体、林業労働者その他の関係者に必要事項についての報告を求めること。

第十條第一項中「港灣労働法」の下に「林業労働法」を加える。

この法律施行に要する経費

この法律の施行に要する経費は、平年度約百億円の見込みである。