

第百十八回国会 社会労働委員会 議院 會議錄 第五号

平成二年五月二十四日(木曜日)

午前十一時一分開議

出席委員

委員長 畑 英次郎君

理事 栗屋 敏信君

理事 丹羽 雄哉君

理事 池端 清一君

理事 貝沼 次郎君

理事 井出 正一君

理事 今津 寛君

理事 岡田 克也君

理事 小坂 憲次君

理事 古賀 誠君

理事 鈴木 俊一君

理事 平田辰一郎君

理事 宮路 和明君

理事 山本 有二郎君

理事 伊東 秀子君

理事 沖田 正人君

理事 川俣健二郎君

理事 外口 玉子君

理事 石田 祝稔君

理事 児玉 健次君

理事 菅 直人君

出席國務大臣

厚生大臣 津島 雄二君

出席政府委員

厚生大臣官房総務課長 加藤 栄一君

厚生大臣官房老人保健福祉部長 岡光 序治君

厚生省健康政策局長 仲村 英一君

厚生省保健医療局長 長谷川 慧重君

厚生省生活衛生局長 目黒 克己君

委員外の出席者

厚生省業務局長 北郷 勲夫君

厚生省保険局長 坂本 龍彦君

厚生省援護局長 末次 彬君

国税庁直税部長 橋本 道夫君

人税課長 上原 信博君

労働大臣官房政策調査部長 香山 充弘君

労働調査部長 滝口 敦君

自治省財政局調査室長 菅 直人君

社会労働委員会調査室長 江田 五月君

委員の異動

四月二十五日

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

菅 直人君

第一類第七号

社会労働委員会會議錄第五号

平成二年五月二十四日

同(吉井英勝君紹介)(第四二三号)	同(岡崎安美君紹介)(第四七六号)	同(齊藤邦吉君紹介)(第五六六号)	同(宮路和明君紹介)(第六〇五号)
ハイヤー・タクシー、観光バス、自動車教習所	同外一件(小林守君紹介)(第四七七号)	同(自見庄三郎君紹介)(第五六七号)	同(村井仁君紹介)(第六〇六号)
労働者の労働条件改善に関する請願(上野建一	同外一件(五島正規君紹介)(第四七八号)	同(嶋崎謙君紹介)(第五六八号)	同(村岡義造君紹介)(第六〇七号)
君紹介)(第四二四号)	同(野坂浩賢君紹介)(第四七九号)	同(住博司君紹介)(第五六九号)	同(村田敬次郎君紹介)(第六〇八号)
保育所制度の充実に関する請願(村岡兼造君紹	同外一件(速見魁君紹介)(第四八〇号)	同(関谷勝嗣君紹介)(第五七〇号)	同(村山富市君紹介)(第六〇九号)
介)(第四二五号)	同(松浦利尚君紹介)(第四八一号)	同(田口健二君紹介)(第五七一〇号)	同(持永和見君紹介)(第六一〇号)
重度身体障害者無年金者の救済措置に関する請	同(松原脩雄君紹介)(第四八二号)	同(竹内勝彦君紹介)(第五七三三三)	同(森喜朗君紹介)(第六一一一)
願(鴻池祥肇君紹介)(第四四二一)	同(元信晃君紹介)(第四八三三)	同(武部勤君紹介)(第五七四四)	同(山崎拓君紹介)(第六一二二)
同(住博司君紹介)(第四四三三)	同(安田修三君紹介)(第四八四四)	同(武村正義君紹介)(第五七五五)	同(山下元利君紹介)(第六一三三)
同(野坂浩賢君紹介)(第四四四四)	同(山中末治君紹介)(第四八五五)	同(戸井田三郎君紹介)(第五七七六)	同(山村新治郎君紹介)(第六一四四)
同(水田稔君紹介)(第五三四四)	同(渡部行雄君紹介)(第四八六六)	同外一件(谷洋一君紹介)(第五七七六)	同(山元勉君紹介)(第六一五五)
脊髄神経治療の研究開発促進に関する請願(鴻	同外一件(愛野興一郎君紹介)(第五三九七)	同(戸井田三郎君紹介)(第五七七六)	同(山本拓君紹介)(第六一六六)
池祥肇君紹介)(第四四五五)	同(伊吹文明君紹介)(第五四一〇)	同(渡海紀三朗君紹介)(第五七七八)	同外一件(吉井光昭君紹介)(第六一七七)
同(住博司君紹介)(第四四六六)	同(池端清一君紹介)(第五四二二)	同(中西啓介君紹介)(第五七八九)	同(渡部恒三君紹介)(第六一八八)
同(野坂浩賢君紹介)(第四四七七)	同(石田祝稔君紹介)(第五四三三)	同(中村正三郎君紹介)(第五八一〇)	軟骨異常症患者の医療に関する請願(貝沼次
同(水田稔君紹介)(第五三五五)	同(石破茂君紹介)(第五四四四)	同(中山成彬君紹介)(第五八二二)	郎君紹介)(第五三三三)
労災重度被災者の終身保護所設置に関する請願	同(石原慎太郎君紹介)(第五四五五)	同(永井孝信君紹介)(第五八三三)	同(自見庄三郎君紹介)(第五三三三)
(鴻池祥肇君紹介)(第四四八八)	同(今井勇君紹介)(第五四六六)	同(西岡武夫君紹介)(第五八四四)	同月九日
同(住博司君紹介)(第四四九九)	同(内海英男君紹介)(第五四七七)	同(鳩山由紀夫君紹介)(第五八五五)	国立腎センター設立に関する請願(岡田克也君
同(野坂浩賢君紹介)(第四四九九)	同(衛藤盛一君紹介)(第五四八八)	同外一件(原田昇左右君紹介)(第五八六六)	紹介)(第六三八三)
同(水田稔君紹介)(第五三六六)	同(遠藤登君紹介)(第五四九九)	同(日笠勝之君紹介)(第五八七七)	難病患者などの医療と生活の保障に関する請願
労働災害被災受給者の遺族補償制度に関する請	同(大野由利子君紹介)(第五五〇〇)	同(日野市朗君紹介)(第五八八八)	(伊東秀子君紹介)(第六三九九)
願(鴻池祥肇君紹介)(第四五〇〇)	同(大野功統君紹介)(第五五一〇)	同(東力君紹介)(第五八九九)	同(北沢清功君紹介)(第六四〇〇)
同(住博司君紹介)(第四五一〇)	同(大原一三君紹介)(第五五二二)	同(平泉渉君紹介)(第五九〇〇)	同(左近正男君紹介)(第六四一一)
同(野坂浩賢君紹介)(第四五二二)	同(岡田克也君紹介)(第五五三三)	同(平沼超夫君紹介)(第五九二二)	同(三野優美君紹介)(第六四二二)
同(水田稔君紹介)(第五三七七)	同(加藤紘一君紹介)(第五五五五)	同(福島謙二君紹介)(第五九三三)	同(渡部行雄君紹介)(第六四三三)
労働者災害補償保険法の改善に関する請願(鴻	同(北川昌典君紹介)(第五五六六)	同外一件(船田元君紹介)(第五九四四)	同(五十嵐広三君紹介)(第六三三八)
池祥肇君紹介)(第四五三三)	同外七件(草川昭三君紹介)(第五五七七)	同(真鍋光広君紹介)(第五九六六)	同(岡崎安美君紹介)(第六三九九)
同(住博司君紹介)(第四五四四)	同外一件(熊谷弘君紹介)(第五五八八)	同(細田博之君紹介)(第五九五五)	同(岡田利春君紹介)(第六四〇〇)
同(野坂浩賢君紹介)(第四五五五)	同(倉成正君紹介)(第五五九九)	同(牧野隆守君紹介)(第五九八八)	同(五島正規君紹介)(第六四一一)
同(水田稔君紹介)(第五三八八)	同(小坂憲次君紹介)(第五六〇〇)	同(増子輝彦君紹介)(第五九九九)	同外四件(谷村啓介君紹介)(第六四二二)
国民医療の改善に関する請願(寺前巖君紹介	同(古賀誠君紹介)(第五六一一)	同(増岡博之君紹介)(第六〇〇〇)	同(鉢呂吉雄君紹介)(第六四四四)
(第四六三三)	同(高村正彦君紹介)(第五六二二)	同(松前仰君紹介)(第六〇一一)	同(渡辺嘉蔵君紹介)(第六四五五)
同外一件(山中末治君紹介)(第四六四四)	同(鴻池祥肇君紹介)(第五六三三)	同(三野優美君紹介)(第六〇二二)	同(池端清一君紹介)(第六八〇三)
腎疾患総合対策の早期確立に関する請願(上田	同(近藤鉄雄君紹介)(第五六四四)	同(三塚博君紹介)(第六〇三三)	同(石田祝稔君紹介)(第六八〇四)
利正君紹介)(第四七二二)	同外一件(斎藤斗志二君紹介)(第五六五五)	同(御法川英文君紹介)(第六〇四四)	同(岩田順介君紹介)(第六八〇五)
同(小川信君紹介)(第四七三三)			同(加藤繁秋君紹介)(第六八〇六)
同(小野信一君紹介)(第四七四四)			同外一件(川俣健二郎君紹介)(第六八〇七)
同(近江已記夫君紹介)(第四七五五)			

紹介(第八三二号) 同(児玉健次君紹介)(第八三二号) 同(佐藤祐弘君紹介)(第八三三三号) 国民健康保険への国庫負担増額等に関する請願 (児玉健次君紹介)(第八三四号) 同(寺前巖君紹介)(第八三五号) 国民年金・医療の改善に関する請願(菅野悦子 君紹介)(第八三六号) 同(辻第一君紹介)(第八三七号) 同(寺前巖君紹介)(第八三八号) 同(東中光雄君紹介)(第八三九号) 同(藤田スミ君紹介)(第八四〇号) 同(正森成二君紹介)(第八四一四号) 同(吉井英勝君紹介)(第八四二一四号) 全国全産業一律最低賃金制の法制化に関する請 願(佐藤祐弘君紹介)(第八四三三三号) 同(菅野悦子君紹介)(第八四四四号) 同(辻第一君紹介)(第八四五号) 同(寺前巖君紹介)(第八四六号) 同(不破哲三君紹介)(第八四七号) 福祉の充実に関する請願(金子満広君紹介)(第 八四八号) 同(佐藤祐弘君紹介)(第八四九号) 同(不破哲三君紹介)(第八五〇号) 年金改善に関する請願(小沢和秋君紹介)(第八 五一号) 同(古堅実吉君紹介)(第八五二二号) 同(三浦久君紹介)(第八五三三三号) 国民医療改善に関する請願(北沢清功君紹介) (第八五四号) 同外一件(時崎雄司君紹介)(第八五五五号) 同(東中光雄君紹介)(第八五六号) 同外一件(竹内猛君紹介)(第八五七二二号) 同(児玉健次君紹介)(第八五八五五号) 同(竹内猛君紹介)(第八五九六六号) 重度身体障害者無年金者の救済措置に関する請 願(前田武志君紹介)(第八五七七号) 同(山口敏夫君紹介)(第八五八八号) 同(米沢隆君紹介)(第八五九号)	同(網岡雄君紹介)(第九五七号) 同(岩田順介君紹介)(第九五八号) 同(岩垂寿喜男君紹介)(第九五九号) 同(野呂田芳成君紹介)(第九六〇号) 同(宮里松正君紹介)(第九六一号) 脊髄神経治療の研究開発促進に関する請願(前 田武志君紹介)(第八六〇号) 同(山口敏夫君紹介)(第八六一一四号) 同(米沢隆君紹介)(第八六二二二号) 同(網岡雄君紹介)(第八六三三三号) 同(岩田順介君紹介)(第八六四四号) 同(岩垂寿喜男君紹介)(第八六五五号) 同(野呂田芳成君紹介)(第八六六六号) 同(宮里松正君紹介)(第八六七七号) 労災重傷被災者の終身保養所設置に関する請願 (前田武志君紹介)(第八六八三三三号) 同(山口敏夫君紹介)(第八六九四四号) 同(網岡雄君紹介)(第八七〇五五号) 同(岩田順介君紹介)(第八七一六六号) 同(岩垂寿喜男君紹介)(第八七二七七号) 同(野呂田芳成君紹介)(第八七三八八号) 同(宮里松正君紹介)(第八七四九九号) 労働災害被災受給者の遺族補償制度に関する請 願(前田武志君紹介)(第八七五五五号) 同(山口敏夫君紹介)(第八七六六六号) 同(米沢隆君紹介)(第八七七七七号) 同(網岡雄君紹介)(第八七八八八号) 同(岩田順介君紹介)(第八七九九九号) 同(岩垂寿喜男君紹介)(第八八〇〇〇号) 同(野呂田芳成君紹介)(第八八〇一四号)	同(宮里松正君紹介)(第九八一四号) 腎疾患総合対策の早期確立に関する請願(伊藤 宗一郎君紹介)(第八七一四号) 同(石橋一弥君紹介)(第八七二五五号) 同(衛藤征士郎君紹介)(第八七三六六号) 同(遠藤武彦君紹介)(第八七四七七号) 同(大石千八君紹介)(第八七五八八号) 同(沼沢次郎君紹介)(第八七六九九号) 同(片岡武司君紹介)(第八七八〇〇号) 同(寺前巖君紹介)(第八七八一一四号) 同(中谷元君紹介)(第八七八二二二号) 同(中野寛成君紹介)(第八七八三三三号) 同(丹羽雄哉君紹介)(第八七八四四四号) 同(宮崎茂一君紹介)(第八七八五五五号) 同(浜田卓二君紹介)(第八七八六六六号) 同(松田岩夫君紹介)(第八七八七七七号) 同(三原朝彦君紹介)(第八七八八八八号) 同(宮下創平君紹介)(第八八九九九九号) 同(宮地正介君紹介)(第八九〇〇〇号) 同(山下徳夫君紹介)(第八九〇一一四号) 同(米沢隆君紹介)(第八九〇二二二号) 同(川島實君紹介)(第八九〇三三三号) 同(愛知和男君紹介)(第八九〇四四四号) 同(網岡雄君紹介)(第八九〇五五五号) 同(井上喜一君紹介)(第八九〇六六六号) 同(白井日出男君紹介)(第八九〇七七七号) 同(児玉健次君紹介)(第八九〇八八八号) 同(鹿野道彦君紹介)(第八九〇九九九号) 同(瓦力君紹介)(第八九一〇〇〇号) 同(木村義雄君紹介)(第八九一一四号) 同(沢田広君紹介)(第八九一二五五号) 軟骨異栄養症患者の医療に関する請願(児玉健 次君紹介)(第八九一三六六号) 難病患者などの医療と生活の保障に関する請願 (池端清一君紹介)(第八九一四七七号) 同(菅直人君紹介)(第八九一五八八号) 同(木島日出夫君紹介)(第八九一六九九号) 同(中野寛成君紹介)(第八九一八〇〇号) 同(正森成二君紹介)(第八九一九一四号)	同(柳田稔君紹介)(第八九六六号) 同(和田貞夫君紹介)(第八九七七号) 同(池端清一君紹介)(第八九八八号) 同(菅直人君紹介)(第八九九九九号) 同(沖田正人君紹介)(第九〇〇〇〇号) 同(菅直人君紹介)(第九〇〇一一四号) 同(網岡雄君紹介)(第九〇〇二二二号) 同(児玉健次君紹介)(第九〇〇三三三号) 肢体障害者の生活保障に関する請願(自見庄三 郎君紹介)(第八九八八号) 同(柳田稔君紹介)(第八九九九九号) 原爆被害者援護法の制定に関する請願(古堅実 吉君紹介)(第九〇〇〇〇号) 同(三浦久君紹介)(第九〇〇一一四号) 同(山原健二郎君紹介)(第九〇〇二二二号) 同(阿部昭吾君紹介)(第九〇〇三三三号) 同(江田五月君紹介)(第九〇〇四四四号) 同(菅直人君紹介)(第九〇〇五五五号) 同(橋崎弥之助君紹介)(第九〇〇六六六号) 重度戦傷病者とその援護に関する請願(大野功 統君紹介)(第九〇〇七七七号) 国立腎センター設立に関する請願(愛知和男君 紹介)(第九〇〇八八八号) 同月二十一日 腎疾患総合対策の早期確立に関する請願(田邊 誠君紹介)(第九〇〇九九九号) 同(越智伊平君紹介)(第九〇一〇〇〇号) 同(古賀一成君紹介)(第九〇一〇一一四号) 同(森田一君紹介)(第九〇一〇二二二号) 同(秋葉忠利君紹介)(第九〇一〇三三三号) 難病患者などの医療と生活の保障に関する請願 (貴志八郎君紹介)(第九〇一〇四四四号) 同(池端清一君紹介)(第九〇一〇五五五号) 同(岩田順介君紹介)(第九〇一〇六六六号) 同(川島實君紹介)(第九〇一〇七七七号) 同(川保健二郎君紹介)(第九〇一〇八八八号) 同(鈴木久君紹介)(第九〇一〇九九九号) 同(筒井信隆君紹介)(第九〇一一〇〇〇号) 同(日笠勝之君紹介)(第九〇一一〇一一四号)
--	---	---	--

同(沖田正人君紹介)(第一一四一号)
同(川島實君紹介)(第一一四二号)
同(川俣健二郎君紹介)(第一一四三号)
同(古賀一成君紹介)(第一一四四号)
同(兒玉健次君紹介)(第一一四五号)
同(五島正規君紹介)(第一一四六号)
同(坂井隆憲君紹介)(第一一四七号)
同(須永徹君紹介)(第一一四八号)
同(住博司君紹介)(第一一四九号)
同(小沢辰男君紹介)(第一一八六号)
重慶戦傷病者と妻の援護に関する請願(稻村利幸君紹介)(第一一五〇号)
同(江崎真澄君紹介)(第一一五一号)
同(越智伊平君紹介)(第一一五二号)
同(大野功統君紹介)(第一一五三号)
同(熊谷弘君紹介)(第一一五四号)
同(井田三郎君紹介)(第一一五五号)
同(中山成彬君紹介)(第一一五六号)
同(中山正暉君紹介)(第一一五七号)
同(持永和見君紹介)(第一一五八号)
同(関合勝嗣君紹介)(第一一八七号)
同(中村正三郎君紹介)(第一一八八号)
同(三ツ林弥太郎君紹介)(第一一八九号)
同(森喜朗君紹介)(第一一九〇号)
中国残留婦人の援護に関する請願(高村正彦君紹介)(第一一二七号)
同(吉井光昭君紹介)(第一一七三号)
同月二十三日
保健婦助産婦看護婦法の改正に関する請願(太田誠一君紹介)(第二二〇九号)
同(塩崎潤君紹介)(第二二一〇号)
同(戸井田三郎君紹介)(第二二一一号)
同(虎島和夫君紹介)(第二二一二号)
同(中山利生君紹介)(第二二二三号)
同(山下徳夫君紹介)(第二二二四号)
同(江口一雄君紹介)(第二二二五号)
国民医療改善に関する請願(藤田スミ君紹介)(第二二二五号)
同(吉井英勝君紹介)(第二二四二号)

りました。数字で申し上げますと、国民医療費の対前年度の伸び率が、五十八年度は四・九％に對し、五十九年度は五・二％の伸びでございます。五十九年度におきましては、国民医療費の増加率が対前年度三・八％に對し、国民所得が五・一％でございます。さらに、六十三年と平成元年、これはまだ見込みの数字でございますが、やはり国民医療費の増加率が国民所得の増加率を下回る見通しになっております。最近におきまして、その他の年は若干国民医療費の伸びが国民所得の伸びを上回っている年もございますが、大体五十七年度以降今日まで、推計も含めまして通算してみますと、国民医療費と国民所得の伸びはほぼバランスがとれているという状況でございます。

○平田(展)委員 医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲内にとどめるという目標は今後とも達成できる、維持していけるというふうに考えておられるでしょうか。

○坂本(龍)政府委員 今後の人口の高齢化、医療の高度化等を考慮いたしますと、毎年医療費が増大していくことは避けられないわけでございますが、今後国民の負担が過大なものとならないように医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲内に抑えるということを私どもは政策目標としておるわけでございます。この達成につきましては、長期的には必ずしも容易ではない面がございますが、あらゆる努力を尽くしてまいりたいと考えておる次第でございます。

具体的には、高齢化社会にふさわしい良質な医療を効率的に供給するための医療システムの合理化、効率化に取り組むとともに、従来から行っておりましてレセプト審査の充実でございますとか指導監査体制の強化といった医療費適正化を一層強力に進めまして、この目標の達成に努力をいたしたいと考えております。

○平田(展)委員 一方、国民保険に目を転じますと、今回の改正案は、低所得者問題に対応するものとして十分評価できる問題だろうと私は考えております。しかしながら、産業構造の変動とか人口の高齢化といった国保を取り巻く社会の基本構造はそう大きくは変わることはないだろうと考えております。したがって、国保制度は今後とも依然として多くの問題を抱えていくというふうに考えるわけでございますけれども、これにどう対応していくのか、基本的な考え方を大臣からお伺いしたいと思っております。

○津島国務大臣 国保制度は、制度の枠組み、被保険者の構成などから、委員御指摘のとおり産業構造の変化、人口の高齢化の影響を大きく受けてまいりましたし、これからのまた受けていくであろうと考えています。しかしながら、また一方、この国保制度は国民皆保険の基盤でございますまして、一方の被用者保険と国保制度、この二つが大事な国民の健康を守る命綱になっておるわけでありまして、将来とも安定的な運営を確保していかなければならないと思っております。そういうことで、これまでも一連の制度改革を行ってまいりましたけれども、今後とも一層、国保の財政基盤の強化、運営の安定化のためには努力しなければならぬ、社会経済、医療環境の変化に順応して努力を積み重ねて、絶えず努力をしていかなければならないというふうに考えております。

○平田(展)委員 国民保険制度は他の医療保険制度に比べてまして保険料が高い割に給付率が低いというところで、加入者の不公平感が大変強いと聞いております。他の制度と比較して国保の保険料負担と給付率の現状はどうなっているか、この辺を御説明いただきたいと思います。

○坂本(龍)政府委員 昭和六十三年の数字で申し上げますと、まず、一世帯当たり保険料につきましては、年額で政府管掌健康保険が十一万四千円、組合健康保険では十一万八千円でありまして、国保では十三万八千円となっております。一方、給付でございますけれども、法律上の療養の給付の給付率は、政府管掌健康保険、組合健康保険で本人が九割、家族は入院八割、外来七割となっております。これに對し、国民健康保険は七割という数字でございます。しかし、そのほか

高額の療養費制度もございまして、これによって実際の実効給付率は、例えば六十三年におきましては政府管掌健康保険が八四・二％、組合健康保険が八六％、これに對して国民健康保険は七九・四％となっております。国民健康保険も実効給付率はおおよそ八割というところになっております。なお、家族の実効給付率だけを取り上げてみますと、政府管掌健康保険が七五・八％、組合健康保険が八〇・四％、これに對して国民健康保険は七八・六％ということで、政府管掌健康保険よりやや上回っている、こういう状況でございます。

○平田(展)委員 今後高齢化社会の進展に伴いまして、ますます給付と負担の公平化が求められるわけじゃないかと考えるわけですが、やはり制度間の公平が大変重要であります。このため、医療保険制度の一元化を求める声がありますが、これに對しましてどのように取り組んでいかれる御所見か、大臣の御見解をお伺いしたいと思います。

○津島国務大臣 今後の高齢化に對応いたしまして、国民が安心して医療を受けられるようにするために、医療保険各制度間の給付と負担の公平を図り、その長期的な安定を確保していくことが必要であります。そのために、これまでも給付と負担の公平化のための改革を逐次実行してまいりましたが、今回の御提案しております国民健康保険制度の改正もそのような趣旨に基づくものでございます。今後、医療保険制度のあり方についていろいろな御意見もございまして、今回の改正の実施状況を踏まえ、また、老人保健制度の問題の検討状況も踏まえて検討を進めてまいり、要するに負担と給付の公平化を図るということをまず前提条件としてやってまいりたいというのが私の考え方でございます。

○平田(展)委員 ただいまの大臣の御発言にもありますように、老人保健制度の問題というのが今後の大変重要な問題だろうと思いますが、今後とも増加する老人医療費の負担問題を抜きにして国保制度の安定ということは望めないわけですが、

老人保健制度の見直しについて今後どのように進めていかれるか、お伺いしたいと思います。

○岡光政府委員 昨年の十二月に老人保健制度の見直しに関する中間意見を老人保健審議会からいただいたところでありますが、その中で制度の長期的安定を図る方策についても触れていただいております。その中で、費用負担のあり方につきましてはさらに検討を重ねていくというふうに御返事をいただいております。

御指摘のように、老人保健の問題、今後の高齢化社会における最重要課題でございますので、引き続き、老人保健審議会の場等を通じて幅広い観点から御議論が行われることを期待しております。関係者の御意見を踏まえた上で十分検討してまいりたいと考えております。

○平田(展)委員 さて、国保は、約三千三百の市町村が経営主体となっておりますが、それぞれの市町村の置かれていた状況も千差万別でございます。私の地元、鹿児島県下におきましては多くの町村では過疎化して、若者が東京等の大都市に流出しております。お年寄りだけが残されて高齢化率も非常に高いわけでございます。このため、国保の財政運営は非常に難しくなっております。地域的にはこうした地域の財政力が弱くなっておりますけれども、これに對してどのように調整していくのか、その辺についてお伺いしたいと思います。

○坂本(龍)政府委員 国保の実施につきまして市町村間でいろいろな格差がございますが、特に、ただいま御指摘ありましたような過疎地などにおきましては、高齢者の加入割合が高い、あるいは財政基盤が弱いということで大変御苦勞されているというところは事実でございます。

そこで、今日まで老人保健制度の創設でございますとか退職者医療制度の導入、そういう制度、さらに国民健康保険制度の一昨年の改正等、今後の方角に向けての費用負担の公平化というふうな見地から行っております。さらに、この平成二年度からは、老人保健拠出金の加入者按分率一

せんが、総務庁が行いました昭和六十二年年度就養
リールアルバイトとしては美態を把握しておりま
す。現在では、在学者を除くアルバイトは百三十六
万六千人となっております。

○平田(展)委員 実態をよく把握されてないという事で、わかりにくいだろうという事はわかるんですが、こういうフリーアルバイターについては、はっきり申し上げて数字もわからないという事でございますから、所得の把握も大変難しいんじゃないかというふうに思うわけです。その結果として、所得税を逃れている者も大変多いんじゃないかと思うんですが、そのあたりの実態を国税庁ではどのように把握しているか、国税庁の御見解をお伺いしたいと思います。

○坂本(龍)委員 フリーアルバイターの定義範囲というのは定かでないという事を今もお話がありました。これは定かでないという事は、定職につかないで臨時的に事業主に雇用されている者である、そういうふうな言われておるわけでございまして、就労の期間の長い短いはございましてと思いが、いずれにしても、事業所を転々としているというところに特徴があるというふうに考えられるわけでございます。

このような特徴を踏まえまして、これらの人たちに對する所得税の課税というものを考えますと、一般的にはこれらの人たちが事業主に勤務を提供することにより受けます対価は所得税法上給与所得に該当するということでございまして、給与所得につきましては、給与の支払いをする者、すなわち事業主がその給与の支払いの際にその所定の所得税を源泉徴収をいたしまして、これを国に納付することとされております。

我が国におきましてこの事業主の源泉徴収義務の履行状況の現状を全体として見ますと、私どももそのフリーアルバイターという方々について限定した把握というものはなかなかしておらないわけでございますが、全般的に源泉徴収そのものの履行状況というのを見ますと、こういう人たちのを含めまして、こういう給与に對します所得税の源泉徴収というのはいかなる確に行われているというふうには考えておるのでもございまして、ただ、これらの人たちの場合は、年間を通じて断続的に就労しておるといふようなことで、し

かも事業所を転々としておるといふようなことが考えられますので、そういう場合にはやはり年間を通じて給与の収入金額というのがあるわけでございますが、それに本当に見合った適正な年税額が課されているかどうかという点について必ずしも問題がないわけではないという状況でございます。

いずれにしても、国税当局といたしましては、源泉徴収義務者に對します指導とか調査を通じて、御指摘のようなフリーアルバイターと言われる人たちの給与に對します適正な課税の確保の問題を含めまして、全体としてより一層源泉徴収義務の適正な履行の確保が図られるように努めてまいりたいと考えております。

○平田(展)委員 労働省それから国税庁からの御説明をいただいたわけですが、所得税を基礎にしまして住民税がはじかれ、その住民税を基礎にして国保税あるいは国保の賦課金というものが決められるわけでありまして、そういう意味におきましてこれは大変重要な問題であろうと思っております。これは大変重要な問題であろうと思っております。これは大変重要な問題であろうと思っております。これは大変重要な問題であろうと思っております。

○坂本(龍)政府委員 国保の未加入者の状況というのはいろいろな姿があるかと思うわけでございますが、国保の場合に基本は住所地に於いてその市町村に加入するという原則でございますので、市町村が把握をするというのがまず第一

でございます。しかし、いろいろ御指摘のありましたような形態を含めまして市町村においてその住所の把握ができないということになりますと、なかなか国保としての把握困難であります。そういう意味から国保の未加入者の実態について正確な把握というものは、私どもも現在まで行われていないというのが実情でございます。

しかしながら、国保には本来国民皆保険として加入しなければならぬということになっておるわけでございますから、できるだけ市町村に届け出を行っていただくような形で広報等を通じて理解をしていただくように考えておるわけでございます。また、住民登録が行われますときには、必ずチェックをいたしまして、国民健康保険に入るべき人に国民健康保険に加入する手続を行うというのを勧めておるわけでございます。今後ともいろいろな方法を通じて、未加入者が生じないように努力をしてまいりたいと考えております。

○平田(展)委員 こうした人たちというのは、実は国保制度の不安定要因ということばかりじゃなくて、税の捕捉という点でも私は問題であるというふうに考えているわけでございましてけれども、国保税あるいは国保料の問題一つをとってみても、その課税、課金というものの算定の基礎となる所得というものが、このように捕捉できない所得がふえてきているというわけでありまして、この点が結局は税制の面におきまして、所得税体系に加えて消費に着眼した税制で対応することが必要となってきたのではないかと私は考えているわけでありまして。今後は、この消費に着眼した税でありまして消費税による財源というものは、国保を初めとする社会保障制度に對する国庫負担を補てんしていく上で不可欠のものになると私は考えているわけでございます。

さて、このように国保につきまして、いろいろな地元の人の話を聞いて抱く印象は、市町村にとつて大変運営面の苦勞が多い。一方、加入者にとつても他の制度と比べて保険料負担が大変重たいとい

う問題がありまして、どこか魅力に乏しいものという印象があります。しかし、国保は世界に誇る国民皆保険制度の基盤をなすものでありまして、その安定化は極めて重要であります。今回の改正は、国保制度の安定化に資するものであると私は考えますが、さらに、国保の魅力を高める上で、医療給付のみならず健康の維持増進といった事業にも力を注ぐことが求められると思っておりますが、これに對してどのように対応しているのか、お願いいたします。

○坂本(龍)政府委員 国保制度におきましては、保健施設事業を通じて被保険者の健康の維持増進を図っております。その重要性はますます高まっております。認識しております。特に、国民健康保険は、市町村が実施しております。地域保険でございまして、住民のいろいろな状況というものを把握している市町村が行うという意味において、こういった保健事業を行うについては、それぞれ地域の特性を生かした方法というものが考えられるという点にむしろ特色があるかというところを考慮しておるわけでございまして。そこで、市町村の実態に應じて、より効果の高い事業計画を策定いたしまして、そのための経費として保険料収入の中からできる限り保健施設費に計上するように私どもも指導をしております。また、保健施設事業の推進を国としても支援するために財政調整交付金による助成も行っております。現在、いろいろな種類の保健施設事業が行われておりますが、今後ともできるだけこういった事業の充実を図るよう、私どもとしてもいろいろな面で支援をいたしていきたいと考えておる次第でございます。

○平田(展)委員 この健康づくりというのは、まさに地域づくりの総合対策の一環として行われるものでありまして、ぜひとも積極的に取り組んでいきたいと思っております。今後の国保制度もその基盤の上に立つてこそ新たな展望というものが開けるのではないかと思っております。そこで、厚生行政の観点から、地域づくりとい

う課題に積極的に取り組むべきではないかというふうに思っております。厚生省の立場からも地域づくりにおいて中心的な役割を果たすべきではないかというふうに考えます。今後厚生省として、医療にとどまらず、保健や福祉を含み込んだ地域づくりにどのように取り組んでいくのか、お伺いしたいわけであります。私の地元の鹿児島県川内市は、福祉の里、サン・アビリティーズ川内といまして、福祉基地、団地の建設をやっているわけですが、こういうものにつぎまして厚生省としてどういうふうに取り組んでいかれるのか、大臣の御所見をお伺いしたいと思います。

○津島國務大臣　高齢化していく中で我が国の福祉を、そしてまた医療サービスを支える原点はどこかと申しますと、私は何といつても地域社会であらうと思います。今委員が言及されましたような鹿児島県におかれる取り組み、これはほかの県においても先見性のある方々が取り組んでおられるわけでありますが、町づくり、村づくりということが非常に言われている中で、どちらかといいますと地域の活性化とか産業興しとかいう面が中心でとらえられておりますけれども、私は、まさにこれから福祉づくり、健康づくりというものを地域が中心になってやっていただくことが二十一世紀に向けて最大の課題であらうと思っております。

今言われたお考えに全く賛成でございます、そういう意味で、このたび厚生省が中心に打ち出しました二十一世紀に向けての高齢者保健福祉推進十カ年計画というものは、そのような地域を中心とする医療、福祉、保健、こういう一体としての仕事を支えていきたい、国としても全力を挙げて応援をしたいという発想方法に基づいておるものでございまして、今国会に提出をし、当委員会でもいづれ御審議をいただきます老人福祉法等の改正案もこのような考え方を基礎に据えておるものでございます。委員のお考えを私ども全く同感の意をもって受けとめさせていただきます、そういう方向に一生懸命やつてまいりたいと思いま

す

○平田（民）委員　ただいま大臣から老人福祉法の改正の御発言がございましたけれども、昨年十二月の老人保健審議会の中間意見でもうたわれておりますように、今や老人保健、医療、福祉施策の基本はクオリティ・オブ・ライフの確保にあると考えているわけであります。個人の尊厳が問われる今、寝たきりのお年寄りについてもただ医療のみの面からでなくて、社会復帰ということを目指した福祉の面からの取り組みも重要だと考えているわけでございます。これがひいては結果的に国民健康保険の給付負担の軽減にもつながるといふふうに考えるわけでございますが、この点についてどのようにお考えになっているか、大臣の御

見解をお伺いしたいと思います。

○津島国務大臣　ただいまの御見解、全くそのとおりでございます。私どものゴールドプランの中の一つの柱に、寝たきりゼロ作戦というのがございます。これは正確に理解をされていない面がございますけれども、基本的には、寝たきりの状態にならないという日常の保健政策というものが、これがまず基本でございます。そしてまた、不幸にして一度病床に伏するような疾患になられた方方も、医療機関におきましてもあるいは在宅におきましても、多くの方々の協力によってできるだけ体を起こしていただく、社会人としての活動も

やっていたが、日常の生活も生き生きとしてやっていた。だ、という方向に大きく踏み出している。というところでございます。例えば医療のサービスにおきましても、ある限度を超えた点滴のような治療が行き過ぎますと、寝たきりの状態のまま病院で置いてしまうということ、そういう傾向が指摘をされておるわけでありますから、少しでも自分の口から栄養をとっていた、そして体を得起こしていただく、できたならば協力者の力を得て活動していただくという方向にこれからも努力をしていただきたいと望んでおるところでございます。そしてそれが、委員御指摘のとおり、全体として、結果として医療費の高騰を抑制する方向

に働いていけば全く一石二鳥でございまして、我々としては、本当にそういう方向に行ってもらいたいと念願を込めつつ努力をしてまいりたいと思つております。

○平田(農委員) いずれにいたしましても、これから我が国は急速に進展する人口の高齢化というものを迎えているわけでございまして、そういう中で国民健康保険制度の健全な維持ということが大変重要でございますので、ひとつ厚生省といたしましても、この問題について万全な備えを図っていただきたいということをお願い申し上げます。げまして、私の質問を終わらせていただきます。

○畑委員長 永井孝信君。

○永井委員　まず、冒頭に大臣にお伺いしたいと

思うのでありますが、この前、この法案の提出に当たって大臣が提案理由の趣旨説明をされました。その中に言われておりますことは、高齢化の進展が続く中で将来に向けて制度運営の安定化を図っていくことが肝要であるということ、制度が構造的に抱えている低所得層問題について、国、都道府県、市町村が協力して財政援助を行う仕組みを確立する。そして、国庫助成の強化等を図ることによって、国民健康保険制度の運営の安定化を図ることを目的としているというふうに述べられてゐるわけです。

そこで、お伺いするのですが、非常に限られた時間でありますから、一つ一つの問題を深く掘り下げて質問する時間がないと思いますので、一つ一つの問題の掘り下げは後で同僚議員にお願ひするといったしまして、総括的に伺ひをしてみたいと思うわけであります。

まずこの国保財政の安定化を図るとしていることでありますが、その財政効果というものは、この改正案によりますと二百三十三億円ということになっているわけですね。老人保健法の加入者按分率が 100% となったことによりまして六百十七億円、合わせて八百五十億円というふうに説明がされているわけであります。この財政効果に

ついて、一世帯当たり年間五千七百円の負担軽減効果があるというふうに私は説明を聞きました。そこで政府としては、実際にそのように保険料が安くなることを被保険者に対して約束することができませんか。どうぞ宜しくお願いしょう。

○坂本龍 政府委員 ただいま御指摘のとおり今回の改正による保険料軽減効果を一世帯当たり平均して計算いたしますと年間五千七百円という数字になる、これはおっしゃるとおりでございます。ただ、この五千七百円というのは軽減効果でございますから、実際に保険料をどうするかということは市町村の保険者としての判断にゆだねられておるわけでございまして、市町村におきましては赤字があるところもございまして、いろいろな事情に応じてその保険料の取り扱いについての判断というのはまた異なつてようかと思ひます。したがひまして、端的に申し上げまして、直接保険料の引き下げにつながるかどうかということとはこれは一概に申し上げられませんが、負担の軽減あるいは抑制効果があるということは言えるわけでございます。

○永井委員　そこで、この国保の一世帯当たりの保険料を政管健保、そして組合健保と比較いたしますと、一九七〇年代までは国保が一番低かったのです。ところが八〇年度にその二つを一気に追いついて、ここにも資料がございすけれども、例えば昭和五十三年、一九七八年度の国保の一世帯当たりの保険料の額は実績で六万七千三百円となっております。組合健保で例をとりますと七万一千八百円とございました。これが一九八八年度、昭和六十三年には国保が十三万八千円、組合健保でいいますと十一万八千円、伸び率は組合健保では一・六倍、国保では実に二・一倍になっているわけですね。こういう実情を見ますと、今も自民党の議員から指摘されておりましたけれども、給付水準が最低であって、それで加入者の所得水準も最低という実態にあるのですね。加入者の平均所得も、資料で見ますと百万円から二百万円という所得の人が最も多いのですよ。二六・一

%という数字になっています。これは他の組合健康や政管健康に加入している人と比べると極めて所得が低いということになってまいります。そういう実態にある限り、その平均保険料も当然この三つの制度の中で給付として負担という関係から考えまして最低となるように努力することを行政の側として目標として確立すべきじゃないか、こう思うのですが、ここはひとつ大臣に考え方をお聞きしたいと思います。

○津島国務大臣 たいま永井委員が御指摘になりました、これまでの推移はそのとおりであろうと思います。そして、それについての私の率直な印象を申し上げます、やはり余り望ましいことではない、これは委員と認識を一致しているものでございます。

それから、どうしてそうだったかということを考えてみますと、これは御承知のとおり国保に加入をしておられる方の構成の問題、年齢構成が高いという問題、それから、そういうことと関連をしまして医療費の伸びが、いわゆる高齢者の場合には老人医療費の場合には高騰していく。そういういろいろな要因が重なってそうなるわけであると思いますが、これは断然放置してはならないということで、今回の措置もそうでございますし、それから、これまで永井委員も当委員会を通じてよく御承知のとおり、老人保健制度の推進等を通じていろいろやってきたわけでございます。

これからの負担と給付の公平化を図るということが基本的な目標でございますから、一層の努力をしてみたいと思っております。とりあえず今回のこの改正はそういう努力の一環としてひとつお受けとめをいただきたいと思えます。

○永井委員 後で触れますけれども、負担と給付の公平化、これは当然なことでありまして、すべての国民は法のもとにおいて平等でありますから、自分の加入する保険によって非常に不公平が出てくるということは日本の法治国家としての恥部であらう、私はこう思いますので、そこにとろは大臣もひとつしっかりと踏まえてもらって行

政の推進を図ってもらいたい、こう申し上げておきたいと思えます。

そこで、この国保業務というのは市町村に対する団体委任事務なんです。したがって、できるだけ自治体の自主性を尊重しなければならぬと思うのです。応益割の方が多いという今の自治体の現状からいいますと、低所得者が圧倒的に多いという実情にどう対応していくか、自治体自身の知恵でそういうふうになつていこうと思うのです。したがって、自治体がそういう非常に努力を必要に思っていることに對して国が基準をつくって指導する必要があると私は思うのです。そういう努力に對して考えた場合に、国が基準をつくって指導する、政令などによる強制的な手段をとらないということを明確にしてみたいと思うのでございますが、どうでございましょう。

○坂本(龍)政府委員 保険料につきましては各市町村間でいろいろ格差があるということで、国としても、また地方団体としてもできるだけ平準化を図っていくことが望ましいという考え方を持っておるわけでございます。

今後、国としては地方公共団体の御意見も十分尊重しながら保険料負担の平準化を進めたいと考えておりますし、また市町村の側からも、お互いに協議をしながらそういう方向へ持っていくということを言っておるわけでございますが、いずれにしても、ただいま御指摘ありましたように、国民健康保険は市町村において自治体の自主性というものが基本的な考え方としておるわけでありまして、私どもの方では、この政令というのは一つの標準として地方自治体がいろいろな意味で考え方の見本と申しますか、よりどころというところになればと思っておる次第でございます。したがって、自主性を損なうような形で直接にこれを制定をするというふうなことは考えておりませんし、また今後とも保険料負担の平準化実施に当たりましては市町村の自主性を十分尊重してまいりたいと考えております。

○永井委員 今の局長の御答弁を聞いておりますと、地方自治体の自主性を損なうようなことまでは強制的に考えていないという趣旨なんです。よろしゅうございませうか。

○坂本(龍)政府委員 はい、そのとおりでございます。

○永井委員 今そういう答弁をいただいたのですが、今度の法改正の八十一條の關係ですが、八十一條はこのようになっています。従来は「賦課期日、納期、減額賦課その他保険料の賦課及び徴収等に関する事項は、条例又は規約で定める。」こうなっているものが、今度は「政令で定める基準に従つて条例又は規約で定める。」このように法改正が提案されているわけですね。これは保険料の賦課及び徴収等に関するものでありまして、「政令で定める基準に従つて」ということは、その条文をそのまま読めば、地方の自治体が決める条例あるいは規則というものは国で決めたものに從つてやらなければならないという、いわば条例そのものを縛ってしまうことになりはしないのか。したがって、今局長が答弁されましたように、それが自主努力をされているわけでありまして、それを法改正によって国から押さえつけてしまふということになりはしないか。最後の答弁がそのとおりであるとするならば、この条文が将来にわたつて強制するものではないかというのを私はここで明確にしてみたいと思ふのですが、どうでございませうか。

○坂本(龍)政府委員 今回の改正におきまして第八十一條にただいま御指摘のような「政令で定める基準に従つて」という字句を挿入するという部分はございませう。これは、今回保険料の賦課制度を恒久化することに伴ひまして保険料あるいは保険料の軽減減額を公費で補てんするところから、この保険料の減額を初めとしたしまして保険料に関する所要の事項について法律上規定の整備を行おうとするものでございます。

これは先ほども御議論がありましたように、地方においてそれぞれ自主性を持つて努力している、そのとおりでございまして、私もそれを尊重いたすわけでございませうけれども、国民健康保険の保険料としておおよその標準というものが考えられるわけでございませう。これがやはり国民健康保険法という法律によってできた制度でございませうから、そういう標準的なものというものはやはりどこかであつてしかるべきであらう。しかし、それは標準でありまして、それに条例なり規約が合致しなければ絶対にそういうものを認めないというふうなものではない。したがって、各市町村における最終的な徴収の姿というのは条例または規約で定めるといふ形になっておりますので、私も、この基準というものを直接に押しつけるということを考えておるわけではございません。

○永井委員 くだいようですが、この改正の条文を見ると、私も専門家はありませうけれども、立法におきまして直接専門的な分野ではないのでありますが、しかし、どう見ても八十一條というのは「政令で定める基準に従つて」、こういう条文が入っているわけですね。私はここに非常にひっかかりを持つておるわけですね。したがって、今局長が答弁されたことがきちっと保証されるというところだけを再度確認しておきたいと思ふのですが、どうでございませうか。

○坂本(龍)政府委員 この条文によりまして最終的には「条例又は規約で定める。」ということになっておるわけでございませう。この政令で定めるものも基準でありまして、市町村が条例または規約で定めるときに一つのモデルというふうなものがあった方がよいという考えもあつて、そういうものを私も決めたと思つておるだけでございますので、これは法律上の規定の整備という意味において、先ほどから申し上げている趣旨については改めて同様の答えをさせていただきます。

○永井委員 そこで、一九八七年度における赤字市町村数ですが、厚生省の資料を見ますと二百五

十四、率にして七・八%となっております。それ
ぞれの一般会計からの繰入金がなかったとした場
合の赤字市町村数は六百十三、一八・八%にもな
っているわけですね。今度のこの改正案によっ
て、あるいは老人保健拠出金の増加によって、今
後市町村の財政状況はどのようになるとお考えに
なっておりますか。

○坂本(龍)政府委員 市町村におきまして国民健康
保険事業の運営は、医療費とか被保険者の所得の
状況等から大きく影響を受けますし、また、そう
いった要素が変動いたしますとそれぞれいろいろ
な変化がございますので、各市町村ごとに財政状
況が具体的にどうなるかということを見通すこと
は極めて困難でございます。しかし、いずれにい
たしまして、国庫補助の助成を強化いたしまし
て保険基盤安定制度を恒久化し、さらに財政調整
機能を高めるという、この国民健康保険制度の改
正にあわせて、老人保健拠出金に係る加入者按分
率も一〇%になるということから保険料負担の
軽減、抑制が図られるという効果が出ることは問
違いないわけでございます。これがそれぞれの市
町村にどのようによれば影響するかという点
は、先ほど申しましたように具体的に申し上げる
ことは困難でございますけれども、国保制度の安
定に相当程度寄与していくものになるであろうと
いうことを私も考えております。

○永井委員 せっかく国の助成もふやして安定化
を図ろうというわけでありまして、今申し上げ
たように一般会計からの繰入金がなかった場合の
赤字保険者数が六百十三にもなっている、十大都
市及び特別区においても一般会計からの繰り入れ
がなかった場合に九七%の赤字団体という
ことになってくるわけですね。そう考えますと、
やはりこれだけの法改正をやつて国が安定化計画
に乗り出すというのであれば、今局長が答弁され
たように、実際の効果もたらすかとい
う見通しがつかないということでございますかとい
ども、しかし、そのことについて、後どうなつた
かという検証をする責任があると私は思うのです

が、これはどうでございますか。

○坂本(龍)政府委員 今回の国民健康保険法の改
正の内容につきましては、特に保険基盤安定制度
という低所得者の保険料軽減に対する公費助成の
制度を恒久的なものとする、あるいは国庫補助の
増額分を財政調整分重点的に配分するというこ
とになっておりますので、少なくとも、今後財政
力の弱い市町村に対して重点的に国費の助成が行
われるという効果が出てくることは明らかでござ
います。私どもとしては、個々の市町村における
保険事業の運営状況というものを十分に見まし
て、それに対応した助成というものを的確に行っ
てまいりたいと考えておりますし、また、この制
度を実施された際には、それが市町村の財政状況
にどのような影響を及ぼしたかということにつ
いては十分検証をさせていただきたいと考えており
ます。

○永井委員 厚生省の仮定した試算によりま
す、サラリーマンの医療保険から老人保健及び退
職者医療への拠出金の合計が増加し続けていくわ
けです。一九八八年度における被保険者一人当た
りの拠出金の金額と料率というものは、厚生省の
資料によりまして政管健保で年間二万九千円
です。八・三%の料率で二・二%に当たります。組
合健保で同じく三万三千円、八・一%中これも同
じく二・二%であったものが、仮定された試算に
よりますと、二〇〇〇年度においては、政管健保
で九万八千円、率にして一一・三%中四・七%を
占めるということになっております。これは厚生省
の資料です。組合健保でいいますと十萬三千円、
一〇・三%中四・七%と推計されているわけ
です。

今回のこの八百五十億円ということによる財政
効果は、このように、組合健保でいいますといわ
ゆる一般勤労者、サラリーマンが中心でありま
す。このサラリーマンに過大な犠牲を求めていく
ということになっていくわけですね。言いかえれ
ば、一般勤労者の過大な犠牲の上に将来軽減する
効果を持つという形になるわけですが、これは一

体どうでございますか。とりわけこの国保以外
の被保険者は、たとえそれがわずかの率であれ、
わずかの金額であれ、当然一般会計から国保財政
に繰り入れられていくということになります。と
理屈の上ではいわゆる地方税の中からさらに負担
することになっていくわけですから、これにつ
いてどのようにお考えをお持ちになっておりますか。

○坂本(龍)政府委員 確かに、今後高齢化が進
んでいくに伴いまして老人保健拠出金あるいは退職
者医療拠出金、この被用者保険からの拠出金負担
というものは増大していくわけでありまして、私
どもも、これにいかに対処するかについて真剣に
考えていかなければならないと思っております。次第
でございます。

国保と被用者保険との関係、さらにその間に老
人保健というものが介在いたしました。この関係
というものはなかなか複雑になっておりますが、い
づれにしても、基本的には老人の医療費を国民全
部で共同に負担し合おうというところから、従来
に比べて被用者保険の拠出金負担が重くなっ
てまいりまして、一方、国民健康保険の方は結果
として老人保健の拠出金については若干軽くなっ
てまいっておりますが、その間においてはやはり被
用者保険に対する何らかの対策というものも必要
であるというところから、今回、老人保健におけ
る特別保健福祉事業というようなことから健康保
険組合等に対する国の助成というような仕組みも
取り入れたわけでございますので、この問題につ
いては、やはり双方の関係を十分に考えながらい
ろいろとバランスをとって対策を進めていく必要
があるのか、こう考えておる次第でございます。

○永井委員 そこで、いわゆるこの給付と負担の
公平化という問題が政策課題として問われてくる
わけですね。いわゆる医療保険制度の一元化とい
う問題であるかと思うのでありますが、一九八
四年の四月に発表された厚生省の「今後の医療政
策の基本的方向」というものがございまして、そ
れによりまして、全制度を通じる給付と負担の公
平化は昭和六十年代後半に実現するとしているわ

けですね。その後の国会答弁では六十年代後半の
できるだけ早い時期にと明言してきていますわけ
です。この一九九〇年、ことし平成二年というのは
昭和でいいますと六十五年に当たっておりますし
て、これまでの経過から見ても、政府としては一元
化に向けた方針及びそのスケジュールを当然現在
の段階では明らかにすべきときが来ているのでは
ないかと思うのですが、これは大臣、いかがで
ございましょうか。

○津島国務大臣 老人医療費の高騰に伴います
国民健康保険として被用者保険、それぞれ抱える問
題、そして、その中間に老人保健制度が介在する
という今の問題のあり方については局長からお話
したのでございまして、今回御提案をいた
しております国民健康保険の改正につきま
して、それからまた被用者保険の方で、先ほど申し
ました特別保健福祉事業で何とか加入者按分率一
〇%にきたことに伴う、被用者保険の方を安定
をさせていくという、この現在の御提案を早く
お認めいただく必要があるわけでありまして、こ
れをしも基本的に制度全体が安定したとはいえな
いじゃないかという恐れも委員のお気持ちがある
であろうと思っております。私はそれは率直にお認め
いたします。

そして、それを改善していくためには六十年代
後半の早い時期に一元化ということで抜本的にひ
とつ解決してほしいという考え方があられるわけ
でございますけれども、そしてまた、六十年代後半の
早い時期にということは何度も歴代の大臣が答弁
していることも事実でございますが、今の私の気
持ちは率直に申し上げます、そういう目標に向
かって進まなきゃならないけれども、当面まず一
〇%加入者按分率が実現したところで、一体
老人保健制度をこれからどういうふうに対応に運
用していくのだからというところを真剣にまず
議論することが次のステップの第一歩ではない
か、そういう意味で委員御指摘のお気持ちそのま
ま私も同感しつつ、これからの進め方としては老
人保健制度について基本的に検討してもらいまし

て、その検討状況を踏まえて、我々の気持ちで一步でも二歩でも進んでいく、次のステップをまた御提案をしたいというのが私の考え方でございます。

○永井委員 大臣の方のそういう姿勢を私も一応これからの展望として正しく受けとめて改善を図っていきたく思うのですが、国保そのものは、今も問題にしておりますように、給付率は最低なのに保険料が一番高いのです。これはもう紛れもない事実なんです。給付と負担の公平化というなら、この制度はいわば不公平のシンボルだと私は言わなければならないと思うのです。したがって、それは一体どのように認識されているのか、再度伺いたいことと、せめて国保の給付率を引き上げる方針をこの際明らかにすべきではないかと思うのですが、大臣どうでございますか。

○津島国務大臣 現状から見ますと、やはり負担と給付の問題について問題がございます。これはもう低所得者や高齢者の加入割合が高いというふうなことから、どうしても宿命的に出てくる国民健康保険制度の今の現状でございますが、それであるからこそ、この毎年制度改正をお願いしてまいったわけでございまして、今後国庫助成の強化ということも含めまして、保険料負担の軽減、抑制に努めなければならないだろう、これは基本的に言えることであらうと思います。

ただその場合に、それでは給付率を八割の線で、何とか公平化を図るという線があるからどうだと、こうおっしゃるわけでありまして、今七割給付で、そして高額療養費制度を加味いたしますと大体実八割に近いところへ来ているわけでございます。これ以上給付率を上げるといふことは、私は本当に率直に言って非常に難しいと思います。そういうことで、負担面の公平化を図ることをどうしたいかというのを重点にまわす取り組んでいかねばならない。給付率のあり方につきましては、やはりその後の問題ではない

だろうかというふうな受けとめておるところでございます。

○永井委員 今の大臣の御答弁は、七割給付だけれども実質的には高医療の負担額を入れますと八割負担に限りなく近づいているという趣旨だと思っております。私が求めている負担と給付の公平化、これは政府の立場でいいますと保険医療制度の一元化ということになっていくのですが、八割で一元化をせよと私どもは求めているのではないのです。日本のこの経済大国と言われている経済力から見て、国際的に見た場合にも、もっと給付率を高めるべきだという基本に私どもは立っているのです。一元化というのは、悪い方へそろえることが一元化では困るのです。限りなくいいようにしていく、その方向にそろえていくことが一元化だと私は思うのです。これはひとつ私は大臣に、厚生行政を担当する責任者に対してこのことを厳しく指摘をしておきたいと思うのです。

実は、ことしの三月七日でありましたが、朝日新聞の社説にこういうことが出ておりました。非常に興味深い内容であります。二十兆円と言われているこの医療費は果たして高いのかということ、長い社説でありまして全部を御紹介することはできませんけれども、そのさわりどころだけ言います。例えば、OECDから発表されている資料によりますと、先進二十四カ国のうち一人当たりの医療費の比較で見ますと、米国の二・二倍、カナダ一・六倍、スウェーデン一・三倍、その後につと続いているのですが、日本は十四番目になっているのです。しかも、日本の医療費には他の先進諸国では福祉が受け持つ経費まで含まれているわけですね。したがって、それを仮に他の先進諸国並みに線をそろえたと、恐らく先進國中二十位あたりにランクされるであろうと指摘されているのです。これは朝日新聞の社説ですが、私は朝日新聞の受け売りをしてい

るのです。そういうふうな指摘をしているのです。「なぜ、日本人一人当たりの医療費が先進諸国に比べて安いのか。それは、病室が狭い、人手

が極端に少ない、こういうことを指摘しています。したがって、「心配なのは、厚生省が患者一人当たり、一日当たりの医療費を、さらに減らすことに熱中しているようにみえる」という指摘をしています。

後で大臣にこのことに対する感想を聞きますが、したがって、むしろ厚生省がまず手をつけるべきことは、医療従事者、いろいろな職種がありまされども、この医療従事者を先進諸国並みに充実することが結果として診療報酬を厚くすることになっていくのか、よい医療を提供することになっていくのかではないかと指摘しているのです。私は、これを読みまして本当にもっともだと思っております。私は、この二十兆円が高いからこれは早いこと何か削減をせないうか、抑制せないうかぬということだけが先走りしているのではないかとと思うのですが、大臣の御感想を聞きたいと思

います。

○津島国務大臣 ぜひ私の感想を聞いていただきたいと思っております。今の新聞の社説でございますけれども、高齢化の現状を踏まえれば現状では十何番目であるというふうな議論をやっております。私もはたしと気がついたときにはとても困つてしまふということになってはいけないということでございます。日本のこれから高齢化のスピードというものは先進国のどの国よりも速いスピードで高齢化をしていって、これからもう目の届く先のところでOECDのあらゆる国を追い越してしまふ。それに耐えていくにはどうしたらいいかということ、私もやはり真剣に考えなければいけないと思うのでございます。

我々は現在の二十兆の医療費そのものが多過ぎると言ったことはございません。私も国会で言ったことはございません。医療従事者が一生懸命やっていたらどうして、今優良な医療サービスを提供していただきたい、これを二十一世紀まで守っていくにはどうしたらいいかということ

を真剣に考えているわけでございます。

それで、実はオランダに私どもの次官が参りまして、ついこの間向こうの厚生省の高官と意見を交換したのでありますけれども、やはり医療費の高騰ということが大問題でございまして、そして日本と違っていて国民皆保険がない、全部がカバーされておられないものから、公的保険制度にカバールされてない人々が非常に大きな問題を抱えているという御指摘がございました。私もポーランドにこの間出張いたしました。ああいう社会主義であった国におきまして、医療費のこれからの高騰をどうしたらいいかということを真剣に考えておりました。私がびっくりいたしましたのは、やはり自己負担についてはある程度考えていただかないと我が国の医療制度はもたない、これはポーランドの厚生大臣から私におっしゃったこととでございます。

でございます。それから、この今の優良な医療制度を二十一世紀まで維持していくということについて私どもはあらゆる工夫をしてやっていたいかなければならない、ただ、国の間の一人当たりの医療費が現状ではどうであるかどうであるかということでは議論が進まないことは委員も御承知のことであらうと思

います。

○永井委員 御感想をお聞かせいただいたわけでありまして、ともすれば膨張し続ける医療費をどうやって抑制するかというところに視点が向きます。ちなんですね。そのことをこの朝日の社説が厳しく指摘していると私は思うのです。だから、今言われましましたように背景はいろいろ違いますが、進みますけれども、少なくとも医療の充実ということから考えると、単に医療費が膨張し続けるから抑制しなくてはならないというところだけに視点を持たないようには、私はここでお願いをしておきたいと思っております。そこで、医療費の適正化に関する問題であります。実は医療費の適正化に向けた主な施策としては、医療保険サイドから見ましたら、医療機関に対する指導、監査の強化、レセプトの審査、点検及び医療費通知の充実あるいは診療報酬及び薬

備基準の合理化、適正化、こういうものがあるわけですね。

そこで、私はここで伺っておきたいと思うのでありますが、プライベシーにかかわる問題として、患者本人の疾病に関する記録もしくは記録に準じるものとしてカルテ、レセプト、健康手帳の三つがあるのですが、この医療保険制度の中にこれが定着していると私は思うのですが、これは間違いございませんか、一言で言ってください。

○坂本(龍)政府委員 ただいま御指摘のカルテ、レセプト、健康手帳、これは老人健康保険の場合健康手帳とっておりますが、一般の場合には被保険者証というのがこれに該当するものでございまして、そういうものにつきましては患者の傷病等のプライベシーに関する情報が記載されてい、この制度の中の記録文書でございます。

○永井委員 そうだといたしますと、本人の疾病記録なのに本人が管理できないというような性格を持つていて、それがカルテとレセプトとありますが、このプライベシー保護の観点からこの二つについてどのように位置づけをされているのか、簡潔にお答えください。

○坂本(龍)政府委員 カルテは診療を行った医師が、その診療結果、治療法等を記載いたしました医療機関において保管すべきものというふうになっております。一方、レセプトは保険医療機関が保険者に診療報酬を請求する際に作成いたしました、最終的には保険者が保管するもの、こうなっております。最終的には、いずれにしても、患者の傷病等のプライベシーといったようなものが問題になりまして、医師が刑法上そういう秘密をゆえなく漏らしてはならないという規制をされております。その際には患者の秘密というのはその内容を指すものでありまして、このカルテ、レセプトという紙そのものとはまた別の考え方がとられているというのが現状でございます。

○永井委員 そうしますと、守秘義務のかかっている医療従事者及び公務員以外の目にその中身が触れる、そういう例として保険請求事務がありま

すね。保険請求事務をやろうとすれば、数で照合しないといふ請求はできないわけでありまして、そうすると、この保険請求事務とレセプト点検という問題について、やはりプライベシーとの関係で大きな問題を抱えていると私は思うのです。これが、外部委託が最近盛んにされていると聞いておりますが、その実施状況を調査されたことがございますか。

○坂本(龍)政府委員 レセプト点検の保険者外への委託の実施状況につきましては、厚生省が平成元年七月に調査をいたしました。これによりまして、健康保険組合のうちで約一八%、それから国民健康保険のうちで約一〇%、老人医療の実施主体の市町村の九%におきまして外部委託が行われております。しかしながら、そこにおきましては秘密保持のために契約条項を設ける等、委託に際していろいろな配慮が行われているというのが実情でございます。

○永井委員 今、例えば国保で言いますと外部委託されているものが一〇%程度だ、こういうわけですね。ところが、この外部委託が結果としてプライベシーの保護という問題から逸脱しているのではないかと、この外部委託を受けた企業は、い

えば営利企業ですね。この営利企業が保険者の意に沿うために、例えば診療内容にまで踏み込んでレセプト審査をしているという傾向が非常に心配をされているわけですね。例えば保険診療システムというものの間に民間の営利企業が事実上介入することになる、医師以外の者に診療内容に立ち入る点検を行わせることになる、保険者による再審査請求増大というものは本来の審査委員会の機能というものを形骸化させる結果になっているのではないかと、こういう問題が指摘をされているわけですね。これについてどのようにお考えになりますか。

○坂本(龍)政府委員 レセプト点検は、本来保険者が医療費を支払うためにその内容を確認するということであるが、行方行方すべきものでござ

います。したがって、私どもも外部委託については、むしろ保険者が直接やる方が望ましいとは思っておりますけれども、いろいろな事務処理上の人手の問題、その他運営上の問題から保険者の判断において間違いのないように外部委託をする。これはやむを得ないというところを考慮しております。ただ私どもとしても、レセプトの点検につきましては、今御指摘のありましたような問題については十分これに留意をしながら行っていくかなければならないと考えておりまして、ことしに入りましてから指導方針を明らかにして示しております。

例えばその要点を申し上げますと、保険者側の委託業者に対する監督責任というものを十分明確にする必要があると、そのような措置を行うこととか、あるいはレセプト点検は保険者の指示監督が容易な場所で行われる、さらに委託契約書に守秘義務を明記いたしまして、その義務に違反した場合の契約解除の規定を明らかにするとい

うようなことも指示しております。さらに、先ほど御指摘ありましたように、保険者の意に沿うようにいろいろと医療内容に沿って素人が審査をするという点につきましては、これはそれで内容が決まるわけではございませんで、やはり支払基金の専門家による再審査によって決まるわけではございませんから、直接医療行為に介入

ということにはならないわけでございます。ただ、例えばできるだけ点数の減額を行った場合に報酬が多くなるというようなシステムの契約はしないようにという指導もいたしております。また、支払基金における再審査につきましては、これは保険者と医療機関と双方から行われることになっておりまして、それぞれ疑義が生じた場合にもう一度それを明確にしておくという意味

において、やはりこの活用については、もちろん乱用という弊害に陥らないようにしながら、適切に運用していく必要があるかと思っております。

○永井委員 今局長が言われておりますように、

部外委託をする場合のあり方というものは、都道府県の関係課長会議の席上でもことしの一月に指導されているわけですね。指導した以上は、それがどのように実施をされているか、その成果というものは当然点検すべきですね。指導のしっ放しではだめですね。なぜ私はここでこの問題を申し上げるかというと、ある保険者では、この外部委託をした場合にかなりの支出、経費が要るけれども、それによって減点効果が著しい、しかもその上に特別調整交付金の上乗せをされて、いざ特別調整交付金を上乗せをしてもらおうと思えばやめられない問題だということをおっしゃっている保険者もいるのです。私はそのことが目的で守秘義務にまで突っ込んだり、本来医師の持つべき診療内容にまで立ち入るということがあったのでは大変ですから、せつかくここまで指導されたという、その後の点検だけはきちっとしてもらいたい、このことを要望しておきたいと思うのですが、どうですか。

○坂本(龍)政府委員 御指摘のように、この問題については非常に慎重に扱うべき問題でございますので、私どもとしても、外部委託の実施状況について適正を期するために今後とも継続的に把握をいたし、さらに指導に努めてまいりたいと考えております。

○永井委員 時間がありませんので、気にかかっておる問題だけちょっと走ってお伺いしたいと思っておりますが、診療報酬の引き上げが行われまして、これは、厚生省によると引き下げ改定ですね。薬価基準は引き下げられました。厚生省の言われていることは、そのことによつて実質的に一%程度の診療報酬の引き上げになった、こう言われているのですが、保険医の皆さんが調べられた資料がここにあるのです。全国を調べたわけじゃないのですよ。六医療機関六百五十七校分のレセプトの二ヶ月分を今度の診療報酬の単価の改定と薬価基準の改定、これによって置きかえたら一・一%ダウンだった、こういう結果が出ています。と

ころもありました。これについて、本日に診療報酬の結果として引き上げられたとお思いになつていらっしゃるのでしょうか、どうですか。

○坂本(龍)政府委員 診療報酬の改定につきましては、私もまだ医療費の全体の枠で何%の改定をするというのを決めるわけでございます。そして、その枠の配分を実際にどのような医療行為に当てるか、これは専門家の御意見も伺い、中央社会保険医療協議会でお決めのいただくことになっております。したがって、私もまだ医療費全体としての枠の改定については実質一%を用意いたしております。ただ、個別の医療機関における点数の変化というのにつきましては、例えば一方において薬価基準を引き下げておられますから、薬価基準に載っている品目によってはいろいろ引き下げ率が進むという問題と、それから、例えばこの一%、あるいはその他の場合も同じでございますが、その改定の枠の中で新規に点数を設定したり項目の組みかえというものも出ております。この新規設定などは、例えば従来の請求では認められなかったものを認めるということもございまして、単なる置きかえということになりますと、その改定が反映してこない、こういう面もございまして、いろいろその診療内容に応じて影響度が個別には違つておられますので、個々の医療機関における現実の影響度というものは、これはある程度差があるのはやむを得ないだろうと思ひますが、私も、全体としての医療費を実質一%改定いたしました、このように考えておる次第でございます。

○永井委員 これは実態を調査してみないとわかりませんけれども、厚生省は一%上がったと言ふ、現場の方は一%以上上がったと言ふ、この乖離をどうやって整合性を持たせられるのか。私は、これは診療報酬の改定を行った側としてやはりきちっと調査すべきものは調査をして、現場と行政の側との乖離を埋めるような形で診療報酬の改定でなければいかぬと思うのです。薬価基準を引き下げて、そしてこの診療報酬を引き上げるとい

うことは私は前から言つてきました。例えば薬づけと言つてきたときがあった、薬価差益に頼るという医療であつては困る、人命を預かるのだから、その人命を預かる医師としての技術料をもっと高く評価すべきだということを私は何回も言つてきた経過がこの委員会でもございまして、そういう意味では、薬価基準を引き下げて、引き下げられていくのが適正化されて、そして診療報酬の単価が引き上げられるというのは、私は当然の筋道だと思つています。

しかし、そうはいつても実態はそうなつていないよという現場の医師の皆さん方の実際の経営状態を聞きますと、果たしてこれでいいのだからかというところになつていくのです。やはり医師の皆さんが安心して医療を施すことができるという形をつくつていかないと、環境やそういう実態をつくらなければいけません。本日の意味の国民の期待する医療になつていかないと私は思ふのです。だから、私はこの問題をここで提起しているわけ

です。ところで、特定の人の名前を挙げて恐縮であります。厚生省の松永さんという方が週刊社会保険に寄稿されておられます。これは今度の「診療報酬改定の内容と考え方」ということを記録されているのですが、その中で私は非常に気になることがあります。それは例えば、国民健康保険法の改正も医療法の改正についても、当初の厚生省が考えていたことよりも結果としてはかなり構想の中身を小さくした、小さくせざるを得なかった。それは国会における選挙の結果を受けてのことでありましようけれども、そこで、「周囲」その「周囲」というのはどこか知りませんが、「周囲からは、大臣告示のみで決定できる診療報酬改定に大きな期待の声が出されていく」という現状言われているわけですね。これは周囲から言われていることであるから私はそれはそれなりに受けとめてい

るべきであつて、その診療報酬の改定の中にこういうことが言われている。診療報酬改定に当たつて考えるべきコストの問題、三つの要素がある。そのコストアップの三つの要素というのは、一つは、公務員の給与改定を勘案した医療従事者の人件費アップ、二つは、中

医協会の反映であり、社会全体の労働時間短縮や公務員の週四六休への移行等を考慮しての医療機関における週四六二時間労働体制の整備、これは結構なことですね。三つは、消費者物価の上昇に伴う物件費のアップ、このようにコストの三つの要素というものをここで指摘されている。これは当然なことだと思ふのです。ところで、その後言われていることは、「診療報酬のアップ分、薬価基準のダウン分によつて、実質医療費増はなし」といふことといたしまして、今厚生省が言われているところですが、その一%上がったことを受けてこのように言われているわけですね。これは今回、週四六休への移行を考慮したことから大きなものになつたものである。厚生省としては、すべての医療機関において週四六休を実施できるだけの財政的な手当てを行つたと考えており、次回以降の改定では、週四六休の要素で医療サイドが診療報酬改定要求を行うことは困難との考えである」と断定されているのです。大臣、一%でそんなことは可能ですか。一%のアップでそれが可能ですか、どうですか。

○坂本(龍)政府委員 診療報酬の改定の考え方に関連するものでございまして、いろいろの要素を加味しまして、どういう医療費にするかというのを専門家の御意見も聞きながら決めていくことになるわけでございます。先ほど御指摘がありましたように、物価の上昇でありまして、労働時間の短縮の問題でございまして、最近におけるそういう社会経済状況等もいろいろ十分考慮いたしまして今回点数の改定を行つておりますが、その際に診療報酬以外に薬価基準も引き下げておりますので、その影響を勘案して、その薬価基準の引き下げ分に見合う財源を診療報酬の改定に振り向ける、そうして、さらにその上に一%の実質増を乗せる、こういうこととでございます。

したがつて、診療報酬そのものにつぎましては結果的に約三・七%の改定分という考え方もとれるわけでございます。その三・七%相当分をどこにどれだけ振り向けるかについては、週四六休というものが実現できるような数字的な指標を用いてこの医療費の配分を決定いたしました。こういう趣旨でございまして、もちろん、医療機関ごとのそれぞれの事情について個別に一つ一つ、労働時間あるいは賃金までの対応も含めて決定したということにはならないわけでございます。医療費の改定率の考え方として、そういうものが可能になるような要素を十分考慮して決めた、こういう意味にとりていたのだと思ふ次第でございます。

○永井委員 繰り返して恐縮ですが、コストの三つの要素の中に公務員の給与改定が入つています。これは、それぞれの医療機関においては医療従事者を抱えているわけですね。この人たちの待遇改善も図つていかなければいけません。そして週四六休と言われているように時間短縮も図つていかなければいけません。時間短縮を図るとすれば、医療従事者をさらにふやすことによつて初めて可能になつていくわけですね。現実には看護婦さんが足りない。きょうは時間がありませんからこのことは触れませんが、圧倒的に看護婦さんが足りない。その看護婦さんが足りないときに、待遇をよくしないと看護婦さんは来ない、これは需要と供給の関係ですね。そう考へていくと、厚生省は一%の実質アップだと言つていて、現場の医療機関は一%以上マイナスだと言つていて、これは非常に大きな乖離がある。その乖離があることはさておいても、今回の改定によつて例えば医療従事者の拡充をさらに必要とするような週四六休制を実施するに付いては、今度はこのことが理由で診療報酬の改定要求は行ふことはできませんよと断定しているというところは、私は現実と非常に大きなそががあると思ふのです。これは生の資料でして、ここで全部読み上げる

わけにいきませんけれども、私はある医療機関の四月分の実績をコンピュータに打ち込んだものを全部そこへ行ってもらってきました。これはうそも隠しもない内容です。三月分と四月分の比較をしてみました。膨大な、これは一つの項目に件数が入っていますから、この段は全部診療の内容の違ひなんですね。これでいきますと、今度の薬価基準の引き下げと診療報酬の改定によって、上下の分がかなりありますけれども、総体的にいきますと診療件数の多いものほど実質はマイナスになっています。この資料で歴然と出てきます、三月分と四月分の比較ですから。

しかし、この病院はかなり経営のいい方でございまして、それでも調べてみると、三月分と四月分の診療件数や中身はほとんど変わっていないのですよ、変わっていないのだけれども、そこでプラスになった分を全部計算をしますと〇・一五九%のアップにとどまっているのです。そこでその院長は嘆きました。こは医師が三名、そのほか従事員全部含めて十二名の医院でございしますが、嘆いておりました。一般の勤労者が五%、六%の賃上げをしてもらっているときに、〇・一五九%のアップで従事員の賃金の改善ができませんか、意欲を持って医療に当たれると思いませんか、ということをごこの経営されている院長は私に言いました。

きょうは細かいことを言う時間はありませんけれども、私はこれは医療の現場の実態だと思っております。だから、薬価基準を適正化することは結構、これはもう当然。薬価差益に類するような医療は本来間違いですから。だから、薬価基準を適正化するのの当然なこと、そのかわり医師の技術料というものは的確に見てあげる、そして十分に医療行為ができるような、国民が信頼できるような医療体制をつくる、そのことが結果的に健康保険の財政にも影響を与えてくるわけです。病気が悪くなつて過度の治療を必要とするようなことにならないようにすることも大事です。そうしますと、医療機関の体制というものは、もっとそうい

う面で現場の実態に合うような診療報酬の改定でなければいかぬと私は思うのです。

きょうは国保の改正問題でありますから、直接このことは国保の問題と関係ないかも知れぬけれども、そこにはつながっている。しかも厚生行政に携わる皆さんと現場の、この診療報酬や薬価基準に対する問題あるいは腫瘍マーカーの一回限りということが非常に問題になって、腫瘍マーカーショックという言葉まで生まれているのですよ、これはきょうはもう触れる時間がありますけれども、そう考えていくと、もっともときめきの細かいことをやって、せめて診療報酬の改定は、大臣告示だけでやれるとしても、それは国会で承認案件にするとかいうことも含めて国民の合意が得られるようにすべきではないか、私はこう思うのです。医療行政の根本的なあり方かもしれないですね。

もう時間が来ましたので、きょうはこれ以上議論を避けておきます。次の機会に譲りますけれども、最後に大臣のそのことに対する御答弁を伺って終わりたいと思います。

○津島国務大臣 永井委員の非常に詳細な御検証にまず敬意を表したいと思います。

いろいろ御指摘がございましたが、私どもも、基本的には医療サービスの問題につきましましては、医師の技術料、それから看護婦を初めとするマンパワーの確保というものを重点において診療報酬を検討をする。今回の診療報酬の改定もそういう立場から行われたというふうに報告を聞いておるわけでありまして、個々の医療機関におきましては、例えば我が国があるべき医療の姿にふさわしい診療報酬を今回導入したわけでございますから、その結果マイナスの影響を受ける個々の医療機関があり得るということもこれはやむを得ないであらう。ただ、委員が御指摘のように、本当に医師の技術料の評価とか、それからマンパワーを充実するという方向で十分ではないということがございましたら、やはりこれは是正をしていかなければならないであらうと思っております。

いずれにいたしましても、この改定の効果等については、医療経営の実態調査も行っておるわけでございます。今後、中央社会保険医療協議会の御議論に適切に反映をさせまして、基本的には今先生の言われたような点を考慮して、これから取り組んでまいりたいと思っております。

なお、この診療報酬の改定を国会の直接の審議の材料にしようという点につきましては、委員のようない方に詳しい方は例外かと思っておりますけれども、私は、国会議員が個々の診療報酬について責任を持てと言われまして、これはやはり非常に難しい問題であらうと思っております。当委員会を通ずる問題の指摘等、適切に反映させつつ、中央社会保険医療協議会において十分審議をしていただく、厚生省としても一生懸命取り組むということがいのではないかと思っております。

なお、一言付言をいたしますと、いずれにしても予算に係ることでございますから、そういう意味では国会議員の議論の可能性は十分あるということも付言をさせていただきます。

○永井委員 終わります。

○畑委員 終わります。

○沖田委員 日本社会党・護憲共同の沖田正人であります。

このたびの改正に当たりまして、いろいろと提案理由の説明を伺っておるわけでありまして、国民健康保険制度の安定化を図ることを目的としていと言われますけれども、その背景と内容について改めて大臣から明らかに説明をしていただきたいと思っております。

○津島国務大臣 国民健康保険の制度は、被用者保険と並びまして我が国の医療保険を支える大きな柱でございます。この制度、国民健康保険の制度は、高齢者の比率が被用者保険等に比べて高い、そしてまた、老人医療費が高齢化に伴って高騰するというような構造的な問題がございまして、その安定が求められてきたわけでございます。そういう中で、昭和五十八年から老人保健制度が発足をいたしました、老人保健制度に国民全

体で参加をして支えるという立場から制度を支えていく、その結果として国民健康保険制度に過度にかかっている負担を軽減するということが行われ、そして、その制度の目的を達するためには、いわゆる加入者によってその制度への拠出金を決めるという按分割合をだんだんと上げてきて、本年度から一〇%加入者按分率で拠出をしていただくということになってきたわけでございます。この制度の推移を見ますときに、全体として老人保健制度を構築していく中で国民健康保険制度の安定を図るということがねらいとしてあったことは事実でございます。

こういう老人保健制度のみならず国民健康保険が市町村によって行われているということから、市町村における給付と負担のばらつきという問題も指摘をされておりましたし、それがまた低所得層の方々が地域によってばらつきがあるということから、国民健康保険の構造のゆがみと申しますか地域における不均衡をもたらし、こういう問題もあつたわけでありまして。そういうことで、その低所得層に着目をする基盤安定制度が暫定的な制度として行われてきたわけでありまして、今回これを恒久的な制度として取り入れたいということが今回の改正の中心になっておるわけでございます。そういうことを通じまして保険財政基盤を安定化する、そして、結果として国庫補助制度を拡充するということをいたしまして、国民健康保険制度の一層の安定を図るというのが今回の改正案の趣旨でございます。

○沖田委員 保険料の平準化を図ることも大きな目的の一つだと言われているわけでありまして、けれども、その内容について簡明にひとつお尋ねをいたします。

〔委員長退席、持永委員長代理着席〕
○坂本(龍)政府委員 保険料を、市町村においてかなり格差がございまして、できるだけ市町村間において、これは医療費が異なることによつてまた差がつくというのはやむを得ない面もございまして、できるだけ合理的な説明のできる

厚生省は、各市町村の条例で実施している保険料の賦課方法、特に応益割と応能割、所得割の比率について本年度を目途に基準を定めて行政指導

○坂本(龍)政府委員 先ほどお述べになりました国民負担の原則につきましては、これは考え方と

まいりたいと考えております。

の徴収者であるに、国民健康保険の運営者として適切に対応をしていただくように今後とも支援をいたしたいと思っております。

なお、国といたしましては、むしろ全国的に収納率がどうなってきたかということを知ることとは非常に重要なことでございますから、そういう意味で収納率の把握についてはできるだけ正確に行つてまいりたい、こう考えております。

○沖田委員　悪質な滞納者は療養費払いでなければ受診できないようにしておるわけでありましてけれども、これを実施しているのは一九八九年度でわずか六百九十七市町村にすぎないわけでありまして。他の地域には該当するものがないのか、それとも実施が困難なのか。加入者の権利の制限が行われているところと、そうでないところとがあるわけですが、不公平じゃないだろうか。実施が困難な事情にあるとすれば、このような制度はやめたらどうか、廃止したらどうかと思います。この点を伺います。

○坂本龍二 政府委員　やはり、国民健康保険制度が被保険者全体の相互扶助というものを基本にして成り立っているということから、特別の事情がないにもかかわらず保険料あるいは保険税を滞納している方に対しては、できるだけその人に対して十分な納付相談とか指導を行い、あるいはやむを得ざる事情の解消に努める等、個別の指導も必要であらうかと思っております。

そういうことで、この滞納者の実情というものの把握なり、それに対する個別の対応というものに市町村ともいろいろと意を用いておられると思うわけでありますけれども、ただいま御指摘のありましたような被保険者資格証明書を交付している市町村というのは六百九十七である。しかし、これは六十二年度に二百四十五でありましたものがふえておるわけでありますから、決して制度として意味がない、あるいは廃止すべきものとは私どもは考えておりませんが、できるだけ、ただいま御指摘のような公平という観点から、市町村が適切に運営をされるように私どもとしては期待をいたしておるところでございます。

○沖田委員 保険料の免除制度について伺いたいと思います。

国保には加入者の所得に着目した制度としては保険料の軽減制度だけではないわけであり、また、免除規定そのものが火事や災害によつて納付が、困難な事態となつた場合に限られているわけであり、従来の政府答弁で低所得者の保険料免除制度に対するお考えでは納得がいかないのです。したがつて、この点をひとつ伺いたいと思います。

そこで、一つには相互扶助に基づく社会保険制度は、保険料を納めて給付を受ける、そういうことが原則になっているわけでありませうけれども、我々はその原則と例外の關係を逆転させようと言っているわけじゃありません。ただし、所得がなないか、あつても低い人たちの多い国保にそれを導入したならば、事実上免除者の方が多くなつてしまつて、あたかも免除することが原則かのようになると言われるならば、それは例外の適用を間違へたことによるのじゃないか、国保の基本政策によるものではないかと思うのでありますが、この辺のところの見解を伺いたいと思います。

○坂本龍政府委員 国民健康保険が相扶共済の精神に基づく社会保険制度であるということから、やはり保険料を納めて給付を受けるということが大原則であるというのが私どもの基本的な考え方でございます。また、その際に、保険料につきまして軽減は制度があるわけでございますが、全額免除ということになりますと、国保の被保険者間の負担の公平という観点から適當でないというように考えられるわけでございます。また、所得が低い状態が継続的でありまして、かなりの期間継続して免除を必要とするというようなことになりますと、これはやはり保険制度としてなじまないというように考えるべきだと思つてわけでございます。

したがって、国保の低所得者が多いという特色につきましましては、軽減制度をもって対応するのが適當であろうと考えておりまして、この軽減の方策については今後ともいろいろ検討の余地はあろうかと思っておる次第でございますけれども、全額免除というのはごく例外的な場合を除いては

基本的に取り入れるべきではないというのが私どもの基本的な考え方でございます。

○**沖田委員** 全額免除というものが被保険者の間に負担の不公平を招くことになるというような考え方の方でありますけれども、しかし、現在の軽減減制度においても軽減分が他の加入者負担に転嫁されることになって、それがむしろ不公平だということになってくるわけでありますから、保険基盤安定制度の導入が図られたのではないか、このように考えるわけであります。保険基盤安定制度における国の負担をもっと増加をすれば、この不公平というものは解決できるのじゃないか、このように思いますが、所見を伺いたいと思ひます。

○坂本龍雄 政府委員 この問題は保険制度に関する基本的な問題でありまして、私どもとしては、先ほど申し上げましたように基本的に少なくとも一定額以上の保険料を御負担いただくというのが本筋であろうかと思っております。

なお、軽減制度においても不公平といえば不公平ではないか、こういう御指摘でございますが、これはやはりある程度個人の経済能力においてその間の調整ということを行うことは保険制度としても考えられるわけでございますので、軽減制度につきましましては国の制度として私は決しておかしくはないと思っております。したがって、保険基盤安定につきましても、そういう保険料の軽減制度に対応してこれを考えておるわけでございますので、全額免除ということについてはやはり基本的な問題として私どもは取り入れがたい、こう考えております。

○沖田委員　時間がないので、多少の意見の違いは置きまして、次の問題に入りたいと思います
が、その前に先ほどの質問に戻ります。

いわゆる八十一條の関連で、標準的なものをつくる、そのことについてはペナルティーを科さないという点についての見解がまだ落ちていたように思いますが、その点はペナルティーを科すのですか、科さないのですか、もう一遍明確にお答

えをいただきたいと思います。

○坂本（龍）政府委員 ペナルティーというような

ものを科すということは考えておりません。

○**沖田委員** 昭和四十五年に日雇労働者健康保険法の擬制適用制度が突如として打ち切られたわけでありますが、その当時打ち切られた加入者数、被保険者数を明らかにしていただきたいと思ひます。

○坂本龍雄 政府委員　ちよっと手元に資料がございませんで、正確なお答えは後はどまた資料が出ましたらさせていただきますことにいたします、これは私の個人的な記憶で甚だ不正確でございますけれども、四、五十万人であったかあるいはもう少し多い八十万か九十万であったか、何かその辺の記憶が極めて不正確でございますので、ちよっとこの点は後はどまた資料によってお答えさせていただきますかと思っております。

○**沖田委員** まさに数多くの人たちが突如として日雇い健康保険の適用を打ち切られたわけであり、まずけれども、この加入者の人たちがどんな思いであったとお考えででしょうか。生命と健康を守るためにどんな不安といら立ちを持っておったのだろうか、このことを、大臣はその人たちの痛みをどのように理解されておるのか、ひとつお考えを聞かせていただきたいと思います。

○津島國務大臣　ただいま委員が御指摘の過去の経緯につきまして若干私も報告を受けまして、まさに人間の生存の基本である医療保険が一挙にして自分のところからなくなってしまうということ、大変なことであつたらうと身につまされておるわけでございますが、ただその説明で、そうであるからこそ、これは委員も大変御尽力をいたただいたそうでございますけれども、現行の国民健康保険組合の制度を組み立てていくのに随分行政の方も努力をし、ようやく今日に至つたということも承りまして胸をなでおろしたというのが私の率直な気持ちでございます。

○沖田委員　今大臣からお話もありましたように、この人たちの多くは建設関係の国保組合を設

立いたしまして、組合員数では約六十五万人、被保険者総数では約百九十九万人と言われるような大きな国保組合に成長いたしていると思うわけでありませうけれども、今日の状況についてどのように理解をされているか、お尋ねをいたしたい。

○坂本龍 政府委員 今お話しになりましたような、ちょうど昭和四十五年の日雇い健保から国民健康保険組合への移行の際にはいろいろと各地で混乱もあつたわけでございますけれども、政府側でもできるだけ円滑な移行をなし得るように、また、それまで日雇い健保の適用を受けてきた人々に急激な打撃を与えないように、こういうような方針を厚生大臣談話として出してあります。そういった点からおよそ二十年後に今日関係者の方々の御努力もございまして、いろいろ問題はもちろんあろうかと思ひますけれども、安定的な運営を続けておられるということは、国民健康保険組合の一つとして私ども非常に好ましい状況にあるかと考えておるわけでございますが、いづれにしても、この国民健康保険組合というものについては、今後私どもも、できるだけ同業同士の方々が自主的に運営をしていくという利点を生かして医療保険の保険者として安定的な運営をされるように心から期待をするとともに、また、それに対する行政庁としての御支援もいたしてまいりたい、こう考えておる次第でございます。

○沖田委員 そこでお伺いしたいのは、ひとり建設国保組合のみならず、すべての国保組合の数は百六十七組合、組合員数にいたしまして約五百五十万人、被保険者総数に至っては約四百万人を超えていると言われるわけでありまして、そこでこの人たちは、我が国における中小零細業者の方々やその従業員をもつて構成しているわけでありまして、中小企業振興対策の立場からも、言うまでもなくこの国保組合の基盤の安定強化、国庫負担助成強化の努力をさらに強められるべきではないか、このように考えますが、この点をひとつ伺いたいと思ひますし、蛇足でありますけれども、日雇い健保の適用が昭和四十五年に突如として

打ち切られたような悲劇は再び起こしてはならないことを明らかにしていただきたい、このように思ひます。

〔持永委員長代理退席、委員長着席〕

○津島国務大臣 我が国に国民皆保険体制が確立しているというところは高く評価をしていただいております。国民が安心して日常生活をやつていける大きな支えになっておると思ひます。そういう意味におきまして、今後とも安心して医療を受けることができるこの体制は堅持していかねばならない、二度とあの昭和四十五年のようなことがあつてはならない、委員のお求めにに応じてはつきりと私の決意を述べさせていただきます。ただ、ああいう事態になりますについてはやはり問題がございまして、日雇い健保について給付と負担のほかに制度との間の大きなアンバランスがあつたということが背景にあるのではないかと私は思つておりますので、今後の日本の医療保険の中心でございまして国民健康保険、それから国民健康保険組合、また被用者保険、そのいづれも給付と負担のバランスがきちととれて、皆様方に安心していただけるような医療制度を確立するために努力をしてまいりたいと思つております。

○沖田委員 国保組合の基盤の安定のために一層の御努力をお願いしたいと思ひます。さらに、今各種の審議会が存在をしておりますわけでありまして、設置されているわけでありまして、けれども、国民健康保険制度の確立という大眼目のためには専門的な立場からの審議会というものが設けられてしかるべきではないだろうか、そして、その対策はより強化をされなければならぬと思ひますが、大臣の見解をお伺いしたいと思ひます。

○津島国務大臣 国民健康保険の事業運営につきましては、市町村に国民健康保険運営協議会が設けられ、これで審議が行われているわけでございます。また、制度面からの検討はそれと並行して、課題に即して国保問題懇談会や社会保障制度審議

会において審議が行われてまいっております。国民健康保険制度についての専門的な審議会を設置せよというお話でございますが、御案内のとおり今審議会を全体としてむしろ整理合理化、統合の方向で求められておる社会状況でございますので、なかなか容易に新しい審議会をつくるということとはできないわけでございますが、今後社会保険に関する審議会全般についてのあり方も含めて、その必要性について検討を行つてまいりたいと思ひます。

○沖田委員 もちろん審議会の設置というものは容易ではないだろうとは思ひますけれども、しかし、国民健康保険制度そのものの存在というものは極めて重要でありますから、ひとつ十分御検討を願ひたい、このように思ひます。

午後一時三十分休憩

午後零時二十分休憩

○畑委員長 休憩前に引き続き、会議を開きます。質疑を続行いたします。五島正規君。

○五島委員 社会党・護憲共同の五島でございます。まず最初に、大臣にお伺いしたいのでござい

ますが、疾病構造の変化あるいは急激な高齢化社会への変化によりまして、国民のニーズは、医療と福祉、治療行為と保健予防活動の垣根を越えて、一体のものとしてその充実を求めるようになってきております。こうした時代の要請によりまして、厚生行政もまた、保健福祉の活動の充実を早急に図る手段として医療の果たす分野を拡大し、そして、その中に福祉活動を含ませるようになつてこられたわけでございますが、これらの方策については一定のそうした必然性があつたとは思ひます。しかし、その結果、保健福祉活動のかかりの

部分が医療保険制度によつて賄われることにもなつてきております。厚生省は、医療活動と福祉活動、あるいは治療活動と予防保健活動といったようなことに関する区別、あるいはその費用負担についてどのようにお考えになつておられるのか、まずお伺いしたいと思います。

○津島国務大臣 五島委員御指摘のとおり、疾病構造が変わつてまいります、高齢の度合いが深まつてまいります中で、慢性疾患と相当長い期間にわたつて闘つていく高齢者がふえていく、そういう方々にとりまして、医療行為を施してさしあげると同時に、できるだけ能力を引き出してさしあげ、一定の疾患を持ちながらも日常生活をできるだけ積極的にやつていただくという必要があるわけでございます。そういう目的を達するためには、いわゆるケアと申しますか、直接の医療行為ばかりではなくて、介護の手を差し伸べてさしあげる、あるいは諸般の福祉の恩典を届けてさしあげるということ、さらにはまた日常の保健活動が必要だ。それぞれ一体となつていかなければ、いわゆる活力のある長寿社会はできないわけでございます。

そういう認識に立ちましていろいろな施策を積み上げてきたわけでございますけれども、例えば福祉の面で申しますと、このたび打ち出しましたゴールドプランにおきましても、在宅であると施設におられるとを問わず、介護のサービスが適切に届けられるようにしようということでございます。同時に、そのような仕組みは医療サービスもまた適時適切に届けられるということになつていくわけでございまして、全体としてよく組み合わされた、よく機能できる地域の医療とか保健とかいう制度をこれから十年間にわたつてつくり上げていくということでございます。一方、医療機関そのものにおきましても委員御承知のとおり、例えば慢性疾患の方々が多数入院をしておられる病院のあり方をどうするかとか、あるいは診療報酬につきましても、高齢者向きの医療にふさわしい診療報酬の立て方はどういうもので

あろうとか、みんな委員の言われたような問題意識に基づいてやってきているわけでございます。

そこで、私どもの究極の目的は、医療、保健、福祉の各分野における施設が全体として相まって活力のある長寿社会をつくっていくというところでございますから、国民の多くの方々にこの点を理解をいただけて、それぞれの地域で工夫をし、ニーズをくみ上げて、最後には日本型の福祉、医療制度というものをつくり上げていきたい、すべての地域、すべての国民に参加をしていただきたい、そういう努力の結果として、あるべき費用負担の姿も決まってくるであろう、こういうふうには考えておるところでございます。

○五島委員 御苦衷はよく理解できるつもりでございます。しかし、今のお話にもございましたように、福祉活動あるいは保健予防といったような活動と、それから今日医療活動というのは限りなくオーバーラップして、境界というのは非常に不明確になってきている。

そういうような中で、二事例を挙げますと、例えば高知は大変高齢化が進んでいる県でございますが、そういう中において老人病院が非常に多く、ベッド数が非常に多いというふうな問題も指摘されています。こうした地域におきましては、例えば特別養護老人ホームあるいは養護老人ホーム等々の福祉的な施設が拡充されているならば、当然そうした老人病院におけるお年寄りの社会的入院といったようなものも減ってくる。しかし、現実にはそれらが不十分だということにおいて、現状において老人病院がそうした機能を果たしているといったような応急避難的な部分というのが随所に見られるわけでございます。また、お出しになっておられます十カ年計画の中におきましても、今後十年間においてヘルパーさんを十万人にふやすという計画がございますが、既にそういうヘルパーが必要になっている。今回の保険診療の改定の中において訪問看護というふうな制度

を設けられているわけでございますが、地域の中においてはそういうふうな部分に依存していくだろう。そういうふうな状況の中において、本来福祉なり保健なりといったような部分が分担しなればいけないものが限りなく医療保険において、あるいは医療機関、医療行為といったものの中において肩がわりされてきていることは事実であるかというふうには考えるわけでございます。

そうなりますと、今回問題になっております国民健康保険は、我が国の国民皆保険制度にあってその中心でございまして、各種医療保険の中にあってはいわゆる上位立法としての性格を持っているというふうには考えられるわけでございますけれども、こうした性格上、医療保険で保健や福祉の活動が随われるとするならば、国民健康保険が受ける影響が最も大きいのではないかとこのように考えます。

しかも、午前中の議論の中にも御指摘ございましたように、この保険には、被用者保険のように事業者負担がなく、また低所得者や無所得者の加入も多く、さらに加入者の高齢化も進んでいる。そうした結果、加入者一人当たりの医療費は各種医療保険の中で最も高額となっている。それに比べ、国庫の負担率は他の医療保険に対して高いわけでございますが、同時に一世帯当たりの保険料も他の保険に比べて高い、しかし給付は最も劣るというふうな実態にあるというふうに私は認識しているわけでございます。

そうした中で、続いてお伺いしたいわけでございますが、今後の高齢化社会の進行の中で、保健福祉の活動というものが一層強化が望まれるわけでございますが、今後も保健福祉活動に要する費用の一定の部分を医療保険に依存していくお考えであるのかどうか。もし、こうしたことが続いていくとするならば、当然、国保財政の破綻と同時に、社会的に極めてニーズの高い保健福祉活動がそうした部分からも制限されてしまうということになると考えます。この点についてどのようにお考えであるか、お伺いしたいと思います。

○津島国務大臣 先ほどの委員の御質問にぜひともつけ加えて答えなければならぬのは、費用負担をどうするかということでございますが、先ほどの私の御答弁で、保健福祉活動と医療行為とが密接な関連を持ち、これを適切に組み合わせなければならぬというところまでお答えをいたしました。しかし、ここでぜひとも念頭に置いておかなければならないことは、医療の現場あるいは医療のサービスというものは、本来の目的を達するために、やはり適切な環境に置いておかなければならない。例えば、病院におきましても、長期入院の方がたくさんおられて、積極的なケアが必要だ、医療サービスが必要だという方がお入りにならないという現状であってはならないわけでございますから、まず、医療については、その本来の目的が達成できるような環境を整備するということが絶対に必要でございます。

そういう立場から申しますと、委員御指摘のとおり、ややもすると、例えば社会的入院と言われるような事例が私にはないとは言えない。そういうところに、今おっしゃったように、本来別の分野でやるべきことが医療の現場に持ち込まれているのではないかとこのことを、私は否定するものではないと思っております。しかし、それはやはり適当なことではないと思っております。

また、費用負担を考えます場合にも、費用負担を適切に配分していくために、医療とそれから本来の福祉活動というものがごちゃ混ぜになっている状況もぐあいが悪いわけでございまして、そういう意味では、委員の御指摘の点は大変もつとだという要素を含んでおると思えます。

そこで、我々は何を考えているかと申しますと、それぞれ医療、保健、福祉というものが、地域において適切に組み合わされるわけでありまして、しかし、それぞれの場においては、病院は病院らしく、老人保健施設は老人保健施設らしく、それから、老人用の施設、老人ホーム等は、またその本来の目的に合うような状況にしておかなければならない。そして、在宅の介護も在宅の介護

として組み立てていくという、それぞれ張り詰めた制度の整備を進めていきたい、こういうことでございます。そういうことの中から、医療の現場における負担を担ういたします国民健康保険のコストと申しますか、本来の医療費というものは不必要な膨張と申しますか、今の委員がおっしゃったような姿の膨張は回避できるのではないかと、また、しなければならぬ、こういうふうな考え方でございまして、それぞれの制度、医療、福祉のそれぞれの分野における制度を整備していく過程で、費用負担の問題につきましても合理性を高めていくように努力をしたいというふうに思っております。

○五島委員 今の大臣の御答弁というのは、現在の時代の進行性の中においてそれなりの論理としては通用するかもしれないけれども、実態ということから考えますと妙に合わない部分があるのじゃないかというふうに考えるわけでございます。確かに医療機関における役割はケアであり、福祉施設等においてはケアであるというふうに非常に大胆に割り切ってしまった場合に、現在目についてくることは余りにも進行する高齢社会に対してケアの部分の圧倒的な不足、これは現実の問題として存在するわけでございます。したがって、そういう部分がいわゆる医療として、あるいは医療機関の活動としてカバーされてきているというのも実態としてある。そうした部分について費用が負担されている。言いかえれば、私の理解で言うならば医療機関によってなされる保健あるいは福祉活動は医療費で負担され、福祉施設あるいは保健所といったような施設において、あるいはそういう公的な公共の機関において実施される福祉なり保健活動が医療保険外における費用の負担として実施されているというふうなことでしかなくて、その中身においては限りなく医療の側にその負担を押しつけてきているのではないかとこのように考えるわけでございます。

そういうふうな状況の中において、現在必要な事態を、必要な保健福祉の活動を後退させるとい

うことはできないわけですが、当然そうした保健福祉に対する費用の部分につきましては、いわゆる医療保険制度という制度のほかに一定の国費あるいは国庫の支出というものをそうした部分に対して出していく、支出していくということではない限り、国保財政というものの健全化、安定化はできないのではないかとふりかかっているわけですが、その点についていかがでございますでしょうか。

○津島国務大臣 それでは少し具体的にお答えをいたしたいと思います。

例えば、今度のゴールドプランにおきまして私も在宅福祉を充実しようと、介護支援センターを通じて在宅介護の質を高めようとしておりますのは、これまでとかく介護の心配があつて病院から出られないという方々が、お宅へお帰りになつてそこで必要な介護を受けるようにしたい。ですから、そこへお帰りになれるまでの何と申しますか治療とかリハビリは病院でやっていただく。ですから、我々がねらっているところは、具体的には委員の御指摘の方向にも行っているわけでございます。

それからまた、在宅福祉充実のために長寿社会福祉基金をつくる。この福祉基金も要するに公費を投入いたしまして今の在宅福祉とか在宅医療事業を公費で支援していこう。それからさらに、その前の高齢者の健康対策をしていこう。つまり、おっしゃる方向に公費を投入してやっていると、こういうことでございまして、そういう努力と相まって医療の現場においては本来の医療が積極的に行われるようにしたい。社会的入院によるこの医療費の不必要な高騰等は避けられるのではないかと、こういうことを申し上げておるわけでございます。

○五島委員 時間がないので、次に進ませさせていただきます。

一言言わせていただきますと、そうした十数年前計画で述べられているような状況、そうした実態認識についてのずれはそれほどないわけではござい

ますが、既にそうした高齢社会の問題というのは全国一律に十年後あるいは二十年後を目指して徐々に進んでいるというよりも、やはり地域的な格差というものがございまして、そういう中において現在、あの十数年前計画がまだ実施されていない状況において、二〇一〇年後において全国的に必要なそういう状況が地域的には既に発生している。そうした地域地域における進行度合いのアンバランスというものが国保医療に対してはしわ寄せになつていっているんじゃないかという現状を述べたつもりでございます。

そうした中で、続けて質問させていただきたいわけですが、今回の保険基盤安定化制度というのは保険料の軽減世帯の軽減保険料に着目してとらえようとしている施策でございます。しかし、これは既に以前から国によって財源措置されてきたものが都道府県あるいは市町村に一部負担を転嫁しているという中身ではないかというふうに私は思えてなりません。本来基盤安定のためには、個々の市町村の賦課総額を被保険者が割った一人当たりの平均保険料と、低所得者の一人当たりの負担保険料の差を問題としない限り、この差額は賦課総額世帯や中間所得世帯が負担することになって、その結果高額所得者に対しては限度額が決められているために結局中間所得世帯に非常に負担が重くなっているのではないかと、いうふうに考えます。そういう意味では、保険基盤の安定化のためには、こうしたいわゆる保険料の軽減世帯数に対する軽減措置ということではなくて、一人当たりの保険料と、それからそれぞれの町村単位における平均保険料との差額というものに着目した何らかの財政措置が必要ではないかというふうに考えられるわけですが、それについてはどのようにお考えでございますでしょうか。

○坂本(龍)政府委員 保険料に対する保険基盤安定化の意味は、従来は国が国民健康保険制度の医療費に対する一定割合で負担しておつたわけでありまして、これは医療費に対する公費負担

担でありまして、今回のこの保険基盤安定化制度は所得に見合った低所得者に対する負担という意味で従来の国庫補助とは性格を異にする面があると思っております。それで、少なくとも今回の改正では国が医療費の五〇％に対する国庫補助を行った上で、それとは別にさらに低所得者の保険料軽減分について補助をしようということでございます。それから、従来の国の補助を延長しているというのとまた性格を異にするというふうに私も思っております。

それから、国のそういった助成なり補助というのをどのように持つていくのが妥当かという問題でございます。これは例えば補助を受ける方からいえばなるべく多い方が望ましいということとは言えようかと思ひますけれども、今御指摘のあったように、平均保険料と低所得者の一人当たり保険料との差額というふうなことになりますと、平均というものが大体高いのと低いのを含めて出ているわけでありまして、それに対してさらに低所得者の差額というふうになりますと相当な公費負担をしなければならぬという結果になつてくるわけでございます。そこは保険制度としてやはおのずから公費助成についても一定の線があつて、それを越えることはなかなか難しいのではないかと、いうふうに思っております。

いずれにしても、現実には低所得者について保険料軽減が行われるわけでありまして、その軽減に着目して、そこに公費を補てんするという制度は非常にわかりやすいものでありますし、また税金を財源とする公費補助としても御理解が得られるものではないかというふうに思っている次第でございます。

○五島委員 持ち時間が少なくなりましたので、次の質問に進めさせていただきます。と思ひます。高医療費の安定化計画についてお伺いしたいと思います。

高医療費の原因について、厚生省の方で既に把握できたのかどうか、国や道府県、市町村の対策がどうなっているのかということ。あるいは過

疎、無医地区、高齢化が著しく進んだ人口の少ない町村などにおいて高医療の原因が需要者の責めでない場合、そうした費用については当然国の責任で対応すべきではないかというふうに考えます。特に過疎や無医地区、今言ったような非常に人口の少ないような村などを安定化計画の除去の特別事情に含めることをぜひ検討していただきたいというふうに考えます。

具体的に申しますと、例えば高知の場合、高知市を除きまして四つの市町村がこの安定化計画に入っているわけですが、その中におきまして三つまではその理由が非常に明確です。二つの村までは過疎地域であり無医地区である。そして、一つは山村であり、林業労働の衰退によって非常に高齢化が進み若い人たちが出ていっている。あとの二つの町村は、広大な同和地区を抱え非常に貧困状況にある。そうした村において、いずれも地元の中に医療機関がないために症状が悪化する、あるいは他の市町村の医療機関に通院する。距離があるので医療機関に通院するのに困難なために、ついどうしても入院に依存しがちであるといったような事情があるわけでございます。こうしたものが除去の対象になつております。ベッド数の多いところが除去の対象になつており、無医地区やそうした過疎地域を多数抱えている地域が除去の対象になつていないということに対しては非常に矛盾を感じます。

さらに、高額な医療に関する給付の発生にあることは特別の事情ということに指定されているわけですが、これは高知の事例ですが、小さな町村では難病の患者を一人でも抱えたとすぐ高額医療の指定を受けてしまう。そうなりますと、担当の職員としてははつた重患者さんが死を迎えることを願つてしまわざるを得ないということはある集会で発言している。高額医療というもののついて、例えば百万とか、そういう高額な金額を考えたとしますと非常に実情に合わない。例えばそうした町村において六十万とか八十万とかいう毎月

の医療費がかかる患者さんが二、三人出ただけで、人口が千名とか千五百名のところにおいては腎透析の患者が二人、三人出ただけでそういう状況になってしまう。そういう意味ではこの点についてはぜひ検討していただきたいというふうに思います。

さらに、もう一つ御指摘をしたいわけでございますが、高知においては過疎の山村で多数の振動病患者が労災保険で治療を受けております。現在、こうした患者さんが治療効果が上がらないことを理由にして症状固定判断ということで労災保険の打ち切りが進められています。労災保険の打ち切りがあったとした場合に国保での治療ということになるわけであります。人口が二千名以下くらの村の中で百名、百五十名という振動障害患者を抱えている自治体にとって、こうした症状固定、症状は持続しながらもそういう事由による労災の打ち切りというものは国保運営にとって非常に大きな影響を与えてくるものである。そういう意味では症状固定判断後も、症状固定の処理をされてからも引き続き同一病名で治療が継続されているという業務上疾病については、国保担当者と労災保険の担当者との間においては療養費用の支払いについて協議をするなり、あるいは業務上疾病の見直しを検討していただくなり、そういうふうなことを制度的にぜひ御検討いただきたいと考えるわけでございますが、いかがでございましょうか。

○坂本(龍)政府委員 幾つかの御質問がございましたので、順を追ってお答えをいたします。

最初に、指定市町村における高医療費の原因についてでございますけれども、これは全国でおおよそ百五十に近い市町村について個別に要因を厳密に把握するのは私も困難でございまして、市町村ごとにはそれぞれ独自にその分析などもやっておりますが、それは存じますが、この医療費の高い原因というのは非常にいろいろな要素が絡み合っているのではないかと思っております。しかし、いろいろ

考えられますのは、例えば病床数が多いといったような医療供給の状況でありますとか、多受診、重複受診といった患者の受診行動あるいは住民の生活習慣、健康に対する意識というものがよって影響されてくるのではないかとことが言われております。

いずれにしても、各市町村においていろいろ医療費の内容を分析いたしまして、それに対応して保健施設事業の推進でありますとか被保険者の指導の徹底、在宅ケアの充実等、具体的対策、措置を講じていただいております。また、都道府県も最近はこの問題については非常に関心を持って臨んでいるというように伺っております。今後とも私どもの方でもできるだけこの高医療費の分析、さらに、その対策が進展するようにいろいろ支援措置を講じてまいりたいと考えております。

それから、過疎あるいは無医村、高齢化の著しく進んだといったような小規模の市町村につきましては、この高医療費市町村の指定についてはいろいろ問題があるのではないかと御指摘でございます。確かに、制度といたしましては、いろいろな特別事情等を考慮いたしまして、それでもなおかつ医療費の高いところをできるだけ適正化していただきたいと思っております。ただ、適正化けれども、やはり御指摘のあったような市町村においては、たまたま何人かの高額な医療費の患者が出たというふうな偶発的な状況によって平均的な医療費が大きく変動してしまうということがあることは私も承知をいたしております。

そこで、例えば小規模市町村でありますも運営安定化のための医療費適正化の努力は必要と思われましても、そういう個々の事情におきましては、そういう問題も取り扱っていくについてよく検討する必要があるという認識のもとに、私どもも今後この高医療費市町村対策について、指定の方法等も含め十分御検討させていただきたいと思っております。

それから、過疎地等における腎透析患者といったような例に象徴されますように、特別事情とし

て高額な医療に関する給付の発生というものは控除すべきということになっておりますけれども、現在の段階では、老人につきましては月額百二十万円以上の給付、それから老人以外の人につきましては月額百八十万円以上の給付、これを対象といたしまして、全国平均の高額給付の発生額を超える高額給付影響分を特別事情として控除いたしております。この問題につきましてもいろいろ御指摘もございましたが、この問題に対する将来の対応のあり方として検討してまいりたいと思っております。

それから最後に、振動障害患者に関する労災との関係でございますが、私どもの立場からいたしますと、労災の給付というのは業務上災害としてこの傷病について当然必要なものが行われておるといふように思っておりますけれども、なお問題がある場合には、そういう担当の官署との連絡調整というものも行い必要があるかと思っております。なお、結果といたしまして、振動障害患者の労災打ち切り後の医療費が国保において負担するということ結果で国保の財政運営が苦しいということもあらうかと存じますが、どうしても国保で給付をするという必要があるれば、財政調整交付金の配賦の際にそういうことに基づく財政事情も考慮してまいりたいという考えを持っております。

○五島委員 まず私、お聞きして若干びっくりしたわけでございますが、除去理由としての高額医療に関する部分でございますが、老人に対しての医療が百二十万を超えた部分が特別事情に当たるといふことは、私も二十四年間医師をやってきたわけでございますが、よほど例外的な状況でないと考えられない。むしろ、そういうふうなケースこそが高医療費の安定化計画の上において徹底的に検討されるべきなのであって、そして私の言っているのは、そうした高額医療でなくて、いわゆる小規模市町村においてはたかだか六十万とか八十万とかいった医療費が何人かの二、三人の患者に出るということに非常に影響が大きい、そういうふうなことがはるかに大きな問

題なんだということを言っているわけでございまして、非常に実態に合わないのではないかと。ふいに私には考えられるわけでございまして。そういう意味では、その高医療費の原因については市町村に明確にさせ、そして、それへの対策について、それぞれ市町村に上げさせることは当然だというふうに思っております。また、それに伴うところのペナルティーという問題については、それぞれの事由が市町村の当面の努力によって改善できるかどうかということによって、そのペナルティーというものは科せられるべきではないかというふうに考えるわけでございます。その点について一度お答えをいただきたいと思います。

○坂本(龍)政府委員 この制度は、必ずしもペナルティーという感覚ではなくて、医療費が高いということとは、いろいろな事情があるにいたしてもやはり住民の負担にかかわってくることでございまして、この内容を分析して、やむを得ないものは負担をいたしますけれども、できるだけ合理化削減できる部分があれば、それを住民の負担軽減のために十分分析し、対応を考えていただきたという趣旨でございます。ただ、現実というところのこの制度の運営に伴って費用負担という問題も出てまいりますから、実際に指定された市町村については感覚的にそういうお気持ちになるというのとは私も理解できないわけではありますけれども、制度の趣旨については、なおこれによってできるだけ適正な医療費負担に持っていくという趣旨であるということをお理解いただきたという趣旨でございます。

それから金額につきましては、実は高額医療費共同事業というのを各県ごとに実施しております。これとの関連において決まっておりますという面もございまして、いろいろ御意見はあらうかと存じますが、そういった現在の国民健康保険の全体の仕組みの中でこの金額を決めておるということでございますので、その点についても御理解いただきたという趣旨でございます。

○五島委員 時間がございませんので、次に進ませていただきます。

午前中、永井理事の質疑の中におきましても触れられたわけでございますが、現在、この高医療費対策の一環としてレセプト点検に対する特別調整交付金が支給されているわけでございますが、このレセプト点検の中身につきまして午前中も質疑がございました。全国の事例の中においては、レセプトの点検の結果、いわゆる減点された金額に見合ったそういう成功報酬的な契約で外部委託をしておられる町村あるいは保険団体がございまして、このように、外部の団体がレセプトの診療の中身にわたって具体的に点検しない、このように形での契約というものは結ばないのでございます。そうなりますと、当然プライベシーの問題も含めて非常に大きな問題を含んでいるかと考えますが、この点についてお答えをいただきたいと思っております。

○坂本(龍)政府委員 今御指摘になったような、レセプトの点検をして何点減点になったかに応じて報酬を支払うというような仕組みが現実にあるかどうかというところを私どもは必ずしも完全に把握はしておりませんけれども、もし、そのような形で契約が行われているとすれば、これは決して好ましい方法ではないと私どもも考えております。したがって、本年一月にレセプト点検の外部委託に関する指導方針を決定いたして都道府県に示しておりますけれども、その中におきましても「委託報酬の支払い方式として、再審査請求に係るレセプトの中身指摘箇所若しくはその請求額又は再審査で査定された額に応じて報酬額を定める方式をとるべきではない」と、この契約に当たりますと、そういうことに十分留意するように各保険者を指導するように心がけております。

○五島委員 このことについては厚生省が御出しいただきました資料の中に過誤調整単位によって点検の結果、再審査で査定が認められた額の一定割合を報酬として支払う方法という形で実施されている件数が記載されているわけでございます。

で、今局長がおっしゃったような形で早急に是正をしていただきたいと思います。

また、この問題も午前中永井理事が触れたわけでございますが、毎回の医療費の改定問題でございます。とりわけこの医療費の改定と人件費の関係について、現実には厚生省が人件費の上昇に追いついてこないということでは医療機関の側から常に指摘されてきたことでございます。

そうした中で、今全国的には週休二日という問題が問題になっております。例えば六十床の病棟を考へてみますと、特二類の基準看護であれば六十床で二十四名の病棟看護婦が必要になってまいります。その看護婦さん、この特二類の基準看護が決まったときはまだ週休二日というのは全く考えられていない。これが週休二日という形で補充されないままにやっているとすれば、結局平均しますと一月当たり三・二人の職員が減少したことに等しくなっております。その結果起こってくることは、こうした問題に対する手当てあるいは人員増というものを制度的に保障していかない限り職員の労働条件の向上というものが、そのまま患者に対する患者サービスあるいは介護、看護といったような質の低下にストレートにつながってしまうというふうな問題が今日起こってきつつあるわけでございます。その点についてどのようにお考えなのかお伺いしたいと思います。

○坂本(龍)政府委員 医療費の改定の問題は、医療費総額の改定を決定しまして、その中で専門家の御意見や中央社会保険医療協議会での御議論を経て配分を決めるという形になっております。今回の医療費改定に当たりましては、ただいま御指摘ありましたような労働時間の短縮の問題でもこの改定の一つの理由というところで、その影響度なども算定しながら全体の枠を決めております。同時に、医療機関における医療従事者の給与あるいは勤務条件の問題でありますけれども、これは直接にはいわば労使間の問題として病院の管理者と従事者との間の話し合いでお決めいただく問題で

あろうと存じますが、財源的にそういった労働内容が社会の実勢に見合っていないように全体としての配慮は当然考えていかなければならないと思っておりますし、これまでもいろいろと公務員給与の改定の状況といったものも参考にしながらやってまいりましたつもりでございます。

なお、今回の改定におきましては、技術料の評価ということもございまして、今申し上げました労働時間の問題もございまして、一つ一つの項目によってはいろいろと差がございまして、相当重点的に点数を引き上げた面もございまして、これは先生も十分御承知のことと存じますので、直接は申し上げませんが、特に看護料等についてはこれまで以上に十分点数の配分に意を用いております。この医療費の問題につきましては、今後とも医療経済実態調査も実施いたしまして、そういった結果による動向を見ながら適正な内容にしていくという方向については今後とも努力をまいりたいと思っております。

○五島委員 時間がございせんが、局長の御理解は非常におかしいと思っております。私の聞いているのは、例えば週休二日とかいう労働条件は労使間の問題であるということに任してしまつた場合に、例えば六十床の病棟の場合、特二類の基準看護であれば二十四名の看護婦でやる、これが常時運営されていなくて、四週間において三・二人の看護婦が現実には減つた、減ることと一緒にございまして二十名でございます。二十名に比べて、今まで二十名の看護婦さんでやってきた看護とはほとんど中身に特二類の看護のレベルが落ちてしまふ、そういう問題があるではないか、そういうことに對しての手当がない。それを労使間の問題にそのままの厚生省として任せるといふことであれば、そうしたすべての問題の結果として患者さんに対する介護力の低下、看護力の低下としてあらわれてくるではないか、そういうこ

とでいいのかということをお伺いしているのでございます。

あわせて、時間がございせんのでもう一つお伺いしますが、先ほど来申し上げましたように、僻地における医療、国保の運営実態は非常に厳しい問題がございまして、また、そういう地域ほど高齢化が進んでいるのも事実でございます。そういうふうな中で国保の直営医療機関は今非常に重要な役割を持っている。特に、開業医がなかなかそこへ行かない、そういう僻地や山村における国保診療所は、在宅医療とか訪問看護といったような地域保健医療活動の拠点としてますますその重要性を増してきていると考えます。そういう意味において、国保直営医療機関について改めて制度的あるいは財政的な位置づけを明確にして、この医療機関が今後ますますそうした形で充実できるようなことをぜひお考えいただきたい。その点についてもお考えをお伺いしたいと思います。

○坂本(龍)政府委員 先ほど私がお答えしました意味は、具体的な給与の額とか勤務時間とか、そういう問題につきましては私どもの方で直接点数表の中に示すわけにもまいりませんので、それぞれの病院における個別的な勤務条件としてお決めいただく、私どもの方ではそういうことに対して財政的な裏づけができるような配慮をいたしました、こういう意味で申し上げたわけでございまして、決して、現場の医療機関だけに任せて、こちらは格別のことを行っていない、こういうことではございせん。

それから、国保の直営医療機関の問題でありますけれども、これは地域保健の医療活動の拠点として極めて重要であるということにつきましまして、私も全く同意でございます。それで、この国保の直営診療機関に對しましては、従来から施設整備補助の補助あるいは僻地の直営診療機関の運営費補助、健康管理センター設置に対する補助といった助成を行ってきております。さらに、こういった国保の直営医療機関に勤めるお医者さんなどが、いろいろな研究活動あるいは医療活動

をされるにつきましても、できるだけ御支援をいたしたいという気持ちでおりますし、今後とも、この機関の活動の充実を図るためにいろいろの方策についても十分検討を進めてまいりたいと考えております。

○五島委員 高齢化社会を迎えまして、医療、福祉の充実が非常に要望されております。各医療機関とも、あるいは医療従事者ともその方向に向けて努力していかないといけない、活動の範囲を広げていかないといけないという時代だと思います。そうしたことが十分に報われるような費用の負担あるいは国庫負担の増額ということについて努力していただくことをお願いいたしまして、私の質問を終わります。

○岩田委員 今の五島委員からの質問にもございましたように、無医村とか過疎地とか大変な状況が発生しております。その地域格差というのは近年ますます拡大しているということが言えるのではないかと思います。第百十二回国会においても、国保の一部改正を決めるに当たって、地方財政に支障が出ないという附帯決議がついておりますけれども、これはまさに国保財政の脆弱さが地方財政に極めて影響を及ぼしている、その度合いと、地方の自治体の数は年々増加しているというところは容易に想定されるわけでありまして、したがって、この二年間、健全化計画、健全化というもとに対策を実施されてまいったわけでありまして、先ほど局長は、どういう評価で出ているかという、調査についてはまだその域に達していないという趣旨の御答弁がございましたけれども、非常に興味があるということよりも、その格差はますます拡大しているだろうという心配をするわけでありまして、

したがって、この地域格差や地方自治体の問題について若干質問をしたいわけでありまして、六十三年度の決算で見ますと、これは厚生省の国保財政調査でありますけれども、赤字団体が二百六十一、これは保険者です。それから、赤字額が一

千六百四十七億というふうになっております。さらに、自治体の調査によりますと、この赤字団体と赤字額の数値が違っております。自治省にも後ほどお尋ねしたいと思っておりますけれども、こういうふうな数値の違ったものが出てくるのか、その真相をまずお尋ねしておきたいと思っております。

○坂本(龍)政府委員 厚生省の側のこの支出、収入の見方でございますけれども、今御指摘になりました赤字の保険者数と金額につきましては、市町村の一般会計からの繰り入れというものが現実に行われておりますが、厚生省はそれを含む算出をいたしております。自治省の方は、私どもの方でお聞きをいたしましたところ、一般会計からの財源補てんの繰り入れを差し引いて算出しているという違いでありまして、これはどちらの見方もある一つの収支の状況として可能であろうかと思っておりますが、要するに、そういった市町村の一般会計繰り入れの整理の仕方によって差が出てきているということになるかと思っております。

○岩田委員 そうだと思っておりますけれども、先ほどの質問や答弁にもありましたように、二十一年世紀に向かつて大変な時代を迎えていく。十一年戦略だとか、さらには、やがて議論がなされる予定になつておる老人福祉法の一部改正等々を見ても、地方に権限の委譲、これは私は至当であると思っておりますけれども、責任転嫁だけが大きく膨らんで非常に心配である。今国保を扱っております各自治体が、今度の改正に対してどれほど拍手をもって歓迎しているかというの私は非常に心配をするわけでありまして、そういった意味では、厚生省も地方の実態と特性に十分な配慮をしないかなければ、プランだけで終わるのではないかという心配をするものですからお尋ねをしたわけでありまして、自治省の調査では赤字団体が九百二十四団体、赤字額が二千八百三十六億円、こういうふうになっているわけでありまして、

そこで、自治省にお伺いをいたしますけれども、各自治体からの六十三年度国保への繰り入れは総額どういうふうになっているか。また、全国的に見て各自治体はそれぞれの国保の健全化に全力を挙げて取り組んできているわけでありまして、けれども、一方で老人医療費の大幅な伸びなどが当然考えられるわけでありまして、自治体からの繰り入れは、全体的には申し上げませんが、これ以上の繰り入れは、全体的には申し上げませんが、先ほど申されましたような過疎地とか旧産炭地とか、特殊事情を重複して抱えているような地方においては、あるいは限界になっている、国保が重荷になっている、こういう実態はあろうかと思っておりますけれども、自治省からの見解をお聞きをしておきたいと思っております。

○香山説明員 お答えいたします。まず、財源補てんの繰り入れの状況でございますけれども、六十三年度の実績で三千百億円程度となっております。また、ただいま御指摘がありましたけれども、国保はもとより高齢者とか低所得層が多いという特殊性がございますが、御指摘の産炭地域といったところは国保の構造的な問題が特に顕著にあらわれるところでございまして、特にこういう地域では国保財政の基盤が脆弱であると考えております。

今回の保険基盤安定制度とかあるいは高額医療費共同事業等は、こういった地域の国保財政の安定化に資するところ大きいと思っておりますけれども、こういう市町村の場合は、母体である一般会計の方がそもそも力が弱うございまして、今回の保険基盤安定制度に係ります繰り出しにつきましまして、その繰り出しベースで地方交付税の算定配分を通じて個別に財政措置を講ずることとしたしておりますが、全体としての財政運営にも支障を生じませんように交付税、地方債等で適切な配慮をまいりたいと考えております。

ただ、国保は基本的に国民皆保険の一環をなす制度として、国の責任において経営の安定が図られるべきと私も考えておりました、今後とも国費、保険料、この二本の基本財源をベースにするという枠組みを維持していくという中で制度の安定化を図っていく必要があるというふうに考えて

いる次第でございます。

○岩田委員 いずれにしても、地方財政に与ってはかなりの負担がある実態であるわけでありまして、私は福岡県の産炭地について若干申し述べた御質問をしたと思っておりますけれども、それぞれ特別な事情を持っている地域というのは全国いろいろございまして、それなりに理由は違っているわけだろと思っております。私は産炭地の問題を申し上げたいと思っております。炭鉱は比較的事務が多いということもありましようけれども、まず病院を持つことが必要であるし、私の経験でも幼稚園から高等学校まで持った炭鉱もございまして、まさに旧産炭地がそうであったように炭鉱一色で地方を形成するわけですね。三月二十七日に閉山いたしました南大分炭鉱もそういうことだと思っております。それが例の三十年代の石炭から石油への政策転換であつたという間に炭鉱が大量に合理化されて労働者が放出された。そこにあった医療機関というのは、全部が全部ではありまけんけれども、何らかの形でその地域に残っていくわけですね。労働者も大量に失業するわけでありまして、ある日は一般失対に、ある日は生活保護に、生活を求めて転換をしていくわけでありまして、当然そこには医療機関の必要性も生まれてくる、そういうものがずっと継続をされているという実態が一つあるわけですね。高齢化が進むということと医療機関が極めて多いという状況があります。したがって、当然医療費が高くなつていくという潜在的な要因にもなつていくかと思っております。

福岡県の田川市の例をとってみますと、これは六十三年度の国保の決算でありますけれども、田川市は人口が大体五万八千ちよつとの市であります。医療費を見ますと、六十一年度の五十億五千円から六十二年五十八億、そして六十三年には六十億五千円というふうに急激な伸びを示して

いるわけでありす。それに対して国庫拠出金負担金は、六十一年の十九億七千万から六十三年は十九億二千万というふうに低下しています。医療費に占める国庫負担の割合は、六十一年は三九%であったものが六十三年には三一・七%というふうになつてゐる。もともとこの国庫財政の問題は、国庫の加入者の減少、老人の増加、こういったものが原因でありますけれども、先ほど申し上げましたように旧産炭地域や過疎地域、つまり赤字を構造的に抱えている団体では、全国平均に対して加率的にこういつた脆弱な現象が出てきてゐるというのが共通ではないかと思つてゐるわけでありす。

今回のこの国の方策、いわゆる健全化策で果たしてどういふ見通しがつくのか。これは産炭地だけではありませぬけれども、先ほどの五島委員の質問とも関連をいたしますが、どういふ見通しが展望されるのか、お聞きをしたいと思います。

○坂本(龍)政府委員 御指摘のとおり、全国にはいろいろと事情があつて、財政的にも非常に窮乏し、また、国民健康保険の面でも医療費が高い等の理由によつて問題を抱えている市町村があることは事実でございます。そういった赤字市町村の赤字を解消していくということが国民健康保険事業の健全な運営のために極めて重要でございます。私ども国民健康保険の運営の問題を考えると、これは全国の三千余りの市町村の中で非常にいろいろと格差があります、実情も異なりま

すので、できるだけそういう財政的に苦しいところを重点に改善を図つていこうということを基本的に考へておるわけでございます。そういったしませんが、どこも同じような考え方で臨んだのでは真の解決になかなか到達しないという気持ちを持つておるわけでございます。

そういうところから、従来からも財政調整交付金という制度によつてできるだけ財政力の弱いところに重点的に配分をしまつたわけでありすけれども、今回の保険基盤安定制度という制度は、一つは各市町村における低所得者の保険料軽減

減分に対して公費を補てんするという意味で、所得能力の低いところにまず重点的に公費を補てんするという意味での一つの財政調整的機能を持つものでございます。さらに、新たに国庫補助として、増額する金額につきましてはその半分以上を財政調整交付金の枠の中に入れて、今後そういった窮乏した市町村に対する助成というものをできるだけ推進してまいりたい、こう考へておるわけでございます。そのような機能を新たに国民健康保険の中に付与しようとして今回法律改正を御提案しておるわけでございます。

こういった改正内容と、さらに老人保健拠出金の加入者按分率が一〇〇%に移行したことによりまして、これから私どもとしてはできるだけ、国民健康保険全体も当然でありますけれども、特に苦しい市町村の財政の再建といったところに力を入れて進んでまいりたい、こう考へております。

○岩田委員 健全化というのはそういうことだろうと思うのです。それはよくわかるのでありますが、別な見方をいたしますと、つまり国庫財政が窮乏しているという状況の共通の一つは、言うまでもないことでありますけれども、二十世紀における高齢化社会を先取りしている地域なん

です。例えば、先ほど申し上げた田川市の場合も高齢率が一七%を超えてゐると思つてゐます。やがて一八%。これは明らかに近年中に一九%になるといふふうに私は思つてゐるけれども、先取りをしてゐるという地域なんですね。田川市に隣接をいたしております例えば山田市とか中間市などで見てみましても高齢化は非常に加速度的に進んでおりますし、先ほど申し上げました医療費に占める国庫負担の割合等も、例えば山田市では六十一年三三%あったものが、六十三年には二九%に減つてゐるというのが実態なんですね。それから中間市でも六十一年三〇・九%あったものが二四・三%に減つてゐる。これが現実なんですよ。

したがって、そういうふうないわゆる構造的な財政問題と、いわゆる高齢化が全国平均にして加

速的に進んでいくというふうな両面を持つてゐるというふうな状況の中では、今局長が申されたような安定基盤の問題や按分率一〇〇%にした、それは承知いたしておりますけれども、これで追いつかないのじゃないかということを中心にするわけなんです。ちなみに田川市における被保険者の所得構成を申し上げてみますと、百万円以下が六八%を占めてゐるわけですよ。全国では恐らく四二・三%でしょう。これは異常な格差なんです。保険税の軽減世帯数も四七・二%になつてゐます。私が見る限りにおいても保険料のアップもこれ以上は無理だという判断をいたしますが、それでも当市では六十三年は一九・九%、一人当たりの調定額は二〇%アップしてゐるという数字が出てゐるわけでありす。したがって、いわゆる収納率、これは九三%を切つたらペナルティという問題がありますけれども、精いっぱいこの九三・数%の維持をいたしてゐる田川市でありますけれども、仮に一〇〇%達成したとしても、健全化への大きな糧になる数字はどうしても出てこない、こういった実情なんですね。さらに一般会計からの繰り入れも六十一年が一億、六十二年が一億三千万、そして六十三年は一億八千万ですよ。急激な負担になつてゐるわけですね。

国庫財政の地域格差について、今私は産炭地域の問題を申し上げましたけれども、今局長が答弁なさつた点でどれぐらいの改善が見込まれるのかどうか、重ねて御答弁をいただきたいと思つてゐます。

○坂本(龍)政府委員 個別の市町村の問題につきましては、これからの具体的な動向という点についていろいろの要素がありますので一律的な見方というのにはなかなか難しいわけでございますが、いずれにしても、私どもは、基本的に国民健康保険というのは非常に格差が大きいので、できるだけその格差を縮小するための対策に力を入れていこうという基本的な考えを持っております。したがって、例えば保険基盤安定制度にしましても、今御指摘になりましたような市町村で保

険料の軽減を受ける人が非常に多いとなれば、そこに国の補助の配分を集中的に配分されるというふうな結果にもなるわけでありす。また、それでもなおかつ全体を通じての財政力が非常に脆弱だということになれば、財政調整交付金の面においても十分その点を考慮するということになるわけでございますので、結局今の国民健康保険制度におきましては、一律的な補助ではなく、そういった財政力に応じてできるだけ格差を是正するような方向で助成を行つていくという機能を新たに持たせよう、こういう改正をお願いしておりますので、今後はそういった面での効果というものが徐々に出てくるのであらうと私どもは考へておる次第でございます。

○岩田委員 徐々に出てくるというのは、どういふ速度なのかわかりませぬけれども、皆保険という思想でスタートした国民健康保険の制度がこのように地域格差をつけてしまつた。そして、心配するの、これ以上の格差をつけていくということになると、給付内容の低下ということも心配になつてくることは当然なんですね。ですから、今局長は徐々に改善されるだらうという御答弁ですが、要因はたくさんあるでしょう、それはいろいろありませうけれども、歴然とした格差、それから地域の特定期間でもできるわけでは、今の抽象的な答弁では該当する各保険者はやはり不安でならないと思つてゐます。もっと明確な改善策というか対応策について御答弁願へませんか。

○坂本(龍)政府委員 個別の保険者に対する財政調整交付金の交付というのが非常に大きな役割を果たすわけでございますけれども、これはまだ本年度予算も通つておりませぬし、また、各市町村の実情を十分聴取した上で決定するということになりますので、現時点においてどういふ具体的な配分になるかというところは申し上げられる段階にないわけでございます。しかし、いずれにしても財政力の弱いところに重点的に配分をするという基本方針は決まつておりますから、そういう意味で現在非常に窮乏してゐる市町村については私

もも十分配慮をする、こういうことは申し上げられるわけでございます。

それから、法律改正の効果が徐々にというように、なことも私さき申し上げましたけれども、これは今回の保険基盤安定制度につきましても、もしこの制度が実施された場合には、ことしは初年度でありましても、今後平成三年度に向けて、保険料の平準化と同時に保険基盤安定制度というものがどういった姿に持っていくか、あるいはさらに、その後の各年度においてどういった姿にするかという点を十分考えて、そして都道府県あるいは市町村という関係地方団体とも十分協議をしながらこの制度の運用を図っていきたく思っております。その運用の仕方によっていろいろとまた効果もあらわれてくるであろう。したがって、ことし限りでなくて、これから将来いろいろな効果が期待される制度であるという意味におきまして徐々になんと言葉をたまたま使ったわけでございますけれども、今年度の国庫補助金の配分についても、今先生からの御指摘のありましたような地域の実情をできるだけ十分勘案いたしましてこの配分を決めていきたいと考えております。

○岩田委員 もともと調整交付金というのはそういう目的で発足したわけでしょうが、まだその効果の実情がわからないという趣旨の御答弁でありました。こういうふうな格差が歴然とした状況の中では、いわゆる配分の方法を変更するか、私も来年度あたりの決算状況を見なければわからぬという点は前提に申し上げますけれども、抜本的な改正をしなければ追いつかないのではないかと、これは産炭地の幾つかの状況からも推測できると思うのです。したがって、何年か後に振り返ってみたら効果が上がっていないというならば、財政調整交付金の意味がこれは問われることになるのです。したがって、特段の措置を要望していただきたいと思っております。

それから、最後に一つだけ伺っておきたいと思っております。ことしの五月十八日付で老人医療ガイドライン作成検討会というその検討会からの

報告書が出ておりますが、これでは老人の問題について慢性的な老人をどうするのか、寝たきり、それから寝かせきりの老人の措置をどうするのか、こういった点について報告書が出ていっているふうにお聞きをいたしておりますけれども、その中でもやはり問題になるのはマンパワーの問題です。看護婦さんの数やその配置人員の問題、それから病室の設備構造等の改善の問題、触れられていますが、この報告書に基づいた厚生省の検討が進んでいるかどうか、お聞かせをいただきたいと思っております。

○仲村政府委員 老人医療ガイドラインの報告書というところで、御指摘のように先般御報告書を読んだいたわけでございます。その中には今も先生が御指摘の、いろいろの角度からの今後のよりよい老人医療のあるべき姿ということで、各般の要素を交えた報告をちょうだいしております。これを受けまして、それぞれの対応すべきところとそれぞれの対応を今後取り組んでいくということになると思っております。

例えば、間もなく提出をいたす予定でございます医療法におきましても、療養型病床群というふうな形で、長期に療養するのにふさわしいような設備あるいは人員配置を提供するとか、もちろんその前提にマンパワーの確保の問題でございます。とか、あるいは患者さん自身に、あるいは国民を含めた一般の方々にも、老人医療について新たに考え方をもう一遍考え直していただくような方向でございまして、いろいろな角度の、行政当局に対する注文ももちろん入っております。でございますので、こういうふうな御報告をいただいているのは予算の問題、さらには取り組みの問題、地域でそれをどのように展開していくかというふうなこと、各般の施策をやっていくような努力をしていくためのきつかけと申しますか、見直しの幅の広い御検討結果をいただいておりますので、今後、この御提言を受けまして、私どもいろいろな角度からの検討を進めてまいりたい、対策も拡

充してまいりたいと考えております。

○岩田委員 終わります。

○細委員 石田祝緒君。

○石田(祝)委員 今から若干お時間をちょうだいしまして、るお聞きをさせていただきたいと思っております。

これから二十一世紀に向けて、高齢者もたくさんふえてまいります。また二〇二〇年には四人に一人が六十五歳以上となる、こういうふうな状況でございまして、まさしく現在のこの医療保険制度を前提とする限り、きょう審議をされております国民健康保険の比重がますます高くなってくる、このように私は思うわけでございまして、この中において、この国保はどういうふうな位置づけをされていくのか。私は今回のこの国保の改正案を見ましても、私の能力の不足ということもあると思っておりますけれども、それ以上に全体的にトーンが余りはっきりわからない、どういうふうな方向に国保を位置づけて持っていくかという感じがいたします。特に、六十三年の前の改正のときに、この二年間ぐらいかけてまた検討をし直して、そして、ことしの六十五年には老健法の改正とあわせて抜本的な改革をやっていく、こういうふうにしたか六十三年の改正のときに当時の厚生大臣がお答えになったと思っております。その意味で、六十三年以降の経緯も含めまして国保の未来像、また二十一世紀での位置づけ、これを大臣の方からお答えをいただきたいと思っております。

○津島国務大臣 我が国の国民皆保険でありますところの医療保険の柱は、一方で国民健康保険制度であり、もう一方で被用者保険でございます。このような意味で、国保制度は非常に重要な柱になっておるわけであります。その実施の主体、運営主体は何かと申しますと、地域保険でございまして、国民健康保険の方は市町村が実施主体になっておりますが、しかしこれは、今申し上げましたように社会保障制度の柱でありますから、その安定的運営のために基本的な責務を負

うという意味で国も都道府県もその例外ではないわけでございます。都道府県も広域地方公共団体として指導等を行っており、また国も地方公共団体と一体となってその運営の安定化を図らなければならぬ、これが現在における役割でございます。将来における安定化についてどうもまだ十分ではないのではないかと御指摘、そのとおりでございます。昭和六十三年から言われておりますような老人保健制度の見直しを含めて抜本的な改革を行うんだということについては、老人保健制度そのものについていろいろ検討を行いましたが、関係者の間の意見の一致を見ずには宿題になっております。そういう意味でなお大きな宿題を、課題を残した現状であるということをは率直にお認めをいたします。

しかしながら、その問題が解決しない間は手をこまねているわけにまいりませんので、そこで今回のような制度改正をお願いをいたしまして、それで、これまで既定方針として進めてまいりました老人保健制度の拠出金の加人者按分率一〇〇％化というものと並びまして、六十三年度から暫定的に行っております基盤安定事業をこの際恒久的な事業としてお認めをいただくと、今お願いをしておりますのが現状でございます。

○石田(祝)委員 若干これからお尋ねしようとする点にお答えをいただいた部分がございまして、けれども、改めてお答えをいただきたいと思っております。この国民健康保険の本来的使命について私は三点お伺いしたいと思っております。

この国民健康保険制度は国の事業なのか、それとも市町村の事業なのか、まずこれが第一点でございます。そして社会保障が相互扶助か、これが第二点目でございます。そして第三点目には、財政原則としてはどういことが財政原則になっているのか。この最後の財政原則につきましては厚生省の方と、それからきょう自治省、お見えになっているようでございますので、お答えをいただきたいと思っております。

○坂本(龍)政府委員 最初の国民健康保険は国の

制度か地方の制度かという御質問でございますが、基本的には国が法律をもって決めております社会保険制度の一環でございますから、そういう意味で国の制度でもあるわけであり、同時に、市町村が実施主体となっているという意味におきまして、地方としても重要な位置を占める制度であるということが言えると思います。

それから社会保険が相互扶助かというお尋ねであつたかと思ひますが、この国民健康保険も広い意味での社会保険制度の中の一環でございますが、それは社会保険方式を基本としておりますから、いわば相互扶助的な要素を非常に強く持っている。しかし、民間の私保険のように単純に相互扶助とか、あるいは単なる保険方式だけで成り立っているものではなくて、そこにいろいろの別途の配慮も同時に行われているというものでございます。

それから、財政原則というのがどのような意味で御質問になったのか、私も必ずしもよくわからない面もございますが、いづれにしても、この社会保険という基本的な性格から見れば、まず保険料というものが主たる財源であり、それからこの国民健康保険法上は、他の制度に比べれば高額の国庫補助がなされておる。さらに今御提案してある改正案によれば、都道府県負担あるいは市町村負担というものがその中に入ってくる、こういう形で、いづれにしても一言で申し上げますと、国と地方とが一体となって住民に対する医療保険を実施する、この国民健康保険制度を維持運営していく、こういうような姿であらうかと思ひます。

○香山説明員

お答え申し上げます。私どもは、国保の運営は市町村が保険者となって運営されておりますけれども、あくまで施策の性格としては国民皆保険の一環をなすものでございまして、国がその責任を持って運営の安定を図るべきであり、したがって、その財源としては国庫負担金と保険料とによって賄われる、これが基本になるべきものだと考えております。

○石田(税)委員

お答えをいただきました。まず間違ひなくこれは国の制度である、国の事業だ、私は事業かどうかと聞きましてはけれども、こういうお答えでございました。これは国民健康保険法の目的に、よく御存じだと思ひますけれども、第一条に「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ことを目的とする」というように明確に書かれておるわけでございます。それで第四条におきまして、「国は、国民健康保険事業の運営が健全に行われるようにつとめなければならない。明確に国の責任である、このように書かれておると私は思ひます。そして、特に国民皆保険ということでも市町村に任されている者はすべてこの国民健康保険の被保険者となる、強制保険だ、このような明確な位置づけもされておるわけでございます。要するに、日本に住んでいる限り入らなくてはならない。適用除外としては生活保護を受けている方とか、ほかの被用者保険の加入者であるとか、そういうことはございまして、それ以外には全部入らなくてはならない、そういう強制保険で、なおかつ国の保険である、このようなことを私は明確にここで言えるのではないかと思ひます。

財政原則につきましても、私はこの国民健康保険事業がやはり国庫、今自治省の方は負担金というふうにおっしゃいましたけれども、当然に出すお金だ、そういう意味で負担金だと思ふのですけれども、そういういわゆる保険料と国のお金、これで明確に運営をされていくべきである、このようなお答えだと私は思つたわけでございます。このことは、私は特にこの国民健康保険法、その下にやはり憲法第二十五条、すべての国民が文化的な生活を行つていく、これを国が保障している、そして社会福祉、社会保障を国がやつていかななくてはならない、この精神から出ていると私は思ひますので、やはり国の責任において今後ともやつていかなるべきである、このように思ふわけでございます。

そして、この国保の歴史も若干振り返つてみましたら、今保険局長は社会保障が相互扶助か、両方ともまじつてあるようなことを言つておられましたけれども、明確に一九五八年、昭和三十三年に国民健康保険法が改正されたときに、今までの相互扶助ではなくて、これはもう国の責任において団体委任事務としてやつていくんだ、こういうことで私は発足をしたわけだと思ひます。しかしながら、最近におきまして何となくこれは市町村の事務だ、それを国が補助してやるんだ、こういうふうなニュアンスがだんだん強くなつてきているのじゃないか、私はそういうふうに思ひますけれども、この点についてはいかがでしょうか。

○坂本(龍)政府委員

社会保障制度というのは国が責任を持ってこれを運営するということは御指摘のとおりでありますから、これは国民健康保険も健康保険もそういう意味においては同じであらうと思ひます。しかし、実施主体が市町村ということでも地域住民に対する医療保険という特色も持っておりますから、そういう意味で地方でのいろいろな事業活動といったところにまた特色があるわけでありまして、そういうことを私もさつき申し上げたつもりでございます。

ただ特に、何と申しましようか、社会保障と相互扶助と、これは必ずしも対立する概念じゃございませんで、社会保障の中に社会保険という相互扶助によるものもあるし、それから社会福祉的なものもあるしということになりますから、国民健康保険というのはまた基本は社会保険方式、つまり相互扶助という基本的理念に基づいて、そして、それに別のいろいろな配慮も加つた案として社会保障制度の中の一つの大きな柱になつていく、こういうことであらうかと思ひます。特に、地方が実施するのに対して国はただ補助をするだけの立場にあるような、そういうような考え方というのは私は私どもは特に持つておりませんで、できるだけ国自身が、その基本的な運営方針について、制度の立て方について責任を持つて考えていかなければいけません、同時に地方の自主性と

いうものも、この地方自治体である市町村が実施するといふ面において尊重されなければならぬ。その調和というものを十分に考えながら実施していく必要があるというように考えております。

○石田(税)委員

今のお伺いをしましたけれども、なぜ私がこういうことを言うかと申しますと、やはりいろいろな意味で垣根のところがあいまいになつてきている。大原則は、国がともかくも財政もしつかり見て、そして事業主体、それはもう生活に根差した、地域住民に根差した市町村がやることは、これは私は結構だと思ひますけれども、そのところが、これからいろいろ法案も、ゴールドプランとか出てまいりますけれども、地方に委譲するんだ、そうしたら地方で全部やりなさい、こういうことになつては私は困ると思ふのです。やはりあくまでもこの保険、福祉というものは国の責務である、しかしながら実情がよくわかる、その地域の人の顔が見える市町村が運営主体となつてやつていく、それはもうそのとおりでありますけれども、大原則は国の責務でやつていくんだ、こういうことはひとつしっかりと胸にとめておいていただきたいと思ひます。私は、それではこの地方財政法の観点からも若干お伺いをしたいと思います。

先ほど財政原則は簡単にお触れをいただきましたけれども、保険料と国庫負担金とやるんだ、こういうことでお話しになりました。地方財政法の第十条、また第十条の八の三、これは国民健康保険の事務について述べられておりますけれども、この部分は明確に地方交付税から外して、地方交付税外で処置をしない、こういうふうなことが書かれておるわけでございますけれども、これにつきましても自治省の御見解を聞きたいと思ひます。

○香山説明員 この地方財政法の規定でございますけれども、これは先ほど私が申し上げましたように、国庫負担金と保険料とで賄うのが原則である

という趣旨で、この算定対象から除外しておるものと理解していただければよろしいと思います。

○石田(税)委員 明確な答えをいただきましてありがとうございます。

続きまして、今回の改正案、改正案というふうな形で出ておりますけれども、国の負担をふやした、こういうふうな言われておりますけれども、この国保の被保険者一人当たりの負担の軽減額は一体幾らになっておるのでしょうか。

○坂本(龍)政府委員 私どもの方では国民健康保険の世帯数に應じて今回の軽減額を算定いたしましたので、一世帯あたり五千七百円という数字を一応試算しておりますが、一人当たりというのは直接まだ計算はしておりません。ただ、平均世帯員数がわかればそれに應じてこれをさらに割ればよろしいわけでありまして、もし必要であれば今ちょっと計算をさせていただきます。

○石田(税)委員 じゃ、それは後ほどいただきましたと思います。

そうしますと、一世帯あたり五千七百円。お金を払うのは世帯で払うわけですから、そうすると年間五千七百円全国的に下げては構わない、こういうふうな計算になるわけですが、保険料を安易に下げてはいけません、こういうふうな通知とか通達とかはお出しになっておりますか。

○坂本(龍)政府委員 国保事業の運営というのは長期的に継続する制度でありますので、単年度の収支というものをしながらやっておりますけれども、やはり実質的には年度区分というふうなものは患者なり被保険者にとって医療という面では余り意味がないのではないかと、つまり、財政面だけでのこういう区分でありますから、ここはできるだけ長期間にわたって安定的な運営をするのが望ましいと思います。

そういう意味で、これは市町村に対して、またまたある年度において何らかの理由によって保険料を下げて一応財政収支が合うとしても、翌年度はまたいろいろ要因によってどうなるかわからないという面もありますから、そういう短

期的な視野で保険料をすぐに動かすというのは制度のあり方からいってどちらかというと好ましくない、そういう見地から、できるだけ中長期的な観点に立った財政基盤の強化を図っていくようにという趣旨のことを申し上げておきます。しかし、直接の保険料水準の決定というのは最終的には市町村の判断によって決まるということでありまして、そういう意味で、市町村において将来の財政見通しというものを十分持った上で保険料を決めていただく。そういう見通しがないままに安易に、またまたある年度において下げられるからといって下げるといことは制度の運営にとって適当ではないということをお願いしているということです。

○石田(税)委員 続きましてお聞きをしたいと思っております。今回のこの改正案の中で、前六十三年のときもそうございましたけれども、一元化とか標準化、平準化、いろいろな言葉が出てまいります。今回は一元化ということと平準化という言葉が出ておりますけれども、いまだこの一元化または平準化ということについて定義づけと申しますか、だれが聞いても同じ概念を頭の中に描き得る、こういうふうな観点から、ひとつこの一元化と平準化について明確なる定義をお願いしたいと思います。

○坂本(龍)政府委員 その前に、先ほどのお尋ねで、今回の改正と老人保健拠出金按分率一〇〇％に伴う財政効果としての軽減額につきまして、一人当たり直しますと約二千三百円、これは一世帯は二・五人という前提で計算をいたしました。

それで、お尋ねの一元化とか平準化とかいう言葉でございますが、明確な定義をとおしやいませたけれども、法律上特に公的な定義というものはあるわけではございません。ただ、これまで一元化という言葉は、現在のように医療保険制度がいろいろと分かれておる中で、その制度間の給付と負担の公平を図ることを称して一元化であるというように私どもが現実に使ってまいりました。

それは、簡単にわかりやすく申せば、どの制度にいても給付も負担も実質的にはほぼ同じような姿であるという状態を実現することを意味しております。

それから平準化というの、単に平準化というところ正確になるわけでありまして、国保の市町村間における保険料負担の平準化、こう申し上げるのが正しいかと思っております。つまり、現在市町村の間において国民健康保険の保険料に非常に格差がありますので、できるだけその格差をなくして、これは全国全一一つの保険料額というわけにはまいりませんけれども、例えば医療費の水準が同じであれば同じような所得の人については保険料の格差がほとんどないというように格差を想定いたしましたので、できるだけそういう意味での均衡のとれた姿に持っていく、それを国民健康保険の保険料の平準化を図る、こういう言葉であらわしていると思っております。

○石田(税)委員 そうしますと、この一元化というのは、現在いろいろな保険がございますけれども、その各保険の制度を残して、そして内容的に給付と負担の公平を図る、こういう理解でよろしいですか。

○坂本(龍)政府委員 私どもがこれまでに使ってきたとおり一元化という言葉は、現行の制度を基本的に残しつつ、そうして、その制度間における給付と負担の公平化を図るという意味内容として用いてきております。

○石田(税)委員 確認になってあれですけれども、そうしますと、一元化というのは各制度を残して各制度間の平均を図る、そして平準化というのは国保の中、たしか今三千二百六十二被保険者がいると思っておりますけれども、その国保の中の三千幾つかの被保険者の均衡を図る、こういう理解でよろしいですか。

○坂本(龍)政府委員 医療保険制度の一元化は、現行の制度の基本的な仕組みを残してその制度間における給付と負担の公平化を図るということでありまして、国民健康保険の保険料の平準化は、

市町村の間における保険料負担の格差というものをなくして保険料として均衡のとれた保険料にする、こういう意味でございます。

○石田(税)委員 そうしますと、一元化について若干お伺いをしたいと思います。何点かありますので、お答え願いたいと思います。

昭和六十三年の改正案審議のときに、六十年代後半の早い時期にこの一元化というものを、たしかこういうふうになっていったと思っております。まず第一点目は、今後のこの一元化についての見通し、時期的なもの、これがまず第一点。

そして一元化のレベルの問題、これを私はお伺いしたいと思います。一元化ですから、極端な話を言えば全部ひっくり返して割れば一元化はできるわけですが、今のこの政府のやり方というのはレベルを下げて一元化を図っているのではないかと、私はこのように気がしてならないわけですが、私は、実は議員に当選する前は地方公共団体の東京都に勤めておりました、また、それから政管健保にも入りました。幾つか保険を経て今回国民健康保険に入っているわけですが、い

わゆる負担に対しての給付のレベルが物すごく下がっている。ある意味では悪い方に、悪いと言えど語弊があるかもしれませんが、負担と給付というものを考えた場合にレベルの低い方で一元化しようとしているのではないかと。これは、医療費に占める国庫負担金の割合はだんだん下がってきていると私は思います。そういう意味で、国庫の負担金を減らしながらレベルの低い段階で一元化しようとしているのではないかと、これが第二点目でございます。

そして、今回の六十五年で老人保健への拠出金の加入者按分率が一〇〇％になりました、それから今回それに対する激変緩和措置ということで、元年の補正予算で一兆五千億の基金をつくり、その利子の七百五十億円でこの激変緩和の措置をやった。これは審議の際に「当分の間」、こういうふうなことが書かれてございました。この「当分の間」というのは一体いつまでなんだ、これをお聞

なぜそうなったかということから先に申し上げますが、要するに老人保健制度というものをいろいろな角度から見直して安定をさせるということがやはり先決問題でございますが、老人保健制度のあり方について関係者の間の結論が得られなかったということがあるわけでございます。どういう形で一元化するかというお問い合わせについては、既にこれまでの大臣が答弁しておりますように、被用者保険と地域保険との現在の体制を維持しつつ八割程度の給付水準に各制度をそろえる、そして必要なものは医療保険でカバーする、こう

割には自分の保険料はだんだん高くなっている。そういうこともございまして、一元化のレベルという問題もぜひともお考えをいただきたいと思ひます。なかなか難しい問題かもしれませんが、単にならせば済むのであればこれはある意味では簡単なわけで、やはりレベルを維持しながら、できれば国民の側に立つて高い方に向けてレベルを合せていく、これを何とかお願いしたいと思ひます。

続きまして、平準化について若干お聞きをした

けでございませう。

そういうような状況の中で、やはり一つには今回の国保改正案の内容になっております保険基盤安定制度の活用によりまして市町村間の財政力の格差、これは一つには所得水準を反映している面があると思われましますので、そういうところに重点的に対応を考えていく。それから医療費の問題もやはりいろいろ関係がありますので、これは長い目で見ていく必要もあるかとは思いますが、これでも、できるだけ市町村の医療費水準についてこれ

「さういふことは、從來から既にさういういろいろな機能を持つて今日まで運営されてきたという意味であえて先ほどは申し上げなかったわけでありますけれども、もちろん、そういうた従来からの制度と補助の仕組みというものもいろいろな意味で大きな効果を持つことが考えられるわけでございます。」

したがいまして、これらの国の補助を合わせますれば二兆円を超える金額になっておりますから、これは確かに市町村の一般会計繰入金、三千億ちよつとでございますか、これ自体はかなり意

險基盤安定制度だけで平準化に対処しようと言っているわけではございませんので、いろいろな方策を考えながら対応してまいりたい、こう思っております。

○石田(税)委員 ちょっとそこところが私の考えと違いますが、もう少しお聞きしたいと思うのですけれども、定率の国庫負担と財政調整交付金、これは今までもあったわけですね。今までもあって、そして、こういうふうな市町村の格差ができてきているわけなのです。ということは、この格差をなくすためには、これをふやす以外にだれが考えても理屈として成り立たないと思うのです。今までもあったものを、金額もふやさない、大して金額もふやさない、そういう中で、それにまた過重な期待をかけさせるような発言、これは私はおかしいと思います。六十三年の改正のときには、新たに保険基盤安定制度一千億を設けて若干なりともそういう部分に手当てをしたかと思えますけれども、今回、特に財政的に出したのは、今までのところの五百二十七億円だと思えます。そういう意味で考えましたら、定率国庫負担、調整交付金、こういうものが今までもあった上でこういう格差ができてきているわけですから、今までのものを、また、役に立ちます、これは私はおかしいのじゃないかと思うのですけれども。

○坂本(龍)政府委員 これは考え方として、その部分、部分で見ると、全体を通じて考えるのかという違いもあるかと思えます。私も、もちろん部分的に、この部分はどのような効果を持っているか、あるいはそれがどこまで対応できるかという見方もあることは理解できますけれども、やはり制度としては、全体を通じてどういう運営ができるかということを考えてみてほしいのではないかと思います。この保険基盤安定制度も、金額的に多いか少ないかということは考え方によっていろいろ違いますが、今回新たに国庫負担の増額をし、そのある相当部分を財政調整交付金に振り向けているということもありますから、個別の市町村に対しては、これはいろいろ

いう効果があり得るのじゃないかと思っております。つまり、全市町村に対する金額としては必ずしも大きいとは言えないかもしれませんが、一つ一つの市町村にとってはある程度の効果をもたらしうな対応も可能ではないかと考えられる面もあるかと思えます。

それから、この保険財政基盤安定制度は、今度法律上新たに恒久的制度として設けられるわけでありましても、その運用面については、軽減制度との絡みにおいて将来いろいろ活用ができるわけでありまして、この制度の活用によって国民健康保険の財政の安定がさらに進むという機能を持った仕組みを今回制度の中につくりたいと考えておりますので、そういういろいろな面から見た今後の国庫の安定策というのについて、私どももさらに検討を進め、実効を期してまいりたい、こういう気持ちでおります。

○石田(税)委員 そうしたら、もうちょっと数字でお聞きをしたいと思えますけれども、たしか定率国庫負担と調整交付金の割合は四対一だったと思えます。今回五百二十七億円を国庫の支出金としてふやしまして、そのふやした分の六割が調整交付金で、四割は定率国庫負担。今までの四対一の割合がどれだけ変わったかといいましたら、私の計算によりますと三九・五対一〇・五、ほとんど変わっていないというのがその数字ではないかと私は思っています。

ということは、五百二十七億円の例えば六割、三百億円ちょっとになりますけれども、その分と、基盤安定化でふやした、これは国で二十七億、都道府県で同じく二十七億になりましたか、こういうふうな数字なんです。全体の保険料の給付費は約四兆四千億くらいだと思いますけれども、その中で、わずかと言っては失礼かもしれませんが、これだけの格差を平準化していく第一歩として、それだけ胸を張って言えるぐらいの数字なのか、そういう方向がこれを見ただけで見えるか、私は決してそういう方向ではないと思います。局長、この点いかがでしょうか。

○坂本(龍)政府委員 数字の評価というのは、これはもういろいろあるかと思えますので、私どももこれが非常に目をみはるような数字とか増額であるというようにまで申し上げるつもりはございません。しかし、ある意味では国庫の国庫補助制度の中で画期的な考え方であると思うのです。これは別に自画自賛するわけではなくて、これまでの制度のあり方から見て新しい姿が少し出てきた、そして、それによって、先ほど御指摘のあったように、比率として変化した部分は、もちろんこの見方も小さいと言えは小さいかもしれませんが、やはり財政調整という点に重点を置いた考え方がここに出てきているというところ。それから、数百億円の金でありまして、これは一つ一つの市町村にとってみると決して小さいとは言い切れない面もあります。それから、定率国庫負担におきまして、医療費に見合う国庫負担でありますから、ある意味では個々の市町村にとってはこれを増額することにおいてメリットが全くないわけではないと思えます。

そういう意味で、いろいろなことを考えれば、確かにこれだけで何もかも解決するような改正だとは私も申し上げられませんが、いろいろと今後の対策についての一つの基盤整備という意味はあると言えらるのではないかと考えております。

○石田(税)委員 時間がございませんで、保険料軽減の問題について、基盤安定化を含めてちょっとお伺いしたいと思います。

六十三年の改正のときに、この基盤安定制度、二年間の暫定措置でやりました。その際に、たしか当時の自治大臣は、いろいろな保険も国庫の制度も大変だ、都道府県としても黙って見ておれないじゃないか、こういうふうな意味の御発言で、都道府県も一千億のうち二百五十億を負担するという制度が暫定的にとられたわけがございします。今度の場合、これを制度化するということになりまして、暫定から制度化に変わった、その経緯といえましょうか、その目的についてお願いをしたいと思います。

○坂本(龍)政府委員 一昨年の改正では、初めてこの国民健康保険に地方負担を導入するというところもありまして、いろいろな議論の結果、二年間の暫定措置としてスタートしたわけがございします。この問題については、その後私ども厚生省が社会保障制度審議会に、当時予想されておりました二年後の見直しについての御議論をお願いいたしました。そして約一年半をかけて昨年の暮れに御意見をとりまとめいただいたわけがございします。この社会保障制度審議会の審議の場に、専門委員として地方関係団体の方あるいは自治省の事務次官という立場の方が参加していただきまして、そのような審議の場におきまして、この保険基盤安定制度というものを今後確立するというところについては御意見の一致を見たわけがございします。さらに、私どもはその審議会と並行いたしまして、例えば知事会、市長会、町村長会といったようなところを窓口にしたしまして、全国の地方関係団体にも御意見を伺いまして、今日御提案申し上げているような内容のものについては大筋として御了解をいただいたわけがございします。

実を申し上げますと、その途中の段階で私どもが考えました試案についてはいろいろな御意見がありまして、中には、私どもの考え方にある部分は賛成できるけれどもある部分で反対だという面もございしました。したがって、いろいろ交渉と申しますか協議を重ねた結果、こういう姿でしかく恒久的なものとして実施をしよう、こういう合意ができましたし、そういう事実を最終的に受けまして、暮れの前編成の段階で大蔵、自治、厚生三大臣の合意によって、さらに、それに基づく予算政府原案の中に盛り込むことになって、この今回の改正の中における保険基盤安定制度の恒久的な実施ということが明確になってきたというところでございします。

○石田(税)委員 それからちょっとお聞きしたいのですけれども、この保険基盤安定制度は保険料の軽減措置に見合う金額だと私は理解をしております。平成二年度の見込みで一千五百四億円、こ

いうことで、これはこれからどんふえていくのじゃないか。実は私、高知の出身でございすけれども、六十三年、元年と見ますと、六十三年が軽減の世帯の割合が全世帯数の四二・五四％、ほぼ五世帯に二世帯が軽減を受けている。そして平成元年は四二・七七％、若干ではございすけれども増加の傾向にございす。これから平準化とかいろいろあること、応益負担をふやしていくとかいうふうなことも考えておられるようにございすし、そうした場合にこの軽減の部分が大んだんふえてくる、そういったしましたら保険基盤安定制度、この部分のお金も当然ふえてくると私は思うのです。しかしながら、この軽減割合等については法律で決まっております。六割、四割の軽減については要件もちゃんと決まっております。そしてこの軽減に見合う基盤安定制度の部分、これは今回から制度化で地方交付税の中の基準財政需要額の中に入れられる、こういうことになりましたら、地方交付税の国税三税の三％、また消費税等も入りますけれども、その土俵が決まっております。そういうことは何かの事業ができなくなる、こういう形にならざるを得ないのじゃないか、こういうことを私は危惧するのです。

そういう意味でこの部分、軽減割合、軽減世帯の部分からどういう見込みに局長また大臣はお考えになっておられるのか、そして、これを地方交付税で基準財政需要額に入れることについてはどうなのか、この件は自治省の方にもあわせてお伺いをしたいと思います。

○坂本(龍)政府委員 この保険基盤安定制度、今回の制度はわが従前の二年間の暫定措置が切れた後の新しいものでございすから、今の段階で具体的に今後どういう姿になっていくかということについて明確に申し上げることもなかなか難しい面がございす。つまり、その制度が拡大するのかどうか。これは保険料の軽減制度をどうするかということと密接に結びついてまいりますし、現在、来年度以降の平準化の問題なりあるい

は軽減制度の問題なりにつきましては、地方公共団体の代表の方々とこれは定期的に会合を持ちながら相談をして決めていきたい、こう思っておりますので、そういう意味におきましても、平成三年度という具体的な姿になるかというものがまだ今固まっていけないという面がございす。そういう意味におきまして、直ちにこれがどういふ姿になるのかということをおし上げるのはなかなか難しいと同時に、これはいろいろ地方によっても状況が変わってまいりましようし、国民経済全体の動き等にも大きな意味においてかわり合ってくるという面もございすので、私どもとしては、今後適切にこれを運営するという見地に立って扱っていくところまで今の段階では申し上げるのが限度かな、こういうように考えております次第でございす。

なお、地方財政の問題は自治省の方からお聞き取りをいたしたいと思います。

○香山説明員 保険基盤安定制度に係ります今後予算額あるいはその内容等につきましては、所管の厚生省の方におきましてお考えをおまとめになりました段階で各年度の予算編成時期、自治省の方にも御協議あらうと思っておりますので、その時点で実態を踏まえ、地方団体の意向も十分踏まえて自治省として対処してまいりたいと考えております。

○津島国務大臣 先ほどから委員と政府委員のやりとりをずっと拝聴させていただいております。一言私から申し上げたいと思っておりますのは、確かに今度の改正は抜本改正とは言えないわけではございす。恒久的な制度として基盤安定制度が入ったということは評価できますけれども、それでこれからかなりの期間にわたって安定的な運営ができるか、そして、ひいては保険料の平準化ができるかという委員の問題の御指摘に対しては、十分にお答えはできてないと思

います。ただ、私はここで二つ申し上げたいのは、一つは今回の結果、平成二年度では八百億何が程度

の国民健康保険会計の負担軽減になる。それは数字的には非常に軽いのではないかとおっしゃる点については、これは基盤は確かに四兆円の事業であり政府が定率で二兆円近く出しているといううなことがございす。その増加分に対して働いてくるわけでございすから、例えば政府の定率部分を除いた二兆円に対して八百億というのは四割でございすから、増加分というところで見ただけならば、それはそれなりに効果があるという点は御理解をいただきたいと思ひます。

それからもう一つは、それじゃ抜本改正できない、保険料を今のようになりばらつきのあるままにしておいていいかということを決してそうではございせんので、私はここで申し上げたいわけでありすが、負担の平準化につきましては平成三年度の実施を目途に、先ほど申し上げました老人保健制度の検討等を積極的に行った上で検討を進めてまいりたいということを付言させていただきます。

○石田(祝)委員 お答えはよくわかりました。大臣のお考えもございすし、私は八百五十億、正確に言うと八百五十億だと思ひますけれども、決して少ないとは思ひませんが、一つのこれからの大きな流れをつくっていただきたい、こういう思いでお話をさせていただきました。

ちょっと自治省の方、先ほど私がこれは基準財政需要額に入れることについてどうですか、入れることについていいのかわるか。よしあしというのは本来言うべきではないかもしれせんけれども、妥当かどうかということでお聞きをしたと思ひますけれども……。

その方法でございすけれども、具体的にこの国庫支出金あるいはそれに対応いたします都道府県の支出金というのは、直接的には市町村の一般会計に交付されまして、市町村の方は一般会計のフィルターを経由いたしまして、みずからの地方財源を突き合つた上で国保会計の方に繰り出をするという仕組みをとることについていたしております。この一般会計の方で負担するという局面に対して申し上げますと、先ほどお尋ねになりました地方財政法の規定等と何ら矛盾するところがないわけではございまして、いわば地方財源に対する財源措置として交付税に算入させていただくという仕組みをとっておることではございす。

今後の推移等につきましては、先ほどから厚生省の方からお答えいただいております。また、保険料平準化等の検討を踏まえた具体的な内容に応じて個別にその都度協議をさせていただきまうふに考えております。

○石田(祝)委員 それでは、明確にこれは地方財政法にのっとつても問題ない、こういうお答えでございましたので、それまでにしなさいと思ひます。

もう時間がなくなりましたので、若干はしってお聞きをしたいと思います。

先日の予算委員会の際に、我が党の政審会長が厚生大臣に骨髄バンクの件でお聞きをいたしました。私は、バンクはバンクですけれども腎バンクの問題です。調べましたら、今、日本で生体腎の移植が大体七二％ですが、そういうことで、特に血縁者が多い、親から子に上げる分が物すごく多いというデータも出ております。その際にも、やみくもにやるといふことではなくて、その血縁者の中でも、検査をして適合するかどうか、移植をして大丈夫かどうか、こういうふうな検査をしなければならぬとか、この費用がなかなかばか

にならないというのを私は聞いております。その意味で、骨髄バンクのときもそうでございましてけれども、お答えにくい部分もあると思ひますけれども、生体腎の移植に際して適合検査は少なくとも保険が適用できないか。私は現状を余り詳しく認識していないのであれですけれども、何人分という様を決めることはいたし方ないかもしれませんけれども、少なくとも五人とか十人まではそういう形で本人に負担がないように検査ができないものか。これはひとつ前向きにお答えをいただければありがたいと思ひます。

○坂本(龍)政府委員 腎臓移植のための組織適合性検査の費用の問題でございまして、腎臓の提供を申し出た人が実際に提供を行うことにまじなつた場合、その際には当該検査の費用を腎臓移植の保険点数に含めて算定をいたすことができません。こういったような取り扱ひは、いわば保険サイドから申しますと腎臓の提供を受ける人が治療を受けるわけにございまして、その治療を受ける人の治療のための費用としてはや腎臓を異にするところまで取り込んだ姿でこれは実施をいたしております。つまり、腎臓の提供を申し出た人に対する検査の費用でありますから、そういう意味で保険の通常の医療の範囲からすれば相当思い切った扱いと言つてよろしいかと思ひます。

ただ、医療保険でございまして、どうしても被保険者あるいはその家族の疾病や負傷、こういうのが原則でありまして、腎臓提供を申し出た人が検査を受けた結果、適合性の問題で実際に提供者となれなかつた、こうなりますと、実際に病氣によつて治療を受けようとする人との関連性がどうしてもなくなりますので、その検査までこれを保険から支払うということは困難であるうかと考えておりますので、先ほど申し上げました実際に提供を行うことになつた場合というのが限界であらうと思つております。

○石田(税)委員 最後にお願ひします。確かに、移植することになつた人は構わないけれども検査をしてだめだつた場合にまで持てない

というお答えでございすけれども、これはまさしく検査をしなくてはならないという、自己矛盾のような形になりますけれども、外から見てわからない。やはりいろいろな生体検査をやつて、それで適合するかどうか、こういう手順を踏んでいかないとどうしても行き当たらぬ。行き当たらぬと言つておかしいのですけれども、本人にとつて幸せなことにならない、そういうことだと思ひます。しかしながら、検査を申し出る、提供しようとする側からとつたら、ひよつとしたら自分の腎臓を病人に提供するかもしれない、そういう重大な決意をもつてやはり私は臨んでいと思ひます。それが万が一、幸か不幸か合わない、そうしたらあなた全部自己負担です、これは余りにも本人のそういう気持ちに対して、社会保険、また、いろいろな意味から考えてもかわいそうじゃないか、いま一步これを踏み込んで、今後の検討としていただいても結構ですけれども、前向きに考えるべきではないか、私はこのように思ひます。

最後に、国民健康保険、この事業は私は非常に大事な事業だと思ひますので、ぜひともレベルを下げない段階で一元化等も進めていただいて、ともかくその中で国庫負担をふやしつつ安定的な制度にしていってほしい、これは最後の私の要望でございす。どうもありがとうございます。

○畑委員 長 児玉健次君。

○児玉委員 保険料の減免措置に対して、これまで国は八割を負担してまいりました。前回の改正のとき、それを二分の一に引き下げて自治体負担を導入した、これが前回の国保改正に対して私たちが反対した理由の大きなものの一つです。そのとき出された地方交付税の特例加算四百億円、今回どうなるでしょうか。

○坂本(龍)政府委員 地方交付税の問題でございすので、私としてはちょっと今お答えいたしかねます。

○児玉委員 では自治省、せつかくおいでのよう

ですから、この前の改正のとき、六十三年のときに地方交付税の特例加算四百億円……。

○畑委員 長 児玉委員に申し上げますが、自治省見えてないようです。

○児玉委員 厚生省、これはわからないはずはないな。どのぶんから出ようと、国の財政という点では同じです。

○坂本(龍)政府委員 地方交付税の問題でございすから、私の方からお答えするのはいかかとは思ひますが、聞いておるところによれば、交付税の特例加算が廃止になつたということは聞いております。ただ、金額等については直接所管しておりませんので明確なお答えはできないわけでございます。

○児玉委員 あのと五百五十億という金額が議論になつたんですが、高額医療費共同事業五百五十億円は継続、そして地方交付税の特例加算四百億円は今廃止というふうになつています。

次に聞きますが、老人保健の加入者按分率一〇〇%になることによつて、市町村の国保に対する国庫負担の減は幾らでしょうか。

○坂本(龍)政府委員 この金額につきましては、今回改正法案の中で国庫負担率についての改正を予定しておりますので、この国庫補助率に変更前の場合と変更後の場合と数字が違つてまいります。補助率が増える場合でありますと六百七十八億円の変化が出てまいります。

○児玉委員 六百七十八億円ですね。

ところで、今回の改正案の第八十一条、これも若干の議論がありました。その八十一条で「保険料の賦課及び徴収等に関する事項は、政令で定める基準に従つて条例又は規約で定める。」「政令で定める基準に従つて」という言葉がわざわざ新たに挿入されました。これは自治体が独自に行おうとしておる施策を縛るものではないかと危惧するのですが、いかがですか。

○坂本(龍)政府委員 保険料あるいは保険税は最終的には市町村が条例または規約で定める、これは国民健康保険法の八十一条に従来からそうなつ

ております。ただ、現実にかういった保険料の決定に当たりまして、市町村としてもいろいろどのような決め方をするかについて検討する必要があるまいしょうし、全国を通じていろいろな市町村の間でもできればバランスのとれた姿であることは望ましいわけにございす。その点につきまして、やはり政令で一つの標準的なものを決めまして、それを実際に市町村の方が参考にし、あるいはモデルというふうな意味でこれを見ていただけるといふことも考えたわけにございす。しかし、実際に決定する権限は市町村にあるわけでありすから、それをこの政令でもって完全に拘束するといふようなものではないわけにございす。

○児玉委員 それで、保険料の減免制度がどのような効き目をあらわしているか、これが問題だと思ひますが、一九八六年、昭和六十一年、減免額の実績は七百十二億と私たちが厚生省から承つております。八七年は八百二十四億、八八年は八百九十三億、昨年の八九年は九百四十二億、伸び率をパーセンテージでとつていきますと、八六年から八七年は一五・七%伸びています。八七年から八八年は八・三%の伸びです。一昨年から昨年の伸びは五・五%です。確実に伸びが減つていますね。保険基盤安定制度が発足してから減免額の伸び率がむしろ低下している。一方、北海道の旭川市では、市独自でつくつた二割軽減措置の対象者を拡大した。そんなことによつて保険料の収納率が引き上げられて、二年連続国保料の値上げをストップするといふ好ましい状態が生まれていす。この際、減免制度を思い切つて拡充すべきではないかと考えるんですが、いかがですか。

○坂本(龍)政府委員 保険料軽減額の実績額が伸び率の面で少し低くなつていすという面も確かにあるうかと思ひます。しかし、これは実は保険料総額自体の伸び率が鈍化しておるといふことも関連しておるといふように私もは考えております。この軽減基準額につきましてどうするかという問題、確かにいろいろな観点からの御議論がある

うかと思ひます。また私どもも毎年その見直しを行つておきまして、引き上げ等も行つておるところでございますが、この問題につきましてもはやばりという軽減の基準額を考へていくか、それはそのときの状況を十分踏まへながらいろいろ検討をしてみたいと思ひます。これは現実の問題として諸般の事情からなかなか難しい面はあらうかと思ひます。

○児玉委員 この面の急激な拡大というのはだれしもひとしく歓迎するところですね。それで、この国保会計全体、それを総体として考へるときに国の負担がどうなつてゐるのかというのを少し大きくつかむ必要があるらう、そう私は思ひます。

先ほど指摘した交付税加算額の特例四百億円が削除された、老人保健加入者按分率の変更に伴う国の負担減が先ほどのお答えであるとすれば六百七十八億円、老人保健拠出金に対する国庫の引き下げが三百二十二億円、国庫負担を総体的に言つて、以上の合計は千三百九十億円になります。で、この制度を本則に入れる、本則への制度化に伴う国庫負担増は確かにあります。五百二十七億円、それを差引くと総体で八百六十三億円の国の負担減になつてゐる。このところを直視する必要があります。

これも厚生省からいただいた資料によりますれば、国保財政に占める保険料、国庫負担の比率、一九八三年と一九八八年、二つのポイントで見えますと、一九八三年は保険料が三六・〇％、国庫支出金が五六・一％でした。五年後の一九八八年、昭和六十三年で見ると保険料は三九・九％、三・九％の増です。国の支出金の方は三九・五％で、実に一六・六％これは減つてゐます。その分が加入者と地方自治体負担となつてゐる。国庫負担を大幅にふやさなければいけない、とりあえず旧に復する、医療費の四五％に戻すべきだと私は考へますが、この点は大任のお考へを伺いたしたいと思います。

○坂本(龍)政府委員 まず私の方から今の問題についてお答えを申し上げさせていただきます。

この制度改正による国庫負担の増減というのは、これはどこまで関連するものかと思ひます。この見方はいろいろあらうかと思ひます。ごさいですが、私はその国民健康保険に財政負担面として影響のある範囲内において計算をしてみますと、保険基金安定の確立が五百二十七億円、それから老人拠出金の国庫負担の合理化で三百二十二億円の減で、差し引き二百五億円の増。そのほか按分率一〇〇％移行に伴う国庫負担、国庫負担というよりは、保険料の減の方によりまして軽減効果が出てくるという御説明を申し上げます。

按分率一〇〇％移行による国庫負担減は、これは確かに国庫負担として減つておりますけれども、保険料の負担が減つた中でその半分前後の国庫負担額が減額になつたということ、国庫の財政負担そのものには直接影響がありませんので、私はこれは別のもつとして考へるべきではないかというように考へております。

それから、過去の国庫負担割合と現在の国庫負担割合、下がつてゐるのではないかと、数字の上では確かに低くなつてゐるけれども、これは一連の制度改正によりまして財源の構成を変更いたしましたわけでございまして、そういうものも踏まえて国庫負担をどのようにするかというふうなことの検討の結果このようになってきたものでございまして、したがつて、財源のほかの部分における新たな拠出が加つたというふうなことによつて従来とは確かに構成は違つてきておりますけれども、単純に国民健康保険の負担を一方的にふやすというふうな考へ方のもとで行つたものでないことだけは確かでございます。

なお、今回の制度改正におきましては、たびたび申し上げておりますが、国庫負担の強化を図ることによつて制度の安定化を図りたいと考へておる次第でございます。

○児玉委員 時間があれば今の問題について立ち

入つて議論をしたいと思ひますが、何よりも雄弁なのは、皆さんが出されてゐる「国民健康保険財政に占める保険料等の割合」、非常に簡潔な資料で、五十八年から六十三年まで毎年について保険料(税)のシェア、国庫支出金の比率として都道府県支出金・一般会計繰入金、これが昭和五十八年度、三・七％が六十三年度は六・一になつてゐる。その他という項目があつて、五・七。結局国の負担が先ほど指摘したように一六・六下がつた分を、他の部分がそれを受け持つてゐる。このことは、あなたもお認めになつたように国の負担がぐつと減つてゐる、その結果です。それを私は指摘しておいて、このことについてはまた後で触れたいと思ひます。

保険料負担の平準化についてですが、応能割と応益割、昭和六十三年で六三対三七だといつておられますけれども、これをどこまで持つていこうとされてゐますか。

○坂本(龍)政府委員 応能割と応益割の負担につきましてはいろいろな考へ方があるわけですが、いまして、この平準化に当たつての私どもの検討の際には、地方公共団体の意見も十分聞きつつ、こういうことになつております。したがつて、現在の地方の市町村等の意見もお聞きして検討を始めた段階でございまして、現時点で明確な考へがまとまつてゐるわけではございません。しかし、従来の厚生省としての一つの考へ方といつたしまして、これももちろんすべてで拘束しようというところではありませぬけれども、五対五というのが一つの案として考へられるものであらうというふうな程度の考へ方を持つております。

○児玉委員 それをも五対五まで持つていけばどの部分の負担がふえていくのか、それがこの際最大の問題だと思ひます。国民健康保険の構造的变化といふことがよく言われます。一九八八年で、寝たきり六十五歳以上を含めて七十歳以上の年齢が全体の加入者の一四・六％を占めるに至つた。それから、無職者、これは加入者の二九・六％ですが、一九八八年に初めて自営業、サラリ

ーマンを抜いて、職業別というのは妙な言い方ですが、その職業別の第一位になつてきた。このような変化に対応するために平準化をやるのではないかと、いかがですか。

○坂本(龍)政府委員 国保の被保険者の就業別の構成の変化、これは、昔から見ますと農業の人が大きく減つておりますし、無職の人がふえてきてゐる、こういう構造変化は確かにあります。ただ、今回の平準化というのはあくまでも市町村間における保険料の格差の是正ということでありまして、これは就業構造の変化と直接に結びつくとは申し上げることができないんじゃないか、結果としてこういう就業構造の変化等が所得格差を生んでゐるという面はあらうかと思ひますけれども、それはまた別の次元の問題でありまして、直接この就業構造の変化があつたから平準化そのものを考へるということにはならないというように思つております。

○児玉委員 端的に聞きますが、応能割と応益割の比率を移していく、結果としては必ず低所得者に負担がいく、だからあなたたちは先日の厚生省の内部の会議で減免率の拡充といひますか、それを負担がふえる部分に対する見返りとして考へてゐるのじゃないですか。その点について、そうなのかなど、それを答へたいと思ひます。

○坂本(龍)政府委員 応能割と応益割の負担をどうするかはまだ結論が出たわけではございませんけれども、いろいろな負担割合の考へ方があつて、仮に応益割の負担の割合を上げていくとすれば低所得者の保険料負担がふえるということは当然でございます。その際に過大な負担とならないようにするためには軽減制度の拡充ということを組み合わせる必要がありまして、これは私も検討の段階において制度改正を行つていく上でそういう仕組みをいろいろと議論したことは事実でございますし、また今後この問題をどう処理するかに当たつては、そういう低所得者対策というものがあ

せて考えていく必要があるという認識は持つておるわけでございます。

○児玉委員 低所得者対策を考えるのであれば今考えているような平準化はやらない方がいいということを述べて、次に国保安定化計画についてです。

これも前回随分立ち入った議論を私はやりました。今年度の指定市町村は百三十、そのうち北海道は八十三、実に全体の六三・八%を占めております。なぜそうなるのか。これも前回議論したことで、基本的には地域における生活破壊の正確な結果だと言わざるを得ない。

そこで、ひとつお聞きしたいのですが、今年度、負担金を課せられようとしている全国の市町村の数、その中で北海道はどのくらいの数の市町村が予定されているのか。それから、これは保険料で六分の三の負担、六分の一、六分の一、六分の一を市町村、都道府県、国が負担することになる。さしあたって国が六分の一を負担しようとしている金額はどれだけか、お聞きします。

○坂本(龍)政府委員 平成二年度におきましては、現在計数の精査をしている段階でございまして確定額として申し上げることはできない状況でございますが、現時点において市町村が負担すべき額として大体五億九千七百万円程度と見込んでおります。実際に共同負担が生ずる市町村数は七十六市町村という見込みを持っております。

なお、北海道につきましては、市町村が負担すべき額は二億三千三百万円、共同負担が生ずる市町村の数は五十七市町村と見込んでおります。国が負担する額は、国、県、市町村三分の一ずつという姿でありますので、市町村の負担全額と同額になるわけでございます。

○児玉委員 この制度が結局国保財政の安定化ではなくて国保の赤字財政を加速するものになっている。ペナルティーとしての要素が非常に強い。これはこの際廃止すべきだと思っております。最後に伺いたいのですが、厚生省がことしの三月にお出しになった指導監督についての通知、そ

の中で「特別の事情がないのに保険料を滞納している世帯主に対しては、保険給付の一時差止め、」保険証を取り上げるとは言っておりますが、被保険者証の返還を求め資格証明書を渡す、そのように通知しております。この問題が国保の制度に入つたのは昭和六十一年です。そのとき、十月二十八日に衆議院社会労働委員会と地方行政委員会の連合審査がありました。当時厚生大臣だったのは斎藤さんです。斎藤厚生大臣は、「所得がなくて払えない方も悪質とみなすというようなことはございませぬ」と答えている。保険局長は、「納める意思があつて納められないという事情が明らかでない限りは、この制度の対象とする」とは絶対にない」と言い切っているのです、どうでしょうか。

○坂本(龍)政府委員 保険料を滞納している方について資格証明書を発行するか否かの判断というのは、特別の事情がないのに滞納しているというような、払えるのにかかわらず払わないという、他の保険料を支払っている方との均衡においてどうしてもある程度の措置を考えなければならぬ方に対して行うべきものであるというように考えております。

○児玉委員 この点では連合審査のときの大臣や局長の答えというのは当然のことである、そこを踏み外してはならないということを述べておきたいと思ひます。

時間ですから、最後に一つだけ伺いますが、報道によれば厚生省の吉原事務次官は二十一日の記者会見で、新行革審が国民負担率の目標値を五〇%以下にとどめるべきだとしたことに触れて、年金や老人医療費の問題など制度の見直しを相当厳しく、しかも早目早目に対応していかなければならないとお述べになったそうです。国民の医療と福祉向上を責務とする厚生省の事務次官がこのような発言をなさるといふのは全く心外です。どういう意図でお話しになったのか、それを承っておきたいと思ひます。

○津島国務大臣 高齢化社会における社会保障を

維持していくということは大変な仕事でございまして。我が国ばかりでなくてあらゆる国で血の通じむ努力が行われておることとございまして、適時適切におくれないうちに制度の改革の努力を積み重ねていかなければならない。そうでないと、医療保険のように国民生活の基盤になる大事な制度がおかしくなってしまうという危機感から出た発言でございまして、我々はそのような考え方に立って、我が国の社会保障制度が世代を超えて安定的に機能し、国民の一層の信頼を得られるように努力をしてまいりたいと思ひます。

なお、先ほどの委員の御質問に對しましては、私は二つのことを申し上げておきたいと思ひます。

まず第一に、国保会計だけを取り上げられまして、この国保財政に入ってくる国庫支出金の比率が上がったとか下がったとかいう割合、数字だけで国の関与の度合いを判断させるような論旨がございまして、御案内のとおり五十八年から老人保健制度を発足してございまして、諸制度全体として、国民全体として高騰していく老人医療費を支えていこう、お年寄りの医療費に心配がないようにしようというこの中から全体としての制度が組み立てられておりますので、その結果として国民健康保険財政だけの国の国庫支出金の比率が下がったという数字が出ておるのであります。これは全体の姿を反映するものではございません。

もう一つ、言わせていただきます。特別交付税数億億がなくなつたとおっしゃいました。これはちゃんと普通交付税の中に入れて存続をしておるということだけ申し上げたい。それを、委員は御存じかどうかわかりませんが、あえて国庫負担金が減つた分の数字に加えておっしゃっているのは、私は事実を歪曲するものであると申し上げておきます。

○児玉委員 時間ではあるけれども、大臣がせっかく二つの点をお述べになりましたから、私も簡潔に述べます。

過をいたしておりますから、最後の発言にさせていただきます。

○児玉委員 よく承知をしております。最後の発言にいたしました。

しかし、一つの点は、国民健康保険とはそもそも何かという問題が基礎にあります。昭和三十三年の新しい国民健康保険ができたときに、厚生省の当時の幹部の方々は明確にこうおっしゃった。国民健康保険事業を行うことは市町村の固有事務であるとする旧法の考え方を改めて、国民の医療保障を行うことを国の責務とし、これを市町村に団体委任するという考え方を基本とした、こう言われているのです。六十三年の改正のときに当時の大臣や局長は、考え方において変わりが無いと言われている。国の責務、補助という言葉を使わずに負担という言葉と、このときかえるようにした。その部分について私が指摘をするのがなぜ国保の全体像をゆがめることになるのか、これが一つです。

二つ目は、六十三年の……

○細委員 時間でございますから簡潔に。児玉委員に申し上げます。簡潔にお願いします。

○児玉委員 地方交付税特別加算の問題、自治省、大蔵省そして厚生省三者が話し合つて、ほうはいとして起きていた地方自治体の反対を抑えるためのまさしく特例的な交付金としてこの四百億円は実現したのである。それが今回消えたのです。私が問題にしているのは交付税会計全体ではなく国保に出される交付金の問題を述べているのだ。

以上のことを述べて終わります。

○細委員 柳田君。

○柳田委員 大臣に、国保の問題も含めた医療保険制度全般について最初に質問させていただきたいと思ひます。

まず、国保の負担面についてですけれども、厚生省の資料によりますと、国保の保険料は昭和六十三年度一世帯当たり平均で十三万八千円、政管健保の場合が十一万四千円。これを比べますと二割高くなつております。特にその中でも所得三百

万円前後の中堅所得者層、この保険料が限度額の四十二万に達している市町村も数多く出ています。これは非常に厳しい現状に今なっております。これは被用者保険の同所得の人の約二倍の保険料というところになっておりまして、この所得階層でももう負担の限界にきているのではないかなという気がいたしております。それほど厳しい負担になっているのではないかなというのが私の感想であります。しかも、この保険料というのは今後医療費が増加するに伴ってさらに増加する性格のものであります。また一方、国保の被保険者の所得が余り伸びないとすれば、保険料の所得に対する負担率は今後ますます大きくなっていくのではないかな、そういうことが予想されます。

また今度は給付面についてですけれども、昭和四十三年以降七割がずっと続いております。ただ、先ほど答弁がありましたように、高額医療費支給制度、この制度によりまして実効給付率は八割近くまで高くなっているという答弁もありましたが、健康保険の九割給付、それに比べますと大分差があるような気がいたします。

この二つの問題が非常に問題になるわけですが、一方、国民の医療保障をどのような形で実施していくか。この点については世界の中でも国々によっていろいろなことがなされているというふうにも思われます。例えばアメリカにおいては公的な社会保険を特定の国民に限定し、その他は民間保険等にゆだねている、イギリスについては逆に保険という仕組みをとらずに、国家が公的サービスとして医療保障を行っている、こういうふうにあるわけですが、これらに比べて日本、我が国はすべての国民を公的な社会保険でカバーするという仕組みになっております。私は自分の気持ちとしては、これはこれから高齢化社会にもなるわけですから、できるだけ高齢者の自立自助、これを原則にして最終的には公的な制度で保障を行うというふうに思っているわけなんです。先ほど申しましたように高齢化社会が来る。そこで最適な対応というのはどういうふう

なものがあるか、いろいろ考えられるわけですが、これも、いざれにしても、現在のこの国民皆保険体制は維持していく必要はあるだろう。しかしながら、先ほど申しましたように、この国民健康保険制度だけがほかの制度と比べて負担面でも給付面でも非常に大きな不公平を生んでいる、これは紛れもない事実だというふうに思うわけですね。

この国民健康保険の問題は、国民健康保険の被保険者はもとより、被用者保険の被保険者においても定年退職をしますといずれはこの市町村の国保に加入せざるを得ないわけでありまして、そのような意味で、この国保の問題は国民全体の問題だ、私はそういうふうにとらえているわけですね。今まではこの制度であっても、退職をしますと国保に入らざるを得ない。そうしますと、国民のほとんどは人保に縁があるようになってくるのではないかな。それでは、もしこの国民健康保険制度が崩壊するのではないか。二十一世紀における国民の健康と福祉を守っていくためには、この国保の制度が長期的に安定していかなければならないというふうな気がいたします。

長々と申し述べましたけれども、そこで大臣に質問させていただきます。この点でも、大臣がよく日本型福祉社会の実現をするということをおっしゃっております。しかし、本格的な高齢化社会の到来という保険制度にとって非常に厳しい局面を迎えます。そういう局面を迎えるに当たって、二十一世紀に向けて国民の医療を確保していくためには、国民健康保険制度における問題も含めて医療保険制度をどのような姿にしていくなか、そのビジョンを国民に示す時期が来たのではないかな、そういう気がするわけなので、この点について大臣の御所見をお伺いしたいと思います。

○津島国務大臣 本格的な高齢化社会に向けて、国民ひとしく工夫を凝らさなければならぬ、そういう認識を守っていかねばならない、そういう認識

議に立った委員の御指摘、私は大変感銘を受けて今承っております。今後とも国民が安心していただけるような医療保険制度を長期的に安定していくことは極めて重要であります。また、やはり困難を伴うことはもとよりでございます。国民健康保険制度は国民皆保険の柱でございますから、何としても現在のこの制度を守っていききたいというところから、将来に向けてのビジョンを国民に示したかどうかという御質問にお答えするわけでありまして、

私はけさもお答えをいたしましたけれども、あらゆる面でこの問題に取り組み、苦勞し、また、いろいろな知見の交換をしておる。その中で、この春先に私が訪ねました国で教えてもらった二つのこと、非常に参考になるわけでありまして、

その一つが、社会主義国でございましたポーランドが、この健康保険制度をこれから維持していくのに大変苦勞している。そういうことの中で、やはり医療費を適正に、また効率的な医療サービスを維持するという観点はどうしても重視をしなければならない。看過してはならない、ポーランドの厚生大臣は私に強く言われました。特に、健康に対する認識を持っていたために、国民にある程度の医療費負担をもちわなければならない、これは社会主義でも医療保険はもちろせんよということを強く言っておられたことをこの機会に御披露したいと思っております。

また一方同時に、次官が訪問いたしましたオランダ、これは大変福祉の進んでいる国でございますが、どういふわけか日本のように国民皆保険がないわけではございません。上の層の方は自分で保険をつけないといけないというアメリカ型の制度でございまして、そのゆえかどうかわかりませんが、医療費の高騰でどの制度が音を立ててきたかと申しますと、民間の保険会社が持っている部分がたないと言いついて、何とか国民皆保険をやつてくれというのが今国論になりつつある。いわゆる先進福祉国と言われているところでもそういう問題を抱えているということを私ども

はかみしめて、日本にある今のこの国民健康保険を中心とする国民皆保険制度を本心に守っていかなければならない、私は覚悟を決めているところでございます。

そういう見地から申しますと、今後高齢化が進むにつれて、一方では負担と給付の公平化を図りながら、医療費の伸びが国民が負担できる範囲内にとどまっていくなことを私どもは念願しなければならぬわけでありまして、それではどういふ具体的なビジョンを示せるかということがついて、きょうこの場でお示しすることができないのが私非常に残念に思います。ただ、本日お答えを繰り返しておりますが、老人保健制度を中心として医療保険制度をどうするかという大きな課題が今残されておりますから、今後老人保健制度のあり方を審議する過程で国民の皆様方にも少し具体的な考え方を示したいというふうに考えております。

○柳田委員 今、老人保健の問題も出たわけですが、国保制度の運営の長期安定化、これはしなければならぬし、また国民が安心して生活できるためにも何ともしてほしいという気持ちがあるわけですね。ただ、日本の高齢化を考えると、国保を掛けている被保険者が高齢層が非常に増大をする、さらには農林漁業従事者の減少、年金受給者の増大というふうな問題が国保に内在する一番構造的な問題になるのではないかな。さらには、先ほど申しましたように低所得者もだんだんふえてくるだろうというところもあるわけですね。このような問題に対して、もうそろそろ抜本的な対策を講じる時期にきているのではないかな。先ほど来その趣旨に立つた御答弁をお聞かせ願っておりますので、前向きに努力をしていただきたいというふうに思うわけなんです。

それで、これはちょっと私のざっくりばらんな提案となりますが、お聞かせ願いたいのですけれども、今高齢被保険者が多いという問題についてなんです。この際老人保健制度、今対象年齢が七十歳でございまして、これを六十五歳に引

き下げて医療保険制度間の財政調整も進めていけば、この国保制度の安定化につながるのではないかな、そういう気がいたしております。今七十歳というのを六十五歳に引き下げて下さい、これは一つのアイデアなんですけれども、老人と言った場合、その範囲をどのようにとらえるか。いろいろな意見があるというのは承知しているわけですが、少なくとも厚生省の行政分野の中で老人福祉法等においては六十五歳以上を老人としている以上、施策の整合性という点からいってもこれを六十五歳にするのは合理的であるのではないかなという気がするわけなんです。

しかしこの場合、被用者保険制度からの拠出金負担は、今回加入者按分率が一〇〇％になりました、それで大分限界にきているということも聞いております。ですから、これを七十歳を六十五歳に下げた場合また被用者保険制度から金を持って

こいというわけにはいかないという気がするわけ
 なんです。したがって、この被用者保険の負担が
 ふえないようにして、老人保健制度における公費
 負担をふやしまして、医療保険制度からの拠出金
 は相対的にふえないようにする必要があるのでは
 ないかな。そうしてできましたらば七十歳から六

十五歳に引き下げれば、この高齢者医療の国保の内蔵する構造的な問題は解消されるのではないかと、そして長期的に安定するのではないかという気がするのですが、いかがでございましょうか。

○岡光政府委員　先生御指摘のとおり、現在の老人保健制度の対象者は七十歳以上、それから六十歳から六十九歳までの寝たきり老人等とされておるわけでございます。これは、この制度が制定されましたときの前の制度の対象年齢が七十であったという経緯とか、あるいは七十歳以上の方と七十歳未満の方とで有病率であるとか受療率であるとかそういう実情を見てまいりますと、そこで大きな段差があるというのでしうか、七十歳以上になった方がそれらの率が非常に高いという実績もあつたわけでございます。そういった老人の疾病なり受療の状況であるとか、あるいは今御

指摘がありました。が、将来の老人人口の増加であるとか老人医療費の増加であるとか、そういうったものを勘案しましたときの経費の持ち合いがどういうふうになるだろうかというふうなことをいろいろ総合的に判断をしまして七十歳以上、それから六十五歳から六十九歳までの寝たきり老人、こういうふうにしたわけでございます。

これはいろいろな団体からもいろいろな意見が出ておりまして、私どもそれを承知いたしてありますが、いづれにしましても、この対象年齢の取り扱いは医療保険制度全般にかかわる問題でございまして、広く国民の合意に基づいて検討される必要があるかと思っております。そういう意味で、今後老人保健制度の見直しを本格的に幅広く検討していただかなければなりません、そういう中での一つのテーマになるものだろうと考えております。

○柳田委員　会社を退職するのが今六十前から六十。七十まで一生懸命掛けておられますので、その期間を短くしてもらえばその分六十歳から七十歳の方も安心して暮らせるのではないかなという気がしますので、前向きな方向で検討してください。をお願いしたいと思います。

もう私の持ち時間はほとんどなくなりました。最後に大臣にお聞きしたいのですけれども、この国保の問題は構造的ないろいろな問題も含まれておりまして、これからもその問題が十分大きくな

ってくるのではないか。そうしますと、長期的な安定という問題もだんだん非常に難しくなってきましたので、これ一つの制度だけをとって守っていかうとするのもそろそろ限度に近くなってくるのじゃないか。そうしますと、いろいろな制度を組み合わせて国保も考えていかなければならぬいわけなのですが、今回ゴールドプランというのもありまして、私あれを見ておりまして、高齢者の方の健康も増進していこうというふうな面もありましたので、この辺の制度もあわせながら、またほかのいい面の制度もあればあわせながら総合的にこれからも長期安定に向けて頑張っていただ

観点から総合的に今後国保について何かお考えあればお聞かせ願いたいと思います。

○津島國務大臣 このたび秘どもが推進すること
にいたしました高齢者保健福祉推進十ヵ年計画
は、計画に盛り込まれた七項目の柱はもとより、その背景に一つの考え方、哲学がございます。それはまさに委員が御指摘のとおり、高齢化社会に備えて医療と福祉、保健、こういうすべての要素を細かく組み立ててまいりまして、それぞれの地域で高齢化に伴う需要にこたえていきたいということです。

本日もいろいろな御質問に答えて私も御指摘申し上げたわけでありますが、例えば病院にいわゆる社会的入院という形で入院しておられる状況を放置してはならないとすれば、それは在宅介護を進めていかなければならないじゃありませんか、

在宅介護の受け皿をつくっていくことがまた医療機関において本来の医療の仕事を進めていく環境整備にもなるのではないだろうか。そういういろいろな要素の絡みを十分に国民各位が御理解をいただきまして、地域地域で創意工夫をして、よりよき長寿・福祉社会をつくっていくということ

でございます。そのような意味で、これからも多くの方のよき御提言をいただければ謙虚に耳を傾けますとともに、そういう総合的な政策を進めていく中で、日本の医療制度がよりよきものになる

ように、また国民皆保険が堅持できますように、私どもも努力してまいる所存でございます。よろしくお願い申し上げます。

○柳田委員　前向きに本当によりしくお願いいたします。

以上で質問は終わります。
○畑委員長　以上で本案に対する質疑は終局いたしました。

○畑委員長 この際、本案に対し、持永和見君から修正案が提出されております。

提出者より趣旨の説明を求めます。持永和見君。

国民健康保険法の一部を改正する法律案に対する修正案

〔本号末尾に掲載〕

○持永委員　ただいま議題となりました国民健康保険法の一部を改正する法律案に対する修正案につきまして、自由民主党を代表いたしまして、その趣旨を御説明申し上げます。

修正の要旨は、この法律の施行期日を「平成二年四月一日」から「公布の日」に改めるとともに、国庫助成及び保険基金安定繰入金に関する改正規定について平成二年四月一日から適用することなど、所要の規定の整備を行うことであります。

何とぞ委員各位の御賛同をお願いします。

○畑委員長　以上で趣旨の説明は終わりました。

○畑委員長　日本共産党から討論の申し出がありますが、理事会の協議により、御遠慮願うことにいたしましたので、そのように御了承願ひ、直ちに採決に入ります。

国民健康保険法の一部を改正する法律案及びこれに対する修正案について採決いたします。

まず、持永和見君提出の修正案について採決いたします。

本修正案に賛成の諸君の起立を求めます。
〔賛成者起立〕

○畑委員長 起立多数。よって、本修正案は可決いたしました。

次に、ただいま可決いたしました修正部分を除いて、原案について採決いたします。

これに賛成の諸君の起立を求めます。
〔賛成者起立〕

○煙委員長 起立多数。よって、本案は修正議決すべきものと決しました。

○煙委員長 この際、本案に対し、持永和見君外四名から、自由民主党、日本社会党・護憲共同、公明党・国民会議、民社党及び進歩民主連合の五派共同提案に係る附帯決議を付すべしとの動議が提出されております。

提出者より趣旨の説明を求めます。永井孝信君。

○永井委員 私は、自由民主党、日本社会党・護憲共同、公明党・国民会議、民社党及び進歩民主連合を代表いたしまして、本動議について御説明申し上げます。

案文を朗読して説明にかえさせていただきます。

国民健康保険法の一部を改正する法律案に対する附帯決議(案)

政府は、次の事項につき、適切な措置を講ずるよう努力すべきである。

一 国民健康保険制度は、給付と負担の公平化を最も急がなければならない状態にあるため、その安定的運営のために必要な助成の強化に努めるとともに、計画的に医療保険制度一元化に向けた取り組みを進めること。

二 保険料の平準化については、低所得者に対する応益保険料の軽減制度のあり方等を含め幅広い角度から検討し、被保険者の保険料負担に十分配慮しつつ進めること。

三 国は、都道府県及び市町村が保健、医療、福祉を総合する視点に立って円滑に医療費の適正化を進められるよう条件整備に努めること。

以上であります。

何とぞ委員各位の御賛同をお願いいたします。

○煙委員長 以上で趣旨の説明は終わりました。採決いたします。

持永和見君外四名提出の動議に賛成の諸君の起

立を求めます。

〔賛成者起立〕

○煙委員長 起立多数。よって、本動議のとおり本案に附帯決議を付することに決しました。

この際、厚生大臣から発言を求められておりますので、これを許します。津島厚生大臣。

○津島国務大臣 ただいま御決議になりました附帯決議につきましては、その趣旨を十分尊重いたしまして、努力いたす所存でございます。

○煙委員長 お諮りいたします。

ただいま議決いたしました本案に関する委員会報告書の作成につきましては、委員長に御一任願いたいと存じますが、御異議ありませんか。

〔異議なしと認める者あり〕

○煙委員長 御異議なしと認めます。よって、そのように決しました。

〔報告書は附録に掲載〕

○煙委員長 この際、内閣提出、戦傷病者戦没者遺族等援護法の一部を改正する法律案及び麻薬取締法等の一部を改正する法律案の両案を議題とし、趣旨の説明を聴取いたします。津島厚生大臣。

戦傷病者戦没者遺族等援護法の一部を改正する法律案

麻薬取締法等の一部を改正する法律案

〔本号末尾に掲載〕

申し上げます。

戦傷病者、戦没者遺族等に対しましては、その置かれた状況にかんがみ、各種の援護措置を講じ、福祉の増進に努めてきたところであります。が、平成二年度においても、年金の支給額を引き上げることに伴い戦傷病者、戦没者遺族等に対する援護の一層の充実を図ろうとするものであります。

改正の内容は、戦傷病者戦没者遺族等援護法の一部を改正し、障害年金、遺族年金等の額を恩給の額の引き上げに準じて引き上げるものであります。

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。

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、麻薬取締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要を御説明申し上げます。

近年、世界の多くの国々で、麻薬、覚せい剤、大麻等に加え、睡眠薬、精神安定剤等の向精神薬についても乱用が増加してきております。

我が国では、乱用される薬物に対しては、麻薬取締法、覚せい剤取締法、大麻取締法等により、厳しい規制措置が講じられてきたが、向精神薬についても、密造、密売事件が見受けられるようになり、国内での乱用が懸念される状況にあります。

薬物の乱用は、一たび流行すれば、その撲滅には相当な困難を伴うものであり、向精神薬に対してその乱用を未然に防止するための措置を早急に講ずる必要があります。

また、国際間の人的、物的往来が増大した今日にあっては、薬物の乱用を一國の努力のみで解決することは極めて難しくなっており、このため、我が国も向精神薬に関する条約を踏まえ、国際的な薬物の流通監視体制に参画することが要請されております。

政府といたしましては、以上のような内外の状

況にかんがみ、向精神薬の乱用の防止を図り、かつ、向精神薬に関する条約の批准に備え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。

まず、麻薬取締法の一部改正について申し上げます。

第一に、この法律の目的に、向精神薬について必要な取り締まりを行うことを加えるとともに、名称を麻薬及び向精神薬取締法に改めることとしております。

第二に、向精神薬が医療または研究以外に用いられないよう、向精神薬の製造、輸出入、卸売、小売等を業として行う者については免許制度を、向精神薬の試験研究施設の設置者については登録制度を設け、向精神薬の譲渡先をこれらの免許業者、登録施設の設置者等に限定することとしております。

第三に、免許業者等に製造、輸出入等に関する記録を義務づけるとともに、乱用による危害の大きい特定の向精神薬について、輸出入ことの許可または届け出の制度を設けることとしております。

第四に、向精神薬の一般向け広告の禁止、罰則の整備その他所要の改正を行うこととしております。

このほか、覚せい剤取締法及び大麻取締法の一部を改正し、向精神薬に関する条約の批准に必要な一般向けの広告の禁止、罰則の整備等の措置を講ずることとしております。

なお、この法律の施行は、公布の日から起算して六月を超えない範囲内において政令で定める日からとしております。

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。

○煙委員長 以上で趣旨の説明は終わりました。

次回は、明二十五日金曜日午前十時二十分理事
会、午前十時三十分委員会を開会することとし、
本日は、これにて散会いたします。

午後四時五十六分散会

国民健康保険法の一部を改正する法律案に対
する修正案

国民健康保険法の一部を改正する法律案の一部
を次のように修正する。

附則第一条の見出しを「施行期日等」に改め、
同条中「平成二年四月一日」を「公布の日」に改め、
「ただし」の下に、「第八十一条の改正規定は平成
三年四月一日から」を加え、「平成四年四月一
日」を「平成四年四月一日」に改め、同条に次の一
項を加える。

2 改正後の第七十条第一項及び第二項、第七十
二条第二項、第七十二条の二並びに第七十三条
第一項第二号、第二項及び第四項の規定は、平
成二年四月一日から適用する。
附則第二条中「この法律の施行前」を「平成四年
四月一日前」に改める。

戦傷病者戦没者遺族等援護法の一部を改正す
る法律案

戦傷病者戦没者遺族等援護法の一部を改正
する法律

戦傷病者戦没者遺族等援護法（昭和二十七年法
律第二百七号）の一部を次のように改正する。
第八条第一項の表を次のように改める。

障害の程度	年	金	額
特別項症	第一項症の年金額に三、三九〇、八〇〇円以内の額を加えた額		
第一項症		四、八四四、〇〇〇円	
第二項症		四、〇三六、〇〇〇円	
第三項症		三、三二五、〇〇〇円	
第四項症		二、六三〇、〇〇〇円	
第五項症		二、二一九、〇〇〇円	
第六項症		一、七二〇、〇〇〇円	
第一款症		一、五六九、〇〇〇円	
第二款症		一、四二六、〇〇〇円	
第三款症		一、一四四、〇〇〇円	
第四款症		九二一、〇〇〇円	
第五款症		八一五、〇〇〇円	

第八条第七項の表を次のように改める。

障害の程度	年	金	額
特別項症	第一項症の年金額に二、五八五、〇〇〇円以内の額を加えた額		
第一項症		三、六九二、八〇〇円	
第二項症		三、〇八〇、一〇〇円	
第三項症		二、五四五、六〇〇円	
第四項症		二、〇一七、七〇〇円	
第五項症		一、六四一、〇〇〇円	
第六項症		一、三二九、六〇〇円	
第一款症		一、二〇八、八〇〇円	
第二款症		一、一〇〇、三〇〇円	
第三款症		八八四、六〇〇円	
第四款症		七二四、七〇〇円	
第五款症		六二八、八〇〇円	

第八条の二第三項の表を次のように改める。

障害の程度	金	額
第一款症	三、九二八、一〇〇円	
第二款症	三、二五九、三〇〇円	
第三款症	二、七九五、二〇〇円	
第四款症	二、二九六、六〇〇円	
第五款症	一、八四二、七〇〇円	

第八条中「第五十一条」を「第五十一条第一項」に改める。

第十一條を次のように改める。

第十一條 削除

第三章、第四章及び第五章の章名を削る。

第十二條の前に次の節名を付する。

第二節 禁止及び制限

第十三條に次のただし書を加える。

ただし、本邦に入国する者が、厚生大臣の許可を受けて、自己の疾病の治療の目的で携帯して輸入する場合は、この限りでない。

第十三條に次の一項を加える。

2 前項ただし書の規定により麻薬を携帯して輸入した者は、第二十四条第一項ただし書、第二十七条第一項ただし書及び第二十八条第一項ただし書の規定の適用については、麻薬施用者から施用のため麻薬の交付を受けた者とみなす。

第十七條に次のただし書を加える。

ただし、本邦から出国する者が、厚生大臣の許可を受けて、自己の疾病の治療の目的で携帯して輸出する場合は、この限りでない。

第二十条第一項中「この章」を「この節（第二十九條の二を除く）」に、「但し」を「ただし」に改める。

第二十四条の見出しを「譲渡し」に改め、同条第一項ただし書を次のように改める。

ただし、次に掲げる場合は、この限りでない。

一 麻薬診療施設の開設者が、施用のため交付される麻薬を譲り渡す場合

二 麻薬施用者から施用のため麻薬の交付を受け、又は麻薬小売業者から麻薬処方せんにより調剤された麻薬を譲り受けた者が、その麻薬を施用する必要がなくなつた場合において、その麻薬を麻薬診療施設の開設者又は麻薬小売業者に譲り渡すとき

三 麻薬施用者から施用のため麻薬の交付を受け、又は麻薬小売業者から麻薬処方せん

により調剤された麻薬を譲り受けた者が死亡した場合において、その相続人又は相続人に代わつて相続財産を管理する者が、現に所有し、又は管理する麻薬を麻薬診療施設の開設者又は麻薬小売業者に譲り渡すとき。

第二十四条第二項中「又は」を「若しくは」に、「あるときは」を「あるか、又は麻薬処方せんが同条第三項若しくは第四項の規定に違反して交付されたものであるときは」に改め、同条第九項中「業務所」を「麻薬業務所」に改める。

第二十七条第三項中「エヌ・アール・ノルモルヒネ」を「N・アール・ノルモルヒネ」に改め、同条第四項中「処方せん」を「処方せん」に、「四・四・ジフェニル・ヘキサメチルアミノ・三・ヘプタノール」を「六・ヘキサメチルアミノ・四・四・ジフェニル・三・ヘプタノール」に改め、同条第六項中「処方せん」を「処方せん」に、「業務所」を「麻薬業務所」に改める。

第二十八条第一項ただし書を次のように改める。

ただし、次に掲げる場合は、この限りでない。

一 麻薬施用者から施用のため麻薬の交付を受け、又は麻薬小売業者から麻薬処方せんにより調剤された麻薬を譲り受けた者が、その麻薬を所持する場合

二 麻薬施用者から施用のため麻薬の交付を受け、又は麻薬小売業者から麻薬処方せんにより調剤された麻薬を譲り受けた者が死亡した場合において、その相続人又は相続人に代わつて相続財産を管理する者が、現に所有し、又は管理する麻薬を所持するとき。

第二十九条に次のただし書を加える。

ただし、麻薬小売業者又は麻薬診療施設の開設者が、厚生省令で定めるところにより、麻薬処方せんにより調剤された麻薬を廃棄する場合は、この限りでない。

第二十九条の次に次の一条及び節名を加える。

(広告)

第二十九条の二 麻薬に関する広告は、何人も、医事若しくは薬事又は自然科学に関する記事に掲載する医薬関係者等（医薬関係者又は自然科学に関する研究に従事する者をいう。以下この条において同じ。）向けの新聞又は雑誌により行つた場合その他主として医薬関係者等を対象として行つた場合のほか、行つてはならない。

第三節 取扱

第三十三条第二項中「この章及び次章」を「この節及び次節」に改める。

第三十四条第一項中「業務所」を「麻薬業務所」に改める。

第三十五条の見出しを「（事故及び廃棄の届出）」に改め、同条第二項中「前項」を「第一項」に、「すみやかに」を「速やかに」に改め、同項を同条第三項とし、同条第一項の次に次の一項を加える。

2 麻薬小売業者又は麻薬診療施設の開設者は、第二十九条ただし書の規定により、麻薬処方せんにより調剤された麻薬を廃棄したときは、三十日以内に、その麻薬の品名及び数量その他厚生省令で定める事項を都道府県知事に届け出なければならない。

第三十六条第二項中「業務所」を「麻薬業務所」に、「譲渡及び譲受」を「譲渡し及び譲受け」に改め、同条の次に次の節名を付する。

第四節 業務に関する記録及び届出

第三十七条第一項中「業務所」を「麻薬業務所」に、「左に」を「次に」に、「譲渡若しくは譲受」を「譲渡し若しくは譲受け」に改める。

第三十八条第一項中「業務所」を「麻薬業務所」に、「左に」を「次に」に改める。

第五十条を削る。

第二章の次に次の一章を加える。

第三章 向精神薬に関する取締り

第一節 免許及び登録

(免許)

第五十条 向精神薬輸入業者、向精神薬輸出業者、向精神薬製造製薬業者又は向精神薬使用業者の免許は、厚生大臣が、向精神薬卸売業者又は向精神薬小売業者の免許は、都道府県知事が、それぞれ向精神薬営業所ごとに行う。

2 次の各号の一に該当するときは、免許を与えないことができる。

一 その業務を行う施設の構造設備が、厚生省令で定める基準に適合しないとき。

二 次のイからヘまでの一に該当する者であるとき。

イ 第五十一条第二項の規定により免許を取り消され、取消しの日から三年を経過していない者

ロ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終り、又は執行を受けることがなくなつた後、三年を経過していない者

ハ イ又はロに該当する者を除くほか、この法律、大麻取締法、あへん法、薬剤師法、薬事法その他薬事に関する法令又はこれらに基づく処分違反し、その違反行為があつた日から二年を経過していない者

ニ 禁治産者

ホ 精神病患者、麻薬中毒者又は覚せい剤の中毒者

ヘ 法人又は団体であつて、その業務を行う役員のうちイからホまでの一に該当する者があるもの

(免許の有効期間)

第五十条の二 向精神薬営業業者の免許の有効期間は、免許の日から三年とする。

(免許の失効)

第五十条の三 向精神薬営業業者の免許は、その有効期間が満了したとき、第五十一条第二項の規定により取り消されたとき、又は次条に

第五十条の八 次に掲げる者でなければ、向精

若しくは第四号に掲げる者」と、「麻薬」とあるのは「第一種向精神薬」と読み替えるものとする。

る。この場合において、第十四条第二項中「前項」とあるのは「五十条の九第二項」と、**林業**とあるのは「第三重向青神案」と、同条

向精神薬を輸出しようとするときは、その都度厚生大臣の許可を受けなければならない。

2 前条第三号又は第四号に掲げる者は、向精

神薬を輸出しようとするときは、その都度厚生大臣の許可を受けなければならない。

第十八条第二項から第六項まで及び第十九条の規定は、前二項の許可を受けて第一種向精神薬を輸出しようとする者について準用する。この場合において、第十八条第二項中「前項」とあるのは「第五十条の十二第二項又は第二項」と、「事項」とあるのは「事項及び仕向地」と、「麻薬」とあるのは「第一種向精神薬」と、同条第三項中「第一項」とあるのは「第五十条の十二第二項又は第二項」と、「前項各号」とあるのは「第五十条の十二第三項において準用する第十八条第二項各号」と、同条第四項中「第一項」とあるのは「第五十条の十二第一項又は第二項」と、「第二項各号」とあるのは「第五十条の十二第三項において準用する第十八条第二項各号」と、同条第五項中「第三項」とあるのは「第五十条の十二第三項において準用する第十八条第三項」と、同条第六項及び第十九条中「麻薬輸出業者」とあるのは「向精神薬輸出業者又は第五十条の十一第三号若しくは第四号に掲げる者」と、「麻薬」とあるのは「第一種向精神薬」と読み替えるものとする。

4 第十八条第二項から第六項まで及び第十九条の規定は、第二項の許可を受けて第二種向精神薬を輸出しようとする者について準用する。この場合において、第十八条第二項中「前項」とあるのは「第五十条の十二第二項」と、「事項」とあるのは「事項及び仕向地」と、「許可申請書に相手国発給の輸入許可書を添えて、これを」とあるのは「許可申請書を」と、「麻薬」とあるのは「第二種向精神薬」と、同条第三項中「第一項」とあるのは「第五十条の十二第二項」と、「前項各号」とあるのは「第五十条の十二第二項第四項において準用する第十八条第二項各号」と、同条第四項中「第一項」とあるのは「第五十条の十二第二項」と、「第二項各号」とあるのは「第五十条の十二第二項に

おいて準用する第十八条第二項各号」と、同
 条第五項中「第三項」とあるのは「第五十条の
 十二第四項において準用する第十八条第三
 項」と、同条第六項及び第十九条中「麻薬輸
 出業者」とあるのは「第五十条の十一第三号又は
 第四号に掲げる者」と、「麻薬」とあるのは「第
 二種向精神薬」と読み替えるものとする。

5 第十八条第二項から第五項まで及び第十九条の規定は、第二項の許可を受けて第三種向精神薬を輸出しようとする者について準用する。この場合において、第十八条第二項中「前項」とあるのは「第五十条の十二第二項」と、「事項」とあるのは「事項及び仕向地」と、「許可申請書に相手国発給の輸入許可書を添えて、これを」とあるのは「許可申請書を」と、「麻薬」とあるのは「第三種向精神薬」と、同条第三項中「第一項」とあるのは「第五十条の十二第二項」と、「前項各号」とあるのは「第五十条の十二第五項において準用する第十八条第二項各号」と、同条第四項中「第一項」とあるのは「第五十条の十二第二項」と、「第二項各号」とあるのは「第五十条の十二第五項において準用する第十八条第二項各号」と、「輸出許可書及び輸出許可証明書」とあるのは「輸出許可書」と、同条第五項中「第三項」とあるのは「第五十条の十二第五項において準用する第十八条第三項」と、「輸出許可書及び輸出許可証明書」とあるのは「輸出許可書」と、第十^九条中「麻薬輸出業者」とあるのは「第五十条の十一第三号又は第四号に掲げる者」と、「麻薬」とあるのは「第三種向精神薬」と、「輸出許可書及び輸出許可証明書」とあるのは「輸出許可書」と読み替えるものとする。

（特定地域の輸出の特例）
第五十条の十三 向精神薬輸出業者は、政令で定める地域（以下この条及び次条において「特定地域」という。）を仕向地として、政令で定める向精神薬（以下この条及び次条において「特定向精神薬」という。）のうち第二種向精神

薬であるもの（次項において「特定第二種向精神薬」という）。又は特定向精神薬のうち第三種向精神薬であるもの（第三項において「特定第三種向精神薬」という。）を輸出しようとするときは、その都度厚生大臣の許可を受けなければならない。

2 第十八条第二項から第六項まで及び第十九条の規定は、前項の許可を受けて特定地域を仕向地として特定第二種向精神薬を輸出しようとする者について準用する。この場合において、第十八条第二項中「前項」とあるのは「第五十条の十三第一項」と、「事項」とあるのは「事項及び仕向地」と、許可申請書に相手国発給の輸入許可証明書を添えて、これを」とあるのは「許可申請書を」と、「麻薬」とあるのは「特定第二種向精神薬」と、同条第三項中「第一項」とあるのは「第五十条の十三第一項」と、「前項各号」とあるのは「第五十条の十三第二項において準用する第十八条第二項各号」と、同条第四項中「第一項」とあるのは「第五十条の十三第一項」と、「第二項各号」とあるのは「第五十条の十三第二項において準用する第十八条第二項各号」と、同条第五項中「第三項」とあるのは「第五十条の十三第三項において準用する第十八条第三項」と、同条第六項及び第十九条中「麻薬輸出入業者」とあるのは「向精神薬輸出入業者」と、「麻薬」とあるのは「特定第二種向精神薬」と読み替えるものとする。

3 第十八条第二項から第五項まで及び第十九条の規定は、第一項の許可を受けて特定地域を仕向地として特定第三種向精神薬を輸出しようとする者について準用する。この場合において、第十八条第二項中「前項」とあるのは「第五十条の十三第二項」と、「事項」とあるのは「事項及び仕向地」と、許可申請書に相手国発給の輸入許可証明書を添えて、これを」とあるのは「許可申請書をと」、「麻薬」とあるのは「特定第三種向精神薬」と、同条第三項中「第一項」とあるのは「第五十条の十三第一

「項」と、「前項各号」とあるのは、第五十条の十三第三項において準用する第十八条第二項各号」と、同条第四項中「第一項」とあるのは、「第五十条の十三第一項」と、「第二項各号」とあるのは、「第五十条の十三第三項において準用する第十八条第二項各号」と、「輸出許可書及び輸出許可証明書」とあるのは、「輸出許可書」と、同条第五項中「第三項」とあるのは、「第五十条の十三第三項において準用する第十八条第三項」と、「輸出許可書及び輸出許可証明書」とあるのは「輸出許可書」と、第十九条中「麻薬輸出業者」とあるのは「向精神薬輸出業者」と、「麻薬」とあるのは「特定第三種向精神薬」と、「輸出許可書及び輸出許可証明書」とあるのは「輸出許可書」と読み替えるものとする。

4 厚生大臣は、特定地域を仕向地とする特定
向精神薬の輸出に係る第一項又は前条第一項
若しくは第二項の許可をしようとする場合に
おいて、相手国の作成した特別輸入許可書を
受理していないときは、その許可を与えない
ことができる。

5 厚生大臣は、特定地域を仕向地とする特定
向精神薬の輸出に係る第一項又は前条第一項
若しくは第二項の許可をしたときは、それぞ
れ第二項若しくは第三項又は前条第三項から
第五項までにおいて準用する第十八条第四項
に規定する書類のほか、相手国の作成した特
別輸入許可書を交付する。

6 向精神藥輸出業者又は第五十条の十一第三号若しくは第四号に掲げる者は、特定地域を仕向地として特定向精神藥を輸出するとき、その特定向精神藥にそれぞれ第二項又は前条第三項若しくは第四項において準用する第十八条第六項に規定する書類のほか、相手国の作成した特別輸入許可書を添えて送らなければならない。

7 前項に規定する者は、特定地域を仕向地とする特定向精神薬の輸出に係る第一項又は前条第二項若しくは第二項の許可を受けた輸出

の期間内に特定向精神薬を輸出しなかつたときは、その期間の満了後十日以内に、それぞれ第二項若しくは第三項又は前条第三項から第五項までにおいて準用する第十九条に規定する書類のほか、相手国の作成した特別輸入許可書を厚生大臣に返納しなければならぬ。

(輸出の届出等)

第五十条の十四 向精神薬輸出業者は、第二種向精神薬を輸出しようとするとき(特定地域を仕向地として特定向精神薬と輸出しようとする場合を除く)は、輸出しようとする第二種向精神薬の品名その他厚生省令で定める事項を記載した輸出届出書(次項において単に「輸出届出書」という)を、厚生大臣に提出しなければならない。

2 向精神薬輸出業者は、第二種向精神薬を輸出するとき(特定地域を仕向地として特定向精神薬を輸出する場合を除く)は、第二種向精神薬に輸出届出書の副本を添えて送らなければならない。

(製造等)

第五十条の十五 向精神薬製造製剤業者でなければ、向精神薬を製造し、製剤し、又は小分けしてはならない。ただし、次に掲げる場合は、この限りでない。

一 向精神薬試験研究施設(その設置者が第五十条の五第一項の登録を受けているものに限る。次項において同じ)において学術研究又は試験検査に従事する者が、学術研究又は試験検査のため製造し、製剤し、又は小分けする場合

二 その他厚生省令で定める場合

2 向精神薬製造製剤業者又は向精神薬使用業者でなければ、向精神薬に化学的変化を加えて向精神薬以外の物にしてはならない。ただし、向精神薬試験研究施設において学術研究又は試験検査に従事する者が学術研究又は試験検査のため行う場合は、この限りでない。

(譲渡し等)

第五十条の十六 向精神薬営業業者(向精神薬使用業者を除く)でなければ、向精神薬を譲渡し、又は譲り渡す目的で所持してはならない。ただし、次に掲げる場合は、この限りでない。

一 病院等の開設者が、施用のため交付される向精神薬を譲り渡し、又は譲り渡す目的で所持する場合

二 向精神薬試験研究施設設置者が、向精神薬を他の向精神薬試験研究施設設置者に譲り渡し、又は譲り渡す目的で所持する場合

三 その他厚生省令で定める場合

2 向精神薬輸入業者、向精神薬製造製剤業者及び向精神薬卸売業者は、向精神薬営業業者(向精神薬輸入業者を除く)、病院等の開設者及び向精神薬試験研究施設設置者以外の者に向精神薬を譲り渡ししてはならない。ただし、向精神薬製造製剤業者及び向精神薬卸売業者が、向精神薬輸入業者から譲り受けた向精神薬を返品する場合その他厚生省令で定める場合は、この限りでない。

3 向精神薬輸出業者は、向精神薬を輸出する場合を除くほか、向精神薬を譲り渡ししてはならない。ただし、向精神薬営業業者から譲り受けた向精神薬を返品する場合その他厚生省令で定める場合は、この限りでない。

4 向精神薬小売業者は、向精神薬処方せんを所持する者以外の者に向精神薬を譲り渡ししてはならない。ただし、向精神薬営業業者から譲り受けた向精神薬を返品する場合その他厚生省令で定める場合は、この限りでない。

(向精神薬小売業者の譲渡)

第五十条の十七 向精神薬小売業者は、向精神薬処方せんを所持する者に向精神薬を譲り渡すときは、当該向精神薬処方せんにより調剤された向精神薬以外の向精神薬を譲り渡してはならない。

第五十条の十八 第二十九条の二の規定は、向精神薬に関する広告について準用する。

第三節 取扱い

(容器及び被包の記載)

第五十条の十九 向精神薬営業業者(向精神薬小売業者を除く)は、その容器及び容器の直接の被包に「㊟」の記号及び次に掲げる事項(以下この条において「記載事項」という)が記載されている向精神薬以外の向精神薬を譲り渡ししてはならない。ただし、その容器の面積が狭いため記載事項を明りように記載することができない場合その他厚生省令で定める場合において、その容器又は容器の直接の被包に、厚生省令で定めるところにより、記載事項が簡略化されて記載されている向精神薬を譲り渡すときは、この限りでない。

一 成分たる向精神薬の品名及び分量又は含量

二 その他厚生省令で定める事項

(向精神薬取扱責任者)

第五十条の二十 向精神薬営業業者は、向精神薬営業所ごとに、向精神薬取扱責任者を置かなければならない。ただし、向精神薬営業業者が、自ら向精神薬取扱責任者となつて管理する向精神薬営業所については、この限りでない。

2 向精神薬取扱責任者は、当該向精神薬営業所において、その管理に係る向精神薬に関し、この法律の規定又はこの法律に基づく厚生大臣若しくは都道府県知事の処分違反する行為が行われないように、その向精神薬に関する業務に従事する者を監督しなければならぬ。

3 薬剤師その他向精神薬を取り扱うにつき必要知識経験を有する者として政令で定める者でなければ、向精神薬取扱責任者となることができない。

4 向精神薬営業業者は、向精神薬取扱責任者を置いたとき、又は自ら向精神薬取扱責任者となつたときは、三十日以内に、向精神薬輸入業者、向精神薬輸出業者、向精神薬製造製剤業者又は向精神薬使用業者にあつては厚生大臣に、向精神薬卸売業者又は向精神薬小売業者にあつては都道府県知事に、その向精神薬取扱責任者の氏名又は自ら向精神薬取扱責任者となつた旨その他厚生省令で定める事項を届け出なければならない。向精神薬取扱責任者を変更したときも、同様とする。

(保管等)

第五十条の二十一 向精神薬取扱責任者は、向精神薬の濫用を防止するため、厚生省令で定めるところにより、その所有する向精神薬を保管し、若しくは廃棄し、又はその他必要な措置を講じなければならない。

(事故の届出)

第五十条の二十二 向精神薬取扱責任者は、その所有する向精神薬につき、滅失、盗取、所在不明その他の事故が生じたときは、厚生省令で定めるところにより、速やかにその向精神薬の品名及び数量その他事故の状況を明らかにするために必要な事項を、向精神薬輸入業者、向精神薬輸出業者、向精神薬製造製剤業者、向精神薬使用業者又は厚生大臣の登録に係る向精神薬試験研究施設設置者にあつては厚生大臣に、向精神薬卸売業者、向精神薬小売業者、病院等の開設者又は都道府県知事の登録に係る向精神薬試験研究施設設置者にあつては都道府県知事に届け出なければならない。

2 都道府県知事は、前項の届出を受けたときは、速やかに厚生大臣に報告しなければならない。

(記録)

第五十条の二十三 向精神薬営業業者(向精神薬小売業者を除く)は、次に掲げる事項を記録しなければならない。

一 輸入し、輸出し、製造し、製剤し、若し

くは小分けした向精神薬、向精神薬の製造若しくは製剤のために使用した向精神薬又は向精神薬化学変化物（向精神薬製造製剤業者又は向精神薬使用業者が向精神薬に化学的变化を加えて向精神薬以外の物にしたものをいう。次号及び次条において同じ。）の原料として使用した向精神薬の品名及び数量並びにその年月日

二 向精神薬化学変化物の品名、数量及び用途

三 譲り渡し、譲り受け、又は廃棄した向精神薬（第三種向精神薬を除く。次号において同じ。）の品名及び数量並びにその年月日

四 向精神薬の輸入若しくは輸出又は譲渡し若しくは譲受けの相手方の氏名又は名称及び住所

2 向精神薬小売業者又は病院等の開設者は、次に掲げる事項を記録しなければならない。
一 譲り渡し、譲り受け、又は廃棄した向精神薬（第三種向精神薬及び向精神薬処方せんを所持する者に譲り渡した向精神薬その他厚生省令で定める向精神薬を除く。次号において同じ。）の品名及び数量並びにその年月日

二 向精神薬の譲渡し若しくは譲受けの相手方の氏名又は名称及び住所

3 向精神薬試験研究施設設置者は、次に掲げる事項を記録しなければならない。
一 輸入し、輸出し、又は製造した向精神薬の品名及び数量並びにその年月日

二 譲り渡し、譲り受け、又は廃棄した向精神薬（第三種向精神薬を除く。次号において同じ。）の品名及び数量並びにその年月日

三 向精神薬の輸入若しくは輸出又は譲渡し若しくは譲受けの相手方の氏名又は名称及び住所

て保存しなければならない。

（届出）

第五十条の二十四 向精神薬輸入業者、向精神薬輸出業者、向精神薬製造製剤業者及び向精神薬使用業者は、毎年二月末日までに、次に掲げる事項を厚生大臣に届け出なければならない。

一 前年中に輸入し、輸出し、製造し、製剤し、若しくは小分けした向精神薬、向精神薬の製造若しくは製剤のために使用した向精神薬又は向精神薬化学変化物の原料として使用した向精神薬の品名及び数量

二 前年の初めに所有した第一種向精神薬の品名及び数量並びに前年の末に所有した第一種向精神薬の品名及び数量

三 その他厚生省令で定める事項

2 向精神薬試験研究施設設置者は、毎年二月末日までに、次に掲げる事項を、厚生大臣の登録に係る向精神薬試験研究施設設置者にあつては厚生大臣に、都道府県知事の登録に係る向精神薬試験研究施設設置者にあつては都道府県知事に届け出なければならない。

一 前年中に輸入し、輸出し、又は製造した向精神薬の品名及び数量

二 その他厚生省令で定める事項

3 都道府県知事は、前項の届出を取りまとめ、その年の四月三十日までに、厚生大臣に報告しなければならない。

第五節 雑則

（適用除外等）

第五十条の二十五 別表第三第十二号に掲げる向精神薬であつて、濫用のおそれがなく、かつ、有害作用がないものとして厚生省令で定めるものについては、政令で、この法律の一部の適用を除外し、その他必要な特例を定めることができる。

（薬局開設者等の特例）

第五十条の二十六 薬事法の規定により薬局開設の許可（その更新を含む）を受けた者（以下

この条において「薬局開設者」という。）又は医薬品（同法第八十三条に規定する医薬品を除く。以下この条において同じ。）の一般販売業の許可を受けた者は、この法律の規定（第五十条の四及び第五十条の二十四を除く。）の適用については、それぞれ第五十条第一項の規定により向精神薬卸売業者及び向精神薬小売業者の免許を受けた者又は同項の規定により向精神薬卸売業者の免許を受けた者となす。ただし、当該薬局開設者又は医薬品の一般販売業の許可を受けた者が、厚生省令で定めるところにより、都道府県知事に別段の申出をしたときは、この限りでない。

2 前項の規定により向精神薬卸売業者又は向精神薬小売業者の免許を受けた者となす者は、向精神薬小売業者の免許を受けた者となす者より効力を失うほか、次の各号の一に該当するときは、その効力を失う。

一 薬事法第五十条第二項又は第二十四条第二項の規定により同法第五十条第一項又は第二十六條第一項の許可の効力が失われたとき。

二 薬事法第十條（同法第三十八條において準用する場合を含む。）の規定による届出（廃止に係るものに限る。）があつたとき。

三 薬事法第七十五条第一項の規定により同法第五十条第一項又は第二十六條第一項の許可が取り消されたとき。

3 第一項本文の場合においては、当該薬局開設者の薬局に係る薬事法第八條第三項に規定する薬局の管理者又は当該医薬品の一般販売業の許可を受けた者に係る同法第二十七條において準用する同法第八條第三項に規定する一般販売業の管理者は、第五十条の二十第一項の向精神薬取扱責任者とみなす。

4 都道府県知事は、第一項ただし書の申出があつたとき、及び同項の規定により向精神薬卸売業者又は向精神薬小売業者の免許を受けた者とみなされた者に係る免許が、第五十一

条第二項の規定により取り消されたとき（薬局又は医薬品の一般販売業の業務が引き続き行われているときに限る。）は、その旨を公示するものとする。

第六章中第五十一条の前に次の四條を加える。

（報告の徴収等）

第五十条の二十七 厚生大臣又は都道府県知事は、麻薬又は向精神薬の取締りに必要があるとき、麻薬取扱業者若しくは向精神薬取扱業者から必要な報告を徴し、又は麻薬取締官若しくは麻薬取締員その他の職員に、麻薬業務所、向精神薬業務所、病院等若しくは向精神薬試験研究施設に立ち入り、帳簿その他の物件を検査させ、関係者に質問させ、若しくは試験のため必要な最小限度の分量に限り、麻薬、家庭麻薬、向精神薬若しくはこれらの疑いのある物を取去させることができる。

2 前項の職員は、その身分を示す証票を携帯し、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。

3 第一項に規定する権限は、犯罪捜査のために認められたものと解してはならない。

（措置命令）

第五十条の二十八 厚生大臣は、向精神薬輸入業者、向精神薬輸出業者、向精神薬製造製剤業者、向精神薬使用業者又は厚生大臣の登録に係る向精神薬試験研究施設設置者について、都道府県知事は、向精神薬卸売業者、向精神薬小売業者、病院等の開設者又は都道府県知事の登録に係る向精神薬試験研究施設設置者について、これらの者が第五十条の二十一の規定に違反していると認めるときは、その者に對し、期間を定めて、向精神薬の保管又は廃棄の方法の変更その他必要な措置を講ずべきことを命ずることができる。

（改善命令等）

第五十条の二十九 厚生大臣は、向精神薬輸入

業者、向精神薬輸出入業者、向精神薬製造製剤業者又は向精神薬使用業者について、都道府県知事は、向精神薬卸売業者又は向精神薬小売業者について、これらの者に係る向精神薬営業所の構造設備が第五十条第二項第一号の厚生省令で定める基準に適合しなくなつたと認めるときは、その構造設備の改善を命じ、又はその改善を行うまでの間当該向精神薬営業所若しくは一部の使用を禁止することができ

(向精神薬取扱責任者の変更命令)

第五十条の三十 厚生大臣は、向精神薬輸入業者、向精神薬輸出入業者、向精神薬製造製剤業者又は向精神薬使用業者が置く向精神薬取扱責任者について、都道府県知事は、向精神薬卸売業者又は向精神薬小売業者が置く向精神薬取扱責任者について、これらの者がこの法律その他事項に関する法令の規定若しくはこれらの規定に基づく処分違反したとき、又はこれらの者が向精神薬取扱責任者として不適当と認めるときは、その向精神薬取扱責任者に対して、その変更を命ずることができ

第五十一条の見出しを「(免許等の取消し等)」に改め、同条中「若しくはこの」を、「この」に、「基」を「基づく」に改め、「処分」の下に「若しくは免許若しくは許可に付した条件」を加え、同条に次の二項を加える。

2 厚生大臣は、向精神薬輸入業者、向精神薬輸出入業者、向精神薬製造製剤業者又は向精神薬使用業者について、都道府県知事は、向精神薬卸売業者又は向精神薬小売業者について、これらの者がこの法律の規定、この法律の規定に基づく厚生大臣若しくは都道府県知事の処分若しくは免許若しくは許可に付した条件に違反したとき、又は第五十条第二項第二号からへまでの一に該当するに至つたときは、その免許を取り消し、又は期間を定め、向精神薬に関する業務の停止を命ずることができ

3 厚生大臣は、厚生大臣の登録に係る向精神薬試験研究施設設置者について、都道府県知事は、都道府県知事の登録に係る向精神薬試験研究施設設置者について、これらの者がこの法律の規定又はこの法律の規定に基づく厚生大臣若しくは都道府県知事の処分違反したときは、その登録を取り消すことができ

第五十二条第一項中「前条の規定により免許を取り消し、又は業務若しくは研究の停止を命じよう」とを「前二条の規定による処分をしよう」とに改め、「麻薬取扱者」の下に、「向精神薬業者(第五十条の三十の規定による処分をしようとする場合にあつては、その向精神薬業者及び同条に規定する向精神薬取扱責任者とする。以下この条において同じ)若しくは向精神薬試験研究施設設置者」を加え、同条第二項中「麻薬取扱者」の下に、「向精神薬業者又は向精神薬試験研究施設設置者」を加え、「且つ」を「かつ」に改め、同条第三項中「麻薬取扱者」の下に、「向精神薬業者又は向精神薬試験研究施設設置者」を加え、「且つ」を「かつ」に改め、同条第四項中「麻薬取扱者」の下に、「向精神薬業者若しくは向精神薬試験研究施設設置者」を加え、「前条」を「前二条」に改める。

第五十三条 削除

第六章を第四章とする。

第六章の二の章名中「措置」を「措置等」に改める。

第五十八条の十七の見出し中「麻薬中毒者」を「麻薬中毒者等」に改め、同条第一項中「麻薬中毒者」の下に「及び向精神薬を濫用している者」を加え、同条第二項中「あつた者」の下に「並びに向精神薬を濫用している者及び向精神薬を濫用していた者」を加え、「行ない」を「行い」に、「行ない」を「行」に改める。

第六十条の二を第五章とする。

(手数料)

第五十九条の五 次に掲げる者は、実費を勘案して政令で定める額の手数料を納めなければならない。

- 一 麻薬輸入業者の免許を申請する者
- 二 麻薬輸出入業者の免許を申請する者
- 三 麻薬製造業者の免許を申請する者
- 四 麻薬製剤業者の免許を申請する者
- 五 家庭麻薬製造業者の免許を申請する者
- 六 麻薬卸売業者の免許を申請する者
- 七 麻薬小売業者の免許を申請する者
- 八 麻薬施用者の免許を申請する者
- 九 麻薬管理者の免許を申請する者
- 十 麻薬研究者の免許を申請する者
- 十一 向精神薬輸入業者の免許を申請する者
- 十二 向精神薬輸出入業者の免許を申請する者
- 十三 向精神薬製造製剤業者の免許を申請する者
- 十四 向精神薬試験研究施設設置者の登録を申請する者
- 十五 向精神薬使用業者の免許を申請する者
- 十六 向精神薬卸売業者の免許を申請する者
- 十七 向精神薬小売業者の免許を申請する者
- 十八 向精神薬試験研究施設設置者の登録を申請する者
- 十九 免許証又は登録証の再交付を申請する者

2 前項第一号から第六号まで及び第十二号から第十五号までに掲げる者の納める手数料、第十八号中厚生大臣の登録に係る向精神薬試験研究施設設置者の納める手数料並びに第十九号中麻薬輸入業者、麻薬輸出入業者、麻薬製造業者、麻薬製剤業者、家庭麻薬製造業者、麻薬卸売業者、向精神薬輸出入業者、向精神薬製造製剤業者若しくは向精神薬使用業者の免許証又は厚生大臣の登録に係る向精神薬試験研究施設設置者の登録の再交付を申請する者の納める手数料は、都道府県の収入とする。

(免許又は許可の条件)

第五十九条の六 この法律に規定する免許又は許可には、条件を付し、及びこれを変更することができ

2 前項の条件は、麻薬又は向精神薬の濫用による保健衛生上の危害の発生を防止するため必要な最小限度のものに限り、かつ、免許又は許可を受ける者に対し不当な義務を課することとならないものでなければならない。

第六十条(見出しを含む)中「麻薬」の下に「又は向精神薬」を加える。

第六十条の二の見出し中「犯罪鑑識用麻薬」を「犯罪鑑識用麻薬等」に改め、同条第一項中「麻薬」を「麻薬又は向精神薬」に、「麻薬を」を「麻薬又は向精神薬を輸入し、」に改め、同条第二項中「規定により」の下に「輸入し、」を、「麻薬」の下に「又は向精神薬」を加え、「行ない」を「行う」に改め、同条第四項中「麻薬」の下に「又は向精神薬」を加え、同条に次の一項を加える。

5 厚生大臣は、外国政府から麻薬又は向精神薬に関する犯罪鑑識の用に供する麻薬又は向精神薬を輸入したい旨の要請があつたときは、この法律の規定にかかわらず、第一項の規定により輸入し、製造し、若しくは譲り受けた麻薬若しくは向精神薬又は法令の規定により国庫に帰属した麻薬若しくは向精神薬を、当該外国政府に輸出することができ

第六十二条の見出し中「取扱」を「取扱い」に改め、同条に次の一項を加える。

2 同一人が二以上の向精神薬取扱業者の免許を有する場合又は向精神薬取扱業者が同時に病院等の開設者若しくは向精神薬試験研究施設設置者を兼ねる場合には、この法律中向精神薬の譲渡に関する規定の適用については、その資格ごとに、それぞれ別個の者とみなす。同一人が二以上の病院等を開設し、若しくは二以上の向精神薬試験研究施設を設置する場合又は病院等の開設者が向精神薬試験研究施設を設置する場合も、同様とする。

第六十二條の次に次の一条を加える。
(経過措置)

第六十二條の二 この法律の規定に基づき政令又は厚生省令を制定し、又は改廃する場合においては、それぞれ、政令又は厚生省令で、その制定又は改廃に伴い合理的に必要と判断される範囲内において、所要の経過措置(罰則に関する経過措置を含む。)を定めることができる。

第七章を第六章とする。

第六十四條第二項中「五百万円」を「一千万円」に改める。

第六十四條の二第二項及び第六十五條第二項中「三百万円」を「五百万円」に改める。

第六十六條第二項中「百万円」を「三百万円」に改め、同条の次に次の二条を加える。

第六十六條の二 第五十條の八、第五十條の十一又は第五十條の十五第一項の規定に違反した者は、五年以下の懲役に処する。

2 営利の目的で前項の違反行為をした者は、七年以下の懲役に処し、又は情状により七年以下の懲役及び二百万円以下の罰金に処する。

3 前二項の未遂罪は、罰する。

第六十六條の三 第五十條の十六の規定に違反した者は、三年以下の懲役に処する。

2 営利の目的で前項の違反行為をした者は、五年以下の懲役に処し、又は情状により五年以下の懲役及び百万円以下の罰金に処する。

3 前二項の未遂罪は、罰する。

第六十八條を削る。

第六十八條の二中「器具」の下に「(第六十九條の四において「資金等」という。)」を加え、同条を第六十八條とし、第六十八條の三を第六十八條の二とする。

第六十九條中「二十万円」を「五十万円」に改め、同条第六十條中「第五十一條」を「第五十一條第一項」に改め、同条を同条第七十條とし、同条第五十條の次に次の一号を加える。

六 第二十九條の二の規定に違反した者
第六十九條の次に次の四條を加える。

第六十九條の二 第六十六條の二第二項又は第二項の罪を犯す目的でその予備をした者は、二年以下の懲役に処する。

第六十九條の三 第六十四條から第六十七條まで又は前条の場合においては、犯人が所有し、又は所持する麻薬又は向精神薬は、没収する。ただし、犯人以外の所有に係るときは、没収しないことができる。

第六十九條の四 情を知つて、第六十六條の二第一項又は第二項の違反行為に要する資金等を提供した者は、二年以下の懲役に処する。

第六十九條の五 第五十條の十六の規定により禁止される向精神薬の譲渡しと譲受けとの周旋をした者は、一年以下の懲役に処する。

第七十條中「左の」を「次の」に、「五万円」を「二十万円」に改め、同条第二号中「処方せん」を「処方せん」に、「あたり」を「当たり」に改め、同条第九号中第三十五條第一項を「第三十五條第一項若しくは第二項」に、「あたり」を「当たり」に改め、同条第十二号中「あたり」を「当たり」に改め、同条第十四号を同条第二十号とし、同条第十三号中「麻薬処方せん」を「麻薬処方せん」に改め、同条の次に次の六号を加える。

十四 第五十條の九第一項又は第二項の規定に違反して、許可を受けずに向精神薬を輸入した者

十五 第五十條の十二第二項若しくは第二項又は第五十條の十三第一項の規定に違反して、許可を受けずに向精神薬を輸出した者

十六 第五十條の十七の規定に違反した者

十七 第五十條の十八において準用する第二十九條の二の規定に違反した者

十八 第五十條の二十八から第五十條の三十九までの規定による命令に違反した者

十九 第五十一條第二項の規定による義務の停止の命令に違反した者

第七十一條中「第三十五條第一項」を「第三十五條第一項若しくは第二項」に改め、「第四十一條の下に」、「第五十條の十五第二項」を加え、「三万円」を「二十万円」に改める。

第七十二條中「左の」を「次の」に、「十万円」を「二十万円」に改め、同条第二号中「第五十三條第一項」を「第五十條の二十七第一項」に、「立入」を「立入り」に改め、同条を同条第九号とし、同条第一号を同条第二号とし、同条の次に次の六号を加える。

三 第五十條の四又は第五十條の七において準用する第四條第三項の規定に違反した者

四 向精神薬処方せんを偽造し、又は変造した者

五 第五十條の十九の規定に違反した者

六 第五十條の二十二第一項の規定に違反して、届出をせず、又は虚偽の届出をした者

七 第五十條の二十三第一項から第三項までの規定に違反して、記録をせず、又は虚偽の記録をした者

八 第五十條の二十三第四項の規定に違反して、記録の保存をしなかつた者

第七十二條に第一号として次の一号を加える。

一 第七十條第一項(同条第二項において準用する場合を含む。)若しくは第三項、第十五條又は第十八條第六項の規定に違反した者

第七十三條を削る。

第七十三條の二 中の「三万円」を「二十万円」に改め、同条を第七十三條とし、同条の次に次の一条を加える。

第七十三條の二 次の各号の一に該当する者は、十万円以下の罰金に処する。

項、第五十條の十、第五十條の十三第六項又は第五十條の十四の規定に違反した者

二 第五十條の二十四第一項又は第二項の規定に違反して、届出をせず、又は虚偽の届出をした者

第七十四條中「又は第六十九條から第七十三條まで」を、「第六十六條の二第二項若しくは第三項、第六十六條の三第二項若しくは第三項、第六十九條、第七十條から第七十二條まで又は第七十三條の二」に改める。

第七十五條中「第八條の下に」(第五十條の四又は第五十條の七において準用する場合を含む。))を、「第十條」の下に(第五十條の四又は第五十條の七において準用する場合を含む。))を加え、「三万円」を「十万円」に改める。

第八章を第七章とする。

別表を次のように改める。

別表第一(第二條関係)

一 三アセトキシヘキサメチルアミノノールメタドール及びその塩類

二 α-三アセトキシヘキサメチルアミノノールメタドール及びその塩類

三 β-三アセトキシヘキサメチルアミノノールメタドール及びその塩類

四 α-三アセトキシヘキサメチルアミノノールメタドール及びその塩類

五 一(一)アミノフェニルエチル
一四フェニルピペリジン一四カルボン酸エチルエステル(別名アニレリジン)及びその塩類
六 N-アリルノルモルヒネ(別名ナロルフィン)、そのエステル及びこれらの塩類
七 三-アリル一-メチル一四フェニル一四(プロピオニルオキシ)ピペリジン(別名アリルプロジン)及びその塩類

八 エクゴニン及びその塩類

九 三—(N—エチル—N—メチルアミノ)—

一—(ジ—(二—チエニル)—一—ブテン
(別名エチルメチルチアンブテン)及びその
塩類

十 α—三—エチル—一—メチル—四—フェ
ニル—四—(プロピオニルオキシ)ビペリジ
ン(別名アルファメプロジン)及びその塩類

十一 β—三—エチル—一—メチル—四—フェ
ニル—四—(プロピオニルオキシ)ビペリ
ジン(別名ベータメプロジン)及びその塩類

十二 二—(四—クロロベンジル)—一—(ジ
エチルアミノ)エチル—五—ニトロペンズ
イミダゾール(別名クロニタゼン)及びその
塩類

十三 コカインその他エクゴニンのエステル
及びその塩類

十四 コカ葉

十五 コデイン、エチルモルヒネその他モル
ヒネのエステル及びその塩類

十六 ジアセチルモルヒネ(別名ヘロイン)そ
の他モルヒネのエステル及びその塩類

十七 一—(三—シアノ—三—三—ジフェニ
ルプロピル)—四—フェニルビペリジン—
四—カルボン酸エチルエステル(別名ジフ
エノキシレート)及びその塩類

十八 四—シアノ—一—ジメチルアミノ—四
・四—ジフェニルブタン(別名メサドン中
間体)及びその塩類

十九 四—シアノ—一—メチル—四—フェニ
ルビペリジン(別名ベチジン中間体A)及
びその塩類

二十 一—(ジエチルアミノ)エチル—一—
(四—エトキシベンジル)—五—ニトロペン
ズイミダゾール(別名エトニタゼン)及びそ
の塩類

二十一 三—ジエチルアミノ—一—一—ジ
(二—チエニル)—一—ブテン(別名ジエチ
ルチアンブテン)及びその塩類

二十二 ジヒドロコデイノン(別名ヒドロコ
ドン)、そのエステル及びこれらの塩類

二十三 ジヒドロコデイン、そのエステル及
びこれらの塩類

二十四 ジヒドロデオキシモルヒネ(別名デ
ソモルヒネ)、そのエステル及びこれらの
塩類

二十五 ジヒドロヒドロキシコデイノン(別
名オキシコドン)、そのエステル及びこれ
らの塩類

二十六 ジヒドロヒドロキシモルヒノン(別
名オキシモルフォン)及びその塩類

二十七 ジヒドロモルヒネ、そのエステル及
びこれらの塩類

二十八 ジヒドロモルヒノン(別名ヒドロモ
ルフォン)、そのエステル及びこれらの塩
類

二十九 四・四—ジフェニル—六—ビペリジ
ノ—三—ヘプタノン(別名ジビバノン)及び
その塩類

三十 (二—ジメチルアミノ)エチル—一—エ
トキシ—一—一—ジフェニルアセテート
(別名ジメノキサドール)及びその塩類

三十一 三—ジメチルアミノ—一—一—ジ
(二—チエニル)—一—ブテン(別名ジメチ
ルチアンブテン)及びその塩類

三十二 六—ジメチルアミノ—四・四—ジフ
エニル—三—ヘキサノン(別名ノルメサド
ン)及びその塩類

三十三 六—ジメチルアミノ—四・四—ジフ
エニル—三—ヘプタノール(別名ジメフェ
ブタノール)及びその塩類

三十四 α—六—ジメチルアミノ—四・四—
ジフェニル—三—ヘプタノール(別名アル
ファメタドール)及びその塩類

三十五 β—六—ジメチルアミノ—四・四—
ジフェニル—三—ヘプタノール(別名ベ
ータメタドール)及びその塩類

三十六 六—ジメチルアミノ—四・四—ジフ

エニル—三—ヘプタノン(別名メサドン)及
びその塩類

三十七 四—ジメチルアミノ—三—メチル—
一—二—ジフェニル—二—(プロピオニル
オキシ)ブタン(別名プロボキシフェン)及
びその塩類

三十八 六—ジメチルアミノ—五—メチル—
四・四—ジフェニル—三—ヘキサノン(別
名イソメサドン)及びその塩類

三十九 一・三—ジメチル—四—フェニル—
四—(プロピオニルオキシ)アザシクロヘプ
タン(別名プロヘプタジン)及びその塩類

四十 α—一・三—ジメチル—四—フェニル
—四—(プロピオニルオキシ)ビペリジン
(別名アルファプロジン)及びその塩類

四十一 β—一・三—ジメチル—四—フェニ
ル—四—(プロピオニルオキシ)ビペリジ
ン(別名ベータプロジン)及びその塩類

四十二 テバイン及びその塩類

四十三 一・二・五—トリメチル—四—フェ
ニル—四—(プロピオニルオキシ)ビペリジ
ン(別名トリメペリジン)及びその塩類

四十四 六—ニコチンコデイン(別名ニコ
コジン)及びその塩類

四十五 ノルモルヒネ(別名デメチルモルヒ
ネ)、そのエステル及びこれらの塩類

四十六 一—(二—ヒドロキシエトキ
シ)エチル—四—フェニルビペリジン—四—
カルボン酸エチルエステル(別名エトキ
セリジン)及びその塩類

四十七 十四—ヒドロキシジヒドロモルヒネ
(別名ヒドロモルヒノール)及びその塩類

四十八 三—ヒドロキシ—N—フェナシルモ
ルヒナン(右旋性のものを除く)及びその
塩類

四十九 一—(三—ヒドロキシ—三—フェニ
ルプロピル)—四—フェニルビペリジン—
四—カルボン酸エチルエステル(別名フェ
ノペリジン)及びその塩類

五十 四—(三—ヒドロキシフェニル)—一—
メチル—四—ビペリジンエチルケトン(別
名ケトベミドン)及びその塩類

五十一 四—(三—ヒドロキシフェニル)—一—
メチルビペリジン—四—カルボン酸エチ
ルエステル(別名ヒドロキシベチジン)及び
その塩類

五十二 三—ヒドロキシ—N—フェネチルモ
ルヒナン(別名フェノモルファン)及びその
塩類

五十三 三—ヒドロキシ—N—メチルモルヒ
ナン(右旋性のものを除く)及びその塩類

五十四 三—ヒドロキシモルヒナン(右旋性
のものを除く)及びその塩類

五十五 四—フェニル—一—(二—テトラヒ
ドロフルフリルオキシ)エチル—四—カル
ボン酸エチルエステル(別名
レチジン)及びその塩類

五十六 四—フェニルビペリジン—四—カル
ボン酸エチルエステル(別名ベチジン中間
体B)及びその塩類

五十七 四—フェニル—一—(三—フェニル
アミノプロピル)ビペリジン—四—カルボ
ン酸エチルエステル(別名ビミノジン)及び
その塩類

五十八 一・二・三・四・五・六—ヘキサヒ
ドロ—八—ヒドロキシ—六・十一—ジメチ
ル—三—フェネチル—一・六—メタノ—三
—ベンザゾシン(別名フェナゾシン)及びそ
の塩類

五十九 一・二・三・四・五・六—ヘキサヒ
ドロ—八—ヒドロキシ—三・六・十一—ト
リメチル—二・六—メタノ—三—ベンザゾ
シン(別名メタゾシン)及びその塩類

六十 一—(二—ベンジルオキシ)エチル—
四—フェニルビペリジン—四—カルボン酸
エチルエステル(別名ベンゼチジン)及びそ
の塩類

六十一 六—メチルジヒドロモルヒネ(別名

メチルジヒドロモルヒネ)及びその塩類
六十二 メチルジヒドロモルヒネン(別名メ
トボン)、そのエステル及びこれらの塩類
六十三 六―メチル―Δ―六―デオキシモル
ヒネ(別名メチルデソルフィン)及びその塩
類
六十四 N―(一―メチル―二―ピペリジノ
エチル)プロピオンアニリド(別名フェナン
プロミド)及びその塩類
六十五 一―メチル―四―フェニルピペリジ
ン―四―カルボン酸エステル及びその塩類
六十六 N―(二―メチルフェネチルアミ
ノ)プロピル)プロピオンアニリド(別名ジ
アンプロミド)及びその塩類
六十七 (三―メチル―四―モルフォリノ―
二―二―ジフェニル)ブチリル)ピロリジン
及びその塩類
六十八 二―メチル―三―モルフォリノ―
一―ジフェニル酪酸(別名セラミド中間
体)及びその塩類
六十九 三―メトキシ―N―メチルモルヒナ
ン(右旋性のものを除く)及びその塩類
七十 モルヒネ及びその誘導体
七十一 モルヒネ―N―オキシドその他五価
窒素モルヒネ及びその誘導体
七十二 一―(二―モルフォリノエチル)―四
―フェニルピペリジン―四―カルボン酸エ
ステル(別名モルフェリジン)及びその
塩類
七十三 六―モルフォリノ―四―ジフェ
ニル―三―ヘプタノン(別名フェナドキシ
ン)及びその塩類
七十四 四―モルフォリノ―二―二―ジフェ
ニル酪酸エチルエステル(別名ジオキサフ
エチルブチレート)及びその塩類
七十五 前各号に掲げる物と同種の濫用のお
それがあり、かつ、同種の有害作用がある
物であつて、政令で定めるもの
七十六 前各号に掲げる物のいずれかを含有

する物であつて、あへん以外のもの。ただ
し、次に掲げるものを除く。
イ 千分中十分以下のコデイン、ジヒドロ
コデイン又はこれらの塩類を含有する物
であつて、これら以外の前各号に掲げる
物を含有しないもの
ロ 麻薬原料植物以外の植物(その一部分
を含む)。
別表第一の次に次の二表を加える。
別表第二(第二条関係)
一 エリスロキシロン・コカ・ラム(和名コ
カ)
二 エリスロキシロン・ノヴォグラナテンセ
・ヒエロン
三 パバヴェル・ブラクテアツム・リンドル
(和名ハカマオニゲン)
四 その他政令で定める植物
別表第三(第三条関係)
一 五―エチル―五―フェニルバルビツール
酸(別名フェノバルビタル)及びその塩類
二 五―エチル―五―(一―メチルブチル)バ
ルビツール酸(別名ベントバルビタル)及
びその塩類
三 七―クロロ―一・三―ジヒドロ―一―メ
チル―五―フェニル―二―ヒ―一・四―ベン
ゾジアゼピン―二―オン(別名ジアゼパム)
及びその塩類
四 十―クロロ―一・三・七・十一―テト
ラヒドロ―二―メチル―十一―b―フェニル
オキサゾロ(三・二―d)(一・四)ベンゾジ
アゼピン―六(五H)―オン(別名オキサゾ
ラム)及びその塩類
五 五―(二―クロロフェニル)―七―エチル
―一・三―ジヒドロ―一―メチル―二―ヒ―
チエノ―(二・三―e)―一・四―ジアゼピ
ン―二―オン(別名クロチアゼパム)及びそ
の塩類
六 七―クロロ―二―メチルアミノ―五―フ
エニル―三H―一・四―ベンゾジアゼピン

―四―オキシド(別名クロルジアゼボキシ
ド)及びその塩類
七 五・五―ジエチルバルビツール酸(別名
バルビタル)及びその塩類
八 一・三―ジヒドロ―七―ニトロ―五―フ
エニル―二H―一・四―ベンゾジアゼピン
―二―オン(別名ニトラゼパム)及びその塩
類
九 二―フェニル―二―(一―ピペリジル)酢
酸メチルエステル(別名メチルフェニデー
ト)及びその塩類
十 一・二・三・四・五・六―ヘキサヒドロ
―一六・十一―ジメチル―三―(三―メチル
―二―ブテニル)―二・六―メタノ―三―
ベンザゾシン―八―オール(別名ペンタゾ
シン)及びその塩類
十一 前各号に掲げる物と同種の濫用のおそ
れがあり、かつ、同種の有害作用がある物
であつて、政令で定めるもの
十二 前各号に掲げる物のいずれかを含有す
る物
(大麻取締法の一部改正)
第二条 大麻取締法(昭和二十三年法律第二百二十
四号)の一部を次のように改正する。
第四条中「左に」を「次に」に改め、ただし書を
削り、同条第一号中「こと」の下に「大麻研究者
が、厚生大臣の許可を受けて、大麻を輸入し、
又は輸出する場合を除く。」を加え、同条第二
号及び第三号中「こと」を「こと」に改め、同条
に次の一号を加える。
四 医事若しくは薬事又は自然科学に関する
記事掲載する医薬関係者等(医薬関係者
又は自然科学に関する研究に従事する者を
いう。以下この号において同じ。)向けの新
聞又は雑誌により行う場合その他主として
医薬関係者等を対象として行う場合のほ
か、大麻に関する広告を行うこと。
第十六条に次のただし書を加える。
ただし、厚生大臣の許可を受けて、他の大

麻研究者に譲り渡す場合は、この限りでな
い。
第十六条の次に次の一条を加える。
第十六条の二 大麻研究者は、その研究に従事
する施設に帳簿を備え、これに次に掲げる事
項を記載しなければならない。
一 採取し、譲り受け、又は廃棄した大麻の
品名及び数量並びにその年月日
二 研究のため使用し、又は研究の結果生じ
た大麻の品名及び数量並びにその年月日
2 大麻研究者は、前項の帳簿を、最終の記載
の日から二年間、保存しなければならない。
第二十二條の次に次の二条を加える。
第二十二條の二 この法律に規定する免許又は
許可には、条件を付し、及びこれを変更する
ことができる。
2 前項の条件は、大麻の濫用による保健衛生
上の危害の発生を防止するため必要な最小限
度のものに限り、かつ、免許又は許可を受け
る者に対し不当な義務を課することとならな
いものでなければならない。
第二十二條の三 厚生大臣は、この法律の規定
にかかわらず、大麻に関する犯罪鑑識の用に
供する大麻を輸入し、又は譲り受けることが
できる。
2 厚生大臣は、前項の規定により輸入し、又
は譲り受けた大麻を、大麻に関する犯罪鑑識
を行う国又は都道府県の機関に交付するもの
とする。
3 前項の機関に勤務する職員は、当該機関が
同項の規定により厚生大臣から交付を受けた
大麻を、大麻に関する犯罪鑑識のため、使用
し、又は所持することができ。
4 第二項の規定により厚生大臣から大麻の交
付を受けた機関の長は、帳簿を備え、これ
に、大麻に関する犯罪鑑識のため使用した大
麻の品名及び数量並びにその年月日その他厚
生省令で定める事項を記載しなければならない。
い。

第二十五条第一項中「左の」を「次の」に「三万円」を「二十万円」に改め、第二号を第三号とし、第一号を第二号とし、同号の前に次の

第二十條の二 覺せい剤に関する広告は何れも、医事若しくは薬事又は自然科学に関する

3 前項の規定により厚生大臣から覚せい剤
は覚せい剤原料の交付を受けた機関の長は、
帳簿を備え、これに覚せい剤又は覚せい剤
料に関する犯罪鑑識のため使用した覚せい

第一条 この法律は、公布の日から起算して六月

を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。ただし、第一条中麻薬取締法第二章の次に一章を加える改正規定(第五十条の二十六第一項ただし書に係る部分に限る。)及び附則第三条第一項ただし書の規定は、公布の日から起算して四月を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。

(経過措置)

第二条 この法律の施行の際現にこの法律による改正後の麻薬及び向精神薬取締法(以下「新法」という。)第二条第六号に規定する向精神薬(以下単に「向精神薬」という。)の輸入、輸出、製造(向精神薬の精製及び向精神薬に化学的变化を加えて他の向精神薬にすることを含む。以下同じ。)、製剤(向精神薬に化学的变化を加えないで他の向精神薬にすることをいう。ただし、調剤を除く。若しくは小分け(他人から譲り受けた向精神薬を分割して容器に収めることをいう。若しくは譲渡しを業として行っている者又は向精神薬に化学的变化を加えて向精神薬以外の物にすることを業として行っている者は、この法律の施行の日から三月間は、新法第五十条第一項の免許を受けなくて、その業を営むことができる。その者がその期間内に同項の免許を申請した場合において、その申請について免許をする旨の通知を受ける日又はその申請についてその期間の経過後免許をしない旨の通知を受ける日までの間も、同様とする。

2 この法律の施行の際現に学術研究又は試験検査のため向精神薬の製造又は使用を行う施設の設置者は、この法律の施行の日から三月間は、新法第五十条の五第一項の登録を受けなくて、その施設を運営することができる。その者がその期間内に同項の登録を申請した場合において、その申請について登録をする旨の通知を受ける日又はその申請についてその期間の経過後登録をしない旨の通知を受ける日までの間も、同様とする。

第三条 この法律の施行の際現に薬事法(昭和三十

十五年法律第四十五号)の規定により薬局開設の許可を受けている者(以下この条において「薬局開設者」という。)又は医薬品(薬事法第八十三条に規定する医薬品を除く。以下この条において同じ。)の一般販売業の許可を受けている者は、新法の規定(新法第五十条の四及び第五十条の二十四を除く。)の適用については、それと新法第五十条第一項の規定により向精神薬卸売業者及び向精神薬小売業者の免許を受けた者又は同項の規定により向精神薬卸売業者の免許を受けた者とみなす。ただし、その者が、厚生省令で定めるところにより、別段の申出をしたときは、この限りでない。

2 前項の規定により向精神薬卸売業者又は向精神薬小売業者の免許を受けた者とみなされた者に係る免許は、新法第五十条の三の規定により効力を失うほか、次の各号の一に該当するときは、その効力を失う。

一 薬事法第五十条第二項又は第二十四条第二項の規定により同法第五十条第一項又は第二十六条第一項の許可の効力が失われたとき。

二 薬事法第十條(同法第三十八條において準用する場合を含む。)の規定による届出(廃止に係るものに限る。)があったとき。

三 薬事法第七十五条第一項の規定により、同法第五十条第一項又は第二十六条第一項の許可が取り消されたとき。

3 第一項本文の場合においては、当該薬局開設者の薬局に係る薬事法第八條第三項に規定する薬局の管理者又は当該医薬品の一般販売業の許可を受けた者に係る同法第二十七條において準用する同法第八條第三項に規定する一般販売業の管理者は、新法第五十条の二十第一項の向精神薬取扱責任者とみなす。

4 都道府県知事は、第一項ただし書の申出があつたとき、及び同項の規定により向精神薬卸売業者又は向精神薬小売業者の免許を受けた者とみなされた者に係る免許が、新法第五十一条第二項の規定により取り消されたとき(薬局又は

医薬品の一般販売業の業務が引き続き行われているときに限る。)は、その旨を公示するものとする。

第四条 この法律の施行の際現に存する向精神薬であつて容器に収められているものについては、この法律の施行の日から二年間は、新法第五十条の十九の規定は、適用しない。

2 この法律の施行の際、現に存する向精神薬に使用される容器又は被包が、この法律の施行の日から一年以内に使用される場合には、当該容器又は被包に収められた向精神薬については、この法律の施行の日から二年間は、新法第五十条の十九の規定は、適用しない。

第五条 この法律の施行前にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

第六條 社会保険診療報酬支払基金法(昭和二十三年法律第二百九号)の一部を次のように改正する。

第十三條第二項中「麻薬取締法」を「麻薬及び向精神薬取締法」に改める。

(地方税法の一部改正)
第七條 地方税法(昭和二十五年法律第二百二十六号)の一部を次のように改正する。

第七十二條の十四第一項及び第七十二條の十六第一項中「麻薬取締法」を「麻薬及び向精神薬取締法」に改める。

(出入国管理及び難民認定法の一部改正)
第八條 出入国管理及び難民認定法(昭和二十六年政令第三百十九号)の一部を次のように改正する。

第五條第一項第五号中「又は覚せい剤」を「、覚せい剤又は向精神薬」に改め、同項第六号中「麻薬取締法」を「麻薬及び向精神薬取締法」に改める。

第二十四條第四号中「麻薬取締法」を「麻薬及び向精神薬取締法」に改める。

第三十九條第一項中「麻薬取締法」を「麻薬及び向精神薬取締法」に、「左に」を「次に」に、「譲渡又は譲受」を「譲渡し又は譲受け」に、同条第二項中「麻薬取締法」を「麻薬及び向精神薬取締法」に、「左に」を「次に」に改める。

(自衛隊法の一部改正)
第十一條 自衛隊法(昭和二十九年法律第六十五号)の一部を次のように改正する。

第六十六條の見出し中「麻薬取締法等」を「麻薬及び向精神薬取締法等」に改め、同条中「麻薬取締法」を「麻薬及び向精神薬取締法」に、「覚せい剤原料」を「覚せい剤原料」に、「覚せい剤原料取扱者」を「覚せい剤原料取扱者」に改める。

(租税特別措置法の一部改正)
第十二條 租税特別措置法(昭和三十三年法律第二十六号)の一部を次のように改正する。

第二十六條第二項第三号中「麻薬取締法」を「麻薬及び向精神薬取締法」に改める。

(薬事法の一部改正)
第十三條 薬事法の一部を次のように改正する。

第六條第二号ハ中「麻薬取締法」を「麻薬及び向精神薬取締法」に改める。

第十四條 日本国に居住する大韓民国国民の法的地位及び待遇に関する日本国と大韓民国との間の協定の実施に伴う出入国管理特別法の一部改正
第十四條 日本国に居住する大韓民国国民の法的地位及び待遇に関する日本国と大韓民国との間の協定の実施に伴う出入国管理特別法(昭和四

十年法律第四百十六号)の一部を次のように改正する。

第六条第一項第四号中「麻薬取締法(昭和二十八年法律第十四号)」を「麻薬及び向精神薬取締法(昭和二十八年法律第十四号)」(麻薬に関する部分に限る。次号において同じ。に改め、同項第五号中「麻薬取締法」を「麻薬及び向精神薬取締法」に改める。

(化学物質の審査及び製造等の規制に関する法律の一部改正)

第十五条 化学物質の審査及び製造等の規制に関する法律(昭和四十八年法律第十七号)の一部を次のように改正する。

第二条第一項中「覚せい剤及び」を「覚せい剤及び」に、「覚せい剤原料」を「覚せい剤原料」に、「麻薬取締法」を「麻薬及び向精神薬取締法」に改める。

(たばこ事業法の一部改正)

第十六条 たばこ事業法(昭和五十九年法律第六十八号)の一部を次のように改正する。

第三十八条第二項中「麻薬取締法」を「麻薬及び向精神薬取締法」に改める。

(厚生省設置法の一部改正)

第十七条 厚生省設置法(昭和二十四年法律第五十一号)の一部を次のように改正する。

第五条第四十八号中「麻薬」の下に「向精神薬」を加える。

第六条第四十七号中「及び麻薬元卸売業者」を「麻薬元卸売業者、向精神薬輸入業者、向精神薬輸出業者、向精神薬製造製剤業者、向精神薬使用業者及び向精神薬試験研究施設設置者」に、「免許」を「免許及び登録」に改める。

第九条第三項中「麻薬」の下に「向精神薬」を加える。

理由

我が国における向精神薬の濫用の防止を図り、及び向精神薬に関する条約の批准に備えるため、

向精神薬に係る輸出入、製造、譲渡し等の取締りに関する措置等を定める必要がある。これが、この法律案を提出する理由である。

社会労働委員会議録第三号中正誤

ペジ 段行 誤

正

五 四 三 医療分業

医薬分業

二 四 末 廿型

廿形

三 一 四 看護需給計画

看護需給計画

元 二 八 宅全

完全

同 第四号中正誤

ペジ 段行 誤

正

五 三 末 ものいう

ものという

一〇 三 末 伊藤(秀)委員

伊東(秀)委員

三 二 一〇 して

として

平成二年六月二日印刷

平成二年六月四日発行

衆議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局