

直接関係を有する各種の要素を含んでおりますのでございまして、当委員会におきましては、厚生省当局から説明を聴取いたしますとともに、直接本問題に關係のございます皆様方に御意見を伺いたすとともに、なお学識経験者の方々の御出席を願ひまして、隔意のない御意見を拝聴いたしまして、調査上の参考になしたいと存じておる次第でございます。どうか忌憚のない御意見を述べ下さいませう、お願いをいたす次第でございます。

私委員長の重盛でございます。ただいまから御意見を拝聴いたしたいと思ひますが、よろしくお願いいたします。お手元に差し上げました新医療費体系に関する皆様方の意見聴取事項というのがいつておりますが、大体それに準じまして御意見を述べ願ひたいと存じます。時間はいろいろの關係上、十五分程度で、一つ勝手ではありますが、お願いいたしたいと思ひます。

委員の皆さんに御相談いたしますが、午前中に予定いたしておりまする方にきていただいておりますのでありますが、一応御意見を全部御発表をいただいて、あとで質疑に入りたいたいというふうに考えますが、御異議ございませんか。

【異議なしと呼ぶ者あり】
○委員長(重盛壽治君) では、そういうふうにいたします。

それでは、日本医師会副会長丸山直友さんからお願いいたしたいと思ひます。

○参考人(丸山直友君) 私、丸山でございます。このたび新医療費体系に関する意見を聴取していただく機会をお与え下さいましたことを、厚くお礼を

申し上げます。

最初によつと申し上げておきたいことは、先年来のように新医療費体系というものが医務局の所管として、私どもの方にお示しをいただけるものと存じておりましたところ、それがお示しをいただけておりません。新医療費体系に基づく健康保険及び般員保険の新点数表等についてというものをお示しを願つておりますので、これに關して意見を申し上げたいと存じております。また私がこれから申し上げますことは、ただいまの山下先生のお言葉にもございましたように、何らかの關係団体がこれに対して意見を述べる、そして相當の修正が行われ、その意見が盛り入れられていくというふうにお考え下さる方もありになるかと思ひますが、実はそういうふうな手続が今までとられておりませんでした。このことを明確にいたしますと、ただいまの厚生大臣の御答弁にも關係団体の意見を聴取したいと思つて、こういうふうな御発表でございまして、十分なる調整がとれたものであるという御答弁がなかったということでも、これはがっかりしておる私は存じておるのであります。そういうような意味から申し上げておることをまずおくみ取り願ひたいのであります。それで、大体総括と申しましょうか、詳しいことは申し上げる時間がございませんでお示し下さいましたこの課題に従ひまして、この順序で、ごくあらましの意見を申し上げます。

第一番目と第二番目は関連してございまして、これを一括して申し上げますが、お示し下さいましたように、この点数表は専門的の技術に対する

適正な報酬が得られるためとございしますが、得られるようにできておらないように私には考えられます。

それからまた物と技術に対する報酬の分離が十分に表現されておると考えられておりません。物の値は正しくなく、技術にも正当でなく、必要経費も正しく評価した点数表ではないと私もは考えております。ましていわんや診療行為の個人差とか難易度というものは、全然、全然と申しては少し言い過ぎでございますが、一部分を除いては、ほとんど考慮せられておらないように存ずるのであります。その一、二の例を申し上げますと、物というものが完全に払われておらない一つの簡単な例をいたしまして、注射液あるいは内服薬に、一つの十五円段階のきざみをつけた標準の価格というもので払われることになっております。十五円以下のものは、全部十一円、私は田舎でございまして乙地を標準にして申し上げますが、十一円五十銭、十五円以上三十円のものまでは二十円二十銭という実例で払われる。これは注射液でございます。皮下の場合です。それから内服薬の場合は、十五円以下のものは全部九円二十銭の平均価格で払う。三十円のものまでは全部二十一円八十一銭の価格で払われるというふうになられておるのであります。すなわち注射液では実価が十一円五十銭を上回るものといえども、また十一円五十銭を下回るものといえども、全部十一円五十銭で払われる。すなわち実価十五円のものには三円五十銭損失が出る。しかし十一円五十銭以下のものには不当な利益がそこにとられる。しかしこれは払われる側の方をいたしまして、当

然標準の一つの価格というものが必要ではございませうが、しかしそれに對してなぜ十五円きざみにしなければならぬかという確実なる理由が示されておられません。これは十円きざみにすれば、もう少し誤差が減るわけでございます。五円にすればなお正確になるわけでございます。そういうふうなる物の対価というものは、そのままの形で払われぬ。従つてその場合に、人情をいたしまして、比較的その標準価格を上回るものの使用というものは、何らかの制限とまでは申し上げませんが、何らかのことが起るのではなからうかということは、医療内容に対して何らかの低下という現象が現われはしないか、これは人情でございしますが、そういうことをむしろ私どもはおそれるのでございます。

また注射の技術といたしまして、先年示された原価計算表、厚生省から示された原価計算表といたしまして、注射液価に對しては、原価が二十五円八十銭必要であるというところが明確に示されておるのであります。この中には医者の技術と示されておりますものが七円四十二銭でございます。その他アルコールとか、綿とか、煮沸するガスとか、いろいろ針の消耗等々の、つまり物に必要なものが十八円三十八銭と明確に示されておるわけでありまして、それが今度一点と計算されますので、現実十八円三十八銭の実価を必要とする。注射技術に對しては十一円五十銭ということになりますので六円八十八銭の損失があつた。そしてその七円四十二銭というものが再診料の方に回されておるのであるというふうに相なつておるのであります。

こういうふうな物と技術の分離が完全に行われておりません。そうしてしかも物に對する対価というものが正確に払われるような形には相なつておらないのであります。再診料が三點でございますので、乙地では三十四円五十銭と相なります。こういう物の中に追ひやつてあるということでございしますが、今までの再診料は二點でございまして、これと比較いたしてみますとわずかに十一円五十銭だけかゝつておるが、それだけ余計にただけの損失が相當に、六円八十八銭という損失が立ちますので、そういうふうな行為に對しては、多額な損失が立つたのではなからうか。また初診料というふうなものに對しても、そういうふうな不足分が、全部初診料の方に追ひやつたために十二點という大きな点数を見て、つまり前払いである。あるいは点数概算払いというふうなもの、このように説明されておりますが、私どもは、点数形式と申しますが、私どもは、点数形式と申しますが、物の對価はその行為ごとに正確に払われるというところが点数単位方式、計算方式の特徴でございまして、そういうものの混乱と申すことは、私どもとしては一応望ましくないのではないかと、かように考えておるわけでありまして、そうしてこの初診料に非常にとくさんの点数を迫りやつておるというところは、初診というものが頻度の少い一回にとどまりまして、頻度の多い一回に對して割合に高い点数をやつておる。頻度の多いものに對しては損失を与えるような、正當に払われ得る以下の損失を与える形であるというところは、

れておる、そいうことであります。これはどういう意味でございましょうか、つまり眼科の方で患者をごらんになった、見たという行為に対しては三点が払われますが、洗ったとか点眼したとか、いろいろな行為がそれに加

とが起るのであります。つまり処置料に關しましては、正しく評価せられると考へております。手術料に關しましては、やや高く評価せられております。これに關しまして初めて個人差というものがある程度そこに盛られておりますが、このプラス・アルファというものの見方が正しいかどうかということに關しましては、全然私は外科的の知識がございませんので、正確には申し上げかねますが、相當に不満があるのではないかと、かように考へております。

入院料も、相當にこれは今までよりは上つております。大体において入院をたくさんお扱いになる病院においては、入院料の増収が起るかも知れませんが、三つの段階が作られましたことに関しましては、なおその理由は、私

とでも十分な補償がつけられておられるの
あります。大体そのあととの問題に関し
ましては、総医療費のワクの問題は、
お示し下さいましたものは、ワクに対
してはあまり変化がないのであるとい
うふうにございました。が、先ほど申し
上げしたような理由で、あるいはその
ワクは圧縮を受けるかもしれないと、
私どもは考えております。

社会保険の赤字対策に関しまして
は、これは保険法の改正でございまし
て、この新点数表に対しては、赤字対
策の意味は何ら含んでおられないと政府

らははらわなければならぬ。そういうのが今までの状態であります。今度はお茶の場合には〇七点、調剤料が〇六点、こういうふうなことになります。というのと、さあわれわれのような頭の悪い者には、一体どれだけ頂戴したらいいのか、間違ひなく頂戴するということにも困難を来すわけであります。またその日その日を困難にするばかりでなく、これを一括して請求するならばというときにはじかなく、治療よりも、そろばんをはじかなければならぬ。私どもは遺憾ながら大卒におきまして医学は習いましたが、簿記は習っておらないのでありまして、この点も英邁なる諸公に十分御勘考をお願いしたいと思います。

ただ私は、こういうことだけを申し上げます。私が、この数学がわからぬと言っておったならば、かたわらにいいた中学一年生の子供がお父さん、そんなめんどうくさいこと考えなくてもいいじゃないか、手術料が上って、入院料が上ったというのなら、病院が儲かるねと言ふ、それだけのことである。三月のワケが褒らないで手術料を上げた、入院料を上げたと言ふ、どこからのもって来るところがないから、普通の病床を持ていない医者、そういうものは、これは苦しいにきまつてゐる。これは、中学一年生が私に教えたことだ。簡単な数学の方が私の単純なことだ。頭にはびんと来たのであります。しかば、今まで医師は食えない食

活態度であつたならば、医者は食つていけない、こういうことを身をもつて体験して來ました。しかしもう今年もまさに六十近くなりますと、その自転車にも思うように乗れず、今後のことを考えると、うたた感慨深いものがあります。

私の申し上げたことは、非常に難題でございます恐縮であります、以上であります。

○委員長(重盛壽治君)　ありがとうございしました。

次に、日本歯科医師会常務理事の竹
中先生にお願いいたします。

○参考人竹中恒夫君（医療担当者として）
いたしましての総括的な意見は、丸山並びに古畑参考人から申されましたことと、大体におきまして総括的な見解は同様でございますから、その点は、時間の制約もございますので省略いたしますが、同様の意見を日本歯科医師会ももっているということを一応御承知置き願いたいと存じます。

なお、御質問いただきましたこの順序に従つての説明は、午後東京都歯科医師会の宮沢専務理事から申し上げることと存じますので、私は、御質問の要綱の順序によらずして、意見の開陳をさせていただきます、かように存じますから、その点も御承知置きを願いたいと、かように存じます。

そこで、総合的な考えでございます。ところが、今回の新医療費体系の基本的な考え方、すなわち物と技術とをそれぞれ分けまして科学的に算定するのだという、このお考え方に對しましては、私ども日本歯科医師会といたしましては全幅的な賛意を表するものであります。しかるにその基本的な理念に沿わ

ないところの今回明示されましたる陳案そのものには、遺憾ながら絶対反対の意思表示をしなければならぬ、かように存するのでございます。

その理由といひましては、きわめてその盛り上げたものが非科学的なものであるということ、あるいはまた医療の特殊性を無視されておるものである。單なる單純勞働對価によるところの計算法によつてなされておる。聞くところによりまするといふと、ソビエトのノルマ制におきましても、その仕事の本質を考えられまして、ただ單なる時間測定以外に、仕事の本質を考へてノルマ制がきめられておるといふことを聞いておりますが、同様にわれわれの医療報酬金をおきめになる場合におきましても、その医療の本質をお考えの上の決定でなければ、われわれは賛

成ができないのでございます。あるいはまたワク内操作にいたしましたも、ワク内操作というものがすでに無理でございまして、正しい医療費の算定をする場合に於いて、あらかじめワクをきめてするということが、すなわち非科学的な面を暴露し、われわれ医療担当者の納得、得心がいかないことに相なるのであります。あるいはまた医療技術に對するところの主体性に欠けるところがございまして、主として物の対価ということを重点に考えられておって、医療報酬金の主体性が医療にあるということでないような、逆な考え方が結果的に現われておるということに對しましたも、私どもははなはだ遺憾に思ふものでございます。特に今回のこの原案作成に當りまして、結果から見ますというと、御当局にその意思があったかどうかは別といたしま

して、結果的に申しまするならば、官僚の独善的な考え方によって、しかも昨年の十二月の二十七日以後のわずかな期間の間に、時間的に非常に窮屈な間に、これをわれわれに審議をしろということで、どうでもこうでも、二日の中旬までに答申をしろというようなことを中央医療協議会の方にも言われておるわけでございまして、その意味から申しましても、全く独善的なものものを無理やりにのめというような結果になるといふことを私どもは非常に不満に存じておるのでございます。そこで先日も大臣にお会いいたしましたとき、十二分に関係方面とは相談したと思いますが、決してそういうのではないこと、決してそういうのではないことの立証をこの機会に申し述べておきたいと思うのでございます。

昨年の十二月二十六日に、実は日本歯科医師会といたしましては、四つの条件を付しまして意見書を当局に提出いたしました。同時にその意見書提出とともに、私が参りまして、口頭で嚴重に意見並びに抗議を申し込んだのでございますが、そのときのわれわれの申し分は、前年発表されました新医療費体系に対しますところの反対の理由が、そのまま解消されずに今回の原案において見られるということでありまするならば、遺憾ながら反対せざるを得ないのであるということが一つと、いま一つは「医療報酬金をきめるのに、医療担当者であり臨床家であるところのわれわれの意見を徴せずして、御当局にも歯科医師の方がおられますが、最近の開業の経験のない方々によって作られるということでありまするならば、十二分にわれわれの意向、民

意が反映しないのであるからして、事前にわれわれの意見を徴していただきたいということを出たのが十月の二十六日でございます。当局のそのときの御答弁は、今回の体系を作るに当っては、絶対に外部に漏らすわけにいかないのだ。従つて諸君の意見というものは医療協議会において出してもらいたい。というような御回答であられたわけです。その医療協議会が、先ほど申し上げましたように、十二分なる時間的な余裕がございまするならば、あえて私官僚独善と申しませんが、結果的に申しますという、非常な短時間であります、すでに昨年来正月も休みなしに八回開いておりますが、もう今月もあわずかでございます。して、あと二、三回しか開かれないというようなことで、しかも一回の医療協議会が三時間程度でありますならば、とうていこの医療革命というような大きな問題を審議するのは不可能である。こういうふうに考えられるような条件下において、これを決定するということが、はなはだ私は遺憾に思うのでございます。この十月二十六日の申し出に對しまして、一月たちまちして十一月の二十五日に、曾田医師局長、牛丸企画室長が初めて日本歯科医師会においでになりまして、中間発表をしていただきました。これも発表だけでございます、まだ全貌ではございませんので、初診料、注射料、往診料、入院料程度の御説明をいただいたのが十一月二十五日でございます。こゝて十二月十日に次官公邸におきまして、正式の第一次発表があり、二十日に企画室におきまして最後の発表があったというのがこれが経緯であるわけで

私どもが反対いたしましたしております總括的な理由は以上でございますが、少しく内容的に、反対理由をこまかく申し上げておきたいと思うのでございします。まず私実は中央社会保険医療協議会の歯科関係の唯一の委員をいたしておるわけでございしますが、従いましてこの委員会におきますところの私の質問なりあるいは反対の理由をそのままここで御披露申し上げることが一番正しいのじゃないかと思ひまするので、ごくかいつまんで申し上げます。いと存じますが、私が医療協議会で質問いたしましたうちの重要な点は、まず第一に、われわれの医療報酬金を科学的に算定するということ、新医療費体系におきまして、先ほども丸山参考人がおっしゃいましたように、医療報酬金というものは、点数と単価の相乗積ということは、これは社会保険におけるところの定め方である。しかるに単価というものは、昭和二十六年十二月八日以来、暫定単価として今日まで据え置きにされておるのであるが、他の諸物価から考えまして、果してこれが適正か不適正かということについて、当然点数の審議とともに並行的にこれを審議し、科学的なメスを入れなければ正しい医療報酬金というものを算定はできないのである。ただ現段階におけるところの保険財政の見地からいたしまして、必ずしも今直ちに単価を上げるという意味であるのでなくして、適正単価が幾らであるかということの算定だけは、この機会にする必要があるものであつて、その結果、単価が上つたといひますならば、それは国庫から投入その他の財的裏づけが

あるまでは、現行単価でわれわれは、しんぼうするのだ。しんぼうするということを医療担当者には理解し得る見込みがある。が、これを寄越せずして、あたかも適正単価のごとくにたな上げしておいて、点数だけを論じるということでは科学的な医療報酬金のあり方でないということが私の強い主張点であり反対の理由であつたわけでございます。

第二番に私が申しましたのは、先ほどもちょっと触れましたが、ワク内操作の問題でございます。医療報酬金というものは、物の対価関係を科学的に計算いたしまして、同時に別に医療技術の対価関係を科学的に計算してもらいまして、この合計されたものが医療報酬金である、こういうのが正しいのでございまして、この合計額が、ワク内で操作できる場合もあるかも知りませんが、ワク内で必ず操作しなければならんという前提でやるということとでございしますならば、決してこれは正しい考え方でない、私どもは、さように考えておるのでございます。ところが、現実の問題といたしましては、過去の各科目毎の実績を一〇〇%といたしまして、その実績から物の対価を控除されまして、残額が医療技術料だと、こういう逆算をなされて、その逆算した額を各点数項目に、単価でもって割られまして、点数を出して配置転換をしたにすぎないのである、こういうような点が、私どもといたしましては、はなはだ不満な点であるわけでございます。

なお私の質疑応答に対する当局の御答弁の中で、私が非常に驚きましたことは、医療費の絶対値ということとは考えられないという暴論を吐かれたこと

でございます。もちろん絶対値というものは、哲学的な意味から申しますと、いと、相当むずかしい解釈であろうと存じまするが、いわゆる常識的な絶対値をわれわれは求めるわけでありますが、医療費の絶対値というのは、この場合には考えておらないということでございます。新医療費体系というのが、正しい医療費の算定をするというのを前提としておるにもかかわらず、絶対値は考えられないという事柄は私どももいたしましては、まことに憤激せざるを得ないところのものであるわけでございます。もっともその理由が、財政的な理由からして絶対値は出せないというのでありますならば、先ほどの単価問題同様に、われわれは了承するのでありますが、そういうことの説明がなくて絶対値が考えられないということでありますならば、この原案というのは、全くほご紙同様のものであると、かように私は考えるのであります。

その次に、私どもが反対いたします最大の理由は、医療技術の難易差というものが少くとも歯科においては入っておりません。歯科は、技術をもつて、手技をもつて生命といたしておりますにかかわらず、この手技に對しますところの難易差が入っておらないということとを、はっきり御当局は言っておられるのであります。考えては見たが、資料がないから今回は取り入れておらないということでございます。むしろそうでございますならば、従来の点数表の方が、ある程度の難易差ということが入っておるのでございまして、われわれの生命でありますところの医療技術に對します難易差を考えら

れないという、この体系は、何と言いましても、われわれはのむわけには参らないのでございます。

それから、その次の問題は、先ほどノルマのときに触れましたが、時間測定によってのみこれがなされておるのである。各科のバランスを考へて、ただバランスを考えた上での時間測定のみによってなされておるのであります。しかもその時間測定に使用いたしますところの医療コストというものは、時間的な医療コストというものは、歯科におきましては三円八銭ということでございますが、これは臨時医療報酬審議会で御決定になりましたS方式をお使いになるときの一つのこれは目安でございますが、われわれ歯科医師の労働対価が一分間三円八銭ということでございます。これは靴磨きなりあるいはその他の方々の労働対価に比べ、散髪屋さんあるいはあんまさん等の労働対価に比べまして、これよりも安いところの一分間の労働対価をもって点数は算出されておるのでありますから、時間測定のこの不合理と、同時に時間測定するときの医療コストは、めっちゃくちゃなコストであるということとを、この機会に皆さん方に告白と申し上げますか訴えたい、かように考えるのでございます。

なお、出されましたところのこの点数表はフランスのみをもつて、この点数表が出されておる。もうすでに、この社労委員会において質疑がございますして御承知の通り、例をとりますならば初診料でございますが、たしか山下先生の御質問のときの御答弁かと存じますが、初診料が各科のバランスをこつて、各科の実績を下げないために

100

考えるということ、各科のバランスをとるために初診料が第一次的に二十二点でなければならぬ。この二十二点というものの初診料に対して、再診料が、初診料とのバランスから見て二点であった。ところが再診料を二点にするためには、財源をどこからかもってこなければならぬので、二十二点の初診料を十七点に下げて再診料を三点にした。こういう意味の御説明を当局はされておられたように私は記憶しております。初診料二十二点、再診料が二点でありますから、十一対一でございますから、再診料が三点になれば、初診料は三十三点にならなければならぬ。それがバランスの上から、最初二十二対二というものをきめておきながら、今度は財源の面から、そのバランスを破られまして、初診料を十七点に下げられた、しかもこの十七点では夜間等の時間外の増点の財源がないからということで、その十七点からまた一点引きまして十六点にされた。十六対三の初診料と再診料との関係に置いておられたのでございますが、注射時のアルコール代あるいは脱脂綿というような注射時に、皮下注射、筋肉注射一点、静注二点という財源を求めるために、三たびこの十六点からまた四点を財源の方に振り向けられて十二点の初診料にしたのだということ、速記録によつて私知っておるのであります。今申し上げましたように初診料十二点も、それから再診料三点も、いろいろの医療技術ということを勘案したのではなくして、ただひたすらバランスのみを考えて出されたというのでございまして、私どもといたしましては、はなはだこうした点が不満

であり、同時に歯科におきまるところの初診のコストということから考えますならば、七、八点も上回っておるところの十二点であるわけです。その説明を求めましたところが、これまた丸山参考人のおっしゃったように、初診料を高くもつていったということ、は技術料の先払いという考え方がこの中に入っているものであり、潜在技術料というものを初診料に持つていったのだ。こういう御答弁であるわけです。注射料の注射技術料そのものを注射技術料として払うのが新医療費体系の考え方であるにかかわらず、注射技術料としては、一点ないし二点の資材費だけを注射料として表示いたしました。その注射技術料というものを潜在技術料と称して初診料の中に組み込んでいく、このようなことであるわけです。特に、私どもの最も遺憾に存じますことは、この初診料の中には、歯科におきましては、注射、投薬、処置、手術と同時に、補綴——義歯等でございますが、補綴の技術料が八%の初診料の中に持つていかれてあるわけです。ところが実際にございまして、取り扱い件数から考えますならば、補綴がある頻度というものは〇・一%といたうことが出ておるわけなんです。それで件数から申しますと、金額は別でございまして、患者の頻度から申しますと、ごくわずかでございまして、結局百人來まして一人義歯が、補綴があるやないやわからぬというような、その補綴の潜在技術料と称して八%とて初診料に持つていくということは、千人に一人の人はいいのです、あとの九百九十九人は補綴をしてもらわないのに、補綴料の八%を潜在技術料あ

るいは先払い料としてとられるわけです。しかもそのとられる初診料というものは、今回の改正法律案では、どうやら一部負担として高額なものとされるということでございます。そういういたしますと、被保険者は、歯科に關します限りは入れ歯を入れないにかかわらず、歯科医に行けば入れ歯の技術料を八%以上のものを先払いしなきゃならぬというやうな、きわめて矛盾があり、被保険者が聞けば、承知し得ないやうな状態であるのでございます。そういうやうな事情が、ただ単にバランスの上から考へて点数をおきめになったということで、そういう結果が出て参るのでござい

ます。なお私が先回の協議会で質問いたしましたことは、そのバランスの上からできた点数であるといつたしまして、その点数をおきめになったところの基本的な資料と、決定になった経過的な資料とを明示願いたいというところをお願い申し上げたのでございまして、その基本的な資料並びに経過的なものに対する資料の提示がまだに私ども協議会には出されておりました。ただ物の対価を計算なさつたいろいろな資料はございまして、外国との、こういうわけで歯科の点数はこうなったのだという基礎資料なり、決定になった経過資料というものは、われわれの得心がいくやうな資料は出されておらないのでございまして、すなわち(一)と(二)というところのS方程式によりまして、その資料が、いまだに出されておられません。これは出されないのがほんとうだろうと思う。バ

ランスのみによつて御決定になったのでございまして、そういう方程式、公式に当てはめたところの資料は、ないのがほんとうだろうと思ふのです。そのためにいまだに出されておらないのでございまして。なお私どもは、同時に関係法規の改正との関連が非常に深いのであるからして、この新医療費体系の原案審議は、関係法規の審議が国会においてなされて決定後でなければ正しい点数表は審議できない。一部負担等の関係もございまして、できないのであるといふことを強く申し入れたのでござい

ますが、私が先か鴨が先かといふところの議論になるからして、もとより国会の御審議が近くあることであるから、それをにらみ合せながらやつてもらいたいといふことでございまして、最近には社会保険制度審議会有いは社会保険審議会等で大政府原案の全貌がわかつて参りましたが、自民党方面におきまして最後の原案がきょう新聞に出たやうなことでございまして、いまだに十二分にわからないこととてございまして、この審議をいたしますのに正鵠を失ふといふことで、強く私どもは中央医療協議会の審議を一時休憩してもらいたいといふことを申し上げた。これは一つにかつて正しい点数表を作成したいという熱意によつて私どもはさように申ししたのでございまして。なお私が当局に質問いたしましたことは、この新医療費体系を実施することによつて国民にどういふ影響があるかといふことを質問したのでございまして、御当局は別に国民には何らの影響はない、すなわち悪影響もあるいはよい影響もないといふ

ような意味でございまして、影響はないといふことでございまして。しかし私ども医療担当者からいたしますならば、国民にプラスするところもございせんが、マイナスの面がきわめて多大であると思ふのでござい

ます。すなわち医療内容が低下するか、あるいは医療行為の非常に頻度の偏重を来たすとか、またわれわれ医療担当者が診療意欲の減退を来たす、あるいは医学の進歩を阻害するといふやうな、いろいろの他悪影響があるものでございまして。特に私はこの機会に申し上げておきたいことは、歯科医療におきまして、先ほどの丸山先生なり古畑先生のお話のやうに出血がある面が点数表にあるわけでございまして、それが歯科の補綴にあるわけでございまして、義歯で一歯増しますごとに三点を出すといふことでございまして、これを歯科技工士に出しますと、一歯増すごとに四

点、すなわち五十円の技工料をとられるのでございまして。こうしたことは各所に私はまだあると思ふのであります。その一例でございまして、仕事をすれば、医療をすれば損をするのだといふことでございまして、ならば、診療意欲というものは非常に阻害されるわけでございまして。もとより私どもも慈善事業をしておるわけではござい

ませんので、あくまでも自己の生活を保ち得る範囲内におきまるところのものでなければ、医療報酬金としてはわれわれは受け取れないのでござい

ますが、そうした点が散見するといふことがこの中に多数あることをはなはだ遺憾に思ふのでございまして。なお最後に特に歯科の立場からお願

い申し上げておきたいこととでございますが、歯科医療を医療分業の關係でございまして、これが可分であるか不可分であるかというこの議論も医療協議会でいたしました、今日はそういうことを申し上げるのではなくて、歯科におきましては薬料というものは取扱ひ件数では〇・一％である。金額にいたしましては〇・一％である。金額にいたしましては〇・一％である。金額にいたしましては〇・一％である。

〇委員長(重盛壽治君) では次に日本薬剤師協会事務理事谷岡さんをお願いいたします。

〇参考人(谷岡忠二君) 日本薬剤師会の谷岡でございます。

まず冒頭にお断わりをいたしておきたいと思ひますのは、本日御出席になつておられます参考人の方、諸先生、みなわれわれと同一の医療担当者であります。しかしながら、この薬剤という立場からこの新医療費体系の問題を考へます際に、必ずしも御意見が一致しないところもあると聞き苦しいところがあるかもしれませんが、それはどうかお許しを願つておきたいと思ひます。

總括的に考へまして、今回の新医療費体系を作成するに當りまして、政府では一つの根本の理念を立てて、その理念、方向に従つてこれをお作りになった。その根本の方針の中で一番大きなものは、物の対価と技術に対する報酬をはきり分ける。第二には一定の時点における同一要素である場合に総医療費は増加しない。この二つのことは一番大きな基本の御方針であつたと思はれるのであります。この御方針については竹中参考人からも述べられましたように、絶対にこれを肯定するものであつて賛意を表します。ただ

なほいろいろ申し上げたいことがございまして、時間も来たそうでございますので一応以上をもって私の陳述を終わりますが、結論的に申し上げますと、歯科医療報酬金の大革命を今行われるにつきましては、歯科医師の理解と納得と得心がいふことによつて協力しなければ決してこれはうまくいかない。この大革命が流血革命に終るようなことは、国家といたしま

各立場にある人が、それではこの根本の方針が果してはつきりと適正に行われておるかどうだかということについては、おのおの立場から觀察いたしまして必ずしも適正でないという御批判もあることと思ひます。しかしながらこの基本の御方針というものを頭に置いて今回の新医療費体系を見ます場合に、現在の行われております医療費の体系とこれを比べて、そうしてどちらが一步でも半歩でも合理化されておるかということをお問ひするならば、私どもの立場といたしましてはとにかく現在の体系よりも一步でも半歩でも進歩しておる、こう言わざるを得ないと思ひます。ここにあらは第三案、現在の体系と政府が今回お出しになっておられます新医療費体系、またあるいはほかから出る第三案とが、この三つを比べてどれが一番合理化されておるかということになります。それは問題が違つてくるのであります。それは、少くとも現在の体系と新しい体系とを比べてどちらが合理化されておるか、これが方向として私どもは立場として見るに、これはたゞい一步でも半歩でも合理化されておるのじゃないかと、こういうふうな感じがいたすのであります。それではわれわれのタッチしております薬料法、これはこの原案で満足か、決してさうではございません。私どもはこれを修正していただきたい点が二、三あるものであります。

まず第一に、この原案でわれわれが修正をさせていただきたいと思ひますことは、調剤の技術料、薬品の原価の計算法において、医師の方が調剤された場合と、薬局で薬剤師が調剤した場合に、その薬料が異なるという点であります。医師の方の調剤は点数表示になつておりますし、薬剤師の方の調剤は金額表示になつております。しかもその表示の方法でなくして、計算の根拠が医師の方は六十円までは四段階刻み、すなわち十五円ごとに平均値をとつて平均値に〇・六点を加える。薬剤師は薬品の原価に七円を加える。これは散剤、水剤であります。この代表的な散剤、水剤を初めといたしまして、他の剤型においても皆かような差があるのであります。試みに従来保険で扱ひました処方せんをこれに当てはめてこれを計算いたしました。その差ははなはだしいものは倍額以上あるものであります。昨年本院でも諸先生方の御苦勞を煩わしておき願ひました、あの四月一日から行われる医療分業関係法案におきまして、患者はそのみずから好むところによつて医師からでも薬剤師からでも調剤を求め、すなわち患者の自由によつてどちらでも選べ、こういう法律になつております。にもかかわらず、医師の方で調剤してもらつたときと薬局で調剤してもらつたときとは値段が違ふ、あちがが高いとかこちらが安いとか、これはこの法律をおきめ願つたものの御意思とは相反する結果を來たすものではないかと私は思ふのであります。こういう点におきまして先ほど丸山先生からお話がございましたように、十五円刻みというふうな大ざっぱなことではなくして、この刻みを小さくして、そして実際の原価計算を誤差を少くするといふようなことによりまして、医師も、それから薬局で薬剤師が調剤しましたときにもその薬料が同

一になるということとなければ、患者の自由によつてどちらからでも調剤してもらへないという法の精神は私は全うされないのじゃないか、かように考へるのであります。

第二の私どもが修正をさせていただきたい点は、処方せん料の問題であります。従来政府は国会でも過去においてしばしば処方せん料というものは調剤料に含まれるべきものだ、もしその料金を払うのが当然だ、こういうふうな考へで御答弁をなさつておつたように私どもは速記録を拜見をいたしております。ところが今回のこの原案によりまして、患者が薬局で調剤してもらつたときだけ処方せん料が一点つくといふことになつております。この点について私がせんだつての中央社会医療協議会で厚生省の方に質問をいたしましたところ、これは文書料である、こういうふうな簡単に答へておつたのであります。文書料であるとするならば、医師の診察を受けてその医師の方から調剤してもらつた患者といふことも、除外例以外は一応処方せんを医師は交付し、患者はもうべきが法の建前であると思ひます。その文書料を出すのが妥当だとするならば、薬局で調剤したときだけ処方せん料一点をつけるというところは、私はこれはおもしろくない結果を來たすものではないかと思ひます。患者の自由意思によつて医療分業が行われるということが法の期待であります。しかるに薬局へ行つて調剤してもらつたとき薬の計算法は違ひ、処方せん料は一点とられる、こういう患者の直接ふところに関与するところのこの新医療

費体系でおきめ願うということ、いわゆる患者の任意意思による医療分業を阻害する一つの要素になりはしないか、こういうことが考えられるのであります。これらの点について修正をさせていただきたいように私どもは強く要望をする次第であります。

第三の点は調剤料が薬剤師の場合七円、医師の場合が〇・六円、この値段が果して妥当であるかどうかという問題であります。医師の方々は医師の方々の考えがございましょうが、私薬剤師として調剤をいたす場合に、七円が妥当であるかどうか、これはもう申すまでもなくこまかく計算をすれば七円は安きに失する、こういうことを申し上げたいのであります。

しかしながらこの医療費体系がすべてバランスでできておる。バランスの關係上あるいは社会保険の経済上、お前たちはこれだまんとしるというお話をあるならば私も薬剤師は七円がまんをいたします。しかしそのバランスを交えるという機会があるとすると、おおよそ薬料に關する点で私が申し上げたいことは以上の点であります。

總合して申しまして、これらの修正をしていただきたい点はあるのであります。が、願わくはここのりつばな新医療費体系編成の御方針を堅持されたという厚生省は、これらの不合理な点を一つ正され、そうしてりつばな新医療費体系をお作りになって、四月一日から実施されることを私は熱望してやまない次第でございます。

以上簡単にございしますが、私どもの關係しております範囲が狭いもので

ございましてから私はこの程度にとどめて他は他の参考人から申し上げることと思ひます。

○委員長(重盛壽治君) ありがとうございます。

それでは次に日本病院協会副会長の神崎三益さんにお願ひします。

○参考人(神崎三益君) 病院協会の神崎でございます。参考人として意見を申し述べる機会をお与えいただきまして、このことを冒頭お礼を申し上げます。

日本病院協会といたしましては、すでに数次にわたって新医療費体系の精神には賛成であるという声明を出してあります。昨日新医療費体系の問題を中心にして全国都道府県病院協会長並びに理事者の合同会議がございました席上、はなはだ遺憾な声明がなされたのであります。それは趣旨は大体日本医師会、歯科医師会等の趣旨と同様で、最後にかような声明をもって結んでおります。「よって吾々は本点案の強行を絶対に阻止する決意を表明すると共に、総医療費の増減等に促れることな

く慎重協議の上、真の新医療費体系に基く点案を樹立すべきものと信ずる。」こういうふうなわけで一応今回お示しの案には絶対反対である。ただし合理的な真の新医療費体系というものはぜひひみんで協議して作りたい、こういうことなんでございまして。

とて本案に反対するというのはございせんが、そういう資料が集まつておるといふことをこの機会に申し上げておきます。

で、大体、共通する部分におきましては、日本医師会の代表者として御両者が申されたので、私は病院の立場から、何がゆえに今回の点案案に反対するかというところを若干申し上げてみたいと思ひます。それは一番われわれの立場で大切な入院料の問題でござい

ますが、これが御承知のように、一般の病気に比べて結核は二点、東京で申しますとこれは二十五円、それから精神病になりますとまたもう二点下りまして、要するに一般に比べて結核という病名がついた病気が入院料が二十五円安いのだと、それから精神病になりますと、五十円安いのだと、こういうことなんでございまして、これはどう考えても納得いかない。これはたびたびこの点はわれわれの方から説明しておるのでございまして、結核といひましても療法が変りまして、御承知のように手術が非常にたくさん行われるようになりまして、これは一般

の盲腸の手術とかそういうものよりも一そう手のかかる手術なのでございまして、こういう患者がたくさん入ってき

ておるといふこと。それから結核は伝染病でございまして、従業員にはそれぞれ危険手当を与えなければならぬ。こういう点から一般の看護よりも看護の人員費、あるいはその他の従業員もさうございしますが、人員費がふえる。それから物件の消毒をしなればならない。こういうふうな問題で、これが一般よりも下げられておるといふところにわれわれの納得できない点

があります。精神病もまたさうでございまして、昔のように長くただ監禁しておくといいことでなくていろいろ新しい療法が取り入れられてきて、精神病のおおる期間も非常に短くなつて、それだけに大へん手がかかるというふうなことで、その上にふとんは破れるとか畳をこわされるとかいうようなものが、これがかなり負担になるわけでございまして。以上さうなことで、いささしく入院治療の実態をお考

えたいので、そして、適正な格差のついた入院料をきめていただきたいと、かようなことが今回の点案案に対する病院協会としての大きな不満の一つでございまして。

次に昭和二十七年に医療経済精密調査というところをこまかにございまして原価計算ができております。今回の厚生大臣の医療協議会に対する冒頭のあいさつにもそれらのものを参考にして点案表を作つたのだと、こういうことを言つておいでになるのでござい

ますが、先ほど来、注射の問題とかその他について必ずしもそれがその通りになつていないといふことでございまして、私が、私も多数の従業員を持つておるものからいまして、これはまあ個人の先生でも同じでござい

ますが、それらの従業員、医師以下の従業員の人員費のスライドがなされてない。そういうものを元にやっておられ

これは二四%しかベース・アップされておられません。この二四%という、今私が上げました三者のうち一番低いといふことについては、いささし申し上げたいのでござい

ますが、それはともかくといひまして、その二四%のベース・アップも今回の原価計算の上で補正されてない。衛生材料、燃料費等々経費に属するもの、あるものは下つておりますが、おおむねは三%から二二%の程度で上つております。

それはわずかなことだからがまんせよとおっしゃれば別でござい

ますが、主要なる要素である人員費においての補正がなされていないといふことは、これははなはだ不満なのでございまして、今回補正点案をおきめになるにつ

きましては、一、その人員費をわれわれは最低公務員にみにベース・アップして、その補正の上にいるいろいろな報酬をおきめいただきたい、その上で技術料のバランスをとっていただきたい、こういうことなのでござい

というものは、おこがましい言い方でありますが、われわれは世界一流の水準に達していると思う。それをしかも保険が完全に給付するために、非常に豊かな質のいいものを日本の国民は受けておるのでございます。しかもたまたば厚生省が言われますように材料が非常にたくさんかかっている。こういうことをおっしゃいますと、一体そのしわ寄せはどこへくるか、これはもうわれわれ医療従事員の上にしわ寄せがくる。たとえ話で失礼なんでしょうが、アメリカ人は、国民二人に一台の自動車を持つておる、日本人は二人で一台の自動車、これがちょうど国民の實力に相当しておる現象でございまして。ところが医療においてはベッカー、シボレー、こういう医療を受けておる。これで三・五という世界の一流の水準でとどまっておるということ

は、要するにしわ寄せがみんな医療従事員の上に来ておるこの現れであります。従つてわれわれも公務員なみに三年間に五五%も上げてやりたいのであります。低く単価という縁の下にくぐらなければならぬので、十分頭を上げて歩けない、これがこの給与ベイスカーブの上に現れておる。

なおその病院の状態、これがそれでは理想の線に達しておるか申しますと、残念ながら医療法の示す線にも達しないという病院の数が多いのでございまして。そうしてしかも実態は赤字経営をしておる。大体二十七年の調査でもそうでございますが、最近の新潟県立病院十七の原価計算でも約四%の赤字。これはちょうど減価償却費に当るので、このままで推移していきますと、日本の病院は自滅いたします。

また医療従事員は国家公務員よりも三割以上低いベイスでしんぼるをさせられておる。これが続くようでは中々働いて人間の自滅が起きます。どうぞさような点を諸公においてお考えいただきまして、われわれの申すことの当であるか不当であるかということの御判断をいただきたいと思います。

○委員長(重盛壽治君) どうも御苦労様でございました。次に大阪府医師会理事、桑原康則さんをお願いいたします。

○参考人(桑原康則君) 桑原でございます。ただいま神崎参考人は病院の立場から、病院の数字でいろいろな御説明がございましたが、私はまあ日本の医療施設の約七割を占めると言われるいわゆる入院施設を持たない開業医の数字を基礎にして意見を述べさせていただきます。

今度の厚生省が発表しました新しい点数の不合理な点は、突けば数限りもなくございまして、ただ私一点だけ申し上げたいと思つて、今度の新しい点数は医療費のワツをきめてしまつて、その中にこれからの医療を一切押し込んでいくという、しかもこのワツが非常に小さくきめられておる。こういう点について御説明したいと思つてございまして、昔軍隊ではちょうど靴を兵隊に与えて、合わないと言つたらこの靴に足を合せよ、こういうことを言つておりました。それと同じようなことを言つておる。しかも軍隊では足よりも小さい靴はくれないで、合つたのです。ところが今度厚生省は合つた合つた小さい靴を放り出して、これを合つてと言つておるのが今度の新点数だと私は考へております。今まででもす

に私たちがはかされておつた靴は小さかつたのであります。大体昭和二十六年に医療費がきまりましたときから今日まで物価もいろいろ変動してありますが、中には下つたものもございまして、人件費なんか相当上つてきておる、そういうものが昔のまま踏襲されてきておる。ところがこの間医療というものはどんどん成長してきておりますので、靴もますます合わなくなつて今は豆だらけになつておる、にもかかわらず今度はその靴よりも一つ小さい寸法の靴を放り出してきておる、こういうことでございまして。なぜこんな小さな靴をはけといふのかという点で、いろいろ厚生省の資料を調べてみましたが、一番肝心なことは、患者一人当りの治療費は非常な低く見積られておる。今度の医療費は一人当り約五百二、三十円に見積られておるのですね、これを従来と比べますと、もちろんこの一人当りの医療費といふものは月によつて非常に相違ありますが、どこと比較するかというところは標準の取り方でいろいろ違ひますが、その前後の月、あるいはその前年度の当月、こういうものと比べてみますと大体今までは一割余り低い医療費を一人当りに見積つておる。そういう一人当りの低い医療費で総ワツがきめられておる、ここに矛盾があるのじゃないか。じゃ、なぜそんな低い医療費が数字的に出て来たか。これまたいろいろ調べますと原因がいろいろ見えてきました。一番おかしいのは、今まで健康保険の医療費をきめますのは、特に政府のやつている健康保険の財政状態

とにらみ合せてばやられて来たわけでございます。ところが今度新しい点数の一人当り医療費を出すには、政府の保険とかこういう一般の健康保険でなくて、国民健康保険医療費といふものを突つ込みで出して来ているということでありまして。御承知のように国民健康保険といふのは非常に貧乏でございます。一般の健康保険よりも内容が非常に悪うございまして。そして患者の自腹をきらねばならぬ部分が多いので、日数も少し、結局一人当りの医療費といふのは健康保険に比べてはるかに低いわけでありまして、今まではこの高い健康保険の医療費で一人当りの医療費といふものが基準になつておつたのに、今度は低いところの国民健康保険の医療費を合せてそれを平均した。従つて新点数における一人当りの医療費が非常に低くなつておるのでございます。これは統計学的にいってこんななむちな取り方はないといふことを言われておりますが、とにかく私たちが発見したことは、たしかに今まで一反のきれで着物ができておつたはずだ、今度もこの一反で作れと厚生省が投げつけておつたので作つてみるとうも寸法に合わない、しかし一反はあつたら私たちの着物に合うのは鯨尺ではかた一反で、厚生省の投げつけておつたのはかね尺ではかた一反だったので、こういうことになつておるのでございまして。結局そうなりますと寸法がどうしても足りない、この一反というワツの中で着物を作れと言つたつて袖丈だけを合せようとすると身丈が合わない、身丈を合せようとすれば身幅が狭くなる、こういうことでつじつまが

合いつかない。従つて内容のあそこがいかにかこが悪いといふことは今は論外のさだ。とにかく反物の寸法を身に合うような寸法にしてもらわなければならぬ、足に合うような靴をもらわなければならぬといふことで、見詰つておる国民健康保険といふもののワツを広げてもらわなければ今度の新点数はいただけませんといふのが、大阪における医師会の態度であります。

なおもう一つつけ加えたいことは、厚生省がお送りになりましたこの文章の第五項にもありますように、今度の点数を実施してもいわゆる注射の回数とか投薬の回数、手術の回数、こういう回数が変らなければ総医療費も変らないし、医師の所得にも変りがないはずだといふことを言つておられます。ところがその後段にいきますと、今度の点数を実施すると注射の回数とか投薬の回数は減つて来るだろうといふことを書いておる。回数が減らなければ所得には変化ないと言ひながら、事実これを実施して回数を減らすのが目的だ、こういう自己撞着をやつておるのであります。

第二には、それではこの新点数を実施いたしましたならば、どういふ結果が出るかといふことでございまして、先ほど申し上げましたように、全般的に見ますと、高いところの健康保険と安い国民健康保険とを合せて二で割つたようなやり方をしておられますので、実施しますと健康保険の方はマイナスになります。しかし国民健康保険の方は医療費が上つてくるわけでございます。これは厚生省の資料にもはっきりそのように出ております。都市におけるように国民健康保険のほとんどない所ではす

べてが減収になる。しかし国民保険のある農村では増収になるといふ成績があるいは出るんじゃないかと思ひます。しかし国民保険の方は増収になると言ひましたもこれは数字の上だけでありまして、現在でも国民保険は金がありまのでこれ以上支出を増加するといふことはできない。そのためにもしそういうことになりましたら、ますます国民保険は医療内容を制限してくるだろうと思ひますので、どちらに向いても医師にとって今非常な減収になるだろうと思ひます。

個人のことを申し上げておそれ入りますが、私は耳鼻科の小さなところをやっておりますが、私自身の十二月の請求点数三百三十四枚でございますが、これに当てはめてみますと一九・二%の収入減になります。私の請求は全国の平均よりも一人当りの金額が低いのでございまして、基金の審査委員会でも私の請求は無審査で通してまいといふくらいに、まあ悪く言えばあるいは差額診療になっておるのかもしれないが、そういう状況で私の請求書がそういう結果になります。それはどういふことかと言ひますと、一カ月に十萬円の収入があったとしますと、このうちから二萬円が新点数が実施されればなくなるということですが、これは収入十萬円のうち三萬円がもし私の所得だとすれば、減る二萬円はこの所得の三萬円の中から引きさかれる。必要経費は変りないわけでございますから、所得の中からこの二萬円が減るわけ、今まで三萬円であった私の所得が一萬円になるということになるのでございします。おそれくこういふことをやられましたならば、私自身はこの新

点数が実施された月からは医療を閉鎖するが、あるいは閉鎖しなければ悪いことをしなければ経営が立つていかなといふところに追ひ込まれます。

大阪府が二十九年に調査いたしました開業医の実態調査、これは経済学者が集計していただいたものでございしますが、これも近日発表されると思ひますが、その成績によりますと、大阪府下の開業医の七一%は経営がとんとん、どうなりどうなりやっておるか赤字といふもの、これが七一%にも及んでおります。おそれくこの七一%の開業医といふものは新点数の実施によつて崩壊してしまふ、生き延びようと思ひれば悪いことをしなければならぬ。もし開業医といふものがそういう状態に追ひ込まれたならば一体どういふことになるか。これは私たちが医師の現役として働いておる間にこういうことを実施しては絶対にいけない。どんなことがあつてもこれは阻止しよう。そしてこういうことを強制されるくらいなら、そして悪いことをしなければ生きていけないような、経営ができなような状態に陥れるなら保険医をやめるより仕方がないじゃないかといふのが、実は私たちの偽らざる気分なんです。

以上私の意見を述べさせていただきます、ありがとうございます。

○委員(重盛壽治君) それではただいままでの参考人の方々の御意見に對しまして質疑をいたします。

○谷口三郎君 私から一、二質問をしたいと思います。ただいま各参考人からいろいろ質問事項についてお話を聞きますと、今度出されました新医療体系といふのを、もしこれを行つ

たら現在非常な問題になってくる、あるいは医療の向上を企圖してこしらえたものが全然医療の内容は向上どころか低下する、あるいは医療関係者までやめてしまふやなやなめといふようなお話を聞きましたのでございします。この医療費体系の調査をいたしました場合に、質問事項には出ておりませんが、調査をいたします場合に、厚生省からあるいは医師会のごそのの部

分に対して、こういうことを調査するから協力してくれとかいふようなことがこれまでありましたでしょうか、全然なかったでございしますか。その点をどなたからでも御説明をお願いします。

○参考人(丸山直友君) 今度の新点数表の作成そのものにつきましては特別な御相談にあつておりません。その資料となつた経済調査あるいは頻度の調査、あるいは一部分の資料に關しましては、たしか御協力申し上げたことがあるように思ひます。

○谷口三郎君 第二にお聞きしておきたいと思ひますことは、新医療費体系なるものが出来たら、もちろん中央社会保険医療協議会に諮問すること、これはもうきまつた事実でございしますが、その前に各団体の方面に對しまして、こういう新医療費体系を出したいとか、あるいは出す予定であるとかいふような、内容について内相談が何があつたことがございしたのでしょうか、あるいは全然そういうことはなかつたでございしますか。

○参考人(丸山直友君) 内示をしていただきたい、でございますことを聞いておりましたので、内示をしていただきたいといふことの申し入れは、日

は覚えておりませんがいたしてあります。医療協議会に出されます前に二回でございしたか内示を得ております。そのときには作成の順序であるとか、あるいは点数表の内容であるとかいふものを示しを願ひまして、それに関する向う様の御意見、どういふわけであらうものをきめたかといふことを主に御説明を願つたといふことが、二回でございしたか三回でございしたかあります。こちらのしからばそれに対してどういふふうにしていただきたいとか、あるいはこれはよろしくないとか、あるいはこの点は太へんけつこうだとかいふような意見を申し述べたようなことは一度もございせん。

○谷口三郎君 もう一つお願いいたしますが、ただいまいろいろ御陳述を聞いたのでは、現在のような新医療費体系ではどういふこれは実施が困難であるといふようにもなりました。かりに今後現在のやつはとてい

だめであるから、新たに新医療費体系とでも申しますか、そういうものを作るといふことになれば、もちろん担当の方々と厚生省が同様の程度でいろいろと調査を始めなければならぬと思ひます。調査をしますが、そういう場合に実際に皆様方のお話のような、あるいはお考えのような医療費体系を作るのには、むしろこれには経済方面も勘案いたさねばなりませんが、大体どのくらいの期間があつたらそういうようなふうの体系ができるというふうな、これはむしろすぐどこでただけといふことのお示しはなかなかできないと思ひますけれども、ほんのお考えの程度でけっこうでございしますが、そ

う場合を一つ予想してお答えを願ひたいと思ひます。

○参考人(丸山直友君) 実はこの医療分業に關します法律は、たしか昭和二十六年で三年間の猶予期間を持つてきておつたと思ひます。その後さらにその当時でございました新医療費体系が非常に不完全、不備なものであるといふふうに国会でも問題となさいまして、さらに一年三カ月の延期が行われたといふことでございします。千三百万以上の費用をお使いになりまして、多数の優秀な方々がお作りになりまして、しかも結果をいたしまして、どういふものが今日現われた。こういう状況から考えますと、私どもは医療分業が行われます以上は、正しい医療の内容に關する正しい方式が与えられれば、新点数表のできますことは希望してあります。しかしこれを作り出すには、先ほどつまらなかつたので申し上げましたように、オートンに、まわりをへいで立てまわさんで、へいの中で大工さんと左官屋さんがけんかするやうなことをなさらないで広く知識を集める。そのためには私ども一応、今谷口先生は同格とおつしやいました

が、何も同格を主張しておるわけではございせんが、私どもの意見も聞いていただきたい。あるいは学会といふものもわれわれの傘下にございします。で、学者の意見も聞いていただきたい。さらにまたこういう医療費のワタといふことを無視するわけにも参りませんので、経済学者、あるいはこれによつて医療を受ける方面の方、そういう各方面の方々の知識を集めたい。まして、非常にりっぱな新医療費体系がで

これは一体いつごろできるか。これは実は私としては見通しつきませんが、今までの厚生省のおやりになりました日数とにみ合せまして、そう簡単にはできないのではないかと考えておりますが、衆知を集めたら、また案外早くできるということもございましょうし、半面衆知を集めるために議がまとまらぬということもまた考えられましょ。どういふふうになりましか、これはやってみなければほんとうの見通しは立たぬということでございます。

○高野一夫君 丸山さんに伺いたいのですが、新医療費体系というのは、お互い十分承知しているつもりなんです。が、これは厚生省の考え方でなくしてあなたも十分御承知の通りに、当時昭和二十五年から六年にかけての厚生省の臨時診療報酬調査会で答申をしたそのものが新医療費体系だと思っております。そのときに、日本医師会の各代表員がござってこの新医療費体系の作成に参画されて、全部賛意を表せられた。従って今日私は、新医療費体系の個々の問題についてはいろいろ修正したい希望もあるだろうけれども、先ほど神崎さんから新医療費体系そのものには反対でないというお考えを聞きまして、新医療費体系の考え方については現在あなた方は反対をなさるものではないと思うのでありますが、その点が一点と、それからただいま谷口さんからお話がありました。もうひとつまた各五名の医師会関係のお話を伺っておりますという、結局基本において厚生省側の調査不十分というふうなことが言われているように思いますが、ところでこの二十六年に医療分業関係の三

法律が改正になったそのときに前後してできた新医療費体系、この調査、算定に厚生省がからうとして、それにはどうしてもあなたの方の協力を得て、ほんとうに医療経済の調査をしなればできないと、こういうことで協力を要請したはずで、ところが当時日本医師会は、代表が厚生省においてになって、これは医療分業実施の準備だから協力することはできないと、これはその当時は、全国の衛生部長がやむを得ず、国立、官立の病院についての調査しかできなかった、こういう事実が厳として存在しておいたわけなんです。そこでその後も厚生省がいろいろ調査をする、私は厚生省の弁護をするわけじゃないけれども、その事実を承知しておりますから伺いたいわけであつてはいかぬと思うから伺いたいのであります。さういふふうな調査をしようと思つても、関係団体が、特に三志会の団体が協力をしてくれなければ、ほんとうの調査はむずかしいかろうと思つて、さうして今後また新たな体系を作るとか何とかいうお話、これは単なる御意見でありまして、いずれにしても、今度の問題を検討するにしろ、その根本の調査不十分とか何とかいうことの前に、やはりさらにこの三志会関係の方々が、心から厚生省のさういふ調査に協力していただかなければならぬという新体系に対する義務を感じになつていなければならぬはずだと私は思ふ。これはその三志会が中心になりまして、そのほかの関係医が中心になつて調査会で打

ち立てた新体系、そこであなたの方の代表者は全部賛意を表している。むしろ中核になつてこの作成にお当りになつた。従つて新体系に沿うようなほんとうのいい点数なり、そのばんをはじくというなら、その調査についてはさう拒否しないで、率先して協力していただきたい。これは実は私は残念に思ふ。さういふ点についてのあなたのお考えを——あなたは当時は役員でなかったかもしれないが、現在引き継いでそのあとをお受けになつておるわけでありますから、十分御理解があると思ひますので、以上の二点について御意見を聞かしていただきたい。

○参考人(丸山直友君) 新しい医療費体系を作るといふ考えであるかどうか、さういふ御質問のようでござい。先ほど申し上げましたように、りっぱな新医療費体系というものができまことを、りっぱなビルディングができることに關しましては御協力を申し上げたいといふことを先ほどから数回申し上げておりますので、御了解願ひたいと思ひます。

○委員長(重盛壽治君) それぞれのお立場に立たれておる方の良識を信頼して私は発言をさせておる次第でありますから、どうぞ御了解を願ひます。

○高野一夫君 ただいまのさういふ御発言をされると、釈明しておかなければなりません。私は一方においては会長ではあるけれども、私はここまでは一人の委員として聞いています。従つて先ほど来、各参考人からいろいろな御意見があつたので、それにまた谷口委員の御質問もあつて、私も不審な点があつたから確かめたにすぎないのであります。別に医師会と薬剤師会が討論するといふことは毛頭ありません。それはあらためて別な席が幾らでもありますから……

○相馬助治君 私は御質問する前に、一つ資料の提供がお願いできるかどうか、特に竹中参考人と丸山参考人をお願いしたいと思ひますが、竹中参考人の公述された中に、ある医療行為をや

出した、医師会が条件を出した、その条件に対して厚生省が、それではいかぬと言つてお断りになつたがゆゑに、協力をお断りした、さういふことで、分業のための調査であるがゆゑに断つたという理由には、たしかになつておらないと記憶しております。それから参画したとおっしゃいます。臨時何とかがいふものに、もちろん入つておられますので、いろいろな意見を申し上げておられますが、基礎資料となりましたものは、その中の昭和三十一年の資料に対しては、確実に協力して資料も提供しておりますし、経済調査などにも応じております。その資料は用いられております。

な。それから参画したいと思ひますが、先ほど数回申し上げましたように、今度の点数表作成に當りましては、鉄壁をめぐらしまして、私どもも全然参画する余地を与えなかつた、全然見せなかつた、その内容を聞きたいと言つても聞かせなかつたといふ状態、それでは協力の仕方もないという状態であつたことを御了承願ひたい。

○高野一夫君 ほかの委員の方もたくさんありましようが、あと一点だけ。

○相馬助治君 議事進行について。

○高野一夫君 私は発言の許可を得た。

○相馬助治君 私は議事進行で発言する。

○高野一夫君 委員長にまかせよう。

○相馬助治君 私、議事進行でちょっとお願いしたいと思ふのは、さういふことは当りさわりがあるのですけれども、一つ、時間も限られておりますから、私は、この参考人の方が述べられたいことで、どうしても不審で尋ねなければならぬことがあるのを委員長に

おいては先に取り扱つていただきたい。なぜ当りさわりがあるかといふのは次の点ですが、御承知のように高野委員は、これは日本薬剤師会の会長です。従つてここでお医者さんと薬剤師さんの間で討論なんか始められたのでは、實際の話、私も困ると思ひます。しかし高野委員はさういふ常識にはずれたことはしませんと思ひますけれども、その点は委員長において確認をされて、しかも参考人諸君に述べたことを腹藏なく述べさせ、さうして述べたことに対して委員が疑念とするところは、限られた時間内において晴らしていただくように、委員長において議事進行上の措置をしていただきたい。

ると、医師の技術料が正当に評価されないところから出血になるところがある、こういうことで一例をあげられました。これはきわめて今度の新点数表では重大なことであって、この委員会においても、こういう点については厚生省と質疑がなされておりますが、具体的なそういう事実を私も知りた

○参考人(丸山直友君) 御提出申し上げたいと思います。しかしお手元に存在するであろうと私は存じております資料の中に、それは明確になっておるものもある、ただいま私が申し上げましたのは、それは厚生省が申し上げた新医療費体系関係資料技料という、昭和三十一年二月の二日付のものが、医療協議会の名前で配付されております。これは多分お手元に上つておると思いますが、行っておりませんでしょうか。

○相馬助治君 私は見えておりません。○参考人(丸山直友君) これは私の原価計算において、注射、内服薬等について、現実な損害が起るのであるという数字がここに出ておりますから、それと点数表も多分お手元にあると存じますので、それを照し合せ下さいますと、大体さつき私が申し上げたくらい範囲ならば、それくらいでおわかりであろうと思っておりますので、なお御要求ございましたので、なるべく私は皆様方に、私の申し上げましたことの裏づけをいたしますような、よくおわかりいただけるような簡明なものを

作りまして差し上げたいと思います。○相馬助治君 医療審議会に関連のある先生方もおいでになっておるので、私はお尋ねしたいと思えます。二点です。

○参考人(丸山直友君) はい、さようでございます。○相馬助治君 実はこの点について、社会保険審議会が、医療関係代表者として、先生一人おいでになっておる。従来、薬剤師協会及び歯科医師協会等から、ぜひこの社会保険審議会にも委員を出していただきたいというところ、厚生省にしばしば要請があった。その後それが実現していないのだ。どうなのだという質問を、二月七日の本委員会が私が行ったところから、小林厚生大臣は、努力しているけれども、まだ実現していない。これは社会保険審議会の末高会長以下委員諸君がそういう必要は認めないというて、け飛ばしているのだ、こういう発言でございますが、しかとさようですか。

○参考人(丸山直友君) 保険審議会でも、そういうものが必要ないというようなことを申しました事実がございます。多分こういうことの誤まり伝えられた言葉ではないかと考えます。実は、実は保険審議会に出ておられますのは、医師会の代表として出ているのは、医師会の代表として出ているのは、公益代表として出ているのであります。公益代表委員

というものの数が、現在法律で定めておりますので、それをたいたすらに、法律を改正せずして委員をふやすることができません。そこで、歯科医師会あるいは薬剤師協会でございますが、やはり保険というものと、非常に密接な関係を持っており、ことにこういうような新医療費体系というものの名前を借りた新点数表が出てくる現在、法律とやはり関係があるのでありますから、保険審議会にも発言の機会を与えてもらいたいというお申し出があったはずでございます。そのときに末高会長が、それを受け取りましたときに、実は懇談会の形でみんなに諮ったのでございますが、諮ったときの諮り方が、そういう内容を明確にせずに、法律改正が多分私の想像によりまして、と、法律改正は簡単にできないから、人員をふやすわけにいかないから、何か他の方法でその人たちに発言の機会を与えることができないかということから考えられたものと思えますが、専門委員制度というものがあから、専門の人をここへ入れて、発言させてはどうであろうかという、ただそれだけの言葉をもって皆さんに、懇談会の形で御相談になったのであります。こういうふうな言葉で内容を示されずに御相談になりますと、お前たち委員は知識がないんだから、ほんとうの専門の知識を持った人間を入れてその意見を聞くのではないかとというように全員が解釈したのであります。そのために委員は、われわれはそんなものの意見を聞く必要はない、そういう人たちに入ってもらって特別に教える請うほどの必要はないという心持になりまして、その必要なしということの申し合せが

懇談会において行われた、こういう事実はございます。多分その事実が誤まり伝えられたのではないかと考えております。私その席上におりましたので、ただいまの会長の発言は——実はその内容を詳しく知っておりますので、内容、つまりその申し込まれた団体名及び申し込まれた真意を皆様によくお話をしまして一つ円満に進めたいと思いますが、その名前を会長が御発表になりませんので、私独断でそれを発表して皆さんに御相談してよろしいかと言ったら、それに及ばずというお話があったので、私は遠慮して黙っておった、結果としてそういうことになっております。この事実がございまして、これを誤まり伝えられたのではないかと思います。

○相馬助治君 現行法によれば、この委員会は被保険者代表と事業主代表と公益代表で、先生も診療担当者代表という肩書でこれに入っておるのでないということは私も承知しております。将来を考えまして、社会保険というものが問題にいよいよなつてゆくこの際、先生は法律を改正してもこの委員構成というものを改めて、この際医療担当者であるところの医師、歯科医師、薬剤師等は出すべきであるというふうな御意見を現在お持ちでございますかどうか、一つ御指導をいただきたいと思います。

○参考人(丸山直友君) さように私は考えております。

○相馬助治君 わかりました。

○参考人(丸山直友君) ただいま相馬先生の私に対する御質問でございまして、技術料等につきましての出血に對するデータがあれば出していただき

たいということでございましたが、それは近く提出させていただきます。それから社会保険審議会の委員の問題でございますが、これは私中央医療保険協議会で局長との間に一問一答を行なったのであります。もとより私どもは数年前から社会保険審議会に歯科関係の委員が一人も出ておらないというところは、やはり社会保険の中の一つの大きなウェイトを占めておりますのが医療保険でありますので、ぜひ私どもの代表も加えていただきたいというところを再三公文書をもって申し入れておいたのであります。いまだに実現をみなかったものであります。特に今回医療協議会におきましては関係三法の改正案が近く論議されるという機運にございまして、強く要望をいたしまして、局長にも善処を約していただいたのであります。が、残念ながらただいま丸山参考人がおっしゃったような経過をもちまして、当局からの御相談というところでなくして、会長さんから御相談を委員会に諮られたということ、諮り方が少し徹底を欠いておったというところのためにその実現をみなかったものであります。今後私どもは法律の改正をしていただくか、あるいはあの法律の中にございする専門委員を置くことができるとか、あるいは小委員を置くことができるか書いてございまして、その方の活用等によりましてわれわれにも発言権を与えていただきまして、医療保険の完璧を期する上においての私どもの意見を開陳してもらおうというふうな機会をお作り下さることをこの際にお願ひ申し上げたいと思えます。

それから谷口先生の御質問で医師会

第七部 社会労働委員会会議録第八号 昭和三十一年二月十六日【参議院】

一三

の御答弁がございましたが、歯科医師会の方におきまして、例の調査の問題でございますが、前年の調査には日本歯科医師会は協力いたしました、今回の調査につきましては、私どもと御当局の間に調査内容につきましての意見の相違を来いたしました。と申ししますことは、ただ今回の調査は物の対価の調査をする、つまり歯科におきまして資材とか薬品の使用料とか使用価格とかいふものを、主として経済調査をやられるという御意見であられた。私どもは医療行為の各頻度を同時に調べるが、今度には権威のある官民合同協力して医療行為の頻度を調べたいというので一応よろうということに協力態勢をしたのであります。予算その他の関係と、いま一つは厚生省予算で厚生省でやるものに対して、日本歯科医師会が一括にやっって一枚の紙、一つの冊子のうちで官民の調査資料が載るといふことは困ると、これは官僚的なお考え方があったために話がつきませんでしたので、残念ながら今回の調査には、前回は協力いたしました、が、今回はできませんでした。従いましてその調査内容も私どもといたしましてはどうしても承認のできないような調査内容でございますことが一つと、調査客体が、私どもが協力いたしませんんだ関係からいたしまして、あとで客体になった方々から聞いたのでございまして、例をとりましますと、私兵庫県の会長をいたしておりますが、兵庫県の会員の中で七十何才でもう歯科医業をやっておられないという方々、あるいはまたいま一人の人は病気でもう一年もやめておるといふような

人がいわゆる帳簿上で調査客体を選ばれましたので、当っておったというようになことがございまして、調査内容そのものの権威に對しましては私どもは現在疑念を持っております。この機会に申し上げておきたい、かように存するのであります。

それからいま一つ、この原案の作成に對して何らか相談があったかということでございますが、私最初陳述いたしましたように、十月二十六日にぜひ相談してもらいたいということを申し入れたのでございまして、残念ながら内示もなければ御相談もございませぬ。先ほど申し上げましたような経過をとりまして、原案がでる上りましてからこれが明示されたのでございまして、おきまして、日本歯科医師会の立場にだく次第であります。

○相馬助治君 医療協議会で議論されたという内容について、この国会で審議上非常に必要なることがあるのでお尋ねしておきます。丸山先生でも竹中先生でもその他関係のある先生などにお答えをお願いしたいと思います。

先ほど竹中さんの公述された中に、厚生省が、関係法規との関連を考えてやっしてほしいという質問に對して、十分にらみ合せてやっしてほしいということと委員の皆さんに要求されたということですが、この新医療費体系は近く改正をうわさされておる健康保険法その他重要な関連のあることは、これは何人も認るところです。そこでこの医療協議会には厚生省としては素案のような形で、こういうふうに改正するのだという素案として出しておるの

すか、それともそういうことを出さずに、まあ一瀉千里に、伝えられるように二月二十日までには何とか答申してくれというふうに強引に出てきておるのですか。私どもこの立法府にある者としては、関係法規の整備なしには新医療費体系をうまく実施することは必ず困難でないかということ指摘しておる際でございますので、一つ医療協議会の審議の過程並びに厚生省の態度、あなたたちの見通し、これらについて簡単に承わっていただきたいと思ひます。

○山下義信君 関連してお尋ねしたいと思ひます。私は少し相馬委員とは質疑の観点が違うのですが、御注文しておきまして、答弁を一つ簡潔に願ひたい。竹中さんが先ほどお述べになりました中に、今相馬委員の尋ねられたように、健康保険の改正を先議しなければ新医療費体系のきめ方がないといふ必然的な論理はどういうところにあるのでしょうか。関係があるというところはわかりませんが、先議しなければならぬという理由は、健康保険の改正が先にきまったらば新医療費体系の点数のきめ方がそれであるのだといふ必然的な関係を一つ簡単に答えて願ひたいと思ひます。

○参考人(竹中恒夫君) 今山下先生の御質問でございますが、それは私どもといたしましては、一部負担の問題に関連いたしました、初診料の問題でございます。初診料の、現行によりましますと、初診料全額負担というものは、国会の方で全額負担というふうな線でおきめになられますのや、あるいははいろいろなおきめようがあられると思ひますので、そのきめ方によりまし

て、初診料でも私どもといたしましては決定するのにもうちよするわけです。どういふような一部負担の率でもってやるのかということがわからなければ、初診料に対する意見を述べにくいというふうな気持ちでございますので、いわゆる関係法規の決定によらなければやりにくい、特に被保険者の医療費の負担の増減がないということが一方新医療費体系では前提でございますが、一部負担金のあり方によつて医療費の増減を来さないようにするに作をしなければ医療費の変更があるわけですから。そういう意味合いで法律を先におきめ願つてからやりたい、こう申し上げたわけですから。

○山下義信君 私も関係がないとは思ひません。その点は当委員会でも議論したのであります。しかし技術料の評価といふことと、一部負担といふもののあり方といふことで技術料の評価が変なればならぬという理由はどこにあるのでしょうか。点数は一つの対価です。それが患者の負担の仕方によつて高くも評価し、低くも評価しなくちゃならぬといふ必然的な理由というものには私は割合に乏しいのじゃないかと思ふ。この一部負担の方がたえられるか、たえられないかといふことは被保険者の利害の問題であります。点数表といふものは、つまり言い換えれば物であるという技術であり、その対価のきめ方はこれは被保険者の一部にせよ、あるいは別にして、適正な評価として独立して考へるべきであつて、一部負担の方が先にきまらなければ点数評価もきまりにくいといふことの必然

的論理はちよつと乏しいように思ひますが、どうでしょう。

○参考人(竹中恒夫君) その点、私の答弁が足らなかつたのかも知れませんが、新医療費体系が総医療費の著しい変革を来さないといふことが前提でございます。従いまして、先生のおっしゃった医療事業そのもののだけの範囲内でわれわれが審議をするならばお説の通りであります。われわれの任務はその新医療費体系といふものが、果して医療担当者にも被保険者にもこの原案で増減がないかということもあわせて審議しなければなりません。そういたしますと、その点数のきめ方いかんによりまして、すなわち一部負担のきめ方と点数のきめ方といふものは不可分のものであります。一部負担のきめ方いかんによつて、基金から支払います総点数には変化ございませんが、国民の総医療費、被保険者の医療費そのものには変化がある。こういう意味合いで、どうしても私は一部負担のあり方が決定してからでないと正しい意味の新医療費体系の審議はできない、かように私は存じているのであります。

それから相馬先生の御質問でございますが、関係法規を先にきめていたのだといふことに対する当局の態度です。……、どうおっしゃつたのでしょうか。

○相馬助治君 健保改正案その他と今度の新医療費体系が関係がある、その通りです。そこでこれとの関連はどうなっているのだというあなたたちの質問に對して、厚生省がこれらをにらみ合せてやってくれ、こういう意味のことを言つたのだでしょう。にらみ合せる

ものがなくちゃならぬ。それで健保改正案とか何とか、われわれ国会はまだ見せられていない。しかしあなたの方にはこういう素案があるのだということも厚生省が示されたのかということだ。

○参考人(竹中恒夫君) それは、こうでございます。十月二十七日の第一回のときに私はそれを質問いたしましたので、あの当時はまだ社会保険審議会でも、あるいは社会保険制度審議会でも関係法規改正の原案なり、あるいは御相談なりしておられないときでございますので、全然ございませんでした。従いまして、そのときの御答弁では、いづれ近いうちに政府の原案となるべきものがこの両審議会にかけられることであろうから、それと並行してやってみ合せながらやっていたのだといたし、資料はございませんでした。その後私もはいまだに資料はいただいておりますが、新聞等により発表によつて、私もは一つの想像と申しますか、考え方をもちて審議いたしているようなわけでございます。

○山下義信君 私三点ほど伺いたいと思うのでありますが、神崎先生に伺いたいのですが、病院の格差の問題でございませぬ、今政府の原案の不合理なことをお示し下さったので、よくわかったのでございますが、この格差をできるだけ縮めるようにという御意見があったのでありますが、やはり各科別の病院の格差は小さくてもある方がよろしいと思いませんか、それが一つであります。やはり今の格差が二点四点だというよりは、開き過ぎる、もっとその差が縮まればいいのだとい

うようなお考えでしょうか、差がないという方がいいというんですか、それが一つ。それからもう一つは、各科別の病院でなしに、病院の、大病院といひますか、小病院といひますか、設備のよい病院といひますか、悪い病院といひますか、これはたとえば一部でありますから当らんかもしれませんが、まあ一つはなホテルへ泊るのと木賃ホテルでは宿賃も違いますので、病院の設備によつて、優劣によつて差をつけるのが合理的のような気がします。

これは政府原案にはございませぬが、そういう点については、先生はどういう御意見でございませうか、できるとお考えになりますか、それは不可能とお考えになりますか。

○参考人(神崎三益君) お答えいたします。山下先生のお尋ねでございませぬが、絶対的のものはできないと、こう申し上げるよりはかたはなと思ひます。しかしわれわれは努力によりましてある程度合理的な格差は設けられるのではないかと、かように考えております。現に病院の格差を調べたところを厚生省ではなさつておいて、なりました、御承知のこと。これも一種の格差でございませぬが、しかしながらこれは必ずしも病院の眞の価値をあらわさず、められてはまことに迷惑するのでございまして、そこでこれは提案は、意見は申しましたが、それを組み立てますに、つきましては、相当慎重な考慮を必要とすると思ひます。で、なお機会でございますから一言つけ加へさせていただきます。ただいまの格差を調べたのは、これは衛生部の所管で、いわゆる官の手によつて一方的になされておる。アメリカでは、アメリカ

カ病院協会というものがこれが独自に自発的に病院の格差をしておると、こういう話もございませぬので、今後民主的に運営して行く上につきましては、私は官の手による一方的な格差づけというものは反対でございませぬ。

○山下義信君 もう一つは谷岡さんについてでございますが、これは非常に重大な点で、これに關係団体の代表の御意見としては傾聴しなくちゃならぬと思ひますが、処方せん料ですね、処方せん料はもし点数をつけるとするならば、薬局に出る処方せんであらうと診療所内で使う処方せんであらうと、すべて出すのがよろしうございませぬか、あるいは無料であるのがよろしうございませうか。私は無料というのとはどうしても納得しがたいのであります。谷岡さんは無料を御主張なさいますか。今その技術やそういう点の評価を適正にやろうということになれば、私も常識として処方せん料を無視するなというところは、ほとんど一つの紙きれ代のような、あるいは文書料のような、手続料のような考え方というものは、どうもしろうととしても納得しがたいので、相当評価いたしたいような気がするものであります。これは谷岡さんのお考えではどうでございませうか。

○参考人(谷岡忠二君) 今のお話でございませぬが、私も処方せん料というものは診療料の中に加へるべきものであると評価すると思ひましたが、それはその評価は診療行為の最終段階の報酬として診療料の中に加へるものではないかと、かように考えているわけでございます。従つて診療料と別個に独立して処方せん料を患者が支払う

ということに対しては私も賛否を表明したい、かように考えております。もし厚生省が文書料として支払うのが妥当であるとするならば、薬局へ行く者だけでなくして、医者の家で調剤する者に対してもそれは支払うべきではないか、そこに矛盾がありはしないか、こういう考え方でございませぬ。

○山下義信君 お尋ねだけするのであります。山崎君の議論はいたしません、少し見解は私も異にするかも知れませんが、処方せんは外に出て、これが患者の手に渡つて何回でもそれが行使せられて他に移るとし、あるいは公衆にそれを見せることもでき、外に出た場合のいろいろ物の価値といふものと、診療所内でただ自分の家の中をぐるぐる回るときに処方せんの価値といふものとは、私はまたいろいろ性格の異なる点もあると思ひます。議論はいたしません。これは大いに私も研究したいと思ひます。

それから最後に丸山先生に私は伺いたいのでございますが、こういう公衆の席で伺ひますことはどうかと思ひますが、むしろいいのじやないかと思ひます。であります、先生は本日は医師会の代表というお立場でお出ましいただいたのでありますので、そういう点で伺ひたいのでありますが、私はこのたびの新医療費体系並びに關連する諸問題につきまして、全国の保険医の方々が非常に反対をされて、激高しておいでになりました。この諸情勢を非常に憂慮いたしたのでございませぬ。ことに一日休診あるいは保険医総辞退ということがとき事案につきましては、国民も非常に不安を感じますし、心配もいたしておりますし、好ましからぬこと

であると私も憂慮いたしております。政府の当局にもかかる事態の発生するまでに努力して手を打つべきではないかといふことの苦言も呈しておるのであります。が、ともかくも私もはこういう事態の発生いたしませんように、できるだけこの新医療費体系を中心としての問題も円満に解決することを望んで、期待しておるのであります。日本医師会代表の丸山先生としましては、何かいいお考え、解決なさるにつきますか、いいお考え、何かの御方針が、そういう非常な事態に立ち至らないように、そういう不祥事態の発生しないように御努力の願ひをすることが一点であります。

また第二点といたしましては、厚生省が、政府が御相談申し上げなかつたといふことは、私はこれは徹底的に悪いと思ひます。しかしながら事ここに至りました以上は、過去を追及してみてもいたし方ございませぬので、でき得れば私はこの際何とか医師会の方からも、こういう案ではどうか、われわれの方ではどう考えておるんだかという、具体的には、何と申しますか、代案といひますが、医師会の御主張なされる具体的な代案を一つお示しを下さつて、政府案と医師会の案といふものを二つお出し下つて、私も比較検討して意見をいたし、国民もまたいづれをとるか、いづれがいいかといふ可否の判断のつきまします。が、医師会の方でも積極的な何か具体案でもお示しになりまして、この事態を打開をして、国民の不安を解消して、この重大な問題に対処していただきたいような気がするのではありませんか、そういうおぼしめしは

ございませんでしょうか、いかがでございますでしょうかという点が一点であります。

○参考人(丸山直友君) 山下先生のおっしゃいました通り、実はこの保険医の反対が非常に熾烈でございまして、種々な思わしくないことがあつたというわけでも私の耳にもしばしば入って参ります。これは日本医師会として日本国民に不安を与えるからとか、あるいは実際診療を受ける国民の方々に何らかの御不安を与えるということがこんなことで起つては相ならぬと私は考えております。従いまして私どもの日本医師会といたしましては、この反対のためのそういう具体的世間をお騒がせするようなものをやりたい、あるいはやろうというようなことは全然考えておりません。ただどこでよく御承知お願ひしたいのは、ただいまの医師会というものの組織が、占領後戦前の状態がごまかされて、民主的という名のもとに個々のおのの独立した医師会という形で発足するという強い命令がございまして、自由加入の制度で日本医師会が各都道府県医師会を自分たちの下部組織として指揮する権限は与えられておらないのであります。従いまして、この人たちの動きに対してはけしからぬとか、やめるとかいうふうなことを言う権限がない、これが一つの隘路でございまして、ただしかし私どもは日本医師会として責任を感じますので、実際しかしそういう問題がたとえ権限がないといえどもそういうことが起つては困りますので、一番問題になりました大阪方面の一日休診ということが私どもに最も強く響きましたので、これは大へんだと考え

まして、実は調査をいたしました。しかるに大阪の方の医師会のおやりになりましたことは、非常に急な病人に対しては特定の病院あるいは診療所を指定してそこでやる、それを運ぶには自動車の用意もしよう、その連絡も十分にとろう、そうしてこのやり方については公安委員会に御相談になった、しかもこれが問題になりましたときには府の議会において、府議会から質問が出たのでありますが、今の大阪の医師会のやり方は実際上の被害を国民に与えない、また公安上の不安も起らないということを警察本部長と衛生部長が議会において答弁をしたということをお聞きまして、実はそれだけの手当が行われておつて、そうして一日休診ということがあつたならば、これもやむを得ないかもしれないというふうな、一応国民が直接の被害がなかつたという点において私どもは了承して安心したと、こういう状態でございます。ところがそんなふうなものならば、何とも一日休診なんていうことをやらなくともいいじゃないか、実際国民の人たちが御迷惑を受けないような形でやるといふことは、むしろかえつてそんなことはやらない方がいいのじゃないか、児童に類するのじゃないかという批判もあつた、しかし私どもは、これに反対をしております。いろいろ運動というものは、今までのやり方ではどなたもあまり医師会の反対というものは耳を傾けられなかつたことが多かった、ちょうど山下先生から今この席でそれを問題として取り上げていただいたというところは、医師会の反対というものが地方にいて相当熾烈に行われておるといふことは私

一つの証左を得たと考えております。その意味においてあるいは一日休診ということも意義があつたのじゃないかという心持で実は眺めておる次第でございます。もちろん今後これが社会の不安をもたらすようなことが行われなかつたならば、われわれは十分注意いたしまして自衛自戒いたさせるつもりでございます。

第二の代案を出さないか、これを比較したい、こういうことでございますが、ごもっともなお話であります。厚生省でお作りになりましたものはあれだけの努力とあれだけの費用をお使いになったことは御承知の通りであります。あれに對抗し得るようなものはなかなかわれわれの微力としてはむずかしいといふことはもちろんでございます。私どもは、私どもの前任者時代から医療費はかかるべしという一応の理念のもとに作り出したものは持っております。これは臨時医療協議会でございますが、あの席上にはこれは確かに出しているはずでございます。しかしこれは、私が先ほど申し上げました医療と申しますものは、純医学的の要請と社会医学的の要請がございまして、あれは純医学的の要請によつて作り出したものでございまして、社会医学的の要請が入つておりません。従つてその医療費の総額に關する経済上の考慮が払われておりません。こういうものを示したいとしまして、現在赤字のこの健康保険にそのまゝにこれが問題として、一つの代案としてお取り上げを願へるという自信が私は持てませんので、それで今回は私どもは——私どもはまた新任早々でございまして——それを作るひま

はございませんが、前任者時代に作り出したものを臨時医療保険審議会でございますが、その方でごらんを願つてよく御検討を願ふことにしまして、皆様の前に御目にかけられるまではなっておりません。そこまでの自信は持っておりませんから、そういう次第でございます。もちろん私の先ほど申し上げましたような線で御協力を申し上げたいと思つておりますので、今後そういう方面に政府が受け入れていただければ、その御相談にあずかつて、私どもの意見は十分に述べたい、かように考えております。

○藤原亨君 私ただ一点だけ竹中先生に承わらしていただきたいと思ひますが、日本医師会としましては、政府が今回提案いたしましたいわゆる新医療費体系、まあ点数表でありましたが、それには御反対である、しかしながら新医療費体系というものの、物と技術に分ける点においては賛成であるといふようなお話がございましたが、ただ一点私は承わりたいのは、それにからみまして医療費のワケを今回政府がやりましたように一定といたしまして、物と技術に分ける新医療費体系を作るというところについては、どういうお考えであるかということだけを承わらしていただきます。先ほど竹中委員は歯科医師会も同様であつて、この物と技術を分けるということと、大体ワケを一定にするということについては、歯科医師会の方も御賛成だといふように、私は聞きとりにかつたのでございまして、作業の中におきましてワケを一定にするということについては、日本歯科医師会は御反対であるか、御賛成であるかという点だけを簡単に一

言葉でよろしくございしますが、お答えを願ひたいと思ひます。

○参考人(竹中恒夫君) お答えいたしますが、一言葉とおっしゃられると困るのでありますが、物と技術に分けるのでございまして、ワケ内ではこれはできないと思ひます。

○高野一夫君 藤原さんにちょっと一点伺いたのですが、先ほど来いろいろなこの新体系に基づく点数算定のことについてお話があつたときに、小さいワケに押し込められているというお話でございしましたが、これについてのお考えをもう少ししつと具体的に聞かしていただきたい。

○相馬助治君 藤原さんに私は一点關連して、追加して、藤原さんは特に耳鼻科の先生でいらつしやるので、私の点だけ具体的に聞きたい。今度の点数表では目、鼻、耳がゼロになつてますね、処置料が。あれは耳鼻科の先生方からどういふふうに考えられるかというところを高野委員の質問に付加してお答え願ひたい。

○参考人(藤原康則君) お答えいたします。総医療費のワケが狭くされておるといふことは、先ほど申し上げましたように今までの健康保険の患者一人当りの医療費の計算というふうなものは、結果的には政府の健康保険の財政とにらみ合はせて作られておつた。この政府の健康保険の患者一人当りの治療費、特にこれは外来患者の場合ですが、これは国民健康保険に比べると非常に高かつたわけなんです。ところが今度これも結果的に逆算になるわけですが、今度の総医療費というものは、その国民健康保険と政府の健康保険の患者の医療費を平均した額で総額が割

○竹中勝男君 桑原さんに先ほどの関連の質問になりますけれども、あなたがここに代表の一人として参考人に来ていただいております肩書の下に最初私どもの委員会で見ましたのは、実力行使という代表になっておられるわけであります。実力行使の代表にお尋ねしたいのですが、先ほど医師会副会長はまあ中央においてはそういう統制力はないのだ、各府県の医師会というものが独自の行動として起される場合には、中央においてそれを停止さすとか、ある

○参考人八桑原康則君　実力行使ということは過日の一日休診のことを言われたのだろと思いますが、実は医師が一日休診をするということは、私たちとしてもはめた話ではございませんし、またあんなことはやりたいことではないのでございます。しかし大阪の医師がなぜあいうふうな華に出なければならなかったかという、その原因をもう一回よく御説明をお願いしたいと思うのでございます。たとえばあの新点数が発表されましたときに、新聞は値上り分だけを大々的に取り上げました。初診料の五十円が百五十円になった。今までやらなかった再

いていただけるようになりました。そういう結果から見ますと、あれは私たちは局面を開くためにはやむを得なかった手段ではなかったかと現在考えておきます。ただこれをお続けるかどうかというようなことの御質問だと思うのですが、一日休診というものは、私たちはあれによって国民の皆様に取り上げていただいたということと効果はありましたので、これからも継続するというような考えはございませんが、問題はまだ少しも解決されておきませんのでこの経過に従って、またどういうことになるかということについては今決定的な意見は申し上げかねるのでございますが、ただ私はお願いしたいのは、どうか、医師がこういう企てをしなくても、こういう激しい運動をしなくても私たち責任のある治療ができるような状態におけるように国会の先生方にも十分御尽力をお願いしたい。これだけが偽わらざる現在の気持でございます。

○森田義衛君　ちょっと桑原さんにお尋ねしたいのですが、先ほど例でございましてけれども、何と申しますか、私経済的にもごらんになりまして収入が十万円あると、そのうちで三万円が手取りとすれば今度の点数数によって二万円減れば二万円じゃ食っていけない、そうなればとてもやっていけない、そうすればやむを得ず医者で悪いことをするやつが出てくる。かりにこの医者に悪いことをされたのじゃなかったものじゃないと、実はもしこのワクできめられてしまったら悪いことをする方法にはどんな方法があるか。しろうとなものですからしろうとらしい質問をするのですが、それで私心配するの

○参考人(桑原康則君) 悪いことをするといいますが、医師もやはりこれは一種の商売といったら語弊がありますが、一つの人気稼業のようなものでございまして、患者が来る以上これを助けなければ、なおさなければこれははた医学として成立しないわけです。だからこの医療の内容を落して病人が悪くなるとか、あるいはこれがよそのお医者さんに行ったよりもおれのところへ来ると長くかかると、こういう結果が生じましたならばこれは医師にとって

致命的なものです。だから何を犠牲に
 しましても患者さんの疾病をなおすとい
 うことは最後の最後までがんばるだ
 ろうと思います。それが医師の生命だ
 ろうと考えております。ただそのほか
 の面で、ただそれをなおすためにはや
 はり経営も十分やっていかなければな
 らぬ、設備も要となりますと、そう
 いう悪いことといえますと、何とい
 いますか、つじつまを合わせる方法
 は別的手段に求めざるを得なくなるの
 じゃないか。現在いろいろ、厚生省の
 から医師には水増しがあるとか、つ
 け増しがあるとかかなり言われており
 ます。確かに一部分にはございますが
 局的なものでございます。しかしこう

いう点数ができればそういうことが多くなるだろうということとは想像できるわけであります。これはまあちやうど配給がなければ法律違反でもやみ買いをしなければならぬというのと同じことじゃないかと思ひます。どうかそういうところへ陥れないようにお願いしたいと思うのであります。

○森田義衛君 わかりました。

○委員外議員(木村守江君) いろいろお尋ねしたいのですが、先ほど議事進行の発言によつて、きょうの話の内容だけを聞くというような話でありましたので、特に委員外発言でありますので、簡単に一点だけお伺いしたいたいと思います。谷岡さんにお尋ねします

解消するといふような意味を含み、または医薬分業の実施の一つの手段として考えなければいけないといふような点から、この新医療費体系をこういうふうにつじつまを合わせて、世間の非常な反対があったにもかかわらず、出さざるを得なくなったといふようなこと、谷岡さんは医薬分業の実施の点については一歩前進した向上した姿だといふようにお考えになって、いわゆる新医療費体系が一歩前進した向上した姿と言われるのであるかどうか、ちょっとつじつまが合わないところがあります。すものですかとお伺いいたします。

○参考人(谷岡忠二君) お答えをいたします。私が先ほど申し上げたのは、前提としてどこまでも現行の医療費の計算法、すなわち現行の体系との比較の問題でありまして、この今回の新医

療費体系が現行の体系と比較してみても、
一歩でも半歩でも前進しておるという
ことを申し上げたのでございまして、
もちろん今回の新医療費体系が全面的
にわれわれが理想としておる体系であ

ことを議論しておるひまはありませんので、私は大体において現在の医療費よりも比較して向上しておるというよりな考え方、これは意見の相違であるかも知れませんが、そこが問題だと思ふのです。これは大体において、今医療担当者の方々が言われたように、大体においては向上してないのじゃないかと言われるときに、先生が向上しておるというのはどういふところをを一体……。

○参考人(谷岡忠二君) 私は例として薬治料の点を取り上げてみましたも、現在の計算法と今回の計算法におきまして、その計算法にはわれわれ不満があるではありませんが、それと比べまして、患者の負担は減っていくんじゃないか、かように考えております。

○委員長(重盛壽治君) それではただいままでの参考人の方々に對する意見の聴取及び質疑はこの程度にいたしましたと存じますが、御異議ございませうか。

「異議なし」と呼ぶ者あり」
○委員長（重盛壽治君） 御異議ないと認めます。

じや、この機会に参考人の皆さんに申し上げます。非常に皆様方には長時間にわたりまして貴重な御意見を開陳して下さいましてありがとうございます。厚くお礼を申し上げます。

では、午前中の調査はこの程度にいたしたいと思えます。

午後一時十七分休憩
午後二時十八分開會

○理事(山下義信君) 休憩前に引き続

き新医療費体系に関する件につきまして参考人の御意見を聴取することにより、たしまして委員会を再開いたします。

この機会に委員会を代表いたしました参考人の方々にごあいさつを申し上げます。

参考人の方々に、おかけを承知しては、御多忙のところ、特に御出席をいただきまして、まことにありがとうございます。新医療費体系の制定は厚生行政、特に医療行政に関する重要な問題でございます。国民保健の向上に直接関係をお有します各種の要素を含んでおるのであります。当委員会におきましては、厚生省当局から説明を聴取いたしましたとともに、本問題に關係を有せられます各位の御意見を拝聴いたしまして、調査上の参考に資したいと存じておる次第でございます。何とぞ忌憚らない御意見を御発表下さるようお願い申し上げます。

次に御意見を御発表いただきます事項につきましてはさきに文書で御通知いたしてございますが、その項目にとらわれることなく率直にお話を願いますれば幸いと存じます。ただ時間の關係上お一人当り十五分程度で御発表をお願いいたしますて、後刻委員からの質疑がございますから、これに対しましてお答えを願いたいと存じます。

なお委員の方々にお諮りいたしますが、時間の関係もございますので、午
前と同様に参考人の意見の御発表が全
部終りましたから御質疑を願いたいと
存じますが、御異議ございませんか。

「異議なし」と呼ぶ者あり」
○理事（山下義信君） 御異議ないものと認めます。

それではこれより順次御発言を願ひ

ます。岡山県医師会加賀呉一さん。
○参考人(加賀呉一君) 冒頭に当りまして、權威ある国会に本日お召しいただきまして、われわれに発言の機会を与えられましたことにつきまして、甚な謝意を表します。

さまして、その基本的な問題あるいは具体的に内容に関する問題、その他につきまして多くの意見を持っておるののでございますが、その前に、今回の厚生省の提示されました新医療費体系なるものの算定されました、その昭和三十年三月という医療実績に基づく算定でございますが、その三十年三月の医療実績そのものに大なる矛盾ありというところにつきまして一言お聞きとりたい。ただきたいと思うのであります。このことを簡単におわかりいただくために、そこに一枚、表を差し出してありますので、その表について一つごらん

いただきたいと思ひます。一番下の五番目の欄がございますが、表をちよつとごらんいただきます。これは入院と入院外、すなわち外来と二つに分けまして一人一カ月分の医療費の平均を出したのでございます。左側が入院でございまして、右側が外来、すなわち入院外でございます。で、一番上の数字は昭和二十四年の一件あたりの平均の医療費でございます。単価で出してございます。その次は昭和二十九年の平均点数数でございます。こうして比べていただきますと、その三番目にはございます増減というところにおきましては、入院がプラス一七六、被扶養者におきましてはプラス一五八という増加率を示しておりますが、外来におきましては一〇〇と九九でございます。従い

まして最後の行の増減率というところ
にいきますと、六七％、入院はプラス
でございますが、外来におきましては
プラス・マイナス、ゼロということに相
なります。このことは重大な問題をた
くさん含んでおられるのでございま
すが、まず第一に、入院がなぜふえたか
ということでございますが、これはふ
えるべき理由がある、と申しますこと
は、御存じの通り、いろいろな給付の
内容が、幅が大きく広がっていった、
たとえば衣食住に關連したような豊富
な給付内容を持つていたということ自
体、特に結核におきましては完全看
護、完全給食その他に類似した医療給
付のほかに、衣食住を含めた三重、四
重の給付がある、しかもそれがそれ
らのものは医療費とは別に、いわゆる
本質的な医療費とは別に、物価指数に
よって大幅に価格が高騰しておるとい
うものに即応するためには、この程度
の広がりはまだ不足なのでございま
すが、ともかくそういう形において
必然的に広がったという姿でございま
す。ところが一方外来におきまして
は、この姿が全然みられません。昭和
二十四年から現在に至るまで同じで
ございます。ということは、これも世界
の奇蹟だと私は申しておるのでござい
ますが、その奇蹟にも例外ありで、こ
れが日本でただ一つという、世界でた
だ一つという例外的奇蹟だということ
でございますが、こういう奇蹟の上にこ
のまゝにして普通性の多い医療費体系
を築き上げようということは、おそらく
私は不可能じゃないかということを考
えております。特にここで御認識いた
だきたいことは、ともすれば当局から
医者には乱診乱療するから医療費はよえ

るのだと、こうおっしゃるし、七人委
員会もそういうおぼしめしのような発
言が報告書の中にございます。にもか
かわらず外来等におきましては乱診乱
療どころか、むしろ減る傾向にある。
これは実際にはこの外来費の中に結核
の外来費用というものは昭和二十四、
五年に比べておそらく二〇〇％、一九
二〇くらいに膨張しておりますから、
それによる補正をいたしますと、おそ
らく七、八％のマイナスになってお
る、実質的には。そういうことから考
えますと、この外来医療費に限って
昭和二十四年以来上げずによいという
数字は、よいというものはないと私は
思うのです。なぜならば國家經濟はま
すます進展しつつあるし、國民の医療
費も膨張していく。拡大均衡とかい
うなことでも經濟界も發展の一途をた
どっており、そのさなかに、世界
水準の、いわゆるニューヨーク、ロン
ドンと同じような医療内容の給付をし
たというこの外来の治療費において、
不拡大であり、不均衡であるというこ
とは、私はどうも合点がいかない。こ
の理由についていろいろ検討いたして
みますと、直接ないわゆる注射である
とか手術であるとか処置であるとかと
いうような、直接的な本質的な医療費
というものは、おびただしく削減され
ておる。押えられておる。その半面從
属的な医療費が膨張しておる。この比
率はどういう形が正しいのかというこ
とにつきましましては、おのおの見解の相
違ひがございますが、本質的な医療を
押え、削つてその財源がそういう從属
的なものに移りつあるという動向
は、これは明らかな事実であります。
と申しますことは、年々の医療費の内

容分析による経過を観察いたします
と、その現われは顯著でございます。
こういう医療費の形で現在の厚生省の
提示されましたような新医療費体系
のものを考えますときに、こういうも
のの内容に基く基礎の上に打ち立てら
れた医療費体系が、なお矛盾を大きく
し、あるいは不均衡を増加したという
事實は覆いがたいのでございます。特
に御認識いただきたいことは、外来医
療費と申しますものは主として病院に
あつた開業医機關がおそらく大部分
を取り扱うという形のものでございま
す。たとえて申しますと、教はかち
りそのまゝとは申されませんが、大体
におきまして全医療機關の八割以上は
開業医機關でございます。しかも國民
医療費の七割以上を分担してございま
す。しかもその八割以上の開業医が七
割以上の医療を分担しながら受ける医
療費の報酬は総医療費の四割でござい
ます。その比率におきましておびただ
しく減少しておるということは、この
医療費の内容がいかに狭められ、いか
に圧縮されておるかということに尽き
るのでございまして、こういう医療費
の偏在、不均衡というものが、どうい
うわけで起きたかという原因につきま
しては、先ほど申しました從属的な医
療費が比率を大きくしたということ
ですが、その理由の中に結核という問題
を見逃すことはできないのでありま
す。一口に申しますれば結核対策を考
えずして健康保険その他医療制度の解
決をはかろうとすることは不可能であ
るということを私は申し上げたいので
あります。なぜそう申し上げますかと
申しますと、御存じの通り結核の医療
費は総医療費のおそらく四〇％に近い

ものと推定されます。しかもその四
〇％という医療費を消費するいわゆる
結核というものは、御存じの通り結核
予防法によって基礎づけられておりま
す。結核予防法は予防から治療、後治
療からさらに職業補導というような面
にまで給付内容を持つておりますし、
全國民を対象としたいわゆる保障制度
的な医療法でございます。ところが一
方健康保険と申しますものは職場ある
いは地域でございまして、それを基盤と
して生産向上を目的としたいわゆる勤
労者の保険料、これを唯一の財源とし
た相互扶助医療組合的なものでござ
います。保障の性格のものが優先してこ
の相互扶助医療の中へ割り込んで、食
も食つたり四割という經濟を食いつぶ
すという段階におきましては、健康保険
は危機に瀕せざるを得ないということ
がはっきり言えるのであります。私は
これを批評してネギを一把下げてすき
焼を食べにきた居るやうだと、こう
いうのであります。そのネギ一把に
も値しない一部の國庫補助を持ちなが
ら、それに何十倍にも相当する健康保
險の保険料を食つておるといふ姿をま
ともな姿に是正しない限り、医療制度
の發達は決してあり得ないのでありま
す。私は結核が憎いから申し上げるの
ではございません。結核というものは
、これは國策として何百万の対象を
國家がもうすでに調査しておられま
す。そのものに対する治療、予防その
他の法を適用なさることは、これは國
家のある意味での義務だと私思つてお
ります。そのものに必要な医療費を健
保の中から食うということはもう断じ
て私は不賛成でございまして。一方にお
きまして國家は結核床を毎年何万床と

ふやしております。これもけっこうな
話でございますが、結核一人が一年間
に十五、六万円も食うということは、
二万床ふえれば何十億か赤字がふえる
というのでございまして、年々ベツト
が二、三万床ふえれば何十億かの赤字
は累積するのでございまして、やはり
これは防衛費と同じ形で年々累積する
赤字でございまして、今日ある六十億
何がしかの赤字のために、健康の法律
一部改正その他を含めた医療費体系等
大きく赤字対策に踏み出していらつ
しゃる、この姿がおそらく毎年々々繰
り返されなければこの問題は解決つか
ないということが逆に言ひ得ると思
うのであります。そういう意味におき
まして結核の対策はどうしても医療費
及び医療制度そのものの根本的な改革
の内容に含まれる問題だと私は思つて
おります。こういういわゆる医療費の
あり方、そして医療費の分布と申し
ますが、配分のあり方、不適正な不合
理なもの、こういうものにつきまして
医療費体系を調査検討なさる資料とし
てもすでに三十年の三月の医療費のあ
り方というものに私は矛盾を感じざる
を得ない、こういうことを御考慮いた
だくことが先決問題だということを特
に申し上げておきたいと思ひます。
簡單でございすが以上で私の陳述を終
ります。

○理事(山下義信君) ありがとうございます。

○参考人(正岡旭君) 広島島県医師会
長でございます。今日この委員会に
お招きいただきまして、陳述の機会を
与えられましたことをありがたくお礼

申し上げます。私は県の地方医師会の会長として、また同時に専門的には産婦人科の医師でありますので、地方医師会の会長として、また同時に産婦人科医といまして、その立場からお話させていただきますと存じます。

大体総論的な問題は午前中に御陳述あったように承わっておりますので、いささか具体的に各論的な面に触れてお話し申し上げたいと考えます。まず私のお話し申し上げたいことは次の三点についてお話し申し上げさせていただきます。第一に厚生省のおっしゃる今度の新医療費体系の技術料の面であり、第二は国民健康保険と、今回の新医療費体系との関係であり、第三に地方医師と今回の新医療費体系との関係であります。医師の経済の状態と今回の新医療費体系との関係について申し上げます。

第一の技術料の面でございますが、これは厚生省の言をかりますならば、技術料を適正に評価して、しかもその技術料には適当なる技術差の考慮を払うということであり、これを、ほかのものと同様であると思ふのであります。私専門の産婦人科の領域だけについて見まして、大小幾多の矛盾のあることを発見するのであります。時間の都合上、ただわかりやすい例を四つだけ具体的に申し上げます。御了解を得たいと考えます。

第一に、手術の技術差でございますが、おそろしく委員の方々のお手元に、診療報酬の点数比較表が届いておると思うのであります。この比較表によつて見ますと、六十ページでございますが、子宮の腫瘍摘出術、子宮腔上部切斷術、病気の病名で少しおわかりにく

いかもしませんが、単純性子宮全副出術、この三つの手術がいずれも等しく五百点ということになっております。これら三つの手術は手術の実情を一目でもごらんいただければ、たとえしるうとであつても、いかにその技術の間に大きな差異があるということは一目瞭然たるものがあると思ふのであります。

第二番目に分べん時の止血処置というところが、これは六十ページの上から二段目にあるはずでございますが、これは従来三十点の技術料が、処置料が認められておつたのであります。今回はどうか理由によりまして、この技術料がゼロになっておるのであります。削除されておるのであります。この分娩時の出血と申しますのは、簡単な注射程度のもので止血するものは問題ないのでありますけれども、注射などではどうも及ばない、しかも分娩が無事に済んだその直後突然起る大出血でありますので、寸刻を争う重大な処置であります。赤ん坊が生まれた、一家をあげて喜びにわいておる途端に、母親の死によってたちまちにして家族全体が悲嘆のどん底に陥るといふことは、しばしばわれわれの遭遇する場面であります。こうした迅速的確な処置を要する、しかも生命に直結する重大な処置が全く削除されておるというところは、どんな面から考えても納得

いかなないのであります。第三番目に新産児、生まれた赤ん坊の介補料というものでございますが、これは従来とも今回もひとしく二点とすることにしております。赤ん坊はものを言うことができません。それでこの赤ん坊の監視というものはわれわ

れ産婦人科医といましては、ものを言い得るおとな以上に常に細心の注意を要するものであります。しかも生まれたばかりで、生命の浮沈は紙一重にかかっているものであります。こうした多大の細心の注意を要する新産児の介補料というものが、いかに低評価されておるかということであり、最後に第四番目に、今日政府が国策として産児調節を唱導しておられる折柄、またわれわれ産婦人科専門医とい

たしましては、全国的にこの国策に協力をして、日夜その指導に當つておるものでありますけれども、こうしたこととか、この指導料は全く今回の医療費体系には織り込まれていないということとであります。

以上をわめてわかりやすいと思われ

るものを四つお話し上げたのであります。これを総括いたしますと、今回の新医療費体系が厚生省でいかに、ただ経済のワケにだけ立つて一方的に、何ら専門家の、りっぱな専門学会もありながら、こうした専門の学会、専門医といふものの意見を全く無視することなく、単に事務的に処理されたといふことは明瞭なものであると思ふのであります。従つて技術料の評価、技術者の能力といふことは、全く看板に大いに偽りありと言つて差しつかえないと断言するものであります。

第二番目に、国保と今回の新医療費体系との関係でございますが、医師会長といまして、この国保の問題には今日すでに多大の苦慮をいたしておる問題であります。御承知のごとく国民健康保険の医療費は、従来健康保険の医療費がそのまま準用されておるのであります。ただし健康保険と大

きな相違点は、国民健康保険におきまして、その給付の内容が各組合ごとに、はなはだしくまちまちであるという点であります。これを考えますに、しかも国民健康保険の経済はいずれも非常に困難な状態にあります。この国民健康保険医療費の支払いはほとんど三ヶ月ないし六ヶ月は遅延しておるの約七〇％であります。しかも窓口徴収を要請されておる国民健康保険組合におきましては、その初診料の未収は七〇％以上に達しております。こうした国民健康保険の現在の実情を十分に御検討いただくことなくして、しかもこの国民健康保険の給付内容あるいはこうした未収入の最終的責任者の決定とか、この基本的問題を解決することなくして、このままもしこの新医療費体系、加うるに近く上程されようとする健康保険法の改正案が国民健康保険の上にそのまま移行されたならば、国民健康保険といふものはたちまちにして一大混乱に陥ることは必定だと信ずるのであります。

第三番目に地方医師の経済的実情であります。これはただいまお手元にお配りいたしました資料について、時間もございませんで、簡単に説明申し上げます。

第二ページの表は産婦人科だけをとり上げまして、診療所における旧点数と今回の新点数とを当てはめまして、診療費がどう動くかということを見たものであります。これは他府県とも同様一様に診療所の収入は減になつております。

途中を省きまして、第七表をござらん

いたしたいと思います。これにより

ますと、地方開業医の保険収入というものが月額六万円以下のものが五七・七％に及んでおります。さらに十五万円以下を見ても九〇・七％という割合になつております。これを大病院とこうした無床の診療所との数並びにその医療費収入の面からあわせ考えますと、病院と無床診療所との数は約十一対一になつております。診療所の十一

一に対して病院が一つ。これを医療費の面から見ますと病院が五四％、診療所の受け取る医療費は四六％であります。しかもその総医療費の四六％を数に於いて十一倍に達する小さな診療所が分けておるわけでありまして、ただいま第七表にお示しいたしましたように、きわめて診療所の経済というものは零細なものであります。

第九表でございますが、九表は全科にわたつてあらゆる医療行為に分けまして、今回の新点数を当てはめた結果であります。その結果から見ますと、わずかに外科と耳鼻科においてプラスが出ておるのであります。ほかの科はすべてマイナスであります。

以上はなほ簡単でございますが、こうした地方の無床診療所すなわち開業医の経済というものは、おそろしく皆様の想像に及ばないほどきわめて零細なものであると考えるのであります。これが今回の新医療費体系とらに健康保険法の改正と結び合せて考えますときには、こうした大部分の小さな開業医はたゞ壊滅するのほかにないと思ふのであります。

以上まことに簡単でございますが、私の陳述を終わります。ありがとうございます。

○理事(山下義信君) ありがとうございます。

○理事(山下義信君) ありがとうございます。

いました。
それでは次に京都府医師会の中野信夫さんに願います。

○参考人(中野信夫君) 私は眼科をやっております一保険医でございます。医師会の方の調査の方をやっておりますので、本日は眼科の件につきまして若干申し上げたいと思っております。

新医療費体系に構想を置いた新点数が昨年暮に厚生省から発表されました。京都府におきましてもこの点数が実際の開業をしている保険医にどんな経済的な影響を与えるか調べてみようということになりました。京都では昨年の十二月の実際の私たち保険医の診療の内容を現在の医療費と新点数を当てはめてみました。その調査をやりました。方法は、保険医にもピンからキリまでありまして、三万円以下の総収入しかないという零細な者から六十万円も一月にあるような、いろいろな段階がございますから、これを階層別に考えまして、最もありきたりなモデル的な収入のあるところの保険医をグラフで出しまして、その中から十二の保険医の十二月分の診療を調べたのであります。調べました方法は、保険医は毎月前月分にやりました治療を請求するのでございまして、翌月の初めに先月に來られた患者さんの診療内容を全部一人一人に請求書をごしらせまして、この患者は初診が何点、処置が何点、何回何点、注射は何点の注射を何回、こういうことを一々明細を書きまして、それをトータルいたしました。総括表を付けて、府県に一つあります、京都では基金と申しておりますが、基金事務所へ差し出します。この十二

月分の請求をこの十二の対象になりました。した保険医が一月の十日に出したのでございまして、それと同じものを医師会からお願ひしまして、全く同じ請求書を送りまして、そうして厚生省の御発表になりました新点数を一々置きかえまして、初診四点を十二点に赤鉛筆で入れ、お薬は二点のものを〇・七点の原価とそれから調剤料〇・六点、それから注射も原価と皮下注射であれば一点の技術料、そういうふうに分けてまして、それをトータルいたしました。一枚々々で何点違うか、また一診療所につきまして何点減つたりするか、つまり何割ふえたり減つたりするか、そういうことをトータルいたしました。そしてデーターを作つてみたのでございまして。ところが、その十二診療所の合計が現在の治療費と新点数を当てはめた場合の治療費と非常に開きまして、新点数を当てはめると現行点数の八五・三%、約一五%の減収になるという結果が出たのでございまして。そして他府県の状態も聞いてみますと、大阪でも同じようなことをやられました。これは全部の方が十二月分に当てはめられました。その結果三十六の眼科保険医の診療所がそのおの点数を変えましてその平均がやはり一八・一%減つた。こういう数字が出てきております。それで今度は農村を主体とします。香川県の方の資料をいただいたのでございまして、これも眼科がぐんと減りまして一三・五%減と、こういうような数字が出て参りました。ところが、厚生省の方の御発表を見ますと、これは厚生大臣やその他の厚生省の方々がよく御発表になつておりますが、眼科あたりは、入院設備のない眼科診療

所は四%ふえる、あるいはベットの診療所は三%ふえる、こういう、こういうようなことを大体おっしゃつておられます。厚生省はふえるとおっしゃる、私たちは減ると言う、これはどこに原因があるかということを探究してみたいのであります。厚生省の方々は、新点数を適用して減るのは、それは医師の当てはめ方の操作に間違いがあるのだ、こういうような御説明であります。ところが私たちが、厚生省のお出しになりました点数表を使い、その点数表の当てはめ方でいろいろ解釈の分れるところは、日本医師会がこしらへました当てはめ基準というものを使ひまして、この日医のこしらへました当てはめ基準というものは、これは厚生省の一万人技官とか松本技官とかあるいは大村技官など、おものに新点数をおこしらへになりました作業にタッチしておられた技官の御意見を聞いてこしらへたものでございまして、この当てはめ方の操作は、計算の間違いさへなければ同じ対象でやつた場合にはそう違わぬ、要は対象が別だということがわかつたのであります。厚生省の眼科が四%ふえるとおっしゃいました対象は、御承知のように、厚生省が膨大な費用をかけて作られました三十年三月の調査、いわゆる三月調査、社会医療調査とも言つておられますが、これの無床の診療所に今度の新点数を当てはめて四%ふえるのだと、私たちは京都の眼科が三十年の十二月にやりました実際の診療内容に当てはめまして一五%減ると、こういうことで、要するに対象が違うのだと。それでは、これから全国の眼科診療の診療費のあり方をきめようという新点数をおきめ

になるのに、この厚生省のおとりになつたようなあやうなやり方の、十一診療所でございまして、三月調査のベットの診療所十一、これを基準に新点数をきめた方がよいのか、あるいは私たちの調べたような、こういう実際の対象になつたものの、そういう治療内容を基準に考えるのがよいのかということでございますが、これの参考になることがあるのでございまして。厚生省の十一診療所の請求書一枚当りの治療費を計算いたしますと四百十円になつております。私たちの調べました請求書一枚当りの平均は五百六十円になつております。正確に申しますと五百五十六円になつております。ところが、この請求書をいつも扱つております支払基金事務所というものが全国的にございまして、これがはつきりしたデーターを出しております。二十九年度の一年間に眼科の診療所、これは有床も無床も含めてございまして。これが三百萬枚の請求書を出しておりますのであります。この請求書の一枚当りの平均がやはり五百六十円、こういう数字が出ておるのでございまして。厚生省が今度の三月調査にお使いになりました四百万円の診療内容を持ったそういうものに当てはめまして、なるほど新点数は四%ふえる。ところが、私たちの調べました五百六十円という請求書一枚の平均をこれに当てはめまして一五%減りと思ひまして、本年度の六月のやはり同じく支払基金の調べますと、これもやはり申し合せたように五百六十円になつております。ですから、どうも厚生省のふえるとか減るとか、その基準にしておられます三月調査の眼科

のいわゆる調査対象が非常に一枚当りの治療費の低い請求書によつてこの数字ができておる。そうして厚生省はすべてこの三月調査に当てはめましてふえるとか減るとかおっしゃつておる。ところがそれが少くとも眼科の場合には現在実際の診療所の出します請求書とは非常に開いておつて当らない。厚生省の十一の診療所のデーターは千六百枚でございまして。ところが今年の六月先ほど申しました基金のこれは一カ月分でございますが、三十万枚の眼科の請求書でございます。やはり厚生省のお取りになったのが三月調査に限つてはこれは非常に偏しておつた。そうしてこの偏した四百十円の一枚の治療費を基礎としたこういう対象の数字で新点数をおきめになりました。それが増減しないように作つてございまして。従ひまして非常に普遍的な私たちの対象は、厚生省のお作りになりました新点数でやりますとどうしても減ります。やはり最も普遍性のある対象でこういうものをきめていただかないと、医療機関はその収入に非常に大きな打撃を受けるということを私は申し上げたいのでございまして。そうしてもう一つ、この新しくおきめになりました新点数は、初診が十二点と一躍三倍にはね上つております。ところで、従ひまして非常に短期間に済みます病氣は、眼科医の方に与りましてはこれは収入の歩が比較的よろしい。ところが従来患者さんをみまして一回四点がつかの間の平均になつております。そのかわりに三点の再診料をやろ

三十七円五十銭の再診料をやる、こういうことになりまして、二回目からの診察は従来よりも歩が悪くなる。これは日がたつに従いまして悪くなりまして、短い、短期間になるおそれがある。長期にわたるおそれがある。病ほど歩が悪い。そういうふうな新点数は仕組んでございます。

それからもう一つ新点数でございますが、この新点数そのものは決して赤字対策でないというふれ込みでございますが、私たちが最近いろいろ心配しております。一部負担制というふうなことも絡み合います。どうも私たちの立場からこのデータから考えても赤字対策ではないかという疑念を非常に深くいたしております。この新点数を翻訳と申しますか、置き換えて非常に激減するということがわかりました。

近畿の眼科医は先日集まりまして、總會を開きまして、けしからぬ、新点数には絶対反対だ。そうして特にその中で再診料は認められておるが、処置料を全然認められておらない、けしからぬ。それからなお眼科のこれは専門的なことになりまして、白内障という手術がございまして、またもう一つの紅彩切除術という手術がございまして、これの評価の仕方が非常に私らの考え方とは、眼科医の常識とは全然逆な評価がしてある。こういうことはどうも眼科専門医がこの点数をきめたとは思われない、少くともこういうものをきめるには、場合によっては、もう少し眼科専門医のその道の権威者の団体がございまして、そういうものに十分御意見を聞きながら、どうにか、こういうような点で非常に集りました会員二百名が激高いたしました、もしこんなものが通ったならば

日本医師会がどんなことをいっても私たちだけでも争議をやるうではないかという固い決意が、強い意思が反映したものでございます。同じく日本眼科医会という会合がございまして、これも同様の決議をなさっております。眼科医が、一般保険医でも同じことだと思

います。この新点数が非常におそろしいものであり、これに対する反感が非常に強まっております。しかしこの新医療費体系に対する反発心というもののは決して新医療費体系だけのものではなからうと私は思うのであります。私たち保険医の現在まで受けてきた待遇は非常に不平等なものである。過去数年間の保険行政が、まことに私たちは一医師として保険者との契約をしたつもりでおりまして、保険が、いつの間にか保険におきましては保険医は完全に厚生省の使用人に転落して

おる。しかも点数はこうだ、治療費はこうだ、薬価基準はこうきめる、それで言うことを聞かぬ者は審査もしなければ監査もしない。また非常に複雑な事務を課せられる。それに不服を言うこともできない。言うことも言えないというような形で、だんだん経済的な精神的な圧迫が連続してあります。しかも今後それがますます厚生行政の面において保険医を政府の一人用として意のままにこれを使つてゆこう、文句を言う者はもうやらせない、こういう重苦しい気分が今までに累加してきておりまして、これがやがてこの新点数を機会に爆発しまして非常に反発心が現在表面化しておるのではないかと私はその一人として考えるものでございます。非常に保険医は今申しましたように多量な事務を背負わされておまして、時

によつてこれは診療のために事務をやつておるのか、事務のための診療かというふうな錯覚を起すくらい実に膨大な事務がございまして、個々につきましては申し上げませんが、そうして出しました請求書はほとんどまた工合の悪いものは削られますし、一方的に治療方針などもどんどん出てくる、こういうものに対する不満がございまして、最近も保険医は乱診乱療だという

ような言葉をよく聞くのでございまして、二十四年でございますが、あのときも保険の財政が赤字になりました。たときも、この乱診乱療保険医は悪いといったような、あるいは計画的の宣伝ではないかと思われよう。な風評が、私らは非常にこれに対して不満を感じたのでございまして。今回やはり保険財政が赤字になり、この対策を講じるといふ段になりました。再び保険医の乱診乱療ということがございまして、取り上げられて放逐されておるといったようなことに對しても、非常に深い不満を持っております。

赤字の対策でございますが、これは七人委員会でも御指摘になりましたし、先ほどもだれかこちらでおっしゃいましたように、保険財政はなるほど赤字に転換した、しかし外来の支出と入院の支出と考えると明らかに入院の支出が圧倒的に大きい。ふえ方がひどい。しかもそのうち結核入院患者の占める率が非常に大きい、こういうことが、これがほんとうの赤字の原因である。こういうようなことを七人委員会でもたしか指摘しておられたと思ひます。ところがそれに対する対策というものはどうも筋違ひのように考えられます。すべて乱診乱療ということ

いつて開業医の、保険医の診療を抑制するような格好に持つておられております。この結核の入院患者が飛躍的に膨大になつて、それが赤字の原因であるというならば、これを認めるならば、おそれなくその対策は、はつきりしてくだと思ふのであります。厚生省は毎年二万床のベッドをふやしております。このふえたベッドには従来外来として通つておりました結核の患者が、つまり一月に千円ぐらいの治療費で治療して入つて参りまして、この入院しました患者は一躍入院後は月額一万円あるいは一万五千円というふうな費用を使うのであります。これが毎年ふえまして、万床ずつのベッドをふやしても年額二十億になるのではないかと思います。

これではこのベッドの増床が二万床ずつふえてくる限り、毎年々々ふえてくる数字でございます。国家が結核対策としてお作りになりました増床はけっこうでございますが、すべからずそのベッドに入ります治療費もこれまた結核対策として、別の面から出るべきものだと思ひます。に、その財源につきましてはすつかりこれを保険財政におおさつておる。そして保険財政が赤字になると、これは乱診乱療である。結局のところこれをつじつま合はすように命ぜられるのか、かやうい開業保険医のところにしわ寄せが出てくる。いたのが、現在の厚生省の赤字対策のやうな気がいたします。こういうやうな保険医の非常に不満な気持、これをどうにかこの機会に私がせひとも訴えてくれたいという同僚の願いでここに申し上げたのでございまして、今後はどうか国会の代議士の先生方も私たち末端で日々

患者を見ております保険医が本心に安心してその天職に従ふように、そういうやうな保険制度にどうか政策の面でこれを是正していきたいというのが私たちの切なる願いでございます。ありがとうございました。

○理事(山下義信君) ありがとうございます。それでは次は栃木県医師会の成田至さんにお願いたします。

○参考人(成田至君) 参考人成田でございます。私は栃木県のいなかの保険医でございます。名簿ですでに御存じのように、電話の設備もない診療所の保険医である私に、重要な国政の御審議に當つておられます本委員会におきまして特に意見を述べべる機会をお与え下さいましたことは、ひとえに本委員会の委員の皆様が、今日の社会保険医療におきまして、私のような診療所の保険医が果してあります役割の重大さを十分御理解の上でのお招きと存じ、心からお礼を申し上げる次第でございます。

お手元にお届けいたしました資料のとびらを開けていただきますと、第一ページに(一)といたしまして「社会保険医療における診療所の位置」とございまして、以下順を追つて御説明申し上げます。支払基金の三十年五月の調査によりまして、そこに数字で示してございまして、社会保険診療の七三・四％は診療所で行われております。特にその九〇・四％は個人立の診療所で行われているということがわかります。なほどの病院が今日の国民医療で果してあります役割もまことに重大ではございますが、診療所がその一つ一つは小

さいとは申しましたが、総体としていかに大きな役割を果たしてあるかという事は御理解願えるかと存じます。

次に診療所における医療費が従来どのように支払われていたかと申しします。(一)の下に数字で示すように、治療に関する費用が大部分を占めておりまして、今回の新医療費体系では診療所に對しましてはこれを一言で申しますと、この治療に関する費用を大幅に削りまして、特に診療所に盛ったということでございます。そこで新医療費体系の効果ということになって参りますと、高く評価された診療料がなくなる医療効果、いかなる経済効果を与えるか、著しく切り下げられました治療に関する費用がいかなる効果をもたらすかということでございます。ところで著しく費用を切り下げられましたという治療は診療所においていかなる形で行われているかと申しますと、(二)に示す通りでございます。費用から申しますと、投薬と注射と処置の費用をあわせましたものは治療に関する全費用の九七・三%を占めております。しかし費用で見ました場合には注射料、薬治料の中には在来は潜在技術料というものが入っていたのであるからふえるのは当り前だ、非常に大きな数字を占めるのは当り前だという御意見もあると思ひます。これを行爲回数から見ても二ページにございますように、全回数の九七・三%を占めておるのはこの三つの項目でございます。すなわち、もちろん治療の中にはあるいは手術あるいは指導ということもございしますが、規模の小さい一般診療所では、この頻度は非常に小さいということでございます。

ところで新体系におきまして、治療の大部分を占めております投薬、注射、処置がどのようになっているかと申しますと、二ページの中ほどの例に示す通りでございます。薬治料はすでに御存じのように、薬の費用と調剤技術料にわけて支払われることになっております。薬の費用としては買入れた価格だけを支払うことになっておりますので、薬品の損耗等はその薬の費用の対価としては全く考慮されておられませんので、買入れた値段だけ支払うということとは、薬の原価を割るということになって参ります。一方調剤手数料はどうかと申しますと、これは昭和十七年十月の原価計算によつておりまして、二ページの下の三ページに書いてあります表をごらん願ひます。費用の合計をいたしまして、調剤手数料の原価は、一般診療所では二十七年十月において七円六銭となつております。新体系ではこれに基きまして七円支払うことになっているのでございす。ところで御注意をお願いいたしますのは、人件費の項でございます。この費用は、たとえば医師一分当りの費用は幾らである、この仕事には何分かかるから医師の技術料は幾らあればよろしいと、こういうふうな計算でできております。ところで一体調剤をいたしますのに、医師なり薬剤師なりの時間をいかに見てかかると申しますと、表のまん中に書いてございますように、に、医師の調剤時間としては一・八秒、秒でございます。薬剤師の時間といたしましては、ほぼ二・三秒、一秒でございます。一体一・八秒で調剤ができるかどうか、薬剤師の時間を加へまして二十五秒でお薬ができるかどうか。

委員の皆様も病氣の際、病院なり診療所なりの待合室でお薬ができるまでお待ちになったことがあると思ひますが、常識から申しまして、一割二十秒とはいかなるものでございませうか。これが新医療費体系の基礎となつた厚生省の申す原価計算でございます。薬剤師協会の報告によりますと、これは先ほどまで御出席になつておりました高野先生が、昭和二十六年でございまして、本国会におきまして意見を述べられましたときにおいて、七分三十秒ということにございまして、最近の薬剤師協会の報告によります。従つて、いかに実働時間と申しましても、いかに医は忍術と申しましても、これが二十五秒ということとは不可能なこととございす。これを常識的な数値に直しますと、調剤技術料の原価計算は、全く姿を変えてくることになつて参ります。厚生省のお示しのままの忍術的調剤手数料によりまして、昭和二十七年から今日までの物価、賃金の変動を考慮いたしますと、調剤技術料は原価はおろそか、医師の技術料を全く含まない経費を割ることになつて参ります。お薬の費用、調剤技術料がともに経費を割っているということは、投薬はすればするほど欠損が累積するということとございす。

次に注射料はどうなつておるか申しますと、注射薬の費用のほかに注射という行為の対価として、皮下注射は十一円八十三銭支払われることになつております。ところで厚生省の原価計算によりますと、これも三ページの下の四ページの上までの表をごらんいただければわかりますように、原価はおろか二十円十八銭という経費を大幅に割つておることになっております。たとえば十七円二十銭で仕入れたものを十一円で売れるということとございす。経費を割る以上、皮下注射は行へば行へば欠損が累積することになつております。これは静脈についても同様であります。処置料となりますと、四頁の表でおわかり願ひますように、外科処置においても皮膚科処置においても洗眼、耳処置等においても、原価はおろか経費を大幅に割つておるのであります。たとえば足一本のやけどの場合、その処置料は三十五円四十九銭となつておりますが、これでは包帯代にもなりまじりません。眼科におきましては処置料の八割を占めていたものがたゞとなつております。ただほど安いものもございせん。ただではもちろん経費を割るわけでございます。ほとんどの処置料が経費を割るということは、新医療費体系では処置をすればするほど欠損が累積するということとございす。つまり診療所の治療の九七・三%を占めるものは、すべて原価はおろか経費を割っているわけです。新体系では治療をすればするほど、治療に努力すればするほど努力に比例して罰金がつくということとございす。従つて一人の医師について申しますと、かぜのような治療にさほど努力を要しない軽い病氣の場合には新体系では著しい率で収入が増加いたします。逆に治療に著しい努力を要する重い病氣、たとえば重症の疫病、肺炎、肺炎、頭固胆石の場合は収入は激減いたします。何となれば、軽い病氣はそんなに注射をしなくてもよいから罰金が

少い。重い病氣は命を助けるために治療に努力をすればするほどその度に従つて罰金がつくからでございます。実例を挙げるとよく御理解願えると思ひます。七頁と付属資料に実例が計算してありますのでごらん願ひます。付属資料、一番うしろについております。かぜの場合は新体系になりますと七七・三%も収入が増加することになつております。ところで胆石の場合には患者の苦痛を取り去ろうと注射するたびに、患者の命を助けようとして注射するたびに、助けようとするたびに罰金がついて収入が激減しているということとございす。表を御覧になりますと、原価を割らないのは第一日だけでございす。このプリントの方を御覧いただきますと、左端に項目がございまして、その次に原価が書いてあります。その次に経費、現行点数と新点数、というふうに分れております。それをごらんになりますと、原価を割らないのは第一日だけでございす。第二日目には診療料を入れても経費を割つております。つまり第二日目にはそれだけ努力をいたしまして入ってくる収入は支出以下だということとございす。第三日目に参りますと、そこに書いてありますだけのたくさんのお金をいたしまして収入から経費を引きました医師の手に残りますものはわずかに十円でございす。ところがお手伝いの看護婦の方は百六十二円でございす。これではあまりひどいではないでせうか。新医療費体系では軽い病氣を治療した場合に収入が増し、重い病氣を治したときには欠損が累積いたします。努力をすればするほどその収入は増加し、非常に苦勞して

一二五

西端委員長から話されたのでございませう。しかるにもかかわらず、今回の新医療費体系の作業につきましては、一言半句の相談も学会は受けておりません。そういうふうなところから考えまして、しかもでさうしたものを拝見いたしまして、まことにこれは遺憾で、今回もその十二日の社会保険委員会に引き続きまことの緊急理事会におきまして、新医療費体系による点数案には絶対反対するといふふうな決議をまた作りましたので、日ならずして国会の諸先生方のごところにもその趣旨に沿った陳情がおそろく行われるだらうといふふうに考えられます。その根拠をいたしますところは、要するに年度の新しい医療費体系、今度といわず一昨年以来の新医療費体系の構想がございまして、これは三つの基本的な条件がございまして、第一番には物と技術を分離するといふ考え方、また二番目が総医療費のワツを変えないといふこととございまして、第三番目が各診療機関別、それからまた各別別の診療報酬に大きな変動を与えないといふことであると存じます。その第一番目の物と技術を分離するといふ考え方、その理念そのものにはこれはおそろく何人も反対ではないと存するのでございまして、第二番目の総医療費のワツを変えないのだ、これは国民経済といふものも当然考えなければなりません、おおよそそういう新しい医療費体系を組むに当りましては、総医療費の中から薬価であるとかあるいは衛生材料、その他の値段といふものを取り出してしまつて、その残ったもの、その中で再配分するといふ形は決して好ましいいき方ではないといふふうに考えられるのでござ

います。と申しますのは、おおよそ各国の例を見ましても、生活費の中に占める医療費のパーセンテージと申しますか、ウェイトといふものはおそろくある定率を持つておるのだらうと考へられます。そういうふうなことを比較いたしまして、各診療行為の群ごとの適正なる対価と申しますか、診療報酬といふものがますますまゝして、物の対価をそれに加えたその総和があらかじめ設けられておるその総医療費のワツからはみ出そうが、あるいはその内輪で済もうが、これは別問題であらうと考へざるを得ないのでございませう。しかも医学、医療といふものを尊重したといふふうに言いながら、実例を申し上げますとたとえば耳鼻咽喉科方面におきましては咽後膿瘍、瘍後膿瘍と申しますのはのどの突き当りのところ、特にこれは乳幼児に多い病気で成人にはございませぬ病気が、そこが化膿いたしますと非常に危険な病気でございまして、この病気につきましては、切開排膿といふことがもう喫緊な救命的な手術になるわけとございまして、この医療費体系の中で、じゃと申しますと、この技術の価値といふものは、医科大学を卒業してインターンが一年ある、それから医師免許状を取った、そして耳鼻咽喉科の修業を一年いたせばできる手術であるといふふうなことで、いわゆる「ハナ」、この中のαはゼロといふふうに考へておられるのでございまして、対象が乳幼児であるといふ点、しかも用意なしに切開をいたしますと噴出したしまする膿のために子供を窒息させる、窒息死に陥らせるといふふうな危険がござ

いますので、非常に慎重に、子供の頭をたれ下げて、さかさにして切開をしてのどの方にそれが行かないように防ぎながら氣をつけなければなりませんし、助手を使つて出てくる膿を片端から吸引いたしますといふことが絶対の要件でございまして、それに与えられた技術指数といふものが、物の方が十六点、つまり甲地と申しますと東京の例で申し上げますと二百円といふものが与えられておるが、その医療技術に対する対価をいたしましては四、五、六の五十円とございませう。また氣管切開におきましては、これも特に喉頭ジュテリイといふふうな病氣の場合に、窒息を防ぐために少しでも早くその目的を達するといふ意味で非常に時を尊重いたさなければならぬ。早ければ早いほどいい。時を失すれば殺してしまふといふふうな手術でございまして、その場合にも「X+Z」といふ經費の方は四十点、五百円といふものを見積つておきますが、その手術を施行する技術料に対しては十五点、百八十七円五十銭でございまして、そのいふふうなわずかな値しか認められないのでございませう。またへんとう腺の摘出手術といふものがございまして、この場合も、従来は一側が五十点、六百二十五円である。両側やった場合には倍に計算されたのでございまして、今度の新医療費体系によりましては一側が五十点である。両側一時にやつたときには、残った片側につきましては半分の二十五点しか与えない。総計いたしまして七十五点しか与えていないといふふうなに解釈されておるのでございませう。厚生省の説明をそのまゝ受け取ります

とそうなるのでございませうが、しかも、じゃあへんとう腺摘出手術についてはどれだけの經費が必要かといふことになりまして、厚生省の計算によりますと、これは二十八点である。二十八点といふのは三百五十円になります。か、三百五十円の經費がかかるのだ、しかるに二十八点の經費がかかるのに反対側の手術を行なつた場合には二十五点しかくれない。つまり三点の經費を割れ、一側をやめておけば五十点くれますが、両側一時にやりますと、三点の三十七円五十銭といふものを損しなければならぬ、經費を割るといふことになっておまして、これは技術の尊重といふことは絶対に考へられなないのでございませう。こういう意味におきまして、学会といたしましては今度のものは絶対にいたさなければならぬ。従いましてここ二年でも三年でも時をかしまして、十分関係各学会に厚生省といたしましては相談されて、それで外国の医界から見られても恥かしくないような医療費体系といふものを打ち立ててもらいたい。そのことについては各学会とも十分なる御援助なりあるいはアドヴァイスなりいたしたいといふふうな考え方とございませう。それからまた一昨年の新医療費体系におきましては、當っている當っていないは別問題といたしまして、一応二十七年の三月と十月に医療経済調査並びに医療経済精密調査といふものを行ひまして、ストップ・ウォッチを片手にある医療行為については物の値段が幾らかかる、經費が幾らかかる、そのほかに医療技術費でございませうか、医療技術報酬でございませうか、そういうものを「X+Z」、難易度に単位時

間の医師の技術料、つまり一分間四円三十六銭といふあれでございませう。それに所要時間、こういうものをかけて出しましたのが初診料の六点であり、そしてまた再診料の四点であつたわけとございませうが、これをすべて御破算にいたしまして、これは厚生省の御説明によりまして、初診料を十二点とし、再診料を一点削つて三点にいたした、注射料の場合は一番端の例になるかと存じますが、注射の場合にも、一昨年の原価計算によりまして静脈注射については三点といふものが必要だ、皮下筋肉注射については二点が必要だといふことが出ておつたのでございませうが、今回はそれを一点づつ削つた、しかもその説明が一昨年と変えた理由といたしまして、注射料の中に含まれておりましたところの診療料の部分を取り除いたといふふうに言つておられるのでございませうが、一昨年の三点、二点といふものが実際にストップ・ウォッチ片手に調査いたしました原価計算から出て参つたものでありますならば、その中には絶対に診療料的部分は入つておらないはずでございませう。厳密にこれは注射に要する經費と、そして技術料のみが入つておつたわけとございまして、その中にかつそれに一点づつ診療料的部分があつたといふことはどうしても考えられない、理解できないところとございませう。また諸問と申しまするか、ご質問を合わせ受けました中に今度の新医療費体系といふものが医療収入にどういふふうな影響を与えるかといふふうな事項がございまして、各参考人から今度の新医療費体系が産業経済に及ぼす影響といふも

に非科学性、非論理性を露呈してをります。われわれ歯科医師の診療意欲を極度に抑制する結果となることを考えますと、何がための適正化であり、合理化であるかまことに不可解なことでございます。

また第二項の点につきましては、全然考慮されておりません。この方に関しましては先ほど申しました点と重複する点もあるかと存じますが、この新医療費体系の基本原則であります物の対価と技術料を分離するという点と、これは臨時診療報酬調査会も、適切な a を決定して初めて適正な医療報酬が打ち出されると答申しておりますごとくに、これを考慮しないで診療報酬を決定することは無謀であります。

すなわち医療技術の算定におきましては、一般労働技術料とこれと同じく見て、少くとも人体を対象といたします医療行為ということを全然無視して、単に時間測定によってこれを算術計算的に割り出したということに過ぎないものであります。またこの項に關しましては、総医療費のワタがこの新体系が実施後も変化なしという仮定のものとになされたために、最小限度の物と技術の分離を行ひ得なかつたのであります。単なる点数の配置転換に過ぎないものでありまして、この点につきましては第六項のところで述べたいと存じます。

また私ども歯科の特殊性の一面からこれを考えまして、歯科医療は一般の医療と異なりまして、疼痛、腫脹等の症状が軽快いたしましたしても、歯牙というのかたい組織の疾病は、歯の一部あるいは大部分が欠損するとか、または全然抜けてしまったために、必ずと言っ

ていくうちに実質欠損を伴うものであります。またこれに伴ってしまして起ります。そして機械の回復、こういったものももちまして初めておつたことになるのであります。しかしたびたび申し上げてありますように、このαを全然考慮しない結果、私も歯科医療の重要な部分であります義歯、金属冠、インレー、充填等の技術が必要とする点数を著しく低下させて、私の診療意欲を喪失せしめんとしているのをごさいます。

第三項、これは前段の「各診療行為の種類別頻度に変化がなければ国民総医療費は変わらない」ということ、おそらく総医療費が変わらないということになります。その通りでございます。しかし後段の「各診療行為の回数に変化は予想されないか」というこの質問に對しましては、次のデータに基づきまして予想されると申し上げるのでございます。

すなわち私も東京都歯科医師会新医療費体系研究委員会の第三分科会の発表した診療行為の頻度、これにつきまして調査いたしました結果、初診及び注射におきましては、厚生省で発表いたしましたものは百七十三、東京都歯科医師会におきましては、四百二十七プラス二百五十四であります。また処置におきましては、厚生省では一万八千八百七十九、東京都歯科医師会におきましては、四万一千九百二十七プラスの二万三千四百八十八でございます。その他手術、充填、補綴におきましても、相当に頻度数の変化がみられるのであります。これはただ東京という一つの都市生活者の文化性のみを考慮に入れますと、頻度の無変化というこ

とは申せないと申すのでございます。第四項に参ります。第四項、この御諮問はなかなかむずかしい問題であります。今回は新体系だけでなく、これに重要な関連を持つ一連の赤字対策、これも当然からみ合うものと考えます。一応新体系のみに考えを置きまして、この体系を構成いたしました重要因子であります難易度のα、一分間に対する報酬と、診療行為の時間と等にみられる矛盾、非合理性を考えますと、国民の医療費の負担軽減を求むことは、まことに急にいたしまして、国民

医療の低下という重大なことが起るのではないかと考えられる次第であります。もしかかる状況に相なりますれば、角をみてかえって牛を殺す言葉のごとく、国民の上によつてくるであろう将来の禍根については感なきを得ないのであります。なお新体系実施によりまして、各医療機関の所得には変化なしということでありまして、昭和三十一年十二月、診療分につきまして東京都歯科医師会が行いましたこの新医療費体系の改正点と、現行点数の試算におきましては、対象は無作為抽出による百八十八個所でございます。総件数は一万二千六百九十六件、総点数は現行におきましては百三十八万九千四百七十七点でございます。これを新点数におきかえますと、百三十二万七千二百五十五点という数字でありまして、その減点は六万二千二百六十六点五であります。これをパーセンテージにいたしますと、マイナスの四・五%であります。またこれと同様な試算を岡山県におきまして行いまして、マイナスの四・九%、兵庫県におきましてはマイナスの二・八%となり、パーセンテージ

の増を来たすという厚生省の資料は納得しがたいものがあります。第五項におきます保険経済につきましては、現在確実なる予測をなすことは不可能であります。国民医療の低下、医療担当者の意欲喪失と、前述せる試算の結果によりまして、発足短期間においては、経済の縮小を来たすのではないかと考えられます。しかしまた半面、事務手続につきましては、実に憂慮すべき点があると考えられるのであります。医療担当者が常に数字上の問題につきまして原価計算という点から頭を悩まし、点数表、索引に現在より過重の労苦を払わなければならない。基金におきます審査におきましても相当大なる事務量の増加を見ることが必然なりと言われております。現在におきましても保険医は社会保険診療に対する保険事務に忙殺されまして、真の医療をなすというエネルギーをその方面にさかけなければならない現状でありながら、これ以上のデタス・ワークが増加するということは一考を要することであろうと考えます。

第六項のこのうちの検査料、調剤料、注射料、手術料等に関しましては、医師会の諸先生方の御意見と同感でございます。初診料、再診料、処置料、補綴料につきまして少しく申し上げたいと存じます。新体系の初診十二点という点といふのは、因子によりまして構成せられたものでありましようか。これは中央医療協議会におきまして厚生省側の説明によりましては、科学的に明快なる答弁はまだなされておきません。歯科におきまして大体一初診行為ごとに八点が増加してあります。この十二点への作業完成の

ために、すべての各診療行為の現行点数八%をとってこれにあてたと申されたい。何がゆえに八%をとったかという点に關しましては、何ら説明がなされておらないのであります。また再診につきましても歯科においては、治療別再診であるとの考え方から、再診を認めずということでありまして、長時間を要します診療行為、たとえば充填の際の模型の形成、採得、アルマガン充填の研磨、義歯製作中の各種の行為に對しまして、再診を認めずということとは不満を感じ得ないのであります。

ここで歯科診療の特殊性につきまして、重点的に言及いたしますと、まず第一といたしましては御承知のようす、鋭敏な神経組織を包蔵しており、すなわち組織と、常に狭い視野、そういつた中で診療を行わなければならないのであります。また前に述べましたように、歯牙の崩壊と欠損というものによりまして、いろいろ起る参ります発音機能とそして機能に對します回復をはかるということ。第三といたしましては容貌、特に百人百色という各人特有なる審美的なる容貌の回復。四といたしましては、理学及び工学と医学の総合学問であるということ等であります。

次に処置料はどうかと申しますと、現在の原価計算によりまして、歯科医師の犠牲のものとこれがなされていくという点、すなわち現在の点数に對しての処置はほとんどが赤字に終始していると言ふことが出来ます。しかるに厚生省の新点数の設定経過によりまして、原価計算上普通処置六・一点は五點となつておりますが、この中の

八%に當るものはこれを初診料に移しまして、その他の約〇・五點はその他に配分したというのであります。かくのごとくに真の原価計算によりまして出たものまでもこれを不当に削つて、理田の明らでない他の面に移したという一事をもつてしましても、今回の新医療費体系の新点数作成基礎がいかん非合理性であるかということに御理解願えらると思ひます。歯科医師会が犠牲のものと、すなわち赤字のもとに果してあります歯科の処理に對しましては、十分なる考慮がなされてしかるべきでないかと痛感する次第でございます。

また補綴料につきましては当初より申し述べましたごとく、この難易度の無視、いわゆるαの無視と、一分間に對します報酬と、診療行為の時間とに對します不当なる計数によりまして著しく低下を見たのであります。歯牙は御承知のように上下顎二十八歯でございます。一顎は十四歯ずつであります。十四歯欠損の総義歯は今回の点数におきまして千九百七十五点でございます。今までの現行点数は二千七百円でございます。十三歯欠損の義歯は今回の点数改正によりましては百一十一、千三百八十七、今までの点数におきましては二千五百五十点であります。しかし今回におきましては、この一歯の差におきまして、十四歯の総義歯におきましては百五十八点でございます。十三歯の欠損の義歯は百一十一点でございます。一歯の差で四十七点の差が出ております。しかるに基本原則におきましては一歯増すごとに三點、現行におきましては十二点であり

ます。また補綴料につきましては当初より申し述べましたごとく、この難易度の無視、いわゆるαの無視と、一分間に對します報酬と、診療行為の時間とに對します不当なる計数によりまして著しく低下を見たのであります。歯牙は御承知のように上下顎二十八歯でございます。一顎は十四歯ずつであります。十四歯欠損の総義歯は今回の点数におきまして千九百七十五点でございます。今までの現行点数は二千七百円でございます。十三歯欠損の義歯は今回の点数改正によりましては百一十一、千三百八十七、今までの点数におきましては二千五百五十点であります。しかし今回におきましては、この一歯の差におきまして、十四歯の総義歯におきましては百五十八点でございます。十三歯の欠損の義歯は百一十一点でございます。一歯の差で四十七点の差が出ております。しかるに基本原則におきましては一歯増すごとに三點、現行におきましては十二点であり

ます。四十七点と三点の差の矛盾はど
うしてこういうふうな点になったので
ございましょう。また一般外科におき
ましては、頻度の少ない手術に對しまし
ては大幅な増点をしている仕組みが、
歯科においてもなされてよいのだと考
えます。要するに、補綴の潜在技術料
の多き部分の平均化ではなく、これを
全く無視したという現実を目をおお
うけには参らぬのであります。百人百
様の口腔状態はそれぞれ異なる補綴を
要求しております。このように各特徴
に合せまして製作することの複雑と困
難性を單に時間によって解決せんとす
ることは、義歯が機械により製作され
るというような考え方でありまして、
歯科医師に對します認識の欠陥とい
うはあります。

最後に総合的に結論を申し上げたい
と存じます。このたびのいろいろ起き
ております問題につきましては、非合
理的な新医療費体系に基づく改正点數案
を強行して、赤字対策という一連の施策
の網によってこれを完遂しようとし、ま
た保険財政上の現在の赤字を克服せん
とされていることによるものでありま
して、われわれ医療担当者といいたしま
しても、納得のいく赤字克服に對しまし
ては協力を惜しまないものであります
が、現在のごとき医療報酬の大革命と
もいえますこの難事を遂行せんとする
に際しましては、ただ秘密独善の中に
事を進め、また発表するや、僅々三カ
月という短期間にこれを押し通さんと
するような非民主的な方途にはふんま
んを禁じ得ないのであります。すべて
の関係者が大乗的な見地に立脚いたし
まして、十分なる日時をかけてこの研
究を行いまして、円満なる新医療費体系

の発足を急ぎまして、私の發言を終り
ます。

○理事(山下義信君) ありがとうございます
ました。

それでは参考人の方の御意見の陳述
が済みましたから、ただいまの御意見
に基づきまして御質疑のある方はお願い
をいたします。

○竹中勝男君 午前、午後にわたりま
して、それぞれの専門の分野を代表さ
れる専門の権威者の方々のこの新医療
費体系に對する陳述をお伺いいたして
おりますと、どうも一人として新医療
費体系に、積極的にこれが実施を肯定
される方がないのに実は驚いておる次
第であります。私はもつと厚生省の当
局の方々ががんばる準備と力をもつて
この体系を発表されたものと信じてお
るわけなのであります。十數名の方
方の陳述を聞いておりますと、まあ厚
生省は局はおサルにリンゴのえさをやる
人のようにも聞えるような態度で驚い
ているわけで、どういうように判断し
ているか、実は私はそれを第三者とし
て判断に迷っております。

そこで、二お尋ねいたしたいので
すが、中野さんにまずお尋ねしたいの
ですけれども、中野先生は非常な勉強
家なことを私はよく知っております
し、また慎重な生徒であつたことも
知っております。この統計の点は厚生省
の発表は眼科では四〇%収入の面でも増
加するといふふうな結果が出ています
に對して、京都であなたがやられたの
は一五%の減収になる、大阪では一八
%の減になる、香川県では一三・五%
の減になるこれは厚生省の統計と、
それからそれぞれやられたところの統
計の対象といえますか、データが違

のだ、対象のとり方が違ふのだとい
う点でも御説明はわかつたのですが、し
かしこれはあまりに統計をやっている
ものの常識としては、調査方法に、ど
ちらかに非常な欠陥があると私は見な
ければならないように考へておりま
す。で、これはとにかく対象が違ふ、
対象のとり方が違ふ、選び方が違ふと
いうことで一応はわかつたわけであ
りますが、究極的には私は非常に疑問を
両方に持たざるを得ないわけであり
ますが、ただこの眼科の専門の方が、私
は聞き落したのですが、白内障と、そ
れからも一つ何かそういう大へんむ
ずかしい病氣といふものに対する厚生
当局と眼科専門医の見解が逆になつて
いるということについては、なぜそう
いうふうに逆の判断を厚生省がされる
のか、あなたはなぜそういうふうに厚
生省が判断をされると思われるので
すか、まずその点。

○参考人(中野信夫君) まず第一に
厚生省のお使いになつた入院設備のな
い眼科の分の数字が、これは対象は三
月調査に出ております対象が四百十
円というふうな低い請求書の対象ばかり
をお選びになつておる結果におきま
して、私たちの対象が五百六十円、そ
ういふような私たちの調べた対象は
そんなに上つておる。そんな場合私の
方は下る、厚生省の方は上る、どちら
が正しいかという点に、両方に疑問が
あるとおっしゃいましたが、私たちは
私の方が正しいと思つております。
と申しますのは、厚生省の四百十円と
いふものは、これは現在眼科の入院設
備のあるところも入院設備のないところ
もひっくるめて、そうして出し
ております。月々三十万枚の請求書が

ございまして、これをきちんと
一々その集計ができてくるわけであり
ます。その方の集計がやはり私たちの数
字に非常に近い五百四十円という数字
が出ております。従ひまして、私たちの
方の数字の方が一般の現在行われてお
る眼科の診療に近い内容を持った対象
が私たちの対象です。どうしたことか、
厚生省の三月おやりになつたといふ
社会調査、これを基準にして新医療費
体系がふえるとか減るとか言つて計算
されておりますが、眼科のベットのな
い方が四百十円、ベットのあつたのを計
算いたしますと、これもたつた一点上
りの四百二十円、こういう低いところ
ばかりお選びになつておる。こうい
う点にどうしたことか、つまり調査の
対象の選び方が全国の水準の非常に低
いところをお選びになつたということ
は私はふに落ちない。従ひまして、こ
の点に關する限り、ほかの点もいろ
いろございまして、少くともこの点に關
しましては、新医療費体系をお作りにな
つた基準になつております、いわゆる
の厚生省の金科玉案と申しますが、あ
る三月の調査自体に僕は大きな欠陥が
あるのじゃないか。従ひまして厚生省
の調査と私たちの調査と食い違ひが出て
くるのではないかと、こういうふうに
考へております。

それから第二段の点は、白内障と申
しますのは、これは老人になつてくる
と起りますのでございまして、こ
れは一名開眼術でも申しますが、こ
れの手術をやりました結果、〇・九と
か、ときによつて一・九になるのであ
りますが、これは非常に眼科でも代表
的な手術でございまして、これは従来
は二百五十点、それが今度では二百

ないしは百八十点と二様に分れており
ますが、そういう工合に非常に下げら
れております。

それでもう一つ申しましたのは、虹
彩切除と申します茶色の目をちよつと
切る手術でございまして、これは百
七十点であつたのが非常にこれはデリ
ケートな手術だといふので上げていた
だきましたのが二百点になつておりま
す。そうして幾ら上げまして、この
虹彩切除といふ手術によりまして、ど
うしても眼科の専門家が考えますと、
開眼術ではこの白内障の方がはるかに
評価されべきであり、その結果とい
うことについては、一つ間違えればめ
くらになり、一つ成功すれば優秀な視力
を得るという点につきましても、その
技術的な面におきましては非常に大き
く評価されなければならぬのであり
ますが、それが逆に上つておる。こ
ういふ点はこれはここで申ししてもな
いであつたが、眼科の専門医が考え
ますと非常に矛盾を感じるものであり
ます。もともと眼科の白内障といふもの
は、その虹彩切除をやりました、それ
から中の水晶体を取り出すということ
で、当然その白内障をやる場合には虹
彩切除をやつて出すということになつ
ておつたのですが、この場合なんかは
前者の手術を行うためには、後者の手術
を行ひまして、しかも上にまたブラ
ス・アルファの手術を行わなくちゃい
かぬにもかかわらずその後の方が低
く評価されておる。こういう点がどう
も眼科専門医の方々は、末端の私たち
のような未熟のようなものから各大学
の眼科の教授あたりまでが口をそろえ
てこれはおかしいといふことを言つて
いる次第であります。専門的なことは

かり申し上げますが、評価の仕方が非常におかしいという点があるということと、その点で特にはつきりしておきますので、代表的にこれをあげまして御説明申し上げた次第であります。

○竹中勝男君 私がおかしいのは、なぜ厚生省にも有力な医学の専門家がおられるのに、眼科の専門の人とそういうように評価が違ってくるのでしょうか。なぜですか。

○参考人(中野信夫君) 厚生省にもお医者さんがおられますし、技官がおられます。その方もかつては眼科をお習いになったこともあったかと思ひますが、専門家であるかどうかということ

は私は知らないであります。専門家はおられないだろうと存じます。また専門家がおられるといたしましては、現在技官としてやっておられる仕事は、どうしても実際の臨床から遠のきまう。この点で考え方が非常に違ってくるということ、それからそのほかのやはりいろいろなモメントがありますから、点数作成のときにはほかの要素をやはり考えますので、そういう矛盾に気がおつきにならなかったのじゃないか。言いたいことは、やはりこういう実際に手術に当っておられる御意見を徴されてもいいのじゃないか、それにはちゃんと機関があり、その受け入れ態勢があるにもかかわらず今度は独善的にやられた。しかしこれに押しつけられたということに対して非常に不満を持っている、こういうことを私は申し上げたいのであります。

○榊原亨君 先ほどからいろいろな優秀なる御意見を拝聴しておりますが、これに対して厚生省の御感想を今お聞きするという段階ではありませんが、ただ数字の上で一、二疑問に思っておりますので、先ほどお話のありました一剤薬を合わせるのに二秒なんぼとかというふうなお話がありますし、また国民健康保険と健康保険とあわせてために客体点数が減ってきたという御意見があったようでもあります。これに對して厚生省の御当局はどんなふうにお考えでありますか。ただ数字の問題だけ、意見の問題はまた別の機会に拝聴させていただきますかと思ひます。その数字がどうしてそうなるのか、御見解はどうでしょうか。

○政府委員(曾田長宗君) 今二つ申されましたので、意見は別といたしまして、数字の御説明についてお考え方がちよつと違っているのじゃないかと思ひます。点を申し上げますと、栃木の成田さんでございまして、調剤の時間が医者が一、八秒で調剤する、これは忍術だというふうにおっしゃったのであります。これは成田さん御自身は十分で存じやないかと思ひます。ありますが、お聞きになった方は妙だと思ひえになります。これは医師が調剤した場合もございまして、それから看護婦さんが調剤した場合もあり、薬剤師さんが調剤した場合もあり、これのうちの一刻だけはお医者さんが調剤なさった、そして八十刻は看護婦さんがやった、それから十九刻は薬剤師さんが調剤したというふうな場合に、一刻平均に直してゆきますと、どれくらいこの調剤にかかったかということでありまして、たとえば百刻のうちでもお医者さんが実際に調剤されたのは一刻だけしかしてない、それを一刻平均に直しますと、百分の一に縮んで

しまふというふうな事情がここに出ておりますので、さうしてお考え願いたい。そうしますと、この医師の一秒八秒から看護婦さんのやると、それから薬剤師のやると、その他のやるといふそのおの全部を加え合わせますと、平均一刻をなれた薬剤師さんもない看護婦さんもない平均して現存の調剤に当られた方の総平均で一刻にどれくらい時間がかかったかということが、この合計になるのであります。それにいたしまして、これに一分半くらいで、非常にこれもやはり相当な名人芸だと思ひます。あります。それに對しましてここで看護婦さんの一刻当りの調剤料が一円五十六銭と出ておりますが、これが三五、七秒になつておる。ということは、看護婦さんの一分当りの報酬が医師の大体半分以下というふうなことで見積られておる。これは成田さん御自身は十分で存じやないかと思ひます。ありますが、お聞きになった方は妙だと思ひえになります。これは医師が調剤した場合もございまして、それから看護婦さんが調剤した場合もあり、薬剤師さんが調剤した場合もあり、これのうちの一刻だけはお医者さんが調剤なさった、そして八十刻は看護婦さんがやった、それから十九刻は薬剤師さんが調剤したというふうな場合に、一刻平均に直してゆきますと、どれくらいこの調剤にかかったかということでありまして、たとえば百刻のうちでもお医者さんが実際に調剤されたのは一刻だけしかしてない、それを一刻平均に直しますと、百分の一に縮んで

しまふというふうな事情がここに出ておりますので、さうしてお考え願いたい。そうしますと、この医師の一秒八秒から看護婦さんのやると、それから薬剤師のやると、その他のやるといふそのおの全部を加え合わせますと、平均一刻をなれた薬剤師さんもない看護婦さんもない平均して現存の調剤に当られた方の総平均で一刻にどれくらい時間がかかったかということが、この合計になるのであります。それにいたしまして、これに一分半くらいで、非常にこれもやはり相当な名人芸だと思ひます。あります。それに對しましてここで看護婦さんの一刻当りの調剤料が一円五十六銭と出ておりますが、これが三五、七秒になつておる。ということは、看護婦さんの一分当りの報酬が医師の大体半分以下というふうなことで見積られておる。これは成田さん御自身は十分で存じやないかと思ひます。ありますが、お聞きになった方は妙だと思ひえになります。これは医師が調剤した場合もございまして、それから看護婦さんが調剤した場合もあり、薬剤師さんが調剤した場合もあり、これのうちの一刻だけはお医者さんが調剤なさった、そして八十刻は看護婦さんがやった、それから十九刻は薬剤師さんが調剤したというふうな場合に、一刻平均に直してゆきますと、どれくらいこの調剤にかかったかということでありまして、たとえば百刻のうちでもお医者さんが実際に調剤されたのは一刻だけしかしてない、それを一刻平均に直しますと、百分の一に縮んで

体たたいまの社会診療と申しますか、こういうものは国民健康保険もみな含んでおるといふふうに考えまして、健康保ではとんとんになったのだけれども、国民健康の方では非常な支払い増になったというふうなことも困ると思ひましたので、私も私としてはこの両者をやはりにらみ合せたわけでありまして、ただしその際に検討をいたします。これは国民健康としてこれが一刻も二割はね上がる、健康保は健康として一刻、二割下つちゃうというふうなことになる。これは大へんだと考へたのであります。私ども大体の幅を大体三割程度の上下りくらいならばこのおののについてお考えなされるべきではないか、さうに時間でもございまして、私は私どもこの三割というのはもう少し小さくするようになっている作業ができたと思ひます。この辺のところで皆さんの御目にかけて御意見を拝聴したい、こういうふうにお考えた次第であります。

○榊原亨君 そういたしますと、この医療費をやりますと、医療法違反をやつて看護婦に薬を合わせさせるといふことを大体お認めにならなければならぬのですが、この問題についてはまだ日をあらためて伺いたします。

○竹中勝男君 これは私も陳述を聞いています。いろいろ厚生当局に質問したいことがたくさん出てくる。しかしさうは参考人諸君の御意見を聞くと、これが目的なので、なるべくそれにしぼつて議事進行していただきたいと思ひます。

○理事(山下義信君) まことにその通りであります。関連しましてこの際厚生当局の意見をお聞きになるのが適當と思はれることがありましたら、差しつかえない程度で発言を許します。竹中委員発言して下さい。

○竹中勝男君 もう一点、それでは成田さんの御発言が大へん理論的にも整然と私には受け取れたので、非常にこれは重要な陳述であつたと考へております。それで要点はさういうふうに理解してよろしいですか。軽い病気を適當に治療しておれば医師の収入は大体においてよくなるけれども、重い病気を熱心に治療すれば医師の収入というものは減少して行く。これは個々の病気にしても、あるいは個々の医師についてもさういふふうな大まかな結論が出せるという医療費体系のもとにおいて考へていいですか。

○参考人(成田至君) それは私がさういふ疑問を持ちましたのは、先ほど山下先生がおっしゃいましたように、厚生省で御発表になっております数字と医師会からいろいろ集まつて参ります数字との間にあまりに違いがあり過ぎる、たとえば大阪を今例にとつて参りますと、大阪は非常に中心都市でございまして、周辺に衛星都市はたくさんございまして、大阪の専門的な眼科の方のところには比較的むずかしい病気が集まつてくるだろう、ところがさういふところから出てくる数字を見ますと、非常に減つておる。これは何か原因があるのじゃないかと思ひまして、私は原価計算をいろいろ見ておりました、先ほど申しましたように診療所に開きまして申しますと、治療のほとんどを占めているものが経費を割つてお

きまふというふうな事情がここに出ておりますので、さうしてお考え願いたい。そうしますと、この医師の一秒八秒から看護婦さんのやると、それから薬剤師のやると、その他のやるといふそのおの全部を加え合わせますと、平均一刻をなれた薬剤師さんもない看護婦さんもない平均して現存の調剤に当られた方の総平均で一刻にどれくらい時間がかかったかということが、この合計になるのであります。それにいたしまして、これに一分半くらいで、非常にこれもやはり相当な名人芸だと思ひます。あります。それに對しましてここで看護婦さんの一刻当りの調剤料が一円五十六銭と出ておりますが、これが三五、七秒になつておる。ということは、看護婦さんの一分当りの報酬が医師の大体半分以下というふうなことで見積られておる。これは成田さん御自身は十分で存じやないかと思ひます。ありますが、お聞きになった方は妙だと思ひえになります。これは医師が調剤した場合もございまして、それから看護婦さんが調剤した場合もあり、薬剤師さんが調剤した場合もあり、これのうちの一刻だけはお医者さんが調剤なさった、そして八十刻は看護婦さんがやった、それから十九刻は薬剤師さんが調剤したというふうな場合に、一刻平均に直してゆきますと、どれくらいこの調剤にかかったかということでありまして、たとえば百刻のうちでもお医者さんが実際に調剤されたのは一刻だけしかしてない、それを一刻平均に直しますと、百分の一に縮んで

る、こういうことになりまますと再診料というのはいくつ目からでございますから、再診料を請求いたしましてそのあとに欠損になっておりますものが幾つつかということによりまして、その日の費用というものがまわってくる。このなりまますと先生が先ほどおっしゃったと同じように軽い病気を見た場合には比較的厚く報いられるけれども、重い病気を受けたら非常に少なくなつて来まして、机の上で計算すればその晩働いたということがみな罰金となつて現われてくる、こういうことを申し上げたわけでございます。

○竹中勝男君　なお成田さん先ほど厚生省医務局長の申したことに付いて何か……

○参考人(成田至君)　それは医務局長のおっしゃることはよく存じております。存じておりますけれども、今柳原先生がおっしゃいましたように、私は実は医業関係審議会がございましたときに傍聴してございまして、そのときに薬剤師側の委員でございまして野澤委員から再三再四当時の業務局長に對しまして、現在はどうも看護婦さんが調剤しておるような傾向も耳にする、四月一日から医業分業が実施されましたならば、この医業分業というのは、その専門の技術の尊重というのを非常に重く見ての措置でございまして、当然四月一日からはそういう点を重く見たところ、当時の高田局長も、そのように特にきびしく考へるというふうな御答弁がございました。従いましてこの原価計算を見ておきますと、私も考へましたのは、こういう数字が出て

くれば、これは多分看護婦さんがおやりになったんだらうと、こういうことを想像いたしましたけれども、新しく分業が実施されました、それに對しましてその専門の技術に對して評価するといふ、一番今度の医療報酬の中でも大切なところでございまして、調剤技術料といふものには對しましては、専門の技術といふものには對する評価がされてゐるに違ひない。そういたしますと、この今出ておられます資料の中で、法律で許されておられます調剤することのできる人は、診療所の医師と薬剤師でございます。その時間を合計いたしますと二十五秒にしかならない、これはどういふことか、結局二十五秒といふものは、もつと一分当りの費用の安い看護婦の費用で計算するといふことにならなければならない、医師の調剤の調剤手数料として換算いたしますと、薬剤師、医師の常識上考えられます時間に換へますと、これはもつと上るんじゃないかといふことを申し上げたわけでございます。その私が申しました中で分当りの費用を何円とすといふわけでも、これは推定でございまして、といふのは、私四回ぐらい厚生省にお電話いたしました、この薬剤師の一分当りの費用といふのを聞きしたのでありますけれども、どうしても教へていただけりませんので、大体看護婦さんの費用よりは高いだろう、医師の費用よりは少いだろうと推定したのでございまして、三の資料でございまして、その辺の数字は多少違ふかも知れませんが、そういうふうな、これは私こういうことを特に取り上げたのは、もう一つ目的があつたのでございまして、といふのは、厚生

省の原価計算には、いろんなこれは私言いたことがございましてすけれども、特に一番今日申し上げておきたいのは、今申しましたような一・八秒といふものがなぜ出て来たかと申しますと、これは厚生省が行いました原価計算によつて売価を決定するといふ方法でございまして、その原価計算の方式といふものは事後原価計算といふ方式をとつておられるわけでございます。今日の経済界におきましては標準原価計算といふのがございまして、事後原価計算といふものは、今申しましたやうないろいろ間違いが起つて参りますので、売価を決定いたします場合には標準原価計算によるのが正しい、こういうことが通説になつてゐると、私しうろとでございまして、聞いておりますが、そういう事後原価計算の誤りがここに出て来ているのだ、これはほかにも出て来ると思ひますけれども、その一例として申し上げたわけでございます。そういうふうな計算をいたしました、非常に大幅に原価を割る、そういうことを念頭に入れますんで、今申しました厚生省の何といひますか、魔術的な調剤時間といふものによりまして計算いたしましたものでも七円六銭から十一銭、医師の費用としてこれは経費でございまして、経費の中の半分はこれは人件費になっておりますので、もちろん物の値下りといふことも多少ございまして、人件費の上昇を考えますと、この六円九十五銭といふものは、今日の値段にいたしますとこれは七円をこえているだろう、そういういたしますと何と申しますか、経費を割つてゐるといふことはや

はり言えるのじゃないか、こういうことを申し上げたわけでございます。

○理事(山下義信君)　他に御質疑もございませうか。

○相馬助治君　成田参考人にお尋ねしたいと思ふのですが、これは竹中委員からもお話をありましたように、参考人は一開業医の立場からこういうふうにしさいな統計を作られて、これを科学的に系統的に結果を出されたことに對して大いに敬意を表します。

で、この問題でございまして、午前中山下委員から丸山参考人に対して、今日問題になつておられますところの新医療費体系のいわゆる新点数に對してこれを否とする場合に、これに對して医師会側としては対案を出し得るかといふ質問に對して、丸山参考人から至急にはそういうことはかなり困難であると思ふという話がございました。私もその間の事情はさうであると思ひますが、そこで一つとり得ることは、旧点数表の中から医業分業の精神を入れて薬治料だけ差し引いて、そして旧点数表を生かしてやつていふたといふ場合と、それからいろいろ不満はあるけれどもいつて、新点数表を押し付けられた場合とでは、これはいかがなことになるか。もうちょっと角度を変えて言へば、こんな新点数表が押し付けられるくらいならば、旧点数表から薬治料を差し引かれたもの、そのものを与えられた方がよりわれわれとしては暫定的ですけれどもやむを得ない、こんなふうな御意見をもちますか。これらについて一つ何かお考えがあつたらお聞かせ願ひたいと思ひます。

○参考人(成田至君)　私は読売新聞でございましたか、ああいう案が出ておりましたので、さうそくペンをとりました、実際に私が先ほど申しましたやうに、新医療費体系に根本的な欠陥が

で、ついでにもう一点聞きますが、こゝ一、二日の新聞等に現れておりますところのいわゆる妥協案といふやうなもので、そういうものについてあなたは研究されておられますか。またしていただければ、それに對する批判をちょっと聞きたい。

○参考人(成田至君)　私は読売新聞でございましたか、ああいう案が出ておりましたので、さうそくペンをとりました、実際に私が先ほど申しましたやうに、新医療費体系に根本的な欠陥が

でございますので、それが払拭できるものであるかどうか、試算いたしましたけれども、これは絶対にできません。ということば、今の体系というものが非常に小さなワタの中で操作されておる。これはたとえて申しますと、女の方の洋服を例にとってみると大へんわかりにくいじゃないかと思ひますが、

というのは今の旧体系、今やっております在来の医療報酬の体系というものは七分袖のブラウスであります。それにひだのないスカート、短か目のスカート、それをはいたような形のものを考へてよろしいのじゃないか。ということば、七分袖の、手の先までおつていないということば、検査料、手術料というものをさしては、足が出てゐるというのには診察料をさしてゐると思ふのです。短いけれどもスカートにひだがあるということば、これは薬治料なり注射料をさしてゐると思ふのです。この足りない布地がもっとも買はないというのが今の状態です。私は着物の作用は二つあると思ふのです。このごろの寒さでは足が冷たいから足をおおつてやらなければならぬ、この一つの作用と、もう一つの作用がある。それは寒さから防ぐことと隠すべきところを隠す、この二つの機能を着物は持つておりますけれども、足が寒からうというので布を使いまして、足の方をおおひズボンを作つたところが、もととも生地が足りないためにおなかが出てしまつておへそがでる出しで、人さまの中で出しているといけないのが、これが新医療費体系です。この新医療費体系というものは費用というものを、物のかかりというものをとおつていかな

ければならない性質を持つておるわけでございますけれども、経費を割つたということでおへそが出てしまつてゐる。そういう問題のいろいろな矛盾が出てきております。私はそういうように考へております。修正案を検討いたしまして、おへそは絶対に隠れて参りません。

○田村文吉君 ちよつと中野さんに伺いたいのではあります、中野さんのおあげになつた数字を厚生省の当局としてはお認めになつていただける数字なのであります、たとえば大阪では一八・五減つたとか。香川で一三・五減るとか、京都では一五・五減るとかいう数字です。厚生省で、三月調査というものでやつた数字でやつたからそれで食い違ひはないと、こういうことをお述べになつたのですが、これは実は厚生省当局の方で、その数字は大体肯定の数字なのであります。

○政府委員(曾田長景君) 実は私も計算いたしましたのはできるだけ皆さん方に目玉にかけようと思つておるわけでありまして、しかしまだ御要望の部分があるかと思ひますが、今後も差し上げるつもりでおります。また私どももいろいろと結論的なことをお伺いするのであります、それを計算なさつたものと資料を実は私どもの方にちよつだいしたい。中には若干ちよつだいしたいものもございまして、御自身で御計算になつた結果をつけて見せていただいておりますものも若干ございまして、それについて私どもは検討をいたしておるものであります、こまかい修正は必要かもしれませんが、今までのところでは、私どもやはりこの点数の計算漏れがあるように今まで拝見し

たのでは思つておるわけでございますが、今後とも私どもできるだけ一つさような資料をちよつだいしたいといふように考へております。

○田村文吉君 ところで中野さんに、そういう非常な常識的に考へてもあり得べからざるような食い違ひがあるのですね。そういうものについては厚生省においでになつて、そういう問題の食い違ひのあるところをお話いただくと、これはできるのでしょうか。

○参考人(中野信夫君) できます。できれば私やりましたのを全部持つて参りたかつたのです。けれども、五日前にいたしまして、私どもの作業がまだ中途半端でございまして、厚生省のようなお金も人手もございませんで、ようやくこの問題だけをまとめてきたというわけでございます。内容につきましては、点数の差とか、そういうものにつきましては、私自身が目を通しておりました、これは絶対に間違いないという確信を持つております、そこで一つ厚生省のおやりになりましたベットのない診療所が十一診療所ございまして、請求書の枚数が千六百枚からございまして、それでこれと点数を割りますと、やはり四百十円というふうに出て参ります。これはもうたくさん一般に出ております数字でございまして、厚生省の皆さんの御発表なすつた数字でありますから、この点間違ひないと思つております。これが四百十円の場合にはプラスになる。私らの方では先ほど申しましたように、一件一名当りの費用が五百六十円でございまして、これは当然同じものを使ひますと減るようになつて、これは私の方

でやりましたのが五百六十円であるといふことが事実であれば、これはこの新医療費体系はそういうふうに出ておるのでございまして、減るのが当然でございまして、今さら検討の余地なく、差が出てくる。高いものは減るようになり、一人当りの治療費の安いものは上るようになつて仕組まれてございまして、これは当然の帰結で、今さら資料を検討されて、もろんけつてございまして、私どもの方で調べました資料が五百六十円であれば一五・五の差がでるということは、新点数で当然の帰結でございまして、これは今さら議論の余地のないことであると思ひます。ただその対象が全国の平均と、つまり厚生省の対象の得られまして現在行われてゐる、現下の診療所がやつております請求書の標本として、代表的なものとして取り上げられるような数字かどうかということなんです。それは基金の、全国の社会保険の診療所が一般に扱つて、これを対象として私どもはむしろ五百六十円が出ておりますが、厚生省の方が四百十円の低いものばかりをおやりになつたのじゃないかという無作為抽出じゃなくして、何かおよりになつたのではないかと、ひがみに感じられるほど非常に片寄つた対象をおつかみになつてゐることを私は特に申し上げたいと思ふ。もちろん資料につきましてはおっしゃる通りに一緒に差し上げたいと思ひます。

○竹中勝男君 その点はこれは初めから問題なんです。多少統計をかじつたものが、そういう、とほろもない基準で統計の結果を発表するということに

ついては、どうもきつねにつままれたような気がするわけですが、まあ常識的にいへば三万件に達する一枚点数五百六十円というものを標準に京都で抽出したものが明らかになつてきた、それによつて出たところの結果というものが信憑性が高いというふうには私どもは考へますけれども、どうして厚生省は低い一枚点数四百十円ですか、そういうようなものところを選ばれたわけですか。どういふ統計学的な抽出法によつてそれをやられたわけですか。

○政府委員(曾田長景君) これはあまりこまかいことで時間を食ひますことは非常に恐縮だと思ふのですが、簡単に申し上げますれば、私ども前にも委員会でお話申し上げましたように、昭和二十九年の年末にこの届出のありました病院、診療所の施設がございまして、この中から診療は無作為に百分の一ずつ抜きました。この際に各専門科別に相対数を抜けるように考へようかというところも検討いたしましたのでありますけれども、いろいろ手数の問題もございまして、あとでこの処理の問題のめんどうさもございまして、簡単に診療所全部から平等に百分の一を無作為に抜いた、こういうような状況でございまして、ここに上つてきました私ども数は覚えておりませんが、診療所の眼科の無床診療所の数は非常に少かつたと思つておりますが、これを作為的に抜いたものでは絶対にございませ

ん。ただ何分施設の数が少うございまして、この出てきた平均的な数字の信頼度ということになりますと、かなり誤差の広いものであるということば考へられるのでございまして。

ただちょっとつけ加えさせていただきたいと思ふことは、今お話しをいたしまして、たまたまここに出ておりました診療所が平均的に何と申しますか、平均一件当りの診療点数が低かつたものだというのを申されまされけれども、従って今度出した平均というものは厚生省が出したのよりも上になるし、それから平均診療点数の高かつた施設では低くなる、こういうふうにお考えになるのはこれは非常に論理の飛躍だと私思うのであります、高いところは高いところなりで旧点数も高かつた。しかし新点数を当てはめまされたにやはり高い点数が出てくる。それから低いところは前も低かつただろうが、新点数をもつてきまして低いこととは低いのであります。従いまして、旧点数で請求したときと新しい点数で請求した場合との間に差があるかどうかということを見ます場合には、今の平均の診療点数が多いか少ないかということだけで直ちにこの資料を信用すべからずということにはならないと思ふのであります。その場合には、比較的一件当りの診療点数の多い施設、それから低い施設、かようなところでは新旧の差が大きく出るか小さく出るかというところはこれは別個の問題でございまして、提起されました問題としては私もどもともに御意見を拝承いたしまして、これは十分検討はさせていただきます、こう思っております。

○相馬助治君 資料の問題で一点お願いいたします。田村委員から中野参考人に対して数字上の誤差のひどいものについてはお話ですが、それを私はこういうふうにしていただきたい。今度の基礎になつた資料については、私はもう委員会の数を重ねることに厚生省に対して不信の念を強めておる。従って中野さんがどんなまじめな資料を持って行つても厚生省へ持つて行くという、その厚生省にとつて不利な資料はやみからやみに葬られる危険性なしとしない。いやこれは事実……。そこでこれは一つ委員長において預かつて、そして当委員会が仲人の役をして向うに見せまされ、ぜひとも中野さんだけに限らないけれども、今日公述された方で、こういう資料も出したという方は、一つ委員長のもとに資料を出すようにしていただきたいと思ふので、そのことを委員長から一つ発言しておいていただきたいと思ふのです。

○理事(山下義信君) お諮りいたします。ただいま相馬委員の御提案の通りに取り計らいますことに御異議ございませんか。

「異議なし」と呼ぶ者あり

○理事(山下義信君) 御異議ないものと認めまして、さように決定いたします。

別に御発言もないようでありますから、本日の委員会はこの程度で終了したいと思います。御異議ございませうか。

○参考人(成田至君) 資料の説明をしていなかったのですが……。

○理事(山下義信君) 資料の御説明その他は適当な機会に承ることにいたしたいと思ひます。十分皆さま方の御資料は検討させていただきます。さういふから、御了承願ひます。

○参考人(中野信夫君) ちょっとつけ加えたいのですが、点数の一枚当りの平均点数の請求額の多いものをとると

いうことは、厚生省で各所で御発表になつておりますし、ちゃんと医政雑誌にも載つておりますし、これは事実だと思ひます。

○理事(山下義信君) よろしうございませうか……。それで御発言は終了したものと認めます。

最後にございさつ申し上げます。本日は長時間にわたりまして非常に有益な御意見を御開陳いただきましてここにありがとうございます。御提出の資料並びに御陳述の御意見等につきましては、当委員会は慎重に検討させていただきます。まことにありがとうございます。

本日はこれをもって散会いたします。午後五時八分散会

二月十五日予備審査のため、本委員会に左の案件を付託された。

一、労働保険審査官及び労働保険審査会法案

労働保険審査官及び労働保険審査会法案

目次

第一章 労働保険審査官

第一節 設置(第一条—第六条)

第二節 審査等の手続(第七条—第二十四条)

第二章 労働保険審査会

第一節 設置及び組織(第二十五条—第三十七条)

第二節 再審査の手続(第三十八—第五十一条)

第三章 罰則(第五十二条—第五十四条)

附則

第一章 労働保険審査官

第一節 設置

(労働保険審査官)

第一条 労働保険審査官(以下「審査官」という。)は、労働者災害補償保険審査官及び失業保険審査官とする。

(設置)

第二条 労働者災害補償保険審査官は、労働者災害補償保険法(昭和二十二年法律第五十号)第三十五条第一項及び肺及び外傷性せき腫瘍害に関する特別保護法(昭和三十一年法律第九十一号)第三十二条第一項の規定による審査の事務をつかさどるため、各都道府県労働基準局に置く。

2 失業保険審査官は、失業保険法(昭和二十二年法律第四十六号)第四十条第一項の規定による審査の事務をつかさどるため、各都道府県に置く。

(任命)

第三条 労働者災害補償保険審査官は労働省の職員のうちから、失業保険審査官は地方自治法(昭和二十二年法律第六十七号)附則第八條に規定する職員のうちから、労働大臣が任命する。

(職権の行使)

第四条 審査官は、公正かつ迅速にその事務を処理しなければならない。

(関係労働者及び関係事業主を代表する者の指名)

第五条 労働大臣は、都道府県労働基準局及び都道府県ごとに、関係労働者を代表する者及び関係事業主を代表する者各二人を、関係団体の推薦により指名するものとする。

(審査及び仲裁の事務)

第六条 労働者災害補償保険審査官は、第二条に規定する審査の事務のほか、労働基準法(昭和二十二年法律第四十九号)第八十六条第一項の規定による審査及び仲裁の事務をつかさどる。

第二節 審査等の手続

(管轄審査官)

第七条 労働者災害補償保険法第三十五条第一項又は肺及び外傷性せき腫瘍害に関する特別保護法第三十二条第一項の規定による審査の請求は、原処分をした行政庁の所在地を管轄する都道府県労働基準局に置かれた労働者災害補償保険審査官に対してするものとする。

2 失業保険法第四十条第一項の規定による審査の請求は、原処分をした行政庁の所在地を管轄する都道府県に置かれた失業保険審査官に対してするものとする。

(請求の期間)

第八条 審査の請求は、請求人が原処分があつたことを知つた日から六十日以内になければならない。ただし、正当な理由によりこの期間に審査の請求をしたときは、この限りでない。

(請求の方式)

第九条 審査の請求は、政令で定めるところにより、文書又は口頭ですることができ。

(却下)

第十條 審査の請求が不適法であつてその欠陥が補正することができないものであるときは、審査官は、決定をもつて、これを却下しなければならない。

(補正)

第十一條 審査の請求が不適法であつてその欠陥が補正することができものであるときは、審査官は、相當の期間を定めて、補正すべきことを命じなければならぬ。ただし、その不適法が輕微なものであるときは、この限りでない。

第十二條 審査官は、請求人が前項の期間内に欠陥を補正しないときは、決定をもつて、審査の請求を却下することができる。

(移送)

第十三條 審査の請求が管轄連であるときは、審査官は、事件を管轄審査官に移送し、かつ、その旨を請求人に通知しなければならない。

第十四條 事件が移送されたときは、はじめから、移送を受けた審査官に審査の請求があつたものとみなす。

(關係者に対する通知等)

第十五條 審査官は、審査の請求を受理したときは、原処分をした行政庁、審査の結果について利害關係のある行政庁その他の第三者(以下この章において「利害關係者」という。)及び当該審査官の属する都道府県労働基準局又は都道府県につき第五條の規定により指名された者に通知しなければならない。

ることである。

(原処分の執行の停止等)

第十四條 審査の請求は、原処分の執行を停止しない。ただし、審査官は、原処分の執行により生ずることのある償ふことの困難な損害を避けるため緊急の必要があると認めるときは、職権で、その執行を停止することができる。

第十五條 審査官は、いつでも、前項ただし書の執行の停止を取り消すことができる。

第十六條 執行の停止及び執行の取消は、文書により、かつ、理由を附して、原処分をした行政庁に通知することによつて行ふ。

第十七條 審査官は執行の停止又は執行の停止の取消をしたときは、請求人及び利害關係者に通知しなければならない。

(審理のための処分)

第十八條 審査官は、審理を行うために必要な限度において、請求人若しくは第十三條第一項の規定により通知を受けた者の申立により又は職権で、次の各号に掲げる処分をすることができる。

一 請求人又は参考人の出頭を求めて審問し、又はこれらの者から意見若しくは報告を徴すること。

二 文書その他の物件の所有者、所持者若しくは保管者に対して当該物件の提出を命じ、又は提出物件を留め置くこと。

三 鑑定人に鑑定させること。

四 事件に關係のある事業所その他の場所に立ち入つて、事業主、従業員その他の關係者に質

問し、又は帳簿、書類その他の物件を検査すること。

第十九條 労働者災害補償保険法第三十五條第一項又はけい肺及び外傷性せき腫瘍害に關する特別保護法第三十二條第一項の規定による審査の請求において当該労働者に対して審査官の指定する医師の診断を受けるべきことを命ずること。

第二十條 審査官は、他の審査官に、前項第一号又は第四号の処分を囑託することができる。

第二十一條 第一項第四号又は前項の規定により立入検査をする審査官は、その身分を示す証票を携帯し、關係者から求められたときは、これを提示しなければならない。

第二十二條 請求人又は第十三條第一項の規定により通知を受けた利害關係者が、正当な理由がなく、第一項第一号若しくは第二項の規定による処分を違反して出頭せず、審問に對して答弁せず、報告せず、若しくは虚偽の陳述若しくは報告をし、第一項第二号の規定による処分を違反して物件を提出せず、第一項第四号若しくは第二項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は第一項第五号の規定による処分を違反して医師の診断を忌避したときは、審査官は、その請求を棄却し、又はその意見を採用しないことができる。

第二十三條 第一項及び第二項の規定による処分は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

第二十四條 前條第一項第一号若しくは

は第二項の規定により出頭を求められた者又は同條第一項第三号の鑑定人は、政令で定めるところにより、費用の弁償を受けることができる。

(審査手続の受継)

第二十五條 請求人が、審査の決定前に死亡したときは、承継人が、審査の手続を受け継ぐものとする。

(本案の決定)

第二十六條 審査官は、審理を終えたときは、審査の請求に係る原処分の全部若しくは一部を取り消す決定又は審査の請求の全部若しくは一部を棄却する決定をしなければならない。

(決定の方式)

第二十七條 決定は、政令で定めるところにより、文書をもつて行わなければならない。

(決定の効力発生時期)

第二十八條 決定は、請求人に決定書の原本が送付された時に、その効力を生ずる。

第二十九條 決定は、第十三條第一項の規定により通知を受けた利害關係者を拘束する。

(決定の変更等)

第三十條 決定の変更及び更正については、民事訴訟法(明治二十三年法律第二十九号)第百九十三條ノ二第一項(判決の変更)及び第百九十四條第一項(判決の更正)の規定を準用する。この場合にお

いて、これらの規定中「判決」とあるのは「決定」と、「裁判所」とあるのは「審査官」と、「其ノ言渡後一週間内」とあるのは「其ノ決定書ノ原本が請求人ニ送付セラレタル後二週間内」と、「弁論」とあるのは「審理ノ為ノ処分」と読み替へるものとする。

(政令への委任)

第三十一條 この章に定めるもののほか、審査の手続に關し必要な事項は、政令で定める。

(審査及び仲裁の手続)

第三十二條 第十三條の規定は、労働者災害補償保険審査官が第六條の審査又は仲裁の請求を受理した場合について準用する。

第三十三條 前項に定めるもののほか、第六條の審査及び仲裁の手続に關し必要な事項は、政令で定める。

第二章 労働保険審査会

第一節 設置及び組織

(設置)

第三十四條 労働者災害補償保険法第四十條第一項及びけい肺及び外傷性せき腫瘍害に關する特別保護法第三十二條第一項の規定による再審査の事務をつかさどるため、労働大臣の所轄の下に、労働保険審査会(以下「審査会」という。)を置く。

(組織)

第三十五條 審査会は、委員三人をもつて組織する。

(委員の任命)

第三十六條 委員は、人格が高潔であつて、労働問題に關する識見を有し、かつ、法律又は労働保険に

関する学識経験を有する者のうちから、両議院の同意を得て、内閣総理大臣が任命する。

2 委員の任期が満了し、又は欠員を生じた場合において、国会の閉会又は衆議院の解散のために、両議院の同意を得ることができないときは、内閣総理大臣は、前項の規定にかかわらず、人格が高潔であつて、労働問題に関する識見を有し、かつ、法律又は労働保険に関する学識経験を有する者のうちから、委員を任命することができ

3 前項の場合においては、任命後最初の国会で、両議院の事後の承認を求めなければならない。この場合において、両議院の事後の承認を受けることができないときは、内閣総理大臣は、その委員を罷免しなければならない。

(任期)
第二十八条 委員の任期は、三年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任されることができ

3 委員の任期が満了したときは、当該委員は、後任者が任命されるまで引き続きその職務を行うものとする。

(職権の行使)

第二十九条 委員は、独立してその職権を行う。

(身分保障)

第三十条 委員は、次の各号の一に該当する場合を除いては、在任中、その意に反して罷免されることがない。

一 禁治産、準禁治産又は破産の宣告を受けたとき。

二 禁錮以上の刑に処せられたとき。

三 審査会により、心身の故障のため職務の執行ができなると認められたとき、又は職務上の義務違反その他委員たるに適しない非行があると認められたとき。

(罷免)
第三十一条 内閣総理大臣は、委員が前条各号の一に該当するときは、その委員を罷免しなければならない。

(会長)
第三十二条 審査会に会長を置く。会長は、委員の互選により定める。

2 会長は、会務を総理し、審査会を代表する。

3 審査会は、あらかじめ、会長に故障があるときにその職務を代理する委員を定めておかなければならない。

(会議)
第三十三条 審査会は、会長及び一人以上の委員の出席がなければ、会議を開き、議決をすることができない。

2 審査会の議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

(給与)
第三十四条 委員の給与は、別に法律で定める。

(特定行為の禁止)

第三十五条 委員は、在任中、次の各号の一に該当する行為をしてはならない。

一 国会若しくは地方公共団体の

議会の議員その他公選による公職の候補者となり、又は積極的に政治活動をするとき。

二 内閣総理大臣の許可のある場合を除くほか、報酬のある他の職務に従事し、又は営利事業を営み、その他金銭上の利益を目的とする業務を行うこと。

(関係労働者及び関係事業主を代表する者の指名)
第三十六条 労働大臣は、労働者災害補償保険制度、けい肺及び外傷性脳脊髄障害に関する特別保護制度及び失業保険制度ごとに、関係労働者を代表する者及び関係事業主を代表する者各二人を、関係団体の推薦により指名するものとする。

(庶務)
第三十七条 審査会の庶務は、労働大臣官房で処理する。

第二節 再審査の手続
(請求の期間等)
第三十八条 再審査の請求は、第十九条第二項の決定書の謄本が送付された日から六十日以内にしなければならない。

2 第八条ただし書の規定は、前項の期間について準用する。

3 再審査の請求においては、原処分をした行政庁を相手方とする。

(請求の方式)

第三十九条 再審査の請求は、政令で定めるところにより、文書でしなければならない。

事関係のある行政庁その他の第三者(以下この章において「利害関係者」という。)及び第三十六条の規定により指名された者に通知しなければならない。

(参加)

第四十一条 審査会は、必要があると認めるときは、申立により又は職権で、利害関係者を当事者として再審査の手続に参加させることができる。

2 審査会は、前項の規定により利害関係者を再審査の手続に参加させるときは、あらかじめ、当事者及び当該利害関係者の意見を聞かなければならない。

(審理期日及び場所)
第四十二条 審査会は、審理の期日及び場所を定め、当事者及び第三十六条の規定により指名された者に通知しなければならない。

(審理の公開)
第四十三条 審理は、公開しなければならない。ただし、当事者の申立があつたときは、公開しないことができる。

(審理の指揮)
第四十四条 審理の指揮は、会長が行う。

(意見の陳述等)
第四十五条 当事者及びその代理人は、審理期日に出席して意見を述べることができる。

2 第三十六条の規定により指名された者は、審理期日に出席して意見を述べ、又は意見書を提出することができる。

ため必要な限度において、当事者若しくは第三十六条の規定により指名された者の申立により又は職権で、次の各号に掲げる処分をすることができる。

一 当事者又は参考人の出席を求めて審問し、又はこれらの者から意見若しくは報告を徴すること。

二 文書その他の物件の所有者、所持者若しくは保管者に対して当該物件の提出を命じ、又は提出物件を留め置くこと。

三 鑑定人に鑑定させること。

四 事件に関係のある事業所その他の場所に立ち入つて、事業主、従業員その他の関係者に質問し、又は帳簿、書類その他の物件を検査すること。

五 必要な調査を官公署、学校その他の団体に嘱託すること。

六 労働者災害補償保険法第三十五条第一項又はけい肺及び外傷性脳脊髄障害に関する特別保護法第三十二条第一項の規定による再審査の請求の場合において、当該労働者に対して審査会の指定する医師の診断を受けるべきことを命ずること。

2 審査会は、委員に、前項第一号又は第四号の処分をさせることができる。

3 第一項第四号又は前項の規定により立入検査をする委員は、その身分を示す証票を携帯し、関係者から求められたときは、これを提示しなければならない。

4 当事者が、正当な理由がなく、第一項第一号若しくは第二項の規

定による処分に違反して出頭せず、審問に対して答弁をせず、報告をせず、若しくは虚偽の陳述若しくは報告をし、第一項第二号の規定による処分に違反して物件を提出せず、第一項第四号若しくは第二項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は第一項第六号の規定による処分に違反して医師の診断を忌避したときは、審査会は、その請求を棄却し、又はその意見を採用しないことができる。

5 第十五条第五項の規定は、第一項及び第二項の規定による処分について準用する。

6 第十六条の規定は、第一項第一号若しくは第三号又は第二項の規定による処分があつた場合について準用する。

(調書)

第四十七条 審査会は、審理期日における経過について、調書を作成しなければならない。

2 当事者及び第三十六条の規定により指名された者は、前項の調書を閲覧することができる。

(合議)

第四十八条 裁決は、審査会の合議による。

2 前項の合議は、公開しない。

(本案の裁決)

第四十九条 審査会は、審理を終えたときは、再審査の請求に係る原処分全部若しくは一部を取り消す裁決又は再審査の請求の全部若しくは一部を棄却する裁決をしなければならない。

2 審査の請求を不適法として却下

した審査官の決定を取り消すときは、審査会は、事件を審査官に差し戻さなければならない。

3 前項の場合のほか、審査会が審査官の決定を取り消す場合であつて、事件についてなお審査官による審査をする必要があると認めるときは、審査会は、事件を審査会に差し戻すことができる。

(準用規定)

第五十条 第十条、第十一条、第十四条、第十七条及び第十九条から第二十二条までの規定は、審査会が行う再審査の手続について準用する。この場合において、これらの規定中「審査」とあるのは「再審査」と、「審査官」とあるのは「審査会」と、「決定」とあるのは「裁決」と、「決定書」とあるのは「裁決書」と、第十七条中「請求人」とあるのは「当事者」と、第十九条及び第二十一条中「第三号第一項」とあるのは「第四十条」と読み替へるものとする。

(政令への委任)

第五十一条 この章に定めるもののほか、審査会及び再審査の手続に關し必要な事項は、政令で定める。

第三章 罰則

第五十二条 第十五条第一項第四号若しくは第二項又は第四十六條第一項第四号若しくは第二項の規定による検査を拒み、妨げ、又は忌避した者は、三万円以下の罰金に処する。ただし、審査官が行う審査の手続における請求人若しくは第十三条第一項の規定により通知を受けた利害関係者又は審査会が行う再審査の手続における当事者は、この限りでない。

は、この限りでない。

第五十三条 次の各号の一に該当する者は、一万円以下の罰金に処する。ただし、審査官が行う審査の手続における請求人若しくは第十三条第一項の規定により通知を受けた利害関係者又は審査会が行う再審査の手続における当事者は、この限りでない。

一 第十五条第一項第一号若しくは第二項又は第四十六條第一項第一号若しくは第二項の規定による処分に違反して出頭せず、審問に対して答弁をせず、報告をせず、又は虚偽の陳述若しくは報告をした者

二 第十五条第一項第二号又は第四十六條第一項第二号の規定による物件の所有者、所持者又は保管者に対する処分に違反して物件を提出しない者

三 第十五条第一項第三号又は第四十六條第一項第三号の規定による鑑定に際し虚偽の鑑定をした者

第五十四条 法人の代表者又は法人若しくは人の代理人、使用人その他の従業者がその法人又は人の業務に關して、第五十二条又は前条第一号若しくは第二号の違反行為をしたときは、行為者を罰するほか、その法人又は人に対しても、前二条の刑を科する。

附則

(施行期日)

1 この法律の施行期日は、公布の日から起算して六箇月をこえない範囲内で、政令で定める。ただし、第五條中関係団体の推薦に係る部

分、第二十七條第一項中「参議院の同意を得ることに係る部分及び第三十六條中関係団体の推薦に係る部分」は、公布の日から施行する。

(委員の任命手続の特例)

2 第二十七條第二項及び第三項の規定は、この法律の施行後最初に行われる委員の任命について準用する。

(委員の任期の特例)

3 この法律の施行後最初に任命される委員の任期は、第二十八條第一項本文の規定にかかわらず、内閣総理大臣の定めるところにより、一人は三年とし、一人は二年とし、一人は一年とする。

(他の法律の改正)

4 労働省設置法(昭和二十四年法

律第六十二号)の一部を次のように改正する。

第六條第一項第十一号の次の一号を加える。

十一の二 労働保険審査会に關すること。

第十一條中「労働基準監督官研修所」を「労働基準監督官研修所」に改める。

第十三條の前に次の一條を加える。

(労働保険審査会)

第十二條の四 労働保険審査会の組織、所掌事務及び権限は、労働保険審査会及び労働保険審査会法(昭和三十一年法律第 号)の定めるところによる。

「失業保険審査会」

失業保険金の支給その他の失業保険に關する失業保険審査官の決定について不服の申立てを審査するものと、失業保険料その他の失業保険法の規定による徴収金の賦課又は徴収の処分に対する訴願を審査すること。

「労働者災害補償審査会」

労働者の業務上の負傷、疾病又は死の認定、療養の方法、補償金額の決定その他の労働基準法の定める災害補償の実施に關する異議の申立てを審査又は仲裁すること。

「労働者災害補償審査会」

労働者災害補償保険の給付及び給付の不服の申立てを審査すること。

「労働者災害補償審査会」

労働者災害補償保険法の一部を次のように改正する。

第三十五條第一項中「保険審査官」を「労働者災害補償保険審査官」に改める。

「労働者災害補償保険審査官」に、

「労働者災害補償保険審査会に審査を請求し、その決定に不服のある者」を「労働者災害補償保険審査会に再審査を請求し、その裁決に不

第四十二條第二項を削る。
第四十三條及び第四十四條を次

たときは、行政官庁は、当該事件については、審査又は仲裁を

でこの法律に相当する規定のもの、政令で定めるところに

償保険審査会がした違法な処分の取消又は変更を求める訴について

昭和三十一年二月二十日印刷

昭和三十一年二月二十一日発行

参議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局