

第六十一回国会 社会労働委員会 議 録 第三十五号

昭和四十四年七月八日(火曜日)

午前十時三十一分開議

出席委員

委員長 森田重次郎君

理事 渡谷 直藏君

理事 谷垣 專一君

理事 渡辺 肇君

理事 田邊 誠君

理事 阿部 喜元君

理事 藏内 修治君

理事 齋藤 邦吉君

理事 中川 一郎君

理事 福井 勇君

理事 増岡 博之君

理事 枝村 要作君

理事 加藤 万吉君

理事 島本 虎三君

理事 平等 文成君

理事 山田 耻目君

理事 大橋 敏雄君

理事 谷口善太郎君

出席政府委員

厚生政務次官 栗山 秀君

厚生大臣官房長 戸澤 政方君

厚生省保険局長 梅本 純正君

社会保険庁医療 加藤 威二君

保険部長

委員外の出席者

参 考 人 小池 昇君

任理事 日本医師会常任理事

参 考 人 加藤 俊三君

参 考 人 連合会副会長

参 考 人 横浜市立大学 小山 路男君

参 考 人 水野 肇君
(医事評論家)
専 門 員 濱中雄太郎君

七月四日

委員丹羽久章君辞任につき、その補欠として小川平二君が議長の指名で委員に選任された。

同日

委員小川平二君辞任につき、その補欠として丹羽久章君が議長の指名で委員に選任された。

同日

委員大原亨君及び島本虎三君辞任につき、その補欠として川村継義君及び中井徳次郎君が議長の指名で委員に選任された。

同日

委員川村継義君及び中井徳次郎君辞任につき、その補欠として大原亨君及び島本虎三君が議長の指名で委員に選任された。

同日

委員稻村左近四郎君、田川誠一君及び中野四郎君辞任につき、その補欠として中野四郎君、稻村左近四郎君及び田川誠一君が議長の指名で委員に選任された。

同日

委員加藤六月君、中川一郎君及び古内広雄君辞任につき、その補欠として中野四郎君、稻村左近四郎君及び田川誠一君が議長の指名で委員に選任された。

同日

委員加藤六月君、中川一郎君及び古内広雄君辞任につき、その補欠として中野四郎君、稻村左近四郎君及び田川誠一君が議長の指名で委員に選任された。

同日

委員加藤六月君、中川一郎君及び古内広雄君辞任につき、その補欠として中野四郎君、稻村左近四郎君及び田川誠一君が議長の指名で委員に選任された。

同日

委員加藤六月君、中川一郎君及び古内広雄君辞任につき、その補欠として中野四郎君、稻村左近四郎君及び田川誠一君が議長の指名で委員に選任された。

同日

委員加藤六月君、中川一郎君及び古内広雄君辞任につき、その補欠として中野四郎君、稻村左近四郎君及び田川誠一君が議長の指名で委員に選任された。

同日

委員加藤六月君、中川一郎君及び古内広雄君辞任につき、その補欠として中野四郎君、稻村左近四郎君及び田川誠一君が議長の指名で委員に選任された。

同日

委員加藤六月君、中川一郎君及び古内広雄君辞任につき、その補欠として中野四郎君、稻村左近四郎君及び田川誠一君が議長の指名で委員に選任された。

同日

委員加藤六月君、中川一郎君及び古内広雄君辞任につき、その補欠として中野四郎君、稻村左近四郎君及び田川誠一君が議長の指名で委員に選任された。

同日

委員加藤六月君、中川一郎君及び古内広雄君辞任につき、その補欠として中野四郎君、稻村左近四郎君及び田川誠一君が議長の指名で委員に選任された。

同日

委員加藤六月君、中川一郎君及び古内広雄君辞任につき、その補欠として中野四郎君、稻村左近四郎君及び田川誠一君が議長の指名で委員に選任された。

同日

委員加藤六月君、中川一郎君及び古内広雄君辞任につき、その補欠として中野四郎君、稻村左近四郎君及び田川誠一君が議長の指名で委員に選任された。

委員加藤六月君、中川一郎君及び古内広雄君辞任につき、その補欠として中野四郎君、稻村左近四郎君及び田川誠一君が議長の指名で委員に選任された。

(小澤貞孝君紹介)(第九八六二号)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外七十一件(小澤貞孝君紹介)(第九九五三三)

同外二件(田原春次君紹介)(第一〇〇五三三)

同外一件(千葉佳男君紹介)(第一〇〇五四四)

同外七件(戸叶里子君紹介)(第一〇〇五五五)

同外八件(堂森芳夫君紹介)(第一〇〇五六六)

同(中嶋英夫君紹介)(第一〇〇五七七)

同(橋崎弥之助君紹介)(第一〇〇五七八)

同(野口忠夫君紹介)(第一〇〇五八九)

同外四件(安井吉典君紹介)(第一〇〇六〇〇)

同外一件(山口鶴男君紹介)(第一〇〇六〇一)

同外十三件(米田東吾君紹介)(第一〇〇六〇二)

同(島本虎三君紹介)(第九八七五五)

同(野間千代三君紹介)(第九八七五六)

同外一件(八木一男君紹介)(第九八七五七)

同外二件(山口鶴男君紹介)(第九八七五八)

同(柳田秀一君紹介)(第九八七五九)

同(本島百合子君紹介)(第九八七六〇)

同(柳田秀一君紹介)(第九八七六一)

同(本島百合子君紹介)(第九八七六二)

同(柳田秀一君紹介)(第九八七六三)

同(本島百合子君紹介)(第九八七六四)

同(柳田秀一君紹介)(第九八七六五)

同(本島百合子君紹介)(第九八七六六)

同(柳田秀一君紹介)(第九八七六七)

同(本島百合子君紹介)(第九八七六八)

同(柳田秀一君紹介)(第九八七六九)

同(本島百合子君紹介)(第九八七七〇)

同(柳田秀一君紹介)(第九八七七〇)

同(本島百合子君紹介)(第九八七七〇)

同(柳田秀一君紹介)(第九八七七〇)

同(本島百合子君紹介)(第九八七七〇)

同(柳田秀一君紹介)(第九八七七〇)

同(本島百合子君紹介)(第九八七七〇)

同(柳田秀一君紹介)(第九八七七〇)

同(本島百合子君紹介)(第九八七七〇)

同(柳田秀一君紹介)(第九八七七〇)

同(本島百合子君紹介)(第九八七七〇)

同(柳田秀一君紹介)(第九八七七〇)

同(本島百合子君紹介)(第九八七七〇)

おる。そういうことは、日常患者の診療に専念すべき医師の頭の中に、少しでも入ってきいてはけないことではないかと私は思っております。そういう点から、まず第一に、国民の福祉に医学、医療の進歩を直結できない、それを妨げるものが薬剤の一部負担であるということを申し上げます。

特にその中で、この薬剤の一部負担がもたらします影響は、どういう階層の方であり、どういう疾病を持つ患者さんであるかということをおし上げますと、やはり長期の療養を要する患者さんに一番影響が大きいということでございます。ただか十五円ということ、あるいは軽く見られておるかもしれませんが、長期の患者さん、結核、高血圧、精神病、糖尿病、そういうものは長期療養者でございます。毎日毎日医師のところへ参るのではありません。おおむね一週間、あるいは二週間に一度参って、治療に専念するのでございますが、そういう患者さんにはこれは五百円にもなり、千円にもなるということでございます。その一部負担の影響が大きいということでございます。そういう立場から軽々しく十五円と考えていただきたくないでございます。

第二に、十五円ということをはきわめて些少であるというふうな現在の世の風潮から考えられますが、これが先ほど申し上げましたように、処方によって徴収するしなやかまるといふことになりますれば、処方の内容といたしまして、必然的に一定の金額に制限された、規格的なものになるということでございます。患者に、そのつど一番適した薬剤を処方するというのが、医師の使命でございますが、それが金を取る、取らないの境目で処方の内容が左右されるということは、私たちの良心が許さないということでございます。この点は、診療を規格化しまして、同時に、診療内容の堕落を招くものというふうには私は体験しております。

また、別な観点から見まして、この薬剤費の一部負担というものが、非常な医療担当者の事務の

複雑化を招いているということはこれまでも述べられておりますので、私からは、そうこまかいことまでは申しませんが、そのための健康保険請求明細書の作業、患者が一人一人いっしょにたばに、処方内容の原価計算をして、この処方では幾らになるというものを置いて計算をしなければいけないということ、私たちがしましてはやりたくないし、その間に幾らかでも勉強もしたいというのが本音でございます。そういう複雑な事務を私たちに課するということは、基本的に間違っているし、私は私たちの専門の仕事に専心したいのでございます。これは十五円であらうと、百五十円であらうと、作業は同じなのでございます。そういうふうな考えますと、今回どうしても二年目という一つの機会をとらえて、この十五円の薬剤負担というものをはずしていただきたいというのが、私たちの過去二年間の経験から出ました叫びでございます。

時間も参りますので、私としては最終的にどういう気持ちでいるかということをおし上げますと、今回の特例法が二年延長になるに際しまして、ぜひとも薬剤の一部負担だけははずすように御努力願いたいということでありま。国民皆保険というものは、これは国が国民に対して強制的にやっている仕事でございます。すべての国民から保険料をいただきまして、国もこれに応分の負担を出して、その経済をまかなっているのでございますが、それは経済それ自身が目的ではなくて、国民が健康で、現在の医学、医療の恩恵に浴し得るようという気持ちから出たものだろうと思ひます。そういういたしますと、国民の受診、受療の機会を制限するということは、国民の首を締める、そういう行為であると思ひます。しかもここで、その患者さんを診察に行った医師に対して、おれが首を締めている間に患者のふところから金を取れ、取らなければおれが医者の方からその金をいただく、こういう趣旨でございます。私はそういう姿はまことに情けないと思ひております。

この際、国会にこの審議がゆだねられました機会に、どうかそういう姿を考へましていろいろ御審議願いたいのでございます。国会がこの特例法を無修正でこのまま通すということになれば、首を締められている患者の両足をさらに引っぱる、そういう行為であらうと思ひます。何とぞ、薬剤一部負担というもののだけはこの機会にお考え願いたいのでございます。私は国会の皆さまの良識を信ずるものでございます。

○森田委員長 次、加藤参考人をお願いいたします。

○加藤参考人 私は健康保険組合連合会の加藤でございます。

最初に、私は政府並びに自由民主党が、この二年の間に抜本改正の成果を得られなかったということは、その間にいかなる事情があつたにしろ、その責任はまことに重大でありまして、きわめて遺憾なことだと存ずる次第でございます。しかしながら、現実の問題といたしまして、抜本改正が間に合なかつた現段階におきましては、次善策として、この健保特例法をそのまま延長するということとはやむを得ないものであると考えまして、次のような意見並びに希望を申し添えまして政府原案に賛成の意を表するものでございます。

まず第一に、この特例法がこのまま失効いたしますと、健保財政はたちまちに破綻におちいるおそれがございます。政管健保の赤字は、四十三年度末で千三百億に近しいとわけておりますし、この特例法が八月で失効いたしますと、半年間に約四百八十億に近しい赤字が累積するといふふうにいわれておりました。政管健保の財政を破綻に導くおそれがございます。

なお、この際明らかにしておきたいことは、この保険財政の悪化が単に政管健保や日属健保だけにとどまらず、すべての医療保険に波及するということでございます。その根本原因は、国民の賃金や所得を上回るような医療費の増高によるものであるということでございます。すべての医療保

険の運営がどうか継続することができておりますのは、この特例法の効果があるからであるといふふうに言つてもよいのではないかと思います。最近、本年度のベースアップが予想以上に大幅に行なわれたために、保険料の収入がふえて、余裕があるのではないかと一うふうな見方も行なわれているようでございますが、御承知のように、一方においては日本医師会のほうから、二〇〇%の医療費の値上げ要求も出ておりますし、それをもつて保険財政が好転したといふふうには考へるのには非常に甘い、早計であるといふふうには考へるわけでございます。

第二番目に、この特例法の中で一番問題になります薬剤の一部負担でございますが、これは私は絶対に修正すべきでない、堅持すべきであるといふふうに考へます。

その理由は、国民の医療は、短い日数で安い費用で全快さすというのを目的とすべきであります。特例法に定められておりますこの薬剤の一部負担は、その目的のためにきわめて有効な手段であるといふふうに考へるわけでございます。

今日の医療にはいろいろ問題がございますが、その最大の問題点は、現物給付の出来高が高いという支払い方式にあるといふことは明らかでございます。まして、たとえば患者自身が受けた医療の内容及びその費用というものを確かめることはできません。また患者の側におきまして、医療時に負担のなにかから、むだな医療を要求してありがたがあるという傾向がございます。一方医療を担当する側におきまして、医療費の算定方法が多量な投票を行なつたり、あるいはまた診療日数を長引かせれば、それだけ収入がふえるといふふうな仕組みになつておるわけでございますが、このことにつきましましては、先般自由民主党が発表されました国民医療対策大綱についておきます重要意見にも、医師に領収書の発行を義務づけるべきじゃないかと、あるいはまた支払い方式にあつたため償還制を導入するといふふうなことを検討すべきであるといふふうな意見がございました。

が、もっともなことであり、思ふわけでございませう。次に、この特例法の制定以後、外来診療につきましては、受診率はあまり影響してないのをごさいます。そして、一件当たりの費用の伸び率が、従来に比べて低くなっているというものが統計的に出ております。これは結論しますと、むだな医療を少なくして、しかも受診の機会を抑制してないということを示すものであらうと思ひます。よく一部負担は受診率を抑制するというふうにいわれておりますが、御承知のようにこの特例法には、低所得者に対しては一部負担を免除するという除外規定も設けられておりますし、それからその後の厚生省の推定によりますと、一傷病一件当たりの一部負担が、せいぜい二百円をそこそこであるというふうにいわれておりますので、これが受診率に大きく影響しているとは考えられないのでございませう。

次に、この一部負担制度は、保険財政を健全化するということばかりじゃなしに、医療保険を正しく発展させるものだといふふうに私は考えるものでございませう。投票時の一部負担制度は、患者にその一部負担することによつての財政効果というよりも、むしろ医療の内容をよくして、医療費のむだを排除して、正しい姿の国民医療の目的に沿うゆゑであると思ふわけでございませう。薬の飲み過ぎ、あるいは飲ませ過ぎによる弊害ということは、識者のひとしく認めるところでございまして、国民医療の目的からいへば、この受診時における患者負担のないことが好ましいことは当然でございますが、しかしながら、そのためには医学の常識から見たむだな医療、これを制度的に、たとえば現物給付出来高払い方式を改善するなどしてチェックするシステムを考えなければならぬ。その必要ない制度ができるまでは、患者自身の努力によつて行なうほかはないと思ひますので、その方法がこの一部負担制度である、その一つの具体化が投票時の一部負担でありまして、抜本改正が行なわれるまでは、その間におけるやむを得ざる手段であらうというふうには私は考えるわけで

ございませう。それから、先ほど小池先生も医師の窓口業務が非常に複雑であるといふふうに言われたわけでございませうが、しかし、患者のうちで被保険者自身よりも、その扶養家族のほうが多いのでございまして、それらはみな一部負担、窓口で支払っているわけでございませうから、これがために著しく事務量が增大しているとは考えられませうし、むしろ医師のそういう業務、負担を軽減するということがあれば、いまのこのこまかい固点数数方式、この支払い方式をこそ改めるべきであらうというふうに思ひますので、そういうことはこの抜本改正のときにぜひお考えいただきまして、いままたこの特例法を部分的に修正するということは、かえつて混乱を来たすものであらうというふうには考えるわけでございませう。

次に、この投票時の一部負担は、これは何もわが国だけではなくして各国共通に行なわれているといふことでございませう。わが国の医療保険における最大の問題点は、医師の技術中心というよりも、物すなわち注射でありますとか、投票でありますとか、こういうところに中心が置かれておるといふことに問題がございまして、医療費の約四〇％近くが薬剤費に使われている。このことは諸外国に對比いたしますと二倍ないし三倍の使用量である。

先般社会党が医療制度改革案を発表されたようでございますが、私、新聞で見まして、全文を拝見いたしておりますので、あるいはニュアンスが違ふかも知れませんが、その中に薬剤費を減らすような医療行政をすべきであるといふふうに御指摘になつてゐるようでございます。まさにこれもその一つの手段であらうと思ひます。ございませう。これを改革するためには医療分業など、根本的な改革を行なう必要がありますが、それが行なわれていない現在、薬剤乱用防止のために、何らかの措置を講ずるといふことは絶対に必要であるといふふうには考えるわけでございまして、他国の例を見ましても、英国におきまして

も医療分業は古くから行なわれておりますが、その英国においてさえ労働党内閣の当時に処方せん料の一部負担を実施いたしました。また西独におきましても、処方せん料の増額を行つておりますし、またソ連のごとき医療国営の国家におきましても、薬剤費においては、受診者の一部負担があるといふふうには聞いております。この日本の医療のうちに全く歯ごたのない国におきましては、薬剤の一部負担といふものは絶対に必要な措置であらうといふふうには考えるわけでございませう。

でないかといふふうには考えるわけでございませう。最後に、政府並びに与党に申し上げたい。二年間といわず、この抜本改正は早急にやつていただきたい。先般お示しになりました国民医療対策大綱でございませうが、ああいうふうな粗末なものでは問題になりませうので、何ゆゑに抜本改正が必要であるか、それは赤字が出て、財政の危機を招来するからでございませうが、それではその赤字の出る根本原因を究明して、その根源にメスを入れることでなければ抜本改正の意味をなさないのでございませう。先般のあの案は、医療を受ける側の組織がえをしたにすぎないといふふうなもので、これは問題にならないと思ふわけでございませう。

次に、二年前にこの特例法が制定されたわけでございますが、その二年間の当時と現在の時点で見ると、全く客観的な情勢、すなわち医療保険と国民医療の関係はちつとも変わつていないと思ふのでございませう。特例法は、その二年間の間に、医療保険の抜本改正を行なうという条件でありましたが、それにもかかわらず、それがいまだに行なわれていないことは、まことに遺憾であるといふことは冒頭に申し上げたとおりでございますが、だからといって、抜本改正ができなかつたから、特例法は廃棄すべきであるという主張は、理論的には全くつながらない、私には理解ができないのでございませう。これが行なわれていない現在、医療保険制度の混乱を避けて、抜本改正のつなぎとすためにも、特例法を延長することが必要であらうといふふうに考えるわけでございまして、このことは世論も認めているのじゃないかといふふうに私は考えます。

それから、もう一つ申し上げたいことは、最近新聞によりますと、与党の中にも、この薬剤の一部負担ははずすべきであるという意見があるといふふうには聞いております。こういうことは、この特例法を通すために政府並びに与党が全力をあげておるときに、中から足を引くばらばらというまじり獅子身中の虫であらうと思ひます。でありますから、政府並びに与党は、すみやかにこういう声を一掃いたしまして、国民の疑惑を解いていただきたい。そして、先般この委員会並びに本会議におきまして、抜本改正が間に合はなかつたのだから、この特例法を延長するしか手がなから、何とか承認してもらいたいといふふうには提案趣旨を説明した。その舌の根もかわかない先に、あれは間違つていたからこういふふうには直してくれといふふうなことは、全く国民を愚弄したものでございませう。先般佐藤総理も、この委員会でも、圧力団体には負けないでやるといふふうにおっしゃつたといふふうに新聞紙は伝えておりますが、どうか勇気をふるって、政府並びに与党は、早急に真に国民のための医療保険制度改革案をおつくりになるといふことを期待いたしまして、その間のつなぎとして本案の成立に賛成の意を表するものでございませう。

と申し上げますのは、四月の上旬にこの法案が国会にかかりましたときに、日刊紙の大部分はこれを取り上げまして、私の記憶しております範囲でも朝日新聞、読売新聞、サンケイ新聞、東京新聞、こういつたような新聞、まだそのほかにもあらうかと思ひますが、こういつたような新聞は社説を掲げまして、いまの段階では特例法の延長はやむを得ないものと考えらるというふうには論断いたしております。この事実を全く無視することはできなくて、一般世論の反映をしておるものと見るべき

以上でございます。(拍手)

○森田委員長 次、小山参考人をお願いいたします。

○小山参考人 最初にお断わり申し上げておかなければなりませんことは、およそわれわれのような研究者の立場で、具体的な法案に対して絶対的に賛成であるとか、あるいは反対であるとか、そういうことは申し上げられない立場でございます。特に、本法案のように、政治的な対立が明白である場合においては、なおさらのことなのであります。しかしながら、現在の与えられた条件のもとでは、特例法の延長もやむを得ない、この意味で、私は原案に賛成ではあります、決して積極的に賛成するものではございません。

特例法の性格について、一言申し上げたいと存じます。

特例法は、政府管掌健康保険の財政対策であります。しかしながら、財政対策が確立されれば、今度はそれを契機として基本法に移行できるはずであります。この意味で、特例法は中間対策であるというのが、四十二年の特例法審議段階における私の見解でございました。しかるに、二年間の期限内に、制度の根本改正が実施されなかったことは、きわめて遺憾であります。今回これを、さらに二年間延長することにつきましては、すなおに賛成したいものがございす。しかし、事、医療に關しましては、国民全体の合意が容易に成立しそうな現状、さらにまた、政府管掌健康保険の財政基盤が依然として不安定である事実等を考えますと、延長またやむなしといわざるを得ないのであります。しかしながら、この間において、具体的な問題が生じましたに、根本改正に籍口して、事態の改善に消極的でありました政府の態度は、大いに責められてしかるべきものと私は考えます。

次に、特例法の効果について、私の意見を申し上げます。

特例法実施によりまして、政府管掌健康保険の赤字は三百二十億になるというのが政府側の見解

でございます。しかるに、その決算は五十八億の赤字にとどまったのであります。その理由いたしましては、保険料の上昇分の八十三億をまず計算違いをしたこと、さらに医療給付費の減少が百三十一億あったこと、もう一つ現金給付の減少が二十六億あったこと、さらにまた借り入れ金の減少によりまして二十二億の節約ができたこと、以上合わせて二百六十二億が見込みよりも減ったというのが政府の説明であります。

しかもまた、この数字をながめてみますとすぐわかりますことは、減少いたしました赤字額の半分、つまり二百六十二億の半分の百三十一億が医療費の減少によるものであったこととあります。

で、医療費の減少の理由といたしまして政府が申しておりますことは、受診率の鈍化傾向が特例法以前にすでに見られていた。その効果は半年で四十八億であるので、満年度にして九十六億の減少が自然的に生じたのである。これが第一点。

さらにまた、特例法の審議段階におきまして非常に問題になりました波及効果の有無でありますけれども、あれはあったとしてもせいぜい三十五億というのが政府の説明でございます。しかしながらこの問題は、一体特例法が受診抑制に結びついていたか否かによって判断せざるを得ないと思うのでございます。

そこで、まず最初に申し上げておきたいことは、この参考資料をお持ちの諸先生方は六九ページの統計表(7)をごらん願いたいと存じます。

この表でござらんいただきますように、医療給付費の対前年伸び率は、すでに昭和四十四年度決算以後鈍化している事実がございす。

さらにまた、この表の読み方でございすけれども、私は弾性値計算という方法で、政府管掌健康保険の財政状態を予測したことがございす。

その方法はごく簡単に申しますと、医療給付費の対前年増加率を、一人当たり保険料の対前年増加率で割る方法でございす。これはこういうこととございす。もし、その数値が一以下ということ

とは、医療給付費の上がり方よりも、保険料の上がり方が大きいということとあります。もし一以上であれば、医療給付費の上がり方が、保険料の上がり方よりも大きい。こういうことで一つの判断基準となるものでございす。

この方式によりまして計算した結果がございすが、ごく簡単に申し上げますと、昭和三十九年にこの医療給付費の保険料弾性値は二・〇〇と最高値を示しておりました。つまり三十六年以後の政府管掌健康保険の最悪の事態は、昭和三十九年であったというのが私の判断でございます。しかるに、四十年になりましたと、この数値が一・六九六と下がっております。何らの法改正も行なわなかったにもかかわらず、医療給付費の伸び率が、保険料の伸び率に比較して鈍化した事実がここに指摘されます。この事実、さらに昭和四十一年の法改正によりまして、五万二千円の最高標準報酬月額が十萬四千円になりました結果、〇・六五と急速な改善の傾向を示しておるのでございす。

ちなみに、その後の数字について若干申し上げますと、特例法の実施によってこの数値はさらに〇・六〇四と、政府管掌健康保険の財政基盤は、もはや好転の基調にあることを明瞭に物語っておるのでございす。四十三年になりましたとこの数値が〇・八八一とやや悪くなっておりますのでございすが、これは四十二年末に行なわれました診療報酬の引き上げと薬価基準の引き下げ、これの効果でございまして、大体あのときの診療報酬の引き上げが七・六八%でございまして、薬価基準の引き下げが一・〇二%でございしました。この効果を相殺いたしますと、三・六八%の医療費の増があった。そのためにやや政府管掌健康保険の財政状況は〇・八八一と悪化の傾向にございす。

が、四十四年度予算について見ますと、この数値は〇・七九八とまた改善の傾向を示しております。

このような数字をあげましたことは、私が申し上げたいのは、政府管掌健康保険の財政基調が好転しつつあるのだ。しかも、四十四年度で政府管

掌健康保険の財政規模は約四千七百億であります。これに對しまして当局側の試算によりまして、二十七億程度の赤字である。と申しますことは、もはやこの程度の赤字はネグリジブルである、収支は相当しているのだということとあります。ただし、この収支相当は国庫負担二百二十五億が入つての上であることに御注意願いたい。つまり現状でまいりますならば、ある程度の国庫負担を政府管掌健康保険に確保することは、もはや必然と申さなければなりません。

次に、薬剤費一部負担の波及効果について申し上げます。

投薬時負担は四十三年度で五十億程度にすぎません。そこで、現在の薬剤偏重の医療が続き、しかも、診療報酬の支払い方式が、そのような薬剤偏重の医療を正さない限りにおいては、これを廃止することはできないと思ひます。また、その効果を見ますと、特例法の実施によりまして一時的には受診率が低下いたしましたけれども、低下したとは言え、現在の受診率はすでに四〇〇を上回っております。きわめて高い水準の受診のレベルであることに御注意願いたい。したがって、受診抑制効果はそれほど問題にならないと判断せざるを得ません。

さらにまた、その後の統計を見ますと、一件当たり受診日数が増加している傾向が指摘されます。しかしながら、これにつきましては四十二年末に行なわれました診療報酬支払い方式の改定によりまして割合数日数比例方式が廃止されたこと、さらにまた再診料が新設されたこと、それ等が相まらまして医療のビヘービアに変化が生じた結果であると私は判断しております。

なおまた、薬剤費の一部負担免除の方法につきましては、現在の方式は低等級者対策でありまして、低所得者対策とは申しがたい、まことに拙劣な方法であることを一言申し上げたい。しかもまた、その低等級者対策にいたしまして、その実施状態は必ずしも満足すべきものではないと私は考えております。

第三点に分べん給付の改善について申し上げますと、現在の状況で分べん給付改善のみを行なう必然性は、私にはわかりません。約束というものを重んじなければ何もうるさくないという国会の場で、簡単に約束がほごにされたというところにつきましても、重大な問題であることは申すまでもないと思ひます。しかし、だからといって、このまま時限立法が時間切れになるというのを放置しておいてよいのかということになりますと、それもまた簡単に、それがそれでいいのだ、つまりそこで、あとはあなた方が悪いのだからちゃんとやりなさいということだけをおさめるものではないのではありませんか、そんなふうには私には思ひません。ですから、ここにおいでの方々が各党からこれぞ抜本対策案であるというのを提出しなされるのなら、それが一番いいと私は思ひます。今日ジャーナリズムを通じて得ました情報では、それはまず実現不可能な話のようでありまして、そうとういたしたならば、やはり赤字が増大するし、かつまた、これがやがては食費特別会計のようになる様相というものがなっているという点から見まして、いわばあきらめられねとあきらめたというふうな形でこの法案が通ることはやむを得ないのではないかと、そんなふうには思ひます。しかし、だからといって、この法案がそのまゝ通るといふことは、やはりそれでは困る、少なくとも国民はそう思ひます。これは二年間の二年間、あるいはもしほんとうに二年が過ぎないとおっしゃるのなら、私は三年でもいいと思ひますが、確実に抜本改正案というものを提出しにする必要がどうしてあると思ひます。

最後にお願い申し上げたいことは、政府管掌健康保険は、千三百万人以上の中小企業の被保険者を対象とする重要な制度であることとあります。この点にかんがみまして、国会の諸先生方もこの制度の改善、特に家族給付率の七割への引き上げ等、前進的な方向で今後の御審議を進められることを切に希望いたします。

現在最も重要な問題は、保険の問題であると同時に、医療の興廃の問題であります。医療制度の改善、すべての被保険者が安心してかかるような健康保険にすること、そのような前向きな姿勢で御審議のほどをお願いして私の意見陳述にいたしますと存じます。

ありがとうございます。(拍手)

○森田委員長 次に、水野参考人をお願いいたします。

○水野参考人 水野肇であります。私も小山先生と同様に、これに賛成か反対かというふうには聞かれませんが、賛成でもあるし、反対でもあるという、きわめて微妙な言い方しかできないわけでありま。

まあ結論的に申し上げましたならば、やはり二年前に時限立法として成立いたしましたものが、その二年間の間に約束しておいた抜本対策というものが出なかったということについての政治の怠慢というものは、やはり指摘せざるを得ないのではないかと私は思ひます。約束というものを重んじなければ何もうるさくないという国会の場で、簡単に約束がほごにされたというところにつきましても、重大な問題であることは申すまでもないと思ひます。しかし、だからといって、このまま時限立法が時間切れになるというのを放置しておいてよいのかということになりますと、それもまた簡単に、それがそれでいいのだ、つまりそこで、あとはあなた方が悪いのだからちゃんとやりなさいということだけをおさめるものではないのではありませんか、そんなふうには私には思ひません。ですから、ここにおいでの方々が各党からこれぞ抜本対策案であるというのを提出しなされるのなら、それが一番いいと私は思ひます。今日ジャーナリズムを通じて得ました情報では、それはまず実現不可能な話のようでありまして、そうとういたしたならば、やはり赤字が増大するし、かつまた、これがやがては食費特別会計のようになる様相というものがなっているという点から見まして、いわばあきらめられねとあきらめたというふうな形でこの法案が通ることはやむを得ないのではないかと、そんなふうには思ひます。しかし、だからといって、この法案がそのまゝ通るといふことは、やはりそれでは困る、少なくとも国民はそう思ひます。これは二年間の二年間、あるいはもしほんとうに二年が過ぎないとおっしゃるのなら、私は三年でもいいと思ひますが、確実に抜本改正案というものを提出しにする必要がどうしてあると思ひます。

それは、いままでも費やされた各党のエネルギー、それをさらに何十倍も上回るエネルギーを費やさなければ、ほんとうの意味の抜本改正案というものはできないのではないかと、むしろ今国会の審議の場というものは、それをつくるための場とするということがやはり国民の要望ではないか、私はそういうふうに思ひます。

世間では、今日の医療問題を評して応仁の乱だといふふうなことがいわれております。麻の乱れるがごとく乱れてどうしようもないではないか、解決の端緒があるのかということに対しては、これが解決の端緒だということ、明確に指摘できる方はきわめて少ないというより、ほとんどいっしょにやらないのではないかと私は思ひます。それは、まず基本から考えようという姿勢というものが、何よりも必要なのではないかと私は思ひます。多少失礼な言い方かもしれませんが、抜本改正案というものが一つにいたしても、一体抜本の本のはりは何か、そうして何を抜くのかということになりますと、はたと当惑したという思ひます。

さて、こういうふうになつてきましたことは、やはり医療問題がきわめて複雑な様相を持つていて、専門家に以外にはきわめてわかりにくいという要素があつたということも事実ではないかと思ひます。けれども、そのためにいたずらに、端的に申しまして診療側と支払い側とがまっくらからぶつかるだけで、それから先へ進まないといふことが、本来ならば行政のベースではからるべき問題が、往々にして政治のテーマになつたのではないかと、いろいろケースが、かなりあつたのではないかと私は思ひます。これは何も政治家の責任とか、あるいはだれがよいとか悪いとかというところではなくて、そういう世の中の社会機構になつておる、そこをどう改革していくかということも本委員会に課せられた一つの使命ではないか、私はさう思ひます。

さて、いろいろこの法案についての問題は諸先生方から出ましたし、私は、そのそれぞれについて、部分的にはきわめて賛成の個所も多いので、むしろそれよりも前向きな姿勢で取り組むための私たちの考えというものを二、三述べさせていたきたいと思います。やはり医療問題というものは、医療問題全体の

ビジョンを打ち立てて、そこからどういうふうにしていくかということを考えない限り、解決はむずかしいのではないかと私は思ひます。健康保険というものの一つを直すにいたしましては、やはり全体にかかわることは非常に多いと思ひます。今日のほとんど解決がつかないのではないかと、やはり支払い体系というものを考えてみなければならぬし、そんなふうなことをいきました場合には、私は、やはりまず各党でビジョンというものを打ち立て、それをたたき合ひして、新しいビジョンづくりをして、それから何年計画で到達していくか、それを厚生省事務局にお願ひするという形でやる以外には、私は、医療問題の解決はできないのではないかと思ひます。

次に、この保険の問題についての一つの基本的な問題として、私は、日本の現行の健康保険というものが、保険が保障かというところの論議が、きわめて明確ではないということをおし上げたいわけでありま。なるほど厚生省では、いまの医療政策は保険である、したがって、経済のワタというものがあつて、ものによつては、自己負担もかかるのである。そして、もう一つ別のものとして、社会保障的なものとしては、生活保護法というものがあつて、それに中間的なものとして公費負担という、つまり結核、あるいは精神病、そういったものがあつて、それらを並行的に行なつておる、今日の行政である、こういうふうな御説明になつておられます。

しかし、国民はどういうふうに見ているかと申しますと、やはり私は、単純にそれらを全部引くため保障だと考えておるところに一つの問題点があるのではないかと思ひます。次に、保険であるといひましたならば、一体保険で何をめんどろを見、何は自己負担になるのかということについての論議も、やはり私は要ると思ひます。もう少しシビアに言えば、何を保障すべきであり、何を保障すべきではないと

て、政管健保に対するところの国の負担は、同じ額である二百二十五億円でありますが、したがって、政管健保の財政全体から見た場合には、国庫負担の率は全体の中で下がっておる、こういう状態でありま。さういったいゆるゆる国庫負担のあり方というのに対して、小池さんは一体どのようにお考えであるか、お伺いしたいと思うのです。

次に、加藤参考人にお伺いいたしますが、まあ、この中で特に業代の一部負担の問題を強調されたのでありますが、これを存続させることが必要であって、抜本改正に向けてもそれが前提条件である、こういうお話でありました。

私は、その御意見の中で、いわゆるその業代が医療費に占める割合が非常に多い、これはもともと考えなければならぬ、こういう御意見がございましたが、これと業代の一部負担というのは、一体どういう関連があるとお考えでありますか。私どもの立場は、ここで明確にすることは避けますけれども、この一部負担の問題と、医療費の中で占める業の問題というのは、これはやはり別な角度で検討しなければならぬ問題じゃないか。これは何か混同されているような印象を御意見の中で拝聴したんでありますけれども、一体、この一部負担という問題が、業の抑制という問題とどういうかかわり合いを持っているとお考えでございますか。

それから、これは小山参考人にお伺いをいたしますが、特例法は、まあ、一応やむを得ないという立場で御説明がございました。とするならば、このやむを得ないという立場は、一体あなたは、財政効果上の問題を主としてあげられて御説明になったのでございますが、抜本改正に向けて、この特例法の延長というのは、前提として必要であるというようにお考えでございますか、単なるつなぎとして、やむを得ざる措置としてそういうものを容認するという立場でございますか、その点をひとつお伺いをいたしたいと思うのであります。

それから、水野参考人に対して二、三お伺いをいたしたいと思ひます。

一番最初に、抜本改正案を出す必要があるということを強調されました。そのとおりだろうと思うのであります。したがって、この法律審議も抜本改正に向けてやはり論議を深むべきである、こういう御意見でございますか。

さてそこで、水野さんおっしゃった、まあ医療問題非常に複雑でありますから、それぞれひとつ各党なりのビジョンを確立をして、その上で論議を戦わすべきではないかという御意見であります。私は、非常にごもっともな御意見じゃないかと思うのでありますが、一体、このビジョンというのは、大筋としてはどういう柱がございましょうか。私どもは、医療というても、これは医療保険制度の問題がござい。あるいは医療担当者との問題もござい。はたまた、医療機関の適正配置という問題もござい。ないしは、診療報酬体系を含める医療費という問題がござい。そうして業の問題もござい。これらのいろんな柱が実はあると思うのでありますけれども、その中で当面、論議をしなければならぬ論点というのは、一体どこに設定したらよろしいとお考えでございますか。

その点に関連をして、医療は一体、保険でいくべきか、社会保障でいくべきかという論議は、古くして新しい問題であります。その中で、特に長期療養については、当然、これはもう、社会保障の立場をさらに加味して保障すべきである、こういう御意見は、私は、もうしごくもつともだろうと思うのです。ただ、その裏返しとして、たとえば軽度の疾病、腹痛や、かぜについては、これはまあ赤字になれば負担もしていけないじゃないかという御意見もござい。したがって、私は、これは財政の問題を水野さん抜きにして率直な御意見があったのですから、そういう観点だけでお伺いたしますが、財政問題を考えられればまたいろいろな御意見がござい。しょうが、私は、現在の国民医療の中で必要なことは、もちろんそういう

長期療養者、非常に複雑な疾病にかかっている人たちに對する手だてを講ずることは重要でござい。ますけれども、それと同時に、いわば早期に疾病を発見をし、いわばそれ以前の予防を含めた、そういう国民が健康である状態をつくり上げることも、私は、医療の果たすべき一つの役割りじゃないかと思うのです。そういう予防とあと保護、こういったものを含めた場合に、一体そういう軽度のものに対して、ただ単に、国民に対してある程度の負担をかけることはやむを得ないじゃないかという、賛成であるとい。ま。しょうか、やむを得ないとい。ま。しょうか、そういう御意見に、私は、にわかにくみすることはできないのじゃないかと思うのであります。が、この点に對してもう少しくひとつ深めた御意見を承りたいと思うのであります。

さらに、御意見によつて御質問を続けたいと思ひますが、最後に、水野さん、たいへん重要なことをおっしゃいました。それは、こういう国民の医療を審議しておる国会の場所において、与党は強行採決、野党は審議拒否というようなことは、これはもう、絶対避くべきだという御意見がござい。ました。私どもはたいへん貴重な御意見として承つたのであります。私どもは審議拒否をしたことはいまだかつてござい。ませんが、そこで、私は、やはりこの種の問題、水野さんがおっしゃったように、抜本改正に向けて論議すべきだ、私はこの点非常に重要だと思ふのであります。といたしますならば、ただ単にこのリミットを、何日かの期間において審議をするということでは、私は、あなたの御意向に沿わないことだと思ふのです。私どもは、この際、特例法の審議をしながらも、なおかつ、向かうべきものは抜本改正に向けて国会が審議を尽くす、その上に立つて、たとえば王立委員会等のいわば第三者機関にこれをゆだねるということもある時期においては必要である、こういう立場を私は私にとつて、私自身が社会保険制度審議会の委員でござい。ますから、私はこれに賛成をいたしたのでござい。ますから、

ども、そういう点から見ますと、いまの論議はきわめてリミットを置いて、その中でもつて非常に平面的な論議でもつて、あとは強行採決、こうなるのでござい。ますけれども、さういったことはやはり避けなければならぬというのが、私は、あなたの御意向であり、私どももまたさういった意見であるわけですが、したがって、この国会というものは抜本改正に向けて徹底的に審議をする。そのことによつて国会が日時が足らぬというところであれば、さらに別な機会にまた審議を移すというように、私は、やはりこの機会を得てやらなければならぬことはその中身として非常に多いんじゃないか、さういふふうに思うのでありますけれども、ひとつ私どもの今後の審議参考にする意味において、この点に對するところの御意見を承りたいと思ひます。

また、御回答によりまして御質問をさせていただきますかと思ひます。

○小池参考人 政管健保がここ数年赤字であるということは、その政管健保自体の体質にあるのでありまして、きわめて収入の悪いさういふ階層だけを集めて、そして収入のいい被保険者は健保組合のほうへ流れていく、さういふことが必然的に出てきたのでありますから、政府としましては、この流れ現象を食い止めて、一つにまとめるということが何より大事なことであります。現在そこまで仕事ができないということになれば、これは一時的な対策がやむを得ないということになります。

そこで、さういふ一時的な対策に対する政府の国庫支出ということでございますから、私は国民皆保険を政府が強制しております以上は、国庫負担は十分に出すということが必要だと思ひます。少なくとも今回の特例法において、患者も出すなら国も出すという態度は、私は基本的には考え方として賛成できないのであります。まず、私も出すから、皆さんも出してくれというのならよろしいのでござい。ますが、特例法が通らなければ、今回の二百二十五億も出ないというふうな話を聞いて

おるわけでございます、これは本末転倒だらう
と思います。

そこで、皆保険という立場から申しますと、保
険料がやはり収入の基礎ではございますが、これ
は専門の方々その境界というものをよく御承知
だらうと思います。私のような立場のものが、幾
らが限界とか、国庫負担は何億円が適当かとい
うことを申し上げるのは僭越だらうと思うのであ
ります。しかし、保険料による収入が基本だ、しか
し、たとえ年齢対策とか、その他政府は、いまよ
りももっともと出さなければいけないというこ
とは、私は申し上げていいと思います。ただ何億
円ならいいという数字を私がここで出すのは、私
の専門的立場ではないと思いますので、そのよう
な御返事をいたさしていただきたいと考えており
ます。

○加藤参考人 たいだいま田邊先生から、薬剤費が
四〇%も占めているのはいかにも多いが、それと
一部負担とはどういう関係があるかという御質問
であったと思いますが、医療制度というのは、東
畑先生もおっしゃったことがございまして、医
者と患者、これはソクラテスとヒポクラテスでござ
いますか、その関係で、聖人君子の間のような関
係をもつて考えられておる。でありますから、わ
れわれは聖人君子の集まりじゃございせん、
で、患者の側も、薬がただあればよいもらい
たいというのが人情でございます、医療担当側
も、薬をよければそれだけ収入がふえるという
ことであれば、よいやうなやり方というの人情で
ございまして、そういうことから、いままでの医療
制度でも軽症者に非常に甘かったということが、
今日の飛躍的な医療費の膨張を来した大きな原
因になっていると思ひます。でありますから、た
とえ十五円でも一部負担があるということは、そ
れだけ患者の側におきまして、不必要な薬まで
くれとは要求しないということになってまいりま
すので、たとえ十五円でも、一部負担というこ
とが大きな赤字の歯どめになって、赤字の火消し役
を果たしている、そのように考えるわけござい

ます。

○小山参考人 お答え申し上げます。
特例法はやむを得ないというおまえの立場は何
であるかといえ、これは明らかに財政的な理由
によるものでございまして。

後段の、抜本改正のつなぎか、前提かという御
質問に對しましては、先ほど申し上げましたよう
に、中間対策でございます。抜本改正にいきま
す場合には、政府が健康保険の体質の改善につ
いて、格段の努力を払ってしかるべきもの、この
ように考えております。

○水野参考人 田邊先生の御質問にお答えしま
す。

医療のビジョンというのは、柱としてはどうい
うふうにおまへは考えておるかという御質問が第
一点だったと思ひますが、いろんな考え方がある
と思ひますけれども、私個人としましては、まず
第一番に、医療従事者というのが一つの柱にな
ると思ひます。これはパラメディカルも含め
まして、かつまた日本の医師づくりというふう
な問題等も含めたものが一つであります。二番
目には、やはり私は社会保険というものがあ
ると思ひます。その社会保険というのは、私は
診療報酬体系というものは、当然その中に入るべ
きものだといふふうに理解しております。それか
ら三番目には、医療機関と国民の結びつきとい
うものにならうかと思ひます。つまり先生
もおっしゃいましたけれども、診療所をどうする
とか、病院の機能はどうかという問題について、
やはりそういうものがあるのではないかと。そのほ
かにもこまかいことはあるかも知れませんが、
私は、この三つを通じて相互にバランスがと
れ、かつまた、きわめて分析的でなくて、総
合的でもあるというのがビジョンの形ではない
か、さういふ心得ております。
なお、その個々についてこまかく言ひ出しま
すと、これは委員会が夜になりますので、また、
いずれ機会がございましたらお話ししたいと思
ひます。

それから二番目の、おまへはなぜ引き、腹痛は
いたし方がないではないかというふうにお思ひ
のかという感じの御質問でございまして、た
くも、もちろん私は思ひます。思ひます。思ひ
ます。時間がないので省略いたしました。私
は一言申さしてもらえば、健康保険というのは
前段で、これは実は病気保険ではないかとい
うことを言ひたかつたわけでございます。したが
いまして、先生の描いておられます、たぶんその
点においてはビジョンが同じだらうと思ひます。
もう今日の医学ではないとさえ私は申し上げたい
わけでありまして。

それから三番目の御質問というのが私にとつて
は最もむずかしい問題でございまして、私は政治
はよくわかりません。申しますけれども、ただ
私たちとして申したいのは、やはりできるだけ審
議をしていただきたい。しかし「しんぎ」には人
べんのほうの信義も各党間にあるのではなから
うか、さういふに拝察するわけでありまして。したが
いまして、私はそれ以上のことはちょっとようお答
えいたしません。時間のある限りでござい
ます。つたえたいと思ひます。

○森田委員長 大原君。

○大原委員 きょうはここで議論は申し上げると
いうつもりは全然ないわけですが、二点にわた
りまして御質問いたしたいと思ひます。

その前に、いろいろと特例法の審議についての
御意見がございまして、その中で共通いたして
おりますのは、政府がやるべきことをやらない
い、非常に無責任だ、これはみんなの人が言わ
れかけています。それから抜本改正も非常に粗
末だ、こういう意見も出たわけでありまして。そ
ういふ点で政府は、与党を含めまして、この問題
については当時能力を失つておるのではないかと
いふことは佐藤総理は一年ごとに厚生大臣をか
えられて、これじゃ、何をやらうと思ひまして
できっこないわけ。実際にはやる気があるの

かどうかという議論が出てくるわけでありま
す。それから、四百七十四億円ほど、特例法を
ない場合政府の赤字があるというわけですが、
その中には二百二十五億円入っているわけ
です。それから、あとがらうは政府が担保として負担
いたしまして、そして腹を掛けて佐藤総理以下
が抜本改正をやるべきだ、こういう主張なん
です。だから、内容では非常に粗末であるとか、や
るべきことをやらないという議論で、私も
同感ですが、結論的に若干違ふ点がございます
が、その点は、私も社会党の主張も御理解
いたしたい。これは議論じゃございせん。

それから小池さんと加藤さんに率直にお尋ね
いたしたいのですが、いま御議論にならなかつた
点も含めまして、医師会のはうは、政府・自民党
の案のもとになっておりましたが、これはきょう
は公述がなかつたわけですが、労働者保険の家族
を、地域保険の国民健康保へ入れていくという案
で、それはどういふメリットがあるというふう
にお考えでしょうか、この機会に率直な御意見を
聞かしていただきたい。この点につきましては加藤
さんからも御意見を聞かしていただきたいと思
ひます。

これに関連いたしまして、できるならば、労
働者の医療給付や短期給付の面を労働者保険に
入れるという面についても、簡単に議論をして
いただければ幸いと思ひます。これは一つであ
ります。その他、小山先生や水野先生のほう
から、これにつきましても御意見がありましたら、お聞
かせをいただきたいと思います。

それから第二の問題ですが、医師会のはうに私
は率直にお聞きしたいと思ひますが、いまの診
療報酬体系につきましても、皆さんが非常に議論
をされて意見を出されたんですが、これは何とい
いまして、私どもの若いときのことを思ひ
ます。私どもは、大体粉粉で三分の二は、
をもらって、そしてからだを診察しては、
言ひなれば、病院や診療所へ行きまして、
売

ほど薬をくれるわけでありませう。ビニールの袋に入れて帰るほどくれるわけでありませう。それを調べてみますと、私がある特定の場所まで調べていたところ、これは、半分とは言わぬが、三分の一は飲んでいないわけだ。これは、技術を尊重しろということも関係はございませうが、これは非常に矛盾があるわけだ。これは、医師や、歯科医師や、薬剤師の、技術と責任を尊重すべしということ、私どもは大賛成であります。ですから、総医療費の中で、これは賃金や所得を上回っていることが問題だという議論がございましたが、四二%も薬剤費、注射代が占めるというところは、これは世界のどこにもないと思うのです、私もヨーロッパその他を回りましたが、だから、技術尊重の診療報酬体系について、いまの点数単価制の議論がございましたが、この点は小池さんはどういうふうにお考えになっておられるかということでありませう。

もう一つは、物と技術を分離するということ、私は当然のことだと思ふのです。たとえば医療分業をやっているのは日本と、日本の植民地であった台湾、韓国ぐらゐのものです。若干医療が進歩いたしておりますところでは、ですから、そういう点は、技術を尊重するということ、私は当然合致すると思ふわけでありませう。だから、そういう点で、総医療費の中で技術をほんとうに尊重する体系を立てることが必要です。その中で、物と技術の混同、売薬医療、乱診乱療とか、便乗とか、算術とかいわれている問題は克服していかねばならない。これは私は政治の課題であり、お医者さんの専門家の課題であり、あるいは東大医学部の紛争だって、その根本をたどってみるとそういうことが問題です。ですから私は、そういう点は医療担当者としても、率直かつ明確な見解を出されることが必要だと思ふのですが、この機会にそういう点に触れて御意見を聞かせたいと思ひます。この点についてお伺いいたします。

私は薬代の一部負担をさせて、そして財政効果を上げて総医療費についての抑制をしていこうというの、これは手段としては、水野さんの御意見もあつたが、私も医療保障という観点に立つわけですから、すぐれた手段ではないのではありません。皆さん方が申し述べられたような点を整理していくならば、二百円の初診料を含めて、入院費の三十円、六十円を含めて、その点はそういう再配分をしながら、産業公害や、職場や、あるいは交通とか、いろいろな疾病構造がふえて、交通事故等があるわけですから、この問題についての公費負担、政府の施策等も考えながら、全体としてはやはり名目賃金は上がっていくのですから保険料は上がるのです。標準報酬は上がっていくわけですから、保険料収入は上がっていくわけですから、ですから、その中で私は、国民の立場に立つて安定した、そういう体系をとれる可能性のあるのではないかと。その間で、そういう疾病構造の変化に対応する公費の負担について、国が十分見ていく。特に、四百七十四億円の中で、二百二十五億円出しておられるわけですが、政府の責任からいいますと、これは少ないわけだ。少々それについて政府が責任を負つておいて、責任ある抜本改正を佐藤総理がやるということ、国民の立場から見れば当然のことではないか、こういう議論をいたしておられるわけでありませう。これは多岐にわたる議論では、議論をする議論ではございませうが、その点、皆さん方のそういう点に触れた率直な御意見がありましたならば、ひとつお聞かせをいただきたい、こういうことでございませう。

○小池参考人 まづ初めの勤労者保険の家族だけを移す、分離するというこの問題でございませうが、勤労者というグループをつくつて、そしてほかの国民とこれを分離して扱うというところは、基本的に私は考えなければならぬと思ふのであります。国民の一人一人の生命を尊重するということ、場から申しますれば、勤労者であろうと自営業者であろうと、私はひとしく尊重されなければならぬと思ふのであります。そういう点から、健康保険の制度というものは、地域に一本化しなければいけないというのは私たちの理想なのでございませう。しかし、そこへ急激に移すということもなかなかできないことではございませう。その点、一つのそこへ行く道筋としまして、地域に相当密着性のある家族の方というものは、国民健康保険へ移すということもまず第一歩としてはよろしいのではないかと。これは功罪、得失もいろいろございませう。しかし、そういう私たちが考えております理想像への第一歩という点では、この辺から踏み込んでいただけたらと思ふのでございませう。そこで勤労者であるいは国民健康保険との格差の若干の訂正ができるのではないかと考えます。また、勤労者というものが、現在企業主から保険料の半分の補助を受けて、しかも自分の家族まで企業主のお世話になるという形は、人間の、あるいは働く者の独立という立場からは、私は賛成できないのでございませう。国民の権利として自分の主張はどこまでも自分でその主張を守るといふ立場が国民の間に出てきておりますが、健康につきましても、自分の雇い主に金を出してもらつて、自分の扶養家族までめんどうを見てもらうという態度は、だんだん改めていってよろしいのではないかと私は思ふのです。そういう意味で、家族をひとまず国保のほうへ移すということは、積極的ではありませうが、私としては賛成いたすのでございませう。

それから薬の量が多過ぎるといふ御批判なんです。また、技術尊重の医療費体系がつくられていないではないかという御質問でございませうが、私は、そのとおり、技術尊重の体系は現在につくられていないと思ひます。一例をあげれば、患者さんの再診料が三十円というのは、私は医師に対する侮蔑的な点数だと思つております。そこで、この点数体系を改めてどうかというお話でございませうが、私としては、出来高払い制という制度の中でも、幾らでも技術尊重という体系ができると思ひます。出来高払いの中で技術尊重ができない法はないと思ひます。多年私は、そういう意味で技術尊重という方向で診療報酬の点数を改正していくための努力を続けているのでございませう。こういう意味で私たちの考え方を御理解願ひたいのでございませう。

そこでもう一つは、物と技術の分離、たとえば医療分業についてはどういう考えかという御質問でございませうが、私は医療分業には基本的に賛成いたしております。分業という立場は技術尊重という点から賛成しております。しかし、現在直ちに強制的にこれをやれば、国民がまだそういう体制についていけない、そういう事情がありまして、技術尊重というものが十分確立されるという見込みがありますれば、その時点で医療分業はもっとも進めていい、私はそう考えております。決して私は医療分業に不賛成ではございませう。

以上、私に与えられました御質問については、お答えを終わります。

○加藤参考人 お答えいたします。最初のお尋ねの家族分離につきましては、私どもは絶対に反対でございませう。これはもう何らメリットがないのでございまして、それぞれ企業の健康保険組合というものは、いま家族ぐるみの健康管理ということに力を入れてやっております。この勤労者の幸福というものは、家族ともども健康であつて初めてしあわせであるのでございまして、なま木を裂くように家族を分離して地域医療に持つていくということは、時代に逆行するものはなほだしというふうに考えます。また一方これを受け入れる側も、地域医療に移す場合に、あの試案によりますと、保健所と地区医師会が協議してやるというふうな表現になっておりますが、一体だれが責任を負つてやってくれるのか。保健所といひましても、医者のいない保健所がたゞございませう。そういうところへ家族を移してはたして家族がしあわせかどうか、私は非常に疑問がございませう。受け入れ体制が十分でないという点も反対の一つでございませう。それからもう一点、家族ぐるみ健康管理をやつ

ているとおまへは言うが、しかしながら中には窮迫した組合で本人の医療給付にさえ欠くような組合があるんじゃないか、そういう組合にどうして家族のめんどろまで見れるかという御反論もあろうかと思いますが、ごもっともでございます。そして、そういう組合に對しましては、私も健康保険組合連合会といたしましては、共同事業的なことを考えまして、一組合ではできないことも共同でやればできるんじゃないか、お互いに助け合つていこうじゃないかというふうな気持ちもいま考へておるといふことを、申し添えておきたいと思ひます。

それから第二点の御質問、総医療費の抑制のためには薬剤の一部負担だけに限らないじゃないかというふうなお尋ねだつたと思ひますが、そのとおりでございます。私も、全部を含めまして総医療費の一割ぐらいを本人が負担する、九割給付を目途とすべきであるというふうな方針を打ち出してございまして、これはすでに内外にそういう意見を發表いたしております。そして、先ほだからいろいろ水野先生なんかのお話もございまして、いろいろな、軽症者よりもむしろ重症者のほうに、そういうものを回すべきであるというふうな考えで、平均して九割給付を目途にすべきであるというふうな考え方を打ち出してあります。

○大原委員 これは議論の場ではありませんから……非常に貴重な御意見で、お二人の御意見は、中央医療協その他では仲が悪いという話を聞いておたつたのですが、議論していただきますと、かなり一致点があるように私は思ひます。私もその一致点もあるように思ひます。

で、これは大きな議論は別といたしまして、健康保険では組合管掌をやっておられるわけですが、政府管掌の健康保険で千分の一の保険料が上がりますね、分娩費で、分娩費について最低保障額と家族の定額保障をやるわけですが、率直に言いますと、これは便乗の値上げであります、千分の一、保険局長よく知っておられるとおりです。そ

こで、名目賃金が上がれば標準報酬はね上がってきますから、計算いたしますと、言うなれば全く堅実な計算をしたといへばいいけれども、見当はずれの計算をしていること——それはいろいろ議論は別です。そういうふうになりますと、やはり組合管掌も、分娩費の最低保障を上げますと、平均報酬が高いとかいろいろ問題がありますけれども、組合管掌の健康保険にはどういう影響があるのでしょうか、その点をわかつておりましたらひとつお答えいただきたい。

○加藤参考人 お産の給付が大幅に増額されるということは健康保険組合の財政にも影響をもたしますが、そのためにこの特例法を延長していただくということが必要でございまして、特例法が延長されることによりまして、この医療費が——いまこの九月から特例法が廃止になるといふ前提で予算を組むように厚生省から指示を受けまして、本年度初めから、この九月から廃止になるというたてまえで、医療費の増高を見込んだ予算をわれわれの組合は組まされております。でございますから、この特例法が延長になりましたら、お産給付の増額が大体とんとんである。政管のほうで千分の一なりちよつとおつりがくるというふうにいわれておりますが、われわれの組合でも、このままだけいばお産給付で増額いたしますが、大体とんとん、若干おつりがくるという程度が一般の趨勢じゃないか、そのように考えます。

○大原委員 それは組合管掌のおたくのほうは、できるだけ財政が豊かになるほうがいいから、大体やんわりとおっしゃる。

それは別にいたしまして、それで私はあまり続けないわけですが、もう一つだけ水野さんに聞いておきたい。つまり薬に対する宣伝、販売ですね。これはむちゃくちゃですね。薬の概念が日本はむちゃくちゃですね、いろいろな国へ行つてみまして、ドリンク剤などが薬としてはらんして、赤マムシとかなんだか言ひまして、これは薬の概念がむちゃくちゃだと思ひます。それからお医者さんのところに行きまして、アリナミンくれ

なければ承知せぬとか、それに迎合すればいいお医者さんであるとか、全く医者を侮蔑しておると思ひます。そういう薬に対する概念が非常に乱れに乱れていることなんです。それも医療費の増大と深い関係がある。この点についてひとつ率直な所見を水野先生からお伺いしたい。

○水野参考人 薬というのはいへんむずかしい問題だと私は思ひます。ありますけれども、私はいま世界的に薬という名において売られてるものには三種類あると思ひます。一つはつまり治療薬で、医師が処方し、また医師が治療に使うという、これが一つのグループであります。それから二番目には、医師の処方はないけれども薬剤師なら売れるという薬があるわけがあります。これは日本の場合にはなくて西ドイツとかその他のヨーロッパの各国の例であります。それはたとえば、具体的な名前をあげるのには差しさわりのあると思ひますが、つまりかぜ薬とか胃腸薬とかというふうな種類のものがそれに該当します。それから三番目にはどこで売つてもよいもの、それを薬というべきかどうかについては御議論のあるところだと思ひますけれども、私はその三種類あるのではないかと思ひます。西ドイツあたりでは、医師が処方せんを出したものに限り薬剤師が売れる薬というものと、薬剤師なら売れるけれども薬剤師以外の人は売れない、ただし処方せんは要らないというものが二番目としてあるわけなんです。三番目には、ドログリーというのですけれども、薬店のようなもの、いまおっしゃつた赤マムシ的なものであります。そういうようなものも含めましていろいろあるわけがあります。

ひるがえつて日本の薬の状態を見ますと、私は日本の薬の問題を議論する場合に一番重大な問題は、実はメーカーの産業構造にあるというふうな考へておるわけがあります。つまり非常にたくさんあるメーカーがございまして、そこがいろいろなものをやり、そしてまたパテントというものがヨーロッパの各国とは全く違ひます。つまり物質特許ではなくて製法特許であるというところに問題があるわけ

であります。イタリアは全く特許がないので、これはおっしゃるような表現をすれば、むちゃくちゃになっております。それから西ドイツでは、おととしだつたと思ひますが、物質特許に変えまして。だから私は、日本の場合には、薬がたくさんはんらんし、薬がたくさんはんらんするからやはり広告というものが要るんだと思ひます。その薬のたくさんはんらんする一番大きな理由は、パテントのがれといふものが易々としてできるところに私は問題があると思ひます。薬の問題というのは、さきのほうで出てきたいろいろなことを論議することでももちろん重要であると思ひますけれども、やはり根本の産業構造としての薬のあり方、あるいはメーカーのあり方というところから順次考へていくほうが、もとを正すという意味においてやはり正しいんじゃないか、私はそんなふうに見えるわけがあります。出てきた現象だけを見ますと、確かに大原先生のおっしゃるようなことも多々あるというふうに私も思ひますけれども、その現象をどういうふうにして直すかということになりますと、やはりもとにまで戻らなければならぬのではないかと、さように私は考へております。

○森田委員長 島本虎三君。

○島本委員 私も、いま意見聴取にあたりまして、貴重な意見を拝聴いたしまして、ここで相反する意見についての私はひとただしておきたいと思ひます。

その一つは小池先生でございしますけれども、薬剤一部負担の問題については、これは負担をばずしてもらいたい、こういうような御意見の開陳があつたわけがあります。そのあとで加藤参考人のほうからは、薬剤一部負担、この分については修正すべきではない、これは有効な手段である、むだの診療費がたがはる傾向がある以上これは当然だ、このような意見の開陳がございました。これは相反するものでありまして、私は、この点に集中して小池先生と加藤先生からひとつ御意見を賜りたい、こういうふうに思ひます。

次に、小山先生と水野先生にお伺いしておきたいと思ひます。それは医療についての保険が保障の問題であります。水野先生の場合には、なかなか含蓄の深い開陳がございまして、かぜ引きや腹痛、こういうような表現がございまして、それよりも長期療養に対して保険で全部めんどうを見るべきではなからうか、こういうような御意見等あったわけでございます。そういうふうに見ますと、見ようによりましては、簡単なものは保険で、長期のものは保障で、こういうふうにも見れるわけがあります。しかし、この医療全体のスタイルから申しまして、予防と治療とアフターケア、こういうふうなものを考えますと、やはり保障という観点からこれを進めるべきではないのか、こういうふうに思ふわけなのでございまして、この保険と保障、これについてははっきりした御意見をひとつ賜りたいのと同時に、二百二十五億の国庫負担につきましては、いろいろな御意見も出たのでございまして、当時は二百二十五億、昭和四十二年のころの予算は多分四兆千億かでございますが、本年は六兆七千億をこえておるのでございまして、二百二十五億の国庫財政負担はそのままでございますが、そうなりますと、率にいたしますと当然三百億をこえてもいいことに相なるわけじゃなからうか、こう思ふわけでございますが、現行据え置きのままの二百二十五億についての議論が集中されましたが、このようにしてスライドされる立場というふうなものの御意見の開陳を全然聞かれなかったわけでございます。その点等について水野先生にも伺っておきたい、こういうふうに思ひます。

それから最後に、これはいかがでございましょうか、加藤先生ですが、四十二年の当時も、これは不本意ながらああいうふうな事態になりましたが、しかし延長二年間の時限立法で本年こういうふうなことになるのであります。四十二年の当時の案が出ておるのであります。四十二年の当時も、健保連の人たちは盛んに、そのまま認めなさい、このまま政府の言うとおりの認めなさい、こういふふうに言っておったわけでございます。今回また加藤参考人も、これはこのとおりやりなさい、こういうふうな言ひわけでございますが、また二年の時限立法にもなったといいたしますと、この根本改正は前回できなかった、今回ももしできない場合を予想すると、二年後においてはまた政府のやりとやりなさい、こういうふうなことになるのでございまして、どういふようなこと皮肉めいておられますけれども、前からのいきさつがあるのでございまして、この点についてお伺い申し上げておきたいと思ふわけでございます。

○小池参考人 健保連の加藤さんとは、薬剤の一部負担のことで基本的に対立した意見になりましたが、私としては、現場を預かる医師の立場としてきょうはお話し申し上げたいということを、前にもお断わりして申し上げたのでございまして、法律によって医療行為の中のある部分だけを制限するというのはこの薬剤負担だけでございます。医療行為の中には数々ございまして、どれも必要なこととございまして、いま薬剤について、むだが多いとか、その他いろいろ御意見はありましたが、薬剤というものは医療の中の一重大な位置を占めるのでございまして、今日の平均寿命の延長、あるいは結核の減少、そういったものはすべて、この薬剤の開発、これの国民への応用ということから生まれてきたのでありまして、薬剤を目的から生じての多い多いということばの裏には、やはり医療費をそこで縮めようというねらいがあつてなされていのではないかと私は思ひます。薬剤というものが医療の中で占める地位というものをもう少し判断していただきたいのでございまして、私は、決してむだな薬剤の投薬をすすめるものでもないし、そういうものは厳に慎むべきであると考えております。しかし、法律でこれを強制して、金を取り上げることによつてこれを制限して、こうという考え方には、私は根本から賛成できないのでございまして、そういう立場で幾ら議論してもこれは並行線であるということになると私は思ひます。

ので、その辺は、議論を通じまして、先生方の御判断によるということにならうかと思ひます。

○加藤参考人 薬剤一部負担につきまして、むだな医療がこれで抑制されておるといふふうには申しましたが、全部が全部むだな医療というわけではございませんので、小池先生がおっしゃいましたように、一部負担があるために、もっと薬をやりたいがやれないという場合もあるだろうと思ひます。でございまして、私も冒頭陳述に申し上げましたとおり、患者負担のないことが望ましい、しかしながら、いまのように支払い方式にチェックシステムが全然ないときにおいては、これはやむを得ないのではないかと申上げて申し上げたわけでございます。チェックシステムができればこの一部負担ということは取つ払つてもいいのじゃないかというふうには私には考へるわけでございます。

それから、二年前に健保連は賛成し、今度もまた無条件で賛成しているじゃないか、またこれでできなければ、さらに二年前先でも賛成するのと同じお尋ねでございまして、私は最後に申し上げたことと、二年といわず早急にやつてほしいということを申し上げたわけでございます。二年後もまだできないというふうなことは考へておりません。

○小山参考人 保険が保障かという御質問でございますが、保険にいたしましたも、保障にいたしましたも、掃蕩するところは財源の調達方法の相違にすぎないのであります。元来、医療保障と申しますものは、その中核に医療保障があり他方において公費負担医療がある。しかも、その中間にサービスとしての医療、つまり保健所等によります予防給付等が一体となつて医療保障になるものと理解しております。しこうして、医療保障の中核になるものが医療保障であると申しますのは、賃金、所得の上昇に応じて弾力的に財源を調達し、その面での自主的な安定財源をとれるという意味では、医療保障が最もすぐれた手段であります。したがって、保険によることが不適当な医療

については公費負担医療を積極的に拡大すべきである、こういうのが私の意見でございます。

○水野参考人 私にも小山先生と同じ質問が出ておったわけなんです。私にも全く小山先生と同じ意見であります。ただ一言だけ申し上げたいのは、やはり医療というものは産業になるのか、あるいは医療という議論が一つあると思うのです。医療が産業になるか、あるいは医療の問題なんかも出てくると思うのであります。それから、社会保険という色彩というものは、今日世界のどの保守党でももうスローガンになつておるわけでありまして、社会主義政党だけの専売特許ではないように今日なつておるわけでありまして、そこでその方法としては、保険という形をとりながら公費負担をふやすか、そうではなくて保障というものでいかかという違いにだんだん近寄つてきておるといふことは言えると思ひます。ただ私は、何でもただといふことについてはいささか疑問を持っております。と申しますのは、何でもだだといふことがはたして人間の生きがいというものかどうか、関係があるかという点においては、私は、何でもだだといふことがほんとうにいいものか悪いものか、あるいは、むしろこれからの歴史が証明するであろうといふふうに考へております。

その次におつしやいました、赤字は国がどれくらい負担すべきかというの、私は、赤字が出たら何でも負担しろという意見にも賛成いたしかねますけれども、そうかといつて、赤字が出たら、それは財政が悪いのであるからそこで考えろといふふうに一方的に押しつけることも、また反対だと思ふのであります。しかし私は、その赤字の内容といふことについて十分に考えなければいけないと思ふのであります。私は門外漢ではございませんけれども、食料特別会計がなぜ赤字になったかといふことをいま考へてみました場合には、その問題も、おのずからやはりどこに限界を引くべきかというの、御議論はあるでございまして、けれども、何かその線が出てくるように思ひます。

それから三番目の、おまえはいまきつき、この法案についてはやむを得ぬからしかたがないと言ったけれども、二年たつてまたこうだったらどうかという質問については、やはりそれは私の顔も三度というようなことが世の中にもございまして、そうとしか言いようがないわけでありまして、しかしむしろ私は、二年たつてまたこういうことになるようになさる責務というの皆さま方のほうにもおありではないか。つまり二年間、半年でも三ヶ月でもよろしいから、あれはどうなっておるかということいろいろつかれるということも、一つの方法ではなからうか、さように存じております。

午後零時二十四分休憩

○森田委員長 この際、午後零時四十五分まで休憩いたします。

午後一時六分開議

○森田委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

質疑を続けます。田畑金光君。

○田畑委員 最初に医師会の小池先生にお尋ねいたしますが、実はわれわれ、日本医師会が健保特例法の延長には反対だ、このように承っておりまして、また全国の各医師会からも、強く反対してくれ、こういう陳情書をたくさんいただいていたわけですが、先ほどのお話を承りますと、むしろこの際修正して通すべし、通してくれ、こういう点に焦点を当ててお話しになられておりましたが、これはどういうわけであつたらうか、態度の変更がなされたのか、これが第一点。

それから、第二点としてお尋ねしたいことは、六月十七日の第三回の日本医師会の理事会において、武見会長からのお話として、「日医ニュース」によれば、特例法については、自民党が審議の過程で、先生の指摘された医療費の一部負担については修正をして、これをなくして成立がなるであろう、こういうことをお話しなさったということ

をわれわれは見ておるわけでありまして。先ほどの小池先生のお話を聞いておりますと、武見会長のお話の趣旨に基づいて発言されておるやに承っておりますわけでありまして、日本医師会としては、医療費の一部負担がはずされれば健保特例法の成立はやむを得ない、こういうことなのか、あらためてその辺の事情を承りたいわけですが。

第三の点として、特に私はこの際、いろいろ薬の問題が出ておりましたが、とにかくわが国の医療費の中で、療養費払い、診療報酬体系の問題等、この診療報酬の中において医者の技術の評価を正当に取り入れるということが一番大事な問題じゃなからうかと思うのでありますが、こういう点こそ日本医師会等から強く発言されてしかるべきではないかと考えておるわけでありまして。残念ながら、先ほどのお話の中でもこのような発言がなかったということは遺憾に思いますが、正当な医療報酬のあり方の大きな問題としては、いままのようによくに偏重する療養費払いではなくして、技術に重点を置いた支払い制度、それを徹底すれば、医療分業、いろいろな問題に発展すると思はれますが、そういうことこそ大事な点ではないのか、これが第三点。

第四の点、これは健保連ともにお尋ねするわけですが、けさの新聞を見まして、昨日二ヵ月半ぶりに中央医療協議会がようやく開かれたが、これもまた開かれたままになって終わってしまったわけですが、いろいろな経過を経て、中央医療協会は二ヵ月半も空白の状態を続けておるといふことをわれわれは承知しておりますが、とにかく、昨年すでに医師会としては、一・二・五％の医療費の引き上げを要求されておるわけですが、開業医の皆さんもいろいろ御苦労されておられると思はれますが、特に病院の経営は四苦八苦の状況に追い込まれておるといふのが実態じゃないかと思はれます。看護婦のいわゆる二八開争などを見ましても、いろいろな点からこれは来ておるとは思いますが、やはり病院経営の財政の面からくる制約などがこういう問題を引き起こしておると考えてお

るわけで、しかも、ことしの春闘ベースがあのようになり高ベースでまわっておることなどを考えれば、人件費、物件費による病院、診療所の経営が非常に苦しく追いつめられておるといふことは、われわれしるうと筋もよくわかるわけでありまして、こういう問題について、中央社会保険医療協議会などが、もっと話し合いの場所として、お互い立場を越えてわが国の医療のあり方を追求するならば、共通の場所があり得ると思うのでありますが、どうして医療協が今日までこのような経過になつておるのか。これは日本医師会の代表であらせられる小池先生と健保連の代表であられる加藤先生にそれぞれお尋ねしたいと思はれます。

さらに、健保連の加藤先生にお尋ねしたいことは、国民医療対策大綱が先般手党から出されて、そうしてこれが厚生省に預けられて、厚生省がこれをもとにしていろいろ検討しておるやに聞いておるわけですが、内容に触れて発言することは控えますが、端的に健保連としては国民医療対策大綱をどのように評価しておられるのか。

さらに、第三点としてお尋ねしたいことは、このままの形で健保特例法の延長は通してもらいたというお話がございましたが、とにかく政管健保については、当面の財政問題として特例法を出しておるわけであり、また今回も、財政対策としてさらに二年間延長してくれというのが政府の言い分です。しかし、加藤先生たちが経営しておられる健保連は組合健保であり、しかもまた、どつちかという大企業の組合健保であり、標準報酬を見ましても、政管健保との間には相当の開きがあるわけ、これがいわば両組合における保険財政のアンバランス、給付のアンバランス、こういうことを生み出しておるわけで、そういう点から見ますならば、政管健保と組合健保を比較検討してみたときに、一昨年十一月に厚生省が医療保険制度の改革試案なるものを出しておるわけであり、その中で財政の調整という思想が出ておるわけでありまして。こういう問題等について、健保連としてはどのようにお考えになつておられる

のか、この点を第三点として承ります。

次に、小山先生にお尋ねしたいのは、先生も、結論的には、特例法を延長することも客観的な状況から見てもやむを得なからう、こういう結論でございまして、各参考人が共通してあげられた薬剤費の一部負担の問題でございまして。この問題については、抜本策の中でこのような問題は取り上げてしかるべきであつて、臨時応急の財政対策の中等で取り上げるのはいかがであるかという議論もあることは御承知のとおりであります。また、この薬剤費の一部負担については、結局これは将来の抜本策の場合につながるのだというように見方もなされておるわけですが。先ほどの日本医師会と健保連との意見の相違もそのあたりからきておると思はれますが、こういう点について、薬剤費の一部負担等については、これは将来の抜本制度のあり方から見た場合に、どういふつながりを持つべきものであるか、この点が第一点。

第二点は、三十九年以降、医療給付費と保険料率の比率について年々低下の傾向にあるというお話がございましたが、これについてどういふ事情によるものか、もう一度承りたい。

最後に、水野先生に承りたいのは、端的に申さず、行政ベースから政治ベースに問題を引っぱり込んだことが医療問題を混乱させた大きな原因だ、こういうようなお話でございましたが、私もうなずける点があるわけですが。抜本改正がこのようにおくれたのは、やはり政府、厚生省が中心となつてやるべきやつを、それを御承知のごとく自民党の医療基本問題調査会が取り上げて、足かけ二年にわたつてあつたのだと議論して、結局はまた意見のまとまらないまま政府に戻してしまつた、こういうことが、先ほど指摘された政治ベースの問題を取り上げられておるといふことじやなからうかと思はれます。その限りにおいては私は賛成であります。そのように理解していいのかどうか。さらに、抜本策が過去二年間でできなかった事情について、先生としては何が一番大きい原因であるか、その点を御指摘いただきたい。

さらに第三点として、これは最後の質問でございますが、先生はイギリス王立委員会をあげられました。社会保障制度審議会の中でも、王立委員会なるものごときものをつくって、こういういずれの圧力団体にもとらわれないところで抜本策の成案を得るよう努力しろというような勧告が出ておりますが、ただ問題は、いまから王立委員会のようなものにかかると思えば、より以上時間かかる。これは政府の答弁でもありませんが、そういう問題等についてどのように考えておられるか。以上、それぞれの先生に承って御答弁を求めます。

○小池参考人 最初の特例法に対する根本的な考え方はどうなのかという御質問でございます。特例法というのは二年前にできましたとき、私たちはそれに全面的に反対したのでございます。その基本的態度は今日も変わっておりません。しかしその特例法の中には、保険料率を引き上げるということと患者に一部負担を課すという、二つの全く違った要素が盛り込まれて成り立っているものでございますので、保険財政という点から考えまして、保険料率の引き上げがどうしても必要であるという点からは、これは特例法を通すということよりもその保険財政の確保の道が必要なのではないかという立場をとっております。それから、一部負担という問題の中にも二つの違った面があることは、先ほど申し上げたのでございます。患者さんそのものに課する一部負担と、その医療行為の一部に課する一部負担、つまり薬剤費の一部負担、これは私たちの立場として分けて考えまして、現在最も必要のあるのが薬剤費の一部負担であらうと考えるのでございます。そういう立場から、一部負担がなくなれば通してもよいということよりも、すでに本年度の予算も確定した現在の状態のもとにおいては、最小限のところ薬剤費の一部負担だけははずしていただかなければ、国民も私たちも困るという立場からお願いしておるのでございまして、国会の皆さまの御審議、御判断に、私たちから差し出がましいこと

を申し上げる立場で私はお話ししておるのではないのでございます。そのように御理解いただきたいのでございます。

一と二はこれで済ましていただきます。それから第三の技術中心を私の公述の中に述べなかったではないかという点でございますが、今回私をお呼びくださいましたのは、臨時特例法に關しての意見の開陳が目的であらうかと存じまして、そういう点から一般的な問題は避けておったのでございます。しかし、先ほどの御質問に對しましては、私の考えを述べたつもりでございます。まして、技術中心ということとは、私たちが今後も堅持していかなければならない基本的な方針でございます。したがって、今回中医協に提出しております点数の改正につきましても、技術料を中心にしての引き上げを、それのみを主張しているということもございまして、私はそういう立場だということをお断りいたします。

最後の中医協のことになりますと、二時間でも三時間でも必要になってきますので、どのようにまとめて申し上げていいか、私もわからないのでございますが、昨日も総会がありましたので、その場での論議が取りかわされている状況を私なりに判断しまして、国民のために真に病院、診療所の危機を救おうという気持ちがあり、どうしても少ないんではないかと思ひます。すべて、自分の所属団体とか、あるいは自分の組合とか、そういう立場をあまりに固執しているのではないかと、いうふうには私は判断いたします。実質的な審議に入らないということは、理由はともあれ中医協としての使命の放棄だと私は考えております。そういう点から、私も委員の一人として、ぜひとも実質審議に入らう、その上でいいか悪いかの判断をすべき義務があるのではないかと思ひます。そういう立場に徹するように各委員が心がまえを持たなければ、いつまでもこのような形式的な論議ばかり続きまして、医療経営がますます苦しくなり、国民にこれが非常な重荷になっていくだろうということを私は憂えるのであります。そういう立場で

私は臨んでおりますので、ほかの委員の方々に御接触がもしありますれば、どうぞよろしくお願いしたいと思ひます。

○加藤参考人 中医協の問題についてのお尋ねでございますが、私も医療費の値上げには賛成でございます。と申しますと奇異にお感じになるかも知れませんが、しかし、これだけ諸物価が高騰しているときに、医師の収入だけぐげづげにしておいてよいという理屈はないわけでございます。ただしそれには前提がございまして、およそ物の値段をきめるのに、実態も調査せずに物の値段をきめるといふわけにまいるまいので、実態調査も行ない、それからまた医療費の支払いが正常なる姿において行なわれるという前提がございまして、この前提が果たされるならば、医療費の値上げというものは当然行なわれるべきであるというふうに私は考えます。

それから第二点の、国民医療対策大綱についてどう考えるかという御質問でございますが、簡単に答弁しようという御指示がございましたので簡単に申し上げますが、うなづける点もございしますが、われわれとしては基本的に反対でございます。反対理由は自由民主党の総務会自身でおつけになっておりますので、それを繰り返して申し上げることはここでは避けたいと思ひます。

第三点に、特例法を通すというのとは主として政管健保が対象になっているんじゃないか、おまえの組合とどういう関係があるのかということでございますが、われわれのほうも、特例法が廃止になりますと、当然医療費が増高いたします。所得を上回る増高ということで財政が圧迫されますので、そういう意味でもわれわれとしては賛成できないということでございます。

最後に、政管健保との財政調整についてどう考えるかということでございますが、われわれは非常に経営努力ということをしておりまして、診療側から回ってまいりますレセプトは、そのまゝ無条件で支払っております。いろいろチェックをしておりまして、それに相当金をかけ、しかも、非常に効果をあげております。大きい組合では、月に六百万円ぐらい払わなくてもいい金の払い戻しを受けているというふうな実例もございまして、そういう実情で、非常に経営努力をしてその赤字を少なくしております。ところが政管健保といたしましては、全然そういうことをやっておりますので、いわばなまけ者でございます。われわれは勤勉で小銭をためておる、政管健保はなまけ者で貧乏しておる。だから、両方の格差があるのは不公平だから財政調整しろという理論は成り立たない、そういう意味で反対いたしております。

○小山参考人 お答えいたします。薬剤費一部負担につきましては、確かに臨時特例の方策でございまして、これによりまして受診をチェックすると同時に、医療のあり方に対してある種のビヘービアを与えることを期待していた、かように私は理解いたしております。しかし、これが技術につながるかいは、抜本対策における一部負担制のあり方とかかわるものと私は承知しております。

第二点、三十九年以降の財政好転の理由につきましては、医療費の伸びよりも保険料の伸びのほうが大きかったために財政が好転した、簡単に言えばそういうことでございます。

○水野参考人 田畑先生の御質問にお答えします。大体みな同じような話ではないかと思ひますので、まとめてお答えさせていただきますが、本来私の考えから申しましたならば、やはり抜本対策というのは、まず厚生省ベースで行なうべきものであらうというふうに思ひます。しかし、それを自民党にげたを預けたということは、端的に申しましたならば、やはり私は役人の知恵ではないか、さように思っております。ただ、その前に、役人の知恵という言い方をしては失礼かもしれませぬけれども、そこにはやはり政治の力学というものがあるために、ある程度はやむを得ない点もあつたであらう、かように思ひます。それから、抜本策がなぜできなかったかというこ

と、及び王立委員会云々という点についてでございますが、抜本策ができなかった一番の理由というものは、やはり問題がきわめてむずかしい、簡単にはいかないということと同時に、当事者間の対立がきわめて深刻であるという、その二つがやはりあげられるところの理由であります。私は王立委員会というのを申し上げましたけれども、たとえば王立委員会ということであって、王立委員会絶対賛成という意味で申し上げたのではなくて、私はやはりプロフェッションの意見というものを尊重して、そこでどうしても意見の調整のつかない点についてどこかの委員会に裁定権を与える、そのほうがものごとがスムーズにいくのではないかと思います。やはりいまのままであつて二年たつてもなかなかできにくさうというふうには私には推測しておりまして、その点で、それをやるためには、やむを得ない措置として裁定権ということも考えてもいいのではないかと、御審議は皆さま方の責任である、さうに思っております。

○田畑委員 ありがとうございます。

○森田委員長 加藤万吉君。

○加藤(万)委員 最初に小池先生にお聞きいたします。

実は患者の側から薬剤の一部負担というのを見てまいりますと、非常に不合理な点が起るわけがあります。時間があるから端に申し上げますが、たとえば飯田橋の警察病院は甲表を使っております。同じ警察病院でも北多摩の警察病院は乙表を使っているわけですが、先ほど先生は、薬剤の一部負担が医師の業務内容を非常に複雑化している、こういうお話でありましたが、私は診療報酬の面から見て、薬剤の一部負担というものはどういう不合理を生じてくるだろうか。患者の側から見ますと、たとえば、この病院は甲の表を使っている、あるいはこの病院は乙表を使っているという表示はないわけです。したがって、たとえば一人の警察官が、飯田橋の病院に入りまして外来を受けまして、その次に北多摩に

行って受けますと、御案内のように十五円と三十円の差が起きますから、北多摩病院では薬剤費が取られますけれども、飯田橋では薬剤費が取られない、そういう不合理があるわけです。いわゆる診療報酬体系が甲表、乙表とある関係上からくる薬剤の問題、これは一体どのように医師側では見られておるのでございましょうか。

それから、これは加藤先生にお聞きしますが、同じようなテーマでございしますが、そういう形で患者が薬剤を負担をするということが、患者側から見るときわめて不自然な状態であるわけです。いわゆる甲表、乙表という診療報酬体系が変わらなければ、薬剤の一部負担、木に竹をつないだような制度ですから、そういう面から見てもこの薬剤の一部負担は排除されるべきではないか、診療報酬の面から見ても私どもはそういうふうに見られるのですが、なおそれも押して薬剤の一部負担は今日でも続けられるべきだという御意見、その面から見ての御意見をひとつお聞きしたいと思っております。

それから、小山先生にこれはお聞きをいたしますが、先ほど保険料の増収の問題が出まして、弾性値をあげていただきました。実は厚生省の資料でも、四十二年度しかこの保険財政と支払い側の関係の資料が出ていないのです。四十三年、四十四年、先生弾性値をあげられましたけれども、この場合に中小企業の賃上げ率ですね。政管健保の場合には中小企業関係の労働者がきわめて多いわけですので、この賃上げ率が、先生があげられました三十九年、四十年、四十一年の傾向値よりも非常に高いわけですね。そのものが先ほどの弾性値の中に含まれているらうかどうかだろうか、実は私ちょっと疑問を持ちましたので、この辺をひとつ明らかにしていただきたいと思うのです。それから、分納費について御意見が出まして、同時に、この暫定法、特例法は、中間的にはという意味でその存在、存立を認められましたが、分納費について見ますと、確かに、特例法によって千分の七十一にいわゆる一上げしましたけれども、し

かし分納費給付そのものは本法の改正条項であるわけですね。健康保険法そのものの改正条項であるわけですね。そうしますと、かりに特例法が廃案になったと仮定をしましても、この分納費に関する限りは千分の一上げなければならぬ、すなわち千分の六十五の料率を千分の六十六にしななければならないということが財政効果からは出てくるわけですね、それだけを見てまいりますと。したがって、先生が言われるように、今回の特例法のケースは中間的なものとしては認めざるを得ないという立場が、その関係から見たら、私どもも合点がいかないわけです。この二点について御意見を聞かせ願いたいと思います。

○小池参考人 ただいま、甲表の医療機関と乙表の医療機関に患者さんが行った場合、そこに薬剤の一部負担について差があるのはおかしいという話でございします。そのとおりだと私は思っております。これは、甲表、乙表をなくしまして一本にしてしまふということが最もよいのでございします。現在その差があるという状態でございします。その上に立つて公平にやるといふ措置が必要なのではないかと思ひます。

私、ただいまはなほ申しにくいのでございしますが、この前、二年前特例法ができまして、ときに、あるいはこの委員になつていらつしやる方もおられるかと思ひますが、そのとき、当時箕輪代議士から、この差があるのはけしからぬじやないかという御質問がありました。そのとき保険局の熊崎局長は、技術的にこれはやむを得ないことなんですという返答があつて、それ以上押さなかつたというところで確定してしまつたわけですね。これは私、当時の先生方のほうに押しが足りず、その答弁にごまかされたというふうにはつきり申し上げます。(聞いたのは自民党だ)と呼ぶ者あり)そうです。そのとおりです。箕輪さんと申し上げました。だから今日でもこれは同じにできるのです。できないというのは保険局のごまかしです。それは薬剤の価格が十五円というところで線を

引いております。甲表では十五円というのが最低の平均薬価になつてゐるわけですね。それは、つまり三十円までの薬は十五円で払うということになりますから、びつたり一致する。乙表のほうには、十五円までが七円を払う、それから十五円の上の三十円までは二十一円で払うということに平均薬価がございします。十五円で、平均薬価で線を引いてしまつたら、乙表のほうには、七円でひつかからず二十一円でひつかかる、こういうことになつて、甲表の十五円の線を乙表に延ばしていくと、二段階になつて、乙表は最低の七円の線だけかららず、甲表は十五円までかかるといふことになりまして、平均薬価でかかないで、薬の値段そのものずばりで三十円を線を引けば、両方同じになるわけですね。全く技術的にできるものを、できませんという答弁で終わつてしまつたという点で、今日その差が生じてきているのでございします。これはただいまでも直せることなのでございします。

いづれにしても、甲乙表二表というのがあるのは不合理なものであつて、両者基本的な考え方の違いで出てきたものでありますので、一朝一夕に足して二で割るわけにはいきませんが、漸次一つの方向へ持つていくという基本方針で私たちは点数の改正をやりたいと思つております。しかし、ただいまのような薬剤の負担が違ふという点はなほ遺憾でありまして、これは、薬の値段そのものを十五円あるいは三十円というふうな、平均薬価にとられずに線を引けば同じにできる問題でございします。

○小山参考人 加藤先生にお答えいたします。保険料の増収の件でございしますが、説明を省略いたしましたのですが、四十一年の法改正までは中小企業の標準報酬月額がはるかに大きかつたのでございします。しかるに四十一年に、御存じのように十萬四千円にいたしました法改正後は、平均標準報酬月額の上がり方は健保組合のほうが多くなりました。その差は約一萬円でございします。これが第一のお答えでございします。

第二点、分べん給付をここに取り入れることは

力である、こう思っておるわけでありませう。その点につきまして、今月一ぱいには厚生大臣も諮問をするところまでできておりますので、むしろ二年は一年くらいに見るべきではないか、このような意見を持っているわけでございます。それに対するお答えをお願いいたします。

最後に一つですけれども、先ほどのお話のように、かぜ引きだとか二日酔い、腹痛は保険で簡単に見てもらえるというようなのはあまり感心しないというお話がありましたけれども、実際問題として、診察を受けに行きますと、二時間も三時間も待たされて、そしてわずか一分の診療で終わる、こういう現実から、かぜ引きだとかあるいは腹痛とかは、もう医者に行く気が起こりません。むしろ薬局に行つて自分のふところからお金を出して買っているのが現状だろうと思ひます。こういう現状から、あわせて御返事を願ひたいと思ひます。

非常に早口でおわかりにくかったと思ひますが、お答え願ひたいと思ひます。

○小池参考人 ただいまの二年間という期限についてはどうかというお話でございます。私は、これは短ければ短く、特例法というものの性質上それでいいというふうに申し上げるほかにないのでございます。これをさらに三年、四年ということは私は根本的に間違つておると思ひます。しかし、その判断が、二年ということが適當かどうかという点も、よく御審議の上やつていただきたいと思ひます。

それから、診療報酬の適正化と分業の関係でございます。これはもう先ほどからたびたび御質問もいただきましたのでございますが、やはり私たちに對しまして、専門家としての技術を中心にした立て直しということであらうと私は考えます。それ以外に道はないのでございまして、分業の問題も私は基本的に賛成だと申しておるのでございます。しかしそれは、再診料が、つまりわれわれの技術が三万円だなどという侮辱的なものをまづ改めることが先決条件で、そこに見向き

もしないで、ただ分業推進だけを持ち出しても私は通らないというふうな考えを持つておるのでございませう。

それから、中医協における論議につきましては、昨日総会もありましたし、この速記録も出ますので、これはお読みいただければわかると思ひますが、医師会の反対で今日まで二カ月半も空転したというの、私は間違ひであるということですが、私は申し上げました。医師会が反対というの、私はおかしい。あの場では、一号側も二号側も、それぞれ言い分があるのでございませう。片方の言い方が通らなければ、相手の反対で空転したということこそ主張なさるの、私はいけないと思ひます。そういう意味から、医師会が反対しているというの、私はきつうは徹底的にその反論はいたしたつもりでございませう。

その核心となります反対は一体どの点かといひますと、やはり薬価調査が問題になっておるのでございませう。薬価調査というものが、過去にいかにして行なわれたかということを持ち下げることなく、またこれを掘り下げてみますと、はたして適正であつたかどうか、疑わしい作業が行なわれていたといふ、そういう実態が明らかになつた上でも、なおそのとおりやれという御主張はとれないのが基本的に私たちの態度でございませう。ですから、正しい条件のもとにおける実態調査は、いつでも私たちはやる覚悟でございませう。

そこで、先ほど御発言のありました中医協の行ないました医薬経済実態調査というものはどうなつたかということになりますと、これは厚生省のほうで御集計をなさつております。同時に、その原票のコピーは、日本医師会でもいただいております。これを作業して終わつております。おそらく厚生省も終わつておるのかと思ひます。しかし、それは医薬のあるべき姿でなく、一昨年の十一月はどういう姿であつたかという断層を示すものでございませう。それに同時に、保険者の内容の調査、それから医療というものが国民の福祉の向上にどれほど貢献しているかという大きな意味

の立場からの調査、こういう三つのセットで医薬経済実態調査がなつておるのでありますが、いま完了したと思ひますのは、診療所、病院の一昨年十一月の断面調査だけでございませう。その他の調査は、まだ未完成なのでございませう。そういう実態でございませうので、私たちが、一昨年の行ないました実態調査に對しまして反対しているとか、その妨害をしていふといふことは、毛頭ございませう。これはもう厚生省のほうに全部集計が終つておるのではないかと私は思つております。しかし、今回の緊急は正しくいふものは、そういう立場からの判断よりも優先して、ともかくもいまの病院の苦しい経営を幾らかでも救ふというのが本旨でございませうので、それはそれで應急的な立場でやつていただきたいということなのでございませう。

私に對する御質問は大體それで終わるかと思ひます。

○加藤参考人 特例法の延長に賛成するのは非常にショックだといふ御発言でございませうが、しかし、われわれはいつまでも永久にこれを続けていけと言つておるのではございませう、先ほどから再三申し上げておりますように、いまの医療費に歯どめがないといふことでございませうから、この特例法の中に含まれております一部負担、これをはずしてしまひますと、際限なく医療費が膨張するといふことは明らかでございませうので、その完全なる支払い方式のチェックシステムができるまでのつなぎとして、この特例法は続けていくべきであるといふふうに申し上げておるわけでございます。

それから、第二点の免除基準、これはいま平均標準報酬二万四千円でございましてかにリミットがあるわけでございます。これをどうするかというお尋ねだつたと思ひますが、基本的にはわれわれは、この低所得者に対する対策といふものは、先ほど小山先生が保険が保障かといふところで御発言があつたように、低所得者といふものは社会保障としてとらえるべきものだと思いますので、

基本的にはおかしいと思ひますけれども、しかし、この特例法の中に二万四千という数字がございませうから、これはこのままでもいいといふことは言い切れないと思ひます。これだけ大幅に本年度ベースアップ、所得が上つたのでございませうから、それに見合う分のレベルアップといふものは、あえて反対はいたしません。

○水野参考人 大橋先生にお答えいたします。公約違反である、その責任をどういふふうにとるべきか、おまへはどう思ふかという御意見なんです、これはたいへんむずかしいので、私は政治責任を評論家がとる必要はないと思ふのであります。したがひまして、これは政治の場であるといふことは、やはりそうお答えせざるを得ないといふことであります。ただその場合に、責任をとるという場合には、何か腹を切つたらいひのたといふことではなくて、ほんとうにいい技術改正案をつくられるといふことも政治の責任のとり方の一つではないか。私は政治にはしるうとでありませうが、そういう方法もあるのではないかとと思ひます。

それから、先ほどおまへは技術改正案ができるまで二年を三年にしてもいいといふことを言つたとおっしゃいましたけれども、もちろんそれは早いに越したことはないのではありませんが、きわめて早い期間に私の申し上げるような医療の全体のビジョンから打ち出したものができるとは、私は考へておらないわけでありませう。したがひまして、いま先生のおっしゃつた中で、各党から出ておる写真の最大公約数をとればいいではないかとおっしゃいましたけれども、私は、各党の青写真より一そう各党で御検討の余地もまだあるだろうと思ひますし、何か足して二で割るようなことで糊塗するのは、かえつて国民にとつて不幸ではないか。したがひて私は、時間をかけてもこの際やむを得ないではないかといふ言い方をしたわけでありませう。

それから、かぜ引き、腹痛をおまへは自己負担でもよいと言つたといふふうにおっしゃつたわけ

であります。私は、先ほどのどなたかのお答えの中でも申し上げましたように、やはり予防医学でチェックするという問題を落としては困るわけでありました。したがって、予防医学時代に対応した医療制度というものが打ち立てられて、そうして行なった場合には、かぜ引き、腹痛というもの、その中間的なものとして、きわめて単純な病気に終わるわけでありました。医療保障というのは、日本の場合には、いまの状態では公費負担というものがだんだん保障の性格を帯びてくる。そうすれば、たとえば皆さん方がよくおっしゃいますガンの対策にいたしても、そういうところから早期発見というものを考えていく。そうして片一方では、不幸にして病気になった人は保障していくということになれば、まあ金があれば全部を保障すればいいのでありますけれども、やむを得ないときには一番どこを負担すべきかといえ、私はやはり、二日酔いの薬などというものを簡単に保険でとれるということ自体は、率直に申し上げておかしいのではないかと。それはなぜかと申しますと、保険というものは、社会連帯責任の心のつながりがない限りだめなものです。その心のつながりというものは、自分がむだな保険を使わないということにも通ずる。そういう点にもぜひ目を向けていただきたい。そういうふうに思います。

○大橋(敏)委員 終わります。

○森田委員長 谷口善太郎君。

○谷口委員 小池先生にお尋ねします。

特例法実施の結果、確かに政管健保の赤字は減りました。しかし、それは患者、被保険者の犠牲の上に成されたもので、患者、被保険者の苦しみは深刻なものであると思っております。しかし私どもは、何よりも関心の深いのは、このやり方が国民医療保障そのものにどういった影響を与えるかということでありまして、

ことしの二月、総評の行ないました社会保障討論集会で保険団体連合会の代表は、こういう報告をしております。特例法は本人十割給付の原則を

完全にくずしてしまふ。感冒のような短期の疾病では、四百四十七円の医療費中一部負担は二百四十五円で、実質給付率は四割五分。長期疾患でも、二種投薬の場合は一カ月の医療費四千四百円中一部負担は千二百四十円で、実質給付率は七割二分に当たる。こうして患者の治療中断や売薬に走るという結果を招いている。こういう報告をしております。特例法の実施は、医療の面でこういう犠牲を患者、被保険者に与えているということになります。これは重大な問題だと思ふのであります。医療保障制度の財政対策は、たとえ保険制度のもとでありましても、医療保障そのものの前進にこそ必要なのであります。その逆であつてはならないと考えるのであります。先生のお考えはどうでしょうか。

もう一点でございます。これは水野先生にお尋ねいたします。

国庫負担、事業主負担及び被保険者負担の割合の問題ですが、ILOの資料によりますと、ヨーロッパ諸国の医療保険収入の財源別の割合を調べてみますと、イギリスの被保険者負担は一・八％、フランス二五・二％、イタリアに至りましてはわずかに一・一％にすぎません。その他は国、事業主、その他公費となつておるのであります。そこへいきますとわが国の保険制度では、国庫負担は、事務費のほか国民健保の四〇％、日雇い健保の三六％だけで、健康保険でも、公務員等の共済制度でも、医療費の国庫負担の制度は一例もございせん。公的制度はないのであります。政管健保等の赤字には若干の国の補助が出ますが、これは法的根拠のないつかみ金で、政府は出さぬといへばそれまでのことだということになっております。これでは国民総生産世界第二位を誇る日本資本主義としてはまことにすかしい限りで、われわれは、医療制度の抜本改革が云々されておる今日、断固として少なくとも当面全医療保険制度を通じて三〇％ぐらいの国庫負担を出す法規定をつくるべきだと思いますが、どうお考えになりますか。

以上、二点でございます。

○森田委員長 参考人の方々、時間の関係がありますので、なるべく簡潔に御答弁を願います。

○小池参考人 薬剤一部負担という制度につきまして、先ほどから申し上げたとおり、私は絶対に反対する立場をとっております。ただいまのお話にありますが、私たちが基本的にこういう制度は反対なのでございますが、きょうは特に、医学というものを国民の福祉に直結するにない手であるという立場からこのことに私は反対しているのをごさいます。財政負担、個人の費用負担という点からもちろん私は反対なのであります。が、そういう医師としての面から私は反対を先ほどから申し上げているところでございます。

○水野参考人 谷口先生にお答えします。

私は、谷口先生のようなお考え方もあるし、それともたいへんりっぱなことだと思ひます。ただ、私はそこで一つだけ思ひますことは、やはり国が保険の負担というものをやるといたしましたならば、私は、それは全部国民健康保険一本にすべきである、そういう上で行なうべきではないかと思ひます。同じ日本人に生まれながら掛け金も違えば給付内容も違ふ、そういうふうな現在の状態においては、どこにどれだけの責任をもちたいかという点については、どこにどれだけの責任をもちたいかという点については、私はやはり国庫負担というものをを行なう以上は、これは税金でございまして、それから、それ相応の一つのほんとうに正しい医療——これはいろいろ皆さん方によつて正しい医療の解釈が違ふと思ひますが、そのそれこそ最大公約数としての正しい医療というもので初めて行なつていくべきではないか。ただいまの状態では三〇％負担するということだけでは、私は、何となく解決したように見えて、実は問題は残されたといひます。ただ、そのパーセントそのものについて私は私も深く考えておりませんから、何%がいいかということについては、またの機会に考えた上で申し上げたいと思ひます。

で申し上げたいと思ひます。

○谷口委員 ありがとうございます。

○森田委員長 八木一男君。

○八木(一)委員 いま私は、四人の参考人に御質問申し上げたいと思つておりました。小山参考人が途中で御帰りになりましたが、お帰りになると私はお帰りになることを知らなかつた。私は参考人の方のりっぱな御意見を伺つて、さらにそれについて御質問を申し上げて、この審議の参考にさせていただきますと思つておりました。小山先生が帰られるなら、帰られる事情があつたのでしよう。なぜ、小山先生に対する質問をほかの委員は集中して、私にも小山先生に対する質問ができるように計らえなかつたか。そんなばかなことはありせん。したがつて、参考人はきょうどういうふうになるか知りませんが、とにかく、あすでもあさつても小山先生がもう一回御出席になり、この参考人審議を続けていただかなければ、私の議員としての権限をあなたが奪つたことになる。あした小山先生を呼ばれるか、小山先生が御都合が悪ければ、いわゆる学者の方を呼ばれて、参考人審議を続けていただきたいと思ひます。

○森田委員長 御希望のある点は、理事会によくはかつた上で善処したいと思ひます。

○八木(一)委員 それでは質問に移ります。

いま小山先生に特に質問したことでございまして、あと一つは参考人が三人おられますので、御質問申し上げたいと思ひます。

実は参考人の先生方の傾聴に値するりっぱな御意見を伺ひたいと思つておりました。伺つておりましたけれども、その中でどの先生も少し御遠慮があるように思ひます。小山先生は、財政対策でこの法案がやむを得ないと言われました。学者の方々としては、もっと学者的に考えていただきたといひます。私は考えておりました。ほかの先生方もそういう点が多々ございまして。財政というものと健康とか命というものをそのように考えていいものかどうか、私どもは疑問だと思ひます。

憲法第二十五条第二項には、政府は、社会福祉

や、社会保障や、あるいは公衆衛生については、不斷に向上、改善をしなければならないことが規定をされております。そのほかに具体的な政策で日本国憲法に規定されておるのは義務教育無償だけであります。平和主義、主権在民、基本的人権という大きな問題については記述がございますが、具体的政策については記述がございますのはその四つであります。その中の三つは全部社会保障に關係があります。そうであります以上、政府が財政硬直というようにことを称して社会保障の改善、向上を怠るということは、日本国憲法違反であります。そのような観点からも考えていかなければならないと思いますが、――声が大きくて先生方に猛烈に失礼でございました。その点はお許しをいただきたいと思いますが、それは委員長の運営に憤慨した余憤であります。そういう点で、りっぱな先生方がすべて財政ということ、言わなければならぬ、こうしなければならぬ、ないということ、を制約されているように思うわけであります。

それで、不斷に改善、向上しなければならぬという場合に、問題点はございますが、この健保特例法の延長法案、前の健保特例法案についても、こういうような薬代の一部負担とか、それから入院時とか初診料の一部負担とか、あるいは保険料の値上げとか、いろいろなものがついているわけであります。少なくとも、給付についてこういう制限をするということは、社会保障、医療保障の後退であります。停とんをしておつても憲法違反であります。不斷に改善、向上をしなければならぬ。停とんが憲法違反である以上、それを後退後退させるということは二重の憲法違反であります。そのようなことを、大蔵省とか財政という立場で制約することは許されぬと思うわけであります。そういう観点からお考えをいただいて、この健保特例法延長法案というのは通すべきではなない、これは廃案にすることが日本国憲法の精神であり、あるというふうに私は考えるわけであります。

現にまた、国庫負担の点について社会保障のや

り方はどうかということがありますが、先生方の御意見の中で、健康保険等の医療保険は社会保障、医療保障の中核であるという御意見が各先生方からあったと思います。したがって、生活保護の医療保障だけが社会保障というような俗論では、これは論議すべきものじゃありませんで、社会保障の中核としてのこのような医療保険、健康保険を改悪するということはいけない。

改悪をしようという原因としては財政が問題であります。ところが社会保障制度審議会の四十年の勧告では、患者や、あるいは国民や、あるいは医療担当者のその一つ一つの犠牲よりも、はるかに大きな国庫負担をしなければならぬということが規定をしてあるわけです。その規定から考えて二百二十五億の国庫負担というのは問題外であります。しかもそれから対象者もふえておるのにふえない。大体国庫負担というのは定率ですべきものであって、定額というような、それから予算補助というような不安定なものですべきではありません。そのようなことをやっている政府自身に非常に姿勢に間違いがある。その間違った姿勢から出てきたこの健保特例法は、いろいろな意味がありますけれども、これは間違った法案であるというお考えになつていただけるのではないかと思います。先生方は財政ということに非常に御遠慮になつておられると思います。非常に苦慮しておられますけれども、財政というような政府ベースの、大蔵省ベースの制約を離れて先生方が考えていただいたときに、この法案は各先生ともに御反対であらうと思うわけでございますが、水野先生あるいは加藤先生、小池先生から、ひとつ御意見を伺つておきたいと思ひます。

○小池参考人 特例法全般的なものとして、これは基本線として反対であるということは前から申し上げております。保険経済のみを主にして、そういう観点からものを考えてはいけないという、ただいまおしかりを受けたのでございますが、現在のところは、すべてがこの経済優先で立法行為が行なわれているといつても過言でないのであります。

して、私たちは學術団体として、學術を中心としていろいろな建設的な論議も吐きまして、あるいはこの薬剤費一部負担につきましても、医師の良心から反対するという意味を申し述べているのでございまして、決して私は財政優先で私の意見を組み立てているのではございません。しかし、いろいろな国会その他政府方面からの御意見を私なりに拝聴していますと、ただいまこれを全部廃案に持っていくに際しましては、やはり財政的な裏づけをした上でということが私必要ではないかと思ひます。そういう点ができますれば、私は、これはなしが最善ということをはっきり申し上げるわけでございます。

○加藤参考人 八木先生御指摘のとおり、人間にとりまして人命ほどとうといものはないのでございまして、これが金の面で医療が規制されるということとはまことに残念なことでございます。また、こういう議論を朝からしなければならぬという事柄もまことに悲しむべきことだと思ひますが、こういう事態になるまで放置しておいたということは、全く行政の怠慢であらうと私は考えるのでありまして、その点は幾ら責められても責める足りないと思ひますが、しかしながら、一たんこういった事柄になった以上は、昭和三十六年でございしますか、国民皆保険に突入したこの時点にまで戻すというわけにはまいりませんので、覆水盆に返らずでございしますので、こういう現実の事態に直面いたしました場合、やはりいまの現時点では、この特例法を延長して、できるだけ早く、国民のため、真に国民のしあわせになる抜本改正をやっていただきたい、そのためのつなぎ役としてこの延長法案はやむを得ないというふうに申し上げる次第でございます。

○水野参考人 ものごとにはたぶん、賛成というのと積極的賛成というのと、反対というのと絶対反対というのと、そういうふうなぐあいにあるんだと思うのであります。私は、そのいま申し上げただけでもなくて、先ほど申し上げましたように、あきらめられぬとあきらめたという心境でこ

それはやむを得ないと申し上げたわけであります。それはなぜかと申しますと、やはり予算が無限にあるのなら、もう先生のおっしゃるとおりで一つも間違いはないと思うのであります。私も同感であります。しかし予算の配分をするのが政治の一つの仕事であるということに考えをいたしましたならば、どれかを削らなければならない。そのどれかを削るということが政治ではないか、そういう点でいろいろ御意見が出てくる、そのいろいろの中のちょっとワク外的ないろいろの意見というのが、私のあきらめられぬとあきらめた、そういうふうに御理解いただきたいと思ひます。

○森田委員長　なるべく簡単に願ひます。八木君。

○八木（二）委員　そんなこと言っている間に時間がたつ。簡単に願ひますなんて言っているうちに。（笑声）

水野参考人にお伺ひいたしたいと思ひます。いろいろなことを勘案して世の中をよくするために考えていただいている水野さんとしては、いまの時点でものを考えになつていただくという点もあろうと思ひます。御努力には敬意を表するわけでございますが、しかし、財政というもののの中に、いま特に憲法のことを言つたのですが、いろいろな政策のかね合ひがあります。その中に憲法二十五条と二十六条に四つの具体的政策が掲げられてゐるということは、財政硬直とかあるいは貿易振興とかのほかの政策よりも、はるかに国民の基本的人権に關係があつて、これを優先をしなければならぬという立場で憲法に具体的政策がきまつてゐると思ひます。そのところを、これは私が、国庫負担をいまずぐ何千億しろと言つたら話にならないと思ひますが、二百二十五億の国庫負担を六百億や七百億ぐらゐにすることは、いまの財政の中では、ほんとうに決心したら可能です。そういう点で、そういう赤字については国で対処をして、このような一部負担というものがなゐないように、また、経済が發展しているけれども配分の少ない労働者に、このような保険料負担がからな

いように、そういうふうにするのが正しいのではないかと、そういうふうな考え方を抱いているのですが、そういう観点から先生の御意見を伺いたいと思います。

さらに、非常に申しわけないのですが、先生は、ただだから何でもよいというところは問題があるとおっしゃいました。私も一般的にはそうだと思います。たとえば世の中がよくなって、映画を全部たで見られればいいかもしれません。しかし、それはやはりたじやなしに、映画を見るくらしいことは、自分でせざるが、あるいは節約して見なければならぬことです。それから、道路が広がったときに、道路のその辺の負担があるというところは、私、疑問がありますけれども、幾ぶんの理屈があるかと思えます。ところが、この医療の問題は、だれが好んで病気になるか、人はないわけでありまして。したがって、その人たちの負担ということ——いわゆる受益者負担というふうな考え方が世の中にはびこっておりまして、先生は決してそういう考え方でないと思えますけれども、こういう考え方で、ただであってはいけないという考え方が医療のほうに入ってくるのは適当ではないのかという考え方を抱えているわけでありまして。それについて水野先生にお伺いしたいと思います。

その次に加藤先生のはうには、先ほども、ただであつたいろいろな薬の使い過ぎが起るとか、診療が必要以上に多くなりそうだと、いろいろな御発言がございました。一万人に一人くらい薬が違ひの国民がいるかもしれない。先生に注射してくれ、薬を飲ましてくれと言ふ人がいるかもしれない。また一万人に一人くらい、薬をやつたら少し収入が多くなるという先生がおられないとも限らないと思ひます。そういうことはあるかもしれないけれども、それと逆に、その反対の全部の善意の国民が、善意の医療担当者が、そういうことでチェックを受けるということは、政治としては、また医療保障の行政としては間違ひだ

と思う。すべて善意の国民、善意の医療担当者としてものを判断しなければ、悪意の人のために善意の人がチェックをされるということになつてはいけないと思ふ。そういう点で、薬代の一部負担等は不適当であらう、それから初診時の一部負担も不適当であらうというふうに考えられるべきだと思ふわけだ。それとともに保険料を国庫負担で埋める。その次に保険料という話がすぐ出ますけれども、保険料負担も、労働者は配分が少なくて非常に生活が困つてゐるわけでありまして。その場合に、当然使用主が、五対五の比率ではなくて八対二くらいで引き受けて、配分が少なくて困つてゐる労働者の保険料負担をしないでやるといふ考え方が考えられてしかるべきだと思ひますが、それについての先生の御意見を伺いたいと思ひます。

最後に小池先生にお伺いをしたいと思ひますが、薬が非常に非常に悪者になつておりまして。薬の点について、医療の費用をむだにふやしているというところは確かにあると思ひます。薬価が高過ぎるといふ点もあるし、いろいろな問題がございまして。これは一つの焦点でありまして、それを考えるあまり、いま新しいいりつばな薬が日本人の健康と命を守つてゐるという点を無視してはいけないと思ふ。

ところで、いま制限診療の問題が議論に入つておりませんけれども、しかし私の知つておるところでは、プレオマイシンという非常によくきく薬が保険薬に入れられていないのです。それをほんとうにこい望んでゐる患者や家族のために非常に状態が悪いわけだ。あのように、早期に使用すれば一部のガンがなおるような薬が、いま一般的には非常に高うございましてけれども、それが保険の中で使われるというふうな、いろいろ議論にあまりない制限診療というものがこれから行なわれない、そういうふうにしななければならぬというふうには私は考えますが、先生の御意見を伺つておきたいと思ひます。

〇水野参考人 二百二十五億くらいの国庫負担は全予算から見るとたいしたことではない、まずこれを保障していくのが憲法にうたれた精神そのものであるという八木先生の御指摘であります。私は、確かにそういう考え方はあると思ふのですけれども、私たちの立場としましては、私個人の考えとしては、やはり重病をまず保障する、そういうことのほうが先なのではないかと思ふのであります。つまり重病が現実には保障されてゐない。そういうときに二百二十五億を補てんするのことは、考え方によれば——これは誤解のないように願ひますが、考え方によれば、かぜ引き、腹いたす起すおそれがないではないという心配を私は持つわけでありまして。いや、それも全部引くつめてやれ、それもけつこうな御意見だと思ひますけれども、全部引くつめてやれるだけの予算があるかないかというところは、先ほど触れましたように、配分というものが政治というものにつながらると思ふわけだ。

それから、おまへは何でもただということではいけないと言ひますが、しかし医療だけは別ではないかという御質問であります。私は、日本人が権利のみを主張して義務を履行しないような精神をもつと改めて、社会連帯の責任の精神に芽ばえたときには何でもただでよいと思ふのです。しかしそうでない限りにおいては、何でもただというの——私は、医療の世界にでも、若干残された金を払う部分があるのはいたし方ないと思ふのであります。そこはもうこれ以上御議論をいたしまして、たぶん見解の相違ではないかと思ひますので、この程度で終わります。

〇加藤参考人 八木先生御指摘のとおり、確かに世の中薬マニアばかりではございませんで、中には善意の患者が犠牲になつてゐるということも否定いたしません。しかしながら、薬剤費が医療費の四〇％ということではいかにも多過ぎる。これは社会党自身お認めになつて、この間の意見書にも書いておられるとおりでございまして。いかに不自然に多いということではございまして、イギリ

スなんか、たしか一％くらいだというふう聞いておりますが、これは私、医者じゃございませんでわかりませんが、最近の医療方式が、多分に米國式の物量医療が日本にも入つてきたのでふえたという原因、あるいは新薬とか技術の高度成長による新療法ということもございまして、しかし四〇％ということはいかに多過ぎるという気がいたしますので、これはやはり支払い方式全部のチェックシステムができるまでの暫定措置として、この一部負担は撤回すべきではない、かように思ひます。

〇八木(一)委員 使用主の負担率を増す点について、これは御承知のように組合というものは、労使同数の理事者を出して民主的な運営をいたしてあります。そのときに、事業主負担が多いに越したことはございせんが、しかし、いたづらに事業主負担ばかりがふえまして労働者の負担が減るといふことは、発言力にも影響いたしますから、ある程度限度があるというふうには私は考えます。

〇小池参考人 薬剤のある一部分につきまして、現在制限があるのは確かでございます。これが先ほど御指摘の治療指針並びに基準でございます。これは終戦後、まだ現在のように社会の通信状態その他一般が復活しておらないときに、高価な薬が輸入されて、ベニシリンその他輸入されて、それを使ひたいということのために出された規則でございます。今日、当時と違ひまして、学会も盛んに行なわれ、また学術講演会もひんぱんに行なわれております。こういう状態とその当時とを同じ扱いをするということは間違ひとお私思ひます。

そこで、この薬剤の中の制限、つまり治療指針と基準は全廃しないというところを、私は厚生省にも申し入れてあります。これはいろいろ見方はあるではありましようけれども、ある一部では、こういう規則、つまりどの病気にはこの薬しかいかにぬという規則があれば、それを使えないた

め医療費のチェックができる、医療費を制限する
防波堤であるという論議も行なわれておったので
ありますが、今日ではそういうことはもうないと
私は思っております。医療費というもののうちの薬
剤費がいま論議的となっておりませんが、治療指
針があるためにかえってふくれるという現実もあ
るのでございます。ですからこの治療指針は即刻
やめていただきたいというのが私の立場でござい
ます。言ってみれば、この治療指針というのは、終
戦後に私たちは国民服にゲートルを巻いておった
のですが、いまでもそのままの姿で道路を歩かせ
ているという状態でありまして、新しい薬や使い
方ができると、それに次々とアクセサリーをつけ
ていくという、こういう方法はもうやめていただ
きたいのでございます。私たち日本医師会では、
責任をもって新しい薬品の使い方というものは
会員に徹底したいということでございます。

そこでブレオマイシンでございますが……。

○森田委員長 小池参考人、本会議の本鈴が鳴っ
ておりますので、なるべく簡潔に願います。

○小池参考人 これは御存じのようにガンの薬で
ございますので、これは即刻使いたいというのが
私の念願でございます。厚生省でお許しになった
お薬は保険でも即刻使いたいということでござい
ます。

○森田委員長 参考人の方々には、御多忙のとこ
ろ御出席いただき、まことにありがとうございます。
お礼を申し上げます。

この際、暫時休憩いたします。

午後二時二十八分休憩

〔休憩後は会議を開くに至らなかった〕

昭和四十四年七月十二日印刷

昭和四十四年七月十四日発行

衆議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局