

(第一類 第七号)(附属の一)

第七十一回国会 衆議院 社会労働委員会公聴会議録 第一号

(五七三)

昭和四十八年六月十八日(月曜日)

午前十時七分開議

出席委員

委員長 田川 誠一君

理事 塩谷 一夫君

理事 山下 徳夫君

大橋 武夫君

小林 正巳君

住 榮作君

羽生田 進君

粟山 ひで君

金子 みつ君

田邊 誠君

村山 富市君

石母田 達君

坂口 力君

出席公述人

横浜市立大学教授

東京大学教授

社団法人東京社会保険協会副会長

法政大学教授

健康保険組合連合会常務理事

医事評論家

東京製機株式会社取締役

全日通労働組合中央執行委員

委員外の出席者

社会労働委員会調査室長

濱中雄太郎君

下徳新太郎君

成田 武夫君

吉田 秀夫君

広瀬 治郎君

大熊房太郎君

田中 美智子君

和田 耕作君

小山 路男君

白木 博次君

松井 忠雄君

出第四七号

○田川委員長 これより会議を開きます。

健康保険法等の一部を改正する法律案について公聴会に入ります。

本日御出席をお願いいたしました公述人の方々は、横浜市立大学教授小山路男君、東京大学教授白木博次君、社団法人東京社会保険協会副会長松井忠雄君、法政大学教授吉田秀夫君、健康保険組合連合会常務理事広瀬治郎君、医事評論家大熊房太郎君、東京製機株式会社取締役成田武夫君、全日通労働組合中央執行委員下徳新太郎君、以上八名でございます。

この際、公述人の方々に、当委員会を代表いたしまして一言ごあいさつ申し上げます。

本日は御多用のところ御出席いただきまして、まことにありがとうございます。

御承知のとおり、本案はわが国の医療保険制度にとりまして重要な案件でありまして、当委員会といたしまして、慎重な審議を続けていくところでありまして、したがって、この機会に広く各界からの御意見を拝聴いたしまして、審議の参考にいたしたいと存する次第であります。何とぞ、公述人の方々におかれましては、それぞれのお立場から率直な御意見をお述べいただきたく存じます。

なお、議事の都合上、最初に御意見を十五分以内に要約してお述べいただき、そのあと委員からの質疑にもお答え願いたいと存じます。

念のため申し添えますが、議事規則の定めるところによりまして、発言の際は、そのつど委員長長の許可を得ることになっております。また公述人の方々からは委員に対して質疑ができないことになっておりますので、あらかじめ御承知おき願いたいと存じます。

まず、小山公述人に意見の開陳をお願いいたします。小山公述人。

○小山公述人 それでは、最初に私から意見を申させていただきます。

私も属しております社会保険審議会は、政府が今回の健保法改正案を策定するに先立ちまして、昨年十二月に健康保険の改正に関する建議を行なったものであります。この建議の基調をなしますものは、政府は昭和三十七年度以降、政管健保の財政収支が逆転に転じて以来現在に至るまで、いわゆる抜本改正に腐心しながらも結局は赤字対策に終始する結果になっているということ、しかもこの高度成長の続く中で国民の医療、福祉に対する要望は日増しに高まっているので、従来の方策を大きく転換して、財政の安定と給付の改善とを切り離すことなくこれを総合的に実施すべきであるという点にあったのでございます。今回この改正案は、この建議書に立脚しながら策定されたものと考えております。特に今回の改正案の中におきます家族医療給付の改善につきましては、新聞の社説等でも一様に論じておりますように、ぜひとも今回実現をはかっていただきたい点であります。最近における目ざましい医学、薬学の進歩は、かつて不治の病いとされたものの多くを克服しつつあるわけでありまして、これに伴って高額な医療費の負担という問題も切実に浮き上がってまいっております。したがって、医療保険の空洞化を避ける意味におきまして、家族医療給付の早急な改善が国民的な大きな課題となっているところでありまして、

次に財政の安定についてであります。社会保険全般にわたる長期計画の策定が現在強く要望されておるところであります。医療保険の中核をなす政管健保の財政上の安定を期せんとし、医療保障部門における次のステップを展望していくことが現実問題としてきわめて困難になると考え

ます。かかる意味におきまして、今回の改正案の中における財政の安定等について、与野党間で十分御審議の上、できるだけ一致し得る線を見出していただきたいと考えているものでござい

ます。次に、改正事項について順次意見を申し述べ

ます。まず家族医療給付の改善についてでございます。が、赤字財政の中で、政府原案では家族給付率の六割への引き上げ——これは後ほど申し上げま

す。それから高額療養費払い制度の創設、さらには分擔費、埋葬料の現金給付の改正という措置を今回とりましたことは、国民の要望にこたえるという姿勢を示したものと評価していい

ものと考えます。しかしながら、家族給付率の七割への実現はもとより国民医療に対するミニマムな線でございます。今回の改正案の審議を通じて、できるだけ早くその実施の時期を国民の前に明確に示していただきたいと考えます。

次に国庫負担でございます。政管健保の被保険者は中小企業に働いている方々でございます。したがって賃金水準も低く、また組合健保等に比較して女子及び高齢者が多いことなどによりまして、構造的に赤字になる体質を持っているのであります。したがって、これを補強するために今回定率一〇%の国庫補助をとるというのは一歩前進したものであると評価したいと思います。しかしながら、政管健保の財政基盤の弱さを今後どのようにして補強すべきか、政管健保の体質的な構造の検討というのを今後さらに進めていかなければならないと考えております。

次に、標準報酬の上限につきましては、保険料負担の公平をはかる見地から、標準報酬の上限はできる限り賃金実態に見合うように改めらるべきでありまして、今回の改正案はおおむね妥当なものと考えております。ここで一言苦言を呈します

と存じます。

と存じます。

と存じます。

と存じます。

と存じます。

と存じます。

と存じます。

と存じます。

と存じます。

と存じます。

と存じます。

と存じます。

と存じます。

と存じます。

と存じます。

と存じます。

と存じます。

と存じます。

と存じます。

と存じます。

と存じます。

と存じます。

と存じます。

と存じます。

と、今日まで賃金実態に即応するように上限の手直しをしないは一挙にその改正を行なうというところは、理由はいかんとあれ、急激な負担増を招くという印象を与えることとなりますので、この点については今後十分にふまうしていく必要があると、思います。

また特別保険料については、原案のままですと千分の七十五という一挙に五も上げなければならぬので、政府説明では特別保険料で千分の二程度、二百二十億程度の財政効果があるということ、この案を出してきたのでありますが、どうもこの特別保険料は現金給付について保険料引き上げの効果が反映しないという点からいきましても、これは極力避けていただきたいと考えるものであります。

また保険料率の弾力条項については、特に議論の分かれるところでありまして、短期保険の性格論からしては当然必要だ、こういう考え方でございます。しかしながらこの場合でも、国民の納得が得られるためには、これに連動する国庫補助が適正なものであるという点、及びその発動にあたっては給付改善、医療費の引き上げ等、真にやむを得ない場合に限られる必要があることは申すまでもございせん。なお、料率引き上げに連動する例の連動規定の国庫補助率が〇・一％に對して〇・四％ということになっていて、これが橋本私案では〇・六％に変えられるということ、これを伺っておりますが、それが適正なものであるかどうか、なお議論があるところだと思ひます。

以上、今回の改正案について申し上げますと、何と申しまして、今回の改正案が成立いたしますと政府管掌健保は赤字のたれ流し状態が続きます。そのことはそのこととしまして、給付改善が行なえないということになりますと、現在すでに医療保険が役立たない、健康保険の無力化、形骸化ということがいわれておりますのがさらに進行するということになりますので、ぜひこの給付改善の問題は与野党間で合意点を見出して、その実現を期していただきたいものと考えております。

す。

また政府も、今回の改正が実現いたしましたら、次の赤字が出るまで一切手をこまねいて何もしないというような態度をとってはならないのでありまして、国民の要望に即応できるように、引き続き漸進的に給付改善を手がけていくべきものだと思ひます。

最後に、今日医療保険との接点で問題になっております例の差額ベッド、付添看護の問題につきましては、いずれも診療報酬と関連を持つ問題でもありますので、近く予定されております医療費改定の際には、これらの問題についても十分配慮をしていただきたいし、また政府側としてもそのための努力を惜しむべきではないと思ひます。いわばこの条件整備と相まちまして、今後差額ベッド等の問題についても有効適切な解決の方策を見出していきたい、私はそのように考えるものでございします。

以上をもつて公述を終わります。(拍手)

○田川委員長 次に、白木公述人にお願ひいたします。

○白木公述人 私、臨床科の医者でございまして、神経病理という基礎医学の医者でございまして、しかし基礎医学に入ります前に、精神医学を十年以上やっております臨床医でございまして、ある程度臨床のことばかりです。

本日の公述の中で、医者であるのは私だけのようと思ひます。したがって私は、健保の問題よりもむしろ、医者といいますが、あるいは教育者でもございしますので、医療供給者という立場でこの問題をどんなふうにとらえて考えたほうがよろしいかという点について申し上げます。

その中で問題は二つございまして、一つは健保の赤字、その財政が非常に苦しいという点、一つは、実は基本的には今後一体病氣というものは、どういふ形で、量的にふえていくのか、そうでないのか、その問題を基本的な考えでおきまされたい、ただ手直しだけではどうにもならないという

のが第一点でございします。

それから第二点としましては、医療の受益者の立場はそれでいいとして、では供給者というものがそれを受けて立つことのできるような体制にないか、あるいはまた、それがいいとすれば、今後それをどうしたらいいかという問題を同時に考えまされたいという問題は片づかない。その二点について申し上げます。

最初の、今後の見通しでございしますけれども、今年度、私、二回ほど公害対策並びに環境保全特別委員会に呼ばれて、そのつど申し上げてきたことが実はこの問題とからんでいて考えますので、繰り返すことになるかもしれませんが、申し上げなければならぬわけでございします。

昨今の第三水俣病あるいはPCB問題その他を通じて、いま国民の健康がほんとうに守られていくかどうかという点については、どなたも大きな疑問をお持ちであると考えますが、私は端的に申し上げて、公害汚染に関する限りは、ほとんど全国民がいま複合汚染の状態におちいりつ

つあるという点を申し上げられると思ひます。このことは、たびたび申し上げましたように、水銀という問題に關しましては、日本は最高の複合汚染の状態にある。たとえば西ドイツの〇・一PPMという毛髪の水銀量に對しまして日本は六・五ないし七・五という、六十五倍ないし七十五倍の汚染度にあるわけでございします。これは世界の最高値を示しているわけでございします。しかもそのうちの半分がメチル水銀に変わっている。メチル水銀というのは水俣病の原因でございします。

そういうような、もともとからだの中にあつてはいけない毒物をすでに持っている。しかしながら、われわれ自身まだ水俣病にはなっていないわけでも、その影響がいつの時点でもどのような形であらわれるかというところは、だれも知らないわけでありまして、問題は単に水銀だけではないで、PCBあるいはBHCあるいはカドミウムというような、世界の百倍以上汚染されているのが国においては、おそらくすべての国民

が複合汚染の状態におちいっているということになりますと、発病はしてはいないけれども健康とはいえない。私は不健康あるいは非健康というようにことばで呼びますし、あるいはまたこれを学問的にいえば不顕性中毒、つまり外にあらわれない中毒である。そういう汚染の状況にあるといえますと、国民は決して健康ではないといふことを考えざるを得ないわけであります。

その論旨を推し進めていきますと、憲法二十五条に、国民は健康にして文化的な最低限の生活を送る権利があるということが書いてございしますけれども、この健康にしてという地盤そのものが、少しシロアリが食っている。こういう見通しの中で、今後どういふ問題が起こるであろうかということが、実は健保の問題と結局はからまつてくる問題ではないか、そういうふうな考えるわけであります。

端的に申し上げますと、この問題に對して基本的な手が打たれない限り、次々に病氣が発生してくる。そうしますと、幾ら金をつぎ込んでみてもそれには対応できないという明白な論理がそこから出てくるわけであります。したがって健保の問題というのは、そういう総合的な広い立場の中の一つの各論として考えていたかたがたればどうにもならなくなる時期が来るのではないかと、このことを、私、医学者としてはまず申し上げなければならぬと思ひます。

第二点としまして、それでは医療供給者というもの、立場がいまどういふような問題に對して対応できるかどうかというところ、その次に述べなければならぬわけであります。

私は、医学といふのは五つあると考へます。第一は健康増進医学。第二が予防医学。第三が治療医学。第四は社会復帰医学あるいはリハビリテーション医学。そこまでは大体皆さまがおっしゃるのと同じで、私は、第五の医学として重症医学あるいは難病医学というものがあつて、この五つの医学というのに對して、一体健保というものはどういふ形で対応しているのかという点もよ

く考えてみないといけないことではないかと思ひます。

健康増進医学につきましては、いま私が述べましたような、いわゆる国民が複合汚染の状況にあるという中で、絵に書いたもちになりつつあるというところは、特別詳しく申し上げなくてもおわかりのとおりだと思います。結局、健保は第三の治療医学というのに対して本質的には対応してきたのではないかと。そうしますと、第二の予防医学あるいは第四の社会復帰医学、そして非常に社会復帰がむずかしい、あるいはほとんど困難な難病医学、重症医学に対して、一体健保というものがほんとうに対応してきたのかというのを考えますと、私、医者立場としては、それはそうではないのではなからうかと考えるわけでございます。つまり、健保というものは、あるいは治療というものは、そういうものにあまりにも費用が食われ過ぎている。あるいはまた実際問題として、ほんとうに難病で困っておられる方に対しての対応ということが、むしろあまりできていないのではないかと。そういう矛盾もござります。そういう意味では、ともかく健保は第三の治療医学に対して重点的と申しますか、実体的にあまりにも対応し過ぎたために、ほかの医学がおろそかになってしまっている、アンバランスになっているという中で、医療供給者としてはやはりこの五つのものに対して基本的なきちとした対応をしない限りにおいては、問題は絶対片づかないというふうに申し上げざるを得ないと思ひます。

特に第五の難病医学というような問題になりますと、これは去年のたしか四月十四日でございますが、特殊疾患対策問題で、私この席に呼ばれて申し上げたこととござりますが、大体、国と申しますか厚生省の特殊疾患対策というのは、原因がわからない、治療法がない、そして長期の療養を必要とするというように、純医学的な発想から対応されているように思ひますけれども、私は決してそう思わないのでありまして、原因がわかっておるが、治療法があるが、難病

にはなるといふように申し上げたいと思ひます。

たとえばその一例をあげますと、交通災害がある。そして頭をひどく打つ。これは原因がはっきりしているわけでござります。そしてその治療は救急医療あるいは脳外科の治療という、治療も非常にはつきりしているわけであります。しかしながら、その治療の時期の適切を誤る、あるいはその治療が十分でなければ、そこで生けるしかばねである植物人間というものができた場合に、それをかかえた家族というものは必ず崩壊過程につながっていく。そして日本では、わが国の特殊の風土を考えまして、そういう人々に対する医療なり福祉なりの施設あるいは体系のなきがそこにあるわけでありますから、私は、難病というものは、そういう原因がわかっていようがいまいが、結局日本の現実を加味して起こってきております。医療、福祉から疎外されているという、医学的な、社会的な、福祉的な総合概念として把握すべきであらうと思ひます。そうだといたしますと、これは四百四病あれば四百四病の難病があり得るわけであります。

ですから私は、たしか去年の国会では、健保の改正と同時にその基本的な手直しが必要なければならぬということがあったと思ひます。それが今度の国会で出てくるかと思ひます。まず、それが出ていなくて、健保の手直しだけの問題に限られているように思ひます。このこと自体に私はやはり医療供給者と申しますか、そういう立場から申しまして、これでは対応できないというふうなことを考えるわけであります。基本的にはもつと医療あるいは医療とからんだ福祉、法律用語を使わせていただくならば医療福祉基本法というふうなものをここで思い切つて設定していかないとイケない。そういう中で健保の問題が各論として扱われるならば私はいいと思ひますが、その結論問題がここではあまり取り上げられていないというところについては、私非常に不満でござります。

その問題は、私が最初に申し上げました今後国

民の健康がどうなるのかという問題を真剣に考えてみますと、憲法二十五条の、ほんとうに国民の生活の一番基本的な基盤であり、不変不変であるべき健康にしようという生活権利の内容が変質してゆらいでいる。これでは日本がどのような経済成長をしても、一番の基本がゆらいで何になるのか、そういう点についてやはり真剣に考えていただかないと。そうだとすれば、問題は、私が申し上げましたような第一から第五の医学に對してほんとうに基本的に対応していかなければならぬということになるのではなからうかと思ひます。

結局、難病につきましても一度申し上げたいと思うのでありますが、これは健康増進、治療から始まって、第一の医学を通じて、その連続線として第五の難病医学というものが起こってくる、医学のあるいは医療の終点であるというふうなとらえ方もござりますけれども、事公書問題に關しまして、私第一から第四の医学を素通りする可能性があると思ひます。それはいまの汚染というものが次の世代というふうなものに対して悪影響を及ぼすということが、これは十分考えられるわけでありまして、われわれおとな自身よりも次の世代というものがむしろ汚染物質に対して弱いわけでありまして、その世代の人たちが生まれつき奇形であるとか不具であるとか、あるいは精神、身体的な素質が低下しているというふうなことがござりますと、これはいきなり第五の医学に踏み込んでくるわけでありまして、つまり、第一から第四の医学を素通りして入ってくる、そういうことが十分考えられるわけですから、いまその的確な証拠はござりません。しかしながら、このまま放置するならばそのような事態が起こらないということとはだれも断言できないし、私は医学者の立場としてそれを非常におそれるわけでありまして、したがって、こういういきなり第五の医学に踏み込んでくるというふうな問題については、一体どのような対応をしたらいいかといえ、これは医学、医療というものの第一から第五の医学だけで

は対応できない。それ以前の問題であるというふうな考えざるを得ないのでありまして、それならそれでもう少し基本的には、国の政治なり行政のあり方というものをほんとうに真剣に考えないと、私は国民の健康は守れない、病氣はやたらにふえてくる、しかも難病的なものがふえてくるというところ、どのように健保を手直ししてもそれは対応できないということになるのではなからうかと思ひます。

非常に総論的なこととござりますが、私はそういう点についてやはり申し上げることが重要だと考えましたので申し上げますが、それをどんなふうにするか、ある程度東京都あたりで実践しておりますので、御質問があればあとで答えたいと思ひます。(拍手)

○田川委員長 次に、松井公述人をお願いいたします。

○松井公述人 健康保険法の改正につきまして、私の意見を申し上げます。

私は長年、中小企業経営の仕事に携つております。現在提案されております健康保険制度の改正につきましては、細部については多少の問題点がありますが、基本的には賛成であります。これは一日も早く実施に移されるようお願いをしたいと思います。

今回の改正案は、約十年間における累積赤字がいまや三千億となりまして、このばく大な赤字をかかえている政府管掌保険の財政の立て直しと給付の内容を大きく改善していくというものであります。政府管掌保険の対象は、中小企業と零細企業の一部の働く者でございまして、これらの労働者は、大企業に比べて低賃金であり、職場の環境も悪く、企業としても、被保険者みずから健康管理が適切でなく、これらの悪条件が重なりまして赤字の要因をなしたのであらうと思ひのであります。

健康保険の財政も経営の一つでありまして、収入と支出のバランスが絶対条件でござります。三

千億赤字は国庫の負担によりたな上げにされるというものでありますが、このようにきまっています。政府管掌の被保険者、その家族を合わせると約二千六百万人です。これらはひとしく喜ぶところでございましょう。しかしながら国の負担というものは、汗とあぶらでかきで納めた税金の中から出されるものでありまして、このことを忘れてはならないのでございます。

私は、今回の改正の案を拝見いたしまして、被保険者のプラスの面とマイナスの面を私なりに検討いたしました。

まず被保険者のプラスの面で見ますと、昭和十八年以来三十年ぶりに家族の給付が五〇%から六〇%に上がるようになっておりますが、私は六〇%では満足ができませんのでございまして、これは少なくとも最低七〇%の給付を願うものでございします。政府管掌の保険を受けている者は、経済的に豊かな者は少ないのでございまして、病気の入院が長い期間続きますと、自己の負担に苦しみ、経済的に、精神的に大きなショックでございします。それが七〇%以上の給付となりますれば、これに一月三万円以上の医療費をこえた場合は、三万円以上に対してはその額の全部給付ができるというふうなことになりますれば、非常に精神的に、物質的にプラスになるであろうと思うのでございします。

第二のプラスといたしましては、本人及び配偶者が分べんいたしたときに、本人は現在二万円でございますが、これが倍額の四万円となり、配偶者はいま一万円でございますが、これが四倍の四万円となりますので、かりに入院をいたしましてお産をしまして、約二分の一度は給付を受けられることとなりますので、お産を安心してできるのではないかとと思うのであります。

第三のプラスの面は、保険の給付費の一〇%を国庫で負担をされることでございますが、数多い人の中には、一〇%の国庫負担は少ないからもうとふやせということがあるようにございします。何と申しまして、国の負担というものはすべて

税金によるものでございまして、私は、たとえ一〇%でも進んだ考え方であろうと思うのでございします。

第四のプラスの面といたしましては、埋葬料であります。いままで家族は二万円であったものが、その十倍の二万円に大きく引き上げられたものでございします。

第五のプラスの面と申し上げますと、一月所得が五万円以下の場合には特別保険料を徴収しない。このあらためて徴収を受けない該当者が約二九%を占めていると言われております。

以上、プラスの面をあげてみますと、赤字のたな上げを合わせまして六つになると思うのでございします。

さらに、マイナスの面を申し上げてみたいと思ひます。

第一に、保険料の〇・三%の値上げでございします。これは、一月十万円に對しまして、三百円になろうかと思ひます。これを事業主と本人とが折半でございしますので、百五十円、たばこにたとえて申し上げますれば、一箱半でございします。で、それほど負担にはならないと思うのでございします。

第二といたしましては、昭和四十一年から続いできた上限が、いままで十萬四千円が今度の改正では二十萬となりまして、数年にわたる物価の値上がり、所得の上昇等から見ても、この程度のものはなればまさんができるのではないかと思ひます。

第三のマイナス面といたしましては、ボーナスに新たに一%徴収するという御意向でございします。この点につきましてはいささか異論がございします。それは、国庫の負担で一〇%、保険料の値上げで〇・三%、五万円以下切り捨てるといたしましても、上限が二十萬になりますので、この辺で収入、支出のバランスはとれないものであろうか。保険財政がバランスがとれなければやむを得ませんけれども、この特別保険料の徴収というふうな点はできるだけ避けていたきたい、このよう

うにお願いしたいと思うのでございします。

第四といたしましては、これは弾力調整についてでございますけれども、これは流動性に対応できるように幅を持たせたいという意味のようでございますけれども、経営というものは、だれがやりましてもなかなか思ったとおりにはいかないものでございします。多少はそこに弾力的な数字というものがないければ、なかなか経営はむずかしい。そこで私は、やむを得ない、これも認めざるを得ないのではないかと、このように思うのでございします。

以上を申し上げまして、プラスとマイナスの面、これを比較いたします。そのうちで最も大きく取り上げるものは、プラスの面の家族の七〇%、これが大きく浮かび上がってくるわけでございします。これができますならば、これを一日も早く実現に移していただければ、少しの負担が増になりまして十分たえらるるものではないかと、このように私は思うのでございします。

この機会に、私が平素から考えておりますことを二、三申し上げてみたいと思ひます。

その一つといたしましては、被保険者に対するところの教育の必要性でございします。被保険者の中には、自分の健康の管理はみずからの自覚によつてしなければならぬのにもかかわらず、それを怠り、一たん病気になるまでと医者に任せて、むやみに注射とか、薬をもらってきまして、少しくなりましてそれを飲まないで捨ててございします。これはごみ集めをしますところの、あのごみの状況の中を見ますと、たいいてい毎朝のように私はそれを見かけるのでございします。このようなことは困りますので、どうぞひとつ、これからはその教育というものに重点を置いていかなければならぬ、このように思ひます。それには保険証の乱用と申しましようか、これは行き過ぎたことばかもしれませんが、これは防がなければならぬ。もちろん病気になるならば医者にはかからなければいけませんけれども、その前に未然に防止をするとか、あるいは早期発見とかあ

るいは早期の治療とか、これをいたしますなれば、保険財政を軽くするために、国は事業主とあるいは関係団体等と呼びかけられまして、指導要領というふうなものを示しになるべきではないかと、このように考えるのでございします。

最後に、現在の社会保険審議会の委員の方々は、おえらういっばな方だけでつくられております。中小企業、零細企業の入っておりますところのいまの政府管掌の中からも、一人ぐらいは代表を出していただければ、中小企業あるいは零細企業の実態とかあるいは実情がつかえるにわがりますので、かなりこの点プラスになるのではないかと、このように思ひます。

以上、私の公述を終わりといたします。(拍手)

○田川委員長 次に、吉田公述人にお願ひいたします。

○吉田公述人 法政大学の吉田秀夫です。

健康保険の赤字が公然化してから、三十九年以來から考えますと九年、国会の内外で非常に健康問題あるいは抜本問題が問題になりまして、昭和四十二年以來から見ますと約七年余り、いろいろな紆余曲折があったにしましても、根本的な健康保険あるいは医療制度の抜本対策がいまだに一步も前進しないというに對して、国民の大部分は非常に失望しているのではないかと、このことを、まず冒頭に申し上げてみたいと思ひます。

今回の健康保険の一部改正法案については、ここ数日來一部修正の動きが出ています。ありますが、まだ私も十分聞いておるわけではありませんが、それを入れても、健康保険あるいは医療制度の抜本方向から見ますと、非常にほど遠い感じがいたします。

そういうことを前提にしながら、私は次の四点について公述してみたいと思ひます。

まず第一に、社会保険、医療保障に対する基本的な考え方、問題であります。政府の社会保険政策の基調は、高度経済成長の中で、あるいはそれを推進しながら、一貫して六〇年代の半ばごろか

ら言われましたのは、高福祉・高負担あるいは受益者負担、あるいは保険主義ということでした。今回の健康保険の改正法案を見ても、このことは非常にきつりあらわれていると思っております。実は高福祉・高負担ではなくて、低福祉・高負担、あるいは保険主義を一貫して貫こう、そういうかまがわがわがです。われわれ国民あるいは労働大衆は何も好んで病気になるというわけではありませんし、最近では病気になるということ自体が、いまの物価高、非常に深刻な住宅難さらに交通地獄に加えて、先ほど白木先生からお話がありましたような、激化の一途をたどっております。個人に個人責任で病気を防止するというような、そういう段階ではなくてきております。卑近な例でいいますと、たとえば国民が日々空気を吸いながら、その中から亜硫酸ガスやあるいはオキシダントを区別していい空気を吸うというわけにはいきません。また非常に有害な食品の中で、その食品から有害物を取り除くというように、ほとんど国民はできそうもないわけでありまして、そういう状態の中で、周知のように、高度経済成長が始まった昭和三十年代以来十数年の間に、どの年間をとりましたが、大体十年の間に病人が倍増したというデータ、これは厚生省のデータであります。こう考えますと、これこそ政治の貧困であり、あるいは国民全体が健康破綻の被害者であるというところからいいますと、実は患者、国民が影響を受ける——受益者負担ということば自体が誤りではないかと思っております。さらに先ほど白木先生から話がありましたように、第二次大戦後の近代的な医療の考え方は、少なくとも疾病予防あるいは治療、リハビリテーション、これが原則だった。その上に健康増進、さらに先ほど白木先生は難病まで加えました。こういった理解に立って、最近のたとえば国民保健会議あるいは人間環境国際会議などを見ましても、一体どうしたら人類の命を守りあるいは健康を守り、人類のあるいは各国の健康水準をも

う一べんやり直すというような動きさえも出てくる状態の中で、一体日本の健康保険制度はこういったことに対応できるかどうかということが非常に心配であります。しかし、いままでも数年来長いこともできました、少なくとも国会に出した健康保険の改正法案あるいは抜本法案を見ますと、こういったことに対してはほとんどたな上げあるいは放任してきたという感じがいたします。つまり、こういうふうな考えますと、国民の命あるいは健康に対する政府の責任、ひいては公害問題を考えますと大企業の責任が、いまほど一番きびしく問われなければならないときにはないというふうに考えます。これが第一の問題点であります。

第二番目は、先ほど小山先生からちよつと出ましたが、中小企業対象である政府管掌健康保険の体質とその保険主義の問題であります。保険主義というのは、年間の保険料収入で年間の支出をまかなうというやり方でありまして、言うまでもなく、政府管掌健康保険の対象である中小零細企業とその労働者、これは健康保険の雑誌「健康保険」の今年号を見ますと、一年前の四十七年の六月で事業所が約六十七万、そこに千三百三十五万人の労働者が働いておりましたが、うち女子は三十六万というところでありまして、ところが、従業員五人から十九人までというのがこういう零細企業の約五割六分を占めておりました。それから四十九人以上という被保険者を見ますと、全体の五二・二％ということで、圧倒的多数の被保険者が実はきわめて零細な中小企業労働者であるということでありまして、この政府管掌健康保険の労働者の平均標準報酬が、昨年の六月現在で、平均して五万六千三百三十四円、うち男子が六万四円、女子が三万四千三百三十四円、ところが組合管掌のほうはどうだといいますが、組合管掌のほうは、健保組合が千五百二十二で被保険者数が千三百七十七人、うち女子が二八％ということですが、この標準報酬は、平均しますと六万八千四百七十九円、うち男子が七万七千円、女子は四万五千円台である。これだけを

素朴に比較しますと、平均で月報酬の差が一万二千四百九十九円という差が出ますが、これは御承知のように、健康保険には上限がありますから、上限を入れますと、これは実質的には大企業と中小零細企業の賃金の差は非常にひどいということでありまして、だからといって、私は、大企業の労働者の賃金が非常に高いというようには考えません。これは国際的にも日本の労働者階級の賃金はきわめて低賃金だというレッテルを張られておりますから、それを前提にしましても、やはり政府管掌健康保険の労働者の賃金が非常に低いということも明らかであります。こういう政府管掌の労働者のほとんどは、実は労働組合さえもない、そういう企業が非常に多い、したがって、毎年の春闘でやられるいわゆる賃上げには直接に関係できないというような労働者が多数であるということでもあります。ことしの春闘ではかなり膨大なベアという結果でありましたが、たぶん、ことし以後もこういうことで賃金の格差が開いてまいるだろうということでもあります。

それからもう一つは、中小企業対象の社会保険の保険料というのを考えますと、これはすべて折半負担を前提にして、男子でいいますと、健康保険は御承知のように千分の七十、厚生年金は千分の六十四、それから失業保険が千分の十三というところですから、合わせますと千分の百四十七、その半分でありまして千分の七十三・五が賃金から引かれる部分であります。ところが、今度の健康保険改正法案並びに厚生年金改正法案を見ますと、一挙にこれが労働者負担分でございますと千分の百六十五、さらに労働者負担分でございますと八二・七％、大幅な負担増になるということでありまして、一体、ボーナスもともに払えないような企業にとつてい——年間を通して給料の、企業からいって二カ月分近い保険料、さらに労働者にとつてはまだまだ一カ月分近いようなそういう社会保険料の高さ、これがやはり問題だと思っております。

厚生大臣は、いろいろなテレビで、大体十万円

の給料で、健康保険でいいますとたった百五十円だとしてちやうど言うておられますが、大体十万円ならばいいほうでありまして、実際には三千三百万人の日本の労働者の中で、労働者の発表でも、これは昨年ですが、月収六万円以下が半分だった。この辺の事実はあるいは厚生大臣はおわかりになってないんじゃないかと思っております。

さらに問題なのは、政府管掌健康保険の一人当りの年間保険料では、保険給付はもちろんのこと、医療給付さえもまかなえないということでありまして、これも具体的な数字がありますが、時間もありませんから……。こういうふうに年間保険料収入で医療給付さえもまかなえなくなったのは、実は昭和三十一年以来であります。ですから、十一年もこういう状態が続いているということとは、これはまさに政府管掌健康保険を保険主義で自前で作れということ自体が絶対に不可能だ、そういう動向をたどつてまいりました。

ところがもう一つ問題なのは、政府管掌健康保険の一人当たりの医療給付費が、実は組合管掌の一人当たりの医療給付費よりもはるかに高いということでもあります。これは数字を申し上げますと、たとえば政府管掌健康保険の一人当たりの医療給付費は、四十五年で三万九千七百八十六円だった。ところが組合管掌のほうは幾らかといいますが三万二千八百五十四円ということですから、約六千九百七十一円政府管掌のほうが高いということでもあります。この辺はなぜかということとはやはり究明されるべき問題ではないかと思っております。

さて、なぜこういう収支のバランスが完全に崩れたかということ、これはいろいろの要因があります。何が原因かといつても病人が倍増したこと、さらに薬剤費用が全医療費の四割以上という国際的にも例のない医療費の増大にあることは言うまでもありません。したがって社会保険、社会保障のあり方からいっても、その累積赤字は政府の責任であり、これは絶対に中小企業労働者の責任ではありません。

今次改定案による一つの目玉商品の医療給付の国庫負担率一割というようなことは、政府管掌の体質からいっても非常に低いし、あるいは国民健康保険の四割五分という国庫負担からいっても問題になりませんし、当面二割以上、これは大体そういう国庫負担で国の責任を明らかにするということだろうと思うわけです。もちろん、こういうことで保険料率の大幅な引き上げや、あるいはポ一ナスの一部まで徴収することに対しては反対であります。

さらに、政府管掌健康保険の中小企業には大企業の下請が非常に多いこと、あるいは定年退職でやめた連中が、かなりの部分が中小企業である政府管掌健康保険の被保険者になるという事実、これは総評や、あるいは労働省、厚生省、あるいは健康連の調査でもはつきりしております。たとえば健康連の四十三年の調査によりますと、千人以上の事業所で働いている人が定年でやめますと、大体六八％は政府管掌健康保険の事業所に働いている、こういう事実があります。したがって低賃金と労働強化、あるいは中高年ですら非常に病気が多いということを考えますと、私はこれまた大企業の責任だと思えます。したがって国と大企業の責任と負担で医療保障を確立するということは、決して単なるビジョンということではなくて、現実のこういう実態から出てくる当然の姿ではないかと思えます。

なお、健康保険制度を採用しております資本主義国家の中で、健康保険の労使の保険料率の折半を行なっておるところは、西ドイツ、オーストラリアなど数カ国にすぎず、大部分の国は事業主のほうに負担が多いということを考えますと、わが国の健康保険制度が、健保組合と船員保険を除いては、政管健保あるいはすべての共済組合あたりがすべて折半だということ、ここにも問題があります。

その三は、今次健康保険改正法案の中いわれる弾力条項についてであります。この弾力条項が昨年の国会で最大の焦点になったことは知られて

いるとおりであります。しかし、多年にわたって健保問題あるいはそれに関連して日本の医療制度の持ついろいろな矛盾、不合理、こういったことが国会の非常に鋭い審議を通じて重要な焦点になって、そのこと自体が実は国民の非常に大きな関心を高め、あるいは理解を深めてきたと思っております。その一つの焦点は、やはり政管健保の保険料率の引き上げということにあった。これは国民からいいますと、国鉄運賃引き上げや、あるいはその他公共料金引き上げ、あるいはまさに異常だと思われるような諸物価の上昇のもとに、健保まで上がるということに対しては、国民は非常に大きな不安とあるいは抵抗を持っていることは当然のことです。この事項が国会の審議あるいは議決をやめて厚生大臣の専断事項というようになるとなると、国会に対する国民の期待を裏切ることになるし、これは国会内部でもいわれますように、議会制民主主義を否定することにもなるというふうに考えます。社会保険審議会を議を尽くすといいますが、国会の審議と審議会の審議では比重にも大きな差があることは言うまでもありません。特に、千分の七十を七十三、さらに八十までという弾力条項は、これはいざれば診療報酬引き上げ必至だという状態の中で、あるいはその他のいろいろな諸要因を考えますと、私はあつという間に千分の八十くらいには引き上げることになるのではないかと思えます。

さらに、弾力条項とともに重要なことで、案外無関心で――外には無関心のような状態にありますが、これは、今回厚生保険特別会計法の改正案が提案されていることでもあります。それによりますと、今後健康保険の財政が赤字を出した場合に、一年以内に保険料率の引き上げによって返済できることが明らかでなければ、借金をすることができないように会計法を改正しようというものですから、先ほど述べた保険主の堅持であり、あるいは政府管掌という政府の責任を回避して、今次健康保険改正法案の成立を機会に、これまでなかった自前の方式を貫こうというねらいではないかと言わ

ざるを得ません。

四番目が、今次健康保険改正法案の中の目玉商品ともいべき一連の改善事項であります。

その一つは、家族の給付率を五割から六割、また、伝えられる私案によりますと来年十月から七割にするということですが、これは何といいましても非常にお過ぎたということであります。よく引き合いに出されます市町村国民健康保険でも、昭和四十三年一月にはオール七割給付になりました。国際的な社会保険、社会保障の歴史的な発展を見ましても、労働者あるいは労働者の家族の社会保険は、農民や自営業者のそれよりもはるかに優先して今日まで来ております。これが日本の場合には無視されて、労働者の家族が政管健保では農民、市民、自営業者よりあと回しになったこと自体、これは非常に不合理な政策だったと思えます。たぶん政治的ないろいろな配慮、考慮のもとでなされたものであったと思いますが、七割は当然で、さらに当面は法定で八割給付の線まで上げるべきであらうと思えます。さらに、先進諸国の多くは、これは一九六九年の調べであります。医療保険の家族給付率は被保険者本人と同じであり、わが国のように家族の給付率を引き下けている国はきわめてまれだということをつけ加えておきます。

二番目の、本人並びに配偶者の分岐費または家族の埋葬費がそれぞれ引き上げられたことですが、これまた久しい間ほとんど改善されなかった。今回の引き上げ額をもつても、先ほどちよつと公述にございましたが、実際にかかっている費用の半分、これはもう非常に格差があるということであります。それならば、正當分岐のものを上げるのならば、今回の改善を機会になぜILOの百二号条約あるいはILOの百三十号条約でいう、正當分岐を給付の対象にしたという、そういう姿勢に踏み切らなかつたかということであります。なお、ILO条約は予防給付を非常に重要視していることをつけ加えておきます。

その三は、家族の高額医療費の問題であります。大

体自己負担額が月に三万円以上をこえた場合、その分を保険でめんどろを見るということは、これは一般の外来の場合にはきわめてまれではないかと思えます。ただ、入院の場合、特に非常に大きな手術をした場合には、これは該当いたします。これは確かに前向きな施策といえます。しかし問題は、現在の健康保険、医療制度、特に病院の現状では、われわれ労働者本人でも安心して入院できない、そういう現状であります。これは言うまでもなく入院時に多額の保証金を取られ、安くとも一日千円あるいは数千円の部屋代を取られ、さらに添き添い料、こういうのはもうすべて保険給付の外であります。依然として圧倒的な看護婦の不足で、ベッドを閉鎖している国公立あるいは私立病院が最近非常にふえてまいりました。つまり皆保険のもとで、保険あつて医療なしといわれるような現象が、全国各地に非常に展開しているという事実、かなり現金を持たなければ、家族はもちろん、労働者本人も入院できないという事実、この辺が問題であります。

そのほか医療制度のいろいろな矛盾、不合理はいまだ山積しております。終わりに、これを見ますと、今次健康保険法の改正法案は、若干の改正の方向があつても、これは中小企業とその労働者に対する負担を増大せしめて、これからは短期で、あるいは一年ごとに収支のバランスをとっていくんだという、そういう保険主義のものと赤字対策と言わざるを得ません。いま労働者、国民の大多数が望んでおりますは、やはり安心していつまでも良心的なかつ近代的な医療を受けられるというふうな、そういう根本的な改革を望んでいるわけでありまして、医療保険、医療制度にはいろいろな利害得失がいはいありますが、あるからといってこれを放任することは、先ほどの白木先生の話ではありませんが、あるいはこれは民族衰退の道をたどるような、そういう感じがいたします。したがって国会の場合には、現状に即して応急的な、あるいは恒久的なそういう改善、改革の道を審議して、その中で何から具体的にや

るかというようなことを見出しながら、一步一步実施していくのが政治の責任であり、国会の義務ではないかと思ひます。

若干延長いたしました、以上で公述を終わります。(拍手)

○田川委員長 次に、広瀬公述人にお願ひいたします。

○広瀬公述人 ただいま国会で審議されております健康保険法の一部改正案につきまして私の意見を申し述べます。

わが国は国民皆保険を実施いたしました以来も、うすで十数年を経過しておりますが、その間に国民がこの医療保険制度によって非常に大きな恩恵を受けていることは事実でございます。

しかしながら、現在の状況を見ますと、医療保険制度及びそれに關連する諸制度におきまして非常に数多くの重要な問題が未解決のままになっておると思ひます。たとえば政府管掌の健康保険が非常に巨額の赤字をかかえて、その運営にも滞りを來たしておるといふこと、あるいは給付につきましては、本人には若干の一部負担がありますが、原則として十割給付、それに引きかえまして家族は、制度創設以来五割給付のままに据え置かれておるといふ問題もございします。また一方、医療供給体制が非常に整備されていないという基本的な問題もございします。また診療報酬のあり方や医療を担当する医師の教育の問題にもいろいろの問題がございします。まあこういうことで、皆保険といふものの、最近では医療の低下とかあるいは医療の荒廃というやうなことがいわれておるとして、次第に国民の医療に対する不信の念が高まっておりますように思ひますことは、非常に憂慮にたえないところでございします。

このような現状でございまして、今回の健康保険法の一部改正案は、これらの問題の一部につきまして対策を講じようとしておるのでございしますが、昨午国会に出されましたやうな医療の基本に關するやうな法案も提出されておられません。その他の諸問題につきましても、今回は何ら対策が出されていない

ことは非常に残念に思ひます。

しかしながら、これらの医療保険に關するいろいろの基本的な諸問題につきまして抜本的な改正をすべきであるという意見が相当前から出されておりましたのでございしますが、これがいろいろの状況でその解決の方法すら現在見出されていないのが現状であることは、私も承知しております。確かにこの医療保険の仕事に實際に私も携わっておりますのでございしますが、医療保険の諸問題の解決にはいろいろ關係者の間で利害が対立したり、錯綜したりする問題もございまして、これらの諸問題を一挙に解決するといふことは、口では言いやすいのでございしますが、實際には非常にむずかしい問題であるといふことも承知しております。

そこで今回の改正案を考えると、国民が久しく待望をしております家族給付を改善すること、あるいは健康財政の健全化をはかること、特にわれわれ健保組合が多年にわたりまして強くその実現を要望しておりますところの標準報酬の改定を行なうといふことが内容になっておるわけでございまして、この点はいずれも必要なことであると考へておりました。私も健康保険組合連合会といたしましては、今回の改正案は全般的に言つて決して万全のものであるとは考へておりませんけれども、現状から見ますと、一歩ないし数歩前進であると評価しておるのでございします。

厚生大臣もこの法案の提案理由の説明の中に、実現可能なものから段階的に制度の改善に着手していくという見地に立つてこの法案を出されたといふ、その考へ方をお示しになっておられますが、私もまずこの改正案を早急に実現をし、引き続きその他の諸問題につきましてできるだけ早く解決するように努力していただきたいと思ひわけでございします。

このような情勢を考へますときに、実現可能なものから段階的にやつていくといふ方法がきわめて現実的なものであり、かつ有効な方法であらうと考へております。

次に、本法案のおもな項目につきまして意見を

申し上げます。

まず第一は、給付の改善についてでございますが、この中で私は、家族に対する高額療養費制度を創設しようといふことにつきまして、高くこれを評価しておるものでございします。医療保険の目的は、申すまでもないことでございしますが、医療費を負担することによって家計が破綻される、これを保険的な方法で解決しようといふことでございまして、特にその必要の高いものは、高額の医療費を要するものについてでございます。特に最近医学、技術の進歩が著しく進みまして、一方それに対応してきわめて高額な医療費を要する疾病もふえてきておるわけでございします。一カ月に二十万円、三十万円はおろか、百万円をこえるやうな医療費を必要とする疾病も間々出てきております。このような場合に、現在家族がその五割を自己負担するといふやうなことで、たちまち家計が破綻されるわけでございまして、こういう場合には保険があつてもほとんど役に立たないのでございします。

このような観点から、家族に対する高額療養費制度をつくられるといふことは、まさにこの医療保険の目的にかなうものであると考へております。現にこのやうな高額な医療費を必要とする病人を家族にかかえておられる家庭では、一日も早くこの制度の実現を望んでおられる切實なる意見が、新聞にも多く投書されておるのでございします。

次に、家族の医療給付費の割合を現在の五割から六割に引き上げるといふ案になっておりますが、確かに一歩前進であることには間違ひがございしませんけれども、關係審議會の答申にもありますやうに、なぜこれを七割あるいはそれ以上にできないのか非常に疑問に思ひます。少くとも家族の給付率を七割にすることに、いふまでもないと思ひます。当然給付を改善する以上はそれに必要な財源が必要でございまして、その財源としては通常、国庫負担あるいは保険料といふものが考へられるわけでございしますが、かり

に、保険料もこれ以上上げるのは反対だ、国庫補助もこれ以上出せないといふことであれば、私は現状においては、本人のわずかな一部負担を引き上げてでも、その財源を家族の給付の引き上げに回したほうがいいのではないかと、このやうに考へております。現在皆保険とはいわれておりますけれども、このやうに本人と家族について非常に大きな給付割合の差があるといふことは、放置しておくことは何ら事由がないと思ひます。放置してしまつても引き上げを実現していただきたいと思ひわけでございします。

次に、現金給付も引き上げられることになっておりますが、まあこの程度の引き上げは現状から見ましてもう当然のことでありまして、むしろ従来のほうがあまりにも低かつたのだといわざるを得ないと思ひます。

いずれにいたしましても、このやうな給付改善を行なうためにはそれ相當の財源が必要であることは申すまでもないわけでございします。この点につきまして今回の案は、體質の弱い政管健保につきましては国庫補助金を増額し、一方保険料もある程度引き上げるといふことになっております。そういうことで關係者協力して財源を確保し、給付をよくしようといふ考へ方は正しいと思ひます。特に国庫補助は、従来定額の二百二十五億円といふ、いわばつかみ金であつたものが、今回の案では定率の一〇%といふことになっておりますので、従来から比べれば国庫も相當責任を感じて思ひ切つた措置をしておるといふやうに考へるわけでございしますが、やはりこの国庫負担といふものはつかみの考へ方ではないので、どういふ考へ方で国庫負担を出すか、どういふ部面には保険料で負担するかという理論的な究明をさらにすべきであらうと考へるわけでございします。

その次に、保険料率のいわゆる弾力条項について申し上げます。私は、医療保険のやうな短期保険制度におきましては、制度上はこゝういふ弾力条項といふものがあるのは当然の

ことであろうと思います。現に健康保険組合におきましても、毎年予算をつくるにあたりまして、過去の実績あるいは今後の見通し等を勘案いたしまして、収入、支出をできるだけ正確に予想して予算をつくるわけでございますが、実際問題として、予想外のインフルエンスがはやるとか、あるいは先般のように思いがけず保険医の総辞退というようなことも行なわれまして、当初見込んだよりも予算が余ったり足りなくなったりするということも往々にしてあるわけでございます。このように前年度の実績を見ながら、明年度の予算を組む場合に、保険料率を上げたり下げたりして適正な予算を組む必要があるわけでございます。そういう意味におきまして、この短期保険にはやはりこの保険料率の弾力条項というものが制度上は必要なのだと考えるわけでございます。

しかしながら、この弾力条項の運用につきましては十二分に留意しなければならぬものであると考えるわけでございます。単に財政が苦しくなるとから弾力条項を發動して収支を合わせるというような安易な考え方はいけないと思います。保険財政を健全化するためにはやはり収入を確保し、不当あるいは不必要な支出をチェックし十分に経営努力をすることが第一でございまして、それでもなおかつどうしても収支が合わないというときに初めて保険料を引き上げるということになるわけでございまして、そういう観点からいたしまして、私はこの弾力条項は制度上は必要であるけれども、その運用につきましては十二分に慎重に行なうべきであるということ強く要望したいのでございます。

なお、ボーナスから保険料を取るという問題につきましても、このボーナスの性格から考えまして私は直ちに賛成しがたい点であることをつけ加えておきます。

また厚生保険特別会計法の改正によりまして、政管健保の累積赤字をたな上げし、これを全部一般会計で補てんするという事になっておりますが、これはまあいわば国の英断であると考えておりますが、その点大いに敬意を表するわけでございますが、実際問題は、過去の赤字の処理ということにつきましてはどういう方法しかないだろうと考えております。

最後に、標準報酬の等級の改定につきまして申し上げたいと思います。

これは特に健保組合の立場から考えましても、ぜひとも実現をしてほしいものの一つでございまして、御承知のように現在の標準報酬の上限十万四千円というふうになったのは昭和四十一年のことでございます。その間今日まで約七年間も据え置きのままになっております。その間に大体賃金水準は約二倍に引き上げられております。その間、医療費の改定も数回行なわれておりまして、医療費の支出も相当ふえております。

一方、賃金はふえておりますけれども、保険料の算定の基礎になる標準報酬がたゞいま申しましたように十万四千円で頭打ちになっておるために、賃金がふえてもそれに見合って保険料収入がふえないということになっておりまして、健保組合も最近一般的には非常に財政が苦しくなっておりますのでございます。

このことは、単に財政問題だけではなく、被保険者の間で、所得の高い者と低い者との間に保険料の負担の不公平という問題が起つておるわけでございまして、現在、健保組合におきましては平均してこの十万四千円の上限で頭打ちになっておる者が約三〇%おりますが、このまま放置いたしますと、おそらく本年度中には三七、八%になると思われます。そのために、その所得が十万四千円以下の者も、あるいは十五万、二十万の者も十万四千円に対しての保険料を負担することになっておるわけで、結果的に見れば、所得の低い者よりも所得の高い者のほうが実質的にその負担割合が低くなつておるという非常に矛盾した結果になっておるわけでございまして、この点は被保険者間の負担の均衡という点からも当然に改定すべきものであると思われまします。

この点につきましては、先ほども御意見がありましたように、今回一挙に二十万円にするということになりますと、いかにも負担が急激にふえるような感じがするわけでございまして、これがもし過去におきまして賃金水準の上昇に見合つて一年ないし二年ごとに改定されておればこういう問題がなかったわけでございまして、むしろ私どもといたしましては、こういう長期間標準報酬の改定をそのままにしておかれたことは政府並びに関係者の怠慢ではないかとすら考えておるわけでございまして、この点は健保組合としても特に実現をお願いしたいと考えておるわけでございまして、以上が各項目についての概括的な意見でございますが、最初に申しましたように、この医療保険にはその他いろいろの重要な解決すべき問題がございます。しかし現実問題としてすべての問題を一挙に解決するということとでは実際不可能であると思ひますので、まず実現可能なもの、国民並びに関係者がぜひ実現を強く要望しているもの、そういうものから一歩ずつひとつ改善をしてもらうと、さらに次の問題に着手していただきたいと思ひわけでございまして、本法案につきましてもひとつ早速に成立をお願いしたいと考えております。

しかしながら、今回の改正案につきましても、全般的には賛成でございますけれども、先ほど申しましたように、若干の項目につきましてもはや疑問の点もあり、あるいはさらに積極的な改善を願つておる点もございまして、これらの点につきまして、これは国会におかれまして十分御審議の上、国民のためによりよい改善案をつくられることを心から歓迎することをお願いしまして、私の意見を終わります。(拍手)

○田川委員長 次にお熊公述人をお願いいたします。

○大熊公述人 大熊でございます。健康保険法等の一部を改正する法律案について私の意見を申し上げます。この法案は、要するに給付改善と政府管掌健康

保険の健全財政をはかるのが目的であるというのが提出の理由であるように拝見いたしますが、しかしこれをいかに検討いたしまして、率直に私の意見を申し上げますと、この実体は、しよせんは政府管掌健康保険の赤字解消のために被保険者に急激な負担の増加をしいる大幅な値上げ法案であるというのが私の印象でございます。それで、それと引きかえの給付の改善にいたしまして、決して満足のできるものではないというのが私の結論でございます。以下簡単に、特に問題があると思われる項目につきまして私の意見を述べさせていただきます。

まず第一の家族医療給付の改善という項目でございますが、その第一の家族療養費の給付率を五割から六割に引き上げるといふ条項について意見を申し上げます。現在御存じのように国民健康保険ではすでに家族も七割の給付といふことになっております。また組合管掌健康保険もその付加給付によりまして、すでに七割以上をこえております。こういう状況の現在、一割の引き上げでは決して私は改善という名に値しないのではないかと、こう考える次第でございます。

私はかねがね考えていることでございまして、大体、本人と家族とで、たとえば十割と五割というふうな給付率の差というものは非常におかしいことではないか、こういうふうな思っております。これは人間の生命とか健康の問題に關しまして、本人とか家族の差別というものは本来ないはずだ、私はこういうふうな考えるわけでございまして、それで、これはだれでも平等にやはり進歩した医学、医療の成果を与えられるべきだというのが私の考えでございます。それで、現にたとえ家族を構成する老人、子供は比較的有病率、病気のあつた率が高くなつております。でございまして、本来はこの年齢層にまづ十割給付といふのが妥当ではないか。それで働き盛りで、相対的に有病率の低い本人が十割、家族がやつと今度六割といふのは論理的に非常におかしいのではないかと、やはり将来は十割給付といふのは私は家族にも及ぶべ

るべきであると思われまします。

きであると考えておりまして、そういうようなことを考えましたら、現在の給付というのは六割ではなく、最低少なくとも七割以上にすべきであるというのが私の考えであります。

次の条項の家族の高額療養費の支給、この問題でございますが、一応の前進は私は認められると思いますが、家族十割であるべきであるという点からいいますと、私はこれに満足できないのでございます。第一、この高額療養費の三万円という線でございます。これはどのような根拠によつてこの三万円という数字が出てきたのか、この辺に私は疑問を感じるのであります。たとえば、これはなぜそういうことを申し上げるかと思しますと、要するに付加給付のない政府管掌健康保険では、現実には五百円とか千円程度の自己負担にも苦しんでいるのが実情でございます。私はそういう点から考えまして、これは三万円よりかなりはるかに下に線を引くべきであるというのが私の考えであります。

それから今回のこれは一部償還制を取り入れたことになると思いますが、これが将来あるいは私は療養費払い制の突破口になるのではないかと懸念も持っているのではありません。これは私は現物支給にすべきではないだろうか、こう考えます。それからもう一つの懸念は、老人医療費のように現在公費で負担している医療費の一部を、この制度は保険財政でまかなわねばならない、こういう点についても私は注目したいのであります。それからもう一つ問題がございます。たとえば現在に長期入院をいたしまして、毎月三万円ずつかかった者の救済措置はどうするのかということでございます。たとえば一月十八万円かかって、あとで十五万円返ってまいります。しかし、毎月三万円ずつ払いまして半年間かかった場合には、一銭の償還もない。この辺の救済措置をどうするのであろうか、こういうことを感ずるのであります。

その次に保険料率の改定というこの項目でございますが、私は保険財政において、支出の面につ

いての対策がほとんど講じられていない現在、ただその収入増だけをはかる保険料率の引き上げには反対でございます。しかも弾力的調整によつて八割まで引き上げられる可能性があるわけでございますし、さらに賞与から一割の特別保険料が徴収されるというのでは、あまりにも過酷であるというのが私の印象であります。したがって、この改定には私は反対でございます。

それから特別保険料の徴収、これは組合管掌健康保険では任意徴収であるにもかかわらず、政府管掌健康保険では強制徴収というのは第一社会的な公平を欠いておりまして、そういう意味から私は反対でございます。大体ここに当分の間の措置として書いてございまして、こういう問題についてはやはり期間とか期限というものを明記すべきではないだろうか、こう考えます。これでは永久にくぎづけされるのではないだろうかという懸念があるからであります。

次に定率国庫補助の新設という項目でございますが、定額制から定率制への切りかえという点については私は一応評価いたします。しかし、元来政府管掌健康保険というのはその制度の構造からいって、脆弱な財政体質を持っているわけでございますから、ここは思い切った国庫補助が必要であると思ひます。現在国民健康保険の四〇％という数字を考えましたら、少なくともこれは二〇％以上が必要である、こう考えます。この辺でもうそろそろ、相互扶助を前提とする保険主義のワケ内で医療保険というものを考える時代は過ぎたのではないかと。もうすでに社会保障の観点に立つてこの医療保険を考える時代が来ているのだということをお考えいただきたいと思ひます。

次に保険料率及び国庫補助の弾力的調整の問題でございますが、これは私はこの前の公聴会でも反対いたしましたように、今回も全面的に反対であります。こういう国民生活に重大な影響のある問題は主務大臣の所管に置くものではございませう。やはり国会の審議を経るべきであるというのが私の考えであります。それからもう一つ、政府

管掌健康保険の赤字財政の原因の一つはいわゆる日の丸親方的経営にあると考えられるのに、これによつて、ますます経営努力が安易になるおそれがありはしないかというのが私の考えでございます。

以上、特に問題があると思われる項目についてごく簡単に私の意見を述べましたが、ともかく無医地区があつたり、救急医療体制が不備であつたり、また入院すればベッドの差額料金や付添料を取られるというように、医療供給体制が非常に不備な状態に置かれていいる現在、そういう面への改善がほとんどなく、保険料だけではほとんど値上げしていこうというのでは、あまりにも片手落ちであると思ひます。しかも、今回のように個人負担による収入増のほうに政治の重点が置かれまして、たとえば不合理な診療報酬体系のあり方、これは薬剤乱費型の治療体系に最も典型的にあつていいると思ひますが、こういうことは是正なしに、いずるを制するというような問題についての努力がないということも片手落ちではないかと思ひます。

以上がこの改正案を拝見しての私の意見でございます。(拍手)
○田川委員長 次に、成田公述人にお願ひいたします。

○成田公述人 成田でございます。

健康保険制度につきましては、当面する政府管掌の財政をどのようにするかをはじめといたしまして、多くの問題をかかえているように見受けられます。

これらの問題を早急に解決し、将来にわたつて安定した制度として確立していただかないことには、われわれ国民の医療の確保は非常におぼつかないと感じております。

いまや、健康保険制度は、国民の生活に不可欠の制度でありまして、これを充実発展させていくことが国の責任となつており、国民の側から見ても、その発展を強く要望するところでありま

日常生活におきまして、私どもにとつて空気が水がどんなに大切であるかの気持ちが薄らぎ、ごくあたりまえのような感じで接しております。そのあたりがたさがわからないのと同様に、国民全般にわたつて、健康保険制度の存在がごく当然で、あたりまえのようなもの、すなわち空気や水と同じ程度に必要欠くべからざるものになつていいることを冒頭に強く指摘したいのであります。

この制度を、よりよいものにしていくためには、まず給付の充実が切実な問題となつております。今回の法律改正案を見ますと、給付面において久方ぶりの改善がはかられておりまして、この面では早急に実現させていただきたいと考えております。

特に、家族が重い病気にかつた場合に、三万円の負担を限度といたしまして、残りは健康保険が給付するという案は、非常に画期的な前進と評価できます。

次に、家族給付率の引き上げにつきましては、五割を六割に改められるようでございますが、引き上げること自体は非常にけっこうであると思ひますが、引き上げ幅につきましては希望を述べさせていただきます。少なくとも現在の国民健康保険の給付率並みの七割まで引き上げていただけないものかと思ひます。と申しましたも、現在入院を必要とするような病気にかかりまして、五割の患者負担のほかに、差額ベッド料等相当多額の諸経費がかかるのが実情であります。したがつて、まず給付率を七割に引き上げて患者負担を軽くしていただきたいと思ひます。そして、この法案成立後は直ちに保険以外にかかる諸経費の軽減対策といったものも手がけていただきたいと希望するものであります。

次に、保険料率の改定等、財政対策、すなわち私どもから見た場合は負担増となる一連の改正案についてでございますが、もちろん私も中小企業にとりまして、保険料などの引き上げは少な

れば少ないほうがよいにきまつているわけでありまして、現状でも相当な負担になっておることは事実でございます。したがって、御当局におかれましては、負担を低く押える最大の努力は払っていただきたいと思うものであります。しかし私は、保険制度を前進させ、また充実させるためには、国民も必分の負担はやむを得ないと思うものであります。苦しいながらも、冒頭申し上げましたこの制度を守っていただくための最小限の負担は、あえて反対すべきではないと思うのであります。

そういった観点に立つて、改正案を見てみますと、保険料率の千分の三の引き上げは、政管健保の現状からしてやむを得ないのではないかと、また標準報酬の上限の引き上げは、現在の賃金額の実態から見まして、また負担の公平という観点から見まして、やむを得ないことだと思ひます。

すなわち一定の財源を確保する必要がある場合、料率のみを直して、標準報酬の上限を据え置くという措置よりは、むしろ、標準報酬を賃金の実態に合致させるほうを先行させるべきであると思ひます。

なお、ボーナスよりの特別保険料の徴収につきましては、ボーナスが勤労者世帯の赤字補てんの役を果たしております意味合いから、どうしても勤労者の感情的反発は避けられないものと考えられます。上に、特別保険料の分が給付にはね返らないという弱点があり、また一年に二回ないし三回支給するボーナスのたびに計算するという事業主の事務量の増加を考え合わせまして、でき得ればこれを避けるべく再考いただきたいと願ひます。

次に、国庫補助金の定率化についてでございますが、先般来、私が必分の負担増加はつらいながらもやむを得ないと申し上げておりますのは、今回の改正案が大幅な保険給付の改善を伴っていることが最大の理由であります。さらに国としても相当の負担増に依じている点も評価できるからであります。

改正案を拜見しますと、国庫補助金を一〇%の定率にしているようでございまして、現行の二百二十五億円の定率に比し、満年度で六百四十八億円の増額であり、総額では八百七十三億円と聞いております。

しかし、先ほども申し述べましたように、中小企業の脆弱な体質を十分に考慮していただき、給付改善に要する費用などが必要になった場合には、あたたかい考慮を払っていただき、さらに補助率を引き上げられることを希望するのはもちろんのことでございます。

以上、改正案のおもな事項につきまして、私の意見と、いささかの希望とを述べさせていただきます。

重ねて申し上げますが、私どもは負担増なしに制度が改善されるのであれば、それにこしたことはないとの考え方はありますが、保険制度のよさは、お互いが必分の負担をしながら、保険のよさを生かし、すばやく、かつ十分に充実した給付を受けられるところにあると信じております。またそれが本筋と思ひます。

今回の改正案につきましては、われわれの負担増はあるものの、国も累積赤字をたな上げると同時に、国庫補助金を増額して制度の安定と給付の改善をはかりました点をより評価いたしまして将来のよりよい充実を期待して原則的に賛成すると同時に法案の早期成立を望むものであります。以上をもちまして、私の公述を終わります。

(拍手)

○田川委員長 次に、下徳公述人をお願いいたします。

○下徳公述人 私は、現在、国会で審議されております健康保険法などの一部改正案について、働きの立場から、労働者の立場から意見を申し上げます。

今日、医療に関する一番の問題点というのは、患者数が非常にふえるに依じた現状の中で、医療の供給体制というものが完全であるかどうかという問題と、医療費が高つくことについての不安

と疑問、こういったものが非常に大きな問題としてあるのではないかと今ふうに考えます。

私たちが加盟しております総評が、ことしの二月に北海道、新潟など五つの都市で十九の国立、公立病院を対象にして医療に関する実態調査をいたしました。この中で明らかにしたこと

は、やはり医療費が高つていくということ、しかもその内容は当初予想したよりさらに高額であったという事実であります。たとえば家族五割給付による病院への治療費の支払いよりも、差額ベッド料の問題なりあるいは付き添い費の問題、食事の補い費の問題、雑費の問題など、その他の費用というものが、この病院に支払う医療費よりは多くなっているという事実が明らかになつてまいりました。特に差額ベッドの問題、付き添い

の問題あるいは食事の補いの問題については、今日の医療供給の実態をまさに如実に物語っているものではないかというふうに考えます。一番の問題は、差額ベッドについて厚生省の見解では、希望する人のみが入ることになっておりますけれども、実態は普通ベッドより差額部屋の多いのが今日の病院の実態であるかと思ひます。また、病院によりましては差額部屋が六〇ないし七〇%に達しており、いわゆる患者が選択の余地のない、まさに強制的に入らざるを得ないといったのが現状のようであります。

このことにつきましては、私も調査をいたしました長野野口赤病院のある患者は、保険で支払う部屋はほとんど空室にはなっておらず、どうしてもその部屋に入らうと思えば一カ月も待機をしなければならぬ、自分たちの病状からいって待つわけにはいかないの、しかたなく差額部屋に入らうというのを言っております。このことは、今日の差額部屋の問題が個人の選択によらずして、まさに強制的にその部屋に入らざるを得ないという実態を如実に物語っているのではないかと今ふうに考えます。またその差額ベッド料も、御存じのように一日五百円から千円あるいは二千円となっており、それだけ支払うだけの値打

ちのある部屋になっているかと申し上げますと、ベッドとベッドの間はただカーテンで区切っておるだけであり、そのベッドは木でつくられており、ぎしぎしとして非常に病人にふさわしくないものになっており、あるいは、冷蔵庫なり自炊施設というものがほとんどないというのが今日の差額ベッドの状態であるわけでありまして、

付き添い問題にいたしましても、基準看護であれば付き添いをつけなくても行き届いた十分な看護が行なわれるのがたまえになっておりますけれども、看護婦不足による看護体制の不十分から、軽い病気の人を除いて付添人をつけざるを得ないというのが今日の現状であります。その費用も一日千五百円から二千円、非常に大きくかさんでおります。

病院の給食につきましても、入院患者の九割の人たちが非常に不満を持っておりますし、そのため一日百円から二百円、自前でもって食事の足りない面を補っております。もちろん病院という特殊な環境の中で、それぞれの個人の好ききらいがある中で、病院給食のみをもって一〇〇%満足されるということはないと思ひますけれども、その不満の原因が、病院経営の合理化や下請によって給食材料費を切り詰めた、あるいは料理士、配膳婦、看護婦などの要員不足から来ているとすれば、大きな問題でなかつたかというふうに考えます。

このようにして医療費は、かりに本人が一日千円の差額ベッドに一カ月入院して治療を受けたといたしますと、食事の補い費、雑費を合わせて大体四万円から五万円の費用がかかっているということになります。もちろんこれは治療費あるいは診療費とは別のものでありますし、これに付添人をつけるいたしますと、高額な費用がかかるということが明らかであります。

家族の場合はどうかと申し上げますと、それだけの病気の内容によつて違いますけれども、治療費として毎月三万円から四万円、手術や検査の多い月は何と十万円から二十万円という高額医療費

が必要となつてきております。これでは、貧乏人は医者にかかれぬという昔のことわざどおりの状態というものが、今日の実態というふうになつております。したがって、これら入院患者のほとんどがその費用の捻出に困つており、何とかならぬのかという訴えを私どもにしております。

しかもこの医療費問題は、単に治療費問題だけにどまらず、ひいては家庭生活そのものを根底からくつがえし、あるいは夫婦離婚の問題にまで発展することを、この実態調査の中で入院患者が非常に心配をしているという事実を注視をしなければならぬというふうに考えます。

なぜ、これだけ医療費が高つくかということを考えますと、その理由は厚生省当局も十分に承知のこととは存じますが、私なりに考えてみますと、今日の国民の健康状態、受診率の増加、すなわち医療の需要が拡大しているにもかかわらず、それに対応した十分な医療の供給体制といふものが、あるいは医療保障といふものがなされていくかどうかということが大きな問題であるうかというように思います。

昭和四十六年、厚生省の国民健康調査によりまして、国民の有病率は人口千人当たりで百・三と、昭和三十七年の五十三・七に比してまして二倍強というように発表されております。これは国民十人当たり一人は病人が人だということとであります。当然のこととして、年齢が高くなるにつれて急カーブにふえております。特に私どもが重視をしなければなりませんことは、一歳から四歳の乳幼児が昭和三十七年が三・六であつたものが、昭和四十六年では九・二・四、三倍強となつてくるこの事実は、次代をなす乳幼児の健康破壊がきわめて早いテンポで進んでいるという事実を私どもは見るがすわけにはいかないと思ふわけでありま。

また傷病の種類別を見てみましても、循環器系統あるいは呼吸器系統の患者が約三倍、消化器系統におきましても約二倍になつており、患者数も昭和三十五年に四百四十九万人、昭和四十年五百

八十一万人、四十六年には七百二十四万人と著しくふえてきているという事実は、御承知のとおりかと思ひます。

このことは、大気汚染によつて、せきやたんがとまらない、あるいはのどが痛い、鼻がただれるといふ病人がふえている事実を物語つてゐるものであります。このことは明らかにもうけ第一主義の高度経済成長のひずみが、産業公害は日本列島をなめ尽くし、食品公害と薬の害などは人間のからだにまさしく赤信号を点滅させているといふ、環境と健康破壊の結果を生ぜしめたといつても、私は過言でないといふふうに考えます。それだけに、政府と大企業の責任がきわめて大きいといわざるを得ないのであります。

先ほども吉田先生が申されましたように、私ども働く者は好きかたに病気になるわけではありませんが、病氣やけががこうした社会的な要因から生じたものであるとするならば、これこそ政府と大企業の責任において十分なる保障をすることは当然であるうかと思ひます。

しかしながら、現在の政府の医療行政を見てまいりますと、率直に申し上げまして、私先ほど申し上げましたように、高額医療費の例に見られますと、これとは全く逆の方向に行政がなされていゝと言へます。たとえば国立、公立病院の社会性、公共性といふことを忘れて、いわゆる独立採算制、企業化の方向に移行するといふこのこと、安上がり医療費政策による診療報酬制度の問題、あるいは医師や看護婦不足の実態を放置をしていゝことなど、医療保障の抜本的な対策が全くなされていゝないといふ事実を私は指摘せざるを得ないと思ふわけでありま。

いま一番重要なことは、交通事故や公害などの生活環境、社会環境からいかにして国民の命と健康を守るかといふこととあります。医療の社会性、公共性、こういうものが叫ばれてゐる今日、病氣やけがをした場合は、いつでもどこでも無料で医者にかかれるようにすることこそが、政府の医療行政の中心でなければならぬといふふうに

考えます。そのためには私は、これから幾つかの問題点について、特にこの機会に要請なりお願いをしたいといふふうに思ひます。

その一つは、私も先ほど申し上げましたように、真の医療行政といふものは、真の医療を保障させるためには、給付の改善はもとより、当然にして家族を含めた十割給付といふものを早急に確立をしてもらいたいといふふうに考えております。家族の五割給付、国民保険の七割給付では、もちろん給付が足りないはまじだといふうなことはいえませんが、多額の自己負担といふものを余儀なくされてゐる国民生活に大きな影響を与えてゐる事実は今回の調査でも明らかになりました。けれども、政府の考えております家族六割給付と、高額医療の負担については三万円の改善点を示しておりますけれども、この六割給付は五割に比較して五十歩百歩といふにすぎないのであります。しかもこの高額給付の問題については、一レセプトについて三万円をこえる給付では、第一には一カ月三万円の負担が可能な家庭といふものは非常に少ない、あるいは第二には一レセプト三万円といふのは一人一カ月三万円をこえる場合といふことであり、家族一人一人が三万円をこえた場合にしか給付をされないこと、あるいは第三には総合病院の外来ではいゝ内科と眼科とかあるいは外科とかいゝように二つの科以上にまたがって診療を受けた場合でも、一科ごとに三万円をこえる給付をしなければならぬ、こういうことが事実であるとするならば、実際に考えてゐるほど給付改善にはならないのではないかと、いふふうに考えてゐるわけでありま。

したがって、家族を含めた医療費に ついては十割給付といふものを実現してもらいたいといふふうに考えます。

その第二は、差額徴収の問題であります。あるいは患者負担による付き添ひの廃止の問題、いわゆる診療報酬以外の負担を一切なくするといふことについて私は処置をしてもらいたいといふふうに考えます。

先ほども申し上げましたように、現在家族給付五割による病院の診療費の支払いよりも、差額ベッドの問題あるいは付き添ひの問題あるいは食事の補ひの問題は、まさに診療費よりたくさん払われてゐるという事実から考えまして、私はどうしてこの問題についてメスを入れなければならないといふふうに思ひます。したがって、こういった問題について患者負担が増大するといふこのことについて、早急に是正をしてもらいたいといふふうに考えます。

第三の問題といひましては、病院給食の内容の貧弱と、あるいは給食時間といふものが非常に早いといふこの苦情を、何とか患者の気持ちに率直に吸い上げる、そういった処置をしてもらいたいといふふうに思ひます。

第四には医師並びに看護婦をはじめとする医療従事者の充足の問題であります。すでに御承知のとおりでありますけれども、日本病院管理学会が昭和四十二年に行なつた世界病院管理専門調査報告によりますと、国際的な一般水準の医療従事者数は百ベッド当たり二百人から三百人と報告されているものに対して、わが国では同じ百ベッドで六十人程度になつてゐるのが今日の事態であります。これは厚生省の調査でも明らかになつております。したがって、世界的な水準に比較して三分の一から五分の一の人数では、とうてい医療内容の充足といふことができないわけでありま。すから、こういった面につきまして、少なくとも医師並びに看護婦を含めた医療従事者の充足の問題について大きくメスを入れなければならないといふふうに思ひます。少なくとも最低基準といふものを設定して現行医療法に基づくそういった基準を大幅に引き上げることが急務であるといふふうに考えます。

〔委員長退席、山下(徳)委員長代理着席〕

第五の問題といひましては、今日のいわゆる政府の安上がり医療費の政策の問題であります。現行の医療法は、御存じのように医療審議会におきまして医療機関と医療費の二点を審議すると

いうことになっておりますが、医療審議会では医療費問題を審議することなく、医療費決定にあたっては中医協すなわち中央社会保険医療協議会が大きな役割を果たしておりますし、その中医協は医療費値上げに要する財源と保険財政との関係にとらわれざるを得ない性格を持っておりますし、したがって保険財政が先に立つ以上、必要な医療の確保より大企業中心の健保組合のふところぐあいと政府管掌健保における国の負担を少なくさせる傾向のもとでは、保険財政に従属をし、医療内容の充実を無視した診療報酬制度になっているというのが今日の実態であります。しかも日本の病院の八〇％は民間の病院によって占められ、しかも独立採算制というたてまえをとらざるを得ないという実態から、差額ベッドの徴収の問題その他雑費徴収の問題についてはどうしてもそのことを避けて通るということにはならないと思ひます。したがって私は、使用者と国の責任でまともな医療内容が保障できる診療報酬制度の確立を急ぐべきであらうというふうに考えます。

(山下(徳)委員長代理退席、委員長着席)

第六には、国立あるいは公立病院を大幅に増設をして、あるいはできるならば民間病院に対する公費補助をしてはどうかというふうに考えるものであります。教育問題などでもそうでありましたように、医療は、先ほども申し上げましたように、いつでもだれでもどこでも十分な医療を受けられる、こういうふうな権利としての医療保障が確立されなければなりません。そうした医療の公共性あるいは社会性に立つとするならば、日本の病院の八二％、診療所の九五％が独立採算制をとらざるを得ない私的医療機関に占められている現状から、国及び地方自治体が運営する国立、公立医療機関を大幅に増設をして、その国立の病院が指導的な立場の中で医療機関配置を行なう必要があるのではないか。この際特別会計制や地方公営企業法による独立採算的な運営を排し、一般会計からの大幅な繰り入れによって医療サービスに徹することこそが、今日国民全体が望んでいるこ

とではないかというふうに考えます。したがって公共性の立場に立つならば、採算医療の弊害になつております設備費の問題あるいは運営費の問題について大幅な公費補助というものを何とか考える中から、差額ベッドの徴収禁止の問題、付き添いの費用徴収の問題あるいは医療従事者充足の問題について義務づけを行なうことが、今日非常に重要な問題でなからうかというふうに考えているところであります。

第七番目といたしましては、医療従事者の資格、教育体制の確立であります。

先ほども申し上げましたように、今日の医療供給体制から申し上げまして非常に看護婦不足は慢性化の傾向にありますし、そういった面から考えまして医学、医療の進歩に即応した資格内容というものを持たせるとともに、その教育の面におきましても、充足の面におきましても、公費による体制というものはからなければならないというふうに考えているところであります。

こういったものも問題について抜本的な対策を考えなければ、今日医療行政という問題、医療保障という問題が、先ほども申されましたように、保険あつて医療なし、こういうことをいわれてもしかたがないのではないかとこのように思ひます。このようにして、今日早急に解決しなければならぬ医療制度の確立に目をそらしながら、ただ政府管掌健康保険の赤字解消を保険料の値上げという勤労国民の犠牲と負担の増大によってなされようとする今回の健康保険改正案には、どうしても納得ができませんのでありますし、反対をするものであります。

しかも、この赤字原因の問題は幾つかあげられますけれども、特に製薬単価と薬剤ウエートの高さにある事実は何らメスを入れることをせずして、抜本的な赤字解消にはならないと思うのであります。

いずれにいたしましても、政府は、今日の医療の現状から考えまして、医療の社会性、公共性に見合った医療供給の拡充をはかるとともに、医療

費を軽減させるなど、医療保障制度の抜本改正をはかりながら、国民の要望にこたえていただきたいということを強く申し上げたいと思ひます。

最後に私は、わが国の健康保険制度が病気の予防、保健指導、食餌療法、栄養指導などの対象になつていないという欠陥を持っておるということについてであります。疾病の発生原因にメスを入れ、非常に強い勢いで上昇しております有病率の問題あるいは患者数の増大に歯どめをかけるための処置というものを何らかの形でしなければならぬと思ひます。特にそのためには予防医療の確立についてぜひとも取り組んでいただきたいということを最後に申し上げます、私の意見といたします。(拍手)

○田川委員長 以上で公述人の意見の陳述は終わりました。

この際、午後一時まで休憩いたします。

午後零時十一分休憩

午後一時三十分開議

○田川委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

公述人に対する質疑を行ないます。申し出がありますので順次これを許します。加藤絃一君。
○加藤(絃)委員 公述人の午前中のいろいろな御意見、非常に貴重な御意見としてわれわれ何となく受け止めた。その中で医療体制の問題というものはほんとうに根本的な問題を多く含み、単なる保険財政の問題だけでは論じられないという側面は確かにあると思ひます。それでその関係からいろいろの質問を申し上げたいのですけれども、幾つかの点にしばって質問させていただきますと思ひます。

最初に白木先生にお尋ねしたいと思うのですが、先生はいわゆる保険の問題を考へる以前に、この社会においてなぜ病気が発生するか、その根本の問題を考へようというふうにおつしやうにいられたわけですか。それでその専門的な立場から

らの御意見、確かにわれわれもよく胸に入れておかなければいけないし、先生は、保険の問題の公聴会であるけれども、しかしわれわれ政治家の発想というものをとにかく直さなければいかぬというふうな、そういう意味で特に保険には触れられないで根本的なことをわれわれに御意見くださったものと考へております。しかしそれと同時に、現実には病気が発生する。きょうもあしたも発生しているという事実、これはわれわれ否定できない。そして、確かに公害などによってわれわれの社会、いろいろな問題がありますけれども、この空気をあしたにでもきれいにしようということは技術的に不可能でありまして、それとは逆に、あしたにまた病人が発生するということは現実に取り得るわけですか。

そういう意味において、われわれはやはり健康保険の制度という問題の改善、給付の改善ということをやっておかなければならないという現実の使命に立たされているのではないかと考へております。その意味において、公害などによって難病が発生する。この難病なんかが発生した場合に、多くの患者は非常に高額な、長期の療養に立たされるわけでありまして。そういう意味から今回の政府の案に出されております高額療養費の支給の問題、それから家族給付の率の引き上げの問題、これはある程度評価されてしかるべきであるし、またすぐあしたにでもやらなければいけない問題ではないか。確かに政治家は健保の問題、いろいろ論議しているらしいけれども、とにかく高額を支払うだけでは困るし、入院中の問題は非常に困るんだから、早くやってくれという声があるのも現実だと思ひます。そういう意味において、確かに先生のおっしゃるような社会全体の問題として病気の発生しないようにすることはわれわれも注意しなければいかぬと思ひますけれども、制度の改正、給付の改正という問題も考へなければいかぬと思ひますけれども、この点について所見をお伺いしたいと思ひます。

○白木公述人 お答えいたします。

確かにそのとおりでございまして、いまここでいろいろ審議になっておるものを前向きに積極的に進めていただきたい。それは賛成でございませう。ただ、ずっといろいろな公述人のお話を伺っておりまして、私ども、人の命ほど大事なものはないので、人の健康ほど大事なものはないので、という基本的なフィロソフィーと申しますか、そういうものをしっかりと頭の中にたたき込んでからこの健保の問題の拡大といいますが、それを考えていただきたい。技術的にいろいろな、賞与から取るのはいかぬとか、あるいは家族給付を全額にしろとか、それもけっこうございまして。そのとおりだと思ふし、そういう意味では政府の提案が十分でないような感じについても、私も同じでございまして、私はやはり二十五条、先ほど申し上げましたのですけれども、健康にして文化的生活を送る権利がある。文化的生活というのは、健康にしてという前提があつての話でございませう。ですから、何よりもかによりもともかく命が大事であり健康が大事であるという、そういう基本的な哲学の中で問題を考へていただかなければならないと思ふわけです。

多少お答えがズレますけれども、たとえば地方自治体病院というようなものが公営企業法の中に入れられておりますね。この発想も私もよく考へてみますと、いまの私のような考え方から言うとちよつとおかしいのじゃないか。つまり交通問題であるとかあるいは郵便問題と同じようなレベルで医学の問題、病院の問題が扱われている。あえて公共性という問題からいへば、確かに国鉄もあるいは私鉄も、都バスですか、それと医療の問題、公益という意味ではそうだと思うのですけれども、憲法二十五条に健康にしてという一番土台の問題がそこではつきりうたわれているわけであつて、したがつてそういう面から見た場合に、一体交通や郵便と病院というものの基本、公益性というものは、ぼくは質が違ふと思ふわけです。人間の命、人間の健康というものは、基本的には一番それがベースである以上は、公営企業法が具体的に

は収支バランスになつてゐるというもののなかでは、ほんとうの意味でまだ私には納得できない。そういう哲学の上に立つて健保の問題というものをやはり基本的にもつと考へていただかなければならないと思ふわけですね。結局私的医療も公的医療も、私は患者を扱う以上は内容が変わつてはいけなかつたと思ふわけですが、しかし公的医療というものを課せられてゐる使命はやはりそれ以上のものを持つてゐる。端的に言いますと、公的医療と申しますか医療それ自体は私は教育と同じだといふふうに考へるわけですね。一体、医療に投資された金が黒字になつて返つてくることは何か。それは病院の収支がバランスをすることはなく、早く病気が発見され、あるいは早く治療され、そして早く社会復帰できる、あるいはもうそういう社会復帰できない方は社会の連帯責任においてこれを守つていく、そのことが黒字だと思ふのですね。そうだとすれば、そういう理論の上に立つて、そういうものの考え方の上に立つて、あらゆる健保の問題も拡大の問題も考へていただきたい。拡大すること自体は私は賛成でございませう。現実には病気が発生していることも事実でございませう。当然それに対して対応しなければいけませんから、しかしそのものの考え方の基本がどうもまだ医療に關しては依然として収支バランスという考え方があつたといふこと自体は私にもつと考へていただきたいといふ意味で、そういう制限つきで賛成でございませう。

○加藤(社)委員 現実にはこれから人間が社会の中でいろいろな活動してゐますと、病氣も多種多様になつてふえていくだろうし、それからまた保険体制というものが整備し給付が非常に高まれば、やはりそれに伴つて患者数、現実には病院に保険を使つて行く人間、医療を受けようとする需要という問題もふえていくことは現実だと思ふのです。それで白木先生とそれから小山先生のお二方にお伺いしたいと思ふのですけれども、よく医療供給体制の根本問題を考へるという提言がございませう。それで、きょう白木先生は公述人の方の中で

唯一のドクターでもあらせられるし、いわゆる開業医制度の問題と、いまおっしゃつた公的医療機関等の問題を将来どういうふうにして考へていったらいいのかわからない、ある意味では議論すべきではあるけれどもするのが非常にためらわれるような多くの根本問題があると思ふのです。その点に若干お触れいただけたらありがたいと思ひます。

白木先生からお願ひしたいと思います。たとへば開業医制度というものとホームドクターとの関係とか、それからよくいわれますけれども、かぜ一つのおすために東大病院がわづらわされるところか、そういう問題についてであります。

○白木公述人 お答えいたします。先ほどちよつとその点はもうすでに触れていたのですけれども、私は私的医療と公的医療と二つの医療というものをとらえます。その現実は一応認められた上での発言になりますが、これはおのずから機能分担がある、その機能分担の上で両方が連携すべきである。私は公的医療機関につとめる者でございませう。私は公的医療機関の立場から申しますと、公的医療機関というものがほんとうに国民に対していい医療を提供するためには、単に病院を整備され、そしてそこに治療その他をやるといふものが整備されているだけではだめなんでありませう。つまりいい医療を提供するためには必ずその裏に教育の問題とそれから研究の問題があるといふことをはつきり申し上げたいと思ひます。つまり教育というものは、新しいお医者さんが絶えず入つてこなければならぬ、古いお医者さんだけになつてその病院の質は低下いたします。新しいお医者さんが入つてくれば、当然それに対して教育しなければならぬ。それは医者だけではなくのことでありまして、看護婦さんをはじめもつとたくさん職能がある。そういうものに対してはやはり教育というものをやらなければ、質の向上は期待できないといふこととございませう。それからもちろん研究しなければならぬ。医学の実体はわかつてこないといふ意味では、まあ私は教

育、研究が先行して医療があつていくといふうんじやなくて、いい医療を提供するためには必ずそういうものがある。

そういたしますと、この健康保険制度の中でいまの教育とか研究という問題は絶対出てこない。その分だけは必ず赤字になるわけですね。だが、そういう赤字を投資すること自体が、私がさつき申しましたような意味でそれが、教育予算と同じに考へていただくならば、それこそが黒字だ、そういう論理はつきりいえるのではないかと。

もう一つの不算算というものは、保険点数にのらない高度の医療をやはり公的医療機関が提供しなければならぬ、その分だけもう赤字になつてくる、こういうこととございませう。私的医療との関係はおのずからその機能分担があるといふこと、もし本質論をいへば、アメリカに一つのオープンシステムというのがございませう、つまり開業医も家庭医もその公的医療機関のスタッフとして、パートタイムスタッフと申しますか、そういう形で連携できれば一番いいわけですが、その連携をはばんでゐるのが実は保険医療制度であるといふことを一言申し上げます。

○小山公述人 お答えいたします。開業医制度と公的医療機関との関係についてでございますが、大筋は白木先生と私も同意見でございます。つまり、開業医さんをわれわれから考へてみますと、やはり地域に密着した、われわれの生活の中でしよつちやうごやつかいになつてゐる先生でして、この開業医制度の持つよきもそれなりに評価しなければいけない。ただそれが、その開業医を通じて公的医療機関の世話になる、つまり医療ネットワークのようなものが将来形成されてくる、そういうことを私も願つておるわけであつて、地域医療の確立とか包括医療体制といふことが口ではいわれておりましたが、現実にはほとんど制度化されておらぬ、こういう点日本の医療制度の持つ非常にむづかしい問題——これは利害関係もからみまゐる非常にむづかしい問題だと思ひますが、しかし今後の包括医療あるいは健康管理体

制というような問題を考えますと、開業医と公的医療機関との連携の強化というのは必至の趨勢だと考えております。

○加藤(社)委員 どうもありがとうございます。

次に、吉田先生にお伺いしたいと思うのですが、けれども、今回の健康保険法の改正には確かにいわゆる保険料率の引き上げという問題もありますけれども、その以前に標準報酬の引き上げという問題が一つ財政対策として大きくあるわけですね。それで、これは確かに、何人かの公述人の先生からもいままでも手をつけなかったのは怠慢であつた、その怠慢のせしりも免れぬという御意見があつたように思いますが、この標準報酬の引き上げという問題はやはり保険料の公平な負担、能力に応じた負担という面からいって、やらなければならないことだと私は考えますし、また社会保険審議会の場においても労働者代表のほうもたしか賛成していたポイントであつたように思うのです。それで、この点について吉田先生は特別にお触れにならなかったように思いますが、これも、この標準報酬つまりいま端のいへば逆進的になっているこの点を改正するというこのポイントについては、賛成でございますか。その点についてお伺いいたします。

○吉田公述人 確かに私は公述の中ではそれは触れなかったわけですが、いままでも私が書いたあるいはいへばつたりしている態度は、やはり高い所得のある人は当然高い負担をすべきであるというところで、いまの御質問には賛成でございます。

○加藤(社)委員 続いて吉田先生にお伺いいたしますけれども、保険料率を上げる、十万円や百五十万円といったも、それはやはり上積みで百五十万円であつて、確かに負担は多いし、年金の問題もあるのだ、だから国と大企業の負担において、これが給付の改善ができるように思ひななければいけないという御意見であつたように思ひます。それでもしこれをそのとおりいたしますと、具体的にどういふメカニズムでそういうことを実現し

ていくかという点を考えるに及びますと、さつと出てまいりますのが、いわゆる組合健保とそれから政管健保という問題を調整したらどうか、そういう議論が必ず出てまいらると思うのですけれども、この点について御所見をお伺いしたいと思います。

○吉田公述人 そうですね、昭和四十二年の厚生省の事務局長も含めて、昨年の健康保険の抜本改革の方向の中に、少なくとも政府あるいは与党側の一番の焦点は財政調整プールだと思つたのです。財政調整プールというのは、すべての使用者の医療保険をプール計算で特に黒字の健康保険は赤字にその余剰金を回すということだったので、これは国会の審議の中で、たぶん昨年の春国会に出す段階では撤回なさつた。撤回なさつたということは、やはり日本は資本主義社会ですから、したがって、かなり資本あるいは保険者団体あるいは一部労働組合からも抵抗があつたと私は思つております。それほど実は非常に財政調整はむずかしい、もう資本主義自体の持つ体制があると思うのです。それならば、政府が健康保険に對して、もっと質問を煮詰めますと、国が出すということは、たとえば一割あるは一割五分、二割というところで出ます。じゃ大企業はどういう責任を持つかということになると思うのですが、これは非常にむずかしいと思うのです。ストリートにいまの制度の仕組みの中では無理ですが、ただ先ほど公述の中で申し上げたように、賃金、標準報酬等も非常に低い。そのくせ組合健保よりも非常に病気が多い。その辺の一番基礎に、経済的基礎は、これはまさに全体の政治の流れの中で出た中小企業のいわば経済の二重構造といわれるものさです。その辺の責任は、国の政治全体に大企業の発言が非常に強い現状ですから、まず言えるのは、やはりまともな賃金にするというために、まだ日本には十分に確立してないはずの全国一律の最低賃金制の確立が前提になります。さらに労働時間、労働基本権でも入りますと、やはり組合の団結権、団体交渉権あるいは

ストライキ権も含めたこの辺をヨーロッパ並みにするということは、全体の国の政治の問題だと思つた。そういう当然前提としての政治全体の持つ社会的あるいは経済的条件の整備こそが、私は大資本の責任だと思つた。ずっと詰めますと、結局は日本の税制の仕組みをかなり大きく切りかえるということなしには、大企業あるいは大資本が税の形で大幅に負担するということは不可能かも知れません。この辺はこれからの非常に大きな問題ではないかと思つたのです。

○加藤(社)委員 そうすると、健康保険の抜本改正のみではできなくて、やはり日本の産業構造の抜本改正までいかないとかなかなかストリートには、先生おっしゃつた国と大企業による負担ということとはなかなかむずかしい、こういうことでございませう。

○吉田公述人 はい。

○加藤(社)委員 わかりました。

それから、これはきのうのNHKテレビの国会討論会でも長々とやられた問題点でありますけれども、いわゆる弾力条項でございます。これは正直なところいって、私初めて国会に出てきた人間で、初めてこの案を見た、まあこの程度なら当然であろうというふうに考えたものなんですけれども、確かに国会の審議権に対する問題点といふのはあるように思ひますけれども、よく調べますと、失業保険にもあるし、それから労災にもたしかあつたと思ひます。それから共済組合、ほかの健康保険組合の問題にも全部ある調整だと思ひます。吉田先生にお伺いしたいのですけれども、その弾力条項といふものは、いわゆる根本的にどうにも認められないという筋合いのものなんでしょうか。

○吉田公述人 ちょっとむずかしい問題の御質問で弱つておるのですが、たとえば労災保険、失業保険については労働保険という名前にして、その保険料徴収その他新しい徴収方法をおつくりになつたことがあるのです。たぶん昭和四十四年

の公布で実際には四十七年から施行になった。したがって労災保険、失業保険の場合には、その労働保険の徴収に関する法律という一種のワグがございませうから。だからそれがストリートに、弾力条項はどうかというようなことはたいへん問題だと思つたのです。

それから、共済組合並びに健保組合の場合には、一つの健康保険法という法律のワグの中で、組合のいろいろな規約で一応自主的な運営というところになっております。そういう点から言いますと、政府が健康保険自体は、これは政府が一切保険料を徴収して、一切の給付を責任を持つということですね。ですからちよつと他の保険、あるいは共済組合、健保組合とはかなりウエートが違つて、それだけ政府は責任を持たなくちゃならぬし、そういう点から言ひますと、やはり数の点からいって政府が健康保険の持つウエートは、これは一切の医療保険に影響するやうなウエートを持つてゐるのです。それだけの政府が健康保険です。ですから、その中で一番焦点の保険料率、それに他の保険が類似するやうな傾向があつたとしても、これを弾力条項といふかっこうで厚生大臣が専決するやうなことは、私はやはり反対せざるを得ないわけですね。

○加藤(社)委員 それでは最後に大熊先生と、それから申しわけありませんけれども吉田先生にもう一度お伺いしたいと思つたのですけれども、いわゆる政管健保の赤字はなぜ起こるかという根本問題について、きょう午前中の公述で若干ニュアンスが違つた御発言があつたのではないかと、親方日に私は思ひます。それで、たしか大熊先生は、たとえば弾力条項などこれから認めると、親方日の丸的な経営態度たる現在の政管健保の赤字は、まずまずさらだつたものになるやうなことをおっしゃつたように思ひます。確かに末端のいろいろなこまかいところまで聞いたりすると、組合健保のほうは、その支払いに對してもう事こまかに請求書をチェックする。ところが政管のほうでは、回つてきたものを患者名と番号が

合つていれば、それだけでも済ましてしまふんだという、そういうような現実もあるように思いますし、この点は組合健保の方が強く主張されているところであるように思ふのです。また同時に、まあ組合健保というのは労働者にしても、いわゆるホワイトカラーにしても、もう徹底的に優秀な、健康な、元気な人間だけを集めて、それで使い終わつたら、政管のほうへどうぞという、そういう体質ということもよく言われておつたし、午前中の公述でもかなり強く出ているように思うのですけれども、その政管の体質というものの、赤字の体質というものが、いわゆる体質自体からくるのか、その経営努力における若干の怠慢からくるのか、そういう点について御意見がらよつと違つたように思われますけれども、その点についてお二方にちよつと御所見をお願いしたいと思ひます。最初に大熊先生のほうからお願ひいたします。

○大熊公述人 私、こういうふうに出ておられます。

要するに弾力条項の件は、国民生活に重要な影響を与える問題でございますから国会の審議を経ていただきたい、それがあれでございます。もう一つの場合は、こういうような制度が創設されますと、要するに、先ほど申しましたように、とかくやはりこの伝家の宝刀を抜けば何とかなるんではないかというために、その経営努力が安易な方向に流れるんではないかと思ふ。そういうわけでございまして、基本はあくまでもやはり主務大臣の所管に置くべきではなく、つまり政府の権限においてではなく、国会の審議を経ていただきたいということが基本でございます。かりにこういうようなものが創設された場合には、そういうような経営努力が安易に流れるんではないだろうかという懸念があると申し上げたわけでございます。

○吉田公述人 弾力条項ですか、恐縮ですが……

○田川委員長 それじゃ、もう一度質問して……

○加藤(紘)委員 端的に申しますれば、政管健保

の赤字の中に、体質的なものもあるでしょうけれども、その経営努力を怠つて、つまり親方日の丸的な体質に赤字の原因があるのではないかと、まあ大熊先生もちよつとおっしゃつたように思ふたものですから、その点について御所見いかがということなんです。

○吉田公述人 かつて昭和三十年に七人委員会という委員会がやはり健康保険の、特に政府管掌健康保険の赤字対策で膨大な報告書を出したことがあるのです。その場合でもやはり、健保組合と違ひまして、非常に膨大過ぎれば膨大過ぎるほどの膨大なロスがある。したがって、いろいろな技術的な改善をすれば、ある程度の赤字は若干克服できるといふようなことも含めて報告書を出したことがあるのです。で私は、大体国際的に見ましても、まあ年金あるいは健康保険その他、一応第二次大戦後いろいろな民主的な運営で、特に労働者代表が入つて運営するといふのは、これはこの戦後の傾向ですから、そういう点からいふと、政府管掌自体にそういう民主的な機構がないといふことは非常に残念だと思つてゐるわけです。ただ、親方日の丸だからいろいろなロスがあるというそれだけでは、それだけでは現在のような赤字は絶対に克服はできない。これはまさに体制的、構造的な問題だといふことは先ほど申し上げたとおりで、それに非常にウエートがあると私は思つておりません。

○加藤(紘)委員 これで終わります。どうもありがとうございました。

○田川委員長 川俣二郎君。

○川俣委員 公述人の皆さんに賛成、反対、明確に率直に御意見を聞かしていただきまして、たいへん参考になりました。

そこで、ただ驚いたのは、驚いたというのか、自分で反省したのは、賛成者、反対者ともに、家族給付が、給付が家族と本人とで違つていふんだといふ考え方が非常におかしいといふ、これは非常に私たち、委員の一人として参考になりました。むしろこうやってみると、この間出た稿本

私案の七割というのは、与野党の折衝の結果からあれは出たのではなくて、むしろあの辺が出発点で、こういうような、これは賛成者、反対者ともに御意見をいただきまして、私も非常に自分で恥じておる状態でございます。

そこで、非常に時間が制約されておりますので、端的にお伺ひしたいのは、連動規定の問題ですが、○・一に對して○・四は、これは小山先生に伺ひたいと思ひますが、○・一に對して○・四といふのは、厚生大臣の言う、よく癖のように言ふのですが、三者三泣きといふことが前提であれば金額的に合わないのじゃないか、こういうことから○・六といふのが、これまた何とか私案で出てきたわけですが、ところがそれに對して、○・六と出てきたのが妥当かどうかといふことは非常に疑問があるといふことで、時間切れで先生が発言をやめられたんですが、いまだ少しその辺を話していただきたいと思ひます。

○小山公述人 お答えいたします。

連動規定につきましては、ただいま川俣先生御指摘の通りに、○・一上げたのに対して○・四という規定でございますと、保険料を○・一上げますと百十一億の財源ができます。それに對しまして、○・四でございますと三十五億、これは四十八年度の政府の出した数字から計算いたしますと、そういうことになります。そこでこれがかりに○・六に上がりますと、その財政効果は五十二億と承知しております。そういったと、総医療費百六十三億の財源としますと、その中のほぼ三分の一程度にはなるか。ただし、検討を要するといふのは、三分の一で置くほうがいいのか、つまり三者三泣きといふことがよろしいのかどうかといふことであります。非常に遠慮論的にいへば、三分の一ずつ、政府も事業主も被保険者も負担し合うといふのは通りがいいようでありまうけれども、さてそういうことと政管の体質的な弱さとの関連でどうか、それが万全の案だといふふうには私はいふ自信がない。まして、それではどれだけ上げた方がいいのかといふような話になりますと、

これは費用負担の問題といふのはいつも政治問題でございます。その辺は国会で御判断願ひよりしかたがない、まあそう思つております。

○川俣委員 たいへん参考になりました。それから先の論争が私も論議したいところでございますが、おそらく私と同じ考え方だろうと思ひまして、これ以上質問いたしません。

白木先生に……。いろいろ先生は医療供給者の側から、現代の医学、特に最後の、われわれがあまり認識がなかつた難病医学、これと保険との関係で、私ども医療福祉基本法をあわせて検討しなければ、健保なんといふのは、むしろ健保財政の問題はそれの一番なんだといふことを長年主張してきたのも先生も御案内のとおりでございますが、たとえば今回の健保を一日も早く実現してほしいといふ松井公述人の、薬がくず箱に入つておるのがよく目に入ると、これは何も患者本人がくれと取上げられても、これは何も患者本人がくれと言つた薬じゃないのでございまして、その辺を、医薬分業その他基本的に、抜本的にしなければならぬのだといふ意味もあつて、私もそのような考え方をしておりますが、ただ私は非常に疑問に思ふのは、厚生省といふのは医療供給者側、いわゆる医学生出身の約百人ぐらゐ、本省におられるわけです。したがつて、そういう医師の集まりの行政機関がなぜそういう考え方にならないんだらうか。これはやっぱりいまの行政が機構が悪いのか、それとも厚生省に集まる医師がそういう考え方でわれわれと違ふのか、その辺少し先生に教えていただきたいと思ふわけです。というの、このごろ趨勢として、厚生省に医学部卒業生が集まらないといふ傾向になつております。これはまあ初任給が非常に安い。待遇も悪い。特に国立療養所に比べても悪い。こういうようなあれが端的にいま問題になつておる時期でありますだけに、白木先生にその辺、非常に無理な注文かもしれないが、少しばかりお聞かせ願ひたいと思ひます。

○白木公述人 お答えします。

厚生省に集まる医者が悪いのか、その質が悪いのか、その原因どこだということなんで、これは私、大学の教育者ですから、教育者も悪いんだ、こういう点をまず申し上げなければならぬだろうと思うのです。つまり日本の医学校の教育というのが、最近どうも技術教育に走っている。ほんとうに人間教育といいますが、まあ人が人の命を預かるぐらいたいへんな商売はないわけでありまして、それから医者と患者の関係というのは、人が人をどうこうする商売の中では最も傾斜性の高い職業ではないのか。つまり知識という点からいいますと、患者は少なくともその面では絶対の弱者であって、医師は絶対の強者である、こういうような非常に傾斜性のはっきりした職業はないと思うわけです。裁判の被告ですね、これは人権というのは、裁判、法廷で守られておりますし、弁護士もついておる。あるいは教育される側と教育する側からいえば、うるさいPTAなんかにましてチェックされている。だけれども、医者と患者の関係というのは、私は非常にその点でどの職業よりも傾斜性の大きな職業と思うんですけれども、そういったものに對する自覚というのは当然医学生にならなければいけません、と同時に、それを教育していかねければならぬ、そういう医学校の教育の悪さというものが一つはあると思うわけです。これは自己反省でございまして、それを一体どうしたいのか、この点はあとで御質問があればまたいたしますけれども、私は、せめて医者だけ、ではなくて、医療に携わるのは看護婦をはじめ皆さんの別な協力者がいるわけです。そういう人たちに對して、まず人間が人間に接する以上はそういう教育をほんとうにやらなければいけないというような意味で、いま東京都のほうで保健大学という発想をして、それをいろいろ案を詰めているわけですが、肝心なめのお医者さんがそういうような点が非常に反省がない。いま私立大学の医学校がほとんどできて

いますが、そこでそういうことができると思わぬわけですね。その辺のところに、医療の一番の荒廃と申しますか危機がある。そういう点が自然に厚生省の医者出身の者にもあるのかもしれない。あるいは依然として行政の中では法科万能という明治以来のあれがまだ横行している可能性があるのではないかと、それがなければいいという感じがしますが、そういう面もあるのではないかと、ううに思っています。

○川俣委員 最後にもう一点成田公述人にお伺いしますが、成田公述人は一般公募からおいでになつていただいて、賛成側でございますが、その中で、いまの政管健保の赤字を何とかせねばならぬのだというところは、これはだれしも先刻御存じのとおりでございます。これはいままでの二百二十五億の定額がこうなされたんであつて、この問題を昨年の健保審議ではかなりの時間をとつて、いわゆる弾力案項となす上げとはセツトかどうか、こういう論議を私の皮切りでだいぶ深めたんですが、当初は厚生省がお気づきになつたのか気がつかないで言つたのか、セツトじゃない、こういう論争があつたわけですね。ところがこの法案を見ると、たな上げするというのが目的よりも、これからの収支は独自でやりなさいよという会計法の改正というところに重点があるわけですね、いままでの赤字を全部たな上げしてくれませんか、皆さん方のいままでの苦心のあれがここでやつと解消するということ喜びのあまり、これから先はもう単年度で借金も一切ご法度ですから、そういうあれをはめられるんだということを十分御認識で賛成されておられるのか。ただ、いままでの赤字をたな上げてくれるんだからいいではないか、あとはわれわれで苦しい苦しいように保険料を上げるなり、事業負担をふやすなり、そうやってやつていきますという、団体のそういう協議でもあつたのかどうか、その辺いさ少し聞かしていただきたいと思います。

○成田公述人 お答えいたします。健康保険料の負担、これは公述のときにも申し上げましたように、決して楽なものではございませんが、しかし赤字解消のためにはわれわれ中小企業の側も何らかの協力をしなくちゃならない。その形において、今回出ております保険料の引き上げとか、あるいは標準報酬の合理化、そのような面におきましても、非常に財政的につらい企業の立場からいいますと、応じ得る範囲においては応じていかねば健康そのものが成り立っていかないのではないか、そういう考え方に立てて申し上げたので、私どもの企業の立場からの意見を申し上げた、そういうところでございます。

○川俣委員 それではその問題はもう一点だけ伺いますと、そうしますと、赤字を三千億かかえるわけですから、これは当然赤字を何とかして対策をとらなければならぬということ、したがって成田さんは、赤字三千億たな上げということと会計法の改正とは、できれば別に切り離して審議していただければ幸い、こういうふうにも思つておられるわけですね。

○成田公述人 ただいまの御質問に對してお答えいたしますが、赤字のたな上げ、それに伴つて私どもも自分の負担は負担いたしましたようにというふうな考え方から御返事したわけでございます。

○川俣委員 終わります。

○田川委員 金子みつ君。

○金子(み)委員 私は医療費、特に高額医療費の問題について少し質問をさせていただきます。まず最初に下徳委員にお尋ねしたいと思うのでございますが、先ほど公述のときに実態調査をなさつたことを御説明いただきました。それでいろいろの問題が出てきておつたのでございましてけれども、この実態調査の結果もしおわかりでしたら教えていただきたいのですが、現在は非常に高額な医療費、それはいわゆる医療費そのものだけでなく、御説明にもありましたもう一つの差額徴収その他が加わっている問題でございましたけれども、実際問題としてその医療費を各家族たちが

はどのようにして負担をしているのであろうか、どんなに苦しんでいるのであろうかというような実情がもしおわかりでございましたら、まず聞かせていただきたいと思います。

○下徳公述人 お答えをいたします。

まだわれわれが調査をした内容は実は全部のアンケートも含めて集約ができておりませんし、私が引用した幾つかの内容は現在の段階では中間的な報告を採用しております。その中で幾つか特徴的に出されておりましたのは、私も意見の中で申し上げましたように、特にこの高額医療費の負担の問題が、非常に自分たちの生活そのものを大きく圧迫しているという事実が幾つか出されております。

一つ二つ紹介をいたしますと、たとえば患者の中では、いわゆる企業における賃金の打ち切りあるいは家族のいわゆる高額負担を、いわば主人の借金、あるいは幸いにして貯金のある人は貯金をおろしておる、こういうことで出しておりますけれども、一様に申し上げておりますのは、やはりこの高額医療の負担は、もはや主人の場合でありますと退職を余儀なくされ、しかも退職金をもってこの返済をしなければならぬ、こういうことが端的に申されておりましたし、あるいは奥さんの場合であります主人、その主人の借金も限界がきておる。したがって、親元から仕送りを受けておる、こういう中でいよいよその金額もかさんでまいりますから、この中でも発表がありましたけれども、もう夫婦生活そのものもいよいよ解消させられるのではないだろうかというふうな心配のものも幾つか出ておりますから、そういう点で、今日の医療問題というのは、高額医療の給付の問題については一応の三万円という金額は出されておりますけれども、実態から見ますと、あるいは負担をする患者側から見ますと、まだまだほど遠いものではないかというふうな考えが出ております。

○金子(み)委員 ありがとうございます。厚生省、政府では今度のこの高額医療負担の問題

題について目玉商品として非常に宣伝しておられるわけでございます。三万円だけ用意してもらえばあとはすっかり国がめんどろ見ますという言い方をなさるわけですが、そうではないという事実がだんだんと非常にはっきりとしてまいりました。まだ一般には非常にPRが不足で、確かに、三万円だけ払えばあとは全部国が見てくれる、こういうふうな思っている人たちが多いわけでございます。もしもこれが実現したらたいへんな混乱が起こるだろうと私は思うのでござい

なわちこれは、ですから保険で支払うということよりも、むしろ国庫負担として高額医療費は支払うべきではないかという意見もあるようでございすけれども、この辺のお考えも聞かせていただきたい。

先ほど、いまはもう高額医療の問題は保険というよりもむしろ保障の形でなされるべきだということをおっしゃる。大熊公述人もおっしゃっていらつしやいましたが、そういうふうなお立場から、大熊先生と吉田先生に、この問題についてどのようにお考えになっていらつしやるのか。たとえばいま老人の医療費とかあるいは難病、奇病が一部国庫負担で見られておりま

大熊公述人 お答えいたします。私は金子先生のおっしゃいますように、大体高額医療費というのはやはり公費でまかなうべきだということをお原則的に考えております。それで先ほどから再三おっしゃってありますように、私の懸念いたしますことは、確実に今度一部償還制が取り入れられた。先ほど申し上げましたように、これが突破口になって将来療養費払い制になるの

とえば老人医療無料化にしても無料ではございませんで、保険の一部を公費でめんどろを見るという点と、この公費負担の問題がもしだんだん拡大しますと、この辺で、保険と公費の関係はどうだということがどうなるか、いまはきりした展望やあるという方針なしで、いまだにど

と大体同じ考え方です。
○金子(み)委員 質問を終わります。ありがとうございます。
○田川委員 村山富市君。
○村山(富)委員 時間もございせんから端的にお尋ねしたいと思うのですが、今度提出されました改正案は、先ほど来説明がありますように、いままでの赤字をたな上げをして健全基調で財政を維持していくというところにあると思うのです。しかし先ほど来お話がございしますように、この保険財政がどうして赤字になっておるのかというところが一つと、いまは医療の荒廃がいろいろ叫ばれている時期はないと思うのです。そういう意味で二、三の点について質問したいと思うのです。

が、実はそうではなくて、五万円全部自分が払わなければならぬというのが今度の実情でございます。そういうようなことをいろいろ考え合わせしてみますと、ただいま下徳公述人からその実態を聞かせていただいて、おとうさんですね、主人、世帯主が退職をしてその退職金でまかなうていかなきゃならないというような問題があるということはほんとうにたいへんな問題で、一家の破滅になる問題だと思ひます。ここで沖繩の例を引いては悪いかもしませんが、沖繩の場合などは母子家庭では、母親が医療費——御承知のように沖繩は医療費が復帰前は療養費払いでございしたから、お金をつくるために売春をするというようなことも事実としてございしました。そのようなことが再び起こってはいへんかと思ひますから、この問題につきましましては、今日私たちが保険料を支払っておりますのは、所得に応じた保険料を払っている

○吉田公述人 大体いまの公述人と同じ意見ですが、ただ医療保険全体の体系からいいますと、目玉商品という名前のとおり、しばしば目玉商品として出るのはかなりその場で人気受けになるような、場当たり的なそういう政策が非常にいままで多かった。そういう点では厳密に言いますと、た

○金子(み)委員 最後、同じ問題ですが、先ほど事例をお話くださった下徳公述人からも伺わせていただきたい。
○下徳公述人 私は吉田先生が言われたことと大体同意見であります。特に私どもが考えますのは、その高額医療が療養費払いということになりますと、医療保障の制度の面からいくとやはり大きな問題が残ってくるのじゃないか、こういうふう

○小山公述人 お答えいたします。保険の赤字につきましては、先般申し上げましたように、政管健保独自の体質的な問題がございす。高年齢者が多い、女性が多い。あるいはそれにまた、中小企業独特の健康管理の不十分さというふうなこともあろうかと思ひますが、いずれにいたしましても、政府管掌健康保険というのは足の弱い制度でございまして、この足の弱い制度が被用者保険の中核になっておる。組合管掌健康保険は約一千万でございまして、政府管掌健康保険が一千三百万の被保険者がかかえておる、こういう現状でございします。何とかこれに対してこ

入れをしていただきたいというのがわれわれの率直な願いであります。

次に、それとあらはらになりまして医療の荒廃の問題、先生も御指摘のとおりでございます。医療の荒廃の問題につきましては、実はこれはもはや国民全般の世論かと思えます。しかしながら、この医療の荒廃のもとを尋ねますと、たとえば病院において十分な医療が提供されない。なぜかといえ、それは入院費の支払いのしかたが不十分だからという面がかなりあるかと思えます。つまり診療報酬支払い体系におきまして、看護料、入院料等の手当てが薄い。しからば、これを厚くすればどうか。その財源をどこから調達したらいいかという問題にまた相なるわけでありす。もしこの問題を保険のワケで解決するの引き上げによって差額ベッドの解消をはかるという方向にいかざるを得ないと思えます。それから、もし医療制度についてこの問題をどう考えるかといえ、それは病院に対する財政助成というような形をとらざるを得ないと思えます。したがって、そのどちらが望ましいかという問題になります。現在日本の公的医療機関の占める比重が非常に低いというようにも考えます。当面は保険の中で処理せざるを得ないという非常に難しい立場にございます。この問題を抜本的、それこそ根本にさかのぼれば、資本主義経済体制下における医療の公共性を国としてどう担保するか、こういう問題にかかわるわけでございます。これは非常にむずかしい問題であると思えます。

ただ申し上げられますことは、保険のサイドで見ると、いま申しましたような入院費等の大幅な引き上げをはからざるを得ない、それからそうではななくて医療制度自体に国が投資をするということになりまして、今度はその資源投入のしかたについて医療関係者の合意が得られるかどうか、こういう問題がございます。お答えにならないかもしれませんが、これが私の考えでございます。

す。

○大熊公述人 お答えいたします。

医療の荒廃とおっしゃいましたけれども、この医療の荒廃を最も象徴的にあらわしているのがこの差額ベッド、それから付添料、補食代、ここに私は最も医療の荒廃があらわれていると思うのでございます。あるいは観念論と思われるかもしれませんが、本来医というものはやはり倫理性に立脚すべきものでございまして、商業性の上に立脚すべきものではない、私はそういう意味であって荒廃と申し上げたわけでございます。現実、たとえば国立病院でもその日のうちにまず入院ベッドがあいていないといたしたら、これは何百万円か、千々に当たるような感じでございます。それならば差額徴収をされて、いわゆる国鉄のグリーン車の料金のようなものを払いまして現実に入院した場合に、はたしてどれだけ——何千円かを一日に差額徴収されて払いまして、決して医療の内容とか看護の内容とかというのは一般患者と変わらないのでございます。ここにも私は一つの大きな問題があるのではないかと考えています。現に老人医療無料化ということがいわれておりますけれども、これはたしか医療費は無料化になったのでございますが、御承知のように老人というのは大抵慢性疾患でございまして、在宅療養よりはむしろ入院して長期の療養が必要であるということになります。なかなかベッドがあかない。これはやはり老人医療無料化ということが非常に脚光を浴びておりますけれども、現実には慢性疾患の入院治療ということになったら、結局は入院できないというものが現状であるというふうには私は見ております。

○村山(重)委員 どうもありがとうございます。

引き続いて二点ほどまたお尋ねしたいのですが、一つはそうした医療の荒廃をはらんでおられる医療供給体制の整備をするために、いろいろな問題があると思うのです。たとえば医師に対する再教育とか、あるいはまた研究機関の整備と

か、さらにはまた僻地医療に対する供給体制とか、いろいろな問題があると思うのです。

そこでいまの医療供給体制の現状を見た場合に、私どもはどうしてもやはり地域医療の中核は公的病院がセンターとして当たる、そうして主として採算部門を担当してその医療供給をやっていく、こういうことが何よりも必要ではないかと思っております。そういう意味からしますと、医療機関を公的、私的を問わず独立採算にして、そうして縛り上げていくということにも問題があるのではないかと。ある意味からしますと、採算性を無視し、営利性を無視して公共優先で医療というものは考える必要があるのではないかと。そうでない、先ほどおっしゃった先生もございましたが、憲法二十五条で保障された国民の健康に対して国が責任を持つということにはならないのではないかと。こういうように思うのですが、そういう公的病院に対して、地域医療のセンターとしてむしろ公費負担をうんとふやいて整備していく、こういう考え方についてどういうようにお考えになっておるかというところが一点。

それからもう一つは、医療従事者の問題がいろいろいわれております。この医療従事者も、いまは医師が医科大学で教育を受けるというだけで、看護婦さんやその他の医療従事者は各種学校で教育を受けて、そのように扱われておる。こういうところにやはり問題があるのではないかと。そういうことから考えますと、そうした医療従事者の各部門における教育機関も、各種学校という扱いではなくて、学校法による近代的な学問を受ける、そうしてそれぞれ社会的資格を与えられて医療に従事してもらおう、こういうことが大事ではないかというふうにも考えるのですが、そういう医療従事者の教育に関する考え方等について白木先生にお尋ねしたいと思っております。

○白木公述人 お答えいたします。

いろいろ理屈を言ってもしょうがないので、実際に実践してみたらどういうことになるのかというところからお話ししてみたいと思いますが、

す。

私は東京都の美濃部知事の参与で、最近老人病院、それから老人問題研究所、それからその後衛部隊といいますが、ハーフウェイハウス、特別養護老人ホームというようなものの計画を担当させられてやってまいりました。七百九十床の老人病院が去年開設されたわけでありす。まだその医療従事者が足りませんが、これがフル回転いたしました、一ベッドに対して医者その他のいろいろな協力者を含めて一対二になります。一ベッドに対して二人でございます。非常にデラックスな病院のように思っています。非常にきれいな病院、決してそうではございませんで、アメリカあたりは大抵一ベッドに対して六人、それからヨーロッパが一ベッドに対して二人ないし三人の従業員を確保しております。こういう問題があれば先ほどの付き添いの問題など解消するわけでございます。それからその財源の問題はともかくとして、もうわれわれは公的医療機関は差額ベッドをやらないのだと決意すればそれでよろしいわけであります。そういう点で老人病院をやってまいりますと、まだはっきりした計算はしておりませんが、年間大体十八億かかるはずでございます。それに対して医療保険からも入ってくるということになります。これは収入と云っていいいかどうかかわりませんが、五億でございますから、十三億の赤字を毎年毎年出していく。これだけのことをやれば、曲がりなりにも老人の医療というのは確保できる。しかし、もちろんその背景として福祉との関係というような問題をやりまして、もっと多額の投資をしなければならぬということになると思えます。それに対して国はどういう状況であるかということは、先ほど公述人の一人からお話ございましたように、東大が一番いいといわれておりますが、一対一・三八でございます。アメリカの一対六、ヨーロッパの一対二ないし三に比べればはるかに貧弱であるということがおわかりであるかと思えます。しかも公務員の首切りがい

ま起っておりまして、その人間はもつと数が減っていく。こういうような公的医療機関ではとうてい対応できない。こういうことをほんとうにやるためには、やはり国なり地方自治体がい切つて投資をしなければならぬということをはつきりしていると思ふわけでございます。

それからもう一つは、医者だけじゃなくて看護婦あるいはOT、PTその他の医療供給者の教育の問題をしっかりと、当然のことでございます。この場合の考え方は、医者だけが医療をするのではございませんで、われわれに協力する人たちが同じレベルで一つのチームを組むということが絶対必要でございます。医者がピラミッドの頂点にいて、その下には同じレベルの看護婦やOT、PTがいて、同じ円の中の同じ平面に位置すべきであります。医者は円の中心であるべきですが、ほかの医療協力者は同じ平面に並ぶべきではない、そういうことが非常に大事でございます。その間に格差があるべき性格のものではない。同じ生命を預かる以上は同じレベルに並ぶべきであるということになりますと、それだけのきちつとした教育をしなければならぬということはずいぶん出てくるわけであります。各種学校であるとかそういういいかげんな、小手先のことであつてはならない。やはり四年制の大学、そしてその上に大学院までつくっていく。もちろんそれですべて量をまかなうというのではございませ

る以上は、これは国もそのレベルでやりたければよろしいことです。たとえば東京都につくりました老人病院を全国レベルでつくるなら三兆円あれば足りるわけでありまして、四次防算よりも少し少なくて済む、それくらいのことはおやりいただいたらけっこうだと思ひます。

最後にもう一点お尋ねしたいのですが、いま診療報酬の改定をめぐって診療側と支払い側が対立するようになつて中絶が分断されておりますが、特にその診療報酬のあり方の中で一番大きく指摘されておられるのは、私は薬剤の問題だと思ひます。総医療費の中で薬剤が五〇%近くを占めておられる。しかも病院や診療所は、薬を患者に与えることによつて三割くらいのマージンがある。しかも先ほど来お話がございましたように、患者はもつた薬を全部服用しないで、半分くらい飲んで半分を捨てている、こういう医療費のたいへんむだがあるわけですね。そのむだがあることによつて薬剤メーカーや、あるいはまた医者もある意味ではもうけておられる、こういうふうな現状になつておることについて、私はいろいろまたそれからメスを入れなければならぬ問題があると思ひますけれども、特に診療報酬を物と技術と分離するというふうな意見もありまして、不適正ないまの診療報酬のあり方を適正に変えていくというふうな意味でいろいろ意見が出ておられますが、私は端的に二つの問題についてお尋ねしたいと思ひます。

一つは、医薬分業に対してどういうふうにお考えになつておられるかという一つと、もう一つは、薬のこうした言ふならば乱脈に対して、私はある意味では薬の供給については供給公団あるいは供給公社、こういった公的機関を設けて、そして医師に対していい薬を供給していくということ

が大事ではないかと思ひますけれども、そういう公団や公社を設けてはどうかという考え方に對してどういうふうにお考えになつておられるか。この

点につきましては、広瀬さんと白木先生と大熊先生のお三人にお尋ねしたいと思ひます。

〇白木公述人 お答え申し上げます。これは最初の医薬分業の問題でございますが、これは日本以外の外国の先進国ではもう医薬分業が常識でございます。私も本来医薬分業であるべきだと思ひておりましたが、ただ日本の医療制度の発展の過程から申しまして、いま直ちに医薬分業を全部強制的にやることは、現実問題として非常にむずかしいのではないかと思ひます。そこで現実可能な地域から逐次医薬分業を進めていくのが、最も現実的に即した方法であらうと私は考へております。

それから第二の薬剤の問題でございますが、ただいま御指摘のとおり、実際に医療機関が購入する薬の値段とそれが使われまして保険で支払われるいわゆる薬価基準との間には、ものにもよりますが、平均してかなりの利ざやがあるということ

は事実のようでございます。そういうことがやはり、わが国の医療保険において非常に薬が乱用されておるといふ原因の一つであらうかと思ひます。

そこで中央医療協議会におきまして、われわれ保険者代表も支払い側の一委員として、この薬価基準の適正化というのを實現してもらうように強く主張しておるわけでございます。ただ実際問題として地域によりまして、あるいは購入の単位によりまして、個々の医療機関が購入する薬の値段にはやはりかなり差があるようでございます。薬価基準のバラクラインは現在九〇%になつておりますが、これをもう少し低くすべきであるという主張をしておりますが、実際問題は、必ずしも全部の医療機関が同じ値段で買つておられ

ませんので、それだけでは完全には問題は解決しないのではないかと思ひます。そこでいま御提案の、薬につきましては、薬の配給公団というふうなものをつくつて、現物をお医者さんに必要なだけ支給するというようなことも一つの案であらうかと思ひますけれども、これはやはり技術的には

相当研究を要する問題であらうと思ひます。しかし、私は、御意見の趣旨には賛成でございます。

〇白木公述人 お答えいたします。私、最近臨床をやつておりませんので、医薬分業のことはほんとうはよくわからないのですけれども、原則的にはもう分業にすべきだろうと思ひます。その一つの理由の中に、たとえば最近スモンの患者が、キノホルムという薬の過剰投与ということがわかつてきておるわけでありまして、これをいろいろ實際聞いてみますと、これは公的医療機関でもそうなんですけれども、お医者さんはこれくらいい

れくらいい

十分下痢がとまると思つて処方いたしますと、それが薬局から返つてきて、これではかえつて損をする、いろいろな計算をしますと、病院は収支バランスを要求されておるわけだから、とてもや

ていけないのだから上積みをしてほしいというふうなことがあるのです。この問題はやはり医薬分業なんかにつながつておる一つの問題点である。それからもう一つは、そのうらはらには、じや技術料を認める、こういうものを一体どんなふう

に評価し、それをどういうふうな点数化するかというふうな、そういう技術論が今度は出てくる。この二つを考へないと、薬だけの問題では片づかないと、こう思ふわけですね。

そうしますと、この医者の技術というものの評価は非常にむずかしいということになるわけでありまして、これを一体、公的、私的医療機関を含めてのお医者さんの中でどのように評価すべきであらうかというふうなむずかしい問題が次に出てまいります。これはすぐには答えられないわけでありまして、これに、たとえば開業医、家庭医というものの技術をどう評価するかというものの一つの評価としては、私は先ほど公的医療機関の中に教育ということが非常に重要なことを申し上げましたが、そのときちよつと忘れたのは、家庭医なりあるいは私的医療の人たちの教育の問題がござい

ます。やはり日に日に医学は進歩

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

第一類第七号(附属の一) 社会労働委員会公聴会録第一号 昭和四十八年六月十八日

するのですから、第一線の家庭医も開業医も常に勉強しなければならない。それを教育していく使命が公的医療機関にあるわけなんであって、したがってそういう家庭医が公的医療機関ときちっと連携していくという中で連携のできるような家庭医であれば、またそれに対する一つの公的医療機関の評価があるならば、これはそういう意味で一つの技術評価ができてくるのではないのかという感じがいたします。ただ、これをどんなふうにも点数化するかという問題になりますと、これは非常にむずかしいことになってくるわけですが、私も、私の申し上げたいことは、ただ医療分業すればそれで済むという問題でなくて、技術料をどう評価するかという問題がうらはらにあるのだというところだけは申し上げなければならない、そんなふうに考えます。

それから公団でやることはたいへんけつこうなことです、現実的にどういうふうにするかをやるかというところは、これはまたたいへんなことではないかと思ひます。

○大熊公述人 お答えをいたします。

医療分業の件でございますが、これはやはり世界的傾向になっておりまして、当然その方向に進むべきであるとは考えます。ただ医療分業につきましても、やはり利害のあるいろいろな団体もございまして、それにたとえば医師会、薬剤師会、そういう方面の声を聞いておきますと、これは一長一短と申します、なかなかその間の調整がむずかしいのではないかと思います。ただ、私のいままでの感じではどうもそういう関係団体方面の主張のみ多くて、実際の利用者である患者、この患者の声を意外に反映されていない。今後国会におきましてもこういうようなことを議題にされます場合には、関係団体のほかに実際の患者がこの医療分業というものをどのように考えているかということ、まず第一番にお聞きになっていただきたいと思います。

それからもう一つは、薬の問題でございますが、確かに現在の診療報酬体系と申しますのは、

先ほど私が申し上げましたように、薬剤乱費型の治療体系と申して差しつかえございません。これはやはり薬害とか医原病の一つの原因になっておられますので、早急にこれは改めなければいけないと思います。ただし、その場合に医師の持つ技術料、この評価というものは正確にしなければいけないと思います。これは私が申し上げるまでもなく、六年間の医科大学を終えまして、医師の国家試験に合格してその日から一人前の医師として扱われます。ところが現実には虫垂炎の手術、これもできないわけでございます。中には包帯も巻けない医師がおります。やはり医学というものは経験医学でございますから、十年二十年の経験を積んだ医師と、それから医科大学を出て医師の国家試験を通ったばかりでまだ研修期間にあるような者と同じ技術料、これはおかしいと思ひます。それからやはり諸外国の技術料に比べても、国際価格でございますか、これに比べて医師の技術料というのが日本の場合には非常に低いのではないかと思ひますので、やはり技術の評価、これをお考えの上で実行していただきたいと思ひます。

それから薬業の公営という問題でございますが、これはあるいは医療の公営、国営もしくは国家管理、これと何か同列の問題ではないかと思ひます。それで、資本主義体制下におきまして医療なり薬業だけを公営とか国営ということにしましてはたして合理的な運用ができるのであろうか。これは日本国鉄道の例を見ますればよくわかることではないかと思ひます。これはやはり議論が必要ではないかと思ひます。

○村山(憲)委員 どうもありがとうございます。

○田川委員長 多賀谷真稔君。

○多賀谷委員 日本の保険制度で一番問題になるのは定年後の医療で、一体どの機関が見るか。これは先ほどから、大企業の場合は定年になったら中小企業へ行って、組合健保からこれは

政管健保へ、そのあとには国民健保、こういう形をとっております。しかし、外国の事例を見ますと、五年以上その健康保険組合におれば、定年後もその健康保険組合が年金受給者の保険として非常に安い保険料で見ている。また、最近はその企業に無料になっておる。こういうことで一生その企業につとめたという場合には、健康体のときに保険料までとって維持、運営しているのですから、もとの健康保険が見るべきではないか、こういうふうに考えるのですけれども、そうするとだいたい日本の保険制度のいびつな点が解消されるのではないか、そういう意味におきますと、企業はその点において負担を免れておるといふことも逆に言えるわけですが、この点について小山先生、吉田先生、大熊先生から承りたい、かように思ひます。

○小山公述人 お答えいたします。

ただいまの多賀谷先生おっしゃったのは西ドイツの例であると思ひますが、私も思っております。その点に、退職者の継続療養給付というものを、老人医療は無料化になるとすれば、その中間の年齢層については何か実施していただきたい。これは今回の法改正以後の問題というのか、段階的に考えるとそうせざるを得ないのかもしませんが、しかしながら、御指摘のように長年大企業につとめていて、それが定年退職五十五歳ないしは六十歳、あと五年ないしは十年、これは政府管掌健康保険に加入するか、国民健康保険にかざるを得ない。そうなりますと、若くて健康なときには保険料で財政に貢献して、医療費のかかるころになると政府管掌健康保険なり国民健康保険に行ってしまう。給付が悪くなる。確かに御指摘のとおり矛盾でございます。したがっていま考えておられる方向といたしましては、これは社会保険審議会でも事業主側が言い出したことでありますが、政府管掌健康保険に移った者だけについては、何か老人医療に至る間は見えていきたいというように意見もありましたが、ただこれは技術的に非常に問題なところ、もう一つは国民健康保険に移行した

場合に保障する手だてをいまのところ事業主側は考えていないというようなこともございまして、これは宿願といえますか、私も制度の仕組みの中でどういうふうないいにして定年医療を継続療養給付という形で安い保険料で――西ドイツの場合ですと、たしか平均保険料を納めればあとは年金のほうで出しまして、大体健康保険で負担いたしたすのは老人医療費の三分の一程度で、三分の二はたしか年金のほうでまかなっているというふうな形態もございまして、はたしてそういうことが日本の現状に即してよろしいのか、あるいは現在あります諸制度間の財政力格差の観点から、何らかの意味で共同的な医療給付の実施、共同基金的なもので医療給付が実現できないかというふうなことを個人的には考えております。確かに御指摘の問題点は重要な課題だと私は考えております。

○吉田公述人 先進諸国の場合の老齢年金というのは文字どおり労働を終了して、いわば隠居というふうな段階で初めて老齢年金受給ということですから、これは国が、あるいは全体の仕組みがその老齢年金の受給者に対して医療の問題というものをめんどろを見ようというところは可能だと思ひます。イタリアの場合にはたぶん老齢年金受給者の保険料は、それまで働いていた事業所の事業主がおとすというふうなことをやっております。ところが日本の場合には御承知のように、民間の場合にいままで大企業中心に定年五十五歳であった。五十五歳ということではないのです。定年を過ぎたあとでも六十になっても六十五になっても、あるいはひひい人七十五になっても働く、働かなければ食えないというふうな、先進諸国と日本とちよとズレがあると思ひます。

もう一つ非常に心配なのは、資本主義社会ですから、労働するということは自分の労働力売ってわけですから、一応契約が切れて役に立たないという場合にはなりますと、企業は非常に冷酷ですから、したがって全然無関係なわけですね。やめた

もう一つは、文字どおりたとえば年齢六十五歳なら六十五歳以上になったら、その医療はどうするのだということになりますと、特別な老齢保険をつくるということはいままでの抜本の中ではございしましたが、これはやめにして、現在のような公費でその保険の一部負担をめんどうを見るということがなくなったわけですね。こうなりますと、私は六十五歳なら六十五歳のに一応線を引きますと、六十五歳から七十五歳の間に、漸次その負担

公費でめんどろを見ろというようなことが一番望ましいわけで、その間のつなぎとしていまのような意見も当然方向として考えられますが、問題なのはその場合に、国なりあるいは自治体なりといういわゆる公費がどの程度それにバックアップするかということなしには、私は不可能だと思うのです。そういう意味では事業主団体の頭の切りかえの問題と、実際には国あるいは自治体がどの程度それをカバーするかという、その辺にかかっているような気がするわけです。

○大館公述人 先生の御質問にお答えいたします。

実はこれは私ごとになりますが、私いまで二十年間、昭和二十三年から四十三年まで組合健康保険に入っております。その二十年間、健康保険組合に入っております、そして五年前に、いわゆる自由業、フリーのジャーナリストとして仕事をすることになったのでございますが、先生の御指摘のとおり、その辺の矛盾というのを私は身をもって体験しております、二十年間でやめましたときに一番最初に感じたことは、いままではとんど病気をしなかった、これから自由職業になる、私のような職業の者は、きょうの保証はあります、明日の保証はございません。非常に不

安を覚えました。それで、そのときに思いましたことは、あるいはこれは欲ばりと思われるかもしれないけれども、何か一時脱退手当金のようなものはないんだろとかいうようなことをまず感じました。現に、私いま歯の治療をしております。だいぶ歯を抜いておるのでございますが、国民健康保険というものに加入しましたら、その三割の負担というものがいかに大きなものか。歯の治療で、レントゲンを数枚とただで二千元、三千元という金が飛んでいくわけでございます。これは私のほうから先生にお願いをすることでございますまして、どうぞそういうような点の矛盾をひとつ御解決をしていただきたい。

○多額谷委員 先ほど大熊公述人から、本人給付と家族給付の区別があるのが本来おかしい、こういうお話がありました。私もそのとおりだと、つくづくいままでずつと考えておったのですが、一体外国で先進国、まあアメリカを除きまして、欧州などで差をつけておるところがありますか。あるいは差をつけるのが常道ですか、それとも同じようにするのが普通ですか。これをひとつお聞かせ願いたい。どの先生でもいいですが、調べられた方、ひとつお答え願いたいと思います。

○吉田公述人 私も必要に迫られて、本人と家族の給付に一体差があるかどうかということを、各国の社会保障制度について一九六九年で調べてみたわけです。そうしまして非常にびつくりしたのは、大体、先進諸国の場合には、本人、家族、差はほとんどないということです。

具体的に申し上げますと、大体その資本主義のランクでいいますと、大きな国からずつとランクを下げますと、二十五ぐらいまでがまあまあという国ということになりますと、私の調べでは五十四の国を対象にして、そのうち七つの社会主義国は除いたとしにしても、大体本人と家族と全く同じだという国が何と二十五あるのですね。としますと、ほとんどヨーロッパの先進諸国の場合には何も変わりはないということですから、その点では、これはデモクラシーの差なのか、あるいは健

康権、生存権の意識の差なのかどうかわかりませんが、日本のような、こういういままで何十年來五割給付だというようなことは、非常に恥ずかしい現状だということがわかりました。具体的に名をあげるといふなら二十五全部あるのですが、これはひとつ割愛したいと思っています。

○多賀谷委員　日本の場合は労働力確保という企業の健康保険組合から出発したものですから、家族のことはどうしてもよくて、本人の健康を保つというのが労務管理上必要であったというところに、ここに健康保険が最初から家族と本人とを差をつけてきた原因があると思うのです。また日本の場合には、軽い病気でも本人はただだというこのシステムが、やはり保険料を徴収するのに非常に便利がいいということから来ておる、こういうように私は感じておるのです。

そこで広瀬さんにお尋ねいたしますけれども、先ほどから標準報酬月額の上限をいままで上げなかったのは怠慢である、こういうようなことです。私も上限を上げるのはけっこうですが、さて今度は二十万円という上限がつくわけですね。法律改正をしなれば、これは上がらないわけですね。一方、弾力条項というものがあって、料金については、法律改正をしなくても、当然、実質上千分の八十までは上がっていく、こういうことです。

そこで、もしあなたのほうで上限を、賃金の上昇と同じように上げていく、こういうふうに考えますと、あなたのほうは弾力条項によって料金を上げるのがいいか、それとも上限をスライドして上げる道を選ばれるか。これは健康保険組合の場合、かなり弾力性がありますけれども、組合としては、どういうふうにお考えであるか、お聞かせを願いたい。

○広瀬公述人　お答え申し上げます。

組合の立場を離れにしても、賃金が上がっていく、そういう場合に、当然医療費もそれに相応して上がるのが普通でございます。その場合に、弾力条項で保険料率を引き上げてこれをまかなうべ

きか、あるいは標準報酬を上げるべきか、どちらが先かという問題でございますけれども、かりに標準報酬を据え置きにして保険料率を上げた場合には、所得の低い者ももろに料率というものがかぶってくるわけです。千分の一上げれば、所得がいかに低くても千分の一ふえる。ところが標準報酬を上げてまかない得るとすれば、標準報酬の頭打ちになっている者だけ、いわば高額所得者の者だけが負担がふえるわけで、それ以下の者は負担がふえない。しかもそれは負担の均衡であるという意味から、まず第一は、標準報酬を賃金に応じて上げるのが筋だと思います。それでなおかつまだ足りない場合には弾力条項を使う、そういうことが筋だと私は考えております。

○多賀谷委員 どうもありがとうございました。

○田川委員長 石母田達君。

○石母田委員 私は最初に、先ほど吉田公述人から公述されました内容の中で、いわゆる医療保障制度のたてまえという問題について保険主義というものが貫かれておるといってお話がありました。政府の国会答弁でも再三そういうことを申しておりますし、また、自民党の国民医療対策大綱の中でもそうしたことが述べられております。この保険主義について吉田公述人の見解と、これにかわるべきたてまえというものはどういふものであるか。これを簡潔にお話し願いたいと思います。

○吉田公述人 今日、社会保障制度といわれるまでの長い歴史の歩みの中では、戦前あまり社会保障ということばは使われなかった。当時は社会保険、すべて健康保険あるいは年金あるいは失業保険、労災保険ということで、戦後になってこれが社会保障になったということは、どういふことかと言いますと、ビバリッジのいろいろな影響もあります、やはり労働者や家族並びに国民に対して、従来労働者本位、あるいは労働者家族本位だった健康保険なり、あるいは年金なり、あるいは児童手当が全国に拡大したということが一つ。それからもう一つは、国の責任が社会保障に対して非常に重くなった。これは物心両面とも重い

というこれが大体第二次大戦後の傾向だと思ふわけです。そういう意味で、保険主義ということば自体は、先ほど申し上げたように、一年間に集まった保険料の範囲内で給付をするという收支相等の原則ということなんで、このことは、もう現在においては、特に日本の場合には、どうしてもこれは当てはまらない。健康保険で言いますと、制度がかなりあります。たとえば先ほど言いましたように、政府管掌健康保険、さらに日雇健康保険、さらに国民健康保険、あるいはもつとこまかく言いますと、私学共済の短期、これはいま膨大な赤字です。だからそういうふうに、実際には、どうしても年間収入では支出をまかなえないというような状態を承知の上で、これを保険主義で強行するということ自体は、これは私は逆行だと思つてゐるわけです。

まあそういう意味で、いまちよつとお話があった昭和四十四年の自民党の国民医療対策大綱を見ますと、前文の一番冒頭に、健康は人間活動の源泉だ、経済発展の原動力だということで、病氣は、これは民族衰亡の原因になるという非常に格調の高い文句で始まっているのですが、ただ、これをずつと詰めていきますと、実際には社会保険方式をどうしても堅持していくというようなことで、たとえば、まず国民の一人一人が自分の健康は自分で守るという自己責任原則と、お互いに助け合いでやるんだ、こういうことから、その格調高い前文はいいのですが、中身になりますと、これはあくまでも保険主義なんです、この辺はもういまの時代では、たとえば白木先生がずつと言われましたような、公害で民族全体が将来、前途が非常にあぶないというような状態を考えますと、この辺は切りかえていただきませんと、これからの政策は立たないのではないかと思うのです。

以上です。

○石母田委員　もう一度お伺いしたいのですけれども、いまの政管健保は先ほどのお話もありますように、赤字になるような仕組みになってい

る。先ほどのお話ですと、政管健保の一人当たり
の年間保険料では、医療給付費も保険給付費もま
かない切れない、こういうことについての、そう
なる原因についていろいろお話がありましたけれど
ども、最も大きな原因はどういうものであるかと
いうことを、端的にお答え願いたいと思うので
す。

○古田公述人 従来の赤字の原因ではなくて、これからもおそらくやつていけないだろうというようなことを、先ほど公述申し上げたのですが、従来の医療費の増大が直接の原因だと思いますが、それはさておきまして、これからの問題としまして、何といひましても、先ほどもちよつと触れしましたように、政管健保は、経済二重構造による中小企業の立場、そこで働く労働者、これは先ほど小山先生からも話がありましたように、中年者が非常に多いことや、あるいは女子労働者、健康管理制度が非常にまずいということ、またいろいろな諸条件、これが一番基底にあるということであります。この辺がやはり大幅に改善されるということが、一番基本だと思います。

それから、これから問題になる問題では、これまでの医療費の増加と考えられるいろいろな要因があります。なぜいままでも国民総医療費が激増したのにはまる。なぜいままでも、大体私は六つあると思うのです。一つは、給付の改善をしますと、これは当然医療費の増大に影響する。二番目は、何といひまでもストレートに影響するのは、診療報酬の引き上げということでありま。三番目は、いまの健康保険全体の仕組みなんです。たとえば請求に対する審査あるいはその他、これを野放しにしますと当然ふくれ上がりますし、非常にきびしくしますと、それなりに抑制はありますが、これはないした影響はない。四番目は、何といひしても先ほどもちよつと公述に触れましたように、日本の薬の使用の多様性ということ、それからいろいろなる諸検査が十年前と比べますと、もう問題にならないほど多くなつたということ、この辺がやけ

り大きなウェイト。五番目に、老人医療が示すように、人口の老齢化と、先ほど言いましたように、いろいろな公害に伴う乳幼児を含めた疾病の増大これが六番目。こういう要素が一番集中的に出るのが政府管健保ではないかと思うのです。そういう点で、これからおそらくは一番決定的な影響を持つのは、やはり何と云っても診療報酬問題ではないかと思っています。

以上です。

○石母田委員　いま薬の問題も出ましたけれども、白木先生にお伺いしたいのですけれども、私たちが国会で明らかにしたところによりますと、独占薬価というものの、それに保障された大製薬会社の利益が非常に大きなものであるということが明らかにっております。先ほどのお話のように、四三%も占めるというこの薬剤費の中で、こうした財政の立場からいっても、この独占薬価にメスを加えていかなければならぬじゃないかというのが私どもの意見でございますけれども、こういう点についての、白木先生の専門家の立場からの御意見を伺いたい、こういうふうに思います。

○白木公述人 お答えいたします。

先ほども一例をあげたのでございますけれども、
スモンというものの原因がキノホルムである。それ
の大量連続使用というようなことが、実態的に
は外国に比べますと——外国にもスモンはあるの
でございますが、キノホルムによって起こってき
ますが、それはいろいろな国で調べがございま
すけれども、十数名しかないのに、日本は一万名以
上あるというふうなところが、薬害という形で出
てきている以上は、それはお医者さんだけの責任
ではなくて、やはり企業、製薬会社ということに
あるのですから、これは基本的にメスが入れられ
なければ、国民の健康をどうにも守れないといふ
ことが、一つはつきりあるわけでございます。

しかし、これはまだ科学的にもうひとつ証明されてないことなのですが、私たち非常に心配されますことは、製薬資本の問題や医者の方の経歴医療という問題だけでなしに、何か薬害が出やす

う点について、私は非常に心配いたします。たとえばワクチンでございますね、これは年々改良されている。ワクチンそのものは副作用を起こさないような形のワクチンに切りかわっているはずなのでございますけれども、子供がワクチンを受けたときに依然として副作用は減っていない。これは受ける側のほうの個人のからだの変調子というようなことが、あるいはそのワクチンの副作用を促進している可能性がある。そういったしますと、たとえば薬害につきましても、薬害が起こりやすい底上げ状態というような意味での、じわじわとした健康破壊というものがあられはしないかということをお私たちは非常におそれるわけでございます。このことを証明するのは非常にむずかしいことでございますまして、ある場合には不可能に近いことかもしれませんが、印象としてそういう感じを持っております。

ですから問題は、単純にただ薬、医者、経済医療、製薬会社の収奪というだけの問題でございましょうか。私はその点、非常に気になっております。つまり公害汚染というような問題が、何か薬害なり何なりを起こしやすい底上げをしていやしないかというおそれでございます。

○石母田委員 この同じ問題での吉田公述人の御見解をお願いしたいと思います。

○吉田公述人 先ほども前の質問で、薬の問題の流通機構に対するいろいろな意見もあったようですが、率直に言いますと、約二千数百の製薬メーカーの中で実際に七割、八割を生産並びに流通関係で支配しているのは十幾つかの独占的製薬メーカーであります。この原価が全然わからないというのは、もう数年前からかなり大きな課題ですがこれはどうしてもわかりません。ただ一部、いろいろなことで発表になっているとおりなので、私の記憶に間違いなければ、一九六〇年代にフランスの健康保険が非常に赤字になったときに、政府の専門委員会をつくってその赤字対策でどうしたらいいかという討論をした中で、やはり薬に徹底的

的にメスをふるうという結論を出したことがあると聞いております。フランスの製薬品というのは、たとえば新しい薬をつくり出すと、その原価を出して、人件費をプラスして、一応工場の価格を出し、それに中間マージンを入れて、さらに小売リマージンを入れて、そういう手続を全部しないと、売れない。こういう仕組みなんです。

そういう点からいいますと、日本の薬だけは、生産も、流通も、あるいは広告も、全部野放しだ。この辺が、実は非常に重く、健康保険や医療制度の中で、この点の一つになっているわけです。これは非常に困難だと思いますが、流通機構だけではどんなに合理化しても、問題なのは、独占的製薬資本の薬をどうして下げるかということが、私は一番焦点ではないかと思うのです。これは政治的に経済的に非常に困難でしょうが、どうしても、もう少し欧米諸国の製薬メーカーの現状並びに流通あるいは広告まで全部含めて、このような国会で十分いろいろな材料を整えられて対応していただきたいと思うのです。

○石母田委員 それから先ほど労使の負担の割合のことについて述べられた中で、御承知のように政管健保では法律で労使折半が定められております。また同じ健康保険法の第七十五条で、健保組合のほうは事業主の負担を増すこともできる、これも法律で定められております。そういうことで、戦前は労災が入っていましたから計算はなかなかむずかしいと思いますが、少なくとも戦後は、こうしたことが一貫して引き続いてこういう折半の制度がとられている。先ほどの話で国際的にもそういう国は少ないということでありましたけれども、事業主の負担が労働者よりも多いという国は、具体的にどういふところがあるかお答え願いたいと思います。

○吉田公述人 現在国際的に、一九六九年で医療保障あるいは医療サービスをやっている国が九十七というところですが、医療サービスは除いて、社会保険方式をとっている国が圧倒的に多いわけですね。その中で私が調べたところでは、文字どおり

労使折半だという国が、先ほどもちよつと触れましたように西ドイツ、オーストリアそれからフィランドぐらいで、あとはほとんどが事業主のほうが多いというところでありまして、その中で典型的に事業主が多いという国を若干申し上げますと、一番多いのがイタリアで、労働者負担が給料の〇・一五%、ところが事業主負担が九%から一二%、これは資本主義ではちよつと例外のようです。それからフランスがその次で三・五%対一・五%、メキシコが二・二五%対五・六%、オランダが四・七五%対一〇・六五%、スペインが三%対一二%、いずれも二倍というふうなことでない、もつとはね上がった事業主負担だということをつけ加えておきます。以上です。

○石母田委員 次に私は、先ほどから問題になっております弾力条項と厚生保険特別会計の今度の改正の問題、この問題についてお聞きしたいと思ふのですが、先ほどの公述の中で、弾力条項の千分の八十まで短期間に上げられるだろうというふうな見通しを吉田先生が言われましたけれども、その根拠はどういうものですか、具体的にお聞きしたいと思ふます。

○吉田公述人 先ほど政府管掌健康保険が構造的にあるいは体質的に非常にバランスがとれないだろう、これも将来の展望として言えるということをおし上げたわけで、それがどうして前段に一つあります。そのあとは、先ほどもちよつと触れましたように、おそらく診療報酬の問題は、毎年のように、引き上げてほしいという運動は私は続行すると思ふます。その診療報酬の問題でいいますと、日本の診療報酬は、御承知のように昭和二年から発足して、戦前は政府管掌だけで、団体契約方式、ドイツをまねて始まったのですが、この段階では官公立病院は除外になっておりましたし、それから健保組合はかなり自由に医療費の支払いをやれた。戦後になって、昭和二十六年の改定までは零細な診療所を単位にして稼働人員を割り出して、それで零細な診療所を単位にいろいろの単価あるいは点数などを考えたというのが実績であり

ります。ところが、いまは甲表、乙表と二本立てになっておりますが、甲表を見ましても、あるいは乙表を見ましても、医師以外の点数のあるのは一番最後の入院料、その中でも看護料だけでありまして、その看護料金も御存じのように、大体最低二〇点、二百円から最高六百円台まで、これしか実は医師以外の医療従事者の労働に対する評価はない、こういう非常に不合理な診療報酬が四十何年も続いてきたということが私はおかしいと思つておるわけです。

それで政府のいろいろな統計を見ますと、四十六年十二月末で病院従事者が六十三万、うち医師が三・二%、このうち常勤の医師が六割で非常勤が四割だ、こういうわけになっています。それから診療所に働いている者が約三十六万、このうち医師が二四・三%、こういう状態ですから、合わせますと大体百万になります。したがって非常に圧倒的多数の医師以外の医療従事者、いわばパラメディカルの中は、どんなに働いても自分の労働に対する対価としての点数は、病棟勤務の看護婦だけだということでありまして、これでいいかどうかというところがたいへん問題なんです、今日のようにほとんど公立病院、公的病院が経営がでないといふもの、この辺に一つの原因があるのではないかと私は思ふます。

したがって、いまこの辺まで問題をずっと視野を広げて取り組むかどうかかわかりませんが、いわゆる診療報酬問題は、国民総医療費は非常に膨大でも、個々の診療報酬点数自体は、甲表、乙表も私はたいした点数じゃないと思つておる。だからこれをまともにしてしようという運動は当然これからも激化しますから、それに対応するということになります。私は今回の健康保険の法案をもつてしても、やはり政府管掌健康保険の健全財政は、私どもじゃありませんが維持できないといふのが私の見解であります。

○石母田委員 先ほどからの話、ずっと聞きました、これは吉田先生だけじゃなくしてすべての方がおっしゃられているように、政管健保の足が弱

いというか、財政的な基盤が非常に弱くて赤字になるような仕組みになっているというふうなお話、それからまた今後の診療報酬の引き上げあるいは給付改善に伴って当然赤字が出る。こういう中で今回の保険料率の引き上げということですが、特に厚生保険特別会計法の改正案というものがそういう点では非常に重大な問題だ。これによりまして、この会計からの、昭和四十九年以降のいわゆる年度末の赤字が出た場合に、これが保険料を引き上げて、つまり弾力条項で保険料率を引き上げて一年以内に返済できないもの、明らかでないもの、そういうものについては貸し出さないといいことですから、当然これは弾力条項の発動が前提になっているわけですね。こういう点について寺前議員の質問に対しては、はっきりと政府側でもそういうふうな回答をしているわけですね。つまり特別会計法の今度の改正によって、それが弾力条項の引き金的なものになってしまふ、こういうふうな私どもも考えているわけですが、組合側を代表しておる下徳公述人に、この問題についてどういふふうな考えておられるか、お話を聞きたいと思ふます。

○下徳公述人 私どもは、いまおっしゃられました弾力条項の問題については、やはり国民生活全体にきわめて大きな影響を持つておる。しかも赤字の問題は、いまも何人かの公述人の方々がおっしゃられましたように、やはりよつて来た原因というものを明らかにしなければならぬ。こういう立場から申し上げますと、ただ単に赤字解消をもつて弾力条項、あるいは給付改善という美名のもとで、いわゆる国会の審議の場を経ずして大臣権限でやる、こういうことについてはきわめて問題が多いというふうな判断しております。

したがって、いずれにいたしましても、この弾力条項の問題は、結果的には労働者全体の負担といたすものが、今日医療費全体の負担が多い中でさらに非常に多くなつていくという問題については、健康保険全般の中で、特に政管健保における実態というものは問題点というものを、も

う少し、もっとも議論をする中で、あるいは追及する中で改善をしていくところ、われわれいゆる労働国民全体が、負担というものを考える問題ではなからうかというふうに考えますから、いま先生方おっしゃられましたような考え方で、私自身もいゆる労働国民全体の負担というものから判断する場合、きわめて大きな問題ではなからうか、こういうふうに考えます。

○石母田委員 この問題でもう一つ吉田先生にお伺いしたいのですが、先ほどの御指摘のように、赤字が出るたびに、千分の八十まで弾力条項がほとんど使われていく。見通しではこれは短期間にそうなるというのじゃないか。千分の八十までこれを使いつつてしまったという場合に、今度の厚生保険特別会計法の改正案がもし通つたとすれば、また保険料率の引き上げという問題が起るのじゃないか。そういう場合に、この弾力条項の率を引き上げていくのか、法律を改正してまたやるのか、これは、政府側じゃないからおわかりにならないでしょうけれども、一体どういうふうになるでしょうね。ちよつとそういう点について伺いたい。

○吉田公述人 経済の見通しが、五年先全然わからないと同じように、健康保険も、それを取り巻く医療制度その他いろいろ矛盾が非常に激化しておるものですから、この辺を一つ一つほぐすだけでもかなり勇気のある政策をもってしなければ、どうも日本民族全体がだめになりそうなのがするわけです。したがって、たとえば千分の八十をオーバーするような状態になりますと、おそらくは千分の八十五、あるいは九十まで伸ばす可能性は十分あります。というのは、地方公務員共済組合は、圧倒的多数は千分の八十五、九十。あるいは百というところもありますから、そういう点では決して安心できない。したがって、国あるいは大資本がどういうかっこうでこの崩壊する健康保険あるいはめちやめちな医療制度を打開するかというところに踏み切らなければ、私は日本の産業全体も維持できないようなそういう状態になり

ような気がするわけです。どうも的確な返事になりませんで、恐縮です。

○石母田委員 そういってお話だけでも、今度の弾力条項とこの厚生保険特別会計法の改正案というのは何かセットみたいになって、そうしてそういう仕組みができると、先ほどの先生のお話のように、短期に、あるいは一年ごとに保険料率の引き上げが問題になってくるというような仕組みが、こういうものによつてつくられていくことがわかってきました。こういう点では非常に重大な問題だといふふうに私は考えております。

最後に、先ほど問題になっておりました診療報酬の引き上げの問題について、白木先生と吉田先生にお伺いしたいと思います。

これも国会で質問したことございますけれども、これまで、私どもも含めて、診療報酬という何かお医者さんの要求というふうな狭く考えておりましたですが、私も今いろいろ勉強させていただきまして、この診療報酬が低くきめられていたということが、患者の立場といふか国民の医療の立場からいっても非常に大きな障害になっていくというところを痛感いたしました。特に昨年二月の点数の改定によりまして、血圧が今まで点数があつたのがなくなつたとか、腕一本のマッサージが何点とか、あるいはまた夜間の場合の時間外の加算点が三つ減つたとか、そういったことが老人医療をお医者の方が敬遠しがちになり、夜間、休日の急患を見にくくするといふようなことで、そういうものを経済的に保障する上で、低い診療報酬の体系、そういう制度の不合理さというものが大きな問題になっているといふことを感じまして、この点で政府を追及いたしました。その一つ一つの問題の不合理については政府自身も認めるのですけれども、昨年二月の点数の改定は、大きな新しい体系の中では合理的なんだ、こういうふうな言ひを聞かすね。私も、時間も足りませんで、その点を追及できなかったのですけれども、この点で、まず初めに白木先生、それに次いで吉田先生に、現在の診療報酬の不合

理性、また昨年二月の改定の問題についてどう考えておられるか、御見解をお伺いしたいと思います。

○白木公述人 お答えいたします。

医療のほうは、公的医療の医者と私的医療の医者と二つありまして、診療報酬の改定なんて、公的医療に働くお医者さん方には何にも関係ないです。それははっきり申します。ですから、ほんとうから申しますと興味も関心もない。それで何らわれわれは関係がない。公的医療機関はですね、したがって、私は開業医ではございませんので、その辺のところはお答えできないわけでございます。すけれども、公的医療機関のお医者さん方あるいはその看護婦さんたちの診療報酬といふものは、その生活保障ということになりますか、そういうものを上げるということ、そして、その私的医療との間の経済格差をなくせといふことは、私個人としてはあまり申し上げたくございませ

ん。公的医療機関に働く医者あるいはその協力者というものは、単にそれだけで働いているのではありません。であつて、やはりいい医療を提供したいわけですから、したがって、いい医療を提供するために、不採算医療をやつてほしいといふ非常に強い希望を持つておる。われわれは教育をやりたい、研究もやりたい、そして国民のためにいい医療を提供したい。それを提供することができればよろしいのでありまして、別に診療報酬などはそれほど考えておりません。これは私個人の考え方でございます。

○吉田公述人 非常にむずかしい問題で、その国の医療制度の発達のみと、実際には病院と開業医がどういう状態なのか、あるいは病院の経営主体が、欧米のように圧倒的に公的あるいは国立病院が多いといふところ、ところが日本の場合には、病院の数が約八千、そのうち六四〇ぐらいがかなり零細な個人病院である、そして開業医が圧倒的に医療をしている、こういう状態の中で健康保険が進んでいるわけです。ただ、われわれ、国民の一人として非常にがまんできないのは、甲表と乙

表と二本立ての点数表がまかり通つて今日まで来ているということ。これは一本化の世論もさっぱり出ないし、あるいは医療担当者からもそういう要求が出ないというのはどういうことだといふことが一つあります。

それから現在の診療報酬は、昭和二年発足以来、原則的に単価点数、現物給付はこのままであります。ただ、戦前は政府管掌健康保険だけが団体請負だったのが、戦後になって典型的な出来高払いに移行しました。それならばいまの点数の中に医者の技術料あるいは医療従事者の労働力に対する点数やいろいろなものに対する評価があるかといふと、これは全部カクテルみたいなこんな一体になつてしまつてから分離できません。その辺が非常に問題。したがって、出来高払い制度といふ分離できない点数表、この辺の矛盾が実は非常に鋭く日本の場合には出ておるもの、ですから、単純に診療報酬全部といひましても、その引き上げの中身が問題で、昨年二月の診療報酬の改正はいわば点数改正だった。そういう点では、外来担当の医療機関に対してはかなり冷遇した扱いだったといふことは聞いております。病院は若干入院料が上がり、看護料金が新しくできたといふ、それだけでありまして、したがって、いまの物価騰貴の中ではどういふ人件費がまかなえないのはあたりまえといふことなんです。ただ、医療費全体が非常にふくれ上がつていまして、そういう状態の中で、個々の点数表は、確かに低いのが一ぱいあるんですが、その辺の矛盾を、さてこれからどうしたらいいかといふことなんです。

が、これは単に中絶協会の問題ではなくて、もっと世論化して、特に国会の場でもっと真剣に討論して、一体どうしたらいいか、いろいろな諸外国の例も引用しながら、ぜひこれから対応していただきたいと思つております。

○石母田委員 質問を終わります。

○田川委員長 坂口力君。

○坂口委員 私は、この健保の議論の中で常に主

張し続けてきたことが二つございます。その一つは、先ほど白木先生のお話にもございましたが、疾病構造の変化に伴ってどのような医療の流れの中でこの健保というものを考えていくかということとでございます。もう一つは、この健保が改正されるならば、それは大きく分けて現在九種類にも分かれております保険を一本化していくような方向の中での改正でなければ意味がないということとでございます。

まずその第一点について伺いたいわけですが、大熊先生それから白木先生にこの点はお伺いしたいと思っております。まず大熊先生には医事評論家として、現在の医療のひずみとして、せっかく保険料を支払いながら医療を受けられない無医療地帯、あるいはまた医療機関がありませんけれども、時間的に受けられない無医療時間帯、こういうものが存在するわけですが、これを少しでも解消していくのにはどういふような医療の場での改善をしていくのにか、たいへん大きな問題でございますが、それに対する考えがございまして、ひとつまずお聞きをしたいと思っております。白木先生には、医学教育者の立場から同じような問題をどのようにお考えになっているか、それをひとつお聞かせいただきたいと思います。

○大熊公述人 お答えをいたします。現在の日本の医療の混乱というのは、私はこういうふうにご考えております。これはしばしば言われることでございますが、医療の需要の側のほうには、医療費の価格、支払いの方法などにおきまして、共同化といえますか社会化といえますか、一応社会化が完成しております。ところが、医療を供給する側の医療制度のほうには、依然として明治以来の自由開業医制度である。とすると、日本の医療体制というものを一つの車にたとえまして、片方は要するに社会化である、片方は一応自由放任のままである。要するに、車の両輪がいびつのような状態になっているために、医療体制という車が走らないのではないかと私は考えるわけでございます。そこに当然無医地区の問題なども起

こつてくるわけでございますが、その解決策としてよく言われますことは、それなら医療の国営、公営、国家管理、そういうようなことをしたらその解決ができるのではないかとあれもございします。だけれども、これは私が先ほど申し上げましたように、資本主義社会におきまして、はたして医療だけを国営、公営のようなものにしてうまくいくかどうかという疑問を非常に感じるのでございます。これも先ほど例をあげましたように、これは日本国鉄道の例を見ればよくわかるわけでございます。

それでこの社会化という問題でございますが、要するに現在の自由開業医制度の中で社会的調整でもってやっていくか、それとも強引に資本主義社会の中において医療だけを国営とか公営というふうにしてやっていくか、この二つのあれがあるのでございますけれども、これはまたあらゆるところにおいて論議をされる問題じゃないかと思うのです。ただ、そういうようなあれを見まして、無医地区が生まれる、それから救急医療体制が非常に不備である、これは国営にしたらいだらうとよくいわれるのでございますが、これは幻想ではないか。少なくとも現在の社会体制のもとでは、そういうふうにしたら何もかもうまくいくという期待はできないのじゃないか。これは幻想であらう。なぜならば、いまのように国が低医療費政策をとっている限りは、かりに国営というようなことをやりましても、状態は一向によくならない、かえって混乱するのではないか、私はこういうふうにご考えております。

○白木公述人 お答えいたします。たいへん大きな問題で、とても一言で答えられないような気がするのですが、具体的な話からしますと、たとえばいま私東京都の医療というのに対して知事にアドバイスする立場から考えますと、東京都の中にも無医地区があるわけでございします。それは小笠原であるとか伊豆諸島であるとかあるいは檜原村、そういうものが現実にある。それから考えてみますと、都心というのは日夜リ

ズムで、人口構成の影響がありまして、無医村とそうではない非常に大きな変動を繰り返す。都心は昼間は非常に過密人口になるけれども、夜になるとほとんど人がいないというような状況になる。居住地区はその逆のケースになる。そういうものに対して一体どういふ医療の体制をしくのか。あるいはその途中の通勤の問題、それに起こつてくる交通災害、救急医療の問題、いろいろなものがあるのであって、いわば東京都なんというのとは国みないものでございしますから、その中でいろいろな問題を考えていきますときに、いつでも多くの矛盾にぶち当たります。どんなふうにしていいかわからないという感じがいたしますけれども、この場合には国立とか大病院というものを非常に重視するわけでございます。それは国立の病院あるいは大病院は患者を待つておりまして、来るのは見るけれども、あとは知らない、そういう傾向があるわけです。しかし地方自治体病院は地域に密着しているというところ、やはり保健所を通じて地域の健康をさぐっていく、それから対応する、それからそのあとをフォローしなければならぬ、そういう使命を担っているわけで、こういう地方自治体病院をもっと充実させないことにはほんとうの意味では医療というのには私ではできないように思っております。東大病院というのがございしますけれども、かりにそれが大学が切り離されることによって、池之端中央病院と私はよく冗談を言うのですけれども、そういう形で地域にも対応するという責務を当然持つべきだと思っております。国立関係はそういう発想があまりございしません。それでは私は地域医療というのにはできないと思っております。たとえば小笠原だとか伊豆諸島、そういう無医村地区に対して地方自治体の病院としてどういふふうにか考えるかと言え、現場にきちんとしたものをつくることが重要でございします。やはりセンターである都心の一つの病院の中にそのような機能を大きく持たせるということによって、機動性を持た

せて対応していくのが一つの大きなあれになってくると思っています。しかし機動性を持たせる以上は、そこに相当の人間、予算というものを張りつけておかなければそのことができないわけでございます。まして、そういう点から、何度も繰り返して申し上げるようになります、一ベツドに対して一対一あるいはそれ以下というようなことは、とうていできないのだ。そこに思い切った投資がされなければならぬ。その問題は解決しない、そんなふうにはいま考えるわけではございません。あとは実践だけでございまして、実際問題としてはなかなか国は重いおみこしを上げていただけません。ですから、やれるところがやっていく。どうせそれは完全なことはできないわけですから、それでも国のあり方よりもっといいものをつくっていく。そうすれば国もそれ以上のものをつくらなければいけないというふうなところから、だんだん広がりていくんじゃないか、そんなふうにご考えざるを得ないと思っております。

○坂口委員 続いて、白木先生にもう一つお聞きしたいことがございます。これは医学教育に関するところでございしますけれども、先日「医学のあゆみ」をちょっと見ておりました。たしかアメリカがございまして、それに医学教育のあり方について出ておりました。それを見ましたときに、私も医学教育といえます場合には教育と研究と診療という三本柱をいつも考えておりましたけれども、そのレポートにはもう一つ地域医療というものが書いてございまして、四本柱に書いてあったわけでございます。いま先生のお話にも地域医療ということが出てまいりました。大病院として非常に重要な問題ではないかというふうに思っています。特に先ほどの無医地区等の問題がございします。それを解決するのには、対応する大病院という意味では日本も今後真剣に取り組まなければならない問題ではないかというふうに思ったわけでございますが、その辺のところの御所見を承りたいと思っております。

○白木公述人 お答えいたします。

先ほどの東大病院を池之端中央病院にしろというの、一つのお答えではないかと思うわけですが、たとえばその辺の文京区の保健所というものが、その地域のしっかりした公立であれ国立であれ都立であれ、やはり連携すればそういった問題は片づいてくるわけだと思ふのですけれども、それに対して一体だれが財政投資をするのか。これが国と地方自治体とそれ以外の財団という三つのソースというものはどの国でも行なわれているわけですが、その辺のところは十分にできていないのではないかと。もし東京都に財政の余裕があるならば、たとえば文京区の保健所は東大と密着してやれ、それに対して財政の援助をしていくというような形を当然とらなければならぬのではないかと、そんな気がいたします。

それからもう一つ医学教育の中で非常に重要だと私最近思ひだしておりますのは、医学ということ、いま技術教育的な面が非常に多いということ、それから自然科学、精密科学に近づくことがあつたか医学であるかのごとき教育があまりにも多く行なわれている。ですが、私たちは少なくともそうではなくて、医学というものは、自然科学的な側面もあるけれども、そうではなくて、ものすごく人間科学的な側面が大きい側面がある。それが医学のほんとうの実体ではないかと思ひます。そういう意味では、医学と社会の関係とか、あるいは経済の関係とか、いろいろな問題が出てくるわけでありまして、そういう問題についての教育というものは、具体的にどこでどういうふうにしたらいいのか。これはただ講義をするだけでは十分ではないわけでありまして、やはり実践というか、実地の場においてそういうものがほんとうの教育になるのではないかと。そういうことを考えておきまして、実は三木長官に呼ばれましたときに、水俣でどういふような医療体制をしいたらいいかというお話がございましたときに、一つの考え方として、地域にきちっとした地域病院をつくるならば、医学生というのは必ずそ

こに行つて実習しなければならぬ、そしてそれを通じてなければならぬ、卒業させないというくらいでなければ、やはり実践の場で、どんなに水俣病の患者たちが苦しんでおられるのか、その地域との対応関係においてもいろいろな疎外を受けているわけですが、その実地を見なければいけません。そういう実践の教育の場を教育をほんとうにしていこうという形では、四日市ゼンソウの地区あるいは富山のイタイイタイ病あるいは阿賀野というところ、やはりきちっとした地域病院をつくり、そこに医学生を派遣しなければならぬ、そこを回つていかなければ卒業させないくらいにしないことには、いま私が申しましたような社会と医学のかかわりという問題は決して出てこないのではないかと。いふように私は考えるわけですが、私のような教授がみなそうであるか、ほかの教授もそうかどうか、これは何とも言えません。

○坂口委員 次に、疾病構造の変化に伴ひまして、やはりこれに伴つたと申しますが、見合つた保険というものが今後できていかなければならぬと思ふわけですが、私はこの健康保険のいろいろの審議の中で、少なくとも年一回ぐらいの健康診断は保険で受けられるようにしなければならぬ、いわゆる予防給付の問題でございますが、これについて主張をしております。しかし、厚生大臣は、ひとつ今回の健康保険の改正案が通つたらその次に考えよう、こういうことで、なかなか意見が一致しなかつたわけでございますけれども、この予防給付の問題につきまして、小山先生それから大熊先生、ひとつ御意見を賜ひたいと思ひます。

○小山公述人 お答えいたします。健康保険のたてまえは、療養に要した費用を負担する、つまり私どものことばでいいますと、修復医療だけでして、要するに修繕、こわれたからだの修繕なので、修復医療であります。この修復医療だけでは保険が成り立たないという認識は、

もうわれわれ共通に持つてるところであります。したがつて、何らかの意味で健康管理なり予防あるいはリハビリテーションというものをドッキングさせるといふか、システムとして確立させる必要がある。その場合に、予防給付を健康保険というシステムでやつたほうがよろしいのか、それとも、地域医療の確立というようにことからいへば、保健所、病院という一つのネットワークを考えまして、その中で予防問題あるいはリハビリテーションの問題を考えるべきか。これは費用の出どころが違ひますと、力の入れ方が違ひますので、保険局にそんな予算をやらしても、これは役人がいふのであれでしかたありません。保険サイドでやる仕事ではないように私は思ふのです。むしろ公衆衛生なり、それから今後老人が非常にふえてまいりますと、老人福祉の一環として、地域福祉と地域医療を統一するものとしての地方自治体活動というものは多くを期待したい。保険給付という形で予防給付は、健康保険組合等々たとえば短期人間ドック等をやるとかいうふうな活動は間々見られますが、それは事業主側の健康管理の手段という面がかなり強いので、むしろ全国民を対象にするという立場に立ちますと、いま申し上げた観点のほうが望ましいように私は考えております。

○大熊公述人 お答えいたします。現在の健康保険というのは、これは私は全く疾病保険、しかも重症ではなくて軽症の患者を対象にした軽症保険、こういうような名前を呼んだらいいのではないかと。思ふようなあり方をしております。やはりいまの時代は、予防、治療、リハビリテーションと、一貫した体系の中で取り上げられるべきであつて、やはり保険の中から当然予防給付といふものがあつてもいいのではないかと思ひます。これはよくいわれることでございまして、予防にまさる治療なし、こういうスローガンがございまして、ところが、いまのような予防給付を認めてない健康保険のあり方では、私は全くこれは死語になっているのではないかと思ふわけ

でございます。それで、やはり保険の中から予防給付を認めるということは、結局は、たとえばガンならガンでけつこうでございまして、早期発見、早期治療ということになります。結果としては医療費の節約にもなるのではないかと。思ふように考えるのでございまして。この予防給付も、できましてらたたとえば特に主婦の層にまで及ぼして、年に二回ぐらいの人間ドックは無料でできるといふような形にぜひすべきではないかと思ひます。

○坂口委員 この問題は、ほんとうはもう少しお聞きをしたいわけですが、時間がございませぬので、次の問題に移させていただきます。もう一点は、先ほど申しましたとおり、健康保険が改正されるならばそれは一本化していく方向に改善されるべきである、こういうことを私は主張してきたわけですが、今回の改正案を見ましても、たとえば組合保険と政管健保とを比較いたしましたも、けさからいろいろとお話がありましましたように、たとえば給与ですとか年齢ですとか、あるいは性別、そういったいろいろな違いもございますし、それにもかかわらず、たとえば特別保険料にいたしまして、弾力条項にいたしまして、政管健保にのみ強制をしております。こういうふうな形で改正が行なわれるならば、やはりこの格差が定着する、あるいはまた大きくなっていくという方向になるのではないかと。こういうふうな意味での健康保険の改革というものは、私は私は反対であるということを言つてきたわけですが、この点につきまして、小山先生もう一度お願いをしたいと思います。

○小山公述人 お答え申し上げます。確かに今回のような改正をいたしますと、たとえば標準報酬の上限を二十万に上げるといふことになりまして、平均標準報酬の現在の差、約一万円ちよつとだと思ひますが、それがさらに拡大することは事実であります。したがつて、制度の一本化がよろしいのか、かつていわれた一本化論というのと、それから財政調整論、この二つ

ございまして、そして現実にはどういうことかといえ、制度の一本化論が支配的だった時期があり、それからそれがいろいろ利害関係等がございまして事実上不可能だということから、財政調整論という考え方が出ました。これが私の属しております社会保険審議会等でもずいぶん議論の対象になりました。しかし、この場合でも、資本家も労働者もござって反対でありました。既存の利害の壁というのは非常に厚いというのと、それから考えてみますと、一方、大企業の組合健保の被保険者が受けているレベルが、世界的というか、医療保障の理想から見ても過ぎるのかというのと、それは上過ぎるとはいえないので、まあその程度ぐらいいはあたりまえだろう。こういうことになりまして、その制度の一本化あるいは財政調整論という考え方がデッドロックに乗り上げると、今度は、それならばせめて給付面でも政管健保のほうを引き上げていって、そして給付格差をなくそうじゃないかというの、今回の案のバックグラウンドになるわけです。つまり家族給付について申しますと、健康保険組合等の現在の家族給付の給付率は大体七割二分ぐらいになります、家族療養費の償還をしておりますので、そうなりますと、これを七割に引き上げる、政府管掌健康保険が七割に引き上げるということになりますと、他の保険制度も一斉に七割に引き上げるを得ないということになります。それから高額医療費、これも他の諸制度は見習うと思います。こういうことで、給付面におきましては格差は正の見通しといえますが、ワンステップが今回踏まれることになるだろうと思います。ただしその場合に、御指摘になりましたように、保険料負担の問題、あるいは弾力条項等の問題、非常に費用負担の問題がむずかしいのか、あるいは被保険者負担というものはどのくらいまでがまんじなさいいけないのか、あるいは給付改善をやるなら本人の一部負担を若干は引き上げていいじゃないかという議論もあったことは事実であります。したがって、この財

源問題について非常にむずかしいし、それから組合管掌健康保険との差が広がることは事実だろうと思えます。そこで、そういうことを前提に置いて考えてみますと、実は健康保険組合の中でも財政力の弱い組合は今回の改正でかなり財政的に圧迫を受ける。大企業等で余力のあるところはどうかということはないと思えますが、組合間で格差が出ると思えます。

それからもう一つは、政府管掌健康保険と組合管掌健康保険の財政力格差の問題がございます。私個人といたしましては、財政調整的な方向で問題の解決をはかるといふ従来の主張を変えておりません。ただ現実の利害関係からしてそれが不可能である。これは理論の問題ではなくて力の問題でございまして、実に残念といえば残念であります。が、ともかくそういうことでありますので、何か、たとえば先ほど申し上げました退職者の継続療養給付を共同でやるとか、国民のためにひとつ共同で各保険集団が力を合わせようじゃないかというようなことになってくれれば、先生のおっしゃるような制度の一本化への方向が半歩でも動くんじゃないかと思っておりますが、現在のところまだそこまで機が熟してないといえますか、はなはだ私としては残念に思っているであります。

○坂口委員 ありがとうございます。これで終わります。

○山下(徳)委員長代理 和田耕作君。

○和田耕作委員 私は、一番小さな政党で時間が二十分しかないわけがございまして、ただ一点だけを専門家の皆さま方にお伺いしたいと思っております。

今度の橋本私案というあの提案の中に、弾力条項についての修正の意見がございます。それについて診療報酬を引き上げるとか、あるいは給付の改善をするとか、その他緊急の事態に対して対処するためだという説明がございました。

そこでお伺いしたいのは、診療報酬の引き上げという問題、これは非常にむずかしい問題だと思うのですけれども、この診療報酬の引き上げとい

う問題について、公述人の方々の端的な御意見をお伺いしたいと思うのですが、たとえば診療報酬の引き上げにしても、私はこれは公私の全国の病院の代表の方々からは、即刻やってもらわなければならないのだ、看護婦の問題にしても、差額ベッドの問題にしても、この問題を何とかしてもらわなければならないのだという強い要望も受けておる。また薬剤師さんの方々は、いまの医薬分業という問題を実行するためには、お医者さんの診療報酬というものを引き上げるといふ形でこの問題を解決する以外に方法はないんだという御意見もあつて、もしこの診療報酬の引き上げということが、いまの医療保険問題の周辺にある重要問題を解決する糸口になるような心がまえであれば、私は、やつてもいいじゃないかという感じを持っておりますので、そういうふうな問題についての保証なしには、なかなかこれは利害関係の結びつく問題で、困難だという感じを持つのです。この問題について特に小山先生と白木先生と吉田先生と大熊先生の端的な御意見をお伺いしたいと思うのです。

○小山公述人 答えたいします。

まず一つ申し上げられますことは、わが国の国民総医療費でございまして、これが対国民所得比で四・何%、これが昭和四十年からほぼ横ばいだという事実でございまして。つまり医療費は、二年に一度ぐらいの割合で診療報酬の改定をいたしますが、国民総医療費に反映される限りでは、医療費の引き上げの有無にかかわらず、一応の横ばい状態で推移してまいったという事実がございまして。それ以前、三十六年から四十年ぐらいまでは医療費の増加が国民所得の増加率を上回りました。そして大体三十六年から四十六年ぐらいの間に国民総医療費は一ポイント上がっております。これが現在の健康保険の財政難の最たるものでございまして。これがまず一つあると思えます。

それから、さてそれならば今後そういう情勢が推移するかといえますと、これはコストブッッシュの要因が病院側にあるかというのが事実でござい

います。診療報酬と申しますのは、これは非常に精密にできているようでありながら、かなり弾力的な要素がありまして、物価、賃金等が上がりますと医療費も、医療費を改定しなくてもある程度は上がる。これを役人たちは自然増と申しておりますが、実は点数表の、まあ何といいますが、医療のビヘービアと私呼んでおるのですけれども、医療のビヘービアというものは所得に対してわりとコンスタントなものであります。で、国民所得の伸びに対してコンスタントであろう。しかしながら、他方におきまして病院等は、これは最近非常に労働力不足、それからもう一つは、かなり高額な医療機械等が使われるようになりまして、コストブッッシュの要因は今後かなり強くなるだろう。それが一つの、医療費引き上げといいますが、この圧力になる。この面の費用引き上げは、われわれとしては当然のこととしてがまんせざるを得ないだろう。つまり安い医療費でいい医療にかかりたいという、だれもそう思うわけでありまして、現実には日本の医療資本に対する投下率といえますが、まだまだ低い。ことに白木先生先ほどおっしゃっているように、医師対パラメディカルとの割合というものはまことにおさみしいような状態でございまして、その面を改善するための費用負担、これはわれわれとしては甘んじなければならぬ。そうでないと医療がますます荒廃するだろう、こういうことでござい

ます。そういう点から申しますと、診療報酬の引き上げに伴って何らかの財政対策を講ぜざるを得ない。つまり保険というものは一つの収支バランスのシステムでございまして、これを無視して運営をやられたのでは、これは制度全体の安定的な発展ということを不可能にするだろう、私はそういう意見でございまして。ただ、問題といたしまして先ほど先生御指摘のように、医薬分業の場合、診療報酬を引き上げることと医薬分業を可能とするような基盤をつくって、薬剤師会の言い分もよくわかります。そういうこともあつたのですけれども、しかし、医薬分業につきましては、一つ

は患者側が二重の手間になると言って反対した例もございす。それから医業分業が必ずしも万能薬ではないので、医業分業をすることで調剤費によるコストプッシュという面もこれは否定できないと思ひます。ですから、結局われわれの考えとしては、医業分業に適したところから、まあ試行錯誤的に制度の合理化をはかっていく以外に方法はなからう、こういうのが率直な印象でございす。こういうことで、お答えになったかどうかかわかりませんが、診療報酬の引き上げが医療の正常化の方向で進められるならば、国民としてはそういう方向で協力すべきだ。保険料としても税金の形でもけっこうございすけれども、ともかくわれわれとしては、やはり国民にいい医療を提供できるような保険制度なり医療保障の制度をつくっていく義務がある、このように私は考えております。

○白木公述人 お答えいたします。

先ほどの石母田議員に対するお答えとほとんど同じことになるのですが、つまり診療報酬の引き上げで医療がよくなるかという端的な御質問だと思ひますが、私はやはり公的医療と私的医療をはっきり分けて考えました場合には、公的医療で診療報酬が引き上げられるということは、回り回って結局は医師並びに看護婦の待遇改善ということだけにはつながると思ひます。ですが私的医療との格差はそんなものではどうも格差は是正されないというところは非常につきりしておりますし、それからほかの職種に比べて医療関係の人たちだけの報酬を引き上げることが論理的に正しいか、あるいはそういうことが許されるかというような問題もございす。私はやはり少なくとも公的医療関係、公的医療がよくなるということ、別な財源から別な考え方に基づいての、先ほどから私が申し上げてきましたような面について財政投資が行なわれるのでなければ、少なくとも公的医療はよくなるかということとはつきりしていると思ひます。ですから、結論としては診療報酬だけではだめだということでございます。

○吉田公述人 先ほども申し上げましたように、大体医療保障制度を実施している諸外国の例を見ましても、日進月歩の医学技術あるいは薬学の進歩等々で、医療費の増大はこれは当然なことであります。その増大する医療費、あるいは日本の場合で言いますと診療報酬に対してどう対応するかというのが、実はいままでたいへん問題になってきたことなんです。ただ、いままでのいきさつをずっと見ますと、単価点数、現物給付、もう一つ出来高払いという、この諸前提を簡単にくずすということは非常にむずかしいようです。

(山下(徳)委員長代理退席、委員長着席)

そういう点から言いますと、良心的な医療、診療を保障してもらうために適正な診療報酬でなければならぬということは、これは当然なことなんです。ただ、これはもう毎年の、あるいは長年のいきさつでもわかりますように、中絶をめぐって非常に対立激化があります。現在も中絶は中断の状態なんです。ただ、いまのような諸物価の高騰の中でやはり人件費も非常に不十分、あるいは賃上げもボナスもほとんど支給できないという、そういう大小の公私病院がたぐさあることは事実ですから、応急的にいまの諸物価に合わせた程度の全面的な医療費、診療報酬を上げるかというように、そういう要求と、それに対する対応策、それから今度の日本医師会が出してありますように、スライド制を導入しろということ、中身は何だと言いますと医師の技術料と人件費と物価だ、この三つの要素は先ほども言いましたように、いまの個々の点数では分離できないものです。したがって、もしスライド制を導入することになりますと、私はかなり長期の時間がかかわらなければ、まあ議会の先生方も、あるいはわれわれ外にいる国民も納得するような、そういう方式はなかなか見出せないのではないかと思ひます。その辺の非常にむずかしいのが、いま中絶の場合には激突の状態でありますから、私はこれからどうしたらいいかということに対しては、ちよっと判断に苦しみます。ただ非常に切実な要

求が医療担当者から出ているということは事実ですから、それにこたえる道はやはり応急的に、いまの諸物価に合わせて、どう診療報酬を上げるかということにもしよ協するならば、その道は私はそんなにむずかしいことではないと思ひます。それから医業分業の問題につきましても、もしも医業分業をすることによって医療費の増大を抑えたり、あるいは薬の使用を抑えるということになりますと、これはかなり一面的ではないかと思ひます。なぜなら病院の場合には薬局と薬局と分業してますから、それならば病院と薬局と薬の使いようが、開業医の場合には圧倒的に多いかという、決してそうではないのです。だから医療費の増大を抑えるために、あるいは薬剤師を抑えるためにというようにすると、私はかなり問題があるかと思ひます。

それからもう一つは、いままでのいろいろな公述人の御意見のように、何といましても医師と薬剤師の不信感が前提にあるという条件の中では、医業分業は私は簡単に実施できないのではないかと思ひます。したがって、やはり医業分業のためにいろいろな諸条件を整える。その整える一番むずかしい問題は、一体いまの診療報酬点数表の中から医師の技術料を分け出して、従来の収入をあまり減少しないようについで一体保障ができるかどうかという、これまた診療報酬の問題に関連する問題が出てまいります。薬剤師のほうはどうだというと、これは当然調剤技術料をまあ持つてくるに違ひありませんから、その辺非常に問題があるのですが、しかし欧米諸国の大部分は実質的に医業分業に踏み切っておりますから、それがなぜ日本の場合にはできないかということ、いつまでもこのままでは放任できない。だから、諸条件を整えれば私は医業分業に賛成ということでは。

○大熊公述人 実は私は診療報酬というものがよくわからないのでございす。これは医療の公共料金というふうに私解釈しておりますけれども、その中味が一体どんなものなんだろうかとこの点

で、いつも疑問を持つのでございす。たとえば医者の場合には、外科の手術をしたとしますと、これはよく外科の医者に多いのでございす。肝臓に感染して半年も一年も休むという例をよく見聞するのでございす。こういう危険負担準備金のようなものも入っているのではないだろうか。それから当然、これは奥さん一人で内科の無床診療所を経営しているような開業医の場合でございす。そういうもののほかに、まあいろいろな労働、そういうもののほかに、それからその深夜労働、これはたいへんばかにならないものだと思います。最近のように特に公費医療、老人医療無料化のような問題が起りますと、これは私はたいへんな事務労働だと思ひます。こういうようなものを全部含めて考えました場合には、私はやはりいまの診療報酬というものを引き上げることについて原則的に反対はいたしません。ただ、これは私、国民の側から考えますと、私などが講演会で接触したとき、特に婦人会などの女性なんかと話したときによく出るので、多少診療報酬が高かろうと保険料が高かろうと、たとえば先ほど申し上げましたように医療の供給体制が整備され、これが強化拡充されて、付き添い医療もない、差額ベッドもない、それから補食代もない、救急医療体制なんかでもきちんと整備されている、それから、よく言われることとございす。三時間待ちの三分診療でございす。たとえば三分で一体どんな質の医療が行なわれるのだろうかというのを私いつも感じるのございす。こういうようなものが整備されておりますれば、国民にしましても診療報酬が定期的に一年に一回ずつ多少上がっても私は耐えられるのではないだろうか、こういうふうな考えでおります。

○和田(耕)委員 いま大熊さんが最後におっしゃられた点ですけれども、私もこの法案を審議する基本的な態度として、確かに保険制度のこまかな問題についていろいろ議論することも大事ですけれども、安からう悪からうという状態ではだ

めな段階にきているということだと思ふのですね。やはり保険料が何ぼ上がるからといって反対だ、あるいは診療費が上がる、これもいかぬというふうなことを中心に議論するようなことでは、日本の医療制度の現段階の問題点をついていないというように私は思ふのです。そういうふうな意味で、いま診療報酬といひましたのは医者の技術料、お医者さんというのはやはり非常に大切なお仕事ですから、技術料でもって生活できるようなことを考えるということをおのづからいふ必要があるんじゃないだろうかというふうな観点からいまの診療報酬の問題についての御意見をお伺いしておるのですけれども、私は医療の荒廃といわれる問題の一番焦点は、お医者さんの質の問題だと思ふのです。いろいろな精神的な意味でも物質的な意味でも、この質の問題を解決することなしに現在保険制度のいろいろな問題をいじったところではないかということを感じて持っているわけなんです。それでこの前も武見さんとお目にかかつて、端的に私その意見を申し上げたのですけれども、さすがに武見さんもお医者さんの質の問題についてはたいへん心配しておられる。私は武見さんと意見の一致する点はその点だけなんですけれども、そういう問題を考えてみなければならぬというふうに思います。いいお医者さんができて、私どもの生命を安心して預けるようなことになれば、かりに医療費が倍になったって国民は納得すると私は思いますよ。薬の問題との関連で考えますれば私はそうはならないと思ひますけれども、かりに臨時的に医療費が上がっても、いいお医者さんといひ看護婦さん、医療担当者のサービスが受けられるとすれば上がった方がいいのだ、そういうような感じすら私は持つておるわけでございます。ひとつ私どももこういう法案の審議と同時に——制度審議会、保険審議会の答申では周辺問題というふうな表現をしておるのだけれども、これは間違ひだと私は思ふのです。まさに周辺ではなくて、これ自身が一番問題だというふうに思ふわけで、そう

いう抜本をやれやれと言つたつてしょうがないこととて、こういう問題を通じて、特にこの弾力条項では、齋藤さんもこれが認められれば診療費の引き上げをやつて、あるいは病院の内容の充実をはかる、あるいは医薬分業の問題にしたつて、そういう問題を考える取っかかりはできるのだというふうなことも主張されておる。もしほんとうに厚生省が弾力条項を発揮して、そういう基本問題に手をつけるようなことを確実にやれば、私はこういう問題は賛成してもいいと思ふのですよ。しかしそういうことが全然信用できないし、やる気もなさそうだということになれば、これは賛成のしようがないという感じを持つておるわけでございます。いま診療報酬の問題についての御意見を承つたわけでございます。

もう時間がなくなりましたので、どうもぶしつけな御質問をいたしまして失礼いたしました。
○田川委員長 以上で公述人に対する質疑は終わりました。

公述人の方々におかれましては、長時間にわたり貴重な御意見をお述べいただき、まことにありがとうございます。厚くお礼を申し上げます。これにて公聴会は散会いたします。

午後三時五十五分散会

