

同小沢和秋君紹介(第二九八三号)
同岡崎万寿君紹介(第二九八四号)
同工藤晃君紹介(第二九八五号)
同佐藤祐弘君紹介(第二九八六号)
同柴田睦夫君紹介(第二九八七号)
同田中美智子君紹介(第二九八八号)
同津川武一君紹介(第二九八九号)
同中川利三郎君紹介(第二九九〇号)
同中島武敏君紹介(第二九九一号)
同中林佳子君紹介(第二九九二号)
同野間友一君紹介(第二九九三号)
同不破哲三君紹介(第二九九四号)
同松本善明君紹介(第二九九五号)
同三浦久君紹介(第二九九六号)
同(養輪幸代君紹介(第二九九七号)
同山原健二郎君紹介(第二九九八号)
医療保険の全面制度改悪反対に関する請願(藤田高敏君紹介(第二九九九号)
健康保険・年金制度改悪反対に関する請願(河野正君紹介(第三〇〇〇号)
同沢田広君紹介(第三〇〇一号)
同野口幸一君紹介(第三〇〇二号)
同藤田高敏君紹介(第三〇〇三号)
同(養輪幸代君紹介(第三〇〇四号)
同(宮地正介君紹介(第三〇〇五号)
同(村山富市君紹介(第三〇〇六号)
同(渡辺三郎君紹介(第三〇〇七号)
療術の制度化促進に関する請願(大野潔君紹介(第三〇〇八号)
同(齋藤邦吉君紹介(第三〇〇九号)
同外三件(野上徹君紹介(第三〇一〇号)
医療保険・年金制度の改悪反対に関する請願(柴田睦夫君紹介(第三〇一一号)
原子爆弾被爆者等の援護法制定に関する請願(梅田勝君紹介(第三〇一二号)
同(浦井洋君紹介(第三〇一三号)
同大野潔君紹介(第三〇一四号)
同(工藤晃君紹介(第三〇一五号)
同(田中美智子君紹介(第三〇一六号)

同中島武敏君紹介(第三〇一七号)
同中林佳子君紹介(第三〇一八号)
同東中光雄君紹介(第三〇一九号)
同不破哲三君紹介(第三〇二〇号)
同松本善明君紹介(第三〇二一号)
同三浦久君紹介(第三〇二二号)
仲裁裁定完全実施に関する請願(伊藤茂君紹介(第三〇二三号)
同加藤万吉君紹介(第三〇二四号)
同川崎寛治君紹介(第三〇二五号)
同(廣瀬秀吉君紹介(第三〇二六号)
同(細谷昭雄君紹介(第三〇二七号)
同(横江金夫君紹介(第三〇二八号)
男女雇用平等法・パート労働法の制定に関する請願外四件(大野潔君紹介(第三〇二九号)
原子爆弾被爆者等の援護法の制定に関する請願(経塚幸夫君紹介(第三〇三〇号)
同(瀬崎博義君紹介(第三〇三一号)
同(辻第一君紹介(第三〇三二号)
同(藤木洋子君紹介(第三〇三三号)
同(藤田スミ君紹介(第三〇三四号)
は本委員会に付託された。
本日の会議に付した案件
健康保険法等の一部を改正する法律案(内閣提出第二二号)

○有馬委員長 これより会議を開きます。
内閣提出、健康保険法等の一部を改正する法律案を議題といたします。
質疑の申し出がありますので、順次これを許します。平石磨作太郎君。
○平石委員 まず、厚生大臣にお尋ねをいたします。
私たちの人生にとりまして一番怖いものは何だろうかと考えてみますと、昔から地震、雷、火事、おやじ、こう言われている。ところが、一番怖いのはやはり病氣だ。したがって、私どもは、少なくとも病氣を願っておる者はおらない。何とか病氣を防止し、そして健康で、元気で働こう、これがみんなの願いです。ところで、そういった願いにもかかわらず不時に病氣になった。まさに、この不時に病氣になるときに私たちが一番頼りになるものが、みんな助け合おうということ。そして、病氣にかかることは、その家庭にとっては非常に悲惨であるし残酷なものなんだ。そうすると、ここでお互いに助け合いをしましょうかということに相なってくると思うのです。そしてそこには、いや、私はお金があるから自分でやります、連帯は嫌でございましてという者もおるかもしれぬ。そういう中で、やはり力の弱い者も力の強い者も一緒になってお互いに防衛をし助け合おう、こういうのが社会の実態であらうと思うわけです。これは大臣も一応お認めいただけるものと思うわけです。そこで、私はそういうような社会の実態を考えたときに、これはお互いに社会連帯という形で相互扶助でやるだけではない、これは嫌な者もありあるいは一緒になろうという者もあるから、むしろ国の方でこういった一つの制度をつくっていく、そしてお互いにこのことについては国も力を合わせてこれらの問題に対処していこう、こういうことを考えるのが普通だと思うのですが、大臣のお言葉をいただきたい。
○渡部国務大臣 先生御指摘の御意見と、私も全く同じ意見でございます。

○平石委員 そこで私は、そういうような社会の実態の中から、国民の皆さんのそういった生活の、いわゆる生きる権利といえますか、そういったことに国も力をかけて守ってやろう。むしろ、お手伝いをし守るというよりも、さらに民生の安定、そして社会の安定を確保する意味からいっても、これらの国民のいわゆる働いて生存していくということについては国が責任を持っていこう。そしてそこに、皆さんの権利としてこれを国家としても確保して、そういった悲惨な状態は少なくともこれを防止し生活権を確保していこう、こういうことが憲法の上にあられてきておるのではないのか、このように思うのですが、大臣のお言葉をいただきたい。
○渡部国務大臣 私は、社会保障というものは、国民の皆さんの生活の不安をなからしめる、そのための基礎的な要件を国がいろいろの施策で行っていくことであると考えておりますから、まさに国民生活の中の不安ということになりますと、先ほどから先生お話しのように疾病の不安、これは非常に大きいものでありますから、その不安をなからしめるような条件をつくっていく、これは国の責任であると考えております。
○平石委員 国の責任であるという今大臣のお言葉をいただいて、私は、まさにそのことが憲法二十五条にあらわれておる、そして社会保障の根拠となるもの、淵源となるものはまさにそこから来ておる、このように考えられるわけでございますが、今の大臣のお言葉、法制局にもお聞きをしておきたいと思っております。
○工藤政府委員 お答え申し上げます。
ただいま先生の御指摘があり、また厚生大臣からもお答えございましたように、憲法の二十五条、これはすべての国民が健康で文化的な最低限度の生活を営む権利、こういうふうなことを規定してございまして、そういうふうなことを規定するように国政を運営していく、これが国の責務である、これを明らかにしたものと私は思っております。

○平石委員 国の責務を明らかにしたものである、こういうお言葉でございました。そこで私は、社会保障というものは憲法から出てきた国の一つの責任である、したがって、これは公的な制度である、この位置づけができるわけでありまして、したがって、ここを起点として、これからの健康保険法の改正については御質問を申し上げていきたいと思っております。
そこで、病氣あるいは負傷、こういった個人が生活困窮に陥るいろいろな原因がございます。だが、そういった原因を一つにまとめて公的なもの

としての保険制度がここにでき上がつておる、この位置づけられるわけです。

そこで、では一体何なのか。日本の社会保障というのはいくつかの点から、どのような手法で、どうしていったらいいのかというところで、御案内のとおり、社会保障制度審議会が昭和二十五年の十月十六日、社会保障法と社会保障法施行令を御用ひ、これはそれまでの国民は聞いたことがなかった言葉である。そしてそれが憲法上の問題として、国の責務として、一つの社会保障の仕組みをしていく上においてどのようにしたらいいのかということとを、この制度審議会が総理に勧告をいたしてあります。それを見ても、このように書いてあります。

「日本国憲法第二十五条は、(1)すべて国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。(2)国は、すべての生活面について社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と規定している。これは国民には生存権があり、国家には生活保障の義務があるという意である。このようにことすね。それから「社会保障制度審議会は、この憲法の理念と、この社会的事実の要請にこたえるためには、一日も早く統一ある社会保障制度を確立しなくてはならぬと考える。いわゆる社会保障制度とは、疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齢、失業、多子その他の困窮の原因に対し、保険的方法又は直接公の負担において経済保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては、国家扶助によつて最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上を図り、もつてすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすることである。」そして「このような生活保障の責任は国家にある。国家はこれに対する総合的な企画をたて、これを政府及び公共団体を通じて民主的能率的に実施しなければならない。この制度は、もちろん、すべての国民を対象とし、公平と機会均等とを原則としなくてはならぬ。」こう書いてございます。したがって「社会保障制度審議会は上述の見地において、下記の如き社会

保障制度案を作成した。」、これで社会保障というものの一つのエリア、一つの方法、手段、土俵ができてきたわけですね。これをスタートラインとし、これを土俵として、この中から、日本の社会保障制度は政府の行う社会保障制度として出発をし、今日に至つた、これは御確認いただければよろしいか。

○渡部国務大臣 まさしく御高説のとおりでございます。

するものを受け入れようとする意思がそこには恐らく働いておるようには私は思います。ところが、医療については全くそういうようなことがなかった。言葉はきついかもしませんが、突如としてそのことが出てきたように思ふわけです。今回の予算編成の都合からこの健康保険法の改正が出てきたということを巷間言われますが、大臣はいかに思つておられるか。

○平石委員 そういつたてりて出発をいたしたものでございますから、この国民の健康に直接かかわつてくる健康保険法の改正、これは今までの担当である厚生大臣、そして関係機関の非常な努力の中に今日の発展を見てきました。そして、日本の経済が高度成長を迎え、さらにそういう中で社会保障のエリアもだんだんと広まってきたこと、保障するエリアがだんだんと広まってきたこと、まさに十五兆円に達する大きな健康保険に對する経費が必要である、ここまで発展してきたわけですね。そしてこれから先、やはりこの制度を維持発展をさせ、国民に對して保障する国家の責任、そしてこれを維持発展させるために国民すべての者に責任がある、こういうふうに私は思ふわけですね。これからの健康保険というところを見たときに、どのようにしていくかということから今回のことが出てきておるようにも思ふわけです。

○平石委員 そこで、さらに御意見を申し上げますが、今の大臣の御言葉、それは所管大臣としてそういうふうなことであらうし、またそうあるべきことだと思ふのです。ところが国民から見ると、外から見た場合、そしてこの保障制度、健康保険法によつて受益しておる者から見たときは、そういう感じがするわけです。したがって私は、大臣のそういう御言葉は二言三言はしたけれど、国民の側から見たときは余りにも唐突であり、そして予算編成の都合で出てきたんじゃないかというふうな感じは免れぬと思ふのです。これは残念なことでありまして。

クルの中でやっていくことでございますから、当然のこととしてそこにはそういう自覚も理解も働くのでございますが、健康保険の問題は単年度勝負、そうなりますと、私は、将来の展望をかけた、大臣がよく説明で言われます、今もおつしやいました二十一世紀を迎えるに当たつての高齢化に對するといふこの御説明、結構なことではあります、何か非常にそれが空虚に聞こえるわけですね。それらに對してビジョンを持つていない、二十一世紀を迎える医療はこうあるんですよ、という一つのビジョン、そして中長期の展望に立つたそういうものがないまま、単年度、五十九年度の予算編成の中でこれが行われるから、空虚に聞こえるということですね。ビジョンにつきましては後からまたお話を申し上げますが、そこをまず御理解をいただいておきたいと思ふのです。さて、そこで今回の予算編成、いろいろと国家財政のこつた窮乏といふことにつきまして、私も重々理解をいたしておりました。したがって、このまま放置していいのかどうかということとは、良識ある国民はみんながそのことを心配をしておると私は思ひます。したがって、このことについて、大蔵省なりあるいは厚生省、特に予算編成の責任を持つ大蔵省は、御案内のとおり経常的な経費、一般会計につきましても非常に圧縮を加えておるわけです。そこで何回も申し上げたいことは、今までは厚生省は、昭和五十七年、財政的に大変な時代を迎えたときは、やはり大蔵省のマイナスイテリという中で、福祉の水準は落とさず、したがって予算操作の上において私どもはこの予算を編成してまいりましたということ、いろいろな予算操作が行われました。そして、それは一つは厚生年金特別会計への繰り入れ、このことが延伸されたといふことが貸し付けたといふことが、戻す約束がありますか、ありますかと

言つて当時は大変国会で論議を重ねたことでした。こういう一つの予算操作、それから国民健康保険会計に對する国庫負担の十一カ月予算、これも予算操作の中でやつたことです。それから老齢

政、あるいはお互いのこれからの将来を展望したときに、およその理解といひますか、政府の意図

解をされてきている。二十一世紀を迎える国家財政、あるいはお互いのこれからの将来を展望したときに、およその理解といひますか、政府の意図

福祉年金の十五年かかつての平準化、これも予算操作の中の福祉の水準をダウンさせなくて知恵を絞ったところであつたわけです。そういうことをなされてくるときに、私たちが心配をし指摘を申し上げたことは、これはなるほどそうであるけれども、だんだんと問題を先送りをして傷口が大きくなるだけじゃないか、解決点を先に延ばしただけじゃないか、こういうことを御指摘を申し上げたことがあつたわけでございます。そして後、こんなことを重ねておると予算編成はできなくなりますよということを御忠告を申し上げたわけですから、そして、大蔵省からはマイナス五%のシーリング、これが出てきました。そして、さらにマイナス一〇%のシーリングという形が出てきたわけですから、こうなりますと、このマイナスシーリングというのは非常な痛手を受ける。

そういう立場から考えたときに、大蔵省にお伺いをいたしますが、このマイナスシーリングというのが画一的に同じような圧力を持って、同じような財政ベースでマイナスをやられますと、これは厚生省の予算というのは御案内のとおり生活費です、あるいは生活関連費なんです。ほかの費目につきましては、これは事業を延伸をしていくということとは可能でございます。ところが、厚生省の厚生予算は少なくとも生活費であり生活関連費、きょうの生活に困つたというのを、マイナスシーリングですからちよつと待っておつてくださうということとはできません。このように切実に迫つた、いわば国民の生活に密着をした予算、これを同じような考え方でやられますと、厚生省は非常に大変な予算の編成になつてくるわけですから、そういうことを御承知でしょうか、一言お伺いしたい。

○小村説明員 毎年、厳しい財政状況下で、シーリングで各省にいろいろ御協力をお願いしております。五十九年度におきましてもマイナスシーリングということで御協力をお願いしたわけでございますが、特に先生御指摘の、厚生省におきましては年金の成熟化に伴う増加、あるいは医療の自

然増等がございます。私どもとしては、各省一律マイナスシーリングの中で、厚生省につきましては、年金の成熟化等の増加あるいは補充費途等が非常に多いでございますので、補充費途等についてはマイナスの対象にしない等の措置を講じまして、五十九年度におきましては例えば二千八百億円の、マイナスシーリング下におきましても増加のシーリング枠を設定したということでございます。

○平石委員 マイナスの中であつても、この予算を見ましてもなるほどふえてはおります。これは絶対的にはどうにもならないところのあらわれだと思ふのです。

そこで、そういう中で厚生省は、今回の予算編成において自主シーリングをやつたわけですね。この自主シーリングの宿題は六千二百億。ざつと六千二百億円のマイナスシーリングの宿題を受けた、これが医療へかかつてきた、こう私どもは理解をしておるのです。ひとつそのことについて大臣のお言葉をいただきたい。

○渡部国務大臣 これは先生非常に御勉強なさつておりますので、私も、今日の厳しいゼロシーリングあるいはマイナスシーリングという制約の中で、まさに先生御指摘のように、生活費に直結するところの社会福祉のレベルを落とさないうことに予算を組むために、大変な苦労があるというのと私ども思つておるものでございます。今度の予算、五十九年度予算でも、厚生省予算九兆二千四百五十億、この中で医療費に対する支出が三兆九千億、また年金その他の手当に対する支出が三兆五千億、合わせて七兆四千億、ほぼ八〇%の予算が先生御指摘のように当然増していかなければ、国民の生活に大変な影響を及ぼすものでございます。医療費はその非常に大きな役割を果たしておるわけでありまして、年々今日までのように医療費が増額していけば、国費をもつと余計出するか、あるいは国民の皆さんの保険料負担を増額するか、あるいは受益者である患者の皆さんに一

部御負担を願うか、この三つのうちいずれかを選択しなければなりません。

しかし、今御指摘のように、経済状態がどういふふうに変化するかわかりませんから断定的なことは申し上げられませんが、少なくとも当分の間、かつてのような高度成長経済というものが望めないうとすれば、当分の間はやはりゼロシーリングといふような厳しい制約の中で私ども予算を組んでいかなければなりません。そうしますと、これはやはり医療費を現在の低い経済成長、国民所得の伸びの程度に抑えていくという努力をしなければ、まさに、国民の不安をなからしめる、憲法上極めて重要な医療保険制度全体がパンクしてしまうという心配が出てくるわけでありまして、そこで、それなら医療保険の保険料率を今後引き上げることができるかということになりますと、先生、今年金の話がございまして、私は先生の年金に対する高い御見識に大変感服しておつたのでござい

ますが、現在六・三人の現役が一人の老人を支え、いづれ極めて近い時代には四人の現役が一人の老人を支えることになるのでありますから、そうすると、残念ながら、年金の保険料率は、私どもどんなに工夫をしてみても将来は現行より上がらざるを得ません。そうしますと、現在の租税と社会保障負担はほぼ三六%と考えておりますが、年金の負担はいづれふえざるを得ないのであります。そうすると、医療保険の保険料率を今後引き上げていくということはまず難しい、と言ふよりは、年金や租税との関連の中で現行程度にとどめておくことが国民生活の安定、将来のために大事なことです。そうすると、これは残念ながら、今まで被用者保険本人十割給付でこられた皆さんに大変恐縮でございますけれども、私ども、国民全体の将来、また、この医療保険制度をどんな条件が来ても絶対に壊さないで国民の疾病に対する不安をなからしめるというためには、やはり受益者である患者の皆さんに一部御負担をお願いしたいという選択をとらざるを得なかつたということを先生に御理解賜りたいと思ひます。

○平石委員 大臣の苦衷はよくわかりました。そこで、自主マイナスシーリングをやつたわけですが、厚生省が今日まで予算操作の中でやつてきたけれども、結局今回は制度に切り込まざるを得なかつた、制度に切り込んできた、そういうことはもう既に予想されておつたことです。前々から指摘をしてあつたわけですから、そして、今日の

ような情勢になつたといふことについてはやはりそれなりの責任もありますけれども、それはそれとして、今後の問題として、この間の大蔵大臣の答弁を見ますと、六十年度の予算編成においても同じくマイナスシーリングをやらざるを得ない、こういうことを答弁している。

ここに新聞がございまして、「マイナスシーリング三年連続」「大蔵省、早くも検討開始」、こういうことが出ております。この内容を見ますと、これからのマイナス幅はやはり一〇%にならざるを得ない。そして大蔵省としましては、要調整額としての不足額を何とか少なくするために一般歳出を切り込む。その方法としては「行財政の守備範囲を見直し、既存の制度・施策について引き続き改革を行う。特に補助金は徹底的に見直し、整理合理化を行う」、こういうことです。そうなりますと、来年の予算編成は今から大変なことだと思ふのです。大蔵省は、この新聞にあるように、また大蔵大臣が答弁の中で、来年もマイナスシーリングをやらざるを得ない、こういうことを言われておりますが、ひとつお話を承りたい。

○小村説明員 私どもとしましては五十九年度予算が先日やつと成立したばかりでございますが、具体的な検討ということにつきましてはいましばらく勉強させていただきたいと思ひますが、いづれにいたしましても、厳しい財政状況といふのは変わつていないという認識でございます。

○平石委員 そこで私は申し上げておきたいのですが、仮にこの新聞にありますように「守備範囲を見直し、既存の制度・施策について引き続き改革を行う」、こういうことがマイナス一〇%シーリングの中で再びまた同じように六十年代かか

てくるということになりますと、もう予算が組ま
ません。まさに国家の責任であり、社会保障制度
を維持発展していかなばならない責務を負うた予
算が、大変な事態になってようかと思う。厚生
大臣のお言葉をいただきました。

○渡部国務大臣 先ほども私、答弁申し上げまし
たように、五十九年度の予算を考えてもほぼ八
〇%のものがどうしても増額が避けられない内容
のもの、またこれから高齢化が進んでいけば伸び
ざるを得ないもの、そういうものが含まれておる
わけでありまして、ゼロシーリングというよう
な条件の中で、これからの社会福祉のレベルを落
とさないようにして、本当に困った人たちの予算
を軽減することのないようにしていく予算を組ん
でいくことは、非常に大変なことである。そうい
う意味では、今先生が私どもの予算について御心
配して下さっていることをありがたいな、こう
聞いておたのでありますけれども、私どもは政
府の立場でありますから、そういう極めて困難な
厳しい不可能と思われる条件の中でも、ゼロシー
リングと言われる与えられた条件の中で、社会福
祉のために必要な予算は確保していかなければ
ならないので、そのために今頭を痛めておるとこ
ろでございます。

○平石委員 私は、厚生大臣をなじっておるの
はありますが、これからの社会保障、そして厚
生省予算について、こういう財政情勢の中では大
変心配だから申し上げておるのです。したがって、
同じようなマイナスがかかってくるに六十年度
の予算が責任を持って組めるのかということ、
もう一つは、これからさらに制度に切り込むとい
うことにでも相なりますと、もう大変なことにな
ってきます。そういう意味で、先のことを考え
て申し上げて御忠告しておるわけです。したがっ
て、担当大臣として、六十年度予算編成に当たっ
ては相当な覚悟と決意を持って社会保障を守る、
厚生省の予算だけは守っていくというかたい決意
を私は要請したいわけです。そのことを一言。
○渡部国務大臣 今まで数々御指摘ありましたよ

うに、まことに厳しい条件の中でございしますが、
その厳しい条件の中で、本当に困りの皆さん方
の予算あるいは年金や医療といったような、国民
の生活に直結する重要な予算、こういうものはや
はり必要なぎりぎりの線は確保しなければなら
ないわけでありまして、これを確保するために全
力を尽くして努力をしたいと思っております。

○平石委員 大臣、ひとつ頑張ってください
と思っております。

そこで具体的にいらしていただきますが、今回
の改正案を見て率直に感ずることを申し上げてみ
たいと思っております。

この予算編成に当たって、これからの問題にか
かわってくることで、林前厚生大臣が、昨年
の予算概算要求のときに、「今後の医療政策
の視点と方向」という一つの指針を出されてお
ります。この指針の中に、これから医療はこう
いう方向に行くんだろうかなというものが出てお
る。そのことが今度の予算、さらに制度の問題、そ
して今回改正案として提案されましたものの裏づ
けになっておるのではないかと気がいた
します。

そこで、まず給付の切り下げ、国庫負担の削減、
患者負担の増大、これが制度への切り込みです。
この三つが改正の骨子となっておりますが、一つ
心配なことは、この中で出てまいりました退職者
医療に、今まで出しておりました国庫負担がゼロ
になったということです。それからもう一つ、従
来は差額ベッドあるいは差額個室の室料の問題
等、いわば私生子として取り扱っておったものが
認知されてきた。そのため、我々が、そして厚生省
も従来から努力をしてきたことが、あの高度医療
という形の中で歯止めをかけておかなければなら
ないということが、今後しり抜けになってきては
困るという心配がある。今回やろうとするものに
は合理性もございしますから一概に否定はいし
ませんが、その点の心配があります。

そうすると、私はこの前も申し上げましたが、
これはアルファベットのUの字で言うと、こちら

の出口の方がそういう形になりますと本体を二割
落とす、こうなりますとUの字がこちらへぐっと
出てくる。財政が大変でございしますということ
でまた本体を七割に落とす、またこちらへぐっと出
てくる。こんなことになれば社会保障というものが
形骸化されてしまう。そして自由診療の方向に
入るという一つの心配がある。これが、今回私が
三つを挙げた一つの理由になるわけです。

そこで、社会保障制度審議会が昭和三十七年に
勧告を出しております。この勧告の中でも言われ
ておることは、社会の変遷とともに社会保障にも
いろいろな問題が出てきておる、これは見直し、
再編をしていかなばならぬ。そして、そのことに
ついてはこれから新しい時代に対応する社会保
障のあり方、組み方、このことの提言がなされて
おります。それにはやはり、長期のビジョンを立
てて行っていくべきであるという一つの方向が出
ておるようです。そういう意味から考えたときに、
我が党の参議院における質問の中で、ビジョンに
ついて大臣にお答えをさせていただいております。
これは検討をしております、こういうことです。
ここに「福祉社会トータルプラン」という本が
あって、これに健康を確保するビジョン、長期計
画が書いてございします。これは十年前の話です。
それはどういふことかと申しますと、まず健康確
保のためには予防と治療、予防に重点を入れ、治
療に当たっては、みんな国民が等しく負担を分け
合います、あるいは給付も同じような給付に
しましょう、こういったビジョンが出ておるわけ
ですが、大臣、これをお知でしょうか。

○渡部国務大臣 これからの国民の健康を守る、
こういう立場で、その一つが今の健康保険の問題
でございします。これだけではございしませんから、
今後特に健康診断等を強化して、まず病気になる
から予防とか、あるいは健康な国民を若いうち
からつくっていくとか、老人の問題とか、いろい
ろございします。先生からも、前々から、そういう意
味で幅広い立場での国民の健康を守るための長期
的な具体的なビジョンを示せという御指摘をちょ

うだいし、私も当然である、もつともであると考
えておりますので、今先生御指摘の問題等も含め
て、一生懸命勉強させていただいてるところで
ございします。

○平石委員 これはなぜ私が申し上げるかと思
いますと、やはり長期の展望に立ててということが一
つ、そして高齢化へ向かって一つの対応を示すの
は予防に力を入れてほしいということ、これは日
本でもいろいろな町村で行われておるところが
ございします。そういったところの実績を見ましても、
医療費が非常にダウンしてきておるわけです、お
互いに健康になりますから、病気になるわけ
ですから。これを長期展望の中で確立をしていかね
ばならぬ。ただ給付を下げることで、保険制
度を維持し、国民の健康を維持するということ
には相ならぬと思うのです。そのことを申し上げた
いわけです。だから、両方相まってこそ初めて健
全な保険制度にも発展をしていくわけですから、
そういう意味で、特に予防につきましては地域健
康管理システムとしての共同保健計画、これはお
医者さんとか行政の方とか保健婦さんとか、関係
者のお互いの協議をもって保健計画を推進してい
く、そしてそれを取り巻く住民組織といったもの
によって——私どもは、高知県の野市町で行っ
ておるような、そして大臣から保健文化賞をいた
だいたあの町村の方法を参考に申し上げておる
わけですが、そのことがまさにこのトータルプラ
ンの中に出ておるわけですから、まず病気になる
いことを考えて、そして、給付費を下げることで
けで事終わりというものでないようにはしてほ
しいという意味で申し上げておるわけです。そして、
これからの二十一世紀に対応する医療の本当にあ
るべき姿を示してほしい。これはいつごろ示され
ますか。

○渡部国務大臣 私先生のお考えとほぼ同感の
考え方を持っております。今、先生からお示し
いただいた貴重な御意見を十分参考としまして、
今国民の健康を守るための長期プラン、青写真と
でも申しますか、こういう基本的な厚生省の考え

も言うておるのですが、適正とは一体どういうことを適正というのか、お教えをいたしたい。

○吉村政府委員 なかなか難しい御質問なんでありますが、私どもは、医療費の適正化という場合に二つの角度から問題を考えております。

一つはマクロの視点と申しまして、そういう観点から医療費を考えると、やはり医療費というのは健康水準と非常に関係がございまして、健康水準を十分保つような医療費でなければならぬと、あるいは、これを国民が負担するわけでありまして、その費用の負担の能力との関係というふうなものから考えなければならぬでしょう。それからまた、全体としましては、医療費というのは医師の所得、技術料、医療機関の経営の安定というものと非常に密接な関係を持つ費用でございまして、やはり健全な医療経営というものが保たれるようなものでなければならぬと、医師の技術料というものを十分尊重したものでなければならぬ、そういうマクロ的な観点から考えた適正というものを考えていかなければならぬというのが一つの視点でございまして、

それからもう一つの視点としては、これはミクロの視点と申しますか、そういう観点から考えますと、やはり現在の医学医療の水準、医学常識に従った医療であつて、かつ、患者の症状あるいは患者の状態に適切な対応をする医療というものが適正な医療であり、そのために支払われるものが適正な医療費であらうと思ひます。

したがって、医療費の適正化といひました場合に、やはり今申し上げましたような二つの視点から適正化というものを考えていきたい、私どもはそう考えております。

したがって、具体的に申しますならば、医療費の適正化のために診療報酬の合理化あるいは診療報酬体系の見直し、こういうことも適正化の具体的な政策になつてまいと思ひますし、また、個々の診療行為についての指導監査とか審査だとか、そういうものを通じて個々の診療レベルにおける医療費の適正化を図るという政策もとる必

要がある、そういう面々相まって全体としての医療費の適正化を図っていききたい、こう考へておる次第でございまして。

○平石委員 適正化につきましても概括的に何をいへましたが、これもまた後からやらしていただくことにいたします。

それから、国保について一つお願いを申し上げたいのですが、今、国保の同じ座の中に退職者医療の方がおられる、それからまたお年寄りの方もこの中におられる。今まで国保会計は、いわばしんどかつたといひますか、さうさかつたといひますか、体質的に非常に弱い点があつた。しかも有病率の高い人たちがあつた、低所得の方々が比較的多かつた。これに体質の弱いところがありまして、で、大変なことが続いたわけですね。それを、老人は老人保健法によつて一応処理される、そして今回、退職された方々をまた別建にしようということとで、これからは比較的荷が軽くなるんだ。ところが、座は同じ国保によるのですから、結局国保の被保険者は、八割の給付をもらえる退職者医療の方と、十割の給付のある七十歳以上のお年寄りの方と、そして自営業、農業、漁民といったような方々が七割、こうなつておられる。同じ座の中にそういった格差が持ち込まれておられるわけですね。これはいかになものでしょうね。非常に複雑な構成になつてきたが、果たしてこれが、やむを得ぬのかもわかりませんが、果たしてこれが、このからの運営に当たつて、国保の保険料を同じように負担して、そういう給付の格差の違ひの中にも同席しておるといふこと、どうなんですか、

○吉村政府委員 おっしゃるとおり、同じ市町村の住民で、老人保健法の適用を受けている人は十割、それから今度の退職者医療の適用を受ける人は八割、そして、普通と言つては悪いですが、従来は八割、そして、国民健康保険の方々は七割という格差が出る、これは御指摘のとおりでございまして。ただ、老人保健につきましてもこれは別の制度でございまして、問題は、国民健康保険という枠の中で片や八割、片や七割、こういう格差が生ずるのがやば

り問題ではないか、こういうふうに御指摘を賜ることになつておるわけでありまして。

先ほど将来ビジョンというようにことが話題になりましたが、私どもは、やはり将来の給付水準というのは全体的に八割程度のところで物事を考へていってはどうだろうかという考へを持っております。したがつて、いづれその格差は解消されるものだ、したがつて、それまでの間の過渡的な格差の存在ということ、これは目をつぶらざるを得ないというように考へておるわけでありまして、ただ、さういふことをいたしまして、

退職者医療制度の適用を受けるのは四千万の市町村国保の被保険者のうちの四百万、一割でございまして。したがつて、その一割の方々に八割の給付をしたからといって、制度がむちゃくちゃに複雑になるといふようなことはないのではないかと私どもは考へております。

○平石委員 その構成比を私、この間ちよつと調べてみました、今御答弁にありましたように、退職者が一〇％、老人が一％、合せて二二％ぐらゐの者が含まれておるやうに伺つたわけですね。局長のおっしゃるやうに心配がなければいいですけれども、同じやうな保険料を負担するわけですから、同じ保険料を負担しておいて隣の人は八割給付、もう一つ隣の人は十割給付、私は七割、まさに今の日本の各制度における給付の格差がそのままこゝへ出てきた、こういった形のものになつておるわけですよ。そうすると、今答弁の中にもありました、最前申し上げました、少なくとも国民が同じ給付で同じ負担で、これが私どもの目指すビジョンの、そして保険制度のあり方なんです。いわば、今までのそれがあればならに不整合に制度ができてきたものが、そのままこゝへ集約されてきた。これは放置できないのじやないか。うまいくとは思ひます、心配はないと思ひます、わずか二一％ぐらゐですからということだけで済まされる問題ではない、私はこのやうに思ふわけですよ。

したがつて、私は、またこのこれへ戻るのはないのですけれども、私どもの考へる医療というのは、今それぞれの保険制度が抱えておる今申し上げたやうないろいろな格差、少なくともこの統合を図つて、強い者も弱い者も国民が等しく、力のある者もおれば嫌だといふ人も一緒になつて、社会保障、保険はこれらを包まなければならぬ。こういう意味から、医療の面では等しく給付を受け等しく負担をする、こういうことを目指しておるわけですよ。したがつて、私どもの基本政策としては、そういった医療保険制度の統合と一緒に、被保険者は一割を負担する、給付は九割だ、こういう一つの基本政策を持っております。

そういう意味から考へたときに、今回の改正案を見ると、高いところだけ押しつける、下の歯どめがありません。まさにそれが国保へあらわれてきておるわけですね。この国保をそのまま、何とかいくでありましようという期待のもとに、この格差を国保に集めておくわけにはいかぬと思ふ。そうすると、下の、ミニマムと言つたらおかしいのですけれども、国が社会保障と保険で保障すべき給付の最低がないままに十割を落とす、これは私は反対です。少なくとも一つの将来ビジョンを描いた中で、国保については何年にあるいは何年まで、そういった一つのビジョンを私どもは描きました、大體何年計画でそのやうにしていきます、こういうものが示されなければこの国保の解決にはならない、こう思ふのですが、いかが

○吉村政府委員 まことに説教のとおりだと私は思ひます。したがつて、私どもは、将来の目標というものを一応八割程度のところに置いてはどうかという考へを持っております。いづれ、大臣が申し上げました長期ビジョン、厚生省の長期ビジョンというやうな中でそれは明らかにしたいと思ひますが、現在のところは、私どもの頭の中にあるものを申し上げますと八割程度のことを考へております。したがつて、八割の線に次第に集約をしていく必要がある。今回の本人の給付率の引き下げにつきましても、やはりそれに向かう第一段階

であるというように私どもは考えておるわけでございませう。そして、国保の中の退職者については少なくとも八割という水準へ持っていく、将来国保の被保険者についても八割程度の給付という線に持っていく、こういうような長期的な展望というものを頭の中に描いておるわけでございませう。

○平石委員 そこで、国保がこういう各給付階層のものとは今は同席をしなくても、私はこの六千二百億というマイナスシーリングの中を見ても、これは私の計算ですけども、私どもの目指すものは八割ではないのですけれども、直ちに八割に引き上げるとしての所要額、それから国庫負担、これを見ますと、国庫負担は満年度で千九百九十億です。ざっと二千億です。こうしますと、退職者医療で国庫負担をゼロにしたものが二千三百五十五億、これをそのまま振りかえて、今まで医療費の四割は国保へ入っておったのですから、退職者がその中に今もおるのですから、それは四五%が入っておった、これから考えたときには、二千三百五十五億をそのまま置けば、ざっと二千億で自営業者あるいは農村の人たち、こういうものも今回の改正で一挙に八割になるのじゃないですか。どうです。

○吉村政府委員 数字からいいますと大体それとおりに思います。そのままにしておく財政力があるかどうかは私ども問題にしておるところでございまして、私どもそれができるのなら、それは必ずしも不可能な数字ではないと思います。しかしそのこと自体ができるかどうか、こう考えましたときに非常に困難だ、こういうことでございませう。数字で押しやられるならば、数字は大体そういうことだろうと思います。

○平石委員 ここで強く申し上げておきたいのですが、今の局長の答弁ですが、来年もマイナスシーリングをやると大蔵は言うておるのですよ。今年六千二百億を自主マイナスで捻出をしたのです。だから、今年はその中でやろうとしたらできることであつた。これは確認をした。ところが、その状況であればいいのですが、こういう局長の

条件がついてゐるわけですね。今年できなかったことが、次のマイナスシーリングを大蔵に言われたときに、そういう八割に上げる機会が出てきましか。少なくとも七割、八割、十割というものをこへいつまでも一緒にはおけません。そして、最低ラインは今局長の答弁で言うところでも八割に平準化した、八割に平準化したい希望は持つておるけれども、果たして財政の都合でそれが近々できるものかどうか。少なくとも財政再建には六十五年まで云々ということが大蔵省の中期計画には出ております。これも見えてもらつております。大変な不足額、要調整額があるようです。こういう情勢の中で八割へという局長のものが、今せずして、果たして先になつてできるかどうか、見込みありますか、もう一言。

○吉村政府委員 先生の御指摘は、八割給付をするために国庫負担をそれだけふやせばできるではないか、こういう御議論なわけでありませう。私どもは、八割給付にするのを必ずしも国庫負担によつて八割給付にするかどうか、これは別途検討すべき問題であらうと思ひます。例えば財政調整というような方法もございませう。それから統合ということも観念論としてはあり得るわけでございます。したがつて、国庫負担をふやすことによつて八割給付をすぐやれ、これがなかなかできない、今の国家財政では難しいのではないかと、こういうことを申し上げておるわけでございませう。したがつて、八割給付の目標を掲げそれに進んでいくために、国庫財政が非常に好転をして国庫負担でできるのならそれは一番幸甚かも知れませう。しかし、もし国庫負担でそれができないというときには、別の方法だつていろいろ考えてみるべきではないかというように私どもは考えておるものであります。

○平石委員 一概に国だけが負担を持ては私も言うておりませう。ただ、国の今まで出ておつたものが退職者医療でゼロになつたから、全部国庫へ引き上げたから、今まで出ておつたものを国庫へ戻す形にしてしまつたから、私は国庫負担のと

ころで論議をしておるわけです。だから、一概に国庫負担だけで七割を八割にしてくださいます、私はこれを求めておるものではないのですよ。その関連での質問でございませう。財政的な面においては大変な時代であるが、早くやつてもらわなかつと、今はこへ全部しわ寄せが集中してしまつた。こういうことで、これは政府が経営するものでなし、市町村が経営するものだから、まあ何とかいくでしようというふうな安易な気持ちでは困ると思うのです。これはどうせ、大臣の先ほどの答弁にありました、後から出てくるいわゆるビジョンの中で解決するかも知れませんので、これ以上は申しませんが、強く申し上げておきたいと思うわけですが。

そこで、国保についても一緒に御質問を申し上げますが、今まで国保については医療費の四五%、ところが、これから給付費の五〇%ということとで結局従来の国庫補助が三八・五%に実質ダウン、こういう形になるわけです。これは退職者の医療費が要らなくなるからそれに見合うものとして、保険料の引き上げは行わず、保険料には影響なしに給付費という形でその五〇%を見るのです、こういうことです。これはわからぬでもありませんが、政府が行つていくものでなし、直接の経営責任は政府にない。そして標準的には認めておりますけれども、個々まちまちには、それぞれ経営団体、地方団体でその足らざるところは一般会計から特別会計へ繰り入れをする、そういうような操作を重ねながら何とかかかるとか、保険料についてもなるべく抑えて苦勞しておるわけですが。

ところで、そういう中で退職者が一〇%、老人保健が一%という今の構成比率でございましたが、これは町村によつてまちまちです。退職者のおるところは非常に荷が軽くなる。過疎地域のようなどころはまず退職者はおらぬと思ひます。そうなりますと、今回の退職者医療をやつたことでそれほど保険会計好転の兆しは出てきません。影

響が出てこない。いろいろまちまちなところで、財政調整交付金を五%から一〇%にふやしておるが、これでいけるのかどうなのか。そして国保の課長は、保険料にはね返りはございませう、こういうことを言つておられるようです。そのようにいけば結構なんですけれども、三〇%おるところは非常に荷が軽くなります。これは結構いくでしよう。ゼロのところは全く影響がない。それへばつと落とされるということになりますと非常に難しい問題が出てまいります。そこを一言お答えをいただきます。

○吉村政府委員 確かに本当に大丈夫か、こう言われると、神様でないわけではございませうので、なかなか大丈夫だと言えませう。それは結局、現在の医療費というのが自由医療、お医者さんも診療は自由、それから患者の方も、どの医療機関にかかると、開業医さんにかかってもいいし、大学病院へ真つすぐ行つてもいいわけではございませう。両方の面で自由な医療になつております。したがつて医療費の予測はなかなか難しい。それから、出来高払い方式でございませうのでこれもまた医療費の予測は非常に難しいわけではございませうが、私どもは、そういう中におきまして、過去の経験あるいは実績をもとにして本当に真剣にはじいたつもりであります。したがつて、これがびた一文狂わないかとおっしゃられると、私も胸をたたいて、確信が持てます、こう言うわけにはまいりませんが、ほぼ確信を持った数字であるというように私どもは思つておるわけでございませう。そこで、そういう数字を基礎にして保険料を引き上げる必要はないかと、こういうことで私どもは保険料の引き上げは必要でないことを確信しております。

それからもう一つ、財政調整交付金一〇%の枠で、退職者がいろいろばらついておる市町村間の財政調整が本当に可能か、こういう御心配でございませうが、私ども一〇%の財政調整交付金があれば大体いける、こういう確信を持つておる次第でございませう。

○平石委員 今、局長の答弁で医療費の問題があ

りました。二・五％、これは適正化の問題で私は論じようと思っております。今私が御質問申し上げたのは、構成比が全国では大体一〇％です。こういう構成で一並びに見ておられるけれども、それぞれの保険団体は地方ではばらばらにやっておるのですから、その構成が三〇％も退職者がおるといふ、いわば都市型の地域ではそういう者がたくさんおるでしょう。それから田舎の辺地の場合は、こちらで働いておって、いわゆる退職をせられて田舎へ帰るかといふと、途中の生活の便利のいいところへ、地方であっても都市型のところへ新たな家を構えてそこへ住まいをする、こういうことになって、田舎の辺地の方は退職者が少ない。そういうばらつきの中でいけますかということですね。だから、平均が一〇％ですから、三〇％も退職者がおるところは国保会計はうんと荷が軽まるわけです。全然ないところは国庫補助だけに落とされて三・八・五％、そして退職者医療制度に影響はない、こうなる。ここを聞いておるわけです。

○吉村政府委員 私もそういう御答弁を申し上げたつもりなのでございますが、財政調整交付金の幅というのが、五十八年度は医療費の五％であったものを今度は給付費の一〇％でございまして、約二倍にしておるわけでございます。したがって、その財政調整交付金の配分を通じて、今先生御指摘のように、三〇％の退職者が出たところあるいは全く退職者がいなかったところ、そういうところで退職者医療を実施したための影響の度合いというのは違わなければならないが、それは財政調整交付金の配分を通じてそのばらつきをけんを是正していきたい、こう申しただけでございます。

○平石委員 これは特に国保組合、こういう国保組合というのは大工さんとかこういうもののがやっておるわけですが、ほとんどこの方たちはいわば自営なんですね。もともと退職者がいないわけですから、だから、こういう退職者のいない国保組合がある。それから、そういう組合でない一般の国保の場合は辺地には退職者がいない。このところ、保険料にはね返りはございませぬ、影響

はございませぬという運営をやる、こういう方針ですから、そこらで一般会計を投入しなければ維持ができないというような事態が生じたときにどうするか、そういう不安を持っているわけですね。地方の団体は不安を持っておりますので、もしそういうことになれば、いわゆる財政調整交付金を増額するとか、あるいはやり方を変えようとか、最初だからわかりませんが、まずやってみて、もし保険料を上げなければならぬ、あるいは一般会計から投入をしなければならぬ、こういった市町村が出たときはひとつ考慮してもらわなければ困る、それは考慮する、こういうことですね。そこをもう一言お願いいたします。

○吉村政府委員 私ども、先ほど申し上げましたように、確信を持っておりますが、実際にはそれはあくまで確信にすぎないだけで、実際にどういう状態が起るか、これは予測がたいところでございまして。したがって、今先生御指摘のような事態が起りました場合には、やはり弾力的に対応せざるを得ない、こういうふうにしておりま

○平石委員 そこでもう一言、国保についてお聞きしておきたいのですが、今度保険料の最高が三十五万になりますね。これは大変だと私は思うのです。これはいわゆる標準報酬が被用者保険の場合七十一万になる。それで国保の場合も三十五万を最高限に、ぐんと引き上げたのです。二十八万から。今の保険料もみんなが大変だと言っているわけですね。だから、これが三十五万になりますとこれは負担が大変なことになるのです。この被保険者の七十一万に上げたというところの論議もしたいのですけれども時間がありませんが、その半分程度ということで、これも三十六万円を三十五万円にしておる、こういうことだそうだけれども、これはちょっと高い。そして一方、七十一万の標準報酬月額の内ゆる被用者保険の方々は給付が違わなければ。国保の場合は七割ですから、七割でもってその半分でございますというこ

とでこれまでも、これは大変な負担がかかるので、それから、そこを何とかもうちょっと、保険会計へ国庫補助をするなりして、今のようなダウンをさせずに、これへの影響を緩和する方法ができればいいものかどうか。これは要請をしておきます。

〔委員長退席、今井委員長代理着席〕

そこで、今度は医療の適正化というところへまた戻ってきます。

大阪の中野診療所、この間、私も新聞で見ました。新聞によりますと、この中野診療所について「乱診乱療ケタ外れ」ということが出ております。こういうことが事実とするならば、大阪府は取り消しを決定したようですから恐らく事実だと思っておりますが、そういうようなことはまさに日本の保険制度を破壊するものだと思う、言葉はきついかもわかりませんが、だから、関係するお医者さん、診療側のお医者さん、そして受診する被保険者も、国も、みんなが力を合わせてこの制度は守って発展させていかなければならぬ、そういう中に、一部とはいえこういうようなことが出てくるというところはまさに残念だ。これはどういふところに原因があるのだろうかということを新聞その他で見てもみまると、やはり出来高払いということが、非常に日本の医療を進展させ、そして自由な診療ができる、保険制度の中では自由な診療ができるけれども、これは一面非常にメリットなんです。これはメリットであって、このことをどうのこうのは言いませんけれども、その中でやはり両刃の剣であって、濃厚診療をするという場合に、あなたのは濃厚診療ですよ、こう言うことがちょっと難しい。言えない。そういう状況の中でこれが出てくるわけですね。だから、医師会にこういうことが起きないように自主的にもやっていたかなければならぬ、私はこう思うわけですが、この適正化については、今局長さんは多方面にわたっての適正化というのを言われたが、私は診療に限ってひとつお話を進めたいと思うわけ

そこで、今回提案がなされておるようですが、

医療法、これはまさに日本の医療の基本法になるわけですが、不十分ではありませんけれども出てきたようですね。そこでの論議にもなりますけれども、診療というものの対する適正化あるいは監査さらには審査の強化、そして顧問医の設置、こういったものが対策としては出てきておりますが、一番根本になつてくるのはやはり濃厚診療、この医療の内容に足を踏み込むのが踏み込まないのか。これは、今まで富士見病院もございましたし、あちこちであります。住民から訴えが出てきた。おかしいな、何とかしてほしいという訴えが六回にわたって、あの富士見産婦人科病院のときには市の窓口が上がった。そういう訴えを聞きながら、どうにもならない。あのときの審査でも、厚生省は調査に行っておりますけれども、水道の蛇口を見たり帳簿を見た、こういうことだそうなんです。これは診療の中身にまで立ち入れない、そういう限界があるのですけれども、この出来高払いという中にはそういう点で自衛をいたさなければならぬ問題が出てくる。そして、それは医の倫理なり、お医者さんの良識に担保された出来高払いです。ところが私が考えてみるのには、お医者さんの医の倫理と言われるそういうものの前に、いわゆる世間の常識がある。この世間の常識とお医者さんの医の倫理、医の良識。この出来高払いは結構なことだが、これはお医者さんの良識を担保に仕上がりおるのですが、我々が外から見たときに、国民の良識があると思うのです。医に對する良識。この医に對する良識とお医者さんの良識というものの、全部のお医者さんのことを私は言っております。今こへ例に挙げた新聞報道、一部の医者ですけれども、だから、多くのお医者さんは世間の良識とお医者さんの良識とが一体になつてやっておると思うのです。そして、こういうようなものが出てくるのは、いわば世間の良識から外れたそういうものではないか。この良識をまとめるといふか代行するといふか、それは行政だと思ふのです。もう一般の国民には手が

届かないところなんです。そこを、診療について初めて、中野病院が乱診乱療という出来高払いの中にある一面を見てこういう処分がなされたようですが、これから医の内容に踏み込むのか踏み込まないのか、そしてここを見つめるのはどうして見つけていくのか、ここあたりをひとつお答えをいただきたい。

○吉村政府委員 医療の内容は非常に難しいわけでごさいます。現在、我が国の医療制度というのは医師の自由裁量権というものを保障しておるわけでごさいますので、個々の医師が行う診療の中身というのは、医師の倫理観と医師の医学常識、医学知識あるいは医学上の経験、そういうものに依存せざるを得ないわけでごさいます。したがって、濃厚診療あるいは過剰診療に対して疑問を持って監査をする、こういうのは医師のいわば心と技そのものにメスを入れるということになるわけでごさいます。それがなかなか難しいプロセスに相なります。その医療がその患者にとって最も適正であったかどうか、妥当であったかということとを判定するわけでごさいますので、いろいろと論争が上ります。そこで非常に難しいわけで、今先生がおっしゃられましたような国民サイドの常識というのもそれは必要でございまして、私が、私どもはむしろ、専門家から見た医療の適否というものを信頼するのが一番いいのではないかと。例えばそれは常識的に見て、中野診療所につきましては常識的に非常に高い診療費であることはだれが見てもわかるのでありますが、それではどが適正な水準なんだということになると、これは素人ではなかなか判断ができない、やはり専門家の力に頼るよりはかはないということ、私どもは、一つの試みとしまして、今回顧問医師というものをつくりまして、そして、その顧問医師と一緒に監査をして、医学論争を経て今回の措置をとったわけでありまして、そういう方向というものは私ども今後もつづいていきたい。それが医療の中身にまで立ち入ることになるのかどうかという点になりますと、私はやはり一部は立

ち入らざるを得ない、こういうことになると思います。

それからもう一つ、そういう方向をとると同時に、やはり先生がおっしゃいましたように、常識的に非常に高い請求をしておる診療所、保険医療機関については、保険医療機関の再指定をしない、そういう方向をやはりとるべきだ。それは医療の中身が適正かどうかという点よりも、やはり常識的に見てそういう著しく高い診療報酬の請求をしておるような医療機関とは保険の契約を結ばない、こういうことが一つの方向ではないか。したがって、私どもは、五十九年度におきましては、顧問医師団というものを一つとして、そういう医療の個々の中身につきまして専門的な検討をしていただくという方向を一つとると同時に、今回の健康保険の改正法案にも盛り込んでおりますが、そういう著しく過剰な診療をする、濃厚な診療をするような保険医療機関とは指定の契約をしない、こういうことができるような規定を置いておるわけでごさいます。やはり、外から行く場合と中から行く場合と両方やっていくよりはかはないという点の方が私どもの考え方でごさいます。

○平石委員 社会保険審議会でもこれが論議されておるようです。したがって、今回の改正案に対する社会保険審議会の答申の中でも、「医療費の適正化対策については、更に一層の充実強化を図りたい」、「保険医療機関の指定の見直し、高額レセプトの審査強化等については、基本的には了承する」、そして今局長のおっしゃったこと、これは一応了承されております。なお、傾向的な過剰診療の認定基準の設定が困難、これは私は、やはりあの富士見産婦人科病院のときにも論議をしましたが、医療の内容に踏み込むということは行政としてやるべきことではない。ただ、保険法による保険医さんが保険患者に保険治療をした、だから、自由診療の場合ならそれはお医者さんと患者さんとの話で、信頼関係そのものでしょうお任せができるわけですが、保険法による保険医さんが保

険患者に保険治療をする、こういうサイドからこの問題を見なければならぬのですから、そうすると、やはり私は、お医者さんの領域である自由な診療、これには踏み込みはできないけれども、今局長が言った今度つくろうとしておるこの顧問医、富士見のときにもいろいろ医療専門官がおりましたが、この医療専門官は、これはどっちかといったら、主治医が診療しておるものをそこへ行って評価するということは、技術屋さんのお医者さんではあるけれども、患者の手を握っておるものでなし、なかなか難しい。それで、今度顧問医が中央において、恐らくレセプトを見てその判断をする場合に、現実には作動できるかな、こういうような心配もあります。したがって、私は、聖域には入るべきではないが、この表現にもありますように、被保険者側委員は、過剰診療の認定基準の設定を賛成、こうやっておる。いわば世間の常識と医の常識というものが何と合致するような方向に、この問題としてそれが論じられておるのではないかと、こういう気がしたから申し上げておるのですが、ひとつ再指定の取り消し、またこういうものが出るのを防ぐためにも、厳格にお願いをしたいと思うわけです。

それから私は、この医療の適正ということについては、これに関連をしまして、あの六千二百億の中で千八百億何がしの適正化というものが予定されておるわけです。これはできるのかなという心配がちょっとあるのですが、そしてそれに基づいて今までの、いわゆる医療費の伸びが落ちていますましたけれども、今年七・二%上が予定のものを二・五%にしておるわけです。これはあの適正化で幾ら、何で幾らと、国庫負担のサイドですから、そういったものがなかった場合、果たしてこれが保険料に影響なしにいくのかどうか。相当確信を持っていますと先ほど答弁がございまして、たが、もう一度確認をしておきたいと思うのです。

○吉村政府委員 私ども、何も対策をしなかったならば七・二%伸びるように予測をしております。そして、今回の対策をいろいろすることに

よって二・五%におさまるといふ計算をしておるわけでごさいます。問題は千八百億の医療費適正化が本当にできるのかどうか、こういう御指摘でございまして。ただ、私ども、千八百億のうちの約八百億、七百六十六億につきましては、これは薬価基準を引き下げ、そして診療報酬の改定をしたその差でございまして、これはもう既に三月一日から実施をいたしておるわけでごさいます。したがって、残る一千億ばかりの適正化の措置ができるのかどうかということになると思っておりますが、私どもは最大の努力をしてこの効果を上げるようにいたしたい、こう考えておる次第でございまして。

○平石委員 最大の努力をして効果を上げるようにしておるといふことはいいんですが、そこで、これからの内容には踏み込めないけれども、先ほど申し上げた厚生大臣の指針の原則、五原則ですね。この中に出ておるものが医療標準、標準医療ということが出ておるわけです。いわゆる医療標準というのとは一つの制限を、いわば昔のような制限医療をするつもりなのか、あるいは診療行為そのものの一つの規格品といえますかそういったものをつくっていく、そして、自由にはできるけれどもこの規格の中で診療行為をしてください、こういうものを予想しておるのかどうか。これは、そのまま今後改正をされて以降の医療にそういったものが出てくるのであれば、出来高払い方式に影響が出てくる。この方式の見直し等の問題がその先にはあるというふうな気がする。これをひとつ。

○吉村政府委員 今回の改正案で私ども医療標準というものは考えておらないわけでごさいます。ただ、先ほど御指摘の、林前厚生大臣の「増点と方向」の中に一つのサゼスチョンとして医療標準というものが挙がっておるわけでごさいます。私ども、今先生のお話しをお聞きいたしました。その医療標準を仮につくったといたしまして、その標準から外れる医療には全部給付しない、こういうことをしたとすればこれは制限診療になるだろう、こういうふうに思います。しかし、一応医療の

スタンダードとしてそういうものを決めておいて、個々の患者の症状その他に応じて、具体的な事例については、一応スタンダードに即して行うけれども、実際には弾力的な運用をする。こういうような形で医療標準というものを設定し運用されるならば、これは制限診療ではないんではないか、こういうふうに考えます。

特に、昭和二十年代に結核の医療標準というのが決められたわけでございます。そして、大体我が国の結核の医療というのはそのスタンダードに従って行われた。それが結核医療の指針にもなり、また実地の臨床をされる医師の一つの教育、と言つては語弊があるかも知れませんが、教育にもなり、そして、我が国の結核医療の水準を高からしめた経験があるわけであります。しかし、その結核の医療標準というのは、もうこれしかやっではないけないということではなしに、やはり一つのスタンダードであつた。そういうものを私どもは頭に描いておるわけでございます。

したがって、それを役所がつくるかあるいは専門学術団体がおつくりになるか、そこはまた一つの重要なところでございまして、私どもは役所ではつくるべきでない、あるいはつくることは不適当だ、むしろ学術専門団体にお任せするのがよろしいのではないか、こういうふうに考えておるわけでございます。

○平石委員 時間が来ましたので中途になりましたが、これから医師の診療報酬の不正請求とかいろいろな処分の問題、それが件数としてどのような状況になってきておるか。過去四、五年前からどのような状況であるのか。そういった取り消しの問題、処分の問題、あるいは医療通知の問題、こういったことを適正化の一つの手段として、過去の経過を見ながらまだお伺いしたいのであります。時間が参りましたので、これはまた後へ残すというところで、さらに適正化については話し合いをさせてもらいたい。

最後に、大臣ひとつ、今二時間にわたって質疑をいたしました、大変な問題を抱えながらの今

回の提案です。そして大臣が、二十一世紀を目指す大きな大改革である、こういう自負を持つての御提案であります。やはりそれには、質問の中で申し上げたように、ビジョンを抱いて将来を描かないと何か空虚に聞こえるわけでして、五十九年度だけの勝負のような気がします。そこで、あたりを極めてひとつ大臣のこれからの決意、これを聞かせていただいて終わらせてもらいます。

○渡部国務大臣 私、平石先生の二時間にわたる質疑の中で御意見を承っておりまして、大変ありがたいことに、ほぼ私と同じ考えだな。(発言する者あり)ただ、私は厚生大臣という置かれた立場がございまして、また先生は野党の立場で、私と先生が立場が変わつたら、恐らく先生と同じような御質問を私もするかもしれないというようなことを考えておつたのであります。前にも私、お答えしたことがあるのですけれども、それ、それのときそのときの運命がございまして、私は、またまたこの被用者保険本人の十割給付を今度は一部御負担を願わなければならぬ時期に厚生大臣に就任いたしました。光栄でもあり苦勞もしておるものであります。やはり私は、ある時期、今度は国保の皆さん方、今七〇%の方を八〇%に給付を上げる時期が必ずやってくると思つて、今おしかりを受けましたが、私は、ここで苦勞させられる以上、七〇%を八〇%にするときの厚生大臣にもさせてもらいたいと思つたのでありますけれども。(笑聲)

ただ、財政上大変厳しい状態で、一番国民の皆様には御理解いただくには、被用者保険は一部御負担をお願いしたい、そのかわり今一番恵まれない条件にある国保の七割の方は八割に上げましたという改正案を出せば、もっとも幅広く御理解をいただけるだろうと私は思つたのですが、厳しい財政の中で後先がずれてしまつたわけであります。

社会保障というものは、本来、この国に生まれ、この国にまじめに働くすべての人が同じ条件で給付を受けるべきものである。これは先生と私と全く同意見でございしますので、私もそういう方向と

いうものを考えて、これだけの大きな法案を通していただくのであります。私ども政府としても、先生方の今の御意見を肝に銘じて、今後二十一世紀に向かって国民の健康を守つていく、厚生省はこういう考えで医療行政をやりたい、そういう青写真を先生方の御意見を十分尊重しながら示して、またそれを実現するように今後努力をしてまいりたいと思つております。

○平石委員 では、終わります。

○今井委員長代理 この際、関連質疑を許します。水谷弘君。

○水谷委員 関連して御質問をいたします。適正な医療が行われていなければならぬという観点から、私は、毎日のように大変ショックキングな実態が明らかにされてきております。報道会宇都宮病院の問題に限って、御質問をいたします。きょうの新聞の報道でも「死亡患者を違法解剖」「無資格で脳を標本に」院長の指示で「看護婦らも執刀」、このようなかなりはつきりした疑いが伝えられております。リンチ殺人事件の容疑で逮捕者を出し、また無資格診療においても院長の指示を受けて行ったとの容疑でこれもまた逮捕者を出し、そのほかには教員の乱脈な診療が行われている、全く驚くべき劣悪な医療実態が明らかになってきているわけであります。この宇都宮病院の問題がここまで発展してきた原因を厚生大臣はどのようなお考えになつていらっしゃるか、初めにお伺いいたします。

○渡部国務大臣 大変遺憾な事案でございまして、これは我が国の今の精神障害者対策の問題等いろいろございまして、また今日まで新聞等に報ぜられていた事実、また私どもが調査した実態等を考えますと、この宇都宮病院の院長というものの特殊な性格とか、これはいろいろな理由があると思つて、一つのものに断定できるものではないと思つて、大変残念なことですが、これで終わったかと思つた、我々ちよつと常識では考えられないような新たな事態が次々と出てくるというところで、私も、この事件はここで終わつ

たということでもまだ考えないで、今後なおさらに真相を徹底的に究明していきまして、その全体を把握した中で、これらの因果関係、原因、そういうものを総合的に勉強して、二度とこういう事件が起こらないような施策を立ててまいりたいと思つて、真相の究明がこれで終わったという段階でまだございせんので、今後なお一層真相の究明に努力してまいって、今後に遺憾ない施策を立ててまいりたいと思つております。

○水谷委員 この問題は、もちろん、全く我々では想像のできない院長の欠陥的なところから起きてきたことが根本でありますけれども、ここまで来るまでどうしてこのままにできたのかという、素朴な皆さん方のお感じというのはまずそこにあるわけであります。

そこで、責任と言つてはなんです。今の大臣の御答弁のように、大臣も毎日びくつきられていられるような問題でありまして、厚生省の責任をどう感ずるかということをお問するのには不適当かも知れませんが、しかし国民から見れば、ここまで問題を放置してきたその責任を厚生省は一体どう感じてゐるのか、そのことはどうしても私からお尋ねをしなければならぬと思つて、大臣、もう一言。

○渡部国務大臣 このような事態が起こり、国民の皆さんにも大変御心配をおかけすることについて、私どもは責任を痛感しております。その責任をどういうふうにしてあらわすんだということであれば、今回の事態を徹底的に究明して、もう二度とこういう宇都宮病院のような事件がこの国に起こらないようにできる限りの対策を立て、処置をしていくということがその責任にこたえる道であらうと思つております。

○水谷委員 私ども公明党では、去る三月三十一日、報道会宇都宮病院に関する調査団を組みまして、県当局に、立入検査の結果等について事情を聴取いたしました。ちよつと数日前に警察の手が入りまして、伝えられるところによりますと、トラックで五台ほどの証拠書類等が押収をされ、病

院が通常の状態ではなかったものですから、我々は病院にも事情を聴取したいという考えで実は参ったのでございますが、院長は不在、そこで院長代理に、立ち話でございましたが種々いろいろ事情を聴取してまいりました。それらを踏まえて、若干具体的な問題について御質問をいたします。

昭和五十五年以来宇都宮病院に対する医療監視が行われてきているわけですが、その経過とそれから改善勧告、どのような改善勧告を与えられたか、それに対して病院がどのように改善を行ったか、その点について各年ごとに報告をいただきます。

○吉崎政府委員 昭和五十五年度から五十八年度までの各年度の医療監視でございますが、年度ごとにお話ししてございましたが、五十五年度におきましては、医師が標準に照らしまして八名の不足、薬剤師が一名の不足、看護職員が四十四人の不足、それから、定床より超えて入院しております者が五十四人でございました。五十六年度におきましては、医師不足六、薬剤師二、看護職員三十、超過入院三十六でございました。五十七年度におきましては、医師不足五、薬剤師なし、標準に満たしていませんでした。看護職員が二十一の不足、超過入院はございませんでした。五十八年度におきましては、医師不足が六、薬剤師は標準を満たしてございました。看護職員の不足が五十八、それから超過入院が十八、このような結果になっております。

そこで、栃木県当局は、こういう指摘を行いまして、その改善について指導をしてきたところでございますが、特に五十七年、五十八年度におきましては、病院側から改善計画書を提出させるなどの措置をとって強力に指導いたしましたのでございますけれども、結果として、改善されておらないことはまことに遺憾なことであると考えております。

○水谷委員 一般的にお尋ねしますが、医療監視の実施方法はどのような形で行われているのか、

お答えください。

○吉崎政府委員 一般的には、医療を確保いたしますためにその標準を監視しておるのでございまして、方法といたしましては、県本庁、保健所の医療監視員が、病院につきましては毎年一回立ち入りをしていただきまして、職員名簿、出勤簿、各種の記録等の書類を点検するほか、実地に職員の勤務状況、構造設備の状況、清潔保持の状況等を調査するのが一般的でございます。栃木県におきましてはこのような方法で行っておるといふ報告を受けております。

○水谷委員 医療法においては必要と認めたとときというふうになっていると思いますが、年一回の立入検査、実際には非常に事務的な形で行われている。いわゆる目的を達するためにしっかりと検査をするという姿勢がどうも見られない、ただ行っただけで帰ってきた、このような感じが受け取られてならないわけでありまして、

なぜそのように申し上げるかといいますと、今御報告をいただきましたように、宇都宮病院の五十八年度の医療監視の結果、医師不足が六名、看護職員の不足が五十八名、超過入院が十八名、これは五十八年度でこの結果が出たわけですが、それで、今回問題になってから三月の十四日、二十二日、二十三日、二十四日と立入検査を行いました。そこで出てきた医療従事者の不足数、どれだけ不足しているか、医師が十四名、看護職員が八十五名です。五十八年の立入検査が行われて、その後三年も五年もたっているわけではないのです。今回の立入検査は、問題がここまで大きくなりましたし、検査する方も覚悟を決めておやりになったはずで、それで、今まで簡単に見てきた名簿とか出勤簿を厳正に照らし合わせて、非常勤の医師も常勤換算をしっかりとやって実態を明らかにして、浮かんできたのが五十八年の監査で医師不足六名のものが十四名も不足、倍以上になって、看護職員の五十八名が八十五名も不足です。ですから、私が申し上げたいのは、問題が発覚してから大騒ぎをして、年一回の立入検査ではこのような事務

的なことをするということは許されない。と同時に、今回これだけはしっかりと検査ができたということとは、常にやろうと思えばできることであると考えなければなりません。なぜこういう相違がわずかの期間の間に見られるのか、お答えをいただきたいと思ひます。

○吉崎政府委員 五十八年の検査は七月であったと存じますが、確かに御指摘ございましたように、今回の事件の発覚後の医療監視の結果と大幅な違いを来しております。この職員数の異なっております事情につきましては実は正確には把握し切れておらない状況にございますけれども、事件発覚後に一部の職員が退職したということも一因であろうと考えられます。なお、お話しの中で、通常の医療監視で非常勤職員の常勤換算等の話がございましたが、この点につきましてはきちんとやっておるわけでございます。

なお、先ほど大臣も答えになりましたけれども、このことを一つの契機といたしまして、お話しもございましたように、特に違反を繰り返しておりますとかそういう事例につきましては、よく今度の件を分析をいたしまして、有効な方法を真剣に検討してまいりたいと考えておるところでございます。

○水谷委員 私が心配しているのは、あらゆる医療機関においていろいろな事情があります。努力してもなかなか、医師不足という実態から、そう簡単にお医者さんをお呼びすることができないということも事実であります。しかし、この宇都宮病院に限ってどこにもその努力の形跡が見当たらない。どうかひとつ、今後も徹底してよくお調べをいただいて万全の措置を講じていただきたいと思ひます。

先ほど平石委員からも、適正な医療という問題で、お医者さんの考え方と国民の共通して持っている考え方がびしっとした形で適合すれば適正な医療ということが言われる、というような御趣旨がございました。今回、この問題で、私は冒頭にも申し上げましたけれども、広く国民の皆さんの中

にある問題は、ここまで来る前に相当いろいろな情報が入っていたらう、そういう情報を完全に無視してきたのじゃないか。宇都宮病院、あそこは非常に問題だぞ。また同業の医師の中にも、あそこはちょっとおかしいのじゃないか、こういうような声があった。さらにまた、五十五年から四年間で、四十九件も病院の実態を訴える患者の相談があったと言われる。こういう大事な問題、大事な声をおろそかにしているところに、行政は何をやっているのだという指摘が起きてくるわけでありまして、そういう意味で、厚生省としては、今後全国的に——このような問題が起きるような病院が私は二度とあってはならないし、ないことを願っております。しかし、また起きてからではもう取り返しがつかない、大臣がおやめになったくらいでは済まないのだ、そういう重大な問題、人命にかかわる人道上の本当に最も重要な問題であります。先ほど中野病院の話もあり、富士見産婦人科病院の話もございましたが、やはりもう少し大地に耳をつけるような姿勢で、乱診診療をやっているのじゃないかという情報が入ったときには的確に対応するか、また大体付近ではわかるのです。あそこがおかしいぞ、大体そういう声が出てしまわなければならないと問題が起きてくる。だから、その間に手当てをしていけば防げた問題がいっぱいある。そういうことから、いろいろな医療施設に対して常に問題意識を持って、これは決してすべてを疑ってかかるという意味ではございません。本当にこれはごくごく例外中の例外だと私も思っておりますが、姿勢としてはそういう姿勢で、しっかりと情報を収集し、そして問題意識を持って対応していくべきだと考えますが、いかがでございましょう。

○吉崎政府委員 お話しのとおりだと存じます。医療監視の実効を上げますために、いろいろな医療相談でございまして、お話しにもございました苦情等に基づきまして、関連部局との連絡をよくしていくことが今後一層必要であらうと考えております。今後とも、住民や関係者からの情報取

集に努めまして、疑わしいと思われるところにつきましては特に厳格な医療監視を行うなど、実効のある措置を講ずることを真剣に検討してまいりたいと考えております。

○水谷委員 県が立入検査を行った、問題点がある、勧告した、それが数年間にわたって継続している、こういうことについて県から報告を受けたときに、厚生省は一体どういふふうな対応をされるのですか。また、してこられたのですか。今のこれに関連して。

○吉崎政府委員 先ほどもお答え申し上げましたけれども、本件につきまして、長い経過にわたって繰り返し改善勧告がなされてまいりましたことは、まことに遺憾なことであると考えております。病院に對しましていろいろ指導を行い、特に先ほども申し上げましたけれども、五十七年、五十八年におきましては改善計画書の提出を求めているのでありますけれども、実効が上がらなかつたのはまことに遺憾である。今後は、先ほど来お話しもございましたし、私どももお答え申し上げましたように、実効の上がらぬ方法を真剣に、特にこういう繰り返しおこなうようなところにつきましては検討してまいりたいと思っております。

○水谷委員 ぜひそれはしっかりと取り組んでいただきたいと思ひます。

この事件で知事が記者会見をいたしましたので、その中で、過去何度も県は改善勧告を与えてきた、しかし馬耳東風だと怒りを込めて言っておられるわけですね。県の責任の部分もたくさんございまして、厚生省に全面的責任があると申し上げているのではない。しかし、県が一生懸命やってもどうにもならないものは、そのために厚生省があるのですから、そういう点では、今後、県からいろいろな報告があつてた聞きおこすという態度ではなくて、真剣に取り組んでいただきたい、お願いをいたします。

それから、宇都宮病院において現在まで精神衛生鑑定医によって実地審査をしていただいているわけでありまして。鑑定医の皆様には大変な御苦労

をおかけして、あらゆることを犠牲にして今回取り組んでいただいていることに對して私も敬意を表しているところでありまして、きょうまでのこの審査の結果を教えていただきたい。

○大池政府委員 お答え申し上げます。

県におきまして四月十日から、たゞいまお話しがございしましたように、県下の精神衛生鑑定医の全面的な協力によりまして、法に基づく鑑定医を派遣いたしまして実地審査を実施しておるところでございまして。

まず措置入院患者から実地審査に着手しているわけですが、これまでに百六名の鑑定が行われております。その結果は、措置入院を継続する必要があると判定された者が三十一名でございまして。次に、措置入院を継続する必要があるが、引き続き入院を要するものという判定が六十四名でございまして。それから、入院を要しないという判断の下されまして者が十名おります。判断が保留されておる者がその他一名ということ、これは四月十八日現在ということ、県から報告をいただいている状況でございまして。

○水谷委員 大変な事態が明らかになつてまいりました。きょうの新聞の報道によりますと、十六歳から二十年間も、この人は医療不要者という鑑定医の結果が出てきたが、二十年間も病院に閉じ込められつ放しだった。また、ここではっきりしてきたのは、百六名のうち措置入院が必要だと鑑定の結果が出されたのが三十一名、七割措置入院の必要はない、これは大変な事実でございまして。

いろいろな努力によつて措置入院の数が全国的にだんだん減少してきている、そういう中でこれは極端な姿でございまして。そこで、今回措置入院の解除、同意入院はいいとしても、いわゆる通院に切りかえて退院にできるというのが十名出ているわけですが、出してきたこの結果に對して厚生省はどのような指導をしていられるつもりか。

○大池政府委員 実地審査の結果に對処するまず何よりも大切なことは、これらの患者さん方の医

療並びに保護が確保されるということが最も重要な点であると思つておるわけでございまして、県もそういう立場に立ちまして今対処を検討しているところでございます。

まず、措置入院の継続が必要という判断をいただいている患者さんにつきましては、法に基づく措置解除が当然行われるわけでございまして。その後、それぞれの個別の患者さんについて、特に御指摘のございましたように在宅医療が可能という判断をされた方々につきましては、その医療の確保の方法、家族の方々あるいは患者さんについて、場合によりましては福祉事務所の関係機関等との連携も密接にとりながら、それぞれの個別の患者さんごとに最も適切な処置を行う必要があるというところで、今取り組んでおるところでございまして。

○水谷委員 現在、この百六名のうち少なくとも九十五名は、措置、同意はいずれにしても、あの病院で治療を加えなければならぬということ、ごさいます。病院の中にある患者さん、それからまたその御家族、部外者がいろいろ問題で騒ぐ、一番その中で大変な苦しみをしていらつしやるのは患者さんであり御家族であらう、そういうことを考えますと、例えばPタイルの上に毛布を敷いて患者を寝かせていたとかこういう現状の改革、大至急改めなければならぬことを真つ先にこれはやらなければならぬ。そして、この病院の中に安心して患者が治療の供給を受けられるようなそういう体制をしいてあげなければならぬ、これが一番大きな問題だと私は思ひます。

そこでお尋ねをしたいのは、三月十四日に、実は調査、立入検査をされたときには患者の数が九百四十四名おつたわけですね。それが四月十日現在で七百七十一名に減つております。わずか一カ月間に百七十三名という患者がいなくなつていまして。退院をした患者の中からいろいろな問題が起きておる。ここで具体的に申し上げませんが起きておる。ですから、これはよほどしつかりした対応をしていきまふと思つていないような次の問題がまた起きないという保証はない。そういう

意味では、ひとつより真剣に、いわゆる事実の究明だけではなくて、どうしていったら優良な医療供給ができるか、そういうことについて真剣にひとつお取り組みをいただきたい。いかがでございましょう。

○大池政府委員 ただいま先生御指摘のとおりだと私も考へておるわけでございまして。一つの事柄についての両面性を確かに有している大変難しい問題かと思ひますが、その点につきまして、行政当局におきまして、三月、既に病院の管理者に對しまして、患者さんの転院あるいは退院に当たっては、その行き先の確保という点を強く強調して指導に当たつてきたところでございまして。現在実施しております実地審査に基づく仮に今後退院あるいは転院というふうなケースにつきましても、御指摘のような点を十分配慮しながら、個々のケースについてきめ細かく適切な対応をするように、県ともども指導してまいりたいと思ひます。

○水谷委員 ぜひそれはお願いをいたします。

そこで、四月十日現在の医師七名、それから看護職員五十九名と報告をいただいておりますが、この医師七名、看護職員五十九名という医療従事者数に見合う適正な患者数というのは一体何名になるのでしょうか。

○吉崎政府委員 医師数七人から見ますところの標準の入院患者数は三百四十八人でございまして。それからまた、看護婦等職員五十九人から見ますところの標準の入院患者数は三百五十四人でございまして。

○水谷委員 いわゆる医療従事者数から逆に考えていった場合の超過をされている入院患者の数は相当になるわけでございまして。単純に計算して倍以上になつていまして。私、栃木県の人間でございます。本当に何となく早くこういう現状に對して、とか、資格をどうするか、それからその処分などか、こんなのはまず地元の問題として後でも構わぬ。現在いる七百七十一、医者が倍い

なければいけないのに、これだけでも現実にいるわけですね。これを何とかせにやいかぬ。これは県だけに任しておいたのではとてもできないだろう。精神衛生鑑定医の皆さんや県の精神科医の皆さんは、もう自分のところの問題のように真剣にお取り組みをいただいておりますし、県も一生懸命努力をしている姿はよく私もわかっております。しかし、やはり厚生省のお立場で、今後、倍以上になっているこの現実にとどういうふうに対応していただけるか、伺いたいのであります。

○大池政府委員 御指摘のように、この現状に処するために県も今一生懸命検討をしているところでございます。また、県内の関係医療機関と随

時相談を進めている最中であると承知しておるわけでございますが、私どもの厚生省という立場におきましても、県とよく密接な連携をとりながら、県の段階におきまして、例えばほかの県との関係におきましていろいろと国の援助を求めるといふような段階が参りましたら、国としても目いっばいそういう努力をしたいと考えております。現実には、七百名おられる患者さんの中で五百名余が栃木県下の方々でございますので、やはり県内での適切な対応ということが中心になろうかと思うわけでございますが、また今後の対応におきましては、よく県と連携をとってまいりたいと思っております。

○水谷委員 県内のほかの病院では、今もうほとんど満床という状況でございます。この患者さんたちは、本当に安心して医療を受けられるという考えのもとに宇都宮病院に今入院をされてきたわけであります。医療というのは供給独占というふうにも言われておりまして、これは病院なり医師が完全に抱えて、安心して加療して、そして社会へ復帰して立派に更生をされていく、そういう使命を持っているわけです。そういう観点から今のままでは、残念ながら、お話しでは今五百名くらいが栃木県、そうしますと二百数十名と、いうのは隣接県、他県からおいになっていらつ

しいやいます。栃木県の現状は今申し上げたように非常に満床というような実態でございますけれども、茨城とか埼玉とか群馬、大臣の地元の福島とか、そういう隣接県に対して、そちらからお見えになつていらつしやる方で話し合いがついて、転院をしてもいい、こういう御本人または御家族の中間でいろいろそういう結論が出た場合、または通院にそれが振りかえられる場合とか、いろいろな方向が今後煮詰められていくと思います。しかし、これは県同士でただ働きかけただけではとても対応できない、そういう問題でございますので、大臣にはぜひひとつ特段の対応をお願いしたいと思ひますが、いかがでございましょう。

さっているようでございますが、県の報告をお聞きになるという形じゃなくて、積極的に現地に乗り込んでいろいろな問題を処理をしていただきたい。患者にとつてみればこれは災害みたいなものです。大災害が起きている。生命の危険にさらされていろいろあります。これは中身を調査して善処するというような問題とはちよつと性質が違っています。どうかひとつ早急に現地へおいでいただきたいです。さらに徹底した実態を把握すると同時に、適切な県に対する指導、また、今協力をしていただいている多数の機関の皆様方にもお願いをしていただいたり、御苦勞でしようけれどもぜひお願いをしたいと思うのです。大臣、ひとつよろしく

域保険、職域保険を統合して、それぞれ財政調整を行つて、給付についてはそれを前提として九割、これが我が党の基本的な考え方なのですけれども、先ほどどうも御答弁の中で、基本的に全く同じでありますとしきりに八割を強調されておりましたが、その辺ひとつ誤解のないようお願いしたいと思います。

○渡部国務大臣　私が先ほど平石先生と考へがはは共通すると申し上げましたのは、社会保障の方の向として、国民すべてが同じような給付を受けるようにしたいということでは意見が一致したわけでごさいます、そこが私どもは今八割ということとを申し上げておりますが、先生の方は九割。こ

○渡部国務大臣　今、先生から宇都宮病院の問題について大変御心配をいただいて、またこれからの適切な具体策等をここで承りましたが、これは非常に難しい問題でございまして、私ども一般常識から考えますと、あれだけ大きく新聞、テレビ等で報道されたのでありますから、一番先に患者の家族の皆さんが心配されて引き取りに来るとか、あるいは我々のところにその施策を要望してくるとかいうことが考えられるのであります。が、そういうアクションが意外に少なく、国民全部の皆さんから御心配をいただいておるといふところ

お願いします。

○渡部國務大臣 先生からの御意見十分に承つて、これから、今申し上げましたような、厚生省はもとより、必要があれば栃木県の隣接県等の御協力をお願いいたどうか、あらゆる知恵を絞りまして、一日も早く、入院しておる患者の皆さん方の人権に御心配をいただかないような方途を講ずるように努めてまいりたいと思います。

○水谷委員 以上で終わります。

○今井委員長代理 この際、暫時休憩いたします。

午後零時四十五分休憩

れは、今の財政の責任を背負っておる政府の立場と、それから先生の方は野党の立場でございまして、そこは違うと思うのですが、やはり基本的な考え方、目標は同じでないか、こういうことを申し上げたわけでございます。

○沼川委員 どうも誤解されている面もあるみたいですが、我が党の主張は、一割負担を導入されていまして、制度間において本人、家族の九割給付を前提にして九割を言ったらどうですか、そういう見方からしてはいますので、余り似ていると言われると

ろに、この精神病院の対策というものの難しさ、しかも、そういう立場の中で、あの精神病院に入っておられる方の基本的人権を守ってあげなければならぬという、我々の非常に大きな大事な使命ということを痛感させられておったのであります。

午後二時四十二分開議

○有馬委員長 休憩前に引き続き會議を開きます。

質疑を続行いたします。沼川洋一君。

ちよつと困るわけです。大体、根本的には違ひますので、ひとつよく御理解をいただきたいと思ひます。

そこで、まず大臣にお伺いしておきたいと思ひますけれども、今回の健康保険法の一部を改正する法律案について既に代表質問で私も大臣に申し

もとより、先生御指摘のように、栃木県でできた事件でありますけれども、栃木県だけで解決できる問題でございませぬ。今先生からいろいろ承った御意見等を十分参考にさせていただきなながら、これは厚生省を挙げてその対策に取り組んでまいりたいと存じます。

○水谷委員 私どもが調査に参りしてもなかなか踏み込めない部分がございます。厚生省も、現地へ県が立入検査をした結果をいろいろ聴取をな

○沼川委員　まず、ちよつと大臣に確認をしておきたいと思いますが、午前中我が党の平石委員から質問がありました中で、公明党の医療保険に付する抜本的、基本的な考え方、大臣の受けとめ方、かどどうも違っているのじやないか。要するに、私どもがトータルプランの中で今まで言つてまいりました基本的な考え方というのは、御案内のとおり、各保険制度間における負担と給付の不均衡の是正、すなわち、制度間の統合の方途としては、地

上げたわけでありませうけれども、私が本会議で指摘をしましたとおり、この内容についていろいろな説明をされておりますが、はっきり言いますと、マイナスシーリングという予算の中で割り当てられた六千二百億円をいかに消化するかという、財政対策面で追いつめられた予算であることは間違いないのじやないか。そして、最も取りやすい患者負担の増大という形、あるいは国庫負担の削減、こういう形で今回提案されているのが、どうです

か大臣、率直に言つて今回の改正の趣旨にやごさいませんか。

○渡部国務大臣 我々の内閣は今「増税なき財政再建」ということを至上命令としておりまして、したがって、予算編成の際は、ゼロシーリングあるいはマイナスシーリングという厳しい条件の中にありますから、我々の予算編成はそういう一つの大きなフレームの中で行われることは間違いないと思います。

ただ、私が幾たびか申し上げておるのは、今回の医療改革の中で患者の皆さん方に一割の御負担をお願いするというのは、単に財政対策だけでなく、国民の皆さんから御要望をちょうだいしておる医療費の適正化というものを推進するため、患者の皆さん方にかかった医療費をわかつていただくとか、あるいは一割負担ということによって被保険者の本人の皆さんに毎日毎日の健康の自己管理に努めていただくとか、そういう多面的な要素があるので、単に財政対策だけではございませぬ、こういうことを申し上げておるわけなんです。

○沼川委員 要するに、財政対策だけではないけれども、ほとんどが財政対策の上から出発した、そんなふうにも受けとめていいわけですね。

そこで、この論議をしておつても始まりませんので、昨年の九月十二日に、「医療保険制度の改革に向かつて——五十九年度概算要求の考え方」というのを厚生省で出されております。これをずっと読んでみますと、特にその中で、医療費は今後とも国民所得を上回るといふ考え方に立つて、患者負担という制度改革が出てきているわけです。その医療費の適正化というのとは、大体どことなば適正化という一つの目安としているのか。厚生省では国民所得の枠内に抑える、これは一つの政策目標といえますか、原理原則として今まで考えられてきたことだと受けとめてよろしいでしょうか。

○渡部国務大臣 これも幾たびか申し上げておりますように、大体経済成長が現在程度に将来続く

という予測の中で、医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲にとどめる、つまり、皆さんからちょうだいする保険料を、率で言えば現行の保険料率程度にとどめていきたいというのが私どもの願ひでございます。

○沼川委員 ちょっとよくわからぬのですけれども、それは努力目標ですか。一つの政策目標なのですか。原理原則なのですか。その点をはっきり言つてください。

○吉村政府委員 私どもは原理原則だとは考えておりません。政策目標だと考えておるわけでございます。

○沼川委員 そこで、結局、与党議員の方からも指摘があった問題ですけれども、五十九年度は国民所得の伸びが推計では大体六・四％、医療費の伸びが二・五％、これはいわば国民所得の伸びに對してその枠内に完全におさまっているわけです。言つてみれば鈍化しているわけです。吉村局長は、改正をしない医療費は七・二％の伸びで十五兆五千六百億円、改正すれば二・五％の伸びで十四兆八千八百億円、すなわち六千八百億円の抑制ができる、こういう説明をされておりますが、この言葉をそのままかりて、言い方をかえて説明しますと、本人負担分とその波及効果を考慮して大体一千四百億というところをおしやうとしておりました。大体一％だ。そうすると医療費の適正化対策を進めていけば、一割負担をしなくても医療費の伸びは、プラス一％です。二・五プラス一％で三・五％の伸びとなります。ということとは、この負担を導入しなくてもちゃんと国民所得の枠内におさまっておるわけですね。そういう点で、原理原則じゃないとおっしゃいましたけれども、厚生省はやはり国民の健康と命を預かる大事な行政庁ですから、当然、財政対策は厳しい、そういう中でも、やはり将来の方向性というか政策の目標というか、こういったものは、きちつとしたものを踏まえて対処しなければならぬ大事な行政庁だと私は思います。そういう点で、どうも何かこういった原理原則みたいなのがはつきりしていない。

い。一〇％という上からの至上命令が来れば、いとも簡単にそういう基本計画が壊れてしまふ。大臣に言わせれば非常に運が悪いという言葉で表現されていきますけれども、運が悪いという言葉の根底には、本当はこれはけしからぬと思われているんじゃないですか、大臣。

○渡部国務大臣 これは全くそのようなことはございませぬ。私は、やはり今後の、国民の皆さん方が常に安心してお医者さんにかかれる、あるいは重い病気のときには入院できる、そういう保険制度というものを将来に揺るぎないものにするためには、やはり被用者保険の皆さん方にも、現在零細な商工業の皆さんあるいは農民の皆さんは三割の御負担をなさつておるのでありますから、大変恐縮でございますが被用者保険の皆さん方にも今回当面一割、次に二割という御負担をちょうだいすることが、やはり我が国の医療制度を将来にわたつて揺るぎないものにするものであり、また、国民の皆さんからこれはたびたび御指摘を賜つておるところの濃厚診療とか、そういうものを排除して、医療費の適正化を行うための大変大事な政策であるということをお願いをいたしております。

○沼川委員 それでは、ちよつと医療費を取り巻く環境の変化として非常に鈍化してきている、そういう流れを知るために、一つの具体例として政管健保の例を引いてみたいと思ひます。

御案内のように、この政管健保というのはこれまで三三赤字の一つとして非常に騒がれてきたわけでございます。これは社会保険庁がまとめた五十五年、五十六年の政管健保の決算がございまして、けれども、五十五年の決算では五百二十八億円の赤字見込みであったのが、三百二十五億円にとどまった。要するに二百三億円の財政好転を示しております。また、五十六年度決算を見ますと、五十七年度予算編成時には二百八十五億円の黒字の見込みであったのが、四百八十四億円の財政好転となつて実に七百六十九億円の黒字を生んでおるわけなんです。これは見込み後の行政努力によるものな

のか、それとも見込みの誤差なのか、どうでしょうか。ちよつとこの辺の御見解をお聞かせいたしたいと思ひます。

○坂本政府委員 今御指摘がございました政府管掌健康保険の収支状況の数字の比較でございますが、先生がおっしゃいました予算編成時見込みと決算の二つの数字でございます。予算編成時見込みと申しますのは、例えば、今御指摘のありました五十五年度について申しますと、五十六年度予算を編成する時点、すなわち五十五年の暮れの時点における五十五年度の収支見込みでございます。これは五十五年度の三月から八月までの前半の実績を見まして、さらに過去三年の推移も含めまして残り半年分の推計をいたしまして見込みを出しております。結局決算をいたしましたところ、今御指摘のありましたように、大分好転をした、こういう結果が出ております。

これにつきまして、一つは、大体、今申しましたように、半年分の実績と過去三年の実績とを勘案して後半の分を推計いたしますので、医療費というものの性質上、ある程度変動要因もございまして、ずれが出てくるというものもございします。そのほかに、やはり年度後半にまいりますと、二月、三月のインフルエザの流行というものはも年によつていろいろ状況が違つてございします。インフルエザが流行しても医療費の支出に困らないように、ある程度の余裕を持った見込みをしていくということもございします。そういうときにインフルエザの流行がなかったということになりますと、その分だけ財政が楽になるといふ点もございします。

そういった要素と、さらに、最近におきましては私どもも医療費適正化の行政努力を力を入れてやっておりますので、そういう面も、これは数字でどのくらいというのなかなかお示しするのでも困難でございますが、そういったこともあわせまして、国民の皆さんの間に健康管理意識等も定着してまいつた。そういういろいろな要素が合はつて、今御指摘のあったような結果が出てきた

のではないかと考えております。

○沼川委員 いろいろお聞きしましたけれども、要するに医療費は思ったほど伸びなかったということですね。インフルエンザが余りはやらなかつたとかいろいろ理由もあるようだけれども、結果的に見ますと医療費は思ったほどは伸びなかった。ですから、言ってみれば、政管健保の流れを見ていきますと、もう一つ、私もあるほど思った、一つの注目する数字があるわけですが、ただ単なる財政の額だけで見ないで、収支率の比率の上から見ますと、これは例えば五十年は三百十二億の赤字です。五十一年はさらに五百六十一億の赤字が出ていますが、この収支率の比率からいきますと、五十年が二・一、それから五十一年が二・二、そしてさらに五十二年に百五十三億の赤字を出していますけれども〇・八。ずっと収支率の比率を見ていきますと、かつて社会保険庁が、五十二年ないし五十三年の当時に、幾らか赤字に移ったあの時点で、一生懸命政管健保の赤字基調は変わらなかつた盛んにあったという当時ですが、実は収支率からいけばもう好転の兆しはそのときからあったわけですよ。きのうきょうじやないわけですよ。そういう形で、今回、先ほど言いましたように決算において大きな黒字を出しておるわけでございます。冒頭に申し上げましたように、国民所得の伸び以内におさまる、こういう傾向は今後しばらく続くのではないかと、純化の傾向というのは明らかに、突然起こったのではなくて、ここ何年かのそういう傾向をたどってきた中で、今後やはり医療費は純化していくんではないか、こういうふうには見ることができるとは思いませんか、こういうふうな理由というものは、非常に説明に迫力がないうように感じますけれども、どうでしょう。

医療費の基調が今先生が御指摘のように変化したのかどうか、ここは非常に重要なところなんでありますが、私も医療費の伸びの基調は変化をしていない、こういうふうに考えております。その理由といたしましては、やはり老人人口がふえる、これはどうしても避けがたい事実でございます。それから疾病構造を見ましても、慢性病が非常にふえている。これは治らない病気であり、非常に医療費は必ずふえていく。それから医学の進歩は必ず進歩をしていきます。それからまた、最近の医療費の傾向でうかがえるように、病院医療費が非常にふえておる。つまり開業医さんのところへ行くか大病院へ行くかという選択を患者がした場合には、大病院の方に行く傾向が強くなつておるのではないかと、そういうふうなものが、そういう病院医療への傾斜というふうなもの、あるいは今後医療従事者というものはふえていきます。したがって、そういう要因から考えますと医療費の伸びが純化をするという要素は一つもないわけでございます。中長期的に考えますと、私も推計によりまして医療費は必ず国民所得の伸びよりも少し高い伸び率で伸びるのではないかと。ただ、そうすると五十八年度、五十九年度の医療費の伸びをどう考えるか。確かに国民所得より低くなつております。それは私もいろいろ政策の手を打ったというのが一つの重要な要因になつておると思ひます。過去の経験からいいますと、医療費がある一定のレベルで伸びてきて若干純化をするということはございます。しかしそれからまた同じような傾向で伸びるというのが、私どもの過去の実績からも把握しておる現象でありまして、私も、何らかの政策の手を打たない限り、医療費の伸びは国民所得の伸びよりも高い伸び率を示すであろうという確信に近い予測をしておるわけでございます。

○沼川委員 吉村局長の御説明ですから、一応今の御説明、受けとめていきたいと思ひますが、かつての政管健保のときも全くそうでしたけれども、先ほども指摘しましたように、五十二年、好転の兆しがある中でも一生懸命おつしやつたわけですが、これはもう赤字基調は変わらないと力説されました。そして、五十五年にはもう三K赤字と騒ぐほどのことはなかった。また今回の医療費の伸びについても、厚生省サイドでは、医療費が毎年一兆円伸びる、確かにそういうペースでは来ていないと言つてこれだけの割合には、意外やそういう純化の兆しが出てきた。単年度だけではわからぬので、今後の推移を長い目で見なければならぬ、これは間違いないわけですよ。ですから、私に言わせれば、そういうときだからこそ、かねがね言われてきた適正化の問題、こういう問題を徹底して、医療費をむやみやたらに高騰させてきたその元凶と言われるようなものに徹底したメスを入れて適正化対策をやる、これが私は政治の常道だと思ひますし、政策面でいって選択順位だと思ひます。ですから、こういった社会保険費なんかの場合、いつもそうですけれども、財源の捻出にそれこそ血のじむようないろいろな努力をする。いろいろなところに取り残しがたいような全力を挙げた適正化対策をやる。大体、負担というのは、それでもどうにもならぬというときに持ち出すのが政治の一つのルールではないかと思ひます。そういう面で、まだあれも足りない、これも足りないという適正化の問題が、国民の皆さんからいろいろ指摘してあるのにもかかわらず、そういう問題をさておいて、いきなりまず一番最初から負担を言う、こういう考え方はちょっとおかしいのじやないかと思ひますが、どうですか。

○渡部国務大臣 毎年一兆円伸びる、そういうことになつては大変ですから、医療費の適正化を進めなければならぬ、こういうことで、これは先生方のいろいろの御支援もありまして、また先生方に激励されて、厚生省としても、医療費の適正化のために、審査体制の強化であるとかいろいろやりまして、その結果医療費の伸びがダウンしてきたのでありますから、これは、言つてきたことと違つたということでも、違い方が褒めていただいている方だと思ひます。そこで、もうここまで医療費の適正化が進んでおるのだからもうあの一割負担はやらなくてもいいんじゃないか、これもまたちょっと気が早過ぎるのじやないかと思ひますので、せっかく今、前のままでいきますと二兆円ずつ医療費が伸びていって大変なことになる、それが先生方の御協力によつて、また私も一生懸命頑張つて、適正化していい方向に進んでいるのですから、これをやはり二十一世紀に向かって定着させなければならぬ。その定着させるのには、この機会を逸さないで、せっかくいいところに来たのですから、ここで一割負担の導入というものを認めていただくと、この医療費の適正化というものが将来にわたつて適正化する方向に進んでいく、やはり今がこれをやる時期ではないかと思ひますのでござい

○沼川委員 大臣からお話しを承つたわけですが、一割負担を力説されますけれども、国民から見れば、残念ながらそういう考え方はあんまり受け入れられてないわけですよ。今のこの健康保険の改正をめぐつていろいろな国民サイドの要望がございまして、その中で、私も大勢の方に接して一番に出てくるのが、不正不届のむだ金に徹底してメスを入れろ、厚生省はどこまでやつておるのだ、まだまだ本当に隠された問題がありますよという、これに対する厳しい批判がますますございまして、それからもう一つは、これはまた後で御質問申し上げますけれども、薬剤費の問題がございまして、何でも日本はこんなに薬代のウェイトが高いのか、こういう問題を適正化しろという問題がますます前掲としてたくさんあるのです。大臣がここで一割負担と力説されても、今回のこの法案について見る限りは、恐らくその辺に、前提条件となるようなそういう整備をもつとやつてもらいたいという声の方がむしろ強くて、負担に賛成という声は少な

いのじやないかと思ひます。これは、これ以上やってもまた平行線をたどりまじし、やる時間も十分ございませう、また別の角度からひとつやらしていただきたいと思ひます。

そこで、薬の問題についていろいろとお尋ねをしてみたいと思ひます。

外国では、薬剤費の問題といふと、大體医療の中の一部だ、保険の中の一部だといふようなとらえ方があります。日本でもそういうとらえ方がありますが、日本の場合は薬づけという言葉が、現在の日本の医療のゆがみ、あるいは抜きがたい体質を表現するところの常套の言葉となつてしまつてゐるわけです。そういった中で見ますと、日本の医療問題というのは薬剤費の問題であつて、もつと言葉をかえて言うとなんか問題である、こう言つてもいいのじやないかと思ひます。

この前もこの委員会で指摘があつておりましたけれども、最近確定した数字の上からいいますと、たしか五十七年度で薬剤費の比率が三四・一%。これは過去の例からすると見ても、四・六%も減少するといふことは確かに実に四年ぶりですね。下がつた下がつた大變きをする向きもありませうけれども、私に言わせれば、この三四・一%そのものが諸外国に比べて異常じやないか、こう思ひますが、どうでしょう。

○吉村政府委員 薬剤費の割合についての比較といふのは比較的難しい問題なんでありませう、それにいたしましても三四%余りの薬剤費という比率は、諸外国に比べて高いことは事実でございませう。

○沼川委員 ここであつたとお尋ねしたいわけですが、これは厚生省からいただいた資料で、国民一人当りの医療費ですけれども、五十三年度が八万六千九百四、五十四年度が九万四千三百四、五十五年度が十万二千三百四、五十六年度が十万九千二百四、このうふうになつておられますけれども、薬剤費の比率も出ていますので掛ければ大まかなあはれはわかるのじやないかと思ひますが、それだけでは見

えぬ部分もありますのでちよつとお尋ねしてみたいのですが、例えば五十六年度が十萬九千二百四と出ています。この中で薬代というのは大體幾らぐらゐございませうか。

○吉村政府委員 薬剤費の比率を掛けて単純に計算をいたしますと、三萬八千五百四でございませう。

○沼川委員 大臣にちよつとお尋ねしたいと思ひますが、

この前も答弁の中でおつしやつておりましたが、大臣は非常に農政問題通でもあると伺つておりますが、今国民一人の米代は大體お幾らか、御存じですか。

○渡部国務大臣 国民一人の計算はしたことはありませうが、六十キロですと一萬七千四程度だと思ひますが、全体で三兆四ぐらゐですか。薬の方が米代金より多いことは間違ひございませう。

○沼川委員 大變失礼な質問をして申しわけございませうが、ベテランの大臣でございませうので恐らく御存じだと思ひましたが、これは今もおつしやつたように、標準米ですけれども、五十七年度で二萬七千四、薬は単純計算ですが三萬八千四、主食のお米よりか薬代が多い、こういう事実。ひとところ、日本人は薬を飲んでゐるのじやない、これは食べてゐるのだという表現がありました。馬に食わせるほど食わせてゐるという表現もありましたが、最近、象に食わせるほど食わせてゐると、これだけあればさう言われるのもなるほどなと思ひます。いろいろな面から薬代が多過ぎる、ただ単純に外国と比べられない難しさがありませう、私のさういふ比較をここに出すことができないのは残念ですけれども、きちつと比べて見れば、こういう部分的な問題を取り上げてどうも薬といふのは多過ぎるのじやないか。したがつて、適正化対策の中でこの問題に対する取り組み、現在薬価基準の引き下げといふことだけで対応されておりますけれども、御案内のように、この三年間で薬価基準が一番引き下げられたのが五十七年度の一八・六%、そして五十八年度に四・九%、五十九年度に一六・六%、言つてみれば三年間に四〇・

一%引き下げたわけですから、業界あたりからも、アリ地獄の底が見え出したとかさういふ相当厳しい声が聞かれること自体、これに対する取り組みが、確かに今まで以上に何か一つの効果があつたのじやないかという感じは受けております。ただ問題は、薬価基準を幾ら引き下げてても薬価差がゼロとなることは絶対ないわけですから、ずっと過去から振り返つてみると、薬価基準の引き下げ、何とかして実勢価格に近づけようとするけれども、この実勢価格が薬価基準になつたときにはまた次の実勢価格ができてゐる、このイタチごつこはいつまでも続いていくのじやないかと思ひます。

そこでお尋ねしたいのですが、薬価基準の性格づけといふ基本的な考え方といふんです、もつと言葉をかえて言ひますと将来構想といふんです、何か薬価基準自体を今後どういふふうな性格づけで考えていかれるのか、その辺をお尋ねしてみたいと思ひます。

○吉村政府委員 まず、現在の薬価基準の性格について申し上げます。

現在の薬価基準は、保険の診療報酬を支払うに当たりまして薬の価格はどのように支払うか、それは購入価格で支払うといふことが点数表に書いてあるわけですね。購入価格ですから、医療機関が購入した価格をそのまま支払ひましたよといふのが現在の規定でございませう。したがつて、現在の薬価基準といふのは、その医療機関が買入薬の購入価格を定めるものである。したがつて、本當を言へば、各医療機関で購入する価格は全部違ふはずでありますから、個々に決めなければならぬといふことも言えるわけですが、それでは社会保険の大量的な事務処理に過ぎないといふことで、ある一定の算定方式を用ひまして購入価格そのものを厚生大臣が定めておる、これが現在の薬価基準でございませう。したがつて、現在の薬価基準の性格は、医療機関の購入価格をある一定の基準で定めたものであると思ひます。

今後は将来の問題であります、社会保険の医

療費は、私どもはかかつた費用を補てんをするという立場に立てば、今の体制を変える必要はない、性格を変える必要はない。したがつて、医療機関が購入した価格が実態に合うように、かつ、医療機関が購入した薬の費用の補てんができるように価格を定めていけばよろしいのではないかと、これが私ども保険の診療報酬を扱う場合の立場でございませう。

○沼川委員 そこで、ちよつと端的に聞いてみたいと思ひます。

薬価基準は非常に難しい問題であるだけにまた問題も多いわけですが、要するに医療機関が薬価差を要求せざるを得ないような状況が、この前も大臣と論議しました例の出来高払い制度の中ではどうしてもあるわけですね。ですから、最近薬価基準が大幅に引き下げられますと、變な話ですが、医療機関の内部からも、薬でもうかる時代は終わった、こゝういふ声を私も随分聞きます。しかし、出来高払い制度がある以上は薬でもうかるということとはなくならぬのじやないかといふ一面もございませう。現に、薬価基準の引き下げ後まだ価格が決まらないために、全国の医療機関で、品物は納入されてゐますけれども値段が決まらぬといふこととで、恐らく一年くらいまたかかるのじやないかと思つて心配してゐます。これも後からまたちよつとお尋ねしたいと思つておられますけれども、それで、医療機関の内部には潜在技術料といふ言葉が公然とまかり通つております。薬を大量に保管するとなると、消耗とか管理とかいろいろな目に見えない費用も確かにあると私は思ひます。したがつて、薬価差益があつたといふじやないか、さういふ意味から潜在技術料といふ言葉が通つてゐると思ひますが、こゝういふ実態については厚生省ではどのようにお考えになつておりますか。

○吉村政府委員 確かに実際に購入する価格と薬価基準の間に差があることは事実でありますし、その薬価差を潜在技術料だと稱する言ひ方もあることは事実であります。それで、非常に技術的に

言いますならば、保険の立場からいえば購入したその実費を払う、あるいは、その実費に若干廃棄料だとかいろいろ保存のための費用だとかもかかるわけですから、それをプラスしたぐらいの価格を払えばよろしい、こういう考え方もあると思います。

ただ、現在の場合には、先生御承知のように、全体の薬の購入価格を調べまして、九〇％パルクラインなり八二％パルクラインなりで価格を決めておる。したがって、そのパルクラインの引き方あるいは薬価調査の仕方、そういうものによって価格差が生じ、それが医療機関の潜在技術料として経営費の一部あるいは所得の一部になっておる、これは否定できないと思います。

○沼川委員 そのこで、これは国民サイドに立った素朴な質問ですが、要するに薬価差益があるとすれば、これは当然、健康保険制度の中ですから、保険料、税金で払われているそういう制度から生まれる利益なのですから、もし差益があるとすれば、その差益は患者である国民に還元されなければならぬはずなのに、せめてその保険点数の引き下げとなつてそういう形で返ってくるものなのに、それが医療機関の懐の中に入つてしまふ、これはおかしいのじゃないか。こういう非常な素朴な疑問ですが、事実ですから申し上げた。こういう問題に対してどういう見方で対処されていかれるのですか。

○正木政府委員 先生御案内のように、薬価基準につきましては薬価調査をいたしまして、今回で申しますと、四月の取引分について五月に全販売サイド、それから医療機関は抽出で行いましたが、実勢の薬価調査を行う、それから他計調査を継続的に実施いたしまして、実際に取引が行われている価格を把握いたしまして薬価基準に反映していくということ、適正な実施を行うというのが基本になっておるわけでございます。

○沼川委員 今回の薬価調査の一つの出発点となりました、中央社会保険医療協議会の答申がもとで行われたと思います。ちよつと、今その薬価調査

の話が出ましたので伺つておきたいと思ひますけれども、この中で、改定のやり方として全包装による加重平均値の乖離の大きい品目、要するに今回は乖離の大きい品目については八二％パルクラインでなされたわけですね。その乖離の大きいという目安は大体どれくらいと見たらいいのでしょうか。

○吉村政府委員 今先生御指摘のように、私どもばらつきが多いものについては八二％のパルクラインで薬価を算定したことは事実でございます。ただ、なぜ八二％でやるかという点、一〇％をカットオフして九〇％パルクラインを引いて八二％になるわけでございますが、九〇％パルクラインだと、一〇％だけ支配すれば価格を維持することができるといふことになるわけでございます。しかし、そのばらつきが多い医薬品というのはいろいろな形で競争しております、薬価基準との乖離が基盤になる、そういうことで一〇％分だけをカットして、残りについて九〇％パルクラインを引く、こういうことをしたわけであります。

今、何％ぐらいのばらつきでおおえたかはやつておるのだという御質問ですが、それをここで公表いたしますとまた価格の操作が可能になるわけでございます、この席で具体的な数値を公表するのは御勘弁のほどをお願いいたしたいと思ひます。

○沼川委員 その辺よくわかりますので、それ以上申し上げないつもりでございます。

先ほど将来展望という性格づけというのか、そういう面でも質問したのですが、御案内のとおり、薬価基準については厚生省の中の二局二課でなさつておるわけですが、要するに、調査の面は薬務局の経済課でなさつておる、そして基準を定めるのは保険局の医療課でなさつておる、ところが、薬務局の立場と保険局の立場と全然違うわけですね。新薬あたりを収載する場合の折衝をなさるのにはむしろ経済課の方ですか。ですから、薬価基準の持つ性格が二面あると思うのです。私の言うことが正しいかどうか知りませんが、薬価をどう

どん切り下げていく、下げるということとはメーカーに相当打撃を与えるわけですから、そのかわり新薬については高い値段で収載するという、御褒美と言つていいかお返しと言つていいか、そういう形になつておるのじゃないかと思ひます。要するに、経済課の分野は言つてみれば産業育成、どうしてもそういう政策をとらざるを得ない。ところが、保険局になつてきますと、保険財政という中で考えていかなければならぬ面が強いのではないかと思ひます。したがって、今までの過去の例からいいますと、薬価基準がで上がるたびに新薬が非常に高い値段で収載されてきたという経緯がありますが、現在みたいにこれだけ財政が厳しくなつて保険財政自体が大きな問題になつてくると、果たしてそういう産業政策という面を考えた薬価基準でいいのかどうか、こういう問題の転換期を今迎えているような感じも受けるわけですから、この点についてはどうでしょう。

○正木政府委員 薬価基準が幾らで決まるかというのとは、もちろん製薬メーカーの経営に大きな影響を持つものでございまして、ただ、薬価基準の性格は先ほど保険局長がお話しをしたとおりでありまして、先生おっしゃいますように医薬品メーカー、医薬品産業が国民の医療なり健康を守つていくために非常に重要な産業である、これを健全な形で伸ばしていかなければいかぬ、それは一体どういう形でやつていくのかという場合に、薬価基準というものが主流をなすということであつてはならないと思ひます。医薬品産業に対する政策は今後どう進めていくのか、医薬品産業も今後どういう形で進んでいくのかということが基本になければならないと思ひます。

国民皆保険後、医薬品が非常に伸びてまいりましたということ、これまで、我が国の医薬品産業というものは、国内市場の拡張に依存しておつたということが事実であつたと思ひます。しかし、今日、医薬品市場のバイというものはこれ以上大きくなつていかないという中で、それじゃ大事な医薬品産業を今後どうしていくのだという問題がこ

ざいます。

そこで、五十七年の九月に医薬品産業の政策懇談会というものを発足させまして、これは関係者も多数入りまして議論をしておるわけでございますが、テーマとしては、例えば研究開発の基盤整備であるとか、海外進出の問題であるとか、バイオテクノロジーという先端産業に向かつてどうするかという問題、あるいは単に医療用医薬品だけではないで、一般の消費者は手近なところで切味のいい安全な薬を求めるといふ機運も高まつてきておりますので、そういう面で大衆薬についての改めた見直し問題をどうするかとか、いろいろなテーマがございまして、そういった点を十分議論してもらつて、そして産業政策という面に立つて、研究開発の促進であるとか、新薬の推進であるとかいふものを進めていく施策をあわせて講じていかなければならない、これはまさに先生おっしゃるとおりだと思ひます。

○沼川委員 要するに今申し上げたように、医療保険という公共財政からの観点と産業の発展という観点が同じ厚生省の中にある。ですから、本来ならばこれは産業政策ですから通産省あたりがそういう企業の育成をやるのが、財政とか財投とかそういう形で発展を促していくというのが筋道なんでしょうけれども、やはり生命関連の産業ということで厚生省で全部見ていらつしやる。何かその辺の考え方の比重というかバランスというのか、私が先ほど申し上げたかったのは、一面では財政面で薬価をもつと下げろ、薬代は多過ぎる、そうなるとうしてもそういう面に集中した対策をとらざるを得ない。後でちよつと逆の例を一つ出しますけれども、今度はこれをやり過ぎると、特に一番弱い卸あたりがもろに被害を受けて、そういう一つの複雑な流通面の上から倒産が出てきたり、いろいろなそういう問題が出てくる。どっちに力を入れるかとなると、今この国会ではむしろ財政という面に焦点が当たつておるし、私も本来から言えば、健康保険という面ではそういう面では思い切つた薬剤のむだを省いていくという施策に

力を入れていただきたいと思いますが、先ほども薬務局長がおっしゃったように、一面では、経済課を窓口として産業政策みたいなそういう面での育成もやらざるを得ない。ですから、そういう面では薬価基準が両面の役割を今まで果たしてきたということも私は言えると思いますが、その辺にも何か転換期が来ているように思いますし、今後の対策についてはまた十分その辺もひとつ御検討をいただきたいと思うのです。

そこで一つ、これはもう全く薬価基準の引き下げから起こった問題なわけですけれども、愛知県の医薬品卸協同組合が、上部団体であるところの日本医薬品卸業連合会に対して、「医療制度及び薬価調査について」と題して、具体的には特に行政当局へ五項目の申し入れをなさっておるわけですね。

一つには、「薬価基準の大幅な引き下げ時期の再検討」、恐らくこれの時期というのは、下げるのだったら年度末でなくて、年度末は避けてほしいという、こういった御要望が中にあるようです。また、率についても大幅にはっと下げるのではなくて、部分的なそういう比率を考えてやってほしいというの、そういう意味でのこれは要望だと思っています。

それから「没論理的流通管理のチェック強化の規制」、これはもう薬業界の流通体系というのは御承知だと思いますけれども、普通はメーカーの仕切り値があつて、卸が仕入れて、建て値制でそこにマージンが幾らか乗っかって薬品がさばかれていく、これが大体常道なんです。大臣、恐らく御承知と思いますが、薬の流通機構というのは全然そうなっていない。割り引き、値引きとか、あるいはマージン、そういうのがあつて、結局は、今みたいな薬価がこんなにずっと引き下げられていきますと、お医者さん、要するに医療機関とメーカーの間に挟まれて、率直に言つて一番苦しいのは卸屋さんじゃないかと思うのです。ある人が馬にニンジンという言葉で表現しましたが、とにかく販売拡張をやらなければマージンはもらえない。

い。そういう窮状に立っているけれども、メーカーは案外困っているときは全然構つてくれない。ところが、病院に薬を納入したが、代金はさっぱり決まらない。恐らくこれは一年以上またかかるでしょう。メーカーには支払いをしなければならぬ。医療機関からお金をもらつて初めて支払いができるわけですが、その間は待つておられないということから、恐らくそういう中から出てきた一つの要望書だと思います。

三番目には「卸企業の保護育成策」、四番目に今私が言いました「国公立及びその他の医療機関からの支払いの迅速化と指導等」について、五番目に「薬価基準制度の抜本的改正」、この五項目が出ているわけです。

ですから、先ほどから言いますように、言つてみれば財政対策という面からの薬価基準の引き下げによって、経済対策という面でも非常に厳しい状況が今度はこちらに出てきている。こういう問題について、これは当然薬務局の方の所管だと思いますが、私も、本当ならば公取にきていただきたい。ちよつと思ひましたけれども、そこまで言う問題じゃないだろうと思ひまして一応お尋ねするわけですが、こういう問題に今後どう対処されていくのか。下手すると、恐らくこういう傾向が全国的に出てくるのじゃないかと心配しています。今みたいな流れでいきますと、この辺についてはどうでしょう。

○正本政府委員 先生おっしゃいますように、医療用医薬品の流通というものは非常に複雑になっております。おっしゃいますように、仕切り価格があり、値引き保証が行われ、そしてリベートといたつたような形で、一般の商品流通とは変わった形でずつと行われておりますということが一つ。もう一つは、製薬メーカーと卸の関係であります。前近代の頃と言つたところでございますが、きつとした契約に基づいた関係にないというのが大部分を占めておる。大部分と言つと語弊があるかもしれませんが、多いという実情もございまして、そういう医薬品流通の中で今回の薬価基準の

改定が行われ、三年続いた薬価改定で一六・六%、これは製薬メーカーにとつても非常に深刻な問題になっていることも事実でございます。ということとは、実際に当たる卸について、卸が医療機関と製薬メーカーとの間に立つて非常に苦慮しているという面があることも事実でございます。

そこで、今後こういった問題をどうとらえていくのかということでございますが、現在の薬価基準制度というものは、市場価格を適切につかんでそれを反映させていくということがやはり基本になつておるわけでございまして、そういう点については十分理解してもらつて、これは卸も製薬メーカーも医療機関も十分理解してもらつたということがまず大事だと思います。

それから、現在行われております流通問題について近代化を図つていくという面での努力も必要だと思ひます。そういうことで、現在医薬品流通の近代化協議会でも議論をされておりますし、それからまた、公正取引競争規約といったもの、これはメーカーと医療機関との関係を主としたものでございまして、こういったものの適切な実施というものを踏まえまして、今後の医薬品流通の前進を図るよう努めていかなければならないというふうにしてまいりたいと思ひます。

○沼川委員 特にこの中で、今後の薬価調査にはもう協力できぬという趣旨がうたわれております。例えば最近の薬価調査は、もちろん自計調査、他計調査をなさっているわけですが、以前は本調査という場合には相手に書いてもらった。ところが、最近ではコンピュータの時代ですから、いきなりコンピュータのテープを持つていかれる。そこまで協力しているのだから、実際はたしかコンピュータのテープで七割ぐらいで、あとは相手に書いて出させる、そういう中の調査だと私は一応承つておりますけれども、言つてみれば、コンピュータを出しているのだから底値まで持つていかれているのだ、そこまで協力している、今度は嫌というほど首を締められる。だからもうこれ以上薬価調査の協力はできぬ、こういう

ような窮状がうたわれております。やはり卸と言つたつていろいろあるわけですから、大中小企業が非常に多い。そういう中で、むしろメーカーはまだまだ余裕はあると私は思ひます。はっきり言つて、やはりこういう問題になつてくると、その谷間で医療機関とメーカーに挟まれて、こういう状況は恐らく卸の中には今後出てくるのじゃないかと思ひます。

ですから、私が先ほどからお聞きしますのは、経済という面、産業の育成という面での薬価基準、片一方は財政という面でもうだんな薬を省いていく、そういう二面性のある薬価基準をどういう位置づけをするかということ、やはり本当に考えていく必要があるのじゃないかということをお聞きしたいわけですね。このことがこの中にも出ております。薬価基準の改正という要望の中で、経済原則を前提として改正していただきたい。経済原則を前提としてということは、余りカットするなということでしょう。ところが、財政対策として我々がこの保険財政の中でやらなければならぬことは、やはり薬のむだを省かなければならぬ。これはやはり国民の要望でもありますし、こういった問題は非常に難しい問題かと思ひますが、やはり流通自体が、先ほどからおっしゃつたように、同じ販売リベートといたつて単品リベート、総合リベート、そういう非常に難しいいろいろな複雑な流通の実態がございまして、今後、薬務局の方でもその辺はよく御承知だと思ひますので、対策等についてはお願ひをしまいたいと思ひます。時間が余りありませんのであと一つ、二つ、薬価基準でお尋ねしたいと思ひますが、銘柄別収載について毎回いろいろ意見が出てまいります。一つは、銘柄別収載というのは中小のゾロメーカーの圧迫につながるか、あるいは、いい面では医療費を大幅に圧縮できるということで、かつては統一限定方式、こういうのをとつていらつしたこともあつたし、現在は銘柄別方式になつていくわけですが、今度の薬価改定でいろいろ過去の問題になつた薬を見ても、例

えばセファレキシンの製剤をちよつと薬価基準の中から取り出してみますと、相変わらずAランク、Bランク、Cランク、同効の薬でそういった値段のランクがはつきりあります。今度も予算委員会でも一つの指摘があったのですが、大学病院等で高い薬を使っている、医療費を節減するために安い薬を使い、同じ効き目があるんだつたらそれを使い、そうしたら医療費が浮くという指摘もあります。また反面、銘柄という面で、先発品としてのそういう面も確かに見てやらなければならぬでしょう。今回はいろいろ批判があったけれども銘柄別取扱いとなつていますが、これは今後とも続けたいか、それでしょうか。

(委員長退席、稲垣委員長代理着席)

○吉村政府委員 御指摘のように、銘柄別取扱い方式につきましては今言われましたような欠陥があることは事実であります。ただ、銘柄別薬価基準は五十一年度から採用して今日に至つておるわけでありまして、それまでは統一限定方式であつたわけでありまして、統一限定方式には統一限定方式のまた欠陥があつたわけでありまして、それを是正するために銘柄別方式に変えた。これが今日までの経過なんですけれども、私も、それぞれ銘柄別には銘柄別の欠陥もあるけれども長所もある、それから統一限定には長所ももちろんありますが短所もあるということで、両者のいいところを取り上げたような方式はないものかということ、いろいろ検討しております。ただ、なかなか難しい問題がたくさんございましてまだ踏み切れないのであります。今三月一日から薬価基準の改正をいたしました、その改正におきましては少なくとも銘柄間の格差を縮小させる、こういう措置だけは一応の暫定的な措置としてとつております。けれども、それは言つてみればほんとう的な措置にとどまるわけでありまして、もう少し根本的にいい制度はないものだろうかということも考えておるわけで、いろいろと勉強はしておりますが結論を得るに至つておりません。

○沼川委員 時間が余りないので一つだけ。

試供品の問題がいろいろと問題になっていまして、これについては、メーカーが何項目かの自主規制をつくつて自粛もなされてきた一面もありまだけれども、残念ながら罰則も何も無いものから、そういうものがあつても試供品の問題がいろいろと問題になりました。ある人に言わせると、医薬品の中の五割くらいあるのじゃないか、これがなくなれば相当医療費が節減できるという指摘もございました。そういったことから、今回厚生省で、そういった試供品の規約といひますか規則といひますか、そういうのをおつくりになつてたしか七月から発足させるということでございますが、今度は、そういうのを防ぐ意味で罰則規定とか、もうちよつとしっかりした、きちつとしたものができるのでしょうか。

○正木政府委員 おつしやるとおりサンプル、試供品を中心とした公正競争規約、これはことの三月に公正取引委員会の認定を受けて七月から実施される予定になつております。この規約は、医薬品業界が自主的に検討いたしました公正取引委員会に認定を申請したものでございまして、現在その施行規則についても検討が進められ、公正取引委員会に承認申請中でございます。

この規約は七月から実施されるわけでございますが、試供品、それから海外旅行の招待であるとか、過度のおみやげ等の景品等の制限といったようなものを盛り込んでおるわけでございまして、その提供量とかいろいろな規定が設けられておりまして、その違反に対しましては、この公正競争規約に参加した事業者で構成する公正取引協議会というものがございまして、その公正取引協議会でもし違反がありました場合には調査の上警告をする、それから違約金の賦課をする、それから除名処分をするといった担保の規定も十分設けられておるわけでございます。

○沼川委員 時間がございませぬので、また次の機会に質問させていただきます。また次の最後に、午前中も我が党の平石議員から質問があつたことでございますが、大阪における中野医

師の問題をめぐつて先般厳罰主義で臨まれた、私もこれは当然だと思ひます。ただ一つお聞きしたいのは、ああいった保険医療機関の取り消しは、言つてみれば不当の問題では恐らく初めてのケースじやなかつたかと思ひますが、そういう一つの断を下された判断基準というのが何かあつたと思ひますが、それをお聞かせいただきたいと思います。

○吉村政府委員 平均の何倍であるから濃厚診療だということに、しやくし定規な基準を持つておるわけではございませぬが、中野診療所の場合には余りにも平均とか離れた数値であつたもので、それから、我々としては監査をしたわけでありまして、

○沼川委員 非常に残念だと思ひますが、最近はどういった医師の不正記事を見てももう驚かぬやうになつた、そういうことを言う人がおります。というのは、しよつちゆうこんなに出たんじやどししようもないのです。しかし、これはやはり大きな問題だと思ひます。前回私も指摘をいたしました、時間がなくてちよつと言い足りなかつた点もございまして、ちよつとお尋ねしてみたいと思ひます。

厚生省では医療機関に対する監査の方向を二十九年に打ち出しています。それが三十五年に医師会、歯科医師会、それから厚生省と日医との協定書となつて、監査はいけな、指導をやりなさい、こういうふうになつて後退してしまつたわけですが、これはどういふ理由があつたのでしょうか。

○吉村政府委員 いろいろな事情があつたわけでありまして、やはり医療を担当する担当者とのトラブルというふうなものを避ける意味合いから、そういう形で実施をする方が円滑にいくのではないか、こういうことから、少なくとも関係団体と十分話し合ひをして立ち会ひを求め。特に、役所の監査官だけでお医者さんのところへ乗り込みますと、やはりお医者さんの方としてもなかなか監査を受けるといふことにはふなれな場合もございまして、したがつて、弁護士と言つては変

でございまして、ある程度お医者さんの立場に立つて監査官に代弁をしてやるとかいうふうな、介添人といひますか弁護人といひますか、そういう立場の人がやはりおられる方が監査がスムーズにいく、こういうことは否めないと思ひます。

○沼川委員 特に、今回のこの中野医師の例を見ますと、きのうきようじやないですね。大阪でNHKという言葉がはやつておつたそうですが、大臣御存じですか。テレビのNHKじやありませんよ。

○渡部国務大臣 残念ながら、私、それを今保険局長から聞いたところです。

○沼川委員 それぐらい有名な方なんです、この方は。Nとは中野さんのイニシアルなんです。あつてHはよくわかりませぬけれども、もうNHKといふ問題はあつた医師です。しかも、町の中であつた訴えもあつたはずなんです。しかも、この方は四年前、たしか参議院で、水虫に脳波のテストをしたといふことで追及されている医師です。問題はもう既に四年前にあるのです。それが何で、今にならなければこういう処分が受けられないのか。ですから、処分するのはもう当たり前という意味で、今の体制では、指導をやりなさいというそういう体制だからこそ、こういう問題が四年もかかつてやつとわかる。そして、何かのケースがあるたびに、ずつと前のやつが必ず出てくるのです。ですから、やはりこれから、今回のこの法案提出に当たつて、一割負担は後でいいですから、まず絶対やつてほしいのがあるのです。それはこういう問題のけじめをつけてほしいのです。やはり通告程度で監査ができるというふうな、そういうけじめをつける時代が来ていると思ひます。三十五年のあの協定書が交わされた当時と現在では、財政事情も医療を取り巻く環境も全然違つています。高度経済成長時代には、医療が少々伸びても問題にもなりませんでしたが、また財政で穴埋めもすることができました。また国民の目も、

その時代はそんなに厳しいものではなかったと思います。今低成長になって非常に財政も厳しい、そういう中でこういう不正がある、しかも監査もできない、そういう制度が今なお残っている。三十五年です。あれから何年たっていますか。もうやはり今の視点に立つてこういう制度は変えなければならぬ。本音を言えばこれは自主的にやっていたらいいと思うのです。自浄作用を促していらしやることも知っていますし、医師会でも盛んにそれは徹底されています。ところが、残念ながら末端には浸透していないというのがこれは現状じゃないかと思えます。ならばやはり、この医療で一番大事な基本は患者と医師の信頼関係です。これが今失われつつあります。またもう一方では、大臣が言われるような出来高払い制度も、こういう問題が続くと、みずから崩壊させていくというそういう問題も出てまいります。したがって、むしろ、こういう指導監督をやるということも、私としては、医師会みずからそういう面で協力しようという姿勢を見せられることが、国民と患者の信頼を取り戻す一番の入り口になるんじゃないかと思えます。

現に、私も何人かお医者さんのお友達がありますが、まじめなお医者さんほど、こういう問題はきつとやめた方がいい、かえってその方がいいのだ、こういう声があることも私は承知いたしております。したがって、時間がありませんのでこの問題を余り細かく詰められませんが、ぜひひとつ国会の会期中に、やはり何らかの形でこのけじめだけはもつとびしとつけていただきたいと思えます。

それから、もう一つ要望がございます。余り罰則が厳しいとおっしゃるかもしれませんが、不正の事件は、言ってみればこれは刑事事件に該当するものなんです。ですから、保険医療機関の取り消しくらいじゃなまるいんじゃないかと思えます。ライセンス剥奪くらいやったっておかしくないのです。やはりそれぐらいの厳しい姿勢とい

うのがある面ではならぬと、やり過ぎるとすぐ制限医療と言われるけれども、しかし余りにもこの問題が、この前も指摘しましたように、医療費の問題をまじめに論議しようとする入り口で、いつもこの問題が混線してしまわうのです。そういう問題はやはりきちとしたいけいめを大臣、ぜひひとつつけていただきたいと思えますが、いかがでしょうか。

○渡部国務大臣 私、今先生のお話を聞いておりまして、これは先生には御迷惑かもしれませんが、全く同感でございます。本当にこれは、私もかねがね考えておりましたけれども、現在の自由診療と出来高払い制度、これはやはり医学の発展、また自由診療を守っていくかなければならないのですけれども、それを守るためにもこそ不正請求など断じてあつてはならないわけでありまして、

医師会の皆さん方の良識に期待すると同時に、やはり厚生省としても、今のようになまるいというような御指摘をちょうだいしておるのはこれは我々大変恐縮なのでありますから、今の沼川先生の話、私、聞いておつて大変感銘いたしました。この御意見をこれから行政に反映させて、やはり患者から信頼される医師、また不正など絶対に行われないこれからの医療というものを確立するために、厚生省としてやるべきことは勇敢にやらなければならぬということ、これから奮励してやってみようと思えます。

まあ、あと一言多いといつておしかりを受けるかもしれませんが、最近、私のところに來られる医師の皆さん方は、大臣、ぜひ一割負担をやつてもらいたい、こう言うのです。どうしてなんですか、こう言う、これは我々まじめにやっていると、医者が、何かああいうことが新聞に出るたびに、我々まで何か不正なことをやっているのじゃないかというふうな患者から疑われて非常にいやだ、一割負担ができれば、患者に医療費がわかつてもらえ、まじめに一生懸命やっていることを患者にわかつてもらつて患者から信頼されるので、これは不正をなくするためにもやってくれなにとともに

言われておることも、あわせて申し上げたいと思えます。

○沼川委員 いや、もうせっかく全面的に評価しようかと思つたのですが、どうも最後の一言があつて素直に評価できないわけですから、大臣、今の問題に対しては非常に誠意ある御答弁をいただきましたので、一半の期待があると思えます、渡部大臣、何かやってくれそうだと。どうかひとつ、そういう意味でもしかり取り組んでいただきたいと思えます。

そこで、今の問題にも一割の問題が出たので、また私もちょっと思い出して、関連して申し上げるわけですが、医療費の中身を見ますと、確かに全体的に薬代は下がる傾向はありますけれども、本人の要するに十割給付の場合の患者と、それから七割、八割の方と、濃厚診療の度合いが違ふわけですから、これははっきり数字も出ております、吉村局長も何回もこの場で認めになったとおりですが、確かに、特に歯科の場合なんか投薬、注射で五七%高いとか、あるいは普通の医療の場合四二%とか、こういったように、要するに十割給付の患者の場合はどうしても濃厚診療という傾向がある。そういうことで、一割を導入するとなくなりますというような答弁がたしかこのあれであつておつたと思えますが、これは効果があるかもしれないけれども、それは本末転倒ですよ。もともとそういう傾向があるならば、医師みずからの手でこれは直さざるべき問題です。それを一割負担を導入してやるというのは、これはちよつと正攻法ではありませぬよ。

そこで関連してお尋ねするわけですが、これは昨年の健保連の大会でお話が出ておつた問題で、ちゃんとした人が話した問題ですから、私はそれだけ根拠のあるお話だと思つて聞いたのですが、医療費について西高東低といまして、西の方が高くて東が低い、せめて東京都ぐらいの医療費であるならば医療費が約六千億ぐらい浮くんだ、こういう指摘がありました。確かにこういう傾向があると思ひますが、この点についてはどうで

しょうか。

○渡部国務大臣 これは、私は東の方の者ですから言いくいわけですが、今先生から御指摘のことをいろいろな方から聞かされて、そんなことがあるべきはずはないわけですから、嚴重によく調査してみまして、ぜひそういうことの起こらないように努力をしてまいりたいと思ひます。

○沼川委員 これはぜひ一遍調べてほしいと思ひます。そういう話が出ていますから、できたら一つ数字の上で……

さっきの中野医師の話に移りますけれども、あの中野医師の場合だつて、これはやはりひどいですね。西の方ですね、この方は、本人の平均が九万二千円です。一部負担の家族の場合は平均が五万九千円です。やはり随分開きがあるし、西の方にそういう問題があるとするならば、何かひとつ対策を考えてほしいと思ひます。それについても審査体制とかそういう面で不備があるのかもしれないし、あわせてそういう体制を強化するということも力を入れていただきたいと思ひます。

そこで、今度コンピューター導入を考えていらつしやるわけですね、レセプトの審査の中でレインボーステム。これは何か試験的に最初県かに使うというところで、西が高いと言われるのだつたら、まずそういうところこそ一番に使う必要があるのではないかと思ひますが、その辺についてはどうでしょう。

○吉村政府委員 確かにコンピューターを導入する計画を持っております。西の方からやれ、こういう御意見につきましては御意見として承っております。

ただ私も、コンピューターを導入して、コンピューターによつて審査をする、そこに重点を置いておるわけではないのです。今のところはやはり医療機関側からも、請求の事務というのは非常に煩雑だ、したがってコンピューターを入れるならば簡素化される。それから支払い基金の統計の整備はコンピューターを入れることによって十

分できますし、さらに請求、支払いの仕事というの迅速になる。それから保険者の方も、統計だとかあるいは医療費の通知とか、いろいろな面でこれは非常にいい効果を持つことだということに進めていこうということで、コンピュータを入れたから、すぐコンピュータを使ってじやかすか審査をして、西の方の医療費がその結果下がる、こういうことには相ならないと思います。

○沼川委員 私にも別に、コンピュータを入れたからといってそんなに大きい期待を抱いているわけではありませんが、たまたまこういうのが問題になっているとき、試験的にこの県を使おうかというふうなお話だと聞いたものですから、西はどうですかと申し上げたわけでありまして、大きな期待を持っておりません。

それから、ここで特にこの前も言いました指導医療官の定員、これが全くゼロの県がまだ一県ございいます。それから不足県が十七県、せめてこういう監視体制ぐらいは、大臣どうですか、ぴしつとした体制を整えてほしいと思います。それに付いてはやはりいろいろな給与面とかそういう問題もあるやに聞いておりますけれども、こういった医療専門官の給料、普通のお医者さん、例えば国立病院のお医者さんと比べてどのくらいなんです。何か具体的な事例がありましたら教えてください。

○吉村政府委員 先生のような御指摘がございましたので、五十六年四月一日から、医療指導官は国立病院のお医者さんと同じ俸給表を適用する、従来は役所の一般の行政職の俸給表を適用しておったのでありますが、医療職の俸給表を適用することになって、若干の改善はされたところでございいます。

○沼川委員 御答弁を聞いてわかりましたが、非常になり手がいないという事情もわかります。確かにそういった給与面を改定されているとすれば、やはりいい人材を得るためには、これは何も金だけでいい人材が来るわけがありませんけれども、やはりこういう方の資格を給与面でもきちつ

としたものにしてあげるといことも大事だと思いますし、そういうことも権限とかそういうものに関連してくる大事な問題ではないかと思ひますので、その欠員があるところはひとつぜひ今後また御検討いただいて、こういう監視体制が十分できるような体制をとっていただきたいと思います。中野医師の問題なんか、やはり自由裁量権という問題があつて、保険医療機関の取り消しについても、けしからぬというような声が医師会内部にあるやにも聞いておりますけれども、これは私は当然の処置だと思ひますし、きょう大臣の御決意を聞きまして、私もやはり安心しましたが、今後の医療制度をきちつとする意味でも、まず、そういう不当に医療費を暴騰させている元凶についてはやはり思い切つたメスを入れていっていただきたい。

最後になって、またちょっと大臣と意見の違うことを申し上げるわけですが、やはり今回の一割負担、これはやはり問題です。これはもう、私も本会議で指摘しましたように、順序としては、将来の一つの医療保険のあるべき姿、ビジョンをまず具体的に示す。建物でいえば、こういう建物を建てますよ、それを建てるために整地をする、これが適正化だと思います。いろいろな不正の問題やいろいろな薬剤の問題、たくさん問題がございいます。それをきちつと整地する、この前提条件をまずきちつとした上で、その上に負担の問題が出てくるのであればその負担の論議をもつとやる、そうすれば案外、同調まではできないかもしれないけれども、それこそいい論議ができると思ひますよ、大臣。ただ、負担をいきなり財政的見地から言われたのでは、健康保険そのものが国民の命と健康にかかわるといううちよつと質の違うものであるだけに、財政的見地からだけいってはいけ、必ず将来に禍根を残すようなそういう問題が出てくることを私は実は心配いたします。ですから、きょうで終わりはありませんで、まだ審議がありますので、ぜひひとつその一割負担については再検討を促しまして、私の質問を終わりたいと思ひます。(拍手)

○稲垣委員長代理 この際、関連質疑を許します。橋本文彦君。

○橋本文彦委員 私は三月三十一日、午前中に質問に立ちました水谷議員とともに、宇都宮病院に行つてまいりました。そして県の担当者、特に立入検査をしたメンバーと懇談してまいりました。そこでわかつたことは、この病院は、昭和三十六年に設置されて以来四十五年ごろから、とかくのうわさがあつた。五十年以降には患者の収容数が急激にふえてきた。そうこうしているうちに、五十一年度には議会でも問題になつた。そういうように、とかく問題のある病院だつた。「ある病院」という表現で追及があつたけれども、県の方の対応は非常になまぬるかつた。そしてさらに、立入検査に必要なメンバーが三人しかおらないので、手が足りないのだというように極めて不穏当な発言もありました。そういう中で、今回の事件がマスコミ等の報道によつて初めて重たい腰を上げた。こういう動きが判明いたしました。

先ほど答弁がありましたが、三月十四日の立入検査では、九百二十床のところ九百四十四人が入院しておつた。超過が二十四人もおつた。それが四月十日では七百七十一、約二百名が減つておる、それから、やはり午前中の質問で、五十八年度における医師の不足数は六名だという答弁がありましたけれども、現実的には現在十四名の減がある。わずかな期間の間に医者がなぜこのように激減するのか。先ほど非常勤の医師を換算すると間違いないという答弁がありましたけれども、これは恐らく単なるペーパー的な面での換算であつて、一切実態に踏み込んでいないということだと思ひます。その三月十四日の県の検査では五十名の非常勤医師がおつた。それを換算するとたつたの二名にしかならない。こういうことがわかりました。

いずれにいたしましても、県の立入検査というのは年に一回しか行われていない。しかも極めて平板的な、表面的な、実態には何ら踏み込まない

検査が行われておつた。これがわかりました。この件について県の方から厚生省の方に具体的にどのような報告があつたのか。先ほどの答弁を聞いておりますと、ただ医師が少なくて、それに對して計画書を出させたとかいう点がありました。が、その前に、患者そのものが人権的な面からも救済を求めておつた、こういうような声を厚生省は聞いておつたのかおらなかつたのか、まずお答え願ひます。

○大池政府委員 今回の事件を契機といたしまして、県から事実聴取をいたしました節に、ただいま先生御指摘のような、従事者の極度の不足等ももちろん報告を受けたわけでございいます。ただいま御指摘の、これまでの患者さんあるいはその家族、関係者の方からの問題提起等のことにつきましては、厚生省では事前には承つておりませんので、今回の事件を契機に、これまでの相談状況等の事実を掌握したというのが実態でございいます。

○橋本文彦委員 ところで、この宇都宮病院というのは全国的にも大きな病院ですね。簡単な資料なのですが、順位からすると、ベッド数では一応全国で第五番目に位置する。一番が京都の双岡病院、一千六百九十一ベッド。二番が浅香山病院、一千三百六十七。三番が都立の松沢病院、一千三百二十二。四番目が藍野病院、九百九十六。宇都宮病院が九百二十。こういうのが出ておるわけですが、それに対して、比較しやすい四番目の藍野病院と比較しますと、ここは九百九十六の入院患者がおる、そして何とここには四十名の医師がおる。ところがそれに比べて宇都宮病院は、同じようなベッド数、同じような入院患者がありながら、医師は三月十四日の立ち入りではわずか五名、四月十日では七名、こういうような極めてかけ離れた数字があるわけですので、いわゆる完璧な医療は行われてない。数値から見ても直ちに判断できるところなのですが、いかがでしょうか。

○大池政府委員 御指摘のとおり、医師数の標準からの極度の不足から見まして、いろいろと医療

上の問題点はあるというふうに認識しております。

○橋本(文)委員 極めて少ない医師だった。このことは、本件の事件が発覚する前から把握しておりましたか。

○大池政府委員 これまでの医療監視におきましてその都度強く指摘もし、指導もしてきた経緯は承知しております。

○橋本(文)委員 そういう実態を厚生省は知っておりながら、ただ単に改善勧告だけにとどまっておって、何ら具体的な手だてをしなかったというのはどういふことなのでしょう。いわゆる精神病院における患者というものをどのように見ているのか、大臣の意見を伺います。

○大池政府委員 医療監視、立ち入りの業務をそれぞれ都道府県ごとに大変努力をされてもらっておるわけでございますし、逐次必要な指導を通達の形で、あるいは全国部長会、主管課長会等の席を通じてその都度指導を行って努めてきていますところでございます。

今回のような事件が起りましたことは甚だ遺憾に存するわけでございますし、また、今回の事実を十分に究明いたしまして、改善を要すべき点についてはこれを重要な教訓として今後の指導にさらに強く反映させていきたい、かように考えておるところでございます。

○橋本(文)委員 少ない医師の数で適正な医療ができるかどうかということにつきましては答弁がないわけですが、いざにいたしましては、本件は厚生省あるいは県の立入検査でわかった問題ではなくて、あくまでも外部から告発があった、あるいはマスコミの報道があったということまで来たわけでは、何ら厚生省としては手だてをしてなかった。今、今後一生懸命再発を防ぎますと言っておりますけれども、その保証はあるのか、甚だ疑問であると思っております。

そこで、医療法に基づいてこの立入検査は年一回しか行われていないわけですが、年一回というのはどういふ根拠で出てくるのか、

これをまずお答え願います。

○吉崎政府委員 医療法に基づきますところの立入検査でございますが、これは前回にもお答えしたことがございますけれども、医療機関の水準を保ちますために、衛生状態でございますとか設備の状況でございますとか、あるいは定めておりますところの職員の水準でございますとか、そういうものに適合しておるかどうかを調査するのが主たる目的でございます。大体普通の場合ですと年一回で足りるのではないかと。標準的には病院については年一回、このようにしているわけでございます。

○橋本(文)委員 ところで、病院に関する医師の配置基準は、一応五十二名で三人、その後十六名ふえることに一人ということですね。ところが精神病の場合には、特例として、厚生省事務次官の通知によりましてその三分の一でいい。つまり百五十六名で三名でよろしい。それから四十八名ふえることに一名ふればいい。普通の病院に比べて、普通の病気に比べて三分の一のお医者さんで済む、こういうことになっております。ところが、現場の看護婦さんあるいは看護士さんの生の声を聞きますと、精神病院における治療というのは、薬づけや検査づけは一切役に立たない。まず医師との対話あるいは看護婦、看護士の激励が治療に最大の力を発揮しておる。そういう意味でどうしてもお医者さんの数が欲しい、あるいは看護婦、看護士の数が欲しい、こういう声を聞きます。そういうわけで、何ゆえに通常の病気の三分の一という数値を見直す考えはあるかないか、お尋ねいたします。

○吉崎政府委員 医療機関におきます職員配置の水準についてでございますけれども、御指摘のございましたように、一般の病院につきましては入院患者数はそのまま、外来患者数につきましては二・五で割りましたもの、その数が五十二人までは三人、五十二人以上は十六またはその端数を増すことに一人を加えるわけでございます。精神病

院につきましては、入院患者につきまして三で割っておるわけでございますが、これは病気の態様に応じまして、一般の病院とは異なりまして症状が固定している慢性病院である。おっしゃいますように精神病院も大変でございますけれども、脳外科の手術をいたしますとか心臓外科の手術をいたしますとか、そういうものと比べますとやはり慢性的な経過をとりましますために、結核につきましてもそのように定めておりますが、今日の標準で適正な医療を行うことは可能であると考えております。

なお、御指摘にもございましたが、人員配置基準につきましては、我が国の医療供給体制の全体的な見直しを進めていく中で一つの検討課題であると考えておりまして、今後、病院、診療所のあり方を考慮しながら種々の観点から検討を進めてまいりる所存でございます。

○橋本(文)委員 ところで、全国的に精神病患者の数がふえつつある、老人性痴呆患者は別としても、精神病患者の数がふえておる、大変憂慮すべき事態が来るのではないかと言われております。そういう中で、自殺あるいは他に害を及ぼすいわゆる自傷他害の患者、これは措置入院するわけですが、この数は減ってきておる。と同時に、通院患者はどんどんふえてきておる。これはどういう原因でこういうことになっているのか。つまり、強制的に入院させられておる患者は減ってきているが通院患者はふえている。これをまず御説明いたしたいと思います。

また一方で、地域におきます精神衛生センター、あるいは保健所におきますいろいろな精神衛生での予防活動というようなものも、逐次力をつけてきておるといふようなことも反映しているのではなからうかと考えております。

○橋本(文)委員 措置入院患者につきましては、いろいろな努力の結果減っておりますということがわかるのですが、通院患者がふえてきている、これはどういふことなのでしょう。

○大池政府委員 ただいま申し上げましたように、精神医療をすべて施設でというふうな、ちよつと極端な言い方でございますが、そういう昔のあり方から、逐次、地域におきます医療の展開というふうな流れが一つの大きな要因であろうと思えます。それからもう一つは、そういった考え方を基盤に置きまして、精神衛生法におきまして通院医療に対する公費負担制度の導入というふうなことも、それに対する一つのてこ入れになっているのではなからうかと考えておるわけでございます。

○橋本(文)委員 いわゆる措置入院患者については全額公費負担が導入されておる、聞くところによると毎月一人当たり十七万円前後が支払われている。それから通院患者には公費半額負担。ところが強制入院でもない、通院でもないいわゆる同意入院、この入院患者にはそういう公費の負担は一切ない、これはどういう意味から来ているのでしょうか。

○大池政府委員 第一点の措置入院患者についてでございますけれども、これはあくまでも本人、家族等の同意とは関係なく自傷他害のおそれというところで、精神衛生法に基づいて強制的な措置を講ずるということでございますので、そのための医療と保護に要する経費は公費で全額を負担するとしておるわけでございます。

もう一つ、第二点の通院医療に対する公費負担でございますが、これは先ほど申し上げておりますように、通院医療に対する助成的な配慮とい

うことがありまして、一つの政策的な考え方として、精神衛生法に新たに取り入れたといういきさつに立ちまして、ただいま御指摘のような状況になつてゐるわけでございます。

○橋本(文)委員 ですから、同意入院の場合には何ら公費の負担がないのはどういふことかという事です。よくわかるように説明願ひたいのです。

○大池政府委員 繰り返しの説明で恐縮でございますけれども、措置入院につきましては自傷他害のおそれという点に着目しての制度的な割り切りでございますし、通院医療に対する公費負担は、地域医療への展開という政策的な配慮からする公費負担であるということでございます。

○橋本(文)委員 同意入院の場合には一般的には通常の患者と同列に扱う、そう伺つてよろしいですか。

ところで、全国的に見ますと病院の数もふえておりますし、またそれに対するお医者さんの数もふえてゐるわけですが、事情精神病院に關しますと、その比率がどんどん低落化してゐる。こういう現実が統計ではわかるわけなんですけれども、いわゆる現実が統計ではわかるわけなんですけれども、五十七年度に九百九十七病院ある。恐らくもう千は超えてゐるだろうと思つていますが、これだけの病院がある。しかも医師数も、精神病院の医師は約八千人、一病院当たり八人は優におられるという計算になるわけですが、看護士、婦の方も四万一千人、これから見ますと、四十一人ぐらゐは一つの病院に看護士、婦さんがおる。そういう基準からしてもこの宇都宮病院は明らかに少な過ぎる、一目瞭然なわけでございます。そういうデータがあるわけですので、もっともと強力に当該の病院には指導していただきたい、こう思つております。

そういうわけで、この宇都宮病院を契機にいたしましてかゝる実態が出たわけですが、他の精神病院あるいは精神病院以外の病院にも、こういう医師の不在、看護士、婦が少ないというよ

うなことは、現在統計的に把握されておりますか。

○吉崎政府委員 ただいますぐ手元にありませんが、先ほど御紹介のありました精神病院の大きなもの、五つの病院についてでございますけれども、調査時点は若干違ひますが、それについて申し上げます。

ベッド数千六百、これは単料ではございませんで、一部若干一般病床も含んでおりますが、十全会京都双岡病院につきましては、例えば医師につきましては標準数三十二について現員三十六でございます、四人超えております。ただ、この場合、ここは看護職員数につきましては標準数二百五十に對しまして現員が二百三十六でございます、十四人標準より少のうございませう。浅香山病院につきましては、医師四十五に對して三十三、これは十二人標準より少のうございませう。看護職員につきましては標準二百二十八に對して三百三十三、都立松沢病院は、医師二十五に對して四十三、かなり多くなつております。また、看護職員につきましては百七十三に對して四百、これもかなり多くなつております。恒昭会蕨野病院につきましても、医師は二十五に對して四十、看護職員百六十に對して百七十二でございます。各病院について若干差はございますけれども、これは患者の態様その他によるのかと思ひますが、御指摘にもございましたが、宇都宮病院のような例は例外と考へております。

○橋本(文)委員 ところで、宇都宮病院の実地審査によりまして、午前中の答弁でも約七割が措置解除になつた。これは聞くところによりますと、措置入院患者の中でも重症の度合いが高い方から調べておる、軽症の方は後回しになつておると伺つております。そうしますと、当初、つい二、三日前の新聞では六割が措置解除、きよの御回答では一割アップの七割、このまま進んでいきますと、最終的には措置入院患者を全部実地審査しますと八割以上の措置解除が出るのじゃないか、こう思ふわけですが、これを見まして単純に計算しますと、約百二、三十名が措置解除になるだろう、一

人当たり十七万円という公費負担を単純に掛けますと、一カ月で約二千万前後の金がむだ遣いされておる、そうすると一年間では二億を超す公費のむだ遣いがあった、こうなると思ひます。この宇都宮病院だけでも年間約二億のむだ遣いがあった。そこで厚生省に聞きますが、今回このようにむだな医療をしておつた、本来ならば強制入院させるべきでなかつた人間がなつておつた、全額公費負担制度でも多額の金が毎月支払われていた、一切それはむだだったということがわかつた現在、この大変な金額を宇都宮病院から回収するお考えはございますか。

○大池政府委員 ただいまの御指摘でございますが、現在まだ措置患者全体について終わつておらない段階でございますので、どのくらいの割合になるかまだ私どもの予測を超えておりますけれども、少なくとも御指摘の点につきましては措置解除が即医療を要しないということでは必ずしもございませんで、ほとんどの方々は措置は要しないけれども入院医療を要する、こういう判断でございませう。御理解賜りたいと思ひます。

それからなお、今回、四月十日から着手しております実地審査という断面での病状の判定でございませう。それ以前の問題について技術的な掌握は非常に困難ということもございまして、御指摘の点については慎重に検討してみたいと思つております。

○橋本(文)委員 そうすると、不正医療、乱脈医療のやり得、こう理解してよろしいですね。

ところで、措置入院患者が措置解除になれば、確かに医療の必要性はまだあります、だけれども、先ほどお話ししたようにいわゆる同意患者になるわけですね。そうすると一切公費の負担はなくなるわけですね。今ですと十七万円程度の費用が出ておつたものが、措置解除になつた瞬間からゼロ負担である。通院ならばまだ半額公費負担がある。こういう現実を目の前にしまして、先ほど同意入院にはなぜ公費負担制度がないのかという点をお聞きしたわけですが、今回大

量の同意入院患者が出るわけですが、それに対する医療補助という点ではどのようなお考えを持っておられますか。

○大池政府委員 先ほど先生のお話しにもございましたように、同意入院につきましては、現行法の中で一般の医療の仕組みの保障があるわけでございます。健康保険等諸制度並びに、精神の分野におきましては生活保護も重要な位置づけになつております。

○橋本(文)委員 精神病患者にも保険の適用がある、その保険の方でカバーされるだろう、こういう答えだと思ひます。

ところで、自傷他害のおそれのある措置患者については全額公費負担、それから通院の患者に対しては半額公費負担、同意入院については一切なし、こういう実情でございますけれども、そもそも精神病というものを他の病気と同列に考へていいものかどうか。例えば、いわゆる伝染病ではこれは完壁にいかなる場合でも国費の負担でございませう。大臣あるいは保険局長も前々の答弁で、病気というものは全部他からの影響のものとは言えない、まず自分にも責任がある、多少自己責任もあるのが病気というものだといふところから、保険の割負担ぐらゐいではないか、こういう論拠もあるわけですが、確かに胃が悪くなつた、風邪をひいた、原因があります。突き詰めていきますと自己にも責任がある点もあるかもしれせんが、伝染病の場合には全くありません。では精神病はどうなのか。精神病の場合に、自分にも責任があるから、今回の改正でも一割負担導入なれば精神病患者も当然一割負担だ、このようにお考えか。あるいは精神病患者のいわゆる特別な事情から一割負担は直ちに導入しない、あるいは検討するといふような考えはございますでしょうか。

○大池政府委員 ただいまの点でございませうけれども、精神障害全体を一般の疾病と特に区分して、特別というふうには必ずしも考へられないわけでございます。先ほど御指摘の措置患者につきま

しては、自傷他害のおそれというところから、本人の意思にかかわらず入院いたしたく、しかしこれはあくまでも医療と保護という観点から行う精神衛生法上の措置でございまして、その点一般の疾病とは性格を異にするので、人権上の配慮その他、精神医療の非常に特別な配慮はもちろ必要でございまして、それをもつてすべての精神障害、精神医療は別だということとは必ずしも言えない。一般の疾病と区別なく考えるのが、やはり精神医療におきましては、現在でも公費で負担をしておるわけでございまして、一定の所得以上の方々につきましては、その所得税額等に着眼いたしまして費用を徴収するという仕組みが働いておられます。それに対して保険の諸制度が、その費用徴収された部分についてそれぞれの制度に応じて働いておるわけでございまして、その点に、今回の本人の負担とすることが反映してくる部分は確かに出てこようかと思っておりますけれども、これは一般医療との共通の問題ということでも私どもは対処したいと思っております。

○橋本(文)委員 非常に古い資料で恐縮なんです、昭和五十六年六月度における一カ月の統計なんです。これによりまして、通常の全病院のいわゆる診療報酬中に占める薬剤の割合というものを計算してみたのですが、約三三%がお薬に消えている。ところが精神病院に申し上げますと二二・九%、一カ月で断定するわけにいきませんけれども、薬剤を使う比率が非常に少ないわけです。そうしますと、金額に占めるウェイトは、どうしても医者皆さんの診療そのものにウェイトがかかってきておる。こういう点から見ても、通常の病院の三分の一で精神病院は済むんだというの考え方からしますと、大きな矛盾があると思うのです。薬に頼らない、検査も少ないという精神病院であるならば、どうしても人的要素が重要である、とすれば三分の一でいいんだという論拠はないので

はないか、むしろ逆に精神病院の場合にはマン・ツーマン方式みたいな形で医師をふやすべきではないか、医師が不可能であるならば看護婦あるいは看護士をふやすべきではないか、こう思いますが、いかがでしょうか。

○吉崎政府委員 先ほどもお答え申し上げましたけれども、三で割りますのは入院患者についてだけでございまして、外来患者につきましては同じ数で割ることにしております。確かに、おっしゃいましたように精神病は非常に難しい病気でございますが、慢性病でございまして、結核も難しい病気ですけれども、これも慢性病でございまして、ちよつと繰り返しになります。が、やはり心臓外科とか脳外科とか、そういう普通の急性の病気と比べますと、入院患者につきましては少ない数でよろしいのではないかと今日考えておりました。今の標準医師数で適正な医療が行われると考えておりますが、全体として、この標準数につきましては、これも先ほど申し上げましたけれども、これからの医療を考えていく上で再検討すべき一つのテーマであると思っております。

○橋本(文)委員 最後。行政というものはいつも先手、先手というのは非常に難しいわけでございまして、どうしても後手になることが多い。今回の宇都宮病院事件における今後の対策も完璧な後手行政だ、こう思うわけでございまして。この中で解明できたことは、あくまでも精神病院の密室性あるいは閉鎖性ということが大きくクローズアップされてきて、世間の人々も、精神病院というものは非常に怖い、一回入ったらもう出られない、これが図らずも裏づけられた、こういうような認識を持っておられます。その中で、実地審査によりまして七割以上の措置解除が出るというところになりますと、ますます病院に対する不信感というものが大きくなってきますし、一体精神病院は何をしているのだらうというような声も上がっているやに聞いております。

そこで、確かに医療法では立入検査あるいは今

回のような実地審査がありますけれども、精神病がふえてくるという現在の状況においては、今までの状況とは違っておるわけですので、従来のパターンで行動するのではなくて、何か変わった方策で対処しなければいけないのじゃないかと思うわけで、そういうわけで、非常に原因のわからない病気、しかも偏見を持たれたる病気、それが必然的に閉鎖性あるいは密室性ということにつながっていくと思っております。厚生大臣がいつか、厚生省は国民の健康を守るんだ、国民の命を守るんだと言っておりますし、先ほども、安心した医療が受けられるようにするために今回の健保の改正をするんだという発言もございました。そういう中で、この不可解な非常に難しい精神病、どうしたら適切な治療ができて、そして本来の目的でありますところの患者の治療、それから精神病の予防、これが重要でございまして、これに今後どのように対処する考えがございしますのか、大臣の意見を聞きたいと思っております。

○渡部国務大臣 大変残念なことでございまして、今回の宇都宮病院の問題は、私どもの今後の精神衛生政策に対して大きな警鐘を打たしてくれたと思っております。今まで先生からいろいろな御指摘がありましたけれども、精神病という非常に特殊な、しかもその患者の基本的な人権を守って差し上げるためにはいろいろ困難な技術的な問題等がある。今回の宇都宮病院問題をきっかけにしまして、こういう御心配を二度と起こすことのないように、今、私、残念ながら具体的にこういうふうな新しい方法をやりたいというところまでまだ勉強が達しておりませんし、また、この宇都宮病院そのものの問題が、これで終わったのかと思うと次にまた新しい問題が出てくるというふうな達しておりませんので、この問題の真相を究明しながら今後こういう方法でどうするかを、これはぜひ先生方からも御意見をどんどん積極的にお聞かせいただいて、これをきっかけに私もこれに政策的に積極的に乗り出して、全国の都道府県の知

事に対して、また関係者に対して、我々の考えてきた、これから考えに達していくところの施策を徹底するようにしてまいりたいと思っております。

○橋本(文)委員 図らずも宇都宮病院で乱診乱療が裏づけられて、措置入院患者に付しまして膨大な費用が消費されておった、大変な国費のむだ遣い、税金のむだ遣いでございまして。したがって、今回、医療保険が大変だとか、将来にわたってのいわゆる老人性社会だとか、そういう背景の中で抜本的に医療改正をするんだという御意見でございまして、先ほど、まず弱者をいじめるような一割負担導入は先の問題にしまして、今厚生省がなすべきことは、このように国民が納得できない医療が行われておるといふこと、こういう実態に鋭いメスを入れて、そこでいわゆる医療費の削減を図っていく、そういう努力をなさってから、その上で初めて国民の理解を求めるべきじゃないか。したがって、今回の健保の改正は時期尚早である、このように私は思っております。ぜひとも、病院の医療の実態に厚生省、勇断を持って踏み込んでいただきたい、このように思っております。よろしくお願いいたします。

終わります。

○稲垣委員長代理 小淵正義君。○小淵(正)委員 私は、本日は、今回の健康保険法の一部改正案に対しまして、制度のごく一般的な問題を中心にあつたしまして御質問申し上げます。

専門的な分野はまた次の機会にお願いすることにいたしました。まず最初に、このことは本会議の中でも取り上げられた問題であります。やはりもう一度ここから出発しなくてはいかぬと思っておりますのでお尋ねいたしますが、実は昨年の暮れの衆議院の総選挙の中で、中曽根首相は、今回の健康保険法の改正については、広く国民、関係者の意見を聞いて見直しますというところを、国民に公約されたのは天下の事実であります。昨年八月、厚生省が概算要求の中で、被用者保険本人二割負担という構想をぶち上げてから、いろいろなとこ

二五

ろでかなり大きな関心を呼び、波紋を呼んだ結果、最終的に去年の暮れ、総理みずからがもう一度関係者の意見を聞きながら見直す、そういったことをおっしゃられたわけでありましたが、それが、国民にそう公約されたにもかかわらず、一月の予算の中でそのまま取り入れられてしまったという意味では、どういう見直しが行われたのか、国民にとってはまさにこれはやみの中でありま

する、その他いろいろなものを一応今回は導入を見合わせるということにしたにもかかわらず、厚生省が試算した今回の国庫負担の削減という金額からいくならば、何ら大筋で変わらない金額が出されたというところは非常に理解に苦しむわけでありま

側から見ますならば、そういうものが一つも事前に出されない中で、ただ数字的に国として支出すべき金額が同じようであれば、やはりこれは何かキツネにしまったような感じがするわけでありまして、単に机上における筆先だけの、いろいろなやりとりの中でのものではないというようにどうしても受けとれるわけです。そういう意味で、我々は、中身においてはかなり苦労したんだと言われましても、それでは形としてどれだけの分が前の金額からこれだけの金額に変わったかというところになりますと、ただ薬価基準の問題が新しく入ったので実質的には同じようになつたんだと言つても、それでは納得できません。したがって、この点についてはもっと別の機会に、いろいろと資料をいただきながら御質問したいと思いま

者本人の人たちに対して、もっと理解と納得のできるような猶予期間というものを当然置いて実施すべきじゃないかと私は思うのですが、その点いかがですか。

○渡部国務大臣 先生御承知のように、昨年の概算要求のときに厚生省でつくられた原案は、例えば五十九年度から二割負担をお願いするとか、あるいはこれは随分長い議論の中で、病院に入院する場合は、入院しなくても自宅においても食べ物はいただくわけですから、食料費は本人の負担にすべきであるとか、あるいはビタミン等の薬剤はこれを保険の対象から外すとか、かなり厳しい内容のものを私は厚生大臣に就任して受け取ったのでありますが、総理から、幅広い立場に立つて検討するようにということで、五十九年度から二割ちようだというものを、五十九年、六十年は一割という緩和措置を講じたり、食料費はちようだいしないということにしたり、あるいはビタミン等のいろいろ議論のありましたものもやはり保険の対象から外さないことにしようとか、そういういろいろな手直しを総理の意向を酌んで行つたわけでございます。

○吉村政府委員 概算要求の時点におきましては、確かに六千二百八十七億の国庫負担影響額を計上したわけでありま

大臣、こういう意見があるのです。現在の健康保険法で被用者は十割負担ということで、これは本人は、国というか保険者と契約して、そして保険金を納付しているわけです。これは一つの契約事項です。それを今度、本人は一割負担せよというように契約を変更するということは、そういう意味ではこれは明らかにそれぞれの被用者に対しての契約違反じゃないですか。もしそれが違反でないとするならば、政府としては、大臣としては、厚生省としては、だから法律を改めてこういうふうにするんだということでしょうけれども、それならばそれのごとく、少なくともある程度の一定の猶予期間を置いて、そして、被保険者たる国民のそれぞれの対象者に十分な理解と納得を得て初めて実施すべきじゃないか。それを被保険者の人たちに何らの相談もしないで、ただ法律で決めればいいんだということでは、これは明らかに契約違反じゃないか。こういう説もあるのですよ。本

席) 稲垣委員長代理退席、今井委員長代理着席

○小淵(正)委員 今大臣がおっしゃられたようなことで、厚生省は当初の思い切った案よりもかなり修正をしたと言われているわけでありま

た、小淵(正)委員 今のお話ですが、具体的数字の中でやりくりで、結果として総額は変わらなくとも中味は違うんだと言われましても、国民の

○小淵(正)委員 今のお話ですが、具体的数字の中でやりくりで、結果として総額は変わらなくとも中味は違うんだと言われましても、国民の

が突然二割ということでは生活に激変をもたらす

○小淵(正)委員 今のお話ですが、具体的数字の中でやりくりで、結果として総額は変わらなくとも中味は違うんだと言われましても、国民の

○小淵(正)委員 今のお話ですが、具体的数字の中でやりくりで、結果として総額は変わらなくとも中味は違うんだと言われましても、国民の

○小淵(正)委員 今のお話ですが、具体的数字の中でやりくりで、結果として総額は変わらなくとも中味は違うんだと言われましても、国民の

○小淵(正)委員 今のお話ですが、具体的数字の中でやりくりで、結果として総額は変わらなくとも中味は違うんだと言われましても、国民の

題点もあらうかと思ひますが、今回改正されるま
 ずスタートは、そういう制度のいろいろな不均衡
 を是正して負担の公平化、給付の公平化を図つて
 いこうという一つのステップとして、今回の一割
 負担というものを、六十一年度から二割ですけれ
 ども、考へておるといふにこれにもびしやつ
 と書いてあるのです。だから、そういうことで間
 違ひありませんかもう一度念のためにお尋ねいた
 します。

○渡部国務大臣　これは、政府広報がありますよ
 うに、私ども政府の立場でいろいろな施策を行お
 うとする場合、できるだけ国民の皆さん方に御理
 解をちやうだいする、これは民主主義の原則でござ
 いますので、今私どもが、健康保険法の改正が必
 要であるというところで、国会に改革案をお願いして
 いるわけでありますから、そういう考え方をでき
 るだけ多くの国民の關係の皆さんに知つていただ
 きたい、被用者保険の本人の關係の皆さんにも
 知つていただきたいということで、私どもで出
 ております。

○小渕(正)委員　そうであるならばあるほど、い
 ろいろな方からも言われたと思ひますが、将来の
 あるべきビジョンといひますが、それに向かつて
 段階的にどのような方向でいくのか、少なくとも
 その理念といひますか一つの考え方を持ちながら、
 そういふ中で初めて、第一段階としてこういう
 うような形でスタートするんだ、このようにや
 ることが当然のやり方だったと思ひます。そういう
 将来構想はどうなるのか全然わからない、今の制
 度をどのような形でどのように統一されていこう
 とされているのか、そういうこともわからない
 とにかく、ただがむしやらに、今まで長い歴史が
 ある、特に健康保険法の根幹にも触れるような
 用者に対する一割負担というような問題だけを
 きなりスタートさせるのは、余りにも拙速主義
 はないかと私は思うわけであります。そういう
 意味では、本会議の中でもそれなりに現在検討
 ということを言われておりましたが、私たちが

二七

療費の推移を見守りながら、この改革についても着手をされてよかったのではないかと、こういうふうな感じがするわけであります。ここの二、三年を見ますとかなり収支状態は好転しつつありますから、もう少しそういったことを十分見きわめて、将来的な一つの方向をつくり出していくということが一番重要なやり方ではないかと私は思うのであります。そのような時期にもかかわらず、あえてこのように急遽、このような形で、非常に制度の基本に触れるような改革案を突如として出されたということは、余りにも財政上のつじつま合わせのみにとらわれ過ぎた、非常に将来展望を欠いた考えじゃないかという気がしてならないわけでありまして、この件に対する御見解をいただきたいと思ひます。

○渡部国務大臣 医療費の適正化については御指摘のとおりでございます。これは先生方の御協力によりまして老人保健法を通していただいたり、また先生方から激励を賜りまして、厚生省としては、審査体制の強化に努めるなど医療費の適正化、節減の努力をいたしました。そういうものの成果がようやく芽生えようとしておるのであります。これは大変ありがたいことでございまして、これをやはり将来にわたって定着化させていかなければなりません。ちよつとよくなったということとで油断してもとに戻ってしまったのでは仕方がないわけでありまして、せつかく今いいう方向に芽生えようとしておるのでありますから、これをより定着したものにしていかねばならないというところで、私も頑張っておることを御理解いただきたいと思います。

また、これは財政に全く関係ないということではありませんが、御承知のように、ゼロシーリングという状態の中で当分の間予算編成を我々はしなければならぬわけでありまして、厚生省としてその例外というわけにはまいらないのが現実でございます。そういう中で、現在、国家予算の中で三兆九千億の医療費を出しておるわけでありまして、予算というものは全体のバランスの中

でできていくわけでありまして、これをこれ以上ふやしていくということが国民的な合意が得られるものかどうか。中小企業の子算を全部削つてしまつて、あるいは農業の子算を全部削つてしまつて、そして医療費の増額だけをお認めいただくということが国民的な合意が得られるものかどうかということになります。やはり私も、今の状態では、三兆九千億という国家予算の中の医療費の支出というのが、厳しきゼロシーリングの子算編成が続く限り、この辺が限度だろうということもひとつ御理解願ひたいと存じます。

○小淵(正)委員 今回の議論はそれぞれ違ひ議論ですから、また別の機会に譲ることにいたします。

今回の改正は、本人の負担増となり、早期受診を抑制することになるのではないかと、このことが、大方の人が一番懸念されておるところです。制度審においても、受診の抑制につながるということ、を指摘されているわけでありまして、そういう点で、我が国がいよいよこれから高齢化社会へといく中で、疾病構造がずつと変化する、こういう中における早期受診の抑制ということが、病気の慢性化をますます促進する方向になるのではないかと。こういう点を皆さんが、関係者の方が一番御懸念なさっているところでありまして、厚生省は、早期受診の抑制にはつながらない、そういうことになりません、これは、おたくが出したこれにもよくそのことがはつきり書いてあるわけでありまして、どう見てもやはり本人負担増は受診の抑制につながる。また、これをねらいにこういうことをやつたのではないかと私も逆は思ふわけでありまして、どうして早期受診の抑制にはならないという御判断なのか、ここあたりの根拠についてもう少し御説明願ひたいと思ひます。

○吉村政府委員 確かに、一部負担を実施すれば患者の受診行動にどういふ影響を与えるかというのは非常に難しい問題でございます。したがって、私も受診率に全く影響がないと言ふほど度胸

はないわけでありまして、例えば、ビルの診療所あたりで二日酔いでちよつと注射をしてもらう、あるいは疲労したからちよつと薬をもらう、こういうような受診というものはあるいは少なくなるかもしれない、こういうふうに思ひますが、本当に必要な受診というものが一割の負担で抑制されるか、こういうことになりまして、必要な受診というものは抑制されないのではないかと。

その理由を申し上げますと、一つは、三割の一部負担のあります国民健康保険、それから家族は外来三割、入院二割でございます。これらの受診率と本人十割の受診率とを比較してみると、ほとんど差がございません。したがって、三割ですら受診率に差がないとすれば、一割の負担をしたからといって受診率に影響を及ぼすほどのことにはならないであろう、こういうふうに考えておるわけでありまして、したがって、私も今回の改正で必要となる受診の抑制を招くようなことはない、こういうふうに確信をしております。

○小淵(正)委員 一部、そこあたりのビルの診療所に、大手会社のサラリーマンが二日酔いに注射を打ちにきたからとかなんとかいうことで、何か健保組合の人は非常に甘い受診をしているような感じを持たれておるようでありまして、統計的にも、この保険制度の中で、薬剤を一点当たり幾らですか、五十円でしたか、ともかく本人負担に切りかえたときのその後の経緯を見ると、受診率がそういう改正によつて一、二年かなり落ちるわけですね。落ちていく数字が出ておるわけですね。それから老人保健は、医療・保健制度、医療自助の中で、わずかなお金かもしれないが、あいつた老人保健の場合に自己負担分を導入した際も、前と比較いたしますとやはり受診率が落ちていく。明らかに統計的に数字が出ておるわけでありまして、したがって、そういう点からいいますと、どうしても受診の抑制につながるというところは、これは間違いのない事実だと我々は思ふわけですね。それから、先ほどから三割負担の国保その他の例をとられておりましたが、問題は、勤労者の人

たちは昼間は就業しておられるわけでありまして、受診といひますか、もちろんそれぞれの附属病院を持たれておる会社はいいですが、そういうところでも、やはり昼間は就業して働いておられるから、少しぐらいいいことでは受診しない。しかしながら、家族は一日ずつと家庭におられるわけでありまして、少しでも異常何かをお感じになつた場合には速やかに受診する。やはりそこあたりも実は違ひが逆にあるわけでありまして、そういう意味で、このたびのこういったものは、高齢化の方向にお互いがいくような社会の中で、早期の病気を少しそのまま潜在的にため込んでしまふ、こういうような方向にどうしても行くのではないかと、非常に大きな懸念と不安があるわけでありまして、そういう点で、今の数字だけではどういふ論争しても始まらぬと思ひますが、もし今私が申し上げた点について何か御見解があらますならば、お聞かせいただきたいと思ひます。

○吉村政府委員 私が先ほど申し上げた資料は、医療保険における受診率についての統計から申し上げたわけでありまして、もう一つ、国民健康調査というものを厚生省がやっております。それによりまして、病気になる医療機関にかつた者の比率、これが被用者保険の本人と家族と国保、年齢別に出ておりますが、病気になる医療機関にかつた者の比率というものは差がございませう。年齢、階級ごとに差がございませう。それから、医療機関にかつた理由。病気になる、総数で八九・九%が医療機関にかつておるわけでありまして、したがって一割はかかつてないということになるわけですが、その一割の人について医療機関にかつた理由というものは、大した病気でないからというものが七〇%近くございまして、いろいろな理由はありますが、費用がかかるからと、費用を心配してかからなかつたというのは一〇%にすぎません。したがって、一割ぐらゐの負担によつて必要な受診まで妨げられる、あるいは必要な受診までセーブしなければなら

らぬ、こういうことはないのではないかと。
それから、先生が先ほど、薬剤の一部負担をやったときに受診率が下がったではないか、こういうことをおっしゃいましたが、私どもはやはり、四十二年当時と五十九年の現在における国民の生活水準というのは全く違っておるのではないかと、医療費の負担がでないような生活水準ではない、こういうふうに思います。それから薬剤の一部負担は、まさに薬剤が乱用されるというところに着目をしてかけたわけでございまして、私どももそれは受診率が下がるのは当然であらう、乱用される部分にかけたわけですから、それはかけたことによる効果があらわれたのであらう、こういうふうに考えます。

○小淵(正)委員 この問題でいろいろやりとりしても、一つの方向の中での議論になりませんので、また次の機会に譲ります。

次に、この医療については、国民に對しまして、いつでもどこでも必要な医療を提供できるということが厚生省の方針であります。また、そのようなことがよく言われているわけでありまして、実態が果たしてそのように、いつでも国民が望むところでもどこでも必要な医療が受けられているかどうか。この現状認識が、厚生省としては、行政としてちょっと甘いのではないかと気がするわけでありまして、この件に関してはどのように思われておりますか。特に歯科医師、歯科関係になりますと、国民の皆さんはまだ不十分なかで受けておられるというように思います。そういう点で、国民の保険給付についてもまだまだ十分満足はしていないという状況だと思います。特に、私は長崎県であります。長崎県は御承知のように非常に離島が多ございまして、離島が多いがゆえに、非常に離島には医師がおられない。例えば歯の治療をするだけでも、対馬あたりではわざわざ福岡まで行って、福岡に何日か泊まりながら治療を受けなければいかぬという実態があるわけでありまして、これは一つの例であります。まだまだ、国民がいつでもどこでも必要な医療を

受けられるという体制にはない、こういう状況だと思っております。そこらあたりに対する厚生省の御見解があれば承りたいと思います。

○吉村政府委員 いつでもどこでも必要な医療を受けられるというのは、医療保障制度の理想であらう、そして目標であらうと思っております。

それで、現状はそうならない点があるのではないかと。歯科の例をお挙げになりましたが、保険給付の内容が全部の医療をカバーしておらぬではないかというのが恐らく一つでございまして、それからもう一つは、僻地・離島等に歯科医師がいなために都会地まで交通費を使って受診に行かなければならぬという医師の分布というふうなもの、二点だと思っております。

第一の点につきましては、私ども、現在の歯科医療につきましては、非常に高価な材料、例えば金合金だとか白金合金というふうなもの、これは保険給付の対象にしておりません。また審美性、要するに美的な感覚というふうなものに重点を置きました診療行為で、例えばメタルボンド等は保険の中に取り入れておりません。しかしながら、これを取り入れていないからといって、歯科診療が必要にして適正な給付を保障していないかという点になります。これは私どもは、そういう高価な材料あるいは審美性に重点を置いたような診療行為については、保険給付の中に入れておくこともまあ許していただけるのではないかとこのように考えております。

また、離島や僻地において歯科医師が不足しておるといふ点については、確かにそういう現実がございまして、したがって、そういう地域に對しましては歯科医療の対策を推進していかなばならない地域であります。医療行政の立場で、僻地歯科巡回診療だとか離島の歯科巡回診療、過疎地域における歯科診療所の整備ということも努力をいたしておるわけでありまして、今後これらの施策を一層充実するということでもその問題に對処していくべきである、こういうふうに考えております。

○小淵(正)委員 次に、今回の改正案については、

社会保障制度審議会、社会保険審議会の答申の中でも、我が国の医療保険制度の根幹にかかわるものであり、慎重かつ広範な検討を行う必要があるにもかかわらず、極めて限られた審議期間で結論を見出すことが著しく困難であつたと、これは審議会としては極めて異例とも言えるような指摘がされて答申が出されたわけでありまして、まさにこの点が、私どももいたしまして被保険者という立場から見まして問題だと思つておりました。そういう意味で、実は、老人保健法を成立させるまでに、たしか三年ぐらいかかってやつとあそこまでで上がっていったという経過がございまして、過去の健康保険法の改正に当たりましてはかなり慎重な期間があつて、それぞれ一つのまとまったものになってきたという経過から見ますならば、今回は、このような制度の根幹に及ぶ余りにも重要な内容であり、より慎重に広範な立場から検討を行わなければいかぬにもかかわらず、そういう期間がなかった。そこまですべてを急ぐのかということになるわけですね。そういう意味で、私どもとしても、今回の改正案についてはそういうスタート自身がどうしても何か不純な感じがしてならないわけですね。

まず、この問題の指摘に對して厚生省はどのような御見解をお持ちか、お尋ねいたします。

○渡部国務大臣 今の先生の御指摘、私も反省するところがございます。本当はもっと早くこういう改革をやっておくべきだったらと思つております。しかし、なかなか政治というものは、国民の皆さん方に御負担をお願いするとかそういうことは、やはり喜ばれないこととありますからするする延ばしてしまつて、こういうせつぱ詰まつたところでお願ひしなければならぬことになつたこと、私ども反省しなければならぬと思つております。

また、今お話しした社会保障制度審議会、社会保険審議会が極めて短い審議時間しかなかった、こういう御指摘でございますが、今までの慣例を見ておきますと、政府予算案が決まつて、そこで責

任を持つて審議をお願いできるということで審議をお願いするために、このようなことになつて大変急いで御審議をいただかなければならぬこと、これは大変恐縮に存じておるのでござい

ただ、先生にお言葉を返して恐縮ですが、昔は何年もかかったからこれからは何年もかからなければならぬ、これは残念ながら私もお言葉を返すしかないのでありまして、やはりあしき慣例というものはどんどん直していった方がいいのでありまして、今や私どもは、年金にいたしましては保険にいたしまして、今この時期にやらなければならぬ。本当であれば三年か五年前にやつておくべきことだったのでありまして、今日もうぎりぎりのところでお願ひしておるわけでございますので、ぜひ御審議を賜りたいと思つ

○小淵(正)委員 前もどれくらいかかったからこれもそれに準じてやれという意味で言つておるんじやないのですよ。今回のこの問題は、前回の保険制度の問題よりも幅が広く、非常に深い内容を持った、医療の改革につながる問題がありますから、実はそういった、審議会ですら非常に慎重に討議すべきであつたということを言つておるわけでありまして、余り拙速に走らないでも十分時間をかけて、本当に国民合意の上でスタートさせるべきではないかという意味で実は聞いておるわけでありまして、そういう形で考えましたなら、今大臣おっしゃられました、何がせつぱ詰まつておられるのですかね。せつぱ詰まつた事情というのを、本当にきちんとするように御説明いただきたいと思つて。先ほども、まさにせつぱ詰まつてどうにもならなかつたということをお話したんでありますが、果たしてそのせつぱ詰まつた事情というのはいかなるのか、もう一度お尋ねしたいのです。

○渡部国務大臣 これは大きく分けますと二つ理由があると思つて。一つは、年々医療費が増大してまいりました。

高度成長の時代、国民所得が年々大幅に増大しておるときであればこれは問題ないのでありますが、残念ながら最近の経済というものは低速なものでありまして、大幅な年々の国民所得の増大というものは望めません。そういうことから、この医療保険制度というものを中長期的に展望をして安定したものにするためには、やはり医療費の増加というものをどうにかすることがあっても国民所得よりも低目に抑えるための、医療費の削減化というものをやらなければならぬ。

またもう一つは、率直に申し上げて、これは財政問題が関係ないものではありません。やはり私も「増税なき財政再建」というものを中曽根内閣の方針にしておるのでありますから、「増税なき財政再建」ということは、これから予算を大幅に伸ばすというようなことはできない、極めて限られた予算の中で赤字公債も償還していかなければならない。そういう中で、当分の間ゼロシーリングとかマイナスシーリングとかいう大変厳しい条件の中で予算を組んでいかなければならない。そのとき厚生省だけが例外になり得るか。医療費だけが例外になり得るか。私は厚生大臣の立場です。本日は医療費だけが例外にしたい、という、厚生省の予算だけは例外にしたい、これは厚生大臣としての気持ちでございまして、しかし、厚生省だけがあつてこの国があるわけではございません。防衛もございまして、農業政策もございまして、中小企業対策もございまして、そうすると、中小企業の予算を削って、農業の予算を削って、教育の予算を削って、医療費だけはふやすべきものだというのも、これも国民的な合意を得るのに困難であるということになります。と、今度の五十九年度で、それでも三兆九千億というお金、これは防衛予算をはるかに上回り、あるいは今までお金を使っていることの代表のように国民から思われておった農林省の予算をもはるかに上回る額でございまして、この三兆九千億の予算を来年度さらに増額をさせるといふようなことは、なかなか国民の皆さん方、全体のバランス

の中でこれは困難でございしますので、そういった財政的理由もございまして。

○小淵(正)委員 セつぱ詰まった事情をおっしゃられたわけでありまして、国民所得の伸びを医療費の伸びが五十九年度でも大きく下回ってくるような状況が推定されますし、また先ほど申しましたように、医療財政は、政管健保その他においてもそれぞれ財政事情は収支において逐次好転しておるような状況の中でありまして、そういうことから考えましても、あえて今、どうしてもせつぱ詰まった事情にはならぬわけでありまして。

あと一つ、財政的な見地から言われておりましたが、この点になりますと今の国の限られた予算の中でどう重点配分するかということになりますので、これはそれぞれの政策の選択の問題がありますので、あえてここでこの議論はいたしません。が、そういう意味で、私ももといたしましては、今回のこのような改正というのはまだまだ足りきりと理解するに至らないということだけを申し上げておきたいと思ひます。

次に、今回の改正によりまして医療の窓口事務の事務量がかなり増大するのではないかと。当然医療担当者には医療に専念すべきであります。が、今回窓口事務において一割徴収を行うということになりますれば、かなり事務量が増大する、そのことがまた医療費の諸経費の増につながら、このようになことになるのではないかと申すわけでありまして、この点についてはどのようにお考えですか、その点お尋ねいたします。

○吉村政府委員 先生御指摘のように、確かに医療機関における窓口事務がふえることは事実でございまして。ただ、既に国保、それから被用者保険、家族等につきましては同じような事務を医療機関に御負担を願つておるわけにございまして。したがって、総体的に言いますならば、被保険者本人というものは全国民のうちの約三分の一でございまして、三分の一の方々にわたる事務がふえるということになるわけにございまして。本人の受診者は、一医療機関当たり一日平均しますと十四人くらい

ではないか、そういうように計算できるわけでありまして。本人の数というの、診療料あるいは立地条件、例えばオフィス街におけるビル診療所といったところ等は異なると思いますが、平均してみますと大体十四人くらいのものでございまして、まあこの程度の事務負担の増ならば医療機関の御協力を得ることができるとは思ひます。このように考えている次第でございまして。

○小淵(正)委員 数字的に十四人程度とか言われましたが、要するに医療事務が増大する。しかも医療機関においては事務だけがふえるわけですね。特別扱っていくお金が、また保険のあれがふえるとかなんとかいうことはないわけですから、ただ事務だけがふえていくという形になり、そういう意味で、何らかのそういう経費増につなぐことがまたふえる。これに対する何らかの措置について、医療機関それぞれの事務の合理化等によって何とかやっていたらどうという形、そういうふうな思いなのかどうか。やはり何らかの形での検討をすべき事項になるのではないかと感じます。そういうことをきちっとしないことが、いろいろな変な問題を絡ませて膨らませて出てくる要因になりかねないのじゃないかという気もするわけでありまして、その点に対する御見解があつたらひとつ伺ひたいと思ひます。

それからあわせて、今回の改正の主な主張、厚生省が言われている大きな柱の中には負担の公平化と給付の平等、こういうことを非常に強調されているわけでありまして、今回のこの改革案によつて、この負担の公平と給付の平等ということがどの程度進むというふうな認識されておるか。この二つについて御見解をお示しいただきたいと思ひます。

○吉村政府委員 第一点の医療機関の事務量の問題であります。私も医療機関の御協力を煩わしたい、こう思つております。今先生が御指摘のように、もしこの事務の負担

によつて診療の内容がおかしくなる、診療時間に差し支わりの出る、その結果診療上の支障が起こる、こういうことがあるならば、その時点においてやはり考えなければならぬことかもしれませんが、私も、それはどの事務負担の増にはならないというように今は考えておるということでございます。

それから、第二点の給付の平等と負担の公平化がどれくらい進むのか、こういうことでございまして、私も、給付の面におきましては、将来の給付目標というものを大体八割程度の線に考えておきます。したがって給付の面で八割に近いといふ、本人の八割負担の導入もその第一段階だと考えておりますし、また、退職者医療の給付率も八割といふようなことで考えておるわけにございまして。したがって、次第に八割という将来目標に近づく第一歩を踏み出して、こういうように考えておるわけにございまして。

それから、負担の面でございますが、私も、人生八十年型社会というものを想定いたしましたときに、世代間の負担の公平あるいはライフサイクルにわたる公平というふうなものから考えまして、今回の改正におきまして退職者医療制度をつくらせたわけでありまして、これは負担の公平に一步近づいたものである、こういうように認識をしております。

また、標準報酬の上限の改正あるいは国保の保険税の限度額の改正等も、一応負担の限度額というものを国保におきましても被用者保険におきましても大体同じような水準にそろえたい、こういうことで、今申し上げました標準報酬の上限改定と国保の最高限度額の引き上げをしておるわけにございまして、負担の公平に一步近づいておる、こういうように考えております。

また、日雇健康保険につきましては今回健康保険の体系に取り入れる、こういうふうなことで、日雇健康保険を廃止いたしまして、より大きな健康保険の方に取り入れるというふうなことで、一元化の線に沿つておる、こういうように考えてお

るわけでございます。

以上申し上げましたような諸点で、給付・負担の公平へ少しづつ歩み出しておるというように評価をしておるわけでございます。

○小測(正)委員 給付水準の平準化といいますが公平化ということ、八割と言われましたが、現状でも平均いたしますと給付は八〇・三%ですから、これでは現行制度の中で何ら充実したものはなく、要するに、高いところをともかく下に下げたというものがより医療費の負担の公平、給付の平準化になるのだということでは、厚生省としては今の時代の中で余りにも後ろ向きでないかという気がするわけでありますが、この点はまた別の機会に譲ることといたします。

今負担の公平化ということで、標準報酬月額を引き上げてもそういう意味で行うのだということと言われましたが、組合健保あたりは附加給付というものをいろいろ採用しているわけですね。この点についてはいろいろ質疑の中で、厚生省としては、附加給付のいろいろな問題については何ら制限その他、立ち入ることはないというように意味のことを答弁されております。

組合健保と国保その他を見た場合には、それだけ附加給付ができるような組合健保はかなり財政的な余裕が違つてあります。逆に言いますと、今度は標準報酬月額をあえて四十何万から七十何万に引き上げることによって、また保険財政の増収になるわけですね。そうしますと、今でさえ保険料の平均においてもそれぞれの制度によってかなりの差があるのにもかかわらず、また組合健保だけが保険料が高く徴収されることによって非常に高い増収につながる、附加給付がもっとどんどんやりやすくなる、こういう一面を今回はつくり出していただくことになるわけですね。負担の公平化という面だけ見れば、逆に今度は、給付水準面を見ましたら、そういった意味で比較したりますます大きな差が出てくる可能性が非常にあります。そういう要素をつくり出していくということにもなる。そういう意味で、この問題はもっと見

てもらわねと、ただ負担の公平化ということだけで標準報酬月額を引き上げればいいということだけでは、もっと別な問題が大きく出てくるのじゃないか、こういうふうな思われ方があります。この点についての御見解がありましたらひとつお伺いしたいと思います。

○吉村政府委員 確かに御指摘のようなことが生ずる可能性があるわけでございますが、しからば附加給付は禁止する方がいいか、こういうことになりますと、理論的に言いますと附加給付というやうなものは認めるべきでない、給付の公平という観点から言いますならば認めるべきでない、こういう理論になるわけでございますが、従来から附加給付というものは健康保険組合においてやっておられた制度でありますし、また現にやっておられる健保組合も多い、そういう実態を考えますならば、理論だけで公平化の措置に踏み切るということはやはりいかなるものだろうかというやうなことで、附加給付は禁止するというやうな措置はとらなかつたわけでございます。

私も、財政が豊かならば附加給付を幾らやってもいいんだ、こういうふうに考えているわけではございません。ただ、今回の措置で、もし保険料に余裕が生ずる健保組合ができるとすれば、それは料率を引き下げればよろしいわけでありまして、別に取らなくてもいい保険料まで取る、こういうことにはならないというふうに思っております。今回の措置によって、自分たちの法定給付はもろろん賄い、そして退職者医療に対する拠出もし、そしてなお余裕があれば附加給付というものをあえて禁止する必要はない、こういう考え方に立つておるわけでございます。

○小測(正)委員 まあこのことで議論するあればありませんが、

今言われたように、組合健保はそれじや保険料率を下げればいいじやないかということ、また逆に、何のために負担の公平化ということ、標準報酬月額の最高限度額を上げようとしたのかということと裏返しになる問題です。だから、これは

もう単なる言葉のやりとりだけでは済まされない問題があるが、そういういろいろな要因があるわけでありまして、ただ一面的なものだけ見て負担の公平化だとうたうことだけではいかぬのじやないかということ、一応御指摘だけ申し上げておきたいと思ひます。

それから、今回の改正案の中で、特に知事等が認可することによる特定承認保険医療機関の指定、この問題が新しく導入されようとしているわけでありまして、これは運用次第では、地域の医療機関にそれぞれ大きな格差を設けることになりはしないかという懸念が非常にあるわけでありまして、もう少しこのあたりの状況について御見解を聞かせていただきたいと思ひます。

○吉村政府委員 私も、特定承認保険医療機関という制度をつくりましたのは、高度先端技術を行う医療機関において保険医療と保険外医療との調整を図ろう、こういう趣旨でつくつたわけでござい

ます。そこで、特定承認保険医療機関というのはどういふものを対象にしておるか。私どもの頭に現在ありますのは、大学病院あるいはナショナルセンター的な専門治療を行う医療機関、そういうやうなもの、特定承認保険医療機関という制度をつくらば、保険医療機関のほかにもう一つできるではないか、こういうことは確かに形式的にはそういうことでござい

ますが、特定承認保険医療機関というものが、実質は代理請求というものを認めることによつてほとんど療養の給付を行う、ただ高度先端技術の部分だけ患者の負担になる、こういう仕組みを考へておるわけでありまして、私どもの感じでは、保険医療機関の中に二つのランクを設けたというようには認識をしていないわけでありまして、ちやうど、保険医療機関の中でも特定の基準看護をやる医療機関については、特種の基準看護をやる医療機関、あるいは一類看護、二類看護というやうな区別がござい

別なのではないか、こういうように認識をしておるわけでござい

ます。○小測(正)委員 当局はどのような認識でしようけれども、これを実際にどのような形で運用するか、その運用次第では、今私が申し上げましたやうに、いろいろな問題が発生し得る可能性が非常に強いと思ひます。だから、今のお話しいきま

すと、例えば大学の附属病院みたいなああいふ総合病院について何らかのそういった指定をする、少なくとも、市町村においてはそうたくさん指定することはあり得ないやうな、一つか二つか三つかわかりませんけれども、そのような性格のものしかそういったものには指定していかないと

いう考え方がどうか。ただ、近代的ないろいろなエレクトロニクスを使ったやうな器械を導入しておればということで、いろいろなところで医療機関がそういう形になっていくということになると、またそこあたりをどのようにするかというのは非常に問題だと思ひますので、その点で

お尋ねしたいわけであります。○吉村政府委員 確かに、富士見病院が超音波の検査機器を入れたら特定承認保険医療機関にするか、こういう懸念はありであると思ひます。私どもはそういうものを指定するつもりはございせん。大学病院というものは、やはり高度先端技術をするに値する陣容と設備を持つておるはずでござい

おる器械だけに着目して承認をする、こういう考えはございません。

○小淵(正)委員 それでは時間が来ましたので、あと一つだけ最後にお尋ねします。

今回、新しく退職者医療制度を創設することになったわけですが、これはすべて組合健保、政管健保の拠出金によって賄うということで、一切国庫補助なし、国の責任を放棄した。いやしくも退職者医療制度を創設するからには、国として何らかの形で面倒を見るべきではないかと思いますが、これを一切あなた任せにしてしまっているということについては、私は国の保健医療行政としては極めて遺憾だと思うのです。そういう意味で、今回なぜ国庫補助を導入しようとしたのかということと、あわせて、この退職者医療制度を創設することによって今日の国の負担すべき費用がかなり削減されるわけですが、その分をすべて全額と言わないにしても、もっと国庫の内容を充実するような方向に向けるべきではないかという意見もあります。この二つについての御見解をお聞かせして、時間が参りましたので私は同僚議員に後の質問を譲りますが、ひとつ大臣の御見解をお尋ねいたします。

○渡部国務大臣 今回創設されることの退職者医療制度、これは便宜的に国庫の窓口をお借りしますけれども、被用者保険の範疇に入るものであります。

我が国の医療あるいは年金は社会保険方式をとっておるわけでありまして、保険医療によって給付が賄われるのが相応でございます。しかしこれは、もろもろの条件によってどうしても足りないというものに国庫が負担しておるわけでありまして、幸いに現在の被用者保険というものは国庫の負担がなくても何とかやっていると、このことで、国庫の負担を導入しておらないわけでありまして。

二番目に、それならそこでできた金を国庫を充実することに使ったらどうか、これは私も大変共鳴する御意見でございますが、残念ながら我が国

の現在の財政状態がそこまでの余裕を許しておりませんので、将来そういう財政になったときは、できるだけそういう方向で進めたいと思っております。

○小淵(正)委員 終わります。

○今井委員長代理 この際、関連質疑を許します。塩田晋君。

〔今井委員長代理退席、委員長着席〕

○塩田委員 今回提出されております健康保険改正法案に対しまして、大臣に率直にお答えをいただきますか。

まず、この改正法案について大臣は心の底から改正であると考えておられますか。

○渡部国務大臣 今日置かれたる我が国の経済条件、また今日置かれておる財政条件、また将来の急速にやってくる高齢化社会といったような社会的情勢の変化、そういう中で、私は、国民の医療を中長期にわたって、さらに将来にわたって守っていくための最善の改革案であると考えております。

○塩田委員 最善の改革案であるということでございますが、その柱になっているものは何本かあると思うのです。そのうちこれだけはというその最大の柱、これはどうしても通したいというのは何でございますか。

○渡部国務大臣 これは何度か申し上げておりますように、総合的なものでありまして、医療費の適正化ということもございまして、また負担の公平ということもございまして、あるいは制度間の格差を是正するということもございまして、これはどれがどれだけがと言われるのは困難でありますから、全体の中でお願ひしているわけでありまして、この改革案を全部お認めいただくことによつて二十一世紀の医療というものが揺るぎなきものになっていくのだというふうに御理解を賜りたいと思ひます。

○塩田委員 改正案の柱になるものは今言われましたように何本もあるわけでございます。その一本も抜くわけにいかぬ、あるいは手直しするわけ

にもいかぬ、全部が通らなければいつも言われまします二十一世紀に向かつての医療を健全化することにならない、こういうお考えでございますか。

○渡部国務大臣 幾たびも申し上げておりますように、現在置かれた条件の中で、私どもは、国民の医療を総合的に守っていくための方策としてはこれ以外にない、いろいろな知恵をめぐらしまして考えてまいりました。

ただ、私どもは、先生方から今までのいろいろ御指摘いただいておりますように、この改革のために重い難病の方で病院にいかれなくなってしまうとか、低所得者の方で医者さんにかかれなくなってしまうとか、そういうことについては、今後、与えられた条件の中で、私どもの枠の中でできる配慮はしていかなければならない、こう考えておりますが、法律の今回の改正案の柱は、どれ一本を抜いてもこれは成立するものでございせん。

○塩田委員 何本かある中で一本も抜くわけにも手直しするわけにもいかぬ、こういうことでございせんか。今までお話を聞いておりますと、若干ニュアンスというものが出てきておるところがありますね。例えば高額療養費につきましては考えてもいろいろな発言が出てきそうな答弁もあるいはあったかと思うのでございせんか。また新聞、テレビ等の報道によりますと、いろいろな意見が政府・与党の中に出ておる。例えば八割給付については法案の中は原則、本則で八割となっており

ますが、二年間は一割負担、しかし、六十一年度以降も一割負担で九〇％給付だというような話も出ておることは大臣御存じのとおりでございせんか。またもとと極端には、自民党内部のある議員の方々が六十一年度からは十割に戻すのだ、カトリア会とかいう名前もちらつと出ておりましたけれども、そういう新聞報道が大々的にトップ記事で出たということも大臣、御存じだと思ひます。これについて今までの御答弁を聞いておりますと、大臣は、将来はいつか八割で全部統一できれば、そういうことができるかとき大臣になつて

みたい、こういう心境を率直に言われたこともあつたわけでございますが、この問題について大臣はどのようにお考えでございますか。

○渡部国務大臣 最初にお断りしておきますが、私はまもないのこいでありまして、それを、考えてもよいなどという不遜な考えは毛頭持つておりません。私は厚生大臣として練りに練つて、今回の改革案が与えられた条件の中では最高最善のものであるということで、原案のまま通していただくことが最も望ましいのでございせんか。それから、国会で御審議を賜つておるわけでございせんか、この社会労働委員会と野党の皆さん方が合意をしたことについては、喜んで従うか決々従うかは別といたしまして、まもないのこいでありまして、この法律を成立させる、そのために与野党でこういうふうにしろうと言われたことには従わざるを得なくなつておると思ひます。政党政治で、私も党人政治家でありますから、議院を、政党を尊重しなければならぬということとは人後に落ちないつもりでございせんか。

ただ、後で話のありました与党の中でのいろいろの意見というところでありますが、今回の私どもが国会にお願ひしている案は、何も厚生省で私の判断だけでつくつたものでありません。与党のそれぞれの政策を審議する機関で御賛同を賜りまして出した案でございまして、政府・与党は全部私どもが出してある案に賛成していただいております。ただ、今日の議会政治ということで、与党の皆さん方が、野党の皆さん方、民社党の皆さんに賛成していただく、公明党の皆さんに賛成していただく、あるいは社会党の皆さんにも賛成していただく、あるいは共産党の方にも賛成していただくものならそれでいいわけでありまして、そういうことのために、与党の方からこういうふうにしろうという言ひがあらば、これは私は大臣として、与党があつての内閣でございまして、それには従わざるを得ないだらう、こう思つております。

○塩田委員 大臣の率直な御答弁をいただいたわ

けでございませう。まさにそのとおりでございませう、国会におきまして与野党間に合意ができて、この社会労働委員会ではこう直そうというところがあれば、大臣は、先ほど言われたが、柱一本といえども抜くことはもちろん直すこともならぬ、ということではないという柔軟なお考えである、ということがはつきりしたわけでございませうので、そのように受けとめておきます。

しかも予算委員会、それから予算の修正問題が出たときに、御承知のとおり与野党で合意されたメモには、この健康保険法の取り扱い、内部については社会労働委員会の審議の結論に従って措置する、こうなっております。ですから、大臣はそれを御述べになったことだと思ひます。別段なことも御異論のないことだと思ひます。結構でございませう。

○渡部国務大臣 これは誤解があると困りますので……

何度も私は申し上げておりますように、今度出しました改革案というのは総合的にできておるものでありますから、これは柱一本外してもうちは壊れてしまふわけでありますから、私も、この原案をそのまま認めたいということが国民医療の将来のために最も望ましいということ、七重のひびを八重に折つてもお願いを申し上げたい、気持ちでいってございませうけれども、ただ、議会政治、政党政治でありますから、各党が一致しましてひとつ何かこうしろというときは、これは従わざるを得ないと思ひますが、しかし、この案そのものが何も厚生省だけで考へて出した案でなくて、与野党の皆さん方には、十分尊重して、全員一致して、あらゆる機関を通じて御承認をいただいたのでありますから、与野党の皆さんがこの柱を抜くはずはないというような甘えた気持ちで、国会の御意見に従ひます、こう申し上げておるわけにございませう。

○塩田委員 大分見解が違ふわけでございませう。しかし、これは議論しておりまして果てしないと思ひます。決まったことは決まったことでやっ

ていこうということで、今後臨みたいと思ひます。

今、最後に言われましたのは、政府・与野党は一体として、この法案を提出するときは与野党も手続に従つて了承をとつてあるんだ、これは当然そうでございませう。閣議決定の上で出された法案でございませうから、各閣僚も全員一致で賛成されたものと思ひます。しかしながら、本会議に出された質疑応答、そしてまた、この社会労働委員会になりましてから与野党の政府に対する質問がある中で、与野党の中にもかなりすばらしい意見があるものだ、さすがに自由民主党というのはその名の通りまことに自由であるということを感じたわけだ、とございませう。それは非常に結構なことだと思ひます。一つの線、最初から最後まで、どんな問題があつても縛り通して結論を押しつけるのではなくして、自由に考え、自由に考へていくうちに、こういう問題があると指摘され、だから、政府答弁が我々見ておりまして本当にひやひやするような場面が出たわけでございまして、それは非常に結構なことだと思ひます。また、それほどに与野党の中にもこの法案に対する相当な異論があるんだなということがはつきりしてまいりましたし、また、それ以上に我々は、この法案を区々検討すればするほど問題があるというふうに思ひうけてございませう。

そこで、会期は御承知のとおり五月二十三日でございませう。あと一カ月ちょっとになつてまいりました。しかも連休を挟んでの問題でございませう。審議は、我々はこの重要法案については徹底的にやらなければならぬということで、毎回八時九時にもなるまで審議を進めてきたわけにございませう。審議は国民のためにしなければならぬ、意見は十分に開陳をし、政府にも御答弁をいただかなければならぬ、このように思ひうてこまめにおられるわけでございませうが、このきょうという日から先を見ますと、あと審議回数というものは、従来の慣行の線によつていきますと三回しかないという状況になつてきております。しかも与野党間で審議を尽くそうということで、時

間はたつぷり、また材料もたつぷりあるわけでございませう。

そこで大臣、本当にこの法案を会期内に通せるという見通しでございませうか、いかがでございませうか。

○渡部国務大臣 これは委員長に御質問いただく内容だと思ひますが、ただ私も、国民のために、あすの日本の医療を確実にするために、この法案をどうしても今国会で成立させていただかなければならぬ、そういう決意を持っております。ですから、この審議を尽くすために、委員長から御命令がありますれば、夜の十二時までも、あるいは土曜日でも、日曜日でも、いつでも、審議のために私は私も全員の真心を尽くして先生方の審議におこたえしていく決意は持っておりますが、あとのことは、これは委員長長の進行にお任せするしかございませう。

○塩田委員 私は、客観的に見てこの会期内成立は非常に難しい情勢になつてきているということをおし上げて、大臣の見通し、これをお聞きしたわけでございませう。本当に危ないんじゃないですか。

○渡部国務大臣 有馬委員長の国会運営の御手腕、またこの社会労働委員会の各党の理事の皆さん方の社会保障、医療の将来に対するすばらしい御見識、また委員の皆さん方のこの問題に対する熱意に私はかねてから敬服してございまして、必ず会期内にこの法案を成立させていたただけるものと確信をいたしております。

○塩田委員 この健康保険改革案につきまして、野党各党そろつて、改正でなく改悪だといふ共通の結論を持つて撤回を求めておるわけでございませう。しかも、この健康保険に關係する当事者はほとんどが反対でございませう。医療を實際行つておられる、日本医師会、日本歯科医師会を初め、薬剤師会、いわゆる三師会もこぞつて反対をしてゐる。そして治療を受ける患者の皆さんも、一割、二割の負担はたえがたいということで反対しておる。そして、各種審議会にかけられたわけですが、

これも短期間で極めて審議が不十分であるということをおしに書いてある。そして一本の結論が出ないから両論併記をしてある。しかも、併記された意見というのは非常に隔たつておるというのが今回の答申の特徴でございませう。今までこういうことは余りなかったと思ひます。そのような中で、やはり改正でいいのだということが無理をして通されるよりは、大臣が常におっしゃいますように、国民の負担と給付を公平にしていける時期、そこまで待たれたらどうでしょうか。大臣は、やがては国民健康も七割を八割なりに上げていくのだ、こうおっしゃつておるわけですね。その時期まで、何年も先ということじゃなく早急に、そういうことを含めまして手をつける、そういう時期まで大臣にいていただきたいと思ひます。これをまず今回はストップして、いかがでございませうか。

○渡部国務大臣 これは被用者保険加入の本人の皆さん方には一割、今まで十割給付だったものを御負担願うのでございませうから、これは被用者保険本人の立場に立てば御反対なざるの無理からぬことでありまして、これは私も御賛同をいただくようにお願いをするしかないのであります。しかしそれにして、一割御負担はお願いいたしますけれども、そのことによって、今後、被用者保険の皆さんの保険料は、料率は将来にわたつて上がらないで済むように私も医療費の適正化に努力をするので、お医者さんにかかる人、かからない人いろいろありますが、全体としては被用者保険の皆さん方にも、医療費の伸びによつてこれ以上負担がどんどんふえるようなことをしないためにこの改革案を出してあるので、ぜひ御理解をいただくと、私も頭を下げて、今日の厳しい条件の中で医療保険を将来確実なものにするために、これはお願いするしかございませう。また、医師会、歯科医師会あるいは薬剤師会の皆さん方には、私も十分にお話しして、今日のこの改革案というものを素直に読んでいただければ、これは必ず御了承を得られるものと私は期待してお

るのでございます。

そういうことから、これは先生の仰せでありまして、私どもこれを退くというようなことはできないのでありまして、賢明な塩田先生でありますから、ちゃんと心の中では、我々がこの保険法を通さなければ国が立たない、国民の将来がないということも必ず御理解いただけるかと私は期待し、信じておるのでございます。

○塩田委員 大臣のおっしゃることでございますから、何とか理解したいと思つて日夜励んでおるわけでございまして、なかなか、見れば見るほど、研究すればするほど、これじやいかぬという信念がむしろ強くなつてくるわけでございまして、まことにやむを得ざるものがございます。

そこで、大臣、将来の医療がどのような形になるか、保険という技術を使つてできている現在の医療保険の保険料あるいは給付にわたつて、全体の将来ビジョンがどのようになるのか。皆さんは、改正のときには、恐らくビジョンを描いた中で今回これをやらなければならぬというのが出てきたと思うのです。その将来ビジョンというのは、単なる作文じやなかうと思ひます。こうしたい、ああしたいという言葉だけのものではビジョンにならないと思ひます。これには何年ということと、給付内容はどうか、各保険の制度は皆違ひますから、それがどうあるべきだという将来のビジョン、皆さん方は負担の公平とか官民格差の解消を言つておられますから、そういったものを含めた将来ビジョンというものが描かれてあると思うのです。そのことについて大臣は、今までこの委員会で言及をされて、そのときにはいつでも出しますというのを言われました。有馬委員長のお許しがあればいつでも出します。きよの御答弁では、各党一巡する質問、御意見を聞いた上で、考へて、その後に出します、こういうふうになつてきておりますから、また大分先になつたかと思ひますけれども、この中長期の具体的な将来ビジョンはいつお出しになりますか。

○渡部国務大臣 これは今までもお答えしておりましたとおり、各党の皆様方の社会労働委員会における御意見を一巡させていただきます、その皆さん方の考え方も十分尊重しながら、今私どもの考え方もございまして、これらを十分に練り合わせまして、委員長から出せというお話があれば提出したいということで、今その成案を得るために鋭意努力をしておるところでございます。

○塩田委員 具体的に申し上げますと、この健康保険法改正法案の質問が各党一巡いたしますのが、早ければ来週でございまして、ですから、もちろん早い時期にでも出す用意をされると思ひますね。これは二十六日になるかあるいはその先になるかわかりません。しかし、一番早い時期として、もそうなるだろう。となれば、あと一週間以内には成案を持つて印刷をして、もちろん関係各省、関係のところに全部サインをもらつて、合意の上に出されると思ひます。厚生省、関係するところ全般にわたりますから、これは共済組合の関係でございますと各省にまたがりまして、やはりこれは合意を要されるところが多いと思ひますから、そういったものを全部詰められて、その結果、これを一週間以内に出されるということをお具体的に申し上げますが、そういうことですが、そういうことでよろしうございしますか。

○渡部国務大臣 社会労働委員会における各党の先生方、今まで大体御意見を承つてまいつたわけでございします。先生方がどういふことをお考えになつておられるかというのを、それぞれの御見識を私はお聞かせいたしたわけであります。そこで、それぞれの先生方の御意見を拝聴したその上から立て、厚生省として、医療問題に対する将来の中長期ビジョン、これを出したいと私は申し上げておるのでありますが、これは法律とかそれとは違ひますから、一つの青写真でございまして、例えば法律のごとく与党の御承認をちょうだいしてとか、あるいは内閣の御承認をちょうだいしてとか、そういう性質のものとは私は考えておりませんので、各党の御意見を聞いて、厚生省が、これからの医療問題に対しての一つの、どう考えるかという長期ビジョンをお示しする、そういう考えでございます。

○塩田委員 もちろん中長期ビジョンは、大臣がおっしゃいましたように法律ではございせんから、内閣法制局の法令の審査を受けて、各省合議をとりて次官會議にかけて閣議にかける、こういうことは要らないことはわかります。しかしながら、今回の法律を出すについては、長期ビジョン全体、何年度にこうなるのだということが描かれた絵ですね。ビジョンそのもののうちのこの法律はこの部分なんだという。この法案は全体ではないですね、大改革でありますけれども、医療保険の全体をこれで網羅しているのではないに、これは一部ですね。ですから、全体はこうあるのだ、今回はそのうちのこの部分ですという位置づけが、この法律を幾ら読んでもわからないわけですね。しかもそれは、厚生省だけでない各省にもまたがることだし、その上に立つての法律案ですから、その関係におきましては、法律案そのもののような手続はもちろんおっしゃるようになりますかと思ひますけれども、影響するところはかなり大きいし、ある意味では将来を縛るものになるわけですね。ですから、これについては単なるちらちらと書いた作文だとか数字を並べたようなものではないと思ひます。相当確たるもので、討議され、各党の意見も聞かれた上での集約されたものとして出てくると思ひます。そういうものではございせんか。

○渡部国務大臣 今後の医療のあり方、その一つの青写真ということでありますから、もちろんこの健康法の改正案に盛り込んでおるものだけではございせん。

例えば自由診療、出来高払い制度を将来にわたつて守つていく。これが我が国の医療の進歩を促進し、我が国がわずかに三十六年間に国民の平均寿命を三十歳近くも延ばしてきた大きな理由であるとするならば、やはりこの自由診療、出来高払い制度によつて日本の医療の進歩というものをま

すます促進していかなければなりません。

しかし、また一方、この委員会でもたびたび御指摘をいただいているように、この制度の中では乱診乱療とか過厚医療とかそういう御批判をいただくこともあるわけですから、そういうものを改善していかなければなりませんし、またこれは、塩田先生の党の塚本先生から最初に予算委員会でも質問をちょうだいいたしました。今後十年後、二十年後の医師、あるいは歯科医師、あるいは薬剤師、そういう者が今の医学部の定数では過剰になつて将来心配になるのではないかと、逆にまだ医師が足りないのでは、国民の皆さんがいつでも必要な医療をどこでも受けられるという体制にはまだ至っていない、こういう議論もあります。

そういうバランスの中で、医療機関の適正配置というものの将来はどう考へていくかと、あるいはこの委員会でもたびたび御意見をちょうだいしておりますホームドクターの問題、あるいは一次医療から三次医療に至るまでの合理的な医療の配備とか、あるいは医療器械というものが余りにも過剰に入つていっているために医療費が高くなつてしまつておられる、これは組合的なのでも購入したらどうかとか、きよまでいろいろ、医療の将来のあり方について、それぞれの党のそれぞれの先生方から、我々まことに傾聴に値する御意見等も賜つておるのであります。

そういうような意見も十二分に盛り込む努力をして、将来の医療の健全なあり方というものを、いろいろな中間施設の問題とかそういう社会施設の配備というようなことでも御意見を賜つておりますので、それらのことも総合して、どこまでできるか、私どもできる限り、先生方から、こういう方向で行くのかと言つていただけたらと思ひます。○塩田委員 近く提出されます中長期のビジョンにつきまして、大臣から、誠意ある、内容にかなり細々と入つた御答弁がございました。そういった

全般にわたる問題が、単に作文だけではなくして、数字の上でもこのような姿であるということ、現状と将来の姿をやはり数字を入れて、ぜひとも示していただきたいと思ひます。

今言われました出来高払い制を堅持するということにつきましては、私たちが基本的に賛成でございます。しかし、これにつきましてはいろいろと御議論があること、あるいは外国の制度につきましてもいろいろと参考にして議論がなされていることは、御承知のとおりでございます。そういうものも含めまして、十分に内容を練り上げて、具体的に示していただきたいということをお願い申し上げます。

そこで、最も国民が、また今、当面この法案審議で問題になっておりますいわゆる給付率でございますね、自己負担二割とか一割という問題、これにつきまして、当然入ると思ひますが、いかがでございますか。

○渡部国務大臣 これはたびたび答弁いたしておりますように、現行の制度の中で国民の給付を一つにしようということであれば、大体八割程度であらうというのが私どもの考えでございます。また、先生の方のは、拝見させていただきますと、八割八分ですか九割ですか、そういうふうないろいろ御意見もあるようでありますが、私どもは八割程度、こういうふうな考えております。

○塩田委員 大臣、そこで今言われました八割という件でございますが、これは現在の各制度、健康保険、共済、船員あるいは日雇あるいは国民健康保険、全部含めていわゆるガラガラポンとやれば八〇・三％になるということは、厚生省からたびたび説明があるところでございます。これもやはり方としては、財政調整だとかあるいは制度の一本化だとか、いろいろなやり方をしなければならぬ、今のままではもちろんならないわけでございます。いろいろな手を使わなければならぬというところはわかりますが、まず、そういう現状ですら八〇・三です。それに変わるまづ一番大抵この、十割給付の健康保険の本人分を八割に落とす、自己負担を二割つけるということから始めたと、ここにこの法案の一番の問題点があり、これさえもとに戻れば、あとはかなり話がでる問題が多いと思ひますが、いかがですか。

○渡部国務大臣 今のお話ですと、一割御負担を願うことを考え直せということでございますか。それは申しわけありませんができません。

○塩田委員 私は筋道を言っておるのでございまして、例えば、現在全部合わせて八〇・三ですから、やり方としては、政府案を出しておられる十割を八割に落とすということから始めなくても、逆に七割を全部八割、そしてやがては、大臣がおっしゃるように十割を九割とかいうことも将来考えられるということにはならぬのですか。やり方を間違えたくないでしようか。

○渡部国務大臣 この点は、先生の御意見を私聞いて、なるほどと考えさせられることがございまして、ですから、私はたびたび申し上げますように、本来は昭和四十年代から、あるいは五十年代のころは三十年代から、医療保険の問題は、一時しのぎの改正でなく将来を臨んでの思い切った抜本的改正を、こう言われてきたわけでありまして、本当は、私どもの先輩あるいは厚生省の皆さんが五年前に、あるいは十年前に、まだ国家財政にかなり余裕のある時期にこれをやっておければ、今先生おっしゃる通りに、国保の七割を八割にするというふうなことから始めるとか、あるいはせめて被用者保険の皆さん方にも一割御負担をいただく、しかしまた一方、国保の給付を一割上げるといふようなことで案を出せたであらうというところは、私も反省させられるのでありますが、それがなかなか、何でもそうですけれども、これはある程度余裕がある時期にやっておくことが一番いいのですけれども、国民の皆さん方に負担を求めたいというふうなことは政治家としてやはりなるべく回避したいという気持ちがありますから、本当はやっておくべきことだったのでしようけれども、まだそれがやれなくてここまで来て、今やこれは待たなしに、政治家がこのときこそ、

国民の皆さんの将来のために、一時的におしかりを受けても将来褒めていただけるようなことを、勇敢に勇氣を持ってやらなければならぬという時期に至ってしまった、こういうことを私は反省しておるのでございます。

○塩田委員 大臣もたびたび言われるのでございしますが、このような財政が厳しいときに厚生大臣になって、まことに不幸であり不運であるとおっしゃっておるのでございしますが、本当に不運であり不幸であるようにならないようにするために、将来ビジョンからいって、厚生省の立場からだけ見ても、行く道は、こういうふうな上からおろす、十割を八割に落とすようなことから始めなくて、大臣はまことに幸運な人だ、七割を八割に上げた、それだけをやれば、これはもう後世に残る大臣だ、大英断のことをやられたということになると思ふのです。これは今からでもやろうと思われればできないことない。いかがですか。

○渡部国務大臣 そういふことができるような条件に、今日置かれたる我が国の財政状態とか経済状態がないんだということは、もう塩田先生、ちゃんとわかっていらして私におっしゃっているのだらうと思ふのですけれども、残念ながら、今日の厳しい財政条件の中ではそれがやりたくてもできないのであります。

しかし、私は幾たびもここで申し上げておりますように、本来、社会保障のあるべき姿というものは、国民のすべての人が同じような条件の給付を受ける、ましてや医療と年金というふうなものはそうであるべきだ、こういうことでありますから、今回、私は、被用者保険の皆さん方に一割御負担を願うというまことに申しわけないお願いをしておるわけでありまして、しかし、そのことは必ず五年、十年、十五年後には、あのとき厚生大臣、おまえよくやった、また、あのときあいつ、国民の皆さんに御負担をおかけして一時的にはおしかりを受けなければならぬ法案を、与野党の皆さん方が全員勇氣を持ってよく通したと言つて、大きく褒めていただけるような時代がまた来るであらう。

りましようし、また、私もこれから長い政治生活をするつもりでありますから、今度は青写真を、私の、厚生大臣の責任で将来方向というものを出すのでありますから、将来の夢としては、今に、今度は大蔵大臣になって、ひとつ予算を厚生省にたっぶりつけて、医療保険にたっぶりつけて七割を八割にするとか、さらには将来総理大臣になるころは、経済をもっとよくして九割給付にしたいとか、そういう夢は今持っておりますけれども、今私がお願いすることは、大変厳しい状態ですので、ひとつ被用者保険の皆さん方に一割御負担をまげてお許し願いたいということをお願いしているわけでございます。

○塩田委員 残念ながら、御期待に沿えるような事態にはならないんじゃないかと思ふのです。

大臣、これは与野党の間でもはつきりしたことですけれども、七割を八割あるいは九割に上げていく、今むしろいい時期じゃないかと思ふのです。といひますのは、これはもう何回も出ましたように、五十八年度の伸びが、前年の五十七年度七・八％の医療費の上昇に對しまして、対前年四・六％に落ちてきています。そして、五十八年度からGNPの伸びよりも下回つてきています。そして、さらに五十九年度は、この法律を通さなくても、二・五％でなくしてプラス一％の三・五％だということ、この委員会ではっきり確認されました。このような二年続きで、GNPよりも伸びが鈍つてきているという事態になってきているわけ。これは絶好の機会じゃないでしようか。この際に負担を強いるよりは、給付率を、大変な要望である国民健康の七割を上げていくという絶好の機会だと思ふのです。かつてはGNPを上回る医療費の伸びがあったことは確かです。しかし今やそうではない。そういう時期に差し加つた厚生大臣でございまして、一大英断を持ってひとつ今回の案は見直して、時間をかけてでもこれは手直しをしてやっていたきたいと思ふのです。いかがですか。

○渡部国務大臣 大変申しわけないのでござい

すけれども、現在の我が国の経済情勢、そして今日置かれてある財政条件等の中で、せっかくの先生の提案でございしますが、今、国保の七割を八割に今度の国会で上げるような案を出すことは、まず不可能な状態にありますので、私どもが将来のビジョンというものを示して、それに向かって一生懸命努力していくということでお許しをちょうだいしたいと思います。

○塩田委員 今までは、毎年一兆円ふえてGNPの伸びを上回るから、何とか医療費を抑えなければならぬということとで言ってこられたわけですが、今さっき申し上げましたように、最近二年度続いて下回ってきている、伸び率がGNPより下回ってきているという段階になったから、今度は、国の財政がもたせませんのということでは我々は納得できないわけです。国の財政が厳しいことは我々も知っております。しかし、厚生省が、今年度予算で六千二百億、もつとさらに詰めて言え、適正化のいろいろな方策をやられて、法律の中に盛り込まれていない政策を実行されて千八百億はできるということになれば、あとは四百億です。しかも我々は、予算修正の際には、ぎりぎりいろいろ工夫すれば、退職者医療制度の創設を政府の言われるようにやっても、あと二、三千億プラスすればできるという修正案を具体的に示したはずでございします。三千億ぐらゐは補正で、いずれ公務員給与ベースの問題とかその他で、今年度補正が行われざるを得ない事態が来ると思っています。そういったものとともに考えて、ここで大臣に頑張ってもらいたければ、これは不可能な金額じゃないと思ひます。

なお言え、前回、予算委員会の一般質問でも、大臣に御質問いたしましたときに私は申し上げたのですけれども、防衛費から、伸びが突出しているからこつちへ持っていくことは決して言いません、何となれば国民の福祉の基礎は国防衛だ、今日の世界情勢、特に極東の情勢の中におけるソ連の軍備増強、こういう危険な状況の中では、必要なものはやはり防衛はしなければならぬ

という考えを申し上げて、そこから持っていくことは私には言えない、言わない。しかしそれと同じぐらい、国内の安全、生活の安全、生活の防衛の面からは、これは本当に手直しをしないと、国民が本当に怒りに燃え、こんなことではどうにもならぬということ、国論を分けて亀裂を深めるような国内情勢をつくっては、本当にかえって国が危うくなる、そのようなことを二、三千億の問題ですべきじゃないのです。だから大臣は、この際、なおこれからの努力をされればできないことはないと思ひます。

なお言え、私は、財政全般をわたりますと、まだまだ削つてもいいところがあるのじゃないかというところがいっぱいあります。補助金の見直しも臨調の線でもやりましたけれども、補助金は全体でこれだけ削りましたと言われるが、しかしその大部分が健康保険、厚生省の関係じゃないですか。そのほかでは逆にふえているところもあるというふうな補助金の削り方ですね。

それからまた、国鉄の問題にしましても、昨年度は七千二百億も一般会計、税金で一年間につき込み、また今年度も六千五百億もつぎ込んで、なおかつ、一年間に一兆二、三千億円の赤字が出る。合わせて二兆円の赤字です。こういうことを、これは国鉄一社でしょう、それに許しておいて、国民医療、しかもこれは病気で苦しんでいる者から余計取るといふのですから、このような矛盾した行政をやるべきじゃない。私は、国のために、国民のために本当に厚生大臣は頑張ってもらわなければ重大な事態になる。これは下手しますと中曽根内閣の命取りになります。これはそれはそれと重大な問題です。本当に一割取られて、二割取られておつたやうになつて、財布に響き、生活に響き、そして病気がなお進行するやうな状況があつたこつちで起つてきますよ。お医者さんは、医師だけで十七万でしよう。お医者さんが一年間に百人診れたら年間千七百万でしよう。その人たちが一齊にお医者さんと一緒になつて、これはけしからぬという、もう身にしみて感ずるやうな

事態が来るということ、これは中曽根内閣に対する、そしてその一番の責任者の渡部厚生大臣がけしからぬということになる。このような事態を本当に招いていいのかどうか。私は、中曽根さんを擁護するも擁護しないもありませんが、しかし、厚生大臣は中曽根内閣の重要閣僚でしよう。やはり中曽根大臣に、総理、これはいけませんということをお本心に忠告して、二、三千億をもらつてくる。これはひとつぜひとも努力をしていただきたいと思ひます。いかがですか。

○渡部国務大臣 中曽根内閣の将来まで御心配をいただいて本当にありがたいのでございしますけれども、今の塩田先生のお話しは、一厚生大臣でちよつと答えられる性格でないものも多いのであります。私の立場で申し上げられるのは、これは「増税なき財政再建」というのが我が内閣の基本方針でございします。したがって、この増税なき財政再建」という中で、これから予算を編成する場合は大変厳しい状態ですけれども、ゼロシーリングあるいはマイナスシーリングというやうな条件の中で予算編成が続くのでございします。

今度の五十九年度の予算九兆二千四百五十億、これはお認めをいただいたわけでありまして、この予算は、今度の五十九年度の予算の総額の中で、公債償還、地方財政計画等を取つた今度の五十九年度予算の政策予算、ほぼ三十二兆円程度と思ひますが、その二八%でございします。そのまた九兆二千四百五十億の予算の中で、医療費、これが三兆九千億でございします。こういうことになりましたと、その中の中で予算編成をしろ、こういうことになれば、今先生の御指摘のやうに、七割を八割にするというためには、生活保護の予算一兆円から半分取つてくるとか、あるいは年金等の手当、障害者の手当とか大事なものがいっぱいあります。そういうものの中から取つてくるのか——こんなことは到底できるはずがございしません。そうすると、結局これは財政でできない、こういうことになりまして、今度の国保の保険料とい

うものは、私も地方の出身の者でありますけれども、帰りますと、農家の皆さんや何かから、保険料が高い高い、こつ言われておるのでありますから、この保険料をさらに引き上げるといふやうなことはなかなか困難でございします。

そういうことで、先生から大変大事な御指摘でございしますが、残念ながら今の場合そういうわけにまいりません。

先生、三千億程度取つてきたらどうだとおつしやいますけれども、今度の予算で、財政再建ということを非常に大事にした予算でありながら、一兆円の公債償還額がでないで、たしか六千二百、三百億の公債償還額だと思ひます。財政再建を目玉にした中で六千三百億しかできない。またその半分を削つてしまふというやうな話でございしますから、もちろん私は、厚生大臣として、社会保障の予算を一銭一円でも余計取るやうに今後とも努力してまいりますが、全体の問題となりまして、これ以上のことは大蔵大臣に言つていただく以外に、申しわけありませんが、厚生大臣の範囲ではとてもお求めに應ずることはできないということをお断りさせていただきます。

○塩田委員 これは主管大臣が厚生大臣でございします。私は厚生大臣の御奮闘を求めておるわけにございします。ひとつ力いっぱい頑張つて、私が申し上げたことをぜひともやつていただきたいと思ひます。

言葉は悪いかも知れませんが、健康保険法案は中曽根内閣に仕掛けられた時限爆弾だ、これを通すことによつて、中曽根内閣は、国民の怒りの中で爆発して消えてしまふやうなことを言う向きがあるのです。それほど重大な中身を持った、あるいは政争の具になつてゐるのではないかと云われるやうなもので、したがつてまた、中曽根内閣を何とか維持したいという自民党の中にも、今回は通すべきではないという意見があつちよでございします。それほど重大な政治的な意味を持つた、中曽根再選にもつながるやうな話が出るほど

非常に生臭い問題、重大問題なんです、これは。時限爆弾だと言われているものですから、それを預っておられる厚生大臣、よほどよく慎重に考えてこの問題を扱って、野党の意見にも、また与党の声なき声にも十分ひとつ耳を傾けていただいで、慎重にこれに対処していただきたいというところをお願いしておきます。

時間がだんだん迫ってまいりましたので、大臣、一時間以上おつき合いたいただきまして本当にありがとうございます。誠心誠意御答弁いただきます。

そこで局長にお伺いしますが、この政府案による一割負担あるいは二割負担というのが行われますと、医療費はどういうふうに移っていくかといいますと、一割なり二割の本人一部負担を導入することによりまして、医療費そのもののどのようないんパクト、衝撃が与えられるかというところ、私はこの計算根拠は聞いておるのですが、しほむのです。その計算過程をちょっと説明してもらいたいです。

○吉村政府委員 五十九年度の医療費で計算をいたしますと、給付率の見直しによつて七月一日から九割給付にするわけでございますが、千四百億円の節減になるわけでございます。

その中身、なぜそうなるかということでございますが、今回の給付率の見直しによりまして、被用者保険本人の給付率は現在九八%でございます。定額の一部負担が二%でございますので九八%、それが九〇・四%になる。九割なんでもございませうが、高額療養費の支給という要素が加味されますので九〇・四%になります。したがって給付率は九八%から九〇・四%に下がる、こういうことになるわけでございますが、その給付率が下がることによりまして、私ども長瀬係数、こう申しておりますが、給付率と節減の額、その総体的な大きさをあらわす係数でございますが、十割給付の場合をひとしした場合に、九割の場合は〇・幾つになる、また八割給付の場合は〇・幾つになる、こういう係数でございます。今私どもが使いました

数字は、 $(0.78 \times 0.58 \times 10.78)$ という関数であります。これによつて計算をいたしました結果、五十九年度七月実施で千四百億円の減少になる、こういうことでございます。

○塩田委員 かなり細かく御説明をいただいたわけでございますが、いわゆる長瀬係数の当否は問題あるかと思いますが、一応今のところ、めどとしてはその係数を使うしかないと思います。この計算過程を見まして具体的にどのようなことが起こるかということでございますけれども、各人が診療所なりお医者さん、病院へ行つて診療を受ける。そしてそこで一割なり二割を払う、こうなります。その場合に、そういった係数の過程を見ますと、縮んでいくというのは、具体的にどのようなことが起こるのでしょうか。

○吉村政府委員 私ども、今回の一割患者負担によつて医療費が節減する、こういうことを申し上げておりますが、たびたび繰り返して申し上げますように、受診率はそれほど影響がない、現在、本人と家族あるいは国保の被保険者、これは三割自己負担でございますが、その本人と家族または国保と比べて何が違うかというところ、一日当たりの診療費が違ふわけでございます。その一日当たり診療費の中で何が違うかというところ、投薬、注射、検査、この辺が違ふわけでございます。したがって、私ども、本人と家族・国保と比べて、一日当たり診療費がそれほど違ふなければならぬという合理的な根拠がどうも見出しがたい。したがって、その差というのは十割給付に伴う過剰診療だ、こう考える方がいんではないか。いわゆる乱診乱療のことでございますが、やはりただだということになる。診療費は上がる、これは人間のさかみたいなものではなかつたかと思つております。そのただの場合にそういう診療費の違いが多くなる部分、九割給付をやることによつて減少する結果、総額として千四百億ばかりの医療費節減になる、こういうふうに考えております。

○塩田委員 局長は今非常に微妙な問題の御答弁をされたと思つております。私はそういう考えがあるん

じやなからうかと思つておつたのです。よく言われますのは、お医者さんが今回の一部自己負担に對して反対されるのは、患者からいろいろ苦情が出るから、あるいはまた収入が減るからお医者さんは反対しているんだ、こういうことが世間で言われております。しかしそれは、私はそうではない、間違ひだと思つております。一割負担することによつてお医者さんの懐は変わらないのです。これは一割負担した分も入るわけですから、出来高払い制度をとる限りは現在の状況が続くわけですから、これは変わらないと思つております。だから、お医者さんが収入が減るから反対しているんだというところでなくして、今局長が言われたところの微妙な、といひますのは乱診乱療、例えば患者が、そういう薬は要りませんとか、もう検査はこれぐらゐにしてくれとか、あるいはその注射は要りませんとか、多過ぎるからとかいふことの行動があつて、それがお医者さんに影響して、これが縮むのだといふようなことであれば大変なことだ。私はそういうことではないと思つております。何となれば、患者になつてみれば非常に弱い立場です。病氣があるいはけが一瞬も早く治したいという気持ちで、お医者さんのところへ行きます。専門的知識を持った、技術を持ったお医者さんが診断してやられることには、全面的に信頼して、言われるとおりにすると思つております。先生、その注射の本数は多いよ、この薬は多過ぎますよなどということを言える人は、また言う人はいないです。そんなことをやつておつたら病氣は治らないです。そういうことじやないでしよう。

○吉村政府委員 そういうことなら医療費の適正化をすることはないわけでございまして、今千四百億と申しましたが、医療機関に入る収入がそれだけ減るのです。その分だけ医療費が節減されま

すから医療機関がその分だけかぶる、こういうことになる数字でございます。そして、まあ、何も全国のお医者さんがそうだ、こういうことを申すつもりはございませんが、中野診療所のケースを取り上げてみますと、社会保険の家族の診療費を

一〇〇といたしますと社会保険の本人、これは十割給付でございますが二・三七、つまり二・三七倍、それから社会保険の家族ですが老人医療費で十割になった人、これは三・二二倍、そして社会保険の家族で老人保健の給付を受ける結果、十割給付に結果的になる人は三・五四倍、こういうことでございます。なぜ七割給付の家族と十割の本人、あるいは結果的に十割になる老人の医療費とがこれだけ差があるのだろうか。これを説明する理由が私どもはどうしても見出しがたい。十割の場合にはやはり十割らしい医療が行われておる、それが本当に健康のために必要かどうか、これは私どもは監査をして、それは過剰診療だという結論を得たわけでありまして、やはり過剰だったであらう、私はこういうふうに思ひます。

したがって、十割給付というのはそういう診療行為を誘発する原因である、これは否定したいと私は思ふのであります。それがもし全くその医療が正しいのだといふことになれば、私どもは医療費の適正化をいろいろ努力をしてやつておるわけですが、そういうことをやる余地はない、こういうことになるはずだ、こういうふうに思つております。

○塩田委員 非常に重要なポイントに今参りました。今回の一割あるいは二割負担と医療費の関係、お医者さんと患者の関係、これは一番重要なポイントの議論なんです。

大臣、この問題は引き続いて徹底してやらなさいと思ひます。今言われました中野診療所だとか、あるいは宇都宮報徳会の問題とか、あちこちでいろいろ問題が起きましたね。これは決して、患者が一割、二割負担したから、その痛みを耐えかねて、これらを指摘して問題が起つたわけじやないです。皆さん方が、権威ある医療団をつくつて、厚生省と府とがあるいは県とが一体になつてこの問題にメスを入れて、法律改正なしに、一割、二割負担なしにやつたことでは、そういうことですね。それでもやれるじやないですか、そういう問題は摘発できます。

それから、今言われました被保険者本人と家族とのこの金額の差、これは今言われましたのとは私が見解が違います。お医者さんなんかとも患者ともいろいろ話をしても、今言われた認識ではこれは納得できません。違った考え方が十分成り立ちますので、これはまた改めて議論したいと思ひます。

以上で終わります。

○有馬委員長 次回は、来る二十四日火曜日午前九時三十分理事会、午前十時委員会を開会することとし、本日は、これにて散会いたします。

午後七時二十八分散会

昭和五十九年五月七日印刷

昭和五十九年五月八日発行

衆議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局

P