

衆議院 社会労働委員会 議 録 第 十 二 号

昭和五十九年五月九日(水曜日)

午前十一時一分開議

出席委員

委員長 有馬 元治君

理事 愛知 和男君

理事 今井 勇君

理事 池端 清一君

理事 平石磨作太郎君

理事 稲村 利幸君

理事 齊藤滋与史君

理事 谷垣 慎一君

理事 中野 四郎君

理事 西山敬次郎君

理事 浜田卓二郎君

理事 渡辺 秀央君

理事 河野 正君

理事 竹村 泰子君

理事 森井 忠良君

理事 沼川 洋一君

理事 森本 晃司君

理事 浦井 洋君

理事 菅 直人君

委員外の出席者

参事 (日本経営者団体連盟常任理事)

参事 (日本労働組合総評議会国民生活局長)

参事 (全日本労働総同盟生活福祉局長)

参事 (全国市長会国民健康保険対策特別委員長)

参事 (参事)

参事 (参事)

参事 (参事)

参事 (参事)

参事 (参事)

参事 (参事)

参事 (参事)

参事 (参事)

参事 (参事)

参事 (参事)

理事 稲垣 実男君

理事 丹羽 雄哉君

理事 村山 富市君

理事 塩田 晋君

理事 古賀 誠君

理事 自見庄三郎君

理事 友納 武人君

理事 長野 祐也君

理事 野呂 昭彦君

理事 箕輪 登君

理事 網岡 雄君

理事 多賀谷眞稔君

理事 永井 孝信君

理事 大橋 敏雄君

理事 橋本 文彦君

理事 塚田 延充君

理事 田中美智子君

理事 今宮 信雄君

理事 岡村 文雄君

理事 中根 康二君

理事 永田 正義君

参事 (参事)

参事 (参事)

参事 (参事)

参事 (参事)

参事 (参事)

参事 (参事)

参事 (参事)

参事 (参事)

参事 (参事)

参事 (参事)

参事 (参事)

参事 (参事)

参事 (参事)

参事 (重細聖太大学 藤田 至孝君 社会学部教授)

参事 (日本医師会常任理事)

参事 (社会労働委員会調査室長)

参事 (石黒 善一君)

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。

本日は、本案審査のため、参考人各位から御意見を聴取いたします。

御出席願います。参考人は、午前、日本経営者団体連盟常任理事今宮信雄君、日本労働組合総評議会国民生活局長岡村文雄君、全日本労働総同盟生活福祉局長中根康二君、午後、全国市長会国民健康保険対策特別委員長永田正義君、重細聖太大学社会学部教授藤田至孝君、日本医師会常任理事吉田清彦君であります。

この際、参考人各位に一言ごあいさつを申し上げます。

参考人各位には、御多用のところ御出席をいただき、まことにありがとうございます。何とぞ忌憚のない御意見をお述べいただきたいと存じます。

なお、議事の順序でございますが、まず今宮参考人、次に岡村参考人、続いて中根参考人の順序で御意見をそれぞれ十五分程度お述べいただき、その後、委員からの質疑にお答え願いたいと存じます。

まず、それでは、まず今宮参考人をお願いいたします。

○今宮参考人 今宮でございます。

それでは、私の医療問題につきましての意見を述べさせていただきます。

昭和三十六年に国民皆保険を実施いたしました後に、いろいろな数字が非常にふえてきております。特に昭和四十年以降でございますが、有病率、有病率と申しますのは人口千人当たりの患者数でございます。これが約三倍に増加いたしております。それから、これに関連いたします医療費は実に二十四倍に伸びてきております。その間の国民所得の伸びは十三倍でございます。ですから、こういう簡単な数字から考えましても、いかに患者一人当たりの医療費の伸びが大きいかがわかるわけでございます。

なぜこれほど患者一人当たりの医療費が伸びたかという点を考えてみますと、医療の中心は健康保険制度です。これはもちろん言うまでもないことですが、この健康保険の核心でございます診療報酬の支払い制度でございます。これが出来高払い制度となっております。保険制度は、だれでも、どういう病気でも、どこでも一律に適用するということが原則になっております。そこで、医療行為を手術だとかあるいは検査とか注射とか投薬とか、そういういろいろな要素に分解いたしますと、それ一つ一つに原価を算定して料金を支払うということになっておるわけでございます。これはもう御高承のとおりだと思いますけれども、これは、保険というものはどうしても、先ほど申し上げましたように一律に、ほとんどだれにでも適用されるということからくる一つの制約かまわかりません。

ところが、社会情勢というのは非常に変化してきております。巷間に言われるように高齢化社会

というようになっております。それに伴いまして疾病構造というものが非常に変わってきている。成人病が主流を占めておる。成人病というのは、循環器とか消化器、あるいは新生物、精神的な障害、こういう病気が、もちろんほかの病気もござい

ますけれども、こういう成人病が主流になってきておる。かつての結核のような細菌によりまして伝染性の病気、こういうのは次第に減少いたしてきておるわけでございます。

この成人病というのは、細菌によって引き起こされる疾患とは違いまして、それぞれの患者固有の生活状況だとか、あるいはその患者が持つ習慣とか、それから代々伝わってきているいわゆる遺伝的な素質だとか、こういうものが原因になって成人病が引き起こされておるわけでござい

ます。したがって、その病気の原因を求め、それぞれの症状に見合った適切な医療を個別に行うということが非常に必要になってきておるわけでござい

ます。しかし、実際には、こういうふうな手間暇をかけた綿密な医療ではなくて、先ほど申し上げましたような一律適用の検査づけあるいは薬づけ、巷間に言われております乱診乱療というのが行われてきておる。これが非常に医療費を、しかもむだな医療費を大きくする原因になってきておると私は判断しております。

それから、こういう出来高払い制度による医療というものは、患者と医師との意思の交流も何の説明も行われてきていない、またそれが医療の内容に反映してないわけでござい

ます。それが次第に患者と医師との不信感を生ずる原因にもなっている。この医師と患者の信頼感の喪失こそが本当の医療の荒廃だと私は思います。このことが、今後どうしても重大に取り扱ってい

ます。

○今宮参考人 今宮でございます。

それでは、私の医療問題につきましての意見を述べさせていただきます。

昭和三十六年に国民皆保険を実施いたしました後に、いろいろな数字が非常にふえてきてきております。特に昭和四十年以降でございますが、有病率、有病率と申しますのは人口千人当たりの患者数でございます。これが約三倍に増加いたしております。それから、これに関連いたします医療費は実に二十四倍に伸びてきておる。その間の国民所得の伸びは十三倍でございます。ですから、こういう簡単な数字から考えましても、いかに患者一人当たりの医療費の伸びが大きいかがわかるわけでございます。

なぜこれほど患者一人当たりの医療費が伸びたかという点を考えてみますと、医療の中心は健康保険制度です。これはもちろん言うまでもないことですが、この健康保険の核心でございます診療報酬の支払い制度でございます。これが出来高払い制度となっております。保険制度は、だれでも、どういう病気でも、どこでも一律に適用するということが原則になっております。そこで、医療行為を手術だとかあるいは検査とか注射とか投薬とか、そういういろいろな要素に分解いたしますと、それ一つ一つに原価を算定して料金を支払うということになっておるわけでござい

ます。これはもう御高承のとおりだと思いますけれども、これは、保険というものはどうしても、先ほど申し上げましたように一律に、ほとんどだれにでも適用されるということからくる一つの制約かまわかりません。

ところが、社会情勢というものは非常に変化してきております。巷間に言われるように高齢化社会

というようになっております。それに伴いまして疾病構造というものが非常に変わってきている。成人病が主流を占めておる。成人病というのは、循環器とか消化器、あるいは新生物、精神的な障害、こういう病気が、もちろんほかの病気もござい

ますけれども、こういう成人病が主流になってきておる。かつての結核のような細菌によりまして伝染性の病気、こういうのは次第に減少いたしてきておるわけでございます。

この成人病というのは、細菌によって引き起こされる疾患とは違いまして、それぞれの患者固有の生活状況だとか、あるいはその患者が持つ習慣とか、それから代々伝わってきているいわゆる遺伝的な素質だとか、こういうものが原因になって成人病が引き起こされておるわけでござい

ます。したがって、その病気の原因を求め、それぞれの症状に見合った適切な医療を個別に行うということが非常に必要になってきておるわけでござい

ます。しかし、実際には、こういうふうな手間暇をかけた綿密な医療ではなくて、先ほど申し上げましたような一律適用の検査づけあるいは薬づけ、巷間に言われております乱診乱療というのが行われてきておる。これが非常に医療費を、しかもむだな医療費を大きくする原因になってきておると私は判断しております。

それから、こういう出来高払い制度による医療というものは、患者と医師との意思の交流も何の説明も行われてきていない、またそれが医療の内容に反映してないわけでござい

ます。それが次第に患者と医師との不信感を生ずる原因にもなっている。この医師と患者の信頼感の喪失こそが本当の医療の荒廃だと私は思います。このことが、今後どうしても重大に取り扱ってい

ます。

○今宮参考人 今宮でございます。

それでは、私の医療問題につきましての意見を述べさせていただきます。

昭和三十六年に国民皆保険を実施いたしました後に、いろいろな数字が非常にふえてきてきております。特に昭和四十年以降でございますが、有病率、有病率と申しますのは人口千人当たりの患者数でございます。これが約三倍に増加いたしております。それから、これに関連いたします医療費は実に二十四倍に伸びてきておる。その間の国民所得の伸びは十三倍でございます。ですから、こういう簡単な数字から考えましても、いかに患者一人当たりの医療費の伸びが大きいかがわかるわけでござい

ます。なぜこれほど患者一人当たりの医療費が伸びたかという点を考えてみますと、医療の中心は健康保険制度です。これはもちろん言うまでもないことですが、この健康保険の核心でございます診療報酬の支払い制度でございます。これが出来高払い制度となっております。保険制度は、だれでも、どういう病気でも、どこでも一律に適用するということが原則になっております。そこで、医療行為を手術だとかあるいは検査とか注射とか投薬とか、そういういろいろな要素に分解いたしますと、それ一つ一つに原価を算定して料金を支払うということになっておるわけでござい

ます。これはもう御高承のとおりだと思いますけれども、これは、保険というものはどうしても、先ほど申し上げましたように一律に、ほとんどだれにでも適用されるということからくる一つの制約かまわかりません。

ところが、社会情勢というものは非常に変化してきております。巷間に言われるように高齢化社会

というようになっております。それに伴いまして疾病構造というものが非常に変わってきている。成人病が主流を占めておる。成人病というのは、循環器とか消化器、あるいは新生物、精神的な障害、こういう病気が、もちろんほかの病気もござい

ますけれども、こういう成人病が主流になってきておる。かつての結核のような細菌によりまして伝染性の病気、こういうのは次第に減少いたしてきておるわけでございます。

この成人病というのは、細菌によって引き起こされる疾患とは違いまして、それぞれの患者固有の生活状況だとか、あるいはその患者が持つ習慣とか、それから代々伝わってきているいわゆる遺伝的な素質だとか、こういうものが原因になって成人病が引き起こされておるわけでござい

かなければいけないし、医療の内容を大きく変えていくのではないだろうかと思っております。

要するに出来高払い制度というものが医療費に大きな負担を生ぜしめ、同時に、医療への不信感増大の原因になっていると言っても過言ではないと思っております。

それでは、出来高払いというものを変更すればいいではないかという議論が今までよく出てきておりますけれども、この出来高払いというものは、一律適用という保険制度からくる一つの切り離せないような関係にあると思われるわけでございますが、そういうことで、医療の質に見合った制度を導入しようとしても、非常に難しい点が出てくるわけでございます。

出来高払いの健康保険制度は、従来は相当に国民の福祉に貢献してまいりました。これは紛れもない事実でございます。しかし、先ほど申し上げましたように時世が非常に変わってまいりました。従来役に立ってあった出来高払いの保険制度も、いろいろな不都合な面が出てきている。どうしてもこれを改正しないと実情に合わないというふうになってきておるわけでございます。

そこで今度、健康保険制度改正の問題が出ておりますので、それに対する御意見を申し上げますが、先ほども申し上げましたように、移り変わってまいりました社会情勢に合っていない制度が非常に大きな負担を生じている、医療費を非常に大きくして、しかもその中にむだがあるということですから、まず医療費を抑制する、そういう問題を中心にした政府の案は、大体大筋において私は妥当だと思っております。特に、二割の本人負担、六十年度までは一割ということになっておりますけれども、最終的には二割の本人負担ということ、これは既に国民健康保険では三割負担になっておりますので、公平のことからいいますと当然でございます。またむだな診療を抑制するという効果が非常に大きく出てくる。しかし、今まで十割給付であったものが八割になるわけでは

から、恐らく相当大きな反対が出てくることは予想されます。しかし、それを思い切って実施しようという改革案は私は了とするとところでござい

ます。やはり医療というものは、今申し上げましたように実情に合っていないのだから、それを何とか変えていかなければいけない。しかしそのためには、国民の医療に対する知識というものを高める、あるいは医療に対する批判精神を高めるとか、こういうことがどうしても必要でございますが、そのためにもやはり、ある程度の受益者負担といえますか自己負担といえますか、そういうものは必要でございますので、そういう案を入れてまいったということは、その方法においても目的においても妥当だと私は考えます。ですから、定額ではなく定率による負担、これはぜひ大切なことではなからうかと思っております。

医療というものは、安かろう悪かろうではだめなものです。やはり国民や患者を主体とした、とことんまでも病気の原因を追及する、そうすることによって医者と患者の心が通い合うような医療でなければならぬ。そういう、患者といえますか国民からの要望はいろいろなところにあられてきております。

ただ、私が残念に思いますのは、今回の政府案には、医療費の抑制あるいは肩がわりといえますか、これが表面に出ております。これはもちろん、現在の医療体制といえますか医療制度といえますか、それを維持する上において必要でしようけれども、しかしこれは、どちらかというと問題の先延ばしというふうな感じが否めません。将来あるべき患者と医者との姿といえますか、それを改正することによってそういう医療のあり方を求めるという姿勢があらわれておられません。中に出ておりません。今後医療の負担を求める以上は、その見返りとして、負担の公平ということもあるでしようけれども、それも大切ですが、それと同じように、それ以上に、今言った医療の質を正していただくにはやはり現在の制度を相当変えていく必要

がある。そういう見取り図といえますか姿勢といえますか、それが出ていないのが残念だと私は思

うのです。それからもう一つ、退職者医療制度が新しく創設されますけれども、財政負担の肩がわりを求める以上は、将来の負担増といえますか一体どうなるのか。そのために、ある程度の歯止めをかけて負担が出てきた場合に検討を加えていく、こういうふうなことも必要であらうかと思ひますし、どちらかといえども負担を減少させるということとが大切なのでありますけれども、そういうことのために、民間の活力を用いる意味で、企業がみずから退職者に給付し得る道を残す、あるいは国民健康に企業の保険、組合保険のすぐれた点を導入して、そしてもっと医療費が節減できるような効果的なことを考えるということも大切かと思ひます。

以上、大体時間も参りましたので、簡単に私の医療問題についての考えを申し述べまして、御質問がありましたら後からお答えすることにいたします。

ありがとうございます。(拍手)

○有馬委員長 次に、岡村参考人をお願いいたします。

○岡村参考人 総評の岡村でございます。

きょうお呼び出しを受けましたので、私たちの立場を申し上げたいと存じます。私は、今回の健康保険法の一部を改正する法律案については反対の立場であることを初めに明らかにしておきたい、このように思います。そのことは、既に御承知のことだとは存じますが、社会保険審議会並びに社会保障制度審議会それぞれの答申に述べられておりますように、慎重に取り扱われるべきものでありまして、この段階では、政府は法案を撤回をいたしまして、改めて時間をかけてそれぞれの関係審議会の議論の結論を待つべきではないか、このように存じます。

その理由の一つは、本年一月二十七日に、これはお手元へ参っております資料が一月二十五日と

なっているかと思ひますが、私、この審議会に参加しておりますして何度も手帳をひっくり返し、厚生省側にも問い合わせをしました。なるほど文書の作成は二十五日も遅くないけれども、

実際は二十七日に間違いはない、このように聞いております。本年一月二十七日に、厚生大臣から社会保険審議会に諮問がありました。しかし、ここで時間的に考えをいただきたいのであります。政府の五十九年度予算案が閣議で正式に決定をいたしましたのは一月二十五日でありまして、既に予算の中で変更できないような状態の中で諮問をされた、こういうわけであります。それに加えて、二月二十二日の審議会答申まで、一月二十七日以降わずかに四回しかなかったのであります。なるほど医療制度としては、一昨年の五十七年十月二十五日に、日雇労働者健康保険法の存廃と退職者医療制度の創設について白紙諮問を受けたという事実はございます。それで降審議に入つたのは日雇労働問題だけでありまして、退職者医療問題はほとんど審議されなかったと言つても過言ではございません。その上、被用者保険本人負担の導入を初め、かつてないような内容を含んだ抜本的とも言える医療制度の改革案がこのような審議会のあり方ではないかと考えられるのか、私は逆に先生方にお尋ねを申し上げたいような気持ちでいっぱいでありまして、また、その資料の中で、岡論または三論併記になっておることにお気づきであらう、このように存じます。しかし、今申し上げました経過の中でこのことは当然の帰結でありまして、このような事情を十分御参酌いただきたい、このように存じます。

次に、この法案は、社会保険審議会が先ほど申し上げましたように二月二十二日、社会保障制度審議会は二月二十三日に答申を出しました。しかし、これは形式だけでございまして、これらの意見は全く取り入れられておりません。むしろ、あらかじめ準備をされていた法案内容で二月二十四日閣議決定、翌二十五日に国会に提出されているという経過でございます。つまり、私が申し上げ

たいのは、国民の健康やよりよい医療の制度よりも、財政対策にとらわれる余り、保険財政における収支のバランスにこだわり過ぎた、このように言えるかと存じます。この点も社会保障制度審議会の答申にあるとおりであります。

また、私自身も、社会保険審議会の論議の中で、今の日本の医療は治療にのみ重点が置かれていて、それが国民総医療費の増大につながっているというのなら、予防と早期診療を最重点として、地域医療供給体制の早急な整備とプライマリケアや薬師基準、それに診療報酬体系の見直し策など、もっと国民医療を重視しつつ改革を行う手段があることを主張いたしました。これらにつきましては、後ろに何人かいらっしやる参考人の方々もこの審議会に参加しておられましたので、よく御存じのとおりだと思います。

薬づけとか検査づけとか世上批判がありますけれども、疾病予防のための検査のあり方も検討されておりましたし、ひどいときにはこれは先生方もお気づきだと思えますけれども、診療所間や病院間で、同じ検査が日を連ねるようになって繰り返されている現実がございます。その上、疾病予防や健康保持のために、今ふえております成人病に対してのいわゆる医学教育というものが今まで大学でどう扱われているのか、正確には存じませんけれども、保健婦以外の医療担当者、特に医師の方々がどこまで自信を持って指導されてきたのか。先生方も、これらの健診で医師の生活指導をお受けになって、すべてそのとおりやられた場合に恐らく健康を害するのじゃないか、こうお思いになったことがありだと思存しますので、あえて申し上げます。

しかし一方では、健康づくり運動というものが非常に大きく取り上げられるようになりましたことは事実でございますが、また、一次診療から二次、三次と高次の医療機関との連絡とか、初めの段階での患者を次の設備の整ったところの医療機関に紹介をするような医師の患者離れ、こういった状況など、厚生省のまず手をつけなければなら

ない問題は山ほどあると存じます。ある著名な医事評論家の方は、予防医学を先行させれば今の国民総医療費の三分の一は減少するであろう、このように言っております。

さて、次いで制度の中身に入って申し上げます。まず、被用者保険本人一部負担であります。今でも初診料や入院時負担があります。定額であります。これが定額でなく定率負担となりますならば、重症患者になればなるほど負担が高くなりまして、被保険者本人ともなれば一家の生計の維持者である場合が多く、収入と支出の両面から家計が直撃されるわけであります。入院ともなれば保険外負担分として莫大な出費を要することも、先生方よく御存じのとおりでございます。その上、一部負担は、心もとなない財布のとき、私たち、私を含めまして日常労働運動に参加をしております人たちの賃金闘争の中でよく数字が出されますけれども、次の給料日まで待てない、こういった人たちの声を聞く中で、この心もとなない財布のときと受診の抑制になり、同様にして初期診断の時期をおくらせまして症状の悪化を生じ、なおこれによって医療費は高くなると存じます。そのため、御存じのように昭和二年にこの制度ができて以来、一貫して十割給付というものが重視をされてきたことは、先生方のお力にもよりまして、本当にありがたかったと思えます。この際改めてお礼を申し上げますが、このような制度の根幹にかかわる問題につきまして十分お考えをいただきたい、このように思います。

なお、私はこの段階で申し上げますが、家族給付であるとか国民健康保険の給付率との関係で公平を欠くではないか、こういう御意見があることも承知をいたしております。私も、家族や国民健康保険加入者の方々の給付率を引き上げることにつきましては大賛成であります。また、理論的に本人と家族の同一給付率というの賛成であります。ただ、本人の給付率を引き下げるのか保険料をこれ以上に負担をさせるのか、このよう

な選択肢だけしか考えられない結果から生まれたこの結論には賛成いたしかねる、このように申し上げておきます。さきに述べましたようにもった幅広い観点から検討すべきだ、このように考えるわけでございます。

次の制度内容の問題点は、高額療養費の自己負担限度額の引き上げであります。このことでは、さきに四年前、先生方も御存じのように三万九千円から現行五万一千円に引き上げられました際に、暦月方式や一人一レセプトの方式がいかに家計に及ぼすところの影響度から実情に合わないのか、このように御議論をなさったことがあると思えます。これは同様に、当時の社会保険審議会でも議論をいたしたことであります。こういったことが全く改善されておられません。そうして、前回改定からまだ日が浅い、今までの歴史から考えまして適当でない、そのような事情を申し上げておきたい、このように存じます。

それから、療養費支給制度の問題につきましては、保険外負担として室料差額や診療費差額など、範囲の拡大を恐れるというふうに申し上げておきたいと思えます。かつて老人保健法の国会審議のときに、差額料金としての保険外負担は極力なくしていく、このような方針を先生方が確立していただきまして、それに従って逐次行政指導がなされてきた、このような最近の歴史がございます。これに全く反対のこのような制度には大きな疑問を生じます。

また二つ目に、特定承認医療機関の指定とか特別のサービスの選定基準が示されておりますけれども、これらの選定基準が非常にあいまいである、そうしてなお、さきの地域医療供給体制の中での医療機関や、高額医療器械の利用とともに、検討される余地が残っている問題でございます。このことは、貧富の差であるとか社会的地位などによりまして受診差別や機関指定差別のようなものを持ち込むのではないか、このように心配をするわけであります。

次いで、問題点は退職者医療制度の導入であり

ます。私もこの制度の導入には原則的には賛成でございます。前からその主張をしましりました。高齢の退職者のゆえをもちまして、従来保障されてきたところの健保制度から外され、地域の国民健康保険の適用となつて、しかも罹患率の高い時期を迎えるだけに問題は大い、このように常々思っております。しかしながら、この改革案によりまして、その財源について、当然国庫負担に該当するところの国民健康保険からの移行をお考えになりながら、本人負担及び被用者と国民健康保険からの拠出金によってこの財源を賄う、そうして国庫負担はゼロなのであります。その上、拠出金には、先ほどの参考人の御意見にもございましたように、限度額が将来にわたって示されていないのであります。このことは、老人保健審議会でも、拠出金をめぐりまして最後まで混乱をしたという事実がこれを示唆しております。私は、この制度を、現行の健康保険任意継続制度と老人保健法の適用期間の運用などで問題解決を図る道はあると思えます。

日雇健康保険の廃止、そして健保制度への吸収につきましまして、このことによつて日雇い労働が若年層も含めまして拡大されている中で、いまだに適用拡大がなされておられません。逆に就業日数など、特殊な条件のもとに縮小されております。また、日雇い労働の特殊性を強調いたしまして被用者健保から切り離されているという現状から、このやり方そのものには私は賛成したいと思えます。ただ、健保法案の中で取り扱われる今度の意見とすれば、賛成とは言いがたい。その理由を申し上げます。

つまり、日雇い労働が、寒冷地であるとか天候などの自然現象、そして年齢など、全く本人の責めに帰さない条件のもとに適用されてまいりましたところの資格要件の問題、並びに生活維持のための傷病手当金、分焼費などが従来の水準を下回るといったようなことのないように配慮をしていただきたい。同様にいたしまして、保険料負担が急激に増加することのないように、不安定で劣悪

な労働条件にあるだけに、経過措置を十分配慮していただければ、私はこの制度のみのところは賛成をいたしたいと思います。しかし、全体の法案そのものについては反対と言う以外はございません。

同様にして、著しく劣悪と考えられております国民健康保険の運用につきましては、地方自治体とともに国の責任を明らかにいたしまして、被用者本人の一部負担の問題と、退職者医療制度の導入の問題と、国保への国庫負担削減という、この一連の財政対策としての考え方を私は改めて問題といたします。

最後に、厚生省の調べによりますと、これは実は総評でも調べたのでありますが、それ以降に厚生省で調べたという数字が手に入りましたので、それを使わせていただきます。厚生省でお調べになりましたところの結果によりますと、本年四月二十六日現在で、地方自治体のこの法案についての反応は、改めるべきでないという議会の決議や意見書の採択が行われたところが相次ぎまして、都道府県で三十六、区並びに市町村で千四十六、このように大きな数に上っております。また、私たちのところへ地域から寄せられた反対署名は、逐次先生方のところへお届けをいたしておりますけれども、四月の半ばの段階で一千万人を優に超えております。国民各層がいかにこの問題への関心が高いかといったことを改めて示すものだ、このように存じます。

最も近いところの厚生省発表の数字で、現在の国民の有病率は七・九人に一人、このようになっております。このようなことから、二十一世紀を目標として高齢化社会を迎えるの国民医療のあり方を求めなければならぬと思ひます。私もそのことは痛切に感じます。しかしながら、そのことは、今度の改革案のように性急な、また選択肢の少ない中からの法案でなくして、国民皆保険体制の中にあって、社会保険審議会の答申、この中に触れております文言を改めてここで先生方の前で読み上げさせていただきます、結びの言葉とさせていただきます。

せていただきたいと思ひます。

つまり「健康づくり運動を積極的に推進するとともに、薬師・医療費の適正化、疾病予防・早期診断から、治療、リハビリテーションに至る施策の充実強化、地域医療供給体制の効率的整備、福祉施策や年金・雇用・住宅等の関連諸制度の改善など、総合的な観点から、政府一体となった対策が進められるべきであり、これらの点について、中長期的な展望が示される必要があるにもかかわらず、今回の改正案をみると、なお、その展望は明確にされていない。」このようにあります。以上で終わります。よろしくお願いいたします。

ありがとうございます。（拍手）
○有馬委員長 次に、中根参考人をお願いいたします。

○中根参考人 同盟の中根でございます。私は同盟の立場で意見を申し上げます。私は同

私ども同盟は、昭和五十七年に一九八〇年代の福祉ビジョンを発表いたしております。その中で、既に、医療保険制度のあるべき姿について提言をいたしております。実は、このビジョンは既に昭和四十七年に策定いたしました。一度提言したわけでありまして、その後の社会経済情勢の変化を踏まえて改めて修正し、提言をいたしております。したがって、私は、このビジョンを基調に、医療保険制度のあり方について意見を述べさせていただきます。

我が国は、これから急速に高齢化が進みまして、三十年後には欧米先進諸国の現在の高齢化比率を抜いて、人口高齢化の最たる国になるといふことが言われているわけでありまして、人口の高齢化による高齢者の増大は、扶養負担の点においていろいろな面で社会経済に影響を与えますが、特に社会保障の分野に与える影響は大きいというふうに考えております。一定の財源の中で負担する者と受給者が特定され、しかもそれぞれの制度の持つ特有の問題と相まって、早くから年金制度や医療制度については具体的な対応が迫られていた

ところでありまして。

現行の医療保険制度の問題であります。公正と効率の両面に問題があるというふうに考えております。

まず、公正の観点からの問題点でございますが、最も目につきますのは、制度が分立していることによつて給付と負担にかなりな格差があるというところでございます。

第一は、医療保険の基本給付ともいうべき医療給付でございますが、本人の場合でも、被用者保険の十割に對し国民健康保険の場合には七割と大きく相違いたしておりますし、家族の場合にも、健保組合や共済組合では附加給付があつて七割を若干上回っているかもしれませんが、政管健保や国民健康保険では七割であるという相違があるわけでございます。本人と家族で給付率が異なるという制度は、恐らく我が国だけではないかというふうに思ふわけであります。

第二は、現金給付の面でございますが、被用者保険と国民健康保険では法定と任意の差があり、五人未満の事業場で働いている労働者の中には、傷病手当や出産手当など所得保障的な給付を受けられない場合があるわけでございます。

第三番目は負担の問題であります。制度間の負担の差は、今さら言うまでもなく、かなり差があるというところは御承知のとおりだと思います。

これには構造上の問題もあると思ひます。一つは、各制度が対象として抱えております中に、高齢者の比率の多少があるというところでございまして、老人保健法が施行され、七十歳以上の高齢者の医療費については全制度でフルに負担することになりましたが、六十歳から七十歳層は依然として各制度でそれぞれ抱えている現状でございます。構造上の第二の点は、制度を構成する被保険者の所得水準の高低があると思ひます。それがその制度の財政収入に格差をもたらしているわけでございます。

次に、効率の問題について、三申し上げてみたいと思ひますが、医療保険の効率化

とは次のように考えております。つまり医療資源には限度があるわけでございますので、その有限な資源が効果的に使われるか否かを見直すことが必要ではないかというところでございます。もし医療保険において医療資源の効果的な配分を誤っているならば、それは医療費のむだな増大をもたらすだけでなく、医療保険の機能を損なうことになるのではないかと思ひます。

医療保険は、健康を損ねたとき、その不確実費用の保障を適切に行うところに本来の目的があるはずでございますので、医療についての必要性が強く、医療に要する費用が大きく、本人の負担能力が弱い場合ほど医療保険の効果は高められていくべきであり、そうすることが資源配分を効果的に行うことであるというふうに考えるわけでございます。ところが、現実の医療保険制度における給付と患者負担の関係は、そのように適切に組み合わされておらず、言えないと思ひます。現在の給付制度では、初診、入院の一部負担のほか、保険給付等の対象とならない差額ベッドや付添看護料など多額に課せられるわけでございます。したがって、入院が長くなれば本人の負担能力をはるかに超えることになることは間々あるわけでございます。この場合保険の効果は著しく弱められることになるわけでありますので、改善の必要があるというところでございまして、この傾向は、家族や国民健保の対象者の場合には一層顕著にあらわれるのではないと思ひます。高額療養費制度の導入によつてかなり緩和されたとはいえ、労働者、特に低所得者層にとつてはかなりの負担になるというところは否めないと思ひます。

さらに、効率面では、診療報酬の支払い方式に起因する諸現象があると思ひます。最近では検査の乱用ですとか施設、医療機器の重複投資などが問題となつておられるところでございますが、これらのものが原因となつて医療費にいわゆる自然増と呼ばれる部分があるというふうに判断をいたしております。

公費負担医療の面でも、負担基準などに問題があるのですが、ここでは省略したいと思います。現行の医療保険制度に対する問題点の主なものは以上のとおりであります。現在提出されております健康保険法の一部改正案との関連で、いまだ意見を書き添えていただきたいと思います。現在提出されております健康保険法等の一部改正案は、財政対策と言わざるを得ないというふうに思っています。一部には従来から議論されてきたことであるという意見もありますが、専門家の間では通用するかもしれませんが、国民には決してそのように理解されたいところがあるということでございます。

二番目は、医療保険制度で最も重視される給付率であります。今回の改正案を見てみますと、本人の給付率を八割とするというものがベースになっているわけでございます。先ほどから申し上げておりますような理由から、これには賛成したいというところでございます。給付については少なくとも本人、家族を問わず一律にすべきであります。今回改正では本人の給付率だけを改正するという考え方が示されているというところ、保険料の引き上げが不可能であるという前提で八割が決められているように思われるわけであり、負担と給付につきましても幾つかのケースを示し、国民に選択させることが必要ではないかというところでございます。

それから、高額療養費制度であります。現行制度では個人単位であり、レセプト単位になっているわけであり、現在のように負担がふえているような現状下では、私はこれを家族単位に改める必要があるのではないかと感じています。

それから、退職者医療制度が今度創設されるわけであり、現在のように給付率異なるような現状下では、退職者医療制度も必要だと思えますけれども、国庫補助をつけるということに要望したいというふうな考えのわけでございます。給付率については少なくとも政管健保と同じ

ような扱いにすべきだというふうに考えます。

我が国が今後急速に高齢化が進むことを考慮した場合に、医療制度の全体の見直しが必要であるということはわかるわけであり、予防の徹底には十分力をいれたいと思っております。老人保健法の施行後各地方自治体で予防面を充実していくんだということになっておりますが、現状を見てみますと必ずしも望ましい方向にあるとは思われませんので、今後より一層この面の充実を努めていきたいと思います。

それから第二であります。いわゆる診療所と病院の役割を明確にするともに、診療所、病院の適正配置についても十分配慮していただきたいと思っております。今なお過疎地では、診療所等の不足によっていろいろな問題が起きていることは既に御承知のとおりであります。

三つ目は診療報酬の問題であります。かなり改善されている面はあるとはいえず、まだまだ、マスコミなんかによりますと不正請求等が明るみに出ているというのが現状でございます。この点に対してはより一層厳しい取り締まりを要する次第であります。

それから、さきに厚生省が医療保険制度の将来構想を示されたわけであり、その内容は今回改正の裏づけという範囲を出ていないというふうに断ぜざるを得ないわけであり、さきに述べましたように、給付率のあり方等につきましては選択の余地を残すようなものとしながら、六十年前半を少なくともめどに構想が示されるのではないかとこのような期待をしたわけであり、六十年の後半という非常に先送りしたもので、がっかりしたというのが実情でございます。

今回の改正が、医療保険制度の抜本改正の第一歩となるようなものとなるように、給付率等について大幅に修正され、私どもが討議に参加できるようなものとしていただけるよう希望いたします。私の意見を終わりたいと思っております。

○有馬委員長 以上で参考人の御意見の開陳は終

わりました。

○有馬委員長 質疑の申し出がありますので、順次これを許します。今井勇君。

○今井委員 お三人の参考人の先生方、御苦労さまでございました。

私は三十分という時間でございますので、三つの問題点を申し上げます。参考人の皆さん方、それぞれのお立場で簡潔にお答えをいただきたいと思っております。いろいろ今御拝聴いたしました個々の問題につきましても、ものではございませんので、それを含めて基本的な問題についてのお考え方を承っておきたいと思っております。

その一つは、医療費というものは、いずれにいたしましても、保険料で持つか、あるいは自己負担で持つのか、あるいは国費で持つのか、この三つであろうと思っております。したがってそれらのものが、例えば国費の入れ方が少ないではないかとあるいは自己負担をもっと減らさとかいうような意見もいろいろございますが、結局、国費といふ保険料といふ、これは国民の税金であり、あるいは国民の負担であることは間違いないわけであり、したがって、全体の医療費をまず減らすことが極めて私は大事なことであり、思うわけであり、

したがって第一点は、医療費の適正な規模への導入・抑制といいたし、もうか、そういうことには何をやらねばいいのか、端的にお答えをさせていただきます。

それから二番目は、先ほどからいろいろお話しがありましたように、確かに現在の医療保険制度は八つありますが、その中で給付と負担は必ずしも公平でないことは御説のとおり、私もそのとおりに思っています。したがって、これをどう変えていけばいいのかということについてそれぞれの立場から御意見をいただきたい。そのときに、要すれば、政府が今回言っております将来の八割給付あるいはまた今度提案しております退職者医

療制度、こういうもの、あるいはまた今度の健保本人の二割負担、こういうものを絡めまして御意見を承られたい。

それから三番目は、地域医療の供給体制の問題であります。これも多岐多岐にわたりますが、お三人の方々のお考えをお聞かせ願いたい。

そういうことでございますので、おおむね私に与えられました時間は三十分でございますが、私が今しゃべりましたので、お一人七、八分の間で、おまとめ願ってお答えいただければありがたいと思っております。

○今宮参考人 それではお答えいたします。

最初は、全体の医療費をどういうふうな減少させていくかという御質問でございます。これはもちろん今から申し上げることはすべて私の個人の意見になります。これが一番大切な問題でございます。ただ負担を多くするとか、あるいは強力に医療費そのものを減らしてしまおうとか、そういうふうなこともありますが、私が先ほど申し上げました意味は、もう少し医療というものが実際に国民の要望しているような医療のあり方に適合すれば医療費は全体として下がってくる、これが国民の要望にこたえる道でもあるし、それから、国全体としてもむだな医療費をなくしていく道でもあるというふうな感じでおるわけでございます。

非常に抽象的な言い方で御不満と思えますけれども、私は、今の保険制度の中心になっております出来高払い制度、支払い制度を変えてみる、まず支払い制度というのは保険制度の一部ではないか、それを変えたところでどうなるものでもないじゃないかというお考えがあるのかもわかりませんけれども、私は、これは制度の経済の基本をなしておりますので、これを中心にしてやります。医者、のびーびーとか患者と医者とのあり方とか、そういうものが決まっていくなかにはなかならうかと思っております。ですから、やはりまずそれに着手をするということが大切かと思っております。

それから、これはやはり医療の問題ですけれども、医療以前の、健康を保持するためにいろいろな

施策があるわけです。これは私は先ほど申し上げておりませんけれども、今、やはり患者側といいますが、我々国民が求めておりますのは、病院へ入って実際の治療をするということよりも、お医者さんでいい、医学の知識のある人でもいい、そういう人にコンサルタントになってもいい、健康相談あるいはさらに進んで生活相談といいますが、そういうものを実際は求めているのだ。それはただ治療とか投薬とか、そういうこととはちょっと離れておりますけれども、これはやはり一つの病気の治療、病気の予防ということになるのでしょうか、あるいはもっと広く言って健康管理ということになるかと思いますが、やはりそういう制度を早く導入しなければいけない。そのためには、健康管理の制度がいろいろ言われておりますけれども、いわゆるホームドクター的なもの、これは第三番目の地域医療の問題になってくるわけですが、これと両方が関連して、そういうことをやれば全体としてやはり医療費というものが下がってくると思います。

三番目の地域医療の問題に入りますけれども、地域医療の供給体制というのは、今政府から出ております一次医療、二次医療、三次医療とかいうような形よりも、私が今申し上げましたような、まず医者自身がもっと広い意味の、リハビリももちろん入りますし、生活指導も入るし、それからいろいろな健康管理の相談にも乗る、こういうふうな体制の一次医療というか、これは一次医療よりもっと広いわけですが、そういう体制をとにかくつくり上げていく、まずそれを考える。そのためにまずいゆるホームドクター制、これはイギリスとかイタリアとかそういうところで行われておりますああいう医療だけのホームドクターではないわけですが、私の申し上げているのはもっと広い意味のもので、そういうふうなことをやる。これは一番目と三番目と両方絡んでお答え申し上げます。

医療、今案として出ておりますけれども、国民健康保険の方は七割、もちろん高額医療の問題がありますから、逆に計算すると何割になるか、もつと負担が減るわけですが、しかし、公平の原則からいってやはりどうしても給付、負担は公平でなければいけない、これはもうだれしもが持つ感情だろうと思うのです。本人が長い間十割給付であったということが基本的なベースになっているのだから、それを要するのはいくつやりやばいのだというふうなことも、やはりそれを要するやうにいく。将来は保険の統合になるのかどうか、私はそういうことはわかりません。いろいろな問題を考慮して改正されていくのでしようが、とにかく給付、負担をなるべく公平にやるということ、これがまず一番大切なことだろうと思います。

こういふお答えでよろしうございましょうか。

○今井委員 結構です。ありがとうございます。

○岡村参考人 お答えいたします。

今私の前におっしゃったところと大体同じような答えになってくるか、このように思いますけれども、まず、一番最後の三番目にお尋ねになりました地域医療供給体制の問題は、私は、やはりホームドクター制度のようなものをつくって、それに値する大学教育、大学の医学教育その他のものを真剣に考えていくべきじゃないか、このように存じます。つまり、今大学教育が次第に専門化され、そうして、専門化される中で博士課程その他のものを追求していったお医者さんがいい医者だ、そう言われる傾向にあることは事実であります。しかし、そういうことでなくして、私は、こんなところでこういう表現はどうかと存じますけれども、西部劇などで、よく聴診器一つ持って子供さんとか急患の場合に対処しておられるようなシーンに出会うわけがあります。そういうふうな専門的な立場で、全体の病気をどこでどう処理をしていき、どう対処していったらええばいいのか、こういう体制がとれないかな、このように存

じます。つまり、診療所にも高額医療器械を入れて非常に高度な診療をおやりになっている。これも結構だとは存じますけれども、結局、一番初めに御質問になりました非常に高い医療費にならざるを得ないような結果を生んでいるのではないかと、このように憂えるわけがあります。同様にいたしまして、薬の問題がそれに追加してまいろうかと存じます。

三番の問題から申して、一番の問題はほぼそういうふうな関連でお受け取りいただきたい。と同様に、一番の問題でつけ加えますのは、先ほどから参考人もおっしゃり、私自身もさっき参考意見として申し述べましたように、とにかく地域での予防というものを最重点にしていっていただきたい。本人の生活からすべてにわたって、地域に根差したところのお医者さんが、地域の方々と一緒に、予防というものををもっと重点的に理解するような方策を考えていっていただきたい、このように存じます。私はかつて、全国に小学校と同じくらい保健所ができたという夢を持ったことがございます。全国の小学校の数は、統廃合の結果もございまして現在のところ約五万足らずだというふうに今記憶しておりますけれども、その程度のことであれば何らかの手が打てるのではないかと。そうして、できたならばそこで保健婦の方々も今後養成していただく。お医者さんは相当余ってくるそうでございますが、保健婦の方々もOT、PTといった方々も重点的にその中で幾つか配置していただくという地域の方、これをやっていただく中で、一番と三番をあわせてお答えするような結果になろうか、このように存じます。

私が今申し上げましたようなことが徹底されますと、二番の問題はおのずから解決がついていくのじゃないか。その中で公平というものは、理論的に申し上げまして、今の被用者保険であろうと国民健康保険であろうと、また別の観点から、本人の場合であらうと家族であらうと、療養費は同じようにしていきたいというふうには考えておりますが、一番初めの方から御指摘ありましたよう

な十四兆ないし十五兆と言われております現在の国民健康保険費が、一番、三番の問題を推進する中でもし将来にわたって余裕ができてくるならば、二番の問題はおのずと解決していくのじゃないか、このように考えておりますことを申し上げます。

○中根参考人 中根でございます。

まず医療費の抑制の問題でございますが、意見の中でも若干申し上げましたように、やはり予防に力を入れていくのが一番大きな額を抑えることのできる問題ではないかと考えております。一時、政管健保などで、十割給付ということから安易に医者にかかり過ぎるのではないかとという批判があった時期もあったわけですが、最近では政管健保が黒字になっておりますし、千分の一を引き下げるところまで来ておることから推測すれば、かかる側の方の考え方はかなり変わってきたと見ていただいてもいいのではないかなというふうに考えております。

それから二番目の負担と給付の問題でございますが、私も現在では高齢化社会を考えまして、医療は医療だけという考え方はなく、年金も含めて将来どれくらい負担までが許容限度であらうかというところを私もなりに一生懸命勉強をいたしておりますので、意見の中で申し上げますように、幾つかの給付と負担の割合を示したものを示していただきまして、その中から選択をするという方法をとらせていただきたというふうなことを考えております。

それから供給体制の問題でございますが、意見の中で申し上げておきましたように、確かに一部の地域では充足されておりますが、まだ充足されていないところもありますので、そこへは重点的に配置をお願いしたいわけでありまして、それとは別に、さきの参考人の方も言っておられますように、私はやはり中間施設が余りにも足りないという感じがいたします。例えば健康相談の問題で何か相談したいという場合に、今であれば勢い診療所なり病院へ行かざるを得ないという状況がある

わけでございますから、そういうものをきちんとする中で、いわゆる病院の役割、それから診療所の役割をきちんと整理をしていただきたいと思います。というふうに考えております。

○今井委員 岡村参考人にもう一つ伺いしておきたいのですが、あなたは本人の十割給付というものをどう考えられますか。それに関連して、サラリーマンの本人は他の例えば国民健康保険加入者と比べて医療費が二、三割高くなっているという統計があるように私も聞いております。そういった問題も絡めて、この十割給付というものについての御意見を承っておきたいと思っております。

○岡村参考人 本人の十割給付についての重ねての御質問でございますが、私は本人の場合には、本人が病気になる、けがをしたといった場合には、その病気またはけがの出費だけでなくして収入の面にも響いてくるであろう、このように考えます。ですから、私が先ほど意見として申し上げましたように、本人十割給付は、本人の場合にはほとんど生計維持の中心人物でございますから、収入と支出の両面から家計に直撃を受けるという陳述を先ほどさせていただきました。ですから、そのような立場から、私は本人はもっと重視すべきでないか、このように考えます。まだいろいろ理由はございますが、中心的な考え方は私はそのように考えてみたいと思っております。

○今井委員 そうしますと、こういう疑問にお答えいただけますか。例えば国民健康保険、私もその一人なのですが、家族もおりますね。働いている人もいます。その人たちは十割給付にございませぬね。そうすると、今のお話は、それとの比較でどう考えられますか。確かに収入減になることはサラリーマンだけじゃございませぬね。それについての矛盾は感じになりませんか。

○岡村参考人 私が申し上げましたのは表面的に申し上げましたので、今先生がおっしゃるような形のは事実常識的にあらわれてまいります。しかし、それらの方々の掛金の負担率のもとになっているところは、恐らく先生も御承知だと思

うのですが、年金のときにも税金のときにもよく問題になりますように、所得の把握が非常に困難な状況にある場合が多いわけでありまして、つまり国民健康保険とかいわゆる地域保険の場合に、そういった場合に比較をいたしますと、私はそこるところはほぼカバーできるのではないかと、一面を申し上げます。

いま一点あります。いま一点は、自営業者と言われる方々はいわゆるストックをお持ちでありまして、それからまた、現に健保本人で働いている人たちの就業状態と変わりがまして、商店の場合とかそういった場合を御想像いただければおわかりだと思っております。また農業の場合を御想像いただければおわかりだと思っております。効率は十分でないにしろ代理がきくといったような問題もございまして、それらのすべてをストックとは申しませんが、一応ストックがあるという非常に広い意味で私は申し上げます。そのように考えた場合に、今健康保険に実際に加入している場合の本人負担につきまして十分御配慮を今後ともいただきたい、このように申し上げるわけでございまして。

○今井委員 今岡村参考人にお伺いしますが、あなたの陳述の中で、退職者医療のことで、企業がみずから退職者に対して給付し得る道を残すことと、国民健康保険に企業健保のすぐれた点を注入する手段を設けることというように、あたったと思

います。どういう意味でおっしゃっているのか、ちょっと補足していただければありがたいと思うのです。

○今井参考人 今健保連から要望が出ております、例えば退職した人の健康保険、退職者医療制度はそういう人を全部入れていくわけですが、それと、企業に相当貢献をして企業に残りたい、残りたいというのをおかしいですが、従来の貢献に対して医療の問題についても面倒を見ようという企業があれ、そういうのに十分こたえてやるような施策が必要ではなからうか。最初の問題はそういうことですけれども、そういう要望がある以上、しかも本人がそれを希望しておれば、

制度の難易は別に、考えてやっていいのではないかと思うわけですが。

それから、組合制度のいい点をというふうなことを申し上げました。実は、皆保険実施によって国民健康保険というものは全部実施されるようになったわけですが、ただ内容的には、全体的に人間の病気のいろいろなところを、そして医療費を少なくしていく、病気をなくしていく、そういう努力を我々はまだまだやる余地があるのではないかと、いろいろ努力されておられる地方はございます。ありますけれども、全体から見るとほんの一部であって、なかなか全体に及ばない。やはりいろいろ問題点があるわけですが、特に大都会、東京とか大阪とかそれ以外の大都会、地域とい

てもそういう非常に広いところはほとんどそういうことが行われていない。そういう点をもう少し、医療費を全体的に引き下げていくということ、頭を置いて健康管理というものをやらなければならぬ。そのためには、今行われております健康保険組合というものは小集団といいますが、非常に小回りがききまじ、それから、こう言っているんですけれども、政治的ないろいろな配慮から内容がゆがめられることはない。言うなれば、もちろん法律の枠はあるわけですが、自主性があるのですから、そういうものをうんと利用するような体制を国民健康保険の運用にも取り入れていくべきではないかということをおし申し上げたいと思つたのです。

以上でございます。

○今井委員 もう一問、中根参考人にちょっとお伺いしたいのですが、私は、医療保険制度をいざれ統合するにしても全部一緒にするというのはなかなか難しいと思つたので、財源調整というものをやっていくことが大事であろうという考え方を持っておるのですが、あなたは、この医療保険制度の将来の統合に向かつての財源調整というところの役割をどうお考えでしょうか、お考えをお聞かせいただければありがたい。

○中根参考人 今具体的なものを持っていますわけ

ではございせんが、財源の調整というのは必要になってくると思つた。ただ、全体の制度を統合するに当たって特に申し上げておきたいのは、先ほど岡村参考人も言いましたように、国民健康保険の保険料負担の状況を見ておきますと、私どもから見れば、もう少し負担していただければいいかという方の負担が低いという気がいたします。突き詰めていくと税制問題にぶつかるものですから、なかなか医療保険制度の中で議論がしにくいわけでありまして、そういうようなものがきちんとされれば、財政調整というのはいやがては必要ではないかと考えております。

○今井委員 ありがとうございます。私の質問はこれで終わります。

○有馬委員長 村山富市君。

○村山(富)委員 きょうは、参考人の皆さんには御多忙の中に御出席いただきまして、貴重な御意見を拝聴させていただきました。ありがとうございます。時間の関係もありますから、それぞれ参考人の皆さんに質問だけを申し上げてみたいと思つたのです。

まず、今岡村参考人に三点ほどお尋ねいたします。一つは、先ほど御意見の中にもございましたが、疾病構造が変化して、成人病等が主流になっておる、そういう疾病構造の変化に対応してけるような医療制度のあり方に変えていく必要があるのではないかと。そういう意味から申し上げますと、例えば地域における医療というものは、健康診断や健康指導や健康管理、そういうものが大きなウェイトを占めてくることになる。そういう役割を果たしてもらうためには市町村の保健センターや、あるいは保健所あるいはその地域で開業されておる医師等々、医療関係者等の協力のもとに平素からやっていたりけるような医療制度のあり方に変えていく必要があるのではないかと。思うのですけれども、生産あるいは日常の経済活動等に御責任を持ってやられております立場からするならば、もう少し市町村あるいは保健所等の活動とい

うものに期待する面が大きいのではないかと
思いますが、そういうことについての御意見が
あればお尋ねしたいと思います。

それから、そういうことと兼ね合せて、御意見
の中にもございましたけれども、例えば今の医療
費の中で薬代あるいは検査、注射等が大部分を占
めておる、こういう医療費のあり方は決してよく
はない、したがって適正化を図る必要があるとい
うお話しがございましたが、私は、医療費の適正
化を図る一番大きなポイントは、今申しましたよ
うに予防にもっと重点を置くことが大事ではない
かと思いますが、それとの関連においても御意見
があればお尋ねしたい。

もう一つは、そういう医療費全体の支払い方式
というものを是正する必要があるのではないかと
医療を供給するあり方を変えていくためには、そ
の医療を供給する姿を正しい方向に誘導できるよ
うな支払い方式というものが検討されてしかるべ
きではないかと思いますが、そういうことについ
ての御意見があればお尋ね申し上げたいと思いま
す。

それからいま一つは、先ほど退職者医療制度に
関して歯ごめについての御意見がございました。
当然これからどんどんOBというものはふえてい
くわけでありまして、医療費が際限なくふくら
んでいく、拠出金がふえていく、こういうことも
考えられるわけでありまして、そういう意味に
おける歯ごめはある程度必要ではないかと私も思
うのですけれども、どのような歯ごめの方法が考
えられるかということについて、もし御意見があ
ればお聞かせいただきたいと思います。

それから、岡村参考人と中根参考人にお尋ねし
たいと思うのですけれども、先ほど、十割給付に
ついてどのように思うかという御質問がございま
した。今回の改正案で六十一年から八割給付にす
るという本筋があるわけでありまして、考
えてみますと、昭和二年に健康保険制度が創設さ
れて以来、健康保険の赤字問題等もあっていろい
ろな議論がされてまいりました。しかし、いろい

ろな議論があったけれども、この十割給付につ
いては今日まで手がつけられなくて、守られてきた
わけです。私はそれにはそれなりの意味があった
と思うのです。

そこでお尋ねしたいと思うのですが、先ほどお
話しもございましたように、仮に本人自身が病氣
をした、けがをしたという場合に、入院でもいた
しますと診療の関係で休業補償が六〇％ある、言
うならば所得が下がるわけでありまして、同時に、
今日の医療を考えると、単に保険医療
だけではなくて、差額ベッドとか付添看護とか、
言うならば保険外の負担というものがやはり相当
大きなウェイトを占めているわけですから、そういう
状況から考えてまいりますと、今回の定率の給付
の引き下げというのは、所得の低い人、同時に重
い病氣にかかった層、こういうものに大きな負担
としわ寄せがいくのではないかと同時に、医療費
の問題については税制上でも医療費控除の恩恵が
あるわけですから、優遇措置があるわけですから、
税金を納めていない人たちは幾ら医療費がか
かったってそれはマイナスだけで終わるわけでは
ない、そういうことから考えてまいりますと、私
は、今回の健康保険改正案がそういう層の労働者
大衆なり一般の国民に相当大きな影響をもたらす
のではないかと、そういうふうに思われますけれども、
そういう点についてお二人はどのように現状をお
受けとめになられますか、御意見があれば承りた
いと思うのです。

それからいま一つは、確かに医療保険制度間に
格差がありまして、国民健康保険の場合には本
人、家族、七割給付ですね。これはお二人からも
御意見があったわけですが、当然国保の医
療給付というものは公平の原則からして是正を
されるべきだ、こういう御意見がございました。こ
れは保険料負担との兼ね合いもあると思います。
しかし、やはり確かに現実には格差があることは事
実ですから、そういう格差は当然高い方向に是正
をされるべきである。これは憲法で保障されてい
る精神からいっても当然そうあるべきではないか

というふうに私は思うのですけれども、そういう
ことについての御見解があれば承りたいと思いま
す。

三つ目は、常にお二人は働く人々の命や健康や
暮らしを守るということを大事な仕事にされて御
活躍をされている立場であります。そういう立
場から、今回の健康保険制度の改正について最終
的にどのような決意で対処されるおつもりであり
ますか、そういう御方針があれば承りたいという
ふうに思います。

以上です。

○今宮参考人 ちょっと質問がわからない点もご
ざいましたけれども、その点はまた後からお聞き
したいと思いますが、地域医療について市町村の
協力を求める、企業としてもそれができるような
体制を考えるべきではないかというふうな御質問
でございました。

地域医療というのは、私はこういうふうに解釈
しているのです。地方における医療という意味
じゃない、もっと生活ぐるみの医療、現場にお
ける医療、むしろ、今までのような病気を治すた
めには病院へ行くんだ、診療所へ行くんだという
ことじゃない、お医者さんが現場に出かけて
いって住民の間へ入って医療を行う、これが地域
医療だと私は思うのです。住民の間に入っていく
わけですから当然住民が主体にならなければいけ
ない。市町村はむしろ協力するでしようけれ
ども、やはり住民の組織、組織というものが
まじりかまわりませんけれども、やはり住民の
グループなりそういうものが動いてまいり
ませんね。そういうものを求めるために、先ほど
申し上げましたようなホームドクター制といいま
すか、そういうものをもっと、主として老人が持
つように全体が誘導していくべきであらうとい
うふうに私は思うのです。それが地域医療の充実で
あって、健康管理にもなるし、病氣にかかった場
合にはまずそういうお医者さんが手当てをする、
もし手に合わないときには、もっといろいろな情
報も得て、もっと高度な医療をする、あるいは病

院へ入れるというふうなことになると思うのです
が、日常の活動は主としてコンサルタント的な生
活協力的なものにならうかと思うのです。

それじゃ企業はどういうふうなことをかというこ
とですけれども、先ほどちょっと申し上げました
ように、健康保険組合というのは既にそういう体
制をとっているわけですね。それはなぜできるか
といいますと、今言いましたようにまとまりが非
常によろしい、小回りがきくと言いましたが、小
集団といえますか小さな一つのコミュニティを
なしているわけですから、そういうことをもう少し
し取り入れていく、あるいはそれと交流をして、
むしろその中に吸収する場合もあるかも知れま
せん。これは先のことでですから私は具体的に
には申し上げられませんが、そういうことが
が、地方における企業あるいは地域医療あるいは
健康管理というもののつながっていくというふう
に考えております。

それから、支払い方式を是正するように誘導し
ていくべきではないか。この支払い方式はもう既
にある程度踏み込んでいっているんだというふう
に申し上げたいと私は思います。昨年二月から足
たしました老人保健法の支払い制度は相当マルメ
方式、相当ではありませぬ、ある程度、若干で
すね。あるいは生活指導とかそういう点を取り
入れておりますね。これはやはり、老人の身体的
な特性からそういうものを入れないといけないん
だというふうになっております。それであらうい
ふような改正が行われておるわけですが、でも、
ベースはやはり従来どおりの出来高払いの支払
方式になっておる。大筋はそり変わっていないわ
けです。ですから私は、今後はああいう方面をも
う少し充実させていく、まず老人保健法の支払
方式をやる。昨年は非常に忙しい間でつくったわ
ずかな改正にすぎなかったのですが、これを今後
強力に、老人保健法ですからもちろん成人病が大
部分対象になっているわけですが、それに適応し
たような方式に変えていく。これは相当反対もあ
るでしようね。特に医師会の方からは反対するか

もわかりませんが、しかし持っているいき方はいろいろあると思います。医師の方でもやはり、もっと患者と心の通い合うような十分な医療をやりたい医師がたくさんおられるわけですね。しかし支払い方式がああいうふうになっておられますから、なかなかそういうふうにつくりにした診療はやれない。原因まで探求して、それにまで及んでいろいろ時間をかけてやるということは、結局自分の懐、収入に關係をします。だから、もっと技術料を評価してそれによって生活ができるように、薬とかそういうものに頼らないで診療ができるように、制度を変えてほしいというのが医師側の要求です。しかし、従来支払いは出来高払いになっておりますから、そう簡単に、いや、それは変えていいんですよということはもちろん言えませんし、そこら辺で何かもやしておるわけですが、やはり大きく制度を改正する方向をはっきり決めて、そしてそれに報いるには相当程度の診療報酬というものを考えていけば、私は支払い制度というものは改善できると思うのです。しかし、なかなか踏み切りというものはむずかしいかも知れません。しかし、もう既に老人保健法の中で踏み込んでおるのだから、それをさらに拡充させるということがいいかと思えます。

それから、退職者制度の新しい負担の歯どめということがございましたけれども、なかなかその方法というのは難しいのですが、むしろ新しい負担をかけられてまいるので、組合健保の方では非常に不安を感じておる。提出が将来どんどんふえていくのではないかと、我々はいろんな施策をやつてそして病気を減らしている、もちろん老人が少くないというメリットもあるのですが、しかしそれとはほかに、いろいろ努力をして医療費がふえないようにやっていると、そういうのがどんどん吸い上げられては困るのではないかと、こういう不安があると思うのです。そういうものを抑えていくには、そうやってこういうふうな、あなた方が組合健保の中で行われておったと同じくらの努力はするんですよというところを見ることが必要だと思ふのです。そういうふうな実績を上げていく。そのために、今まで組合健保のやっておりましたやり方を十分見習っていくべきではなからうかというふうには私は思います。金額的にがらっと歯どめというのにはなかなか難しいのではなからうか、そういうふうな努力が行われればおのずと新しい負担もスムーズにいくのではないかと、うううに思ひます。

○岡村参考人 お尋ねの第一点は、低所得者層並びに重症の患者の保険外負担または十割給付、これが一部負担が増加した場合どうなるんだといったお尋ねなんです。それにつきましては、実は私たちの団体の中に調査をしたのがございます。それに従って具体的な数字を挙げて申し上げてみたい、このように思ひます。

三つございまして、三つといひましても、設問の二つをまた一つについて中身を細かく分けたものであります。一つは「健康保険法で十割負担がなくなつてくるといった場合にあなたはどうか考えますか」と、冒頭申し上げましたように、これは患者団体でございますから非常に切実な形で受け取られておりまして、「病気が治らないがすぐ退院する」といった答えが一六・八％、非常に高い数字で出ております。そして「病気が治らないがなるべく早く退院をしたい」というふうな答えがなつたのがそれよりまだ多くて二六・一％、両方合わせますとざっと四三％近くになってまいります。そして、それ以外の答えの中では「どうしたらいいかわからない」と言われる方が二〇・八％あります。それから、中には非常にお困りになつたあげくの、確かに私も、入院している患者並びに通院している患者も含めまして患者の立場が弱いと思ひましたのは、この「どうしたらいいかわからない」と含めまして「借金をしてでも入院を続ける」と答えられたのが一六・六％出ております。それからいま一つは、「病院に、働けるようになったら支払いますと言つて滞納する」という答えが一〇・一％、このようになっております。比率から申し上げまして、残りの九・五は

ノーアンサーであります。

第二の私たちの調査の問題として「健康保険が改悪された場合」ここでは改悪という言葉は使つてはいけなものでしょうけれども、「今度一部負担が強制された場合どういう影響を受けるか」といった答えであります。まず「病気を治すのによくない」と、これがどういう形で出たのかは存じませんが、答えとして出てまいりましたのが、六四％と非常に大きく心理的に働いております。それから、それに関連するだらうと思ひますが、違つた選択肢として「よく眠れなくなる」というのが六・八％、「食欲がなくなる」というのが五・七％であります。ちよつと変わった答えが出てまいりました。「家庭内がうまくいかなくなる」という答えが出ております。これが一六・八％であります。したがひましてノーアンサーが六・八％になるわけでありまして。

三つ目に、「家庭がうまくいかなくなる」というものの中身はどうなのかといった調査の結果を申し上げます。「子供の高校、大学進学をあきらめる」といった悲痛な答えが一五％と出ております。それから、非常にお困りになっているのだらうと思ふのですけれども、「生活保護を受ける」といった形の答えが三八％。このことは一面で考えますと、医療費がこのように削減されてもまた社会福祉の方に流れ込むといった、先ほど中根参考人が発言された、私も意見陳述で申し上げました政府全体としての施策、そういうものに關連してくるのじやなからうか、このように思ひます。

いま一つは、これは先生方が非常に御心配になつていらつしやいます。「サラ金から借金をする」というのは一五％という数字が出ております。その他が二六％でございます。残りがノーアンサー。こういう状況になっていることをこの場で数字の面で明らかにさせていただきたい、このように思ひます。

二つ目に、国保との格差、これを高い方向では正していくべきじやないか、これは私も先ほど賛成と申し上げたように御意見のとおりでございます。

す。ぜひそのように御配慮をお願いしたい、改めてお願い申し上げます。

三番目に、労働団体としての決意と私は受け取つたわけでございますが、どういう気持ちでこの問題と今後とも取り組むかといったことでは、幸い手元に、ことしの四月十七日に総評、同盟、中立労働、新産別、いわゆる労働四団体、これに全労協が加わりまして、これらの労働団体の事務局長と書記長会議の確認事項がございますので、読み上げて答弁にかえさせていただきます。

「健保改訂問題について 今国会に政府が提出している健康保険法改訂法案は、医療制度・医療費体系について将来の展望を何等示すことなく、したがって、それについての何等の国民的合意のないままに、一方的に被保険者の犠牲によつて当面の財政負担を軽減することのみをねらいとしたものと断ぜざるをえない。また、退職者継続医療制度については、この制度の安定的確立にとつて不可欠な財政負担が全く考慮されていない。したがって、われわれは、政府改訂案には反対であり、断固として、その廃案をめざして闘う。」、こういう文書がございますので、この文書でもって答えにかえさせていただきます。

以上でございます。

○中根参考人 まず、本人の十割給付の維持の問題でございますが、先生の御質問の中に、家族についてのお考えがなかったわけでございますが、大変お答えがしにくいわけでございますが、冒頭申し上げましたように、やはりいつかの時点では給付を統一すべきだという考え方は変わっておりません。したがひまして、二番目の国保の七割をどうするかという問題と絡むのではないかと思ひますが、十割が維持されれば一番ベターであります。が、家族を引き上げ国保を引き上げるにはどういうふうになるのかというところを見ることが十分な検討をしていきたい。いつまでも本人だけが十割で家族を置き放しにするということについては、抜本改正に取り組むに当たっては若干問題意識を持っているということでございます。

それから、最終的な態度ということをごさいます。今岡村参考人が四団体と全労協の申し合せ事項を説き上げられたわけでありますが、私どももいたしましては、意見の最後に申し上げましたように、もし議論の中につくとすれば、かなりな修正をしていただかない限り議論に参加しづらいということでございます。

○村山(富)委員 時間の関係で大部分はしゃつたものですから若干誤解があったのではないかと申すのですけれども、医療費全体の適正化を図っていくためには、社会構造や疾病構造の変化に対応して供給制度のあり方も考え直していく必要がある。その限りにおいては、予防とかいう分野というものが大変大きなウェイトを占めていくのではない。特に平素からの健康診断やあるいは健康指導や健康管理といったものが必要になる。そういう役割を担っていくのは市町村の保健センターやら保健所が担うわけですから、そういう部署の行政というものがもっと充実してくるならば、相当病人が減って医療費の適正化につながるのではないか。それはどうお思いになりますかという御質問を申し上げたわけですが、もし御意見があればまた重ねてお願いしたいと思うのです。

いま一つは、退職者医療制度は御案内のように、職場を退職されたOBの方々のその制度に入れて、そして医療の給付をしていく、こういう仕組みですけれども、御指摘もございましたように、これは現職の働く労働者や使用者、さらに国民健康保険税を納め出す退職者の財源でもって賄っていく。国は一銭、一円も金を負担しないわけですね。私はむしろ、所得が低下してしかも罹病率が高くなる、こういう層にこそ、所得再配分機能としての役割を果たすという意味から申し上げますと、やはり国が底分の負担を当然すべきではないかというふうに考えておるのですけれども、そういうことについても御三人の参考人にお考えがあればそれぞれお尋ねを申し上げたいというふうに思います。どうぞお願いします。

○今宮参考人 医療費全体を引き下げるために疾病構造の変化に応じた医療体制を考えるべきではないか、そのためには地域医療というものを充実させるというふうなお話しは、そのとおりでございます。その応じていく体制には二つあると思うのです。まず、病人として医療機関に来た者に対してどういうふうに対応するか。これは、私が先ほど申し上げましたように支払い制度を変える、もっと適応したものにするということ。それからもう一つは、医療機関へ来る前の段階の、来てからでもいろいろあるのですけれども、来る前の健康管理、あるいは体の相談とかあるいは生活とかストレスの問題とか、そういうような現在の新しい疾病はやはり重視しなければいけない、そういう必要性があるのだから、やはり地域医療体制というものをそれに応じたように充実すべきだ。充実の方法は先ほど申し上げました。ですから、診療の場合とそれから診療にまで至らない場合と、両方から問題を取り上げる必要があるだろう。それに応じた体制を考えるべきだろうということをお願いしているわけですが。

退職者医療に対して国の負担をというふうなお話しがございましたが、これは私もわかりません。今こういふふうに、政府が六千八百億円の削減を出してまいりましたのは、やはり財政的に非常に苦しくなってきた、まずその肩がわりというところだろうと思うのですが、その上でさらに負担をすべきだということ、結局この削減を減らすということになるわけですから、それは政府として一体どういふふうにかねてのこと、これは私にはちょっとわかりかねるところでございます。

【委員長退席、今井委員長代理着席】
○岡村参考人 第一点はお説のとおりだと思えます。今お答えいただきましたし、村山先生のおっしゃるとおりだ、私はそのように存じます。
第二点につきましては退職者医療問題についての国庫負担ですが、私の記憶が若干あいまいなので、年代をやや幅を持って申し上げますが、一九

五〇年です。昭和二十五年前後、当時の社会保障制度審議会がこの問題について非常に大きな提言をいたしております。その中の文言で今私が記憶しておりますのは、少なくとも国の責任において医療にこれぐらいの国庫負担をするのが当然ではないか。医療と、年金が当時はつけ加わっていたかと、かすかな記憶があるのですが、そういう非常に大部の答申が社会保障制度審議会から出されていた。この場合に、戦後非常に盛り上がりまして社会保障の考え方を、当時の社会保障制度審議会が、国民の考え方の指針として非常に重要な点を指摘なさったんじゃないか。私はこのように記憶があることを申し上げて答弁にかえさせていただきます。

○中根参考人 第一点の予防の問題につきまして、先生のおっしゃるとおりでございます。

それから、退職者医療に国庫負担の問題でございますが、冒頭に意見で申し上げましたように、我々現役としても何がしかの負担はやむを得ないと思えますが、国庫もぜひともつけるべきだという考え方でございます。

○岡村参考人 一言申し落としましたので、申しわけございません。

今は非常に古い話を申し上げましたが、現状で申し上げますと、退職者医療の方々はそのまま地域保険にお入りになつていて、いわゆる国民健康保険にお入りになつていて、国庫負担は御存じのとおり四五%出てまいります。それが今度、退職者医療制度という新しい制度の創設によってゼロになる。私の陳述でも申し上げましたとおり、私たちはこの辺に非常に大きな疑問を抱かざるを得ません。なおかつ、これに対しての歯どめがない。こういう問題がありますので、先ほど申し上げました昭和二十五年前後のその意見と同様に、何らかの配慮がなされるべきではないか、このように考えます。

○村山(富)委員 最後に、岡村参考人にお尋ねしたいと思うのですが、あなたの陳述の中に、今回の健康保険改正に絡まる経過の問題、特に社保審

の答申なんかの問題にお触れになってお話しがございました。中根参考人からはビジョンに対する見解も述べられたわけですが、先般、御案内のように四月二十七日に、厚生省が「今後の医療政策の基本的方向―二十一世紀をめざして―」、こういうテーマで一つの計画案を出されました。これは委員会の質疑の中で、そういう将来計画がなければ審議はしにくいではないかという委員からの要請もあつてつくられたと思うのですが、岡村参考人の意見の中にビジョン問題と絡めて疑問点が投げかけられたような御発言がございましたけれども、今回厚生省が出されました二十一世紀を目指しての医療改革の基本方針といったものについて、もし見解があればお尋ねしたいと思うのです。

○岡村参考人 御指摘の「今後の医療政策の基本的方向―二十一世紀をめざして―」、これだと存じますが、拝見いたしました。ずっと見ていたいただきますと、これは当然のことでしょうが、社会保障審議会であるという論議された審議委員のそれぞれの意見の中で、これと思うよい方向のものを羅列した、このように私は受け取っております。したがって、これらの方向は実現されるのであれば大歓迎だ、このように存じます。

ただ、私が申し上げたいのは、この中で時期的なものを書いたのは、3の「医療保険制度の改革」の中の「(1)給付と負担の見直し」、これのころの被用者保険本人の九割給付五十九年度、本人の八割給付六十一年度、いわゆる高額療養とかこういつたところだけが時期が示されておりました。あとと時期が示されてないわけでありましたが、こういうふうな文章をお書きになつても実際に負担をさせる、強制と私は感じておりますが、強制する面だけが時期が明記されて、残りが書かれてない、このようになりまして、いわゆる日暮れ道遠しという感じがしないでもありません。また道の遠い中で、ちようちは出されてなるほど明るくなるのかのように感じますけれども、ろうそくがついてない、マッチがない

という状況じゃないかと私は考えますが、私の意見を求められたので率直に申し上げます。

○村山(憲)委員 ちよっと時間がありませんから最後にお尋ねしたいと思いますが、御意見の中にも、高額療養費について、今のように暦月であるとかあるいは一レセプトでなければならぬとか、こういう給付のあり方については、例えば一家の主人が財布を握っておる、家族に病人が出ればそれぞれ支払いをする財布というのはいくつですか、そういう高額療養費の給付のあり方についてはやはり問題があるんじゃないか、むしろそういう点こそ早急に是正するべきではないか、こういう意見もあつたように記憶するので、三人の参考人に御意見があればそれぞれお聞かせいただきたいというように思います。

○今宮参考人 お答えいたします。高額療養費の問題は、その金額がどうして出されたか私は詳しくは知りませんが、私も、医療費の中に生活上の問題が入ってきていろいろ取り扱われるというところに、非常に危なさを感ずるわけです。やはり生活の問題というのは別の社会福祉的な面から考えていくべきであつて、医療費そのものをゆがめてはいけないというふうに思ふのです。これはお答えになつてゐるかどうかわかりませんが、そういうふうな感じを抱いておられます。ただ、その金額が五万四千円になるのはいいか悪いのか、これはちよっと私には判断いたしかねます。

○岡村参考人 高額療養費の件でございますが、今五万一千円という中で、ある月の後半に五万円支払つて、その次の月の前段に五万円支払つて退院をした、こういう例がございます。この場合には高額療養費は一銭も出てまいりません。これは一つのレセプトでありますから、そして私が今申し上げましたのは暦月方式でありますから。

いま一つは、レセプトが違いますと、例えば片一方が盲腸で片一方が耳鼻咽喉といった場合には、それが全く合算されません。それから家族ばらばらになつた場合には、当然それもまた同じ問題が出てまいります。となりますと、私が申し上げたように、家計への影響というものを中心にお考えをいただきたい。そのことを今から四年も前から問題にしたがらうにまだ解決がついてない、このように申し上げておきたいと思ひます。

○中根参考人 家族の中で複数の人が長期間医者にかかるといふのは余り多いケースではないと思ひます。それだけにそれらの人を教へることは必要ではないかと思ひます。したがうして、岡村参考人が言われましたように暦月ではなくて三十日単位、それから家族を含めての単位ということでの修正が必要ではないかというふうに考えております。

○村山(憲)委員 時間も参りましたのでこれで終わりますけれども、大変貴重な御意見をお聞かせいただきましてありがとうございます。これから、健康保険法改正の法案についての審議に大いに生かしていただきたいというふうに思ひます。どうもありがとうございます。

○今井委員長代理 次に、森本晃司君。○森本委員 本日は、大変お忙しい中、三名の参考人の方について貴重な御意見を聞かせていただいておりますこと、大変ありがたく思ふ次第でございます。

二、三点について私の方から質疑をさせていただきます。まず最初に、今宮参考人にお尋ね申し上げます。

先ほど出来高払い制度についての御意見の中で、改正しないとなかなか実情に合わないというふうなお話がございます。私も、現在の医療保険制度の中における出来高払いが葉づけ、検査づけ、さらにまた乱診乱療の元凶になつてゐると指摘せざるを得ませんが、しかし反面、もし改正するとするならば、それにかわるようなものがあるものかどうかということをお尋ね申し上げます。

ヨーロッパ等では、人頭割とかあるいは請負制度などを採用しているところがあるように伺いますが、それもかなりの問題点もございますし、また我が国の実情に合うのかどうかということが大変な問題になつております。その辺の御意見、また出来高払い制度について具体的な案がございましたら、御意見をお聞かせいただければと思ひ次第でございます。

○今宮参考人 これは非常に難しい問題でございます。先ほどちよっと触れましたが、老人保健法の支払い報酬の問題である程度踏み込んでおるということをお尋ねしたわけですが、それをさらに徹底させるということが今後の改正の方向である。ただ徹底させると申し上げても、まだまだわかりませんので、内容を一体どういうふうに持つていくのかという問題が残るわけです。それを私が詳細に申し上げるだけの知識は持つておりませんが、例えばアメリカで定額方式ですかを實施しようとして試験的に大分進んでおるといふ話を聞いておりますけれども、外国の話を上げても、いろいろ実情がございまして、それがすぐ我が国に適用できるかどうか非常に疑問でございますが、そういう動きがございまして。

これは老人保険、いわゆるメディケアというのがございまして、そういう中で、今までのやり方では物すごく医療費が上がつてくるので、何とかという病氣に対してはこれだけの金額しか払わない、こういうような制度なんです。いわゆる包括定額払いというふうな名前がついておる場合もあります。しかし、それをやりますと、確かにそれ以上払わないのですから、しかも一定の金額が医者の収入になるわけですから、なるべく薬を使わない、検査も節約するといふ逆の面があるわけですね。そうしますと診療が非常にお粗末になるのではないかと、こういう不安があるわけですね。それから実際にいろいろ病氣、同じ糖尿病といふにしても、病院によつて非常に高くつく場合もあるし、ある病院は非常に安くつく場合もある。それから病氣自体も、同じ糖尿病といふにしても診

療のやり方がいろいろあるわけですから、それによつて正確な金額をはき出すということは非常に難しいけれども、そういう非常な努力をやはりやる必要があるのだから私は思ひます。

最良はこれだといふふうなことは私は申し上げられませんが、そういう例もあつて、今既に踏み込んでおります老人保健制度の診療報酬、そういうことについて時間をかけて努力をして、やはり踏み込んでいくということが必要ではないかと私は思ひます。最良の方法を今ここで示せと言われても、そういうものは私にはありません。

○森本委員 ありがとうございます。次に、今、各保険団体が行つておられます通知運動について伺ひたいと思ひます。

これは岡村参考人、中根参考人にお伺ひしたいわけですが、政府は、一割負担の導入の大きな理由の一つはコスト意識の向上、すなわち自分がかつた医療費がすぐわかるように、このことが大事なんだといふことで、一割負担にすればすぐわかるために、医療費に対する認識が深まってくるんだといふふうに主張しております。コスト意識の向上は、一割負担をしなくても、今各保険団体で一生懸命行つていただいております通知運動、このものが大変大きな役割を果たしているのではないかと思ひますが、この問題に關して厚生大臣が、一つは、全員に通知することができないという理由と、もう一つは、医療費の通知がにおくれるという二点を挙げまして、一割負担ならばその場でわかるんだといふふうな意見を持つておられるようでございます。

そこで二方にお尋ね申し上げますのは、医療費通知運動の現状と今後の運動の展開について御意見を伺ひたいと思ひます。

また、それと同時に、医療費の領収証の発行を義務づけるということはどうなのか、この辺の御意見をお伺ひいたします。

○岡村参考人 せっかくの御質問でございますけれども、私、手元に資料を持ち合わせておりませ

んで正確には申し上げかねますけれども、傾向として御返事申し上げたいと思います。

今、健保組合の一部それから国保の一部の地域では、お説のように医療費を通知をするといった運動が次第に広がってまいりました。私は非常にいい傾向であると感じております。むしろ奨励をしていきたい、このことをもっと要求として取り上げていきたいと考えております。ただ、医療団体のごく一部のところでは、人件費がこれ以上かかることもできないんだといったような声もございいます。

二つ目の御質問の領収証に関連をいたしました、最近ではレジスターにいたしましたけれどもほとんどが領収金額が出てまいります。それで、今のところはまだそこまで徹底しておりませんが、厚生省なり社会保険庁なりそういったところが御指導いただいて、一定の番号をつけていただきますと、どういふときの領収証であるのか、例えば初診料であるのか、そういったことが可能であろうと考えます。そうしますとさしたる手間もかからないと思ひますので、金を払ったときに領収証を出すのは当然だという考えから、おっしゃっている形でぜひ推進をしていただきたいと思っております。そのことは、一割払うからこれの十倍をすれば医療費がわかるのではなしに、むしろ自分たちの払った金と、いま一つは、御承知のように三月のいわゆる確定申告時に例の五万円の基礎控除額がございしますが、それらの手続のときにも、国税庁の方では家計簿を出せばといったようなことを言っておりますけれども、明らかな領収証があればもっと助かるんじゃないか。あわせて、そういうことを考えておりますことを申し上げます。

以上です。

○中根参考人 医療費の通知制度でございますが、いろいろな意味で大変プラスになっていると私は思います。特に新しく職場へ来た人が初めて医者にかかったときなど大変びっくりしているような面もありますので、我々自身にとってもコス

ト意識ができる。それからお医者さんがどれだけのことをしていっているかということもある程度推測できるわけでございますから、いろいろな意味からいって、差し支えない範囲でもう少し細かく通知があってもいいんじゃないかというような気がいたします。

それから領収証でございますが、これもやはり病名がわかるということについては問題があるとしても、現在では薬の容器代なんかも払っておるようでございますから、いわゆる医療費と初診料その他、そういうものがある程度わかるような内容の領収証をぜひ発行していただきたい、そのように考えております。

それから通知運動と一割負担の問題でございますが、私はそれは余り短絡的につなぐべきではないというふうに考えております。

○森本委員 次に、先ほど意見陳述の中に出てまいりました国民健康保険における保険料の問題でございますが、ストックがあるというふうなお話でしたが、先ほどあつたように思われますが、国民健康保険料賦課の根拠というのは、一つは資産割、二つは所得割、三つ目は平等割、いわゆる世帯割という形での応能負担になっておるわけでございます。サラリーマンの給与所得というのは、標準報酬月額のみによって保険料が算定されておるわけで、また、病気になる場合には当然所得が減って保険料も同時に減ってくるというふうな思われるわけですが、国民健康保険の方は、サラリーマンの方々の基準算定と別に、資産割というのが最初から入っておるわけでございます。したがって、ストックというのは資産割の中に加算されてくるんじゃないかと思われるわけですが、その辺の御意見を岡村参考人にお願ひいたします。

○岡村参考人 おっしゃるとおりでございますけれども、所得そのものに、非常に大きな把握の率の違いがあるといったことを私は特に中心的に申し上げました。したがって誤解をいただいたかもしれません。しかし、私は、先ほどから申し上げておりますように、国民健康保険の方がいつまで

も七割給付でいいといったような形には毛頭考えておりませんので、その点誤解のないようにお願いをしておきたい、このように思います。

○森本委員 最後に、三人の方に退職者医療制度についてお尋ね申し上げたいと思ひます。

退職者医療制度の創設については我が党もかねがね主張してきたところでございますし、異論はございませんが、ただ、今回の政府提案には内容的に非常に問題が多いように思われるわけでございます。

その一つは、先ほど村山さんの発言の中にもございましたけれども、新しい制度をつくるのに国庫補助がないというところに、私は大変大きな問題点があるように思われるわけです。新制度発足に当たって、その誘導措置としてやはり国庫補助を行って、国もその責任の一端を担っていくべきであると思ひますし、また憲法第二十五条の精神から考えてみましても、社会保障というのは国が負担してこそ社会保障制度でございまして、今回のこの退職者医療制度については全くそれがないうというところ、私も政府の内容に大変疑問を感じておるわけでございます。この一点。

それから、唐突にこの問題が出てまいりましたということ、審議会でも意見がまとまらず、当分は時間をかけて検討するとなつていたので出てまいったわけでございますが、この背景は、本当の退職者医療制度そのものをつくっていくというねらいよりも、むしろ国民健康保険の国庫補助の四五割の削減そのものにねらいがあるのではないだろうか。一口に申し上げますと、退職者医療制度に名をかりた財源調整であると我々は思わざるを得ないわけでございますが、その辺についての御意見をお伺ひしたい。

もう一つは、同時にそれぞれの企業で今日まで保険料を払い、またその企業の中におつた人たちがあるがゆえに、今度はそれぞれの企業で、またそれぞれの保険組合でそういった人々たちを救済していくんだという意見、別のものをつくるんだ、何もよその人の分まで我々が拠出金を出してやら

なければならぬことではないというふうな御意見もあるように伺っておりますが、時間がもうあと七分でございますので、それぞれ三人の皆さん方にお答えいただければと思ひます。

○今宮参考人 退職者医療制度につきまして国庫補助が必要ではないかというふうなお話してございました。今政府が出そうとしているものについて、これは政府の腹を探るようなことになるわけですが、私もそう考えているわけですが、医療費の中には非常に大きな皆さんのむだがある、したがって、政府が今まで四兆何千億か支出しておりました医療への補助というものは相当なむだがある、したがってそこからなるべく引き揚げていきたい、少なくともしていきたいというのが今度の一つの動機だろうと私は思ふのです。私も確かにそういうふうな動機も必要だと思うのです。私も、医療費は非常にむだがあつて、現在の医療に適応してない医療が行われているものだから非常にたくさんむだがあると思ふのです。それを抑えていく、政府が、財政逼迫の今日、そこからなるべく負担を少なくしようという考えはわかるわけです。ですから、負担のできるところへなるべく肩がわりしようというのが退職者医療制度だろうと思ふのです。この退職者医療制度というのは、もともと前からその発想はあつたわけですが、老人保健と企業の退職との間をどうつなぐか、この問題はあつたのです。労働団体の方は一〇〇%従来どおりの給付を維持しろ、それも国庫補助というものも考えながらそれはあつたのです。が、今度の発想は、今までのその発想に若干乗って、財政的な負担を免れようとしておることだと私は判断しているわけです。

ですから、先ほど申し上げましたが、国庫負担というものは全体が負担しているんだから、それをやるべきだというふうなことだけではなかなか判断がつかない。いろいろな政治的な、そういうむだな医療費はなるべく手を引いていこうというふうなところが見えますから、それは政府自体がどこへ問題を持っていくかにすぎないので、退職

者医療の方へもし国庫負担があれば、恐らく別の方で負担を減らされるのではないかと思うのです。そこら辺は政治的ないろいろな判断から来るんだらう、そういう判断をしておりますので、それはやるべきだとやるべきでないとか、私には判断はちょっとつきかねます。

○岡村参考人 退職者医療制度につきましては、私は申し上げたとおり賛成でございます。

その経過を簡単に申し上げますと、一年半前、一昨年の十月に社保審で、白紙諮問ではございましたけれども、今までのペーパーだけは配られて、その中の一行にこういふところがございまして、「現職の人たちと同率とする」、私はそれで非常に喜んでおりました。ところが事態は、ふたをあけますと「現職」の方が落ちておりまして「同率」の方が生きてきたといったような関係で、がっかりしたという社保審の中の経過がございます。

そういったような状況の中で、お説のように、本人負担を削減して財源を浮かせ、そうして四五％の国庫負担分を二分の七七、三八・五％にして、またそこで財源を浮かせたものを今度の制度新設に持っていくとする。私はそういう考え方に反対だと先ほど陳述いたしましたけれども、その考え方はおっしゃるとおりだと思います。したがって、そういう財政調整にのみ今度の制度が非常に大きく働いているといったことに相当大きな疑問を抱き、むしろ怒りを覚えるものであります。

○中根参考人 退職者医療制度に国庫負担を導入するということにつきましては、ぜひとも先生方のお力でも導入をしていただきたいと考えております。

もう一つは、先生がおっしゃいました中に、例えば組合管掌健康保険のような場合、自分のところで退職者の面倒を見ることがいふふうなことで御質問があったわけですが、私は、できれば余りいろいろな複雑な制度をつくらないで、できれば一本化していくべきではないかという

う考え方を持っております。

それから、財政対策的ではないかという御質問があったと思いますが、意見の中で申し上げましたように、私はまさしくそのような感じを受けております。

以上でございます。

○森本委員 大変ありがとうございます。時間が参りましたので、終わらせていただきます。

○今井委員長代理 次に、塩田晋君。

○塩田委員 本日は、それぞれの立場から、参考人の方々から貴重な御意見を賜りまして、ありがとうございます。

二、三御質問を申し上げます。一つの問題につきまして、それぞれの参考人の方からお答えいただきたいと思っております。

今回の政府の健康保険法の一部改正法案、中身はいろいろございまして、その最も大きい柱になっておりますのは、言うまでもなく被用者本人の自己負担の導入でございます。五十九年度、六十年年度が一割、六十一年度からは二割という自己負担の導入、これは昭和二年以来一貫して、健康保険が創設以来維持されてきた制度でございますが、これをこの際一挙に根本的に変えようという一番大きな柱でございます。これにつきましては既に三人の方から御意見を賜りまして、日経連の今宮さんからは賛成、岡村、中根両組合代表からは反対という立場がはっきりと出たわけでございます。私たちはこれに反対をしておりますのでございます。

そこで、今までお話しがありました中で、この問題に關しまして何か共通点はないかということをお考えいただけますが、少なくとも現在の医療費、十五兆円になんなんとおる国民医療費、これについて現在適正に支払いが行われているものと見ておられない、したがって医療費の適正化を進めるべきであるという点については、お三人の御意見は共通であったと思うわけでございます。そこで、医療費が現状適正でないから適正化を進めなければならない、こういうことだと思

いますが、どの程度適正でない部分があるかというところか。これは感じではよろしゅうございませう。いずれもむだがあり適正化しなければならぬという定性的なお話しはあったと思うのですが、定量的な面でも、感觸としてどれくらいのものが適正でないかというところか、感觸をお伺いしたいのでございます。

○今宮参考人 どれくらいが適正であるかということとは私は申し上げられないと思っております。私が申し上げているのは、医療費が不適正と言っているのじゃなくて医療費が不適正であると言っているのです。正しい医療を行えば、出来高払い制度を改正することによって医療費は下がるに違いない。出来高払い制度の改正と地域医療、両方二本立てを申し上げているのですが、必ず下がるだろう、むだな医療費がなくなるだろう。むだでなければ医療費は上がってもちつとも構わないわけですね。国民の納得を得るような適正な医療が行われて、なおかつ医療費がうんと上がってくるなら、これは防衛費が上がっても差し支えないようにこれは差し支えないと思うのです。ただ、今非常にむだがあるからそれをとにかく制限しようというのが私の考えなのです。ですから、どれだけあれば結構だ、国民所得の何％なら医療費を出してもいいのだとか、そういうことを私は申し上げているわけではございません。

○岡村参考人 非常に難しいことを聞かれましたので困っておりますが、私は、俗に新聞紙上で言われておりますような乱診乱療、その中身をもっと、たとえ一部の方であっても、例えば私が非常に注目しておりますのは、高額な医療器械をお入れになって、これの償却分を患者が背負わされているのじゃないか、これが非常に大きいんじゃないかというような感觸で、先ほど陳述を一部いたしました。

それから薬価の約四兆円、こういった問題も失礼しました、これは薬の総費用です。この中には、病院の中に全く使われないままにわゆるストックになっている部分なんかもあるわけなの

で、そういった部分なんかも本當にむだの中に入っているのではないかと。

それから、私の陳述の中にありましたように、ある診療所で、これは先生も御経験がおありだと思いますが、レントゲンなり血液なりの検査をされて、次のところの診療所なり病院に行きますとまた同じ検査が同じような時期に繰り返される、そういったものを全部ひっくめると、私は非常に大きなことをあの陳述の中で申し上げましたけれども、今の十五兆円の四分の一ないし三分の一ぐらいのところは予防で防いでいけるんじゃないか。そういったところの非常に大きな感觸を持っています。これが予想外に大きいのではないかと。感觸を持っています。ただ、この数字は、厚生省の予算の中に組み込まれておりまして大体一千億台になっておりますけれども、私はそういう程度でとどまらないのじゃないかといった感觸を持っています。

○中根参考人 宇都宮の精神病院の問題でございますが、あれらの問題をマスコミを通じてしか私どもは知るよしはないのでございますが、これだけ医療に対する関心が高まっている中에서도、まだああいふものが存在するというのを見てみますと大変残念なことではあります。もう少しチェック機能をきちとすればかなりの金額が出るのではないかと、余りパーセントとかそういうこととで申し上げることは不可能でございますが、これらの記事からはそういった感觸を受けております。

○塩田委員 ありがとうございます。医療にむだがあるか医療費にむだがあるか、これはいずれも同じことでございます。いずれの参考人の御意見も、量的には言えないとしてもかなりの大きいむだがあるという御認識、これは共通していることだと思っております。

そこで、問題は適正化する方法でございます。それには、それぞれの参考人の皆さん方から御意見がございましたから繰り返すことにはないと思っておりますが、私が次にお伺いしたいと思

昭和五十九年五月九日

ますのは、一割ないし二割の自己負担を導入した場合に、医療費、日経連の方は医療と言われましたが、医療がどのように適正化されると見ておられるか。自己負担導入ということによってどのような効果が医療ないし医療費の方にでてくるか、このことを伺いたいわけでごさいます。出来高払い制その他の問題あるいはこの予防問題、コスト意識、いろいろありましたが、それども、この一、二割の負担というものの目的、そしてその効果、そのことによってどのようなメカニズムを通じて医療費あるいは医療適正化に影響を及ぼすか、このことについて御意見を伺いたいわけでごさいます。

政府は、もちろん財政政策、国家財政が非常に窮迫している中で六千二百億円を節約したいというところ、あるいは一割ないし二割の負担によりまして退職者医療制度を新たに設ける、そのための費用を各関係の機関から拠出する、その拠出の穴埋めに一、二割は使うのだという説明もございしました。現にそうなっておるわけでごさいます。それとともに、コスト意識を持つことによつて医療費が全体的に縮まるのだという説明、この計算根拠も委員会等で明らかにされたわけでごさいます。

一、二割を持つことによつて医療費なり医療が縮まるいきさつ、これについて伺いたいと思ひます。

○今宮参考人 これも同じように非常に難しい、金額的には測定はできないと思ひます。ただ、厚生省は、例えばいろいろな条件が同じならば幾ら減るだろうというふうな数字ははじき出しておるようでごさいます。それだけじゃないので、波及的にさらに抑制されてくるだろう、それが相当のねらいになってくるだろう、それが幾らになるのかということとは非常に難しいけれども、ある程度制限されてくるのではないかと思ひます。

しかし、その金の問題よりも、負担がふえるという問題よりも、医療が適正になるということが大事だと私は思ふのです。これでないとは本当は医療費は下がってこないだろう。よくタクシーの運賃が上ると当座は利用が下がりますね。しかし長い期間を経ますと利用率はもとと同じようになつてしまふ。これは人間の慣性といふますかそれがあつて、一時的には下がるけれども長い目で見ればそんなに下がりません。しかし不合理なことはずっと長続きしませんよ。しかし合理的なものであれば、医療そのものの受診率といふものはそう下がるものではないだろう。しかしそれだからといって、それじゃ意味ないじゃないかということじゃなしに、それによつて医療の内容がかわつてくるから医療費が下がるのだ。国民が非常な関心を持って、医療の適正化です、それについていろいろな注文を出してくるから適正になっていくだろう、それによつて下がってくる効果というのは非常に大きいものだと思ひます。

質が上ると当座は利用が下がりますね。しかし長い期間を経ますと利用率はもとと同じようになつてしまふ。これは人間の慣性といふますかそれがあつて、一時的には下がるけれども長い目で見ればそんなに下がりません。しかし不合理なことはずっと長続きしませんよ。しかし合理的なものであれば、医療そのものの受診率といふものはそう下がるものではないだろう。しかしそれだからといって、それじゃ意味ないじゃないかということじゃなしに、それによつて医療の内容がかわつてくるから医療費が下がるのだ。国民が非常な関心を持って、医療の適正化です、それについていろいろな注文を出してくるから適正になっていくだろう、それによつて下がってくる効果というのは非常に大きいものだと思ひます。

○岡村参考人 一点に絞つて申し上げますが、今度一割自己負担になつた場合に、波及効果ということをおっしゃいましたが、私の手元に、これは出所を明らかにいたしません、ある団体の予算編成のための政府側の資料であります。波及効果という欄があります。もう既に先生は入手なさつていらつしやと思ひます。ここには五・六八%と入つております。ですから、一割とりまして、なおかつ、その約半分をやや上回るぐらいの波及効果というものは政府自身も認めてゐるのじゃないか、このように考へておりますから非常に大きな問題である、このように思ひます。

○中根参考人 負担の問題であります、仮に一割になろうが二割になろうが、病気になれば生活を切り詰めても行くことになるので、どれだけ波及効果があるかということとは明確にはわかりませんが、負担というものはつきましては、病人の場合に受益者負担という言葉は使いたくないわけでありまして、むしろいわゆる制度から受ける恩恵、それに対する負担という面を議論をしていきたいというふうな考へております。最初の間は多少のブレイクはかかるのではないかと思ひますけれども、ずっと先へいけば、それが

ブレイクのままでいくかどうかということは必ずしもわからないのではないかなというふうな気がいたします。

○塩田委員 終わります。

○今井委員長代理 次に、浦井洋君。

○浦井委員 お三人の方、どうも御苦労さんです。

私の持ち時間が十分しかございせんので、もう全部初めに聞いてしまひますから、ひとつお答えを願ひたいと思ひます。

まず、岡村さんと中根さんにお聞きをしたいのでありますが、お二人とも社保審の委員をやつておられるわけで、今度の改正案が正式に社保審に諮問される直前に、療養費制度の改正、特定療養費の項が入ってきたといういきさつがある、これはよく御承知だと思ひますが、そのいきさつは一体どうなのかということをもし御存じであればお教えをいただきたい。

それから、療養費制度の改正、特定療養費の項について、岡村さんは冒頭陳述のところでも多少言われたわけですが、社保審の中でどれほど議論をこの項についてされたのかということについて、お二人にお伺ひしたいと思ひます。

それから、今度もし仮にこの改正案が成立すると、この辺の問題については大臣の諮問に依つて中医協で議論をされるが、今宮さんは中医協の委員をされておられるようでありまして、特定療養費、先ほどの答への中に、例えば医療が適正でなければならぬ、その一つのやり方としては、老人保健法の特掲診療料のことを指されてゐるのだからと思ひますが、ああいうものが今回もやられるのが望ましいと思つておられるようであります。あるいはまた、先ほどちょっと出ましたけれども、アメリカでは定額の医療といふますか、これは私はDRGを指しているのだからと思ひますが、こういう考へ方を持つておられるのか。私の考へ方は、DRGのような考へ方というのとは前厚生大臣の林さんが出された「視点と方向」の中に、医療標準の概念を導入するとか

ニューフロンティアを育成するとかいうような話が出ておりますから、こういうことに通ずるように思ふのだけれども、今宮参考人にこの点をお尋ねしておきたい。

それから、最後にお三人の方に、お三人の方とも中期ビジョンに欠けておるといふ点では共通しておつたと思つておられますけれども、政府としては昨年の八月、九月、あるいはもっと前のいわゆる吉村保険局長発言、あちこちでやられておりますけれども、そういう中で、自由診療をかなり大幅に拡大をしたいという意図を持つておると私は思つておられるわけでありまして。この四月二十七日で出された中期ビジョンの中にはそれは出ておりませんけれども、そういう自由診療の拡大というふうな点についてお三人の方はどう考へておられるのか。

聞くとところによりまして、生命保険資本などは、この健康保険の改正案が成立すればかなり私的保険の契約件数がふえるだろうということ、で、手ぐすねを引いておるといふふうにも私は聞いておりますけれども、必ずそうなると思ふ。こういうふうな方向についてどのように考へておられるのか、お三人の方に簡単に伺ひたい。

以上であります。

○今宮参考人 中医協においていろいろ審議が出るだろう、どういう考へかということでごさいます。中医協では、今診療報酬のあり方についていろいろ案が出ておまして、それについての審議をするようになっており、まだ進んでおりませんが、それども、やるようにはなつておるのですが、それがどういふように進みますかわかりませんが、それども、恐らく私としては、先ほど申し上げましたような包括的な医療制度、支払い制度のつもりでありますので、あるいはどういふふうな発言しますかわかりませんが、例えば老人保健法におけるあれは一つの試みでございまして、あれがさらに拡充強化されていく方向、方向としてまだ具体的に、それではいろいろなまづい点もあるのじゃないかという点もあるでしょうけれど

も、これは私は専門家がありませんからそこら辺までは論ずることはできませんけれども、方向としてはやはりああいふ方向へ進めていくべきだろうというふうに思っております。

それから自由診療、差額診療という問題、これは今までも既に大分話が出てきておりますね。例えば室料の問題とか……（浦井委員「歯科材料」と呼ぶ）ええ、そういうふうなものはいくらに若干差額診療の中に入りつつあるようです。室料はそうではありせんけれども、これはどういうふうにするか、今後必ず出てくる問題だと思います。

昔の健康保険制度が発足した当時の病院の状況、病室の状況というものは現在とは非常に違っておりますから、それじゃ一律に同じ健康保険の室料を適用できるか、これは非常に難しい問題ですね。やはり、今東京あたりで見られる非常に高度な病院に対しては、個人的に負担を求めて入室をさせていくというふうなものは妥当かも知れませんね。そういう問題がもう既に論議の対象になっておりますから、例えば診療、これはもう入室させるということは診療へ一歩踏み込んでいくわけですから、入室はただ泊まるというだけじゃないんで、あの中へ入れて治療するんですよ、ですから、もう診療自体が差額の方に踏み込んでいくような気がするのは、もちろん、それじゃいろいろのものが全部差額になっていいんだということは言っておきませんけれども、そういうふうな方向へ今後は進むのではないかと、うふうふなことは予想されますね。ですから、保険制度というものがあの上はそんなものを全然頭に置いていかぬのだというふうに私も考えておられます。やはりそういうことは今後大いに出てくる問題であらうし、真正面から取り組んでいく問題であらうというふうに考えております。

○岡村参考人 二つありまして、一つは社保審の討論がどうであったかというお話しなんです、おっしゃる通りに突如出てまいりまして、そうし

てこのときに、特別なサービスの問題につきましては、入院生活を快適に過ごすための特別なものはだめなんだといったお話で、これは今までも、今ほど御答弁があったような形で、病院の名前は申し上げませんが都内に有名なところがありますけれども、そういうところ、これは差額を取られてもしょうがないんじゃないか、こう私は思います。しかし、全体としてこれを持ってくる場合に、どこで線を引くのかという問題があるわけでありまして、ですから、私は、冒頭の陳述で、全体としてこれをいわゆる選定をするところの線引きをどうするのか、こういったところの疑問がいまだに解けないというふうに申し上げました。

それから、いま一つの特定医療機関の問題であります、これは診療の問題も含めまして、あのときに出了たのが心臓移植、それから目のレーザー光線によるところの治療ですか、何かそういった先端医療に類するものについてはできるだけ保険で見えていくという、今までは全額が自費であったものを、一部保険で見えて、残りも見れるようにしようではないかというふうな、非常に甘いお菓子をしゃぶらされたような形なんですけれども、私は、こういう口実にしまして、今先生が最後におっしゃった自由診療の拡大というところへ持っていけるんじゃないかという心配を非常に持っております。となりますと、また後から付言なさいましたけれども、これは年金と同じように、公的な社会保障が私的なものにどんどん流れっていくんじゃないかという非常に強い危惧を持っております。

以上、簡単に申し上げます。

○中根参考人 社会保険審議会へどういう形でということは、今岡村参考人が申されましたので省略したいと思いますが、同じでございます。

高度の医療を導入するに当たって、今度の場合一部は保険で見よう。それだけ見れば確かにかなり前進でございますが、岡村参考人が言われましたように、これが自由診療へずるずると行く

ということにつきましては、私もやはり危惧を感じておりますので、自由診療というものを仮に認めるとしても、かなり範囲を明確にした中で行うべきだという考え方でございます。

○浦井委員 ありがとうございます。終わります。（拍手）

○今井委員長代理 これにて午前の参考人に対する質疑は終了いたしました。

参考人各位には、長時間にわたり貴重な御意見を述べただきまして、まことにありがとうございます。委員会を代表いたしまして厚く御礼を申し上げます。午後に再開することとし、この際、休憩いたします。

午後二時より再開することとし、この際、休憩いたします。

午後零時四十二分休憩

午後二時三十分開議

○有馬委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

参考人から御意見を聴取することにいたします。

この際、参考人各位に一言ごあいさつ申し上げます。

参考人各位には、御多用のところ御出席をいただき、まことにありがとうございます。何とぞ忌憚のない御意見をお述べいただきたく存じます。

なお、議事の順序でございますが、永田参考人、次に藤田参考人、続いて吉田参考人の順序で御意見をそれぞれ十五分程度お述べいただき、その後、委員からの質疑にお答え願いたいと存じます。

それでは、まず永田参考人をお願い申し上げます。

○永田参考人 ただいま御紹介をいただきました全国市長会国民健康保険対策特別委員会の委員長をいたしております吉市長、永田でございます。

委員の先生方には、社会福祉の充実のために日ごろの御精進をいただいております。この席をおかりいたしまして衷心より厚くお礼を申し上げます。ありがとうございます。

きょうは市町村国民健康保険者の立場で、今御審議をいただいております健康保険法の一部改正案につきまして、現場における保険者の立場から率直な意見を申し上げておきたいと存じます。先生方の本法案御審議の御参考になると思います。先生方は望外の喜びでございます。

まず、私は、我が国の現在の医療保険制度が構造的に大きな矛盾を内包していることを当初指摘をいたしましたことと存じます。

その一つは、組合保険と国民健康保険の年齢構成が大きく偏っていることと存じます。六十歳から、老人保健法の適用を受ける七十歳までに至る両保険に占める高齢者の割合は、組合保険が五・六％、国保が二三・四％となっております。高齢者の両保険の被保険者数に占める割合を比較いたしますと、国民健康保険はその率から申しただけでも組合保険の高齢者の四倍の数を抱えておる、こういうことでございます。しかも、高齢者の医療費が健康な青年年齢層の医療費に比べて非常に高い。現在出てきております統計によりますと、大体四倍強の高さになっておるわけでございます。このような高齢者の激増と老人医療費の急増、この相乗効果が両保険制度の間の医療費の格差を構造的に拡大をしておるのが現状でございます。

その二は、各医療保険制度間の保険料あるいは負担と保険給付の不整合でございます。端的に申し上げますと、本人の保険給付は被用者保険、組合保険では十割のに対して、御承知のように国民健康保険は七割でございます。また保険料あるいは税におきましても不統一な状態にあるのが実情でございます。

私たちは、このような現状を踏まえつつも、各医療保険制度がこれまで果たしてまいりました役割、功績に対しては大きな評価をいたしてお

るところでございますが、現時点におきましては、先ほど申し上げましたような構造的な矛盾をなくさんはんでおるわけでございます。この矛盾を克服いたしまして、将来は、理想的な姿としては医療保険制度の一元化、さらにそれに伴いますところの地域医療制度の確立、その中における医療負担と給付の均衡化、これを実現していかなければならない、そのように存じておるところでございます。

そのような立場からいたしまして、今回御審議をいただいております国民健康保険法の一部改正案は、その動機につきましてもまたその内容につきましても、若干の議論があることは十分承知をいたしておりますけれども、我が国の医療保険制度の抜本的な改革への大きな前進である、こういうふうに評価をいたしておるところでございます。また、本法案の成立をお願いを申し上げるものでございます。

そういうような基本的な立場から、若干本法案に対する考え方を申し上げていただきたいと思います。

現在の国保の状況につきましては若干先ほど触れておりますが、実際、国保には、扶養者を含めまして四千五百万の被保険者が参加しておるところでございます。私たちは、国民皆保険の核としての役割を国民健康保険が担っており、こういう立場から、全力を挙げて国保の運営に努力をいたしておるところでございます。

しかも、国民健康保険の構造的な一つの弱点と申しますのは、低所得者層が大部分を占めておる、それに加えて先ほど申し上げました高齢者の比重が非常に大きい、こういう点でございます。こういうような矛盾を抱えておりますために、現在、国民健康保険の運営というものは非常に苦しい状態になっております。

大体的な基本的な運営の方法といたしましては、医療費が高くなれば保険税または保険料の増額、増税によって健全財政を維持していく、こういうようなことで、それが不可能な場合は、地方公共

団体からの一般会計から繰り出しを行いましてその赤字財政を補てんしている、これが現状でございます。しかも、このような状態が今後進んでまいりますと、特に高齢化社会の進展の速度が速まってまいりますと、国保財政はもう破綻をしてしまう、これはもう必然でございます。

そういうような国保が持つておる、一方においては国民皆保険の中核としての役割、一方においては低所得者層を含めまして大多数の国民の健康保持と医療の責任をとって、そういうような使命を担うておるところでございますが、先ほど申し上げますように、このままの情勢でまいりますと、国保全体が非常に重大な危機に瀕するであろうというところは火を見るよりも明らかでございます。

私たちは、こういうような状態の中で、これまでも老人保健制度の創設、これを十数年来主張してまいりましたし、先生方のおかけをもちまして去年の二月から実施をしておるところでございます。またもう一つは、退職者医療保険制度の創設につきましても、機関決定をいたしまして、数年来、国及び国会の先生方にお願いをしていたところでございます。そして、今度の改正案の中で、退職者医療保険制度創設の問題が取り上げられて、このことには大変な期待を抱いておるところでございます。国保の現状からいたしまして、この退職者医療保険制度はぜひひとつ御実現をいただきたいと思います。

それからもう一つは、医療費の適正化の問題でございますが、国民所得に一つの限界がございます。以上、医療費もまた適正化によって健全な医療行政が行われていくべきだ、このように信じておるところでございます。

それから、ただ給付の問題につきまして、今度の改正案では組合健保が九割を負担する、そして六十一年度からは八割負担、こういうふうになっておりますが、私は、これまでの組合健保の皆さん方は新しい体制に変わってまいるのでございまして、そこにいろんな論議があることは十分理

解できるところでございますが、給付はやはり保険制度全体の中で公平であってほしい。御承知のように国民健康保険は財政的に非常に苦しい、弱い基盤にありながらも、七割給付というのをこれまでやってきておるわけでございまして、私たちは、医療保険制度の中で給付もまた将来は一元化されるべきである、そしてそこに給付の高低があつてはいけない、そういうふうな考えておるものでございます。

それから、問題は、今度の改正案で国民健康保険に対する国の補助率の低下ということがうたわれております。厚生省の説明では、全体的な改正の中で国民健康保険の被保険者の負担増には絶対しない、こういうふうな説明を受けておるところでございますが、御承知のような非常に財政的基盤の弱い国民健康保険、そしてまたいろいろな矛盾を抱えております国民健康保険でございます。しかも保険税、保険料はもう既に現在においても限界を大きく突破をしておるといふのが実情でございますので、この点につきましては、国民健康保険の被保険者の負担増にならないように、ひとつ特段の御配慮をいただきますようにお願いを申し上げたいと存じます。

まだ申し上げたいことがございますけれども、ちょうど時間が参りましたので、これで終わらせていただきます。と、とにかくいろいろと今度の改正案には御議論もあることと存じます。そしてまた、各医療保険制度の中におきましてはいろいろと利害関係の不一致もあるわけでございますが、とにかく医療保険制度の一元化、そして負担と給付の公平化、それへ向かつての大きな前進でございますので、特段の御指導と御成立のためのお力をかしていただきますようお願いを申し上げます。参考人の意見陳述を終わらせていただきます。

どうもありがとうございました。(拍手)

○有馬委員長 次に、藤田参考人をお願いいたします。

○藤田参考人 藤田でございます。

今回の参考人には、支払い側、診療側それぞれの利益代表者が多いようにお見受けをしたのでございまして、私は第三者の立場から、あるいは一人の被保険者としての立場から、今回の健康保険法改正案につきまして意見を申し上げます。特には、抽象的な点につきましてはまた法案としては固まっておりますのでございまして、またいろいろ書いたものなどもございまして、私はできるだけ具体的な問題に限りまして意見を述べさせていただきますと存じます。

最初に、結論的な全体的な意見でございますけれども、長年にわたりまして国民の要望でありました老人保健法に続きまして、今回退職者医療制度が設立されるわけでございまして、そういう点では今回の法改正が、私どもの期待に沿う、あるいは長年の要望の線に沿っているという点で評価される点が多いのでございまして、ただ率直に申しまして、この具体的な対策になりますと、これは保険制度の改定というよりはむしろ財政対策であるという率直な感をぬぐえないのでございまして、そこで今後、この保険制度そのものの長期的な展望に立った一層の御検討をお願いしたいのでございます。

特に、今回の改正の中心であります受益者負担の改定の件でございます。被用者の医療負担を一部自己負担を設けるということでございますけれども、この自己負担につきましても、供給サイドあるいは需要サイドの両面から医療費用の節約が何としても必要である、保険料を引き上げるといふことを避けるためには何らかの対策が必要である、そしてそのためには需要側の医療の抑制にも努めなければならぬ、その際に一部の自己負担というものはその目的にかなうのではないかと、そういう発想であろうと考えております。そのような議論も、もう長い間、関係者あるいは学界の間で、ある程度の負担はやむを得ないのではないかということは大体コンセンサスができていますように思うのでございますけれども、ただその際

に細かい配慮が必要でございまして、あくまでも保険の目的は真に必要とするものには十分にということが基本であるのでございまして、その点を損ねるような、そういうおそれはないだろうかと、いうことを私は心配をいたすのでございます。したがって、この一割の自己負担を導入するにいたしまして、その程度でございまして、あるいは条件でございまして、あるいは事前対策でございまして、まずそういうものをきちっ

とした上でそこにいくべきではないのか。この医療費の自己負担といいますが、いわば最後のとりででございまして、国民皆保険・国民皆医療ということを維持するためには、医療費負担という点で今までの線をできるだけ守る。そして一部負担を導入いたしましたけれども、それができない人につきましてはあるいはそれが高額になる人につきましては、高額医療費控除制度もございますけれども、とにかくもつとぎめの細かい対策をとった後でここにいくべきではないのか。一足飛びにこの一割負担というところにしてしまおうということでは、保険財政がどうであれ、それが保険の本質に關係するような問題であればもっと慎重な検討をお願いしたいというのが私の結論でございます。

それでは、具体的な各項目につきましてこれから取り上げてまいりたいと思うのでございますが、まず最初に、被用者保険本人の医療費の一割自己負担についてでございます。

社会保障の中で一番重要でありますのは、所得保障の生涯にわたる保障ということでございまして、その際に、特にこの医療費の自己負担をできるだけ少なく抑えていくということと、それから年金の物価スライド制、これはどういう財政危機機になりましても守っていかなければならないとりでだと考えておるのでございます。そこで、国際的な動きあるいは実態なども考えまして、この一割負担の問題について考えるのでございますけれども、日本の労働者は、今日におきましてはかならず賃金が改善されましたことは確実でございます。しかしながら、生活水準の国際比較をいたしてみ

ますという、日本の労働者は実質生活面で依然として恵まれておらないのでございます。その理由は大きく分けて三つございまして、一つは、食料品が高いということでございます。それから二番目には、住宅を持つのに外国の労働者は大体二年半から三年で持つのでありますが、日本の労働者は十年分を要するというところでございます。それから三番目には、子供の教育費に金がかかるという、この三つの点でございます。

そういう点で生活は必ずしも豊かではないのでございますが、ただし、そのような生活の厳しい中で一つだけ日本の労働者にとってそれをある程度緩和するような、相殺するようなことがあるのであります。それで日本の労働者は、高い食料品価格でありますとか高い家の値段であるにもかかわらず、我慢をして勤勉に働いているということなんでございます。その相殺するものは何であるかといひますと、これが実は医療の十割負担ということなんです。

最近、アメリカの人なども日本の企業で働く人が多いのでございますが、あるいは日本から向こうへ行って働く日本人が多いのでありますが、そのような人に聞いてみますというと、アメリカは食料品は非常に安い、生活は一般にしやすい、だけれども、いざ医者にいかるとこれは目の飛び抜けるような金を取られて、あれでは幾ら月給をもらっても、医者代を払わなければならないという不安のために生活が不安になっているということを言うのであります。いわゆるサラリーマン労働者は、現在トローマンでありますとかクロヨンでありますとかいろいろ不公平な扱いをされている、そういう不安を持っていることは否定できないのであります。そのようなサラリーマンの不安あるいは不満を和らげているものがあつたのであれば、これはまさに医療の十割負担であつたのであります。それを今回一割負担を導入するということになりますというと、労働者は、自分たちだけ何かねらい撃ちをされているというそういう社会的な不公平感を持っていることは否定できません。

なのでこれを一つの突破口として、労働者の不満の爆発が起らないという保証はないということとを私はあえて申し上げたいのでございます。医療の保険財政がこの程度にとどまっておりますのも、一つには日本の経済が欧米に比べて順調にきているということにあるわけであります。あるいは労働者が一生懸命に働いているからで、それがそういうことになりますと、非常に大きい問題になるといふことなんでしょう。財政解決のため

めにこのような一割負担を導入をしたのでありませんが、それがかえって長期的に見て経済成長にマイナスとなり、またそのような不満は、WHOの言う身体的、精神的、社会的健康の均衡が必要であるというのに反しまして、その不公平感が高まるということになりまして、やはり社会的な健康を害するおそれがある、そしてそれがひいては病気になる労働者をもふやすというようなことで、これは慎重に考えていただきたい。たとえそういうことがありましても、ギブ・アンド・テークという言葉もあります、そういう不満を和らげるものとして、例えば家族の七割給付を何とか八割に引き上げるといふ、変な言葉ですがそういう見返りというものがどうしても必要であるというところでございます。

なおたくさん言いたいのですが、時間が参りましたので、もう一つだけ言わせていただきますのですが、今回の改定で標準報酬月額が四十七万から七十一万に上がるという、このことなんです。これはいつも、健康保険と年金の標準報酬月額は大体横並びで、全く同じか、違ってもしただけの違いで参ったのでございまして、それが今回、年金の標準報酬月額は据え置きである、健康保険だけ七十一万になるという、いまだかつてをみない大幅な引き上げが行われるのでございます。これは非常に見えて透いております。要するに年金を上げれば標準報酬比例部分が上がりますから給付がふえるわけでありまして、ところが健康保険の方は上げれば保険料が入るだけということになりまして、これはまことに政治家としてはこ

うか、そのように私は考えるのでございます。いろいろなことをやってはいけませんが、いろいろな申し上げたいことがございますが、時間が増えてまいりましたのでこれで終わらせていただきます。

ありがとうございます。

○有馬委員長 次に、吉田参考人をお願いいたします。

○吉田参考人 日本医師会の常任理事をしており
ます吉田でございます。

今回の健康保険法の改正につきまして、意見を述べさせていただきます。

その前に一つ申し上げておきたいことは、私ども最近の一、二年間の厚生省の医療行政を見てお

りますと、どうも保険経済の中でしか医療を見ていないのではないかと、思うようになってまいりました。

ん。医療保険の制度というものは医療を支えるものであって、医療があつて初めてこの医療保険制

度があるという基本的なことを、ひとつ厚生省あるいは先生方にもお忘れにならないでいただきたい。

い、こういうことをまず最初に申し上げておきます。

次は、現行の医療保険制度につきまして若干触れさせていただきますが、御承知のとおり現在のの

医療保険制度というのは矛盾と不合理が非常に多過ぎる、こういうふうに感じております。八種類

の制度に分立して、皆保険とはいひましてもこのように分立しておりまして、その内容も決して公

平、平等な保険制度にはなっておりません。組合健保と言われるものは大体大企業の人々を対象と

し、政管健保と言われるものは中小企業の人々であります。それから、共済組合はお役人あるいは

官営の企業の人々を対象としております。それから、国民健康保険の方は自営業、農業従事者ある

いは自由業、こういうふうに言われる人々を対象として出発はしましたけれども、その後の産業構

造や人口構成の變化した今日では農業従事者と言われるような方は減少し、現在は少なくとも、政

管健保に加入できない零細な企業あるいは定年退

職をした無職の人々がふえて、貧乏の当初とはその構成が著しく違つてきております。保険の給付も健康保険組合等に比べますと極めて低く、これは平等ではありません。保険料の負担の方も決して公平ではないわけでございます。昭和五十六年の一世帯当たりの保険料の負担を見ますと、最も給付率の低い、また平均所得も低いと言われていた国民健康保険は九万一千九百四十三円だそうでございます。政管健保の方は八万九千四百六十七円、最も給付がよく、また附加給付なども行われている組合健保は八万六千九百七十七円、こういうふうに言われております。これは明らかに矛盾ではないかというふうに私も思っております。

また、比較的裕福と言われていた組合健保の方は、採用試験というものを経て大企業に採用された人々でございまして、採用時には当然身体検査もあるでしょうし、またそういった面から選抜された人しか加入できない保険の集団でございまして、初めから慢性的な病気を持ったような人はなかなか加入できないという、一つの取り決めと言つてはなんでもしうけれども、そのシステムがあると思ひます。これに對しまして国民健康保険というのは、いつでも、どこでも、だれでも、年齢にかかわらず、疾病の有無にかかわらず加入できる制度なんでございまして、私どもは国保こそ社会保険という名にふさわしいものではないか、こういうふうに思っております。

それぞれの制度が対象とする人々の所得は当然差がございまして、制度間の財政力に格差があるのもまた当然と言へると思ひます。この格差を埋めているのが国庫からの補助金ではないか、私はこういうふうに思つております。組合健保では療養給付費の補助は受けておりません。ゼロでございまして、御承知のように政管健保では一六・四％でございます。それから日雇健保は三五％でございます。それでも日雇健保はもう既に毎年赤字で、いずれかの保険に統合せざるを得ない状態になっているはずでございます。国保はこの補助金の率が四五％でございまして、制度間の

格差をそのまま数字にあらわしたようなもの、こういうふうな考へております。どうも補助金という名称が適切ではないのではないか。言うなれば、これはむしろ保険原資に近いものでございまして、そのように言うべきではないか、こういうふうに思ひます。この補助金と言われるものを一律にマイナスイシューングの名のもとに削減しようというのには極めて乱暴なことだというふうに私は思つております。

社会保険には元來所得再配分の機能があるはずでございますが、今回の改正原案を見ますと再配分機能は全く見出せないと言つていいのではないかと、こういうふうな感に思つております。

また、厚生省では、今回の改正案を作成するのに先立ちまして、恐らく毎年の医療費というものを推計して、約一兆円ずつ増高しておる、こういうふうな言つておられます。そのために財源がない、こういうことも言つておられます。しかし、最近の社会保険支基金の統計によりますと、これは支基金分だけでございまして、支基金分の国民医療費とはちよつと違ひますが、支基金分の医療費を見ますと、昭和五十七年三月から五十八年二月までの、いわゆる前年対比の伸びは七・二％となつております。五十八年三月から本年一月、これはまだ一月分までしか集計ができていないようでございますが、一月分までの伸びは三・二％という数字を示しております。前年に比べますとこの伸びは半分以下でございまして、

本年三月には、御承知のように薬価基準というのも非常に大幅に下がりましたが、厚生省では一六・六％と言つておられますが、現場の感觸ではそれよりもはるかに大きいという感を持つております。ただ、私どもが不審にたえないのは、どのような計算方式で一六・六％というふうなものが出たのか、明らかにされたことがどうもいまだかつてございせん。この点については実に理解に苦しむわけでございます。過去に薬価基準は何回も下げられておりますが、そのたびにそういう計算方式は公表されておられません。またその後

の調査もされておられません。事実、厚生省が示したパーセントであつたのかどうかということも示されておらないわけ、私どもはその点は大変理解に苦しむのでございまして、社会におきましていろいろ労使関係の賃金交渉などをしていまして、会社側の言うパーセンテージは労働側は検算しないのでしょうか。相手が言うだけのものを丸のみするというのが、私はどうも厚生省のやり方は若干おかしいのではないかと、こういうふうな考へております。

昭和五十三年に厚生省は医療費の推計をしております。今でもその推計に当たつた方がまだ現職としていらつしやうと思ひますけれども、それによりまして、昭和五十八年の国民医療費は二十兆になると言われております。ところが実績はこれよりも五兆円以上も低いわけでございます。厚生省の推計というのはいくらも信じがたいようなものが多いように思へてなりません。毎年一兆円増高するという根拠は現在のところは全くないのではないかと、私はこういうふうに思つております。

先進諸國を初めとした世界の中で、日本の医療費問題は比較的に多いといつて、こういうふうな言われておりますが、厚生省ではなおかつ抑えねばならない、こういうふうな考へていられるようでございます。

しかし、組合健保の収支は、昭和五十六年には約二千五百億以上の黒字でございまして、それから、昭和五十七年の収支決算でも大体二千二百億円近くの黒字になっているようでございます。政管健保にいたしましても、昭和五十七年は当初予算に比べて六百十一億の余剰金を出しております。三K赤字などと言はれましても、昭和四十九年など昔はよく言われていたけれども、昭和四十九年以降は黒字もほとんど解消されて、保険料率を引き下げていることが実現できるような状態に現在なつているのでございまして、保険財政は決して赤字ではありません。それで、保険財政は決して赤字ではありせん。かなり過酷な改正と言われるようなことがされなけ

ればならないとお考へになるのは、恐らく現制度が矛盾と不合理に満ちたものになつてしまつたためではないかと、私はこういうふうに思つております。分立している保険制度を統合する以外に医療保険を確固とした基盤のあるものにする方法はないのではないかと、こういうふうに思ひます。

次に、今回の改正に從ひました健康保険本人の二割負担について若干申し上げたいと思ひます。組合健保には、今でも私どもは極めて不公平な制度だと思ひますが、附加給付というものがございまして、医療機関の窓口で支払つた金銭が後で戻る、こういう制度でございまして、今回の案のように、健康保険の本人が一割、二年後には二割というふうな負担にしても、比較的恵まれていると言われている組合健保の本人の人たちには、恐らく後になつて組合から戻るといふことが行われると思ひます。それだけの財政力が既にあるわけでございますから、ところが、政管健保にはこのよう

な附加給付は行われておりません。結局のところは、政管健保の本人の人々だけが割増し二割の負担をするということになります。

社会保険の一つとして医療保険は位置づけられておりますが、比較的所得の高い人が幾らかの負担がふえるというのであればまだわかるどころか、負担がふえなくても、比較的所得の低い人たちが負担がふえるというのとは、私どもとしてはどうにも理解ができないわけでございます。これらの所得の低い階層に對しましては、受診を抑制し、早期の治療を阻害する、こういうふうな考へております。また、今の医療機関の窓口業務はもうとても複雑でございまして、請求書を一枚書くといふことだけでも職業として成り立つくらいでございます。こういう窓口の事務の簡素化ということが求められてもう久しいのでございまして、その上にごういふたようなものの導入は、簡素化といふことを非常に求められております。医療機関の窓口事務を非常に煩雑にするという要素が大きくあります。日常、私ども、患者さんと接している医療担当者としては、このような改正には反対せ

ざるを得ないのでございます。

それから、この一部負担のところでもう一つ申し上げたいことは、よく医療費論議のときに言われることですが、医療というのは一般産業分野とは違ふと私は思うのでございます。いわゆる生産者と消費者のような、あるいは供給者と需要者といったような関係でもって市場のいろいろな議論を持ち込まれることがあるのでございますけれども、医療というのは決して産業分野とは同じではございません。ですから、技術開発が進めば一般の産業分野では恐らくこれは大量生産につながりコストダウンになるわけですが、医療はそういうことは全くございせん。技術開発が進めばそれだけ費用は増高するわけでございます。また、よく受益者負担という言葉が聞かれますが、病気がなつて医療機関に行つてお金を払う人はこれは受益者なんでしょうか。その辺のところでは大変不審に思つております。

時間の関係もございしますので、次の退職者医療について若干触れさせていただきます。

年金保険は、国民のだれもが長期の保険として理解しております。転職した場合でもあるいは定年退職したときでも、支払つて積み立ててきた保険料を掛け捨てにして次の職場に移るといふようなことはございせん。蓄積された保険料というのは個人個人について回ります。この年金保険に比へますと、医療というものは、いつでもどこ病気になるかわかりませんし、また、その病気といふまでも軽いものもあり重いものもあり、いろいろさまざまございまして、不確定要素が極めて多くわかりにくいといふことはあります。しかし、医療保険は、そのときそのときの掛け捨て保険であるといふことがやはり一つの矛盾を来している原因になつてゐる、私はこういうふうな思つております。有病率の低い青年時代に多額な保険料を徴収されて、有病率の高い年齢になり、いわゆる定年退職するといふ時期でございましょうか、そうなりますと制度の違ふ保険、言ふなれば国保でございましょうか、あるいは組合健保から政管健

保、こういったように制度の違ふ保険に移りました、自己負担分も支払わなければならないとなると、うのがどうもやはり不合理と言わざるを得ません。また国保には、今申し上げましたように高齢者とか、無職の人々とか、病気を抱つて退職をした人とか、そういう方々が集まつてしまつていふ矛盾が、この掛け捨て保険である医療保険にはつきまとつてゐるわけでございます。国民の寿命が四十年あるいは五十年といった時代ならば、このような矛盾はそれほど露呈されないで今日まで来たわけでしょうけれども、今後八十歳というような年齢になんとなつて現在ではこの矛盾はますます拡大されていく、私はこういうふうに思つております。

今回の退職者医療は、これらの矛盾を少しでも埋め合わせようとする考えに出発したのかも知れませんが、退職した人々の医療費の約八二%でございまして、これに負担するといふ制度のようでございます。日本は欧米に比へますと決してまだ高齢社会ではありせん。まだまだ高齢者のパーセンテージはヨーロッパの先進諸国に比へますと低いのでございます。ただ、今後高齢者が急速に増加するといふことは確かでございます。こういったような急速に増加するに従つて、果たして現役の勤労者がいつまでこういったような退職し、高齢になつたような人の医療費を負担することになえられるのでしょうか。この点につきましても若干の疑問を持っております。

また、今後の制度を見ますと、同じ国民健康保険の中に、今度は七割と八割といふような給付率の違ふ方々を被保険者として混入するのでございします。これは非常に日常の診療にも混乱を来しますし、いろいろな点で一層この制度を複雑にします、こういうふうには思つております。したがひまして、これは強く反対せざるを得ないのでございします。

最後に、特定承認保険医療機関といふのによつと触れさせていただきますが、これはまだ今までの

審議の経過の中では余り討議されてないようでございますが、法文のみではもちろん内容が理解できません。しかし、今まで保険医療機関といふのは一本の制度でございしたけれども、今後こういう特定承認保険医療機関ですか、こういうものがまた別の一つの医療機関としてこれに持ち込まれてくるわけでございますので、私は、この法案審議の過程でもつとこれを明らかにしていただきたいと思ひ、またそれを希望するわけでございます。

いずれにせよ、これらの医療保険は、生涯を分断することなく、一貫した長期の保険としてそういったような体系を整えるために、制度の統合をすべきではないかといふことを重ねて申し上げたいと思ひます。今回の改正案にはこの統合への兆しすら見えないといふことが、私どもが全面的に反対する第一の理由でございます。

以上でございます。どうもありがとうございます。（拍手）

○有馬委員長 以上で参考人の御意見の開陳は終わりました。

○有馬委員長 質疑の申し出がありますので、順次これを許します。今井勇君。

○今井委員 お三方にそれぞれ伺ひたいと思いますが、今回はお一人ずつまとめて伺ひたいと思います。したがひまして、同じ質問がそれぞれに出るかもしれないと思いますが、それはひとつ御容赦を願ひたいと思ひます。

まず最初に、永田さんにお尋ねをいたします。四点ほどお尋ねいたしますので、お書きとめいただきましたかと思ひます。

国民健康保険をあなたはやつておられるわけですが、国民健康保険の方のお考えとして、全保険制度を地域保険への統合といふふうなことをお考えになつてゐるという話もありますが、そういう考え方であるとするならば、今回の改正案をどう評価されているのかといふようなことがま

ず第一点でございます。

第二点は、健保本人の定率一部負担の問題でございます。国保は七割給付を実施されているわけでありましたが、そういうお立場から、定率一部負担をする受診が抑制されるのではないかと議論もございしますが、あなたはどうかお考えになるのか。また、医療費の適正化という観点から定率の一部負担といふものをどう評価されるのかでございます。

それから三番目でございますが、退職者医療の問題でございます。退職者医療制度を実施する前提といたしまして、どうも国保さんというのは信頼が必ずしも十分でない。国保さんに任したのではどうも心配だといふ声も聞きます。これは間違つてゐるかもしれませんが、あなたはその道のエキスパートとしてどうこれに對してお答えをなさるのか、お聞かせ願ひたい。

それから四番目は、先ほどちよつと吉田参考人も言われましたが、退職者医療制度を実施することによつて、退職者と一般被保険者の給付率に差がでますね。保険者の立場からこれをどうお考えになるのか。

以上、大きく分けて四つございしますが、お答えを願ひます。

○永田参考人 お答えをさせていただきます。先ほど冒頭に申し上げましたように、理想的あり方としては、多元的な現行の医療保険制度の一元化と、そしてそれを地域保険によつて実施をしていく、こういうふうなことがこれからの医療保険制度の一つの方向ではないかといふこととお話しを申し上げたところでございしますが、今の状態でございますと、特に退職者医療制度が創設をされまふと、退職をした後の追跡管理がなかなかできないといふのが実情ではないかと存じます。したがひまして、退職者医療制度をスタートさせる場合でも、現在国民健康保険でそれぞれ把握をいたしておりますので、市町村が保険者となつてその把握の中に新しい制度が実施されていくことが最も好ましい、こういうふうにお考えしております。

それから、医療費の九割給付ないし八割給付によって受診が抑制されはしないかというお話しでございましたが、現に国民健康保険は七割給付、そして三割を窓口負担をしてやっておるところでございまして、むしろそのために、受診にいたしましても乱診がおのずから自粛をされていく、そういう効果が期待されると存じます。これは老人の無料化時代から老人保健法が創設をされました、その実施の中におきましても、むしろ、そういうようなことにおいて一部負担をすること、もう大手を振って受診ができるんだという声もあるくらいでございまして、私は、むしろ、受益者が一部負担をすることが正しい医療体制の確立にも貢献するのではなかろうか、そのように存じます。

それから、医療費の適正化の問題でございまして、私は、今の医療費の問題には非常に複雑な問題を含んでおると存じます。一部の先生方には、いわゆる診療報酬の点数が技術の評価などは現実的に全くマッチしてない、そういうような御意見もございまして、また一方におきましては、いろいろな新聞等で報道をされておりますようなことも、これは極めて特定されたごく少数の先生方がそういうような問題を引き起こすのではないかと存じますが、そういうようなこともあるのが現状でございまして、そういうことへの一つの襟を正す、あるいは受益者が負担をすることによって医療の内容がわかるわけでございますからして、それを通じて医療費の適正化ということへもプラスになるであろう、私はこういうふうに理解をいたしております。

それから、退職者の医療保険制度が充足をいたします場合に、国民健康保険と退職者医療保険制度の間の医療費の支給率等も、またそこへ差額が出てまいるわけでございますけれども、これは運営の中で十分消化できることと存じております。また、先ほども申し上げましたけれども、やはり受診をした者が一部を負担する、これは一つの地方自治の基本的立場からいたしましても、生活

そのもの、そしてそこから生ずるいろいろな経費というものは、地域住民が可能な限度の中において払っていくというような立場で、私は、むしろ、このような制度が充足をされるのが全体の医療保険制度の向上につながっていくものだ、こういうふうに理解をいたしております。

○今井委員 ちよと私の質問が悪かったのですが、実は退職者医療制度を今度国保でなされるわけですね。そうすると、お金を出す方が非常に心配をされている向きもあると聞くもので、すからちよと申し上げただけでございまして、一生懸命やっていただけ結構でございまして、そういう御心配のないようにひとつ頑張っていたくださうに希望をいたします。

次に、藤田先生にお伺いいたします。

先生は、一割負担のことについて随分お述べになりました。私も先生のお考えがわからぬでもありませんが、我が国の労働者の食料費、住宅費、教育費等が外国と比べて高い、これを相殺するのが本人の十割給付だというふうな意味をおっしゃったと思います。それで、最後に先生がちよとつけ加えられたのは、こういうことならば家族を七割から八割にするような見返りが必要だというふうにおっしゃったと思いますが、先生は、そういう条件があれば一割を自分が持つことについてイエスとおっしゃるのですか、それともだめだとおっしゃるのか、そこが一点です。

それから、全制度を通じて同じ給付割合にしよということは、やはりある程度の国民の皆さんがわかってくださる方向だと私は思うのです。もちろんそれには負担の公平がなければならぬことは当然であります、先生はそれについてどうお考えになるのか。

それからもう一つ、退職者医療についての御言及がなかったのですが、これについて先生がどうお考えなのか、簡単なコメントをしていただきたと思います。

○藤田参考人 お答え申し上げます。家族の給付を七割から八割に引き上げれば本人

の一割負担に賛成するかどうか御意見でございしますが、私は、やはり、保険の場合を考えますにも一つの家族全体として考える必要があると思うのでございまして。ですから、そういう意味におきましては、本人の負担が一割ふえるかわりに家族の負担が一割減るというところであれば、労働者もある程度納得するのではなかろうかというふうに考えるわけでございます。

それから、その一割負担ということなんでございしますけれども、この目的が、医療費の適正化を図りまして財政に寄与するというところでございします。そういたしますと、今どの時点で一番の問題があるかといえますと、やはりこれは全体ではなくて、例えば薬が大きい要因になっておりますので、すべてについて一割というのではなくて、例えばドイツとかイギリスなどで行っておりますような、特に対策の目玉として、そしてそれがまた医療の大型化をもたらししているという分野に限って自己負担という制度を導入することが、むしろ今回の目的に沿うのではないかと、いふふうに私は考えるわけでございます。

それから、五万四千円までというそのことにつきましても、例えば家族が三人おりましたと、それが五万三千円ずつであったという場合に、これを合わせますと十五万を超えるわけでございます。あるいは、一月は五万円であったけれどもまた翌月も五万円であったということになりますと、これはまた非常に大きな問題になります。本当に必要な人に十分な医療をという健保制度の趣旨から外れるおそれがありますので、私は、家族の累計額あるいは経月の累計額というふうなものを導入しなければ、負担ということにつきましても一概に、一割ならいいんだ、家族を引き上げればいいんだ、そういう考えではございせん。

それからもう一つ、二番目の御質問でございしますが、全制度に同じ公平な負担あるいは保険料、こういうものを導入するのが保険制度の趣旨ではないかということでございますが、これもフランスを除きましてヨーロッパ、北欧は制度がほぼ一

本でございまして、それから家族も本人も給付が一本でございまして。そういう点で私は、今回、二十一世紀の医療を考えるでありますか、長期の厚生省の案が出ましたけれども、全部八割に持つていく、そして制度間の公平を期すということは、将来の方向といたしましてはやはり正しい方向ではないのかと考えるわけでございます。

ただ、医療保険が、今は政管も黒字に転換をいたしましたし、それから四十八年から五十四年の累積も消したわけでありまして、労働者の協力があつたからというふうになったと私は思うのでございします。また組合健保が、赤字のところもありまして、平均すれば黒字を維持しておるわけでございます。これは、例えば保険料の決め方も、現在千分の三十五から九十五と、財政状態に応じて自分たちで決めるようにしているのだ、そして平均が千分の八十ぐらいになっているわけでございます。責任体制といえますか自己努力といえますか、そういうことをしてそして医療の合理化、効率化を図っているところにつきましては、みんな努力して節約すれば医療費の負担も少して済むというふうな、市場メカニズムといえますか、臨調などもそういう方針を出しておるわけでありまして、やはりそういうことが必要ではないかということでございます。

それから、退職者医療につきましては、これは結局標準報酬を引き上げました、それから一割の負担を導入しましてそれでつくったわけでございますけれども、労働者の連帯感ということから労働者も納得をしておりますし、長い間労働者はこれを望んでおったのでありまして、そういう点ではよろしいのであります、ただ本人としまして、今までの保険料が取られる、しかも市町村によって違う、またその費用は被用者と事業主から来るということで、結局退職者にとつてのメリットは七割が八割になるということなのでございまして、社会保障の一環としてやるのであれば、その責任者としての国もそういう任せつ切りではなくて、何らかの形のそのような責任者と

しての財政の負担をやはり示すのが筋ではないかというふうに私は考えます。

○今井委員 最後に、吉田参考人にお伺いいたします。

先生には四つほどお願いをいたしたいと思いましたが、まず第一点、確かに現在の保険制度が矛盾と不合理があることは私も認めますが、端的に申しますが、先生は保険医療制度についてどうすればいいとお考えになるのか、答えだけ聞かせていただきたいと思います。かつて医師会がおっしゃった案がございしますが、そういうものでいいのかどうかという点を端的にお聞かせいただきたいと思います。

第二点は、医療費の伸びの話を先生がなさいました。確かに鈍化をしております。薬価の改定もした、確かにそのとおりであります。それでは一体何もなくてもいいのかということにはなるまいと思っております。そういうときこそ長期の見通しをして、この際国民が負担できる程度の、いわゆる適正規模へ近づけるような努力を制度の改革も含めてしておく必要があると私は思っておりますが、それについての意見を聞かせいただきたいと思います。

三番目は二割負担、一割負担の話でございますが、政管健保には附加給付はない、確かにそのとおりでございます。そうすると、私がちょっと疑問に思っていますのは、政管健保に入れないといひましようか、例えば国民健康保険というのがあるといひましようか、先ほど永田さんからお話がありましたが、そういう方も全部所得が高いとは限らないわけでございますから、そういう方々に対しての比較はどうなんだろう。それは負担が違ふじやないかとおっしゃるのかもしれないが、そこらあたりについてのコメントをしていただければありがたい。

最後は退職者医療ですが、私は、先生おっしゃいますように掛け捨てというのはおかしいので、若い人も将来必ず年をとるわけですから、それを先輩方のためにあるいは自分たちが年をとったとき

に使えるようにするという、こういう長期的な見通しがあると思うわけです。それが今度の、サラリーマンのOBは現役のサラリーマンみんなで見ようじゃないかという発想であるように私は思うのですが、先生の長期的なビジョンということはどういうことを言っておられるのか。今井の考えが間違っているとおっしゃるならそれで結構でございます。端的にお答えいただきたいと思います。

以上です。

○吉田参考人 まず最初の保険制度をどうすればいいか、こういうことでございしますが、簡潔に言いなさいということですから、日本医師会としては、昭和四十三年に、そういうような三本の柱というところで、地域国保とそれから産業保険と老齢保険、こういう考え方をしております。基本的にはその考えでございします。現在の医療保険も統合すれば、その統合への道のりというものは簡単ではない、私どもはこういうふうにしておりま

すが、しかし、その最終的な目標としてのそういう統合への方向ということができれば、そういう矛盾というものは解決するだろう。ただ、そういう統合論というのは今と非常に飛び離れた一つの感覚を持ちますので、これをいきなり右から左にやってみることは、これをいかなる

の実現には私はある程度の疑念を持つわけです。しかし、その方向で一步でも二歩でも出していかなければならないことは医療保険の改革はない、私はこういうふうにして思っております。

それから、伸びが鈍化したから何もしなくてもいいか、こういうお話しでございますが、私どもから見ますと、薬価基準の切り下げも大変物すごいことをやったと思っております。前前から技術料の適正な評価ということを言われております。しかし、いまだに技術料は適正に評価されておらず、私どもは思いません。先ほど参考人の中からお話がありましたように、外国の医療費なんていうのは物すごいものでございす。こういうようなものと必ずしも単純比較し

るとも今の人間を扱っている健康保険は、こんなことを言っていると怒られるかもしれませんが、ペットの診療料より大分安い現状でございまして、そういうことがありながら、なお一方では薬価基準の一六・六%切り下げというのは、私は物すごい乱暴なやり方ではないか、こういうふう

に思っております。ですから、国民の所得あるいはGNP、こういったようなものの伸びと少なくとも並行したいという考え方は、いろいろ今までも国会なり厚生省にもあったようでございますが、それはそれとして私はある程度うなづけるの

でございます。ですから、今日の、一兆円が毎年増高するという基礎理屈の中で打ち立てられてい

るような改革では適切な改革ではない、私はこういうふうにして思っている次第でございます。

それから、その次の三番目は何でございしたでしょうか。(今井委員「二割負担」と呼ぶ)この一割負担がいゆる国保の方にもという意味ですか。ちょっと申しわけございませんが……

○今井委員 先生は、組合健保は附加給付があるから戻ってくる、政管健保はそれがなければ、要するに低所得者に全部しわ寄せするんじゃないかとおっしゃったと私は理解しております。だとするならば、国民健康保険の中にも、例えば一人二人雇用している場合には国民健康保険に入らざるを得ない人もあるわけですね。そういう人たちは三割持っているわけですね。そうすると、それとの関係で、先生は今の一割負担とか二割負担というのをどう考えられるかということでございます。

○吉田参考人 私は、国保の方の負担をせざるを得ないような状態になっている人は大変お気の毒だと思っております。ですから、国民が等しく公平な負担をするような方向に持っていくべきであつて、国保が負担しているから政管の貧しい人も負担してよろしいという理屈にはならないと私は思っているのです。ただ、こういったような社会

保険でございますから、先ほど申し上げましたように、若干所得の高い層の方が税金と同じよう

にその負担率が高いというのはやむを得ないと私は思っております。いわゆる国保にしろ保険税という名前をつけるぐらいのところもあるわけですから。しかし、この附加給付があるために今回一割なり二割なりという負担は、これは全く逆でございまして、政管健保の本人だけにかかっちゃうわけでございます。これは政管健保の人は国保を見なさい、それでよろしい、そういうふうにはならない、私はこういうふうにして思っております。

それから掛け捨てでございますが、こういったものは、私も先生と同じように不合理だ、こういうふうにして感じているわけでございます。この長期的なビジョンについては、いろいろ議論がもう既に健康保険については二十数年もされてい

まして、なおできないというのが現状ではございすけれども、一步でも二歩でもこれを統合化していく方向に持っていくことによって、何分の一かずつの不合理は是正されていくんじゃないか、こういうふうにして思っているわけです。ただ、今回の案にはそういうたものと逆行するような矛盾点がある、むしろ不合理さは拡大してしまうというふうな部分もあるんだ、こういうふうに申し上げたわけでございます。

○今井委員 吉田先生、もう一問だけ。

最後の負担の話でございますけれども、先生は端的に、負担というのはやはり税制度を通じて同じようなものにしたらどうだ、あるいは給付も同じようにしたらどうだということについては肯定されますか、否定されますか。

○吉田参考人 肯定いたします。

○今井委員 ありがとうございます。これで終わります。

○有馬委員長 村山富市君。

○村山(富市)委員 きょうはお忙しい中を御出席いただき、貴重な御意見をお聞かせいただきまして、ありがとうございます。

限られた時間ですから、それぞれ端にお尋ねを申し上げたいと思うのですが、まず最初に永田参考人にお尋ねいたします。

退職者医療制度というものは、それぞれの関係団体から長年要望もあつてつくれた制度だと思ひます。ですから、制度そのものについては余り反対はないのじゃないかと思うのです。ただ、この退職者医療制度がつくられることによって、国保に対する国庫負担が二千三百五十五億円削減をされる。同時に、補助率が、従来の医療費ベースに対して四五％というのが給付費ベースに対して五〇％、それを医療費ベースで直しますと三八・五％になって、額で申し上げますと千五百四十四億円ばかり減になるわけですね。これだけ退職者医療制度をつくることによって負担が軽くなる、その軽くなった分に見合つて国庫負担を減らすということになるわけですね。これからの医療費の動向などを見ましても、これは今度の医療保険の改正があつたにしても五十九年度は二・五％ですが、これは厚生省が出した資料ですけれども、六十年年度には五・九％、それから六十年年度には五・三％、さらに六十二年には六・三％というように上昇していく、したがつて医療費は膨らんでいく傾向にあるというふうに見られているわけでありまして、今回の国庫負担の削減、補助率の改正が、これからの国民健康保険財政にどのような影響をもたらすとお考えになりますかというのが第一点です。国民健康保険財政が苦しくなれば、先ほど来お話しがございましたように、一般会計からの繰り出しをふやすか、あるいは保険税を上げるか、国庫負担をふやしてもらうかしかないわけですね。そういうことも含めて御意見があればお尋ねしたいと思うのです。それが一つです。

もう一つは、これは先ほど御意見があつたのじゃないかと思うのですけれども、退職者医療制度をつくることによって、国民健康保険加入者の中に、従来の国民健康保険のままの適用を受ける人と退職者医療制度の適用を受ける方が生まれるわけですね。そうしますと、同じ年齢世代で、同じ保険税を負担しながら、国民健康保険の方の方は七割給付、退職者医療制度に入っている方は

八割給付、同じ保険税を負担しながら給付に格差が生ずれてくる、そういうことについてどううにお考えになっていきますか。

それから三つ目は、現在でも国民健康保険税に最高で年額五万七千五百三十三円、最低で五千八百四十八円という大変な、十倍近い格差があるわけですね。これは同じ国民として、給付を受ける条件は同じですから、したがつて保険税の負担にこれほど大きな差があるというのではやはり問題ではないかというふうに思うのですが、それはむしろ国の負担をふやしていただく、財政調整をもっとやっていたらどうかという方法も講ずるなりして、負担の公平を国民健康保険制度自体の中でもやはり図っていく必要があるのではないかとこのように思ひますけれども、こういう点についてどううにお考えになっていきますか。

その三点をまずお尋ねいたします。

○永田参考人 いただいた御質問にお答えいたしますと存じます。

これは御指摘になりましたように、今度の改正案の中では、国保に対する国庫補助率を四五％から三八・五％に減額をする、そして厚生省の説明によりますと、今度の改正案の全体を通じて、国保の財政負担がそれだけ減少するのであるが、これは被保険者の保険料あるいは保険税の増加には絶対ならない、こういうような説明を受けておるところでございます。私たちは厚生省、国のそのような説明を信頼いたしまして、必ず被保険者の負担増にはならない、こういうようなことを前提にいたしまして、もちろん国に對しましては、そういうようなことが絶対に負担増にならないように強力に要望をいたしておるところでございます。

それから、退職者医療保険制度が発足した場合に、同じ国保の中にありながら、国保の同年齢者とそれから退職者医療保険制度の者と給付率が違ふ、これはどう考えるか、こういう御質問であつたように存じますが、私たちは、一つの大きな目標への前進というふうな受けとめておりますし、

それからまた、今の国民健康保険制度の持つ構造的な大きな矛盾の中におきましては、退職者医療保険制度の創設はもう焦眉の急の問題である、このように受けとめておるところでございます。実際の運用の面におきましては、その間の格差は十二分に説明しながら適正に対応できる、このように考えております。

それから、国民健康保険税あるいは保険料間の格差が大きいについてもどう考えるか、こういう御質問でございますが、今のところそういう格差はございますけれども、要は所得能力あるいは資産能力、こういうようなものに依りまして一つのランクを設けて課税をしておる段階でございます。そして、もちろん被保険者の間には若干の不満もあるうかと存じますけれども、今の制度そのものは各市町村におきましては大体議会の議決を通じて了承をされておる、こういうふうに理解をいたしておるところでございます。

○村山(富)委員 五十九年度の計算をすればその程度で済むかもしれませんが、年度を追うごとに退職者はふえていくわけですから、したがつて医療費全体も膨らんでいく、そういう見合ひの中で、果たして厚生省の言うことが信頼できるかどうかという心配があるのじゃないかと思うのです。そういう意見を私は申し上げておきます。

それから藤田先生にお尋ねしたいと思うのですが、藤田先生は冒頭に、今回の医療保険の改正は、六千二百億円の国庫負担を削減するために、むしろ財政対策としてなされておるとおるところに問題があるというふうな御指摘になったわけですね。私もそのとおりだと思ひますが、その財政対策の一つの手段として、本人の二割負担なりあるいは二割負担という定率負担が導入されてきたというふうな思ひなればならぬと思うのですが、特に定率負担になったということは、先ほどお話しもございましたように所得の低い層に大きな負担になる。同時に、長い患いをするような重病人に負担が多くなつていく。こういう点から考えてま

いますと、所得の再配分をするという憲法で言われる社会保障の理念からすれば、今回のこの定率負担の導入というものは問題があるのではないかとこのように思ひますが、その問題に対する先生の見解をお尋ね申し上げたいと思ひます。

それからもう一つは、先ほど御意見もありましたけれども、退職者医療制度について、むしろ退職することによって所得が下がる、しかも罹病率が高い、それだけ負担もふえていくというだけに、所得再配分機能としての国庫負担を導入するのが当然であり建前ではないかというふうに私は思ひます。お尋ねを申し上げておきたいと思うのであります。この点につきましては、医師会の吉田先生にも同時に御尋ねをしたいと思ひます。

○藤田参考人 お答えいたします。

今回の一割負担あるいは標準報酬月額額の引き上げ、考えてみますと、これは国保に対する負担減の二千三百億を軽減するといふものに見合ひ分ではないのだからかというふうな考えられるわけでございます。そういうことで、例えば非常に大幅な標準報酬月額額の引き上げがあるというふうにも考えられるわけでございます。やはり最初にも申し上げましたように、保険の本来の趣旨からさかのぼつて考えるように今後再検討する必要があるというところでございます。

それから、確かに退職いたしますと所得も下がりますし、それから、今までの労使折半より本人の国保の負担率も高くなるわけでございます。そういう点でやはり、長年社会のために貢献をしてきました退職者を遇する道としては、国庫補助が全然ないというところは問題ではないかというふうには私は考えます。

○吉田参考人 第一点の、要するに厚生省の今回の案は六千二百億の一つの国庫支出金の補助金の削減のためにやったのではないか、こういうことですが、私もそう思ひしております。実際に数字的な合算だけではないか、こういうふうな思ひしております。

それは従来とも、こういうような政策を出す場合には当然お役所としてもいろいろな推計をしていっていると思いますが、今までの日本の例からいいますと、給付率を改めて引き上げていったという歴史は何回かあるわけですが、このときのいわゆる推計をする一つの方程式は、たしか昭和十年ごろにできました長瀬指数の変式でございますが、これを使っていると思うのでございますが、これは給付率を改善するときの指数でございますから、引き下げるときに当てはめるといふのも随分おかしいことだと思ひます。ですから、数字的根拠は極めて薄弱なものではないかと私は思っております。

それから、次の定率にした場合でございますけれども、これは先生が言われたとおり私も全く同感でございます。低所得者の方に大負担がいく、それから長期の疾病にかかる人にはどうしても負担がいく。いわゆる社会保障としての所得再配分機能というものは全くと逆行するのではないかとすることは、同感でございます。私もそう思っております。

以上です。

○村山(富)委員 時間もございせんから、最後にもう一点、吉田先生にお尋ねをしたいと思ひます。

今回の医療費の改正に当たりまして、国民医療をどう正しくつくり上げていくかという観点からいろいろ御心配をいただき、御努力をされていくことにつきましては心から敬意を表します。

そこで、お尋ねをしたいと思ひますけれども、先ほど先生から強く要請をされた薬価基準の引き下げとの関係です。医療費を適正にしようという考え方には、それぞれ皆さん中身は違つても期待するところだろうと思ひます。最近のように薬剤が三〇%、あるいは検査、注射料を含めずと半分以上になるようなあり方についてはやはり問題があるのではないと思ひますし、同時に、午前中の審議の中でも検査づけとか薬づけとかいうような意見もあつたわけですから、そこで、

薬価基準を下げる見合いとして、例えば診療料等にもっと正当に評価すべきではないか、言うならば技術料をもっと正当に評価すべきではないか、こういう御意見があるわけですね。技術料というものを一体どのように評価すればいいのかわか、その技術料というものは一体どういふものなのかという点について、もし御意見がございしますればお聞かせいただきたい。

それからもう一つは、医療費を適正化するにしても、保険制度の本来の目的というのは、やはり公平にいい医療を提供するというのが目的だと思ひます。そういう場合に、最近のようにあちこちで不祥事が起こつたりなんかしますと、医療に対する国民の不信と不安というものが募つてきて、まじめに一生懸命やっている医療機関には大変御迷惑をかけているのではないと思ひます。そういう傾向があることは否めないと思ひます。そこでどうしても、患者の皆さんは、いい医療機器を備えた病院、あるいはスタッフのそろつた病院等々を選択する。ですから最近の傾向を見ますと、大病院や大きな病院に患者さんが集中する、という傾向がだんだん強まつてきています。そういう状況は、逆に言いますと検査づけ等の要因になつておるのではないかと思ひます。むしろ最近の傾向としては、もっと診察なんかを大事にする、そして患者と医師との信頼関係、日常のつながりといったようなものが期待されて、そして平素から健康管理や健康指導をしてもらえる、健康相談に応じてもらえる、そういうお医者さんというものが要請されておるような状況にあるのではないかと思ひます。そういうことも含めて、今の医療機関のあり方あるいは医科大学における教育のあり方等々について、もし御意見があればお聞かせをいただきたいと思ひます。

○吉田参考人 まず第一点の技術料の評価でございますが、これは、これが一番よろしいという方法がはよつとなのじやないか、こういうふうに私は思っております。これはどの国でも大変苦

慮しており困つておる所でございまして、必ずしも年限でやるのがいいということもないし、あるいはまた学歴でやるのがいいということもないやうでございまして、この点が、技術料の評価というやうな簡単な表現をいたしましても、我々自身も大変苦慮しているところでございまして、ただ、いろいろな卒業後の医師の研修の制度と申しましようか、勉強する機会と申しましようか、これは現在でも医師会がこれに一生懸命取り組んでおるやうな状態でございます。もちろんこれですべてのことが一〇〇%よくいっているとは思ひません。でもそれだけに、技術料の評価というのは、先ほど申し上げましたように正確無比にできるというやうな第一義的な評価法はないだらう、こういうふうに思っております。どうしてベターという方法でもって評価していく以外にはないのではないかと。あとは、日本の場合には患者さんがある程度選択をする。医療機関を選択するのは患者さんでございまして、イギリスやソ連とはちよつと違います。そういう制度が残つておることによつて、若干のやうな評価的な要素も含まれるやうに今後の医療制度を進めていくべきではないか、こういうふうに思っております。

第二点の、医療に対する国民の不安感と申しましようか、そういうやうな問題に對しましての考えでございまして、昔は医療というのは、私たちが学校で、私は卒業は戦後でございましてけれども、その当時でも医療の形というのは、医者が患者さんと相對していたわけでございます。それで診察していただけたわけでございます。現在、いろいろな技術の開発とか器械の進歩によりまして、医者と患者の間にも一つ器械が加わつてきたといふのが現状でございます。ですから、どうしても患者さんは、間に器械があつて、医者にはもろ見えませんし、器械にしか見えないけれども、今までより以上の正確ないろいろなデータをそれがはき出すわけでございます。そういうやうな一つの、医療のあり方そのものの形態が非常に變

わつておるやうなことが、患者さんの方の立場から見ると診察というのが意識にちよつと薄いのではないか、こういうふうな思ひます。医者の方から見ますと、年じゅうやういふやうな器械を見ておりますし、それから医療関係従事者というのもおありまして、そういうやうな方々も一つのチームとして私どもは見えておりますし、ところが患者さんから見ますと、やはりいろいろ話をすると、医療でございまして、そういうやうな点の形態の変化というのに対してどうして不安感がつきまとうのではないかと、こういうふうに思っております。ですから現在病院志向ということが言われます。確かにそういう面もあるのではないかと思ひますが、そのかわり、病院志向ということでだんだん統計的にやういふやうな方へ医療費が注がれてくるのと並行して、医師あるいは医療に對する不信感も同じぐらいの速度でふえておるやうなものが現状でございます。そういったことに關しましては、当然医療機関としてもあるいは私ども医師会としても、こういうことと心の信頼感というやうなものに對する回復は十分に感じております。

ただ、ここで、今後の医療というものを考えますと、どうしても最も必要なのはやはり健康教育だろつと思ひます。こういう健康教育というものの對しましては、従来とも、自治体にしろ健康保険にしろ、そういう費用を負担するやうなことは我が国にはございせんした。やれば、医師は大体無報酬でやらざるを得ないといふやうな状態になつてきたわけでございます。今日、老人保健法あるいはその他のいろいろな健康事業というやうなもの、あるいは健康管理システムというやうなものが開発され、また進歩してきております。そういう中で、やはりこういった健康教育が非常に重要な部分を占めるのではないかと、こういうふうに感じております。

以上でございます。

かちよつと見当がつかないのですけれども、先ほど吉田先生からも、特定療養費の問題について御意見がありました。私も素人によくわからないのだけれども、特定の医療、これは知事が承認した医療機関、あるいは厚生大臣が認めた特別のサービス、特別の材料については一定の額の保険給付を行うということになったので、一面いいように見えますけれども、歯のつけ方、あるいは扱い方によっては逆に、保険診療と自由診療の扱いというものが、大きく自由診療が広がって行くという方向があるわけではなないかという心配をされている向きもあるわけですから、時間もございませんで、端的にお答えをいただきたいと思います。吉田先生と藤田先生、御意見があればお答えください。

○吉田参考人 特定医療機関に関しては、特定療養費という名前になっておりますけれども、これは実は法文だけしか私も見ておりませんし、保険局長が社労の第一回のときにたしかお答えになったと思うのでございませうけれども、こういったものの基準なりあるいは内容等については中協に諮る、こういうふうになされておりましたが、大体、今の中協は医師ばかりじゃございませんで、医者は中協の中で何分の一かでございますから、中協でお諮りになっても本協にそういうことができるのかどうか。私自身も中協の委員なのでこんなことを言つては申しわけないのでございませうけれども、ほかの方々とそういった作業をそういう場でやることの結果として適当なのかどうか、ちよつと危ぶんでいるわけでございます。

それと、いわゆる先進医療と申しませうか、そういったものと、現在もう既に普及度が高まっている医療と申しませうか、そういったところと一つの線を引くというのは、医療の場合にはとても難しいというところがございます。同じ病気で千差万別でございませうから、そういったことが果たして可能なかどうか、むしろ私もが皆さんに御意見を伺いたいと思つていろいろござい

います。
以上でございます。

○村山(吉)委員 済みません。もう時間が来たものですから、結構でございます。どうもありがとうございます。

○有馬委員長 河野正君。

○河野(正)委員 残り時間ですからあれもこれもというわけにもまいりませんので、基本的な点をお尋ねして御見解を承りたいと思ひます。

そこで、藤田先生が御出席でございますし、またお答えの中で社会保障という問題等が出てまいりましたから、ここで一言、先生に基本的な点についてお尋ねをしておきたい、こういうふう

に思ひます。
それは、何といつても今度の健康保険法の改正というものは抜本改正だと私は思つておられます。とにかく新しく定率の負担を導入するわけですから、いさくも今度の改正というものは抜本改正だと思つておられます。そこで、こういう抜本改正を実施しようとする政府が、社会保障審議会あるいは社会保障制度審議会に実は諮問をした。ところが、諮問はいたしましたけれども、とにかくしやにむにこの国会でこの健康保険の改正をやつていこうという政府の野望があるものですか、社会保障制度審議会あるいは社会保障審議会において十分な議論をする余裕も与えないでこの答申を受けた。これはそれぞれ二つの審議会から答申がございませうが、その中でも明確にそういう問題に対して批判が行われているわけですね。

そこで、先生はお答えの中でさつとお触れでございませうけれども、今の日本の社会保障、社会福祉、私はこういうものは基本的に日本国憲法の二十五条の二のところにございませう。二十五条の二のところにございませう。健康で文化的な最低限度の生活を営む権利が保障されている。後段は、国は、日本国の社会福祉、社会保障の充実に努むるために努力しなければならぬ、こういうふうな書いてあるわけですね。ですから、二十五条の前段を見ましても後段を見ましても、日本の医療保障、

社会保障の方向というものは、そのときそのときの財政事情によつて多少紆余曲折はあると思うのです、あると思つても、そういう憲法二十五条の精神というものがやはり中軸にならなければならぬというふうに私も思つておられます。ところが残念ながら、両審議会が答申いたしましたように、十分の討議もしないまま諮問に対する答申を受けて、そしてこの国会でしやにむに、国会を延長してでもやり遂げていこう、こういう社会保障に對します考え方、この理念というものが少間違つていっているのではないかと私は常日ごろ思つておられます。

かつて国会の中でも、皆保険制度ができません程の中で、今後日本の医療というものは、医療保障制度でいくのか医療保険制度でいくのかという議論が、非常に華やかに展開された時期もございました。やはり、国民の一番大切な健康を守る健康保険法というものが九割給付、八割給付とどさくさ紛れで改正されようということについて、私はいさか、中身についてはいろいろあるけれども時間がございませうから申し上げませんが、そういう点において異論を持つて一人でございます。そういう意味で、ひとつ学者としての藤田先生の御見解をこの際承つておきたい、かように思ひます。

○藤田参考人 お答え申し上げます。

私も、社会保障審議会と社会保障制度審議会の今回の改正についての答申を讀ませていただきました。両方とも、非常に短期間で、十分な審議をする時間が与えられなかったということにつきまして大変な不満を表明しております。今後再びこのようなことを繰り返さないようにと歯どめをいたしております。

まさにこれは、まず医療保険制度そのもののあり方を長期的な観点から検討いたしまして、その上で財政措置がどうであるかという検討になるのが当然のことでございます。六千数百億円の財政を浮かせる、そして厚生省のマイナスイノベーションのほとんど全部を医療で見るようなそういう無

理というものは、今回のいろいろな制度にも、負担を初めといたしましてあらわれていると私は思つてございませう。ただ、基本的には、老人医療保健法の成立に続きまして退職者医療保険制度というものが成立したということは、長期的な日本の保険制度の進むべき方向を示しているという点で私は評価をいたしておるわけでございます。そうなりますと、もう長期的な検討もされておるわけでございますけれども、抽象的でございますし、それをどういふふうにするのかということになりますとまだ私は十分に承知していませんのでございませうが、やはり健康保険はいつでも、だれでも、どこでもということが基本であり、そして所得に関係なく平等な給付を受ける、そして負担も原則として日本の国民として平等であるという基本、そしてそれは、ただいま憲法二十五条を引用されましたように、文化的で健康な最低生活を維持するに足るという、それがやはり何といひましても、いかような財政危機に陥りましても、その線だけは破つてはいけないうるべき線であるというふうに私は考えるわけでございます。

そこで、理論的なことについては別といたしまして、一つだけ言ひますと、いつでも、だれでも、どこでも、そして平等に同じような給付を受けるということから言ひまして、国民の中で、健康保険の給付ではかの制度の人が受けておりますのに、まだ受けてない人と一つの給付があるわけでございます。実は先日床屋さんに参りまして、その床屋さんが胃潰瘍だといふのでありますけれども、家族を養ふなければならぬし、店を休むわけにいかない、だから医者に行きたいのだけれども行けない、こういうことを言われたのであります。それで考えてみますと、確かにほかの制度には傷病手当が支給されておりますのに、国民健康保では傷病手当というものは任意給付でございまして、この床屋さんのように金の問題のために、要するに生活のために床屋を休めないうということがあるわけでございます。私はそういう意味で、きょうは、まだ給付が欠落しているこの傷病手当金制

度を国民健康にもぜひ何とか導入していただきたいというをお願いしたいと思ひます。

以上でございます。

○河野(正)委員 時間がございませんで、今度は日本医師会の吉田先生にお尋ねをいたします。今度の改正案を見て、また私もいろいろ質問等を重ねながらそこでだんだん明らかになってまいりましたのは、今藤田先生にもちょっと所見をお伺いしたましたが、そういうような理念ではなくて、とかく今の医者は乱診乱療だということですね。それに時を合わせたように宇都宮の事件とかいろいろな事件が出てまいりました。そういうことで、この際何とかして健保の改正をしなれば、浜の真砂ではないけれども、こういう問題は後を絶たないと思うのです。信賞必罰ですから、悪い連中はそれぞれ嚴重に処分していただくのは結構だ。しかし、大部分の医師はまじめな医療行為をやっているわけですね。

そこで、医療というものは、私は一つには健全な医療経営、そして一方では被保険者の、この二つが両々相まって日本の医療というものが進歩していくと思うのです。医療がひっくり返って、あすは倒産するかも知れぬという状態になっておって、まともな医療が行われるはずがないですね。健全な医療経営と健全な国民医療がちょうど車の両輪のごとくになって、これが等しく同じように回転しなければ日本の医療というものは前進することはできない、こういうふうに思ひます。

そこで、今私どものところにも、今の健康保険法を廃案にしてほしいという陳情がたくさん来ております。これは主として被保険者の方から来ておるわけですね。ということは、このことは結果的には今の医療経営に対して言えることだと思ひます。日本の医療の将来に対して国民が非常に不安を持っておるということは、結果的には今の医療経営にもそういう不安がつきまといつておる、こういうふうに思ひます。残念ながら、今まで医者は仁術ではなくて算術だと言われまわりました。ところが、私はむしろ今の厚生

省の方が算術じゃなからうかと思ひます。日本の社会福祉というのが常に揺れ動いておるわけですね。財政がちょっとよくなると少し前進する、財政が悪くなると少し後退する。今はいよいよ全部後退する時期が来ておるわけですね。そういうことが日本の医療の基本であつてはならぬ。先ほど藤田先生からもおっしゃつたように、財政事情がよからうが悪からうが、いろいろあるうけれども、そのことを参考にしながら、やはり日本の医療はかかあるべきだという筋は一本通していかなければいかぬと思ひます。

そういう点では、正直言つて例えば薬価基準の問題、いろいろあります。私も言ひます。と、薬価基準を実勢価格に連動させるのは一つの筋でしょう、ですけれども、それと対応して医師の技術料をどう評価するか、この点がほとんど議論をされないですね。先般歯科医師会でアマルガム合金を不正に買い込んで問題になった。やはり歯科医も同じことですね。材料費は保険で認めて上がつていくのです。ところが技術料は上がらない。だから、やつていいことではないけれども、ついそういう方向を求めていく。医師の場合も、不当請求とか不正請求とかはあつてはならぬと思ひます。それはそのとおりだと思ひます。そのとおりでございませうけれども、その際考えなければならぬのは、医師の技術料を適正に評価するということですね。不正をしてはいかぬことはそのとおりですが、適正に評価する、そして不正もななくしていく、こういう議論がなされなければならぬ。しかし、残念ながら、日本医師会があつておるから知らぬけれども、国会の中の議論はほとんどありません。ですから日本医師会としても、国民の健康を守るのには開業医ですから、国立病院はありますけれども、そういう意味で、医療というものがどう正しく推進されるか、それをするためにはやはり技術を適正に評価させて、そして安心をして正しい医療、国民の健康を守るために邁進する、そういう主張というものが積極的に展開されなければいかぬ時期が来ておるのじゃないか

か、私はこういうふうに思ひます。私は、余った時間なものですから持ち時間がございませんで多くを申し上げませんが、その点についてひとつ吉田先生から率直な御見解を承つておきたいと思ひます。

○吉田参考人 今御意見がございましたように、技術の評価というのは大変難しい面もございませうけれども、私もかねがね主張しているところもございませう。ただ、非常に技術差というものがございませうから、その技術差を評価するというのが非常に難しい、こういうことでございませう。平均的な技術料だけで評価するのであれば、それは比較的作業としては易しいのではないかと私は思つております。やはりできるだけそういう技術に対する技術差というふうなものにまで及ばない、こういうふうな日本医師会としては考えておりましたので、そういう点については、主張するものがそれほど厳格な点にないという印象は受けるかも知れませんが、私もやはり技術評価というものを曲がりなりにもやつていたきたいというところで今日まで来たつもりでございませう。ところが、今の点数をだらりになりまして、もすべて物に絡んでいく点でございませう。診療して患者さんにいろいろ細々と一時間指導しようとして二時間指導しようとしてそれは一点にもならないのでございませう、その点にやはり一つの問題があると私は思ひます。

それと、薬の問題もこれと非常に絡み合つていゝるわけですが、現在、薬価基準は実勢価格と引き離すのは当然じゃないかという議論が巷間あるわけでございます。私たちが薬を飲むのは、一日に二錠とか三錠とか三種類ぐらゐ二錠ずつ六錠とか、そういう数でございますが、薬屋さんが販売している実際の実勢価格に反映していません。包装というのは、現在は百錠なんというのはいないのです。大体一万錠とかもつとひひのは十錠とか、こういう数でございまして、これの金額を算術で割りました一錠当たりの金額、これが薬価基準の金額でございませう。そうしますと、

では医療機関は一錠当たりの金額でこれを購入できるかというところまでございませう。みんな一万単位とかで、少なくとも千単位以下の錠剤なんてございませうから、そういうところから実勢価格と割離しているという簡単な表現がありませうけれども、実際に医療機関は、そういう小包装を確保してもらいたいというところは常々厚生省にも申し入れておりますし、厚生省もそれなりの努力はしてくれてゐる、こういうふうな思ひます。が、残念ながら、業界がなかなか協力されないのかどうか、そういう実情になってこない、こういうふうな思ひます。

今後の問題といたしまして、私も、限りある資源でございませう、財政にも限りがあるわけでございますから、その中で効率よくやつていくためにはいろいろ工夫も必要だと思ひます。また、それだけに、今後できるだけ薬から切り離された診療報酬の体系というものを、これは重要な一つの柱ではないかと思ひます。これは、正当な技術評価というふうなものをぜひ推し進めていただきたいと思ひます。

ところが現状は、薬価基準を切り下げたけれども、技術評価とはこれは別物ですと言ふ。これは確かに別物です。ですけれども、上げませんという理屈はおかしいと私は思ひます。この何年間かずっと人事院の勧告等もございまして、人件費の方は年々増高しておりますけれども、医療機関の方の実質的な収入増は昭和五十六年から全然ございませう。三回これを改定をしておりますけれども、実質的には全部下がつておりますから、そういう点もぜひ考慮していただきたいと、我々は常々厚生大臣等にもお願いしておるところでございます。今後は技術の評価という点に向かひまして私も謙虚に取り組んでいきたいと思います。こういうふうな思ひます。

○河野(正)委員 これで最後です。今お答えをいただきましたが、そういういろいろな悪弊というものがあり、医者は薬でもうかるとかもうかぬとかいうようなことからのいろいろな議論がござい

ます。先般も委員会で論及いたしましたけれども、そのために、結果的には薬剤の第二市場といえますがブラックマーケットといえますか、そういうものが今ずっと横行してきて、とにかく安ければよいというようなことで、これはいろいろと議論のあるところでもございます。ひとつ日本医師会も、悪いところは改める、いいところは太い主張してもらおう、この両面で頑張っていたきたいと思います。

時間もございせんから、これで終わります。

○有馬委員長 平石磨作太郎君。

○平石委員 本日は、三人の参考人には大変お忙しい中を時間を割いていただきまして、心から御礼を申し上げます。私の持ち時間は二十二分ということで非常に短時間でございすので、できれば簡潔にお答えをいただきたい、こう思うわけでございます。

まず、永田先生にお聞きをいたしたいのですが、参考人は先ほどの陳述の中で、国保の保険料負担はもう限界を突破しておる、こういうお話しがございました。こういう状況の中で国保の運営をなされておられるわけですが、今回の退職者医療が創設されて、含まれております退職者が疎開をする、そしてその医療費負担の軽減が行われるというところで、これは一応制度の建前から言いますと、なるほど厚生省のおっしゃるとおり、それだけの軽減が図られるわけであってそのために国庫負担の切り下げが行われる、こういうことでございす。前回も老人保健法が別建てになりまして疎開がなされたわけですが、そういう実績等をも含めて、今回の退職者医療が行われることによつてそのものが保険料にはね返らないのか、おっしゃるとおりにはね返らないと見ておられるかどうか、ひとつお聞かせをいただきたいと思うわけです。

それからもう一つ申し上げたいことは、退職者がいない過疎地域、田舎の方では小さな保険でやっておりますが、そういう弱小市町村における退職者のいない国保、これも同じく四五%から

三八・五%に減額をされるわけなんです。そういうところはもう結局財政負担がふえてくるということに相なるかと思うわけでして、当然そこでは保険料がアップせざるを得ないというようにことに追い込まれるというおそれがございます。そういうことをもひとつお考えをいただきたい。

それからもう一つ、三十六府県が今回の改正については反対決議がなされておるということをお聞き及びありますが、今参考人の方は、この保険法をぜひ成立をさせてほしいというお話しがございました。この反対決議についてのお考えはどういうお考えか、ひとつお聞かせを賜りたいと思うわけです。

それからもう一つは、今回の改正によりまして、国保の中には七割、八割という給付の同じ被保険者でありながら同居することになってくるわけですが、七割のいわば自営業者といった方はこれを八割に引き上げるといふことについて被保険者としてどんなお考えがございすか、ひとつ簡単に聞かせをいただきたいと思うわけです。

○永田参考人 退職者医療保険制度の発足による国庫補助の減額、それから退職者医療保険制度そのもの、これが被保険者の負担増につながる心配はないかという御質問でございす。私たちが今のところ、厚生省のそういうことは絶対しない、これを信頼するよりほかはないわけでございす。また、こういうような大きな抜本改正への前進をしていただく場合には、国は当然こういう問題に對しまして被保険者の負担がふえないような措置を講じてくれることを確信いたし、また要望をいたしたい、このように考えておるところでございす。

それから、都道府県議会で今度の健保法の改正案に対するいろいろな決議が行われておるようございまして、私たちも新聞等を通して拝見いたしておるところでございす。御承知のように、市町村が直接国民健康保険の被保険者となつてこの保険の運営をやっておるところでございす。

が、市町村の現場における一つの健康保険の改正案に對する考え方といたしましては、国保に對する国の補助率の低下、こういうようなものを通じて保険負担の増加にならないように、こういうことであるならば、この改正案は抜本改正への大きな突破口であるからぜひ実現をしてほしい、このように考えておるところでございす。府県の議会のそういう決議等に対しては、第一線の市町村としましては、しかも国民健康保険の被保険者といつたしましては、むしろ今回の改正案に大きな期待をかけている、これが現状でございす。

それから、退職者医療保険制度が実施されて、そして退職者医療保険制度の加入者だけが八割給付、そして国民健康保険本来の給付は七割給付、この差額が今度出てまいりますことは大きな問題だと存じております。大体、国民健康保険の保険団体といたしましては、これまで国に對しましては保険給付の引き上げを要望してまいつたところございまして、むしろこういうような大きな抜本改正への前進を機会に、私たちはそういう給付面の不公平の是正をぜひ実現するように努力をしなければならぬ、このように決意をいたしておるところでございす。また、国会の先生方に對しましては、ひとつ公平なる給付、公平なる負担へのお力をかしていただくようお願いを申し上げます。

○平石委員 田舎の過疎地域における退職者のいない国保は当然保険料にはね返りが出てくるのではないかと、この点に心配な点がございす。また、市町村が直接国民健康保険の被保険者となつてこの保険の運営をやっておるところでございす。

○永田参考人 御指摘になりますように、退職者のいない小さな都市、それから町村、そういう地域におきましては一方的に国の国保に對する補助率の低下だけが大きく影響してまいるわけでございす。しかし私たちが、この点につきましても、そういう退職者医療保険制度の適用を受ける人数が少ない地域、そして一方においては国庫補助率の低下で大きな負担の増加をもたらす地域に

對しましては、財政調整交付金の中で当然それを十二分に埋めるだけの措置をとるべきである、このように国に對しては強く要望をいたしておるところでございす。また、それがどのように実現をいたしませんと、退職者の医療保険制度の発足によりまして、新しい制度の適用を受ける人員が少ない市町村は大きな税負担となつてはね返つてまいるわけでございまして、当然私は、今度の改正の中にその問題は税負担にならないように国が配慮すべき責任がある、このように考えておるところでございす。

○平石委員 ありがとうございます。

次に、藤田先生にお伺いをいたします。今回の改正につきまして中長期のビジョンがないというところから、週日厚生省から、中長期のビジョンの発表がございました。これで見まして、今回の改正案というものがこの中長期のビジョンとなつてあるものであるのかどうか、さらに保険制度の整合性といったようなことがこの中長期ビジョンにおいて十分に反映ができておるかどうかが、

それからもう一つは、社会保険としての社会保障、先ほどもちょっと論議がございましたが、確かに十割給付という長い歴史のものがここでもまさに崩れようという案でございす。この社会保障としてのいわゆるミニマムといふか、こういったものは、家族については七割である等、そういう段階があるわけですが、これはどの線が憲法の上からいつたときに妥当なものなのか。当然金の上から判断せねばなりません。すけれども、一応制度として、社会の安定のために云々という先生の先ほどの陳述がございましたが、そういうものから考えたときにどの辺が妥当なのか、ひとつお聞かせをいただきたいと思うわけです。

○藤田参考人 お答え申し上げます。大変に難しい問題でございまして、社会保障の環境としての社会保険の公平のあり方でございます。今日本では七割、八割、九割と給付が違つてまいるようになったわけでございす。そこ

で、それを今度の中長期ビジョンが言っておりま
すように、六十年代後半で八割に統合していくと
いう方向でございす。確かに数字の上からいい
ますとそれは理念でございすし、社会保障の理
念がいえばまさにそうできやならないのでござ
いす。制度の統合も行っていかなければなら
ないでございす。

ただ、ここで大きい相矛盾する問題が一つござ
いまして、それは平等と効率といひますか、その
両立をどう図るかということではないかと私は思
うのでございす。例えばどのような乱診乱療を
受けてもそれが可能なんだ、そして負担も大体同
じなんだということになりますと、これは平等を
超えましていわば悪平等を導いて、それが財政の
悪化を大きくするという問題なんでございす。

ね。組合健保が大体黒字を維持してきていす。そ
れは若い人が多いとか標準報酬水準が高いとかい
ろいろあると思ひますけれども、とにかくこれは
コントロール可能な規模で、一人一人の被保険者
も事業主も責任を持ってみんな節約に努力して
いるということが、やはりほかの要因以上に大き
いのではないかとということなんでございす。

ですから、保険財政が改善されはしましたけれ
ども、ずっと悪化をたどったのは、一つには組織
の単位が大きくなり過ぎまして、そして無責任体
制で、かからな過ぎ損だというふうな雰囲気にな
りまして、それが供給側との問題もありまして、
今日このような自己負担制も導入しなければなら
ないような事態になったのでございまして、私は
やはり責任体制ということから、そして節約をし
て効率を上げるという目標をみんなが分け合うと
ころに、これを経済学ではX効率と言ひるのであ
ります。それを精神的な、協力的な目に見えた
見返りがあるというものが要なんじゃないだろ
うか。例えば、今日の大学も大半は大衆教育でござ
いまして、いかに学生に勉強させ秩序を保って
いくかということと苦勞しているわけでありま
すけれども、結局それを可能にしておりますのは十

人単位ぐらいのセミということなんでございす
ね。だから、巨大な組織の中にも必ずそういう責
任体制の単位があるということなんでございす。

そこで私は、例えば現在の退職者医療制度も、
むしろ国民健保に持っていくよりは組合健保の方
がそういう目的の上からいうと目的を達したの
ではないかと思うのでございまして、とにかくそ
ういふ責任体制を維持できるような、コントロー
ル可能なそういう網の目の組織というものを、厚生
省も進めておられますけれども、これからが課題
ではないかと思ひます。

○平石委員 はや時間が来ておるのでびっくりし
ましたが、ひとつ吉田先生にお願ひしたいと思ひ
ます。

先ほどの論議の中でもちよつと再配分機能の問
題がございまして。確かに今の保険制度八つを見
てみますと、いろいろ矛盾を内包しながら格差を
持っているわけですが、そういう中で受益者に負
担をさす、これはあくまでも患者さんに負担をさ
すというところは逆行である、重症者にさらにさ
らに大きく負担がかかってくる、こういったよう
なお話もございまして。私もそのように思ひので
す。

そこで、さらにもう一つ、八つのものがある中
では、非常に有力な組合もありますし、また中小
企業の方々の政管健保があり、国保がある。こう
なつてまいりますと、国全体としてこの保険制度
を維持発展させていく、そして給付・負担は少な
くとも公平を旨としてこれからの一元化といつた
ようなことを目指すとするならば、これは当然そ
こにおいては、先生のお話しにもありましたよう
に一律に統合一元化ということとは不可能である、
これはなかなか時間のかかることである。そう
なると、少なくともそれへ向かつて進むように
財政調整をし、単なる負担だけではないに、やはり
保険料の原資としてのもの、原資としての保険会
計のいわゆる強いものと弱いものと財政調整と
いうのをやるのが社会保障制度だと私は思ひので

すが、その点一言お答えをいただきたいと思ひま
す。

○吉田参考人 仰せのとおり、私も一挙になかな
か解決はつかないと思ひます。ただ、財政調整も
いろいろなやり方があると思ひますし、また先生
がおっしゃられるのも一つの方法だらうと思ひま
すし、そのほかにも、いろいろそういう方向に
向かう一歩一歩の施策というものはあると私は
思ひております。その第一段階は、やはり何と
いっても負担とか給付といったようなものは並べ
るべきだと私は思ひます。片一方でもって附加
給付を認めているような状態というのは決して好
ましい状況だとは私は思ひません。

先ほど、健康保険組合はみずからの努力によつ
て非常に財政的に黒字なんだという御意見もあつ
たやうでございすけれども、これは、高年齢者
が今退職して出て国保の方に入つておりますが、
こういう方々をもう一回戻したようにしてやれ
ば組合健保というものは決して黒字ではなくなつ
てしまふやうな数字が出てくるわけですが、現に任
意継続という制度がございす。これは退職し
てた二年間でございす。しかし、この二年
間のいわゆる保険給付費と申しましようか療養給
付費は、在職しておる人の倍以上でございす。

一年当たり一人頭にしますと倍になるはずで
す。そのように決して、経営努力によつてという面も
多少はあるかもしれませんが、大多数は年
齢構成と所得のいろいろな構成の違いである。そ
れから、大企業であるだけにいろいろ社会環境の
いいところに住んでいるということもあるだらう
と私は思ひます。そういうことが非常に格差を
生んでいる原因でございまして、国保は決して非
常に大きないわゆる規模じゃないのでございまし
て、国保ぐらい一番小さい保険集団はないわけ
でございす。そういうものについてやはり一番
先に取っかかりとしてやることは、給付と負担と
いうやうなものを少なくとも一線にそろえるべき
じゃないか。これをやらないうで、片一方で附加給
付を認めていけば、財政状態のいいところはみん

なそつちに行きまして、その方々たちは負担しな
いという、先ほど来申し上げました社会保障と申
しましやうか社会保険のいろいろな所得再配分機
能から言ひましたらば、逆行してしまふという結
果が出てくるわけにございす。私は、まず第一
段階はそういうふうにしてございす。

○平石委員 終わります。

○有馬委員長 塩田晋君。

○塩田委員 私は、まず藤田参考人にお伺ひいた
します。
藤田先生が意見を述べられました中に、私とい
たしまして非常に気になる御発言があつたように
思ひのでございす。それは、国民皆保険・皆医
療の線から、一部負担の導入にしてもきめ細かい
対策をとつてからやるべきである、したがって慎
重な態度が欲しいという御発言がございまして
が、この意味は、例えば条件というものはどうい
うものでございすでしょうか。

○藤田参考人 お答え申し上げます。
先ほどちよつと触れたのでございす。例
えば五万四千円までというその五万四千円を取り
方につきまして、家族の累計あるいは離月の累計
でありますとか、あるいはその負担の対象を業だ
けに限定をするとか、そういう内容でございま
す。

○塩田委員 先生はさらに、自己負担はできるだ
け軽い方がいいということをお言ひされたと思ひま
す。その一環としてだと思ひますが、今の高額療
養費の制度、今度の改正では五万四千円にしよう
ということにございす。これをぐつと下げて
いけば、重病患者あるいは大けがをした人たちの
医療については負担が少なくて済む、今離月の問
題とかあるいは一世帯の問題も言ひましたけれ
ども、そういうものも含めましてそういうこと
でございす。

○藤田参考人 そのとおりでございす。

○塩田委員 藤田先生にお伺ひいたしますが、今
度の厚生省の改正案の大きい柱は、言うまでもな
く五十九年度、六十年年度一割の自己負担、六十

年度以降二割の自己負担ということでございますが、自己負担をするということによって医療費が減るという見方をして、計算もして、厚生省は説明をしておるわけでございます。五十九年につきましては七月からやって二千八百十三億円減る、こういう試算も示されておるわけでございますが、これについていかがお考えでございますか。

○藤田参考人 八つの保険制度を調べてみますと、自己負担があるから特に医者にかかる回数が多い、そういう関係は見られないのでございまして、そういう点で、自己負担を導入すれば医療費が減るのではないかと、これは少し甘い見方ではないかというふうに考えます。

○塩田委員 次に、日本医師会の吉田先生にお伺いいたします。

国民医療費が増大をきて、現在十五兆円に、なんとおられるわけである。この医療費の増大、特に高齢化社会に向かつての医療費の増大、これを避けるために今回の改正案を出したんだという厚生省の説明でございますが、この保険法の改正案が提出されてから新聞報道等で特に目立って目につきますことは、医療供給機関、医師側の乱診乱療、また医療費のむだがかかりあるというところ、また医師の所得が非常に大きい、あるいは脱税なんかもある、そういう報道が殊さらのように私には受け取れるのですが、新聞の一面記事を飾ったり、最近では報徳会宇都宮病院の問題が出たり、あるいは大阪の中野診療所の問題が出たり、いろいろ目につくわけでございますが、これをどういうふうに見ておられますか。私は一部の不心得な方が大きく報道されて、大部分の方々はまじめに、医は仁術なりと心得てやっておられると信じておるわけでございますが、医師会としてはこの問題についてどのようにお考えでございますか。

○吉田参考人 当然これは甚だ遺憾なことでございまして、ただ、いろいろな法案あるいは医療法などが出るときには大体いつも出てくるというのがどうも日程のような気もいたしておりますけれども、やはり医師会としても、そういう人が少数だからいいというような理由にはならぬと私は思っております。やはり我々自身でも十分これに對して対処をして絶滅を期さなければいけない、こういうふうには思っております。

ただ、ちょっと申し上げたいのは、日本の場合におきましては、今医療費の問題やなんかで、常に健康保険とか何とかとってお金を支払う方のことはいろいろあります。しかし医療の場合においては、もう一つ日本には医療システムとして、これは医療法の改正ということで載せているというふうに厚生省はお考えかもしれませんが、これも、こういった診療体制の立て方というふうなことも大変重要な点だろうと私は思っているのです。各都道府県の医師会としてはもう既にいろいろな医療計画というのに着手しているところが大多数でございますけれども、厚生省の方も医療法の改正でもってこういったものに触れているようでございます。しかし、そういったものが両々相まわっている医療費問題というのは効率よく進むのじゃないか、こういうふうには思っております。

○塩田委員 ぜひとも医師に対する不信をなくするために、そういった不心得の向きについては遺憾であり対処したいということをおっしゃったわけでございますが、医師会としてどのような方法でこの不信をなくするような努力をされるか、みづからを浄化するといえますか、そういう努力をどのような手段でされようとしているか、具体的にお伺いしたいと思います。国の場合にはレセプトの審査あるいは専門医の派遣その他いろいろ考えておるようでございますが、医師会としてはいかがでございますか。

○吉田参考人 まず中野診療所の件について申し上げますと、これはもうたびたび、医師会が非常に協力いたしましてやっております。日ごろ都道府県の段階の医師会でやっております共同指導とか個別指導あるいは面接といったような、それぞれ医師会あるいは支払基金等においてを願って具

体的な問題として触れて指導しているというのが実情でございます。もちろん医師会の指導は権力があってやるわけではございませんので、数の中には、たゞいま新聞紙上をにぎわしたような、どうしても我々の指導に従っていただけなかったというふうな方も出てくるわけでございます。そのように、日本医師会としては、具体的には各都道府県医師会の段階で指導していただくことをお願いし、また報告を受けているわけでございます。

○塩田委員 厚生省当局といたしましては、医療費の抑制また乱診乱療を防ぐという意味、それは本人に自己負担をさせるということによってコスト意識を高める、そのことによってそういった問題を解決していく一つの方法としてこれを持ち出したんだ、こういうことが説明として出てくるわけでございます。果たして自己負担一割、二割というものはそういったことに役立つかと見ておられるかどうか、お伺いいたします。

○吉田参考人 もちろん医療費というのは保険料の形で、患者自身が、健康保険の本人であらうと家族であらうと、要するに保険料というかっこうで負担し、また窓口で負担し、あるいは国庫補助のあるような制度もありますけれども、とにかく患者さんが何らかの形で負担しておることにおいては間違いないことだと思っております。決して医療機関が負担して治療しているわけではございません。それが、今までの十割を本人に限って一割負担させるんだというところは、全体が一つの社会保険機構の中で平等に負担する、あるいは公平であるというならまだ話はわかる、これは私が冒頭に申し上げたとおりでございます。ところが今回ののは、いろいろ制度の矛盾を残したままでこういう負担を課するというのですから、大変不公平な、不平等な負担の仕方になってしまふのであって、やはり日常接しているのは医者でございますから、私どもとしてはこういったものは反対せざるを得ない、こういうふうに申し上げているわけではございます。

○塩田委員 本人が負担することによって乱診乱療が防げるんだという説明の中で、患者と医師との信頼関係で治療行為が進んでこれが治る、確かに医師と患者の心の通いといいますか信頼関係だと私も思うのです。それが逆に壊されてしまふのではないかと。この一割負担をすることによって、その十倍すれば金額がわかるんだから、この薬は要らない、この注射はもう打つてもらわなくていいとか、そういうことを患者が医者さんに言えるはずがないと思うのです。それでどういふことでこの医療費の増大を抑制することになるのだと言ったら、お医者さんの方で自制作用が働くんだという説明があるのですが、これについてはいかがですか。

○吉田参考人 日本の医師も十万ぐらいいるわけでございますから、そういう考えの方も中にはいるかもしれませんが、私は必ずしもそうは思いません。今まで医療費通知運動などというのを恐らく厚生省、各保健所もやってきたわけでございまして、これは毎年毎年数十億のお金を使っておるので、今さら一割を負担させてコスト意識を持たせるといふのであれば、今までやってきたことは全くむだだったのですかというところを私はむしろ聞きたいぐらいでございます。

それから患者さんが医療内容を選択するなどというところは、他の産業分野あるいは経済分野と違いますから私は不可能だろうと思っております。そこに医療の独特な一つの行き方、存在の仕方があると思っております。それで、医者の方でそういったようなものに対して一つの抑制効果があるんじゃないか、こういうお話しでございますが、私はそれほどそれは期待できないと思っております。

○塩田委員 先ほど最初の意見を述べられましたときに、自己負担というものは早期診療を妨げるという御発言がございましたが、これは確かに、例えばがんの場合でも、早期発見をして手を加えれば治るものをほうっておけば死に至る病になるということ、しかも医療費は余計にかかるという

ことで問題は確かにわかります。歯の場合でも、ちょっとした虫歯を早期に治療すれば大事にならないで防げる、これをほうっておけば医療費がうんとかかる、こういう問題になると思います。そういった早期診療を妨げる現象は確かにわかるのですが、自己負担をしていない現行の被用者本人の場合と、自己負担を三割なりしている家族なり国保の患者とを比べると受診率は大体変わらない。しかし医療費は本人の方が二割あるいは三割高い、負担をしていない無料の方が高いという説明がございしますが、これはどのように見ておられますか。

○吉田参考人 これは二つに分けてお答えした方がいいと思います。

まず健康保険の方でございますが、健康保険の家族というのは、現在子供がほとんどこの家庭でも二人いる方が多いくらいでございますから、いわゆる今度の退職者医療に入らないような方々はみんな子供が非常に小さいわけでございます。ですから、子供さんの小さい方は業にしても体重比例でございしますから当然これは低いわけでございます。ですから、実際に内科、外科あるいは小児科等の診療の一件単価の比較をしてみれば、小児科が一番低いです。これは、そんなに薬を飲ませるわけにもいきませんし、また飲みません。成長力の非常に盛んな年代でございしますから早く治ります。そういったことで、家族と本人の差というのがそこに多少あるのはやむを得ないことだと思っております。受診率が変わらないのは、大体大人になりますとはしかとか風疹とかいった伝染病にはまずかかりません。ところが子供はみんなかかるわけでございします。今どき医者にかけないで置いておくような、はしかを家で寝かして治そうなどという方はほとんどないのじゃないかと思ひますし、風邪や何かの感染症にしても私はそうだろう、こういうふうな思っております。ですから受診率は変わらないわけです。しかし内容等につきましては、病気の性質、いわゆる成人病となっておるような一つの老化現象を加味したような治

りにくい病気で、それから非常に急性の感染症の多い、しかも体重の少ない子供さんたちの医療費が単価として違うというのは、当たり前の話のように私も思っております。

それから、国民健康保険の方は、これは今申し上げました子供と一つ老人を抱えております。もし何でしたら、老人と本人を比べたら老人の方がはるかに点数が高いです。一人頭の医療費は高くなっているということでございます。あながちそういう統計だけで、数字だけで割り出せないというか、内容の問題がある、私はこういうふうな思っております。

○塩田委員 ありがとうございます。

○有馬委員長 浦井洋君。

○浦井委員 日医の吉田先生にお尋ねをいたしますが、のつけから生々しい話で恐縮でありますけれども、ずばりお聞きしたいのですが、この四月一日から日医の会長がかわられました。前会長の花岡先生の時代と今の羽田先生の時代と今回の健康保険の改正案に対する、反対は反対でしようけれども、継続性のある反対なのか、それとも何か前執行部と現執行部の間で違いがあらくなるんだらうか。この辺のことをひとつ簡潔にお教えいただけますか。それが一つ。

それからもう一つの問題は、四月の二十四日に、与党の自民党の中で、議員秘書も含めて、新聞で一番大きな数字では百六十六名も集まられまして、二十一世紀の国民医療を考える会でしたか、こういうのを旗揚げをされた、そして今度五月十一日にはまた第二回の会合を開かれる、こういうことが新聞報道で言われておられるわけですが、これを日医の執行部のお一人である吉田先生としてはどう見ておられるのか、また何か御関係があらうのか、その二点を。

○吉田参考人 お答えいたします。

前執行部から今度の現執行部に四月一日には先生の仰せのとおり変わったわけでございしますが、いろいろな事務引き継ぎの中で、こういうことがありましたというふうなあれは申し受けておりま

せん。ただ、前執行部の会長が立候補されまして現在の羽田会長と争ったわけでございしますから、当然今後もやるお気持ちがあったらと思ういたします。しかし、今日羽田会長が選ばれたというのは、やはり今までの健康保険というものの対する取り組み方、こういったものがその批判の最たるものであったのではないかと、私もこういうふうな思っております。ですから今後、私も、今の執行部といたしましては、永続的にこの健康保険改正案については反対していくつもりでございます。

それから次の、二十一世紀の国民医療を考える会は、これは自民党の方の問題でございまして、私もどなたとやかく示唆をした問題ではございせん。ただ、私も、いろいろな党に限らず、また自民党の先生方には今までもいろいろな医療問題につきましましては具体的な御協力を得、またお願いしたこともございします。今後でもできるだけ先生方に、そういったような医療費問題あるいは医療問題について御協力方はしていただきたい、こういうふうな思っております。

私が思いますのは、今いろいろ医療問題というのが世間の方々の中にも論議されておりますが、一番私もがおそれるのは、必ずしも正しい情報じゃないものと、正しくない知識でもって論議されるということが、非常にその結果が恐ろしいと思っております。そういうことにつきましては、私も、議員先生ばかりじゃなく、いろいろな一般の方々にも我々として持っている正しい情報はできるだけ提供していきたい、こういうふうな考えている次第でございします。

○浦井委員 どうもありがとうございます。

そこでもう一つ、今度は、この健保の今度の改正案の内容に触れるわけでありますけれども、先生も御承知のように、昨年の春以来、厚生省の吉村保険局長は、医療費亡国論であるとか医療費効率減論であるとか医療費需給過剰論というふうな三つの項目を、仮に名づければこうだということとで、いわば健康保険制度そのものに切り込んで

きておるわけであります。私の考えでは、それは、臨調の第三次答申で、軽費医療は受益者負担だということとやらはやはり共通しておるのだらうというふうな思っております。それに対して具体的なやり方としては、一つは、不正やむだを省くという一つの段階、医療費の適正化ですね。それから今度は医療供給体制の合理化、医療の供給の仕方をもっと効率よくしようという動き。それから第三に、それでもなおかつ、高齢化社会であるとか疾病構造の変化であるとか技術革新であるとかいうようなことで医療費はふえていくだらう。そうすると、今先生も言われたように医療資源が有限である、あるいは前会長の花岡さんも就任のときに言われたように、保険というファンドは限られておるんだということになってまいりますと、これは公的医療保険で見ると、そのが有限のところとどまってしまうと、そしてあとは自由診療にならざるを得ないのではないかと感じを、今度の一連の政府の態度を見ておいて私は強く感ずるわけであります。もちろん、今出てきておるいわゆる改正案そのものあるいは四月二十七日に出した中期ビジョンなるものでは、巧みにそれが後退しておるというか隠ぺいされておるというふうな感じがするわけでありますけれども、やはり臨調答申も含めて先ほど申し上げましたような思想が脈々と流れておる。その中には、前厚生大臣の視点と方向、医療標準の概念の導入、ニューフロンティアの育成というふうなことも含まれておるというふうに私は思わざるを得ぬわけであります。

そこで、日医の現執行部、あるいは吉田先生個人でも結構であります。こういう自由診療の拡大というところについて果たしてどう考えておられるのか。あるいは自由診療をやらないければ、今の政府の考え方からいえば、今度の一割、二割自己負担のように、患者に負担をかぶせるといような方向しか選択肢がないようでありまして、どうしても自由診療の拡大ということが出てくる。その一番の芽は、先生が先ほどもお答えになりました

した特定療養費の項だろうと思うのです。だからそういう点について、特定療養費の項も含めて自由診療の拡大というのは一体どうなのかということをお聞きしたいと思うのです。

○吉田参考人 執行部が発足いたしましたので、一カ月少々でございまして、そういう極めて難しい問題について深く掘り下げた議論をしていくわけではございませんというのを前置きいたしますけれども、日本では、先生も御存じのとおり、医療機関というのは病院か診療所か助産所しかないわけでございまして、諸外国のものと単純に比較するということは非常に難しい点があるんじゃないか、こういうふうに私は思っております。

それから、先生が御指摘されましたとおり、この一年間の、保険局長を初めとした厚生大臣等の談話あるいは事実おやりになつてきました施策等につきましては、そういったように保険診療のミニマム化と申しましょうか、標準医療といった考えの導入というものは、私も、先生の御指摘されたと大体同じでございすけれども、これは自由診療の導入につながり、また保険診療というようなのが一番ミニマムなものであるということになりかねないという要素はそことありだろう、こういうふうに思います。ですから、これにつきましては、現在の日医執行部は現段階では反対でございす。やはり社会保険の制度として、医療保険はまだそういったような財政的破綻に至るまでの事態にはなっていない、こういうふうに考えております。医療費問題は世界中でもいろいろな問題になっておりますけれども、日本はまだいい方に位置している、私はこういう理解をしております。

○浦井委員 最後に要望だけ。

先生も、今回新しく中医協の委員になられるわけでありまして、先ほどもお答えがありましたように、特定療養費の大臣の諮問にこたえて審議されるわけでありす。調べれば調べるほど、この特定療養費というのはちょうど老人保健法の老人

特掲診療料のような、きょうも午前の参考人である財界の代表はつきりとそう申し出ておりましたけれども、そういうやり方をとる可能性が非常に強いという感じがするわけで、特定療養費の項というのは非常に重要だ、かえって一割、二割の自己負担の問題よりもこれからの日本の医療にとって大事ではないかというふうに思っていますので、十分にひとと御検討をしていただきますことを要望させていただきます。質問を終わります。どうもありがとうございました。(拍手)

○有馬委員長 菅直人君。

○菅委員 私は、短い時間の質問ですので、永田参考人の方に、個々の問題を中心に二、三御意見を伺いたいと思ひます。

今回のこの改正案によつて、昨年の老健法に就いて退職者医療制度というものが打ち出されてきているわけですが、先ほど来永田参考人の御意見では、大変前進だから大いにやうてほしいというふうな立場で意見を述べられておりましたけれども、この退職者医療制度が例えればきたと仮定をいたしました、昨年の老健法とあわせて国保をいたした、七十歳以上老健法、退職者は退職者医療制度ということになり財政負担が移るわけですが、そうなったときに、それじゃ残ったところでは、一つの国民健康保険といつても保険者はたくさんあるわけでしょうが、トータルとしては将来展望として自立をやっていくというふうな考えられておられるのか、今程度の国庫補助があれば将来展望として自立してやうていくと考えるおられるのか、あるいはまた二年、三年したらこれでも足らないということになりそうなのか、その点についての御意見を伺いたいと思ひます。

○永田参考人 ただいまの、老人保健法に次いで退職者医療保険制度が発足した場合に国保は自立してやうていくのかという御質問でございす。私が、私たちは、今までの実績、資料等からいたしまして十分その責めを果たし得る、このように確信いたしております。

○菅委員 それじゃもう一つ。私も地元でいろいろ

るな市の市長さんとか地方議会の方と話をするときに、永田さんも市長をやっておられると思うのですが、国保の保険者という立場と、全住民に対して自治体の責任者としてその健康を見るという立場の二つが部分的に重なっているわけですね。そうすると、ヘルス事業などは本来全住民を対象にしてやられることが多いと思うのですけれども、何か国保のいわゆる保険の方の保険者として、住民の中の一部の人に対して責任を持つという立場が果たして自治体の責任として適切なんでしょうか。あくまで全住民に対してのヘルス事業をやるという立場は当然に担うていただかなければいけないのですが、国保の保険者を自治体が担うというのを時折考へるのですけれども、それについてはいかがお考えでしょうか。

○永田参考人 現行法の中では、老人保健法の中でヘルスの問題が義務づけられておられるわけですが、ヘルスの問題はただ老人保健法の関連ばかりではなくして、もっと高い次元から住民全体を対象としたヘルス事業を進めていくべきだ、私はこのように主張をいたしておるところでございます。

現時点におきましては、例えば私の自治体のお話を申し上げますと、私の方では、保健医療制度を十分活用しながら、全市民を対象といたしまして保健指導員制度をつくりまして、医師会、保健所、行政、さらに住民が一体となつて市民の保健保持推進をやっている、こういうふうに進めておるところでございまして、厚生省に對しまして、このヘルスの問題は、老人保健法、国民健康保険法にかかわりなく、国全体の国民健康保持という大きな立場から政策をもつと拡大強化すべきである、私はこういうふうに主張をいたしておるところでございます。

○菅委員 そこで、今言われたことはよくわかるのですが、先ほども申し上げましたように、そうすると国保の保険者という立場は、例えば政府管掌のように政府が保険者になるといふようなこと

で自治体から外した場合に、何か自治体としてお困りになることが出るのか、逆にそれだと大変助かるということなのか、御意見を伺いたいと思ひます。

○永田参考人 私の場合は、健保であろうと政管健保であろうとほかの医療保険制度のものであらうと、全部をひくるための市民総ぐるみの保健保持ということで進めておるところでございまして、そこに差等をつけるべきではないと存じておりますし、私は、国全体としてもそういう方向に、ヘルスに対するもっと大きな力を注いでいくべきであると考えておるわけでございす。

○菅委員 ヘルスのことについては御意見はよくわかつたのですけれども、国保の方の保険者としてという立場がもう一つあるわけですね。先ほど言われたように、赤字が出ていれば保険料を上げるか一般会計から繰り入れるか、何らかの形でやらなければいけないという保険者としての立場を自治体は持つておられるわけですね。その立場はもうなくともいい、ヘルス事業はどうせ全住民について一緒にやるのであればそれはどっちにしてもやる、そうすれば国保の保険者としての立場は、国保の責任者としての立場は必ずしも自治体を持つ必要はないんじゃないかという議論もあるのですが、それについての御意見を最後に伺ひます。

○永田参考人 私は、そこは財政的な問題も非常に絡んでまいりますし、今ある国の制度そのものは国保の保険者として最大限に活用してまいりますし、それ以外の市民に對しましては、一般会計の中で現在大きなヘルス事業を推進しておるところでございす。そして、そこには矛盾はございせんし、それを調整しながら全体を進めていっているところでございまして、私は全国の地方公共団体もそういう方向に進むべきであると考えております。

○菅委員 どうもありがとうございました。

○有馬委員長 以上で参考人に対する質疑は終了いたしました。

参考人各位には、長時間にわたり貴重な御意見

をお述べいただき、まことにありがとうございます。
した。委員会を代表いたしまして厚く御礼申し上げます。
（拍手）
次回は、明十日木曜日午前九時三十分理事會、
午前十時委員會を開會することとし、本日は、こ
れにて散會いたします。
午後五時八分散會

昭和五十九年五月十六日印刷

昭和五十九年五月十七日発行

衆議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局

F