

同(山本政弘君紹介(第四四七九号)
健康保険・年金制度改悪反対に関する請願(坂口力君紹介(第四三六七号))
同(橋本文彦君紹介(第四四八二号))
療術の制度化促進に関する請願(池田行彦君紹介(第四三六八号))
同(古賀誠君紹介(第四三六九号))
男女雇用平等法・パート労働法の制定に関する請願(坂口力君紹介(第四三七〇号))
重度戦傷病者と妻の援護に関する請願(池田行彦君紹介(第四三七一号))
同(稻村利幸君紹介(第四三七二号))
同(梶山静六君紹介(第四三七三号))
同(浜野剛君紹介(第四三七四号))
同(足立篤郎君紹介(第四四八六号))
同(海部俊樹君紹介(第四四八七号))
身体障害の範囲拡大等に関する請願(唐沢俊二郎君紹介(第四四二九号))
二分脊椎症児者医療の充実改善等に関する請願(唐沢俊二郎君紹介(第四四三〇号))
食品の安全対策に関する請願(橋本龍太郎君紹介(第四四三一号))
医療・年金・雇用保険の抜本改悪反対等に関する請願(林百郎君紹介(第四四三二号))
社会福祉の充実等に関する請願(不破哲三君紹介(第四四三三号))
医療保険の改悪反対に関する請願(元信堯君紹介(第四四三四号))
国民医療改善に関する請願外二件(柴田睦夫君紹介(第四四四一号))
医療保険制度の改悪反対、充実改善に関する請願(河野正君紹介(第四四五〇号))
同(多賀谷真稔君紹介(第四四五一号))
児童扶養手当制度改悪反対に関する請願(上田卓三君紹介(第四四五二号))
同(梅田勝君紹介(第四四五三号))
国民年金法改正促進に関する請願(橋本龍太郎君紹介(第四四五七号))
同(林義郎君紹介(第四四五七号))

ることが医療制度の目的であり、現行の保険制度は、それを経済的側面から相当程度まで支える形になっていることは事実でございます。ところが医療行政の面から見ると、経済上のシステムであるこの保険制度が、逆に医療のあり方そのものを規制し縛りつける、そんな形になってしまっているんじゃないか、このように判断するわけでございます。

保険の診療費の出来高払い制度において、技術と物の関係、すなわち正当な技術料が低く抑えられていて、嫌いだ、ありますので、それを薬価差による利益に頼らざるを得ない、このようなゆがみが強く出つたところがある、このように指摘されているわけでございます。このゆがみが、一般国民の目から見ますと、医療機関は不当にもうけ過ぎているんじゃないかと映る原因の一つとなっております。一方、実際には、医療機関の経営の実態は薬価基準のある程度の引き下げなども行われたために悪化している、これにつながっていると思います。今回の健康保険法改定の目的の一つに医療費の適正化ということが強く打ち出されているのですけれども、お尋ねしますが、適正化と抑制とはどう違うのでしょうか。また、正当に国民の生命や健康を守る医療費自体がふえていくこと、これは悪いことなのでしょうか。この辺見解をお聞かせください。

○渡部国務大臣 私、医療費の適正化というのは、必要な受診は妨げない、しかしむだな医療費は節減していただく、こういうことだということふうに解釈しております。

○塚田委員 最近医療機関の経営が悪化していると伝えられておりますが、最近三四年ぐらいて結構ですが、医療機関の倒産件数と、公的病院で結構ですけれども、黒字、赤字がどのように推移しているのか、その状況をお示しいただきたいと思っております。

○吉崎政府委員 医療機関の倒産の状況でございますけれども、これは民間の調査機関による数字でございますが、負債額一千万以上のものにつき

まして、昭和五十五年に三十九件、五十六年三十五件、五十七年四十三件、五十八年四十七件となつております。

なお、一般的な経営状況についてもお話しがございまして、最近では、黒字を計上しておりますのが、これは公的病院についてでございますけれども、五十五年四四・五%、五十六年度三三・三%、五十七年度三七・七%となつております。

○塚田委員 そのように経営もかなり悪化する傾向があるというわけでございしますが、これは要するに、医療保険の診療報酬の支払い体系におきまして、技術料を正しく評価することに欠けていることから生ずるこの医療制度のいわゆがみが、このような悪化をもたらしているものと言えざるじやないでしょうか。四月二十七日に厚生省が発表いたしました「今後の医療政策の基本的方向」の中でも、技術料重視ということはどうなっているわけですか。幾ら私が読んでみてもこれはお題目だけなんです。

それではお伺いしますが、現行制度ではこの技術料がどのように正当に評価されていないと考えているのか、また、将来のビジョンとしては報酬体系の中でどういう比重で位置づけられるべきであると具体的に考えておられるのか、この辺御説明いただきたいと思います。

○吉村政府委員 現在の診療報酬が技術料を軽視しておる、私どもはそうは考えておりません。重視の仕方が十分であるかどうかという点においては、やはりそれは議論のあるところであらうと思っております。したがって、現在の診療報酬の支払い体系におきまして、技術の点数とそれから物に対する評価と二つあるわけでありまして、今後、物の対価というよりも技術料に対する対価というふうなものに重点を置いて診療報酬の合理化を図っていきたい、こういうことでございします。

○塚田委員 被用者本人の医療費が、受診が家族と同じ程度でありながら高くなっている、このようなことを厚生省は指摘し、それゆえに今度の改定案において、その合理化の一環として本人の自

己負担を求めるんだという説明をしておりますが、このように二割なり何なり高くなっていると原因は何でございましょうか。

○吉村政府委員 原因といたしましてはいろいろありますが、考えられると思ひますが、私どもはやはり、医療費についての負担がないということが、診療の内容を若干過剰にさせたり、むだな診療というふうなものを誘発する一つの原因になっておる、こういうふうに考えておるわけでございします。

○塚田委員 この高くなっている原因の中に、薬代であるとか検査料が必要以上に多く出てきて、これが二、三割高くなるという分析が一部でされているようですが、それは事実でしょうか。

○吉村政府委員 事実でございます。○塚田委員 それも事実ならば、その薬代であるとか検査料が割高といひましようか過剰になる、この面のみを改善する、これが先決だと思つたのですが、いかがでしょうか。

○吉村政府委員 医療のゆがみを正す方法としてはいろいろあると思ひます。現在の薬づけ医療、検査づけ医療、そういうことが指摘されておるいは検査だけに一部負担をかける、こういうふうなやり方もあると思ふのでありますが、私どもは、薬をたくさん使えば使うほど収入が上がる、検査をすればするほど収入が上がる、こういう診療報酬の仕組みそのものを改正することが必要であらう。一部負担の問題といたしましては、家族あるいは国保等において定率の一部負担をやつておるわけでありまして、やはり定率の一部負担の方が全体としての医療費の額というふうなものもわかりやすい、そういうことから医療費そのものがある程度透明度を増していく、こういうふうなことから、全体に対して一割の定率負担を課する方が一部負担の方法としては適当なのではないか、こういうふうに考えておるわけであります。

○塚田委員 今の局長の御答弁によると、本来そのものずばりの対処的な方法はあるにはあるのだけれども、全体的な別な方法を講じた、それが自己負担の導入であるというわけですが、言葉をかえれば角を矯めることによつて牛を殺すといひましようか、本体そのものを困らせるというのが今度の改定案じゃないか。言うならば筋違ひのことをやっているんじゃないか。やはり本丸なら本丸を攻めればいいのであつて、別なところへのしわ寄せによつてそれを実現しようというのはお門違いと考へるのですが、いかがでございましょう。

○吉村政府委員 一部負担についてはいろいろな考へ方があることは事実であります。私ども、一つの試算といたしまして、都道府県別に本人と家族の一件当たりの診療費を比較した資料を持っております。例えば大阪というふうなものをとってみますと、家族の診療費の一・八倍ぐらゐが本人の一件当たりの診療費であります。なぜ家族と本人の場合に一・八倍の差が出てくるのかということにつきましては、いかに考へましても合理的な説明がつかないわけであります。やはりただということがそういうことを招いておるのではないかと、こういうふうに考へざるを得ない。したがって、医療費の一部負担として考へますならば、やはり全体の医療費に対して定率の一部負担がかかる方が、医療費についての透明度を増し適正化をするためにいい方法ではないか、こういうふうに考へた次第でございします。

○塚田委員 被用者本人の場合、特に工場労働者の場合を考へてみますと、受診の機会が勤務時間の拘束時間の関係上今でも自由には行けない、上司の許可を得てからでなければ行けないというように、実質的には制限されるような状態にあることが実情だと思ふのです。そこに自己負担がさらに導入されますと、心理的にも受診の機会が抑制されることになることはまず間違ひなからうという気がいたすわけでございします。これが、比較的自由に診療を受ける機会を持つことが出来る国民健康保険の被保険者とか、または家族の方々の大きな違いじゃないかと思ふのです。この辺の事情を無視していきましようか軽視するということとは、

けれども過去の例において事前に立てたその予想と実績の差異が大きく食い違ったことがあるのかどうか、その辺の実情、そして今回は今まで例のなかった引き下げになるわけでございますから、その影響の度合いをそれなりに計算しているようにございますが、私としてはこの影響度の予測が小さ過ぎるような気がするのです。もし医療費がぐっと削減される、この削減の予想が予想よりも実績が大幅だった場合、組合健保と他の例えは国民健康保険の間で黒字幅がさらに拡大してし

それから、第二の御指摘の、もしおまえたちの計算が違つておつたならば健保組合がますます豊かになり、政府管掌がそれほどなくなる、あるいは制度間格差が広がっていつて将来の給付率統一のためのマイナスになるのではないかという御指摘がございましたが、私どもは、今回の一部負担の増によりまして保険料率は下がる、そしてその保険料率が下がる部分を退職者医療の方へ持つていこう、こういう政策をとらうとしておるわけでございまして、仮にその余裕度に違いがございまして退職者医療の方に持つていくわけで

同じような意味であると私は考えております。

○塚田委員　私はそうは受け取れないのですけれども、ビジョンはビジョンとしての言葉の定義がある、このように考えます。ビジョンというのはすなわちあるべき望ましい見取り図といましようか姿を描くものですけれども、方向という言葉は単にこういうことを考えていますよということを示すだけなわけです。したがって、このたび厚生省が示された「今後の医療政策の基本的方向」というのは、私たち委員が要求して、大臣がそうまいましようと言ったビジョンではないのじやない

か、このように考えます。しかも、私たちが求めたビジョンというのは学者が描くような理想状態ではなくて、今回の健保法改定の提案が、そのビジョン、すなわち将来のあるべき姿の中で、どういう途中位置になっているのかを知ることによって、この健保法改定の是非を判断しよう、そのための資料として求めたわけです。ですから、私たちが求めたビジョンというのは、最終案であるビジョンであると同時に、それに至る達成手段、時系列的なものを含めた経過を示した具体的な実施計画案でなければいけなかったわけです。そう考えますと、渡部大臣、いかがでしょう。これは、この委員会でも今までビジョンを出さずと言っていたことを考えますと、約束違反とかまたは約束不履行というふうには私は考える。これでは、この委員会においてこの健保法の改定案について約束違反だから審議を続けるわけにはいかない、私はこのように考えるわけなんです。そういうわけで、私も各党、各委員があれほど繰り返し繰り返し要求しており、大臣も認めておられた、私が今再度説明し直した、実施計画案の要素を持った将来の展望であるビジョンを早急に再作業して再提出してほしいのですが、いかがでしょう。

○渡部国務大臣 私どもが今度世に問いました医療問題に対する考え方、これをよく読んでいただけると御理解願えると思いますが、予算委員会に引き続いてこの国会で、各党の皆さんからいろいろ質問の形で提案を受けたりした問題等、私どもで納得できるものはほとんどその内容に含んでおるつもりでございます。先生の党からも、例えば今後の高齢化社会に備えての医師、歯科医師等の適正規模のあり方とか、あるいは福祉施設と医療施設の中間施設の問題の必要性とか、あるいは老人対策とか、いろいろの提案をちょうだいしておりますが、そのほとんどを今度の我々の提案している考え方に取り入れております。

具体的には欠けるのではないかと御批判、これはございします。これは政府が出すということになりまして、当然その責めを負うものであり、予算的な裏づけ等も必要なのでありますから、そういうものについて現在の財政状態なり経済状態の中で明確な数字なり年限を区切って申し上げるというのは、これは容易な問題でないのではありませんが、しかしそれにしても、医療保険についても先生方のたびたびの御指摘、また私の答弁、そういうものを十分勘案した上で、これは将来やはり今の国保の皆さん方の七〇%の給付というものを八〇%に上げていかなければならないということ、かなり私どもは、清水の舞台から飛びおりるような気持ちで具体的な年限、数字等も出しておりますので、これは見方によつていろいろ議論があるのは当然であります。政府という立場で、私どもは先生方の御意見を最大限に盛り込んで今出しておりますので、ぜひその点は御理解をちょうだいしたいと思います。

○塚田委員 何度もこの「基本的方向」を読みかえてみたんですが、やはり考え方とかいうのを漏れがないように、きちんと全部網羅的に挙げてあることは確かに挙げてあります。しかしながら、私たちが求めたのはより具体的なあるべき姿を鳥瞰図、見取図として示すことであつて、こういう考え方もあるというのを、今まで何回も蒸し返されたことを抜け目なく羅列しただけでは意味がないと私は考えます。

それで、今大臣は、中には実施計画と申しましようか、年代を明記したものもあると言つてすけれども、確かに年代を明記したものがありませんが、これは一割負担を求めるとか二割負担を求めるとかいうような、いわゆる国民にとつて負担がふえる方のみが明記されているのみであつて、政府側と申しましようか国民のためになるようなことについては、項目を挙げていうことは全然書いてない。それから具体性という問題で言えば、これはいいことじゃないかと思うのですが、成人病の対策につきましてもかなり具体的にこの病気を何割減らすようにするというように、何割とい

うような具体的な数字を挙げておられる。具体性があるのはこの二つだけなんです。そういう意味においてビジョンという名には値しない、私はこのように考えておりますが、それはしばらくおくとしていたしまして、それではその中身について二三お聞きしたいと思います。

「給付の八割程度への統一」とありますが、これは実質給付率の意味でしょうか、それともいわゆる表面的な給付率を言うのでしょうか。

○渡部国務大臣 これは今後いろいろの検討の課題は残されておりますが、私どもの考えは国保を七割から八割に上げていく。これは今社会の中で大変恵まれぬ条件に一番ある方の引き上げでありますから、これはぜひ先生からも多少は褒めていただけて激励を賜りたいと思つて出しておるのではありませんが、これは後から政府委員から具体的な答弁をさせますが、これは高額療養費制度あるいは公費負担、いろいろありますから、八割よりは実質的には余計政府が給付することになるといふふうに解釈しております。

○吉村政府委員 八割程度というのはフラット部分の高さで考えるのか、実質給付率で考えるのかという御質問だと思います。

私どもは確かに、フラット部分を八割にいたしまして、高額療養費制度を加味いたしますと実質給付率は八割四分だとか八割三分だとか、あるいは高額療養費の設け方いかんによりましては八割五分というふうな実質給付率になるわけでございます。そして、高額療養費のやり方いかんによつて八割にプラスされる部分の高さというのは変わってくるわけでございます。したがつて、その辺をどうするかということはまだ私どもとしても決めかねておりますので、これは将来検討することにしたしまして、給付の目標としては八割程度というふうなことで表現をいたしたわけでございます。

○塚田委員 今の御答弁で、八割程度というものの前提はフラットな給付率であるということがわかつたわけですが、それに対して、それならフラットな給付率は八割程度という程度ではな

くて、八割以下にならないようにする、この辺改善をお願いできたらと思ひます。

そして、もう一つお聞きし、また同時にお願いしたいことは、この件について六十年代後半ということですが、後半といふと、五年間といひますか六年間といひますか、幅、アローアンスが広過ぎて漠然とし過ぎます。やはり国民を安心させるためにも、できれば六十五年までとか六十六年までとか、もう少しはっきりした表現の仕方をしていただきたいと思ひますが、いかがでございますか。

○吉村政府委員 一つだけ。私はフラットを八割にして高額療養費をそれにプラスする、こう言つたわけではございませんので、それも含めていろいろ考えてまいりますということをお願い申し上げます。

それから、いつ実現をするんだ、こういうことでの御質問でございますが、私ども、給付率を統一する場合の一番ネックになるのは国民健康保険だと思つております。そこで、国民健康保険の給付率というものを八割程度に持つていくためには、保険料率を上げるかあるいは国庫負担率を引き上げるかあるいは各医療保険制度間の財政調整をするか、そういう具体的な財政の裏づけがないと、何年度に国保について八割程度に持つていくかということがなかなか言いにくい点がございします。

私ども、国庫負担の率を引き上げることによつて八割給付ができるというように展望するのは少し甘い、こういうふうに考えておりますし、また、それでは全体的に財政調整をやつていくというのには非常に容易な道ではない、それとかなかなか困難な道でございます。それから、国保の保険料を上げるといふのもこれも非常に難しい問題を含んでおりますので、その辺の条件というものを少し眺めながら、具体的にいつ国保の給付率を八割程度にしていこうかということを考えていかねければならぬわけでございます。その辺の決断がまだつかぬわけというのが現在の事情でございます。

○塚田委員 繰り返しの質問になりますが、この給付率の定義なんです。つまり実質給付率なのかフラット給付率なのか。これが実質給付率ということでしたら今でも既に八〇・三%かそのくらいになっておる、こういう計算ができておるわけであって、全然将来に向かっての改善とか、ビジョンにはなっていないわけでありまして。これはフラットな給付率だと解釈してよろしいと私は思うのですが、いかがですか。それをはっきりさせてください。

○吉村政府委員 私ども現在の給付率が八〇・三だと申しますのは、仮に全保険を統合したと仮定いたしました現在の保険料並びに国庫負担でいかほどの給付ができるか、これを試算してみますと八〇・三ぐらいの給付率になる、こういうことでございます。これから保険料率を上げる、こういう前提に立てば八〇・三の給付率はもちろん上げることもできますし、また、高額療養費を加味することによって仮に八四%ぐらいの実質給付率を保つんだという結論が出るならば、その部分だけは保険料率を上げなければならぬ、こういうことになるわけで、それは一つの選択の問題ではないかと考えております。

○塚田委員 この文言につきましては、どの制度をとってみても、家族であれば本人であれ給付率が八割程度になるように統一するんだ、このように解釈してよろしゅうございませうね、それしか読み取れないわけですね。

○吉村政府委員 私ども、基礎的には一応八割給付というものを頭に描いております。被用者保険本人の給付率につきましては八割給付を一つの目標にしております。また全保険、退職者医療等につきましても八割給付を実施するというところで示しておりますので、その点につきましては八割給付が一つの基礎的な給付であることは間違いございません。

○塚田委員 次に、話題を変えまして、「なぜ、いま医療保険を改革するのでしょうか」、このパンフレットは御存じのはずでございます。これにつ

いてお尋ねいたしますが、なぜ発行人または編集人、これは厚生省のはずでございますけれどもこれを明記しなかったのか、その理由をお聞かせください。

○吉村政府委員 別に隠し立てをしようと思つて書かなかったわけではございません。特段の理由はないわけでございますが、私どもがつくつて私どもが配布しておる、その責任を免れようという気持ちには全くございません。私どもが配るときには、これは私どもがつくつたものである、こういうことを言ってお配りしたものでございます。なお、前の委員会ではこれは怪文書だ、こういう御指摘もございましたので、新しいパンフレットには厚生省の保険局の名前を記入してお配りをしております。

○塚田委員 このパンフレットの配布の対象はだと申しまししょうかどういふ団体をお考えになっているのか。それからこの配布の方法とかルートはどのようにお考えになっているのですか。

○吉村政府委員 印刷の部数は当初大体五千部刷つたわけでありまして、資料の求めがあった方に配布した。そして、主として国会関係の方々には配布をいたしました。したがってあるルートを通じてどこどこに流した、こういうようなことではございません。

○塚田委員 国会関係者を主な目的としておるといふならば、なおさら厚生省の責任と言いましうか発行人を明記して出すべきであり、それがなるところに不純な動機と言いましうか、何かあるのじやないかという気がしてしょうがないのですが、それはさておきたいと思ひます。

このパンフレットの中の4というところでございますが、その中に「自らのポケットマネーで飲食する場合に比べ、会社の交際費で飲食する場合のほうが、費用が高額となるのと同様です。」、このような表現があるわけでございます。これはかなり不穏当な表現だろうと私は思います。会社勤めのビジネスマンの営業活動を言うならば誹謗し愚弄するような形になっております。それから

翻つて考えてみますと、この論旨から考えてみた場合、組合健保など被用者本人を、ただだつたらばどんどんやるといふような性悪説をありありとむき出しに規定しているわけでございます。この内容は取り消すべきじやないかと思ひますが、いかがでしょうか。

○吉村政府委員 私の友人にも会社の経理を担当しておる人間がたくさんおりますが、その人たちの話を聞いてみても、自分のポケットマネーで飲む場合と会社の経費で飲む場合は会社の経費で飲む方が高つく。これはなぜそうなるのかわかりませんが、やはり一種の人間のさがみみたいなものではないか。現在の保険におきましても保険の費用が現物給付で払われる、こういうことになっておりますので、自分のポケットマネーといひますか自分のふところから金を支出する場合とただで受けられる場合の費用というものは若干心構えも違ふし、その額においても自然に変わってくるのではないかと。俗に世の中で言われるように「ただ高いものはない」といふことわざもございますが、やはりたまたまといふことは費用を高めることになる。これはどうしても人間のさが、性質、人間性、何も人間が性悪だと言つてもいいとは思ひませんが、どうも人情としてそつちの方に赴きやすいといふことは事実だろうと私どもは考えておるのでございます。

○塚田委員 一般論としてはわからないわけでもございませうが、これが厚生省が発行したとなりまうといふ公文書でございます。その公文書においてこのような俗論といひまうか俗っぽいことを打ち出すといふことは、やはり不穏当過ぎるのではないかと私は考えます。だから、こういう面があるからこそ、それをいわば怪文書と言われること、責任を明確にしないで、厚生省としての公文書扱いをしないで、だれが出したかわからぬような形でこのパンフレットを出した、こんな感じがいたします。

それでは、続きましてこのパンフレットの7番、これも問題でございます。この7番をもとに私は

これから御質問申し上げたいと思ひます。この7番、かなりいいことを申しているわけでございます。保険は患者の負担が過大になることを防ぐ、すなわち家計が崩壊しないようにするのが目的だと言ひ切つておるわけでございます。これは結構でございます。問題は、患者の負担が最高でも月五万四千円とあり、これなら家計が崩壊しない、このように言つておるところに本質的な問題が潜んでいるわけでございます。

そこで、お尋ねいたしますが、自己負担額はどのような考え方、基準によつて算定しているのか。そして、家計崩壊を防ぐ目的に月五万四千円ならば合つておるとお考えなのか。お答えください。

○吉村政府委員 現在の高額療養費制度の負担額は、高額療養費制度そのものが四十八年にできたわけでありまして、そのときの入院の医療費、それから標準報酬の平均といふようなものを勘案いたしました。三万四千円に決められておる。四十八年に三万四千円に決められておる。その後の所得の伸び、あるいは消費者物価指数の伸び、あるいは給与の伸びといふようなものを勘案して順次改定をしまひつて、現在時点では五万一千円になっておる。そして、同じようなルールに従ひまして計算したところ、五十九年度から五万四千円になる。こういう計算をしたわけでございます。

○塚田委員 私の質問の後段の、月五万四千円ならばこのパンフレットの第7項目に言うように家計崩壊を防ぐ目的に十分であると考へておるのかどうか。どういふ計算基礎によつてそれを出したのか。単に今までの経緯ではなくて、家計崩壊を防ぐといふ保険本来の目的に照らし合わせてどう考へるのか、お聞きしておるわけでございます。

○吉村政府委員 私どもが五万四千円といふものを出した根拠は今御説明を申し上げたとおりでございます。私ども、五万四千円が家計崩壊になるかどうかといふのは保険制度だけで考へるべき問題ではない、こういうふうに考へておるわけでございます。例えば税金の還付制度もございませう。

し、また低所得者に対する例えは世帯更生資金の貸し付け制度もございすし、また長期重病の場合には公費負担医療制度というようなものもございす。それから、現在の国民の貯蓄水準からいいます。でも、一世帯当たり六百万円というような貯蓄額になっておるようございす。そういうところを総合的に勘案いたしまして家計の崩壊はまあないではないか、こういうふうに考えておるわけでありす。

○塚田委員 五万一千円を五万四千円に改定しようとするのは、所得の伸びであるとか物価指数を考えて、まあ計算値上ふやしたというふうな御説明だと思ふのですが、それならば、低所得者の自己負担限度額を今度の改定で一挙に倍増させたこの根拠、理由はどこにあることなんでしょう。

○吉村政府委員 現在の高額医療費制度は各制度でかなりばらばらになっております。健保の家族保険の場合には五万一千円でございますが、日雇健康保険の場合には三万九千円、それから国民健康保険の場合には、普通は五万一千円、それから低所得者の場合には三万九千円、そして健保の家族の低所得者の場合には一萬五千円、こういういろいろな数値になっております。私も、日雇労働者健康保険で三万九千円という水準で高額療養費の額が設定されておる、こういうことも考え合わせまして、この制度が発足したときの三万円というものに低所得者の場合は合わせ、そのほかの場合には五万四千円にするのが全体の公平としていい線ではないか、こういうふうに考えたわけでございます。

○塚田委員 いわゆる大病、難病などをした、こんな場合にはかなり長期の入院になると思ふのです。例えば一年間入院したとしますと、年間ペースでいけば六十四万八千円を自己負担しなければいけないわけですね。これを民間給付の実態と比較してみますと、男子の平均年間給付が二百万円から四百万円の層が五十七年度において五三%くらい占めるわけでございますので、例えば年収三百万の人が大病して一年間入院した場合、その人の

可処分所得というのは、これは五十八年度の計算ですが、二百六十九万六千九百九十円となっております。そこから六十四万八千円を支払いますと、実際に家族に残る収入というのは二百四万八千九百九十円しかありません。これは月に直すと十七万円程度です。生活保護費が五十八年度の場合一級地月額十八万二千二百九十四円ですから、生活保護家庭以下になってしまふわけです。おわかりになりますか。これでも保険本来の目的、すなわち将来の不確実な危険出費に備えて常々掛金を払っていく制度である、このように大臣は自信を持って言えますか。お答えください。

○吉村政府委員 今御指摘のような例で計算をいたしますと、先生御指摘のとおりであろうかと思ふは、本人にいたしますと一月五十四万円の医療費になるわけでございますが、五十四万円以上の医療費がかかるような疾病で一年間も入らなければならぬという場合があったとすれば、これは公費負担の対象になるような疾病の場合が多いのではないかと、私はこういうふうに思ふます。確かに計算をすればおっしゃるとおりでございますが、実際問題として、その方が生活保護に陥つてしまふというケースは極めてまれなのではないかと、私どもは考えております。私も、現在の高額療養費制度があらゆる疾病に対して有効に、完全に働くということを断言するものではございせんが、少なくとも全体の医療政策で物事を考えれば、高額療養費制度を五万四千円にしたからといって家計が崩壊するようなケースというものは、極めてまれなのではないかと、私どもは考えております。

○塚田委員 それでは伺いますが、五十六年度でも五十七年度でも結構ですけども、三カ月以上入院、六カ月以上入院、一年以上入院、これらの患者の実数をお示しいただきたいと思ふます。

○吉村政府委員 五十七年度の四分で申し上げますと、医療保険における総入院患者数が百九十九万四千人でございす。そのうち、三カ月以上六カ

月未満の入院患者さんが九万九千人、先ほど申し上げました百九十九万四千人のうちの八・三%でございす。それから、六カ月以上一年未満は七万六千人、六・四%でございす。一年以上というものが二十四万六千人、二・〇・六%、こういうことになっております。

○塚田委員 それらの方々の医療費が自己負担額で五万四千円を超えるかどうかかわらないとしても、かなりの負担をされている方が今言った実数で言うところを越える、大変なニーズだと思ふます。これらの方々に対する救済を考えなくちゃいかぬというわけですけども、その中で特徴的なものとして、血友病患者のケースがあると思ふのです。この場合は、もうずばり月間の医療費が数十万から、自己負担限度額までは払わなければいけない形になる。五万四千円は常に持つていかなければいけない。そしてこれは遺伝性であり、慢性であり、いわば一生ものであり、一生にわたって毎月五万四千円ずつ払つていく、これは大変なことだと思ふのです。血友病患者、特殊な例かもしれないけれども、また数においてはまた限度があるかもしれないけれども、そういう特定の方々を救済するということは非常に大切なことだと思ふのですが、この血友病患者につきまして、特別に何らかの温かい救済の措置をとつていただけるかどうか、渡部厚生大臣の御配慮ある御答弁をいただけたらと存じます。

○渡部厚生大臣 これは、今先生からいろいろ御心配をちょうだいいたしております。私も全く同感でありまして、今回の一割負担、この法律を成立させていただくことによつて、これは本当にお困りのような方がないように配慮をしていくことは私もとて当然のことでございます。

血友病の問題、先生からも、また先生の同志の先生方からもたびたび聞いております。これが、今検討してみますと、これは法律事項でなしに政令事項でやれる問題等もありますので、今先生御指摘のような問題は、この健康保険法が成立した後、そのためにそういう方がお困りにならないよ

うなできる限りの配慮を努めてまいりたいと思ふます。

○塚田委員 血友病患者に対する大臣のこれからの格段の御配慮をいただけたらという御答弁、本当にありがたうございす。

さて、大病で入院した場合、厚生省は、負担が五万四千円とまりならば家計崩壊はしないとパンフでも宣伝され、今また局長も崩壊しないはずだといふようなことを言っているわけでございますけれども、私は先ほど例証を申し上げたように、勤労者にとつては場合によつては保護世帯以下に転落する危険性があるんだと、数がどうかということとは別としても、そういう危険性を全勤労者がはらんでしまふ。これについて厚生省はじっくりと高額療養費の問題について再検討していただきたいと思ふのです。実は私が今例証したような問題程度ではないのです。このような大病、難病で長期入院する場合、ほとんどのケースにおいて差額ベッド料を払わなければいけないとか、付添看護人を雇わなければいけないとかいうケースが非常に多いわけでございます。これがいわゆる保険外負担というわけでございます。

付添看護人を雇つた場合、一日約一万円がかかります。労働省の調査によりますと、今いわゆる家政婦及び付き添いの看護家政婦と申しましようか、こういう方々が十四万ほど登録されておるそうなんです。そのほとんどが付添看護人として動いておられるというように、大ざっぱではございすけれども聞いております。となると、付添看護料の負担をされている方がとにかく数万人という大きな数で存在しているわけでございます。極めて、極端な例でございすけれども、一年間付添看護人をつけた場合、これで三百六十万円、そして今言った自己負担額が六十四万八千円、これは文句なしに、保護世帯すらすれとかいふうわけでございまして、この高額医療費、すなわち自己負担の限度額については厚生省として徹底して再検討していただきたいと思ふのです。

これは大臣が常々明言されておりますように、困った人に温かい援助の手を差し伸べると同時に、国民が生命や健康、そして生活に困らないように安心できる制度を充実させる、こうおっしゃっているわけですから、この大臣の福祉行政の目的にかなう、かつ、保険というのは困ったときに、困ったというのは本當に困ったときに助けを求めらる相互扶助の制度であるという本来の趣旨に合うように、この自己負担限度額というのは、五万一千円を五万四千円に上げるのが妥当かどうかとかいうようなそんなレンジで検討するのじゃないか、徹底して、これは半分でもいいじゃないか、三分の一でもいいじゃないか、このくらいいいゆる発想を変え、視点を変えた方法で再検討してもらふことが、厚生省が言うようなこの第7項目、すなわち家計の崩壊を防ぐのが健康保険でございまして自信を持って言えるようにしたいのだと思います。御見解をお伺いします。

○渡部国務大臣 これは私もたびたび申し上げておりますように、今回私も一割負担ということをお願いしておりますのは、将来にわたつて我が国の医療保険制度を揺るぎないものにするために、医療費の節減あるいは社会保険の本来の意味に戻って負担と給付の公平、あるいは制度間の公平、社会保険制度を正しい方向に持っていくあるいは国民の健康管理に対する関心を強めていただく、そういういろいろな意味合いを持つてお願いしておるわけでございしますが、この一割負担のために、今先生が御心配のような、健全なサラリーマン家庭が大変な重い病気を持つことによつて崩壊するということはあるとはあつてはならないことでありますから、この法案をまず成立させていただくこと、そしてそれまでの先生方の御指摘等を私も謙虚に考えて、この法改正のために困りの方が出ることをないように、高額療養費の問題の仕組みあるいは難病等に対する公費負担の問題、こういうものを含めて幅広く、各党の先生方の御意見を十分に尊重しながら、私どもで

り得る可能な範囲の努力を続けてまいりたいと思ひます。

○塚田委員 保険局長にお伺いしますが、この高額療養費につきまして、世帯単位であるとか年単位での限度額をぜひ考えていただきたいと思うのです。例えば一世帯当たり年三十万というように限度額を設けるとか、またこれが制度がややこしくなりづらいつつというのなら年末調整みたいな形もあるかもしれませんけれども、いずれにせよ家族単位であるとかロングレンジによる徹底した限度額、家庭崩壊を防ぐためのぎりぎりの低い自己負担限度額をぜひ設定するように御努力いただきたいのですが、局長としての御見解をお伺いしたいと思います。

○吉村政府委員 現在の高額療養費制度というのは、御指摘のように患者個人、一月、一医療機関というように、現在の診療報酬の請求のスタイルそのものを基礎として動いております。つまりレセプトがそういうように個人単位であり、暦月であり、医療機関単位ということまでできておりまして、それを基礎にして動いております。したがつて、例えばレセプト方式がコンピュータ化されるといふようなことならばかなり事務処理が易しいわけでございしますが、現在は手作業で一枚一枚の紙をめくりながらやっておる、そしてその一枚一枚のレセプトが積み重なつて一年間八億四千万枚というふうなことになるわけでございします。その仕組みというものを少し変更しない限り、今先生御指摘のように、世帯合算あるいは年末の還付というものを完璧にやるということが非常に困難なシステムになつておることは事実でございます。

したがつて、私どもの対応としてはレセプト方式を改めるというのが一つの方向であらうと思ひます。またコンピュータリゼーションを進めていくというのが一つの方向であらう、これが基本的な方向であらうと思ひます。ただ、それは申しまして、それにはかなりの時間がかかりますので、現実的な対応といたしましては、現状を前提

としてどこまでできるかそのぎりぎりの可能性を追求して、先生御指摘のような点の実現に近づけるように最大限の努力をしてみたい、私どもはこう考えております。

○塚田委員 システム上、事務上、大変難しい問題があるようではございすけれども、保険とは何ぞやといういわゆる庶民の常識的な考え方、これを生かすのが保険でございすので、その趣旨を生かすためには、この高額療養費が大き過ぎるを握つておると思ふのです。となりますと、事務が云々というよりは、その保険制度の本来の趣旨、すなわち精神、それをどのように酌み取るかという問題でございすので、私は、事務上の問題というよりはその精神そのものをぜひ再検討していただけたらと思つております。

それでは質問の方向を変えまして、減額査定分の患者への返還という問題について質問申し上げます。

去る四月二十四日、某大新聞によりまして、レセプトの減額査定分のうち、本来なら自己負担金を支払つた患者に相当額を還付すべきなのに、実際はほとんど還付されてない。本来なら患者が還付を受けるべき額は、二十三年間で積み重なつて総計一千億円を超えるのじゃないかと報道されております。渡部厚生大臣はこの記事を讀んでおられるはずですが、所管大臣として、この件についてどう受けとめられ、同時に、この件を知つて以来本件に対してどう処置すべきと事務当局に指示されたか、お聞かせいただきたいと思ふのです。

○渡部国務大臣 私も新聞を読ませていただいた、確かに理論的には大変な矛盾であります。ただ、その後事務当局からいろいろ説明を聞きますと、これは理論上矛盾であることは何人も認めざるを得ない厳密な事実でございすが、これをどう改善していくかということになりますと、これは非常に困難な問題が物理的にあるようでありまして、今事務当局と話をしまして、これは何らかの改善策がないものかということを検討させておる

ところでございす。

○塚田委員 この新聞報道の事実があつたことを認められたようなわけでございすが、このように本来患者に還付されるべきものが医療機関にとどまつてゐるわけでございまして、このとどまつたお金は法律的に見てどういふ性格のものなのか。すなわちその法律的な所有権と申しましようかまたは請求権と申しましようか、これはだれが持つており、また現在占有しておる方はどのような義務を負うか。このような法律的な側面につきまして、これは法制局でしょうか、しかるべき法律関係当局の御見解をお伺いしたいと思います。

○工藤政府委員 今先生の御指摘ございました健康保険ですとかあるいは国民健康保険といった医療保険の各法におきまして、そこで一部負担金の計算の基礎となる医療費の額、これは、保険者あるいはその委託を受けております支払基金、そういったところの査定が行われまして、これに格別の異論がない場合には、その査定によるものがその基礎となるというふうにご考慮しております。したがつて、患者が支払うべき一部負担金も、この額をもとに算定されるべきものというふうにご考慮されます。したがつて、一部負担金として今先生が御指摘のような既に支払つた額がこれを超過する、それがいわば医療機関のもとに残つてゐるというふうなときには、理論上考えますれば、その性格というものはいわゆる不当利得という法的な地位にあるものと考えております。

○塚田委員 その後の同新聞の報道によりまして、医療機関側は、簡単に言えば、患者に返還するには及ばないと主張している向きもあるようでございます。この件について、法制局は、法律上の解釈から見ましてどうお考えになるのか。そして厚生省としては、これは三十五年でしょうか、この問題につきまして還付するのが筋である、だからそのように医療機関に通達してゐるわけでございすが、この新聞報道によると、医療機関側からそれが無視された、もしくは反論された形ですけれども、厚生省としてはどうお考えになるのか。

両省の御意見をお聞かせください。

○工藤政府委員 ただいまの先生の御指摘でござい
ますが、患者にはいわゆるその超過分につきま
しての不当利得の返還請求権がある、それに対し
まして、医療機関としてはこれに必ずしも義務が
あるというふうには、法的には、いわゆる民法七百
三条から申し上げればそういうことになるという
ことでございします。

○吉村政府委員 私どもも現在、法制局の工藤部
長が申されましたように、法的根拠としてはその
とおりであろうと思ひます。法的な根拠が乏しい
というふうなことはない、したがって、その点に
つきましては私どもも異論がございしません。

ただ、実務的に申しますと、一部負担を支払う
のは診療を受けたときに払うわけでございします。
そして、その翌月に医療機関から支払基金に請求
があつて、その月に審査をして支払いはその翌月
に大体支払われる、こういうことでございします。
で、一部負担を払う時期と査定が行われる時期と
が離れておる、こういうややこしさがあるわけで
ございまして、非常にその査定額が大きくて、当
然返す、こういうような額が大きい場合には確か
に私は返すべきであらうと思ひますし、返すのに
実務上の問題というのはいふまでもない、
こう思うのでありますが、例えば計算間違ひがあ
つて百円ぐらゐ査定された、こういう場合だつ
てあるわけでございします。その場合には、例えば
医療費にして百円だとすれば、患者負担というの
は仮にその三割としますと三十円、一割の場合な
ら十円、こういうことになるわけですが、その十
円もぎりぎり言えば不当利得であり、返還すべき
である、こういうことにはなるわけですが、十円
を二月、三月月たつた後、正確にその支払つた
患者との関係で調整をしていくということは、非
常に実務的にも困難、煩わしい点があることはひ
とつ御理解を賜りたいと思ひます。

○塚田委員 法制局の見解によりまして、このよ
うな本来患者に還付すべきものが医療機関が預
かつておる形になるのは、不当利得的なものであ

り、患者に請求権があるということとははつきりし
たわけでございします。

今後考へてみた場合、同様に、同様というより
は、さらにこれからはハイペースでこのような還
付すべきものが出てくるのじやなからうか、それ
は審査が強化されるとかいうことになりましてそ
ういうことになると思ひます。ところが、実際の
には、一たん払つてしまつた患者はそのような事
実が起きていることを知る由もなかなかないとい
うようなことで、結局今までと同様に、うやむや
の形で医療機関に預かつてもらつた形になつてしま
う。しかし、考へてみればこれは不当利得みたい
なものだということではございします。患者に対
してどのようにこれを周知させるか。事務上、大
変難しい手続、問題点があると思ひますけれども、
この辺、患者の請求権を生かすために実効ある何
らかの方法、または医療機関に対する指導をお願
いしたいのですが、局長の方から、今後の対策に
ついてどのようなことを考へておられるのか、ま
たは検討していくのか、もう一度お答えい
ただきたいと思ひます。

○吉村政府委員 先ほど申し上げましたように、
非常に実務上の困難さ、あるいは費用と便益との
バランスみたいなものも考へた場合に、非常に査
定額が多い場合、幾ら以上というのは今直ちに申
し上げられませんが、非常に査定が大きくなつて
患者の支払つた一部負担金と査定額とが非常に
け離れておる場合には、保険者の方から患者に通
知をさせるようにやつていきたい、こういうよう
に思つております。さしあたりその辺から始めて
と思ひます。

○塚田委員 この件は、何も医療機関が不当利得
をしてほくそ笑んでいるわけではなくて、預かつ
てかえつて迷惑を受けており、痛くない腹を探ら
れておるという面もあると思ひますので、その
ようなことができるだけ解消できるように、患者
に対する通知方法などをぜひよくお願いした
いと思ひます。

次に、自由診療と申しましようか、その辺につ
いてちよつとだけ御質問したいと思ひます。

昭和五十八年二月から老人保健法が施行され
たことに伴ひまして、いわゆる老人病院に関する新
しい診療報酬が設定されました。これは特例許可
老人病院と特例許可外老人病院に区分し、病院に
応じた診療報酬がそれぞれ設定されているわけで
ございします。また、今度のこの健康保険法改定案
の中でも、特定承認医療機関については、厚
生大臣の定める費用の算定方法により診療報酬が
定められるようございします。

これらを総合して考へてみますと、厚生省は医
療機関ごとに診療報酬を設定する方向に進んでい
るように感じられるのですけれども、このような
方法をとることによつて、国、病院、そして患者か
ら見たそれぞれの場合のメリット、デメリットは
どの辺にあるのか。また、今の国会に提出されよ
うとしております医療法の中に、第二次医療圏と
第三次医療圏の設定が考へられていようござい
ます。これと診療報酬ごとの診療報酬の設定
と関連があるのかどうか、医務局長の立場から、
同時に保険局長の立場からそれぞれ考へ方をお示
しいただきたいと思ひます。

○吉村政府委員 特定承認医療機関の件であらう
かと存じますけれども、御指摘にもございした
ように、一般的に医療を一次医療、二次医療、三次
医療というふうに分けるのが通例でございします。
これは医療の内容と医療機関と必ずしも一致いた
しませんけれども、そのように分けるのが通例で
ございしますが、そういうふうに分けますと、特定
承認医療機関は広い意味での三次医療に属する、
このように考へます。私どもの承知しております
ところでは、現在のところ大学病院というものを
考へておるというふうには聞いておりますが、そ
うだとするならば今のようにならざるを得ない
ようかと存じます。それで、特定承認医療機関の
具体的なことにつきましては、これから中協協で
御審議になるというふうには承知をしております
ので詳細はわかりませんが、三次医療機関が

これになるのかどうか、細部の検討を待つて考へ
てまいりたい、このように考へておるところで
ございします。

○吉村政府委員 特定承認医療機関の問題につ
きましては、私どもは高度先端技術を行ひ得るス
タッフを持ち、かつ、設備を持つ病院というもの
を頭の中に描いております。それに該当するもの
として、具体的には大学病院というふうなものを
中心に考へておるわけでございしますが、これは別
に私ども、自由診療の範囲を拡大しようとかある
いは将来にわたりまして保険給付の範囲を縮減し
よう、こういうようなことを考へておるわけでは
ございしません。保険医療としては従来どおり必
要かつ適切な医療は全部保険で給付する、保険医
療として給付をいたしたい。しかし、なおかつ、そ
ういたしましてもやはり、高度先端技術としてま
だ保険に取り入れられない医療というものがある
存在するわけでございまして、そういうような医
療と保険診療との調整を図るために、今回の特定
承認医療機関等の制度を取り入れたわけでござ
いします。その医療機関がどういふ分類になるん
だという御質問でございしますが、今医務局長が
答へていただきましたように大学病院を予定して
おりますので、第三次の医療機関というジャンルに
入ることにならうと考へております。

○塚田委員 それでは、退職者医療制度について
お伺ひいたします。

まず、この退職者医療制度を組合健保サイドで
はなくして国民保険サイドに持つていったその根
拠、理由、これを教えてください。

○吉村政府委員 従来、退職者医療制度につ
きましては、ぜひこれを創設すべしという御意見が
ございしました。ただその場合、なぜ今まで退職
者医療制度ができなかったか、こういう経緯とそ
の問題を考へてみましたときに、一つは、退職者
医療制度を受ける資格をどう決めるか、それは被
保険者期間と関連するわけでございしますが、そ
の被保険者期間というのはいかに長い期間になり
ますので、その確認の方法として効率的な方法がな

かなか見つからないというのが一つの問題でござい
ました。これにつきましては、私ども、今度、年
金受給者ということで解決をつけたつもりでござ
います。

それから第二番目は、給付期間をどうするか。
やはり退職者医療制度ということになりますと退
職後一生給付を行うべきだ、こういうことにな
るわけでございしますが、退職後一生面倒を見る
というのでは少し長過ぎるではないかという意見
があったわけでございします。しかしながら、今日
においては老人保健法ができて、七十歳以上
は老人保健法で見るといことになりましたので、
七十歳まで見ればよろしいということで、給
付期間というものがある程度合理的に設定でき
るようになった。これが第二の問題の解消した理由
であります。

それから第三は、いずれにいたしましても、企
業を退職した退職者というのは全国に散在するわ
けでございします。そうすると、全国に散在する退
職者を把握いたしまして退職者医療制度を適用
し、保険料を徴収し、そして給付をする、こういう
ことになるわけでございしますが、そういう事務の
管理ができるのは国民健康保険しかないのではな
いか、これを仮に被用者サイドでやるということ
になりますと膨大な機構が必要になる、こういう
ことで国保の窓口を借りる方がいんではない
か、こういうように考えたわけでありします。

それから第四番目の問題として、これは最大の
問題なんでありまして、退職者医療の費用負担を
どうするかというのが今までの最大の問題であつ
たわけでありますが、最終保険者だということに
すると負担は不公平になる、こういうことであり
ますし、非常に理論的に言いますならば、雇用期
間に応じて負担をせよ、分担をせよというの
というのが一番理想的な姿なんだろうと思いま
すが、それも実務的にはなかなか難しい、この
ことで、退職者医療にかかる総費用を被用者保
険全体で負担する、財政力に応じて負担をして
いただく、こういうことで従来退職者医療制度の現

を阻んでおりました条件を解消できる、こういう
ように私どもは考えて、今回の退職者医療制度を
御提案申し上げておるわけであります。

したがって、国保のサイドでやるか、被用者保
険サイドでやるかというの難しい問題でありま
すが、割り切りとしては被用者保険サイドでやる
べき性質の保険であらうと思ひますけれども、実
務上やはり国保の窓口を借りざるを得ない、こ
ういうことで、国民健康保険の窓口を借りる形で退
職者医療制度を考えてみたというのが今回の私
どもの考え方でございます。

(委員長退席、今井委員長代理着席)

○塚田委員 一部のマスコミの報道によります
と、健保組合の方にこの退職者医療制度による退
職者給付を認めるといようなニュースが流れた
ことがございしますが、これにつきまして厚生省は
どう考えているのか、そのような事実があるのか
ないのか、お教えいただきたいと思ひます。

○吉村政府委員 先生御指摘の問題につきま
しては、健保組合の事務処理上の問題あるいは財政面
における能力の問題等いろいろ絡むと思ひますの
で、健保連が主張するような退職者医療制度の単
独実施というものについては、これは慎重に検討
をしなければならぬ、こういうふうに思つてお
ります。私どもがそれに合意をした、こういう事
実はございしません。

○塚田委員 それでは、この退職者医療制度にお
けるいわゆる拠出側、健保組合側ですけれども、
これらのいろいろな発言の場をどのようにするつも
りであるのか、この辺の保証についてお話しした
だきたいと思ひます。

○吉村政府委員 退職者医療制度についての拠出
者の意向を反映すべし、こういうことは審議会の
御意見にもございしました。そこで、私どもとして
は、社会保険審議会の所掌事務に新たに退職者医
療に対する拠出金に関する事項を加えて、社会保
険審議会の場でひとつ御議論を願う、こういうよ
うにいたしますならば拠出者の意向が反映され
る、こういうように考えた次第であります。それ

が第一でございします。

それからまた、現在、国民健康保険事業の運営
に関する協議会が各市町村に、国民健康保険運営
協議会ということと設けられておりますが、この
協議会において拠出者側の意見を反映できるように
メンバーに参加してもらうとかあるいは特別の
部会を設けるとか、そういう方法につきまして検
討をいたしております。

いずれにいたしましても、拠出者の意向が反映
できるような仕組みそのものはいろいろな形でつ
くってまいりたいと考えている次第であります。

○塚田委員 この制度において本人の給付率を八
割とした根拠、理由は何ですか。いわゆる被用者
本人、今まで組合健保だった場合は自己負担ゼロ、
今度提案されている改定でも被用者本人一割です
けれども、整合性を欠くような気もいたしますが、
八割と決めた根拠をお示しください。

○吉村政府委員 これは先ほど大臣が申し上げま
した将来ビジョンとも関係するわけでございま
すが、将来の給付率を八割程度というものを頭に描
きながら私どもは物をお考へておるわけでありま
す。したがって、確かに国民健康保険の中で退職
者が先に突出をするということについては問題が
あるわけでありますが、将来被用者保険の本人に
つきましても八割に持っていくという展望を持
っている以上は、退職者の本人については八割をま
ず実現をしよう、国民健康保険の中で突出するのは
問題があるにしても八割に持っていく、この
ことで、将来の展望も考えながら一応八割とい
う形で提案をいたしたわけであります。

○塚田委員 将来の展望が八割程度での統一とい
うことでそれに合わせたということですが、現在
の健康保険法改定案によれば、そのステップとして
現実的には九割というようになっておりますの
で、そのステップに合わせて九割とすることも可
能じゃないかと思うのですが、いかがでしょう。
その方が整合性があると思うのですが。

も被用者保険本人につきましては十割を将来八割
に下げていく、一挙にそこまで持っていくのは問
題だということで、五十九年度と六十年年度は九割、
こういうことで一応私どもは考えておるわけであ
ります。

一方、退職者につきましては、現在の給付率は
七割でございますので、七割を八割に上げていく
ということでもありますので、これを被用者保険本
人のように、一たん九割に上げてまた八割に下げ
ていくというのではやはり少し問題があるのでは
ないか、したがって、将来展望で八割ということ
を頭の中に描いておるわけでありまして、八割
のところへそろえていくのが適当なのではない
か、こういうことで、私どもは、退職者本人につ
きましては下から給付率を上げていくということ、
それから被用者保険本人については十割から下げ
ていく問題ですので、退職者本人については八割
程度で物をお考へてもそれほど不公平だということ
にはならないのではないかと、八割を
御提案しておるわけであります。

○塚田委員 将来展望として八割をお考へ、それ
では急過ぎるから、ショックを和らげる意味でワ
ンステップ置いて九割とするというのが、今回の被
用者本人に対する厚生省から言わせれば配慮であ
るというわけですが、この退職者につきましても、
いわゆる上から考へるか下から考へるかの差では
ございしますけれども、本来なら七割に落ちるもの
を八割でストップさせるんだ、救済だという考へ
方もあります。これは、上から考へた場合は今ま
で十割だったものが一挙に八割に落ちる、それで
は苦しいから九割にとどめておこうという考へ方
も十二分にあるはずなんです、いかがでしょう。
(今井委員長代理退席、稲垣委員長代理
着席)

○吉村政府委員 給付率の問題につきましては、
いろいろな考へ方が確かに御指摘のようにあると
思ひます。

ただ、私どもとしては、今回の退職者医療制度
の費用の大部分は現役の被保険者並びに事業主の

負担によって賄う、こういう制度の立て方をして
おりますので、退職者についても我々と同じよう
に九割にして、我々が八割になった段階で八割に
引き下げていくという、非常に温情あふれる現
役の方々がそうおっしゃるのなら、それも一つの
負担の方法ではあるが、しかしそれだけは負担が
ふえるわけでありまして、どういう選択をされ
るのがいいのか、こういう問題になろうかと思
います。

ただ、そう申ししても、七割から一挙に九
割に持っていくかなくても、七割から八割の線と
ども、そして、将来全国民を通じて八割というよ
うな線で医療保険の給付率を統一していくのが適
当だとすれば、やはり七割から引き上げる場合に
は八割が適当なんで、九割にしてまた八割に下げ
るといふよりは八割でとめておく方が適当なん
ではないか、こういうように私も考えたとわけ
であります。

○塚田委員 現行の保険制度は八つに分立されて
いるわけですが、それぞれに対する国庫負
担、これもまたばらばらでございまして、その負
担をどのようにするのか、基本的な考え方がある
と思うのです。その基本的な考え方についてお聞
かせいただきたいと思ひます。

○吉村政府委員 現在の医療保険に対する国庫負
担の考え方としては、各医療保険制度間の財
政力の強弱に応じて負担をする、こういう考え
方が一つあるかと思ひます。つまり、財政を調整
するための国庫負担という考え方が一つある、こ
ういうように思ひます。それから、国保等におき
ましては事業主負担がないためにその事業主負担
の肩がわりをする、こういうような考え方の国庫
負担もあるかと思ひます。私どもは、いずれに
いたしましても財政力の強弱、それから今申し上
げました事業主負担の有無、そういうようなもの
を全体的に考えて国家負担を考えていくべきだ
こう考えております。したがって、退職者医療制
度につきましては被用者保険のグループがこれは
負担をする、こういう仕組みにしたわけでありま

すが、被用者保険全体のグループとしての財政力
を考えますならば国庫負担の必要はない、こうい
うように考えた次第でございまして。

○塚田委員 国庫負担においてそれぞればらつき
があるというのは財政調整の意味合いも非常に強
いということではございしますが、そのようなわけ
ならば、この退職者医療制度にも国庫負担を入れる
ことはオーケーじゃないかと思うのですが、いか
がですか。

○吉村政府委員 ただいま申し上げましたよう
に、この退職者医療制度の費用は被用者保険制度
全体が負担をしていく、こういう制度でござい
ます。で、被用者保険全体の財政力というものを
考えました場合に、財政力の足腰は非常に強いわ
けでございまして、国庫負担を入れる必要はない
ようなグループだ、こういうように考えており
ます。

○塚田委員 それでは、質問を変えます。精神病
院に関する諸事件につきましてお尋ねしたいと思
ひます。

一昨日のマスコミ報道によりますと、また精神
病院の一つであります群衆会・田中病院において
不祥事件が起きたと報道されております。この事
件は、表面に出た事実としては、患者が事件を
起こしたことになるわけで、以前起きた宇都宮
都立病院のように病院の職員の方が事件を起こし
たというのとは別になつてゐるわけでございま
す。ところが、その起きた根本原因というのは、そ
の病院におきまして医療法違反による過剰入院の
事実であるとか、また医師であるとか医療従事者
が規定よりも不足しているとか、そしてそれら
を背景として看護士、医療従事者が患者に對して
だんから暴行を行つておるということではござい
まして、今回の田中病院と宇都宮病院は結局のと
ころ同根、同じ原因に基づいて発生しているもの
と思われまふ。

この群衆会・田中病院において医師及び医療従
事者が規定よりも不足しているということが報道
されておりますが、いつからそういう状態になつ

ているのか、過去の実地調査の内容について御教
示いただきたいと思ひます。

○吉村政府委員 当該病院につきましては、最も
最近はこの二月二十日に医療監視を行つてお
ります。その時点で医師が必要十人に対しまし
て七人で、三人不足でありました。看護職員は必
要数七十八人に対しまして五十二人で、二十六人の
不足でございまして、薬剤師、必要数五人に対し二
人で、三人不足でございまして、そこで、所轄保健
所長よりことしの三月十五日でございしますが、病
院長あてに医療従事者不足の改善通知を行つた
ところでございまして、病院側では、そういう職員
の不足に對して極力充実に努める旨を申し述べ
ておりますけれども、御指摘のございました事件も
ございまして、五月八日、さらに詳細な調査
を県に求めておるところでございまして、その報告
を待つて適切な対処を行つてまいりたいと思
へておるところでございまして。

○塚田委員 ただいまの御説明によりますと、二
月の時点で既に精神衛生法とかもしくは医療法に
違反しているという事実があつたわけではござい
まして、それを県当局は認知、確認したわけでは
ございまして、ところが、例によつて例のごとしと申
しまして、いかが、改善命令といましようか指示をし
たのみにとどまつておる。きちんとした監督指導
が結局のところ行われなかつた。だから、たつた
二ヶ月か三ヶ月のタイムラグではございましてす
けれども、またまた不祥事件が起きてしまつたとい
うような経過をたどつてゐるのではないかと思
ひます。と申します。となりますと、つまるところ、違
反事実、望ましくない事実を確認できてからス
ピーディーにその改善処置を命ずる、させる、こ
のことがきちんとしていていないことが根本的な医
療行政の欠陥であり、このような事件がまたまた
宇都宮事件に続いて、世論がこれほど注目してい
るにもかかわらず起きてしまつたというふうな順送
りに陥つたものと思ひます。このように、せつ
か実地調査をして実情を認識しても手を打つのが
結果的には遅いのではないかと私も考へてい

るわけですが、これを今後どのように改善
していくかと考へてゐるのか、お答えをお願い
します。

○吉村政府委員 医療監視でございしますが、こ
れは前回にも他の委員のお尋ねにお答えしたことが
あるものでございまして、病院の水準を確保
いたしたために、構造、設備でありまして、清
潔な状況でありまして、諸帳簿の整備状況であ
りますとかを調査するわけではございまして、それ
で、職員の数でございまして、これは水準とし
て決めておるわけではございまして、精神病院で
この水準を上回つてゐるところも実はあるので
ございまして、ですから、一般的には下回つて
いるのが多い、残念な状況になつております。御
指摘のございましたように、宇都宮病院とかそれ
からこの病院をよく調査いたしました、どこにそ
う原因があるのかよく分析をして、今後そ
ういふことのないように、重点的に医療監視を行う
等の措置を講じてまいりたいと思ひてゐる
ところでございまして。

○塚田委員 報徳会宇都宮病院の事件について、
国会での質疑を通じて厚生省としてはいろいろ
と改善の方向を示してくれたわけですが、
も、県及び厚生省として、本件に着手以来現時
点まで、何をどのように処置し、そしてそれがど
のような効果を上げたのか、具体的に時系列的に報
告をお願いしたいと思ひます。

○大池政府委員 宇都宮病院の問題につきま
しては、かねて委員会においても御説明申し上げ
ましたような県の医療監視並びに実地指導を繰り返
し、強力に実施いたしまして、当該病院におきま
すところの当面改善できる点については早急な改善
をし、また入院中の患者につきましても県にお
いて実地調査を実施するということ、現在これを繼
続中でございまして、まず措置入院の患者につ
いて着手をいたしました、その百六十一名全員につ
いて、これまでに措置の要・不要を判断して
いたわけではございまして、それに基づきまして、
現在県の段階において逐次、その措置解除、同意

入院への切りかえ等の手配を進めている最中でございいます。

また、この宇都宮病院問題を契機として現在いろいろと事実説明、その原因究明、これは捜査の手も入っている点もございまして、そういった点も含めて現在その究明を行っている最中でございすけれども、そういった中から、その背景にある先生の御指摘のようないろいろな問題点を解明して、現在行っております県、国の指導で一層強化できる点、改善を要する点等判明次第、これを取りまとめ、何らかの形でまた県に対する指導強化対策として通達のような形で示したい。

また、いろいろと提起されておる問題について、問題によりましては医療上のいろいろな論議を呼ぶような問題点もございすけれども、ある種のガイドライン的なものの検討にも着手したいというようなことで、現在準備を進めているところでございす。

○塚田委員 報徳会宇都宮病院に関する質疑の際に、措置入院患者について徹底して再審査すべきである、このような指摘が委員側から強くて、それに基づいて、確かに宇都宮病院については今局長がおっしゃられたように徹底した処置をとって、そのための成果が上がっていることは事実として認めたいと思ひます。

ところが、そのときに、こういう件は宇都宮病院だけではなくてあちこちで潜在的にあり得るのだから、全国の精神病院について即刻にでも同様の手を打たなければいかかという強い提案があったわけでございすけれども、この田中病院について、措置入院患者についていわゆる再監査というか審査をしたのかどうか、お答えいただきたいと思ひます。

○大池政府委員 群馬県の衛生環境部からの報告を受けた時点で、まだ県としては現在立入検査等調査を実施している最中でございまして、報道等で報じられているような暴力の事実等についても現在まだ調査中というような段階でございす。今後、その調査の把握された事実に基づいて必

要な、適切な、厳正な措置というものが考えられるわけでございすますが、まだ現在調査中という点でございすので御理解を賜りたいと思ひます。

○塚田委員 ただいまの委員会審議は医療の問題に対する審議でございすけれども、医療において、病気になることから治療するということも大切だが、それ以上に予防が大切である。起きないようにならぬこと、病気になるようにすることが大切である。これはだれもがわかつていることでございす。これが行政面で見た場合、事件が起きてから調査する、また処置をする、改善を行う、これでは困るわけでございまして、何とかそういうことが起きないように事前に予防策を講ずる。そういう意味で、この宇都宮事件を契機に同じようなことを繰り返さないように処置をしなければいけないというところは、厚生省も百も御承知になつていたはずでございまして、またその審議において、だからその他の精神病院についても徹底して再指導を行うべきである、手を打つべきである、このように言つたわけでございすけれども、それはやはり言つても、結局半年かかる、一年かかる、数年かかるというのでは、その間にまたまた同じ事件が起きてくる。その一つの例が今回の田中病院の件じゃないかと思うのです。

そういう意味におきまして、宇都宮病院事件の審議において指摘されたとおり、全国の精神病院に対して徹底的にすぐ各県ともしかるべき調査及び改善策をしますよう、今まで以上の格段の努力を厚生省としてはしてほしい、このように考えます。

さて、今の件と関連いたしますけれども、厚生省の各地指導に関する通知によりまして各県を指導しており、その各県が実地調査をした調査結果が毎年四月にきちんと厚生省に届いておるものと思ひます。この報告書を分析し、問題がある件、そして問題のある病院が判明できるように報告を求めているわけですから、それが判明できた場合には、即刻それについて、県を通じて結構ですけ

れども、具体的な処置をすべきだと考えますが、どうもそれが不徹底なんじゃないかというように気がいたします。

そこで、厚生省に要求いたしますが、各県から出ております最新の実地調査報告書を再チェックいたしまして、その中で指摘されておるもしくは記載されておる、問題がある、すなわち医療法もしくは精神衛生法に違反しておるとかいうような事実が報告されておる、そういう個別の件数、件名、これを各都道府県別に、そして具体的な病院名を挙げて、委員会あてに提出していただきたいと思うのですが、いかがでしょうか。

○大池政府委員 ただいま御指摘の実地指導の全国の各県別の実地報告の件でございすますが、現在、精神病院に対する実地指導は各都道府県において行つてございすますが、それぞれの県によりましていろいろな方法を講じておるわけですが、多くのところにおきましては計画的に、年間一巡でございすようなそういう形で実施しておるわけでございす。

で、実効上図がその報告を受けておりますのは、国が同様に計画的に、各都道府県に対して指導監査を個別に行つてございすけれども、そのときに、その報告を徴するというような形でもらうもの資料を提出してもらつて一環として、その報告を一括受けとめて指導監査に活用しておる、こういう現状でございす。したがって、ある時点で断面的に全国を概括するというような形では実効上報告をとっておりませんものですか、今先生のお求めでございすますが、ちよつと統計的な数字として何が何%というような形では整理できない、こういう中身になっておるわけでございす。

それから、もう一点申し上げますのは、精神衛生の行政指導としての実地指導、これは医療法に基づく医療監視と相並んで、相補つてというような形で同時または別個に行つておる、これは地域の実情に応じて適切に行われておるわけでございすますが、その際、医療監視で指摘された問題につ

いてはこれらの実地指導では特に触れてない。したがつてその報告にあらわれないというようなこともございすし、また書類の簡素化を図つておるものもございすから、指摘事項、それから改善状況というようなものについても非常に簡潔な記載で、例えば医師不足、それに対する改善指導を文書で行つたというようない記載でございすので、その不足の程度はちよつと掌握できないというようない記載方法に今なつておるわけでございす。それは個別の県において公衆衛生監査官等の監査スタッフにおいていろいろと総合的にやりとりをして、その県自体の指導監査の方法が十分であるかどうかというところは包括的にはその資料を使つていろいろやつておるわけでございすますが、個別の医療施設ごとにそれが比較できるような形で、先ほどのお求めのような資料の提出というのは困難でございすので、御理解をお願いいたします。

○塚田委員 精神病院に対する厚生省からの、と同時に、県からの指導監督のやり方に、スピードの面、そして内容の細かさの面、または実態を本当に把握しているかどうかという真偽の面などについていろいろ問題があるような気がいたします。そして、厚生省としては、各県から報告書をお求めようとするが、そのフォームにも不備があるんじゃないかと推察しているわけでございす。これらの問題につきましてはまた別途意見を申し上げることにいたします、とにかく精神病院については宇都宮病院が出て、また田中病院が出た、またどこそここの病院が出るかもわからぬ、そのような非常に危険な状態にありますので、ここは徹底してスピーディーに、かつ、実質的に指導監督されよう、形式的に、実地指導をやっているから云々とか、報告書が来たから云々のこのとか、その記載内容がごうだつたから云々というようないきりかたの指導では、国民が安心して厚生省に対して医療行政をお任せすることができない、このような不信感を持たれる危険がある

と思いますので、厚生省としては徹底的に、怠慢というそしりを受けないように全力を挙げて精神病院の指導に当たっていただきたいと思います。これをもちまして、私の質問を終わります。ありがとうございました。

○稲垣委員長代理 浦井洋君。

○浦井委員 私、まず最初に、怪パンフとか怪文書とか言われているこのパンフレットを少し問題にしたいのですが、早速この新版を取り寄せてみました。今保険局長言われたように、新しい版は大きくなって「厚生省保険局」、こう書いてあるわけです。さらに余分にこういうのが入ってあります。大臣、御存じですか。これが余分に入っております。先ほどもいろいろと御意見があったようでありまして、例え私が指摘したいのは5番とか6番の辺ですね。特に漫画が悪いのです。わざわざ漫画をこう書いて、例え5のところでも、サラリーマンの本人が十割給付でたばこを吸って寝ておけるのを、そこの自営業者であるとかサラリーマンの奥さんがそれをにらみつけておる。こういうような描き方が果たして漫画に値するの。しかも、厚生省が責任を持って出した文書についておる漫画と言えぬのか。私はこれは非常に義憤を感じるという、非常にけしからぬというように思うわけでありまして。

6番目を見ますと、今度は国民の三割の十割給付のサラリーマンが、お酒を飲んだような格好でかばんをぶら下げて帰ってくるわけですね。それを今度は、国保の加入者であるとかサラリーマンの家族の方がこれまたうらやましうにながめておる。これを特に国会関係にまくというわけですね。こういうようなふまじめな漫画をなぜ描くのかと、私はまず最初に大臣並びに保険局長に強く申し上げたいわけなんです。サラリーマンの奥さんというのは、主人が十割給付であるから喜んでおられるわけでしょう。それを一括して、サラリーマンの本人十割給付、三割の方がここにのるんだ、あとはサラリーマンの奥さんも含めて七割

のところにおつて、そして、非常にうらやましがったりあるいはサラリーマンの本人を憎々しげににらんでおる。これは何ですか。この七割給付は、五割から七割になってきて、サラリーマンの被扶養者の場合で言えば、これからもっと上げてもらおう、しかし政府がなかなか上げないの、政府に対して怒っている漫画ならわかりますよ。十割給付の人に対して怒っているというふうなこんな漫画の描き方、漫画というのはアイロニーといいますが諷刺をきかして、見る人の肺を吐くようなものでなければならぬ。それをこんな汚い漫画を描いておる。こういうパンフレットはもう即刻回収すべきだと私は思うのですが、大臣どうですか。

○渡部国務大臣 これは十割給付のサラリーマン、いわゆる被用者保険の方、これに対して、農家の皆さんとか零細な商工業の皆さんとかこれは七割給付、世の中に「乏しき」を憂えず、等しからざるを憂える」とかいようなことわざがありますが、七割給付の方から見れば十割給付の方がうらやましい、これはもう当然だろうと思えます。だから、今先生御指摘のように七割給付の方が十割に比べ一番いいわけでしょうけれども、現在の政府の財政状態、あるいは被保険者の保険料の負担の問題その他のことを勘案すると、これは現在とはとてもそういうところにはいかないということで、大変恐縮ではあるが今十割給付の被用者保険の皆さん方に一割御負担をお願いしたい、こういうことを私どもは申し上げておるわけでありまして、したがって、この漫画で七割給付の方が十割の方をうらやましいと思っていることは恐らく間違いないだろうと思えますけれども、ただ、この表現の方法に、サラリーマンというのは、一般的なサラリーマンのシンボルということになるとかばんを持つておる、これはサラリーマンらしいが、たばこは余計だったような気もしますが、まあしかし、一般的にはサラリーマンの大半の方がたばこを吸っているわけ、これがいいか悪いかわからない議論は別ですが、余分だと云えば余分なよう

気がいたしますが、とりたてて目くじら立てておしかりを受けるような性質のものではないと思えます。

○浦井委員 いや、私は目くじらを立ててしまいたいと思うのです。大臣はうまいこと、うらやましがっているというふうなところだけ言われたのです。5番目は十割給付の人に対して怒っているわけですね。これはまさに自営業者とサラリーマンの方、そしてこの一番向かって右の方はこのサラリーマンの奥さんだと思いが、こういう方々の一家の家庭を分断し、人々を対立抗争させる、そういうような構図になっておるわけですね。この漫画を見て、あなたの方の理屈を私は聞いておるわけではないのです。こういうことを、こういう漫画の載った文書を、しかも国会の良識のある国会議員やあるいは秘書の皆さん方に配るということ自身が私には見識なし、これはもう侮辱するものだと思うのです。これは保険局、吉村さんですか。この新版は何部刷られたんですか。これは両方合せてどれくらいお金がかかっておるのですか。

○吉村政府委員 今回のパンフレットの印刷部数でございまして、当初五千部刷りまして、さらに求めが非常に多いので五千部増刷をいたしました。

○浦井委員 費用は。

○吉村政府委員 その費用は約百三十万円でございまして。

○浦井委員 まさに国費のむだ遣いでありまして。税金のむだ遣いでありまして。これはもう直ちに回収して廃棄をしなければならぬ。例えばこういう、ちよつとまともし数字の入ったのが追加されておるわけでありまして、これも都合のよい数字を抽出して出しておるだけなんです。日本の国の国民所得に対する社会保障費がまだ低いことであるとか、あるいは政管健保が黒字になっていることであるとか、あるいはいろいろな推計が、これまでも医療費の推計がかなり誤っているわけでありまして、そういうことについては

全く触れずに、自分たちの都合のよい数字やら理屈だけを並べて、しかもそれをオーバに誤って誇張したような漫画をつけておるような、そういう文書は即刻回収して廃棄する。大臣、よろしいですね。

○渡部国務大臣 これは、私も今ちよつとこの漫画を見せたいだいたのですが、これを全部よく読んでおきます。これからよく読んでみまして、先生御指摘のように不穏当な部分があればこれは出さないようにしようと思っておりますが、やはり先生方は先生方で、これはかなり、我々の方で聞いておりますと、ときには先生方の議論に都合のいいような部分をとってなかなか誇大に申し上げる場合もありますし、私どもも、政府の立場で今度の改革案を出しておるわけでありまして、我々が出しておるこの法案というものを国民の皆さんに正しく理解していただきたいという余り、これは保険局で努力したその熱意というものは御了承いただきたいと思っておりますが、内容についてはよく読んで後検討させていただきます。

○浦井委員 我々は、あなたの方が正しくPRしようということまで妨げようというそういう権限はないです。我々も、我々の主張を述べてここで議論を闘わすわけなんです。しかし誇張したり間違ったりしたらいかがなんでしょう。これは後で、きょうの午後にお聞きしますけれども、11ページにも「多様なニーズに対応」ということで、「高度最先端医療にも素早くこたえます。」、今までの委員会の中でもまだ余り議論されておりませんけれども、実態はこうではないのです。これは午後もやりまされども、だからそういう点で、今大臣、漫画は読んでいただいても見ていただいても結構ですけれども、漫画も含めてよく検討をしていただきたい。

そういうことで、今まさに健康保険のいわゆる改正案というものが国会も含めて国民の注目の的になっておるわけでありまして、やはり我々は国民の声を十分に聞く必要があると思うのであります。国民の皆さん方が注目をしておる証

扱に、四月の連休前の時点でちよつと数字を申し上げてみますと、各地方自治体の議会の反対決議が非常に大きな数字であります。四十八都道府県のうち三十八都道府県、それで、そこに住んでおられる人口は日本の国の人口の八二%以上、それから自治体が全部で三千二百二十二あるわけでありまして、その中で千五百五自治体の議会が反対決議をされて、そして政府に意見書を出してきておられる、こういうことですね。大臣のおられる福島県では九十自治体があるんですか、そのうちの七十二までが反対の決議を出してきておられる。大臣の選挙区の福島二区では市が四つあるそうでありまして、その四つとも反対の決議をされておられる。これはもう大臣もよく御承知だと思ふ。それから、衆参両院議長に対する健康

保険のいわゆる改正、改悪に反対をしてこれは成立させないようにはしたいという請願が、これは正確な数字は今のところわかりませんが、これも、これは推計でありますけれども、もう五百万から六百万の方が署名を寄せてきておられる。こういう国民の声あるいは地方のそれぞれの議会の声を大臣は一体どのように考えておられますか。

しかも、もう一つ申し上げておきますと、きのう私が申し上げたのですけれども、この間の二十四日ですか、二十四日の二十一世紀の国民医療を考える会というのは、与党の中でも非常にたくさんの方が集まられて、慎重審議を求めておられる。その方が今度はあす十一日に第二回の会合をやる。けさの新聞によりますと、これは与党の党本部ではなしに、どうもそこをシャットアウトされたような感じでホテルでやる、それでもやるんだという氣勢を上げておられる。こういう状況をお大臣は一体どう思っておられるのか。私は、この際、この健保の改悪案は政府みずからの手によって撤回すべきだと思うのです。これはどうですか。

○渡部国務大臣 御指摘のように、私の郷里の市町村等でも健保法について慎重な審議を行ってほ

しいというような決議が随分行われておるということをお聞きしまして、私も政治家でございまして、多少心配になって、今度選挙区に帰ってまいりました。地方議会の議員の皆さん等にも随分お目にかけました。国のために今こそおまえは命をかけて健保法を通過するという非常な激励を各方面の方から承けて、安心して国会に帰ってきたようなわけでございます。

これは、私は今反省してみますと、一割負担というものが先に議論の中でそれだけで出てしまったものから、昔の政治のことわざに「新税は悪税なり」というようなこともありまして、今まで十割だったのを一割負担しなければならぬならそれは反対だということになったわけだと思ひます。

今日、我が国の置かれてある財政的背景なり、あるいは医療費が年々一兆円ずつ伸びておる現実なり、また高齢化社会がやってくる中で、保険料を上げないで適正な医療費によるところの今日の医療保険制度というものを揺るぎないものにしななければならぬとか、そういうことをよく勉強していただくと、やはり一割負担はやむを得ないのだな、こういうふうになつていただけたらいいのだな、こういうふうになつていただけたらいいのだな、分でございます。私も、ついせんだけれども、この医療保険の改正に反対する医師、歯科医師の若い人たちがとお目にかかつて話をしましたが、お目にかかったときはほとんどの方が反対で、私をつるし上げよう、こういうことでしたが、二時間くらい話をしますと、なるほどそうか、それならばおまえは勇氣を持ってやれ、こう言ってくれるので、浦井先生も早くそうなつていただきたないと私は願望しておるわけでございます。

○浦井委員 その、よく勉強していただければわかりますという一つの手段がこれでしょう、国会関係筋に求めに応じて出ておられますという。しかも先ほど指摘したような誇大あるいは誤りがある。これではだめですよ。だから、今二割とか一割の自己負担の問題が出ましたが、これはやはり最大の問題なんです。今まできょうで毎木曜日、

三回目の定例日の健保の審議でありますけれども、たくさん論議がその点について出されておると思うのです。

多少整理してみますと、重い病気の方あるいは所得の低い方に対する打撃が非常に大きい、だから社会保険本来の目的であるところの所得再配分機能を果たし得なくなるのではないかと。それから、健保制度始まって以来六十年間十割給付を続けてきた歴史の重みが国民の中に定着しておるのではないかと。それから三番目に、一家の大黒柱である場合が多い被保険者本人、この人たちに對する定率カットというのは、その人に対する打撃だけではないに家族全体に大きな打撃を与えるという論点。それから、そもそも医療保険というのはどんな病気になつても、軽い病気でも重い病気でも十割給付があるから、普段からサラリー二十万の方で大体月々六千五百円くらいのかかり高い保険料を払っておられるようでありまして、かなり高い保険料が掛け捨てを覚悟して支払われておる。だれも不満を言わぬ。そういう方たちが病気になる時に、うちのお父ちゃん保険で、今一部負担がありますけれども、十割給付だから安心して医者にかかれるのだ、こういう期待感なり安心感があるからだ、これは私は非常に強い理由だと思ひます。それから、医療機関の側から言へば受診率が低下する。そうすればやはり早期受診、早期発見ができてかえつて病気が重症化して、そして医療費が高つくではないか。こういう意見がきのうの日の参考人の方からも出ております。さらにもう一つ、六番目に、そもそも健康保険というのはビスマルクのあめとむちではありませぬけれども、労働者の労働力を保全し再生産するためにつくられてきた。だから各国とも大体労働災害なども含めてそれを見ようというところから出発してきた。日本の場合それが労災保険になつて独立をして、分離をしたわけでありまして、

しかし、今の労働の態様から見ると、特に被保険者本人の場合は、かなりの部分が職場の環境によつて病気がつくられている場合が多いわけであ

ります。これは私が十六年間保険医をやつておりました経験から申し上げても、大臣の奥さんは歯医者さんだそうでありまして、恐らく歯科でも同じようなことが言えると思ひます。医師科よりはるかにウエートが軽くて、ほとんどの方は、もちろん家庭環境にもよりますが、被保険者本人の場合は職場の環境によつていろいろ肉体的な、精神的なひずみが出てきておる。だから、労災保険の業務外ということであつても実際には職業起因性というものは否定できぬと思ひます。そういう被保険者本人に、十割給付であつた被保険者本人の定率カットというのは私は許せぬと思ひます。こういう論議がある。私、この間から議事録をくつたりしながら総括してみますと、以上の六つぐらい論議があると思ひます。これはどの一つをとつても、もつともな意見でありまして、こういう点で、大臣は反論をされるでしょうけれども、そのところを十分に考えてこの法案の処理を考慮しなければならぬのではないかと思ひます。簡単にひとつ。

○渡部国務大臣 先生の御質問も相当長かつたので簡単に一言でお答えできるとは思ひませんが、七割給付より八割給付、八割給付より九割給付、これが望ましいという点では私は先生と意見は同じだと思ひます。ただ、それを可能にせしめるためには財政というものがあつてから、お金がかつて降ってくるわけではありませぬから、保険者の皆さん方の保険料を高くするか、あるいは国費の医療費に対する支出を多くするか、あるいは今の単価の医療費を下げるか、そういうそれぞれの選択をばざるを得ないわけですね。その中で先生のは、二番の国から金を出せばいい、こういう議論になるのでありまして、国から出すといつても、中曽根さんが出すわけでも私が出すわけでもありません、国民の皆さんのとうと税金から出すわけでありまして。今の財政状態、またこの当分の財政状態を考えると、今三兆九千億ほど医療費として国民の税金からの支出がなされておると思ひますが、これをさらに拡大して

いくことに全体的な国民的合意が得られるかという問題がありますし、また保険料を引き上げるということになり、自分の健康に大変に注意をして全然お医者さんにもかかったことはいないという被保険者もいっぱいいるわけであり、現にそういう被保険者の方には、おれは一度も医者に行ったこともない、病院に行ったこともないのに保険料が高くなって困るといふ国民の声もあるわけであり、そういうことを総合した中で、今回は、我が国の社会保険制度の中で一番恵まれた条件にある被用者保険本人の皆さん方に一割の御負担をお願いしたいということで、これはまさに、現在十割給付だった方に一割御負担を願うのでありますから、被用者保険の本人の皆さん方には恐縮ですが、ただ国全体の財政、またこのままでいけば医療費が年々ふえていって保険財政の面で大変なことになる、そういうような全体を考えたならば一割負担というものを私どもはお願いしているわけでございます。

○浦井委員 大臣は財政問題だというふうに言われるわけですが、実際の今度のいわゆる改正案というのは、私はかなり広範かつ系統的といえますか、全面的といえますか、単なる財政問題から出発してはならないと思う。しかし、私はきょうは午前中は三十分しか時間をとっておりませんので、二巡目で財政問題をやりたいと思うのですが、一言だけ言いますと、きのうの参考人の方々は、政府の選取が少な過ぎるのではないかと、こういうことを午前中の参考人は特に強調されておったわけであり、だから、この財政の問題は後でまたやりたいと思うのです。それから、ここに「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方 保険局長吉村仁」こういうふうに着いてありますから、これに対する反論もやらなければならぬと思います。

そこで二点だけ。これも先ほど来議論をされておりますが、一つは高額療養費、これの現行制度は不備が多いので、いろんな方法がありますけれども、私は、家族全員の年間における自己負担額

の合算額を対象にしない、そういうように提案をしたいと思う。それはなかなかコンピュータ化が難しいが、やればできる。やればできるということであれば、それは一体いつごろをめどにしてやれるような状態になるのか。それまでは、少なくとも今度のいわゆる改正案の五万四千円は、五万五千元に据え置いておきなさい。低所得者には今度の上がり方が強いので、これはもっと十分に考慮をしなければならぬという提案をしたと思います。それが一つ。

それからもう一つの問題は、昭和三十五年の二月十五日に、厚生省と日医、日歯との間の申し合わせ事項がある。指導監査の問題であります。指導を徹底した上で監査を行う、こういう申し合わせは今も生きておるのかどうかということ聞いておきたいのであります。

なぜ聞くかといいますが、医療費の適正化ということを政府が打ち出すものですから、今医科、歯科を問わず減点審査、監査、こういうものが非常にふえてきているわけでありまして、これが診療担当者の意欲を失わせて、萎縮診療、粗相診療、こういうことになっているわけです。大臣も奥さんに聞いていただいたらおわかりになると思うのですが、私の十六年間の経験からいっても、自分が自信を持って投薬をし注射をした、それに経済的な目的でずつと赤鉛筆を入れられるということ、は、もう全く大きな心理的なダメージを受けるし、その後の診療担当者の意欲を失わせるものであります。だから、この審査、監査というのは慎重にやらなければならぬ。この間の中野診療所の場合には、指導をやっておる中で過剰だということ、で、保険医の資格の取り消しというところまで事態が進んでおるわけですから、そういう、指導をやっておる中で監査に切りかえてばさつとやられるというふうなことになる、また、昭和三十五年当時、この申し合わせができたゆえである開業医などの中で自殺者が出たというふうなこともあるわけであり、ひとつそこは慎重にやるといふこと、この二点をお尋ねしておきたい。

○渡部国務大臣 御指摘の高額療養費の問題、これは非常に大事な問題だと私は思います。私がこの法案に反対する方とお話をしてみると、私と話をしたほとんどの方は高額療養費制度の存在を知らないで、おられて、一割負担ということになれば、百万円かれば十万円になるのか、一千万円かれば百万円になるのか、これは大変だ、これは現行制度の中では五万一千円で打ちどめになっておる、それならまた話が違ふな、こういうようなことがいろいろありました。

私が幾たびか申し上げておるの、国の現在置かれてある実情の中で、また将来にわたってこの医療保険制度というものを維持していくために、被用者保険本人の方に一割の御負担を願うということであり、そのために、本当にお困りの方が、病気になるまで長い入院ができないで退院しなければならぬというふうなことがあつては困りますから、そういうことのないよう努力というものは当然政治がなさなければならぬこととあります。これは今までも、この委員会あるいは予算委員会等、与野党を含めて各党の皆さん方からそれぞれ貴重な御意見をちょうだいいたしておりますので、これらの御意見を十分踏まえた上で、この法案に浦井先生にも御賛同願って成立して実施するときには、今の先生のようなお考えも貴重なものとして十分に参考になさせていただいて、御心配をできるだけ少なくするような配慮をしてまいりたいと思います。

それから二番目の問題は、これも非常に難しい問題であります。この委員会でも、一方では、濃厚診療、乱診療について困ったことだから監査、審査をもつと厳しくしろ、厚生省はなまぬいぞというおしかりを受ける場合もありますし、また今先生のように、余り厳しくやるなという意味かどうかかわかりませんが、いろいろな御意見があります。その辺がやはり、直接政治の責めを負い、直接行政の責めを負う立場の者の非常に難しい問題だと思ひます。

私は、幾たびも申し上げておるように、本来、医師、歯科医師の皆さん方は国民の健康を守る第一線に立って働いておられる方なのでありますから、我々がその先生方を御信頼申し上げて、そこに自由診療、出来高払い制度というものが見事に花を咲いていくもの、こういうふうな解釈しておるのであります。現実にはやはり国民の皆さんがまゆをひそめるような事案があるわけであり、私どもは行政に携わる者としては、不正というふうなものが許されるはずのものでもありませんし、また年間一兆円近くも医療費が増大しているという中で、むだな医療費がないか、むだに薬が使われてないか、むだに検査が行われてないか、そういうことに目を光らせていくのも国民の皆さん方の声にこたえる行政でもあります。その辺は非常に難しい問題だと思ひますが、国民の皆さん方の声を最大公約数に尊重し得るような行政を指導してまいりたいと思ひます。

○吉村政府委員 第二番目の、日本医師会と厚生省の指導監査に関する申し合わせが現在も生きておるか、こういう御質問でございますが、これは生きております。ただし、不正請求の事実があると思われるとか、あるいは診療の中身に著しい過剰なものがある、こういう明らかに場合には指導を経ないで直ちに監査ができるというふうに変わつてまいっております。しかし、私どもとしては、やはり指導というものの重要性は十分考えておるわけでありまして、直ちに監査をする、こういうことはよほどの場合でない限りやらないつもりであります。論より証拠、中野診療所でも三回指導をしてその後監査をしたわけであり、私はああいふ場合には直ちに監査をしてもいいケースではないかと思つておりますが、やはり行政というものは慎重に運ぶ必要があるということ、指導をし監査をしたわけであり、それが逆になまぬいではないか、こういう御批判も仰いでおります。

○浦井委員 小沢和秋議員とかわらしていただきます。○稲垣委員長代理 この際、関連質疑を許します。

集団では、幾ら努力をしても収支が相償うような保険の運営ということではできなかったのじやないだろうかと思うのです。こういう人たちだけの保険をつくってこまで赤字を大きくしてしまったということについては、私は政府にも大きな責任があるのじやなかろうかと思うのですが、大臣、その点の反省はどのようにお持ちでしょうか。

○坂本政府委員　日雇労働者健康保険制度が、低所得の方を中心にいたしまして運営をされてきておりましたために、過去相当額の赤字を年々生んでまいってきていることは今御指摘のとおりでございます。しかし、この制度も、発足当初の考え方としては、必ずしも恒常的に赤字になるといふ考え方でできたものではございませんで、やはり一つの社会保険制度として、ある程度安定した運営も可能であるという考え方でスタートはしておると思います。その後、いろいろな事情によりまして結果的にはかなり大幅な赤字を生んできたということにはなっておりますが、その間におきましても、各種の対策を講じまして赤字についてもできるだけ縮小を図るようという努力はいたしてまいってきておりますが、何分にも客観的事情が、この制度の運営をなかなか容易ならしめるところまでいかなかったということでございます。

今回も、そういう意味におきまして、今後はこのようにないつも赤字の出る制度というものではないような形にいたしたい、こういう考え方で制度改正を企画したということでございます。

○小沢(和)委員　今も部長自身が、低所得者の人

最初に健康保険組合の平均でございしますが、例えば五十七年五月の数字でございしますが、二十二万三千二百九円という数字でございします。

それから、政管健保の平均でございます。これはやはり同じ五十七年の五月でございますが、十七万八千二百八十円ということになっております。

次に、日雇健保につきましては、実は健保組合、政管健保のように月収という観点での直接の把握ができませんので、これはある程度推計数字ということになるわけでございますが、平均賃金日額を調査の結果出しまして、それと一月間の平均就労日数を出しまして、一応これを掛け合わせた数字が大体平均月収という線に近いのではなからうか。直接、この平均賃金日額と平均就労日数の個人ごとのクロスが実は数字としてございませんので、こういう操作をいたしたわけでございますが、それによりますと、五十七年五月の一定期間の平均賃金日額と、多少時期はずれておりますが、五十六年四月から五十七年三月の平均就労日数とを掛け合わせました結果が十万三千二百円、こういう数字になっております。

○小沢(和)委員 今の数字を出していただいただけでも、どんなに日雇健康保険の被保険者の人たちが劣悪な状態に置かれているかということは明らかだと思ふのです。

そこで、私も今度の改正によってどういふふうに変わってくるかということを勉強してみまし

れた内容にしようということを考えたわけでございます。

今具体的に御指摘になりました療養の給付期間でございますが、これの考え方は、まず現在の健康保険の一般の方は被保険者資格がある限りは療養の給付が受けられるわけでございますが、もし退職して被保険者資格がなくなった場合には、その退職前一年の間継続して被保険者期間があった場合に限り療養の給付開始後五年までは給付を受付けられる、しかしそれがなければ退職と同時に給付は切れる、こういう仕組みでございます。この日雇労働者健康保険の改正に当たりまして、その辺のバランスを考えまして、健康保険の場合で

まず療養期間の問題ですけれども、これまでは、日雇健保に加入している方が発病したら五年間療養を保障されたわけでしょう。ところが今度は、加入期間が一年未満であった場合は一年間、一年以上であった場合五年ということになるというのですけれども、中高年になれば成人病の方などがどうしても多い、そうすれば療養の期間がかなり長引いてくるという傾向から見て、今までは五年間が無条件で保障されてきたものが一遍に一年というような人がたくさん出てくるということ、これはまた余りにひどい話じゃないか、五年が一年ですからね。この点をどうお考えになってこういう改正をされたのでしょうか。

○坂本政府委員　今回の日雇健保の改正の基本的考え方は、これはもはや独立の制度としては今後とも運営続行が極めて困難であるということから、同じ被用者保険として健康保険の体系の中に日雇労働者の人たちを取り入れて給付をしようということでございます。

そういたしますと、健康保険の中でございますから、一般の常雇いの健康保険の被保険者の方との均衡ということがまず問題になるわけであります。そういう観点から給付あるいは保険料等々につきまして一般の被保険者との均衡をとりつつ、しかも日雇い労働者という雇用形態に特有のいろいろな事情を勘案し、そうして実質的な均衡のと

も一年間継続して加入しておれば給付が五年出る、したがってこの日雇い労働者の場合も受給期間を一年以上継続して満たしておれば五年は支給するということにいたしましたわけでございます。一方において、一般の被保険者の場合にはその条件を満たさない限り退職と同時に給付がなくなるわけでございますけれども、そこはやはり日雇い労働者の就労の特殊性と申しますか、同じようにすぐに療養の給付を打ち切るというのは少し無理があろうというふうに考えまして、少なくとも一年は給付を続けるということにしようと考えたわけでございまして、一般の被保険者とのバランスを基本に置きながら、一方において日雇い労働者の方の就労の実態等も配慮しながらこういう措置をとったということでございます。

○小沢(和)委員 今あなたが言われたように、これは健康保険法の第五十五条で規定している、退職した労働者が病気で療養しているときには五年間引き続いて治療が受けられるというのと横並びというか、均衡ということであられたわけでしょう。ところが、日雇い労働者というのは、もともと就労が非常に不安定なものですからとときどき無資格の期間が発生したりするのです。今度この規定によってそういうようなときに一年しか受けられないようになる。だから、日雇い労働者がやめた場合にこの規定の恩恵を受けるというケース

よりは、退職するのじゃなくて、長期的に見れば日雇いの労働者として健康保険を今までも十年とか二十年受けてきた、今後も元気な限りは働いて生きていかざるを得ないというような人たちが、退職者と横並びになってしまうのは私はこれは逆に均衡を欠くのではないかとと思うのです。その点どうですか。

○坂本政府委員 退職という表現が、日雇いの労働者の場合には適切でなかったかもしれない。

健康保険と日雇健康保険との均衡という考え方についてでございますけれども、現在、一般の常雇の方については雇用関係にあるということと、被保険者資格というものがはっきり確認できるわけでございます。日雇いの労働者の場合には日々雇用でございまして、これは同じような考え方です。日雇いの雇用関係だけで判断するわけにはいかないということ、現行制度でも、前二カ月あるいは前六カ月の就労日数によって一定の日数以上就労したという実績があればそこにおいて受給資格を認める、この受給資格が大体一般の被保険者の被保険者資格に当たるような構成にいたしまして制度をつつておるわけでありまして、したがって、今私の御説明としては、受給資格が一年続いた場合に五年の給付をいたしまして、そしてその受給資格が切れたという月があった場合に、それを一般の被保険者の場合の退職と同じそれに相当するものとして扱っていただく、こういう仕組みにしようとおるわけでありまして、日雇いの労働者の場合退職という方は必ずしも当てはまらないかと思いますが、一般の被保険者の退職に当たるような形で受給資格がない場合、

—— ついでにちょっと補足させていただきますと、したがって途中で切れてもまた受給資格が発生する場合がございます。その後働きに出て所定の日数を満たした、そのときにはまた療養の給付も受けられる、こういうことになっておりますので、実質的には均衡はとれているというふうに考えております。

○小沢(和)委員 今あなたも言われたように、日

雇いの労働者というのは日々雇用ですから、したがって病気で倒れたら全く保障がないわけですから、それに対して政管健保の方は、組合健保に比べれば悪いとかいうふうに言われるけれども、しかし病気で倒れたときは一応現職のままで、治療したり休職したりあるいはそれがよいよ長引いたときになつて退職金ぐらいいまだもらえぬかもしれない、そういう意味でいえば日雇いの労働者と比べれば一応余裕があるわけです。

ところが、日雇いの労働者の人たちというのは、今も言いましたように今後も元気な限りは働きたいと思つておつても、倒れたら後どうなるかわからない。だから、私がさっきから言つていよう、一年の保障で終わるかあるいは五年間もらえるかということとは非常に重要な意味を持つわけなんです。だからあなたが言われるように、時々切れても続いてもいけばずっと治療できますよというのだけれども、病気で倒れてしまったときその人たちは一年で切れてしまふわけなんです。だから、精神的にもこれは非常に大きな不安の材料になるのです。だからそこを考慮して、その人たちの不安を解消するために、長期的に観察すれば時々切れても何十年と日雇健康保険で今までやってきた人だということも調べてみればわかるわけですから、そういうような人にはその実態を考慮して五年ということを保証してやるぐらいのことは、あなた自身も認めるように、日雇いの人たちが低所得で非常に不安定な状態に置かれていて、この特殊性から考えてみたら、私はそれぐらいのことはやつてしかるべきだと思つております。どうでしょうか。

○坂本政府委員 私どもも、そういう点については今回の改正の際にいろいろ検討は尽くしたわけでございます。しかし、先ほどから申しておりますように、一般の被保険者との均衡ということから考えますと、ここで、一年の継続した受給資格期間がなくとも一年間は給付をするという点について十分な配慮をいたしたという考え方でございまして、私どもの検討の結果といたしましては、

やはり一般の被保険者との均衡、さらに日雇いの労働者の就労の実態の双方から考慮して、この考え方は最も妥当であると考えております。

○小沢(和)委員 日雇いの労働者の人たちの実態をいろいろ調べてみると、どんなに本人が努力しても、この一年間の連続した資格というものは取れないような仕組みの中で働いている人たちがいるのも中にはいるのです。例えば私の地元などでは、いわゆる失対事業の中でも開就とか特開というように言われるような制度事業、これなどは年間十カ月しか就労させないというところになっているわけなんです。だから就労するときは一カ月二十三日とか四日とか就労しますけれども、ゼロというやうな月が二カ月ぐらいい続く。そうすると、年間といつたら二百二十日ぐらいい働く人でも、実際私が調べてみましたら、年間二百十九日働いている人でも、二カ月続いて無資格になるというやうな人があるのです。そのほかにも、例えば山の中での山林労働しているやうな人も冬場は働けない。この人だつて永久にそういう資格を取れない。あるいはギャンブルですがポットとか競輪、あんなところ働いている人というのは文字どおり十三日とか十四日とか、月間のこの資格ぎりぎりのところで働いている。だからちよつと何かあったらすぐ飛ぶのです。だから、こういうやうな人たちがいるのは、私は恐らく何万ではなくて相当多くの十何万とかいうぐらいい、そういうやうな不安定な方がいるのじゃないかと思つております。

大臣、今やりとりをいろいろ聞いていただいたけれども、あなたも地元にこういうやうな不安定な労働者がきつといると思つております。その人たちの不安定さ、今後の保障というものが全くないというやうな状態を考へてみたら、この辺も少し考へなければならぬのじゃないかと思ひになります。

○渡部国務大臣 一つ一つの問題をお聞きしますと、それはお気の毒だとか、この辺はよく考へなければならぬのなという面が出てくると思つたのですけれども、制度というものは全体のバラ

ンスという中で行われておるものでありますから、今政府委員から答弁したやうなことで御理解をちょうだいしたいと思ひます。

○小沢(和)委員 いや、そういうやうなことでは実際にはこの人たちは全く救われないんですよ。私は、個別のごく例外的な話をしているのじゃないのです。日雇いの労働者というのは大半の人たちが、そういう非常に不安定、そして低所得、一番気の毒な人たちであるわけですよ。だから、私は、この点についてはあなたの方がもう一度考へていただくとくに特にこの機会に要求しておきたいと思ひます。

それから、この機会に傷病手当のことについてもお尋ねをしておきたいと思つております。

これまでは傷病手当金は日給のほぼ六割に相当するぐらいいの金額が出ておつたわけですね。ところが今度は、月収に計算をし直してその三十分の一の六割、一日当たりをこういう計算にするわけでしょう。そうすると、働く日数が非常に不安定で少ない人たちは非常に大幅な減額ということになるのじゃないでしょうか。この点どういふふうに検討されましたか。

○坂本政府委員 傷病手当金につきましては、基本的には健康保険の考え方と均衡をとつた考え方に立っております。現在の傷病手当金は働いた日の賃金日額の平均の六割を、最高六カ月までは毎日、病気で働けない日に支給するというところでございまして、通常、一月のうちに三十日九々働かない場合にも、傷病手当金だけは三十日全部支給ができるやうな仕組みになっております。

しかしながら、そういう制度のもとでは、結果的には、就労した場合の月収よりも傷病手当金の額がむしろそれを上回るというやうなケース、これは多少極端でありますけれども、そういうケースも理論的にはあり得るわけでございます。一方、健康保険の方の傷病手当金というのが、三十日間の一日当たりの平均的報酬をもとにして、その六割を毎日、休業期間中支給する、こういうこととでございますので、日雇いの労働者の場合も今回、

健康保険の中に取り入れるに当たりましては月収の月一日当たり、これまでのように働いた日の一日当たりでなくて、一月間に働いた総賃金を三十で割って、月の一日当たりの平均収入、これの六割というようにいたしまして、一般の被保険者との均衡をとることにいたしましたわけでございます。

○小沢(和)委員 今もまた健康保険の一般の人たちのバランスというのを言われたわけでありまして、健康保険の一般の人たちも最低保障を三万円から六万八千円まで引き上げるわけでしょう。そうすると、こういうような人たちのなかでも、実際のふだん働いていたときに近い額とかをもらえるような人たちの何十万とか出てくるんじゃないですか。これはおとといここで審議をした雇用保険の場合にでも、そういうような六割の支払いということになると同じような現象が起るというように指摘をされたのですけれども、一番低い人たちのついてある程度こまでは保障しようじゃないかというように考え方をもち出せば、そういうようなことというの現象として起ってくるのですけれども、しかしそれは、そういう極端に低い人たちの実際に働かない期間何とか少しでも生活を見ようという趣旨からするならば、そういうようなことが現象的に起こったからといってそれは矛盾であるとか、けしからぬとかそういうようなことにはならないのじゃないかと思うんです。

で、今も言いましたように、雇用保険法については、相変わらず考え方としては一日の実際の収入の六割、それから労災の保険についても同じように一日の実収入の六割ということでやられていくわけですから、ここの方のバランスからいっても、この健康保険の傷病手当金だけが今までよりも大きくマイナスになって収入が減るようになるというところは、これはだれが考えてみても、そこのバランスからいっておかしいのじゃないですか。

○坂本政府委員 最初に、健康保険の方の最低保障とおっしゃいましたけれども、これは標準報酬の下

限のことをおっしゃったのだというふうに思っております。傷病手当金自体には最低保障という考え方はございませぬので、その基礎となる賃金の一番最下限を上げるという結果によつて給付額も結果的に一番下の金額が上がることは事実でございますが、同時に、それによつて保険料の負担の方も最下限の場合の金額が上がってまいります。

したがって、この保険料負担と給付と両方にかかる最低の基礎賃金をどういうふうにするかという点になりますと、これはやはり、実際に低い賃金の方がいる場合に保険料も含めてこれを高くするという点にはいろいろ問題があるかというふうに考えるわけでございます。したがって、傷病手当金の最低保障という考え方は現在の制度の考え方としてはないというふうに考えております。

それから、失業保険の関係でございますが、これは若干細かいことになろうかと思ひますけれども、支給日数が必ずしも三十日九々という点ではないという点でございます。納付日数によつて、これが多くなつてまいりますと少し支給日数が加わるが、実質的には相対的に割合が減つてくるというふうな仕組みになつておると私は記憶しております。そういう意味においても、いろいろバランスのとおり方、考え方はございしますが、私どもの考え方は先ほど申し上げましたようなことで、現行の健康保険との兼ね合いからいって妥当であると考えております。

○小沢(和)委員 ばつぱり時間が来たようですから、あと一、二だけちょっとお尋ねをして終わりたいと思ふのでございます。月収の六割という考え方と、健康保険の被保険者である日雇いの労働者というのは必ず失業保険にも入っているわけですよ。同じように二ヵ月二十八枚、六ヵ月七十八枚ですかという形で入っている。だから、日雇いの健康保険による傷病手当金をもらつておつた人は、ここのあふれた日には必ず失業保険金をもらつておる。だから、月収という考え方でいくなら、この人たちはあふれた日には失業保険の

給付をもらつたということも含めて、それでこういう非常に不安定な最低の生活を維持しておるといふ実態があるわけですよ。だから、あなた方が月収、月収と言ふのだつたら、非常に不十分であるけれども、こういうような月収も制度化されておるといふ点でこの六割という点も考えてやらなければ、実際、一ヵ月に十日しか働かないというふうなわずかなその月収だけに着目して六割という点にしたのでは、全くこれは生活の保障にならないんじゃないかという点で、強くこの点の改善をお願いしたい。

それからもう一つは、高額療養費の問題ですが、これも一問だけ申し上げるといふと、今までは日雇いの労働者は全部三万九千円というところで線を引かれておつたわけでしょう。ところが今度は、いわゆる低所得者だけがこの三万九千円で、残りの人は一般と同じように五万四千円の高額療養費という点になる。ところが、低所得者というからどれくらいかと思つたら、非課税世帯というのではありません。非課税といつたら、日雇いの労働者でも今はほとんど非課税というのはいない。大体は均等割ぐらゐり以上は皆なるといふのです。そうしたらほとんどどの人が五万四千円になるのです。一遍にこゝもまたばつと上がる。だから、あなた方はさつきから、日雇いの労働者と一般の健康保険とのバランス、バランスといふことを言われるけれども、実際には非常に低い人たちが制度的に見るならこんなひどいことになるのです。この辺、ぜひもう私としてはもとのような制度に戻してもらいたいけれども、運用の面で救える点があれば救うという点も含めて考え方を尋ねたいと思ふのです。なんなら大臣が答えてください。基本的なその辺はどうかといふことをさつきから私はお尋ねしているわけですから。

○坂本政府委員 高額療養費につきましては、これは全医療保険制度の横並びで考えていくべきであらうと思ふわけでございます。したがって、日雇労働者健康保険、健康保険あるいは共済組合、国民健康保険、それぞれにつきまして同じような基準で設定をしておるわけでございます。それだけの制度におきまして低所得の方がおられるわけでございまして、低所得の方とそれからそれよりも少し所得の多い人との均衡という問題があるかと思ひますが、日雇労働者健康保険特有の問題という考え方は今回はとっておりません。

○小沢(和)委員 これで終わりますけれども、大臣、日雇健康保険が一般の健康保険に吸収されたことによつて、こんないろいろな点で今までに比べるとずっと悪くなるのです。だから私は、少しでも運用の面で改善して、この人たちの救える点があれば救えるようにぜひ真剣に検討していただきたいと思ふのですが、大臣、その点の所信だけ一言、もう一遍改めてお尋ねします。これで終わります。

○渡部国務大臣 今悪い面を御指摘いただいた。冒頭では先生に評価していただいたように、我々も過去のことを随分と反省しまして今回の改正に持ち込んだわけですから、これは全体としては先生にもお褒めをいただいたというところで、こういう仕事はやりがいがあると思つておるのです。しかし個々の面では、今先生から御指摘のような問題点があることも十分に承知をいたしましたので、今後運用面等で本当にお困りの方を救済する方法があればできる限り勉強してまいりたいと思つております。

○小沢(和)委員 終わります。

○稲垣委員長代理 この際、暫時休憩いたします。

午後一時三十四分休憩

午後四時四十五分開議

○有馬委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

質疑を続行いたします。浦井洋君。

○浦井委員 特定療養費の部分についてお聞きしたいんですが、きのうの参考人質疑でも、余りこの項目については審議をしておらぬというふうに参考人の社保審のメンバーの方が言われておつた

し、また日医の参考人で中協のメンバーの方は、こんな仕事を中協に押しつけられてもなかなかやれぬというようなことを言われておったわけですし、非常に不透明な、いわゆる今度の改正案の中では最も不透明な部分ではないか。そこで、その底にどんな意図があるのかということがわかりにくいので、少し詳しく質問をしたいと思ひます。

給付主義を否定しようというものではございません。ただ、今先生御指摘の四十三条の規定は、一つの立法技術的な観点からそういう規定をしたわけでございます。

その趣旨を申し上げますと、現在の保険医療におきましては、保険診療の範囲内の医療とそれから範囲外、つまり保険で認められていない医療とを同時にやった場合には全額自費診療にする、つまり根っこから全部自費診療だ、これが現物給付の取り扱いでございます。したがって全額自費診療にしてもよろしいわけですが、私どもは、今後高度先端医療というようなものがどんどん出てまいります場合には、そういうものをやれば全部自費だというよりは、保険で見れるところは保険で見るとして、保険で認められていない部分だけは自費で見るという格好にする方が、せっかく保険料を払っておるわけですから保険給付で見られる部分は保険給付で見たいというではないか、私どもはそう思うわけですから、そういうことから今回の特定療養費というものを設けたわけでございますが、その場合に立法技術的な制約からと先ほど申し上げましたが、それは、現物給付方式の場合には医療というものを現物で給付するというのが現物給付ということでございます。したがって、医療というものを給付するわけですから、その医療についてここからこれは給付外だということにはまいりません、医療の現物ですから。したがって、現物給付方式をとろうとすれば必ずオール・オア・ナッシングになってしまうというのが現物給付の特徴でございます。ところが差額徴収というのは料金の問題で、ここまでは保険で見られるけれどもここからは保険で見ないという料金の問題になるわけでございます。例えば入院料でも、特別室に入るという行為を二つに分けるのではなしに、特別室に希望があれば入ってもよろしい、しかしその場合の料金というのは普通室の料金を払います、普通室と特別室との料金の差というものは患者の負担にしてください、これが差額徴収でございます。

そこで、両者を調和するためには、結局費用の問題だから、療養費の形をとって療養費の支給をいたします。しかし保険で見れる部分はこれは代理請求あるいは委任払いというように形で、現在の現物給付方式と全く変わらないような仕掛けで払う。これは現在家族の給付というのは理論的には家族療養費ですから、そういう形を利用して、差額徴収というものを一つ法律の規定にしたというのが今回の法律の規定でございます。

○吉村政府委員 私ども、今回特定療養費制度というものを設けたわけでありすが、それは現物

○渡部国務大臣 そのとおりです。

○浦井委員 そこでお尋ねしたいんですけれども、今度のいわゆる改正案なるものを見ますと、

○吉村政府委員 例で御説明して申しわけありませんが、東京から神戸に行かれるまでにグリーン車で行くか、普通車で行くかという二つのやり方があるわけですが、グリーン車で行くというのは保険の給付内にしていないと仮にいたします。普通車で行かれるなら全部費用を保険で持ちます。

○吉村政府委員 健康保険法というのは古い法律でございますので、いろいろな変更を経て改正をされてきております。したがって、形はそうでございますが、実際の適用と申しますか健康保険の実態からいいますと、これは家族療養費といつても現物給付と同じ運用をしておるわけで、これも現在、家族の給付が現物給付でなしにあれば療養費払いなんだ、こういうふうになっている人はないくらい現物給付化しているのだと思ふのです。しかし、健康保険の規定を見ればそれは明らかに療養費払いの形になっておるのです。しかしそれは、私は理念がどうのこうのという問題よりも、実際にそういう形で医療の保障がされておるならばそれはそれでいいんではなからうか、こ

も、今度のいわゆる改正案なるものを見ますと、今大臣の言われた現物給付を定めておるところの健康保険法四十三条に、「其ノ者ノ選定ニ係ル特別ノ病室ノ提供其ノ他ノ厚生大臣ノ定ムル療養ニ係ルモノヲ除ク」という括弧書きがついてきておるわけですから、そして四十四条が新しく設けられて、そこで特定療養費がずっと列挙されておるわけですから、そういう格好になってきておりまして、結局、今大臣が言われた現物出来高払いの現物の方のところが、括弧書きでそれを除くということ、で、現物給付方式が法体系上知らぬけれども一部分カットされた、修正された、あるいは一部分否定されたというふうに見えるのではないですかね。

それともう一つ、この調査室のいただいた資料によりますと、昭和十七年に法律第三十八号という格好で初めてこの現物給付の項が出てまいりまして、戦争をまたいでずっとそのままであって、今度初めて老人保健のときはちょっと別ですよ。しかし、今度初めてこの現物給付のところは括弧書きが出てきて、これは、現物給付の部分の否定あるいは一部修正のような格好になるというふうにとられても仕方がないじゃないですか、どうですか。

○吉村政府委員 例で御説明して申しわけありませんが、東京から神戸に行かれるまでにグリーン車で行くか、普通車で行くかという二つのやり方があるわけですが、グリーン車で行くというのは保険の給付内にしていないと仮にいたします。普通車で行かれるなら全部費用を保険で持ちます。こういう場合に、それじゃみんな普通車に乗らなければならぬかという、やはり希望によつてはグリーン車に乗りたい人もおられると思うのです。その場合に、それじゃグリーン車に乗るのだから全部自費でおやりなさいというやり方と、グリーン車と普通車の料金の差額は自分で持つてください、こういうやり方と二つあると思うのです。私どもは今回のやり方で、普通車の料金はグリーン車にお乗りになつてもお払いをいたします、しかしグリーン車と普通車の差額は御本人の負担にしてください、例えて言えばそういうようなことを考えたわけでございます。

○吉村政府委員 健康保険法というのは古い法律でございますので、いろいろな変更を経て改正をされてきております。したがって、形はそうでございますが、実際の適用と申しますか健康保険の実態からいいますと、これは家族療養費といつても現物給付と同じ運用をしておるわけで、これも現在、家族の給付が現物給付でなしにあれば療養費払いなんだ、こういうふうになっている人はないくらい現物給付化しているのだと思ふのです。しかし、健康保険の規定を見ればそれは明らかに療養費払いの形になっておるのです。しかしそれは、私は理念がどうのこうのという問題よりも、実際にそういう形で医療の保障がされておるならばそれはそれでいいんではなからうか、こ

いうように思います。

現に今回も、今先生が問題にされております健康保険法の四十三条の規定と同じ規定を国民健康保険にも入れて、それはそういう形で同じような扱いをしたい、こういうことでございまして、私どもは、それを入れたことによって現物給付の原則を崩して療養費払いの方に移行するんだ、こういうふうには考えておりません。理念としてやはり現物給付というものが現実的だ。もし療養費払いの方が理念ならば、代理請求だとか委任払いだとかいうのは認めない方がいいわけではございまして、私どもは、保険が適用される部分は現物給付として従来どおりに扱う、ただ保険の適用にならぬ部分の料金だけをひとつ患者の負担にする、こういうふうに考えただけで、理念上はそれほど変わっていないんじゃないかと私は思っております。

○浦井委員 だから私は、被保険者本人に療養費払いを基礎にした代理請求のやり方を部分的に入れてきたのが理念的に後退だと言っているわけですが、それは今吉村さんが言われたように、国保の加入者にもそれが入ってきたというのは問題だというふうな指摘をしておきたいわけです。

そこで、それでは、今事実上否定されたわけでありましかつ、例えば今度の改正案で、四十四条の三項ですかその代理請求のことが書いてあるのは、その代理請求の項を取り除けば、特定療養費というのは療養費払いに簡単に移行できるわけですね。そういうことは絶対にしないでしょか。

○吉村政府委員 するつもりはございません。

○浦井委員 渡部厚生大臣や吉村保険局長が在任の間だけだし、今後とも日本の医療保険はそういうことには絶対ならぬですか。

○吉村政府委員 どういう人が厚生大臣になられ、どういふ人が保険局長になるのか予測がつかまないので確言できませんが、現物給付の伝統というものは堅持されるものと私は信じております。

○浦井委員 吉村さんに信じていただくだけでは

ちよつとまだ物足らぬわけだ。というのは、ここに中医師協が五十五年四月十七日に出した資料があるのですけれども、「医療経済に関する理論的実証的研究」、特別研究として「沖繩の医療」、こういうことで、本土復帰前の琉球政府の資料なのですが、これを琉球政府から厚生省を経てその当時いただいたわけでありまして、これを見ますと、復帰前の沖繩県は療養費払い制度であつて、そこでは受診率が非常に低い、それから医療保険の財政状況は物すこいよい、こういう格好のデータが、中医協が出しておられる委託研究の中にあるわけです。だから、こういうことになると大変なことになる。

それはある開業医の話ということで、簡単に読み上げてみますと、「復帰前は、政府管掌健康保険で、現物給付ではなく、本人が当初診療所の窓口で現金で全額医療費を支払い、後で二ドル以上の金額のものは政府が償還する」というものであつた。あちこちで手間がかかり、現金を受領するのは容易ではない。それゆゑ、高額でない限り、患者は保険給付請求手続を行わず、せつ々しく診療機関は患者のために診療費証明書を作成しても受領に來ない者が多かつた。「こういう状態であるから、患者は個人負担を覚悟する者が多く、よほどのことがない限り受診せず、また保険給付受給手続を嫌つた。」云々というふうな話が出ておる。こういうことを絶対本土で繰り返してはならぬというふうには私は思つておるわけですが、これは大臣も保険局長も私と同じ意見でしょうね。

○吉村政府委員 私は実は、今読み上げられました沖繩の一番初めの医療保険をつくるときに、沖繩へ行っていろいろ苦労をした経験を持つております。なぜ療養費払いになつたかといふことと、一つは、沖繩の医師会が現物給付にすることに反対でありました。それからもう一つは、やはり沖繩に医療機関が非常に少なかつた、したがつて、現物給付をやるにしても離島においては現物給付の受けようがない、そういう不公平が沖繩県全体にあつたわけではございまして、それで立法府とも

行政府とも医師会とも話をいたしました。療養費払いで医療保険をスタートさせる以外に手がなない、こういうことでやつたわけではございます。今のような、医師会が賛成を、医療機関の数がふえていったならばそのときには現物給付にしようというところで、また最後は現物給付に現在なつたわけではございまして、やはりそれは、現物給付の方が原則であるということについては私どもはかたくそう思つております。

○浦井委員 これは私は間接的に聞いたのですけれども、お父ちゃんやんが医療費を稼ぐために、奥さんや娘さんが米軍の兵士のオンリーマンになつたりしてお金を稼いだというふうなエピソードも複数以上聞いておるわけで、絶対こういうことが起ころぬように、ぜひ現物給付方式を堅持していただきたいと思うのですが、一言だけ大臣にひとつ。

○渡部國務大臣 私は、大臣に就任しまして、やはり前の大臣、我々の所属している政党的前の大臣が発言しておられることは十分に尊重すべきものと考えてやつておりますから、私の後に大臣になつた人でも同じことだと思つたので、自由民主党の内閣が続く限り信頼していただいてよろしいと思つております。

○浦井委員 そこで、その特定療養費ですね。きのうの参考人質疑の中で、日経連から出てこられた参考人の今宮さんという方は中医協のメンバーなんです。その方は、この法律が通つた後中医協でいろいろ審議をするけれども、やはり老人保険法のときのようなマルメを主体にした特掲診療料のようなものを期待しておるということをや。ちよつとただならぬ発言をされておるわけですよ。だから、私がここで聞きたいのは、その特定療養費について今の診療報酬点数表ですね、これと別建ての点数表を作成する意図があるのかどうか。なぜそんなことを言いますかという、あなた方が今度提出しておられる四十四条の中に、「勘案シテ」は辞書を引いてみたら考えるというところ

しいですよ。考えてということとは少なくとも同一ではないということも可能性としてあるわけなんです。わざわざ「勘案シテ」という文言が入つておるのは、これはおかしい、あるいは別建ての診療報酬点数表をつくるのではないかとという疑念を持つてお尋ねをするわけです。どうですか。

○吉村政府委員 保険診療が適用される部分につきましては現行の診療報酬で処理をする、この基本は変わりません。ただ、特定療養費というのは、先ほど申し上げましたように現行の療養の給付とは別の給付ということが法律の規定上そう書いてあるわけではございまして、それにつきましてもやはり法形式上別個に根拠規定を置いたというにすぎないので、その特定療養費の診療報酬につきましても現行の診療報酬に基本的につとつたものになる、こういうふうに私どもは考えております。

○浦井委員 また疑うようでは悪いのですが、その最後が、基本的にのつとつたものになるというふうには考えておる、これは全く同じものを適用するということなんですか。そうではないのですか。私がしつこく言うのは、これは、老人保健法が通つた後で特掲老人診療料というのが出てきて、医療法の特例を適用して老人病院というカテゴリーがつくられて、それが特例許可病院と特例許可外病院になつて、そのことが、厚生省にしてみたらはしご受診が減つてよかつたというふうには自画自賛しておられるけれども、一番最近の朝日新聞なんかの出しておる「モダンメディスン」なんか見ますと、やはりこの間私が指摘したように、老人病院、特に特例許可外病院というのが老人の終末処理施設になりつつある。これは大臣に予算委員会では言いましたけれども、終末病院、この特集が出ておるのですよ。かなり長く、編集部の責任で。だから、そういうような国会で審議をされてない、中医協マターということになつてしまつて、中医協で勝手に厚生省の意図するところになつたと行つてしまひはへんやろか。その疑念が、私は老人保健法の後の生々しいのがまだ

頭に残っていますから、そういうことは絶対にないということ吉村局長に約束をしていただきました。

○吉村政府委員 診療報酬というのは中医協で決めるものでございまして、中医協というのは、先生御承知のように、診療担当者側と支払い側と公益委員から成っております。役人が勝手に診療報酬をつくってそれを強行するということではございません。したがって、今先生がおっしゃいましたように、老人の診療報酬につきましても、これは中医協で審議をされ、診療担当者も納得された上での診療報酬でございまして、私も、中医協で診療報酬を審議していただく過程におきまして診療担当者の意向も十分聞くわけでございまして、ひとつ御心配なさらないようにしていただいて結構なのではないかと思っております。

○浦井委員 中医協で決めるのではないわけですよ。大臣が諮問をして、建議という方法もありましても、大臣が諮問をして、そして審議をしてもらって答申を得る、それで大臣が告示をする、こういう格好になるわけでしょう。だからやっぱり、大臣は大臣でなかなか勉強されて大したものだと思うのですけれども、やっぱり保険局サイドの影響力というのは大きいわけですから、だから諮問案をつくるのはやっぱり保険局でつくるわけですかね、そこでもってはっきりとした保証がないとかね、というのは、きのう日医の参考人の吉田という先生ですが、吉田先生は、私が特定療養費について、先生、中医協の委員やけれどもどうですかと尋ねたら、そうしたら、そんなものを中医協で私はやっていく自信ないですよと行って、既にお手上げなんですよ。そうしたら保険局の思うようになるでしょうがどうですか。

○吉村政府委員 中医協の委員の個人的な御見解については私も口を差し挟むあれはございませんが、しかし、やはり中医協の委員というのは、診療側の代表として中医協にお出になって、診療報酬

が日本の医療の進展のために役立つように、かつまた、日本の医療機関の経営が安定するように、そしてまた、技術を尊重するような形で仕組まれるように、いろいろ御意見を言われる立場の方でございまして、そういうことはいいと思います。まだなられたばかりだからそういうことを謙虚におっしゃったのかもしれないませんが、私は必ず立派な御意見をお述べになるものと確信をしております。

○浦井委員 とにかく疑念をぶつけて、保険局サイドのはっきりとした返答を得なければいけません。そこで今、先ほど吉村さんはもう既にちよつと説明されたのですけれども、特定承認保険医療機関の問題、これはもういろいろ聞かれておるのを省略いたしますと、要するに知事に申請をして許可をとる、こういう格好になるわけですね。その場合に、そうすると、具体的に聞きますと国立循環器センターとか国立がんセンターとか、これは前に名前が出ていました。それから腎臓センターも出ていました。それから大学附属病院、東大とか京大クラスでやるわけですが、それとも私立も含めまして八十七大学すべてに行き渡りそうですか、この辺はどうですか。それとも旧帝大、六帝大といいますが、こういうところだけになりそうなんですか。

○吉村政府委員 今のところ、そういうように旧帝大だけに限るとかそういう気持ちは持っておりません。本間に特定承認医療機関として、高度先端技術を実施し得る人的なスタッフと設備とを持っておる医療機関と大病院というものを頭に置いておるわけでございます。全国の大病院が百五十三カ所ございまして、その百五十三カ所全部指定をするということでもございせんし、また私立大学を排除するつもりもございせんし、とにかく個々の医療機関ごとに、その高度先端技術を実施できる機能や特性というものを勘案して承認をしてまいりたいと思っております。

○浦井委員 吉村保険局長の話をお聞くと、大病院というのは本来高度先端の医療をやるどころと違うんですかね。そこで、ここは特定承認保険医療機関であり、ここは非特定承認医療機関であるというように、何か自己矛盾するみたいな感じがするんですが、これは別にお答えを得ようとは思いませんが、

もう一つの問題は、大病院全体を指定するの、それとも特別なことをやっておる特別な科だけを指定するというような格好になるのか、その辺はどうなんですか。

○吉村政府委員 私どもは医療機関全体をとらえて考えていきたいと思っております。

○浦井委員 科でなしに。

○吉村政府委員 はい。

○浦井委員 それで、もう一つ、これは確認みたいなものですが、そうすると、これは特定機関というふうな省略をして表現しますが、その特定機関として指定された大病院なりの療養というの、これはすべて特定療養費が適用されるわけですね、腹痛であつても感冒であつても、そうすね。

○吉村政府委員 法律上は、その特定医療機関で受ける風邪や腹痛でも特定医療費の対象ということに相なります。ただし私どもは、療養担当規則で、特定医療機関におきましても、通常の医療を行う場合には患者から一部負担以外の費用を取つてはならぬ、こういうふうに書きたいと思っております。

○浦井委員 だから、その差額徴収はそれでよいと思うのですよ、あなたの言われるように。しかし前の疑念、例えば療養費払いになったりあるいは別建ての特定療養費の診療報酬体系がいずれ出てきたりした場合、これは大変なことになるのです、こういう仕組みをつくらうと。

○吉村政府委員 一つの方として私は十分あり得る考え方だと思つて、今でも思つておりますが、やはりそういう考えを述べましても余り賛成者を得られませんでした。したがって、今先生が読み上げられた私の意見について余り賛成の向きがございせん。したがって、やはりいろいろな意見を聞いてやるべきものでございまして、私も、今私がお答えをしておるようなことで処理をしたい、こういうことでございまして。

○浦井委員 一応この考え方は賛成者が少なかつたので今是否定をしておる、こういうふうな理解をしておきます。

そこで、特定承認保険医療機関、特定機関での高度医療、これは問題で、高度先端というのはい

体どこで線引きするのかという問題が出てくるわけであります。きのうの日医の参考人も、その線引きが不可能だというふうに言われている。これは医務局長、これから五年かあるいは十年ぐらいの間に日本の医療の技術革新というのはどれぐらいまで進むものなんですかね。特に中曽根内閣としてはがん撲滅十カ年戦略ですか、何かそういう重点目標も決めておられる、えらい力を入れておられるわけですね。かなりな部分が高度先端になつてくるのではないかと、私はそう思うのですが、簡単に、答えられる範囲で、医務局長から。

○吉崎政府委員 十年ぐらいの間にどれぐらい医療に関する科学技術が進むか。いや、これはどうもまことに難しいお尋ねでございまして、私のよくお答えできる範囲ではございませぬけれども、非常に進むと思います。

例にもお挙げになりました対がん十カ年総合戦略でございまして、これはがんの本態解明を図ることを目的としておりますけれども、研究にはやはり波があるようでございまして、がんの本態解明については、たまたま上り坂のところへこういう十カ年総合戦略を立てることは極めて有意義である、研究者の方々の御評価も得ておるところでございまして。したがって、私どもの期待といたしましては、がんの本態はほぼこの期間内に解明されるのではないかと大いなる期待を持っておりまして、これが予防、診断及び治療に反映されてくるだろうと思います。

そのほかにつきましては、例えばNMRというふうなものも現に始まっておりますが、こんなものも実用化されるでございまして、その他いろいろ新しい診断、治療技術が実用化されるのではないかと思います。材料科学等も進歩をいたしますので人工臓器等も大いに開発される、そういうことが期待されます。

○浦井委員 大学病院というのは言うまでもなく研究、教育、それから高度な医療、一般医療、いろいろありますね。これは線引きできるのですかどうですか。

○吉村政府委員 高度先端技術は何かということ、これは線引きはできると私どもは考えております。

例えば、私どもが予定といいますが、今行われているうちでどういうものを高度先端医療と考えるかということについて申し上げますと、例えば診断技術で考えてみますと、内視鏡化レーザー診断というふうなものが考えられるわけでございますし、治療技術の中では、がんの温熱療法、それから衝撃波による尿路結石破砕療法あるいは補助人工心臓、数え上げてもしようがない技術があるわけでございます。これを保険に導入することができるとの間、高度先端技術として、こういうものをやっておられる大学を指定して特定医療機関とする、こういうことは十分できると思います。

○浦井委員 その場合に、その高度先端だといふところの標準料金みたいなものをつくられるわけですか。

それから、ちよつと突拍子もない話ですけども、その高度先端の部分というのは自己負担になるわけでしょう。それに附加給付は適用されるわけですか。

○吉村政府委員 まず附加給付の問題でございまして、これはその健保組合でどう考えるかという問題と関係すると思ひますが、附加給付というのはやはり保険給付の中身について付加をするということになるのだらうと思ひます。したがって、保険給付外のものについて附加給付を認めるといふのは保険法の概念からいっていかげなものかというふうに考えます。

それから、高度医療の料金でございまして、これは私ども、一応その料金は医療機関と患者との相対の関係で決めるべきものだ、こういうふうに考えております。患者の同意が必要でありますし、また患者が希望するものでなければならぬ。そして、その内容と額というふうなものについて公示をさせる、表示をさせる、こういうようなことについても考えております。

○浦井委員 文部省、来ておられますか。文部省の医学教育課長にお聞きしたいのですが、今保険局長のお話をよく聞いておられて、直接おたの所管になるわけですけども、大学附属病院における今までの実態ですね。例えばCTが保険に点数が設定されるまで一定の期間があった、あるいは例えば名古屋大学とか東海大学などで骨髄移植が集中的に研究され行われた、今は点数がありませんけれども、こういうのは皆どういうふうになつておったわけですか。一般的に、あるいは法的なものがあればあったでお話し願いたいと思ひます。

○佐藤説明員 お答えいたします。先生御承知のように、国立大学というところにおける特殊性から、従来から、差額病床とかあるいは分岐に係る費用とか、そういった特定の文部大臣の承認を得たものについては料金を定めて患者から徴収しているわけでございますけれども、一般的には、その他の経費につきましては学用患者経費あるいは科学研究費等で見ているわけでございます。私立大学におきまして、その附属病院においてはやはり科学研究費あるいは教育研究等の学校のお金、校費というもので負担をしてくているわけでございますけれども、先ほど先生おっしゃいました個別の問題で、名古屋大学の骨髄移植につきましては全額学用患者経費で見ました。また、CTの問題につきましては、非常に古いことでございましてはつきりしたことはよくわかりませんが、一部には準用したといったような報告を受けているところでございます。

○浦井委員 非常に複雑な問題ではありますけれども、文部省にお尋ねしますが、今ここである程度こういう輪郭がはつきりしてきたこの特定機関というものが今後つづられて、私も調べてみたのですが、確かに従来は、今課長が言われたように、学用患者費であるとかあるいは一般研究費であるとかあるいは無料奉仕みたいなもので、今まで比較的患者負担は少なかったと思ひます。

が、これが特定機関という格好でびしっと指定され線引きがされると、トータルとしてはやはり患者負担というのは今までもふえないうですかね。

○佐藤説明員 私、ただいまのお尋ねにつきまして、どうなるか具体的によくわかりませんが、御承知のように財政的な面でも国立大学も逼迫しておりますし、また私立大学の方の附属病院というところもなかなか経営が問題である。そういうようなことで、大学病院側としては、高度の医療の問題につきまして中医協の方に大学病院の関係者が事情を御説明をしたというふうなことでございまして、今度の高度医療につきましては具体的な内容は中医協の方の意見を聞いて定める、こういうふうな今厚生省の方でお話しになっておりますので、具体的にどういふふうな結果が出てくるかということにつきましては、ただいまの時点ではお答えしかねるというふうな感じでございます。

○浦井委員 いろいろ聞いてきたのですけれども、私はやはりどうも疑念が晴れぬわけでありまして、効率性、安全性が確立をされ、普及度がまだもう一息であるのが高度先端に入るのだ、そういうことですね吉村さん、この前から言われたのは、それで、普及度が一定度のところまで来れば保険点数を設定するということでありまして、まともて言いますと、老人病院ができた、今度は特定承認保険医療機関ができるという格好で、病院のランクづけがまたランクが一つふえるのではないのか。それから、今までは大体、大学附属病院での高度な医療であつても、無理をしなからでも、とにかく学用患者費用とか一般研究費で充当して、あるいは無料奉仕で充当して患者負担がなかったのが、今度ははつきり患者負担が出てくるということ。それから、特定機関と非特定機関との間で、やれる手術とやれない手術、やれる手術とやれない手術みたいなものが出てきて、かえって普及度がおくれるのではないかと。医学医療の発展がおくれるのではないかと。そこへ持って来て、私は、四十

四條の三項の代理請求の項を取つたば療養費払いができるというところにはやはりひつかかるわけなんですよ。だからそういう点で、学用患者の費用だとかあるいは一般研究費をふやすというようなり方です。やっているとよくはなからうかと私は今でも思つておるわけでありませう。

それで、もう一つ証拠を挙げてみますと、これが警戒を要しなければならぬというのは、これは保険局でしようけれども、去年の十一月十七日に社保審の全員懇談会に出された資料の中で、これは大学病院等については「保険医療上の取り扱いについてそのあり方を見直す」という項があるわけですね。その項は「医療費適正化の強力な推進」という項目の中に入つておるわけなんです。だから、私がなかなか疑念が晴れないのも、吉村さんも聞いておられてもつともだろうと私は思つておるわけなんです。いろいろ言われるけれども、結局は医療費抑制の一つの手段ではなからうか、この疑念がまだ晴れぬでおるのです。どうですか。

○吉村政府委員 まず、特定療養費の制度につきましては、先ほどから申上げておられますように、保険診療と保険で認められていない診療との間を調整しようということでございます。例えば人工透析というのが現在保険診療の中に取入れられておりますが、この人工透析の技術の経過というものを追つてみますと、昭和三年に人へ適用をしておるのです。そして昭和二十年になつてやつと救命に成功をした。そして、日本の国内に導入されたのは昭和二十九年でございます。それからいろいろな周辺技術の開発等がございます。そして、保険に導入したのは昭和四十二年でございますが、二十九年から四十二年の間は人工透析をやれば全額自費になるわけですね。それをそうではなしに、保険で見れるところは保険で見せよう、しかし人工透析のその部分の技術だけはまだ保険に取り入れられてないのですから自己負担をしてください、これが今回の制度でございます。そして、全額を自己負担にするのと人工透析の部分だけを自己負担にするのとどちらがいいかと言へば、私

どもは人工透析の部分だけを自己負担にする方がいいのではないかと、こういう考え方で物事を考えておるというのが一つであります。

それから、私も概算要求の時点におきまして、大学病院の取り扱いというものを医療費適正化の一つの項目として取り上げておるわけでありませうが、やはり大学病院における普通の診療を見ましてもかなり濃厚診療でございます。普通の医療機関と比べましてかなり高い程度の診療が行われておる。高い程度というものは濃度が大いといひますか、注射の施用につきましても、あるいは投薬におきましても、検査におきましても大学病院というものは一般の医療機関より高いわけでありませう。したがって、それが教育あるいは研究のために行われておる部門もあろうか、私どもはこう思つておるわけでありませうが、そういう部分と保険診療との関係というものはやはりきつちりした方がいいのではないかと、保険料で払うべき分野と研究費なり教育費で払う分野とは本来は明確に分けるべきなんではないかと、このように考えてみたわけでありませう。しかも大学病院では、教育の機関ですから、そこで習つた診療の中身というものを、その学生が卒業すれば普通の医療機関へ行つてそのとおりのことをするわけですから、やはり大学病院におきましては保険診療は保険診療として正しい診療というふうなものも教育をしてもいいたいと、こういう私どもの気持ちがあつたわけでございます。

○浦井委員 なる説明されたわけですが、逆にならば、人工透析なんかも保険点数の設定が十三年かかつておるわけでしょう。

これは日経メデイカルであります。四月二十三日日号から最新号だろうと思つてますが、ここには東北大学の葛西という先生が「中心静脈栄養は四十三年から本格的に研究され、それが四十五年には確立した。しかし、それが健康で認められたのは五十年ころ。それでも、これは早い方だった。ともかくこの十年の医学の進歩はものすごい。技術的に確立しても保険で認められないとい

いう事例は今後、ますます増えていく、こういうふうにご考へしておるわけなんです。

それからある病院、郡山市の坪井病院の院長さんは、「教育、研究と医療とは自然と分け、別々のフアンドで扱うのが理想かもしれない。だが、受け皿となるフアンドを十分整備しないまま、無理に線引きをしては、大学医療にとつて決してプラスにはならないだろう」、さらにそこで編集記者が書いておるのは、「老人保健法で老人医療費に歯止めをかけた厚生省が、次のターゲットとして、医学の進歩に目を向け、差額徴収で増大要因を押し込め始めたとも言えるからだ。その結果として、差額部分がどんどんふくらむという心配もある」、こういう危惧を日経メデイカルの記事は書いておるわけでありませう。

だから、これはなかなか大変なことだ。私ははつきり言ひまして医療費抑制策の一つだと思つておるわけでありませうが、時間もあれですから、もう一つの一般保険医療機関の中の差額徴収とおきまして特定療養費について、ついでに尋ねておきたいと思ひます。

これは、部屋代と歯科材料を当面は指定をするわけですか。

○吉村政府委員 私どもは今のところそう考へておりますが、そのほかに、新開発の治療材料の一部みたいなものがあるいはあり得るかもしれませう。

○浦井委員 まず一つの批判は、やはり差額ベッドというのを規制をしていくという方向で今までの厚生省は指導してこられた。その結果、これはもう数字をそちらから言うてもらつたらいいのですけれども私が言ひますが、五十六年に私大の差額ベッドが一万床あつたのが、五十七年、五十八年は大体六千五百床ぐらゐに減つてきた、これでよろしいですね。数字は合つていますね。だから、そういう形でともかくにも保険外負担が減つてきておる。これを百八十度指導方針を転換するのではないかというのが私の素朴な疑問であります。

この間からの吉村さんの返答では、法的な裏づけをきちんとさせた方が規制しやすいというふうな表現をされておるのですが、私はそれはよろからぬ。それなら、この法律がもし通つたならば、あるいはこの通達を政省令に格上げするか、あるいは何かそんな強制力を裏づけさせるわけですか。

○吉村政府委員 中医学でもつてそういうふうな方がよからうというふうなことは、そういう方は、もう一つの問題は、今の新開発の材料を指定するやもしれぬということだったので、そういう中で私が心配するのは、患者の選定が適当と大臣が定める療養の中に、いろいろな技術料が入つてこないだろうかと、心配であります。例えば技術料は、これは今のところはいいです、吉村さん。

○吉村政府委員 技術料の差額徴収については、すべしという議論とすべきでないという議論がございます。確かに、現在の診療報酬の一番の問題というのは技術料がないということに問題があることは事実なんです。これを差額徴収という形でやれという御意見もあることは事実でございますが、私どもはやはりこの点は慎重に考へなければならぬ問題だ。したがつて現在のところ、差額徴収の方式を利用して技術料にかかわる差額徴収をやろう、こういう考へはございません。

○浦井委員 大体おわかりだろうと思つておるわけですが、大臣、技術料は慎重に取り扱いたい、中医協にもそういうふうにお願ひしたい。それから、当分の間は技術料は考へないということなんです。これは絶対ではないわけなんです、初診料であるとか入院看護料であるとかあるいは給食料というふうなものが、この患者の選定が適当とあなたが定める療養の中に入つてくるかも知れぬ。例えばどんなことが起こるかといひますと、例えば給食料を特定療養費に指定するということになりませうと、患者の選定によるわけですから、若い骨折の患者さんなんかで、毎日毎日お金出すよつてにピフテキ食ひたいというふうなことになる

る。そうしたら病院の方は、この患者さんには毎日ビフテキ、そのかわり一日二千円給食差額をもらうのだ、この患者さんはどんぶり御飯で普通の給食だ、無料だというような格好で取捨がつかぬようになる。どう言いますか、治療の均等性が損なわれると言いますか入院管理ができぬようになるわけですね給食料がそういうふうになると。看護料が指定されるといいますか。これはその看護婦さんに入ってから、お金出すよつてにわしの専属になってくれというのが出てくる。こういうことが現実には起らないとは言えぬわけなんです。診療料が指定されるといいますか。これはアメリカでやられているのですけれども、きのうも日経連の参考人が言われておつたのですが、定額制の医療費をつくれ。DRGのことなんですよ。そこでは、安い保険料を掛けるおける健康保険しか持っていない人は、盲腸の手術でもお医者さん一人だ、差額を出せばあるいは高い保険料を掛けておける健康保険を持つておける人は、お医者さんはメスをとる人と麻酔医と二人、もっと高い場合には三人の医者がやる。そういう医療における差別、負担能力に応じて医療に差別が出てくる、こういうことが考えられるわけ、これは絶対に技術料というものを特定療養費に指定したらいかぬというふうに私は思うのですが、どうですか。

○渡部国務大臣 よく武見さんの時代等から、学問、研究の努力が保険に認められないというような議論等もありまして、これは確かにすぐれた医療技術、そうでない医療技術、こういうものが均等の技術料というものにはいろいろ今まで、矛盾ではないかという議論はあったと思います。しかし現実的に行政でこれをやる場合、この人はすぐれている技術だからこれは高いとか、この人はすぐれてない技術だから低いとか、こういうことは極めて困難でないか。ですから、浦井先生の御心配のようなことにはなっていないか、これはないかという感じをいたします。

○浦井委員 一応大臣は否定されたわけなんです

が、そういうことが私は非常に危惧されるわけなんです。ウナギどんぶりではないけれども、並みのどんぶりとのどんぶりとのどんぶり、高い金を出せば特のどんぶりが食える、庶民は並みのどんぶり、この考え方が、あなたの前の大臣の林さんが出された「医療標準の概念の導入」というところにつながるのではないですか。だから私は非常に危険だと思う。「ニューフロンティアの育成」というようなことを言われておる。あの文章はもう廃棄されたわけですか、吉村さん。

○吉村政府委員 廃棄という意味がよくわかりませんが、あの「視点と方向」のことを言っておられるのだと思いますが、あれは林厚生大臣の一つのお考えだろうと私は思っております。酌み取って行政の中に入れられるものと、理念としてお示しになったものと、個人的な見解としてお示しになったものいろいろないまぜになっておると思ひますが、一つの見識ある文章であつたというように私も評価をしております。

○浦井委員 「あつた」という過去形であれば、現在にはこれは実用価値はない、こういうことですか。

○吉村政府委員 文章がそうであつたということでごさいます、その中に盛られている考え方に、ついて、やはり参考にするべきものは十分ございまして、

○浦井委員 いよいよ総論部分に近づいてきたわけでありまして。

私は今のは少し専門的になり過ぎたかなとも思ふのですが、今までこういう議論がこの委員会の場でなかつたのであつてやつたわけでありまして、特定療養費の項については私はまだまだ疑問が晴れぬわけでありまして。午前中にもこのパンフレットを読み上げましたけれども、この11の項に「多様なニーズに対応して「高度最先端医療にも素早くこたえます。」、こういうふうにいかに書いてありますけれども、これはちよつと書き過ぎというか、あえて言うたらちよつとベテナクさいという感じがまだ晴れぬわけでありまして。だから、こういう漫画を中心としたパンフレットは撤

回をしない。それと同時に、特定療養費の項については、何遍も言いますけれども、きのうも中医師協の委員になられた日医の参考人も、こんなのを持ってこれられても中医師協としては困ります、あるいは社保審の委員できのう参考人として出てこられた方も、私たちはもうほとんど議論をしませんでしたというふうなことを言っておられる。あるいは、もう一つ証拠を見せましょうか。

これは一番最近の「週刊社会保障」でありますけれども、ここには著名な社会保障学者であります佐口卓先生がこんなことを言っておられる。「吉村理論を受けて、五十九年度概算要求の考え方が、五十八年の九月の段階で正式に出てきた。あれが、今度の改正法案では、一部がガラツと変わった。差し替へるのようにはバサツと変わったのは、例の高額所得者の医療保険の適用除外を引つ込めて、俗称「特定療養費制度」を入れた。あれは何だろうかということ。話によると、あれは、一晩で差し替へたとかいわれていますが、この表現にまでなるわけですよ。だから非常に不透明、不分明であるわけですよ、この特定療養費の項というのは。だからきのうの参考人もそういうふうになつておる。国会に法案を出す前に、一割、二割自己負担あるいは退職者医療、国費の削減、こういうことについては余り議論されてないですね、きのう聞いてみたら、日履健保の廃止と退職者医療くらいが懇談会で議論されたくらいで、法案としてまとめた格好で議論されてない。まして特定療養費というふうな項目についてはほとんど御存じないというのが社保審の委員の実情であり、それを今度、もしこの法案が通つて中医師協に持ち込まれたら、中医師協の方もお手上げになる。これはもう一遍原点に返つて撤回をして、特に特定療養費の項なんて私は極めて巧妙な手段だと思ふのですけれども、もしこれをやりたいならば、もう一遍そういう政府の諮問機関にはつきりと公明正大にかけてよう揉んでもらう、私はそれが適当だと思ふのですが、どうですか。

○吉村政府委員 佐口さんの見解というのは、私

のあずかり知るところではございません。それから、差額徴収の問題については四十六年の社会保障制度審議会の意見書に明確に書いてあるわけでありまして。差額徴収を保険の中に取り入れるということを書いてあるわけでありまして、差額徴収の問題が突如として出てきたと私どもは思っております。制度審議会の御意見というふうなものを私どもは今回の法案の中に取り入れたつもりでございまして、制度審議会の四十六年の意見書をお読み願えれば私どもの今回の案というのがその意見書に沿つたものであるということがおわかりになる、こういうふうに思っております。

○浦井委員 少しまとめてみたいと思ひます。私、今までの質問をしてまいりましたけれども、最後に、吉村保険局長の社会保障なり医療保険に対する考え方をもう一つ尋ねておきたいと思ひます。

八二年、おとしの七月に第二臨調の第三次答申が出てまいりました。そこで経費医療というものは受益者負担で、こういうテーゼといひますか、こういうものが出てまいりました。そこから後、きのうも申し上げたんですけれども、吉村さん、あなたは特に去年の春以来、医療費増大論であるとかあるいは医療費効率減論であるとか医療費需給過剰論であるとか、こういうことをあつちこつちで言つておられるわけでありまして。これに呼応したような格好で、先ほど私が申し上げたやうに、林前大臣が昨年の八月に、「視点と方向」という格好で問題を提起された。その中に「医療標準の概念の導入」であるとか「ニューフロンティアの育成」というようなことがあるわけなんです、ここに私、もう一つ資料を持ってきたておるわけなんです。

これは、去年の九月十二日に社保審の全員懇談会に出された、厚生省の「医療保険制度の改革に向かつて」、「概算要求の考え方」、この未定稿といふのがある。ずっと読んでいきますと、この中で自由診療というところが非常に目立つわけなんです。「特殊な医療技術・治療方法、特別の快適さやサ

ビスなど給付外医療（Ⅱ自由診療）に対するニーズも増える。これらの部分が、長い目で見ると、医療の内容等を豊富にさせ、医学技術の牽引車ともなる。こういうふうな書いてある。これが九月十二日の文章であります。ところが今度は、十一月十七日になりますと、やはり社保審に提出した厚生省保険局の「医療保険制度の改革に向かつて一五十九年度概算要求の考え方」の中ではこれがかなり省略をされて、「特殊な医療技術、特別の快適さやサービスなど給付外医療（Ⅱ自由診療）に對するニーズも増える。これらに對する保険適用については、一定の社会的評価を加えた上で決定する。」、こういうふうな簡略化されておるといいますか、これは何で簡略化したのですか。

○吉村政府委員 どうして簡略化したか今記憶にございませんが、別に簡略化したわけではございません。私も、大学診療の先端医療技術等が医学の進歩をリードしていくことは間違いないだろうと思っております。それを全部自費診療に任せるのがいいのか、保険診療プラス自費診療という形でやるのか、医学の進歩、医療の進歩をどちらがより多く支えておるかということを考えましたときに、やはり保険診療プラス自費診療という方式を考えた方がより望ましいのではないかと、こういうことでございます。そこで、どういう形で考えていくべきかということをおろく九月から十一月までにはいろいろ部内でも検討をしたつもりであります。

そこで、先ほどからお答えしておるようなことで物事を考えてきたわけですが、別に基本的な考え方が変わった、こういうことではないような気がいたします。ただ内容を詰めていきますと文章としては少しづつ変わっていく、これはもうやむを得ないことだと思います。

○浦井委員 この十一月十七日の社保審に提出された文章が、多少変わつてはおりますけれども、今回のいわゆる改正案がほぼここからとられておるといふふうに思えるわけですよ。その中には、そうすると自由診療も給付外医療も肯定をされて

おるわけなんです。ところが四月の二十七日でしたか、中長期ビジョン「今後の医療政策の基本的方向（厚生省試案）二十一世紀をめざして、この中にはその自由診療のことは全く触れられておらぬわけですよ。そうするとこれは、自由診療云々というものはこの四月二十七日段階では否定されるわけですか。どこかに書いてありますか。

○吉村政府委員 一つは「バイオテクノロジー等先端技術の研究開発の促進と保健医療分野への活用」、こういうようなことが書いてございますが、その辺はそういうニュアンスを含んでおるといいます。

○浦井委員 そうすると、保険外医療、自由診療というふうな考え方、したがって「医療標準の概念の導入」とか「医療におけるニューフロンティアの育成」というような考え方というのは、これは今は顔を突き合わせないけれども、今後社会の変化、いろいろな条件の変化によつてはちやうやていこうということですか、端的に聞きますけれども、やつていくのが、これはやはり行政の責任ではないかと思ひます。

○吉村政府委員 やつていくことが適当ならばやつていくのが、これはやはり行政の責任ではないかと思ひます。

○浦井委員 そこで、あなたの考え方がほぼわかつてきたわけでありまして。私が厚生省、特に保険局の考え方をずっと経過を追つてみますと、これは私の考えですが、医療保険の改悪の仕方、というところとどういふ言い方だが、あるいは規制の仕方、これは三段階あると思う。これは石原信吾さんが言つておられるのです。一つは、やはり不正の摘発とか監視を強化するというような、むだとかあるいは不正の排除をやる。それからその次の段階は、医療提供方式を効率化する、合理化する。しかしそれでも、高齢化が続く、技術革新が続くだろうから医療費はふえ続けていくだろう。だから医療保険のどこから国が手を引きたいんだ、手を引こう、これが私は三つの考え方だろうと思ふのです。一次元、二次元、三次元というふうな格好で言つてもいいですけども。だからその三つの、三次元のところではやはり自然に自己負担を

ふやす、あるいは私的保険にその部分をゆだねるとか、あるいは、大臣は現物給付方式は堅持すると言われるけれども、一割自己負担、二割自己負担というの、理念では後退ではないけれども実際に現物給付の後退である。そういう一次元、二次元、三次元のものが、社会の反応を見ながら、世間の反応を見ながら適当なところをピックアップして、それで盛られてきたのが今あなた方が出しておられるいわゆる健康保険の改正案であるといふふうな言わざるを得ぬと思つておるわけでありま

ところが、これは、資本主義社会ではなかなかうまいことでできておまして、私もが入手した資料によりまして、生命保険資本がこの健康保険の改正を手ぐすね引いて待つておるわけなんです。

例えばこういう資料があります。四月の二十日、生命保険協会理事会が行われた。これは社長連中の集まりであるのでありますけれども、理事会終了後の朝食会で、大蔵省保険部の幹部がこういう発言をしておるわけです。ある理事からの、健康改正によつて生じる医療費自己負担分を実損でん補する商品と認めたい旨の要望に對して、大蔵省としては前向きに検討したいが、厚生省との摩擦を避けるため、時期を見て検討すべきと思ふ、厚生省に、健保で賄えない医療費分を民間で補完してほしいと言わせてから動き出すのが最適である、なお損保も同様商品を検討中である、こういうふうな言つておる。こういうこと、大臣なり吉村さんは御存じですか。

○吉村政府委員 存じておりません。

○浦井委員 大臣はどうですか。

○渡部国務大臣 今初めてお聞きしました。

○浦井委員 だから、私が言いたいのはそのうことなんです。あなた方が、たとえ部分的にどこか善意なところがあつたとしても、言ひ方がちよつとあれかもわからぬですけども、あつたとしても、全体としての流れというのはやはり公的社会保障、公的医療保険の後退につながる。そ

れを待つておるようにして、私的保険がずつと蚕食していこうという体制を今整えつつあるわけなんです。そういう中であなたの方のこの行政のかじ取りが間違つと、日本の社会保障、公的医療保険というのは大変な状態になるといふふうに私は指摘をしたいわけでありまして。

最後に申し上げますけれども、こういう野党も全部反対をする、与党の中でも、あす何か二十一世紀の医療を考える会みたいなものがあつてかなり氣勢が上がる、それから全国の各自治体の三分の一以上が議会で反対決議をする、署名ももうすぐ一千万になるだろう、こんな健康保険の改悪をやつたらあかんという声が日本国じゅうに今はいとして巻き起こつてきているわけですよ。だから、この際大臣は、政治家としてきちんと判断をして、深くこの健康保険の改悪案を撤回をして、もう一遍国民の立場に立つた医療なり健康保険制度の改善のためのよい案を、厚生大臣として責任を持つて出してくるということをごこでひとつお約束をしていただいて、私の質問を終わります。

○渡部国務大臣 浦井委員の大変専門的な、よく勉強をしておりましたけれども、お言葉を返して恐縮ですけれども、これは医療費のむだを省く、これはやはり国民の皆さんも非常に強い我々に対する要望を持つていらつしやる。支払つておるお金はやはり労働者、勤労者の皆さんからちよつとだいておる、これは企業からもちよつとだいておりますが、そういう保険料であり、また足りない部分を国が補てんしておりましたも、これも国民の皆さんの汗を流して働いた税金でありますから、これをできるだけ効果的にまた節減していく、具体的に言へば、必要な受診を妨げるものではないけれども、むだな医療はなるべくするように努力していく、こういう私どもの努力は、これは浦井先生からも評価され、称賛されてよろしいのだからと思つております。これらの方をいろいろ考へて考え抜いたあげく、これはかつての高度成長時代のように、毎年毎年税収が黙つて伸びていって

金が使えり時代なら、これはまた一つの考え方があったであらうが、残念ながら日本の経済は当分低成長が続いていくであろう。しかも国の財政は極めて厳しい状態の中で「増税なき財政再建」という国民的合意の仕事を私も進めておるわけでありまして、そういう中で被用者保険本人の皆さん、いわば現在の健康保険の制度の中では一番恵まれておる条件の方に「割の御負担をお願いし、しかも、そのことによってあの低所得の人が医療を受けられないとか、あるいは健全な家庭が病気が続出することによって破壊されるというようなことがないように、私も高額療養費制度あるいは難病に対する公的負担、こういうものを検討して私ども進めておるのでありますから、今回お願いをしておる私どもの改革案が、今日の時点であらゆる知恵を絞って考えたあげく、できるだけ国民全体の皆さんの負担をこれ以上余り重くしないようにして、しかも国民の健康を守つていき、また戦後三十八年、わずかの期間の間に国民の平均寿命を三十歳近くも伸ばしてきた我が国の医療制度の発展と、この保険制度を二十一世紀の未来にまで揺るぎないものにするために私ども考えた最善の案でございまして、どうぞ浦井先生もこれに御賛同賜りますようお願いいたします。

○浦井委員 一言反論だけして。
健康保険本人に「割、二割の自己負担させる」とがむだを省くということであれば、三十八年の歴史を言われたんですけれども、日本国民一億人は六十年間十割給付を続けてむだばかりやってきたことになるんですよ。そんなあほな話はないですよ。

これで終わります。
○有馬委員長 菅直人君。
○菅委員 この健康保険法の改正案が提出をされましたが、労務での審議に入っているわけでありまして、きょうで各党が一応最初の何人かが一巡をする、さらにこれから二巡、三巡と審議が続くわけでありまして、一応その一巡の最後

を私が質問させていただくわけですが、普通にトリーというのは紅白歌合戦でも大変光栄ある立場でありまして、国会の場合最後がそういう立場かどうかかわりませんけれども、精いっぱい、この法案の内容について大臣の考えをお聞かせをいただきたいと思つておるわけでありまして。

まず最初に、たしか今月の初めごろの一般質疑の中で、私は大臣に一つお尋ねをいたしました。それに対して大臣から十分な返答をいただいたという一番大きな問題について、もう一度お尋ねをしたいと思います。

それは、この五十九年度の予算というものは、政府案が提出されまして衆参を通過をしております、それに厚生省の予算が含まれていて、この健康保険法と深い深い関係があるわけでありまして、けれども、来年度以降、今のようになぜかインナス五%シーリングという形で厚生省の予算が果たして組めるんだらうか、またこの改革案そのものもそうしたことを見通した上で出されているのか、それともとりあえずことしだけでも、来年度予算だけでもつじつまが合えばいい、そういう立場で出されているのか、これはそうした将来の見通しとも大変かわかりがたい問題だと思つて、そういう点で、将来といつてもそんなに一足飛びに二十一世紀がやってくるわけじゃありませんで、五十九年度の次はやはり六十年年度でありまして、六十年年度あるいは六十一年度の厚生省予算が、今のようになぜかインナス五%シーリングで組めるというふうにお考えになつておるか、その点を再度大臣にお尋ねをしたいと思います。

○渡部国務大臣 この点は、率直に言つて私も大臣に就任しまして非常に心配をしておりますし、また与党の社会部会関係の先生方にも大変御心配をいただいております。いろいろ検討をいたしました結果、今回の改正案を通していただければ、医療保険に対する国民の皆さんの負担は現行水準程度にとどめて、何とか苦勞をして、工夫をして、これ以上後退する

ことのないように予算をつくつていかなければならないという決意を私は持つております。

○菅委員 今大臣は、これ以上の負担を国民に強いることなく来年度以降の厚生省予算が組めるという意向を示されたという理解できるわけですが、その意向と、負担の問題はちろんですが、これから給付の問題に次第に入っていくわけですから、いよいよ負担が重くならないからといって福祉のサービスが低下したんでは、これは負担を大きくしないという積極的な意味はないわけであらう、私がお聞きしたいのは、負担なり、あるいは医療で言えば給付、あるいは他の問題でも、そういう社会保障のサービスを低下させることなく来年度予算が組んでいけるとお考えかどうか、重ねて伺いたいと思つております。

○渡部国務大臣 もともと私は、この委員会でも予算委員会でもたびたび答弁をいたしておりますけれども、今回被用者保険の皆さん方に原則二割、今年、来年一割という御負担をお願いするということは、将来展望としては、社会保障の本来のあり方である給付と負担の公平化、制度間の格差の是正という目標を持つものでありますから、これは今六十年度後半というふうにお考えしておりますが、この次お願いするのは国保の七割給付を八割にするような時期に早く持つていきたいという考え方でありまして、これは給付内容を落とすというふうなことは考えておりません。むしろそれ以上、今回の改正案を通していただいて、さらに今後は難病の公費負担の問題とかそういうものにより積極的に取り組んでいかなければならないし、それには強い決意で来年度も大蔵省に対して予算編成に厚生大臣としては臨みたい、また、皆さんの御支援、御協力をお願いしたいと考えておるところでございます。

○菅委員 ただいまの大臣の発言は大変に重要な意味を持つていて私は思つております。
今大臣が言われたことは、今回の改正案はともかくとして、今後については少なくとも給付の水準を下げないで、あるいは国保の場合のように七

割を八割にいつの時点かで上げることを含めて、そういう展望の中で来年度の予算を組みたい、こういうことを非常に力強く言われたことそれ自体については、私は大変評価したいと思つております。

そういうことに立てて、せんだつて発表された「今後の医療政策の基本的方向」二十一世紀を目指して」というものに、そうした大臣の考え方が盛り込まれたものと考えたとしたときに、いろいろな問題点が出てこようと思つております。そういう点で、これからのいわゆる中長期ビジョンの全体の内容について、少し詰めた話をしていきたいと思つております。

まず第一に、「給付の八割程度への統一」ということがこの医療保険制度の改革の中に述べられているわけですから、そして、この給付率については、きょうの他の委員の方の質問にもありましたけれども、そこをもう少しとつきりさせていきたいと思います。

そこで、まずお聞きしたいのは、現在の医療に関する給付率、フラットな部分だけでなく、実質的な給付率を各制度ごとにちよつとごつていただきたいと思います。

○吉村政府委員 まず政府管掌健康保険でございますが、本人の給付率が九八%でございます。それから家族が七六・九%でございます。平均をいたしまして八九・八%。それから組合健保の本人が九七・四%、家族が八四・一%、これは附加給付を入れております。そして平均は九一・〇%。共済組合が本人九七・七%、家族が八五・一%、これも附加給付が入っております。そして平均で九一・七%でございます。国保は七八・六%の実質給付率になっております。

○菅委員 それに加えて、老人保健の給付率と、今言われたもののトータルをした給付率の水準を述べていただけますか。

○吉村政府委員 老人保健分を含めると八九・一%でございます。

○菅委員 その八九・一%というのは五十八年度だと思つていますが、じゃ五十九年度の見通しもあわ

せて言っていただけです。

○吉村政府委員 五十九年度は、老人保健も含め
ますと八八・一％でございます。

○菅委員 大臣、この数字をぜひ頭に入れていた
だきたいのです。つまり、五十八年度の実質の給
付率は、今局長が言われたように、現在もう既に
八九・一％という水準にあるということなんです。
来年の予算案あるいはこの法律案、これは本
当に戦後初めて給付率が下がるという形で提案さ
れているわけで、それ自体はまた後ほど問題にし
ますけれども、それにしても八八・一％という数
字になっているわけです。

そこで問題になるのが、この中長期ビジョンの
中身なんです。つまりこの中身に「給付の八割程
度への統一」ということが述べられているのは、
先ほど大臣が言われたように、国民健康保険の七
割給付を八割にしようという意味で言われてい
る数字であれば、これは給付の上限になるわけ
です。しかし、もしこれがトータルの平均の実質
の給付率を八割程度に下げようということをし
意味しているとしたら、これはもう大幅な切り下
げということの意味するわけです。だから、同
じ文章でとり方によって全く違う意味を持つてい
るわけです。ここを明確にしたいだかないと、
先ほど一番最初に聞きました、今回はいろいろと
御負担をかけますけれども、しかし今後は全体と
して上げていきたいと言われたことが、この中身
と一致してゐるのか、この大きな分かれ目
になるわけです。こういうところを含めて、この
八割程度への統一というのは、今言いました数字
の中で言えばどの部分が八割程度ということをし
言っているのか、この意味内容について明確にお
答えいただきたいと思ひます。

○渡部国務大臣 概括的に私の頭にあるのは、現
在被用者保険本人が十割、家族の場合は外来七割、
入院八割、今度退職者医療を創設をさせていた
く、これが八割、国保加入者が七割、こういう給
付率になっておりますから、これらを将来全部八
割程度にしたいという考えであります。同時に、

老人医療については四百円負担しているけれど
も、全額給付ということになるのかな、まあ十割
という今の老人保健の考え方を続けていく。さら
にまた、財政的な余裕が少しでも出てくれば、あ
るいはできるだけ財政の確保に努めて難病その他
の公費負担というやうなものではあるだけ拡大を
していきたいという考えでありますから、いわゆ
る給付率としては八割、そしてそういうものを先
生に計算していただけるものであれば、それは当
然プラスアルファになっていく、こういうふう
に考えております。

○菅委員 もう一度念を押して申しわけないので
すが、今大臣が言われた意味は、きょう朝以来の
議論の表現で言えば、フラットな部分を七十歳未
満の人については八割程度にそろえたい、老人保
健は実質上九八％ですからほぼ十割、それに高額
療養費などの上乗せというものは当然につく、そ
れが、今大臣が考えられているこの中長期ビジ
ョンの八割程度という意味内容だ、こう理解してよ
ろしいですか。

○渡部国務大臣 そのように御理解をしていただ
いて結構でございます。

○菅委員 それじゃ、これはもう要らない質問か
もしれませんが、ちよつと気になるので伺ひます。
きょう朝以来局長が八〇・三％というのを何度
か言われていました。今の保険料が何かを合わせ
るとこの程度になるという、この数字は何なんで
すか。

○吉村政府委員 私ども八割程度と申し上げておりま
すのは、老人保健を除いた医療保険の給付率を八
割程度、八割のフラット・プラス高額療養費制度、
大臣が今お答え申し上げましたのはそういう意味
でございます。そのほかに八〇・三という数字を
申し上げておりますが、これは現時点におきまし
て仮に全保険を統合したといたします。そうする
と、現在の保険料並びに国庫負担でいかほどの給
付ができるか、国民医療費の何％に当たるかとい
うとそれが八〇・三になる、こういうことでござ
います。したがって、現在の保険料の負担、それか

ら現在の五十九年度に予定しております国庫負担
率でいかなる給付ができるか、全保険を統合した
上でいかなる給付ができるかという八〇・三相
当の給付ができる保険料の水準であり、国庫負担
の水準である。それは言いかえてみれば、保険料
と国庫負担で持ち得る給付率は幾らかという八
〇・三％程度だ、こういうことになるわけであ
ります。

○菅委員 そこがおかしいんですよ。先ほど老人
込みだと五十八年度八九・一と言われて、さっき
言われませんでした。私がいたでいてる数字
だと、老人を外しても給付率の実質が八五・九と
いう数字を厚生省から聞いています。それと今局
長が言われた八〇・三というのは、この差はかな
り大きいのです。五・六というのは、そうする
と、保険料と国庫支出以外に、何か大きな額で計
算に入らなかりなかりするものがあるのか
ないのか。

○吉村政府委員 それは公費負担医療でございま
す。

国民医療費全体を仮に一〇〇といたしますと、
保険の負担が八〇・三。これは保険料と保険に対
する国庫負担とを全部足しますと八〇・三％にな
るわけであります。そして公費負担医療というの
がございます。これが七・六％でございます。そし
て患者負担というのが、国民医療費を相手にいた
してありますので、保険の患者負担とさらに自費
診療のものが入っております。それが一二・一％、
こういうことでございます。

○菅委員 ちよつと今の説明でも十分にわかりか
ねるのですが、当然公費部分というものを将来同じ
ようにやっていったとすれば入るのではありません
か。どういふことなんでしょうか。公費部分は公費部
分で今でもお金が出ていますわけですよ。生活保
護にしろ、あるいはほかの費用が。そうすると、先
ほどの現実が八九・一という数字とこの八〇・三
という数字が大幅に違つておるといふのはどうい
うことか、もう一度お尋ねしますけれども、
ちよつとわかりやすく言っていたいただきたいので

す。

○吉村政府委員 五十九年度の姿で今申しておる
わけでございますが、私ども医療保険だけで物事
を考えると、結局保険料と保険に対する国庫負担
とで給付を賄う、こういうことにならざるを得な
いわけであります。そうすると、それは国民医療
費に対して八〇・三％程度の給付ができる、こ
ういふことになるわけであります。そのほかに公費
負担医療があるわけですから、例えば結核や精神
の公費負担というものをどかつとふやすとかある
いは難病に対する公費負担というのを非常にふや
すとすれば、この先ほど申しました七・六のこ
ろが非常に上がるわけでございます。

○菅委員 もう一回確認をしますけれども、そ
うすると、先ほど言いました八九・一とか八八・一
というのは実質上の医療保険の給付率じゃないん
で

○吉村政府委員 老人保健を含めて言え、こ
うおっしゃいましたものですから。老人保健の医療
費というのは七割相当分は保険で持つておるわけ
でございます。あとの三〇％部分は国庫負担と地
方負担、つまり公費で持つておるわけでございます
。したがって、老人保健を含めた給付率は幾ら
か、こういうことをおっしゃいましたので、五十
九年度は八八・一％になる、こう申したわけでご
ざいます。

○菅委員 これは少し数字のマジックがあるよう
な気がするんですね。つまり今の局長の言われ方
は、私の理解が間違つていれば指摘いただきたい
んですけれども、今健康保険のいろいろな制度の
中で保険料が集まる、あるいは医療保険制度に対
して今まで言えは国の支出が国保に四五とか政
管に一六・四とか出てゐる、そういうものを集め
て、それでトータルの日本の医療費の中でそれが
何割占められるかといえは八〇・三になる、そう
いうことですか。

○吉村政府委員 そのとおりでございます。
○菅委員 いや、だからおかしいというんですよ。
当然それには、現在老人の一〇％はほかから出て

いるわけですよ、自治体から五、五と。そして国から二〇出ているわけですよ。あるいは生活保護の医療費も出ているわけですよ。ですから、何か今の集めたら八〇・三にすればぴったり平等になるかといえ、極端に言いました全員を八〇・三の実質給付率にしたとしたら、老人保健のいわゆる公費分はゼロになる、あるいは生活保護関係の医療費はいわゆる国庫負担はゼロになる、そういう数字じゃないですか、この八〇・三というのは、そういうことですか。

○吉村政府委員 そうではございません。保険の給付のカバレッジは八〇・三だと、こういうわけでございまして、そのほか公費負担等を入れたら八八・一％。

要するに、国民医療費を五十九年度の具体的な数字で申し上げますと、国民医療費が十四兆八千八百億と私どもは推計をしております。その中で保険料並びに保険に対する国庫負担で賄うものが十一兆九千四百億でございます。これが十四兆八千八百億に対して八〇・三になる。そのほかにおっしゃいました公費負担があるわけでございまして、これが一兆一千四百億でございます。それが七・六％に相当する。したがって、国民医療費の十四兆八千八百億のうち保険と公費、つまり自分の金でない、患者負担でない費用で賄うものは十一兆九千四百億と一兆一千四百億を足しました十三兆八百億でございます。そのカバレッジは八七・九％というふうな姿になるわけでございまして、そのほか患者負担が一兆八千億でございます。これは保険の一部負担と全額自費というものがございまして、それを含めた額でございますが、これが一一・一％ということでございまして、したがって、全額自費も含めまして考えますと、国民医療費のうちの八〇・三％は保険がカバーする経費である、そして七・六％は保険以外の公費負担でカバーする経費である、残りが保険の患者負担、それから全額自費の患者負担、要するに患者負担の額、こういうことになるわけでございまして、

○菅委員 内容的には大体了解をしましたけれども

も、そうすると、もう一回確認をしますが、普通は患者の立場で言えば、例えば老人保健で言えば給付率は十割だと思っているわけですね。しかし今の局長の言い方だと、保険がカバーしているのは七割だ、あとは公費だ、そういう表現になるわけですね。ですから、そのあたりがどうも、この文章の「給付」というのと使われている「給付」というのが非常に混乱をしていると思うのです。

もう一回改めてものと話に戻りますが、そうすると「給付の八割程度への統一」というのを、先ほどの確認をしますと、フラットな部分を考えていると言われたということはそれで理解というか了解をしたのですけれども、そうしますと、患者の立場になれば、あるいは被保険者の立場になれば、公費部分も含めてカバーをしてもらっているわけですから、保険は減らさなかったけれども公費部分はがばつと削ったというのでは、当然実質的には大きく削られたのと同じわけですから、それも含めて公費部分についても大きな変化を考えているのではなくて、あくまで今局長の言われた意味の保険部分について、何といましようか、そのフラットな部分だということに理解するということではないかどうか、最後に確認だけ、もう一回お願いします。

○吉村政府委員 私どもが長期ビジョンで申し上げております八割程度というのは、医療保険だけの給付率について申し上げておるわけでありまして、そこで今度は、医療保険の給付率の八割程度の意味内容になるわけでございまして、フラット・プラス高額療養費制度、こういうことになるわけでございまして、高額療養費制度というものをどう仕組むかによりまして、実質給付率というのとは違ってくるわけであります。また、高額療養費の対象になる病気が非常に多い場合には給付率は自動的に高くなる、しかし高額給付の対象になる患者が仮にいないとすれば本当に八割になってしまふ、こういうことであります。現に国民健康保険におきましては、フラット給付は七割でございますが、実質給付率は現在先ほど申し上げました七八・

六％になっておりますが、八・六％というのは、高額療養費によって支給された費用を足しますと七八・六％になる、こういう意味でございまして。

○菅委員 これは私自身もですし、あるいはこの間の審議の中でも、この給付率という問題がいろいろな数字で語られていて多少混乱があったかと思ひますが、今の中で大体はつきりしてきたと思ひますけれども、大臣が先ほど言われたように、国民から言えば、この部分は保険に属した費用であるとか公費であるとかいうよりは、実質的にどれだけ保険なり公費でカバーをされているかというトータルで見ると、今後はそれ以上水準を下げることを考えていないということについては、ぜひ守っていただきたいということについて、さらに話を続けていきたいと思ひます。

今、高額療養費制度の問題がちょうど話題に出たわけですが、これも、やはり中長期ビジョンといましようか、この中で「高額療養費制度の仕組みの改善」という言葉が入っているわけですね。そして、これを少し説明した説明書の中には「高額療養費支給制度については、社会保険事務全体の動向を考慮しつつ、昭和六十年以降、家計の医療負担能力により適切に対応する仕組みに改善する」と、方向を示されている。まずこの意味について、どういうことを意図されているのか、具体的に述べていただきたいと思ひます。

○吉村政府委員 現在高額療養費の制度はレセプトを基礎にしておりますので、個人、そして暦月、そして一医療機関単位になっております。したがって、現在の医療保険の給付のやり方を前提にすればそういうやり方をせざるを得ないという制約があるわけでありますが、一方、それでは二つの医療機関にかかった場合、あるいは一世帯で二人医療費がかかった場合、あるいは月がまたがった場合、そういう場合に負担がふえるわけでありまして、そこで、そういう問題を解決する必要があるのではないか、こういうことで高額療養費支給制度の仕組みを私どもは改善をいたしたい、そし

て家計の負担というものを軽くしたい、こういう考え方でおるわけでございまして。

ただ、「社会保険事務全体の動向を考慮しつつ」というのは、今触れましたように、現在の高額療養費支給制度はレセプトを基礎に動いておりまして、また、そのレセプトがコンピュータ化されていないために手作業、そして紙を基礎に動いておる。その紙が一年間に八億四千万枚に上るということでございます。そういうレセプト単位、またコンピュータ化されていない手作業、あるいは膨大な紙を前提にして物事を考えますとなかなか改善が難しいわけでございまして、社会保険事務全体を少しづつ合理化しながら考えていかなければならぬ、こういうように基本的には思っております。

○菅委員 そうすると、そういうことを含めて今ラインボー計画と呼ばれるようなコンピュータ化の計画もあると聞いておりますけれども、そういう計画の進行などを含めて、これはいつごろにはそういう改善をやりたいとお考えなのか、特にコンピュータ計画の完成を待たなくてもできると考えておられるのか、やはりそれを持たなければできないと考えておられるのか、その点を明らかにしていただきたいと思ひます。

○吉村政府委員 完璧に処理するためにはコンピュータ化が必要だと思ひます。コンピュータ化は十年ぐらいの期間で行いたい、こう思っております。そこで、それじゃ十年河清を待たねばならぬか。百年ではないのですが、十年河清を待たねばならぬかという、私はやはりそれは待つておられないと思ひます。そこで、現状を前提としながら、できる範囲の合理化というものはどういう点にあるか、どういことができるかという、できる限界ぎりぎりのところをひとつ追求してみたい、そしてそれで実施をしてみたい、こういうように考えておるわけであります。これは法律が通りました段階で直ちに着手をしたいと思っております。

○青委員 今局長が言われたようなレセプト単位、個人単位、一月単位というのが、ある部分で非常に過重な負担を生んでいる、あるいは生む可能性を持っているというこの改善という意味は私も大変賛成です、それはぜひできるところからやるという今の方針でお願いしたいと思ひます。

しかし、もっと根本的な問題として、今回の法案の中で、高額療養費の額を引き上げられる形で法案が出されておるわけです。しかし、保険の根本が、軽い病気には多少薄くても重い病気には手厚くするということだとすれば、ある意味で、ある部分の負担をお願いしようというときに、その重い病気には一番かかる高額療養費もさらに負担をというのとはおかしいのではないかと。何回も物価水準がというふうに出ておられますけれども、それは逆であつて、逆に今回こそ五万一千円を思ひ切つて四万円とかに引き下げる、そういう英断があつていいのじゃないか。これはぜひ大臣にそういう意見についてのお考えをお聞かせいただきたいと思ひます。

○渡部国務大臣 私は、たびたびお答え申し上げておりますように、今回この一割負担というものはどうしてもお願いをしなければならぬ。しかし、この一割負担のために、低所得者の皆さん方が重い病気にかかつて生活が破綻してしまうとか、あるいは健全な家族が病人が続出することによって破壊されてしまふとか、そういうことのないように配慮していくというのも厚生大臣に与えられた大きな課題であるというふうに考えておりますので、今の高額療養費の問題は、政令で定める事項でもございまして、この委員会の審議を通じていただいた皆さんの御意見、各党の皆さんの御意見に謙虚に耳を傾けて、この法案を通していただいた時点で皆さん方に御理解を得られるようなできる限りの配慮をしてみたい。

今いろいろ仕組み等の内容については保険局長からお話しがりましたが、皆先生のきょうの御意見もしっかりと私の頭に刻み込んで、この法案

を通していただいた時点での政令策定に当たつては、そのような御要望もできる限りこれを実現していくような方向で努力をしてみたいと思ひます。

○青委員 その前提条件であるこの法案云々ということはまさにこの問題ですから別として、今の大臣の高額療養費制度について前向きといひますか、私がいつ引き下げたらということをおし上げたことに対して検討の幅に入つていふというふうに理解をして、さらに次の問題に移りたいと思ひます。

この「医療保険制度の改革」という中にもう一つ財源の調整、いわゆる財政調整という問題が書かれております。昨年生まれた老健法にしろ、今出されていふ退職者医療制度にしろ、ある意味では財源調整的な効果を非常に大きく持つていふ。私の見方では、逆に、そのためにそういう制度をつくつたという側面も、それは言われて仕方がないと思つたわけですが、ここに書かれていふ「財源の調整等による負担の公平化」という表現の中に、昨年の老健法、そして今出されていふ退職者医療制度にさらに加えて、何かほかの、もっと何かやらなきゃいけないんだということをお考えおられるのか、もしおられるとしたらどういふことを考えておられるのか、伺いたいと思ひます。

○吉村政府委員 現在、私どもは、今回の法案を通していただくことに全力を尽くしておるわけでごさいます。退職者医療制度というものは、今先生は財政調整ととられないことはない、こうおっしゃいましたが、そういう側面を持つております。

そこで、今後、全制度を通じて給付を一元化していく措置をとる場合に、その財源というものを考えましたときに、形式的に言ひますと、どうしても保険料の引き上げで対処をするか、国庫負担の強化で対処するか、あるいは財政調整なり、医師会等々で言つております統合というふうなことで対処をするか、そういう方法しかないわけでごさ

います。

そこで、どういふ方法をとるかということにつきましては、私ども老人保健法を実施し、また退職者医療制度を実施しようとしておるわけで、その成果あるいはその経緯を見てやはり考える必要があろうと思つております。しかし、いずれにしましても財源の調整等の措置が必要であることは事実であらうと考えております。

○青委員 そこで、今の財源の調整問題というのはこの法案の骨幹にもなり、今後の展望にもなることですので、次の問題の中でさらに突っ込んでいきたいと思つたのです。

私、この数年間、この社会労働委員会に席を置いて、健康保険制度のかなり急激な変化というものを審議に加わる形で見てまいりました。そういう中で、今回の法律もそうだけれども、国民健康保険といふものが常にある意味での一方の主体になつていふ。というのは、国民健康保険がいろいろと体質的に弱い、高齢の人が多い、あるいは所得の低い人が多い、だから国の補助も必要だ、だから実質的な財政調整である老健法の提出金も被用者保険から必要だ、だから退職者医療制度も必要だといふ、その一方の主人公は国民健康保険であつた、また現在あると思つたわけです。

そういう中であつて、国民健康保険といふものが、いろいろなデータやいろいろな説明を伺つても、確かに今申し上げたような高齢化、低所得等々の弱い面があることは認めます。また認めた上で、しかしそういうものに何らかの対応をすれば、この範囲ならば国民健康保険がかなり自立してやつていけるという何か条件を考えなければいけないのじゃないか。それでないと幾らやつてもいや、まだ足りません、まだ足りませんといふことになる。あるいはまだこういう問題があります、ああいう問題がありますといふことになつて、そこに、幾ら言つても何か行つたり来たり議論がしてある部分があるように感じるわけです。

そこで、私がまずお聞きしたいのは、今回の改正が成立したら、私自身は今回の改正案は余り

にも問題が多過ぎて賛成はできないという立場でありますけれども、もし仮に今回の改正案が成立した場合に、国民健康保険は財政的に見て、中期的に例えば五年ないし七、八年の展望で自立できるというふうに見通されるのか、それともまた一、二年たつたらやはりまだ足りませんか、また何かでやらなければいけないというふうなほんのこの一、二年だけの問題と見通されているのか、その点をまずお聞きしたいと思ひます。

○吉村政府委員 私どもは、今回の改正によつて、国民健康保険も合理的な基盤の上に立つて運営されるようになる、こういうふうに期待をしております。

○青委員 今のはどういふ意味の答えなのか。それは期待は私だって期待をしていふわけですが、ですから、それが中期的に見て財政的に自立をできるかと思つたのか、思つた展望の中で出されておるのか。というのは、これは決して疑うとか疑わないういじやなくて、昨年老人保健法が出たわけですが、それが成立したわけですが、退職者医療問題は議論の中にありましたけれども、数年間はこれでやつてみるのだからと思つていた途端に、この制度が私の感じ方であつたやうに唐突にやつてきたといふことが、議論は以前からありましたが、出てきたことを考へて、また来年になつてみたらこゝまでやつていただけたけれどもまだ足りません、やはりこゝは何としてでもということが出てきたら、中期的な展望どころか短期的な展望にもならない。そこでもう一遍改めて、せめて五年ぐらい、三年ぐらいでもいいです、やれると考へて出されているのかどうかです。

○吉村政府委員 もちろん私どもは、今回の改正案の枠組みは六十年代の半ばまではこの枠組みでいける、こういうふうに考へております。

ただ、国民健康保険の問題につきましては、今回国庫補助制度を変えたわけでごさいます。その影響がどう出るか、また退職者医療制度の実施に伴う影響がどう出るかという点についてはまだ計測不可能な点が若干はあるわけでごさいます。

て、多少の修正というものはあるには必要になるかも知れぬというような気持ちは持つております。(「大筋として自信あり」と呼ぶ者あり)

○委員長 今大筋として自信ありということが後ろの方から聞こえてきましたが、そう理解していいのなりのですが、大筋として自信がありそう、な、そうでもなさそうな御返答なので、実際はそのあたりをもうちょっと詰めてみたいと思います。

ちよつとこの資料を配って下さい。——この

資料は、厚生省からいただいた数字を私なりに並べ変えてみただけのものなんですけれども、この間国保のあり方を私なりに考えてみて、現在老人保健法で七十歳以上については事実上制度が別になっていて、そして、今回の制度がもし成立したとすれば、退職者で六十九歳までの人には財政的には全く別になる。そうすると、国民健康保険の中で、一つの仮説として七十歳以上の人の財政負担を全く別にしたとすると、そして退職者については退職者医療が例えば受け持つとする、そのときに残った中で財政的に一体どうなっているんだらうか、つじつまが合っているんだらうか合っていないんだらうかということを考えて、いろいろと厚生省の皆さんにも手伝っていただいでつくって見たんですが、つまり現在、この図で見ていただくと、国保の医療費の中で国庫から国保に出されている額は、五十九年度予算案によれば一兆九千六百四十四億、この図でいうDプラスEがそういう数字だ。そして今度は、国保から老人保健に出されている拠出金、これが一兆二千四百十四億だ。そうすると、これでもしこの七十歳未満の人たち、どう表現したらいいのでしょうか、それだけを考えてみると、ここにいいますB、Bというのは図面がない方にはちよつとあれですが保険料の若者分、七十歳未満の人の保険料は自分たちで、七十歳以下で使います。しかしそのかわりに、Dの部分の七十歳未満が使っている国保の支出と同じ額だけ老人に振りかえましよう。そうすると、正確にはDという金額からBという金額を引いた数字

が出ればいいのですが、なかなか数字が出ないものですから大ざっぱな数字で、老人分の保険料の額というのはいさほど大きくないそうなので、約七千億円、この七十歳未満の人たちが、もし自分たちの保険料と自己負担と残りを国庫負担でやろうと思つたときには、その程度でやれるのではないかと、このように理解をしているわけですから、まずその理解でよろしいのでしょうか。

○吉村政府委員 大体今おっしゃつたような数字になるかと思ひます。

○委員長 つまり大臣、これはちよつとわかりにくいのですけれども、国から国保が一兆九千億もらうわけですね。それから、国保から老人に一兆二千億をとにかく最終的には出してやるわけですから、だから、その一兆二千億出しているのを、例えば国から全部もらつたとすれば残りは約七千億になるということですね。ということは、先ほど申し上げたように、七十歳以上の人と退職者を除いた人たちで、七千億分の国庫補助があれば一応財政的には成り立つというのが現実の今の状態だ。それを新しい、例えば新国保というふうなでも名づけたとして、その範囲で自立できる道を考えたらどうか。それは七千億が適切なのか、やはりどうしてももうちよつとふえていくのか、もうちよつと経営努力というか運営努力をすればあるいはこんなには要らないのか、そういうこともはっきりして、そのように考えるのですけれども、この範囲での自立ということを考えたとして、どう思われるか。つまり、それでもやはりこういう弱い点があるから難しいとお考えなのか。いや、そういうふうな七十歳以上が切り離され、退職者が切り離されれば、国民健康保険はそれなりの補助金があれば、それはほとんど補助金をふやさないでも十分やういけるというふうな考えられるか、その点について御意見をお聞きしたいと思ひます。

○吉村政府委員 確かに、先生御指摘のような新国保の方だけを考へてみますと、国庫負担のあり方を含めて考えやすい形の整理にはなるで

あらうというふうなことではないかと思ひます。その点は先生御指摘のとおりであります。

しかし、この図で見ますと、老人の方はほとんど全部国費あるいは公費になってしまふわけでございます。老人分を国保から切り離せば、それは残つた方は合理化されるけれども、老人の方が果たしてうまくいくのかどうか、そこがやはり財源構成の問題として全体から考えてどうだろうかという点がございます。老人の医療費についてなぜ全部国費で持たなきゃならぬのか、やはりそういう問題が残るのではなからうか。したがって、新国保の方はかなり評価できるといいたしまして、妙な部分は全部国費に回していいところだけの新国保だ、ちよつとこういうような印象を受けるのでございます。

○委員長 私は、それは若干の誤解があると思うのです。老人医療というのは、まさにそれは釈迦に説法でしょうけれども、ほかからお金はずつと入つていくわけですよ。ここはあくまで国保の中でその拠出部分がこういう数字で出てきているだけであつて、それから、今言つたのは、難しいところだけ国保にというのではなくて、なくてというよりは、現実の数字が実はこういうことなわけですよ。それが何かこちやこちやになつていくから、国保も苦しい苦しいと言ひながら一生懸命拠出金も出しているようなかつこうになつていく。しかし、実際上は国から入つてきた額よりも拠出してゐる額の方が少ないわけですから、現在の姿そのものを冷静に言えば、今私が申し上げたような新国保と老人にはさらに国庫から一兆二千億出ているのと同じ構造になつていくということ認識して、まず話の進め方として、その新国保部分はやつていけると見通せるのかどうかということをお伺ひしたわけですが、今の局長の話では、頭の部分を除いて言えば、その部分だけなら十分にその可能性があると云われたと理解するわけですよ。私は、老人の問題はそれこそ二巡目か三巡目にでもまたゆつくり、これは大問題ですからやりたいたいと思ひますが、この問題をさらに進めていきたい

のです。実は、昨日の参考人の意見を伺つた中で、人吉の市長に質問をしたわけですよ。つまり今の自治体というのは国保の保険者という立場があるわけですね。それから、あたりまえのことですけれども、人吉市なら人吉市の全住民に対して責任を持つてゐる。全住民の健康に対してある程度の責任を持つてゐるという立場があるわけですよ。私は参考人に、いわゆる健康事業、ヘルス事業は、国保に入つてゐる人に入つてゐない人について何か特に、国保に入つてゐる人にはこまめでやつてゐるけれども、一般の人はこまめでという差があるのかと聞いたのです。そうしたら参考人は、いや、そんなことは考えてもみません、国保の制度や何かいふんな制度を組み合わせて、あくまで全住民に対してやつてゐますという答えなんです。自治体の長としては当然の立場だと思ひますね。そこで、これはまだ私も必ずしも確信はないのですけれども、今の国保が自治体を保険者、ヘルス事業ではない方の保険、いわゆるインシュアランスの方の保険事業の保険者としての果たして適するんだらうか。もしかしたら、いわゆる金目の計算なんかを中心とした保険者というものは政府がやるのかどうかやつて、ヘルス事業はむしろ大変重要な事業ですから、自治体の実施の第一線として、国保に入つてゐる人はもちろん、もちろんというか、国保に入つてゐる人もいない人も、家族も何もかも含めて全部にある意味では一律にやる、老健法の四十歳以上というのをもそういう考え方には立つてゐるわけですから、そうすると、ヘルス事業は自治体だけれども、いわゆる保険事業の主体としての保険者としては自治体が適切なんだらうかどうだろうかということを考えてゐるわけですよ。その点についての御意見を伺ひたいと思ひます。

○吉村政府委員 国保の保険の単位というものをどう考へるかというの、非常に難しい問題でございます。確かに先生おっしゃるやうに、インシュアランスの方はひとつ全国で一元化をした方

が、保険料の格差の是正にもなるし危険分散の程度も広がるという点は御指摘のとおりであります。一方、保険集団は大規模になればなるほど経営効率というものが低下することも事実であります。それからもう一つ、地域保険の場合には、やはり医療機関の偏在等もございまして、医療を受けるための条件にかなり差があるのではないかと。それが証拠に、各市町村ごとに医療費の格差がかなりあるわけでもございます。そこで、全国一本の国保を考えて保険料も統一をするとなれば、医療費といえますか医療を受ける受益の面から、少し不公平あるいは格差というものが生じ過ぎるのではないかと、こういうようなことも考えられるわけでありまして、私どもは、現在各市町村を基礎にしておりますのは、保険料の負担と医療費あるいは医療を受ける受益とのバランスが各市町村を単位にするのが一番適当なのではないかと。理論的に全国にわたる方がよいという考え方もこれはもちろん考えられるわけでもありますが、なかなかそこまでする踏み切れない、こういうのが私どもの現在の気持ちであります。

また、ヘルスの事業とインシュアランスの事業は、確かに片一方は健康保持のためのいろいろな事業でございまして、片一方は医療費を賄う財政の問題ですから、切り離して切り離せないことはもちろんないわけでもありますが、現在の国民健康保険の実態を見ますと、ヘルスの事業を一生懸命やっている市町村の医療費というものは下がっております。やはりヘルスの事業とインシュアランスの事業というものは密接に関係しておるんだらう、こう思います。そこで、ヘルスも片一方でならみながら、また国民健康保険の財政あるいは医療費というものを片一方でならみながら、両方をならみながらできるのは、やはり市町村という単位が一番好ましいのではないかと。というように私どもは思っております。

○菅委員 この点は、ここで決着がつくとはもち

ろん思っていないし、一つの考え方ですので、もう二、三点今局長の言われたことについて質問をしたいのです。

局長みずから、保険料の差が非常に大きいというところを言われたわけですね。言われた上です。私の方で言いたたい数字を見ますと、保険料が高いところは一人当たりが五万七千七百五十三円、一番安いところが五千八百四十八円、ちょうど十倍ぐらいの格差があるわけですね。何でこんな格差があつて成り立つんだと言いましたら、今局長が言われたようなことを厚生省ではいつも言われるのですけれども、今の局長の返答はちょっと話が逆だと思ふのです。つまり医療機関が偏在をしております。医療機関が少なければ医者にかかる率が少なくて、だから医療費も少なくなつて、だから医療保険も小さいんだ、そういうのは自治体がやった方がよいんだと言われているけれども、医療機関が偏在をしております。何度か大臣も答えておられるように国の責任をなすわけですね。まさにどこでも必要な医療を受けられるような体制をつくらなければいけないというのは、基本的に国の責任であつて、その責任で、小さな市町村に自分で病院を持てとか何とかということまで、これはなかなか難しいわけですね。そうすると本来は、義務教育と同じように考えれば、ある程度のことろにはちゃんと医療機関があつて病気になるからかかるようにすべきで、医療機関がないからかかる、かからないから医療費も少なくて、保険料も小さくて、それでいいんだというのは逆であつて、そういう状態は必ずしも望ましくはないのであつて、ちゃんとした形で医療機関が配置され、それなりの受益があつて、そして健康で長生きをしてもらう、これが一番望ましいと思ふのです。そういうふうに考えると、私は、医療費が大きく差があり、保険料が大きく差があるということとは、また医療機関が偏在をしております、これは、基本的に国の責任でそれを解消していく、解消するまでに確かにサービスの差があるから、国と

しても地域的に多少保険料の差をそういう意味で設けるというのは、それは国の責任として考えてもいいかもしれないけれども、だから自治体が出た方が適切だというのは、私は若干話が逆になつておると思ふわけですね。

それから、さらに申し上げますと、今自治体の、その参考人も言われていましたけれども、国保が赤字になつた場合は一般会計から繰り入れておるわけですね、ある部分を。これも考えようによつたら、国保に加入していない住民の人から言へば、それはまあ自分たちの自治体だから仕方ないという考えも成り立つかもしれないけれども、何か年をとつてひょっこり自分の町にやつてきた人の医療費まで持たされておるという意味では、必ずしもよしと来ないわけですね。

それからさらに言えば、経営主体が小さいというのには確かに努力のしがいがあるということですが、私もその点は確かに一つの考慮すべき要素だとは思ひます。思ひますけれども、もう一つの点は、やはり自治体というのは政府です。小さな政府です。政治主体です。ですから、健康保険組合とかのようになつて民間団体の要素じゃないんですね。ですから、私は、いろいろな市長とか市議会議員の人に会つて話をしても、この国保の問題が一番頭を痛めるんだ、余りしげしげと地元医師会からちよつとにらまれる、かといつてしげしげとやらないと国保料を上げようと言つてもなかなか反対が強く上げられない、かといつて一般会計から入れようと思つてもそんなに財政は豊かじゃない、何とかこの問題を、自分たちの責任に任せられてもこれはもう本当に困るんだという意見もよく聞かれます。

そういうことも勘案して考えると、その実施主体が小さいということがプラスになる面は私も否定しませんが、何が何でも外した方がよいとまだ確信は持て言えませんが、一つの検討課題として、そういう保険者として自治体が果たして適切なかどうか、その点についてぜひ検討していただきたい。そのことを申し上げて、これ

はもうお願いだけにして、さらに国保の運営の経営努力の実情について話を続けていきたいと思ひます。

まず伺いたいのは、いわゆる運営努力の問題として、この数年間厚生省も力を入れている運動の中に、通知運動がありますね。この通知運動の現状が政管健保や組合健保との比較で国保についてどうなつておるか、教えていただきたいと思ひます。

○吉村政府委員 まず、国保について申し上げます。

国保における医療費の通知は、五十七年度の数字でございまして、三千二百七十四の保険者がございまして、そのうち三千二百五十四の保険者が実施をしております。実施率は九九・四％ということでございます。

それから政管は、これは実施回数等に問題はございまして、一応各年度で一・五カ月分の医療費を全被保険者に通知をする、こういうことでやっております。

それから組合健保につきましては、これは五十六年度末の数字でございまして、実施率は八七・三％の実施率になっております。

○菅委員 大臣、今の数字をちよつと、数字の中心身はいんですが、比較だけ頭に入れていただきたいんです。

今の厚生省の話を聞くと、国保は三千二百七十二の保険者、実施主体のうち三千二百五十四、九九・四％が通知運動をやつておる。やつておる、やつておる、と言われる組合健保が八七・三％。それだけ見れば、国保の方がたくさん、しっかりとやつておる。そういう見方があるわけですね。しかし、実はこの後の問題があるんですが、例えば東京都が実施をしておりますが、説明していただければ、どういふふうになつておるのか。

○吉村政府委員 東京都は保険者が六十四ございまして、実施をしております。保険者数は六十四でございまして、全部やつておるということに、一応実施率は出てまいりますが、

が、この中身を見てみますと、一年間で一回通知をするという保険者が六十三で、二回通知をするというのが一保険者ということになっております。

○菅委員 それからの範囲をしていますか。全部やってないはずですが。

○吉村政府委員 全世帯ではなしに、一部を抽出してやっております。

○菅委員 どのくらいか、わかりますか。

○吉村政府委員 申しわけありませんが、ちょっとわかりかねます。

○菅委員 これは私も確実に聞いていませんが、とにかく五割とか六割という数字ではなくて、一割とか二割という数字なんです。つまり、世帯数の国保加入者の中の例えば一割の人に年一回やっている。それで数字で言えば実施率一〇〇％で出るわけです。去年一年間で、私はちょっと内科にも行きました、外科にも行きました、歯医者さんにも行きました、いろいろかかるでしょう。それがどういう形で表現されてくるか。私も国保に入っておりますけれども、一度としてまだ通知を受けたことがないので、見ておりません。それでも一応一〇〇％という実施率であられるわけです。

ここに、各都道府県の数字を全部持っています。だから、先ほど三千二百七十二の保険者がやっていると云うけれども、通知回数で言えば、一年間に一回とか二回とか三回というのが多くて、精いっぱい四回以上、五回以上なんというのはいわゆる全体で、これは足してみなければわかりませんが、一割か二割あるかないかという状況なわけですね。そういう点で、通知運動の現状だけをとらえてみても、必ずしも国保が経営努力をしているというふうには残念ながら言えないんじゃないか。

それから、これは数字が非常に難しいのですが、いわゆる国保税、国保の収納率の問題も必ずしも住民税に比べて高くない、あるいは所得把握の問題もなかなか難しい、こういう状況なわけですね。

そういうことを含めてもう一度、先ほど新国保構想というのを私の仮案として、一つのたたき台として提出をしたんですが、私は、そういういろんな高齢化とか低所得とかという条件は、それはそれなりにカバーする必要がある、確かに若年でカバーしなければいけない、しかし、それ以外の部分についての通知運動の問題、収納率の問題、所得把握の問題は、これは国保が国保として努力をしなければいけない問題じゃないか。それによって、その範囲だけでも自立できるということをつくっていかない限り、毎年毎年この委員会でする新しい制度を導入して、さらにさらに、さらにということになりかねないんじゃないか、こう思うんですけれども、このあたり大臣に、この国保のあり方についてどのようにお考えか、お伺いをしたいと思えます。

○渡部国務大臣 非常に難しい問題で、今先生御指摘の問題を傾聴しておたのでありますが、単位の問題にしましても、私は正確な知識でありませんけれども、岩手県の沢内村ですが、これは村長さんが大変なヘルス事業をやっておられて、結果的には国保の財政も非常によくなっておるというのを聞いたことがあります。行政指導というものはかえって、そういう小さいものの方が徹底して行われる場合はまた努力した政策効果がある場合がある。また、今先生御指摘のようにならざるを得ない努力をしても徹底していかない面がございいます。そういう意味では、国保の単位というのは、さき政府委員から答弁があったようにしていくしかないのかななどとも私、今聞いておたのでありますけれども、残念ながら今直ちに、国保をこういうふうにして、ここできつちりと歯どめをかけていくということをして申し上げられるような具体的な勉強が私の頭の中にはないわけでありまして、基本的には、先生が何度か申されておりますように、ここでまた、これまでのことをやって足りなくなつたからまたどうというふうなことはなかなか困難になつていく面もありますが、しかし同時にまた、保険制度というものは強い者が弱い者を助けていくというところで進んでいかなければならないという考え等もありますので、これらの考え方を総合して、歯どめがかかるような国保の自立努力と申しますか、これから自立していきけるような具体的な方策というものを探索してまいりたいと思えます。

○菅委員 ちょっと追加的ですが、国保の中で保険料部分と国庫負担部分の大体の比率が、大ざっぱでいいですからわかっているかどうかになりますか。国保の中で保険料部分と国庫の支出部分、大体大ざっぱでいいです。

○吉村政府委員 現在、医療費ベースで物を申し上げますと七七〇程度が給付費になります。そして医療費の四五〇程度が国庫負担、こういうことになっておりますので、保険料は医療費の三二〇程度が保険料、こういうことになっております。

○菅委員 国庫支出は。

○吉村政府委員 国庫補助率は四五〇でございまして。

○菅委員 つまり四五〇対三二〇ということですね。つまり大臣、今国保というのは、さき保険料が差があるとかいろいろ言われましたけれども、実質上保険料収入、保険税収入よりは国庫カバリの額の方が大きいわけですよ。ですから、自治体が小さくやればいいというのは確かにあるのですが、実際の財政基盤で言えば、実は既に国営的要素の方が自治体運営よりはもう大きいわけなんです。そういう中でどうこの制度を考えていくかということなわけですね。今の議論の中を含めて、つまりいろいろな制度が今健康保険制度には分立をしている。これはいろいろな経緯の中で分立をしているということももちろんありますけれども、必ずしも制度そのものを統合したらうまくいくとは私自身は思っていないのです。あくまで制度は、それぞれ分立した中で、自分たちがカバーする責任分野あるいはカバーする問題と、それから必要ならばそれに加えた財政調整、これは特に

老人の問題に対して、一種の世代間財政調整になるかもしれないが、必要があるだろうと私は思っています。ただ、制度そのものは、それぞれの制度が自立できる制度で、その条件をつくっていった方が、先ほど来のいろいろな経営努力の問題も含めて効果的なんじゃないか、このように思うわけですね。今後さらにそういう制度を考えられるとき、国保の問題にぜひ新しい視点で見ていただきたいと思うわけです。

それに多少関連して一つだけ申し上げたいのは、そういう意味で、組合健保が国保などに比べて制度的なメリットがいろいろ言われているわけですが、現在組合健保というのは、同一企業で健康保険組合をつくる、あるいは同一業種で健康保険組合をつくるという形ですが、さらに地域的に、例えばある町の商店街が集まってそこで一つの地域的な健康保険組合をつくるというふうなこともあっていいんじゃないかと思えますけれども、そういう地域的な健康保険組合の推進ということについてどのようにお考えですか。

○吉村政府委員 ある一定の地域について健康組合の設立を認める、こういう要望がかなりあります。したがって、私どもはそれが成立する余地があるかどうかということを現在鋭意検討しております。

私ども、今回の改正案の基礎として組合健保主義というものはなるべく推進したい、こういうことを考えておるわけでございます。地域健保もその一つの方策としていろいろな角度から検討しておるのが今の現状でございます。

○菅委員 それでは、多少話が変わりますけれども、きょう朝来の審議の中でも別の委員の方が取り上げておられましたけれども、医療費の減額査定をしたときの患者への返還の問題、これについていろいろ報道もされていくわけですが、厚生省として、まずこの実態、どの程度の金額といましようかあるいは範囲といましようか、どのように実態を把握しておるか、まず伺いたいと思います。

○吉村政府委員 五十七年度で申し上げますと、国保連、それから支払基金で合計いたしますと、査定額は医療費全体で千四百億になっております。このうち被保険者の一部負担にかかわる額は五十億から六十億程度と推計をされます。

なお、最近の十年間の査定額のうちで、被保険者の一部負担にかかわる部分を推計いたしますと約三百八十億程度ではないか、こう考えられます。そして、この間の医療費総額は約九十兆円でございますので、その九十兆円に對しまして〇・〇四二％程度だと私も考えております。

○菅委員 そうすると、一年間で五十億近い金額ということであるわけですが、国立病院の場合、こういう査定が出た場合にどうされているのですか。

○吉村政府委員 国立病院におきましては、もとより患者から請求がありますれば返還をすることといたしておりますけれども、その返還の実態の詳細につきましては、率直に申し上げまして把握ができておりません。返還しておる件数は非常に少ないのではないかと思います。

○菅委員 文部省にもおいていただいていると思いますが、大学病院では実情はどうであるか。ついですが、今後どうされるつもりかとお尋ねします。

○佐藤説明員 従来から、国立大学の病院における診療報酬の請求事務につきましては、適正に実施するようにかねてから指導はしてきておるわけでございますけれども、先生御指摘の件につきましては、患者から請求があれば返還するというところでございまして、その実態については私も定かに把握はしておりません。

○菅委員 これは、国立病院にしても大学病院にしてもあるいは他の病院もそうでしょうが、請求があれば返還するといつても、それは患者の側からすれば、そういう減額査定が起きたということ自体のわかる機会というのは大変まれなケースじゃないか。例えば、高額療養費なんかで返還がある場合の数字がどうも違うとか、あるいは通知

運動で違ってくるか、何かなければわからないわけですね。きょう朝来の審議の中で、それは繰り返しませんが、法制局も、これはもう明らかな医療機関の不当利得だ、当然返還をすべき性質のものだと言われ、局長も、その点ははっきりしている、後は実務的な問題だといふに言われたと思うのです。これを被保険者に知らせる何らかの手段を講じられる予定があるか、あるいはどういう形で講じられるか、その辺について伺いします。

○吉村政府委員 けさほど申し上げましたように、私も、やはりこの問題はきっちり整理をするべき性質の問題だ、こういうふうに考えておりますが、なかなか実務上の問題もある。そこで、私もとしては、非常に査定額が高かったようなケースにつきましては通知をするというようなところから始めていきたい、こういうふうに考えております。これは、先生もちよつとお触れになりましたが、高額療養費の支給と関係するところでございますので、高い医療費についてはひとつ考えなければなりませんし、また、高い医療費で高い査定を受けた場合、あるいは医療費はそれほど高くはないけれども査定額が非常に高かった場合、そういうようなものについては、やはり患者に保険者の方から通知をするような何らかの仕組みというものを考えていきたい。ただ、非常に高いところから始めさせてもらいたいというような気持ちを持っております。

○菅委員 これは、確認というかそういうあれはないのですが、福岡県とかで通知票というようなものをつくつてやっているとどういうことにもちよつと耳に挟んだのですが、何かそういう具体的な事例で厚生省が把握をされている例はありますか。

○吉村政府委員 具体的には把握をしておりますが、コンピュータを導入しておる市町村がかなりございます。国保の関係でコンピュータで処理をしておるところがございまして。例えば浦和市等は全部コンピュータで処理をしておるわけ

でありまして、そういうところでは十分可能なのではなからうか、こういうふうに思います。

○菅委員 実務的に高いものからというのは理解できないわけではありまけんけれども、高額療養費の問題で言えば五万一千円という額ですから、かなり高いレベルなわけですね。ですから、五円とか三円とかまでを全部ひしりというのはなかなか無理でも、例えば千円程度を返還額を超える場合は返還をする、あるいはそういうことをちゃんと通知をするというのが本来の常識的な線じゃないかと思ひますが、そのあたり、究極的といひましようか、どの程度まで、どのくらいの時期までには持っていきたいということをお考えですか。大ざっぱなところでいいですけれども。

○吉村政府委員 それも含めて検討をさせていただきます。ただ、先生は今千円という金額をおっしゃいましたが、査定額が千円の場合だと、負担額はその一割でございますので、百円返還ということになるわけでありまして、百円の返還を処理するために通知をしたりいたしますと、経費もそれに見合うぐらいの額になる、こういうような状態が起こるわけでございます。もし千円が返還額だとすれば、これは一万円査定をされることですから、それはやはり通知をするべき性質の額になるだろうと私は思ひます。

ただ、その辺をどういう手順でどういう金額から始めるかという御質問でございますが、これについては、私も、先ほど申し上げましたような線に従つて少し検討してみらうて、逐次実施に移していききたい、こういうふうに思ひます。

○菅委員 私が申し上げたのは、返還額が千円という程度を一つの常識的な線として私なりの考えを申し上げたので、そういうところで、今の局長の答弁のようにどこに線を引かれるかあるいはどういう手順かは、できるだけ余り遅くならない時期に手当てが進められるようお願いをしておきたいと思ひます。

それでは、残りの時間も多少短くなつてきたのですが、今回の改正の中で一つの大きな問題であります

ります退職者医療制度について、幾つか伺ひをしたいと思います。

この退職者医療制度というものの考え方については、私も、長い間会社勤めをしてやめた人がすぐ国保に移らなければいけないという実態というのは何か矛盾を感じておりましたし、そういう場合に、退職者を現役のメンバーがある程度カバーするという制度はあつていいのじゃないかと、私自身そういう考え方を持っておりました。しかし、昨年老健法が成立をしたというふうな、状況が一つ変化をしたということ、あるいは今回の退職者医療制度そのものの中身を見ますと、そういう基本的な考えは考えとして、果たして今回導入を見ていいものになるのだろうか、そういう点では大変に危惧を感じざるを得ないわけです。

そこで一つ、問題の整理として伺ひたいのは、退職者医療というのはこれは被用者保険と考へていいのか、それとも国保との間での財政調整というふうにかけるべきなのか、考え方の一つの整理なんですけれども、その点をまず伺ひたいと思ひます。

○吉村政府委員 これは私も、被用者保険の制度だと觀念をいたしております。

○菅委員 被用者保険という考え方ではなくば、私はやつぱりちよつと乱暴ではないか。確にかつて被用者であつた人というのを年金制度で一つの区分をするというのは、いろいろ知恵を使われたのでしよけれども、普通の考えで言えば、今まで被用者であつた人がやめた、その人をカバーしていく、そういう意味では被用者保険としてそれをつくり育てていくと考えれば、新規発生分あたりからやめていくのが自然であつて、それ以外に財政調整的な問題が問題としてあるとすればそれは別問題であつて、財政調整ではなくて、被用者保険の本来のあり方からすれば、これは保険者、被用者保険といつても労働者が構成しているわけですから、そうすると、そこからやめていく、まさにそこから退職していく人が一つのものを構

成すということから言へば、もう十年前にやめた人もあるいは五年前にやめた人も、あるいは幾つかの職場をかわつていつてやめた人も、何もかも全部、どこかにいたはずだからといってくくつちやうというのは、多少制度的に何か無理があるのではないか。これが実は、この制度の責任体制の問題とも絡んで、一体だれが責任を持つのかということにも絡むわけですが、その点についてのお考えはどうでしょうか。

○吉村政府委員 退職者医療制度につきましては、昭和四十年ぐらいから設けるべしという御意見が出ておつたわけで、いろいろ役所でも検討をしてきたわけでございます。ただ、その場合に、退職者医療制度を設ける問題点というのが幾つかあつたわけでございまして、その問題点をどう解決するか、退職者医療制度を創設できるかどうかの成否を決定する問題であつたわけでござい

ます。それを申し上げますと、一つはやはり、退職者の被保険者期間の確認をどうするか、効率的に行う方法は何かということでありまして、退職者というのは、一つの企業ですつと勤めて退職されるというふうなタイプもございまして、いろいろな企業を経られて退職されるという方もおられるわけでございまして、被用者の期間が何年あつたか、そしてどういふところに所属をしたか、こういうことがやはり一番重要なわけでございまして、なかなかその確認というのは難しい作業でござい

ます。そしてもう一つ、第二の問題としましては、退職をいたしますと、もと勤めておつたところにお住まいになる方もおられますし、国に帰る人もおられるというように、全国に散在をするわけでござい

ます。その退職者を把握をしまして、退職者医療を適用し、保険料を徴収し、給付を行うという事務の管理をしなければならぬわけであり

ますが、それをするとするのはやはり膨大な機構も要することになるわけでございまして、ここが第二の難点であつたわけであります。

それから第三点は、その費用負担をどうするか。非常に理論的に言いますと、退職者が勤めておつた期間に応じてその企業というか、その企業の現役が負担をする、あるいはその退職者本人の保険料でもって賄う、こういうことになるわけであり

ますが、なかなかこの被保険者について、何年分がある事業主が責任を持ち、何年分を次の事業主が受け持つ、こういうことは難しいわけではござい

ます。最終の保険者が持つということになればこれは不公平、例えばずっと勤めておる人の場合はそれはそれなりによろしいわけですが、事業所を転々とされたというふうな方を想定いたしますと、それを最後の保険者が持つというのはこれはやはり不公平ではなからうか、こういうふうに思

うわけであります。そこで、今申し上げましたような問題点を全部解消するような制度とはどういふものか。私も提案をしていて退職者医療制度はその問題を全部解決した制度だと私は思つておるわけでござい

ますが、第一の点につきましましては、年金受給者という形でとらえるならば、少なくとも被用者期間が二十年以上あつたという無言の証明になるはずでありまして、それから、全国に散在する被保険者について新たな事務機構を設けないでやるとすれば、国保の窓口を借りるのが一番実態に合うと

ではなからうか、こういうことで国保の窓口をお借りした。それから、三番目の費用負担につきま

しては、やはり全被用者保険の費用、こういうことで、一種の財政力に依じた負担というものを被用者保険のグループの中でやる、こういうことで給費用を負担をしてもう、こういうことで解決をしたというところでござい

に変化しておりますから、ますます国保を支える財政的な力は弱くなっている。そういう一番弱い国保に、強い方の被用者保険から老齢になると入って、国保の財政を苦しめることになる。これもだれが考えても矛盾である。

そういう二つの大きな矛盾を解決する方法として、今回退職者医療制度、退職者保険、いわば国保の窓口を借りるところの全国的な規模の被用者保険と言ふべきものでございましょうけれども、これができたということは、常識的にはとんどの皆さんが、非常にこの点はよかったですと歓迎をしていただいております。

それから、七割が八割になっただけじゃないかというの、先生のお言葉ですが、これはちよつとかならずないで、十割を九割にするということでは日本じゅうで大騒ぎしておるわけですから、やはり七割を八割にするというのは大変な、これは退職者の皆さん方に対しては大きな問題でありまして、私は、退職者保険の今回の創設というものは先生も評価してよろしいのではないかと、こういうふうにも考えております。

○委員長 先ほども言いましたように、七割を八割にしたというのを決して軽視をしておるわけじゃないのです。それは後で議事録をお読みになられてもそうは言っていない。ただ、私が申し上げたいのは、あくまで現職時代にいた保険で、いわば保険組合にそのまま面倒を見てもらうという意味での退職者医療というのを考えていたのが自然なんです。それが全然変わったというのは、ちよつと老健法ができたのと、あるいは新しい全く別の制度に移ったかと言われるのと同じことでありまして、確かに給付率が本人について、今の国保の水準よりは上がるにしろ、本来願っていた退職者医療とはそういう意味でかなり異質ではないか。そういうことを含めて例えば任意継続の延長、あるいはこの退職者医療制度の中で健康保険組合自身が、自分のところを退職した人については従来どおり給付を続けたいという場合に、そういう給付を続ける道を認められることを

考えられることはできないか。その場合には拠出金をその分だけ減額するとかいう措置ももちろん必要になると思いますが、その道を開く可能性について、それはできないかどうか、お伺いしたいと思ひます。

○吉村政府委員 まず、ちよつと補足をさせてもらいたいです。私ども、今度の退職者医療制度は、退職者を全体に把握した一つの健保組合をつくつたみたいものだ、こういうふうに考えておるのです。そして、その窓口だけは少なくとも国民健康保険の窓口を借りないとなかなかうまく管理できないから、市町村の窓口をお借りした全国の退職者を対象にした一種の健保組合をつくつたようなものだ、こういうふうに理解をしていただければありがたい、こう思ひます。

それから、御質問の第一は、任意継続被保険者の期間を延長して対処する方法はないか、こういうことでございしますが、私どもその方法についていろいろ検討してみました。しかし、任意継続制度というのはやはり逆選択を招く可能性がある。つまり、体の弱い人だけが任意継続の被保険者になる。退職しても元気がない、退職しても元気がないのは変ですが、退職時に元気がない任意継続の道を選ばない、こういうことになると思ひます。

それから、任意継続の期間を何年にするかという問題があるわけですが、現在の任意継続制度というのは現役被保険者の二倍の保険料を自分が負担をする、こういう制度で成り立つておるわけでありまして、そういう現役被保険者の保険料の二倍程度の保険料を長く負担をするというのはやはり少し無理なのではなからうか、こういうふうに考えておるわけでありまして。しかもまた、資格喪失時の保険者がその任意継続被保険者の面倒を見る、これは私はたびたび繰り返すようですが、最後の保険者だけが面倒を見る制度というのは少し公平を欠くのではないか。日本国民の退職者全部が、一つの企業に初めからずっと勤めて、最後の定年退職まで勤められるということとなら成

り立つてありますが、やはりそうではない現実がたくさんあるわけでございまして、最後の保険者がその責任を持つというのは少し酷いのではないかと、こういうふうに考えております。

それから、それでは健保組合が退職者医療制度というものを独自にやつた場合に調整の道を開く気持ちがあるか、こういう第二の御質問でございしますが、私ども、各健保組合が行おうとする退職者医療制度というものが、この我々が創設しようとしておる退職者制度以上のものを実施するとすれば、それはやっではないかと言つて拒む理由はなからうというふうに考えております。

○委員長 この問題、もつともつと実は問題があるのですが、時間が間近ですから一つだけちよつとこの例を言つてみたいのです。

例えば、本人が退職者医療の本人で六十九歳、それが一年たつと七十歳になります。そのとき家族の給付というのはどう変化するのですか。六十九歳のときの退職者医療の家族が、本人は七十歳になったときには老人保健法に入るわけですが、家族はそれとときの給付はどうなりますか。

○吉村政府委員 七十歳になると、今の老人保健法で言いますと国保に返る、こういうことになるわけでございます。

○委員長 いや、ですから家族の給付率はどうなるのですか。

○吉村政府委員 家族が七十歳以上ならもちろん老人保健法の適用を受けますし、七十歳以下なら国保の給付率にまた戻る、こういうことになります。

○委員長 だから、数字を言つてください。

○吉村政府委員 七割に戻るわけでございまして。

○委員長 つまり、本人は六十九歳まで退職者医療で八割でしよう。それで老人保健になつたら十割ですわね。そして家族は、通院は七割の入院が八割。それがどうなるのですか。今度は本人が老人保健になつた場合は、家族は他の国保と同じように通院七割の入院も七割になるわけですね。つまり入院部分で家族の給付率は一割下がらるわけ

すね。
○吉村政府委員 今のところ、そういうことになりません。

○委員長 ちよつとこれは流れとしておかしいのです。つまり六十九歳から七十歳になつたら、本人は老人保健法に移つてください、もつといい給付率です。しかし家族は、例えば入院していたら、だんなが七十歳になつた途端に、入院していた家族は二割自己負担から三割自己負担に変わつてしまふということになるわけですね。これは非常に具体的な事例ですが、退職者医療制度というものを設けた趣旨が、先ほども申し上げたように、本来長い間勤めをした人がやめて、その後の面倒を現役が一緒に見ようじゃないかということからスタートしたのなら、こういうことを被保険者の立場に立つて何とかしなければいけないという立場になつておるのです。今回の制度が、あくまで財政的な観点から、この制度を間に置いて、こちらのお金をこちらに振りかえようという立場から考えられているものだから、制度として、資格の問題とか管理の問題とか費用負担の問題は一生懸命知恵を出されたけれども、こういうきめ細かな被保険者の立場への配慮というものが抜け落ちたのではないかと。

今回の健康保険制度にはまだまだたくさん問題点がありますけれども、こういうたくさん問題を抱えた健康保険改正法にはやはり賛成できないということをお願い申し上げて、私の質疑を終わりたいと思ひます。

○有馬委員長 次回は、来る五月十五日火曜日委員会を開会することとし、本日は、これにて散会いたします。

午後八時十六分散会

昭和五十九年五月二十二日印刷

昭和五十九年五月二十三日発行

衆議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局