

第百一回国会 社会労働委員会 議 録 第二十一号(その一)

(二六九) (その一)

昭和五十九年七月五日(木曜日)

午前十時一分開議

出席委員

委員長 有馬 元治君

理事 愛知 和男君

理事 小沢 辰男君

理事 池端 清一君

理事 平石磨作太郎君

理事 伊吹 文明君

理事 古賀 誠君

理事 自見庄三郎君

理事 中野 四郎君

理事 西山敬次郎君

理事 浜田卓二郎君

理事 箕輪 登君

理事 渡辺 秀央君

理事 上西 和郎君

理事 多賀谷眞稔君

理事 永井 孝信君

理事 大橋 敏雄君

理事 橋本 文彦君

理事 小淵 正義君

理事 浦井 洋君

理事 菅 直人君

出席國務大臣

厚生 大臣 渡部 恒三君

出席政府委員

厚生政務次官 湯川 宏君

厚生大臣官房長 幸田 正孝君

厚生大臣官房総務審議官 小林 功典君

厚生大臣官房審議官 新田 進治君

厚生大臣官房會計課長 黒木 武弘君

厚生省健康政策局長 吉崎 正義君

厚生省保健医療局長 水田 努君

厚生省保健部長 正木 馨君

厚生省年金局長 吉村 仁君

厚生省年金局長 吉原 健二君

社会保険庁局長 坂本 龍彦君

社会保険庁局長 朝本 信明君

社会保険庁年金部長 石黒 善一君

社会労働委員会調査室長 石黒 善一君

委員外の出席者

社会労働委員会調査室長 石黒 善一君

委員の異動

七月五日

辞任

今井 勇君

谷垣 禎一君

河野 正君

同日

辞任

田中 秀征君

森下 元晴君

上西 和郎君

補欠選任

谷垣 禎一君

今井 勇君

河野 正君

補欠選任

田中 秀征君

森下 元晴君

上西 和郎君

七月三日

男女雇用平等法案(中野鉄造君外一名提出、参法第四号(子)は撤回された。

重度戦傷病者と妻の援護に関する陳情書外一件(大津市中ノ庄二の一〇の四五川原佐民外一名)(第三四二号)

国民健康保険制度の充実改善に関する陳情書外二件(久留米市議会議長野口定義外二名)(第三四三三三三)

医療保険制度等福祉関係諸施策の改革に関する陳情書外十七件(広島県佐伯郡大野町議会議長小西軍三外十七名)(第三四四四四)

健康保険制度改正反対に関する陳情書外百十七件(福岡県田川郡香春町議会議長大場正夫外百三十八名)(第三四五五五)

社会保険制度の改善反対に関する陳情書外四件(岩手県下閉伊郡山田町議会議長福士弥兵衛外四名)(第三五六六六)

国立病院・療養所の存続に関する陳情書外八件(和歌山県議会議長浦武雄外八名)(第三四七七七)

年金・医療・雇用保険の改善反対等に関する陳情書外二件(宮崎県児湯郡都農町田正昭外百六十七名)(第三四八八八)

食品添加物の規制に関する陳情書外三件(交野市議会議長浅田一介外三名)(第三四九九九)

使用済み乾電池の処理対策に関する陳情書外四件(北海道議会議長三上勇外十九名)(第三五〇〇〇)

廃棄物の収集輸送施設補助制度確立に関する陳情書(愛知県市長会会長東海市長岡島錦也)(第三五一一一)

国民年金法等の改正に関する陳情書(東京都千代田区霞が関三の三の四太宰博邦外二名)(第三五二二二)

国民健康保険の税収確保対策に関する陳情書(四国市議会議長会会長高松市議会議長浅倉勝)(第三五三三三)

国民年金事務費委託金等の交付基準額の適正化に関する陳情書(四国市議会議長会会長高松市議会議長浅倉勝)(第三五四四四)

老人保健法による医療費交付金制度の改善に関する陳情書(四国市議会議長会会長高松市議会議長浅倉勝)(第三五五五五)

老人保健法による拠出金の算定適正化に関する陳情書(四国市議会議長会会長高松市議会議長浅倉勝)(第三五六六六)

痴呆性老人の福祉対策に関する陳情書(四国市議会議長会会長高松市議会議長浅倉勝)(第三五七七七)

老人保健法に基づく機能回復訓練中の事故補償制度の確立に関する陳情書(四国市議会議長会会長高松市議会議長浅倉勝)(第三五八八八)

はり、きゅう治療費の助成制度化に関する陳情書(池田市議会議長村田勝次)(第三五九九九)

児童扶養手当制度に関する陳情書外三件(摂津市議会議長安田庄作外三名)(第三六〇〇〇)

三歳未満児の保育所保育配置基準の改正に関する陳情書(愛知県市長会会長東海市長岡島錦也)(第三六一一一)

原爆被害者援護法制定促進に関する陳情書(東京都千代田区神田駿河台三の二の一黒川武外二名)(第三六二二二)

男女雇用平等法の制定に関する陳情書外十三件(和歌山県議会議長浦武雄外二百一名)(第三六三三三)

林業労働法の立法制定に関する陳情書外一件(岩手県下閉伊郡山田町議会議長福士弥兵衛外一名)(第三六四四四)

労働者の雇用安定に関する陳情書(北海道空知郡上砂川町議会議長松島正光)(第三六五五五)

は本委員会に参考送付された。

本日の會議に付した案件

健康保険法等の一部を改正する法律案(内閣提出第二二号)
派遣委員からの報告聴取

○有馬委員長 これより會議を開きます。

内閣提出、健康保険法等の一部を改正する法律案を議題といたします。

この際、本案審査のため大阪府に派遣いたしました委員からの報告を求めます。愛知和男君。

○愛知委員 私どもは、健康保険法等の一部を改正する法律案の審査に資するため、大阪府に行き、現地において各界の代表者から意見を聴取いたしましたので、この際、便宜私から御報告申し上げます。

派遣委員は、団長を務めました私のほか、自見庄三郎君、長野祐也君、永井孝信君、森本晃司君、小淵正義君の一行六名であります。

なお、浦井洋君が現地参加をされました。

現地における會議は、昨日午前十時より午後一時二十五分まで、日本生命御堂筋八幡町ビル會議室において開催し、まず私から、派遣委員及び意見陳述者の紹介並びに議事運営の順序等を含めてあいさつを行った後、住江織物株式会社代表取締役会長秋山良三君、大阪府生活協同組合連合会副会長、北大阪医療生活協同組合理事長大津静夫君、大阪大学社会経済研究所教授筑井基吉君、仏教大学社会学部教授高屋定国君、香川県香通寺市長平尾勘市君、全日本労働総同盟大阪地方同盟書記長本田精一君の六名の方から、参考意見を聴取いたしました。

陳述者の意見は、秋山君、筑井君、平尾君よりは賛成、大津君、高屋君、本田君よりは反対の意見が述べられました。

改正案に対する賛成の三君よりは、本格的な高齢化社会を迎え、国民の租税負担と社会保険負担

を合わせた公的負担を現状程度に維持し、活力ある福祉社会を維持するため、医療費の増加を抑える必要があり、改正案は大阪府において賛成である。

改正案の内容については、まず、濃厚過剰診療の排除や薬価の見直しなどの医療費適正化対策を強力に推進していく必要がある。また、本人給付の見直しは、給付と負担の公平だけでなく、医療の効率性の確保からもぜひ必要であり、健康の自己管理の促進や医療費の適正化効果も期待される。定率負担方式でも、高額療養費支給制度の適用があるので家計崩壊のおそれはない。さらに、退職者医療制度の創設は、長年の懸案が解決し、実現を見たもので、賛成である旨の意見がありました。

なお、将来の医療保険制度の一元化については、医療保険制度の統合一本化ではなく、組合健保のような小集団方式を基本として考えていくべきである旨の意見がありました。

このほか、国民健康保険制度の適切な運営、退職者医療の将来における財政負担についての歯止め措置の検討、特定療養費制度の適切、慎重な運用を図るべきである旨の意見がありました。

改正案に対する反対の三君よりは、今回の改正案は、財政的見地からの改正案であり、また、さきの老人保健法による老人の別枠、分断、格差の状況に乘る改正案であって、反対は当然である。

特に、本人定率負担の導入は、受診を抑制し、重症患者には大きな影響を与えるものである。高額療養費の適用があるとしても、その仕組みが個人単位のレセプト方式のため、決して軽い負担とは言えない。本人給付の見直しは給付と負担の公平化の観点から実施されるものならば、同時に、健保家族や国保の給付を引き上げる必要がある。

また、特定療養費制度については、現在の差額徴収の放任になり、反対である。退職者医療制度に国庫負担がないのは問題である旨の意見がありました。

このほか、本人給付の見直しの前に、薬価基準や出来高払い制の診療報酬の見直し、物と技術を

分離した適正な診療報酬体系を確立すべきである。さらに、地域住民に密着した将来の医療保険制度のあり方、制度改革の中長期ビジョンを示すべきである旨の意見がありました。

以上のような意見が述べられた後、各委員から、現行医療保険制度の評価、医療費負担のあり方、医療保険制度の一元化、保健事業の推進、本人一割負担の導入と受診率及び事務量への影響、国保保険料の格差、レセプト審査の国保を含む全国一本化、地方自治体の反対意見、医療政策の中長期ビジョン等の問題について、質疑が行われた次第であります。

以上をもって報告を終わりたいと思いますが、この會議の開催につきましては、関係者多数の御協力により、極めて円滑に行うことができた次第であります。

なお、會議の内容を速記により記録いたしましたので、詳細は會議録によつて御承知願いたいと思いますので、會議の記録ができましたならば、本委員會議録に参考として掲載されますようお願いいたします。

以上でございます。(拍手)

○有馬委員長 これにて派遣委員からの報告は終了いたしました。

お諮りいたします。

ただいま御報告のありました現地における會議の記録が後ほどで次第、本日の會議録に参照掲載することに御異議ありませんか。

(「異議なし」と呼ぶ者あり)

○有馬委員長 御異議なしと認めます。

よつてさよう決しました。

(會議の記録は本号(その二)に掲載)

○有馬委員長 健康保険法等の一部を改正する法律案につきまして質疑の申し出がありますので、順次これを許します。池端清一君。

○池端委員 私は、まず最初に渡部厚生大臣に対して、来年度の概算要求の時期が迫っておりますので、いわゆる概算要求、シーリングの問題についてお尋ねをしたいと思うのです。

このシーリングの問題については現在いろいろな議論がなされております。与党内でもいろいろな意見があつて、まさに百家争鳴、こういう状況でございますが、政府はこれまでも二年連続してマイナスシーリングという方式をとり続けてまいりました。この結果、社会保障費は集中的な打撃を受けた、集中砲火を浴びてきた、こう言つても言い過ぎではないと思うのです。この健康保険の改正案がまさにその典型だと私は思うのであります。

我が党は、去る六月二十日に来年度予算要求に向けての基本方針を決定いたしました。そこでは、内需拡大を中心とした経済政策をとるべきである、一律マイナスシーリング方式はやめるべきである等、八つの原則を打ち出したわけでありますが、来年度の概算要求、シーリングの問題について厚生大臣はどのような見解をお持ちになつてゐるか、それをまずお聞きしたいと思つております。

○渡部国務大臣 池端先生から、社会保障の予算確保のために御心配をちょうだいいたし、大変ありがたいことだと思つております。

ただ、御承知のように国全体が「増税なき財政再建」という基本的方針を国民的な合意のもとに今進められてゐる中でありますから、これらの厳しい財政条件というものを無視するわけにはまいりませんけれども、しかし、そういう中で、私どもの抱えておる社会保障の予算はいわば国民の生活の基本に関するものであつて、金がないからことしはできないから来年度に待つというふうなわけにいかないものが非常に多いのでありますから、私どもは、来年度も必要なる社会保障のための予算は確保しなければならぬという強い決意で臨んでまいりたいと思つております。

○池端委員 ということは、いわゆる一律マイナ

スリーリング方式というものについては、そのようなことを考えておられない、そういう方式については大臣としては反対である、こういう立場であると理解してよろしくございませうか。

○渡部国務大臣 さきに申し上げましたように、国全体の進むべき方向というのは、やはり「増税なき財政再建」という基本的な路線をこの内閣はとっておるのであります。これは国民的期待でもあると私は思います。そういう厳しい財政状態にあるということをご無視するわけにはまいりません。

しかし、そういう厳しい条件の中で、やはり社会保障の予算というものが、先生御心配いただいておられますように、国民の生活にぎりぎりかわりのある問題でありますから、必要な予算は確保しなければならぬという決意で臨んでまいりたい、こういうことでございませう。

○池端委員 重ねてお尋ねしますが、社会保障費は人口の急速な高齢化、生活水準の向上に伴い、毎年必然的に巨額の当然増が生じるといふ他の施策とは異なる特殊性を持っており、これに對しゼロないしマイナスのシーリングを実施することは不可能であり、あえてこれを強行すれば社会不安や政治不信を招来することは必至である、こういう御意見がありますが、これについては大臣はどのようにお考えですか。

○渡部国務大臣 御指摘のとおり、社会保障の予算、いろいろございしますが、これは身体障害者の皆さん方の予算にいたしても、あるいは医療費の予算にいたしても、あるいは年金の予算にいたしても、あるいは生活保護世帯の予算にいたしても、これは国民の生活を守るために深いかわりのある予算であります。したがって、私どもは、社会保障のそういう国民の生活を守るためにぎりぎり必要な予算は何としても確保しなければなりません。幸いに、与党の自民党の社会部会でも私どもに対する非常な御理解をちょうだいいたしておりますので、今国会で与野党の皆さんの御協力によってこの提出しておる健康保

險法の改革案を一日も早く成立させていただきまして、それから私どもは、与野党の社会保障に深い御理解をいただく先生方の御後援を得て、来年度も社会保障の予算を確保するために全力を尽くして努力したいと思っております。(私語する者あり)

○池端委員 ちょっと場内が騒々しいから、委員長、整理してください。

○有馬委員長 御静粛にお願いします。

○池端委員 私の手元に「臨時行政改革推進審議会ニユース」という、これは横枝元文委員の事務所が発行しておるニュースがございませう。そこで、今日までの臨時行政改革推進審議会でのいろんな審議の様子が書かれておるわけでありますが、その中で、私は大変問題な発言が随所に出ておるというふうに思うわけであります。

例えば、「切れるものは殆んど切った。これ以上単に抽象的に歳出削減を云つてみてはいたしたものはない。ここからは例えば教科書無償を止めるとか、給食費の補助を止めるとか、児童扶養手当を止めるとか、そうした三桁単位の億の金を制度を変えてしまひだす以外にない、こういうったような発言があったり、「現状三五%の国民負担率の内訳は租税二五%、社会保障負担一〇%だ。今後上げる場合は受益者負担の原則に立つて社会保障の方を重点に上げるべきだと考えている。」というふうな発言等もあるわけであります。このままの状況で推移するならば、またもや六十年代、福祉、年金、医療、徹底的な集中砲火を浴びて大変なことになるのではないかと。今この健保改正案を審議しているけれども、また来年も同じような健保改正案を審議しなければならぬといったような状況が生まれてくるんじゃないか。ここはまさに不返転の決意で大臣、頑張ってもらわなければならない正念場に立たされておる、私はそう思うのですが、改めて決意のほどを聞きたいと思つておる。

○渡部国務大臣 御理解を大変ちょうだいしてあげたいことだと思つております。

社会保障の予算、これは国民の生活のぎりぎりに関するものでありますから、これは削るといって限度がありませんし、我々は必要な予算、これは守つていかなければならない。もちろんこの行政改革の推進にのつとめてむだな予算は節約していかなければなりません、国民生活を守るために不可欠な予算は何としても確保していかなければなりません。したがって、今度の健保法の改革案を私ども出した意味も、そういうことで必要なる社会保障の予算は今後確保していかなければならない。また、二十一世紀に向かって国民の健康を守るこの医療制度というものが揺るぎないものに逐次改革して守つていかなければならない。

そういう意味でこの改革案をお願いしておるのであります。この改革案を成立させていただきましたならば、私は、来年度の予算に当たっては、与野党のこの社会保障を御心配いただく先生方の熱意をしっかりと胸に抱いて、全力投球で来年度の社会福祉の予算確保のために、御期待にこたえるように頑張つてまいりたいと思つております。

○池端委員 健康保険法の改正が成立したならば、その前提があることはただけでございませうけれども、その後段の決意はよしとします。ひとつ大いに頑張つていただきたい。特に厚生省の関係予算は、先ほど来からいろいろありますようにまさに国民生活に直結した予算であります。国民の命と健康、暮らし、福祉、年金、こういう極めて国民生活に重大な影響を持った内容でございませう。臨調行革の路線のもとで、これ以上切られるのではなからうという国民の不安というものが非常に高まっています。まさに渦巻いておる、こういう状況でありますから、ひとつ重ねて申し上げるようでありますが、不返転の決意でこの問題に取り組んでいただきたいことを強く要求をしておくわけであります。

そこで、本論の健康保険法の改正の問題に入りたいと思つております。

今度の健康保険法の改正の大きな柱として、実は日雇労働者健康保険制度の問題があるわけであ

ります。この問題はともすれば、八割給付であるとか九割給付であるとかという問題の陰に隠れて余り表に出ておりませんが、この改革自体は大変大きな内容を持っていると私は思ふのであります。

今日まで、日雇労働者とその家族の生活の安定に寄与するということを目的として日雇健保が制定をされて、三十年の歴史を持っているわけがあります。これが今回いわゆる一般の健保に組み入れられる、こういうことになっておるわけでありませう。

そこで、私も財政状況その他、いろいろわかりませんが、昭和五十七年度末までで、累積収支不足額が六千五百三十七億円に達した、大変な状況だということで、今回の改正案が出されたと思つておりますが、どうしても合点がいかないのは、今まで無関係であつた健保組合からも拠出を求め、こういうことに象徴されておるように、安易な財政調整ではないか、こういう疑問を私は率直に持つわけでありますが、この点はいかがでしょうか、明らかにしていただきたいと思つております。

○坂本政府委員 日雇健康保険の改革の問題は従来から大きな問題でございましたが、このたびはよくその成果を得るに至りまして、健康保険体系の中に日雇労働者も含めるといふことで改革を目指しておるわけでございませう。

その際に、やはり日雇労働者という方の就労の実態を見ますと、毎日異なつた事業所に勤務をするというのがかなりの場合じやなかろうか。そういういたしますと、健康保険の事業所と申しまして、政府管掌健康保険の適用の事業所、それから健康保険組合が設立されている事業所、大きく分けましてこの二つにならうかと存じます。

私どもの基本的な考え方は、いずれにいたしましても、日雇の方の医療保険でございませうから、事業主と被保険者の保険料、それから国庫負担、こういった財源構成でやつていくわけでございませうが、その際に、考え方としては、健康保

除組合の設立されている事業所に勤めた場合に、その日数に応じて給付も健康保険組合から給付するという考え方もございますが、実際上、幾つかの事業所に勤務をする方の給付、例えば医療給付などを幾つかの組合なり政管なりで分担してそれぞれ給付するというのはなかなか事務的にも難しい面がございますので、給付、保険料の徴収は一括して政府管掌健康保険で実施をいたしまして、そのかわり健康保険組合を設立した事業所に就労した日数に応じて分担金をいただこう、こういうことにいたしております。これは保険料と事業主、さらに国庫負担をもつてもなお収支が不足する部分がございますので、それはいわば健康保険の保険者としての実質的な御負担をお願いしたい、こういう考えでございます。

その際に、この拠出金を計算する基礎は、日雇労働者の方の就労日数割合で計算することにしたところでありますので、例えば財政調整というようになるとなると、就労状況とは別に、むしろ保険者の財政力の違い、こういったものに着目して、全部の保険者から財政力に応じた拠出をいただくということになろうかと存じますが、今御説明いたしましたように、就労日数という点だけに着目いたしておりますので、財政調整というものは異なるものであると私も考えております。

○池端委員 今度の改正案を見ますと、確かに家族の入院が七割から八割に引き上げられている、あるいは分擔費や埋葬料の引き上げといったようなものもありまして、一定の前進面があることは評価するにやぶさかではありません。しかし、問題なのは、療養の給付期間が大幅にカットされている、あるいは傷病手当金制度が大変な切り下げだ、こういう大きな問題があるわけですね。

この療養の給付期間の問題であります、現行では給付開始の日から五年となっております。これが今度の改定案では、受給資格が一年以上継続しなければ一年で打ち切り、こういうふうになつていくわけでありまして、これは私は、日雇労働者の皆さん方の就労の特殊性、これを全く考慮しないやり方ではないか、こういうふうには思っています。

○坂本政府委員 先ほど申し上げましたとおり、今回の日雇労働者健康保険の改革の基本的考え方、従来の単独の制度を廃止いたしまして、健康保険の体系に日雇労働者の方を加えていくということでございます。したがって、一般の常勤の方の健康保険の被保険者との実質的な均衡というものを前提として、給付あるいは負担というものを考えることにいたしましたわけでございます。

療養の給付の問題でございますが、現在、健康保険におきましては、通常それまで勤務をしておりました事業所を退職いたしました場合には、その場で療養の給付が切れるという原則でございますけれども、ただ退職前一年間継続して加入しておいた場合には、退職をいたしました後も療養の給付開始後五年までは給付をする、こういう制度がございます。日雇健康保険の場合には就労形態が違いますので全く同じではございませんけれども、こういった健康保険の給付と均衡をとった考え方ということになりますと、一応受給資格を満たしたときというものを健康保険の被保険者資格と大体同じようなものと考えて、それが一年間継続しておれば、発病して診療開始後五年までは給付をしようということ、一般の被保険者の方との均衡をとろうということ考えたのが今回の考え方でございます。

○池端委員 一般の健康保険の被保険者との均衡、バランスを考えた、こういう御説明でございますが、私は、これは先ほど申し上げましたように、日雇労働者の皆さん方の就労の特殊性といふことが雇用の特長形態と申しますか、これを全く無視したやり方ではないかと思うのです。

例えば私の出身であります北海道では、三十二万人の季節労働者の方々がおります。主に建設業あるいは林業、さらには水産加工業、そしてゴルフのキャディーさん、こういう方たちは、冬場は全く仕事はありません。年に八カ月ないし九カ月就労できればよしとしなければならぬ。十カ月雇用なんというのとはほとんどありません。こういうような人たちがたくさんいるわけでありまして、また、炭鉱閉山によりましてこの失業対策としてつくられました炭鉱離職者緊急就労対策事業、産炭地開発就労事業や特定地域開発就労事業、一般に緊就、開就、特就と呼ばれているものです。これも通年雇用はできない。年二カ月程度の不就労の月が出てくる。この人たちは、もういやだなく一年で打ち切り、こういうことになるわけですね。今までは就労の特殊性を考慮して五年認められておつたものが、今回一挙に一年になります。切り下げられる。これは私は大変なことであると思うのです。しかも日雇労働者をこれまで五年、十年、十五年、二十年とずっと続けてこれ来た。ところがたまたま一月ぐあいが悪くて就労できなくなつたら、もうそこでこの受給要件を欠くという人たちは一年で打ち切り、こういう措置になるわけでありまして、あえて残酷な措置だと言わなければなりません。

こういうようなことについて、これは一本本当日に日雇労働者の健康を守る道だというふうにお考えになっておられるのかどうか、その点改めてお尋ねをしたいと思います。

○坂本政府委員 政府案の考え方は、先ほど申し上げましたように、健康保険の体系の中に日雇労働者の健康保険を取り入れるということで、一般の被保険者の方との均衡といふものを、これはかなり基本的なものとしまして案を組み立てておるわけでございますが、確かに今先生が御指摘のような実態というものはあるというにつぎまして、またそういったことを十分配慮すべきではないかという御意見があることは、私も十分承知をしておるところでございます。その点について、例えば何らかの形でいろいろそういった不利な状況にならないような指導方法、そういうものなどあればこちらとしても考慮していきたいという気持ちを持っておるわけでございますが、政府案の考え方は一応先ほど申し上げたとおりでございます。

○池端委員 政府案の考え方も今出されましたが、大臣、私の言っていることも御理解いただけたと思うのであります。

療養の給付期間には歴史的な変遷がございます。日雇健康三十年の歴史の中で、当初は三カ月だったのです。それが六カ月に延長され、一年になり、そして二年になり、三年六カ月に、現在では五年というふうに移りましてきています。ところが、今度これを昭和三十年

当時に逆戻りさせる、二十九年前に逆行させる、こういうことであります。これは日雇労働者の皆さん方が中高年齢層の多い年齢構成だということや、成人病にかかる方が非常に多い、これは一年で完治するということとは非常に難しいということとは今さら申し上げるまでもないと思つております。そういうような状況を勘案すれば、この措置はまことに過酷な措置であり、渡部厚生大臣のときになって二十九年前に逆戻りすること、これは大臣もよしと思つたのであります。

○渡部厚生大臣 今回の改革は、今政府委員から説明いたしましたように、日雇労働者を健康保険の体系に取り入れ、その給付と負担については、日雇労働者の就労の特殊性を考慮して一般の被保険者と実質的に均衡がとれるようにする、こういうふうなわけでございます。このために、給付水準についても引き上げるべきものは引き上げたところでありまして、一方、給付水準が今先生御指摘のように下がるものも出てまいりまして、今御指摘をちょうだいいたしております。

私は、今聞いておりますと、これは政府委員の答弁も当然のことながら筋の通つた話なのですけれども、しかし、日雇労働者の皆さん方を御心配する池端先生の御心配もまた、なるほどなと私は今考えておるところでございます。

いこと、就労が不安定である、これは先生御心配のとおりで、またその方々にできるだけ御安心をちょうだいしたいという気持ちも、先生と私と全く一緒でございますので、先生の今のようなお話を私は十分肝に銘じて、この運営に当たっては日雇い労働者の実情に配慮し、適切な対処をしてまいりたいと存じております。

○池端委員 今御答弁がありましたので、これ以上私は申し上げることはないと思うのであります。私が十分の問題提起をいたしましたことを深く深く肝に銘じて、対処せられんことを強く要求しておきます。

次に、傷病手当金の給付の問題であります。これも改革案では大幅な切り下げでありまして、納得できません。

今回の計算式によりまして、平均で現行の約三分の二程度、七十歳以上の失対事業就労者の場合はことしから月の就労日数が十五日に削減をされた。これによりまして、七十歳以上のこれらの方々は給付は半分になってしまう。傷病手当金というものは、今さら申し上げるまでもなく、労働者が傷病によって労働することができなくなったときの唯一の生活の糧であります。これでは、もとも生活不安定の日雇い労働者の暮らしを守るなどということとは到底できない、重大な危機に直面すると思うのであります。

現行は、就労日数にかかわらず、賃金日額の六〇％を保障するという方式を採用しております。これは日雇労働者健康保険法第一条に言うところの、その生活の安定に寄与するために設けられた、いわば日雇労働者の皆さん方のこれまた就労の特殊性を考慮したものでございまして、これを今回このように三分の二程度、あるいは七十歳以上の方については半分も減額をするというような措置をとった理由、これをお尋ねをしたいと思うのであります。

○坂本政府委員 政府案の考え方についてまず御説明を申し上げます。

これも先ほどの療養の給付と同様、健康保険体

系に日雇労働者の健康保険を取り入れるに際して、一般の被保険者との実質的な均衡という見地から考えたものでございます。

どういふところが実質的な均衡かと申しますと、一般の健康保険の被保険者の方の傷病手当金は標準報酬月額、通常平均的な賃金の月額でございまして、その六〇％を支給するものでござい見ます。それに対して現行の日雇労働者健康保険の傷病手当金は、賃金の支給があった日のその賃金日額の六〇％を、傷病が続けばその三十日分で六カ月まで支給するというものでござい。その場合に、もとも日雇労働者の場合には一月のうち全部が就労になるケースはまれでございまして、月のうち何日かは就労しない日がある。そうしますと、本来就労していないような日でも就労した日の賃金日額六〇％が傷病手当金として支給されるということになると、これは独立の制度としてならともかく、健康保険の中では一般の被保険者との均衡上問題があるか、こういうことを考えまして、一月間の賃金日額の合計を三十で割ってその六〇％を一日当たりの支給額とする、こういうことで一般の被保険者との均衡をとるという考え方で案を立案したものでござい

ます。

○池端委員 この問題についても、一般の健保の被保険者との均衡を考慮した、こう言うのであります。それが、それじゃ傷病手当金の支給期間はどうですか。日雇の場合には六カ月、一般健保の場合は一年六カ月です。これだけの格差は依然として放置してある。あるときは均衡論を言い、あるときはこういう格差を放置しておる。こんな矛盾があらますか。均衡論と云うならば、すべてを一緒にするならば話はわかりやすい、筋道としては、ところが、片っ方はそのまま格差を放置しておき、片っ方は均衡論で合わせようという、こんな矛盾というのは私はない。日雇い健保を読めば読むほどそういう矛盾が出てくることに、私は大変な憤りみたいなものを実は覚えていたのであります。

す。この矛盾をどういふように御説明されますか。

○坂本政府委員 確かにいろいろ、均衡というものを考える場合にどういふ均衡を考へるかという点については、考え方としては幾通りかあるというところは私も承知しております。私ももととしては、そういった立案をする段階において、いろいろ関係方面の方の御意見も伺いながらそういった考え方の中の一つを選択したということでございます。均等のあり方、こういったものについていろいろの御意見があるということは私も承知をしておるところでございます。

○池端委員 全く説得力のない答弁ですね。

ひとつ実態を明らかにしていただきたいと思ひます。日雇労働者の皆さん方の平均賃金日額はどのようになっていますか。平均月間就労日数はどのようになっていますか。数字を挙げていただきたいと思ひます。

○坂本政府委員 日雇労働者健康保険の被保険者の実態の数字でございます。

最初に平均賃金日額でございますが、これは昭和五十七年の五月時点で調査をいたしましたものでござい、男子が七千五百四十三円、女子が四千四百五十七円、全体の平均で六千三百六十六円でございます。

それから、次に平均の月間就労日数でございますが、これは五十六年の四月から五十七年の三月までの調査の数字でございます。男子が月に十七・〇日、女子が十七・二日、全体の平均が十七・一日となっております。

○池端委員 ただいまの説明によれば、日雇労働者の就労日数は月平均十七・一日、賃金日額は平均六千三百六十六円、こういうことですね。この数字を現行の算式で当てはめてまいりますと、現行の平均傷病手当金は十万八千六百三十円、こういう数字が出ます。ところが、改正案ではどうなるかというところ、六万一千九百二十円です。実に四万七千円もの減額ですね。四三％の切り下げです。こういうふうには私も押さえておりますけれども、この数字に間違いございませんか。

○坂本政府委員 今お尋ねをいただきました、ちよつとここで厳密な計算までには至りませんけれども、基本的な考え方は、従来であれば一日の賃金の六〇％が、例えば一月傷病が続けば三十日分、その金額が十万八千六百三十円ということになろうかと思ひます。それで、今回の改正案でまいりますと、平均賃金日額の平均就労日数を掛けた総額を三十で割りまして、その六〇％を三十日分支給するということになるわけで、したがって、大体三十分の十七という比率で考えれば間違ひはないというように考えておりますので、大体こういった金額になるのではないかとこのように考えます。

○池端委員 大臣、この傷病手当金の問題についても、この改正案でいきますと平均四三％のダウンですよ。約五割近いですね。しかも病気になる、この中から高額療養費の自己負担限度額五万四千円、これを差引きしますと、手元に残るのはわずかに七千九百二十円ですよ、大臣。これでどうやって生活していくことができるでしょうか。まことに惨たんたる状況というものが目の前に浮かぶようでありまして、少なくとも傷病手当金の計算式、こういうような改悪をすべきではない、こう思ひます。

日雇労働者の皆さん方、先ほど大臣も言われたように、そもそも賃金が非常に低い、不安定な雇用、そういうような状況にあつて、そこで病気になる場合はこうだ、手元に残るのはわずかに七千九百二十円、これは血も涙もないやり方ではないか、こう私は思うのですが、どうですか。

○渡部国務大臣 今回の日雇健保の改革、全体としては御理解を賜つておると私は思っております。いろいろ今までもお話しをお聞きしまして、この改革をやるべきかやるべきでないかというところになると、やはりこの改革というものを評価していただいておりますのであります。ところが、今先生御指摘のように、これは一つの均衡というもののから制度が出發してゐるために、上がつておるものもあるのですけれども、これは余り御指摘してい

ただけないのですが、下がっておるのが出ておるのも現実でございます。

今先生御指摘の問題等をお聞きしますと、これは私もこの法の提案者でございますが、しかしまた、先生のお話も心情的には共感するところがございいます。したがって、先生のきょうの質問の御意思、これを十分に私は体得いたしまして、先生のこの御心配というものは、これは日雇い労働者の皆さん方は、非常に賃金が低くて、生活が不安定で、いろいろ御心配をなさっておるのでありますから、そういう日雇い労働者の皆さん方に対する先生の今の御心配、これをできるだけ少なくしていくように今後適切に対処してまいりたいと思っております。

○池端委員 この傷病手当計算式の変更に伴う財政効果額というものを厚生省では計っておりますが、これによりましてもわずかに総額で十四億程度なんですね。しかし、個人の労働者から見ると約半分のものがカットされる、こういう状況なんです。今大臣は「十分に体得して」と、体得という言葉を使われましたので、私はこれ以上申し上げませんが、これについても、このような過酷な措置は絶対やめるべきであるということ強く申し上げておきたい、こう思います。

次に、日雇い労働者の皆さん方が健保の受給資格を失った場合の措置についてであります。

療養給付期間を過ぎてもうっかりして医療給付を受けて、後で本人に返還請求が来る例があるというふう聞いておるわけでありまして、こういうことがないように十分行政指導を行うべきであるというふうな指導をされておりますけれども、必ずしも十分には徹底しておらない、こういうふうに承知をいたしております。受給資格がなくなつたときは、その時期がはっきりわかるように、しかも敏速に国保に切りかえられる、こういうような適切な指導を強化すべきだ、これは行政指導の分野でございますが、そういう指導をさらに強化すべきである、こう思いますが、これについてはどの

ようなお考えでございましょうか。

○坂本政府委員 日雇労働者健康保険法にも明示してございますが、日雇い労働者の方が日雇い労働者として就労する見込みがなくなった場合、あるいは受給資格を満たすということが非常に困難になった場合、その他日雇い労働者として引き続きその保険に加入するということが適当でないという事情が発生いたします場合には、日雇労働者健康保険の資格喪失の手続きをとりまして、国民健康保険に加入するということが認められておるわけでございます。したがって、そういう方が国民健康保険の方に移行いたしまして、そこに給付の受給のそごうにございまして、私どもは、これは当然のことでございますので、私ども行政担当者の側からいたしまして、そういう制度の趣旨について十分な御説明その他、徹底を図るべく今後適切に対処してまいりたいと考えております。

○池端委員 この日雇健保に対する国庫負担の問題でございますが、従来三五%でございましたね。今度は政管並みという政管と同じ法律上は一六・四%、この一六・四%にした理由を実は承りたいと思ふのです。再三申し上げておりますように、日雇い労働者は財政的な負担能力が小さい。また、高齢化しているということから、保険給付費は相対的に多くなります。したがって、高率の国庫負担が当然要請をされるということで、従来も三五%の国庫負担であったわけでありまして、ところが、今度こういう健保の体系に取り入れられたら、いって、この構造的な要因というのは変わらなないと私は思ふのです。したがって、今後とも従来どおりの三五%、さらにはそれ以上の高率負担を措置すべきではないか、こう思ふのであります。これについてはいかがでございましょうか。

○坂本政府委員 日雇労働者健康保険の国庫負担は、三五%という他の制度と比較してもかなり高い率の国庫補助が行われておりますが、これは日雇労働者健康保険という独立の制度運営というものを前提にして、その財政力を勘案してこれだ

けの国庫補助を行ってきたわけでございます。

今回の制度改革におきましては、日雇労働者健康保険という独立の制度は廃止されるわけでございます。健康保険の体系の中に吸収されるわけでございます。この国庫負担につきましても、一般の被保険者の国庫負担と実質的な均衡を図るという考え方をとって、この補助率は、政管健保の事業所に勤める方の健康保険の一六・四%の国庫補助を行うことにしたわけでございます。

しかしながら、政管健保における国庫補助率一六・四%と全く同率の国庫補助のみでは、吸収されたといえ、日雇い労働者の方に関連する収支を計算してみますと、まだまだ支出が収入を超過しておる。実質的には赤字を抱え込んだ状態になるということでございますので、さらにこの一六・四%の国庫補助のほかに定額の国庫補助を行うことにいたしまして、一六・四%の国庫補助と合わせて、結果的に現行水準と同様の国庫補助となるようにいたしましたものでございます。したがって、形式は多少従来と異なっておりますが、実質的にはこれまでの国庫補助と同様の水準を確保したと考えておるところでございます。

○池端委員 実質的には従来の水準を維持した、こういうことでございまして。政管並みの一六・四%の国庫負担に加えて定額の補助ということでございますね。これは今後ともこの状況を維持していくお考えなのか、五十九年度限りの措置であるのか、今後の方針について承りたいと思ふのです。

○坂本政府委員 この一六・四%の国庫補助のほかに定額の国庫補助は予算措置ということになつておりますので、六十年度以降についてはございませぬけれども、私どもの考え方としては、五十九年度限りの措置というものでないという考え方で、この国庫補助についてもできるだけ確保していく所存でございます。

○池端委員 それでは次に、五人未満事業所等の健康保険への適用の拡大の問題でございます。

これはもうかねてから懸案の事項でございまして、我々もこれまでの委員会でも再三にわたつてこの問題について政府の方針をただしてきたところでございまして。二月に出されました社会保険審議会の答申あるいは社会保障制度審議会の答申におきましてもこの問題が触れられておりまして、健康保険への適用の拡大を図るべきだ、あるいは強制加入を急ぐべきである、こういうような答申がなされておるわけでありまして。ところが、今度の改正案のどこを見ましてもその問題は出ておらぬ。法案にも出ておらぬし、提案理由の説明にも何にもない。これは一体どういふことなんでしょうか。

○坂本政府委員 これは一つは立法形式の問題でございまして、結論を申し上げますと、別途御提案申し上げております国民年金法等の一部を改正する法律案に改正条文が入っておりますのでございまして。なぜそのような改正の形をとつたのかという問題でございますが、五人未満事業所は、健康保険の問題でもあると同時に厚生年金保険の問題でもあるわけでございまして、これは健康保険、厚生年金保険、両者一体のものとして取り扱うことが適当と考えられておるわけでございまして。したがって、今回健康保険の改正、さらに厚生年金の改正、どちらも国会に法案を提出しておりますので、どちらでやるといたしまして法律上の改正効果は同じでございますが、特に今回五人未満の適用ということに踏み切つた背景には、年金制度の大改正において基礎年金の導入ということがございまして、これとの関連において、どうしても五人未満の事業所に対する社会保険制度の適用の推進が必要になつてまいりましたので、そういう点から年金制度の大改正と時期を合わせて六十一年度から実施することとしたとおるわけでございまして。こういったような考え方から国民年金法等の一部改正法に盛り込みまして、法律的には健康保険法も厚生年金保険法も一体として改正をするという形にしたものでございまして。

○池端委員 立法技術の問題と言いますけれど

も、私はまことに不親切なやり方ではないかと思

うのです。これは国民に対して「知らしむべからず、断らしむべし」というような思想があるんじゃないかというような気もする。今度の改正案、どこを見てもありませんね。一言半句触れられておられない。その点おかしいなと思つて、きょうは私も持つてきました。今部長が言われました「国民年金法等の一部を改正する法律案参考資料」、この分厚いやつです。これを私は全部読みました。そうしたら、確かに部長の言われるとおりであつたのです。しかも健康保険法の一部改正というふうに出てくるのです。年金法の改正になし、健康保険法の一部改正第百十三条、それは年金とも連動しますよ。大きな問題でもありませんよ。しかし、この問題は国民年金法等に入っているからいいんだというのは、非常に国民の深い問題だけに国民に親切なやり方ではないんじゃないか。立法技術の問題だと言われればそれで終わりですよ。終わりですけれども、どうも適切な措置ではないのではないかと思うのですが、どうですか。

○坂本政府委員 わかりやすくするという点においては、健康保険法の改正に盛り込むことは確かに一つの方法であらうかと存じます。しかし、繰り返すにしますけれども、法律改正の効果も、いたしましては全く変わるものでございませぬし、今回特に先ほど申し上げましたような事情があつたことによりまして、私どもとしても種々検討はいたしましたけれども、その結果、改正法案の形としては年金の方に盛り込むという結論を出してこのような形にいたしましたこととございませぬので、御了解をいただきたいと存じます。

○池端委員 法律効果は同じでありますから、あえてこの問題もさらに深追ひすることはやめさすけれども、しかし問題は、これは法人に限定されているわけですね。そこにやっぱ大きな問題点もあると思ふ。そこで、具体的にはどのような方法でこの政管健保に今後移管していくのか、具体的なプログラムをひとつ御明示いただきたい

と思ふ。

○坂本政府委員 五人未満事業所適用拡大のための改正法の施行は、昭和六十一年四月一日からを予定してあるわけでございませぬ。この日以降、五人未満事業所について段階的に適用を拡大していくというふうになつておるわけでございませぬが、まず最初に、現在、健康保険法あるいは厚生年金保険法が適用されていない事業所のうちで一定の業種に属する事業所がございませぬ。例えば飲食業でございませぬとかサービス業といったような業種の場合には、従業員の数にかかわらず適用が強制適用になつておるわけですね。まずこういうふうな非適用業種につきまして、その中でも常時五人以上の従業員を使用する、しかも法人によつて設立されている事業所というものをまず最初に取り上げる予定でございませぬ。

これは一応適用業種にはなつておりませぬけれども、従業員が五人以上ということでも適用事業所の中では比較的大きな部類に属するということ、それから事業所が法人によつて運営されているというところで、やはり事務的にもかなり処理能力があるであらうということから、まずこの事業所についての適用を始めてまいらる考へ方とございませぬ。

その次に、昭和六十四年三月三十一日までの間、改正法の施行日から三年間とございませぬけれども、その間に、政令で定めるところによりまして、先ほど申し上げました事業所以外の常時五人未満の従業員を使用する法人の事業所、これを適用していく考へ方とございませぬが、この常時五人未満の従業員を使用する法人の事業所につきましても、一挙にということとはなかなか實際上困難でございませぬので、段階的に適用していきたいと考へております。

その考へ方といたしましては、これを例へば従業員の数を五人、四人、三人という数に依つて区分をしていくか、あるいはその中でも業種によつて区分をしていくか、いろいろ考へ方があろうかと思ひます。この点につきましては、そういう

実態を考へ、できるだけ年次的に、適用人員なども余り偏りがないように、こういうことも考慮し、あわせて実際の事務処理体制についても十分な体制を整えながらやっていきたいと考へておるわけでございませぬ。そういう方法につきましまして、今後検討の上、政令で定めることにいたしております。

○池端委員 日雇健保に関連して、最後に一つだけお尋ねをいたします。

現行の日雇労働者健康保険法の被保険者は、すべて改正案で言うところの日雇特別被保険者の適用を引き続き受けるものであるというふうに理解してよろしいかどうか、お答えをいただきたい。

○坂本政府委員 そのとおりでございませぬ。

○池端委員 きょうは、吉村局長には質問する時間とございませぬでした。あなたも手持ちぶさただったと思ふのであります。まあ、私はあなたと大分論議を交わしたい、こういうふうにして思つておりましたが、時間の関係できょうはできませんので、また別の機会にさせていただきます。

ただ、あなたはかつてある雑誌に、日本の公共的医療経済というものを守っていくためには鬼にならうと思つてゐる、こういうふうになつておる。たね。「蛇にならう」といふのも入つておる。と呼ぶ者あり「蛇にならう」とも言われました。私は、たまには鬼にもなつてもらいたい、いつも仏ばかりではだめですね。鬼になるときはどうか。それは先ほど来から言われているように、社会保障費にメスを入れよう、福祉や年金や医療を切り捨てよう、こういう理不尽な攻撃に対しては、あなたも敢然と鬼になり蛇になつて、立ちまはだつて頑張つてもらう、私はそういう意味ではあなたに鬼になつてもらいたい。強く強くこれは要望しておきます。質問がでなかつたので、そのことだけ要望しておきます。

それで大臣、最後に、中央公論の七月号に「二十一世紀をめざして健康法改正案は今国会で必ず成立させる」、こういう論議を出されておりますね。最後にこういうふうになつてゐる。「ともかく、

過去の経緯を振り返つてみれば、死屍累々とも形容したくなる健康法改正の道のりであるが、よく国民的コンセンサスを見出しつつある今日、自分からやらないければ誰がやるの意気込みと勇気をもつて、新たな国民的医療保険制度を実現させるべく、使命感に燃えている。」、まさに早稲田大学雄弁会をほうふつさせるようなこれは文章です。しかし、ここで間違ひが何ばかあると私は思ふのです。「国民的コンセンサスを見出しつつある今日、」と言われているのは、それは大臣の独断と偏見ではないか。実は私は、大臣に比へますと国会議員の経験はわずかでございませぬ。あなたの半分にも満たない。しかし国民のこの問題に対する期待というか関心というのには非常に高まつてゐる。もう皆さん方の部屋もそうでしょうけれども、議員宿舎といわず、議員会館といわず、私の地元

の自宅といわず、連日のように電報、そしてはがき、封書あるいは電話まで来ている。ひとつ何としましては頑張つてくれ、国民の暮らし、福祉、健康を守るためには何としてでも阻止してほしい、そういう要請の言葉といふものが相次いでいるのであります。決して国民的コンセンサスを得ている問題ではない。これは大臣の独断と偏見である。しかも、私はきょう一通のはがきを持つてまいりました。福島県いわき市の御婦人の方です。いわき市ですから大臣の選挙区ではないかもしれなけれども、福島県ですね。ここでもこう書いてあるのです。

「渡部厚生大臣の地元である福島県でも全自治体の八割にあたる七二市町村が「改悪反対」の意見書を採択してあります。」「印刷だ」と呼ぶ者あり「確かにこれは印刷ですよ。」「貴職のお力でなにとぞこの改悪阻止のため御奮闘いただくよう、よろしくお願いいたします。」「大臣の地元でも、この時点で全自治体の八割に当たる七二市町村が意見書を採択してゐる。そして、私にくれた陳情のはがきの最後に、「全国民が渡部厚生大臣に期待しております。健康保険法改正にぜひ反対をお願い致します。」こう書いてある。やはり郷土が生ん

だおらが大臣、この実力派渡部恒三厚生大臣に期待するもの大変だ、それが県民のこの気持ちになつてあらわれている。

大臣、どうですか。この渡部恒三厚生大臣に寄せる県民の期待にこたえて、この際、勇気と決断をもってこの法案を撤回される、そういうことをひとつ要請をしたいと思いますが、どうでしょう。県民の声にこたえてください。

○渡部国務大臣 今、先生からいろいろ御指摘をちょうだいしましたが、これは理由のいすれにしても、被用者保険本人の皆さん方に一割の御負担を願うのでありますから、大変な法案であると思ひます。しかし、国民の多くの皆さん方が、もう高度成長の時代のように、足りない金は国民の税金からじやぶじやぶ出せるような時代ではなくなつたということをお理解いただきまして、私も今出しました改革案、これも二十一世紀の将来にわたつてこの医療保険制度というものを揺るぎないものにするためにはやむを得ぬものであるということの大方の御理解をいただいております、いただきますつある、こういう審議を通じて、私は今身にひしひしと感じております。先生は私の大先輩でございますから、先生のお言葉に逆らうのは大変恐縮なのでございますけれども、私に對する国民の皆さんの期待がもしありとせば、それは厳しいこの状態の中で、何とか健康保険法の改正案を今国会で成立させていただくように頑張れという期待であらうと私は今思っております。

私の早稲田大学の「都の西北」の精神は、池端先生と全く同じでございますので、ひとつ二十一世紀の社会保障制度を揺るぎなきものにするために、先生の御支援をちょうだいしたいと思います。ありがとうございます。

○池端委員 不肖の先輩ではありますけれども、この際大臣に一言御助言を申し上げておきたい。ここであなたが勇気を持ってこの法案を撤回されることは、ますます渡部恒三の声望を天下に響かせることになるわけです。したがって、本当に不肖の先輩ではありますけれども、そのことを強く申し上げて、改めて法案の撤回を要求しておきます。

以上です。(拍手)

○有馬委員長 関連質疑の申し出がありますので、これを許します。上西和郎君。

○上西委員 私は、まず質問の冒頭に、渡部大臣以下厚生省の皆さん方が、大変な熱意と決意を持って、今次国会に健保法改定を含む数々の重要法案を出しに上っている、その発想と基本的な考え方に対しては我々意見がありますが、少なくともあなたの方の精神の底辺には、日本国のために、国民のためにという揺るぎないものがあつての御提案、こういうふうには思いますが、私は野にあって長い間いろいろやってきました間に気づきました健康保険法案をめぐる幾つかの問題点、矛盾点、故意か偶然か積み残しをされ、放置をされている、このことを是正、改善なくして何で健康保険法の改定か、私はこういう観点から、幾つか順次質問したいのであります。

まず大臣、あなたは所信表明演説の中でこうおっしゃっている。「第二に、障害者、寝たきり老人など恵まれない立場にある人々に対しては、温かい配慮を忘れてはなりません。」この言葉にうそ偽りがなければ、改めて大臣の見解をお聞きしたいと思ひます。

○渡部国務大臣 うそ偽りがあるかないかは、その人間の態度で示すしかありませんが、私はこういう考えのもとに、今回の五十九年度予算編成に当たりまして、最後の大臣折衝項目は、その大部分が身体障害者の問題でございましたが、大変厳しい財政の中では、精いっぱい身体障害者の皆さん方のための予算確保に努め、それは今回の五十九年度予算の中の数字にもあらわれております。

また、身体障害者の皆さん方の「完全参加と平等」というものを求めて、今国会に法案の提出をいたしておりますが、これからも、先生から、おまへのこの社会労働委員会で申した所信表明は全くうそ偽りがなかったと言つて、褒めていただければ

ような政策を実行するために努力してまいりたいと思ひます。

○上西委員 ただいまの大臣のお答えを私は額面どおり受け取り、高く評価をしたいと思うのであります。その舌の根も乾かないところで、次のようなことが現実に行われていることについて、その見解をそれぞれ聞きたいと思ふのであります。

その一つは、傷病手当金と厚生年金保険の障害年金の併給の問題であります。傷病手当金は健保法の第四十五条に定めてあります。この傷病手当金は、同一の傷病に關して一年六カ月間の給付が認められています。ただし、その給付期間中に厚生年金保険の障害年金もしくは障害手当金が支給されるときは支給を中止する、こうなつていふのであります。このことを運用上改善される意思ありや否や、まずそれからお尋ねしたいと思ひます。

○吉村政府委員 傷病手当金と障害年金とはそれぞれ性格の異なるものでございます。これは先生御承知のとおりでございます。その調整を図つておるわけでございます。その障害年金が支給されることになれば傷病手当金を打ち切るといふ現在の制度につきましては、変更するというのには、非常に消極的な気持ちでおります。

○上西委員 では、大臣以下に具体的事実を挙げたに重ねての見解を求めたいと思ふのであります。具体的に申し上げます。人工透析を受ける患者になつた方は身体障害者等級基準で一級になります。当然厚生年金にしろ国民年金にしろ障害年金受給対象になります。ある中小企業で働いていた方が腎不全からとうとう人工透析になつた。中小企業ですから、やむを得ぬ、退職をして、一年六カ月の傷病手当金を受給中に、大体切れかかるというので障害年金の請求もした。そうしたら社会保険庁から、あなたは障害年金適用である、しかし人工透析は治療後三カ月で障害年金であるから、あなたが既に受給している傷病手当金のうち

六十四万円は戻入、これが現に私の選挙区で起きた冷酷非情な現実であります。こういうことを放置して、大臣が幾ら障害者の皆さん方に温かい配慮を言つても、それは私は信用できないから、この事実を挙げて、せめて局長、あなたが、法は改正できない、しかしながら傷病手当金と障害年金の両方をもらえる方には高い方で調整をする、差額は併給する、そういうことがない限り、健康保険法の改定などには断じて同意できないのであります。このことについて重ねて御見解をいただきたいと思います。

○吉村政府委員 確かに御指摘のように、人工透析のような場合にはまず傷病手当金が出されまして、あと障害年金の支給というのは、三カ月後に障害年金が支給されることになる、そういうことで両者の調整上種々の問題が起こる、これは御指摘のとおりでございます。

いろいろな事務上の問題もあるものでございますが、私もひとつそこところは前向きに検討してみたいと思ひます。

○上西委員 前向きに検討とおっしゃるが、では大臣、すばり、予算の分科会でも、私が人工肝門一つやつたらツルの一声であなただけは決めたのだでしよう、その決断がなければ福祉は進まない、私はあえてこう申し上げたいのであります。一級の重度障害者になつていられる方から、なぜあなたの厚生省が出した傷病手当金を六十四万円も戻入を命ずるのですか。労働不能で退職をしていられる年金は通院すると三級ですよ。三級というのは月額わずか最低保障四万六千九百円なんだ。この年金をやるから、もらつていられる傷病手当金六十四万円を返せ。これがあなたの所管している社会保険庁長官名で現に行われている。こうした事実を、やはり若さを誇るあなたが、これだけのことを所信表明でおっしゃつていられるのなら、ここですばり、よろしい、わかつた、おれの所管事項であるから、高い方の傷病手当金の年金との差額はこれからその期間中は併給する、そのことぐらいなぜできないのですか。

これは私が既に二月、三月にかけて、厚生省や社会保険庁と何回もやった結果返ってきた言葉は、大変お気の毒な現実であります。しかし現行法の運用上いかんともしたい、まことにお気の毒ですという回答が全部返ってきた。当然省内や庁内で御検討があったことと思いますので大臣、あなた即答してください。その一つが解決できずして、なぜ健康保険法の改定が進みますか。

○渡部国務大臣 先生の御指摘、大変大事な問題でありまして、確かに私も法のもとに行政をやっておりますから、やはり法を無視したり一つの規則を無視したりできないために、今のような矛盾した問題が起こってしまつて、御心配をちょうだいいたしております。

しかし、やはり法律を動かすのもつくるのも政治なのでありますから、今のような御心配、これは大変大事な問題だと思ひますので、私どもの枠の中でどこまで先生の御期待にこたえられるか、これからできるだけ勉強して、御期待にこたえる方向でこれから役所の政府委員の者を奮励してまいりたいと思ひます。

○上西委員 大臣は、先ほどの答弁の声音からすると、何かこういうことになりまうと心なしか声が小さくなるようなので、やはり男、渡部恒三ここにありで、明確に自信を持っておっしゃっていただきたいのです。(発言する者あり)だから、私は申し上げたいのです。今の傷病手当金はほかの省から出るのじやないのです。厚生省の社会保険庁から出るのです。障害年金もそうです。あなた足元から出ているのです。そうして、何度も念を押すようでありまして、人工透析という重度障害一級の方が生活に苦しんでいるときに、「ああ、ありがたかった、傷病手当金、これだけもえて助かった、ああ、今度は年金に切りかわるか」と思つていたら、見るも無残にある日、日本国政府から六十四万入るときたら、一体どうなるのです。まさに自殺をしないと言わんばかりの冷酷非情な仕打ちをあなたが現にやっているので。それがあなたの所管なんだから、こ

で、わかつた、そういう矛盾は解消します、そこに明確にお答えがあつたときに、あなたは後世の竹帛に名を残す名大臣となるのではないでしようか。私はそのことを重ねて尋ね、明確なお答えをいただきたいと思ひます。

○渡部国務大臣 先生から激励を賜りましたが、先生の御心配は、私も今までの国会でいろいろ健康法の審議の中でも申し上げておりますけれども、ああいう重度の障害者、あるいは難病、やはり重い医療費のかかる方、そういう方に対するできる限りの配慮を我々はしなければならぬ。ゆえにこそ、今回の健康法を通していただかなければならぬのでありますから、先生の今御指摘の問題、大臣、よくやつたと褒めていただけるように、これから前進するように努力してまいりたいと思ひます。

○上西委員 では、大臣の今の大変誠意のこもつたお答えをかく信じて、一日も早く実現されることを強くお願いをし、次の問題について質問させていただきますと思ひます。

大臣の三月二十九日の委員会の答弁の中でこういう表現があるので、これをちよつと念を押しておきたいのですが、「低所得者のための公務扶助料であるとか」という表現があるのでございまして、低所得者のための公務扶助料というものがどういうものなのか。ひよつとしたら軍人恩給制度の戦死者、戦傷病者の公務扶助料のことではないかと思ひますが、ちよつと念のため、議事録に載つておりましたので、お尋ねをした上で質問したいと思ひます。

○渡部国務大臣 それはたしか私、その前後をよく見せていただきますと……(発言する者あり)この委員会が答弁したとするならば、私は、医療費に関する問題で、低所得者の皆さん方が今回の健康法の改正等でお困りになることのないように、低所得者の皆さん方に対する心遣い、そういうものをしなければならぬし、またこれは医療費の公費負担という意味で私は申し上げたものと思ひますので、さつきもやじがありました、私

の発言が明確でないために速記で誤解を受けたとしたらば、そういうふうにお考えいただきたいと思ひます。

○上西委員 やはり大臣、社会保険、福祉とかこいう問題は、発言ではなく心でございしますから、私、渡部大臣の優しい心を信じて、質問を続行させていただきますと思ひます。

公務扶助料、これは戦死者、戦傷病者に出される軍人恩給制度の公務扶助料であると思ひのであります。公務扶助料受給者は、政管健保、組合管健保、共済組合の被扶養者には入れないでしよう。

○吉村政府委員 現在、私も、被扶養者認定は、その被扶養者の収入によりまして生計を維持している者を被扶養者と認定をしております。一般には九十万円未満の収入の方、それから高齢者等につきましては百四十万円未満の人を被扶養者として認定をしております。したがって、公務扶助料をもらつておられるからといって、その金額によつて被扶養者になつたりならなかつたりすることがあると思ひます。

○上西委員 そこが問題なんです。あなた、前任者かどうかわかりませんが、これは局長通達です。被扶養者の認定基準に関する五十二年四月に出されたこの悪名高き保険局長通達によつて、全国津々浦々で幾十幾百万人が国保に追い出されたのです。この当時になぜか。この通達の中は、現ナマで入るものは全部収入と認定する、つまり、こゝなっているのです。だから遺族年金であらうと障害年金であらうと、とうとい命を日本国のために、国民のために捧げた公務扶助料受給者であつても、全部おつぽり出されたんです。この通達、消えてませんね。生きていて、被扶養者認定基準は、そんなことをやっていると、現に厚生省は、そんなことをやっていると、日本で最強と言われる大蔵省は非所得、非課税扱いでこれは無収入にしている、障害年金、遺族年金、公務扶助料を、にもかかわらず、厚生省が、口に福祉を唱えながら、被扶養者認定基準で最も弱い

方々を被扶養者から外し、国民健康保険加入の道を選ばざるを得なくしている。

私は、中曽根総理が靖国神社にいきりとお参りに行き、なし崩しに公式参拝を実現しよう、その気持ちはわからぬでもないんです。あの方はおの方であるんだから。しかしながら、それで英霊の方々は喜ぶのでしょうか。中曽根さん、ここにお参りに来てポケットマネーで金を出されても、総理大臣と記載されても、そんなことはうれしくも何ともない。それよりも、おれの母ちゃん、なぜ被扶養者に入れてくれないんだ。僕は靖国神社の裏に住んでいるから時々その声が聞こえてくるのであります。皆さん、私のうちは二人戦死している。家内の兄も戦死している。ところが、その遺族は扶助料をもらつていて限り絶対に入れない。そうした認定基準をなぜ改定をしないんですか。こんなものを放置したままで、健康保険法の改定なんか言語道断だ。私はこゝ断ぜざるを得ないので、委員長、あなたも戦時中は海軍軍人として、身をそれこそ鴻毛の軽きに置いてあなたも戦つた。部下や仲間が随分戦死しているはず。その方々の遺族を本心に思ふならば、まずこの通達を撤廃するか大きく改善するか、そのことについての見解を承りたい。

○吉村政府委員 生計維持関係というのは、収入があつて、その収入をとらえまして、本当に被扶養者がその収入でもつて被扶養者の生計を維持しているという、その事実を私どもは重視しておるわけでありまして、その被扶養者の方にどういう収入があるか、この収入の基準でもつて生計維持関係を判定するのが正しいのだらうと思ひます。その収入が非課税所得であるか課税所得であるか、これは私どもは、収入という観点からするならば、あるいは生計維持関係というものに着目するならばそれは関係のないことではないか。生計維持という観点から考えますと、私は、収入というものを基準にして被扶養者の認定をするのが正しいのだらうと思ひます。税金は税金の見地から、課税をするかしないかということ

を決めるのはそれは税金の立場で考えるべきことではないか、こういうふうに考えております。

○上西委員 そうした法的な、技術的なことを私はお尋ねしているのじゃないのです。国家のために、国民のために一命をささげた方の遺族の方が、公務扶助料は今度また上がりまして百四十万近くになりますけれども、先ほどおっしゃったように、年齢によって九十万以上といったらだめなんですよ。そういうことが現にまかり通っているが、それを改善されるお考えはないのですか。

何も私は戦死者だけとは言いません。一人息子を、あるいは一家の大黒柱を失って遺族年金で辛うじて食べている方々が、九十万以上あったら直ちに国民健康保険に加入しなければ、長男が死んだ、次男に面倒を見てもらおうと思ったら、九十万以上あったら被扶養者に入っていないでしよう。そんなことが現にあるのです。大臣、あなたも非常に熱心にこの問題にお取り組みだから、そのくらいのことは百も承知と思う。あなたのやさしい心根で、被扶養者の認定基準は、大蔵省が非課税所得と扱っているものは一切収入に認定しない、そうして被扶養者認定基準の枠を広げて救済していこう、そうした障害年金や遺族年金で辛うじて生活をしている方々を被扶養者でどんどん認めていこう、こういうことがなぜできないのですか。大臣、そのことについてぜひお答えをいただきたいと思ひます。

○吉村政府委員 確かに先生のおっしゃるようなお気持ちには十分わかるわけですが、私どもは、生計維持をするという観点から申しますならば、やはり収入に固執をせざるを得ない、こういうことでございます。確かに、公務扶助料をもたせておられて被扶養者にならないから本人になっちゃう、そしてそのために国民健康保険に入る、こういうことになる場合もあると思ひますが、私ども、国民健康保険に入ることと被扶養者になることと、それほど変わりがあるわけではないというように思ひます。収入の観点を変えて、非課税所得を基準にしまして被扶養者認定をするとい

う考えは、どうしても、そういうふうに考える方向には消極的に考えざるを得ないことを御了承賜りたいと思ひます。

○上西委員 だから、そこがおかしいんですよ。今の局長の答弁なんというの、僕に言わせるとナンセンスですよ。国民健康保険は上がる一方で己負担でしょう。国民健康保険は上がる一方でしよう。これは国民健康保険は最高三十五万でしよう。ぐんぐん上がっていますよ。物価スライドだのというそんな率じゃない。べらぼうに上がっている。去年は最高は二十六万だった。国民健康保険に泣いてるのが庶民大衆ですよ。そうして給付の問題を考えてください。組合管掌健保あるいは共済組合の附加給付があるところの子供たちの被扶養者に入ったら、極端に言うところ、保険料は一回も払わずに、そして附加給付を含めたら大変な恩典に浴するわけです。にもかかわらず、しやにむにこれは収入だ、収入だと認定して追いやっていけるのは厚生省、これじゃ鬼と言われたって返す言葉がないです。先ほど池田委員は立ち向かう鬼と言ったが、私はむしろ取る鬼としか言いようがない。そういうことで、今少なくとも局長は、それこそ二階から目録を落とすみたいに、まるで関係ないんだ、ほとんど支障がないというお答え、その感覚だったら健康保険はよくならぬです。少なくとも福祉を口にする厚生省の幹部の御発言と受けとめがたいものがあります。大臣、明確にお答えください。

○渡部国務大臣 戦争で肉親を失って公務扶助料でお暮らしになっておる遺族の皆さん方に対する上西先生のお気持ちは、大変とういものだと思います。今私に即答しろと言われましても、残念ながら、これは心情的には上西先生のお気持ちに共鳴するのでありますけれども、行政というのは、これはいかに大臣といえどもその枠を超えてやるわけにはいかない、日本は法治国家でございますので。その事態をよく調査して、そして勉強させていただきたいと思ひます。

○上西委員 重ねて申し上げておきますが、この

保険局長通達を出したのは五十二年四月、あなたの前任者なんですよ。厚生省が出したのです。それまでは認めていたんですよ。それをしやにむに被扶養者から追い出して国民健康保険に追いつたのは、時の厚生大臣であり、保険局長だ。それを放置したままで、その上健康保険の改悪、屋上屋を重ねるやり方をやるから、まずせめて罪滅ぼしに、この通達の撤廃くらいは大臣、あなたでできることなんだ。私は何も無理言っているんじゃないですよ。大蔵省が非課税扱いしているものは厚生省だつて同じ扱いをしていいじゃないか。なぜそれを収入に認定をするのか。私は極めて素朴な疑問を提起をし、すぐあなたの一存で、決意でできることを言っているんですから、先ほどの問題と同じように、この問題についても、さすがはそれこそ活力ある渡部恒三大臣であつたと言われるような処理を、迅速果敢にしたいだくことを重ねてお願いを申し上げておきたいと思ひます。

三番目の質問に移ります。
局長が、これは四月十二日の社労でこうおっしゃっていますね。私どもとしては、任意継続被保険者制度というのがございまして、二年間はこれでつなげる、現役時代と同じような給付を受けられる、こういう制度があるわけでございます。それから、そして「任意継続被保険者制度というものを活用すればそのつなぎができるんではないか」「つなぎの助けにはなる」、このような御答弁をなさっていますよ。

それで私は素朴にお尋ねしたいのですが、そういうことを理解をし、そういう考え方で任意継続加入を認められている。では、なぜ保険料の払い込みを毎月きちっとされているのですか。月払いだ、毎月十日まで。一日おくれたら即資格喪失でしよう。同じ厚生省がおやりになつていられる厚生年金の継続加入制度は、残期間の一括納入だつて年払いだつて、みんな認めているじゃありませんか。大臣、あなたの所轄ですよ、これは全部。あなたの名のもとで運用されている。その中で、同じ任意継続の加入制度が、片一方は前納を認め、片一方

は絶対に毎月払いだ、こういうことやって、そして片一方、答弁では、いい制度ですからこれで助かっております、こう言われちゃ、二枚舌ではないのですかと一言言いたくなるのです。これを改善されるお気持ちありや否や、見解を聞きたいと思ひます。

○吉村政府委員 私ども、任意継続被保険者が二年という期間を設けておるわけですが、これは一応、被保険者資格を失ひましてその後また新しい被保険者資格を獲得する場合に、再就職をして新しく被保険者になるというような場合もございまして、また被扶養者になるというような場合もございまして、また途中から国民健康保険にかわる、こういういろいろな形態があるというように承知しております。したがって、前納制そのものを否定するつもりはございません。ございせんが、そういういろいろな形態に即して、保険料の前納を認めて一応前納していただいた保険料を後で返す、途中でそういう事態が起こりました場合には返さなければならぬ、そういうような事務的な観点から、毎月徴収をする、こういう制度の建前をとっておるわけでございます。

しかし、先生御指摘のように、任意継続被保険者の中にもいろいろなものがあると思ひます。前納を認めても余り支障がないという方々もあるのではないかとおもうに思ひます。そういうものに前納制を認めるということについては、私ども今後よく検討をして実現できるような形で物事を考えていきたい、こう思ひます。

○上西委員 やや前向きのお答えですが、念を押しておきます。今の局長のお答えでございます、じや厚生年金の被保険者は、前納している期間中に再就職し改めて被保険者になることは絶対にないのですか。そういう保険料の精算ということは絶対に起こり得ないのか。現に社会保険庁の中では精算業務が行われていると思うのですが、その辺はどうなんですか。

○朝本政府委員 厚生年金保険につきましては長期の保険である、それから今しばらく受給資格

期間を満たし得る方について、これを退職なさったからということで被保険者資格を失わせるということが妥当であろうかということから任継制度を設けている、それで保険料についても前納を認めている、この辺は先生よく御承知のとおりでございます。

それで、実際に再就職というようなことが起きて調整をするかどうかというお尋ねでございますが、これは当然させていただいておるといふわけでございます。

○上西委員 今お答えがありましたように大臣、厚生年金の任意継続加入者、任意継続の被保険者も同じようなんです。片一方は前納を認めている。私、具体例を挙げましょう。私がお世話をした方、定年退職されるから二年間は任継がいいよと言ってやった。そうしたら、大阪に嫁いでいる娘さんが産後の肥立ちが悪くて非常にぐあいが悪い。夫婦であわてて見舞い看病がてら行つて、帰ってきたら一週間くらい日にちがずれておつた。社会保険事務所に持っていって、今の法上はやむを得ぬでしょう、わずか六ヶ月足らずでばつさり切られて夫婦で泣いた。そういうことが現に起きている。だから、厚生年金の方でできて政管健保でできない、こんなばかきことではないでしょう。

私は、日本のお役人という方々は極めて優秀な頭脳と熱心な職務態度、ひたすら国民を愛しているということについてはつゆいささかも疑つておりません。したがって、厚生年金でできていることが政管健保でできる、これは簡単でしょう。それくらい大臣、びしと答えていただけませんか、やろうと。

○渡部国務大臣 上西先生、大変詳細な点、御心配をいただいた、私どもに御指摘をいただいた、いやこれは本当にありがたいことだと思ひます。私も先きに気がついてやらなければならぬようなことを、先生方から御指摘をちょうだいし、そしてそれが正しいものであれば私もこれをできるだけ誠実に実現するように努力していく、これ

が議会民主政治だと思ひますので、先生のたゞいま御指摘の問題、実現する方向で努力してまいりたいと思ひます。

○上西委員 本当に大臣の真情もつたお答えで、私は国民のために詳細な心配、具体的な心配をしていただきます、やはりそれを省を挙げてお受けとめたいだきたいと思ひます。

次の質問は、レセプトの発行基準についてちよつとお尋ねしておきたいのです。

今の高額療養費を含め診療費請求明細、レセプトはすべて月初めの初日から末日で切りますね。私も田舎におりまして、長く住んでおりますから、いろいろと相談があります。おやじがこういう病気になる、おふくろがこういう病気になる、どの医者さんがいいか。医学博士は共通でもやはり得手、不得手があります。盲腸ならどの医者とかありますので、私も時々お勧めする。そうすると、退院後何月かたつてから、とってもいいお医者さんだった、親切だった、看護婦さんも優しくつた、おかげで早く治りました。ただし、あんなけちな病院だとは知らなかった。よく聞いてみたら、実二カ月間入院しておつて、今のお金で言うところ二十万二千円取られると思つていたら、十五万三千円になるのです。二十五日に入つて九万二千円入つてやると、レセプトが三枚になつちやうでしよう。だからその患者の方本人は、レセプトの発行の仕組みがわからぬから、二カ月だから高額療養費二カ月だと頭の中で思つていたら、違ふので、これで随分と困つておるのです。国保の本人、家族の方が予定が狂うわけです。一回に五万という金は、やはり今の世の中では大きいのです。だから、これだけコンピュータその他が発達している時期に、せめてレセプトの発行を日数でいけないうのか、高額療養費の積算の基礎を日数でいけないうのか。このことは技術的に絶対不可能なのか。これはやれば大変な福音なんです。ぜひこれを実現していただきたいという願望を込めて、御見解を承りたいと思ひます。

○吉村政府委員 確かに、レセプトの処理を暦月

でやるか実日数でやるかというのは昔からある問題でございます。ただ、私も、現在年間八億四千万程度のレセプトを処理しておるわけでございまして、やはり実日数ということを採用するとすれば、非常に厳密に言いますと毎日毎日医療費を計算をしていかなければならぬ、こういうことになるはずでございます。今は暦月単位ですから、月初めに前月分を全部処理する、こういうことでやれるわけでありまして、また、そういうシステムを通じて支払基金の事務もいろいろ一括処理ができるようなシステムになっておることは御承知のとおりだと思ひます。

そこで、今大英断をもつて実日数にするか、こういうことでありますが、やはり私は、現在まだコンピュータそのものがそれほど発達して導入されておるわけでもございませぬ時期ですから、まだ時期尚早ではないかという感じがいたします。

そして、先生御指摘の高額療養費の問題、これはいろいろな御指摘もございしますので、これはその高額療養費の問題として私どもは別途検討をしたい、こういうふうに考えております。

○上西委員 この問題については既にほかの委員の方々からも相当出ておりますから、そういったことを総体的に包含されて、少なくとも高額療養費のために著しい家計への圧迫がないよう、高額療養費を出すということは大変な病氣にかかつているということでございますから、目に見えない出費がある。逆に収入がうんと減つておる、こういうことは火を見るより明らかでございますから、総体的な判断で事実上、実質的に高額療養費の負担が軽減される、こういう方向に前向きにお取り組みくださることをお願いをし、次の質問に移りたいと思ひます。

日雇健康保険であります。先ほど我が党の池端委員から相当詳細な質問がありました、私も一つだけお尋ねしたいのです。

組合管掌健保、政管健保からだけ徴収というふうになっておりますが、日雇健康保険の方々に

現に労働省所管の失業対策事業の方々も相当入つておるのじやないですか。そうしますと、私の郷里鹿児島県あたりでは県、市町村での雇用が圧倒的なんですね、日雇健保の加入者の方々は。この方々の負担を組合管掌健保、政府管掌健保だけに限定をし、なぜ共済組合が入つてこないのか。極めて素朴な疑問でありますので、この点についてお答えいただきたいと思ひます。

○坂本政府委員 今回の日雇健保の改革の基本的な考え方は、単独の制度を廃止して健康保険の体系に取り入れるということは御存じのとおりでございますが、その際に、健康保険と申しますとこれは民間の被用者の方を対象にした事業でございます、公務員等の共済組合は別になるわけでございます。

そこで、健康保険組合の場合を考えてみますと、これは基本的には、健康保険組合の被保険者に一日だけでもなつたものとみなして健康保険を適用する、こういう形にしておりまして、適用の技術上、給付なり保険料徴収は政管で一括してやりまされども、考え方は健康保険組合の被保険者、その就労日はなる、こういうことでございまして、そういったしますと、今度は共済組合にそういう場合をあてはめてみますと、そもそも日雇労働者の場合は共済組合には加入できないという建前になっておりまして、今御指摘がありましたような市町村で働いたということになりますと、市町村が政府管掌健康保険の適用事業所、こういう立場になることはございませぬけれども、日雇労働者に関して共済組合という保険者の構成要素とはなり得ない、こういうことになっておる。したがって共済組合から直接提出金というものは取れませんが、その市町村が政管健保の適用事業所として保険料の事業主負担分を払うという仕組みにはなつておりますので、そういう意味で特に問題はないという考え方でございまして。

○上西委員 委員長の出身地も失業対策事業がありまして、しかもあなたは、労働事務次官という官僚として最高峰をきわめた方ですから十分御承

知と思うのですが、私の居住している鹿屋市なんかも何百名ですよ、失業対策事業就労者は。それも全部学校の屋内清掃だ、体育館の清掃だ、あるいは墓地、公園などの清掃だということ、それこそ一年じゅう自治体が雇用しているわけです。ですから、今のお答えのように政管健保云々となっても、受ける感じが違うのですよ。よく官民格差という言葉が大変好きな方が与党の中にもおられるようですが、私は不公平とか矛盾とかという表現で通しているのですが、そうしたときに市役所に働いている、町役場が使っている人も、何か政管健保だ、民間いじめだという、とか行政改革というようなことが大好きな方がいます。いろいろなやっていますので、そうした声が不必要に起きてこないように、自治体は自治体でやるならば共済組合の方の拠出金で片づける、こういったことはできないのか。しかも厚生省は、基礎年金の導入に当たって、共済組合からも加入をさせて基礎年金部分は納入させようという姿勢を持っていらっしゃるのでしょうか、同じ厚生省の中で、日雇健保だけどうしてこうされるのか、もう少し得心のいくお答えをいただきたいと思

います。

○坂本政府委員 共済組合の問題は直接私もがお答えするのはいかがかと存じますが、ここで御質問でございまして、基本だけ私の理解で申し上げますと、共済組合の場合には、例えば地方公務員共済組合を例にとりまして、地方公共団体の職員をもって組織する、こうなっております。この職員が常時勤務を要する公務員という一定の身分関係と申しますか、そういう関係にある人だけを構成員として共済組合を構成する、こういう共済組合上の基本要件になっておりますので、したがって法律上、日雇労働者の方はどうしても共済組合の組合員にはなり得ない、ここに実は問題があるわけでございます。

そういった意味におきまして、この問題は、実は直接共済組合のあり方と申しますか構成員をどうするかという問題にかかわっておりますので、

日雇労働者健康保険の改正の問題としては、直接にこちらから処理するのはなかなか難しいという状況がございいます。

○上西委員 そういったお答えでございまして、一応質問をとどめておきますけれども、やはりそこまでいけば、じや組合管掌健保はいいのかと、本当を言って僕はそう言いたくなるのです。補助金の額は言いませんけれども、あなた方は大変たくさん助成金を組合管掌健保に出している。大変な額ですよ。あえて皮肉を言っているわけですが、それでいて、あなた方は議事録の果てまで介入してくる。各都道府県庁の保険課の検査というものは大変厳しいものがありますよ、組合管掌健保に対する。内政干渉に近いやり方でやっています。その組合管掌健保に対しては日雇労働者の加入を認めるようなことをさせている。そして共済組合、あれはあずかり知りませんからという形では、片一方で、渡部大臣が先頭に立って年金統合法に關しては共済からも拠出金を取りますよ、こうやっていることは何か一致しないものでずから、僕は素朴な疑問を提起しているわけで、この辺についてはもうちょっと将来でも御検討いただきたい、こういうふうにお願したいのです。すべては厚生大臣の所管下にある仕事だ、このことを大臣に強く申し上げておきたいと思

います。

ンスなものはない。

例えば私の選挙区であります鹿児島県第三区に、種子島、屋久島という島があります。種子島では複雑骨折したらずく飛行機なんです。鹿児島空港に救急車が待っているわけですよ。種子島、屋久島内では処理し得ないというのが現状です。それだけではないのです。大隅半島に眼科のお医者さんが何軒あるか御存じですか。小学生や中学生は、中学校区に歯医者のいない校区が結構あるのです。眼科に至っては、幾つか複数の市町村を合わせても一人もいないという地域が結構あるんです。委員長、あなたのとこらでそう大差ないと思

います。まさに医療は不公平なものはないと言っているでしょう。このことに関して何かA、B、C、Dの四ブロックがあるとか何とかということはしばしばお聞きしておりますけれども、厚生省として勇断を持って、すべて一億一千万国民に医療の平等な恩恵を与える、こうしたことについて遺憾ながら、今次健康保険法の改定にあたって具体的なことが出ていないようなので、ここでこの際、大臣からまず基本的な見解を承りたい、こう思うのであります。

○渡部国務大臣 これは上西先生の御見解と私、全く同感でございます。

医療費等勉強してみましたら、地域によって非常に違います。例えば大阪は高いとかあるいは沖縄が非常に低いとか、先生御指摘のとおり制度は全く平等なのでありますから、にもかかわらず大変違うというのは、まさにこういう保険制度があっても立派な医療を受けられない地域があるというところであります。これはやはり、国民の健康を守らなければならない厚生省が大きな関心を持って取り上げなければならない問題だと思

六十有余年も続いてきた日本の社会保険制度の根幹を揺るがすことについては大英断をされているから、僕は非常に不信を覚えるのであります。

大臣、先ほど池端委員が大英断をもって健保法を撤回せよと迫った。私も同じであります。健保法の改定をせよにむいて実現されようとするならば、まだ半年こそその新人でございませうけれども、私が取り上げただけでも幾つかの矛盾点が出てくる。現実には医療保険制度の問題点が歴然と浮かび上がってくる。これらのことを解消するためには、私は、大臣以下厚生省の皆さんが全知全能を傾けていただきたい。そのことが成って初めて、健康保険制度の改定なり統合なりということが政治的日程に上がってきてもいいのではないかと。与党の方々、いろいろ御意見があるようでありまして、一億一千万すべての国民の健康を考え、二十一世紀に向けての社会保険を唱えるならば、私がささやかに取り上げた問題の幾つかを善処をし、解決をされるのが当面の急務ではないか。このことを重ねて私、強くお願いを申し上げ、いろいろと申し上げましたが、質問を終わらせていただきたいと思います。

大英断ありがとうございました。

○有馬委員長 午後一時から再開することとし、この際、暫時休憩いたします。

午後零時五十分休憩

午後三時十四分開議

○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。多賀谷眞裕君。(拍手)

○多賀谷委員 患者もまた医者も疑義を持ってこの診療支払基金から審査会を経て減点をされた金額ですけれども……(私語する者あり)

○有馬委員長 御静粛にお願いします。

○多賀谷委員 ……何年度でもいいですけれども、ひとつ数字をお示し願いたい。

○吉村政府委員 ちよっと聞えにくかったのではありませんが、今の御質問は、あれなんでしょうか、支払基金で減点をされた金額は幾らなんでしょうか、ことごとくございませうか。——実は私ども、五十七年度の資料で計算をいたしますと、国保と支払基金とを加えて、そのうち一部負担に相当する額が五十七億、こういうふうに計算をしております。

○多賀谷委員 これは不正請求あるいはまた過剰診療ともいいますか、これを含めての数字ですか。

○吉村政府委員 そのとおりでございます。

○多賀谷委員 そのうち、いわば虚偽の請求あるいはいわゆる診療をしないのに水増しをした請求、不正診療を除いた分は幾らですか。

○吉村政府委員 不正診療は支払基金の段階ではわからないわけでございます。今申し上げました数字は過剰診療に属するものの数字でございます。

○多賀谷委員 過剰診療のうち、被保険者に返還された金額は幾らですか。

○吉村政府委員 一部負担金の額を患者が医療機関に払うわけでございますが、その払う関係は医療機関と患者との関係でございます。また、その一部負担を返還するのにも患者と医療機関との関係でございます。私どもは、医療機関が実際に患者にどれだけのものを返還したかは把握しておりません。

○多賀谷委員 医療機関は患者にその減額の額を通知しましたか。

○吉村政府委員 通知をしていないと思います。

○多賀谷委員 では、患者は知らないわけですから、請求のしようがないでしょう。なぜそういう状態になっておられるのですか。

○吉村政府委員 医療機関が支払基金に請求をして、支払基金でレセプトを審査いたしましたして、その段階で査定をするわけでありまして、そして、その査定された金額を支払基金は医療機関に払うと同時に、また保険者の方に通知をするわけでございますが、その間三ヶ月ぐらいの時間がかかるわけ

けであります。そして、その減額された金額というのには、医療機関と保険者は知っておりますが、患者にいずれからも通知をしていないがために患者はわからない、こういうことにならぬと思います。

○多賀谷委員 なぜしないのですか。どういう行政指導をしているのですか。

○吉村政府委員 私ども、保険者から患者に通知をするように行政指導はいたしておりますが、なかなか事務的に煩雑、また細かい金額のものも数多くございまして、コストもかかるというようなことで、保険者から患者へ通知することを怠っております。こういうことであらうかと思っております。

○多賀谷委員 単に怠っているだけでなくて、医療機関は本来、注射も打ち投薬もしたわけですから払う必要はないのだ、これは自分が判断をして医療行為を行ったのですから払う必要がないと、こう思っているのじゃないですか。

○吉村政府委員 医療機関はそう思っておられるかもしれませんが、その部分は不当利得になるということで法制局の見解が示されておるところでございます。

○多賀谷委員 しかし、患者はどこからか通知を受けなければこれはわかりません。それを放置しておったというところに問題があるし、また医療機関自身は大部分、いや払う必要はないのだ、こういう認識を持っておられるのですか。これは一体どこから来ているのでしょうか。

○吉村政府委員 私ども、一部負担の授受につきましても医療機関と患者との相対の関係だと、これは法律上も明らかにそうなっておられるわけでございます。そして、査定が行われるというのも法律上の規定に基づいて支払基金をもって査定をする、そして、査定をされた場合には一部負担の額に差が生ずる、こういうことになるわけでございます。まして、保険者として患者に通知をするか医療機関が患者に対して通知をするか、そういう限りその査定額というのとはわからないわけでございます。そこで私どもは、少なくともかなりの金額になるものにつきましては、保険者から患者に通知

をすることによってその間の調整を図りたいと思っております。ことごとくでございます。

○多賀谷委員 医者の大部分は、三十二年の健康保険法の改正によって従来とは変わったんだ、こういうふうに判断をしておられるのじゃないか。すなわち従来は、これは当初健康保険法が実施されたときは、要するに保険医の団体といわば保険者との間における契約だということから出発をしたわけですけれども、戦後になっても、請求すべき費用の額、これは「厚生大臣ノ定ムル所ニ依リ保険者之ヲ算定ス」とある。ですから三十二年までは保険者が算定をした。こういうことをいけば一貫してとってきたわけですか。ところが三十二年になりました、その「保険者之ヲ算定ス」という条文がなくなつたばかりでなくて、これは日本医師会の雑誌ですが、このときに、三十二年改正に際して説明会があった。これに出席したのは当時の厚生省保険局健康保険課長小沢辰男、彼がこの説明をして、司会者は武見太郎。その中で、一般のこれは代議員というのですかお医者さんの方から、「今回ははっきり主治医が注射によらなければ治療の効果を期待することが困難であるということになり、完全に医師の主体性が確立された。」と、これは日本医師会の雑誌に書いてある、こういうふうに言っているのです。今までは違うんだ、三十二年からは医者の治療における主体性が完全に確立されたんだ、医師会もそういう説明をしているのです。そのときにおつたのは小沢さんです。そういう状態の中で、私は、今日、医者としては投薬もしたのだ、ですから過剰診療と言われても自分は施術しておるんだということ、やはりこれは返す必要がないと考へておる医者がかなりおられるのではないかと、こう思うのですが、どうですか。

○吉村政府委員 私も、当時、小沢健康課長のもとでその改正に携わつた者の一人でございます。その点は、従来保険医ということで診療もやり請求もやつておつた主体を、保険医療機関と保険医に分けたわけでございます。保険医は診療に専

念をする、保険医療機関は請求の主体になる、こういうようなことで、保険医療機関と保険医を明確に分けたわけでございます。そして保険医については、保険医が守るべき療養担当規則というものをつくり、また保険医療機関として守るべき療養担当規則というものを別につくる、こういうようなことで両者の調整を図ったわけであります。何とも三十二年の改正から、保険医は診療だけをすればよろしいので、それが仮に保険診療の準則に外れておつてもそれは差し支えないんだ、こういうことにはならないわけでありませう。

そのときの改正でありませうが、保険者は療養担当規則の定め、それから診療報酬点数表の「定二照シ之ヲ審査シタル上支払フモノトス」と、こういう改正をして、この規定は自後変更することなしに今日に至つておるわけでありまして、やはり保険医療機関が一部負担において過誤が起るならば、それはやはり医療機関が返還をする義務を負うことは、法制局の見解のとおりであらうと思つております。

○多賀谷委員 この丸茂さん、この方は当時理事事でしよう。その丸茂さんのそれに対する答弁は、「診療の効果を期待するのは、どういふ関係者が何人集つて参りましようとも、主治医以外に絶対ではない」、この表現はあなたの言うのとちよつと違います。治療については主治医が絶対権限を持つておるんだ、ですから自分が判断をして治療行為を行ったのをとやかく言う必要はないじゃないか、こういう物の考え方をしておるのです。それが今回の改正で変わったんだと書いてある。あなたのは、機関と担当医と区別したという。それは、あの三十二年のときは区別したのですけれども、そのことを聞いてるんじゃないのです。私は、そういう觀念がやはりあるのじゃないかと聞いている。

たわけです。規格診療であつたわけですから、それがその後でなくなつた。そういう変化の中に、医者の方としては依然として、自分で判断をすべきだ、それに何を文句を言うか。要するに医療行為の内容にタッチするものではないか、こういう考え方があつたのではないでしようか。

○吉村政府委員 現在のお医者さんにそういうような感覚をお持ちのお医者さんが多いことも事実でございますし、また、診療の身中は医師の自由裁量であることも間違ひございません。ただ、保険医である以上は療養担当規則の診療準則に従つて診療すべきである、これは健康保険法にも書いてございませうし、また、それに逸脱するような行為をした事件で裁判になつたものもございませうが、裁判の見解も、やはり保険診療というのは全部の自由裁量で、医師がやつたものは全部保険で払わなければならぬものだ、こういうような判断は下しておらないわけでございます。やはり療養担当規則、そういう診療の準則に従つて行われた診療だけが支払いの対象になる、これは判例でも明らかでございませう。

○多賀谷委員 それは保険の財政上から来たものですか、それとも医学上の判断から来たものですか、何を基準にして判断をするのですか、審査会では。

○吉村政府委員 支払基金の審査会は、療養担当規則並びに診療報酬点数表の規定に基づいて審査をするわけでありませうが、療養担当規則の中身に入つてみますと、現在の医学常識の水準と相手の個々の患者の病状に従つて最も適切な方法で行われた治療、こういうものについて支払いをする、こういうことになっております。

○多賀谷委員 なつておりますという、そのそういうようにしたというのは、やはり保険財政から来るものですか、医学の常識から来るものですか、そういう基準をつくつたということは、それは戦前はまさに保険財政ですよ、ですから規格診療、制限診療ですよ。しかし戦後、殊に三十二年から後は、これは医者の自由裁量であると高らかに

言つた以上は、その点はどういうような関係になるのですか。

○吉村政府委員 一応、保険というものは、あれをやつてはいかぬ、これをやつてはいかぬというような制限診療というものを脱却して、医師の良心に基づいて、またその医学常識に基づいて診療すべきである、これは三十二年からそうなつたわけでありませう。ただ、それでは医師の自由裁量権で行つた医療が全部保険の対象になるかという、やはりそうではございませう、判例等にもございませうに、国民の拠出した貴重な財源によつて行われている以上、やはり療養担当規則に定める診療あるいは点数表というふうなものによつて制約が加えられた診療である、これは明らかでございませうが、その制約の度合いというのがかなり緩くなつておることは事実だと思ひます。昔のように非常に窮屈だった制約が、自由診療に近いような形でだんだん緩和された、それが三十二年を契機にしてそうなつてきておるのであるというように私は思つております。

○多賀谷委員 なるほど裁判もありませう。最高裁の判決もございませう。しかし、最高裁も実は窓口でけつたのです。すなわち、これは行政処分であると言つて、支払基金を被告として訴える、ところが、いや、これは行政処分ではないのだ、要するに社会保険診療報酬支払基金というものは、単に公法上の契約ではあるけれども債務確定なんです、請求権はひとつあなたが民事で訴えればよいじゃないですかと、これは言うならば窓口でけつたのです。最高裁判決があるのは、窓口でけつたのですから、これは行政処分ではないのです、こういうことを言つておるのですけれども、厚生省は、この審査委員会の決定、すなわちそれは支払基金が審査の結果決定して保険者に渡すのですけれども、支払基金の性格というものは一体何であるのか、それから請求権に対して最終的な裁定を下すのは保険者であるのかだれであるのか、これをお聞かせ願ひたい。

○吉村政府委員 支払基金は、保険者が診療報酬の支払いをするために、みんなから委託を受けてその事務に当たる一つの法人でございませう。それから、保険者が支払うのは審査をした上で支払う、こういうことでございませう。したがつて、保険者が審査をしてその上でさらにまた何か査定をするとか、そういうようなことはございませう。支払基金に審査と支払いを委託してあります関係上、支払基金が審査をしたものについては保険者はその額を医療機関に対して支払う、こういうことになるわけでございます。

○多賀谷委員 そうしますと、医療機関の方はそれを相手にこの訴えをするのですか。

○吉村政府委員 支払基金を相手にして訴訟を起してゐる場合が多いわけでございます。一応、保険者としてはその審査の権限を支払基金に委任をしておるわけでございませうので、支払基金を相手取つて訴訟が起つております。ただ、支払基金を相手にしなければならぬかどうか、保険者を直接に相手にしてはいけぬかどうかという点になると、保険者を相手にしてもいいのではないかと私は思ひます。ただ、事実問題として、支払基金に委託をしておりますので、支払基金がその相手方になるのが通例であるというように解釈をしております。

○多賀谷委員 この支払基金というのはどういう性格のものですか。支払基金というのは審査の内容について言うことはできるであらうけれども、当事者は保険者で、やはりその保険者の代行をやつてゐるんじゃないですか。そうすると、この不当だというのは、内容のことは別として一応保険者ではないのですか。保険者が相手方になるのじゃないですか。

○吉村政府委員 確かに今先生がおっしゃいましたように、審査と支払いを委託して保険者にかつて代行をする機関であることは間違ひございません。したがつて、支払基金を代行として訴えることもできるでしようし、その委託をした保険者についても訴えることはできる。その保険者が支払基金へ委託するかどうかというのは、保険

者の自由でございませう。現在の法制的建前では委託するかどうかは自由になっておりますので、もし委託しない保険者が、現実にはないのですが、理論的に委託しないと保険者が直接に審査、支払をする、こういうことになるわけでございませう。

○多賀谷委員 今お話しがありましたように、多くの医者は、自分の裁量権であるから金を返さぬでもいいと思っておられるのも事実である、こうおっしゃる。これが非常に問題である。法制局は不当利得である、こう言っておられるわけですね。それから、支払基金を相手取って行政訴訟したら、裁判所の方は、窓口が違いますよ、これは行政処分ではありませんよ、こういうことになったら、結局司法に訴える以外にないでしょう。司法というか訴訟ですよ。そうすると、この行政機関内部で起こった問題がなぜ行政救済の道がないのか、これは非常に片手落ちの話です。これだけ大問題になっておるのに行政救済の道がない。これはどういうことですか。

○吉村政府委員 保険者にはいろいろございまして、健保組合等もたくさんあるわけであります。したがって、健保組合が保険者として支払いをした以上は、健保組合というのはいかなる意味におきましても行政機関にはなり得ないわけでありますから、行政訴訟ということは健保組合の關係の医療費に関する限りはあり得ないと思ひます。

それから、政府管掌健康保険ももちろん支払基金に委託しておるわけでありますが、健保組合や共済組合や政府管掌健康保険の委託であるいは代行機関としてつくられた支払基金ですから、やはりこれは行政機関ではない。

したがって、支払基金が行った査定についてそれを行政処分ということで訴えたならば、恐らく裁判所は、それは行政処分ではないんだからというところで却下をするはずだと思ひます。

○多賀谷委員 私はそれはわかつてゐるのです。最高裁が行政処分でないと言つたのですから。ところが救済の方法がないでしょう。あなたの方は法律四十三条の九の四項で「審査シタル上

支払フモノトス」、それはすなわち社会保険診療報酬支払基金に委託をする、こう書いておるわけですから、ところが、委託をして審査された、そして審査委員会が審査されたものに対して、この異議申請ができないのですよ。再審の方法がないでしょう。法律でそこで書くなら、再審の方法を書いてやるべきです。どうですか。

○吉村政府委員 支払基金の内部に審査委員会というのがあるとして、そこで審査をしておるわけでありまして、その審査に不服があった場合には再審の道は開かれております。

○多賀谷委員 再審の道というけれども、普通の例えは労働委員会のように、地方労働委員会に対して不服があれば中央労働委員会へさらに行くとか、あるいは行政処分による不服審査をやるのと全然違ふのですよ。疑義解釈、どうもこれについて自分はおかしいから、苦情処理といひますか疑義解釈、この程度なんですよ。いわゆるその判定に対する正式な不服審査という形に出てないのです。行政機関ではないにしても、せっかく支払基金を置き、審査委員会を置いたというなら、その決定に対しては何らかの正式な再審査という制度を確立すべきでしょう。そういうのは何もありません。自分のところに再審査を言つてきたら、同じ審査委員会ですから、疑義解釈とか苦情処理について話をしましよという程度ですね。それ以上はこれ何もういう制度がないのですよ。

○吉村政府委員 確かに再審査といつた場合に、処分庁といひますか処分をした者に対して再審査をする場合と、上級の機関に対して再審査する場合と二つございませう。支払基金の場合には、その当初の審査について不満があった場合にはもう一度審査委員会が再審査をする道は開かれておるわけでありまして、その上ということになりましてこれは民事の裁判しかない、こういうことではないですか。

○多賀谷委員 再審と言つけれども、社会保険診療報酬支払基金「20年の歩み」というのを出している。これは苦情処理、疑義解釈ですよ。それしか

書いてないのです。こういう性格のものだと自分で書いておるのです。本来、再審というようになびちつとした性格のものじゃないんです。どこがおかしいですかと言つて問ひ合わせをしたり、疑義解釈を求めるようなものだ。これは将来大きな問題になるからあえてはつきりしていただきたい。ですから、患者の方からは必ず自己負担をした分について請求が起るでしよう。そうすると、医療担当者の方はそれに防戦するでしよう。そういう場合に、一々裁判所に行かなければ決定ができない、こういうことでは解決しない。不当利得だ、こう法制局は言つたそうですが、お医者さんの方は不当利得だと思つていないのです。ですからこのように点ははつきりしておく必要がある、こういうふうに私は思ふのですよ。

○吉村政府委員 確かに医療の中身に対する審査、こういうことになるわけですから、非常に専門的な見地からの検討が必要であるということとは明らかであります。しかるがゆゑに、支払基金法にもその業務として再審査することを明記しておるわけでありまして、まずそこで片がつくものは片をつけてもらつて、なおその上の不服がある場合についての法手続、あるいはそれを解決する組織というふうなものについて検討を加えるべきではないか、こういう御意見につきましては私も検討をいたしたいと思ひます。

○多賀谷委員 そうして、明確にそういう制度を確立して、そうして患者の返還請求に対して必ずべき体制を整えるべきである、こういうふうに私は思ふのです。これは大体司法裁判所、すなわち民事訴訟に余り適合しないのですよ、極めて専門的ですから。普通の裁判官に任して鑑定を願うという性格のものでないのです。ですから、同じ機関で再審査をやるのではなくて、別個の機関が再審査を受けつづけるという制度がやはり確立されるべきではないか。しかる上に立つて、被保険者に対しては返還すべきものはちゃんと返還をする、このことが必要ではないか。

そこで第一に、この請求を行つてそれに対して、

これは事実上は最初窓口で金を払うのですけれども、そしてそれが減点になつたという場合、これは時効が何年だと思つてゐるんですか。

○吉村政府委員 しばらく時間をかけていただきたいと思ひます。すぐ調べます。――三年でございませう。時効は三年でございませう。

○多賀谷委員 これはお医者さんが患者に対して請求するのが三年ですよ。ところが、患者の方がお医者さんに返してくれというの、一般の消滅時効ですからこれは十年です。時効は十年ですよ。ですから、過去十年の人が殺到する可能性があるんですよ。

○吉村政府委員 確かに、患者さんが一部負担についてお医者さんに返還を請求する権利の時効は十年でございませう。したがって、もし十円、二十円の返還でも請求をするということになれば、それは殺到することは理論的にはあり得る、こう思ひます。

○多賀谷委員 私は理論的な話をしておるんですけれども、厚生省がこの問題について非常に軽視をしてゐるから、お医者さんは返還をしない人が多いなんて平気で言うから。ですから、権利関係というものははつきりしておかなければならぬ、厚生省はそれに対する苦情やその他がある場合にはそれに対応する処置が必要である、こういう意味で私はお尋ねをしたわけでありませう。でありますから、そういう処置をはつきりやりとつていただきたい。大臣、どうですか。

○渡部国務大臣 今、多賀谷先生から、患者の権利を守るという立場で大変大事な問題の御指摘をちょうだいいたしました。減点査定があつた場合所要の額を患者に返還すべきであるということはこの委員会でもたびたび御指摘があり、法制局の見解等も出ておるところでございませう。ただ、今政府委員から御答弁申し上げましたように、現実的な問題になりますと、極めて少額な場合、十円とか二十円とかの場合、実際上はこれはそれを請求する手数とかいろいろのことを考へて、そこで、原則論から言へばこれは問題があつ

たでしようけれども、便宜的に放置されておつた面、またこれは両者の利害の中で見逃されておつた面、そういう点があると思いますが、査定額が非常に大きい場合は当然患者に所要額を返還することが適当でございまして、当面保険者から患者に通知させるように指導をしてまいりたいと思ひます。

○多賀谷委員 これに一枚高額療養費というのが入ってきますと、物がまた複雑になるのです。それは、ここにもう既にその問題については訴訟が提起されているのですが、御存じならここで発表してもらいたい。

○吉村政府委員 不敏にして承知しておりませ

○多賀谷委員 これは岐阜県の和田さんという人ですけれども、問題になりました十月分の医療費が、病院側は百八十九万九千九百九十円の算定をしました。そういたしましたところが、国民健康保険団体連合会の方はこれを百五十二万四千九百九十円と査定をした。そこで本人は五十四万二千七百五十七円支払つておつた。ところが返ってきた金は、三十九万九千四の高額療養費控除がありますから、四十五万七千二百五十七円のところから三十九万九千四の高額療養費を引いて、返ってきた金が四十一万八千二百五十七円、要するに本人は八万五千五百円損をした、こういう訴えです。これは御存じのように市町村を訴えた、保険者は市町村ですから、そこで問題は、健康保険組合もそうですが、高額療養費負担というのが一つ入ってきますと、返し方が少ないのではないか、こういう問題になつてきておるのです。これは行政処分になる可能性はあるのですよ、市町村を相手にやつておるんですから。

○吉村政府委員 今のケースで言いますと、当時は恐らく三十九万九千四が高額療養費の限度額だったわけでごいしましょう。したがって、三十九万九千四が自己負担の限度。したがって、百八十九万九千四が百五十二万四に査定をされても、そのいずれの金額におきましてもその三割分が自己負担ということ

になり、その自己負担の最高限度というのは三十九万四ですから、いずれの場合も自己負担の最高限度というのは三十九万四であることは間違いないだろうと思ひます。ただ、百八十九万四の場合に、一たん支払いました三割分の一部負担とそれから査定をされた後の百五十二万四千九百九十円の三割の額というのは違つてまいります。したがって、その点について、医療機関と患者との間にその八万幾らの差を返還するという問題は生じますが、高額療養費の支給に関しては、いずれにいたしましても三十九万九千四を切つて払うということですから、その点は争ひは生じないのではないかと、こういうふうに思ひます。

○多賀谷委員 私が聞いたのはそうではないのですよ。あなたのおっしゃるのもそのとおりですけども、聞いたのは、要するに金の返り方が少ないではないかということでも市長を相手に訴えている、こういうことを申し上げているわけですね。時間がありませんからこれはこの程度にしておきますが、やはり一部負担をした場合必ず返すという体制が必要ではないか、こういうふうに思ひます。もちろん、支払基金の審査会の方で過剰診療だと言われたけれども、本人が、いや、私はあの先生の授業を余計受けたから直つたのだ、こう言えば本人は損失がないわけですから請求をしないでしょう。そういう場合にはそういう体制が必要である、こういうふうに思ひます。

ですから、全部が不当利得になるのかどうかというのも、法制局おられますか、これは画一的に全部不当利得ですと云えるのかどうか、僕はこの点はいささか問題じゃないかと思ひます。画一的に全部あれは不当利得ですと云えるのかどうか。

○吉村政府委員 法制局は参つておりませんが、私どもは法制局といろいろ検討をいたしました。確かに私どもも、先生のおっしゃるように、本当に不当利得なのかという気持ちがありましたものでありますから、法制局と検討をいたしましたところ、

現在の健康保険法では現物給付ということになっておりますので、医療行為そのものを給付する、そしてその医療行為の値段は厚生大臣が定める、そして医療行為そのものを支払基金で審査して、その結果査定額が生ずる、こういうのが今の現物給付の考え方でございまして。したがって、一体である療養の給付、その一部負担でございまして、療養の給付のところを査定すれば当然一部負担のところも縮減をするというのが現在の法制の建前です、したがって、その査定された部分について支払った額は医療機関の不当利得になるというのが法制局の見解でございまして。

○多賀谷委員 そこで、後から富士見病院について我が党の竹村先生が質問をされますが、今までは医療行為の範囲に入るのだ、もちろん無資格者が診療しておつたというのは別ですよ、水増しをしておつたというのとは別ですよ、それからうそを言つてこれは保険の該当ではありませんとするものも別ですが、しかし、減点をすべき問題について、これは医療行為の範囲内です、自由裁量の範囲内ですという問題がまだ残つてゐるのです。ですから、患者としてはこれは大変な問題ですね。その自由裁量と言つても限界があるのです、医学の常識の範囲内です、こうおっしゃるならば富士見病院という問題は今から質問の対象になる、あなたはそのおっしゃつたのだから、これは後から竹村さんから質問をお願いしたい。現地に非常詳しい方から質問をお願いしたい、こう思ひます。

そこで、いろいろ戦後の総決算と言われた中曾根総理のもとで、随分この国会だけでも、まさに我々から言つと大改悪が行われた。昭和二年以来六十年も続いた本人の医療費が、全額十割現物給付であつたのが今度は一割ないし二割削減される。それから雇用保険も、失業保険法ができた昭和二十二年からずっと続いた期末手当、ボーナスを含めるといふ問題について、今度ボーナスを含めないといふことになった。ですから、税金ながら失業保険は六〇%でなくて四五%になつてしまつた、こういう問題もこの国会で出ておる。そ

れから、今から質疑がありますが、児童扶養手当もそうですね。これも未婚の女子は入れない。モラルの問題を法律の権利義務にしたというのは、あなた方は勇気があると思ひます。大変なことをやつておると思ひます。厚生省は。モラルとか道徳とかいふ問題と法律の権利義務とを一緒にしてやつたといふのは、私は大変勇気があると思ひます。しかし、勇気があることはいいといふことではないのです。私はその点、最後に二問だけ質問しておきたいと思ひます。

これも勇気がある中の一つですけれども、退職者の医療制度、これも私はなかなか勇断だと思ひます。従来私どもが、日本の医療保険は逆立ちしている、元気のいいとき、病気がないときは保険料を払う、病気がちになると金を取られるような状態になる、こんなばかげたことはない、こういうことを言つて、老人医療無料化ができた。そして今度は退職者医療制度ができるのですからいいんですが、一回切れている人、要するに現役と関係がなくなつてゐる人に保険制度がつくれたといふのは、私は大変勇気があると思ひます。しかも、現役の諸君が払う健康保険、共済、それから政府管掌を持つてきて財源に充てたといふのは、勇断ですよ。勇断だけれども、それは公平負担の保険といふものからいささか飛躍しておる。税金ならいいんです。政府が一銭も出さないでやるといふのは、まさに勇気とか勇断とか褒められない。私は思ふのです。これは政府がある程度調整金を出すべきですよ。そういう点が大変間違つておるんじゃないか。行き過ぎもいい、その勇気は私は褒めるのです。しかし、全然金を出さないでそれをやる。やると言うけれども、結局仕掛けは、国民健康保険が大変赤字が多くなつて負担に耐えられない、それを解消するために、被用者健康保険のOBは被用者健康保険で持つべきだ、それでこれを除外する、そうしてつくる。それがただ赤字対策という発想から出たにしろは残念だ。ですから、これはやはり調整金的なものを入れるべきですよ。今はつながらなくなつてゐるので

すからね。ひとつ大臣から答弁を願いたい。

○渡部国務大臣 退職者医療の創設について大先輩の多賀谷先生から何かおしかりを受けているような、また一部お褒めをちょうだいしておるようなあれですが、これは先生御指摘のように世代間の公平ということもございしますし、また、社会保障本来の姿というのは、私はできるだけ多くの人が同じような条件で給付を受けるべきだし、またそのためには、やはりお互いに強い人は弱い人を助ける、支える、後輩は先輩を支える、そういう連帯の精神がなければならぬと思います。

今まで被用者保険の皆さん方は十割給付で元気で働いていただいて、それが会社や役所を退職されて、年齢的にもお疲れになって、病院に足しげく通わなければならぬころ給付率が落ちるといふのはどう考えても矛盾だということ、今度は退職者医療をつくって、お医者さんにかかりやすくなったOBの皆さん方の給付条件をよくしたわけでございます。この点までは先生から私はお褒めをいただいたものと思いますが、なぜ国から金を入れないかということでございますが、これは今お話がありましたように、国のお金も国民の税金でございます。しかし、どうしても入れる必要のあるものには入れていかなければなりません。が、幸いに今、被用者保険の財政状態は国から財政負担をしなくても何とか皆さんにやっていただけるような状態でございます。言うまでもなく、退職者医療は、国保の窓口はお借りしますけれども、被用者保険の体系に入っておるものでありますから、今のところ国のお金を入れないで何とかやっていくということでは入れないわけで、やはり後輩の皆さん方は先輩になるのでありますから、後輩の皆さん方に先輩を支えてあげるという温かい気持ち、これがやはり社会保障の中になければならぬと思いますので、先輩にも御了承を賜りたいと思います。

○有馬委員長 関連質問を許します。竹村泰子君。○竹村委員 富士見産婦人科病院事件のことが出

ましたので、短く関連質問をさせていただきます。

厚生省は、今回の健保法一部改正について医療費のむだを省くとしきりに強調していらつしやいますけれども、全く患者の責任ではない医療費のむだを省くのに患者の負担増をもつてするというのは、余りにも便宜主義であり、片手落ちではないでしょうか。長期ビジョン、二十一世紀の医療を考えると、いの中でも、よい医療、安心して受けられる医療がこれまでに保障されて、初めて患者の負担増もやむを得ないかということになるのではないのでしょうか。しかるに、医療被害の告発については、いつでも医師の裁量権を口実に突っ込んだ追及、監査をしていない。裁量権は治外法権ではないのです。いかがですか。

事件後の国会では、時の園田厚生大臣が再三再四指導監督上の責任を認め、遺憾の意をあらわし、この種事件の再発防止のための措置を実施すると約束しておられます。そして、そのための検討プロジェクトチームを部内に設置したりすることを明らかにしておられます。乱診乱療の極致とも言えるこの富士見病院プロジェクトチームは、四年間何をどう作業なさいましたか、お聞かせください。

○吉崎政府委員 御指摘のございましたプロジェクトチームでございますけれども、五十五年の九月三十日に設置をいたしております。医療に関する国民の信頼を回復するための検討委員会、当時の医務局長が委員長になりまして、次長が副委員長で、関係課長をもつて組織をいたしております。その検討の結果でございますけれども、端的にあらわれておりますのが今国会で御審議をお願いしております医療法の改正の必要性などについてでございます。地域医療計画というものをきちんとつくっていくべきである、それからまた医療法人の適正なる指導監督を強化すべきである、この二本が柱になっておるところでございます。

○竹村委員 プロジェクトチームは四年間作業をなさったわけですか。今のその二本の柱を出されたわけですか。

○吉崎政府委員 五十五年の九月からでございますから、もう今は存在しておりませんけれども、検討をいたしまして、そうして医療法の改正の必要性などについて結論を得たところでござい

ます。○竹村委員 結論を得られたわけですね。そして、プロジェクトチームはもう今は存在しないわけですね。そうすると、富士見病院事件については厚生省はもう終わったと思っておられるわけですか。

○吉崎政府委員 富士見病院事件につきまして、医療法関係の処分は厳正に行つたと考えておりますが、なお国もまだ被告でございまして、終つたとは思っておりません。○竹村委員 終わらないのに、何の報告書も出されておられないのに、プロジェクトチームはもう解散されたわけですね。

○吉崎政府委員 報告書は出しておりませんけれども、一定の結論を得まして、昭和二十三年以来の医療法の大なる改正の御審議をお願いする段取りになっておるわけでございます。そこで、そういう一応の結論を出しましたので、今は活躍をしております。

○竹村委員 わかりました。

「現代」という雑誌があります。富士見病院の院長であった北野千賀子さんが、でつち上げ記事で富士見病院をつぶしたある新聞社を訴えるという手記を載せているのを御存じでしょうか。その中で北野さんは、厚生省の医務局指導助成課医療監視担当官の越智昌幸氏に同病院の再開について問い合わせたところ、越智さんは、「あれだけ世間をさわがせたのだから」と答えた。」と書いております。そして北野さんは、世間を騒がせたとは何たることか、世間やマスコミが勝手に騒いだのではないかといい、さらに、「乱診乱療どころか、誠心誠意、心をつくして、患者のために、臨床医として最善の努力を重ねてきた。」とまで言っております。これはつまり、厚生省の行政処分を真っ向から批判し、居直っているのではないのでしょうか。

これに對してどのように考えておられるのでしょうか。これに関連してですが、事件の内容と経過、行政処分の理由などを明らかにした報告書を提出してくださるようには私は再三再四求めました。が、持つてこられませんでしたのは、今委員の皆様のお手元にお配りしました一片の、半べらの紙一枚でございます。これはどういう姿勢なんでしょうか。一方、最近要求しましたところの大阪の中野診療所の監査結果については、このような資料が提出されております。もう一つの資料です。これだつて決して立派な資料ではありませんし、十分とは言えませんが、一応概要と監査結果とをきちんと書かれております。どのように監査したか、レセプトあるいは監査結果の概要とかが出されております。なぜ富士見病院についてはこういうものが出されないのでしょうか。こんな紙切れ一枚、半べら一枚の、しかもこれは患者数、通院、入院の違ひ、疾病の種類、手術の有無、そういうことしか書かれておりません。この行政処分について、あれほど世間を騒がせて、かつまた病院側から反論されている行政処分について、もっと詳細な報告書を国会に提出すべきと考えますが、いかがでしょうか。

○吉崎政府委員 行政処分の結果はもとより明らかでございます。ちゃんと公表をいたしまして病院側も社会的な制裁を受けておると存じます。これは隠しておるとかそういうものではないこともございせん。医療の停止、病院の停止その他、保険の停止等々厳正に對処しているところでございます。

○竹村委員 きょうは時間が少ししかありませんので私は余り追及することができないのですけれども、資料を、総括した厚生省としての責任をきちんとお出しくださいと再三再四請求しております。この前の社労委の中でも請求いたしましたけれども、資料はございせんというお返事をたびたび受けております。そして総括をしておられないのですねということについても、埼玉県衛生部

では電話で聞き書きをしておりますけれども、厚生省としてはそれ以上のことはしておりませんというお返事を受けております。

このような重大な乱診乱療のきつとした行政側の総括もしないで、弱い立場の患者をさらにいじめるような負担増を一方的に要求するのはどう見ても片手落ち、行政の怠慢と考えますが、厚生省の責任はどうとられますか。

○吉崎政府委員 本事件を大いなる参考といたしまして、先ほど申し上げましたようにプロジェクトチームを編成し、そうして医療法の大きな改正に着手したところでございます。

お話しのごいしました総括についてでございますが、医療関係法規に基づきますところの処分、これは厳正に行つたと考えております。なお、先ほど申し上げましたけれども、まだ幾つかの裁判が係争中でありまして、まだ総括できる段階ではないと考えておるのでございます。

○村山(富)委員 関連して、今竹村委員から、富士見病院の事件に関連する経過並びに結果等に対するあなたの方の把握している範囲のものをだしなさい、報告しなさい、こう言っておるわけでしょう。だからそれは報告ができるのかできないのか、報告書があるのかないのか、はつきりしない。○吉崎政府委員 報告書というものはございませぬけれども、今お話しした点については報告できます。

○村山(富)委員 それが、質問に対するものは、再三再四報告してください、(発言する者あり)いや、出しなさいと言つたら、これだけ出してきた。これはあなた、「富士見産婦人科病院受療者から所沢保健所の申し出状況」というだけの話じゃないですか。これが厚生省がタッチして国会に説明を求められて報告する資料ですか。これは不親切きわまりないですよ。きょうはもう時間がありませんからこれ以上申しません。ですから、この健保の審議の終わるまでに報告書を出しなさい。報告書というか、あなたの方が調査した限りにおい

て報告できるものを出してください。いいですか。いいですね。どっちだ。

○吉崎政府委員 私どもがこれまで対応してまいりましたことにつきまして御報告いたします。○竹村委員 総括をしたものを、厚生省としてどうこの富士見病院事件をお考えになるか、きちんとした報告書をお願いいたします。

私の質問を終わります。(拍手)
○有馬委員長 沼川洋一君。

○沼川委員 実は昨日、大阪と東京で公聴会が開かれたわけでございます。恐らく大臣、その御報告は聞かれていらっしゃると思ひますけれども、その中で、これは公述人として出席されました明治大学の政治経済学部の教授吉田忠雄先生が指摘されておつたこととございしますが、今回の健康保険の改正について、この先生の御意見ですと、一割負担は自分にあつたていいと冒頭にございしてございした。ただし、今回の改正が、いろいろ内容を見ていくと、結論は反対だ、そういう御意見です。これは大臣もよく聞いていたのだという一つの御意見だと思ひますが、その中にこういう言葉で表現されました。国民に祝福されるような健康保険の改正であつていただきたい、要するにそうじゃないから私は反対だ、こういう一つの御意見でございました。

その中で特に指摘されておつたのが、一つは明確な中長期ビジョン、これがどうしてもちよつと取つてつたようなそういうものにしか感じられない、説得力がない、それが一つ。それからもう一つは、大臣もこの委員会ではいろいろな角度から御説明されましたけれども、やはりどんなに否定してもどうしても財政対策だ、国民の医療というこの極めて重要な問題が、そういう角度からだけで改正されたのでは、後になつてこれはまた改革をやらなければならぬというときに大変じゃないか、そういうようなことでございしてございした。

さらにもう一つは、やはり前提条件としてまだまだ今やらなければならぬ問題が当面の問題として

てございます。もちろん今回の厚生省のいろいろな予算の中にもいろいろとその対策については述べられておりますけれども、私も同感ですが、いまだ一步国民の側から見ても何かすつきりしない。要するに医療費の適正化対策です。そういう問題の前提条件がすつきりして、やはり国民のコンセンサスを得た上で医療改革というのはなされなければならぬ、そういう意味を「祝福される」という言葉でおっしゃつたのだらうと思ひますけれども、大臣の率直な所感をお伺いしたいと思います。

○渡部國務大臣 今回の改革案は、三千万人に近い被用者保険の本人の皆さんが、長い間十割給付であつたのを一割の御負担をお願いするということとでありまして、その面だけを取り上げられますと、先生御指摘のようにこれは余り祝福されない改革案であらうと思ひます。この改革案のねらい全体を考えていただきますと、この改革案を実施することによつて、被用者保険の皆さんが当分の間保険料率を上げないというふうないうねらいを込めておるのであります。今、国保の保険者の皆さん方は負担が多くなつたことと大変いろいろ議論が出ておられますが、被用者保険加入の皆さん方でも、これは全く病院にもかからない、保険料だけ納めておるといふ方も随分多いのでありますから、そうでなくともいろいろ御負担を多く願わなければならぬ国民の皆さんに、とにかく被用者保険の皆さんにはこれは当分の保険料率を上げないで済むということでは、非常に祝福していただける面もございします。

また、先生からいつも国保の問題を御配慮賜り私も同感なのでありますけれども、今回の場合は、社会保険の中で一番給付水準の高い方に御負担を願つて、将来何とか給付水準の低い方を上げていきたいという願いも込めておるのでありますから、将来を展望していただきますとこれは祝福していただける面もございします。

また、この委員会でもたびたび指摘されておる乱診乱療とか医療費の節減、これ以上医療費がどんどんふえていったならば一体この国はどうなる

んだというような御心配にこたえまして、医療費の節減という、国民の良識ある皆さんのほとんどの方が望んでおられる問題に対して政策的に対応するものでありますから、この面では評価される面もある。

しかし、私は、この法案の提案者として、長い間十割給付という中におられた被用者保険の皆さん方に一割の御負担をお願いするということは、これは大臣としても大変恐縮に思つておるものでありますけれども、残念ながら今日の日本の国の財政状態、国の経済状態というものは、この医療費に対しても、不足をきたさなければ不足分はほとんど国民の皆さんの税金から出せるような状態にないということも、国民の皆さん方には必ず理解していただけるものと私は考えておるのでございます。

○沼川委員 大臣の御答弁は一貫して同じような基調でございします。

そこで、中長期ビジョンですけれども、この問題はいろいろな方々から指摘もございました。確かに全般的に、厚生省試案というところで大蔵の財政的な裏打ちがない、そういう面も指摘されましたけれども、全般にわたつて今すぐ具体的な方途を出すという問題も難しいと思ひます。ただ一つだけ、今この健保議論の中でお出しになるのだつたら、せめてこの辺だけは明確にしたいのだきいたと思つたところが一つだけあるわけですが、この点についてちよつとお尋ねしたいと思ふのです。

結局、これを見ていきますとまず当面は一割負担でいく、そして六十一年からは二割負担、こちらの方は極めて明確に数字を挙げておつしやつておるわけですね。ところが片一方の、いわば一元化するという表現はありますけれども、この一元化をする方向については六十年代の後半、非常に不明確でございします。せめて、私がここで大臣にお願いしたいと思ふのですけれども、なるほど一元化の方向に動いているのだという一つの具体的証拠として、例えば今国民健康保険は本人も家族も

七割でございませう、これをまず八割にする、この線がどうしても出てこないのが私に言わせればちよつと残念でございませう。この面について、特に今回の削減の中の四千二百億の中の四千億近くが全部国民健康保険にしろ寄せがいておりませう。国保が財政的に一番切り込まれておるわけです。そしてまた、御存じのように国民健康保険の被保険者の方々というのは、農民の方あるいは中小零細事業の方あるいはまた特に御婦人が多いと聞いておりますけれども、人数にしても大体四千万五百万人もいらつしやる。ですから、一元化という方向は示しながら、片一方の方は実に明快です、一割を六十年までいってそれから二割。しかし、こちらの方には、確かに一元化していくのだという具体的な線が出されてないの、一つは不満でございませう。

それとも一つ、将来は八割に統一をする、この八割というのちよつと早いんじゃないかと思ふのです。きのうも参考人の陳述の中にその点の指摘がございました。こういった問題は、当面の動きをすつと見ながら、どうなっていくかわからぬ要素が多分にございませうから、吉村保険局長もおつしやるようにまた医療費がぐつと上がったいくのかもしれませうし、今度いろいろな対策をされたことによつて案外伸びがとまつてしまふかも知れませう。これはこれから先の動向を見なければわからぬことであつて、ところが一元化については頭から八割でございませう、こういうふうにおつしやるおるわけですね。私に言わせれば、この流れの上から見ていきますともしかしたら九割五分で統一ができるかも知れませうし、もしかしたら九割の線で一元化ができるかも知れませうに、頭は八割で抑えて国保の方は上がるといふ具体的な数字が全然挙がっていない、どうもその辺が何かちよつと説得力に欠けているような気がいたしますけれども、大臣、どうでしょう。

○渡部国務大臣 これは国保の七割を八割に引き上げる、そしてまた十割給付の被用者保険の皆さんに一割の御負担をいただく、そして将来給付条

件が国民すべからく一つになる方向に持っていきたいということ、今回の案が提案されていけば、もつともつと国民の皆さんにわかりやすく、また先生にももつともつと早く賛成していただい、もう既に法案は通つておつたと思ふのでありませう。しかし、現在の厳しい財政状態、経済状態の中で、私どもは将来給付条件を一つにしなければならぬという理想を持っておりますけれども、今残念ながら七割を八割に引き上げるための法案を出せるような現実にはないことも、先生御案内のとおりでございませう。

そこで、先生方の強いお求めに應じまして、私どもは、将来目標として六十年代後半のできるだけ早い時期に国保の七割を八割に上げるように努力したい、上げたいということ、我々の長期ビジョンに書いたものでありますが、先生から言へばこれもなまぬるいということでありませうが、政府側としては、こゝまで書くだけでも清水の舞台から飛びおりるような勇気が要つたこともお許しをいただきたいので、これは気持の上では先生のお考えも私の考えも同じだと思ひます。私も、どうせ厚生大臣にさせていただくなら十割を九割にする、と、きのうの厚生大臣になつた方が本当によかつたと思ふのでありますが、これはめぐり合わせといふものでございませう、私は今度十割を九割にするような法案を出させていただい、できるだけ早い時期に今度どなたかが七割を八割にするような法案を出せるように、それにはまずこの健保法案を通していただい、医療費の節減、適正化を図つて、そういう条件が一日も早くできるようにぜひお願いしたいと思ひます。

○沼川委員 何か大臣のお話を聞いていますと、もう余り長くやらぬからというやうな、そういう前提のもとにおつしやるていふけれども、大臣、ぜひひとつ長くやつてくださればいい。そして本当に最後まで見届けて、一番いいのは今やればこれは立派な功績です。そんな、すぐにでもおやめになるやうな寂しいことを言わぬでござい。一番適任者だと思つておりますから、そういう意味でもぜひやつていただきたいと思ひます。

今の件ですが、吉村局長にちよつとお尋ねしたいのですが、あくまでも八割にこだわるといふのは、前にちよつと御説明を受けたことがありますが、けれども、やはり一元化した場合に現時点では八〇・三という数字にこだわつていらつしやるのですか。その辺はどうですか。

○吉村政府委員 私ども八割というものを目標にした理由でございませうが、一つは、今先生御指摘のように現在の保険料水準というものを私どもは将来にわたつて上げたくない、こういうふうな考へております。そして、現在の保険料負担水準といふので試算をするならば大体八割くらいの給付は可能だ、こういうことで八割といふものを考えたのが一つでございませう。

それからまた、現在国保につきましては七割給付、こういうことでございませう。それを九割に上げていくといふのはなかなか難しい。やはり目標としては八割といふやうなものをひとつ目標にするのが実現可能性も高いのではないかと、こういうやうに考えたのが第二。

それから第三は、保険の給付率といふものは八割にいたしまして、これに公費負担医療を継ぎ足すとかあるいは高額療養費制度といふものをプラスするとかによつて、現在でも患者負担は大体一割くらいになつております。したがつて、保険の給付水準といふものは八割でも、他の公費負担医療等を組み合わせていけば国民の負担といふものは一割程度で済むといふ制度的な仕組みといふものは可能ではないか、こういうやうな観点から八割といふものを一つの目標として設定をしたわけにございませう。

○沼川委員 先ほどちよつと国民健康保険の話をしていただきましたが、一割引き上げるとすると大体財源が二千億ちよつとくらゐでございといふやうに聞いておりますけれども、その辺どうでしょう。

○吉村政府委員 私どもの試算であります、大

体六十一年度程度で考えていきますと、七割を八割にするために二千五百億から二千六百億くらいの給付費の増になります。したがつて、半分を国庫負担ということになれば千三百億程度、あと半分を保険料ということになれば千三百億といふやうなことでございませう。

○沼川委員 まだ時間もございませうので、今指摘しました点について、せつかく出された中長期ビジョンを少しも前進させるやうな、そういう点の御検討はひとつぜひお願いしたいと思ひます。さらに、この中長期ビジョンの中でも一つお尋ねしてみたいと思ふのです。大きな第二として「医師及び歯科医師の養成の見直し」、「将来の医療需要に即応した医師数及び歯科医師数の見直し」といふのがございませう。私がこれもちよつと片手落ちだと思ふのは、薬剤師が抜けています。これはどういふわけでしょう。

○正木政府委員 薬剤師数の見直しについては、長期ビジョンの第二に「将来の医療需要に即応した医師数及び歯科医師数の見直し」といふのが書いてございませうが、薬剤師についてはここでは触れておりませう。第二項の一番最後「その他の医療従事者の養成、資質の向上」といふ項にもちろん薬剤師も含めていられるわけにございませう。

○沼川委員 薬剤師が「その他」といふのは、こういう抽象的な言葉でしか表現できぬのですか。三師会とか言うくせに、薬剤師は「その他」ですか。

○渡部国務大臣 予算委員会等で、医師の過剰問題とか歯科医師の過剰問題とかが出ました。その際、医師と歯科医師の見直しといふものを過剰であるか過剰でないかをあわせて検討することになつたのでありますが、薬剤師の見直しといふのが入らなかつたのは、医師、歯科医師に対して薬剤師の方を軽視しているといふやうなことで毛頭ございませう。

先生御案内のように、医師の場合は六年かかります。薬剤師の場合は四年の大学でございませう。それから、一般的に医師、歯科医師といふやうな場合は他の職業につくといふやうなことがなかなか

かありませんので、これが過剰になった場合大変な問題になる。これに比べれば、薬剤師の方の方が比較的他の職業につかれるケースがあるとか、あるいは薬剤師の方が女子の方が多いとかいうことで、ここでも薬剤師の見直しというものは余り強い声として出ておらなかったために、医師、歯科医師の検討委員会というものを発足させたのでありますが、私がたびたび答弁しておるようであり、私はこの社会労働委員会での皆さんの御意見に可能な限り耳を傾けて努力することであり、またその点についても今後考えていきたいと思

○沼川委員 大臣は非常に答弁がうまいんですが、思いつきの答弁はいけません。しっかりと認識をした上で言ってもらいたいと思うのです。今の御答弁を聞いていても非常に苦しい。しかし答弁は非常にうまいです。しかし、責任を持って発言される以上は、現状がどうなのか、その現状認識だけはしっかりといただきたいと思

そこで、改めて事務局長にお尋ねしたいと思

○正木政府委員 ただいま大臣から御答弁があったとおりなんですが、薬剤師の届け出数というのには十二万強でござい

そこで、大臣もおっしゃいましたように、医師、歯科医師と違いまして非常に職域が広いとい

かったのはこれは事実だと思

○沼川委員 これは大臣もぜひひとつ聞いてお

○吉村政府委員 私ども今回の提案を申し上げ

○吉村政府委員 代理受領というものは、医療機

○沼川委員 次に進みたいと思

○沼川委員 要するにそういうことは考えてない

○沼川委員 大臣の御答弁がありましたので、

○沼川委員 私どもそれは全く同感です。一割負担

○吉村政府委員 代理受領というものは、医療機

○沼川委員 次に進みたいと思

○沼川委員 要するにそういうことは考えてない

○沼川委員 要するにそういうことは考えてない

○沼川委員 要するにそういうことは考えてない

○沼川委員 要するにそういうことは考えてない

○沼川委員 要するにそういうことは考えてない

○沼川委員 要するにそういうことは考えてない

○沼川委員 要するにそういうことは考えてない

○沼川委員 要するにそういうことは考えてない

年間にすれば四〇・一%引き下げが行われたわけ
でございすから、三月以降いろいろなところに
確かに薬価引き下げの影響というのあらわれて
おりますが、よく話を聞かになつておりますの
は、例えば、大阪の卸屋で去年の三月時点とこ
と比べてみると薬品の売り上げが確実にちよ
ど二割減つた、こういう話を聞きました。また、こ
れは最近医療機関での一つの話ですけれども、公
私立の病院で非常に収入が減少している、それも
何かという薬剤費の収入が約一五%減少してい
る、こういう話を聞きました。確かに薬価引き下
げのそれなりの効果、影響がいろいろなところに
出ているわけだ。

ただ、ここで私が問題にしたいのは、公私立病
院でこういうことを言っておるわけです。去年の
三月時点に比べて要するに収入が減少した、大体
ならば薬価差益というのが病院経営を支えてきた
原資なんだ、これがこんなに減収したのじゃもう
病院はやっていけない、少なくとも薬価差益とい
うのを二〇%ないし三〇%いば公然と認めても
らいたたい、そういう病院側の発言があります。私
もいつかこの委員会では指摘をしましたように、そ
んな二〇%も三〇%も薬価基準と実勢価格の中に
大きな差があるのだたら、これは健康保険制度
でございすから当然被保険者に返すべきものだ、
私はそう思いますし、これは一般国民から見
たて当然の主張じゃなかろうかと思ひます。と
ころが一方では、公然とそれが病院経営の原資だ、
それが減つて今収入が減つて困つておる、二〇%
ないし三〇%は認めろと言つておる。その辺の大
きな食い違いがあるわけですが、厚生省としても
この薬価差益という問題をどういうふうにとらえ
ていくのか、この辺がまだ何かどうも漠然として
おるように思えてなりませぬけれども、どうで
しょうか。

○吉村政府委員 私どもは、薬価差が非常に小
幅な場合は別といたしまして、二〇%も三〇%も薬
価差があるというのは正常な状態ではない、こ
ういうふうに思つておりますし、またその薬価差を

当てにしなければ病院経営ができない、こ
ういうようなことではやはり正常ではないとい
うように思ひます。したがつて、薬価差といふものは今後
縮小していくべきだ、こういうふうに思ひま
すし、また一方において、薬に依存しなくても経営
の成り立つような診療報酬、経営が安定するよ
うな診療報酬といふものを考へていかなければなら
ないのではないかと、ここのように考へておりま
す。

○沼川委員 保険局長の御説明、よくわかりま
す。確かにそういう考へでやつていたのだと思
ひますけれども、現に公然として病院側が薬価差益
によつて支えられてきたんだ、これが減つたので
困つておる、ここの言わざるを得ぬ事情もまた本
当に問題だと思ひますけれども、そういうことを公
然と言つていふことも非常におかしいと思ひま
す。二〇%も三〇%も薬価差益を認めろ、こんな
論法がまかり通るようじゃやと困ると私は思
ひます。

ですから、もうちょっと言葉をかえて言ひま
す、医療機関では公然と潜在技術料、いろいろ説
明を聞かすものと全くわからぬでもありませんけ
れども、医療機関の言ひ分を聞かすものと、在庫の管
理費あるいは出納の事務費、消耗破損料、流通
マージン、こういったことの間接経費としてそれ
くらいなければならぬ。向こうサイドでおしや
る意味はわからぬでもないですけれども、私が言
ひたいのは、薬価基準を下げる理由はいろいろな
ところにあるけれども、一つは、何と云つたつて、
今当面する健康保険論議の中で一番大事な問題は
医療費の適正化、むだをいかにして省くかとい
うことで一生懸命薬価基準を下げていって、そ
ういふ問題がまかり通るような状況の中ではや
りこれはちよつとおかしいのじゃないかと思ひま
す。

〔委員長退席、愛知委員長代理着席〕
そういう点で私は非常に疑問を持つわけですが、
特にさういつたことに關してちよつとお尋ねした
と思ひます。

今保険局長もちよつとおつちやつたように、こ
らで大事なことは、これは中長期ビジョンにも
うたつてございすけれども、医療機関が薬価に
依存しなくて成り立つような診療報酬、技術料の
あり方、この問題についてはどうしてもひとつ本
気で取り組んでいただかなければならぬと私は思
ひます。でなければ、薬価基準をどんなに下
げていっていったってイタチごっこで、いつまでい
つたつてこの問題の解消はできないと思ひます。そ
ういふ論法でこの問題をとらえるよりか、やはり
技術と物を分離する、そのためには技術料をどう
評価するか、これは非常に難しい問題です。

私はここの話を聞いていますのですけれども、
どうでしょうか。日本の技術料というのは世界最
低である、しかし収入は最高である、ここの言
葉がありまが、保険局長、どう受けとめてい
らっしゃいますか。

○吉村政府委員 現象的に言ひますならばさうい
うことではないかと思ひます。主要国の医師

OECDの資料でございす、主要国の医師
の年間所得といふものを比較したと見ますと、
これは一九八一年でございすが、日本が二千百
九十八万円、それからアメリカが千四百四十二万
円、イギリスが六百九十九万円、西ドイツが千二
百八十三万円、フランスが七百六十七万円とござ
います。したがつて、主要国の医師の年間所得
といふものを比較してみますと、日本の医師の年間所得
といふものはかなり高い水準にある、ここの言
ひに思ひます。

それから一方、技術料という形で例えば盲腸の
手術といふようなものを比べてみますと、日本は
三万七千五百円とございすが、オーストラリア
五万二千円ぐらい、それからベルギーは四万九千
五百円、フランスは日本より少し低いようござ
います。二万八千円といふようなことで、個々の
技術料、技術点数といふものを比較してみますと、
日本の技術料の評価といふのは低いといふことが
言えるのではないかと思ひます。
したがつて、先生が今御指摘のように、個々の

技術料といふものは低いけれども、総体としての
医師の収入、所得といふものは高いのではないか、
国際的に言つてさうなのではないかといふ御指
摘は、私は大体正しいのではないかといふように
感じております。

○沼川委員 ですから、今後どういふ形で見直
すかといふことになりまが、技術料といふのは点
数で見るといふ感じが持つわけですが、こ
の点数についての全面的な見直しといふのをそ
の辺からやるべきじゃないかと思ひますが、その
点はどうでしょうか。

○吉村政府委員 おつしやるとおりでございま
す、私ども、現在、中長期ビジョンという方向で診療報
酬の合理化を図る、そして、その際技術料の重視
をしていく方向で検討をしております。

○沼川委員 そこで、これは中長期ビジョンの中
にもございすけれども、やはりこれからの方
向として、長年言われてきております医療分業とい
う問題について、今の技術料の評価とあわせても
う少し本気で検討していく段階が来ているのじや
ないかと思ひます。特に中長期ビジョンでいき
ますと医療分業について触れてございす。とこ
ろがこれを見ますと、「医療分業の基盤づくりの
促進」という大きい漢字とした表題しかございま
せんが、その内容を見ますと、この十年来同じよ
うなことが言われてきているのじやないか。推進
します、推進します、何か十年前と現在と少しも
変わらぬような感じがします。だから、せつかく
中長期ビジョンでこの「推進」をうたわれるので
したら、もう少し具体的な構想が出てきたつてい
いような感じがしますけれども、いかがでしょうか。

○正木政府委員 今後の医療政策の基本的方向に
ついての中で、特に項立てをしまして、「医療分業
の基盤づくりの促進」といふのがうたわれてお
るわけにございすが、先生おつしやいますように、
これがかなり抽象的ではないかといふような御指
摘であらうと思ひます。しかし、過去十年を振り
返つてみますと、四十九年を一つの転機といたし
まして、当時と比較しますと、処方せん枚数は、発

行枚数が約十二倍近くということになっております。しかし、それは基礎数字が非常に低いものですから、十二倍と申ししましても、全国的に見ましてもまだ非常にアンバランスがありますし、全体として見ましてもかなり行き渡っていないということ率直に認めなければならないと思います。

そこで、この医薬分業を推進するに当たって一体どういうことを考えるかということでございます。大きく分けて三つのことがあると思います。

一つは、この長い歴史の中でやはり関係者の理解と協力を図っていくことでございませう。これは先生御案内のように、医薬分業推進懇談会が昨年設置をされまして、いろいろ議論はございましたが、三師会の代表と学識経験者がひざ交を交えまして、今後の問題について議論していこうという基盤ができました。これを基礎にいたしまして、地方におきます関係者の理解と協力を得られる協議というものも逐次進んできておるわけでございます。

それから第二点は、やはり国民に対するPRだ
 と思います。薬剤師さんというのは薬の専門家であ
 るということをも国民の方々にもよく知っていた
 だく、そして医薬分業の趣旨を理解していただく
 ということをこれから進めていかなければなら
 ない。

それから第三番目は、医薬分業の受け入れ態勢という面で、これは先生御案内のように、調剤センターであるとか検査センターというものがかなり伸展をきてきております。

この三つを基本的に進めていかなければならない。同時に、薬剤師の方々の資質面での向上といえますが、医薬分業というものの基盤には、やはり国民医療の質の向上ということで、お医者さんと薬剤師の専門性をそれぞれ生かすということでございますので、先ほども申し上げましたが、臨床面における知識の向上とか、そういったような薬剤師さん自身の質の向上もあわせて図っていかなければならないということで、私ども全力を傾けていきたいと思っております。

○沼川委員　その前に、ぜひはっきりしたけじめといえますか、すきつとした一つの方向を示していただきたいと思ひますが、いわゆる第二薬局というところがいろいろ問題になりました。これが何かすっきりした形で処理されておりません。医療法人等で薬局をということが言われておるようですが、それがあからまた第二薬局が出てくる。少なくとも第二薬局の問題については、医薬分業の基礎固めをされるのだったら、これについてももう少しと厚生省としてきちつとした処置といひますかをやつていただきたいと思ひますが、いかがでしょう。

○正木政府委員 確かに、第二薬局の問題は、健全と申しますか適切な形で、の医薬分業を進めていく上で、私も非常に問題を持っておりまうといふことで、この第二薬局につきましては、五十七年の五月に、薬務局長、保険局長の連名で、都道府県知事あてに通達をいたしまして、いわゆる第二薬局と見られるものについては強力な行政指導をする、それから、保険薬局の指定につきましてもこれを行わないというような形で、健全な医薬分業の推進の障になることを防ぐということに、私も鋭意留意をしておるつもりでございます。

○沼川委員　それから、さらに指摘しておきたいのですが、冒頭に挙げられた関係者同士の話し合い、確かに各県において医師会、薬剤師会等、また県の薬務課等を含めまして行われております。しかし実際には、現在実質的にはほとんど開かれていないというのが現状です。形だけつくればいいというもののじゃないですよ。格好だけつくればそれで医薬分業の基盤づくりと思つたら、認識がちよつと違ふのじゃないかと思うのですね。そういうのをせつかくつくつたら、これが開かれて実質的に話し合いができるように、それを厚生省がゼヒリードして、横からそういう土台をしっかりと築いていく面でもひとつ御努力いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○正木政府委員　確かに先生の御指摘のように、懇談会をつくった、それで事足れりというもので

はないわけでございます。改めて申し上げるまでもなく、この懇談会をつくりましたのは、今までの長い歴史、経緯がございますが、関係者の理解と協力を得ていくために、一体どういうところに向かっているのかを率直に意見交換をして、その方向性についていくことでございます。

そこで、この中央の懇談会が開かれたわけでございますが、まだ回数は重ねておりませんが、現在やっておりますことは、実際に分業を行つておる調剤薬局の実態調査といひますか、アンケート調査を行つております。一体どういう経緯を踏んだのか、そしてどういう受け入れ態勢なのか、どういった点に問題があるのかということを今調査結果を集めております。その結果に基づきまして、一体どういう点に問題があるのか、どういう点に知恵を絞れば少しでも前進が図られるのかということをもたまた懇談会でもお諮りをし、学識者の方々の御意見も聞きながら推進をしていきたい。先生がおっしゃいますように、懇談会というものの実が上がるようにということに、私も行政としても最大限の努力をしたいというふうに思つております。

○沼川委員　時間がありませんので余りこれ以上触れませんが、今指摘しましたような、そういう面ではぜひひとつもつと御努力をいただきたいと思ひます。残念ながら今まだ分業率が一〇〇前後です。確かに相手があることですから、やはり医師会との話し合ひは当然なことだと思いますし、そういう中で、ただ、あえてこの問題を出しましたのは、やはり医療費適正化という中で、特に薬価の問題をどう解決していくかという方途はやはりこれしかないと思ひます。幾ら薬価基準をいじつたつてこれは極めて問題が多いと思ひます。ですから、ぜひそういう方向を、せっかく中長期ビジョンにうたわれたわけですから、今まで以上、その推進方を大臣にもひとつお願いしておきたいと思ひます。

それから次に、高額療養費の問題についていろいろと委員会で指摘があつたのですが、ちよつと

大事な問題ですので、この問題でお尋ねしてみましたと思います。

今、割負担になる、大変だ大変だという話ばかりあつています。ところが問題は、一割負担になるとどうなるか、例えば心筋梗塞で十日入院しますと、現行五千八百円が九倍の四万八千八百七十二円、こういう一つの計算が出て、一割負担になるといかに医療費が上がるか、これも確かに問題でございしますが、私が言いたいのは、高額療養費というのが五万一千円という限度額がございします。ですから、問題はそちらの方の問題ですけれども、この五万一千円という高額療養費のこの基準がこれでいいのかどうかという論議が余りなかつたような気がいたします。歯どめとして、特に保険の目的が低額所得者の方であっても、だれであっても、また重い病氣になったときでも安心して医者にかかると、このための健康保険ですから、この歯どめとなるようなこの問題については、もっと論議があつたてよかつたのじやないかと実は思つておりますが、その中でも特に私が不満に思いますのが、低所得者に対する配慮がございませぬ。入院が三万、外来で三万九千円、ところがこれは五十六年から五十八年の一月までは低所得者については一万五千円であつたわけですね。この一万五千円が低所得者については倍になつてゐるわけです。もちろん国民健康保険はずつと三万九千円です。これもひがんだ見方かもしれないませんが、何で高い国保にこの一番大事な問題を、一万五千円であつたのを三万九千円に合わせなければならぬのか。この辺にもうちょっと配慮があつたていいいような気がします。この点大臣、いかがでしょうか。

○吉村政府委員　確かに御指摘のように、高額療養費の自己負担の限度額は制度ごとにアンバランスがある、これはやはり統一をすべきだ、こういうように私は思います。

したがつて、今回御提案申し上げてゐるような高額療養費の限度で全制度を統一しようということで、提案をしておるわけでございします。

日雇健康保険も現在三万九千円、それから国民健康保険においても三万九千円でございます。この辺は所得が低い階層だと一般的に言われておるところでございしますが、この辺に合わせたところについて非常に問題があるということではないというように私どもは判断をいたしまして、三万九千円にしたわけでありまして、なお、三万九千円は外来で、入院の場合には費用も要することだろうということも考慮いたしまして三万円にしております。そして三万円という金額は、高額療養費制度ができた当初の四十八年に三万円の負担をしたというところでございまして、その後の所得あるいは物価の上昇の推移というものを勘案すれば決して不当なものではない、こういうことで今回の御提案を申し上げておる次第でございします。

○沼川委員　ですから、改めて申し上げますけれども、低所得者あるいは重症で長く入院する人、そういう面から考えて一つの歯とめとなる線ですから、負担で幾ら幾らになるということも大事でなければならず、健康保険の本質から考えてきちっとした議論をした上でこの線が出なければならぬのが、今回の修正がまたでいろいろと耳に聞こえてまいりました、高額療養費については五万四千円で提案されたのを五万一千円とどめるといふような話が出ますけれども、低所得者の方の三万あるいは三万九千円について現行の一萬五千元に据え置く、この話は全然聞えてこないわけでは、大臣、これは非常に大事な問題だと思ひますが、いかがでしょうか。

○渡部国務大臣　御指摘のとおり、高額療養費の問題は極めて重要な問題で、特に今度一割負担の改正案をお願いすればサラリーマンの皆さんの問題になってきますから、幾たびも申し上げているように、この一割負担の改革案をお願いすることによって、サラリーマン家庭が重い病気に罹って生活が破壊するといふようなことがあつてはならないといふのが私の基本的な考えでございします。その歯とめになるのがこの高額療養費でございします。これは、この法案を成立させていただいて

てこの法律が実施されるとき、政令として私にゆだねられていて問題でありますから、先生の今の趣旨を十分に配慮してまいりたいと思ひます。

○沼川委員　これも既に議論があつたところですが、レセプトと今度家族単位、あるいは月によって本人がなくて今度は家族単位、あるいは月によってたがるといふ問題がございします。そういうものもあわせてぜひひとつ御検討いただきたいと思ひます。

もう一つ、保険外負担への対応が何かちよつと弱いような気がいたします。というのは、例えば差額ベッドの問題です。今度は高度先端医療に一部保険を適用したということで、これはある意味からいふと公然と保険負担と保険外負担を法律で認めたようなものから、差額ベッドが公然と広がっていくんじゃないかという心配がございします。この問題については、大臣に本会議でも御質問いたしました。ただ残念ながら、非常に抽象的な御答弁で終わつております。この委員会でもこの質問はあつたと思ひますが、余り明快なお答えを聞いておりません。厚生省の調査ですと、五十七年七月一日で全国に十五万一千床、こういうふう聞いております。その差額は一日当たり五百円から四千円が大勢だといふことも聞いておりますが、長期入院となりまして数十万といふお金がかかる。これがいよいよ正式に認知されたとなると、私が心配いたしますのは、各種の診療機関がこぞつていよいよ増収につながる差額ベッドの方に走る、そういう傾向が出てきはないか。それに對してもうちよつときちつとした法律で、何らかの形でしっかり歯とめをしておかないと、こういう保険外負担の問題で、お金がなければいいベッドに入れない、むしろ普通のベッドをどんどんふやしてもいいという要望があるのに、こういう形が野放しにされていまして、変な言い方ですが、もうかる方についていそろばんが動いてしまふ。そういう面での歯とめといひますか、それがまだ今回はきりきりした御答弁をいただいております。

せんが、いかがでしょうか。

○吉村政府委員　差額ベッドの問題につきましても、従来から国会でもあるいは審議会でも指摘をされておるところでございまして、私どもも鋭意努力をしておる、三人室以上の差額病床の数は年々減つてまいつております。五十八年七月では一万一千九百五十ぐらゐになつておりました、全体に對する割合といふのも一・一％ぐらゐの水準になつております。

ただ、私も今までは行政指導でもつてそういうことをやってきたのですが、差額徴収の問題にしましても、歯科の差額徴収の問題にしましても乱に流れるおそれがある、それを行政指導でやるのは限界があるのではないかとこの観点から、今回法律に規定をいたしまして、法律上の規制を加えることによって適正な実施を図つていこう。私ども、差額徴収ベッドの方へどんどん流れていくようなことをしようと思つてこの制度をつくつたわけじやございせん。むしろ逆に抑制をしていく、そして、そのメルクマールをはつきりしていこう、こういう観点から今回の御提案を申し上げておるわけでございます。

力を入れていきたいと思います。ただ老人保健につきましては、四十歳以上からちゃんとした健康のチェックといひますか、それができるようになつております。ところが一般についてどうするかとなりまして、方途はいろいろ考えていられつゝやると思ひますが、厚生省の方でいけば予防医療、健康管理の面で点数になるような方向を考えていられつゝやると聞いておりますけれども、何か具体的な試案がございしますか。

○吉村政府委員　予防を重視し、予防を推進していくといふことはいろいろな角度からやらなければならぬ問題でございしますが、今先生御指摘のように、診療報酬面で何か予防についての配慮をすることによって予防を進めていくことができるのではないかと、それを推進することができるとは、ないか、こういう御指摘であらうと思ひます。私どもは、今後、疾病予防の観点から、指導とか生活管理とかプライマリケアに關する診療行為、そういうものについて具体的に技術料を評価していくことによつて、予防を含めてそういう医師の指導といふようなものが盛んになり、その結果、国民の皆さんが予防に重点を置かれていくような生活をされるというように、物事を考えております。診療報酬の面においては、プライマリケアの推進とか生活指導、生活管理の点数について重点を置いて技術料の評価をいたしたい、こう考えております。

○沼川委員　今要因を三つ挙げましたけれども、あえてもう一つつけ加えさせていただきますならば、さつきから指摘しました医療費の適正化、特に検査づけ、薬づけといふ医療費のむだを省くということですね。特に今回はいろいろな指導監視体制、あるいはレセプトの監査の強化、薬価基準の引き下げ等いろいろとつたつていられつゝやります。これは何回も大臣に申し上げたのでもう言ひませんけれども、監査体制について、指導しかできない、監査ができないといふ体制ではやはりこの問題を進めることはできないと思ひます。ですから、ほかのことでよく医師会にいろいろ話に行か

れますが、こういう問題では余り行つていらつしやうな気がして、厚生省、弱いのかなと思つてちよつと心配するわけですが、やはり言うべきことは言つていただきたいと思ひます。やはり出来高は高い残す、そのかわりその欠陥についてはびしとした対処をする。ですから、私は冒頭に申し上げましたように、何か一まつつきりせぬというの、そういう問題に對するけじめがでないという、この辺が何か国民側から見ても、すつきりしないのじゃないかと思ひます。

最後にまた結論的に申し上げますけれども、私は、今回のこの健康保険法案は、どうしても、幾ら否定されても、財政対策という中の改革という面と、中長期ビジョンというのとはもつとつかりしたものに乘つてやつてもらいたいという面で不満であること、前提条件である医療費の適正化対策にどうもいま一つ歯切れが悪い。そういうことを並べていきますと、大臣と意見が違ひますが、この一割負担にちよつと賛成するわけにはいきません。まだ時間が十分ございますので、ぜひひとつ御検討いただいて、終わりたいと思ひます。

○愛知委員長代理 小淵正義君

○小淵(正)委員 大臣は、きようは午前中から、それぞれ質問者から大変な激励を受けて、ひとつ決断を持つて対処せよということが言われているわけでありまして、問題を絞りました、具体的なものについて御質問申し上げます。

まず冒頭、医療制度の一元化ということでは、厚生省としては六十年代の後半の早い時期、これをめどにして何とか具体化していきたいというふうなお話をされておられるわけでありまして、二、三日来修正その他新聞等いろいろな問題が出ておりますが、いみじくも六十五年度という数字も出ておられるわけでありまして、この六十年代後半の早い年度ということは、大体六十五年度あたりが一つのめどだというふうな理解していいのかわりか。それとあわせて、そこらあたりを一つのめどにしたその根拠は一体どういふものが背景にあるのか、その点についての具体的なものをひとつお

聞かせたいだいたいと思ひます。

○渡部国務大臣 幾たびかこの委員会で私も申し上げておるのでありますが、今回被用者保険の本人の皆さんに一割負担をお願いするということ、は、将来の社会保障のあるべき方向として、やはり国民はすべて給付水準が等しくなっていくのが望ましい、しかし残念ながら、今厳しい財政状態にもございまして、今回は、給付率の一番恵まれた条件にある一割給付の被用者保険の皆さん方に、一割負担をお願いする、したがって、できるだけ早い時期に国保の七割給付を八割に上げたい、また上げなければならぬという考えを私も持つておるのでありますが、現在の厳しい財政状態の中でこれはなかなか容易なことではございません。そこで、今回一割負担の法案を成立させていただきまして、医療費の適正化、節減に私ども一生懸命努力をいたしまして、何とか財政に余裕をつくつて、できるだけ早い時期にこれを実現したい、こういうことから六十年代後半の早い時期ということをお願いいたします。

○小淵(正)委員 六十五年度という年度は、いみじくも財政再建の、赤字国債脱却の最終めどが大体そこにかかっているわけですね。したがって、そういう点から六十五年度あたりを一つのめどにしているのではないかとこのうふうには考えるわけでありまして、先ほどの大臣の御説明によりましたならば、財政事情さえ許されるならば、でき得る限り期待にこたえて早急にこういう問題に着手したいということでありまして、そういう立場から考えますならば、一つのまた違った年度という目標を持たれてもいいのではないかと。

(愛知委員長代理退席、委員長着席)
もちろん、今回の保険制度改正がどのような推移

で、どういう状況の中で保険財政が変わっていくか、これはまだ推測の域を出ませんけれども、そういう意味で、財政再建とのかかわりなしに保険財政においてそういう見通しが早目に立てられるならば、早目にでもそういう方向に努力、着手していく、こういうことについてはどのように理解をされておりますか、その点をお伺いいたします。

○渡部国務大臣 先生御案内のように、現在でも、厳しい財政の中、医療費に對して国の一般会計から三兆九千億の金が出ておられるわけでございます。したがって、先生が御判断なさいましたように、財政再建が実現された時期というのは一つの大きなめどになると思ひますが、私どもは、この一割負担によつて医療費の節減、適正化というものがどこまで進むかということ、これは残念ながら、ある程度は予測をしても確実な将来の計算はできないわけでございますから、今申し上げられることは、できるだけ早くということでお許しをいただきたいと思います。

○小淵(正)委員 将来の見通し等についてはなかなか難しい事情もございまして、その点についてとやかく言ひませんけれども、ただ、現在赤字国債からの脱却のめどとして六十五年度というものが一つ挙がつておられますので、それが例えば六十六年、六十七年とおくれた場合に、結果的に今回の保険法改正その他がこれからどういふふうに移すかかわりませんけれども、何とかいけそうだとした場合、そういう財政再建のめどとは切り離してでも着手する考えがあるかどうか、この点を再度しかとお聞きしているわけでありまして。

その点、先ほどから大臣は、これからは、長くやれというふうな激励もいただいておりますのでありますから、こういった問題は国の財政事情とは切り離すことができないと言へばそれまででありまして、少なくともこういう大きな制度改革をやるような状況の中では、そこらあたりに對する国民の大きな期待に對しての厚生省当局として

の決意のほどをお聞かせいただければと、かように思ひますが、その点いかがでしょうか。

○渡部国務大臣 財政問題と全く切り離すということは、先ほど申し上げましたように、医療保険の方に一般会計からの金が全然出ておらないと、医療保険の中で金の融通がきけばすくやれるということでございますが、現在三兆九千億の一般会計からの金が出ておられるわけでありまして、財政再建と無関係にこうと、ここで申し上げることは困難だと思ひます。

しかし、私どもは、今回の一割負担を実現させることによつて、医療費の適正化が私どもの願いどおりに進んでいけば保険財政にある程度の余裕ができてくる、そのときはまず最優先に、七割を八割に引き上げることを何よりも優先的にやらなければならぬと考えております。

○小淵(正)委員 次に給付水準の一元化、統一化、将来目標もそこにかかっているわけでありまして、そういう形で制度的に給付水準の一元化をするような方向になりました場合、現在新たに退職者医療制度なるものをいよいよ創設されるように提案されているわけですが、それとの兼ね合いではどのような考えがあるのか。これも先のことだから全然考えておりませんということだけではちよつと済まされないのじゃないかという気もするわけでありまして、その点についてはいかがでしょう。

○吉村政府委員 一元化というのは、給付と負担の公平を図る、全国民を通じてそういうことをやつていくのを一元化だと私も考えておられるわけでございますが、その一元化の晩におきまして退職者医療制度がその機能をなくする、こういうことにはならない、したがって退職者医療制度は今後もずっと続けていくべき制度だ、こういうふうに思つております。

○小淵(正)委員 制度はそのままそれぞれ分立させながら給付水準についてのみ一元化していく、こういう考え方であるということですね。その点間違ひございませんね。

○吉村政府委員 そのとおりでございます。

○小淵(正)委員 これまた、制度間を一元化していくということ自体に論議がいろいろありまして、うけれども、そういうふうな給付水準を統一的にしていく、一元化していく中でそれぞれいろいろな制度として分立させておくことが果たしているのかどうか。この問題は、これはさっきの話になりますけれども、少なくとも厚生省がこれからの保険医療制度をどのように考えていくかという一つの手がかりとして、そこらあたりに対するお考えをお聞きしておきたいと思うわけです。そういう意味でお尋ねしておるわけですが、先ほど申しますように、一つの制度に一元化していくということでは、制度がそれぞれ分立していること自体もやはり考えるべきではないか、こういうような考えを持つわけでありまして、その点に對してもう少し具体的なものをお聞かせいただければと思います。

○吉村政府委員 現在の分立しております医療保険制度が、分立しておるがゆえに給付、負担の公平を保つのがなかなか難しい、一元化できないという点があることは事実であります。だから、統合すれば一挙に給付、負担の公平を図る、こういうことになるわけでありまして、現在の制度といたってはやはりそれぞれ歴史と沿革と実績を持つておるわけでございます。分立を次第に解消していく方法をとるべきか、あるいは現在の分立をしたままの制度で給付と負担の公平を図っていく方向をとるべきか、これはなかなか難しい問題でございます。それはしばらく時間がかかるのではないかと、こういうふうに私も考えておるわけでございます。少なくとも給付と負担の公平を図ることによって、そういうものも含めまして一元化の前提条件というものを整えていくのが先決ではないか、こういうふうに考えておるわけでございます。

○小淵(正)委員 それではもう少し踏み込んで質問いたしますが、その場合、当然それぞれの制度

間における財政調整、こういった問題にまで踏み込んでいくというお考えなのかどうか。

それから、先ほどのお話では、給付水準が統一されたというお話しでも退職者医療制度はそのまま残すというお話しのようにありますので、その場合は国庫負担ということを導入することも当然考えるべきであると思うわけですが、その点に對しては現在の段階ではまだ白紙なのかどうかわかりませんけれども、そこらあたりに対するもう少し踏み込んだ御見解をひとつお示しいただきたいと思ひます。

○吉村政府委員 私ども、具体的な案ができればお示しをするのにもちろんやぶさかではございません。ただ、今先生御指摘のような、財政調整を全医療保険についてするという自体も非常に難しい問題を抱えておるわけでありまして、やはりもう少し推移を見て、財政調整の方に踏み切るのがよいのかあるいは国庫負担で処理するのがよいのか、その辺は現在まだ決めておりません。

しかし、全医療保険の給付と公平を保つていくためには財政調整の道というものを少しずつ歩んでいかなければいけない、こういう気持ちを持つております。既に老人保健法も一種の財政調整だと思ひますし、今回の退職者医療制度も一種の財政調整ではないか。したがって、筋が通るようなところについて財政調整を進めていくという方向はあるいは強まってくるのではないかと。そういうことを通じて一元化の措置というものを図るの、一つの方法として十分考えられますし、また、そういう方法で進むのも一つの方向であらうと私も思っております。

○小淵(正)委員 財政調整の問題については非常に難しい問題をはらんでおりますが、しかし、それについて調整していくということについてあえて否定するものではありません。しかしながら、当然そういうことも考えながらするならば、国庫負担もまた当然のこと考えながらそういう面できつとつやつかないことには、ただ財政調整だけで、国庫負担は一切現在のよう提案の中身のよ

うなことで国としては逃げてしまおうということでは、私は好ましくないのではないかと思います。で、ぜひそこあたりは十分この国庫負担ということも含めて、将来の問題ではございますけれども、ぜひそういうことを強く意見として申し上げておきたいと思ひます。

次に移りたとしても、今回の被用者本人に対する一割負担、六十一年度から二割負担ということとありますが、最近のいろいろな動向を見ますならば、二割負担という方向は何かしらやや遠のいたんじゃないかという感じがする。最近のマスコミその他からいろいろ修正の動きその他がうかがわれるわけでありまして、まず私は、もうここまで論議が煮詰まった以上、思い切って大胆に、本則における二割負担というところだけは、一割負担を解決する一つのポイントではないか、こういう気もするわけでありまして、そこらあたりはいかがでしよう。もう大臣、そこらあたりで本則の中の二割負担ということだけは撤回する、まずそこらあたりをこの問題解決の一つのポイントにすべきではないか、これは私見でありますけれども、もう一つ、その点、いかがでしようか。

○渡部国務大臣 私は今度の改革案の提案者でございます。今御審議をお願いしております政府原案が最善、最高のものと考へております。ただ、これは議会政治、政党政治が我が国の民主主義でありますから、各党の皆さん方が話し合ってお決めになったことには従うしかないと思っております。

○小淵(正)委員 実質的には二割負担という方向はもう撤回されつつあるのかごとき状況にあるようでありまして、やはりきちんとけじめをつけてやるべきじゃないかということでも申し上げたので、それから次に、余りこの問題で時間をとることとは避けたいが、今回被用者保険本人一割負担というの、我が国の健康保険制度の根本を大きく揺さぶる改革であることはまず間違いございません。

ん。今まで働いている人たちが当事者にとっては、元氣なときに保険をずっと掛けておいて、病氣になつたときだけはちゃんと保険で面倒を見てもらえるという安心感の上に立って、今日までのいろいろな社会ができた基礎になっているわけでありまして。しかも、現在のこの被用者保険の中で、家族を含めると、組合健保関係、政管健保関係含めるとざっと約五千万人ですか、ちよつとおおらかな数字を申し上げますが、そういう関係にあるわけでは、自分たちの納めた保険料の拠出金と使用者側が出す保険拠出金と、そこらあたりを中心にして運営をされているわけでありまして。もちろん事務的経費で国が若干の面倒を見ておられることは否定いたしませんけれども、主体はすべてみずから当事者によって運営されているわけですね。もちろん一部のところが産業には政府の世話になっているところが若干ありますけれども、大体大勢としては組合健保の人たちはすべてお互いの自主的な運営の中でやられているわけですね。そういう中であえて政府が、あなたたちは今回一割負担しろというふうな形で出ているのが今度の法案である。そういう面から見ると今回の制度はそういう形になるわけですね。十二割給付にしようが十一割給付にしようが九割給付にしようが、財政上の問題でいろいろできるわけでありまして、そういう形の中で現在、一部は赤字もありますが、十分やれている中において、あえて本人負担、十割給付の分を一割本人負担にしろという形の中身が今回の提案の中身であります。そういう形の中身が、制度全般にわたつての一つの痛みを分かち合ふという意味で、もし本人の一割負担もやむを得ないとしたらいたしませんならば、当然そういう人たちがあつたならば、そういう痛みを分かちあつたために、ではどこかの部分で現行よりもよくならないか、こういう対象になる人たちが、引き上げられる人たちがあつてしかるべきだと思うわけですね。そういう点で見ますならば、退職者医療制度がそうだとはいえないこともありません。

が、私は少なくとも、制度の根本的な改革になるような本人の割負担を制度改正として出すならば、家族の外来、入院、そういった問題にでも若干手をつけて少しでも引き上げていく、そういう一つの何らかの見返りのものが、痛みを分かち合うなら分かち合うなりに、それに見合うべき代償的なものが何らか考えられてよかったのではないかと。私はこのようになると初めて皆さん方もある程度理解を得ていただくものと思わなければならないが、こういった問題についてはなぜ考えなかったのかどうか。そこあたりはいかがですか。

○渡部国務大臣 先生御指摘のように、被用者保険の中で一番問題になっておりましたのは、現役で病氣にかからない時期は十割の給付であり、ところが会社や役所をやめてしましまして、しかも年齢が老齢化してきて病院通いが足しげくなるような時期に国保の方に入ってしまった、そのOBの方そのものも十割給付から七割給付に下がるし、しかも、そうでなくても社会構造の変化によつて非常に財政が苦しくなつておる国保財政を、それで一層苦しめておる結果になつておる。これが大きな矛盾の一つでございましたので、今回の改正によりまして、被用者保険の現役の皆さん方には一割負担を願いますが、そのことによって、いずれはその現役の方も先輩になるわけですから、その先輩の皆さん方を支えていただく、あるいはまた今の保険の中で、これは組合の責任というよりは、今日の経済が第一次産業から第二次産業、第三次産業に変化しまして、若い働き手が全部被用者保険の方に行つて、老人が残つて財政的に苦しくなつておる国保の会計もこれで楽にしたいと、そういういろいろな願いを込めて今回の改革案が出ておるわけですが、先生御指摘の家族の給付率をこの際上げるといふようなことになればお褒めをいただいておりますが、もしやが、今回そこまではまいりませんでしたが、私のつたない知識で聞くと、これによれば、最初はこの保険制度も家族はほとんど給付がなかったのが、先生方の御努力によつて今日までの給付

率に向上してきたものでございますから、今回は御辛抱を賜りたいということでございます。

○小淵(正)委員 退職者医療制度のそういう部分というのか、そういう意味合いを持つてゐる点はいくつかも十分理解しております。ただこの問題は、素直にいただけないのは、国がすべてそれで逃げてしまつてゐるところに、責任を放棄してゐる。ここに問題があるわけでありまして、そういう点では退職者医療制度については理解をするわけでありまして、先輩の分を自分たちが一割カットということでも痛みを分かち合うという意味で、少し自分の方へ痛みを分けてでもやろうということについて、それならそれなりになお少し広げて、何も家族の入院、外来すべてと言わないけれども、せめて外来だけでもいいから、何らかそういう配慮があつてしかるべきでなかつたのか。そうすることによつて、この問題である程度皆さんの大方の理解を得る努力はしやすくなる、かような感じから非常に残念に思つてゐるわけでありまして、こういう点でどこまで踏み込むのには何か障害があるのかどうか、そこあたりはどうですか、保険局長。問題はそこまで踏み込むかどうかの決断だけじゃなかつたのかという感じがするわけでありまして、その点どうですか。

○吉村政府委員 私ども、先ほどから申し上げておりますように、全国民の給付率を統一化し、一元化していただくという目標を持つておることは事実でございます。問題はその実施時期でございます。私ども、家族についてはなぜやらなかつたのかということにつきましては、別に積極的な理由があるわけではございません。問題は財政的に自信が持てるかどうかということでございます。そしてまた、その時期は国保と切り離して物事を考える方がいいのか、家族の給付率の引き上げと国保の給付率の引き上げの時期は同じぐらいの時期の方がよろしいんではないか、こういういろいろなことを考えまして、家族の給付率の引き上げは現在以後年度に延ばしてある、こういうことでございます。

○小淵(正)委員 いろいろなバランスをとるといふことも政治の必定でしょうけれども、少なくともこれだけ制度に大きく踏み込んでいくような改革ですから、そこに家族に対する若干の配慮をすることに、それによつて財政事情で若干の国庫負担が退職者医療制度の中に出てくるかどうか知りませんけれども、せめてそれぐらいの配慮をすることが、またある別な角度からの政治じやないかと私は思ふわけです。そういう意味で非常に残念でなりません。したがつて、この点についてはこれからまたぜひ十分御再考していただけないか、かように思つてゐる次第であります。

次に高額療養費の問題で、午前中にも質問の中で、暦月単位じやなしに受診の日数単位でできないかという質問がありまして、できないことはいけりけれども、事務的な煩雑さが非常に出てくるということであつた。御答弁が、あつておりましたが、高額療養費制度について今引き上げるについては、またそのまゝ据え置くというふうな話もあつておりますが、高額療養費制度の運用の中では、私は本会議でも質問いたしましたけれども、これはやはり世帯単位で物事を考えていただきたい。それから日数単位で物を考えていくということ、この高額療養費制度についてはこういう改正を機会にぜひひとつ思ひ切つて考えていただきたい、かように思ふわけでありまして、この点について再度世帯単位、日数単位という点についての御見解をお聞きしたいと思います。

○渡部国務大臣 高額療養費の問題で大変先生から御心配をちょうだいしております。これはこの委員会でも私は何回か申し上げておりますように、今回被用者保険本人の皆さん方に一割負担をお願いしても、そのことによつてサラリーマンの方に病人が突出したり、あるいは大変重い病氣にかかつたりすることによつて家計が破壊されるようなことのないようにということ、これは私の願いでもございますし、先生方から随分と御意見を賜つておるところでございます。

で、私の出してゐる法案が成立することになればこれは大変心配な問題になつてまいりますので、その際、各党の皆さんからこうせよ、あせよという御意見を賜りますれば、これは私がやる事項でもございまして、先生方の御意見には謙虚にこれを実施するように耳を傾けてまいりたいと思ひます。

○小淵(正)委員 今大臣から前向きの御答弁をいただいておりますので、ぜひそういう期待にこたえていただくように御努力をお願い申し上げます。

それから、先ほどの沼川議員の質問の中にも出ておりましたが、今回の取り扱いの中であと一つ配慮が欠けておる点として、低所得者層に対するものが、今回の政府案においては、現行行政管健保は一万五千円、国保は三万九千円を統一して、外來と入院とでそれぞれ異なつた統一案になつてゐるわけでありまして、そこあたりも、金額的なものから見ますならば、もう少し金額的な配慮があつてよかつたんじゃないかという気がするわけでありまして。特に例を申し上げますならば、少なくとも外來二万円、入院一万五千円程度の中で基準を設けて考えるべきじゃなかつたかと。政管健保の方から見ますならば余りにも引き上げ幅が大き過ぎはしないか、こういうふうな思ふわけでありまして。高額療養費の問題とあわせてこれについてもひとつ、これは大臣の前向きな姿勢であれば解決する問題でありますので、その点に対する御配慮をお願いしたいと思ふわけでありまして、その点いかがでしょうか。

○渡部国務大臣 先ほど私が答弁いたしましたような基本的姿勢でございますので、先生御指摘の問題等も、この法案を成立させていただき、この法律が施行されます時点で、各党の皆さん方からこうせよ、あせよという最大公約数の御意見を賜りますれば、それを誠実に実行するように努力してまいりたいと思ひます。

○小淵(正)委員 この点、特にお願い申し上げます。

それから、高額療養費の該当病名といいますが、医療ということでお尋ねいたしますが、高額療養費を毎月五万一千円に据え置かれたとしても、五万一千円支払わなければならないそれに該当するようない、これは短期間の二、三月、三ヶ月は抜きにして、少なくとも二年ないし三年にわたってでもずっと支払わなければならないという、そういう対象になる病気が何種類ぐらいあるのでしょうか。一つ私が聞きしているのは、血友病ですが、これはもう一生つきまとい、一生高額療養費の対象になって支払わなければならない形になるようなお話を聞いておるわけですが、この種の病気がそうたくさんあるのか。また、これについて何らかの対策といえますか配慮がないのかどうか。その点いかがでしょうか。

○吉村政府委員 先生御指摘の疾病は、恐らく生涯治らないような病気としてどんなものがあるかというように考えますと、今先生御指摘の血友病は生涯、医療を要する病気でありまして、それから人工透析、これも一度始めたらやはり生涯続けなければならぬ病気であろう。金額が大きくて生涯続くというものは、こういうところは絶対それに該当する病気だということに私も思っております。

なお、がん等につきましては、種類とか病態だとかあるいは治療法等が種々さまざまでありまして、高額な医療費が確実に死ぬまで続く、こういうことではないのではないかとというような考えを持っております。

○小淵(正)委員 お話を承りますと、がん等の方たちは生涯といいますが、そういった関係からは外れて、この高額療養費の対象として支払わなくてはならないような対象から外れて、該当しないようなお話であります。血友病関係の人は、据え置かれたとしても、ずっと毎月五万一千円高額療養費の対象となつて支払わなければならないような状況に置かれるというふうになると思うわけですが、その点はいかがでしょう。

○吉村政府委員 御指摘のようなことになるように思います。

○小淵(正)委員 今お話を承りますと、そうたくさん病名もないようでありまして、いろいろな難病と言われる病気については、そういった福祉の障害関係の救済措置で救われる場合と、それから医療研究で、いろいろな医療関係の中で、そういった対象に入れて、当人にとつてそういった負担がかからない場合とあるようでありまして、この血友病については現在のところそのどちらにもならないというふうにお話を聞いています。ただ、その点は間違いないと思いませんか。

○吉村政府委員 血友病に関しては、二十歳までは小児慢性疾患に関する公費負担で対応しておりますが、二十歳以降になりますと難病の指定をしておりませんので自己負担になる、こういうことに相なります。

○小淵(正)委員 大臣、お聞きのように、そうたくさん対象者の方はおられぬと思いますが、こういうふうな本人が一割負担することによって、そうやってもうずっと生きている限りというか五万一千円という高額療養費の毎月の負担を背負い込む、こういう現象が発生するわけでありまして、だから、こういったものについては少なくとも、短期的な人だつたら別ですが、こういう性格のものについては何らかの救済措置を講じていただかないことには、せっかくの高額療養費制度そのものの趣旨にもある意味においては反するのではないかと私は思います。ぜひこの点については何らかの善後策といえますか、対策を御考慮いただきたいと思うわけですが、その点いかがでしょうか。

○渡部国務大臣 先生御指摘の血友病の問題、これは先生今御心配のとおりでございます。やはり今回の一割負担が実施されることによって非常に御心配になつておる問題だろうと思つて、この法案を成立させていただいて施行されるまでに、各党の皆さん方の一致した御意見でこれを救済するような措置を講じろという御命令があれば、私はそれに謙虚に耳を傾けて、そういう心配のないように努めなければならぬと、今勉強しておるところでございます。

○小淵(正)委員 ひとつ、その点はぜひよろしくお願い申し上げておきます。

それから、これに準じたといえはちよつとあれでございますが、今回被用者本人が一割負担することによって生じるいろいろなふぐあひな点がございまして、その中で、現行では初診料八百円と入院した場合に一月間に限り一万五千円の負担で、あとは二ヶ月からは本人負担なしでずっと療養できるわけです。ところが今回のような制度改革になりますと、二ヶ月目からはこの高額療養費の五万一千円限度までの分についてはそれを負担していかなければいかぬ、こういう現象が出てくるわけでありまして、もちろん、勤労者でありますからそう長期にわたるといふことはありませんけれども、少なくとも最低六ヶ月、長い人では二年ぐらい病気療養という方は聞かれます。そういう人について、もう二ヶ月目からいきなり五万一千円の負担がずっと続いていく、これは、これは余りにも急激な変化ではないかという感じがいたします。

したがって、初めてこうやって一割負担制度が導入されるという場合には、経過措置といふか何らかの緩和措置を講じながらなだらかにそういう方向に行くようなことも、医療という問題における一つの政治の温かみとして当然考慮されなければならぬことではないかと思つて、あります。この点に対する御見解をお聞きしたいと思つております。

○吉村政府委員 確かに今と比べると相当な変化になるわけでありまして、緩和措置といふこともこれは十分考えられる方法であらうと思つております。

ただ、私どもは、こういう国民の皆さんに負担を願つた場合にはやはり公平といふことを考えていかなければならぬのではないかと。したがって、今回本人の場合に家族や国保と同じような措置をとつていくことが、こういう苦しい全体の医療保険の財政の中におきましてはやはり公平といふものを追求するのが政策としていいのではないかと、こういうふうにお考えをお聞かせ願ひたいと思つております。

○小淵(正)委員 公平という問題も、これは非常に配慮しなければいけない大きな要素でありまして、しかし、制度が急激に大きく変わるようなこと、いう段階では、ただそのことだけでなしに、なだらかにそういった方向に移行するためには、当然の間そこらあたりに対する経過措置といふものがあつても、これは何も公平の原則に外れることではないのではないかと。まあこれは議論になりますけれども、そう思うわけですが、もちろんこれは病気がなければ済むことでありまして、もしもそういった働く人が病気になる入院し長期治療を要する、しかもそれが高額負担をせざるを得ないような病気にかつたといふときには、少なくとも経過措置としての期間ぐらいは何か考えるべきではないか。制度改革を新しく思い切つてやらなければならないほど、そういうきめ細かな配慮があつて、初めて皆さんの理解が得られながら制度というものが改革されていくのではないかと思つてあります。この点は先ほどの点と一緒にございまして、ぜひ何らかの御検討をお願いしたいと思つておるわけですが、いかがでしょうか。

○渡部国務大臣 ただいまの点も、私が毎回申し上げておる、この一割負担は二十一世紀の将来の医療充実のために何としても認めていただく、しかし、この一割負担が実現することによって、サラリーマン家庭の皆さんが長期に病を患つたり重い病にかつたりして家庭生活が破壊されてしまふ、そういうようなことにならないような努力をしたいといふことに共通する考え方でございまして、この委員会を通じて、各党の皆さん方の一致した御意見によつて御命令を賜れば、十分検討してまいりたいと思つております。

○小淵(正)委員 ぜひそこらあたりは、政治の温かさという意味でも、ひとつ御配慮いただきたいと思つております。

最後になりましたが、話をちよつと戻しますが、先ほどから、給付の一元化ということで六十五年度あたりを一応のめどにしながら努力されるということでごさいます。その際に私からも触れましたが、退職者医療制度の創設についてはそれなりに大きな意味を持つことについては否定いたしませんし、勤労者の皆さん方も、先輩のOBの人たちに対してそれが一つの助けになるということがあれば、それなりに理解できるわけでありま

す。しかしどうしても理解できないのは、それだからといって国が逃げてしまった、逃げてしまったという言葉は悪いのですが、結果的にはそういうことになっておるわけでありま。それは、金額の多寡は別として、やはり国も何らかの形でこれについては一体になつていくことがないと、国はちよつと責任を放棄したような感じにならざるを得ません。したがって、これからすぐ国庫補助を復活しろとかどうとかということではありま

せんけれども、そういう給付の統一・一元化という方向の中では、ぜひひとつ退職者医療制度について、先ほどの御答弁では制度は制度として残るであらうということでごさいます。それから、そうであればあるほど、その後の運営をどうするかは別といたしまして、やはり国の一半の責任だけは国も果たすという構えだけは、ぜひはっきりさせておいていただかなければいかぬのじやないかと思ひますが、その点をひとつ要望申し上げて、最後に、大臣の御決意をお聞かせいただきたいと思います。

○渡部国務大臣 社会保険制度、これはでき得れば関係者の掛金で賄えることが望ましいことでありま。しかし、過去の経緯を見ても、政府管掌の保険で財政が苦しい時期に国が金を出してありますし、現在国保にも出してあります。これは社会保険全体としての国の大きな責任がございます。ただ、幸いなことに、現在、退職者医療がその系統に属する被用者保険は、今国が財政負担しなくとも運営できる状態にありますので国費を投入しておりませんが、これは国費の投入をぜひ必要

とするというような時点が来れば、またそこで考えていかなければならない問題であらうと思ひます。

○小淵(正)委員 その点、当然国としても何らかの、一半のあれがあるべきが原則であつて、今回スタートするのは、たまたま過渡的にそういう措置をとらなくてもいいということであれば理解できるわけでありま。ただそこを間違って理解できないように、その原則だけはきちつとしておいていただきたい、こういうことでごさいますので、よろしくお願いを申し上げます。

では、これで終わります。

○有馬委員長 この際、暫時休憩いたします。

午後七時一分開議

○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。田中美智子君。

○田中(美)委員 質問の時間が決められておりながら、私がこの発言席に座つたにもかかわらず突然休憩ということ、同僚議員に対して失礼なやり方だと私は思ひます。今後このようなことがないように、正々堂々と聞くことが国会を民主的にすることだということを一言申し上げまして、質問に入りたいと思ひます。

自民党の第二次修正案というのがこの間出されました。それによりまして、「国民健康保険の被保険者の給付割合を八割とするよう必要な措置を講ずるものとする」と書いてあります。あらゆる必要な措置が講じられるならば結構だと思ひます。しかし、この点についていろいろな疑問がありま

す。この国会で吉村保局長が、国保八割給付の問題については、他の議員の質問に対して、「八割にするには保険料を上げるか、国庫負担率を上げるか、財政調整するか、この道しかない。このことについていろいろ言われましたけれども、この辺の決

断がまだつきかねるというのが現在の事情でございます。このように言つていられます。これは議事録にある言葉です。今の時点でのような決断をなされたのか。この三つの中でどれを取り上げようとするような決断をなされたのか、お答え願ひたいと思ひます。

○吉村政府委員 確かに国保の給付率を上げるためには、保険料の引き上げをするか、国庫負担の引き上げをするか、それから財政調整という手段をとるか、この三つしか方法はない、これは申し上げたとおりであります。ただ、私どもは、政府としてのビジョンを提出いたしました。六十年代後半に給付率の引き上げをした、そしてその場合にはいろいろなことを考えねばいけません、こういうふうに思つております。

現在出ておりますのは自民党の案でございまして、私どもは、なお政府ビジョンに書いてございすように、六十年代後半でないとなかなか難しいのではないかと、この情勢判断には今も変わりはないと思ひます。

○田中(美)委員 大臣もその点はまだ決断をしていないのでしょうか。

○渡部国務大臣 ただいま政府委員の答弁したとおりでございす。

○田中(美)委員 まだ大臣も厚生省自体も、国保を八割にするということは決断し得ていない、単なる自民党の修正案であるということだと思ひます。

この修正案についての質問をして中身をはつきりさせておきたいと思ひますが、きのう公聴会がありました。そこで広瀬健保連事務理事が公述なさつたわけですが、その中で、最近の議論で統合一元化、つまり財政調整などが言われているが、職域保険と地域保険は成り立つ適用条件が根本的に異なつており、統合一元化は観念論にすぎず、健保組合などの経営努力の減退をもたらす、かつて医療費の増高につながりかねない、このように述べております。

担の率を上げることによつて八割給付ができるように展望するのは少し甘い、こういうふうに考へております。また「それでは、全体に財政調整をやつていくというのは容易な道ではない、それもあるが困難な道でございす」、それから「国保の保険料を上げるというのにも非常に難しい問題を含んでおります」、このように言つていられるわけですから、そうしますと、財政調整というのは非常に困難であるということもこれでもわかると思ひます。また四月十九日の吉村局長のお話にも、広瀬さんと同じように、財政調整というのは観念論的であるということも言つていられる。財政調整というのは観念論的であるという点でも意見が一致していると思ひます。そうしますと、組織の一元化、財政調整というのはかなり難しいのではないかと、思ひますけれども、どのようにお考えになりますか。

○吉村政府委員 私は、財政調整の方を観念論だと言つたかどうかちよつと定かでないのでありま。すが、全医療保険を統合するのは観念論ではないかと言つたような記憶があるのですが、私は、財政調整というのは観念論ではないかというふう

に思つておるのです。ただ、財政調整をやつていく場合に種々の困難があることは事実でございまして、広瀬健保連事務理事がおっしゃつておられますように、確かに地域と職域とはいろいろな条件が違つておるわけでごさいます。それを財政調整をしていくということは、かなりの条件整備をしない限り実現は難しいだらう。しかし観念論だとは私は思ひません。しかし、全保険を統合一本化をしろというのは観念論に近いのではないかと

いうふうに思つております。

○田中(美)委員 財政調整というのは統合の方向を向いているわけですから、そういう意味では非常に困難だ、財政調整自体も非常に困難だということを書いていられるのだと思ひます。そうしますと、この財政調整でもってやるということが大変困難であるならば、一体どういうふうにして八割にしていけるのかということですね。

国保の給付率を七割から八割に引き上げる場合に、一体国庫負担がどれくらい要するのか、どこから金を持つてくるのかというこの試算ですけれども、八割になった場合に、もし国庫負担で出すとすれば、五十九年度ベースで幾らになるでしょうか。

○吉村政府委員 国保につきまして給付率を七割から八割に引き上げました場合、五十九年度ベースで申し上げますと、医療給付費が二千六百七十億円ふえます。そしてこの保険給付費の半分が国庫負担、半分为保険料、こういうことになります。ただ、それは老人保健に対する拠出金を含めて計算をしております。老人保健に対する拠出金を含めて計算をいたしますと国庫負担が千八百八十二億になります。そして保険料は七百九十億、こういうことに相なります。

○田中(美)委員 保険料というのはいちよとおかしいのじゃないかと思えますけれども、国庫負担が千八百八十二億円になるということは私の試算と同じだということに思えます。

では、もしこの一、二年の間に八割にするというならば、これだけの国庫負担を準備することができぬのか、この点大臣、いかがでしょうか。

○吉村政府委員 現在の国家財政の状況からいってこれができそうにないということ、私も直ちに実施することはできないということ、言っておるのでございまして、私も、国保の八割給付というのは直ちにできにくい、こういう意見を持つておるわけでありまして、繰り返すようでありまして、あれは自民党の方でおつくりになった案でございまして、私もそれに同意するのはなかなか難しいのではないかとこのように思っております。

○田中(美)委員 自民党の修正案の中に八割というのがあります。細かいことがわかりませんが、国民は今でも七割なんだからせめて八割にしてくれという希望は非常に多いわけですので、ただ八割というふうには言いますと、大変結構だということに誤解をしましてはどうかというので、

私はきょうははつきりさせておきたいと思うわけですが、

今困難だと言われましたので、では国庫負担を全然ふやさないで、今のままでやっていこうというふうにしたらこれはどうなるかということですが、これは保険料を上げていかなければならないというふうになるわけですね。国民保険料の収納率というのは年々下がっております。これは今までどれくらいまで収納率が下がっているでしょうか。

○吉村政府委員 五十七年度で九三・六%ぐらいの収納率になっております。

○田中(美)委員 私がそれからお聞きしましたのは、昭和四十八年度では約九七%の収納率だったわけですが、これは年々下がっているわけですね。保険料が上がるに連れて収納率は下がってきているわけですね。五十八年も九二%台ではないか、こう言っているというところは、今の保険料の高さでも払い切れな人がふえているということ、を非常にはつきりあらわしていると思えますが、その点はいかがででしょうか。

○吉村政府委員 国保の収納率が年々下がっていることは御指摘のとおりでありますし、その下がっている理由の一つに、国保の保険料が年々上がってなかなか負担しきれなくなっているというのが一つの原因であることは間違いございません。

○田中(美)委員 そうしますと、今、国保を八割にいたしますと千八百八十二億円の国庫補助が必要なんだ。これに対して一銭も国庫補助をふやさないというところで計算しますと、一体どれぐらいの今度の計算になるでしょうか。

○吉村政府委員 先生の御質問の趣旨は、国庫負担を全然ふやさないで七割を八割にしたならば保険料はどれぐらい上げなければならぬのか、こういうことでございませうか。

○田中(美)委員 先ほどの計算というのは、今の国庫補助の率でいっているわけですね。ですから今度それを全然ゼロにするということになります

と、もっと要るわけでしょう、国庫補助を出さなければならぬわけでしょう、計算すると。わかりますか。先ほどの千八百八十二億というのは、吉村さんわかるでしょう、千八百八十二億というのは今の補助率でいくわけでしょう。これに今度は全然出さない、これ以上一銭も上積みしないということになりますと、もっと上がりますでしょう。

○吉村政府委員 先ほど申し上げましたように、国保の給付率を七割から八割にいたしますと、二千六百七十三億の給付費がふえるわけでありまして、それをどう負担するかということになるわけですが、これをどう負担するかという一文も入れないという前提に立つならば、二千六百七十三億を全部保険料でもたなければならぬ、こういうことになるわけでございます。

○田中(美)委員 そうすると、この二千六百七十三億全部もたなければならぬだけでなく、今度老人保健の方の拠出金がありますね。この率下がったとして、三百十八億というふうには計算してみましたが、前のときは五百何億になるのですけれども、今度は率が下がりますから三百十八億ぐらいですね。これを足しますと二千九百九十一億円というものが、この金がないと八割にはできない。この金をどこから持つてくるかということになるわけですね、国庫補助が出せないということになると、約三千億近い金ですね。この金がないと八割にはできないんじゃないですか。

○吉村政府委員 老人保健の拠出金は三百十八億ということは大体そのとおりであります。先ほど申し上げました保険給付費の二千六百七十三億の中には、老人保健の方に国保の方から出す金も入っております。

○田中(美)委員 いや、この二千六百七十三億の中には入ってないですよ。これに三百十八億足さなければならぬですよ。入ってないですよ。計算してごらんない。入っていませんよ。おたくの方の試算で見ているのですから、それを土台に

して計算しているんですから。

○吉村政府委員 先生のおっしゃるとおりでございます。申しわけありません。

○田中(美)委員 しつかりしてください、私の方知っているようでは、あなた動まらぬですよ。これだけ各党の議員から質問を受けて、今まで答えてきているわけでしょう。それがあなたミスするということはないですよ。ですから、二千九百九十一億円というのは正確な数字ですね、多少アバウトですけども。アバウトで三千億円という金がないと八割にはできないということですね、今八割にしようとする。そうですね、大臣。

○吉村政府委員 そのとおりでございます。

○田中(美)委員 そうしますと、大臣もさきほど、国庫補助はこれ以上は出せないんだ、八割にするとはまだあなたは決断してないけれども、自民党はもと天下に公表しているわけですね。あなたも自民党員ですから、吉村さんは知りませんけれども、そうしますと、この約三千億円というのも、全部保険料にかぶさる以外に、どこから金を持つてくるのですか。どこから、月の世界からでもそういう金が来るんじゃないですか、これは全部保険料にかぶさってくるわけでしょう。そうしますと、国保の加入世帯というのはどれぐらいありますか。

○吉村政府委員 国保の世帯数でございまして、市町村が千五百十六万世帯でございまして、

○田中(美)委員 約千六百万世帯ですね。収入によつて掛金が違いますが、一応これで割ってみますと、一世帯当たり年間一万八千七百円となるのです。こういうふうな物すごく保険料が上がるわけですね。

大臣、今のまでも収納率はどんどん減ってきているわけでしょう。そうなったら一体どうなるかということですね。保険料には加入していただいても保険料は払えない、そういう人がどんどんふえてくる。だけれども、八割給付しなければならぬということになりますと、国保財政は大変なことになるわけですね。保険料は払わなければならぬ

病気になる時に保険証を持って病院に行くわけでしょう。医者が手厚い治療をする。そうしたら今度は、医者に払えないということだ。起きてくるじやありませんか。ですから、八割にするときには国庫補助をきちんとつけてやらなければだめなんです。自民党は、八割だなんてだまかすような言い方を簡単にしている。八割にするためには約三千億円の金が必要なんだ。この金をどこから持ってくるか、これは保険料で皆さんから、国民から取るんです。それでもいいですか。こういうふうにもつとばかりと国民に、少なくとも加入者には知らせた上で——だから、この審議を十分にやらないと、共産党に一番後から修正案が来るような形で、八割給付だということなことを言っていて、それで国民におれがやっていたんだという顔をして、とんでもないことだ。大臣、そういうことを自民党にさせてはだめですよ、あなたは専門家なんですから。国保財政がつぶれてしまうのです。戦後一時あつたじやないですか。吉村さん、知っていますか。戦後医者に払えないときがあつたでしょう。そんなことになったら大変なことになるのです。ですから、そういうベテランのことに厚生省が加担するようなことなく、八割は結構です。だからそれに対して三千億円の国庫補助をきちんとつけてちゃんと必要な政策をとる、こういうのだったら、それも一緒にやっていただきたいということ強く言っておきます。

あんなに軍事費にたくさん金を使っている、三千億円の何でもないじやないですか。三千億円のくらいいつとそこら持つてくればいいじやないですか。すぐ八割ができるじやないですか。そういうふうにして八割はやるべきです。(発言する者あり) 小沢さんみたいなおかしなことを言う人がいるから……(発言する者あり) 途中からそういうことを言うからですよ。(発言する者あり) そういう大人げないことを言わないでやりましょう。

○有馬委員長 御静謐に願います。

○田中(美)委員 今度は高額医療費の問題です。これはさんざんやられていたわけですから、例えは心臓疾患の手術、これは数が非常に少ないのですが、一千万円の医療費がかかった場合には今家族は三百万かかっているわけですね。それから、五百万円の治療費がかかりますと百五十万円家族にかかってくるわけですね。それから、例えはがんの手術をした場合には百万円ですね、これは三十万円かかってくるわけですね。そういうときは、療養費払いになっていきますから窓口で全部払わなければならぬわけですね。そして、後から請求して、高額医療費を抜いた分だけ戻ってくる、こういう仕組みになっているわけですね。これは大変な負担になっているのです。

それで、市中銀行ではだめだから労金に借りに行くとか、下手すればサラ金に行くという形になるわけですね、こういうやり方をやめてほしいと思うのです。それは何とかやめられませんか。窓口で全部払わなくてもいいようにできませんか。代理請求してもらうようにできませんか。

○吉村政府委員 確かに先生御指摘のようなことになるわけですが、窓口でそれができるようにするためには一つ難点があるわけでありまして。と申しますのは、現在の診療報酬の請求が一月単位、そして一つの医療機関で一つのレセプト、そして同じ世帯におきましても一人一人診療報酬請求明細書をつくる、こういうことになっております。したがって、その月の第一日からずっと計算をしておいて、政府案によりますと、ある時期に五万四千円になった、そこからはただにする、こういうことにせざるを得ないわけでありまして。ですから、医療機関としては毎日毎日、いつ五万四千円に到達するかということ計算せねばいかぬ、そこが一つの難点なんです。

○田中(美)委員 そんなのは難点じやないです。もうちょっと病人の立場に立って考えてほしいのです。その金を借りる場合に利子が大変なんです。労金で借りたって大体一〇%ぐらいの利子ですね。これは三カ月しないと戻ってきませんで

しょう、療養費払いだ。そうすると、たとえ一カ月の病気になるかたとしても、それを払った場合には三カ月たないと戻ってこないわけですから、借金は返せませんでしょう。すると三カ月の利子がつくわけですね。三百万円借りたときには約七万五千円という利子がかかるわけですね。百五十万円借りたときには労金で三万七千五百円かかるのです。それから、わずかなようですけれども三十万の金を借りたとき七千五百円かかるのです。五万四千円にするのを五万一千円にするかというところで今国会で問題になっているのですけれども、これは大変な利子がかかるわけですね。この利子をなくすということを何とか考える必要があるわけです。

毎月計算しなければならぬからと、何年もばかの一つ覚えみたいに、いろいろな議員から言われたときに、いつも吉村さんはそればかり言っているのです。この利子をどうやってなくしてあげるか、その方法を模索していかなければいかぬのです。私も考えがいろいろありますから言いますけれども、どうしたらいいですか、大臣。

○渡部国務大臣 私、たびたびこの委員会で各党の先生方に答弁しておりますように、この一割負担の改革が成立して実施されることによって、サラリーマン家庭の皆さんの生活を破壊するようなことにならないような限りの配慮は払いたしたいと思いますので、高額療養費の問題等について、各党の先生方の御意見に謙虚に耳を傾けまして、御期待にこたえられる面についてはできる限りこたえるように努力してまいりたいと思っております。

○田中(美)委員 大臣、自分が出した法案が本当にいいと思うなら、胸を張ってこれをどういうふうに直すかというのを聞いているのですから、この法案が通たらちゃんとそれが直るのか、そういうことを答えないで、あなたそんなおかしなことはないですよ。この利子をどうやってなくすかというのを模索してくれて私は言っているわけなんです。高額医療費の問題を今どうせよと言っているのじやないのです。これだけでは済まないから、サラ金に行ったら労金の約四倍です。それで本当に大変なことになっているわけですね。これをどうしてできないのですか。これは行革でしょう。あなたは行革行革と言いつつ、窓口払いの代理請求制度をやれば、そこでちゃんと金を払えばいいのです。私は毎月毎月なんてことを言っていない。吉村さんも、私が何を言っているか、ちゃんと聞いて答えてください。前の議員の質問の答えをあなたはしておるのです。前の議員は一月一月になって、前の月が一週間だ、その次が半分だ、一カ月だと思つてたところが二カ月になって、その答えを言っているが、そうじやない、私の言っているのは。特定疾患の場合は窓口払いでやっておるでしょう。療養費払いでやっているじやないですか。ああいうふうに窓口で払いさえすればそれで行革になるじやないですか。こういうやり方があるなら、そういうふうにしたらいでしょう。それができないのかと言っているのです。その方が安上がりじやないですか。どうしてできないのです。大臣、それをやるようにしなさい。

○吉村政府委員 私どもは、高額療養費で負担が難しい人が全部サラ金に行くとは考えておりません。例えば公費負担医療というのもございますし、あるいは世帯更生資金の貸付制度もございますし、また、市町村における医療費貸付制度等も普及しておるようでございますので、全部が全部先生御指摘のようにサラリーマン金融へ行つてサラ金地獄に陥るといふようには思えないのであります。確かにサラ金へ行けば先生おっしゃるようなことになるかもしれません。ただ、私どもは、これは国民生活の統計であります。現在一世帯あたり平均六百万円程度の貯蓄を持っているという統計も見ておるわけでありまして、いろいろな形で高額療養費の部分の負担をやっているのではない、こういうふうには思っております。

○田中(美)委員 あなた、人の言うことをきくと聞てなさい。サラ金のことなんかは、サラ金に行ったらと言っているのです。私は労働金に言っているのです。労働者や労働者はやっています。しかし、中にはサラ金に行くからあいう悲劇がたまには起きていると言っているのです。本題はサラ金じゃないですよ。

それから吉村さん、今あなたの言ったのは日銀の調査でしょう、六百万貯金があるというのはいいとこだけをとって言っちゃだめですよ。日銀の調査を全部調べてみなさい。いいところだけ見て六百万六十万。へえ、みんな六百万か。日銀の調査では平均四百五十万の借金があるのです。貯金は六百万あっても四百五十万の借金があるのです。ちゃんとそこまで見なければいけません。本当にあの人、ばかりの一つ覚えみたいに六百万六百万、四百五十万円の借金があるのです。その上に、年間平均して八十七万円の借金を家計から新しく出しておるのです。これは全部吉村さんのおっしゃる日銀の調査です。いかに適当なところを抜き出して、庶民に金を払う能力があると言わんばかりのことを言っているのです。わずかに三十万の金さなくてやっている人たちが、労働でも三ヶ月で七千五百円の利子があるのだ。だから、これをなくすことに努力すべきだと私は言っているのです。大臣に聞けばすぐ哀願ばかりして、通してください、通してください。通したらこれが直りますとか、そういうふうな答えをしなければだめじゃないですか。何を聞いても通してください、哀願ばかり言っている。

もう一つ、高額医療費の問題で、例えばこういう審議をしたことがあるじゃないですか。一世帯のレセプトが別々になっていまして、一人でも科目によって別々、へたすれば五万一千円どころか十萬二千円になるとか、家族も別々、月になればたった一日でも一ヶ月に計算されるとかいうことがあるわけでしょう。ですから、どのくらいの数になるかわかりませんけれども、膨大な高額医療費を払う人が出てくると、もう一つはレ

セプトがばらばらになっていまして、一つが五万一千円に足らないと、全部払わなければならぬわけでしょう。四万円というところになれば全部払わなければならぬ。わかりませんが、大臣。私う立場に立つてみたらよくわかるはずなんです。そういう場合を、今吉村さんがおっしゃったようになかなか改善できないのだ。一日一日計算していかなければならぬ、面倒なんだからそれはできないのだ。そうならば何か手はないか。一年間の医療費の一世帯の負担が幾らになつたら、それ以上は払い戻してやるという手だつてあるじゃないですか。五万一千円じゃ済んでないわけですから、それ以上多く払った場合には、例えば年間二十万円以上の医療費を払った人がいたらその以上のものは払い戻してやるとか、こういうやり方だつてできるじゃないですか。矛盾を直すことができません。大臣、どうですか。

○吉村政府委員 現在の高額療養費支給制度の基礎を、レセプトでなしに領収書でやるという方式に転換すればそれはできるわけですが、けさほどからいろいろ私もおしかりをこうむつておるのですが、査定をした場合に、その一部負担金と査定額との間の調整を図るべし、その差は不当利得になる、そこを調整する方法がないのです。本当に観念的には成り立つのですが、なかなか難し。そこを踏み切ることができたら、領収書方式も不可能ではないと思ひます。しかし、現在の法制のもとでは、レセプトを基礎にして物事を考えるというシステムを崩すのはなかなか難しいと思ひ思つております。したがって、先生のいっしゃるようなこと、理論的には私はなかなか卓見だと思ひます。しかし、今のレセプトを基礎にした方式ではそれは非常に難しいということを申し上げておるわけでございます。

○田中(美)委員 私はできないことはないと思うのです。わかつていゝるわけなんです。やろうと思へばできないことはない。何でも難しい、難しい。そして結局、高額医療費といつてもわずか

五万一千円だという頭があなたの方にあるのです。わずかにやらないのです。それだけでもわずかにやらないのに、これに利子がつく。その上にレセプトが非常に複雑になっていまして、レセプト単位になつていまして、五万一千円以上の金はかからないといふことはないので、このことについては十分に検討して、改善の方向をとつていただきたいといふことを強く要求いたします。大臣、お願いします。どうですか。

○渡部国務大臣 高額療養費の問題につきましては、幾たびかこの委員会でも申し上げております。うに、今回の被用者保険本人に一部の御負担、これは二十一世紀の我が国の医療保険をより揺るぎないものにするためにどうしてもやっていたかなければならぬ。しかし、そのために家計破壊が起つたり、本当に重い病気になつてもお医者さんにかかれぬといふことのないような配慮といふものは、私もできるだけ勉強します。またこの法律を成立させていただく時点で、各党の皆さんから御意見があらますれば、謙虚にその御意見に耳を傾けて、そういう方々に御心配ないよう努めてまいりたいと思ひます。

○有馬委員長 菅直人君。

○菅委員 この健康保険法の審議の中で、参考人からの話を聞き、また昨日は公聴会において、何人かの公述人から話を伺つたわけですが、私は東京の公聴会に出席をして、午前中の各公述人に質問もさせていただきました。その中で、観念的にはわかつていたことですが、やはり聞いてみると大変だとな非常に強く思つたことが一つあります。そのことからちよつと厚生省の見解をお聞きしたいと思ひます。

大体、保険の考え方というのは、とにかく病気になつたときに健康な人からある意味では相対的には助けてもらう、あるいは特に重い病気になつたときに健康な人によつて支えられるといふことが基本的な考え方だと思ひます。そう思ふのですけれども、昨日の公聴会で、たしか副島とおつしやる弁護士の方が進行性の脊髄小脳変性症の妹

さんを持つておられて、その方が寝返りも打てないような状態でこの十数年間病院を転々としていゝる。話を聞きますと、付添婦の費用がある時期には月に五十万円ぐらいかつて、兄弟で出し合つても、兄弟全部が崩壊しそふになつた。弁護士さんと言へば、社会的に言へば一般的にはかなり負担能力がある階層だと思ひますけれども、そういうところできえ家庭崩壊の危機にさらされたといふことをしみりと話されておりました。

その中で矛盾点が指摘されたのは、基準看護病院であれば付添婦が要らないといふことになつていゝるわけですが、実際上は、そういう患者さんの場合は大変病状が重いので、今の状況では看護婦さんだけに任せると、家族としてもなかなか厳しい状況がわかる。そういうことで、結果的には、合法的ではないと知りながらも、両方納得の上で付添婦をつけるを得ないといふことがやはり現実に行われているわけですね。

そういう意味から考えたわけですが、この付添婦といふものをある病状以上の人には保険制度の中で認めて面倒を見る。単に病院そのものの基準看護であるとかないとかといふことだけではなくて、ある意味では病状によつて保険で付添婦を見るような制度といふものを考えていかないと、こういうた事例に対してはなかなか対応できないのではないかと、そういうことを考えたわけがありますけれども、それについての厚生省の考え方を伺いたいと思ひます。

○吉村政府委員 確かに先生の御提案は貴重な御提案だと思ひます。確かに私も、医療についてどこをどうすればよろしいかといふのはいろいろあるんだと思ふのです。ただ、それをやる場合には、やはり端的に申しましてお金がかかる、そのお金を出すか出さぬかといふことでございまして、お金に一定の限度があると思へば、それを優先するかといふことなんでしょうと思ふのであります。今の御提案といふものを実施すると思へば、どこかで何かの費用を支出するといふことになるわけでございます。その辺も考え合せて初め

て実施できるかどうかということになるんだらう
と思います。

御意見としては、私は十分わかるつもりでござ
います。

○菅委員 この患者さんの場合には、特定疾患の
難病指定を受けているということで、いわゆる医
療費そのものはそういう制度によって個人的な負
担がないので、その点は大変助かっているんだ。
しかし、今申し上げたように、医療費にまさると
も劣らないほどの自己負担がどうしてもその患者
さんを抱えていくためにはかかる。大臣も、きよ
う朝以来、もっと言えば大臣になられて以来、福
祉の問題について発言としては大変前向きな発言
を繰り返されているように思うわけですが、それ
も、まさに今局長が言われたように、それは費用
がかかることだと思ふのです。費用がかかること
ですけれども、しかし、重い病気の人の、ごく一部
の限られた人に負担が集中的にかかることを避け
るのが保険制度の基本的な考え方とすれば、そ
ういうことについては額もかなりに上るかもしれ
ませんけれども、それにしても別に何千万人がそ
ういう状況だというわけじゃないのですから、そ
ういう道をぜひ開いていただきたいと思うわけ
ですが、大臣の見解を伺いたいと思います。

○渡部国務大臣 先生の御心配、考え方としては
私も全く同様の考えを持っております。ただ、こ
れを具体的に実行するということになりまして、
かなりの予算が伴うものでありますから、これか
ら検討してまいりたいと思います。

○菅委員 ぜひ前向きな検討をお願いして、次の
問題に移っていきたいと思います。

五月十日の質疑の中で私からもお聞きをし、ま
たきよの午後でしたかの質疑の中でも、多賀谷
先生が質問されていた減額査定の問題です
けれども、さきの質問から約二カ月が経過して
いるわけですが、この間のことについて
ちよっとお聞きをしておきたいのです。

五月十日の私からの質問に対して吉村局長の方
から、そういうことの患者さんへの通知を逐次実

施に移していきたい、こういうふうな答弁をいた
だいているわけですが、まだ二カ月とも言えるし、
もう二カ月間たつたとも言えるわけですが、具体
的な何らかの動きはありますか。

○吉村政府委員 あのときに私は金額が大きいも
のから始めていきたい、こういうように申し上げ
たわけでありまして、それはやはり具体的に実施
の運びにするためにはいろいろな事務量なり費用
なりを積算しなければならぬわけでございますし
て、どの程度のものから始めるかということにつ
いて今、省内で検討を始めております。

○菅委員 既に具体的に、東京の三多摩のある公
立病院で、三分で二万点程度の減点査定をされ
た。もちろんこれは各患者さんに振り分けるわけ
ですから、どの程度の個人への返還金額になるか
は詳細にはわかりません。そこで、その公立病院
が関係している自治体の議会などでも問題になっ
ているわけですが、病院長自身がどういうよう
うにしているのかよくわからない、東京都に何らか
の指導を仰ぐように、東京都の方からの指導もな
いという状態で、問題だけは社会的な問題になっ
ているにもかかわらず、行政的な対応がまだ何も
おいてこないで困っているという事例を具体的に
にも聞いているわけですが、そういう点で、従来た
しか昭和三十五年でしたか、この件についての通
知を出されていると思ふけれども、こういう
新しい状況に対応して、少なくともこの程度以上
の金額を返還するのについては何らかの形で通知
するようになつた新しい通知なり通達なりを出
される必要があると思ふけれども、その時
期的な可能性も含めてもう一度お尋ねしたいと思
います。

○吉村政府委員 今先生御指摘のように、一定金
額をどれくらいにするかということは今検討して
おるわけでございます。その辺が固まり次第私
どもは新しく対応をするつもりでございます。

○菅委員 この健康保険法の審議の中で、自民党
の方から逐次修正提案が各党に対してなされてき
ております。それから、その前に厚生省からもい

わゆる中長期ビジョンというものが出されたわけ
ですけれども、これらの考え方の中で、例えば負
担なり給付を公平化するという考え方、この水準
をどこに置くかということでは、自民党や政府と
我々の考え方とかなり差があるように私は思いま
すけれども、しかし、負担や給付を公平化すると
いうことそれ自体は、一つの考え方として、私た
ちも十分に検討に値するものだと考えておりま
す。しかし、今回の中身について、これはもう最初
の審議のときから出ておりますけれども、結局の
ところは、給付率そのものが部分的にやなくて
トータルで見て下がっている。つまり給付率を
全体的に下げておいて、それによってむだを排除
するんだという言い方は、どなたかもおっしゃっ
ていましたけれども、余りにも芸がないのではな
いか。つまり中身を組みかえることによってむだ
なことをいろいろと排除する、あるいは通知運動
などによってむだを排除するということで、ト
タルの医療費のむだな伸びを抑えるということ
は基本的に大いにやるべきだと考えておりますけ
れども、ただ自己負担をふやすことによつてそう
いう効果を期待するというのは、余りにも芸がない
というふうにも思うわけです。

そこで、私の前の田中委員の方からも質問が
あつたように思ふけれども、少し視点を變えてお尋
ねしてみたいと思ふのです。

今年度の予算あるいは平年度ベースで、今回の
法律改正によつて国保への補助金のカットとい
うのは幾らになるのか。そのことをまずお尋ねし
たいと思います。

○吉村政府委員 退職者医療制度の創設に伴う分
が約二千四百億円でございまして、(菅委員)平年度
は「と呼ぶ」これは七月実施としてございまして、
それから、国保に対する国庫補助率の引き下げ
に伴うものが約千四百億でございまして、合わせ
て三千九百億程度でございまして、大体どのくらい
にございまして、

○菅委員 平年度のベースだと大体どのくらいに
なおりますか。

○吉村政府委員 今先生の御指摘は、国保を七割
から八割にするだけではないに……(菅委員)「国
保」と呼ぶ「国保」だけでございまして、国保に
つきましては、先ほど田中先生の御質問にお答え
申し上げましたように、七割から八割にすること
によりまして保険給付費が二千六百七十三億、そ
して国庫負担は千八百八十二億、保険料は七百九
十億ふえる、こういうことになりました。

○菅委員 ですから、私は別に国庫と保険料に分
けてほしいとは言わなかったわけですが、これを別
に分けるか分けなかつたかは、補助率の出し方の法律
改正そのものをしておられるわけですから、そ
の率の問題で、一〇〇%国庫補助で賄うか、一〇
〇%保険料で賄うか、それはいろいろなやり方が
あるわけでありまして、とにかく二千六百七十億、
約三千億弱ですね。つまり今回の法案から言えば、
国保で六千億の補助金をカットしようとするわけ
です。大臣、それでいいながら、一方で、三千億そ
のものは大きいですが、六千億に比べれば
半分足らずの費用で行える給付率の上昇について
は、いや、それもできないんだ、それもまだ先の話
なんだ、六十五年以降なんだというのが自民党
の考え方なんです。つまり、一方的に切り下げ
の方だけを先行させて、引き上げる方については
さらにさらに後回しということに納得をしると言
われても、これがいわゆる公平化のためにやられ
ていると言われても、全部をだんだん下げていく
ための一里塚であるというふうには疑われても、あ
るいはそう見られても仕方がないのではないかと
も、今回切り下げの提案をする大臣をやつた以

上は、切り上げるときにぜひ大臣をやりたいものだという答弁を何度か伺いましたが、どうでしょう。ここでこの大臣の任期中のこの法案の中で、そういう形で切り上げも同時に実行する、そういうことを約束していただけないか。

○渡部国務大臣 先生も今、社会保障のあるべき姿としては給付が一つになることは望ましい、私どもと同じ考えであることは望ましい、私ですが、今回は十割給付という今の保険の中で一番恵まれた条件にある方に一割の御負担をお願いするわけでありますが、しかし同時に退職者医療を創設して、現在国保に加入して七割給付の先輩の皆さん方は今度は八割に上がっていくわけでございます。ですから、これと一緒に国保の七割を八割に上げることがこの改革案の中に提出しているようなら、私もこれほどいじめられていないわけでありますが、しかし残念ながら、考え方は先生と私と同じでありますけれども、現在の保険財政、また国の財政状態が、今国保の七割を八割にするような状態にないので、私どもは将来目標としてそういう方向にできるだけ早い機会に持っていけるように努めてまいりたいと思っております。

○菅委員 今の大臣の話にもありましたけれども、何かサラリーマン本人が十割だと、一番恵まれているという言い方をしきりにされるのですね。しかし、考えようによれば、サラリーマンの人たちが健康保険組合をつくって、その費用の中で、政管の場合は一部の国の補助はありますけれども、多くの組合は別に国の大きな補助を受けてやっているわけではない、そういう制度の中でこの給付を行っている、そういうところでやっていることそれ自体が何か不公平だという言い方をされるのは、必ずしも当たってないのじゃないか。負担をサラリーマン本人はしているわけですから、その負担の仕方をもっていろいろな形で老人保健などにも拠出をしているわけですから、同じ税金でこっちは人たなくさんもらって、こっちは人は少ししかもらっていない、だからなくさんの

人は少しの人に分けなさいという言い方で言われているとしたら、これはかなり認識が違っているのじゃないか。この点は今後の物の考え方にも関係するので、ぜひ指摘をしておきたいと思えます。時間もそろそろ終わりですので、最後に、医療保険制度の一元化の問題、今の問題とも絡みますけれども、一言だけ厚生省の考え方を聞いておきたいと思えます。

一元化という方向も、私は負担と給付についての公平という方向については、一つの十分検討に値する考え方だと思いますけれども、それが制度的な問題の一つの統合のような形になつてくると、結果的にはより非効率な面が生まれてくるのではないかとこのことを心配するわけです。これは厚生省の文章ではありませんが、自民党の方から出てきている文章にそういう言葉も使われておりますので、この点についての厚生省の基本的な考え方を聞きたいと思えます。

○吉村政府委員 医療保険制度の一元化というのは、私どもは、給付と負担の両面に見られる格差というものを是正して、すべての国民にとって公平な制度になるような措置を一元化、こういうふうに考えておるわけでございまして、その一元化を図る手段として、全制度を統合して一本化する、こういう方法もございましょうし、また制度は現在のように分立したままで、例えば財政調整を図るといふようなことによつて給付、負担の面での公平化を図っていく方途もあると思えます。したがって一元化というのは、私どもは、そのやり方はいろいろな方法があるけれども、そういう全医療保険について給付、負担の公平を図るような措置をとることを考えておるわけでございします。

○菅委員 これで終わります。

○稲垣委員 議事進行。――委員長、議事進行……（発言する者、離席する者多く、聴取不能）
○有馬委員長 暫時休憩して、直ちに理事会を開きます。

午後八時三分休憩

（休憩後は会議を開くに至らなかった）

昭和五十九年七月十七日印刷

昭和五十九年七月十八日発行

衆議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局

第百一回国会 衆議院 社会労働委員会 議 録 第二十一号 (その二)

〔本号(その一)参照〕

派遣委員の大阪府における意見聴取に
関する記録

一、期日 昭和五十九年七月四日(水)

二、場所 日本生命御堂筋八幡町ビル十二階会議室

三、意見を聴取した問題
健康保険法等の一部を改正する法律案につ
いて

四、出席者

(1) 派遣委員

座長 愛知 和男君

自見庄三郎君 長野 祐也君

永井 孝信君 森本 晃司君

小淵 正義君

(2) 現地参加委員

浦井 洋君

(3) 政府側出席者

厚生省保険局国
民健康保険課国
民健康保険指導
室長 日高 邦博君

社会保険庁医療
保険部長 坂本 龍彦君

(4) 意見陳述者

住江織物株式会
社代表取締役会
長 秋山 良三君

大阪府生活協同
組合連合会副会
長 大津 静夫君

北大阪医療生活
協同組合理事長 筑井 甚吉君

大阪大学社会経
済研究所教授 高屋 定国君

仏教大学社会学
部教授

香川県善通寺市 平尾 勘市君
全日本労働総同 盟大阪地方同盟 本田 精一君
書記長

午前十時開議

○愛知座長 これより会議を開きます。

私は、衆議院社会労働委員会派遣委員団団長の
自由民主党・新自由国民連合愛知和男でございま
す。

私がこの会議の座長を務めますので、よろしく
お願いいたします。

それでは、派遣委員の御紹介をいたします。

自由民主党・新自由国民連合の長野祐也君、自
見庄三郎君、日本社会党・護憲共同の永井孝信
君、公明党・国民会議の森本晃司君、民社党・国
民連合の小淵正義君の六名であります。なお、現
地参加委員として、浦井洋君が出席されておりま
す。

この際、派遣委員を代表いたしましたして、ごあい
さつを申し上げます。

皆様御承知のとおり、ただいま本委員会におき
ましては、健康保険法等の一部を改正する法律案
について審査を行っているところであります。

当委員会といたしましては、本法案の審査に当
たり、国民各界各層の皆様から御意見を聴取する
ため、御当地におきましてこの会議を催し、各界
の代表の方々から忌憚のない御意見をお伺いしよ
うとするものであります。

御意見をお述べいただく方には、御多用中にか
かわらず御出席を賜りまして、まことにありが
とうございます。

まず、この会議の運営につきまして御説明申し
上げます。

会議の議事は、すべて衆議院における委員会運

営についての議事規則及び手続に準拠して行い、
議事の整理、秩序の保持等は、座長であります私
が行うことといたします。発言をなさる方々は、
座長の許可を得て発言していただきたいと存じま
す。

なお、この会議におきましては、御意見をお述
べいただく方々は、委員に対しての質疑はできな
いことになっておりますので、あらかじめ御承知
おきをいただきたいと存じます。

次に、会議の順序につきまして申し上げます。
最初に意見陳述者の皆さんから御意見をそれぞ
れ十五分程度順次お述べいただきました後、委員
より質疑を行うことになっておりますので、どう
ぞよろしく願います。

次に、各界を代表して御意見を述べていただく
方々は、住江織物株式会社代表取締役会長秋山良
三君、大阪府生活協同組合連合会副会長・北大阪
医療生活協同組合理事長大津静夫君、大阪大学社
会経済研究所教授筑井甚吉君、仏教大学社会学部
教授高屋定国君、香川県善通寺市長平尾勘市君、
全日本労働総同盟大阪地方同盟書記長本田精一
君、以上の方々であります。

それでは、秋山良三君から御意見をお述べいた
だきます。

○秋山良三君 それでは、私の意見を申し述べさ
せていただきます。

我が国の健康の水準は、戦後飛躍的に向上して
まいりました。最近の平均の寿命は、昭和五十七
年度で男子が七十四・二二歳、女子が七十九・六
六歳でありまして、戦後の昭和二十二年当時、男
子五十・〇六歳、女子五十三・九六歳と比べます
と、二十五年程度平均的に寿命が延びてまいり、
今や世界で有数の長寿国となり、人生五十年型か
ら八十年型社会に移行しているのをご存じます。

このような保健水準の向上の背景には、所得水
準の上昇等の要因もございますが、昭和三十六年

に国民皆保険体制がとられて、医療保険制度が充
実されてまいりましたことが大きな要因であらう
かと存じております。医療保険制度のおかげで、
国民は医療機関を自由に選択し、最近の医療技術
によって治療を受けることが可能となりました。

しかし、医療費の伸びを見ますと、皆保険の前
年の昭和三十五年に国民医療費は四千億円でござ
いしましたが、昭和五十六年には十二兆九千億近く
になりました。この二十年ぐらゐの間に三十一倍
となりました。五十七年度は十三兆八千七百億
円と言われております。一方国民所得は、昭和三十
五年の十三兆二千億円から昭和五十六年の二百一
兆四千億円と、十五倍しか伸びておりません。

このように経済成長率を上回って医療費が伸び
ている原因を考えてみますと、まず疾病構造の変
化と人口の高齢化が挙げられるのではないと思
います。かつての亡国病と言われた結核などの伝
染病系が減少して、脳や血管、心臓の疾患、いわ
ゆる成人病が著しく増加して、これらの疾病は治
療に長期間を要し全快しにくいものがありますの
で、どうしても医療費が増加してしまうことにな
ります。また、高齢者はこのような成人病が多
く、さらにかかりやすく治りにくいということ
から、高齢化が進むことに従って医療費の増加は
避けられないと存じます。六十五歳以上の人の医
療費が他の人の四・一倍になっておる事実がこれ
を示しております。

このほかの要因としては、医療技術の高度化が
あります。電子工学等の科学技術の進歩は目覚ま
しく、CTスキャナーを初め診断治療技術が飛躍
的に向上しておりますが、このような診断治療機
械が極めて高価であるように伺っております。こ
れが広範囲に普及すると、医療費に与える影響も
大きいと言えそうでございます。

これらの要因を考えますと、今後急速に高齢化
が進むために、医療費はさらに増加するものと思

われます。しかし、これを賄う経済負担能力はと申しますと、御承知のとおり、二度にわたる石油ショックを経て減速経済時代となり、かつてのような高度成長は今のように望めない状況にあります。高度成長期には医療が伸びても経済全体の伸びの中に吸収されたわけでございますが、今後の低成長経済の中では、医療費の伸びをなるべく経済の負担能力の範囲に抑えていくことが重要な課題となりましょう。我が国の経済は二度にわたる石油ショックを乗り越え、減量経営をなし遂げてまいりましたが、医療保険制度においてもこのような減量経営へのかじ取りの重要な時期にきていると推察されます。

一九八一年において租税負担二四・二%と社会保障負担一〇・八%を合わせた公的負担率は、対国民所得比では三五%程度であります。年金が今後成熟化していきまると、その負担は増加せざるを得ません。また、全体の公的負担率は、やはり五〇%を超えてまいりますと社会全体の活力が失われていくというように言われております。先進西諸国にその例が見られるわけでございませう。活力ある福祉社会を維持するためにも、医療費の負担率はこれ以上なるべく増加しないようにすることが重要な課題だと存じております。

このような時期において今回の健康保険制度の改正案が出されて、その改正案の内容を見ますと、一に医療費の適正化、二に保険給付の見直し、三に負担の公平化、この三本を柱としてこの改正案が示されたと聞いておりますが、この案を拝見いたしました、私は大筋において妥当だと存じております。

被用者本人については六十年間までは一割負担、それ以後は二割負担ということですが、家族が入院八割給付、外来七割給付、国民健康保険が七割給付であり、公平という観点から見れば、医療保険全体の給付率はそろえてよいのではないかと考えますので、私としては賛成申し上げま

す。やはり十割給付であります、過剰な診療が行

われやすいことは否めないことであつて、被用者本人について検査や投薬が多いと言われていることも、十割給付が原因ではないかと思われる節がございませう。

さて、健康管理に十分に気をつけることによって予防管理ができる時代になってきていると思ひますし、国民全体が健康管理がいかに必要であるかというのを意識されております。また、健康の保持と疾病の予防が国民一人一人の責任であることを明確にする必要があると思ひます。定率負担によつてかかった医療費がわかることによつて、医療費の効率化が図られることになるでしょうし、このように自己責任を建前とすれば、健康管理に努めた人も努めてなかつた人も同様に保険料負担を求めるといふ方式よりは、医療にかかった際に患者、つまり受益者でございませうが、受益者として受益に応じていただくように適正な負担を求めてよいのではないかと考えております。したがつて、定率でなく定率負担とすることがベターだと存じております。定率負担であれば、仮に一千万円の医療費の場合に、一割負担では百万円の負担となりますが、高額療養費支給制度によつて月額五万四千円の頭打ちがありますので、定率負担の導入によつて家計が崩壊するようないことはなからうと存じております。ただし、私は、この限度額については、経済社会情勢の変動に対応して適時適切な改定が行われるように必要なルール化を図っていただきたいと考えております。

私の会社のことを申し上げてどうかと存じます。私の会社は、会社自体で運営しておる健康保険組合を持っております。四年前から、毎月給料日に被保険者に対して保険医療費の明細とその項目別、件数別の内訳書を渡して、会社の組合ではこれだけの負担をしておるぞ、被保険者の皆様の家庭で支払った医療費はこれだけだという説明をしておりますが、この内容を説明した結果、我々の中の病気の発生率は、幾分認識度が高まったと同時に、金額負担のことの確認ということと、

十分な健康管理に対して従業員が非常に認識度を高めてきた好影響が出ております。それで、この内容を従業員は一年間保存いたしまして、三月十五日の確定申告にこの明細書を税務署に出せば、そこで税法上ございませう医療費所得控除の恩恵に役立したしておるわけでございませう。

この内容が簡単に整理されることは、組合保険であるからこういふことが簡単にできておるわけでございますが、この一割負担とか二割負担とかの率の問題とは別に、被保険者が医療機関で支払ったときに、その際にその窓口でレシートを渡していただければ、政管の被保険者も年間の医療費の合計を知り、所得税法のこの恩恵に浴せるのではないでしようか。私は、こういうことをこの際利用できるように方策を考えていただきたいと思ふのでございませう。

さて、医療費に対する国民の不信感もかなりあるように言われておりますので、不正な請求や濃厚過剰診療による医療費のむだや不合理な部分があるとするれば、これを排除するための医療の適正化対策をさらに進めていたいただきたいと存じます。政府は、医療費の伸びを中長期的に経済成長程度にしたいといふことでございませうが、ぜひその目標を達成するよう各般の適正化対策を積極的に推進するよう要望申し上げておきます。

また、給付と負担の公平化措置として、昭和六十年代後半に八割程度で給付の統一と財源の調整等による負担の公平化を図ると言われております。これが厚生省の長期ビジョンのようでございませう。この具体案は今後詰められると存じます。

が、一つの考え方として、全国一本の制度に統合するといふものもあるようでございませうが、医療保険制度において、健康管理を十分やつて医療費を下げるような制度の運営が重要であり、そのためには、現在のような健康保険組合制度のような小集団方式の方が運営がうまくいくかと存じております。確かに、制度ごとに高齢者の加入状況が異なることによつて、医療費の不合理な格差があつて、それが老人保健法によつて解決が図られた

例があつたとは承つておりますが、制度間の不合理な格差、例えば今回提案されております退職者医療制度もそうであります。このような点について調整を図ることは一つの考え方と思ひますが、小集団方式によるメリットをなくするような統合論は、かえつて医療費の増加を招くのではないでございませうか。私としては反対であることとを申し上げたいのでございませう。

退職者医療制度については、長年その実現を望んでおりましただけに、制度の創設が図られることは高く評価しておりますが、将来の財政負担がどうなるのか、負担について歯とめみたいないものが考えられないのかどうか、さらに御検討していただきたいと存じます。特に、退職者医療制度の運営が国民健康保険で行われるので、制度運営が適切に行われるよう、政府の指導を望みたいと存じます。

最後に、今回の改正案は、健康保険制度の改正だけではありませんが、今後の医療を考えた場合、医療供給体制のあり方、健康づくりの進め方など、医療制度そのものの改革も図っていくことが重要であり、こちらの面今後の具体的な改正案がないのが残念でございませう。「予防にまさる治療なし」といふ言葉があるように、健康づくりを国民運動として推進することが一番大切でございまして、一部は厚生省の長期ビジョンの中でも触れてはおりますが、その具体的方策が早く示されることを希望いたします。私の意見を終わらせていただきます。

○愛知座長 ありがとうございます。

次に、大津静夫君にお願いいたします。

○大津静夫君 大津でございます。

社労委の先生方が、国民の健康を守るため健康保険法等の改正案に慎重な審議をされていることに、まず敬意を表します。

私たちは、まず先生方をお願いしたいことは、本日公聴会が終わつたとして、明五日の社労委で採決を行われないことをお願いしたいのであります。公聴会の意見を十分法案審議に反映させてい

ただきたいと存じます。

私は、社務の先生方なりその他の御意見がほぼ出尽くしておるようによろしく、少し違つた観点から反対の意見を述べてみたいと存じます。

まず第一に、このほど厚生省のP・R文書「健保法主要質疑応答」(問二)「政管健保黒字のときに、九割・八割に給付引下げの必要なし」というのがありますが、その答が振るつています。「①タダは、ムダを生み易い」とあります。全く厚生省はあきれ返つた御認識と言わざるを得ません。被保険者本人は、高額な健康保険料を毎月支払わされておられます。その上、病気になるれば差額徴収、ベッド料、付添料、保険外負担等々の数々を負担せざるを得ません。これは、いかにP・R文書といえども、取り消していただきたいと考えます。また、本人十割給付は、健保制度発足以来、各産業、職域の勤労者本人の健康権として、かつ、社会的にも位置づけ、効果を上げてきたものであります。

第二に、かつて三R赤字と言われた健保財政は、黒字に転化したのは御承知のとおりであります。政管健保は昭和五十六年度から黒字続きであります。健保組合の資産は一兆円を超えています。国保は五十七年度一千八百億の黒字であります。赤字市町村は二百八、赤字額は三百五十三億円でありましたが、その五二・二%は、大阪市百二十一億円、札幌市六十三億円でありました。老人保健法施行その他で、大阪府は五十八年度国保は十一年ぶりの黒字約十億円に好転をいたしてあります。

三、国民総医療費の増大は確かにあります。昭和五十八年度は十四兆五千三百億円と推定されます。しかし、医療費の国際比較、これを「厚生省の指標」五十八年版で見ますと、一九八一年度の日本の国民総医療費の対国民所得比は六・三六%、イギリスの六・五九%と比較してみても、やや低い水準です。西ドイツの九・五一、フランスの九・二七と比較すると三%以上も低いと述べてい

ます。そして、老人医療費圧力で上昇したのを加算したとしても七・五%とっておりまして、最後に「国民医療費の対国民所得比が老齢化の成熟度を考慮しても欧米諸国よりなお低水準である」という事実は日本医療のすぐれたパフォーマンスを示すものであらう」と述べています。これが厚生省の見解であります。日本の国民医療費は、GNP比で先進国中最低であります。

高齢化社会に向けて、健康づくり、健保制度の民主的改訂は、当分の期間国民の中で具体的展望も含めて議論を尽くすことが可能であり、妥当であります。財政的見地からのみ早急に、しかも健保制度の根幹を崩しかねない今回の健康保険法等改正案に多くの反対が出るのは当然であり、最初から出直すべきであると考えます。

四、国民の生命と健康は、依然として高い有病率を示し、五十七年度有病率は一三八・二、これは千人に対する率です。国民七・二人に傷病一件の割合です。前年は七・七人でありました。受療状況は、五十六年七月十五日調査時点において、国民十三・八人に一人が何らかの受療をしており、人口の老齢化は、昭和五十七年十月一日現在、六十五歳以上が人口千三百三十五万人、総人口に占める割合が九・七%、年々増加して、二十一世紀の老年人口一人当たり生産年齢人口(十五歳から六十四歳まで)四・三人となります。これは厚生白書であります。

この中で政府は、福祉切り捨て、軍事費突出予算を組み、高齢化社会に重要な保健医療、福祉優先政策をおろそかにし、財界主導の臨調行革路線により財政対策偏重の医療費抑制政策を行い、国民の健康を軽視しています。

五、その観点から、私は老人差別法と言っている老人保健法施行より一年有余、七十歳以上の老人は別枠に入れられ、老人医療費有料化、外来月一診ごと四百円、入院一日三百円掛ける二ヵ月負担、そしてこれから先が問題であります。点数出来高払いを巧みに操作いたしました、老人診療報酬点数表の適用区分、先生方はごらんになった

からおわかりのことと思いますが、病院ランクをつける、入院料を減額する、入院、外来の検査料、注射料、処置料等々、かくして老人医療の締めつけ、老人の病院締め出し、また差額負担、おしめ料とかお世話料、ベッド料を半ば公然と老人本人及び家族から徴収をし、不安と破綻が広がっています。受診の抑制は明らかであります。厚生省、行政は知らぬと言っております。これらについてどうか至急に実情調査をお願いいたします。

大阪府でも、老人ホームの建設申請が百三十件も殺到して、そして、いまだに保健婦が一人もいない町村が全国的にもあり、保健事業は遅々として進んでいません。この結果、老人医療費は毎年一〇%近く伸びてきたのであります。——ちなみに申し上げておきますと、老年人口の一割につきまして総医療費は約三割ということは先進諸国の常識であります。ここにおいて、この一〇%近い伸びが三から四割の伸びにとどまることが明らかにになりました。これは先生方の論議の中で吉村保険局長が述べておるとおりであります。今回の健保法改正案も、まあ勘ぐりますと、厚生官僚がこの状況に悪乗りしての構想ではなからうか。現実を直視し、老人保健法の根本的な改善こそ急務と言えましょう。先生方にお願いをしたいのであります。健保法改正案の社務審議で大方の意見は出ておりますから、どうかそういう点で老人保健法についての至急な御調査と改善を望みたいのであります。

六、庶民の立場から申しますと、退職者医療制度は、退職者をまた別枠に入れます、厚生省は金を出さぬが口は出す、まあそういうことであります。それから、高額療養費について庶民の感情は、支払いには別々で財布は一つ、全くこれで高額療養費と申します。次に、特定療養費であります。特定承認医療機関は差額徴収の公認に通じます。高度とか特定とか特別という差別、全く金の切れ目が命の切れ目でないでしょうか。

日雇い健保の廃止について申します。本人保険料は上がります。事業主負担はさらに高くなり、また、拠出金もかけられます。これで果たして雇用いたしますか。失業者がふえることを心配いたします。国保であります。やや身軽になるからといって国庫補助を削ります。どこからそれを補いますか。

総じて今回の健保法改正案は、低所得者ほどろに被害を受け、保険医療から遠ざけられ、負担と給付の公平化にはなりません。本人一割負担、これは健保組合その他は附加給付で吸収してしまうでしょう。ますます分断、格差が広がります。国民の生命と健康を守るため、健保給付は十割給付を統一目標に定めて、国民とともに中長期の努力を続けるべきではないでしょうか。

七、薬づけ、検査づけ医療、保険あつて医療なし、また一方において「病院倒産時代が来たのか」、毎日新聞の三月三十一日の社説です。まともな医療ができないう状態にあります。そして国民の医療に対する不信が広がっています。この不信感をなくすることが最も大切であります。我が国の医療は、よく言われるように、低医療費政策を下敷きに、国民皆保険制のもとで開業医制、私的医療機関が主軸で、診療報酬は出来高払い制であります。これらの矛盾が積み合います。予防、保健の軽視、治療の偏重、リハビリから社会復帰までの一貫性、総合性に欠けています。保健医療への住民の参加、協同の視点が希薄であります。医療費を増高させる要因でありまして、水面下では一部の営利医療、人権侵害を許すことになってきます。

私たちは生協法人で、一万四千世帯の組合員、二病院、一診療所、組合員協同による地域保健医療事業を運動と統一して行っています。そして差額徴収は一切なし、差別なしで、組合員に最大の奉仕を目的として、営利を目的としていません。生協法第九条のとおりであります。

したがって、私たちは、現在の診療報酬の点数出来高払い制による厚生省、中医協の薬価基準の決め方、実勢価格による薬価基準の決め方には問題があると思います。それは製薬大企業の利益を擁護し続けています。薬価差益等による薬づけ、検査づけ医療と呼ばれる制度のあり方と私たちは一刻も早く決別することを強く望んでいます。そして、すべての医療従事者の権利と労働を正當に保障する新しいシステム、制度の確立を強く求めています。物と技術の明確に区別した公正妥当な診療報酬を決めることであります。現状では、医療費抑制政策による長期の診療報酬の据え置き、引き下げ、薬価基準の連続大幅引き下げ等、患者の立場に立つような医療機関は困難な局面にあります。

例を挙げます。薬価基準の決め方であり、これが、例えば抗生物質のベニシリン系の内服薬、これが、一般名はアモキシシリンと言われている、これが、藤沢、明治、協和、万有等々であります。これらが五十年一月、二百五十ミリグラム二百六十八円にそろって出たのをいいたしました。五十六年の六月に、藤沢が百六十一円に下がった。明治が百三十五円、協和が百六十一円、万有が九十円。五十八年が、藤沢が百六十五円、明治が八十八円、協和が百四十四円、万有が六十四・五円。五十九年三月、藤沢が六十七円、明治が四十六・三円、協和が七十・三円、万有が四十一・五円等々であります。なぜこのような違いができてくるのか。ほか、いろいろ資料がございますが、例を申しました。

万有の例を一つ申します。不可解な薬価基準の決め方であり、我が国の医薬品生産会社は千三百六十六社と言われますが、その中の大手の万有製薬とにせの島居薬品が昨年の夏、アメリカのトップメーカー、メルクに相次いで買収されましたことは皆さん御承知のとおりであります。メルクは、この買収に総額一千億近い金を投入いたしました。メルク万有を建設し、そして総勢一千五百人の日本最大のプロパー軍団を擁することにな

りました。売り上げの拡大を図ることになっていいます。トップメーカーの武田薬品ですら千二百人程度のプロパーにすぎません。製薬大企業は依然として高成長を続けています。万有製薬の五十八年度決算の研究開発費二十八億四千八百万円。薬価基準が引き下げられれば、新薬開発で高度成長を続ける製薬大企業の姿がここに示されています。厚生省官僚のその会社等々への天下りもうわさされております。

薬価は、先進諸国のように原価に利益率を加算して設定すべきものであると考えます。薬剤原価を明らかにしつつ、例えば国公立病院がまず公開購入し、その価格によって民間医療機関に供給してはどうでしょうか。また、医薬品の供給システムを公的責任で行うのはどうか。とにか、薬剤の差益などは不要という制度をつくるべきであります。

そして一方において、医療従事者の賃金を労働に見合せて正當に定めるべきであります。例を申します。例えば事務局員の賃金点数はどのくらいあります。病院薬剤師の人員は八十剤に一人の薬剤師を必要とし、外来一人の患者につき内服四剤、頓服一剤、外用二剤の調剤点数にすぎません。いかに計算しても、この点数表からは薬剤師一人を養うことは困難であります。

また、医師の都市偏在を早急に改め、医科大学の恣意的なやり方や医師の医局追随志向を取り払い、僻地、無医村をなくし、医師を適正に配置し、救急医療の整備とともに、保険あつて医療なしの状態をなくすべきであります。また、医師独断でなく、チーム医療が大切であります。とにかく病気の後追い健保ではなく、その名のとおりに地域住民とともに文化と生活に密着して、住民による保健構造を築くことでありましょう。

八、差額徴収、差別診療、保険外負担は一切やめるべきであります。

九、国民の医療に対する不信を取り除くこと、住民の十分な参加を保障して地域保健医療の民主的改革に取り組むこと、健保法改正は決して財政

対策を先行させるのではなく、国民の生命、健康を保障する立場から計画するよう慎重審議をお願いして、公述を終わります。

○愛知座長 ありがとうございます。

次に、筑井基吉君にお願いいたします。

○筑井基吉君 私は、産業構造と経済発展の問題を理論、応用両面で研究している人間でございますが、日本経済の長期展望を試みますと、問題として浮かび上がってくるのは、非常に急速な高齢化、それに伴う医療費の増大の可能性の問題でございます。現在でも国民所得の六・数%といふとかなりの規模の負担になっておるわけですが、将来これが、継続的に巨大化する診療技術、それからそれを平等に給付するという社会的要請が合つて、増大を続ける可能性があるわけです。

そこで医療問題に興味を持ちまして、ここ数年間、専門と並行して医療問題を勉強してきたわけでございまして、昨年当地で開かれた第二十二回日本医学会総会において、特別企画として未来学フォーラムというシンポジウムが設けられましたが、そこで招きを受けまして、将来の医療体制とそれを支える医療経済システムに関して研究の結果を報告し、医学者及び現場の医師の方々の御批判を受けるチャンスを得たわけであります。

その討論の結果、私が今まで考えていたものが、経済学者だけでなく、医学者及び医師の批判に十分こたえ得るものであるというふうに考えましたので、今回は、改正案に直接関係ある医療経済システム、医療を支える医療経済システムに関して私がどういうことを考えたかというその骨子をお話しして、私の結論から見て今後の改正案をどう評価するかということをお願いしたいと思います。

皆様御承知のように、経済学では衣食住のよう生存に最低に必要なものをサブシスタンス・ミニマムと呼んでおります。これはいわば生存に必要な財ですから、財と申しますのは、有形の生産物と無形のサービスを含めて経済学では財と呼んで

おりますが、私は、生存に必要なサブシスタンス・ミニマムと呼ばれているものを生存財と呼んでいいます。そう考えますと、医療も生存財であるわけです。近代社会のように健康な生存権というのが基本的な人権として認められてくるようになってきますと、この生存財、医療を含めた生存財は、ある意味で基本的人権に属する人権財とも呼ぶべきものではないかと考えています。私は人権財という呼び方をしているわけですが、この財は一般の財、消費財とか耐久消費財とは違つた、基本的人権に関連した財でありますから、当然その需要供給システムに関しては特殊な配慮が必要になるわけでございます。

そこで、特殊な配慮は何かといふと、これは負担の公平と給付の平等といふことでございまして、ただ、一般には負担の公平と給付の平等で終わってしまふすが、こういう財を供給するシステムを考へる場合に忘れてならないのは、目的に合つた効率性の確保といふことでございまして。この点は往々にして忘れられていく傾向があるし、また厚生省のいろいろな局長説明の中にも、効率性の確保といふ点を十分意識しておられないのではないかといふ点に危惧を覚えています。それはどういふことかと申しますと、負担が公平であつて給付が平等に行われても、そのシステムを運用した結果、例えば医療システムにおいて経済的利益を追求する医師の所得の上昇に結果するのであれば、これは医療システムの上昇に結果するのであることにならないわけです。したがって、合目的性、すなわち目的を最も有効に達成し得るかどうかといふことが、医療経済システムを考える上で基本的に重要なものになるわけでございます。

そこで、経済学的に医療の特徴をまず把握する必要がありますが、時間が限られておりますので骨子だけを申し述べます。

医療というのは、大体患者の発生、需要者の発生というものは確率的な発生であります。確率的な形で発生するわけです。決まって発生するわけではございません。したがって、生存財という観点か

○愛知座長 ありがとうございます。
次に、高屋定国君にお願いいたします。
○高屋定国君 私は、仏教大学の高屋でございます。

私は、ふだん政治学を研究している研究者の一人でございます。直接この健康保険のことについて深く研究している立場ではございません。しかし、全般的にこの政治の流れの中で、あるいは健康保険と政治は非常に大きな関係がございますので、その観点から少し申し上げてみたいと思います。

まず、健康保険だけじゃございませんが、保険というものは大体において自分が負担能力のあるときに負担し、そして必要があったときにそれに依存するとか、そのお世話になるといふものでございます。殊に健康保険の場合は、自分が若くて健康であり、そしてまた経済的な負担の能力があるときに負担し、そして自分がそれを必要とするような思いがけないような病気になったときにそれにお世話になる、大体そういうのが健康保険の根本的な精神だと思います。

そこから考えますと、現在の一番重要な問題は、だれも好きこのんで病気になるわけではございません。今度の改正案の場合に、負担が定率でございまして、これが導入されますと、一番問題になるのは、やはり一番重病になった場合の負担率でございまして、これは、健康なとき、負担能力のあるときに、せつせとのために保険料を納めていくわけなんです。それが、一たん病気になったら定率という形においてなされますと、これは一体どういうことなんだ、保険制度それ自身の根本精神にかかわると思います。

それからもう一つは、定率でございまして、小さな、ちょっとした病気なんか余り大したことではないのですけれども、結局重病、重症患者になった場合が一番問題でございまして、その場合は、保険の医療費だけじゃございません。家庭を考えますと、本人は働くことはできないし、収入がなくなると、それだけではなくして、その病人の看護のため

に家族全体が、家庭全体が相当な負担でございまして。そういう全体の観点から見ますと、こういう制度はやはりよくないんじゃないか。

それからもう一つ、大きな問題なんでございまして、こういうふうな医療の根本にかかわるものを、本当に医療制度の改善という形から出されたものであるかどうかということにやはりかかわらざるを得ないと思います。そういうふうな考えますと、やはり私は違うんじゃないか。私も現在の医療制度について満足しているわけじゃございません。例えば、制度間の格差の問題あるいはまた本人と家族の負担率の問題、その他いろいろ問題がございます。それを前向きに、改善に一步一步でも保険の精神に基づいて変えていくという形じゃなくして、やはり財政的対策という観点から今度負担の問題が出てきたというふうには受け取りません。その形において、そういうやり方は健康保険制度をよくしようという精神から出た今度の改正案じゃないというふうに思わざるを得ないという形において、私は今回のやり方については反対でございまして。

それで医療においては、ほかのことについてはいろいろな公的負担あるいは受益者負担というふうなことがよくございまして、医療についてはこの受益者負担という考え方は入れるべき問題ではございません。私はそう思います。やはり病気というものと、ほかの利益を得るものとちよっと違う、そういうものを導入すべきではないというふうに私は思います。

それから過剰医療の問題、財政上の問題、いろいろなことがございまして、それはそれとして、特別に監査を厳しくすると、あるいはそういう宣伝をするというふうなことに、またそれを防止する方法はあると思う。それを一部定率に負担するという形において抑えるというのには、私は邪道じゃないかというふうに思います。

私はこのことをなぜ強く申すかと申しますと、私は京都におるのですが、私の京都に住んでおるところに、名前は申しませんがある有名な先生が

おられまして、ある私立大学の総長にまでなられた方ですが、今お年をとられて入院しておられる。そしてもう相当長く入院しておられるわけでございます。それで息子さんも、私と年齢はほぼ一緒で同じような大学の教師をしているのですけれども、一人の病人、お父さんを抱えている、その家庭は平均よりも所得は上だと思ふのですが、それでも一人の患者を抱えているために、家の中は大変なんです。非常に大変なんです。もちろん十分な経済活動も仕事もできないという形になる。やはりそれは看護の問題、いろいろな問題が具体的に出てまいります。ただ単なる医療費の問題だけじゃございません。そういうものは、現実において高齢化社会になればなるほど、負担のことはなるほど負担だからという形において話をされまされけれども、むしろ被保険者の立場から見た場合どうなるのか。これは非常に大変な問題を抱え込むことになる。にもかかわらず、今度その上にまた一部負担しなければならぬというふうな問題が出てくることは、非常に大きな問題を抱えるのじゃないか。

私は、もつと違った形に、医療制度それ自身の中に抜本的な改革をいよいよ高齢化社会に向かつてやるべきである。こういう形において解決するということとは、これはただ負担率の問題、財政的な観点しか見ていないと思わざるを得ないというふうに思います。

それから今度のもう一つ、財政的負担ということが盛んに言われるわけでございますけれども、なるほど過去数年、大分前には毎年の国民医療費の伸び率は高かった。殊に昭和の五十二年ごろは非常にきつて伸びたわけでございます。しかしながら、最近ここ一、二年、ここ一年ほどは非常に国民医療費の伸び率が下がっております。これは恐らくいわれるように、不正な、不適正な医療に対するいろいろのチェックの機能が働いたことであろうし、あるいはまた新聞やその他における余りよくない医療機関に対する宣伝が効いたのだらうと思うのです。最近ここ一年ほどの間はむ

しろずっと下がってきておりまして、そして国民所得の伸び率よりも下がっております。国民所得の伸び率の以内である。こういうような時代においては、負担の問題を考えるよりも、抜本的に医療制度の改善の方向に踏み出すべきじゃないか。それにしては今度の改正案を見ますと、むしろ逆行じゃないか。むしろそういう精神が少しも出ていない。私も一番いいのは、全国で一律に公平な負担、制度間の格差がない、これは一番いいんですよ。しかしながら、そんなことは今ここで急にできるわけじゃございませんから、私もそれは現実に合わせて妥協的な、一步一步漸進的な考えを持ってまいります。しかしながら、その方向には少しも今度はいっていないというところが、今度の法案、改正案に私は賛成はできない理由でございまして。

それで、私はまた少し考えてみたかどうかと思うのです。例えば年金の場合でも、基本的年金と、もう一つ足すものとございまして、二段階、二階制になっております。医療もそういうふうなことも考えてはどうか。やはり何とないままに病気のうちの場合、殊に重病の場合はだれも好んでなるわけじゃないのです。そのときの最低の、これだけはどうしても、どんな制度に入っても医療保険によってやってももらえぬのだ、こういうふうなものをまず考える。そこから少し制度によって格差があっても、これは今のところはやむを得ないと思うのです。そういうふうな考え方も、やはりいろいろ知恵を出し合って改善方法をお考えいただくのでしようか。

私は非常に大きな物の言い方をしましたけれども、大きな政治の流れとか保険の制度の流れというふうな観点から見まして、そういう方向に持っていくていただきたい。そういう意味において、短くはございましてけれども、時間もそろそろ参りましたのでこの辺で終わりますが、やはり反対せざるを得ない。根本問題は、何と云っても定率による、いわゆるちょっとした風邪とか頭痛とかいうことについては余り大したことではないので

しろずっと下がってきておりまして、そして国民所得の伸び率よりも下がっております。国民所得の伸び率の以内である。こういうような時代においては、負担の問題を考えるよりも、抜本的に医療制度の改善の方向に踏み出すべきじゃないか。それにしては今度の改正案を見ますと、むしろ逆行じゃないか。むしろそういう精神が少しも出ていない。私も一番いいのは、全国で一律に公平な負担、制度間の格差がない、これは一番いいんですよ。しかしながら、そんなことは今ここで急にできるわけじゃございませんから、私もそれは現実に合わせて妥協的な、一步一步漸進的な考えを持ってまいります。しかしながら、その方向には少しも今度はいっていないというところが、今度の法案、改正案に私は賛成はできない理由でございまして。

すけれども、問題は、大きな病気にいかつたときには一体これはどうなるのだ、こういうことが一番大事なので、その間においてある程度の定額とかいうふうなこともまたあつても仕方がないだらうと思うのですけれども、やはりそういうふうな医療制度というものは、本当に病気にいかつたとき、大きな病気にいかつたときにこそ保険にかかるといふことに重点を置いて発想の転換をお考えいただきたい。その過程で、いろいろな知恵を出す過程で、どんなふうな問題で、財政の規模に際したりいろいろな規模に応じて話し合い、相談、研究の過程はあると思う。ちよつと今度の出方は、余りにも急に財政負担政策のことばかりから出てきたというふうな感じざるを得ない。それについて、今度の改正案には私は反対でございます。

私の意見は、簡単でございますが、初めにそれだけ申し上げておきます。

○愛知知事 ありがとうございます。

次に、平尾勸市君にお願いいたします。

○平尾勸市君 たいま御紹介をいただきました普通寺市長の平尾でございます。

本日は、健康保険法等の一部を改正する法律案につき意見を申し上げる機会を与えていただき、まことにありがとうございます。

諸先生方には、我が国社会福祉進展のために大変な御苦労をいただいておりますことを、衷心より厚くお礼を申し上げます。

さて、私は、国会で今御審議をいただいております健康保険法の一部改正の法律案につき、市町村国民健康保険者の立場から意見を述べさせていただきます。

まず最初に、全体的な所感を申し上げますと、今回の医療保険制度改革案については、個別的にはいろいろ問題点もありますが、改正案を貫く基本姿勢は評価すべきものではないかと考えております。

まず第一に、今後我が国が急速な高齢化社会を迎え、長期的にかなりの程度の医療費の増加が予想される中で、負担の限界をも考慮しつつ、医療費の水準を適正な規模に抑えていく必要があることと。第二に、国民にひとしく医療を保障すべきはずの医療保険制度が、実際は歴史的沿革等の理由から各種の医療制度に分立をしており、そのため給付及び負担の両面において医療保険制度間の矛盾、不均衡が拡大しており、これを早急に是正すべきであること。以上の二点が今回の改正案であると認識しておる次第であります。

そして、このような観点から、具体的な制度改正に当たっては、一、医療費の適正化、二、保険給付の見直し、三、制度間を通じた負担の公平化が三本の柱として挙げられておりますが、これらは今後の長期的な医療保険制度のあり方を考えていく上で、極めて適切なものと思われまふ。

以下、改正案に盛り込まれておる個別的な事項につきまして意見を述べることになります。

その第一は、給付率の見直しであります。すなわち、健保本人の定率負担導入の問題についてであります。今回改正の論議の争点となつておる問題であります。医療保険制度全体の立場で申し上げれば、過去の老人医療無料化の経験からしても、また国保や健保家族の給付率との不均衡は正の観点からしても、十割給付というものは早急に是正すべきではないかと考えております。

なほ、これに関連をして、将来においては全保険制度を通じて給付率の統一を図るという中長期的な理念を明確にしていだくとも、その時期においても具体的将来への展望が示されることを強く期待するものであります。

第二は、負担の公平化についてであります。この点で最も注目されるのは、退職者医療制度の創設であります。現行保険制度の仕組みから、必然的に国保はその保険集団の中に多数の高齢者層と低所得者層を抱え込む宿命になっており、これに加えて被用者保険のOBも、企業退職後こそって国保に加入するという極めて不合理な姿になっております。このような不合理を是正するため、我々が長年にわたり主張してまいりましたのが、被

用者保険OBのための退職者医療制度の創設の問題であります。今回我々国保がその実務を担当し、対象者を被用者年金の老齢あるいは退職年金受給者とし、その医療費は退職者とその家族の国保保険料と現役の被用者及び事業主の拠出金によって負担するという制度においてようやく日の目を見ようとしておるものであり、ぜひともこの機会に実現をさせていただきたいと思ひます。

第三は、国保に対する国庫補助制度の見直しの問題についてであります。今回、退職者医療制度の創設との関連において国保に対する国庫補助制度が見直されることとされておりますが、この場合、保険料負担の大幅な増額を来さないことが基本であると考えております。つまり、今回の一連の制度改正は、長期的視点に立つた医療保険制度改革の第一ステップであると考えております。現在の一世帯当たりの保険料を比較しますと、国保世帯は既に組合健保等の世帯を上回つておる状況にあります。我々は、今回の一連の制度改正によつては保険料負担の増はないとの当局の説明を受けておりますが、万一負担増を来するような事態に立ち至つた場合には、政府において適時適切な財政措置が講ぜられますよう、この場をかりて強く要望しておきたいと思ひます。

以上三点について申し上げましたが、この際、私は、国保の医療費と大きくかわり合いを持つところのヘルス事業について一言申し上げたいと思ひます。

私は、住民の健康を守り、その増進を図ることは、市町村に課せられた重大な使命と考えております。したがって、保健施設活動として、事後的な治療よりも、事前の疾病予防、保健活動、健康づくりこそ重要と思ひます。

私どもの市においては、さきに施行されました老人保健法のヘルス事業を待つまでもなく、十年ほど前から一般市民に、四国八十八カ所めぐりになぞらえた、高僧空海上人の生誕地の総本山善通寺の山ろくに一周約一・六キロメートルのミニ八十八カ所めぐりを、また日曜ごとに市内に六コ

スを設定し、六キロ、四キロ、二キロの三種をポイント設定し、参加者各自のマイペースで走る日曜ミニマラソン、また市民ハイキング等を奨励しておりますが、多数の参加者があり、市民の健康意識の向上にも大きく役立っております。なお、参加者に対し、時期を決めて保健婦が出向き、血圧測定その他の検診を行うなど、きめ細かく効果のある健康づくりを心がけております。

一方、お年寄りには、心豊かな団らん、趣味の囲碁将棋、屋外軽運動としてのゲートボール等、幅広くレクリエーションの場を提供するなど、健康保持の施策を進めてまいりました。また、昨年度にヘルス・パイオニア・タウンの指定を受けましたのを契機に、保健指導員制度を創設、医師会、保健婦連携のもとに健康調査、各種研修会を開催、成人病検査等諸検診の受診率の向上に努めるなど、積極的な健康増進策を展開してまいりました。

ちなみに、私も香川県にある五つの市のうちで、国保財政について他の四市の平均と比較してみますと、国保の被保険者一人当たり受診率、医療費ともに九〇〇の線で推移をいたしております。約一〇〇少なくなつております。とりわけ老人医療におきましては、受診率において八七％でございます。医療費においても六七％と著しく低位にあります。このことは、前述いたしました一連のヘルス対策の効果によるものと思われまふ。

昭和三十六年国民皆保険によるこの現在の国保が開始されて二十三年、増加の一途をたどる医療費と、一方負担の増大により、国保の現状はまさに限界に達した感があります。今こそ被保険者すなわち住民の健康を守り、医療費の増高を防ぎ、健全な国保の運営を目指すことも、私どもの責務であると確信いたしておるものであります。と同時に、政府におかれまして、これらヘルス事業に対するいま一段の拡充強化を心より期待し、お願いする次第であります。

終わりになりましたが、さまざまな論議を呼んでおります今回の改正案も、医療保険制度のある

七

べき姿への一歩前進と存じ、賛意を表しまして、私の陳述を終わらせていただきます。

どうもありがとうございます。

○愛知座長 ありがとうございます。

次に、本田精一君にお願いいたします。

○本田精一君 大阪地方同盟書記長の本田でございます。

私は、同盟の立場で今回の健康保険法改正に対する反対の意見を陳述申し上げます。私ども同盟は、既に昭和五十七年に、一九八〇年代の福祉ビジョンというものを発表いたしました。そして、このビジョンは既に衆議院の先生方、十分御承知をいただいております。また、それなりに高く評価を受けておると自負もいたしておりますが、このビジョンは、昭和四十七年に発表しましたものを、その後の社会経済情勢の変化を踏まえて修正を施し、改めて提言したものでございます。このビジョンの中で、医療保険制度のあるべき姿について言及をいたしておりますので、私はこれを基調に意見の開陳を行います。

我が国は急速な高齢化時代に突入いたしております。三十年後には欧米諸国の現在の高齢化比率を抜いて、人口高齢化の最たる国になると言われております。現に、過日の発表によりまして、世界一の長寿国と位置づけられたところでございます。

人口の高齢化によりまして高齢者が増大することになりますと、社会におきまして扶養負担の点におきましていろいろな面で社会経済に影響を与えることとなりますが、特にこの問題の社会保障の分野に与える影響は大きいと考えます。一定財源の中におきまして負担する側と受給する者が特定され、しかもそれぞれの制度の持つ特有の問題と相まちまして、早くから年金制度や医療保険制度については具体的な対応が迫られていたところでありまして。

現行の医療保険制度の問題点でございますが、公正と効率の両面に特に問題があると考えます。

まず、公正という観点からの問題でございますが、最も目につきましますのが、制度分立によりまして負担と給付にかなりの格差を生じているという事実でございます。

第一は、医療保険の基本給付というべき医療給付でございますが、本人の場合でも、被用者保険の十割給付に對しまして、自営業者や年金生活者などが加入しております国民健康保険では七割給付という事実になっており、三割の自己負担が必要という大きな格差があります。家族の場合にも、健保組合や共済組合では附加給付がございます。平均では七割を少し上回っているのではありませんが、政管健保、特に中小企業勤労者の中では七割しか給付されませんし、国民健保においても同様である。このように、医療保険制度の基本ともいえるべき部分で本人と家族の給付率に異なるという制度になっているのは、欧米先進国にはその例がないのではないかと思います。

第二は現金給付の面でございますが、被用者保険と国民健康保険では法定と任意制度という差がありまして、五人未満の事業場で働いている労働者の中には、傷病手当や出産手当など、所得保障的な給付すら受けられない場合がおります。もちろんこれは、五人未満の事業場における加入の問題などは、当然主張として強制加入の方針を望むところでございますけれども、そういう事実があります。

第三は負担の問題でございます。今さら言うまでもございませんが、かなりの差があります。これは構造上にも問題があると思えます。すなわち、一つは、各制度が対象として抱えている高齢者比率の多少の問題があるというところでございます。老人保健法が施行されました、七十歳以上の高齢者の医療費につきましては、国民全体でプール負担という考え方に立ちまして、全制度で見ることになりましたが、六十歳から七十歳までの人たちにつきましては、依然としてそれぞれの制度で抱えている現状ではないかと思えます。また、構造上の第二の点は、制度を構成する被保険者の

間に所得水準の高低差があるということでありまして、そのことが制度の財政収支に当然に格差をもたらしてしまつた、そういう結果になっておると思ひます。

続きまして、効率の問題点について申し上げておきたいと思ひます。

私は医療保険制度の効率化ということをおのづから考えておるわけであります。医療の資源というものは限られておるわけであります。その有限な資源が効果的に使われるかどうかを見直すことが必要だと思ひます。もし医療保険制度の中で資源の効果的配分を誤つておるとするならば、そこに医療費のむだが増大するだけでなく、医療保険制度の機能そのものも損なうことになるのではないかと申すわけであります。

医療保険制度の役割は、健康を損ねたときに、その不確実な費用の保障を適切に行うところに本来の目的があるわけであります。医療についての必要性が強く、医療に要する費用が大きくなり、本人の負担能力が弱い場合ほど医療保険の効果が高められていくべきであり、そうすることが資源配分の効果性というところであらうと考えます。

ところが、現実の医療保険制度における給付と患者負担の関係は、とても適切に組み合わされておるとは言えない、そんな状態ではないかと思ひます。現在の給付制度では、初診あるいは入院の一部負担のほか、保険給付等の対象とならない差額ベッド料や付添看護料など、多額の出費を必要としております。したがって、入院が長くなれば本人の負担能力をはるかに超えることになることがあり、この場合保険の効果が著しく弱められることになる。その点、改善の必要があるわけでありまして。

この傾向は、家族や国民健康保険の対象者の場合には一層顕著になるわけでありまして、高額療養費制度の導入によってかなり緩和されたといえ、労働者、特に低所得者層にとってはかなりの負担になるということは否めないと思ひます。さらに、効果面では、診療報酬の支払い方式に

起因する諸現象があると思ひます。また、最近では、検査づけとか施設、医療機器の重複投資が問題となつておるが、これらのものが原因となつて医療費に自然増といふものがある、そういう部分が生じているのではないかと思ひます。

現行の医療保険制度に対する、同盟ビジョンの立場に立ちました問題点の主なものは以上のおりでありまして、このような認識の上に立ちまして、現在国会で審議されております改正案に對しまして、意見を具体的に申し上げます。

まず、今回の改正案は、何といひましても、財政対策から出てきたとしか言ひようがないと私も思ひます。一部には従来から長年論議してきたという意見もあるようですが、それはむしろ専門家の間では通じておるかもしれませんが、私たち国民には決してそのようには理解できないという二点を申し上げます。

また、第二は、給付率の問題であります。今回の改正案では本人の給付率を八割とするというのがベースになっております。修正案等が示されておるようですが、給付率について、本人、家族を問わず一律にすべきであると思ひますが、家族については何ら触れていない点が大きな不満として残つております。

今回の改正では、保険料の引き上げは不可能だろうという前提で、この給付率を引き下げるといふような考えが示されておるようですが、負担と給付の関係につきましては非常に裏腹の関係でございます。したがひまして、幾つかの研究がされておるようについておりますので、そういうものを国民の前に提示願ひまして、もっと合意を求める論議の機会を深めるべきではないかと思ひます。

第三は、高額療養費制度の問題であります。これは非常にいい制度だと評価はされておるものの、現行制度では個人単位でございますが、レセプト単位となっておりますが、今回の改正が、後で修正される話が出ておりますが、負担の

増加という点につながるわけでありまして、特に家族単位、世帯単位といいますが、そういう点に修正をしようと思ひます。あるいはまた、月間問題などももう少し取り組んでもらいたいと思ひるところであります。

第四番目に、退職者医療制度の創設問題であります。さきにも申し上げましたように、給付率が高くなる現状で、退職者医療制度の必要性は高いと思ひます。しかし、今回の改正案では、国庫の負担がゼロとなっております。これが理解できない点でございます。私たちが労働者組合員にいたしまして、現役の者が財政の一部を負担することはやむを得ないと考えますけれども、国家の制度でありながら国庫負担がゼロという点は、どうしても納得できないという考えを強く申し上げておきたいと思ひます。

さきに厚生省が医療保険制度の将来構想なるものを示されましたが、その内容は、今回改正をするための裏づけをつくっておいた、そういうふうな見方さえ持たざるを得ないと思ひますが、私たちの期待しておりますのは、少なくとも六十年の前半で実現できる制度の抜本改正の方向でございます。そういう意味から、きのうも自民党から再々修正の動きが示されているようでございすけれども、目先のものにすぎないのではないだろうか。もっと国民の理解、協力、合意を得られるようなものでなければならぬと思ひます。抜本改正につながるような修正を強く要望したいわけでありす。

最後になりましたけれども、報道等にも書かれておりましたが、中曽根内閣にとって最重要課題がこの健保問題のクリアだという説がどんどん出ておりますけれども、内閣にとつてというよりも、むしろ私は国民にとって最重要課題ではないかと思ひます。この最重要課題である健康保険問題、国民の命と健康を守るこの法律の問題を、社会保障制度審議会にいたしましたも、社会保険審議会にいたしましたも、短時間の間に論議を迫るべきさがあるわけでありまして、こういっ

国民の最重要課題であれば、国会審議ももちろん選ばれた各先生方によって慎重に十分論議されておるとは思ひますし、またその点に關しましては深い敬意を表する次第であります。本日など、こうしてお出かけたのだのも大変なことだと思ひますけれども、何かもう少し論議の時間というものがあるべきではないかと思ひます。

予算は既に決定、実施をされつつあり、そういう関連で、私たちの目から見ると、何だか形だけ公聴会を開いておるような感ずらないではありませぬ。形式だけに終わるのではなしに、極端に申し上げましたら、もっと時間をかけてやり直してでも、四十七都道府県にでも公聴会がかけられてほしい。そうして、いろいろな国民各層の声を聞き上げて、吸収していただいて、最大公約数の合意形成を図るに御努力をお願いしたいと思ひます。

以上で陳述を終わります。
○愛知座長 ありがとうございます。
以上で意見陳述者からの意見の開陳は終わりました。

○愛知座長 これより委員からの質疑を行います。
質疑の割り当て時間は、理事会の申し合わせにより、自由民主党・新自由国民連合三十分、日本社会党・護憲共同三十分、公明党・国民会議十五分、民社党・国民連合十分となっておりますので、御了承願ひます。

また、質疑される委員は、答弁者を指定してなされるようお願いいたします。
○長野委員 意見陳述者の皆さん、本日は御苦勞さまでございました。自由民主党の長野祐也でございます。自民党の持ち時間三十分をお隣の自見代議士と分担をさせていただきたいと思ひます。

まず第一に、全員の陳述者の皆さんにお尋ねをいたしたいと思ひます。
昨日、二回目の修正案が自民党から出されましたことは御案内のとおりでございます。その内容は、改正健保の施行後に組合健保の家族と国保の被保険者の自己負担率を三割から二割に引き下げる、あるいは政管健保にも附加給付制を行う、そういうようなものが二次試案の柱になっております。一次試案を含めまして、この修正案についての御見解を全員の方に伺いたいと思ひますが、冒頭申し上げたようなことで時間が非常に限られておりますので、大変恐縮ですが、一分ずつで、それぞれのお立場でポイントだけお聞かせいただきたいと思ひます。

○秋山良三君 私は、修正案に対する具体的なことは新聞に掲載された内容ぐらいしか読んでおりませんので、はっきりした答弁になるかどうか知りませんが、感じをいたしましては、この修正案の根本にあるのは、政府のやはり期日というものの対する、議会の通過ですか、この時間に合わせたようなために、相当主張を曲げてまでこれを通過するという修正に依拠しているのじゃないかというふうなことを感想として持っております。ですから、その修正案の可否ということについては、私はまだ検討しておりませんので答弁はできません。

以上でよろしくございすか。
○長野委員 はい、結構です。
○大津静夫君 修正案がいろいろ出されますけれども、まず第一に、やはり財政的見地、この辺で譲れないものは譲れないというその財政的見地からの修正案が出されているというふうに思ひます。私は、今も申しましたように、財政的見地を優先することなく、長期的にビジョンを出されたものに従ってやっていただきたいということ、基本的な反対であります。

それから、本人一割負担というのを前面に出されておるようですが、これは原則的に反対であります。それは、長い間制度の根幹をなして

きた本人に対する侮辱であるだろう、労働者本人に対する、そういう生産の現場での中心的なメンバーに対する軽視だというふうに考えております。

それから、格差、分断があることの方が今日重要でありますので、本人に手をつけることなく、格差、分断の方をどういうふうに進めるべきかというふうにお願ひをしたいと思います。

以上でございす。
○筑井基吉君 私は、先ほど述べました私の基礎理論からいたしまして、先ほど本人一割負担というのはいずれ前進であるというふうに申しましたが、三割が二割になって、給付の平等に向かつてこれは二歩前進であるというふうに評価したいと思ひます。

○高屋定国君 私は、先ほど申しました考えからいまして、これは健康保険制度のいわゆる根本的な改善への第一歩には全然こたえていないと思ひます。そして、一番重要なところはそのまま残しておいてちょっと妥協した、こういうことではないかと。評価いたしません。

○平尾勲市君 私は、修正案につきまして原則的に賛成と思ひます。とにかく、給付率を上げていくということは非常に結構なことだと思ひます。が、財政的な点は修正案を出す限りお考えのあることだと思ひますので、とにかくこれは原則的には賛成したいと思ひます。

○本田精一君 一面結構な案のように見られておるわけですが、私としては評価するわけにはまいりません。そんな修正案を出すのなら、国会の皆さん方あるいは政府の皆さん方一丸となつて、当初原案から腹を割った話を合して出してくるべきだ、このように思ひます。

何か明日の強行採決、強行と言うのはどうかと思ひますが、明日の採決の一つのタイムスケジュールにして、そしてそういうところへどんどん追い込んでいくような、まさに国民にとっての最重要課題を政争の一つの駆け引きのなかにされているというところで、大変腹が立ちます。

○長野委員 大津さんと高屋さんと本田さんに二点伺いたいと思いますが、いろいろ御意見がありましたけれども、日本の医療保険制度というのは、石原裕次郎さんが慶応病院に入院されたときの治療費が五百五十万円ぐらいで、一枚の健康保険証のあたりがたみといえますか重さで、彼自身が払ったお金は一万五千円ぐらいだったという例に見られますように、世界一のシステムではないかと私は思っております。

問題は、この制度をどうやって今後長続きをさせるかということが大変大事なことだと思っておりますが、そこで第一にお尋ねをしたいことは、現行の医療保険制度に全く手をつけずに今後も未永く対応できるというふうにお考えなんでしょうか。私は、この点についてはそれではできないと思っております。なぜなら、先ほどお尋ねの御指摘にありますように、今から外国の二倍から四倍のスピードで高齢化社会がやってくる。あるいはかつての高度成長のときでしたらよかったですけれども、大変な低成長の中で、一時間間に十億円の国債の利払いだけ払っておるといような財政事情の厳しさの中にある。あるいはまた、今後の医療費の動向についても、先ほどの御意見の中で医療費の伸びが低下をきていて、というふうな御指摘もあったのですが、これは一連の適正化対策あるいは薬価基準の切り下げ、そういうようなものによって一時的に鈍化はしているけれども、やはり中長期的に見れば、そういう高齢化等もあって、ほうっておくとGNPの伸びを上回って医療費が伸びていく、そういう傾向にあるのではないかと私は考えております。こういう福祉の見直しということは、財政事情と絡んで今世界共通の悩みで、こういう対応を誤ったために政権が交代をしたような国も外国では例があるわけでありまして、負担と給付の適正化を進めるといことは、大変私は今後大事なことだと思っております。

そこで、第二点にお尋ねをしたいことは、この医療費の負担をだれが分担をするかという問題

で、患者負担と国庫負担、保険料負担をどのように組み合わせるべきだとお考えなのか。言いかけますと、十割給付というものを維持するならば、何でその財源を賄うべきであると考えておられるのか。

この二点をお三人の方々に答えをいただきたいと思っております。

○大津静夫君 第一点は、今の健康保険制度を根本的に改革しなければならぬと思っております。と申しますのは、治療偏重です。病気の後追いです。これは健康保険ではなくて病氣保障であります。したがって、逆にその構造を予防、保健という方向に重点的に移すべきであらうと思っております。第二点は、この際、投資をやったら効果が出るという感覚、すぐに効果を求める、そういう観点から捨ててもらいたいと思っております。事は健康に関するものでありますから、例えば長い間保健、予防に一生懸命頑張ってきた市町村、そういうものがやはり長い間に健全な財政になっておるといふことについて、十分御認識をしていただきたいと思っております。したがって、これは短期の投資効果を求めるというのではなくて、やはり長期的な観点から進めていってほしいと思います。

それから、医療費の負担であります。これはいろいろ論の出るところでございますから、どこからどう切りかえようかというふうなことは言わなくてもいいと思いますが、要するに、高齢化社会において政策の中心を福祉優先、この方向に切りかえていくことというふうに思うわけでありまして、十割給付にそろえるという私の主張であります。それはやはりむだもいろいろあるでしょうけれども、そういうのを規定しながらでも、なお将来的に十割給付にそろえるべきである、しかもそれはできるだろうというふうに思います。最後にもう一つ申し上げたいのは、甚だ遺憾なことは、財政的見地から今日やられている医療の抑制政策であります。これは余りにもドラスチックで、しかもその点では医師と医療機関あるいは住民を分裂させる、そういう感覚の中で非常にた

くさんなエネルギーを使わねばならぬ医療費の抑制政策をやっていますが、にもかかわらずやはり製薬大企業の成長とか等々の点については一つも触れていない。例えば、諸外国で製薬企業に一時税金を課したところもありますけれども、一つもそういう点では配慮をしていない。それで専らこの点では、財政的見地を中心にした、私が主張申し上げますように、老人保健法によるあの現実、その上に財政的見地による医療費抑制がある、弱者にますます厳しい状況であるというふうな考えを、やはり製薬独占とか等々に対する厳しいあれをしていただきたいと思っております。

○高屋定国君 第一点でございますけれども、これはやはり現実に見ましましたところ、医療制度は今のままでもそのまま続くとすれば、それは少しは問題はありますが、それはそれで、私は少しは率直に見たところ、やはり同じ病気になるのもこの病院とこの診療所によって出す薬が違ったり、いろいろございます。それについては、もう少し何とかいいますか、見るべきはあるだろうと思っております。こういう点は改善すべきところはあるだろうと思っております。私は、それはやられたらいいと思います。

それからもう一つは、それでもどうしてもいかにというならば、人間の命の最低限のことについては見る。その上のことについては、今おっしゃった石原裕次郎さんのように、それは少し負担のある、そしてまたかなりの医療をやってもらったと思う。そういう医療をしてもらった人についてはその上の負担をもらう、こういうことはあってもいいんじゃないか。健康保険においては最低だけ見るといやり方も考えてもいいんじゃないか。二階建てみたいな形ですね。そういうことも、もし財政上の負担がどうしてもあかんというならば、将来考えてもいいんじゃないか。まだそこまで現在来ていない、こういうふうには私は思っています。現在、ここの二年、ここの予算、それから去年のを見ますと、国民医療費は国民所得の範囲内である。私は、いろいろな問題はあったの

だと思ふ。努力はあったのだからと思う。この努力はいいと思う。私はそういうふうな思っております。

それから、次に医療費の負担については、基本的に考えますと、これは負担能力のある人が負担すべきだ。その負担能力の中に、個人でも、国民健康保険の中でも、お年寄りの中にも、能力のある人となない人がある。ある人はもっと負担してもらったらいであらうと私は思う。外国では、私は一九六三年から六五年までヨーロッパのある国に留学しておりましたけれども、その国では、被雇用者については全額政府及び雇用主が払います。しかしながら、個人で営業している人は、個人の負担は相当高いです。これは年金と一緒に納めております。私はそれはいいと思う、負担能力があるから。

それからもう一つは、公的な国庫負担の問題です。これもやはりある程度は続けるべきだと思っております。しかし、これも率直に申し上げて限度がございいます。何でもかんでも負担すべきじゃないと思っております。本当を言えば、やはり最終的にそれも税金になるのですから、国民に求めるのですから。やはり最終的には負担能力のある人が負担する、そして健康なときには負担する、そして病気になるたらかかるという根本精神を貫けば、細かい点は相当話し合いの余地があるんじゃないか、私はそういうふうな思っております。

○本田精一君 せっかくの立派な、世界に誇り得る制度を長もちさせる必要があるというところは意見の一致するところでございます。そのために私たちも強くアピールをしておるわけであります。負担の問題に手をつけずに対応をどこまでできるかという御質問の趣旨だと思いますが、私たちが労働者として、とにかく体が資本であるというものがまず前提にありまして、絶えず健康な体を保持していこうとしておるわけですし、またそういう中での保険制度というものに期待を大きくかけておるわけですが、それだけに、国の発展なり産業の発展なりに一生懸命頑張るとい建前

で、生産性向上運動を初め、まじめに働く労働者として立ち向かっておられることは理解してほしいと思います。

何で賄うかという具体的なお問いに対しては、私は予防制度というものをと国を挙げて普及させる必要がある。先ほど、お隣の善通寺の市長さんがおっしゃいましたとおり、そういった実例というものが現にあるわけですね。そういうものを国じゅうに広げて、あるいはまた無医村地区などもないようしていくということに力を注いでいけば、当然むだも省かれてまいりますし、そういった面の成果、影響というものが出てくるのではないかと思います。

何もかも私たちが全部負担に反対だということを書いておられるわけではございません。しかし、先ほどおっしゃいましたように、年金の負担とかいろいろな負担を考へまして、許容限度というものが実はあるわけですね。最近の賃金の闘争のときにも絶えず問題にしているところですが、十分成果も上がっていませんし、また物価の引き上げなり、今度も新たにこの問題が採決されれば、いわば逆説的に言えば、これは明年の賃上げ闘争の一つの理論的根拠になるぐらいの医療費の負担ということとで、私たちの裏づけになるわけです。しかし、基本的に、何もかも負担することに反対しているわけではございません。先ほど言いましたように、退職者医療制度の問題につきましても、現役が一部負担することは当然であると考ええておられる次第でございますので、そういった話し合いというのですか、協議の場所に臨むに当たっては、抜本的な案を提示してもらえれば、合意に努めていく努力は決して怠らないつもりでございます。

○愛知座長 自見庄三郎君。

○自見委員 どうも本場にいろいろな貴重な御意見を聞かせていただきましてありがとうございます。いろいろな御意見の中に、かなり共通した御意見として、いろいろ医療保険制度の間に格差があるという御指摘が多かったように思います。これ

は、現在の日本、御存じのように男が七十四歳、女が七十九歳の平均寿命でございます。昭和二十一年が約五十一歳でございまして、歴史上のいかなる時点でも、いかなる国でも、これだけ短期間の間に国民の平均寿命が延びた国というのは、百五十八ございまして我が日本国だけでございまして。そういった意味で、いろいろな問題点がございましてけれども、トータルとして、やはり今までの医療保険制度というのは大変世界に冠たるものだろうというふうに私も思うわけでございまして。しかしまた、将来においてもこれが続くという保証はございせんし、そういった意味で、いろいろな御意見を聞かしていただいて、やはり国民の合意を得て、よりすばらしい医療保険をつくっていくというのが我々の責務だというふうに私感するわけでございます。

そこで、いわゆる医療保険の一元化の問題でございましてけれども、そのことについての御意見を聞かせたい。

いろいろな問題があるわけでございまして。御意見の中には、財政調整が統合とか、そういう御意見もございまして、地域保険に統合すればいいかというふうな御意見もございました。いろいろな御意見がございましてけれども、まず筑井甚吉教授に、ちょっと先生お触れになりましたけれども、財政調整、地域保険に一本化するにしても、お互いにメリットとデメリットがあるのだという御意見でございましてけれども、そのことにつきまして先生の御意見を伺えればと思っております。

○筑井甚吉君 高度成長期には、大きいことはいくらでも、そういう思想が支持を得ていたわけではございますが、果たしてそうかと申しますと、実は国鉄の分割、そういうような問題が今真剣に議論されている。そういう過程を経ますと、やはり組織が目が届く範囲というのがありまして、必ずしも全国一本に統一するのが、巨大組織がうまくいくかどうか、あるいはそれを分割した方がいいか、この辺のところは慎重に御研究願わないとな

らないと思うわけですね。歴史的な経過もございまして、それを一挙に実現するということは非常に難しい。ベストドインタレストに皆さんやはり固執されているわけですね。

私が一つ考えますのは、新しく社会に出てくる、新卒業者が主だと思えますが、新しく社会に出てきて生産に参加する人に対して新しい統一制度に加わるようにして、そして古い利益に固執している個々の制度は安楽死をさせればいい、これの一つの考え方である。そういうふうないろいろなオルタナティブが考えられるわけです。多分その安楽死を実現するためには、十年、二十年のタイムスパンで考えなければならぬかもしれないけれども、健康保険制度は二十一世紀に向かって長期的に考えなければならぬ問題でございまして。したがって、先ほどからも御意見が出ておりますように、一年、二年というような急性な問題ではなくて、常に十年、二十年先を見ながら、我々が政治家の方に期待しているのは、短期的な、ミクロ的な視点じゃなくて、総合的な、長期的な視点でございまして。長期的な視点に立つてぜひこれを検討していただきたい。

ただ、早急に実現しなければならぬ点は負担率の統一ですね。同一所得の人は同一負担額で済むように、当面は制度間の財政調整ということになると思いますが、そういうところから出発して、最終的には同じような公平な負担が実現するような制度をお考えいただきたい、こういうふうに考えます。

○自見委員 どうもありがとうございます。

秋山長三会長、医療保険の一元化の問題にお触れになりました、そのことに少し御意見があったようにございまして、その中に、大きいものに一つにすると、組合健保といいますが、小さくて効率的なものを残すべきだということを御意見の中で述べられたと思いますけれども、もし御意見がございましたら、そのことにつきましてもう少し具体的な御意見を……。

○秋山長三君 これは私どもの組合の運営の経験から私は発言したわけでございまして、もう少し

申し上げますと、これは組合運営の歴史もありまして、またこれについて任せきりの一部の担当者でなく、経営者自体がもっと関心度を寄せることによって、内容とか合理化とかいろいろな面でのいろいろな知恵が出てまいります。

私の方で今やっておりますのは、集団の検診でございまして。これは全部組合費用でやっております。それからなお、その結果で特に人間ドックの費用の二万円のものには組合負担で補助しております。そういう予防体制において相当の従業員の福祉ということをやっております。これはなぜやっているかと言いますと、そのために会社から補助する金が出て、現在のようになり休日が多くなつて働く時間が少なくなつておられますと、そこで従業員にとつての命の大切さもさることながら、会社を運営する経営者から見まして、本場に一人の作業から達成されるところの生産ベースの予想というものが病人の発生によって非常に狂つてまいります。そういう意味で、経営者から見る従業員の健康の保持というものは、重大な関心を寄せざるを得ないのでございまして。

ですから、私は申し上げております。できるだけこれは運営上赤字経営にならないよう努力しておりますけれども、一番痛感しておりますのは、一年間運営した結果において著しく財政上の運営を予測できない費用で多額なものは、がんの診療費です。これについて何かもっと軽減策があったらということを端的に申し上げたいのです。がんの患者が一年間に発生した度数によつて、組合の運営の財政が大きく狂つておる事実でございまして。

ということとは、もう少しがんの診療費というものが軽減できないか。医療機関の方は御損のいかぬように、しかし被保険者から見れば、全体的にがんの予防というものが完全に行い得ない時代においては、この治療には長期間で莫大な金を要する。これの診療費に対して、あるいは国家から特別な補助金とか何かの財政面の援助があつてもしかるべきじゃないか。これはいろいろ財政の問題もご

ざいますけれども、がんの発生度によって組合保険の運営というものは非常に変わっておる事実でございます。これが少ないときは非常に黒字が多いい。黒字というものは、私の方の運営では、労働組合と会社側の委員とイコールでいろいろ論議して、改良すべきことはどうだというような一つの労使交渉の場のような形でこの運営をやっておるわけでございます。

ですから、そういう意味で、従業員に対する福祉政策の一環として、少々負担が企業にかかってそれが実行できるということは、我々の組合保険の規模の問題もございましょうけれども、まめに細かくやれる利点というものがたくさんございます。これがもし全部離れたときに果たしてそれだけのことがやっていたらどうかということに思いをはせますと、自分の会社本位だけで物を言うわけじゃございませんけれども、皆さんのいろいろな組合保険の実態とかそういうことは、私は運営上の問題は存じませんけれども、そういう運営上については相当細かい問題でありまして、被保険者の負担率だけの問題ではなく、そういう意味から、私は、制度上の問題では、これは今までのように残していただいたら結構だということでございます。

○自見委員 どうもありがとうございます。横道にそれますけれども、がんの問題でございますが、今、年間十七万人の方ががんで亡くなりまして、主要死因が五十六年から一位でございます。四十五歳以上の方は好き嫌いにかかわらず、約三人に一人はがんで亡くなるということでございまして、対がん十カ年総合戦略がことしから始まったばかりでございますけれども、大変貴重な御意見をありがとうございます。

時間がございませんが、最後に善通寺の平尾勘市市長さんが非常にユニークなと申しますか、ヘルス活動として、十年ほど、いわゆるミニ八十八カ所回りですか、ことは空海なども大変ブームでもございますし、そういった意味で特に老人の健康につきまわしてうまく成功しているということ

でございましたけれども、その点につきまして、問題点といいますが、そういったものもやはり生じてくるのじゃないかと思うのです、各市町村等でやられる場合。そういった苦心談と申しますか問題点、それから国はこういったことにこうしていただきたいということ、ヘルス活動に力を入れてほしいという御意見でございましたけれども、その点がございましたら市長さんからお聞きしたいと思います。

○平尾勸市君 私が今の老人を対象にしたヘルス事業をやったのは昭和五十年の末でございますけれども、それまでは国保財政が非常に赤字で経営が困難で、常に市議会の御理解を得て一般財源を持ち出したり、あるいは保険税の値上げに対する御承認を得たりしていたのですが、それが続くわけでございます。どこにこのような医療費の増高があるかということを調査いたしました。やはりお年寄りの方が受診率が多い。これを解消するのはどうしたらいいかということで、お年寄りの医療費を低下させることについての発想から、このミニ八十八カ所というのが生まれたわけでございます。

これは昭和五十年の十二月十五日から始めまして、幸いにして空海上人の誕生地ではございますし、本山の裏の百五十メートルくらいの標高の山でございますけれども、ちょうど現在だったら緑のトンネルを通っていくようなところに石仏が八十八あるわけでございます。それは本四国になぞらえて、一番は靈山寺だとか、あるいは結願寺の八十八番は大窪寺だとかいうぐあいになっておるわけです。それを老人に働きかけて、そして朝六時に集めて、私も一緒に歩くからというようなことで、私も当分の間毎日歩きました。

現在では毎日一回朱印簿に判を押すようになっておりますので、回る人に百日を押す朱印簿を渡しまして、それで一日一回回れば朱印簿に判を押すというようなことで奨励をいたしました。その奨励の仕方は、百回回ったら銅色のメダルを出すとか、二百回は銀色だとかいうようなことで、今

百回、二百回、三百回、五百回、千回、千五百回、二千回、二千五百回、三千回、今現在三千回といひますか、三千日を回つておるわけです。このような人が十四、五人おるわけでございます。その人の名前を、どのだれそれ兵衛という住所と姓名を書いた名板を大きな一覽表にして本山、一番の札所のところに掲げてあるわけです。どこそのだれは千回回つたなということがよくわかるし、同じ時間にお参りをするとお友だちができるわけです。非常に熱心な老人は、朝の四時から弁当を持って五、六人わあわあ言いながらお参りをしてゐる。現在では大体二千五百人ぐらゐの方々が登録して、毎日三、四百人の人が何かお祭りのようなぐあいで回つてゐるというようなことです。

春と秋には保健婦を六時に出して、回っている方々に問診をするわけです。お参りをして何回になりますか、寝つきはようになりましたか、食事はおいしくなりましたか、血圧は下がりましたか、そういうようなことで血圧の測定と尿の検査と体重の測定をやりまして、それでカードを渡して、あなたは血圧が高いからお医者さんに行きなさい

よとか、尿が少し悪いですからお医者さんに行つて治しなさいよとか、糖がおりるとか、たんぱくが多いとかいうようなことを、その現場で、回っている人に注意をして、それが非常に功を奏しまして、よく各地区の保険者が聞くのですけれども、一人当たりの老人の医療費は大体今三十万ちよつとでございます。あるところでは七十歳以上一人当たり五十万から五十五万の医療費を出しているところもございますが、私のところは三十万から三十二、三万。こういうようなことがやはり老人保健の方にもぐつと出てきたわけです。

今現在では、三、四百人回っているのは老人ばかりではございません。一般の家庭の人も回っております。孫の手を引いて日曜日なんか回っている人もいます。こういうようなことが非常にお友だちづくりになるし、健康にもなるし、非常に功を奏したので、実はおこがましく本日の陳述に

紹介したわけでございますが、これは私どもは非常に成功した、反面、医療費の削減の方法としての効果を申し上げたわけでございます。

ですから、ヘルス事業というものは、大きな都市でも各区に分離して小さく組織をつくって、その小さな組織体で、先ほど秋山先生がおっしゃったような小さい組織の中できめ細かな密着したヘルス事業をやるのが本当に功を奏することではないか。そのためには国に予算をつけてもらわな

くてはいけない。今老人保健法の中で、厚生省の方で昨年よりもことは三七％保健事業に増加していただいておりますけれども、もともと小さいものですから、三七％の増加はいいのですけれども、もともともとを大きくしてもらって、そして全国の市町村にいろいろヘルス事業を奨励するというに予算づけをしていただくということとを先生にお願いしたいと思います。

○自見委員 どうもありがとうございます。特に疾病の予防という観点から大変貴重な御意見をどうもありがとうございます。

時間でございますので、終わらせていただきます。

○愛知座長 永井孝信君。

○永井委員 きょう意見陳述をされました方々には、大変貴重な御意見を賜りまして、本当にありがとうございます。冒頭に厚く御礼を申し上げておきたいと思います。

私、社会党の永井孝信でございますが、まず、意見陳述をしていただきました方々に個々に御質問を申し上げてみたいと思うわけであります。

まず初めに秋山さんでありますが、世界一の高
齢化社会を迎えて、これからもさらにその傾向が
強まっていく、そのために医療費の増加は避けら
れない、したがってこの医療費を賄うためには、
一応その負担にたえる財政状況の中にはまるよう
にしていかななくてはいけない、こういう前提で意
見を申し述べられたわけであります。

そうして、その中で十割負担というのが投薬や

検査で非常に余分なお金が必要になっているのではないか、こういうことも御指摘をされました。それとの関連で、将来の健保の一元化という問題については現在の小集団の方がよい、こういうことも言われているわけですが、この政府の改正案というのは、政府が盛んにPRしておられますように、まず医療費のむだを省くこと。これは今の十割給付ではむだを生みやすいし、医師の方も患者の方も多額の薬を使ったり注射をしたり検査をしたりすることに抵抗感がない、だから大変なむだがある今の保険制度の中には行われているという前提で改正案というものを提出してきているわけですね。そして、その是正とあわせて将来の一元化ということも前提にして提案をされているのですが、今回の改正案に賛成をされる立場で、しかも将来の一元化には反対であるというその真意はどこに置かれていたのか、お聞かせいただきたいと思ひます。

○秋山良三君 お答えになるかどうか知りませんが、私、現状において政府の抱えておる赤字の克服という大事業が行われておりますと、いろいろな分野で予算の立て方について厳しく臨まざるを得ないことは当然だと思ひます。これをカバーしようと思えば一番嫌な増税に反映するということ、これ以上不安があったら国民は大変でございます。増税がないということでは、やはり中々切り盛りをされる。そうすると、やはり抜本的に福祉に対してどういう割合、もちろんこれは医療の問題もございませうけれども、そうすると一つの前提として大枠というものは政治の世界でなければ、政治というものは行われなかつた私と思ひます。

ただ、その枠で決まるときは、予定を超えたときの財源の補てんというものを許される範囲で補正予算に計上できるかどうかという政治の仕組みについては、私ははっきりした見解は言ひにくいのでございませうけれども、総枠の中で、福祉の方にきましても、国民は、欲望の中で、こういう時代だから厳しの中で少しは精神的には忍ばな

くてはいかぬ、この気持ちを持たなくことが国の将来の繁栄に対しての心構えだと私は存じます。ですから、その枠取りということとは、これは政治の問題でもあるかもしれないけれども、そういう意味で現在の医療費の枠でおさめる、抑制するということにお聞きになったやに存じますけれども、その抑制ということ、やり方によつては、私は今の医療費がもっと縮まる中身を持っているという想像を持っております。患者が行けば、薬はたくさんもらつたけれども飲んでない薬の方が多いという声まで聞いております。そういう意味で、やはり一割払うということ、現実的に一割払う人がその場で金銭を払つたことによつて医療費の意識感というものが非常に上がるわけですね。ああ、このくらいの風邪を引いたらこれだけかかるのかということ、これは恐らく知らない私は思ふのです。それを知ることによつて、医療費というものが相当かかるといふことは家計の問題にもなりますから、自分自身がかつと管理をすれば風邪は引かなくて済むのじゃないかということが予防につながる問題になるのです。そういう意味での刺激剤にも、私はこの一割をその場で払うということは効果が上がると思ひます。どの程度上がるかは、これは実施した結果論であると思ひます。

我々が今言っているのは、こういうことを予想して物を言っているだけでございませうので、その結果を踏まえて、ある程度これを実行されたときに、この法案の改正というものが永久でなく、その結果をもつて時に合わせて変更が得られるような立法であれば余計ありがたいと思ひます。その一割の効果というものは皆様の感度で違ひますけれども、患者の立場から見ると、実際にこのくらいの病気をしたら幾らかかっているという、一番これに触れておられなかつた人が今度触れるのだと思ひます。そういう意味からの効果ということ、私は一割ということに相当大きく出るように想像しております。予測しております。そういう意味で、私は一割ということに對し

て賛成申し上げたのです。そして、その全体の負担については、先ほども申し上げましたように、所得の控除というものをもちと認識することにおいて、年間の医療費というものがその家庭で幾らかかつたと言へば幾ら税金が減るといふことは、非常にありがたい所得税法に対する運営ということができるようになつていただきたいのです。

我々の組合の方では、私もやっておりますけれども、これは政府管理の方であれば、レシートをいただいたら会社側が源泉徴収しているような事務のところでこれをまとめてやつて、税務署の窓口へ行けばこれは通過するわけです。そういうことで個人の煩瑣は避けられます、そういうことを私は申し上げてゐるのです。そういうところに実際の恩恵があるのに、これを具体的にやることが煩瑣でできないのか、これは私はできると思ふのです。そうしますと、全体の中における一年間の自分の家庭の医療費はこれだつたということがはつきり出てくるわけです。これでは我々としては子供の予防の管理を怠っているのじゃないかというところで効果が上がりますから、自然と医療費は下がると思ひます。

そういうことの予防から関連して、全体から見ると医療費というものは、枠というものは現在以上にふやさない、むしろ減らせるといふ見地を私は持っております。それを枠内というお考えで質問されたのでございませうので、私の感覚と御質問の方の感覚とは少し相違があつたやに存じますけれども、こういうことで御返事になつたかどうか存じませうけれども……

○永井委員 大変申しわけないのですけれども、限られた時間でありませうから、できるだけ簡単に、簡潔にお答えをいただきたいと思ひます。今陳述の中で、将来政府の一元化を求めることには反対だ、こう言われているのですが、反対だといふことと政府が言っている公平な負担の持ち方といふことと矛盾しないかどうか、一言で答え

ていただけますか。○秋山良三君 大変難しい御質問でございませうので、私の答弁が整うかどうか存じませうけれども、将来に対する時間が相当かかりますので、一元化というものは理想であつても到底今できないと思ひます。だから、現状でいいということに結論を持たなければなりません。○永井委員 筑井さんにお伺ひいたしますけれども、筑井さんの方も、今の医療体制では非常にむだが多いということも前提に言われているわけですね。国会の審議の中でも明らかになつてきているのですが、厚生省は薬のむだ遣いが千九百億円、そして診療の余分、過剰な診療が千四百億円、合わせて三千三百億円この昭和五十九年度で節減できる、こう言っているわけですね。

それを裏返して言うと、千九百億円と千四百億円を合わせて三千三百億円は、今のそれぞれの診療所や開業医、病院などで余分のことをやっているのだという前提に立っているわけですね。だから、医療費のむだを省くのです、十割給付はむだを生みやすい、こう言っているわけですね。先生も同じようなことを言われているわけですね。金額は言われておりませうけれども、それを是正するのには、端的な言い方をすると、患者の負担を導入すれば、そういう乱診乱療はなくなるのではないかと、こう言われているのです。私としては、この患者の負担を前提に乱診乱療の是正を図るというところは、本来の医療体制上からいって本末転倒ではないかと思ひます。

例えば、今の乱診乱療がもしあつたとすると、レセプトの審査の体制を強化するとか、保険医協会とか医師会の自浄作用にまつとか、いろいろな方法があると思ひます。あるいは今秋山さんもおっしゃいましたけれども、本人がどれだけ医療にかかっているかということを知ることによつても医療費の抑制ができると思ひます。本人の負担を導入しなくても、医療費を告知するといふ方法もあります。いろいろな方法があると思ひます。だから、先生の言われているこの患者

の負担を前提にした改善策というのは、本来のあり方として取り入れるべき問題ではないのではないか。いわゆる医療システム論を言われましたけれども、そのシステム論をそこに持っていくというよりは、若干問題があるような気がするのです。簡単に一言お答えいただけませんか。

○筑井甚吉君 私に尊敬しております今は亡くなった東畑精一先生が、かつて社会に關して非常に本質的なことを言われたわけです。それはどういうことかと申しますと、東畑先生は非常に鋭い目を持っておられましたけれども、我々社会学者に對して、すべてが善人であるという前提のもとに組み立てた社会科学というものは極めて低劣なものであつて、これは実行するに及ばないということでもあります。すべてが善意の人間でなくとも妥当に動くような科学を考えるのが本當の社会科学であると考えています。

そうしますと、どうも今のシステムというのは、すべてが善人である、医師は倫理觀に満ちて、緒方洪庵の「扶氏遺訓」にあるようなそういう医師である、また患者は患者でそういう人たちがであるという前提のもとで組み立てられたシステムであるように感じるわけでございます。そういうことをいろいろ反省しますと、一つには医療制度自身の中に、まじめな有能な医師が恵まれて、そうでない医師が排除されるような機能を部分的にも設定することはプラスであると考えています。

今御指摘がありましたように、医療監督その他を強化すればいいじゃないかということでございますが、私は、公的な権力を持った監督にそういうものを依頼する、そういう監督機能なり権力機能を拡大することには根本的に反對でございます。やはり自由社会はそれなりのメリットがあるということとして、監督機能あるいは取り締まりによつてそういうものを規制するというのは必要最小限にとどめるべきであつて、そしてシステムそれ自体で自律作用が行われるようなことを考えるのが真に活力のある社会を考えるゆえんで

ある、こういうふうに考えるわけでございます。もう少し補足させていただきますと、医療にむだがあるということでございますが、実は、医療財政が一時的に好転しても、現在でも不十分なところは随分あるわけですね。多数決社会の一番の欠点は、少数者が犠牲にされるということですが、ですから、議員の先生方は非常に少数者の立場を常に考慮して、初めて多数決というものが民主主義社会では容認されると思うわけです。

皆さんいろいろ指摘されましたように、我々の最大の関心は、寝たきり老人になったときどういう待遇が受けられるのか、あるいは老人的な精神障害に陥つたときどういう措置が受けられるのか、それが私自身を含めても最大の関心であるわけです。現に私の友人が一昨年で、父親を亡くされましたけれども、そのとき、不幸にして精神障害が起つて、先ほどの石原裕次郎氏の話とは逆に、凶暴な患者ということで病院でなかなか引き受けてくれない。そして結局、自己負担が一千万円近く、サラリーマンですが、一千万円近く自己負担しなければならなかつた。もしその一千万円を出しなれば、自分の生活自体も職業自体も失うような状況になったというところで、現在、確かに日本の医療制度は、総体的に見た場合には国際的に比較しても非常な成果は上げていっているというふうには評価しますが、その中でも少数な不幸者が本當に不幸な立場にある、まだやるべきことがあるのだ、財政に余裕があればそういう不幸な少数者に重点的に支出すべきであるというふうに私自身としては考えております。

○永井委員 同じことを全部の方々にお聞きしたいのですが、時間の關係でそうできませんので、今この乱診乱療の問題との関連で、もしそういう前提に立つとするなら、医師と患者の信頼關係はどうなつていくのだからかということが非常に私は心配なんです。

そこで、きょうお見えになつていらっしゃる方々の中には医師の方がいらつしやいませんか、非常に残念

でありますけれども、直接医療に携わる組織の責任者をされている大津さんにその關係でお伺いしたいと思うのですが、大津さんはこの改正案に反對の立場で意見の陳述をされました。その中でいろいろ問題に触れられていたわけでありましたが、特に老人保健の問題について触れられましたね。この老人保健は昨年の二月から施行されたのですけれども、この老人保健の施行によつて、大津さんのお話を聞いてみると、著しく受診率は下がつてゐる。そしてそのことが高齢化社会と言いつても、お年寄りの命を大切にすることと逆行しているのではないかと趣旨の御意見があつたと思うのですが、医療に携わる機関を預かつてらつた大津さんとして、老人保健の経験からいって、今度のこの一割負担の導入という問題で、端的に言つて受診率が下がると思われますか、どうですか。

○大津静夫君 まず第一に、一割負担でありますけれども、石原さんの一割とそれから庶民の老人の一割とはまるきり違つてゐまして、その切実さというものは非常な差でありますから、この一割負担というもののについては、今諸先生方も申されましたように、弱者、低所得者層こそ非常に重い負担を課せられるというふうに考えます。

それで、私は医療のあり方を根本的に変えるには、支払いの、つまり出来高払いの点数方式、これをやはり基本的に変革をしていただかなければならぬというふうに思います。物と技術を明確に分けて、そしてそれに正しい評価をしていくということが必要だと思つてゐます。そうすれば、乱診乱療とか、あるいはかかったのに大変な金がかかるということとは、それは合理的にわかつてくる問題だということに思ひます。したがつて、支払い制度の改革がなければ、今先生方一部申されましたけれども、いい医者、悪い医者、つまりどちらがいいか悪いかということになるわけですから、これも、まともに一生懸命地域住民と密着して予防とか保健事業とかをやらないことになつても、今は医療行為をやらないと点数になりません。金に

なりません。ですから、その前提となるべき予防とか保健とかいうことをやつて地域に展開する医師、医療機関、それから保健所機能、そういうものの拡充をきつとやらないで、今のまゝいまましたら、私はこれは非常に問題があるというふうに考えております。

ですから、例えば、私の病院も経験がありますけれども、連れてこられて、もう既に息を引き取つてゐるかどうか、その境目で、これは息を引き取つてゐるかどうか、その境目で、それはやはり開業医とその他の違いということで、手厚くするかしないかで医療費がつくつかないかということになるわけですから、例えばそういうこと。ですから、私はやはり今の薬の問題とかあるいは検査の問題というのは、そういうふうな物と技術を明確に分けてやつていただければ、乱診乱療というのはないと思つてゐます。

特に老人保健について一言申し上げます。老人保健法というのはやはり差別であります。これは明らかに点数表によつて、厚生省並びにその關係者は今の支払い点数表によつて、利益誘導をどこへ持つていったらいいかということができるようになつてゐます。例えば入院の点数の通減、入院料の通減、ずっと一年たつたらこれはどうにもならぬ、そういう低額であります。それから注射一つにしても、外来の点滴注射とそれから入院の点滴注射が点数が違ふというようなことをやつてゐる。これらはすべて点数による操作でありまして、そのために医療機関から一般の老人を追ひ出せと言わなくても、それは追ひ出すことができますし、追ひ出さなければならぬ。それが家庭に行つたらどうなりますか。家庭でそのことがみとれるかどうか。それはしょうがないから一部負担、おむつ料とかお世話料、それが公然化してゐるという現実を、これはしかと確かめていただきたいというふうに思つてゐます。

○永井委員 一つの問題を深く掘り下げてお聞きする時間がありますので恐縮ですが、その乱診乱療にかかわつて、レセプト審査などを強化する

ことについては、権力の拡大だという筑井先生のお話もございました。レセプト審査でいいですと、健康保険の組合は、支払基金は全国一本の組織なんです。国保の場合は、それぞれ分かれておりまして、一応団体連合になっておりますけれども、それぞれ審査は別々にやられる。そういうことが結果としてレセプト審査にいろいろな意味で格差が出てくるのではないかと、濃淡が出てくるのではないかと、こう思いますが、できれば、それも全部一本にするということが私は好ましいと思うのです。それは権力ということになりますかどうですか、一言でお答えいただけますか、筑井先生。

○筑井基吉君 私はそうならないと思います。私も理想としては、例えば地域健康保険に最終的には統一する、そして審査基準その他も統一されるべきだというふうに考えます。そしてそれは、今情報化社会ということが非常に言われておりますが、各末端組織の間で情報ネットワークが確立してくれば、そういう形で公平さが実現していく。ただ、これは情報化社会の進展とともに、長期的な視点で実現されるべき理想であって、現実にはやはり前提的には制度間の財政調整ですね。それから、ただ負担率の統一に向けての財政調整というふうなことで、やはりこれは十年のタイムスパンで考えなければならぬ問題だというふうに考えます。

○永井委員 平尾さんにお聞きいたしますけれども、国保を預かっていらっしゃる責任者として端的にお聞きいたしますが、四月の上旬段階で、全国の市町村のうち一千を超えるたくさんの市町村から、健保法改正反対の意見書が国会に出されているわけですね。都道府県の中で、三十六の都道府県からこれまた反対の意見陳述が出されているわけですね。平尾さんの場合は賛成の立場でありましたけれども、この国保の財政状況を見ましても、それぞれ大変な格差があるわけですね。一番少ないところでは、和歌山の北山村というところでは、被保険者一人当たりが五千八百四十八円、一

番高いところは兵庫県の水上町で五万七千五百五十円、こんなに格差があるのですよ。それぞれその財政の状況の違いはありますけれども、負担の公平化という面からいって、こういうものをむしろ是正することが先決ではないかと思うことが一つ。だから、各市町村でそれだけの反対意見が出るといふことに對して、端的にどうお考えになるかということが一つですね。

そしてもう一つは、老人保健制度が導入されてよかったですという立場で意見を述べられたわけでありましたが、例えば在宅療養という問題が非常に重視されておりますけれども、普通寺市では、在宅療養に対する保健婦の確保なんかは完全になされていのかどうか、この二つを端的にお答えいただけます。

○平尾勸市君 第二点目の保健婦の確保は、大体人口五千人に一人、こういうような考え方で、私どもでは八人の保健婦を採用しまして、そして在宅訪問をやらしている。そしてレセプト審査のときに、特に長い間、何カ月も医療費が高いとか、それから一カ月でございましてけれども医療費がかかったとか、そういうレセプトを、もちろん香川県は、どこの県でも同じですが、健康保険連合会をつくって、連合会の方で医師さんの審査をしておりますが、それ以外に地元で、普通寺市は普通寺市でレセプト審査のときに発見するわけですね、たくさん医療費がかかったり、何カ月もするものを、そのときは保健婦を派遣してそして指導する。健康指導をやる。それをやっているわけですね。

現在、保健婦は五千人に一人、いわゆる学校区、小学校区が、私たちの人口が三万八千五百でございまして、大体五千人に一つぐらいの小学校がありまして、また学校区ごとに公設、いわゆる市の公民館がございまして、そういう公民館を中心にして、地域社会のいわゆる人間づくり、町づくりというものはやろう。それから保健婦は八つの公民館に保健婦を一人ずつ張りつけて、そしてその張りつけたところに責任を持たして、受

診率の多くなる地域と受診率とか医療費が多くなる地域を選別しまして、保健婦同士で責任持たして健康保持をやらす、そういうようなことをやらしてあるわけですね。ですから、保健婦は私の方は五千人に一人を雇うし、それから寝たきり老人のホームヘルパーもございましてけれども、一緒に保健婦が家庭訪問をやる、それで健康指導をするというふうな建前で指導をやっております。

○永井委員 時間がありませんので十分にお答えをしていただくことはできませんけれども、最後に高屋さんにちょっと伺いたします。

高屋さんは、医療で不正ということがあるとするならば、それは審査の強化でやれと言われまして、本人の負担で不正防止は邪道だと言われまして、私は全くそのとおりだと思っております。高齢化社会ということが非常に問題になって、二十一世紀のビジョンということも出てきているのですけれども、今世界一の高齢化社会になったというのは、すぐれた健康保険制度があつて、十分な医療を安心して受けることができたということがこの高齢化社会を迎えていると私は思うのですけれども、ここに財政調整とか、財政の観点から本人の負担が導入されるとか、あるいは不正診療があるんだ、薬づけ、検査づけが横行しているんだという前提で問題の処理を図っていくことは、医療に對する国民の不信感を増幅することになって、いわば高齢化社会が悪いのではなくて、高齢化社会ができたことを誇りにしなければいかぬと思うのですけれども、その関係について高屋さんと本田さんから一言お答えいただいて、質問を終わりたいと思います。

○高屋定国君 今の御質問でございしますが、初めからそういうふうに見るといふことは、やはり患者とそれから医師との信頼関係をなくするといふ面はあると思うのです。しかしながら、いろいろ新聞に出ておりますように、現実にあることも事実です。私自身も病気になるって、同じ病気で病

院が違ったら薬をよく出すところと出さぬところがあります。そういうことがありますので、こういう病氣だったらこういうふうにするのが常識だといふことは、ある程度これこそ医師会の中で常識としてやってほしいなというのがまず一番問題でございまして。

しかしながら、そういうこともあるということとは事実でございまして、それを余りやるということとは確かによくないことでございましてけれども、それも無視はできない、私はそういう感じでございます。

○本田精一君 先生のおっしゃるようなところ、おおむね同意見でございしますが、不正な問題のコントロール、レセプト審査、そういうもので乱診乱療はかなり規制できると思いますが、定率で患者負担による医師のコントロールということは、正直言うて、何がしかはできると思いますが、これは私は邪道だろうと思っております。

とにかく日本の労働者の生活は、戦後随分改善されたとは言えますけれども、まだ国際比較の点で、まず食料が高い、住宅取得なんかになったら手が届かぬ、さらに子供の教育に随分金がかかるというところで、非常に条件が悪いと私たちは考えておるわけですね。せめてこの世界に冠たる健康保険だけでも万が一のときにははかされるぜという安心というものが一番国民の心理安定に役立っているだろうと思っております。そういう意味からも、そういう負担の問題が生じたときには定額で頭打ちを、まあ高額医療の頭打ちもあります、やはりかなり頭打ちを厳しく低位に抑えるべきであらうと思っております。

○愛知座長 森本見司君。

○森本委員 本日は大変お忙しい中、各先生方に御出席いただきまして、先ほど非常に貴重な御意見を数々聞かしていただいて、大変ありがたく思っております。公明党の森本見司でございます。各先生方のいろいろな御意見陳述に對しましては、先ほど来各党からかなりの御質問等々いただきまして、また先生方に御回答いただいて意

見を聞かしていただき、相当出てまいったような気がいたしますので、ここで多少角度を変えて御質問させていただきますと思うのです。

先ほどお隣の永井先生から一部数字についてお述べいただきましたが、今日までこの健康保険法に

関して各都道府県から相当な御意見をそれぞれ出していただいております。先ほど永井先生は四月の数字を挙げていただきましたが、せんだって私が国会で質問いたしましたときに、六月十九日現在の数字を伺いました。それによりますと、都道府県では三十七、大半の県でございまして、それから、市町村の数字にいたしまして何と千七百二十でございまして、先ほどの永井先生の数字から、四月からまだふえているわけですが、こういって

状況は、この健康保険法の改正が突然国民の前に出てきたので、国民にとってはわかりにくいものだ、特にその後政府が示しました長期ビジョンなるものが余りにもわからないがゆえに、私は、こういっていろいろな反対や意見書が提出されてきたのではないだろうか、こう思うわけでござい

ます。また、ほかに数多くの署名運動も国会の方へ参っておりますけれども、こういって状況をきょう陳述にお見えたいただきました各先生方どうとらえていらっしゃるのか、全陳述人の方にお伺いいたします。

それから、普通寺の市長さんのところでは議会はどうだったのかということをお伺いしたいと思

います。

○秋山良三君 今森本先生の御質問の内容でござい

ますけれども、今度庶民の立場で、住んでおる地域において、森本先生は奈良県のように伺っておりますが、私も今奈良県に住んでおる人間でござい

ます。私の住んでおるところは、十一年前に大阪からかわったところでございます。私の方の地域はこの十一年に大変な人口のふえ方でござい

ます。その人口のふえ方に相応した医療機関というものはございせん。奈良県自体から見ましても、大きな立派な総合的な病院というものは昔のま

ままであって、いわゆる新しく住宅に住んでいるところにはそれらしきものは少ない。そうすると、私たちの住民の大半の方は、大阪まで高い電

車で乗って行っておるわけです。その電車の賃金のかかる負担というものは忘れてしまっているのです

ね。そういう意味で、やはり人口の推移、そういう関係で、つまり総合的な病院の機能というものが、自営で済むのかあるいは政府の指導型でやら

せておられるのか。開業医の地域の配列と申しま

す、医師会同士で、そんなに新しく来てもらって

は困るという地域の医師会で反対がある。大蔵省の酒の販売というものは大変うまくやってお

られるようです。二百メートルごとにしか小売販売店を置かないということ、小売店の酒屋はつぶ

れたこととございせん。ですから、競争によって患者の数がふえたり減るということで、新しく医

療をされるのが非常に抵抗を受けている地域があるようにござい

ます。やはり人口の推移というものは非常に変わ

ってきております。特に奈良県においては人口がど

んどんふえておる。私は生駒市なんです。生駒市はそのトップでござい

ます。もう電車がラッシュで乗れません。やはり環境の問題が背景になりまして、そこにお

られる老人の問題、また老人医療から来る福祉とい

うことでなくとも、地方において老人に対する福祉の差というものがあ

る。私は生駒市におる。奈良市に入ったら、老人になったらふる屋もただや、乗り物もただや、横におる生駒市は何にもし

てくれぬ、こういうことで、地方のいわゆる福祉の市営の予算とい

いますか、どうも福祉というところに対して、その地域の市議会とかというこ

医療機関の存在の問題ということ、お医者さんの月給の問題の差、私は知らないのですが、医者の世間相場といいますが、これがどうも聞くとおり相当まちまちでありますから、いい医者はいい病院へ行つて月給がもらえらる。そうすると腕前のいい方はどうしても我々の地域には少なくな

てくる。割合に医者に対する評価というものは、その地域では相当評判というものは高いです。あの医者のところへ行つたら優しくて親切で、少々金がかかってもという、心の問題の通じ合いのお医者さんが一番とうとを保持しています。私は金銭だけで物事は評価できない時代が来てると思

います。お答えになったかどうか知りませんが……

○大津静夫君 一言、先生が申されましたように、地方自治体が非常にたくさんの方を上げておられる。これは逆に言えば、住民との密着とい

いますか、住民の健康に責任を持つというものが、地方自治体として非常に責任がある、住民との交流がやはり地方自治体が一番深い関係にあるとい

うことの証拠だと思ひます。したがって、そこから出ていくところの、ここ数年間、特に昨年の老人保健法その他等々による住民の不安、こういうものは高齢化社会になればなるほど伝わっていくわけでありまして、やはり不安がある。それに

対して財政対策のみの早急なやり方における、ローバーでぶち込んできたような弾丸政策は、やはり非常な不安を感じると思ひます。この点で、反対意見が非常に最大公約数を得て上がってきてい

るのではないかと思います。

一つは、ちょっと先に申しましたけれども、ま

さに医療費は上がりますよ。それはこのままの医療でいいというわけじゃなくって、高度医療にな

るとどんどん上がります。上がりますけれども、

それだけ、それじゃ上がのをどう対処していくかというの

は、低水準に抑えるのではなくて、高水準に給付を位置しながらそれをどう保障してい

くかという観点に立っていただきたいというふう

に思ひますから、そういう点、ぜひひとつお願いをしたいと思います。

○森本委員 済みません、私、十五分の持ち時間でござい

ますので、端的にお願いしたいと思ひます。

○筑井基吉君 御質問だけに明確に答えます。

私のところは特殊な社会に住んでおりまして、大学でござい

ますので、合理性をとるとぶ人たちが集まっておりますので、この改正に関しては説明

がやや不足であったという御指摘のとおりでござ

いしますが、大学においては皆々ご理解して、広い視野から賛成

している方が圧倒的だと思ひます。ただ、私の家族になりますと、父に対しては私はこれは十数分説明しないと思ひます。これは事実でござ

います。

○高屋定国君 市町村においてあるいは地方自治

体において反対の声が出てい

るのは、一言で言え

ば不安だと思ひます。その不安は、先ほどお話

がありましたように、まず全体の社会福祉、社会

保障の一環として医療制度の問題をどういうふう

に位置づけるかという形の中で今度の改正案がどうも不明確である、そのことが不安に連なっている、一言で言え

ばこの不安で反対がふえた、こういうことだと私は思ひ

ます。

○平尾勸市君 私は、三十六とか七の県の反対に

ついては、私の想像でござ

いすけれども、恐らく各県が各県の国保団体連合会

あるいはその加入者、いわゆる組合員の方々に対する資金的な援

助をしているのじゃないか。そういうことで、今

回の改正法案の中に、国民健康保険の方の補助金

を、財政調整金を入れて四五%を医療給付費の五〇%とする、いわゆる今までの四五%を三八・五%にする、六・五%減らす、えらいお金だ、このように国庫の補助金を減らされると、そうでなくしてさうな国庫の運営を心配しておる保険者が、恐らくまた我々がかぶらなくては行けぬのかなという不安感からきた反対じゃないかな、これは想像でございます。私自身も、政府が六・五%、いわゆる四五%から三八・五%に減らしても、決して保険税あるいは保険料にしろ寄せない、国が面倒を見ますよ、こういうようなことを再三言われておりますので、政府の御意見を尊重して、あくまで我々は政府にお任せをして、非常に順調にこの保険法案が通った場合に我々が迷惑を受くることはないのじゃないか、こういうように解釈しておるわけでございます。

なお、普通市議会においては、この問題については私どもと同じ意見を持っていたらいております。

○本田精一君 各議会の動きは、やはり住民によって選ばれた各議員の多数合意で決めているところでありまして、恐らくこれの根底には住民生活、住民の健康というものを基本にして反対決議をしていると思います。注目したいのは、多くの議会でそういうのが出ておりますが、自民党も含めて大勢の議員の皆さんが一致した意見として提出しているのだから、こういうところに注目しております。

○森本委員 時間がございませんで、高屋先生にお尋ね申し上げます。

一元化というところで、先生は二階建て、基礎保険、基礎年金のようなものを導入して一元化をしていけばいいというふうには先ほど御陳述いただきましたが、今までこういう視点からの一元化への方向は国会でも議論がなされていなくて、一つの新しい角度であると私は先ほどお伺いしたわけでございますが、もう少し具体的に先生の考え方を述べただけでございませんで……。

○高屋定国君 私は、医療問題については、根本は、先ほどからたくさん出ております予防の問題

とか支払い制度の問題とか制度間格差の是正とか負担の公正化、こういうことが言われております。それをずっと考えますと、一番の問題は負担の公正化の問題と制度間の格差ということ、これは非常に大きい問題だと思っております。ただ制度が違っただけでこんなに給付が違ふというのは、これは根本的におかしいと思う。

それからまた、負担も非常に不公平でありまして、こういうことは是正すべきだと思ふ。しかしながら、今急速に全部一週に一元化は、いろいろな歴史もあつたり、ちょっと無理だと私は思う。その過渡期として、基本的に健康保険がこれだけやる、この制度ではこれだけはプラスアルファで見るといふような考えも——これは改善の策です。一番いいのは全部一本で二元的に十割やればいいのですけれども、それはできないと思ふ。それから、今まで健康保険の場合、診療するのは全部一本だったのですが、過渡期としてそういうことを少し考えてもどうか、それを入れてもいいから私は負担の公正と制度間格差の是正ということの方を優先すべきではないか、そういうふうにご考へます。そういうような点で過渡期の問題としてちょっと考えてみたもので、数字的にはまだ押さえておりません。

○森本委員 ありがとうございます。

筑井先生にお尋ね申し上げます。

先生先ほどの御意見の中で、長期的ビジョンを出してこそ政治家であるというふうにお述べいただきましたが、私も全くそのとおりだと思ふわけでございます。今回の健康保険の問題、先ほどわかりにくいと言つたのは、その長期ビジョンがないからだと私は思ふわけでございますが、その中で今度政府が中期ビジョンをやつと出してまいりました。実に中身のなないものと我々は感じておるわけでございますが、最後に、このたび厚生省が出しました中期ビジョンに対する先生の御意見を伺ひして、質問を終わらせていただきます。

○筑井基吉君 私は、この問題に關してはいろいろなところで政府に先立つてビジョンの討論をし

ているわけですね。例えば私、個人的に論争したことがある故武見太郎氏のところでも、将来の医療のあり方に關して突つ込んだ学際的な議論がなされているわけです。そういう意味で、今度出しましたのはそういう作業のスタートであつて、完成されたものではないと私は自身は評価しております。

私がこの改正に賛成しましたのは、出方がどうのこうのであるから反対とか何とかというところではなくて、私は私なりに将来こうあるのが望ましいということ、現場の医師の方、実は武見太郎氏が主宰している研究会でかなりの長い期間論争して、四、五年かけて練り上げた案であるわけですから、私自身はそういう案を持っているから、それに対して方向としては前進であるということ、賛成意見を申し述べたわけでありまして、長期ビジョンの確立に關しては真剣に取り組んでいただきたい、そして第二ステップ、第三ステップというふうな皆様の合意が得られる形でこれをまとめ上げていただきたい。ですから、現在出された文は、そのスタートにしかすぎないというのが私の評価でございます。

○森本委員 時間が参りましたので終わります。

ありがとうございます。

○愛知座長 小淵正義君。

○小淵(正)委員 民社党の小淵ですが、私に与えられた時間は十分でございます。極めて簡潔に御質問いたしますので、よろしく御配慮をお願いしたいと思ひます。

まず、秋山陳述人にお尋ねいたしますが、医療費の伸びを抑制していかねばいかぬということ、しかも今回の一割負担の導入は、それぞれの被保険者に医療費に対する一つの意識づけを持つという意味で非常に意義がある、こういうことで一割負担賛成だということでございますが、いろいろ先ほどの話もありましたが、一面においては医療費を本当に縮減していくための考え方としては、予防医学といふことが、そういうものにもつと力を入れていくことが結果的には医療費の抑

制につながるのだという説もあり、実際にそういう事例がいろいろあるわけでありまして、もしこの一割負担が導入されることによって早期受診、早期発見、こういうものが抑制されて、結果的にはかえつて医療費の増大につながるのかという懸念もあるわけでありまして、そういう一割負担に賛成された御理由はやはり受診抑制、こういうことに功を奏していくということで、これは好ましいことだということ、御賛成なのかどうか、その点簡潔で結構ですから、よろしくお願いいたします。

それから、大津陳述人にお尋ねいたしますが、実は今回医療費の一割負担、将来二割負担であります。この導入によって事務的な事務量がかなり増大する、これもまた当事者にとってはかなりの大きな経費増になつていくのではないかと、こういう質問をいたしましたところ、厚生省は大した問題ではない、一日に何件かふえる程度だということ、全然問題にしないようなことを言つていたのですが、先ほどのお話を承つておりました、もしこの制度がスタートしていくことによって、事務量の増大に伴つて、それがまた結果的には医療費といふもの、それそれの関係者の中で大きな一つの問題になつてくるのではないかと、かように思ふのでありますが、そこらあたりに対する御見解をお尋ねいたします。

それから、筑井先生にお尋ねいたしますが、お話を承つておりました、本人の一割負担は他に對する給付がそれによって生かされていくことになるので賛成だというお話でありましたが、今回の政府案によつては、どのようなところにそういうものが生かされているとお思ひなのか。あわせて、非常にユニークなお話がありました。こういったお金を納入するといった被保険者の問題については、かかった医療機関に直接支払うのではなく、保険機関がそれを代行すべきじゃないか、このことがよりベターだというお話がありましたが、これは今回の一割負担導入に当たつて、これが一つの条件という意味でお考えをお持ちな

のかどうか、そこらあたりについてとりあえず三人の方に尋ねたいと思います。

○秋山良三君 この一割の問題でございますが、現実は一割の診療費を払う経験は初めてだと思ふのです。今までは、何もなかったときには、これは単なる診療券だけの問題であつた。そうすると、医者に行つたときにその治療費なるものは、自分は保険料を払つておるといふと、ただでやつてももらえるという意識がある、今まではその場で財布をあけませんか。ですから、行かなくてもいい病気で、すぐちよつと医者へ行つたらいいじゃないかという人もかなり見受けられます。そういうことで、やはり一割負担させることによつて、逆算すれば、そのときの全体の治療費というものは幾らだというのが今まで全然わかつていない。それを知らすことの効果は相当多く出るというので、私は一割の負担というところに賛成論を言つたわけでございます。

ですから、それと医者が減るとかいうことは別問題だと思ふのです。そういうことでいきますと、同じ我々の会社から見ますと、僕はこういう病気をしたときにこれだけ取られたという声か、やはり社内のコミュニケーションが高まつてきまして、そこであの医者は高いぞ、こっちは安いぞという声があるというところは、私は医者選びにつながるといういい方法にもつながると思ひます。そういう効果も踏まえて私は一割に賛成しております。

○大津静夫君 端的にお答えいたします。

一割負担が事務量の増大につながるかどうかというところでありますが、先生の言われるように、一割負担になりまして、今医療の現場では点数計算だけでもすごく煩雑をきわめております。したがつて、逆に言うならば、それが医療費を増高させるような、例えばコンピュータを入れまして、そうして一斉に検査をやる等々の問題が出てくれば、現在でも点数計算による複雑な事務というものは数限りなくあるわけですが、その上に一割負担の事務量というのが加われば大変な

ことだと考えます。これは現場でなければわかりません。その点は十分にあるということを確信いたします。

○筑井基吉君 私は、先ほど申しましたように、私の考え方を現場の医師の方に質問したことがあつたわけですが、そこでの唯一の反論というのは、医者の目的というのは、だれでも、いつでも、どこでも、よりすぐれた医療をという根本の目標があるわけですね。ところが、幾らか払ふことになる、これは手持ちの現金がないときに医師にかかれないというところになるというのが、唯一の私のシステムに対する反論であつたわけですが、

そこで私が考えましたのは、これは何も本人が医師に直接払わなくても、保険料徴収に連動して銀行なりにお払い込む、それでこれは済むのではないか、手持ち現金がなくなつてもいいわけじゃないか、手持ち現金がなくなつてもいいわけじゃないかというふうな反論をもしましたら、そこで私のシステムに対する反論がなくなつてしまつたわけでありまして。そういう意味で、私は、批判にたえるというところを申し上げたわけでござい

ます。もう一つのメリットは、私は時間が限られていて細かいことは申し上げられませんが、それだけ人間に対してどうするかということでありまして、私が考えますのは、医療経済システムというのはその目的のために最も有効なものとするべきであつて、定率で負担できない人をどうするかというところに限つては、これは広い社会保障制度で長期的には面倒を見るべきである。そういう場合、保険主体と社会保障主体が一体になつていけば、定率徴収のとき保険機関がその所得状況によつてそれを猶予するなり何なり、そういう措置も連動してできるわけですが、ですから、直ちに可能でなくとも、先ほど森本先生から議論のございました長期的なビジョンの中には、私が申しました第三点、徴収方法に關しても御考慮を願いたいということでございます。

○小淵正(正)委員 ありがとうございます。

もう持ち時間が二分になりましたので、高屋先生に端的にお尋ねいたしますが、抜本的な制度改正が必要だというお話でありまして、その底流としては、こういう医療制度の中には受益者負担という考え方は導入すべきでない、これが一応根本理念だと思ふのでありますが、先ほどのお話をしていろいろ承つておりました、要するにそういう考え方はいかならば、将来的には抜本改正ということは、負担の平等化ということも当然であります。公平化も当然であります。やはり受益者負担という考え方をなくしていくということですが、まず根本的な抜本的改正の道だということだ、端的にお尋ねいたします。

○高屋定国君 そのとおりです。

○小淵(正)委員 ありがとうございます。それから、本田陳述人にお尋ねいたしますが、要するに被用者にとりましては、健康保険制度とすることでは、元氣なときには働けるが保険料を納める、そして病氣にかかるときだけは安心して療養できるというところにこの健康保険制度の基本があるわけでありまして、そういう意味で、長い間、大正の終わりにこの制度が発足して昭和二年から始まつているわけでありまして、抜本的なこの制度の改変につながるような今回の被用者負担制度の導入ですね、そういうことを考えますならば、それだけの大きな制度改正になるからには、ともにお互い痛みを分かち合うという意味ではある程度理解をしなければいけないかもしませんが、それにかかわるべき何らかのものがあることには、私はこれは大変なことだと思ふのです。

そこらあたりで、働く人たちの立場から見ますと、高額療養費制度があるからいいじゃないかと、いろいろそういう点も言われておるわけですが、そういう点だけではどうにも解決できないのじゃないかと思ふのでありますが、そこらあたりについてひとつ率直な御意見をお聞かせ

いただきたいと思ひます。

以上です。

○本田精一君 今回の政府の改正案というのは、そういう意味の抜本改正案というよりも、抜本改悪案だと思ひます。いろいろ基本的な私どもの反対の立場をおいて、各論の議論の中では定率、定額問題などにも触れた意見も申し上げましたけれども、一例、仮に定率でいった場合に、医師に対する意識づけあるいは医師に対する選択という点では、労働者の意識づけもあるでしょうが、むしろ幾らかかるかわからぬという不安というものが先に立ちます。ちよつとした風邪がちよつとした風邪であるかどうか、ちよつとした風邪をこじらして死に至つた場合も皆さんの周囲にもおありだろふと思ふのですが、そのちよつとした風邪を判断するのはやはり医師であるはずなんですけれども、それがこの定率問題あるいは負担の問題で覆いかぶさつてまいりますと、つい受診抑制、先ほども御指摘がありましたようなことになるわけでありまして、医者にいかなるようになるか、お父さん、お医者さんどうしてやめようか。ちよつとなら、家計も苦しいからやめようか。こういう実態が必ずや来るだらうと想像します。決してまた、医師に対する意識づけといふ点で、医師の選択の労働者の意識づけといふ点を否定するわけではございませぬけれども、労働者自身がやはりそういう点で家計上受診抑制に走るだらうと思ひます。そういう意味でございまして、なかなか抜本改正案というのは、言うはやすくて、各層各層の立場が違ひますから、全体の合意は図りにくいだらうと思ひますが、きょう出された意見の中にもありましたように、またかねがね主張されております予防という問題をもつと徹底的に、あるいは通知書の拡大運動というものももつとつと広げていく、さらには領収証請求の問題につきましても何らかの合理的な検討を加えていくという手だてをした上で、それぞれの立場で大きな合意を図つていくような改正案を見出してほしい、こういうぐあいに希望いたします。

○小淵(正)委員 では、それぞれの陳述人の皆さん、ありがとうございます。これで終わります。

○愛知座長 これにて質疑は終了いたしました。

この際、一言ごあいさつ申し上げます。

意見陳述者の方々におかれましては、長時間にわたり貴重な御意見をお述べいただき、まことにありがとうございます。

拝聴いたしました御意見は、本法案の審査に資するところ極めて大なるものがあると思じます。厚く御礼を申し上げます。

また、この会議開催のため、格段の御協力をいただきました関係各位に対しまして、深甚の謝意を表する次第でございます。

それでは、これにて散会いたします。

午後一時二十四分散会

昭和五十九年七月十九日印刷

昭和五十九年七月二十日発行

衆議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局

E