

第百十二回国会 衆議院 社会労働委員会 會議録 第六号

昭和六十三年四月五日(火曜日)

午後一時七分開議

出席委員

委員長 稲垣 実男君

理事 高橋 辰夫君

理事 丹羽 雄哉君

理事 畑 英次郎君

理事 田中 慶秋君

相沢 英之君

大野 功統君

木村 義雄君

佐藤 静雄君

高橋 一郎君

三原 朝彦君

持永 和見君

大原 亨君

河野 正君

新井 彬之君

平石 慶太郎君

塚田 延充君

田中美智子君

理事 戸井田三郎君

理事 野呂 昭彦君

理事 池端 清一君

栗屋 敏信君

片岡 武司君

近藤 鉄雄君

自見 庄三郎君

堀内 光雄君

箕輪 登君

伊藤 忠治君

川保 健二君

田邊 誠君

大橋 敏雄君

吉井 光昭君

児玉 健次君

委員外の出席者

参考人 (全日本自治団体労働組合衛生医療評議会事務局長)

参考人 (国民健康保険中央会理事)

参考人 (国民健康保険中央会理事)

参考人 (国民健康保険中央会理事)

参考人 (国民健康保険中央会理事)

参考人 (国民健康保険中央会理事)

参考人 (国民健康保険中央会理事)

参考人 (国民健康保険中央会理事)

参考人 (国民健康保険中央会理事)

参考人 (国民健康保険中央会理事)

参考人 (国民健康保険中央会理事)

参考人 (国民健康保険中央会理事)

参考人 (国民健康保険中央会理事)

参考人 (国民健康保険中央会理事)

参考人 (国民健康保険中央会理事)

参考人 (国民健康保険中央会理事)

朝日 俊弘君

加地 夏雄君

菅原 雅君

委員の異動

四月一日

稲垣 実男君

稲垣 実男君

補欠選任

塚本 三郎君

塚本 三郎君

塚本 三郎君

補欠選任

塚本 三郎君

塚本 三郎君

塚本 三郎君

補欠選任

塚本 三郎君

塚本 三郎君

塚本 三郎君

補欠選任

塚本 三郎君

塚本 三郎君

塚本 三郎君

補欠選任

塚本 三郎君

塚本 三郎君

塚本 三郎君

補欠選任

塚本 三郎君

塚本 三郎君

塚本 三郎君

補欠選任

塚本 三郎君

塚本 三郎君

塚本 三郎君

補欠選任

塚本 三郎君

塚本 三郎君

塚本 三郎君

補欠選任

塚本 三郎君

塚本 三郎君

塚本 三郎君

補欠選任

塚本 三郎君

塚本 三郎君

塚本 三郎君

補欠選任

塚本 三郎君

塚本 三郎君

塚本 三郎君

きたいというふうに思います。お手元に二枚の資料を配付していただいていると思いますが、これは現在各県において策定されつつあります地域医療計画の概要を私なりに数字を拾い上げて整理をしてみましたのであります。まだデータのすべてが記入できていませんので、未完成的資料で大変申し訳ありませんが、それでもこの中から幾つの特徴を読み取ることができると思います。

例えば、最初のページ、地域医療計画の概要その(1)の①のところ、神奈川県を例とすると横に追っていただきたいと思います。神奈川県の場合、神奈川県下を八つの二次保健医療圏に分けました。そして公式に従って計算をした結果、この八圏域全域において病床過剰という結果が出ました。全県合計すれば、一般病床について見ますと、約四千ベッドの過剰、こういうことになっていきます。ところで、⑦、人口十萬対病床数を見ますと、一般病床では七百四十七という数字になっております。

一番の神奈川県と比較をしながら十一番の徳島県の医療計画のところを横に見ていただきたいと思います。徳島県の場合は医療圏域が三つ。そしてこの三つの医療圏域とも病床不足であります。病床過剰とされた圏域はゼロであります。全県を合計しても、一般病床について言えば六百四十一の不足ということになっていきます。ところで、この⑦の同様に人口十萬対病床数を見ますと、徳島の場合は千三百六十八となっております。つまり神奈川県では病床過剰、徳島では病床不足となっているわけですが、人口十萬対病床数で見ますと、徳島は神奈川の倍近い数値になっているわけです。

次に、二枚目の資料にグラフをつけておきました。これは既に御存じだと思います。厚生省の方が示しております都道府県人口一萬対病床数と老人一人当たりの入院医療費の相関を示すグラフです。ここでこのグラフを示しましたのは、病床数と入院医療費との間にはかなり強い相関関係があつて、そういう意味で、先ほど示しました各県

の病床数を読み取るに、このような関係があるということを読み取らなければならないという意図でこのグラフを添付いたしました。さて、結論を急ぎたいと思います。私がこの表に基づいて指摘したかったことは、まず第一に、これほどまでに我が国の病院のベッド数は地域、都道府県によつて異なつております。このよう

な実態一つを考えてみても、今回の改正案のように、全国一律に基準医療費というものを定め、超過費用額を指定市町村及び都道府県に負担させようとする考え方そのものにどうしても無理があるのだと考えざるを得ないということでありま

す。なお、付言すれば、このような医療機関の地域的偏在については、国の医療制度の基本的な柱として自由開業医制度という制度がとられておりますが、この制度がとり続けられていく限りい

わづか、この制度がとり続けられていく限りい

わづか、この制度がとり続けられていく限りい

す。

といひますのは、この長期入院あるいは社会的入院という問題の取り上げられ方あるいは焦点の当て方が大変気になるからであります。どうい

うことかといひますと、最近の論議は、長期入院は医療費、とりわけ老人医療費を増大させる最大の要因となつてゐる、したがつて、この問題を早く解決をしないと、費用負担がますます耐えられな

くなるではないか、こういう論調が非常に強く横行しているというふうにも思ひます。例えば今回の国保問題に関する審議の中でも、入院の給付につ

いては保険者が、国保の場合は市町村長というこ

題の立て方あるいは解決の進め方は、患者さん自身やその家族が置かれてゐる状況を無視したものだと言わざるを得ませんし、しかも下手をすれば、お年寄りの存在あるいはお年寄りの長期入院患者さんの存在を厄介者扱いするという極めて危険な発想と言わざるを得ません。

私たちは、長期入院あるいは社会的入院と言われるような実態を解決するためには、まずもって早期に退院できるようにするための社会的条件づくりに取り組むことが必要なのではないかと思ひます。ましてや、今回の改正案のように、市町村に医療費適正化の努力を義務づけ、その上二年後にその成果が上がらなければペナルティーを科す、超過費用額を負担せよ、いわばむちでしりをたたきつけるような方策を打ち出すことはどう

しても賛成できません。むしろ厚生省が提起すべきことは、財政面においても保健医療政策面においても、国が国としての責任をきちんと果たすとともに、国がリーダーシップをとつて都道府県及び市町村と共同して保健事業をさらに充実強化すること、とりわけ国保直営医療機関の役割を強化し、この国保直営医療機関を地域医療を担う拠点として積極的に位置づけること、そしてさらに、それぞれの地域事情を踏まえた社会的条件づくりを具体的に進めること、それはいわば高齢化社会に対応するための地域づくりあるいは町づくりということだと思ひます。そしてその実現に向けたプログラム、できるだけ多様なメニューの提示とそのための予算をきっちり確保していくことが何よりも求められてゐるのだというふう

に思ひます。最後に、以上幾つか申し上げた視点から、私は、今回提案をされております国保制度改正案についてはぜひとも撤回をされて、その上でより抜本的な制度改革に向けた検討作業に改めて着手していただきたいということを強く要望いたしまして、私の意見陳述といたします。ありがとうございました。(拍手)

○稲垣委員長

ありがとうございます。

次に、加地参考人をお願いいたします。

○加地参考人 御紹介をいただきました国民健康保険中央会理事長の加地でございます。

社会労働委員会の諸先生方におかれましては、日ごろ国民福祉の充実に格段の御努力を賜っておりますことに対しまして、衷心より敬意と謝意を表するものであります。

また、本日は、当委員会が大変貴重な時間を割いていただきまして、国民健康保険法の一部を改正する法律案について、私どもの意見を申し上げる機会を与えられましたことに対しまして、心から感謝を申し上げます。

私は、今回の改正法案に賛成の立場から若干の意見を申し上げます。

今回の改正法案は、かねてから国保の構造問題の一つとして解決を迫られておりました低所得者の対策につきまして、いわゆる保険基盤安定制度を創設するとともに、医療の地域格差問題の対応策として、医療費の高い市町村に対して、その計画的な解消措置を講ずるための仕組みをつくることを主軸とされまして、都道府県に対しましては、国保事業に対する新たな費用負担を求めるとともに、市町村に対する積極的な指導、関与を行うことを内容としたものであります。今日依然として厳しい財政運営を余儀なくされておる国保の保険者にとりましては、この改正案は当面の改善策として評価すべきものであり、ぜひともこの法案が早期に成立されるようお願い申し上げます。

次に、改正法案の内容につきまして二、三申し上げたいと思います。

その一つは、いわゆる保険基盤安定制度についてであります。国保の財政運営の実態につきましては、改めて申し上げるまでもないところでありますけれども、特にここ三年ないし四年間、国保財政は急速に悪化をいたしまして、まさに崩壊の危機にさらされたのであります。ある著名な財政学者が、特定の市における監査委員としての経験を通して、国保事業はまさに財政的に完全に破綻

している、こういう指摘をされたのを思い起こすのであります。このような事態の中で、ききの老人保健法の改正や退職者医療の見込み違いに対する財政的補てん措置などをお願いしながら、市町村におきましては、一般会計からの繰り入れをふやすとかあるいは基金の取り崩しを行うのは当然のことながら、保険料を大幅に引き上げるといったやりくりを繰り返してまいりました。何とか今日まで国保事業を支えてまいりましたのであります。

特に、保険料の引き上げについて申し上げますと、昭和五十九年から六十一年の三年間、この時期は御承知のとおりデフレに近い経済環境でございましたが、この三年を通して全国平均で三六％という高率の引き上げを行わざるを得なかったものであります。このような保険料の引き上げについては、当然のことながら全被保険者の中で二三％を占める保険料軽減世帯にはほとんど及ばないわけでありまして、結局一般の被保険者が負担することになるわけでありまして、住民の保険料負担についての重圧感が最近急速に拡大してまいっておりますのであります。例えば今の国保の保険料の最高限である三十九万円を負担しておる世帯所得の下限が三百万円という例が最近珍しくなくなってきたおるわけでありまして、この負担率は被用者保険の場合に比べまして相当過重なものになっていくのであります。そういう意味で今回の保険基盤安定制度は、このような被保険者の保険料負担の緩和に役立つものと我々は大きな期待をしておるわけでありまして。

いま一つの問題は、国保の医療費の伸びが老人、一般の被保険者を含めて被用者保険よりも相当高いという問題であります。しかもこの傾向はここ数年來定着してまいっております。今日の国保財政の大きな課題になっております。今回の改正法案においては、高医療費の市町村に対する運営の安定策として、計画的な解決策を講ずることとされておりますが、いずれにいたしまして、国、地方が一体となつて医療費の適正化対策に真剣に取り組みざるを得ない事態に置かれてい

るのであります。

次に、今回の主要改正事項がなぜ二年間の暫定措置にされたかという点につきましては、いささか私も疑義が残っておりますのでありますが、私としては、ききの老人保健法の改正の際の見直し規定とあわせ考えまして、結果として六十五年度の老人保健、国保を中心とした医療保険全体の改革のスケジュールがまさにこの法律によって法定化されようとする趣旨である、こういうふうな受けとめたいと考えます。

申し上げるまでもありませんが、高齢化社会の急速な進展、これは我が国社会が直面している最大の社会的変化の一つでありまして、その矢面に立つておるのが年金、医療を中心とした福祉政策であります。私は、国保が特にそうでありまして、けれども、広く医療保険全体にとつてもこれからの最大の課題は老人医療費の問題であり、そのような意味で六十五年の改革には長期的な構想に立つて、この問題の抜本的な改革を期待申し上げたいと思うわけでありまして。

以上、まことに簡単でございましたが、今回の改正法案に賛同する立場から意見を申し上げます。重ねて今回の改正法案の早期成立に格別の御高配を賜りますようお願い申し上げます。意見の陳述を終わらせていただきます。まことにありがとうございます。（拍手）

○稲垣委員長 ありがとうございます。

次に、菅原参考人をお願いいたします。

○菅原参考人 ただいま御紹介をいただきました全国市長会国民健康保険対策特別委員会の委員長を務めております宮城県仙沼市長の菅原でございます。

社会労働委員会の諸先生方におかれましては、日ごろ社会福祉の充実に格段の御尽力をいただいておりますことに対しまして、衷心より敬意と感謝を申し上げます。

本日は、当委員会におきまして御審議をいただいております国民健康保険法の一部を改正する法律案につきまして、意見を申し上げます。

えをいただきましたことを心から感謝をいたしております。私は、国保の運営に携わります保険者の立場から、また同法案の趣旨に賛同をされている者の一人といたしまして、率直に意見を申し上げます。

国保の現状につきましては、諸先生方におかれましては、十分御理解をいただいておりますことは存じますが、初めに簡単に説明をさせていただきます。

我が国の医療保険制度は、健康保険、共済組合等数種の制度に分立する形になっておりますが、その一つであります国民健康保険は、地域保険としての役割を担い、地域住民の健康の保持あるいは増進に大きく貢献をしております。ところであります。御承知のとおり、我が国の医療保険制度は、皆保険体制が確立されております。国保が最終の受け皿となつておるのであります。すなわち、他の制度に加入することのできない者はすべて国保で引き受けるという仕組みになっておるのであります。このことは高齢者やいわゆる低所得者が必然的に集積する構造上、問題が生ずるところとなり、これまで極めて厳しい運営を余儀なくされてきたのであります。

この構造上の問題の解消を図りながら、制度間における給付と負担の公平を図るために、老人保健制度の創設あるいは退職者医療制度の創設等の改革が順次進められてきたのであります。これら改革が進められる中で、退職者医療制度創設時におきましては、同制度の大幅な見込み違いの発生により国保財政に重大な影響を与える結果を招いたのであります。さらに国保の構造上の大きな問題点であります老人加入率の是正を図るため、老人保健法の改正が行われ、老人の加入者按分率一〇〇％が将来的に確立されることとなり、高齢者の構造上の問題に関する限り医療保険制度間における公平化が大幅に促進をされ、一定の財政効果を得られるところとなつたのであります。しかしながら、この法改正時においても、法律の成立施行のおくれから三億円の弱の影響を国保に与え

たのであります。

さきに申し述べました退職者医療制度の見込み違いによる国保への影響額は、三分の二程度の額は昭和六十年度補正予算におきまして補てんをされたのでございますが、その未補てん額と改正老人保健法の施行おくれによる影響額は総額で一千八百億円になるわけであります。これが常々要望申し上げておりました政府の約束不履行分というわけでございます。この一千八百億円につきましては、今回の改正と並行いたしまして昭和六十年度補正予算におきまして完全に補てんされたところでありまして、これもひとえに諸先生方の格別の御尽力のたまものと深謝申し上げる次第でございます。

さて、改正老人保健法が昭和六十一年一月から施行され、老人の加入者按分率が昭和六十一年度は八〇%、昭和六十一年度から九〇%となり、昭和六十一年度以降は一〇〇%が制度的に確立されたことは、国保の最大の問題点でありました構造上の矛盾の解消に寄与し、国保運営上においても展望が開けるのではないかと期待いたしましたところでありました。

しかし、最近の医療費の動向を見ますと、改正老人保健法施行後の昭和六十一年一月から七月までの医療費の伸びは、対前年度同月比でもって、一般分が八・八%、老人分が一〇%、合計、平均でもって九・二%と大幅に伸びてきていることから、国保の財政運営は依然として厳しく、好転の糸口さえつかめぬ状況が続いております。

御参考までに、昭和六十一年度の決算状況について簡単に申し上げますと、歳入総額が五兆二千四百五十九億円で対しまして、歳出総額は五兆二千三百四十四億円で対し、歳入歳出差し引き額は百十五億円の黒字となっております。しかし内容をみますと、黒字額も前年度の六百五十九億円から大幅に減少いたしており、保険料は前年度対比でもって一三・三%と著しく伸びを示しており、また一般会計からの繰入額につきましても、五百億円の増の二千二百六十七億円で達しておりますので、

ざいいます。

さらに、赤字団体の状況を見ますと、赤字団体数は三百三十七団体で若干減少はいたしましたけれども、赤字額は昭和五十九年度には四百九十八億円で、昭和六十一年度では千二百四十五億円と大幅に拡大してきており、憂慮にたえない次第であります。

国保の財政基盤は、医療給付費の五〇%の保険料と五〇%の国庫負担金で賄っているわけでありまして、医療費が毎年大幅に伸びてきておりますために、保険料負担が限界に達してきております。特に国保は、さきにも述べましたとおり、構造的に低所得者層の割合が高いために、保険料の負担能力が総体的に弱く、このことも国保運営が困難な要因の一つでもあるわけでありまして。

一応、国保の現況を御報告を申し上げます。で、次に、御審議いただいております国民健康保険法の一部を改正する法律案につきまして、所見を述べさせていただきます。

本法案が提出されるに当たりましては、昨年国保問題懇談会におきまして、国保の現状を勘案して、国保の安定した運営が確保されるよう、医療保険制度全体の中における制度のあり方について、国と地方の役割分担等を含め、幅広く基本的な検討が進められてまいりましたのであります。昨年十二月十九日には「国保問題懇談会報告書」が提出され、この懇談会報告を基本として、今回の改正法案が提出されたものと理解をいたしております。国保問題懇談会におきましては、いろいろな議論がございましたけれども、特に医療費の適正化問題について、大変厳しい議論が行われたところでありまして、すなわち、医療費の伸びを国民所得の伸び等、社会経済の実情に見合ったものにならない限り、国保はもとより我が国の医療保険制度の崩壊は明らかであるというものでございます。このことにつきましては、厚生省におきましても所要の対策を強力に講ずることといたしておりますので、期待いたしますとともに、私どもも十分に

留意しつつ対応してまいる所存であります。諸先生方におかれましても、医療費適正化のさらなる推進に格段の御尽力を賜りますようお願いを申し上げます。

医療費の適正化につきましては、継続的に努力していく必要がありますが、現下の国保の実態は極めて厳しい状況に置かれ、当面何らかの対策を講じる必要があるとともに、国保制度のもう一つの構造上の問題点であります低所得者層に対する対策が強く望まれ、こうした状況を踏まえて、本会におきましても要請活動を続けてまいりましたところでありまして。

低所得者層に対する対策あるいは低所得者層の概念をどういふふうにとらえるかということ等につきましては、いろいろ議論のあるところでございます。いまさらしても、現行制度上の保険料軽減世帯を低所得者としてとらえた場合に、六割軽減世帯一七・六%と四割軽減世帯五・三%、合計で二三%にも及んでおるといふことになるわけであります。この低所得者の保険料軽減額に對しましては、現行制度では保険料軽減交付金によりその八〇%が補てんされておりますが、残りの二〇%は他の一般被保険者の負担となっているのであります。したがって、保険料負担の上で重大な影響があるわけでございます。

全国市長会といたしましては、昨年十月「医療保険制度の一元化と国保制度のあり方」について提言をいたしました。この中におきましても「一定所得以下の者について能力に応じた保険料負担を前提としつつ、併せて、何らかの援護的な措置を講じることが必要である。」といたしておりますのであります。

今回の制度改正は、このような国保の現況を踏まえて、医療保険制度の一元化を目指した当面の措置であるとの認識をいたしておりますので、十分評価できるものと存じております。もちろん今後健全な制度の構築に向けて、幅広く検討を続けていく必要があると存じますが、全国市長会におきましては、次の点を総合的に勘案をいたし、

本制度改革に賛同いたしました次第であります。

まず第一は、単なる地方への負担転嫁は回避されたこと。第二は、改革を行うに当たって、本会がかねてから強く要望してまいりました退職者医療制度創設等による影響額の未措置額が昭和六十一年度補正予算において完全に補てんされたこと。第三は、引き続き厳しい現況の中で、構造上の問題点である低所得者層について何らかの援護的措置を講じる必要があったこと。第四は、制度改革に伴う新たな地方負担の増額については、地方財政の運営に支障を来さないよう地方交付税の特例加算等により補てんされることとなったこと。第五は、国保の安定した運営を確保することにも、高齢社会の到来に備えた医療保険制度の一元化を目指して改革を進めていく必要があること。

以上でございますが、また今日に至りましては、各市町村におきまして既に制度改革を前提に予算が組まれておりますので、その運営に支障を来さないよう、何とぞ同改正法案の早期成立につきまして格別の御配慮を賜りますようお願いをいたしまして、私の意見陳述を終わらせていただきます。ありがとうございます。(拍手)

○稲垣委員長 ありがとうございます。

次に、庭田参考人をお願いいたします。

○庭田参考人 御紹介をいただきました庭田と申します。

時間が限られておりますので、早速自分の意見を述べたいと思います。

今回の法改正を考えますときに、先般の昭和五十九年度の改正と言われておりますあの健康保険法の改正の基本原則というものをもう一度見直してみたいではないかと思っております。

一つには医療費の適正化ということでありまして、これは予防の問題も込めて考える。それから地域医療というような地域という問題の中で医療の費用節減を図る、こういうことであつたらうと思ひます。

二番目は、給付内容の見直しということでございます。

いまして、その根底には、保険料のこれ以上の引き上げというのとはなかなか困難である、そういう見通しのもとで被用者保険、被保険者本人の十割給付を九割に一割削った、こういうことになるのかと思います。

三番目が負担の公平ということでございまして、一つにはライフサイクルに応じた医療体制というふうなものを考えながら、同時に高齢者を多量に抱えております国保の財政を救わなければならぬ。つまり負担と給付の公平に向けて努力をいたそう、こういうわけでございまして、国保を救済しなければならぬ、このようなことが当時言われたのではないかと思います。この健保法改正の原則というものを踏まえまして、今回の国保改革の問題が提案されたのではないかと、私はそのように理解をいたしております。

事の順序をいたしまして、今回の国保改正のごく概要といえますか、問題点を、私なりにはこの三つであるというふう把握した、その三つをひとつお聞きいただきたいと思ひます。

一つは、高医療費市町村における経営の安定化というところでございまして、医療費の高い地域といたのがございまして、これを何とかしなければならぬ。今までは国の負担と市町村の負担ということで対応してまいりましたけれども、今度は都道府県も参画をいたしまして、国と地方、こういうものが提携をいたしまして、この高医療費市町村における運営の安定化の道を模索しております、このような点が重大な一部ではないかと思ひます。

二番目といたしましては、保険基盤安定制度というものでございまして、この法案の出ます前に、実は福祉医療制度といったような名前が素案のようなものが出ておりましたが、今回はそれが引込まれて、保険基盤安定制度ということになったわけでありまして。結局、これは低所得者の保険料負担軽減措置というふうなことでございまして、ここで低所得者の問題というのが全面的に取り上げられたのではないかと、このように思ひます。

けであります。ここでも、実は事業規模一千億円というふうなところで、国、都道府県、それから市町村というふうなところで、後者二つが四分の一ずつというふうな分担をして何とか考えようではないか、こうなっていると見たわけでございします。

三番目は、高額医療費共同事業の強化ということとございまして、よく世間では再保険の事業などと言われておられて、組合健保、政管健保、そういったようなところで、この言葉が出ておりましたが、国保でもこれを現在の倍ぐらいに強化するといったようなことになるのではないかと、このようにとらえられております。そして国が十億、都道府県が百九十億の助成をいたしまして、高額医療費の共同事業を強化する中で、ひとつ全体としての財政の安定を図りたい。

たくさんございすけれども、恐らくこの三つが今回の国保改革の最も重要な点ではないかと私は見たわけであります。

このような認識に立ちまして、今回の国保改革の内容をとらえてみるとどういうことになるのかというところでございまして、小規模保険者では、保険の原則、給付と反対給付ですが、これをバランスをとりながら永続を図るということでございしますが、保険財政というのとはどうも一定以下の小規模の保険者のもとでは成り立たないのではないか、この認識がどうしても必要かと思ひます。各保険者ごとに財政をやりくりということでは、もう国保の改革はできない。そしてここで、保険機関相互間におきまして資金を融通し合つて全体として財政の安定を図る、こういうふうな一歩前進したのではないかと、このように考えるわけでありまして。そのような見方をいたしてみますと、例えば高額医療費共同事業の強化というものは、まさにその一つの代表になるのか、こう考えるわけでありまして。

それから、市町村という規模では保険はもう成り立たない。小規模ですから、なかなか成り立たないと言つては語弊がございしますが、成り立たせるのに大変な困難が伴うであろう、このことはどうも事実のようであります。そこで都道府県というや大きな基盤というものを考えまして、地域規模というような立場から財政対策を今回は考えているのではないかと、こう把握したわけでありまして。これは高医療費市町村における運営の安定化というところで、市町村六分の一、都道府県六分の一を出す、こういったようなわけでありまして、都道府県というものの大きな役割分担を願っているのではないかと。そのように思ひまして法案を見ますと、都道府県は百九十億円の助成をする、こういうことになっておりますので、このような小規模の保険では成り立たないものをやや大きな規模に拡大して財政の安定化を求めているのではないかと、こう把握したわけでありまして。

そして、このように財政面でやや規模を大きくして考える。同時に、給付面では地域医療の見直しあるいは地域医療の強化というふうなことで、一方におきましては地域医療体制、一方におきましては財政面の都道府県も取り込んだ大きな規模への拡大の対応、こういうふうなことが今回の法案の中にはありまして、大変な考え方の進歩ではないかと、そのように拝見いたしております。

各健康保険制度の財政事情というものをこのたび考えてみますと、その地域の老人の含まれている率、これが財政事情を動かすことは事実でありまして、これが老健法というふうなことになるのかと思ひます。もう一つは、その地域の特殊事情というところでございまして、これが医療費が異常に高くなるかあるところもあるし低いところもある。俗世間的には西高東低と言われますけれども、これに対応するのが本来ですと医療費按分率ということでありまして、これは加入者按分率ということとで、老健法の中ではこちらの見方はやや後退をした、こう考えます。

もう一つ、保険者の財政を動かすのが低所得者層がどれだけの割合にないか、こういったようなわけであります、これに對します対策というの

が、先ほど述べた今回の法案の中に一つあるのではないかと、このように思つたわけでありまして。

経営の安定化努力というものを引き出す、これにも今回の法案は市町村それから都道府県が財政的に参画するというところで、努力をすればこの負担が減るというふうなこともありまして、とにかく地域医療の適正化を引き出すといったような効用もここには見ることができるとは思ひます。

共同事業の強化とか基盤安定制度といったようなものも、これまた医療費適正化にはつながっていくだろう、こう考えられます。

医療費の地域差につきましては、これはどうも国保の努力だけでは不可能ではないかと、何か一つの慣行といひますか傾向というふうなものがありまして、西高東低が悪いからといひまして、あすからそれが直るというふうなものではないかと、長年の一つの傾向のようなものでございまして、さう簡単にはなかなか直らないだろう、こういうふうな感じもいたします。さうしますと、この問題も直す、あるいははもうのしがらみを持つております保険財政を根本的に改革するといひますと、これが医療保険の一元化計画というふうなことになるのではないかと、こう考えます。

このことの一つといたしまして、例えば五人未満の事業所というふうなものを組合健保の方に取り込む、こういったようなことになってまいりますと、だんだんと国民を被用者という立場でとらえていきまして、そして被用者保険というものを拡大していく。これは職域保険になります。それから国保の健全化を図る、これは地域保険の健全化。両方を強化いたしていきまして、そして根本のところでは一元化をして、あとのところでは、例えば職域の事情、それから付加給付といったような地域事情、そういったようなものの上に足していった一元化を達成する。このようなラインというのが今回の改革案の中には見えるのではないかと、そしてこのラインに對しましては、世間では大いに賛成をするのではないかと、こう考えられます。

す。

ただ、言うような抜本改正といったような問題が、問題の一つ一つを解決して、それを全部足すと抜本改正になるというもののなか、あるいは抜本改正というものはそういうのじゃなくて、もつと大英断を必要とするようなことを言うのか、この辺の認識というのが大変微妙なところではないかと思ひます。どちらをとるかといふと、法案の内容からいいますと、恐らく一つ一つを丹念に改革していつて、全部足したら改正の抜本的な結果が出たというふうな方ではないかと思ひます。が、いかんせん六十五年あるいは七十年、この辺のところでは医療保険の一元化を図るといふときに、一つ一つをつぶしていく方法が抜本改革というもののつながるのかどうかという点はひとつ検討を要するのではなからうか、こう考えられます。

そして、ここでどうしても問題になりますのは、今回は地方の負担を大いに期待する、こういうふうにはありますけれども、その費用は完全補てんなんていう言葉を使われておられて、結局地方が全部負担というふうなものでもなさそうである。どうも国を通じて補てんされるような、そのようにとれるわけでありませう。そうなりますと、それは結局は国民の税金ということになります。税金で一番割を食っているのはサラリーマンということになります。そしてサラリーマンの方の持ち出し分がふえて、サラリーマンがまた一肌脱ぎながら国保の改革に向かう、このようなことになるのではなからうか。それも結構であります。

と申しますのは、確かに費用負担の点ではそう言えます。地域医療ということになりますと、サラリーマンも地域住民ということで、そういう面では結構受益をするわけでありませうから、費用負担に異議を唱えるわけではありませうが、同時にこの辺の被用者保険側の負担強化という点を十分に認識し、かつ評価されまして、国保側においてもひとつ自助努力といひますか自浄努力といひま

すか、例えば保険料の悪質な滞納といったものを整理していくとか、正確に被保険者の数を把握してきちんと運営をしてもらいたいとか、医療費適正化には一段と努力をしてもらいたいとか、そういうわけで、国保側の努力というものがあつての上のサラリーマン側の、つまり被用者保険側の協力になるのではなからうか。といひますのは、老健法その他の負担強化で組合健保、政管健保もだんだんと経営が悪化してきておる。さらにそれに對して協力を求めるのであるならば、どうしても国保側の思い切つた経営努力の実が示されなければ、これはなかなかコンセンサスは得られないのではなからうか、こういうふうにかへるわけでありませう。

とは申しながら、弱者の切り捨てとか落ちこぼれの無視とか、そういう形で改革がなされては大変でございます。まして国保の側には、所得の低いお方というふうなものも多いというわけでありませうので、どうしてもこういう点は慎重に願ひたいといふことは、国民共通の願いになるのではなからうか、こう考えるわけでありませう。地域全体の中での弱者の抱え上げといったようなことになるのかと思ひます。その限りにおきましては、国の応分の協力、助成というものは、今後も欠かせないであらう、こう考えられます。

同時に、医療の量から質への転換ということでありまして、ただ薬をたくさん飲むとか検査をたくさんされるとかという量の医療の進歩でなく、質の医療の進歩というふうなことも大切ではなからうか。そしてこれがなされるためにはどうしてもマンパワーの拡充強化ということが必要なんです。ありますが、どうも今回の案の中にはそういう点が必ずしも明確でない、こういうふうにいふのではなからうかと思ひます。

そのほか、厚生省その他政府で出しましたいろいろな案の中には、例えば病院とか診療所の諸機関の適正配分というふうなこともちゃんと出てはいるのですけれども、財政の問題を考えるときには、やはりこういう幅広い医療政策の中で今

回の法案の位置づけというふうなものが明確にされるのが特に大切であらう、このように考えるわけでありませう。

そして、最終的なねらいである一元化というものの内容、これはなかなか正確につかまえていくのですけれども、例えば給付と負担の結局は公平ではないか。そうなりますと、標準保険料とか標準給付とかいろいろ標準という言葉が出ますが、どうもこの標準というものの概念が私たちにとはつきりいたしません。この辺のところもひとつ何らかの方法で御明示をいただきたい、こう思うわけでありませう。

そのほか、いろいろの計画といふのは、これごとく一元化に向けての一步一歩であらう、そういうことでありまして、今回の改正案というのでも、結局は一元化に向けてのワンステップである、このように私たちが位置づけて把握してよろしいのではなからうか、こう思うわけでありませう。

ところで、そろそろ時間でございますのでまとめたいと思ひますけれども、やはりどのような案でありまして、いろいろ問題点とか意見といふものは出るわけでありまして、それが一朝一夕に解決がつくとも思ひませぬけれども、なお耳をかしていただきたいと思ひます。

一つは、今回の案は、一元化に向けての大筋においては随分評価も高いのではないかと、そして賛成意見が大方ではないのだから、こう考えますけれども、いかんせん細部におきましては不明な点、それから少しづつ立場の相違に基づきまして反対意見もあるか、こういうふうに考えられるわけでありませう。結局、地方の負担、こう申しましても、その割に地方の負担ではなくて、とにかく見たところではどうもそうではないというふうな感じがいたします。やはり地域医療時代には、財政面でも地方の大いなる活躍ということが期待されますので、本當の意味で地方の負担になるような、そういう点が一つ望まれるのではなからうか、こう思ひます。

それから、今回の案の一つ前に出しました福祉医療制度というのがありますが、これは低所得者というものの医療費を別勘定にして処理しようといふわけでありませう。これは一種の差別になるというふうなことで反対意見もありましたけれども、これですと三千億ぐらいのところか何とか別途処理がきくわけでありませうが、今回は保険料だけの負担で低所得者の医療を賄うといふことでありますと千億ぐらいというわけで、何かどうも三千から千に減つてしまつたような、前の案の方がこの点はよかつたのではないかといふような見方もできるわけでありませう。

それからもう一つは、国保に応能性、応益性といふ二つの方法で費用負担がありまして、現在では応能性が盛んであります。もし応能性をとるなら、これは所得把握といふものがしつかりとなさなければならぬ。仮に所得把握が、俗世間で言うクロヨンとかトーゴサンとかといふようなことが早急に解決できないのですと、今度は応益性といふことを考えるを得ないのではないかと。そしてこういうことが考えられるところに、国保には国保なりの犠牲をがえんじてほしいといふような願いも出てくるのではなからうか、このように考えられてまいります。

とにかく大きな問題でございます、まだまださん幾つも問題点はございます。例えば今回は経営主体論といふのが出ておられて、市町村が経営主体がいいのか、あるいは都道府県、県の役割、こういうのが経営主体にだんだんなつていくのか。その場合には実務はそれじゃ今までどおり市町村がやるのか。そうなりますと、市町村は実務の出先機関のような役割に落ちてしまひますが、この辺のところはどう考えたらよろしいのであらうか、こういうことにもなります。

また、調整交付金というふうなものを出し方を見ますと、どうも医療費の高いところに国庫負担のようものがたくさん出そうでありまして、もしそのようなことが世間に知れ渡つたり印象として出ますと、努力をして下げるよりは、じつとし

ている方が事によると国庫負担がもらえて楽かもしれない、そのような風潮につながった大変ではなからうか。つまり国保の経営努力のようなものをとつと正確に反映して、努力をすればするほどやはりいいことがあるんだ、そういったような仕組みのところをひとつ手をつけていただいたら、さらに皆さんが賛成しやすくなるのではなからうか、こういったような問題も出てまいります。

いずれにしても、国保サイドの努力、それから国保を周囲から支えて医療問題を地域全体で考える、そしてそうやっていく中で一元化への道をさらに推し進めていく、こう考えるべきでありましょう。このような見解から見ると、間違いないに、これは一元化への一里塚という点では大変評価ができます。さらに細部の点で細かく調整ができましたならば結構なものでなからうか。しかし、細かい点を無視いたしますと、それはそれで後日の問題につながりますので、必ずしも手放しで賛成し切れるというものであるまい、このような見解を持っております。

失礼しました。(拍手)

○稲垣委員長 ありがとうございます。

次に、水野参考人をお願いいたします。

○水野参考人 御紹介いただきました水野でございます。

もう諸先生からいろいろと陳述があったわけでごさいます、私は若干視点の違うところから今度の国民健康保険の改正案を考えてみたいと思うわけでございます。

私は国保だけではなくて、この社労にいつもかかる保険給付の法律の改正案というのは、すべてそれ単独で物を見ていたのでは、ほとんど問題の解決にはつながらないではないかという印象をかねがね強く持っておるわけでございます。

かつて、今から十年くらい前には、そういう医療問題というのは、健康保険の拡充ともの一つは医療サイドの拡充と申しますか、そういうものの二つが車の両輪だと言われたわけでございます。

やはりそれは今でもそうなのでございまして、医療の供給体制をどうするかということ、これはすなわち医療費にダイレクトにつながるわけでございます。一方、健康保険というのは、ごくごく財政的なところからいって、医療費をどうするかという問題、必ずしもそれだけで物が解決するのではない、したがって、今度の国民健康保険の問題にいたしまして、医療全体の最近の流れの中でどうとらえるかということが、私は一番重要なのではないかというふうに思っております。

その流れをどうとらえるかというのは、個人によつていろいろ違うんだと思ひますけれども、私は基本的にはまず現在の医療というのがこれであるのかという問題が、やはり根本的にはあると思ひます。これは十年くらい前、社労でしばしば問題になりました医療そのもののあり方、これが非常に批判もされた時期もございまして、今でもやはりそれが完全に改まっておるとは思ひませんけれども、若干変わつてきている面はある。例えば検査づけとか薬づけとか言われた問題なんかはそうではないかと思ひます。

しかし私は、今一番医療問題で重要なのは、やはり老人医療であるというふうに考えるを得ないわけでありまして、それは金を食うから重要だということだけではございせん、世界で例を見ない高齢化社会をこれから迎えていくわけでございます。ほかにヨーロッパの先進国の高齢化社会というのは大体一九九〇年ごろがピークで、後はちよつと平行状態だんだん減つていくという状態、今が一番苦しいそうでありまして、日本はこれからが苦しくなる。学者によつて意見が違ひますけれども、どうかすれば二〇二三年まで日本の平均寿命は延びるのではないかといい意見もあつた。そうすれば二〇二三年までやはりピークは続く、従来言われていた二〇一八年ではないという意見も出るかもしれないわけでありまして、そういうのを見ていった場合、どういふ医療が一番効率的で、かつまた医療費の節減にもつな

がるか。私は医療費を節減することが悪いとは思ひつておりません。ちゃんと効率のいい医療が提供されるのなら節減できるところは節減する、これが当然のことではないかと思ひます。さういふ意味では、国保の問題というのは、ある意味においては国保の問題以上に大きな問題ではないかと思ひます。

それから、給付と負担の公平というのをしばしば厚生省もおつしやるわけでございます、私もそれは基本的には賛成でございますけれども、給付と負担の公平をどういふ形で図るかというのとはなかなか知恵の要るところでございます。とかく昔から、抜本改革というのはいつても言われるわけでございますが、抜本というのとは、戦争とか革命とかそういうものでもない限りは、そう簡単にできるものではないのか、私は基本的にはそう思ひます。だから細かくいろいろと改定していつて、さうして十年から十年たつてみたら、うん大分改革されたなというのが民主主義社会のものにおける改革というものののではないだろうか。その意味においては、この三十年間の医療というものは非常に進歩しましたし、国民もその利益を得ている部分も非常に大きいのではないかといいふうな点においては、やはりそれなりに改革も行われてきたんだ、こう言えると思ひます。

さて、そこで国民健康保険の問題でございますが、もしも昭和六十五年に保険の一元化ということをお考えになつておられるのだとすれば、どうしても国保をほつておいてはできないということ、私は、私も常識的に賛成であるわけでありまして、国保は何が一番問題かというの、しばしば先ほど来お話の出でおりますように、要するに国保財政というものが市町村単位で持つところと持たぬところとあるということが一つ、それからもう一つは、地域差というの、これは歴然とした事実として存在しております。この地域差の理由は何かというのはいろいろ議論はあるわけでございますけれども、私は一つは、やはり病床数の多いところに地

域差があるということは歴然とした事実なのではないかと思ひます。もう一点は、その地域に住んでいる住民の考え方というのもの、やはり非常に影響があるのではないだろうかというふうに僕は思つております。

そこで、今度の国保の改正では主にその二点、あとには県にも御努力いただくという趣旨が出ておる、その三点が大きな改革点ではないか。これは皆さんお述べになりましたので、私はここで法案の解説をする必要はないわけでございますけれども、そういう意味において、僕は、この案そのものはじやべすとかなんかと思ひます、それはいろいろ考え方が世の中にあると思ひますから、ベストだとはよい言ひ切れませんが、それでも、これはじやだめなのかと言つても、だめだとも言えない。まあこんなところじやないかというのが率直な印象でございます。

私は国保問題懇談会で委員の末席に連なつて皆さんの御意見を拝聴しておりましたけれども、大変やりにくい問題は何かという、国保問題懇談会のようなところでは、社労と違ひましてほかの問題は余り議論できない。つまりどうやって医療費を減らすかとどうやって負担をしていくのかという長期の展望みたいなものについては、余り議論ができないわけでありまして、したがつて、国保という非常に狭いところで議論をされる。さうなると、どうしても押し入れてなごなごなを振り回すようなことにならぬわけでもない。そういうようなことがずつと積み重なつて議論されてきたわけでございますが、そういう制約というものを考えれば、国保に限ればさういふことしかやりやうがないのではないだろうかという気が私はするわけでありまして。

ただ、強いて言へば、これが抜本改革と言われ昭和六十五年の問題にどうつながるのかということについては、やはりいま一つ明確ではない面がないではない。それは明確にされた方がより賛同も得やすいと思ひますし、反対論も明快になるのではないか。そのところがはつきりしない

いうことは、やはりこの国保の問題の場合には非常ないろいろなことがあるのではないかと思います。今後、国保の財政基盤を曲がりなりにも整備しておきまないと、この一元化というものはほとんどやれないだろうというところは、私も非常によく理解のできるところでございまして、その範囲内において、今度の改革案というのは、それなりに評価できる点もあるし、御苦労の跡も僕はあるのではないかと思います。

なお、非常に乱暴なことを言いましたら、国保の改革案というのは、もうあらゆる保険を全部やめてしまつて国保一本にしてみたらどうかとか、政管健保みたいな国が全部国保を管掌したらどうか、そういう議論もあると思うのです。しかし私は今やつていられる国保のメリットというものはやはりあると思うのです。例えば地域医療活動というふうなものは、実際には保健婦さんがやつていよう要素が非常に多いわけなんです。これは市町村単位でやつていられるからこそ、そういうことが發揮できるというメリットもありますので、今の制度は今の制度のまゝとして、できるだけみんなサポートしてやつていく、こういうふうなことになるざるを得ないのではないだろうか、そう思います。医療費をどう節減するかというものは、後から御質問があればお答えするといつたしまして、国保そのものについては、私は大体そういうふうな感じで受けとめております。そこら辺が僕のこの問題についての基本的な感想というか考え方でございます。

その次に、私も国民としてはぜひとも考えなければならぬのは、よしんばGNPの範囲内の医療費の伸びであつても、将来を考えると物すごい数字になるといふことについて、やはり考えておく必要がこういう機会にはあるのではないかと。この点が非常に重要なわけなんです。厚生省のかつて参議院にお出しになりました予測というものが絶対的に正しいのかどうかについては、私も若干の疑問はありますけれども、それによりまして、一九九九年には日本の国民医療費は四十四兆

円になるということになつていっているわけでありまして。四十四兆円というのは、口で言うのは簡単ですけれども、それは大変な数字であるわけであつて、たとえ国が持つにせよ、だれが持つにしても、要は国民が持つわけであつて、これをどうやっていくのかという基本的な問題があります。それから四十四兆円にしてもいいのかわからないという問題もあるんじゃないかと私は思うのです。

今の医療費の伸びというのは、いろいろな検討の仕方があるわけであつて、いろいろな検討の一つに、全体の四分の一を老人医療費が占めておるといふ問題は無視できないのではないかと。そのうち、老人医療費というものは、それは老人は御承知のようにみんな成人病になる。成人病は、非常に早く見つけましたときには、がんなら早期発見、心臓、血管系の病気であれば一病息災に持ち込むといふことは可能でございまして、そのチャンスは失って手おくれになつた場合には、結局は治療はしますけれども、いずれは死ぬわけであります。人間というのは結局そういうふうなことでございまして、だから当然老人医療費は要するんだといふことは一応はなると思つておられるのです。一応はなると思つておられる、手おくれの患者ばかりが病院に行つて、治るか治らぬかわからぬけれども、大体治らないわけですが、そういうことにどんな治療していくとだけが医療の姿なんだろうかといふふうな点については、若干の疑問もなしとしないわけでございます。

先ほどもちよつとそういう話が参考人の先生から出ましたけれども、私が去年の夏スウェーデンに行つて見てきたので非常になるほどと思つたことは、スウェーデンでは二〇〇一年には、つまり二十一世紀には、今の病院というのは救急患者と放射線治療の患者だけを入院させる、あとは全部在宅医療にするという方針を決めておるわけでありまして。それは日本とスウェーデンは一遍に

比較はできませんけれども、住宅問題とか何かそういうものもあるといふのもよく存じ上げておりますが、それにしても世界の流れといふのは、病院治療から在宅医療へという流れにあるといふことだけは僕は間違いないと思つております。

大体日本の医療といふのは、アメリカに十年おくれでやつてくるわけでありまして、今アメリカでは、ファミリードクター制度といふのが非常に強く前面に出てくる時期であるわけでありまして。これが十年たつて来るとしますと、一九九三年ごろにはそういう問題が日本にも上陸してくるのではないかと思いますし、それは一つの世界的な医療の流れなのではないだろうかと思つております。

そういうふうなことを考えますと、国民健康保険の中で相当大きな部分を占めております老人医療費といふものも、今のままではなくて、何かもっと上手な対処の仕方があるのではないかと。そういうことをやつていって医療費をある程度セーブしながら、全体としては給付と負担の公平ということを実現していく、そういう体制をとらないと、保険の財政サイドからだけ一元化を考へてみても、それは限度のある話なのではないかと私は思つております。もちろん、それも必要だと思つておられるけれども、そういうふうなところで物事を考えたい。つまりこの医療問題といふのは、全体の流れの中でこの問題はこういう位置を占めておるか、そしてそれはどうなつていくのかといふことが議論の焦点になるべきだと思つて、私はそういう受けとめ方をしているわけでございます。

いろいろ申し上げることは幾らでもありますけれども、十五分になりましたので、これで失礼します。どうもありがとうございました。(拍手)

○稲垣委員長 ありがとうございます。

以上で参考人の御意見の開陳は終わりました。

○稲垣委員長 質疑の申し出がありますので、順次これを許します。高橋一郎君。

○高橋(一)委員 本日は、参考人の方々には御多忙のところをお出ましをいただき、ただいま貴重な御意見を拝聴させていただきました。厚く御礼を申し上げます。

国民健康保険制度は、我が国の国民皆保険体制の基盤となる制度として、地域住民の健康と生命を守るため重要な役割を果たしておりますが、経済社会が大きく変化し、人口の高齢化等を背景に医療費が増加する中で、運営上さまざまな問題を抱えてきており、その解決を図ることが重大な課題となつております。

これまで、老人保健制度の創設や改革あるいは退職者医療制度の創設により、高齢者の医療費の過重な負担の問題については公平化が図られ、国民健康保険制度の安定化に大きく寄与してきたところでございますが、今回の国民健康保険法の改正案は、低所得者問題や医療費の地域差問題等の残された構造問題に、国と地方自治体が一体となつて取り組む仕組みをつくり、長期的安定を図ろうとするものであり、地域住民の健康と福祉の向上に資するものと評価しているわけでありま

す。

そういう前提に立つて、これから若干の質疑をさせていただきますと思つていますが、時間の制約もありますので、端的にお尋ねを申し上げます。

まず、加地参考人と菅原参考人にお尋ねいたしますが、国民健康保険については、これまで制度的には国と市町村がその運営に責任を持つ形でありましたが、今回の改正案では、都道府県にも低所得者問題や高額医療費共同事業あるいは医療費の地域差について、一定の役割と責任分担のもとに積極的に参加願うことになつておりますが、この点についてどのようにお考えになつておられるか、お聞かせ願ひたいと思つております。

○加地参考人 御質問の点でございしますが、先ほども申し上げましたように、私はかねてから、今日の国民保険の実情、いわゆる地域医療としての国保の役割、そういう点からいまして、少なくとも大変大きな問題を持つておるこの国保の解決

のためには、従来のように、国と保険者である市町村が中心になっていくというよりも、お話のように、国と地方公共団体、都道府県を含めたそれぞれの持てる力で協力してこの国保の運営を見ていただくべきではないか、こういうことをかねがね考えておったわけでありまして、御質問の点につきましても、私は、大変結構なことである、もつと都道府県が積極的にこの国保の問題に、持てる力として指導力を発揮されるのか、積極的に御関与をしていただくべきではないか、こう考えておるわけであります。

○普原参考人 地域住民の医療確保をし、守っていくということのために、国、都道府県、市町村が一体となつて取り組んでいく必要があると思つておるわけであります。

直接的に財政をどうするかというふうなことにしている議論があるかと思つておるけれども、何と申ししても、住民の三割以上が国保に加入をしておるといふふうな点から申しますと、やはり国、都道府県、市町村一体の中で医療を確保していく、このことのために都道府県の参加ということがぜひとも必要だ、そういうふうには考えております。

○高橋(一)委員 次に、医療費の地域差問題について、水野参考人と朝日参考人にお尋ねいたします。

高医療費市町村におきます安定化計画につきましては、地方自治体には医療費適正化の十分な権限がないという御意見がございますけれども、例えば国保医療費においては老人医療費が大きなウェイトを占めており、お年寄りについては、単に入院ばかりでなく、それぞれのお年寄りの状態に応じた適切な処遇を行うことによって、結果的に老人医療費の適正化にも資するものと考えられております。

このようなきめ細かな施策は、地域住民と直接にかかわつて総合的な行政サービスを展開できる地方公共団体の施策にふさわしいもので、従来の監督権限による適正化対策ばかりでなく、国と地

方自治体が一体となつて、ヘルス事業の充実や老人に対する在宅福祉の充実等、地域の実情に即した幅広い適正化対策を推進することが重要ではないかと考えますが、この点についての御意見を聞かせ願ひたいと思ひます。

○朝日参考人 お尋ねの件ですが、私自身も、幅広い意味での医療費適正化対策として、市町村や都道府県が国と協力をして積極的にやっていくという点については、ぜひとも必要なことだし、やらなければいけないと思つております。ただ、それを全部市町村でやれないというふうな言われましますと、大変財政的にも苦しい状況にござい

ます。例えば、先ほど私は、国保直営医療機関を地域の医療の拠点として積極的に位置づけてほしい、こういうことを申し上げました。幾つかの自治体病院では、そのような努力をしております。しかしその一方で、大変財政が苦しくて病院自体が病床数を減らさなければいけない、あるいは病院を診療所に格下げをしなればいけないというふうな形で、病院財政を維持する観点からの合理化がかなりされていまして、自治体が自治体病院や国保直営医療機関を拠点として地域医療を展開しよう

にも、その拠点となるべき自治体病院の運営がこれまで極めて困難な状況になつておる。その辺に對して、何らかの国なりあるいは都道府県なりの手だてを用意しないと、これを全部自治体の方で中心になつてやたらどうかと言われても大変苦しい状態にある、こういう点だけは申し上げておきたいと思ひます。

○水野参考人 お答えになるかどうかわかりませんが、私は、一部の御意見で、地方にやれ、やれと言つても、地方には権限がないということをおっしゃる方が確かにいらつしやるのですが、それは何をおっしゃつていられるかという点、地方では健康保険の点数を決める権限がないということを中心におっしゃつておるわけなんです、これはもういたし方がないので、私は中協協で決める以外にはそれは方法がないのではないかと思ひま

す。

それから、もう一点のことでございますが、医療の原点というのは、やはりファミリードクターとか地域医療とか、あるいは救急とかいうところに医療の原点があるのではないかと、医療の原点が心臓移植にあるとは私は思つておらぬわけでありませう。

したがいまして、地域というのは今でも結構いろいろとやつていただいているわけであつて、一例を挙げますと、例えば老人医療費が、長野県ではよその県に比べて一人当たり十万元以上安いわけでありませう。これはいろいろ事情があると思つたのですが、とにかく長野というのは日本の屋根みたいなところで、そう言うとき長野選出の方は怒られるかも知れませんが、非常に寒冷地であるわけですね。にもかかわらず平均寿命は、大体いつ調査をしましても、日本では、男は上から二番目から三番目におつておるわけなんです。平均寿命も長い、それから医療費も安いということ、イコール健康な人が多いということになるのだらうと思つたのです。それは食べておる物がどうか、いろいろ意見もありませうけれども、私は長野県には用があつて割合よく行くのですが、私の感じでは、やつぱりほかの県よりも約十年早くから一年一回の健診をやつておるわけですね。それが実を結んできたという面も、何割かのファクターになつておるのではないかと、これはまさに医療の原点で行われたことだと思つて、さっきの先生の御指摘では、まさにヘルス事業という分野に入るわけでございます。

したがいまして、今のようなシステムでも十分にやつていける。ただ、ばらつきがあるということとは事実であります。余りそういうことはできないというところ、例えば東京みたいなところもあるわけでありませう。これは人間が多過ぎるという問題もあるのですけれども、しかし、そういうふうな一部の県では非常にうまくやつておるわけでありませう。現行のままでそうはやれないということにはならないのではないかと。

それから、病院がいろいろとそういうことに協力いただいておりますのも、やはり長野では非常にそういう傾向が強い。例えば五・三・二ということが長野では言われておる。それは何かということ、病院の仕事の中で、五が入院患者の治療、三が外来、それから二が地域医療の健診とか相談とか、そういうウェイトですつとやつてきておるという病院もありまして、それは病院によつてそれぞれ違ふ。もつとはつきり言えば、院長のオピニオンがどうあるかということでも左右されている要素の多い問題ではないかと私は思ひます。

○高橋(一)委員 時間が余りありませんが、最後に私は、老人保健制度のあり方は国民健康保険制度の上で大きな影響があるのですけれども、この老人保健制度は、医療保険制度から切り離し、間接税による新税制により、全国民が公平に財源を負担する仕組みにすべきであるとの提言があつたそうですが、これについて時間の許す限り、加地参考人と水野参考人にお尋ねをしたいと思います。

○加地参考人 健康保険組合のこの前の提案につきましては、私は基本的には同じ考え方を持つておるのであります。先ほど来、参考人のお話にもございましたし、いろいろ話は出ておりますが、確かに、医療保険の問題というのは、医療費という財政だけの問題でないというところは、私どもも重々承知しております。あの健康保険組合の考え方は、一つは前回の老人保健法の改正の結果、加入者按分率の上昇によつて相当負担が重くなつた、こういうことを前提にお話がございませう、おっしゃつておる中身というものはこういうことではないかと思つておる。つまり国保の場合には非常にそれが象徴的に出ておるものでありますけれども、医療保険とはいへないながら、その中で例えば国保の例で申しますと、全国平均で老人医療費のシフトが今四〇％を超えておるわけでありませう。老人保健法の適用の被保険者が一三・五％で五〇％近いシフトを持つておる。それは御案内の

昭和六十三年四月五日

とおり、一般の被保険者に比べて老人一人当たりの医療費が五倍を超えておるわけであります。そういう点を考えますと、長年の伝統的な社会保険の仕組みという中でそういう医療費を賄うのか、こういうことであります。

たまたま、今大変な政治課題であります新しい税制改正の問題がございますけれども、私どもは、これからさらに老人がふえていく、こういう時代を考えますときに、通常の社会保険という仕組み、相扶共済という仕組みの中でこの老人医療費は賄えていくのであろうか、こういう観点から、やはり老人については、それなりの国民に対する説得力もあるわけでありますから、そういう形の負担に切りかえていくべきではないか、こういう主張を非常に強くおっしゃっている中身であります。しかし、現実には医療保険という制度があり、改革の具体的なやり方についてはいろいろ考え方があり、私どもも、私どももできればそういう方向に持っていっていただきたいと考えておるわけであります。

○水野参考人 今先生のおっしゃいました、老人保健部分については国民全部で持てというのは、一つの考え方ではあるであろうと私も思います。しかし、それがいいのかどうかということについては、私は若干疑問を持っております。その点はちよつと加地さんとは違いますが、私は医療費というのは、財源が物すごく裕福に確保されたらそれだけ全部使うという傾向のものだろうと思うのです。つまり医療費というのは、ある程度いろいろとそんなに使うなという制限をしよつちゅう加えていて初めて歯どめがかかるのであつて、いや財源ありますよ、何か特定財源がこれだけありますよと言つちやたら、それは大変なことになるのではないかと思うのです。

私は、現在の老人医療の問題では、それを国民全部で持てということの前に、老人医療はどうあるべきかということの議論の方が先ではないかと思うのです。つまり毎日のごとく病院に行つて、そして病院の方は病院の方で見えになりました

からということ、一回来れば三十種類の検査をして、何ぞエックス線かなにか撮る、時にはCTとかエコーとか撮るというふうなのが老人に対する医療なんだろうか。私は本当は違うというふうな思つておるのです。老人というのはやはりハンディがあるわけです。だから、残存能力をどう開発して社会に適応させるかという哲学で老人医療というものは行われなければならないというのが私の個人的な考えでございまして、それをやられた後でみんな持てとおっしゃるんなら、それも結構でしょう。ただし、それをお決めることになるのは先生方ですから、僕が決めるわけではないのでございまして、そういうふうな、つまり順番としてはそうなんではないか、そんなふうな理解しております。

○高橋(一)委員 各参考人から貴重な御意見を賜りましたことを心から御礼申し上げます。質問を終わります。

○稲垣委員長 池端清一君。

○池端委員 日本社会党の池端清一でございます。

参考人の皆様におかれましては、大変御多用中のところ、本日御出席を賜り、貴重な御意見をいただきましたことを厚くお礼を申し上げます。次第でございます。

時間の関係もございまして、参考人の皆さんに若干の点についてお尋ねをいたします。まず最初に、朝日参考人にお尋ねをいたします。

朝日さんは、先ほど国は国の責任として、都道府県や市町村と共同して保健事業をさらに充実強化することが当面極めて重要である、とりわけ国保直営医療機関の役割を強化して、地域医療を担う拠点として位置づけることが緊急の課題である、このような趣旨のことをお述べになつたと思うのでありますが、現場の第一線で御苦労をいただいている衛生医療労働者の代表者として、今日、保健事業なり国保直営医療機関の現状はどうなっているか、その実態についてまずお聞きをしたいと思うのであります。

○朝日参考人 まず、保健事業の問題について言いますと、保健所と市町村の保健従事者の二つが問題になろうかと思ひます。

しかし、例えば保健所の問題で言いますと、昨年、昭和六十二年度に保健所運営費交付金の一部約五十八億円で、一般財源化されました。このようにことと相まって、今各都道府県では保健所の廃止あるいは統合が進んでいます。例えば、この三月三十一日には山形県の南陽保健所が廃止になりました。さらに新潟県では四つの保健所が廃止されようとしています。つまり国の予算編成方針あるいは地方行政の推進の方針に基づいて、自治体レベルでは残念ながら保健事業の拠点たるべき保健所の統廃合が進んできている。

一方、市町村の場合、第二次老人保健事業基盤整備五カ年計画などに基きまして徐々に保健婦さんなどの確保が進んでいくわけですが、市町村保健婦さんといふと、従来は国保の直属の保健婦さん、こういう方が多く市町村保健婦さんに身分移管をされていったわけですが、昭和六十一年十二月現在で見ても、保健婦さんが一人もいない市町村が百六十九市町村、いてもたつた一人の保健婦さんが八百四十四市町村、そして二人のところが一八八十三となつています。私は、保健婦さんが一人ない二人では、とても市町村の保健事業を積極的に担うということはできかねる状況だといふふうに思ひますが、現実はどういうことになつています。したがって、保健所の問題もあるいは市町村の保健スタッフの問題も、市町村を基盤に保健事業を充実強化しようといつても、その条件が極めて乏しいという状況にあると言わざるを得ません。

さらに、国保直営医療機関約千三百ございまして、その大半がいわゆる自治体の病院、医療機関という形になつていくわけです。しかし、先ほど御質問がありましたように、病院は病院で財政の問題が大変苦しい状況にございまして、病院財政が極めて苦しい中で、自治体の病院が今幾つか縮小あるいは診療所への格下げ、さらには廃止とい

う提案を受けているところも少なくございませう。大まかに言つて約四割の自治体病院が赤字だといふふうに言われております。これに対する自治体の一般会計からの繰り入れも大変重い負担になつてきているわけです。

もちろん、国は自治体病院に対して一定の交付金等の措置をしていますけれども、今のままでは大変困つた事態になるんではないか。とりわけ、先ほどちよつと紹介をしました地域医療計画の推進の過程で、自治体病院をもつと縮小していこうという流れが幾つかの県でつくり出されてきています。そういう意味では、市町村の医療機関、国保直営医療機関を地域医療の拠点にしたいといつても、現実にはなかなかそうはいかない、こういう状況にあるということをお答えしておきます。

○池端委員 これも、先ほど高齢化社会に対応する地域づくり、町づくりを急がなければならぬ、こういうお話がございました。具体的にはこれはどういうことをお考えでございましょうか。これに関連して、現在国保の財政調整交付金の中でヘルス・パイオニア・タウン事業という項目がございまして、この事業について参考人はどういふふうなお考えをお持ちか、それを承りたいと思ひます。

○朝日参考人 今御指摘のヘルス・パイオニア・タウン計画というものが実施されていることについては、私も承知をしておりますし、つい先日諏訪中央病院の方にも行きました。いろいろ今井院長からお話を伺つてまいりました。幾つかのところで積極的な取り組みがなされているわけですが、残念ながらそれを行つていく機関、地域が非常に少ない。と同時に、先生も言つておられましたけれども、その予算額が極めて少ないので、どうしても実施をしていく事業に制約がある、自治体からの相当の繰り入れ負担をしていただかないと実施ができません、こういう状況にあるといふことをおっしゃっていました。したがって私は、例えば今あるヘルス・パイオニア・タウン事業についてももっと積極的に予算をふやし、積極

的に市町村で実施ができるように拡大をされるというところが、当面ぜひ必要なことだろうというふうに思っています。

二番目に、しかしやはり保健医療の分野だけではなかなか、とりわけ総合的な高齢化対策にはならないというふうに思いますが、福祉サイドのより総合的なサービスの提供できる行政の機構とその仕組みをぜひつくっていく必要があるのではないかと、こんなふうに思っています。厚生省の方もことしの七月には老人保健福祉部という形で一定の機構改革をされるようですが、やはり自治体においても保健、医療、福祉の総合的なサービスの提供できるような行政のあり方を求めていく必要があるし、そのことを国がより積極的に推進する、こういう方向を打ち出す必要があるのではないかと、このように考えています。

○池端委員 重ねて朝日さんにお尋ねをいたしますが、先ほど配付いただきましたこの地域医療計画でございまして、この三月三十一日で二十五の県で策定が終わったようでございます。その他都道府県においては、現在策定の作業が進められておるようではございますが、この地域医療計画の策定に当たって果たして問題はないのかどうか、その点について問題ありとすればどういふ点にあるのか、その点を承りたいと思います。

○朝日参考人 大変幾つかの問題があるわけですが、関連して三つほど指摘をしておきたいと思っております。

まず一つは、地域医療計画を策定するに当たっての厚生省からの標準及びガイドラインが示されています。そのガイドラインあるいは標準そのものにかなり問題が含まれているというふうに思っています。この問題については、各県の地域医療計画が一通り出そろったところで、ぜひ改めて見直しをしていく必要があるのではないかと、このように思っています。具体的な点については省略をします。二つ目は、計画策定に当たって都道府県は市町村の意見を聞かなければならないということになっていきます。したがって、市町村の意見を十分に

に聞いた形でこの地域医療計画が策定されているのないうわけですが、残念ながら多くの都道府県では、例えば計画案を示して一週間以内に意見を寄せる、こういうような形でかなり形式的に行われています。したがって、現在つくられていく地域医療計画が十分には市町村の意見を聴取できていない、むしろ行政当局と地域の三師会の意見を中心につくられてしまっていて、市町村やとりわけ住民の意見が十分に反映されていないという中身になっているということを指摘せざるを得ません。

三つ目に、今度の地域医療計画では、病院の病床数だけがその規制の対象となっていて、診療所の問題については一切取り上げられていません。したがって、診療所のあり方について今後どうしていくのか、現在の地域医療計画では、例えば診療所の適正な配置等々ができないということになりますので、今後の重要な課題だろうというふうに思っています。

○池端委員 ありがとうございます。

次に、加地参考人にお尋ねをいたします。

実は、北海道の国保連合会では、老人の在宅療養にかかわる被保険者教育事業というものを全道二百二十二の市町村において実施をいたしておるわけでございます。その内容は、同一医療機関に六カ月間継続入院している者のうち、その医療費が全国の老人医療費の前々年度一件当たり平均額以下で請求された月が三カ月以上あった入院患者をリストアップした上で、それぞれ市町村に連絡をしておる。その連絡を受けた市町村が主治医との相談や対象者の在宅移行の可能性についても調査を行った上で家族への教育を進める、こういうものでございます。

この被保険者教育事業の中身を読みますと、プライバシーには十分留意しなさいということが再三書かれておるわけでございます。しかし、いろいろ見ますと、そうは言っているけれども、調査の対象として、例えば家庭内のトラブルはどうなっているか、そういうようなことも調査する、

あるいは在宅療養に適する専用の部屋があるかどうか、こういうようなものも調査することになっているというところで、現在北海道ではこれが大きな社会問題になっておるわけでございます。市町村の国保担当者あるいは保健婦さんの方々も大変困惑をしておる。プライバシーの侵害につながるのではないかと、あるいはこれはいわば老人の追いつき事業ではないかといったような批判も実は出ているわけでございます。御案内のように、北海道の医療費が高いということはもう周知の事実でございます。したがって、北海道の国保連として、こういう事業の実施というところを行ったと思うのでありますが、まかり間違っていると、これは国民の生命と健康に重大な影響を与える、あるいはプライバシーの侵害につながる、こういうような危惧を私は持つわけでございますが、この点について理事長の御見解を承りたいと思います。

私個人としては、北海道の実情を考えまして、昨年からこの問題につきましても、そういう法理の趣旨からいっても、確かに急激な適用については地元にとっては大変な問題であろう。なぜ医療費が高いかという問題でありますから、これはいろいろ難しい問題がございまして、単にそれは市町村あるいは医療機関、被保険者、こういうどこに特定をする問題でもございせん。そういう意味で、もう一つは受け皿を整備しながらやっていく問題であって、北海道のそういう問題につきましても、北海道パッシングにならないように国保の補助金の面で考えていただきたい、こういうことで今続いておりますわけでありまして、

○加地参考人 北海道におきまして具体的な問題については、実は今初めての先生のお話を承るわけですが、北海道のこの問題は非常に根深い問題でございます。北海道の御承知のように、全国平均でずば抜けて北海道の医療費が高い、こういう事実がございまして、地理的な条件等を考えまして、まことにむづかしい事情もあるかと思っております。先ほどお話しございましたように、例えば長野県の例で申しますと、これが全国平均より相当下回っている中で、何とか市町村の国保財政の健全化、安定化を図っていかねばいけない、恐らくこれが背景にある問題ではないかと思っております。

しかし、全国平均の二倍近い医療費の市町村の問題でありまして、今承りますと、一番大事なものはもちろんプライバシーの問題でございまして、受け皿が整備されるかどうかという問題でありまして、お話にございましたように、まさに受け皿を確認している措置ではないかと思っております。これは北海道あるいは市町村、国保連合会を含めて頭の痛い問題でありまして、十二分にそういう環境整備をしながら、またよく話し合いをしながら解決をしていかねばいけない問題である。連合会も、大変その意味においては気配りをしながら何とか改善をしていきたい、こういう努力をしておるのではないかと、このように考えております。

○池端委員 ありがとうございます。

それでは次に、菅原参考人にお尋ねをいたします。

菅原参考人は気仙沼の市長さんとしても日ごろ大変厳しい国保財政の中で大変な御苦労をいたしておるということに、私も心から敬意を表する次第でございます。

実は、ここに昨年十一月九日付の「国保制度にかかわる厚生省改革案に対する決議」、これは全国知事会を初め全国市長会など地方六団体の地方自

治確立対策協議会の決議を持ってまいりました。この決議の中で「地域差調整システムの導入は、厚生省の責任を放棄するものに外ならない。」また「老人保健医療費拠出金の見直しは、国庫負担率の引下げという単なる地方への負担転嫁に過ぎない。」という立場から絶対に反対である、こういう強い調子で態度を表明されておられるわけでございます。また十二月七日の決議というのでもございまして、ここでもいろいろありますが、特に「国保制度のあり方については、その安定運営を確保するため、医療費の適正化を強力に推進するとともに、今後、医療保険制度の一元化のなかで幅広く基本的な検討を行うこと。」こういう決議を上げられておられるわけであります。

しかしその後、御案内のように、十二月二十一日の三大臣合意によりまして、懸案でありました退職者医療制度の創設による未措置分一千八億が措置をされました。この間の補正予算でこれが通ったわけであります。六十三、六十四年度に年度につきましては、地方交付税の特例加算、そのほか幾つかの修正がなされました。しかし、修正があったとはいえ、基本的には当初の案の問題点はなお残っているのではないかと。例えば地域差調整システムというのは、地域医療費適正化プログラムと名前を変えたにすぎないのではないかと。あるいはまた老人保健医療費拠出金にかかわる国庫負担も、御案内のように大幅に縮減をされておられるわけでございます。したがって、今回の改革案については、先ほどいろいろな立場からの御意見はございましたけれども、これは苦肉の折衷案ではないかと、いわば国保改革の先送り、あるいは単なるびぼう策にすぎない、こういうような御批判もあるわけでございます。絶対反対の立場を表明されておった全国市長会が、先ほどのように、法案の早期成立という態度をおとりになった、この辺の経過についてももう少し詳しくお知らせを願いたい、こう思うのであります。

○菅原参考人 昨年の厚生省案が出されました折には、私もその案に對しましては全面的に反対を

いたした者の一人でございます。何となれば、福祉医療制度の創設あるいは老人保健の拠出金の見直し、それから地域差調整、こういうことによりまして二千二百億国庫が得をする、国の国庫支出金を減ずるということであります。その肩がわりをいたしまして、都道府県に對しまして一千五百五十億、市町村に對しまして同じく一千五百五十億を加算する、そして保険料が八百五十億減ぜられる、こういうふうなことでございまして、国が本来やるべき保健事業を放棄して都道府県、市町村に對します負担金を増額するということは相ならぬ、こういう立場から私も反対をいたしましたのであります。なおまた地域差調整の問題に關しても、やはり国がみずからの責任で行うべきものを放棄して、地方自治体に地域差調整の責任を課することは相ならぬということで反対をいたしましたわけであります。

それに対して、政府はその制度を撤回いたしました。新たに保険制度の安定化という制度を持つてまいりました。私もといたしましては、それが一応前の案は撤回されたものと認識をいたしております。厚生、大蔵、自治三大臣もこれに對してのコメントを与えておりますので、私もこれとしては、前の反対というものを取り下げまして、今回提示されました制度なら、これならいける、こういうことで賛意を表しておるわけであります。

なかなかこれからの地方自治体の運営も容易ではございませぬ。私もとしてはいかなる国庫の補助率の削減ということについても反対はしなればならぬわけでありますが、今回の老人拠出金に關します限りにおきましては、ただいま申し上げましたように、退職者医療制度の見直しにおける見込み違いの一千八億、これはおかげさまで全額補てんをされた、こういうこと、それからまた保険、医療の安定化の對策によりまして、一応の財源的な措置がなされ、そしてなおかつ不足財源につきましては、地方交付税の特例加算によつて国が全面的に責任を持つということになりました

ので、私もとしては、今回の制度改正については、全面的な賛意を表しておるということであり

ます。なお、一元化について、委員長は、国保の全面的な問題としてとらえるべきであつて、今回のようなびぼう的なことは相ならぬと言つたではないかといふことでございしますけれども、なかなか一元化と申しますのは、先ほど来各参考人お話しのとおり、一朝一夕にできる問題ではないと思ひます。国保の抱えております問題は、一つには年齢格差という問題がございします、一つには所得格差の問題、そして地域格差というものがあつたわけであります。こういう三つの問題が解決されて初めて一元化の方向が完全に打ち出されるわけでございします。私どもといたしましては、一応老人保健法の見直しによつて年齢格差は是正されてきた、所得格差につきましても、低所得者を対象にいたしました今回の制度によつて一応の決着を見ることのできるのではないかと、まだ残つておる問題はありませんが、そういうように一つ一つ一元化の方向に向かつて制度が改革されてきておる、こういうふうなことをとらえまして、今回、私もとしては政府が出しております一元化の方向を評価をいたしておる、こういうことでございします。どうぞ昨年の私の発言と今回の発言の間の乖離につきましては誤解のないようにお願いを申し上げたいと思つ次第であります。

○池端委員 ありがとうございます。それでは最後に、庭田参考人並びに水野参考人に御意見を申し上げます。さつき高橋委員もお取り上げになりましたが、本年二月に健康保険組合連合会が「医療保険制度改革の提言」といふものを出しになりました。その中で、出来高払い方式を改革すべきである、こういう提言があるわけでございします。特に、「老人の疾患は、長期化、慢性化しやすく、身心の機能回復、生活指導に重点をおいた医療を必要とするものが多い特性があり、診療報酬の現行出来高払をそのまま適用することは適正でない。」した

がつて定額支払い方式に移すべきであるといふ具体的提言、私はこれは傾聴に値するものがあると思つておりますが、この診療報酬の改革の問題について岡先生はどのようにお考えになつておられるか、御意見を承りたいと思ひます。

○庭田参考人 出来高払いの問題、診療報酬の支払い方式の問題の中の一つでございしますけれども、これは老人医療の問題をめぐつてだけ出たわけではございませぬで、世界各国で、出来高払いといつたようなものが果たして医療費削減にどういふマイナスの影響を与えるか、また出来高払いをとることが果たして医療保障の完全なる効果を發揮するのに適切であるかどうか、例えば薬づけとか検査づけとかといふのが逆に病人の病状にショックを与えるようなこともあり得るのではないかと、そのような幅広い見地から出来高払いの問題は論じられたことはございします。また現在も盛んに論じられてゐるのではないと思ひます。

原則的に申しますと、あらゆる経済的な活動で、出来高払いというふうな方式をとれば必ず費用はかさむものである。あるいは過当競争のやうな状態になりまして、それに対する費用、出費といふものはどんどんかさんでいくということ、これはもう経済法則でございまして、どうにも避けられないものではなからうか、こういうふうには思ひます。ただ、その出来高払いの問題を医療という特殊な、我々の生活にとつて最も密接で、そして最も深刻な問題と絡めて論ずるときは、例えて言ひますと、保険のセールの人が出来高払いであらゆる手段を用いて保険をたくさん売りにかかつて手数料を得たといふやうな問題と医療の問題は、同じ出来高払いでもちよつと同日に論じてはいけなないのではないかと、こういうやうな気がいたします。

出来高払いといふものにも、それなりのメリットはあります。といふのは、例えばはじめなお医者さん、研究熱心なお医者さんがありまして、何とかしたいといふときに、費用とか出費の問題は余り考えないで、ありとあらゆる知恵と技術とそ

れから経験を投入いたしまして治そうというよう
な努力を展開するときには、出来高払いというの
は、そのお医者さんなり病院なりに対しまして大
変強い一つの制度になる、こういうことにはな
らうかと思ひます。しかしながら、それを裏返し
ますと、とにかくやたらに検査づけ、薬づけとい
うような現象がないとも言えない。そして仮に薬
づけ、検査づけで病人が治るならいいけれども、
ほかの病気を誘発したり、決して治るようない
方向にも行かなかつたという現象でもありま
す。出来高払いそのものも検討されなければ
ならない、こういうことであります。したがいま
して、出来高払いその他のいろいろの診療報酬の
体系を我々は学理的に、かつ諸外国の経験を踏ま
えて検討しなければならぬ。

ただ、とにかく費用がかさむ。そしてどうして
もお年寄りですから、手を抜いたり何かすると、
それがもつと病気の深刻化、そういうものにつな
がりがちである。つまり自力をもつて治癒する力
のないお年寄りの病気のところで出来高払いの問
題を後退させまして、ほかの方法でやってみるこ
ういうようなテストをするのは大変危険ではない
か。仮にやるならば、もつとほかのところでも
最初に考えるべきではなからうか。出来高払いの
改正の論議は、間違ひなしにそれなりに学理的に
意味がありますが、老人医療のところでもまずそ
れを適用してみようということには、これはこれな
り大変な危険がある、そういうような気がいたし
ますので、軽率な出来高払いの後退ということ
を老人保健制度のところで試してみようというこ
とには私はどうも簡単には応じ切れない、こうい
うような気がいたします。

○水野参考人 財政ということだけが至上だとい
う見地に立てば、それは出来高払いはやめた方が
医療費が安くなることはほぼ間違ひはないと思
いますけれども、私も、今直ちに出来高払いを廃止
するといつてみても、まずできるのかという問題
は基本的にあると思うのです。これはお医者さん
の方からいえば三十何年やっているわけであ

三十何年やっているのを、おまえ、あしたからだ
めだというのは、やはり政治の常識としてもなか
なラジカル過ぎてやれないのじやないかという
気がまず一つします。

それから二番目には、私は、出来高払いを残し
ても、いろいろなやり方は現在の保険の点数表で
あると思うのです。むしろ私も非常に感じて
おりますことは、今の保険の点数の決め方という
のは必ずしも合理的ではない面がある。保険局長
がおられるから嫌な顔をされるかも知れませ
んけれども、私は可及的速やかに一遍点数表の全
面見直しをやつていただきたいという希望を持
っております。それで方向としてはもう少し丸めて
いいところは丸める。これは現に厚生省でもや
っているわけであつて、臨床検査なんかはなり丸
めている。今のところは臨床検査を丸めるという
ことと薬価基準を下げるということで医療費を下げ
るという方向で進んでいてるわけであつて、
も、例えばごく一部分何か取り入れるということ
は僕は可能だと思ふのです。例えば初診の患者が
最初に来たときは、いかなることがあつても、こ
の範囲の診療をした場合には幾らという決め方
は私はあると思うのです。しかし、それにプラス、
レントゲン一枚撮つたから幾らというふうに加
算していくという方式だつてとることは不可能で
はないと思ひます。ただ、今直ちに出来高払いを
全部やめて、西ドイツみたいに医師会と支払い側
で話をして、こゝしは幾らといつて、風邪が多
かつたら医師が損をして、風邪が少なかつたら支
払い側が損をするというものに持つていくのは無
理があるのじやないかというのが私の感想でござ
います。考え方としてあるということとは十分承
知しております。

○池端委員 貴重な御意見、どうもありがとう
ございました。以上で終わります。

○稲垣委員長 吉井光昭君。

○吉井委員 本日は、参考人の皆様方には、大変
御多忙の中にもかかわらず本委員会に御出席をい
ただきまして、貴重な御意見を拝聴させていただ

きましたことを厚く御礼を申し上げる次第でござ
います。
それではまず最初に、庭田参考人に三点につ
いてお尋ねしたいと思います。

まず最初は、医療保険制度の抜本改革について
であります。今回の改革案は、国保財政の危機
的狀態を脱するためのいわば緊急避難措置であり
まして、抜本改革ではないわけであつて、こゝ一連の
政府改革案を見ましても、我が国の医療保険制度
をどのような姿にするのか、どうもはつきりした
姿が見えてまいりません。そこで、抜本的改革論
議は一本化論、一元化論、また健保連の改革論と
多様でありますが、真に国民が要望するのは安
く早く安心して医療を受けることができる医療
制度についてどのようなお考えをお持ちしてい
らっしゃるか、まず一点目にお尋ねしたいと思います。

次は、医療保障システムについてであります
が、二十一世紀の本格的な高齢化社会に向かつて
の医療費保障システムづくりは重大かつ緊急課題
であります。論議も、社会保険方式でよいとか、
また税方式にすべきであるとか、いろいろと意見
が出ておりますが、このシステムづくりについて
どのような御意見をお持ちなのか、これが第二点
目であります。

それから三点目は、シルバー産業のあり方につ
いてであります。今後増加傾向にあります老人
医療費を抑制するためには、病氣にかからないと
いうこと、すなわち健康な老人づくりということ
が非常に大事な問題ではないかと思ひます。それ
には、自助努力はもとより、官民一体となつて取
り組んでいかなければならない時代になつてきて
おるわけですが、問題は、営利を目的とする民間
の活力をどう取り入れていくか、また国の保障と
どうかかわつていくのか、このシルバー産業のあ
り方についての御考え、以上、三点についてお聞
かせを願ひたいと思ひます。

庭田参考人 答えさせていただきます。
まず第一番目の問題でございますが、医療保険
制度の抜本改革につきまして、今回の国保改革の
位置づけといったものになるのではなからうかと
思ひます。この位置づけを通して一元化論とい
うようなものか、どのように我々はつなげて考え
たらよろしいのか、こういうようなことになるの
ではないかと思ひます。
一元化と申しましても、人によりましていろ
いろの見方がございます。また一本化と一元化の相
違ひといったようなものもありまして、かつて医師
会が主張いたしましたような全部の医療保険制度
を溶かしてまとめて一つの塊にする、これが一本
化だろふと思ひますが、どうもそれを述べたお方
は徐々に減つてきた、このように思われます。つ
ましましては、一元化ということになるわけであ
りますが、この本当のねらいは、給付と負担の公
平を求めながら増大してやまない医療費に歯どめ
をかける、こういうことになるとは思ひます。ど
うなわけでありまして、そういたしますと、どのよ
うなことになるかと申しますと、標準的な給付のた
めの費用というのは、加入者数と所得に応じてこ
れを負担し合うということになるのではなからう
か。それでは標準的な給付というのは何かとい
いますと、これは国保がやっておる給付というこ
とになるのではないかと思ひます。そういたしま
すと、現行の枠組みは維持いたしまして、地域保
険と職域保険の二本立てにいたします。そしてそ
れに例えば職域加算とか付加給付をつけること
か、そこが工夫と努力のあらわれということにな
らうかと思ひますが、標準的な給付につきま
しては、これを一つにまとめていく、そして場合に
よつては、その地域保険と職域保険の間で合理的
な方法と合理的な理由に基づきまして制度間財調
というふうなものをやつていく、どうもこの辺の
ところではなからうかと思ひます。一元化といふこ
とになるのではなからうかと思ひます。そして
例えば老人保健法、それから退職者医療制度、
それから今回の低所得者対策、それから地域差の
調整の問題、そして共同事業、確かにこういうも

のを一つにつなげていきますと、これを限りなく推し進めていけば一元化にはなるであろう、こういうふうな感じはいたします。

ただ、だからといって、これを推し進めていくと、一元化がある日おのずから浮かび上がってきた上にあるというふうなものであるかといえますと、やはりこういう努力を積み重ねていきながら、ある段階では相当思い切った飛躍的な措置が必要になるのではなからうか。そしてそれが行われたときに抜本改正という言葉が本当に生きてくるのではないか、こんなふうに私は考えております。しかしながら、そうあるためにも、今言いましたような諸制度、諸改革を丹念に取り落としなく徐々に推し進めていく、そういう努力は絶対に欠かさないのではないかと、こう思うわけであります。そしておっしゃるとおりの安くて早くて安心のできる医療、これが理想でございますけれども、一方におきましては、必ずしも安くなくてもいいんじゃないかと、いうことは、適正な価格で国民が医療保険を活用できればよいんじゃないかと、こう考えますと、ここに負担の問題とそれから財源の調達の問題といったようなものが生きてくるのではなからうか、安くしたために質の悪い医療になったのは大変ではなからうか、こう考えるところであります。

ところで、それでは一元化ということに関しましてどんなことがかつて言われてきたか。スケジュールというわけでありますが、できるだけ各医療保険の加入者の給付率をそろえていかなければならない。そのためには、つい先ごろも言われましたけれども、全国民一律八割給付というような提案も結構生かされてくるのではなからうか。それから本人と被扶養者の間の給付の格差、こういうものもやはり徐々に狭められてこなければ一元化ということではできないのではなからうかと思えます。そして仮にも被用者と名のつく人は、五人未満であろうともしんどん被用者という保険の中に組み込み、そしてそういうものを吐き出しな

がら、吐き出すというのは語弊があるかもしれま

せん、移していきながら、国保はスリムになって純度を高めていかなければならない。国保の方が純化してスリムになっていって、それから被用者保険の方はおよそ被用者と名のつく者を取り込んで、そして被用者であるうと被扶養者であるうと給付率を接近させ、同時に地域保険も職域保険も給付率をなるべく狭めていって、そして条件をつくっていく、こうなるわけでありますが、どうもそれだけでもなかなかいきそうもない。そうなりますと、民間の医療保険制度というふうなものの活用というものを考えられてよろしいのではなからうか。これが保険側の財政措置ということになります。

一方、医療供給側の、今度は地域医療の問題。地域医療体制の問題。それに対しますボランティアの協力とか地域行政の積極的な援助とか、そういうものができまして、財政問題が解決されながら供給体制が整備されていく、そうなりますと一元化ができる。確かに今回の医療保険の国保の改革案というのは、そのうちのワンステップにはなっております。これを失敗いたしますと、もう一元化はとも六十五年とか七十年では無理であろう、こういうふうに考えられるわけであります。それから、社会保険方式か税方式かというような問題を例にとりまして、保障システムづくりはどうなるのか、こういうことでございますけれども、まず税方式とか、これを拡充いたしますと福祉目的税なんというものにもなるわけであります。もちろん税方式にもそれなりのメリットはありますし、むしろ直轄的でやりやすいかもしれないというふうな気もしないでもありませんが、どうしても税方式ということになりますと、努力は怠るんじゃないか。医療費適正化努力とか保険者の経営努力というふうなものが二の次になるんじゃないか。そうなりますと、社会保険方式というものがあつて、概して給付と負担のバランスが緩くならながら各保険者のところでまず収支の相等を図る努力をする、そして保険者の手に余る部分は財政調整あるいは国の補てんというよう

なことで協力、助力をする、こういうことになり

ますと、財政の健全化を図りながら、同時にそれぞれの保険者とその保険者を取り巻く周囲の者の経営努力、適正化努力というものが引き出されて比較的うまく事態が展開するのではないかと、このようには考えられるわけであります。

それから、シルバー産業ということでありますが、早く言えば、政府もやりませんが同時に民間活力も導入する、こういうことになるわけであります。そして、これを自助努力の展開、しかもこの自助努力を民間活力をもつて行い、こういうことになろうかと思ふわけであります。どうもシルバー産業というものを自助努力というものに大きくウェイトをかけて展開することは、まだ今の段階では危険なのではなからうか、こう考えるわけであります。諸般の金融事情その他が大変変動的でありまして、それから地価問題と都市問題というふうなものも流動的である、こういう中におきまして、シルバー産業という大変難しい問題、しかもこのシルバー産業の収支というものは、高齢化の程度が進むに従って大きく動いてまいります。しかも、この高齢化の傾向というものが正確に把握されているかといえますと、相当変動的であります。こういうときに民間資本に大きく偏ったシルバー産業の展開というふうなものでもまだちょっと早いのではないかと。そうなりますと、まず一つには、国が手本的な先導をする、手本として国が行いまして、そのあり方をみんながまねてシルバー産業をその方向で振興していく、そういう意味におきましては、国、行政がこの方面に積極的にならなくては、かつ立派な成果を上げてくださることが第一の条件であろう、こうなります。

次に、では国がやれば必ずうまくいって成功しているのかというと、そうでもないのじゃなからうか。国鉄なんというものがやっただけでも、必ずしもうまくいかなかったという前例を見ますと、国だけでもだめなんではないか。そうなりますと、国が一方で手本的なものを展開しながら、同時に、それとある意味では競争、競合、競り合

うというふうな関係での民間資本のシルバー産業展開というのが一番合理的なのじゃなからうか。ですから、この際は国もやっていただきたい、同時に国が民間資本がこの方面でいよいよ本格的に乗り出すようになるべく指導、誘導をしていただきたい。それも早くいたしませんとなかなか間に合いません。こういうわけで、国にも大変期待をするところが大きい。くれぐれも民間資本というものの動きにのみ大いに偏ったシルバー産業の展開ということにはならないようにお願いをいたしたいと思ひます。

○吉井委員 ありがとうございます。

次に、水野参考人にお尋ねをしたいと思います。医療費適正化対策についてでございます。厚生省は、先月都道府県に対して国保に関する六十三年度の指導監査方針を通知したわけですが、その中で、基本方針の最重点事項の一つとして、この「医療費適正化対策の徹底的推進」を挙げているわけでございます。先日私も山口県下の市の国保に関する実態調査をしたわけですが、やはり問題点として医療費増加という問題が非常に多かったわけですが、こうしたいわけゆる安い医療が受けられるためには、医療費抑制策はどうあるべきなのか、その処方せんをひとつお聞かせ願いたいと思ひます。

○水野参考人 今の御質問は大変難しく、何でも処方せんが書けるのなら申し分ないわけでございますけれども、医療費適正化対策というのは、今厚生省がやっておりますのは余りにも目に余るというのをやっておりますね。今まで一番ひどいのは、一カ月のレセプト五千万円というのがある医科大学から出てきた。そういうところから医療費適正化対策というのは本気でやらなくちゃいけないという姿勢に厚生省もなつたというふうには僕は理解してございますけれども、元来日本の医師法にしましても医療法にしましても、これは昔中医師協の会長をしていられた東畑先生が、すべての医師はヒポクラテス、すべての患者はソクラテスという前提から成り立つておる、だからいろいろ

な問題が起きてくるのは当たり前だということをいみじくもおしやうたことがありますが、そういう要素が確かにある。だからある程度適正化対策というのを片側ではやらなければならぬ。だけれども、新聞の見出しに出てくるようなすごいだけの問題にするというものでいいのか。そうじゃなくて、そもそも医療費というのはいかに使われていくべきものかという根本的な問題を考えなければならぬのか。私はその両方なのじゃないかと思うのです。そんなに額は大きくなくても、明らかにむだではないかと思われるのは、それは実際にはあるわけですね。例えばもう治療してもどうにもならない、家に帰っていただく以外に方法がないというのがいっぱい入っているというところが老人保健で非常に問題になった。御承知のいわゆる社会的入院というものです。これは受け皿として老人保健施設をつくる以外に方法がないということ、老人保健施設をつくって、今それをやりつつあるわけでございすけれども、そういうこともやりながら幅広く医療費というものをとらえていくという姿勢がまず基本的に必要なのじゃないかと思ひます。

それから、個々のお医者さんについてどうかという問題というのは大変難しい問題でございまして、これはあらゆる社会について全部言えるわけではなく、倫理とか何とかいうのは全部そういうところへひっつかけてくるわけでございす。ただ、私は、現在の社会ではこれだけは医師として治療上最低知らなければならぬということは生涯教育として取り入れて、そして各先生方の常識に基づいてちゃんと診療していただいて、その結果を診療支払い請求をするという格好にきつちりした形で持つていかないとなかなかうまくいかないのじゃないかと思う。ただ医療費というのを一面的に取り上げるのではなくて、それによつて救われた患者もそれは確かにありますし、それから患者は救われたけれども、先生の方は支払基金で削られたという例もあることはあるわけですが、だから、そこら辺をもうちょっとマクロ的に見て、

この辺じゃないか。ただ、これはガイドラインのようなものをつくらうとまたいろいろ難しい問題が起きるわけでございまして、ガイドラインというのはちよつと無理かも知れないのですけれども、しかし適正化というのは、患者がどれだけうまくいったかというこの効果判定みたいなものも嚴重に言えなければならぬ。そこからは非常に難しいところがあるわけですね。薬をよけ出したから必ず悪くなるかといったら、それは個人差がありましてよくわからないわけですね。というようなこともあつてデッドロックへ乗り上げる可能性もあるわけですね。ただ、今言われているやたらに請求の多いというのだけに目を向けるということ以外にも、やはり医療費というものはどうあるべきだということを少し考える必要はあるような気がいたしてあります。

○吉井委員 ありがとうございます。

次に、朝日参考人にお尋ねをしたいと思います。自治体病院の経営改善策についてでございす。

自治体病院の経営状態は、他の公的病院に比べて非常に悪化しやすい傾向にある、このように聞いておるわけですが、このほど全国自治体病院協議会がまとめた六十二年度決算見込み額調査によりますと、赤字病院が四九・三％、このように見込まれて、特に都道府県立の病院は五九・四％の赤字が見込まれているとございす。自治体病院の財政が悪化していることがこれによつて明らかにされたわけでございす。こうした中で今回の診療報酬改定の影響が注目されるわけですが、今後自治体病院の経営改善策はどうあるべきであるとお考えなのか、この点について御意見をお尋ねしたいと思います。

○朝日参考人 大変難しい問題で、むしろ厚生省や自治省にお聞きしたいぐらいの問題なんです。ただ、私自身今考えていることを幾つか申し上げます。

現在の診療報酬体系は、自治体病院の医療を必ずしも適正に評価をしていない、基本的にそういう

うふうに考えています。

具体的に言いますと、例えば僻地医療が典型的ですが、かなりのスタッフ、最低限必要なスタッフは確保しなければいけない、しかし患者さんは少ない、こういう状況ではどうしたって不採算という形になります。例えば精神医療についてもそうです。今社会保険診療報酬点数では、精神医療、結核医療については一般医療と比べてより低く評価されています。そういう点でいけば、精神医療、精神病院を運営しているところについても収入としては大変苦しいという状況になっています。

そこで、どういうふうに改善していくべきかというところなんですが、一つは、診療報酬で適正に評価されていない部分について、国が、きちんと僻地医療対策なり救急医療対策なり精神医療対策、そういうところで一定の補助を制度化していくべきであると思ひますし、一応現在でも不十分ながらされているのですが、そのところをもう少し手厚くしていく必要があると思ひます。

二つ目は、自治省から自治体病院に対して交付金が出されています。普通交付税と特別交付税の二種類に分けて、自治体病院を経営する自治体に対して一床当たり幾らというふうに出されているわけですが、ところが、これはなかなか困った問題があります。つまり国から交付されているにもかかわらず、とりわけ普通交付税の分については、その分を必ずしも自治体が病院会計にきちんと入れているという、そういう事態が幾つかございす。したがって、国が一定の措置をしていながら、自治体はその分をきちんと病院事業会計に手当てをしていないということからくる幾つかの財政上の困難もあるかと思ひますから、この辺のルール化といひますか、負担区分の明確化とそれをきちんと行うような自治体に対する指導が必要だろうと思ひます。その上で、自治体病院としての一定の経営努力といひますか、運営を充実するための取り組みも必要だろうと思ひます。そこで特にこれから必要になってくることは、市町村の保健事業

と自治体病院とのより密接な連携、この点が非常に重要になってくるのではないかと思ひます。

さらに言えば、先ほどからも話が出ていますように、これから老人保健施設というものできてくるわけですから、保健と医療、そして福祉サービスを自治体病院がより積極的にかつ有効に機能するような形で結びつけていく、こういうことの中で改めて自治体病院の活性化あるいは活発化をしていくことが、病院自身としてもあるいは自治体自身としても求められるだろう、こんなふうに入っています。

以上です。

○吉井委員 参考人の皆様方の貴重な御意見、どうもありがとうございます。以上で終わります。

○稲垣委員長 田中慶秋君。

○田中(慶)委員 私は民社党の立場で参考人の皆さんに御質問させていただきたいと思ひます。

参考人の皆さんには、大変お忙しいところ、貴重な意見をちょうだいし、まことにありがとうございます。

さて、過去に健康保険の改正の問題あるいは退職者医療制度の問題、さらには老健法の問題、そしてまた国民保険の改正の問題等々含めて、そのときにいつも言われてまいりましたのが一本化、一元化という問題です。その立場に立つて水野先生にお伺いしたいわけでありすけれども、政府が国会答弁を含めて、昭和六十年代後半にこの保険医療制度の一元化、一本化をする、こういう意向を述べられておりますけれども、この辺について具体的にどのようなお考えをとられていらっしゃるかが一つ。

もう一つは、医療制度の一元化といひても幾つか問題が考えられると思ひます。被用者保険と地域保険の二本立て方式、あるいはまた全国一本の保険者とする方式や地域単位での保険者とする方式、年金のように基礎給付の部分と統合する方式、あるいはまた税財政によつて公営化する方

式、いろいろなやり方があるかと思ひますけれども、先生のお考えをお聞かせいただきたい、この思ひます。

〔委員長退席、野呂委員長代理着席〕

○水野参考人 お答えいたします。

一元化というのと一本化というのとは厚生省の扱いではどうも違うようなんです。一本化というのは、日本医師会がおっしゃっておられる、要するに必ず言え、国民健康保険一本でほかの保険は全部なくする、それが一本化。一元化というのは、今の幾つかに分かれていた制度は大体制度として残しておいて、多少のあれはあるかもしれないけれども、財政をできるだけプールする方向に持っていく、これが一元化なんです。

理想論だけ言えと言われたら、私は一本化という方がよいというふうには思ひますけれども、これは多分できないと思うのです。それはなぜかというと、とにかく組合健保というのは六十年や七十年や八十年ののちには変えられぬと申し上げたばかりのところですが、六十年や七十年ののちには組合健保はないぞというわけには多分いかないのではないかと。それが現実の政治というものではないだろうか。あるいは行政もそうだと思います。

そこで、結局一本化は多分できないだろう。したがってやれるのは一元化である。一元化では一体どういう条件が要するかというの、先ほど庭田先生がおっしゃいましたとおりで、給付の問題とかいろいろあるわけですが、給付の問題と、そういうものが整備されればよいのではないかと。

それから、第三の考え方というのは、これはできるのかできないのか僕もよくわかりませんが、年金のような仕掛けにできないかということ。御承知のように、基礎年金というものが年金の場合にはございまして、この基礎年金構想というのを編み出したのが亡くなった山口新一郎さんですけれども、ああいう考え方を保険に導入できるか。つまり基礎保険構想、一定のある範囲

までではどの保険に入っても全部見ましよう、そこから先は企業年金とか何とかを加算していくというやり方ですね。しかし、どうも年金と医療というのとは基本的に違うものでして、いや、それは厚生省所管事項ということについては同じかもしれないけれども、やはり年金というのは長期保険であるわけですから、それに対して医療保険というのは短期、一年ずつのものだろうというふうな考えますと、年金のようなぐあいに処理をしていくというのは若干無理もあるし、思想的に整合性のないものがある言われるだろうと思ひます。そうしますと、結局現実に出てくるのは何かというと、やはり一元化というものが多分ないのではないかと。

それをどう思うかと言われますと、私は今の状態よりは一元化した方がよいのではないかと思ひます。それはなぜかと言いますと、日本の保険で諸外国と比べてとりわけ大きな差がありますのは、本人と家族に給付の差があるわけですから。そういう国は世界じゅうにないわけですから、これはやはりおかしいのではないかと僕は思ひます。だから、今の給付率、本人の給付率を下げてでも家族を上げるというふうな処置は、僕は要るのではないかと思ひます。それから、国保に入っている人と組合健保に入っている人と政管健保とか皆掛金も違えば給付内容も違うわけなんです。それはやはり不合理なことではないか。だから、給付と負担の公平と役所がおっしゃっておられますが、最小限そういうものはおつくりいたしたい、あとのシステムそのものは、一本化というの

はちよつと難しいので、結局は一元化しかできないのではないかと。しかし、それでも大変努力が要るのではないかと。いふうに考えておりますが、厚生省の方では六十五年をめどに頑張るとおっしゃっておられるので、我々もそれを期待しております、こういう状態でございまして。

○田中(慶)委員 どうもありがとうございます。時間の関係がありますので、朝日参考人には、

国保の保険者である市町村の医療費適正化の努力をしておる現場を見ながら、診療報酬の点数などについては国が決める、あるいはまた医師の数あるいは地域医療計画に基づいたベッド数は県が決めております。こういう一連のものを考えてみますと、市町村の努力は限られていたのではないかと、こんなふうな考え方をしておりますけれども、それぞれの立場での見解をお伺いしたいと思います。

また、菅原参考人には、国保は低所得者が対象なので医療保障的な色彩が強いわけでありまして、市町村を保障者としてこれに任せるのではなく、国が何らかの形でナショナルミニマムとしての保障をすべきではないか、こんなふうな考え方をしております。御見解をお伺いしたいと思います。

最後に申し上げますけれども、加地参考人にお伺いしたいのは、先般国保の中央会で、老人医療財源は間接税、こんなお話を聞かされておるわけでありまして、けれども、これらについての考え方を述べられていたわけではございまして、端的にお答えをいたしたいと思ひます。

○朝日参考人 おっしゃったように、市町村ができることというところについては非常に限られております。それにもかかわらず、市町村が行わなければならないこともたくさんあることは事実です。そういう意味では、もしこの改正案のような形で市町村が地域の医療費適正化対策にもっと本腰を入れるというのであれば、もっと市町村は、財政面においても、あるいは保健医療政策面においても、お金も含めて力と権限が必要なのではないか、こんなふうな考え方をしております。

○菅原参考人 被保険者と最も関連があり、かつまた税の徴収、賦課というふうなことをつかさどっております市町村が総合的にこの問題解決のために当たっていくという立場からいいますと、この国民健康保険の経営は、やはり市町村が主体となつてなされるべきであると思ひます。ただ、財政基盤が脆弱でございまして、その点については国のいろいろな施策が必要である、こういうふうな考え方をしております。

○加地参考人 先ほど申し上げましたが、健康保険組合が恐らく六十五年の改革をにらんで今日の老健法の実態をベースに考え方を打ち出したことであらうかと思ひます。老健法の実態の問題は別にいたしまして、あの健康保険組合の基本的な考え方、私は大変理解ができるのであります。むしろ賛成であります。それは、これからの日本の医療保険を考えます場合に、いろいろお話が出てまいりましたけれども、やはり老人医療というのが一番大きな問題であります。非常に端的に申し上げれば、老人医療を除いた一般の被保険者が運営するいわゆる社会保険システム、これは相当長期間大丈夫であらうと思ひます。ただ、老人医療費の負担を、現状においてもいろいろ問題がございまして、これから将来に向かつて考えた場合に、どうしてもこれは公費負担へのシフトというものを強めていかざるを得ないのではないかと。理想としては、健康連がおっしゃるような、だれも納得する老人を対象にした公費負担制度をつくる。これは理想でございまして、しかし、現実には伝統のある社会保険というものはあるわけでありまして、現に老人保健法では公費負担は三割であります。そういう実情からいまして、将来の方向としては、私はまことに賛成であります。特に国保の構造問題を考えますときに、一番この老人医療費の負担をもちにかぶってくるのは国保であります。そういう意味で、私は、先ほど申し上げましたように、財政に着眼して老人医療の問題あるいは医療保険全体の問題を余り申し上げたくなないのでありますけれども、やはり医療保険が持たなければいけない、こういう観点を中心として、将来の方向としてはそうあるべきではないかと。むしろ、健康連と同じように、六十五年の改革の際には、この問題をぜひ取り上げたいので御検討いただきたい、私はこう考えておるわけでありまして。

○田中(慶)委員 水野参考人にお伺いしたいわけでありまして、今老人医療の問題は、医療費がかさむという形なので、予防医療という観点

からもつと政策的にシルバー対策といましようか、スポーツというものをもちと厚生省が制度的にあるいは政策的にこれを実施すべきではないか。最近お年寄りがゲートボールを初めいろいろな形で始められておりますが、健康づくり対策というものが少し置き去りにされているような気がいたすわけでありまして。そういう点では、医療費の結果論だけを見て、膨大になるとか、あるいは医療費がこうなつたからという形でも論じられるわけでありまして、その前段で、健康づくり、予防医療、予防医学、こういうことについて、もつと国あるいはまたそれぞれ地方自治体を含めて財政的な基盤を確立して社会投資をしなければいかぬではないか、これは私がいつも持論としてお伺いされておりました。先生の御見解をお伺いさせていただきます。

○水野参考人 全く先生のおっしゃるとおりでして、今の医療で何が足りないのかといつたら、四十歳以上の人が必ず年に一回健康診断を受ける、これはなぜ受けるかというのには、要するにだれでも老化現象で成人病になる、ほとんどの人がなるわけですから、だから、なつた場合に早く見つける、そして抑え込む、これがまず一つ必要なんです。それで生きていくための最低の能力というものを保持しながら、今先生の言われた、例えばスポーツだとか、あるいは食生活、休養も僕はそうだと思いますが、運動、食事、休養という三つをうまくかみ合わせてやつていく。そうしませんと、もうどうにもならぬようになつた人は、今度はスポーツも何もできないわけですから、そういう意味において、今の医療で非常に重要だと思ふのは早期発見なのではないだろうか。

ところが、実際に今の病院というのは、悪口を言うわけではありませんが、とにかくそういう努力は病院は余りしなくて、ただ手おくれの患者ばかりがたかさん来て、それは医療費も要るかもしれないけれども、やはりそういうことを放置してはいけません。病院だつてこれからは五つのことをやれという時代になつていくのです。今

までは治療だけやつていた。やはり予防も、健康管理も、リハビリテーションも、ターミナルケアも、全部やるのがこれからの病院だといふふうにはヨーロッパではなつたつあるわけですね。だから、そういうふうな対応姿勢もつていただきたいし、そういう格好で行政もやつていく。私はヘルス事業の委員もやつていますが、言つてもなかなか出てこぬという話にえてしてなりがちなんです。これは意識改革等も含めてやらないと、ただ来い来いと言つただけではちよつと難しい。運動もそうだろうと私は思うのです。運動をやつたらいいですよと言つてもなかなか集まつてこないといふふうな問題もありはせぬかと思ひますので、国民の意識改革も含めて先生のおつしやるようにやつていけば、これは最終的には医療費の節減につながるというふうには僕は考へております。

○田中(慶)委員 時間が参りましたので、終わります。

参考人の先生方、大変貴重な御意見をいただきました。ありがとうございます。

○野呂委員長代理 児玉健次君。

○児玉委員 本日は、御出席いただきましてありがとうございます。共産党の児玉と申します。

最初に菅原参考人にお伺いをしたいのですが、先ほどの御意見をいただきましたときに、参考人は、保険者の立場から述べ、そういうふうな最初におつしやいました。そして国民健康保険制度が高齢者、低所得者が増加する構造的な要因を含んでいて、私の聞いたことですから、そのとおり正確でないかもしれませんが、その上で、保険料負担が今加入者にとって限度に近づいているといふふうにお話があったわけですね。

今度の改正案がもし実施に移されたら、都道府県の負担が四百四十億、市町村の負担が二百五十億、計六百九十億。これは六十三年、六十四年度について言えば国が一定の措置をする、こういうふうには述べておりますが、そういう自治体

負担が法律によつて加わることになる。そうなる。例えば昨年度における市町村の一般会計から国保への繰り入れ、全国で二千二百六十七億円に及ぶといふふうな何っているのですが、この繰り入れがこの後どのように推移していくだろうか、この点について菅原参考人の御意見を承りたい、こう思ひます。

○菅原参考人 今回の制度の改正によりまして、地方負担のふえることは、ただいま先生お話しのとおりでございますが、この点にしましては、先ほど来申し上げておりますように、地方交付税の特例加算等によりまして財政的な措置がなされる。六十三、六十四の二カ年の措置でございますけれども、このことが手当てをされるということによりまして、地方負担はないものと私どもは認識をいたしております。

ただ、こういうふうな手当てがされたからといって、地方自治体いわゆる保険者が安穩としておりますという、一般からの繰り入れとかそういうふうなものもふえてくることは事実であります。

そこで、私どももいたしましては、収納率をまづ高めて自助の努力をしていこう、それから医療費の適正化、これはレセプトの点検を初め医療費の通知の制度等を活用しながら、自治体のあとう限りの努力でもつて適正化に努めていこう、もう一つは、保健施設関係に對しまして力をいれて予防体制に力をいたしていこう、こういうようなことで自助の努力をする中で、今後ともこの国保制度の安定化に向かつて努力をしてまいりたい、こういうふうな考えでおる次第であります。

医療費が増加する中で国保運営といふものは極めて厳しいわけですが、その厳しさを乗り切つていこうといふ、この保険の継続的な安定的な維持を図つていきたい、こういう願ひでございますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

(野呂委員長代理退席、委員長着席)
○児玉委員 菅原参考人は、気仙沼の市長さんでいらつしやるだけでなく、全国市長会のこの分野

の担当の委員長をなさつておりますね。それで大変な御努力もありだし、今国保としての自助努力といふことで、そこにアクセントを置いてお話をなさつた、こういうふうな承るのですが、現在の国保制度が発見したそも昭和三十三年の段階、あそこを境として、国は非常に意気込み高く、国民皆保険体制の確立のために国の責任を明確にする、こういうふうな述べてまして、この社会労働委員会の論議の中でも、それまでの制度では国の補助というそういう制度であつたが、今度新しい法律、現行の国保のことですが、新しい法律が出てくるということに際して国庫負担の制度に改めるといふふうな当時の保険局長は言い切りました。その精神についてどのような考へがござるか、重ねてお伺いしたいと思います。

○菅原参考人 たしか昭和三十三年に国保制度が発足をいたしました、昭和三十三年に改正になつておると思うのでございますが、その当時より国民健康保険の抱えております内包的な問題と申しますのは、いわゆる低所得者といふものとのお年寄り、そういうふうな方々の問題といふものを内包しておつたわけでありまして。なればこそ国保に對しましては、国庫負担、補助といふものを多く盛つてこれに充てて制度の安定化を図つてきた、こういうことであります。我々自治体、保険者といふのも、哲学といふものは維持していただきたい、こういう願ひであるわけでありまして。ですから、国庫の補助率の引き下げ、削減といふことにつきましては、私どもはできるだけこれは避けていただきたい、こういう願ひでございます。

ただ、今回のことに限りますと、保険基金制度の安定化の問題あるいは退職医療制度の創設における見誤りの補てんといふふうなことで財政的な措置がなされたわけでございますので、私どもとしては、国が国保を見ていくんだ、その考へ方は捨てていただきたくない、こういうふうな考へておるものであります。

○児玉委員 次に、朝日参考人にお伺いしたいと

思います。

今度の改正案の中で、厚生省がある市町村を指定する指定市町村、そこにおける国保事業の運営の安定化に関する計画、これが打ち出されております。いわゆる安定化計画です。先ほど朝日参考人は、長期入院の年寄りが厄介視されることにならないだろうかという懸念をお述べになつて、ペナルティーに反対だ、こういう御意見をいただきました。

そこで、医療の第一線のことをよく御承知の参考人にはお伺いしたいのですが、いわゆる基準超過費用額、この負担が自治体を持ち込まれる、先日来の社会労働委員会の論議の中では、全国で百二十市町村程度、私のおります北海道はその中の七十を占めるだろう、こういうふうな見通しも出されましたし、そして市町村のペナルティーの積み上げは十億ないし二十億のオーダーになるだろう、こういうことも厚生省からお答えがありました。

そこで、早く言つてこのペナルティーですね、ペナルティーが実施される医療現場という自治体にそれが科せられて、そこから安定計画なるものが病院の現場に持ち込まれる、そうなった場合にどのような事態が生まれることが予想されるだろうか、この点で朝日参考人の御意見をいただきたいと思ひます。

○朝日参考人 一番私が恐れておりますのは、長期入院の患者さんあるいはいわゆる社会的入院の患者さん、それぞれにそれぞれの困難な状況があつてそういうふうになつてゐる方が多いと思うわけです。中にはそうでない人もあるかもしれませんが、全体としてはそうだと思います。とすると、例えば住宅事情なりあるいは老人保健施設なりあるいは特別養護老人ホームなりあるいは在宅へのサービスの改善なり、言葉は余りよくありませんが、そういう受け皿あるいは受け入れ態勢がないところで、あたかも早く退院をしてほしいというふうな形になつた場合に、一番恐れますのは本人及び家族の自殺の問題です。私自身いろいろ

経験をしましたけれども、よほどその辺は丁寧に十分過ぎるほどつないであげないと、一気に不安感が増して自殺に迫りやりかねないということが起こると思ひます。その辺はぜひ現場の方々との十分な協議なりをしていただかないといけないと思ひます。

先ほど国保連合会、北海道の方がある調査を始めたということがありましたけれども、この調査のやり方によつても、下手をすればそういうことを起こしかねないというふうに思ひます。

○児玉委員 基準超過費用額の言つてみれば基準になります平均医療給付費は、その年その年で設定されることになりませんが、各市町村がこの安定化計画なるもので猛烈な自己規制をいたしますか病院に対する締めつけを強化していく、そうすると、平均医療給付費も固定したものでなくて相対的には下がつてまいります。そういう状態の中で、この基準超過費用額の負担、今朝日参考人からもお話がありましたが、国民健康保険、皆保険制度の重要な一環である国民健康保険にすがつてゐる人々に医療給付を縮小するという事態を招かないだろうか、この点を恐れるものですが、最後にその点について加地参考人の御意見を承つて、終わりたいと思ひます。

○加地参考人 全国平均で見まして異常に高い市町村に対する計画的な解消策の問題であります。が、先ほども申し上げましたように、これは北海道の場合もそうでございますし、非常に苦労しておりますけれども、それは一つはブライバシーの問題、それから同時に、長期入院、社会的入院がなぜ起こつてゐるかという今日の日本を取り巻く社会環境の問題もござります。要するに、これは受け皿なしでどなたがおやりになつても不可能な話であります。広い意味の受け皿整備をしなから、そういったものもろの問題に配慮しながらやつていくべき問題である、こう考へております。

○児玉委員 時間で、参考人の諸先生皆さんの御意見を伺えなかつたことをおわびしまして、終わ

ります。ありがとうございます。

○稲垣委員長 以上で参考人に対する質疑は終了いたしました。

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

次回は、公報をもつてお知らせすることとし、本日は、これにて散会いたします。

午後四時十九分散会