

第百三十二回国会 衆議院 厚生委員会 議 録 第七号

平成七年三月十五日(水曜日)

午後三時三十二分開議

出席委員

委員長 岩垂壽喜男君

理事 衛藤 晟一君

理事 持永 和見君

理事 石田 祝裕君

理事 網岡 雄君

理事 荒井 広幸君

理事 近藤 鉄雄君

理事 塩崎 恭久君

理事 高橋 辰夫君

理事 戸井田三郎君

理事 根本 匠君

理事 堀之内久男君

理事 山口 俊一君

理事 栗屋 敏信君

理事 江崎 鐵磨君

理事 川島 實君

理事 坂口 力君

理事 宮本 一三君

理事 柳田 稔君

理事 土肥 隆一君

理事 枝野 幸男君

出席國務大臣

厚生大臣 井出 正一君

出席政府委員

厚生大臣官房長 山口 剛彦君

厚生大臣官房審議官 和田 勝君

厚生省健康政策局長 谷 修一君

厚生省保健医療局長 松村 明仁君

厚生省社会・援護局長 佐野 利昭君

委員外の出席者

厚生省老人保健福祉局長 阿部 正俊君

厚生省保険局長 岡光 序治君

厚生省年金局長 近藤純五郎君

委員の異動

三月十五日

補欠選任

近藤 鉄雄君

鈴木 俊一君

田名部匡省君

同日

補欠選任

茂木 敏充君

江崎 鐵磨君

同日

補欠選任

川島 實君

同日

補欠選任

田名部匡省君

同日

補欠選任

茂木 敏充君

江崎 鐵磨君

同日

補欠選任

川島 實君

同日

補欠選任

田名部匡省君

同日

補欠選任

田名部匡省君

同日

補欠選任

都中央区銀座六の六の七杉村隆(第五一号)

骨髄移植医療体制の拡充整備に関する陳情書

(神戸市中央区下山手通五の二〇の一兵庫県議

会内神戸一全)(第五二号)

骨粗鬆症対策の充実に関する陳情書(名古屋市中

区三の九三の二愛知県議会内本多進)(第

五三三号)

結核対策の充実・促進に関する陳情書(名古屋

市中区三の九三の二愛知県議会内本多進)

(第五四号)

らい予防法の抜本的見直しに関する陳情書(奈

良市登大路町奈良県議会内出口武男)(第五五

号)

国立病院・療養所の拡充・強化に関する陳情書

外一件(福岡県大牟田市有明町二の三三大牟田市

議会内増田充治外一件)(第五六号)

食品衛生法改正に関する陳情書(北海道釧路市

幸町九の一桶作高子)(第五七号)

廃棄物対策に関する陳情書外二件(大阪府豊中

市中桜塚三の一の一豊中市議会内川中静雄外二

名)(第五八号)

漢方製剤の保険薬価削減または負担見直し反対

に関する陳情書外一件(高松市番町四の一の一

〇香川県議会内池田長義外一件)(第五九号)

障害者のための施策の推進に関する陳情書名

古屋市中区三の九三の二愛知県議会内本多

進)(第六〇号)

小規模障害者作業所に対する国庫補助制度の拡

充等に関する陳情書名古屋市中区三の九三の

一の二愛知県議会内本多進)(第六一号)

新ゴールドプラン・エンゼルプランの早期策定

に関する陳情書外十件(栃木県下都賀郡都賀町

大字家中五九八二の一都賀町議会内久我保外十

名)(第六二号)

高齢者保健福祉対策の計画的推進に関する陳情

書外十三件(大阪府茨木市駅前三の八の一三茨

木市議会内小矢田幸雄外十六名)(第六三三)

社会福祉施設の整備促進に関する陳情書(松山

市一番町四の四の二伊賀貞雪)(第六四号)

在宅福祉における時間貯蓄制度に関する陳情書

外一件(和歌山県橋本市東家一の一の一橋本市

議会内倉本正澄外一名)(第六五号)

老人保健医療費拠出金にかかる老人加入率二

〇%上限枠撤廃に関する陳情書外一件(高松市

番町一の八の一五高松市議会内多田豊外一名)

(第六六号)

児童館・児童センターの運営補助に関する陳情

書(静岡県浜松市元城町一〇三の二浜松市議会

内松野幹男)(第六七号)

保育所措置制度の堅持・拡充に関する陳情書外

二件(徳島県麻植郡川島町川島町議会内佐友順

一外二名)(第六八号)

少子化対策の充実に関する陳情書外五件(大阪

府門真市中町一の一門真市議会内上杉嘉信外五

名)(第六九号)

国庫負担の増額による国民健康保険制度の抜本

的改善に関する陳情書外二件(大阪府茨木市駅

前三の八の一三茨木市議会内小矢田幸雄外二

名)(第七〇号)

入院給食費の助成に関する陳情書外一件(福岡

県大牟田市有明町二の三三三大牟田市議会内増田亮

治外一名)(第七一号)

在日外国人高齢者及び障害者に対する国民年金

制度の改善に関する陳情書(北海道伊達市鹿島

町二〇の一伊達市議会内菊谷秀吉)(第七二号)

は本委員会に参考送付された。

本日の会議に付した案件

理事の補欠選任

国民健康保険法等の一部を改正する法律案(内

閣提出第一号)

○岩垂委員長 これより会議を開きます。

この際、理事補欠選任の件についてお諮りいたします。

理事鈴木俊一君が本日委員を辞任されたのに伴い、現在理事が一名欠員となっております。その補欠選任につきましては、先例により、委員長において指名するに御異議ありませんか。

〔異議なし〕と呼ぶ者あり

○岩垂委員長 御異議なしと認めます。よって、そのように決しました。

それでは、理事に持永和見君を指名いたします。

○岩垂委員長 内閣提出、国民健康保険法等の一部を改正する法律案を議題といたします。

質疑の申し出がありますので、順次これを許します。山口俊一君。

○山口(俊)委員 それでは、国民健康保険法等の一部改正に關しまして、まずトップを切って質問をさせていただきます。時間も余りございませんので、概略的にお伺いをしたいと思っております次第でございます。

御案内のごとく、国保の構造的問題が指摘をされ議論をされて久しいわけでありまして、今回の改正は、そうしたいろいろな議論を踏まえて行われるわけでありまして、いかなる趣旨で行われるものなのか、まず最初にお伺いをしたいと思っております。

○岡光政府委員 今回の改正の趣旨でございますが、御指摘がありましたように、国民健康保険制度には、低所得者がふえておるとか、あるいは規模が小さい保険者がふえているとか、いろいろな構造的な問題を抱えておるわけでございます。これに対応する必要があるわけでございます。そもそも、制度の抜本的な見直しを行うように

ということが求められているわけでございますが、それを行うまでの間、当面必要な措置を講ずるといふことによりまして、制度の安定的な運営を図ろうというものでございます。

また、あわせまして、老人医療費の拠出金の算定に用いられる老人加入率につきまして、その上限を上回る保険者が著しくふえておりますので、これに対応しまして、老人保健制度の安定を図るため、上限となる割合の引き上げなど老人医療費の拠出金制度の見直しを行いたいというものでございます。

○山口(俊)委員 仄聞するところによりますと、当初、国保の改正というものは、今御答弁もあつたわけでありまして、低所得者がふえたとか、あるいは小規模の保険者がふえた、あるいはまた格差がどうもいろいろあるんじゃないか等々、そうした構造的な問題に着目をした抜本的な改革というものを考えておられたように思うわけでありまして、今日の前にある改革案というのは、どう見ても暫定的と言わざるを得ないわけでありまして、今、当面の措置というふうなお話もあつたわけでありまして、ただ、前の改正のときでも、実は当厚生委員会においてもいろいろ議論がありました。時の丹羽厚生大臣は、平成六年にも抜本改革について国会で審議を願いたいというふうな御答弁をなさっておられたわけでありまして、そうしたいろいろな経緯、これがあつたにもかかわらず、結局、今回も暫定的色彩の強い改正になってしまった。そこら辺の背景、経緯についてお話しただきたいと思っております。

○岡光政府委員 国民健康保険制度の抜本改正のためには、既に医療保険審議会等からいろいろな問題を御指摘していただいておりますので、問題も、並行して老人保健福祉審議会においても、新しい介護システムのあり方とかも議論になっていくわけございまして、国と地方公共団体の役割分担なり負担のあり方などにつきましてさらに議論を要するというふうな考えております。

このためにやはり時間をいただきたいと思っておりますが、それで放置しておくわけにもまいりません。したがって、先ほど申し上げましたような構造的な問題に対応した当面必要な措置をぜひとも行いたいということでも関係者でいろいろ御議論いただいたわけでございますが、関係者の合意を得たものにつきまして、今回、そういうことで当面の措置を行わせていただきたい、こう考えておるわけでございます。

○山口(俊)委員 前回の改正当時の議事録を読ませていただきましたけれども、実は、あのときの議論と今回いろいろな場所で行われておる議論、ほとんど同じなわけですね。やはり抜本的な改革へ向けて云々というふうな議論ばかり続いておりますわけでありまして、人は変わっても事態は変わっておらないというふうな感を実は強かったです。今御答弁いただきましたけれども、今現在の厳しい経済状況とか、あるいは税収が続けて落ち込んで云々の財政状況等、やはりそこら辺もあろうかと思つたわけでありまして、同時に、これも御答弁にございました、いわゆる介護システムをどうやっていくのかというふうなことも、これまたあろうかと思つたわけでありまして、これも、聞くところによりますと、九年度にスタートを予定しておられるこの介護システム、いわゆる公的介護保険の導入というふうなことを聞いておるわけでありまして、これも御承知のとおり、高齢者の介護費用のかんりの部分を医療保険で見ているというふうなことであります。資料を見てみますと、国民医療費二十四兆円のうち四兆円というふうに見込まれておるようであります。

確かに、公的介護保険、この導入には、いわゆる医療保険制度全体の見直し、大改革といったこともあつてありましようし、また実は、よくよく考えてみますと、この介護保険制度というものが果たしてオールマイティーなのかどうかというふうなことも考えてみなくてはいいのではないかと

かと思つたわけでありまして、

例えば、財源にしても、そうした医療保険の各制度、あるいは各保険者から例えば拠出金を取るというふうなことになると思います。また同じようなアリ地獄みたいのところへ入つてしまつてはいないか。そうしたおそれもあるわけでありまして、いずれにしましても、国保の視点から十分介護保険というものを注視をしながら、あるいは国保の視点からのいろいろな意見の反映というふうなことも大事であらうかと思つておるわけでありまして、そこら辺、皆さん方の大いなる御努力に期待をさせていただきます。今回の当面の暫定措置というふうなことは、そうした意味合いからややむを得ないのかなというふうな感じを持っておりますわけでありまして、

続きまして、今回の改正のねらい、いろいろなところに出ておるわけでありまして、国民健康保険、国保におけるいわゆる負担の公平化、あるいは国保財源をいかにいましてはるくの間安定をさせていくかというふうなことがよく言われておるわけでありまして、そのそれそれについて、いわゆる公平化、公平化についてと国保財政の安定化、この二つについてどのような対応を行っていくつもりなのか、それをお伺いをしたいと思っております。

○岡光政府委員 まず、保険料負担の公平化の問題でございますが、今回、保険料の軽減制度を拡充をいたしました。応益割合を五〇%前後にしよという努力をする保険者に支援をしたい。こういう誘導をすることによりまして、保険者間、あるいは同じ保険者の中での被保険者間の保険料負担の公平化ということを進めていきたいというふうな考えております。

それから、財政の安定化の問題でございますが、特に規模の小さい保険者を中心に高額医療費共同事業を拡充いたしました。規模の小さい保険者を中心に高額部分を共同で負担をするという点によりまして、安定の確保ということを図りたいと思っております。また、適切な医療費適正化

対策を推進していただくということによりまし  
ても運営の安定化が図れるのではないだろうか、  
こう思っております。

それから、あわせて、病床数が多いという  
ふうな、当該の保険者の責任を問うことのできな  
いような理由で医療費がふえておる部分もあるわ  
けでございます。そういう事由を前提にいたし  
まして一般会計から繰り入れを認める国保財政安  
定化事業というのがございまして、これをもう二  
年間継続するというにいたしまして、これでも  
もって、あわせて財政の安定化に資するというこ  
とにしたいという考えでございます。

○山口(後)委員 ただいまいろいろと御答弁いた  
だきましたけれども、いわゆる公平化につきまし  
て、同じ保険者の中での公平化云々というよう  
なお話に力点が置かれておった御答弁であつたか  
と思ひますが、これは御存じのとおり、いわゆる同  
じ保険者の中での一つの不公平感、これがあ  
るは、もちろん御案内のとおりであります。

同時に、いわゆる保険者間、市町村間の格差、  
これまた大きな問題になっておるというの  
御承知のとおりでありまして、さらに言いま  
すと、同じ医療保険の中で、国保と他の例えば組合  
健保とのいわゆる不公平感という差があるじや  
ないか。負担にも差がありますし、同時に給付も  
差がある。そこら辺も一元化の議論とも相まって  
おるうかと思ひますが、いわゆる公平化というこ  
とをとってみても、そうしたいいろいろな面がある  
わけでありまして、これもまた国保の抱える構造  
的問題かな、そんなふうな気がいたすわけであ  
ります。先ほども御答弁いただきました、いわゆ  
る国保が抱える構造的問題です。先ほどもお話  
があつたのですけれども、今回の改正に当たつ  
て、国保が抱える構造的問題をどのように認識を  
されておられるのか、これをいま一度明確にお示  
しをいただきたいと思ひます。

○岡光政府委員 特に認識をしております構造問  
題としましては、低所得者が増加をしておるとい  
うこと、それから小規模な保険者が増加をしてお

るといふこと、それから保険料の地域格差がより  
生じておる、こういうふうなことを構造問題とし  
て認識をしております。

具体的に申し上げますと、まず低所得者の関係  
では、高齢化の進展もございまして、加入者のう  
ち、いわゆる所得のない人の割合が平成四年度で  
は二〇・八%に達しております。このことによ  
りまして、所得がないということで保険料の負担  
が困難でございますので、それが他の被保険者に  
負担がいわば過大になる傾向になっておる、こ  
ういふ問題意識でございます。

それから、小規模の保険者の問題でございます  
が、被保険者数が三千人未満の市町村が平成四年  
では全国市町村のうちの三六%、千百六十四とい  
う市町村に急増しております。余り規模が小さ  
くなりましてその保険規模が小さくなるというこ  
とで、いわゆるリスク分散が図れない、保険制度  
が十分機能しないという問題が出てくるのではな  
いか、あわせて事業運営が不安定になるだろう、  
こういうふうな意識をしております。

それから、医療費の地域格差でございますが、  
これが大きな差がございまして、そのことが結果  
として保険料の地域格差問題につながつてい  
るのではないだろうか。現在、市町村レベルで見  
ますと、一番高いところと一番低いところの保険料  
の差は約六倍でございます。これは余りにも差が  
大き過ぎるのではないだろうか、こういうことも  
の是正が必要であらう、こういうふうなことを問  
題として意識をしております。

○山口(後)委員 いろいろお話がありました  
その中でまず低所得者層が増加をしておる、二〇  
・八%にもなつてきておるということ、これは  
具体的にどのような層がふえておるのか、これを  
御説明いただきたいと思ひます。

○岡光政府委員 まず、所得なしの世帯が今申し  
上げましたようにふえておりますが、この所得な  
しの世帯につきましては年齢を見てまいります  
と、六十歳以上の世帯主で構成されている世帯が  
四五%を占めておるような状況でございます。

結果としまして、退職をして国民健康保険の対象  
になつてくるわけでございますが、そういう人た  
ちの中で、特に高齢化がどんどん進んでおるとい  
うことで、低所得者層が結果としてふえてい  
るという状況ではないかというふうに認識していま  
す。

○山口(後)委員 いわゆる低所得者層の増加とい  
うのは、これは国保が抱えるどうしようもない、  
ある意味で一番重大な問題であらうかというふう  
に考えておるわけですが、今回の一部改正  
にしても相当公費を導入するというふうなお話も  
聞いておるわけでありまして、それだけに事実を  
きちんとして分析をして、きちんと把握をしておく必  
要があらうかと思ひます。

御承知のとおり、いわゆる地方税制によつて捕  
捉をされた所得に対して国民健康保険の保険料と  
いうものがあつてくるわけでありまして、では  
これが果たして正確に捕捉をされておるのかどう  
か、これはもう低所得者層に限らず言えること  
であります。あるいはまた、いわゆる分離課税と  
か、あるいは控除される所得というものは出てこ  
ないというふうなこともあるわけでありまして、  
では、本当にそうした中で例えば可処分所得とい  
うのはどうなのか等々のいろいろな調査検討とい  
うことも、抜本的改革をもしやるのであれば  
やつておかねばいけません。そこら辺をきちつ  
とやっておかないと、公費導入に対しては国民  
の御支持がいただけないのではないかと、恐らくお  
ささき息子はなと思ひますけれども、さらにそ  
こら辺の話も煮詰めておいていただきたい、そん  
なふうな思ひでございます。

同時に、これも先ほどお話しございました一人  
当たりの保険料の地域格差及び応益割合の地域格  
差についてもお話しいただきたいわけでありま  
す。これももう御案内のとおり、国保に対する不  
満の中でもパーセントとしては非常に大きい部分  
であります。所得が同じなのに町を変わったと急  
に保険料がでかくなつた、これはどうしたことだ

云々のお話もあるわけでありまして、そこら辺を  
もう少し詳しく御説明をいただきたいと思ひま  
す。

○岡光政府委員 保険料の地域格差でございます  
が、先ほどもちょっと御説明いたしましたよう  
に、最高の市町村と最低の市町村では約六倍の格  
差がございまして、

それと、応益割合につきましては、全国平均で  
約三五%の応益割合でございますが、最高のとこ  
ろでは七一%、最低のところでは九・五%とい  
うことで、応益割合につきましても大変大きなば  
らつきがございまして、私どもは、この状況につきま  
して、やはり標準である応益割合五〇%というも  
のにできるだけ近づけていただくというのが全体  
の負担の公平ということになつていくのではな  
いだろうかというので、今回は、負担の公平に  
つなげるべく応益割合を五〇%にするような誘導  
策をこの際講じたいというふうなことを考えてお  
るわけでございます。

○山口(後)委員 今回そのような格好での誘導策  
というふうなお話ですが、今御答弁をいた  
だいたとおり、今現在、全国平均では応益の割合  
と応能の割合が三五対六五、しかも各保険者とい  
いますか市町村で物すごいばらつきが出てきてお  
るわけでありまして、基本的には五〇対五〇で願  
ひますよというのが厚生省の姿勢だといふふう  
に聞いておるわけでありまして、現実にはいわゆる  
市町村政を預かる町村長さんあるいは市長さん  
にとってはこれはもう大変な問題であるわけであ  
りまして、やはりひとつおらが町だけこうしま  
すよといったことではなかなか住民の皆さん方の  
理解を得にくいというふうな部分も出てきようか  
と思ひます。それだけにやはり厚生省としてきち  
んとそこら辺の基準を示して、同時にきちんとし  
た誘導策というのをとつていく、インセンティブ  
を高めていくというふうなことをやっていただ  
きたいと思ひます。

ただそこら辺で、いわゆる応益の割合を高める  
というふうなことになりますと、やはりどうして



をする次第でございます。

もう一方に、三五％のところにおきましては、これは将来一つの方向づけを強力に推進していくという意味があると思うのでございますが、平成七年におきましては、現在六割の軽減を一割下げで五割、そして四割のものを三割、こういうふうにして下げていくという一つの方法がとられようというたしおるわけでございます。

しかし私、この対応について若干矛盾があるのではないかと気がいたします。各市町村の保険者の状況というものを踏まえたとも思われるわけでございますけれども、このペナルティーとしてやった、平成八年におきます六割軽減を五割にする、それから四割軽減を三割、こういうふうにするようなことについては、これは当分の間、六割、四割、こういうことで対応していくということが言われておるわけでございます。

こういうことになりましたと、基本的に方針として入れました応益負担それから応能負担五、五というものの基本線がこれによって崩れていくという矛盾を感じるわけでございますが、ペナルティー的な割合というものが決まっておりますが、「当分の間」ということで六割、四割を継続をしていく、こういうことになれば、この改正の趣旨に少しずれが出るという感じがしないでもないわけでございます。

したがってまして、暫定的な措置として六、四にしていくということは、その見直しの着地点といえますが、見直しが行われる時期というものは「当分の間」ということになっておりますが、いつやるかということ、恐らくこれは、この法律をつくったときには厚生省内部において検討されているところだと思っておりますが、その時期についてお示しただけのものならば明らかにしていただきたいというふうに思うわけでございます。

以上です。まず第一点です。

○岡光政府委員 結論的に申し上げますと、「当分の間」といいたしましたが、具体的にこの時期

というふうに考えているものではございません。

私どもは、御指摘がありましたように、現在の応益割合につきまして、平均が三五でございまして、それを五〇へ近づけたというので、そういういわば五〇へ近づけるためのインセンティブを考えれば、今御指摘がありましたような全体的に傾斜をつけていくというものが一つの手法なというふうに思っております。

それにしても、現在六割、四割を五割、三割というふうな軽減割合をきつくとすることは、それはイコール低所得者への負担増ということになるわけでございまして、やはりそれは、理念で示したものの、現実には非常に難しいんじゃないだろうか。全体の負担の公平ということを考えて物考える必要があると思いますので、そういう市町村の理解であるとか全体の動きというものを十分考える必要があるだろう。そういう意味で「当分の間」とやっただけでございまして、具体的にいつ五割、三割にするよというスケジュールを考えているものではございません。

○岡光政府委員 今の御説明でございしますが、まことに理解に苦しむところでございます。まず、基本的に、このように具体的な内容というものを法律の中できちっと明示するならば、やはり「当分の間」という表現は、法律の中にもあるわけでございまして、それはいいんですが、しかし、「当分の間」ということは、これは未来永劫ということではないわけでございまして、どこかで改正をするということになるわけでございしますから、この法律改正をやる作業の段階では、恐らく厚生省のところでございまして、大体いつやっていくかということが想定されていなければならぬと思うのでございます。

それが、きちんと時期が言えないというようなことは、やはり法律改正を出す厚生省として、これは極めて不備な法案を我々に出してきたということも感ずるわけでございまして、今答弁がありまして、この問題を取り巻く状況というものにつきましましては、各保険者が抱えている深刻な問題と

いうものにつきましても私どもは全然無理解ではございません、理解をしているわけでございします。そうであるならば、やはりこの法律を出した以上は、そういう財政的にも困っているような保険者が踏み切っているような、実行に移せるような何かのそれこそインセンティブの手法だというものをやっただけで法律を出すというの、私は政府としてやらなければならぬ責務だというふうな思いがあるわけですが、その点では基本的な骨格部分というものが極めて不明瞭な形で提案をされているというふうなことは、私どももちゃんと理解に苦しむ点でございします。

しかし、反面、深刻な状況があることも私ども理解をいたす次第でございまして、ぜひひとつ、これは本来あるべき姿でスタートを切っていくための道筋といえますか、道程というものをこの際明らかにすべきであると思っておりますが、その点についての考え方を示していただきたいと思っております。

○岡光政府委員 そもそも国民健康保険制度をどのように持っていくのか、それから、もっと広い観点からは、医療保険制度をどういうふうにしていくのかということとかかわっているわけでございします。

医療保険につきましましては、一元化ということが従来からのテーマでございまして、そこでは、医療保険全体を通じての給付と負担の公平ということが具体的なテーマでございします。そういう観点から、国民健康保険税(料)の現在のありようにつきましまして、やはりいろいろと基本から考え直さなければいけないんじゃないかと思っております。そういう意味では、医療保険の抜本的な見直しをする際に、国保の保険料も含めて、負担の公平という観点から現在のようないくつかのシステムでいいのかどうか、こういう検討をすべきではないかと思っております。

そういう先生の御指摘にこたえるということからしますと、とりあえず、現在の国民健康保険制度を前提にして当面の安定化策を講じようとして

いるものですから、そういう意味で、極端な負担増につながるようなことのないようにという配慮が「当分の間」という表現であられたわけでございます。私どもの気持ちとしては、これはいわばつなぎの措置でございまして、抜本見直しというんでしょ、医療保険のありよう全体についての議論の中で国保の負担のあり方も議論されていくべきではないか、その中では、今の保険料の負担のシステムとは随分と違ってくる、そういう一面もあるのではないだろうかというふうに予測もしているところでございます。

○岡光政府委員 一応お答えをいたしましたので、三年後の見直しということもあるわけでございしますが、早急にそのあるべき姿というものを、それこそ負担の公平というものの原則の上に立って明らかにしていただく努力をしていただきたい、このように思う次第でございします。

次に、二つ目の問題でございしますが、小規模保険者対策として、今回の改正におきましては高額医療費共同事業の拡充をされるということになったわけでございしますが、これは私は、大変小規模の保険者が多くなっているという我が国の状況からいまして、非常に適切な措置がとられたものだというふうに思うわけでございします。しかし、保険者規模の広域化、これは、小規模な保険者が一つ一つ単独で存在しておるということになりますと、負担と給付というふうな関係、それから保険者の事業の内容というものがからみ合っても、極めてこれはやはり十分なものにならないわけでございしますから、将来の一つの方向として今から考えていかなければならぬと私は思うのでございします。保険者規模の広域化というふうなことは、この小規模保険者の問題を解決していく一つの課題であるというふうに、具体的な策でもあると思っております。具体的な策であると思っておりますので、この広域化について、抜本的対策というものが厚生省の中で検討がされているのか、もし検討されているとすれば、その検討されている中身というものはどういふものがあるか、この際、明らかにしてい

ただきたいと思ひます。

○岡光政府委員 御指摘のように、この規模のありようにつきましても、課題の一つだと思ひます。

現状を申し上げますと、市町村で保険者になつてもらつてゐるというのでメリットという面では、地域の保健医療活動と連携が保てる、あるいは被保険者の把握なり保険料(税)の徴収がより容易である、それから地域の連帯感が維持できるというふうなメリットがあるわけでございまして、御指摘のように、規模が小さい状況ですと、医療費の変動に左右される、そのことによつて経営が不安定になるとか、あるいは、そのことの反映でございしますが、著しい医療費なり保険料格差が生ずる、こういう話があるわけでございまして、そういう意味で、今のままではこれは大変だろ、こういうふうな考へております。

しかし、そのことがイコール規模の拡大という格好につながるかどうか。いわゆる広域連合というふうな発想も、地方自治法の改正の後いろいろ議論もされておりました、具体的に関係の審議会ですらういふ御指摘もいただいたりしてございまして、問題意識は持つておるわけでございまして、具体的な問題になりますとなかなか関係者の意見の一致を見ておらないというのが現状でございします。

先ほども申し上げましたが、国民健康保険のありようにつきましても、その基本から見直していく必要がございしますので、その中では課題の一つということでも認識をしております、既にこれは関係の審議会でもそのような御指摘をいただいているわけでございまして、この辺十分煮詰めまして、また皆さん方のコンセンサスを得るべく、そして結果として運営の安定化を図れるようなさういふふうな格好で議論を集約していきたいというふうな考へております。

○岡光委員 次にお尋ねをいたしますが、国保におきまします保険料の地域格差が非常に大きいことは、もう御案内のとおりでございします。この大き

な要因として考えられますものは、医療費の地域の格差というものがあつたというふうに思ひます。ございしますが、この地域格差の是正ということについて、厚生省は今どのように取り組んでおみえになるのか、お尋ねをいたします。

○岡光政府委員 国保制度の中におきましては、極端に高い医療費の市町村につきましても安定化計画というものをつくつて、その当該の市町村の医療給付費の適正化を図れるように、そのような措置を講じているところでございします。今回の見直しではこの高医療費の市町村の指定基準を見直しまして、その対象を拡大するということを予定しているところでございします。

そのほかの関連の施策としましては、レセプト点検の充実であるとか、いわゆるヘルスの、保健事業の推進、あるいは在宅医療、各種福祉施策の推進など、地域における医療費が高くなつてくるであろう要因に依じた対策に取り組んでいるところとでございします。

それから、都道府県におきましてもさういった市町村の取り組みに助言指導をしておらう、それから都道府県では医療機関に対しての指導監査体制を強化してまらう、あるいは保健、医療、福祉の各分野の連携を図るよう、あるいは市町村間の連携がうまく図れるようなさういふ調整をするように、こんなふうなことを実は考へているわけでございします。

あわせてまして、高齢者の問題がいつも問題になるわけでございしますので、ゴールドプランの推進であるとか、あるいは老人保健福祉計画の策定、さういったことによつて、結果として医療費の適正化にもつながっていくというふうにしてまいりたい、こういうことを考へているわけでございします。

○岡光委員 次にお尋ねをいたしますが、国保財政の安定化というものは今日最も重要な課題だと思ひます。制度面における対応に加えて、各保険者の事業運営努力というものが重要な要素を占めると思ひます。この点について、厚生省

としてはこの点についてどのような考へをお持ちになつてゐるのか、この際、お尋ねをいたします。

○岡光政府委員 御指摘のとおり、保険者の経営努力の強化が肝要でございまして、一つは国保の審査体制の強化をする、それから市町村のレセプト点検を充実をする、さういふふうなことをまず図らうと思ひます。それから、保険料の収納率向上に向けては種々の対策を講じたいということとでございします。あわせて、健康審査など被保険者の健康の保持増進を図る、さういふ健康事業の充実ということも考へております。

端的に言いますと、国保三％推進運動というのをやっております、収納率を一％上げようじゃないか、あるいは医療費の一％以上適正化を図つていこうじゃないか、あるいは保険料収入の一％を保健事業費として確保しようじゃないかと、さういふふうな三％運動というのが一つの象徴でございしますが、こんなふうなことを現在進めているところでございします。

今回の改正におきましても、医療費の適正化という観点から、先ほどもちょっと触れましたが、高医療費の市町村における運営安定化のための安定化計画、さういふものを見直しをするというところ、それからヘルス事業の保健事業、あるいは医療費適正化の取り組みに對しまして、国保連合会なり国保中央会の支援を一層強化しようというところで、それを法律上位置づけまして、保険者支援の努力をするようなさういふ規定もあわせお願いをしております。

○岡光委員 国保三％運動ということで積極的に取り組まれていることについてはそれなりに評価をいたしますが、ぜひひとつ国保財政の安定化に向けて、一層の御努力をいただきたいということとを要請いたします。

それから、次の五つ目の御質問でございします。今回の改正における老人加入率の上限の段階的引き上げについてお尋ねをいたします。被用者保険サイドは老人医療費拠出金の負担がふえるこ

ととなるのですけれども、負担が過重とならないような手だてをするべきだと思ひます。ございしますが、この点についてどのような考へをお持ちであるのか、具体的にはどういふ手だてをされようとしているのか、御説明をいただきたい、お答えをいただきたいと思ひます。

○岡光政府委員 まず被用者保険各制度は拠出分がふえるという立場に立つわけでございしますが、さういふ財政影響につきましても、それが保険料率の引き上げに直接つながらないように調整緩和措置を講ずるべく、財政支援を個別にしていこうと思ひます。千分の一の保険料率の引き上げにつながらないように、それぞれの保険者の状況に応じて措置を行いたいと思ひます。

それから、あわせまして、今回の老人保健制度の改正におきましても、医療保険各保険者の財政に与える影響等にかんがみまして、老人医療費の拠出金の持ち出し額が著しく過大となる場合には特別調整をする、さういふふうなこともあわせ配慮しているところでございします。

○岡光委員 次に、観点を交えて、公的介護システムのことについて御質問を申し上げます。

公的介護システムの問題につきましては、老人保健審議会が今検討中というふうにお聞きしておりますが、近くその介護のシステムについての結論が出るというふうにお聞きいたしましたところとでございします。その審議会の審議の状況について御説明をいただきたいと思ひます、そのことを受けて、厚生省としては、まだ審議会の結論が出ていないところとでございしますから、これは非常に難しい質問でございしますけれども、基本的にはやはり高齢化社会に向かつていくに当たりまして、ゴールドプランを新ゴールドプランに見直すとか、いろいろな施策というものが進んでいるわけでございしますが、さういふ状態におきまして、公的介護システムというものを早急に国の責任において構築をしていかなければならぬということ、まさに目下の急務だと思ひます。

でございます。

したがって、これらの点について、厚生省はまずどういう手順を踏みながらこの公的介護システムというものを制度的にきちっと構築していく手順というものを考えたいと思っているのか、この辺についてお示しをいただきたいと思ひます。

○井出国務大臣 昨年の十二月に、学識経験者による高齢者介護・自立支援システム研究会というものがございしますが、そこから報告をいただきまして、介護を必要とする高齢者を、福祉サービスばかりではなくて医療サービスによって対応してきた面も多いと指摘をされたわけであります。

その研究会報告では、高齢者の自立支援を介護の基本理念として、既存の介護に関する福祉、医療等の制度を再編成し、新しい高齢者介護システムを創設することを提言されております。また、新たに策定された新ゴールドプランにおきましても、公的介護システムの検討を進めることになっておりますことは先生御案内のとおりでございます。

こうした観点から踏まえ、従来、高齢者介護を担ってまいりました老人福祉あるいは老人保健制度等について見直しを行い、国民だれもが身近に必要な介護サービスをスムーズに利用できるような新しい高齢者介護システムの構築を図る必要があると考えております。

高齢者に対する新介護システムにつきましては、実は先月から老人保健福祉審議会において御審議を開始していただいたところでございます。今後、審議会における審議状況等を踏まえつつ、鋭意検討を進めてまいりたいと考えています。

○綱岡委員 今大臣から御答弁をいただきましたが、そういうことで国民の期待にこたえるような介護システムというものをぜひ実現をさせていただきたいというふうに思っております。

最後に、公的介護システムを構築していくに当たりまして、特にこういう点を原則的に、基本的な検討の課題と申しましょうか、基本的検討事項というところでぜひ考えていただきたいというふうに思うわけでございます。

それは、まず第一に、高齢者が必要ときに必要なサービスがいつでも受けることのできる体制。二つ目には、高齢者に対して保健、医療、福祉を通じて総合的なサービスを提供すること。三つ目は、高齢者の介護に要する費用については公平な負担とすること。この負担というものは、大体において高齢者というものが対象になるわけでございますから、一般的に言いまして経済的負担に耐えられる能力というものは限界があるわけでございますから、したがって、その負担についてはできるだけ低額といたしますが、負担に耐えられるようなものにする。こういうことが、この介護システムを検討していく場合の三大条件だといふふうに思っておりますが、この点について厚生大臣としてどういうお考えをお持ちになっているのか、お尋ねいたします。

○和田政府委員 お答え申し上げます。先ほど大臣が申し上げました高齢者介護・自立支援システム研究会の報告におきまして、高齢者を対象といたします新介護システムについての基本的な論点あるいは考え方の整理が行われているところでございます。

この報告の中でポイントとして挙げられておりますのは、まず第一に、高齢者みずからその意思に基づいて利用するサービスを選択できるようにすること、第二に、保健、医療、福祉を通じて介護サービス体系を一元化し、利用手段、利用者負担の格差の解消を図ること、第三に、個々の高齢者の生活と心身の状態に応じ、きめ細かなサービスを提供するケアマネジメント方式の確立、第四に、社会全体で介護リスクを支え合う社会保険方式の導入といったことが挙げられております。

ただいま先生が御指摘なさいましたポイントというのは、この研究会報告で指摘されておりますことと基本的には通ずるところがあるかと思ひます。

先ほど申し上げましたように、本年二月から老人保健福祉審議会が始められたところでございすけれども、今後、私どもこの問題について

検討をするに当たりましては、この研究会の報告なども参考にいたしながら、各方面の御意見もよく伺ひまして、鋭意取り組んでまいりたいと思っております。

○井出国務大臣 今政府委員がお答えいたしました、昨年十二月のこの研究会の報告と、先生御提言の三大基本柱という点、本日に共通なところが多いと思ひます。この二月から始まっております老人保健福祉審議会の議論を踏まえて、これから私どもも鋭意検討を進めてまいりますが、先生の御意見も十分参考にさせていただきたい、こう考えております。

○綱岡委員 終わります。

○岩垂委員長 荒井聰君。

○荒井聰委員 ただいま保険局長さんから、今回の国保制度及び老人保健制度の見直しというのは暫定的な措置であるというお話がございましたけれども、それは、この暫定的な措置によって国保の保険料負担に与える影響というのをどの程度に見込んでいるのか、お聞かせ願いたいと思ひます。

〔委員長退席、綱岡委員長代理着席〕

○岡光政府委員 まず、保険料軽減制度の見直し、それから高額医療費共同事業の拡充の影響、こういうことによりまして、市町村国保の保険料は約二百四十億円の負担減になるというふうに見込んでおります。それから、老人加入率の上限二〇％問題につきましては、上限の段階的な引き上げをいたしました。平成七年度には現在の二〇％を二％に引き上げる、こういう予定をしておりますが、これによりまして、市町村国保の保険料は約二百八十六億円の負担減、こういうふうに見込んでおります。両者合わせまして約五百二十七億円の負担減、こういうふうな数字で見込んでおります。

○荒井（聰）委員 私は、制度改正というのは二つの側面から見なければならぬと思うのであります。それは、一つは、制度自体が持つてくる現状でのいろいろな矛盾点、問題点、そして

それが将来ますますさまたげな問題点、それをどういうふうに分析し、そしてそれをどうとらえて制度的な改善をするかという点が第一点でございます。

今回の場合、制度の改正における問題点というのは、一方では低所得者層が増加していった。これが中間所得者層へのしわ寄せとして保険料負担が過重になっていった。昭和五十五年には低所得者層、無所得者層の割合が一三％だったのが、既に二〇％を超えている現状にあるという分析結果がありまして、これでも、高齢化しているという市町村が過疎化している、高齢化しているといふことから、小規模保険者が増加しているといふような原因。まだもう一、二点あるのかもしれないけれども、このような原因から、現在国保の持っている構造的な問題としてとらえざるを得ないというお話だったと思うのです。

それでは将来、例えば五年後、十年後、このような要因はどの程度に見込んでいくのか、全体としてどの程度過重な形になっているのかといったような点を議論する必要があるのではないか。私は、そのような点について御見解があればお伺ひしたいと思ひます。

○岡光政府委員 現在の日本の経済社会の動き方からいいますと、まず、人口の都市集中というのはなお進んでいくのではないだろうか、こう見込まれるわけでございます。かつ、就業状況につきましても、第一次産業がもっと減って、いわゆるサービス業を中心とした第三次産業に移っていくのではないだろうか。そういう意味では、就労構造も大変変わってくるというふうに考えられます。

一方では、高齢化がより大きく急速に進むというトレンドもあるわけでございまして、そういうことからいいますと、小規模保険者の今後の推移というところは、なお規模の小さいところが膨らむと同時に、都市部にまた人が集中するのではないだろうか、こういう予測も成り立つわけでございます。そういうしますと、小規模保険者の問題

というのは、これからの大きく続くのではないだろうかということが大きく予測できます。

それから、現在のように被用者保険が独立で存在しておりますと、その被用者から退職をして無職者なり自営業者になる、こういうことになりまして、それを国保が受ける、そういう受け皿的な国保制度でありますれば、やはり低所得者と言われるこういった層はおおえていくであろう。そういう意味では、現在この法律改正におきまして私も認識しておりますが、そういう構造問題はなお続くのではないかと、かつ、今のような経済社会の動きからしますとなお大きくそのトレンドが進むのではないだろうか、そう予測をしているわけでございます。

○荒井(聰)委員 今回の国保改正では、財政措置については二年間の暫定措置としたものが多いわけですが、今御指摘の国保の抱える構造的な問題についてはさらに抜本的な解決を図る必要があると考えられるわけであり、その意味で、早急に国保を含めた医療保険制度全体の大幅な見直しというものを行わざるを得ないと思うわけですが、これも、これに取り組む決意をお聞かせ願いたいと思います。

○井出(國務)大臣 先ほども申し上げましたが、今回の改正は、高齢化の進展あるいは低所得者層の増加、小規模保険者の増加といった構造的な問題に対応した当面必要な措置を講じるものでございまして、保険料軽減制度の拡充等国民健康保険の運営を安定させるための措置であると認識しておりますが、決してこれでいいわけではございませんで、今荒井委員がおっしゃるように、国保を含めた医療保険制度の抜本的な見直しがもう緊急に必要なことという認識は持っております。

現在、老人保健福祉審議会において議論をされており、また新介護システムのあり方等も踏まえ、国保制度の抜本的な改革を含めた医療保険制度全般における給付と負担の公平化に向けてさらに努力をしてまいりたいと考えております。

○荒井(聰)委員 ありがとうございます。

私最初に、制度の改正というのは二つの側面から考えなければならぬ、将来の見通しが第一点。もう一つ私思いますが、その制度が生きていくとして、本当に目的を遂行する上で、人の顔が見えるというか、あるいは生き生きとした形になっているかどうかということが私は制度として大変重要だと思っております。

国保というのは、これは何のためにあるのかという、私は、健康な老人をたくさんつくっていく、あるいは病気になるようにしていくということがこの制度の本来の趣旨なんだろう。万が一病気になる時にはこの制度の手助けをかりざるを得ないけれども、基本的には、元気な老人だけではないで元気な町の人、そういう人がたくさんあふれるような、そういう地域にしていこうということがこの制度の私には本来的な意味であり、かつそこが制度としての生き生きさというものを求めなければならぬのではないかとこのように思うわけですが。

これは北海道のある町村なんですけれども、その町村で保険負担が大変かさんでしまっていて、町財政を圧迫してしまっている。町長さん大変困ってしまっていて、どうしたらいいか、町立の病院をつくったり保健所をつくったりして努力をしたわけですが、それでも一向に改善されないという状況の中で、彼はある保健婦さんを町の職員にいたしました。その、町の職員となった保健婦さんが、どうやら元気な老人をたくさん町の中にあふれさせることができるだろうということ、町の中を一生懸命見て回ったりあるいは病気の人のためにいろいろなお話し合いをさせてもらっているうちに、これはやはり老人の生きがいを与えるような、そして元気な活力を引き出すようなそういうものがあつたらいいなというふうに思っています。ではちょうどそこはトマトの特産地でもあります。

トマトジュースをつくることで有名だったんですけれども、そのトマトを食べたら大変おいしい完熟トマトであった。この完熟トマトを老人の

方、町の方にたくさんつくってもらって、そのトマトをたくさん食べてもらう、余ったトマトは特産品として町外に売ろう、そういう発想をいたしました。これが大変当たりまして、北海道でも有名なオオカミの桃という特産品となつて、北海道外にもたくさん売りに出されて、とてもおいしいトマトジュースですけれども、この売り上げと同時にだんだん国保が改善されていったというのです。どの程度改善されたのか、私はそこまで聞き及んではおりませんが、恐らく健康食品の普及と、そしてそれを、老人の方が一生懸命トマトをつくったトマトジュースにするために汗をかいたということを通じてその地域の活力が戻ってきたのではないだろうか。

こういうことを国保の中でも恐らく健康事業として取り入れていく例がたくさんあつて、こういふことを積極的にこの国保の中でインセンティブを与えるぐらいな気持ちで普及させていくということが大事なんではないだろうかというふうに私は思っていますけれども、いかがでございますでしょうか。

○岡光(政府)委員 御指摘のとおりでございます。随分とそういう成功事例もあるわけですが、そういう成功事例を私もいろいろ書き物にいたしました。そういうことを参考にしたいので、国保の事業、特にいわゆるヘルス事業、保健事業の運営充実に向けていただきたいというふうなことを考えているわけでございます。それで、国保の施策の中では、保険料収入の1%以上をそういう保健事業に計上するように指導もしております。来年度七年度予算の中では、これはお認めいただければ、在宅療養のための必要な用具の貸し付けなんかの事業を新たに助成対象にしようとか、今やっております保健事業をより膨らましていきたいと考えております。

しかし、平板的なそんな話ではありませんで、やはり地域におけるいろいろな事業と連携を図る。それから、もっと、先生が御指摘ありましたが、

生きがいの問題、心の問題にやはり入っていくなければならないと思います。行政はそこは限界があるかと思いますが、やはり地域における連帯感を維持しながら、みんなで社会をつくっていくんだという、社会参加を促すようなそういう施策も市町村では展開できるわけではございませんので、市町村国保のいいところは、そういったところと連携できるわけではございませんから、そんなことをぜひとも進めたいと考えております。

それで、具体的には、私も、いい事例をいろいろ紹介いたしますが、今回制度改正では、国保連合会などにおきまして具体的にその市町村保険者をこういうふうな保健事業をしたらいいじゃないかというふうな支援ができるような、そういうことも法律上規定をしていただきたいと思います。うふうにお願いをしている次第でございます。

○荒井(聰)委員 私は、市町村が果たす役割というのは非常に大きなものがあるし、ますます地域の医療あるいは国保全体あるいは老人介護の問題で市町村の果たす役割というのは大変大きくなると思います。

しかし、一方で過疎化が非常に急速で進行しております。町村の人口で、五千人とかあるのは三千人とかといったような町村さへ出てきています。それが、老人、六十歳以上あるいは五十五歳以上の率が六割を超えているといったような高齢化地域が過疎地域にたくさん出ているのが現状であります。そういう地域において国保を正常に保っていくというのはやはり物理的に限界が来ているんではないだろうか。ここは事務的にも、事務処理能力としても非常に難しい状態になっているので、負担という面だけではなくて、そういう地域においてはやはり、最近議論されております地方分権推進法の中でも議論されておりますけれども、広域行政、市町村の広域行政といったようなことを積極的に導入していかざるを得ないのではないだろうかというふうに考えております。

地方分権推進法の議論の中でも、厚生省所管の福祉関係の行政については地方分権の推進を積極

的に図るべきだといったような指摘も識者から出されております。こういったような点から、私は国保だけではないのですけれども、広域行政といたような面をもっと積極的に福祉行政の中で活用していく、そういう時代になっているのではないだろうかというふうに思っておりますけれども、いかがでしょうか。

○岡光政府委員 御指摘のとおりだと思いますが、具体的にそれは国保の世界におきまして保険者をどういったところに設定をするのか、こういう話になりますと、なかなか関係者の合意が得られておらないというのが現状でございます。

具体的には一部事務組合を形成しておる保険者も日本の中にはあるわけでございますが、それは非常に地域的に限られた、かつそれまでの歴史的な流れの中で特異なものでございまして、どうも一般化するわけにはいかないんじゃないでしょうか。

うすると、どうも市町村の責任というのでも、地域とのかかわりを維持しながら一方で保険運営を安定化させるという、いわば二律背反の課題にたえなければいけないわけでございまして、そここのところについてはなかなかまだ関係者の意見が一致しておりません。関係の審議会でもその辺は御議論いただいておりますが、課題として残されておるわけでございまして、もう少しこの辺は具体的な規模の問題、構成の問題として議論を煮詰めさせていただきたいと思っております。

○荒井(聰)委員 恐らく広域行政化で非常にネットワークとなっている難しい点というのは、保険料の地域格差の面が大変大きな阻害要因になっているんだらうと思います。先ほど地域間の格差が六倍ぐらいたったというお話もされておりましたが、これらけれども、恐らく私の北海道なんか非常に高い水準の地域かと思うのですけれども、これは現実としてなぜ六倍にもならざるを得ないのか、どういふところにその原因があるのか、そんな点、何かお気づきの点がありましたら、お聞かせ願いたいと思っております。

○岡光政府委員 医療費の格差がなぜ生じるかというの、いろいろ要因があると思っております。いろいろの要因の中で非常に端的に言えておりますのは医療供給体制、もっと具体的には人口規模、例えば一万対比のベッド数などの程度かというふうなそういう医療供給体制との関係が非常に大きく相関関係があるというふうに分析できております。しかし、それは非常に一面のご意見です。その地域の健康レベルの問題もあると思えますし、それから構成している人の年齢構成で高齢化が進んでおれば、やはり医療費が高くなると思えます。それから所得状況もやはり原因があるうかと思えます。そういったことでそれぞれの原因がございしますので、その原因ごとに分析をしまして対応をせざるを得ないのではないかと考えております。

一番相関関係が明確に出てまいります医療供給体制の問題につきましては、一方では地域医療計画でその地域においてどういう医療体制を整えるかというのを今議論しているわけでございまして、具体的にまたその計画が設定されていくわけでございます。それで、しかもその医療サービスの受け方として病院に期待するの在宅に对应するの、それから、先ほど先生からも御指摘がありました、なほ、その病院とか医療施設に頼るのではなくて、みずから積極的に健康づくりをするというふうな構えにするのか、そこはいろいろそれぞれの市町村における取り組みあるいは住民の考え方、いろんなものが作用しているのだと思っております。そういう複合的な中でこの問題を考えていかざるを得ないのではないかと思っております。そういう意味では、単純に割り切れないので悩ましい問題の一つだと思っております。

繰り返すになりますけれども、問題、要因ごとに分析をして、それぞれにふさわしい対応を一つずつ積み上げていくしかないのではないだろうか、そう考えております。

○荒井(聰)委員 ぜひ高負担の問題については検討を重ねていただいて、保険料の地域格差の問題に抜本的なメスを入れていただきたいというふうに思っています。

最後に、この予算の際に新ゴールドプランが設立されました。この新ゴールドプランの設立に際しては、この予算の時期、予算の際に大変議論になって与党・政府間で最後までもめたというか、決着を見なかったテーマでございまして、それだけに、財政負担に絡んでこの新ゴールドプランについて財政問題として大変な問題だという指摘もある一方、これに期待する点も大変大きなものがあつたというふうに思っております。

特に新ゴールドプランが利用者本位・自立支援といったような点、あるいは普遍主義、総合的サービス提供といったような点、それから地域主義といったような点、この四つの大きな理念を初めて掲げたのではないだろうかというふうに思っています。そういう意味で、この四つの理念を新たに提示したという点で私は大変高く評価するわけでございましてけれども、今後これをどのように具体的に推進していくのかといったような点についてはまだまだ国民の中に幅広く深く根づいていないように思っております。この四つの理念を推進していくためには、私に質問を終わらせていただきます。

○阿部(正)政府委員 ゴールドプランを見直しとして、新しく七年度から、いわば後半五年の計画としてスタートをさせていただいているわけでございましてけれども、先生御指摘のように、やはりこれらの日本の地域社会を考えますと、その基盤整備というものがどうしても一番喫緊の課題になっていると思っております。そのためには、まずそれぞれの市町村を中心とした地域の中で具体化していかなければ、やはり国が幾らかけ声をかけてもだめなわけでございまして、そういう意味で市町村の老人保健福祉計画、県の計画というものを一つずつ来年度に展覧しますと、今までのゴールドプランでは量的にも質的にも

もやはり足らざるどころが多々あるということ、手直しをさせていただいたわけでございまして、その過程の中で、先生今お話もございましたように、所要の財源をどうするかというのが大きな議論になったわけでございましてけれども、来年度予算の中に盛り込ませていただきましたように、一定の財源を確保しまして、何とかスタートさせていただいたというふうな状況でございます。将来的にも、平成九年度以降になります、消費税の導入というのと合わせまして、一定の財源を確保されたというふうな状況でございますので、何とかこれを具体化するために、市町村の御協力を得ながら基盤整備にさらに努力を続けていきたいというふうに思っております。

その中で、先生今お触れになりました新ゴールドプランでは、新しく基本理念という四つの理念を掲げまして、それに向けて対応をしていきたいと思っております。現在の仕組みではこの基本理念から見てまだ少しそこまできていないという点があることも承知の上で、あえてこういふ理念を掲げまして運用面あるいは市町村の意識の改革といえましょうか、こういうことにも資していただきたいということ、あえてこういふ理念も掲げているわけでございまして、そういったような点についても理解を得ながら、さらに基盤整備に努力していきたい、こんなふうに考えております。

○荒井(聰)委員 ありがとうございます。終わります。

○岡田委員長代理 石田祝稔君。

○石田(祝)委員 私は若干お時間をいただきましたが、厚生行政並びに国民健康保険法等の一部を改正する法律案につきまして、質問をさせていただきます。まず最初にお聞きをしたいのは、昨日福岡地裁で判決が出ました生活保護法の生活保護世帯に関する問題でありますけれども、昨日の判決につき

まして、その裁判の概要をまず御説明いただけませんか。

○佐野(利)政府委員 お答え申し上げます。

なかなか内容がいろいろあるものですから、非常に簡単にちょっと御説明させていただきたいのですが、高校進学を目的としてという名目でございましたので、生活保護費の一部を積み立てて学資保険を掛けていたというケースの場合でございます。そのような形で学資保険の保険料を納めていくことが生活保護上適切であるかどうかということで、生活保護のケースワーカーの方はそのような保険を掛ける必要はないということで保険の解約を指導いたしました。その保険を解約をいたしましたために、それまで掛けていた学資保険の解約金が入ってきた。それを収入認定をして、その収入認定したおかげで生活保護費が減額になったということにつきまして、そのような収入認定は違法ではないか、生活保護の最低基準を維持する経費としてはそのようなものは収入認定すべきではないのではないかというところで争いになったということでございます。

たまたま、裁判を提起された方がお亡くなりになっておりました。実際にその該当者になりましたお子様が裁判を継承されたわけでございますので、一つはその裁判を継続するいわゆる訴訟当事者としての適格性があるかどうかという問題と、それからそのような結果を出したことに對して、それは国家賠償法の違反になるのではないかと、いうことで、国賠法によるいわゆる損害賠償請求、この二件が問題になっておりましたが、前者につきましては、裁判の適格性につきましては、これは当事者が既に亡くなっているということで、これは適格性がないというふうに判断をされましたし、また国家賠償法上の問題といたしましては、そのような収入認定が、実際の使途に照らしてみれば、これはいろいろな別の要件で使用されているということから、収入認定した行為については違法性はないという結果になっております。ただ、その中で、一部高校進学をあたかも認め

ないようなことになるのは生活保護上問題ではないか、あるいは学資保険を、保険料を掛けることについて、それが適切に学資保険の目的そのものに合致していればそれは差し支えないのではないかと、というような裁判官の意見がその判決の中に述べられていた、こういうことでございます。

〔網岡委員長代理退席、委員長着席〕

○石田(祝)委員 今概要を御説明いただきましたが、きのうの裁判には二つの論点がございまして、一つは訴訟を起こされた人そのものにかかわる問題点と、もう一点はいわゆる学資保険というものを認めるのか、学資保険をすることを認めるのかどうか、これは高校進学にも大きなかわりがあるということで、いわゆる一般の部分と裁判そのものの部分とを分けてやられております。裁判そのものの部分についてはさつき局長も御答弁いただきましたが、厚生省が勝訴という形になっておりますけれども、それ以外に、高校進学まで禁ずるのとはどうかという趣旨の、実質的に禁ずるようなことになる、貯金を禁止するのはどうか、こういう趣旨のことも述べられていたわけですが、

ですから、私、生活保護法を見てみますと、「この法律の目的」というところで、「自立を助長することを目的とする。」というようにも書かれています。官が言われているのは、現在の日本においては、やはり自立を助長するということは、これはすなわちもう就職をすることである。そして、その就職に關しては、やはり今の世の中、学歴ということも大事な要素であるから、その自立を助長するという目的にかなうものであれば一概にそれを禁止するというのは裁量権の逸脱ではないか、こういう趣旨の判決だったわけですね。

それで、私お伺いしたいのですが、この生活保護法では生活保護世帯には高校進学というものを禁じているのかどうか、この点はどうでしょう。○佐野(利)政府委員 決して高校進学を禁じているわけではございませんで、高校へ進学した場合でありまして、生活扶助の対象として世帯の認

定をいたしておりますので、決して禁じているわけではございません。

○石田(祝)委員 私は、今局長御答弁いただきましたけれども、高校進学といってもその準備ももちろんあるわけですね。お金が全然なくて高校進学というのはこれは非常に現実問題として厳しいことだらうと思います。我々は空中に浮かんで生活をしているわけではなくて、やはりそれなりに地面に足をつけて生活をしております。ですから、高校進学を禁じていないですよ、こう言われたときに、じゃ、それを担保するものとして、ある程度学資保険なりなんなり、一つの生活保護基準の中で、要するにすべてが税金ということですから、そういう決められた基準の中で、毎日毎日の生活の中でやはりそれなりに将来のことを考えて一生懸命積み立てられる、ある意味では学資といふこと、いわゆる将来の自立自助に役立つという明確な目的があってそれに使われるということであれば、私はもうこれは余りしやくし定規に考えるのはどうか、こう思うわけでありまして、

実は、この法律ができたのは昭和二十五年ですから、その当時と今、高校進学率も物すごく違うわけですね。現在、高校進学率が大体九五％になつてきておりますから、当時が何％か詳しく調べたわけではありませんが、その立法されたときの状況と大きく変わってきているだろうと思うのです。それで、生活保護の給付の原資自体はこれは税金ですから、やはり私は、国民がひとしくこの程度ならこれは生活保護世帯の方にも認めてもいいのではないかと、高校進学あたりはもうそろそろ私は入ってきていると思うのです。いろいろな保護世帯の方のお家の個々の事情というものは踏み込むことはもちろんできませんけれども、私の記憶する範囲では、もう今テレビとか電話、こういうものも認められてきているのです。ですから今回、私はこれは一つ提案も含めてお話をしたいのですが、例えば学資保険ですね、こういうものに関しては明確に学資、いわゆる将来

の進学のために積み立てるものだ、そういうことがはっきりして、なおかつそれが満期になったりその時々払い戻される場合それが明確に進学等に使われるということであれば、私はこれはもう認めてもいいのではないかと、このように思うわけでありまして、この点はいかがでしょう。

○佐野(利)政府委員 生活保護法で認めております最低限度の生活ということの一つの基準をどの程度にセットするかというのが争点の一つになろうかと思うわけでございます。現在の生活保護法におきましては、いわゆる教育につきましては最低限度は一応義務教育という形に法律上はなっております。そういうことからいいますと、生活保護で完全にその支給の対象とするその問題は、いわゆる最低限度の生活、こういうふうに言われるものにつきましては、これは義務教育の年限というところにせざるを得ないと私も判断をいたしております。

また、先生がお話しになりましたように、確かに昭和二十五年当時と現在とは相当変わってきている。確かにその変わってきた状況を具体的にあらわすものとして、今お話のございましたような最低限度の義務教育の関係も、昭和二十五年当時は義務教育年限を過ぎましたらすべての方に働いていただく、それを自立助長に充てていただくという形でこれは指導いたしておりました。ですから、高校へ進学された場合には、生活保護そのものを切るという形にも昭和二十五年当時は運用されていた。

それが逐次対象が変わってまいりまして、途中におきましては、例えばその高校進学の該当者だけを世帯分離をして、その世帯から切り離して個別処遇を考えるというような形も、途中で経過がありまして、それで昭和四十五年には、いわゆる高校進学の人方につきましても、これはその生活保護世帯の中で処遇ができる。ただ、その高校進学のための経費は御本人のいろいろな御努力で確保していただく。その御努力というのは、例えば

○石田(祝)委員　そうしたらもう少し言わせていただきますけれども、判決文でもこう書かれていますね。「生活保護家庭の子弟の具体的な高校進学可否を検討しても、世帯内高校進学が認められているが、現実には修学は費用的に極めて困難な状況にある。」こういうふうなことが明確に述べられているわけですね。そして、この高校進学ということは自立助長の目的にも資する、こういうことなわけですよ。

ですからこれは、今回福岡も出ました、その前に秋田もこれに似たような判決も出ておりますかかうんですね。

○石田(祝)委員 局長、お答えを差し控えるといつたつて、どこで答えるんですか、そうしたたんですよ。我々、国民を代表して選ばれてきているんですよ。ここでお答えしなくてどこで答えていたただいたくんですか。いや、いいです、いいです。ちよつといます。

国民健康保険法の第四条に「国及び都道府県の義務」というところがありまして、「国は、国民健康保険事業の運営が健全に行われるようにつとめなければならない。」こういう義務規定を設けておりますが、この国の義務、国の責務について、大臣はこの国民健康保険制度についてどのようにお考えでしょうか。

○井出国務大臣　お答えいたします。

国民健康保険制度は、国民皆保険体制の基盤を

第一類第七号

厚生委員会議録第七号 平成七年三月十五日

よろしいのでしょうか。都道府県の部分が地方交付税とありますから、もちろん厚生省の枠内だけという話ではないだろうと思いますが、この「運営が健全に行われるように」となればならない。この部分は、やはり最終的にはお金の話になるだろうと思いますが、このところ、財政についての責任だというふうに大臣が御答弁された、こういう理解でいいですか。

○井出國務大臣 いろいろな問題がありますし、またそれぞれの保険者に努力していただかなければならぬ点も多々あると思いますが、そういう努力をした結果、最終的にはやはり国が責任を持たなければならぬと考えております。

○石田(祝)委員 今回の改正案は当面の改正、このように言われておりますが、それで三年後に抜本的な見直しをする、こういうことでありますけれども、三年後は抜本的な見直しがされる、こういう理解でよろしいですか。

○井出國務大臣 このたびの改正は、当面必要な措置を講ずることにより、制度の抜本的な改革を行うまでの間の暫定的な措置だと位置づけられております。したがって、この間、二年の期間とか、あるいは老人保健関係では三年を目途に見直しをというような御指摘もいただいておりますから、この期間内に抜本的な改正を行わなければならない、こう考えております。

○石田(祝)委員 きのうですが、参考人の方々に御意見をいただきました。いろいろと御意見をいただきました。その中で、国保制度は非常に重要だ、皆さんがそれはおっしゃっておりますが、私は、国保はその持つ制度の宿命と申しましょうか、その性質からして小規模なものが多いとか高齢者が多いとか、いろいろなことがあると思いますが、これは大臣、どのようにお考えになつていらっしゃるのでしょうか。

○井出國務大臣 国保制度は、先ほども申し上げましたように、国民皆保険体制の基盤をなす制度として大変重要な役割を担っているわけでござい

ますから、今後の高齢化の進展の中にありましても、安定した制度運営を図っていくことは不可欠であります。

今後の国保制度のあり方につきましては、医療保険制度全般における給付と負担の公平化について幅広い観点から議論をしていく中で、現在老人保健福祉審議会において議論されております新介護システムのあり方等も踏まえながら、鋭意検討をしてまいりたいと考えております。

○石田(祝)委員 国保制度は、ほかの保険と違って、地域で区切られているという非常に大きな特徴があるかと思っております。これは今後私も勉強させていきたいと思います。また議論をさせていただく機会もあろうかと思いますが、これから在宅医療等を進めていく場合、皆さんそれぞれ地域に住まわっているわけですから、いろいろな保険に加入されている方であっても、最終的に治療を受けるところ、在宅という流れを大きく進めていきますと、これはやはり最後は地域医療というところにたどり着かざるを得ない。ですから、そういうこともございまして、地域医療、地域保険という大きな特徴を持ってありますから、これはぜひ今後御検討いただいて、存続はスムーズな形でぜひお願いをしたいというふうに思います。

それで、時間もございせんが、保険料軽減制度についてお伺いしますけれども、今度二割軽減を入られる制度をつくられるということですが、これは、なぜこの二割だけ申請主義になつてくるのですか。

○岡光政府委員 まず、この二割軽減制度の対象として考えておりますのが住民税の所得割の非課税の水準を参考にしておりまして、例えば三人世帯でいますと、現在、住民税の所得割の非課税で、所得ベースでございまして、三人世帯では百三十二万円でございます。こういふものを念頭に置きまして、私どもは二割軽減対象の世帯として、所得ベースで、三人世帯で申し上げますと百三十五万円というふうなものを考えておりまして、これ以下の層の世帯を念頭に置いて二割軽減

の対象にしようとしているわけでございます。こういうことでございまして、その住民税の所得割の非課税水準以下になるかどうかというの実はぶれがあるわけでございまして、いわばそういう境界線上に属するような人が対象になつていくわけでございまして、保険料の賦課時点における所得の状況を見まして、それでその軽減対象になるかどうかという判断をせざるを得ないわけでございます。その判断をしたら上で、軽減を必要とする場合の申請をしていただくというふうな、そういういわば対象の世帯の所得がぶれるというのを念頭に置きましての前提で申請ということをしていただくような仕組みにしようと考えているわけでございます。

○石田(祝)委員 六割、四割は、これはそのまま認めるというふうに聞いておりますが、そうすると、この二割の世帯の人ですね、これは要するに、二割の減額を申請されても場合によっては認めないという前提で申請主義をとられているように私は聞けるわけですが、結局その保険者である市町村なわけですね。そうすると、市町村というのは、前年の収入によって地方税というのは全部わかるわけですよ。ですから、動くとか揺れるとかいう話ではなくて、一番よくわかってるのが認定するという、その市町村が一番よくわかってる数字なんですよ。国が認定するんだとしたらその数字がつかめないとはいえませんが、市町村でやるのですから、市町村でその税金を決めるわけでしょう、地方税というのは。幾らですと、あなたの前年の収入はこれだけですよ。ですから、一番わかりやすいところがやるのですから、そんなあやふやなことをする必要はないと私は思うのですよ。

これはどっちかという、二割というのは、制度はつくったんだけれども申請してくださいよ、しないものはもとと認めませんよ、ですから漏れるものも出てくる。また、申請してきたものもカットする、こういうふうなことを考えているの

かな。ちょっとうがった見方かもしれませんが、けれども、これは局長、どういうふうになりますか。

○岡光政府委員 基準をつくりまして、その基準の運用に当たっては恣意的にこの人を外すとか対象にするとか、そういうことではございません。あくまでも今申し上げましたような住民税の所得割の課税になるかどうかという、そのところの一つの基準でございまして、その基準運用に当たりますと、例えば事業をやめていたのを再開するとか、あるいは資産について火災に遭うとか、何かそういう特別の状況変化はないかと、そんなふうなことを一応把握する必要があると思います。それで申請主義にしているわけでござい

○石田(祝)委員 最後に申し上げますが、全国の国民健康保険主管課長会議で、認めない場合もあるんだ、こういうことをおっしゃっているじゃないですか。ですから、そのところを数字で割り切るのでしたら、ちゃんと数字をきちんと決めて、その住民の収入について一番よくわかっていくところを判断するわけですから、せっかくつくられるのでしたら、余りそういう申請主義とか、そういうことは私はほしくない方がいんじゃないか。最後に意見を申し上げます、終わります。

ありがとうございました。

○岩垂委員長 青山二三君。

○青山二三委員 新進党の青山二三でございます。発言の機会をいただきましたので、何点か質問をさせていただきます。

まず初めに、国保制度と地方財政についてお伺いをしたいと思います。

今回の改正は、国保制度における高齢化の進展、低所得者や小規模保険者の増加に対応して国民健康保険財政安定化を図ることが目的であります。こうした改正によりまして地方の負担が大変大きくなつておりまして、地方財政を圧迫いたしております。

国と都道府県と市町村の費用負担額は、平成四

年度に国が五百四十億でありました。都道府県が二百七十億、市町村が二百七十億。こうしたものが、平成五年の改正によりまして、国が百億、都道府県が二百八十億、市町村が七百四十億。平成六年度には、国が百億、都道府県が二百九十億、市町村が七百六十億となりました。

国の負担を二分の一の定率から百億円の定額にしたことによりまして、市町村の負担が二百七十億から五年度には一挙に七百四十億、六年度には七百六十億へと三倍弱にふえております。すなわち、国の負担は五〇％からたつたの九％になったわけでございます。

私の住んでおります人口十七万人の足利市を例にとりまして、この制度改正により人件費の約三億円を一般財源から捻出したということであり

国は地方交付税で不足分を賄うということでありまして、国はこの財政措置は保障されたものではないわけでございます。特に、急速な高齢化の進展により低所得者が急増して、もう税だけではやっていけないところに来ている。しかし、市町村で税率を上げるわけにはいかないと悲鳴を上げている状態でございます。

国保財政の安定を図るということは、裏返せば地方財政の負担がふえるということでもあり、ここ数年市町村の苦しみが続いております。現実、国保財政は単年度ではもう賄えずに財政調整基金から繰り入れており、もうそれも底をつくところに来ているというところでございます。

この対応策として、現行の市町村単位を都道府県単位にしてほしいという要望が大変強いのでございまして、こうした地方の要望に対し、大臣の御所見をまずお伺いしたいと思います。

○岡光政府委員 大臣の御答弁の前に、数字の点を私ちょっと御説明をさせていただきたいと思

御指摘がありましたのは保険基盤安定制度のこととございまして、これは低所得者の多い場合には保険料の軽減をすることになっておりますが、

その分、穴があきますので、その軽減分を国、県、市町村が補てんをする、こういう仕組みでござい

御指摘がありましたように、本則では国が二分の一、都道府県が四分の一、市町村が四分の一、こういうふうな補てんをすることになっておるわけでございますが、平成五年度と六年度は国の財政がとてども厳しかったものですから、この二分の一を定額の百億ということにしたわけでござい

す。御指摘がありましたように、平成四年度は五百四十億でございましたが、平成六年度は百億にしたわけでございまして、その分のしわ寄せが市町村の方に回ったわけでございますが、それは全額地方財政措置を講じたわけでござい

七年度と八年度をどうするかというところでござい

いまして、どうしても現在の国の財政状況は厳しいもので、ですから本則に戻すわけにはいかない。それで御提案をしておりますのは、この七年度、八年度も定額負担でお許しをいただきたい。そのかわり百億の据え置きではなくて、国は七年度は百七十億、それから八年度は二百四十億ということ

で、できるだけ国の負担としてはふやしていきけるもの、ふやしてまいります。しかしながら、結局、そのしわ寄せは市町村に回りますので、これは全額地方財政措置を講ずるということで、これは当該市町村の一般会計負担ということではござい

うことを漏らす町村長さん方を存じ上げておりますけれども、しかし現実問題として、全国町村会の要望といった形ではなかなかとまらないことも現実でございまして、これはやはり保険者ごと

に保険料の格差があることなどからなかなか難しい面があるのだと考えております。

今後、厚生省といたしまして、医療保険審議会における議論等を踏まえながら国保制度の抜本的見直しの中でさらに検討を重ねてまいります。と

考えております。

○青山二二委員 昨日の参考人の方も話をしておりましたけれども、現在市町村単位ということ

で、同じ県内に住んでおられても保険料が異なる。例えば、遠う町に引っ越したときには保険料が多くなったり、また大きな市へ移りましたときには保険料が安くなる、そういうことがありまして、もう選挙のときには大変だ、こんなお話がござい

ましたと思ひます。

○岡光政府委員 まず滞納の関係でござい

ます。御指摘がありましたように、平成四年度、市町村国保の保険料の未収額は、全体では約一千五百億、保険料調定額の七％弱でござい

ます。収納率は平成四年度では九四・六九％という状況でござい

ます。

御指摘がありましたように、この収納率を向上するということは国保の運営上必要不可欠でござい

老人医療費を、まず国、地方自治体の公費と、それから各保険の拠出金、そして患者の負担、この三本柱で賄っており、

制度の導入当時は、老人の加入率が二〇%を超えるという団体はほとんどありませんでしたけれども、この例のないスピードで進む高齢化の進展によりまして、三千二百団体の国保のうち五割以上が二〇%を超え、分担割合が大変にふえております。

国保財政の悪化の背景にあるのは、この老人医療費の負担の急増によるものであり、このため国保は、一昨年から、割り増し分の撤廃を国に要求してまいりました。一方、老人加入率が低い健保は、全国平均の老人加入率がふえたために、拠出金額が支出全体の三割以上を占める団体も出ており、不公平だとの不満が大きく、国保の撤廃要求は健保の一層の負担増になるということで、大反対をしております。

そこで今回、老人保健福祉審議会の答申を受けて、この割り増し分の対象となる加入率を二〇%に上げることになりましたが、厚生省の資料によりますと、この改正による財政影響試算は、政管健保が三百一億の増、健保組合が八十八億の増、市町村国保が五百七十一億の減、共済組合が五十四億の増、国保組合が三十八・五億の増となる見通しでありまして、どちらにも強い不満を残す結果となっております。

また、老人医療費の拠出制度のあり方については、先ほど来お話がございましたが、三年以内に見直すとしておりますけれども、介護制度とか予防医学の充実による老人医療費の伸びの抑制、そういうことを考え、老人医療制度の抜本的改革を進めたい限り、問題の先送りということになつてしまふと思うわけでございます。

ですから、今後どのように対応していくのか、大臣にお伺いしたいと思います。  
○井出国務大臣 今先生お話しくださいました、双方が不満を残したまま合意、確かに、それぞれの財政を考えた場合、片方はもう少し拠出してく

れというお立場ですし、もう一方は余り出したくない。したがって、そういう相反する状況で合意をしていただくという難しいテーマなわけでございますが、もともとこの老人保健法スタートのころ、国民ひとしく親孝行とかいうキャッチフレーズでスタートした、こんなふうにも聞いておりますから、やはり余裕のある方には少し我慢をしてやっていたただなくてはならぬ筋合いだと思っております。

それはそれといたしまして、今回の老人保健制度の改正は、老人医療費拠出金の算定に用いられる老人加入率上限の二〇%を超える保険者が大変ふえてきたことにかんがみまして、財政影響額が過大とならない範囲で老人加入率の上限の引き上げを行わせていただくことを内容としたものでございます。

ただ、今回の改正に当たりましては、老人医療費拠出金のあり方をめぐってさまざまな考え方や御意見があったこと、また今後、公的介護制度の問題の検討に関連して、老人保健制度についても基本的な見直しを行う必要があること等から、法律の施行後三年以内を目途として老人医療費拠出金制度のあり方について基本的な検討を行うこととするともに、この検討に基づく措置が講じられるまでの間の当面の措置として、老人加入率上限の段階的な引き上げ等の措置をとることとしたものでございます。

公的介護システムのあり方を中心とした検討がこの二月から老人保健福祉審議会において開始されておりますから、今後はその動向等も踏まえながら、老人医療費拠出金制度のあり方に関する基本的な検討に取り組んでまいりたいと考えております。

○青山(二)委員 国保の厳しい状況を考えますと、制度の構造的問題を抜本的に解決するため、医療保険制度全体の見直しが必要に行われなければならないと思うわけでございます。  
そこで、制度全体を見直す上でも考えなければならぬのが高齢化社会の問題でございます。全

国の六十五歳以上の高齢者の割合がもう一四%を超えておりまして、昨年、厚生省が介護を要する高齢者数を集計したところ、百万人に達しております。また、生活上の援助が必要な高齢者も百万人あり、合わせて二百万人。この数は、西暦二〇〇〇年には二百八十万、二〇二五年には五百二十万人になると見えております。

昨年、総理府が三十歳から六十歳の国民に行った調査では、九割が高齢期に不安を感じ、最大の不安は、自分や配偶者が病気になること、あるいは介護が必要になったりすることであり、介護に不安を感じているのは高齢者だけではないということがわかりました。家族の数も減り、家族、特に女性による介護はもう限界に来ております。国民の不安を取り除くことは国の責務であると思はれます。

そこで、厚生省の介護計画、特に、九七年度実施を目指しているという聞いておりますけれども、公的介護保険の導入について、昨年の十二月には研究会の報告書もまとめられて、先月審議もスタートしたところでございます。基本的には、審議を見守っていくということは大臣としては当然の言葉業のように思いますが、大臣という最高責任者の立場で、この介護保険に對しましてどのような御見識をお持ちになっているのか、お伺いしておきたいと思っております。

○井出国務大臣 御指摘のように、昨年の十二月に研究会から御報告書をちょうだいして、それを今老人保健福祉審議会の方へお諮りしておるところでございます。

これから高齢化社会を迎えるわけでして、迎えるというよりも、入っているわけでして、介護の問題は大変大きな問題です、やはりそれなりにお金もかかるわけでございますから、これをどういう形で捻出するかというの喫緊の課題でございます。その中の有力な選択肢の一つとして公的介護保険があるわけでございまして、今審議会でも御検討いただいておりますが、厚生省の方にも勉強会を設けて、例えばドイツの状況な

ども、あちらへ行ったりいろいろいろいろな資料を取り寄せて研究をしておるところであります。

○青山(二)委員 ただいまの介護保険導入につきましては、加入者の範囲を何歳にするかとか、また家族介護に現金給付を行うのかどうかとか、いろいろな検討すべき課題が山積しておりますので、かなりの時間がかかるであろうことも予想されるわけでございますが、介護を社会的労働とらえて、その介護費用をみんな広く薄く負担しようということで、高齢者の介護を社会全体の問題として考えていくことは画期的なことであり、期待をするところでございます。

そこで、その介護保険導入に伴いまして、少し気がかりな点についてお伺いしたいのでございます。研究会の報告では、介護手当よりも介護サービスの支給が主であります。保険あつて介護なしの状態にならないために、導入されるまでに十分な数のホームヘルパーを養成する必要があると思っております。

国と自治体は、一九九九年を目標にゴールドプランを進め、この春折り返し地点に差し掛かっていますが、市町村の必要数は計画を大幅に上回ることでわかり、改めてホームヘルパーの目標数を二十万人に倍増するなどの新ゴールドプランが作成されたところでございます。しかし、残念ながら、昨年暮れの予算折衝ではヘルパー数を十七万人とするというところで決着されてしまいました。昨年の十月、大臣よりホームヘルパー確保に関して積極的な御答弁をいただいたところでございまして、財源不足とはいえ、予定されていた数より三万人も少ないという決着に大変残念な思いをいたしました。

ヘルパー専門の養成施設での研修や、あるいは処遇の改善にも努力くださると約束をいただいておりますが、現在の状況では、介護の人材確保はかなり難しいのではないかと考えられます。いま一度マンパワー確保について、単に頭数をそろえるのではなくて、質の向上の面からもこの取り組み

みについて具体的にお伺いをしたいと思います。

また、ヘルパーに対する研修ですが、今回の震災を教訓として、緊急時の対応をマニュアル化し、研修しておく必要があると感じましたが、この点もあわせてお伺いをしたいと思います。

○阿部(正)政府委員 平成七年度からスタートいたします新ゴールドプランにおきましてヘルパーさんの数でございませうけれども、先生、誤解いたしてはちよつと残念なのでございますが、昨年の夏以降、私も二十万人というふうに数字を出したことがございませうけれども、それと、市町村がつくりました老人保健福祉計画の集計をしたものとは違っております。そもそも集計では十七万人というふうな計画になっておるわけでございませうので、今回ゴールドプランの数値目標として出しました十七万人で市町村の老人保健福祉計画に算定されておりますヘルパーさんの数は十分吸収できると私は思っておりますから、今回出した数値目標によって、まだ足りないもので市町村が計画しているヘルパーさんの数の予定を低目に抑えなければいかぬというところは一切ないというふうに考えております。

もちろんそれを実際に現実問題として、五年先の数値目標でございませうし、それぞれの市町村の集計した結果が例えば十七万人をはるかにオーバーしたら、それはそれでまた必要な財源措置なり計画なりというものは考えなければいかぬだろう、こういうふうな思っております。

それからヘルパーさんの研修といましようか、質の向上の点でございませうし、相当な数の方々を確保しなければいかぬということで、言ってみれば質の向上と量の確保という難しい問題を、一見矛盾するようなことをこの五年間やっていかねばいかぬので、なかなか十二分といくかどうかちよつとわかりませうけれども、私も、私どもとしても、現在研修制度、ヘルパーの講習会というものを、各都道府県かなり力を入れてやっていただいておりますし、かなりの数の方々が受講さ

れております。

その研修の中身につきましても、現在研修制度の中身をもう一度見直ししております。もう少し質の高いサービスができるような形での研修にしていきたいというところで見直しをして、近く新しいカリキュラムといましようか、講習内容の見直した結果を各都道府県に指示いたしまして、質の向上を図っていきたくと思っております。あわせて、これからの社会でございませうので、例えば衛星放送等を使いましたより質の高い講習が小さな都道府県などでも受けられるような、マスメディアといましようか、情報機器を活用した研修ということも改めて取り入れていくように努力したい、こんなふうに考えております。

○青山(二)委員 期待をいたしておりますので、どうかよろしく願ひいたします。

大臣も御答弁いただけませんか。

○井出(国務大臣) 後の方のことを私からお答えをいたします。

阪神・淡路大震災におきましては、あの困難な状況の中であったにもかかわらず、ホームヘルパー等の在宅福祉サービスの担い手の方々が、在宅高齢者の安否確認あるいは迅速なサービス提供に大変御苦労をくださったことに感謝しております。

しかし、いかんせんあの大きな災害でございまして、なかなか行き届かなかった、混乱したことも、一方また事実であります。したがって、これを重く受けとめて今後に対処していかなければならぬと。災害時に在宅の要援護者の状況を迅速に確認できる体制はいかにあるべきか、あるいは行政や民生委員等の福祉関係者との間、さらには民間のサービス事業者あるいは地域の住民の皆さんとの間にどんな提携がなされることのできるのか、こういった点を検討していくべき課題だと考えておりました。防災基本計画の見直しの検討も今進めておるところでございませうから、これらの問題もあわせて、常に数多くの高齢者や障害者の方々がおられるのだという認識のもとに

検討を進めていきたいと思っております。

○青山(二)委員 まだ何点か質問を用意いたしました。また次回に回すことにいたします。

これで終わらせていただきます。大変ありがとうございました。

○岩垂委員長 鳴下一郎君。

○山下委員 大臣、お疲れさまでございます。

きのう参考人に対する質疑等が行われました。国民健康保険制度の財源論を中心に審議がされたというふうに理解しているわけですが、それだけの立場で大変な御苦労をしながら国保制度を支えようとしていることは、これは敬意を表したいと思います。

ただ、私がきょう質問させていただいたのは、幾ら財源を確保しても、出る方がきちんとチェックできていないと幾ら財源があっても足りない、こういうようなことになってきやしないかということに強く私は懸念しているわけでございませう。いずれにしても、医療サービスを含めていいサービスを提供する、それを受けるのも国民ですけれども、結果的にそういうサービスを供給するための負担をするのも国民でございませう。そうすると、医療サービスを受けていく側が余り過剰にいろいろな形でサービスを、現状以上なことが行われていくと、結果的にはそれは国民の負担に降りかかるといふようなことで、その交通整理をするのはまさしく行政だろうと思うのですが、その辺のことで幾つか質問をさせていただきたいと思っております。

まず最初に、これは予防接種の話なのですが、予防接種が集団接種から個別接種に変わることになったりまして、厚生省がガイドラインを出しました。これが実際の現場の現状とかかなりの部分で乖離しているように私は理解しているのですが、その実際の運用に当たって現場の医師が困っている部分がたくさんございませう。

を改正する法律案に關しての討論が行われましたが、ここで、国の責任について当時の谷保健医療局長が「国として市町村に予防接種の実施義務を課し、また実施体制の整備を図り、また予防接種の健康被害に對し国の責任において救済を図る」ということにおいて何ら変更はない、こういうふうなことで「予防接種についての国の責任が後退した」ということは全くない」と答弁されてい

ます。これは、この「予防接種ガイドライン」に沿って行われたらという大前提なのだろうと思ひますけれども、国の責任をとるということとは、このガイドラインどおりに接種を行った場合ということなのだろうか、このガイドラインからどれほどずれた場合にはその限りではないよというふうなことなのか、この辺のことについての御見解を伺いたしたいと思います。

○松村政府委員 予防接種を取り巻きます環境の変化に對応いたしまして、平成六年十月より新しい予防接種制度がスタートしたところでございませう。これは、より安全な予防接種を実施するために、接種対象者のかかりつけ医師による個別接種を原則として、その体制の整備を推進しているところでございますが、今委員御指摘の予防接種のガイドラインというものは、今回厚生省といたしましては、予防接種の実施に際しまして十分な予防を尽くしていただいて安全な予防接種を実施するために、予防接種の実施主体でございませう市町村及び都道府県に對して予防接種の実施要領を提示しておるところでございませう。

これは主として市町村あるいは都道府県の事務方に予防接種のやり方について説明をしておるものでございませうが、これと並びまして、接種の担当医の方々に技術的な面を指示する、技術的な実施のやり方の細かい点について予防接種のガイドラインといふものを指示しておるところでございませう。これはいわば一つのモデル、こんなふうなことを考えていただいて、こういったことを参考に予防接種を実施していただきたい、このような考えでございませう。

〔委員長退席、山本孝委員長代理着席〕  
○醫下委員 そのガイドラインのことなのですが、現状の診療現場からはかなり乖離している部分が実際にございます。例えば、そのとおりに従ってやらなければいけないというようなことになりまして、開業医のほとんどがなかなかそれを実施できないというようなことを私は懸念するわけですが。

実際どういふようなことがあるかということをおし上げますと、例えば「予防接種ガイドライン」の八ページに「個別接種を実施する医師は、予防接種時間又は場所を一般外来とは分けて実施し、一般の受診者から接種対象者が感染を受けないうように十分配慮しなければならぬ」というふうにあります。実際に院内感染を防ぐという意味においても、予防接種外来と一般外来を分けるということとは、これはある意味で理想ではありますけれども、接種医の立場に立って見ますと、だれでもが心がけていることではありません。具体的にガイドラインでそれをきっちり義務づけられたような形になりますと、なかなか現状にはそぐわないというようにございいます。

第一に、大学病院とは違っていて、第一線の開業医、かかりつけ医は概ね一人の医師がやっておりますし、診療所も一つでございます。それから、同行の付添者、母親とか保護者の都合によって一般外来に食いついて接種をしてくれというふうな依頼もあるわけでございますので、そういうようなときに、その個別の接種をかりつけ医の手によって行っていく利点ではありますけれども、具体的には、そのガイドラインそのものをきっちり実施するというのはなかなか難しくなります。ということとは、これに沿ってやれというふうなことになる、大半の開業医やかかりつけ医は現実には接種ができなくなってしまうというふうなこと、理想と現実のバランスをよく考えた上で、接種に協力しようとする意欲のあるお医者さんたちが本場の意味で現場に即した形で安心して接種できるようなガイドラインをつくっていた

だきたい、こういうふうに考えるわけでございます。さきに引用した八ページの文言を、例えば「個別接種を実施する医師は、予防接種を比較的一般外来の少ない時間に実施し、なるべく別室において行いが望ましい」というぐらいい変更していただけたら、実際にそぐうのではないかとこのように思いますが、その辺にしましてはいかがでございますでしょうか。

○松村政府委員 個別接種ということでこれを実施する際の問題点ということでございますが、通常の診療時間帯と同じ診療時間帯に、同じ診療室において一般の診療と予防接種が行われた場合には、一般の患者の中には感染症の子供さんもあるわけでございます。健康な接種対象者の乳幼児が別の疾病に感染するおそれがある。こういうところから、予防接種の安全性を最大限確保しようというところで、一般診療と予防接種の時間帯あるいはまた場所を別にすることが望ましい、こういう趣旨でこのガイドラインが書かれているわけでございます。したがって、比較的一般患者の少ない時間帯に予防接種の時間帯を設ける等の配慮をお願いしたい、こういうふうな趣旨でございますので、御理解をいただきたいと思います。

○醫下委員 そういふようなことでしたら大変現場の医師はみんな喜ぶだろうと思っております。あと、個別接種の方の流れになっているというのは、ある意味で、接種を強制するのではなくて、家族の方々のいろいろな価値観、それから個人の健康観等に関して尊重をするという意味では、私は一定の評価をするものでありますけれども、このガイドラインの九ページに「予防接種と子どもの健康」や市町村の配布した予防接種の説明書を読み、保護者又は本人が予防接種の必要性を理解したかどうかを質問する」と質問せよというところで、必要を「必要を」理解していない場合には、あらかじめ説明書を用意しておき接種施設で読ませる必要がある」と、医療機関でのさらなる説明が義務とされております。

そして、さらに、再度の検温も別箇所義務づけられているというようにございいます。これは、医師が必要と判断した場合には当然行われることですが、個別接種においては、これをガイドラインで余りきつちりと規定するのじやなくて、接種医の判断に任せるべきだろうと思っております。

それから、もう一つ。これも私もうかと思うのですが、同じく九ページに「一時間に対象とする人員は四十名程度に設定する」として、「医師一名で実施する場合に、一時間の対象人員は二十名程度とする」と、接種人数の制限や規定がされております。これも医師の力量や裁量によって行われるべき話で、本来強制されるべき話ではないと思うのですが、その辺についてももう一度伺いたいと思っております。

それから、もう一つ。結論的なことでございすけれども、医師そのものは、国家試験を通過した国家資格を持つ人間でございまして、その医師に対してこのガイドラインというのは、非常に何か微に入り細に入りうるさいことが書いてあるわけですから、これを実施しようということは、大体、一人の医師が一時間に二十人しか注射してはいけぬという話、そもそも現場とはかなりずれている話でございまして、このようなガイドラインどおりに接種を行わなければいけないというようにすることにしまして、もう一度、柔軟な厚生省の御見解をお伺いしたいと思います。

○松村政府委員 いろいろ、幾つかの点につきまして御質問でございしますので、順次お答えを申し上げます。まず、保護者の方に説明書を読んで理解を求めなさいというところでございしますが、これは、今お話しするように、今回の予防接種というものが、義務接種というところから、接種を受けるように努力をしない、こういう努力義務というふうに変わりました。それで、接種対象者及びその保護者がみずから進んで接種を受ける環境整備というものが非常に必要になってくる、こういうことでござ

います。このために、各予防接種会場には、前もって情報の盛り込まれたもの、冊子が用意してございす。これを先に、接種前によく読んでいただく、こういうことになっておりまして、この情報をよく理解した上で、それから進んで接種を受ける、こういうことにしたいということで、やはり比較的小児の場合に、朝家庭ではかかってまいりまして、予防接種会場に参りまして予防接種をいざしようというときにはかなり体温が変わっているというふうなこともあると言われております。そこで、予診というものを十分に尽くしていただくために、やはり接種直前に体温をはかる、こういうことを私もお願いをしておるところでございます。

それから次に、体温をはかるということでございますが、これにつきましては、専門の先生に御説明するのはいかがかと思うのですが、往々にして小児の場合に、朝家庭ではかかってまいりまして、予防接種会場に参りまして予防接種をいざしようというときにはかなり体温が変わっているというふうなこともあると言われております。そこで、予診というものを十分に尽くしていただくために、やはり接種直前に体温をはかる、こういうことを私もお願いをしておるところでございます。

それからさらに、一時間の接種人数のことでございしますが、このところはやはり一般の接種医の先生方に誤解があるのではないかと承知しておりますが、私どもが一時間に医師一人で二十名というところをお示しいたしましたのは、市町村の事務職員が予防接種を実施に計画をする場合に、お医者さん一人当たり一時間二十名ぐらいが適当ではないか、こういうことで、私どもは、市町村の事務当局が予防接種の計画を立てるときに二十人というところで計画を立てていただきたい、こういう指示をしておるところでございます。

は目安でございますから、これを越えるというところもあつてもいいかなと思つております。ただ、私も、全国的に標準を示すという意味で二十名ということを示したわけでございます。

それからもう一つ、最後に、予防接種のガイドラインの性格づけについて再度の御質問でございますが、私も、これをよく理解をしておる専門の先生、こういう先生ばかりではない、広く地区の医師会のメンバーの先生方に予防接種というものを御協力いただく、そういうチャンスも多いというところで、専門の先生方をお願いをいたしまして、かなり細かいところまで注意という形をとらせていただいた。それが、非常によく書かれておられる先生から見れば、こんなことまで書かなくていいよ、こういうふうなことになるおののかと思ひますが、あくまでもこれは一つのガイドライン、目安ということで、これを参考にしていただきたい、このように思つております。

○鴨下委員 二十人でよくて二十一人でだめだということではないというふうに理解させていたいただきたいと思ひます。

それから、やはり一般の開業の先生方が一番心配しているのは、厚生省がこういうことを言っているのにこれに従わないで、万が一医療の事故のようなものが起こったときに、果たしてこれは自分の責任だけでやらなければならないのか、この辺のことを一番心配をされているわけでございまして、その辺について、ぜひ厚生省なりの御配慮をいただきたい、こういうふうに申し上げたいと思ひます。

次の質問でございますけれども、きょうの、これは三月十五日の花粉の飛散予測というところで、東京は非常に多いということなんです。特にこれはもう歴史始まって以来ぐらいの、杉の花粉が多く飛散しているようでございます。

例えば、杉の花粉症というものの症状としては、目やそれから鼻の、くしゃみや鼻水が出るという症状がありますけれども、これが、都市部なんかでは国民の約二〇％ぐらいが何らかの

形で花粉症症状を訴えるというふうな疫学調査、これは厚生省の一九九一年の保健福祉動向調査の中でも言われているわけでございます。

この花粉症というのは、一般的にはくしゃみだとか鼻水だとか鼻詰まりだけではなくて、目もかゆくなりますし、それからのもかゆい、それから空っぽが出るというふうなこともありますし、それに伴つて眠りもうまくいかなくなりますから精神・身体症状も出ますし、それから不定愁訴というふうな形で体がだるいとかというふうなこともございます。それからさらに、程度の差はあつても、頭が重いか、頭痛だとか、それから体のほてりだとか、熱感だとか、いらいだとか、胃腸のぐあいが悪い、極めて多彩な症状を訴えるわけですから、これはもう御専門家じゃない立場で大臣に伺いたいのですが、こういうふうな症状で花粉症で悩んでいる方が一体どの科に行ったら一番適切なのかというふうなことをお答えいただきたいと思います。

○井出国務大臣 私は、幸いなことにこれまで花粉症にかかったという自覚がないものですからよくわからないのですが、実はことし、ちよつと最近目がこぼれ、あるいはそうかなというふうな思つて居るのですが、目の場合は眼科、鼻の場合は耳鼻科へ行く以外にないのじゃないかな、こんなふうな思つております。

○鴨下委員 大臣おっしゃるとおり、実際に国民の多くの方々は花粉症の症状に応じてさまざまな病院に行くわけですね。例えばくしゃみ、鼻水を主体とする場合には耳鼻科にいらつしやいます。耳鼻科へ行つて点鼻薬とそれからアレルギーの薬をもらいます。それで目のかゆみはよくありませんから、それじゃと次は眼科に行きます。眼科に行つて点眼薬をもらいます。眼科でも、これはもしかするとアレルギーかもわからないといつて、大概の方は耳鼻科へ行つたといふことを余りおしやらないので、そこでまたアレルギーの薬をもらうことが多いわけですね。そして、鼻と目はそこそこ解決したのですけれども、

実際にはせきが出る方もいます。そうすると、今度は、せきのことを治してもらおうと思つて内科だとか呼吸器科に行くわけですね。またそこで同じようなアレルギーの検査を受けたりアレルギーの薬をもらつたりというふうなことで、大変重複して検査や投薬が行われて、国保財政破綻しそうなんで言つていまして、患者さん大変困りますし、手間、三度手間でも、患者さん大変困りますし、さらに医療費そのものの中でもそういう大変なロスがあるという、こういうふうなのが現状でございます。

この辺にしまして、現実には標榜科といひまして、どの科に行つたらいいかというのは国民がなかなかわからない。耳鼻科の先生の中にだつて、アレルギー専門じゃなくて、むしろ喉頭がんとかそれから舌がんの専門家もいらつしやるわけ、アレルギーというふうなことで花粉症で行つてもなかなか適切な治療をいただけない場合もございまして。そういうふうなことで、本来でし

たらアレルギーの病気がアレルギーの専門家に行きたいわけだけれども、それがなかなかわからないので耳鼻科へ行つたり、眼科へ行つたり、呼吸器科へ行つたり、内科へ行つたり、あるいは皮膚科へ行つたり人もあるからわからない、こういうふうなことで大変なロスがあるわけでございます。それからもう一つ、そういうふうな意味で言いますと、これは、阪神・淡路大震災のときの甚大な被害に対しまして、日本医師会の村瀬会長が村山富市総理大臣に対して、それから厚生大臣に対して、二月一日に要望書を出しました。これは、日医ニュースの号外の中にも、要望書を出しましたという報告があるのですが、その中で「現地の医療は、地震発生直後の救急救命医療から風邪・インフルエンザ等の一般的な急性疾患や慢性疾患の継続的医療に変わりつつあります。」その後

のくだりなんです、とりわけ、被災の精神的ショックによる心身症に対する対応の必要性が強く、「こういうふうなことが書いてありますけれども、被災者の心身症の増加が懸念されていま

すというふうなことで、厚生大臣は心身症という言葉を使つたこと、もしくは御存じだとすれば、こういうふうな病気の、病態に關してどのような科で受診をしたらいいかというふうなことで、これは専門的なことじゃなくて、もちろん御存じなくても構いませんので、お答えいただきたいと思ひます。

○井出国務大臣 今回の大震災が起こるまでは全く知りませんでした。こういう災害の起こつた後、最初は外科的な治療が大変緊急だ、続いて内科、やがて心理面のケアが大変大事だというふうな御議論の中で知るようになりました。

○鴨下委員 少し御説明をさせていただきたいと思ひますが、心身症というのは、精神的なさまざまなショックとかストレスによって起こってくる体の症状、体の病気でございまして、確かに阪神・淡路大震災のときも、避難所で避難されている方々の中にはそういう精神的なストレスによつてだんだんと潰瘍、胃潰瘍がふえたりとか、そういうふうなことがあるというのを聞いています。そういうふうな意味で、心身症というふうなことが、ストレス社会と言われて居る現代の中で、実際には今非常にふえているわけですね。

例えば、これは一つ私が拝見していたケースなんです、二十八歳の女性でして、心臓がどきどきする、それから時々脈が乱れるというふうなことでいらしたわけだけれども、その患者さんは、それまでに心臓の病気がないかということを中心として近所のお医者さんに行きまして、心電図をとつたり、それから心臓の精密検査を受けたりして、とうとう最後にはどこも異常がなくて私のところへいらしたのです。そのときにこの方は、そういうふうなストレスによつて起こつたというふうに気がつかないで、医者を転々として、そのときに行われた検査が、例えばホルター心電図という二十四時間の心電図、それから負荷心電図、心エコー、それからアイソトープ検査、腹部エコー、胃カメラ、脳のCT、全身CT、心臓カテーテル、胃透視、その他血液学的検

査をさまたげようなことで、しかも病院は四カ所を転院して、重複して受けた検査もたくさんあるというようなことで、言ってみれば患者さんがびびりたりの、自分がかかっている病気の専門のお医者さんに出会うまで実に転々としなければいけないという、こういうような事実がございまして、患者さんにとってもこれは精神的、それから肉体的な負担も多いです、検査そのものがきつい検査もありますから、それによって症状が悪くなるということもあります。それからさらに、患者さんの経済的、時間的負担も多いですけれども、それにも増して、医療費そのものに及ぼす影響というのははかり知れないものがございます。

そういうようなことで、私は今二つの例を申し上げましたけれども、例えば杉の花粉症というのは大変多い病気です、それから心身症という病気がストレスに関連して、決して大震災以降のことだけじゃなくて一般的なサラリーマンの方にも多い症状、病気がわけございまして、花粉症に關してどこに行ったらいいかというのは耳鼻科じゃないかとおっしゃっていましたが、心身症はそれまで余り御存じなかったというように、実際には今の時代の流れの中でふえてくる病気に、実際のはたくさんあるわけですが、それを適切に診てくれる医者というのはどこにいるのかというのを国民がなかなかわからないのが現状なんです。

それはどういふことかといいますと、国民が、どの人かというお医者さんなのかということを標榜されている科を見つけて出するために、例えば内科だったら内科、小児科だったら小児科、産婦人科だったら産婦人科ということはあるはずけれども、この標榜科目についての適切な情報が今十分でない、あるいは専門性を開示できないというようないことがございまして、それをきちんとすることによって、重複する検査だとか治療だとか、投薬

による医療費のむだ遣い、この辺のところはかなりの是正されるのではないかと、私には考えるわけですが、この辺に關して、標榜科を上げるというようないことが患者さんにとっても、医療費削減にとっても大変メリットがあるということをお私には考えるわけですが、大臣はその辺に關してどうお考えになるか。

○井出 国務大臣 実は私もいろいろな方から、例えばリウマチ科とかあるのはアレルギー科は厚生大臣に前に要望書が出ていることも承知しております。そういういろいろな専門的な、我々が従来考えていたよりはずっと狭いといえ狭いかもしれないけれども、そういう御希望があるんだなというところは、最近こういう立場になりまして理解もしつつあるところがあります。

○谷 修 政府委員 先ほど来、先生のお話ございました。いまは標榜科ということもございまして、現在の医療法におきましては、御承知のように、広告できる診療科目名というのにつきましましては、厚生大臣の諮問機関でございまして、医道審議会並びに医学医術に関する学術団体の意見を聞いた上でこれを定めるという形になっていてございまして、医道審議会の中に診療科目の標榜専門委員会というのを設けまして、議論を始めたわけですが、現状を申し上げると、先ほど先生もお触れになりましたいわゆる専門医あるいは認定医という制度と言っていると思いますが、これが各学会を中心としたしまして非常に活発に議論が行われ、かつまた、既に幾つかの学会では認定医、専門医、あるいは指導医という形で認定をされてきているという現状がございまして。

一方、現在の標榜科というのは、御承知のようにいわゆる自由標榜制という形で、標榜する医師の資格というのについては何ら定めといたしませんか、そういうものがないわけではございまして、そういう観点、そういう現状の中で新たな標榜科、先ほど来お触れになりましたようなアレルギー科あるいは心療内科というようないことかと思っております。

が、そういうことについてのいろいろな学会からの要望があるわけではございまして。そういう現状の中でこれをどのように取り扱うかということ、今海外の状況、主たる外国の状況についての調査をしておりまして、こういうようなことを踏まえて、私どもとしては、この検討委員会においての検討を進めさせていきたいというふうに思っております。

○山本(孝)委員長代理退席、委員長着席  
○鴨下 委員 今そういうお答えでしたけれども、現実には、昭和五十三年の標榜科目を新規に認定したというようないことから、一切標榜科目がふえていないわけですね。

ちなみに、そのときの標榜科目名について申し上げますと、美容外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、矯正歯科、小児歯科というようないことの六科目なんです。大臣がさっき、専門的で範囲は狭いともおっしゃるというようないことを、例えばアレルギー科、心療内科に關しておっしゃいましたけれども、むしろ、これなんかを見ますと、疾患の広がり、もしくは疾患の患者さんの数からいまして決して多くはない科が五三年には認められていたわけですが、それ以降そういうような動きがないというところに關して、私は非常にその辺のところは、厚生省が今の医療ニーズに即した形で標榜科目を本気で考えていないのではないかと、この辺のことを思わざるを得ないわけです。

現実には、これは昨年の十月十九日の厚生委員会、矢上雅義委員の質問に對しまして当時の寺松政府委員が、「広告できます診療科目につきましては、平成四年の医療法の改正におきまして、医学医術の進歩や国民の要望というふうなものに柔軟に対応できますようにということで、政令で定めることになった」というふうに答弁されております。また、それに引き続きまして、医道審議会のもとに診療科目標榜専門委員会を設置し、認定基準の検討、それから十月十九日現在、「今各国からの診療科目の状況につきまして資料等を

取り寄せているところでございます。」というふうにおっしゃっているわけですが、国民の要望に柔軟に対応した改正からもう既に三年たつています、それからさきの、今取り寄せている最中ですよというふうにおっしゃって五カ月余りたちました。この間の医道審議会の審議、それから調査内容及び検討状況等についての進捗状況を具体的に示していただきたいと思っております。

○谷(修) 政府委員 海外の状況につきましては、その委員会からの指示のありましたイギリス、ドイツ、フランス、アメリカについて調べておりますが、既にアメリカ、フランス、ドイツの結果は概括的に入手をいたしております。ただ、イギリスについては、まだ引き続き調査を行っている段階でございます。

この検討委員会につきましては、そういったような状況でございましたので、今お触れになりました昨年の秋以降、今のところまだ開催をいたしておりません。この海外の調査もほぼ終わっておりますので、できるだけ早く、この結果を含めて御議論を再開をしていただきたいというふうに思っております。

○鴨下 委員 結局は、国民は病気になるたびに一体何科に行ったらいいのかわからないで、たらいのかわり情報も十分わかってないで、現に花粉症の人がこんなにいるわけですが、大臣も含めて、幾つかの科に行くというようないことになってしまつたわけですね。現にきょう、あるクリニックに、大体今の段階で、きょうの段階です、どのくらいのパークセント、花粉症の人が来ていますかという話を幾つか聞いてみたのですけれども、二〇%から三〇%の人がきょう、きのうあたりは花粉症の人だというふうに言っています。というところは、そういう人たちが実際に困らないように、標榜科名につきましてはぜひ早く対応していただいて、原則的に私は、広告規制というのはいずれ意味のないものも多いわけですが、今

まで五十三年までに認められた標榜科目が必ずしもそれでベストだということではないわけですから、それ以後の時代の要求に応じて早急に対応するように強くお願いを申し上げたいと思います。それからもう一つ、次に薬価のことについて少しお伺いしたいと思います。

薬価というのは医療費に占める割合が大体三〇%から三五%ということで、国民総医療費の中ではもう七兆円を超えるようになっていて、わけですけれども、医療費の中に占める薬価の割合というものは非常に高くなってきているわけですね。それを厚生省がある意味で薬価をある程度コントロールして、できるだけ薬剤費の比率を下げようというところで薬価を切り下げていくということをこつとこつとやってきたわけですね。それで、では結果的に薬剤費は減ったかというところでない部分がございまして、これはどういふことかというところ、一つの薬の薬価を切り下げていくと、あるところで、例えば診療所の先生もしくはメーカーが損益分岐点を割るような事態になってくると、違う高い薬に乗りかえる、こういうようなメカニズムが働きます。せっかく厚生省がある薬の薬価を切り下げて、できるだけ安く使おうと思っているのに、すけれども、現実にはそうならないということがあるわけですね。

つまり、一つの薬の薬価を切り下げると、医者にとつては、次第に薬価差がなくなるということでその薬を使う魅力がなくなりますが、それから、メーカーにとつても利幅が小さい商品に対しては売価を低下してきます。そこで、例えば若干の化学構造の変更をして効能を少しよくした新薬を本場に莫大な開発費と時間を投入してつくり、以前よりも高い薬価で市場に出すというようなシステムになっているわけですね。ですから、結果的には、薬価の切り下げによって医療費の削減になるどころか高い薬に乗りかえさせるといふことで、総薬剤費がどんどん高くなってしまふということがあります。まあこれは一つの例で、これは別にこの薬をや

り玉に上げるということではございませぬけれども、ある会社のケフレックスという薬がございまして、これは、薬価収載になったのは一九七〇年で、すけれども、そのときに二百五十ミリのカプセルが三百六十七円五十銭だったのですが、それからすつと薬価が切り下げられて、現在、九四年の四月現在で四十円です。そういう意味で、実に約十分の一、九分の一ぐらいになっているわけですね。けれども、そうすると、これは八一年ぐらい、例えば百四十七円ぐらいの時点でこの会社は新しい薬としてL-ケフレックスという薬を出しているのですね。すけれども、これは五百ミリグラムの顆粒で四百三十五円五十銭という薬価がついていまして、そうすると、一日量でいいますと、ちょうど八一年のときに、ケフレックスだと五百八十八円なんですね。すけれども、L-ケフレックスを使いますと八百七十一円というふうなことで、どっちかというところ、すつちの薬を使うことの方がインセンティブが働いて、すけれども、そうなりまして、せっかく厚生省が、薬価差を切つて、そして薬の値段を下げていくというふうなことで一生懸命やるのですけれども、現実にはその薬はもう既に使われなくなつて新しい薬というふうなことになるてしまつていくわけですね。

そういうふうなことで、私は、ある薬、非常に有効な薬の場合には、どんどん薬価差を切つていくのじゃなくて、あるところまでとめておいて、お医者さんにとつて使いやすい、メーカーにとつてはつくりやすいという、こういう基準というものをある程度厚生省が考えて、そこを守るといふことの方が、むしろトータルの薬の費用を削減するという意味においては効果があるのじゃないかというふうなふうに思ふのですが、その辺についての御意見を伺いたいと思います。

○岡光政府委員 医薬品の処方、価格に關係なく、あくまでも医学的な観点から行われるべきだというふうな考え方をしております。薬価差を志向しての処方というものはあるべきではないというふうな考え方をしております。

先生御指摘の開発の経過を見てまいりますと、いわばマイナーチェンジをして、そして従来品よりも幾らかは新しい要素が入っているというので新薬の承認をとつてというの、そういうケースは多々あるわけではございまして、御指摘のようなそういうことをおっしゃる方も相当いらっしゃるの、は事実でございまして。私も、その辺は、医薬品については適正に使用してもらふべきではないだらうかというので、適正使用ということをやすをお願いをしております。それから、医薬分業が一つの手ではないだらうか。医師は薬を処方するといふいわば判断をしていただくので、実際の薬を患者に与えるのは薬剤師に担当してもらうという、いわば医薬分業を推進して、その辺の考え方の整理をきちつとしたらどうだらうかというものが私どもの基本的なスタンスでございまして。

もう一つ申し上げたいのは、それでは医療保険における薬価基準、薬の値段の算定方式についてどうだらうかというので、これも議論になっていくわけではございまして、先生よく御存じのとおり、平成四年の段階から算定方式を改めまして、従来のいわばバルクライン方式から、一定幅方式というのでしるが、いろいろ医療機関によって同じ品物でも納入価格が違つておりますが、それについて一定幅については許容しようというという方式に改めたわけではございまして、そういう意味では、やはりリズナブルな売り方をするならば薬価はそう変動しないというふうな方式に変わつていったわけではございまして、その辺はこれからまた状況が違つてくるのじゃないだらうか、そんなふうに見ているところでございまして。

○鴨下委員 今までこれ、例えば自動車に例えたら、まだ乗れる車が、モデルチェンジして少し高くていい車が出ると、せっかく乗れる車なんですけれども、それを廃車にして新しい車に乗りかえる、こういうようなことが薬ではある種あったように私は思つてゐるのです。これも固有名詞出さないとわかりませんが申し上げさせていただきますけれども、例えばサワ

シリンという薬がございまして、これは発売当初、一九七五年の一月の段階で百九十七円という薬価なわけではございましてけれども、それがどんどん薬価が下がつていって、九四年の四月には十九円五十銭になっているので、すね。そうすると、局長おっしゃっているように、薬は薬効で使うのであつて薬価では使わない、もちろんそうですけれども、ただ、やはり十九円の薬を使うよりはむしろ二百円の薬使いたいという方も多いわけですね。現実にはそうだらうと思ひます。そうすると、私は、そのサワシリンとか、もう一つパセトシンという薬もありまして、パセトシンは七四年の九月の六日に収載されているのですけれども、そのときは二百六十八円だったのですね、一粒がすよ。それが今や十八円七十銭。

二十年というのが大体今まで抗生物質の寿命だったのですね。だけれども、では抗生物質として使えないかといつたら、二十年たつたから抗生物質に対する細菌は全部その薬に対して耐性を持つていくかというところ、そういうことではないわけですね、むしろ、これは医療の行政の中で薬価を切り下げていくというところがこういう薬の命を短くしてはいるというふうなことは思ひええられないわけですね、ぜひその辺のところをお考えいただきたいというところで、すね。

そして、医療費が限りなく増大していくという中で、今おっしゃっているように薬剤の占める割合は徐々にこれからは正されていくのだからと思ひます。ですが、やはり適正な価格帯で薬価の切り下げをやめるといふことが、ある種の薬を息長く使つていくということにもなるのだからと思ひます。そこで、薬価を切り下げ、十円台になつちやうと、そのかわり少しリフォームして新しい薬もしくは服用の方法が違ふ薬がその十倍、二十倍の値段でまた出てくるという、こういうようなスクラップ・アンド・ビルドのシステムというのを何とか是正できないかというところで、最後に申し上げたいのは、安くて安全な薬を上手に使う知恵というのを厚生省もぜひ持つていただきたい

い、こういうことをお願いしたいと思います。

それからあと、最後に、医療費を抑えなければいけないということは、いろいろな意味で至上命題なわけですね。それは、だつて最終的には国民が負担するわけですから、良質な医療を確保しながら、なおかつ医療費を削減していかなければいけません。そうすると、例えばこれは病院の経営の話なんです、全国公的病院連盟が平成六年の六月に実施した病院経営実態調査報告によりますと、中小の病院、特に百床以下の医療法人の病院は、実に五四・三％が赤字というように、現在経営が逼迫した状態で、現実には施設そのものも老朽化していき、ところが、診療報酬の中から病院施設の設備投資費用を捻出しようとしても、なかなかそれは難しい。それでも患者さんはやはり病院に対してもある種アメニティーを要求しますので、それにこたえなければいけないというふうなことで、なかなか、言ってみれば経営者にとつて非常に苦しい状況なのです。

そうすると、それで例えば規模拡大もしくは病院を改築しようなんということになりまして、それがある程度回収する意味で、過剰な投資だとか余計な検査だとかそれからターミナルのときの非常に濃厚な治療だとかということが、一種ドライヴをかけるというふうなこともなりかねません。そうすると、このことは病院経営者が悪いとかいいとかというのではなくて、システムそのものに問題があるのかなというふうに私は思うわけ、一生懸命やってアメニティー部分を充実しようとしている医師、それからそれなりにいい医療を受けている患者、そういうふうな双方にとつてこれは大変不幸な結果になるわけ、なおかつ医療費、診療報酬は膨大に膨らんでいく。こういうふうなことで、厚生省にお伺いしたいのですが、診療報酬の中に設備投資部分を見込んでお考えになっているのかどうかということについてお伺いしたいと思います。

○岡光政府委員 資産の償却部分は医療経済の中

ではちゃんとカウントしておりますので、おっしゃるような設備投資経費については診療報酬で見ておるといふ理解でございます。

○鴨下委員 ただ現実には、設備投資をしますとなかなか、それを返済するためには、診療報酬の中だけでは人件費も高騰していますし、それからこれはよくないのかもわからないけれども、薬価差益というものがほとんどなくなっていく現状の中で、非常に中小の病院は苦しい状況なわけですね。そうすると、例えば今回の阪神・淡路大震災の中で被災した民間医療機関に対して政府は復旧のために公的補助をも考えているようなことも聞いていますけれども、医療のサービスを提供するというものは、地域にとつても非常に公共的なものだろうというふうにも考えるのです。

そうすると、今のままほつておきますと中小の病院はもうだんだんじり貧状態、それでそれを支えている院長はもう本当に疲弊こんぱいしている、こういうような状況ですので、そういうふうなことでつぶれてしまつてもしょうがないのかというのを厚生省がどういうふうに考えているのだらうかというのを私は伺いたいということ、それから、そういうようなサービスを提供していく上で、公共財としての民間病院というものを考える上では、例えば診療報酬以外に資金調達の方法、例えば具体的なには病院債とかなんかも含めた広範な資金調達の方法について厚生省のお考えはどういうことなのか、それから、いろいろな知恵があるのかどうかということを教えていただきたいと思ひます。

○谷本政府委員 我が国の医療におきましては民間病院が八割を占めているという実態でございます。そういう意味で、具体的ににお触れになりました民間病院、具体的な中小病院ということも含めて、これの育成と申しますか、あるいは経営の安定化ということについては重要な課題だといふように認識をしております。

も、これにつきましては、既に昨年の一月になりましたけれども、医療機関の経営健全化の対策のための検討委員会というところで、その中で医療機関におきまして資金調達の方法という資金確保対策の一つとして、病院債ということについても議論をしていただいております。

ただ、その際の病院債についての委員会での結論でございますけれども、我が国では、御承知のように政府金融機関としての社会福祉・医療事業団におきまして、財投資金を使いました低利融資というものが機能しているわけでございます。そういう中で、仮に病院債というふうなものの発行を考えた場合に、低利の金融商品として流通し得るような優良な債券市場というものの形成が可能かどうか、要するに、簡単に言えば債券が売れるだらうかというふうなこと、それから、償還財源というものをどのように考えるのか、あるいは債権者保護のための制度的な担保が可能かどうかといったような種々の問題点がむしろ指摘をされておりました。現時点におきましてこの制度化というのはなかなか難しいのではないかと、いうふうに私も考えております。

この病院債の問題は別にいたしまして、厚生省として、こういったような民間の医療機関に対しまして資金調達手段あるいは助成策ということにつきましては、先ほどもちょっと申し上げました社会福祉・医療事業団の融資というもので政策医療あるいはその他の医療について対応しているところでございます。融資制度の充実ということに努めてきているところでございます。またそのほかには、医療機関に対する、民間に対しまして補助といったしまして、医療施設近代化施設整備事業というものを平成六年度から創設をいたしております。七年度予算額は百二億円というところでございまして。

また、先ほど申しました社会福祉・医療事業団の融資につきましては、平成六年度の融資枠が千六百十億円、七年度につきましては千九百十億円を予定をいたしております。

○鴨下委員 時間になりましたので、きょう触れさせていたいただいたことは、要するに、財源をどんなに皆さんが工夫なさっても限度がございますので、最終的には入るところばかりではなく出る方をどうコントロールして、そして質を下げないで良質な医療サービスを効率よくどう提供するかという、この知恵がまさしく厚生省の皆さんが考えていただきたいことでございまして、いいサービスを金に糸目をつけずにやるのだったら、これは最終的に負担するのは国民ですから、国民はある意味で逆に負担で苦しんでしまう。こういうことで、ぜひその辺のことを、標榜科目なんかも含めて、情報を開示しやすいような状況。それから薬価等についても、ただ新しい薬、医学の進歩というところだけで高い薬価をつけてそしてそれを野方に使うというふうなことではなくて、うまくコントロールしていただくと、これが大変重要なことなんでしょうかと思ひますから、その辺をお願いいたします。どうもありがとうございます。

○岩垂委員長 福島豊君。

○福島委員 新進党の福島豊でございます。先ほどからさまざまな委員からなされました御質問と重なるところが多々あるかと思ひますが、財政的なことを中心にお聞かせいただきたいと思ひます。

私が地元に戻りまして地方自治体の議員の方とお話をしますと常に出てくる話が、自治体における国保の財政が非常に大変だ、何とかありませんか、何とかしていただきたいという話が、これは必ずと言っていいほど出ます。国保の制度そのものの抜本的な見直しということが必要である、これは多くの人がとつて共通した認識であると思ひますし、現在持っている国保のさまざまな制度的な矛盾というものを改革する大きな制度の改正というものを私はなし遂げていただきたい、そのように念願いたしております。それを前提として、今回のこの法改正についてお聞きしたいと思います。

まず、保険基盤安定制度における国庫負担の抑制についてということをお聞きしたいと思えます。国保の財政状況の悪化というのは地方自治体の財政にとって大変大きな負担となっているという事は先ほど申し上げましたが、平成五年年度の国保財政状況報告では、一般会計からの繰入金、法定分が二千九百九十四億円、そして法定外が二千三百十八億円、合計しますと五千三百十二億円になります。この五千三百十二億円というのは対前年度比で一五%の伸びになっている。これは収入合計の伸び、また支出合計の伸びがそれぞれ三・四%、三・六%ですから、それに比べて一般会計からの繰り入れが大変大きく伸びているということが指摘できると思います。地方自治体におきましても、この平成不況下で財政状況というのはいくら大変厳しいと思います。それは国と同じ状況なんだと私は思います。したがって、一般会計だけ極端に突出する伸びを示しているという事は、地方にとっては大変大きな負担であるし、また地方の財政の健全性を損なうおそれがあると感じております。

自治省もかつて「地方財政の運営について」という文章の中で、「事業勘定に対する一般会計等からの繰出しは、一般住民を対象とする保健施設に係る経費の一部を除き、その性質上行うべきものではない」とそのように述べておりますが、この五千三百十二億円にも上る一般会計からの繰り入れは、主に赤字の補てんということが一番大きな目的ではないかと思えます。ですから、自治省がかつて述べていたような地方財政を考えたときの運営の方針から現状というものは大きく隔たっている、そのように私は感じざるを得ません。

また、国民健康保険の決算状況の推移、十年分のデータをいただきました。これを見ていて思いました。保険料はこの十年間、昭和五十九年度から平成五年度で一兆五千六百六十六億円から二兆五千八十二億円、このような伸びを示しております。国庫支出金というのは、二兆一千六百三十五億から二兆四千二百二十四億とわずかに三千億弱の

伸びでしかない。それに対して、一般会計の繰入金というのはこの十年間で千二百七十一億から五千七百十四億と四倍以上の伸びを示しているわけです。これは明らかに国保の財政の運営というものを国から地方に押し寄せるような経過ではなかったかと私は思います。

この点につきましまして、国として基本的にどのようか考えているのかということにつきましましてお聞きしたいと思えます。

○岡光政府委員 御指摘のありましたように、国民健康保険の財源は、国庫やそれから法定の一般会計繰り入れで賄われるべきだと基本的に考えておりまして、御指摘がございましたように、法定外の一般会計繰り入れというのは私どもはできるだけ抑えてはくれないという考え方でございます。しかし、御指摘がございましたように、高齢者が多いとか低所得者が多いとか固有の問題を抱えており、財政基盤が極めて弱いものですから、どうも法定外の一般会計繰り入れを行う結果になっておるといふふうに理解をいたしまして、その辺は市町村におけるいろいろな実情と絡み合っている問題ではないだろうかと思っております。

その辺については、自治省ともども国保のあり方について今後とも適切に対応していくように私どもも考え、また市町村ともどもそういった努力をしていきたいと思っております。

なお、国民健康保険の国庫負担の推移でございますが、ずっと過去からの推移を見てまいりますと、数字的には今おっしゃったとおりでございますが、それに当たりましては、単に国庫負担を削ったというわけではございませんで、その間、老人保健制度を創設するとか、あるいは退職者医療制度を設けるとか、老人の拠出金に対する国庫負担を変更するとか、実はいろいろな制度改正を行ってあるわけでございますし、また平成五年度、六年度は保険基盤安定制度については定額でお許しをいただいておりますが、国の財政状況が厳しいものですから、そういうふうなやりくり算段をしておりますという一面も御理解をいただきたいと思います。

す。  
○福島委員 確かにさまざまな努力をしておられるという事は認識いたしております。しかし、地方もまたやりくり算段をしているのは同じことではないかと私は思っております。

また、保険基盤安定制度でございますが、これも先ほど委員から指摘があったところでございませうけれども、この国庫負担は、当初二分の一の定率でございまして、定額負担になりました。平成七年度には、国が七十億増額しまして百七十億円、都道府県が二十五億増額して三百一十一億円、市町村は六億の増額で七百六十五億円、そのように承っております。国の負担を七十億ふやしましたと言いましても百七十億、これは計算しますとわずかに一三・六%でしかない。当初五〇%と言っていたものから比べると、焼け石に水といえますか、そのような感を持ちます。国としましては、いろいろと頑張っておるし、また一律に国の負担を減らしてきたわけではない、そのように今お答えでございましたけれども、しかし、保険基盤安定制度の国の負担のあり方を見てみると、これは国の負担を削減し続けていると思えない、私はそのように感じますが、どうでございませうか。

○岡光政府委員 原則的なルールは、御承知のとおり必要な経費の二分の一を国が持たなければいかぬわけでございますが、そのところを、財政状況が厳しいものから、定額負担ということとどめさせてもらっているというのが平成五年度、六年度の状況です。

七年度どうするかということで検討いたしました。この点については何とか定額で対応させていたきたい、しかし、考え方の上では市町村の分が少しでも減るようという発想で、許される範囲でこの定額をふやしていただくのではないかと、今回答でお願いをしていることでございまして、また法律改正の中でお願いをしている定額制の暫定的な措置の延長でございまして。

繰り返してお話を申し上げておりますが、市町村の方に回っていった分、国庫負担の削減分が回っていくわけでございますが、それにつきましては、全額地方財政措置を講じて市町村の負担にならないようにということをやっているわけでございます。その最終的なツケは市町村に回らないというところをぜひとも御理解をいただきたいと思います。

○福島委員 交付税措置によって対応するんだという話は種々聞かれましたが、さきほど十分な対応が本分にされているのか。さまざまな、例えば福祉の対策等も今地方は一生懸命やらなければいけません。いろいろな財政需要があります。その中で、交付税措置をいたしましたということと本分に十分な対応になっているのか、私は甚だ疑問に思わざるを得ないところでございませう。

基本的な考え方として、国保の財政、国はどのような負担を持つべきなのか、地方自治体はどのような負担を持つべきなのか。先ほど委員から御指摘がございましたけれども、国民健康保険法の第四條で「国は、国民健康保険事業の運営が健全に行われるようにつとめなければならない。」そのように定められておるわけでございますけれども、この国保制度の中で国の持つ役割、地方自治体の役割、この点について厚生省のお考えをお聞かせいただきたいと思えます。

○井出国務大臣 医療保険制度における国あるいは地方公共団体の役割でございますが、まず被用者保険につきましては、政府管掌健康保険で一定の国庫補助が行われているのは、基本的には保険料によりその財源を賄うこととされております。

一方、国保制度では、市町村が保険者となって運営する地域保険でありますし、また国民皆保険体制の基盤をなす制度として、国民生活の安定であるいは向上のため極めて重要な役割を果たしております。このため、国は、国民健康保険事業の健全な運営の確保のために医療給付費

の約二分の一を国庫負担するなど、市町村に対する必要な措置に努めているところでございます。都道府県も都道府県民の福祉を増進すべき一般的な責務を負っておりまして、こうした観点から、必要な国保保険者の指導等を行っているところであります。

なお、国と地方の役割分担あるいは費用負担のあり方につきましては、近年の社会経済情勢の変化等により国保を取り巻く環境が大きく変化してきていることを踏まえ、今後、国保制度の抜本的見直しについての議論を進めていかなくてはならぬわけでございますが、その議論の中で、大変大事な検討をしなくてはならぬ大きな課題だと考えております。

○福島委員 国民の健康を守る最終の責任は国にあるのだという観点から、しっかりと検討していただきたいというふうに私は要望をいたします。続きまして、今回の応益割合引き上げについての御質問でございます。

今回、御説明を受けましたときに、これは保険料負担の平準化を図るために応益割合というものをふやすのだ、そのような御説明をいただきました。この応益割合をふやして応能割合を減らすというところは、いわば所得税を減税して消費税を増税するというような考え方に基本的には近いのか、なというふうに思っております。ところで、保険料の総額そのものが一定であるとすれば、応益割合をふやすということは、単純に言えば低所得層の負担がふえる、と同時に、中間所得層の負担が減るということになるのだらうというふうに思います。

それで、保険者もさまざまな保険者があるわけでございまして、それぞれの応益割合の率によってちょっと分けて考えてみたいと思っております。

応益割合が四五％から五五％の保険者、この場合には既に低所得層の負担は大きくなっているわけでございます。したがって、新たに二〇％の軽減率を設けるようにした。また、六割、四割の軽減率は、平成八年度以降には七割、五割に拡充するというのが今回の改正であろうかと思っております。

したがって、総体としては、この四五％から五五％の保険者では、低所得者に対しての負担の軽減が図られるということは事実だというふうに思っております。

この四五％から五五％の保険者の状況については、厚生省は次のように述べております。四五から五五％のところでは医療費が相当かさんで、繰り出しどころではない。相当高い保険料を設定して徴収にも四苦八苦で懸命に運営をされている市町村である、そのような保険者であるというふうに述べられております。

それで、このような状況で、なかなか保険料の徴収にも苦労しているというところであれば、やはり低所得層に対しての軽減率を拡大するというところと対応するというところはやむを得ない状況であらうというふうに思います。

そしてまた次に、この三五％から四五％に相当する保険者、この場合にはどのような状況かというところ、また厚生省の御意見ですが、これは、保険料を引き上げようか、一般財源から繰り出そうか、この選択を迫られている市町村である、このような御意見がございまして、なかなか大変厳しい。しかし、保険料を上げると言うところ、また地元の市民のさまざまな御意見があらうかというところ、なとところで悩んでいる。しかし、財政状況を考えると、一般財源から繰り入れたいというところよりも、何とかして保険料を上げたいというところになるのかなと思っております。単純に引き上げますと、やはり中間所得層の負担がふえるということとで抵抗が強い。そうすると、やはり応益割合をふやすというところに一つの道を見出そうという考え方になるのかなと私は思います。

ただ、問題は、この場合に低所得層の負担はやはり増加せざるを得ないだらうというふうなことでございまして。

厚生省からいただいた資料では、例えば応益割合を四〇％から五〇％へ移行させた場合、ふやした

場合、これはどうなるのかといえますと、例えば六割軽減世帯は、これはモデルでございまして、三万円から三万七千円になる。七割軽減に拡充して初めて二万八千円。同じような水準に戻ってくる。また、四割軽減世帯であったとしても八万二千元から九万三千元にふえる。これがさらに七割軽減にされることによって八万四千円の水準まで戻ってくる。二割軽減世帯、これは除きます。

いずれにしても、以上のように応益割合をふやすということは、保険料が軽減されていくとしても、やはり一時的に負担がふえるということには事実だと思っております。それがかなり大きいと感じる人も私はいらっしゃいますし、そしてまた保険料の徴収ということに対して困難を増大させる可能性もあるのではないかとこのように思っています。

三五％未満の保険者のことにつきましては、時間が余りありませんので、省かせていただきます。

ですから、今回の改正そのものが三五％から四五％の保険者をターゲットにして、そのところを応益割合を引き上げて、保険料を単純に引き上げたときにかかるこの中間所得層への負担の増加を緩和するというようなことが一番大きな目的のなかというふうに私は認識いたしております。

ここで、私の要望なのでございまして、この応益割合の引き上げということを保険者がしたとして、実際にその低所得層の人の保険料がふえるというところは一時的にでも事実だと思っております。それで、平成八年度から軽減割合を拡充するということになっておられますけれども、それをさらに前倒しして、どうせするのであれば、平成七年度の改正の時点からこの軽減割合を拡充したかどうか、そのように提案したいわけでございます。

すけれども、厚生省のお考えをお聞かせいただきたいと思っております。

○岡光政府委員 そういう急激な変化というのは、私どもは避けるべきであらうというのが基本スタンスでございまして、今までの軽減状況から

しますと、住民税の所得割非課税世帯と今まで四割軽減の対象になっていた世帯との間に相当の幅がございまして、まずその部分について二割軽減を先行させた方が全体のバランスがとれるのではないだらうかというのが発想でございまして、そして、今先生おっしゃいましたように、六割軽減、四割軽減のところは、とりあえずは平成七年度はいじれないわけでございますので、そういったことを配慮いたしますと、できるならば八年度にそういう保険料の操作をする。七年度はそのまま、保険料の引き上げは行わないで二割軽減対象だけで対応して、とりあえずならかなバランスをとっていく。こういうふうな段階的にやっていっていただろうか。もちろん、

個々の市町村で考え方はいろいろ違うと思いますが、今回段階実施という私どもの考え方はそんなことで、まず穴の大きくあいているところに二割軽減の層を創設をして、その上で、体制を整えた上で八年度に七割軽減、五割軽減、二割軽減、こういうふうな考え方でございまして、

○福島委員 これは通告しておりませんが、今回のような制度改正をすることによって、保険者は保険料の応益割合に対してどのように行動するというふうな厚生省は認識しておられますか。

○岡光政府委員 一概に申し上げられませんが、私どもは今申し上げましたような趣旨を保険者によく御説明をして、やはり応益割合を五〇％に近づけるように御尽力をいただきたいというところをお話をしたいと思っております。

個別のケースでございまして、そういう方向でやっていくのかな、それについておまへの考え方はどうだという個別の御相談は、若干今受けつつあるところでございまして。

○福島委員 続きまして、小規模保険者の増加に対する対応についてお聞きしたいと思っております。

小規模保険者の問題というのはサイズの問題です。これはそのサイズをどうするかというところの改革がなされなければ根っこのところでは

変わらないという事は、もうこれは否定できないことだと思えます。

人口構造も変わってきた、そしてまた都市部への人口の集中、そういう大きな社会の変化の中で、国保の制度の成立当時とは社会状況そのものが違わけています。また、この変化は二十世紀に向かっているというふうな考えられ、そうしますと、現在の市町村自治体を基礎とする保険制度そのものが構造的にやはりそれに耐え得ることができない、そういうことなんだろうと思えます。

国保制度の改正、改革ということを生産省では考えておられるようでございますけれども、この小規模保険者の問題について、どういう角度で、どのような方向で改革を進めるおつもりであるのか、その点についてお聞きしたいと思います。

○岡光政府委員 市町村でやっていたら、一筆のデメリットは、財政的な規模が小さいということによって国保の運営が不安定になるということでございます。

したがって、メリットを生かしながらいかに財政的に安定をさせていくかというのが一つの焦点でございます。私ども単に、例えば都道府県営にするとか、あるいは広域連合方式をとるとか、そんな短絡的な方法で考えるべきではないんではないだろうか、こんなスタンスを持っておりますが、それも含めまして、医療保険審議会において御議論をいただき、そんなふうな考え方をしておるところでございます。

○福島委員 ぜひしっかりと検討していただきたいと思えます。

続きまして、時間も余り残されておりますので、基準超過医療費共同負担制度の基準の改定についてお聞きしたいと思います。

これは、今回の改正に先立ちます医療保険審議会の意見で、次のような意見が記されております。「市町村や都道府県には高医療費対策を行うための有効な手段がなく、また、老人保健福祉計

画も緒についたばかりであり、その財源確保が課題となっている現状から、基準超過医療費共同負担制度の見直しを行うことは適当でない」のではなか、そのような意見が記されております。

この指摘の中で大切な点は、私は二点あるかと思えますけれども、制度の基準を厳しくしたとしても、自治体に高医療費対策を有効に行う手段がなければ、単に負担を大きくするだけではないかという点が第一点。それから第二点目は、そうした財政負担を負わせることは、将来的に国保の財政を改善するためには福祉のシステムを充実することが不可欠だろうというふうに私は思いますが、そのものを妨げるようなことに結局なりはしないかというように思っています。

さまざまな資料を厚生省の方からいただきました。この制度の導入によってだんだん改善されているんだという資料でございます。それを見ると、確かになるほどそうかなというふうに思ったりもするわけでございますけれども、しかし、この負担市町村数は減少しておりますけれども、当初に比べてやはり八割ぐらいは依然負担市町村のままとどまっておりますということも事実ではないかと思えます。それをさらに基準を厳しくするということが、本当にそれを減らすことになるのか、それとも負担をふやすだけなのか。

そして、いろいろな手段があるというふうに、資料をいただきました。いろいろな対応が自治体でできますよ。ただ、いろいろなことが挙げられているので、どの程度これは有効なのか、一つ一つ、例えば運営安定化のために診療報酬明細書の点検の充実強化とか、健康意識の高揚であるとか、健康づくりであるとか、さまざまなことが挙げられておりますけれども、どの程度有効なのか、御説明いただきたいと思えます。

○岡光政府委員 住民の意識を改革をしまして健康志向にして、具体的にまたそのような行動につながっていくというのは、大変時間のかかることでございます。幾つかの市町村でそのような健康

教育を実施をしているところがありますが、相当時間がかかっておるのが現実でございます。それから、それが成功しているのは、いわば農村部でございまして、こういった東京のような大都市部ではなかなかその辺はうまく進んでいないというのが、私ども正直なところでございます。

したがって、どういふことをやればどの程度医療費が削減するのかというのを数量的に実証するだけの能力は私どもはございません。いろいろな過去の具体的な市町村の取り組みの事例を見ながら、その結果、こういうケースではこうでしたということを言える程度でございます。そこは先生の御指摘にうまくこたえられないのが現実でございますが、それぞれの市町村の置かれた状況にふさわしい、それからまた、やらなきゃいけない最も優先順位の高いところからそういった医療費適正化のいろいろな努力をしてみようというこ

とではないだろうかと思っております。次第でございます。

といえますのは、医療費が高いというの、いろいろな地域によりまして理由が違います。端的に申し上げますと、非常に入院期間が長くて医療費が高いという地域もございまして、それから、一件当たり非常にコストが高くて医療費が高いというところもあるわけでございます。そういう地域の高さの要因の違いというふうなものも念頭に置いた上で適切な医療費適正化策を打っていかないと、いけません。こんなふうなことを考えているからでございます。

○福島委員 なかなか地域差もあり難しい、こういうお話であったかなというふうに思えますけれども、そうしますと、あえて今回の基準を改定する必要があるのかという認識もあるのですけれども、いかがでございますでしょうか。

○岡光政府委員 大幅に考え方を改めたつもりではございません。基準給付費という全国平均の医療費を念頭に置きまして、それがどの程度オーバーをしておるかという考え方で見直したわけ

でございます。

これは、今医療費が全国的に動いておりますので、その制度を創設した以降どの程度医療費が動いたかというのを念頭に置いて、基準のレベルをどの程度に置くかと従来どおりの対象範囲になるかというふうな微調整をしたところでございまして、やたらに基準超過医療費の共同負担制度の対象市町村をふやすという発想ではないわけでございます。あくまでも現実の国全体の医療費の動向を念頭に置いた微調整というふうに私どもは考えております。

○福島委員 わかりました。さらに引き続き国保制度の改正のためにしっかりと努力をしていただきたいと思います。

時間が終わりましたので、質問を終わらせていただきます。ありがとうございました。

○岩垂委員長 柳田君。

○柳田委員 まず、医療費の動向についてお尋ねいたします。医療保険制度が基本的に医療給付費を保険料等で負担する仕組みである以上、医療費の動向いかんが保険料等の負担水準を決める最大の要因であるというところは論をまちません。

この医療費は、私の承知するところでは、年々国民所得の伸びを上回るような勢いで急増しております。最近では毎年約一兆円増加しているような状況にあるとございまして、その増加要因としてはいろいろ考えられますが、やはり最大の要因の一つとして考えられるのは、高齢化の影響であります。そうだとすると、今後高齢化の一層の進展により、老人医療費を中心に医療費はますます増大することが予想されます。また、被用者保険よりもはるかに高齢化の進んでおる国保の医療費、ひいては保険料負担への影響はより深刻であると言わなければなりません。

そこでお尋ねしますが、こうした医療費の動向は近年どうなっておりますのか、また、今後ますます高齢化が進展する西暦二〇〇〇年、さらには西暦二〇一〇年には、その伸びがどのような状況になっているものと予想されるのか。まずそういった

た点についてお答えを願いたいと思います。

○岡光政府委員 最近の動向でございますが、平成四年度、九二年度の実績では二十三兆五千億円でございまして、前年に比しまして約一兆七千億円の伸び率で七・六％の増ということでございます。

それで、将来推計でございますが、どういう推計をするかによって随分と医療費が違つてまいりますが、私ども、とりあえず平成二年度から四年度までの三年間の実績を基礎にいたしまして、将来の人口構造の変化、御指摘がありましたように人口全体が膨らむ、それから高齢化が進展する、この要素でございますが、そういったものを織り込んで推計をいたしますと、二〇〇〇年度には約三十八兆円、二〇一〇年度では約六十八兆円、これはいずれも名目値でございますが、そのように見込んでおります。

なお、この平均の伸び率は、平成五年度から二〇〇〇年度まで六・五％、二〇〇〇年度から二〇一〇年度までは六・〇％というふうに見込んでおるところでございます。

○柳田委員 大変な伸びだということが今のお答えでわかるわけですが、医療費、したがって医療保険制度で支払うべき費用も急速に増加してきているわけであり、これが各保険者の財政を圧迫する大きな要因となっているわけでございます。

特に国保制度は、制度の性格上、高齢者や低所得者といった保険制度になじみにくい方々も受け入れざるを得ない制度であることから、財政基盤もほかの医療保険制度に比べて脆弱であり、高齢化の影響も一番強くこうむっております。このため、これまでも数年置きに国保に関する累次の改正を行つてきているわけですが、いまだ、国保の抱える構造的な根本的解決が図られたとは言いがたい状況にあります。

また、国保制度以外の、ほかの医療保険制度につきましても、高齢化等による医療費増加の問題は、程度の差こそあれ遠からず大きな課題として

直面することになるはずであります。

さらに言えば、医療保険各制度においては、これも従来から指摘されてはおりますけれども、給付率や負担構造がばらばらであり、これをどのようにならしていくかという問題もございまして、医療保険各制度はこのように種々大きな問題を抱えており、また、医療に要する費用も急増してきているわけですが、それにもかかわらず、喫緊の課題であるはずの国保を含めた医療保険制度の抜本改正を今先送りにしたという理由はいかなるものなのか。大臣の御所見を賜りたいと思ひます。

○井出国務大臣 国保制度の抜本的改正のためには、現在老人保健福祉審議会において議論をさせていただいております新介護システムの国保制度への影響も考えなくちゃなりませんし、また、国保制度における国と地方とのかわり等につきましてもさらに議論をする必要がございます。これは、過般の医療保険審議会においても同様の御意見をいただいているところでございます。

したがって、残念ながらこの時点で抜本的改正に着手するわけにはまいりませんが、かといつてほつておくわけにもまいりません。したがって、今回の改正におきましては、低所得者層の増加あるいは小規模保険者の増加等に対応した当面の措置を講じようとしているものでございます。

○柳田委員 昨年、年金の改正、抜本的改正が行われました。そのときに我々も、今後年金の負担というのも大変大きなものになる、それと同時に、医療に関する負担というのも相当大きくなる。これは先ほど御説明を願つたとおりであります。

この二つを考えたときに、今の大臣の答弁は、審議会が議論がされております、さらなる議論が必要であります、今回はこういうことをさせていだきまして、それは余りにも無責任過ぎるのではないかと、今後ふえる負担を考えますと、三年先に結論を出しますという悠長なことは言つていただけないのではないかと、そう思うのであります。

大臣、どう思いますか。

○井出国務大臣 二十一世紀の本格的な高齢社会においてすべての国民が安心して医療を受けることができるように、医療保険制度の長期的な安定を図っていくことは極めて大切なことでございまして、したがって、そういう意味でも、御指摘の医療保険制度の一元化の問題は、全国民を通じて給付と負担の公平化を図ることと理解しております。これに向けて、これまで医療保険制度やあるいは老人保健制度の改革を逐次進めてきたところでもございます。

しかし、医療保険をめぐる状況は今日大変大きく変化しております。この給付と負担の公平化のあり方につきましても、あるいは医療保険制度の将来の構想につきましても、関係者の間にさまざまな考え方がございまして、まだ遺憾ながら申しませんが、残念ながら意見の一致を見ることができません。したがって、現在医療保険審議会において、制度全般について、給付と負担の公平など幅広い観点から審議が進められているところでございます。

厚生省といたしましては、こうした議論や、あるいは国民の医療ニーズの高度化あるいは多様化している状況等を踏まえるとともに、新介護システムの導入とかあるいは国保の抜本的改革、さらには老人保健制度の見直しといった課題を検討する中で、給付と負担の公平を図るよう一層努力していくつもりでございます。

○柳田委員 お気持ちは我々も同じ気持ちなんです。ただ、今、年金の問題なりこの医療の負担の問題なり考えますと、ことしやらなきゃ間に合わないんじゃないか、そういう気持ちでおるんです。

じゃ、ちょっと見方を変えてもう一つ質問させてもらいます。医療保険制度の一元化というお話が抜本改正のときにはよく持ち上がつてまいります。大臣も御承知だろうと思ひますけれども、この一元化問題の経緯は改めて申し上げるまでもないことかも知れませんが、昭和五十九

年に、厚生省としての医療保険制度に係る中長期ビジョンにおいて「昭和六十年代後半に医療保険の給付率を八割程度で統一する」と打ち出されて以降、いいですか、「昭和六十年代後半」ですから、さらに関係方面でも活発に議論がされております。もう御承知のとおりであります。

また、昭和六十一年にも厚生省からは、「一元化の時期は昭和六十年代後半のできるだけ早い時期に実施する」と、これも「六十年代後半」のできるだけ早い時期に実施する」という報告がされております。その後、老人保健法及び国民健康保険法、いろいろの改正が行われました。昨年も給付の範囲の大幅な見直しが行われたわけでありまして、しかし、今までのいろいろな改正を見たとしても、厚生省さんがおっしゃつておる一元化というものにはまだまだ遠いという感じがしてなりません。

としますと、一元化を「六十年代後半」のできるだけ早い時期に実施する」とおっしゃつておるんです。厚生省さんは、いいですか、もうことしは昭和七十年ですよ。これは厚生省さんがお約束をしたことであるわけですね、ある面では、と。ところが、今大臣のお答えですと、まだ審議会では議論の最中です。まだ抜本改正は出せません、もう少しお時間をくださいという御答弁なんです。そうすると、今までおっしゃつたことはほごにされてやられるということなんですか。もう一回、その厳しさも十分厚生省はわかっている上で質問しておるのですが、いかがでしょうか。

○井出国務大臣 確かに御指摘のとおり、昭和五十九年四月に中長期ビジョンといたしまして、「昭和六十年代後半に医療保険の給付率を八割程度で統一する」、あるいは六十一年度の四月に高齢者対策企画推進本部の報告におきまして、「一元化の時期は昭和六十年代後半のできるだけ早い時期に実施する」、こういう報告をしたことは事実でございます。

その実現に向かって厚生省も、そしてまたいろ

○橋田委員 おとしし細川政権を、大臣も一緒に  
なつて我々つくりまして、大変難しいと言われて  
いた年金の抜本改正を我々行いましたね。そのと  
きに、大臣も御記憶があるかと思うのですが、大  
変厚生省も困っていましたよね。そして、国民の  
いろいろな意見もあつて、大変な苦勞をしてつく  
り上げた御記憶があるかと思うのですよ。

今回のこの医療保険制度、審議会で幾らやっ  
たって、やはり同じようにいろいろな意見が出て  
きて大変難しいと思うのですよ。とすると、やは  
り最終的には、与党である皆様が責任を持って議  
論をされて、国民の合意をとってこの通常国会に  
出すことが、従来からの方針を守って国民の信頼  
にこたえることにはなりません。よく総理大臣  
おっしゃいますよね、与党の議論をしております  
が、与党の調整に任せておりますというお話をさ  
れますが、今回与党の中でこのことは一切議論さ  
れていないのですか。抜本改正をしよう、これは  
もう審議会に任せていても本場に難しい課題だ、  
これはもう政治がリーダーシップをとってやるべ  
きだということ、相当議論されたことはないの  
ですか。

○井出國務大臣　先ほど来申し上げておりますように、審議會の方でもうしばらく議論をしていただきますので、そしてそれを、まあ時期にもよりますけれども、参考にしたがら厚生省として意見をあるうちは考え方をまとめながら、もちろん並行して、与党の皆さん方だけではなくて、この問題は野党の皆さん方の御意見も大いに聞かなくてはなら

○井出国務大臣　ただいま申し上げましたことの繰り返しに相なりますが、関係者の間にさまざまな考え方がありますから、この考え方の合意を得るべく目下医療保険審議会において御議論をいただいておりますから、これを踏まえながら、できるだけ早い時期に一元化ができるように努力していきたい、こう考えているところであります。

○棚田委員　今までは約束をされたんですよね。そして目標を定めてやってこられた、できなかった。しかし、一番最初に御質問したとおりに、大変急速な伸びで医療の給付費というのは伸びていくわけですよ。審議会ですとまうませんので先延ばし先延ばしとやっていますと、どんどん後世に負担が残るんですよ。大臣、おわかりになりますよね。とすると、できるだけ早くやらなければならぬというのには真実なんです。審議会でも幾らやっても難しいというのはいくらも十分わかっていますよ。そうすると、やはり政治がリーダーシップをとるべきではないんですか。そうすると、大臣、やはり厚生省の立場を離れられないか。ともわかりませんが、この辺ははっきりと言わなければ今後のビジョンも立てにくいのではなからうかなと私は思います。

また答弁を聞いても同じ御答弁をされるのかもわかりませんので、それぐらい強い意思を持たなければだごとですよということだけは十分認識をしてもらつて、いつ閣議があるかわかりませんけれども、早くやろう、早くやらないとだごとだよということを、大臣、村山総理に言つておいてくださいよ。人に優しいとおっしゃっているんですからでしょう。ね。自分たちに優しい政治じゃないんでしょう。だから、自分たちは責任を持つてやつてほしいな、そう思つております。

一元化の問題が出たのもう一つ聞いておきた

公的年金制度、いろいろございます。民間サラリーマンを対象とした厚生年金、国家公務員や地方公務員の共済制度、旧三公社にかかわる共済制度、農林漁業団体関係職員や私立学校教職員の共済制度、全部で八つ制度があります。このように各制度が業種ごとに分立している状況にあるわけでありますが、このために産業構造や就業構造の変化による影響を受けやすく、現に、日本鉄道共済組合のように、独立した財政運営が困難な状況になってきている制度もあらわれております。年金制度の安定的な運営という面で懸念が生じているところでございます。

年金制度の財源を長期的に安定したものとしていくことは、年金制度に対する国民の信頼にたいていく上で不可欠なことであり、また、年金各制度間での給付や負担面の著しい不均衡をなくしていくことも、公的年金制度にとって必要なこととしていくことも、その意味で、公的年金制度の一元化を進めることはぜひとも必要なことと私自身も考えております。

政府においても、既に十年前、昭和五十九年二月、閣議決定が行われております。ことし、昭和七十年を目前に公的年金制度全体の一元化を完了するという閣議決定を行っておりまして、政府としての目標を示しております。ことしは、先ほど申し上げましたように、その目標の平成七年に当たるわけでありますが、現在までのところ、一元化の具体的な姿は全然見えてきません。政府としては、平成七年を目前に完了するという目標を立てていた公的年金制度の一元化について、いつまでに行うお考えでございましょうか。ことしは平成七年でございいます。

○井出国務大臣　平成七年、当時の閣議決定は、「昭和七十年を目途に」という閣議決定がなされまして、公的年金制度の一元化に関する懇談会が設置され、検討がなされてきたわけでございますが、なお検討すべき課題が多いことから、昨年末

その際、今柳田委員長御指摘の日本製造共済組合の状況は大変でございましたし、平成六年度末で現行の支援の仕組みが切れてしまいますから、一元化の仕組みについての検討や新制度の実施に向けた準備期間に配慮いたしまして、二年間は現行の支援の仕組みを継続することといたしまして、年金の支払いに支障が生じないようにしたところでございます。

このうな経過でありますから、二年後の実施に向けて一元化懇談会においてできるだけ速やかかに結論をまとめていただき、政府としてそれを踏まえた必要な措置を講じなくてはならない、こう考へております。

【横田委員】懇談会で議論をしてあります。二年後を目標にまとめますというお答えでございました。閣議決定は、平成七年を目途に一元化を完了するであります。これも、この約束もほごにされるわけですね。

○井出国務大臣 目途でございますから、歴代政府は大変なそれだけの努力はなされたと思います。が、完了をできなかったことは事実であります。が、引き続き努力をしてまいります。

○柳田委員 この問題も大変難しい問題です。総  
 議会でいろいろな議論されても、そう簡単に結論が  
 出るとは思えません。今大臣、二年後という年限  
 を一応口にしたわけですが、この問題も  
 先延ばしすればするほど厳しくなるのですよ。

この問題は一応この閣議決定に従つて与党の中で相当議論しているはずですが、その議論した経過があるのかどうか、その与党の中で議論された答えはどういう答えだったのか、ちょっと教えて下さい。

○井出国務大臣　まだ、与党のいろいろなプロジェクトチームたくさんございますが、この問題についてしっかりと検討が進んでいるとは聞いておりません。

○柳田委員 しかし、閣議決定は七年、ことしを目途に完了すると書いてある、もう皆さん発表されているのですね。ところが、何も議論していません。これも難しい問題ですよ。答えを出すのに大変だから先送りしていますというだけじゃないですか。さっき言った医療の問題も先送り、年金の一元化も先送り、答えは出せませんでした、これじゃちょっとと与党として、国民に対して申しわけないではないでしょうか。相当議論して、よくリーダーシップ、リーダーシップとおっしゃるじゃないですか。安定多数の与党の政権を持つていらっしゃるのですから、もっとまじめにやってみてほしいというじゃないのじゃないか。これはゆゆしき問題だと私は思いますよ、国民生活にとつては。大臣も、こんな先送りされたら国民の生活も大変厳しくなるな、そういうふうに思いませんか。

○井出国務大臣 まさにほつておけない、大変早くに結論を出さなくちゃならぬ問題だということには私も十分認識しておりますが、しかし、柳田委員も御理解いただけるように、大変難しい問題であることも事実でありますから、十分それぞれの専門家あるいは関係各界の御意見を御議論していただく中で結論を見出していくべき問題だと思えます。

○柳田委員 おとしの年金の抜本改正、あのときも難しい難しと言っていましたけれども、井出先生も当時与党で、一生懸命みんなで頭を突き合わせて、相当長い時間議論をして答えを出しましたね。あのときを思い出していただきまして、与党の中のリーダーシップをとって、一日も早くこの答えを出していただきたい、あのときのことを思い出して努力をしていただきたいとお願いをしておきます、国民のために。

最後に、あと時間が少しありますので、国保の問題について、国民健康保険の保険者規模についてお尋ねをしたいと思います。

最近、小規模な町村がふえてまいりまして、運営の不安定な小規模な保険者が増大しております。

す。例えば、被保険者が三千人未満の小規模保険者は、昭和四十年には全体の一〇％であったものが平成四年度には三六％近くまで達し、被保険者数が千人未満といった非常に小さな保険者も、平成四年度には百八十八保険者と、全体の約六％弱となっております。このような小規模な保険者におきましては、事業運営が非常に不安定となり、保険財政の面でも非常に問題があるほか、職員がほかの仕事とかけ持ちとなったり、専門的な手腕を発揮することができず、事務的にもいろいろと都合が生じているところでありまして。

こうした中、既に、高額な医療が発生した場合に一定のプールしておいた金額を交付する高額医療費共同事業によって、小規模な保険者が小規模なゆえに運営が不安定となっていることについては一定の支援策が講じられていくところであり、また、町村合併法により行政体の規模自体を大きくしていくという動きもあるものの、小さな市町村においては、もはや事業運営は限界に達していると言わざるを得ません。

こうした小規模保険者化に対応していくためには、現在市町村単位で行われている国保の保険者単位を広域化していくことも一つの有効な手段というふうに考えますけれども、どういうふうにかえていこうかというふうに思っています。

○岡光政府委員 保険者の広域化の問題でございますが、御指摘のような問題があるのは十分承知しております。ただし、単に広域化をするといった場合には、運営の効率化であるとか、保健活動との関連であるとか、あるいは保険者ごとに保険料に格差がある、こういうことでございますので、直ちにうまく動かないのではないだろうか、こう考えております。その辺を踏まえながら、いろいろな方策もあるわけでございますので、当面何ができるのか、それから抜本的な見直しの中でどのような対応ができるのか、両構えで対応を考えていきたいと思っております。

○柳田委員 局長がおっしゃるのように、すぐにす

るといふのは大変難しいかと思いますが、方法としてはなかなか有効な方法なんだというふうに考えているようにニュアンスをとらせていただきました。

それで、大臣、最近地方分権の推進法というのが国会に提出されました。我々新進党も提出したのであります。その中の内容を見てみますと、我々新進党の方は、広域的な行政需要に対応する体制の整備ということで、このことも含めて法案の中に明記しているのです。ところが、政府案にはそれは全然書いてないのです。そういうことは、大臣もさきさきに所屬されておりました。こういうことを常日ごろ言っておる面もあるわけなんです。どうでしょうか、政府の地方分権推進法をちょっと修正してこのことを入れることを、総理の方に御進言していただけないでしょうか。

○井出国務大臣 政府案に対して野党案が提出されたことも承知しておりますし、少し私も勉強してみたいと思っております。実りある議論が国会でなされることを期待いたします。

○柳田委員 終わります。

○岩垂委員長 岩佐恵美君。

○岩佐委員 生活保護世帯の学資保険の問題について、まず最初にお伺いをしたいと思います。昨日の福岡地裁の判決は、進学のための貯蓄を認めないことは、憲法二十六条にも、生活保護法が定める自立助長の目的にも反すると指摘をしております。厚生省のこの措置は、私はまともな教育を受けていないから、子供たちだけでも出してやりたいと生活を切り詰めて貯蓄をした母親の切なる願いを、無残にも踏みにじるものでした。厚生大臣は、保護の基準は時代に沿って見直ししていくべきもので、検討を指示したと先ほど答えてられました。再度お伺いしたいのですけれども、秋田地裁の判決でも、保護費を切り詰めて将来に備えて蓄えた預貯金について、ある程度認めざるを得ない、是認せざるを得ない、こういう判決でございました。従来の厚生省の、保護費からの預

貯金は認められないという方針は、私は時代おくれであると思うし、また時代に合わなくなってきた、そう思います。高校進学のための学資保険の必要性を認めた判決の趣旨に沿って制度を改善すべきだというふうに思います。

再度大臣のお考えをお伺いをしたいと思います。

○井出国務大臣 先ほど石田委員の御質問にお答えしたことも大層なわけでございますが、生活保護制度は最低限度の生活を保障するものであり、その保障に当たっては、利用し得る資産あるいは能力その他あらゆるものを活用することを要件としている生活保護法第四條の規定、いわゆる補足性の原理でございますが、その規定から見ても、従来の生活保護の取り扱いの方針には誤りはないものと考えております。

しかしながら、最低限度の生活の水準というのは時代時代によって変化するものでありますし、絶えずその見直しを行う必要があることは当然と考えております。このような観点から、このたびの判決内容もよく勉強し、今後のあり方についてさらに検討をするよう事務当局にも指示しましたし、私ももう少し勉強してみたいと思っております。

○岩佐委員 医療保険に対する国庫負担の削減と医療費抑制による医療のゆがみが拡大をして、制度を改善すべきだ、そういう認識は一致しているわけですが、問題は、これをどう解決をしていくかということだと思えます。

元厚生事務次官の幸田氏は、医療関連サービス振興会のセミナーで、「医療保険制度そのものの、国保も健保もいづれも空洞化してきており、大手術が必要な時期に来ている。」としながら、「必要最低限のものは公的保険で賄い、それを越えるものは私的にという方向は昨年の健保改正や医療費改定で出ているが、全体計画をつくり順序立てて進める必要がある。比較的安い経済的な負担で容易に医療機関にかかれたいという時代はもう過ぎ去っており、政策の軸足もやや違う方向に置

き直す時期に来ていると思う。」と言っています。医療政策に大きな影響力を持つている人物だけに、無視できない発言であります。

ここに言われているように、公的保険は最低限に抑え、安い負担で医療を受けられないようにというところになると、よい医療を受けられるのは金持ちだけ、低所得者はだめだということになってしまい、いつでも、だれでも、どこでも十分な医療をという、医療が目指してきた目標を大きく変えるものになりかねません。

厚生省はこのとおりのやりになるつもりなのかどうか、その点を伺いたいと思います。

○岡光政府委員 そのような御意見は一つの御意見であらうと思っております。私どもは、医療保険制度の見直しに当たりましては、大勢の皆さん方の御意見、ひいては国民のコンセンサスが得られなければならぬ改正はできるものではないというふうに認識をしております。

それで、おっしゃいますように、現在の経済社会は大変変革をしておりますので、今までの制度のままではいいと認識をしております。これからのそういった社会全体の変化を展望しながら、国民が安心をして良質な医療を受けられるように、そのように公的な医療保険制度は役割を果たすべく、その体制を整えていかなければならないというふうに認識をしております。

○岩佐委員 国保加入者の状況を見ますと、無職が四割近くで、六十歳以上の六割が国保に加入をしております。その結果、二四・五％が所得ゼロで、百万円以下の世帯が四五％を占めております。それだけに低所得者対策が求められてきたわけでありまして、政府は国庫負担を減額をするというところで、結局は低所得者をいじめただけに終わってしまった、そういうふうに考えるを得ないわけですから、その点についていかがお考えですか。

○岡光政府委員 そもそも国民健康保険制度の置かれております位置づけは皆保険制度のいわば下支えでございます。被用者保険の加入者を除く

すべての国民が対象になるわけでございます。そういう意味では、高齢化が進み、そしてまた現役の被用者から退職をして年金受給者になっていく、こういった人々を受け入れるわけでございますので、結果として所得の低い人々とかあるいは高齢の人々たちがこの制度の対象になってくるわけでございます。

そのトレンドというのは十分認識をしておりますので、私どもも、老人保健制度をつくるかあるいは被用者OBの退職者医療制度をつくるか、そういったそのトレンドに応じた制度の創設なり制度の改正をやってきたつもりでございます。対応してこなかったとおっしゃるのは、私どもとしては極めて残念なお言葉だというふうに受けとめております。

○岩佐委員 国保の体質を考えると、思い切った国庫負担をしない限り財政的に成り立たないのは明らかです。ところが、一九八四年に国庫負担を四五％から三八・五％に引き下げました。また、制度改善を行って国庫負担を削減をして、その分を被用者保険と加入者に負担をさせる、そういう道をとってきた。ですから、国民医療費は大きく伸びているにもかかわらず、国保に対する国庫負担は、昭和五十五年に二兆円台になって以来十五年間も二兆円台にとどまったままです。

そこで伺いますが、今回の改正によって国の負担はどうなるのでしょうか。

○岡光政府委員 今回の改正に伴う国庫への影響でございますが、前年度に比しまして九十億円の増となります。しかし、これを保険基金安定制度につきまして本則の二分の一というふうに戻ったというところで比べますと、差し引き額で四百三十三億円の減ということになります。

それから、老人保健制度の改正に伴う国庫への影響額は、約二百八億円の減ということになります。これにつきましては、別途、負担増になる保険者、特に被用者保険グループでございますが、そういったグループに対する予算措置を講ずると

いうことになっておりますので、トータルの国庫負担の減少額はより少なくなるというふうに見えております。

○岩佐委員 今の説明にありましたように、国保だけで四百三十三億円の国庫負担が減るということになります。保険基金安定制度は、九三年及び九四年の暫定措置でありますから、継続の法改正がなければ国は保険基金安定制度の総額千二百四十六億円の二分の一、つまり六百二十三億円を負担するはずだったわけですが、それが、それが暫定措置の延長によって定額負担となつて、この定額負担分百七十億円を差し引いても四百五十三億円、そして高額医療費共同負担事業のふえた分二十億円を引いても四百三十三億円の国庫負担の減となるわけです。そもそも保険料軽減費負担金として全額、国が負担するものとして発足したところが、八四年に八割に減額をされる、八八年には保険基金安定等負担金と変えられて国の負担が五割となり、さらにそれが定額負担となったわけです。

今話がありましたけれども、国庫負担金を定額にして地方交付税に切りかえたというところは、結局は負担を市町村に押しつけるもので、国庫負担削減のための措置だったのではないですか。

○岡光政府委員 お話にもありましたように、国庫負担の削減相当分については地方財政措置をしていくものでございまして、国の負担を市町村に押しつけるものではないわけでございます。これは、いわば国の財政状況が非常に厳しい状況での緊急避難的な対応でございまして、本則二分の一というの十分承知しております。国の財政状況が戻ればその本則に戻るのが当然であるというふうに認識をしております。

○岩佐委員 東京・八王子市の例ですけれども、地方交付税の不交付団体であります。このため、平成四年から七年までの四年間で、事務費負担金、助産費補助金、保険基金安定の一般財源化によって補助金がもらえなくなった金額は、合計で十三億六千二百五十万円にもなるわけです。地方

交付税化すると、結局こういう問題が出てくるわけですね。不交付団体は影響をもろに受けるというところになってしまっているわけですね。その点についてどうお考えでしょうか。

○岡光政府委員 これは、国と地方との負担の関係をどういうふうに考えるかということと深くかかわっていると思っております。今申し上げましたように、マクロの姿では、国の負担すべきもので削減せざるを得なかったものにつきまして地方財政措置をしているわけですが、おっしゃるような地方財政措置についてはそれぞれの公共団体の財政力に応じてその措置をしておるわけでございますので、結果として不交付ということになるケースもあります。そのところは、国と地方との負担関係について、当該年度の予算においてどうするかということと個々に対応しているわけでございます。

八王子のケースを今引かれましたが、それは八王子の財政力がたまたまそれだけ余裕があるというところの影響でございまして、私どもとして国レベルで対策を考へるときには、やはりマクロとしてどう対応するかということと対応させていたいただきたいと思っております。

なお、国保の運営に当たりまして、そういったところが財政的に非常に影響を受けるということになりますれば、国保の世界では財政調整交付金の制度がございまして、その辺は国保財政の状況に即しながら個別対応は可能であるというふうに考えております。

○岩佐委員 たまたま数字があったので私は八王子の例を申し上げたのですけれども、不交付団体だからといって富裕である、財政的に余裕があるとして、これらの影響というのは結局はその住民が、保険を払う人が負担をするか、あるいは税金で、地方税で何とか賄っていくかというふうな、地方の住民の負担にまたなっていくかというふうなことになるわけで、国が責任を持ってやっていたらこういう事態にならなかったということであ

ります。

国保加入者にとって保険料が今非常に高いものになっていくわけですね。これも周知の事実であります。新潟市の例ですけれども、市長は約二十万円の年収があるけれども、地方公務員共済のため年間保険料が二十七万四千二百円ということだそうなんです。国保加入者は、年間収入三百五十万円で保険料が二十九万三千五百円と、市長を上回ってしまっています。

勤労者が退職した場合、国保に移ると保険料が高いため、事業主負担分まで払っても任意継続にした方がいい、これはもう今当たり前のことになっていくわけですね。全商連婦人部というところの実態調査では、保険料の支払いについて、三人に一人が苦勞をしたり、おくらしてしまっている、あるいは払えないと答えているわけですね。このうち保険料の軽減を受けているのは七・五%であります。四六・八%が軽減してほしいと願っているわけですねけれども、それがかなわないという実態であります。

国保料を上げれば上げるほど滞納者がふえて、結局は制度が破産への道をたどるのではないかと。昨日の参考人質疑でも、小山参考人から、今円高不況、そういう中で、本場に支払いは大変なのだ、保険料が払えないのだというようなことを言っておられましたし、これはもう構造的な問題なのだという指摘もされておられたわけですねけれども、その点について厚生省はどうお考えでしょう。

○岡光政府委員 御指摘がありましたように、国民健康保険の中では、いわゆる中間所得者層、平均的な所得者で見ても、政府管掌健康保険の被保険者分と比べても、平均所得レベルで年収三百万強ぐらいでございまして、そこで倍ぐらいの保険料負担になっている状況でございまして。したがって、今御指摘の新潟のようなケースも出てくるのではないかと考えております。したがって、中間所得者層のこの保険料の過大な負担をどうやって軽減させるのかというのが実は当面の課題だというふうに考えております。

それで、今回の改正におきましては、国保の見直し、それから老人保健の見直しによりまして、トータルで国保の保険料負担は五百二十七億円の軽減につながるというふうに考えております。もちろん医療費がふえますので保険料は増傾向にあるわけですが、トータルとしては五百億余りの軽減になりますので、今回の改正は結果として保険料の引き上げを少しでも減ずるということにつながるというふうに考えております。

○岩佐委員 厚生省は、国保料の応益割をふやして応能割との比率が五対五になるようにしようとしているわけですね。東京都区部の場合で応益割五割にしたとして試算をしてみますと、低所得者は一・五倍もの保険料の引き上げとなります。また、東京都日野市の例ですけれども、応益が現状で一五・六%、かなり低い方ですね。これが仮に五〇%になったとすると、低所得者にとつては三倍以上の保険料の引き上げになります。保険料の軽減率拡大ぐらいではとてもこれを補うものとならない。しかも、中間所得層の負担が減るのはごくわずかで、すぐ上限にかかってしまう。上限が五十万から五十二万に引き上げられることによつて結局負担増になりかねない、そう思いますけれども、その点どうでしょう。

○岡光政府委員 一般論で申し上げますと、応益割合が非常に低い市町村におきましては、相対的に低所得者も保険料が低いわけですね。東京都区部でというお話でございました。二十三区で申し上げますと、二十三区は応益割合が二八・七%、一人当たりの応益額は一万七千円でございます。これは、全国平均は応益割合が三五%、一人当たりの応益額は二万四千円でございます。そういう意味では、確かに応益割合を仮に二〇%台を五〇%台、二倍に上げるということとありますと上がっていくわけでございますが、私どもはそんな急激な変更を望んでいるわけではございません。

いずれにしましても、保険料負担の公平という観点から当該の市町村でどういう対応ができるのかということ、住民のコンセンサスを得ていたかなければならぬわけですね。それで、私どもは、今申し上げましたように、応益割合が低いところの市町村では結果として応益割合も低くなっているわけですね。そういう意味では、これを少しは引き上げても低所得者の負担は可能ではないだろうか、過重な負担にはならないのではないだろうかというふうにまず考えておるわけですね。いずれにしましても、そこは住民のコンセンサスがどの程度で得られるかということですね。低所得者と言われる層の保険料負担をどの程度引き上げられるのか、それによつて中間所得者層がどの程度減るのか、そのどちらを選択するのかという、市町村に実は回答が求められようとしているのだと考えております。

私どもの気持ちとしては、全国を通じて保険料ができるだけ標準化していくということを目指しているわけですね。応益割合を五〇%に持っていくというのはいずれの目標でございますが、個々の市町村においては、そういうことで住民のコンセンサスがまず第一であるし、それから急激な負担変化というのは、それは恐らくコンセンサスが得られないであろう、こんなふうに理解をしております。

○岩佐委員 国保の減免基準、これは非常に低く定められているため、収入が生活保護基準を下回っているにもかかわらず、収入が生活保護基準と比べて見ますと、六割減額の対象世帯は保護基準の五四・四%です。生活保護世帯の半分近い収入でない、六割減額を受けられません。また、四割減額世帯は六七・四%、二割減額世帯は九三・一%、いずれも生活保護世帯以下のそういう家庭でない、減額を受けられない、こういうようなことになっていきます。

六割、四割減免を七割、五割、二割と減免割合を上げて、減免基準そのものが低い、こういう中では大きな効果を上げることはできません。減免基準を改善する、そういうことが必要なのではないかと思っております。その点についていかがでしょうか。

○岡光政府委員 御指摘のように、現在の六割軽減、四割軽減は、今おっしゃったような生活保護の扶助基準額との関係では、数字的にはそうなります。したがって、私どもは、住民税の所得割の非課税ライン、これを考えまして、四割軽減以上、住民税所得割非課税以下のこの層に二割軽減という新しい軽減割合を創設したいということと、それでもって恐らくならぬかな負担関係になっていくのではないだろうか、こう願っているわけですね。

○岩佐委員 しかし、今言ったようなそういう実態から見ても、減免基準を上げていかなければ、やはり生活保護基準以下の収入、そういうところでこれだけの減免措置しか受けられない、そういう実態が改められないわけですから、効果が上がらないというふうに思います。ぜひこの減免基準を改善すべきだ、そういう検討というのはされるべきだというふうに思いますけれども、その点はどうなんですか。再度伺いたいと思います。

○岡光政府委員 国民健康保険の保険料をどう持っていくのかということでございますが、これは先生よく御存じだと思いますが、いわゆる住民税の本文方式をとっているところ、あるいはただ書き方式をとっているところ、非常にばらばらでございます。それから、応益割、応能割といいますが、いろいろなやり方をとっておりまして、いわばその標準化ができておらないというのが現実でございます。

したがって、私どもは、負担の公平とは一体何なんだろうというところを問いかける中で、国保の保険料のあり方について議論をしていくべきだというふうに認識しております。そういう中で、一体所得の低い人に対してはどのような保険料であるべきなのか、これについてもあわせ議論は行なうべきだと考えております。

○岩佐委員 現実にはしかし、所得の低い人が大

変な思いをしている、それで保険料がなかなか払えない、こういう事態になっているわけですか、そこをききと解決をしていかなければ、私は、この国保の制度というの破滅していくのじゃないかというふうに思います。そこは、先ほどから言っているように、払う人に負担を強いるのではなくて、国が補助をちゃんとしていくということじゃないのだからというふうに思います。

そこで、保険料が高くてもう払えない、高くても払いたくても払えない、こういう状況があるというところは再三訴えられているわけですが、これも、これに対して、厚生省の指導なのですけれども、払わない人に対しては資格証明書やあるいは短期保険証を発行します。病院の窓口で全額を払わなければならぬ、そういうようにして、医療機関にかかりにくくする、全くかかれぬ、そういう状態をつくり出しているわけですか、それから、よく自営業者の中では手おくれになって命を落としてしまふ、そういう例が結構後を絶たないという事態にあるわけですか。

さらに、収納率が向上しない、そういうところに対してペナルティーを科して、市町村が夜討ち朝駆けで保険料を取り立てざるを得ない、そういう状況に追い込んでいます。保険局長がことし二月の全国主管課長会議で、東大阪市の例を引いて、こういう収納率アップをすべきだ、取り立てを美化するといいますが、そういうことをおっしゃって奨励しているわけですね。払いたくても払えない国保の加入者に対して、これは余りにも非人間的なやり方なのじゃないか。今、国保を払っているそういう方々の中から抗議の声が上っているのです。このような奨励はすべきではない、そういうふうに思いますけれども、どうですか。

○岡光政府委員 誤解をいたしたいは困りますのでやや詳しく申し上げますが、東大阪市という名前でありまして、これについて申し上げますと、累積赤字が非常に累積をしておる、いわば財政的に非常に状況の悪い市町村国保の代表例の一つでございます。

それで、ここでの市長さんがどういうことをやったかというのを申し上げますと、市長さんは、自分の対象の地域を定めまして、そこへ勤務時間が終わってから、あるいは土曜日、日曜日に掛けていって、その滞りしている人たちとお話をし、それで収納率を、理解をさせていただいた上で協力をいただいております、こういうことをされているわけでございます。それから、東大阪市の全職員に、そのような担当地域制を設けて、何しろ市を挙げてやっています、こういうことを言われたわけでございます。

これは、私があえてそういう事例を申し上げましたのは、首長さんが先頭に立って努力をされておる、そういう市もありますよ。それは国保の経営を本心に情熱を持って健全化しようとしている、そういうケースとして、経営努力の一つのケースとして、私は申し上げたのでありまして、被保険者に対して、非人間的な、問答無用で保険料を召し上げていこうというふなことを言ったつもりはさらさらございません。

今の市町村においても、個別の被保険者に対しては納付相談をして、あなたはこういう状況なのですか、どうすれば保険料をうまく納められるのでしょうか、こういう相談をまず前提にしているわけでございます。そして、その相談をした上でいろいろ協力を願えば、そこでもう変な、今御指摘いただきましたような被保険者資格証明書の発行なんということにはつながらないか、ないわけでございます。

これはあくまでも、保険料を長期滞り滞りして、特別の事情もなく故意に保険料を滞り滞りしている人に、しやうがなく被保険者証の返還を求めて、これにかわるものとして資格証明書を渡しているわけでございます。それは非常に極端なケースでございます、それと、相談にも見えない、極めて非協力的な方に対してやむを得ずとておる処置でございます、そういうことをもって

私どもは国保運営全体をやっているつもりではございません。住民との対話の中で国保という制度を育て上げていかなければいけないわけでございます。ですから、そのところは十分認識した上で大切に国保の運営をやりたい、そういう気持ちのあらわれでございます。

○岩佐委員 市長、助役あるいは各部課長が土曜、日曜あるいは夜間に訪れる、このことだけで市民はびっくりするわけですね。それで払ってくれと言われると、借金しても払わなければいけない、こういうケースも出てくるわけですね。だから、一般論として、企業も一生懸命営業努力でいろいろ経営を変えていくんだ、改善していくんだと、そういうふうにするなりとは聞けない、あるいは受けとめられない実態というのがあるわけですから、過度のそういう取り立てみたいな収納の仕方というのはやるべきではないということ、再度申し上げておきたいと思っております。また、そういうことは行われたいというふうに期待をしたいと思っております。

国保は主に保険料と国庫負担で賄われています。保険基盤安定繰入金等以外、市町村の一般会計からの繰り入れは原則として認められていません。国保に対する地方自治体の負担を固定化するもの、国保に対する地方自治体の負担を固定化するもの、でございます。このような事業は地方交付税で手当てをするのではなくて、国保の国庫負担金の率を引き上げる、あるいは国庫負担金で措置をすべきだ、そう思いますけれども、その点いかがでしょうか。

○岡光政府委員 御指摘のありました国保財政安定化支援事業と申しますのは、病床が多いとか低所得の人が多いとか、いわば保険者の責めに帰することのできない特別の事情がありまして、国保財政がどうしてもうまくやれない、こういうケースにつきまして、一般会計からの繰り入れを認めて、その一般会計からの繰り入れに代わって地方財政措置を講ずる、こういうことを考えたわけでございます。いわゆる法定の一般会計繰

入分でございます、法定外の一一般会計繰り入れはできるだけすべきではないと思っておりますが、今申し上げましたように、個々の保険者の責めに帰することのできないような事由に着目した一般会計の繰り入れは、当該の市町村の判断でございます、それをやむを得ないのではないだろうか。それをそのまま放置しておきますと、完全にその市町村の一般会計の負担になってしまします。その点につきましては、地方財政措置を講じて一般会計の負担を軽減していく、こういう措置はやむを得ないのではないだろうかと思っております。

なお、国保の国庫負担のあり方につきましましては、先生御指摘のように、いろいろな御意見があるのは承知しておりますし、過去いろいろ御議論の上で現在の国庫負担制度になっているわけでございます。将来の国庫負担のあり方につきましましては、国民健康保険の抜本的な改正を行う際に、どのような対応をすべきなのか、そういう場で論ずるべきではないだろうかと思っております。

○岩佐委員 基準超過医療費共同負担制度のことですけれども、一人当たり医療費の高い市町村に対してペナルティーを科して医療費抑制に努力するようしむける制度でありますけれども、発足当時、対象市町村が七十六だったものが、平成四年には六十に減少してきていました。基準給付費の一・二倍を一・七倍に引き下げると、対象市町村がまたふえることになりまして、医療費抑制のツケが当該市町村の住民に及ぶことになりまして、この制度を、医療費抑制のアリ地獄として、私も発足から反対をしてきたわけですが、結局、倍率の引き下げというのはこの性格を一層強めることになったのではないのでしょうか。医者にかかりにくくなる等の医療費抑制のゆがみを拡大することになると思っておりますけれども、その点どうでしょうか。

○岡光政府委員 この基準超過医療費共同負担制度は、もう先生よく御理解いただいておりますところ

でございますが、医療費が平均よりも著しく高いような当該の市町村に、国、県、市町村、それぞれ対応の対応をして、その負担をしながら安定化をさせていくという点ではないかと。国民健康保険の経営努力という点についてはいろいろな要請があるわけでございますが、私どもは、こういった基準超過医療費共同負担制度というふうなものも経営努力につながるものではないだろうかというふうに認識しているところでございます。

今回の係数の見直しは、全体の医療費が変動しておりますので、その変動に応じてもう一度算定し直したということでございまして、改めて対象範囲を拡大するという意図のもとにやったわけではなくて、実態に合わせてその基準値を見直したというものでございます。

○岩佐委員 その点についてはどうもそうではないというふうに思いますけれども、時間もありませんので……

最後に、保険基盤安定制度あるいは国保財政安定化支援事業、いずれも「安定」の文字を使って施策を行っているわけですが、国保制度は安定とはほど遠い状況になっています。これは、国庫負担を削減し続けたところにある原因があると思います。

現行国民健康保険法の発足に当たって、国民健康保険事業を行うことは市町村の固有の事務であるとする旧法の考えを改めて、国民の医療保障を行うことを国の責務とし、これを市町村に団体委任するという考え方を基本とした結果、国庫補助金に比べて国の責任がより重い国庫負担金にしたものであります。制度発足時に戻って、国が責任をきちんととるべきだというふうに思います。

財源がないというところがいつも言われます。この点について私どもは、財源はちゃんと考えればあるんじゃないか、軍事費を削減したらどうだ、あるいは不要不急の公共事業をカットしたらどうですか、あるいは大企業の優遇税制の是正、こういう方法があるではありませんか。お金がないからないからと言って、国民に冷たいそういう

政治を行うべきではないというふうに思います。最後に、大臣のお考えをお伺いをしたいと思います。

○井出国務大臣 今回の国民健康保険制度の改正は、制度運営の安定化を図るため当面必要とされる措置を講じるものでございます。

このうち、保険料軽減部分を公費で補てんするいわゆる保険基盤安定制度にかかわる国庫負担につきましても、国の財政状況等にかんがみまして当面定額負担としつつも、その額を増額し、市町村負担分の軽減を図ることとしております。この市町村負担分の全額については地方財政措置を講じているところであります。

また、病床数が多い等一定の場合に一般会計からの繰り入れを認め、これを地方財政で支援するいわゆる国保財政安定化支援事業につきましても、国保財政の安定化に対する効果が大きく、地方団体からも継続の要望があったことから、二年間継続することとするものでございます。

このように今回の改正は、国保制度の抜本改正までの間当面必要な措置を講ずるものであります。また、制度の基本的なあり方については、今後、医療保険制度全般における給付と負担の公平化の幅広い議論の中で検討をしてまいりたいと考えております。

○岩佐委員 今回の改正によって、国が国保で四百三十三億円、そして老人保健法で二百八億円負担を軽減する、こういうことについては厳然たる事実であります。そういう点を改めない限り、なかなかこういう大きな問題は解決することができない、そういうふうに思います。そのことを指摘をいたしまして、質問を終わりたいと思います。

○岩佐委員 これにて本案に対する質疑は終了いたしました。

○岩佐委員 今後、このより討論に入ります。

討論の申し出がありますので、これを許します。岩佐委員。

○岩佐委員 私は、日本共産党を代表して、国民

健康保険法等の一部を改正する法律案に反対の立場から討論を行います。

今回の改正は、三年以内の見直しを前提として今までの制度を延長したものが大部分となっておりますが、いずれも医療保険の国庫負担を削減して国民負担と地方負担をふやすという従来のやり方を踏襲したものとなっております。到底認められせん。

以下、反対の理由を述べます。  
第一に、国民健康保険料の応益割合の引き上げは低所得者への負担増となります。東京区部で試算すると五割もの引き上げとなり、二割軽減措置の創設程度では到底緩和されません。

第二に、保険基盤安定制度は、保険料軽減費負担金として全額国の負担で発足したものです。それが八四年に八割に減額され、八八年に保険基盤安定等負担金となつて、国の負担は五割となりました。さらに、暫定措置として国の負担を定額とし、市町村の負担増分を地方交付税で措置することにした。まさにこれらは国庫負担削減の歴史そのものであります。その上、国庫負担金を地方交付税に切りかえ、負担を市町村に押しつけることは許されません。

第三に、国保財政安定化支援事業は、国保に対する地方自治体の負担を固定化するものです。このような事業は国庫負担金で措置すべきものであります。

第四に、国民健康保険料の限度額の五十万円から五十二万円への引き上げは、国保加入者に負担増を押しつけるものです。

最後に、基準超過医療費共同負担制度は、一人当たり医療費の高い市町村に対してペナルティーを科して医療費抑制にむける制度であり、共同負担の算定基準を基準給付費の一・二倍から一・七倍に引き下げると対象市町村がふえ、医療費抑制のツケが当該市町村の住民に及ぶこととなります。

また、老人加入率の上限引き上げは、健保組合加入者の負担増となります。

以上の制度改悪により、国民健康保険法で四百三十三億円、老人保健法で二百八億円の国庫負担が削減されることとなります。保険基盤安定制度や国保財政安定化支援事業と、いずれも「安定」の文字を使っていますが、国保制度は安定とはほど遠い状況であります。まさに、国庫負担を削減し続けたところにこの原因があります。軍事費の削減、不要不急の公共事業のカット、大企業の優遇税制の是正を行い、財源を国民の命や暮らしを守るために使うべきです。国がきちんと責任を持つべきことを要求して、討論を終わります。（拍手）

○岩佐委員 これにて討論は終局いたしました。

○岩佐委員 今後、このより採決に入ります。

国民健康保険法等の一部を改正する法律案について採決いたします。

本案に賛成の諸君の起立を求めます。

〔賛成者起立〕

○岩佐委員 起立多数。よって、本案は原案のとおり可決すべきものと決しました。

○岩佐委員 今後、このより採決に入ります。

国民健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（案）

○山本（孝）委員 新進党の山本孝史でございます。

私は、自由民主党・自由連合、新進党、日本社会党・護憲民主連合及び新党さきがけを代表いたしまして、本動議について御説明申し上げます。案文を朗読して説明にかえさせていただきます。

国民健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（案）

政府は、次の事項について、適切な措置を講ずるよう努力すべきである。

一 今回の制度改正が暫定措置であることにかんがみ、構造的問題を抱える国民健康保険制度の長期的安定を図るため、その抜本的な改革を早急に行うとともに、医療保険制度全体の給付と負担の公平化のための一元化に向けた取組みを進めること。

二 国民健康保険制度については、医療費の地域間格差を是正するため、地域の実情に応じた医療費適正化対策等を進めるとともに、レセプト審査の充実や保険料の収納率の向上等に努めること。また、保険料負担の平準化に継続的に努力すること。

三 二十一世紀が高齢者が健やかに安心して生涯を過ごせる長寿社会となるよう、新ゴールドプランを積極的に推進すること。その際、健康診査、機能訓練等老人保健事業の一層の充実を図るとともに、国民健康保険においても、新ゴールドプランの積極的支援等保健事業の拡充を図ること。

四 老人医療費拠出金制度のあり方の三年以内の見直しに当たっては、新たな公的介護システムの検討等を踏まえ、適切に対応すること。

以上であります。

何とぞ委員各位の御賛同をお願いいたします。

(拍手)

○岩垂委員長 これにて趣旨の説明は終わりました。

採決いたします。

本動議に賛成の諸君の起立を求めます。

〔賛成者起立〕

○岩垂委員長 起立多数。よって、本案に対し附帯決議を付することに決しました。

この際、井出厚生大臣から発言を求められておりますので、これを許します。井出厚生大臣。

○井出国務大臣 ただいま御決議になられました附帯決議につきましては、その御趣旨を十分尊重

いたしました。努力いたす所存でございます。

○岩垂委員長 お諮りいたします。

ただいま議決いたしました本案に関する委員会報告書の作成につきましては、委員長に御一任願いたいと存じますが、御異議ありませんか。

〔異議なしと呼ぶ者あり〕

○岩垂委員長 御異議なしと認めます。よって、そのように決しました。

〔報告書は附録に掲載〕

○岩垂委員長 次回は、公報をもっ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。

午後八時四十七分散会

平成七年三月二十四日印刷

平成七年三月二十七日発行

衆議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局