

第四百十回
国会

参議院厚生委員会會議録第十三号

平成九年五月二十七日(火曜日)
午前九時三十一分開会

委員の異動

五月二十六日

辞任

木暮 山人君

五月二十七日

辞任
林 久美子君

補欠選任

林 久美子君

補欠選任

星野 朋市君

出席者は左のとおり。

委員長
理事

上山 和人君

尾辻 秀久君

佐藤 静雄君

和田 洋子君

菅野 壽君

委員

大島 慶久君

塩崎 恭久君

田浦 直君

中島 眞人君

長峯 基君

南野知恵子君

宮崎 秀樹君

林 久美子君

星野 朋市君

水島 裕君

山本 保君

渡辺 孝男君

今井 澄君

西山登紀子君

釘宮 磐君

国務大臣

政府委員

厚生大臣 小泉純一郎君

厚生大臣官房総務審議官

厚生省健康政策局長

厚生省保健医療局長

厚生省業務局長

厚生省社会・援護局長

厚生省老人保健福祉局長

厚生省保険局長

社会保険庁運営部長

事務局側
常任委員会専門員

文部省高等教育局医学教育課長

大貫 延朗君

寺脇 研君

説明員

本日の会議に付した案件
○健康保険法等の一部を改正する法律案(内閣提出、衆議院送付)

○委員長(上山和人君) ただいまから厚生委員会を開会いたします。

委員の異動について御報告いたします。
昨二十六日、木暮山人君が委員を辞任され、その補欠として林久美子君が選任されました。

○委員長(上山和人君) 健康保険法等の一部を改正する法律案を議題といたします。

本案につきましては既に趣旨説明を聴取いたしておりますので、これより質疑に入ります。

質疑のある方は順次御発言願います。
○田浦直君 おはようございます。自由民主党の田浦直でございます。

健保法等改正案につきまして御質問させていただきます。これまでの経過をずっと見ておきますと、初めは一部負担金が定率だという話があり、それが定額に変わり、その定額も政府案、その後は修正案というものになってきたわけでございます。また、政管健保の保険料率も千分の八十二から八十六、今回は八十五というふうに変わっております。その間の経過が私どもには一つも目に見えてこないわけです。どう理由でこう二転三転しておるのか、その辺が私どもも当事者以外の者にはよくわからないんじゃないかなというふうに思っているわけでございます。

そういう意味で、まず冒頭に大臣の方にその辺の経過についての御意見なり御感想なりをお尋ねしたいというふうに思っています。
○国務大臣(小泉純一郎君) 一番わかっていて、思われる方からわかっていないと言われて、私の方は戸惑うくらいなんですけれども、それだけいろいろな立場の方がおられる。また、医療関係、健保法関係の法案というのは多くの関係者が注目し、それぞれの立場というのが利害相反する面もあるのではないかと同時に、国民に対して負担をお願いするという立場から、いかに国民負担を軽減するかという考えでそれぞれの政党、それぞれの団体で考えが違っているのではないかと、そういう一つのあらわれだと思っております。

どうしてなのかといいますと、政府側といたしましては、審議を国会にゆだねているわけでありまして、むしろ政党間、議員間の調整にまつしかたない。あえて政府としては原案で御審議いただいたわけでありましても、それがなかなか

まくいかないうことは、それだけ政府案を理解していただくのは難しい。そういう中においては、国会での各党派間の調整に任せるしかないというのが政府側の立場でありますので、その辺の事情はよく委員もおわかりだと思っております。いろいろ修正案も出ているのであります。私としては、政府案としての案をぜひとも御理解いただければと思っております。最終的には国会の審議にまづしかなければと思っております。

○田浦直君 そういふこともきくとあるだろうと思ふんですが、私はやっぱり法案をつくられる前に患者さんの声とかあるいは現場の声をよく聞いてつくっておらないからまたそれを変えろというふうな事態も起こってきたのではないかなというふうに推測をいたしております。

そこで、この間の法案について具体的にちよつとお尋ねをしたいと思ふんですが、例えば厚生省案では薬の一部負担金、これ一種類十五円というのが出ました。それが今度は修正をされて、薬の種類によつて四百円、七百円、千円というふうに変わる。今の案が出てくるわけですね。この数字の根拠というのはいくらにあるんだらうか。十五円から今度は四百円とか、関連性がちよつと感じられないわけですが、その辺の根拠はどういうことなんですか。

○政府委員(高木俊明君) まず政府案でございますけれども、このたびお願いしております薬剤費の一部負担、これは、我が国の場合非常に薬剤が多用されているというふうなことに着目しまして、その適正化をお願いしたいということで考えさせていただいておりますが、その際、基本的には、お年寄りについては薬剤費の一部負担をお願いするに当たりまして、おおむね一割程度の御負担をお願いしたいという考え方をまずベースにいたしました。そういたしますと、老人の薬剤費の一種類

一日分の額、これはこれまでのデータに基づきまして算出したとすると、これが百五十円程度でございます。その一割ということで十五円ということにいたしましたわけでございまして、政府案では薬につきましては一種類一日につき十五円、こういうようなことをお願いをしたわけでございます。

このたびの衆議院におきます修正の考え方でございますけれども、これは種類数の区分、それから負担額の設定、これに当たりまして、それぞれ各区分における平均薬剤種類数、区分は二から三種類、それから四から五種類、六種類以上となっておりまして、一種類の場合は負担が要らない、こういう格好になっております。

例えば二から三種類であります、平均二・五種類ということで計算いたしました、それに老人の一日一種類分の、これは内服薬の平均的な薬剤費の額、この一割ということでこれは十三円という計算になります。それからさらに、内服薬の平均投与日数、これが十二・五日ということになっておりまして、それを掛けましたもの、要するに二・五種類掛ける十三円掛ける十二・五日ということ、四百六円という額が出てまいりますが、これを四百円という格好にいたしましたというふうに承知をいたしております。それから、四から五種類の場合も同じような考え方で計算いたしました、これが七百元、それから六種類以上は千円、このような形に一部負担をお願いしたということで私も承知いたしております。

○田浦直君 それと、今回の薬の一部負担ですね。私どもが診療行為をする、その中には診察をするとか検査をする、あるいは薬を出す、手術をする、こんなことがあるわけですね、医療行為の中で、これのすべてに例えば健保本人であれば二割を掛けるわけです。そのほかに薬はまた別に一部負担を取るといふのがどうしてもわかりにくいわけですね。薬を外したのから二割を取って、薬代はまた一部負担を別につくるんだということであれば、これはまた理解できないこともないんですが、全部に二割をかかせておいて薬代はまた

別だというのは、これは恐らく診療所あたりでは窓口で患者さんが聞かれるんじゃないか、そんなときにどう返事をするのかということがあり得るだろうと思うんですね。そういう混乱が窓口で起こると大変です。

局長、受付窓口の係員と言ったら非常に悪いですが、にひとつなつていただいて、今のような質問があったらどうお答えになるか、お尋ねをしたいと思います。

○政府委員（高木俊明君） これは窓口でいわゆる事務的に御説明いただくということだとなかなか理解しにくい面があるかと思いますが、やっぱり基本的には我が国の現在の医療保険制度の財政状況が非常に窮乏をしているということがまずベースにありますから、そのことをよく御理解いただかないといけないというふうに思います。

そういった中で、やはりもう一つには医療費における薬の占める割合というのが我が国は非常に高いという問題がございます。そういった薬のいわゆる使い過ぎといえますか、そういった問題を適正化していくという観点が必要であるということについて御理解いただかなきゃいけないというふうに思います。

そういったベースのもとで御説明しないといけないわけですが、まず従来の医療費全体に対する定率の負担、これはいわゆる受益と負担の公平というふうな角度からお願いしているわけですが、さらに薬に着目いたしまして、先ほど申し上げましたような政策的な目的のもとに、このたび従来の医療費全体に対する定率負担に加えまして別途薬だけに着目した御負担をお願いする、それはまさに薬の適正化、それはまた国民にとっても望ましいことであるというふうに思うわけであります。

そういった意味で、私もとしては、従来の負担に上乗せする形でありますけれども、このように形をお願いしているということでございます。二重負担ということがよく言われるのでありますが、我々としては、いわゆる鏡もちが二

段重ねになっておりますような格好で上乗せしてお願いしている、こんなふうに考えておりまして、これらについて実際に実施するに当たりましては、厚生省はもとよりでありますけれども、関係団体等の御協力を得ながら国民の皆様方に御理解を賜らなさいというふうに考えております。

○田浦直君 今回の御説明ではやはり患者さんにはわからないと思うんですね。また、窓口で説明する人もわからない。患者さんは保険の一部負担をしているという感覚じゃないんですね。病院の値上げでこれだけ高くなったんだというふうな感覚ですから、やはり病院に聞くわけですね。

私は、やはりこの際、患者さんに向けて政府なりあるいは保険者なりがそこをよく理解できるように説明をしてやってほしいと思うんですね。一部の先生方では窓口でこの説明をさせられてはたまらないというふうな御意見もたくさんあるわけですが、そういった国民あるいは患者に向けてのパンフレットでも、あるいはマスコミを使ってでも、あるいは集会をしてでも、とにかくそういうトラブルが起こらないようにやっていただきたいと思うんですが、その点について御返事をお願いいたします。

○政府委員（高木俊明君） この法律施行に当たりましては、やはりその点について十分説明の努力を私どもあらゆる手段を通じてやっていきたいというふうに思います。また我が国の医療保険制度がこれから健全に運営される上においてもその理解を深めることが非常に重要だと思っております。努力をしていきたいと思っております。

○田浦直君 それから、この修正案を見ても、やはり大病院にとつては有利だ、町の診療所にとつてはやっぱり不利だという感じがします。例えば、大病院なんか薬を長くやる人が多いわけですね。でも、町医者というのは、やはり二、三日置きに顔を見ながら、血圧をはかりながら、患者を観察しながら薬を変えていくわけですね。そうすると、そのたびに薬代を取らなければなら

ないということが生きてきますね。あるいは、老人にとつては有利ではないかな、子供にとつてはこの面は不利だという感じがします。

老人は慢性的疾患であれば長く薬をもらってもいいけれども、例えば子供であれば、引きつけないで熱が出たとか下痢をしたとかいうことで小児科に診察をされたら、やはり薬としては二日分三日分しか出さないとはいふんですね。

それと同じ、一カ月出して同じということであれば、これは小児科の先生にとつては、あるいは子供のお母さんにとつては大変な負担になるんじゃないかという気がするわけですね。

そういうふうな大病院と診療所、あるいはお年寄りや子供、そういったものに対して負担料がかなり差が生じるのではないかとはいふふうに推測されるんですが、その点、そう思われますか。

○政府委員（高木俊明君） 今回の修正案では、種類数についても四つにグループ化しております。それから投与日数については平均的な日数を使用して定額を計算しておりますから、どうしてもやはりこういった平均的な数字を用いて定額を決めているということになります。その平均を下回った場合、上回った場合、当然そこにケースがいろいろ出てまいります。そういったケースによりまして負担額の割合に違いが出てくるということも起こり得るわけでありまして、

問題は、政府提案の場合ですと、これが種類数それからまた日数をそれに応じてそれぞれ額を定めるといふことになっておりましたけれども、今回の修正の考え方といたしまして、政府案は非常に実務的に煩雑であるという点でございまして、正が行われたというのが一つの理由でございまして、そこら辺のところのバランスという点を考えた場合にはやむを得ない面があるかなというふうに考えます。

ございます。例外的に長期投与が必要なものについては、例えばお年寄りのケースなんかによくありますけれども、三十日というようなことでございまして、そういった意味でいたずらに医師の裁量によってその期間が長くなるということはないと思います。

ただ、医療行為の基本はやはり医師の専門的な知識と良心に基づいた適正な医療というものを施していたらいいということが基本でありますし、そのことは療養担当規則にもうたわれておるわけでありまして、やっぱりそういったものをベースにこういったものも考えていかなきゃならない余地がございまして、そういった面でも今回の制度というものはある意味ではやむを得ないのではないかとはいふふにも思います。

なお、小児科の場合、これが非常に過重な負担になるのではないかとということが言われ、また非常に強い要望がございまして、ただ、これは御参考までに触れさせていただきますと、先生御承知のとおりであります。外來の小児科診療、この特性というものを考慮いたしまして、三歳未満の小児を対象とした小児科外來診療料というものについては、これは包括化が導入をされております。ですから、薬をもらってももらわなくても、いわゆる定額払いの形が導入されておまして、そしてこういった包括化を採用しております医療機関においては、薬剤に係るこのたびの定額負担というのは課さないという取り扱いをしておりまして、そういった意味では全部がそういう意味で小児科についてこのような負担になるということではございませんので、その点、一言コメントさせていただきますと思います。

○田浦直君 今の包括化のところはそうだと思うんです。でも、今のところ包括を採用している小児科の病院というのは少数派だということに思うんです。私はやっぱりこれは少子化対策にも通ずると思うんですよ。この高齢化社会で高齢化を防ぐのは子供をたくさんつくることが一番いいことなんですね。そういうふうな少子化とい

うのを国の第一の国是にしないというふうな国は滅びると、こう言われておりますけれども、やはりその面からも小児医療の救済措置というのを考えてやるべきだと思っております。衆議院の附帯決議の中にもそういったことを書いてあります。

私は早急に、九月一日までにこれ何とかできないものかというふうに思っておりますが、それまでにそういう何らかの措置をとるといふ考えはないかどうか、お尋ねをしたいと思います。

○政府委員(高木俊明君) このたびの修正案の趣旨は先ほど御説明申し上げたとおりでございまして、そういった中で小児科の関係について過重な負担ではないかという声がかなり出ております。私どもとしては、このたび修正を受けました案に基づいて御審議いただいております。十分御審議を賜りたいというふうに思っております。やはり、この辺の取り扱い方法というのはどうしてもこのような平均的なケースといふことをベースに考えますとある程度避けられないのかな、ただそれが余りにも過重な負担になり得るのかどうかという問題じゃないかというふうに思っております。

できるだけ子育て支援というふうな観点を考えますと、育てやすい環境、こういう医療も含めまして、を考えていくということは非常に重要だといふふうに認識しておりますけれども、ただ医療保険制度、これもいわゆる相扶共済の制度でありまして、それぞれの加入者がそれぞれの応分の御負担をいただかないと制度は成り立たないという面もございまして、それら等との兼ね合いの中で、私どもとしては今回程度の一部負担というのは御負担いただけるんじゃないか。また、今後抜本的な改革というものを目前にしておりますけれども、そういった中で総合的な検討というものはあり得ると思っておりますけれども、今回の改正案については御理解を賜りたいというふうに考えております。

○田浦直君 例えば、日本では団塊の時代、戦後

間もなくたくさん子供さんが生まれた時代があった。これが三年間しか続かなかったんですね。アメリカはそれが十七年間続いた。その子供たちが今働き盛りになっていくわけですね。だから私は今のアメリカが非常に勢いづいている、若い労働力を持つている、安い労働力を持っているということではないかなというふうな気がするんですね。だから、少子化対策というのはいま二十年、三十年後のことを見越して国の勢いのためにやるわけですから、ぜひこの辺は細かいことではなくして大きな目から考えて配慮をしていただきたいというふうに思います。

それで、この修正案ですが、この修正案というのは例えば医療保険審議会とかあるいは老人保健福祉審議会、こういうものにはまたかけるわけですか。

○政府委員(高木俊明君) このたびの修正は、これは国会における衆議院の修正でございまして、それから、そういった意味ではこれは国会の権限として実施されたものでございまして、政府の諮問機関であります医療保険審議会なりあるいは老人保健福祉審議会に再度諮問をするということとはございません。

○田浦直君 私はそれが非常に不思議なんです。それは国会の筋論からいえばそうなるんですが、あれほど医療保険審議会が定率ということを決めて答申をされ、そしてこれを政府案で定額に変えて十五円で検討して、もう一部の委員は退場するぐらい大目にもめて、そしてそれが出てきた。そして、今度国会で決まるのは全くそれと関係のない修正案だ。じゃ、医療保険審議会、老人保健福祉審議会というのはい体何なのか、何をやったのかということが私はわからないわけなんです。そういうことであるならば、もうこういう審議会は要らないんじゃないかという気がするわけなんです。かけないでいいんだと言われて私はびびりしているようなことなんです。

厚生省では、医療保険構造改革審議会ですか、何かそういうものをまたつくろうとされていると

いうような話を聞きますが、そういう計画がおりですか。

○政府委員(高木俊明君) 今回御提案しております法案の中にその事項が含まれているわけでありまして、これはまだ仮称でございまして、医療保険構造改革審議会というふうなことで言っております。

この趣旨なのでありますけれども、これはこれからの医療保険制度改革というものを進めるに当たって国民的な視点に立った幅広い議論に立つて今後の改革というものを進めていく必要があるということでありまして、これはこれまでの医療保険審議会、それから老人保健福祉審議会、これを統合いたしました。この統合をすることにいたしました理由でありますけれども、やはり制度を縦割りというのではなく、老人保健制度もあるいは医療保険制度全体についても一体的に横断的に御議論をいただく必要がある、そのようなことからこのたびこの両審議会を統合して新たに医療保険構造改革審議会、仮称でございましてけれども、これを創設したいということで御提案をしております。

この審議会におきましては、それぞれ関係者間の利害を超えた国民的な立場に立つて医療保険制度の抜本的な見直しを御議論いただきたい、それも当然のことでありましてけれども開かれた議論というものをお願いしたいというふうに考えているわけでございます。この新しい審議会、これは今回の法案が成立いたしましたら、この法施行後できるだけ早く設置をいたしたい、このように考えておるわけでございます。

○田浦直君 私はその考え方には余り賛成できないんです。やはり厚生省が自信を持って主導的にやっていくべきじゃないかと思うんです。審議会をつくって審議会に諮ったという形をつくらなければいけない、何か自信のなさを感じるわけですね。今も話したように、審議会をつくっても、そこで答申をしても、それと全然関係のない法案が成立するというふうなことでは余り必

要らないんじゃないかな、今回の審議会もそういうふうになるんじゃないかなと思うんですね。

それから、この審議会のメンバーですね、メンバーについては衆議院でも議論があったようだけれども、関係者を入れない方がいいとか入れる方がいいとか。この人選ですね、あるいは構成、どういう意義でどういう構成でやるのか、その辺が非常に大事な問題だということに思っています。が、それについてお尋ねをしたいと思います。

○政府委員(高木俊明君) まず前段の方なのであります。この審議会にお諮りしてと申しますのは、いわゆる審議会を案を練っていただくというふうな考え方ではありませんで、むしろ厚生省としてきちんとした案をまとめまして、もちろんそれが複数の案ということがあり得ると思えますけれども、それを諮りをするということでありまして、それに対して審議会としての国民的な立場からの御意見、御審議をお願いしよう、このように考えておりますので、決してすべて審議会にゆだねてしまふ、こういうような運営は考えておりません。

それから、委員の構成でありますけれども、これは関係者は入れないという意味ではありませんで、いわゆる関係者間の利害を超えた立場で御議論をいただきたい、そういう御議論にふさわしい方々をお願いをしたい、こういうふうな趣旨でございますので、非常に大事な審議会でございますから、この委員の選定等につきましては、国会におけるさまざまな御意見等も踏まえて、私どもとしてはこれから検討をさせていただきたい、こんなふうな考えております。

○田浦直君 私は、審議会の中で本当に真摯な議論が行われておるんだろかという疑問をいつも持っているんです。厚生省が人選をする。そうすると、やっぱり厚生省に顔を向けた委員がたぐさに入っている。そういう場合に、いろんな決議をとつても、ただ手を挙げるだけの要員とか、そういう者は結構おるんじゃないかなというふうな気がするんですね。

○国務大臣(小泉純一郎君) この今回の法案を出

そういう疑問を持っている人はたくさんおると思うので、もしそうでないとおっしゃられるならば、私は、その中で討議されている議事録、それを公開してほしいと思ふんですね。どういふ委員がどういふ発言をしている、どういふ委員は本心に熱心にやっているんだ、何にも発言しないで黙って座っている委員もおられるかもしれません。しかし、そういうことでは困るわけなんです。しかし、それは私もでは全然わからない。私は、こういう審議会をつくられるならば、公開してほしい。少なくとも議事録は見せてほしい、そういうふう

に思いますが、それはできませんか。

○政府委員(高木俊明君) 私どもも全く先生と同感でございます。まさに、私もとしては審議の公開ということをお前提として委員は御願いをするつもりでございますし、またそういう形で運営をお願いするというところで考えております。

○田浦直君 ぜひそういうふうにお願いをしたいと思っております。

それから、衆議院の議論を聞いておりましたら、小泉大臣は九月一日までは本案は提出するということをおっしゃられておるわけなんです。私は、ぜひそうあつてほしいと思ふんです。

随分前ですが、もう二十五年ぐら前に、日本医師会の武見会長が保険医総辞退というのをやりまして、もめたことがあるんですね。昭和四十六年ですが、そのときに当時の佐藤総理大臣と斎藤厚生大臣との間で合意した事項というのがあって、それを今見ても、例えば一番目には、「厚生省の医療行政に関する姿勢を正す」と、こう書いてあるんですね。二番目には、「医療保険の抜本改正案を次期国会に提案」と書いてあるんです。もう二十五年前の話なんです、本場に今度できるのだからかという心配をしているわけなんです。

実力大臣の小泉大臣ですから必ずやっていただけと思うんですが、その辺の決意のほどを大臣からひとつお答えをお願いしたいと思ふます。

○国務大臣(小泉純一郎君) この今回の法案を出

す経緯、そしていろいろ各党の議員の皆さん方からの御議論、さらに厚生委員会での審議の状況を見ながら、もう一時的な手直しでは許されないう状況にあると私は感じております。

三十数年来、抜本改革をしないと言われながら、なぜ構造的な抜本改革ができなかったのかという反省も踏まえて、今回は、この法律案が成立した次第、できるだけ速やかに、九月一日と言いますが、できるだけ早く厚生省として責任を持った案を御提示いたしまして、今後、国民が安心して適切な医療を受けられるような、そして保険財政的にも安定的に運営が図られるような抜本的な案を、九月一日までと言っていますが、できたとしても早く厚生省としての案をお示しして、国民的な御批判、御議論をいただきたいと思っております。既にその決意を固めておりますので、よろしく御理解、御協力をいただければと思ひます。

○田浦直君 決意のほどを伺って、私も本間に期待を申し上げたいと思ふんです。

その案というのが大体三点に絞られている。診療報酬、それから薬価、老人医療保険、このそれぞれについて出されるわけですね。そして、それはしかも抽象論でなくして具体的な案だと私は期待しているわけですが、その点も確認させていただきたいと思ひます。

○国務大臣(小泉純一郎君) 薬価の問題につきましては、診療報酬の問題につきましても、老人保健の問題につきましても、具体的な案を提示したいと思ひます。その際には、今考えている案は、今までの審議会、医療保険審議会やあるいは老人保健福祉審議会、さらには与党における基本方針、そして今国会で議論が出ましたいろいろな御意見を踏まえて、それに沿った案をまず考えております。

さらに、これからの厚生省内部の検討結果によりましては、一案であります。あたかもこれに固定してしまうという誤解といたしますが、これしかないというふうに国民に思われてもいけません。

○国務大臣(小泉純一郎君) そういふ方向で検討

で、場合によつては複数案を提示していろいろ御議論を願うこともあるかもしれません。その辺はまだ固まつておりませんけれども、具体的な抜本案をできるだけ早く提示して御批判を仰ぎたいと思つております。

○田浦直君 その中で、先日の本会議でも薬価の問題が出ておりましたが、大体流れとして、新薬価については市場原理のつとつて参照価格に近いような制度を目指しているように御返事をされましたが、そういうふうな理解してよろしいでしょうか。

○国務大臣(小泉純一郎君) そういふ方向で検討したいと思つております。

○田浦直君 そうしますと、診療所、病院では今まで問題となつておりました薬価差というのがなくなります。なくなりますが、病院は成り立たないわけですから、これは技術料を上げなければならぬというふうな思ふんですね。

私は、今までの技術料、診療報酬のアップの形式、〇・何%上げるとか何%上げるといふことではなくして、やはり薬価の変更をやりますと、結構大きな変化になると思ふんですね。したがって、診療報酬も体系から変えなければならぬんじゃないかなと思ふんですね。手直しだけではできない、そういうふうには私は思っているんですが、診療報酬についてはその時点でそういうふうな改正があり得るかどうかが、お尋ねをしたいと思ひます。

○国務大臣(小泉純一郎君) 当然、薬価だけではありません。診療報酬、技術料を含めまして、出来高払い制度あるいは定額・包括払い制度、その組み合わせ等を一緒にまとめて提示しなきゃならないと思つております。

○田浦直君 それから、薬価について言いますと、これは医療保険審議会の建議書にも書いてあつたと思うんですが、その決定の透明化というものをすべきであるというのがあつたと思ふんです。今回のこの与党合意書あるいは附帯決議の中にそういうものが見当たらないのですからこれ

まして、家庭医が紹介しない限り専門医にはかかれ
ない。あるいはアメリカにおきましてはHMOとい
うのがありますね。これは保険者と病院が契約す
る。その保険に入っている人はその病院しか使え
ない、こういうふうな制限をするわけです。これは
財政効果を上げるのには一番近道なんです。日本
もそういう傾向に進むんじゃないかなというふう
な不安を医者も患者も持っているわけです。

そういう意味で、この患者のフリーアクセスと
いいますか、そういうたものについて、これは本
当に私は日本が医療制度としては一番いい制度、
患者にとつていい制度ではないかなというふう
に思つておるわけですけれども、これを何らかの規
制をするような検討をされておられるのか、その
辺をお尋ねしたいと思います。

○国務大臣（小泉純一郎君） 患者が病院を選ぶことができるというのは、私は基本的にいい制度だだと思っております。しかし一方、大病院に集中を招いて三時間待って三分診療というようなことも一部では言われております。

今言われたように、イギリスみたいに、まずかかりつけ医に行つて、その紹介がないと専門病院に行けないとか、あるいは一つの保険に入りましたらその指定する医療機関しか行けないということにはまだ多くの日本国民は抵抗があるのではないかと思います。

しかしながら、ひとつだれでもかかれでも大病院に行くという傾向を何とか抑えていかなきやいかな。まず、地域の身近なかかりつけ医にかかるといふ習慣なり意識なりを持てもらう。そして、必要な方が専門的な大病院に行くといふような流れを何とかつくりなかなといふ方向で検討してみたい。一挙にその流れを変えるといふことにはならないかもしれないが、今みたいな大病院集中、風邪でも、ちよつとおなが痛くても何でも大病院といふような流れは何とか変えるような方策はないかなといふことで検討していきたいと思ひます。

○田浦直君　今、大臣のおつしやられたことは私もよくわかるわけなんです。やっぱり大病院志向型に今なっておりますから、そのために大病院も肝心の患者さんを診られない、業務が麻痺するということがあるわけですから、そこはいわゆる病診連携といいますが、病院と診療所がよく連携をとってそういう患者さんの整理をするということについてまでは、そこまで制限を外すということとは必要ないと思うんですね。私は逆に、それはそれでそういう方向で進めてきちんと病院と診療所の役割分担というものをされた方がいいと思うんです。ただ、私が心配しておるのは、患者さんが保険証を持ってどここの診療所にもおかれなくなるような、そういうふうな制限診療といいますが、あるいは管理医療と今言うんですか、そういったものはぜひ避けていただきたいというふうに思うんですね。

いろいろな本とか、あるいはいろいろな講演とかを聞きますと、どうも厚生省ではそういう検討を少しされておられるんじゃないかというふうなニュアンスがあつて開業の先生方も大変心配をされているわけなんです、そういう検討は全然されてもおられないし、将来ともにそういうことは考えておりませんでうか。

○政府委員（高木俊明君） 私どもは、今、大臣が御答弁された方向で考えておりまして、それ以外は検討はしておりません。

○田浦直君 わかりました。ぜひそういうふうな方向でお願いしたいと思います。

もう時間がありませんが、ひとつ最後に大臣に、これからの医療はどういうふうに持っていけるお考えなのか、もし御意見がございましたら、お尋ねをして終わりたいと思います。

○国務大臣(小泉純一郎君) 今日、日本が世界で一番長生きできる社会になれたということは、医療関係者の努力に負うところが大変大きいと思っております。

これからは、どうせ長生きできるのであったら、いかに元気で長生きできるかという目標に向

かつて努力を続けていかなきゃならないわけでありまして、まず予防は治療にまさるといふ国民に對しての啓発活動も必要ではないかと。病氣になつてからの治療も大事でありますけれども、これからは病氣にならないようにどうやって元氣で過ごしていくか、そして病氣になつた場合には適切な医療機関に適切な料金で診てもらえる、安心して医療機関に診てもらふ、そして財政的にも安定した医療保険財政が維持、運営できるというような観点から抜本的な改革に取り組んでいきたいと思つております。

○長峯基君　自民党の長峯でございます。よろしくお願ひします。

田浦先生からいろいろ質問がございましたので重複を避けたいと思いますけれども、今回の健保法等の改正案、政府案も与党案もなかなか理解に苦しむというか、わかりにくいところがございますが、もう同じ議論になると思いますので避けたいと思います。

報道によりますと、七月の中旬ぐらいには抜本改正案が出る。抜本改正案を前にしてこの健保法等改正を今回議論するというのも、これをやる」とまた衆議院と同じことになりますので、これも質問はいたしません。

ただ、薬価差というのが問題になってまいりますと、薬価基準の改正、同時に診療報酬体系の大幅な見直しがやっぱり行われないと抜本改正にはつながらないだろうと。同時に、高齢者の医療制度、これは私は個人的にはもう定率負担しかない。十五円ですとか四百円ですとか、こういうことではなくて、受益者負担の原則からいったら、どういう率にするかは別にして、高齢者も若い人もやっぱり受益者負担の原則を貫いていく、こういうふうな私見を持っております。

それで、診療報酬体系の見直しの中で特筆すべきような問題点がございますので、簡単に一例を申し上げてみたいと思いますが、老人デイケア料というのがございます。これについて、目的と内容をちよつと御説明いただきたいと思います。

○政府委員（羽田信吾君） お答え申し上げます。

老人デイクアでございますけれども、これは痴呆といった精神障害をお持ちの患者、あるいは脳血管疾患等に起因をいたします運動障害等をお持ちになっている患者の方々の心身の機能の回復あるいは維持といったことを目的にいたしまして実施をするというものでございます。

その内容でございますけれども、個々の患者の方々の状況に応じましたプログラムをつくりまして、そのプログラムに従いまして患者の方一人当たり一日四時間以上の適切な時間、理学療法あるいは作業療法等のリハビリテーションを適切に行っていたと、そういうことに対して診療報酬の上で評価をいたして支払いを行っている、こういうものでございます。

○長峯肇君　これがつくられたときの趣旨とか目的というのは、私は非常にいい趣旨だったのではないかと思うんですけども、現在、平成七年の七月で全国で五百八件、平成八年の七月で八百六十七件、ウナギ登りにこのデイクアがふえております。この内容を見ますと、ある新聞で以前に出たのでありますけれども、もうかる医療の目玉になっていると。御存じだと思います。

六時間以上、とにかくお年寄りを預かりますと、千二十八点ですから一万円ちよつとですね。つまり、朝、車が迎えに来ます。そして、お年寄りを集めるということですね。それから病院に連れてくる。六時間以上で千二十八点、定員二十人で一日にやりまして、年間二百四十日やると概算で四千八百万入ることになる。現実にはゲートボールの選手が足りないとかですね、要するに車が迎えに行くんですよ。そして、どこどこに来るから、公民館の前に来るから、そうするとそこに十人とか五人とか集める。それで、今度はまた次の部落に行つて、ちゃんとそういう方がおられまして、それをずっと集めてきて二十人とか三十人とか毎日朝連れていくということです。六時間以上ですから、昼御飯を食べる。それから、歌やゲームを

したりいろいろして、言うならば保育園の老人版みたいなもの、これ現実なんですね。

これが非常に医療費を圧迫しているというところがございしますが、いかがですか。そういう認識はしておられますか。現状認識を伺いたいと思います。

○政府委員(羽田信吾君) 先生、今御指摘のございました点でございますけれども、そもそも老人デイケアというのは、先ほど申し上げましたような目的でございまして、先ほど申し上げましたことは、その目的どおりやられていけば、大変今後のお年寄りの方々の病気の重篤化を防ぎ、またその回復を図る、あるいはそれ以上に悪くならないための維持を図るという意味では効果のある施策だということには思っておりますけれども、その現状において先生御指摘のような面があったという点についてはいろいろ御指摘もございまして、そういう意味で安易にと申しますか、乱に流れた形でやられていく点についての御指摘もございました。

そんなこともございまして、ことしの診療報酬改定におきまして、その要件と申しますか、そういったものを厳しくするという方向で対処させていただきますので、その効果といえますか、目的どおり、あるいはふさわしい人にふさわしいようにやられているかどうかということについて、この四月にそういった対応をいたしましたところでございしますから、今後注視をしてみたいというふうに考えております。

○長峯基君 四月に通知が出たそうでありまして、私もそれは御説明いただきました。それで、余り申し上げてもあれですが、実際にやっておられるドクターとかいろいろ聞いてみましたけれども、全然その通知では今までのことと変わりはない、こういうお話もございします。

いい制度でも、そう言っちゃいけません、良心的なお医者さんが多いわけでありまして、けれども、これは頭のいい軍団でございまして、中にはやっぱり知恵を働かせてやられる方もおられる

んです。そういうところが今度はお医者さん同士のトラブルになっていくんです。自分のところの患者を向こうは車で連れていく。それはもちろん患者さんは自分の主治医に、いや、こうやってこういうサービスを受けて、あるところに寄つたら、帰るときには野菜を持って帰らせたり、果物を持って帰らせたりする。そういうサービスも、それは違反だけれども営業活動をやっておられる方もおられます、お医者さん同士のトラブルになっていく。私は善良なお医者さんからの情報をいただいて今質問しているわけでございますが、そういうことが現実起こっております。

ですから、制度というのは常にやっぱり見直ししていく。どうも私は局長の部下の方という議論をしておりまして、絶対自分たちのやつていくことは正しいんだという前提でお話しになっているような嫌いがあるんですよ。ですから、やっぱり現実を見て、最初の制度はよかったと思うんですね、おつくりになったときは。しかし、現実それが悪用されるのであれば、タイムリーにやっぱり変えていく、そういう悪用できないようなシステムにしていくという柔軟さというか、機敏性というのが私は必要だと思っておりますので、ぜひこれは御検討いただいて、実態を調査して今後の改正をお願いしたいと思っております。よろしく願ひいたします。

次に、治験の問題につきましてお伺いしたいと思います。

京都大学の医学部の附属病院で昨年の十一月に取崩事件が起こりまして、ドクターが逮捕されたという事件がございします。この件について、文部省の方からちょっと御説明を、簡単に結構です。

○説明員(寺脇研君) 医薬品の治験につきまして過去にもさまざまな不祥事等ございまして、何分お金の動く問題でございまして、いろいろそのことを注意しなければならぬという考え方で国立大学附属病院を運営してまいったわけ

でございます。

そういった意味で、必要な経費は国庫を通じて受け入れるようにしているわけでございますけれども、それに付随いたします治験に関する研究会への参加でございまして、講演の実施でございまして、論文の執筆というようなことにつきましましては、位置づけが従来不明確でございまして、企業側から医師個人に直接謝礼が支払われるというような形になっておりました。京都大学の事件につきましても、そのような形式のところから疑惑を招くようなことになったというふうに承知をいたしております。

○長峯基君 つまり、簡単に申しますと、私も若いころメーカーにいたのでありますけれども、メーカーとお医者さんが直接治験に関して取引を、取引と言つてはおかしいのであります、メーカーからドクターに依頼をする、やっぱりそこでそういう目に見えないいろいろなことが起こる。これがエイズにおける帝京大学の安部教授の問題の反省だと思ふんですね。

ですから、これをやっぱりなくしていかなきゃいけないと思うのであります、文部省としてはその後どう御指導をされておるか、簡単に御説明いただくとありがたいと思ひます。

○説明員(寺脇研君) 先ほど御答弁申し上げましたように、治験にかかわるいわゆる直接費用というものは国庫を通じて入つておつたわけでございますが、それに付随するさまざまなことが直接に医師のところへお金が行くというように形になっておりました。したがって、今回のことを契機に、国立大学附属病院長会議等でも検討を重ねまして、本年度より改善を図るということで、従来は直接お金が医師に渡つておりましたが、先ほど申し上げました研究会、講演、論文等につきましても、すべて受託研究経費の中に含めて、すなわちすべてのお金が国を通して入るというように形に制度を改めたところでございします。

また、国立大学附属病院の医師が製薬会社の依頼を受けて治験の計画や実施の助言をするというところにつきましては、今申し上げました国庫

の制度ではちよつとなじみにくいところがございします、兼業の手続を明確にすることにによりましてきちんとしているというようにございします。

その他、治験の今までのあり方等につきましても見直しを図つてまいります。これは、お金の問題だけではない、患者さんの人権を保護していくというように考え方の改善もあわせて図るということでございます。あわせて治験審査委員会というのをきちんと大学病院の中に位置づける。また、それが専門家の医師や薬剤師だけの参加ということだけでなく、専門家以外の例えば法律の専門家もございまして、そういうほかの分野の方も入って運営をしていくということでございます。

また、治験の実施に当たりましてはインフォームド・コンセントをしなければならぬわけでございますが、口頭ではなしにすべて文書で同意を求めていくということでございます。

また、治験薬の管理につきましても、医師が管理をするのではなくて、病院の薬剤部が管理をしてまいるというように形で改善を図つたところでございします。

近くこの改善の内容につきましては、大学病院においてになる患者さんすべてに告知ができますようにパンフレットを作成いたしまして、国民の皆さん全体に周知を図るというようにも現在計画をしておるところでございます。

○長峯基君 非常に大事なことであります。後ほどまた副作用の問題も質問しますけれども、医薬品の副作用の最初のチェックがこの治験のときだと思ひます。

実は先週、私は京都大学の附属病院にこの問題について視察に行つてまいりました。御丁重に御案内いただきまして大変感謝いたしております。皆様方に御配付を申し上げておりますが、今、文部省から御説明がありましたように、製薬企業等からの治験依頼を薬剤部と、これは治験薬管理室、京都大学では三名の中堅の薬剤師の方がこれ

を取り扱っておられます。それから、事務部がございませう。金銭的な問題は事務部と契約をする。それから、薬剤部の預かりました治験薬を治験の担当医、それから今御説明のありました治験審査委員会、これにかけて、病院長の最後の許可を得て治験をやる。

京都大学では大体年間に二百から二百五十種類という大変たくさんのお薬を取り扱っておられるようございまして、治験だけでも大変な、余りお金にならない仕事でありますけれども、大学病院の御苦労がよくわかったところでございませう。これは、大学の附属病院等には多分この例で全国御指導をいただけたと思っておりますけれども、治験薬というのは国立病院もございませう、それから私立医大の附属病院等もございませう、とりあえず厚生省としては京都大学事件の反省を契機としてどのように取り組んでいこうとしておられるのかということについて御答弁をお願いいたします。

○政府委員(丸山晴男君) 治験薬の管理についてであります。適正な治験の実施を確保する上で大変重要な事務でございます。この四月から実施をいたしております医薬品の臨床試験の実施基準、GCPと言っておりますが、これにおきまして、原則として薬剤師を治験薬管理者として治験薬の適切な保管、管理を行うとともに、治験薬の受領や使用、また未使用の治験薬の返却の記録を作成する旨定めておるところでございます。

この治験薬の管理業務につきまして、ただいまの国立大学のお話もありましたように、医薬品の管理に経験のある薬剤師に所属する薬剤師を治験薬管理者として一元的に管理することが望ましいと考えておりまして、治験に関する講習会あるいは医療機関へのGCP調査の機会等をとらえて指導してまいりたいと考えておる次第でございます。

○長瀬基君 もう一つお伺いしますけれども、先日の月曜日の報道で、新薬の治験調査については症例とか医療機関名を薬害防止の観点から公表す

るというようなことがマスコミで報道されております。今文部省の方からもできるだけこういうことは公表していきなさいということございませうが、厚生省の御見解を伺っておきます。

○政府委員(丸山晴男君) 医薬品の承認過程をできるだけ透明化していくという流れの作業の中で、中央薬事審議会の議事録の公開あるいはまた審議経過の公開、また申請企業からの添付資料一覧のリストを公開するということをやってまいっております。現在は審査体制の強化と並行して審査レポートを作成し承認後に公表していくという作業に取り組んでおります。

今お話しした治験の実施状況につきましては査察をいたしますので、その査察概要につきまして審査レポートに入れて承認後に公表するということをお願いいたします。その査察概要につきましては審査レポートに入れて承認後に公表するということをお願いいたします。その査察概要につきましては審査レポートに入れて承認後に公表するということをお願いいたします。

○長瀬基君 それでは次に、副作用情報について伺いたいと思っております。

今度モニター制度というのが拡充されるということでございますけれども、まず我が国の医薬品の副作用情報の国際比較、アメリカやヨーロッパに比べて非常に日本の場合には副作用情報が乏しいというふうなことも聞いておりますけれども、諸外国に比べてどうなっているのか、もしデータがあったらお示しをいただきたいと思っております。そして、その理由について伺えたらと思っております。

○政府委員(丸山晴男君) 副作用報告につきましては、近年、我が国としてもかなり充実を見ていますところございまして、平成八年は合計で一万八千件強、一万八千七百四十五件でございますが、このうちで製薬企業からの報告、これが一万六千件強、一万六千八百三十一件ということで九割程度を占めております。それ以外には医療機関からのモニター報告、これが千九百十四件とい

うことでございます。これは、昭和六十年代から比べますと、医療機関からのモニター報告は約二倍、それから製薬企業からの報告件数は約十倍というところで、逐年かなりの副作用報告につきましての普及を見ているところでございます。

国際比較をいたしますと、我が国が一万八千件に對しましてイギリスは大体同じ約一万八千件、それからフランスは二万七千件、米国は十五万件というところで、我が国もやうと欧米諸国並みの副作用報告の件数になってきていると、こういうことでございませう。その中で、特に欧米の場合には医療関係者からの副作用報告が多いということ、イギリスの場合ですと約八割強が医療関係者からの報告であります。フランスは大体半々でございます。

米国の製薬企業からの報告が約八割というところで残る二割は医療関係者からの報告であります。我が国の場合には、報告件数が大変少なくてまいることはおられますけれども、企業報告の件数に比べて医療機関からの直接の副作用報告が少なくないという傾向がうかがわれるところでございませう。

○長瀬基君 わかりました。

それで、このたび副作用モニター制度を拡充するということでございますけれども、ちよつとその御説明をいただきたいと思います。

○政府委員(丸山晴男君) 現在、医療機関からの副作用報告につきましては、副作用モニター報告制度ということで、協力病院約三千の国立病院を對象にいたしましたけれども、先ほど申し上げましたような医療機関からの直接の報告をいただくというふうなことを普及していこうということ、本年七月から新たに医薬品等安全性情報報告制度という考え方に立ちまして、全国すべての十八万八千あるわけでございませうが、医療機関また薬局、すべての施設を對象にいたしました報告をいただくというふうな仕組みを準備いたしております。

これは、報告者につきましては医師、歯科医師

のみならず薬剤師からも報告できるようにいたしますとともに、副作用情報のみならず、医療用具によると思われるふくあひ情報あるいは副作用以外の感染症情報も報告対象にし、また報告様式を簡略化して医療関係団体の定期刊行物、専門雑誌等に報告用紙をとり込むなどによりまして、関係者、報告者からの報告しやすい環境をつくってまいりたいと思っております。現在、パンフレットなどもカレンダーと報告用紙つきで二十四万部ほど普及、配布をいたしております。この七月から新しい安全情報報告制度をスタートさせたいというところで、関係者の御理解、御支援を得るべく準備に入っているところでございませう。

○長瀬基君 ちよつと提言を申し上げておきたいと思ひます。

皆様お聞きなれない言葉だと思ひますが、病棟薬剤師というものが最近非常にふえてまいりました。これは、医薬分業が進んでまいりますと病院の薬局から薬剤師は病棟に上がっていく。これはもうアメリカやヨーロッパでは当然のことでございますけれども、入院患者さんに対しては薬剤師が投薬の指導をする、いろいろ御相談に乗る。これはドクターからも看護婦さんからも非常に病棟業務の中では喜ばれておる。例えば、薬を混注するときに、今までは看護婦さんがやっていた、しかしそれは配合禁忌の問題とかいろいろございませうので、やっぱり薬剤師がやるべきであるということもございまして病棟薬剤師というのが病院で非常にふえてまいりました。

それで、実はこの病棟薬剤師が薬の副作用について一番詳しいわけでございます。直接患者に接してはいる。しかも、入院患者さんというのはやつぱりハードな薬を使います。一般の外來患者さんとか小売薬局に比べますとハードな薬を使いますので副作用の発現率も多い。しかも、そこにはドクターもおられる。そこでよく相談をして、これは何という薬の副作用であるということがわかりますと、それをしかるべきところに報告をする。これは薬剤師としては義務でありまして、日

だから、何千件、何万件モニターを広げて、それはなかなか上がつてこないし、上がつてくるものは信賴性に乏しいものもたくさんある。しかし、現実には病棟で患者さんと接して、そしてそこで起こる副作用、これは非常に密度の濃いものでございまして、それをきちつと義務として報告させる。これはお金の要る問題ではございません。

ですから、私は、大学病院あるいは国立病院
 少なくとも各県の大規模病院にはこういう病棟薬剤
 師がいるわけでございますから、病院長がだれかから
 一人そういう責任者をつくって、その責任者は、
 病棟薬剤師のチーフは必ず毎日医薬品の副作用に
 ついて何らかの情報はなにかというのをドクター
 に聞いたりしまして、そして病院から厚生省なりに
 副作用機構に必ず報告をする、それを義務づけて
 いく。これは日病薬の方に協力を求めれば必ず協
 力をしてくれると思います。

まさに医薬品の副作用問題について、この病棟薬剤師をぜひ活用されることを希望したいと思いますが、いかがでございますか。

○政府委員(丸山晴男君) 御指摘のとおりでございます。いまして、医薬品の副作用につきましては、特に第一例報告あるいは第二例報告が大事でございます。そして、その段階におきましては医薬品との関連性が必ずしも明確になつておらない副作用報告について念のため報告するというところで資料が集まつてまいるわけでございます。そういった、特に新薬につきましては最初の副作用情報につきましては私ども大変関心を持つておるわけでございまして、日ごろから入院をしておられる患者の方に接して薬剤管理指導記録等を作成しておられる病棟薬剤師の方がそういった副作用報告に参画することとは大変意味があると考えているところでございます。

今般の医薬品等安全性情報報告制度におきましても、報告者として薬剤師を明記するなど、病院薬剤師からの報告を受け入れやすくしておりますとともに、今般スタートいたします報告制度におきまして、病棟薬剤師の方が医療機関内の情報の収集あるいは厚生省への報告に際して積極的な役割を果たしていただくことによりまして、この新しい医薬品等安全性情報報告制度がより一層機能するように期待しているところでございます。

○長峯基君 流通問題についてお伺いしたいと思っております。最後に大臣に御答弁いただきたいと思っております。

私は、昨年の二月だったと思いますけれども、日赤病院あるいは済生会病院、社保病院等の医薬品の支払いサイトが非常に長い、十月月、十一月月、金を払わない病院があるということについて指摘をいたしました。当時は菅大臣でございましたけれども、大臣は初めて聞いたというか、そういう話があるということで非常に驚いておられました。小泉大臣はもう何回も大臣を経験しておられますので、この件についてはお詳しいと思います。

それで、厚生省が直接あるいは間接的に管轄できるといふ意味で私は日赤病院あるいは済生会病院を取り上げたわけでございますが、その後どのような指導をなさったか、そしてどのような成果があったか、この点について御答弁をお願いしたいと思ひます。

○政府委員(亀田克彦君) 日本赤十字社、それから済生会が経営をしております病院におきまして、医薬品の支払いのサイトが長期間を要しております、そういう御指摘を先生から昨年の二月にいただいたいたわけでございます。その後、三月八日に文書を出しまして、赤十字の社長さん、それから済生会の理事長さんに対して十数回前後、推進いたがきたいというお願いをしたところでございます。

それで、現在の状況でございますが、両者が経営いたしております病院におけるいわゆる支払いのサイトでございますが、全病院平均で約四・五カ

月程度になってございます。これは昨年と比べましてほぼ横ばいではないか、こういうふうに認識をいたしておるわけでございます。先生から御指摘ございました十カ月以上というような長期間を要している病院、これにつきましては先ほどの指導によりまして逐次改善されつつある、こういう報告をいただいております。

具体的には、日赤でございますけれども、最近の状況では、十カ月以上の病院というのは全くなくなつておるといふ報告をいただいておりますし、済生会につきましてはまだ一つだけ十カ月以上というのがあるわけでございますが、ことしの三月に十一カ月から十カ月ということで一カ月でございまして短縮ができておるところでございます。

今後とも、支払いサイトが著しく長いものにつきましては、その改善につきまして両団体を引き続き指導してまいりたいというふうに考えております。

○政府委員(眞野章君) 社会保険病院の医薬品の支払い遅延の問題でございますが、今、社会・援護局長から御答弁をいただきましたように、昨年の二月、先生から御質問をいただきました。その後、すぐこの社会保険病院の経営を委託しております全国社会保険協会連合会に對しまして、その改善方を指導いたしております。

そして、社会保険病院の独立採算ということがございまして、その経営等の問題がございまして、支払い遅延が長期な病院に對しましては、この三月に全国社会保険協会連合会から病院に對しまして貸し付けを行うというような方法を講ずることにございまして、この支払い遅延の改善を図つてほしいという指導をいたしたところでございます。

その結果、昨年御指摘をいただきました病院につきましては、この六月からは御指摘をいただいたときの半分ぐらいの期間に改善されるのではないかとというふうに聞いております。今後とも、全社連を通じてその支払い遅延の改善方を指導

してまいりたいというふうに考えております。

○長峯基君 社保病院は努力していただいていると思いますが、日赤も済生会もお金を借りてでもぜひ返してもらいたい。やつぱり人から物を購入して、しかももうその薬は十カ月前に使い終わつているんですよ。まだ金を払わないという商習慣というか商道德というか、こういうのは早くなくさなきゃいけないと思ひますので、引き続き御指導をお願いしたいと思います。

それで、実は国立の場合には支払ひ遅延防止法
 というのがございます。もうこれは御案内のこと
 と思いますけれども、国は第六条で、「相手方から
 適法な支払請求書を受理した日から四十日以内
 に支払わなきゃならない」ということが決まっ
 ておりまして、しかも第十三条では、「国の会計
 事務を著しく遅延させたとき、その職員は、
 懲戒処分をしなければならぬ」という法律が
 ございます。

実は、国立病院等で、一部だと思ふのでありますけれども、薬を入れるときに請求書の日付を入れないように要請しているんですね。そして、二、三カ月のうちに日付を入れればそこで支払うといふんですね。頭がいいんですね。日付を入れてくれるなど医薬品会社に言うんですね。それで薬を使つて、まあ会計処理上でしよう、三カ月に一遍あるんですね、金が入つてきたときに向こうを呼んで日付を書けと、そしてさも今買ったようにして支払う、こういうことをやっているんですね。全部とは言いません。こういうのはもう明らかに故意なんですね。

だから、この点についてどのように指導をされるか、これはもうまさに故意にやっていると思うんですが、国立病院、ぜひ御答弁をお願いします。

○政府委員小林秀資君　国立病院の支払い事務につきましては、関係法令等に基づき適法、適切な処理を行うよう、平成八年九月に指導通知を發出しました。そして、周知徹底を図っているところでございます。

ですから、例えば大臣が三越デパートで毎月五十万お買いになるとします。今月も五十万、来月も五十万と、十カ月で五百万買ったと。毎月請求書が来る。しかし、ちよつと待てくれ、ちよつと待てくれということで五百万たまる。五百万たまったら、それから値切るんですから、今のこの流通、四百五十万にしろ、そして一カ月分ずつ払おうと。サイトが十カ月とか十一カ月になって

いるわけですね。そういうところがいつぱいある。

まさに強者と弱者の関係だと思ふんですね。私は、これは社会正義に反すると、法律では自由でありますけれども、やっぱり社会正義に反する。買ったものはちゃんと払うべきだと、お金は支払基金の方からちゃんと入っているわけですから、それを経営の原資にしているということ、私はやはり許されることではない。しかも、こういう質問をされると、そういうところは取引停止するよという病院長がいる。流石協のメンバーでいる。

私はこういうことはあつてはならぬと思ふんですね。横暴だと思ふんですよ。大臣はどうお考えになりますか。

○国務大臣(小泉純一郎君) 御指摘の点はあつてはならないことでありまして、この不適切な取引上の商習慣、これをなくすようにしていかなきゃならないと思つています。これからこのような問題が改善されるように関係法令の周知徹底、よく実情を研究しながら少しでも改善措置をとつていきたいと思ひます。

○長峯基君 それでは次に、医薬分業、特に国立病院の院外処方せんについて簡単に結構でございますから御答弁をいただきたいと思ひます。

せっかく文部省にお見えいただいておりますので、いわゆる大学の附属病院の院外処方せんの状況、それから引き続き厚生省の方に、国立大学附属病院の状況、あるいは今後の取り組みについて御答弁いただければありがたいと思ひます。

○説明員(寺脇研君) 国立大学附属病院におきましては、医薬分業の趣旨を踏まえ、また患者サービスという観点から、そして何よりも医師や薬剤師の教育、実習を担当していくという立場からこの院外処方せんの発行につきまして努力を重ねていくところでございます。平成七年度の数字でございますが、国立大学附属病院全体で四九・八%という状況でございます。

○政府委員(小林秀實君) 国立病院・療養所は全

部が都会にあるというわけではなくて、療養所とかは結構カントリーサイドですか、田舎の方にもあります。

今やっていますのは、国立病院・療養所のうち三十八病院をモデル病院としてやつておりまして、そのモデル病院では昭和六十三年度八・〇%でありましたものが、平成七年度には三五・八%という数に伸びておるところでございます。

しかし、四月十八日の衆議院厚生委員会でも、もっと頑張れと、こういうふうな御質問がありまして、国立病院は率先垂範して医薬分業を推進していく体制をとつていくべきと考えているという答弁を厚生大臣がされたところでございます。

現在、厚生大臣からの指示を受けまして、国立病院が率先垂範して医薬分業を推進していく体制をとるべく、院外処方せん発行推進モデル病院のうち、完全分業、当面七〇%と置いていますが、に至っていない二十九病院に対して、なぜ至っていないのか、なぜできないのかというようなこと等、地域による院外処方せんの受け付け体制の実情の調査を今しておるところでございます。また、五月十五日の地方医務局長会議におきまして、私から各局長に対して院外処方せんについて改めてこの推進を図るよう督促をしたところでございます。

○長峯基君 ぜひよろしくお願いしたいと思ひます。

よく院外処方になると薬価差が薬局の方に移るんじゃないかという議論がございしますが、これは日本薬剤師会は薬価差は要らないと、求めないという方針をはっきりと出しております。ですから分業しますと、日赤でも済生会でも病院の薬の支払いは保険薬局に移るんですね。卸屋さんと薬局というのは、強者と弱者が今度は逆転、卸屋さんの方が強いわけですから薬局の支払いは量が少ないですから確実になされるわけです。病院は大量に買うところがやっぱり強気なんですよ。

ですから、医薬分業が進んでいきますと支払いは遅延の問題は解決する。しかも薬価差の問題も解

決する。過剰投与の問題も解決する。もちろんアメリカもヨーロッパも、もう五十年も百年も前から分業が進んでいるというのはこのことであります。しかも、医薬品に関する情報も患者さんにはつきりと伝わるということで、私はやっぱりこれは先進国としては当然のことだと思ひますので、まず国立病院からぜひ積極的に前進をいただきますと思ひます。

最後の質問になりますが、老人保健施設のあり方ということで、特に薬剤師の配置ですね、老人保健施設についてどのようにお考えになっておるか、局長に伺いたいと思ひます。

○政府委員(羽田信吉君) 老人保健施設におきまして人員の配置、なかなか薬師の方の配置基準がどうなっているかということでございます。

現在の規制は、入所定員が三百人以上のいわば大規模な老人保健施設につきましては、病院とかあるいは専属薬剤師が配置をされております診療所に併設されているといった場合を除きまして、薬剤師がいれば必置ということと必要とするということにしておりますが、それ以外の、言つてみれば三百人未満の施設につきましては、設置形態等の実情に応じて適当数を配置するという事になっております。

その趣旨は、やはり老人保健施設の場合には、そのほかの一般病院あるいは老人病院の場合と違ひまして、入所されます方々というのは、いわば急性期の治療が終りまして病状安定期に入つていくということで、入院治療をする必要はむしろ積極的にはないけれども、リハビリテーションでございますとか、あるいは看護、介護といったようなものを中心とした医療ケア、そして日常生活上のお世話というようなことを中心にしたいわば寝たきり老人などでございますから、そういった意味での濃厚な治療というものは必要がないということ、実態としましては投薬数はうんと少のうございします。そういったことを配慮したことを考えまして今のような規制になっておるところでございます。

○長峯基君 そういう認識がやっぱり日本の薬害を生んでいると私は感じます。というの、私も五軒ほど老健施設を先週回つてみました。ほとんど薬を飲んでおられます。高血圧だとか糖尿病だとかですね、老健施設の患者さんは。おたくの部下の方の御説明では八〇%ということでございますけれども、医薬品を投与している。

医療法第十八条では、二十床以上に薬剤師が一人となつておるんですね。これは御存じと思ひます。病院というのは二十床以上を病院と言ふわけですから。それから、八十調剤数に一人、調剤数というのは、一つの処方箋に三剤入つていれば三剤ですから、八十剤に一人というのがこの医療法では決まつております。

そして、老健施設、百人あるいは百五十人、二百人、そういう老健施設で、私はその院長とかお医者さんにも聞いてみました。それはもう手が回らない、みんなに投薬しているわけですから。ただ、これは包括医療でマルメですからお医者さんはできるだけ安易な薬を使おうとされます。

しかし、高血圧とか糖尿病とか、もうそれは御存じと思ひますけれども、高齢者が病気でない人はいない、みんな薬を飲んでる。量は少ないと言ひますけれども、量が多い少ないの問題じゃないんですよ、医薬品の副作用というの、たくさん飲んだから副作用が出るとかじゃない。やっぱり一人一人に投薬指導をしなきゃいけない。その人たちは病院から老健にきてそして自宅にお帰りになるわけですから、お帰りになる前にちゃんとした投薬指導をしておかなきゃいけない。

という意味では、私は三百床以上に一人と、この施行令を読みますとそのように受けとられるのではありません、それは余りにも現状認識が足りないと思ひます。もっと実態を調べていただきたい。そして、理事長というんですか病院長というんですか施設長というか、そういう人にもっと実態をよく聞いていただきたいと思ひます。いかがですか。

○政府委員(羽毛田信吾君) 現在の規制と申しますか基準は、今申し上げましたように、老人保健施設のいわば性格を配慮いたしましてこのようにしたことについてお話しをいたしまして、三百人未満の場合には、先生今お話しのごいしましたように適當数ということになってございます。

現在の状況でございますけれども、全国千百九十五の老人保健施設のうちで専任の薬剤師の方がおられるのは二十三人、兼任が三百九十人ということと、合計四百十三人ということになっておりますから、先生お話しのように実際に認められない施設もあるわけであります。そういう施設におきましては、通常は調剤あるいは服薬指導は、医師が必置になっておられますので、その医師によって行われているという実情になってございます。

そのことにつきまして、今、先生お話しのごいしました、それぞれの施設の実情なり、あるいはそれぞれの施設の抱えている施設長の意見なりというものをよく聞いて今後どういうふうにしていくかを考えるようにという御指摘だろうと思っておりますが、私ども、それぞれの施設の性格によりましてそういった職員あるいはスタッフの配置基準というものは決めていくというのがやはりそのあり方だと思っておりますけれども、今、先生お話しのごいしましたようなこともございましたので、今後とも老人保健施設における職員配置のあり方につきましては、よく実情を聞き、また関係者の御意見も聞きながらやってまいりたいというふうな思っております。

○長峯基君 以上で終わります。

○渡辺孝男君 平成会の渡辺孝男です。

先日、本会議で厚生大臣に、あるいは橋本総理に今回の健康保険法等の改正案について質問させていただきまして、時間が限られておりましたので、その漏れた点、あるいはこれからの抜本改革に絡みました問題について質問させていただきたいと思っております。

○政府委員(羽毛田信吾君)

の案では一種類十五円で投与日数が負担されておりましたけれども、今回の修正案では投与日数が除かれていくということでありまして、本当にこれで薬剤費の削減といえますが、それができるのかどうか不明な点があるということでありまして、例えば、高齢者を外来で見つめますと、高血圧の患者さんがいます。症状が安定しているときには長期投与可能な薬剤もありまして月一回でいい。一回五百円で、外来で受診時五百円が負担になる。そして、処方はその一回のみで足りるということになります。しかし、血圧なんかの変動が激しい場合にはやはり一か月分処方するのは難しいということと、一週間ごととすると血圧をはかると治療しようということになります。その場合には一週間ごとお薬を検討しながら処方するということになりまして、変動が治らなければ月一回、一週間一回ぐらい処方しますと月四度受診になります。それだけで二千元、そしてまた処方料がそこに一週間ごとですので四回負担されるということになります。

一番問題になっている薬剤費削減という観点から見ますと、結果的には余り薬剤費そのものは、一か月投与でありますのでそれほど内容に変更はないかもしれません。そう考えますと、患者負担増のみが大きくなりまして、薬剤費抑制という観点から見ますと余り効果がないということになるのではないかと、そのように考えます。

また、急性期の病状、感冒とか傷、けが、そういうものに対する治療の場合でも高齢者の場合には受診のたびに五百円の負担がかかりますので、体が不自由でなかなか通院が難しいといった場合には、軽い、熱も余りないような感冒の場合には、当初どういふふうに変化するかわからないので三日後に受診した方がよいと医師は考えても、患者さんの方は受診のたびにまたお金がかかる、それからそのときにまた処方料もかかったのでは大変だということと一週間後に来たいというふうなことになるのではないかと、医師の方はそれもやむを得ないと思います。

なと患者さんの意向を尊重するということになりまして、それでは念のために一週間分のお薬も上げましょうかということと、結果的には三日で治つてしまふかもしれないけれども、一週間分のお薬の投与となつてしまふということと、こういう場合には薬剤費を抑制するというような効果としては余り期待できないのではないかと、そういう例もふえてくるのではないかと、そのように考えます。

この案を出す場合には、そういう長期投与とシフト、あるいはそういうふうな小刻みに受診される方の負担増というふうな点に關しまして、どのような抑制あるいは適正化を考へてこの案を出されたのか、その提案者といひますか厚生省の考へ方をお聞きしたいと思ひます。

○政府委員(高木俊明君) 今回、政府の原案でも薬剤の一部負担をお願いしたわけでありましてけれども、これは薬剤の種類数、それからまた投薬日数に應じて額を計算するという形になっておるわけでありまして、この案に對しましては非常に事務が煩雜であるという御指摘等がございまして、衆議院の修正において今回の形になつたわけでありまして。

そのときの考へ方でございますけれども、一つには実務面の簡素化というのがございまして、いわゆる比較的安い薬を使うような方向というものをひとつ今回の一部負担で促したいという配慮がございました。それがまさに一種類の場合には一部負担は取らないというところとございまして、いわゆる二百五十円ルールといひますか、一剤で二百五十円以下の場合については種類数によらずに一種類とするという取り扱いになつていふところから、一種類の場合には薬剤の一部負担は取らないというのが入つたわけでありまして、その他の二種類以上につきましては、これはひとえに実務面の簡素化という配慮ではないかというふうな思ひます。

我が国の医療費に占める薬剤のシェアというのが非常に高いというふうなことから、今回の適正化を図るために薬剤の一部負担をお願いしているわけとございまして、そういう意味ではこの方法論、いろいろございまして、定額負担という中で一長一短といふものはどうしても出てまいります。しかし、薬剤についての一部負担をお願いすることによつて薬剤の多量投与というのに対する歯どめ効果というものは私どもはあるというふうな考へておるわけとございまして。

先ほどの例についてお話しをいたしましたけれども、必要な薬がきちんと投与されるということとは、これは薬剤の一部負担を設けたからといってそれを阻害するようないふことはいいないわけでありまして、今回の修正案の場合には種類、それからまた投与日数も平均的なものを基礎にして定額負担を決めておりますから、そういった中でそれを上回る場合あるいはそれを下回る場合、それぞれいろんなケースがありますが、平均的なところで線を引く限りにおいてはある程度その辺の違いといふことが出てくるのはやむを得ないのではないかと、そのように思ひます。

基本的には、この薬剤の給付に対する基準としては、療養担当規則の中で内服薬は十四日分、外用薬は七日分というものを限度としておりますし、そういったような中で適正な薬剤の給付というものを行つていただきたいというふうな考へておるわけでありまして。

さらには、不適切な長期投与というのに對してどうするかというお話があるかと思ひますけれども、やはりそれは現在の診療報酬に対する審査基準というものがございまして、そういった中できちつとした対応をしていくというのが基本であります。また、今後は薬剤使用に対する一つのガイドラインみたいなものも考へていく必要がある、こんなふうな考へておるわけでありまして。

○渡辺孝男君 今答弁がありましたけれども、やはり今回の改正というのはいちよつと拙速過ぎているのではないかと、やはりきちんとした抜本改革が出てから国民の負担増を、理解を求めての負担増であれば納得できるわけでありましてけれども、や

（委員長退席、理事菅野壽君着席）
それでは入院日数がどのくらいであれば適正なのかということになりますと、これはやはり一人の患者さんの症状なりによつて皆違つてくるものではないかというように思いますが、一般的な傾向で申し上げますと、そういう状況が見られるということでこれはやはり是正していく必要があるのではないか、こういうふうになつて考えている

○渡辺孝男君　やはり、適正あるいは過剰という区別はなかなか難しい。我々と言っているのかどうかわかりませんが、私が患者を診ている場合にも個々の患者さんによつて症状も当然変わってきますし、個別の対応というものは是非を問わないと全体的に抑制するという方法はなかなかこの場

ありますから、そういった意味での保険実務という面で見ますと、請求なりあるいは審査事務というものがどうしても複雑化する、こういうことが考えられるのではないかと今ふうに思います。それに対して定額払いでございますけれども、これはいわゆるその裏腹の関係に立つ面が多岐にわたりますけれども、過剰診療とかあるいは長期入院の是正といった問題について効率化を図られるのではないかと今うかがうことがメ리트として挙げられておるわけであります。それがひいては全体的な保険財政という面を考えますと運営の安定化に結びつくということではないかというふう

○政府委員(高木俊明君) 我が国の現在の診療報酬体系は出来高払い制を基本にしておるわけであります。ただ、そういった中でも定額払いなり包摂払いというのをそれぞれなむ分野については取り入れられてきてはおります。そういう傾向があるわけでありますが、やはり診療報酬体系の抜本的な見直しに当たっては、もつと出来高払い、それから定額払い、包摂払いのよさというものを取り入れ、そして全体として最善のものを考えていこう、こういうような基本的考え方に立つていくわけであります。

そういった中で、定額払い、とりわけいわゆる

DRGと呼ばれる部分につきましては、我が国の場合はまだ基本的な検討というものについてはかなりおこなわれているというふうに思います。これはアメリカの例等を見ますと、相当広範囲に時間をかけながらこの制度というものが導入されてきておるわけであります。

そういった意味で、今年度実施しようとしております国立病院等における入院医療の定額払い方式の試行というものは、これは本当に緒についた段階でございます。現段階は具体的にこれを実施するに当たってのいわゆる制度設計と申しますか、そういった面についての検討を今行っているところでございまして、実際の試行というのは本年の秋ごろを目途にスタートさせたいというふうに考えております。そして、その結果を年度単位でまとめていきまして中医協に御報告し、そういった中でまたいろいろな御意見もお聞きしていきたいというふうに考えておるわけでございます。

今回試行いたします内容につきましては、これはあくまでもデータ等の集積またはその分析、そういった中でどういった面が我が国の場合に定額払い方式になじむか、そういったものを考えていきたいというところでございまして、今現在はまだ具体的にスタートする前の取り組みについて検討している、こういう段階でございます。

○速辺孝男君 これはかなりこれまでの日本の医療体系を大きく変更していくような流れになると思っております。医療現場の声も反映して十分時間をかけてやっていかなければならないのではないかと。今までの日本の医療、国民皆保険のもとの医療が世界一の長寿国を達成したわけでありまして、その長所というものはどうしても堅持していかなければならないというふうに考えます。

それと絡みまして、診療報酬の技術料の評価というものもこれから必要になってくるのではないかと。やはり、薬価というものは指摘されているように正、改正していかなければならないというふうに考えておりますけれども、それに伴って技術料というものの評価をきちんとしていかなければ

ならないのではないかと、そのように考えます。

あるデータから見ますと、例えば虫垂炎、いわゆる盲腸の手術料というものは、これは一九九一年の本によりますけれども、日本では全国一律で五万円、今ちょっと診療報酬の方はわかりませんが、五万円ぐらい手術料としてかかる、ニューヨークですと七十万円かかる、ミラノですと六十万円ぐらいしかかかっていないというふうな言われております。そういう意味では、日本では技術料の評価というのは少ない。また、患者さんにとっては安くそういう手術を受けられるという環境にあるわけです。

今後、薬価差益が是正されていくに伴って、やはり諸外国と比べてそういう手術料とか技術料が評価されていないというところは少し改正していかなければならないのではないかとというふうに考えております。

その診療報酬の中における技術料の評価に關しまして、もう一度今後の方針につきましてお聞かせいただきたいと思います。

○政府委員(高木俊明君) 我が国の現在の診療報酬の支払い方、これは医療担当者の技術料と、それからまた医療経営の投資的費用というもののついても必ずしも明確に分かれてはいるわけではありませんが、一方、薬価基準につきましては、公定価格とのギャップということで薬価差というものが出ている。そして、この薬価基準、それから診療報酬体系を合わせて医療機関における経営の原資になっている、こういうことじゃないかと思っております。そういった意味では、やはりもともと、よく言われますように、いわゆる物と技術の分離といえますが、明確化、透明化を図り、そしてある意味では近代的な診療報酬の支払いのシステムというものをつくっていくことが必要であるというふうに考えております。

そういった意味では、医療担当者の技術料と、それからまた医療経営の投資的費用というものの評価というものを含めまして、その中において医療担当者の技術料の適正な評価というものを図つていくことになるのではないかとというふうに考えております。

○速辺孝男君 先ほど包括・定額払い制の問題が出ましたけれども、これから恐らく医療費がある程度、健康保険制度が維持できるためにはある程度標準的な医療というものを決めていくような流れにはなっていくと思うんですね。

その場合に、保険で賄える医療というものと、それを超えたもの、いわゆるアメニティーの部分といいますが、患者さん側からの要望でより高度のもの、あるいはより副作用の少ないようなお薬を自費でもいいから受けたいというような要望もやはり出てくるような気がします。

その場合に、そういう保険で払われる診療というもののほかに自由診療部分というものを今後どのように組み入れていくのか、あるいはそういうアメニティーの部分も自由診療で拡大していくのか、その点に關しまして厚生省の方で方針というものがありましてお聞かせいただきたいと思います。

○政府委員(高木俊明君) いわゆるアメニティーと言われる、プラスアルファ部分と言っているかと思っておりますけれども、アメニティーと言われるものと、それから治療における保険診療を超えるいわゆる自由診療といいますが、あるいはそれを抱き合せて混合診療というような形の問題、これはちょっと私は区別して考えるべきではないかなというふうに思います。

やはり、そのアメニティーといったものについては、国民生活なり、あるいは国民の所得水準等によってその要求の度合いというのは変わってくる分野であります。そういった面についてはどこまでそれを全部医療保険でカバーするのかというところ、ある程度そのところは医療保険外の負担の部分というものも考えていくというふうに思います。これは今後そういったことについても考えていくことなのではないかというふうに思います。

一方の診療部分についてどう考えるべきかというところになってまいりますと、これはやはり一つの方向として、私どもとしては公的医療保険でカバーすべき範囲というものはやはりきちんとしていた方がいいのではないかとこのように思っております。その辺のところを一緒にしてしまおうということについてはいかがなものかなというふうに私も考えております。

○速辺孝男君 改革に熱心であられます小泉厚生大臣のお考えとしては、そのアメニティーの部分を今後どのように考えていらっしゃるか、御意見を聞かせいただければ幸いです。

○国務大臣(小泉純一郎君) 現在でも個室等を希望される方についてはかなり今以上に自由選択の余地を拡大するようにしておりますが、医療サービスそのものについては基本的に保険で見るとい方向の方が好ましいのではないかと。しかし、最近いろいろな方から、一月で二十万円を超えるような治療が出てきた場合、もう少し考えたいという意見が出ております。

いろいろな意見を聞きながら、その混合診療というのとはどこまで可能なのかよく検討する必要があると。しかし、基本的には医療サービスは公的医療保険で見るとい方向の方が私は好ましいのではないかなと。ただ、より快適な環境を求めたい、アメニティーの部分においてもより自由な選択を認めてもらいたいという声もありますので、その点も含めて今後検討していきたいと思っております。

○速辺孝男君 先ほど出来高払い制と包括・定額払い制のメリット・デメリットのお話がありましたが、やはり今までの日本の場合には高度先進医療というものが受け入れやすいような出来高払い制というものがありませんでした。それが今度包括・定額払い制になりますと、どうしてもそういう高度先進医療というものが保険医療で一般の国民には与えられなくなってしまうという懸念もありますので、先ほど小泉大臣がおっしゃっ

てくだされたいけれども、なるべく保険制度のものでそういう新しい医療というものも受けられるような体制は維持していきたいというお話がありましたので、ぜひともその方針は貫いていただきたいと、そのように考えます。

次の質問に移させていただきます。

先日質問しましたけれども、医学部の入学定員の問題でありまして、やはり歯学部の方はきちんと二〇％削減の目標が達成されておりましたけれども、医学部の入学定員の場合にはまだ七・八％程度までしか目標が達成されていないというところであります。

一〇％達成に関しまして、医学部の入学定員をどのように今後していくのか、今後の医師定員の削減のために入学定員数をどのようにコントロールしていくのか、文部省での方針が決まっております。もしならばお知らせいただきたいと思っております。

〇説明員(寺脇研君) お尋ねの医師数の削減につきましては、昭和六十一年から六十二年にかけて、厚生省及び文部省の関係専門家会議から、今御指摘がございましたように、一〇％程度抑制するという方針が示されておるとございまして、これに伴いまして国立大学におきましては一〇％の目標を達成しておるわけでございまして、御指摘のように、公立、私立につきましても、まだその目標を達成し得ていないというのが現状でございます。

文部省といたしましては、この方針に沿いまして努力を促してまいりたいと考えておりまして、関係の会議等、また各大学に指導をする機会をとらまえて努力を引き続き続けてまいりたいと考えております。

〇渡辺孝男君 また、近年、通常の医学部入学の試験で入つてこられる方と、そのほかに編入学としてほかの学問をされてから医学部に入つてくるというような率を、ある大学では一〇％ぐらいという枠をふやましてしようという流れが起きてきておりますけれども、そうしますと当然通常の入学試験で医学部に入られる方の枠は少なくな

なってくるわけでありまして。

その辺の調整はどのように今後されていく予定でしょうか。もしわかつておられればお答えいただきたいと思っております。

〇説明員(寺脇研君) 大学の医学部における学習の中で医師としての資質を養つてまいるわけでございますが、近年、高等学校を十八歳で卒業した時点で入ってくる学生のみならず、やはり生涯学習という観点から、さまざまな経路を通じて医学部へ進学するということがあつてしかるべきではないのか、また幅広い教養を持ち、高い目的意識を持った医師を育てていくためには他の分野で十分基礎的学問をした上で医学の専門教育を受けた方がよいのではないかと考えております。考え方が各大学の中で強まっております。

そういった中で、御指摘のように、入学定員の中にある程度の枠を区切って学士入学枠を設定するというような動きが出てまいつておるとございまして、これはもちろん、先ほど申し上げました定員を抑制してまいる定員の中でのこととございまして、この学士入学枠分を入学定員をふやすという考え方はなしに、現行の定員の中にそういう枠をつくつていこうというふうなことでございまして。

この問題は、医師の資質向上ということが国民の皆さんの強い要請であるというふうなことを踏まえて各大学が積極的に議論をしておるとございまして、文部省といたしましては、今後こういった傾向は強まるのではないかと考えておりまして、その際のさまざまな措置あるいは適正な医学教育の指導ということに努めてまいりたいと考えておりますが、重ねて申し上げますけれども、入学定員につきましては従来の枠の中に設定していくというふうな整理をしてまいるということとでございます。

〇渡辺孝男君 そうしますと、通常の入学試験で医学部に入られる方の枠は当然少なくなってくるということになるわけでありましてね。

〇説明員(寺脇研君) そういう枠が設定されれば、その部分は圧縮されることになるかと存じます。

〇渡辺孝男君 医師の定員削減に関しましては、その入り口の入学定員ということがあります。入学定員の削減というのがまず第一番であると思つて、次が医師国家試験のところで合格率を絞つていくという点もまた考えられるわけでありまして、それから、いろいろ話題に出ておりますけれども、保険医の定年制ということが考えられます。保険医の定年制として何歳になるか、その後は保険医としての活動ができなくなるのか、私も医師でありますから非常に関心のあるところであります。

その保険医定年制に関しまして、大きな方針といたうのが決まっております。厚生省の担当の方からお答えいただきたいと思っております。

〇政府委員(高木俊明君) 保険医を含む医師数のあり方という問題につきまして、医療保険審議会が昨年出されました医療保険改革に関する第二次報告がございまして、その中で触れられておりまして、引用いたしますと、「医師数は近々に供給過剰となることが予想されているが、今後の供給医師数をさらに引き下げるための具体的な目標と方策を明らかにすべきではないか。この場合、保険医の定年制や定数制も導入すべきではないか。」、こういうふうな報告をいただいておりますのであります。

この定数制なり定年制というものをどういう趣旨で導入するのか、問題はそこではないかというふうに思つております。医師が全体で供給過剰になり、若いドクターが保険医になれないとか、そういうような事態ということであればともかく、今はドクターは皆さん届け出をすれば保険医になれる、こういうような状況の中でどう考えるかということだろうと思つております。

定年制とかあるいは定数制というのは一種の規制でありますから、そういうような形をとるといふことについては私は相当慎重に考えるべきだと

いうふうに思っております。

〇渡辺孝男君 やはり、高齢でも元気に地域医療で働いている方は当然おられますし、年齢で医師活動、保険医活動を制限するというようなものは問題ではないかということで慎重な検討が必要ではないかと、そのように考えます。

それともう一つ絡んだ問題に研修の義務化というのがあると思つております。

これもやはり、今まで医学部を六年で卒業して国家試験を通りますと保険医としての活動ができるわけでありまして、さらにそれに二年間の研修を義務化して、義務化したその二年間の間は保険医としては認めなくて、研修が終わつてから保険医として認めましよう、いわば八年間、入学してから順調にいけば八年間、卒業してから二年間は保険医としての活動ができない。先ほどの医師定員の削減ということから絡みますと、卒業した医師が二年間保険医としての活動ができま

せんので医療費は当然抑制されるということでありますけれども、そのような発想ではないと思つていただいても、この保険医研修制が義務化の方向に向かつていふと、その必要性、理由をお答えいただきたいと思つております。

〇政府委員(谷修一君) 医師の臨床研修の義務化ということについては、この一、二年、私も議論をしてまいりました。また、昨年、医療関係者審議会の中の部会におきましても議論をしておりまして、その際、必修化、つまり臨床研修の義務化というのを含めた臨床研修、現在の医師の臨床研修の改善の方向ということについてはかなり理解が深まった、関係者の中で理解が深まったのではないかと、そういうような意見がとりあえず中間的にまとめられております。

ただ、この臨床研修の義務化ということ、つまり必修化ということにつきましては、今、先生御議論がございました医師数を、何といひますか、医師数の削減というふうな観点から議論がされていくわけではございません。ただ、事実上の話として申し上げれば、もしこういう形になれば、保

険医になるかならないかということは別に、医師の新規参入というのが二年間繰り延べされるという限りにおいては広い意味での削減ということになるかもしれないが、この卒業臨床研修の義務化という点については、現在既におおむね八割、卒業生の八割の方が臨床研修をやっているというふうな実態、しかしなおかつ現在行われている臨床研修については幾つかの問題がある、その臨床研修の内容を充実していくという観点の中から必修化という問題が議論をされているというふうなことは理解をしております。

現在、この問題につきましては、ことしの三月から厚生省とそれから文部省が共同で検討の場を設けまして、その場から大学病院の関係者、それから現在臨床研修をやっております指定病院の関係者、こういうような方に入らせていただきまして、現在の臨床研修の研修病院あるいは施設基準等の問題、それから大学病院と一体のものとしてどういう形で今後やっていったらいいのかといったような問題、それから研修の指導体制、こういうようなことについて議論をさらに詰めていただいております。

なお、昨年まとめられました中間的な意見の中では、仮に研修を義務化した場合に、この医師免許の性格というものはどういうふうになつてくるのか、それから健康保険制度上の研修医の位置づけはどういうふうにするのかというふうなものが今後の検討課題というふうに挙げられておりまして、先ほど申しました新たに設けられた協議会の場においても幅広く今後議論をしていくことにいたしました。

○渡辺孝男君 昔、インターン制度というのがありまして、それが反対のもとで解消されてきたと。やはり、研修医の身分保障というものがきちんとされなければ、こういう研修の義務化というのは進めるべきではないというふうな感じしております。なお、これもやはり慎重な検討の結果、各関係者の理解を得て進めていくべきでないかと、そのように考えます。

次の質問に移らせていただきます。

日本では、新聞報道等で薬剤費が三〇％を占める、諸外国に比べて非常に高いというふうに言われております。いろんな統計でも日本の国際比較、一九九三年度では日本が薬剤比率は二九・五％、一方、アメリカでは一・三％、フランスでは一九・九％というふうな、数値上はそのようにされておりますけれども、日本の薬剤比率が非常に高い、やはり抑えなきゃならないという世論も当然起こってきますし、私たちも努力しなければならぬというところでありますけれども、その数値だけがひとり歩きするというのはやはり危険ではないかというふうにも考えております。やはり、実態を踏まえた理解が必要、国民に対しても実態を知らせて、その理解が必要ではないかというふうにも考えます。

ある研究論文では、国民医療費に占める薬剤比率が我が国で欧米諸国よりも高いという中で考えなければならぬ点というところでもいろいろ挙げられておりますけれども、欧米諸国では入院患者に使用される医薬品は入院費に含まれるので統計上薬剤比率が低く出るといふふうに言われているというところであります。

それから、薬剤比率の分母である総医療費、国民医療費の範囲や水準が我が国では欧米諸国に比較して狭いので、日本では薬剤比率が高くなる。

また、三点目には日本では薬剤治療に傾きやすく、欧米諸国では外科治療に傾きやすいという診療パターンの特徴があるというところであります。やはり日本人の文化といえますが、手術よりもお薬で治そうというふうな、そういう背景もあるのではないかと。数値がひとり歩きして日本の三〇％が例えば米国の一・三％、一〇％台になれば目標達成というふうな単純な発想ではなくて、やはりいろいろな医療形態の違い、保険制度の違い、そういうものも国民に知らせながら適切な薬剤費のあり方を考えていくべきではないか、そのように考えます。

また、入院費の問題もあるんですけども、やはり日本では社会的入院の原因となつて入院日数が多いというふうな報道といえますか、そこが強調されるわけでありまして、例えば通常、正常分娩に關しても日本では平均六・八日入院されている。ところが、米国では一・七日で退院されるというところであります。これもやはりその国の持つ医療制度、医療保険制度あるいは文化、そういうものに非常に根差しているものではないかというところであります。日本に合った医療制度を考えるためには、ただ単に入院日数だけを、数値をひとり歩きさせないで、やはり保険ないし医療に対する国民の考え方、そういうものもよく検討しながら今後の抜本改革に向かつていくべきではないかと、そのように考えます。

そういう意味では、政府としては国民に対して最長寿命を達成した現在の日本の医療制度がどの程度よい面も持っているのかということもきちんと知らせなければいけません。やはり、抜本改革に当たりましては、国民によく資料等を含めまして説明をしていく、アカウンタビリティーが必要ではないかというふうに思います。

今まで国民に対してきちんと日本の医療の長所というものを説明してこないで、ある意味では即医療費抑制があるべきだというふうな流れでできているように感じますので、やはり国民に対してきちんと、何ゆえ医療費の総枠を抑制していかなければならないのか、その場合にやはり適正な医療というものは残していくべきだという声も当然上がってくると思いますので、そういう国民に対する説明というものをきちんとしていく。国民が高福祉高負担、そういう国を求めると、中福祉中負担でいいのか、あるいは低福祉低負担、自己責任原則を極端に貫く、そういう方向でいいのか、やはり国民もいろいろこれから選択を迫られると思いますので、そのためにはやはりきちんとした国の方針の説明、医療抜本改革のポイントをきちんとして国民に説明していく、そういうアカウンタビリティーが必要なのではないか、そのように考えます。

考えます。

小泉厚生大臣より政府のアカウンタビリティーに關しまして御見解をお伺いしたいと思ひます。○國務大臣(小泉純一郎君) 日本人は外国の制度を取り入れるのに大変積極的な民族だと言われております。確かに、明治におきましていろいろ外国の制度を見習いながら今日まで発展してきたと思ひます。ですから、外国の制度と日本の制度、あるいは日本と外国の違いを取り上げながらよりよきものをつくっていくということについては私は別に悪いとは思ひつておりません。

しかし、医療においても、ほかのものにおいても、その背景にある文化とか国民性とか制度の沿革等違ひますから、単に比較できない面もたくさんあると思ひます。

しかし、戦後、社会保障制度に關していえば、イギリスの「揺りかごから墓場まで」というあの言葉というのが大変魅力的に我々日本人にとっては映つたと思ひます。その社会保障制度を見習いながら日本は今日まで福祉の充実を期してこまて発展してきたと思ひます。

これからの、いろいろな文化の違い、制度の違いはありますけれども、外国の例も参考にしながら、外国にはない日本独特の国民性もあります。文化もあります。日本人により合った適切な制度を導入していくということが必要ではないかなと。そういう際には外国からもわかりやすい、また日本国民にとって、外国とはちよつと違うなといった日本の独特のよさがあるわけでありまして、その点も日本国民にも外国にもわかりやすいような透明性、普遍性、説明のしやすさ、そういう点も考えながら、国民により理解されるような適切な制度の改善を図っていくことが必要だと思ひつております。

○渡辺孝男君 次に、薬価の問題で内外価格差というものも非常に注目されております。いろいろ勉強しておりますと、厚生省の方では薬価の内外価格差は一応二倍以内であると許容範囲であるというふうな考えを持っています。

すけれども、これから本間に二倍以内ならば内外価格差はよろしいのかどうか。五割ぐらいとか、その程度がだんだん狭まっていくべきではないかというふうには当然考えるわけでありすけれども、その薬価の内外価格差の比率を今後どういうふうには正していく予定なのか、見解をお聞かせいただきたいと思います。

○政府委員(高木俊明君) これまでの薬価基準を定める際の取り扱いとしては、今、先生御指摘のとおり、内外価格差のある医薬品については二倍ないし二分の一というのを一つの目安として外国薬価と著しい乖離が生じないように調整を行うという、そういう基準がございます。

ただ、私は二倍であれば許されるのかそういうものではないというふうには思っておりまして、それは一つの目安でありすけれども、問題は、内外価格差が生じ得る合理的な理由、これがきちつとあるかどうかということではないかというふうには思っております。

そういった意味では、例えば三倍であったといった場合、それが合理的な理由があるならばこれは私は許容されてしかるべきではないかというふうには思っておりすけれども、現在の取り扱いにおきまして、しかし三倍の差というものはまず考えられないわけですし、二倍というのはいかかなものかというふうにも思っておりすけれども、そういう中で、できるだけ内外価格差については、合理的な説明がつかない部分というのは是正されなければならないというふうには思っております。

ただ、これについて現行の薬価基準の個別の値段の定め方のルールという点からいいますと、透明性というものを高めたとしてもなかなか難しい面がございす。そういった面からいいますと、現在の医薬品の供給実態ということを考えますと、むしろ市場の流通の実勢というものを基本にして考えていく、公定価格というものを定めるのではないシステムというものを考えていくことがむしろこれからの行き方だというふうには思っております。

りまして、そういうふうな形をとることによって私は内外価格差といった面についても合理化なり適正化というものが進むというふうには思っております。

○渡辺孝男君 お薬だけでなく診療材料、ペースメーカーなどは内外価格差が大きいというところにいる批判的になりますけれども、それは診療材料とかいろいろな検査機器とか、そういうものも含めて是正がされていくというふうに考えてよろしいでしょうか。

○政府委員(高木俊明君) 薬だけでなくありませんで、例えばペースメーカー等の器材についてもやはりかなりの内外価格差が指摘されているわけでありす。まさにこれが合理的な説明ができる内容のものかどうかという点でありまして、そういう意味でこの流通の実態を含めてペースメーカー等の価格の実態というものを今調査いたしております。

そういった調査の結果を見まして、不合理な部分についてはやはりきちつと是正をしていく。また、それが我が国の流通の特性の中で合理的に説明ができるものであるならば、それはそれとして評価をしなれないかと思ひますけれども、現在のペースメーカー等の材料価格というのは非常に大きな内外価格差がある、このこと自体非常に問題であるというふうに私も認識をしております。

○渡辺孝男君 今後、薬価に関しても抜本的改革を進めていきますと当然薬価も下がってくるというところであります。製薬メーカーの方あるいは卸、流通業者の方、そういう業界に対しては、卸、流通業者の方、そういう業界で薬価が下がっていくというところに対しては、それと関係なく改革を迫られるような時代になると思ひます。それから、この抜本的改革で薬価が下がっていくというところに対しては、そのような製薬メーカーあるいは卸、流通業者に対しての影響というものを厚生省はどのように考えているのか、公定価格というものを定めるのか、方針が定まっておりますらお答えいただきたいと思います。

○政府委員(丸山晴男君) 薬価基準の見直しでございすとかで当然ながら医薬品産業をめぐる環境は大きな影響を受けるわけにございす。また医療機関における医薬品の選択のあり方が変化するということになりますれば医療流通関係者にも大きな影響を与えるものと予想されております。

しかしながら、製薬企業あるいは医薬品の卸業もいわば医療制度産業、医療制度と密接な関連のある産業でありまして、それらの影響を受けながら対応していくということがいわば運命づけられているわけにございす。その中で、やはりこれだけの時代でございすので、限られた費用で最大限の効果が上がるような工夫は必要だと考えております。

そういったしますと、製薬産業をとりますと、科学技術立国を目指す我が国にとりまして大変重要な産業でありまして、今後は国際市場に流通する医薬品を開発する力を有する製薬企業の育成をさらに進めることが大事でございす。そのためには、市場競争原理が働いて、すぐれた医薬品の開発に対しては医薬品の購入上からも正当な評価がされるというふうな仕組みがあることが重要であると考えております。

また、卸業にとりまして流通慣行の近代化が進んでおりますけれども、まだ未妥結、仮納入問題あるいは医療機関との文書契約率が低いといったようなことで、近代化の道半ばでございす。今後とも、流通慣行の近代化を進めて、医療現場で求められている医薬品が迅速で安定的にかつ安価に供給できるよう、卸売業者によります効率化の取り組みを進めることが重要であると考えております。

○渡辺孝男君 では、次の質問に移らせていただきます。医療費の過剰な部分の抑制あるいは適正化に關しましては、やはり患者さん自身が自分が受けた医療をよく理解して適正であったかどうかを判断できるように環境をつくるのが大切ではないかと、そのように考えます。そういう意味では、医

療機関にかかったときのわかりやすい診療費の明細書の発行とかあるいはレセプトの公開、ひいてはいろいろプライバシーの問題がございすけれどもカルテの開示、患者本人への開示とかそういう情報公開の流れというものが進んでいくと思ひます。

その点で、諸外国ではやはり法制化がいろいろされておりますけれども、日本でのレセプト公開あるいはカルテ開示、そういうものの情報開示に關しまして厚生省の今後の取り組みをお聞かせいただきたいと思います。

○政府委員(谷修一君) 医療機関側が患者さんには十分な説明をするということとはやはり今後進めていかなきゃいけないことだというふうには考えております。

カルテやレセプトの開示につきましては、開かれた医療の推進に役立つというメリットがある一方、病名の告知の問題とも関係がございすので、慎重に行うことが求められるというふうには考えております。

ただ、カルテやレセプトの開示につきましては、昨年十一月の国民医療総合政策会議の中間報告におきましても取り組むべき課題というふうにはされておりました。レセプトの開示については前向きに取り組んでいるとともに、カルテの開示につきましても患者さんに対する十分な内容の説明という観点から、今年度、検討会を設置いたしまして検討を進めてまいりたいと考えております。

○渡辺孝男君 最後の質問になりますけれども、医療費の総枠の抑制ということで健康保険制度を保つていく、維持していくという努力も非常に大切でありますけれども、医療費そのものの抑制には、やはり医療の進歩によって、あるいは予防医学の進歩によって将来の医療費の総枠が減少していくような観点も非常に大切ではないかというふうに考えます。

その点に關しまして、たばこのことを例に挙げさせていただきますが、近年の環境経済という観点から見ました研究論文では、たばこを生産、消

費する総合的経済効果はこの論文の時点では約二・八兆円ある。健康被害による医療費あるいは労働損失などの経済的損失の方は五・六兆円に達するということに国立がんセンターの研究報告があります。差し引き二・八兆円の赤字ということでありまして、このような社会的なコスト増というものを外部不経済という形で分析し、今後、喫煙率がこのまま保っていくような形で分析すれば、二〇三〇年には社会的損失が十四兆二千億円と約三倍にも膨れ上がるというふうに研究の結果が出ております。

そういう意味では、いろいろ健康被害をもたらすようなもの、たばこであり、あるいはアルコールの一部も入ってくるかもしれないが、そういう予防的な方策をきちんととることによって医療費の抑制を図っていくということもまた大事な視点ではないかと思えます。

厚生省の方ではこのような研究論文、たばこの健康被害の予防の影響、そういうものに関する評価というものをどのようにされておりますでしょうか。

○政府委員(小林秀貴君) たばこによる経済的損失についての研究は、今、先生が挙げられました国立がんセンターの先生の論文のほか、国立公衆衛生院の研究者でもそういう研究がされたものがございまして、これらの研究報告では、経済的損失として挙げられている項目は医療費だとか、それから休業だとか死亡による所得損失となっておりまして、両報告とも損失の額については差があるものであります。しかし、いずれの論文につきましても、たばこによる健康被害があり、そして社会的損失があるということを述べておりまして、私どもその研究論文についてはよく承知をしておりますところでございます。

○渡辺孝男君 時間もなくなりましたので最後に、医療費抑制という観点から、予防医学的な観点での今後の方策といえますか考え方、そういうものを小泉厚生大臣はどのようにとらえていらっしゃるか、お聞かせいただければ幸いです。

○國務大臣(小泉純一郎君) いろいろな専門家の方から言われておりますことは、たばこは健康によくないということのようであります。私もかつてはたばこを吸っておりましたけれども、十年ほど前、選挙期間中だけはいつもとたばこを一月ほどやめていたのですから、選挙が終わってみて、ああこれなら大丈夫だなということで、もうたばこをやめて十年以上たちます。確かに選挙でのごを痛める場合はたばこを吸わない方が健康にいいという面もあります。

最近禁煙運動が盛んでありまして、厚生省内におきまして、今や会議はもうろん、庁内では灰皿も置いていないと、近く自動販売機も撤去するというところで、積極的に禁煙活動をしていくということでも取り組んでおります。

もとより、たばこは税収も上がってくるものですから、その点も、大蔵省当局は税収の観点から害ばかりではないと言論者も多いようでありまして、予防というところを考えると、たばこは吸わないにこの害については啓発活動に取り組みまして、吸わないように、特に青少年たちには喫煙の害というものがよく理解されるように取り組んでいく必要があると考えております。

○委員長(上山和人君) 本案に対する午前の質疑はこの程度にとどめ、午後一時三十五分まで休憩いたします。

午後零時三十六分休憩

午後一時三十六分開会
○委員長(上山和人君) ただいまから厚生委員会を再開いたします。

この際、委員の異動について御報告いたします。本日、林久美子君が委員を辞任され、その補欠として星野朋市君が選任されました。

○委員長(上山和人君) 休憩前に引き続き、健康

保険法等の一部を改正する法律案を議題とし、質疑を行います。

○山本保君 まず最初に、これは本当に実感でございまして、自民党の先生方も同じじゃないかと思ひますが、どうしてこういう重要な法案がぎりぎりになってこんな忙しいときにやらなくちゃいけないのかと、だれに文句を言ったらいのかかわかりませんけれども、いろんな動きがあるかもしれないけれども、やはり国民の目から見て、何か最後に、衆議院もですが、突然決まった案が出て、そしてそれを一日、一日で上げてしまうと。参議院の方も、もう次が詰まっているからといって上げてしまうと。

これは何時間やったといひましても、特に私は、もう先生方おわかりのように、厚生委員会の先生方は本当に専門の先生が多くて、きょう午前中も非常に内容のあるお話がされていくわけですから、もっと時間をかけてきつちりやっていけば、やり方もいろいろ形よりも、先ほどほかの先生と話したんですが、項目ごとにフリーでどんどんやっていくとか、そんな話をしていけば本当にもっといいものができてるんじゃないか、国民の皆様にも理解されるんじゃないかという気がしてしやうがありません。本当にこれは一委員がそんなことを言ってもだめだとは思ひますけれども、最初に一言言わないと思ひまして、ちよつとあれさせていただきました。

最初に、これはこの健康保険法と直接関係ないかも知れませんが、小泉厚生大臣に所信を少し述べたいだきだきと思ひておるわけでありまして、

といひますのは、先回の本会議での質疑の中にも、これはいろんなところで言われておりますからよろしいのですが、特にこの社会保障制度について、今後の負担の上昇の見込まれる中で、必要な給付は確実に保障する一方で、次世代の負担というものを考え、経済の発展、社会の活力を損なわないように給付と負担のバランスを図りますと

ともに、民間事業者の参入拡大なども含めまして効率化、合理化を進めていくというお話をされました。また、厚生大臣がお書きになった本の中にも、いつも言っておられますけれども、官というのは民の補充に徹すべしということもお書きになっておられるわけでありまして、

そこで、衆議院でもよその党の方がそんなことをお話しされて、小泉厚生大臣はそれは関係ないとおっしゃったようなんで、関係があるんじゃないかということでお聞きしますけれども、ちよつど今、衆議院でNPOの法案が、まだかつておりませんけれども、かけられようとしております。それで、この場をおかりして、NPOといひますと、普通、ボランティアのちよつと格の低いか、または格の高いというよりは内容のしつかりした継続性のあるそういうものを言うんだらうぐらいに考えられているようでありましかつても、今、私どものほうでは、新進党の議員提案で出し

ておりますものは、その寄附金を税から控除する、レーガン大統領などが十年ほど前にアメリカの再建、特に福祉、社会保障分野で相当な効果を上げた、こういうものなんですね。

そこで、私もそのグループとしてやっておりまして、今後はこういう国民負担を上げられない、といひますよりも、国の強制的に徴収される税であるとか保険料というような形で持つていくといふものについては非常に限界があると思ひます。私は、NPO、いわゆる民間の公益活動を行う団体に対して法人格を与える、税制控除を行う、措置を行うということが大事だと思ひておるわけですから、厚生大臣、その辺についてどんなお考えがあるのか、最初にお聞きいたします。

○國務大臣(小泉純一郎君) これからの社会は官から民といひますか、官は民の補充というよりも、一歩進めて、民間人でも公共的な仕事ができるんだと、その意欲をどうやってくみ上げていくかというのが大事だと思ひます。社会保障分野におきまして、民間事業者が、本来だったら社

会保障事業は役所の仕事だと、役人の仕事だと思われていたのが、最近では役所ではない非営利団体やら民間事業者も、福祉サービスというのはいろろ究極のサービス事業だという形で意欲的に民間人なり民間業者がこの福祉活動に参加する意欲が芽生えてきたということは、私は好ましい現象だと思っております。

これからの、いわゆる非営利組織の団体がどうやって社会に貢献していくかについて真剣な議論を重ねておりますし、あの阪神大震災を見ても、むしろボランティアの方々が積極的に公共的な仕事、役所の仕事にみずから関与して支え合っている活動を見るにつけても、私は民間事業者やあるいは非営利組織、ボランティアの皆さんが連携して、意欲のある、また人を助けよう、支え合おうという意欲に満ちた人が活動できるような環境を整えていく、支援していくというのは大変重要なことであると認識しております。

○山本保君 確かに大臣、その本の中にも、民が官の分野に進出できるように環境を整えるのだというふうにお書きになっておられるわけでありまして。そこで、大臣は郵政事業の民営化が中心だというふうにお書きになるわけですが、私はそこはぜひNPOというものを考えていただきたいと思っております。

次に、今度は介護保険が来るようですから、そのときにまたきちんとやろうと思っておりますけれども、例えばいろいろな民間サービス提供団体、法人たるべしというふうにお書きであるようですから、これは社会福祉法人をふやすはずはないですから、NPO法人でやるのだらうと。この場合、もし今、与党案のようなNPO法人であれば、これは全部保険のお金、または公費が行かなければ動きませんのでそのお金が要る、四兆円、五兆円要るということになるわけですが、本来のNPOであれば、そのうちの特に中核的なサービス以外のサービスにおいてはこれは民間の寄附を行えばよろしいわけですから、幾らになるのか、四兆でなくて三兆かもしれない、全体で。

もつと言え、これまで福祉が九五%を見ていたようなものについても、実はその中のサービスでも、本当に国民として必要な公費でやるべきところと、もつと民間が支え合うものがあるとしてこれ自体も減るかもわからない。実は、全体で五兆であるとか四兆であるという積算のもとに保険が必要だという論拠は私は崩れると思っております。わけです、これは今度きちんとそういう論をしたいと思いますので、先にお話をさせていだきます。それでは、この改正法案について伺いたいと思います。

まず、この改正案が、今、毎年一兆円以上伸びていくというのに対して、二年間だそうですけども、ある程度抑制といいますが、抑制といつても手当てができるというのだそうでありましてけれども、この改正案によつてどれぐらい医療費全体が抑制されるというふうな効果が――つまり考えますと、全体がふえるので、それに対して赤字があるわけですからそれを抑えなくちゃいけないというものと、国の出費がふえるわけですからそれを減らさなくちゃいけないというものと、それから非常に素直な考えですけれども、全体がこの改正によつて適正な医療が行われるということ、もつとほかにもいろいろな分子があると思えます。今言った三つ全部という意味ではありますせんけれども、私も専門でない人間が見ますと、今の三つのようなところが非常に気になるわけでありまして。

厚生省の方から、全体で一体どれぐらい抑制といたしますか適正化、財政面ではどれぐらい医療費が下がるのか、その辺についてデータをお示しください。

○政府委員(高木俊明君) 今回の衆議院の修正案、これは九月施行ということでありまして、今回の修正後におきます一部負担金の見直しが行われるわけですが、要するに今度の改正によつて一部負担の増額をお願いしているということになります。それに伴って医療費が波及的な効果として減少いたします。

これは過去の経験則に照らして一定の数式を用いて計算をしておりますが、そういういた波及効果の額でありますけれども、これは平成九年の九月実施ということで見ますと、医療保険制度全体で四百億円ということでは見込んでおります。

○山本保君 今、全体では四百億円ほどの医療費が安くなるのではないかと。それは、言うならば、先ほどのお話がありました、薬を余り出さないようにするとか、またお医者さんに余りむだに行かないようにするとかいうようなことでの効果だということに考えるわけです。

ただ、そうしますと、特にお年寄りの中でも低所得のような方が必要であるのに行かないようになるんじゃないか。今でもあるそうですが、月末ですと、おじいちゃん、来週月曜日にあれば次の月だからそれまで我慢しなさいなんということがあのかどうか、本当にかかわりませんが、聞いたたりするわけですが、そういうことがこれからはもつと起こってくるんじゃないか。これはやっぱり弱者に対する適正な医療が行われないうことになるんじゃないかというおそれというのを感じるわけです。

この辺についてはどうお考えですか。

○政府委員(高木俊明君) 我が国の医療保険制度は要するに相扶共済の制度であるわけでありまして、そういう意味では、保険料を納めている方、それから医療にかかった際にその一部を負担する患者さん、それがお互いにやはり適正な負担と給付のもとに制度というのは運営されなければならぬというふうにお考えをしております。

我が国の医療保険制度のこれまでの歴史は、どちらかという患者負担をできるだけ少なくしていくという方向を目指してきたというふうにお考えでありますけれども、そういう中で医療費が毎年非常に高い割合で伸びてきたということとあらうと思えます。これからの新しい時代ということを考えた場合に、そこにやはり適正な負担というものを考えていく必要があるというふう

担というものを考えていく必要があるというふう

に思うわけでありまして。そういつた意味では、従来の発想からしますとできるだけ負担を少なくということかと思うのでありますけれども、適正な受診が抑制されるということがあつてはいけないわけでありまして、やはりそこに患者さんに一定の負担をいただくという受益と負担の均衡ということも考えなきゃいけない。

その際の負担の割合というものがどの程度であれば必要な受診が抑制されないかということになるわけでありまして、今回お願いしております一部負担の増、これは従来と比べますとかなり大幅な引き上げであるかもしれませんが、これからの医療制度というものを考え、安定的に制度を運営するということを考えた場合には、この程度の御負担はお願いせざるを得ない。また、そういうふうな形で制度改革が行われたとしても、二、三年しか医療保険制度、とりわけ政管健保はもたないといえます。逆調に転じてしまうという状況でありますから、そういう意味での御負担というのは御理解をいただかざるを得ないというふうに考えておるわけでございます。

○山本保君 健康保険組合の方も非常に厳しいところがあるということも聞いておりますので、今のお話はわからないわけでもないんです。

これは予定してはなかったんですが、今のお話をお聞きしましたら、また大臣もよくそういう同じことをおっしゃられるわけで、どんな制度改正にしても、こういう土台、ベース的なものが必要なんだと、だからというふうにおっしゃるわけですが、私も、もう皆さんがいろいろ議論されておりますように、そのほかにも診療報酬の問題、薬価の問題、さまざまな問題があるわけですから、それを先にやるのかというのを決めるのがまさにこれが政治だと思ふんです。客観的にこういうものが必要であるということが、即それを最初にやるとか、第一歩にやるとかいうふうにはならないわけですから、政治的判断によつて

これを最初にすると、こういうことになるわけですね。

ですから、ここはやはり私は大臣に、ちよつと突然で申しわけないんですが、つまり客観的、科学的に必要なんだからやるんですよというふうな言い方をされるよりは、生意氣な言い方で申しわけございませぬけれども、本来ならば厚生省として、大臣としてつと抜本的な改正をきちんとして、すべきところが、しかしこれまでのいろんな流れもあり、すぐにはできないんだ、やむを得ず国民の皆様からの負担を、まずこれだけは先にやらせていた方がいいと、こういう形で申しわけないかと頭を下げられるという形が必要じゃないかと思うんですけれども、大臣、どうでしょうか。

○国務大臣(小泉純一郎君) 私は、今回の案というのは国民に負担を押しつけるから反対だという議論をよく聞きますけれども、じゃ今回の案をやらなかつたら国民に負担を押しつけられないのかといったらんでもないのであつて、税で面倒を見るのか、保険料で負担するのか。患者の負担がなかったら国民の負担がないのかといったらんでもないことであつて、私は、どうということになつても国民が何らかの負担をしなきゃ医療サービスは受けられない、この点を御理解いただきたいと思ひます。

今回の改正というのは一時的なものである、なぜもつと本格的な案を示さないのかということであり、今回の改正案が出てきたからこそもう根本的な、総合的な改革をすべきじゃないかという意見が出てきたと思うのであります。

今まで三十年間、一つの方向なり、やるべきこと、課題というのはほとんど列挙されていたと言つても過言ではない。なぜできなかったのか。それは国会が決めてきたことですから、私は、厚生省がけしからぬと言ふんだつたらば、政党が、国会がけしからぬ案を出すべきだつたと思ひます。なぜそれができなかったのか。それぞれの立場も違つたでしょう。それで、国民負担というのは患者負担だけと錯覚している方が多かつた。患者負

担さえ少なければ国民負担がないんだと一般国民も、政党の中でも思つてゐる方が随分いたんじゃないでしょうか。ようやくそうではないなということが今回の法案でわかつてきたからこそ抜本改革案を出せという雰囲気が出てきたのではないかと、こういうふうに感じております。

むしろ、今回の案が出てきたからこそ抜本改革への雰囲気が出てきたかと思ふのであります。私、なぜできなかったのか、抜本改革案を示さないのかということ、これも危機意識に乏しかつたんじゃないか、利害調整ができなかつたという面もあると思ひます。しかし、根本的な原因は危機意識に乏しかつたんじゃないか、政治家も、厚生省も。だから、何とかなつて思つて一時的なその場をしのげればいい、患者負担を少なくすれば善いんだという考え方。

もうそういう時代ではない。患者負担も保険料負担も税金も全部国民負担だという中で、診療報酬も薬剤も保険制度全般も総合的な改革をしないといけない、若し人ばかりにも負担を押しつけてはいけない、赤字国債を出しちゃいけない、増税もできないという危機意識がだんだん芽生えてきたからこそ抜本的な構造改革をしなきゃいかぬという雰囲気が出てきたのであつて、むしろ今回の法案というのはその促進剤になつた、踏み台になつたというふうに私は理解しております。

○山本保君 大臣のおつしやる見方というのも私は一つの重要な視点だとは思ひますけれども、日本で現実にはこの問題について一番ノウハウを持つち、そしてそのための情報と企画能力を持つておるの、それは厚生省でありますから、そこがやはりこれまでの責任の過半があつたというふうに言うのはこれはやむを得ないのではないかと私は思つております。

それで、今回の改正の中で、きょう私が主に聞きたいのはこんなんですが、やはり同じような認識に立たれてゐると思ふんですけれども、新しい審議会をつくらんと、そしてその審議会はこれ

までの審議会とは違ふんだというふうにお聞きしておるわけですね。法律だけ読みますとほとんど差がないといひますか、わかりませんので、一体どういふことを、どういふもくろみといひますか、お考えを持っておられるのか。

特に、時間もあれです。一つ一つお聞きするとあれです。それからとめてお聞きしますが、例えば今回審議会をつくることについて医療保険審議会も老人保健福祉審議会も、何か非常に冷たい、突然唐突に出てきたものだ、なぜ我々の審議会がつぶされて、新しい審議会がでなくちゃいかぬのだというふうな意見が欄外にもうにじみ出ているように思ふわけです。

この両方の審議会は二十五人ずつ委員がおられて、専門委員はそのほかにもおられる。数えてみますと、お医者さんもおられるし、保険の側もおられるしということでありまして、一体今度の審議会はどういふ方を呼び、そしてどれぐらいの規模で、そしてどんなやり方で、大臣が今おつしやうな改訂の、まさに今受けなければならぬという改訂を提示し進めたいか、その辺についてお聞きしたいです。

○国務大臣(小泉純一郎君) 今回の審議会というのは、今までの審議会とは違ふというよりも、審議会が重複しているところがあるんじゃないか。医療保険審議会にしても老人保健福祉審議会にしても、別々に議論するよりも総合的に議論する必要があるんじゃないかということから、一つにまとめて構造的な改革を議論してもらおうという意図から新しい審議会を設けることになつたわけでありまして、今までと違ふといへば、それは今までの審議会にお諮りして審議会の意見を聞きながら厚生省として案をつくつてきた。今度は全く逆であります。

九月一日以降に新しい審議会が設置されますが、その前に厚生省案として責任を持つて案をまとめます。それをむしろ審議会で議論してもらおう。今までは全く逆の方向で考えておりました。そして、これから審議会の委員になつていただく

方は、見識の高い、国民的視野に立つて議論していただく方をこの審議会に入つてもらおうということで、この法案ができ次第、人選も考えていきたいというふうに思ひます。

○山本保君 今のお話ですと、例えば今おられる二十五人、二十五人の審議会を二つ合せて、ほとんど同じ方、もしくは同じメンバー構成でやればよろしいというふうにも、やるつもりであるともとれるわけですが、局長、その辺はどうなんでしょうか。

それからもう一つは、大臣がおつしやうなことです。今までも審議会というのは実際には厚生省が大体の案を出して進めていたのではないかと思ふわけですね。それでは同じじゃないかと思ふわけですね。次の質問に用意していたのと一緒にお聞きしたいんですけれども、八月中旬ぐらいまでに案を出すと、大臣が今ちよつとお触れになつたことですが、それとその審議会の関係というのはどういふふうに考えたらよろしいのか、そこまで一緒にお聞きします。

○政府委員(高木俊明君) 今回、法案が通りましたら新しい審議会を設置させていただきたいと考えているわけですが、この審議会の構成でありますけれども、一つには現行の健康保険法あるいは老人保健法等に基づいて制度の運営事項を御審議いただく部門というのを一つ用意することとあります。それから、もう一つが医療保険制度の抜本改革を御審議いただく部門というのを設置いたしますということとあります。この医療保険制度の抜本改革を御審議いただく部門につきましては、私どもとしては、そんなに多くの人數ではなくて、今考えておりますのは十人程度の委員の方にお願ひしてどうかというふうに考えております。これらの委員の方々につきましては、先ほど大臣から御答弁申し上げたような方々にお願いをしたいというふうに考えておるわけでありまして、それは九月までに抜本改革案というものを提出するというところでありますが、私どもとしてはもつ

各病院から、従来、大阪府あるいは大阪市に対して提出されていた医療従事者に関する報告が実態と大幅に異なっており、実際の医療従事者は非常に少ない、従来報告されていたものよりもそれぞれ病院において数十名の単位で少ないということが判明をしたわけでございます。

私もこの問題については、この問題につきまして、従来から大阪府及び大阪市に対して、実地調査並びにその結果に基づく対応について大阪府と協議を、また必要に応じて指導を行ってきたところでございますが、現在、大阪府におきましては今後監査を行う、特に医療保険において監査を行う。また、病院から出されております医療従事者に関する改善計画書に基づきまして、現在入院されている患者の転院を促進するというところで、地元の医師会を初めとした関係機関の協力を得て転院を進めていくということを検討されております。

また、今後の行政処分につきまして、医療法を初めとしたしまして、健康保険法、それから生活保護法等については今後の状況の推移を見ながら厳正に対処していくということで、大阪府の方から報告を受けているところでございます。

○山本保君 今のお話でも、もう既に以前からこういう問題を知っていたということにもとれます。であるならば、もちろんこういう財政面からいきましてもこれは不正でありますし、もっと言えば、患者さんたちにとっては大変なことなわけですから、これでも非常にいい医療がなされていたというならばいいんですが、そんなことはないというふうに報道されているわけです。大変なことです。

ですから、これはやはりこういう問題、先ほどの先生からもいわゆる出来高払いのような形でのプロフェッショナルフリーダム、専門医支配のようなものは医療行政の基本であるというお話があったわけですが、私はその基本自体に国民は今非常に疑いを持っていると。今回の臓器移植についても同じでありますので、ぜひこれ

は、この個別の対応のほかに厚生省としてはこういう不信感を払拭するようなきちんとした対応をしていただきたいということを申し上げます。

あと一つだけ、一分ほどありますので、これはまた全然話が変わって恐縮ですが、人工透析の方が毎年一万人ですか、ふえておられると聞いておりまして、一般的に言って、毎年そんなにふえるような病気があるとも信じられません。もちろん、これはいろいろな状況が、対応があるからゆえにふえるということでしょうけれども、気になります。これは、食事療法を行えばそんなに人工透析に行かなくてもいいと言われていたにもかかわらず、いわば診療点数がそういう予防であるとか指導の方に非常に低く、器具を使った検査とか、こういう透析などを行った方がいいので、そんなことはないと思いますけれども、しかし人間の考えとして、やはりそのためにもお金が決まっているわけですから、そちらの方に伸びていくというんじゃないか、流れていくというんじゃないかというおそれが感じられるわけですが、この辺についてどのように指導されているのか、お願いいたします。

○政府委員(小林秀實君) 慢性腎炎関係についてお答えいたします。厚生省では、平成五年度、進行性腎障害調査研究班におきまして、慢性腎疾患の内科的治療の一つであります食事療法についてガイドラインを作成し、また食事療法用宅配食品適正化検討会で腎臓病者用宅配食品栄養指針を作成し、その普及に努めているところでございます。

医療現場におきまして食事療法の指導状況につきましてはその実態を把握しておりますが、慢性腎透析の新規導入状況から見ますと、過去十年間で腎透析を受ける患者さんは、新規で昭和六十年のときが一万三千、平成七年で二万六千余と約一・九倍にふえております。特にこの中で、糖尿病性腎症というのが過去十年間で約三・六倍と大変ふえているわけです。この背景には、食生活の欧米化や運動不足など生活習慣の関与が考えられ

るところでありまして、また御指摘の食事療法の重要性も示唆するものと考えておるところであります。

食事療法による透析導入の遅延効果につきましては、今、先生お話しのように、そういうふうな効果があるというのを言われておりますけれども、まだ正式の研究発表が私どもの方には入っておりません。さらに研究を進めてまいらうと、このように思っております。

○山本保君 終わります。ありがとうございます。

○菅野壽君 それでは、私は健康保険法等の一部を改正する法律案について御質問をさせていただきます。

本朝来、田浦先生初め立派な御質問が相次いで、私が申し上げようと思うことがもう言い尽くされておりますけれども、重なるようでございますが、御質問させていただきます。

先般の本会議でも申し上げましたが、医療保険の抜本改正と一体とならなければいけない。構造改革なくして負担増なしというのが我が方の主張でございます。この観点から御質問を申し上げていきます。

まず、今回改正においても疑問点の多い薬剤別途負担について伺いたいと思います。今回の薬剤別途負担は、患者のコスト意識の喚起を図ったものと理解しております。しかし、投薬行為は医師の裁量にゆだねられております。したがって、薬剤別途負担による薬剤使用適正化の効果は疑問でございます。

厚生省は、薬剤別途負担により薬剤の使用適正化がどれだけ図られるとお思いですか、その効果について数値をもってお答え願いたいと思います。

前に制度の崩壊ということが危惧をされるわけであります。そういった意味で、現在の各医療保険制度の財政の安定を当面確保するということから着手をさせていただいておるわけであります。その中で、薬剤が我が国は非常に多く使われているというふうなことから、薬剤の適正化を図るために、このたび新たに薬剤費の一部負担をお願いしたわけでございます。

そこで、薬剤の一部負担を別途お願いすることによりまして、いわゆる医療費に対する波及的な効果、減額の方向の波及的な効果というものが見込まれると考えておりました。医療保険全体で約二千九百億円程度、平成九年九月実施の場合には効果があるのではないか、減額がされるのではないかと考えておりました。

○菅野壽君 今回の薬剤別途負担については、医療機関、支払い基金等における事務コストの増大や窓口での混乱が予想されております。私の病院でも事務職員を増員しなければなりません。今回の薬剤別途負担に係る事務コストを厚生省はどの程度見込んでおられますか。

また、衆議院修正で投薬日数ごとの薬剤負担はなくなったことによつて事務コストはどれだけ軽減されたと思っておりますか、お示し願いたいと思います。

さらに、こうした事務コストについて厚生省はどのような方法で補てん、補償を考えているのか、あるいはないのか、お伺いしたいと思います。

○政府委員(高木俊明君) 今回新たに薬剤負担の導入をお願いすることになりますから、医療機関の窓口事務は現行制度に比べればどうしても事務負担ということがふえることは避けられないというふうに思っております。

れぞれ計数的にお示しするというのはなかなか難しゅうございまして、そういつた面での評価というのはいたしておりません。

なお、この事務コストの増に伴って、今、先生御指摘のとおり、職員の配置等が要るではないかということだと思ひますが、こういつた医療機関における事務コストについては、これまででもそうでありましたけれども、医療機関の経営全体の状況を見た上でこれまで診療報酬の改定の際に対応してきていたというところはございまして、

したがって、今回の措置後、医療機関における経営コスト全体の変動がどのようになっているのか、その中で必要があれば診療報酬改定の際に対応していくことになるのではないかとこのように考えております。

○菅野壽君 今回の薬剤別負担は、世代間の負担の均衡を図るという改正の趣旨からも疑問があります。厚生省はこれまで薬剤別負担の算定根拠を高齢者の薬剤投与を基準に説明してきましたが、衆議院修正によって高齢者の薬剤別負担の負担割合はどの程度になるのか、また若年世代の薬剤別負担に係る負担割合はどの程度になるのか、御説明を願ひたいと思ひます。

○政府委員(高木俊明君) このたびの修正後の案で申し上げますと、老人の外來医療費に対します薬剤別負担の負担割合、いわゆる外來における負担割合が老人の場合三・九%でございまして、これに對しまして、若人について見ますと、これが三・五%ということでございます。

○菅野壽君 薬剤別負担を含む一部負担改正後の実効負担率について伺ひたいと思ひます。

一部負担の実効負担率は衆議院修正の結果どのようなものか、制度別、世代別にお示し下さい。○政府委員(高木俊明君) 修正後の状況で、これは平成九年度満年度ベースで御説明したいと思ひますけれども、若人につきましては現行が一六・八%の実効負担率でございまして、それから、これが改正後は二一・八%でございまして、それから、老人につきましては現行五・五%でございまして、

これが八・四%でございまして、

また、制度別に見てみますと、若人のうち、いわゆる被用者保険制度、被用者保険では現行が一四・六%でございまして、これが改正後は二一・五%になります。それからまた、国民健康保険につきましては現行は二二・二%でございまして、これも、これが二三・三%になるというふうに見込んでおります。

○菅野壽君 次に、小児医療における薬剤負担の問題について伺ひたいと思ひます。

今回の改正は、急性疾患が多く、薬剤費が少額で診療回数が多い小児医療に及ぼす影響が大でございまして、この点について現場の小児科医から多くの声が私に寄せられております。小児医療に係る薬剤比率、診療所における一回当たりの投与額、処方回数についてお示し下さい。また、同じ数字について内科、さらに老人医療はどうなっているのか、御説明を願ひます。

○政府委員(高木俊明君) 小児医療の關係への影響が大きいという声が非常に強いわけであります。小児医療に關します薬剤比率でございまして、けれども、これはゼロ歳から十四歳までの小児ということで申し上げますと、外來医療費におきまして薬剤比率が二・〇%でございまして、また、小児の外來につきまして一処方当たりの薬剤費を見てみますと、これは病院、診療所を合わせた平均でございまして、千四百円でございます。一月当たりの処方回数をちなみに申し上げますと、一・三回ということでございます。

なお、小児医療につきましては、三歳未満の小児を対象とした小児科の外來診療料、これにつきましては包括払い制が普及してきておりまして、この包括払い制を導入している医療機関につきましては、このたびの薬剤に係る定額負担は課されないということになっております。それから、外來の老人医療における薬剤比率でございまして、これは四八%でございまして、一処方当たりの薬剤費でございまして、これは五千九百円ということになっております。一月

当たりの処方回数、これは二・一回ということでございます。

それから、内科等の診療科別の薬剤比率はどうかというお尋ねでございましたが、この診療科別の薬剤比率等は現在とっておりますので、そういった意味で、内科についての薬剤比率ということにつきましては数字がございせんので、この点については御理解願ひたいと思ひます。

○菅野壽君 小児医療については、平成八年度の診療報酬改定によって外來診療料の定額方式が導入されておりますが、この導入実態、効果をお伺ひたいと思ひます。

○政府委員(高木俊明君) 平成八年四月の診療報酬改定におきまして、三歳未満の小児におきまして小児科外來診療料というものが新設され、それがいわゆる包括払いの形で行われているわけであります。

平成八年七月に調べた状況によりますと、全国で約一万一千四百二十カ所の診療所と二百四十カ所の病院がこの診療料を採用いたしております。

なお、関係団体、これは小児科医会が調査したものでありますけれども、これによりますと、平成八年九月時点で、この団体関係で回答がありました診療所の約六四%がこれを採用しているという報告がございまして、そういう意味では、診療所においてはかなりこの小児科の外來診療料というものが活用されているというふうに出ております。

なお、これが導入後、例えば検査あるいは投薬、そういったものがどういうふうに移行してきているのかといった点等につきましては、これはまだ導入されて間もないということもございまして、本年度この調査というものを実施したいというふうに出ております。

○菅野壽君 小児医療における薬剤負担割合でございまして、私のところに寄せられている訴えでは、今回の改定により薬剤費の一三〇%が自己負担の現象も考えられる、無床小児科診療所の調査

によれば、三割薬剤費の負担分に改正薬剤負担額を加えれば子供は全薬剤費の六四%を負担することになるとされております。

政府はこの点についてどう考えておられるか、また小児医療における薬剤負担の割合について厚生省の試算をお伺ひします。

○政府委員(高木俊明君) 今回の薬剤の定額負担でありますけれども、これは衆議院修正後の形でありまして、この定額負担の定め方が平均的な投与日数というのを根拠として設定しておりますから、そういった意味で、平均を下回る場合と上回る場合で、やはりその辺の金額の差、割合の差というのが出てくるを得ないということでありまして、これは平均的な数字を基本にしている限りにおいてはやむを得ないというふうに出ております。

この小児医療の薬剤に係る自己負担割合というものを試算してみますと、ゼロ歳から十四歳までの小児の場合、一カ月当たり薬剤に係る定率負担が五百四十円、それから定額負担が五百二十円、合算して千六十円ということになります。一方、一カ月当たりの薬剤費が千八百円ということでございますので、薬剤に係る自己負担割合は、これを割り算しますと五九%という格好になります。

○菅野壽君 我が国の薬剤費が高い背景には、我が国の薬価の高さがあります。本来、薬剤の別途負担より先にこうした我が国の薬価そのものにメスを入れるべきであります。

厚生省は、日本の薬価はアメリカ、ドイツよりも安く、イギリス、フランスよりも高い傾向にあると説明していますが、大阪府保険医協会が行った調査では、アメリカ、ドイツでさえ我が国の薬価より安いなど明らかにしております。

厚生省調査と大阪府保険医協会調査との違いの理由を厚生省はどのように認識しておられるのか、また大阪府保険医協会の調査について厚生省の見解を伺ひたいと思ひます。

○政府委員(高木俊明君) 外国との比較をする場

合には、これはそれぞれの国によつて医療保険制度が違います、使用実態が違ふというようなことがありますので、単純な比較というのはなかなか難しい面もございますけれども、厚生省の調査、これは国際的に売上額が上位三十品目について調査をしたものでございます。それに対して大阪府保険医協会の調査は、日本における売上げ上位百六品目の中で、少なくとも日本以外の一カ国以上、米独仏のどれかで使用されている六十二品目について調査をしたものということでございます。

その結果を見ますと、厚生省の調査におきましては、アメリカ、ドイツよりも我が国は安い、イギリス、フランスよりも高いという傾向が見られるということでもあります。それに対して大阪府保険医協会調査によりますと、いずれの国に対しても高いという傾向になっておるわけでもあります。

これは、それぞれどのような品目を比較するかということによって違ってくるわけでありまして、少なくとも私どもの認識としては、我が国の内外価格差というのがかねてから指摘されておりますように、諸外国に比べて我が国の薬価というものは決して安いということではないのではないかとこのように認識しております。

○菅野壽君 厚生省は、薬の価格については市場取引の実勢にゆだねるという原則に立っています。が、市場取引にゆだねれば価格は確実に下がるといふ論理的根拠はあるのでしょうか。また、新薬シフトや高薬価シフトは市場取引にゆだねることによつてどの程度は正されるのでございましょうか。さらに、採用する方式によつては高どまりの懸念はないのでしょうか。あるいは逆に画期的な新薬の開発が阻害される懸念はないのでしょうか、伺います。

○政府委員(高木俊明君) まさに先生が御指摘のような問題点というものを避けられるような、そういう問題点というものを克服できるような案というものを一つつくっていきたいということがまず基

本であります。

ただ、現在の薬価基準制度、これは薬について公定価格を定めておるわけであります。この公定価格を定めておることに伴う弊害というのが非常に大きく出ております。これが一つには薬剤の多量使用というものに結びつくという問題がありますし、それからまた、とりわけ高薬価の新薬にシフトしがちであるという問題が指摘されているわけでもあります。

こういったものを改善するということになりますと、公定価格というものを定めるといふやり方ではなくて市場原理、マーケット原理に価格の形成というものをゆだね、そしてそれに基づいて適正な保険の償還価格というものを決めていくというふうなやり方の方がすぐれているというふうな考えでありますし、ヨーロッパ諸国においてはこういうふうな方向を採用している国がふえてきておるわけでもあります。問題は、我が国における実態に一番ふさわしい方式というものを考えなければならぬというふうな考えであります。

また、画期的な新薬の開発というものが阻害されることのないようなシステムというものを考えなければいけないというふうな考えでありますし、これら全体を満たす案というものを私どもも検討しております。

○菅野壽君 このほか薬剤費については、厚生省の試算によつて五千三百億円に上る支払いの超過が見込まれております。この試算については中間マージンの見積もりが不十分ではないかという指摘もあります。五千三百億円の不明金をそのまゝにして国民に新たな負担を求めることについてはなかなか理解が得られないのではないのでしょうか。

厚生省はこの五千三百億円の説明、解消にどのような見解を持っていますか、お伺いします。

○政府委員(高木俊明君) この問題については、これまで何回か御説明をさせていただいておるのでありますが、なかなか御理解を賜っていないような感じがいたしますので、きょうは少しじつ

くりと御説明させていただきたいと思ひます。

まず、この五千三百億という数字がどうもひとり歩きをしている嫌いがあると思ひます。これは、そもそものどういふことかというふうな五千三百億というものが厚生省の試算というふうなことから生じたのかということから御説明申し上げたいと思ひます。

そもそものは三月四日付の東京新聞が、一定の計算方法で差額が出ているという記事を掲載したわけでありまして、これを読まれたと与党の医療保険制度改革協議会の先生方から、この東京新聞に載っている同様の方法でちよつと計算してみようということがあるございました。そこで、厚生省として東京新聞と全く同じやり方で計算したら、それが五千三百億ということになっているというところであります。この計算というのは、厚生省が特別に試算をしたというわけではもちろんないわけでありまして、

したがって、この数字の受けとめ方について私は誤解があるというふうな思つております。というのは、この計算方法そのものがもとと問題であるというふうな思ふわけでありまして、何が問題かということでありまして、当然のことでありまして、これら元データ、統計データが並べられておりますが、それぞれのデータにつきましては、調査の目的とか趣旨、これらすべてを異にしておりまして、また何よりも調査時期とか期間、これも異にしております。それからまた、細かくなりますけれども、調査対象とか抽出率等の調査方法もそれぞれ異なっております。このことでも明らかなにされてないというふうなことがございまして、

こういった問題意識で、じゃこういうすき間みたいなものが相当あるんじゃないか、そのところをきちつと調査してみたらどうかというお話が一方であるのでありますが、これをやるということになりますと、厳密にこの問題をやっていきますと、すべての医薬品につきましてすべての流

通段階における取引価格というものを積み上げていかなきゃならない。それからまた、診療報酬請求の中で、薬剤料とか技術料に包括化されている薬剤費相当部分というのがございまして、そういった費用をすべて積み上げていく必要がある。それからまた、流通経路に乗っている商品でありますから、その流通の期間、いわゆる流通に要している期間というものを考慮した上で、ある程度継続的な期間というものを調査、比較してみなければ説明ができるというふうなものではないわけでありまして、

それでは、こういった作業というのは、これは今申し上げれば一見できそうなのでありますが、このような作業というのは物理的にはなかなか困難であるということでございます。したがって、最初に申し上げましたような五千三百億というのは、先ほどのような形でやればたまたまそういう額が出ておるかもしれませんが、それはジグソーパズルのそれぞれ別々のものをつなぎ合わせてみたらすき間があいてくるような話でありまして、それぞれパーツパーツというのは全く別物ですから、これをもつて薬の不透明な部分が五千三百億であるというふうな解釈というのは、これは受けとめ方として誤解があるということでございます。その点について、私はひとつ御理解を賜りたいというふうな思つております。

○菅野壽君 これまで薬剤の別途負担、薬価問題に絞つて質問をしてきましたが、いずれにしましても、現行の薬価基準制度は薬価差益を前提に成立しており、現行方式をとる限りその発生は免れません。薬価差を解消し、薬の価格の透明化を図るため、現行薬価基準を抜本的に改める必要があることは論をまちません。同時に、これまで技術料を低く抑え、病院経営を薬価差に頼らざるを得ない状況に追い込んできた厚生省の責任は重大であります。薬価の抜本改革は、薬価差に頼らなくともよい技術料重視の診療報酬体系の確立と一体でなければならぬと思ひます。

この点について厚生省の意見を伺います。

○政府委員(高木俊明君) この問題については、まさにこの診療報酬体系の見直しと薬価基準の抜本的な改革というものは一体でなければならぬというふうな思っております。これは、薬価差というものが現実には医療機関の経営原資になってきておるわけでありまして、今後薬価差が発生しないような新しい薬価制度というものを導入するということになるわけですから、そういった意味で診療報酬体系とまさに一体として改革をしていきたい。その際には、医療担当者の技術料というものを適正に評価し、また医薬経営の投資的費用というものにつきましても総合的に評価をする、そして合理的な診療報酬の体系というものをつくっていく必要があると、このように考えております。

○菅野壽君 この診療報酬の問題については次回に改めてお伺いするとして、本日は最後に混合診療禁止の見直しについてお伺いしたいと思っております。

この点については、介護保険においても議論となり、介護保険ではより柔軟な制度設計が図られたところがあります。反面、この混合診療の禁止は我が国の医療保険、診療報酬の根本原則となっており、医療現場において定着しております。しかし、医療保険においても近年これが議論となっておりまして、この点について厚生大臣の御所見をお伺いいたします。

○政府委員(小泉純一郎君) 混合診療についてですが、我が国では基本的には混合診療を医療の面においては認められておりませんし、基本的な医療サービスについては公的医療保険で賄うというところで今の保険制度は成り立っております。しかしながら、最近ではより高度な医療環境を望む患者さんもふえております。そういうことから、医療行為、治療行為は別に、個室を望む方には個室を提供できるような体制も整備されてきております。今後、混合診療もいいのではないかという意見もありますが、基本的には、医療サービスにおい

ては公的医療保険制度で賄うということの方が私は好ましいのではないかと思っております。ただ、その医療環境、医療行為以外の面においてより快適な環境、高度な環境ということを目指されるために、そういう方法があればそれはまた検討されてしかるべきではないかなと思っております。

○菅野壽君 時間がまだ少しありますので、最後に保険局長にお伺いします。

私、先ほど御質問申し上げましたが、薬価の別途負担に係る病院の窓口の負担が非常に多くなつて、人をふやさざるを得ないということを申し上げました。それについて試算しているのか、それとも補てん、補償によつてどういふふうな試算しているのかと言ったら、そういうことは考えていないとか言っていました。患者さんからいいたくものはいたたく。しかし、診療をしていて我々病院から言わせれば、それによつて手間がたかくなかつた大変だ、人を多く雇わなきゃいかぬと。そういうことも考えないで厚生省では薬剤の別途負担を一つ取るということ、これはおかしいことじゃないですか。その釈明を私は求めます。

○政府委員(高木俊明君) これは医療機関によつて、例えば器械を導入しているところとかいろいろなやり方によつても違つてきますし、それからまた政府案によります場合と、それから今回の修正の場合とでもまた違つてくると思ひます。

そういう意味で、私どもとしては、全体のこういった人件費コストというものはこれまでも医療経済実態調査を踏まえて医療経営全体を見たとで診療報酬改定の際に手当てをしてきたということでありまして、そういう意味で、これからこの一部負担が導入された後の医療機関における全体の経営状況というものを踏まえた上で、必要があれば適正な診療報酬改定で対応をしていく、そういうことで考えておりますので、そういう趣旨で御説明申し上げたわけでございまして、○菅野壽君 じゃ、結果を見てから考えるという

ことですか。考えてから結果を見るのが本当じゃないですか。我々医療担当者何と心得ているんですか。迷惑至極ですよ。答弁を求めます。

○政府委員(高木俊明君) それぞれの医療機関によつてどの程度の事務負担なりあるいはどの程度の対応が必要かということについて、これは私どもとして今後検討をしていくことは当然でありまして、その対応ということについては求められたものですから、それについてはこれまで全体の医療経営の状況を見た上で、そしてその中で診療報酬改定の際に対応してきたということはございまして、今回の導入前にそのような対応しておりまして、事務的にその辺のところはどういうふうになつていくのかということの検討、研究というものはさせていたたくつもりでございまして、○菅野壽君 終わります。

○今井澄君 民主党・新緑風会の今井澄でございます。私は、先週の日曜、本会議で質疑をさせていただきました。そこでも申し上げたとおり、そしてまたきょうの質疑の中でも何人もの委員の皆さん方がお話しになつておられますように、今回の改正案というのは財政対策ということが主たる目的であつて、抜本改革抜きにこういう対策だけで済むものではないというふうなことがほぼ共通の認識として言われていると思ひます。

そこで、国民の皆さんも、大変これに関心を持つておられるだけではない、大変強い反対や不満や心配を持つておられるわけですが、それは今申し上げましたように、現在の医療保険制度、医療制度の中にはいろいろのむだとか不都合がある、そういうものが抜本的に改革されることなしに主として個人の窓口自己負担がふえるということに対する不満がある。と同時に、この四月から消費税が上がりまして、その全体の負担が五兆円と言われているわけですね。それから、特別減税が廃止になりました。それが日本全体で年間総額二兆

円。その上に医療費の自己負担増及び保険料アップによつて総額二兆円ということが言われているわけですね。そのことに対して非常に強い不満と不安があるんだと思ひます。それからもう一つは、昨今、公共事業とかいろいろなことで大変むだ遣いがあるということが一方でわかつていて、ああいうむだ遣いをやめないで自己負担をふやすのかと、こういうふうな幾つもの要因があると思ひます。

そこで、私は一つお聞きしたいんですが、先ほどの質疑の中でも幾つか数字は明らかになつてまいりました。例えば消費税で五兆円の国民負担といいますが、それは最終的には全部国民負担なんです、そのうちの六、七千億円はこれは政府の支出に係るもので、また企業の支出にも係るわけですから、決して国民一人一人、個人が家計から出すという問題ではないんです。五兆円と言われているわけですね。

今度の医療費の場合にもそのことをもう少し具体的な数字を出していただかないと、今、二兆円二兆円という数字がひとり歩きしているわけでありまして、一体今度の修正案によつて国民が窓口で払うお金としての負担の増、それから保険料として払う負担の増は合計幾らになるというふうな厚生省では試算しているんでしょうか。

○政府委員(高木俊明君) まず、一部負担について申し上げますと、平成九年度、修正案修正後の状態で見ますと、現行に比べて約五千億ほどふえるという形になります。それから、保険料でございしますが、これが約二千五百億というふうな形で見込んでおります。○今井澄君 いや、その数字は政管健保だけじゃないですか。だって、先ほど山本委員の質問に答えたように、この波及効果、自己負担がふえることによつて医者にかかるのを少し制限するとか薬が減るとかいう波及効果が四千億円あるとか答えたわけですね。それだけ医療費が減ると。それから、菅野先生の御質問に対して、薬剤

費を別途負担していただくことによってどのくらい効果があるかというのは総体で二千九百億円薬剤費が減るんじゃないかと、こうお答えになってくるんじゃないですか。先ほどのお答えは医療費総額でしょうか。今のお答えは政管健保だけではないですね。政管健保だけだと規模が小さいですね。

○政府委員(高木俊明君) まず、今申し上げました数字は、正確に申し上げますと、これは政管健保だけではありませんで、医療保険制度全体ということでありまして、一部負担については五千億ふえる、ただ波及的な効果、この分はこれには含んでおりませんで、波及的な効果は四千億というところであります。ですから、そういった意味で純粹に一部負担として窓口で払う額だけを足し込むと五千億、医療費全体に対する削減効果といえますか、それが四千億ということではありません。それから、保険料につきましては、二千五百億と申しましたけれども、これは実際に保険料を支払う額が二千五百億ふえるということでございます。

○今井澄君 そうすると、二兆円二兆円と俗に言われているのに比べると随分これ、両方足しても七千六百億ということですね。

政管健保の方の数字だけはいただいていられるんですけども、保険料率の引き上げによって一千八十億円財政効果があるということは、これは保険料を払う方の負担がふえるわけですね。もちろんこれは労使折半ですから、サラリーマンの方にとつてみれば政管健保については五百四十億円負担がふえるというわけですね。

そうすると、今の保険料として二千五百億円負担がふえるというのは、これは労使合わせてのことですか。どういうことでしょうか。

○政府委員(高木俊明君) 保険料の方は労使込みです。

その二兆円というのはちよつと私も、今、先生がどの数字をもって二兆円とおっしゃっているのかはちよつとあれですが、今私が申し上げまし

たのは平成九年度の九月実施ということでありまして、例えは満年度になりましてそこが違つてまいります。ですから、そこら辺は、私が今申し上げたのは、ちよつとたまたましましたけれども、平成九年の九月実施の場合の一部負担ないしは保険料、ただし保険料は、これについては政管健保は千分の八十二を千分の八十五ということをお願いしておりますが、ほかの健保組合なり国保といふのはそれぞれ保険者が決めますから、これは政管健保の千分の八十二を八十五に上げた割合と同じ割合で引き上げたとした場合の見込みであります。そういうことを入れて二千五百億ふえる、こういうことでございます。

○今井澄君 いや、二兆円というのは、それは保険局長も御存じないわけじゃないんで、世の中では何かという新聞にもどこにもそういうふうにかかれて、国民はみんなそう思っているわけですよ。今度の自己負担が二兆円ふえるというふうに思っているんですね。そういうことをわかつた上で厚生行政は展開しないと、もし誤解があるとすれば誤解は解いた上でやっておかなければいけないと思うんですね。

そこで、今の計算、そうしますと一部負担が五千億、これはもう純粹にそこへかかった患者さんが窓口で払う分がこれだけふえる。それから、保険料は二千五百億。これは被用者保険ですと労使折半ということですし、国保だと半額国費が入りますからこの半分ということですかね、一人一人払う側にとつてみれば、それにしても七千六百億。

これが九月一日実施だからということにする、満年度、一年、もともとの法案は五月一日実施で出されたわけですが、もし四月一日からやられたとすると七分の十二ということになりますかね、今年度の国民負担は、すると来年は、この約七分の十二倍と。倍ほどではないけれども、それだけの負担が従来の制度に比べて大きくなるということですかね。七分の十二で計算するとどうなりますか、一年間で。

○政府委員(高木俊明君) その前に一言ちよつと。

今、先生、国保の方は国庫負担が半分ということでありましたが、これは純粹な保険料だけということでお考えいただきたいと思ひます。

それで、これを満年度ベースで見ますと、平成九年度で先ほどの一部負担の五千億といふのが一兆億ということになります。それから、保険料は二千五百億ということでありましたが、これが四千八百億ということでございます。

○今井澄君 そうすると、一兆五千億ぐらいの負担がふえるということになるわけでありまして、健康保険制度が非常にピンチにある。私も、抜本改革を行う、医療費のむだのない効率的な、そして受診者にとつて非常にいい制度に変えていくというのを前提としてある程度の負担増はやむを得ないと思うんですけれども、しかし何で患者さんの自己負担をふやすかということについて、これは医療費にむだがあるからだと、薬が多過ぎるとかいろいろなことで。そこで、患者さんのコスト意識を涵養するために自己負担はある程度ふやした方がよいというふうなことが言われております。医療保険審議会の答申にも出ています、厚生省もそう言っていると思ひます。

私も、実は地域ですと医療をやつてきて、これまでの考え方の基本は、医療費、社会保障は無料がいいというふうな考へて若いころからずつとやってきたんですが、ちよつと老人医療の無料化が有料になったとき、地元で老人クラブの皆さんや何かに對して、今度政府はひどいことをする、老人医療を有料にする、ひどいじゃないかという話を話して回つたんですけれども、過半数というのか、かなりの部分のお年寄りが、いや、ただといふのは申しわけない、払えるものは少しでも払いたいというお年寄りが大変多いのに気がついて、私自身びっくりしまして、何でも無料がいいというこれは改めなきゃならぬというふうな思つたわけでありまして。現に老人医療を無料化

した結果、お年寄りは幸せになった反面、医療のむだ遣いが非常に行われる。特に老人で薬がふえたということも私たち見ておりますので、やはりある程度自己負担ということには私ははやむを得ないと思うんですね。

ただ、厚生省のお考え、患者のコスト意識を涵養するといふことを何か言つておられますけれども、先ほどこれは何人かの委員の方が言われましてけれども、今の医者との患者の関係で、患者さんは自己負担がふえたからこの薬は要らないですよとか、あさつてまたいらつやいと云うのに来週にしてくださいとか、そういうことを言えるかどうかという問題ですね。それは医者と患者の関係だけじゃないんですね。単に医者に物を言いくいというだけじゃなくて、医者から言われるとやっぱ専門家の考えはそうなのかなというふうな思ふのが普通ですよ。そんな詳しいことを知つて、じゃどうしてこの薬が必要なんですかとか、そういうことは医療内容が専門的過ぎるの患者さんには何が一番適切かなかなか判断できない。ということになると、患者さんの自己負担を上げてコスト意識を涵養してむだなものを減らすというのは、これは何か理屈が成り立たないように思ふんですね。

むしろこれはお医者さんのコスト意識を涵養する、今度上がったからこんな窓口負担を余分に取つちや悪いな、そうすると薬を少し減らそうかなとか、今まで週に二回来ていたのを一週間に一度にしてもらおうかなとか、むしろ医者の方が患者さんの懐かあいを考へて加減をするということ、医者のコスト意識を涵養するというふうな言いかえた方がいいんじゃないかと思うんですね。でも、どうですか。

○政府委員(高木俊明君) お医者さんの方は、実際に診察するに当たつて、その後請求も当然するわけですから、医療に對してどのくらいの金がかかるのかということについては、当然そのコストについてはわかつておられるはずであります。一方、患者さんの懐かあいを考へた上で適正

な医療をするというビヘービアが働くとするれば、まさに先生おっしゃるとおり、お医者さんの方のコスト意識というものが涵養できるということになるかもしれません。

私は、考え方でありますが、一部負担の考え方として、基本はやはり受益と負担の公平ということとかならうと思います。今回の薬の場合には、薬の適正使用ということをやねいとして行うということでありますが、その際の患者さんのコスト意識といった場合の考え方として、やはり医療を受ける際に患者さんが御自分の懐から負担をする、お金を出して負担をするということになるわけでありまして、そういった中でやはり医療についてかなり薬についてもお金がかかるということがわかるわけでありまして。

そういった中で、やはり何よりも自分の健康に対する自覚といえますか、そういうものが高まるのではないかと、そのことがひいては医療に対するコスト意識を持っていたことになるのではないかと、そういった観点で医療費の適正化にもつながる、こんなふうな考えをおるわけでございます。

○今井澄君 私は別に医者のコスト意識を涵養しろと言ったのじゃなくて、自己負担をふやしても患者さんのコスト意識の涵養にはならぬでしょうということをお願いいたします。

それで、大臣にお尋ねしたいんです。

本会議でも御質問いたしましたけれども、過去ずっと老人医療をたん無料化して、今度は有料化する。それから、健康保険本人も五十九年に一割負担にした。本則二割ですね。それを今回本則どおりにしよう。そうやって自己負担をふやしてきたけれども、医療負担の伸びはやっぱりとめられなかったんです。そういう意味では、やはり患者の自己負担をふやすことで医療費を適正化しようとするのは成功しないんじゃないだろうか。だから、今回もそういうことをにしのぎの御旗として言っていますけれども、むしろ今の保険財政の悪化を乗り切るために、これは税金を入れる

るか保険料を上げるか自己負担をふやすか、そのミックスをするしかないですね。

この際、自己負担は少し上げていただいてやっていこう、むしろそこに主軸があるんじゃないかと思えますし、余りコスト意識を涵養してこれで医療費の適正化につながるというふうには考えない方がいんじゃないかと思うんですけれども、大臣のお考えはいかがですか。

○国務大臣(小泉純一郎君) コスト意識を涵養するかどうかというのは、これは程度の問題だと思いますが、基本的には医療給付を受けるためにはだれが負担するかという問題だと思っております。財政が豊かであれば医療費は無料の方がいいに決まっています。私は思います。もう最高の治療を施さない、どんな治療でもただですよ、これほど喜ばれることないわけでありまして。財政が許せばこれがいいんですが、そういう財政状況でもない。そして、ある程度負担をお願いするということでも、ある期間たちますとこれまた必ず医療費が伸びていくというのは外国の例を見ても明らかだと思います。

今回、たとえコスト意識を涵養しようという状況がきいたとしても、これだけ医療費があるから、じゃあ医者さんへ行くの控えようかという人は私はないと言えないと思います。一方で、どんなに費用がかかっても行くという人がいると同時に、一方ではある程度費用が上がるんだから、ああこの程度じゃ行かなくてもいいやという人もいるのも事実だと思います。そういう面があったとしても、私はこのコスト意識を涵養する、余り患者負担を多くしないという状況で手直しがなされたとしても、一定期間が来ればまた伸びていくというのは外国の例を見ても明らかでありますので、今回の改正でも私は同じようなことが言えるのではないかなと思います。

○今井澄君 そうなんです。今、大臣も言われましたように、よく医療費の値上げはタクシの値上げと同じ効果しかないということが言われているので、上がったときはもう上がったから行かない

いということがあったにしても、やはりすぐその効果がなくなるというだけではなく、もう一つ、タクシと違っていてこの医療の問題というのはやっぱり健康、病気、あるいは自分のぐあいが悪いことにかかわるわけですから、やっぱりそういうことにお金は使わなければならない。

実際に生活水準もよくなりましたし、これは世界各国どこを見ても自己負担を上げること医療費の適正化ができない理由は、上げたら上げた分だけやっぱどこから工面してきて払っているということがありますね、民間保険なり何なりを含めて。ですから、やっぱり成功しないと思うんです。

そうしますと、そういうときに一番被害を受ける人はだれかというところから工面してこれない人なんです。ほかに削って、あるいは貯金を取り崩してとか民間保険からとか、そういうことのできないぎりぎり生活している人がこの自己負担を上げるという我慢をやって、その結果体を重症化するということになって大変な被害を受ける。しかも、そのことは本人が被害を受けるだけではなく、アメリカの例なんかで明らかのように、我慢をして我慢をして重症になってから救急車で飛び込むという結果、かえって医療費がかかっちゃうということがあるわけですね。これは保険財政からいっても医療財政からいっても非常に損なことなわけで、この低所得者対策をどうするかはまた後日の審議で、今週か来週また取り上げさせていただきますと思うんですが、一応そういうふうな適正化の効果がないにしても、それにしてもやはり医療にはいろいろお金がかかっていることを知っていただくという意味がある。

それから、ただいいかどうかわからないのはいろいろ問題が出てくるので一定の負担をさせていただくのが今の社会では常識となっておりますが、一体どの程度の負担をしていただくのがいいだろうか。いわゆる負担と給付の一元化ということがこの間論じられておりますが、さきの五十九年の健康保険改正のときには二割というのが大抵いい

のではないだろうか。国民健康保険は今三割負担ですから、これも二割に引き下げた方がいい、あるいは家族も外来が三割、これを二割に引き下げて大体負担はみんな同じにした方がいいんじゃないだろうかという考え方が出てきている。それから、老人に関しては介護保険もにらみながら一割ぐらいがいいんじゃないだろうかというふうなことに大体なっていると思うんです。

それから、今度の修正に際して私も民主党が出した修正案の一部は、小学校に入るまでの乳幼児は国全体の制度として老人並みに一割前後にした方がいいんじゃないだろうか。今、市町村の単独事業で無料事業などをやっておりますけれども、国保の家族は給付が七割ですから三割負担なんです。先ほど少子化対策のお話が出ましたけれども、やっぱり乳幼児もお年寄り並みに大事にして負担を少なくしたいんじゃないかという提案を衆議院ではいたしましたけれども、今、大体系二割、それで老人や子供は一割という、こういう考え方について大臣はいかがお考えでしょうか。

○国務大臣(小泉純一郎君) 現在の負担の問題、一割がいいか二割がいいか。この程度が妥当じゃないかなということでは現状があるんだと思いたす。しかし、これから給付と負担の公平化を図る、そして患者さんにも無理のない負担をしていただくということを考えますと、これは一律全部一割がいいのか二割がいいのかという問題は当然出てくると思います。それは各保険者間で違いますが、これを統一した方がいいのか、財政状況を見ながら、そして低所得者に配慮するという意味も考えながら、じゃあ一律二割がいいという案も出てくるかもしれない。それは全体の状況を見ながら検討すべき問題ではないかな。今、一割がいい、二割がいい、三割がいいという断定はできませんけれども、全部二割がいい、統一しないという考え方は当然ありますから、それは十分私は検討する価値があると思います。

○今井澄君 いや、そこところは先ほどもちよ

つと申し上げましたように、昭和五十九年の健保法改正のときにはこれも国民的な大議論になりました。そのときにはいろいろ議論をして、例えば与党と医師会が覚書まで取り交わしたり、そういう中で保険制度の一元化ということで二割の方向でいこうということが確認されているんですよ。そのころの常識だったんです。

今の時点ではどうお考えかということなんです。その二割という考え方を踏襲していくべきだと考えているか、それとも、いや、こんなに国家財政が厳しくなったら三割ぐらいいくべきじゃないかと考えているか、それとも、先ほど大臣がちょっとおっしゃったように、ただにこしたことはないんだから財政状況によっては一割にした方がいいと考えているか、どうですか。

○国務大臣(小泉純一郎君) 私は二割がいいという案、これは当然一つの案として検討する価値があるんだと思っております。その場合考えなきゃいけないのは、高額療養費制度とか低所得に対する負担ですね。これさえ国民に納得が得られれば私は二割でもいいかなと思う。しかし、それは程度の問題ですから、これは今後も議論したいと思えます。

○今井澄君 確かにこれはこれから大きな議論として、一般的に医療費の場合にはどのぐらいの負担がいいのか、それが老人と子供の場合には負担を下げていくのがいいのかということ、もう一つはやっぱりそれでも負担のできない低所得者に対しての減免措置の問題ですね。あと高額療養費も確かに大きな問題になると思います。先ほど大臣の言われた点では、どんなにすばらしいでいいだけの治療をしても、例えば厚生省からいただいた資料で、昨年の二千万かかった例、一千万かかった例がありますけれども、ほとんどただ同然、六万幾らで済んでいるわけですね。そういう意味では、この高額療養費制度をどうするのか、一体どのぐらい負担してもらうのか、そういうことが大きな議論になるだろうと思います。

そこで、医療費にむだがある。むだがある限

り保険財政は健全化されないし、それを自己負担だけに押しつけることについては、これはとても納得が得られるものではないんです。

そこで、むだの第一に薬剤費のことが挙げられているんですが、先ほど菅野先生がかなり詳しい御質問をいろいろされました。それからもう一つ、渡辺先生がされたんですね。日本の薬剤費は非常に多いということで、医療費の中の二九・六%ですか。それに対してアメリカは一一・何%だとか、高い国でも一六、七%ぐらいという数字が出ております。

実は私も若いころから日本は薬の使い過ぎが大変多いということで、学生時代、医者になってから、「薬害」と聞くと医師・弁護士のかとか、そういうのでずっとやってきましたし、自分自身が医師をやっているときに薬はできるだけ使わないという方針でやってきました。私が院長をやっていた病院は長野県の自治体病院の中で一番薬剤比率が低いという病院だったんです。それでも経営は黒字になっておりました。

そういう病院をやった経験から、どうも薬は使い過ぎだろうという問題があると思っておりますが、しかし厚生省の出している数字はやっぱりおかしいんじゃないかと思うんです。日本の医療費の中の薬剤比率が二九・六%で、諸外国に比べてやたらに多い、倍以上も多い、アメリカの三倍近く多いというのはこれはかなり違うんじゃないだろうか。

というのは、分母が違うんですね。医療費といいますが、外国では分母は健康費管理の予防の費用も、そういうのはみんな入っているんですね。日本は保険では分母は正常分は出ませんし、健康診断は出ません。うんと狭いんですね。分母が小さければ、同じお薬を使っている日本は薬剤比率が高いと出るんです。こういう数字は余り厚生省が使っちゃいけないと思うんですけれども、保険局長、いかがですか。

○政府委員(高木俊明君) 国際比較の上においては、医療費についての厳密な意味での分母をそろ

えるという点はなかなか難しい面もありますが、OECDがそういった意味では国際的に統計をとっておりまして、そういうようなもの等々も参考にして見た場合でも、やはり医療費に占める薬剤費の比率は高いというふうに思っております。

平成七年の十一月に、中医協の中に基本問題小委員会というのがございまして、そこで医薬品に關します診療報酬上の評価を中心に報告をいただいておりますが、この小委員会として海外調査結果を出しております。これを見ますと、やっぱり各国の制度による違いがあるものの、全般的に見ると、諸外国と比較して薬剤比率も一人当たりの薬剤費もかなり高いという報告も出ておりまして、そういった意味からしまして、私どもとしては諸外国と比べてやはり日本の薬剤費は高いというふうに見ております。

○今井澄君 いや、日本はお薬が高いだろうと、それは私もそう思っているということ最初に申し上げたんです。そうじゃなくて、この二九・六という数字がアメリカの一一・何%かに比べて倍らばうに高い。やっぱりこの数字を持って回るのはおやめになった方がいいんじゃないですかということをやったんです。

外国では、例えばアメリカでは病院で入院中に使った薬剤というのはいくらなんでも、全部丸められていきますから。結局は、どうやって調べるかという、出荷額でしょう。薬屋さんが、あるいは卸か知りませんが、病院に売った値段で調べているわけですね。それで推計をしているわけですね。アメリカの病院でどのぐらいお薬が使われているか。それでしょう。

日本の場合は、病院で使われたお薬というのは薬価で見ているわけですね。購入価じゃないわけですね。調査をした調査をしたと言われまうけれども、アメリカの入院の患者さんに使われているお薬は仕入れ価格、日本の病院で患者さんに使われているお薬の価格は公定価格の請求価格です。仕入れ価格じゃない。それだけでも分子の方はもつと大きいんじゃないですか。

○政府委員(高木俊明君) 私がかねてそこは疑問に思っております。保険局長に就任したときもそこについては勉強させていただいたんですが、もつと突っ込んだ勉強をすべきだということかも知れませんが、私が理解している限りにおいては、諸外国との比較においては、分子分母もびつたり同じデータというわけにはいかないと思っております。おおよそ同じようなルールで比較がなされているというふうに私は承知をしております。

○今井澄君 いや、いろんな説があるんですね。薬価一つ一つの比較も大阪の保険医協会は高いと。厚生省は、高いもの低いものもあるけれども、おおよそ高いと。薬屋さんの方は高くはないと。こういういろんなデータを持ってくるわけですね。おおよそ高いと思えますし、総体の医療費も高いと思うんですが、やっぱりその二九・何%という数字はちょっと大げさ過ぎるので、その辺は厳密に科学的な数字を出すことが非常に難しいと、制度が全然違いますからね。それはわかりますけれども、この数字だけ持って歩いてきたらばかりに走っちゃうということは、これはやっぱりいろんな弊害が生ずると思うんです。

私は医者をやっているにつくづく感じたのは、胃カメラをやるとか、早期がんを見つけて手術をして、ああ命が助かってよかったねと言ったって、患者さんは痛い思いをしたくないんですよ。い薬があつて、病気が治れば、本当にいい薬ができて、苦痛もなく病気が治れば一番いいわけですね。もちろん、薬を飲む前に病気の予防をすることの方がもっと大事ですけれどもね。

ですから、そういう意味では、今、厚生省の進めようとしている市場価格で薬価を決める、もう国では決まないと。その市場で決めた価格をもとにして、保険でどのぐらい払うかを決めるというルールをこれから考えるという方向が私は基本的にいいと思うんです。

そういうことでは抜本的な改革に向けて進んで

医療費のむだをなくしていかなければいけないと思うんですけれども、そのときに考えなければならぬのは、一方でいいお薬はきちんとつくるシステムとか、それから患者さんがやたらに薬というものはもうだめなんだと、どうしても飲まなきゃならない薬まで拒否するような、そういうふうな風潮までつくっちゃうとまずいと思いますので、やっぱり余り極端な正確でない数字については、これから厚生省としても御検討いただいて、つくり直していただいた方がいいのではないだろうかと思えます。

そこで、薬のむだについては、先ほど薬価が高いということが言われていましたが、使用量の問題もあるだろうと思えますね。それで、使用量の問題なのは、私も地元へ帰っているいろいろ聞いてみますと、もらった薬が全部飲めないというのがあるんですね。飲めないでぐあいが悪くなっているばいはいで、何とか飲んでもらわなきゃいけないわけですね。飲み残しているぐあいが、特に悪くなるわけですね。残った分は余分だったということになるわけですね。その辺に確かに薬が多いだろうということがあります。

また、その原因の一つには老人ですね。子供の場合には体重何キロに対して何ミリグラムと計算をして出します。子供の場合には薬が多かったりすると大変なことになるといことはもうわかっていますからね。ところが、老人の場合には四十代、五十代の元氣な大人と同じ、大人扱いで出すんですね。ところが、老人になれば、検査をして肝臓が悪い、腎臓が悪いとなっていないまでも、腎臓や肝臓が衰えてくれば薬を分解したり出したりする力も落ちてくるだろう。そうすれば当然、四十代、五十代の人に飲んでもらう量の半分でも三分の二でもいいかもしれない。ところが、それが大人という一くくりに出されるから結果的には多過ぎて、飲み残してもかえってそれでよかったというふうになっているような現状があるだろうと思うんです。

そこで、老年医学というものがどれだけ力が入

れられているのか。私が臨床をやっていた六年前までは、老人の薬用量なんというのはほとんどなくて、適当に減らして出したり同じに出したり、うっかり出していたんですね。今はどうでしょう。老年医学については日本はどれだけ力を入れているのか。例えば大学にはどれだけ、八十八学があるわけですが、そういうことを専門にやっているところはあるのか、あるいは厚生省の知っている限りで薬用量、小児薬用量というのがあります。老人薬用量というふうな出さる方がしているのかどうか、ちょっとお尋ねいたします。

○政府委員(羽田信吾君) お答え申し上げます。

まず、老年医学というものが医学教育の中でどのように取り上げられているかということですが、平成八年、昨年でございますけれども、日本学術会議でおまとめになった報告書でございますが、その中であらわされているところによりまして、老年医学の講座を有する大学が全国八十八大学中四十四大学ということですから一七・五％、診療科のみを有する大学を入れても十六大学ということとは二〇％ということで、先生の今の御指摘からいえば、まだまだ老年医学は、だんだんにふえてはいるようでありまして、もつと今後の高齢社会を考えますと力が入れられていいのではないかとこのように思っています。

それから、厚生省におきまして今のお年寄りのいわば特性に応じた、特に薬剤についてのお話がございます。また取り組みを御報告させていただきますと、やはり厚生省におきまして、今後の高齢者の増加ということに合わせまして、老人医療の担い手、そのことをよく心得たお医者さんあるいはそのほかのスタッフを養成していくということが大事でございます。

したがって、その一つとして、医師によります適切な薬物療法が実施されますよう、「高齢者における薬物療法の手びき」というようなものをつくりまして、先生お話のございましたような

お年寄りのいわば特性に応じた薬の飲み方というようなことについての普及に努めるというようなことにはいたしておりますし、また医師の研修事業につきましても、平成九年度からでございますけれども、薬剤に関する研修項目を追加する、そういったような形で薬剤使用の適正化につきまして幅広い取り組みを行うことにいたしておるところでございます。

○政府委員(丸山晴男君) 一点追加させていただきますが、医薬品の添付文書の中で、高齢者の適用につきましては特に「使用上の注意」等が高齢者への使用に当たっては配慮してほしいといったようなことを最近はかなりつけ加えておまして、その前提になります臨床試験、治験におきましても高齢者、六十歳以上の方でございますが、一定の方につきまして治験を実施して高齢者への適用量を決めていくといったようなこともやっているところでございます。

○今井澄君 もう時間がなくなりましたので、あとは次回に譲っていきたく思います。最後にもう一つ、薬のむだでは、今特にお年寄りになると幾つも病氣を持っています。内科へかかって血圧、整形外科にかかって腰痛、眼科にかかって白内障。そうすると、かかるごとにそれぞれにお薬をもらう。白内障なんかは点眼が主ですが、内服をもちこちでもらうと、お薬を出したから胃を痛くするといけないというので胃薬が大抵出る。そうすると、胃薬をどこでも一緒にもらって、三軒かかると三日分ぐらいいの胃薬を一日で飲むように処方されるというところになることもあるわけですね。そうすると、やっぱり地域における医療システムということの整備がなければ、幾ら自己負担をふやしてもそれだけじゃお薬のむだがなくなるないし、むしろ健康被害も出てくるかもしれない。

そこで、午前中からも言われたかかりつけ医制度、日本では単純なイギリスのような制度は難しいにしても、その人の健康管理、健康相談にあずかるかかりつけ医制度、あるいは集団でもいいと

思うんですよ。眼科の先生がかかりつけ医というのはなかなか難しいかもしれない、それは内科が適当かもしれないけれども、そこは地域で話し合っただけでかかりつけ医制度をつくる。あるいはお薬はお薬でかかりつけ薬局というのをつくらせてやるのか、そういうふうなこともできないかという限り、自己負担をふやしたらこれでどうかというものはないというのを確認して、さらに抜本改革について次回検討させていただきます。

どうもありがとうございます。

○西山登紀子君 日本共産党の西山登紀子でございます。

私は、先日の本会議の代表質疑でも指摘をさせていただきましたが、今回の健康保険法等の改正案というのは、政府原案にも多大の問題があった上に、衆議院の厚生委員会が改悪修正がわづか一日、七時間の審議だけで委員会の採決が强行されたという非常に前代未聞の、私はそう思いますけれども、事態が起こっております。

したがって、当参議院の厚生委員会では、公聴会や参考人質疑などをしつかり開いて国民の意見を十分に発掘して、衆議院の私は暴走だと思えますけれども、その点をきちっとチェックすることができるよう、この委員会の審議を大いに慎重に行うべきだということをまず最初に表明させていただきまして、質問に入っていきたいと思っております。

衆議院の採決が強行されて以降、各委員の皆さんのお部屋にもファクスが全国から届いていると思えますけれども、私の部屋にもたくさん届いています。(資料を示す)こうして合わせて数えてみますと七百七十一件に上っております。中には大変切実な声が盛り込まれております。後の質問の中でも御紹介させていただきたいと思うわけです。

この中に、現場の第一線で医療に携わっているつしやる全国保険医団体連合会、開業医の先生方の組織であるわけですが、その連合会が、

参議院での徹底審議を求めるという意味で衆議院厚生委員会通過に当たつての声明を出していらつしやるわけです。

その声明の中にはこのように述べられています。

与党三党による修正案は、外来で老人二・五倍、健保本人二・四倍となり、政府案と比べても何ら負担が軽減されるものではない。さらに、薬剤負担の修正は、医学的根拠のまったくないものである。薬剤数が一種類増えただけでなせ負担が大幅に増加するの、医療機関にとつては事務が煩雑になるだけでなく、患者にその理由を説明することはできない。そもそも、薬を処方する場合は一定期間様子をみた上でその効果に応じて再度処方を行うのであり、処方回数によって負担が増えるなどという仕組みは、適正な治療を阻害するものである。

と、これは一部ですけれども、非常に厳しく抗議をしていらつしやるわけであります。

政府案も修正案も本質は同じでありまして、非常に急激な国民負担増を押しつけるものであります。受診抑制と赤字の解消を専ら患者負担で解消しよう、こういうことではないかと思ひます。前代未聞の改悪修正、その中身でありますけれども、非常に重要なのは、私は薬代の二重取りの問題ではないかと思ひます。

そこで、お聞きいたしますけれども、昭和四十二年、一九六七年に外来の投薬時に一日一割十五円という一部負担が導入されたことがございますけれども、二年後の四十四年にこの制度が廃止されております。なぜ廃止されたのか、また当時のその他の一部負担はどうなつていたのか、お答えください。

○政府委員(高木俊明君) 四十二年の健保特例法が時限立法で、二年たちまして四十四年に時限立法の延長の政府提案がございました。それに対して修正がありまして、ただいま先生がおっしゃつたような形になりましたが、当時の委員会における修正の提案理由の説明では、「この修正は、い

ゆる健康保険特例法の有効期間の延長等を取りやめ、これに伴ひ政管健保等の財政対策については、最小限必要な措置に限つて、健康保険法等本法に規定し、国民負担の軽減をはかることとしたものであります。」というふうに述べられております。

それから、四十二年の健保特例法当時の薬剤負担以外の患者一部負担の状況でありますけれども、健康保険被保険者本人につきましては、初診時に二百円、それから入院につきましては一日六十円、ただし一カ月間を限度とするということでありまして、このような定額の患者負担でございました。

それからまた、健保の被扶養者、それから国民健康保険の被保険者につきましては薬剤負担はありませんが、被扶養者は五割負担、それから国保の世帯主は三割負担、世帯員は五割負担、このような状況でございました。

○西山登紀子君 当時はそういう定額の一部負担、健保の本人にはそれだけであつたわけですね。健保は、そういうことで二重取りはなかつたわけでありまして、それでも二年で廃止された。どうも廃止された理由を明確にお示しにならなかつたわけですね。

神奈川の保険新聞に当時のことが載つていて、けですけれども、六十一歳の患者さんが、そういう改悪が実施されて、薬剤の一日一割の負担が実施されてから来なくなつた、そして五カ月して亡くなつたという記事を載せておられるわけです。そのお医者さんは、これは一日十五円の薬剤負担が本人にとって非常に困るものであつたと思はれるというコメントを載せた当時の新聞があります。

こういうことで、続けようと思つたけれども、実はその制度というのは続けられなかつた。国民が非常に反響をして、こういうのはもう続けられ困るということであつた二年で廃止になつた、そういう制度であります。

今回また保険外負担、しかも今度は本人は二割負担にするというわけでしょう。そして、二割負担の上にさらに定額で、修正では、薬代を四百円、七百元、千円というふうにステップごとに取りう、こういうことであります。

私が指摘したいのは、やはり二重取りだといふ点なんです。今現在、国保は三割、家族も三割払つてゐるわけですが、今度は本人は二割負担にする。その中には当然薬代は含まれてゐます。その上に薬代を取つたことは、まさに二重取りではないかと思ふんです。政府案も二重取りでした。修正案も二重取り。しかし、仕掛けを少し変えただけで、二重取りという点には変わりはないのであります。その点はどうでしょう、二重取りといふ点。

○政府委員(高木俊明君) 一部負担の仕組みの問題だと思ひますが、それぞれ一部負担をお願いする趣旨というものがあろうと思ひます。

それで、まさに従来の医療費全体に対する定率負担、これは医療費全体に対して一定割合を御負担いただくという考え方であります。一方、薬剤に対する今回の一部負担であります。そういう現在の現行制度を前提とした上で、我が国の薬剤の医療費に占めるシェアというのがなかなか下がらないというふうな状況を適正化する必要があるという考え方のもとに、薬に着目した御負担をお願いすることにしたというところであります。そういう意味では、私どもとしては二重取りといふようなことは考えておりません。

○西山登紀子君 先ほど、ほかの委員の御質問に重ねもちとお言葉局長はお使いになりましたね。重ねもちというのは二重取りのことじゃないんですか。

○政府委員(高木俊明君) それぞれが別のものがあるというつもりで申し上げました。

○西山登紀子君 それぞれはどんなおもんなんですか。

○政府委員(高木俊明君) それぞれが一部負担として、それぞれの趣旨において上乗せしてお願いしている、こういうことでございます。

○西山登紀子君 今、局長がいみじくも言われたように、それぞれ一部負担なんですよ。つまり、薬代の二重取りですよ。重ねもち、私は実にうまく表現したと思ひます。重ねもち、私はいまがどんなふうになつていようが、取られるのは二重ですよ、国民は。

しかも私は、三割、二割、薬代を一方で払いながら、なおかつそれ以外に薬代を取られるということ、これはペナルティーを患者に科すことになると思ふんです。重ねもちとおっしゃるけれども、それはいわばペナルティーの重ねもちですよ。私は、ペナルティーもちと言つてもいいと思ふ。極端に表現すればですよ。重ねもちだからいいというものでないでしょう。二重取りですよ、中身は。

なぜ二重取りにするんですか。もう少し詳しく説明してください。

○政府委員(高木俊明君) それぞれの一部負担の趣旨に応じてお願いをしてゐるということでありまして、まさに従来の一部負担、これは医療費全体について受益と負担の公平から御負担をお願いしてゐるということでありまして。今回の薬剤の一部負担は薬剤費の適正化というふうな観点から、とりわけ薬剤に着目した形で御負担をお願いするというところであります。それぞれの一部負担の趣旨というものを異にするということでございます。

○西山登紀子君 薬剤の適正化ということは、結局は患者にコスト意識を持たせて薬剤の使用を少なくするという意味ですか。

○政府委員(高木俊明君) 薬剤の我が国における医療費に占めるシェアが非常に高いということを正していく必要がある、そのためには患者さんにも薬剤に対するコスト意識を持ていただくというところでございます。

○西山登紀子君 やはり、薬剤に注目してわざわざ二重取り、重ねもちをつくつたということなんですか、私は、患者にコスト意識を持つて

もらつて薬剤費を抑制するところがあるが、そもそも間違つてゐるんじゃないかと思つておる。現場の第一線の先生方がどうお考えになつてゐるかという、先ほどの保団連の声明の続きなんですけれども、その続きの部分はこんなふうになつてゐるんです。

薬剤負担については、薬の処方を行うのは医師であり、患者にコスト意識を持たせることによつて、国費の削減効果があるかについて、国会審議のなかでも疑問が出されてゐる。患者としては、受診を手控えるか、治療を中断するかの選択しかない。

このようにお医者さんは心配をしていらつしやいます。さらに、衆議院厚生委員会の参考人質疑の中で、慶応大学の池上参考人がこのように述べています。

患者にコスト意識を持たせるということがその論拠となつておりますが、患者に決められるのは受診するか否かでありまして、それ以後の医療費は医師の判断で決まつております。したがつて、例えば医療費を事後的に通知しても、それは、コスト意識ではなく、罪責感を持たせるだけだと考えております。

しかも、この患者の自己負担をふやしたとしても、財政効果は余りないと私は考えております。というふうに参考人の池上先生は述べていらつしやるわけです。

そこで、大臣にお伺いしたいわけですが、薬の処方を行うのは医師であつて、患者が選べるのは受診を手控えるかあるいは治療を中断するかの選択しか残されてゐないわけでありまして、たとへば、原案もそうですけれども、この修正案も薬剤の重なり、つまり二重取り、私はペナルティーも科すというふうに思ひました。こういうコスト意識というのは結局改革につながらない、医療の重大な後退につながつていくというふうに思つておるけれども、いかがでし

ようか。大臣のお答えをお願いします。

○国務大臣(小泉純一郎君) 御指摘のように、薬剤の負担が受診抑制につながらないというのだったら負担できないという心配はなくなりまして、ね。逆に、これだけの患者負担をやるんだから、受診抑制になるんだつたら、これはやはりコスト意識を持つということになる。確かに、患者さんが薬の値段を決めることはできません。どうなんでしょうか。

○西山登紀子君 大臣、私の質問に答えてください。

患者が選べるのは受診を手控えるか治療を中断するかの選択しかないであつて、薬の処方をすすめるのはお医者さんでしよう。ですから、患者にコスト意識を持たせようというのを理由にして二重取りを図るというのは理屈に合わないわけですよ。患者が選べるわけじゃないわけですから、ですから、言つてみればこの二重取りには何ら道理もないわけですよ。

それが目指してゐるところは、結局は患者が負担が重なるって払えないというふうにして治療を中断する受診を手控えるしかない。それは改革だと言いつつながら、結局は医療の後退に導くと、その点をお伺いしているわけです。

○国務大臣(小泉純一郎君) 私は、今回程度の患者負担によつて、本当に医療が必要だ、治療行為が必要だという人が手控えるということはないと思つております。やはり、ある程度医療給付を受けるためには負担が必要だ。一回五百円取られる、二重取りで四百円取られるということも、取られるという観点からそうでありまして、二割負担で済む、三割負担で済むといえ、逆にどこかで八割負担してくる、七割負担してくる人がいるからこそ二割負担で済む、三割負担で済む、一回五百円で済むということが言えるのであつて、給付と負担という均衡を図らないとこの医療保険制度はもたないというのを考えれば、今回の患者負担によつて、真に必要な人がこの負担があるから診察を受けることを控えるという程度の負担

ではないと私は思つております。

○西山登紀子君 受診抑制については政府も八千五百億と試算をしてゐるわけですから、この点の受診抑制が起ることということは政府自身も認めていらつしやうと思つておる。でも私、大臣に今聞いているのは、こういう重なりをすることによつて患者が受診を控えたり治療を中断するかの選択しかないところに追い込んでいく、追い込まれていく、それが果たして改革と言へるのかというところをお聞きしてゐるわけですよ。

次に移りますけれども、結局私は、今度の改正と言つてゐる二重取りという点は、国民の医療を守るべき医療行政の使命からいってやつぱり邪道だというふうに思ひます。

それは私が邪道だと思つてゐるだけではなくて、保険医団体の声明の中にもこんなふうになつてゐるわけですよ。『第一線医療を担当する医師の立場から、患者のコスト意識すなわち経済的ペナルティーによる医療費抑制は邪道である』と主張して、老人、健保本人、薬剤のいずれの患者負担増にも反対してきた。医療費の効率的運用ということを考えるならば、早期発見、早期受診こそ重視されるべきである。』というこの保団連の声明の中に邪道と、大変厳しい言葉で述べられてゐる。以下、その中身に入つていきたいと思つてゐる。

政府案の薬剤負担、一日一種類十五円というのも結局二重取りという点で問題ですけれども、修正案は二重取りを深めてゐると思ひます。なぜ一重取りがゼロなのか、なぜ二重取りが三種類が四百円、それから四種類から五種類が七百元、六種類以上になったら千円、定額に取るのか。お医者さんは患者さんに説明ができないと言つてゐるんですけれども、これはどういふことでそういうふうになつてゐるんでしょうか。説明をしてください。

○政府委員(高木俊明君) これは衆議院における修正でありまして、政府案の薬剤の患者負担は実

務上煩雑であるという声が非常に強かつたわけでありまして。そういう中で今回のような、種類については四ランクにグループ分けをし、それからまた投与日数については平均的な投与日数を用いて定額の負担という格好になつたというふうに理解をしております。

そこで、一重取りの場合には負担ゼロということでありまして、これはむしろ比較的安い薬を使つてもらう方向というものを促したいということがあつたというふうに理解をしております。

一剤で二百五十円以下の場合については、何種類ありまして現在一重取りという取り扱ひをいたしてありますので、いわゆる二百五十円ルールといひますか、そういったような中に入るような薬の使い方というのを促したいということで負担をゼロにしたというところであります。

それから、二重取りから三種類ないし四種類から五種類、それから六種類以上ということにつきましては、それぞれの区分ごとに平均的な種類数に對しまして、老人の一日一重取りの内服薬の平均的な薬剤費の割を掛け合わせ、そして内服薬の平均投与日数である十二・五日を掛け合わせまして、それぞれ丸めて四百円、七百元、千円というような形の案が策定されたというふうに私も承知をいたしております。

○西山登紀子君 その御説明ではなかなか納得ができません。これは一度説明を聞いていただくというのとはなかなか至難のわざだと思ひますよ。

厚生省は、十五円という根拠を出すときに、老人の薬代は百五十円、その一割十五円というふうなことを言つていたり、いろいろ投与日数でも数値が動くわけですよ。非常に動く。それで、私、この場合に不思議に思つてゐるんですけれども、先ほど御説明があつた、二・五掛けの十三円掛ける十二・五で約四百円という試算を出したというわけですが、平均投与日数を十二・五で出している四百円をどうして投与日数が二日とか三日とかの短い人にまで一遍にばんと定

額で払わせるかと。これはどう考えても理屈に合わないと思うんですよ。そういうことをいろいろ説明を聞いてもなかなかわからない。

だから、きょうお配りさせていただいている資料をちょっと見ていただきたいんです。

これは保団連の開業医の先生方の学術部長さんが、いろいろこういうケースもある、こういうケースもあるということで御心配になつて出してくださった資料であるわけですけれども、やはりなぜなのかという説明ができないというふうなところに述べていらつしやいます。しかも、医療機関の事務も簡素化されない、煩雑になる。「繁雑になるだけでなく、なぜ薬剤数が一種類の場合がゼロで、二種類から三種類の場合は四百円、四種類から五種類の場合は七百円、六種類以上が千円なのか、患者に質問されても説明できない」ということをそこに述べていらつしやいます。そして、「医療現場の実態を無視して、患者負担を強めれば薬剤使用の抑制ができる」という「論理」だけで修正案づくりをしたために発生するものであり、不合理、不条理の極みとただ呆れるのみである。これは先ほどの邪道という言葉と非常に、私は厳しい指摘という点ではこれほど厳しい指摘はないんじゃないかと思ひますね。「不合理、不条理の極み」とただ呆れるのみである。」という指摘を現場の第一線の開業医の先生方がなさるほどの改悪修正が行われたということではないかと思ひます。

私も細かいことはよくわかりませんが、私にいただいた資料から教えていただいたとおり御説明をいたしますと、その「不合理、不条理の極み」というケースが、そこに一、二、三というケースが説明がされているわけですよ。

ちよつと時間をいただいでそれを説明させていただきますと、一は、「一銘柄の追加により負担額が増えるケース」なんです。この点は大臣もよく見てください。

何が不合理、不条理かというところなんですけれども、慢性胃炎のお年寄りが通つていらつしや

つて、そのときは一種類で負担はゼロなわけですよ。いわゆる重ねもちの部分、二重取りの部分はゼロなんだけれども、腹部に膨満感があるということで同時に薬を一種類加えた。ラックビーというお薬を加えた途端に、これは今までの一種類と考えられていた四種類の薬が急に五種類になつて七百円の負担になる。今まで一種類だったのが、一種類薬がふえただけでいきなり五種類に数えられる。定額は七百円払わなければならぬというものであります。この七百円の負担をもし避けようとするれば、別の日にまた来院して、そのときはまた一回五百円を払わなければいけないわけですよ。薬代はゼロになるわけですが、それでも、そういう矛盾があるケースが一つです。一銘柄追加するだけで負担が増える、こういう矛盾があるわけですよ。

二つ目は、「症状安定のため量を減したが、かえつて負担額が増えるケース」が二のケースであります。

これもぜんそく、加齢中の方が、発作の頻度が軽くなったのでステロイドは減量しなきゃいけないと、こうなつたら薬剤の種類数はふえて、これはなぜふえるかという、一日三回服用しているうちは一種類と数えられていた薬が、一日一回の服用になつた途端に別途一種類と数えられるわけでありまして。ですから、最初は二百五十円以下というところで一種類で、その二重取りの重ねもちの部分はゼロだったわけですが、処方Dになると一日一回でよろしいよということになつて、お薬の負担の部分は、上の方を見ていただいたら、一日三回服用、三錠で二十九・一円が九・七円に減つていますよ。薬剤の費用の方は減つていながらもかわらず、患者負担は一気に重ねもちの部分が増えたと四百円ふえる。だから、私はペナルティーもんじゃないかと言っているんですよ。ペナルティーですよ、こんなの。理由なんかありませんよ。薬代が安くなつていのに、何で二重取りの部分で四百円も薬代として別個に取られるんですか。意味が全然、これはもう説明ができません。

せん。三番目のところ、「薬価の安い薬剤の組み合わせの方が高薬価一種類より負担が増えるケース」、これも非常に問題じゃないでしょうか。

安なお薬を使つていられるんですよ。お医者さんも処方していらつしやう。にもかかわらず、トリルダンという高いお薬を一種類使つた方が、一種類だから、ペナルティーというか二重取りの部分はゼロになるわけですね。ところが、安い薬をいろいろ工夫して使つた方が、実はペナルティーの患者負担の方が四百円取られますから、結果的には患者さんは高いお薬代を払わなければいけない、こういう矛盾があるわけですね。

これらのケースというのは保団連の先生が勝手につくつたケースではないということ、厚生省、こういうケースはあり得るということをお認めになりますか。

○政府委員(高木俊明君) この処方の方の妥当性等については今回評価は避けますが、このようなケースの場合についてはこのような形があり得るということだと思ひます。

○西山登紀子君 今、厚生省もお認めになりましたように、こういう矛盾のある、患者さんに説明のつかない、また国民のどなたに聞いても説明のつかない、「不合理、不条理の極み」とただ呆れるのみ」というふうな現場の先生方が評価をするような修正というのは、それこそ修正の名に値しない。私が改悪修正と言わざるを得ないという点はそういう点であります。

このケースは厚生省もお認めになつたわけなので、これはもう撤回する以外にないと思ひます。それ以外にも、回数によつてはやはり毎回毎回処方ごと定額払ふということになりますと、普通のケースで定額払ふというふうな負担がふえるケースが患者さんの中には非常にふえるということになります。

特に、その中でも歯科の先生方から非常に御要望が強く出ておまして、歯科というのはやはり投薬日数が二日から三日というふうに変短いです。

様子を見ながらやるということで、抗生物質とか消炎剤、健胃剤というんでしょうか、そういうふうなのが一三種類処方された場合に、政府案では十五円掛ける二日分掛ける三種類、九十円であつたんだけれども、修正案では三種類になつて一気に四百円になる。私は政府案がいいというふうな言っているわけではありません。薬剤の二重取りという点では変わらないうんだけれども、仕組みがこういうふうになつてきたら悪くなつたのではないかとこの点を指摘しているわけでありまして。

歯科の場合はどうでしょう。こういうふうになるんじゃないですか。修正案の方が負担がふえるということはどうでしょう。

○政府委員(高木俊明君) この修正後の案というのは、これは平均的なケースということを中心定額負担というところになつておりますから、平均を境にして上下こういうことが起こり得るというふうな思ひます。

○西山登紀子君 お認めになつたように、やはり負担増の改悪修正ということだと思ひます。

修正案というのは、処方回数が頻繁な患者さんにはとりわけ負担がふえるということなんです。一方でこういうふうな薬の処方が行くたびに、処方たびに定額で四百円、七百元、最高千円という額を払わなければならなくなると、一方で患者さんは負担を減らすために日数をまとめて欲しいというふうな気持ちがあるのは当然のことです。

薬を処方するということは、一定期間様子を見たら効果が見ながら行つていくのがやはり適正な処方だと思ひますけれども、こういう場合は適正な治療というものを阻害するということになるのではないのでしょうか。

○政府委員(高木俊明君) 今回、薬剤の一部負担ということでお願いしておりますのは薬の適正化という問題としてどのような仕組みがいいかというところになりますというふうなやり方があると思ひますし、そういった中で定額負担といった場合

に、今回の修正案のような形で考える案も、これも一つの考え方ではないかというふうに思っています。

また、政府案とこの修正案とを比べると、個別ケースについては修正案の方が負担が高くなるというケースがあり得るというふうに思っていますけれども、薬剤の一部負担を導入したことに伴うトータル的な財政的な効果という点で見ますと、政府原案に比しますと修正案の方が財政効果が減額されておりまして、そういった意味では、トータルとしては薬剤の一部負担というのが減額されている、こういう格好でございます。

○西山登紀子君 厚生省の資料をいただきましたけれども、なかなかその数については信憑性が疑わしい面もありまして、今の御答弁を理解することはできません。それで、適正な治療を阻害するということはもう事実だと思います。

時間がないので次へ移りますけれども、同じく頻度によって一番被害を受けるのは小児医療です。先ほど来お話がありました。

それで、日本小児科医会から「緊急連絡」がやはりファクスで届いておりまして、「保険改正薬剤費一部負担小児除外陳情について」という陳情書であります。これは現場の小児科の先生方が、特に小児は急性疾患が多く、使用の薬剤量も検査も少ない、技術は非常に困難だ、処方も年齢、経過でいろいろ違う、頻度も多いということで、結局定額の薬剤負担というのが非常に負担になっているんじゃないかと。負担になってくるとことによつて、例えば回数減らすとかというふうなことがあれば、これは子供というものは悪化するものもよくなるのも急変するということから非常に心配をしていらつしやうて、改正に当たっては小児の薬剤費の一部負担、これは除外すべきだということを緊急陳情書という形で要請してこられております。

私は、これは非常に重要だと思います。もちろん、親の立場からすれば、何物も差しおいて子供を病院に連れていきたいという気持ちはどの親も

変わりはないと思います。しかし、客観的な条件が許さない場合だつて起こり得ると思うわけですね。

そこで、大臣にお伺いしたいわけですが、今、都道府県は、四十七都道府県全部ですけれども、何らかの形で乳幼児医療の無料化というものを単独事業でやっております。これは非常に命のものを子供については早期発見とやはり両親の経済的な負担の軽減ということに依りて都道府県が実施をしている。ところが、政府はこれについて一切耳をかしてきませんでした。さらに、今回の改悪では、薬剤費の二重取りをすることによって負担をふやそうとする。私は、そういう点ではやはり小児医療の後退だし、金の切れ目が命の切れ目、少子化という時代であるにもかかわらず小さな子供の命を奪うことにつながる危険性がある。

ぜひ、この幼児の二重取り、薬代は外すべきだというふうに思いますが、大臣にお伺いいたします。

○国務大臣(小泉純一郎君) 定額負担である限り不合理な面は残ると思ひますが、負担が軽くなるにせよ重くなるにせよ。より合理的な案というんだつたらば、むしろ定率の方が私は合理的だと思ひます。しかしながら、定率に対しては一方で強力な反対運動があるということで、今回そういう方々の意見も勘案して定額で負担をお願いしたわけでありまして。

また、幼児に對しても、これは今後の抜本的な改革案の中でのいろいろ幼児に對しては特別な配慮が必要ではないかという意見も出ております。そういう中で、また検討すべき課題ではあるというふうに考えております。

○西山登紀子君 大臣、今後考えるということなんですけれども、子供の命というのは大変なものですよ。犠牲が出てからでは間に合わないから、だから私は限定して二重取りのこの部分、投薬ごとに取るというこの定額を外すべきじゃないかと提案をしているわけです。

○国務大臣(小泉純一郎君) 私は、今回の定額負担をお願いすることによって幼児の受診を差し控える親御さんはいないんじゃないかなというふうに考えておりまして、この程度の負担というのは御負担いただける範囲内ではないかなと思つております。

○釘宮警君 皆さんお疲れのことと思いますが、最後でございまして、どうぞよろしくお願いします。既に同僚議員から数々の指摘がなされているとおり、国民にのみその負担を求め、抜本改革を先送りしたものであり、本法案の改正内容自体については問題が多数残されているとまず指摘をさせていただきます。

そういった意味で、国民に負担を求める以上、改正はあくまで医療保険構造改革とセットでなされるべきであり、国や医療を担う側、薬剤メーカー、個々の利害関係を越えてこれを行つていかなければならぬ、これが我が国の主張であります。

こういったスタンスから、我が党は自民党に対して医療保険の抜本改革案を提示して、自民党からは八月中に医療保険改革の全体像を示すという回答をいただきました。我々は、政府・与党が制度の構造改革を本改正と一体のものとして取り組むことを確約したものと受けとめて、衆議院において本法案に賛成の意思を表明したところであります。

したがって、私は、我が党が主張した抜本改革の実効性というものがどれだけ担保されているのかに主眼を置いて本改正案の質問をさせていたただく所存でありますので、政府におかれましては、そういった意味で真摯な御答弁を求めるものでございまして。

さて、五月六日の与党合意においては、与党医療保険制度改革協議会と厚生省においては健保法施行までの間に医療改革プログラムを取りまとめよう努めるというふうになっております。

そこで、お尋ねであります、これは単なる努力目標ではない、八月中に医療改革プログラムを

国民に提示するとの確約である、このようにとらえさせていただいてよろしいでしょうか。厚生大臣にお伺いいたします。

○国務大臣(小泉純一郎君) 与党の協議の中で、「今国会で審議中の健保法等改正案が施行されるまでの間に医療改革プログラムを取りまとめよう努める」という方針がなされておりますが、厚生省としては、この法案が成立すればできるだけ速やかに厚生省としての案を取りまとめ御提示したいと思ひます。

○釘宮警君 きょう、同僚議員の皆さんからこの点について大臣に指摘があったところでありますが、大臣が大変強い決意を持っていらつしやうということ、このことは私はある意味では大臣やる気だなという思いを私自身も肌で感じたわけでありまして。私は、ある意味では小泉大臣でなければできない、それぐらいの思いを込めて我が党の衆議院においての態度にある意味での示唆をしたところであります。

この改革については、何十年来やつてできなかったものがわずかに二カ月でできるのかというような指摘もきょうの質疑の中からはありました。しかし、私は、きょうの議論をずっと聞いていますが、これは、これはもう既にやるべきことは大体出尽くしている、あとはもうやるかやらないかというふうに思ふんですね。

そこで、大臣はとりわけ郵政三事業については民営化という主張を強くなされておりますが、これに對しては相当な反対論がある。また、自民党の議員の中にも大変な反対の論があり、大臣が矢面に立つていらつしやうわけですが、この抜本改革についても、私は当然そういうものが出てくるだろうと。そういったものが出来たときに、大臣でなければやれないのではないかなという期待感を持っているんですけれども、その点についても改めて決意を聞かせてください。

○国務大臣(小泉純一郎君) 今までのいろいろな御審議を伺つておりまして、いよいよ抜本的改革をしなければならぬという空気が盛り上がりつつ

きたものと思ひます。いわばそれだけこれまでの制度ではいけないんだという意識を多くの方々が持ってきたあらわれだと私は受けとめております。

考えてみますと、そういう中で厚生省、いろいろ御叱正をいただいておりますが、これは期待のあらわれ、裏返しだとも受けとめております。いわば、三十年間いろいろ抜本的な改革をしつとやわれながらできないという御批判は、今度こそ総合的な抜本的な改革案を出してみろという激励と私は受けとめております。

そういう中で、むしろこれだけの御叱正、御批判をいただくということは厚生省に対する期待のあらわれでもあると受けとめて、厚生省の見識が問われているんだと、事務局にもこんなやりがいのある時代はないんだということで本格的な抜本改革案を提示するよう決意を固めておりまして、できるだけ早くその具体案を提示したいと、今、事務局と一丸となつてその準備を進めているところであります。

○釘宮警署 私は、確かに厚生省が大臣を中心に頑張っている、そのやられるという意図、またその気持ちも伝わってきます。ただ、これが国会にかかるとまた与党とのすり合わせとか、そういうような問題のときにこれが挫折するのではないかと一思ひが一方であるわけですよ。

私はここで大臣に、もしできなかったときは大臣の身を辞すぐらいの覚悟を聞かせていただきたいというふうに思ふんですが、いかがですか。

【委員長退席、理事野野村君着席】

○國務大臣(小泉純一郎君) 私としては厚生省案というものをできるだけ速やかに提示したいと思ひますが、それを与党の医療協議会がどう判断するかの問題もあります。また、厚生省が案として出したものが、これはいいと国民が判断するかどうかというのは出してから問題であります。

厚生省が独善に陥らないで、全国民の医療制度としてどういう案がいいか、この一点に絞つて改革案を私はまとめてみたいと思ひますし、先ほど

も申し述べましたように、これは一つの案とは限りません。選択肢を提示して、抜本的、総合的の改革案はこういう案とこういう案があります、どちらがいいですかというの、私は与党なり議員の判断、有識者、国民の判断に任せたい。そういう中であるべき一つの案が出てくるのではないかと、いうふうに期待しております。

○釘宮警署 私は、こだわらうですけれども、今回の衆議院の修正についてもやはりいろんな意味で政治的な圧力がかかってきて、結果的にこの案というのにはある意味では修正案の方が説明しやすいのではないかというように思ひます。

この修正に対し、いろんな組織や団体からのいろんな意見があつた。確かに現場の意見を尊重するということは大事なんだけれども、これから抜本改革をやるということになると、やっぱりそこにある程度リスクをしよつてもならぬやうにならない。おれはリスクをしよつてもならぬやうな人たちが政治家をバックアップして、よく言われる族議員が動いてそれがまたなし崩しになつてしまつたら、私はこれはある意味では国民は失望をしてみようというふうに思ふんです。

したがって、私は今回の問題については、やっぱり厚生省、とりわけ大臣が強力なリーダーシップをとつていただきたい、そのことをお願いしたかったわけでありまして、この点については、大臣にはそういう意味で私どもの熱い思ひもあるということをぜひ御理解いただきたいというふうに思ひます。

具体的にお聞きしますが、医療改革プログラムという言葉がこの合意の中にあるんですが、このプログラムというのは単なる事項の羅列に終わることがあつてはならないと思ふんです。私どもは、このプログラムは医療保険構造改革の全体像、またその具体的改正内容、そして改正スケジュール、これをやっぱり国民にきちつと示すものでなければならぬと思ふわけです。

これからやる中には前倒しで、特に法改正を伴

わないものについてはほとんどやるということも私どもとの協議の中で山崎自民党政調会長も言われました。ある意味では医師会の皆さんと本当にやり合ふ必要やらない、それぐらいの覚悟はあるんだということも言われておりました。

私は、この医療改革プログラムというものがそういう意味でのより具体的な、また改正スケジュールをも含んだものになるんだというふうに理解しようと思ひます。お聞きします。

○國務大臣(小泉純一郎君) 九月一日までに出す厚生省としての案には当然具体的な内容や時期は明示したものを示したいと思つております。

○釘宮警署 次に移りたいと思ひますが、現在、政府においては財政構造改革において社会保障改革への取り組みについて、既にきょうも新聞報道等でその中間報告がなされておりましたが、その中で歳出上限を設けるといふ報道がございました。この点について御説明をお願いします。

○政府委員(中西明典君) 昨日取りまとめられました財政構造改革会議企画委員会の報告におきましては、社会保障関係費につきまして、集中改革期間中、すなわち今世紀中の三年間でございまして、社会保障関係費について当然増に相当する額を大幅に削減することとし、具体的には対前年度伸び率を高齢者数の増によるやむを得ない影響分以下に抑制することとされております。

【理事野野村君退席、委員長着席】

財政構造改革会議におきましては、引き続きこの企画委員会の報告に基づいて親会議の方でいろいろ検討がなされるものと承知しておりますが、厚生省といいたしましては、大変厳しい面があることも否定できないわけがございます。こうした会議での議論の結論というものが出ましたならば、それを尊重しつつ、社会保障の構造改革に取り組んでいかなければならないと、かように考えております。

○釘宮警署 また、その中に一定収入以上の高齢者に対しての医療給付の見直しという点も入っておりますが、これについてはどういう見解をお

持ちですか。

○政府委員(中西明典君) 先生御指摘のとおり、企画委員会の報告の中で、「一定の収入以上の高齢者等に対する年金、医療給付の見直しを保険原理に反しない範囲で行う」という項目が入っておりますことは事実でございます。

最終的にこれが構造改革会議の結論となりますれば、それを一つの指針として私どもも厳重に受けとめて、十分な検討を行つていかなければならない、かように認識しております。

○釘宮警署 そうしますと、こういった問題が今回の抜本改革の中で、ある程度今回の財政構造改革会議における結論との整合性というのの当然とつていけると、そしてそれが抜本改革に反映されるというふうに理解しようと思ひますか。

○政府委員(高木俊明君) 政府で現在、財政構造改革会議が行われ、近々その報告が取りまとめられるということでありまして。私どもとしては、やはりこの財政構造改革会議の報告の内容についても尊重し、そして今後の抜本改革案というものを考えていくというのを基調にしたいというふうに考えておりますが、まだ構造改革会議の報告が出ておりませんので、それが私どもが考える方向と全く違う方向であるということであれば、その辺の調整というものはさせていただかなきゃならぬと思ひますが、基本的にはそこを来さないやうなものではないかというふうに思つております。

○釘宮警署 それではちよつとお尋ねしますが、財政構造改革会議での結論と、ある意味では厚生省のこれから目指す方向というのが違う場合もあり得るわけですか。

○政府委員(高木俊明君) 財政構造改革会議は各省大臣の意見というものとアラインングをしておりますから、当然財政構造改革会議におかれては厚生大臣の御意見というものが反映されたものとして報告されるんじゃないかというふうに私どもは期待をしております。

○釘宮警署 そうすると、要するに財政構造改革

会議での結論と、これから厚生省が進めていこうとする抜本改革というのにはある程度その歩調が合っているというふうには理解していいわけですね。いいですね。はい、わかりました。

時間がありませんので、先に進みます。

大蔵省の財政制度審議会財政構造改革特別部会の最終報告書では、平成九年度予算編成における歳出削減合理化方策として、特定療養費の活用、傷病手当、出産手当・一時金等の現金給付について支給率の引き下げあるいは給付の廃止等の見直しの検討を掲げております。

これについて厚生省は、それではどういうふうな見解を持っておられるのか、そしてその取り組みについてちょっと伺いたいと思います。

○政府委員(高木俊明君) 医療保険制度の抜本的な改革を検討する際には総合的に検討を行うというところで考えております。そういった意味では、傷病手当金等を初めとして幅広く制度の必要性、合理性等についてこれからの時代に合った形のものかどうかというものを十分精査し、そして今後の方向に沿ったものにしていくというふうな考えております。

財政制度審議会における報告の内容というものについては一つの参考にはさせていただきますけれども、私どもとしては、これらの問題についてはこれから本格的に結論を出していきたい、こう考えております。

○釘宮警君 これは同じ政府の中でそれぞれの省庁が審議会を持っているんですね。その審議会の出す答申が、ある意味では整合性というのが私はなきやいけないうるんですね。

ですから、そういう意味で、こういう最終報告の文策を見れば厚生省としてこういうことを考えておられるのかなと。それが一つの抜本改革なり、九年度中にこれを実施するある意味では指針のかなというふうな私としては受けとめたものですからお聞きをしたわけですね。その点はどうか。

○政府委員(高木俊明君) 政府の審議会はたくさんございまして、そういった中で、各審議

会においてそれぞれの立場立場からいろんな報告等がございまして、それらが必ずしも一致しない場合、これは多々ございまして。

そういった意味においては、財政制度審議会のこの報告も私どもとしては一つの参考資料ということで受けとめております。

○釘宮警君 今回の答申を聞いてみると、これは何か大蔵省の審議会が勝手に財政削減の中で決めたというふうな聞こえてくるんですが、どうもその辺はちょっと合点がいかないんですが、じゃこの点についてどうこうするということは厚生省としてはこれからだということですか。はい、それじゃ次に移ります。

衆議院の修正による財政影響について少し伺いたいと思うんですが、先般の衆議院修正によつて、国庫負担は平成九年度において千五百九十億円の負担増となることが見込まれております。この千五百九十億円の財源はどのようになさるつもりなのか、お伺いします。

○政府委員(高木俊明君) 政府案に比べますと、御指摘のように、千五百九十億ほど国庫負担が修正に伴いまして必要となつてまいりましたわけでございまして。

これについては、今年度における医療費の動向等を見定めませんと最終的な結論は出ませんけれども、この分については手当てが必要であるという状況が見通されてまいりましたら、私どもとしては、財政当局と十分相談をして所要の措置というものを講じなければならぬというふうな考えております。

○釘宮警君 それは当然所要の措置を講じなきやいけないうると思うんですが、財源がある意味では全く明示しないのでこの修正をやつたというのはいかに私には場当たり的な感じがしてならないんですね。この点については指摘をさせていただきます。

次に、同じく衆議院での修正の結果、政管健保では平成九年度時点で既に単年度三千九百七十億円の赤字が出るようになっておるんですね。政府

案では三年というふうなことを言っていたわけですが、その一年早い十年度末でもう資金が底をつく計算になるわけですね。これでは政管健保の当面の財政安定という効果さえもたせないわけでありまして、今回の改正で三年程度の財政収支の均衡を目指すとしていた政府の方針が大きく崩れたわけですね。これについて、政管健保の中期財政運営についてどのような見解を持っておられるのか。

それからまた、今回の修正では、財政収支の見直しにおいて、政府案段階のときにはなかった国庫負担繰り延べ分の実質収支というものを提示しております。これを出したということは、ある意味では繰り延べ分の返済があるのかなという思いはするんですが、これは本会議では余りはっきりおっしゃらなかったんですね。その点について改めて伺いたします。

○政府委員(真野章君) 政管健保につきまして、今回の修正によりまして、今、先生御指摘のとおり状況にございまして、平成八年度末におきまして約五千五百億程度の資金残高が生じているというふうな考えておりますので、その事業運営安定資金を取り崩すということにより、平成九年度それから十年年度対応したいというふうな考えております。

また、御指摘の国庫負担の繰り延べ額でございまして、先ほど先生引用されました五月六日の与党の合意におきまして、一般会計から健保特別会計への繰り入れの繰り延べ分の計画的返済に努めるといふことでございまして、私どももいたしまして、財政当局に對しましてその返済を強く求めていきたいというふうな考えております。

○釘宮警君 これは当然、このままでいけば政管健保の財政というのは十年度末でこの資金が底をつくわけですね。そういう意味からすれば、この抜本改革というものが本当の意味で避けて通れないということは、ある意味では厚生省ががけっ縁に立たされているということになるわけですね。

から、この部分はきつちりおやりになるというところの裏打ちには私にはなるんというふうな思いはあります。ぜひこういつた綱渡りの状況を一日も早く打開して、二十一世紀に向けてきつちりとした制度をつくっていただきたいというふうな思いはあります。

それから、実効負担率について伺いたいんですが、衆議院修正の結果、医療保険制度とまた若年世代、高齢世代それぞれにおける実効負担率がどうなったのか。

また、国保と組合健保の財政収支見直しというのが政府案ではあるんですが、今回の改正案でどういうふうに変つたのか、その辺を少し教えてください。

○政府委員(高木俊明君) 実効負担率でございまして、衆議院の修正後における平成九年度改正後の実効負担率を申し上げます。

まず、若人でありまして、これが二・一・八%でございまして。外来と入院と分けますと、外来が二・六・四%、入院が一・三・二%ということになっております。それを被用者保険と国保と比べますと、被用者保険が二・一・五%、それから国保が二・三%、こういう形でございまして。

それから、老人についてでございますが、老人については八・四%でございまして。外来が八・九%それから入院が七・九%、このような形であります。

それから、修正後における健保組合並びに国保の収支見直しであります。政府原案と同じように政管健保の保険料率の引き上げ割合、要するに政府原案は千分の八十二を八十六であります。今回の修正後は千分の八十二が八十五になりました。千分の八十二が八十五に引き上げられる割合で組合健保もそれから国保も保険料が引き上げられると仮定した場合でございまして。それで見ますと、修正後は、健保組合につきましては千七百七十億円の赤字の見直しでございまして。それから、国民健康保険が千三百三十億円の赤字というふうに見込んでおります。

○釘宮警署 これは当初政府案では、組合健保は二千四百四十億円の黒字、国保が百八十億円の黒字だったですね。ここで赤字が出ていたということはどういうふうな理解すればよろしいんですか。

○政府委員(高木俊明君) 一つには、保険料率が政府案では千分の八十二を八十六……

○釘宮警署 そういうことじゃなくて、今後これは赤字のままでいいんですか。

○政府委員(高木俊明君) これはそれぞれの対応につきましても、先ほど健保組合の場合ですと八十二を八十五の割合に引き上げた場合ということとでございまして、それぞれ各健保組合において保険料率の引き上げなり所要の対応というものをしなきゃならないという状況になると思えます。

○釘宮警署 今の答弁を聞いてもそうなんですけれども、今回の修正はかなり問題解決を先送りにしただけで、自転車操業的な一時しのぎというふうな要素が非常に大きいというふうに私も思うわけでありまして、そういう意味では、今回改正の是非を本院の審査で構造改革の道筋をどれだけ明らかにできるかということにかかっているんだらうと思えます。

特に、政管健保財政が先ほどお尋ねしたような中で、来年度の健康保険法等再改正は必至の情勢にあると。小泉大臣もこれまで九八年度改正の可能性について言及をしておられるようでありまして、来年度改正がまた当面の緊急避難になるようでは国民の政治不信は頂点に達しかねない、このように思うわけです。

来年度改正は九八年度改革の前倒しとしての抜本改革として考えてよいのか、また今後の医療保険改革の目途及び来年度改正内容について厚生大臣にお伺いをしたいと思います。

○国務大臣(小泉純一郎君) 今回の改正案が国会で成立しますと、直ちに抜本改革案づくりに着手して、できるだけ早い機会にその案を御提示したいと思えます。

その中で当然、薬価にしても診療報酬にしても

医療提供体制にしても総合的な構造改革案を提示するわけですが、その案を与党の医療改革協議会がどう判断するかという問題があります。また、九月一日以降に設置される審議会がどのような判断をされるか。そして、抜本改革案の中でもできるだけ速やかに、できるものから、合意を得たものから、十年度に改革した方がいいという結論が出れば当然十年度の中でその案を提示して、十一年度まで待つ必要はないと思えます。できるだけ早い機会に、抜本改革案を十年度にも改正できる機運ができればそのように進めていきたいと思えます。

○釘宮警署 きょうは、特にこの抜本改革に対する大臣の決意と、私の激励の意味を込めての質問をさせていただいたんですが、これから八月末までといえ、もう時間もないわけでありまして。とりわけ、私がきょう何度も指摘をさせていただきましたけれども、やはり今政治が本当の意味でしっかりしなければいけない。私は今回、医療保険の制度そのものの存続がかかっている。ある意味では、医師会あたりから反対が出ることによって保険制度そのものが崩壊をしてしまったら、かえってこれは国民も医師会も私は困るというふうな思っています。

そういう意味で、ぜひともその辺のところを十分心得て、これからの改革に向けて努力をしていただきたい、そのことをお願いして私の質問を終わります。

○委員長(上山和人君) 本案に対する本日の質疑はこの程度にとどめ、これにて散会いたします。

午後四時五十二分散会

五月二十三日日本委員会に左の案件が付託された。

一、厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願(第一三九四号)

一、国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願(第一三九五号)(第一三九六号)

一、療術の法制化に関する請願(第一三九九号)

一、国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願(第一四〇一号)

一、厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願(第一四〇三号)

一、医療と介護の拡充に関する請願(第一四〇五号)

一、国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願(第一四〇六号)

一、保険による良い病院マッサージに関する請願(第一四〇八号)

一、国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願(第一四一〇号)(第一四一三号)(第一四一七号)

一、療術の法制化に関する請願(第一四一八号)

一、国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願(第一四二二号)

一、腎(じん)疾患総合対策の早期確立に関する請願(第一四二三号)

一、国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願(第一四二五号)

一、厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願(第一四二七号)

一、国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願(第一四三二号)

一、療術の法制化に関する請願(第一四三三号)

一、国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願(第一四三九号)(第一四四三号)

一、肝がん検診の制度化とウイルス肝炎の総合的な対策に関する請願(第一四四五号)

一、医療等の改善に関する請願(第一四四六号)

一、医療保険制度改悪を始めたとする自己負担増加案の撤回に関する請願(第一四四九号)

一、健康保険法等の改定反対、患者負担の大幅な引上げ中止に関する請願(第一四五六号)

一、医療等の改善に関する請願(第一四五八号)(第一四六一号)

一、国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願(第一四六四号)

一、肝がん検診の制度化とウイルス肝炎の総合的な対策に関する請願(第一四六五号)(第一四六九号)

一、医療等の改善に関する請願(第一四七三号)

一、厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願(第一四八三号)(第一四八四号)(第一四八五号)(第一四八六号)(第一四八七号)(第一四八八号)(第一四八九号)(第一四九〇号)(第一四九一号)(第一四九二号)(第一四九三号)(第一四九四号)(第一四九五号)(第一四九六号)

一、公的介護保障制度の早期確立に関する請願(第一四九七号)

一、保険による良い病院マッサージに関する請願(第一四九九号)

一、肝がん検診の制度化とウイルス肝炎の総合的な対策に関する請願(第一五〇〇号)

一、国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願(第一五〇一号)

一、医療と介護の拡充に関する請願(第一五〇二号)

一、医療保険制度の改悪反対、介護保険法案の撤回に関する請願(第一五〇五号)

一、国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願(第一五一四号)

一、被爆者援護法の改正に関する請願(第一五一七号)

一、厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願(第一五二〇号)

一、医療保険制度改悪反対、医療の充実にに関する請願(第一五二二号)

一、医療保険改悪反対、建設国保組合の国の定率補助削減反対に関する請願(第一五二二号)

一、厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願(第一五二三号)

一、国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願(第一五二四号)

一、医療等の改善に関する請願(第一五三三号)

一、公的介護保障制度の早期確立に関する請願

(第一五三三号)

一、厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願(第一五三三号)

一、医療と介護の拡充に関する請願(第一五三七号)

一、肝がん検診の制度化とウイルス肝炎の総合的な対策に関する請願(第一五三八号)

一、国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願(第一五四〇号)

一、医療保険制度の改悪反対、介護保険法案の撤回に関する請願(第一五四一号)(第一五四四号)

一、国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願(第一五四五号)(第一五四六号)(第一五四七号)

一、医療保険改悪反対、建設国保組合の国の定率補助削減反対に関する請願(第一五五三三号)

一、被爆者援護法の改正に関する請願(第一五五六号)

一、国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願(第一五五八号)

一、医療保険制度改悪反対、医療の充実に関する請願(第一五五九号)

一、医療保障制度の充実と介護保障制度の確立に関する請願(第一五六一号)

一、医療保険制度改悪反対、医療の充実に関する請願(第一五六二号)

一、国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願(第一五六四号)(第一五六七号)

一、医療保険制度の改悪反対、介護保険法案の撤回に関する請願(第一五六九号)

一、肝がん検診の制度化とウイルス肝炎の総合的な対策に関する請願(第一五七一号)

一、療術の法制化に関する請願(第一五七二号)

一、医療等の改善に関する請願(第一五七七号)

一、医療保険制度の改悪反対、介護保険法案の撤回に関する請願(第一五八〇号)

第一三九四号 平成九年五月九日受理

厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願(二通)

請願者 名古屋千種区徳川山町三ノ六 九 杉藤徹志 外五千四百一名

紹介議員 荒木 清寛君
この請願の趣旨は、第一九七号と同じである。

第一三九五号 平成九年五月九日受理
国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

請願者 岩手県下閉伊郡田老町字野原八 七 大久保一郎 外二百九十一名

紹介議員 荒木 清寛君
この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第一三九六号 平成九年五月九日受理
国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

請願者 山梨県大月市大月町真木三、六二 一 天野光二 外三百十三名

紹介議員 武田 節子君
この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第一三九九号 平成九年五月九日受理
療術の法制化に関する請願

請願者 山形県酒田市長生町一ノ六ノ五 茂木忠明 外二十名

紹介議員 鈴木 貞敏君
この請願の趣旨は、第七四三号と同じである。

第一四〇一号 平成九年五月九日受理
国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

請願者 東京都大田区大森西四ノ一四ノ一 七 池田末太 外七十三名

紹介議員 清水 澄子君
この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第一四〇三号 平成九年五月九日受理
厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願(五通)

請願者 大阪市東住吉区桑津二ノ一〇ノ 八 奥村隆彦 外八千四百五十五

紹介議員 山下 芳生君
この請願の趣旨は、第一九七号と同じである。

第一四〇五号 平成九年五月九日受理
医療と介護の拡充に関する請願

請願者 札幌市厚別区厚別東二条五ノ三ノ 二六 杉山清美 外六百七十名

紹介議員 峰崎 直樹君
この請願の趣旨は、第一〇六八号と同じである。

第一四〇六号 平成九年五月九日受理
国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

請願者 東京都東久留米市弥生一ノ二ノ二 五 佐藤昌勝 外九十九名

紹介議員 横尾 和伸君
この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第一四〇八号 平成九年五月九日受理
保険による良い病院マツサージに関する請願

請願者 札幌市東区北十条東四ノ五 西山 勝 外二百五十名

紹介議員 中島 眞人君
この請願の趣旨は、第六四六号と同じである。

第一四一一号 平成九年五月九日受理
国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

請願者 東京都柏江市和泉東町一ノ三三ノ 一 絹山晃広 外七十二名

紹介議員 谷本 颯君
この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第一四一三号 平成九年五月九日受理
国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

請願者 岐阜県土岐市駄知町一、二六一ノ 一 安藤ちさと 外二百五十九名

紹介議員 田 英夫君

この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第一四一七号 平成九年五月九日受理
国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

請願者 大分県別府市火亮町七組 永野高 喜 外九十三名

紹介議員 渡辺 四郎君
この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第一四一八号 平成九年五月九日受理
療術の法制化に関する請願

請願者 福岡市西区下山門一ノ二二ノ八 吉田寅雄 外十九名

紹介議員 渡辺 四郎君
この請願の趣旨は、第七四三号と同じである。

第一四二二号 平成九年五月九日受理
国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

請願者 東京都立川市栄町五ノ四三ノ二 田中四郎 外二百二十六名

紹介議員 照屋 寛徳君
この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第一四二二号 平成九年五月九日受理
腎(じん)疾患総合対策の早期確立に関する請願(二通)

請願者 岡山市西大寺中一ノ五ノ一三 岡 崎万智子 外三千八百六名

紹介議員 一井 淳治君
この請願の趣旨は、第七二二号と同じである。

第一四二三号 平成九年五月九日受理
国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

請願者 東京都品川区西五反田四ノ一六ノ 二〇 野沢重雄 外二百六名

紹介議員 浜四津敏子君
この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第一四二五号 平成九年五月九日受理

国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願
請願者 東京都昭島市緑町四ノ二ノ一五
吉岡八重子 外七十九名

紹介議員 志苦 裕君

この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第一四二七号 平成九年五月十二日受理

厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願

請願者 名古屋市緑区森の里一ノ九四森の里
里莊四ノ八〇二 渥美武志 外九百九十九名

紹介議員 荒木 清寛君

この請願の趣旨は、第一九七号と同じである。

第一四三二号 平成九年五月十二日受理

国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

請願者 埼玉県大宮市西遊馬二、二七七ノ一五
石橋光江 外七十七名

紹介議員 三重野栄子君

この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第一四三三号 平成九年五月十二日受理

療術の法制化に関する請願

請願者 福岡市南区大楠三ノ二三ノ一一
西村皓生 外十九名

紹介議員 三重野栄子君

この請願の趣旨は、第七四三号と同じである。

第一四三九号 平成九年五月十二日受理

国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

請願者 埼玉県桶川市川田谷二、七一一ノ二二
千葉勝喜 外七十九名

紹介議員 瀬谷 英行君

この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第一四四三号 平成九年五月十二日受理

国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

請願者 東京都昭島市緑町四ノ七ノ二一

早野勝三 外百六十九名
小川 勝也君

この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第一四四五号 平成九年五月十二日受理

肝がん検診の制度化とウィルス肝炎の総合的な対策に関する請願

請願者 東京都杉並区宮前三ノ八ノ一八ノ一二六
蔵持三十郎 外五百五十五名

紹介議員 和田 洋子君

ウィルス肝炎患者は二百万人、ウィルス感染者は三百万人と推定され、その克服は大きな課題となつてゐる。予防対策についてはB型・C型肝炎ともほぼ確立され、また、治療面ではインターフェロンがC型肝炎の治療薬として健適用となり、有効な治療法の一つとして完治の可能性も期待されてゐるが、課題も残されてゐる。一方、肝がんによる死亡数が激増し、その対策は急務となつてゐる。肝炎患者の多くは働き盛りの男性に集中し、長期療養を強いられるため、本人はもとより家族の生活は厳しい状況に置かれ、医療費負担に苦しんでゐる。そのうえ、ウィルス肝炎の正しい医学的啓蒙(けいもう)が遅れてゐるため、患者やウィルス感染者は差別と偏見に苦しんでゐる。ウィルス肝炎の主要な感染経路は、母子感染、輸血以外に一人一針・一筒以前の過去の集団予防接種や医療行為によるものが明らかであり、医療行政の被害者と言つても過言ではない。国は患者や感染者が差別、偏見に苦しむことなく安心して医療を受けられるよう、制度・施策の拡充を講ずべきである。つては、次の事項について実現を図られたい。

一、急増する肝細胞がんの八十%以上がC型であるので潜在化してゐる高危険群を特定するため、国の補助事業としてHCV抗体検査(一回のみ)を実施すること。

二、療養が長期にわたり、高額な医療費負担に苦しむ重い肝臓病(ウィルス)に起因する肝硬変、

肝細胞がんを、透析を要する腎臓病や血友病に適用されてゐる高額療養費制度の「特定疾患」として認定又はそれに準ずる措置を講ずること。

三、輸血被害による肝炎患者の救済制度を確立すること。

四、C型肝炎のインターフェロン治療の対象者と健適用の範囲を拡大すること。また、B型肝炎のインターフェロン治療の投与期間の延長を認めること。

五、肝炎患者とウィルス感染者が不当な差別・偏見を受けることがないよう、必要な予算を確保して肝炎の正しい知識の普及と就職時や企業内差別をなくすため、有効・適切な措置を講ずること。

六、肝臓病対策の研究費を大幅に増額して、集中的に研究し、早期に治療法を確立すること。

第一四四六号 平成九年五月十二日受理

医療等の改善に関する請願

請願者 札幌市中央区南四条西六丁目晴れ
ばれビル四F 林信次 外七千四百八十七名

紹介議員 菅野 久光君

この請願の趣旨は、第二二八号と同じである。

第一四四九号 平成九年五月十二日受理

医療保険制度改善を始めとする自己負担増加の撤回に関する請願

請願者 大阪府高槻市川添二ノ三五ノ一
二 田中嘉子 外一万六千九百九十五名

紹介議員 栗原 君子君

一、健康保険料の増額を始めとする一切の自己負担の増額を行わないこと。

二、患者の自己負担増につながる一切の医療保険制度の改悪を行わないこと。

三、公的介護保険制度ではなく、国が責任を持つた高齢者福祉を行うこと。

第一四五六号 平成九年五月十二日受理

健康保険法等の改定反対、患者負担の大幅な引上げ中止に関する請願

請願者 京都市左京区岩倉三宅町三四ノ一
五 山田亮三 外五千二百六十九名

紹介議員 笹野 貞子君

この請願の趣旨は、第七三六号と同じである。

第一四五八号 平成九年五月十二日受理

医療等の改善に関する請願(五通)

請願者 青森市松森一ノ一四ノ三一 神祐
次 外九十名

紹介議員 山崎 力君

この請願の趣旨は、第二二八号と同じである。

第一四六一号 平成九年五月十三日受理

医療等の改善に関する請願

請願者 京都府加佐郡大江町字藤原一〇六
ノ一 新治一夫 外二十名

紹介議員 林田悠紀夫君

この請願の趣旨は、第二二八号と同じである。

第一四六四号 平成九年五月十三日受理

国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

請願者 東京都品川区荏原一ノ二ノ一一
高野京子 外六十名

紹介議員 山本 正和君

この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第一四六五号 平成九年五月十三日受理

肝がん検診の制度化とウィルス肝炎の総合的な対策に関する請願

請願者 埼玉県川越市今福二、七二九ノ二
五 渡辺孝 外千名

紹介議員 渡辺 孝男君

この請願の趣旨は、第一四四五号と同じである。

第一四六九号 平成九年五月十三日受理

肝がん検診の制度化とウィルス肝炎の総合的な対策に関する請願

請願者 長野県飯田市滝の沢六、九九一ノ一五五 池田富貴子 外千九十名
紹介議員 今井 澄君
この請願の趣旨は、第一四四五号と同じである。

第一四七三号 平成九年五月十三日受理
医療等の改善に関する請願

請願者 群馬県渋川市川原町二、二二四ノ四 狩野博一 外八十六名
紹介議員 山本 一太君
この請願の趣旨は、第二二八号と同じである。

第一四八三号 平成九年五月十三日受理
厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願

請願者 宮崎県都城市都原町四ノ五 永山 弘人 外一万名
紹介議員 阿部 幸代君
この請願の趣旨は、第一九七号と同じである。

第一四八四号 平成九年五月十三日受理
厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願

請願者 宮崎県都城市平塚町四、〇九一ノ五 西末廣 外一万名
紹介議員 有働 正治君
この請願の趣旨は、第一九七号と同じである。

第一四八五号 平成九年五月十三日受理
厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願

請願者 宮崎県都城市広原町一四ノ一九 上村雄宏 外一万名
紹介議員 上田耕一郎君
この請願の趣旨は、第一九七号と同じである。

第一四八六号 平成九年五月十三日受理

厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願

請願者 宮崎県都城市南横市町八、三一八ノ三 樋渡忠希 外一万名
紹介議員 緒方 靖夫君
この請願の趣旨は、第一九七号と同じである。

第一四八七号 平成九年五月十三日受理
厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願

請願者 宮崎県都城市上川東二ノ五、四四七ノ三 東隆一 外一万名
紹介議員 笠井 亮君
この請願の趣旨は、第一九七号と同じである。

第一四八八号 平成九年五月十三日受理
厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願

請願者 宮崎県都城市甲斐元町一四ノ一 六 明利俊治 外一万名
紹介議員 藤澤 弘君
この請願の趣旨は、第一九七号と同じである。

第一四八九号 平成九年五月十三日受理
厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願

請願者 宮崎県都城市都原町三、三三五ノ五 上玉利通江 外一万名
紹介議員 須藤美也子君
この請願の趣旨は、第一九七号と同じである。

第一四九〇号 平成九年五月十三日受理
厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願

請願者 宮崎県都城市平江町一ノ一三 大塚義春 外一万名
紹介議員 立木 洋君
この請願の趣旨は、第一九七号と同じである。

第一四九一号 平成九年五月十三日受理
厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願

請願者 宮崎県都城市前田町一七ノ一四 中馬幸子 外六万六千二百三十名
紹介議員 西山登紀子君
この請願の趣旨は、第一九七号と同じである。

第一四九二号 平成九年五月十三日受理
厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願

請願者 宮崎県都城市都原町三四ノ七 財 部功造 外一万名
紹介議員 橋本 敦君
この請願の趣旨は、第一九七号と同じである。

第一四九三号 平成九年五月十三日受理
厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願

請願者 宮崎県都城市都原町四一ノ九 松 田真理子 外一万名
紹介議員 筆坂 秀世君
この請願の趣旨は、第一九七号と同じである。

第一四九四号 平成九年五月十三日受理
厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願

請願者 宮崎県都城市上水流町一、五五六 清水智浩 外一万名
紹介議員 山下 芳生君
この請願の趣旨は、第一九七号と同じである。

第一四九五号 平成九年五月十三日受理
厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願

請願者 宮崎県都城市広原町三ノ五ノ九 大重裕美子 外一万名
紹介議員 吉岡 吉典君

第一四九六号 平成九年五月十三日受理
厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願

請願者 宮崎県都城市蔵原町八ノ二二 星 原クニ子 外一万名
紹介議員 吉川 春子君
この請願の趣旨は、第一九七号と同じである。

第一四九七号 平成九年五月十三日受理
公的介護保障制度の早期確立に関する請願

請願者 愛媛県周桑郡丹原町丹原一ノ五 今井幸 外一万二千七十三名
紹介議員 西山登紀子君
この請願の趣旨は、第一〇二号と同じである。

第一四九九号 平成九年五月十三日受理
保険による良い病院マッサージに関する請願

請願者 新潟県中蒲原郡村松町甲五、七八五 阿部大和 外二百五十名
紹介議員 大野つや子君
この請願の趣旨は、第六四六号と同じである。

第一五〇〇号 平成九年五月十三日受理
肝がん検診の制度化とウィルス肝炎の総合的な対策に関する請願

請願者 千葉市花見川区花園四ノ一三ノ五 田辺綾子 外千四十八名
紹介議員 大野つや子君
この請願の趣旨は、第一四四五号と同じである。

第一五〇一号 平成九年五月十三日受理
国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

請願者 東京都練馬区大泉学園町二ノ三〇ノ三三 小笠原武 外四十一名
紹介議員 大淵 絹子君
この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第三部 厚生委員会会議録第十三号 平成九年五月二十七日【参議院】

三九

第一五〇二号 平成九年五月十三日受理
医療と介護の拡充に関する請願

請願者 東京都江戸川区西葛西一ノ一四ノ
一四 清水昭雄 外千九百九十九
名

紹介議員 筆坂 秀世君

この請願の趣旨は、第一〇六八号と同じである。

第一五〇五号 平成九年五月十三日受理
医療保険制度の改悪反対、介護保険法案の撤回に
関する請願

請願者 新潟県中頸城郡板倉町大字久々野
二、六八〇 古澤稔浩 外二千四
百八十七名

紹介議員 矢田部 理君

この請願の趣旨は、第八四二号と同じである。

第一五〇七号 平成九年五月十三日受理
医療等の改善に関する請願

請願者 大分市光吉新町六ノ二 安東靖
紹介議員 釘宮 磐君

この請願の趣旨は、第二二八号と同じである。

第一五一四号 平成九年五月十三日受理
国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

請願者 東京都練馬区石神井台二ノ三五ノ
一五 時野谷あや子 外百九十九
名

紹介議員 今井 澄君

この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第一五一七号 平成九年五月十四日受理
被爆者援護法の改正に関する請願

請願者 東京都八王子市石川町二、〇七九
ノ三 村野美香 外九百九十九
名

紹介議員 緒方 靖夫君

この請願の趣旨は、第九二二号と同じである。

第一五二〇号 平成九年五月十四日受理
厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請
願

請願者 東京都千代田区外神田二ノ七ノ
一 大石敏和 外一万八千二百五
十三名

紹介議員 緒方 靖夫君

この請願の趣旨は、第一九七号と同じである。

第一五二二号 平成九年五月十四日受理
医療保険制度改悪反対、医療の充実に関する請願

請願者 埼玉県坂本二〇一 石山和彦 外二千
九百九十三名

紹介議員 有働 正治君

国民に大きな負担を強いる今回の医療保険改悪案
は、「命のさまたけ金次第」という状況をつくって国
民を医療から遠ざけることになり容認できない。

今回の改悪に続いて自費部分の拡大や薬代の「保
険外し」が検討されているといわれ、社会保障
としての医療保険制度が崩壊していくおそれさ
えある。「高齢化社会のため」、「福祉のため」と宣
言して消費税を導入しさらにその税率を引き上げよ
うとする一方で、国庫負担を一方的に削減して患
者負担を増やしあるいは地方自治体や保険者、被
保険者に負担を転嫁していくのでは、憲法第二十
五条に基づく国の責任を放棄するものと言わねば
ならない。医療保険制度の改悪をやめ、だれもが
安心してかかる医療の充実を求める。ついて
は、次の事項について実現を図りたい。

一、健保・共済など被用者本人の二割負担をやめ、
保険料を引き上げないこと。
二、高齢者の負担増を行わないこと。
三、薬代の新たな負担を行わないこと。「軽い病
気」や薬代の保険外しを行わないこと。
四、国庫負担を増やし、安定した国保・健保の運
営を保障すること。
五、すべての医療保険を十割給付に改善するこ
と。当面、老人医療の無料化の復活、乳幼児医

療の無料化を図るとともに、入院時の給食費負
担を無料とすること。

第一五二二号 平成九年五月十四日受理
医療保険改悪反対、建設国保組合の国の定率補助
削減反対に関する請願

請願者 千葉県市川市大和田五ノ三ノ一
二 山内則男 外九百九十九名

紹介議員 須藤美也子君

福祉を食い物にした厚生省の高級官僚の汚職構造
は底知れず、政・官・財の癒着に対する不信と怒
りが広がっている中、この汚職を口実とした特別
養護老人ホーム建設などへの補助金削減が企てら
れている。また、今回の医療保険改悪案は医療保
険財政の赤字を口実に医療保険制度を改悪し、大
幅な国民負担増を目指すものである。被用者保険
の給付率を九割から八割にするとともに、薬代の
一部を保険外から外し自己負担とするなど、国民が
いつてもどこでもかかれば医療保険から後退さ
せるものである。さらに、建設国保組合に対する
国の定率補助金の一部削減も含まれているが、建
設労働者にとって十割給付は命の綱である。つ
いては、次の事項について実現を図りたい。

一、安心して治療を受けられなくなる医療保険制
度の改悪は行わないこと。
1 健保本人の負担増（二割化）をやめ、保険料
を引き上げないこと。
2 高齢者の負担増（受診のたびに五百円、入
院一日千円プラス食費七百六十円）を行わな
いこと。
3 外来薬代の負担（一日一種類十五円）の導入
をやめ、風邪薬などの保険外しはしないこ
と。
4 厚生省汚職を徹底糾明するとともに、高薬
価を是正し、国と大企業の負担で財源を確保
すること。
5 建設国保に対する国の定率補助金削減は行
わないこと。
二、公的介護保障を確立し、そのために必要な基

盤整備を行うこと。

第一五二三号 平成九年五月十四日受理
厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請
願

請願者 広島市安芸区船越四ノ一九ノ三
八 児房みち子 外五千六百十名

紹介議員 笠井 亮君

この請願の趣旨は、第一九七号と同じである。

第一五二四号 平成九年五月十四日受理
国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

請願者 東京都豊島区西池袋四ノ一二ノ一
三 金子清作 外三十六名

紹介議員 大脇 雅子君

この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第一五三三三号 平成九年五月十四日受理
医療等の改善に関する請願

請願者 鳥取県高気郡青谷町青谷三、一三
二ノ一 竹信重徳

紹介議員 常田 享君

この請願の趣旨は、第二二八号と同じである。

第一五三三三号 平成九年五月十四日受理
公的介護保障制度の早期確立に関する請願

請願者 奈良市六条一ノ一五ノ四七 浅井
正治 外七百七十三名

紹介議員 西山登紀子君

この請願の趣旨は、第一〇二号と同じである。

第一五三三六号 平成九年五月十四日受理
厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請
願（二通）

請願者 京都市東山区五条橋東六ノ五三
九 宮野由紀 外二万九千七百二
十五名

紹介議員 西山登紀子君

この請願の趣旨は、第一九七号と同じである。

第一五三七号 平成九年五月十四日受理

医療と介護の拡充に関する請願

請願者 京都市右京区太秦安井二条裏町六ノ九 安井英一 外二千名

紹介議員 西山登紀子君

この請願の趣旨は、第一〇六八号と同じである。

第一五三八号 平成九年五月十四日受理

肝がん検診の制度化とウィルス肝炎の総合的な対策に関する請願

請願者 埼玉県狭山市柏原二二八 田中久美子 外千五百二十六名

紹介議員 西山登紀子君

この請願の趣旨は、第一四四五号と同じである。

第一五四〇号 平成九年五月十四日受理

国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

請願者 川崎市幸区古市場一ノ二九 伊藤貞夫 外二百五十名

紹介議員 薬科 満治君

この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第一五四一号 平成九年五月十四日受理

医療保険制度の改悪反対、介護保険法案の撤回に関する請願

請願者 愛知県豊田市若林東町石根八一ノ一 山間洋子 外三千二名

紹介議員 山口 哲夫君

この請願の趣旨は、第八四二号と同じである。

第一五四四号 平成九年五月十四日受理

医療保険制度の改悪反対、介護保険法案の撤回に関する請願

請願者 徳島県三好郡三野町大字芝生一、二九三ノ一一 高尾博 外二千二百四十六名

紹介議員 矢田部 理君

この請願の趣旨は、第八四二号と同じである。

第一五四五号 平成九年五月十四日受理

国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

請願者 京都市山科区勤修寺冷尻一ノ三五 前田真哉 外一万百十六名

紹介議員 西山登紀子君

この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第一五四六号 平成九年五月十四日受理

国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

請願者 大阪府城東区中央一ノ二ノ三ノ八一五 萬良吉 外三千二百六十七名

紹介議員 山下 芳生君

この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第一五四七号 平成九年五月十五日受理

国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

請願者 東京都江戸川区本一色一ノ七ノ二八 森川作之助 外百七十六名

紹介議員 峰崎 直樹君

この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第一五五三号 平成九年五月十五日受理

医療保険改悪反対、建設国保組合の国の定率補助削減反対に関する請願

請願者 千葉県長生郡長生村北水口五三八ノ八 菊池ヒデコ 外千九百五十八名

紹介議員 緒方 靖夫君

この請願の趣旨は、第一五二二号と同じである。

第一五五六号 平成九年五月十五日受理

被爆者援護法の改正に関する請願

請願者 兵庫県多紀郡西紀町栗柄一、二九 恒田幸保 外五十九名

紹介議員 大久保直彦君

この請願の趣旨は、第九二二号と同じである。

第一五五八号 平成九年五月十五日受理

国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

請願者 秋田県本荘市出戸町一番堀二六六ノ二 石川敏夫 外二百三十九名

紹介議員 大久保直彦君

この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第一五五九号 平成九年五月十五日受理

医療保険制度改悪反対、医療の充実に関する請願

請願者 埼玉県戸田市南町一〇ノ一九 岡本ハツ 外百五十九名

紹介議員 大久保直彦君

この請願の趣旨は、第一五二二号と同じである。

第一五六一号 平成九年五月十五日受理

医療保障制度の充実と介護保障制度の確立に関する請願

請願者 京都府長岡京市長岡三ノ一九ノ二六 仁木宏 外二千九百五十名

紹介議員 西山登紀子君

患者負担増や健康保険料率の引上げを内容とする「健康保険法等の一部を改正する法律案」の改正が強行されれば、消費税率の引上げや低金利政策などからも一層生活水準の悪化を招くことになる。今こそ福祉を充実させ、安心して暮らせる福祉社会をつくることを望まれる。ついては、次の事項について実現を図られたい。

一、健康保険本人二割負担や、健康保険料の引上げを行わないこと。

二、老人医療費の自己負担増を行わないこと。

三、医療（治療）を抑制する外来薬剤の一部負担を設けないこと。

四、国民負担のない充実した公的介護保障制度を確立すること。

第一五六二号 平成九年五月十五日受理

医療保険制度改悪反対、医療の充実に関する請願

請願者 八三好克己 外三十八名

請願者 埼玉県朝霞市泉水一ノ一ノ一 須田一夫 外三千十四名

紹介議員 西山登紀子君

この請願の趣旨は、第一五二二号と同じである。

第一五六四号 平成九年五月十五日受理

国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

請願者 東京都昭島市玉川町四ノ九ノ一〇 石川進 外八十三名

紹介議員 洲上 貞雄君

この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第一五六七号 平成九年五月十五日受理

国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

請願者 埼玉県川越市石原町一ノ二二ノ一〇 下坂富士子 外二百八名

紹介議員 中尾 則幸君

この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第一五六九号 平成九年五月十五日受理

医療保険制度の改悪反対、介護保険法案の撤回に関する請願

請願者 大分市新春日町一ノ三ノ五二 岩男隆司 外二千四百六十四名

紹介議員 山口 哲夫君

この請願の趣旨は、第八四二号と同じである。

第一五七一号 平成九年五月十五日受理

肝がん検診の制度化とウィルス肝炎の総合的な対策に関する請願

請願者 栃木県今市市平ヶ崎九〇 大場利男 外五百四十二名

紹介議員 角田 義一君

この請願の趣旨は、第一四四五号と同じである。

第一五七二号 平成九年五月十五日受理

療術の法制化に関する請願（二通）

請願者 香川県高松市伏石町一、四二九ノ九 三好克己 外三十八名

紹介議員 真鍋 賢二君

この請願の趣旨は、第七四三号と同じである。

第一五七七号 平成九年五月十五日受理

医療等の改善に関する請願

請願者 大分県北海部郡佐賀関町木佐上一

区 比永寿男

紹介議員 釘宮 磐君

この請願の趣旨は、第二二八号と同じである。

第一五八〇号 平成九年五月十五日受理

医療保険制度の改悪反対、介護保険法案の撤回に関する請願

請願者 大分県宇佐市大字関二二九ノ八

竹田広明 外二千九百八十九名

紹介議員 矢田部 理君

この請願の趣旨は、第八四二号と同じである。