

第四百十回 参議院厚生委員会 會議録第十七号

平成九年六月十日(火曜日)

午前十時一分開会

委員の異動

六月九日

辞任

小山 峰男君

補欠選任

釘宮 磐君

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

大島 慶久君

田浦 直君

中島 眞人君

長峯 基君

南野知恵子君

宮崎 秀樹君

木暮 山人君

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

小泉純一郎君

中西 明典君

羽毛田信吾君

政府委員

厚生大臣官房総務審議官

厚生省老人保健福祉局長

厚生大臣

小泉純一郎君

中西 明典君

羽毛田信吾君

厚生省児童家庭局長

厚生省保険局長

社会保険庁運営部長

真野 章君

高木 俊明君

横田 吉男君

大貫 延朗君

大蔵省主計局主計官

丹呉 泰健君

説明員

本日、の会議に付した案件

○理事補欠選任の件

○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。

去る五日、朝日俊弘君が委員を辞任され、その補欠として今井澄君が選任されました。

また、去る六日、瀬谷英行君が委員を辞任され、その補欠として菅野壽君が選任されました。

○委員長(上山和人君) 理事の補欠選任についてお諮りいたします。

委員の異動に伴い現在理事が一名欠員となっておりますので、その補欠選任を行いたいと存じます。

理事の選任につきましては、先例により、委員長の指名に御一任願いたいと存じますが、御異議ございませんか。

〔異議なしと称する者あり〕

○委員長(上山和人君) 御異議ないと認めます。それでは、理事に菅野壽君を指名いたします。

○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し、前回に引き続き質疑を行います。

質疑のある方は順次御発言願います。

○尾辻秀久君 おはようございます。

健康保険法につきましてきょうまで数多くの質疑が行われてまいりました。そこで、きょうは私なりに整理をさせていただくために何点か質問をさせていただきます。

社会保障は国民生活の安定に極めて重要な役割を果たしており、今後とも維持発展させていかなければなりません。現在その財政規模は一般歳出の三分の一に達しておりまして、社会保障の構造改革抜きには今回の財政構造改革は実現できないと言っても過言ではありません。とりわけ、社会保障関係費の半分近くを占める医療については、構造改革が必要であることは申すまでもないところであります。

医療保険制度の状況を見ますと、近年大幅な赤字を計上しておりまして、このまま推移すれば制度が崩壊するおそれが出てまいりました。そこで、今回の法律改正につながるわけでありまして、けれども、まず大臣にお尋ねしたいのは、今日私たちが持っておりますこの医療保険制度と医療提供体制についてどういう評価をしておられるかというところであります。

なぜまず最初にこのお尋ねをするかといいますと、財政的には確かに破綻のおそれが出てきましたけれども、そもそも私たちが持っているこうしたもののというのは、一言で言うところの大変さばらしいものである、だからこそ長寿世界一の国をつくり上げてきたんだ、基本にはそのことがあると私は

思っておりますから、まずこの評価をしてから議論を始めたいと思っておりますので、大臣にそのことをお尋ねするところであります。

○国務大臣(小泉純一郎君) だれでも長生きしたいというのは今までの一つの大きな夢といえますが目標でありました。いつの間にか日本は世界で一番長生きできる国になった。この点については、医療関係者並びに現在の医療制度の果たす役割は大変大きかったと私は思います。基本的に、今の医療に対しての国民皆保険制度、だれでも病院を選択できて適切な医療を受けることができるこの制度は、私は評価されてしかるべきではないかと思っております。

しかしながら、今までよかったといまして、一方では、三時間待って三分しか診療できないと端的に言われるような大病院集中傾向、さらには、他国に比べても入院期間が長いのではないかと、いろいろ問題が出ております。また、人口構造的に見ても、高齢者が急激にふえていく一方で少子化の傾向が進んでいるという財政的な面も考えなくては行けない。これからどんどん医学は機器においても技術においても日進月歩の世界であります。このような新しい時代に対応するような制度の不断の見直しが必要ではないかと考えております。

○尾辻秀久君 今、大臣が最後にお述べになったとおりだと私も思っております。今までは大変よかった、そして大変すげえものを持っていた、だけれども、行き詰まった面もあるから、そこをところを変えなきゃいけない、こういうことだろうと思っております。それが財政的な面である、こういうふうにも思っております。医療保険制度の中

長期的な財政の安定を確保することが必要だと考えます。そのために早急に医療保険の構造改革に取り組まなければなりません。

そこでお尋ねをいたします。

医療保険の構造改革にどのように取り組むのか、お答えをください。

○国務大臣(小泉純一郎君) 今まで医療制度については各方面からいろいろ改革すべきだという声が出ておりました。また、与党におきましても医療制度改革の基本方針というものも出ております。その中には、医療提供体制あるいは医療保険制度の両面にわたる改革を実施することが不可欠であるというふうによくの方々が認識しておられますし、私としてもそのような方向で医療提供体制、医療保険制度の両面から構造的な改革に着手しなければいけないと考えております。今後どのような改革が望ましいかというのを考えて、できるだけ早い機会に厚生省としての一つの案というものをまとめて国民に批判を仰ぐような材料を提供しなければならぬと考えております。

○尾辻秀久君 そこで、もう一点お尋ねしたいことがあります。ちょっと順番を変えることになるかもしれませんが、お許しください。

私は、とりあえずの今度の制度改革については、これは抜本改正の前の言うならば緊急避難措置だと思っております。もっと言うならば、ちょっと言葉は悪いのかもしれないけれども、とりあえずの時間稼ぎだと思っておるんです。そして、そこで時間を稼いで緊急避難をしておいて、その間にしっかりと抜本改正の案をつくって、それをしっかりとやり遂げる、この順序だと思っております。ところが、先日発表された財政構造改革会議においては、抜本的構造改革の第一歩として今回の制度改革を位置づけておるのかな、ちょっと私が思っていたのと認識が違ふのかな、この辺がどうなんだろうと思うものですから、今改めてお尋ねをいたすわけであります。

○政府委員(高木俊明君) 今回の制度改革の位置づけでありますけれども、まさに現在の医療保険

各制度が非常に厳しい財政状況にあるということがバックグラウンドとしてございます。この厳しい財政状況をまず立て直すといえますか、とりあえずの制度の安定的な運営の確保を図るということが急がれるわけであります。

そういう意味では緊急避難と申しますか、当面の財政的な対策と申しますか、そういった側面があるわけでありまして、さらには中長期的に我が国の医療保険制度のあり方そのものをこれからの少子・高齢化社会に備えて安定したものと確立していかなきゃいけない、まさに医療保険制度の抜本的な改革、構造改革というものが緊急な課題になっているわけでございます。

そういった中で、今回、医療保険制度の改正をお願いしているわけですが、そういった抜本的な改革というものを言うに当たりまして、現在の各制度の財政運営の安定というものを確保する。そういった意味では抜本改革に向けての第一歩であるというふうに言えると思っております。まさに先生御指摘のとおり、ある意味では見方によっては両面あるかもしれませんが、全体として見ればこれからの制度の抜本改革の第一歩だというふうにも考えておるわけであります。

○尾辻秀久君 今お答えになったことは、とりあえずまずしのがなければ抜本的改革もできないわけだから、ここの二、三年をしのいでいくことも改革の第一歩だよね、こういうお話かなと思っております。

そこで、今、財政構造改革会議の今度発表されたものについてお尋ねをしましたから、この機会にもう一点、この発表されたものについてお尋ねをしてみたいと思います。

与党医療保険制度改革協議会では、昨年十二月の三党確認に基づいて、本年一月より医療提供体制と医療保険制度の両面にわたって抜本的改革の検討を進めてまいりました。そして、去る四月七日に医療制度改革の基本方針を取りまとめました。実はこのメンバーの一人でございます。ですから議論の中心は承知しておるんですけれども、

この中で議論されたことの一つは、じゃこの抜本改革、いつから実施できるんだろう、いつから実現するんだろう。早いほうがいいけれども、なかなかこれは大変なことだからそう簡単にはいきません、ということである議論して、あの中では実は二〇〇〇年を目途に実現するよう取り組むこととしたわけでありまして、これが私たちが率直に思っていることなんです。頑張って頑張って二〇〇〇年からできればいいなという思いがございました。

ところが、今度発表されたものではさらにそれを前倒しにして、来年からでもやるんだということが書いてあります。それは、私たちがこの医療制度改革の基本方針の中で取りまとめたものがそのまま幾つか書かれていて、具体的には言いませんけれども幾つか書かれていて、そして以下の施策に取り組みむのはできる限り十年度から着手する、こう書いてあるんです。

率直に言って、その心意気はいいんだけれども、私たちがいろいろ考えて、頑張っても二〇〇〇年からだと思ったことが、それは来年度からできればいいけれども、果たしてどうなんだろうという思いがあるものですから、ちょっとそこを今改めてお尋ねするわけであります。

○国務大臣(小泉純一郎君) 今、私が感ずるのは、改革の速度が実に速い、のんびり構えていたれない、時は待ってられないということだと思っております。

当初はもう少し悠長に構えていた方がいいんじゃないかという考えがかなり多かったと思うんですが、いろいろ議論をしていくうちに、そんなに状況は甘くないという認識に変わってきたと思っております。そういうことから社会保障制度の改革も、九月一日までに厚生省として案をまとめなさいという意見が各方面から出てきた。当初は年内ということでもかなり私自身も幅を持った言い方をしていたんですが、そういう環境でもなくなってきた。それがいつの間にか気がついてみますと、年内が九月までにはということから、最近で

は七月中にはとどんどん早まっているんですね。それだけ危機感を皆が共有してきたのではないかなと思っております。

ですから、この案をまとめて与党並びに審議会に御議論をいただきますが、できることから早い機会に実施に移していかなきゃならない。中には、抜本的な総合的な改革案を出しても、十年度に実施できるもの、十一年度以降になるものが私は出てくると思います。そういう抜本案の中で、十年度にできるものは十年度から実施していきたいという考えで取り組みたいと思っております。

○尾辻秀久君 早過ぎて悪いということは決してないのであります。ですから、急げるものなら本当に急がなきゃいけないと思いますし、今の大臣の御決意のように、かねて七月中旬には厚生省としても考え方をまとめられると言っておられますから、お互いに頑張っていかなきゃならないと思っております。

私たち与党の協議会も、八月は一日の休みもなく頑張って検討して、八月いっぱいには私どもの案も出したかったと思っておりますので、とにかく一緒に頑張って抜本的な改革案をつくり上げていかなきゃならないと思っておりますので、よろしくお願いを申し上げます。

今回の医療保険制度改革をめぐるのはこの委員会での御質疑の中でもいろいろ御指摘がございましたし、各方面から医療の非効率性、むだが指摘もされました。改革に当たっては、これは病気の治療と同じように、まずその原因を突きとめることが先決だと思います。

そこで、こうした医療の非効率性やむだの解消を初めとする、医療の抜本改革に関する問題についての厚生省の認識と取り組みについて何点かお伺いをいたします。

これはもう皆さん御指摘なさるんですが、私もポイントはいくつだと思っております。一つは診療報酬体系の問題、一つは薬の問題、もう一つが老人医療の問題だと思っております。

そこで、まず診療報酬体系のことについて一点

お尋ねいたします。

私は、我が国においては、今日まで診療報酬体系上、医師の技術料というのは適正には評価されてこなかったと思います。ちょっと言葉は悪いかもしれませんが、言うならばどっぷり勘定になっていて、医師の技術料も病院の経営に要する費用も、もうそんなものは全部とにかく一緒に計算されていて、もっと言うと、それを薬価差のところで賄ってくださって、きたのは隠せない事実であるような気がいたします。薬剤費が国民医療費の約三割を占めて、薬価差、多剤投与等の問題もこの委員会でもたびたび指摘されておりますが、こうした問題を解消するためにはまず基本のところ、診療報酬体系上の医師の技術料、あるいはまた病院を経営するならば、ホスピタルフィーというんでしょうか、経営に必要な経費としての薬価差に頼らなくてもいい体系としてきっちりつくり上げていくことが肝心なんじゃないかなと思って御議論を聞いておりましたので、私の思うことを率直に申し上げて、所見をお伺いしたいと存じます。

○政府委員(高木俊明君) 医療機関の経営には当然のことながら経営原資が必要であるわけでありまして、それをどういう形で医療保険の中から支払いをしていくかということでありまして、私も、我が国の診療報酬体系を見ますと、薬価基準制度と一体的なものとしてできておるといふふうに言えると思います。

そういった中で、まさに御指摘のとおり、薬価基準、これは公定価格を定めておるわけでありまして、一方で、医療機関が薬を購入しますのは、これはそれぞれの医療機関が自由価格で購入をする、そういった中で保険の公定価格で償還されるわけでありまして、医療機関はできるだけ安く買えばそこに薬価差というものが発生する、こういう仕組みであったわけでありまして、これは経緯をたどりますと、戦後、薬というものは非常に貴重品であり、なかなか医療機関といえども満遍なく手に入らなかった時代というものがあつたわけでありまして、そういった中で、いわゆる九〇％のバルクライン方式ということで、九割の医療機関が買えるような価格で設定しようというふうなことから始まったわけでありまして、それがその後改定され現在のよう薬価基準制度になっておるわけでありまして、

いずれにしても、ただいま申し上げたようなことで薬価差というものが発生する、こういう仕組みで薬価差というものが発生する、そういうことでございまして、そうしたことを議論しておりますときに、厚生省が導入を考えておられるのかどうかはわかりませんが、どう

があつたわけでありまして、そういった中で、いわゆる九〇％のバルクライン方式ということで、九割の医療機関が買えるような価格で設定しようというふうなことから始まったわけでありまして、それがその後改定され現在のよう薬価基準制度になっておるわけでありまして、

いずれにしても、ただいま申し上げたようなことで薬価差というものが発生する、こういう仕組みで薬価差というものが発生する、そういうことでございまして、そうしたことを議論しておりますときに、厚生省が導入を考えておられるのかどうかはわかりませんが、どう

これはなかなか難しい問題ではございますけれども、まず今回私どもが目指しております薬価基準制度、これは薬価差のない、透明性の高い、こういったものにしていくというふうなことを考えております。そうなりますと、当然のことながら診療報酬体系そのものも、医療経営がきちっと成り立つように技術料を適正に評価し、それからまた医療経営のコストというものも適正に評価していく、そういったものにしていかないと、いふふうなことを考えておまして、まさに方向としましては先生御指摘のとおりでございまして、そういう方向を目指した抜本的な改革をしてまいりたいというふうなことを考えております。

○尾辻秀久君 薬の話も出てまいりましたので、薬のことについても一点お尋ねをしておきます。今もお話ございましたが、今度は薬価差のない、そして透明性の高い薬価の仕組みを考える、こういうことでございまして、そうしたことを議論しておりますときに、厚生省が導入を考えておられるのかどうかはわかりませんが、どう

しても出てまいりますのが参照価格制ということでありまして、皆さんの御意見を伺っております、この参照価格制については非常に評価が分かれます。画期的なやり方だと言う人もあれば、いや公定価格制の中の単なる一変形であつて、しよせんそんな公定価格制の枠を外れるものではないよ、いずれやっているうちに参照価格そのものに薬の値段が収められてきて、そこに公定価格として落ちつくだけの話であつて、言うほど効果の上がるものではないよと評価する人もいます。

また、実際これをドイツでやった経験に対しても、言う人に言わせると二万人の失業者が出たんだ、この制度を取り入れたために二万人の失業者を生んだと言う人もあれば、また別の人に言わせると、いや全然そんなことはないんだと言っている人もあり非常に評価の分かれるものでありますから、この際、厚生省がどういう評価をしておられるのか、お尋ねをするところであります。

○政府委員(高木俊明君) 参照価格制というのはドイツで最初に導入されたわけでありまして、これは要するに保険で償還すべき価格というものを設定して、そしてあとは医療機関はそれぞれ自由に購入をする、こういうことであります。問題は、この償還基準というものをどういう水準に定めるか、それからまた、それぞれたくさんの銘柄があるわけでありまして、それらをどういうふうな形でグループピングをしながらやっていくのか、この辺の技術的な問題、これをどううまく克服するかということが一つあるかと思ひます。

しかし、この制度というのは少なくとも公定価格を定めているものではないから、そういった意味での現行のような制度とは相当大幅に異なる。いわゆる医療機関における取引というのは、これはもうそれぞれが市場取引でありますから、そういったものをベースにしているという面では相当物の考え方が違ふと思ひます。

我が国において、こういったような制度というものもを参考にしながら、しかもいろいろ指摘されているような問題点というものを解消できるような仕組みというものを考えていくということが導入に当たっては必要であらうというふうに思ひます。さらには、この償還基準の定め方、これは相当権威のある、かつ透明なものでなければならぬというふうに思っておりますから、そういった仕組みというものをきちっと考える必要があると思ひます。そういったものを総合的に制度として構築するというのができれば、これは一つの方向ではないかというふうに考えておりますし、ヨーロッパでもかなりこういった形が採用されておりますから、そういったものも当然参考にしながら考えていく一つの方策であらうというふうに思ひます。

それから、もう一つのドイツにおいての失業者の問題であります、私どもが調査している限りにおいては、直接的にこの制度の導入によってドイツで失業者が発生したということは聞いておりません。

ただ、我が国において現在の薬価基準制度というものを改める、新しい制度を採用するということになりましたと、製薬産業全体に与える影響、それからまた当然のことながら医療関係者に与える影響というものがございまして、やはり導入に当たってはそういった影響というものを十分見きわめ、そして必要があればそのための適切な対応というものをとりながら、ソフトウェアングといひますか、スムーズに新しい制度にのせていくということが必要だといふふうに思っております。

そういった意味では、新しい制度をつくる際における工夫なりあるいは弊害といふものをどううまく除去できるか、そういった知恵の問題ではないかというふうに考えておまして、制度そのものに内在する問題であるといふふうには考えておりません。

○尾辻秀久君 老人医療制度についてもお尋ねをしておきたいと存じます。

いずれも頭の痛い問題ですが、私はこの老人医

療制度が一つというか、とりわけというか、頭の痛い問題だと思っております。与党協議会でもいろんな方の御意見を伺いました。いろんな方にきていただいてお話を伺いました。大体においてそれまで極めて歯切れよく話をしていただいていた方も、この老人医療制度の問題になると一言で言うとうるさく歯切れが悪くなるというか、正直に私自身も自信を持ってこういふ案があるというふうには言えないんです、大体こうおっしゃるんです。私も本当にこれは難しいなと思っております。

現行の老人保健制度は各医療保険制度が共同して支える制度になっておりまして、そのために老人医療費の増大に伴い、いずれの医療保険制度をとっていても老人保健拠出金が支出に占める割合が増大して、これが医療保険制度を圧迫しておるわけでありまして、これでは行き詰まるというので、今、大体四つの改革案があると言われております。日本医師会も独自の案を発表されました、連合もかねて俗に言われる突き抜け案というのを言っておられます。こうした幾つかの案があるわけでありまして、どれをとっても決め手というものはないような気がいたします。

いずれにいたしましても、高齢化の進行に伴い老人医療費の負担は急速に増大すると見込まれておりますし、したがって老人医療制度の抜本的見直しが必要なのは言うまでもないんですけれども、こうした保険制度、医療制度、老人の皆さんのことをどういうふうな今後の方向を考えておられるか、この際ですからお聞かせをください。

○政府委員(羽毛田信吾君) 老人の医療制度の問題につきましてのお尋ねでございます。

先生も御指摘ございましたように、これから高齢者の方々が非常にふえてまいります。そうすれば、必然的に老人医療費の問題のいわば重圧というものはどうしても大きくならざるを得ない。それをどういうふうにしていくかということで、抜本改正の中の、重大であり、また先生おっしゃったようになかなか難しい問題でございますけれども、

も、ぜひ取り組まなければならない大きな柱として、この今回お願いいたします改正を施行されますならば、施行までの間にそのプログラムをつくるという、いわゆる抜本改正の中の大きな柱としてこのことを考えていかなければならないと思っております。

その際には、この制度体系をどのようにするかという問題と同時に、やはりこの老人医療費は非常に増加をしております。この老人医療費をいかにお年寄りにふさわしい医療を確保しながら効率的なものにしていくかということをまず考えなければならぬであろうというのが一つの柱だと思います。と同時に、そうしてもふえてまいります医療費をいかに公平に、いかに国民の理解を得やすい形で負担を合せていくかということになってくるだろうと思っております。

その際に、先生御指摘のございましたような、医療費のいわば共同事業として負担をしてやっていくという現在の仕組み、やはりそれなりの知恵とそれなりの歴史的な役割を持って出てきたものではございますし、現在もそういう意味での役割を果たしておると思っておりますけれども、やはり先生御指摘になったような大きな問題が老人医療費の全体の増加とともに指摘をされるようになってきております。したがって、これについては、これから制度体系としても抜本的な改正を進めていかなければならないであろうというふうに思っております。

その際も、私も私どももいたしましては、やはり自助努力を基本にし、それを社会連帯と申しますか、相互扶助と申しますか、で支えていくという社会保険の仕組みというものは基本的に押さえるが今後考えていくべきであろうというふうに思っております。

その際に、やはり今後の方向は、今もお話のございましたようないろんな案を総合的に検討して出していくわけでありまして、その際の一つの考え方としていけば、負担の公平、給付の公平ということを考えますならば、今後の高齢者の

方々の経済能力というふうなものも勘案をしながら、高齢者の方々が単に制度の受け手としてではなくて、今申し上げました社会保険ということの一つの大きな柱として、制度のいわば支え手として応分の負担もいただく必要がやってくるというところはやはり基本にしなければならぬであろうと思っております。

しかしながら、そうしましてもなお、お年寄りの方々の負担において老人医療費をすべて賄うということは、しよせんこれは無理でございます。したがって、これはどういう形で、現役世代あるいはそのほかの世代の方々のいわば負担というものを求めていくという形でどういう制度を仕組んでもよければと考えていかなければならない。そうしますと、そういう現役世代あるいは若人世代の負担というものが、納得しやすい形でいかに負担をしていくかということが一つの難しさでもあり、この制度のいろんな案が出てきている一つの、タイプを分けている考え方の違いだろうと思っております。

御案内のように、与党の協議会におきましては、別建ての高齢者制度の創設あるいは退職後も継続加入していく方法、こういったようなものを全体を視野に入れながら幅広く検討するようになっています。

したがって、その具体論はこれからでございますけれども、先ほど申し上げましたような視点を押さえるながら、これらの中でどういうふうなことをどのようになら考えていくかということ、で、早急に検討を進めてまいりたいというふうな考えでございます。

○尾辻秀久君 今のお答えを聞いていても、改めてみんなで知恵を絞るしかないなど、よほど知恵を絞ってうまい方法を考え出さないとどうしようもないと思っております。とにかく、私も私も必死で考えていますので、お互いに知恵を絞ってみたいと思っております。

冒頭に大臣も言われました。私たちは長寿世界

一、国をつくり上げました。それを支えた大きな理由の一つといえます。それが国民皆保険だというふうな考えです。我が国の医療保険制度は、この国民皆保険のもとですべての国民が医療保険を通じて安心して医療を受けることができる制度になっております。中でも国民健康保険制度は、被用者保険の対象とならない農林水産業関係者や自営業者、高齢者などの職を持たない皆さんをも被保険者としておりますために、我が国の国民皆保険体制のよりどころの大変重要な制度であります。しかしながら、一方からいうと、言うならば保険としては一番割の合わないところを引き受けておるところでありますから、これはもう必然的に財政状況は極めて厳しいものがある。最近の市町村国保の財政状況というのは、これはもう申し上げるまでもなく皆さん御存じのとおりであります。

ですから、医療保険制度の安定化を言うならば、まずこの国保制度の安定化ということが第一に必要だと思っておりますけれども、今回の改正でどのような改善措置を講じておられるのか、また今後この国保制度のあり方についてはどのように考えておられるのか、お尋ねをいたします。

○政府委員(高木俊明君) 今回お願いしております医療保険制度の改正の中では、現行の制度を前提として、国保の財政基盤の安定措置というもの盛り込ませていただいております。

一つには、現在、国保の中に保険基盤安定制度というのがございますけれども、これに投入しております国庫負担の増額措置、それからまた高額医療費につきまして保険者間の共同事業というものをやっておりますが、これに対します地方財政措置の増額措置、こういったもの。それからまた、国保財政の安定化支援事業ということも講じておりますけれども、それに対します地方財政措置の増額、あるいは国保制度の安定化のための配慮、こういったふうなことを講じさせていただいておりますが、これはいづれも根本的な国保制度の

安定化という面から見ますと、なかなかこれでは現行の国保制度が中長期的に安定するということにはならないだろうというふうに私は思っております。

先ほど先生が抜本的な改革の柱としてまして大きく三本柱を御指摘ございましたけれども、これはまさに非常に重要な柱であることは間違いありません。ただ、今の三本柱というのはどうしても、昨今における医療費の増高圧力と申しますか、そういうものに対応するというところに主眼が置かれるものですからこの三本柱がまず来るのであります。私が、私はもう一つ大きな柱として、まさに先生御指摘の国民健康保険の財政の安定、さらには医療保険制度の体系、すなわち保険者間におけるそれぞれのあり方、こういったものをやはりこれから時代に向けて考え直す必要があるというふうに思っておりますし、とりわけそういった中で国民健康保険制度の財政的な安定というものは、これは緊急を要するというふうに思います。

皆保険制度が昭和三十六年に達成されてからもう三十数年たちますが、その間における産業構造なりあるいは雇用形態の大幅な変化、また高齢化の中における年金受給者等の増加等々を考えると、現行の枠組みではやはりこれからの安定した医療保険制度というものはならないだろうというふうに考えております。そういった意味で、もう一つの大きな柱としてまさに医療保険制度の体系をどうするかということについて、私どもとしては抜本的な制度の改革案というものを提案していきたいというふうに考えております。

○尾辻秀久君　もう一回財政の話にちょっと戻らせていただきます。

我が国の財政は、平成九年度末に国債残高が二百五十四兆円に上がりました。主要先進国中最悪の危機状況に陥っております。ですから財政構造改革に取り組みが必要が生じておるわけでございます。

その財政構造改革会議において、社会保障について約八千億円の当然増が見込まれる、しかしそ

のうちの五千億円を超える削減を提言してあるわけでございますけれども、これはやっぱり大変なことだと思えます。先日の委員会の質疑でも随分このことは質疑されましたけれども、私も聞いていて、率直に申し上げて余りすっきりしたお答えでなかったようにも思います。もう一回厚生省の方針を改めて伺いますところでありまして、そして、通告していませんでしたからそうした数字は今お持ちでないかもしれませんが、今度の制度改正で抑制効果というのを随分言われておると思えます。今この部分の中で医療費については抑制効果を随分言われておるわけでありまして、今度の制度改正でどの程度の抑制効果を見込み額と約八千億円と言われる自然増との関係、これは全然別個の話なのか。その辺のところもできることならお答えいただきたいと思えます。

○国務大臣(小泉純一郎君)　財政構造改革会議には私が出席して各府庁大臣、総理にお話ししたんですが、財政構造改革五原則で、将来国民負担率が五〇％を超えない、そして十年度予算は九年度予算よりマイナスにするという大方針を打ち出しております。それに全大臣は従っているわけですが、そういう中にありますから、当然厚生省としても当初は、ことしの暮れの十年度予算編成は九年度、現在の予算よりもマイナスでしなさいということをみんな理解していたと思うんです。ところが、私は、それは無理です、困難ですということとを申し上げたわけですが、

今、一般的政策経費で国民の税金を一番使っている省が厚生省です。その中で、黙っていても年金受給者だけでも約百万人ふえる。これはもう法律で決まっています。それを来年度予算からカットしなさいと言ったら、今までの約束を破ることになる。年金にしても医療にしても、生活保護関係、福祉関係にしても全部法律で決まっていますから、これをマイナスにするんだとしたら今までの約束をほとんど見直ししなきゃならない。現実にそんなことはできないというので、黙って

ても八千億円程度ふえます。でありますから、この八千億円ふえるのをどのくらい切り込むのがいいか、これが精いっぱいだと。

九年度に比べて十年度予算をマイナスにするのはまず困難、不可能と言ってもいいことをようやく御理解いただいて、それでは厚生省は例外として前年度に比べてプラス予算を認める、そのかわり厚生省のふえた分は各省庁はより削減してもらわないと、全体として一般政策経費は九年度に比べてマイナスにならないんです。各省庁にとっては大変ですよ、厚生省のふえた分を、今またふえた予算をより削減しなきゃならないんだから。そこをようやく御理解していただいた。そして、最終的に出た結論が、厚生省は当然増八千億円あるのは理解するが、それを何とか五千億円を上回る削減をしてほしい。ということとは、約三千億円ふえる分は各省庁でかぶりましょうということですね。より以上の削減をしようという方針が出て了解したわけでありまして、

ですから、これから来年度予算編成に向けては、この当然増八千億円の中からいかに五千億円を削減するか、これが最大の焦点になってくると思えます。その中でも、年金関係が約千五百億円、医療関係が千五百億円、社会福祉関係が千億円で、年金関係はもうほとんど削減できません、ずっと前から決まっているわけですから。となりますと、社会福祉関係も千億円の中をどの程度削減するか。補助金等いろいろあります。そして、あと一番大どころが医療費関係です。

結局のところ、五千億円を上回る削減となりまして、一番多く削減しなきゃならないのは医療費関係だと思えます。今年度予算でも、当初政府としては約三千五百億円の削減効果を見込んでおりました。ところが、今、修正案が出ていますから、恐らくその削減効果は半減になるでしょう。この穴をどうするかというのはこれからの問題。それと別に、さらに今度は五千億円近くをこれから見直ししなきゃならない。まずその大部分は医療関係の抜本改革案の中で出していかなきゃ

ならない。大変困難な作業でありますけれども、これに向かって国会が開会したら直ちにその作業に精力的に取り組んでいきたいと思っております。

○尾辻秀久君　それでは、残された時間がわずかになりましたからその時間で、このたび衆議院から送られてきた修正案について厚生省がどういうふうに見ておられるのか、評価しておられるのか、何点かお尋ねをしてみたいと存じます。

率直に申し上げます。質疑をお聞きしております。私たちがもう一回修正が必要である、再修正が必要であると考えております。そういうこと踏まえて、衆議院から送られてきた修正案についての厚生省のお考えを改めてお尋ねしてみたいわけでありまして、

まず、衆議院においては、政府案における薬剤負担については実務上非常に煩雑であるという批判がありました。そこで患者に対するわかりやすさ、それから薬剤使用の適正化に資するという観点、それから医療現場における実務のことを考える、こうしたことを配慮して修正がなされたというふうに聞いております。

その結果どうなったかというと、薬剤負担は日数にかかわりのない定額負担となりました。ところが、この委員会でも盛んに御指摘がございました。日数に関係なくなるとどうしても長期投与がふえる心配がある。それは、先ほど申し上げたように、今回の制度改正の中には、いろいろあるけれども、やっぱり医療費の増大を抑制する抑制効果を持たせようとしておることは事実でありますから、その抑制効果を持たせようとするに対してむしろ逆行するものではないかという御批判も多くあったように私は感じております。

この薬剤負担に日数を入れない定額負担とすることに對する厚生省のお考えをまずお尋ねいたします。

○政府委員(高木俊明君)　このたびの衆議院におきます修正の考え方は、今、先生御指摘のとおりであるというふうに私どもも理解をしております。

す。
一方、日数というものに關係なく定額負担という形になったことに伴う弊害というものが指摘されておることも私ども十分承知をいたしております。

御承知のとおり、政府原案はなかなか煩雑だ、実務的に非常にややこしいという御指摘で修正になったわけでありまして、政府原案では日数も種類数も両方加味するような形になっておりましたが、そういった意味では、日数が加味されることによって計算は現在の修正案に比べるとよりその分だけは確かに手間暇がかかると思いますけれども、ただ、それぞれ薬剤使用の適正化という点で考えますと、むしろ日数というものも加味された方が適切かなというふうに思っております。

ただ、衆議院の修正案の場合は全く加味されていないというわけではありませんが、いわゆる平均的な日数で割り切ったということでありまして、で、それぞれ長所、短所あると思いますけれども、私どもとしては、今回参議院におかれましていろいろな修正の議論が与党内でございまして、そういった結論というのを見きわめて対応させていただきたいと思っております。

○尾辻秀久君 今まさに平均の投与日数を勘案したと言われました。たしか十二・五日じゃないかと思いますが、それであればむしろ十二・五日で割って一日幾らになるという数字を示した方がいんじゃないかなと私は思うというのを、これは私の意見として申し上げておきます。

もう一つ御指摘がありましたのは、日数の要素を考慮していないために短期間投与された薬については薬の実費よりもむしろ負担額の方が大きいという場合が出てくるんじゃないか、こういう言っているの逆転が生ずる問題についての御指摘もいろいろございまして、これについては厚生省はどのように見ておられますか。

○政府委員(高木俊明君) これは平均の投与日数十二・五日という格好でありますから、そういった意味では、それよりかなり短い処方の場合、あ

るいは薬の値段が非常に安い場合、実費よりも一部負担の額の方が上回るというケースがございまして、

そういった意味では、これは衆議院の委員会の中でもいろいろ御指摘がございました。私どもとしましては、この問題については委員会の御議論を踏まえまして十分研究させていただきたいというふうに申し上げてきたわけでございまして、やはりこの点についてはそれなりの対応というものが、衆議院における修正案の原案では必要ではないかなというのを私どもとしても念頭に置いて考えてきておったわけでございます。

○尾辻秀久君 さらにもう一点お尋ねいたします。これは私自身も小児科の先生方から、随分多くの先生方から言われました。小児の医療というのは複数種類の薬剤を短期間投与する。ですから、今のこのやり方だと随分薬剤負担が重くなってしまう。少子化時代で何とかしなきゃいけないと言っているときにこれは何だというのが小児科の先生方の御指摘でありまして、これも言われてみればもっともだなと実は思っておるのであります。が、何か配慮が必要じゃないかな、こういうふう

に思い、厚生省はどういうふうに見ておられるかお尋ねするわけであります。

○政府委員(高木俊明君) まさにただいまの御質問と関連するわけであります。平均投与日数を基本に考えておる、それからまた非常に低廉な価格の場合には実費よりも一部負担額が上回るというのが顕著にあらわれるのがこの小児科のケースであるということでございます。そういった点から、これはちょっと対応をきちっとすべきではないかということで小児科医学会が中心になっていろいろな御指摘が出てきたというふうな理解をしておるわけでございます。

これはいわゆる子育てに對します社会的な支援というふうな観点から、子供についても医療費における負担の軽減を図るべきかどうかという観点の問題と、それからもう一つ、今回の薬剤の御負

担をお願いすることに伴う、またその仕組みに伴うただいま出てまいりましたような矛盾点なり問題点というものと一応二つの視点があるかと思えますけれども、やはり今回の薬剤負担に伴う矛盾点という面ではそれなりの配慮ということが必要であるというふうな思っております。子育てに對する社会的な支援というふうな観点からこれを考えるかどうかということになりますと、私ども、今回一部負担をお願いするに当たりまして、そういった意味での特段の配慮というものはいたしておりません。

医療保険制度というものの性格からしまして、一般的にそれぞれの対象というものを区別することなく御負担をお願いしておるというふうなことがございまして、ですからこのような形をお願いをしておるわけでございますが、この辺につきましては、この委員会におきます御審議等を踏まえ、その結論が出ましたら私どもとしてもそれに對して適切な対応をさせていただきたいというふうな考えております。

○尾辻秀久君 残り四分になりましたから、あと一問だけお尋ねいたします。

高齢者の薬剤負担についても多くの御指摘がございました。申すまでもなく、高齢者というのは長期の療養を要する慢性疾患が多いわけでありまして、こうした皆さんに対する薬剤負担についての配慮、特に低所得の高齢者には何らかの配慮が必要でないかと御指摘がありましたけれども、この辺についての厚生省の御見解を伺っておきます。

○政府委員(羽田信吾君) 高齢者の患者負担につきましては、お話しした薬剤負担につきましては現在御提案を申し上げておりますのは若人の場合と同様の負担をお願いするというようにしております。したがって、その中で一種類の場合には負担を要しないといったような配慮は既に織り込まれておりますし、また高齢者の一部負担全体につきましては、若人の方々の場合の半分以上の水準にしていること、あるいは高齢者の負担のしやすさ

というふうな点でいろいろな定額負担、あるいは外来についての月五回目以降の定額負担を要しないといった配慮等々をやっておりますので、全体としてはお願いをできるころの枠ではないかなというふうには私ども考えて提案を申し上げておるところでございます。

今、先生お話しございましたように、特に外来の薬剤負担については高齢者という点を配慮し、低所得の方々に對する何らかの配慮をすべきであるという御議論は先般来ございましたし、今、先生からもそういうお話がございました。ここににつきましては、さらにこの委員会での御議論等を踏まえまして私どもも対応を考えてまいりたいというふうな考えております。

○尾辻秀久君 最後に何点か御質問いたしましたのは、御質疑をお聞きいたしておまして、私どもも再修正が必要ではないかと考えている点についてお尋ねをいたしました。今の厚生省のお考えもお聞きいたしましたので、私どもも再修正案を出したいつもりでありますから、明後日の委員会で御審議いただきますようお願い申し上げます。

○渡辺孝男君 平成会の渡辺孝男です。

先週の日曜日に、各界を代表される方々から、現在審議しております健康保険法の改正についていろいろ貴重な御意見をお聞きしたわけでありますけれども、その中で、薬剤費の別途負担というものにはやはり根拠に欠けるのではないかと、いうような声が多かったと思えます。積極的にこれを進めようというふうな意見は余り見られなかったのではないかと、いうふうに思っています。薬剤費の別途負担の中身をどうこうというよりも、診療報酬の中に薬剤というものは当然含まれておりますので、そういう診療行為のほかにまた新たに別途負担を設けるということに対してはやはりいろいろな公述人の方は種々の疑問を呈していたと、そのように私は理解いたしました。

もしこういう別途負担というものが将来また違った形であらわれれば、例えば末期医療費が非

常に高くなるということで、じゃ終末期医療別途負担というのは将来つけ加えられてくるのか、あるいは検査機器が非常に高額なものになりまして、その検査費用も高くなってくる、じゃ検査費用の別途負担というものを将来認められてくるようになるのか、そういう根本的な別途負担を設けることに對しまして、やはり根本的な疑問というものが提示されているのではないかと、いふうに私自身は理解しております。

今回の薬剤費別途負担に對しまして、やむを得ず緊急避難的にもし行うのであれば時限立法で何年間と区切つてやるべきだといふような意見も出されたわけですが、その計画が見えなければ何年間の時限立法にするのかといふことも当然わからないうわけで、そういう意味では時限立法にしてこの薬剤費別途負担をするといふこと自体も少し疑問が残るのではないかと、いふうに考えます。

新聞報道によりますと、つい先日までまた薬剤費の別途負担の再修正が行われるといふような記事が載つておりました、きょうその再修正の案が出されたわけですが、私自身は、そういう別途負担といふのは根拠のないもので、すべきではないといふうに、やはり抜本改革を先行すべきであるといふうに考えるわけですが、別途負担といふことが必要であるといふ立場から考えれば、再修正が出てくるということでありましたので、その再修正、僕が新聞で見ておりましたのは、一処方当たり一種類は無料、二種類、三種の薬剤の場合は一、三十円、四種類、五種類の場合は一日当たり六十円、そして六種類以上の場合は一日当たり九十円として、日数を掛けて別途負担をお願いしたいといふような案が出るのではないかと、いふうな新聞報道でありました。

もしそういう形であれば政府の原案、それから衆議院で行われました修正案、そしてまた私が述べましたような再修正案が出た場合に、診療報酬上の変化といひますか、医療保険制度の財政効果がどのように変わってくるのか、そこをもし厚生

省の方で試算されておりましたらば教えていただきたい、そのように考えます。また、抜本改革につながるのかどうか、それを再度検討してみたいなと私自身は思いますので、もし試算がありましたらお教えいただきたいと思ひます。

○政府委員(高木俊明君) ちよつと長くなって恐縮でございますけれども、今回薬剤の一部負担を新たにお願いしておりますが、一部負担といふものの性格をどう考えるかといふ場合に、まず基本的には、相扶共済制度である医療保険制度の中で、受益と負担の公平という観点から、受益を受ける際に一定の一部負担をお願いするといふのが非常に基本的な考え方としてあると思ひます。

今回の薬剤の一部負担につきましては、そういった中で、やはり我が国の医療費に占める薬の割合といふものは非常に高い、なかなかこれが下がらないといふ問題が指摘されておるわけでありま。我が国は非常に薬の使用が多いのではないかと、それからまたいわゆる高薬価の新薬にシフトする傾向がある、そういったことで医療費を圧迫しているといふことがあるわけでございます。

そういった中で、この薬の使用の適正化を図るというふうな観点から、これはもちろんこの一部負担で完璧にできるといふことではありませんけれども、一つの方策として、このたびの一部負担をお願いすることによって薬の使用の適正化を図りたいといふ面がございます。それから同時に、非常に窮迫している財政状況でございますので、そういう財政効果といふ面を考えているといふことがございします。それら等を勘案いたしまして、このたび新たに御負担をお願いすることにしていくわけでございます。

そこで、この薬剤に係る一部負担に關係します財政効果でございますけれども、衆議院の段階で修正されたことに伴つて、政府原案と比べてみた場合であります、平成九年度満年度ベースで見ますと、国庫負担で五百二十億円の悪化といひますか、財政効果がその分だけ縮減されてしまつております。

そこで、現在、与党内で検討されておりますいわゆる参議院段階における再修正と申しますか、その案、これは私どもが御聞きしたあれでは、一日につき一種類の場合にはこれは取らない、それから二種類から三種類の場合には一日当たり三十円、それから四種類から五種類の場合には六十円、それから六種類以上については百円といふことで聞いております。それからまた、六歳未満の乳幼児についてはこの薬剤の一部負担を取らない、それからまた低所得の高齢者についても薬剤の一部負担を取らない、こいうようなことが御議論されているといふうに聞いております。

これらを全部合わせますと、平成九年度の満年度ベースでさらに八十億円ほど国庫負担ベースで財政的には効果が縮減されるといふうに考えておりました、合計いたしますと、政府原案に比べますと平成九年度満年度ベースで約六百億円ほどの国庫負担が縮減される結果になるといふうに見込んでおります。

○渡辺孝男君 私が新聞で見たときには六種類以上の場合が九十円となつておりました。きょう提示されました修正案では百円ですか、それより少し負担が多くなつてゐるので、また数値は少しは変わってくるのではないかと、いふうに考えます。

以前の審議のときに、そういう薬剤費の負担増を含めました患者さんの負担増と、それから保険料の負担増のほかに波及効果といひますか、そういう診療を抑制するための効果といふようなものも加えられて医療費の総枠が抑制されるといううなお話を聞いておりますけれども、その波及効果に關しまして、前の試算では、衆議院から通つてきました修正案では、平成九年度ですと、患者さんが受診抑制等を行つて起きる波及効果といふのが四千百億円といふうな試算がされておりますけれども、先ほど私が申し述べました再修正案であります、やはりその波及効果といふものは変わってくるのかどうか。それから、波及効果を計算する場合、どういふものを足し合わせて波及

効果といふうに厚生省の方は考えていらつしやるのか、そこをお教えいただければと思ひます。

○政府委員(高木俊明君) いわゆる波及効果といふ際の計算であります、これはこれまでの経験則から専門家が割り出した一定の数式がございします。長瀬効果とか計数とか言つておりますが、これは一部負担の額が、あるいは一部負担の割合がふえることによりまして医療費が縮減される、こいう経験則がございします。それを長年の経験の中で一定の数式化したものでございしますけれども、今回また再修正が行われますと、先ほど申し上げましたように、トータルとしては国庫負担ベースで約八十億円ほど平成九年度満年度ベースでは縮減されますから、こいう意味で一部負担の額がその分だけ要するに軽くなる形になりますので、衆議院段階における修正に伴う波及的な効果といふのは四百百億円と申し上げましたが、これがもう少し少なくなるといふうに考えております。

○渡辺孝男君 波及効果を算出する場合のファクターといひますか、因子といふようなものは何種類かあるのでしょうか。経験則でいふことでありますけれども、僕もこつと経験則といふのがどういふファクターを足し算掛け算してやるのかわからないんですが、何種類か分析される因子といふようなものはあるのでしょうか。

○政府委員(高木俊明君) ちよつとここに持ち合わけがございせんけれども、いわゆる数式化されておりました、その中に一定の一部負担の割合といふものを係数に當てはめて計算したものでございします。それで、例えばお年寄りの場合と一般の方の場合とでも状況が違つてくるといふうなことがございします、何式か、それぞれ対象者によつて式が違つております。

手元に今届きました。これ相当大きっぱであります、こいわゆる長瀬式の原型を申し上げますと、こつと細かくて恐縮であります、数式としましては、Yイコール、このYと申しますのは……

○渡辺孝男君 要因だけで結構です。細かい数値は……

○政府委員(高木俊明君) y というのは医療費の水準であります、 $y = 0.760x - 0.678x + 0.918$ 、こんな式がございまして、この x のところに患者負担の割合というものを代入する、いわゆる給付率を代入する、こういうふうな計算式になっておりまして、この x の前の係数がそれぞれこれまでの過去の経験則で割り出した係数であるというふう聞いております。

○渡辺孝男君 そうしますと、係数は別にしまして、患者負担の割合だけが変化する数値というふうなことになりますか。先ほど年齢によっても違うんだというふうなお話もありましたけれども、後で数値にしましてはまたお教えいただきたいと思ひます。

それでは、次の質問に移ります。

医療保険制度の財政がかなり厳しくなってきたと、やはり抜本改革をしないとこれから医療保険制度そのものが崩れてしまうということでありまして、やむを得ず国民もある程度の応分の負担をということでこの改正の法案が出てきていると思ひます。そのように国民の負担増を求めるのであれば、前々からもう何回も指摘されていると思うんですけれども、政管健保の繰り延べ金ですね、八千二百億円あるんだということを言われております。先日質問で大蔵大臣にお伺いしたわけですが、やはりそれを返却する見込みが全然示されておらないということでありまして。

また、そのほかに、平成四年の医療保険法改正のときに政管健保に對します国庫補助率を千分の百六十四から千分の百三十まで下げたわけですが、これもこれはまた将来政管健保の財政が悪化した場合には国庫補助率を引き上げるというふうな趣旨の決議もされているということでありまして、国民にこれだけ二倍から三倍に医療費の自己負担増が行われるのであれば、やはり政管健保の財政を立て直すためにきちんと約束どおり借金は返してもらうというふうなことが当然必要ではない

いか、あるいはもう少し国庫補助率を上げるべきだ、それも約束ではないかという議論がずっとあったわけで、それに対するなかなかいい回答が得られないということでありまして。

ここでもう一度、いつごろなのかということ、大蔵省の担当の方、いらっしゃっていらっしゃらばお答えいただきたいと思ひます。

○説明員(丹呉泰健君) お答えいたします。

政府管掌健康保険の国庫負担の繰り延べの返済につきまして、先般の本院議で大蔵大臣から答弁したところでございまして、まず八年度の補正予算におきまして千五百四十三億円の返済に着手したところでございまして。

今後の返済につきましては、私どもといたしましてはできるだけ速やかに返済できるよう引き続き誠意を持って努めてまいりたいと思ひておりますが、御案内のように、異例に厳しい財政事情のもと、例えば十年度におきましては、一般歳出を九年度に比へましてマイナスにするなど、引き続き財政構造改革をより推進していかなくちゃいけないという厳しい状況にございまして、将来の返済につきましても具体的に約束することは困難であるということは何とぞ御理解いただきたいと思ひます。

私どもといたしましては、政管健保の財政事情が厳しいことを念頭に置きまして、今後とも返済財源の確保に最大限努めまして、できるだけ速やかに返済できるようさらに努力を傾注してまいりたいと思ひております。

それから、第二点目の御質問の政管健保の国庫負担の件でございますが、平成四年の改正法の附則の検討規定におきまして、政管健保の中期の財政運営の状況等を勘案して、必要があるときには国庫補助規定についても検討を加えることとされております。

現在、社会保障の予算の中で医療関係の国庫負担は平成九年度では六兆六千億を超える巨額に達しております、一般歳出の中でも非常に大きなウェイトを占めており、さらに引き続き十年度に

おいても自然増が非常に大きいというような状況にございまして。他方、国の財政事情は非常に厳しいという状況にございまして。

このような状況の中で、昨年末の医療保険審議会の建議におきましても、医療費に対する公費負担については、国や地方の財政構造が著しく悪化している現状ではふやしていくことには限界があると思ひておられるところでございまして。

以上を踏まえまして、政府管掌健康保険の国庫負担率を現行以上に引き上げることが大変難しい状況にあるということをお断りさせていただきます。

○渡辺孝男君 やはり国民も消費税のアップとかかなり家計が厳しいところで生活しているわけでありまして。政管健保を含めた医療保険制度の財政を改善するためにということで今回国民にも負担増を求めているわけでありまして、その財政悪化の一因子ともなっております。返済が滞っている、国庫負担金の方が繰り延べされているということは非常に大きな問題で、国民もなかなか納得できないのではないかとこのように考えるわけでありまして。早急に返済の計画を国民に対して明らかにしてほしいということを再度お願いして次の質問に移させていただきます。

先ほど尾辻委員の方からお話がありました、政府・与党の財政構造改革会議の論議で社会保障関係費、これからはそこにもメスを入れて削減していくんだというお話であります。当座、高齢・少子化というのはどうしても抑えることができないものでありまして、それに伴う自然増が約八千億円。そして、それを五千億何とか減らして三千億プラスになるので、ほかの予算から見れば厚生省は頑張っているというふうな、小泉厚生大臣のそのようなお話もありましたけれども、五千億を減らすというのは、それもあくまでも自然の当然ふえてくる費用でありまして、それを五千億減らすというのは本当に大変なことではないかとこのように考えております。

社会保障費のどういう部門のどういう内容をどの程度抑えていくのか、そういう分野ごとの抑制を図られる案といえますか、政府の方の計画が見えておりましたならば、そのところを大蔵省の方からお聞きしたいと、そのように考えております。

○説明員(丹呉泰健君) お答え申し上げます。先般の財政構造改革会議で決定され、さらに閣議決定もなされました「財政構造改革の推進方策」におきましては、今世紀中の三年間を集中改革期間と定めまして、その期間中は一切の聖域なしで歳出の改革と削減を推進することとされております、社会保障関係費もその例外ではございません。社会保障関係費は、その大部分が義務的経費でございまして、その当然増の抑制につきましては、医療、年金、福祉といった各分野での制度改革を行うことが必要であるなど、その改革は容易でないと考えております。

今後、具体的にどういった改革を進めていくかということにつきましては、財政構造改革会議の報告を受けまして、その中で提示された具体的な改革あるいは歳出削減の方策につきまして、厚生省の方で概算要求までに御検討いただくということになると思ひますが、私どもといたしましては、先ほど小泉大臣からも御答弁がございましたように、当然増の大宗を医療関係予算が占めていることからかんがみれば、十年度におきましても医療保険制度の改革に着手いたしまして、医療関係の伸びの抑制をしていくことは必要であると考えております。

○渡辺孝男君 以前から医療費に對しましては厚生省も、経済成長が鈍化していくに従いまして、やはり高齢・少子化に伴って医療費の方はどんどんふえてくるということで、医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲内に抑えるという基本方針を立てて取り組んできたというふうな言われておりますけれども、我々医療現場で働いておりますと、余りにも財政論議が先行しまして、国民の必要な医療というものが抑制されてしまうのではないかとこのようにいつも懸念をしておったわけであ

りますけれども、国民医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲内とするという基本方針を出され、またその理由といえますか、根本的な理由につきまして厚生省の方からお伺いしたいと思ひます。

○政府委員(高木俊明君) これは医療だけではありませぬけれども、社会保障制度全般について言えると思ひますが、この社会保障制度というものの内容の充実には、当然のことながらそれを支える経済の発展充実というものが不可欠でございます。そういうふうな考えますと、やはり経済と調和のとれた社会保障制度ということを考えていきませんと、これは結局は最終的に国民が負担するわけでありませぬから、破綻に結びつくということになるのではないかとこのように思ひます。

かねて高度経済成長が望めた時代、この時代においては何かとそういう中でもやりくりの中で、またあるいは借金政策の中でその財源というものを支えてきたというふうな考えられるわけでありませぬが、これからまさに子供が少なくなる、そして高齢化の社会が来る、そういうような社会を前にして考えてみた場合に、やはり現在の財政構造の改革、これは不可避であるというのが今のまさに政府の方針であるというふうに思ひますし、まさに我が国の子供や孫の時代に明るい展望のある我が国というものを引き継いでいかなきゃならないということが、政治におきまして喫緊の課題ではないかと言われているわけでございます。

そういった中で、医療保険について見てみますと、これまでの経済の伸びと医療費の伸びというものを比べてみますと、医療費の伸びの方がかなり上回った時代の方が長かったように思ひます。これではやはり健全な医療制度の発展は望めないというところで、昭和五十九年ごろから厚生省としても経済の伸びとの調和のとれた医療制度というものを考えまして、医療費の伸びというものを国民所得の伸びの範囲内に極力おさめるように制度というものを考えていこう、そのためには制度

に内在するむだというものを極力排除して、そして限られた医療費財源というものを効率的に使っていく、こういうことが必要である、こういうふうな考えてきたわけでありませぬ。

そういうようなことで、やはりこれまでもこのような目標というものを掲げながら政策努力をしまつてまいりましたわけでありませぬけれども、これからいよいよとそういう意味での制度的な構造的な配慮といひますか、国民所得の伸びとのバランスのとれた制度になるようにつくっていくかと思ひます。面がますます重要になってきていくというふうな思ひます。ただ、これからの高齢社会というものを考えますと、これはなかなか難しい面がございますけれども、やはり新しい時代に向けて私ども知恵を絞ってそういうような制度というものを構築していかなければいけないと思ひますし、また広く国民の皆様方にもそういう点についての御理解を十分得ていかなきゃいけないというふうな思ひしております。

いづれにしましても、この医療費につきましては国民が何らかの形で負担をするわけでありませぬから、そういう意味での調和のとれた負担ということはますます重要になってくる、このように考えております。

○渡辺孝男君 これまでの方針としましては、そういう国民医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲内におさめていくという基本方針があったということでありませぬ。

そうしまして、今度の政府・与党の財政構造改革会議の中で、またもう一つそういう抑制の数値が出てきたのではないかとこのように考えます。それは社会保障費でありませぬけれども、高齢者数の増によるやむを得ない影響分、全体の二％程度以下に抑制するという、またそういう上限を抑えるような目標というものが新たに加わってきたのではないかと。そういう自然増が二％ぐらい起り得る、高齢者の増加に伴って起こってくる。しかし、それよりもさらにまた社会保障費を抑えていくんだと。当然、社会保障費の中で抑えるべ

き一番ターゲットとなっているのが医療費でありますので、その医療費も当然二％自然増よりもさらに今度低くなるということではないかなというふうに解釈しまして、新たなまた上限抑制の目標が加わったのではないかとこのように考えております。

そうすると、前に小泉厚生大臣にも質問したんですが、適正な医療と過剰な医療、過剰な医療は当然抑制されてしかるべき、しかし国民が必要とする適正な医療は当然今後も維持していかなければならない、その境界がなかなか難しいということでありませぬけれども、この二％というまたさらに上限が加わりますと、本当に適正な医療が保たれていくのかどうか非常にまた懸念を抱くわけでありませぬ。その高齢者数の増によるやむを得ない影響分、全体の二％程度以下に抑えていく、これは医療費に關しまして二％以下に抑えていくことに直結することになるでしょうか。

その点に關しまして御見解をお伺いしたいと思ひます。これは大蔵省の方に質問させていただきます。

○説明員(丹呉泰健君) 財政構造改革会議の報告では、ただいま先生御指摘のとおり、社会保障の対前年度の伸率を高齢者の数の増によるやむを得ない影響分、全体の二％程度以下に抑制するというところで、これは社会保障関係費全体につきましの言及でございます。社会保障関係費の中には当然医療費、それから年金、福祉等々ございまして、全体でございまして、この基本原則の全体の二％というのが直ちに医療の伸びになるわけではないというふうに私どもはこの報告を理解しております。

○渡辺孝男君 ただ、一番抑制されるターゲットは医療費の方になっておりますので、社会保障費は医療費ではないかというふうに考えておりました。その点で医療費の方の抑制がどんどん強くなってくるのではないかとこのように考えておりますが、その点に關しましてもう一度御見解をお

伺いたいと思ひます。

○説明員(丹呉泰健君) 厚生省の方から出されております十年度の社会保障関係費の自然増は約八千億円超というところでございませぬが、その内訳を見ますと、年金が千五百億円程度、それから医療が五千五百億円程度、それから福祉等が一千億円という状況になっております。

年金につきましては、財政構造改革会議の報告におきまして、財政再計算は十一年度ということになっております。したがって、特に十年度ということ念頭に置いた場合には、この八千億の当然増を三千億円程度に抑えるためには、先ほど大臣の方からもお話しございましたように、やはり医療のところで伸びの抑制を図っていく必要があるのではないかとこのように思ひます。

○渡辺孝男君 先日、日本世論調査会が世論調査を行っておりまして、五月三十一日と六月一日の両日に実施しておりますけれども、この社会保障費に關しましてどう国民が考えておられるか、そういう世論調査があります。

その回答があった部分をちょっと一部分読ませていただきますが、「急速に高齢社会が進み、年金など社会保障費の増大が予想されます。あなたは、高齢社会における福祉と、その財源について、どう思ひますか。次の中から一つだけお答えください。」という項目でありまして、国民が社会保障費の増大と財政に關しましてどういふ意見を持っていたらいいかというところで一番多い回答を示されましたのが、「福祉以外の歳出を抑えて社会保障費に充てる」、福祉をカットするのは一番最後にすべきであるという御意見の方が一番多く、「福祉の水準を維持するため、使い道を社会保障に限った目的税を導入する」というのが二番目に多かった回答であります。三番目に、「福祉水準を切り下げても、消費税などの負担増を抑える」べきというものが八・四％。近年、高福祉・高負担の社会から中福祉・中負担の社会、そういうものを求めているというふうに、政府の

めますと七百億円あれば無料化ができるんだというお答えでありましたけれども、今後そういう貴

重大な事な子供さんを育て上げ、そしてまた若い夫婦世代を支援するためには、やはりこういう小児の医療費の無料化というものも念頭に置いていかなければならないのではないかとこのように私自身は考えております。

小泉厚生大臣、今後政府の取り組みとしましてこういうことを計画されているか、あるいはどういうふうにご供さんの医療費無料化に取り組んでいくか、そういう御見解がありましたらばお教えいただきたいと思っております。

○国務大臣(小泉純一郎君) 三歳児未満の乳幼児に対する医療費を無料化すると四百億円かかる、六歳児までで七百億円ということ考えますと、今十六兆円というお金が何の政策事業にも使われないで借金の利払いに回っている、いかに我々はひどいことをしてきたか、これは深刻に考えなきゃいけないと思っております。

ただ国債を買ってまあ、借金をしよう、増税はできない、歳出は削減できない、借金をしよう、景気がよくなったら返せばいいじゃないかと。景気がよくなってきたら所得減税に回そう、公共事業に回そう、もっと景気がよくなればそのとき借金返せばいいじゃないかと。気がついてみたら二百五十四兆円借金している。毎年十六兆円以上のお金がただただ国債を買ってくれる人の懐に行っちゃう。ここに気づいたからこそ、これはとんでもないことをした、借金は若い人に対する増税と同じだ、後の人のことを考えなきゃいけないということで行政改革、財政構造改革が始まっているわけでありまして。

当然、経済成長がどんどん進んで税収も上がってくれば、私は、乳幼児に対しても、高齢者に対しても無料なり軽減化というのはいいいと思います。かつてしてきたことです。ところが、低成長に入り、もたないということだんだん一部負担をお願いすることになってきた。

しかし、現在、そういう中であらゆる制度に聖域なしということで改革をしていかなきゃならぬ、ツケを若い人に残しちゃいけないということ

で、今一切の聖域なしで改革に取り組んでおりますが、今後医療費に関しましては、高齢者のみならず乳幼児に対しても配慮が必要でないかという意見を私も十分感じております。将来、これから抜本改革の上において、乳幼児に対して一定の配慮というものは検討していきたいというふう

に考えております。

○渡辺孝男君 また別な質問になりますけれども、六月二十日よりデンバー・サミットが始まるということでありまして、橋本総理は昨年のリヨン・サミットにおきまして世界福祉構想というものを訴えました。各国に日本の取り組み方というものを訴えて、先進諸国であります今後ますます高齢・少子化が進んでいくと思っておりますけれども、そういう諸国に対しまして、また開発途上国に対しまして、日本のこれまでの福祉関係、今問題になっておりますのは医療でありますけれども、医療に関しまして日本がどういうふうに取り組んで、どういう成果を上げてきたか、そういうものを恐らく参考としてお示しになって、今後の先進諸国、他国に何らかの益するものがあるかどうか、それを訴えていくような形になるのではないかと思っております。

日本の場合、これまで国民皆保険制度のもとで世界最長寿命国をつくり上げたということでありまして、また乳幼児の死亡率というのも一番低く抑えてきたと。しかも、GDPに対する医療費というものは先進諸国から見ると低い方で抑えてきた、そういういろいろな成果が出ているわけでありまして。

今後、日本が今度は高齢・少子化になりまして、そういう制度を変更していく、改革していくというふうな段階に入ってきているということでありまして、そういう点に関しまして、橋本総理は恐らく何らかの訴え、こういうふうな日本は改革していくんだ、今までの制度はよかつたけれども、やはり抜本改革が必要であって、それに対してこのように取り組んでいくんだというふうなお話をされるのかなというふうな考えてもいるわけでありまして。

きょう、橋本総理はここにおられますので直接お聞きすることはできないわけですが、今後の世界福祉構想というものを積極的に日本はリーダーシップをとって考えていくというふうな立場にあるというふうな思われますので、小泉厚生大臣に橋本総理からいろいろ御相談ないし今後のデンバー・サミットでの取り組みに関して打ち合わせといえますか、そういうものが行われているのではないかと私は思っております。

デンバー・サミットに向けて、特に世界福祉構想というのに関しまして日本は世界に対してどのようなアピールをしていくのか、その点にしまして小泉厚生大臣に橋本総理から何らかの御相談ないし意見表明の構想といえますか、骨格みたいなものが示されているのかどうか、その点にしましてお聞きしたいと思います。

○国務大臣(小泉純一郎君) 橋本総理は社会福祉に実に熱心な総理でありまして、昨年十二月も沖縄県で東アジア社会保障担当閣僚会議というものを開催して、社会福祉、社会保障制度に関する経験なり知恵を共有しながら今後の社会福祉の充実を生かしていくというじゃないかという会議が開かれました。総理も出席し、私も出席し、各国の社会福祉担当大臣初め代表が出席されて熱心にそれぞれの国の実情を考えながらの福祉制度の進展なりこれからの抱負なりを語り合いました。大変有意義な会合だったと思っておりますが、総理は既に昨年のリヨンにおける先進国サミットにおいても世界福祉構想を提唱しております。

今月二十日からアメリカのデンバーで開催される主要国首脳会議、いわゆるサミットにおいても、昨年総理が提唱した世界福祉構想を踏まえて、人口の高齢化や感染症・エイズ問題が議題の中に含まれる見通しだと伺っておりますが、その具体的な内容については今調整中でありまして、今この段階で申し上げる状況にはないということをお話させていただきます。

○渡辺孝男君 ほかの国に対しまして日本の経験をお知らせして、今後の高齢・少子社会に悩んでおられる先進諸国に対しまして有益な提言といえますか、そういうことができれば非常に素晴らしいことではないかというふうな考えます。

橋本総理が昨年のリヨン・サミットにおきまして述べられたことでもありますけれども、日本としても、自分たちの体験の中から他の国々に生かしていけるような体験をまとめて今回のデンバー・サミットに伝えていきたいというふうなことを昨年の記者会見で述べられておりましたので、非常に私としては期待している次第であります。

話は変わりますけれども、本日、こういう健康保険法の再修正案が出てきたわけでありましてけれども、これが本当に国民のためになることなのか。日本のこれまでの皆保険制度、いつでもだれでもどこでも適切な医療を受けられるというすばらしい皆保険制度のもとで日本はすばらしい成果をおさめてきた。先ほども述べましたけれども、最長寿命国を達成した、そして乳幼児死亡率を最低のレベルに下げたというふうなことがありますので、その骨格をどのように維持しながら改革を進めていくのかということがやはり各国にとっても注目的ではないのかというふうな考えます。

今回、また修正案というのが出されてきますけれども、それに対しましてやはりそういう根本的なところから検討を加えて有意義な審議をしていきたい、そのように考えております。

以上で私の質問は終わりにします。

○山本保君 平成会の山本保です。これまでも質問させていただいたことが、その中で疑問に思ったことなども含めて、通告をしておきながら時間の関係で割愛せざるを得なかったところもありましたので、そんなことをお聞きしたいわけですが。

その前に、今、渡辺先生からもお話ありましたけれども、何か修正案が出されてくるということでは、またそのための時間もとってあるということでは内々聞いておりますので内容についてはそのときお話しするとしても、先ほど尾辻先生の

方からまさにアリバイづくりというような形で、先生はいつも非常にさわやかに御質問されるのに、きょうは明らかに原稿を読んでいるんですよという形で言われたというの、これはもう本人もふんまんを持っておられるんじゃないかという気がするわけでありませうけれども、あらかじめこの委員会という話があったという形をとって急遽修正案を出す、こういう手法はやはり参議院としては非常に面白くないやり方だと思えます。(「考え過ぎだな」と呼ぶ者あり) 考え過ぎだというお話があるかもしれませんが、私はそう思わざるを得ないわけでありませう。

この前申し上げましたけれども、院の中で修正されていくということは、これは民主主義としては非常に結構なことではあります。しかし、今回の場合は与党の中での整理がうまくつかなかったと。それはまさに今の政治状況の中でそうなってきたということでありまして、安保問題だけが特に新聞などで取り上げられますけれども、こういう国民生活に直結するような問題についても同じような問題があるということでございます。ぜひ厚生大臣、政治家としてこの辺についてはよく考えていただきたいと思います。

それは最初の前置きですが、そこで一つだけ確認的に申し上げますけれども、私どもは、今回の修正案に出してきたような別途負担を持つ、今までのような一部負担に加えて薬剤費などを持つということについては、先ほど渡辺先生からもはっきり指摘がありましたように、基本的に賛成できないと思うわけでありませう。

一部負担というもので今まで取ってきたのであれば、考え方がすれば、その薬剤分その他については何らかの査定をしてこれまでの一部負担のところから除くという手法をとらなければ、当然国民の了解を得られないだろうと思えます。もとより、もって持っていたのだのであるというのであれば、そういうふうにはつきり出さるべきであって、薬剤についてというふうな言い方をされませう、結局今回の修正案騒動のように

矛盾が出てくるということだと思えます。

また、出すにしても、このような形で修正案が出てきたということは、参議院議員の一人として申し上げれば、衆議院は一体何をやっていったのかということでありまして、参議院で修正する場合に新たな修正案が出てくるということについてはともかくとしまして、衆議院で修正したことをまた再修正しなければならぬというふうなことは全くおかしい話だというふうに思えます。(「民主主義だからおかしくないよ」と呼ぶ者あり) まあそのとおりですね。ですから、出すにしても、そんな不合理なものを出しては困ると思えます。

そこで、一つこれは通告していなかったこととございますが、先ほどの渡辺先生の議論の中で局長が抑制効果について細かい数式を言われました。結局、渡辺先生が総括されましたように、抑制効果については患者負担率の割合だけが因子だということが明らかになったわけでありまして、これは考えますとまことにおかしいこととでございます。医療費が下がるかどうかというのが患者負担費だけで決まるというのは全くおかしいわけ、この先生方がすぐ考えられまして、例えば情報開示はどの程度なされていて、どの段階、どの分野における情報開示でチェックをするとか、また薬価差益の幅をどのぐらいの割合に抑えるとか、技術の評価指数をどうするかとか、いろんな検査機器の技術化、高度化というふうなものをどういうふうに入力するかとか、もっと単純には病床数はどうかとか、こういうものでも説明されているはずだと思ふんですね。

ところが、それを先ほどの説明では一部負担だけふやせばなるという、もともとそういう数式というのか、それをもとにして考えているということが明らかになったわけでありまして、これは全くおかしいのではないかと。最初からもうそれならば、抑制効果を出すというなら、じゃ一部負担をするんだという、そのことを言っているだけにすぎない。もしそういう方式しか使っていないとすれば、もともと根拠自体が全くおかしいと思うんでございませう、局長、この辺をどうお考えでございませうか。

○政府委員(高木俊明君) 委員御指摘の、ちょっと物の考え方なのでありますが、いわゆる一部負担がふえることに伴う医療費の波及的な効果はどのぐらいかという意味で申し上げておるわけでありまして、抑制効果を出すためにどういう手法があるかということではありませぬのでそこはちょっと誤解があると思はれます。その点について再度申し上げます。

○山本保君 本来ですと、それではどういふふうに全体の抑制効果というふうな話を持っていかなくちやいけなと思ひますけれども、きょうは私も通告しておりましたのでそういう準備もないかと思ひます。もしあれば言っていたきたいんですが、特に今の考え方だけをお伺いするということ、私はきょうはこの質問についてはこれ以上深入りしませんが、ぜひそこはわかりやすい全体像を見せていただかないといけません。うふうに思っております。まだ一日あるようですから、ぜひお願いいたします。

次に、これまで私、構造改革会議についてお話を伺った中でちょっと突込みが足らなかつたところがありますので、同じことにならなかつたまま、少しお話を伺います。

今回の改正が余り根本的なものではない、抜本改革が必要であるということについての厚生大臣のお話は私も全くそのとおりだと思っておりますので、八月、九月以降にならないうちに、あえて今のうちにいろいろ議論をしてきたわけでありませう。

診療報酬において参照価格制というのが出てきているということ、この前もそんなお話を伺ったわけですが、まずちょっとこれは簡単な確認でございますけれども、構造改革会議では定額払いという言葉を使っておりましたよね。これは厚生省のいろいろな資料による外国のさまざまな方式

とは別の言葉でございませう、もう一度確認ですが、ここで言う定額払い制というのは、例えばアメリカとかイギリスとか総額請負とかいろいろ今までも議論されて、それとこの定額払い制というのはどういふ関係になるのかということ、そして次に、一緒にお聞きしますけれども、この定額払い制というものをとった場合に、メリットは何かとして、デメリットというものはどんなものが考えられるのか、もう一度お答えいただきたいと思ひます。

○政府委員(高木俊明君) 定額払いというのは診療報酬の支払い方の問題でありまして、これはむしろいわゆる出来高払いに對比される言葉であるというふうな考えでございませう。

いわゆる出来高払いというのは一種の積み上げでありますから、一つ一つの行為について一つ一つの評価をし、そしてそれを合計したものが診療報酬という格好で支払われる、これが原型だと思ひます。それに対して定額払いというのは、今も既に行われておるわけでありませう、例えば老人の慢性期の医療、これについてはもう幾ら幾らというふうな定めまして、その中でどのような医療行為を行うかというのは、それはそれぞれの医師なり医療担当者の判断のもとに適切な行為を行っていただく、こういうものであります。したがって、言うなれば、余分な行為をたくさんやればやるほど、そういった意味では定額払いの場合には出来高払いに比べると割が合わないようなことが起こり得る。出来高払いというのは、これはやっただけもらえるわけでありませう、むしろ逆に必要のないものまでやるというような場合にはいわゆる過剰診療に陥りやすいと、こんなようなことになるわけでありませう。

そこで、定額払いということになりますと、逆によく言われますのが、今度は必要な医療行為もやらないで済ませてしまふのではないかと。ということが心配されるということでありませう。そういった点がいわゆるデメリットと言われているものでありまして、この辺のところはそれぞれがいい

面、悪い面あるわけでありまして、我々としては、出来高払い、それから定額払いというものを最善の組み合わせをすることによって適正な医療というものの確保を図っていききたいというのが現在の方針でございます。

○山本保君 今おっしゃいましたように、定額払いにしたときのデメリット、問題点というのは医療の質が下がるんじゃないかということであり、効果というのは財政的な効果があるというふうに考えられますから、そうしますと、私もどいいますか一般の国民にとっては、お金の方も大事だけれども、もちろん医療の質が下がってくるのはもっと困るということになるわけですね。

やらないようにするというふうにはたしか局長が今おっしゃいましたけれども、その場合でも、例えば難しい病気、時間がかかりそうな病人の方はよそへ回してしまおうというような形でセレクトするということや、それから診療内容自体が私たちの目にはほとんど見えなくなってくる。後で最後に聞こうと思っていますが、レセプトなどの形できちんと把握されなくなってくるということから、その中身自体が今度は見えなくなってくるというふうなおそれが、今お聞きしても感じられます。ですからこの辺は、組み合わせるといいます。マイナスとマイナスだけ組み合わせるなんていうことになっては困りますので、プラスとプラスだけ合うように組み合わせるといふことになると思えますから、この辺はきちんとやっていただきたいと思うわけですね。

ちょっと今のお話の中でお聞きしますが、この構造改革会議の決定を見ますと、もう既にこの中に「慢性疾患は定額払いとする」と書いてありますが、今、局長は慢性はやっていくというふうなお話があったように思いますが、もう一度この辺お願いできますか。

○政府委員(高木俊明君) まず最初に、誤解があるといけないので、繰り返しになりますが、定額払いにすればすべてが粗診粗療になるといふようなことではありませんで、そのところはちよっ

と誤解のないようにお願いしたいと思えます。要するに、そういうふうなことになるやういふことが言われておるといふことであります。

この医療の診療報酬の支払い方というのは、これは医療機関あるいは医療担当者のいわゆる一種の所得保障といえますか、報酬としての支払い方でありまして、そういう面での支払い方としてどういうやり方がいいのか。それが現行の出来高払いだけでは過剰診療ということをお願いしているんじゃないか、そのことが医療費のむだにつながっているのではないかと、こういうふうな御指摘が我が国の場合は非常に強い。むしろそれよりも、医療担当者、お医者さんに対する一定の所得保障というものをすることの方が前提でありまして、それから、そういう意味で、定額払いにしたら何か安上がりになるかと、そういうことで御理解いただいているのは私には適当ではないのじゃないかというふうに思えます。むしろ、医療費というものが効率的にどう使われるのかがいいのじゃないかという観点から御理解をいただきたいというのが一点であります。

そういう意味では、医療というのはすべて医師の倫理観というものが基本でありますので、すべての医療担当者様が何か稼ごまうとか、余りい言葉ではありませんが、そういう前提で考えるということとは余り適当ではないということをお願い申し上げます。

それから、そういう支払い方の中で、やはり慢性的な医療の場合には、これはある程度病状が安定しているといえますか、そういう側面もあるというふうなことから、一つ一つの治療行為を積み上げるよりも包括的に定額払いという方向というものがなじむという側面がございます。これまで老人医療の面においてはそういう意味でかなり取り入れられてきております。ただ、この辺のところは現在医療機関の選択性になっておりますから、そういうのを選択する医療機関はこれを採用するといふふうになっておりますけれども、やはりこれまで定額払いになじむものとしてこういった慢性的な医療というふうに言われております。

すし、これまでも今申し上げたような仕方でも導入されてきている、こういうことでございます。

○山本保君 今の御説明ですと、最初の、つまり確かにお医者様の倫理観とか、お医者様をどれだけ信用するかということに上乗した上でのものであつてということにはわかりません。了解できますけれども、もちろん基本的に信用した上で制度が成り立っておりますし、我々もそう思いますが、しかしいつもそうではないということもあり得るわけですから、先ほどの情報開示ということについてはそれなりの対応をしなければならぬということには繰り返し申上げます。

その次に、定額払い制、包括払い制ですか、老人の慢性疾患について御説明ございましたけれども、現在、小児医療についてもやっておられますよね。これについてはどういう御説明で、どんな効果があったというふうにご評価されるんでしょうか。

○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、外来の小児科の診療につきましてその特性ということから、三歳未満の小児への指導等につきまして定額制によって評価しましたいわゆる小児科の外来診療料というものを採用いたしております。これは平成八年四月から導入されておりますので、そういった意味で私も平成八年七月現在で調べましたところ、全国では一万一千四百余の診療所、それからまた千二百四十余の病院がこの小児科の外来診療料というものを採用いたしております。まだまだこれは今後ふえてまいらると思えますけれども、そういうような状況でございます。これを採用することによって、一つにはやはり小児科の医療経営の面におきましても安定が図られてきているということが言われております。

ただ、具体的に従来の出来高払いの状況のときと今回のこの定額払いを採用したときとで中身において、例えば検査とかあるいは投薬とかそういったものが従来とどういうふうに変化したのかという点については、ことし実はこの関係の調査を行いたいというふうにご考えておられます、その結果というものを分析していきたいというふうにご考えております。

○山本保君 今までのお話をまとめて考えてみますと、ただ単にお金の分野というふうな二つの概念ではないということ、さまざまなファクターを使つて検討しなければならぬ問題であるという答えだと思えます。ですから、そういう結果につきましても具体的に出した上で検討をしていただかないと、医療というのはただ単に概念操作で大きな枠だけを変えればいいという問題ではありませぬので、そこは当然よくおわかりだと思えますけれども、慎重にやっていた方がいいというふうにご申上げます。

それから次に、話題を変えますが、先ほど渡辺先生からもお話があったことでもありまして、先回私もお聞きしたことでございますけれども、もう一度確認をしたいと思います。

平成十年度のこの予算について、自然増八千億に対して五千億ぐらい削減をするんだというお話があったわけですが、まずこの可能性というのはどのように、もちろん出た以上はやらなくちゃいけないというところでしようけれども、具体的にどんなふうにご検討されているのかということについてお話しただきたいと思えます。

○政府委員(中西典典君) 今後、十年度予算編成に向けてまして五千億を上回る自然増を削減していくというところでございますから、厚生省としてあらゆる形で削減策を検討していかなければならぬというふうにご考えております。

その中で、先般来御答弁申し上げておりますように、当然増のウェットからいたしますと医療関係予算の伸びが一番多うございまして、十年度の予算編成という問題を考えますと、医療保険制度について、その中身とか程度とかいろいろはこれからの検討課題でございますが、できる限り改革に手をつけていかざるを得ないのではないかとこのように認識いたしておるところでございます。

○山本保君 もう一度これは確認させていただきたいんですけれども、現行の衆議院の修正の案でいきますと、毎回お答えありますけれども、国庫負担としては大体三千三百億ぐらいの減になるというふうにお聞きしておりましたね。これはその今の五千億の中には入っていないということでしょうか。

○政府委員(中西明典君) 先ほど大臣からも御答弁ございましたように、本年度の予算編成につきましては政府原案を前提として予算を組んでいるわけでございます。満年度ベースにして約三千五百億国庫負担を減した上で予算を組んでおるわけでありまして、その予算を前提として、その上に高齢者の増等からする当然増というのが上に乗っかってくる。さらに修正論議、これがどういふふうにとまらますかあれでございますが、それが国庫負担のさらなる増を招くとすれば、それが平年度化した形で当然増にオンしてけると、こういう構造になってございます。

○山本保君 そういうお答えを聞きますと、余計この五千億削減というか縮減というのは大変なことだというふうに思うわけですが、ただ今の御説明だけ、表面だけ聞いていますと、八千億ふえるところを三千億にするんだということだけで、これはちょっと言葉のあやというのか、意識的に言われているのか正確に言われているのかわかりませんが、実際十五兆、十六兆の厚生省予算全体の中からそれだけ削減をするという、当然そういうことだと思えます。

そこで、大臣じゃなくて局長さんで結構なんですけれども、大臣は先ほど五千億は抜本改正の中でやっていくんだということをお答えになったわけですが、抜本改正というのはまだ二年か三年先だということであるの議論には関係ないと思うんですけれども、その辺はどうだったのですかね。

○国務大臣(小泉純一郎君) 来年度に關係してきます。これから抜本改革案を示しますが、これは十年年度にできるものと十一年度以降でないで

ないものがあると思えます。当然、十年年度にできるものは十年年度に実施していきたいと、そういうことでございます。

○山本保君 わかりました。また積極的な御返事があったということかもしれません。十年度からもうやることはやるということでございますね。それでは、また議論をちょっと戻しまして、今回のこの財政改革の案を見ましてちょっと気になることがあるわけですね。それは、橋本内閣は以前から国民負担率を四五%目途であって絶対五〇%にはふやさない、こう言っておられたことがこの中には全然出てきていない。うがった見方をすると、つまり国民負担率はふえないということ

はまず放棄しちゃったんじゃないかという気がするんですが、(大原則)と呼ぶ者あり。大原則である。じゃ、これはお聞きするのをやめます。その前提の上でもう一つ。聞きたいことはこちらなんです。

そうしますと、国民負担率は上がらないとしても、しかし患者負担の実際の一部負担だと薬価だとか入院費だとか、こちらを上げれば実際国民負担率は上がらなかつたでできるわけですね。ですから、国民負担率を上げずに、しかし構造改革をするのであれば、それは国民の一回ずつ使うときの負担をふやすだけじゃないかと、こういうふうな素直に考えればそっちが非常に心配になつてくるわけですが、この辺はいかがでございませうか。

○国務大臣(小泉純一郎君) 結局、医療にしても年金にしても、すべて国民負担なんです。税金をどれだけ投入するか、保険料をどのぐらい出してもうか、自分から給付なり受益を受けた場合の負担をどのぐらいにするか、年金の場合は支給開始年齢も入ってきます。現在の負担割合だったから、じゃ若い人に借金をしようかと、国債を発行する、いずれも国民負担であります。しかし、財政の五原則の中で税と保険料を含めて将来五〇%を超えないというのが大原則でありますから、その中でどういう構造的な改革をするかということ

に向かつて最善の努力をしていきたいと思っております。

○山本保君 ちょっと定義が違ふのかなという気もするわけですが、保険料の率を上げるといふようなことについては大臣が今おっしゃったとおりだと思えますけれども、診療を受けたときのその負担、一日に払うお金であるとか薬価であるとか入院費というのは今までの考え方ではこの国民負担率の中に入っていないんじゃないかと思えますけれども、私の理解が違つておりますでしょうか。

○政府委員(高木俊明君) この国民負担率をめぐつての議論というのはいろいろあります。いわゆる税と社会保険料という形でどこまで公的な制度として負担していくかということが基本でありまして、そこをもっとふやして、そのかわりいわゆる自己負担のようなものは余りしないというふうなやり方もあるかと思えますけれども、先進諸国等々、ヨーロッパなんかの国等々を見て、やはり国としての活力、こういったものを考えてみた場合に、我が国においては国民負担率というものを五〇%以内にとどめようということではないかと、こういうことであります。

そういった中で、今まさに委員御指摘のように、従来負担していた分を結局は自己負担の方に回すだけじゃないかという議論がありますけれども、やはりこういった構造的な改革ということを考えてながら、かつ国民負担というものをそれにとどめていくというその大前提としては、やはり現行制度におけるむだなりあるいは現行制度における非効率な面というものを改善していく、こういうことをきちんとやっていくことによって、その結果としてできるだけ国民負担率というものを抑えていくのではないかと、これがまず大前提だと思えます。

ですから、そのところをこれからの構造改革というものはまさに目的とするところでありますので、そういった面との絡みの上において御理解いただく必要があるだろうというふうに思っております。

○山本保君 今、局長がフォローされましたように、国民負担率という言葉自体がそれほどきちんとした概念じゃありませんので、ここで大臣がおっしゃったことを細かくあげたらうつもりはありません。

ただ、問題は結論のところとして、自己負担がふえていくんじゃないかという心配はやはりあるわけでありまして。特に今回の改正でも、公的な負担だけが減る、国の予算、そして保険料、こういうような税金、保険料が減るとしても、その分国民が実際その場で払わなくちゃいけない、強制的に払わなくちゃいけないというものが、これは所得とか関係なしに、例えば健康保険であれば病気の状況によって、全く自分には何の責任もない偶然的な病気のときだけたくさん払わなくちゃいけないというものは、これはやっぱり社会的な公正ということから考えてもなかなか難しい問題があるんじゃないかということだけ指摘をします。

次に、時間のこともありますので、大臣にちょっと。

私、前にも何回も申し上げていますが、この場合、つまり国の税金と保険料というふうなもの、それが今度は無理だから自己負担と、こういう考え方は、実はアメリカ型のといえますか、NPOというものを入れますと変わってくるわけですね。

先日、衆議院でNPO法案は与党案が通りまして、これはいろんな意味がありますけれども、まだ参議院では議論されておられませんけれども、これは大事なところでして、私どもの方で出した案は、そのときに寄附金という形で、準公的といいますか、つまり自分の意思でもって、さっきのように無理やり、または自分の意思に關係なく出さなくちゃならないというお金ではなく、自分の意思によって社会のために出さしようという分野、これを税を削る形でつくっていくという法案を出したわけで、残念ながら否決されたわけであり

この辺が私はこれからのこの社会保障の問題のときの非常に重要な観点ではないかと思っておるわけですが、厚生大臣、直接のこの問題とは違いかもしませんが、御所見をお聞かせください。

○国務大臣(小泉純一郎君) これからの活力ある日本経済社会を考えると、民間の方々、民間人にしては民間企業にしても、どうやって今まで公的な分野、役所の仕事だと思われた仕事に参入してもらおうかと、これは大変なことだと思えます。そういうことを考えますと、いわゆる非常利団体が非常に活発にいろいろな活動に参加してくるということは今後大きなことであるし、そういう意欲のある人にとりては必要だと思っております。

それと税制の問題、これも税制的な刺激措置を講ずることによってその活動が活発になったりなえたりすると思えますので、その点は、今の公益法人とか税制全般との視点でどのような助成措置が講じられるかというのは今後の税制全般の改革の中で見直すべきではないかな、また検討すべきではないかなと、そう思っております。

○山本保君 大蔵大臣の答弁ならそれで私も満足するかもしれませんが、今最も財政が厳しい、また実際に、人々の善意であるとか、その善意が形、お金になったり、または時間になったりしてこの分野に一番関係のあるのがこの社会保障と福祉分野でありますので、ぜひこの分野が先行されて、公益法人税制一般という形に持っていく前にぜひ積極的に一步を踏み出すべきではないかなと。

というのは、単にボランティア団体云々というのを、サービス提供の分野だけを問題にするのではなくして、これまで議論してきた財政の面から、これこそが実はNPOというのを見えていく一番肝心なものであると。はっきり言えば、与党案ではそういうものは全く欠けていると。いろいろなサービスをするとともに、公立のもののほかに、

そしてボランティアのほかに民間法人立というのをふやすだけで、実際にはその全体の構造は変わらないというものではだめだということは、申しわけございません、これは私の意見でありますけれども申し上げます。

少し時間がありますので、次の問題であります。この前、釘宮委員からももうお話が出たことでありまして、私も聞こうと思っておったことでありますので、私も聞きたいんです。

レセプトの処理、七億ですが、国保も入れるとちょっとすこいというところですが、その処理が、この前お話ありましたように、手で一々毎月出すというのはいかにも時代おくれの感じがするわけでありまして、コンピュータを入れるというところについては、時間がありませんので、まてお聞きしますけれども、どれぐらい今それが進んでいるのか、そして厚生省はそれについてどういう方針を持っているのかについてお答えいただけますか。

○政府委員(高木俊明君) まず、医療機関におけるレセプトの作成、これはかなりコンピュータの導入が進んでおまして、そういった意味で、各医療機関は手書きでレセプトを書くというのはいくつかあります。とりわけ病院においてはほとんどがコンピュータを導入してやっておりますわけです。

問題は、支払基金なりあるいは国保連合会がそれを審査し、そして支払いをしているわけでありまして、その受け手の支払基金なりあるいは国保連合会の方が直接例えば磁気テープなりあるいはディスクという形でそれを受けるといふようなシステムがまだほとんど進んでいない、全く実験段階という状況でございます。

いわゆるレセプトの電算化と言った場合には後者の方を指して言っておるわけでありまして、現在はそれぞれの医療機関は、せっかくコンピュータの中に入れたレセプトの内容が入っているにもかかわらず、それを一たん紙に打ち出して、そしてそ

れを紙で支払基金なりあるいは国保連合会なりに請求書という形で出している、こういうことでありまして、その枚数が支払基金で七億枚、国保で五億枚という非常に巨大なボリュームになっておるわけでありまして、これを何とかやはり時代に合った形で電算化をしようということでありまして、けれども、はつきり申し上げて進捗状況はそれほどよくないというふうには思っております。

これはなぜかということなのですが、これはやはり役所が統一的な仕様あるいは統一的なやり方をつくる前に、もう既に民間企業はそれぞれ独自のプログラムを織り込んだコンピュータを医療機関に売りさばっているわけでありまして、それを受け手の方が統一的なものじゃないと受けられないというところである限りにおいてはこれは進まないわけでありまして、これまで受け手の方はそれを何とか統一的なものにしてもらおうというふうな方向での検討が行われてきたのでありますが、これは十年検討してきたけれども、全体に行き渡るようなことはできないという状況であります。

私、やはりそういった物の考え方を改めて、むしろどうやって実現できるのか、実態に合った形のものを作る方が大事だということ、できるだけ早く実現できるように今発想を転換し、検討を指示しているところであります。

○山本保君 最後の一つだけ。それと関連しまして、きのうの新聞にも載っていましたけれども、レセプト公開ということについて消極的であるという報道もあるわけですね。

今は薬については結構いただけたりするわけですよ。そのときにどんな診療があるのかということ、カルテを見せてくださいという要求もあるようだけれども、これはなかなかやはりお医者さんとしても、と思うんですが、よそに出している、つまりカルテのように全く専門家、治療者の中だけでやっているものとは違って、もう既にある意味では公開しているようなものを患者さんにもちゃんと見せるということによって、先ほどちょっと申し上げましたが、チェックできるとい

うことが重要じゃないかと思いますが、この辺についてはどういう方針でございますか。

○政府委員(高木俊明君) レセプトの性格がございまして、患者のプライバシー等の問題がございまして。しかし、こういった面に十分配慮し、そして私どもとしてはレセプトの公開という方向で今検討しておりますし、医師会もそういった意味では前向きに対応していただいております。

○山本保君 どうもありがとうございます。

○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。

午後零時三十分休憩

午後一時三十分開会

○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。

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。

質疑のある方は順次御発言願います。

○菅野壽君 先週、先週週に引き続きまして、健康保険法等の改正案の質疑をさせていただきます。

まず、先日の質疑で保険局長は、患者負担が医療費総額を上回ることがないよう法令で規定する旨御発言がございましたが、これを一歩進めて、法令において薬剤に係る患者負担が薬剤費を上回ることがないよう規定する必要があるのではございませんか、お伺いします。

○政府委員(高木俊明君) 衆議院の修正で、政府原案では薬剤に係る患者負担の額が医療給付費の総額を上回ることのないようにということ、それを法律で規定していたわけでありまして、修正によりましてこれを法令で定めるといふ格好になりましたので、この部分については私ども御指摘のとおり法令を制定するというところで考えております。

ただ、薬剤に係る患者負担が薬剤費を上回ること

とがない、要するに実費を上回ることがないようという規定でございますけれども、これはまさに本委員会においてもいろいろ御議論されていらっしゃると思いますし、そういった本委員会における審議の状況、結果を踏まえまして、私どもとしましては必要があれば適切に対応させていただきたい、このように考えております。

○菅野壽君 去る六月三日の財政構造改革会議報告では、保険集団のあり方の見直しが提言されております。

この具体的内容をお示しいただきたいと思っております。また、国保組合のあり方について厚生省はどのようにお考えですか、お伺いします。

○政府委員(高木俊明君) 財政構造改革会議の先般の取りまとめの中で、保険集団のあり方についても見直しをするという提言がございます。

この内容についてはこれから私も少しもしましても医療保険制度の抜本改革を検討する中で検討をしていくということになりますけれども、これまで保険集団のあり方についていろいろ御指摘がございまして、昭和三十六年に我が国における国民皆保険が達成されたわけでありましたけれども、その後の産業構造の変化なりあるいは就業構造の変化というものの一つは、非常に我が国の保険者というものが分立しておりますけれども、そういった中における給付と負担の公平あるいはまた一元化が必要ではないかというようなことが言われておりますとおり、それぞれの分立している保険者間における給付なり負担の公平というものをどう図っていくのかというのが一つございます。とりわけ国民健康保険、これは各保険者、財政が相当窮乏しておりますし、そういった中で、この国民皆保険というものを維持していくためには、やはりこの保険集団のあり方の見直しというのが非常に重要であるということで考えておるわけでございます。

今後の方向としては、やはりそれぞれの保険集団の分立というものを前提として考えていくにしましても、あるいはその辺の再編成というふうな

ことをにらんで考えていくにしても、国民がそれぞれの医療保険制度に加入していただくわけでありまして、そういった中で負担なりあるいは給付なりにおいて不公平があつてはいけないというふうに思っております。そういった意味での公平化、これをどういうふうに実現していくかということではないかと思っております。そういった意味では、国民健康保険の中におかれましては国保組合のあり方というものがその一環として考えていくべきであるというふうに考えております。

○菅野壽君 ただいまの御説明で私が御質問申し上げようとするところはもうほとんど答弁されておりますけれども、保険集団の見直しは医療保険の一元化、給付と負担の公平化という点でどのような関係があるのか、お知らせ願います。

○政府委員(高木俊明君) やはり、我が国の場合、現在は保険集団が細かくは五千からそれぞれ保険者があるわけでありまして、そういった中で、給付と負担の公平という面で申し上げますと、例えば給付の面では国民健康保険、これは現在七割給付であります。それに対して、被用者保険の方は、今回の改正でお願いしておりますのは本人が八割給付ということでございまして、家族の外来はやはり七割というふうなことがございまして、そういった意味で制度間における給付の格差というものはあります。それと同時に、また負担の面におきましても保険集団、それぞれの保険者によって保険料額というのは違っております。もちろん、そういった中で国庫負担の入れ方というのもそれぞれ違っております。

その辺のところについてどういうふうにか考えるかということがあるわけでありまして、やはりこれまでいろいろな審議会等でも御議論いただいておりますのは、国民皆保険の中でそれぞれ給付についても、それから負担の面においても皆同じように公平にしていこうということが適当ではないかという御指摘はかねてからございまして、そういった面を踏まえた保険集団のあり方の見直しということが必要ではないかというふうに考えてお

ります。

○菅野壽君 医療保険における給付率について、医療保険審議会建議では、「今後、各制度を通じて適切な実効給付率とすることとし、法定給付率についても将来的に統一を目指す」としておられますが、この点について厚生省の御見解を承りたいと思ひます。

○政府委員(高木俊明君) 昨年十一月二十七日に出されました医療保険審議会の建議におきまして、まさに、今、先生御指摘のとおり、「各制度を通じて適切な実効給付率」、それからまた「法定給付率についても将来的に統一を目指す」と、この

給付率についても将来的に統一を目指す」と、このようにいうふうになっておりますけれども、これまでそれぞれ分立していた各制度の中における給付の公平という意味では高額療養費制度というものを加味した実効給付率で見えてきたわけでありまして、やはりこれからの制度というものを考えた場合に法定給付率というものをどういうふうに一統していくのか、これは将来の問題というよりもまさに今回の抜本改正の中における制度体系を見直す際には実現をしていかなきゃならない問題の一つじゃないかというふうに考えております。

○菅野壽君 さらに、医療保険審議会第二次中間報告におきまして、「風邪の治療等軽医療についての負担率の引上げ等、幅広い観点に立った見直しが必要ではないか」という問題提起が行われておりますが、この点について厚生省の見解を承ります。

また、ここで言う「軽医療」とはどういうような概念でしょうか。風邪は万病のもとと言うように、軽医療が重医療との区別は実際には大変難しいんじゃないかと思ひますが、この点についてお伺いします。

○政府委員(高木俊明君) 医療保険審議会の第二次報告で御指摘のような内容が記載されているわけでございます。

これは、確かに先生御指摘のとおり、なかなか難しい問題だと私も思ひます。ただ、こういった議論というのはこれまででもございました。この軽

医療が重医療かということとは、医療保険審議会の第二次報告では、その区分というのは恐らく比較的費用負担が少ない、そういったものについて軽医療というふうにか考えているのではないかなというふうに推察されるわけでございます。

ただ、病状について、それが軽医療なのか重医療なのか、この区別は御指摘のとおり非常に難しいというふうにも思ひますし、こういうような行き方では今後の医療保険制度の給付率なりというものを考えていくのがいいのか、ここは相当慎重に検討しなきゃいけないというふうに私どもは思っております。

○菅野壽君 今後の医療財政の安定化において最大の課題の一つは、国民健康保険制度の抜本見直しであると思ひます。国民健康保険制度は、小規模国保の増大や保険料の格差、低所得者層の増大等多くの問題を抱えています。こうした国民健康保険の実態について御説明を願ひたいと思ひます。

また、保険者規模の広域化について、そのメリット・デメリット及び現行の一部事務組合方式との違いについて教えていただきたいと思ひます。

○政府委員(高木俊明君) まさに国民健康保険の状況というものは大変窮乏をきわめていたというふうな一般的な言えらると思ひます。

そこでまず、現在の国保の状況について、ちょっと長くはなりますが、申し上げますと、いわゆる国保の中の小規模保険者、これは平成六年度現在で被保険者三千人未満の保険者を仮に小規模保険者というふうにか考えますと、全体の三七・一%が三千人未満の被保険者という状況になっております。

それからまた、保険料についてもかなりの地域格差がございまして、保険者間における格差というものは非常に大きく出ております。平成六年度で見ますと、高いところと低いところを比べますと七・一倍からの保険料の格差がございまして、それからさらに、いわゆる低所得者の世帯が非

常にふえておるわけでありませうけれども、これは同じく平成六年度で見ても、国保の中の加入者の二％がいわゆる無職者というよう形の低所得者ということになっておるわけでありませう。

この保険者規模の広域化というものをどう考えるかということでありませうけれども、保険教理上から見ますと保険者規模というものが大きい方が危険分散ということにおいては機能するわけでありませうが、しかし保険者の機能といった場合にいろいろなことが考えられます。とりわけ国民健康保険、これは市町村単位を原則とする地域保険でございまして、そういった中でやはり健康づくりなりあるいは予防活動なり、そういうことが非常に重要でありませうし、これからの高齢化社会あるいは少子化社会においてはますますそういう面の活動というのは重要になってくると思ひます。

そういうことを考えてみた場合に、現在のそういった予防衛生と申しますか、そういう基本的な活動というのは市町村が担っておるわけでありませう。これは福祉もそうでありませうけれども、市町村にできるだけそういった権限なり機能というのはおろしてきておられます。そういうものと一体的にやはり考えていくということになりますと、市町村を保険者とする単位というものも意義があるというふうに思ひます。

その辺のところのよさを生かしながら、かつ保険がきちんと成り立つような、そういったような仕組みというのをどういうふうにつくっていくかというのがまさにこれからの体系を考える上における基本だろうというふうに思ひます。

なお、事務組合の状況について御質問がございましたけれども、これは単独市町村ではなく、もうちょっと広域的に複数市町村が事務組合をつくって国保を運営する、こういうやり方でありませうからその限りにおいては広域的な保険集団ができるのでありますが、我が国においてはこの事務組合方式というのは余り普及はしておりません。現在、全国的に見ますと、和歌山県で三方町に一

部事務組合というような形、あるいは新潟県で一つ事務組合が設立されている、そんな状況でございませう。

○菅野壽君 最後に、医療保険構造改革について厚生大臣にお伺いします。

厚生大臣はたびたびの御発言で非常に前向きな御姿勢を示しておられるので、私も大変感謝し御期待を申し上げておるところでございませう。医療提供体制と医療保険制度の両面にわたる抜本的改革の全体像を速やかに国民に示すとともに、できる限り早期に着実に実現に移すことが政府が国民から課せられた使命であると思ひます。

最後に、大臣の御決意をもう一度お伺いしたいと思ひます。

○国務大臣(小泉純一郎君) 今国会の衆参両院の委員会の御審議を伺ひまして、もはや一部の手直しではいけない、抜本的な総合的な改革に踏み切れという委員の方々の大変強い御指摘も踏まえまして、私も厚生省としてできるだけ早い機会に抜本改革案を取りまとめなきゃならないと思ひておられます。

この国会が終わる次第、医療提供体制も、そして診療報酬体系も、さらに薬価の適正化も含めまして、この委員会が指摘されました点を踏まえて総合的な抜本的な改革に取り組みたい。当初は年内にと考えておりましたけれども、皆様方のいろいろな御意見もありませう。できるだけ早くということでありませうので、八月いっぱいということではなくて、できれば七月中にも厚生省としての抜本案をお示ししまして、国民の広い批判なり国会の議論の材料として提供しなきゃいかぬと、もう精力的に取り組んで御批判を仰ぎたいと思ひます。

○菅野壽君 ありがとうございます。

○今井澄君 健康保険法等改正案の審議も公聴会を含めてきょうで六日目になりますが、大分きょうも興味深い議論が出てきたと思ひます。国民負担率論争の問題、それから私なんかは非常に興味

がある出来高払いと定額制の問題、それからきょうは長瀬計数という、医療費の自己負担をふやすと受診抑制の効果がどうあるかという経験則の大変おもしろいお話をいただきました。

私もそういう議論をしたいところでありませうけれども、最初に尾辻先生の方からお話がありまして現在の衆議院から回ってきた修正案の欠陥をどう直すかという中で、やはり子供に対する配慮、それから低所得者、高齢の低所得者に対する配慮、これは非常に大事だと思ひます。私も前々回、三日の日ですが、いわゆる低所得者対策の問題について質疑を行いました、きょうはそれをもうちょっと深めていきたいと思ひます。

一般的に言いますと、自己負担をふやすと当然受診が抑制される。これは別に医療の世界だけではなく、タクシーが値上げすると利用者が減る、しかしまたもとに戻るといふことは、これは医療の世界でも過去ずっと繰り返されてきたわけで、これは単に一時的なものだと思ひます。やはり、ある程度の所得のある、あるいは資産のある高齢者は何とかしてやっていくわけですね。

三日の日に私の方で配付しました資料を見ましても、例えば高齢夫婦の無職世帯、この人たちは実収入の九割がほとんど年金に頼っているわけでありませうけれども、支出を見ますと四分の一、二四％余りが食料ですね、食べるものにかかると。その次が交際費で一六・七％、次が教養娯楽費で一一・四％、次が住居費、次が交通・通信費、そして光熱・水道費で、七番目にやっと保健医療費というものは出てくるんですね。それ以下はその他でくくられているんですね。ということは、高齢世帯が懐から支出しているお金の大ぐくりに集計できるものでは保健医療費が実は一番少ないという実態があるんですね。それだけに今は無料化以降の高齢者に対する配慮、優遇策で負担が少なくて済んでいるわけですね。ところが、この保健医療費のうち実際に医療機関の窓口で払うのはその半分ぐらいで、あとはやっぱり売り薬を買ったり、

れている。

だから、医療費の負担がふえても年金がちゃんともらえている人や貯蓄のある人はこの支出の配分で切り抜けていく。これは日本の過去の歴史だけではなく世界各國で言われていることで、だからそういう意味でやっぱり応分の負担というのをお年寄りに求めることについては当然のことだし、私は定率で求めるべきだと思ひて前々からそう主張しております。

しかし、問題は、ぎりぎりで生活している人、食費の次ぐらいに保健医療費が来るような人、交際費も教養娯楽費も支出できないようなそういう低所得の人にとっては自己負担がふえるというのは非常に大変なことでありまして、これは本当にかかりたくてもかかれなくなるわけですね。結果的に重症化してからかかるということになると、本人が大変なだけでなく、医療費もかえってふえるということでは例えばアメリカの低所得者層の分析でも出てくるわけでありませう。

ですから、低所得者に対する配慮というのは非常に大事だということに思ひまして、けさの尾辻先生の質疑をさらに深める形でいきたいんですが、実はけさほど参考までに配られた修正案らしきものを見ましても、このところに何と書いてあるかといひますと、こう書いてあるんですね。「老齢福祉年金の受給者であつて」ということなんです。

それで、三日の質疑のときにも厚生省の方からお答えがありました。現在、老人に対して医療費の支払いの上でどういう対策が立てられているかというのと、例えば一つは高額療養費制度がありませう。高額療養費制度は、今六万三千六百円を超ええるものはだれしも日本人は払わなくていいわけですね。これが非常に助かっているわけですが、それも低所得者になると三万五千四百円までいいというのがあります。それからもう一つが、今度千円になるうとしていた入院時の一部負担、今は一日七百円ですが、これについても三百円という軽減措置がある。これも低所得者対策。それ

からもう一つ、前回改正のときから食料療養費が一部、材料費と申しますか、自己負担になったわけですが、この一日七百六十円の食事代の負担も六百五十円とか五百円とか三百円とか状況に応じて軽減されるわけでありすけれども、こういうときに出てくる低所得者という判断が、まず前提条件が老齢福祉年金の受給者ということなんです。

そこで、厚生省にお尋ねしたいんですが、この老齢福祉年金というのは昭和三十六年、一九六一年に国民皆保険制度ができたときに、その当時五十歳を超える人、つまり五十歳を超える人だからもうそれから幾ら保険料を払っても年金をもらえ資格が得られないわけですね。ですから、当時五十歳を超えていた人はもう年金は国費で見ましようということにしたのがそうだと思うんですが、この老齢福祉年金の受給権者、受ける権利のある人と現に受けている人は何人いるのか、また月額あるいは年額は幾らか、それを最初にお答えいただきたいと思います。

○政府委員(眞野章君) 平成七年度末現在におきます老齢福祉年金の受給権者は五十三万人でございます。このうち、年金の支給が全額停止となっている方を除きました実際に年金を受けておられる方は四十万人でございます。平成七年度末現在におきます老齢福祉年金の月額額は三万三千五百三十三円でございますが、受給者の平均支給月額につきましては、他の所得があることによりまず一部支給停止がございすことから、三万一千六百四十円ということになっております。

○今井澄君 今のようないふ実態で、受ける権利のある人が約五十三万人、受けている人が四十万人というところですが、それは先ほども言いましたように、昭和三十六年に五十歳以上だった者ということとは、ことしで八十六歳以上の者なんですよ。年々減っていますよね。年間に十万人近く減っているんじゃないですか、受給権者が。つまり、どんどん高齢化して亡くなっていく。この老齢福祉年金受給者は、率直に申しましてだんだん日本人

数が少なくなつて消えていく世代なんですね。その最低年齢が八十六歳のはずなんですね。そういうことだと思ふんですけれども、要するに八十六歳以上の人で、だんだん数が減る人だけが低所得の対象になっていると思ふんですけれども、それはいかがですか。

○政府委員(眞野章君) 原則は先生がおっしゃられました明治四十四年四月一日以前に生まれた方、すなわち皆年金制度になりました昭和三十六年の四月一日におきまして五十歳を超える者が七十歳に達したときに老齢福祉年金が出るというのが本体でございますが、若干の経過措置がございまして、明治四十四年の四月一日から大正五年の四月一日までに生まれた方で、国民年金の保険料納付済み期間が一年未満であり、かつこの保険料納付済み期間と保険料の免除期間を合算した期間がその方の生年月日に応じて四年一月から七年一月以上ある者が七十歳に達したときに老齢福祉年金が出るということになっております。

したがいまして、前段で申し上げました方が大部分でございますが、大正五年四月一日という方の層もございまして、平成七年の八月時点で見ますと八十四歳以下の方も四・四％おられると。ただ、逆数の九五・六％は八十五歳以上の方だということでございます。

○今井澄君 したがって、今、低所得者はこの老齢福祉年金をもらっている人に限ると、八十五歳にならない人で六十五歳以上あるいは七十歳以上の高齢者というのは一切低所得者の範囲から外されちゃうんですよ。じゃ、その世代に低所得者がいないのかという問題なんですね。

そこでお尋ねしたいのですけれども、八十五歳以下で、あるいは下は六十五歳以上ということにしましょう。そういう高齢者の中で、いわゆる国民年金と申しますか、老齢年金と言えはいいですかね、基礎年金と言つてもいいです。昭和六十一年に改正されて以降、一階部分の年金、六万何何の年金をもらえる権利を持っている受給権者は一体全部で何人いるのか。つまり、この年齢層の

人が全部で何人いるのかということですね。その中で基礎年金、老齢年金しかもらっていない人というのが何人いるのか、それをお答えください。

○政府委員(眞野章君) 平成七年十月一日現在の六十五歳以上八十五歳未満の人口は千六百六十八万人でございます。そのうち、国民年金の老齢年金だけをもらっている方、これは正確には判明をいたしております。実は其のとの関係がはっきりいたしません。厚生年金はもらっていないという方ははっきりいたしておりますが、これが平成七年度末現在で六百九十六万人ということでございます。

○今井澄君 今、六百九十六万人ということですか。厚生省からいただいた方の数字では、これは八百三十二人とかいう数字をいただいたように思ふんですけれども、違いますか。

○政府委員(眞野章君) 八百三十二人というのは六十歳以上全体を含めまして申し上げたわけでございます。

○今井澄君 そうすると、約七百万人がそういう老齢年金しかもらっていない。この老齢年金というのは満額で月六万五千円ちょっとということになるわけですね。これは満額もらつたとして六万五千円ということになりますけれども、実際にもらっている人たちは例えば三万何何しかもらっていない人とか三万何何しかもらっていない人、いろいろあると思ふんですね、条件によって。

それで、ちょうど老齢福祉年金が三万三千五百三十三円ですからそれをちょっと低目に見て、三万円以下しかもらっていない人は一体この七百万人のうちでどのぐらいおられますか。

○政府委員(眞野章君) ちょっと三万円というきつちりした数字は、今の老齢福祉年金の三万三千五百三十三円という数字、これも若干統計的数字処理をいたしておりますが、先ほど先生御指摘のとおり、六十五歳未満を含みます全体、国民年金の老齢年金だけをもらっているであらうと思はれる方が六十五歳未満を含めまして全体で八百二

万人でございますが、このうち三万三千五百三十三円を下回る方は約二百六十六万人、三三％程度と推計をいたしております。

ただ、この場合には、本人の希望によりまして年金の繰り上げ支給をして減額されているという方が入っておりますので、六十五歳から年金をもらつておられる方、本来の国民年金の老齢年金をもらつておられる方々で見ますと、三万三千五百三十三円を下回られる方は一二％程度ではないかというふうな推計をいたしております。

○今井澄君 そうしますと、老齢年金しかもらっていない人で満額もらえていない、老齢福祉年金未滿しかもらえていない人が二百六十万人ぐらいいると。ただし、その人の中には、本人の希望で六十五歳になる前に六十歳からもらえますから、確かに六万円はもらえないわけですね、下げられちゃう。本来、六十五歳になってからもらった人だけでも一二・二％、三十七万人ぐらいいですね。そうすると、今、老齢福祉年金をもらっている八十六歳以上の人の数にはば匹敵するぐらいの人が老齢福祉年金以下しかもらえていないという高齢者が現にいるということだと思ふんですね。

それで一方、老人医療は七十歳以上ですが、七十歳以上で無年金の人はどのぐらいいますか。

○政府委員(眞野章君) 無年金の方は私も業務統計はとっておりませんのではつきりいたしておりませんが、国民生活基礎調査というのが行われておりまして、これによりまして、平成七年におきまして七十歳以上で年金を受給していない方は七十歳以上人口の四％というふうに見込まれておりまして、その人口から推計をいたしますと、約四十七万人というふうな推計をいたしております。

○今井澄君 そうしますと、今、低所得者対策というところで、例えばお薬の自己負担はそういう方たちは免除しようという案も出ているようですね。けれども、その対象者が今四十万人と。だけれども、その額未滿しかもらえていない老齢年金だけの人、そのほかに無年金の人が四十

七万人いると。もちろん、だからこの人たちが無年金だと低年金だから暮らしていけないというわけではなくて、例えば大変豊かな家族に養われているとかあるいは財産をたくさん持っているとか、それはいろんな人がいるでしょうけれども、考えてみると、それに倍する人々が無年金か年金が老齢福祉年金より少ないわけですね。老齢福祉年金というのは、条件として昭和三十六年のときに五十歳を超えていた者に支給されたわけですから、この人たちは別に特別低所得とか財産がないとか家族がないとか、そういう条件は一切ついていないんですよ。その中にもいろいろいるわけなんです。

そうすると、全くこれは同じような状況に置かれた八十五歳以下の高齢者が八十万人以上いるということなんです、厳密に見て。しかも、先ほど実はその老齢福祉年金未済しもらっていない人が二百六十万人いると。だけれども、その中には本人の希望で早目にもらったから少ないのしようにないというふうな、本人の責任だみたいな言い方がされましたけれども、それ以外の人だとしてこの二百六十万人の中にはいるはずなんです。今、老齢福祉年金受給者を低所得者と定義すれば、それに当たる人が百万人を超えるというふうに考えざるを得ないんだと思います。

そうすると、やっぱり今、高齢者の低所得者という定義は拡大しなければいけないだろうと思うんです。そうでないと、たまたま八十何歳以上の人だけがもらえて、七十歳から八十五歳あるいは六十五歳から八十五歳までの間の人は何も恩恵を受けられないということなるんですね。これは非常に問題がある、バランスを欠くのではないかと思います。

しかももう一つ、低所得者対策として前々回の委員会でお答えいただきました。最初に私が御紹介した高額療養費の限度額が低いとか、入院時の一部負担を軽減してもらうとか、食事療養費を軽減してもらう、これはほとんど入院にかかわることなんです。高額療養費だって、外来で高額

療養費制度にひっかかる人というのはそうはいない。ごく特異な人しかいない。入院するから高額療養費で救われるわけですね。

そうすると、今回、外来の負担をふやすと、しかも外来の薬剤の負担をふやすという改正がある。これは大きな考え方の転換ですね。これまではお年寄りではできるだけ低負担あるいは無料をやってきたのがだんだん負担がふえる。私は一般論としてそれはやむを得ないことだと思ふんですね。一割負担とかはやむを得ないことだ。そういう流れに今大きく、高齢者の自己負担あるいは高齢者の経済状況についての把握も変わってきた。なりまして、一方で低所得者に対する対策も入院主体からやっぱり外来に対しても考慮しなければならぬんじゃないかと思うんです。

例えば、何かのことでお薬が非常にかかってしまったと。どうしてもある高いお薬を飲まなければならぬとか、少ない例であっても、やむを得ずたくさん種類の種類のお薬を飲まざるを得ないという人も中にはいる。それから、例えば今の日本の医療体制でいうと、血圧は内科の先生にかかる。ところが、白内障は眼科の先生に行く。そして、腰が痛い、ひざが痛いというのは整形外科の先生に行く。日本の場合にはいわゆるかかりつけ医というか一般医というのは余り多くなくて、むしろ大学で専門をやってきた先生がその専門を中心に開業するというふうなこともあります。そうすると、一ヶ月五百円の最大四回二千円という、二千円負担がかかるたびにふえていくんですね。患者さんの病院集中はいけないと言ふけれども、病院にかかれればこの三つの科を回っても一回で済んじゃうわけですね、二千円で済んじゃうというところにおかしなことがあるんです。

その医療提供体制の問題は別として、そうなりますと、例えば血圧で内科にかかって、白内障で眼科にかかって、腰痛で整形外科にかかってということになる、ひょっとすると最大二千円の三倍、六千円、その上に今度薬代が、種類がどうなるか、例えば二、三種類で済めばいいですけれども

も四、五種類ということになると、今の衆議院修正案でいくと七百円をそれぞれのところで払わざるを得ない。それも毎回、通うたびにこんなことになる。これは一万円を超えるような負担も決してあり得ないことではないということになってくる。そうすると、例えば三万幾らしか年金をもらっていない人、そのほかに若干の収入があるかもしれないけれども、その人が外来通院でタクシー代もかかる、いろいろかかる上に一万円も医療費を負担するというのは非常にこれは大変なことになるって、今更だですね。

そういう時代に今なりつつあるということを考えると、この低所得者対策も、入院主体の高額療養費制度、食事療養費、入院時一部負担金から、今度は外来のこういう負担金についても何らかの形で上限を設ける、高額薬剤費制度とかあるいは高額多剤受診制度とか、そういうふうなことを考える必要があると思ふんですけれども、いかがお考えでしょうか。

○政府委員(羽田信吉君) 高齢者の患者一部負担につきましてのお尋ねでございます。特に、低所得者の場合のお尋ねでございますけれども、まず全体的には、おっしゃる様に今後の高齢者の負担ということをお考えした場合に、やはり相応の負担ということとを一般論としては考えていかざるを得ないだろうということなんです。

ただ、今回の改正の場合には、全体水準といたしましてはまだ若人の水準の半分以上に今回もどめて、しかも総体として言いますと、払いやすさという形から定額にとどめているという一般的な負担の形をそういうふうな形にいたしておられます。そういう中でいよいよ低所得者特例ということとでございまして、従来の延長線上で、年金のいわば制度的制約によって老齢福祉年金しか受けられない方、そういう方々に絞っての低所得という形にいたしておられます。

したがって、今後これをさらに応急的な要素を入れた負担ということをお考えした場合の低所得者対策ということにつきましては、先生お話し

しのようなことも踏まえまして、やはり別途の観点から考えていかなければならない要素はあるであらうというふうに思います。

そして、今、特に外来についてのお話でございました。外来につきましても、今回の場合には入院よりも引き上げ率として言えば確かに高うございいますけれども、全体水準として言えば実効負担率八・九%ということで、若人の一割に比べましてまず半分以上の水準でございまして、そうした中で、それぞれの医療機関を変えて受診をされるということになればまたそれだけかかるという御議論はございまして、しかし、一割一医療機関四回までというふうなことは一つの頭打ちの形としてはつくっております。

そういう形でのものでもございまして、今回の一般の老人の通常の負担について、若人の負担よりも低い水準で、しかも定額を維持しているという前提の中での限度として言えば、外来についてもこのところのところがお願いをいただけるぎりぎりのところではなからうかというふうにお願いをいたしました。

ただし、それでも御議論の中で、外来についても薬剤についてはやはり若人と同じではごあいが悪いのではないかと御議論が確かにございまして、けさほど申しましたように、そういう御議論につきましては、これからこの御議論でどのような結論をこの委員会でお出しただけですか、それを見守りまして対応していきたいというふうに考えております。

○今井澄君 今の老人保健福祉局長さんのお答えは、従来の答えから一歩前進したように私は受け取りましたので、これはできれば九月一日実施までに本当に低所得者に配慮をするのであれば老齢福祉年金受給者というだけでは不公平ではないかというところについてぜひ手をつけていただきたいと思います。確かにまだ若人に比べれば負担の水準は低いし、定額だとは言っても明らかに定率負担へ、そして若人との意味では負担を近づける

方向に今行こうとしているわけですから、そういう流れの中で考えていただきたいんです。

そこで、実はそういう低年金の人たち、老齢福祉年金も含めてですけれども、老齢年金で非常に低額の人について、その人の生活の状況、例えば家族と同居している人がどのくらいいるのか、本家にひとり暮らしの人がどのくらい、年金だけで生活している人がどのくらい、そういうふうな実態については、これは低所得者の調査というのがあったことがあります。あるいは低年金者でもいいです。

○政府委員(羽田信吉) 今直接のお答えになるような調査がやられているかどうかという点については、確かに低額の年金受給者ということに着目をして、その方々の老人医療の受給実態という形で、そう銘打った、そういう調査は今日までのところはやってはございません。そういうデータはございません。

ただ、六十五歳以上の方のいる世帯の状況ということでの調査としては、御案内のとおり、国民生活基礎調査がございます。そうした中で、今お話のございましたような世帯、単独世帯であるとかあるいは核家族世帯がどうなっているか、あるいは三世代の世帯がどうなっているか、それから所得階級別の世帯の分布がどうなっているかという実態は、その国民生活基礎調査が一番権威あるものとしてございまして、それに準拠しているんことを考えているということになります。

○今井澄君 前回配った資料で、先ほど最初に引用しました食費が二五％、交際費が次でという高齢者世帯の支出ですね、これは実収入二十二万九千九百五十二円の老夫婦世帯なんです。そうすると、例えば実収入が数万か数万を超える、あるいは十以下の低所得の高齢者は一体どういう支出構造なのか、こういうことをやっぱり調べてみたい、こういう平均値だけでお年寄り金持ちだと言っていただけじゃだめだと思ふんです。こういう世帯からは私はいたいてもいいと思ふんです、自己負担は、だけれども、やっぱり

そのところは十分調査していただきたいと思ひます。

そこで、今、老人保健福祉局長さんからお答えをいただいたわけですが、大臣からも改めて、老齢福祉年金受給者だけではなくてそれ以外の低年金者、無年金者も低所得者としての扱いを受けてしかるべきではないか、また特に医療における軽減措置、それは入院に着目した措置になっておりますが、今後こういった外来の負担もふえることになることや外來についてもきめ細い軽減措置を医療上やるべきだと思ふんですが、大臣のお考えもお聞きしたいと思ひます。

○国務大臣(小泉純一郎) 高齢者に対するいろんな調査を見ても、平均的な収入で見ますと若い世代と高齢者において大して遜色ない、余り違ひがないという結果が出ておりますが、これからの国民皆保険制度を永続的に安定的に運営していくということを考えますと、世代間、若い世代と高齢者もお互いの保険制度というものを支え合っているという観点から構築していかないと、公平感からいましてなかなか難しい面もあると思ひます。

しかし、さはさりながら、これからの抜本改革案をまとめるに当たりましては、私は、低所得者に対する配慮をどのようにするか、これが大変重要だと思ひます。これによつていかに多くの国民の理解を得られるかにかかっていると云つても過言ではない。そういう観点から抜本的な改革に取り組み必要があるのではないかと、十分検討していかなきゃいけないと思ひております。

○今井澄君 ぜひよろしく願ひいたします。私も何となく老齢福祉年金という本当に年をとった気の毒な人に出している年金だと思つたら、そうじゃないんですね。たまたまある年齢で切つただけのことですので、ぜひ願ひします。あと二分ほどありますので、一言だけ午前中の質疑を聞いていてどうしても発言したくなつたところがあるんです。

いい点もわかつておりますが、先ほどちょっと議論されましたが、定額払いにする粗診粗療になるんじゃないか。もうこの病気の人は月幾らとか決まっているから手を抜くんじゃないか。ところが、これは医療現場を全然無視した単なる机上の空論でありまして、一たん患者さんを受けた医療機関は、医者は粗末なことではできないんですよ。

現にアメリカでもDRGという定額払いになっていまして、そういう心配がありますけれども、アメリカで粗診粗療になったという報告はないと思ひます。問題は、重い患者さんを敬遠して金がかかって困るから、重い患者さんを敬遠して軽い患者さんだけを入院させてベッドをいっぱいにして、重い患者さんが来ると断る、むしろそこに問題があるんですよ。

ですから、そういうことからいって、私は定額払いを大胆に拡大したいと思ふんです。定額払いをとっている国でも粗診粗療になったという事実はほとんどない、むしろ患者の選別が困るというふうには私は理解しておりますが、保険局長、いかがでしょうか。

○政府委員(高木俊明) 定額払いの問題点として指摘されるものというところにおきましては、今、先生御指摘のとおり重症の患者さんを敬遠しがちだと、これは言われる一つであります。それから、これは机上の空論ということになるとの御指摘がありますが、一般的にやはり粗診粗療になるおそれがあるということは言われております。

○今井澄君 いや、そういう事実があったかどうか、アメリカのDRGで、私はほとんどないと聞いています。

○政府委員(高木俊明) 一件一件のその事実というのはあれであります。そういうようなおそれがあるということが指摘されていることもまた事実だと思ひます。

○西山登紀子君 日本共産党の西山登紀子でございます。

前回、私は、健康保険の赤字の主要な原因の一

つであります新薬シフトの解消、どうやら新薬シフトを解消することができるといふことについて質問をさせていただいたわけですが、きょうもその続きをさせていただきますと思ひます。

六月五日、私の質問に対して、つまり私は、新薬シフトを解消していくのは原価に着目をして、そして薬価が決まってくる過程をきちっと公開していくこと、このことがどうしても必要だといふことで原価の公表というのを質問いたしました。それに対して局長は、これまでの薬価については原価を公表することはできないけれども、これからは個別の値段の決め方についても製薬企業も納得と合意のもとに原価も出ていくといふふうなことを答弁なさいました。これは非常に重要な答弁だといふふうに受けとめております。

薬価というのは公定価格でもございまして、また普通の商品とは違ひまして人の命を預かるもの、欠陥があれば被害を起しますし、使い方を間違えれば命を左右するものでもあります。この点で非常に厳密性が要求されます。しかも、製薬企業の収入の八割は国民の保険料から支払われているわけですから、この点で薬価を決める際に原価に着目をしてきちっと決めていく。

その際には、適切な経費やマージンを考慮いたしまして、私たちは企業がもうけてはいけないといふふうには言っているわけではございません。適正なマージンというものは取つてもいいわけでございますけれども、しかし今のようにならぬに高い薬価でもって異常に利益を得ているということについてはきちっとメスを入れる必要がある。このことをやれば、今回のような急激な国民負担増を求めなくとも済むというのが私たちの主張でございます。

局長にお伺ひいたしますけれども、こういう新薬シフトをきちっと改善していく、そうすれば国民負担をなくしていくといふことについてぜひ着手をしていただきたいと思ひますけれども、い

○政府委員(高木俊明君) まさに、我が国の薬剤の医療費に占める割合が非常に高いという中で高薬価の新薬にシフトする、そういう傾向があるというふうに指摘されておるわけであります。

そこのところをきちっと見きわめていく必要があるわけでありますが、その原因として言われておりますのは、一つには処方する医師のビヘービアといえますか、そういった面によるところが一つある、要するに最新の薬というものを使いたがるというのが言われております。それからもう一つ、これが現在の薬価基準制度の大きな問題点でありますけれども、いわゆる薬価差、これがあるために高薬価の新薬の方にどうしてもシフトをしがちであるというふうに言われておるわけであり

ましてそういった意味では現行の公定価格を定めております薬価基準、これを抜本的に見直していくということが新薬シフトというものを是正する一つの手段であろうというふうに考えております、私どもとしましてもそういった意味では新薬シフトの是正ということとは必要であるというふうに考えております。

そういう面で、根本的に薬価基準制度のあり方そのものを見直し、そして薬価差のない仕組みというものを採用していくというふうに考えておりますし、その際における薬価の透明性、これは確保する必要がありますから、そういう点について十分配慮した上で新しい方策というものを考えた、このように考えております。

○西山登紀子君 お医者さんが新薬を使い過ぎるというふうな御答弁だったと思うんですけれども、問題はそこにあるんじゃないんですね。新薬シフトというのは、厚生省がいわゆる製薬企業とこれは癒着というふうにも国民が言っているわけですけれども、製薬企業の言いなりになって高い薬価を決めてきた、国際的に見ても道理がない高い高い薬価を決めているし、また国内的にも後発品に比べれば先発品が必ず二・五倍の高値がつい

それで、局長は四月二十五日の衆議院の答弁のところで、我が党の児玉議員の質問に対しまして、こういうふうに述べていらっしゃるんですね。例

えば、非常に今の薬価基準に対して不透明感が強いというふうに受け取られていると思う、これを透明性を高めるためには、フランスのように二つの委員会をきちっとセットしてそれでチェックするとか、そういった一定の透明性を高めるような仕組みをさらにつくっていくということでもない限り、透明性の確保はなかなかできないと思いますと答弁をされて、さらに続けて、公定価格を決めながら、そういうふうなやり方も方法論としては私はあると思うということで、フランスの方式に大変着目をした御意見もあります。

確かにフランスは公定価格制度を採用しておりまして、そこでは保険給付の対象となる薬というのはほかの常用生活物資と同じように価格計算基準に従って個別に原価計算がされています。原材料の原価と直接製造過程の労務費を詳細に積み上げていって、一定のマージンを加え、研究費も加えて、管理費も加え、そして販売価格を決めるという仕組みになっていて、しかもそのプロセスを開いているということですからけれども、こうしたフランスのシステムを研究してみるべきではありませんか。

○政府委員(高木俊明君) 私どもフランスのシステムというものも十分研究をいたしております。そういった意味では、公定価格を定めて、一定の委員会なり透明性のあるチェックシステムをそこに入れることによって薬価を決めていくということも一つのやり方であるというふうには思っています。

ただ、我々はやはりこういった薬の値段について考える場合に、薬のマーケットの状況なりあるいは医薬品産業という供給の側の実態、こういったものも考慮する必要があるわけでありまして、あらゆる品目について同じやり方がいいということこ

我が国における今の医薬品の供給状況あるいは国際的な競争力を今後高めていかなきゃならない等々のことを考えていった場合にどういうやり方が一番いいかということになりますと、公定価格を定めるということよりもむしろ市場取引の実勢というものを踏まえた価格の形成、それにのっとって医療保険でどこまで償還すべきかという考え方、これも一つの方法だろうというふうに思っておるわけであります。

ただその際には当然償還基準というものを定めることとなります。これは公定価格ではございませんけれども、この償還価格を設定するための透明性のある委員会なり、そういったものは必要だろうというふうに考えておりますが、我々一つの方角として考えておりますのは、むしろ市場取引の実勢というものを基礎にした薬価の定め方ということが好ましいのではないかとという方向で検討しております。

○西山登紀子君　薬価の問題を論ずる場合に、やはり医療費の三割、八兆円を占めている薬剤費、これを何とかして低めて、そして国民に負担増をしなくてもいいようにというところどうやってメスを入れるか、この点が非常に肝心だと思っんですけれども、今の局長の御答弁はどうしても企業寄りといえますか、そういう御答弁ではないかなと私は感じました。

それで、フランスも研究しているとおっしゃるんですけども、厚生省が非常に熱心なのはドイツの参照価格制ですね。

先日の公聴会で大阪の保険医協会の細川公述人はこういうふうに述べていらっしやいます。今直接薬価を下げる手段をとらないで、今後の薬価制度のあり方として薬価基準を廃止し自由価格制とすることや参照価格制の導入などが有力な選択肢として挙げられていますが、これは率直に言つて問題のすりかえです、こういうふうに厳しく公述をされたわけですが、私もそうではないかと思ひます。

私も少し勉強してみましたけれども、このドイツの参照価格制の対象になっている薬というのはどんな薬かといいますと、特許が切れて後発品が登場した薬品を中心にして、いろんな類似薬効とか類似成分とかでゾーニングをしてグループイングをして対象薬品を決めているわけですけれども、ドイツでは参照価格の対象薬は全医薬品の中のどのくらいでしょうか、パーセンテージ。

○政府委員(高木俊明君) その前にまずちよっとお断りしておかなきゃいけませんのは、我が国においてドイツと同じやり方を採用したいというふうに考えているわけではないということ、ここはまず大前提でありますので……

○西山登紀子君 それはわかってはいますよ。

○政府委員（高木俊明君） そこで、御質問についてお答えしますと、ドイツで採用しております参照価格の対象品目と、この売上額に占める割合というところでありますが、参照価格の設定をしております事務局、そこが、これは企業疾病金庫連邦連

合会というところではありますが、この調査により
ますと、一九九六年七月現在で約六割ということ
でございます。

○西山登紀子君 いろんなデータもあります、が、売上高で、シェアで三八％とか、そういうふうな数字もあるんですけれども、六割ですか。

○政府委員（高木俊明君） 六割。

○西山登紀子君　それで、次にお伺いしたいんですけれども、もちろんドイツの参照価格制度をそのまま日本に当てはめようというふうに考えていると私も思っております。しかし、ドイツの参照価格制というものを熱心に研究をしていらっ

しやる。参照価格制というものを何と次に、今の薬価基準制度を廃止した後に入れようというふうな研究を厚生省がしているということだと思ひますので、それでドイツの場合はどうかというのを私も勉強してみたいので伺ひをしてい

わけです。次に、ドイツの参照価格制の対象とならない薬があるんだと。それはワクチン、それから薬局製剤、三つ目が既存薬より有効性、または安全性にまさることが示された特許期間の処方薬というふうになっていて、三つのものは参照価格の対象にならな

ないんですね。つまり、ドイツで言う既存薬より有効性があり安全性があるというのは新薬なんです。この新薬というのは参照価格の対象にはならない、そういうことではないでしょうか。ドイツでは新薬は参照価格の対象外だと。これはどうですか、そのとおりですか。

○政府委員(高木俊明君) ドイツでは特許の医薬品については参照価格の対象外ということであり、また、したがって特許の医薬品である新薬、これは参照価格の対象外になります。

○西山登紀子君 次に、仮にドイツのやり方によった場合、日本のいわゆるゾロ新というのは参照価格の枠外になる、新薬だから適用されないという、そういうことになりますか。

○政府委員(高木俊明君) ドイツでは特許期間中の医薬品ということをやっておりますから、新規性のあるなしにかかわらず、いかなる医薬品であつても特許期間中の医薬品というのは参照価格の対象外というふうに承知しております。

○西山登紀子君 そのドイツの参照価格から外された新薬というのは保険薬から外されるのでしょうか。

○政府委員(高木俊明君) いわゆる参照価格制というのは一定の償還価格を設定するその価格基準でありますから、そこでこれの対象外ということはどういうことかといひますと、ドイツの場合は医薬分業であります、薬局の購入価格全額が保

険償還されるということになります。

○西山登紀子君 ということでありませう。つまり、参照価格の対象にされるお薬と参照価格の対象から外されるお薬とがあるわけですね。参照価格から外されるお薬というのは、さっき言ったようなワクチンとか三つあつて、その中で私は特に注目したいのはいわゆる新薬です。特許期間をきちっと持った新薬、それは参照価格の対象から外されてしまふ。そして、外されたその薬というのは保険薬で全額が償還されることになるというわけですね。

そうなりますと、仮にドイツのこの制度を日本に当てはめた場合、参照価格の網のかかる薬と、それから網のかからない薬の割合というのはどれほどになるでしょうか。

○政府委員(高木俊明君) 何かもう日本でも参照価格が採用されたという感じが受けてしまひますが、そこは御質問にお答えしますと、まず一点、現在の薬価基準制度、薬価基準に収載されている医薬品についてそれが特許期間中のものか、そういう格好での調査はございませんので、そういった意味でドイツと比べた場合、正確な比較をすることが難しいということをまずお許しいただきたいと思ひます。

ただ、ドイツにおける特許期間中の新薬品、これを我が国の薬価基準に収載、我が国の場合六年間特許期間がありますが、そういった意味で、我が国の薬価基準に収載された後六年間、要するに最近六年間ということではありますが、これを仮に新薬というふうに置きかえて計算してみますと、平成五年の時点において収載後六年間の新薬の使用頻度、これが約三割ということでございます。

○西山登紀子君 結局、約三割ということですね。ところが、十年間、九年収載というんでしょ、うか、その薬の割合でいくと平成五年度で五五％というわけですから日本はいかに新薬が多いかということがわかると思ひます。

さっき網のかかる部分はまだおっしゃっていませんね。かからない部分はおっしゃったけれども、かかる部分、つまりゼネリックだとかそういう部分は

う部分はおっしゃっていませんね。まあいいです。次に移ります。

つまり、私が心配するのは、いわゆる参照価格制が対象にしないゾロ新の価格は、仮にドイツ型をそのまま日本に当てはめた場合ですが、全額が保険の償還払いとなるということになりますと、結局その部分は大手製薬メーカーの言いなりの価格を保険で償還するということになるんじゃないでしょうか。そうすると、結局、市場を独占している大手製薬メーカーの価格は上がる一方で、薬剤費、つまり保険で払う薬剤費部分というのは下がる保証がないというふうになるんじゃないでしょうか。仮に当てはめた場合です。

○政府委員(高木俊明君) まず、製薬企業の言いなりということでありませんで、医療機関の購入価格であるというところ、そこはちょっとまず一点押さえておいていただきたいのであります。

そこで、ドイツの場合、これはドイツの弁明をしてもしょうがないのでありますが、ドイツで言われておりますのは、高どまりするんじゃないかというお話との絡みだと思ひますけれども、薬剤費に対してはドイツは総額予算制というのが採用されておりますので、あらかじめ決められた予算額を薬剤費全体で支出が超えた場合には保険医協会、それから製薬メーカーがそれぞれ超過負担を負う仕組みになっておるといふうな、そういう仕組みのような仕組等が導入されておまして、御指摘のような懸念がないようなことをそれぞれやり工夫して考えております。

我が国においてどういう形で新しい方式というものを導入するか、これはこれからの課題でありませうけれども、御指摘のような弊害が起きないような仕組みというものをやはりきちっとビルトインしていかねければいけないというふうに考えております。

○西山登紀子君 つまり、参照価格の対象から外れた部分は全額が保険で払われるということになりますと、日本の場合はその部分のシェアが非常に大きいと、今も局長が言われたように三割、九

年収載薬でいえば五五％のシェアを持つているその部分が九割は保険で払われる、全額償還されるというふうになれば、これはもう大手製薬メーカーの言いなりに、むしろ今の保険から薬剤費をどんどん払わなければいけないという事態になるんじゃないか、これは一つの問題であるということだと思ひます。

それから、特に今ドイツではこの参照価格を導入した後で製薬メーカーの方が参照価格でこうむった損失をむしろ補うためにゾロ新の価格を引き上げていく、こういう事態が生まれているというのを厚生省からいただいた資料で知りましたけれども、これでは日本の新薬シフトと同じじゃないですか。

○政府委員(高木俊明君) まことに申しわけないんですが、厚生省の資料というのはちょっと私、今手元に持っておりませうけれども、今御指摘のような弊害が仮に日本でも起こり得ることが予想されるというならば、それは当然その歯どめなりというものを工夫していきたいと思つております。

○西山登紀子君 大変その点は私は問題だといふうに思つて居ますね。

それで、参照価格というのは、ドイツの例で見ますと、先発品の最高価格よりも低く、それから後発品の、ゼネリックの最低価格よりも高く決められていくわけですが、普通は最低価格に近く決められているというふう聞いておりますけれども、しかしこの参照価格よりも超えた価格の分は患者負担、患者さんが払わなければならぬということになるわけですね。そうなりますと、この参照価格の基準、つまり一つのバーをどこに設定するかによって患者負担がふえたり少なくなったり、こういうことになるわけですね。

○政府委員(高木俊明君) まさにそのとおりでございます。

○西山登紀子君 その場合に、このバーを、基準を一体だれがどのようにして決めるのかというところが問題であります。

ある方に聞きますと、今の保険業辞典、いわゆる俗名これは赤本というふうに言っているそうですけれども、この参照価格というのは、その赤本の、今の業辞典の表紙を要するだけのものじゃないかという御意見もあるわけですね。もちろん価格を決めるというのと、それから保険で払われる基準を決めるというのとは違ひはあったとしても、保険ですから国民の皆さんの保険料をそれに充てるといふことになれば参照価格というのはいくらも決めるという作業というのには非常にこれまた問題であります。

その参照価格というのは、ドイツの場合にはだれがどのようにして決めているのでしょうか。

○政府委員(高木俊明君) ドイツの参照価格の設定の手続であります。まず連邦の保険医協会の代表、それから連邦の疾病金庫、これは保険者でありますけれども、この代表から構成されます連邦薬剤委員会というものがございまして。そこで医学、薬学の専門家、それから医薬品の製造業者、それから薬剤師等から意見を聞いた上で同一参照価格を設定するために同一成分等に着目した医薬品のグループ分けをまず行うということでございます。

それからその次に、連邦の疾病金庫の代表が医薬品の用量単位あるいは包装単位、こういったものを考慮しながら、同一グループに属する医薬品の市場取引価格、これをもとにしまして統計的に処理して参照価格というものを算出する。医学、薬学の専門家、それから医薬品製造業者、それから薬剤師等から意見を聞いた上で最終的に決定をする、こういうふうなことで、この参照価格というのには年一回調査をし、物価の上昇率なども参考にしながら適正に修正を行う、このような決め方をドイツでは行っております。

○西山登紀子君 そのように参照価格を決めるにはプロセスがあるわけですが、仮に参照価格制を日本に導入するという場合にも、やはり今の薬価基準を決めているようなプロセスの公開、

情報の公開、それから原価に注目したそのバーの設定ということが同じように、今の薬価基準に対して国民が疑問に思っている、その点は同じようにやはり参照価格制についても国民は疑問に思う点だろうと。その点、やはり公開するなり透明化をしなければ、参照価格というのはいくらでも決めたのかと。あるときにはここに決まるといふことになり、あるときにはここに決まるといふことになり、非常に問題があるだろうというふうに思っています。

バーが低く決められた場合には、それを越える部分は全部患者負担ということになっていくわけですからこれはもう非常に、今、薬価基準で三割負担、一割負担というふうになっているわけですが、この参照価格のバーの設定によっては何割を国民が負担するのかということがばらばらになってしまふというふうなこともなかりかねないんじゃないかなというふうに思っています。

最後に、大臣に御質問したいわけですが、この間ずっとこの医療保険の赤字の主要な原因というのは新薬のシフトであり、国際的にも非常に高薬価、そして国内的にも大手製薬メーカーの先発品に非常に高値をずっと保証している、このところのうちにきちんとメスを入れるべきだということをお願いしたいわけですが、大臣もその点については新薬シフトをお認めになっているわけですが、しかしその解決の仕方が、薬価基準を全部外してしまうというところで、むしろ問題になっているところを本当にすりかえているというふうに私は思えるわけなんです。

東京大学の醍醐先生という方がこんなふうに出ていらっしゃいます。「高薬価、とくに、成分を少し変えただけの新薬に高い薬価がつく薬価制度によって、医薬品メーカーは高収益を持続してきた。この現実にはメスを入れない制度改革では抜本改革とならないのではないかと」と、参照価格制を導入するに先立って、「現在の高薬価にメ

スを入れておかなければ、特定の薬剤の「保険はずし」による患者負担増をもたらすだけとなりかねない」と、このような指摘もされているわけでありまして。薬価基準を廃止することによって、それで国民の薬剤に対する高負担がなくなるのかという点ではないかというふうに思っています。

この点については衆議院において修正が行われたわけでありまして、その衆議院における薬剤負担額の算定というの、その委員会でも随分その根拠について質問があったわけですが、どうも私どもにはびんごない、そういう感を持つたわけでありまして。私は、そういう中で、これを定率で行えば不公平感も起らないし極めてわかりやすい。その際に、弱者、低所得者に対する配慮をやることこそが大事ではないかというように、ことを指摘させていただいたわけでありまして。そこで、もう一点お伺いをしたいんですが、もう一つの問題点となっている、今、西山委員からも指摘のあったいわゆる高薬価新薬シフト、これに対して今回の改正がどういふふうな効果をもたらすのか、その点についてお聞かせをいただきたい。

○国務大臣(小泉純一郎君) 今国会の議論におきましても、現状の薬価の決めに問題があるという意見が非常に多かったわけですが、そういう中で、今後総合的な抜本的な改革案の中では当然薬価基準を根本的に見直ししていく、その際には市場取引の実勢に見合った薬価の決め方を考えるということを原則にしていきたいんですが、当然一つの基準を決めなきゃいけません。その基準を決めるという際には透明性の確保、そして国民の理解の得られるような基準を設定しなきゃいかぬと、今まではできなかった根本的な見直しをしていきたいと思っております。

また、今回の修正によって長期投与が促進されるのではないかとという懸念もあるわけですが、これもきょうの朝の尾辻委員の質問の中にもありました。また、それに伴って再修正というふうな話もあるようではありますが、その点について見解を聞かせてください。

○釘宮警君 きょう午前中、尾辻委員の方から、今回の改正案というのは、ある意味では赤字をこのまま放置すれば保険制度そのものが崩壊してしまうと、したがってまずカンフル剤を打って、この保険制度を維持する中で抜本的な改革を進めるというのが今回の目的のように思えてならないんだが、というふうな話がありました。私も全く同感でありまして、そういう意味から、尾辻委員もその辺の指摘があったんだろうと思うんですが、局長はあくまで抜本改革に向けての第一歩だというふうな答弁がございました。それで、私はこの抜本改革に向けての第一歩であるというふうな観点で、今回の特にこの薬価の問題、薬剤の問題

についてその線でお聞きをしていきたいと思うんですが、まず今回提示されている薬剤の別途負担についてであります。

この点については衆議院において修正が行われたわけでありまして、その衆議院における薬剤負担額の算定というの、その委員会でも随分その根拠について質問があったわけですが、どうも私どもにはびんごない、そういう感を持つたわけでありまして。私は、そういう中で、これを定率で行えば不公平感も起らないし極めてわかりやすい。その際に、弱者、低所得者に対する配慮をやることこそが大事ではないかというように、ことを指摘させていただいたわけでありまして。そこで、もう一点お伺いをしたいんですが、もう一つの問題点となっている、今、西山委員からも指摘のあったいわゆる高薬価新薬シフト、これに対して今回の改正がどういふふうな効果をもたらすのか、その点についてお聞かせをいただきたい。

分けが行われた。一つが一種類の場合、二番目が二から三種類、三番目が四から五種類、それから四番目が六種類以上、こういうふうに分けられたわけであり。そして、一種類の場合には患者負担はゼロということでございます……

○釘宮馨君 局長、その辺はわかりますから。

○政府委員(高木俊明君) そういうふうな形で、平均的な投与日数と平均的な老人の薬剤の内服薬の単価というものを掛けて四百円、七百元、千円という格好にしたと、こういうふうな承知をしております。

そこで、高薬価シフトの問題でありますけれども、これは我が国における医療費に占める薬剤のシェアというものが何で下がらないのかということ、大きくは二つの理由があるというふうに考えておりました。一つが薬剤の使用量が我が国の場合は多いということであり。それからもう一つが、やはり高薬価の新薬にシフトしているというこの二つの要因でありまして、学者の研究によりますと大体寄与率は半分半分ぐらいだと言われております。

そういった中で、政府原案はむしろ薬剤の多量使用ということについては一部負担が効果はあるだろう、その歯とめに役に立つであろうというふうな考えでおるわけですが、高薬価シフトについては、これはその原因が何かということになりますと、やはり基本的には経済的な誘因としては薬価差というふうに言われております。

そういった意味で、この薬価差というもののないような薬価基準制度というものでない限り、やはりこの辺はなかなか歯とめが難しくであろうというふうに私は私どもは考えておりますし、また今後の抜本的な改革の中で薬価差のない制度というものを考えていこうということでもあります。

ただ、現行制度の中でそれでは少しでもそういうふうな歯とめができないものかということに着眼されてこの衆議院の修正というのが一点なされたというふうな私どもも理解しておりますのは、一種類については患者負担を取らないというところ

であります。

これは現在、何種類出しても薬の値段が二百五十円以下の場合、この場合については一種類と計算するというのが診療報酬の請求上の取り扱いをしております。そして、そうしますと比較的安価な薬というものを二五五円以下におさめるならばこれが一種類になりますから薬剤の負担がかららない、こういうことになるということが誘因となつて高薬価シフトというものの歯とめに役立つのではないかと、これが盛り込まれたわけであり。その限りにおいては、考え方としては政府提案よりも財政効果はかなり縮減されますけれども、新薬シフトというものの一応歯とめというものにおいては工夫がなされたというふうに考えておるわけであり。

それから、長期投与の問題であります。修正案のここがもう一つ欠陥ではないか、問題点ではないかというふうな指摘されるゆえんでありますけれども、投与日数に関係ありませんで平均的な投与日数でやっておりますから、そういった意味では目いっぱい薬を出すことになるのではないかと、ということが言われておりました。これについては現行の健康保険法に基づく療養担当規則で薬というのは際限なく出していいということになっておりませんで、原則として一回の処方について内服薬は十四日分、外用薬は七日分というのを限度とするということになっております。もちろん例外がございますけれども、基本はこういうことであるというふうなことから、適正な指導あるいは適正なレセプトのチェックというものをやることによってこの辺のところをみだりに流れるということにはならないという考え方で衆議院の修正案というものは構築されているというふうに考えております。

ただ、やはり日数に比例する格好の方が好ましいのではないかと、この御意見が今出ているわけでありまして、この辺のところを簡便化されましたけれども、そういった意味では必ずしも完璧たり得ないというところではないかと思ひます。

○釘宮馨君 答弁は極力短くお願いをしたいと思ふんです。今の答弁を聞きながら、きょう傍聴の方もお聞きなれますが、多分よくわからないのではないかなというふうに思ふんです。

私は、今回の改正で服用時点が同時に服用回数と同じである薬剤の薬価合計額によって種類を算定すること、要するにもらった薬の合計金額が二百五十円以下は無料だということなんですけれども、しかしこれが合計が二百五十円以下であっても服用時点と服用回数が異なると自己負担額がふえていく。現場でそれを説明するというのは非常にわかりにくいし、やっぱり患者さんは何か損をしたような気がする。得をした人は余り得をしたとは言わないんです。損をした人はやっぱりどうしても何か損をしたというような感覚が否めないのではないかと。この辺が私は非常にわかりにくいというふうに思ふんです。

薬剤の別途負担ということ、患者のコスト意識を喚起して薬剤使用の適正化を図ろうというのが今回の目的だということに言われているんです。が、薬剤の処方というのは医師が行うわけでありまして、そういった意味ではその効果というのは患者には非常に理解しがたい。したがって、私は今回、何度も言いますが、定率でやるべきだったというふうに思ふわけです。今回の定額負担の算定根拠を含めて非常に中途半端な感否めない。したがって、私は今回がその抜本改革に向けての第一歩なのかということに特に関心したいわけであり。

そこで、ならば局長にお伺いしますけれども、これから抜本改革を行っていくわけでありまして、抜本改革が行われた後もこの薬剤の別途負担というものは続くんですか、その辺を聞かせてください。

○政府委員(高木俊明君) 抜本的な改革案、これはまさに薬価基準制度そのものをどうするかという問題が一つあります。

これまで御議論いただいておりますような形で、いわゆるドイツで行われておりますような参

照価格制のような形を採用することになります。一定の水準を超える分については患者負担という格好になるわけでありまして、そういった中でさらに薬の別途一部負担というところをお願いすべきかどうかという問題があるわけでありまして、そういった意味ではこの薬価基準制度そのものをどういう形に新しい制度として直していくかというものの絡みで考えていかなくはいけないというふうに考えておりました。この辺の取り扱いというものを含めて全体的に考えていかなきゃならないと思っております。

○釘宮馨君 私は、そういう意味で緊急避難的な要素が強いのではないかなというのを私自身の感想として言わせていただきました。

今回の改正で、私は今も指摘しましたけれども、抜本改革と今回の改正案との関連性というのがいま一つ、何度も言うようにすけれども、見えてこないんですけれども、局長、もう一度この点について、抜本改革との関連について今回の薬剤も含めて今回の改正案というものがどういう意図のもとに行われたのかということについて聞かせていただきたいと思います。

○政府委員(高木俊明君) 先生のお考えからしますと、やはり抜本改革というものがゴールとしてあって、そしてそこに至る一つの道筋として一歩一歩それに関連した方向に進んでいくというのが、これがまさに第一歩というふうに考えるべきだろうというお考えだと思ひます。私もそういう考え方がごく当然の考え方だというふうに思っております。

今回のこの制度改革というのは、私どもの考え方としては、あるいは抜本改革との関係でわかりにくいとおっしゃるかもしれませんが、言うなれば制度の抜本的な改革案というものを一つつくるというのはまさに本法案というものが成立したなら直ちに着手をしていくということでありまして、そういったことで考えますと、今回提案している内容そのものについて今後の抜本改革の内容に直結した考え方で考えているわけではないわけであ

○釘宮警君 よくわかりました。我々は、この抜本改革をまづきつちりやるということが前提で今回衆議院では賛成をしたわけでありまして、そういう意味ではこれは保険制度そのものが崩壊してしまったのではもう元も子もなくなるわけですから、そういう意味での認識としては今の局長の答弁を聞いてやっとわかりました。

○政府委員(高木俊明君) これはいろいろ言われておりまして、私どももいわゆる政府としての正式な調査等々で聞きますと、必ずしも高どまりしているという意見だけではありません。だからこの辺のところはどうもはっきりいたしませんけれども、ただ一般的に言われますのは、先ほどから出ておりますが、例えば特許期間中の薬については、これは言ふなれば自由価格制のもので、そして保険でそれを償還するという格好になっていきます、そういった中でバイイングパワーとの関係で値段の設定いかによつてはこれがなかなか下

それからまた、問題は償還基準の決め方いかに
なるわけですが、その償還基準より低い
価格の薬があるとなると、これは自己負担はあり
ませんから、そういった意味ではそれ以上下がる
ということはなかなか難しいというふうに言われ
ておりますし、問題はこういうふうな形で薬のグ
ループिंगをするか、その辺の決め方、そういった
ようなものにもまたよってくると思いますし、
そういった意味ではいろんな見方があるんですけ
れども、私どもとしては、そういったようなドイ
ツの現状というふうなものも考慮しながら、やは
り我が国に一番ふさわしいような仕組みを導入し
たいと思っておりますけれども、そこら辺はいろ
いろな見方がございます。

それでは最後に、一つこういうデータが出ていましたのでこれについてちょっとお伺いをしたいと思うんです。

このデータを見て私も非常に興味深く思ったのでちょっと皆さんに御披露したいと思うんですが、これは平成七年の八月から平成八年の一月まで約半年間、新規入院した老健対象者を対象として行った調査なんです、まず第一に社会的入院と思われる人、これが全体の三六・五％に及ん

この多病名者の診療内容を見ると、適正を欠くと思われるものが約四割に及んでいるということとあります。いわゆる社会的入院状態でありながら入院者の検査、投薬、注射を行っていることが疑われるわけがありますけれども、結果的には介護施設に入っていれば歩けるようになる人が寝たきりというよりももう寝かせられているという状況というのがこの調査を見ても極めてわかる。

○政府委員(羽毛田信吾君) 先生が今お挙げになりました全国総合健康保険組合協議会の調査結果、私どもも承知をいたしております。

先生、今お挙げになりましたいわゆる社会的入院と言われる三六・五％、内訳は先生今お挙げになりませんでしたけれども、在宅介護が可能と思われるもの、あるいは長期入院がやや疑問と思われるものというようなものがここに含まれているという結果であるというふうに思っております。

そして、そういういわゆる社会的入院の方に今お話ございましたように多病名、いわば適正受診

そういう意味におきましては、私も繰り返しお願いをしておりますように、介護保険の導入というところでお願いをいたしておりますのも一つ大きなその方向でございます。本来、介護サービスにふさわしい方がいわゆる医療保険の領域で長期にわたって一般病院に入っておられるという事態を介護保険を導入することによっていかに解消していくか。また、それにあわせまして介護サービス基盤を在宅で、先ほどの中にも在宅で可能と思われるものが相当あるという結果が出ておりますから、在宅で受けとめるべき介護サービスをどう整えていくか。さらに、特別養護老人ホーム等の施設の介護サービスをいかに整えていくかということを一方においてきちんとやっていくと。

あわせまして、介護保険導入によりまして、いわば負担というような面におきまして、入所者の流れというものをそういう形に流れるような流れをつくっていくということが非常に大事だろうと思いますし、あわせまして診療報酬の面におきまして長期療養に対します診療報酬上の適正な評価ということからそういう流れをつくっていくというようなこと、もちろんそういったことを総合的に進めていくことは非常に大事だろうと思います。そういうことを総合的に進めることによりましていわゆる社会的入院というものの解消を図っていく。繰り返しになりますが、そのためにも介護保険の導入というのはぜひ必要だということに私どもも考えておるところでございます。

あわせまして、社会的入院以外にも、やはり今

請願(第二〇三八号)

生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請

請願者 長野市柳町一、二四七 平野格

100

第一七七二号 平成九年五月二十六日受理
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 岡山県倉敷市水島西常盤五ノ三
中村松外九万九千八百八十七名

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。

第一七七三号 平成九年五月二十六日受理
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 兵庫県宝塚市伊子志四ノ二ノ二
ノ七〇一 寺本秀樹外九万九千八百八十七名

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。

第一七七六号 平成九年五月二十六日受理
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 京都市東山区今熊野南日吉町二
四ノ三〇六 神崎雅至外二万二千五百六十七名

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。

第一七八九号 平成九年五月二十六日受理
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 埼玉県浦和市北浦和四ノ二ノ二
小平祐外八千八百五十九名

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。

第一七九四号 平成九年五月二十六日受理
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 千葉県山武郡成東町小松一、九五
八ノ二 今関好勝外十八名

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。

第一八四四号 平成九年五月二十七日受理
公的介護保険制度の早期確立に関する請願

請願者 埼玉県戸田市喜沢二ノ九ノ四八
吉田芳子外百二十四名

紹介議員 吉川 春子君

この請願の趣旨は、第一〇二号と同じである。

第一八四五号 平成九年五月二十七日受理
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 埼玉県戸田市喜沢二ノ九ノ四八
吉田芳子外百二十四名

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。

第一八四九号 平成九年五月二十七日受理
重度心身障害者及び寝たきり老人とその介護者が同居人可能な社会福祉施設の実現化に関する請願

請願者 長野県上田市五加一、〇一〇ノ七
井出三子外七百四名

紹介議員 小山 峰男君

この請願の趣旨は、第七四一号と同じである。

第一八五〇号 平成九年五月二十七日受理
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 東京都足立区千住寿町三五ノ一四
小野四郎外二十四名

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。

第一八五七号 平成九年五月二十七日受理
医療等の改善に関する請願

請願者 大分市春日町二ノ三二 宮野
茂外四名

紹介議員 釘宮 警君
この請願の趣旨は、第二二八号と同じである。

第一八六二号 平成九年五月二十七日受理
重度心身障害者及び寝たきり老人とその介護者が同居人可能な社会福祉施設の実現化に関する請願

請願者 長野県大町市大新田町八、〇四七
ノ一〇 齊藤礼子外六百七十一名

紹介議員 村沢 牧君

この請願の趣旨は、第七四一号と同じである。

第一八六三号 平成九年五月二十七日受理
男性介護人に関する請願

請願者 長野県上田市五加一、〇一〇ノ七
井出三子外六百七十二名

紹介議員 村沢 牧君

この請願の趣旨は、第七五〇号と同じである。

第一八七四号 平成九年五月二十七日受理
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 広島市東区矢賀新町一ノ四ノ二〇
矢賀ビル三〇一 梶岡浩志外三千二百四十六名

紹介議員 栗原 君子君

この請願の趣旨は、第一九七号と同じである。

第一八七五号 平成九年五月二十七日受理
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(二通)

請願者 愛知県安城市安城町東広畔二二
浜崎洋光外九千七十一名

紹介議員 栗原 君子君

この請願の趣旨は、第八四二号と同じである。

第一九二三号 平成九年五月二十八日受理
重度心身障害者及び寝たきり老人とその介護者が同居人可能な社会福祉施設の実現化に関する請願

請願者 長野県松本市島内八九五ノ二一ノ
Dノ三〇一 増田伸外二百二十三
名

紹介議員 今井 澄君
この請願の趣旨は、第七四一号と同じである。

第一九一四号 平成九年五月二十八日受理
男性介護人に関する請願

請願者 長野県松本市美須々一ノ二四 北
条正行外四百七十九名

紹介議員 今井 澄君

この請願の趣旨は、第七五〇号と同じである。

第一九一六号 平成九年五月二十八日受理
良い看護の実現に関する請願

請願者 高知県土佐清水市浦尻六ノ二九
横田力外九百九十六名

紹介議員 須藤美也子君

この請願の趣旨は、第三号と同じである。

第一九二二号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 大阪府堺市常盤町三二ノ二ノ二
児嶋美佐外九百九十九名

紹介議員 佐藤 静雄君

成人期障害者の地域生活の保障を目的とする小規模作業所は、平成七年八月現在で三千九百二箇所も設置され、毎年増え続けている。この数は国の障害者施設である通所授産施設の総数七百八十四箇所(平成六年度)の約五倍となっているが、法定外施設であるため資金難を中心とする様々な問題を抱えている。多くの小規模作業所は地方自治体の補助金によって辛うじて維持されているが、自治体間格差が広がっている。これらの要因としては、国の授産施設が不足していること、小規模作業所に対する補助金が年額百十万円と職員一人分の人件費も出せない低額にとどまっていることが挙げられる。さらにこの補助金制度は対象と

なっていない作業所が約半数に上ること、補助窓口が特定の団体であり公平性に欠けるなど多くの問題点を抱えており、本格的な補助金制度とはいえない。については、次の措置を採らねばならない。

一、「障害者プラン」の着実な実現を図るとともに、プランの実質化並びに中間見直しの基礎となる「市町村障害者計画」の策定を推進するよう効果的な措置を採ること。

二、小規模作業所に対する補助金制度については、現行の障害者別制度を一本化し、補助額を大幅に引き上げ、並びに都道府県・政令指定都市を通じてすべての小規模作業所に交付すること。

三、成人障害者に関する現行施設体系を抜本的に見直し、特に重度障害者を対象とした「障害者活動センター」(仮称)の創設並びに精神障害者を対象とした授産施設についての量的拡充を図ること。

四、重度障害者の地域での自立した生活を可能とするために、グループホーム・福祉ホームを中心とした在宅施策及び医療、介護分野を含めた総合的な生活援助システムを早急に確立すること。

第一九二四号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 愛知県一宮市大字光明寺出来野一ノ二 佐々勝廣外八百九十二名
紹介議員 山本 保君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九二五号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 京都府宮津市宇宮村一、六〇四 井上隆広外千名
紹介議員 山崎 順子君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九二六号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 大阪府岸和田市西之内町四一ノ三 九 松崎給里奈外二千名
紹介議員 村上 正邦君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九二七号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 福岡市早良区飯倉六ノ三ノ四九 加地啓子外千九百九十九名
紹介議員 守住 有信君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九二八号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 埼玉県大宮市東新井七二〇ノ五〇 河合洋祐外九百九十九名
紹介議員 谷本 巍君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九二九号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 大阪府堺市松尾一、三八二ノ六 上杉健一外千九百九十九名
紹介議員 林 寛子君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九三〇号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 大阪府鶴見区今津南二ノ六ノ九 下中みどり外千九百九十九名
紹介議員 堂本 暁子君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九三一号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 大阪府茨木市本町四ノ四 森脇初

音外千九百九十九名
紹介議員 太田 豊秋君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九三二号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 長野県佐久市中込二七ノ三 林 恵子外九百九十九名
紹介議員 村沢 牧君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九三三号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 大阪府鶴見区緑一ノ一ノ二九 椿 本広美外千九百九十九名
紹介議員 常田 享詳君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九三四号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 大阪府城東区放出西一ノ二ノ五一 杉本由美子外二千名
紹介議員 松浦 孝治君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九三五号 平成九年五月二十八日受理
重度心身障害者及び寝たきり老人とその介護者が同居入所可能な社会福祉施設の実現化に関する請願

請願者 長野県上田市常入一ノ一四ノ一三 藤原美津子外三百八十四名
紹介議員 阿部 幸代君
この請願の趣旨は、第七四一号と同じである。

第一九三六号 平成九年五月二十八日受理
男性介護人に関する請願(二通)

請願者 長野県上田市常入一ノ一四ノ一三

藤原美津子外千八百八十八名
紹介議員 阿部 幸代君
この請願の趣旨は、第七五〇号と同じである。

第一九三七号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 埼玉県春日部市藤塚三三ノ二四 石坂範子外三千九百九十九名
紹介議員 阿部 幸代君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九三九号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 福岡市早良区西新二ノ一ノ二二 清田雅子外千名
紹介議員 山口 哲夫君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九四二号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 兵庫県宝塚市伊子志四ノ二ノ六〇 三浦昇外千九百九十九名
紹介議員 本岡 昭次君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九四三号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 名古屋市中川区明徳町二ノ七 栗 田朝美外千九百九十九名
紹介議員 田 英夫君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九四六号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 福岡市早良区室住団地六五ノ五〇 三 宮崎玲子外千九百九十九名

紹介議員 島袋 宗康君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九四八号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 愛媛県松山市古川南三ノ三三ノ二
五 大石澄江外二千二十二名
紹介議員 野間 越君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九四九号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 広島市安佐南区長束五ノ二五ノ三
二ノ三〇三 梶原宗彦外九百九十
九名
紹介議員 立木 洋君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九五〇号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 大阪市東淀川区大道南一ノ八ノ四
ノ二〇一 山本幸弘外九百九十九
名
紹介議員 吉川 春子君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九五一号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
(二通)
請願者 広島市安佐南区川内四ノ一一ノ四
七 村上晃治外九百九十九名
紹介議員 三重野栄子君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九五二号 平成九年五月二十八日受理
厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願
(一通)
請願者 北九州市小倉北区熊本三ノ一ノ六
田原孝外三千六百二十六名

紹介議員 三重野栄子君
この請願の趣旨は、第一九七号と同じである。

第一九五三号 平成九年五月二十八日受理
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 茨城県鹿島郡波崎町矢田部五、五
三七 山本英雅外二百八十五名
紹介議員 小林 元君
この請願の趣旨は、第一九七号と同じである。

第一九五四号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 大阪府泉南市信達市場一、二二二
ノ一二 井上直美外二千一名
紹介議員 前川 忠夫君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九五五号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
(二通)
請願者 京都府与謝郡岩滝町字弓木一、三
八四ノ五 広野久美子外九百九十九
十九名
紹介議員 関根 則之君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九五六号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 埼玉県坂戸市千代田一ノ二〇ノ一
四 円谷恵子外二千一名
紹介議員 吉田 之久君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九五七号 平成九年五月二十八日受理
公的介護保険制度の早期確立に関する請願
請願者 岡山県津山市国分寺三三ノ四五
重満克己外一万三千三百四十九
名

紹介議員 西山登紀子君
この請願の趣旨は、第一〇二二号と同じである。

第一九五八号 平成九年五月二十八日受理
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 鳥取市吉成九五ノ六五 田中和夫
外七万九千八百八十一名
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。

第一九五九号 平成九年五月二十八日受理
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 千葉県市原市東五所六ノ一 石井
新治外一万三千二百五十二名
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。

第一九六〇号 平成九年五月二十八日受理
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 東京都青梅市千ヶ瀬町一ノ八三ノ
一六 小川由崇外一万三千二百五
十二名
紹介議員 筆坂 秀世君
この請願の趣旨は、第一五二二号と同じである。

第一九六一号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 大阪府吹田市原町三ノ三六ノ一ノ
一〇二 元原ひとみ外二千二百名
紹介議員 鈴木 政二君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九六二号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 大阪府枚方市南中振一ノ二ノ四八
橋爪和子外九百九十九名

紹介議員 須藤美也子君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九六三号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
(二通)
請願者 大阪府住之江区中加賀屋三ノ九ノ
一 田中美幸外九百九十九名
紹介議員 和田 洋子君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九六四号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
(二通)
請願者 大阪府堺市松尾一、三八二ノ六
村田寛外九百九十九名
紹介議員 坪井 一字君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九六六号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 北海道上川郡比布町北一線七 阿
部マスイ外百名
紹介議員 菅野 久光君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九六七号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 京都府宇治市広野町宮谷一一〇ノ
六 高山てる子外九百九十九名
紹介議員 橋本 敦君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九七〇号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
(二通)
請願者 京都府乙訓郡大山崎町大山崎松原
三六ノ一 草間佐恵子外二千一名
紹介議員 清水嘉子君

この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九七二号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 福岡市早良区有田八ノ一八ノ四
村上英之介千三百名

紹介議員 上杉 光弘君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九七二号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 滋賀県近江八幡市倉橋部町九六
浅見明外千九百九十九名

紹介議員 菅野 壽君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九七三三号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 名古屋瑞穂区軍水町一ノ二ノ一
サンクレール新端一〇一 河辺億
光外千名

紹介議員 武田 節子君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九七四号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 東京都三鷹市大沢二ノ二〇ノ三六
國吉和子外九百七十二名

紹介議員 伊藤 基隆君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九七七号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 広島市安佐北區口田南三ノ三七ノ
九 中村俊博外千名

紹介議員 千葉 景子君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九七八号 平成九年五月二十八日受理
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 名古屋南区三条一ノ五ノ二二
藤嶋和弘外千二百五十九名

紹介議員 末広真樹子君
この請願の趣旨は、第一九七号と同じである。

第一九七九号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 埼玉県川越市笠幡四、〇〇六ノ一
川越西山団地二ノ三〇六 宇野女
麻須美外九百九十九名

紹介議員 末広真樹子君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九八一号 平成九年五月二十八日受理
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 北九州市小倉南区徳力三ノ二ノ二
二五 徳原豊尚外三千二百九十九
名

紹介議員 淵上 貞雄君
この請願の趣旨は、第一九七号と同じである。

第一九八二二号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 東京都葛飾区南水元一ノ一六ノ五
白井芳治外九百九十九名

紹介議員 寺澤 芳男君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九八三三三号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 広島市安佐南区西原四ノ二八ノ二
二 升本羊子外三千二名

紹介議員 上田耕一郎君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九八五号 平成九年五月二十八日受理
国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

請願者 埼玉県川口市芝一ノ四五ノ一九
古沢三男外四百四十八名

紹介議員 風間 昶君
この請願の趣旨は、第三二〇号と同じである。

第一九八六号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 北海道旭川市永山十二条二丁目
阿部仁志外九百九十九名

紹介議員 風間 昶君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九八九号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 大阪府吹田市山田西二ノ一五ノ五
ノ一〇一 小倉裕代外千九百九十
九名

紹介議員 清水 澄子君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九八三三三号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 和歌山県海南市大野中七四七ノ一
龍神宏樹外九百六十名

紹介議員 平田 耕一君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九八五号 平成九年五月二十八日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 名古屋南区水室町一九ノ七ノ二
ノ一九 森照良外二千名

紹介議員 荒木 清寛君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
(二通)

請願者 東京都中野区中央五ノ四一ノ一八
杉本耕一外二千二名

紹介議員 川橋 幸子君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九八七号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 京都府加佐郡大江町字二箇一、一
七九 志水正高外千八百五十二名

紹介議員 大森 礼子君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九八八号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 奈良市丸山二ノ四、四九八ノ四八
辻奈緒美外千九百九十九名

紹介議員 足立 良平君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第一九八九号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 大阪府箕面市粟生間谷東五ノ三八
ノ一六ハイドパークⅢノ一〇三
井畑恵美外千名

紹介議員 景山俊太郎君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇〇一号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
(五通)

請願者 名古屋市中村区八社一ノ一八五
松沢和江外千九百九十九名

紹介議員 坂野 重信君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇〇二二号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 大阪市平野区平野南三ノ八ノ一六

尾崎正男外二千二名

紹介議員 山崎 正昭君

この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇〇四号 平成九年五月二十九日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 京都府舞鶴市森三本木三六九 坂

根なおみ外二千十一名

紹介議員 武田邦太郎君

この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇〇五号 平成九年五月二十九日受理

重度心身障害者及び寝たきり老人とその介護者が同居入所可能な社会福祉施設の実現化に関する請願

請願者 長野県上田市大手一ノ四ノ六 村

田恒晴外二百五十五名

紹介議員 今井 澄君

この請願の趣旨は、第七四一号と同じである。

第二〇〇六号 平成九年五月二十九日受理

男性介護人に関する請願

請願者 長野県東埴市雨宮一八六 近藤久

子外二百二十三名

紹介議員 今井 澄君

この請願の趣旨は、第七五〇号と同じである。

第二〇〇七号 平成九年五月二十九日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 長野県松本市今井一、五三五教員

住宅二ノ五 篠崎淳子外千八十九

紹介議員 今井 澄君

この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇〇九号 平成九年五月二十九日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 京都府熊野郡久美浜町湊宮一、八

八

〇八 堤佳代子外千名

紹介議員 猪熊 重二君

この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇一〇号 平成九年五月二十九日受理

公的介護保障制度の早期確立に関する請願(二通)

請願者 沖縄県中頭郡読谷村字楚辺二、〇

八五ノ三 比嘉恒貞外八千五百四

名

紹介議員 緒方 靖夫君

この請願の趣旨は、第一〇二二号と同じである。

第二〇一一号 平成九年五月二十九日受理

公的介護保障制度の早期確立に関する請願

請願者 山梨県都留市大幡三、四〇八ノ五

吉田裕外五千四百七十三名

紹介議員 筆坂 秀世君

この請願の趣旨は、第一〇二二号と同じである。

第二〇一二号 平成九年五月二十九日受理

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 埼玉県和光市新倉二ノ四ノ五九

鈴木正敏外六万三千四百八十九名

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。

第二〇一三号 平成九年五月二十九日受理

厚生省汚職の糾明、医療保険改悪反対に関する請願

請願者 茨城県日立市小水津町一ノ八ノ二

四 藤田深雪外六万五千五百二名

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。

第二〇一四号 平成九年五月二十九日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 福岡県田川郡糸田町三、七三ノ八

八

五 石原由起子外二千一名

紹介議員 中島 眞人君

この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇一七号 平成九年五月二十九日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 京都府宇治市宇治山本一ノ三六

二宮千代香外千九百九十九名

紹介議員 笠井 亮君

この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇二二号 平成九年五月二十九日受理

障害者プランの拡充と具体的推進に関する請願

請願者 東京都新宿区山吹町三二一ノ一三

吉本哲夫外五千名

紹介議員 大島 慶久君

この請願の趣旨は、第一一七三三号と同じである。

第二〇二二号 平成九年五月二十九日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 京都府綾部市上杉町堤二四 稲葉

純子外千名

紹介議員 大島 慶久君

この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇二三号 平成九年五月二十九日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 広島市西区己斐西町四〇ノ一八

田中勝外千九百九十九名

紹介議員 前田 勲男君

この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇二五号 平成九年五月二十九日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願(二通)

請願者 埼玉県行田市栄町一八ノ四 田島

すみ子外千九百九十七名

紹介議員 田村 公平君

この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇二六号 平成九年五月二十九日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願(四通)

請願者 広島市東区戸坂山根三ノ一八ノ一

六 齊藤美由紀外三千九百九十九

名

紹介議員 星野 朋市君

この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇二七号 平成九年五月二十九日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願(二通)

請願者 京都府宇治市柳番北畠一〇ノ四六

宮本麻子外二千十一名

紹介議員 戸田 邦司君

この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇二八号 平成九年五月二十九日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 埼玉県東松山市箭弓町三ノ四ノ八

細野浩一外九百九十九名

紹介議員 谷本 巍君

この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇二九号 平成九年五月二十九日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 東京都府中市是政二ノ一六ノ五七

高綱ミツ外九百九十九名

紹介議員 佐々木 満君

この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇三〇号 平成九年五月二十九日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願(四通)

請願者 広島市安佐南区川内四ノ一ノ四

七 村上和恵外三千九百九十九名

紹介議員 溝手 顕正君

この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇三三号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
(一通)
請願者 京都府宇治市伊勢田町木本一ノ一
ノ四九 山本順子外千九百九十九名

紹介議員 牛嶋 正君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇三六号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
(一通)
請願者 大阪府八尾市宮町三ノ二ノ四四
田中宜子外二千一名

紹介議員 田村 秀昭君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇三七号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
(一通)
請願者 東京都町田市玉川学園五ノ二七ノ
五 酒井迪外千九百九十九名

紹介議員 高橋 令則君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇三八号 平成九年五月二十九日受理
障害者プランの拡充と具体的推進に関する請願
請願者 千葉市花見川区花見川八ノ一五ノ
一〇二 大崎藤一郎外四千五百三
十四名

紹介議員 西山登紀子君
この請願の趣旨は、第一一七三三号と同じである。

第二〇三九号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 愛媛県松山市北井門町四一八ノ一
〇 松岡徹也外四千九百九十八名
紹介議員 西山登紀子君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇四七号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 横浜市青葉区元石川町三、七二三
ノ八 斉藤祐子外千三百三十三名

紹介議員 伊藤 基隆君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇四九号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
(一通)
請願者 石川県松任市村井町一、三七五ノ
二 西田学外千九百九十九名

紹介議員 馳 浩君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇五一号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 福岡市城南区別府一ノ六ノ二ノ
一〇二 加地真美子外千名

紹介議員 山口 哲夫君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇五三三号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 東京都中野区中央五ノ四一ノ一八
五ノF 桜井忠義外九百九十九名

紹介議員 小島 慶三君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇五六号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 静岡県清水市船越町二九二ノ二
奥田タメ外千九百九十九名
紹介議員 山本 正和君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇六〇号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 北海道旭川市東旭川町共栄二三三

ノ三 菅野徳一外九十九名
紹介議員 菅野 久光君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇六二二号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 大阪府吹田市泉町五ノ一四ノ七
大西広季外千五百五十名

紹介議員 山下 栄一君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇六四号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 京都府亀岡市稗田野町佐伯大門三
〇ノ一 林和子外千名

紹介議員 成瀬 守重君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇六五号 平成九年五月二十九日受理
保険による良い病院マッサージに関する請願
請願者 東京都江東区南砂二ノ三ノ六ノ九
〇三 小日向庸子外二百三十五名

紹介議員 釘宮 磐君
この請願の趣旨は、第六四六号と同じである。

第二〇六七号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 埼玉県東松山市大谷四、七九〇ノ
二三 山口慎一外九百九十名
紹介議員 白浜 一良君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇六八号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 広島県東広島市西条町西条五〇ノ
一 山田正史外二千九百九十九名
紹介議員 菅川 健二君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇六九号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 愛媛県北宇和郡津島町北灘乙一、
九九七ノ二 水野勝外二千名

紹介議員 永田 良雄君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇七二二号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 福岡市城南区東油山一ノ二一ノ七
緒方よしみ外千九百九十九名

紹介議員 緒方 靖夫君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇七四号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 京都市伏見区横大路下三栖山殿五
ノ六 藤原清美外七百九十九名

紹介議員 魚住裕一郎君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇七五号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 名古屋市長区鳴海町字大清水六九
ノ一九 楠本豊外千名

紹介議員 大木 浩君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇七六号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 福岡市早良区東入部四〇〇ノ一
今里恵子外二千名
紹介議員 梶原 敬義君
この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇七七号 平成九年五月二十九日受理
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願
請願者 大阪府寝屋川市萱島東町原町文化
三ノ一六ノ一五 藤富眞弓外千九

紹介議員 鈴木 省吾君
百九十九名

この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇七八号 平成九年五月二十九日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 東京都足立区東和一ノ二四ノ一六

ノ二〇七 伊東奈津江外九百九十

九名

紹介議員 立木 洋君

この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。

第二〇七九号 平成九年五月二十九日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 京都府舞鶴市湊尻中町一四ノ一八

松味肇外九百九十九名

紹介議員 橋本 敦君

この請願の趣旨は、第一九二二号と同じである。