

ではないかという裁判所の御判断だと思ふわけではございません。

そういうことも含めて、これは直ちに争って正当性を主張するということではなくて、もっと余裕を持ってじっくり検討をして結論を出していただくべき問題ではないか。すべて条例にしろということも直ちに申し上げるつもりはございませんけれども、指摘されている点はかなりうなずける点が多い、そういう観点から十分検討をすべき事柄である、私はそう思うのですけれども、この点、いかがでしょうか。

○高木(後)政府委員 旭川市のケースでありますけれども、国保条例について、保険料の算定を市長の自由裁量にゆだねているのではないかと、租税法定主義に反して違憲であるとともに、保険料の賦課処分を取り消す、こういう内容になっておるわけでありませう。

それで、この旭川市の決め方というのは、これは旭川市だけが独自にやっておるというよりも、むしろ旭川市の条例は厚生省の条例準則、これに基づいていいますか、これを踏まえて制定されておるわけでありませう。この方式というのは、これはかなり前からそういうやり方が行われておりまして、そういった意味ではそのほか大きな市でも同じようなやり方をしておるケースがございます。

私どもとしましては、この判決の内容については、違憲、また保険料賦課処分を取り消すというような内容でありますので、これ自体については、私どもとしてはこれを受け入れられるものではございませんけれども、しかし私ども判決をよく読ませていただきますと、できるだけ市民にわかりやすく、かつ適正なものがないというところは、そのとおりでありまして、そういった意味でこのように争いというものが起こったわけでありませう。私どもとしましてそういう観点からこの条例準則というものも見直しを行うということはやぶさかではないわけでありませう。

ただ、かなりの市がこういったやり方をしてお

りますので、この辺についての実情というものを十分お聞きし、そして各市の御意見もお聞きしながら、私どもとしては適切な対応を図りたいというところで考えておりまして、何が何でも争っていかねばならぬということでは考えておるわけではございません。

○金田(前)委員 考え方はよくわかりました。国民健康保険法、この問題に限らず、再三指摘されているようにさまざまな問題点が多いのだらうというふうにも思ふわけではございまして、ぜひひとつ今回の準則の見直し、これも早急に御検討いただきたいと思ひますし、それから、かねがね指摘していた保険料支払いと給付のリンクの問題等々、ぜひひとつ柔軟にといいますか、やわらかい頭で御検討いただきたいなということを申し上げたいと思ひます。

そこで、積み残し事項でございませうけれども、被保険者が市町村国保では捕捉できない今のシステム、これについて私は、具体的にこういう方法もあるではないですかということで御提案を申し上げているわけではございませうが、答弁を見ますと、検討するということなんです。ある人に伺いますと、お役所が検討すると言った場合はやらないということと同じだということに聞いておるわけで、これは残念な答弁だと思つてございませう。

しかし、これは、検討するとかやらないとかというだけではもう済まないのではないかと、このシステムというのはきちんとしていく必要があるのではないかと。保険者が被保険者を捕捉するシステムですから、もう基本のキです。当然のことがやられていなかった。旭川の保険料の賦課の問題でもございませうけれども、そういう問題点があるのだという御認識をまずいただきたいなと思ふわけではございませう。

そこで、検討するという通り一遍のお話ではなくて、これは本当に捕捉するシステムをつくらうとなさるのなかならないのか、その辺のところ、もっとはっきりお答えいただかせんでしよう

か。

○高木(後)政府委員 役所の一般的な答弁ではありませう、やはり、私どもとしては、制度というものが適切に運営されるためには、きちんとしていた仕組みが必要であるということでありまして、そういった意味で、できるだけ適正な被保険者の把握方法というものについては検討していかなければならないというふうに考えておるわけでありませう。

ただ、問題は、住民登録をされていないようなケース等がございませうので、そういったようなものについてはなかなか難しい面もありませうので、一言で検討と申しまして、直ちに答えが出にくいという問題がございませうけれども、今申し上げたような趣旨に沿って、私どもとしては、できるだけ健全な制度の仕組みになるように努力をしたというふうに考えております。

○金田(前)委員 去年から、ある意味ではその前にも申し上げたことのあるのですけれども、御提案を申し上げながら、私の言っている方法だけが唯一だとは思ひませうけれども、いずれにしても、国保の保険者が自分のところの被保険者を捕捉して適正にその保険料を賦課できるようなシステムを整えるということの必要性は、再三申し上げ、答弁される方も否定はされておらないわけですね。しかし、一向に進まないという状況で今日に至っているわけで、国保の財政の悪化を招き、被用者保険への負担の転嫁、こういうことの因にもなっているわけなのでございませうけれども、ただいまの御答弁でも、どうもはつきりしない。

こういうふうには聞けばいいのでしょうか。それでは、いつからそういうシステムを導入できるようななさうとしているのでしょうか。

○高木(後)政府委員 問題は、やはり方法論だろうと思ひます。物すごい事務負担というものを伴うような形、いわゆる事務負担もいとわれないというところであれば、それはそれなりの方法があるろうかと思ひますけれども、その辺も勘案して、最も

効果的でかつ適切な仕組みというものがどんなものがあるかという、そこら辺が、いろいろ検討しておりますけれども、決定的にこれというものはなかなかないということで、年金の受給者等については、年金のシステムあるいは年金の加入関係等々を使いながらというようなことを推奨しておりますけれども、さらに、その市町村に本当に住んでいるのかどうかというこの登録すらしていないケースについては、なかなか把握しにくいという問題がございませうので、そういった意味で、なかなか決定的な方法論が見出せないということではございませう。

○金田(前)委員 お聞きすればするほど、本当にやる気があるんだろうかなと思はざるを得ないわけですね。被用者保険の被保険者資格を喪失する、自動的に国保の被保険者になる、しかし、国保の保険者はそのことを知るすべもないというのが現状だということなんです。たまたま住民登録をしていないとか無国籍だとか、そういった特別な方を取り上げてどうこう申し上げているわけではないわけで、通常の状態、ほとんどそれでカバーできる状態をまずカバーしていただいて、あと、特別なものはそれなりの手を後で考えていただければいいと思ふのです。

結局は、これは被用者保険のためにもなるわけですね。国保の財政が悪化するということは、結局は被用者保険への負担のツケ回しということに現実になっているわけですから。そういう意味では、被用者保険の御協力もいただいて、被用者保険の資格を喪失した、国保として適正に捕捉をして保険料賦課できる、そういうシステムを全体でつくることだと思ふのです。それは必要だということはお認めになる、しかし、難しいからどうなるかわかりませうということでは話の途切れてしまつて、もう一年も二年もたつています。

今の御答弁ですと、これから先も皆目見当がつかないということのようなんです、そんなことじゃだめなんではないですか。きちんと、どういう方法があるか、検討機関を設けるなら設ける、

被用者保険と国保との間で期限を決めて具体的に作業に入るといふようなシナリオを書けませんか。

○高木(徳)政府委員 被用者保険の資格を喪失した人につきましては、これは、これまで事業主を通じて資格喪失の証明書等、離脱者、いわゆる喪失者に交付してもらうとか、あるいはまた国保の資格取得届を早期に提出するように指導してもらおうとか、そういった手は打ってきておるわけでありまして、ただ、それが義務的に今行われていないということでありまして、そういった意味で、この被用者保険の資格を喪失した被保険者に関しましては、私どもとしても、これまでいろいろな角度から努力をしてきておるわけでありまして、そのほか、これだけではありませんで、いろいろなケースがありますから、もっとこれよりも把握しにくいケース、こういった面について、なかなか完璧な手法というものが見出せないもので、いろいろ検討しておりますけれども、今のところ、検討中、こんな格好になっているわけでありまして、

○金田(誠)委員 何回も、時間ばかり食って、聞く方も聞きたくないのですけれども、聞いておりますと本当にやる気が全く伝わってこないものですから、再度聞かせていただきたいと思うのです。

被用者保険の被保険者資格を喪失した、国保に入らざるを得ない状態になった、その場合に、その旨を被用者保険の保険者に国保に対する通知義務を課する、それで、当該被保険者が国保の加入手続をとる、その旨が国保の保険者から被用者保険に通知が来て、そこで資格を喪失させる。この、無保険者といいますが、そういう状態をつくらないシステムなんというの、そう手間暇からずできるのじゃないですか。そのことが被用者保険へのツケ回しを少しでも緩和することができるとすれば、被用者保険にとっても何もマイナスではない。国民皆保険といふのは、そういうシステムをつくらないとだめなんじゃないでしょうか。

それらを含めて、本当に措置をとるといふことをお答えいただきたいと思うのですし、それをいつからやるのかということ、せめて一年先ぐらいをめどにということでお答えできませんでしょうか。

○高木(徳)政府委員 被用者保険の資格、できないことばかり申し上げているような感じがしないで、余計先生の方はやる気がないのじゃないかというふうな受けとめられるかもしれないのですが、被用者保険といつてもいろいろありますから、そういった中で、A保険者の保険を離脱したとしても、それがストレートに今度国保に行くというわけではありまして、ほかの企業に勤めるとかそういう他の被用者保険に入るといふケースもあるものですから、そういった意味で、義務づけるといふことがいいたいか、あるいは、従来やっておりましたように、事業主に協力を求めて、その辺のところについて資格を喪失した被保険者を指導していただくといふんですか、その旨知らせたいかどうかという方がいいたいか、そこら辺の問題だろうと思います。

私どもとしては、まだ義務づけするところまではなかなか難しいかな、こんなふう考えておるわけでありまして、先生がおっしゃっている趣旨に対して、私ども、できないでないと申し上げているわけではありまして、そこら辺の義務づけが適当なのか、それとも、そういった指導ベースでやっていかざるを得ないのか、その辺のところではないかと思っております。

○金田(誠)委員 それは、何らかの措置はいつごろまでにとつていただけるんですか。

○高木(徳)政府委員 指導ベースでは今も普及に努めておるわけでありまして、その実効性の問題等見きわめながら考えていくべきなので、来年年になったら全部義務づけとかいふのはなかなか難しいんじゃないかと思ひます。

○金田(誠)委員 何か質問しているうちにもう意欲が萎えてしまつて、本当に寂しい限りでございます。

時間ばかりたつものですから、次の項目に移らせていただきます。

局長の答弁で、保険料の支払いと保険給付がリンクされているのかどうかということ再三聞いています。答えて、されていると答えたりされていると答えたり、さまざまなお答えをしておられますので再度確認をさせていただきたいと思ひますが、今の国民健康保険の法体系では保険料を支払わなくても被保険者資格は喪失しない、したがって、保険料を支払わなくても保険給付はされる、いい悪いは別にして、そういう法体系になっているということをお確かめいただきたいと思ひます。

○高木(徳)政府委員 法律ですから全体の構成で私どもは考えておりました、一条一条の条文に照らせば、保険料を納めない者は給付をしないという規定はありません。

そういった意味では、先生がおっしゃるような読み方もあるいはできないわけでもないのかも知れませんが、私どもとしては、全体の法体系としてはそうはなっていない。やはり被保険者の資格というのは、当該市町村に住所を有している人は被保険者の資格を取得する、だけれどもこれは国民健康保険制度でありますので、保険料については保険者が徴収する義務を負っている、ということは被保険者はその納付義務を負うわけでありまして、そういった面では、例えば保険料を滞納するという場合にはこれは滞納処分というものがなされる、強制徴収がなされるわけでありまして、そういった意味では被保険者はやはり保険料を納めるというのが原則になっていると思ひます。

したがって、例外措置として、災害等で保険料が納められないケースとか所得が低いケースとか、そういった方については適用除外あるいはまた、いい悪いは別にして、生活保護の受給者についてもそういった意味で適用除外になっておるわけでありまして、

これはなぜかという、やはり保険料と納付義務というの、裏腹の関係にある。そういった意味で国保法自体は、やはり被保険者は保険料を納付する義務がある、保険給付というのは滞納していても保険給付はなされますから、そういった意味では保険料を納めなくても給付が受けられるというふうにも読めるんですが、しかしそれは本旨ではないというふうにも思ひます。

○金田(誠)委員 法の規定に不備があるだろう、したがって、それらの法整備をすべきだという観点から再三質問をしているということをお聞きして御理解いただきたいと思ひます。

○高木(徳)政府委員 法の規定に不備があるだろう、したがって、それらの法整備をすべきだという観点から再三質問をしているということをお聞きして御理解いただきたいと思ひます。

○金田(誠)委員 したがって、被保険者資格を喪失しない限りは保険給付を受けることができる、そこまではよろしいですね。被保険者資格を喪失しなければ保険給付は受けることができる、そういう制度ですね。

○高木(徳)政府委員 被保険者資格は、これは市町村に住所を有する者ということでありまして、保険料を支払わないということでも滞納しているケースですね、滞納していても被保険者資格を喪失するという形ではありません。

○金田(誠)委員 したがって、被保険者資格を喪失しない限りは保険給付を受けることができる、そこまではよろしいですね。被保険者資格を喪失しなければ保険給付は受けることができる、そういう制度ですね。

○高木(後)政府委員 そうなっております。

○金田(誠)委員 したがって、保険料を支払わなくても給付されるという制度になっている。保険料納付義務とかは一応決まっています。決まっていますけれども、しかし、にもかかわらず保険料を支払わなくても給付を受けることができる、それが国民健康保険の現行の制度だということではよろしいですね。

○高木(後)政府委員 法的には、その場合には保険料の強制徴収が行われる。したがって、滞納処分という格好の執行が行われるというのが現行の制度であります。

○金田(誠)委員 強制徴収なり滞納処分なりが行われなければ保険給付はされないということですか。そうではないのですか。したがって、そういうことをおっしゃっても、そういうやりとりしても僕はむなしと思っています。そういうことではなくて、三段論法なんてこんな面倒くさいことをしなくてもいいわけなんですけれども、現行は保険料を支払わなくても給付される制度になっています。残念ながら、ということではないですね。

○高木(後)政府委員 余りこの場でやりとりをしても実りがないかもしれませんが、ただこれは、例えば国民健康保険だけじゃなくて健康保険にしましても、現在の医療保険の体系は国保と同じような形になっておりまして、健康保険についても被保険者というのは保険料の納付義務があります。が、保険料を納めない場合には保険給付を行わないという規定はないわけでありまして、そういう意味では、トータルとしてはやはり保険料を納めるということが前提になっておるということであります。

○金田(誠)委員 被用者保険と国保の違いは、被用者保険は納めなければ資格喪失されてしまうというところなんです。一般的には、ところが、国保の場合はその市町村に居住をしていれば資格を喪失させるという規定はない、させようがない。逆に言うと、資格を喪失したくてもできない。そこ

に被用者保険と国保の違いがあるわけですね。

そこで、国保について特有の問題として、保険料を支払わなくても給付が受けられるという問題が出てきているわけですね。その辺のところはきちんとお受けとめをいただきたいと思います。

○高木(後)政府委員 法律論ということですので、もうちょっと厳密にお答えしますと、被用者保険についてはこれは雇用されているということ、被用者保険の納付義務者というのは事業主であります。事業主は被保険者の報酬から源泉徴収ができる格好になっている、こういう構成でありまして、そこは確かに事業主というものの、いわゆる雇用主という格好をとっていない国民健康保険とはそこは違います。しかし、やはり保険料の納付義務というものはこれはあるわけでありまして、それからもう二点、被用者保険の場合には、例えば実態的に雇用関係がある限りにおいてはこれは被保険者であるということになっておりますから、そういう場合には保険料の納付義務を伴うわけであります。ですから、そういう意味で国民健康保険と被用者保険の違いをあえて申し上げるとすれば、雇用されているかされていないか、こういう構成の差でありまして、保険料と保険給付とのリンクという意味では同じような構成になっているという点については御理解いただきたいと思

います。

○金田(誠)委員 雇用されている人間が保険料を何年間も滞納をする、にもかかわらず、その雇用されたままの状態では組合健保なり政府管掌保険の被保険者であり続けるということが現実にはあり得ますか。ところが、国保の場合はそれはあるんです。市町村に住んでさえいれば、一回もその保険料を支払わなくても何十年住み続けようが、被保険者であり続ける。したがって、そこが被用者保険と国保の違いで、国保に特有の払わなくても給付が受けられるということが顕著にあらわれてきているという指摘を再三しているわけですね。それを、被用者保険と国保が同じであるという御答弁をされるのであれば、もうこれは議論しても

しょうがないなというふうにしかならないのです。が、そういうお立場なんですか。

○高木(後)政府委員 先生の御質問の御趣旨はよくわかるのでありますが、ただ、私どもとしては、また逆に何でこんなふうにしつこく申し上げているのかと申しますと、保険料を納めなくても給付は受けられるというところだけがひとり歩きをするという誤解は、これは気をつけなければいけないということ、きちっとしたことを申し上げておいた方がいいということ、申し上げているのであります。

○金田(誠)委員 保険料を支払わなくても給付を受けられるというのは誤解ですか。現実にはそういう法体系になっているのじゃないですか。それで、先ほどそうおっしゃったでしょう。

○高木(後)政府委員 ですから、法体系としては、保険料を納めなければ、強制執行が、強制徴収がなされるという、そこまでワンセットで考えていたのだということであります。

○金田(誠)委員 それじゃ、給付を受ける際には、滞納していた場合は必ず強制執行がされる、強制執行が前提となつて給付がされる、強制執行がない場合は給付がされないというふうにおっしゃりたいわけですか。

○高木(後)政府委員 法律として、最終的な担保として、そういう形になっているということ、申し上げているわけであります。

それで、個別ケースについてはすべて滞納処分のようない形にするということは現実問題としてやはりそれほど行われているわけじゃないわけ、最後の手段としてそういう形になっておる。それを最終的には行使しないような形で、それだけに逆に、市町村の職員の方々は保険料徴収をするのに非常に苦勞されておるというのが実態じゃないかと思ひます。

○金田(誠)委員 現在の国民健康保険法の法体系に不備があるということをお認めいただきました。たわけです。それで、再三申し上げているわけですが、どうもお認めにならないようでございます。

す。

しかし、現実の問題として、保険料を支払わなくても、しかし保険給付がされているという実態があるからこそ、そういう実態があるからこそ収納率が八〇だとか九〇だとか、そういうパーセンテージになるわけでございます。その徴収コストも、被用者保険に比べるにけた外れに大変な、戸別訪問までやって徴収をしているような、極めてロスの多い状態になっているわけですね。

その問題の根本は、保険料の納付と保険の給付がリンクされていない、滞納処分という処分の方法は決まっていますが、それは処分をするというところだけであって、だから給付をしないという法体系にはなっていないということなんです。そこをお認めになって、では法律をどう変えるかという検討をしない限り、私は物事は解決しないと思ひます。そういう意味では、今までの局長の答弁は極めて遺憾であるというふうに言わざるを得ないと思ひます。

そこで、大臣、こういう質問で本当に恐縮でございますけれども、国民健康保険法の法体系、やりとりを聞いていただいたと思うのですけれども、いかが感じますでしょうか。

大臣の基本的なお立場は、自己責任ということ、非常に強調されておる。自己責任というのは、保険料を払って保険給付を受けるということだと思ひます。払っている人もいる、払わない人もいる、結局は正直者はばかを見る、制度としてそういうものを放置しておくことは、私は、これから自己責任を基本とした社会をつくっていく上では極めて問題があるというふうな思ひ、どういふのですが再三御指摘を申し上げたわけでございます。現在の国民健康保険法について、この法の不備を指摘をしたわけですが、大臣、いかがお考えでしょうか。

○小泉國務大臣 これは、今のやりとりを伺って、いまして、不備な点もあると率直に感じましたね。

保険料を納めていない人は、きちんと納めている人に対して、甘えているというか依存している。自分は納めなくても給付は受けられるだろうという人がふえたら、この保険制度は成り立たないですね。しかしながら、そういう人は少数だからいいと、甘いというか、優しいというか、いかげんというか、あまいというか、いろいろな言い方があると思いますが、本来、保険料を納めなければ給付は受けられないと、これはまた医療の場合は人道的な問題が出てくる。そこが日本らしい独特のあいまいさだと思うのです。これは常に難しい問題だと思いますが、私は、きちんと、それでは保険料を納めない者は保険給付は受けられないとしたらどういう反応が出るか、また別の反応が出てくると思えますね。いずれにしても、これは検討しなければならぬ問題だと考えます。

○金田(誠)委員 保険という枠で物を考えるとすれば、保険料を支払う、給付を受ける、これがリンクしなければ保険ではない。その保険料が支払えない場合はどうするかという話は、また別のスキーム、別の枠の問題ではないか。保険料を払えない方にもいろいろいらっして、所得があるけれども払えない方もいらっして、所得があるけれども、本当に払えない方もいらっして、これをどうするかという話は、これは保険とは別のスキームだと思えます。

それを全く切り離してしまおうか、あるいは、保険の枠の中でもその部分に着目した税の投入とか、一緒の枠の中で処理するかはともかくとして、保険という給付、反対給付というものは別な枠組みで整理をしなければならない問題だろう。それを一緒くたにしてしまうと国民健康保険法の基本的な問題が私はあると。そのところろにきちんとやはり着目をしていただいて、どういうスキームをつくるかということ、ぜひひとつ、厚生省、御検討いただきたいなと。

被用者保険も国保も同じだといったって物事は解決いたしませんので、先ほどの捕捉のシステムとあわせて、あるいは賦課総額を基準とした賦課の法的な仕方を含めまして、ぜひひとつ、前向きに、真摯に、問題点があるという立場に立つた御検討、問題点がないのだということをいかに証明するかに努力を使っても意味がないと私は思うものですから、問題点があるということ、をまず御認識いただいて、それを、どういう解決の方法があるのかという立場での御検討を強く要請をしておきたいなと思えます。

○小泉国務大臣 これは、問題点はあるという認識に立って検討すべき課題だと思っております。

○金田(誠)委員 どうもありがとうございます。時間をとったかいたったような気がしております。して、結論を期待しております。

内閣法制局、いらしていただきます。時間がなくなってしまつて恐縮でございますが、順次質問させていただきます。

いわゆる病床規制の問題で、法の整合性といえますか、そういう観点からの質問でございます。

まず、医療法三十二条の七、都道府県知事の勧告というものが出てくるわけですが、この勧告の性格という性質は行政指導というものでしょうか。

○野田(哲)政府委員 行政手続法では、行政庁と国民との関係を、処分、行政指導、届け出の三つに大別して規定しております。その上で行政手続法の二条で定義がございまして、行政指導を、行政機関がその任務又は所掌事務の範囲内において一定の行政目的を実現するため特定の者に一定の作為又は不作為を求める指導、勧告、助言その他の行為であつて処分に該当しないものをいふとしております。したがって、医療法第三十条の七に規定いたします都道府県知事の行政指導もこれに含まれるものと考えております。

すなわち、この勧告は、行政指導のうち、法律に明文の根拠規定のある行政指導かと思えます。

○金田(誠)委員 勧告の性質が行政指導であるとしたら、この「勧告ヲ受ケ之ニ従ハザルトキ」を要件として保険医療機関の指定拒否をすることができるとするこの条項は、行政手続法三十二条二項「行政指導に携わる者は、その相手方が行政指導に従わなかったことを理由として、不利益な取扱いをしてはならない。」この行政手続法三十二条二項との整合性に問題を生じるのではないか、矛盾をするのではないか、こう思うわけですが、いかがなものでしょうか。

○野田(哲)政府委員 ただいまこの委員会で御審議いただいております国民健康保険法等の一部を改正する法律案の中におきましては、医療法の定める必要病床数を勘案しながら、病床過剰とされる地域における医療機関の保険取り扱いの制限を法定することとして御提案しているところでございます。

これは、健康保険法上、医療法におけるこの勧告との関係を明確にした上で、健康保険法の観点から保険医療機関の指定の要件を設定したものでございまして、今先生が御引用になりました行政手続法三十二条二項の問題は特段生じないものと考えております。

○金田(誠)委員 ちょっと早口で聞き取りにくかったのですが、どうも、行政手続法と矛盾をしない結論を言われましても、明らかに不利益な取り扱いをなすわけですから、なぜそういうことになるのか、また改めて説明させていただきたいなと思えます。

そこで、医療法でございしますが、医療法は医療の自由開業ということが根幹になってございまして、警察許可、一定の要件さえクリアすれば許可しなければならぬというのですかね、警察許可の制度をとっている。一方で医療法では自由開業を認め、他方で勧告に従わない者に病院の使用を不可能にするということは、これは矛盾ではないか。憲法二十二条の規定に抵触するようには思われるわけでございます。一方で自由開業、しかし一方で、その勧告に従わない者は実

質的にはもう国民皆保険のもとでは開業できないという制度をとるわけですから、これは相矛盾しないかと。どうしてもやるといふのであれば、自由開業の仕組みそのものもこの検討の組上りの中に、トータルなものとして措置せざるを得ない、それが本来の法体系のあり方ではないか。法制局というのはそういうことを特に考える役所ではないかと常々思っていたのですが、どんなものでしょうか。

○野田(哲)政府委員 今回御提案されております法律におきましては、医療保険制度の運営の適正化のために、一部の病床過剰地域にこれ以上医療機関が集中することを防ぎながら、劣悪な既存病床の既得権化を防止し、必要な病床数の枠の中で新規代謝を図っていくことを目的とするものでございます。

今回の措置により保険取り扱いが制限されますのは、医療機関の機能の一部についてでございます。医療機関自体が存続できないということではなくて、その病床につきまして制限を受けましても、例えば、外来診療や制限される病床以外の病床での入院医療については保険取り扱いが行われるものでございます。さらに、申すまでもなく、自由診療というものは行われるわけでございますから、医療機関として医療法の許可を受けた機関であれば医療は行える。それから、一定の範囲で保険取り扱いも行われるということで、営業の自由の問題は生じないと私どもは考えたわけでございます。

○金田(誠)委員 今まで厚生省から説明されていた話からしますと、計画病床数がある、これがいっぱいになってきた、この上にさらに一定の病床数を申請しても、これはだめですと勧告しますよ、勧告を拒否してつづけたところで、保険医療機関の指定はしませんよ、実質これは全部だめよという話なんですね。

今の話ですと、全部だめよになるとやはり自由開業制との間にそを来すというか、矛盾を生ずるというか、そういうことも配慮しながら、いや

いや全部ではないんだ、一部かもしれないしみたいな話をしていますけれども、今のお話ですと、非常に苦しい話でございせんか。

自由開業制との整合性をどうするか、法制度として完結しているのか、矛盾なく両立できるのかというのを申し上げているわけなんです。全部規制すればやはりだめですか。今の話ですと、そういうふうな聞こえるわけですね。やはりある程度営業が成り立つ程度の許可はせざるを得ないというような話なんですか。

○野田(徳)政府委員 まず、医療法と、健康保険、医療保険の制度とは一応別の制度でございまして、医療法の体系のもとでは、構造、設備要件あるいは人員要件等満たせば許可がされる、それによって、医療について営業が行われるわけです。そこまでで一応形式的には営業の自由は保障されていると言えるかと思えますけれども、また、今の国民皆保険制度のもとで、保険取り扱いができなければ、実質的に医療機関としてなかなか成り立たないという御指摘もあらうかと思えます。その点につきましては、今回の制限の導入に伴いまして、医療機関として保険を取り扱っていく道も開かれている。そういうことで、実質的な面でも医療機関として営業が行われるよう配慮されているということもございまして、形式的にも実質的にも営業の自由の問題はクリアできたのではないかと我々は考えているわけでございます。

○金田(誠)委員 厚生省がそういう答弁をするならさもありなんと思うのですが、法制局から言われますと、何か寂しい思いですね。法の番人は最高裁かもしれません、内閣の中で、憲法を基準にして法のものとの平等、法の整合性といいますが、その尺度をきちんと踏まえて目を光らす役所だと私は実は信頼をしていたのですけれども、ただいまの答弁、やはり役所というのはそんなものかなという失望を感じ得ません。改めてまたたす機会があるうかと思います。

○高木(徳)政府委員 厚生省が先生のところに御説明に行った際の説明があるいは十分だったのかもしれないので、ちょっと補足させていただきます。

法律の規定をちょっと申し上げますと、法律のこの関係は、健康保険法の四十三条ノ三の四項で規定しております。読んでみますと、「都道府県知事、ちよっと中は省略しますが、「病院又は診療所ニ付保険医療機関ノ指定ノ申請アリタル場合ニ於テ左ノ各号ノ一二該当スルトキハ其ノ申請ニ係ル病床ノ全部又ハ一部ヲ除キテ其ノ指定ヲ行フコトヲ得」ということで、いわゆる病床について契約をしないということでもあります。そのところは、例えばの例で申し上げると、全部あるいはベッドになっている、そこに新たな百ベッドの病院を建てたいということで申し出があった場合に、オーバーベッドになっておりますから、保険医療機関としてそのベッドについては指定をしないということでもあります。例えば、それではベッドを持たずに医療機関としてやっていくとか、あるいは診療所としてやっていく、十九床以下の場合ですが、そういう場合には勧告の対象になりませんから、これは保険医療機関としての契約をする、こういうことでもありますので、オール・オア・ナッシングということではあります。ベッドについてだけの規定であるということについてちょっと補足させていただきたいと思えます。

○金田(誠)委員 反論もあるのですが、もう時間になりましたので、これで終わらせていただきます。

○柳沢(誠)委員 石毛(鏡子)さん。

○石毛(鏡子)委員 民主党の石毛でございます。前回に引き続きまして、医療計画と病床規制につきまして質問を続けたいと思えます。

私は、前回の質問の中で、医療計画における必要病床数の考え方が、本来必要な地域の医療ニーズにこたえたものになっていないのではないかと

いうことを中心に疑問を呈してまいりました。少し振り返っておきますと、第一には、必要病床数の算出方法、地方ブロックごとの入院受療率を根拠とするわけですが、その地方ブロックといえますのは地方における中核都市を含んでいたり、あるいは過疎地域を含んでいたりといういろいろな社会的な性格があるわけですから、それを地方ブロックというふうにとらえなくても、必ずしも医療ニーズを反映したものとして言えるわけではないです。必要病床数が小さいところでも入院受療率が少ないところだと、どうしても必要病床数のカウントは少な目に出ますし、過剰が引き戻されてもそれほど引き戻されるわけではない、そういうようなことを一点指摘をしました。

それから二つ目は、保険局長は、日本の医療費は病床数の多さと相関の度合いが高いので、医療費を抑制するには病床数の規制をしなければならぬというふうな再三御答弁されているわけですが、医療費と医療費との相関要因を探ってみると、医療従事者数もありませんし受療率もありますし、あるいはまた最近ではもっとほかの要因もございまして、病床数だけで考えるというのは十分ではないかということが二点目。

それから三つ目は、必要病床数をカウントする場合に、入院受療率を中心とした病床数という量のカウントだけではなく、その必要病床数の考え方の中に、例えば循環器医療についての整備状況ですとか小児救急ですとか、あるいは同じことをちよっと言いかえるだけかもしれませんが、高齢社会の中でリハビリ医療体制が必要病床数の中に含まれているかというようなこと。細かいベッド数まではカウントしなくても、基本的な考え方を必要病床の指定要件として踏まえるべきではないかというようなことを申し上げて、今回の、過剰病床の地域では保険医指定を取り消すというようなことは非常に尚早、性急な法文ではないかということを申し上げてまいりました。私が申し上げましたことは、参考人質疑の中で中野総

合病院の池澤参考人がほぼ同じような指摘をなさったというふうに私は伺わせていただきました。

さて、今回でございますけれども、まず、前回の質問のときに、国民健康保険の都道府県別、年齢階級別一人当たり診療費のデータをお出しただきたいというふうにお願いをいたしまして、大分努力をおかけしたところでございます。政管健保とあわせてデータをお出しいただきました。この点にしましてはお礼を申し上げます。ありがとうございます。

それで、時間の都合もありまして、いただいたデータを十分に見せていただくというところまではいっていませんけれども、一、二気がついた点を指摘させていただきます。

国保と政管健保との間で、入院診療費と、それから既存病床あるいは入院受療率の相関を見ますと、国保と健保の間では大分違いがある。例えば、入院受療率と入院診療費の相関で、国保の相関係数は〇・八八七六。ところが、政管になりまして〇・六三二五に下がります。かなり違います。それから、既存病床と入院診療費の相関で見ますと、国保の相関係数は〇・九二二五、政管の相関係数は〇・七〇六七で、これもまた随分違います。このあたりはどんなふうに御説明いただけるのでしょうか。

それと、国保と政管の相関。国保であれば、再三御答弁がありますように、病床数と総医療費は相関しているかもしれませんが、政管でも病床数が総医療費引き上げの最も基本的な要因であるというふうな結論を導き出せるのかどうかというの疑問の点もなきにしもあらずではないかというところを申し上げたいということ、これが第一点でございます。いかがでしょうか。

○高木(徳)政府委員 これまでの私が御答弁申し上げた内容についての最初の御指摘がございましたけれども、私の方で申し上げておりますのは、ベッド数と一人当たりの入院医療費に強い相関関

係があるということで申し上げてきたつもりであります。したがって、医療費全体とベッド数との相関関係ということは申し上げてないと思うのですが、そこはひとつ御理解賜りたいと思います。それで、今、国保と政管をそれぞれ切り分けて分析された御質問でありましたけれども、まず第一点は、やはり国保と政管の一人当たりの入院医療費については、これはそれぞれ国保の加入者、政管の加入者の疾病構造というものを異にしておられますから、そういった面では医療費等においても違いが出てきておるわけでありまして、

そこで、問題は、病床数と一人当たり入院医療費の関係を、私どもとしては、ベッド自体が、例えば国保のベッドはこれ、あるいは政管の患者さんの場合の入院にはこのベッドという

ような格好になっておりませんから、そういった意味では、いわゆるベッド数で制度間の医療費の格差を比較するというのは無理があるのではないかとおもうに思っております。私どもが申し上げておきますのは、都道府県別の入院医療費をベッド数との相関で見ますと非常に強い相関関係があるということでありまして、やはりベッド数というのとは一人当たりの入院医療費の高低を左右する一つの要因であるというふうに考えております。

○石毛委員 保険局長は、今、一つの要因であるというふうにおっしゃられて、私の記憶では、一つの要因という表現は今までなさっていらっしやなかったのではないかと思います。これは私の記憶ですからそれ限りの話ですけれども、ただいまのお話の中で、政管健保と国保の患者さんでは疾病構造の違いがあるというようなことをお触れになられたけれども、もう少しその点を言及していただければと思います。

いただきますデータで、例えば国保の方の一人当たりの入院診療費が高額になりますのは、国保の方が高齢層の加入者が多いわけですから当然でございますけれども、同一年齢層をとってみても、かなり違いがございます。

例えば、三十五歳から三十九歳の方ですと、政管健保の方は一人当たりの診療費が二万八千円、ところが国保の場合は四万九千円。四十歳から四十四歳までは、政管が二万九千円で国保が六万二千円。一・五倍から二倍ぐらいの差が、ざっと三十代から六十代前半ぐらいの方までございます。

確かに、職業の違いとかいろいろございますから、違うということはあるんだろうと思えますけれども、医療費を考へるのでしたら、ベッド数ももちろん重要な要因だと思えますけれども、どうもこの点でどういふ医療費になつていくかという点においても重要な分析要因だと思ひまして、少しこの点にお触れいただければと思ひますけれども、いかがでしょうか。

○高木(後)政府委員 まず、言葉じりをとらえるようでも恐縮であります。私が一つの要因と申し上げましたのは、ベッド数がほとんど変動なくとも、例えば、入院医療費といった場合には、看護体制の強化によって医療費には返りますし、それから、入院医療費だけの推移を見ましても、医療費の改定がありまして、その改定分というのは、医療費は当然上がるわけでありまして、そういった要因をやはり差引いていかないとけないという意味で一つの要因と申し上げたのです。が、やはりベッド数と一人当たり入院医療費というのは非常に強い相関関係が見られるということでもあります。

そこで、国保と政管の一人当たり入院医療費の関係をありますが、平成八年度の資料がございまして、それを比較してみますと、例えば十五歳から三十九歳の年齢層、比較的若い年齢層で見ると、国保と政管の医療費は、国保が三万一千九百円、それから政管が約二万三千五百円ということでありまして、国保の方が八千四百円ほど高いという格好になっております。

疾病別に見てみますと、うつちよとわかりやすいのですが、この疾病分類として、例えば「精神及び行動の障害」という分類がありますが、こ

の項目で見ますと七千円ほど国保の方が高くなっております。あるいは「神経系、眼及び付属器、耳及び乳線突起の疾患」というような分類、それからまた「消化器系の疾患」というような分類がございまして、こういったような項目を見ましても、政管に比べて国保の方が高くなつてゐる。これはやはり、国保の方がこれらの疾患の患者が多いということが一つの要因だと思ひます。まさに先生御指摘のとおり、それぞれ、その加入者の持っている疾患が、どういふ疾患が多いかということによってやはりそこは変わってくると思ひます。

それから、六十五歳から六十九歳という層で見ますと、例えば「循環器系の疾患」あるいは「新生物」、こういったもので見ますと、むしろ国保の方がやや低くなつてゐる。それに対して、「精神及び行動の障害」というところを見ますと、やはり国保の方が高くなつておりました。これに關する一人当たり入院医療費が、国保の方がやはり七千円ほどの年齢層でも高くなつてゐるという点でもございまして、それぞれ、どういふ患者さんが入つてゐるかということによってそこら辺の違いというのは、制度によってやはり違つてくるというふうにも考えております。

○石毛委員 今の御説明ですと、政管健保と国保の一人当たり診療費の額の違いというのは、それぞれの疾病の種類ですとかによつて違ふということと、合理性があるというふうにも伺えまして、けれども、そういうお答えだったと理解してよろしいでしょうか。

○高木(後)政府委員 今回の保険医療機関における病床の制限との関係というよりも、制度間のその違いがあるということは事実でありますし、それは、入つてゐる人の疾病構造によつて違ふということをお申し上げたわけでありまして、

らえておりますので、都道府県間における一人当たり入院医療費という面で見ますとベッド数と非常に強い相関関係があるものだから、そういった意味で、やはり医療費の適正化という観点からすると適正なベッドの確保ということが非常に大切でありますので、そういう観点から今回の提案をさせていただいておるわけでありまして、

○石毛委員 同じベッド数をさまざまな保険の加入者であります患者さんにお使いになるというのは当然のことだと思ひます。

私が申し上げたかったのは、恐らく、疾病構造の違いから医療費が違ふというのは合理性があるでしょうけれども、ほかの要因として政管健保の水準が妥当であるかどうかということはあると思ひますが、今回は診療報酬のレセプトの点検の予算がかなり盛られてゐるわけですから、そういうようなことも勘案しまして、もし政管健保の方に近づいていくということになりますと、再三厚生省が御説明になつていらつしやる、ベッド数を国保の医療費でとらえて、総医療費がベッド数と相関しているという主張は少し、少しといひますか、正確とはいひ切れぬのではないですかというところを申し上げたかったということでございます。

○高木(後)政府委員 まず、総医療費が相関というのではなくて、入院医療費について、ベッド数との相関ということでありまして、それは、例えば国保、政管、組合健保などでもそれぞれ違いがあると思ひますし、それから被用者保険の中でも、どういった職種の人が多いかというふうなこともよつても違いがあると思ひますから、そういった意味で、やはり各制度ごとに見れば違いが出てくると思ひます。

しかし、私どもとしては、やはりマクロ的にとらえた場合に、都道府県間における一人当たり入院医療費とベッド数は強い相関がある、これもまた事実でありますので、そういった観点から、適正化という観点で、今回、改正をお願いしているというところであります。

○石毛委員 次の質問に移らせていただきます。

この十年近くの期間をとってみますと、必要病床数がふえております。例えば、人口十万対必要病床数をとってみますと、一九八九年は九百四十六床、一九九五年になりますと九百七十七床、九十六年で九百六十七床ということ、人口十万で二十床ぐらいいふえておりますけれども、必要病床数がふえてきているという理由はどういうことでしょうか。

○谷（修）政府委員 必要病床数の計算式は御承知のとおりであります。結局、性別・年齢階級別の人口、それと性別・年齢階級別の入院率との関係でございます。

今御指摘のございました人口十万対必要病床数がふえている要因としては、高齢者の有病率というものが若年者の有病率、具体的には入院率でございますけれども、それより高いわけでございます。それから、年々高齢化が進む、高齢人口が増加しているということが一番大きな要因ではないかというふうに考えております。

○石毛委員 私は、このことに関しましては、おっしゃることの要因が計算式からは言えるだろうということはそのとおりだと思います。

ただ、必要病床数がふえていきますと、それとの相関で過剰病床数が減ってきているということはあるわけですが、八九年に過剰病床数が人口十万で六十八床であったものが、九六年になると過剰病床数が三十七床まで減ってきておりますので、何か必要病床数が上がっていきけば反射的に過剰病床数が減っていくというように見えなくもない。そうすると、必要病床数と過剰病床数の概念というのは、必要病床数が動けば過剰病床数も当然動いてきてしまつて、では何が必要病床かというところを確定しないと、過剰病床について、ここは過剰病床ですというふうになかなか言いづらい側面もあるのではないかとこのように思つたわけですから、今の質問をさせていただきます。いろいろ質問を移りたいと思ひますけれども、いろいろといただきましたデータをもとめておりますと、不

思議なことに気がついております。

例えば、これは相関係数というふうなことで算定できるということではないのですけれども、病床過剰率における過剰病床数と入院受療率とそれから医療費を相関でとらえてみますと、例えば高知県では、過剰病床数も高く、受療率も高く、一人当たり医療費も高い、そういう傾向。これが厚生省がずっと主張されている御主張に最もフィットする実態だと思ひます。

ところが、例えば愛知県をとってみますと、愛知県の場合は、過剰病床数は多い県であります。受療率は相対的に低い、それで一人当たり診療費は全国平均より低いという事実があります。つまり、過剰病床地域だけれども、受療率は低くて、診療費は全国平均より低いという愛知の地域ですね。

それから、富山や島根というところは、病床数は非過剰県、つまり過剰地域ではない。それで受療率は高い。つまり、過剰地域ではないので病床をふやしていくというのとは可能な県になるわけですから、その県で受療率が高くて、富山県の場合は一人当たり医療費が高く、島根の場合は全国平均並み。

今、何を申し上げたかと申しますと、病床が過剰か非過剰かということと入院受療率と一人当たりの国保の診療費をとってみると、全部プラスに相関しているところもあるし、要因がプラスになつていて一つの要因がマイナスになつていて、ところもあるしということ、三パターンばらばらという形がある。これを全部の都道府県についてやってみればよかつたのでしようけれども、私はそこまではやる時間的な余力もありませんでしたので、これは不思議な実態である、事実である。こういうことを並べてみますと、病床過剰と一人当たりの入院診療費の多さというのは必ずしも、確かに相関係数は高くなるのですけれども、前々回でしたでしょうか、社民党の秋葉委員が、相関係数の高さは因果関係の高さをあらわすものではないという表現をされていましたけれども、

私は並べてみますとこういうことに気がつきまして、やはり病床の過剰が医療費の増大に結びつくという結論は少し早計ではないかということ、また改めて思うのですけれども、この点に関する認識はいかがでございますでしょうか。

（根本委員長代理退席、船田委員長代理着席）

○谷（修）政府委員 前の御質問からの続きということで私からお話をさせていただきますが、先生がお話しになったのは県別だと思ひますが、地域別にいろいろデータをみて、それについてばらつきがある、それは確かにそういう面はあるかと思ひます。

ただ、結局、先ほどの御議論にもありましたように、全体の一人当たりの入院医療費と病床数という中には高い相関があるということ、それから、これも前から御議論がありますように、医療においては供給が需要を喚起するというような側面があるということ、そして、そういう意味で高い相関があるということについては御理解をいただいているのだというふうに思っております。

そういう意味で、医療計画におきましても算定の一つの基礎として入院受療率というものをを用いて今までやってきているというふうな経過があるわけでございます。

○石毛委員 全体のおっしゃいましたけれども、全体ではトータルにみれば切れないからこそブロック別の入院受療率を中心にして必要病床数を出しているのではないかと申すのですが、ブロック別で出してみても、それぞれ都道府県をとってみるとさまざまな個性があつて、必ずしも病床数と医療費の相関だけで物事を規定できるわけではないのじゃないですかということを私は申し上げたわけですが、これについてはこれ以上お話をいたしますと、また私の方が堂々めぐりになってしまふので、次の質問に移らせていただきます。

長野県は高齢者の方の平均余命率が高いことで

知られております。特に男性は一位になっていたかと思ひます。長野県の場合に、被保険者の受療率といふのは〇・三二九四で、全国平均が〇・五一七ですから、これに比べると大変低いのです。それから、一人当たりの診療費が、全国平均が一万五千七百四円で、長野県の場合は一万七十六円ですからほぼ三分の二です。それで、ベッド数でいいますと、長野県は、非過剰地域です。ですから、確かに非過剰地域ですからベッド数が過剰ではなくて、医療費が低いという、入り口と出口だけは言えるのかもしれないけれども、長野県の場合に非常に特徴的なのは、必要ベッド数よりも既存ベッド数が低い県だけれども、なおかつ既存ベッドが使われていない、病床利用率が非常に低い県だ、そういう特徴がございます。

前回、中野総合病院の池澤参考人も、医療計画の中でベッド数の勘案をするのに病床利用率の考え方を入れているというののは、考え方としては説得力に欠ける部分があるのではないかと申すようにおっしゃられていましたけれども、長野県の場合の例を見ても、医療費との相関というのは、相関の要因は確かにいろいろあるのだと思ひますけれども、非常に重要な要因として、要するに、入院患者さんが少ない、ベッドが余つてしまつていくわけですね。長野県の場合には、必要ベッド数を満たしていないところ、要するに、日常的な用語を使えば、不足地域です。不足地域ですけれども、なおかつ病床利用率は低い。つまりは、入院する人が少ない。あるいは、人は多いのかもしれないけれども、入院日数が短いのかも知れません。トータルでいえば、入院医療費がかららない。これが医療費を下げる大きな要因になつていくというふうなことが考えられると思ひます。

それで、厚生省ももうお持ちなんだと思ひますけれども、私は、ここに、国民健康保険中央会が、市町村における医療費の背景要因に関する研究会報告書、抄でございますけれども、たまたま

手に入りまして、持っております。

少し読ませていただきますと、長野県の場合は、「在宅医療を可能とする条件が整っており、その結果、平均在院日数が他県より短くなっている。」長野県では医療機関に空き病床が多くあるにもかかわらず、医療機関側が患者の要求に対応して在宅ケアを医療として取り組む態度が認められる。」というようなことが書かれております。

それから、その中に、「医療機関のあり方」ということで、「医療機関数や病床数及び医師数と老人医療費とは正の相関が認められた。」これは、厚生省が常々御主張になっていらっしゃることです。「認められた。長野県の特長は、これらの相関を上回って老人医療費が抑制されていることである。すなわち、長野県の低医療費は、提供されている医療の内容に特性を見出すことができる。」これは一般的にももう随分言われ始めていることとございますし、それを国民健康保険中央会のこの研究会報告は明示的に示されたということだと思えます。

話を筋をもとに戻しますけれども、長野県は病床の非過剰地域ですから、もし病院を建てて病床をふやしたいということがあれば、これは、病床をふやすことができる地域になるわけですね。病床をふやすことができ、長野県の今の姿勢でいえば、そうそう病床利用率が高くなるとは想定できないと思えますけれども、病床を仮にふやしたとして、病床の利用率を高めていけば、これは医療費をふやしていくことになってしまふ。これも矛盾ではないか。つまり、非過剰地域では病床をふやすことができるというの、医療計画の筋とすれば、必ずしも整合性のある、説得性のある論理とは言えないというふうに申し上げたいと思うのですけれども、いかがでしょうか。

○谷(修)政府委員 幾つかの点でお話がございますけれども、結局、医療計画は、その目的としては、全国的に医療機関の適正配置を図っていくということと考えているわけでございますが、その過程の中で、この必要病床数の算定方式とい

うことについては、その当時検討がなされたわけでございますけれども、前回の御質問の際にも若干申し上げましたけれども、受療率についてはブロック別の受療率を使うということにしたわけでございます。

その背景としては、疾病や患者数が地域ごとに異なるということとどういふふうに関連を算定式に反映させるのかということと、病床の地域的偏在を正させる、この二つの要請を調和させるといふ形でブロック別の受療率というものをういたわけでございます。

後段の方のお話にございました非過剰地域におきます病床の整備ということに関連いたしましたは、必要病床数というものは、非過剰地域においては、ある意味では整備目標としての性格と、それから、過剰地域におきましては増加を抑制するというその性格を、両面を持つものでありますけれども、病床非過剰地域については、僻地医療あるいは救急医療などの政策的に重要なものに對しては、政府として補助を行ってきつていふこととでございます。したがって、非過剰地域においては、単に病床が非過剰であるということをもって病床の整備を進めるといふことも、むしろ、国としては、僻地医療とか救急医療に對して補助を行ってきつていふというふうな経過がございます。

また、病床過剰地域におきましても、一方、特例病床、いわゆる特定病床の制度というものによりまして、地域医療に特に必要な病床につきましては勧告が行われないといったようなことになっているわけでございます。

したがって、機械的に病床の過不足ということだけで運用しているということではないというふうにご考えております。

○石毛委員 私はそういうことをお伺いしたのではなくて、医療計画の論旨からいえば、非過剰地域では病床をふやすことができるというわけですね。長野の場合は非過剰地域でも恐らく適切な医療が

にふやしたいというところが出てくれば、当然許可になってくる話でしょうし、それは、逆に言えば、本来の目的に關して言えば難化するベクトルをとることになってしまふのではないですかと。

むしろ、局長がおっしゃられました当初の医療計画を立てるときは適正配置ということと考えれば、非過剰地域には病床を建てることは了というふうになるだろうと思えますから、今私が申し上げたようなことは言ってもよろしいのではないかと申したわけですね。

時間の関係もありますので、次の質問に移ります。

この四月中でこの医療計画の策定に關して指針は変わるというふうに向いまして、私も資料をいただきましたけれども、介護保険法が二〇〇〇年の四月に始まるということもかわつて、療養型病床群は一般病床の中でどういふふうにかウントされることになるのでしょうか。

○谷(修)政府委員 療養型病床群は、いわゆる一般病床という形で算定をされますので、必要病床数の中では一般病床の中で算定をされるということとでございます。

○石毛委員 二〇〇〇年四月以降は、療養型病床群は高齢者の六十五歳以上の方に關しましては介護保険から給付される施設になるわけでございますけれども、確かに、療養型病床群は医療法上の病床なのだと思いますけれども、病床数のカウントが医療費との相関で非常に大きな意味を持つているときに、この一般病床の中に療養型病床群をカウントするというのはおかしいのではないのでしょうか。

○谷(修)政府委員 療養型病床群の整備目標ということにつきましては、既に、この四月の医療計画の制度改正に伴いまして、算定方式等について県に示しております。

基本的には、先ほど申しましたように、療養型病床群を含む一般病床として算定されるわけでございますので、整備目標につきましては、病床非過剰地域では必要病床数の範囲内で整備が行われ

る、また、過剰地域においては私どもとしては既存病床等の転換によって整備を進めていくということも基本にいたしております。

なお、介護保険制度が平成十二年からスタートされました際にも、この療養型病床群というのはいわゆる医療法に基づく許可病床という形を基本にいたしますので、一般病床という形で考えておりますが、ただ、一方、この必要病床数の問題につきましては、規制緩和委員会からの指摘もあり、急性期の病床と慢性期の病床に分けて算定をするというふうな形で、今後の検討課題だということとが指摘をされておりますので、その問題についてはそういう面からも今後検討をしていく必要があるかと考えております。

○石毛委員 よくわからないのですけれども、一般病床の中に療養型病床群を組み入れて病床数をカウントして、二〇〇〇年の四月まではそれでもいいのかもしませんが、全部医療保険の範囲のことだと思えますから、二〇〇〇年四月以降になりまして、今指針が出た医療計画というのはいつごろ実行に移されて、いつまで有効な期間になるのか私はよくその辺は存じませんけれども、恐らく三年か五年か置きに見直していくということになれば、介護保険法が施行になった後でも有効な考え方としてつくられなければならないと思うのですけれども、二〇〇〇年四月以降も療養型病床群は医療法上の病床として病床数の方のカウントに入っていくわけですか。そのときに介護保険事業計画の方の三介護施設、差し当たって三介護施設との関係でのカウントの仕方というのは、まだ固まっていらないのかもしませんが、基本的にはどういふふうにご考えていくことになるのでしょうか。

○谷(修)政府委員 現在までのところ、十二年当初の療養型病床群の整備の目標としては全国ベースで十九万床ということを目安にいたしております。一方、介護保険制度におきます介護保険事業計画におきましては、特別養護老人ホームそれから老人保健施設それから療養型病床群のおのの

計画面上も、それから、どちらの保険から支払うかということも含めて、両方含めて私は御質問したというつもりです。

○谷（修）政府委員 先ほど申し上げたことの繰り返しでございしますが、介護保険法の施行後のことではございますが、療養型病床群等の介護療養型医療施設の病床は従来どおり一般病床として算定をされる。したがって、病床過剰地域については病床制限の対象になる。それから、ただ、介護計画全体の中で、この療養型病床群と特別養護老人ホームとそれから老人保健施設、これをどういうふうな位置づけていくかというのは、まだ数値的にははっきりはしておりませんが、療養型病床群については、制度発足時には十九万床というものを予定をしているということではございませう。

○根本委員長代理 では、石毛さん、質疑時間が過ぎていますので、御協力をお願いします。

ます。

石毛鏡子さん。

○石毛委員 恐縮でございますが、大臣、先ほどの、私が最終的に質問させていただきまして必要病床数と過剰病床数のこの考え方について、もっと詰めるべき点がたくさんあるというふうに私は考えておりますと、その内容について何点かデータのなとも引用しながら申し上げさせていたできました。

ですから、その考え方をもう少し透明性あるものに、私は、実は全都道府県でどれだけ医療審議会が公開されているのかということもお尋ねしたかったのですけれども、もう時間がありませんからそれはやめまして、そういうことを含めまして、内容を透明性あるものに、理解しやすいものにした上で、法改正を出すならお出しになるというのが筋ではないですかということ、そのことに對して大臣はどのようにお受けとめくださいますでしょうかということをお尋ねさせていただきます。だいて、終わりたいと思います。よろしく願っています。

○小泉國務大臣 今後のこの法施行後に、できるだけ理解を得られるような情報の透明性等、きちんとしていく必要があるというふうに私は思っています。

○石毛委員 終わります。

○根本委員長代理 武山百合子さん。

○武山委員 武山百合子です。自由党を代表いたしまして質問いたします。

先週、ちょうどいろいろと時間が切れてしまいました。先週の続きになるかと思えますけれども、きょうは、まず、予防医学についてお聞きしたいと思います。

早期発見、早期治療、これはもう国民の健康を守るためにも、また、医療費の抑制に役立つものと思っておりますけれども、どのように今後予防医学に対して方向性をつけているか、青写真をちょっとお聞かせしたいと思います。

○高木(徳)政府委員 予防医学といいますが、予防医療についての保険との関係について申し上げたいと思いますが、現行の我が国における健康保険制度、医療保険制度では、予防給付といいますが、これは基本的に対象とはなっていないわけでありまして。ただ、この部分というのは、いわゆるヘルス事業といいますが、そういう保健施設事業という格好で制度的には実施する、こういうふうになっておるわけでありまして。

しかし、今後の医療保険のあり方として、この予防給付というものをどういうふうにかえていくべきかということが今大きな課題の一つになっております。そういった意味で、いわゆる中医協という審議会がございまして、中医協の中においても予防医療を含む保険給付のあり方というものについて精力的に検討していくことになっておりまして、我が国における状況からしますと、保険との関係では、これからの検討課題というところでございまして。

○武山委員 それでは、まだ一度も検討されていないのでしょうか、会議が行われているのでしょうか、これからやろうという計画なんではないでしょうか。

○高木(徳)政府委員 かねてからこの取り扱いは本格的に検討するということが先般の中医協において決まりました。そのための基本問題小委員会という場において鋭意検討していく、これから始まる、こういうことでございまして。

○武山委員 決定は中医協がなさるわけですね、厚生省ではなくて、厚生大臣ではなくて。

○高木(徳)政府委員 中医協は審議会でありまして、ここに関係者の御議論をお願いをして、最終的にどういう形にしていけるのか、法律改正等を伴う問題も出てくるのか、これらも含めて、最終的には厚生大臣が決定をしていく、こういう段取りになるかと思っております。

○武山委員 厚生大臣が、最終的にじゃなくて、もっと早く道筋を示したり、やはり立法府がそう

いうものを決定するという方向に軌道修正すべきだと思っております。

今、審議会審議会、あらゆる審議会で、いろいろの答申を受けてとか、審議会の結果待ちだとか、審議会の検討待ちだとか、そういうことが非常に国民の間に叫ばれているわけですね。あくまでも、厚生行政、やはり日本の国は政府と厚生省が今までしてきたわけですから、審議会もそれは一つの意見を聞くということで大切でございまして、けれども、やはりその中で一番リーダーシップをとっていくのは厚生大臣、厚生行政ではないでしょうか。審議会ももちろん大切だと思っておりますけれども、その辺は厚生大臣、厚生行政が先に道筋を示すべきだと思っておりますけれども、厚生大臣はいかがでしょうか。

○小泉國務大臣 この問題はいつも取り上げられる問題なんです、医療に関しては専門家がいろいろで、厚生省独断じゃないかという批判が必ず出るんです。その兼ね合いだと思っております。

○武山委員 今まで専門家の専門家と言われてきて、専門家の皆さんがやってきて、今まさに日本の厚生行政に對しても本当にみんないらしない、いろいろな点で今もう疲弊状態だと思っております。そういう中でもやはり今の御答弁を通していくつもりなんではないでしょうか。

○小泉國務大臣 私が言ったのは、その兼ね合いでありまして、厚生省独断という形をとらないで、できるだけ関係者の意見を聞きながら、最終的には厚生省が責任を持つという形、時間とか、意見を聞く方々にもよると思っております、また国会もありません、その辺をよく勘案しながら判断すべき問題ではないでしょうか。

○武山委員 広く専門家の意見を聞くということ、非常に大事ですけれども、命にかかわることですので、やはりスピードさが最も必要だと思っております。そのスピードさをやはり速めていただきたい。スピードを速めていただきたいということが

私が一番言いたいことなんです。

もうちょっと突っ込んでお聞きいたしますけれども、一部のがん検診について有効性が疑問であるという報告が出ているわけですが、がん検診については、その効果と必要性についてのどうお考えでしょうか。

○谷(修)政府委員 がん検診につきましては、従来から、老人保健法に基づいたいわゆる保健事業の中で検診をやっております。先般、研究班の報告の中で、それぞれのがんについての今までの資料あるいはデータをもとにして、今後の方向と見解がまとめられておりますけれども、厚生省としては、がん検診そのものについては、これは市町村の事業ではございまして、引き続き実施をしていくということで進めているところでございます。

○武山委員 どのようながん検診をしているのか、例えば乳がんでしたら、ちょっと御説明いただけますでしょうか。

○羽田田政府委員 がん検診につきましては、今健康政策局長がお答えを申し上げましたとおり、私ども、今回一般財源化をいたしましたけれども、がん検診そのものの必要性については従来と変わらないということで、今後もやっていくということをやっております。あくまでも、同化定着をしたので、そういう形のものでできるだけ地方のそれぞれの判断とそれぞれの実情に合わせた形でやっていただくという形がいいだろうということをやっております。

そこで、今お尋ねのところで、今やっておりますがん検診の中で、例えば、今やっておりますのは、胃がんとか子宮がん、それから肺がん、乳がん、それから大腸がん等をやっております。乳がんの場合を挙げて、どんなことをやっているかというところで話がございましたけれども、現在やっておりますのは、触診の形でやっていると承知しております。

○武山委員 例えはアメリカでは、乳がんの場合、触診だけでは一〇〇%検査したというふうには言われてないわけですね。やはりマンモグラフィも両方併用するというふうな、アメリカは国民皆保険ではありませんが、私的保険です。それが保険に適用されるということなんです。

先ほどのお話の中で、老人医療というふうにおっしゃっていただきましたけれども、これは六十五歳以上、七十歳以上にならないとできないのでしょうか。

○羽毛田政府委員 検診の中で、例えば乳がん等につきましては、いわゆる七十歳になります前でありまして、壮年期からそういうことをなさきやなりませんので、老人保健の中におきまして、そういった若い世代、壮年期世代からの検診ということをしていただきます。

○武山委員 そうしますと、老人保健と今おっしゃっていただきましたけれども、老人しかできないということですね、老人保健といいますが。がん検診が無料になるということですね。それでしたら、例えば、一般的に、女性に四十代からがん検診、乳がん、子宮がん検査が必要だと言われているのですけれども、それは保険は四十代から適用されるのでしょうか。

○羽毛田政府委員 そもそも、先生、検診事業につきましましては、いわゆる社会保険としての保険から出るものとしては従来も位置づけられておりませんで、むしろ、いわゆる検診事業は予防的な事業でございまして、これは従来は一般財源でやっておったわけですね。一般財源というのは、補助金、国庫負担を入れますとやっておった事業でござい

ます。それににつきましては、法律制度上も、いわゆる七十歳未満であってもできるような法律制度になっておりました。今まで国庫負担を出してやってやりましたものを、今後は地方交付税に回しまして、一般財源でそれぞれ地方公共団体でやっていただくというのが今回の改正でござい

○武山委員 それでは、今のお話ですと、一般財源化を図ったのは、効果がないという理由なんですか。

○羽毛田政府委員 いえ、一般財源化を図りました趣旨は、がん検診については有効でございすけれども、今実施率等を見まして、それぞれの地方公共団体、市町村におきましての実施というものが九〇%を大幅に上回るように定着をできておりますので、こういった事業につきましましては、これはがん検診に限らずでございすけれども、地方公共団体が独自の判断、それからそれぞれの地域の実情に応じた独自のやり方でやっていくという意味で、いわゆる地方交付税という形で裏打ちをする中で、それぞれの地方公共団体がお取り組みをいただくという意味での一般財源化を図ってやっていますが、今までの施策の流れでございす

ますが、そういう流れの中でやってきております。したがって、がんの検診そのものについて、私どもは有効でないというふうなことを考えたわけではございせんし、今回の一般財源化に当たりまして、そういう形でそれぞれの地域の取組みというものはむしろ奨励をするような形で出しております。

それから、先ほどの若い世代からのということをお願いいたします。従来は、いわゆる法律上は四十歳から取り組むようにしておりますし、さらにそれ以外に、一部のがん検診等につきましましてはさらに三十歳まで年次を下げて取り組むをいたしております。

○武山委員 お聞きしたのはがん検診についてですけれども、例えば歯の治療、いわゆる予防治療ということ、疾病の予防ということ、歯なんかも子供のうちから予防という意味で年に一度の検診を財源化するということはお考えでしょうか。

○高木(後)政府委員 予防的な給付を保険給付の中でどう考えていくべきなのかという基本問題、これは先ほど申し上げましたように検討していく

ということになっておるわけですが、ことしの四月に診療報酬の改定が行われたわけでありす。その中で、小児の齲蝕多発傾向者、これに対する齲蝕の再発抑制を充実していこうというところで、新たに診療報酬上も取り入れたわけでありす。

こういったものを、一種の予防的な診察、診療ということになるかと思いますが、現在、ある意味では現行法の中の項目みたいなものではないかということで、今回はこういう形で取り入れをいたしましたけれども、さらにそのほかの問題を含めて、歯科も含めまして、今後検討していかなければいけない、そういうふうな状況になっております。

○武山委員 歯の治療の件を今ちょっと話しましたけれども、予防という意味で、年一回、虫歯の状況とか歯の状況をチェックしていただくということですね。

人間の体の方もやはり大事だと思っております。定期健診。定期健診も、やはりこれから一般財源化するなり国庫補助なりあるいは保険で適用するなり、その辺も今後考えていかなければいけない課題だと思っております。それをどのくらいの青写真で検討を考えておりますでしょうか、検討検討検討と、こういう委員会では全部検討で出てくるのですけれども、確かに検討は、本当に必要な最小限の言葉だと思えますけれども、それがいつまでも繰り返されたら困るわけですね。ですから、このスパン、どのくらいの期間でそういう一つの答えを出してするのか、その辺、ちょっとお聞かせいただきたいと思っております。

○高木(後)政府委員 繰り返しになるかもしれませんが、医療保険の中でこういった健診、健康診査等を実施していないわけではないのであります。これは現在も実施しておるわけでありす。ただ、これはあくまでも健康診査等でありすから、例えば健康保険組合なりその加入者のあるいは家族の方の健診事業ということで年に何回やるか、あるいは場合によっては人間ドック、成

人病ドック等がはやっておりますが、こういったものに対して一部助成をするとか、そういう形で現在も行われております。

ただ、今課題になっておりますのは、それをもっと、今、病気になる場合場合に保険証を持っていけばあらゆる病気について診ていただけるように、保険証を持っていって健康診断が受けられるとか、そういうような道というものを開くべきかどうか、こういう点での議論がなされているわけでありす。

その辺のところになってまいりますと、現在、ある程度回数等を限ってやっておりますけれども、かなり自由にやれるようになる、そういった場合に財政的な問題も出てまいりますし、あるいはまた、何度か何度かかかされるようにすることが果たして本当に意味があるのか等々の問題も出てくるので、そういったような問題が今問題になってくるということでございます。全くやっていないというわけではございませんので、その点については御理解いただきたいと思います。

○武山委員 健康診断は、子供から大人まで、一年に一通できるようなシステムというのはやはり大事だと思っております。その健康診断を、マンモグラフィとかいろいろな高度な器械を設置して、それから、他のいろいろな高度な器械を設置してやらなければいけないということも大事なことですね。それで、その範囲は、やはり最低限健康に必要なチェックをするという範囲でこれからやっていかなければいけないと思うのです。もちろん血液検査から、いわゆる人間ドックのようなものですね。やはりそういうものを今後検討する必要があると思えます。そして、子供から大人までという健診が一年に一通はできる、それで、保険の適用なりまた私的保険なり、そういう方向でできたらいいなと思っておりますけれども、その辺はどうお考えでしょうか。

○高木(後)政府委員 一年に一回、二回とか、そういう限られた回数では現在もやっております。ただ、やっておりますが、通常の医療保険の

ルールのような一部負担という形ではなくて、例えば人間ドックであればかなりお金がかかりますから、そうすると、負担については、せいぜい一万五千円とか二万円まで、あとは御自分が負担していただくか、そういう形になっております。問題は、その辺をもうちょっと気軽に、本人が行きたいときにやるようにするのが適当かどうか、そういう問題だと思ひます。

これは、費用と負担との関係をどう考えるのかという問題も含めて、やはりこれから考えていかねければならないというふうに考えております。

○武山委員 医療費の抑制に大変役立つわけですね。確かに、私が数年前にお伺いしたときに、一度に健康診断した場合、六万円かかるというわけですね、全部健康診断するのには。しかし、そのときに、いろいろな病気が早期発見されれば、万が一、命にかかわる病気があれば、命も長らえることができます。治療も、もっと長い目で見て治療ができるわけですね。そういう意味で、やはりお金がかかる、それで負担が少ないということ、負担とその財源をどうするかという問題も、払う方の費用対効果、その辺もあるかと思ひますけれども、今後、例えば六万円の一万五千円では、やはり健康だから行かなくてもいいわという感じにみんななると思ひます。

しかし、そういう考えではなくて、自分の健康維持のためであり、また早期発見でもあり、医療費に対する健康管理でもあり、いろいろな意味で、これから国民生活の中に定着していくことだと思ひます。その辺をもう少し詳しく中身を突っ込んでお答えいただけたらと思ひますけれども。

○高木(俊)政府委員 そういった意味での、年に二回とか、そういう健康診断というものについては、これは現在も行われておりますし、問題は、もっと気軽に受けられるようにすべきではないかというような問題なんだろうというふうに私は思っております。

ただ、医療保険の一部負担の議論にありますよ

うに、こういったものをきちんと制度化した場合に、またその一部負担というものについても相当シビアな議論になるのだと思ひます。ですから、そこら辺が公的保険で果たしてどこまでカバーしていくべきなのかという問題と密接に絡むものから、やはりそういった観点できちんとした議論をする必要があるということではないかと思ひます。

○武山委員 ぜひ委員会でも議論をしたいと思ひます。

それでは、次に移ります。

国民健康保険料についてちょっとお聞きいたします。

四月二十一日の新聞報道によりますと、旭川地裁において、国民健康保険料の算出根拠が条例上明確でない、憲法八十四条の租税法律主義に違反するとして、国民健康保険料を課した市の処分を取り消す判決があったわけですね。

保険料の徴収は保険制度の根幹にかかわるわけですから、この問題に関して、旭川市、それからほかにも同様の市町村があるかと思ひますけれども、ちょっとその辺、説明していただけますでしょうか。

○高木(俊)政府委員 旭川市の条例が問題になったわけですが、一つには、旭川市の条例は、これは、いわゆる国が定めております条例準則に基づいて制定されておりますので、そういった意味で、旭川市以外、かなり大きな市、三百幾つかの市が同じような形態でやっておるわけでありまして。

何が問題になったのかと申しますと、我が国の憲法上、租税については、これは法律できちっと定めなければいけない、租税を取る場合には定めなければいけないということがあるわけでありまして、この旭川市の条例によりますと、保険料の算出の仕方については条例で書いてはおりますけれども、個々のいわゆる保険料率については、その算定したものに從って首長の告示で定める格好をとっております。

しかし、国保の保険料というものと税と類似するものであるから、やはり税に倣ってきちんと保険料率、保険料額についても条例の中で規定すべきである、こういうような判決でありまして、そういう意味で、やはりこの条例というのは違憲であり、かつまた租税法主義に反するのではなから、したがってこの賦課処分というものを取り消す、こういう内容であったわけでありまして。

条例で基本的な保険料の算出方法というものが定められ、そしてそれを具体的に告示で示しているという、そういったやり方そのものについての問題でありますから、やはり私もどうしても、この辺についてできるだけ明確に、そして問題が指摘されないような形の方が望ましいというふうに考えております。

ただ、かなりの市で取り入れられているやり方でありまして、また、これはたしか昭和三十六年に国民皆保険になりましたが、それ以前から国民健康保険でとられてきた方法でありますので、実態というもののついて関係の市からもよく話を聞き、そして現行のやり方というものを変更する場合の問題点というものがどういった点があるのか、その辺、やはり十分御意見伺い、御相談しながら私もとしては直していきたいというふうに考えておるわけでありまして。

そういった意味で、基本的な姿勢としましては、できるだけ問題のない格好に私もとしては見直しをしたい、このように考えております。

(根本委員長代理退席、委員長着席)

○武山委員 それでは、ほとんどおっしゃってましたけれども、どの程度あるのでしょうか。市町村の何%くらい、七〇%くらいはそうなんでしょうか。

○高木(俊)政府委員 いわゆる国民健康保険の場合には、保険料というか、いわゆる保険制度ですから通常ですと保険料なんです、一方、保険税という形でやっていると二つありまして、保険料を取っておる形のとろが三百市町村ございます。その三百市町村の中で、旭川と同じ

ような形で具体的な保険料を告示で示しておりますのがこの七、八割の市町村が告示で示しておりますから、料を取っておる市町村の大部分が旭川市のような形をとっておるということになるかと思ひます。

○武山委員 それではもうちょっと具体的に、では、どのように指導されていくのでしょうか。

○高木(俊)政府委員 このたびの判決が出ましたから、これは旭川市も、やはり賦課処分の取り消しということになっておるということもこれあり、これまでのやり方について憲法違反であるというような指摘もありましたので、これは控訴をいたすということでありまして、裁判の方は裁判の方として争うということがあります。

それはそれとして争うということになりますけれども、一方、私もどうしても、現在の条例準則というものを改めるということも一つ考えられるわけでありまして、この見直しを行うということでありまして、私もどうしても、できるだけ早く関係の市町村からの御意見もお聞きし、そして各市町村もやりやすいように、そしてまた内容的にも明確、そしてまたこういった問題が起きないように、そういうふうな改正に向けた対応をしていきたいということでありまして、こういう問題でありますからできるだけ速やかに御相談していきたいと思ひます。

ただ、こういった保険料徴収なりというものは年度単位の徴収でありますから、そこら辺のところも念頭に置いた形で考えていくことにしなければいかぬというふうに思っております。

○武山委員 保険制度の不信感を国民に与えないということが一番大事なこと、やはり適切な対応を当然すべきだと思ひます。ですから、それはスピードに、本当に今スピードさに欠けておりますので、スピードにやっていたいただきたいと思ひます。

それから、私、実はすぐ質問が次の委員会であるものですから、このくらいにしたいと思ひます。どうもありがとうございます。

○御沢委員長 旭道山和泰君。

○旭道山委員 新党平和の旭道山です。よろしくお願ひします。

本日議題となっています国民健康保険法等の一部を改正する法律案について質問させていただきます。

まず最初に、本題に入る前にお聞きしたいことがあります。

私は、昨年予算委員会第四分科会において、小泉大臣に対し、心臓ペースメーカーなどのいわゆる医療機器の内外価格差の問題について質問させていただきました。厚生大臣より、こうした医療機器の内外価格差の是正は医療保険制度を改革する上で重要な問題であると位置づけるとともに、医療機器の流通経路の実態調査報告と適切な対応をしていくとの答弁をいただきました。

最近になり、知人の大学病院の教授などから、昨年に比べ実際に医療機器の価格は下がってきているとの連絡をいただきました。

そこで、改めて、医療機器の流通経路の実態調査報告の概要と調査後の対応、内外価格差の現状についてお聞きしたいと思います。よろしくお願ひします。

○谷本（参）政府委員 医療機器の流通経路等に関する調査の報告でございますが、これは昨年の八月に「医療機器の流通経路に関する調査」で報告書として取りまとめております。

報告書におきましては、医療機器の価格は、例えばペースメーカーにつきましては、日本が約百五十万円、アメリカが約九十万円ということ、日本がアメリカの約一・七倍、それから、バルーンカテーテルにつきましては、日本が約二十六万円、アメリカが約七万円ということで、アメリカに対して約三・六倍といったような、日本が欧米より高い傾向があるということが指摘をされております。

また、この医療機器の流通に関する我が国におきます問題点といたしましては、医療機関の価格交渉力が十分に発揮されておらず、供給者主導の

価格形成がなされやすい状況にある。

そういったようなことで、具体的な問題としては、手術のときにメーカーの担当者が立ち会うといったようなことで、附帯的サービスについて今後契約上の条件として明確化をすべきではないか。それから、医療機関の価格交渉力を引き上げるために医療機関側の共同購入を推進すべきではないか。また、購入数量が非常に少ない医療機関が数多く存在するということから、結局附帯的サービスのコストが相対的に高い要因となっているわけでございます。医療機関の機能分化の推進というように今後の対応として必要ではないかというように今度指摘をされております。

○旭道山委員 ありがとうございます。

本題に入りますが、財政構造改革法とキャップ制の適用除外について質問させていただきます。前回の委員会でも多くの委員が質問いたしました財政構造改革法とキャップ制の適用除外についてお聞きします。

先週、事業規模十六兆円を超える総合経済対策がまとまりました。財政構造改革法については、追加減税問題や、今回の九十九年度に限っての社会保障関係費の歳出上限枠の適用除外など、小泉大臣の言動は大きく注目を集めました。厚生大臣の強い主張により、九十九年度はとりえず社会保障関係費の歳出上限枠が適用除外となりました。また、橋本総理は、財政健全化の目標を二年間延長して、達成年次を二〇〇三年度から二〇〇五年度にする方針を示しました。

現在、我が国の財政問題が大変厳しい状態であるというところは言うまでもありませんが、小泉大臣の財政構造改革法や歳出上限枠に対する考え方、また、二〇〇〇年度は社会保障関係費にもキャップ制が適用され、くしくも、同年度は医療保険制度の抜本的改革を行う目標年次に当たっております。このような状況下に、大臣は、我が国の社会保障制度のビジョンをどのように示しているのか、それをお聞きしたいと思いま

す。よろしくお願ひします。

○小泉國務大臣 一九九九年の社会保障関係に対する上限枠、いわゆるキャップ制は停止されましたが、二〇〇〇年度、平成十二年度にはこれがきいてきます。そして、二〇〇〇年度には、医療制度の抜本的改革が実施に移される年になっております。介護保険制度が導入され、実施される年になっている。また、年金制度の改革も同時並行的に進めていかなければならない。

相次いで抜本的な改革案が提示され、実施される年になっておりますが、来年度はまだその過程であります。その過程の段階においてこのキャップ制を続けていきますと、本格的な制度改革の前に無理な予算編成をするということになります。これはかえって抜本的な改革の実施に誤解を招くのではないかとこの観点から、私は、来年度予算についてはもう少し柔軟性を持たせて欲しいと。

国庫負担を削減するという中で、国庫負担を削減すれば、同時に国民負担にとつてどういう影響が出てくるのか。医療の場合においては患者の自己負担あるいは保険料負担、こういう問題にもかかわってきますから、抜本改革をなし遂げれば負担額も軽くなるのではないかと考えている方もおられますし、軽くなる部分と、そうでない部分が出てくると思ひます。

そういう点を理解を得ながら進めていかなければならないということを考えますと、私は、無理やり百分の二、いわゆる二％という枠をはめられるよりは、これからの医療費の増加傾向、状況がどうなるかというものを、まだ不確定な要素がたぐさあります。そういうことを考えますと、これから七月、八月、概算要求の段階、十二月の予算編成の段階、これについては、今後の円滑な抜本制度改革に向けて、取り組みというのは、厚生省は一番よくわかっているわけですから、幾ら上限の枠、キャップ制が外れても、むしろ必要な要求をするわけじゃない。本格的な給付と負担の均衡を図りながら改革をしていくわけですか

ら、その前の大事な年に来年度は当たります。

それについては、私は、これを無理やりキャップをはめてやるよりは、むしろ、厚生省に裁量権を持たせてもらって、国民の理解と協力を得るような方法を得た方が、今後とももの社会保険の改革というものについても理解が深まるのではないかとこの観点から、今回、来年度の社会保障関係の費用については上限枠を停止して、これは外してこれという要求をしたところ、これが、総理も私の主張に理解を示されて、最終的には来年度のキャップ制は停止するという結果になったわけでありまして、これによって、いろいろな制度改革をしないということじゃなくて、むしろ、制度改革を本格的にするために私はよかったのではないかと考えております。

○旭道山委員 大臣、答弁をありがとうございます。

次です。保険医療機関の病床の指定等に関する厚生大臣が定める基準について質問させていただきます。既に、保険医療機関の病床の指定に関する議論は何度もされておりますが、確認の意味でお聞きしたいと思います。

基本的なことをお聞きしたいのです。病床数と一人当たりの入院医療費の間に相関関係が認められ、病床数を適正規模にすることで医療費を抑制するねらいがあることはわかります。しかし、今回の見直しによって、現在ある過剰病床の大幅な削減にはつながらないのではないかと、また、新規参入を規制し、結果的には既得権益を守ることにならないかというの、これまでたびたび議論されておりますが、その疑問は解消されていません。今回の見直しの目的と、病床数を適正規模にすることに医療費に対する抑制効果をどのように考えているか、まずお聞きいたします。よろしくお願ひします。

○高木（参）政府委員 今回御提案しております過剰病床地域における保険上の病床数の制限ということですが、これは、医療保険の財政というのには非常に厳しい財政状況にありますけれども

も、それと同時に、これは当然のことであり、すなわち、医療費、これは国民がもとより負担をする保険料であり、あるいは公費であり、負担しているわけであり、どうしても医療費負担というものは限界があるわけであり、そうすると、医療費財源というもののついて、いかに効率的に、また、合理的に使っていくか、これは非常に重要なことだというふうに考えておるわけであり、

そういった中で、ベッド数と、それから、一人当たりの入院医療費、これは非常に強い相関関係があるわけであり、そういうふうな状況を見てみますと、過剰なベッドというものが、それは、その適正化あるいは適正な配置ということがやはり必要だというふうに基本的な考えであるわけであり、そういう意味で、既にもう医療計画上のベッドが過剰であるというところについて、さらにまたベッドをふやすというふうなことは、これはやはり避ける方が、保険財政という点で考えた場合に適当だというふうに考えております。

そういった意味で、各地域において医療計画上のベッド数というものを定めておられますので、これについて、これ以上もう新たなベッドの参入が要らないということ京都府の医療審議会でも議論し、そして、都道府県知事もそうであるという場合について勧告することになっておられます、そういったケースについては、医療保険サイドとしても、オーバー地区のベッドというものは保険医療機関としての契約はしない、こういうふうな形にさせていただきたいということであり、

ただ、そういったときに、既存の、既に保険医療機関となっている医療機関の権利擁護になつてしまふのではないかと、既得権擁護になつてしまふのではないかと指摘があるわけであり、既存の保険医療機関につきましても、保険医療機関として、一言で申し上げれば、劣悪であるというふうな医療機関については、これはやはり

保険医療機関の指定の更新を行う際にそれを行わないということができるようになっておりますので、そういった意味で、既得権擁護のような形にはならない仕組みを今回の法律の中で設けさせていただいておりますので、これらが適正に運営されることによって医療保険上の医療費の適正化というものに資するといふふうに考えております。○旭道山委員 どうもありがとうございます。今回の厚生大臣の定める基準についてお聞きいたします。

基準の策定については透明で公正なものとする必要があると思いますが、どのような考えであるか。また、基準の具体的な適用に当たっては行政の裁量の部分が不透明な感じを受けますが、それぞれお聞きいたします。よろしくお願ひします。○高木（徳）政府委員 今回の、厚生大臣が定める基準の一つとして、いわゆる既存の医療機関でも劣悪な医療機関についての基準であり、これは現在の診療報酬点数表の中で、いわゆる診療報酬を払う際に、例えば医師の数が医療法の標準の半分以上であるとか、あるいはまた看護要員の数が医療法で定める標準の半分以上である、あるいはまた医師の数がそれから見護要員の数いづれも医療法で定める標準の八割以下である、こういった場合は入院時医学管理料あるいはまた看護料というものを減額して払う、こういうふうな仕組みになっております。これを参考にしまして、私どもとしては、厚生大臣が定める基準については、この基準を下回るような著しく不適当な場合ということを考えております。

また、もう一つ、厚生大臣が定めるところによって算定した数というのが入ってきますが、これは先ほど御議論になりましたけれども、介護保険法が施行されますと、医療計画上の必要病床数というもののうちこの介護施設の病床も含まれる、こういうことになっております。しかし、医療保険の財政、医療保険の医療費の適正化という点で私ども考えておりますので、医療計画上の必要病床数というものを基調にして過剰かどうかとい

うのを考えていきますが、その中にやはり介護保険で扱われる介護病床について入ってしまうというのとは適当ではない、こう考えておられます、私どもとしては、過剰かどうかというふうな判断をする際にこの介護施設としての病床数は除いて考える、そのための手当てとして、厚生大臣が定めるところにより算定した数ということで規定をいたしております。

それからもう一つ、最後にございますのが、保険医療機関として著しく不適当なものについてはこれは保険医療機関の指定をしないということにしておりますが、その中身としては、これは例えば入院医療に關しまして都道府県からたびたび指導監督を受けている、しかしなかなか改善されない、かといって取り消されるところまでではない、かといふような状況というのはあるわけであり、こういったものは指定更新時に当たっては保険医療機関というものを再指定は控える、しないというふうなことにしたいと思っております、そういうようなことを定めたいと考えております。

いづれにしても、この基準を定めるに当たりますと、関係の審議会でも十分御議論いただきまして、そしてその具体化を図ると同時に、その具体的な内容についてきちっと、恣意的な運用がなされないように、私どもとしては通知等において明確に定めていきたい、このように考えております。

かと思ひます。現に、質のよい医療機関を選びたいという人のニーズは大きく高まっているのが現状であります。選択と競争のいわゆる市場原理についてどのような認識をお持ちか、改めてお聞きしたいと思います。よろしくお願ひします。○谷（修）政府委員 医療分野におきましては、すべてが必ずしも市場原理が当てはまらないという面がございますけれども、ただ、いづれにしても、良質で効率的な医療を確保していくということのために、今お話がございました患者による選択ということを可能にすることがあらゆる意味で重要だと考えております。そのために、昨年の医療法の改正におきましても、患者の医療機関の選択に資するという観点から広告規制の緩和ということを行いました。また、本委員会でも御議論されておりますこの医療計画の中でも、それぞれの医療圏におきまして医療機関の機能というものの位置づけというものを可能にする見直しを行いました。また、今後の課題としては、病院の機能評価ということとをさらに進めていかなければいけないというふうに思っております。

また、これは規制緩和の小委員会からも報告をされておりますけれども、いわゆる医療機関の競争というふうな観点も含めて新陳代謝が図られるような仕組みというものを現在の必要病床数の枠の中で検討すべきだという御指摘もいただいております。この点については今後検討してまいりたいというふうに考えております。

○旭道山委員 次に移ります。病院の評価について質問いたします。

医療の質という点については、その質を第三者機関に評価してもらう医療機関機能評価事業が開始されて一年がたつております。病院の質の向上を目指す取り組みがいろいろなレベルでなされているのはよいのですが、患者の視点はどういうふうに考慮されているのか、お聞きしたいと思ひます。患者は必ずしも医療に対する専門知識を持って

○補選委員 先日の委員会では、大臣に御質問させていたしましたが、この医療保険制度改革、年金制度改革を含めた社会保障制度改革、これは本来財政構造改革とは一応別の枠組みの話だということに考えることはできると思いますけれども、しかし、財構法ができてまして、厚生省の予算にキヤップがかかるということですと、この二つが緊密に関係をしてくる、ある意味では社会保障制

度改革のアウトプット、成果ということが、数値目標とも言っていないのかもしれませんが、数値目標というのがあるのだからというふうには思っています。

それで、平成十一年度の予算に関しては、キャップを外すということですが、平成十一年度の予算ではキャップがまた復活するわけですが、少なくともこの平成十一年度の予算におけるキャップというものを満たすだけの結果を得ることが改革でなければならぬ、そういう財政上の制約がかかったと私は理解をいたしておいて、その点につきましては、先日大臣が基本的にそのような御認識であるというふうにご確認をさせていただいたというふうに私は考えております。この点について、再度、細かくお話をききようとお聞きしたいというふうに思っております。

それは、医療の問題、そしてまた年金の問題、介護の問題、これが平成十一年、平成十二年と、平成十三年には介護保険が導入されるわけですが、従来からの財政の枠組みからかなり大きく変わるということが予想されるわけですが、そのそれぞれの点について、現時点での厚生省の御認識を確認させていただきたいというのがあります。一点でございます。

質問させていただきますが、まず第一点目として、平成十一年度、十二年度の医療費の見込みはどうか、そしてまた、その中における国庫負担の見通しというのがあるのか、伸び率も含めて、現時点での推計で結構でございますから、お答えをいただければと思います。

○高木(後)政府委員 医療費の推計であります。これは十一年度、十二年度ということですが、これは十一年度、十二年度の状況等を見られておられます、かなり今まではまた違った動きが見られておられます、そういった意味では、なかなか推計にいくというふうな感じがしております。そういうことを一応前提に置いて御理解い

ただきたいのであります。

これもまた評価が分かれるところなんでありまして、改定後、一年ぐらいい医療費も安定するのではありませんが、大体一年ぐらいいちますと、またもとに戻るといったらおかしいのですけれども、またかなり伸びが改定前に戻るような、そういった傾向があります。先般の医療費の二部負担の改定等、これは現在の経済情勢等が絡んでおりますからなかなか難しい面がありますが、今までの流れからしますと、かなり医療費が落ち込んでくる状態が続いているような気がいたします。

そういうようなことをどういうふうにかえるかというところなんではございますが、まだ昨年九月から今日、二月ぐらいいまだしかおおよそのところはわかりませんから、何とも、十年度に入ってからなっていくかというのがまだはっきり見通せませんけれども、従来と同じような感覚で、例えば一年ぐらいいたてばやはりもとに戻る可能性が高いのじゃないかという感覚で申し上げますと、平成八年度の医療費の伸びの実績、それから平成九年度の直近までの状況、こういったようなものを一応ベースに置き、そして一年ぐらいいたてばやはりまたかなり戻ってくるのではないかと、こういったような認識を組み合わせて考えますと、平成十一年度は伸びが三・八％程度というふうに見込まれるわけがあります。

この辺がどういうふうに変えるかというのはいくつかの要素を見ないとわからないと思いますが、仮に三・八％の医療費の伸びであるというふうな考えの場合であります、そういったしますと、医療費全体としましては、二十九兆八千五百億、これは、平成十年度の予算では二十八兆八千二百億を計上しておりますが、そのぐらいいなるのではないかと、このことではあります。

その中における国庫負担はどの程度かということですが、平成十一年度は七兆三千七百億ぐらいいというふうな考えでおりますのであります、平成十年度が六兆九千億ということでありま

すから、五千億弱の増になるのではないかと、この安定傾向は続くということになれば、この辺のところはもとと少なくて済むということと考えております。その辺のところはかなり歯切れが悪くて申しわけございませんが、十一年度で申し上げますとそんなことであります。

したがって、十二年度というところまではちょっと、これはもう予測の域を超えてしまします、十一年度だけでちょっととめさせていたきたいと思っております。

○福島委員 なかなか答えにくい質問をしておりますので、歯切れの悪い御答弁でも結構でございます。

次に、年金の方ですが、年金は基本的に、改革をして現行の給付水準は変えないという認識だ、ろうというふうな思いしますので、予測はもとと簡単なではないかと思うので、すけれども、十一年度、十二年度につきましては、今と同じ御質問をさせていただきます。年金の方が簡単ではないかという御質問でございますが、年金の方もなかなか、十一年度の給付につきましては、受給者数の伸び、今後の物価スライドの動向を踏まえまして計算をするということになります、正直なところ、現在、この数値を精査中でございます。

また、先生、来年の制度改正も現行維持というお話でございますけれども、来年の財政再計算に向けて、五つの選択肢をお示しするなど、いわば制度の根幹に触れるような部分までの御議論をいただいております。

そういうことから、現段階におきまして、その御議論の動向を見るということで、現在どれだけの額になるかという具体的なことについては、現在のところ非常に難しいというふうな思っております。

○福島委員 簡単だなどと申し上げまして、大変失礼をいたしました。次に、介護にかかわる費用、これは新ゴールド

プランが達成もされるということも含めまして、そしてまた介護保険がスタートするということも含めまして、この見込みというのが一体どうなるのかについてお尋ねをしたいと思います。

○羽田政府委員 介護保険の費用の見込みでございますけれども、そのベースとなります介護基金の整備につきましては、たびたび御答弁申し上げておりますように、新高齢者保健福祉推進十か年戦略、すなわち新ゴールドプランの達成ということに基づき、第一に置いて進めてまいりたいことを前提に置きまして、一応の費用を現段階でやっております。

そういう意味で申し上げますと、これは平成十二年度スタートになるわけでありまして、平成十二年度の費用、今の新ゴールドプランが達成されるといったような一定の前提を置いての推計でございます。また、価格単価につきましても、平成七年度価格ということで、これは法案審議の際にも申し上げた数字でございますけれども、そうしますと、平成十二年度で約四兆二千億円というのが介護保険の費用であるというふうに見込んでおります。そして、そのうちで、国庫負担、まずはこの介護保険、いわばプロパーの部分の国庫負担で九千二百億ぐらいでございます。それに医療保険の介護納付金という形で来る、そのものにも国庫負担が入っておりますから、そういったものを全部含めると、一兆一千八百億ぐらいいというの見込みであるというのが現時点での一応の見込みでございます。

○福島委員 それぞれいってよくわからないわけですが、以上、全部ひくるわけですが、平成十二年度の二％のキャップというのは果たしてどの程度達成の可能性があるのかといいますが、現行の自然増のままでいった場合にはどの程度乖離をするのか、その大きさはどのぐらいいものなのか、この点についての御認識をお聞きしたいので、お答えいただけますか。

○小泉國務大臣 今政府委員から答弁ありましたように、推計するというのはなかなか難しく、また十二年度予算になれば今の状況と額においては若干違ってくると思いますが、十二年度になりますと、医療制度の抜本改革が実施の年になります。年金制度の改革も来年の通常国会には法案を提出したいと思つて準備を進めておりますし、私は、十一年度予算の二%枠内で済むような改革が可能であるというふうに見込んでおります。

○福島委員 先ほど眞野通官部長から、改革がありますからというお話だったんですけれども、私が申し上げたのは、抜本改革をしても、差し当たって給付水準というものを大きく低下させるといふような選択肢は政府としてもとり得ないだろう。むしろ、中期的にどうするかというふうな改革にならざるを得ないというふうに思います。

そうなりますと、この年金改革によって生まれてくる財政上の負担の軽減、これはなかなかすぐにはきいてくるような話ではないのじゃないか。今大臣が、平成十二年度、医療保険制度改革もあり、年金制度改革もあり、両方ひくくめると二%は達成が可能ではないかと思うというお話でございましたけれども、その二%のキャップを達成するためのほとんどというのは、現実的には、医療保険制度改革の中から生み出していくしかないのではないかと、道具として、有力な道具足り得るのは、現時点で、短期的に、それは医療保険制度改革しかないのではないかと、いふように私は考えるわけですが、この点についてはどのように御認識でしょうか。

○小泉國務大臣 年金、医療、福祉というふうに大ざっぱに分けますと、大宗をなすのはやはり医療だと思ひます。

○福島委員 なかなか、将来の話で、漠然とした話になるのは仕方ありませんが、大宗をなすのが医療保険制度改革だ。この改革におきましては、まず、現在は診療報酬の改革、それからまた薬価制度の改革ということが今組上についており、なかなかまだ結論が出ておらないようござ

いますけれども、これは支払いのところをどうするか、支払いの水準を変えようという話が始まる。これは、直接的に医療費の水準を変え得る非常に強力な手法だといふふうに思います。

次に、保険制度をどうするか。国保をどうするか、組合健保をどうするか。このところは、お金をどうやって集めてどうやって配るのかという話でございまして、全体としてその医療費の水準を変えようということにおいては、先ほどの手法よりは直接的な効果というものはむしろ少ない。自己負担を引き上げることによって受診抑制をするということ、間接的な医療費の水準を抑制する、そういう手段なのかなというふうにも思います。

三番目は、介護保険ということですね。介護保険の導入ということは、要するに、医療保険の対象の患者を減らすということによって、これもまた非常に直接的な影響があるのだらうというふうに思います。

大宗をなすのが医療保険制度改革であるというところでございまして、二%のそのキャップを達成することにおいて、先ほど羽毛田局長が、介護保険がスタートしたときに負担はどうなるかというお話がありましたが、私は、もう少し細かい話を実はしていただきたかったわけですね。介護保険を導入することにおいて、この二%のキャップを達成するためにどの程度の効果が十二年度にあつて、そして、その介護保険の導入をもつても足りない部分というのは、これは医療の方に回ってくるわけですね。回ってきたら得ない。少なくとも医療の方に回ってきた部分というのは、抜本改革といひましても、今御説明したような大きなフレームワークの中で考える、診療報酬なり薬価制度の見直し、償還基準といふことになりまして、償還基準をどうするかといふような話で、直接的にこゝまではやはりやらなければいかぬといふような数字がおりますと出てくるを得ないような構図になつてい

る。そこでやらなければ保険の方でやりますから、ここのところは、自己負担をどうするかといふところでやらなければいかぬような話になる。非常に単純な話だろつとは思ふのです、基本的な部分といふのは、骨格の部分で、二%を達成するために、どういふふうな手法があるのかといふことですね。どういふことが今考えられるのか。

これは恐らく、厚生省の中で御検討されれば、それほど見通しがはつきりしないという話ではなくて、これはなかなかいふような大枠の考え方といふのはあるんだらうと私は思ふのです。また、そういうことを踏まえまして、そういう大枠の考え方といふものがあるのであれば、もういったことについて、できれば非常に早いうちに、財政構造改革を進めるに当たって、少なくともこういう改革はしないとそまていきませんよといふ話もしていただいた方がいいのではないかと、いふふうに思つてゐるわけでございます。ですから、しつこく、重ねて聞いているわけでございます。

再度この点について、大宗であるといへば確かに大宗なんですけれども、その中の、今申し上げました基本的な整理、その点の大臣のお考えを改めてお聞きしたいと思ひます。

○小泉國務大臣 十年度予算を編成する際におきましても、補助金などは全部カットしろなんという声が出たのです。いざ一割でもカットすると、大変な反対ですよ。皆さんかなり気象に、補助金行政が悪いといふてカットしろと言ひますけれども、これも、いざやってみて、容易なことではないなと。しかし、できるだけあらゆる補助金を削減していこうという方向で見直して、ぎりぎりやってきたわけですね。当然、年金の問題について、中へは、十年度予算から、年金制度を改革して国庫負担を減らせといふ議論もあつたぐらいです。これは、現在給付を受けている人などといふのはカットできませんといふことは、最近、だん

だん理解されてきたような状況であります。そういう中で、十年度予算におきましては、医療関係の費用を削減するといふことであるいろいろな法改正をしたわけでありまして、それでもなかなか抵抗が強い。

今後とも、年金、医療、福祉関係、十年度予算編成と同じような姿勢で取り組まざるを得ないと思ひます。その中で、あらゆる聖域をなしに、あらゆる項目を見直していくという姿勢で今後も続けていきますので、これは引き続き、どこをふやして、どこを切るか、厳しい選択を余儀なくされる状態が当分続くといふふうに私は覚悟しております。

○福島委員 平成十年度の予算の審議の中では私も厚生大臣にいろいろと申し上げまして、話が大幅に違つてゐないか、そんな気がいたしました。

私が申し上げておりましたのは、平成十二年度の予算で少なくともそのキャップ二%を達成するといふ大きな目標の中で、医療費としてどの程度の水準のものしかこれは出せませんよと。その中で、例えば何に使つかといふことは大体わかつてゐるわけですから、そうすると、薬剤にはこの程度のものしか使えませんが、その細かな制度をちゃんちゃん切つて足し算していくといふものはいふまでもなく、そうではなくて、もうそういう数字を示してしまつたらどうですか、お薬にはこれしか使えないのです。例えば、診療報酬はこんなものですよといふことは要するのではないかと、介護の方で整理するといふことであればこういうことですよといふことなんではないかなといふふうな思ふんです、財政構造改革をよしとすればですよ。よしとすればそういうことになりまして、この点につきましましては、もう質問の間も終了したので御答弁は求めませんけれども、再度、また御検討を進めていただければ、そのように思ひます。

どうもありがとうございます。

た景氣に冷水を浴びせられたのだらう、こう思うわけでございます。私ども、こぞってこれに反対

る、この点についても特に反対をしてまいりました。

た。私どもが予測したとおりといえますか、懸念したとおり、心配したとおりの結果が出て、総

理、今回これを改正をされるということになったわけでございます。ここに、改正をすればいいというものではない、そういう責任というものが私

一つは、景氣に冷水を浴びせてしまった、そう

一つは、数カ月うちに改正せざるを得ない、という結果になってしまった結果責任。それともう

う、私は二つの問題があると思うわけでござい

ます。したがって、この財源法の改正、大型補正を提案されるというのであれば、まずその前段と

して、それらの責任をとるようにお感じになっておられるか、その責任をどのように明らかにされ

うわけでございます。

○橋本内閣総理大臣　今、議員の御意見は拝聴いたしました。その上で私から申し上げたいこと、

それは從來から財政構造改革の必要だといふのはいささかも変わるものではない。同時に、内

外の総派金蘭情義の麥作に文府して階級成麥の持
置をとることも当然と私は申し上げてまいりまし
た。この考へ方の二三、平成十年度予算

か、この間に著者のもとに、平成十年財算に
おきまして、経済状況を見ながら、財政、金融
両面二つの普置をとりまゐりました。

さらに、現在の極めて深刻な経済状況にかんがみ、我々国経済及び産産運動に對する内外の言

頼を回復するに必要であらう十分な規模の経済政策を講じる、そして、それが必要なる補正予算を

考へ、政府としても令毀、総合経済対策を決定する
編成することが今本当に必要な判断、そのように

未だ、西門として、船
 料、食料、酒、金、など、
 いたしました。
 そして、議員からいろいろ
 な御意見、ご意見を、ま

る、この点についても特に反対をしまいいました。私どもが予測したとおりといいますか、懸念したとおり、心配したとおりの結果が出て、総

一つは、景氣に冷水を浴びせてしまった、そう

う、私は二つの問題があると思うわけでござい

して、それらの責任をとるようにお感じになっておられるか、その責任をどのように明らかにされ

○橋本内閣総理大臣 今、議員の御意見は拝聴いたしました。その上で私から申し上げたいこと、

外の総派金蘭情義の麥作に文府して階級成麥の持
置をとることも当然と私は申し上げてまいりまし
た。この考へ方の二三、平成十年度予算

さらに、現在の極めて深刻な経済状況にかんがみ、我々国経済及び産産運動に對する内外の言

考へ、政府としても令毀、総合経済対策を決定する
編成することが今本当に必要な判断、そのように

未だ、西門として、船
 料、食料、酒、金、など、
 いたしました。
 そして、議員からいろいろ
 な御意見、ご意見を、ま

そして、今回の財政構造改革法の改正につきましても、私は、あくまでも緊急避難的な対応として、財政構造改革の骨格を維持していくつもりで

うかと。そして、今議員の御質問のような御指摘するならば、私はそれこそが政治責任ではないだろうか。

からの責任を果たしていきなさい。そのように考えるております。

は正をさねるといふ例は、私は恐らくないのでないかな、こう思うわけでございます。その二

このことは、予算委員会等、再三指摘をされてお

「さう、さう思ふのだから、さういふことであつてほしいなという希望を述べさせていただきます。」

れの責任なんだ。自然現象でも何でもないわけであ
る。それなのに、なぜか全副立案をして、閣議を議

の責任は、それでは、総理御自身が自覚をされていらないとすれば、どなたがおとりになるのでしょうか。

うか。そういう疑問を私は消し去ることができません。

にオーダーを与えた、そして一定の手続が踏まれて成立はしたけれども、あえなく今、換骨奪胎の憂き目に遭うということがあります。

さいますけれども、その企画立案をした担当者、

てその辺の補償を追われるかもしれない。私はそういう性格の今回の財革法だったと思うわけで

責任者にはどうい

きのう来の新聞では、不祥事によつての責任とすにわともいかなものではないか

た。この責任を担当者に負わせるというのは当然だ。私は思うが、総理、いかがでしょうか。

果たし方という点で、私は先ほどお答えを申し上げたのもあります。

は、その当時の報道を振り返っていただければおわかりのようになります。政府・毎党一本と

なりました財政構造改革会議、これには当然ながら閣僚の諸君もそれぞれのつかさつかさの代表と

ともに、社会保障というものが国民の暮らしのセーフティネットとして安全に機能し得るようなものを組み立てていく責任が、私どもにもまた国会にも存在する、そのように思います。

○金田(誠)委員 これから年金改革、医療改革、総理とはその議論を十分聞かせてまいりたいな、こう思うわけでございます。

じかじ総理、財政出動だけでも十二兆、今回の被用者保険へのいわゆるツケ回し一千六百十億、一%にも満たない、こういうことをおやりになって一体どうなんでしょうか。私は、これはもう理解しかねるわけでございます。十六兆六千億とか十二兆とかという言葉がこのように躍っている、その一方で被用者保険の一千六百十億が出てこないのか。あるいは、児童扶養手当、小児慢性疾患、福祉施設の予算等百九十一億、本当にこのキャップという形でこういう割り方をして、その一方でどうです。これは一体何だ、そのことだけ申し上げて、総理、ぜひひとつ、厚生大臣の御努力で来年からキャップは外れるようございませうけれども、来年と言わず、どうぞことしから外していただきたいと強く御要望申し上げたいと思います。

コメント、ございますか。

○橋本内閣総理大臣 小泉大臣、かつて総裁選挙を私は戦った同士でありますから、お互いに相手の気性も何もよく存じております。存じた上で、小泉さんに私は厚生大臣をお願いをしました。そして、厚生大臣としての職において小泉さんはみずからの信念を語られ、私どもは、その上で、手を携えて将来に向けてよりよい状況をつくり出す、よりよい制度をつくり出すために努力をしてまいりたいと考えております。

○柳沢委員長 青山三三さん。

○青山(三三)委員 平和・改革の青山三三でございます。

総理におかれましては、連日連夜、本当にお疲れさまでございます。それでは早速、今回政府・与党が決めた財

政構造改革法の改正案についてお伺いをしてまいりたいと思います。

ただいまも質問に出ましたけれども、財政構造改革法は、昨年暮れ、私たち野党の反対を押し切って成立させたものでございます。ところが、わずか五カ月で改正せざるを得ない状況になったわけがあります。これは、政策に対する内外の信頼を大きく揺るがすものでありまして、橋本内閣の破綻を示す重大な失策であると考えます。総理としての責任は重大であると考えますが、ただいまの御答弁を聞いておりますと、責任を感じてはいるが、責任をとる考えはないというようなことでございます。こういうことが、国民が本当に納得するかどうか、大変私は疑問に思います。

この点についての総理の御所見をまずお伺いしておきたいと思っております。

○橋本内閣総理大臣 責任を感じ、そしてその責任を感じた上で責任を果たしていく、その果たし方というものは、私の役割に依拠しておのずからいろいろな果たし方があると思っております。そして、現状を打開するために全力を尽くすのが私の役ではないかと受けとめ、そのように先ほども申し上げました。

○青山(三三)委員 今回の財政構造改革法の改正につきましては、赤字国債増発の弾力化だけではなくて、目標年次の延長や社会保障の上限、いわゆるキャップを緩めるということに手をつけることになりましたが、総理がこれまで説明してきました必要最小限の改正の範囲を踏み出すことになったわけでございます。

このように、総理の責任が問われているキャップ制をめぐるしましては、財政構造改革法を改正するならば社会保障関係費の歳出上限枠を緩和すべきだとの厚生大臣の主張が受け入れられ、実現したものであると思われま。歳出にめり張りをつけるのが政治でありまして、小泉大臣の考えは、我々国民にとりましては歓迎できるものでありますが、このような政策転換とも言える小泉大臣の主張を受

け入れた総理の考えを伺いたいと思っております。また、こうした小泉厚生大臣の姿勢を橋本総理はどのように評価されますでしょうか。

○橋本内閣総理大臣 御本人は、余り褒めないようにと遠慮をしておられますが。

私は、これは大変恐縮な言い方をいたしますけれども、今までに国会答弁の中でも何回か、人口の高齢化による当然増が非常に大きいという現実の問題があります。一番国民に身近な問題を抱えるところでありますから、社会保障については私自身も工夫しなければならぬという思いがあります。という答弁を何回か申し上げております。そして、今日、思い切って総合経済対策を組んでいこう、そうした考え方をとりまして、社会保障関係費の、今私が、他の委員に対して答弁をしました議事録のその言葉をそのままに使用して、今までもこう申してまいりましたがといった思いはございました。こうした社会保障関係の特質あるいは現下の経済状況などを考え、社会保障というものの性格から考えてみますと、国民生活への密着度というものは大きいわけでありまして、歳出削減のために新たな負担を国民に来年求めることがないように、できる限りの配慮をする必要があるというのには私自身考えました。

そして、キャップという仕組みそれ自体は財政構造改革法の基本として維持をいたしております。その上で、社会保障関係費については緊急避難的な措置として、平成十一年度に限り、おおむね二%というキャップを停止することに、その増加額は、法律の趣旨を踏まえて極力抑制するいたしました。

厚生大臣もその趣旨は十分に理解をし、協力がいただけると私は信じております。

○青山(三三)委員 私は、あの選挙のときにも小泉厚生大臣が総理におなりになっておられたら、今ごろ少しはこの世の中が違っていたのではないかと、こんなふうに時々思うわけでございます。

今回の社会保障予算は、財政法の名のもとに四苦八苦いたしました。よくぞここまで思うくら

い節約に節約を努めまして、そういう跡がうかがわれるわけでございます。その結果、難病患者や母子家庭が大変な打撃を受けております。九十九年度におきましてキャップ制が停止ということになったわけでございますが、今回の予算に盛り込まれているそうしたさまざまな福祉予算の削減につきましては、九十九年度はどのような取り扱いをされるおつもりなのか。総理には、ぜひとも弱者の立場に立って福祉予算削減の是正について考えていただきたい、切にお願いを申し上げます。

○橋本内閣総理大臣 これはまさに、来年度の予算編成に向けて厚生大臣がどういう方針をもって概算要求を取りまとめられるか、そこから始まる話でありますから、私が予断を持つべきではないと思っております。

その上で、本当に困っておられる、本当に弱い方に対する味方であるという姿勢はこれからも変わりますまい。また、これは我々は国としても持つていかなければならないことです。しかし、負担ができる方にはその部分は負担していただく、いたしたい、また、いただくべきだという考え方があっても事実です。そして我が国の将来を考えますときに、本当に必要な方々に本当に必要な給付が保障される仕組みに、私たちは社会保障、福祉の仕組みというものをきちんと位置づけておかなきゃいけないのじゃないか、私は少なくともそのような思いを持っております。

○青山(三三)委員 橋本総理が本当に弱い立場の方のために努力しているというお考えがあれば、必ず小泉厚生大臣もその方向で努力していただければ、この点はよろしくお願いいたします。

今回のような小手先の見直しを行うよりも、本当に一日も早く医療保険制度の抜本改革を急ぐべきであると考えております。ですから、そのような抜本改革のめどが立たないうちに、こうした段階において今回のような改正を行っても意味がないのではないかと。小手先、小手先の改正を繰り返

たかったのは、今回の法案の中には、抜本改正までの間という言葉が法案自体の中に何カ所も盛り込まれております。これもまた先ほどと同じことを繰り返すけれども、参考人質疑の際にも多くの方々が、抜本改正、ぜひ早くやってくれということをおっしゃっておいでございました。

そう考えますと、抜本改正ということが前にあって、今回はだからとりあえず当面の措置なんだということでございますけれども、医療保険制度一つとってみたら、国保と被用者保険の間の関係をどうするんや、あるいは老人保健制度との関係をどうするんや、あるいはさらに十二年度から介護保険が始まる、こういうこと、あるいは薬剤費の問題、診療報酬の問題等を考えれば、これは本当、十二年度というふうになっていきますけれども、この抜本改正という中で今総理もおっしゃったようなことが取れんされて、それで受益と負担の関係というのが本来整理されなければならぬのだらうと思えますけれども、十二年度からやりたいたいとおっしゃっておられるこの抜本改正というのは、総理も先ほどおっしゃったように、社会労働委員会に長く在籍された、また厚生大臣も経験された総理として、今、現時点で、これは具体的に小泉厚生大臣の所管、範囲でありますけれども、この抜本改正なるものが果たして本当に見えてくる道筋の中にあるのかどうかということ、最後に確認をさせていただきたいと思えます。

○橋本内閣総理大臣 私、今細かいところまで存じておりません。しかし、今、小泉さんに伺ってみますと、関係審議会は診療報酬体系及び薬価基準制度の見直しについての審議を精力的に行っていたと聞いています。審議会としての意見がまとまり次第、所要の法改正に取り組むということになります。

そして、やはり、私も本当にその少子・高齢社会というものを考えるとき、安心して良質な医療サービスが受けられるような医療保険制度というものを堅持するためには、制度全般を本当に

見直していかなければならぬ、改革しなければならぬと思っております。そのいわばスタートを既にこの関係審議会の審議で、診療報酬体系と薬価基準の見直し、これは私も本当に考えてもなかなか手のつけられなかった問題ですが、これに真っ正面から審議会が取り組んでいただいている。私は、こうした流れを、本当にできるんかいなというのでなくて、何とかさせたいやないかという感じで押し上げていただきたい。これは政党派の問題ではなく、結果としての制度にはいろいろ議論がありましよう、しかし、この改革ができる雰囲気をつくり出すために、本当に御協力をお願いしたいと思います。

○久保委員 抜本改正そのものについては私も異存ございません。そのことを申し上げて、質問を終わります。

○柳沢委員長 瀬古由起子さん。

○瀬古委員 日本共産党の瀬古由起子でございます。

私は財政法の改定問題についてお聞きしますけれども、先ほど総理は、答弁の中で、財政構造改革法の基本は維持する、このように述べておられます。今までもそういうことを何度も述べておられるのですが、この基本というのはどういう意味なのかということなんです。今年度以降の予算の中で社会保障を中心とした国民生活の諸領域を引き続き抑制する、こういうことが基本という意味なのか、いかがでしょうか。

○橋本内閣総理大臣 本日二度目の、場所を変えての対面になります。そして、双方ともに厳しい御質問をいただきます。

しかし、随分ひねくれたとらえ方をされたなと思はれます。というのは、財政構造改革法、これは、もう申し上げるまでもなく、個別の主要な経費ごとに量的削減目標を設定するという仕組み、その制度改革の内容を定める、歳出構造に直接切り込む内容となっております、歳出面で強力かつ明確な見直しの方向を打ち出すなど、中長期的に財政構造改革を進めていく上で極めて重要

な法律だと私は思っていました。ですから、今回の経済対策を講ずるに当たりまして、財政構造改革会議に御議論をいただきます。主要な経費に量的削減目標をはめるといって、あるいは、財政健全化目標といった財政構造改革法の基本は変更せず、緊急避難的な必要最小限の修正を行うにとめたいと考えているところではあります。

今回、社会保障関係費については、その特質、あるいは現下の経済情勢というものを踏まえ、緊急避難的な措置として、平成十一年度に限って、おおむね二割というキャップを停止することにしました。その増加額は、法律の趣旨を踏まえて、それは極力抑制していただこうと考えていますけれども、社会保障のキャップを来年度に關して外したということはそれと異なります。

財政構造改革法の基本は維持しながら、この部分については手直しを行った、それ自身が間違っているものではないと私は考えております。

○瀬古委員 基本というのは、やはり社会保障を初め国民生活にかなり負担をかける、やはりこういう抑制をずっと続けていくということにはなると思うのです。

そういう場合に、特に来年度の社会保障費の上限枠、キャップを停止するという提案がされていきますけれども、私たちはキャップそのものを外すということとは賛成なんですけれども、なぜ来年度だけなのか、この点はいかがでしょう。

○橋本内閣総理大臣 先ほど来御答弁を申し上げておりますことと重複することをお許しただかなければなりません。社会保障関係費、これは他の歳出分野と異なりまして、制度的に、高齢化などに伴う当然増が生ずる経費、そういう特質を持っております。そして、平成十一年度におきましても多額の当然増が生ずると見込まれるわけでありまして、

年度までに段階的に実施していく、介護保険は十一年度導入するという予定を組んでおります。そして、今の経済情勢等を考えましたときに、十一年度においては、国民生活と密接に関連する社会保障関係費について、歳出削減のために新たな負担を国民に求めることがないよう、できるだけ配慮する必要がある、そう考えたので、このような措置をとりました。

○瀬古委員 抜本改正とは何かという問題については、厚生省からも一定の提案が幾つか出されております。医療の問題も、例えばサラリーマンを三割にする問題とか、介護保険も、保険あつて介護なしという状態になる、こういう事態も指摘されております。また年金も、支給額を減らすか、それとも保険料を引き上げるかどちらかだと。抜本改正の内容が真つ暗やみというのか、こういう提案がされているわけですか。

そこで、小泉大臣が、本格的な抜本改正のために国民の理解を得なければならぬ、そのためにキャップ外しが必要だった、総理も私の主張を理解してくれた、このように答えてみえるわけですか。何のことはない、抜本改正で、改革という名のもとに、国民に負担をうんと押しつけていくためには、来年は少々手綱を緩めなければ理解してもらえない、こういう内容につながっていくんじゃないかと思うのですけれども、いかがでしょうか。

○橋本内閣総理大臣 私、小泉さんの発言をここで聞いていたわけじゃありませんけれども、私は、小泉厚生大臣が国民を馬に例え、手綱云々というような言葉を使ったとは思いません。また、そのような形容をされるような言い方をしているとは私は思いません。

その上で、我が国の人口構造の変化というものは、若いとき私どもが本院において議論をしておりまして当時の予測をはるかに超えたものになっております。私が厚生大臣のころから見ても、大変な変化であります。高齢化のスピードもそうですが、実は少子化の方は我々の想像をはるかに超

えておりました。

そういう中で、将来ともにセーフティネット
ワークとしてきちんと位置づけられる仕組みを十
分国民と議論の上でつくり上げていき、適正な負
担もお願いをしなければならぬ、公正なサービ
スも確保していける、そうしたものを模索する
ときには、私は本当に真剣な議論をしなければなら
ない。それは、ただ単に国民に厳しいことを求め
るだけではありませんけれども、同時に、甘いこ
とだけを語りかけることで達成できるものではな
いというところは、私は実感を感じております。

○瀬古委員 小泉大臣の発言を私は持っております。
そのとおりに言われているわけですね。要す
るに、財政法の骨格そのものが本当に総崩れに
なっているけれども、悪い部分、国民に負担をか
ぶせる部分はそのまま、本当に生きている。
こういう財政法は、本当に撤回すべきだ、廃止す
べきだと私は思います。

以上です。ありがとうございます。

○柳沢委員長 以上で内閣総理大臣に対する質疑
は終了いたしました。

総理は御退席いただいて結構です。

質疑を続行いたします。

児玉健次君。

○児玉委員 日本共産党の児玉健次です。

今回の改正案における保険医療機関の指定、保
険医の登録等の取り消し、診療報酬の不正請求に
係る加算金、これは、私はかき括弧をつけま
すが、この改正案の一つの柱です。そのことに
ついて質問をします。

よく言われる不正請求とは何か。健康保険法、
これは片仮名まじりの古い法律ですが、その第六
十七条ノ二、「詐欺其ノ他不正ノ行為ニ依リ保険
給付ヲ受ケタル者。私たちはこのような不正な
行為は決して認めません。こういう行為をなくし
ていくことが医療に対する国民の信頼を回復する
確かな道の一つだ、このように考えています。そ
の基本的な立場をまず最初に明らかにしておきま
しょう。

その上で、長期にわたって詐欺その他不正の行
為によって保険給付を不正に請求し、不正に受け
取る、最近における最も代表的で最も許しがたい
事例が大阪の安田病院事件だと私は思います。一
九九三年、平成五年の二月に、一つの病院での暴
行事件を契機にして、精神保健担当部局が患者処
遇を中心に反復的な指導を行った、これがメスの
入った発端だと思えます。

厚生省、大阪府、大阪市の合同による三病院同
時の一斉監査が実施されたのは、最初にメスが
入った四年後です。実に、平成九年、一九九七年
の三月のことです。三病院に対する保険医療機関
の指定取り消しが行われたのはいつでしょうか。
そして、返還された診療報酬の総額は幾らか。そ
の中で、現行法における加算金はどのように加え
られているのか。まず、そのことについてお答え
いただきたいと思えます。

○高木(徳)政府委員 まず、三病院の保険医療機
関の取り消しでありましたが、平成九年の八月八日
に三病院の指定が取り消されておりました。大阪
府の公報に掲載されております。

それから、返還金額でありますけれども、取り
消しに伴いまして、トータルとして二十四億七千
五百万円ということでございます。二十四億七千
五百万円は一〇%の加算金が含まれているという
ことで、ちょっと今、手元に資料がないものです
から。

○児玉委員 この病院についてはさまざまな指摘
が行われたと思うし、そして、周辺の医療機関か
らの具体的な告発が随分あったと私は聞いており
ます。にもかかわらず、最初のメスが入ったのが
九三年の二月で、指定取り消しが九七年の八月。
ここまで放置された理由は何でしょうか。どこに
原因があったのでしょうか。

○高木(徳)政府委員 医療保険サイドから申し上
げたいと思いますが、これは、今回の事件が発覚
し、大阪の保健担当の部局にもよく申し上げたの
ですが、もともとこの事件は、先生御指摘のと
おり、平成五年に暴行事件を契機にして精神保健担

当部局が指導をしております。

同じ大阪府内のセクションにその保健部局もあ
るわけですから、単に医療保険サイドの問題だけ
ではなくて、こういうような事件があった場合に
は、それなりにきちんとアンテナを張るなり情報
を的確にキャッチするなり、そういう心遣いとい
うようなものがやはり必要だし大切なことである
ということでも申し上げたわけであります。この
事件についてはもっと早く的確に対応をすること
ができたのではないかと、そういった意味では極め
て残念なことではないかというふうに思っております。

そういった意味では、幅広く医療保険の部局に
おいても、今後こういうような事件を見逃さずこ
このないよう、それからまた、地元におきま
す、私の経験からしましても、ある程度そういう
状況、においなりが入ってくるわけであります。か
ら、そういうものをやはり敏感にとらえて医療保
険サイドでも適切な対応をすることが必要だとい
うふうに思っております。

そうすることによって患者さんの被害も未然に
防げるわけでありまして、そういうふうなことで
、私どもとしてもこの事件を一つの教訓にしま
して、今後、医療保険サイドにおいても的確な対
応というものを指導していきたいということでも考
えております。

○児玉委員 ただいまの厚生省のお話は、私は非
常に重要だと思えます。ぜひ今おっしゃった教
訓に深く学んで、今後努力していただきたいと思
うのです。

そこで、先ほど御答弁のあった、返還された二
十四億七千五百万円、これはまさに詐欺その他不
正の行為によって保険給付を受けたわけですが、
過去何年にさかのぼったものなのか。それから、
詐欺及び不正に関する金額がこれなのか、それと
もその一部にしかすぎないのか。お答えいただき
たい。

○高木(徳)政府委員 今回の事件というのは、中
心的な問題は、看護婦さんの水増しというより
も、架空の看護婦さんをしらべて、そして医療
保険サイドで言うならば請求していたということ
が中心でありましたが、そういう意味からしま
すと、非常に難しかったのは、一人一人の看護婦
さんが実在していたのかどうかという点のチェッ
クがやはり必要だったわけでありまして、看護婦
さんの名簿というものを押さえずとチェックはで
きないという問題がございまして、そういった意
味で、まず、今回の不正請求に当たっての返還金
を算定する際の問題なんでありまして、この看護
婦さんの名簿というものが過去三年前にさかの
ぼった状況までしかわからなかった。

そういった意味で見ますと、安田病院の方は平
成六年十月分から平成九年六月分までの期間の支
払い分について返還させたということでありま
すし、それから、大阪の円生病院の方ですと平成六
年十月から平成九年六月、同じ期間であります。
それからもう一つ、北錦会の大和川病院というの
があります。これは平成六年七月の状況がわか
りましたので、平成六年七月から平成九年六月分
までを返還させたということでございます。

○児玉委員 そこで、三病院が毎月提出している
診療報酬明細書、いわゆるレセプトの内容につい
て、支払基金と国保連合会がそれぞれ、支払基金
法または国保法に基づいて、内容に疑いがある
というところで法に基づき説明を求めた件数は、平
成七年、平成八年度、二十四カ月に限って結構
ですが、何件あったのでしょうか。

○高木(徳)政府委員 支払基金法なり国保法にお
きまして、必要がある場合には出頭を求めて説明
を受けられるような形になっておりますが、今回
のケースにつきましては、形式的にはレセプトで
は見つけることができない内容ということもあ
ったと思えますが、そういった意味では、出頭をさ
せて説明を求めるといふようなことはございま
せんでした。

○児玉委員 不正請求というものについての一つ
の象徴的な事件が今の安田病院事件ですね。診療
報酬の請求書をどんなにひっくり返してみても、
このところは出てこない。医師について言え
ば、病院からの報告数は七十八名で、架空の疑い
が十一名ある。看護婦三百四十五名が存在したと
言っていて、実際に存在しなかったのは百五十七名。
これらの数については、社会保険料から税金まで
病院が払っている。言ってみれば、こういう緻密
な虚構がつくられているために、レセプトからは
出てこないですよ。

私が強調したい点は、医師や看護婦を設定する
形での詐欺、不正の行為を摘発することはレセプ
トの点検からは極めて困難、そこを一つ教訓とし
てはつきりさせておきたい。

その上で、次の問題です。

厚生省の療養の取扱及び担当に関する基準、
いわゆる療担規則と皆さんよくおっしゃってい
る、その中に「手術及び処置」という部分があり
ます。私は、処置のところがちょっと例として取
り上げたい。これを拝見すると、こう書いてあり
ます。「処置は、必要の程度において行い、みだ
りにこれを行ってはならない。」必要な程度と判
断するのはその治療を担当する医師だと思われ
ますが、いかがでしょう。

○高木(俊)政府委員 第一義的には、まず医師が
判断をするということですが、それが請求
書の形で審査機関に上ってくる、その際、審査機
関として適正かどうかというのをチェックをす
る、こういうシステムでございます。

○児玉委員 先ほど橋本総理が社会労働委員会と
言いましたのでとても懐かしかったです。今
の問題について、私は平成元年の十一月十六日、
ちょっと昔の話ですが、この衆議院の社会労働委
員会で幾つかの事例を取り上げました。きょうは
時間の関係もあるから、そのうちの二つの事例に
ついて改めてもう一回提起してみたいと思うので
す。

事例が起きたのは一九八九年の六月、山梨県で

す。平成元年のこと。七十歳の男性が肺がんにか
かり、慢性呼吸不全急性増悪等によって、病院は
人工呼吸器を装着しました。ところが、山梨県の
支払基金は、人工呼吸器について、十五日分の請
求は認められけれども、残りの十五日分の請求は認
めませんでした。

私は、当時厚生大臣だったのが戸井田さんだっ
たから、戸井田さんにちょっと皮肉な質問をしま
した。十五日間呼吸器をして残り十五日間は呼吸し
ない離れわざがあなたにできますかと聞きまし
たら、戸井田さんはうっと、お答えに立たなかつ
た。

そして、この件は、病院からの抗議の結果、そ
の年の九月十四日に残り十五日分についての保険
請求が認められました。私は、結構なことだった
と思う。

そのことについて厚生省と議論をしたとき、厚
生省はこのように答えました。この件の査定につ
いては「個別の事例におきまして行き過ぎがあつ
てはいけません。」レセプトの審査点検ですね、
そのことで行き過ぎがあつてはいけません。「主
治医の考え方と審査委員会での先生方の考え方
と、そこは十分突き合わせをしていただきた
い。」とお答えになった。

こういう審査のときに、審査部門がいろいろ物
を考へる、そのときの便宜のために、主治医はよ
く症状詳細、病気の状況を詳しく書いたものを添
付したりもしますね。そうした上でなおかつこう
いうふうな事態が起きたわけだけれども、私は、
当時厚生省がお答えになった、個別の事例にお
いて行き過ぎがあつてはならない、そして、主治
医と審査委員会のドクターとの考え方、十分突き合
わせる必要がある、これはごく自然な、当然な考
え方だと思ふのですけれども、この考え方につ
いて厚生省は、現在も変わりがないと思うので
すが、いかがですか。

○高木(俊)政府委員 一般論で申し上げれば、変
わりありません。

○児玉委員 そこで、昨年十一月五日の衆議院の
決算委員会でも、先ほど質問しました私どもの瀬古
由起子議員に対して、小泉厚生大臣は、大体今と
同じ議論が当時あったわけですが、「私は、基本
的にはお医者さんの良心を信じたいと思います。
そうでない」とこの医療制度は成り立たない。「こ
ういうふうな回答をなされた。私はこれは肝心な
お答えだと思ふ。重要なお答えだと思ふ。」

詐欺その他不正の行為による請求と、過失によ
る請求、過誤による請求、そして主治医と審査委
員会の十分な突き合わせを行えば解決可能な事
例、これらを意図的に混同して、あたかも病院の
現場に不正な請求が山積しているかのようなキャ
ンペーンをするということとは、医療に対する国民
の信頼を傷つけるという点で許しがたいと私は考
えます。そして同時に、誠心誠意国民の命と健康
を守るために献身なさっている医師を初めとした
医療関係者、医療機関をも傷つけるものだと思う
のです。

厚生省としては、このような無責任かつ不当な
キャンペーンを許さぬよう細心の注意をしていた
だきたい。この点で厚生大臣の答弁を求めたい。
○小泉国務大臣 なかなか共産党とはふだん一致
しない点があるのですが、きょうは珍しく一致し
たようであります。

一部の不心得者のために全体が信頼を損なう、
非常に残念なことです。不心得であるいは不
正に対しては厳正な対処をとるの当然でありま
すけれども、大多数の医師、医療関係者は献身的
に医療に当たっていると私は信じておりますし、
また信じたいと思ひます。

○児玉委員 今回の国民健康保険法の一部改正の
中には、取り消し期間を一年から五年に延長す
る、そして加算金を百分の十、一〇％から四〇％
に引き上げる、こういう部分がございます。

私たちは、そのことだけに限定して考えれば、
そして冒頭言いましたように、「詐欺其ノ他不正
ノ行為ニ依リ保険給付ヲ受ケタル者」、これは単
なる道義的な責任が問われるにとどまらず、文字

どおり、刑事上の責任を問われるべき存在だと思
う、先ほどの安田病院のように。そういった部分
を根絶していくための努力と、そして、現場で献
身されている医師、看護婦その他医療関係者の高
度の専門性に基づく医師としての裁量、そういった
ものが言ってみれば可能な限り尊重されて、そ
しても意見の不一致があれば、それこそ十分突
き合わせる、こういう運用が今後において求めら
れていると思うのです。その方向を私は厚生省に
強化していただきたい、こう思います。いかがで
しょう。

○高木(俊)政府委員 全体としては、今大臣が御
答弁されましたように、まじめにやってお医者
さんがほとんどなんだというふうに私も思っ
ております。

しかし、現実には、安田病院の例に見られるよ
うに、あるいは毎年、不正で取り消しが行われる
という件数は全くゼロではないという現実であり
ますから、そういった中でやはりきちっとした姿
勢を示す、そしてまた、こういう行為に対しては
厳正に対処するという意味で今回の改正をお願い
しておりますが、しかし、これをもって強権的に
やっていくということは必ずしも適当ではないわ
けでありますから、やはり医師と医療保険サイド
における関係者の信頼関係の中に立って行政も進
めていかなければならない、そういった意味で
は、まさに今先生御指摘のとおり、私どもとして
もそういった方面の体制の強化なり充実に努めて
いきたいというふうに考えております。

○児玉委員 皆さんに資料をお配りしていると思
うのですが、ちょっとそれをごらんいただきた
いと思ひます。最後の質問に入ります。

老人医療費の負担の状況について、厚生省老人
保健福祉局企画課がおつくりになった資料をもと
に私の方でつくったのがこの資料です。

一九八三年、たしか老人医療制度が発足した時
点ですね。それで、八七年、九五年。そこで、い
ろいろありますけれども、被用者保険の老人医療
費全体に対する負担の状況をこらんいただきたい

と思うのです。金額にして一兆一千四百八十六億圓、そして比率にして三三・三％です。いただいている一番新しい資料が九五年のもので、それから、それを使つたわけですが、十二年間を経過して、金額は三兆六千七百三十二億、そして比率は四一・二％です。これらのとおり、相当比率が上がっています。

一方、国庫負担。これは重なり合つて、さまざまにありますから、一番下の欄、国庫負担再掲の部分ですね。八三年が一兆四千八百九十一億、比率が四四・九％。そして九五年は、三兆一千七百七億、比率は三四・九％です。被用者保険の負担率の方は七・九ポイントふえています。国庫負担の方は、こちらはちょうど一〇ポイント減じていますね。

今回の国民健康保険法のところの改正で、被用者保険の拠出金の大幅な増額がある。それは、平年度ベースに直せば一千億をはるかに超す。これをそのまま押しつけたのでは、日本の医療制度に深刻な負の影響を及ぼすであろう。しかも、その拠出金が、先ほどの議論にあつたような財政法絡みであれば、この質疑の最初のととき、与党のある議員が財政法なかりせばという言葉をお述べになつたけれども、まさにそうですね。そういうものとして、この被用者保険の負担がふえれば、国と被用者保険の老人医療費における負担の比率がさらに悪い方向に加速されてしまう。

この状態について、大臣、どうお考えでしょう。

○羽田政府委員 数字を挙げてのお尋ねでございましたので、私からお答えをさせていただきますか。

この数字は、私もこのとおりだと承知をいたしております。ただ、こういう形になつてきたゆえには、先生御案内のとおり、現在の老人保健制度は、各医療保険制度のいわば共同事業としての、いわば拠出金というものをベースにして成り立っております。もちろんそれに公費負担を入れ

ておりますけれども、その拠出をすべきそれぞれの医療保険における国庫負担の入り方というものに違いがございます。

具体的に申し上げれば、国民健康保険に大変多くの国庫負担が入つておるということで、制度発足当時は、昭和五十八年でございましてけれども、今申し上げた、国民みんなが支えるという、いわゆる加入者按分率というものが五〇％、半分だけならしましよという仕掛けでございました。したがつて、そういう意味では、老人加入率の高い保険者、つまり国民健康保険が、現時点との相対で見れば、老人医療費の負担を重く負担しておつたという状況がございました。

その後、老人医療費が増加してまいりまして、その負担の不均衡というものが一層拡大をしたというところを踏まえまして、今の加入者按分率というものを段階的に引き上げていった。それが一九八七年、昭和六十二年であり、また今日でございます。

また、それに加えて、平成七年度からは老人加入率という形で、やはりこれも、国民みんな平等に支えるということについてある種の頭打ちをさせておりましたけれども、これにつきましても上限を毎年引き上げるといふ形の中で、相対的に老人の加入率の大きい国民健康保険の負担の軽減を図り、それが国民みんなが支えるという方向に行くという方向を一步一步進めてまいつたという結果が、こういう形で国民健康保険の負担をその分減らす、そのことの裏腹として、国庫負担が国民健康保険にはたくさん入つていますから、いわば結果として国庫負担が減つてきた、こういう構造の中で今日来ております。

それ以外に、若干、国保自体の規模そのものが、加入者数が相対的に減つていゝという要素もございまして、そういうことが主なものであろうと思つております。

したがつて、国庫負担を減らして、それを被用者保険につけかえをするというのが今日までのいわばその主眼であつたわけではなくて、いか

にみんなが支え合ふという理念そのものを基本にして公平化を進めてきたかというのが今日までの姿でございます。

そして、今回お願いをいたしておりますものも、これは大分繰返し申し上げておるところでございまして、近年の人口高齢化を踏まえ、退職者に係る老人医療費拠出金が非常に大きく増大をしております。それから、老人加入率が著しく高い保険者が、いわば加入率上限にたまる率が非常に大きくなつてきている。そういう意味では、現行の、各医療保険制度で平等に支えようという理念を前提にする限りにおいては、公平化においてだんだん問題ある状況が出てきているということから、それを一歩進めましようということでも今回やりました。その結果として、今おっしゃつたような、被用者保険の負担がその分ふえるという現象が起つてきましたし、国庫負担が減るという現象が起つてきたというものは、その結果でございます。

そして、今後においては、さはさりながら、今度は、被用者保険を含めて、こういう仕掛けで、とにかくもう老人医療費を負担するのはこの制度の限界ではないかという御指摘がございまして、したがつて、こういった点についての拠出金の枠組みそのものをどうするかという検討は、これから抜本改正という中で慎重に検討していこう、こういうことでもございまして。

○児玉委員 時間が来ましたが終わりますけれども、今の説明は全然説明になりませんよ。拠出金にも限界が来ているのだったら、なぜその上に一千億足さなければいけないのか、それが一つ。

それから、たまたま私は資料は出さなかつたけれども、日本の医療制度全体の中で、ふえていゝのは患者負担と自治体負担です。そして、比率で減つていゝのは国の負担です。そのところを改めていくという方向で日本の医療制度を進めていゝかなければ、これは負の影響がますます強くなる、そのことを指摘して、私の質問を終わります。

す。

○御沢委員 中川智子さん。○中川(智)委員 社会民主党・市民連合の中川智子でございます。

まず最初に、大臣に確認なんですけれども、平成十一年度、来年度のキャップですが、十一年度はキャップを外して、十二年度からは、年金制度改革、医療の抜本改革をして介護保険ということでは財源をつくつていきつて、来年度のみのキャップ外しということでもよろしいのでしょうか。確認なんですけれども、お願いいたします。

○小泉国務大臣 十一年度はキャップ制が停止されましたけれども、十二年度はきいてきますから、それは、十二年度には医療保険制度の抜本改革が実施に移されます。そして、介護保険も導入される、年金制度改革も実施に移されるということで、抜本改革が順次行われていきますので、十二年度のキャップというのは、私は、耐えられるし、また、制度改革に進むように改革が行われなければならぬ、それに向かつて全力を尽くしたいと思つております。

○中川(智)委員 それでは、抜本改革のことに質問を移りたいと思つておりますけれども、今国会で抜本改革を出されるということで与党協の中でも鋭意議論をしてまいりましたが、いわゆる薬価の見直し、参照価格制度の問題も今の状態では暗礁に乗り上げていゝのではないかと認議を持っております。そのような認識は間違つていゝのか、きつちりと薬価のことにももう目鼻がついていゝのかというところが一つ。

もう一つは、診療報酬などについては、今の時点で、きつちりと抜本改革が十二年度から行われるというところでの現場の御苦労などを含めて、現在の状況を、コンパクトで結構ですでお教えいたしたいと思つております。

○高木(徳)政府委員 私どもとして、抜本改革の議論として、まず一つは、診療報酬体系の見直し、それからもう一つ、薬価基準制度の見直し、これはそれぞれ実務的な作業に相当時間がかかる

だろうということで、まずこれから審議会での議論に入ってもらったわけであります。

それで、薬価基準の見直しについては、日本型の参照価格制度というものを中心に御議論いただいています。おおむね議論は出尽くしたと思えますけれども、やはりまだ議論として残っておりま

すのは、例えば、日本型参照価格といった場合に、償還限度額を超える部分の自己負担というものをどう考えるのか。それからまた、薬価差がな

くなるという場合に、現実に一兆円を超す薬価差が生じておりますので、これと診療報酬の見

直しとの関係をどう考えていくべきなのか。こう

いったような問題が、まだやはり議論としてさら

に深めていかなければならない問題だろうと思

います。

それからもう一つ、先般の審議会の際に審議会

として方向性を決めていただいたのは、そういつ

た中で、では具体的に、約一万二千種の医薬品が

今ありますけれども、これを日本型の参照価格と

いうふうにした場合に、どういうふうなグルーピ

ングするのか。それからまた、償還限度額をどう

いうふうに引くのか。それでは、それによってど

の程度、一部負担に頼らなければならぬ、患者

負担に頼らなければならぬ部分がでてくるのか。その辺のところを、具体的な作業をやってみ

て、そうした上で、やはりきちんとした判断をす

べきではないかという議論が出ております。

うな、このような法律がなされたか不思議なんですけれども、その不思議のなぞをちょっと解き明かしていただきたいんですが、今のお答えだと、いい医療が受けられるというふうな形の規制ではなくて、かえって患者にとって選ぶ医療機関が少なくなる。

私は、うちの近所なんかでもそうなんですが、あそこ病院に行ったらこんなだった、あんなだったというのは、情報公開もほとんどない中で、口から口で、みんなどういふかはなるんですが、つぶれるところまでいかないうちです。何か病院は余りつぶれないで、本場に評判が悪くても残っていく。そして一方では、そのような形で規制されていく。私たちが選べないような仕組みになっていくということ、必要な病院ということをおっしゃいましたけれども、患者側に立った選択の仕方ではなくて、そのような行政サイドでそれが行われていくということに対しては、私は、私たちの命を本当に厚生省が守っていかなくてはならないことでもうとても不安なんですけれども、その点、いかがでしょう。

○小泉閣僚大臣 医療は普通の商品の市場経済と違っていて、お金を持っている方もそうでない方も公平に診なきゃならない、金持ちだけ診てそうでない者は診ないというわけにはいかぬ。当然、自由市場の中で公平な医療が行われなければならぬということ、私はある程度の規制は必要だと思えます。市場経済の中で計画的な、統制的な面は否定できないんです。その点を御理解いただかないと、この医療制度の改革というのはなかなかできない。民間に任せればいい医療は得られるかもしれないけれども、保険料を払わない人は診てくれない、給付を受けた人はある程度負担してくれというのをきちんと言えらうかどうか。

今の医療制度というのは、日本というのは国民皆保険制度ですから、百万円かろうが一千万円かろうが、お金のある人もない人も診ますよという制度ですから、これはもう百万円以上かかる

医療は、たとえ二割負担、三割負担、二割だったから二十万円ですけれども、三割だったから三十万円ですけれども、上限が設けられております。六万三千六百円以上は負担しなくていいよ。当然、国民皆保険制度で、命のサービスというのは普通の商品のサービスと違いますから、その辺を御理解いただかないと、私はある程度の規制は必要だろうと。

その中でどのように質を高めていくかということがこれから重要でありまして、給付と負担の均衡という点からも、この医療制度に向けては、規制緩和と公平な医療、これをいかに両立させるかということに工夫と御理解をぜひともいただきたいと思えます。

○中川(健)委員 質問時間が終わりましたので、終わります。

ありがとうございました。

○柳沢委員 これにて本案に対する質疑は終了いたしました。

○柳沢委員 この際、本案に対し、根本匠君外一名から、自由民主党及び社会民主党・市民連合の二派共同提案による修正案が提出されております。

提出者より趣旨の説明を求めます。根本匠君。

国民健康保険法等の一部を改正する法律案に対する修正案
(本号末尾に掲載)

○根本委員 自由民主党の根本匠です。ただいま議題となりました国民健康保険法等の一部を改正する法律案に対する修正案につきまして、自由民主党及び社会民主党・市民連合を代表いたしまして、その趣旨を御説明申し上げます。

修正の要旨は、原案において平成十年四月一日となつてゐる施行期日を公布の日に変更することに、所要の経過措置等を定めることとあります。何とぞ委員各位の御賛同をお願いいたします。

○柳沢委員 これにて趣旨の説明は終わりました。

○柳沢委員 これより原案及び修正案を一括して討論に入ります。

討論の申し出がありますので、順次これを許します。山本孝史君。

○山本(孝)委員 私は、民主党を代表して、国民健康保険法等の一部を改正する法律案及び同案修正案に反対の立場から討論を行います。

本法律案は、医療費の適正化との名のもとに国民に負担増を押しつけるだけでなく、医療の質の向上を妨げかねない要因をも含んだ法律案であり、我々民主党は、到底認められません。

以下、反対の理由を述べます。

第一に、老人医療費提出金の算定方法の見直しは、平成十年度の予算編成において、財政構造改革法に従い、医療費削減策の一つとして取り上げられたものです。医療保険制度や、平成七年改正時に約束された老人医療費提出金制度の抜本的改革を先送りしたまま、財源対策として各保険者からの拠出金をふやすという方法は、無策の一言に尽きます。社会保障制度審議会ですら、本法律案について、抜本改革との関係も明確でなく、財政対策を優先した改正の繰り返しは国民の不信感を強めることになりかねないとの危惧を呈しています。

しかも、野党各党や国民の強い声に押されて、政府は、財政構造改革法を改正し、大型の補正予算を編成すると表明しました。予算編成の根幹が崩れた今、本法律案は、政府みずから撤回すべきものと考えます。

第二に、診療報酬の不正請求の防止に関する事項については、一定の前進と判断はしますが、審査は限界であると厚生省みずから認めているレセプト処理の電算化、あるいは審査の充実強化、医療情報の患者への公開、保険者機能の強化など、根本的な改善策を講じなければ効果的な対策とはなり得ません。

第三に、病床の保険医療機関指定について制限を加えるとの考えは、過剰病床の削減につながらないだけでなく、優良な医療機関の参入を妨げ、劣悪な医療機関を温存することにもなりかねません。地域医療計画の合理性と妥当性を精査し、医療法を改正して優良な医療機関の適正配置に努めるべきところを、保険医療機関としての指定権限を行使して医療費の削減を図るという手法は、日本の医療制度の健全発展に寄与するものではないと考えます。

昨年の健康保険法の改正に伴って政府が本国会への提出を約束した医療保険制度や高齢者医療制度の改革案も、平成十二年度の実施に間に合うよう提出すると先送りされました。もはや国民健康保険制度は構造的に破綻しており、他の医療保険制度や年金制度、介護保険制度を含む総合的な社会保障制度の構築が求められています。理念やビジョンを示さないままに財政対策から小手先の改正を繰り返しては、国民の将来への不安感は強まるばかりであり、景気回復をおくらせる元凶ともなっています。

政府は、二十一世紀の社会保障制度のあるべき姿と各社会保障制度の改革案を早期に提示し、国民の広い議論を求めるべきであることを指摘して、私の討論を終わります。(拍手)

○柳沢委員 潮古由起子さん。

○潮古委員 私は、日本共産党を代表して、国民健康保険法等の一部を改正する法律案について、反対討論を行います。

反対する第一の理由は、この法案は財政構造改革法の忠実な執行のために提出された法案だからです。政府は、財政構造改革法改定について、弾力案項の導入と、社会保障関係費の歳出上限枠を九十九年度に限り停止することなどを表明しました。このことは、改革法の骨格が全面的に破綻したことを示しています。

破綻が明確になった財政法によって、今年度の社会保障予算は自然増と言われる義務的予算を約五千億円以上を削減いたしました。その結果、難

病医療費に自己負担が持ち込まれ、母子家庭の児童扶養手当の所得制限強化や高齢者の長期入院者への締め出しなどが強行されました。

それに加えて、本法案による退職者にかかわる老人医療費拠出金の見直しでの三百六十億円、老人加入率上限に関する特例の見直しによって二百億円、計五百六十億円の国庫負担額の削減です。

今行すべきは、財政法の改定などという取り繕いではなく、その廃止であり、社会保障への充実です。破綻した財政法に基づく本案は撤回し、必要な予算措置を国民健康保険会計に行うべきです。

反対の第二の理由は、本法案の改正によって被用者保険財政の悪化を引き起こし、加入者への保険料引き上げにつながりかねないことです。

反対の第三の理由は、市町村国保事務費全額の一一般財源化は市町村に対して負担を押しつけるものであり、国民健康保険法の理念と国の責務を後退させるものです。また、不正等を理由にしている保険医療機関の病床指定の規制強化は、国民の医療を受ける権利を抑制するおそれがあることです。

ゼネコン奉仕の従来型の公共投資ではなく、国民の未来に展望を与える医療、福祉充実の方向こそ日本財政再建の道です。我が党はそのために全力を尽くすことを表明し、反対討論といたします。(拍手)

○柳沢委員長 これにて討論は終局いたしました。

○柳沢委員長 これより採決に入ります。

内閣提出、国民健康保険法等の一部を改正する法律案及びこれに対する修正案について採決いたします。

まず、根本匠君外一名提出の修正案について採決いたします。

本修正案に賛成の諸君の起立を求めます。

(賛成者起立)

○柳沢委員長 起立多数。よって、本修正案は可決いたしました。

次に、ただいま可決いたしました修正部分を除く原案について採決いたします。

(賛成者起立)

○柳沢委員長 起立多数。よって、本案は修正議決すべきものと決しました。

お諮りいたします。

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

(「異議なし」と呼ぶ者あり)

○柳沢委員長 御異議なしと認めます。よって、そのように決しました。

(報告書は附録に掲載)

○柳沢委員長 次回は、公報をもってお知らせすることとし、本日は、これにて散会いたします。

午後五時三十一分散会

国民健康保険法等の一部を改正する法律案に対する修正案

国民健康保険法等の一部を改正する法律案の一部を次のように修正する。

附則第一条中「平成十年四月一日を『公布の日』に改め、同条第一号中『第二十条まで及び第二十五条を』を、『第十二条から第二十三条まで及び第二十九条に改め、同条第二号中『第二十二條及び第二十三条を』を、『第二十六條及び第二十七條に改め、

附則第二十六條を附則第三十條とし、附則第二十二條から第二十五條までを四條ずつ繰り下げ、

附則第二十一條を附則第二十四條とし、同条の次に次の一條を加える。

(地方財政法の一部改正に伴う経過措置)

第二十五条 前条の規定による改正後の地方財政法第十條第八号の三の規定は、平成十年度分の負担金から適用する。

附則第二十条を附則第二十三条とし、附則第二十条から第十九條までを三條ずつ繰り下げる。

附則第九條の前の見出しを削り、同条を附則第十二條とし、同条の前の見出しとして「健康保険法の一部改正に伴う経過措置」を付し、附則第八條の次に次の三條を加える。

(国民健康保険法等の一部を改正する法律の一部改正に伴う経過措置)

第九條 平成十年度の概算医療費拠出金の額は、老人保健法第五十五條第一項及び第三條の規定による改正後の国民健康保険法等の一部を改正する法律(以下「新平成七年改正法」という。)附則第八條第一項の規定にかかわらず、次の各号に掲げる額の合計額とする。

一 第三條の規定による改正前の国民健康保険法等の一部を改正する法律(以下「旧平成七年改正法」という。)の規定に基づき平成十年度の概算医療費拠出金の額として算定された額に、平成十年四月からこの法律の施行の日(以下「施行日」という。)の属する月までの月数を十二で除して得た率を乗じて得た額

二 新平成七年改正法の規定に基づき算定するものとした場合において平成十年度の概算医療費拠出金の額とされる額に相当する額に、施行日の属する月の翌月から平成十一年三月までの月数を十二で除して得た率を乗じて得た額

第十條 平成十年度の確定医療費拠出金の額は、老人保健法第五十六條第一項及び新平成七年改正法附則第八條第五項の規定にかかわらず、次の各号に掲げる額の合計額とする。

一 平成十年改正前確定加入者調整率を老人保健法第五十六條第三項の確定加入者調整率として新平成七年改正法の規定に基づき算定するものとした場合において平成十年度の確定医療費拠出金の額とされる額に相当する額

に、平成十年四月から施行日の属する月までの月数を十二で除して得た率を乗じて得た額

二 新平成七年改正法の規定に基づき算定するものとした場合において平成十年度の確定医療費拠出金の額とされる額に相当する額に、施行日の属する月の翌月から平成十一年三月までの月数を十二で除して得た率を乗じて得た額

2 前項第一号の平成十年改正前確定加入者調整率は、厚生省令で定めるところにより、平成十年年度におけるすべての保険者(老人保健法第六條第二項に規定する保険者をいう。以下同じ。)に係る加入者(同条第三項に規定する加入者をいう。以下同じ。)の総数に対する同法第二十五條第一項に規定する七十歳以上の加入者等の総数の割合を同年年度における当該保険者に係る加入者の数に対する同項に規定する七十歳以上の加入者等の数の割合(その割合が旧平成七年改正法附則第七條第二項の規定により読み替えて適用された老人保健法第五十五條第三項に規定する上限割合を超えるときは当該上限割合とし、百分の一・四に満たないときは百分の一・四とする。)で除して得た率を基礎として保険者ごとに算定される率とする。

(平成十年度の拠出金の額の変更等)

第十一條 社会保険診療報酬支払基金法(昭和二十三年法律第二百九十九号)による社会保険診療報酬支払基金は、この法律の施行後遅滞なく、老人保健法第五十九條(国民健康保険法第八十一條の八において準用する場合を含む。)の規定の例により、平成十年度に係る納付すべき拠出金の額を変更し、変更後の拠出金の額を通知しなければならない。

平成十年六月四日印刷

平成十年六月五日発行

衆議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局