

衆議院 第五十回国会 厚生委員会 議 録 第 四 号

平成十二年十月十八日(水曜日)

午前十時一分開議

出席委員

委員長 遠藤 武彦君

理事 鴨下 一郎君 理事 坂井 隆憲君

理事 鈴木 俊一君 理事 山口 俊一君

理事 樹屋 敬悟君

理事 岩崎 忠夫君 岩屋 毅君

理事 木村 義雄君 田村 憲久君

理事 竹下 亘君 中本 太衛君

理事 西川 京子君 堀之内久男君

理事 三ツ林隆志君 宮澤 洋一君

理事 吉川 貴盛君 吉田 幸弘君

理事 吉野 正芳君 江田 康幸君

理事 福島 豊君 金子 恭之君

理事 小池百合子君

厚生大臣 津島 雄二君

厚生政務次官 福島 豊君

政府参考人 (厚生省健康政策局長) 伊藤 雅治君

政府参考人 (厚生省老人保健福祉局長) 大塚 義治君

政府参考人 (厚生省保険局長) 近藤純五郎君

厚生委員会専門員 宮武 太郎君

委員の異動

十月十八日

辞任

熊代 昭彦君

上川 陽子君

同日

辞任

中本 太衛君

補欠選任

中本 太衛君

金子 恭之君

補欠選任

熊代 昭彦君

金子 恭之君 上川 陽子君

十月十八日

空き缶等のボイ捨て及び散乱防止に関する実効性ある法整備に関する意見書(栃木県西那須野町議会)(第三四五号)

介護保険の改善と国の財政支援に関する意見書(神奈川県中井町議会)(第三四六号)

公的年金制度の充実に関する意見書(福島県浪江町議会)(第三四七号)

骨髄移植に関する医療保険の適用拡大に関する意見書(大阪府岸和田市議会)(第三四八号)

骨髄移植に関する医療保険の適用拡大に関する意見書(大阪府四條畷市議会)(第三四九号)

骨髄移植に関する医療保険の適用拡大に関する意見書(大阪府忠岡町議会)(第三五〇号)

ボイ捨て禁止法の制定に関する意見書(福島県中島村議会)(第三五一号)

は本委員会に参考送付された。

本日の会議に付した案件

政府参考人出頭要求に関する件

健康保険法等の一部を改正する法律案(内閣提出第一号)

医療法等の一部を改正する法律案(内閣提出第二号)

○遠藤委員長 これより会議を開きます。

開会に先立ち、民主党・無所属クラブ、自由党、日本共産党及び社会民主党・市民連合所属委員に出席を要請いたしました。出席が得られませんでした。やむを得ず議事を進めます。

内閣提出、健康保険法等の一部を改正する法律案及び医療法等の一部を改正する法律案の両案を

議題といたします。

この際、お諮りいたします。

両案審査のため、本日、政府参考人として厚生省健康政策局長伊藤雅治君、老人保健福祉局長大塚義治君、保険局長近藤純五郎君の出席を求め、説明を聴取いたしたいと存じますが、御異議ございませんか。

〔異議なしと呼ぶ者あり〕

○遠藤委員長 御異議なしと認めます。よって、そのように決しました。

○遠藤委員長 これより質疑に入ります。

質疑の申し出がありますので、順次これを許します。田村憲久君。

○田村委員 衆議院議員の田村でございます。本日は、健保法、医療法の改正に関して大臣、総括政務次官にいろいろと御質問をさせていただきたいと思っております。大変お忙しい中ありがとうございます。

国民に大変関心の高い問題でありますのに、野党の方々がお越しをいただけない、非常に残念と思っております。

我々、地元をいろいろと回っておりますと、もちろん今は景気の問題でありますとか、また外交の問題、いろいろな質問なり、いろいろな関心をいただきます。しかしながら、やはり社会保障の問題は、国民に身近な問題であり、一番強く興味を示される問題であります。将来どうなっていくのか、そういう問題に非常に興味を持っておられるのですが、年金、介護に關しますと高齢者以外の方々というのは将来に対してどうなのかという問題なんですけれども、医療だけは若い方々も含めてまさに身近な問題であり、そういう意味では注意深くこれに關しては興味を示しておられるという状況でありまして、そんな中で今回改正とい

う話であります。

最近テレビ等々でも委員会の中継がされておるようでございますので、なぜ今回改正に至ったか、その意義と位置づけというものをまず大臣から御説明をいただきたいと思います。

○津島国務大臣 田村委員御指摘のとおり、社会保障制度の形が二十一世紀の日本の国と社会の形を決めるとさえ言っている重要な課題であるうと思っております。

そういう中で、我が国の人口構造もどんどん変わってまいりまして、世界に類を見ないスピードで高齢化が進んでいるわけでございます。御承知のとおり、高齢になりますと疾病構造も変わってくるし、病気になる率も多いということで、医療費の増加は避けて通れないわけでございまして、しかし、高齢化が進んでも将来にわたる医療保険制度が安定的に運営できるかどうか、これは国民がひとしく強い関心を持つておられるのは当然のことであらうと思っております。そのため、今から医療制度を抜本的に検討して、安定的な将来の制度設計をしなければならぬということが私どもが取り組んでいる課題でございます。

そのために、薬価制度、診療報酬体系、高齢者医療制度及び医療提供体制という四つの課題を中心にこれまで取り組んでまいりました。

今御審議をいただいております健康保険法等の改正法案は、こうした抜本改革の一環をなすものでございまして、高齢者からも一定の一部負担をお願いするということは、みんなで高齢化社会において医療制度を支えていく、また、結果として高齢者の方にもコスト意識を持つていただけたのではないかと、適切な月額上限を設けた上でかかった医療費に応じて負担をしていただくということでございます。それから、高額療養費制度について、高額医療を受ける方とそれを支えている

方々との間の公平を図るという趣旨から、所得の高い方には応分の負担をお願いする、こういうことを今御提案しておるわけでございます。

このような措置を講ずることによりまして、当面の医療保険制度の安定的な運営を確保するとともに、これからの医療制度の抜本改革を目指していくわけでございますが、その第一歩と考えて御提案をした次第でございます。

○田村委員 本来、この改正案は通常国会で通していかなきやならなかった法律であります。解散等々ございまして先延ばしになったわけでありますけれども、当然、財政の面から見まして大変な穴があいていっておる。それに対して財政措置をしておるのであると思うんですが、事実そのための法律を議員立法で前回通したわけでありますけれども、老人の薬剤一部負担の臨時特例措置を含めて、この法律改正が延びたことによって財政にどれぐらいの影響が出てきておるのか、これは保険局長にお答えいただきたいと思ひます。

○近藤政府参考人 さきの通常国会に提案いたしました健保法の改正法案は、ことしの七月一日の施行というのを予定いたしましたところでございまして、法案の成立がすぐれたところでございまして、当初減少すると見込んでおりました医療給付費でございまして、国庫負担に財政影響が生じているわけでございます。

具体的に申し上げますと、制度改正面という関係では、高額療養費の見直し等を行っておるわけでございますけれども、これによって見込まれていた医療給付費の関係では一月当たりで約七十億円でございます。このうち、国庫負担額は一月当たりで十八億円でございます。それから、先生御指摘の老人薬剤費の一部負担の臨時特例措置の関係によりまして、これは一月当たりで二百億円でございます。これは全部国庫負担でございます。したがって、国庫負担は、制度面も含めまして、一月当たり約二百二十億の影響がございまして、

○田村委員 二百二十億という話でありますか

ら、早速にこれは通さなきゃいけない、これ以上財政に穴をあけるわけにはいきませんから。そんなことを改めて感じたわけであります。早速に法律を通すことが必要であると認識をしたわけであります。

今回、いろいろと患者さんの負担がふえるという話になってきております。これは国民の皆さんからしますと大変注目度の高いところでありまして、しかしながら、なかなかわかりにくい部分がある。例えば、今回から老人の定率負担を導入しようという話になっておるわけですが、同時に、診療所等々においては定額制にしてもいいですよ、つまり、選択していいですよ、こういう話であります。

ただ、いろいろと地元で聞きますと、要するに患者さんで定額を選ぶ、患者さんが選ぶことができると思つていらっしゃる方がたくさんおられるのです。実際問題、法律の中身を見ますと、これは診療所単位で選んでいくという話でありまして、事務の効率化等々の理由であろうと思うのですけれども、これは周知徹底をしていただかないとかなり混乱を来すと思うのですが、この点、国民に対してどういふような情報等々の提供をされておられるのか、またどうされるつもりであるのか、これも保険局長、お答えいただけますでしょうか。

○近藤政府参考人 今回の改正で原則一割の定率負担を導入するわけでございますけれども、診療所につきましては、事務処理能力という点も実態的な配慮をしなければいけないというところもございまして、定額制の選択も認めておるわけでございます。これは医療機関の単位でお願いするということでございます。患者個人個人が選択するということにはなっていないわけでございます。こういう誤解が生ずるおそれがあるわけでございまして、私どももいたしまして、この改正の趣旨でございまして具体的な内容につきましてお年寄りに的確にお知らせする必要がある、こういうふうな考えているわけでございまして、これはやはり個々の医療機関の方で周知をしていただく必要があるわけでございまして。

ただ、個々の病院、診療所とかにお願いするだけではもちろん足りないわけでございまして、市町村等の広報活動、それから、この医療機関が定額制を選んでいるとか定率制を選んでいるといったようなものを市町村等の窓口でわかるような体制をつくらなきゃいかぬ、こういうふうな考えておりますし、個々の医療機関におきまして、大変見やすいところに掲示をしていただく。月額の上限でございまして、定額、定率負担の別、一部負担に関するものを明確にわかるような形で掲示をしていただくということを考えているわけでございまして。

○田村委員 今回の制度改正で定率制を用いたというのは、私は大変大きな一歩であつたのだらうと思うわけでありますけれども、今のお話、定額制か定率制を選択できる、非常にややこしいです。また病院等々へ行った場合に、病床数によって負担が違ふ、非常にわかりにくいわけであります。二百床という基準によって負担の上限が変わってくる。

なぜ二百床という基準なのか、多分ねらいがあるのだらうと思ひます。そのねらいをお聞かせいただきたい。

○近藤政府参考人 今回の一割定率負担に月額上限を置いておるわけでございますが、三千円と五千円の二段階の上限額を設定しているわけでございまして。これは、患者の病状に応じまして医療機関を効率的に活用していただく観点からございまして、いわゆるかかりつけ医療機関を担う医療機関とそれより大規模で比較的高次の機能を備えている医療機関、こういう機能分担をしていただく必要があるというのがつとに言われているわけでございまして。私どももそれに努めてきているわけでございまして。非常に軽い人が高次の病院を使いまして医療としては非常に非効率になる、こういう点も踏まえて受診の流れを適正なものにしていくというのの一つでございます。

して、通常複数の診療科を持っているのが大病院であるわけでございまして、一つの診療科しかないものとの不均衡があるわけでございまして。大病院に行きますと複数の診療科にかかれるわけでございまして、そのときも同じ上限ということになりますと両者の間の負担の不均衡というふうなこともあるわけでございまして、そういう意味で大きなものについてはちよつと高い負担をお願いする、こういうことにいたしているわけでございまして。

しからば、二百床というのはどうして決めたかということでございますけれども、診療報酬の関係では、今までも二百床未満の病院につきましてはいわゆるかかりつけ医療機能というふうな位置づけをいたしてきているわけでございまして。それから、特定療養費という制度がございまして、他の医療機関から紹介なしに受診した場合に初診の患者から一定の上乗せの料金をいただくという制度があるわけでございまして、それは二百床以上の病院を対象にいたしております。それから、医療法に地域医療支援病院という制度がございまして、これは地域医療の中核的な病院を指すわけでございまして、これは原則二百床以上ということにいたしているわけでございまして、こういう総合的な観点を踏まえて二百床で一応の割り切りをさせていただいた、こういうことでございます。

○田村委員 以前から非常に言われていたことを実現していくために今回こういうような改正を行ったということで、私は評価できると思うのですが、いずれにしても非常に国民にはわかりにくい内容になっておる。

特に高額療養費の部分は、私は何度見ましても一体どうなっているのかよくわからない。これは多分国民の皆さんが見られてもわからないと思うのです。今まで六万三千六百円であつたものが、六万三千六百円プラス、かつた医療費引く三十一万八千四百掛ける一%。幾ら自分の医療費がかかるのか、つまり高額療養費で今まで一定額でおさ

まったのが、プラス幾らかかっているのかというのが非常にわかりにくい。しかも、高所得者に関するしはさらに数字が違ってくるわけであります。普通の方が見られても、この数字、なぜ三十一万八千円であるのか、また上位所得者は十二万二千八百円というのが基準額になっているのですね、これはわからないわけでありまして、根拠があると思うので、どういふことなのか国民にわかりやすくお聞かせいただきたい。

これは周知徹底するのは大変だと思うのです。これを御理解いただくと思えますと大変な御苦労をいただくと思うのですが、事自分の財布から出ていく部分になりますので、この点は先ほどのこと以上に十分な周知徹底が必要だと思うのです。ぜひともこれをお願いしたいのですが、保険局長、いかがですか。

○近藤政府参考人 確かに御指摘のとおりわかりにくい面もあるわけですが、きめ細かく制度を構築しようとするときに、どうしても技術的なことで非常にわかりづらくなることは非常に恐縮でございます。

お尋ねの三十一万八千円の関係でございますけれども、これは、現在の健康保険制度では二割負担になっているわけですが、上限額が六万三千六百円になっているわけですが、この上限に該当する医療費の数字が三十一万八千円であるわけでございます。三十一万八千円の二割が六万三千六百円という関係になるわけでございます。負担額が上限に相当する場合の医療費の額が三十一万八千円ということに相なるわけでございます。

今回の高額療養費の見直しにおきましては、六万三千六百円という頭打ちをしたものに相当する医療費を超える部分につきまして、医療を受ける方と受けない方との公平を図る、あるいはコスト意識を喚起する、こういうことから医療費の一定というものをお願いしようということにいたしましたわけでございます。

それから、もう一つの所得の非常に高い方もい

らっしゃるわけでございます。そういう方が六万三千六百円という頭打ちでございますと、平均的な所得の方に比べますと、負担感としては非常に低い水準になっているわけでございます。そういうことで、高額療養費の見直しを検討するに当たりまして、全体を底上げするかというふうな議論もいたしたわけでございます。しかし、現今の事情から見るとそこまで行くのは難しいだろうというところで、家計調査におきまして所得段階五分位という制度があるわけでございます。それの一番上の二〇〇の方についてはある程度所得水準も高いということで高い負担をお願いしたいということ、これらの方々を標準報酬に当てはめると大体五十六万円になるわけでございます。

そういうことで五十六万円ということに設定させていただきますというわけでございますが、上限額をどうするかという問題があったわけでございます。そのときに、六万三千六百円というのが今の平均月収の大体二二％に相当いたしますので、五十六万円の二二％程度ということに十二万一千円ということに設定いたしましたわけでございます。

非常にわかりにくい面も多々ございますので、私ども、この法律が成立いたしますれば、インターネット等を通じて、あるいは、保険者の機関誌で被保険者へ周知徹底したいと考えておりますし、パンフレット等におきましてもやってまいりたい。

ちよつと長々となりまして、申しわけありません。

○田村委員 よくわからなかったのですが、これは、なぜこんなにしつこく聞くかといふと、やはり患者の方々が、財布から出ることで、一番注目するといふ面が、一番気にされる点でございますので、この点も含めて、本当にわかりやすく、国民の皆さんに理解できるようにお知らせをいただきたいとお願ひしたいと思ひます。さて、時間がなくなつてまいりましたので話を変えますけれども、今回は、健康保険の保険料率の上限を見直す、つまり介護と分離するというよ

うな部分も提案をされております。介護保険ができるときに、介護でできる部分が医療から介護に移つて、医療の部分が減る部分があるから上限内におさまります、だから、介護保険料と今までの健康保険料、医療の部分とを足しても上限におさまるからそれでいいのだよという話であつたと思ひます。それが早くもここに来まして、これはどうもおさまらないから分離しようという話になつてきた。

国民の皆さんは非常に不信感を持っている。これはなぜそういうふうな状況になつたのかということも御説明いただきたいのですが、一番不信感を持つてゐるのは、また不安感を持つてゐるのは、例えば医療という部分で、これから保険料率がどんな形で上がっていくのだろうか。これははっきり言ひましてまだ抜本改革まで入つていませんので、はっきりとしたお答えはいただけないのかもわかりませんが、これが一点。

それから、続けて御質問、通告を一緒にしますけれども、介護の方がさっぱりわからないのです。今はこの料率でいいですが、これからどんな介護の方もニーズが上がっていくのではないかと。もちろん高齢者もふえてくる。一体、十年後、果たして保険料は幾らになるのか、これは本当に今不安なのですよ。地元に行くと、今はいいけれども、いや、今でも困るけれども、さらに上がるのではないのか、こういう点があるのです。これをそれぞれ局長さんから手短かにぜひともお答えいただきたいと思ひます。

○近藤政府参考人 介護保険法を提出したときには、介護保険を導入いたしますと老人医療費の一部が移るといふこともございまして、当時の経済状況を考慮すれば、何と上限におさまるのではないかと見通しを持つたわけでございますけれども、その後も老人医療の伸びは続いたわけでございます。経済の低迷がございまして、保険料の伸びがほとんどなくなる、マイナスになる、こういうふうな状況になつてきたわけでございます。したがらしまして、現行の仕組みではとても必

要な介護保険料は徴収できないという事態に至つたわけでございます。

したがらしまして、その足りない部分は医療保険の方から支出するということになつたわけでございますので、そういう意味で、上限を今のままに設定いたしますと、介護保険料の徴収、それから医療保険の安定化に支障を来すということもございまして、現実問題として今の制度を変えてほしい、こういうのが切実な議論であつたわけでございます。

それから、老人医療費の関係でございますけれども、先ほど大臣からも申し上げましたけれども、非常にふえてくるという見通しがあるわけでございます。これは適正な範囲に抑制するのがやはり重要な課題だといふふうに考えております。私ども、そういう意味で今回一割負担といふふうなものをお願いしたわけでございますけれども、さらに十四年度を目途に高齢者医療制度の改革を進めてまいりたいと思ひますけれども、その中で一つの重要な視点と受けとめて検討してまいりたい、こういうふうにご考えております。

○大塚政府参考人 介護保険の将来の見通しでございますが、率直に申し上げます、この四月にスタートしたという段階でございます。利用者のサービスの利用の動向でありますとか介護サービスの自己の普及状況、まだまだ流動的な状況もございまして、現時点で先行きを相当長期間にわたつて見通すということは、率直に申し上げますとなかなか難しいと思ひます。そうした作業もしてみたいと思ひますけれども、その場合も、現時点では一定の前提を置いた機械的な試算ということにならざるを得ないと思ひます。

いずれにいたしましても、今後の施行状況をきちんと把握するということ、制度を適切かつ効率的に運営していくという点については、今後とも重要な課題だと考えております。

○田村委員 ありがたうございます。いずれにいたしましても、大変国民が興味を持つておる部分でございますので、なるべく早く見通しが立つよ

うにお願いしたいと思ひます。

もう時間がなくなつてまいりました。最後に大臣にお聞きしたいのですが、日本の医療費がいよいよ三十兆円前後になつてまいりました。その中で、老人医療費が十兆円、薬剤費が大体七兆円ぐらい、そこら辺で推移していると思うのですが、日本の医療費が世界の水準に合せてどうなのか、適正なのか高いのか、こういう議論があります。生の数字でいって、OECD諸国の中で七番目、そしてまた、GDP比でいきますと二十番、決して高くない。薬剤費が高いという話なのですが、確かに日本の医療費の中の比率は高いと思ひます、しかし、GDP比でいけばそれほど高くないのではないかと、こういう議論もあります。

私自身は、これから高齢化が進んでいく中で要るものは要る、もちろん減らすものは減らさなければいけない、効率化は進めなければいけないのですが要るものは要るということで、何らかの財源を見出して、絞つていただければ、とてもじゃないですけどもパンクしてしまふことは見えてくるわけですから、もしかしら目的税のような形になるのかもわかりません、とにかく、早く見通しをつかつて、抜本改革で国民に対してその指針を示していかなければならぬというふうに思つております。

大臣は、今の日本の医療と医療費といひますか、質とそれに対する費用の現状をどのように御認識いただいておるか、簡単にお答えいただけませんか。よろしくお願ひします。

○津島国務大臣 委員御指摘のとおり、もろもろの統計によりますと、日本の総医療費のGDPに占める割合は必ずしもそれほど高くない。そういう中で、医療制度の果たしている役割を検討いたしますと、OECD自体は非常に高く評価をしてくれておるわけでございます。平均寿命が世界一であるとか、あるいは乳児の死亡率が非常に低いとか、そのこと自体は私どもは誇つていいことであると思つております。

しかし、これからの見通しにつきましては、高齢化が非常に勢いで進んで世界一の高齢国になるわけでございますが、このような中でも、我が国の医療制度がきちんと機能するようにするにはどうしたらいいかというのには、委員御指摘のとおり、私どもの最大の課題になると思ひます。

高齢者が元気で、社会全体が活力を失ふことなしに二十一世紀を迎えることができるように、我々は省内におきましても検討会を設け、それからまた、総理のもとに社会保障制度のあり方についての有識者会議等を設けて御検討いただいておりますわけですが、今の皆保険制度がしっかりと機能し、国民が安心して良質な医療を受けることができるように、根本的に議論をしてみる必要があると思ひます。

問題は、まず、医療資源をできるだけ効率的に配分して必要な医療サービスをきちつとどなたも受けられるようにすると同時に、それがむだにならないように制度の改善を進めていく、そして、その財源をどう賄うかについては保険料と公費と患者負担を適切に組み合わせる姿を求めてまいりたいと思ひます。

私の感じを申し上げますと、今の負担の配分の中で、保険は引き続いて基本的な役割を果たしてやらなければならぬわけですが、公費においてこれを進めようという過程においては、公費においてこれを支えるということをやはり真剣に考えてみなければいけないというふうに思つております。

○田村委員 時間が参りました。一問質問できなかったのですが、申しわけございませんでした。ありがとうございます。

○遠藤委員長 次に、吉田幸弘君。

〔委員長退席、坂井委員長代理着席〕

○吉田(幸)委員 自由民主党の吉田幸弘でございます。今回の健康保険法等の一部を改正する法律案、医療法等の一部を改正する法律案は、私も、歯科医師であるということもございしますが、先ほど田村委員のお話の中にあつたように、地元を歩いて

いて、国民の方々が最も興味のある法案、また興味のある制度ではないかと認識をしているところではございます。

この二十一世紀、人口構造に極めて大きな変化が起るわけでありまして。前回の委員会で、島根においては既にもう高齢化が進んでいる、四人に一人が高齢者であるというような発言もあつたと記憶しておるわけでありまして。この高齢化が、実際問題本当に我が国の医療費を極めて大きな力で、大きな力であるといふとちよつと言葉が適切ではないかもしれませんが、医療費を圧迫している、早急に対応を施さなければならぬという事は、あえて私が言うまでもなく、国民すべてが周知していることだと思ひます。

医学の基本、また医療の基本は、私自身は予防にあると。とにかく、医学の基本という健康であることの秘訣は病気になることだ。私も四十歳になつたら、四十歳になつたらという事はまだその手前なんです、過度な運動をして、食事にも気をつけて、禁煙でもして病気になるようにやろうと。あと一年弱ぐらいは今までの生活を続けながら……。そんな中で、とにかく自分の体は自分で気をつけていかなければならない、これが基本であるという事は言うまでもございせん。

しかし、残念ながら病気というのは気をつけていても襲つてくるわけでありまして。すべての国民が均一に適切な医療が受けられる、このことが我が国にとつても本当に安心して暮らせる第一歩ではないかと思ひます。

これまでの我が国の医療保険制度は、国民皆保険制度で、これは世界でも極めて手厚く、また評価を受ける制度でございまして。WHOが世界の保健医療制度を評価した報告書の中でも、我が国は世界一位である、このように評価をされているわけでありまして。

ところが、先ほど来申し上げておりますように、人口構造の変化に伴い、高齢化の進展に伴い、毎年一兆円という非常に大きな勢いで医療費

が増加をしていく中、この世界に誇るべき我が国の医療保険制度が今後もこのように維持できるのであらうか、あるいは評価を受けることができるのであらうか、また国民一人一人が本当に幸せであることができるのであらうか、このことを強く願うわけで、心配をさせていただくわけでございます。

医療制度を抜本的に見直す必要があるということも今さら言うまでもないことではございまして、特に高齢者、お年寄りの医療費の見直しが最重要課題である、このことは大臣も、また国民の多くの方々もこのことについて理解を示していただき、そして早急に手を打つていただくことだと思つております。

高齢者医療制度の見直しのスケジュール、経時的な今後の予定についてお示しをいただきたいと思ひます。

○津島国務大臣 委員御指摘のとおり、日本の医療制度はOECDによつても高く評価をされておりました、皆保険を基礎として国民全体に良質な医療サービスを提供していることは事実でございまして。その一方で、世界一のスピードで高齢化が進んでくる、これから累積してまいります医療費をどのように賄つていくか、我々は大きな課題を抱えていることもまた事実でございまして。これが、医療制度の抜本改革は避けて通れない課題であると云われるところでございまして。

そこで、高齢者の医療制度が一番問題でございまして、その見直しについて、ことしの三月に厚生省に高齢者医療制度等改革推進本部を設置いたしまして検討を進めてまいりましたし、また、政府全体としても、総理のもとに社会保障制度の在り方について考える有識者会議を設置していただき御議論いただき、改革のための具体的措置について平成十四年度を目途に検討をしておるところでございまして。

この検討に当たりましては、高齢者医療制度をめぐる問題の所在や改革のあり方について国民の理解を得ることが何よりも大切でございまして

で、まずは制度の現実の姿や問題点をしっかりと示し、今後の目指すべき方向をわかりやすく提示して国民的な御議論をお願いしたいと思うわけであり、今回提出をしております法案はその第一歩となるというふうに私どもは受けとめさせていただきます。

○吉田(幸)委員 本日の委員会、与党だけの審議ということで、先ほど冒頭に申し上げましたが、国民の一人一人に直接的にかかわる法案の審議に出席をしていない委員がいるということは、私自身非常に残念に思うわけでございます。国民一人一人に対して重要である、また、その健康また予防、体に関するところをしっかりと考えているのであれば、このようなことはあつてはならないというふうに強く思うわけでございます。

政管健保の赤字の問題、十一年度には三千億円にも上るといふ報道もなされたわけでございませう。きょう、こうして、審議になかなか応じない委員がいる中で、私どもがこの法案の成立に向けて肅々と、また力強く審議をして、早期の成立を求める意義というのは、一日でもこの法案の成立がおくれることによって健康保険組合や関係の諸団体いろいろな悪影響が出ることも懸念されるわけでございます。何としてでも早期の成立に向けてしっかりとした審議を進めていく、このことは私の決意でもあり、出席委員の決意であるというところをこの際申し上げます。

今お話しさせていただいたのですが、健康保険組合に対して、この審議がおくれ、成立がおくれることによつていかなる悪影響が出るのか、このことをしっかりと御説明いただけないかと思ひます。

○近藤政府参考人 先生御指摘のとおり、医療保険者はどこも厳しい財政状況のもとに置かれていられるわけでございまして、健康保険組合におきましても、平成十一年度の決算見込みでは経常収支で二千億を超える赤字が見込まれているわけでございまして、健康保険組合の保険料率を見ましても、既に上限に達しましたり、これに近づきつつ

あるものが非常に多くなつてきているわけでございます。

こういう状況の中で、この法案の施行がはなればなれ、医療給付費等につきましても、これは医療保険全体でございまして、一月当たり七十億、そのうち約五十億が保険料負担にはね返るわけでございまして、このうち健保組合分というの大体三割から三分の一ぐらいいかないかというふうにいるわけでございまして、それなりにも、こうなりますと、健康保険組合の財政のさらなる悪化ということにつながるわけでございませう。

それから、もう一つ大きな問題といたしまして、保険料率の上限の見直しの問題がございまして、改正法の施行がはなればなれ、保険料率の上限の範囲内でしか介護保険料を徴収できない健保組合が約四割、具体的に申し上げますと七百三十七組合ございまして、この徴収できない部分につきましては特例的に納付猶予という形をとつておりますけれども、いずれは納めていただくべきかというものが累積しているわけでございまして、健康保険組合の関係者一同がこの法案の早い成立を切望しているわけでございまして、私どももいたしまして、できるだけ早い法案の成立をお願いしたい、こういうふうにご考えております。

〔坂井委員長代理退席、委員長着席〕
○吉田(幸)委員 次に、医療の提供体制の点について大臣にお伺いしたいと思います。

例えば、疾病にもさまざまな疾病があるわけでございまして、急性疾患または慢性疾患、さらに各医療分野、診療科目によつて、それぞれ極めて高度な診療の知識または手技を医者側も有しなかならないということで、極めて細分化をしてきていると私自身も承知をしているわけであります。今までのような何々医院、何々診療所ということではなくて、もう少し細かな医療体制をつくり上げることも必要ではないかというふうに認識をしております。今回の医療法改正においてこの点について

て御配慮していただいている点があればお示しをいただきたいと思ひます。

○津島国務大臣 御指摘のとおり、高齢化が進んでまいりますと疾病構造が変わつてまいります。これに対応して、国民の期待にこたえられる医療制度の運営が進められるようにということで、今回医療法等の改正で医療提供体制の見直しを御提案申し上げているわけであります。

具体的には、患者の病態にふさわしい医療を提供できる体制を整備するために、今の基準は、結核、精神などの病床を除いて区分されてないわけでありまして、その部分について、療養病床と一般病床の二つに分け、それぞれの機能にふさわしい基準を設けてより的確なサービスの提供ができるようにしたということ。二番目に、患者さんがみずからの判断により適切な医療機関を選択できるように情報提供の改善を図る、医療等に関する広告規制を緩和するということがもう一つであります。それから、医療の高度化などに対応した資質の向上を図るために、現在努力義務とされている歯科医師及び医師の臨床研修を必修化するというようなことを内容としているものでございませう。

吉田委員は専門家でおりますので、こういった今後の改善の努力についてもまた引き続きいろいろな御提案を賜れば大変幸ひでございます。

○吉田(幸)委員 大臣の答弁の中に、私ども専門家として、極めて期待できる答弁をいただいたことに感謝を申し上げるわけでございますが、一方で需給問題ということが発生してまいります。歯科も歯科同様であるわけでありますが、とりわけ歯科医師の需給問題は極めて大きな課題となっているわけでございます。

平成十年五月に公表されました歯科医師需給に関する検討会の報告によりますと、歯科医師の推計をしたところ、今のままの供給状態が続けば、平成十七年以降供給が需要を上回ることになるとあるわけであります。ところが、私ども、現場の先生方の意見をいただく中で、もう既にこの

状態は起こっているんだ、地域によってはかなりのアンバランスがふえてきているということは強く感じるわけであります。

この状態というのは、極めて深刻であると私は考えるわけであります。その理由として、現在の歯科医療は、従来のように虫歯、歯周疾患あるいは入れ歯、このようなものを治療する診療科ではないわけでありまして、例えばかみ合わせを治すことによつて、ほけの防止もできる例がある。ただし、全部が全部そうではない。お年寄りになつて、食という、食べるという感覚を失うのは、生きる楽しみの非常に大きな部分を失うことになつてくるわけですね。また、若い子供たちにおいては、かみ合わせの問題、歯並びの問題、これは我が国だけではありません。歯並びが悪い子供たちが非常に多い、これは我が国だけのものです。かみ合わせのアンバランスが生じることによつて全身にいろいろな弊害が起こる。

このことは、私が衆議院議員となつてから約四年間、この委員会においても頻繁にお話をさせていただき、個人的に委員の先生から相談を受けたこともあるわけであります。

したがつて、こう概念を考えると、歯科医療というものが極めて重要である。その中において需給問題、このバランスが非常に崩れるということ、良質な歯科医療の提供に支障を来すということ、このことを懸念するわけでございませう。適切な歯科保健医療サービスをしつかりと確保していく上で、この需給問題についてどのようにお考えなのか、そして、積極性に欠けるようであれば積極的に取り組んでいただきたいとお願ひを兼ねての質問でございます。大臣からの御答弁をよろしくお願ひいたします。

○津島国務大臣 良質な医療を提供するためには、医師、歯科医師の資質の向上とあわせて、需給が適切でなければならぬと考えております。その点では、委員の御指摘と全く同じ認識を持っております。

特に、歯科医師の場合には、もう既に御指摘のとおり、昭和六十一年七月に意見を出しまして、平成六年までに歯科大学の定員を一九・七%削減するということもございましたけれども、引き続きこの需給問題は重要な課題であるというふうに受けております。

このため、歯科医師需給に関する検討会を開催いたしました。平成十年五月に、新規参入歯科医師が一〇%削減されるためには、大学の入学定員削減や臨床研修の必修化等、中長期的なものを含め種々の対策を講じることが必要であると提言をされておるところでございます。

厚生省は、これを受けて、歯科大学及び大学歯学部等の定員削減については文部省に対して要請を行ってございまして、既に国立大学二校で十五名の入学定員の削減がなされたことは御承知のとおりでございます。

臨床研修の必修化については、現在御審議いただいている医療法等の改正に盛り込んでございまして、今後とも、この歯科医師の需給問題には関係各省とも連携しながら積極的に取り組んでまいりたいと思っております。

○吉田(幸)委員 ありがとうございます。ぜひよろしく願います。

質の向上、これは今までの歯科医師を否定するものではないわけでありまして、先ほど申し上げたように、この約四年間、ここでこの問題をしっかりといろいろな角度で質問させていただいた。実に多くの方々から、どこかいい歯医者はないかというような相談を受けたわけでありまして。

ただ、そのバランスが崩れることによつて、だれでも扱うような問題ではない、全身とのかかわりというのはいまだ専門的な知識を有する分野でありますので、その辺についての御配慮もよろしく願いたいと思っております。

次に、遺伝子関係、ゲノム関係で質問をさせていただきます。

このゲノム研究を進めるに当たって、オーダーメイドの医療の実現ということになっておるわけ

であります。薬剤の問題、本当にその個人にとって有効な薬剤を使用し、そして副作用のない投薬、処方のできるのではないかと言われているわけでありまして。

また、この遺伝子を使った医療の中に、インプラントという歯科の治療があるわけです。歯を失ったところにチタンやサファイアを埋め込む、人工歯根と言われます。これも、遺伝子治療が進むに従って、みずからの歯、みずからの歯根膜、歯の周りに存在する膜、こういうものを再生して、入れ歯じゃない、そういうような治療が実現可能であると言われているわけでありまして。

多少私の専門分野のPRになってしまったわけでありまして、遺伝子を使った医療の最も有効的な分野はやはり薬剤の範囲ではないかというふうに今のところ私自身解釈をしておるわけでありまして。医薬品使用の合理化、また的確な医療の実現が果たせれば、医療費全体の抑制にもつながるのではないかと、このように期待をされているわけでありまして。

この見解について厚生省より答弁をいただいで、質問を終わらせていただきたいと思います。

○伊藤政府参考人 遺伝子レベルの研究についての御質問でございます。

よく、臨床の現場におきましては、例えば抗がん剤につきまして非常に効く人と効かない人がいるということが問題になります。遺伝子多型の違いによつて効く人と効かない人がいるというようなことから、その遺伝子を調べて一人一人に合った薬剤の投与が可能になってくるのではないかと、そのような考え方のもとに、現在、製薬企業におきまして、また国の研究所におきまして、遺伝子レベルの研究を新しい薬の開発につなげていくことが重点的な課題となっております。

そのような観点から、厚生省といたしましては、平成十一年十二月に決定されましたミレニアムプロジェクトの中にヒトゲノム解析研究が位置づけられまして、平成十二年度より本格的に開始

をしているところでございます。

具体的には、医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構の出資金によりまして遺伝子解析による疾病対策・創薬推進事業として実施しております。国立高度専門医療センター等を中心に、痴呆、がん、糖尿病、高血圧、ぜんそく等につきまして、疾患と関連する遺伝子、それから薬剤反応性遺伝子の探索を行っております。平成十二年度は六十一億円をこの事業に充てております。

今先生御提案の人工歯根なり再生医療につきましても、あわせていろいろ研究を進めておりまして、御指摘の点を踏まえて積極的に取り組んでいきたいと考えているところでございます。

○吉田(幸)委員 以上で終わります。どうもありがとうございました。

○遠藤委員長 次に、江田康幸君。

○江田委員 公明党の江田でございます。

今回の法改正について質問させていただきます。長引いた不況で賃金も下がり保険料収入が減っておりますのに、国民医療費は毎年一兆円以上もふえ続け、今年度は三十一兆円を超える。特に老人医療費はこの一年間で八%も伸びまして、十兆円を超えて、国民医療費の三五%を占めるまでに至っております。

今後高齢者が毎年六十万人以上ふえ続けるといふ状態を迎えますが、このような状況の中で、中小企業のサラリーマンなどが加入する政管健保の九十九年度決算は七年連続の実質赤字で、単年度三千六百六十三億円以上も上っているとお伺いしております。

大企業などの組合健保も同様で、深刻な赤字に陥っております。世界に誇れる国民皆保険制度そのものが破綻しかねない危機的状況にあるのは周知のことでございます。

膨れ上がるこの医療費を抑えるには、医療の抜本改革を進める以外には断じてないと考えます。公明党は、医療だけでなく年金や介護を含めた総合的な社会保障制度の抜本改革が必要だと考えております。今回の改正は、少子高齢化社会にあつ

ても、安定でかつむだのない医療保険制度を築く抜本改革の第一歩と高く評価しております。これまでこの重大な課題を先延ばしにしてきた経緯がございますが、責任与党としましては、改正をこれ以上おくらせるわけにはいかないと考えます。

そこで、医療保険制度の抜本改革について政府の基本的な考え方をまずお聞きしたいと思っております。

○津島国務大臣 低迷する経済の中で、高齢化社会を前に我が国の社会保障制度が大変厳しい局面に立たされていることは、委員が御指摘のとおりでございます。

そのことは、これまで国民皆保険制度によつて国民にひとしく良質な医療を提供してまいりました我が国の医療制度についても同様でございます。例えばWHOから高く評価をされております我が国の医療制度というものが、これからも引き続いて国民に良質なサービスを提供し続けていくのかどうか今問われているところでございます。

そういう意味におきまして、今我が国が抜本改革に真剣に取り組まなければならないという認識を持っております。

この医療保険制度を将来にわたつて安定的なものにし、国民の信頼を確保していくために、まずこのたび提出をいたしました法律改正について御理解を受けまして、引き続き高齢者医療制度の見直しを初めとする医療保険制度の抜本改革に全力を挙げて取り組んでまいらなければならないと思っております。

この改革に当たりましては、高齢化に伴う医療費の増高はある程度避けられませんが、できるだけ医療資源を有効に活用して必要な方には適切にサービスが提供される体制を整えると同時に、その負担をみんなで公平に分ち合うという視点が必要であると思っております。

そのような方向に向けて、国民の視点に立ちながら、国民や関係者の理解を求めつつ、精力的に取り組んでまいりたいと思っております。

○江田委員 では、これまで医療保険制度の抜本

改革についてはどのように進められてきたのか、具体的にどの程度改革は進んでいるのか、その進捗状況をお伺いしたいと思います。

○近藤政府参考人 医療制度の抜本改革につきましては、これまで、薬価制度、診療報酬体系、高齢者医療制度、医療提供体制、こういった四つの課題に取り組みできたわけでございます。

今年度は、その一環といたしまして、薬価と診療報酬の改定におきまして、まず薬価差をかなり縮小いたしました。それから、高齢者の慢性期の入院医療につきまして包括化を推進するなどの合理化措置を講じているところでございます。それから、今回提案をいたしております健保法、医療法改正案もその一環というふうに考えているわけでございます。

残念ながら手がついておりませんのは高齢者医療制度でございます。現在省内に改革推進本部を設けて鋭意検討をしておりますし、社会保障構造のあり方に閣下有識者会議におきましても御議論をいただいておりますのでございまして、こういった御議論も踏まえて、平成十四年度を目途に改革の具体的な措置を提案できるように取り組んでまいりたい、こういうふうに考えております。

○江田委員 その中で、今回の改正は高齢者医療制度の見直しに相当するかと思います。政管健保の将来見通しや老人医療費の増大を踏まえ、と、抜本改革の断行は必須であります、改革は可能なものから着実に実施していくということが必須であるかと思えます。

こうした観点から、抜本改革における今回の法案の意義及び早期成立が必要な理由についてお聞かせいただきたいと思います。

○近藤政府参考人 今回の健保法の改正法案では、高齢者の一部負担につきまして、コスト意識を図るとか負担を分かち合うという見地から定率負担制を導入する。それから、高額療養費につきまして、負担の公平という見地から、所得の高い人とは応分の負担をしていただく、医療費に応じ

た負担をお願いするということ。それから、保険料率の上限の見直し、こういったものが主なものでございますけれども、これは、当面の措置として大事であると同時に制度改革に向けた第一歩というふうな位置づけをしているわけでございます。

先ほど申し上げておりますように、この健保法が施行がすぐれますと、医療給付費とか国庫負担に財政影響が生じるわけでございまして、上限の見直しがおくれまると、保険料率の上限の範囲内でしか介護保険料が徴収できない、約四割の健保組合が保険料を全額徴収できない。こういうふうなことになるわけでございまして、徴収できない部分につきましては、いずれは納めていただくかきやいかぬということではございまして、累積している、こういう事情もございまして、できるだけ早い成立を関係者一同が望んでいるわけでございます。

○江田委員 今回の改正は抜本改革の重要な一部である、改正がおくれれば、財政赤字、財政の問題がさらに大きくなるという回答だったと思えます。そのために今回の改正を早期に成立させる必要がございまして。

この改正の中で、高齢者の患者負担の見直しについてお聞きしたいと思います。

老人医療費が十兆円を超えておりまして、国民医療費の三五％を占めてさらに増大する。そういう中で、若い人たちの負担を考えますと、高齢者の一割負担の導入は必須であると考えますが、その場合でも高齢者にとって無理のない負担が必要かと思えます。今回の見直しの中でどのように配慮されているか、お伺いしたい。

また、今回の見直しによりまして患者負担が一・五倍にふえるというふうな見方もございまして、この点に閣下は事実かどうか、あわせてお答え願いたいと思えます。

○近藤政府参考人 今回の健保法の改正におきましては、高齢者の一部負担につきまして、原則定率の一割負担の導入ということにいたしているわけ

でございますが、この導入に当たりましては、定額の月額上限を置いたということ、高齢者の方々に無理がない範囲で現行制度とほぼ同水準の負担をお願いすることにいたしているわけでございます。

また、低所得者世帯の方々の入院時の負担につきましては、現行制度よりは低い負担の限度額に引き下げているわけでございます。こういうふうなことで、多様な高齢者の生活実態にきめ細かく配慮いたしているわけでございます。

それから、御指摘の、負担が一・五倍にふえるということでございますが、この負担は恐らく外来の負担だということに思っております。こういう見方は、現在実施されております薬剤の臨時特例措置によりまして薬剤負担が免除をされていることもカウントに入れて計算されているというふうにも思われるわけでございますけれども、この薬剤の臨時特例措置というのは薬剤の一部負担を含みます老人の患者負担が見直されるまでの暫定措置ということで、本来高齢者が支払っていたたけでございます。毎月二百億円程度国が肩がわりする措置を講じているわけでございます。

したがって、この薬剤臨時特例措置によりまして薬剤の負担の免除は本来の措置ではないわけでございます。こうした特例措置を前提といたした負担水準と今回の改正後の負担水準を比較することは適当ではない、私どもはこういうふうな考え方をしております。

○江田委員 局長のお話でありましたように、低所得者に対しては上限をもつて手厚く配慮されている、患者負担が一・五倍となるのは臨時特例措置を含めた場合のことであって、もとよりそれは臨時であって、ないものであるということからすれば、その負担は大きくなっていないという御回答だったと思えます。

もう一つ、入院が短期になった場合でございますが、負担増となるケースがあると言われております。この点について政府の考えをお聞きしたい

と思えます。

○近藤政府参考人 今回、定率の一割負担ということになります。現在は一日定額という形になっているわけでございまして、定率になりますと、かかった医療費の一割を負担していただくということになるわけでございます。一般の場合で三万七千二百円が月額の上限になったわけでございまして、例えば一週間とか二週間とか非常に短い短期入院の場合には、御指摘のように現行の定額負担一日当たり千二百円というものに比べますと負担増になるケースがあるわけでございます。

この改正におきましては、若い人は二割なり三割の負担をしていただいているわけでございまして、この点、若い人と高齢者のバランス、負担を分かち合っているわけでございまして、お年寄りの方にもかかった医療費の一割を御負担願うこととしたわけでございまして、その際、先ほど申し上げましたが、過度の負担にならないように定額の月額上限を設けると同時に、低所得世帯の方々ににつきましては現行の月額上限の三万五千四百円を二万四千六百円に引き下げを行っているわけでございます。こういうことで配慮をいたしておりますので、お年寄りの方々にはそれほど無理なく御負担をいただける、こういうふうな私どもも考えております。

○江田委員 ここで再度、今後の医療保険制度の抜本改革の考え方についてお伺いしたいと思います。

老人医療費を初めとする医療費高騰の適正化は重要な課題でございます。しかしながら、我が国の医療につきましては、病床当たりの看護職員数が十分でなく、平均在院日数が長いこと、また薬漬けや検査漬け、上限抑制ができていない出来高払いの診療報酬、さらには医師の診療報酬における過剰請求等の種々の問題が指摘されております。こうしたことを踏まえれば、今後の政策展開に当たっては、医療費の効率化と国民のニーズに合致した良質な医療の確保を両立させていくといった視点が重要と考えますが、今後の展開について

厚生省の考え方を聞かせ願えればと思います。
○近藤政府参考人 御指摘のように、今後の急速な高齢化によりまして医療費の増加というのは避けられないわけでございまして、その中で良質な医療をいかに効率的に提供するかというのがこれからの最大の課題だ、こういうふうにご認識していただくわけでございます。

こういう観点から、ことしの改正におきましても、薬価とか検査料につきましては、市場の実勢価格を踏まえまして改正をいたしているわけでございまして、特に薬価につきましては、薬価差の縮小を図る観点から価格ルールの見直しを図ったところでございます。

その他の診療報酬におきましても、慢性入院の医療費につきまして包括払いを拡大いたしております。それから、医療機関の機能分担とか連携を促進することにインセンティブを与えるような診療報酬の改定を行っております。

それから、今般の医療法の改正案におきましては、病床区分の見直しを行いまして患者にふさわしい医療を提供できる体制を整備する、こういうことで御提案をいたしているわけでございまして、こういった施策を通じて、効率的な医療の提供が図れるというふうに考えております。

ちなみに、平均在院日数につきましては、御指摘のように欧米諸国と比べますと大変長くなっているわけでございます。ただ、これも近年短縮の傾向にあるわけでございまして、介護保険制度の影響もあってこれから徐々に短縮していくのではないかと期待しているわけでございます。

医療費の適正化というのはこれからも大変重要な課題であるわけでございまして、今後とも、医療の質と効率化を図る観点から、診療報酬体系でございまして薬価制度の見直しというものを着実に進めていく、こういうふうにご考えております。

○江田委員 ありがとうございます。

もう一つでございますが、健保法に関して最後の質問になりますけれども、一部のマスコミによ

りますと、今回の患者負担増の目的は、さきに断行されました〇・二%診療報酬の引き上げの穴埋めとともに、高齢者の薬剤一部負担の廃止に伴う財源措置であつて、当面の保険財政のほころびを縫うつなぎ策でしかないとの批判もございまして、しかし、私は、今回の法改正は保険財政の抜本改革の第一歩となると信じています。そのためには、

今後は、既得権に固執したり負担増に反発する一部の団体や人々の意向に左右され、先送りするようなことが断じてあつてはならないと思ひます。血を流してでも、勇気を持って国民大多數の利益にかなう改革を断行し続けていかなければならない問題であると思ひます。今後の抜本改革について厚生大臣の決意をお伺いさせていただきます。

○津島国務大臣 委員御指摘の本年四月の診療報酬改定でございすけれども、これは、小児医療や救急医療の充実など国民にとって良質かつ効率的な医療サービスを提供するために必要な改定を行ったものでございます。

また、今回提案しております健保法等の改正の趣旨は、医療保険制度の安定を確保するとともに、今後の医療制度の抜本改革に向けた第一歩として私どもは位置づけておるわけでございまして、述べられましたような診療報酬の改定財源対策とは全く別物でございす。

それからまた、御指摘のとおり、これまで皆保険を基盤として育ててまいりました日本の医療制度、外からも高く評価をされておるわけでございすので、これをしっかりと守りながら、高齢化社会に備えて国民の期待にこたえられるような安定した制度にするという我々の大きな課題には、真剣に、しかも積極的に、勇気を持って取り組んでいかなければならないと思ひております。

その場合の着眼点は、委員御指摘のとおり、医療サービスが効率的に行われて、必要なところには必ず良質なサービスが届くが、同時にむだばかりは排除をしていくという努力、そのことによつてトータルとしての負担をできるだけ軽減してい

く。その一方で、負担についてはみんなが公平に分かち合う。一部の方ばかり負担をして、一部の方は全く負担をしないというようなことではなくて、みんなで可能な範囲内で負担をし合うというような精神で将来の医療制度を目指してまいりたいと思ひます。

その場合にやはり一番大きな問題は高齢者医療制度をどうするかということでございます。このことについては引き続き委員会の皆様方と議論をしながら努力をしてみたいと思ひます。

○江田委員 ありがとうございます。
次に、医療法の改正に関する質問に移らせていただきます。

高齢化の進展に伴う疾病構造の変化などを踏まえまして、医療提供体制を抜本的に見直す、そういう必要がある時代に來ておるかと思ひますが、今回の医療法改正はこうした変化に対してどのように対応されているのか、その趣旨をお伺いしたいと思ひます。

○福島政務次官 先生御指摘ございましたように、今、高齢化が急速に進行しているわけでございす。医療提供のあり方も、そうした人口構造の変化、疾病構造の変化に適応したものに変わっていく必要がございす。そして、そうした構造転換を図ることによつて引き続き良質な医療の提供というものをやっていく、このことが今回の医療法の改正の中に盛り込まれている考え方のベースにあるものでございす。

具体的には、患者の病態にふさわしい医療を提供できる体制を整備するという観点から、現在は結核、精神などの病床を除きましては区分をされておりました病院の病床を、療養病床と一般病床の二つに分けて、それぞれの機能にふさわしい構造設備基準や人員配置基準を設けることとしたしました。

そしてまた、患者がみずからの判断で医療機関を選択できるということも大変大切な課題でございす。今回の医療法等の改正の中では、医療等に関する広告規制につきまして緩和を盛り込ませ

ていただきました。

そしてまた、良質の医療を提供するためには医師の研修ということが大変に大切でございす。現在の法の中ではこれは努力義務になっておりまして必修化されておりましたけれども、今回の法改正の中では、医師及び歯科医師の臨床研修を必修化することなどを盛り込ませていただきました。

このように、今回の改正というものは、高齢化の進展に伴う疾病構造の変化を踏まえ、医療提供体制をさらに改善していくための大切な一歩であると考えております。

〔委員長退席、坂井委員長代理着席〕

○江田委員 今答えになられましたように、いづれもが抜本改革への重要な要素ということで大きく評価されると思ひます。

その中で病床区分のことでございますが、療養病床が一般病床と分離されることで、診療報酬の扱いについても、治療や投薬、さらに検査をすればするほど報酬が加算される現行の出来高払い制を見直して、報酬を一定額にとどめる包括払い制の拡大問題が議論されるのは必至であると思ひます。過剰診療や薬漬け、検査漬けを生んでいると指摘されている出来高払い制の弊害を排除して、医療費の適正化を図るためにもある程度の包括払い制の拡大は必要と考えますが、このような意味からも、今回の病床区分の改正は医療制度の抜本改革につながる第一歩と私は評価しております。

ただし、患者の病態を一律に区分するのは実際には難しいということが考えられます。包括払いが導入されて、扱いの難しい患者さんの場合には引き受けを嫌がる病院が出てくることも予測されます。患者の不利益が生じないように対応すべきと考えますが、今回の病床区分の改正でこのようなことも厚生省はお考えになつておられるかと思ひます。厚生省のお考えをぜひお聞かせいただきたいと思ひます。

○伊藤政府参考人 まず、今回病床区分をすることにいたしました、具体的にはどのように対応す

るのかということでございますが、政務次官からお答えいたしましたように、現行のその他の病床を療養病床と一般病床に区分いたします。

現行の基準につきましては昭和二十三年の医療法制定当時を決めたものでございまして、一般病床につきましても、看護婦の配置の最低基準が四対一となっておりますが、これを三対一にするというところ。それから、病室面積につきましても、当時一ベッド当たりの病室面積を四・三平米としておりましたが、これを六・四平米というふうに半世紀ぶりに改正するものでございます。

ただ、このように療養病床と一般病床を区分いたしまして、御指摘のように患者さんの病状と一般病床に入っている患者さんまたは療養病床に入っている患者さんは病状が固定的でないということもございしますので、これは相互に適切に医師の判断によって対処するということが必要だと思ひます。

したがしまして、私どもといたしましては、病床区分をいたしまして、患者さんの病状に対応して患者さんをいずれの病床に入院させるかということにつきましても、医師の判断にゆだねられるものというふうな考えでございまして、厚生省としては、このような病床区分の趣旨を周知徹底してまいりたいと考えているところでございます。

また、お尋ねの診療報酬上の扱いにつきましても、この制度の定着状況を見ながら、中央社会保険医療協議会等で御検討していただくテーマだというふうな考えているところでございます。

○江田委員 今後の検討の必要ということでお伺いしておきます。

次に、看護職員の配置基準を三対一に引き上げるといふことについてでございますが、これは医療の質を上げることにつながる妥当な改正案と考えます。

別に見ました病院の平均在院日数でも、看護体制が二・五対一よりも上か下かでその傾向が大きく異なっております。これを見ましても、手厚い看護体制で入院期間の短縮を目指すためには、やはり原案にありましたように二・五対一にすべきではなかったのかなという思いもございしますが、これについて厚生省のお考えをお聞かせいただきたいと思います。

○伊藤政府参考人 看護婦の配置基準のことでございますが、平成十年十二月に医療審議会に提出いたしました議論のためのたたき台におきましては、看護職員の配置が手厚いほど平均在院日数が短くなるという相関関係が存在することから、事務局といたしましては、二・五対一を提示させていただいたところでございます。

しかしながら、医療審議会の審議におきまして、医療法における人員配置基準は最低基準であるということ、看護職員の地域的な偏在に配慮する必要があるということ、さらに、半世紀にわたる基準の変更に對する慎重な配慮が必要ではないかというような意見がございまして、現実的には二人夜勤で月八回といういわゆる二・八体制を何とか確保できるための必要最低限の配置が三対一であるということとを踏まえまして、三対一ということにしたものでございます。

厚生省といたしましては、今回の改正案を円滑かつ着実に実施することによりまして、患者の病態にふさわしい医療の提供体制の実現につながっていくと考えてございまして、何とぞ御理解を賜りたいと思う次第でございまして、

○江田委員 二・八体制が最低限確保できるということと三対一という苦渋の選択だったかと思ひますが、わかりました。

さらに、欧米先進国では既に一対一、一・五対一の時代に入っておりますが、今後は欧米並みの看護体制を目指すべきではないかと考えます。そのためにはどうしたらいいのか。医療法で一律に引き上げていくことが困難であれば、できるところから引き上げていくべきではないかと考えま

す。そのための病院側の課題はコストであり、手厚い看護体制に対しては診療報酬も高くするということとを考えたければならなくなってくるかと思ひますが、現状を含めて厚生省の考え方をお聞かせ願えればと思ひます。

○近藤政府参考人 看護体制に對します診療報酬上の評価についてでございますけれども、現在、患者さん二人に對しまして看護職員一人までの配置を評価しているのが最高であるわけでございまして、二対一の看護と二・五対一の看護といった基準を設けまして、それに必要な財源を診療報酬の形で支出する、こういう形をとっているわけでございまして、そのほかに、さらに十分な人員配置が必要とされます終末期のケアを行う病棟につきましては、一・五対一、患者さん一・五人に對して看護婦さん一人、こういうふうな手厚い看護体制をしいているわけでございまして、

今後とも、中医協の御議論を踏まえまして看護体制の適切な評価に努めてまいりたい、こういうふうな考えております。

○江田委員 ありがとうございます。

時間がなくなってきましたので、最後の質問にいたしますが、もう一つは医療広告の規制緩和についてでございます。

できる限り広告規制をなくして患者が病院を選べる参考情報をふやすことで、病院間でも競争原理が働いて、患者へのサービスが高まる、質が高まるということが期待されるわけであります。医療の質を高めるという意味で、今回の広告規制の緩和は医療制度の抜本改革の第一歩として私は高く評価できると考えます。

ただし、問題は開示できる情報の種類でございまして、例えば特定の分野での専門医かどうかを知る手がかりとして、一定の疾病の取扱件数とか特定の手術歴とか、そういう情報も患者にとって是有力な情報となると考えますが、これらについては広告できる対象には入っていないように思われます。また、患者自身のカルテの開示についてはどうか、そこをお伺いしたいと思います。

カルテの開示につきましては、アメリカで一九七四年に連邦プライバシー法が制定されて、診療記録の開示請求権が認められております。欧州諸国でも患者記録法や医療記録アクセス法といったものが法律化されております。今後は、医療の質を高めるためにも、欧米並みの情報開示を法制化していくということが必要になるかと思っております。

今までは、患者はたまされやすいという前提がございました。その前提を捨てて、さまざまな情報を入手しやすくして、選択の自由を与える時代に入ってきたかと考えます。今回の法改正では、これらに對してどのように対応され、またしようとしておられるのか、最後にお考えをお聞かせください。

○伊藤政府参考人 医療におきまして、情報開示の進展と患者さんの選択による医療の体制をつくっていくということは、大きな流れであるといふふうに認識をしているところでございまして、

そこで、今回の医療法改正におきましては、広告規制の緩和につきましても医療審議会に御議論をさせていただきまして、緩和する方向については皆さん御異論がないわけでございまして、具体的に、原則禁止になっている医療法の中でどのような事項を広告できる事項とするかということについてはいろいろ御議論がございました。

その一つの目安といたしまして、だれが見ても客観的な事実というものが前提になるのではないかと、今、今回、診療録及び診療に関する諸記録に関する情報を提供することができ旨を広告事項として追加したほか、医師の経歴でございましてとか医療機能評価機構が行う評価結果などについて追加したわけでございまして、

ただ、御指摘の手術件数でございましてとか扱った患者の数、特にいわゆる医療成績などにつきましては、これをどのようにして客観化するかというところに非常に難しい問題がございまして、これらについては引き続き検討の課題ということになつていくわけでございまして、

いずれにいたしましても、広告規制の緩和につきましては、医療審議会におきましても今後とも検討を続けていくという考え方でございまして、今回ですべて終わりということではないわけでございます。

さらに、カルテの開示の問題でございますが、この問題につきましては、医療審議会でもいろいろ御議論がございました。インフォームド・コンセントの一端としてカルテの開示を進めていくということについては、ご本人も御異論がないわけでございますが、これを法律で義務づけるかどうかという点につきましては、医療審議会におきまして、これを早急に法制化すべきであるという意見と、医療従事者の自主的な取り組みにゆだねるべきである、そもそもカルテの開示というのは法制化すべき性格のものではないという意見がございました。

今回の制度改正におきましては、医療機関の自主的な取り組みを当面進め、この医療機関の自主的な取り組みを厚生省としても支援し、今後の患者さん側の意識の変化でございまして、医療従事者側の自主的な取り組みがどの程度進んでいくのか、さらに、診療情報の提供及び診療記録の開示についての環境がどのように整備されていくか、これらの状況を踏まえまして、おおよそ三年をめぐりにもう一度判断をしたいという結論になったところでございまして。

〔坂井委員長代理退席、委員長着席〕

○江田委員 時間がなくなりました。種々の課題があるかと思いますが、その課題を明確にしなから、長期的に計画性を持って抜本改革を進めていくことを強く政府にお願いいたしまして、今回の法案が早期に成立しますようにお願いいたします。

以上で終わります。

○遠藤委員長 次に、小池百合子さん。

○小池委員 保守党の小池でございます。

本日、ついに健康保健法、医療法改正についての審議に入りましたこと、遅まきながら必要なこ

とだというふうに感じております。

何よりもこれらの法案は重要であり、かつ、前国会からの先延ばしという先送りされたものでございまして。ということでも、まず、このおくれ、どこからのおくれと計算するかによって違っておりましても、大臣の方から、これまでのこの重要な法案のおくれがどのような経済的、社会的な影響を及ぼしているのか、そのあたりの御見解をお聞きしたいと思っております。

○津島国務大臣 さきの通常国会におきまして提案した健保法改正案は、本年七月一日施行を予定しておりましたので、それがかなわなかったことによつてどういふ影響があったかという形でお答えをいたしたいと思っております。そして、委員御指摘のとおり、その結果多くの方に御苦労をおかけしているということについても、冒頭私から付言をして申し上げたいと思うわけであります。

具体的に申し上げますと、高額療養費の見直し等によつて適正化されると見込まれていた医療給付金については、一カ月当たり約七十億円増加が見込まれております。この七十億のうち、国が負担をするべき部分は一月当たり約十八億、二十億足らずということでございます。それから、老人薬剤一部負担の臨時特例措置を継続しました結果、一月当たり約二百億円の国庫負担が見込まれております。したがって、国庫負担については、前に申し上げました高額療養費と合わせて、一月当たり約二百二十億円の影響が出ておるわけでございまして。

それから、大事なことは、この改正法の施行がおくれたために保険料率の上限がきいてまいりまして、その範囲内でしか介護保険料を徴収できない健保組合が全体の四割に及んでいることでございます。その結果、徴収できない部分は特例的に納付猶予としておりますけれども、しかし、これは着実に隠れた赤字になっていくわけでございまして、施行がおくれることにより将来納付すべき介護納付金があるという形で累積している。その結果、健康保険組合にも先ほど申し上げましたよう

に御迷惑をおかけしている。一日も早い法案の成立を望まれているゆえんのものでございます。

今回の健保法改正案は、こういう問題を早く解決し、そして、医療保険制度を将来にわたって安定的なものとしていくために、医療制度の抜本改革の第一歩としてお願いを申し上げているところでございますので、どうか速やかなる御審議をお願い申し上げます。

○小池委員 今、数字で財政的な影響をお挙げになりました。立法府の人間といたしまして、こういった国民生活に直結する重要な課題には明確なビジョンを示す、それは、すなわち法制化することとが求められていると思っております。あのパレスチナとイスラエルでさえ停戦合意にまで何とかこぎつけているわけでございまして、国民生活のことを考えますと、一日も早く野党の皆様がこの審議に加わることを望むところでございます。

さて、法案の審議に入りたいと思っておりますけれども、まず医療法の方から伺わせていただきます。今回は、人員の配置基準の変更ということで、昭和二十三年以来の初めての大きな改革ということとでございます。その中身といたしまして、看護婦さんと患者さんの比率を四人に一人から三人に一人にするということで、これは患者の側からいいますと、その分ケアが手厚くなるという点、そしてまた、過酷な労働を強いられる看護婦さんにとりまして、そういった労働の環境が、医療の環境が若干は改善されるということとで、大変喜ばしいことであるというふうに存じます。

また一方で、病院の経営を考えてみますと、最近の状況を見てみますと、医療法人などの倒産も、民事再生法という新しい法律ができたということも手伝いましてふえているように思うわけでございまして。

そういった意味で、まず患者さんの方のメリツトについて、さらには病院経営についての負担増、このことについて最近の動きなども織りまぜて御見解をお伺いしたいと存じます。

○福島政務次官 今回の医療法の改正に盛り込まれておりますのは、看護職員の配置基準の見直しということで、現在までの四対一から三対一にする。これは、看護体制がより手厚くなるということとで、医療の質を高めることに資する改革であるというふうに考えております。

病院経営に与える影響ということにつきましては、四対一から三対一になるわけでございまして、看護職員の人件費というものがふえるのではないかと、それが病院経営に対して負担になるのではないかと御指摘であらうかと思っておりますけれども、診療報酬におきましては、看護職員の配置数が増えるに従つて、入院基本料、これは本年の診療報酬の改定におきまして設けられたものでございまして、その入院基本料は高い点数になるように設定をいたしておりますので、人件費の増加に伴う病院の負担というのに対して対応がなされているというふうに考えております。

○小池委員 医療機関の倒産状況についても伺ったわけでございまして、商工リサーチの調べでは平成十二年でも三十一件ということで、これは民事再生法とは関係なくと云つていい数字かと思ひます、ずっと大体そのあたりで横ばいというような状況でございます。

今回、人員配置の基準変更によつて看護職員を増加することによつて診療報酬のアップということをお答えいただいたと思ひます。また一方で、病院、医療の現場の問題でございまして、先ほど申し上げましたように、これによつて医療の環境が働く側にとつても患者の側にとつてもプラスに働くという内容だとは存じます。

しかしながら、まだそれが導入されていないということもあるんでしようけれども、最近の医療施設におきます医療ミスというのは本当に目に余るところがあるかと存じます。患者さんを取り間違えたり、投与するお薬の量を一けた間違えたりということとで、病気を治すために医療施設に行くのに、かえつてそこで命を落とすというような、そういった矛盾した、また考えられないような、

ある意味では単純なミスがそういった重大な過失を招いているという例は枚挙にいとまがないわけでございます。

これを機会に、やはり医療行政、医療現場への信頼感をもつと取り戻さなくてはならない。前回もこの件について御質問させていただいたわけですから、もっと厚生省とすれば毅然とした態度で、こういったモラルの低下であるとか単純ミスの予防であるとか、それをお示しになるべきではないかというふうに思うわけでございますが、大臣、いかがでしょうか。

○津島国務大臣 最近相次いでおります医療事故につきまして、国民の医療に対する信頼が大きく揺らぎかねないという御指摘はそのとおりであると思っております。私たちがこの状況を真剣に受けとめまして、医療の安全性向上と信頼性回復のために、私も厚生省、行政側はもちろんのこと、医療関係者も一体となって取り組んでまいりたいと思っております。

このような事故を防止するためには、医療機関の職員が患者の生命を預かっているという意識を忘れることなく、安全に十分に配慮して医療に従事していただく。それから、各医療機関において、個々の職員が誤りを犯したとしても事故につながるような仕組を導き入れるフェールセーフという仕組みを進める等の総合的な対策を継続的に進めていくことが必要であると思っております。

このような観点から、厚生省といたしましては、医薬品、医療用具等を医療事故を起こしにくいものに改めるとか、国立病院に対するリスクマネジメントマニュアル作成指針を策定するとか、それから医療事故までに至らなかった、はっとしたような事例を集めて分析をするということにいたしました。

政府全体といたしましても重く受けとめまして、九月十三日に、総理から私に對しまして特定機能病院長及び医療関係団体にそれぞれお集まりいただいたしっかりと相談をすべきだという御指

示を受けまして、文部大臣にも御出席をいただいて、医療安全対策に対してさらなる取り組みをお願い申し上げたところでございます。

また、来年度概算要求におきましては、より総合的な医療安全対策の取り組みを進めるために、先ほど申し上げましたが、はっとしたような事例あるいは事故の事例を収集し、新たに設置する医療安全対策検討会議によって分析し改善策を策定する、病院の職員に対する医療の安全確保のための研修を進める、それから医療事故防止のための調査研究をする、こういうことで積極的に予算要求もさせていただいております。

今後とも、関係団体、関係省庁の協力を得ながら総合的な対策を着実に進めてまいりたいと思っております。

○小池委員 予算をつければミスがなくなればそれにこしたことはないわけですが、どうも日本全体が弛緩しているような状況でございます。特に人の命を預かる医療現場、やはりここはぜひとも厚生大臣に、しっかりと彼らに届くメッセージを毅然とした態度で送っていただきたいというふうに思うわけでございます。よろしく願います。

それから、病床数の増加であるとか開設の許可の問題でございますが、医療法の二十九条第二項におきまして、許可を受けたところがなかなか実際の営業を始めないといいますが、開設しても実際に仕事を、病院を開くというようになると至っていない事例というのが実は私の近くにもあるわけでございます。むしろそこに許可を与えるのであるならば自分たちの方でやりたかったのというようにあると、ある意味で病床数全体をコントロールすることの是非の問題もございしますが、しかし、一たん許可を受けたところは責任を持ってそれを現実のものにしていくというところは、これは当然のことであると思っております。当然のことだからこそ許可を与えるわけでございます。

そこで、今回、こういったケースについては、六カ月以上たつても実際にスタートをしないとこ

ろには許可の取り消しをするという条項が盛り込まれました。これは当然のことだというふうに考えるわけでございます。この効果のほどについては見通しはいかがでしょうか。

○福島政務次官 ただいま先生御指摘ありましたように、意欲のある医療機関が参入することを妨げることは必要ではないかというように観点から、今回の医療法の改正におきまして取り消すことができるということを盛り込んだわけでございます。

これは都道府県知事が判断することになりますので、その適切な運用を図るように私も指導してまいりたいと思っております。

○小池委員 続きまして、健保法の方に移らせていただきます。きょう足りない部分はまた次回御質問させていただきます。

健保法の改正でございますが、一言で言えば負担増になる、自己負担がふえるということでございます。また、定額制から定率制へということでございますが、これによつていろいろなプラス面もあるでしょうし、また一方で、お金がより多くかかるのではないかとということで、受診に対しての抑制的な動きが出てくることも考えられるわけでございます。

ある意味では、そういう抑制的な動きは、すなわち国家として医療費、医療ということが全体でコストダウンということにもつながるのかもしれないが、よく現場のお医者様から伺いますと、お金がかかるのじゃないかということでもむしろ病院に行かないで自分で治そうと努力した方がいいものの、逆に最初の措置がおくられてかえって病気が重くなってしまうというような事例も間々あるようでございます。そういったことについての配慮などはどのように考えておられるのか。

もちろんプラス面も認めた上で、また、今回は現行どおり低所得者に対しては据え置きとされたことについては評価をいたしたいと存じますけれども、こういったプラスマイナスの面があらうかと思いますが、そういった分析について何かわせて

いただきたいと思います。

○福島政務次官 先生御指摘ありましたように、医療機関に対してのアクセスというものが妨げられることがあってはならないというふうに思います。日本の医療というのは、そのアクセスが非常にいいということにおきましては世界でも冠たる水準にあると私も思っております。

今回の健保法の改正におきましては、高齢者の一部負担について定率一割負担を導入いたしましたけれども、定額の月額上限を設けております。

ですから、薬剤一部負担も含めた負担ということになりますと、現行の負担の水準から大きく変わるものではない。そしてまた、入院時の負担につきましては、低所得者の方々のための限度額の引き下げということも盛り込んでおるわけでございまして、今回の改正案につきまして、診療の機会が損なわれるというようなことは余り考えにくいのではないかとというふうに私も考えております。

しかしながら、いずれにしましても、この改正の後、受診動向等どのように変化していくのかということには注意深く見守ってまいりたいと思っております。

○小池委員 この点につきましては、先ほどの委員の方々もお話しになっておられましたけれども、極めて複雑な構造になっております。できるだけわかりやすい形でPRも必要かと存じますので、よろしく御願いを申し上げます。

最後に、これは根本的な問題でございますけれども、どう考えましても、今回の政管健保の話も、つまるところやはり老人医療費がふえ、高くなつていくということでございまして、八%を超えて増大するこの老人医療費、例えば経済成長率を二%前後と見込んだといたしましても、高齢者数の増加率四%を上回るということでございます。そこで、老人医療費の適正化だけでは解決できない根本的な問題をこれから秘めているわけ

でございます。私も、以前から、この老人医療の問題につ

きましてはむしろ消費税の福祉目的税化ということをやつたわせたいていいるその根本的な背景には、これまでの制度の延長線ではやっていけないということを踏まえた上での考え方でございます。ここは一番大きな議論のあるところでございまして、一分でお答えいただくのは大変きつからうと思ひますので、次回にまた持ち越させていただきます。いつかこの辺は論議させていただきます。いと思ひますが、一言だけ御感想を。

○津島国務大臣 一言で申し上げますと、御指摘のような認識は私も持つております。

ただ、これまでどおり保険制度を基礎にしてやつていくことが給付と負担が連動し効率化へのインセンティブが内在されるという意味では、これは無視できないと思ひます。けれども、これからは高齢者医療制度について同じようにやれるかというところ、大いに議論のあるところだと思ひます。

そこで、保険料、公費、患者負担をどのように組み合わせたらいいかということ、特に私ども重視しておりますのは、保険者の側からいうと、何やら高齢者医療費がふえたということで、医療費、いわゆる老人保健拠出金というのがどんとやってくる、これじゃ保険の負担と給付のつながりとは別の話だわな、こういうことになつてい。恐らく小池委員の御指摘は、このことにも触れてしておられるのだらうと思ひます。その点は、私は全くそうだと思ひます。

これをどういうふうに対応していくかについては、私の個人的見解でありますけれども、やはり高齢化が非常な勢いでふえていく間は公費の負担という役割をもう少し考えなきゃいけないだらう。どのようにその財源を賄うか等については、これから大いに議論をしていただきたいと思ひます。次回は、来る二十日金曜日午前九時五十分理事

○小池委員 では、ぜひとも次回その問題について伺わせていただきたいと思ひます。ありがとうございます。午後零時六分散会

由党、日本共産党及び社会民主党・市民連合所属委員の質疑に入ることとしておりましたが、出席が得られません。本日の質疑はこれまでといたします。

午後零時六分散会