

第百五十回 参議院国民福祉委員会會議録第三号

平成十二年十一月十四日(火曜日)

午前十一時一分開会

委員の異動

十一月十日

櫻井 充君

補欠選任

小宮山洋子君

十一月十三日

井上 美代君

補欠選任

八田ひろ子君

出席者は左のとおり。

委員長

中島 眞人君

理事

亀谷 博昭君

田浦 直君

柳田 稔君

沢 たまき君

小池 晃君

入澤 肇君

大島 慶久君

武見 敬三君

南野知恵子君

今井 澄君

小宮山洋子君

堀 利和君

松崎 俊久君

山本 保君

八田ひろ子君

清水 澄子君

堂本 暁子君

西川きよし君

国務大臣

厚生大臣

津島 雄二君

政務次官

厚生政務次官

福島

豊君

事務局側

常任委員会専門員

大貫 延朗君

政府参考人

厚生省健康政策局長

伊藤 雅治君

厚生省保険局長

近藤純五郎君

本日の會議に付した案件

○政府参考人の出席要求に関する件

○健康保険法等の一部を改正する法律案(内閣提出、衆議院送付)

○医療法等の一部を改正する法律案(内閣提出、衆議院送付)

○委員長(中島眞人君) ただいまから国民福祉委員会を開会いたします。

まず、委員の異動について御報告いたします。去る十日、櫻井充君が委員を辞任され、その補欠として小宮山洋子君が選任されました。

また、昨十三日、井上美代君が委員を辞任され、その補欠として八田ひろ子君が選任されました。

○委員長(中島眞人君) 次に、政府参考人の出席要求に関する件についてお諮りいたします。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審査のため、本日の委員会に厚生省健康政策局長伊藤雅治君及び厚生省保険局長近藤純五郎君を政府参考人として出席を求め、その説明を聴取することに御異議ございませんか。

〔異議なしと呼ぶ者あり〕

○委員長(中島眞人君) 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

○委員長(中島眞人君) 次に、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を一括して議題といたします。

これより質疑を行います。質疑のある方は順次御発言願います。

○今井澄君 民主党・新緑風会の今井澄でございます。

本日、六十分いただきましたが、もう質問をすることがたくさんあるんですけれども、まず総論的なことからお願いをしたいと思います。

この間、抜本改革ということが随分言われております。さきの九日の委員会でも、入澤委員を初め多くの先生方、委員の皆さんから抜本改革とは何ぞやというふうなことに御質疑があったと思いますし、私どもも今回の健保法、医療法については、もちろん前進の面があることは認めつつも、抜本改革がないままにこそく的に自己負担をふやしたり、こそく的に何かを変えたりする、むしろ抜本改革の障害になるんじゃないかというところで実は反対の態度を現在のところ持っているわけでありまして、もちろん、これはお答えいかん、あるいは修正いかんでは、私どもも何もかたくなに反対するということもありません。

そこで、抜本改革とは何ぞや、その目的は何ぞや、例えば具体的な内容は何かということについて整理をして、大臣の御見解をお述べいただきたいと思っています。

○国務大臣(津島雄二君) 我が国では、国民皆保険制度によりまして、国民にひとしく良質な医療を提供するという考え方に立っております。しかしながら、急速な高齢化の進展などによりまして医療費がだんだんとふえてくる、その一方で経済が低迷をいたしまして医療保険財政が極めて厳し

い状況になっておりますことは、委員も御承知のとおりでございます。

こうした中で、良質な医療を確保するとともに、必要な方に必要な医療が適切に提供されるようにすることが課題でございます。この課題にこたえるためには、二十一世紀の高齢化が非常に進んだ社会におきましても、国民皆保険制度をとりつづも、それが持続可能な制度としてしっかりと維持されることが必要でございます。

そのための当面の問題点としては、高齢者がふえる中で高齢者医療制度をどのようにして改革していくか、特に老人医療費の伸びを適切な水準にとどめるとともに、高齢者と若い方との間の負担のバランスを図ること、それから保険者間の負担のあり方についても適正化を図ること、そしてさらには公費が必要な場合に安定財源を確保して制度の維持を図っていくこと、特に高齢化の急速な進展の中において制度を維持するためには一層の公費の投入が必要ではないかということについてどう考えるか、こういう課題がございます。

抜本改革というのは、こういう課題全体に対してしっかりと答えを出すというふうに私は受けとめております。

○今井澄君 もちろん、抜本改革ということはいろいろ長い歴史を持っていろいろな観点から言われてきたわけでありまして、私どもが今抜本改革ということを問題にしている、例えば今度の法改正もその抜本改革の方向に沿うものか否かということが議論になるわけです。その点では、一九九七年の健保法等の改正をめぐって、そのころに与党協というものがあって、実は私どもも政策的な部分加したこともあったわけで、最終段階では一緒にできないということ、これは自民党、社

民党、さきがけの皆さんでやられたわけですが、

やっぱりあそこからスタートした抜本改革論議というのが今の抜本改革を論ずる場合の大事なことだと思ふんです。

今、大臣の言われた高齢者医療制度、簡単に言うと高齢者の保険制度をどうするか、それから高齢者の医療費そのものをどうするか、またその全体を支えるのに公費財源を入れなきゃならないという踏み込んだお考え、私も賛成ですが、それをどう確保するか、それが当面の大きな課題ではあるにしても、やっぱりもう一度一九九七年以来の経過を振り返ってみることが非常に大事だと思うんです。

その辺、この間、抜本改革に向けての取り組みとか、どういう経緯であったかということをもっと厚生省の方からお答えいただければと思います。

○政府参考人(近藤純五郎君) 抜本改革でございますが、今回問題になっている抜本改革と申しますのは、先生御指摘のように、平成九年の健保法の改正のときにそういう議論が出てきたわけでございまして、平成九年八月に当時の連立与党の医療保険制度改革協議会、いわゆる与党協が取りまとめられました「二十一世紀の国民医療」、この中で「抜本改革」という言葉が使われたわけでございします。

この「二十一世紀の国民医療」の中で取り上げられた四本柱と申しますのが、診療報酬体系、薬価制度、高齢者医療制度、それから医療提供体制とあったわけでございまして、この四つの柱につきましまして、私も厚生省といたしましては、医療保険福祉審議会を初めといたしまして関係審議会に御諮問を申し上げまして検討をお願いしてきたわけでございします。当然のことながら、相互の関連性等も意識しつつ検討をしてきたわけでございします。

それで、まず診療報酬の関係でございますけれども、これも医療保険福祉審議会です議論をしていただきました。その後、これを受けて中医協で決めたいただいていたわけでございますけれども、

医療機関の機能分担と連携の促進でございますとか医療技術の適正評価、それから出来高と包括のペストミックス、こういった観点から体系的な見直しを行ったわけでございまして、本年四月の改定におきまして入院基本料を創設いたしました。それから、大病院から診療所に患者の紹介を行った場合についての評価の拡充でございますとか慢性期の入院医療におきまして包括払いの推進とか、小児医療、救急医療の充実を図ったところでございます。

それから、薬価制度につきましては、与党協の関係では、いわゆる日本型参照価格制度が提案されたわけでございまして、これにつきまして審議会でも御議論いただいたわけでございしますが、特にこの参照価格を上回る部分につきまして患者の負担増を求める、こういう中身であったわけでございします。これについて強い反対がございまして、意見の集約を見るに至らなくて白紙の状態になったわけでございしますが、その後、審議会におきましてさらに検討を進めまして、本年四月の薬価改定におきまして、薬価差の縮小を図る、こういう観点から、価格ルールの見直しでございますとか価格の決定手続の透明化、こういったものの制度化を図っているところでございます。

まだ残っております先発品と後発品の薬価ルールのあり方、これが参照価格制度の意図しているところとはほぼ同じ目的を持つものでございしますけれども、先発と後発品の薬価ルールのあり方などは十四年度に向けて検討する、こういう段取りになっているわけでございします。

それから、高齢者の医療制度の見直しにつきましては、審議会の中で各委員からさまざまな考え方が示されまして、四つの考え方に集約されたわけでございします。残念ながら一つに集約できなかったわけでございしますが、審議会の中で大方の御意見でございました定率一割負担制の導入につきましては今回の改正法案によって提案させていただいているわけでございます。

それから、医療提供体制の関係でございます

が、これにつきましては主として医療審議会でご検討いただいたわけでございますが、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、良質な医療を効率的に提供する体制をつくる。このために、患者の病態にふさわしい医療の提供をするという観点から、病床区分の見直しなどを行うということと今回の医療法等の改正法案を御提案している、こういう次第でございます。

○今井澄君 そうしますと、簡単にまとめますと、一九九七年以来四つの課題について抜本改革を進めてきたと。薬価制度の問題については、当時薬価差というのが非常に大きな問題になっていったけれども、それは診療報酬改定、薬価ルールの改定によってほぼ出口は見えてきたと。残っているのは先発品、後発品、後発品をもっとよく使ってもらふような仕組みをつくるということだけれども、もうほぼいいと。それから、第一の診療報酬については、出来高と包括については順次進んできて、ことしの四月改定でもほぼ方向が見えた。それから、医療提供体制についても今出ている法律で病床区分の見直しがあるから基本的な方向は出てきていると。

つまり、抜本改革であつたのは高齢者医療制度だけだ、こういう認識ですか、大臣。

○国務大臣(津島雄二君) 多少のニュアンスの違いはございしますけれども、私も大体委員と似たような感じは持っております。

○今井澄君 いや、私はそこが問題だと思ふんですよ。そういう抜本改革のとりえ方をするから一向に先が見えてこないと思ふんです。

私はずっと長い間医療現場にいました。それで一医師もやり、それから病院長として病院の経営のこともやりました。それから、国保の診療報酬審査委員として月に一回は今度は診療報酬を削る側の仕事もやったわけです。そしてその後、国会議員になって八年余りがたつわけで、いろんな立場を見てきたが、八〇年代からいゆる医療費抑制策、あるいは医療費適正化策というか、そういうものが始まったんですよ、具体的に。

一時は医療費亡国論まで飛び出したわけです。だから、私は医療現場の感覚も、それも医者だけじゃなくて看護婦さんとか、いろんな感覚もわかっていふつもりです。また国会議員となれば国家財政の問題、今非常に大変な借金を抱えたその立場も、両方実感したつもりであります。

それから、患者さんの立場は余り実は私は経験していませんが、余り病気をしないんです。ただ、きのう久々に胃カメラ検査をやりました。今ものどが痛い。この程度のことはどうということはないんですけれども、家族が患者になって病院にかかったとき、どここの院長ですとか医者ですとか言え早く診てくれることがありませんけれども、私はそういうことをしないでじつと外来で三時間待っていたりしたこともあるので若干はわかりますけれども、患者の立場がわかるかどうか自信がありません。

しかし、総体的に見ると、八〇年代から、もつと振り返れば老人医療費が無料になった昭和四十八年、一九七三年、そしてオイルショックがあつて日本経済が低成長になって、十年後に老人医療費が有料化になってというあたりの時代からもう縮めつけというものはあるわけですけれども、特に八〇年代以降、医療費がふえ過ぎて困る、医療にむだがあるから何とかしなきゃならないということとでずっと二十年間続いてきた。この中で、医療現場に働く人間としては、何しろじわじわ締めつけられる、真綿で首を絞められるような経験を二十年間してきて、もういいかげんにしてくれとうんざりしているんですよ。そういう中で、医療現場の人々はやる気を失ったり士気阻喪したり、そういう中で医療事故も起こっているという面もあるんですよ。

患者さんにしてもそうですよ。ああ、無料化になつてよかったと思つたら有料化になつて、その後どんな自己負担がふえるでしょう。後でまた具体的な数字を質問いたしますが、厚生省の数字でもヨーロッパに比べて日本は自己負担の比率が

極めて高いという現実まで来ている。この先どれだけ自己負担がふえるかわからない。今度の改正案もそうでしょ。

それで、患者さんの不満というのは、最近大分情報公開もされるようになってきましたけれども、それでもまだまだ医療に対する不満は強い。少子化というのに小児救急がもう崩壊状態にあるというふうなことも言われていて不安は強い。医療事故は起る。一方、お金を預かっている側も、これは国もそうですけれども、健保連にしてもどこにしても非常に不満が強い。みんなが本当にやりきれない気持ちでこの二十年間過ごしているんです。

だからこそ将来のビジョンを示して、現実改革というのは難しいと思いますよ。大変難しい。だから一歩一歩やるしかない。やはりソフトランディングというのをねらうのが、政治としてもあるいは利害が違ったりするあらゆる立場の人を考えた場合もソフトランディングがいいと思う。だけれども、五年先、十年先にはどうなるのか、あるいは高齢化の人口のピークが来る時にどうなるのか、このビジョンを示すことが実は抜本改革だと私は思っているんです。

ですから、民主党ではそういう視点から、昨年、抜本改革の中間報告をまとめました。その中でも、やっぱり高齢者の医療制度、老人保健制度をどうするかということが結論が出ないままに四論併記ぐらいに終わりましたけれども、全体のビジョンは出したつもりでおります。

私どもが考えるのは、四つの課題でやってきたことが何も全部いけなとは言いません。当面の緊急の課題の薬価差をなくすこととか診療報酬、そういうことで分けたこと自身には問題はないんですけれども、やっぱり基本的な戦略的視点を欠いた取り組みだったと思うんです。

私たちは、戦略的な視点というのはこういうことだと思ふんです。一つは、今の医療のあり方、病院や診療所、あるいは患者のかかり方も含めて、あるいは薬の出し方とか情報公開の問題を含

めて医療のあり方がどうなのかということ、戦後五十年たって、日本の制度は大変いい制度だと言われるけれども見直すべきではないか。端的に言うところ、大病院から中小病院、診療所まである、診療所には有償と無償とあるという、国民にとってわかりにくいんです。かつて五十年前にそういうふうなやりやった医療提供体制というものが非常に今の時代に合わなくなってきた。

しかも、これは松崎委員がこの前本会議でも申し上げましたとおり、この三十年間、世界の各国は病院というものの改革をどんどん進めてきた。その結果は、病院の数は減った、平均在院日数も減った、そのかわり病院での患者さん一人当たりの看護婦さんを初め職員数は非常にふえてきた。ところが、日本はこの三十年間何にもそれが変わってないですね、広く浅く。東北大学の濃沼先生に言わせれば、農業ではありませんが、日本は粗放医療をやっている、先進国は粗放医療から集約医療に変わってきている。こういうことだとして見直さないといけないですね。そういう医療提供体制というのはどうあるべきなのか。

つい最近、ある新聞にいい町医者が欲しいと書いてありました。各国では家庭医制度という妊婦から子供からお年寄りまで一通り診られるそういう制度もそろっているわけです。日本は、医者は専門医として育つわけです。例えば、内科といったら心臓の専門医、それが開業してから呼吸器の病気、風邪も診たりあるいはおなかの病気も診たり、内科、小児科と掲げて子供も診たり、そして老人も診れば整形外科も診たり。そして、頑張るお医者さんは本当にオールラウンドのいい医者になっていくけれども、そうでない医者は自分の昔の専門だけにこだわって、大して勉強もせず誤診をしたりして手おくれにしてしまふ医者もいるわけです。そうすると、医者の教育制度だって見直さなきゃならない。

したがって、医療提供体制がまずどうあるべきか、二十一世紀にはどうあるべきかを見直すべき

なんじゃないか。それを見直すと、おのずと診療報酬制度、どういうふうにして医療費を払った方がいいかというのがわかってくると思うんです。これは常識だと思うんですね。

例えば、私は病院に長年勤めていたからわかりますけれども、病院というのは出来高払いというのとは似合わないんです。病院というところはチーム医療なんです。どうやって患者さんを苦痛なく速やかにコストをかけずに治すか、このチーム医療なんです。これは包括払いがいいわけです。しかも、今病気になるってお医者さんにかかる八割の方は定型的な医療を受けているんです。その人によって特別な医療を受けているなんて思ったら実は大間違いです。もちろん、そうとばかりは言えませんが、話の内容は違うし、お薬の内容も多少違うけれども、高血圧だったらこうだとか胃がんの手術だったらこうなんだとか、胃がんの手術なんてもう百年も前から決まっているんです。から、やり方は基本的に、こんなのは治して幾らになった方が病院にはふさわしいんです。

腕のいい医者を雇って非常に効率的にやる病院はもうあるんですよ。腕の悪い医者でもたまたまやっている病院は損をするんです。そうすると、自然に病院の中でいい病院、悪い病院、淘汰されてくるんです。家庭医もそうです。家庭医だってその人の健康管理から何かを請け負うようになれば一人当たり幾らという基本でいいと思うんです。

だけれども、もちろん包括だけで済むものじゃありません。人によって違うから出来高も必要でしょう。あるいは専門医というのは、場合によってはまさに専門である特定の患者さんだけ扱うから、その人たちは出来高でもいいかもしれない。おのずとわかるんです。これを出来高と包括払いのベストミックスなんて、聞かへないですけれども、これは何にも言っていないに等しいんですよ。こんなことじゃ抜本改革できないですね。薬価制度だってそうです。薬価差がなくなればいいというんじゃない、いいお薬がメーカー

の言い値じゃなくて安く買えるようになればいいわけです。

したがって、四つの課題と言われたけれども、医療提供体制、診療報酬制度、薬価制度というこの一連の医療の中身をどうするかということ。それともう一つは老人保健制度。老人医療制度と言われるように、それをファイナンスする、どうやってお金を集めて支払うかという保険制度、この二つの軸で考えるべきだと。そうじゃないと抜本改革はできない。

ところが、今、大臣の御認識も、厚生省当局の御認識もお聞きしますと、問題なのは保険制度があと若干の問題が残っているけれども、医療提供体制も診療報酬も薬価制度もほぼ抜本改革についてはめどがついた。私は、こういう認識では国民も医療の現場で働く人たちが全く救われない、そのことを申し上げておきたいと思ひます。

ところで、内容のことをさらに少し議論したいわけなんです。その前に、抜本改革についてもいろんなことが言われているんですね。衆議院での委員会の御答弁、それから参議院の本会議の御答弁、それから厚生省の文書などをいろいろ見ますと、どうもことし、二〇〇〇年、平成十二年までに抜本改革をやる予定だった。ところが、私どもは全然できていないというふうに見えるわけですが、先ほどの御答弁だと三つの課題についてはそこそこできつつあるという御認識のようです。その違いは置くとして、あと残ったのは老人保健制度だ。これは平成十四年というふうに言われているんですが、これは平成十四年度なのか、平成十四年なのか。恐らく年度だと思ひますね。そうすると、二〇〇二年の四月一日からは新しい制度にしますと言っているのか、二〇〇一年の一月に始まるだろう通常国会にその制度改革の法律案を出しますと、どっちなのか、そのことについてちょっとお答えいただきたい。

○国務大臣(津島雄二) そのことにお答えする前に、私の答弁について若干短絡的な総括をされましたので申し上げます。

私は、残された大きい問題に高齢者医療制度があるとは申し上げました。そして、これは手つかずであるというのを申し上げました。しかし決して、それさえ解決すれば全部あといくんだと、抜本改革はそれに尽きるんだとは申し上げておりません。

委員がいろいろおっしゃいましたように、医療の提供体制そのもののあり方から問題は残っており、そこから入っていかなければ、この高齢者医療の問題についても、あるいは持続可能な日本の医療制度あるいは医療保険制度も構築できないと。全く同感でございます。委員がいろいろ言われたことの大体八割は私は賛成だなと思っております。

私も、一九八一年、厚生政務次官をいたしましたときに、いわゆる老人保健制度を国会に提案いたしました。答弁にも立ちました。以来、ずっとこの問題にはかわってきておりますから、委員のおっしゃったことの大部分については同じ考え方、同じ問題点の意識を持っております。

ただ、申し上げたいのは、例えば、先ほど委員が、医療の適正化を図るために病院においては病床を積極的に活用して、そしてだんだん置いておくよりもきちっといい医療をしてどんな患者さんには来ていただく、その方が医療機関の効率もよくなるし収支もよくなると。私もそのとおりであると思っております。しかし、これに對しまして、恐らくきょうこの委員会での御意見が出てくると思えます。とにかく医療の給付を抑える、これを抑制すること自体が医療の後退だと、こういうお考えもござります。今のままでやっていて何が悪いのか、もって使ったらどうだと、こういうお考えの方もあつたところ、これは要するに医療の専門家ばかりでなくて国民全体が今、委員のおっしゃったようなことについて本心に議論をして正しい認識を持っていたかなければならない。

かかりつけ医とそれから病院の関係についても、それは私どもアメリカの例をよくよく見てお

りますけれども、これも行き過ぎますと、委員御承知のとおり、アメリカではマイナス面も出ております。

そういう全体のバランスのとれた議論をやつて結論を出したいと、こういうことを今お願いをしているわけでありませう。

そして、それじゃ平成十四年に抜本改革をやるという真意は何かという御質問にお答えをいたしますと、まず十四年ということ、これは年にいたしましても仮に年度にいたしましても、もう一年ちょっとしかないわけでありませう。十四年度の予算編成となりますと来年の夏から始まるわけでありませう。ということは、平成十四年度の抜本改革というのは、今可能な最も短い期間にこれをやろうという非常に厳しい私どもの姿勢であるということをお断りいたします。

その上で、それじゃ十四年は年度でいくのか何をやるのかということにつきましては、これは中身次第でございます。我々の希望から申し上げますと、全体についてきちっと答えを出したい、それを目指してやっていきたい、こういうこととさせていただきます。

○今井澄君 厚生大臣、お言葉ですけれども、大臣も先ほどおっしゃられたように、政務次官をやりになったのが八一年、昭和五十六年に政務次官をやられて、その後、六十三年には衆議院の社会労働委員長をやられて、平成二年に厚生大臣をやられている。その後、自民党の中でもずっとこの医療、福祉、社会保障関係をやってこられた。

もう厚生大臣御存じだと思えますけれども、今の例えば家庭医療制度にしろどういうマイナスがあるかとかなんだとかというのは、もうこれ十年も二十年も前から議論されていることなんです。何もきょう私が言っていることじゃないんです。こんなことはもう語り尽くされていることじゃないですか。

包括払いがいいか出来高払いがいいかということも、これももう古い課題なんです。だから私

は、前回の、一九九七年に患者自己負担増抜本改革は二〇〇〇年までにやりますと言った後の一九九八年の予算委員会でも、この国民福祉委員会でも、当時小泉厚生大臣でした。総理大臣はたしか橋本龍太郎さんだったと思います。この分野は専門の皆さんです。私はお二人に對しても、ほぼ議論は出尽くしている、あと問題は選択ではないだろうかと申し上げたんです。当時の厚生大臣はおっしゃるとおりだと。もはや、どれを選択するかだということなんです。

ところが、その選択でござんちやござんちや、例えば出来高払いと包括払いがいい例ですよ。このメリットとデメリットは何かと云うたら、もう厚生省の比較対照表は十年も二十年も前に出ているじゃないですか。簡単に言えば、どっちが得かで争っているだけですよ。それは診療は出来高の方がやっただけ請求できるから、あるいは必要のないこともできるから、もつと言え、患者さんだつて出来高の方がいいわけですよ。風邪で行つて、ついでに貧血と肝臓の検査をしてもらつてきたら、病名を肝臓病の疑いと書けばそれが全部保険で見てもらえるんだから、いいですよ。まさに医者と患者が結託して出来高払いでふやしてきている面だつてあるでしょう。お薬だつて、飲まない薬だつてもらつてくる患者さんいるじゃないですか。医者だつて薬を出すとその分だけ収入がある。まさに、だからという問題があるわけですよ。どっちをとるかという問題なんです。

先ほど厚生大臣が言われたのは、抜本改革は何かといつたら、高齢者医療制度をどうするかという問題だ、また高齢者の医療費をどうやって減らすかという問題だ、またその高齢者の医療費を見つめるために安定した公費財源の確保をどうするか、こういう主な三つの点を挙げて言われたわけですよ。まさに、これは財源論なんです。国民あるいは医療機関の側も医療の現場で働く医者も看護婦ももう嫌気が差しているのは、財源論はわかつた、だけれども財源論だけ言うんだつたら公共

事業を減らして持つてくればいいじゃないかと。私はその方が正論だと思いますよ。だって、日本の医療費は、GDP対比、国民所得比でも、今OECD諸国の中でびりから三分の一のところでしょう。だつたら、もつと医療費をふやした方がいいと思ひますよ。そつちの方が正論になるわけですよ。だから、財政論だけじゃだめなんです。だからこそ私は中身の問題も申し上げた。

そこで、大臣が老人医療費のことを言われたから、きょうお配りした資料、これはあつちでもこつちでも何年も前から配っているのでもう嫌気が差している方もいるかもしれないが、これは一九九八年度の一人当たり老人医療費の都道府県別比率。一番左の棒グラフは全国平均ですけれども、これをお配りしているんですが、真ん中よりちょっと左に長野県というのがあります。隣りに山梨県があります。もうちょっと左の方に行くと山形県があります。山梨県は委員長の御出身の県であります。山形県は、かつてこの委員会で議論をともした阿部議員の出身地でもあります。こういうところは低いですよ。

今のは冗談としても、長野県は医療費が一番低いから、じゃ医者にかかれなくて不幸な目に遭つていないか。そんなことはないですよ。平均寿命は全国一と言つてもいいです。男は第一位、女は第四位。こつちの国勢調査でどう出ますか。それでみんな結構幸せに暮らしているわけですよ。つい最近、私の後任の院長が「がんばらない」という本を出して、NHKの朝の番組にも出ました。心の通う医療をやる点でも私どもは誇りに思つております。予防活動でも誇りに思つていらっしゃる。長野県並みの医療費にすることができるとすよ、同じ日本人だつたら。

もちろん、それだけとは言えない。例えば、長崎県にある風土病が多いとか、いろんなことがあります。名前を挙げちゃつて申しわけないんですけれども、ある土地にはある病気が多いとかいふこともいろいろありますから単純には言えないけれども、私は長野県並みの老人一人当たりの医療

費でやって日本人は幸せに暮らせると思っ  
て、お年寄りが。長野県並みにやれば、老人  
医療費はあつという間に一年間で一兆数千億浮く  
わけです。これはもう火を見るよりも明らかで  
す。

一方で、一番これ高いのが北海道ですね。とこ  
ろが、去年の例でこれ逆転して福岡が一位になっ  
たということですね。福岡や北海道あるいは  
高知、そういうところが高いのはもう一枚の方に  
あります。これは平成六年度で、私もちょっと  
データを更新するのを忘れていました、きのう慌  
てて厚生省から平成十年度の分はいただいたん  
ですが、基本的には変わってないんです。これは老人  
医療費ではありませんが、入院の医療費、北海道  
や福岡は入院医療費が多いわけです、高知県も  
老人医療費が高いというところは入院医療費が多  
い。入院医療費の高さとそこにある人口十万人当  
たりのベッド数の多さとは関係する。病院が多  
ければ多いけどその土地の人は幸せのように思  
うかもしれないけれども、私は長野県の人が不幸  
だと思いません。そんなに不満を言っていると思  
いません。何かおかしいんです。

それからもう一つ、外来の方は申し上げま  
せんが、京都、大阪が非常に高いですね。これは外  
来薬が高いんです。同じ高血圧だと京都と大阪と  
比較しても、千葉とか東京周辺と大阪、京都じゃ薬  
代が物すごい違う。大阪の風邪と千葉の風邪がど  
う違うのか。これは非常に不思議な話ですけれ  
ども、同じ日本人でありながら。

要するに、むだがあることは事実だから、医療  
費のむだをなくす、医療費の財源対策や財政政策  
をやることは私も大事だと思うんですよ、これか  
ら高齢化が進みますので。だったら大臣、緊急に  
手をつけなければならぬのは、老人の薬剤費の  
負担をどうするか一割負担にするとかなんとか  
というそんなことよこして、今度だつてする  
でしょう、老人の定額負担から定率一割負担にす  
る、上限を設ける、それでこれから増収できる分  
は千二百二十億というんですよ、厚生省の試

算では。長野県の医療費並みにすれば一挙にその  
一けた上の一兆数千億老人医療費が節約できるわ  
けですよ。そうしたら手をつけるべきことは何  
か。大胆に申し上げましょう。不必要な病床数を  
減らすことじゃないですか。

実は、けさ見てきたある医療情報関係誌ですけ  
れども、きのう都内で日本医療経営コンサルタン  
ト協会の月例の研修会が開かれたそうです。そこ  
で、日本医科大学の岩崎常務理事、これは長崎  
で離島医療をやっておられて、厚生省に入られて  
やられた地域医療、そういうものの専門家でい  
らっしゃるわけですね。それから東北大学の濃沼  
教授、この方から私は個人的にもまた民主党とし  
てもお話を伺いました。要するに、急性期病床を  
六十万床ぐらいにしたらどうか。日本の病床を  
今の半分ぐらいにしたらどうかということがもう  
提案されているんですよ。

私は、今度の医療法改正だつてそうだと思うん  
ですよ。いや、差し当たってはすぐ減らすわけに  
いかないでしょう。それは病院に勤めている職員  
もいる。病院の経営者もいる。そこに入院してい  
る患者さんに出ていけと言つたつて、出ていけな  
いことがある。だけれども、例えば十年後にある  
いは五年後に半分に減らしますよと。職員は倍に  
すれば失業はないわけです。平均入院日数を半分  
にすれば患者さんもいいし、医療費も助かるわけ  
です。

じゃ、あと残った半分の病院をどうするのか。  
それは悪いけれども介護施設に変わつてもらうし  
かないわけですね。介護施設に変わつていただくな  
ら介護施設でやっていただけるわけですね。ただ、  
病院という看板じゃなきゃ嫌だ、老人ホームじゃ  
嫌だと、こういうわがままは許されぬし、病院  
という看板がついているから、実は介護施設なの  
に入つたら点検はやられるわ、検査はやられる  
わ、これじゃ患者もたまつたものじゃないです  
よ。私はこういう方向を出すことが抜本改革じゃ  
ないかと思うんですけれども、大臣、いかがで  
しょうかね。

ちょっと済みません。老人医療の慢性疾患につ  
いての治療マニュアルをつくらうと厚生省は来年  
度予算で研究費を要求しております。何かその  
ことに対して、どうもある業界団体がブレイキ  
をかけているといううわさも聞くんですが、そう  
いうことはあります。私は、治療マニュアル、  
必要だと思ふんですよ。お年寄りには一人一人違  
いはありますけれども、大体決まっているんで  
す。

○政府参考人(伊藤雅治君) 国民の間に非常に頻  
度の高い重要な疾患につきまして、厚生省とし  
ては医療技術の標準化といいますが、そういう  
ことを検討する検討会を設置いたしまして、そし  
てそれらの疾患につきまして医学文献を評価の  
上、診療のガイドラインをつくるという検討結果  
をいただいているわけでございます。その検討結  
果を受けまして、私どもいたしましては学会が  
そういう標準的なガイドラインをつくるというこ  
とに對しまして、厚生省として補助金で支援をし  
ている、こういうことを今やっているとござい  
ます。

○今井澄君 じゃ、厚生大臣、改めてお聞きしま  
すけれども、こういう財政問題を考えるのは大事  
です。保険制度も大事ですけれども、老人医療に  
今問題があるとすれば、一つは老人の病床を減ら  
すこと、社会的入院をなくすこと。それからもう  
一つは老人の定型的な病室については全面的に包  
括性を基本にしてやる、それでマニュアルはつく  
ると。こういう方向を、今すぐできるかどうかは  
別として、示すことが抜本改革じゃないですか。

○国務大臣(津島雄二君) 委員も今すぐできるこ  
とではないとおっしゃいましたけれども、そのよ  
うな議論はこれまでずっとやってまいりました  
し、それから先般、総理に報告書を出された有識  
者会議でもその問題点は全部触れておられるわ  
けであります。

委員の御指摘は、一つ一つについて反論する必  
要はないくらい私の胸に落ちるところもあります  
よ。何で日本で人口当たりの病床がこんなに多い

のか、その結果として一床当たりの医療従事者の  
数が少ないという結果になっている、そういうこ  
とが適切な医療のサービス体制としていいかどう  
かという議論は我々もやってきて、そして今度御  
提案申し上げております医療法における療養型病  
床群というものを分けるというのはその考え方に  
沿つたものでございます。委員がまさに今すぐや  
るにはいろいろあるだろうと言われるとおり、  
やっぱり関係者の間で本心にきちつとした認識が  
統一をされなきゃならない。

そういう意味で、私は最近は大変に望ましい傾  
向が出てきたと思つております。例えば、専門団  
体の方におきまして、老人医療費がこれまでの  
ようなベースでふえていくということは決してい  
いことではない、これからの医療費の増加のベ  
ースというものはもっと低くて十分いい医療は提供で  
きることであることを初めて公式におっしゃるよう  
になつてきた。

ですから、これまでの議論は遅い遅いとおっ  
しゃいますけれども、そういう皆さん方の意見の  
一致が出てくることを我々は期待しながら議論を  
してきたわけでありまして、今後ともそういう努  
力を重ねて、やるべきことはきちつとやっていく  
こと、それが大事だと思つているところでありま  
す。

○今井澄君 これは繰り返すになりますけれども、  
大臣、先ほども申し上げましたように、私は  
単に遅いと言っているんじゃないで、例えば小泉  
厚生大臣のときに、議論は確かに尽くしている  
る、あとは決断の時だと言われたということもあ  
るんですよ。厚生大臣を前にもやられていたわけ  
です、しばらく離れておられたかもしれないけれ  
ども、やっぱりこの間やってこなかったことが問  
題なんですよ。

それともう一つは、例えば、今回こういうふう  
に病床を分けるにしても、病院というものは基本  
的には急性期の病気を診るものです、慢性期とい  
うのはむしろ生活のお世話ですからこれは病院で  
はありませんというぐらゐまで言い切つちゃつ

て、五年後や十年後にはこうしますよ、だから皆さん、今病院をやっておられる方はどっちの道を選ぶのか今から準備をしてくださというともやらなきゃだめなんですよ。そうじゃないと、医療現場ではどう考えるかと思ったら、二百床あるうちの半分を急性期にして半分を慢性期にしてとか、半分一般にして半分療養型にするとか経営はよくなるか悪くなるかとか、その間の配置基準をどうするかとか、看護婦は急性期の方は若いのがやって、こっちの方には年寄りのベテランをやつてと。現場の職員になってみればますますわからないですよ、うちの病院どうなるの。毎回毎回医療費の締めつけとか、それ経営合理化だ、ばんそうこうを張るのもセンチを短くしろとか、そんなことを言われながら、そうじゃなくて五年後、十年後の姿をはっきり見せて、さあ、そこに向けてうちはどうするかというのを病院の経営者にも職員にも議論してもらおう。それがあ意味で言ったら行政の責任だと思ふんですよ。私は、そういう意味で物すごい中途半端だと、今度の医療法改正は。

職員の配置基準だってそうですよ。よし、日本は将来は欧米並みに一対一には行きます、五年後にはそこへ持っていく、だから看護婦を集められないような病院は病院をやめてくださいというぐらいのことをはっきり言って、そうすると病院としてはやっぱり看護婦を集める。もちろん地域によって集まらないところもあるから、それは別に考えなければなりません。今、看護婦が足りなくて困っているのは東京、大阪の中小病院でしょう。看護婦の絶対数が足りないわけじゃないんですよ。看護婦が魅力を持って来てくれない病院ですよ。そういう病院を生き残らせるんですよ、はっきり言って。

そういうことははっきりさせて、五年後には一対一にしますと。だから、そっちの道を選ぶのか、看護婦を集める自信がなければ、あるいはお世話の方をやったから病院の看板を外して介護施設になってください、介護保険もできたんで

すから。それをはっきり言わないから病院の現場の経営者も悩むし、職員なんかもますますわけがわからず悩む。患者さんにとつてだつて、どこへ行つてみたらいいかわからない。そのことを私は繰り返して申し上げているんですよ。健康政策局長、どうお思いますか。

○政府参考人(伊藤雅治君) 今回の医療提供体制の見直しに關しまして、医療審議会におきまして病床区分についてはいろいろ御議論いただいたところでございます。当初、急性期病床、慢性期病床というはっきりした形で区分したらどうか、そういう議論もあったわけですが、いろいろ患者さんの状態が変化をするということも踏まえて、今回のような一般病床、療養病床という区分になったわけでございます。

そこで、これらの、特に一般病床の看護婦の配置基準を引き上げることに伴いまして、今後我が国の医療提供体制の中で、病床数が多くて、そして百床当たりの医療従事者が薄く、そして平均在院日数が長いという根本的な我が国の医療の提供体制の構造問題にどのように対応していくかというその点の議論は、結局は中小病院というものを今後医療提供体制の中でどのように位置づけていくかという問題が、やはり現実的なコンセンサスに至らないという問題があるわけでございます。

特に、この中小病院の今後のあり方につきましては、医療審議会におきましても、また社会保障制度審議会におきましても、今後引き続き我が国の医療提供体制の中における役割を検討していくべきだという御提言をいただいております。私もこの提言を踏まえて、我が国の医療提供体制の最も根本的な構造問題については今回の医療法改正だけで決着を図るというところは困難でございますが、今回の一般病床、療養病床という形に区分をいたしまして、法律の施行後二年半後にはすべての病院がそのどちらかを選択しなくてはならない。そして、引き続きこの構造的な問題についてどう対応していくかということにつきましては、中小病院のあり方も含めて、引き続き取り組んで

いくべき課題だという認識でございます。○今井澄君 私は、やっぱりそういう中小病院がどうのという、こういう古い意識でいるからいけないんだと思うんですよ。

つい最近、東京医科歯科大学の伏見助教授が調査研究を発表したという記事があるんですが、今一人当たりの点数でぐっと伸びているのは百床以下の病院だと、専門病院だと。脳外科だと循環器だとか。これは局長も御存じだと思ふんです。むしろ、今本当に医療らしい医療をやる、助かる患者を助ける医療というのは、ある意味でそういうところがやってきているんです。もちろん大病院もやっていきますけれども、本当に腕のあるお医者さんが自分の仲間を集め、やる気のある看護婦を集め、そういうところは看護婦の配置も多いですよ、小さな病院でも。私も実は田舎の病院で

やった経験があるんですけど、私のいた病院は自治体病院では本場に一番多いぐらいの、病床百床当たり三百人の職員を抱えながら経営も黒字でやってきたんです。それで、どんな高度医療にも手を出してやってきました。

私は、やっぱりやる気とそこに集まったスタッフの熱意だと思ふんですよ、本場にいい医療を提供できるのは。病床の規模じゃないんですよ。日本の厚生行政は規模で見ると間違っているんですよ、これまで。大病院が何をやってきたか。この間、事故を起こしているのは何ですか。いい医者をつくっているのはどこですか。大病院じゃないですよ。本場に苦勞してやっている現場の病院ですよ、これは開業医さんも含めて。こういう厚生行政は転換する必要があるわけですよ。

たまたま今中小病院の皆さんが困っているけれども、例えば今看護婦の三対一に一番反対したのは東京と大阪の中小病院でしょう。そういうところが、言っちゃ悪いけれども、本場にいい医療を一生懸命やるという気概でやっていますか。そうじゃないでしょう。戦後は熱心にやっていたけれども、上は病院までつくった、後はまあというふうな病

院じゃないですか。そういう病院はやっぱり退場いただくぐらいの決意がなきゃだめなんです、規模じゃないと思ふんですよ。私はそこるところもちょっと認識を変えてもらいたいと思ふんです。

同時に、厚生大臣が先ほどちょっと言われたことで私ひっかかったことがあるんですが、関係団体、専門団体の御意見をいうことなんです、そしてその中でもだんだん意見が出て、老人医療費を減らそうということに合意ができてつあるということをおっしゃいました。私は違うと思ふんです。

それは多分、恐らく、グランドデザインというのをある医療関係団体が出されたよね。それが、厚生省は医療費全体が今後四％伸びるというのに対して、いや、〇・五％に抑えられるという案が出てくるわけです。だから、老人医療費を適正化しようということについては医療関係団体を含めて当事者も同じだという意味で先ほど言われたかもしれないけれども、私は非常に問題だと思ふんです。その団体が出した案は、小さな病院は除いて、老人病院、大病院を中心にマルメにしようよということなんです。老人の入院医療費をマルメにしてぐっと抑え込めば成長率は〇・五％以下に抑えられるよ。だけれども、外来の方のお薬なんかについてはそれは言っていないわけですよ。

今、老人医療費が伸びているのは実は入院医療費じゃなくて、外来医療費の伸びの方が高くなっているんですよ。老人医療費の伸びの九割は外来医療費だ。ここは大臣、気を付けなければいけませんよ。大きな病院は国立病院が多いですよ。そこに入院している老人の医療費はぐっと抑えましよう。だけれども、一般の診療所に来る老人については枠をはめないでやっていますよ。うと。そんなことになるよとまた老人医療費ふえますね。この辺は十分御注意をいただきたいと思ふます。

さて、その点なんですけれども、先ほどから大臣は関係者のということをやっておりますけれど



も、これは例えば銀行がそうですけれども、銀行もある意味では護送船団方式をやめて淘汰していく、場合によっては国有化もしていくということである。この間金融危機を乗り切ってきたと思うんです。これは中小の、地方の信用金庫や何かも含めて、全部現場の意見が一致してやったんですか。それとも、国難に当たって政治の主導でやったんですか。大臣、いかがでしょうか。

○国務大臣(津島雄二君) 私が長くかかわってきただけで、一つ一つに分野についての御質問でございますが、日本の金融システムを生まれ変わらせる話、これはマーケット、市場に迫られてやむを得ずやらざるを得なかったという面が大きいわけであり、端的に申しますと、あのときの金融再生法は与野党が一緒になって、野党案を十二分に土台に採用させていただいて実現をした。私自身直接かかわりましたけれども、そういう状態であった。したがって、これを施行していくに当たって中小金融機関をどうするかという話は、ずっと一年も二年も後まで尾を引いて、やっと来年度から通常の適用になるということでございます。

恐らく、委員の御質問は、物事を進めていく場合にこちらが配りばかりしていたのでは何にもできないよと、その点は私は賛成でございます。日本の医療制度あるいは医療保険制度の将来をどうするかという問題についても、もう待たないところに来ているという認識は私も委員と共有をいたしております。

ただ、言わせていただきますと、委員の側から、しっかりしたビジョンを出さない、出さないとおっしゃっているけれども、読みようによっては私たちは十分にしているつもりなのでございます。それはちゃんと読んでもらえるかどうかであります。それに加えて、先ほど参考人から御答弁をいたしましたように、現実にはいろいろなタイプの病院が毎日毎日患者さんを診ているわけですから、それなりに地域の医療の需要にこたえているわけですから、そういう意味では一刀

両断にやるわけにはいかない。しかし、そういう状況の中で、委員の言われているような将来への道筋というのは私どもはほとんど明らかにされつつあるというふうな受けとめておるわけでありまして。

○今井澄君 いや、もうこれは水かけ論ですけれども、読みようによって読めるんじゃないか、なんでも、それは、結局ある業界団体に遠慮をして、その人たちの怒らせないように怒らせないよう、本音はこうなんだけれどもということ、ごまかしごまかし来ているわけじゃないですか。今度のカルテの開示の問題だって法律で決めるべきなんですよ。だけれども、じゃ、すぐあしたから開示しろと言って開示できるかといったらできないですよ、出すものがないんですから、見せるべきものがなければ、人に見せられるカルテをまず書いてもらうとか環境整備が必要です。そんなことはわかり切っているんですよ。だけれども、まさにだからこそやる必要があると思うんです。

金融の問題との違いは、金融の問題、もちろん人の命に金融もかかわる問題でありますけれども、急につぶしても何とかなるわけでは、病院の場合は、急につぶすと、そこに人がいるわけですから、入っている人が、これはどうにもならないですよ。だからこそ、金融の場合のように追い込まれて追い込まれて、最後やむを得ず与野党合意で、政策新人類、大臣は大部分はくらかしたり洗脳されたというふうな認識をしておられるようですが、それはともかく、やっぱり政策新人類と言われる人たちの中心に与野党を超えて政治主導でやったわけでは、医療の場合は今パニックにきていない。だけれども、パニックが来たら困るんです、診てもらっている患者さんが、それこそ阪神大震災のときの患者さんが困ったように困るわけですから、そういうために今はソフトランディングをねらって、だからこそ将来の姿を出しておかないと、読みようによっては読めるじゃないか、都合のいいようにばかり解釈して、都合のいいようにばかり読

むわけですから。

私は、その医療関係団体の執行部の皆さんを個人的には信頼しています。大変だと思っているんです。その人たちもある意味では言いたいことがあるんだと思うんですけれども、現場のお医者さんたちや何かまだまだ大丈夫だと思っから、なまじ物わかりのいいことを言うとか妥協をしたと言った下から責められるから困る、そういう立場にあると私は思っています。これはどの団体でもそうです。どの団体でも大体そういうことです。だから、私はそこをはっきり出すべきだということを主張しているわけです。

もう時間がなくなってきましたが、もう一点だけお尋ねしたいと思っておりますけれども、一つは老人医療制度。

今は、老人、七十歳以上だけを一旦とめて、そこをみんなでお金を出し合って、そこからお金を支払っているわけですね。この老人医療がどんだんふえている。その原因は、老人医療がむだが行われているというところが一方であるんです。このお金の出し入れを監視する人がいないわけですから、そこが問題になって、何しろこの制度はやめたいと、お金を出してはいる拠出側も困るというところなんです。私はこれにかかわるものとして四つの案が出ていることはよく承知しているんです。その中で、今の制度の焼き直しのような独立方式、老人を六十五歳であれ七十歳であれ七十五歳であれ一くりにして、老人については特別な立場だし、特別な医療があるからという一くりにする制度は、今までと同じ根本的な欠点を持つものですからこれはやめたい方がいいと思うんですけれども、どうですか。大臣のお考えを伺いたい。

○国務大臣(津島雄二君) 老人保健制度をどうするかというところは、先ほど参考人から御答弁いたしましたように、ここ二、三年間ずっと議論をし、四つの方式を出し、いろいろ議論したけれども集約できなかったということでございます。例えば今の独立保

険方式あるいは突き抜け方式、どれをとりましても今の段階では乗り越えられない難しい障害があるということであらうと思っております。

この間の有識者会議でも議論をしていただいたんですけれども、全体としての印象は、このままでいかぬけれども、しかしどちらの制度に、例えば突き抜けなら突き抜け、あるいは独立の制度なら独立の制度に割り切つてやるよりも、むしろベ

ストミックスを考えた方がいいという御意見の方が多かったと私は考えております。

○今井澄君 もう時間が来たから終わりますけれども、私が申し上げているのは、今私が非常に憂慮するのは、例えば突き抜け方式を強く主張していた支払い者側も今するところと独立方式の方に寄りつつあるんですね。要するに、公費負担がふえれば今までの負担が減るからいいじゃないかというところで手を打とうとしている。私は、この動きは絶対危険だと思うんです。まさに抜本改革に反するものだと思うんです。だから、これまでの独立した老人の医療制度が根本的に欠陥を持っていたとするならば、少なくともその方式だけにとるべきではないということをお願いして、御答弁はもう結構ですので、これで私の質問を終わらせていただきます。

ありがとうございます。

○小池晃君 日本共産党の小池晃です。

健康保険法及び医療法改正案は国民生活に深くかわる法案であります。衆議院では厚生委員会で行った採決という暴挙が行われたわけでありまして、けれども、本院では徹底した審議を行うということとをまず私は求めたいというふうに思っています。その上で、きょうは健康保険法の問題に絞って質疑をさせていただきますというふうに思っています。

健康保険法の問題、この法案の最大の問題は高齢者に対する定率負担の導入であるということ。これは論をまたないわけでありまして、まず最初にこれによって大変な負担増になるケースがある、このことを指摘したいと思っております。

私は、実際の病院のカルテ等から引き出してきた実例でお尋ねしたいんですが、四例挙げたいと思います。

一例は、気管支ぜんそくと脳梗塞で診療所から月一回の往診を受けている患者さん。点数が今まで診療所で千三百三十一点、薬局で千五百一点だと。今までの自己負担でいうと診療所で定額の五百三十円でありまして、これが改悪後は二千六百三十円と五倍になるわけです。

二例目ですが、糖尿病と高血圧で月一回通院中の患者さん。インシュリンの自己注射を自分で自宅で注射をされている。二百床以上の病院にかかっている。こういう患者さんの場合、今まで病院の点数が二千五百八十点、薬局の点数が三千三百二十四点だと。この方の場合、今までの自己負担は定額の五百三十円だけだったわけですが、改悪後は負担の上限に達しますので五千円というところで九・四倍になります。

入院のケース。胆石で腹腔鏡下の胆摘術を受けた。七日間入院したと。総点数が五万五千七百七十五点でありまして、食事代を除いて今までの自己負担は八千四百円。これが改悪後は三万七千二百円で四・四倍になります。

四例目、これは大腸ポリープ、内視鏡的切除する場合。三日間入院をして総点数は一万五千四百十四点。食事代を除いて今までの自己負担は三千六百円でありまして、改悪後は一万五千四百四十円、四・二倍。

こういう負担増になるケースが出るということは事実としてお認めになりますね。

○政府参考人(近藤純五郎君) 御指摘のケースでございまして、その前提などにつきまして詳細な検証が必要だと思っております。お示しされたような患者負担額になるものと考えております。ただ、個々のケースで見ますと、先生が御指摘のケースはすべてふえるケースであったわけでごさいますけれども、負担の方式で一日当たりの定額制から定率制に改めるということでございまして、高い医療費がかかっていた患者さんにつ

きましては現行制度に比べて負担が増加することがあるわけですが、低い医療費であった方につきましては定率制になることによりまして負担が現行制度より低くなるケースがあるというところでございます。

○小池晃君 低くなるケースが事実としてあることはあるでしょうけれども、例えば定額にしても、五百三十円の定額が八百円になるわけですから、これは一般的に言えはふえていくということとは間違った言い方です。

それから、上限の問題を、衆議院の議論でも盛んに上限を設けたんだというふうにおっしゃっております。入院の上限でありまして、これは入院の負担の上限が一万五千円になる場合、いわゆる住民税非課税で高齢福祉年金受給者、こういう方は全国で何人程度いらっしゃるかと、高齢者全体の何%に当たるのか、お示しいただきたい。

○政府参考人(近藤純五郎君) 市町村住民税が非課税の世帯で高齢福祉年金の受給者になられる方でございまして、実績として把握はいたしておりますけれども、国民生活基礎調査の結果などから推計いたしますと、現在約十万人程度ではないかと推計しております。これは老人医療受給対象者の〇・七%に相当いたします。

○小池晃君 高齢者の約〇・七%しかこの一万五千円というのは適用にならないと、本当にごくわずかなんです。

それから、さらにその次の段階。住民税非課税世帯で二万四千六百円という上限ですけれども、これもあくまで一カ月の上限ですから、定率制になる以上は、先ほど示した実例でも、これは低減されても現状より負担はふえるわけですね。理屈の上から言えば、二十日間以内の入院であれば、今まで二十日間の入院というのは定額で二万四千円ですから、二十日間以内の入院であれば今までの負担増になる、大幅な負担増になるケースが出てくるということとは間違いないと思うんですが、いかがでしょうか。

○政府参考人(近藤純五郎君) 入院につきましては、低所得者の方につきまして月額の上限額を引き下げていくわけですが、一般に一日当たりの医療費は一万二千円を超えるケースが多いわけでごさいます。御指摘のような短期間の入院という場合には負担がふえるというケースがあるかとも思うわけですが、入院が長期にわたる、こういう場合につきましては負担減になるのが一般的でございまして。

○小池晃君 短期間の入院の場合は負担増になるんだと。短期間というのは、二十日間以内の入院の場合は負担増になるケースが多いんだと。それから、低所得者対策の問題でいうと、入院については低所得者は上限額が低減をされておりますけれども、今回の改正案の中で外来医療について自己負担の一体どこに低所得者対策がされているのかということについてお示しいただきたい。

○政府参考人(近藤純五郎君) 外来につきましては、お年寄りや過度な負担が生じないように三万円なり五千円なりという比較的低い額の上限額を設定しているわけでごさいます。若い人の場合には、これは入院、外来を問わず高額療養費ということで限度額を設けているわけでごさいますけれども、特にこの老人医療につきましては三千円なり五千円という上限を設けている、こういうことでございまして、低所得者の方々に対します特例は特に設けておりません。

○小池晃君 外来については低所得者対策もないんだということですね。

この問題、衆議院の委員会でも参議院の本院でも、御答弁の中で、総理も厚生大臣も、全体として現行制度とはほぼ同水準の負担であるというふうに繰り返して答弁されています。これは私はおかしいと思うんです。なぜ同水準というふうに答弁したのか。これは薬剤一部負担も含めたものとの比較であるということであって、実態に合わないんじゃないかと思うんですが、参考人、いかがですか。

○政府参考人(近藤純五郎君) 現行制度では薬剤

の定額負担というのは厳然としてあるわけでごさいます。ただ暫定的に特例的に国が肩がわりして埋めている、こういうことでございまして、制度の比較といたしましては、改正前というのが七・七%で、改正後は七・九%という自己負担率でございまして、現行制度とはほぼ同水準なものと、こういうふうには私は認識しております。

○小池晃君 今の議論というのは大変な議論だと思っております。

これは、薬剤の一部負担を含めれば負担水準が変わらないんだという議論でありますけれども、この薬剤の一部負担というのは、御存じのように、九七年の医療改悪で導入された。国民の批判を受けて昨年の七月に免除されているわけでありまして、これは暫定的特例措置だと思っておりますけれども、特例措置だと言われれば、昨年七月からずっと続いているわけですから、これは現場では常態化しているわけです。国民にとってみれば、今のが特例措置だろうが何だろうが、免除だろうが廃止だろうが、負担していないことは負担していないわけでありまして、現在負担していないというところは、これは紛れもない事実なんです。

だから、現行制度との負担水準で比べるとあれば、薬剤の一部負担が免除されている現行と比べて今回の改定によって負担がふえるということでは、これは紛れもない事実だと思っておりますが、いかがですか。

○政府参考人(近藤純五郎君) 先ほど申し上げましたように、薬剤の臨時特例措置というのは、薬剤負担の免除というのは本来的な措置ではないわけでごさいます。そういうことで、制度の比較論として行なう場合には、今回の改正後の特例措置を前提にした比較というのが適当でない、こういうふうには考えております。

○小池晃君 適当でないか適当であるか判断するのは国民ですよ。皆さん方が判断する問題じゃない。大臣、これは事実の問題ですよ、私がお尋ねし



ているのは。要するに、薬剤の一部負担というの  
はもう既に昨年七月からないわけであり。国民  
からしてみれば、これは理屈がどうあれ、どう  
いう理屈づけでなくなっているかというのには別  
にして、払っていないことは払っていないわけであ  
りますから、もしこの制度改正を国民に示すので  
あれば、現行の負担水準と比べて、薬剤の一部負  
担が免除されている現行と比べれば負担はふえる  
んだと率直におっしゃるべきじゃないですか。大  
臣、お答え願いたいと思います。

○国務大臣(津島雄二君) 小池委員のお話を聞い  
ていますと、負担をしない状態がいい、何であれ  
負担をしない状態がいいと聞こえます。私は、患  
者さんの自己負担があるとかないとかいう話は別  
として、だから負担しなきゃならぬ、だからか  
は。私はそのことを聞きたいんです。

それで、先ほどから、やれ一割負担になったら  
お年寄りや気の毒だとおっしゃる。光栄なこと  
に私は高齢者です。そして、例えばポリプの手術  
を受ければ一万五千元今度は負担になる。私は、  
それを若い人にかぶせるより、私が払いたいん  
です。今、それができない状態でしょう。です  
から、負担がふえれば高齢者がみんなかわい  
いという議論は私は思想を異にします。

ただし、低所得者のためには必要なことはや  
らなければならぬ。私どもの案が妥当かどうか、  
それは御議論をいただいて結構でございます。

○小池晃君 話をそらされたけれども、私  
は、あなたこそ老人保健制度の対象者になり  
ましたけれども、あなたが支払うことを別に必要  
ないとは思いませんよ。支払っていただいた方が  
いいんじゃないかというふうに思いますよ、あな  
たのような方は。

私が言っているのは、今回の制度があまねく高  
齢者に定率負担を押しつけるというやり方が低所  
得者対策も極めて不十分な中で大変問題なのは  
ないかと申し上げているのであって、高齢者一般  
が、あなたのような方も含めて、一切負担すべ  
きでないなどとは申し上げておりません。

それから、私の質問に答えていない。今回の、  
それだけ胸を張って堂々とおっしゃるんだつた  
ら、国民に負担増を堂々と示したいじゃない  
ですか、事実なんですから。薬剤の一部負担を現  
在していない現状と比べれば、これはどう考  
えても無理がありますよ、現行制度と負担水準が変  
わらないというのは、負担は明らかにふえるん  
ですから、昨年七月から免除されているんです  
から、そのことを事実として、評価の問題ではな  
く、事実として認められて国民にしっかり私は説  
明するべきだと思ふんですけれども、そのこと  
にお答えになっていないので、もう一回お尋ねし  
たい。

○国務大臣(津島雄二君) それはもうちゃんと資  
料でもあれですから、そのとおりでありますよ、  
特例制度がそうであれば。

ただ、一言申し上げます。今若い方は薬剤費を  
まだ負担していますよ。そのことだけ言わせてい  
ただきます。

○小池晃君 そんなことは承知の上の話でありま  
す。今のは議論と関係ないと思う。

さて、負担増になるんだというふうに大臣もお  
認めになりましたけれども、この負担増が高齢者  
の受診にどのような影響を与えるかということ  
であります。

厚生省、今回の定率負担の導入で、満年度ベ  
ースでどれだけ老人医療費が減少するか、それ  
からどれだけ自己負担がふえるか、見込みの数字  
を示していただきたい。

○政府参考人(近藤純五郎君) 先生御指摘の薬  
剤一部負担がないと、こういう前提で申し上げ  
れば、一部負担は千四百六十億円の増、それから  
療費は九百九十億円の減と、こういうふうに見  
込んでおります。

○小池晃君 医療費が九百九十億円減るんだと  
すると、その高齢者の一割負担で老人医療費、高  
齢者医療費の何%が減少するということになるん  
でしょう。

○政府参考人(近藤純五郎君) 十二年度の老人医

療費の見込みは、予算ベースでございますけれど  
も、総額で十兆六百億円と見込んでおりますの  
で、医療費減少額九百九十億円は一割弱になる  
わけでございます。

○小池晃君 要するに、一割負担の導入によつて  
約一割の医療費が減るんだと、受診抑制が起  
るんだということであります。

さらに、先ほどの自己負担増一千四百六十億  
円ということでありまして、これ高齢者一人  
当たりするとどれだけのことになるでしょうか。

○政府参考人(近藤純五郎君) 千四百六十億  
円が総額でございますが、対象者の方が千四百七十  
万人いらっしゃいますので、年間約一万円弱で  
ございまして、一月当たりで八百三十円程度で  
ございます。

○小池晃君 今回のその定率負担によつて、こ  
れは医療を受けている人も受けていない人も全部  
一緒にした数字でありますから、医療を受ける  
人にすればもっとふえるわけでありまして、  
平均すれば年間約一万円だと。

さらに、先ほどお話あったように、受診が抑  
制される分を含めた給付全体で見ると一人当たり  
一万六千六百円程度、要するに約六千七百円分  
の受診を控えて、さらに一万円分の自己負担が  
ふえるということになるわけでありまして。

私、きょうパネルを用意させていただいたん  
で、すけれども、(図表掲示)これは高齢者の生活実  
態であります。全体で見ると高齢者は豊かななど  
という議論はありますけれども、確かに厚生大臣  
のように恐らくこの辺に入る豊かな方もある  
でしょうが、全体として見れば、これは所得を十分  
に分けて、約七割の方が平均所得未満でありま  
す。これが生活実態なんです。一人当たり年収百  
万円以下が三〇%おられる、こういう実態があ  
るわけです。私、高齢者全体が貧しいというふう  
に言っているわけじゃないです。全体として見  
れば、豊かな方もいらっしゃるけれども、全体とし  
ては極めて下の方に低い分布をしていると、非常  
に貧しい高齢者というのは依然として多いんだと

いう実態があると。

こういう中で、先ほど一万円の負担増になる  
と。それから、介護保険の利用料の徴収、そして  
十月からは保険料の徴収も始まっているわけであ  
ります。年金についてはことしの四月の改定で給  
付の抑制が行われているわけでありまして。こう  
した全体としての社会保障負担の増加、こうした  
今の今回の定率負担による負担増、こういう負担  
増が高齢者の家計に及ぼす影響、これは極めて大  
きいんじゃないか、こういう生活実態に照らせば  
一、二万円の負担増であっても極めて大きいのは  
ないか、そのように考えるんですが、大臣、いか  
がでしょうか。

○国務大臣(津島雄二君) 先ほどから一人当  
たり幾らかという御質問をされておる。そうして  
いて、今の所得分布を出しになっているところ  
というお話。

私は、今回の改正の影響というのは、もっと  
も具体的に、一人一人の国民にとつてどうい  
うふう感じられるかというレベルで物を見て  
いただきたいと思うんです。ですから、所得の低  
い方々に対してそれなりの配慮をしなければなら  
ないというのは当然のことです。

したがって、私どもは、今お示ししている配  
慮がどうか、定率一割負担の導入に当たっては定額  
の月額上限を設け、現行制度とはほぼ水準の御負  
担に頭打ちをしているということはどう評価され  
るのか、さらに低所得者の方々の入院時の負担に  
ついては負担の限度額を現行の三万五千四百円  
から二万四千六百円に引き下げたことをどう考  
えるか、もう少し具体的に考えをいただきたいん  
です。一人当たりどうかということではなくて。

それから、さらに申し上げますけれども、社会  
保障のコストというものは高齢化が進みますと当  
然ふえていくわけでありまして。これをどのように  
してみんなが分かち合うかということとは国民全  
体の共通の問題であります。その場合において、私  
どもは高齢者という名のもとに一切合財負担は悪  
であるという考え方はとらないんです。高齢者も若

い方が負担をしているということを考え、またもし負担をしなければその分は保険料やあるいは一般会計から国民の税金でいたかなければならないということも考え、どういふやり方が一番お互いに理解をし合えるかという議論をしているところでございます。私は平均してどうなるかという議論に対してはお答えをする立場ではございません。

○小池晃君 厚生大臣であれば、国民全体がどうなるか、平均でどうなるのかということに対して明確なやっぱり見解を示すべきですよ。こういう負担増が今の高齢者の生活実態に照らしてどういふ影響を与えるか、これをお答えを避けましたけれども、私、答える責任があると思いますよ。

それから、具体的に言っていないと言われましてけれども、私、具体的に今まで議論してきたんです、具体的にこれだけふえるケースがあるじゃないかと。それから、負担の上限というけれども、低所得者対策になっていないんじゃないんですかと。一万五千円の低減というけれども、わずか〇・七％しか適用にならない。二万四千六百円の軽減といつても、二十日間以内の入院であれば、先ほどおっしゃったように、一日単価一万二千円を超える例が多いわけですから、こういうケースはほとんど軒並み負担増に現状ではなるわけでありまして、そして、外来については低所得者に対する対策が全くされていないじゃないですか。

こういう中で、所得に関係なく一律に定率の負担を課すというやり方が、こういう生活実態にある高齢者の生活に果たして打撃を与えるものではないのかと、私、具体的に申し上げているんですよ。お答えいただきたい。

○国務大臣(津島雄二君) 具体的に私もお答えしているものであります。一人一人の高齢者の方、所得の多い方も少ない方もあるでしょう。低所得者対策として外来には定額の上限を設けました。入院の費用は下げました。そういう形でお互いに負担を分け合いましようという極めて具体的なお答えをしているわけでございます。これは平均

して一人当たり幾らという議論よりずっと私は意味のある議論だというふうに思っております。それからもう一つ、委員の御質問で欠落しておりますのは、どういふ医療サービスを受けるかという事です。さっき、例えばこういう手術を受けなければこういう負担になる、それは一割だからそれうなる、こうおっしゃった。しかし、それはそれだけの良質の医療サービスを受けているわけでありまして、その医療サービスを支えるためにだれかが負担しているんですよ。天から降ってきているんじゃないんですよ。その場合に、その医療サービスを受けた方はこの程度持っていたら、それ以外は保険でみんなが持とう、こういうお話を皆さん方に申し上げているわけで、バランスのあるひとつ判断をしていただきたいと思っております。

○小池晃君 おかしな議論だと思えますけれども、私は、やはり窓口の自己負担というのが直接に患者さん、高齢者にとっては襲いかかるわけでありまして、その負担が全く考慮されていないんじゃないかというふうに申し上げているわけでありまして、この程度の負担であれば、恐らく大臣は影響ないんじゃないかという、先ほど低所得者対策がやられているから大丈夫だということでありまして。しかし、私はこれは既に実証されていると思うんです、こういう負担がいかに大変かという事は、これは介護保険であります。

先ごろ厚生省が発表された数字でも、介護保険で一七・七％の方が今まで受けていたサービスより利用を抑制しているわけですね。私、これは机上の空論じゃなくて、定率の一割負担というのが今の高齢者の生活にとってみればいかに過酷な負担になるかというのは、既にこれは介護保険で実証されているわけですよ。それにもかかわらず医療にまで広げるのかと、そして低所得者対策だといって不十分じゃないですかというふうに申し上げているわけでありまして。

これはもう実証されているにもかかわらず、今の御答弁でもあるように、まともにその検討も反省もなしにもう定率負担、医療にまで広げようというやり方であるという事は、私、到底これは認めたいというふうに思っています。この定率負担の問題でちょっと補足でお聞きしたいんですけれども、衆議院の議論を通じて上限の設定の仕方についていろんな議論があつて、最初は院内処方か院外処方か、これによって医療機関ごとに上限額を設定する。要するに、薬局の持ち分と医療機関の持ち分を設定するということをお示しになった。ところが、その後、患者ごとに設定するというふうに変更されましたね。これで新たに矛盾が生まれてくるということについてもちょっと触れたいと思うんです。

例えば、毎月検査のために来院している方がいる。この方が例えば二百床未満の病院で処方がないとすると、この方の上限は三千円でありまして、ところが、この人が月初めの来院で例えば三千円の上限額に達した、三千円払うと、その後予期せぬ風邪なんか引いてかかったと、院外処方せんが出た、そうすると病院の上限は千五百円になるわけですよ。そうすると、この差額の千五百円は一体どうなるんでしょうか。

○政府参考人(近藤純五郎君) 個人単位にするかどうかということにつきましては、現在関係団体と話し合いを進めているところでございまして、まだ最終的な決定ではないわけでございますけれども、その方向で検討させていただいてるわけでございますが、先生御指摘のようなケースでは、最初に院内で処方されていて、あるいは処方が出て、最後になって院外処方が出てくる、こういうケースだと思えますけれども、こういう場合には、医療機関は大変でございまして、こういう場合をさせていただくと、こういうふうに今考えております。ケースとしては極めて少ない、こういうふうに認識しております。

○小池晃君 非常にわかりにくいし、手間なわけでありまして、二百床未満の同じ病院に、例えば糖尿病で通院しているAさんとBさんという人がいる

とする。これは二人とも診療費が三万円だとする。Aさんは処方がない、Bさんは例えば五千円分の処方があるとする。そういう患者さん、同じ病院で同じような医療を受けている人です。この場合、Aさんの自己負担というのは、これは病院のみでありますから三千円ということになる。一方、Bさんは病院で処方せんが出ていますから千五百円になる。薬局は一割ですから五百円、すると合計で二千円だ。

このように、処方せんが出た途端に同じような医療内容で同じ病院にかかっている、処方せんが出る人と出ない人で負担額が変わってくるという事は、これは新たな矛盾なんじゃないか。全体の医療費が高いのに自己負担は逆に少なくなる。これが公平なんでしょうか。

○政府参考人(近藤純五郎君) 今回の外来の一部負担につきましては、定率制の一割定率、その上で比較的低い上限額を設けたと、しかも医薬分業が進んで院外処方の割合も多くなったと、こういうことで無視し得ないと、こういうふうな中でどういふ選択をするかということでございます。

私どもの考え方としては、窓口での患者負担が月額上限額を超えないようにする、それからお年寄りに償還の手間暇とか医療現場で無理な事務負担を課さない、この二つの条件を満たすようなやり方を考えて、当初は主として院外であるとか院内であるとかいうふうなことで、医療機関ごとにそういうことをやろうということであったわけでございますけれども、これもいろいろ矛盾が出てきたと、こういうことで、患者負担にした方がより矛盾は少なくなる、こういうことであるわけでございます。

したがって、患者ごとに負担が異なるというようにするためには、個々の患者の負担額につきまして医療機関と薬局を通じて負担合計額を常時把握し合う、こういうシステムができれば先生が御指摘のような矛盾は生じないわけでございますけれども、実際、医療機関と薬局で連絡をとり合うというのは、一回や二回はできるでしょう

けれども、常時できるとは限らない。現実的には不可能であるということで、先生御指摘のようなケースも場合によってはあろうかと思うわけでございますけれども、これは今のような問題の中で仕組むということでございますので避けられないと、こういうふうに思っているわけでございませう。総合的に勘案すれば、これから提案申し上げようという案が最も適切ではないのかな、こういうふうに思っているわけでございませう。

○小池晃君 何か矛盾を解決する案のように説明されていましてけれども、これでも矛盾はあるわけであります。そもそも定率負担を導入することによってこういう矛盾が生じると私は思います。

さらに、高額療養費制度の改悪の問題について議論を進めたいと思うんですが、これは高齢者以外も負担増になっていくわけであります。この高額療養費制度の改定によりましてどういう事態が生じるか、これも実例でお示しをしたいと思います。

まず一例目、脾臓がんで手術した例、三十日間入院した患者さんです。点数は二十五万二千五百六十点。今までは六万三千六百円だった負担が改悪で八万五千六百七十六円、二万二千七十六円の負担増であります。この方がもし上位所得者だと十四万九千六百六十六円になりますので、七万七千三百六十六円の負担増。

二例目ですが、肺がんで手術した場合、二十四日間入院した患者さん。これも実例ですが、点数は十三万三千九百九十九点。今までは六万三千六百円の負担が改悪で七万三千八百二十円、一万二千二百二十円の負担増です。上位所得者だと十二万九千一百十円、六万五千五百十円の負担増になります。

三例目、心不全と糖尿病で二十二日間入院した患者さん。点数は九万八千四百九十九点。この方の場合、今までは六万三千六百円の負担が改悪で七万二千六百六十二円の負担増。上位所得者だと十二万五千五百五十二円となりまして、六万一千九百五十二円の負担増。こうした負担増になるという事実はお認めにな

りますか。

○政府参考人(近藤純五郎君) 先生が事前にお示しいただいておりましたので、私も検証しましたところ、御指摘のような金額になるかと存じます。

○小池晃君 この高額療養費制度の改悪によって患者負担増がどうなるかということでありまして、これまた患者一人当たりでどれだけになるか、お示しいただきたいと思っております。

○政府参考人(近藤純五郎君) 現在、高額療養費に該当する方々の平均的な医療費でございますが、一月六十六万円程度でございます。したがって、計算式で当てはめますと、一般の方で三千四百円程度の増、それから上位所得者に該当する方で平均的に五万九千円程度の負担増になります。

○小池晃君 さらに、この高額療養費制度を支える側の問題でちょっと見てみたいと思っております。

今回の高額療養費制度の改定を保険料負担に置きかえるとすると、被保険者一人当たり一体どれだけの額に相当するのか、お示しいただきたい。○政府参考人(近藤純五郎君) 今回の高額療養費の見直しによりまして、保険料負担がその分だけ減少することになります。これは事業主負担でございまして、それから国庫負担を除きました被保険者本人一人頭で申し上げますと、政府管掌健康保険では年に三百円程度、それから健保組合では年に四百円程度、国保では年に四百円程度というところでございます。

○小池晃君 高額療養費制度の対象となるというのは一体どういうケースか。これはもう御承知のとおり、悪性腫瘍で手術するとかあるいは心臓病や脳卒中で急性期治療をやるという事態ですね。そういうときに、経済的な負担までさらにかぶさってくるということが、果たしてこんなことで救いがあるのかということだと思っております。厚生省の答弁では医療を受ける者と受けない者の負担の公平というふうに盛んにおっしゃってお

られました。ところが、先ほどお示しいただいた数字を見ても、この高額療養費制度、今回の改悪の部分、保険料負担に置きかえると年間せいぜい三百円から四百円程度だということになるわけですね。

これは重い病気になったときの負担軽減のためこの程度の保険料負担をするということに被保険者がクレームをつけたら、言っているんだらうか、私、こういうことに不公平感を持つんだらうかと。そんなことよりも、むしろ大変な病気になったときのために、きちっとしたセルフティーンネットとして、定額の上限として安心して金額が示されている方が国民にとってみればずっと安心できる制度なんじゃないだらうか。医療保険制度の本旨に照らせばそちらの方がずっと意味があることなんじゃないだらうかというふうに私は考えるんですが、大臣、いかがでしょうか。

○国務大臣(津島雄二君) 何度も御答弁しておりますが、この医療保険というものはみんな負担を分かち合う制度でございます。高額な医療の費用も被保険者などだれかが負担をするものでございまして、医療を受ける方にも自分の負担を分かち合っていたらどうかというところは、これは基本的に必要でございます。

今、参考人から御答弁いたしましたように、平均的な高額医療費を払っておられるケースで、今回の改正によりまして負担がふえるのが三千四百円程度であると。高額な医療を施していたら、そして受けた側も自分の負担をするという場合に、その程度金額もお願いしてはいかぬという考え方には私は同意することはできません。○小池晃君 私、これこそ平均で論じるべき問題じゃないと思っております。これはやはり大変な事態なわけですね。一千万円を超える医療費がかかることだとして、例えば厚生大臣、あなただとしてどういうことになる可能性だとしてあるわけですか。そういうときのための安心の制度として高額療養費制度があるわけですよ。だから、平均でこの程度だか

ら大丈夫だという議論は、これこそ私、通用しない。

やっぱりセルフティーンネットとして、幾ら大変な病気になっても定額であるんだということの意味というのには極めて大きいだろうと。それを、全体で分かち合うことを何も私は否定していません。むしろ高額療養費制度としてきちっとした定額で設定されていることの意味が極めて大きいんじゃないかと聞いているんですが、いかがですか。

○国務大臣(津島雄二君) 先ほどの御答弁を繰り返すばかりではないと思っておりますが、例えば月に一千万円という非常に高度な医療サービスを受けた。その場合に、あなたは十六万円を払うことに反対するか、ちゅうちょするかというところでございませうが、若い方々に一千万円を払うことと比べて、私は十六万円を払うことは払っていただきたい、私はそういうふうに思っています。

○小池晃君 一人が一千万円払うわけじゃないんですから、そういうデフォルメした議論は私はやめていただきたい。分かち合えばそれはどの大きな負担ではないじゃないかということはお示しいたとおりであります。

負担のことをおっしゃるけれども、これだけじゃないんですよ。高額療養費を受けるようなケースというのは、差額ベッドが取られたり、保険外負担も大変大きいケースが多いわけですね。一方で、収入の道を断たれるというケースもあるわけですね。そういうときに、きちっとした上限が設定されていることの意味は、これはセルフティーンネットとしての医療保険の本旨に照らして私は大きな意味があるだろう、それを何で崩すんですかというふうに言っているのに、まともにお答えにならない。私は、重病になった患者さんにコスト意識を持ってと言っているという負担を押しつけるやり方というのは到底認められないというふうに申し上げたいと思います。

その上でさらに、高齢者の医療費の問題について議論する際に厚生省は、老人の一人当たりの医療費が若人の五倍というお話をされる。この内訳をどう見るかということなんですが、これは五倍といっても、内訳を見ますと、一日当たりの診療費は外来で一・二倍、入院では〇・九倍です。それから、一件当たりの受診日数を見ても、外来は一・四倍、入院は一・三倍とほとんど変わらないわけですね。

一件当たりの診療費、それから受診率で比較するとどうなるでしょうか。

○政府参考人(近藤純五郎君) 一件当たりの医療費でございますが、入院で一・二倍、それから外来で一・六倍でございます。それから、受診率では入院で六・二倍、外来で二・六倍でございます。これは平成十年度の医科の医療費の実績でございます。

○小池晃君 老人医療費が若人の五倍というふうな言と、何か五倍濃厚な医療を受けているような印象を与えるんですが、決して実態はそうじゃないわけですね。一件当たりの診療費で見ると、実際には入院で一・二倍、外来で一・六倍。日数も余り変わらないわけです。違うのは受診率だと。

これはどういうことかという、一人当たり老人医療費を、健康な人も病院にかかっている人も全部一緒くたにして高齢者の人口で割っているからこういう数字が出てくるわけで、当然、若人は病気の人が少ないですから一人当たりの医療費は少なくなるわけです。これは生物学的に当然のことでありまして、十人の老人と十人の若人がいれば、老人の方に五人病気の人が多い。これはいわば当たり前のことなんです。

この格差が問題だとおっしゃるのであれば、この格差をどうやって減らすのかということであれば、この受診率がどうなんだと。年をとっても病院に行かなくても済むように健康づくりを進めることだ、それから、がんの早期発見とか、あるいは心臓病、脳卒中の予防のための早期治療、コン

トロールをきちっとやっていく、これこそ求められているんじゃないだろうか。

それなのに、今回の制度改悪のように自己負担を強化して病院に対するアクセスをしにくくする、病院にかかりにくくするということは、老若格差の是正という点からいっても、むしろ早期発見、早期治療をおくらせて、逆に、結果として老若格差を広げることになるんじゃないか、まさに逆行じゃないかと思うんですが、大臣、いかがですか。

○国務大臣(津島雄二君) しばしば答弁をしておりますように、高齢化の進展により老人医療費がどんどんふえておりまして、これが高齢者ほどより若い方々に非常に大きな負担になっている。つまり、高齢者の療養費を健保組合あるいは政管健保で払っていただいているわけでありまして、相当大きな負担になっている。これは恐らくあなたもお認めになると思います。

このような現状を踏まえて、今回の改正は、老人の一部負担を見直し、定率負担制を導入して若い方々とのバランスを考慮していただきたい、若い方は、御本人は二割、御家族は三割自己負担をしていただくわけでありまして、そのバランスも考えていただきたい、こういうことをお願いしているわけでありまして、この一割負担の導入に当たりましては、定額の月額上限を設け、高齢者の方々に無理のない範囲内で現行制度とほぼ同水準の負担をお願いしている、それからまた、低所得者の方々の入院時の負担につきましては現行制度より限度額を引き下げるなど、高齢者の状況に応じたきめ細かな配慮を行っているところであります。

お年寄りにとって必要な受診が抑制されるということにはつながらないと考えております。ちなみに、老人医療費は、昭和四十八年に老人医療費無料化制度が創設をされてしばらくやってまいりましたが、これを改めて一部負担をお願いする直前の状態で、今の委員のおっしゃる生物学的な状況、つまり若い人に比べてどのくらい医療費が多いかということは大體五倍でございますし

た。その後、自己負担をお願いして今日まで来ておりますが、この数字は変化をしております。○小池晃君 だから、そういう自己負担を強化するやり方が効果がないということが明らかなんです。

さらに、お年寄りの医療費を抑制する必要があるというふうにおっしゃるんですが、将来の医療費推計の問題についてちょっとお聞きしたいと思っております。

九十七年九月の厚生省の推計では、二〇二五年の国民医療費というのは百四兆円でした。この国民福祉委員会の調査室の資料にもその資料が載っております。ところが、これが最近大きく変わっております。先ごろ社会保障の有識者会議に提出された最新推計では八十一兆円だった。この三年間で二十兆円、二〇二五年の国民医療費が減少した。この理由は一体何でしょうか。

○政府参考人(近藤純五郎君) 将来の推計でございますので、現状を起点といたしまして、現在の医療費の伸び、こういうものを見込んで上で推計をするというところで、宿命的に医療費推計というのは時点時点で異なってくるわけでございます。

しかも、二十五年先を見込むわけでございますので、ある程度の狂いというのはお許しいただきたいと思うわけでございますが、前回と今回で違いで申し上げますと、医療費全体の伸びというのが、平成九年の推計時点では制度全体で約四％毎年伸びるという推計をいたしていたわけでございますけれども、今回の推計では直近の実績も踏まえまして見直しを行っております。制度全体といたしまして三％伸びるということで、一％の差があるわけでございます。これを機械的に伸ばすというところでございますので、二十五年間で見ますとやはりこの程度の差が出てくるのはやむを得ない、こういうふうな考えております。

○小池晃君 三年前は医療費の伸び率は年間四％、それが三年たつて三％になった。なぜこんなふうになっているかという、今御説明があったように、最近の一人当たり医療費の

伸び率が鈍ってきていることだと思っております。国民医療費全体についてももちろんそうだし、老人医療費についてもやはり一人当たりの医療費の伸びというのは鈍ってきているという実態があるわけですね。

この一人当たり医療費の伸びに加えて、さらに厚生省の推計では、人口高齢化による医療費全体の伸び率への影響も、これまでピークにあったけれどもこれからは次第に下がっていく、今後は高齢化による医療費の伸び自体も鈍化していくというふうにされていると思いますが、よろしいですか。

○政府参考人(近藤純五郎君) 確かに、御指摘のとおり、これから人口の高齢化に伴う影響というのは次第に鈍化するだろう、こういうふうな考えをしておりますけれども、しかし当面はかなりの急速な勢いで高齢化が進みますので、若干低下するというものではございますけれども、高齢化によりまして医療費の増加というのは今後二十年間以上の長期にわたって続くだろう、こういうふうに見込んでおりまして、その累積効果というのは大きなものになる、こういうふうな考えております。

○小池晃君 高齢者一人当たりの医療費の伸びというのは鈍ってきているわけでありまして、さらに、高齢化による医療費全体の伸び率は今後鈍化していく。今おっしゃったように、高齢者の数自体はもちろんふえますから、累積すれば額はふえる、これは当たり前であります。しかし、額はふえるけれども伸び率は低下すると。

これは、高齢者の数がふえるということ自体は当然喜ぶべきことであります。数がふえる分までそれを補う形で医療費を抑制しようとする、そのために、これ以上政策的に高齢者一人当たりの医療費の伸びを抑制していくことは、これは医療の質の低下を招くのは間違いないというふう

に思っておりますが、いかがですか。

○国務大臣(津島雄二君) 委員は、医療費全体の額が減っていけば、減っていけばいいというか伸びが鈍化すれば医療の質は低下することは間違いない

さらに聞きたいと思うんですけど、健保財政の問題でありますけれども、健保財政の悪

だろいかというふうに考えれば、これはまさに弱っている労働者や中小業者を支えることなん

例えば、製薬企業大手十五社、この三年間の経常利益、一〇％伸びているんです。そういうこと

きょうは健康保険法の問題に絞らせていただき  
ですね。

ましたけれども、次は医療法の問題、医療供給体制の問題も議論させていただきたいと思いますが、きょうの議論を通じて私は新たな問題も浮かび上がってきたというふうに思っています。これは、やはり衆議院のようにああいふ強行採決などということは断じてさせるべきでないし、徹底的に時間を尽くして討論すべき問題だということがますますはつきりしたというふうに思っています。

引き続き議論をさせていただきたいということをお願いして、私の質問を終わります。

○委員長(中島真人君) 本日の質疑はこの程度とし、これにて散会いたします。

午後零時一分散会

十一月十日日本委員会に左の案件が付託された。

- 一、介護保険の緊急改善、医療費自己負担引上げ反対に関する請願(第七二五号)(第七二六号)
- 一、高齢者定率一割負担、医療費負担限度額の引上げなど患者負担増の中止に関する請願(第七二七号)
- 一、介護保険の改善及び医療保険の改悪計画反対に関する請願(第七二八号)(第七二九号)
- 一、介護保険の緊急改善に関する請願(第七三〇号)(第七三一号)
- 一、国立病院及び療養所における院内保育所の改善等に関する請願(第七七八号)(第七七九号)
- 一、男性助産婦導入反対に関する請願(第七八〇号)
- 一、ウイルス肝炎の総合的対策に関する請願(第七八一号)
- 一、てんかんの総合対策に関する請願(第七八二号)
- 一、国立病院及び療養所の廃止、移譲及び独立行政法人化反対等に関する請願(第七八三号)(第七八四号)(第七八五号)

- 一、小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願(第七八六号)(第七八七号)(第七八八号)(第七八九号)(第七九〇号)(第七九一号)(第七九二号)(第七九三号)(第七九四号)
- 一、介護保険の緊急改善に関する請願(第七九八号)
- 一、介護保険の緊急な改善に関する請願(第七九九号)
- 一、患者負担増反対及び介護保険の改善に関する請願(第八〇〇号)
- 一、在宅介護利用料の引下げ等介護保険の緊急改善に関する請願(第八〇一号)
- 一、小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願(第八〇二号)(第八〇三号)(第八〇四号)(第八〇五号)
- 一、国立ハンセン病療養所の存続等に関する請願(第八〇六号)
- 一、国立病院及び療養所における院内保育所の改善等に関する請願(第八〇七号)(第八〇八号)(第八〇九号)
- 一、遺伝子組換え作物・食品の安全性の審査に関する請願(第八一〇号)
- 一、患者負担増反対及び介護保険の改善に関する請願(第八一五号)
- 一、小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願(第八二六号)(第八二七号)
- 一、国立病院及び療養所の廃止、移譲及び独立行政法人化反対等に関する請願(第八二八号)(第八二九号)(第八三〇号)(第八三一号)
- 一、国立病院及び療養所における院内保育所の改善等に関する請願(第八三二号)(第八三三号)
- 一、遺伝子組換え作物・食品の安全性の審査に関する請願(第八五九号)
- 一、患者負担増反対及び介護保険の改善に関する請願(第八六二号)
- 一、小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願(第八六三三)(第八六四号)(第八六五号)(第八六六号)

- 一、国立病院及び療養所の廃止、移譲及び独立行政法人化反対等に関する請願(第八六七号)(第八六八号)
  - 一、国立病院及び療養所における院内保育所の改善等に関する請願(第八六九号)
  - 一、患者負担増反対及び介護保険の改善に関する請願(第八七一号)
  - 一、小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願(第八八九号)
  - 一、国立ハンセン病療養所の存続等に関する請願(第八九〇号)
  - 一、国立病院及び療養所の廃止、移譲及び独立行政法人化反対等に関する請願(第八九一号)(第八九二号)
  - 一、国立病院及び療養所における院内保育所の改善等に関する請願(第八九三三)(第八九四号)
  - 一、小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願(第八九五五)(第八九六号)
  - 一、国立ハンセン病療養所の存続等に関する請願(第八九七号)
  - 一、国立病院及び療養所における院内保育所の改善等に関する請願(第八九四四)
- 第七二五号 平成十二年十月二十七日受理  
介護保険の緊急改善、医療費自己負担引上げ反対に関する請願  
請願者 静岡県三島市東本町二ノ九ノ一九 杉山芳幸 外三百九十八名  
紹介議員 井上 美代君  
この請願の趣旨は、第六七号と同じである。
- 第七二六号 平成十二年十月二十七日受理  
介護保険の緊急改善、医療費自己負担引上げ反対に関する請願  
請願者 横浜市泉区上飯田町一、〇〇一ノ一八 狩野謙介 外三百九十八名  
紹介議員 小池 晃君  
この請願の趣旨は、第六七号と同じである。

- 第七二七号 平成十二年十月二十七日受理  
高齢者定率一割負担、医療費負担限度額の引上げなど患者負担増の中止に関する請願  
請願者 静岡県三島市栄町一ノ二九 坂本弘 外四名  
紹介議員 小池 晃君  
この請願の趣旨は、第一九一号と同じである。
- 第七二八号 平成十二年十月二十七日受理  
介護保険の改善及び医療保険の改悪計画反対に関する請願  
請願者 岩手県遠野市東館町六ノ一一 正部家学 外九百九十四名  
紹介議員 井上 美代君  
この請願の趣旨は、第二一一号と同じである。
- 第七二九号 平成十二年十月二十七日受理  
介護保険の改善及び医療保険の改悪計画反対に関する請願  
請願者 横浜市港北区篠原東三ノ八ノ一九 種市幸子 外九百九十四名  
紹介議員 小池 晃君  
この請願の趣旨は、第二一一号と同じである。
- 第七三〇号 平成十二年十月二十七日受理  
介護保険の緊急改善に関する請願  
請願者 名古屋市中北区田幡二ノ九ノ三〇 三宮和子 外五千五百五十二名  
紹介議員 井上 美代君  
この請願の趣旨は、第三七九号と同じである。
- 第七三一号 平成十二年十月二十七日受理  
介護保険の緊急改善に関する請願  
請願者 和歌山市新通四ノ二五 根田恵子 外五千五百五十三名  
紹介議員 小池 晃君  
この請願の趣旨は、第三七九号と同じである。
- 第七七八号 平成十二年十月二十七日受理



国立病院及び療養所における院内保育所の改善等に関する請願

請願者 宮崎県日南市大字大窪三、〇二一

紹介議員 三重野栄子君

女性労働者が労働者全体の四割以上を占めている中、女性が育児をしながら働き続けるための社会的条件が不十分なため、深刻な少子化を招いている。このような中、国立病院及び療養所の院内保育所は、深夜労働・超過勤務・時差出勤などの問題を抱えながら働く看護婦などが育児中でも働き続けられるよう、大きな役割を果たしてきた。「子どもの権利条約」及び児童福祉法の理念にも保育の公的責任がうたわれているように、院内保育所は「医療の緊急性と交替制の特殊勤務を支える部署」として、厚生省及び病院長が運営について責任を担うべきである。しかし、国は院内保育所を厚生省第二共済組合の委託事業とし、国立病院及び療養所の中に部署として明記しないなど、運営の責任を果たしていない。また、厚生省は保育所の運営費を削減するため保育所職員を削減するとともに、保育料の値上げを行っている。

一、「子どもの権利条約」及び児童福祉法の理念に基づいて保育の公的保障を拡充すること。  
二、少子化対策や働く女性に対する支援の上から、国立病院及び療養所における労働条件の改善を行うこと。  
三、国立病院及び療養所に設置されている院内保育所については、早急に次の改善を図ること。  
1 厚生省第二共済組合の委託事業（現行）ではなく、国の直営事業として行うとともに、保育所職員の身分を定員内職員とすること。  
2 一人一人の子供が行き届いた保育を受けられるよう、院内保育所における保育士等職員の配置基準を改善するとともに、必要な施設及び建物の充実を図るため、財政措置を講ずること。  
3 保育士等職員の給与を始めとした処遇を抜

本的に改善すること。

第七七九号 平成十二年十月二十七日受理

国立病院及び療養所における院内保育所の改善等に関する請願

請願者 千葉県市川市堀之内四ノ二三ノ九

紹介議員 内田光子 外百七十四名

紹介議員 広中和歌子君

この請願の趣旨は、第七七八号と同じである。

第七八〇号 平成十二年十月二十七日受理

男性助産婦導入反対に関する請願

請願者 東京都足立区千住一ノ三五ノ一一

紹介議員 青柳ふみ 外二百九名

紹介議員 円より子君

この請願の趣旨は、第二号と同じである。

第七八一号 平成十二年十月二十七日受理

ウィルス肝炎の総合的対策に関する請願

請願者 東京都豊島区池袋四ノ一三ノ一二

紹介議員 柳田富士子 外千七百五十七名

紹介議員 沢たまき君

この請願の趣旨は、第三〇〇号と同じである。

第七八二号 平成十二年十月二十七日受理

てんかんの総合的対策に関する請願

請願者 東京都新宿区西早稲田二ノ二ノ八

紹介議員 松本光平 外三千一名

紹介議員 沢たまき君

この請願の趣旨は、第三〇二号と同じである。

第七八三号 平成十二年十月二十七日受理

国立病院及び療養所の廃止、移譲及び独立行政法人化反対等に関する請願

請願者 札幌市南区澄川四六六ノ七ノ一

紹介議員 北村俊昭 外四十四名

紹介議員 竹村泰子君

この請願の趣旨は、第六〇二号と同じである。

第七八四号 平成十二年十月二十七日受理

国立病院及び療養所の廃止、移譲及び独立行政法人化反対等に関する請願

請願者 香川県綾歌郡飯山町下法軍寺三七

紹介議員 山内俊夫君

この請願の趣旨は、第六〇二号と同じである。

第七八五号 平成十二年十月二十七日受理

国立病院及び療養所の廃止、移譲及び独立行政法人化反対等に関する請願

請願者 大分市中島西二ノ一ノ五 河野善一郎 外四十二名

紹介議員 梶原敬義君

この請願の趣旨は、第六〇二号と同じである。

第七八六号 平成十二年十月二十七日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 東京都練馬区貫井二ノ二八ノ三

紹介議員 星敏 外九百九十九名

紹介議員 入澤肇君

この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第七八七号 平成十二年十月二十七日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 東京都葛飾区南水元一ノ三〇ノ七

紹介議員 鈴木孝子 外九百九十九名

紹介議員 池田幹幸君

この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第七八八号 平成十二年十月二十七日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 愛知県一宮市佐千原字南切野四ノ一ノ一七〇二 富山政則 外九百九十九名

紹介議員 太田豊秋君

この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第七八九号 平成十二年十月二十七日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 広島市西区己斐西町五ノ六 徳田未来 外九百九十九名

紹介議員 林芳正君

この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第七九〇号 平成十二年十月二十七日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 大阪府吹田市寿町二ノ二三ノ一六

紹介議員 鈴木美香 外九百九十九名

紹介議員 渡辺秀央君

この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第七九一号 平成十二年十月二十七日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 埼玉県行田市下忍一、九八〇ノ一

紹介議員 一ノ四〇三 小田切幹雄 外九百九十九名

紹介議員 沢たまき君

この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第七九二号 平成十二年十月二十七日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 大阪府吹田市山手町一ノ二二ノ二

紹介議員 四 泉川千鶴子 外九百九十九名

紹介議員 岩本 莊太君

この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第七九三号 平成十二年十月二十七日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 愛知県瀬戸市水北町一、四六九

紹介議員 尾関幸代 外千名

紹介議員 山本 正和君

この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第七九四号 平成十二年十月二十七日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 千葉県船橋市行田三ノ一ノ七ノ九

紹介議員 〇八 酒井いちみ 外九百九十九名  
名 広中和歌子君  
この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第七九八号 平成十二年十月三十日受理  
介護保険の緊急改善に関する請願  
請願者 名古屋市中区亀の井二ノ二九八  
鈴木玲子 外四百四十四名  
紹介議員 八田ひろ子君  
この請願の趣旨は、第三七九号と同じである。

第七九九号 平成十二年十月三十日受理  
介護保険の緊急改善に関する請願  
請願者 名古屋市守山区茶臼前二ノ二  
富田義晴 外八十九名  
紹介議員 八田ひろ子君  
この請願の趣旨は、第四四号と同じである。

第八〇〇号 平成十二年十月三十日受理  
患者負担増反対及び介護保険の改善に関する請願  
請願者 名古屋市北区城東町七ノ一五六  
板倉義之 外百九十一名  
紹介議員 八田ひろ子君  
この請願の趣旨は、第二〇二号と同じである。

第八〇一号 平成十二年十月三十日受理  
在宅介護利用料の引下げ等介護保険の緊急改善に関する請願  
請願者 名古屋市中川区富田町戸田字西戌  
亥角一三ノ三 平井絹子 外千四百六十八名  
紹介議員 八田ひろ子君  
今年四月からの介護保険制度の導入に伴い、これまで無料であったホームヘルプサービスの利用料が有料となった。また、訪問看護及びデイサービスについても利用料の負担が大幅に増えたことにより、十分な介護サービスを受けられない人が増加するという深刻な状況となっている。介護保

険制度が導入されたにもかかわらず、介護内容が後退するということは本末転倒である。こうした現状を速やかに解決するため、国は在宅介護の利用料を大幅に軽減するとともに、利用料すら払えない老人については保険料の徴収を再検討すべきである。

ついで、次の事項について実現を図られたい。  
一、低所得者については、在宅介護利用料の自己負担割合をホームヘルプサービスと同様にすべて十%から三%に引き下げる。  
二、六十五歳以上の老人について保険料徴収を再検討し、住民税を課税されていない老人からは徴収しないようにすること。

第八〇二号 平成十二年十月三十日受理  
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願  
請願者 名古屋市中村区横井一ノ一七五  
松沢和江 外千名  
紹介議員 櫻井 充君  
この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第八〇三号 平成十二年十月三十日受理  
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願  
請願者 名古屋市中村区横井一ノ一七五  
松沢和江 外千名  
紹介議員 櫻井 充君  
この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第八〇四号 平成十二年十月三十日受理  
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願  
請願者 北海道旭川市西神楽一線六 熊林久美 外九百九十九名  
紹介議員 小川 勝也君  
この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第八〇五号 平成十二年十月三十日受理  
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願  
請願者 北海道旭川市西神楽一線六 熊林久美 外九百九十九名  
紹介議員 小川 勝也君  
この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

請願者 京都府宇治市木幡西浦三八ノ九  
西村佳栄 外九百九十九名  
紹介議員 畑野 君枝君  
この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第八〇六号 平成十二年十月三十日受理  
国立ハンセン病療養所の存続等に関する請願  
請願者 群馬県佐波郡境町島村二、〇五三  
栗原チトシ 外四百九十九名  
紹介議員 角田 義一君  
この請願の趣旨は、第三九二号と同じである。

第八〇七号 平成十二年十月三十日受理  
国立病院及び療養所における院内保育所の改善等に関する請願  
請願者 愛知県海部郡七宝町伊福河原一二五ノ一〇 浅沼武 外百九十九名  
紹介議員 大脇 雅子君  
この請願の趣旨は、第七七八号と同じである。

第八〇八号 平成十二年十月三十日受理  
国立病院及び療養所における院内保育所の改善等に関する請願  
請願者 千葉県市川市真間四ノ九ノ一 馬場優子 外二百九十九名  
紹介議員 広中和歌子君  
この請願の趣旨は、第七七八号と同じである。

第八〇九号 平成十二年十月三十日受理  
国立病院及び療養所における院内保育所の改善等に関する請願  
請願者 新潟県東頸城郡浦川原村菱田一五  
五村松林子 外五百八十八名  
紹介議員 大淵 絹子君  
この請願の趣旨は、第七七八号と同じである。

第八一〇号 平成十二年十月三十日受理  
遺伝子組換え作物・食品の安全性の審査に関する請願  
請願者 北海道小樽市有幌町一ノ一〇

請願者 横浜市区築区在田東三ノ一ノ一  
ノ一〇三 長谷川陽子 外千九百七十三名  
紹介議員 畑野 君枝君  
この請願の趣旨は、第二〇四号と同じである。

第八二五号 平成十二年十月三十日受理  
患者負担増反対及び介護保険の改善に関する請願  
請願者 横浜市保土ヶ谷区峰沢町三〇七  
中野晴夫 外二千六百十五名  
紹介議員 畑野 君枝君  
この請願の趣旨は、第二〇二号と同じである。

第八二六号 平成十二年十月三十日受理  
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願  
請願者 大阪府八尾市上尾町二ノ二七ノ九  
神通悟 外九百九十九名  
紹介議員 仲道 俊哉君  
この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第八二七号 平成十二年十月三十日受理  
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願  
請願者 大阪府吹田市千里山松が丘六ノ二  
〇 畠中政治 外九百九十九名  
紹介議員 岩本 莊太君  
この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第八二八号 平成十二年十月三十日受理  
国立病院及び療養所の廃止、移譲及び独立行政法人化反対等に関する請願  
請願者 兵庫県三田市東本庄二、四九三  
真鍋治子 外九十九名  
紹介議員 本岡 昭次君  
この請願の趣旨は、第六〇二号と同じである。

第八二九号 平成十二年十月三十日受理  
国立病院及び療養所の廃止、移譲及び独立行政法人化反対等に関する請願  
請願者 北海道小樽市有幌町一ノ一〇

第八二九号 平成十二年十月三十日受理  
国立病院及び療養所の廃止、移譲及び独立行政法人化反対等に関する請願  
請願者 北海道小樽市有幌町一ノ一〇

佐々木義一 外七十七名  
紹介議員 小川 勝也君  
この請願の趣旨は、第六〇二号と同じである。

第八三〇号 平成十二年十月三十日受理  
国立病院及び療養所の廃止、移譲及び独立行政法人化反対等に関する請願  
請願者 熊本市出水一ノ一三 道家豊  
外四十名  
紹介議員 魚住 汎英君  
この請願の趣旨は、第六〇二号と同じである。

第八三一号 平成十二年十月三十日受理  
国立病院及び療養所の廃止、移譲及び独立行政法人化反対等に関する請願  
請願者 広島県福山市霞町四ノ九ノ八 神  
原智衛 外二十四名  
紹介議員 菅川 健二君  
この請願の趣旨は、第六〇二号と同じである。

第八三二号 平成十二年十月三十日受理  
国立病院及び療養所における院内保育所の改善等に関する請願  
請願者 東京都練馬区西大泉六ノ一四ノ一  
九 岡村伊久子 外七百九十四名  
紹介議員 岩佐 恵美君  
この請願の趣旨は、第七七八号と同じである。

第八三三三号 平成十二年十月三十日受理  
国立病院及び療養所における院内保育所の改善等に関する請願  
請願者 東京都小平市小川東町二ノ一三ノ  
四ノ二〇四 重田稜子 外百二十  
四名  
紹介議員 小宮山洋子君  
この請願の趣旨は、第七七八号と同じである。

第八五九号 平成十二年十月三十日受理  
遺伝子組換え作物・食品の安全性の審査に関する  
請願者 千葉県市原市菊間二、〇八二ノ四  
七ノ四〇二 松原賢一 外四千三  
百二十六名  
紹介議員 岩瀬 良三君  
この請願の趣旨は、第二〇四号と同じである。

第八六二二号 平成十二年十月三十日受理  
患者負担増反対及び介護保険の改善に関する請願  
請願者 群馬県前橋市日吉町四ノ一九ノ二  
四 大國勉 外一万五千二百二十六  
名  
紹介議員 小池 晃君  
この請願の趣旨は、第二〇二号と同じである。

第八六三三三 平成十二年十月三十日受理  
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願  
請願者 東京都あきる野市上代継四一九  
中村努 外九百九十九名  
紹介議員 岩瀬 良三君  
この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第八六四四号 平成十二年十月三十日受理  
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願  
請願者 兵庫県西宮市新甲陽町一ノ二七  
藤村忠克 外九百九十九名  
紹介議員 畑 恵君  
この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第八六五五号 平成十二年十月三十日受理  
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願  
請願者 埼玉県川口市芝六、九九〇ノ三六  
ノBノ四〇二 栗原澄江 外三百  
二十三名  
紹介議員 吉川 春子君  
この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

請願

請願者 岐阜県恵那郡上矢作町横道 右ノ  
子 和子 外九百九十九名  
紹介議員 江田 五月君  
この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第八六七号 平成十二年十月三十日受理  
国立病院及び療養所の廃止、移譲及び独立行政法人化反対等に関する請願  
請願者 岐阜県恵那郡市東野一、一六四ノ二  
小坂求 外十九名  
紹介議員 山下八洲夫君  
この請願の趣旨は、第六〇二号と同じである。

第八六八号 平成十二年十月三十日受理  
国立病院及び療養所の廃止、移譲及び独立行政法人化反対等に関する請願  
請願者 岡山市中原一三九 奥山典子 外  
三十七名  
紹介議員 江田 五月君  
この請願の趣旨は、第六〇二号と同じである。

第八六九号 平成十二年十月三十日受理  
国立病院及び療養所における院内保育所の改善等に関する請願  
請願者 東京都小平市美園町三ノ一四ノ九  
ノ三〇二 上田由起子 外七百二  
十四名  
紹介議員 小池 晃君  
この請願の趣旨は、第七七八号と同じである。

第八七一号 平成十二年十月三十日受理  
患者負担増反対及び介護保険の改善に関する請願  
請願者 岐阜市六条南二ノ一五ノ一 高橋  
勤 外百六十五名  
紹介議員 山下八洲夫君  
この請願の趣旨は、第二〇二号と同じである。

第八八九号 平成十二年十月三十一日受理  
小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願  
請願者 大坂市東淀川区小松四ノ一二ノ三  
〇ノ六〇八 赤池訓 外九十九名  
紹介議員 岩本 莊太君  
この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第八九〇号 平成十二年十月三十一日受理  
国立ハンセン病療養所の存続等に関する請願  
請願者 宮城県古川市金五輪一ノ三ノ六  
菅原茂男 外九百九十九名  
紹介議員 岡崎トミ子君  
この請願の趣旨は、第三九二号と同じである。

第八九一号 平成十二年十月三十一日受理  
国立病院及び療養所の廃止、移譲及び独立行政法人化反対等に関する請願  
請願者 群馬県吾妻郡吾妻町大戸一三ノ一  
高太 外百十四名  
紹介議員 角田 義一君  
この請願の趣旨は、第六〇二号と同じである。

第八九二二号 平成十二年十月三十一日受理  
国立病院及び療養所の廃止、移譲及び独立行政法人化反対等に関する請願  
請願者 富山県魚津市六郎九九九二 清田  
正昭 外百二名  
紹介議員 谷林 正昭君  
この請願の趣旨は、第六〇二号と同じである。

に関する請願

請願者 東京都東久留米市小山三ノ一ノ

一八 松岡佳子 外百九十九名

紹介議員 広中和歌子君

この請願の趣旨は、第七七八号と同じである。

第八九五号 平成十二年十一月一日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 大阪府吹田市中の島町七ノ三〇

高垣輝道 外七十九名

紹介議員 岩本 莊太君

この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第九〇〇号 平成十二年十一月二日受理

小規模作業所等成人期障害者施策に関する請願

請願者 福岡県大川市鬼古賀五六一ノ二

串崎謙司 外千名

紹介議員 木村 仁君

この請願の趣旨は、第三四五号と同じである。

第九〇一号 平成十二年十一月二日受理

国立ハンセン病療養所の存続等に関する請願

請願者 熊本県玉名市立願寺七七二ノ二

鳩野雅弘 外千九百九十九名

紹介議員 木村 仁君

この請願の趣旨は、第三九二号と同じである。

第九〇四号 平成十二年十一月二日受理

国立病院及び療養所における院内保育所の改善等に関する請願

請願者 愛知県豊橋市雲谷町字上ノ山一九

五ノ八 諏訪園広明 外百九十九名

紹介議員 大脇 雅子君

この請願の趣旨は、第七七八号と同じである。