

# 厚生労働委員会議録 第十四号

平成十四年五月二十二日(水曜日)

午前十時二分開議

出席委員

委員長 森 英介君	理事 鴨下 一郎君	理事 鈴木 俊一君	政府参考人 (厚生労働省医政局長) 篠崎 英夫君
理事 長勢 甚遠君	理事 野田 聖子君	政府参考人 (厚生労働省健康局長) 下田 智久君	(瀬古由起子君紹介)(第三〇五〇号)
理事 釘宮 銀君	理事 山井 和則君	政府参考人 (厚生労働省社会・援護局) 真野 修三君	(大島令子君紹介)(第三〇五三号)
理事 福島 豊君	理事 佐藤 公治君	政府参考人 (厚生労働省保健局長) 大塚 義治君	(中西績介君紹介)(第三〇五四号)
自見庄三郎君	自見庄三郎君	厚生労働委員会専門員 宮武 太郎君	(原陽子君紹介)(第三〇五五号)
竹下 巨君	竹下 巨君	同(森文尋君紹介)(第三〇五六号)	同(日森文尋君紹介)(第三〇五六号)
棚橋 泰文君	棚橋 泰文君	同(山内恵子君紹介)(第三〇五七号)	同(山内恵子君紹介)(第三〇五七号)
西川 京子君	西川 京子君	患者負担引き上げ中止に関する請願(赤嶺政賢君紹介)(第三〇五八号)	同(大島令子君紹介)(第三〇五九号)
松島みどり君	松島みどり君	同(大森猛君紹介)(第三〇六一号)	同(木島日出夫君紹介)(第三〇六二号)
宮澤 洋一君	宮澤 洋一君	同(佐々木憲昭君紹介)(第三〇六三号)	同(佐々木憲昭君紹介)(第三〇六三号)
山本 明彦君	山本 明彦君	同(児玉健次君紹介)(第三〇六四号)	同(児玉健次君紹介)(第三〇六四号)
家西 悟君	家西 悟君	同(穀田恵二君紹介)(第三〇六五号)	同(穀田恵二君紹介)(第三〇六五号)
西川 京子君	西川 京子君	同(佐々木憲昭君紹介)(第三〇六六号)	同(佐々木憲昭君紹介)(第三〇六六号)
自見庄三郎君	自見庄三郎君	同(志位和夫君紹介)(第三〇六七号)	同(志位和夫君紹介)(第三〇六七号)
竹下 巨君	竹下 巨君	同(塙川鉄也君紹介)(第三〇六八号)	同(塙川鉄也君紹介)(第三〇六八号)
棚橋 泰文君	棚橋 泰文君	同(瀬古由起子君紹介)(第三〇六九号)	同(瀬古由起子君紹介)(第三〇六九号)
西川 京子君	西川 京子君	同(中西績介君紹介)(第三〇七〇号)	同(中西績介君紹介)(第三〇七〇号)
松島みどり君	松島みどり君	同(中林よし子君紹介)(第三〇七一号)	同(中林よし子君紹介)(第三〇七一号)
宮澤 洋一君	宮澤 洋一君	同(春名真章君紹介)(第三〇七二号)	同(春名真章君紹介)(第三〇七二号)
山本 明彦君	山本 明彦君	同(不破哲三君紹介)(第三〇七三号)	同(不破哲三君紹介)(第三〇七三号)
家西 悟君	家西 悟君	同(藤木洋子君紹介)(第三〇七四号)	同(藤木洋子君紹介)(第三〇七四号)
西川 京子君	西川 京子君	同(吉井英勝君紹介)(第三〇七八号)	同(吉井英勝君紹介)(第三〇七八号)
自見庄三郎君	自見庄三郎君	同(松本善明君紹介)(第三〇七五号)	同(松本善明君紹介)(第三〇七五号)
竹下 巨君	竹下 巨君	同(矢島恒夫君紹介)(第三〇七六号)	同(矢島恒夫君紹介)(第三〇七六号)
棚橋 泰文君	棚橋 泰文君	同(山口富男君紹介)(第三〇七七号)	同(山口富男君紹介)(第三〇七七号)
西川 京子君	西川 京子君	同(春名真章君紹介)(第三〇七九号)	同(春名真章君紹介)(第三〇七九号)
自見庄三郎君	自見庄三郎君	同(不破哲三君紹介)(第三〇八〇号)	同(不破哲三君紹介)(第三〇八〇号)
竹下 巨君	竹下 巨君	同(中林よし子君紹介)(第三〇九九号)	同(中林よし子君紹介)(第三〇九九号)
棚橋 泰文君	棚橋 泰文君	同(春名真章君紹介)(第三一〇〇号)	同(春名真章君紹介)(第三一〇〇号)
西川 京子君	西川 京子君	同(瀬古由起子君紹介)(第三一〇一號)	同(瀬古由起子君紹介)(第三一〇一號)
自見庄三郎君	自見庄三郎君	同(中林よし子君紹介)(第三一〇二號)	同(中林よし子君紹介)(第三一〇二號)
竹下 巨君	竹下 巨君	同(春名真章君紹介)(第三一〇三號)	同(春名真章君紹介)(第三一〇三號)
棚橋 泰文君	棚橋 泰文君	同(不破哲三君紹介)(第三一〇四號)	同(不破哲三君紹介)(第三一〇四號)
西川 京子君	西川 京子君	同(矢島恒夫君紹介)(第三一〇五號)	同(矢島恒夫君紹介)(第三一〇五號)
自見庄三郎君	自見庄三郎君	同(吉井英勝君紹介)(第三一〇六號)	同(吉井英勝君紹介)(第三一〇六號)

請願(小沢和秋君紹介)(第三〇五八号)  
 医療費値上げ反対、医療費制度の充実に関する請願(矢島恒夫君紹介)(第三〇四七号)  
 社会保障を拡充し、将来への安心と生活の安定に関する請願(小沢和秋君紹介)(第三〇七九号)

乳幼児医療費無料制度の創設に関する請願(中林よし子君紹介)(第三〇八〇号)  
 介護保険制度の緊急改善に関する請願(中林よし子君紹介)(第三〇八一號)  
 医療費負担引き上げの中止に関する請願(中林よし子君紹介)(第三〇八二號)  
 児童扶養手当抑制案の撤回に関する請願(石毛瑛子君紹介)(第三〇八三號)  
 医療費負担引き上げに関する請願(山口富男君紹介)(第三〇八四號)  
 公的年金制度を改革し最低保障年金制度の創設に関する請願(小沢和秋君紹介)(第三〇八五號)  
 筆子君紹介(第三〇八三號)  
 介護、医療、年金制度の拡充に関する請願(山口富男君紹介)(第三〇八六號)  
 児童扶養手当抑制案の撤回に関する請願(石毛瑛子君紹介)(第三〇八七號)  
 医療改悪反対、国民健康保険・介護保険制度の拡充に関する請願(赤嶺政賢君紹介)(第二〇八七號)  
 同(佐々木憲昭君紹介)(第三〇八六號)  
 同(木島日出夫君紹介)(第三〇八九號)  
 同(大幡基夫君紹介)(第三〇九〇號)  
 同(大森猛君紹介)(第三〇九一號)  
 同(石井郁子君紹介)(第三〇九八號)  
 同(小沢和秋君紹介)(第三〇九九號)  
 同(大幡基夫君紹介)(第三〇九三號)  
 同(大森猛君紹介)(第三〇九四號)  
 同(木島日出夫君紹介)(第三〇九五號)  
 同(児玉健次君紹介)(第三〇九六號)  
 同(穀田恵二君紹介)(第三〇九七號)  
 同(塙川鉄也君紹介)(第三〇九七號)  
 同(大森猛君紹介)(第三〇九八號)  
 同(木島日出夫君紹介)(第三〇九九號)  
 同(大幡基夫君紹介)(第三〇九九號)  
 同(穀田恵二君紹介)(第三〇九九號)  
 同(佐々木憲昭君紹介)(第三〇九九號)  
 同(塙川鉄也君紹介)(第三一〇〇號)  
 同(大森猛君紹介)(第三一〇〇號)  
 同(中林よし子君紹介)(第三一〇一號)  
 同(瀬古由起子君紹介)(第三一〇一號)  
 同(中林よし子君紹介)(第三一〇二號)  
 同(春名真章君紹介)(第三一〇三號)  
 同(不破哲三君紹介)(第三一〇四號)  
 同(中林よし子君紹介)(第三一〇五號)

年金制度の改善、安心して暮らせる老後の保障に関する請願(木島日出夫君紹介)(第三一〇七号)

健保・共済本人三割負担等の患者負担引き上げ中止に関する請願(木島日出夫君紹介)(第三一〇八号)

同(塩川鉄也君紹介)(第三一〇九号)

同(瀬古由起子君紹介)(第三一〇一〇号)

同(中林よし子君紹介)(第三一一一號)

同(不破哲三君紹介)(第三一二二号)

同(矢島恒夫君紹介)(第三一二三号)

同(吉井英勝君紹介)(第三一二四号)

安全で行き届いた看護の実現に関する請願(中西績介君紹介)(第三一二五号)

健保三割負担・高齢者窓口負担の大幅引き上げ中止に関する請願(赤嶺政賢君紹介)(第三一二六号)

同(家西悟君紹介)(第三一二七号)

同(石井郁子君紹介)(第三一二八号)

同(小沢和秋君紹介)(第三一二九号)

同(大幡基夫君紹介)(第三一二〇号)

同(大森猛君紹介)(第三一二一號)

同(木島日出夫君紹介)(第三一二二号)

同(児玉健次君紹介)(第三一二三号)

同(穀田恵二君紹介)(第三一二四号)

同(佐々木憲昭君紹介)(第三一二五号)

同(志位和夫君紹介)(第三一二六号)

同(塩川鉄也君紹介)(第三一二七号)

同(瀬古由起子君紹介)(第三一二八号)

同(中林よし子君紹介)(第三一二九号)

同(春名眞章君紹介)(第三一二〇号)

同(不破哲三君紹介)(第三一二一號)

同(藤木洋子君紹介)(第三一二二号)

同(松本善明君紹介)(第三一二三号)

同(矢島恒夫君紹介)(第三一二四号)

同(山口富男君紹介)(第三一二五号)

同(吉井英勝君紹介)(第三一二六号)

医疗への国庫負担を増やし、患者負担引き上げの中止に関する請願(中林よし子君紹介)(第三一二七号)

一三七号

健保本人三割負担等の患者負担引き上げ中止に

規君外三名提出、衆法第一三号)

健保本人三割負担等の患者負担引き上げ中止に関する請願(不破哲三君紹介)(第三一二八号)

あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律第十九条の改正に関する請願(都築譲君紹介)(第三一二九号)

族負担の撤廃に関する請願(家西悟君紹介)(第三一二四〇号)

安心の医療制度への抜本改革、負担増反対に関する請願(家西悟君紹介)(第三一二四一號)

同(金田誠一君紹介)(第三一二四二号)

同(鎌田さゆり君紹介)(第三一二四五号)

同(川端達夫君紹介)(第三一二四六号)

同(菅野哲雄君紹介)(第三一二四七号)

同(小林憲司君紹介)(第三一二四八号)

同(佐藤敬天君紹介)(第三一二四九号)

同(鈴木康友君紹介)(第三一二五〇号)

同(日野市朗君紹介)(第三一二五一號)

同(平岡秀天君紹介)(第三一二五三号)

同(古川元久君紹介)(第三一二五四号)

同(牧義夫君紹介)(第三一二五五号)

同(水島広子君紹介)(第三一二五六号)

○森委員長 これより会議を開きます。

内閣提出、健康保険法等の一部を改正する法律案、健康増進法案、山井和則君外三名提出、医療の信頼性の確保向上のための医療情報の提供の促進、医療に係る体制の整備等に関する法律案及び五島正規君外三名提出、健康保険法等の一部を改正する法律案の各案を議題といたします。

この際、お諮りいたします。

各案審査のため、本日、政府参考人として外務省大臣官房審議官佐藤重和君、厚生労働省医政局長篠崎英夫君、健康局長下田智久君、老健局長堤修三君、保険局長大塚義治君及び社会保険庁運営部長富岡悟君の出席を求め、説明を聴取いたしました。それ存じますが、御異議ありませんか。

判がよくない、それは当然のことだと思います。

強いような内容を持った法案については余り評

ちよつと今回の場合には、それらとは全然違った

様相を持っているということが言えるのではない

かというふうに私は受け取っています。

それは何かといいますと、この法案の審議に入

りましてから、既にきょうで四回目になるのです

か、前二回の審議をお聞きしております、そ

の中身につきまして、例え保険料の負担の問

題、さらには医療費の一部負担の問題、そういう

ことにつきまして、その負担のあり方が高いとか

低いとか、合理的であるとか合理的でないとかと

いふうな議論はほとんど聞こえないわけでござ

りますと、九七年の改正のときに、当時厚生大臣で

あった現小泉総理が、二〇〇〇年までには医療の

提供体制や保険者の財政の逼迫している現状の打

開なりを抜本的に改革して、国民に安心と安全と

を与える、そういう改革を実現するのだと強調を

されまして、そして、衆参の審議の中で、そのこ

とが中心になつて、この法案を最終的には強行的

に通過をさせたという経過があるわけでございま

す。

それから五年経過をしたわけでありますけれど

も、その今日、この抜本改革というものはほとん

ど手つかずのままで今日の一部改正案が提出され

ております。このことに対しても国民の大きな怒りと

不安がこのような審議になつておるのではないか

といふうに思つています。これは政府の公約違反であり、国民への裏切り行為と言える

内容でございまして、こういうことをもう許せな

いといふのが国民世論でありまして、それを背景

にした今回の審議になつておるわけでございま

す。

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(内閣提出第四六号)

健康増進法案(内閣提出第四七号)

医療の信頼性の確保向上のための医療情報の提供の促進、医療に係る体制の整備等に関する法律案(山井和則君外三名提出、衆法第一一号)

健康保険法等の一部を改正する法律案(五島正

規)提出、衆法第一三号)

もぢろん、一般的に、どんな法案でもそうですが、必ずしも、一般的に、どんな法案でもそうですが、保険料を引き上げるとか、またはその他の負担を強いるような内容を持つた法案については余り評議がよくない、それは当然のことだと思います。

人情としてそのことはわかるわけですが、どちらとは全然違つた

かと、いうふうに私は受け取っています。

それは何かといいますと、この法案の審議に入りましてから、既にきょうで四回目になるのですが、前二回の審議をお聞きしております、その中身につきまして、例え保険料の負担の問題、さらには医療費の一部負担の問題、そういうことにつきまして、その負担のあり方が高いとか低いとか、合理的であるとか合理的でないとかと、いふうな議論はほとんど聞こえないわけでございました。それ存じますが、御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○森委員長 御異議なしと認めます。よつて、そのように決しました。

○森委員長 質疑の申し出がありますので、順次これを許します。鍵田節哉君。

○鍵田委員 おはようございます。民主党・無所属クラブの鍵田でございます。本日のトップパートを務めさせていただきます。

本日は、健康保険法の一部改正案並びに関連法案、さらには民主党提出の関連二法案、これらにつきましての質問に入らせていただくわけでございますが、この法案の審議に入る前に、恐らく大臣のところにもたくさんの方々から多くの要望なり要請が参つておるのではないかというふうに思いますけれども、私のところにも、あらゆる団体から、この健康保険法の一部改正案についての要望がござります。しかし、その大部分、といふより全部と言つてもいいぐらいの内容は、この法案を何とか廃案にして出し直しをしてほしい、こういう要望でございます。この法案を何とか通してほしいというふうな内容の要望は全くないと

聖域なき構造改革という美名のもとに国民の負担だけを強いる今回の改正案をもし強行するようなことがあるとするならば、もう現在の与党に対して許すことができない、そういう国民の大きな怒りがうねりとなつて今出てきておると言えると思います。

私は、坂口大臣の御就任以来の、ハンセン病問題やヤコブ病問題でとつてこれらた業績というのは、厚生労働省にとりましても歴史に残る業績ではなかつたかといふに高く評価をしておりましたし、今までの厚生大臣や労働大臣とは一味も二味も違つた大臣だなどいうふうに見させていただいておつたわけでござりますけれども、今回のこの法案の取り扱いにつきましては、残念ながら、その評価を大きくえざるを得ない、こういうことだと思つております。

私は、九七年の改正のときには坂口大臣と同じ新進党に所属しておりました一員として、若干お聞きをしたいというふうに思ひます。

あの九七年改正のときには、私たち新進党はされた大口議員でございましたけれども、その中にはこのような言葉がござります。

「今回の改正案といふものは、」これは九七年の当時のこととありますけれども、「医療保険の構造改革について明確な方向を全く示しておりません。良質な医療の提供、医療制度の適切な効率化、薬価差、新薬シフト、高薬価シフトの解消世代間の公平、高齢者医療の改革等、このような構造的な抜本改革を先送りして、国民負担増を求めるものであります。」「こういう負担増を何の理念もないままに、何のビジョンもないままに課する、こんなことは到底許されるわけがございません。」「これはその場しのぎの負担増の内容であり、三年後再び財政危機に陥り患者にツケを回すことになる、そういう点で抜本改革なしの一時的な財政対策は許されない、こう断言するものでござります。」「これはその場しのぎの負担増の内容であり、三年後再び財政危機に陥り患者にツケを回すことになる、そういう点で抜本改革なしの一時的な財政対策は許されない、こう断言するものでござります。」

ざいます。」ということを言われておるわけでございます。

このときのそうした新進党の法案への対応につきましては、党的政調での議論を踏まえて決定したものでございまして、大臣は当時、政調会長代理という要職にありました。まさにこうした決定を行つた責任者の一人であつたはずでございました。

今読み上げました討論の内容は、まさに現在の状況そのものであり、卓見であったと思うのですが、ところが、今回は政府の一員としてこのような法案を提起しておられます。このことが私も国民の多くも納得できないところでございます。

大臣は、中川議員の質問で先日も御答弁をされました。中川議員は当時は与党として提案側にあつたわけでありますし、坂口大臣は野党として反対の立場で討論をされたわけでございます。九年改正では政府案を批判していたのに、今は三割負担を大臣として提案したことについて尋ねられましたが、時代が変わつたとか、あのときはこれほどまでの出生率の低下が予測できなかつたというふうな答弁をなさいました。

しかし、この答弁にも私は不満を持つわけでござります。時代が変わつたと言われましても、どうも、あのときは野党だったんだ、今回は与党なんだということを言っておられるように私には聞こえるわけでございまして、そのような場当たり的な発言をされるるならば、国民の政治への信頼をますます損なうものになりかねません。

出生率の低下につきましても、大臣が、当時は新進党の一員として、この中の議論において、自民黨の政権が続いたままでは出生率が現在のように低下の一途をたどるということは、党内では共通の認識であつたはずでございます。ですから、当時新進党に大臣とともに所属しておつた私の立場としましては、全く大臣らしくない答弁と言わざるを得ません。

なぜ九七年改正においては政府案に猛反対した大臣が今回このような提案をなさつてゐるのかといふことについて、国民の皆さんにわかるよう

に、もう一度答弁をお願いしたいと思います。

○坂口国務大臣 鍵田先生から、古い議事録も参考の上でいろいろと御質問をいただきました。

私も今まで、過去におきましては確かに、抜本

改革なくして医療制度改革なし、こういうことを

行つた責任者の一人であつたはずでございま

す。

ただ、保険の一元化、統合化を目指す、あるい

はまた診療報酬体系の基本を明確にする、あるいはまた国民の皆さん方から見てのいわゆる医療の

質を高めるといったようなことについて、その内

容をもう少し具体的なものを示さなければならぬのであろうというふうに思つていただけでござりますが、そこは、私の思いだけをそこに率直に

いきますが、そこは、私の思いだけをそこに率直に

の中で現在と同じように将来の子供や孫たち時代も医療が十分に行つていいける体制をつくつていこうと思えば、現在の皆さん方もある程度御納得をいたかなければならぬ問題がある。現在だけを見ればそれはなかなか理解できないと、いうふうに思つてはいる次第でございます。

そうした気持ちを胸に秘めながら、今この議論を見てやはりやらなければならぬものだというふうに思つてはいる次第でございます。

少しまとこの方向性というものを明らかにしていきたいというふうに思いますし、我々の考え方は議論をしていただけております中におきましても一歩一歩明確にして、こういう方向で抜本改革を進めさせていただきたいということを明らかにしていきたいと思っています。

○鍵田委員 大臣は九七年から現在の大臣に御就任になつたわけではございませんで、昨年からでございますから、大臣だけを責めるということは酷なことかという気もしないではないんですけども、今、責任者としてこれを提出されておるわけありますから、やはり矢面に立つていただきなくてはならないわけでございます。

そして、まだ前回の改正からほんの時間がたつておらないということであればなんですかども、当時、二〇〇〇年までには抜本改革をしますと公約をされたわけですが、当時の厚生大臣が。それが、もう既に五年経過をしておるわけでありますけれども、一向に抜本改革らしきものが見えてこない。そして、今回の改正案で負担を強いておるわけでございます。

そして、何か一見スケジュール的なものらしきものが附則の中に盛られておるわけでございまして、いろいろ改革のカテーテゴリーによりましては時間の差をつけて取り組むんだ、こう言われておるようでありますけれども、私は、五年間かけてほとんど手がつかなかつたものが今回それらの日程

で本当にそういうことができるのかどうかということがありますし、本当に疑問を感じます。これは、私だけじゃない、国民の皆さん全部が、いわゆる厚生労働省や与党の責任者に対しての責任を問つておるわけありますし、信頼をしておらないというところだというふうに思うわけでございます。

そういうことからまして、今までなぜそれが、五年間も経過して、大臣はまだ就任されてから二年もなつておらないというふうに思いますが、それでも、なぜこういうことが五年間も放置されきたのか、なぜできなかつたのかということ。やはりもつと根本的にこれを追及して、そして次の抜本改革につなげていかななくてはならないわけでございますけれども、なぜそれができなかつたのかということにつきましての言及がございません。これらにつきまして、明確なお答えをいただきたいと思います。

○坂口國務大臣 それはもう、一言で言えば、なかなか合意ができなかつたということです。単純明快な話でございまして、医療制度の将来につきましては、それほどいろいろの御意見がある。それも、それぞれの御意見を持つた人たちがたくさんおみえになつて、そしてなかなか合意が難しかつたということに私は尽きると思います。

これは各党の中でもそんなんです。私の党でも、医療制度につきましてはさまざま意見があります。五人いれば五人ともその意見が違うほど、いろいろの意見があるわけあります。鍵田先生のところの党の中にも、私はいろいろの御意見があるだろうと思うのですね。これはなかなか、聞いておりましても、大分違うなと思いながら聞かせていただくこともあるわけでございまして、こればかりはかなり違うわけです。

それを一つに決めるということになりますと、それはいろいろの御意見があつて、そこが一番決まりますし、こうしたことも考えていかなけれ

だから、私が申し上げておるのは、それはいろいろの御意見があるでしょう、だから、ことしながらことしの医療制度の改革を進めようと思えば、いろいろの反対意見がある。賛成してくださる人は、堂々とその御意見をいたくことが、これはまたないことだというふうにも思つておりますから、私は、それはそれで大変大事なことだというふうに思つております。

医療制度というのは、それぞれがお互いに、自分のことにかかわつておりますだけに、さまざま御意見をお持ちになつて。しかし、医療制度を考えていきますときに、現在だけではなくて将来のことともよく見て、そしてこれを決めなきやならないということだけは事実でございます。また、それぞれの立場、現在置かれておりますそれの立場が、自分たちだけではなくて、日本全体会の人々が公平に行われるということを中心にして考えていかなければならぬんだろうというふうに思つております。

ですから、多くの皆さん方の御意見をお聞きして、またいろいろの御質問をちょうだいする中におきましても、立派な御意見があれば、それは私も十分に耳を傾けなきやならないというふうに思つてはいるわけでございますが、そうしたことを十分にわきまえながら医療制度改革というものを進めていかなければならぬ。

ただ単に少子化だけのことを私は思つてはいるわけではありません。もちろん、少子化も急速に進んできたことも事実でございます。このことも大きな影響を与えますが、それだけではあります。現在の経済動向、これも今まで予測しなかつたような経済状況になつてきてることも事実でございますし、こうしたことも考えていかなけれ

ばなりません。これらのことを総合的に考え、して、いろいろの意見はありますけれども、ここで集約しなければならないときが来た、奮勇を振りなきつた、したがつて今までそのまま推移してきたというふうにおっしゃつたわけでございますけれども、では、今までどうして合意ができるなかつたのか、そして、今回の改正の中ではどうしてそれが実現できるというふうに思つておられるのか。

○鍵田委員 今まで何もやらなかつたかといえば、そうではなかつたわけであります。現在までも改革は幾つかやつてきてはいることは事実です。これは、薬事の改革もございましたし、あるいは診療報酬の包括化の問題等も取り入れてきました。これは、部分的にはあったと私は思うんです。これは、部分的にはありますけれども、やつてしまことはやつてはいるわけで、ただし、大がかりな改革に至らなかつた、こういうことだらうと私は思つんでいます。

大がかりな改革を今度こそやらなきやならないというふうに私が思いますのは、それは、だんだんと時代がたつてまいりまして、その一九九七年

かつておりましたし、一日も早い方がよかったです。  
違ひないといふうに私は思つんですが、だんだん  
人と日がたつにつれまして、やらなきやならない  
という必要性といふものがどんどんと高まつてしま  
た。それは、一つには高齢化の問題、いわゆる少  
子高齢化の問題が一つはあるし、もう一つは経済  
の問題もある。このままでほっておけないと  
状況に立ち至つてきたことも事実でござります。

ですから、ここは、少々の違いがあるかどうかのことは言つておれない。それを乗り越えていかなきやならない。だから、乗り越えるために、いろいろのことを言われるでしょう、いろいろの非難がこうこうと起るでしょう、しかし、起こりましても、その中で一つの結論を得ていかなければならぬ。その火中のクリを拾わなければならぬときが来たと思つてゐるわけでございます。

考へはそのとおりだというふうに思います。  
しかし、九七年改正のときに、小泉厚生大臣も  
そういうふうにおつしやつたけれども、結局はで  
きなかつたわけでござります。状況が変わつたこ  
のまま抜本改革なしで済ましておくわけにはい  
かない、そこまで追い詰められておるという状況  
の認識もございましたけれども、しかしそれだけ  
では本当に実現するかどうかはわからない。  
ですから、そこまで追い詰められているんであ  
れば、むしろそちらの方を優先して取り組むべき  
ではないか。負担だけを上げるということを優先  
するのではなくに、むしろそちらの改革の方を優  
先するというぐらいのお覚悟がなければ、これは  
実現しないのではないかというふうに私は思いま  
す。

もう一度御意見をいただきたいと思います。  
○坂口国務大臣　だから、そこを今一生懸命に  
なつてやつっているわけでありまして、決して先送  
りをしようと思っているわけではありません。  
先送りはしない、そういう決意のもとで今やつて  
いるわけでございます。

いわゆる予算にかかわりますことと抜本改革のこととは多少違つと僕は思つんですね。だから、予算にかかわりますことはかかわりますことでお願いをしながらも、しかし抜本改革はもういつときも待てないという気持ちで我々やつてることも事実でございまして、どうぞひとつ見ていてください。今度は先送りをするということは断じてありません。これは必ずやりりますから、どう

○鍵田委員 それでは、大臣も、それからその後ろに並んでおられる局長さんも、抜本改革ができるまでの責任を持つてやられるということですか。それまでに内閣改造でかわるとか、それから人事異動で局長がかかるとか、そのときは、いや、もう私はかわったんですから知りません、わかりませんということになるんではないでしょうか。

私は、大臣、大変御苦労いただいて、本当に我々の倍以上の働きをされておるんじゃないかなと、いつも同僚議員と、これはもう大臣どこまで体がもつんだろうかと御心配をしておるぐらいでございまして、そういうことからいたしますと、抜本改革が実現するまでやられるとなつたら、これは本当に健康まで害されるんじゃないかというふうにも思つわけでございまして。

責任を持つてやられるという今の御覚悟は私はよくわかりました。しかし、御覚悟だけでできるわけじやございません。体力ももつかどうかといふこともありますし、それから、それだけの体制をつくつて本当に改革のための取り組みができるのかということになりますと、單に出口がもう迫つてきているから何とかしなきやならぬといふ環境だけの問題ではこれはできないわけでございまして、やはりそれをやっていく体制をどのようにつくるかとしておるのか。

私は、今のところ、具体的な改革に取り組む内容につきまして何らお話をお聞きしたわけではございません

さいませんで、御覺悟だけをお聞きしておるわけ  
でござりますから、それらの内容について、局長  
さんでも結構ですから、具体的にひとつ述べてい  
ただいて、では、それならこういうことで安心し  
てお任せができるなどというようなところがあれば示  
していただきたいというふうに思います。

ら、それはもういつまでもつかわなりませんし、ましてや役職などというのは、もう一つこれはわからないものでござりますから、いつまでこれは続くかわからないわけでござります。

しかし、そうはいいますものの、手がけた者の責任もあるわけでございますから、私が在任させさせていただいております間に私の考え方はまとめたいというふうに思つてゐる次第でござります。しかし、どうそれを国会の中で実現をしていただくのか、これは国会の中の議論の話でござりますか

らそこまで私が申し上げるわけにはいきませんけれども、私の抜本改革に対する考え方方は、私の任期内に明確にお示しを申し上げたいと思つて いるところでございます。

そして、それを中心にして、もちろん与党の中でも、それに対して、いろいろの御批判もあるでしょうし、いろいろとそれは御意見もあるでしょう。そしてまた、この国会の中におきましては、それぞれの党がまたそれぞれの御意見があると思ひますから、それはたたき台にしていただく以外にはないわけでございます。

しかし、そこは、今やらせていただこうと思う物の考え方というものは、やはり明確に示さないとその後に進まないというふうに思つておりますので、私はそのようにしたいと思っている次第でござります。

○鍵田委員 私は、そういう御覚悟というのはよくわかりましたので、それはそれでそれ以上お聞きすることはないんですけど、要は中身を、この五時間でできなかつたことをこれから一年なり一年なりでどのようにやつていこうとするのかという

ことの具体的な取り組みについてお聞きをしておるわけであります、このことについては全く何のお答えもございません。局長からでも、何かあれば出してください。

ではござりますけれども、省を挙げてこの課題に、何とか解決に向けての作業を進めなければならぬと思つております。

大臣みずから本部長となりまして、既に三月に省内に、全部局と言つていいほどの範囲をカバーいたします医療制度改革推進本部というのを立ち上げました。

この推進本部は、四つのチームを形成いたしております。例えば、医療制度の体系に関するチーム、これは高齢者医療制度の問題あるいは保険者

の再編統合の問題などを扱うチーム。診療報酬の課題を検討するチーム、体系の見直しに関するチーム。社会保険病院その他社会保険庁の業務に関連するチーム。そして、医療提供体制の改革に関するチーム。四つのチームを立ち上げまして、いずれもそれぞれ大臣から個別の指示を受けながら、今鋭意検討を進めているところでござります。

大臣の強い御指示のもとで、当然のことながらではございますけれども、我々も一丸となつて、この課題に懸命に取り組んでまいりたいと考えておるところでございます。

○鍵田委員 まあ同じようなお答えでして、單なる決意にしかすぎないわけでござります。このことは、もう当然私としましては納得できるようですね答弁ではないわけでございますが、まだまだこれから審議も続いていきますから、順次それらにつきましてはお聞きをしていきたいと思いますが、若干それにも関連をしてお聞きをしたいといふふうに思います。

今回の改正案によりますと、自己負担がふえる

ということになるわけでございまして、患者の負担が現行の一割から三割にふえるということであります。この負担の、自己負担率というものが、それぞれの国によりましてかなり違いがありますけれども、日本は断トツでトップでございますし、その他の先進諸国におきましても一〇%を切つておるところがほとんどでありますけれども、日本は一七%ぐらいの数字になつておるわけでございまして、本當にもう患者にとりましては、三方一両損といふ小泉総理の言葉がありますけれども、一方三両損と言つてもいいような内容でございます。

また、保険料の負担にいたしましても、ある団体で試算をされた数字を見ていきますと、標準的な世帯で、年間で四万四千円ぐらいの保険料のアップがあるということでございます。

大臣、労働問題にも詳しいわけでございますけれども、ことしの春闘の状況などを見てまいりましても、定昇すら確保できないというような状況があるわけでございまして、そういう中につけて、これだけの患者の一部負担、さらには保険料の負担増というふうなことを改革に先んじてやられるということは、やはり、治療を受ける側にとりましては、少々しんどくても病院に行くのは遠慮しようかということもあります。また、負担の方もどこのからこれを捻出しなくてはならないわけで、ほとんど給料から差引きされるわけでありますから、それについてどこから捻出をして、節約をしなくてはならないわけでございまして、そういう意味では、本当に勤労者の家計なり一般庶民の家計を直撃するわけでございます。そういうことに関してどのようにお考えになるのか。

このことについては、やはり、個人消費が低迷する中で、このことによつてさらに個人消費も低迷していくのではないかろうか。それが景気の回復にも大きく影響をするということが前回までの審議の中でも議論がございましたし、私もそのことについては真剣に心配をしておる一人でございま

す。

九七年といえば、消費税の引き上げもありましたし、そして特別減税も廃止をされる、そして医療費も、医療費というより保険料の引き上げもあつたり一部負担も引き上げになるということになりますけれども、その結果、百何十兆円という税金を投入して景気対策をやりましたけれども、しかし、全く、現在いまだに日本の経済の体質といふものはそれほどよくなつておるとは思えません。

そういうことを考えますと、あの当時の総理大臣は万死に値すると言つても過言ではないのではないでしようか。毎年何万人という自殺者が出る。もちろん病気だとそういうもので亡くなれる方もありますけれども、倒産とか失業とか、今まで自分が一生懸命築いてきた人生を大きくなつてこの不況のために狂わされて、そして挫折感を感じて自殺する人も多くいるわけあります。また、大都会ではホームレスが多数存在しておる現状を見たときに、こういう負担を抜本改革に先行してやるということにつきまして政府としてどのようにお考えになるのかということについて、お答えをいただきたいと思います。

○坂口国務大臣 医療の問題は、その財源は、これはもう保険料と税と自己負担以外にないわけであります。その三つのうちのどこからどのように出していだとかということにそれはなるわけでございまして、その割り振りの問題でございます。そして、もう一方におきましては、この医療費がどんどん上がるということについて、これはもう高齢化によつてやむを得ないものもあるというふうに私は思つておりますが、しかし、それ以上に上がる部分につきましては、これは医療の世界におきましても僕をしていただくところはしていただかざるを得ないというふうに私は思います。

しかし、医療の方で僕をしていただくということをいいましても、余りにも、だからといって、例えは胃がんで手術をお受けになるというこれは二・五割ぐらいになつてまいりますし、そ

ここをどんどん切り詰めていくということになり

ますと、いわゆる医療の質が問われてくるわけであります。この医療というのは財政上の問題もあります、財政上の効率化の問題もありますが、あわせて医療の質、医療の効率といったものもありますけれども、その双方が成り立たなければならぬわけでございますから、そこを見合

いながら、この医療のむだを省くという問題はやつていかなければならぬというふうに思つております。

そういたしますと、そこは効率化をするとい

ふうにいたしましても、この負担をしていただきます方は、税か、保険か、そしてあるいは自己負担かということに、その三つに要約されてくるわ

けでございます。

私は、皆保険制度というのがずっと日本はとらえてきて、これは世界に冠たるものであるというふうに思つておりますし、これが今日までの日本の医療を特徴づけてまいりましたし、支えてきたというふうに思つておられますから、これからもこの皆保険制度といふものは堅持をしていかなければならぬ、これは一番大事なことだというふうに思つております。社会保障にとりまして、これは非常に大事なことだというふうに思つておられるわけですが、その医療を堅持するという意味から、この社会保障を堅持するという意味から、この医療保険制度を、皆保険制度を堅持するという中において、そして、高齢化の問題ならば高齢化の問題に対しまして、どれだけ国庫負担をすることにするのか、自己負担をお願いするかということになるわけでございます。

この社会保障を堅持するという意味から、この医療保険制度を、皆保険制度を堅持するという中において、そして、高齢化の問題ならば高齢化の問題に対しまして、どれだけ国庫負担をすることにするのか、自己負担をお願いするかということになるわけでございます。

確かに今回三割自己負担をお願いいたしておりますが、先日も申しましたとおり、それは、軽い病気、例えば風邪を引いたとか、そうした軽い病気におきましては三割になりますけれども、入院をされまして手術をお受けになる、例えば虫垂炎で手術をお受けになるということになりますと、これは二・五割ぐらいになつてまいりますし、そ

ういうことに関してどのようにお考えになることがあります。確かに三割自己負担をお願いいたしてお

りますが、先日も申しましたとおり、それは、軽い病気、例えば風邪を引いたとか、そうした軽い病気におきましては三割になりますけれども、入院をされまして手術をお受けになる、例えば虫垂炎で手術をお受けになるということになりますと、これは二・五割ぐらいになつてまいりますし、そ

ういうことになりますと、これはもう〇・五割、五%ぐらいになつてくるというふうに、重い病気であればあるほどそのパーセントは下がつてく

ります。これはこの保険制度の持つております非常にいいところだというふうに思つてあります。

全体としては、三割自己負担というふうに言つておりますが、いわゆる上限が設けられておりま

すから、トータルで見ますと一七、八%ぐらいの

ところ、その辺のところに私はなるのではないか

らがいいのかということにつきましての議論というものを、やはり、もう少し国民的ないろいろな議論の上で決められるということがあつてもいいのではないか。もちろん、立場立場によつていろいろな意見はあるでしょう、賛否分かれると思つますけれども、しかし、こういうことが公にありますけれども、唐突に出でたような気がいたしました。それらの問題についての、どういうべきでそれを、今度の三割負担といふことにつきましてのそういう議論といふことは余り今まで聞かれてなかつたのが、唐突に出てきたような気がいたしました。

うなつたのかといふことがあります。さらには、三割が究極の負担だといふことの大臣のお答えを先日お聞きしておるわけでありまされども、では、三割負担といふものが今後とも変わらないという保証といふものはどこにあるのか。一割負担のときもそういうことでやられたのではないか、二割負担のときもそうであつたように思いますし、究極とまでは言われなかつたかもわかりませんが、このぐらいの負担をしていましたが、唐突に三割負担でそういうお答えをいたいだければということで来ておるのではないか。今回もまた三割負担でそういうお答えをいたいだければということになるとするならば、次の三割五分負担なり四割負担といふのは絶対ないのか、そのところが国民の皆さんにとっては大変不安があるわけでござります。

もつと、やはり、ちゃんと国民的な議論の上で、また合意の上で負担といふものを決めていく、そういう制度的なものもあつて決められるんならともかくとして、そのときの政権が恣意的に財政事情だけを考えてこういう負担の率を変えてくるというようなことが今後も起つてくるのではないかという不安感、こういうものが非常に強いかといふふうに思つておられます。

そういう意味では、抜本改革が先にあつて、この方についても、やはり改革があつて初めて安心してそこにゆだねられるといふことにもなるわけでありますし、それらの考え方につきましてお聞き

をしたいと思います。

○坂口国務大臣 この三割負担の問題につきましては、これはもう前回のとき、健保におきました。それでも御家族におきましては三割の自己負担が実現をつけています。しかし、この立場からいきましてはこれまでから三割といふことがあるわけでもあります。いよいよこれから、保険の統合、一元化を目指していかなければならぬわけになりますし、そうした立場からいきましても、健保の御本人につきましてもお願いすべきところをお願いをしなければならないわけになります。

さういうふうに思つております。

ですから、今唐突に三割問題が起つてきましたといいますよりも、もうその周辺におきましては、既に御家族にも三割をお願いしてきましたといふことでござりますから、厳しい状況になつてくればやはり御本人に対しましてもお願いをしなければならないといふことに私はなつてござるを得ないというふうに思つています。

しかし、それは申しましても、先ほど申しますように、ここには上限があるわけでござりますから、トータルで見ましたときには三割には達しない、一七%、あるいはせいぜい一八%ぐらいの負担率になつていてるといふことでござりますので、ここはひとつ御理解をいただきたいといふふうに思つます。

そして、それではその三割、いつもそう言つてゐるけれども、将来これは大丈夫なのかといふお話をございますが、この考え方、やはり保険制度を維持しますためには自己負担といふのは三割、上限のついた三割といふのはもうこれは一つの限界だといふふうに先日も申した思ひますが、私

はいわゆる三千人未満の健保といふのは四五・六%あるわけですね、三千人以下。また、市町村国保におきましては、三千人以下。つまり三千人未満のが三六・九%ある。これは、こういう小さなわゆる保険者で、そして維持するといふことは、甚だ私は難しいと思うんですね。特に、市町村の場合には、三六・何%の三千人以下のようなどころは大体過疎地ですよ。過疎地で高齢者が非常に多い。そうしたところで、これはもう私は無理だと思う。ですから、統合化を

合といふ問題が出ております。

私は、この保険者の統合といふ問題につきましては、単なる破綻した銀行をある程度健全な銀行が救済するといふ形でのそういう統合であつても、余り大した本来の医療制度の抜本改革につながつてこないんではないかといふにも思つておるわけでございます。

この保険者の統合問題につきまして、具体的なお考え、それはどのようない効果があるといふふうに思つておられるのかといふことをお聞きして、最後の質問にしたいと思います。

○坂口国務大臣 この保険者の統合の問題につきましては、これは、一つは社会保障としての医療保険を考えましたときに、余りにもばらばらになりました、そして、その保険者の間で大きな格差があります。そういうことは、私は問題だといふふうに思つたときの為政者の考え方でまた改正といふふうなことが出てくる可能性といふものも全くないわけではありません。

そういう意味では、三割負担といふものが絶対に保証されるといふことは、それこそ保証はないわけでございませんから、そういう意味での不安とすることも非常に国民の皆さんの中にはあるんではないか。段階的に今までここまで上がつてきたわけでありますから、それらにつきましての保証もない今まで、さらに抜本改革も先送りになると

いうことになりますと、さらに不安が倍増するといふこともなるわけでございまして、これらにつきましても、私は非常に懸念を表明せざるを得ないといふふうに思つております。

本日は、本当は十五・六問質問をさせていたただきましたが、三分の一ぐらいしかお

きたいと思つたんですが、三分之一しかお聞きすることができませんでした。特に、最初の部分で、ほとんど私が納得のできるお答えをいたいおられないといふふうに思つておりますから、今後、またさらにお聞きをする機会をぜひともつくなつたいたい。

時間的にはもうほとんどありませんので、最後

に、抜本改革の一つの取り組みの中で保険者の統合といふ問題が出ております。

私は、この保険者の統合といふ問題につきましては、単なる破綻した銀行をある程度健全な銀行が救済するといふ形でのそういう統合であつても、余り大した本来の医療制度の抜本改革につながつてこないんではないかといふにも思つておるわけでございます。

この保険者の統合問題につきまして、具体的なお考え、それはどのようない効果があるといふふうに思つておられるのかといふことをお聞きして、最後の質問にしたいと思います。

○坂口国務大臣 この保険者の統合の問題につきましては、これは、一つは社会保障としての医療保険を考えましたときに、余りにもばらばらになりました、そして、その保険者の間で大きな格差があります。そういうことは、私は問題だといふふうに思つたときの為政者の考え方でまた改正といふふうなことが出てくる可能性といふものも全くないわけではありません。

そういう意味では、三割負担といふものが絶対に保証されるといふことは、それこそ保証はないわけでございませんから、そういう意味での不安とすることも非常に国民の皆さんの中にはあるんではないか。段階的に今までここまで上がつてきたわけでありますから、それらにつきましての保証もない今まで、さらに抜本改革も先送りになると

組合健保をどうするかということでございますが、それは小さいなりに成立をしておることも事実でございますが、しかし、組合健保もこれだけ小さなものは、今後のことを、財政上のことを考えますと、私は、統合していかないとむだが多くなる。それぞれが皆事務費を抱えておみえになるわけですから、むだが多くなる。ですから、医療を健全化していきますには、その周辺におきますむだも省いていかなければなりません。むだを省いていきますためには、この統合ということが大事ではないかというふうに思います。

健保におきましても、今まで、都道府県の範囲を超えるともうできないとか、あるいは子会社はできますけれども孫会社はできないとか、さまざまなことがございましたが、そうしたところはひとつ切り離して、そうして、できるだけ統合化の方向に進めていく、そして、より健全な医療制度ができるようにしていくべきだと私は考へている次第でございます。

○鍵田委員 サラにもっと議論を深めたいところでございます。今のお考えにつきましても、新進党当時から、市町村合併なんかの問題はそういうことも含めて考えておつたところでございますので、今後さらに議論を深めたいというふうに思いますが、当時のときにも、やはり抜本改革とセットでこの法律案を通してほしいと、九七年のときに旧の公明党の大口議員がおつしやつておられたわけでございます。

そういうことを考えますと、今回もぜひともこれを取り下げる抜本改革とセットでやつていただきたいということをお願い申し上げて、私の質問を終わります。ありがとうございました。

○森委員長 次に、土肥隆一君。

○土肥委員 民主党的土肥隆一でございます。まず、少し細かい話から入りたいと思いますけれども、十四年度の医療関係予算を見ますと自然増が五千五百億円、これは財源はどういうふうに

調達なさったんですか。

○大塚政府参考人 昨年の概算要求時点で、医療費のいわば、おつしやいましたような当然増と申しますが、見込みが五千五百億。しかしながら、大変厳しい財政事情の中で国庫予算が大変深刻な状況にありまして、いわゆるシーリングが定められましたときに、厚生労働省全体といたしまして約三千億円の削減が必要、医療費について申しますと、五千五百億円の当然増を二千八百億円程度の削減が必要だということになつたわけでござります。

お尋ねの、どういうふうに手当をしたかといふことについて申し上げれば、二千八百億円の縮減額のうち約一千八百億円は、診療報酬改定二・七%のマイナス改定をいたしました。それに

より一千八百億円の国庫の当初見込みよりの減。それから、今回の一連の制度改革、さまざまございますけれども、全体といたして約一千億円の減。これによりまして、約二千八百億円の国庫負担の縮減を手当てしたということでございます。

○土肥委員 このシーリングあるいはこの処理案を聞いておりますと、橋本政権時代の厳しいシテ

の見直しがございます。

この制度改正の内容も、一部負担、いわゆる一部負担の徹底でありますとか、一定所得以上の方には二割負担をお願いするとか、また、拠出金に関連いたしましても、健保と国保の持ち合いの方の見直しでありますとか、そういう内容が含まれるわけでございます。一方では、もちろん低所得者対策の拡充あるいは公費の重点化といったプラスの要素もございますが、差引きをします。

一般制度の関係におきましても、自己負担限度額の見直しでありますとか、乳幼児につきましては給付率を八割にするといったような、プラス、マイナス、両方ございますけれども、それらをすべて足し合わせたものが一千億ということで申し上げたわけでございます。

〔委員長退席、鴨下委員長代理着席〕

○土肥委員 私は、今回の平成十四年度の医療会計及び今回出されたいわゆる医療制度改革についての、しかもこれがやがて抜本改正に向かうだろうという説明を聞きながら、結局やつていることはつじつま合わせにすぎない。シーリングがかかるって、せつば詰まって自然増をどう補うかと

いうことをやって、そしてその行き先に、一体、抜本改正がどう実現されるのかということを見ていくときに、これはなかなか実現しない状況だろ

うというふうに考えております。

それで、一つづつ詰めてまいりたいと思ひますが、ことし初めて薬価の改定と診療報酬の引き下げが行われたわけですね。二・七%のうち、一・三%が診療報酬、薬価は一・四%、この計算根拠はどういうところから出たんでしょうか。

○大塚政府参考人 診療報酬全体の水準、診療報酬の改定率につきましては、例年、年末の予算編成までの間、関係審議会でもろもろの御審議をいただきますけれども、昨年の例で申しますと、今回の制度改正との関連で、政府・与党社会保障改革協議会におきまして、医療制度改定大綱というのを定めまして、その過程でも、賃金、物価の動向あるいは昨今の経済動向、保険財政の状況等

を踏まえまして、引き下げの方向で検討するといふ大きな方向が昨年秋に出されていましたということございます。そうした背景もございまして、年末の予算編成に具体的な改定率が決まつたわけでございますが、一・三%の引き下げでございます。

これは、具体的な改定率の根拠あるいはその水準と申しますのはおおむね賃金、物価、医療費の構成要素は人件費あるいはその他の物費というところになるわけでございますが、賃金、物価の動向にほぼ見合った水準、つまり賃金も下がり、物価も下がっている状況でございますので、その水準を診療報酬に置き直しますと、おおむね一・三%というのが一つでござります。

それから、薬価の方でございますが、これは一・四%と言つておりますけれども、内訳をさら申し上げますと、薬価で一・三%、それから医療材料というものが、若干でござりますが、○・一%、合わせまして一・四%でございます。

薬価の方の三角一・四%、一・四%引き下げでございますけれども、これは一つは、市場実勢価格に基づきまして、下がっていることが多いわけござりますから、それを引き下げる。ほかに、後発品のある先発品につきましては、今回、思い切つた、平均五%の引き下げをいたしました。医療材料価格につきまして、市場実勢価格による引き下げのほかに、内外価格差の是正といった観点からの政策的な改定を行いまして、これらを合わせますと一・四%、こういう数字でござります。

○土肥委員 私は政治決着だろうと思つてゐるのですが、今局長の話だと、極めて合理的な、賃金や物価や経済情勢をきちっと測定して出したといふことでございます。そうであるならば、今後とも、日本の日本国の、この国の経済情勢や物価その他も含めた日本人の生活実態に合わせて、診療報酬は合理的に、自動的に変化するというふうに考えていいんでしょうか。

○大塚政府参考人 医療費を構成する要素は御案

内とのおりさまざままでございます。その背景には、もちろん医学そのものの進歩あるいは医療機器その他の改善といったようなこともござります。から、機械的にというわけにはまいらないわけでございますが、最終的には総合的な判断といふことになりますけれども、当然のことながら、経済の動向、特に賃金、物価の動向というのは重要な指標にならざるを得ないというふうに考えております。

ただ、最終的には、保険財政の状況もございましょうし、その時々の医療水準、どういうふうに確保するかという政策的な配慮も当然必要でございますので、最終的には総合的な判断ということにならうかと思います。

てもらつたわけですね。これは、泣いてもらつたから次はお返ししますというような話じや困るわけでありまして、診療報酬体系は、議論すればさまざまなことをしなきやいけないわけでありますけれども、こういう今回のよくな非常に合理的な、統計的な手段で診療報酬が決まるというならば、それは大変結構だと思うんです。ですから、これを今後も受け得るのか、これは一体どうなのか、かということでござります。

今の局長の話だと、もちろんのことと考えてとうことはわかりますけれども、診療報酬に初めていうことはありますけれども、診療報酬に初め

て手をつけたという意味においては、これは私には非常に注目をしなきやならない、こういうふうに思つております。

薬価についてもそうであります。薬価は、いつも問題になつておりますが、一体医療費に占める薬価の割合は何%ぐらいが、いわば製造メーカーを含めて、あるいは開発費も含めて、診療報酬に反映させていくわけですけれども、大体何%ぐらいが、薬価の占める割合がいいというふうに考えておられますか。

卷之三

卷之三

的の方と関連するわけでござりますから、具体的な数字で目標値を決めるわけにはまいりませんけれども、傾向で申しますと、御案内のとおり、かつて日本の薬剤比率というのは医療費の中の三割と言われておりました。さまざまな改革を経まして、今日におきましては全体として約二割といふところにまで下がってきておりますし、薬剤費そのものの総額といいましょうか実額も、むしろ減るというような状況になつてまいりました。特に、薬剤比率、諸外国と比べてみると、な

そういふに私は思ひます。そういたしますと、これはおのずから、皆さん方がごらんをいただいて、この病気に対し、こたのかといふことが明確におわかりをいただくことができるわけでありますから、そこが今まで明確でなかつたために、多くの皆さん方は診療報酬に対し不信を持たれる点が多くつたといふふうに私は思つてゐます。ここをまず明確にするといふことが大事。

がなかなか入院には実は諸外国との比較は困難でござりますけれども、外来薬剤比率、というふうにとつてみると、既にフランスを下回っておりますし、イギリスと同程度、ドイツ、アメリカよりはまだ高い水準でございますが、いわば諸外国並みにはなつてきましたという状況にございます。

今後とも、しかしながら、例えば後発品の使用促進をすることによる合理化といったような政策課題もござりますから、そうした取り組みを通じて、さらに薬価の適正化、ひいては薬剤比率の合理的な配分ということに努力をしてまいりたいと考えております。

○土肥委員　まさにキーワードは合理的でございまして、したがいまして、今後の抜本改革は、診療報酬及び薬価は、合理的に、その都度の経済情勢に合わせて改定をするということを確認させていただきたいと思いますが、大臣、どうでしようか。

そういいますと、これはおのずから、皆さん方がごらんをいただいて、この病気に対し、この検査に対して、この診断に対して、なぜ高かったのかということが明確におわかりをいただこうとができるわけですから、そこが今まで明確でなかつたために、多くの皆さん方は診療報酬に對して不信を持たれる点が多かつたというふうに対し思つてはいます。ここをまず明確にすると、うことが大事。

さて、今先生が御指摘になりましたように、そのときそのときの経済動向をどう反映させるかというは、これは一つ、また別途の問題としてなかなか難しい問題をはらんでいるというふうに私は思います。全体として、この診療報酬の中のどこにどういう点数を配分するかという問題と、それから、全体の経済の中で医療全体が置かれております財政状況の中でも全体をどうしなければならないかという、別のある一つの話があるというふうに私は思つてはいる次第でございまして、そこはその都度ある程度のこととを加味しなきやならないことは起つてはいると思います。

○土肥委員 医療問題は、医院、病院、大病院、中小病院ありますけれども、あるいは国民の側も含めて、やはり経済の中の一つの営みなんですね。ところが、診療報酬できちつと保障されていませんから、その範囲でやつていればお医者さんは別に困らない。一・四%、一・三%下がつたから

○坂口国務大臣 診療報酬につきましては、これらも抜本改革の中の大きな柱の一つに実は挙げていいわけでございますが、私は、診療報酬につきましては、どういうふうに診療報酬を定めるかといふ基本、いわゆる尺度になるものを明確にしておくべきだというふうに思っています。

例えば、疾病の重い軽いありますとか、あるいはまた診療に要します時間でありますとか、例えの話でございますが、そうした幾つかの物差しを明確にしておいて、そしてそれに合わせて決めるというふうにしておかないといけないといふ

そういいますと、これはおのずから、皆さん方がごらんをいただいて、この病気に対し、この検査に対して、この診断に対して、なぜ高かつたのかということが明確におわかりをいただこうとができるわけでありますから、そこが今まで明確でなかつたために、多くの皆さん方は診療報酬に対し不信を持たれる点が多かつたというふうに私は思つています。ここをまず明確にするとどうが大事。

さて、今先生が御指摘になりましたように、そのときそのときの経済動向をどう反映させるかといふのは、これは一つ、また別途の問題としてなかなか難しい問題をはらんでいるというふうに私は思います。全体として、この診療報酬の中のどこにどういう点数を配分するかという問題と、それから、全体の経済の中で医療全体が置かれております財政状況の中で全体をどうしなければならないかという、別のもう一つの話があるというふうに私は思つている次第でございまして、そこはその都度ある程度のことを加味しなきやならないことは起これ得るというふうに思つています。

○土肥委員 医療問題は、医院、病院、大病院、中小病院ありますけれども、あるいは国民の側も含めて、やはり経済の中の一つの営みなんですね。ところが、診療報酬できちっと保障されていきますから、その範囲でやつていればお医者さんは別に困らない。一・四%、一・三%下がつたからといって、何か仄聞するところによりますと、医師会側は直ちに法律を改正してもとへ戻せなんということを聞いておるわけでございますけれども、これはずっと政治決着でやつてきたといふ事実の中で、今回のこの厚生労働省の決断は、私は高く評価しているんですよ。やはり医者も日本本経済の中の、医療も経済の中の一つの行為であつて、ここから出でくるのは国民総生産に反映して、いるわけでありますから、そういうことを考えると、今大臣がおっしゃつたように分けてというのは、私は納得できません。だけれども、ここで医

ですから、今回の事実から、ことしの医療政策から見ると、やはりこれからの中本改革は経済情勢に応じて合理的に判断した診療報酬額が出るんだなということを期待しつつ、しかもきつちりと見守つていただきたいというふうに考えております。  
もう一つ、シーリングをどうするかということになると、五千五百億円の自然増をどうするかというと、これは十月からでござりますけれどもサラリーマンの自己負担を二割から三割にした。サラリーマンは同時に総報酬制を導入する、ボーナスにも保険料をかける、この急激な負担増を強いてきたわけでございまして、サラリーマン本人は、健康に暮らしている人なんかを例に挙げれば、ほとんど健康に暮らしていらっしゃるわけですがけれども、なぜだか知らないけれども高齢者医療のために二割が三割、そして総報酬にしましても全部高齢者の方へ持つていられる。これは、組合健康保険の組合員の皆さんとも話していると、現役のために何もなつてないのに負担だけふやしていくということになると、いわば自分の父親や母親あるいは祖父母の、おじいちゃんおばあちゃんのために出してみると考えればいいけれども、一體、老人医療費はこれから先どうなるんですかと、いうことでございます。  
この負担増について、現役の皆さんに対する配慮がやはり足りない。あるいは説明が足りない。私は言わせれば、特にこの自然増の負担をどうするか、自然増をどう配分するかというときの役所の側の苦肉の策として出てきたと言つてもいいのではないかと思うんですが、反論がありますか。  
○大塚政府参考人　今日の状況におきまして、さらにはこれからさらに高齢化が進むという状況の中で、どのような形にせよ、高齢者の医療費が医療保険財政における極めて大きなプレッシャーといいましょうか負担増の要因になつていることと間違ございません。

したがいまして、その処理がかなえて課題である、制度改正の課題の論点の最大のものの一つであるということをおっしゃるとおりだと思いますが、結局、そういうような状況の中で、現役世代と申しましようか、高齢者と若い世代のバランスをどう考えるか。あるいは各制度ごと、縦横の関係になぞらえれば、年齢、世代ごとのバランスをとる、こういった形で公平に負担をお願いする、支えていただくという発想が重要だろうと思つております。

したがいまして、一つには、今回の改正においては、御案内のとおりでござりますけれども、高齢者医療費につきましても拠出金の増といふことが非常に大きなプレッシャーでございますから、患者一部負担につきましても一割徹底といふことをお願いいたしましたし、また現役に遅色のない収入のある方については二割負担もお願いをする。さらには公費負担も五割に引き上げまして、年齢も七十五歳に引き上げるという形で、拠出金のいわば圧縮、圧縮という表現が適當かどうかわかりませんけれども、軽減を図るということを一つの大きな柱にいたしております。

その上で今度は、横のといいましょうか、各制度間のバランスということを考えますと、若い世代の給付率につきましても、国保その他の、あるいは被用者の家族の外ももそうでございますが、三割負担をお願いしているわけでござりますから、世代間あるいは制度間のバランスをとる意味から三割負担をお願いする。そして、総報酬もそうでございますけれども、さまざまな保険者がある中で、この公平感という意味で、かねて御指摘がございました。したがいまして、公平な負担という意味で総報酬制を導入する。

全体の高齢化が進展する中で、医療保険の運営

というのが大変難しいことはおっしゃるとおりでございますが、何とか国民皆保険を守つていくためには、各制度、世代を通じてバランスのとれた公平な負担にしていく、そういう考え方で今回の制

度改正を組み立てた、そういうつもりでございました。反論とおっしゃいましたけれども、私どもあるということをおっしゃるとおりだと思いますが、結局、そういうような状況の中で、現役世代が、結局、そういうようないふうな状況の中で、現役世代と申しましようか、高齢者と若い世代のバランスをどう考えるか。あるいは各制度ごと、縦横の関係になぞらえれば、年齢、世代ごとのバランスをとる、こういった形で公平に負担をお願いする、支えていただくという発想が重要だろうと思つております。

したがいまして、一つには、今回の改正においては、御案内のとおりでござりますけれども、高齢者医療費につきましても拠出金の増といふことが非常に大きなプレッシャーでございますから、患者一部負担につきましても一割徹底といふことをお願いいたしましたし、また現役に遅色のない収入のある方については二割負担もお願いをする。さらには公費負担も五割に引き上げまして、年齢も七十五歳に引き上げるという形で、拠出金のいわば圧縮、圧縮という表現が適當かどうかわかりませんけれども、軽減を図るということを一つの大きな柱にいたしております。

その上で今度は、横のといいましょうか、各制度間のバランスとすることを考えますと、若い世代の給付率につきましても、国保その他の、あるいは被用者の家族の外ももそうでございますが、三割負担をお願いしているわけでござりますから、世代間あるいは制度間のバランスをとる意味から三割負担をお願いする。そして、総報酬もそうでございますけれども、さまざまなかかる中で、この公平感という意味で、かねて御指摘がございました。したがいまして、公平な負担という意味で総報酬制を導入する。

全体の高齢化が進展する中で、医療保険の運営

度も三割、医療にかかるときでござりますけれども、その上に保険料がかかつてくる。そういうふうに大変心配しております。

抜本改革なんですよ。医療はこうだ。この前の人□動態の発表では、年金がまた三割だ。医療は今まで三割、医療にかかるときでござりますけれども、その上に保険料がかかつてくる。そういうふうに大変心配しております。

大事だというふうに考えます。

そこで、反論とおっしゃいましたけれども、私どもあるということでおっしゃいますけれども、後期高齢者とそういうことでござりますけれども、後期高齢者と当時の七十歳以上の層というのがほぼ二重に示す、三割負担、総報酬を受け入れる現役世代に示すということが必要だと思います。

次に、高齢者でありますけれども、七十歳から七十五歳に対象が引き上げられました。これも私は、つけ焼き刃的な、行き当たりばったりだなと思うであります。

老人の医療費が上がる。そして健康保険財政が逼迫してくる。この老人保健拠出金の問題ですね。各保険者は軒並み全部赤字です。サラリーマンの組合健康保険などは、もう吐き出して吐き出されてしまうであります。それを飛び越して、いきなりばさっとやつてくる。

私は、サラリーマンの皆さん、なめられているんじゃないかなと。例えば老人医療費の六割はサラリーマン、現役世代が負担している現役、そして年金の負担も賦課方式ですから精いっぱい出す。介護保険の、四十歳以上ではありますけれども、それに応じる。そして子育てをし、家族を養っていく。これではサラリーマンの皆さん、踏んたりけつたりでございまして、せめてどこかで、サラリーマンの皆さん、こういう特典がありますよみたいなものでも示さない限り、取れることはなつがるわけでございまして、ただ、私はもう既に破綻しているというような中で、老人の年齢、高齢者の年齢を七十歳から七十五歳に変えたというのはいかにも安直な、医療改革と言えるんでしょうか。

私が言わせれば、この七十五歳、七十歳から七十五歳に逃げ込んで、そして負担を軽くしよう、老人医療の負担を軽くしようということにすぎないんじゃないかなというふうに思うのでございませんが、こういう意見についていかがでしようか。

○大塚政府参考人 高齢者医療のあり方を議論する場合に、従来もそうでござりますけれども、この対象年齢をどうするかというのはやはり常に議論の対象でございました。特に高齢化が進展してまいります場合に従来と同じような発想でいいのかということは、実は最近出てきた話ではございませんで、議論のたびにその対象年齢というのはどうするかということは課題であつたわけでございます。

ちなみに、昭和五十六年に法律ができまして、五十八年から動き出しました現在の老人保健制度

でござりますけれども、当時の試算あるいは資料を見ますと、今日で申しますと、たまたまという

ことになるといえば、そなでござりますけれども、平均余命の進展でありますとか、もちろんの

アリーエールというようなデータもございま

す。

全体といたしまして社会全体が高齢化をしてい

くわけでござりますから、高齢者医療制度の対象

をどう考えるかと云うことでございません。常に議論に

なつて来たわけではございません。常に議論に

とを考えてあげなさいというような話だつたんですね。その負担が厳しいから子供も産まないとか、それはほかの理由もいろいろあるというふうに最近は分析が変わってきております、厚生省も変わっておりますけれども。

厚生省は、高齢者医療というのを考えるときに、もう要するに負担が大きくなればなるだけ年齢を上げていくというような考え方だと、一体高齢者というのは何なのとか、あるいは高齢者の医療といふのは何なのとかということを根本的に考え直さないと、もう七十五歳までは全部支える側だと言えば、これはもう六十歳、六十五歳で定年退職した後十年はとにかく働きなさい、そして支える側に回りなさいというようなドライブがかかるだろうというふうに思うのでありますけれども、今後もこの高齢者の年齢というのは動くんでしようか。

○大塚政府参考人 今回初めてと申しますが、新しく七十五歳、後期高齢者というようなことで提案をしたわけですから、その先のことを議論する段階ではないと思いますが、後期高齢者といふ概念は、御案内のように、何も日本だけの発想ではございませんで、少なくとも今の時点では国際的にも一つの、さまざまな論議をするためのメルクマールでございますから、そこがそう簡単に動くとは私どもは思つております。

ただ、先ほどの御答弁申し上げましたこととちょっと一点補足をさせていただきますと、今回の改正案につきましては、いわゆる患者負担といふ観点から見ますと、御案内のとおりでございますけれども、七十歳以上というような切り口にいたしております。皆、各保険者、現役世代でいわば平等に分担をする、支えるという制度の対象として、七十五歳、後期高齢者、公費の重点的な充當もそこに絞つた、こういうことでござりますので、補足をさせていただきます。

○土肥委員 こうなつてくると、私どもは老人会で話をするとときなんかも、七十五歳以上の人はちょっと手を挙げてくださいと言うとぱらぱらいらっしゃるわけですね。それ以下となるともう圧

倒的に多いわけでござりますけれども。七十五歳以上になりますと、大体もう老人会に出てこれない世代でございまして、言つてみれば、医療で手術もあつたんだなということを思い出すと、これまで次の抜本改定、抜本改革はどうするんですかといふにも私は聞こえるわけでございまして、これから高齢者医療を考えるときに、こういう手法もあつたんだなということを思い出すと、何かといたときに、余り希望が持てない、こういう手法をずっととつていくんだろうなど、いうふうにやや批判的に見るわけでござります。

したがつて、先ほどから私どもの委員が抜本改革を一体どうするんだという話を繰り返しやつておりますけれども、どうも先行きが暗いと私は考えております。よほど徹底した議論をしていかなければならぬ。

もう一つ、いつも大臣もおっしゃる一元化論でござりますね。これは大臣に回答していただきたいんですけれども。

一元化すればすべてはうまくいく、市町村国保の一元化、これを県に持つていただくとか、あるいは国がやつている保険の一元化、政府管掌保険でいえば民営化なんということも言われておりますけれども、私は國であるいは地方行政であれ、行政が保険者であるところの健康保険というのはいわば合理化も効率化もできない。

そして、では民間はどうかというと組合健保があるわけありますけれども、これも法律でぎりぎりに締め上げまして、組合の設置から財政内容への介入とか、これは国民健康保険法、今回の法律の中にももう既にあるわけでござりますけれども、民間の活力とか工夫とかいうものがこの医療保険の世界ではほとんど機能してない。つまり、これは国営の、あるいは行政の健康保険制度、こういう印象を強くするわけであります。一方で、これらは保険と税と自己負担でござりますから、そこで自分の組合の健保財政は自分たちで守らうとい

うところの、身近なところでの健康や保険に対する、あるいは病気に対する理解、それがなければ、一元化すると、ああ、国がやってくれる、あるいは手筋もあつたんだなというふうに思つて、これまでの抜本改定、抜本改革はどうするんですかといふ手筋をずっととつていくんだろうなど、いうふうにやや批判的に見るわけでござります。

したがつて、先ほどから私どもの委員が抜本改革を一体どうするんだという話を繰り返しやつておりますけれども、どうも先行きが暗いと私は考えております。よほど徹底した議論をしていかなければならぬ。

もう一つ、いつも大臣もおっしゃる一元化論でござりますね。これは大臣に回答していただきたいんですけれども。

○坂口国務大臣 一元化のお話を申し上げます前に、抜本改革のことを少し触れておかなきゃいけないですね。これは大臣に回答していただきましたが、私は、制度としての抜本改革をやつたら財政的にそれで非常に楽になるとも、率直に言つて思つておりません。むだを省かなきゃならない。だから、現在の制度の中でもまだがあればむだを省くというのは、抜本改革のその一つだというふうに思います。そして、負担と給付をどの制度の間に公平にしていくと

いうことがもう一つ大事なことだというふうに思つておりますが、そうしたこと念頭に置いてこれは抜本改革をするわけであります。むだを省くといいましても、全部それでその費用が半分で済むというようなことは全くない話でありますから、私は、医療財政の厳しさというのは、今は、医療財政の厳しさといふのは、今後も、抜本改革を行いましても続くものだというふうに思つています。

その後、抜本改革を行いましても続くものだといふふうに思つて、その厳しい中で、先ほど申しましたように、これは保険と税と自己負担でござりますから、そこでその割合でお持ちをいただくかという話に、その厳しい中で、先ほど申しましたように、こ

お若い皆さん方からすれば、それは若い皆さん方を中心にしてしまった保険から見ますと、たくさん高齢者のために出さなければならぬ、それはつらい、非常につらい立場だというふうに率直に思つて私もそう思いますが、お互いに、これは年以上になりますと、大体もう老人会に出てこれない世代でございまして、言つてみれば、医療で手術もあつたんだなということを思い出すと、これまでの抜本改定、抜本改革はどうするんですかといふにも私は聞こえるわけでございまして、これから高齢者医療を考えるときに、こういう手法もあつたんだなということを思い出すと、何かといたときに、余り希望が持てない、こういう手法をずっととつていくんだろうなど、いうふうにやや批判的に見るわけでござります。

したがつて、先ほどから私どもの委員が抜本改革を一体どうするんだという話を繰り返しやつておりますけれども、どうも先行きが暗いと私は考えております。よほど徹底した議論をしていかなければならぬ。

もう一つ、いつも大臣もおっしゃる一元化論でござりますね。これは大臣に回答していただきましたが、私は、制度としての抜本改革をやつたら財政的にそれで非常に楽になるとも、率直に言つて思つておりません。むだを省かなきゃならない。だから、現在の制度の中でもまだがあればむだを省くというのは、抜本改革のその一つだというふうに思います。そして、負担と給付をどの制度の間に公平にしていくと

○土肥委員 身近なところでの健康を考えるが、そして、保険制度も考えないで、他人任せの健康制度じゃダメですよ、こう言つていいわけです。

○坂口国務大臣 我々の身近な医療というのは、それはそのとおりといふうに私も思ひますし、健康制度じゃダメですよ、こう言つていいわけです。

○土肥委員 身近なところでの健康を考えるが、そして、保険制度も考えないで、他人任せの健康制度じゃダメですよ、こう言つていいわけです。

○坂口国務大臣 我々の身近な医療というのは、それはそのとおりといふうに私も思ひますし、健康制度じゃダメですよ、こう言つていいわけです。

○土肥委員 身近な問題として考えていかなければならぬ。ただ、医療というのは、皆さん方から見れば、これほど身近なものは本当はないわけでありまして、皆さん方も、身近なものというふうにお考えになつておりますから非常に大きな関心をお持ちいただいているんだろうというふうに思つています。身近な問題でありますのがゆえに皆さん方の御理解を得なければならぬといふ御趣旨だろうと、いうふうに思ひますが、そこは私も、それはそう思つておられます。それがゆえにここでこれが御議論をいただいてるということも言えるわけでござりますので、身近な医療といふものは、どなたから見えていただきましても公平でなければならぬ、そしてむだを省いて、お互いにこれならば納得できるという形にしなければならない、それはもう御指摘のとおりだと私も思つてお

ります。

**○土肥委員** ですから、大臣のおっしゃるとおりなんです。だけれども、身近になつてないですね。国民健康保険というのは、三割払えば、あと七割はただだと思つていらつしやる人もいるわけですね。これは身近でも何でもないわけです。両手に抱えるぐらいビニール袋に薬を入れて病院を出ていかれる方もみえるわけでございまして、そういうことを見ると、どうも行政任せの医療制度ではなかなか身近にならない、そういう意味での身近にならない。

それから……（発言する者あり）そのとおり、そのとおり。したがつて、いろいろなものを要求するときに、身近になつていなかつて開示しないんですよ。自分たちの属する健康保険組合があれば、これは健康保険組合をもつと自由化して、活性化して、自分たちで自分たちの会社のあるいは組合員の健康は守るぐらいの生きがいを持つてやつていただかないと、今のような法体系じゃ無理ですね。だから、抜本改正というのは、長くひつくるめて全部行政がやって、いいことにはならないというのが私の主張でございます。

何か御意見、はい、どうぞ。

○坂口国務大臣 保険制度につきましての一本化を私は主張いたしておりますけれども、その一元化というのは、率直に、言うはやすくして、なかなか一度にそれはできる話ではないということには十分に思つておりますけれども、ベクトルの方向性として一元化ということを私は言つてゐるわけでござります。

まずはしかし、その前に統合化というのが図られなければならない。先ほどから議論をいたしておりますように、ある程度、私は、これは統合化を進めていかないと、それこそむだが多くなりますし、いけない。ただし、いわゆる保険のあり方というものについて、国が、これはこうしてはいけません、ああしてはいけませんということを、余りそれをがんじがらめに縛つてしまふということは、これはよくないことでありまして、保険者

の意思というものが働きやすいようにしなければならないというふうに思いますし、保険者がやはり努力をされるところがなければならないというふうに思うわけです。そこは、今までの保険者というものから、もう少しやはりえていかなければならぬと、いうふうに私も思つております。

○土肥委員 これはちょっと、なかなかかみ合わないんでございますが、本音を言えば、なるべく地域保険あるいは組合保険、健保組合などを活性化させるような意味では、区分けした方がいい、いろいろありますけれども、それも、国保組合の自主性を失わしめるような統合化はやめた方がいい。

これは介護保険がそうです。市町村別に、その市町村の住民のことは市町村で考えてくださいと決めたこの介護保険が、広域化といつて責任分散をしまして、首長さんが、自分たちの政治の結論として介護保険がうまくいっていないなんて言われるのは嫌だから、みんなでいいといつて、福岡県なんかは百の市町村が集まつて広域化の組合をつくるなんということになりますと、一体、この市町村の生活はだれが責任を持つのかとなるのは嫌だから、みんなでいいといつたときに、その責任が分散するということでおざいまして、市町村国保にいたしましても、安易な統合化はしない方がいい。その地域住民の健康はその地域で守つていくにはどうしたらいいかという知恵を出す場面を備えておかなければなりません。

さて、今度、私は非常に気になる政策が出ておるわけでござります。老人医療費の伸びの抑制のためには指針を設ける、こう言つておられます。ああ、いよいよ來たなという感じですね。要するに、医療の抑制効果を求めて、さまざまな政策を国でつくり、それを都道府県、市町村にやらせるということでございましょう。

社会保障審議会医療保険部会の資料に、老人医療費の伸び率管理制度の導入という言葉があるんですね。これの言いえだらうというふうに思つてます。

ですが、この指針とは一体何を目指しているのでしょうか。

○大塚政府参考人 お尋ねの指針の件につきましては、御承知のように、多少議論の経緯がござります。昨年の九月に厚生労働省試案を、医療制度改革に関する試案を公表したわけでございます。が、その時点におきます案としては、いわゆる伸び率管理制度、これも俗稱ではございますけれども、そう呼ばれるものを探査いたしました。一定の目標を設定いたしまして、結果的に老人医療費が目標を超えた場合には、事後的にではございませんが、診療報酬の支払い額で調整するといふ案でございました。これにつきましては、大変御議論があつたというよりも、厳しい御批判を多くちょうだいしたわけでござります。例えて申しますと、医療の質をかえつて損なう、あるいは、強制的な、行政による一方的な措置であるといつたような議論がございまして、厳しい御批判を賜りました。

ただし、老人医療費が高齢者の伸びに、高齢化に伴つてふえる分、これはもう避けられないわけでござりますけれども、現実にはそれをかなり超えて伸びておりますから、今後の医療保険財政あるいは安定的な運営をするためには、老人医療費の伸びというものをできるだけマイルドなものにしていくことが必要だ、重要なだということにつきましては共通の認識がございまして、また、あると思つております。

今回、指針という形で法案に提案をさせていただいておりますけれども、この指針は、老人医療費につきまして、言つてみれば金額で調整するというようなことではございませんで、国と都道府県と市町村が、それぞれの役割に応じまして高齢者の医療費の適正化のために努力をする、国はそのための一層のガイドライン、指針を定めて、市町村、都道府県の協力を仰ぐ、こういう趣旨でござります。

○土肥委員 抜本改正というのはこういうところで考えているんだなということがわかつたといふことでござります。

最後に、今度の法案、特に附則なんかを見ますと、社会保険病院とか社会保険庁にさまざまなもので、社会保険病院と社會保険病院との対策が出てきてるわけですね。何か、社会保険病院あるいは社会保険病院が非常に効率化も能率も悪くて、医療機関としていをなしてないみたいに感じに受け取られるんですが、一体、何が問題で、そしてどういうふうにどういうところに改善点があるのか、あるいは将来の社会保険病院は

どうするのか、あるいは社会保険庁自体をどうするのか、お聞きしたいと思います。

○富岡政府参考人 まず、社会保険病院からお答えいたします。

社会保険病院につきましては、保険者たる政府が行う保健福祉事業の一環として設置されておりまして、現在、全国で五十四の病院が設置されております。それぞれの地域の病院や診療所と連携のもとに、公的な病院の一つとして、それぞれの役割を果たしております。

運営につきましては、公益法人、自治体等に委託しているところがございますが、独立採算を原則としておりまして、平成十二年度決算におきましては、全体として黒字決算となつております。

今回の健保法改正案を取りまとめるに当たりましては、政管健保が厳しい財政状況にある中で、保険料や一部負担の増をお願いしていることから、政管健保の保険料を財源として整備されている社会保険病院のあり方の見直しが求められたところでございます。

このため、法案の附則におきまして、おおむね二年を目途に、具体的な内容、手順及び年次計画を明らかにし、所要の措置を講ずるとされておりますが、現在、厚生労働大臣を本部長といたします医療制度改革推進本部におきまして、社会保険病院につきましては、公的病院の一つとして今後どんな役割を果たしていくべきなのか、それから病院整備財源、これを今後どうやっていくべきなのか、それから病院経営の効率化を進めるはどうしたらいか、こういった観点から、現在、検討を進めております。

の収納確保など、保険者としての運営責任を引き継ぎ果たしていくために、一層の合理化、効率化を進めることが大変重要なことだと認識しております。 従来より、IT化の推進、事務の集約化、例えばセプト点検につきまして集約して効率を上げるといったこと、それから、業務の外注化の推進、こういった業務運営の効率化、合理化を推進してまいりましたが、こういったことを踏まえまして、今後さらに、事務処理面の見直し、さらなる情報技術の活用、業務運営の効率化、事務の合理化、こういったことにつきまして、現在、具体的な検討を進めているところでございます。 ○土肥委員 ありがとうございます。 社会保険病院は既に地域医療の重要な柱の手であります。ですが、その状況についてもと詳しく述べたいところでございますが、きょうはやめます。 社会保険病院は既に地域医療の重要な柱の手であります。ですが、その状況についてもと詳しく述べたいところでございますが、きょうはやめます。 ○五島委員 予定していた質問はあるわけでございますが、その前に、先ほど、我が党の鍵田議員に対する大臣の御答弁を私聞いていて、非常に正直な大臣であるなということと同時に、若干啞然としたわけでございます。 当面、財政の問題での課題が緊迫している。今回出されてきているこういう健康保険法の改正の流れが、現時点では国民の理解は得られないだろうと考えている。しかし、抜本改革で将来の見通しを出すことによつて安定した制度をつくつてしまつた。ただし、今のところはまだそれはできていません。なぜこれまで五年間もかかつてできてこなかつたか。意見の一致がなかつたから。 この御答弁は、全く間違いでないとは思いま	す。間違いないとは思いますが、これで果たして、この委員会においてこの法案を通していいとお思いなんでしょうか。 やはり、抜本改革で将来の見通しを出すということが、そのこととセットじゃないといけないとおもいます。 ○坂口国務大臣 五島委員からの御質問を、必ずしも私、御指摘いただいていることが十分に理解できているかどうかちょっと不安なんですけれども、一つは、この委員会の中でもう私は十分にわかっているふうに思います。そのことについて、まず大臣の御意見をお伺いしたいと思います。 ○五島委員 私も、抜本改革は財政問題を改善するというものは別の問題だらうということについてはよく理解をしています。しかし、その抜本改革の中において、まさに大臣もおっしゃっていらっしゃるよう、将来的にもどのようにならぬ問題が安定期にできていくのか、その安心というものの担保がないままに負担増だけが出てくることに対する申し上げたわけでございます。 そこで、具体的な問題に入つていきたいと思います。 例えば、今回の診療報酬の改定によって、医療費の引き下げが一・三%、薬価の引き下げで一・四%ということで、平成十四年度の医療費の引き下げが七千四百億あるだろうというふうに予測されています。そして、患者の負担が千二百億減るということで、給付費が六千二百億減るんだ	こと、そのこととセットじゃないといけないとおもいます。 ○坂口国務大臣 五島委員からの御質問を、必ずしも私、御指摘いただいていることが十分に理解できているかどうかちょっと不安なんですけれども、一つは、この委員会の中でもう私は十分にわかっているふうに思います。そのことについて、まず大臣の御意見をお伺いしたいと思います。 ○五島委員 私も、抜本改革は財政問題を改善するというものは別の問題だらうということについてはよく理解をしています。しかし、その抜本改革の中において、まさに大臣もおっしゃっていらっしゃるよう、将来的にもどのようにならぬ問題が安定期にできていくのか、その安心というものの担保がないままに負担増だけが出てくることに対する申し上げたわけでございます。 そこで、具体的な問題に入つていきたいと思います。 例えば、今回の診療報酬の改定によって、医療費の引き下げが一・三%、薬価の改定によって、医療費の引き下げが一・四%ということで、平成十四年度の医療費の引き下げが七千四百億あるだろうというふうに予測されています。そして、患者の負担が千二百億減るということで、給付費が六千二百億減るんだ
--	--	---

一千億、患者の負担は九百億ふえる、トータルで給付の方は一千九百億の削減になるよ、こういうふうにおっしゃっているわけで、圧倒的に診療報酬の改定による影響の方が財政的には大きい、これははつきりしています。

しかも、今回の診療報酬の改定、どうしたか。何か先ほど大塚局長、非常に根拠を持つてつくられたようなお話をございますが、現実問題として、ではこの診療報酬の個々の改定、というものの結果は、医療の中において一・三%であったのかどうか、一・三%という数字になるのかどうか。また、その中には自然増というものがどうなつているのか、さまざまなもののがどうなつているのか、さまざまなもののがございます。医療機関の中ににおいては、今回の診療報酬の引き下げといふのは十分に二けた台になるという声も強うございまして、そして医療機関の中からは、こうした状況の中において、来年度改めて診療報酬の改定をやれという声すら上がっています。

今日の時点においてはどの程度の削減効果があつたかというのを実数で見ることは困難だと思います。しかしながら、これが、例えば年末あたりになつてこの引き下げ効果が当初の予定よりも大きいということになつた場合に、このようないい診療報酬の再改定を考えておられるのか、それとも、その場ではそういうことは考えずに別の財源として使うというふうにお考えなのが一つ。もう一つは、厚生省自身も、今回の診療報酬の引き下げが予定されている分よりかなり大きな影響があるということは、内々においては感じておられるんだろう。七千四百億の削減が今回あつた、十五年度はそれがなくなりますから、予定ですと、制度改正の、せいぜいのところ五千四百億ぐらいしかないということから考えれば、診療報酬の引き下げをやつた経過の中において、抜本改革に合わせてこの制度を検討するということについて、財源的には可能なんではないかといふうに考えているんですが、その点についてどうお考えになるのか、この二点についてお伺いします。

○大塚政府参考人 診療報酬の関係でございます。

けれども、先ほどの御質問とも関連するわけでございますが、診療報酬の全体としての改定率は、年末の予算のときに賃金あるいは物価の動向などを勘案して決めるわけでございますが、今回でトータルとして一・七%でございます。その数字をもとにいたしまして、実際には個々の点数の改定、見直し作業をいたしまして、それぞれのデータをもとにいたしまして各医療行為の頻度などウエート計算をいたしまして、トータルといたしまして所定の、所定のと申しますのは、今回、診療報酬本体で申しますれば一・三%、いわゆる三角の一・三%になるように配分決定をするという作業をいたすわけでございます。

したがいまして、私どもといたしましては、今回の改定、全体として初のマイナス改定でございまますから、厳しいということは否定できないと思いますけれども、特定の診療科に特段の影響が偏るというようなことのないようさまざまの配慮をしておりまして、医療機関の経営に想定をした状況を超えるような事態が生じる時は、正直申し上げて現時点で考えておらないわけでございます。医療費の実績、動向は、これは当然のことながらよく見きわめ、フォローをしていかなければなりませんけれども、現時点においては、そうした予想を上回るような深刻な影響があるというふうには考えておらないところであります。

それから、診療報酬改定あるいは制度改革などによる財政影響でござりますけれども、診療報酬改定は、財政影響を算定します場合に当然、当該年度の影響というふうに算定をいたしますし、特に、今回、制度改定の方は、例えば高齢者医療制度を中心に五年をかけて順次実施していくというふうな性格のものもござります。したがいまして、この分析につきましてはさまざま試みをいたしましたいと思います。

○大塚政府参考人 医療費の自然増と言われるものが医療費の増加の中に占めるウエートは結構高増、ここのこところはどの程度あると考えておられるのか。当然、自然増を抑制しようということであります。その辺はどうなのか、ちょっとお伺いしたいと思います。

こうした重症化、特に高齢化の中において重症化させることによって起こつてくるところの自然増、ここのこところはどの程度あると考えておられるのか。透析患者がふえたり、あるいは足の切断の手術をしなければいけなかつたり等々の状態が起こつてきています。

この分析につきましてはさまざまな試みをいたしましたが、何せその要因が大変複雑でございますから、なかなかクリアに説明をし切るといふことはできない状況でございますが、計数でわかる範囲で申し上げますと、まず、もちろん人口の高齢化というのがございます。これは別にいたしまして、一人当たりの医療費、医療費の単価に当たる部分で見ますと、受診行動の面から申しますと、受診率は傾向としては増加傾向を続けております。しかし、その一方で、月当たりの回数はむしろ減少傾向であります。受診行動に関するこの二つの指標を仮に並べてみると、相殺されるような感じでございます。

そういたしますと、一人当たり医療費の大宗を占めますのは一日当たり単価ということになるわけでございます。医療費の一日当たり単価という

ための要因になるというふうに考えておるとこども、時間が非常に限られていますので、次に進めていきます。

あわせて、例えば来年度、仮にこの制度改正がやられたとした場合に、制度改正の影響というのは五千四百億あるというふうに試算しておられます。そして、患者の負担が四千三百億ふえる、結果として給付費が九千七百億減るんだ、こういうふうにおっしゃっているわけでございます。

この患者の負担増というものをどんどん大きくすることによる受診抑制で五千四百億、そして、負担の増というふうな形を続けていった場合には、本当に医療費の抑制になるのか、あるいは保険給付費の抑制になるのか。

これは先ほど土肥議員が質問していた内容でございますが、今日の医療費の増大の最大の要因は自然増と言われる部分でございます。では、自然増というのは何に原因しているのか。

医療の高度化によって医療費が上がつてくるという部分があるというふうによく言われるわけですが、その部分は極めて限られている部分である。それから、受診回数が非常にふえていく。確かに、老人の受診回数は現役世代に比べて多いことは事実です。しかし、これも年々、受診頻度といいますか、これは減つてきてているのは事実です。にもかかわらず、この自然増が大きい。

私は、そこに、受診の抑制、あるいは必要な受診がされないことによって、あるいは医療によるメイカナルコントロールが十分にできないことに

よつて、高齢社会の中で非常に重症化してきている患者さんがふえてきていること、これもまた事実だ。とりわけ生活習慣病をとつてみた場合に、脳卒中を起こしてから医療にかかる、心筋梗塞を起こしてから医療にかかる。あるいは糖尿病についても、必要な医療のコントロールに入らなければいけない状態でも六割ぐらいの人たちしか入っていない。結果において、毎年一万人の見送ることによって、制度改定による例え保険者の負担増の分という部分がなくなつてしまいまして、私はこの御答弁には納得できません。ただ、時間が非常に限られていますので、次に進めていきます。

この分析につきましてはさまざまな試みをいたしましたが、何せその要因が大変複雑でございますから、なかなかクリアに説明をし切るといふことはできない状況でございますが、計数でわかる範囲で申し上げますと、まず、もちろん人口の高齢化というのがございます。これは別にいたしまして、一人当たりの医療費、医療費の単価に当たる部分で見ますと、受診行動の面から申しますと、受診率は傾向としては増加傾向を続けております。しかし、その一方で、月当たりの回数はむしろ減少傾向であります。受診行動に関するこの二つの指標を仮に並べてみると、相殺されるような感じでございます。

そういたしますと、一人当たり医療費の大宗を占めますのは一日当たり単価ということになるわけでございます。医療費の一日当たり単価というものが計数から出でくる問題でございます。つまり、受診行動に関する部分がやや相殺される感じ

でございます。したがいまして、自然増の大宗は、やはり一日当たり単価に集約されてくる。それが何によるかということになるわけでございますが、やはりそういうなりますと、単価の部分でござりますから、医学の進歩によります医療内容の変化、その中には医薬品の高度化というようなこともございましょうし、それから、検査が大変普及しあるいは高度化するという傾向も当然如実でございますから、こうした点がかなり寄与しておられるわけでございます。

可能な限り私どももさらにさまざまな調査研究を進めてまいりたいと考えております。

○五島委員 肝心の一番大きなところがきちっと整理されていないということが明らかになりまし

た。

確かに、おっしゃるように、一月当たりの受診回数は減少傾向にある、しかし、一回当たりの受

診コストが上がってきてている。しかし、一回当たりの受診費用というのは、診療報酬の改定その他要素を見てみても、同じような疾病であつた場合に、それほど上がる要因はない。あるとすれば、今御指摘あつたように、薬剤とか一部の検査。検査についても下がつてきています。

それでは何なのか。結果的に重症化なんです。

とりわけ、現役世代において今日必要な医学的なコントロールを受けることが極めて困難になつてきている。だから、退職されて初めてかかられて、非常に重症化している、そういうケースが非常にふえています。

私自身のところでの経験でも、例えば、今、サラリーマンの方が、ともかく、近くの医療機関受診できない。土曜日、日曜日診療しているところへ行かざるを得ないけれども、そういうところは大きな病院であつて大変なんだ。今、勤務時間中に医者にかかりたいから時間休をくれと言つたら、いつ首になるかわからぬと言つています。

でございます。したがいまして、自然増の大宗は、やはり一日当たり単価に集約されてくる。それが何によるかということになるわけでございますが、やはりそういうなりますと、単価の部分でござりますから、医学の進歩によります医療内容の変化、その中には医薬品の高度化というようなこともございましょうし、それから、検査が大変普及しあるいは高度化するという傾向も当然如実でございますから、こうした点がかなり寄与しておられるわけでございます。

可能な限り私どももさらにさまざまな調査研究を進めてまいりたいと考えております。

○五島委員 肝心の一番大きなところがきちっと

整理されていないということが明らかになりました。

まさに今の非常に厳しい経済状況も反映いたしまして、現役世代の人たちは必要な医療のコントロールを受けていない。だから、現役世代の保険料というのは余り上がらずに、老人医療ばかり上がっているわけですよ。それが結果的に非常に重症化させていている。しかも、退職されてから第二の就職をされた六十代の前半の人たちには、非常にそういう傾向が強うございます。

結果として、そういうふうな要因をきちっと分析して、日本の医療制度の中において、より人の健康生活という意味において効率的な体制が本当にできているかどうかということの検討が必要なんだ。そのことなしにしては、自然増の抑制といふのは私はできない。それを患者の負担増だけによつて、そのことによって経済的に受診抑制を進めることによって総額の医療費の抑制になると、ということは、私は、到底考えられないし、とんでもないことだというふうに考えていました。

このことについて改めて御答弁を求めています

と質問ができなくなりますから、次へ進みます。

また、今回の診療報酬の改定等の中で、非常に特異的に重症の患者さんや難病の患者さんのこと

は全く配慮されていないのかな、ほんり捨てられ

ているなと思う部分があります。

一つは、例えばALSの患者さんなんかの問題

題。今回、人工呼吸器のレンタル料が、リース料

が安くなつてているからということで引き下げられました。

今、ALSの患者さん、在宅で人工呼吸器を

使つて治療している人が非常に多い。ALSの患者

者が在宅で治療できるぐらいですから、かなりの

ところまでは在宅で治療できるはずです。しかし、在宅で治療を受けておられるALSの患者さ

ん、本当に満足に治療を受けているのか。大体、

何年か主治医であつた開業医の先生も、私はもう

二年診た、三年診た、主治医の変更をしてくれぬ

だろかと患者さんの方にお願いするというケー

スもあると聞いています。

そして、ALSなんという病気は疾病的集積性

はありません。したがつて、山間部やそういうところにおいて在宅で治療しておられる方々も多めであります。そういうふうなことをやつしていくべきことが必要ではないかというふうに考えます。この点については本来局長の御答弁でもいいわけですが、医師である大臣、その辺どうお考えか、お伺いしたいと思います。

○坂口国務大臣 ALSの患者さんなどにつきま

しては、それは私も今御指摘のとおりだらうといふふうに思います。こういう御苦労をなすつてい

る、そして、ただ一時的ではなくて半永久的に御

苦労をなすつている皆さん方に対しましては、そ

れなりのことをやはりきちんとしなきゃいけない

といふふうに私も思います。至らざるところあり

ましたら、改正をしたいというふうに思います。

包括的な医療をどうするかということにつきま

しては、これはこれから大きな課題の一つでございまして、やはりそれぞれの疾患につきまして

包括医療のあり方というものを今進めていくわけ

でございまして、かなり疾病によりましてはでき

上がりてきております。それらの問題を中心につ

いて、一日も早くほとんどの病気につきましてそれ

れたようございますが、そこをお考へであるな

らば、例えばALSの患者さんを在宅で診ておら

れる場合、多くの場合、看護婦さんが二十四時間

つくわけにはいきません、ヘルパーさんです。

では、ヘルパーさんが喀痰の吸引をすることを

認めるのかどうか。今の医療法ではダメですね。

では、一体どうするのか。全部違法の行為の中で

その患者の命を守つて、それは厚生省知らな

いよということを通るのかどうか。

こういうふうな大きな制度の改革、あるいは診

療報酬の改定をする場合に、そのことによつて特

に特定の厳しい環境に置かれている患者さんに大

きな生命にかかるような被害が集中することが

ないかどうか、そのことを考えてやるのが当たり

前のだと思うのです。もしそういうケースがあると

するならば、その方々に対して一つの対応策をと

るべきであろう。

そういう意味でいえば、ALSに限りません

が、特定の疾患に対する前回、先々週の水曜

日にも申し上げましたが、例えば症状の重症度に

分けた包括化、DRGみたいなものを、全疾患が

でき上がるまで待つのではなくて対応していくとか、そういうことも含めて対応策があるだろう、そういうふうなことをやつしていくべきことが必要ではないかというふうに考えます。この点については本來局長の御答弁でもいいわけですが、医師である大臣、その辺どうお考えか、お伺いしたいと思います。

てした上で、判定委員会で判定される必要があるだろう。それは当然必要なんだろう。

次に、介護で、介護保険の適用として介護の施設に入っている人が、医療のサイドに移さなければならぬというのはどうなつてているのか。例えば老健施設や特養や介護療養型病棟へ入っている患者さんは、それぞれの施設長なり院長の任意の判断によつていつでも医療の療養型へ移しても構わないとなつてているのかどうか。

○堤政府参考人 介護保険の施設の中の老人保健施設あるいは介護保険適用の療養病床、これは、老健施設は医師が管理者となつております医療提供施設でありますし、療養病床はまさに病院として、医療機関として医師が責任を負う、こういう体制になつております。

そこに入つておられるのはもちろん要介護認定を受けた方でありますけれども、その施設あるいは病院の医療の提供能力の範囲を超えるような事態に入所、入院されている方が症状が悪化をするということになりまつたら、それぞれ、よりふさわしい本来の医療保険の病院等に移つていただくな。これは、その施設、病院の医師たる管理者の当然の判断として行われるということでございます。

○五島委員 極めて当然のことです。

したがいまして、六ヶ月を超えた方が社会的入院ではないかということで介護療養型の方に移されて、そして介護療養型へ移されて三月たつた時点でにおいて、その患者さんが、改めて医療が必要である、すなわち介護の療養型ではだめであるという根拠を持つて医療のサイドへ移つてくることは当然あるだろう。

これは、現行の制度で、そんなこと、三ヶ月と言わず一ヶ月だつて必要なんです。それを、三月入れればリフレッシュするということの根拠にはそれなりませんよ。それは、明らかに病状が何

らかの形で、介護の施設に置いたのでは無理だという根拠においてしか移れないはずです。

もし、この問題が、介護の療養型病床が少な過ぎるから、そして、在宅に戻すにも戻せないお年寄りが多過ぎるからなどということであるならば、それはもう、あとは診療報酬の問題とそれから介護体制の問題。医療療養型病床を介護療養型病床に転換してもらうなり、あるいは診療報酬においてそとの整合性をとつたものにしていくなり、対応策はあるはずです。なぜ、一たん介護判定して介護療養型病床でやつてある人を、そのまま、何の前提状況もないままに、三月たてば医療療養型病床に移す、その場合はリフレッシュできますよ。

このことについて、堤老健局長と大塚保険局長、一体、これについてどういうふうに両者の間で話し合ひがついたのか、お答えください。

○大塚政府参考人 先ほど老健局長からも御答弁申し上げましたし、先生からの御指摘のとおりでございますけれども、介護療養型病床に移られた方が、医療上必要が生じて医療機関に戻る、これは当然のことです。

その点において、私は、

どもと、当然のことではございませんけれども、関連部局と何のそこもございません。

結局、今回の御質問の趣旨は、三ヶ月でリフレッシュするというような、間があきますその趣旨は何かということに尽きるんだろうと思うのでございますが、ちょっとともどに戻るようで恐縮でございますけれども、かつて、いわゆる社会的入院、これは最初は一般病床から始まつた議論でござりますけれども、この関連の中でたら回し論が出てまいりました一つの背景には、いわゆる通減制、診療報酬の通減制という仕組みがたら回しを助長しているのではないかという御議論がございました。今回、御案内のとおりでござります。

それと、今先生の御質問の中に、介護の基盤整備、介護の施設の整備、受け皿整備というお話をございましたけれども、それにつきましては、この医療病床等に六ヶ月を超えて入院をされておられる方の約四割が、福祉施設とか、福祉施設といふのは特養、老健含むわけですが、そういう施設や在宅で対応可能ということではありますので、この四割といふ数字をもとに計算いたしますと、大体五万人程度。

そこで、今、私ども、これはやはり施設を整備するということで、一定の計画、時間もかかりますので、国としては、五万人程度は福祉施設や在宅でも対応可能と言われるこの実態を踏まえまし

でございます。

今回のいわゆる三ヶ月間介護型に入った場合の取り扱いのことは、私どもはこう考えておりますが、同一疾病で複数の医療機関を継続して経由する場合に、これは通算をいたします。これもたらばかり聞いてもしようがないので、堤老健局長の立場からも、この際に、介護判定についてはどういうふうに考えておられるのが、その点について、介護認定についてはどういうふうにされるのかということを言わせて、お答えいただきたいと思います。

再度、何か言い分がございましたら、大塚局長ばかり聞いてもしようがないので、堤老健局長の立場からも、この際に、介護判定についてはどういうふうに考えておられるのが、その点について、介護認定についてはどういうふうにされるのかということを言わせて、お答えいただきたいと思います。

○堤政府参考人 介護認定については、十五年四月から、新しい一次判定のソフトをつくって、痴呆の認定などの精度を上げようということでやっています。

それと、今先生の御質問の中に、介護の基盤整備、介護の施設の整備、受け皿整備というお話をございましたけれども、それにつきましては、この医療病床等に六ヶ月を超えて入院をされておられる方の約四割が、福祉施設とか、福祉施設といふのは特養、老健含むわけですが、そういう施設や在宅で対応可能ということではありますので、この四割といふ数字をもとに計算いたしますと、大体五万人程度。

おいて、保険の間におけるたら回しじゃないですか。

そんなことなら、なぜそうするのか。介護療養型病床が圧倒的に不足しているのなら、せばいし、特養や老健施設が足らないのなら、それはやすしかないんじやないですか。あるいは、そういうふうなことが緊急に対応できないとすれば、医療療養型病床でやつたとしても、診療報酬上、介護療養型病床と同じような診療点数を決め、あの特定療養費扱いとか、そういうとんでもないことを言わずに、きちっと整理すれば済んだことじゃないですか。これは医療費を抑制するどころか、逆に医療費をふやしながら、しかも原則をおかしくしておるんですよ。こんなことをしながら、なぜ負担増を求めないといけないのか。

て、こういう方々を介護サービスで受け入れることができるようなどと、各自治体が平成十五年からの実施に向けて今策定の準備をしております第二期事業計画をつくる際の国の参酌標準、施設整備の参酌標準というのを示しておりますが、そこに、この長期入院の患者の部分を上乗せして計画的に整備をしてくださいということです、お示しをしたわけございます。

一応、これにのつとつて各自治体で計画を進めています。ただくといふことになりますし、国としても、各自治体の計画がまとまれば、ゴールドプラン21を見直して、それに沿つて自治体の取り組みを支援していきたいというふうに考えております。

○五島委員 国民の負担に関する問題で、そういういかげんなことで悠長な話をしながら、負担増だけが先行するというのは、僕は納得されることはがないと思います。

ただ、時間があまりませんので次の問題へ行きますが、先ほど土肥隆一議員から、何か医師である私としては、そんなことないぞと言いたくなるような御質問もあつたのですが、実は、これも前回も触れたわけですが、医療のIT化についてさまざままで出ています。例えば、前回申しました電子カルテの問題、電子レセプトの問題について計画が出されています。

ただ問題は、例えば、電子カルテの導入というのは、やはり数億かかりますよね。このコストは医療機関が、別に診療報酬で担保されているわけでもあります。負担しなければいけません。しかも、今の電子カルテというのは、それだけ短時間で長じるというのを図に書いたようなものがありまして、どこの電子カルテのシステムを見ても、それぞれの医療機関にとってきちんとフィットしているものとはなかなかいかなない。それから、どれかを導入したとしても、かなりその修理に金がかかることもあります。だから、どうかを導入していく。こうしたものを見ています。

確かに、情報の開示、医療情報の開示というこ

とを考えた場合、電子カルテというのは非常に大事な部分だらうと思います。ただ、それにはさまざまなインフラの整備が必要でしよう。電子カルテを導入していく、もしそうであれば、やはり基本的にソフトの開発を、つくって、そして、今は電子カルテなんて第一番目、二番目、三番目、大体五、六番目ぐらいになつてきますと十分の一ぐらゐの値段で導入できるというのは常識ですかね。やはりその幾つかのモデル的な電子カルテと、いうもののシステムを厚生省自身が投注されて、それを医療機関に売つていくなりなんなり、そういう形で導入のコストを削減する。補助金を出せばいいということじやなくて、そういうふうな対応が必要だろう。

また、レセプトの電算化につきましても、各院内における電算化はもうほとんど進んでいます。そうだとすると、これをまず支払基金の中において、これも申し上げましたが、レセプト審査の自動化、どこまでやるのか。高額の非常に問題があるところだけは引き出して審査に通すとしても、基本的にここまでもう機械審査をするとかいうふうなソフトの開発をどうするのか。

そういうことが全然できない現状のままで、平成十六年度までにとか十八年度までにIT化しますと言つても、それは全く役に立たないもの、あるいはほとんど役に立たないものを医療機関に負担を押しつけるだけではないかと思うわけですが、その辺について、簡単に御答弁をお願いしたいと思います。

○篠崎政府参考人 今、先生御指摘のように、電子カルテを導入する際の高額な費用が普及の障害になつていくのではないか、あるいはなつているのではないかという御指摘については、私どもも同じ認識を持っております。

そこで、今までございますが、平成十二年度、十三年度の補正予算ですが、あるいは施設整備事業に電子カルテの導入の補助を行つてしましました。また、今年度、十四年度には、電子カルテによる地域連携モデル事業などの普及を図り

たいと思っておりまして、さまざまの施策は講じているところでございます。また、医療用語あるいはコードの標準化など、電子カルテの基盤整備を進めていく必要を感じております。さらに、このところの事業も進めております。さらには、このIT化につきましては、コストが普及とともに低減するというようなこともございますので、産業界に対しても電子カルテ導入のコストの低減化を進めています。

ただいま先生御指摘の統一的なソフトの開発などにつきましては、これらの施策の普及あるいは働きかけるなど、普及に努めているところでございます。

ただいま先生御指摘の統一的なソフトの開発などにつきましては、これらの施策の普及あるいは働きかけるなど、普及に努めているところでございます。

そういう意味で、もう一度この健康増進法の問題を見ていった場合に、健康21等の基礎となつておりますモントリオール宣言なんかを踏まえながらも、やはり、この健康増進活動というのとは、何々はいけません、何々はどうでしようか、こういうことをしてはいけませんという、上からの指導の体制の中でこの健康増進を確保できるという発想から出ていないように思われるわけですが、その点について大臣はどのようにお考えでしょうか。これは、きょうは労働の方からはお見えになつていいよいですが、特に職域の問題においてそうした問題を含めた対応が必要だと思つてます。大臣の御意見をお伺いします。

○坂口国務大臣 この増進法につきましては、今御指摘になりましたことは私も同感であります。御指摘になりましたことは私も同感であります。大変変わつてまいりまして、いわゆる疾病構造がかなり変わつてしまつた。大変変わつてまいりまして、そして、生活習慣病みたいな慢性の疾患が中心になつてきました。これは、きょうは労働の方からはお見えになつていいよいですが、特に職域の問題においてそうした問題を含めた対応が必要だと思つてます。大臣の御意見をお伺いします。

あるいはメンタルヘルス上の問題や自殺といった

ような問題、そうした問題をたくさん抱えていいるところでございます。また、医療用語あるいは疾病予防、そういうふうなものに対するもののが、上からの対策で果たして効果があるだろか。

私は、日本の公衆衛生活動というの、やはり、伝染病対策に出発をして、上からの対策でしかない。その名残をいつまでたつても断ち切れないないう思いを持っています。まさに、これから的是非この時代における健康増進をしていくための活動ができるべきだと思います。まさに、これから的是非この時代における健康増進をしていくための活動ができるべきだと思います。

ふうに私も思います。したがって、個々に皆さん方がそういう御努力をしていただくようにしなければならないわけでございますが、しかし、それならば国や都道府県はもう手をこまねいて見ていいかと言えば、そうではなくて、やはり、そういうふうに皆さん方が、個々の皆さん方が御努力をいただきやすいような環境をどうつくりしていくかということに努力をしなければならないというふうに思つております。

家庭だけではなくて、労働職場というのもあるわけでございますから、労働職場におきましても、今までの、たゞ単に健康管理、いわゆる今までの健康診断等をやっておればそれで済むというわけではありません。職場におきましても、お互いにどういう運動を取り入れていくとか、あるいはまたどういう食生活をしていくかといったようなことにつきましても、職場職場でそれはやはりやりをいただかなければなりませんし、それに対します国としてバックアップをすべきもの何かということを考えていかなければならぬ、そういうふうに思つております。

○五島委員 私は、そういうふうな法律になつてゐるようには思ひません。

問題は、例えば職域の中においても、かつての安全衛生から、例えば、本人の持つている疾病がその就労によって悪化することがないような使用者の安全配慮というものを、義務とするかどうかは別といたしましても、そういうことが実行できるような職場といふもの、それをやはり労使の間で、きつと安全衛生委員会なんかで話ができるというふうなことが一つは大事でしよう。

また、地域におきましても、例えば日本にはCDCがないわけですが、感染症を中心としたCDC機能、つまりそした疾病的監視システムといふものを確立させていく。これを保健所の機能から切り離して、今日の時代にふさわしい、そういうふうなものをやっていくとともに、健康相談業務や安全衛生の地域における相談業務、そういう

ふうなものを保健所から分離して、保健所のそういうふうなのこと、まさに地域の中できちっとござりますが、しかし、それならば国や都道府県はもう手をこまねいて見ていいかと言えば、そうではなくて、やはり、そういうふうに皆さん方が、個々の皆さん方が御努力をいただきやすいような環境をどうつくりしていくかということに努力をしなければならないというふうに思つております。

家庭だけではなくて、労働職場というのもあるわけでございますから、労働職場におきましても、今までの、たゞ単に健康管理、いわゆる今までの健康診断等をやっておればそれで済むという

方、リスク構造調整の考え方について、塩野谷祐一先生の論文を恐らくお読みいただいたんではなにございました。

○森委員長 午後一時四十分から委員会を再開することとし、この際、休憩いたします。

午後零時五十一分休憩

午後一時四十四分開議

○森委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

質疑を続行いたします。金田誠一君。

○金田(誠) 委員 民主党の金田誠一でございま

す。前回、五月八日に質問をさせていただきましたが、それに引き続いて、今回、再度質問をさせ

ていただきたいと思います。

まず、前回申し上げましたことをかいづまんで整理をさせていただきたいと思います。

総論として、我が国における構造改革の方向について、小泉総理や竹中平蔵大臣の進めている改

革は、新保守主義の考え方により市場原理最優先

のアメリカ型を目指すものである。しかし、この

考え方は、ヨーロッパでは既に清算された時代お

くれの路線であり、日本人の国民性からしても、

本来目指すべき方向は生活の質に重点を置いた

ヨーロッパ型生活大国への道である、このよう

に主張をいたしました。

これに対しても大臣からは、日本にふさわしい改

革は日本型であるという趣旨の答弁があつたと思

うわけでございますが、その中身についてはまた

機会を改めて掘り下げさせていただきたい、こう

思います。

また、医療保険制度の構造改革の方向、これに

ついては、先進諸国の潮流は大きく分けてアメリカ型とヨーロッパ型があり、アメリカ型は選択す

べきではないこと、さらに、ヨーロッパ型には税

システムの上において必要なもので

あるとは思えないということを申し上げまして、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した。

○森委員長 午後一時四十分から委員会を再開すこととし、この際、休憩いたします。

午後零時五十一分休憩

午後一時四十四分開議

○森委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

質疑を続行いたします。金田誠一君。

○金田(誠) 委員 民主党の金田誠一でございま

す。前回、五月八日に質問をさせていただきましたが、それに引き続いて、今回、再度質問をさせ

ていただきたいと思います。

まず、前回申し上げましたことをかいづまんで整理をさせていただきたいと思います。

ついで、さらに認識が共通することを期待いた

したいと思います。

以上、四項目でございます。

本来であれば、前回の三項目、今回の四項目な

どは、私の提案どおりになるかどうかはともかく

としても、政府として一定の考え方がまとめられ

て、この場に提案されるべきものであつたと思

いと考えております。

その第一は、保険者の再編成について。第二

は、患者一部負担のあり方について。第三は、中

でも高齢者の患者一部負担のあり方について。そ

して第四は、社会保険の中の税の役割について。

その後、大臣には、エージズムを排除する考え

たしました。その上で、我が国とドイツの制度の

比較を行い、社会保険方式を貫く基本理念を私な

りに提示をさせていただきました。

その後、大臣には、エージズムを排除する考え

たしました。

方、リスク構造調整の考え方について、塩野谷祐

一先生の論文を恐らくお読みいただいたんではな

いかなと思うわけでございまして、感謝を申し上

げたいと思います。

また、保険者の役割が重要であるということに

ついては、総論としては共通認識に立つことがで

きた、こう受けとめております。今回、その中身

について、さらに認識が共通することを期待いた

したいと思います。

ついで、以上のようないかなる総論を踏まえ、各論にわたつて

は、具体的に三項目の提案をいたしました。

第一は、いわゆる突き抜け方式、継続加入方式

の採用でござります。第二は、保険者間のリスク

構造調整の導入。そして第三は、マネージドコン

ペティション、社会保険という管理された制度の

枠内における競争原理の導入でござります。

いわゆる突き抜け方式の採用は、エージズムの

構造調整の導入。そして第三は、マネージドコン

ペティション、社会保険という管理された制度の

アメリカ型を目指すものである。しかし、この

考え方は、ヨーロッパでは既に清算された時代お

くれの路線であり、日本人の国民性からしても、

本来目指すべき方向は生活の質に重点を置いた

ヨーロッパ型生活大国への道である、このよう

に主張をいたしました。

これに対しても大臣からは、日本にふさわしい改

革は日本型であるという趣旨の答弁があつたと思

うわけでございますが、その中身についてはまた

機会を改めて掘り下げさせていただきたい、こう

思います。

また、医療保険制度の構造改革の方向、これに

ついては、先進諸国の潮流は大きく分けてアメリ

カ型とヨーロッパ型があり、アメリカ型は選択す

べきではないこと、さらに、ヨーロッパ型には税

システムの上において必要なもので

あるとは思えないということを申し上げまして、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した。

○森委員長 午後一時四十分から委員会を再開することとし、この際、休憩いたします。

午後零時五十一分休憩

午後一時四十四分開議

○森委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

質疑を続行いたします。金田誠一君。

○金田(誠) 委員 民主党の金田誠一でございま

す。前回、五月八日に質問をさせていただきましたが、それに引き続いて、今回、再度質問をさせ

ていただきたいと思います。

まず、前回申し上げましたことをかいづまんで整理をさせていただきたいと思います。

ついで、さらに認識が共通することを期待いた

したいと思います。

以上、四項目でございます。

本来であれば、前回の三項目、今回の四項目な

どは、私の提案どおりになるかどうかはともかく

としても、政府として一定の考え方がまとめられ

て、この場に提案されるべきものであつたと思

いと考えております。

その第一は、保険者の再編成について。第二

は、患者一部負担のあり方について。第三は、中

でも高齢者の患者一部負担のあり方について。そ

して第四は、社会保険の中の税の役割について。

その後、大臣には、エージズムを排除する考え

たしました。

方、リスク構造調整の考え方について、塩野谷祐

一先生の論文を恐らくお読みいただいたんではな

いかなと思うわけでございまして、感謝を申し上

げたいと思います。

また、保険者の役割が重要であるということに

ついては、総論としては共通認識に立つことがで

きた、こう受けとめております。今回、その中身

について、さらに認識が共通することを期待いた

したいと思います。

ついで、以上のようないかなる総論を踏まえ、各論に

は、具体的に三項目の提案をいたしました。

第一は、いわゆる突き抜け方式、継続加入方式

の採用でござります。第二は、保険者間のリスク

構造調整の導入。そして第三は、マネージドコン

ペティション、社会保険という管理された制度の

アメリカ型を目指すものである。しかし、この

考え方は、ヨーロッパでは既に清算された時代お

くれの路線であり、日本人の国民性からしても、

本来目指すべき方向は生活の質に重点を置いた

ヨーロッパ型生活大国への道である、このよう

に主張をいたしました。

これに対しても大臣からは、日本にふさわしい改

革は日本型であるという趣旨の答弁があつたと思

うわけでございますが、その中身についてはまた

機会を改めて掘り下げさせていただきたい、こう

思います。

また、医療保険制度の構造改革の方向、これに

ついては、先進諸国の潮流は大きく分けてアメリ

カ型とヨーロッパ型があり、アメリカ型は選択す

べきではないこと、さらに、ヨーロッパ型には税

システムの上において必要なもので

あるとは思えないことを申し上げまして、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した。

○森委員長 午後一時四十分から委員会を再開することとし、この際、休憩いたします。

午後零時五十一分休憩

午後一時四十四分開議

○森委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

質疑を続行いたします。金田誠一君。

○金田(誠) 委員 民主党の金田誠一でございま

す。前回、五月八日に質問をさせていただきましたが、それに引き続いて、今回、再度質問をさせ

ていただきたいと思います。

まず、前回申し上げましたことをかいづまんで整理をさせていただきたいと思います。

ついで、さらに認識が共通することを期待いた

したいと思います。

ついで、以上のようないかなる総論を踏まえ、各論に

は、具体的に三項目の提案をいたしました。

第一は、いわゆる突き抜け方式、継続加入方式

の採用でござります。第二は、保険者間のリスク

構造調整の導入。そして第三は、マネージドコン

ペティション、社会保険という管理された制度の

アメリカ型を目指すものである。しかし、この

考え方は、ヨーロッパでは既に清算された時代お

くれの路線であり、日本人の国民性からしても、

本来目指すべき方向は生活の質に重点を置いた

ヨーロッパ型生活大国への道である、このよう

に主張をいたしました。

これに対しても大臣からは、日本にふさわしい改

革は日本型であるという趣旨の答弁があつたと思

うわけでございますが、その中身についてはまた

機会を改めて掘り下げさせていただきたい、こう

思います。

また、医療保険制度の構造改革の方向、これに

ついては、先進諸国の潮流は大きく分けてアメリ

カ型とヨーロッパ型があり、アメリカ型は選択す

べきではないこと、さらに、ヨーロッパ型には税

システムの上において必要なもので

あるとは思えないことを申し上げまして、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した。

○森委員長 午後一時四十分から委員会を再開することとし、この際、休憩いたします。

午後零時五十一分休憩

午後一時四十四分開議

○森委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

質疑を続行いたします。金田誠一君。

○金田(誠) 委員 民主党の金田誠一でございま

す。前回、五月八日に質問をさせていただきましたが、それに引き続いて、今回、再度質問をさせ

ていただきたいと思います。

まず、前回申し上げましたことをかいづまんで整理をさせていただきたいと思います。

ついで、さらに認識が共通することを期待いた

したいと思います。

ついで、以上のようないかなる総論を踏まえ、各論に

は、具体的に三項目の提案をいたしました。

第一は、いわゆる突き抜け方式、継続加入方式

の採用でござります。第二は、保険者間のリスク

構造調整の導入。そして第三は、マネージドコン

ペティション、社会保険という管理された制度の

アメリカ型を目指すものである。しかし、この

考え方は、ヨーロッパでは既に清算された時代お

くれの路線であり、日本人の国民性からしても、

本来目指すべき方向は生活の質に重点を置いた

ヨーロッパ型生活大国への道である、このよう

に主張をいたしました。

これに対しても大臣からは、日本にふさわしい改

革は日本型であるという趣旨の答弁があつたと思

うわけでございますが、その中身についてはまた

機会を改めて掘り下げさせていただきたい、こう

思います。

また、医療保険制度の構造改革の方向、これに

ついては、先進諸国の潮流は大きく分けてアメリ

カ型とヨーロッパ型があり、アメリカ型は選択す

べきではないこと、さらに、ヨーロッパ型には税

システムの上において必要なもので

あるとは思えないことを申し上げ

たがつて、保険者は民営を基本とする、これが第一でございます。

第二は、突き抜け方式の採用、リスク構造調整の導入、マネージドコンペティションの導入を行なうに当たっては、適正な保険者の規模というものがあると思うわけでございます。したがつて、統合や分割により、現在五千数百と言われている保険者数を十分の一程度、数百のレベルに再編成する必要があると考えます。

こうした考え方について、大臣のお考えを伺いたいと思います。

○坂口国務大臣 先日御質問いただきましたときに、塩野谷先生の論文を御引用になりまして、いろいろと展開をしていただきました。私も、そのときにこの論文をお読みしていなかつたものでござりますから、以後、論文をちょうどいたしまして、そして読ませていただきたいところでございます。読ませていただきました感想といいたしましては、総論として申しますならば、大変理解できる内容であつたというふうに思つておる次第でございます。

ただいまいろいろの観点からの御質問があつたわけでございますが、まず第一番目の、保険者をこれからどのように統合化していくのかという御質問であつたというふうに思いますが、一応、現在五千を少し超える保険者があるわけございまして、それを十分の一程度、五百程度といふお話をございました。

私も保険の統合化ということを主張いたしておりますが、現在、どこまでというところまで煮詰め切つていいところでござりますけれども、今御主張になりました十分の一、五百というのは、一つの目標として大変参考になる御意見だというふうに聞かせていただいたところでございます。これから我々といたしましても、そうしたことを見急に煮詰めていかなければなりませんし、まず何年かかるか大体どれくらいの目標でというふうに思ひます。それを決めなければならぬというふうに思ひますが、そのときに大変参考にさせていただける御意

見であつたというふうに思つておる次第でございます。

○金田(誠)委員 もう一点、この保険者の再編成につきまして、民営が基本ではないか。政府管掌、あるいは国保は自治体管掌でございますが、どういう国家権力あるいは自治体権力がマネージドコンペティションの舞台に参入するなんということはおよそ本来あり得ないことではないか。諸外国においても、公権力がそのまま保険者になつてゐるという例はない。保険者の役割を重視していただけだとすれば民営が基本である。この考え方について、いかがでしよう。

○坂口国務大臣 政府管掌健康保険におきましては、大きい企業等で働いておみえになる皆さん方は組合健保にお入りになつておるわけでございますが、そうでない皆さん方を中心にしてござりますが、政管健保として、これは、国の方が行つてはいる、國が保険者となりまして、全国一本という仕組みで運営をしているわけでございます。

また、国民健康保険におきましては、市町村が実施主体として運営をしているところでございますが、そのため保険者の数は多数に上つてゐるということでございます。これを今後どうしていくか、保険者というものを民間ベースにすべて整えることができるかということは、いろいろの角度から検討しなきやならないというふうに思いますが、私もできる限りは民営化が望ましいというふうには思ひます。

しかし、国保の場合など、今まで市町村がやっておりましたものを、さてうまく民営化ということにいくかどうか、これはよく検討しなきやならないだろうというふうに思ひますし、政管健保の方は、どちらかといえば国がやつてはおりましたけれども、しかし民間の企業の皆さん方の保険でござりますから、今後考え方方は、民間の範囲の中でも、それは選択肢としてはあり得るだろう

べて民営化ということでは私はここでお答えをさせたいだくことはできませんけれども、今後十分にそうしたことも検討に値するとは思つておる次第でございます。

○金田(誠)委員 それでは、具体的に聞かせていただきたいと思います。保険者の再編成の考え方について、私なりの提案を申し上げたいと思います。

政府管掌保険、これは民営化が大原則だと思うわけでございます。労使の自治ということを基本にして、組合健保化するということでございま

す。保険者の分立という考え方に基づいて、原則として都道府県単位に分割をする、政府管掌保険は分割・民営、これが基本ではなかろうかと思うわけでございます。

国保について、大臣はこれが一番心配とおっしゃつたわけでございますが、規模の適正化といふ観点からして、三千二百数十の自治体がそれぞれ保険者なんというのは、およそ保険原理にならない、考えにくい状態だと思うわけでございま

す。

したがいまして、規模の適正化という観点からして、原則として都道府県単位に組合・国保組合化、これが一番なじむのではないかなど。現実に国保組合として運営されているところもあるわけですが、私は独立行政法人化、あるいは公益法人化等々あるいは組合として運営されているところもあるわけですが、国保組合化はいかがか。ある

ううかと思ひますが、いずれにしても国保は統合・民営、これしかないのでないかと思うわけ

でござりますから、国保組合化はいかがか。あるうかと思ひますが、いざれにしても国保は統合・民営、これしかないのでないかと思うわけ

でござります。

したがいまして、規模の適正化という観点から三十数%になつてゐるわけでありますので、そういう小さな保険者ではなかなかこれから維持できないのではないかという気もいたしますし、組合化を目指すべきだというふうに思つております。

さて、そのときに、その大きさをどうするかといふのは、これまでいろいろの議論があるところではございますが、その中の選択肢の一つとして、今御指摘をいたしましたように、私は都道府県単位というのも一つの選択肢だというふうに思つておりますし、その中でも有力な選択肢の一つだ

と思っておるわけでござります。

しかし、同じ都道府県と申しましても、東京都

のよう、政管については分割・民営、国保については統合・民営、こういう流れがはつきりしてくれば、必然的に適正規模に向けた統廃合が図られてくるということを期待したいと思いますし、そういう誘導措置は十分に可能ではないか、こう思ひますから、今御指摘いただきましたように、す

るような、政管についても一つの選択肢だというふうに思つております。小さな県も一つ、東京都のよう大きなものも一つといふことでのいいのかどうかというような議論は起つてくるだろうというふ

うに思つておりますが、まあ、大きさとしましては、都道府県というのは、一つの選択肢、有力な選択肢ではないかといふうに私も思つております。

それで、もう一つの方の、政府管掌健康保険の方でございますけれども、これは午前中にもいろいろ御議論ありましたとおりでありまして、なかなか分割をすること自体に反対の御意見も、正直なところあるわけでございます。ですから、一足飛びにこれを、その大きさをどれぐらいというのを申し上げるのは、少し先走り過ぎではないかという気もいたしますが、しかし、政管健保は全國一律になつておりますので、全国一律になつておりますがゆえに事務費は非常に少ない事務費で今運営されていることだけは間違いない。組合健保全体の事務費の額あるいは国保全体のそれに要します事務費の額と比較をいたしましたときに、政管健保は一つでありますがあくまで非常に効率的であることは間違いないと私は思います。

しかし、それでは、一本であることが望ましいかといえば、いろいろ御議論の出ておりますように、一本であるがゆえに競争原理が働くないといつたところがございまして、もう少しやはり競争原理が働くようにした方がいいのではないかという御意見があることも、よく承知をいたしております。

私も、少し競争原理が働くようにした方がいいのではないかというふうに思つておりますが、では、その大きさをどの単位にするかということにつきましては、まだ私も結論を出すところまで至つております。まあ、八つか九つかの、いわゆる大きい地域別がいいのではないかといふ御主張もござりますし、今お話のございましたようないずれにいたしましても、御参考にさせていただきながら、私もこれから詰めを行いたいと思っております。

○金田(誠)委員 大臣、誠意ある御答弁をいただ

いたと思うわけでございますが、実は今回のこの国会の場というのは、本来であれば、そういう保険者のあり方なども含めて法案が提案をされて、それが私の言つたとおりの法案かどうかは別にしましても、そういう抜本改革の議論をする場でなかつたでしようか。既に制度企画部会などではござつた議論が再三繰り返されていた。それが一年、二年ほど前にどこか横に置かれて、そしてこ

ういう形になつてきているわけでございます。それで、今、附則の中にいろいろなことがうたはれて、一年程度の間には方向づけをする。もう決断の時期なんだという今国会であるとすれば、今、大臣、大変親切に御答弁はいただいだと思うわけでございますが、そういう考え方もある、こういう考え方もある、しかしこういう反対もあり、こういう考え方もある、いざれにしても参考にしますでは、これは議論になつていかなうのではなでしようか。

私は、保険者の再編成と申し上げた場合、全体の構造改革として、抜本改革として、一方の当事者である保険者の果たす役割が中核に据えられなければならない、そこが非常に重視されなければならぬ、その中で、保険者同士の競争原理もあるでしようし、医療提供側との緊張関係をつくっていく、その当事者としてふさわしい規模、そして運営形態、官か民かということも含めて、そういう構造があるのではないかと。

前回もこれはもう申し上げていることでござりますけれども、その上に立つて、例えば具体的にはとすることで問題提起をしているつもりでございます。この物の考え方自体、大臣まだ、大臣として整理できなき状態でしようか。保険者機能はどうあるべきなのか、その場合には官なのか民なのか、規模としてはほどの程度なのか。フランスなどは非常に少ないようございますし、ドイツなどでは二百数十とか、東ドイツを入れると今度はもっと多いんでしょうか、四百とかなるんでしようか。いずれにしても、多くてもそ

も、技術的にも割と可能になつてくるんでしよう。きちんととした保険者機能を持つて、被保険者の代弁者として、医療提供側に対し医療費の適正化あるいは医療の質の向上、こういうことが当事者としてきちっと担い得るものになるのではない

かたつでしようか。既に制度企画部会などではござつた議論が再三繰り返されていた。それが一年、二年ほど前にどこか横に置かれて、そして構造改革という観点から保険者の再編成ということで問題提起をいたしているのですから、もう少し忌憚のないところ、私の考えが違うなら違うで結構でございます、そういう忌憚のないところをお聞かせいただけませんでしょうか。

私は、目標を、どの程度のことを目標にして、現在、五千に分立をいたしております保険者を統合化していく、これはどうしてもやらなければならないことだというふうに思つておられます。したがいまして、現在、五千に分立をいたしております保険者を統合化していく、これはどうしてもやらなければならぬことだというふうに思つておられます。したがいまして、現在、五千に分立をいたしております保険者を統合化していく、これはどうしてもやらなければならぬことだというふうに思つておられます。したがいまして、現在、五千に分立をいたしております保険者を統合化していく、これはどうしてもやらなければならぬことだというふうに思つておられます。したがいまして、現在、五千に分立をいたしております保険者を統合化していく、これはどうともやらなければならぬことだというふうに思つておられます。

しかしながら、政管については全国一本、いう中で、運営主体は国でございますから、これが保険者機能を發揮しようものならまた大変なことになるでしようし、対等な競争要件にならないわけでございます。したがつて、今は、申しわけないのですが、ほとんど保険者機能らしい機能は共通をするんだなということで受けとめさせていただきます。

私も、例えば東京都のような大きいところ、あるいは島根、鳥取のようなところ、これがどちらも一県一単位でいいのかというと、これはいろいろなバリエーションがあつてしまふべきだと思つております。

しかしながら、政管については全国一本、いう中で、運営主体は国でございますから、これが保険者機能を発揮しようものならまた大変なことになるでしようし、対等な競争要件にならないわけでございます。したがつて、今は、申しわけないのですが、ほとんど保険者機能らしい機能は発揮をしておらない。

表面的に見た事務費、そのスケールメリットといふんでしょうか、それが働くのかどうなのが、私は余り定かでございません。常識的に考えると、スケールメリットが働くと思うわけでございますが、国が主体ということになりますと、大きいことは必ずしもいいことになつているのかどうなのかな。つぶさに内容を比較しながら判断をしながら、大臣の御答弁、にわかにそのとおりだなどいう賛同はしかねるわけでございます。

問題は、そういうスケールメリットよりも何よりも、事務費が多少高い低いよりも、保険者間の競争関係、これが保険者機能の重視ということでは最も大きなポイントになるという観点からの問題指摘でございますから、ぜひそうした点をお考えいただきたいもの、こう思うわけでございます。

それでは、次の項目に移らせていただきます。

次は、患者負担のあり方についてということでお尋ねをいたします。

患者負担をどのレベルに設定するか、逆に言うと、保険によるシェアをどのレベルにするかということは、その人の哲学があらわれる、こう思うわけでございます。

報道によれば、小泉総理は、患者負担を二割から三割に引き上げることが構造改革だと考えているようございます。その理由は何なのか。保険ではなくて自己負担にすることが改革だと言つて

いるようでござりますけれども、私にはこの意味が余りよく理解できないわけでございますが、この理由は何なのか。大臣、もし御存じであればお聞かせをいただきたいと思います。

○坂口国務大臣 総理も、三割・高ければ高いほどいいというふうに思つておみえになるわけでは決してありません。

医療費が高騰いたします中で、いかに抑制をいたしましても、この医療費がふえてくることは避けられない、高齢化のことを考えますと避けることはでき得ません。その中で、そういたしますと、いわゆる保険料を引き上げるか、それとも自己負担をふやすかといった選択に今迫られるわけでありまして、現在の若い皆さんのことを考えましたときに、今までにもかなり自己負担をいたしているわけでございますから、この保険料をこれ以上余り大きくここだけで引き上げていく、保険料だけを引き上げていくということはやはり避けなければならないということを御主張になつてゐるんだというふうに思います。そういたしますと、自己負担をお願いをする以外にないといふことだらうというふうに思います。

ただし、自己負担につきましては、三割ではありますけれども、既にもう三割のところも今まであるわけでございますし、御家族のところも三割御負担をいただいているわけございますから、既にこの三割というのはあつたわけございます。御本人を三割お願いをするわけでございますが、しかし、個々人が軽い病気におかかりになり

ますときにはそれは三割だけれども、トータルでこれを見ましたときには二割以下に抑えられていますということで、社会保障としての原理は十分に働いているという御主張ではないかというふうに私は受け取っております。

○金田(誠)委員 保険料か自己負担かどっちかしかるべきにするのか、保険料をどのレベルにするのか、か、諸外国ではどういう形になっているのか、それらを勘案しながら最終決断をしていくもの、こう思つてございます。

そうした中で、三割に自己負担を上げることを小泉さんは選択をされた。新聞報道などでは、随分こだわっておられたようございます。この意味は何なのか。今の御説明では十分理解しかねますものですから、それらを解明するという観点から幾つか質問をさせていただきたいと思つま

す。私は、患者負担がなぜ必要かといえば、患者と医療提供側の双方にとってモラルハザードを防止するということが最大の理由であろうと思いま

す。ただだとなれば、薬を処方する方にしても、多少念のためとかということで処方するかもしれません。あるいは、病院にかかる方にみてみても病気になつたときの自己負担は減らした方がいいのか、それとも、それぞれが健康管理には負けですね。

そういうふうに、それだけの保険料は負担をしないというふうに思つてゐるわけですが、ここがドイツの方は一四%を保険料では負担をしているわ

うふうに思つます。今度我々が皆さん方にお願いをしておるのは、八・二%ぐらいお願ひをしたく。そのうえで、これがまた多少念のためと

医療費総額に対しても一割以下、高額療養費その他の一割以下に、大臣おっしゃるように、なるわけですね。この程度でいいのではないか。それ以上自己負担にかぶせる必要はないのではないか。モラルハザードを防止するということが最大の目的でありますけれども、そのレベルぐらいかな

と。その程度でいいのではないか。それ以上自己負担にかぶせる目的がないと言つてもいいくらい

の重要な要素だとすれば、ドイツ並みの自己負

担、これでいいんだと私は思つますが、いかが

でしよう。

○坂口国務大臣 ここは、保険料でいかか、あるいはある程度自己負担をお願いするかという、これはもう選択の問題だと思うのですね。確かにどうやら幾つか質問をさせていただきたいと思いま

す。ただだとなれば、ドイツ並みの自己負担をしておるのは、八・二%ぐらいお願ひをしたく。そのうえで、これがまた多少念のためと

いうふうに思つます。今度我々が皆さん方にお願いをしておるのは、八・二%ぐらいお願ひをしたく。そのうえで、これがまた多少念のためと

いうふうに思つます。今度我々が皆さん方にお願いをしておるのは、八・二%ぐらいお願ひをしたく。そのうえで、これがまた多少念のためと

いうふうに思つます。今度我々が皆さん方にお願いをしておるのは、八・二%ぐらいお願ひをしたく。そのうえで、これがまた多少念のためと

いうふうに思つます。今度我々が皆さん方にお願いをしておるのは、八・二%ぐらいお願ひをしたく。そのうえで、これがまた多少念のためと

いうふうに思つます。今度我々が皆さん方にお願いをしておるのは、八・二%ぐらいお願ひをしたく。そのうえで、これがまた多少念のためと

しかし、重い病気はその上限がありますから、うんと割合は下がりますというのとは、いわゆる社会保障、社会保険のリスクの分散という立場からして、これは私は、一つの選択ではないか、この選択はそんなに間違つてないのではないか。しか

も、現在だけではなくて将来の皆さん方のことでも、考慮に入れれば、ひとつ現在の皆さん方にも御理

解をいただかなければならぬ部分があるのではないか、そんなふうに実は思つてゐる次第でござ

ります。

○金田(誠)委員 大臣の答弁は誤解を招くと思ひます。

確かに、ドイツの保険料負担は総報酬制で三・八、約一四%だと思います。これに対して日本の保険料、今は標準報酬制でございますが、総報酬制に直すと七・五%。一四と七・五%ですか

ら、かなり違うということを大臣は引き合いに出されたということです。

Pに占める医療費の割合が二〇・六%、日本は七・六%，ここでもうはつきり違うわけでござります。それと、ドイツは医療費の中に公費を入れていよい、保険だけでやつてゐる国でございま

す。日本は公費負担というものがあるという中で、ドイツの保険料が高く出てきているわけでござります。

その数字を挙げられて、私が言つているようにドイツ並みの自己負担にすれば、あたかも保険料もドイツ並みになるよう聞こえるわけですよ、大臣の御答弁です。そういうおっしゃり方とい

うのは誤解を招くのではないか。そもそも医療費が高い、そして公費というのを全く入れずにやるところになつてゐるといふことでござります。

したがつて、今考えるべきことは、今、自己負担三割にするという形の中で保険料負担を考えているわけですけれども、その自己負担を二割のまま、あるいは一割に落としたら、その場合、日本の保険料負担はどうなるのか。それに対して、二割負担、三割負担ということで上げていくのがい

思えないんです。

いのか悪いのか。そういう数字を示して答弁をし  
ていただかないと、ドイツの一四%というものを  
出してもらおうと全く誤解を招くということを指摘  
しておきたいと思います。

そこで、私が今大臣に聞きましたのは、ドイツ  
並みの保険料負担がいか悪いかということを聞  
いたわけではなくて、自己負担の目的はモラルハ  
ザードを防止するということではないですか、そ  
れにとつて必要なのは、ドイツ並みの自己負担が  
あればモラルハザードの防止は可能ではないです  
かということを私はお聞きしたわけでございま  
す。数字については、この一四%というのを根拠に  
してやりとりしても意味がないと思いますので、  
これについてはちょっと横に置いておきたいと思  
います。

○坂口国務大臣 自己負担というものがモラルハ  
ザードを防止するというその御趣旨、その側面も  
私は否定いたしません。それはあるだろうという  
ふうに思いますが、しかし、私はその前に、社会  
保障の一つの考え方として、お互いにリスクの分  
散はいたしますけれども、しかし、リスクに直面  
をいたしましたときには、個人もある程度は負担  
をしないという前提の社会保障制度というのではな  
れば、これはやはり、お互いにそれこそ努力もし  
ないといふこともあり得る。これは、自分は病気  
をしないでおこうという努力も必要であります  
て、そのためにはやはり、自己負担というのもあ  
る程度はやむを得ない。全体としてのモラルハ  
ザードをおっしゃいましたけれども、私は、そう  
いう意味でのモラルハザードもあるというふうに  
思っております。

そのときに、それは二割がいいのか三割がいい  
のかということは議論があるところだというふう  
に思いますし、財政事情も私は影響するだろうと  
いうふうに思いますけれども、しかしその中で、  
すべての病気に対しても二割負担とか三割負担とい  
うのはやはり避けなければならない。風邪を引いた  
のと、がんになつて手術をするのと同じにはな  
らない。がんになつて手術をするというようなど

きには、それは一割も困りますから〇・五%ぐら  
いで勘弁してくださいよということにやはりしな  
ければいけない。しかし、軽い病気のときにはや  
り負担をしますというふうにして、そしてやつ  
ておきたいと思います。

並みの保険料負担がいか悪いかということを聞  
いたわけではなくて、自己負担の目的はモラルハ  
ザードを防止するということではないですか、そ  
れにとつて必要なのは、ドイツ並みの自己負担が  
あればモラルハザードの防止は可能ではないです  
かということを私はお聞きしたわけでございま  
す。数字については、この一四%というのを根拠に  
してやりとりしても意味がないと思いますので、  
これについてはちょっと横に置いておきたいと思  
います。

○金田(誠)委員 大臣の御答弁ともちよつと思え  
ないです、個人負担をある程度のレベルにして  
おかないと、健康管理だとかそういう面で努力を  
しなくなる。これは、人間ってそんなもので  
しょうか。二割負担を三割負担にすれば病気にな  
らないよう努力するかというと、大臣、もし後  
でこれはちよつと言いつたなと思われたら訂正  
していただきたいですし、そうでもないと思うの  
なら訂正されなくとも結構ですが、私は非常に残  
念でございます。

そういう大臣の話もありましたが、私は、小泉  
総理は実は違うことを考へてゐるのではないか  
といふふうに思つてゐるんですよ、大臣とは違う  
ことを。今出てきているのは三割負担、それから  
前から出てきているのが、高額療養費を引き上げ  
るというのはもうずっとやつきましたよね。私は、  
は、高額療養費を上げるというのは邪道だと思つ  
て、そのためにはやはり、自己負担というのもあ  
る程度はやむを得ない。全体としてのモラルハ  
ザードをおっしゃいましたけれども、私は、そう  
いう意味でのモラルハザードもあるというふうに  
思つております。

二つ目は、同じくこれによつて事業主負担を輕  
減する。大臣、保険でシェアする部分を少なくし  
ていくと事業主負担が減るわけですよ。個人負担  
は全部個人ですから、事業主負担というのはない  
でしょう。これで事業主負担を輕減しようとい  
のが二つ目。

○坂口国務大臣 私も、総理の心の中をのぞいて  
いたわけじやございませんから、そう見てきたよ  
うなことは申せませんけれども、私が申し上げま  
すが、経済効率の面からいえば、社会保険一本  
でリスクをシェアする方が、さまざま自助努力  
を組み合わせるよりも効率が高いというふうに私  
は思います。そういう観点の論文等もあると思って  
ます。万が一の病気に備えて個人負担分を自己責  
任でやつっていく。これは、将来病気になるかどう  
かもわからぬわけですから、最悪の事態に備え  
なきやならない。必然的に、預金も高いものを蓄  
えておかなければならない。民間保険に入るにして  
も、どういう病気になるかわからないわけですか  
ら、ということで効率よくないですよ。

いろいろな御意見をおっしゃるだらうというふう  
に思ひますし、既におっしゃつてると私も思つ  
ております。しかし、そのことをそつくりそのま  
ま受けて総理がお考えになつては私は思つ  
ておりません。現在我々が進めようとしたしてお  
りますのは、皆保険制度はあくまでも堅持をす  
る、将来ともに堅持をする。将来ともに堅持をし  
たいがゆえに、現在、何をどう変えるべきかとい  
うことを議論しているということでございまし  
て、もし万が一にも総理が御指摘のようなことを  
考えておみえになつたといたしましても、我々  
は、この皆保険制度は守りたいと思つてゐるところ  
でございます。

○金田(誠)委員 大臣、皆保険制度を守ることと  
自己負担をやすることとは、何もイコールでも何  
でもないんですよ。大臣がさつきおっしゃつたよ  
うに選択の問題なんですよ。保険料部分でシェア  
をしていくか、自己負担部分で出すか、どっちに  
したつて出すわけでしょう。そして、自己負担を  
どの程度にセットするかは、モラルハザードの防  
止ということでいいんですよ。それを、あえて今  
のような三割負担、高額療養費の引き上げ、特定  
療養費の拡大、こういうことをやつていつている  
ということは、どうおっしゃろうが、実際今申し  
上げた社会保険の守備範囲の縮小、事業主負担の  
軽減、受診抑制効果、これしかないということを  
再度申し上げておきたいと思います。

時間がなくなりましたので、次の質問でござい  
ます。万が一の病気に備えて個人負担分を自己責  
任でやつしていく。これは、将来病気になるかどう  
かもわからぬわけですから、最悪の事態に備え  
なきやならない。必然的に、預金も高いものを蓄  
えておかなければならない。民間保険に入るにして  
も、どういう病気になるかわからないわけですか  
ら、ということで効率よくないですよ。

こういう論文の一節なんですが、旧来、社会保  
障といふものは、公平性の観点からの制度であ  
り、市場経済の効率性とは対立するものとしてと



突っぱねられているんですよ。僕は、やはりこの委員会のあり方も、また国会のあり方も、私たち政治家がもつと考え方を直さなければいけない部分だと思っています。

私は、そういう気持ちでまた引き続き質問させていただきますが、先ほど大臣も少子高齢化ということをおっしゃいました。私、マスコミ、メディア、テレビを見たり新聞を見たりする中で、

二点の点、こういう事実が本当にあったのかどうか、大臣に確認をさせていただきたい。

まず第一点は、残業対策ということにおける大臣のお考えの中で、残業対策、早く家に帰れるということで、これが少子高齢化、少子化に歯どめをかける一つの要素であるという御発言があつたことをかげることで、これが少子高齢化、少子化に歯どめをかける一つの要素であるということをおっしゃつたこと、この二点は事実でしようか。

#### ○坂口国務大臣 事実でございます。

まず第一点の問題は、やはり少子化対策というものはお金をかけらるべきであるだけではあります。これは、保育所の問題でございますとか、さまざまな問題の解決を、制度の改正をやらなければならぬというふうに私は思いますが、それだけではないので、いわゆる日本人の生活のあり方というものをもう少し考えていかなければならぬ。今のように、もうとにかく働き続けて、これは仕事中毒だといふに言われるような状況の中で生活ができるというのではなく、子供を産み育てるということはできないだらうというふうに私は思います。したがつて、もう少しゆとりを持つて、みんなが早く家に帰る、仕事を終わってもなかなか家に帰らぬのもおりますけれども、それは別にいたしまして、とにかく早く家に帰る、そして家庭の人になるということがまずこの少子化対策として基本的なことだと私は思つております。

そうした意味で、私は、この厚生労働省も、十時になつても十一時になつても電気が消えないとき

いうようなことはいけない、時間外労働というものの取り締まりをしているこの省が、みずからがやはり手本を示さなければならない、もつと効率的に仕事をしなければならないということを私は提案したわけであります、そのことが各省庁に広がつてきますことを私は期待しているわけでございます。それが一つ。

それから、もう一つ、現在の合計特殊出生率は、もう低位で見ましたら一・一になつてきておる、東京都は一・〇に近づいております。これで計算をしていきますと、理論的には日本民族は滅亡することになつてしまふと私は思います。

計算もいろいろでございますけれども、ある人が計算しましたら、千五百年先には日本人は一人になると計算した人がおるそうでございます。

私は考えておりまして、そう申し上げた次第でござります。

○佐藤(公)委員 民族の滅亡というものは大変な事態です、大変な事態。

私が言いたいことは、この残業のこと、これも大事なことかもしれません。民族滅亡、本当に大きな問題。私が大臣に言いたいことは、考えていることやつていていることと言つては何か

すべて違うような、つまり、民族滅亡という本当に大きな問題といふに意識をお持ちになるのであれば、抜本改革、まさに先ほどおっしゃられたように、その仕組み自体、生活そのものを変えしていくぐらいいの大問題だということですよ。もしもそれだけの御発言と意識を持たれるのであれば、今回のこんなようなことはないと僕は思つます。

#### ○佐藤(公)委員 民族の滅亡というものは大変な事

態です、大変な事態。

この少子化ということに関して、今の大臣の御発言、本当に今の日本全体の問題点、これは本当にまじめに聞いてください。自分たち、同じ世代ということがございます、若い人間が一体全体なぜ子供を持たないのか、持とうとしないのか、また、持てないというケース、私は、そのケースかと思います、そういうケースがございます。そ

ういうことの意見や問題点をどのようにとらえかと思ひます、そういうケースがございます。

ええ政務官の同じ世代の人間がなぜ子供を持てないのか、率直な意見ですよね、教育費の問題、経済的な問題、家庭の問題、住宅の問題、親との問題、そしてわがままの問題、心の問題、ゆとりの問題、いろいろとあると思います。率直に政務官の言葉で、感じる今まで話を聞いてください。

○田村大臣政務官 御指名ありがとうございます。

同じ世代でございまして、私は、先生の年下、後輩に当たるわけでありますから、そういう意味では、最も子供を産む世代に近いのかなと思うわけでありますけれども、いろいろな考え方といい

年、二年借金しても、民族が滅びるか滅びることがないか、こういつた状況の大きな問題点、問題がやはり手本を示さなければならない、もつと効率的に仕事をしなければならないということを私は提案したわけであります。それが一つ。

だけじゃなくて国民の一人として、やはりますます不信感を抱くのは当然だと私は思うんですね。

少子化もしくは少子高齢化という問題点においてなんですか、私は、この件に関して、大臣に申しあげございません少子化に関する政務官。

やはりこれから時代、そして私たちの時代を担当するべく、そしてまさに当事者本人であられる政務官。

この少子化ということに関しても、やはり今は、日本に帰属しておる国民の皆様方のために何をするか、将来どのようにしていくか、それが我々の仕事でありますから、そういう見方をすれば、やはり少子化というのは大変な問題であります。であろう。今先生おっしゃられましたとおり、医療の問題も大変ですし、年金もそうでありますよし、いや、経済自体の状態がこのままじゃもたらないよ、いやいや、社会自体が成り立たないじゃないか、活力を失つちゃう、いろいろな議論があると思います。まさに、少子化の中において将来どうなるんだと大変不安があるんです。

ところが、日本の国というのは、やはり今まで、お年寄りには非常にお金を使つてきただれども、子供たちにはそれほど、言われているほど使つてないねという部分がありまして、これはいろいろな要因があると思うんですが、今まで少子化に対して、いろいろな数字は出ているんですけども、我々も含めて、国民全体の意識も、将来自分たちの体が悪くなつたときにどうしてくれるんだという方に意識がどうしても行つていったところが、事ここに至つてきて、だんだん国民の皆さん意識も、いや、これは日本の国、それだけじゃなくて、子供たちが減つちゃつたら、実は面倒を見ててくれる、いや、もっと言うと、この国将来を託する人たちがいなくなつちやうんだから大変だねという意識に今変わりつつあるんだ思ひます。

そういう意味からいたしますと、今まで使つていた税金の配分というものが、だんだんではありませんけれども、高齢者と、それ以上にとは言ひませんけれども、同じようなところまで、少子化ができると思うんです。もつとも、地球規模でいいますと、年間七、八千万人ぐらいふえているんですけどね、人口が。そういう状況ですから、エンタロピーの増大という言い方をすれば、滅るところがあつてもいいんじゃないか、この地球では人類がもたないよ、こういう議論もあるうと思います。

しかし、事実国家という立場を考えますと、我々は、日本に帰属しておる国民の皆様方のために何をするか、将来どのようにしていくか、それが我々の仕事でありますから、そういう見方をすれば、やはり少子化というのは大変な問題であります。であろう。今先生おっしゃられましたとおり、医療の問題も大変ですし、年金もそうでありますよし、いや、経済自体の状態がこのままじゃもたらないよ、いやいや、社会自体が成り立たないじゃないか、活力を失つちゃう、いろいろな議論があると思います。まさに、少子化の中において将来どうなるんだと大変不安があるんです。

しかし、事実国家という立場を考えますと、我々は、日本に帰属しておる国民の皆様方のために何をするか、将来どのようにしていくか、それが我々の仕事でありますから、そういう見方をすれば、やはり少子化というのは大変な問題であります。であろう。今先生おっしゃられましたとおり、医療の問題も大変ですし、年金もそうでありますよし、いや、経済自体の状態がこのままじゃもたらないよ、いやいや、社会自体が成り立たないじゃないか、活力を失つちゃう、いろいろな議論があると思います。まさに、少子化の中において将来どうなるんだと大変不安があるんです。

対策といいますか、子供たちにお金を使う、そういう方向に徐々になつてくるんだろう、いや、そうしていかないきやならない、私自身はそのような思いを持つておりますし、多分国民の皆さんもういう意識をお持ちであるんであろうな、今持つあられるんであろうな、そんなことも感じるんです。

しかしながら、それだけではございませんで、例えば教育、これを考えても、お金だけの問題じゃないと思うんです。非常に子供を産むのが不安だという部分も一つある。環境ホルモンという議論があります。この間も、コルボーン博士に来ていただきました。今、生殖機能に異常を来している子供たちが世界じゅうにふえている、こういふ話を聞くと、今度、我々は、子供はつくりたいけれども、もし自分の子供たちに何かあつたらどうなるんだろうという、漠然とした不安がある。すると、子供を産むのをちゅうちよしちやおうかなと思うような、全員じゃありませんけれども、親も若者も出てくるんであろう。

そういうことを総体的に考えたときに、どこに比重を置くのか。これから我が国、まあ、我が国だけじゃダメなんでしょうけれども、世界と協調しながら、どこに比重を置きながら次の政治の課題というものを見出していくのかと。今その転換点に来ておるんだと思うわけでありまして、もちろん高齢化の問題、いろいろな問題、必要でありますけれども、その根本にこの少子化という問題が、世界的に先進国は今少子化が進んでおります、そういう意味では大きな課題になつておりますから、協調しながらこのようないわゆる問題には対処してまいりたいと思っておりますし、政治課題の最重要部分にこれからこれはなつてきておりますし、私もそのつもりで取り組んでいきたい、こんなふうに思っております。

○佐藤(公)委員 政務官、本当にいいお考えがあり、視点だと僕は思います。傍聴席の皆さん方、そう思いませんか。僕は思います。すごく大事な部分である。ただ、問題は、そういういい考え方を

持つても、できているか、できていないか。なぜできないんですか。僕はできているとは思いますが、それが変わると、いろいろな利害がそこにはぶつかり合う。政治のいろいろな政策制度を抜本改革、抜本改革とは何ぞやという議論をしますと、それだけで多分何時間か時間がたつんだと思うんですが、何かを変えようとすれば、それまでのシステムの中で運営していたものを変えるわけありますから、利害がぶつかり合う。例えば、税金というものは限られていてますから、それを例えば少子化対策といいますか、子育ての方に使おうという話になれば、どこかが切られていく、そういう話にもなつてくる。そこをどう利害を調整していくか、今その状況であるんだと思います。(発言する者あり)

政権がかわればそれが実現するとは思いません。政治を運営する政治家の意識が変わってこなきやいけないんだと思いませんから、そういう意識の政治家ばかりになれば多分変わるんであろうと私は思います。

○佐藤(公)委員 やろうと思えばできるんですけど、できる。それは、今回の医療制度の改革だって、果たして本当にこれでいいのかどうか、政務官は疑問に思われているんじゃないかなというふうに私は思います。やはり、間違っているものは間違っていますよ。

今回の医療制度の改革だって、一九九七年からのやり方を見たって、内容にしたって、やはり僕はおかしい。多分政務官もそう思っているんだと思います。「医療制度改革について」なんて、こ

らは、いや、わからない、そんなことないと言つたところは僕らがつくります。そのつもりで僕ら若い方が頑張つてやつていかなきやいない。その若い連中の環境整備、やはりこういつたものが頑張つてやつていかなきやない。会ができるば、お年寄りの方々が安心して暮らせるのは早く整えなきやいけないのに、環境ホルモンのことが頑張つてやつていかなきやない。

○坂口国務大臣 そこで、大臣、お尋ねいたします。私は、狂牛病、BSEのときも言葉にやたらこだわりましたけれども、今、抜本改革、抜本改革とたくさん呼ばれております。でも、これをもう一回冷静に見たときに、聞いたときに、抜本改革というのは一体全体、大臣が思われている部分の範囲とレベルというのは、どれぐらいまでを考えられているのか。今までの質疑の中で、どうして抜本改革といふのはどこまでの範囲を抜本改革といふのか。まさにここに書いてある程度であるのであれば、私は、まさに帳じり合させ、変更であって、抜本なんつてつく改革なんというのは恐れ多いんじゃないかと思いますが、大臣、いかがでしょうか。

そして、結果として、そこからむだを省いて、できるだけ効率のいいものにやはりしていかなければいけないというふうに思いますが、しかし、それは限界がある。したがつて、それは、抜本改革は改革として進めながら、一方におきまして、財政的なものも考慮に入れながら今回提出をいたしまして、そして、皆さん方に御審議をいただいているような制度もやつていかなければなりません。同じくスタートをいたしましても、この制度は早くできますが、抜本改革にはやはり少し時間がかかるということでございまして、現在そこを継続してやつてあるところであります。

やがて、この問題は決着をつけまして、そ

て、来年、四月一日に実施に移していただきます前に、抜本改革なるものも皆さん方に御提示をできるというふうに思っている次第でございます。

○佐藤(公)委員 僕は、本当に大臣のお答えに対

しては納得がいきません。まさに今のこの内閣が中心としている骨太の方針というのがございますよね、骨太の方針。これにも医療制度、社会保障制度に関してのことが書かれております。この中で、わかりやすく、そして信頼を国民の皆さん方に持つていただきることがとても大事だということが書かれております、医療や社会保障制度。でも、これをやる前に、わかりやすく、そして信頼ができるような政治をまず取り戻すことが僕はとても大事なことだと思います。こういう部分からすると、まさに考へていることと言つていては、これがする、まさに考へていることと言つていては、そんな気がする、場当たり的に議論をしている、そんな気がいたします。

ところで、ちょっと先ほどの少子化の問題のことに関するなんですか、これは事前通告をしておりません、こんな委員会があるのかどうか、

年齢で区切った委員会というのはあるんでしようか。年齢で区切った審議会とか協議会とか委員会というのは厚生労働省の中であるんでしようか。記憶がありますか。つまり、三十なら三十、四十までとか、そういう年齢で区切った協議会とか審議会というのはあるんでしょうか。

○坂口国務大臣 少子化対策の委員会をつくつておりますが、そのメンバーは極力若い人を、三十代の皆さんを中心にしてやろうというので、中にはちょっと出ておる人もおりますけれども、しかし、若い皆さんにお集まりをいただいてやつてていることは事実でございます。

○佐藤(公)委員 政務官は、その委員会や何かのことを御存じですか、どんな議論があるのか。○田村大臣政務官 二回目はちょっと委員会で出席できなかつたんですが、一回目の会には私も出席をさせていただきました。非常な斬新な意見を皆様方からいただきました。

○佐藤(公)委員 政務官は、その委員会や何かのことを御存じですか、どんな議論があるのか。○田村大臣政務官 二回目はちょっと委員会で出席できなかつたんですが、一回目の会には私も出席をさせていただきました。非常な斬新な意見を皆様方からいただきました。

○佐藤(公)委員 斬新な意見の中で今覚えていらっしゃることを、一点、二点、あつたらちよつとお答えください。

○田村大臣政務官 私が云々じゃなくて、その委員の中から出ておられた意見ですか。幾つか出ておつたんですけれども、例えば、やはり子育てをするのにいろいろ不安がある、そういうものを解消するために地域のネットワークでやつておられる団体の方々がおられまして、そういう部分が、やはり少子化の中で子供たちをなかなか育てられない、親にとっては非常に心の部分で負担になつてている部分ですので、そういう部分を何か解消するようなものを考えていかなきやならぬですか、あと、やはり子供をつくれづくれと政府が言つたつて、もちろんそれは個人の自由という部分がありますから、考え方ですから、そこもやはり尊重してもらわなきやいけませんというような御意見もあつたよう思います。

いろいろな御意見がございました。

○佐藤(公)委員 一応極力若い方で委員は構成されているということでございますけれども、政務官を中心に、年齢ある程度区切ったプロジェクトチーム、小委員会をつくつて、本当に真剣に、民族が滅びる、それぐらいの重大なことであるのであれば、それぐらいの考え方を持つて、どうか大臣、政務官にフルに動いていたい、少子化問題に対しても取り組んで、そして、全省庁縦割りじゃない、横で動かしてもらうこと、これは切にお願いします。

また、次回に委員会におきまして——どうぞ。○田村大臣政務官 今のお話でありますけれども、とにかく日本の国が将来に希望がないから子供をつくれなくなつていてるというような御意見もございまして、そこら辺も踏まえて、一生懸命その委員会を中心にして少子化対策の方を考えさせていただきたいと思っております。

○佐藤(公)委員 私は、大臣の先ほどの答弁等、

済みません。事前通告したことが一つも聞けないで申しわけございません。これにて私、終わります。

〔委員長退席、福島委員長代理着席〕

○福島委員長代理 次に、樋高剛君。

○樋高委員 自由党の樋高剛でございます。自由党は、若手コンビ二人でやつてまいります。よろしくお願いいたします。

○佐藤(公)委員 斬新な意見の中で今覚えてい

て申しわけございません。これにて私、終わり

ます。

○佐藤(公)委員 これまでのところでは、

私は、昨年来、関係者の皆様方にいろいろとお話を伺いまして、現在、厚生省の担当者の方と協議を進めているところでありますけれども、きよ

うは御遺族代表の方もこちらに、遠方からもお見

えになっております。國のために命を落とされた御遺族の方をがつかりさせないように、心を込め

た、しつかりとした御答弁をお願いさせていただ

きたいと思います。

このノモンハン事件についてでありますけれども、まず、これはそもそも事件であったのか、あ

るいは事件ではなくて戦争ではなかつたか。戦争

であつたんではないかと認識なさつていて方が私

は多くいるように感じますし、事件という言葉を

使つておりますけれども、ほとんどの方が、これ

は戦争の一部であるというふうに認識をしており

ます。國として正式に調査をなさつたのか、そし

て、調査をなされていればどのような結果であつたか、また、調査をしていないのであれば、今後

調査する予定があるのか、伺いたいと思います。

○狩野副大臣 お答えいたします。

ノモンハン事件は、当時の満州国とモンゴルの

国境線についての見解の相違により勃発したものと承知しております。日本軍は、約八千名が戦死したとされているものと承知しております。

なお、厚生労働省は、さきの大戦に起因する戦没者遺族の援護や海外戦没者の遺骨収集等を行つてゐるものであります。お尋ねにお答えする立

場にないことを御理解いただきたいと思います。

○樋高委員 それでは、また別の視点からよつとお尋ねをいたしますけれども、こういった事件があつたということについては認識をなさつておられます。

○狩野副大臣 事件があつたことは認識いたして

おります。

○樋高委員 では、事件であつたか戦争であつたか、その認識を抜きにいたしまして、やはり私は

慰靈碑を建立すべきであるというふうに思います

けれども、そのことについてどう考えますか。

○坂口国務大臣 ノモンハン事件で亡くなられま

法要まで御尽力をいたいたと聞いております。

長さんを中心として種々陳情を展開しているところでありますけれども、今まで幾度も、例えばですが、大本山成田山新勝寺の皆様方にも、現地慰靈

慰靈を行つたために、永井團長さん、また木島副団長さんを

見もございまして、そこら辺も踏まえて、一生懸

命その委員会を中心にして少子化対策の方を考えさせ

ていただきたいと思っております。

○佐藤(公)委員 私は、大臣の先ほどの答弁等、

納得がいきません。

○佐藤(公)委員 事件があつたことは認識いたして

おります。

○樋高委員 では、事件であつたか戦争であつたか、その認識を抜きにいたしまして、やはり私は

慰靈碑を建立すべきであるというふうに思います

けれども、そのことについてどう考えますか。

○坂口国務大臣 ノモンハン事件で亡くなられま

せん。

私は、大臣の先ほどの答弁等、

納得がいきません。

○佐藤(公)委員 事件があつたことは認識いたして

おります。

○樋高委員 では、事件であつたか戦争であつたか、その認識を抜きにいたしまして、やはり私は

慰靈碑を建立すべきであるというふうに思います

けれども、そのことについてどう考えますか。

○坂口国務大臣 ノモンハン事件で亡くなられま

せん。

私は、大臣の先ほどの答弁等、

納得がいきません。

○佐藤(公)委員 事件があつたことは認識いたして

おります。

○樋高委員 では、事件であつたか戦争であつたか、その認識を抜きにいたしまして、やはり私は

慰靈碑を建立すべきであるというふうに思います

けれども、そのことについてどう考えますか。

○坂口国務大臣 ノモンハン事件で亡くなられま

せん。

私は、大臣の先ほどの答弁等、

納得がいきません。

○佐藤(公)委員 事件があつたことは認識いたして

おります。

○樋高委員 では、事件であつたか戦争であつたか、その認識を抜きにいたしまして、やはり私は

慰靈碑を建立すべきであるというふうに思います

けれども、そのことについてどう考えますか。

○坂口国務大臣 ノモンハン事件で亡くなられま

せん。

私は、大臣の先ほどの答弁等、

納得がいきません。

○佐藤(公)委員 事件があつたことは認識いたして

おります。

○樋高委員 では、事件であつたか戦争であつたか、その認識を抜きにいたしまして、やはり私は

慰靈碑を建立すべきであるというふうに思います

けれども、そのことについてどう考えますか。

○坂口国務大臣 ノモンハン事件で亡くなられま

せん。

私は、大臣の先ほどの答弁等、

納得がいきません。

○佐藤(公)委員 事件があつたことは認識いたして

おります。

○樋高委員 では、事件であつたか戦争であつたか、その認識を抜きにいたしまして、やはり私は

慰靈碑を建立すべきであるというふうに思います

けれども、そのことについてどう考えますか。

○坂口国務大臣 ノモンハン事件で亡くなられま

せん。

私は、大臣の先ほどの答弁等、

納得がいきません。

○佐藤(公)委員 事件があつたことは認識いたして

おります。

○樋高委員 では、事件であつたか戦争であつたか、その認識を抜きにいたしまして、やはり私は

慰靈碑を建立すべきであるというふうに思います

けれども、そのことについてどう考えますか。

○坂口国務大臣 ノモンハン事件で亡くなられま

せん。

私は、大臣の先ほどの答弁等、

納得がいきません。

○佐藤(公)委員 事件があつたことは認識いたして

おります。

○樋高委員 では、事件であつたか戦争であつたか、その認識を抜きにいたしまして、やはり私は

慰靈碑を建立すべきであるというふうに思います

けれども、そのことについてどう考えますか。

○坂口国務大臣 ノモンハン事件で亡くなられま

せん。

私は、大臣の先ほどの答弁等、

納得がいきません。

○佐藤(公)委員 事件があつたことは認識いたして

おります。

○樋高委員 では、事件であつたか戦争であつたか、その認識を抜きにいたしまして、やはり私は

慰靈碑を建立すべきであるというふうに思います

けれども、そのことについてどう考えますか。

○坂口国務大臣 ノモンハン事件で亡くなられま

せん。

私は、大臣の先ほどの答弁等、

納得がいきません。

○佐藤(公)委員 事件があつたことは認識いたして

おります。

○樋高委員 では、事件であつたか戦争であつたか、その認識を抜きにいたしまして、やはり私は

慰靈碑を建立すべきであるというふうに思います

けれども、そのことについてどう考えますか。

○坂口国務大臣 ノモンハン事件で亡くなられま

せん。

私は、大臣の先ほどの答弁等、

納得がいきません。

○佐藤(公)委員 事件があつたことは認識いたして

おります。

○樋高委員 では、事件であつたか戦争であつたか、その認識を抜きにいたしまして、やはり私は

慰靈碑を建立すべきであるというふうに思います

けれども、そのことについてどう考えますか。

○坂口国務大臣 ノモンハン事件で亡くなられま

せん。

私は、大臣の先ほどの答弁等、

納得がいきません。

○佐藤(公)委員 事件があつたことは認識いたして

おります。

○樋高委員 では、事件であつたか戦争であつたか、その認識を抜きにいたしまして、やはり私は

慰靈碑を建立すべきであるというふうに思います

けれども、そのことについてどう考えますか。

○坂口国務大臣 ノモンハン事件で亡くなられま

せん。

私は、大臣の先ほどの答弁等、

納得がいきません。

○佐藤(公)委員 事件があつたことは認識いたして

おります。

○樋高委員 では、事件であつたか戦争であつたか、その認識を抜きにいたしまして、やはり私は

慰靈碑を建立すべきであるというふうに思います

けれども、そのことについてどう考えますか。

○坂口国務大臣 ノモンハン事件で亡くなられま

せん。

私は、大臣の先ほどの答弁等、

納得がいきません。

○佐藤(公)委員 事件があつたことは認識いたして

おります。

○樋高委員 では、事件であつたか戦争であつたか、その認識を抜きにいたしまして、やはり私は

慰靈碑を建立すべきであるというふうに思います

けれども、そのことについてどう考えますか。

○坂口国務大臣 ノモンハン事件で亡くなられま

せん。

私は、大臣の先ほどの答弁等、

納得がいきません。

○佐藤(公)委員 事件があつたことは認識いたして

おります。

○樋高委員 では、事件であつたか戦争であつたか、その認識を抜きにいたしまして、やはり私は

慰靈碑を建立すべきであるというふうに思います

けれども、そのことについてどう考えますか。

○坂口国務大臣 ノモンハン事件で亡くなられま

せん。

私は、大臣の先ほどの答弁等、

納得がいきません。

○佐藤(公)委員 事件があつたことは認識いたして

おります。

○樋高委員 では、事件であつたか戦争であつたか、その認識を抜きにいたしまして、やはり私は

慰靈碑を建立すべきであるというふうに思います

けれども、そのことについてどう考えますか。

○坂口国務大臣 ノモンハン事件で亡くなられま

せん。

私は、大臣の先ほどの答弁等、

納得がいきません。

した方は、先ほどお話をございましたように、八千人に上っているわけでございますが、昨年の九月に、民間団体から確度の高い遺骨情報の提供がございました。そして、いわゆる遺骨収集の実施に前副大臣でございました南野副大臣がそこに出席をし、そして、モンゴル政府に対する申し入れも行つたところでございます。同政府からも、全面的に協力する旨の回答をもらつております。

このような回答を踏まえまして、平成十四年度におきましては、遺骨収集の可能性を調査するため、現地の遺骨の残存状況等について事前調査を行うことになつております。こしと予算化されておりまますし、ことし、現地に赴きまして状況を調べることになつております。

○樋高委員 しつかりと調査をお願いいたしたいと思いますし、それをきちっと公開していただきたいというふうに思います。慰靈碑建立、最善である、建立をすべきであるというふうに考えます。

また、もう一点だけ、恐れ入りますが、遺族の方々が現地に定期的に参りまして遺骨の収集等を行つておりますけれども、やはり旅費の支給、支弁等々をしつかりと私はやるべきであるというふうに思ひますけれども、そのことにつきまして、いかがお考えになりますか。

○狩野副大臣 政府におきましては、すべての遺骨を収集することが困難なことから、政府の行う遺骨収集を補完し、旧主要戦域となつた地域等において戦没者を慰靈するため、関係遺族を対象に慰靈巡拝を行つております。民間の慰靈団につきましては、遺族以外の方を含み、またそれのお考えに基づいて行われているものですので、国として補助を行つてはおりません。政府が行う慰靈巡拝に参加する御遺族に対しましては、渡航費用等の三分の一相当を補助しております。

なお、政府といたしましては、ノモンハン事件にかかる戦没者についても、遺骨収集の実施状

況を踏まえ、今般、必要と認められた場合には慰靈巡拝を行うことも検討してまいりたいと思つております。

○樋高委員 例えば三分の一補助をしているという話でありますけれども、まず、そういったこと一つ一つを検証していただきまして、役所として、厚労省としてしつかりとバックアップをしていただきたいということを強く要請させていただ

きたいと思います。

今回の医療制度改革、私は、本当に改革というには到底値しないというふうに思つておりますけれども、健康増進法の方からお尋ねをさせていただきたいと思います。

この健康増進法の中で、いわゆる食品の表示、栄養表示につきまして、今までは、現行の栄養改善法という法律がありまして、この法に基づいていわゆる成分表示がなされたわけでありますけれども、その規定を今回健康増進法で引き継ぐ

ということのようであります。

いわゆる表示違反を行つた場合は、今までは、必要な表示をしなさいよといいう指示をする、そして指示に従わなかつた場合はそのことを公表するということで、罰則は今まで設けていなかつた、いわゆる社会的制裁という内容にとどまつていたわけでありますけれども、今回、この改正によりまして、いわゆる表示違反に對しましては勧告をし、そして改善命令に従わない場合は改善命令を出し、そして改善命令に従わないと改めていわゆる社会的制裁という内容にとどまつていた

命令から罰金まで、半年から二年も三年もかけているうちに、その商品がどんどん必要なくなつてしまふのが実態なのだろうあります。勧告から改善命令から罰金まで、半年から二年も三年もかけているうちに、その商品がどんどん必要なくなつてしまふのが実態なのだろうあります。

そして、結局これも形だけにすぎないんじゃないかもうほんどのないんですよ。勧告から改善命令から罰金まで、半年から二年も三年もかけているうちに、その商品がどんどん必要なくなつてしまふのが実態なのだろうあります。

そもそも、この勧告、改善命令、罰金というふうに三つのプロセスを踏むということは、今まで

たその前にもありましたけれども、本当に信頼が地に落ちているということでありまして、今回こういうふうに改正をするということを形としてしまったのではないかと役所の方にお伺いしましたらば、いのちではないかと私は思ひます。

○坂口国務大臣 今御指摘をいたしましたように、現行の栄養改善法では、栄養表示基準違反がありました場合に、栄養表示基準に従いまして必要な表示をすべき旨の指示を行いまして、その指示に従わない場合にはその旨を公表できるという

告を行い、その勧告にかかわります措置が行われない場合には適正な表示を行いうように改善命令を行いまして、この命令に従わないので、それを科することにしたという点でございます。

これは、農林水産省や公取等とも連携する問題でございますので、そうしたJAS法等々の連携も密にしていかなければならぬというふうに思つておりますが、今度はかなり厳しくチェックをするということになるだらうと思いますし、厚生労働省だけではなくて、内閣府にそうしたことを中心取り組むところもできるわけでございますから、今後、今までのようなことが繰り返されないようにしていかなければならないというふうに思つておられます。

○樋高委員 私は何が言いたいかといいますと、今までも実効性が上がつてこなかつたのをそのまま今回の健康増進法でも組み込んでいるということは、そもそも、もうやる気がないんじゃないのか。そもそも今まで効果が上がつてこなかつたことを、そのまままねして、今回の食品栄養表示についてはそのまま同じようにやろうとしているだけありますから、結局、旧来の発想から何にも変わつていないのでですよ。ということは、今回の

本間に改革に値しない、そもそもやる気が本当にあるのかということを私はまず御指摘させていただきます。

そして、新聞でも明らかになつたわけでありますけれども、実は、ミスターードーナツさんで、禁止されている添加物、未認可の食品添加物を使用して販売した。食品衛生法で使用が認められていない酸化防止剤、TBHQというのだそうですがそれとも、肉まんなんだそうです、おまんじゅうでありますけれども、いわゆる未認可の食品添加物を使用して販売をしていた。その数が、千三百個ではなくて千三百万个あります。しかも、一年半前から隠ぺいされていた。大変な事実が明らかになつたわけです。

これは、明らかに厚労省としての監督責任を怠はざるを得ないわけであります。しかも、今回のは、その事実が発覚をしてからも販売をしていた、販売を再開していたということであります

けれども、このことについて、厚労省としてどのように対処をしていくのか、そしてどのようにお考えか、伺いたいと思います。

○宮路副大臣 今御指摘の点は、先般、農林水産省の方に、ダスキンが販売した飲茶「大肉まん」

に、法定外の添加物である、今委員おつしやったようなTBHQが使用されていたという旨の情報提供がありまして、同省から我が方に連絡があつたわけであります。

そこで、我が省としては、直ちに、ダスキン本社、これは大阪府の吹田にあるわけであります。が、を所轄する大阪府に調査を指示しましたところ、その品物は、平成十二年三月から中国において製造を開始して、そして同年十一月末にダスキンとしてTBHQを使用している旨の情報を入手しておつた、その後、同年十二月十三日からTBHQ非含有の原料に切りかえた、そういう報告を大阪府の方から受けたわけであります。

昨日、大阪府は、さらにダスキン本社から報告書の提出等を受けまして、処分等に係る検討を今行つておるわけでございまして、現在販売しております当該製品の安全性、それからTBHQを含有したその製品の販売数量等について詳細な回答を求めておる、今そういう状況であります。

この問題は、食品衛生法による監督権限、一義的には大阪府にあるわけでございますので、今大阪府の方でそういう対処を行つておるということございまして、その結果をまた踏まえて、厚生労働省としても、もしそうであるとすれば大変ゆしい事態でありますので、今後厳正な対処をしてまいりたいということを考えておるところであります。

○樋高委員 こういった事件が起きたときに、スピード一にいかに対応するかということは私は重要だと思います。もちろん今大阪府さんの方で調べていただいているということでありますけれども、正直言いまして私この肉まんを食べたんですよ、一年半前に。千三百万個ですから、私、大変多くの人数の人が食べていると思うんで

すよね。

結局、国がやはりこういった食べ物の安全、食品安全というものは責任を持つべきだと監督していくしかないことは、やはり私、知らず知らずのうちに、これは一年前的话でそれとも、どんでも今後の食品安全行政をどうするかということで今議論なさっているのもよくわかつてはおりませんけれども、やはりこういった足元、きっちり対応をいかに危機管理としてできるかどうかといふのは私は重要なと存じますが、御異議ありませんか。

○福島委員長代理 この際、お詫びいたします。各案審査のため、本日、政府参考人として厚生労働省社会・援護局長眞野章君の出席を求め、説明を聴取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〕

○福島委員長代理 御異議なしと認めます。よつて、そのように決しました。

○福島委員長代理 次に、阿部知子君。

○阿部委員 社会民主党・市民連合の阿部知子です。

まず冒頭、昨日の有事法制関連三法案の審議における過程に強く異議を申し立てたいと思います。

やはり、本日、佐藤公治委員のここで御発言にもございましたが、この国会の場は、出された法案について審議を尽くすということにおいて國民に責任が果たされる場でございます。最初からもうもともと提案どおりでこれでいくんだという

のをござり押しと申しまして、それでは実は多様な

意見あるいは多様な立場にある人の本当の幸せなことは人権、生命を守れないということを私は冒頭申しておきたいと思います。

そしてもう一つ、私がきょう急に援護局に参考

人としてこの場に御出席をお願いいたしましたのは、やはり非常にだまし討ちに等しい御遺骨の取り扱いがあつたことをこの場でただしたいと思つております。

私は機会あるごとに、千鳥ヶ淵での、かつての大戦でお亡くなりになつた方たちの遺骨の取り扱いについて、今なお極めて人道的な見地から問題が多い

ものをお四百十数体、今度は一緒にまとめて再焼骨の月曜日の千鳥ヶ淵での納骨慰靈祭を踏まえて、先週の金曜日でしたか、急遽、焼骨、集めてきた

ものを四百十数体、今度は一緒にまとめて再焼骨を先週の土日に行つたということで、私の方からあらかじめ再焼骨に関しては御連絡をいただき、

と繰り返し繰り返し繰り返し担当部局にお願いして、いたにもかかわらず、何の御連絡もなく、また、月曜日には納骨を済ませたというふうな後手の、後々の御報告であります。

私はせめて、みどり人がない遺骨については、焼骨の際にだれかが立ち会うことくらいの人間としての当たり前の送り方だと思います。そういうことすらされないこの政府が、今の有事法制関連三法案といつて、国民の生命や財産にかかる保護規定を全く据え置きにしたまま同じ過ちを繰り返していこうとする事態に対して、心底怒りを持っています。

この間の事態について、冒頭、法案審議とは全く関係ないかに見えますが、国民の生命や人権を守るということが政治の責務であるという観点から、援護局からかかるべき御答弁を賜りたいと思ひます。

○福島委員長代理退席、委員長着席

す。この準備作業といたしまして、五月十九日の夕方、納骨室を開けるということを行いました。二十日の墓苑の開苑前に、厚生労働省の社会・援護局の外事室の室長補佐以下六名が納骨を行いました。

また、焼骨の時期でありますとかそういうことを教えてほしい、立ち会いたいということが先生からお話をありましたことは十分承知いたしておりますが、それにつきまして、焼骨につきましては御遺族以外の方の立ち会いということが普通考えられてはいない、また、この準備作業もいわば遺族にかわつて行うということで、公開をいたしていいというところから、立ち会い並びにこの納骨に当たつての立ち会いということは私どもとしては御遠慮願いたいというふうにお答えを申し上げていたところでございました、二十日の日に四百十柱をおおさめした状況でございます。

○阿部委員 だれにそのようなことを決める権利がおありでしょうか。御遺族はどなたかわからぬのです。御遺族がわかれば、これは無縁の仏とはならないわけです。そして、政治にかかわる者が、政治の責任で、国が起こした戦争の責任に対して、私たちがかかるべきおわびなり礼を尽くしたいというのが政治家としての私の願いであります。行政府がそのようなことを勝手に判断なさる権限もなければ、お立場にもないということです。そして、それでは、遺骨収集に加わってきました、どの方の御遺族かは判明しません、南方方面で亡くなり、その方々の広い意味での御遺族の方々も、いつ納骨されるかを教えてほしいとおっしゃつていただけたのです。あなたよりは近いはずで、その人たちの方が。そういうことを一切無視して、国民の声を無視して人の死を取り扱う、本当に無礼なまことに思ひます。

私はこの場でこんなに大きな声を上げたくはない。しかし、政治に一人の人間の生き死への思いがなくなつたときには、私たちがこの場でやつてゐることは何の意味も持たなくなります。それを官僚の本当にさめた、冷たい態度と申します。

人の生き死にに対するそのような形であるということは、私は次の質問がありますので、あなたの御答弁を待つ前に、一方的に言い置きまして、本來の質問に入らせていただきます。

私はきょう前半、骨太と言われます論議をぜひ

とも坂口厚生労働大臣とお願いしたいと思つております。

世代のお話がございましたが、私は、ちょうどその高齢者と言われるピークの、一番多い年齢を構成いたします団塊の世代でございます。それゆえ、我が身のこととして、そしてある意味ではまた、若い人たちに過度の負担をかけずに済むにはどのような形に今この医療制度改革をしておくことが将来的な展望によって立つかという、その視点からの御質問を申し上げたいと思います。

私は、本日の各委員のお話を聞きながら、私であれば、本来の中心的な論議は、当たり前のことで、ですが、医療費を本当の意味でまず抑制すべきというような論が真っ先に来べきかどうかということに大きな疑問を持っているという点を、まず一  
点指摘したいと思います。

もちろん、坂口厚生労働大臣もおっしゃるよう  
に、むだは省かなくてはいけません。合理化すべ  
きところも合理化されるべきです。また、かかる  
べき負担もあつてよろしくございます。

ただ、大前提といたしまして、果たしてこの  
間、特に一九九九年以降、医療費の抑制まずあり  
きという形でどんどん患者負担を増している現状  
が、基本的人権、生存権にも反する事態になつて  
いるということをかんがみた上で、本当の意味の  
改革を展望していただきたいと思うのです。

まず、資料の一ページをごらんいただきたいと  
思います。

お手元に配付しました一ページ目には、先進国  
における医療費対GDP比、よく取り上げられる  
事例ですので御存じだと思いますが、マクロな経  
済で見れば、日本の医療費は、先進国中、イギリ  
スに次ぐ低いGDP比を示しておる。また、一人

当たり、購買力平価に基づく換算をいたしまして  
も、決して日本の医療費は高いということには値  
しない。

は、ある意味で賃金を抑えながらでも、人を減らしながらでも、何とか黒を出す采配をしてまいりました。

そして、この間、日本の医療制度の中で、マク口に見ればある程度以上達成しながら、ミクロに見た場合に、先日お示ししましたように、やはり非常に医療ミスが多いという、医療の質の問題題が、私から見れば、アメリカの五分の一、あるいは欧米の三から四分の一の、さまざまなもので

カルも含めた医療の人員でやつております中では、当然人手不足がミスにつながつてくる場合が

多々あると思います。

婦さんたち約三千人余にアンケートをとられた中で、ハワードナースコール、看護婦さんを呼ぶ事

が、自分の作業途中でナースコールによつてみずからうの作業が中断されたことがあるとする看護婦

さん九一%、一年間にニアミス経験のある看護婦さん七七%、医療事故の不安は常に解消されない

さへ十七歳、因形事古の不完全性に解決されないとお答えになる看護婦さん八六%というデータが出ており、最も改善が必要なことは看護であるとい

最悪改善が必要なことに意見があるが、このお答えが八一、夜勤体制の強化が五六%、私は現場のやむこやましい切実な声がここに反映さ

は現場のやむいやされぬ状況が戸かごごに反映されておると思います。

そして、本会議で最もお原いいたしましめたが、七  
口厚生大臣には、ぜひとも、この間で、医療には  
医療の質をそぞろに患者さんの生命の安全のため

医療の質とそして患者さんの命の安全のかんし  
しかるべき人員が絶対必要である、それが原点で  
あり、その後で、その一二二三、つまりコム、

あり、その街は、そのことをいかなるニストで行つていいかという段階、プライオリティー、物事の考へ方の三項ともつづり二三六／一、二三七。

事の考え方の手順をきっちりとお示しいただきこの審議をリードしていただきたいと思います

○坂口国務大臣 日本の医療費が、対GDP比で  
世界の二番目に高いと云ふことは、三年、二年、

世界の中で非常に低い位置にあると申しますか

るわけでございますか。対GDP比で低い値にちることは御指摘のとおりでございます。

訪れる、あるいは病院を訪れるということで済む場合には、そうした間隔をとることも考慮に入れながら、診療報酬でどうこうではなくて、本当に正しい医療のあり方を中心にしながら、より落ちついた医療が行えるように今後していくかなければならぬというふうに思います。

いう形でお示ししてあります。ここで福岡はカーブの上方にござりますが、この高齢者独居率といふのは、六十五歳以上の御世帯で高齢者だけお住まいの比率と医療費をとりました。

ここで明らかなことは、やはり日本においては、御高齢者が御高齢者だけで、あるいはお一人で住まわなくてはいけない状態、それがひいては

ですから、日本全国を一概に並べて、医療費が高い低い、老人が何だからなどと言う前に、まずその地域の分析、背景の分析、必要な手立ての分析をしていただき、その総和が医療費として換算される方式をとつていただきたいと思います。図の最後の八も同じでございます。ここには医療費の福岡県内のマップがございますが、大牟

由でいうものがやはり幾つかあるということが、これでよくわかります。統計的なデータを見ますときには、ただ単に表面に出でまいりましたものだけではなくて、やはり具体的に細かく見ていくことが大事だということを御提起いただいたものと、いうふうに思いまして、感謝申し上げたいと思いまます。

いう形でお示ししてあります。ここで福岡はカーブの上方にございますが、この高齢者独居率といふのは、六十五歳以上の御世帯で高齢者だけで住まいの比率と医療費をとりました。

ここで明らかなことは、やはり日本においては、御高齢者が御高齢者だけで、あるいはお一人で住まわなくてはいけない状態、それがひいては入院の医療を多くせざるを得ない状態に反映する

ですから、日本全国を一概に並べて、医療費が高い低い、老人が何だからだと言う前に、まずその地域の分析、背景の分析、必要な手での分析をしていただきて、その総和が医療費として換算される方式をとつていただきたいと思います。

図の最後の八も同じでございます。ここには医療費の福岡県内のマップがございますが、大牟田、筑豊、かつての炭鉱地域で働かれた方々が高

由というものがやはり幾つかあるということが、これでよくわかります。統計的なデータを見ますときには、ただ単に表面に出でまいりましたものだけではなくて、やはり具体的に細かく見ていくことが大事だということを御提起いただいたものと、いうふうに思いまして、感謝申し上げたいと思います。

医療保険制度につきましては、今朝来いろいろと議論を重ねてきたところでございますが、統合会議

にして、より効率よく対応をすることにして、人をそんなにたくさんふやさなくしていいれば、やつていいけるということになるのではないか。そんな努力も一方でしながら、それでもなおかつ足りないところの一点です。そして、ここからは、せんたる問題をきちんと解決していただきたい。

齢期を迎えるました。その結果、高く算定され、都市部の福岡周辺もそうですございます。一方、過疎の山間部は低く出ておりますが、これがいいことかどうかは、必要な医療機関すらないということになつてござります。

と議論を重ねてきたところがございますが、統合化をやはり目指していく。そして、方向としては一元化の方向というふうに言っておりますが、一本にというのはなかなか難しいと存りますし、また余り一本にしてしまっては競争原理も働かないわけでござりますから、財政調整でありまつて、さらには保育の内容、保育の内容と一

口生半健曰にはある意味でこの医病の講義全般の軸を変えていただける方と、かねがね本当にこれはお世辞でも何でもなく本心から期待しております。これからは本当に大変な時期ではあります。

化していくということはたとえあつたとしましても、やはり幾つかに分類をして、そしてそれぞれの地域ごとの競争というものがやはり大事だろう、というふうに思つてゐる次第でござります。

答えていただきましたが、そのほかにも私は、看護婦さんの一人夜勤体制あるいは、せんだつて聞く

すが、人間が幸せに生きるための一つの手段が医療でございますので、その辺を勘案し、地域差をよく見ていただき。

そして、私は、反対意見も参考いたしましたが、地元住民の方々の意見を尊重する立場で、

というふうに思つてゐる次第でござります。今お話をいただきましたように、都道府県単位ぐらいいなところで一つまとめていくというの私はは有力な方向性の一つというふうに考えております。そこへ組合建保も可もかま一緒にできるかかるか

など、煩雑な業務が非常に増えている現状といふものを私自身もデータとして持っております。段、表の二の三の三には、確かに福岡県は長野県に比して病床数が多い。しかしながら、この歴史

そして、和田城が周辺防衛の大本盤地保険の本化していくことは、その意味では正しい御指摘だと思います。地域の現状を見て、医療の保険の仕組みもよりそれを反映できるよう

話に生产力が大切性の一「としもん」を述べています。そこで組合健保も何もかも一緒にできるかがどうかは、なかなか難しい面もあると私は思いますから、これから議論を要するというふうに思いましたけれども、やはりできるところからそうした

味の人間的な医療の方向を模索したいと思つております。

していくということで、冒頭、金田委員とはお話をございましたが、あえて重ねて私は、政府管掌の保険も地域への一本化、あえて言えば、国民保険も地域への一本化、あえて言えば、国民

ますけれども、やはりできるところからそうしたことをしていくことは大事なことではないかと思つていてる次第でございます。

○阿部委員 終わらせさせていただきます。ありがとうございます。  
うございまして。

保  
政  
府  
管  
掌  
保  
障  
將  
來  
一  
本  
化  
を  
考  
え  
た  
方  
が  
私  
た  
ち  
が  
高  
齢  
化  
を  
迎  
え  
る  
と  
き  
に  
は  
よ  
ろ  
し  
い  
と  
考  
え  
て  
お  
り  
ま  
す  
が  
、  
長  
期  
的  
な  
お  
見  
通  
し  
に  
つ  
い  
て  
、  
ぜ  
ひ  
御  
先  
見  
を  
一  
言  
お  
聞  
か  
せ  
ま  
す

○森委員長 次に、金子哲夫君。  
○金子（哲）委員 社会民主党・市民連合の金子です。阿部委員に引き続きまして、幾つか御質問をうございました。

そこで病人を生み、必要とする施策が生じてまいります。その下には失業率のグラフがございます

かせいただきまして、終わらせていただきます。  
○坂口国務大臣 貴重ないろいろのデータを見せた  
ていただきまして、ありがとうございました。

す。阿部委員に引き続きまして、幾つか御質問をさせていただきたいと思います。

利の月額いかにして資料の三つは、  
療費が日本一高くなつたところの福岡県のデータ  
が、高齢者の独居率と一人当たりの老人医療費と  
り高く出ております。

福岡との差にかなりを言つてゐるわけにございりますが、こうしていろいろのデータを拝見いたしますと、福岡が医療費が高くなつてゐるそれなりの理

晤日をされまして、坂口大臣は、大変お忙しい中、時間を持つていただき、お会いをしていただきましたけれども、外務副大臣や衆議院副議

長、参議院議長、また各党のそれぞれの代表の皆さんなどにもさしかかまな要望活動をされました。そのことにつきまして幾つか御質問をさせていただきたいと思います。

定の結論が出て、大臣の記者会見での発表があり、それを受けて在外被爆者に対する当面の施策について、具体的には六月の一日から実施に移されるとということになつております。最初にお伺いしたいんですけども、その在外被爆者の支援策が発表されて以降、特にこの一・二カ月、厚生労働省なりまたは広島県なりに対して在外被爆者の各団体から、この厚生労働省がまとめた施策に対するさまざまなお問い合わせがござるといふうに聞いておりますけれども、その状況とその主な内容についてます教えていただきたいと思ひます。

は、それぞれの国からいろいろの御意見が寄せられて、いるところでございまして、各国の被爆者団体からは、総じて申しますと、被爆者援護法の適用の問題と医療費に対する支援金の援助等の要望が寄せられているというふうに聞いておるわけでございまして、ただ、各国によりましてそのアクションの違いはございます。

例えば、米国の被爆者協会の方は、現地被爆者の実態調査をやってほしいというのがまず第一番に今来ております。それから、日本の被爆者と同じように被爆者援護法を海外の被爆者にも適用してほしい、こういうことが続いておりますけれども、第一番には実態調査というののが来ておりま

りでございまして、在外被爆者が日本に居住している被爆者と等しく原爆被爆者援護法の適用を受けられるようにしてほしいということと、それから、医療基金が継続できるよう九十億円を追加支授してほしい、この二つが主であるというふうに

聞いております。  
こうしたことを中心にしまして、さまざまなもの  
見が寄せられているというふうに聞いているところ  
でございます。  
○金子(哲)委員 今大臣の方からかなり丁寧に御  
回答いただきましたけれども、結局のところ、今  
の在外被爆者各組織から上がってきた要望とい  
うのは、このたび厚生労働省が行われようとしてい  
る、いわば渡日を中心とする手帳取得、治療も含  
めて、日本に来られれば何とかしますよという政  
策に対しても、これでは、今の状況ではそれを受け  
取ることはできないということが主じやないで  
しょうか。

大臣は今、現地の調査をしてほしいということを読み上げて言われまして、そのとおりであります。なぜそのことが出てきたかといえば、今までの、例えばアメリカのもので、その前段がありまして、これは言わないつもりでしたけれども、「海外被爆者への支援策には本当に落胆」しました。あの「検討会」はなんだつたと疑問です。」といふところで、それは、余りにも厚生労働省が出された施策というものが、在外、海外の被爆者にとっては現実離れしているというか、具体的な被爆者の要望と余りにかけ離れている、実際にやろうとしてもほとんど実現が、実行はできない内容だということを実は提起しているのではないでしようか。その辺についてはどのようにお考えでしようか。

○坂口国務大臣 その皆さん方のお気持ちというのはよく理解をしているつもりでおります。皆さんが御要望と、そして厚生労働省が今年度予算で決めましたものとの間には乖離があるというふうなことはよくわかつているつもりでございまして、今後、各國によりまして別々の施策をするという

とはなかなかこれは難しいだろうというふうに思いますが、最大公約数を求めながら、どういうふうにしていくかということをこれから検討しなければならないというふうに思つております。

アメリカはアメリカとしてのやり方、ブразル

はブラジルとしてのやり方、韓国は韓国、あるいは北朝鮮がどうなるかわかりませんけれども北朝鮮と、別々のことを別々の方法でやるということはなかなか難しいだろう。同じ法律の中でやる話でございますから、在外被爆者として、やはり一つの方法でどう対応するかということが大事だとうふうに思つてゐるところでございます。

○金子(哲)委員 先に大臣がお触れになりましたので、では、その点についてお話をしたいと思つたけれども、大臣は、この間、韓国の被爆者協会の方たちがお見えになつたとき、お会いにならされたとき、被爆者はどこにいても被爆者だということを繰り返しお話しになりました。私も同席さ

私は、そうおっしゃるのであれば、一番大事なことは、要求の中にありますように、援護法を国内外も同じように適用してほしいという限りにおいて、被爆者はどこにいても被爆者だといふ言葉が適用されるのであって、今大臣が言われるように、国内と国外は別にしておいて、国外だけはばらばらであつてはならないという理屈はちょっと違うと思うんですよ。

私はまず、前提として、在外被爆者にも援護法を適用すべきだということを常々申し上げておりますので、そのことを前提にしながら、しかし当面それができないとしたらということで前に進ませていただきますけれども、そうであるとしたならば、在外被爆者に対して、国情も違い、そしてこれまでの在外被爆者に対する、例えば南米、北米、韓国、それぞれ違う施策をやつてきたわけですよね、現実的に。厚生労働省を中心となつておれども、ことしからはそういうことを全部

チヤラにして、外国は全部同じになりますよという理屈は、私はそれは通らないというふうに思つんですよ。その点はどうですか。

○坂口国務大臣 そこまで議論を進めることは、ちょっと早いと実は思つております、私が申し述べます。

げたのも少し舌足らずであつたかもしませんけれども。まだ日本の国内と国外とを別々にしようということが決まつたわけでも決してないわけではありませんから、そのことも含めてこれから決めたときやならないわけで、もしも国内と国外とを別々にするという場合には、外国それぞれ別々のことをするというわけにはいかない。

あるいはまた韓国の方は、私は、韓国、北朝鮮の皆さん方と、それからアメリカ、ブラジルとは、若干違う面もあると率直にそう思つてゐるわけです。というのは、韓国の方は強制的に日本に連行してきたというような歴史的なもの、ござりますし、それから、アメリカそれからブラジル

ジルの皆さん方の多くは、今度はまた、同じ日本人、現在もなおかつ日本人である、そういう方がたくさんおみえになるという問題もあるとうに思つておりますし、これらの問題を同一に考えるか、日本の国から外におみえになる人は全部同じに考へるかどうかという問題もあるとうに思つておりますが、それらのことを含めてこれから決めていかなければならぬわけであります。

ですから、日本の國の中と外とを区別するかどうかという問題につきましては、もう御承知の如くに、地裁におきましても、広島地裁の結果と本邦地裁が出しました結果とは全く別の判決になつてゐたといつたようなこともございまして、これらのこととも十分勘案しながらやはり最終的に決めていかなければならぬだろう。

また、この問題は、日本における法律がどこまでその権限が及ぶものかといった法体系全体にも影響を及ぼす問題でございますので、そうしたことも十分勘案しながら、しかし、被爆者は被爆者者、そのことには変わりがないということを忘れて

「すにやつていかなきやならない、」  
「ういう」とで  
ござります。

中では、重要な点が、先ほどの答弁と二つあると思ひます。

一つは、今おっしゃいました中には、国内と在外との問題については差をつけることの結論はまだ出していないんだというお話をだつたんですけれども、それはおっしゃつたとおりに私も理解をして、そういう方向で、差がなくなるようにならるというふうに私は理解をさせていただきたハと思ひます。

もう一つは、今度の、六月から施行されようと  
する施策も十分なものではないしが。これは可

私はそのことについて、先ほども言いましたように、援護法をぜひ適用してほしいという、大臣が、そういうことも今までだ検討の段階だということですから、ぜひそのことを、いい方向で結論を出して、いただきたいということをまず申し上げながら、しかし、当面する具体的な問題もありますので、その点について次に触れていただきたいと思います。

す。

一つは、先ほど言わされました、私は、戦前の、被爆に至るまでの過去の歴史の問題もありますけれども、それと同時に、先ほども言いましたけれども、この間とられてきた援護施策の差というものの、これがあると思うんです。南米、北米の場合には、健診に行かれて、もし渡日の治療が必要な場合には渡日治療をしていただく、例えば南米であれば年間三名というふうなことがあったと思うん

です。しかし、今、韓国の場合には、いろいろな政治的なことがあります。その中で、四十億円の基金というものを赤十字を通じて出した。そして、その四十億円の基金に基づいて、韓国にいらっしゃる被爆者の皆さん医療費用の補助を行なうということをやつてこられたわけですね。それは、現地において医療を受ける際の全額ではないかもわからないけれども、補助をするという制度ですから、南米と韓国では、もう大臣はよく御承知のとおり、全く違うわけです、今までのやり方が。であるならば、そのことに対し、将来どうするかというのは非常に重要なと思うわけです。

そういう基金を積んで、その基金によつて被爆者に対する援助を行つてきた。そうすると、この約十年近くの間、その基金に基づいて、在外被爆者、韓国の被爆者の皆さんからの援護法適用という要求からは十分ではなかつたにしても、一定の当時の役割を果たしたということになつてくると思うんですね。そうしてみると、その十年間は、その四十億円の基金に基づいて在外被爆者の皆さんができる生活をされてきたという歴史的な事実があるわけですね。

適用してほしいということと、もう一つ大事な要求は、この四十億円が一〇〇四年には既にもう枯渇の状況を迎えていた、この問題はどうしてくれんですかという要求が出てきているわけです。枯渇をすればたちまち大変なことになるといふことになってくるわけですが、そのことについてはこれから検討していくだけれども、かくいうことをお聞きしたいと思います。

○坂口國務大臣　日本の被爆者と、諸外国にお住まいになっている方とを同じにしていくのは、それは、いわゆる、同じ法律の中で一緒にしておくということを決めたわけではなくて、できるだけ諸外国人の人たちのことも被爆者として忘れませんよということを申し上げているわけで、同じにす

るということを申し上げたわけではないので、それは、しかし、そこも含めてこれから決めます、決める範疇の中に入っている、こういうことを申し上げたわけでございます。

ないと私は思つてゐるわけです。  
ただ、ここのは、しかし、四十億出したことは事実  
でございまして、その使い方についてどういう取  
り決めがあつたかということにつきましても、こ  
れは、その当時の日本の側の受け取り方と韓国の方  
受け取り方との間には若干違ひもあつたというふ  
うに聞いているところでござります。これらの問  
題もござりますから、いわゆるこれの延長線上を  
どうするかということでは多分なくなつてゐると  
私は思うんです。もうODAもなくなつております  
すいたしますから、このODA云々の話ではな  
いとあつて思つています。

いたしまして、その四十億なら四十億という金が出たんだから、それが枯渇しつつある、だから何とかしてほしいと、皆さん方の御要望としては私はそれはわかる話でございますから、先日もお聞きをしたわけでございますが、だからそれを今後どうするかということは、韓国だけの話ではございません、アメリカの話もあるしブラジルの話

格差のないような形で我々は物を考えていかなければならぬだらうというふうに思つてゐるということを先日も申し上げたわけでござります。○金子哲委員　ODAということを強調されてもお話しになりますけれども、ODAですけれど

も、しかし目的は、在韓の被爆者対策に使うということで目的がはつきりして、たまたま出どころはODAであつたにすぎないわけですよ。それは、前から韓国の被爆者から要求が出ていて、いろいろな国内法上の制約もあるということもあるて、ODAという形でやるということで最終的には両首脳の間で結論が出たということであつて、あくまでも目的は在韓被爆者の医療支援ということで出されたことは間違いないわけで、その目的のお金が枯渇していくということになれば、当然のこととして、次のことを考えるということは当たり前のことじやないでしょうか。

の間お伺いしたとき、外務副大臣にお会いした  
ら、これは厚生労働省のお話ですと。厚生労働省  
へ行けば、あれはODAだから外務省ですという  
話になるから。だから、両方来ていただいて話を  
しなければならないので、きょう来ていただいたて  
いるので、まさにこの問題は、私は、厚生労働省  
の問題であつて、たまたま韓国との関係の中で交  
渉するとなれば最終的には外務省も出ていただか  
なければならぬけれども、基本的に考へるべき  
は厚生労働省として考へるべきことだ。

そして、重ねて申し上げますけれども、今、確  
かに、同じように二つ、三つ、四つ、五つ、六つ  
か、同じように二つ、三つ、四つ、五つ、六つ

かれ 同じようにいふことをおしゃしますけれども、それはやはり、先ほども、何度も言いましたけれども、現実的に違うし、四十億円というもののを韓国の被爆者の医療支援ということで出した限りは、それがもし枯渇をするとしたらどうするかということは、それはそれとして考えるのは当然じゃないでしょうか。その上でどうなるかは別ですよ、要求の金額どおりにいくかどうかは別にしても、そういうことが枯渇したときに発生する

問題について、どうしたらしいかということを考  
えるのは当たり前じやないか、考えていただきた  
いということを申し上げているんですが、その点  
について、どうですか。大臣。では外務省、短く  
両方お願いします。



施設あるいは在宅でお暮らしだけの状態であるけれども、医療上の必要以外の条件あるいは状況のために退院ができない方々、こういう方々を、俗な言葉でございますけれども、社会的に入院というふうに呼ばれることがあるわけでございます。

したがいまして、もう一回整理をいたしますと、社会的入院患者と言われるケースは、入院医療の必要性が低いにもかかわらず長期にわたり入院しておられる方々ということを念頭に置いた対策ということになるわけでございます。

○瀬古委員 社会的入院というと、その時々で変わっていくと。最初は一般病床、そして今は療養病床で、この次はどういうふうになつていくのかというのが大変心配なんですねけれども。

入院医療の必要性が低い。どんな社会的な入院の理由で、今日的な社会的な入院の理由でこの人たちはいつまでも病院に居続けると考えているんですか。

○田村大臣政務官 今、社会的入院という方々の定義に関しては局長からお話をあつたと思うわけありますけれども、要は、こういうふうに、入院医療の必要性が比較的少ない方々であつて、理由をいたしましては、例えば、家庭の御事情がいろいろあられて、そういう中において在宅での療養が非常に難しい方々でありますとか、また、介護保険施設等々の入所待ちをされてこういうところに入院をされておられる方、こういう方々も、社会的入院の一つの理由であろうというふうに認識いたします。

○瀬古委員 家族が引き取れない、または介護保険施設で、待つていらっしゃる、そういう方々の場合は、本人が望んで入院をしていらっしゃると、それは、患者さんの都合でないという部分がかなり占めていると思うんです。その多くは、家族の引き取りが困難な状況の方が多い、この点はお認めになりますでしょうか。

○田村大臣政務官 すべてがそうではないあります

ましょし、またいろいろな理由が、家族が引き取れないという理由もあらわれると思いますので、それは、どれかいたし方がないのかというのには、それをの理由によって色分けというのはあるううふうに呼ばれることがあるわけでございま

思ひますけれども。

○瀬古委員 病院に長期で入院されている方々が家庭での介護がなかなか困難だと。こういう問題については、これは、実は昨年の十一月十日に開会された社会保障審議会の介護給付費分科会、ここで言われているんですが、「入院医療の必要性が低い長期入院患者のうち退院の可能性が高い者について、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、グループホーム等にて受け入れることを考慮するものとする」、このように提案が実はされているんですね。ですから、施設が必要だ、大半は家庭よりは施設入所が必要な人たちだというのは、そのときの議論でも出されていると私は思うんです。

それからまた、家庭に帰る場合でも、すぐ帰れないという場合もございます。リハビリをしながら帰る、老人保健施設など、そういう一定の施設を通じてまた家庭に戻る。こういう場合もあると思うんですね。

ですから、この社会的入院として病院に今いる患者たちが家庭に帰る場合に、今家庭の状況はどうなっているのか、今施設の状況は一体どうなっているのか、すぐ帰れるのかどうか、こういふ問題についてはきちんと調査をして、そして今回提案されるというのが当然だというふうに思うんですけれども、そのような、例えば特養ホームの待機者がどうなっているのか、こういった調査などはされたんでしょうか。調査をされているとすれば、どのような内容で調査をされているのか。厚労省は、退院しても間違なく療養生活が安全に安心して送れる、こういう保証はありますよとはつきり胸張って言えるのか。その点についてお答えいただきたいと思います。

○坂口国務大臣 これは、それぞれの御家庭によいまして随分条件は違うというふうに思います

○瀬古委員 大臣は、ケース・バイ・ケースと

が、六ヶ月入院というのは、これは病気としましては大変長い入院だというふうに思うわけです。それは、どれかいたし方がないのかというのは、それが理由によって色分けというのはあるううふうに言つてゐるわけではなくて、もう病院の治療は大体これまで終わりました、後は老健施設なりあるいはケアハウスなり、そうした別なところで十分ですようふうに言つてゐる人たちに対してもうす

やけの話であります、まずは、第一義的にはアハウスなり、そうした別なところで十分ですようふうに言つてゐる人たちに対してもうす

りますところにまで帰つてくれということを言つてゐただかなきやならないと私は思つてゐる全部が全部、病院がその行き先々までお世話ををするというのではなくて、御家庭においてまでは、できればそれはもう引き取ろう、こういうこ

とにしていただかなければ一番いいというふうに私は思つていて、ただかなかなきやならないと私は思つてゐるだけのが一番いいというふうに私は思つてゐるだけのが一番いいといふふうに受けていただくかといふことになつてくるわけです。

しかし、それが難しい、それがそはなかなかいかない、例えば、もう一ヶ月なり三ヶ月は老健施設なりなんなりで一遍段階を踏んでからでなければ家庭に帰れないといったところにつきましては、それは病院も、六ヶ月がすぐ、ある日突然に来るわけではないわけですから、六ヶ月という大体の目安があるわけでございますから、病院から、それは老健施設の紹介もしてくれるところではありますから、各個人でいただ

りますから、そこは急いで準備をしなければならないところにどうするかということは、それは、国と申しますか都道府県あるいは市町村も御相談に乗らせていただかなければならぬだろうといふふうに思つますが、ただし、入る場所がないところでは、これはいかんともしがたいわけでありますから、そこは急いで準備をしなければならないところにどうするかということは、それは、急いでやるつもりであります。おりますが、しかし、ある程度そこは入院なすつてゐる皆さん方も御理解をいたしかねればならない。そして、入院をなすつてゐる皆さん方が、できれば御家庭に帰りたいと言つていていただくときには御家庭に帰れるよう、やはり御家族も配慮をしていただかないといけない、こういうことを思つております。

○瀬古委員 これから入るところのない人は、急いでつくると言つんだけれども、本来で言えば、入れるところ、戻れるところをきちっとつくつた上でさあどうしますかと言わぬいで、これからつくると言つて、今もう、すぐ追い出しちゃうわけ

でしょう。こんなひどいやり方はないと私は思うんですよ。

実際には、本来なら、今六ヶ月以上入院されているという方は、今まで三ヶ月の入院でこれまた病院を出ていってくれと言われても、頑張って頑張つて三ヶ月何とかクリアして、よその病院に

移つて、ようやくここに来たらまた六ヶ月した、さあ出でいくか、それとも金払うかどっちかだ、こういう選択に迫られるわけですよ。

私は、行政といふものは、本当に国民のために考えるものだつたら、本来、きちつと今の置かれている人たちの状況を調べた上で、これなら大丈夫だ、そうやって提案するのが当たり前じゃないですか。まだこれからつくりますよなんという、こんなことではうり出されたら一体どうなるんでしょうか。いかがですか。

いふところに回る大臣 しゃ もん準備はかなり進んで  
いるわけでござりますし、この制度が導入されま  
すのは十五年の四月一日ですよ。現実問題とし  
て、完全に実施されますのは平成十六年の四月一  
日からです。  
したがいまして、それまでにはちゃんといたし  
ますということを申し上げているわけで、もう平  
成十四年度の予算におきましてもかなりたくさん  
そうした予算は組んでいるわけでござりますし、  
昨年の補正予算につきましても組んだところでござ  
りますし、そこは今着々と準備が進められていく  
わけでござりますしまたしますから、それはそ  
んなに御心配をいただくようなことはないようにな  
したいというふうに思つてはいるわけですから、どう  
うぞひとつ御理解ください。  
○瀬古委員 特養ホームの待機者は今、介護保険  
制度が実施されて、実際には二、三倍になつたと  
言われております。在宅介護の費用負担が余りにも  
高いと、在宅を重視するという介護保険の趣旨向  
に逆らつて、もう逆さまになつて、施設志向とい  
うのが今出でてきているんですね。  
大臣が出身の三重県ではどうか。約五千人の定  
員の特養施設で、しつかり名寄せして重複を除いて

た待機者が三千九百三十九人もいらっしゃるわけです。百人規模の特養ホーム、今つくっても四十カ所、三重県につくらなきやならないくらい、特養ホームで今待つていらっしゃるわけですよ。何年待つかわらない、こういう状態でしょう。現行ゴーランドプラン21、この特別養護老人ホームの整備量は、二〇〇二年で三五・七万人、目標年次の二〇〇四年では三十六万です。わずか四千三百人しかないんです。ふえるだけなんです。三重県一県分しかないんで

すよ、待っている人の。どうするんですか。

現在、定員の三倍を超える待機者がいる。ダブル  
りを除いても相当数になる。三十六万自身が、も  
ともと目標自身が物すごく低く抑えられているん  
ですね。介護の老人保健施設も一・一万人分でも  
う目標は達してしまう。宣伝されているケアハウ  
スも五千四百人分ふやせばもう終わり。ゴーリード  
プラン21の目標を達成したとしても全く不十分で  
す。そして、介護の療養型医療施設の計画達成率  
は、別に、うだらぎだ。今後二年間でこなさなければ、

今模索をさせていただいておりますので、なるべく本当に必要な方々が介護施設に入れるようについてふうにしていく中で、そういう問題を何とかクリアをしていきたいというふうに思つております。

○瀬古委員 田村さんの出身の地域の三重県でも、ちゃんと名前を寄せて、それで人数がもうあと四十カ所も直ちにつくらなきやならないぐらいの、そういう状況だと言つているんです。

もうしつかり、今出でていったら本当に路頭に迷う、こういう状況で、みんな、あと三年待ちの特養ホーム、四年待ちの特養ホームといつて、今現在、施設に入っていない、自宅にいる人たちももう本当に首を長くして待つていらっしやるわけですよ。その上で、六カ月以上入院している人があとと出ていつたらどうなるんでしょうか。本当に考えてもすさまじいことになると思うんですね。

話、私はないと思うんですね。  
長引きそうな患者は入院前に、お医者さんの言  
うには、選別すると言われるんですよ、在宅でこ  
の人を引き取れるかな、自己負担できるかなと。  
だから、患者さんを診る前には、その体をまず診  
るというより懐ぐあいはどうかなというふうに、  
お医者さんも本当に良心が痛んでしまうと。こう  
いう状況なんですね。

愛知県の医師会の会長の大輪次郎さんはこのよ  
うに言っていらっしゃいました。まじめに患者に  
全くす赤ひげ診療ほど行き詰まり、算術にたけた  
病院ばかりが生き残る、これが果たして改革と呼  
べるのか、このように直言されているんですね。  
今回の改定で、じゃ本当に医療が必要がない事  
者さんばかりなのかと、これも今大きな問  
題になつてきています。

今回の事件で最も医療が必要な患者さんをも除される、そういうおそれがあるというふうに病院の先生たちは指摘されています。例えば、床ずれ、唾液や食べ物が気管に入つて起こる誤嚥性の肺炎、がん末期で抗癌剤を使わずにモルヒネで痛みを和らげている患者、気管切開をしている患者、心臓に近い静脈に高カロリーの輸液を点滴する中心静脈栄養注射をしている患者などは対象にならないんじゃないのかと、大変先生たちから心配の声が出ています。

また、私は、坂口大臣はお医者さんですからよく御存じだと思うんですが、患者さんの症状というものは、リアルタイムで、ある意味で、現場でその都度その都度判断しなきやならないという問題は出てくると思うんですね。そういう意味では、はい、一片の通知だけでこの病気とこの病気だけはいいなんというようなやり方ではなくて、やはり、担当医による医療上の必要性が判断される場合、こういうものもきちんと加えてその体制を整えるべきだと思うんですが、いかがでしょうか。

○坂口国務大臣 私らだけではなくて、先生も三重県ですから、まあ三重県の話が出たわけでござりますが。

この在宅介護は、もう今さら言うまでもなく、できるだけ家庭の中で介護をしていきましょう、みんなが、自分たちだけではなくて社会のそうした制度も利用しながら在宅介護をしていきましょう。という制度ができるわけですから、できるだけ御家庭でひとつ在宅介護を受けていただくようにしなければならない。子供さんがたくさんいるもだれも見ませんというのは、それは私は、やはりそういう社会に日本の国をしてしまってはいけないと思うんですね。在宅介護をしながら、そしてやはり親は見ていくという日本をつくって、初めて日本は健全な社会になつていくのではないでしようか。

○瀬古委員 まず、医療費が上がるるのはそれも困るなどという話がありますが、大体、もともと国は、医療についてはどんどんその費用を減らしてきました。国の負担分を、国庫負担を。だから、あなたたちにはそういうことを言う資格は本來ないんですね、本来で言えば。

そして、今、入院している患者さんたちが六ヶ月もなるというのは、戻れない理由というのは、あなたたちが社会的な理由だと言われたように、介護の施設がない、介護をやれる体制がない。子供が見るべきだと言つたつて、子供が働いている場合だつてありますでしょう。老人世帯だつてありますよ。ひとり暮らしの家庭がうんと多くなっています。

だから介護保険施設をつくったと言うけれども、在宅の介護で今の介護保険施設、十分できなわけですよ。それで、みんなが施設に行つた、施設はみんな待つてゐる、実際に入れない、こういう状態があるからこそ、今、六ヶ月以上長期の入院になつて、病院にいなくてもいいという人だつて、ちゃんと介護の施設なりそういうものを、在宅でちゃんと見れるような体制をつくりなさいと。つくつてから、さあどうぞ、皆さんでか選んでくださいというならいいんだけれども、全く選択の余地のないところへほうり出す。そして、国は医療全体の費用をどんどん削つてくる。

こういうやり方では、本当に国民の福祉や医療がどんどん壊れてしまうと思うんですね。  
そして、今私が言つた質問について、本来の必要な医療まで壊されてしまうんじゃないかという不安があるんですが、それについてはいかがですか。

○大塚政府参考人 先ほど大臣から御答弁申し上げましたように、いわゆる長期入院、社会的入院と言われる問題について、どのような方法でこれを処理するかというかねての議論でございまして、今回突然という話ではございませんが、お尋ねの趣旨は、この今回の対策の主要な課題は、医療が必要ではない長期入院の方々ということですござりますから、逆に申しますと、医療上の必要があるという方につきましては、適切な整備をいたしまして、入院ができるように、継続して入院ができるようになきやならぬわけでございまして、一つには、既に告示をいたしまして、一定の疾患あるいは状態にある方につきましてはこの特定療養費の対象外となる、そういう疾患あるいは状態につきまして告示をしてあります。

しかしながら、それだけで十分かというと、もう少し医療の現場、医療の実態をよく承知をいたしまして、既に告示をいたしました状態あるいは疾患に準ずる方々というのもも定めなければならないと思つております。これにつきましては、この後、専門家あるいは臨床の現場の方々の御意見をよくお聞きをいたしまして、本年夏を目途にその対象範囲を定めたい、こういうふうに考えておるところでございます。

○瀬古委員 では次に、二百床以上の病院の再診料についてお聞きしたいと思います。

今回、二百床以上の病院における再診が新たに特定療養費化されました。既に二百床以上の病院の初診料は特定療養費化されているわけですがれども、さらに、患者に対し文書で近所の医師などを紹介した場合は、それ以降の再診料を取る、こういうものでございます。

これは、もう大きな病院には診察に行くくな、こ

ういうことではないのかというふうに思つんで  
けれども、いかがでしようか。  
○大塚政府参考人 限られた医療資源、つまり医  
療機関などでございますが、これらが適切な機能  
を提供していくということは、これはもう重要な  
課題でございまして、これまでもさまざまな方策  
を通じてその促進を図つてきておるわけでござい  
ますけれども、ただいまお尋ねの二百床以上の病  
院の再診料のいわば特定療養費の組み合わせ、こ  
れにつきましても同様の発想に立つものでござい  
ます。

これもお話をございましたけれども、初診につい  
てもう既に導入をされておる制度でございますけ  
れども、今回は再診につきまして、一定の条件の具  
もとに、一定の条件を満たせばいわゆる特定療養  
費という形で再診料について、患者の選択に応じ  
て医療機関が費用を徴収することができるという  
ことにしたわけでございます。

その条件と申しますのは、一つには、他の医療  
機関をきちんと紹介をする、紹介をする用意があ  
る、その医療機関の具体的な医療機関名、それが  
ら、その回ではなくて次回以降の特別の料金の具  
体的な金額、こういったものを文書により説明を  
行い、それを患者さんが了解をした場合、これは  
特定の一定の金額をちょうどだいできるという仕組  
みでございます。

したがいまして、二百床以上の病院を引き続き  
受診することを妨げるものではございませんし、  
具体的なケースといたしましては、病院の受診を  
受けた方が、一定の治療を終えて、あとは地域  
の近い、身近な例えば診療所などで受診ができる  
ケースを想定してこんな仕組みを導入したわけで  
ございまして、全体としては、医療機関の機能分  
担を促進するというために必要な措置というふう  
に考えております。

三六

○瀬古委員 私は、自分が重い病気になつたときのことを考えたときに、例えば、生死を分けるような手術をしてもらつた病院とその先生にずっと診てもらいたいということだつてあるわけです。そういう場合に、定期検診を受けたり再診で診てもらうということは当然なんですね。

大体、そもそも特定療養費という考え方なんですかけれども、そのうち選定療養というのは、特別の療養環境、差額ベッドや歯科材料などで、直接医療にかかるということよりは医療周辺部分だ、こういうふうに今まで説明されてきました。現在、その場合には、保険外負担の分野が認められているわけです。これは、あくまでも患者の求めに応じて、患者の同意を得て、合理的な範囲内でならば特別の料金を徴収できるというものなんですね。

患者が求めもしない、そして同意もしていないのに、そこで、もうここには来てくれるな、ほかに行つてくださいなどといつて、実際に患者と医療機関の関係が大変きまずくなるようになる、こういう、特定療養費といふのは患者医療本体の周辺部分に限定するといふふうに今まで答弁をされてきたのに、実際には、再診なんというのは医療そのものの本体に踏み込むわけですね。

これは、特定療養費の考え方というのを変わったんでしょうか。いかがですか。  
○大塚政府参考人 特定療養費の基本的な考え方が変わつたとは私どもは考えておりません。お話をございました医療の周辺部分という表現が適當かどうかございますけれども、基本的には、患者の同意あるいは選択、あるいは患者の多様なニーズ、先進的な医療、一つではなくれませんけれども、幾つかの要素の中で、本当に、本質的に必要な医療、これは当然的な医療保険でございまますから保険給付として対象にいたしますけれども、幾つかの、例えば患者の選択にゆだねるもの、あるいは先進的な医療との組み合わせといったような柱の中で特定療養費制度というのを運用

していく考え方でございまして、今回の改定におきましてはその基本的な考えは何ら変えておらないつもりでございます。

○瀬古委員 六ヶ月以上の入院基本料の問題や再診料というのは、私は、医療本体そのものだと思つていますよ。入院とか退院とか再診、これは患者にとつて選択できない分野なんです。これが医療周辺部分だといつうふうにいいますと、これからこの本体部分に、医療周辺部分だといつて、どんどんそういうものが入つてきて患者さんの自己負担をふやしていく、こういうところに踏み込んでいくんじゃないか、そういう心配はもう十分あるんです。

どうして、こんな再診だとか入退院の、そして入院の基本料などが、選択できる、特定療養費、特定のこういう療養費制度の一環なんだということが言えるんでしようか。むしろ、私は、今まで厚労省としては、こういう特定療養費、差額ベッド代なども、本来なら本当にそれが差額ベッド代を新たに個人負担で取るものなのかどうかというような疑問もいっぱいあります。しかし、少なくとも、こういうものについてはだんだん少なくしていく、解消していく方向があつたんじやないかと思うんですね。

ところが、いよいよ本体部分にまでどんどん踏み込んでいったら、これも特定療養費、これも特定療養費といつて、本当に、例えば、今、国民に三割の負担を押しつけるといつて、事実上四割、五割、こういうものになつてくるんじゃないかなと思うんですが、その点、いかがでしようか。

○大塚政府参考人 ただいまの例えは二百床以上の今回の再診料の件でござりますけれども、繰り返しになつて恐縮でございますが、医療機関が連携をいたしまして、言つてみれば、どちらの医療機関でその後の受診、あるいはケアをするか、これを患者の選択にゆだねるという仕組みでございまして、全体としての効率性と患者の選択というのを組み合わせる方法といつましても特定療養費という仕組みが活用できるわけでございます。

私どもは、一面においては慎重に考えなければなりませんけれども、大変医療に関するニーズというものは多様化しております。その傾向がますます強まつていて、この特定療養費制度、患者のニーズと公的保険の適切な組み合わせとしている方針は、私どもとしては、これから先もよく検討し活用していきたいといふうに考えておりますけれども、これを彈力的に、有効に活用することができます。

○瀬古委員 病院から出ると実際に受け皿もなしく、出ていけない、こういう人たちや、それからこの病院でずっと診てもらいたいという人たちに対しても、これは二、三だからといってそれで新たに個人負担で取るものなのかどうかという専門料金を押しつける、こんな二、三でも何でもないですよ。今までやつてきたことを、特定療養費、これはもうあなたたちの選択なんだといつて個人負担を押しつける、その額もさまざまじゃ無いでございます。

私は、こんな国民負担のやり方を今回取り込んだというやり方は、國民にも知らされていない、病院に入院したら突然そういうふうな状態になつていい、それから、外来で最新の大きい病院に行つた場合には、突然下さいといつて要求される、こういう、全然國民にも知らされていない、国会でも論議されていないのに、もう四月から突

然こんなことをやるわけでしょう。私は本当にやり方の上で問題だと思うんです。

時間がないので最後になると思うんですが、歯科診療の問題について伺います。

○大塚政府参考人 中医協の、診療報酬改定の前年に実施され、改定作業の前提とされる医療経済実態調査を見て悪化しております。相次ぐ患者負担の増大による受診抑制が原因と言われております。

厚労省は今まで歯科の在宅治療を推進してきたんです。ところが、突然、今回、方向転換をして、厚労省は通知を出して、その月に一回でも他

の医科病院に通院した患者は訪問診療を認めない、こういう状態のために、一部の歯科医が今もきちつと確保する、自立できるようになるまで、回復するまで本当に苦労されたお医者さんがいっぱいいらっしゃいます。

日本口腔ケア研究会の会長の鈴木俊夫先生に私はお会いしたんですけど、歯は生きる力だ、住民からとても喜ばれていて、そして今まで厚生省、厚労省が頑張つてくれといつてやつてきたのに、突然はしごを外された、このように怒つていらっしゃいます。

十三年前から訪問診療に力を入れてきた熊本の総合先生、歯医者さんなんですが、車いすの障害者の皆さんにも、そういう体の不自由な患者さんにも訪問診療をして喜ばれている。ところが、今回、厚労省が示してきた基準でいくと、月大体平均八十人ぐらい患者さんがいるんだそうですが、ほとんどの患者さんが通院でいる状態ではない、口の中の健康を守るという歯科医師としての誇りと、人の役に立つて喜びでここまでやってきたのにと、本当に悔しがつておられるんです。

今、歯科の診療を規制する前に、もっと在宅医療を積極的に進める努力をすべきだ、佐賀県の医師会なども、要請が厚労大臣のところにも来ていましたが、少なくとも、現在献身的に行われている歯科の在宅医療を後退するなんてとんでもない、積極的に進める、これを国の方策としてやることは当然ではないかと私は思うんですが、いかがでしようか。

○大塚政府参考人 歯科診療そのものの重要性といいましょうか、特に高齢者などに対します重要度、これはもちろん否定するものでございませんし、歯科診療の充実というのを全体として重要な

課題だと考えておりますけれども、お話しのいわゆる訪問歯科診療につきましては、これまでのさまざまなお意見を通じまして、言つてみれば訪問歯科診療の、何といましようか、安易に点数を申請する、逆に言いますと、必要度が低いにもかかわらず訪問診療という形で請求が行われるというようなケースについての御指摘もございました。したがいまして、関係審議会でもいろいろ御議論をいただきまして、今回の診療報酬改定おきまして、いわば算定制限、考え方を明確にいたしました。

具体的には、例えばということで、通常の医科の医療機関などに一方では通院をされている、一方歯科では訪問診療を受ける。これはやはりおかしいだらうということで、医科の診療機関などに通院している場合については、訪問歯科診療については算定できないという通知を出しました。しかししながら、一つの例示というつもりで通知をいたしたわけでございますが、さまざまなお意見あるのはお問い合わせがございましたので、その後、あわせまして、基本的にはいろいろなケースがござりますから個々の症例ごとに適正に判断すべきでございまして、幾つかの事例などを含めまして、疑義解釈の通知で重ねて御連絡をいたしているところでございます。

○瀬古委員 一部、いろいろ問題があつたとかし、全体の歯科医がもう訪問診療をやめなくなつてしまふ、もうやれなくなつてしまふ、こういうやり方は私は問題だと思うのです。そういう点で、少なくとも、今までやられてきた訪問診療をうんと前進させる、よし、引き続き頑張るぞと言えるような、そういう今回の対応をしなきやならないと思うのですが、大臣、いかがでしょうか。大臣。

○坂口国務大臣 今までの経緯もあつたことでしようから、そのことは十分にわきましてこれはやつていかなきやならないというふうに思いますので、私も、細かいことはちょっとよくわかりませんが、よく、一遍検討したいと思います。

○瀬古委員 訪問で歯科診療をやる、そういう方が、例えば突然風邪で熱を出した、そして家族によつて医科のお医者さんに運ばれる。そういう場合は歯科の訪問診療は請求できない。こんなことを申請する、逆に言いますと、必要度が低いにもかかわらず訪問診療という形で請求が行われるといふようなケースについての御指摘もございました。したがいまして、関係審議会でもいろいろ御議論をいただきまして、今回の診療報酬改定おきまして、いわば算定制限、考え方を明確にいたしました。

具体的には、例えばということで、通常の医科の医療機関などに一方では通院をされている、一方歯科では訪問診療を受ける。これはやはりおかしいだらうということで、医科の診療機関などに通院している場合については、訪問歯科診療については算定できないという通知を出しました。しかししながら、一つの例示というつもりで通知をいたしたわけでございますが、さまざまなお意見あるのはお問い合わせがございましたので、その後、あわせまして、基本的にはいろいろなケースがござりますから個々の症例ごとに適正に判断すべきでございまして、幾つかの事例などを含めまして、疑義解釈の通知で重ねて御連絡をいたしているところでございます。

○瀬古委員 一部、いろいろ問題があつたとかし、全体の歯科医がもう訪問診療をやめなくなつてしまふ、もうやれなくなつてしまふ、こういうやり方は私は問題だと思うのです。そういう点で、少なくとも、今までやられてきた訪問診療をうんと前進させる、よし、引き続き頑張るぞと言えるような、そういう今回の対応をしなきやならないと思うのですが、大臣、いかがでしょうか。大臣。

○坂口国務大臣 今までの経緯もあつたことでしようから、そのことは十分にわきましてこれはやつていかなきやならないというふうに思いますので、私も、細かいことはちょっとよくわかりませんが、よく、一遍検討したいと思います。

○瀬古委員 訪問で歯科診療をやる、そういう方が、例えば突然風邪で熱を出した、そして家族によつて医科のお医者さんに運ばれる。そういう場合は歯科の訪問診療は請求できない。こんなことを申請する、逆に言いますと、必要度が低いにもかかわらず訪問診療という形で請求が行われるといふようなケースについての御指摘もございました。したがいまして、関係審議会でもいろいろ御議論をいただきまして、今回の診療報酬改定おきまして、いわば算定制限、考え方を明確にいたしました。

具体的には、例えばということで、通常の医科の医療機関などに一方では通院をされている、一方歯科では訪問診療を受ける。これはやはりおかしいだらうということで、医科の診療機関などに通院している場合については、訪問歯科診療については算定できないという通知を出しました。しかししながら、一つの例示というつもりで通知をいたしたわけでございますが、さまざまなお意見あるのはお問い合わせがございましたので、その後、あわせまして、基本的にはいろいろなケースがござりますから個々の症例ごとに適正に判断すべきでございまして、幾つかの事例などを含めまして、疑義解釈の通知で重ねて御連絡をいたしているところでございます。

○瀬古委員 一部、いろいろ問題があつたとかし、全体の歯科医がもう訪問診療をやめなくなつてしまふ、もうやれなくなつてしまふ、こういうやり方は私は問題だと思うのです。そういう点で、今までやられてきた訪問診療をうんと前進させる、よし、引き続き頑張るぞと言えるような、そういう今回の対応をしなきやならないと思うのですが、大臣、いかがでしょうか。大臣。

○坂口国務大臣 今までの経緯もあつたことでしようから、そのことは十分にわきましてこれはやつていかなきやならないというふうに思いますので、私も、細かいことはちょっとよくわかりませんが、よく、一遍検討したいと思います。

沿つて、一つには、やはり公的な保険でございますから一定のルールが必要でございまして、そのルールが余りにも乱れるというのは、これまた公的制度としては適正・適当ではございませんのが一つ。

他方では、しかしながら、さまざまなケースがござりますから、一々細かく、これはどう、これもう毎日毎日、あなたは残念ながら訪問診療しませんといつて障害者の人に言わざるを得ない。本当に患者さんががっくりきているという状況があるわけですよ。

そこで、厚労省は慌てて疑義解釈というのを出されたわけですね。そうすると、これがわかりづらいのですね。今局長が言われたように、必要に応じて個々の症例ごとに適正に判断していく、こういうふうに、こればかり書いているのです。これを繰り返し言っているのです。しかし、現場の医師からいえば、だれがいつどう適正に判断するのか全然わからない、レセプトを出してから、そしてこれはだめですよなんて言われたら、本当に医療をやる意欲というか、なくなつてしまふわけですね。

基本的には多くの歯医者さんは、何とかして、現場を訪問して、寝たり立つた人も、歯が元気にされるようになりますから、こればかり書いているのです。このことからいえば、だれがいつどう適正に判断するのか全然わからない、レセプトを出してから、そしてこれはだめですよなんて言われたら、本当に医療をやる意欲というか、なくなつてしまふわけですね。

○瀬古委員 ぜひ、機械的にやるのではなくて、重されるべきだと考えますが、とにかく合理的な、適正なルールに沿つて運用をしていくといふことを基本にいたしたいと考えております。

○瀬古委員 基本的には多くの歯医者さんは、何とかして、現場を訪問して、寝たり立つた人も、歯が元気になるということは本当に体も健康になつていくと、いうことで、本当に苦労されているわけですよ。

○瀬古委員 それを、余りにも乱れているみたい、そういうことで全部歯医者さんをくつてしまふようやり方は、実際にはそういうふうに思つていらっしゃらないかも知れなけれども、こういう通達を出せば当然そういうふうになつていくわけですね。

○森委員長 次回は、公報をもつ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。

午後五時八分散会

こういう制度の改定の場合には、本当にもつともつと現場の患者さんや現場の医療関係者の意見もよく聞いて考えなきやならないと思うのです。

実際に、皆さんのがやつしたことによつて事態は深刻になつてゐる。現在でも、今病院、医療機関が三割が赤字だと言われて、倒産や廃業も起きている。こういう医療機関が生き残ろうとすれば、病院は人を減らす、患者負担をふやす、医療はこうというような形を余り詳細に行政が判断することは現実的でもございませんし、また適当でもございませんから、どうしても、個々具体的なのが一つ。

他方では、しかしながら、さまざまなケースがござりますから、一々細かく、これはどう、これもう毎日毎日、あなたは残念ながら訪問診療しませんといつて障害者の人に言わざるを得ない。本当に患者さんががっくりきているという状況があるわけですよ。

そこで、厚労省は慌てて疑義解釈というのを出されたわけですね。そうすると、これがわかりづらいのですね。今局長が言われたように、必要に応じて個々の症例ごとに適正に判断していく、こういうふうに、こればかり書いているのです。これを繰り返し言っているのです。しかし、現場の医師からいえば、だれがいつどう適正に判断するのか全然わからない、レセプトを出してから、そしてこれはだめですよなんて言われたら、本当に医療をやる意欲というか、なくなつてしまふわけですね。

○瀬古委員 ぜひ、機械的にやるのではなくて、重されるべきだと考えますが、とにかく合理的な、適正なルールに沿つて運用をしていくといふことを基本にいたしたいと考えております。

○瀬古委員 そういう意味では、今回の診療報酬の改定が、国庫負担の削減が目的だ、医療機関や患者負担の押しつけであることはもう明らかであります。

○森委員長 申し合わせの時間を過ぎておりまして、結論を急いでください。

理由も十分合理性がない、こういう診療報酬は直ちに再改定をやると同時に、この健保法は廃案にすべきだということを主張して、私の質問といいます。

○森委員長 次回は、公報をもつ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。

午後五時八分散会



平成十四年六月四日印刷

平成十四年六月五日発行

衆議院事務局

印刷者 財務省印刷局