

第百五十四回国会

参議院厚生労働委員会会議録第十五号

平成十四年七月二日(火曜日)

午前九時一分開会

委員の異動

七月一日

辞任

森 ゆうこ君

補欠選任

廣野ただし君

七月二日

辞任

廣野ただし君

補欠選任

森 ゆうこ君

出席者は左のとおり。

委員長

阿部 正俊君

理事

田浦 直君

中島 真人君

朝日 俊弘君

柳田 稔君

沢 たまき君

委員

狩野 安君

久野 恒一君

佐藤 泰三君

斎藤 十朗君

伊達 忠一君

鶴保 庸介君

中原 爽君

藤井 基之君

宮崎 秀樹君

今井 澄君

今泉 昭君

辻 泰弘君

山本 孝史君

草川 昭三君

井上 美代君

発議者

今井 澄君

大脇 雅子君

森 ゆうこ君

廣野ただし君

西川きよし君

小池 晃君

内閣総理大臣

小泉純一郎君

内閣官房副長官

坂口 力君

厚生労働大臣

上野 公成君

副大臣

宮路 和明君

政府特別補佐人

根来 泰周君

公正取引委員会委員長

川邊 新君

事務局側

常任委員会専門員

公正取引委員会事務局経済取引局取引部長

厚生労働大臣官房総括審議官

厚生労働省医政局長

厚生労働省健康局長

厚生労働省保険局長

社会保険庁運営部長

富岡 悟君

大塚 義治君

下田 智久君

長谷川真一君

篠崎 英夫君

橋崎 憲安君

公正取引委員会事務局経済取引局取引部長

厚生労働大臣官房総括審議官

厚生労働省医政局長

厚生労働省健康局長

本日の会議に付した案件
○健康保険法等の一部を改正する法律案(内閣提出、衆議院送付)
○健康増進法案(内閣提出、衆議院送付)

○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(今井澄君外四名発議)

○政府参考人の出席要求に関する件

○委員長(阿部正俊君) ただいまから厚生労働委員会を開会いたします。

まず、委員の異動について御報告いたします。昨一日、森ゆうこ君が委員を辞任され、その補欠として廣野ただし君が選任されました。

○委員長(阿部正俊君) 健康保険法等の一部を改正する法律案、健康増進法案及び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を一括して議題といたします。

三案につきましては既に趣旨説明を聴取しておりますので、これより質疑に入ります。

まず、内閣総理大臣に対する質疑を行います。質疑のある方は順次御発言願います。

○山本孝史君 民主党・新緑風会の山本孝史でございます。

総理には、御出席をいただきましてありがとうございます。時間が限られておりますので、早速質問に入りたいというふうに思います。

総理は、今回の医療制度改革を称して三方一両損と、こういうふうにおっしゃっておりますが、その趣旨を御説明を願いたいというふうに思います。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) 三方一両損は結果的に国民に一番にプラスになるのではないかと、いうことで申し上げたんですが、すなわち、関係者にとつてみれば、まず患者の側、そして診療側、支払側、これが一般的に議論されますね。

この三者にとりましては、患者の側から見れば二

割から三割負担になると。診療側から見れば診療報酬、これがマイナス改定されると。支払側、これもやっぱり保険料負担。こういうことを考えますと、関係者間にとつてはそれぞれ一見損に見えるが、国民全体にとつてはこの国民皆保険制度を持続可能な制度として維持するということがなければプラスになる、全体にとつてプラスになる、そういう意味で申し上げたわけであります。

○山本孝史君 今、患者と支払側と医療機関、医者、三者と、こうおっしゃいました。支払側というのは保険者という意味でおっしゃっておられるんだと思いますが、保険者は保険料を集めて支払をしておりまして、保険者自身は損をいたしません。保険者自身が損をするような改革をするのであれば、今度の医療保険制度改革はその趣旨に反するわけですね。なぜならば、政管健保の財政を何とか立て直しようということと、今回の法律が出されているわけですから、この法律の結果として、支払側が、すなわち保険者であるところの政管健保が損をするのであれば、三方一両損という説明は成り立ちません。

私、どうもこの話を聞いていて、時々加入者とおっしゃったり、あるいは保険者とおっしゃったりしておられますので、三方一両損の説明は正しくないというふうに思います。

そもそも、この三方一両損の話、元の話をお存じなんでしょうか、総理は。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) いかに国民皆保険制度を維持するか、国民全体にとつてプラスになるかということを言ったわけでございます。

○山本孝史君 三方一両損、大岡裁きで国民の間には知られているわけですが、その話はどのような話であるかということをお聞きしたいと思います。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) 大岡裁きと言ったのは、私が言ったことではございません。私は大岡裁きなんか一言も言っていません。勝手にどなたが言ったことではありません。

○山本孝史君 普通我々は、三方一両損というのと、大岡裁きの名裁きだったということでその話を例え話として使っているわけですね。今の御説明ですと、この大岡裁きの話とは全く関係ないんだと。

すなわち、今まで質問の中で、裁く側が損をしないのはおかしいじゃないかという御質問もあっていろいろな御議論がありましたので、当然この三方一両損の元話は御存じだというふうに思いました。冒頭も御質問をし、今も改めて失礼ながらお聞きをさせていただいたんですが、その話とは関係ないんだと。三者が三人ともに損をするんだと、これは話が違いますよ。申し上げましたように、被保険者は損をしますけれども、加入者すなわち保険者は損をしませんので、総理の御答弁は頭の中が混乱しておられるというふうに思います。じゃ、お聞きいたします。

医療機関は診療報酬が引下げをされたので損をするはずだと、こうおっしゃいました。この話を普通庶民が聞きますと、確かにマイナス改定になったんだからお医者さんの懐も痛むんだろう、すなわち前年収入よりは減るだろう、こう普通は考えるんですね。本当にそうなのか。全医療機関として診療報酬が下げられたことで今年度の収入はマイナスになるとお考えでしょうか。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) これは結論的に申し上げれば、必ずしも一樣に当てはまらないというところであります。なぜならば、患者さんの多寡によっても違ってくる、病院によってもお医者さんによっても、患者数が多いところと少ないところと違ってくる。そして診療報酬もプラスになるところマイナスになるところあります。全体でマイナス二・七%ということでございますが、今までマイナス改定なかったんですから、これは診療側から見ればひどいじゃないかというこ

とになるかもしれません。中には響かないところもあるでしょう。響くところもあるでしょう。しかし、全体的にやっぱり響くんじゃないか、そう思っております。

○山本孝史君 今おっしゃいましたように、個々の医療機関によりまして診療科目によって大変に下げ幅の大きいところもあるというふうに思っています。

しかしながら、医療機関全体として、今御説明にありましたように、診療報酬がマイナス改定になったんだからそこも収入が減るはずだと。すなわち、国民は保険料負担増で痛みを感じている。総理の御答弁ですと加入者なのか保険者なのかこれははっきりしませんけれども、支払側とおっしゃいましたので、これは私は国民だと思えますけれども、ここで二両損するんですけれども、そこにも損が生じるだろうと。もう一つ医療機関も損が発生するんだと。こう三方一両損の御説明もされているわけですね。大岡越前の裁きの話じゃないと、こうおっしゃっているんだけれども、医療機関の全体の収入として、想定されているように減るのか、この問題なんです。前年収入より減らないでしょうか。なぜ減るんですか。どこが減るんですか。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) 今まで増えているのが全体として減るでしょうね。

○山本孝史君 その御説明はそれとおりだと思います。これまで増えていたものが、すなわち毎年五%程度まで増えていたものが今回の改正によってその増え幅は小さくなるだろうけれども、しかしながら医療機関全体として、今年の収入があったものがじゃ手取り収入が減るのかといったら、それは減りませんよ。(減るよ)と呼ぶ者あり(そんな形にはなっていないんです。そのところの問題なんです。

確かに宮崎先生おっしゃりたいように、診療科目によっては大変に大きな痛みを受けているところもあるかもしれない。しかし、私は全体の話として申し上げている。それは減らないはずなんで

す。そのところをしっかりと説明されないで、三方一両損とおっしゃって、医療機関も損をするのだからみんな痛みを分かち合えというこの説明は、私は非常に間違っていると思いますし、混乱を生じさせているもどかというふうに思います。そんなふうになるのであれば、これまでも予定どおりに医療費が動いてきたはずではないか。二年に一度ぐらいで診療報酬をずっと改定してきておりますが、その改定の結果医療費はどうなったのか、それをチェックしてくださいと御担当に申し上げたんですけれども、それはなかなか難しいと、こうおっしゃったので、じゃ、そんなふうにはうまく動かないんですかと、こう申し上げたわけですよ。

私、診療報酬改定によって、とりわけこの四月から、これも委員会の中で様々に御議論がございまして、長期入院患者が追い出されるのではないかと、あるいは透析患者が大変に痛い思いをしているんじゃないか、こういう御指摘がずっとこの委員会の中にもございました。

総理にお聞きしたいんですけれども、この診療報酬の改定によって医療の現場で患者がどれだけの痛みを感じているのか、その実態について御承知でございましょうか。

○国務大臣(坂口力君) 確かに診療報酬の改定がございまして、二割が三割になるということでありまして、それは応分の御負担をいただくかなければならないということは当然でございます。しかし、自己負担の上限額がございまして、それはそれで、軽い病気の皆さん方のところは、それは三割にしていたかなければなりませんけれども、上限額がございまして、重い病気になればなるほど、医療費が高くなればなるほど出していただく率は下がっていく、そういうふうな思っております。そういう意味では、お互いにこれはこの保険で助け合っていたことに比べると、このように理解をいたしております。

今の御質問がどれぐらいの額になるかという御質問でございましたら、恐れ入りますけれども、それはひとつ事務方の方で答弁をさせていただきたいと思えます。

○山本孝史君 今、大臣から御答弁いただきましたけれども、総理にもう一度改めてお伺いをしたいと思えます。

三方一両損というお考えの中で医療機関にもそれなりの負担をせよというんだと、その手だてとして診療報酬の改定ということに手を付けられているわけですね。そういう流れで御説明をされておられるわけで、そうすれば、その診療報酬を改定することにおいてこの四月から医療現場でどのような事態が起きているのか。

例えば申し上げましたのは、六か月を超える長期入院のお年寄りの皆さん方にどこかに行ってもらわなければいけない、あるいは透析患者さんの透析時間を短く限定する中でやっていかなければいけない。様々な診療報酬の問題、出てきておりますけれども、そうした診療報酬に手を付けて御説明のとおりのことを行った結果として、この四月から医療現場でどのような状況が起きているのか。自分が取った政策、あるいは御自身が御説明をされておられますような政策の結果として、医療現場がどうなっているのかということについての総理の御認識はどうなっておりますかというものが質問でございまして、もう一度御答弁をお願いしたい。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) 私より事務方、そういう点については詳細に、詳しいと思えますので、事務方、よろしくお願います。

○山本孝史君 そこ、逃げちゃいけないんじゃないですか。御自身が政策としてやってこられて、なおかつ総理の場合は厚生大臣もこれまで経験されてこられて、診療報酬の問題がどういう問題であるかということは御認識の上で今回初めてマイナス改定をしたんだということを、これを本当に自分の政策の初めてできた改革じゃないかと誇示する形でおっしゃっておられるわけです。だから、その結果がどういう結果をもたらしているのかということについての御認識がなければ、自分

いは社会福祉制度、いろいろ外国を見習いながらやってみたりしましたけれども、ある面においては目標としていたイギリスの保険制度、社会保障制度、医療制度を比べますと、日本では患者はお医者さんを選ぶことができる、病院を替えることができる。そういうことから見れば、むしろイギリスよりも国民が選択の幅が広がる、いいなという面もある。そういう点において、私はこの皆保険制度というのは維持していきたいと思っています。

そして、今の人口構造を見ますと、これからどんどんどんどん高齢者が増えてまいります。若い人、今年の出生率を見ましても、今までだったら大体、戦後の一時期は年間二百七十万人程度赤ちゃんが生まれていたと思いますが、今は百二十万人を切ってきたということを見れば、高齢者はますます増えてくる、若い人は減ってくる。となると、病気というのは若い人よりも高齢者の方が当然、病気になる率は多いということを考えれば、今のまま変えないでいきますとますます医療費は増えていきます。これはもう経済が好況であろうが不況であろうが、好況不況にかかわらず、病気が増える少ないという問題ではないと思います。

そういうことを考えれば、私は、このままの制度でやっていけば、この医療費の負担をどうやって見ていくのかということを考えますと、その都度見直しをしないかなきゃならないし、あるべき負担というのは、患者さんの負担、そして診療側の負担、保険者の負担、なおかつ公費、税金としてどの程度国が税金を投入すべきかと、いろいろな見方があると思います。この組合せで、もうこれ以上負担できないと。病気になっていない人にも負担をお願いしているわけですから、しかも最近では、月に百万を超える患者さんはかなり増えてきたし、中には月で一千万円以上掛かる患者さんも出てきた。しかしながら、一定の高額医療費がありますから、三割負担、二割負担といっても、じゃ、百万円掛かったから二十万円、三十万円負担してもらおうのかというと、六万三千六百円

三

で済んだ。今、大体七万円ぐらいいつていますけれども、超えましたけれども、必ずしも全体の二割負担、三割負担じゃないと。高額の場合は、実際は一割負担、それ以下の負担でも医療を受けられる制度になっているわけでありまして。こういうことを考えますと、どんどんどんどん医療の質を改善していかなきゃならないのも同時でありまして、お互いの負担というのはどうあるべきかということをやっぱり全体として考えるべきじゃないかと。

患者さんの立場にとってみれば、どんどんなんでもできるだけ負担が低い方がいいというのは当然であります。できれば、高度成長時期みたいに、もう医療費は無料にした方がいいという状況もあるでしょう、高度成長が続けば。私もそう思ったことがありますよ。このまま高度成長が続いて経済成長の伸び率の方がどんどんどんどん増えていけば、それは。

だから、こういう点を考えると、今の時点におきまして、私は医療費の伸びというのは国民全体でどう分かち合うかということを考えると、患者さんの負担もある程度はいただくということがこの国民皆保険制度を維持していくんだという点で……（発言する者あり）

○委員長（阿部正俊君） 静粛にお願いします。

○内閣総理大臣（小泉純一郎君） 今、私は質問者に答えているんです、質問者に、（委員長に答えているんじゃないのか）と呼ぶ者あり。質問者に答えているんです。（発言する者あり）

○委員長（阿部正俊君） 静粛にお願いします。

○内閣総理大臣（小泉純一郎君） 私は質問者に答えているつもりでございます。

○山本孝史君 質問は簡単で、この負担増は幾らになるかと聞いているのに、今の御説明は全然そのことには触れておられない。数字みたいな細かいものは事務方が答えればいいんだと、こうおっしゃる。でも、今の総理の御説明聞いていても、医療費はこれだけ伸びていくんだと、国民の自己

負担はこのぐらいいまではないと駄目なんじゃないか、保険料負担はこんなふうでもないんだろとかと、いろいろ数字的なことをおっしゃっているんですよ。そういう数字的なことをおっしゃいながら、肝心の私の質問のところについては何らお答えになっていない。

お答えにならないのであれば、恐れ入ります、事務方で結構ですが、来年からの負担増は一体幾らになるのか、保険料と自己負担で、これをお答えいただきたいと思います。

○国務大臣（坂口力君） 平成十五年度から平成十九年度の単年度平均で見ますと、各制度全体で四千八百億円の増となります。これは、三割負担の導入、薬剤費一部負担の廃止などを計算に入れての話でございます。

それから、もう一方の方の保険料でございますが、総報酬制の導入に合わせまして保険料率の引上げを予定しておりますが、平成十五年度から平成十九年度の単年度平均で五千七百億円の増と見込んでおります。

なお、政管健保以外の保険者の場合におきましては、それぞれの財政状況に応じて保険料を設定いたしておりますから、保険料増を正確に見通すということは困難だというふうに思っています。

○山本孝史君 今五千七百億円とおっしゃったのは政管健保の保険料の引上げに伴う負担増でございますね。

○国務大臣（坂口力君） そうです。

○山本孝史君 私が聞き申し上げているのは、政管健保、それから組合健保、そこに、国保と、いろいろございまして、共済もありますね、それぞれに合せて、全体で保険料負担として幾ら上がるのか、自己負担の結果として幾ら上がるのか。トータル、国民の負担増は幾らになるのか。もう一度御答弁をお願いします。

○国務大臣（坂口力君） ですから、先ほど申しましたように、政管健保の方は整理をして予測をすることができそうですが、組合健保の方におきましてはそれぞれの事情が違いますので、それぞれの保

険者の内容によって引上げ引下げというようなことを行われるであろう。国保の場合にも状況を見て御決定になるだろうというふうに思いますから、国保の方はもう三割負担はずっと今まで続いていたわけでありまして、そこは変わらない。したがって、その他の保険の場合に正確に今どれだけ上がる下がるということをはなかなかないうのは難しいのではないかとこのように思っています。

○山本孝史君 試算はできるはずですよ。宮路副大臣は御答弁の折に、組合健保は政管健保とほぼ同じぐらい保険料負担が上がるだろう、こういう御答弁されておられるわけで、首振りしないでください、残っているんだから。だから、そういう意味ではちゃんとした推計できるはずですよ。共済組合だって、ずっと話の外に出ていますけれども、共済組合の加入者は一千万人いるんですよ。政管健保三千七百万人いて、組合健保が三千万人いて、共済組合の加入者一千万人ですからね、決してこの規模は小さいとは言えないわけですよ。この人たちのトータルとしての負担増が幾らになるのか。痛みを伴うと言っているんですよ。損をしてもらうと言っているんですよ。その損の額が幾らか分らないで損をしる損をしろと言われたって、こっちだって困るじゃないですか。

一体幾らになるのか、その答えがないというのはおかしいんじゃないですか。今までの国会答弁でこんな答弁ないですよ、負担増が幾らになるのかという話は。おかしいと思いませんか。総理、答えてくださいよ。総理、おかしいと思わないんですか、これ。幾らの負担増になるか分らないでもいいと言っているんですか。

○内閣総理大臣（小泉純一郎君） その具体的な額はともかく、それは二割負担が三割負担になれば、これは確かに負担が増えますから、これは確かに痛みます。（発言する者あり）

○委員長（阿部正俊君） 政府側に申し上げます。医療費全体、全被保険者ということを前提にし

て、どれぐらいの、大まかな傾向、あるいは正確に出ないと思えますけれども、そうしたふうな試算というのをひとつお願いできればと思いますけれども、どうでしょうか。

○国務大臣（坂口力君） ですから、先ほど申し上げましたように、正確になかなか把握しにくいですが、トータルとしては一兆円から一兆五千億円の大体間ということぐらいだと思います。

○山本孝史君 絶対これおかしいですよ。医療制度改革をして、それで一杯医療費が上がっていくんだと。それをいかに抑えるか、それをどこでどうやって負担してもらおうか。私たち、負担がいけないとは言っていないんですよ。この話のそもそもの失敗というか、この話が出てくる原因は、政管健保の保険料を適正に引き上げられなかったという、これは行政の側でもあり、政治の側の問題でも、両方あると思いますけれども、そこに問題の一つはあるんですよ。だから、それをどういうふうにして、制度設計をしていったらいいのかということをお考えに当たって、今回の負担増は幾らになるのか。

そもそも、来年になりますと、来年の夏ですね、年金の保険料も総報酬制になります。医療保険制度もこれで総報酬制になります。来年のボーナスはがたっと私たちは手取りが減ります。いや、その分月収が増えていくじゃないか、それはそうなんです、消費者心理といましようか、働いている者の心理からすると、ボーナスがたっと減るわけですよ、来年の夏は。そこもってきて今回の負担増が重なってくるわけですね。

したがって、来年の夏の購買者心理といましようか、景気に対する影響も一定限度考えなければいけないんじゃないだろうか。いや、そんなことは考えなくてもいいんだと、財政難を何とか乗り越えるためには今回の負担は当然なんだと、こういうお考え方もあるでしょうけれども、そんなアバウトなやり方でいいんでしょうか。だから聞いているんです。

来年の夏の負担、あるいは来年の保険料負担

等々含めて来年の国民負担増は幾らになるんですか。そして、これが景気に対する影響はないというふうに断言できるんでしょうか。大変にこれは難しい選択だと思えますけれども、そこへの心構えといましようか、総理の姿勢というものを是非見せていただきたい。これが私の質問なんです、もう一度お願いします。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) 景気への影響ですが、これは必ずしも医療費だけの問題ではないと思います。経済全体の問題もありますし、それぞれの企業の収益状況あるいは収支状況を見ていかなきゃならない。

私は、医療費の、だけから見ればそれは消費が、可処分所得が減るということになれば消費にも影響があると思いますが、それは医療費だけの問題にはとどまらない。経済全体のことを考えれば、私はいろんな面の方から勘案しながら考えなきゃいけないんじゃないかと。確かに、医療費だけということから見れば、医療費に一番お金を割いている方から見れば確かに影響があるでしょう。しかし、経済というのはそれだけで判断はできない面がある、そういう点をやっぱり御理解いただきたいと思えます。

○山本孝史君 景気の回復も小泉内閣の最大の課題の一つだと思いますし、医療制度改革も社会保障制度改革の中で大変大きな柱になっている部分で、十二年改革できず、十四年改革できずと、こういう流れを踏んできているわけですね。

御説明のところは私たちが理解しないわけではありませぬけれども、しかしながら、今後どういう制度設計をしていこうとしているのか、その前提になる今回の改革の負担増が幾らになるのか。だって、平成九年改正のときだって、小泉さんは当時厚生大臣として、これは抜本改革への第一歩なんだと、健保財政の緊急避難的な、この財政難を回避するために仕方がないんだと、こういう御説明の中で当時二兆円の負担増を国民に求めざるを得ない、こういう御説明をされてあの改革に臨まれたんです。

今度、この十四年度改革、今度はお立場は違いますが、総理大臣というお立場で国民にやういふ改革に御理解を求めなければいけない。そのときに、一体来年からの保険料のアップで、五千七百という政管健保のお話は、今、坂口大臣から御説明がありましたけれども、これまでの答弁の中でも、組合健保全体で宮副大臣によればほぼ同じ額の負担が上がるだろう、こういう御説明もあって、そこに共済組合もあれば国保もあるじゃないか、じゃ全体で幾らになるのかという御説明をしてくださないと、こう申し上げて、それをされない、されずにこの改革案を何とか通せとおっしゃっておられる。これは国民の側から見たら非常に不思議な気がします。そんな無責任な政策選択をしていいんでしょうか。

申し上げましたように、政管健保の保険料の設定を誤ってきたことは厚生省の大きな間違いなんです。なぜ自己負担を今上げなければいけないのか。そもそも制度が違うんですよ、政管健保と国保と。生まれ育ちが違うものを、なぜ三割にしたら分かりやすいでしょうというふうなアバウトな説明で三割にしなければいけないのか。問題は、国保財政をどうやって今後立て直していくのか、国保をどう運営していくのかという基本的な問題をまた棚上げして、何とか負担のところでだけでも合わせよう、こういうのでは改革に値しないんですよ。

しかしながら、それは大いに議論をしなければいけません、負担増が幾らになるのかというこんな単純な質問にすら明確なお答えをしていただけないというのは、私、非常に小泉内閣というものの改革の姿勢が私はやはり問われるというふうに思えます。

時間の関係でありますので、もっと簡単な質問をします。もっと簡単な質問をします。是非答えてください。

附則の読み方です。附則に「二年を目途に」とか「三年を目途に」とかと書いてございます。これはいつの時点から二年あるいは三年というふうに

しょうか。このことをはっきりとお答えをいただきたいと思えます。総理、御答弁をお願いします。

○国務大臣(坂口力君) 「二年を目途に」とか「五年を目途に」というふうに書いてございますが、これはいつを基準にしておかというお話でございます。それはこの本法律の施行時、いわゆる本年十月一日より起算をしてということになるうかと思えます。

○山本孝史君 十月から二年、五年ということでは御答弁いただいているわけですが、これも国民の側からしますと、この法律が出ました二月、あるいはこの四月から診療報酬も改定をされておりますので、当然その時点から少なくとも二年なんだろう、あるいは三年なんだろう、こう思うわけですが、今の坂口大臣の御答弁ですと、この十月から、施行されてから二年を目途に考えるんだと、こういうことですから、そこで六か月時間を稼がれたといましようか、私たちににとっては時間を取られたような気がしますが、そういう御答弁なわけですね。

重ねてもう一問、そのところで確認をしておきたいんですが、おおむね、例えば二年を目途に何とかを明らかにし、あるいは検討し、所要の措置を講ずると、このように書いてございます。検討し、所要の措置を講ずる、何々を明らかにし、所要の措置を講ずる、これ何年という年限は所要の措置を講ずるところに掛かっているのか、検討するところの掛かっているのか、これはどちらなんでしょうか。大臣、答えてください。坂口大臣で結構です。お答えください。

○国務大臣(坂口力君) その前半のお話、「二年を目途に」というふうに書いてありますけれども、できるだけ早くそれはやりたいというふうに思っております。したがって、基本的な方針、抜本改革の基本的な方針そのものは今年末ぐらいにでもできるだけ明らかにしたいというふうに思っている次第でございます。したがって、大体それを何年掛けてそれをやり遂げるか、そして方向性はどうかといったような問題につき

ましては、早く皆さん方にお示しをしたいというふうに思っているところでございます。

それから、年次計画でありますとか検討結果を明らかにし、それに基き順次必要な改革を具体的に実施に移していくこととしているわけでございます。そして、そういう意味で、附則に定める諸課題について申し上げているわけでございます。

○山本孝史君 皆さんが御答弁いただいている以上に国民の側は非常にこの成り行きを注目をしております。御答弁が非常に私には大ざっぱといましようか、アバウトな御答弁ばかりだというふうに思えます。

そもそも、あと十分ほどしかありませんので総理にもう一度伺いたいんですが、今回のこの医療制度改革がここまで遅れてきた原因は何なんだと、何が原因としてこの医療制度改革が遅れてきたのかということをお是非お答えをいただきたいというふうに思っています。

と申しますのも、先に御説明申し上げれば、前回の平成九年の健保法改正案が国会に提出されたのは二月の十日でございます。今回の改正法案が提出されたのは三月の一日で、この間ほぼ五年間でございます。この五年を振り返ってみますと、小泉総理は当時厚生大臣として、平成八年十一月から十年七月まで一年八か月厚生大臣でございました。坂口厚生大臣は平成十二年の十二月に大臣に就任をされて、現在まで一年七か月御在任ということになると思えます。

したがって、前回の改正法案が提出されてからのこの五年間を見ますと、二年八か月お二人は厚生大臣に御就任でございました。その前を含めまして、もう少し長い期間お二人は医療制度改革に取り組んでこられた、厚生大臣としてお取組をじてこられたんだと思えます。

坂口厚生大臣は、平成十一年の十月に公明党の政調会長として自公の連立政権にお加わりになりました。そこから言わば公明党の政策の責任者としてこの政権に御意見を反映されておられるんだらうと思えます。小泉厚生大臣は、今や総理大

臣としてそのお力を發揮できるお立場にある。これほどお二人がリーダーシップを、医療制度改革にリーダーシップを發揮できるお立場にありながら、なぜこの十四年度改革でもこういった附則に検討項目を書くというような事態に至ってしまったのか。この五年間、あるいはもう少し長いと思いますが、その期間において何がこの改革を妨げてきたのか。それを排除しないことには改革は進まないわけですから、そういう観点から是非答えをいただきたいと思います。総理にお尋ねします。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) これは議員もよく御承知のことだと思いますが、医療保険制度、調べれば調べるほど複雑で関係者は多いですね。保険の成り立ち、さらには診療報酬一つ取っても極めて技術的な問題がある。お医者さん自身にとっても、専門領域を外れると分らない面もある。関係者、病院においても、それぞれ公立、民営、違いがある。診療所、開業医さんにおきましても、これまた都市の開業医、地方の開業医、それぞれ違う。また、保険制度、国保にしても健保にしても、歴史的な沿革も違う、構成員も違う。いろいろな面があると思います。

そういう点をいろいろな関係者の意見を聞きながら改正なり改革を考えますと、全く様々な意図が出てまいります。そして、負担一つ取りましても、患者の側から見れば、負担が一割から二割あるいは二割から三割というふうになるとこれは負担増になります。保険料を負担する方にとってみても、それはできるだけ保険料負担は低い方がいい。様々な問題がある。

中でも税金の問題です。じゃ患者負担を減らせばいい、保険料負担を減らせばいいということにばかりはいい、直接的ですから、自分が直接負担しているのが減るのはいいのはみんな決まっています。税金の負担というのは目に見えませんが、現在のうちからこそ、どんどんどんどん借金すれば、現在の痛みはない。これは一番楽ですよ。痛みがない。痛みがない。選挙民に言うのに、いや、患者負担

はもう減りましたよと。じゃ税金負担、税金はあれが払うんじゃないと思うからみんな痛みと感じがしない。しかし、積もり積もってみれば、じゃだれが税金払うんだと。国民全体で払うんですね。だからこそ借金財政が膨らんできた。

こういう問題をどうやって解決するのか。しかも、日本というのは特別に賛否両論というよりも、合意を重視します。関係者間の意見を、一つ、一つの反対があると、何とかこの関係者の反対をなだめる非常に穏やかなおとなしい手法を取るのを好むんだと私は思います。賛否両論、多数決だという割り切り方はなかなかしにくい風潮といえますが、霧囲気があります。そういう関係者の各方面が、できるだけ反対が少ないというか、不満があってもまあやむを得ないなと。一方が得して一方が損するとうんじやなくて、穏やかにまとめたいこうということになると、一部がどうしても駄目だと言うとそっちに引きずられる面があります。そういう点もあって、私はなかなかこの改正というのに踏み込むことができなかった。

結局 一番安易なといひますか解決策は、じや現状を維持して負担は先送りしよう、借金で面倒見ちゃおう、後は後のことで考えてくれというのが一番安易なんですね。これじゃもうもたない、今の財政状況からするところということで、ある程度反対があるけれどもやらざるを得ないというのが今まで遅れてきた理由じゃないでしょうか。

○山本孝史君 だれかが負担をしなければいけないうといふことは申し上げたとおりなんです。

しかしながら、私たちには、この医療制度改革の法案が出るたびに、これは緊急避難的な措置ですと。今のこの健保財政の、このままでは赤字になってつづれますので何とかこは御負担をいまだかなければいけないんだ、しかしながら抜本改革はやりますと。併せて改革もしてこの負担増上がっていくことを避けるから、負担増はいずれにしてもお願いをしなければいけないけれどと、こういう説明で来ているんですね。とここに、ずっと見てみると、結局残っているのは負担

増の話だけではないかと。

確かに、いろんなところからいろんな御意見があつてまとまらなかつたとおっしゃいますけれども、しかしながら、これまでたくさん、与党の中でも、あるいは厚生省でも、あるいは審議会でも、様々に医療制度改革に関しての案は出ているんですね。皆さん方は、既に案は出尽くしているんだと、こうおっしゃっているじゃないですか。政治主導で大胆な決断をする必要があると小泉さんはおっしゃるし、あるいは坂口大臣は政治力が決断力を振るう機会も十分にある、もう出尽くしているんだと、物事は、あとは政治が決めるだけだとして、こういう御答弁が続いているんです。私もそうだと思うんです。それを、今のような御答弁の中で、いやいや、いろんな話がありますから結局決まらないんですよと、こうおっしゃったんだったら、また同じ話じゃないですか。なぜ決めることは決めないんだと、結局出てきた話は負担増だけなのか。この話はやっぱりおかしいでしょう。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) 私は、過去どうだったかと聞かれたから話しているんですよ。だから、その反対を押し切ってやらなきゃならないということと今やったわけで、今三割負担でも反対しているじゃないですか、診療報酬改定マイナスイでも反対しているじゃないですか。

○山本孝史君 なぜ改革案が出ないのかと言っているんです。

○内閣総理大臣小泉純一郎君　だから、それは過去のことを今言ったんで説明したんです。それをおかしいと。それを今やろうとしているんですよ。(発言する者あり) いや、三割負担、先送り先送りしようと言う。診療報酬改定、二・十％下げた、これけしからぬ。じゃ、どういうふうな改定すればいいんですか。私は、建設的な議論を出していただければそれを検討しますよ。

○山本孝史君　そういうことを言っているんじゃないんですよ。これまで様々に決断する機会があったじゃないか、決める機会は幾らだってあつ

たじゃないか。それを決めないで、ここへ来てまた負担増だけを求めているから、なぜこれまで決められなかったんですかと。今決めたとおっしゃるんですが、今何も決めていないじゃないですか。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君)それは、診療報酬改定も決めたし、あるいは今までやってきた出来高払制度と包括払、これも進めている。この問題一つ取ったって、総論賛成各論反対出てきますね。だから、いろいろな細かい問題はどうでもいいと言うけれども、細かい問題を聞くから話しているんですよ。総理としては方針出せばいいと。方針だけじゃない、細かい、私ほもっと、事務当局から聞けばもっと詳しく分かることあると思いますけれども、総論話せば細かいことを、細かいこと話すと細かいことは聞いていないんだと。

私は今回も、それじゃ先送りしないでやっているでしょう。だれが考えたって、このまま二割負担で行けると思うか。そうじゃないでしょう。ある程度区切って、抜本改革、今までの問題点をやらなきゃいけないということで、あえて踏み込んだこととやらせているんです。今までできなかったことをやっているじゃないですか。三割負担もしない、診療報酬改定もしない、また公費負担しろと。だから、そういうことよりも、現にやっているじゃないですか、これだけ抵抗の強いことをやっているじゃないですか、改革で。

〔山本孝史君〕 細かいこと聞いているんじゃないんですよ。国民の負担増が幾らになるかというのは全く細かい話じゃないですよ。これから先の医療費がどれだけ伸びていって、これから、国民負担としてそれを自己負担でどれだけ持ってもらえるか、あるいは保険料負担としてどれだけ持ってもらうか。大きな議論ですよ。それを決めてこの法律が出てきているんでしょう。決めてきたからやっているんだと、こうおっしゃっているんじゃないです。でも、何も決まっていらないじゃない

ですか。聞いていることに答えられないということとは、これは何も決まっていなくていいことじゃないですか。みんな附則に書いてあるだけじゃないですか。

診療報酬改定だって、今度は下げた下げたとおっしゃっているけれども、その影響がどうなっているのかということだって御存じないじゃないですか。それでなぜ医療制度改革をやっている責任者という立場に立っているんですか。これまでやってこられた方として、総理として、しかもその前、申し上げたように厚生大臣としてこの問題に深くかかわってこられて、平成九年改正を提案されたときの厚生大臣であって、今や、まして総理大臣として医療制度改革は内閣の命を懸けてやっているんじゃないんですか。だったら、これぐらいの質問に対しての答えはちゃんとできるじゃないですか。なぜそれができないでこの医療制度改革の法案を提出できるんですか、政府として。おかしいじゃないですか。

○国務大臣(坂口力君) 医療制度改革に対します考え方もそれぞれ様々な考え方があるというふうに思いますが、具体的な言葉で言えば、一つは負担と給付の公正を更に図るというのが一つ、そして無駄を省くというのがもう一つ、三番目に挙げれば、医療の質を上げるというのがもう一つ、私はこの三つに尽きると思っています。

それで、皆さん方が、抜本改革を先にやれ先にやれというお話が出るときには、抜本改革をやればそこで財政的なゆとりができるという前提の上でお話しになるわけでありまして、私も初め、抜本改革をやればこれで負担がかなりできるという前提を私も置いていろいろ考えていたんですけれども、よくよく考えてみれば、それは無駄も省きますよ、出すべきところは出します、出しますが、しかし今よりも加えなきゃならない、質を高めるためにはプラスしなきゃならない部分もあるということをごいまして、私は、抜本改革をやったからそれで財政的なゆとりができるというふうに考えるのは少し甘いとい私は自身にも言

聞かせているわけです。そういう前提の上で考えますと、もう一つ、それは財政上の問題をどうしていくのか。

今御提案を申し上げております予算案の最終的な姿を見ますと、いわゆる保険の負担と公費の負担とそして自己負担、この三つは大体、大ざっぱに言いますと、大体二〇二五年ぐらいには自己負担は六分の一、一五％、トータルで見ても、三、四割で見て六分の一、一五％。そして公費負担は六分の一、三分の一、これ、三、四割、五割ぐらいいくという計算になりますけれども、簡単に言えば六分の一。そして保険の方が六分の一、大体五〇％ぐらいいくになるんだというふうな思っております。そうした割り振りをお願いをしていくということを前提にして今のこの制度と

その中で三割負担のことを皆さん方にいろいろ御指摘をいただきますけれども、これは、負担の方も公正にし、そして今度は給付の方も公正にし、この両方をして、そしてこれから初めてこの案を一元化していくという作業に入っていくんです、まあ一本化は一遍にできないまでも、統合化を進めていくということに今していくことができる。その辺のところをならしていただいて、その後それが、それならばもう一本化しようじゃないか、もっと統合しようじゃないかという意見もあれば、そういうふうな財政的な問題を一元化をしておいて、なおかつそこで保険者はたくさん存在するままで置いておこうじゃないかという意見、最終段階でまだ意見は私は分かれるであろうというふうな思いもしますが、私は、そういう年齢別階層あるいはまた所得別階層の調整を行ったら、その上では、私は、一元化の方向に向かって少しでも事務費の無駄を省く方がいいのではないかと、そんなふうには私は思っている次第でございます。

○委員長(阿部正俊君) 時間が来ていますので、最後の質問にしてください。

○山本孝史君 時間が過ぎてしまいましたので、いろいろな高齢者医療制度にしても診療報酬にして

も薬価にしても、議論は全部残っておりますので後でやっていきたいと思いますけれども、私は、今井先生が代表質問で総理にお尋ねになったように、総理だったらできるんじゃないだろうか、そういうふうなみんなの思いをされているんです。なぜならば、厚生大臣も経験されていて、しかも今、総理大臣というお立場にあって、この問題がどこに問題があったか、それが抵抗勢力で、なぜまとまらなかったのか、そこを御存じのはずだからできるだろうと、こう思っているにもかかわらず、今日は何にもおっしゃってられない。

負担増の問題についても率直におっしゃればいいじゃないですか。これだけのものが負担増になるけれども、しかし、その代わりにこれはやりやすうというのを御説明されるのが私は総理としてのまじめな姿勢だというふうに思います。大変に失望しました。

終わります。

○小池晃君 日本共産党の小池晃です。

国民生活と日本経済に深くかわる健保の問題、総理に今日はお伺いをしたいと思います。

まず最初に、あなた、私の御質問に総理は本会議で、健保本人が三割負担になっても必要な医療が抑制されることはないというふうにお答えになりました。

そこで総理にお聞きしたいんですが、九七年、総理が厚生大臣当時の、健保本人一割から二割に引き上げた、あのときはどうだったんでしょう。あのときは必要な医療は抑制されなかったんでしょうか。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) 私は、全体として、今回三割負担をお願いしておりますけれども、二割負担の際も低所得者等にも配慮いたしましたし、あるいはまた高額療養費制度という制度も設けておりますし、必要な医療が制限された、抑制されたというふうには考えておりません。

○小池晃君 しかし、九七年の前後に厚生省の患者調査を見ますと、三十五歳から六十四歳までの年齢階級で一二％の患者が受診をやめております。一二％という三十五万人。総理は必要な医療は抑制されていないとおっしゃいますけれども、そういうことは、この一二％、三十五万人というのはすべて不必要な受診だったと。必要な受診が抑制されなかったというところはそういうことになると思うんですが、いかがですか。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) 共産党の立場からそういうことも言えるかと思いますが、一方でそれは、余りにも病院側に患者さんが多過ぎるというところで、三分診療、三時間待ちとかいうような批判もあったわけでありまして。こういう点についてどういう改善策を講じられるべきか、必要な診療は行わなきゃならないけれども、何でも大病院集中ということをやったって解消すべきかという問題もあったわけでありまして。

そういう点から、医療費の問題につきましても、出来払制度が本来だったら望ましいという点も私は理解できます。一方で、あらゆる検査、あらゆる治療といういい点もありますが、同時に、中では必要でない検査もやっているんじゃないか、必要でない薬も与えているんじゃないか、三日分で済む薬も一週間分、十日分、出来高払制度、あるいは薬剤全部公費負担というふうになるとそういう点もあるんじゃないかということから無駄も指摘されました。そういう点も考えて今の制度というものをよく考える必要があるんじゃないのかという観点からいろいろ改正を考えてきたわけでありまして、それは一朝一夕に解決するものではないと思います。

そういう点も考えて、私は、患者負担の引き上げというものは、患者さんにとってみれば苦痛かもしれないかもしれませんが、できれば二割負担、三割負担で、一方から考えてみれば八割給付、七割給付してくれれば、これは、病気になる方々の保険料負担によって、あるいは税金の負担によってできるだけ軽い負担に抑えようということも大事でありますけれども、総合的な観点から、患者さんの負担にしても、あるいは診療側の面においての診療費においても、あるいは保険を負担してくれ

る保険者の方々、あるいは税金を負担してくれる国民のことも考えながら改革していこうということで、私は、これはある程度、一部の患者さんにとつてはそれは確かに負担増でありますし、ああ、一割負担から二割負担になったら、少しお医者さんに掛かるのをやめてこようかなという気持ちがあるのとは否定しませんが、本当に必要なだけならば、やっぱりこれだけの皆保険制度、できるだけ多くの方々の協力によって成り立っているんだということを考えれば、この点については、それは安ければ安いほうがいいというような気持ちは分かりますけれども、そこら辺は全体のことを考えていただければ必要な医療というのは確保されているんじゃないかと私は考えております。

○小池晃君 私、それは全部が必要だったと、無駄は全くなかったとは言いませんよ。しかし、総理は、三割負担になっても必要な医療は抑制されないと言っている。二割負担になったときも抑制されなかった、何でそんなこと断言できるんですか。一二％、三十五万人も受診をやめたんですから、私はそんなこと言えないはずだと。私、当たり前のことを聞いているんです。二割負担になつて一二％も減つたんだから、この中には必要な医療だつてあつたでしょうと、それも認めないんですか。そのこと、当たり前のことを私聞いているんです。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) 私は、必要な医療というのは、どうしてもこれは必要だという医療というのは確保されていると思います。それは、二割負担になつたといつても一定の制限があるわけですから、現に一定の高額療養費制度もありますし、特別な、低所得者に対しては配慮はなされていくわけですから、私そういう点については必要な医療は確保されているんじゃないかと思っております。

○小池晃君 私、当たり前のことを言っているんですが、こんなこともお認めにならないと。二割負担で一二％も受診抑制が起こっているんです。三割負担になれば被害は私、より深刻化すること

は明らかだと思ひます。

この点で今日ちょっと議論したいのは、本会議で総理は、「三割負担の国民健康保険や被用者保険の家族外来において受診抑制がなされていることではない」というふうにおっしゃいましたが、それが本当かということです。

資料をお配りさせていただきましたが、二割負担の政管健保とそれから三割負担の国保を比較すると、外来受診件数を折れ線グラフにしておりますけれども、二十歳以上のすべての年齢階級において政管健保本人より国保の方が少ないんです。二十歳代でも一割違う。五十歳代後半では千人当たり百件以上の開きがある。

その結果どういふことが起こっているかといひますと、一人当たりの入院診療費、下の棒グラフです、これは国保の方が政管健保本人よりもはるかに高いんですね。例えば、四十五歳から四十九歳までの一人当たりの毎月の入院診療費は、政管健保本人が二千八百四十七円、国保は六千九百九十二円、二・五倍にも上ります。国保の外来受診件数は少ない。外来にはなかなか掛からないんだけれども、入院になると政管健保より国保の方が一人当たりの入院費は高いと。私、これは正に三割負担で国保の外来受診が抑制され、件数だけじゃないと思ひます、中身も問題だと思ひますね。その結果、病気が重くなつて入院するケースが増えている。国保の方がやはり入院医療費が高くなつていくという点も私はあると思ひます。もしも三割負担による受診抑制以外にこの入院診療費の違いについて理由があるというふうに考えるんだつたら、お示しいただきたいと思ひます。

○国務大臣(坂口力君) お示しをいただきましたこの資料は、何年度のこれは資料でございましょうか。

○小池晃君 平成十一年。
○国務大臣(坂口力君) これは平成十一年の一年間の平均でございましょうか。

○小池晃君 これは厚生省が作った資料で、平成十一年の四月―五月のポイントで調べている、厚生省が発表している資料ですよ。

○国務大臣(坂口力君) そういたしますと、これは一か月の平均でございましょうか。

我々の方の資料、一年間の平均で見ますと、大体系変化ないんですね。若干の、年齢層によりましては違いのあるところも若干はございすけれども、保険別に国保とそれから政管健保との間の年齢階層別を大体見ますと大体パラレルに、パラレルと申しますか、大体一致をいたしております。少し、五十五歳から六十五歳、その辺のところは若干の違いのあるところも出ておりますけれども、大体一致しているという案が我々の方の調査では出てくるわけでございす。

○小池晃君 外来受診件数については、「保険と年金の動向」、厚生省も監修に加わっている雑誌でこの数字を出しているわけですから、私はその数字を使つて言っているわけですよ。

今、受診件数のことだけおっしゃいましたけれども、入院診療費はどうなんですか。国保と政管健保を比べれば、これは明らかに国保の方が入院診療費高くなつていくという実態あるんじゃないですか。ですから、このことを説明する場合に、三割負担で受診抑制で重症化しているということが私一つの大きな理由だというふうに考えるんですが、そうではないというふうに言うのであれば、そのことをお示しいただきたいと言っているんです。

○国務大臣(坂口力君) それは、国保と政管健保と入つておみえになります年齢層が違つたわけでございますし、そしてまた所得層も違つたわけでございますから、それは一概に平均することはできないというふうに思つております。

○小池晃君 年齢別に、年齢階級別に見て、国保が全体として入院診療費高いというのは、それは当然ですよ、高齢者多いから。年齢階級別に見ても明らかにこれだけ違つていふと、これが今言った所得の違いとかあるいは階層の違いという

ことだけで説明できるんですかと私申し上げているんです。

私、この違いというのは、やはり三割負担が受診抑制を起こしているということの一つの証明にはなるんじゃないかというふうに思ひますよ。だって、このことによつて結果として重症化して、そのことで入院診療費が上がっているということとは、一つの原因として考えられるんじゃないですか。もう一度お尋ねします。

○国務大臣(坂口力君) それは一概には言えないというふうには思ひます。

先ほど申しましたように、一年間を通しましたその統計によりましたら、こういう差は出ておりません。したがって……

○小池晃君 入院費の問題を聞いているんです。入院費。

○国務大臣(坂口力君) ですから、その医療費の問題を私は申し上げているわけでありまして、こういう明確な差は、一年間を通じて見ましたものは私は出ていないというふうに思ひます。

そして、三割だから、三割になりました場合に、例えば、ちょっとしたのが痛いとかちょっと熱があるといったような人たちは、あるいはそれは控えられるということが一時的に起こるかもしれないというふうには思ひますけれども、それが私は医療の大勢に影響していくことは私はないというふうに思ひます。

○小池晃君 軽いうちに気軽に病院に掛かれるかどうかということが医療費を将来的に抑えていくということになるんじゃないかというふうに言っているんです。だから、軽いうちは三割お願いする、重くなつたら高額療養費があると、これは間違つていないんです。軽いうちに安心して病院に掛かつて、高額療養費に達しないように、重症になる前にしっかり治しておくということが全体として医療費を抑えていく道じゃないですか。考え方が私、逆立ちしていると思ひますよ。

三割負担の問題から、次に健康保険の財政の問題をちよつとお聞きしたいと思ひますが、財政

悪化の原因と責任についてであります。

総理は、財政悪化の原因の一つとして、経済の低迷ということをおの質問にお答えになっていいます。正にそうだと思うんです。景気の悪化が一つの大きな要因になっている。政管健保も組合健保も、リストラの影響で保険料収入減っています。

例えば、日本最大の企業グループの健保組合である日立製作所の健保組合で見ると、今年度予算の赤字は約五十六億円です。四年連続赤字なんです。その原因は保険料収入の減少です。すなわち、予算を見ると、被保険者が昨年予算と比べて八千四百人減少している。リストラです。それから、保険料算定の基礎となる標準報酬月額が昨年と比べて一万一千六百二十七円減少している。そのため、保険料収入が昨年と比べて約六十六億円減っているんです。もちろん、これはリストラの影響であります。

私は、こういう状況の中で保険料や患者負担を増やすということになると、個人消費を冷え込ませる、失業と倒産の連鎖を生む。かえって景気を悪化させて、健保財政を改善するためと言いがら、結果として健保財政の悪化を招くんじゃないか。

総理、これ本会議でもお尋ねしましたが、もう一度お答え願いたいと思います。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) これは、先ほどもお答えいたしましたけれども、医療費だけの問題ではない。経済全体を活性化の中で、例えば保険料一つ取ってみても、これは率ですから、パーセントですから……

○小池晃君 医療費の影響を聞いています。○内閣総理大臣(小泉純一郎君) 今、ちょっとお答えしているんです。

医療費だけの問題ではないと、保険財政というのは、それは給料が上がれば保険料収入も増えるでしょう。だから、医療費だけという面だけでは一面的に量れない面があるんです。この医療保険財政も、全体の経済の活性化の中で、財政状況が良くなれば、それは医療費をどんどん下げて患者負担を下げることもできます。財政収入が多いと、景気が良くなって予想以上に税収が入ってくるという場合もかつてはあったわけですから。そういう点において、医療費だけで経済の消費が冷え込むということは、一概に私は言えないと思っております。

○小池晃君 それは当然ですよ。私が聞いているのは、全体いろんな要素あるでしょう、医療費の負担増が影響はどの程度ですかと、与える影響はどの程度ですかと、そのことについて聞いているんですよ。

総理は、本会議で私の質問に対して、中長期的には国民全体にとってプラスになるとお答えになりました。中長期的にプラスになる根拠を示していただきたい。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) それは、中長期的には、この国民皆保険制度が持続可能、維持されるというところは、国民全体にとってプラスです。かつては国保だつて五割負担だったんですから、それが三割負担になった。経済が発展していくうちに財政状況が良くなれば患者負担は引き下げられる場合があるかもしれない。あるいは保険財政が破綻して国民皆保険制度が崩れた場合には、一番痛みを受けるのは国民全体であります。

私は、そういうことから見れば患者負担だけの引上げが痛みじゃない。保険者、税金負担者、診療側、いろいろな点を考えるべきではないかというところから見れば、私は、この医療保険財政を健全化するような歩を進めること、そして皆保険制度を守ること、これが国民全体にとってプラスになるというのを言っているわけであります。

○小池晃君 そんな大ざっぱなことでは答えられません。だって、私が聞いたのは、具体的に聞いたんです。負担増になれば、総理は言ったんです。短期的には痛みを伴うけれども中長期的には国民経済全体にとってプラスになると。答えた以上はその根拠があるはずでしょう。今みたいな、何かもう本当に飲み屋で話しているような話

みたいな話じゃなくて、ちゃんと計算して、シミュレーションして、どういう効果があるのかということをした、ちゃんと根拠を持った上で初めて言えることですよ。根拠もなく言ったんですか、そんなことを。どうなんですか。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) いや、飲み屋じゃない、国会の委員会じゃないですか。飲み屋で話している話じゃないですよ。何を言っているんですか。当たり前の総理として大方針を言っているんじゃないのですか、国民皆保険制度をどうやって維持していくかという。何でも患者負担を引き上げれば国民負担と思うのは私は大間違いだと思う。

○小池晃君 そんなこと言っていないんですよ、今は。根拠を示してください。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) 根拠にしても、この財政状況を考えてどうするんですか。ほとんどどんな借金を増やして税金で負担してやればいいというんですか、共産党は。公費負担、公費なんというは税金負担です。(答えてください、答えて)と呼ぶ者あり。答えています。これが答えですよ。

○小池晃君 全く答えになっていませんよ。私はちゃんと、この問題が中長期的にも非常に景気に対しても悪影響を与えるんじゃないかと

言っているんです。政府が答える以上、きちっと経済に与える影響というのを試算して委員会に示すべきですよ。中長期的にこうこうこういう効果が出てくるんだということをきちっとシミュレーションして、その試算結果を当委員会に提出していただきたい、そのことを政府の方に要求をしたいというふうに思います。

さらにもう一つ聞きたいのは、国庫負担の問題です。

政管健保財政悪化の要因です。これは本会議で指摘したように、一六・四％から一三％に国庫負担下げた、九二年。総理は、先ほども議論ありました、三方一両損というふうにおっしゃる。この三方一両損というのは、患者、保険者、医療機関だと。その場合、政管健保の保険者というのはだ

れか。これは国ですよ。ということは、政府ですよ。ということ、私はその三方一両損に政府が入っていないじゃないか、国庫負担入っていないじゃないかというふうに予算委員会で言いたければ、政管健保について言えば、これは国が保険者なんだから、三方一両損というのであれば保険料も上げますよと、窓口負担も上げますよというふうに言うのであれば、まずこの政管健保の保険者である政府の負担、つまり国庫負担を元に戻すと、これやるべきじゃないですか。これしないで何で三方一両損というふうに言えるんですよ。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) その点が共産党と私は全く違う。公費負担というのは税金負担です。これは何で国民負担じゃないんですか。

○小池晃君 三方一両損じゃないですかと言っているんです。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) 国民全体がプラスになる。税金負担、負担。この今の財政状況をどう考えるんですか。

何でも患者負担を、保険料負担を減らして税金を増やせというのは国民負担ではないと考えるのは、私は全く違うと思います。今の財政状況をどうやって健全化するか、その点もよく考えていただきたい。(質問に答えていないぞ)と呼ぶ者あり。

○小池晃君 あなた総理大臣なんだから、私の言うことぐらいいちやんと聞いてください。私が聞いているのは全然違うんですよ。

総理がおっしゃっていたことから照らしたって、少なくとも政管健保に限って言えば、明らかに保険者は国なんだから、国庫負担増やすべきじゃないですか。しかも、この国庫負担というのは約束していたんですよ。昔、一六・四％から一三％に下げたときに、附則の六条に財政運営の状況等を勘案し、必要があると認めるときは一三％の国庫負担割合について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずると。この条項は今でも生きているんですよ。だとすれば、これ今ま

で放置したのは正に約束違反じゃないですかと。国庫負担を、保険者である、保険者としての痛み、国庫負担をまずせめて下げる前のところまで戻しましょうと。これぐらいやって初めて三方一両損と言えるんじゃないですか。どうですか。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) 正に財政状況を見ながら考えているんですよ。今の財政状況と過去の財政状況とどうなっているんですか。

○小池晃君 だから財政運営、政管健保の財政運営と言いました。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) それはもう全体を考えてです。

○小池晃君 全く分かっていないです。

この条項は、政管健保の保険の財政運営等の状況を勘案し、要するに政管健保、そのとき黒字だと、大幅な黒字だから国庫負担減らしましょうと、そういう答弁しているんですよ。それで、議員が質問して、このまま赤字になったらどうするんですかと何度も質問しているんですよ。それに対して当時の政府は赤字になったらちゃんと復元しますと言っているんですよ。そのことをここで言っているんですよ。そのことをやらずに国民に負担を押し付けるといのは全く約束違反じゃないかと。私の質問に全く答えないというふうに思います。

しかも、総理、あなた自身や自民党は何の痛みも感じていないじゃないですか。政治献金の問題であります。資料を配っていただきたいと思うんですが、総理は本会議で、製薬企業などからの献金だけでも禁止せよという私の質問に対して、企業献金は必ずしも悪とは考えておりませんと答えました。もちろん、我が党は政治献金、企業・団体献金禁止すべきだと思います。しかし、それができないというなら、せめて公的医療保険財政を原資としている製薬企業とか医療団体からの献金は禁止すべきじゃないかと。今財政赤字だということと痛みを押し付けようというんですから、なおさらだと思いませんか。

総理は、かつて厚生大臣時代、国会でこう答え

ています。九七年十二月九日の衆議院予算委員会、我が党の志位委員長からの質問に対して、公金を受けている団体や企業からは厳しい制限を設けていかなければ、かつてあなたはそうおっしゃっていたんですよ。ならば、公的医療保険財政から収入を得ている企業や団体からの献金は禁止すべきじゃないか。あなたのかつての主張に照らしても、そうすべきじゃないですか。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) 私は、企業献金、悪とはみなしておりません。しかし、一定の制約を加えるべきだということを言っているんです。野方図に幾らでもいいたいことは言っています。一定の制約が必要だと。人によって、政治活動の資金をどうやって調達すべきかというのは政党のよって立つ基盤によって違っています。私は、政党の活動、これについては、それぞれ人によって調達方法は違うだろうし、使途も違うと思います。しかしながら、一定の制約は課されるべきだと。そして、一部の企業、一部の団体に左右されないように資金調達はどうかあるべきかということは当然考えていい問題だということを言っているわけでありです。

○小池晃君 だから、その一定の制約を、こういう公的医療保険財政から原資を得ている医療団体から拒否すると、やめるということを私は提案しているんですよ。

あなた、この問題、明確に答えない理由が私はあると思うんですが、資料をお配りしましたけれども、これは総理が受けている政治献金でありまして。日本医師連盟や製薬産業政治連盟など医療関係の企業・団体からの献金です。九八年七月に厚生大臣を辞められてから千三百二十万円、九九年には千七百二十万円、二〇〇〇年には千六百万円、あなたの政治資金のかんりの部分をこういう医療関係の企業・団体が占めている。

総理は、さきの予算委員会の際にもこう言っているんですよ。厚生大臣在任中は政治献金自粛すると。確かに自粛していると。十万円もらっているようですけれども。辞めた途端にまたもらい

始めているんですよ。しかも、そのときよりも増えているんですよ。これだとやめた自粛期間の元を取ったと言われても仕方ないんじゃないですか。私、こういうやり方をしている国民に痛みを押し付けるなんという資格あるのかと。だから、せめてこういったことだけでもやめますと何で言えないんですか。制限だと言ったたら、はっきり言ってくださいよ、やめますと。もうこういう公的医療保険財政得るところはもうもらいませんと、自民党やめますと、言ってくださいよ。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) これだけ資金をいただいているながら、なぜ私は製薬企業にも医療団体から嫌がることをやっているんですか。全く政治献金影響を受けていない。はっきり言えるじゃないですか。これだけの献金をして、じゃ小泉は見返りをくれているだろうかと言ったら怒るでしょう。嫌なら献金をやめりゃいいんですよ。政治献金の多寡に私は影響されないということを証明しているじゃないですか。

○小池晃君 そういうことを言っているんじゃないんです。私は、公金を受けている団体や企業からはそもそも政治献金もらうべきじゃないと言っているんですよ。あなたもかつては制限を設けるべきだと言ったでしょう。こういうふうにしな

い、こういうのをやめるといふのがあなたの言う改革だったんじゃないですか。小泉改革というのは、正にこういったことをやめるといふことだったんじゃないでしょうか。それなのに全くこういったことにメスを入れようとしません。そうして、一方では、国民に痛みを押し付ける。これ

じゃ正に今までの自民党政治と全く変わりませんよ、あなたのやり方は。こんなことでは国民は、負担増は一かけらも信用しない、こんなことは受け入れられないということを上上げて、私の質問を終わります。

○広野ただし君 自由党・無所属の会、国改連絡会の広野ただしです。

まず本題に入ります前に、この国会ほど政治と金、このことが問題になった国会はないと思いま

す。この参議院においても井上議長が辞職をされると、こういうような憂うべきことがあったわけでありです。

それで、鈴木宗男氏のことです。ありますけれども、衆議院で逮捕許可請求が許可されて逮捕と、こういうことになりました。そしてまた、辞職勧告決議案が通過した、賛成された。こういう事態の中で総理は、現時点において鈴木宗男氏は議員を辞職すべきだと、こういうふうにならざるを得ないか。いかがでしょうか。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) 私は前々から言っているんですよ、政治家というのは自分で出处進退を判断すべきだと。しかも、鈴木議員の場合は衆議院で辞職勧告決議を受けているんですよ。あとはもう本人が判断すべきだと思っております。

○広野ただし君 そこが私は非常に無責任だと思

います。といいますのは、鈴木宗男氏は辞職勧告決議案を受けられた。そして、もうほぼ全員です。辞職勧告に賛成をされた、何人かはされなかったというふうなことでございまして。そういう中で、しかも自民党総裁であります、そして、鈴木宗男氏は小選挙区で上がったわけじゃないんです。比例で上がってきたとされる、そういう自民党の中で高位な位置付けの中で上がってきた、そういうことであれば、今、自民党総裁としてはやはりひき詰め談判をしてでも辞めるべきだと、こういう説得をすべきじゃないんでしょうか。いかがでしょうか。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) いかなる個人が、説得しようが、国会の辞職勧告決議というのは一番重いんじゃないんですか。それを聞かないんだら、これは本人自身が判断すべきだと私は思います。

要するに、本人が判断すべきであって、それは、比例代表議員と選挙区議員とは差別すべきではないというのが法的の建前じゃないですか。比例

代表議員とそうでない議員は差別すべきだという議論になったらそれはまた別ですが、私は、国会議員の資格について、恐らくここにおられる議員も、比例代表と選挙区議員とは違うという議論が成り立つんでしょか。私は、国会議員としては同じ資格、同じ活動、同じ権利、同じ義務持っていると私は思いますよ。

私は、出処進退というのは本人が決めるべき問題だと思っております。

○広野ただし君 いや、自民党総裁として公認をした、しかも比例で上がってきた、私はその差別のことを言っているんじゃないんです。

そういう中で、まだ本人の意思次第だというのは結果的に擁護をしている、守っているということなんです。やはり総裁として責任ある立場からいって、私はひびき詰め談判してでもやっぱり辞めさせる、それが政治と金に対する国民の大きな不信を解消する大事なことだと思ふんです。何か丸投げしたような、だれかに任せたいというようなら、そんなことでは政治と金の関係は一切良くなりません。私には思ひます。いかがでしょう。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) 再三申し上げているように、出処進退というのは本人が判断すべき問題です。

○広野ただし君 結局、それが鈴木宗男氏を守っているんです。私はそのことを強く言っておきたいと思ひます。

やはり今となったら、総理大臣、また自民党総裁、離党されていますけれども、それにしても本当にひびき詰め談判して、いや、それはもういろんな言い方あるでしょう。そういう中で、鈴木宗男氏は辞めるべきだと。それが政治を浄化する、そしてまた政治の大きな責任なんだと。それをなぜ全くやられないで傍観的な立場におられるのか、私は本当に理解できない、こういうことを強く訴えていきたいと思ひます。

ところで、本題に移りたいと思ひますが、今度のことを先ほど皆さんもおっしゃっておられま

す。三方一両損なんだと、こういうことでありますけれども、その中で国民負担、これが非常にやばい重いものだ。坂口厚生大臣は、単年度で患者負担は四千八百億、そしてまた政府管掌の保険料引上げで五千七百億、それとほぼ同じような健保というところでしょから、トータル一兆五千億ぐらゐの負担になるんじゃないかと、こういうことであります。

私は非常に憂えますのは、小泉総理が厚生大臣のときに、結局、平成八年、比較的経済が盛り返してきておいて、本当にこれから回復しようかというときに消費税を三%から五%に上げた。大体五兆円ぐらゐの負担増をした。そしてまた、医療費の減税を打ち切ったことによる二兆円の負担増、また更に医療負担で二兆円と九兆円の負担を国民に強いがために、平成九年、がたがたと来て金融危機にまで立ち至っていく、こういう事態をまた起こすんじゃないかと私は思ふわけです。いや、今度は一兆五千億だから負担は軽いよ、そういうものではないと思ふんです。

今、長引く不況によって本当に失業者も多く出ている。中小企業はほとんど倒産をしている。大手企業といえども本当にぎりぎりのところで経営をやっている。正にがけっ縁のところにあるわけですね。そういうところで、ちょっとこの一兆五千のまた負担を強いということになりますと、経済にどんな影響を及ぼすのか、そのことについて改めて総理に伺いたいと思ひます。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) 経済への影響は医療費の問題ないとは申しません。しかし、医療費だけではない。今、消費税のお話出ましたけれども、それは消費税の引上げというの過去、影響あったでしょう、医療費の引上げも影響あったでしょう。しかし、私は、経済全体を見ると、財政状況というのにも影響ある。これは一面だけじゃなく、総合的に考える必要があるのではないかと、医療費だけではないうことをあえて申し上げたいと思ひます。

○広野ただし君 もちろん、そういうことは私もよく存じております。

今、五月に景気は底入れしたというようなことを発表し、しかしまたその後アメリカのエンロンですとかワールドコムとか、いろんなことでアメリカが、株価がぐっとまた下がる、サミットも行ってこられましたが、世界同時不況というようなこともやはり懸念されるわけです。正にアメリカへの輸出依存で何か経済が回復しようといううような、そういうような人任せな正に経済回復過程なわけですね。

もう本当にどうなるか分からない、こういうところに、前の九兆円ほどにはいかないけれども、一兆五千億というような負担が掛かってくる。私は、これはまた経済をがたがたにする、そういうおそれがあると思っております。しかも、来年には三年ごとの見直しである介護保険の問題がまた出てまいります。どの市町村ももう大体赤字で、介護保険また上げなきゃいけない。これも多分、私の試算では一人二万円ぐらゐ上がってくるんじゃないかというような形に、年間ですね、月々は三千円から五千円ですけれども、といううなことで、いづれにしても介護保険のまた負担が増える。先ほどもありましたけれども、年金の問題もまた出てくる。

そういう国民負担がまた来年がんと掛かるといううことになると、これは試算しませんが、どれぐらゐになるか分かりませんが、本当に経済を悪くしてしまうんじゃないか。ですから、私は、本当に景気がしっかりとする一年半なり二年後、だからこれはまず廃案にしてしまつて、そして医療改革の抜本的なことをまずやって掛かると、そして経済がしっかりしてきたと、そのごろにもう一回出し直すと、こういう考え方があっていいじゃないかろうかと、こう思っておりますが、いかがでございましょうか。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) それは、今まで言われてきた各制度の改革、特に医療制度改革について先送りの議論じゃないでしょうか。

今まで、先ほどからいろいろな質問について答弁いたしてまいりましたけれども、各保険者間の問題、診療報酬の問題、患者さんの負担の問題、いろいろあります。それは、現状維持というのについて要求は強いのは分かっています。そういう中において、今までどおりでやれということこそ私は先送りの議論ではないかと思っております。もう財政状況を考える、今御指摘されたような介護保険の問題もある、医療保険の問題もある、社会保障の問題、いろんなことがあるというふうになると、現状維持で先送りすれば、これまた社会保障負担をどうやって財政的に考えるのかという問題もある。現状維持ということこそ私は先送りの議論ではないかと憂慮します。

○広野ただし君 私は、先送りをしてくれと言っているんじゃないんです。まず、医療の抜本改革をこの二年間の間にやることのできるじゃないかと、言っているんです。そして、経済がしっかりしてきたときに、今言われたようなことも考えて法案を出し直すと。

例えば、先ほど坂口厚生大臣がおっしゃいました医療の無駄、この医療改革を進めるときにいろんな無駄があるんだ、正に重複診療のことですとか。重複診療一つ取りましても、大体全体で九・何%ある。お年寄りの場合は一五%ぐらゐある。ですから、電子カルテなんかを共有をしてやっていけば、本当に一割ぐらゐはそういう分野では無駄を省けるかもしれない、こういうことなんです。だから、何もしないということをやっているんじゃないんです。

ですから、経済が本当にがたがたになってしまつて、またこの間の二の舞を繰り返してしまつたら、それこそ本当に国民の皆さんに申し訳ない。しかも、今の三方一両損の考え方はお金のつじつま合わせだけですね。根本改革には何にも手も入っていない。今言いましたような話が、重複診療のことですとか電子カルテの問題ですとか、本当に、レセプトの電算システムの問題ですとか、根本的なところには何の手も入れていない

んじゃないですか。それを二年を目途にしてやりましようとか、そういうような話でかえって先延ばししているんですよ、それは。根本改革を先延ばしをしてお金のつじつま合わせだけをやっていると、こういうことだと私は思うんですよ。

ですから、本場に三方一両損というのは、私は、そこに出ているのは、お金のことをだけを気にして、本場に国民主体の医療サービス、患者サービス、本場にみんながいざというときに安心して掛かれる、また年を取っても安心だという、そういうことの視点が全く抜けているところに私は大問題がある。三方一両損というのは、本場にこれはお金のことでかえっているんだというふうにかえられないわけでありまして。いかがでしょうか。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) 今言いました電子カルテの問題にしても重複診療の問題についても医療提供体制の問題についても、今までやってきているんです。あるいは検査の無駄、医療費の無駄、そういう点についても出来高払制度とか包括払制度、これも進めているんです。お金のだけの問題、お金の問題、帳じり合わせと言いますけれども、これは財政状況、これも大事であります。

そういう点から考えてみると、この医療制度改革というのは、給付の問題、負担の問題、質の問題、いろいろ考えなきゃならない。それを着々と進めていきながら、お互いの負担と給付はどうあるべきかということに今手を入れているということとを御理解いただきたいと思ひます。

○広野ただし君 もう一つ、高齢者医療、老人医療の問題であります。

全体医療費が三兆兆円、そのうち高齢者医療が十兆円、十一兆円と。大体三分の一から四割近くは将来はなるといふことであります。確かに、国民医療の伸び率が年四割ぐらひですか、それに対して老人医療の方は倍ぐらひの七・八割年率で伸びている。こういうことから考えましても、今のようない負担のやり方だけでは私は必ずまた老人医療はパンクしてしまふ、こういうふうに出てお

きます。実際に、これに拠出する健保組合が一・八兆円で、また拠出している。要するに、七兆円のうち組合健保が一・八兆円、政管が一・一兆円ですか、国保が二・四兆円ということでは老人医療の方へ拠出しているわけですね。こういうことを考えますと、老人医療の伸び率のことを考えますと、もうまたすぐ私はパンクしてしまふと。だから、公費で三割のものを五割に上げていきます、五年間掛かってやっていきますと、こう言っても私は駄目だと思っております。

ですから、この七十五歳以上の高齢者医療というのは、私たち自由党は社会福祉税というのを入れてきちっと税金で賄うんだという考え方を持っておりましても、いざにしてみても、これだけ付けて焼き刃的なことをまた繰り返している。だから、本場に国民の側から見ると、何かやっていくけれどもいつかまたパンクしてしまふ、だからちゃんと貯金をしてやらなきゃいけないんだ、将来に対する医療の不安が一向になくならないということだと私は思うんです。ですから、本場に抜本改革にも相変らずこれはなっていないんだということを強く言っておきたいと思ひます。

それと、先ほどありましたけれども、東京女子医科大学の手術ミス、またその改ざん問題、こういうことは私はまだ氷山の一角で、山ほどあるんだと思ひます。そして、その医療被害を防止する、これはもう非常に大切なことでありますけれども、それがあつた後、これは被害エイズのときもそうです、裁判になつて、そしてその後やと補償、被害補償という。ですから、私はこの医療の、医療被害の防止とこの救済制度というものをきちっとやっておきまさんと、もういつ、どれだけでもこれが出てくるということだと思ひますから、その点について、厚生大臣、いかがでしょうか。

○国務大臣(坂口力君) 医療ミスの問題につきましては、御指摘をいただきましたとおり、大変大

事な問題であり、これは一日も早くなくさなければならぬ問題だといふふうに思っております。

これは、一つは発生予防をどうするかという問題が基本にあるわけですが、あわせて、不幸にしてそれが発生しましたときにどうするかという問題と両方あるといふふうに思っております。

発生予防につきましては、これはもう抜本改革とも私は関係してくるというふうにも思ふんですが、現在の医療現場が余りにも忙し過ぎるということはある得ると、率直に申しまして私はあるといふふうに思ひます。

今の人員の構成にいたしましても、一ベッドに対して、病院の場合ですと医師何人、看護婦何人というふうな決まっています。しかし、このベッドの回転率が速くなつてまいりますと、例えば一人の人が四十日間入院をしている場合と二十日間入院で回転する場合とでは忙しさは比べ物にならないほど、回転が速くなればなるほどこれは大変になつてくることは御承知のとおりでございます。

こうしたことも今後検討に入れながら、病院の中がもう少し落ち着いて医療のできる、質を上げるためにどうするかといったことも考えていかなければならないといふふうに思ひますが、不幸にして起こりましたときに、それに対する体制も強化をしておかないといけないといふふうに思ひます。

御承知のとおり、医薬品の場合には医薬品副作用被害救済制度というものを設けておりまして、これによって今対応をしているところでございまして、これは来年になりますけれども、生物由来製品につきましてもの感染被害につきましても新たな救済制度の創設に向けて今進めているところでございまして。

このほかいわゆる病院の医療ミスというのは医薬品とはまた違った側面がございまして、これはそれぞれの病院の責任ということになるわけでございますけれども、ただ単に病院の責任というだけではないで、これらに対しまして起こらないようにどうしていくかといったようなことで、医療安全推進総合対策というのを本年の四月に取りまとめをいたしました。こうしたことも基本に

たしまして、これから努力をしていきたいと思ひております。

○広野ただし君 万々あつてはならないことではありますけれども、やはり人間のやることです。しかも、何百万人という人を扱っていく中で、本場にそういうことがあつた場合の救済措置というものも早くやっていくというのがやはり医療改革の根本だと思ひますし、もう一つ、医療全般のことについて、私は特に医療提供側からいいますと、護送船団方式になつていて、どの病院もどの医療機関も何の評価も十分になされないままになされている。

この間、海外の格付機関の、日本の政府の方々は頭にきちゃつて、国債の格付で何事かと、こういうことでやっておられますけれども、格付機関の方と話をしました。そうしましたら、それこそ医療機関であろうとみんな評価をする、レーティングをしていくということでもあります。そういう中から本場にまた競争というものが起こつて、あの病院には負けちゃいけないということから本場にまた競争政策が入つていい医療が提供できる。今まで本場に競争のない世界といひますか、そういう医療福祉分野でありますけれども、競争というところについて、公取委員長、どのように考えておられますか。

○政府特別補佐人(根来泰周君) この医療分野につきましましては、国民の生命ないしは健康、安全に深くかかわるものでございまして、ある程度社会的規制ということは必要だと思ひつてございまして。しかし、その規制が過度にわたつてい場合、あるいは規制に名をかりて利益の保護を図っている場合など、いろいろ具体的にはそういう案件があるわけでございます。

そういうことで、具体的案件につきましましては、例えば広告規制とか医師会の問題とか、そういうものについては具体的に私どもは独占禁止法の見地から厳正に対処しているところでございまして、さらに翻つてたゞいま御指摘の制度の問題、あるいは運営の問題について自由な競争を阻害し

ているということがありますればこれは問題でございまして、これは私どもの研究会でいろいろ研究をしていただいて、いろいろ提言をしているところでございます。引き続きそういう見地から厳正、適正にやっていきたいと、こういうふうと考えております。

○広野ただし君 まだまだいろいろと国立病院のこと、その評価の問題、今度独立行政法人になりますし、また社会福祉病院も社会保険の病院もたくさんある、国立大学の病院もあるという中で評価の問題、これも本当に国民の皆さんがどこに掛かっているのかというところがなかなか分からない、こういうことでありますので、レーティングという非常に問題、誤解を招く場合がありますが、どういう医療機関がいいんだろうかということをお官が評価するんじゃないかと民間が評価をして、その情報が提供される、この方がよっぽどいい体制だというふうに思っております。

そしてもう一つ、本法の附則で抜本改革のものが、何年までにやるんだということが書かれておりますが、これが非常に前の小泉厚生大臣のときもほごにされてしまった。そして今回、総理もいつまで続けられるのか私分かりますけれども、本当に抜本改革についての担保をどうやってやってもらえるのか。総理の決意を聞いても総理はいつか辞められるかもしれない、あるいは厚生大臣の決意を聞いてもどうなるんだ、この担保のことを、そのことについて、総理、いかがでございますでしょうか。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) それは、その改革のために今法案を提出しているわけでありまして、それを信用しないと言われれば信用しない、仕方ない。私はやると言っているんです。それが担保です。

○広野ただし君 終わります。

○大脇雅子君 一九六〇年来、国民皆保険制度というのは少子高齢化社会にこそ最も意義を発揮すべきである、いつでもどこでも安心して必要な医療を受けられるということが我々がこの制度に唯

一こだわる大きな意義であろうと思います。

平成九年の六月三日、参議院で総理は、「私は、今回の改正案が出てきたからこそ、もうこの一部の患者負担の引き上げ等の手直しではもたない、本格的な総合的な抜本改革が必要だ」という声が強く上がってきた」と、「今まで抜本改革をしなければならぬと言いつつできなかったのではないかと。そのような難しさをはらんだのが私は医療制度だと思えます。過去何度も抜本改革ができなかったという歴史の教訓も踏まえて、今度こそ抜本的改革に踏み切りたい。」と、このように述べておられるわけでありまして。

そして、その結果、国民の負担増は二兆円とされて、日本経済を悪化させてしまった。今回の改正案については、外来、入院が二割から三割に現役世帯の負担が増え、七十五歳から外来の上限撤廃をお年寄りに負担をするということになっておりまして、日本医師会はこの改革に対して医療改革の基本的方向が見えない、なぜ改革が必要かという哲学部分が希薄だと反論しております。連合の笹森事務局長も、これだけの負担増を国民に求めながら医療の将来像が見えない、国民は社会保障への不信を募らせ、更なる景気悪化を招くと警鐘を鳴らしているのではありません。

そこで、お尋ねをいたしますが、平成九年、抜本改革を必要だと言われた厚生大臣小泉総理が、これまでのような改革がなされてきたと認識されているのか、そして今後とも、二年あるいは五年をめどに改革をするという附則に書かれておりますが、これの全体像というものは一体どのように提示されるのか、二点についてお尋ねをいたします。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) 医療制度改革については、今御指摘のようにいろんな面があると思えます。私自身も、これまで薬価の問題、これも引き下げてまいりましたし、現に、今まで薬価がかなりの面を占めていたんじゃないかと言われましたけれども、三〇%から二〇%程度に全体の医療費引き下げてきたと思います。

また、診療報酬につきましても、先ほど各委員の御質問でも出しましたけれども、無駄な治療、無駄な検査、無駄な診療があるんじゃないかという点につきましても、出来高払制度と包括払制度、この組合せをもっと図るべきではないかという意見につきましても進めてきております。

さらに、医療提供体制、この問題につきましても、一般病棟あるいは療養病棟、こういう医療提供体制についても改善を進めてきておりますし、高齢者医療制度につきましても、これまで大きな反対、抵抗がございましたけれども、やはり高齢者にしても一割程度の負担というものはお願いすべきじゃないかと。こういう問題についても各方面から非常に反対がございました。しかし、上限を設けますということで、一般の方々は三割負担、二割負担しているんだし、このままですと高齢者が増えるという状況を見ると、余り若い世代に負担を押し付けるわけにはいかぬということ、これが高齢者にも一割負担をお願いしたところ、これについてだいたい大反対があったんじゃないですか。しかしながら、上限を設けるということでやってきているんです。

いずれにしても、今言った問題、全部賛成なんではあり得ません。それぞれ団体が反対してきたんです。それは医師会の皆さんでも、今言った、そうなんです。連合の皆さんでもそうです。全部反対をしてきたら何もできませんでしたよ。そういうところをあえて踏み込んでやってきたんです。

これから改革というのはすべて賛成するものはないかと思えます。必ず強い抵抗が出てきます。それは自民党を支持している、野党を支持しているを問わず、診療側についても支払側についても患者側についても、あるいは税負担についても、必ず国民から、全部賛成なんてあり得ません、必ず強い抵抗が出ます。もっと税負担を増やせ、公費負担を増やせと。じゃどこで税負担を増やすのかといえは必ず、じゃどの税項目を増やすかということでは必ず反対が出ます。

あらゆる改革には必ず一面からの抵抗、反対

が出ます。しかし、それをやらざるを得ないところに来てはいるんです。そういうことを進めて、考えてみれば私は今までも改革を進めてきた。それでもできなかった。これはもう過去例にないほど高齢少子化が進んでいるんです。今までのように高度成長時代に若い人がたくさん多くて高齢者が少なかった時代と、ますます高齢者が増えて若い世代が減ってくるという時代ということも影響があります。

私は不断の見直し、抜本改革というのはこうあるべきだという点については、これこそ抜本改革でこの改革をすれば改善は必要ないという改革はあり得ないと思いますけれども、今の時点であるべき改革は何かという点について、抜本改革を目標にしたいと思っております。

○大脇雅子君 ただいまの健保法の改正は五年しかもたないということが言われております。とりわけ今厳しい雇用失業情勢の中から、失業者は必然的に健康保険の被保険者から外れるわけでありまして、とりわけ年齢別の雇用失業情勢を見てみますと、二十四歳までの完全失業率は男女計で二二%、二十五から三十四歳までの完全失業率は六・七%、このように失業者が増えていくということは、この健康保険体制を土台から崩していくということになります。

そして、正社員が減少いたしましてパートや派遣労働者が増加する中で、保険料を払わないという労働者が大変たくさん増えてきている、こういうところで一体、この若者に対する保険料の負担というものが非常に我が国の健康保険体制を維持する上で大きな社会問題だということについては、どのような改革、対策をお考えなのか、御意見を伺いたします。

○国務大臣(坂口力君) 若い人たちの保険料の問題につきましては、その前に若い人たちの職業、若い人たちの雇用というものをどうするかということが一番大事な問題になってまいりまして、これは御指摘のとおり、若い人たちの失業率というのが非常に高いところがあるわけでございます。

すので、ここに私たちも全力を傾けなければならぬというふうに思っております。

しかし、若い人たちにはまた求人も多い、ここは多いわけでありますが、そこにミスマッチが存在する。この問題を一体どうしていくかといったようなこと、それから若い皆さん方には学生時代から職業意識を十分に持っていたためにインターンシップでありますとか、あるいは企業に就いて一度そこで働いていただいていた様子を見ていただくと、いったんそのようなこともやはり行っていないけれども、来年というふうな思いが湧いてくる。これらのことを今年の予算におきまして最も重要課題として取り組んでおりますし、そしてこれを更にやっていかなきゃならないというふうに思っているところでございます。

そうして、そうした中で御負担をいただく。ただし、医療保険だけで見ますと、これは全体として若い人たちは御病気をされるケースというのは少ないわけでございますから、高齢者のためにかなり御負担をいただくわけにはいかないということに、私はやはり率直に申しまして、なっていくだろう、しかし、そこはお勧めをいただきまして、たまたまそこで保険料としてのことはお許しをいただかなければならないというふうに思っている次第でございます。

○大脇雅子君 最後に、総理にお尋ねいたします。

二〇〇〇年で約三百七十万世帯、全世帯の一七・七％を保険料の滞納者として、これが増加の傾向を示しております。財政圧迫に拍車をかけていることは当然であります。今、厚生労働大臣から若者の就労に対する対策について御説明がありました。これまで日本の雇用政策は消極的な雇用政策、例えば失業保険の給付その他に力点が置かれて、こうした若者に対する中長期的な雇用対策というのは予算上もあるいは政策上もなかったというところが私は非常に大きな問題であろうと思っております。この点について、総理はどのような対策をお考えになっているのか、お尋ねをいたします。

て、私の質問を終わらせていただきます。

○内閣総理大臣(小泉純一郎君) 若者に対してこれからますます自分たちの世代は負担が増えるんじゃないかと、高齢者が増えてきて自分たちはどうするんだらうと、果たしてこの保険制度は維持されるものでないかという御不安、心配があるのは事実だと思っております。

しかし、この問題につきましても、先ほど厚生労働大臣が答弁されたように、まず若者に対する職というものをどう考えるのか、あるいは経済全体、活性化をどう考えていくかと。さらに、これは医療制度のみならず日ごろからの健康づくり、長野県を例を取ってみても、必ずしも医療費を増やせば健康な人が増えるかということでもない。日ごろから生活習慣というものをどう考えて健康を維持するか。食事の面においても、あるいは運動の面においても、休養の面においても、単にお医者さんに掛かるだけで病気というのはなくなるものでもない、薬飲めばいいというものじゃない、やはり健康というのは自分自身が日ごろから守っていくもんだと。病気になったことよりも、まず病気になるための予防も大事だということ、こういう国民運動的な、子供のころからの健康づくりというものを親も子も考えていく必要があるのではないかと。

そういう点について、私は、単なる医療制度の改革というのみならず、日ごろから国民がどうやったら健康を維持することができるか、健康づくり、こういう点についても十分考えていくことが医療制度で大事な点だと思っております。

○委員長(阿部正俊君) 時間が来ていますので、よろしく。

○大脇雅子君 総理は、将来的に国民皆保険の医療制度を維持することを強調しつつ、負担は軽く給付は厚くというわけにはいかない、自助と自立の精神を基本的に多くの国民の方々の理解を得ながら社会制度に向けて努力をしたいと表明されております。

しかし、その前提としては、制度にかかわる

情報開示と負担に関する国民的コンセンサスがなない限りは制度に対する信頼がないということを重ねて申し上げまして、私の時間が参りましたので終わります。

○委員長(阿部正俊君) 午前の質疑はこの程度とし、午後一時まで休憩いたします。

午前十一時一分休憩

午後一時開会

○委員長(阿部正俊君) ただいまから厚生労働委員会を再開いたします。

まず、委員の異動について御報告いたします。本日、広野ただし君が委員を辞任され、その補欠として森ゆうこさんが選任されました。

○委員長(阿部正俊君) 政府参考人の出席要求に関する件についてお諮りいたします。

健康保険法等の一部を改正する法律案、健康増進法案及び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の審査のため、本日の委員会に、理事、会協議のとおり、厚生労働省保険局長大塚義治君、外五名の政府参考人の出席を求め、その説明を聴取したいと存じますが、御異議ございませんか。

〔異議なしと呼ぶ者あり〕

○委員長(阿部正俊君) 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

○委員長(阿部正俊君) 休憩前に引き続き、健康保険法等の一部を改正する法律案、健康増進法案及び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を一括して議題といたします。

これより質疑を行います。

質疑のある方は順次御発言をお願いいたします。

○宮崎秀樹君 自由民主党の宮崎秀樹でございます。

今日午前中、野党の皆様の質問を聞いておりました。答弁は、これは比較するわけじゃないですが、坂口厚生大臣の御答弁の方が分かりやすかったかなというふうな感慨を受けております。そこで、そうはいっても内容についてはすべてそれでいいんだというふうには私も思っております。なので、これは国民の負託を受けた者として、ただすべきところはただし、より良い法案に仕上げるというのが国民のためになると、そういう観点から御質問申し上げます。

まず、我が国の医療の現状を見ますと、これは御案内のように、国民一人当たりの医療費は先進諸国に比べて、これはOECD諸国の中では九番目でございます。さらに、医療費の占めるGDP比でございますが、これは何と十八番目でありまして。こういう概況の中で、これは乳児死亡率は世界で一番低い、さらには健康寿命は世界で一番、そして平均寿命も男女ともに世界で一番、こういうことを考えると一体何が悪いんだと、こういう話になるわけであります。

そしてまた、アメリカそれからドイツ等からも是非、日本の医療制度を見習いたい。かつて、前の大統領の奥さんでヒラリー夫人という方が一生懸命、日本の制度を取り入れようと思っておやりになされたけれども、これはできなかった。それはやはりできない背景が、アメリカと日本とは違うわけであります。これは無理なわけであります。

その中で今回の改正が、これは政府管掌保険の財源が足りないからというところで、いろいろ今まで構造改革やってきたけれども、今回の法案はそれが発端となって議論が煮詰まってきたというふうな理解しているんですが。

ただ、ここで私が一番問題なのは、附則に書いてあるんですね、本日に重要なことが。附則をやれば不足が解消されるんですね、これ。だから、附則と不足で、これはまあ変なしゃべりになりますけれども、ここは主客転倒しているんじゃないかと、本末転倒。私は、附則のことを先にしっかりと

やればこういうことが解決するんで、ここがなかなかできなかったというのは、総理が午前中御答弁なさってありましたけれども、そこに私は問題がある。

そこで、私は、なぜ今三割負担かということにまず焦点を絞ってまいりたいと思います。

政管健保は、現在の状況から今度は総報酬制になるわけですね。そうしますと、現在のところの保険料率八・五％におきましますと、少なくとも二〇〇三年度は二千億円の赤字になると。それを厚生労働省案でいきますと、これは八・三％に下げる、そして薬剤の二重負担もこれは撤廃する、それでも一千七億円の赤字になる、こういう数字が出ております。それから、政管健保の費用は非常にスリム化できる余地があると。それはどういうことかと申しますと、政管健保の保険料、国庫補助金を使って業務勘定の人件費だとか経費だとか、そういうものに使われているんですね。これもリストラをするというよりもむしろ経費削減をすれば、これもそこから費用が出てくる。さらに、政管健保の保険料、国庫補助金で、御案内のように、今、問題になっている社会保険庁の病院ですね、これは保険料で土地を買って建物を建てて、それで無償で貸しているんですね。これは後ほど私、詳しくまたお尋ねしますけれども、そういうようなこと。さらには、一般会計が精算すべき、今、一兆四千七百九十二億円というお金がこれは未精算になっております。

こういうことを全部整理をしますと、患者さんの病気になるたときに、これは恐らく、被用者保険というの是一家の大黒柱でありますから、倒れたときに負担を増やすということになりますと、これは相当やっぱり社会に対する影響というのは大きいと思うんですね。それ整理しますと約二兆円というお金がこへ出てくるんじゃないのと、こういうことが言われております。

私はこれ、今、景気が非常に悪いです。デフレ対策という中には心理不況というのがあるんですね。今、全部蛇口を絞っちゃうんですね、これ。

ですから、もう将来に対する不安感というのは相対あります。

私のところへ入院している患者さんでも、年金もらっている方が、その年金から貯金しているんですね。あなた、年金から貯金したら、いや、食べたいものも節約して、やっぱり心配、だって老後が心配だ。もう八十になって老後ないんですけれども、それでもそうやってその方たちはやはり心配されている。平均寿命が延びたからやっぱりそれは相当な、これから十年ぐらいいまだ何とか生きようと。意欲あることは非常にいいんですけれども。しかし、そういう不安感を与えることが、若い人が今度それを見ていますね。そういうことで、これは少しでもやっぱり節約しようというところで、非常に景気が、消費が伸びてこない。消費が伸びなければ幾ら物を作ったって売れないわけですから。

そういうことを考えたときに、私は、もう少し慎重に、来年の四月一日から三割負担になぜしなきゃいけないのかと。無理やりサディストみたいに痛め付けるといふ話は別ですけれども。先ほど医療機関は余り痛くないということも言っていました。痛くないですよ、これ。私は麻酔打たないで切られたような感じを受けていますけれども。いずれにしろ、実態として実感としてやっていないとこれはなかなか外からじゃ分からないんですが。

私のところも来年、一人一採用しようかと思っただけなんです。これは取りやめました。それは、この前、私、竹中さんに言ったんですが、皆さん御案内のように、一兆円の税金を医療費に入れたら五兆四千億の経済波及効果があると。これはもう総務省が出しているんですね、データ。それから、五十八万人の雇用効果があるんですね、これまた。ところが、今度、医療費を二・七％削減しました。しかし、実態はそれよりもっと痛い、もっと削られておりますけれども、計算しますと。しかし、仮に二・七％出しましても、計算すると医療費ベースで八千億削られることになる

んですね。そのうちの約四分の一が国庫負担でありますから、そうしますと二千億削られる。そうすると、約一兆円強の経済波及効果がなくなつて、十二、三万人失業者を出すんですね、これ。そういうことになって、何で中期展望の、竹中さんが出したになったこの文章の中に医療で五十万人雇用を創出するなんて書いてあるんですかね。これは全く矛盾しているんで、それはおかしいじゃないかと言ったらお答えありませんでした。いずれにしろ、余り不安をおおるようなことは私は、きちっと物事を説明した中で、国民に分かりやすくですね。

私は、はっきり申し上げて、三割負担を国民が納得できるような裏付け、数字があつて、もうこれでやらなければこの国民皆保険制度が駄目になりますよというんであれば、私、三割負担だってもう、すぐも手を挙げて賛成します。しかし、今そんな状況じゃないというふうに私、考えますので、その辺のところを、まず総括的なことから厚生労働大臣からお答えいただければ有り難いと思います。よろしくお願いします。

○国務大臣(坂口力君) 専門家の宮崎先生から様々な御意見をいただくわけでございますから、私も答えにくいわけですが、午前中に山本議員にお答えを申し上げましたとおり、抜本改革というのは大事でございますし、その抜本改革の中心点というのは、これは負担と給付の公正を図る、無駄を極力省く、そして質の高い医療を構築する、この三つであろうというふうに思っております。

それを行っていくためには、無駄を極力省いて、そしてやはり財源のある程度の確保をしなきゃいけません。その分だけ案になるかといえ、一方におきましては、それを今度はいささか削減しないといけないと、継ぎ足さないと質の高い医療のできない部分もある。これも私は事実だと思っております。

先ほど世界の医療の中における日本の医療の位置付けのお話がありましたとおり、日本は世界

の中で見ますと、どちらかといえば割安に医療を運営しているということが言えるんだらうというふうに思いますけれども、やはりここには限度がある。今、どこの公的な病院に行きましても、もうみんな廊下を走っている。歩いておれないといったようなところが非常に多い。ここはやはりもう少し落ち着いた医療ができるようにしていないといけないのではないかと、率直にそう思っている次第でございます。

そういうことになりましたと、そうした、どこにそれを導入すればいいかということをお考えなければいけません。それらを考え、そして質を上げなければならぬということになりますと、一方で無駄を省きましても、その分はほとんどが行ってしまう、あるいはまだプラスしなきゃならないということだとして起こる可能性はあるというふうに思っております。

したがって、この抜本改革をやるといふこと、大前提でございますけれども、抜本改革をやったら財政が大変になるかといえ、財政の厳しさは高齢化が進むに連れて更に厳しくなってくることは事実でございます。抜本改革をやったからこちらが案になるのなら、今御指摘のとおり、私は抜本改革をやり、そしてその後でこれをやるということ、それは御指摘のとおりでございますが、やはりそこはそういうふうにはいかない超高齢社会という現実が待ち受けている。

これに対してどう対応をしていくかということ、片方においてやはりやっていたかざるを得ない状況にあると思うわけでございます。そして、極力不安をなくしていかなくならない。患者さんの皆さん方にもできるだけ安心して受けていただくようにしなければならぬ。それは、現在、三割よりも二割、二割よりも一割、現在、低い方、負担が低いことが一番安心を与えるかといえ、私はそれはそれにしたことではないとは思いますが、それよりも、将来ともに現在のこの国民、公的皆保険制度がこれが継続をされる、今後も続いていく、そしてフリーアクセスと申し

ますか、どの病院でも掛かれるというこの体制が堅持されることが一番国民の皆さん方にとっては安心を生むことになるのではないかとこのように考えております。

したがって、そうした立場を堅持をいたしますためには、必分の御負担をいたさなければならぬ。一番、損得勘定でいきましたら、元気で、そして医療機関の敷居をまたいだことがないという人が一番、負担はたくさんして、そして損をするわけでございます。その次には軽い病気の人が、これは三割負担をしていただいて、そしてその次でありまして、そして重い病気、医療費の高い医療に掛かれる方が一番大変でございますから、この医療費のたくさん掛かるような病気になりまして、極力少ない負担で済むようにどうするか、そこが一番心配をしているわけであります。その心配のために、少し風邪を引いた皆さん方は三割負担をしていただかなければなりませんけれども、例えば胃がんの手術をされまして二百万ぐらい掛かりますよ。二百万掛かったら、その中で個人負担は、例えば個々でおきまして十百万前後でございますか。そうすると、〇・五割ということになるわけであります。こういう制度を維持することが一番安心をしていただけるのではないかとこのように思っているわけでございます。

デフレとの関係におきましては、先生方とお話を、病院の先生方とお話をしますと、医療というのは統制経済だというお話がよくございます。この自由経済の中で我々のところだけ統制経済だと、こうおっしゃるわけで、おっしゃる意味も私はなるほどなと思うところはあるわけでございまして、インフレになったからこを急にするかと言ったら、そういうわけにはいかないわけで、デフレになったら下げることができると言ったら、それもできないわけでありまして。だから、経済の動きというものは、これは動きとしてありますけれども、その中で、インフレになろうとデフレになろうと、その中で医療は医療

として独立歩歩まなければならない立場に置かれていて、これも、これは御理解をいただきたいと思うわけであります。そうした意味で、ひとつ全般的に見て、今回の案を出させていただき、そして、これと同時に、来年の四月一日にこれが実施に移させていただきますときに、三割に負担をしていただくことを国民の皆さん方にお願ひをするときに、その抜本改革の第一歩もそのときに踏み出せるように、それまでに明確にこれをお示しをしていくというのが大事ではないかというふうに思っている次第でございます。

○宮崎秀樹君 厚生大臣のお立場だと今みたいなお答えになるのはこれは致し方ないと思うんですが、三割負担をなぜ来年の四月一日からという問題に関しては、先ほどの大臣の御答弁の中にもそれはやるべきことをやれば、この問題はやはり何とも来年の四月一日ということに限定を私はしなくてもいいではないかというふうなお考えも、おなかの中のお考えも、お立場上、それはお出しになれなかったと思うんですが、その辺はよく私も理解できると思うんですが、しかし、これは何も慌てて、はつきり申し上げて、与党社会保険改革協議会が、これは必要となるときに七割給付に統一するというふうになっていたのを、四月一日というのが入ってきたというところに私は非常に懸念を持っています。そこら辺をまた後ほど私改めてお尋ねをいたします。

それでは、事務的なことですが、じゃ、二割から三割に被用者保険をした場合にはどのぐらいの収入と申しましょうか、負担増になるのか、その金額、また総報酬制になるとどのぐらいの収入が増えてくるのか、そこをお答えいただきたいと思ひます。

○政府参考人(大塚義治君) 三割負担の導入あるいは総報酬制の導入、いずれも政府管掌健康保険への財政影響ということで、まずお答えをさせていただきます。三割負担導入によります政管健保への財政影響につきましては、五年程度の単年度平均でいざし

もお答えを申し上げたいと思ひますが、年間、平均的な一年間の影響ということでございますけれども、まず三千九百億円の負担、保険者にとっての負担減、財政影響がございまして、あわせまして、薬剤一部負担も同時にこれを廃止をするということにいたしておりますので、これは八百億円、保険者の立場から見ますと歳出増の要素でございます。差引きいたしまして、政管健保の単年度の影響、約三千百億円ということになるわけでございます。

それから、総報酬の導入でございますけれども、総報酬の導入自体、それ自体は保険料率をいかに設定するかということに掛かるわけでございまして、導入それ自体が収入増あるいは保険収入の増というところではございませんけれども、今回の改正案で申し上げますと、現在の標準報酬制を仮にそのまま、金額を、歳入をそのままといたしまして総報酬制に転換をいたしますと、料率ですと七・五％でございます。これを、今回の案では約一割になりましたけれども、八・二％まで〇・七％の引上げをいたしております。この引上げ幅によります保険料の収入増、これも単年度平均で申し上げますと、政管健保で約五千七百億円というところになるわけでございます。

○宮崎秀樹君 そうすると、両方で八千八百億円ということになりますね。

さらに、今回の改正案では、老人医療については定率一割ということになっております。さらには、収入のあるお年寄りは二割負担と、こういうことになっております。この分はどのぐらい老人医療では見込んでいますか。

○政府参考人(大塚義治君) これも、高齢者の方から見た場合の負担増という面と、その影響によります保険者、保険財政への影響から見た場合と異なるわけで、異なると思ひます。前、見方があるわけでございまして、ただいまの、前の御質問との関連で申し上げますと、まず患者負担という意味での影響は、これも五年程度の単年度平均でございますが、制度全体で約二千億円の患者負担増になるわけでございます。これが各保険者には今度は歳出減として現れるわけでございまして、医療費への影響もございまして、各制度を通じまして、全体といたしましては約四千三百億円の医療費の、給付費の縮減ということになります。これが、例えば政管健保で申し上げますと、単年度で、保険財政から見ました歳出減の要素、これが約九百億円と見込んでいるところでございます。

○宮崎秀樹君 今回、医療費が二・七％引下げになって、それによる医療費ベースで大体どのぐらいの財源が捻出されるか、試算があったら教えてください。

○政府参考人(大塚義治君) これも午前中の御質疑でもございましたけれども、医療費は高齢化の進展あるいは医療の高度化によりまして、全体として基調としては増高の基調があるわけでございます。

その中で、今回、その単価に当たります診療報酬の改定を行いました。いわゆる診療報酬本体、薬価を合わせまして二・七％の引下げでございますけれども、診療報酬改定を仮にしなければならぬというふうに比較いたしますと、平成十四年度で医療保険の医療費が約七千四百億円、診療報酬改定を仮にしなければならぬ場合と比べますと約七千四百億円減少するということに見込んでいるところでございます。

○宮崎秀樹君 そうしますとトータルで、これ、どのぐらい負担増を国民に押し付けたかということになるんですね、これは痛みだと私は思うんですけれども、全体的に、それじゃ、これ単純計算してこれだけだということのほかに、こういうことをやることや受診抑制というのもあるんですね。それも一つの痛みなんです。

ですから、これトータルで、金額的にしか出ませんが、トータルでこれ単純計算で足したものがそうだったのか、先ほど言った四千三百億、全体であった、例の老人の負担のところですね。これは政管健保では九百億とこう言っていますが、

ほかの保険者トータル、例えば組合健保なんかはこれ、なかなか分らないと思うんですが、これ総報酬制にすれば組合健保だって相当な負担増になるわけですから、そこら辺で一体ひっくり返るのぐらゐのものを厚生労働省として見込んでいいのか、そこをちょっと教えてください。

○政府参考人(大塚義治君) これも午前中の御質問のあった案件でございますけれども、そういう意味では繰り返しの御答弁になることを御勘弁願いたいわけですが、今回の改正案で、まず患者負担の方でございますけれども、高齢者に関する様々な患者負担の見直しを先ほど申し上げましたようにございます。高齢者だけで申し上げますと約二千億円というものを申し上げました。そのほかに、十五年四月からは三割負担の導入あるいは逆に薬剤別負担の廃止というものもございす。そのほかにも、例えば乳児に対する給付率の引上げなどもございます。

こうしたものをすべてトータルをいたしまして、まず患者負担という意味では、これも単年度平均ということで申し上げますと、約四千八百億円というのが、制度改正をしなかった場合に比べまして四千八百億円の変化が生じる、患者負担増が生じるということでございます。

一方、保険料でございますが、政府管掌健康保険につきましましては国が保険者であり、またその料率につきましましては法律等で定めることとなりますので、先ほど申し上げましたように、総報酬を導入して八・二%の保険料にするということにいたしておるわけでございますが、この単年度平均が約五千七百億円ということも申し上げたところでございます。

そのほかに、政管健保以外の、健保組合あるいは共済組合などの保険料でございますが、あるいは国保に付いての保険料でございますけれども、これも午前中のやり取りがございましたけれども、国保につきましましては約三千三百、健保組合につきましても千七百の保険者がございまして、それぞれの財政事情が異なりますし、また保険料を

のものは国が一律に決めるということではございませんで保険者の財政状況に応じた判断でそれぞれ設定をしていくという、そういう意味合いがございまして、どのくらい保険料が具体的に上がるのかというのとはなかなか正確に見通すことは難しいということ、午前中、大臣から申し上げたわけでございますが、御質問ございました。一定の前提を置かざるを得ないと思いますが、至急、一定の前提を置いた上で仮にどのくらいになるかというところをはじき出してみたいと思っております。

そのほかに、これとは、ただいま申し上げましたことは別に、平成十四年度につきましては、これも先ほど来御指摘のございました診療報酬改定の引下げということがございましたから、これもある意味では、広く見ますと患者負担あるいは保険者負担の減ということにつながるわけでございます。これは、原則的には、十四年度の改定でございますから影響は十四年度に算定をすべきかもしれませんが、そういった要素もございす。

こうしたことをトータルいたしまして、先ほどの保険料のところ、政管健保以外の部分の保険料につきましましては一定の仮定を置いてお示しをせざるを得ないものですから、その点につきましましては至急に作業をして取りまとめたいと考えているところでございます。

○宮崎秀樹君 だから、結局、細部にわたるやつは分からないんですね。

私どもの試算したのがあるんですが、これによりますと、政府管掌保険の総報酬制で、組合の分は入っております、それだけでも七千六千億というのが出てくるんですね。これは、自己負担と、それから保険料負担の増ですね。それから医療の方では、やっぱりこれ、八千四百億円というのが出てくるんですね。

だから、七千幾ら、四百億だったかな、こことはちょっと差があるんですが、それじゃ保険者財政はどうなっているということを見ますと、国庫

負担分、これ今、その組合健保を除いた分ですよ、これ二千八百億、これは国の負担が減って、これは楽している。地方負担は五百九十億。さらに、保険料として一兆二千四百九十億というデータが、ここで試算が一つございます。

このように、先ほど、だから三方一兩損という話であります。これは、得しているのはみんなこれは国であり地方自治体であり、そして保険者である。一体、じゃだれがそれをしよっているんだといったら、これは国民がしよっているわけですね。だから、私は、それは国民が負担するのは、これは当然なんですけれども、理屈に合った負担の仕方をやはり国民に示さないと、一体これ何だという話になるわけがあります。

そこで、私はいつも医療費の推計がいい加減だということを申し上げたんですが、私が平成三年に委員会で質問したときに、当時、岡光さんが保険局長だったんですね、そのときに、平成三年で平成十二年の医療費は四十三兆円になると。それから二、三年ですね、四十三兆円、四十三兆円というのが平成十二年の医療費だと、こう言っていた。そのうちの十五兆六千億が老人医療費と。しかし、平成十二年を見ましたら二十九兆一千億ですよ。十四兆円もサバ読んでいたんですね。そして、厚生白書、一九九七年の厚生白書を見ますと、二〇二五年の医療費は百四十一兆円になると書いてあるんですね、百四十一兆円。ところが、最近出た、厚生労働省から出た資料は八十一兆円になってるんですね。六十兆円もサバ読むという話はこれは正にベテンでありまして、何を根拠にこういう推計を出しているか、これ全く分からない。

そこで、今後、今回の改正が行われた場合には毎年医療費がどのくらい増加するという試算をなされているか、そこをお伺いします。

○政府参考人(大塚義治君) 長期的な医療費の推計には様々な前提条件を置いて推計せざるを得ませんので、その時点における直近のデータを使うということ、過去の推計にぶれがあるということ

とは、これは結果としてそういうことになっておりますが、例えば国民所得の比率ということで、国民所得に対する比率というふうに見ますと、ほぼ実はそう大きな変化がございません。

そういった事情もございしますが、直接の御質問でございます。今後医療費の伸びをどうなふうに見ているかということでございすけれども、これも過去の直近の実績を基に推計をいたしておりますけれども、基本的には、高齢化の進展それからいわゆる医療の高度化ということが背景にいたしまして、基調としては増の傾向ということとは先ほど申し上げました。

今回の推計によりまして、平成十九年度、今回改正なかりせば約三十七兆八千億円程度と、こう見込んでおったわけでございますけれども、今回の改革を実施いたしますと三十七兆二千億円程度、この五年間の単年度平均で見ますと毎年度約一兆円強の医療費の増加が見込まれるのではなからうかと。

ちなみに、そのうちの七割程度あるいは八割程度、七、八割は高齢化の進展に伴う高齢者の、例えば七十歳以上の高齢者の医療費の増と、こんなふうに見込んでるところでございます。

○宮崎秀樹君 そうしますと、毎年一兆円としますと、二〇二五年だと二十三年間、二十三兆円です。今、三十兆円、二〇〇二年。そうすると、五十三兆円になるんですね。ところが、これ八十一兆円ですね。一九九七年の百四十一兆円という、九十兆円もサバ読んでるんですね、これは。こんなばかな話ないんですね、これね。これは国一つでございす。

だから、私は、やっぱりこういうふうなのはもうちょっとまじめな考えをきちっと示さない、(「そうだ」と呼ぶ者あり) 国民はそう言ったって分からない、これは。そこを私は本当に責任政党としても本当にこれは何とかしなきゃいかぬなというところをつくづく思っている。今井先生もかつては与党にいましたからね。

がやはり責任持ってこれはきちっとしないと、やはり政府に対していかめのかなというふう思うわけであります。

それから、細かいことで申し訳ないんですが、政管健保における一般会計との未精算金は現在どうなっていますか。先ほど私がちょっと申し上げましたが、それで合っているんですかね。ちょっと教えてください。

○政府参考人(富岡信君) 先生御指摘の点につきましては、政管健保の国庫補助の繰延べの金額とそれから累積債務、この二つのことだと承知いたしております。

まず、第一点目の国庫補助繰延べにつきましては、昭和六十年から平成六年までの間、七千三百三十九億円繰延べされましたが、これにつきましては、元本相当分七千三百三十九億円につきましては既に平成十一年度返済が終わっておりますが、この金額に係ります運用収入相当分、これが二千八百八十五億円ございまして、これにつきましては平成十三年度の当初予算及び補正予算で返済を受けましたところであります。この点につきまして、いわゆる先生御指摘の金額はなくなりまして。

次に、累積債務でございますが、かつて政管健保の財政が悪かった時代、昭和四十八年度末の累積債務五千七百六十五億円、それから日雇健保の累積債務、五十九年度末九千二百七十七億円、合計一兆四千七百九十二億円、これがいわゆる累積債務と言われるものでございますが、これに関しましては、保険料で償還しない、保険料負担ではなくて一般会計からの繰入れで償還するといういわゆる繰上げ措置が講じられたところでございますが、現時点におきまして、一般会計の厳しい状況から繰入れが実現するには至っておりません。このため、この金額につきましては財政融資資金から借入れを行っておりますが、この利息につきましては全額を一般会計から繰入れで補てんすることにしておりまして、政管健保の財政運営には影響を及ぼさない措置を講じているところでございます。

以上でございます。

○宮崎秀樹君 そうすると、これはもう全部ここです。黙って目をつぶっている、そういうことですか。

○政府参考人(富岡信君) 先ほどの繰り返しになりますけれども、当時の累積赤字、これにつきましては、保険料、健保の保険料で負担しないで一般会計で負担するという繰上げが行われたわけでございまして、それで政管健保に対する財政的な打撃をなくするというふうな措置を講じたわけでございまして、その繰入れは一般財源の、一般会計の財政難からいまだ行われておりませんが、借入れの利息を補てんするというところで実質的な影響をなくしているというふうに御説明したわけでございまして、会計的には先生御指摘の点、確かにございまして、私が説明いたしましたのは、これによって政管健保の財政自体が傷んでいるということではないということを御説明したものでございまして。

○宮崎秀樹君 それは早く返してもらわなきゃ駄目ですよ。だから、それは大変、あなたが自分でやっているわけじゃないからこれはいいということじゃなくて、やはりきちっとそこは整理をするものは整理しないと、そんな大蔵省のどうのこうのという話じゃないので、これはやっぱりきちっと対応しなきゃいけないと私は思いますが、これやると時間取っちゃいますから。

それから、組合健保の平成十一年度の積立金が、別途積立金ですね、二兆三千億程度あったわけですね。それからまた、組合健保で付加給付を毎年一千億やっている。国家公務員の方が虎の門病院に行くといまだに一割負担でいいといううなことが現実行われているわけですね。私は、今日は時間ございせんから詳しくこれはやりませんけれども、現状だけちょっと御説明ください。

○政府参考人(大塚義治君) 付加給付についての状況でございますけれども、直近でございます。

成十二年度で申しますと、付加給付に要する健保組合全体の経費、付加給付に投入している経費は七百五十三億円でございます。五年ほど前、例えば平成八年の時点ですと約千二百億円ございまして、これが近年の厳しい財政事情もこれあり、かなり減少しております。平成十二年度では七百五十三億円という状況になっているところでございます。

○宮崎秀樹君 別途積立金はなんですか。

○政府参考人(大塚義治君) 大変失礼をいたしました。

別途積立金の金額でございますけれども、これも平成十二年度決算、健保組合の合計でございますが、二兆一千六百三十五億円が別途積立金の金額でございます。

○宮崎秀樹君 今回の附則の中に、保険者の統合、財源の一元化というようなことがきちっと書いてあるんですね。私は、日本国民に生まれたら、その勤めたところ、生まれたところで負担も給付も違ふというばらばらな社会保障政策というのはここでやはり整理して、全部のお金を集めれば国民に今三割負担というふうなことをやらなくともいいというふうな被用者保険の状況というものをやはり作っていくべきであると。

私は、これ本来なら二割負担程度でとどめる、二〇%ですね。諸外国、先進諸国は六%とか、少なくとも一〇%内外で収まっておるわけですから、そこへもってきて日本だけ全部三〇%という話は、これはなかなか社会保障の中で、果たしていいのかな。その代わり、私のこれは個人的な考えですが、ぜいたく品を買ったらどんとやっぱりそこへ物品税掛けとか、あらゆる知恵を絞ってそういうことを、国民の中でコンセンサスを得るような政策をすることが必要じゃないかと思うんですが。

さて、そこで今度の法律の中に書かれてあるのがこの五年を目途に政府管掌保険、いわゆるその保険事業ですね、及び形態について所要の措置を講ずるというふうなことが書かれているんです。

が、これは一体何を考えでございましょうか。そこら辺のことを詳しく考えておることがあればお教えいただきたいと思っております。

○政府参考人(大塚義治君) 御指摘のとおり、今回御提案を申し上げております改正法案の附則におきまして、五年を目途に政府管掌健康保険事業及びその組織形態の見直しを行うという趣旨の規定が設けられているわけでございます。

今日の我が国の医療保険制度は、もとより様々な歴史的経緯なり社会保障の発展とともに今日の姿になっておるわけでございますけれども、政府管掌健康保険につきましては、被用者保険の最終的な受皿、実際の機能といたしましては中小企業の方々を対象にした保険として機能を果たしているわけでございまして、被保険者数三千七百万人、一つの保険者としては当然のことながら最大の保険者でございまして、それ以外の例えば健康保険組合であるとか国保につきましては数十万あるいは百万というのが大ききても最大でございまして、非常にその形態を異にしておるわけでございまして。

一本で、そういう意味では全国一本の事業体で運営しているわけでございますから、両面あるわけでございまして、一つには、地域間の所得格差というのがある意味では完全に平準化が図られているという面がございまして、それから、現実問題といたしましては、厚生年金と一括適用、一括徴収という連動した保険運営事務を行っておりますので、そういう意味での効率化、合理化が働いているわけでございます。こうしたメリットも当然あるわけでございますけれども、他方の議論といたしましては、医療費はやはり地域性の高いものでございまして、いわゆる地域差というのが現実の問題としてございまして、その背景には医療の提供体制の違いなどが大きいわけでございまして、そうした地域性のある給付サービスというのが医療のある意味での特殊性でございまして、そういった点と、給付と負担の関係という関係から、余りにも大き過ぎる保険者という意味での問

問題は何かといった議論があるわけでござい

ます。物事にはどうしても両面があるわけでござい
すけれども、そうした現状を考えますと、メリッ
ト、デメリット双方ございします。現在の組織形態
以外に組織形態を考えるとすればどんな方法があ
るのか。あるいは、どうしても年金、厚生年金と
の関係もよく考えなければなりませんので、その
点、非常に広範な角度から検討しなければならな
いと思ひますけれども、将来の医療保障あるいは
医療保険制度の体系といった観点から見た場合に
どうした方が適当か、これにつきましてよく
よく検討をし、方向を見付けていくというのが検
討規定を置かれた趣旨というふうに考えていると
ころでございします。

○宮崎秀樹君 今、保険局長おっしゃっているこ
とちょっと私理解できないんですが、いろんなこ
とを考えているんだと、一口に言えはすね。
これ、原案見たらびくびくしたんです、民営化
を含めてと書いてあったんでそれは消させたんで
すが。

いずれにいたしましても、将来どういうふうにな
るのか分からないのに今三割をやるといふ、ここ
が私問題だと思ふんで、むしろここを固めて、こ
ういうふうにしたときに将来はその中であらう
ふうにするんですよという。例えば、国庫負担が
かつて三〇%あった、今は二四%台になりました
よね。だからそういう、これは政治の方がやっぱ
りしつかりしなきゃいかぬのかも分かりません
が、要するに憲法二十五条の生命、健康、これは
きちっとやはり国の施策として守るという観点か
ら立てば、やはりそういうことを大前提に置いた
中の議論というのをやっつけていかなきゃいけない
です。それから、この政府管掌保険も何で国民が税金を
納めるかといった、安心、安全、安定なんです
よ。それを投げ出すといって、そこで適当にやっ
てくれという話じゃ、これ、とてもじゃないけど
責任持てないわけですが。

そこで厚生大臣、今までの議論全体を通じて、

私は、更にまだますます分からなくなってきたの
は、いろいろ尋ねれば、お金は各所にばらついて
ありますよ。その整理をほっておいて、そし
て何で来年の四月一日に三割をくだるかと。こ
の辺が分からないんで、重ねて、これは厚生大臣
から御所見をお述べいただきたいと思ひます。

○国務大臣(坂口力君) 先ほどからずっと聞いて
おります、一番基礎になります資料の話でござ
いしますが、先日私も、統計資料を出しますとき
にはその積算基礎になりますものをちゃんと整え
て同じに出してくれということをやっているわけ
でございします。そうしませんが、先ほどから御指
摘のように、厚生労働省の資料は何を積算に計算
をしているのかというふうな議論になりました、
非常に不信を買ったわけですね。他の省庁からも違
う数字が出たりいたしますと余計でございします
ので、この厚生労働省が出したものの試算はこ
ういう前提条件の基に試算をしたものでござい
ますというところを明らかにすることが、このコ
ンピューター時代と申しますか、IT時代にとり
まして一番大事なことだと思ふに思っております
ますので、そこをちゃんと実施をするように今後
したいというふうにしてあります。そうしまし
たら、宮崎先生見ていただいて、なるほどそう
か、よく分かったと、こう言っていただけなので
はないかというふうに思ふわけでございします。

もう一つは、先ほどから聞いております、三
割に今すべきかどうかということにつきまして、
これは五千からあります保険者、とりわけ政
府管掌健康保険は、私がいますところの厚生労働
省の試算によれば、それは来年の、それが四月な
のか八月なのか、あるいは翌年の一月なのか、そ
れは、そのところはいつ赤字になるのかはそれ
は多少のことはよく分かりませんが、しか
し来年の平成十五年度中には赤字に転落してく
ると、こういう可能性が有りますから今お願いを
しているわけであります、なら組合健保は大丈夫
かといったら、組合健保の中も様々でございま
し、大きいから小さいのまであるわけですね。

一番小さいのは二十七人というのがあるんです
ね、被組合員数が。二十七人というんで、それは
本当かと言ったら、いやこれは本当だと言ふんで
す。国保でも九十三人というのがあるんで、こ
れは先生の地元愛知県の、これは富山村とい
うんですかね、ここは九十三人。アイテックスと
いう会社は被保険者数で二十七人、被扶養者数で
四十九人。こういうのもあって、三千人以下の被
保険者というのが組合健保でも四五%ある、国保
におきましても三五%ぐらいというふうな状況で
ございまして、その中には、そうしたところは正
しく火の車になっているというふうなことでござ
いますので、全体を考えますと、ひとつ三割御負
担、誠に言いにくい話でございしますけれども願
いを申し上げなければならぬ時期にきていますと
いうふうな考えている次第でございまして、これ
から後、御指摘の抜本改革をこれから進めてい
く。

それをどういう前提でどういうふうにして進め
ていくかということを書れまでに明らかにしな
きゃならないわけでございしますが、その一番大事
になりますところは、それは、一つはいわゆる年
齢の、年齢が高ければリスクが高い、医療リスク
が高い、低ければ低い、いわゆる年齢リスク構造
の調整をやる。これはそんなに手間は掛からな
いというふうには思ふんですが、これをいつまで
やるか。

それからもう一つは、これは制度内の所得、政
管健保なら政管健保の制度内のいわゆる所得によ
るリスク構造調整を行う、これを次に行うとい
うことをやらなきゃいけない。

今度は、その政管健保と組合健保、これをどう
するか、これはなかなかまた議論が大きな議論だ
と思ひます。組合健保切りからは、じゃ、何する
かとおしかりを受ける話でございしますが、これは
政管健保、組合健保の間のやはり調整ということ
もこれからやっていかなければならぬだろうと
。

それが大体何年ぐらいになりますか、決めた

きやいけないわけですが、私は少なくとも
五年ぐらいの間にそこまでは行かないといけな
いというふうには思ひます。その後、一本にするかど
うするかという、それでも議論はまだ残ると思
うんです。その調整をしても、多くの保険者で残
しておくのか、それともそこはもう職域保険は職域
保険で一本にするのかどうかという議論は私は残
るというふうには思ひますが、まずそこまではこの
五年なら五年以内にやるといふぐらいの決意でや
らないといけないというふうには思っている次第
でございします。

○宮崎秀樹君 厚生大臣、後で私、保険者統合と
財源の一元化についてお尋ねしようと思つてい
たら全部お答えになっちゃって、そういうことを先
にやれば、私はもう三割の問題は解消していく
んだというふうな逆で思っているんですが、時間が
ございしません。いずれにいたしましても、私はあ
くまでもその四月一日というのは慎重にやらな
きゃいけないという持論は変わりません。いずれ
にいたしましても、時間がございしませんので、次
に進みます。

今度の改正の中で、問題は、償還払制というの
が入りましたね。お年寄りの負担でございします。
今、お年寄りは月に八百五十円、四回まで、これ
は定額の場合でございします。これは外来でござ
いますね。それから、定率の場合は三千二百円ま
で、一月。これが一律に、低所得者だと八千円、
それから普通の方は大抵一万二千円。今度、大体
一万二千円のところへ全部集中してくると思ふ
んですね。それから、高額所得のお年寄りは四万二
百円までと、一月の負担がそうになりました。

しかし、幾ら何でも、せいぜい二倍が限度じゃ
ないでしようか。しかも、お年寄りが一々申請書
を出して、それから出た分を請求してやるとい
うような話は、これは正に酷でありまして、そう
いう発想がまず私は問題があると。やっぱり一医
療機関六千円ぐらいまで。大体、平均すると二万円
ちょっとですね。二万から、まあ二万五千円から
下ぐらいが大体平均でございします。そうすると、

大体二千円ちょっとぐらいの負担で済むわけですね。

だから、ほとんど私はこれは引掛からないと思うんですが、ただ、在宅で療養されている方、それからがんのいわゆる末期の方とか、お年寄りで非常にリスクの大きい方のところへしわ寄せがどんと行ってしまう、これはやはり問題があるんじゃないだろうか。そういうふうにかえたとときに、こちら辺はもうちょっと考えを何とかできないのか。

このところは省令とか通達事項で、これはそういうふうには、例えば変える、変更するというようなことはできるんですか。そうでなくて、もうかちとコンクリートで固めてあるんですか、これはまず、そこをお聞きします。

○政府参考人(大塚義治君) 高齢者の医療に関する、特に高額になった場合の、限度額を超えた場合の処理の話でございますが、今回の法律改正で、従来いわゆる月額上限制と仮に呼んでおりましたけれども、医療機関ごとの上限を設けておいたという仕組みを今回、現役世代、あるいは介護保険の場合も同じでございますけれども、基本的には一割を御負担いただく。その代わり、医療機関、これは一か所に限らず、複数行った場合に、月当たりの総負担額が一定額を超えたら、超えた部分についてお返しをしよう。この基本的な仕組みは今回の法案で、法律で規定をしておるわけでございますから、これは、基本の償還払制というのは法的な制度と御理解をいただきたいと存じます。

それから、その処理の方法でございますけれども、ただいま申し上げましたように、従来の月額上限制は、それまで定額負担であったということとの流れの中で、平成十二年の改正によりまして一割負担というのを導入いたしましたけれども、従来の定額負担とのつなぎといえましょうか、変化の大きさを考慮いたしまして病院ごとの限度額を設けた、診療所につきましてはなおかつ選択によりまして定額負担も可能にしたと、こう

いうことでございますが、今回の法律におきましては、基本を現役世代、あるいは介護保険と同様に一割定率というものを基本に据えて、その代わり、仕組みを変えまして、各医療機関、複数医療機関に行った場合にはそれを合算をいたしまして、合算して超える部分についてはお返しをする。したがって、償還払にならざるを得ないわけでございます。

ただ、お話しございましたように、高齢者につきましては事務負担が生じる。もちろん市町村にも事務負担が生じるわけでございますけれども、高齢者の特に事務負担が生じて、その事務負担が過大であるがゆえに適切な償還が受けられない、あるいは極端に言いますと、その制度そのものの存在を知らないというようなことでデメリットを受けてはいけませんので、事務負担の軽減ということにつきましては市町村の御協力を得なきゃなりませんけれども、極力高齢者の負担にならないようにそういう形で実施をいたしたいと考えているところでございます。

○宮崎秀樹君 極力高齢者の負担にならないようにと云ったって、これは絶対負担になるんですよ。そんな手品みたいなことは私、できないと思う。だから、そこをやはり温かい目でやるにはどうしたらいいかと。やはり、そういう高齢者に負担を掛けないということを確認できるのか。そして、高齢者が一々そんな申請書を書くようなことをやるような、こんなことはできないですよ、はっきり言って。もう目が悪くて字の書けないお年寄りもあるし、それは大変です、これは。だから、そこら辺をきちんと、じゃ、それに代わるようなシステムを作るといふぐらいのことは確約してもらわないと、これは私、大変なことになるので、どうでしょう。

○政府参考人(大塚義治君) 具体的には、実施までによくよく市町村、あるいは審査支払機関の御協力も得たいと考えておりますが、関係者の御協力を得て、申請をしていただくという基本の形は原則だろうと思いますが、その申請が本当に高齢

者の負担にならないようにということにつきましましてはできる限りの努力をし、軽減を図りたい。ちなみに、介護保険でも同様の償還制を取っておりますので、一つの先行事例もあるわけでございますし、また、先ほどおっしゃいましたように、決してすべての方が償還限度額にぶつかってしまうということではなくて、その率そのものが決して率としては高くないわけでございますから、そうしたことも勘案いたしまして、よくよく市町村、関係者と協議を進めてまいりたいと考えております。

○宮崎秀樹君 そういう引掛かる人は非常に具合の悪い人なんです。こういう人にこそ、引掛からない人は割かし軽いからいいけれども、こういう人は大変なんです、逆に。だから、そこへちゃんと考えてほしいということです。

それから、時間がございせん。今日は健康局長と医政局長、来ていただいているので、もう簡単にいいです。もう時間あと三分ぐらいしかないから、一つは健康増進法、たばこの分煙の話がここに載っているんですね、所要の措置をする。

例えば、この部屋でたばこを吸って、吸わぬのは、これはやっぱり金掛かるんですね。吸わないように換気扇を付けたり、どこかの下へ行つて吸えということですね。そんなことだとやっぱりお金掛かるんで、お金のことは考えてあるんですか、この法案は。

○政府参考人(下田智久君) 今回お願いをしております健康増進法案では、国民の健康づくりをそれぞれの立場で支援をしていくということにいたしております。

したがって、国あるいは地方公共団体あるいは保険者等のそれぞれが負担をするわけでありますが、今お尋ねのたばこの分煙環境の整備ということに限って申し上げますと、広く民間事業者に努力義務規定を設けて協力を要請するというシステムを取っております。そこで、国といたしましては、効果的な分煙方法に関する情報提供、どうす

ればいいのかというやり方を情報提供する、あるいはハードの面でいきますと、総合的な分煙環境整備の支援の在り方、こういった面で検討してまいりたい。

○宮崎秀樹君 絵にかいたもちにならぬようにひとつやうしてください。

それから最後に、例の研修医の問題、これは健康保険のお金からやろうなんて話は、これはちょっと無理だと思ふんですね。やっぱり指導医が要る。そして、これはやっぱり、何ですか、文部科学省、こっちの予算も考えなきゃいけない。と同時に、私は、今、救命救急士の話が出てくるんですが、これ三か月ぐらい挿管技術を教えて、消防車に乗せればいいんです。これは、研修医を。そして、張り付けて、少なくとも三か月交代ぐらいで消防署へ配置するということで、い

ろんなけが見られますし、そこでもって実地研修もできる。だから、そういうことも活用して、い

ろんなことをひとつ活用して、是非これはやるんならしっかりフォローする体制を作って、責任を、正に、お金も何にも出しませんよ、あなた方でやってくださいと、これは臨床医を育成する国の仕事ですから、こ

こはきちっと責任を持ってやってください。一言で結構です。

○政府参考人(篠崎英夫君) 本年の五月の二十二日に臨床研修の検討部会から基本的な考えが発表されております。それでは、新しい研修制度におきましては、アルバイトをせずに研修できる環境を整備いたしまして、そしてプライマリーケアの基本的な診療能力を身に付ける、ここで先生御指導の救急が当然入ってくると思いますが、そういうことをいたしまして医師としての人格の涵養を図る、このような新しいプログラムにしたいというふうな考えておるところでございます。

○宮崎秀樹君 ありがとうございました。

○沢たまき君 公明党の沢たまきでございます。私は、健康保険法と健康増進法の両法案について伺ってまいります。

す。
特に、本日は医療の抜本改革においてはその基本的な方向についてのみ伺わせていただきます。具体的なことは後日伺わせていただく予定です。

今日、全国に約千七百ある健康保険組合は、その九割が赤字財政で苦しんでおります。解散する組合も続出してあります。また、政府管掌健康保険も本年度中には積立金が底をつくことが見込まれて、国民健康保険の方も実質年間三千億円の赤字を出してあります。さらに、将来、二〇二五年には国民医療費は七十兆円に達すると推計されている中で、どうすればそれに耐えられるだけの医療制度が確立できるか、改革は待ったなしの状態にあります。

そこで、今回の健康保険改正法は、二〇二五年に高齢者がピークを迎えるときに備えるための、我が国の医療制度を抜本改革するための大きな一歩であるという理解をしております。そこで、今回の改正案を提出するに当たっては、坂口厚生労働大臣は、終始一貫して改革なき改正案は駄目だとして徹底して抜本改革を主張され、取り組まれたと伺っております。

そこで、今回の改正法案を大変な御努力をいただいてまとめたいただきました坂口厚生労働大臣の御心境をまず伺いたいと思います。

○国務大臣(坂口力男) 心境は余り良くありませんが、今回のこの改正案をまとめたいきますためには、先ほど申しましたように、同時並行して抜本改革のことも考えていかなければならない。抜本改革ができたからといって、そして財政的基盤がそれで安定するかといえはそうはいかないであろうというふうに思っておりますが、しかし、抜本改革を並行してこれは行わなければならない。これ、急がなきゃいけないというので、皆さんとかなり急ピッチで詰めを行っているところでございます。

抜本改革につきましては、先ほどからも御提案を申し上げているとおりでございますが、具体的な

な問題として、一つは医療保険制度の統合一元化の問題、これが一つ。それからもう一つは、診療報酬体系の基本的な在り方、これがもう一つ。そして、高齢者医療をどうするかといった高齢者医療制度にかかわる問題、これはいわゆる保険の統合一元化と関係した問題でございますから、それらをセットにして考えていかなきゃならないのかなというふうに思っておりますが、その高齢者医療をどうするかという話がございまして、もう一つ加えるのは、これは医療の質を高めるための情報開示の問題でございますとか、あるいはまた、カルテの電算化開示を始めといったしまして、ただいま問題になっておりますような医療ミスをなくしていくような方向にどうしたらいいのかといったようなこと、そうしたことも加えてこれはやっていかなければならない。まだまだこの方面、まだまだたくさんございましてけれども、一例を挙げればそういうことではないかというふうに思います。

これらの問題を今年末までに一応厚生労働省としての考え方を示して、そしていろいろな角度から御議論をいただいて、そんなに時間を置くことができませんから、その第一歩は来年四月一日、皆さん方にいろいろの御負担をお願いするのと同時に、そこからスタートをするという形にしていかなければいけない。差し迫った問題としてそのように思っている次第でございます。そうすることによりまして、今までの制度が抱えております無駄な面をどう排除するかということ、大きな課題でございます。

我々の方で制度としてやっていかなければならない問題には、年金、医療、介護、雇用といった保険料を別々に徴収をさせていただいておりますが、これを一本にどうまとめていくかといった問題があるわけでありまして、この在り方につきましては、これはもう今年の早い時期に、早い時期にと申しますか、八月か九月ごろには明確に案を出さなければいけないというふうに思っている次第でございますが、宮崎先生から出ました社会保

険病院等の問題につきましても、どういうふうにしていくかという結論を早く出さないとけないというふうに思っている次第でございます。

以上のようなことを並行して行いながら、この今回提出をいたしております法案につきましては、多くの皆さん方に、国民の皆さん方に御理解を得たいと考えているところでございます。

○沢たまき君 ありがとうございます。

私は、昨年十月九日の経済財政諮問会議の民間議員が提出した医療制度の抜本改革についてという意見を拝見いたしました。その中の前文におきまして、一つは、医療及び医療保険制度の使命を国民の前に明確に提示した上で、改革の基本的な哲学を示さなければならぬと基本的な哲学の明示を述べております。二つには、改革は単なる保険財政の赤字の解消問題として矮小化するべきではない、改革の意義とその効果を分かりやすく国民に説明し、理解を求めることが必要であると改革の意義と国民への説明責任を指摘しております。

医療保険制度とは国民の健康を守るためのものであり、そのために医療制度改革は、単なる保険財政の赤字の解消でなく、WHOが世界一と評価している我が国の皆保険制度の持続を図るため、国、保険者、医療関係者、国民及び世代間の負担の共有によって推進するものであり、それを国民にきちんと説明し、理解を得るべきであると考えております。

今回の法案についても、国民への責任説明を果たし、国民の理解を十分に得ていくべきだと考えておりますが、いかがでございましょうか。

○政府参考人(大塚義治君) 医療保険制度あるいは医療制度は、おっしゃいますように、国民の日々の生活に極めて密着した制度でございますから、幅広い議論、国民的な議論を踏まえて、できるだけ多くの方々の御理解を得て実施をする、改革をするということが必要であろうと考えております。

私どもといたしましては、なかなか十分に行き

届かないという面も率直に言って反省しなければなりませんけれども、できるだけ説明責任を果たせるように努力をしてきたつもりでございます。そして、今回の一連の改革の手順におきましても、多少さかのぼるようで恐縮でございますけれども、昨年春から厚生労働省としての課題と視点をどう考えているかという冊子を作り、また各地でフォーラムを開催して論点の整理を行いました。それから秋に、九月でございますけれども、厚生労働省試案というものを公表いたしました。従来の手法によりまして、政府として案を確定する前に厚生労働省としての案を提案するというのは、必ずしもこの時期には、この時期に行うということはまれなことではございましたけれども、やはり厚生労働省としての考えは考えとして、幅広い御批判も含めた御議論をいただくというところで、あえてと申しますように、積極的な意味合いを含めて試案という形で公表させていただきました。

私どもとしては、そうした議論を通じて今日に至っているわけでございますが、そのプロセスというものは私どもなりに必要であったし、評価を賜れば有り難いと考えております。

ただ、一方におきまして、大変、特に財政面では数字が入り組みますし、制度自体が大変複雑でございますから、努力をしながらも、十分その御説明が足りているかという点につきましては、引き続き様々な御意見あるいは御提言に耳を傾けながら、資料の作成あるいは必要な資料の準備などについて最大限の努力を払ってまいりたいと考えているところでございます。

○沢たまき君 御努力をいただいているのは承知をしておりますが、本当に難しいです。しかし、難しいことを分かります。一般の主婦にも分かりやすく、できればキャッチコピー風に説明していただく大変に有り難いというふうに思っております。

そこで伺いますが、WHOは、加盟している百九十一か国について各国の保健システム評価を

行つて、その結果を平成十二年度の六月に報告書、二〇〇〇年版世界保健報告というのに取りまとめましたね。その日本の日本についての評価結果について御報告をいただきたい。またあわせて、アメリカに対する評価はどうなっているか、ちょっと御報告いただきたい。

○政府参考人(長谷川真一君) 先生御指摘のとおり、WHOは二〇〇〇年版世界保健報告におきまして各国の保健システムの評価を行っており、評価方法につきましては、加盟国の保健システムを到達度と効率の二つに区分して評価をするWHOの試行的な方法によるものでありまして、必ずしも確立した手法によるものではないわけでございます。

この報告の到達度につきましては、健康水準が、例えば健康水準、これは障害調整平均余命という概念で測っておりますが、これでは日本が一位、米国の二十四位でございます。また、この到達度の全体到達度では日本が一位、米国の十五位となっております。

また、効率につきましては、健康水準の効率では日本が九位、米国の七十二位、また全体の効率では日本が十位、米国の三十七位となっております。

○沢たまき君 ありがとうございます。大変いい数字は一応出ているわけでございますが。

元ニューヨーク医科大学臨床外科の教授であった廣瀬輝夫先生が、「医療ビッグバン成否の鍵を検証する」として「日本より米国の医療を見習うな」という御著書をお書きになりました。私も読ませていただきましたが、廣瀬先生は、アメリカで四十年間、一開業医として世界一の医療が今日の混乱状態に陥るまでの変遷の過程を目の当たりにしてきた方であり、その廣瀬先生が日本の医療界に対して実情を報告し、警告を発するとして書かれたものであります。

そこでの廣瀬先生の御意見を参考に、日本とアメリカの最新の比較可能な数字を厚生省や図書館等に調べていただいたものがございます。お手元

に御配付いたしました、理事会で委員長の許可をいただいて資料を配付させていただいております。

まず、アメリカ国民における医療保険の加入状況の資料をごらんいただくと、一枚目でございます。縦軸が所得で横軸が年齢となっております。右端のメディケア、これは日本と似た制度であります。二十歳から保険料を納めますが、しかし、給付は六十五歳からしか受けられません。日本のように保険に加入した時点で給付が受けられないのです。そこで、六十五歳までは政府保険の対象者以外は、民間の医療保険に加入するかあるいは無保険者となるかのいずれかに該当することになります。いわゆる政府保険であるメディケードは低所得者等を対象とするもので、すべての国の負担で行われております。これは生涯給付されます。民間の医療保険は、大企業は会社が給与の一部として保険料の大半を負担してくれるところが多くなっております。しかし、中小企業は個人負担で加入しなければなりません。自営業の方も同様に個人負担で加入するしかありません。無保険者は四千四百万人、大変膨大な、この図の真ん中でございますが、数字を示しております。また、民間保険ですが、保険料は若いときは低いです。高齢者ほど高くなります。六十歳前後はかなりの高額になると言われております。引退期を迎えた時期にこうした高額な保険料負担を求められることは極めて厳しいものがあります。

これがアメリカの医療保険制度の概要です、大変複雑でございます。日本は所得に応じての保険料の設定ですので、生活に不安が生じない仕組みになっております。私は単純に日本とアメリカを比較するために御説明しているわけではありませんが、日本は原則として国民すべてが保険に加入して、国民全体の相互扶助、連帯により制度を支えており、アメリカは一部の人で医療保険制度を支えており、無保険者や負担の格差が生じている。こうした日米の制度の基本的な相違について厚生労働省の御意見を伺いたいと思っております。

○政府参考人(大塚義治君) 医療制度あるいは医療保険制度につきましては、やはりその国の経済社会の在り方と大変密接にかかわっておりますし、もとより歴史的な経緯の違いもございます。さらには、その背景といたしまして国民の価値観の違いもあらうかと思っております。したがって、それぞれの国に即応した仕組みなり施策が取られてきておるわけでございます。アメリカにつきましても学ぶべき点も少なからずございますし、また他方、そのまゝ日本の制度に取り入れるというのには私どもとしても躊躇うところ、あるいは取り入れることが難しいと考えているところもまた少なからずございます。

我が国における状況につきましては先生おっしゃったとおりでございます。国民皆保険という基本、あるいは保険証一枚どこでも掛かれるといういわゆるフリーアクセスという基本、こういった辺りが基本の中でも基本だろうと考えておりました。一方、アメリカの場合には特定の分野しか公的な医療保障制度がない。その背景には、自由あるいは自主、自己責任といったものを強調するアメリカの風土あるいは気風というものがございます。また歴史的にも民間保険が先行して発展したという背景もござります。

したがって、冒頭申しましたように、それぞれのお国ぶりということになるわけでございますが、私どももいたしましては、アメリカの医療制度で学ぶべきところを謙虚に学びつつも、国民皆保険でありますとかフリーアクセスでありますとか、やはり世界に誇るべき特色を持った我が国の制度、この基本は崩さないという考え方で今後制度運営に努めてまいりたいと考えておるところでございます。

○沢たまき君 「医療費の国際比較」についてごらんいただければと思っております。お配りいたしましたの二枚目でございます。

これは日本医師会の資料でございますが、それぞれの医療行為の費用について記述されております。これを見ますと、アメリカは我が国と比較し

て大変高くなっております。これを見て言えることは、医療費が非常に高いことが分かります。頭部のCT、単純、造影なしは、日本が一萬一千三百五十円に対し、アメリカは十萬二千五百十二円で日本の約九倍でございます。それからICU使用料、看護料を含みますが、日本が七萬四千円、アメリカが四十三萬円。心バイパス一枝の倍率は低いですが、料金が四十六萬円もの差があります。特に点滴の注射は日本の二十五倍となっております。全く本当に驚くべき数値であります。

三枚目を見ていただきます。また、「OECD諸国の総医療費の状況」という資料を見ていただきたいのですが、三枚目です。

医療費とGDPとの関係を見ますと、アメリカが一・九％であるのに対して、日本は七・四％と低い負担で国民皆保険を達成しております。何でもアメリカに倣えという風潮、今、大塚局長は受け入れられるものは受け入れると、やぶさかではないとおっしゃいましたが、日本独特の医療制度こそ私は守り抜いていくべきだと考えております。

そこで、大臣に伺いたいのですが、医療費の国際比較や医療費とのGDPの関係についての国際比較を見て、御感想はいかがでしょうか、お伺いたします。

○国務大臣(坂口力君) 政府関係の会議におきましても、民間の皆さんの方からはもう少しアメリカの医療等を見習うべきだというような話も出たりするわけでございますが、私は、少なくとも医療制度に関してはアメリカに見習うべき点は余りないと、こう思っております。局長よりも私の方が少し厳しく学ぶべき点はないと思っております。私道を進めていかなければならぬというふうには思っています。

この医療費を比較いたしましたときに、日本が非常に割安になっていることは事実でございますし、これは大変すばらしいことだというふうに思いますが、いわゆる医療というのは経済効率だ

けで見えてはいけない、医療効率と申しますか、医療の質も併せて見ないといけないということでございますので、安ければ安いほうがいいというわけには率直に言っていない。やはり、いい医療がそこに担保されて、なおかつ効率的にどうなっているかということだろうというふうに思うわけでございます。そして、そうした面で、日本の医療というものも余り経済効率だけを追求するということになりまると、大変質の問題にかかわってくるというふうにも思わざるを得ません。

したがって、ここからはいささか我田引水になりますが、御負担をいただくべきところはやはり大変でございますけれども御負担をいただきながら、そしてその質を守っていくということが大事ではないかというふうに私は思っている次第でございます。もちろんのこと、しかし無駄があつてはいけませんから、無駄は積極的に排除をしていかなければならない。

例えば、診療報酬体系にいたしましてもいろいろの御不満がございます。これは医療を行う側の皆さん方からの御不満もございまして、そして国民の皆さん方からの御不満もあるわけでございます。そうしたところをよく注意をしながら、診療報酬体系につきましてもなぜここに点数が付いているのか、なぜここに点数が付いていないのかということが明確になりますように、もう少し基準を明らかにしていく必要がある。どういう問題とどういふ問題を基準にしてこれを決めていくことが大事なのかといったことも私は明らかにしなければならぬだろうというふうに思っています。

これからこれを決めていくわけでございますから、余り私個人の意見を言うことは差し控えさせていただきます。ただ、個人的な意見を言うことは、個人的なことを言わせたければ、やはり一つは、いわゆる診療に必要となります経費と申しますか、どれだけそこに掛かるかというコストの問題、コストというのはいくらに避けて通れない。ドクターフィー

としてどれだけ掛かるのか、ドクター以外の皆さん方にどれだけ掛かるのか、ここは明らかに一つの私は尺度になるだろうというふうに思っております。

それからもう一つは時間が余りたくさん掛かるのも掛からないのも、三十分掛かる医療も三分で済む医療も同じ点数でいいのか、やはりそこは時間的な物差しというものの今の制度の中に加わっていないのではないかとこのように思っております。

もう一つは重症度でございます。重症の人も軽い人も同じというのではなくて、やはり重症度というものはその中に入れていかなければならないというふうに思っておりますが、それらのことを物差しにして、そして御理解のいただけるような制度を作り上げることが大事ではないかと、私個人はそう思っているわけでございます。それから御議論をいただきまして、そして早くこうしたところを煮詰めたいと思っております。

○沢たまき君　ありがとうございます。
では次に、「伝統的医療保険モデル」と「マネジドケア・プランモデル」をごらんいただきたいと思ひます。四枚目の資料でございます。

アメリカは、昔は日本と同様に出来高払、フリーアクセスを基本とする制度でした。この制度で患者は自由に診療機関に掛かり、それを保険者が、いわゆる保険会社が支払うというシステムであつたわけですね。しかし、現在はマネジドケアプランが一億九千万人加入しており、最も多くのアメリカ国民が加入しております。この場合、患者は入院する場合、保険者の許可を得なければなりません。また、高価な薬を服用する場合も承認を得なければなりません。また、いわゆる制限医療と言われるものでございまして、今日マネジドケアは高騰する医療費の抑制にある程度の効果があつたと言われる一方で、こうした制限的な医療について国民、医療提供者の双方から批判があると聞いております。こうしたマネジドケア

と呼ばれる仕組みについてどう評価なさるでしょうか。

○政府参考人(大塚義治君)　ただいまお話がございました。私も、私どもも概括的に申し上げればお話ししたとおり、今マネジドケアという厳密な定義があるわけではなくて存じますけれども、一般的には保険者が受診できる医療機関をコントロールしたり、あるいは受ける医療内容について積極的に関与することで医療の質を維持しつつ効率化を図るという仕組みで、主としてアメリカを中心

に普及をされているものと、こんなふうにならざるを得ないという仕組みで、先ほどのお示しの資料にもございまして、アメリカの医療の特色の一つは医療費の高さでございます。当然医療費のコストは質との関連がありますけれども、いづれにいたしましても、諸外国におきまして抜きん出て、医療費の水準が高いというわけでございます。そうしたことを背景にマネジドケアといったような手法がある意味で開発されてきたわけでございます。特に近年において、その言わば行き過ぎと申しましうか、過度の面が御批判の対象になっているというふうに聞いております。

これも私も、我が国の制度に照らして、取るべきところは取るにいたしまして、我が国にふさわしい運営を考えていかなければならないわけでございます。また、保険者が被保険者の言わば代理人と言われますように、その機能を発揮していくということはやはり今後の重要な課題、医療サービスの質の向上でありますとか、その効率化を図るという意味で大事な課題ではございまして、私も、その基本にはやはり患者本位、患者を中心にした医療及びその医療の仕組みを考えていくというところでございまして、諸外国の動き、特にアメリカの動きも参考にはいたしますけれども、我が国に即した制度を作り上げていくことが今後の課題であらうと考えております。

見ていただきたいと思います。
アメリカでは保険の種類が多岐にわたっていますが、種類によって保険の内容が異なっております。また、国民は、保険が任意での加入ですが、所得が低い人は給付の低い保険にしか入れません。しかも、勤め先が保険料を負担する民間医療保険は会社の地位の高い人ほど良い医療が受けられる仕組みとなっております。一方、一般の労働者は制限の多い保険にしか加入はできません。
この先生の中で、廣瀬さんの中で、ドライブスルー出産というのがありました。ぱっと産んでその日のうちに帰ってきちゃうんだそうですが、ドライブスルー出産といつて、だからといって母体がどのくらい影響があるかというのもありましようが、どうも私は何なんだろうという感じがしております。日本の場合、保険に加入していれば、会社の社長も労働者も同じ医療を受け、また小泉総理大臣も一庶民も保険証一枚で同じ医療が受けられるという仕組みで、私は大変素晴らしいと思っております。WHOもこのことを高く評価しているのではないのでしょうか。
坂口大臣に、こうした日本の医療保険制度の違いを踏まえて、さっきはもう本当にアメリカは絶対だとおっしゃっていましたから、もうこの御意見は聞かないでよろしいと思ひます。私はこの例をる引きました。
じゃ、済みませんが次に行かせていただきます。坂口労働大臣に伺いたいと思つたんですが、学ぶことはいくらもあつていましたから、伺わないことにいたします。
アメリカは無保険者が四千四百万人も存在していることが医療制度の混乱を引き起こしております。世界一の経済大国としてのプライドから、見過ごすことができないと過去数回にわたって皆保険制度に挑戦してまいりました。一九七〇年のエドワード・ケネディ上院議員が提案し、それに対抗したニクソン大統領の提案など、数々の提案がなされました。また、先ほど宮崎先生がおっしゃったように、クリントン大統領がヒラリー夫

人とともに懸命のキャンペーンを展開したにもかかわらず実現できなかったことは記憶に新しいところでございます。

これに対して我が国では、一九三八年に厚生省が発足し、それと期を同じくして国民健康保険制度が創設されました。当時は任意加入の制度として発足したましたが、戦後の混乱期を経て、一九六一年には国民健康保険が全国民をカバーし、これにより国民健康保険制度が達成されました。国民健康保険が自営業の方のほか高齢者あるいは無職の方々など様々な人を引き受けることにより、言い換えれば皆保険の受皿となることで国民皆保険は維持されていると言えます。

しかし、今日、産業構造の変化とか高齢化等により国民健康保険の運営は極めて厳しい状況にあります。しかし、国民健康保険の安定なくして皆保険の安定はありません。国民健康保険を守ることは国民皆保険を守ることであり、これは厚生省の発足にかかわる基本政策であるという認識を持って厚生労働省としてはこの問題に取り組んでいただきたいと思っております。

そこで、今回の法案では国民健康保険について幾つかの対策が盛り込まれておりますが、国民健康保険の基盤強化の観点から今回の法案をどのように位置付けておられるのか、お伺いをいたします。

○政府参考人(大塚義治君) 正におっしゃいますように、我が国の国民皆保険というものが我が国医療制度の根幹の一つであるとするならば、それを支えておりますのが、最後のとりでとして支えておりますのが国保でございますし、それだけに市町村に大変な御苦労をお掛けしておるわけでございますが、逆に苦しいからといってこの国民健康保険を放棄するわけにはいかないわけでございまして、最大の我が国の医療保険制度における課題であることはおっしゃるとおりであろうと思っております。

その背景には、最後のとりでであるだけに、無職者あるいは低所得者の方も加入されるわけでご

ざいますし、地域的に申しますと、産業構造や過疎化の進展で小規模な保険者が増えていくと。両面から大変厳しい運営を強いられれていることは我々も十分認識をしておるわけでございます。

今回の法案の改正におきましても、こうした課題に対応するという点で何点かお話しするように改革を盛り込んでおりますけれども、一つには、低所得者を多く抱えるという状況がございしますので、従来から保険基盤安定制度というもので、低所得者の人数に応じて財政支援制度を創設する、従来から保険基盤安定制度というものでございしたけれども、それを発展的に強化するという内容を踏まえまして、低所得者を多く抱える市町村国保を財政支援する制度を創設する。また、広域化を進める、あるいは広域的な一種の財政調整と申しましうか、その機能を強化するという観点から、市町村国保の広域化等を支援する基金を創設することといたしました。また、財政調整という言葉が適当かどうか分かりませんが、高額な医療費の負担を都道府県単位で調整をする高額医療費共同事業、これも従来施策として実施をしておりましたけれども、それを拡充し、制度化を図るといった基盤強化策を盛り込んでいるところでございます。

こうした施策によりまして国保の安定的運営に一定のめどを付けたいと、こう考えておるところでございますが、さらに基本的な問題としては、これまで大臣から御答弁ございましたように、医療保険制度全体の安定的な運営を図るといふ観点から、医療保険制度の体系の在り方に当然深くかわる問題でございますから、これについて検討を進めて、その方向を見出していきたいというのが現在の状況でございます。

○沢たまき君 財力的にもあれだけの国力のあるアメリカにおいて皆保険制度の創設がままならないことは、いかに相互扶助に基づく皆保険制度の堅持が難しいかというのが理解できると思えます。

いずれにいたしましても、今までの申し上げましたけれども、抜本改革といっても、まずは我

が国の医療保険制度を正しく認識することから始まるんだと思います。その上で、どう抜本改革していくべきかが大事な点だろうと思えます。そうでなければ、幾ら説明しても皆さんに御理解はいただけないのではないかと思います。正に、我が国の医療制度は抜本改革に向けてスタートしているわけですね。しかも、WHOが世界一と評価している医療保険制度は国民皆保険制度という仕組みによって支えられていることが明白なわけであります。

経済財政諮問会議の民間議員の意見書が、国民の皆さんに対する説明責任を果たすべきだと指摘されているように、具体的な事項の説明責任は当然といたしまして、まず基本的な皆保険制度が果たしている役割を御理解いただくことが最も必要な説明ではなからうかと思えますが、いかがでしょうか。

いつでもどこでもだれでも保険証一枚で医療を適切な負担で受けることができる皆保険制度の堅持は最善の政策であること、またそのための本法案の改正であることを御理解いただくために全力を尽くすべきであると思っております。

厚生労働大臣の御所見を伺って、るる伺いましたからそういうふうに思いますが、先ほどもちょっと私も申し上げましたけれども、大変分かりやすい、この法案が通った後の前後も、試案のように、難しいことでもなく、雑誌ではなく、一枚のポスターでばあっと分かりやすいキャッチフレーズで皆さんに安心していただく。今ある私が申し上げましたのは、この制度が大変すばらしいんだということをはかりに国民の皆さんに分かっていただくかというのでアメリカの例とかいろいろ引張ったわけでございますが、大臣の御所見を伺わせていただきたいと思えます。

○国務大臣(坂口力君) 日本の医療制度につきましては、先ほどからお触れをいただきましたとおり、公的皆保険制度が現在も順調に推移をいたしておりますし、これからの公的皆保険制度を継続をしていくことが国民の皆さん方に一

番安心感を与える問題であるというふうに思っております。

そして、もう一つは、よくフリーアクセスというふうに言われますけれども、どういう病院を選ぶかという、患者さんにその選択権が与えられている、そして一つの病院だけではなくて、心配ならば他の病院にまた行っていただくこともできるというこの制度は、ある面で無駄を生むことも事実でございますけれども、患者さんから見れば、そういう選択権があるということは大変安心のできる制度に私はなっているというふうに思っております。

しかし、中にはあちらにもこちらにも行かれて、そして毎日違うところへ行っておみえになるというふうな方の中にはそれはありますから、そこはある程度やはり御理解をいただかなければならない。

ある歯医者さん、歯科の先生にお聞きをした話でございますけれども、ある方が大きな袋をしょって、オオクニヌシノミコトのような袋をしょってやってきた。何ですかと言ったら、この中はすべて入れ歯です。あちらでも作り、こちらでも作り、たくさん作ったのをしょってやってきたというふうなお話を聞いたことがございしますけれども、そこまで行きますと少し問題がございしますから、そうしたことはできるだけ自重をしていただいて、そしてやはりここでというふうな思われ、信頼されるところで最初からしっかりと掛かっていただくということが大事ではないかというふうに思っているわけでございますけれども。

そういう、この制度というものは今後継続をしていくのだ、その大前提の上に立って、皆さん方に、こういうところを無駄がありませんからここは更に無駄を省いていきます、医療の質としてここに問題点がありますから、もう少し例えば情報開示をしますとか、いろいろの点で患者の皆さん方におこたえをするところはいたしますといったようなところを申し上げながら、しかし御負担をいただくところは、軽い御病気の方は、これだけの

御病氣はひとつこれだけの御負担をしてくださいという言葉を素直にやはり発言をして、そして御理解をいただかなければならないというふうに思っています。

なかなか複雑な体制になってき上がっている医療でありますから、一枚のポスターですべてを言い尽くすというようなことはなかなか難しい至難の業ではございますけれども、そのぐらいの気持ちでやはり我々は国民の皆さん方に御理解をいただきやすいようなことを、そしてそこはうそ偽りのない真実の姿をさらけ出して御説明を申し上げることが一番大事ではないかと思っている次第でございます。

○沢たまき君 ありがとうございます。

では次に、増進法に関して伺います。

この法律案は生活習慣病対策としての一次予防に重点を置いて、国民一人一人が生活習慣の改善に取り組み、社会全体としてこれを支援していくことによって生涯にわたる国民の健康の増進を図ろうとするものと思っております。生涯を通じて元気でありたいと思う気持ちは、私も皆さんも変わることはないと思います。今回の健康増進法案は、この点に初めて取り組もうとする法律ということで大きな期待をしております。

さて、一言で健康と言いましても、健康というのはWHOの定義をまっすまでもなく、総合的にとらえていく必要があるのは言うまでもありません。人間は、体が病めば気持ちも沈みがちになりますし、逆にストレスなどによって精神的に苦しむことで体の病に繋がってしまうこともあります。したがって、国民の健康づくりを進めていくためには、単に身体的健康の実現にとどまらず、心身のあらゆる面での良好な状態にあることを目指さなければならぬと思います。この点については、健康増進法におきましても、運動と栄養という言わば物理的な側面ではなく、休養という心の健康づくりに欠かれないことも、事項についてもきちんと位置付けをしており、このところも評価をしているところでございます。

しかしながら、この方面の取組はまだまだ十分であるとも感じております。

一つには、対策の基礎となる研究成果の蓄積がまだ十分であることがあつてはいいでしょう。確かに、休養とか心の健康づくりとかいった分野の研究は非常に難しい面があるのは事実ですが、健康という課題を総合的に実現していくためには是非休養とか心の健康づくりについての更なる研究を進めていただきたいと思っております。

この研究に当たっては、この週末、いろんなところに視察に行つてまいりましたけれども、是非とも厚生省と文化庁と連携をして研究をしていただきたい。医療の現場は治すところですのでなかなか研究ができないと、精神科の病院を昨日伺つて、そう言われてまいりました。

また、西洋医学だけではなくて、東洋医学的な観点も取り入れていただきたいと思つております。例えば、広く使われております食事療法、漢方薬にいたしましても歴史の積み重ねの中で作り上げてきたものであり、最近では私は、音楽療法というののも患者さんの心身の症状を和らげて治療や健康づくりに役立つ、こういう話も聞いております。

これらの点も含めまして、休養、心の健康づくりについても研究、これを是非推進していくべきだと思つておりますが、いかがでございましょうか、お考えを伺いたいと思つております。

○政府参考人(下田智久君) 健康づくりを進めていくためには、委員御指摘のように、単に体の健康だけにとどまらず、精神を含めました健康を総合的にとらえて実施していくということが重要であるというふうに考えております。

このような観点から、平成十二年から厚生労働省として進めております健康日本21というのがございますが、その中で休養と心の健康づくりというものが重要な柱の一つとして取り上げられていることは御指摘のとおりでございます。今回お願いをいたしております健康増進法案の中におきましても、厚生労働大臣が定めることとしたして盛り込まず基本方針の中に休養の重要性等について盛り込

むこととしたしておるところでございます。

また、御指摘のように、この休養それから心の健康、こういった分野の研究につきましてはまだ蓄積が不足をいたしておりますので、そういった研究をより一層深めていく必要があるわけでありまして、例えばただいま御指摘の音楽による健康増進の効果、こういったものも関係する省庁等とも連携しながら研究を進めていきたいと思つておりますし、厚生労働科学研究費がございまして、こういったもの等も活用しながら一層進めてまいりたいと、こう考えておるところでございます。

○沢たまき君 よろしくお願ひいたします。是非この心の健康についての研究を進めていただきたいと思つております。

ところで、現代の西洋医学を中心に発展してきた医療水準の向上、医療技術の発展は目をみはるべきものがあるのですが、予防医学という面では東洋医学に見習うべき点も多いように思つております。食事療法やあるいは漢方薬による体質の改善、これらは東洋の文化でありますし、東洋の歴史の積み重ねでもあります。

本法律案は予防に重点を置いたものでありますので、洋の東西を問わず、いいものは積極的に取り入れて、坂口大臣のライフワークであります、伺つておりますが、予防医学を推進して、国民が心身ともに健康を保持増進できる体制を作つていただければと思つております。

ここで私、坂口大臣の著書であります「タケノコ医者」の中で大変にこれだと私も思ったので、ちょっとこれ、予防医学の中の点数ですね、この項目に「予防」に保険点数を」という項目がございました。

日本の医療の基盤は「健康保険制度」にある。ところが「健康保険」は、健康のために活かされているか。活かされてはいない。病気になる時に使う「疾病保険」になっている。健康保険は名前だけになっているのが実状だ。もっと健康を保つために、予防医学の分野で

も使えるようにしなければいけない。

たとえば、治療の範囲のなかでも、これをやれば治療を少なくできる、医療費を軽減できるといったところに、もっと保険点数をつけて、医療従事者がそこに専念できるようにしなければいけない。

現実はずうではないかと、

というのがあります。

昭和大学病院の出浦先生のお訴えがここに書いてあります。人工透析をしている人がたくさんいる、年間一人五百万円から六百万円掛かる、とにかく保険の点数がべらぼうに高い、慢性腎炎のときに食事療法をしっかりやれば腎透析をやらずに済む人がたくさんいると書いてあります。

「しかし、食事療法に対しては保険点数が、あまりにもついていない。だから臨床の現場で、この食事療法を患者さんにすすめる医者が、ほとんどいないのです。透析の保険点数が高いので、まだしなくてもいいような患者にまで透析をしてしまう。結果的に、透析を受ける人がどんどん増えている。診療報酬点数は矛盾している」

「おお、なるほど」

同感だった。

というふうに書いてあります。

保険点数の見直し、これ医療が一点十円の保険点数が、これも予防の方に点数を一杯付けることができないのかと、私もそのとおりだなと思つたんですが、生活習慣病の予防についての診療報酬上の評価をもっと充実していくべきだと考えますが、いかがでございましょうか。

○国務大臣(坂口力君) 私の発言を引いていただいて恐縮でございますが、生活習慣病というふうに言いましたときには、これはかなり長い経過を取るわけでございます。一年や二年でできるわけではございませんで、十年、二十年という長い積み重ねの中で生活習慣病というのはでき上がってくる。そうしたものに對しましてどうするかというところはなかなか、この部分は保険点数でなか

か難しい面がございます。

ただ、その生活指導といったことを医師がもつとやりやすいような形にはしなければならぬだろうというふうには思っておりまして、今回の改正におきまして、生活習慣病等のこの指導につきましての点数をアップしたところでございます。

やはり、そうした生活指導あるいは運動指導、食事指導といったことも入ってくるというふうには思いますけれども、そうした面をより積極的に医療側が行えるようにしてあげるといことは非常に大事なことで、この積み重ねが生活習慣病を形成するかもしれないということに将来大きく影響してくることは事実だということに思っております。

そうした意味での取組というのは、私は保険点数上も是非必要だということに考えておりますが、病気そのものは非常に長期にわたるものでございまして、そうしたことになかなか、この病気を作らないようにするためにどうするかというようなことに、なかなか一遍にはいかない、長い経過の中でこれは観察をしていかなければならない問題であるというふうに思っている次第でございます。

確かに、もう少し予防の方に力点を置くことができないのかということ、私は率直にあるというふうには思っております。しかし、そこを保険点数としてどう評価するかということとはなかなか難しい問題が付きまとうことも事実でございます。

ややもいたしますと、それによって医療費を非常に高騰させるということもあり得るわけでございまして、その点に十分配慮をしながら、しかしこの疾病を非常に軽い段階のところまでとめ得るための努力というのは、これは是非していかねばならないというふうに思います。

人生八十年時代が今や人生九十年時代というふうになってまいりましたし、そして人口統計の統計によりますと、今年生まれた女性、女の赤ちゃんの二十人に一人は百歳まで生きるといふことだ

そうでございますから、将来におきましては人生百歳時代というのが待ち受けている、そうしたことを考えますと、これから先の慢性の疾患、生活習慣病をどう取り扱っていくかといったことにつきましては大変大きな問題になってくるというふうに思います。

東洋医学につきましてもお触れになりましたが、がんにつきましては、がんセンターの先生方を中心として、代替医療と言ったふうにかね、代替医療ということ、今まで余り西洋医学では顧みられなかった東洋医学的な治療方法等について、それがどれだけの効果があるものかといったことについての研究を現在していただいているところでございまして、一部におきましては、そのもう治療結果が出ていくわけでございます。

ややもいたしますと、西洋医学以外のものは拒否と言った少し言葉は過ぎますけれども、受け入れ難いような雰囲気があった中で、その代替医療と言われております分野につきましても研究のメスが入ってきたことは大変好ましいことだというふうには思っております。

これはがん以外のことににつきまして、そうした問題はやはり謙虚に取り組んでいかなければならないというふうに思っております。もう少し幅広い分野で、がんだけではなく広い分野でその代替医療の問題に目を向けてほしいということを、省内でも申しているところでございます。

○沢たまき君 ありがとうございます。

次に、国民の健康づくりにおける地方公共団体の役割についてちょっと伺いたいと思います。

休養とか心の健康づくりも非常に大切であります。そのための研究についても更に推進していくとの御答弁をいただきました。また、そして予防医学についても東洋医学についても大変すばらしい御答弁をいただき、ありがとうございます。研究が進んで科学的な根拠が明らかになったとしても、それを実際に個人が自分の健康づくりに結び付けていかなければ意味がないわけでありま

して、健康づくりのためにはまず自らの健康状況、生活習慣を把握して、そして改善のための目標を立てていくことが重要だと思いますが、これを一人だけ個人で行うのは難しいものがあると思いますので、やはり地方公共団体といましようか、地域社会の支援が、社会全体の支援が不可欠でございまして。

特に、私は住民に身近な存在である地方公共団体の支援がとても大切だと思っておりますが、国民の健康づくりにおける地方公共団体の役割について、健康増進法についてはどのような位置付けをなさっているのでしょうか。

○政府参考人(下田智久君) 健康増進法案では、国民の健康づくりを国、地方公共団体はもとより社会全体として関係者が連絡、協力をしながら支援をしていくというのが基本的な考え方でございますが、とりわけ住民の身近にある地方公共団体が果たします役割は極めて大きいもの、重要なものと考えておるところでございます。

こうしたことから、国の責務とともに地方公共団体の責務といたしまして、正しい知識の普及、研究の推進、あるいは人材の養成等を法律の中で位置付けておるところでございます。

また、地域によりまして抱えております健康上の課題は様々でございますし、またそれを取り巻きます社会資源、こういったものもいろいろな形態があろうかと存じますので、そういったものをうまく活用し、計画を住民参加型で作っていくということが極めて重要だと考えております。

こうしたことから、この法案の中では、都道府県、市町村が策定をいたします健康づくりのための計画について法制化を図っておりますので、そうした地域に合った計画が策定される、その推進に役立つものと考えておるところでございます。

○沢たまき君 ちょっと時間がなくなりましたので、少し質問を飛ばさせていただきます。この法律案の第五章の特定給食施設についてちょっと伺わさせていただきます。終わりにしたいと思います。

二十条で、特定給食施設の設置者は、都道府県知事に届出を行わなければならないとなっておりますが、この特定給食施設とはどのような施設を示すのでしょうか。また、こうした施設の実態はどのようなものになっているのか。

済みません、もう一つ質問を続けて言っちゃいます。この特定給食施設の受給者というのか、いろいろな病院で受託をしますよね。学校とか病院とか介護施設などで食事について業者に委託する実態が多いようございしますが、この受託業者もこの特定給食施設に関する規定を受けるのでしょうか、どうでしょうか。

済みません、その質問で終わらせていただきます。

○政府参考人(下田智久君) 健康増進法案におきます特定給食施設、これは栄養改善法に規定をしております集団給食施設の規定を直接的には引き継いでおるわけでございまして、具体的には、「特定かつ多数の者に対して継続的に食事を供給する施設のうち栄養管理が必要なものとして厚生労働省令で定めるものをいう」というふうにより規定をいたしております。これは現行の栄養改善法では、「継続的に一回百食以上又は一日二百五十食以上の食事を供給する施設」というふうにいたしておりましたので、この規定をそのまま引き継ぐ予定といたしております。

なお、最後の受託業者についてのお尋ねでございます。この特定給食施設に關しましては幾つかの規定を設けておりますけれども、この部分については設置者に対しての規定でございまして、受託業者については該当しないということになっております。

したがいまして、外部委託を行っている場合でも健康増進法に規定をいたします特定給食施設の栄養管理基準に定める規定を守るといふ義務は施設の設置者に課せられると、こういうことになるわけでございます。

なお、今回、当該特定給食施設に対します指導

を、指導あるいは助言、勧告・命令、立入検査といった規定を整備をいたしましたので、こういったことを生かしながら特定給食施設におきます適切な栄養管理の確保に努めてまいりたいというふうに考えておるところでございます。

○沢たまき君　ありがとうございます。

○委員長（阿部正俊君）　本日の質疑はこの程度とし、本日はこれにて散会いたします。

午後三時二分散会

平成十四年七月十日印刷

平成十四年七月十一日発行

参議院事務局

印刷者 財務省印刷局