

CITIZENS FORUM for RENEWAL

No. 94

1998年4月号

(社)行革国民会議 東京都千代田区麹町2-3 麹町ガーデンビル9階 電話03-3230-1853 FAX3230-1852

行革国民会議ニュース

温暖化防止の法案は市民の手で

京都会議で、2008年から2012年までの間に日本は6%温室効果ガスの排出削減することが決まった。それを受けて、環境庁から出される地球温暖化対策推進法は、28日に閣議決定された。

2月に立ち上がった「温暖化防止に関する市民立法をすすめる会」は、これまでの官僚に依存した政策決定のあり方では、今後長期的に取り組むべき温暖化問題についての実効性のある施策を策定することはできないとして、現状の問題点解決のための市民＝議員立法「地球温暖化防止活動推進法」案を作成した。

なお、本法案は、4月22日に執り行われたアースデイ「温暖化防止“市民国会”」における徹底討論を経て、500人近くの参加者による趣旨採択をしたところである。

市民立法案では、現在の省庁間の対立の構造を超える市民参加の仕組み作りや、情報を一元化する第三者機関の設立などのほか、法的拘束力のある削減目標を法案に盛り込むことなどを定めている。

温暖化防止のための法整備は、6%削減という京都議定書で決められた目標に止まらない長期的なものとして、包括的・総合的な視点で進められなければならない。環境庁や通産省の調整で本来あるべき内容から10歩も100歩も後退するような仕組みである限り、それは不可能と言わざるを得ない。

より多くの市民の声を反映した法案として、今後は具体的な議員立法化への方法を探っていく。

「温暖化防止に関する市民立法をすすめる会」事務局 平田記
詳しくは TEL 03-3263-9022 FAX 03-3263-9463 まで

〈資料〉

温暖化防止活動推進法

なぜ、いま市民立法か？

1998年4月22日

温暖化防止に関する市民立法をすすめる会

京都会議の反省にたって

京都会議までにいたるプロセス、京都会議での日本の動き、京都会議以後の各省庁の動きなどをみて、私たち市民は次のように反省している。

- (1) 京都会議までのプロセスでは、各省庁の意向が強く働き、内閣の意思は鮮明ではなかった。まして、与党・野党を問わず、政党の政策主張は、内閣の意思にまったく反映されず、その意味では、国会の機能も軽視されたといえる。NGOはもちろん、NGOの意見を反映させるために全力を尽くしたが、省庁の厚い壁に常にハネ返され、実質的な成果を得ることができなかったのが現実である。
- (2) 京都会議では、大幅な削減を主張するEC、はじめはゼロベースの立場に固執したアメリカ、

先進国の責任を追及する南の国々、その中で日本は、ただまとめることだけに終始し、会議中翻弄され続けた。これは、日本政府に強力な環境イニシアティブの拠点がなく、交渉をリードする戦略も戦術もなかったゆえである。

- (3) それゆえ、京都議定書でまとめた対象ガスを6ガスに増やし、限定的に森林の吸収も算入する方式での6%減のあり方をめぐって、再び各省庁の見解に食い違いが生まれ、政府はその対応に苦慮することになる。

このような状況が生まれるのは、各省庁の役人が無能で、政党や議員の人が非力なせいではない。むしろ、日本の行政の意思決定機構の欠陥とシステム疲労にその原因はあろう。

強力なリーダーシップをとれる〈委員会〉の設置

政府の各省庁ごとの付属機関や、その寄せ集めの合同機関では、温暖化の問題には対応できないことが、この過程で証明された。改めて、委員の人選も国会の承認を受け、内閣総理大臣にも勧告権をもつ強力な〈委員会〉の設置が望まれる。

また、その〈委員会〉は強権的なものではなく、NGOや産業NGOの参加を得て、開かれた市民参加のテストケースとして位置づけることができる。その〈委員会〉が削減計画の指針を勧告する。

具体的な計画の策定

〈委員会〉の指針に従い、内閣が計画を策定することになるが、その計画は、すぐれて実践的かつ長期的でなければならない。そこで私たちは、具体的な3カ年計画とそのローリングによる京都議定書の達成（中期計画）途上国と共にする長期計画、気候系の安定するレベルまで排出量を削減する超長期計画を連動して策定するように計画体系を考えた。

自主的削減活動の活性化をめざす

温室効果ガスは、消費者市民や生産者市民の〈自由な活動〉の結果、大量に排出され続けている。私たちは、この〈自由な活動〉を損ないたくはない。しかし、技術の開発に依存しただけではこの問題は解決されず、なんらかの規制や制限が必要なことも論をまたない。そこで、一番大切なことは、市民の自主的な削減活動を活性化し、その活動を支援する形で、社会的規制や経済的誘導策を導入することだと考えた。それゆえ、この法律の名称は、温暖化防止活動推進法とした。

情報の作成・公開・提供を一元化する

温暖化問題をめぐる情報は、きわめて複雑であり、専門的であり、かつ国際的である。それとともに、個別分野でこれからの研究が必要とされるテーマが山積している。そこで、これらの情報を一元的に管理し、その情報を公開し、提供する機関をつくり、その機関への人々のアクセス権を保障することにする。この機関をつくることにより、各省庁の情報合戦や研究会の乱設は防げる。

温暖化防止活動推進委員会

排出削減指針の勧告

内閣

排出削減計画の策定

市民立法「地球温暖化防止活動推進法」案

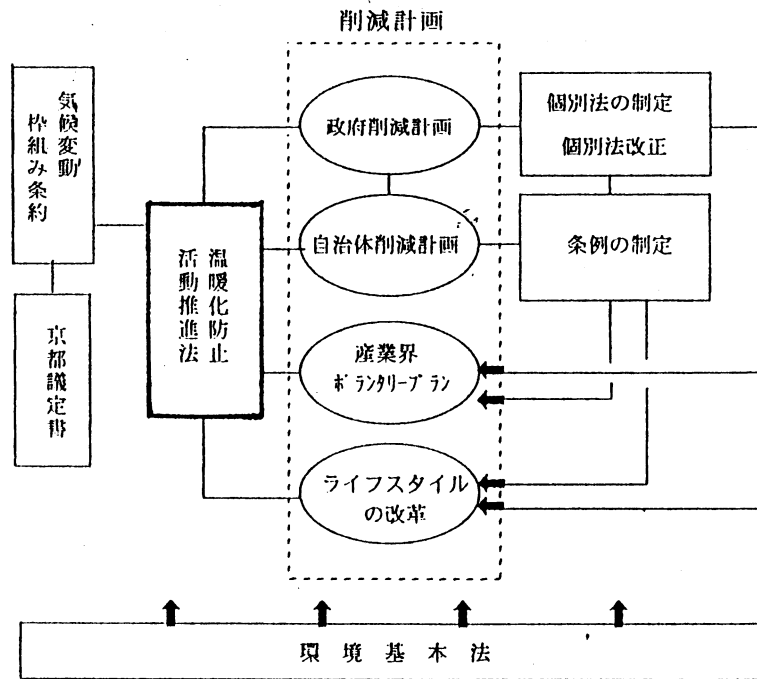
地球温暖化防止活動推進法とは？

役所と各省に付属する審議会の中だけで議論し、その結論を内閣に持ち込み、その決定を一方的に国会に押しつけ、義務だけを国民に課す、というのが今の政策決定の状況である。それゆえ各省庁の利害が対立し、COP3では日本政府の積極的な環境イニシアティブは発揮できなかった。

この法律は、次の3つの目的を実現することによって、日本の政策決定のあり方を根本から変革することを目指す。

- 各セクターが参加する「委員会」の設置
- 各セクターが協働する「削減計画」の推進
- 各セクターが必要とする情報の作成・公開・提供

法体系



法案（要綱）

私たちが目指す社会(目的・理念)

- 気候系への人為的影響による地球温暖化の脅威のない社会
- 現在及び将来の人類の生存権、環境権、幸福追求権等の基本的人権を満たす社会
- そのために
 - ・エネルギー使用を削減する
 - ・安全で再生可能なエネルギーを十分に活用する
 - ・循環型社会への転換を図る

対象ガス

二酸化炭素、メタン、亜酸化窒素、HFC、PFC、SF6の6つのガスを削減する

責務・基本方針

国 温暖化防止の活動推進のための基本的・総合的施策の策定、実施
産業団体等と非営利市民団体等の意見を取り入れ、活動を支援する

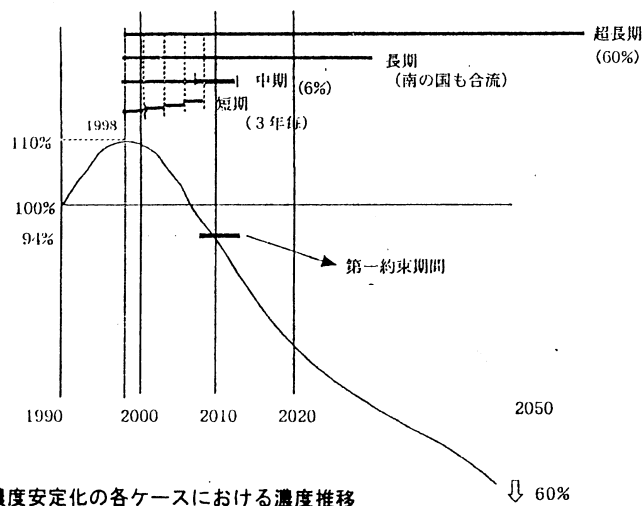
- 地方公共団体 国の施策に準じた施策の策定、実施
 国の施策を一層推進させ、地域特性に応じた独自の地球温暖化防止活動に関する条例の制定
 地域住民、事業者等々の交流の拠点としての自治の役割を促す
- 事業者 事業活動にかかる製品等の製造、使用及び廃棄の段階で排出される温室効果ガスの量を把握し、削減のための措置を講じる
 大量生産、大量消費、大量廃棄を助長する事業活動をあり方を脱し、環境に配慮した技術等の開発に努める
- 国民 日常生活に伴う環境への負荷の低減に努める
 国・地方公共団体の施策に協力
 地球益を主張する主体として、人類存続等に適した社会システムの実現のために努める

目標

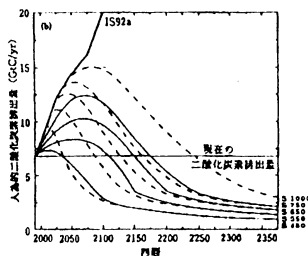
- (1) 超長期的：気候系を危険な人為的影響がない状態に3ガスを安定化すること
 2100年までに温室効果ガスの排出量を1990年レベルから約70パーセントから80パーセント削減させること
 - (2) 長期的：2030年に、温室効果ガスの排出量を1990年レベルから約50パーセント削減できること
 - (3) 中期的：京都議定書の目標を上回って削減できること
 - (4) 短期的：1998年から2008年までの間、3カ年計画を立てて順次更新しつつ、中期目標の達成を確実にするもの
- なお、代替フロン等については、早急に全廃をすること

目標は4つの期間に分けられ
 重層的につくられる

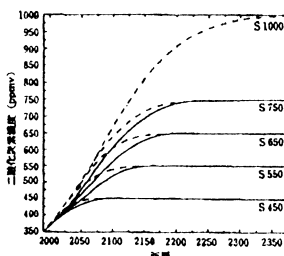
連動して達成状況を
 レビューする



濃度安定化の各ケースにおける排出量推移



濃度安定化の各ケースにおける濃度推移



←IPCC 第2次リポートより

仕組み

委員会

内閣総理大臣に勧告できる委員会を総理府に設置する。
委員会は、法律に定める基本的事項について調査審議する。
委員は、国・自治体・産業部門・市民部門からなる。

情報センター

温暖化に関する情報の収集、作成、提供、公開等、情報の流通を促す事務を行う。
委員会に対して情報開示請求権がある。
何人も、情報センターに対して情報の作成、開示、提供を請求できる。

取るべき施策の方向

1. 政策と措置の内容

(1) 国および地方公共団体の事業を地球温暖化防止に適合させるための措置

- ・ 公共事業等の国が実施あるいは関与する事業
- ・ 消費者としての国の活動全体を策定するための施策
- ・ 国が率先して実施すべき地球温暖化防止活動等
- ・ 安全で再生可能なエネルギーの普及
- ・ 公務員への環境教育

(2) 国および地方公共団体が民間事業等を地球温暖化防止に適合させるための措置

- ・ 地球温暖化防止に必要な規制
- ・ 温暖化防止の観点からの法制度、補助金等の見直し
- ・ 炭素税等の経済的誘導措置
- ・ 地球温暖化防止活動に対する国の支援等
- ・ 貿易・投資等と地球温暖化防止との適合、及び国際協力に関する措置
- ・ 民間の製品・サービスの輸出入、海外投資等の活動全体を策定するための施策
- ・ 地球温暖化防止自体を目的とした国際協力活動等
- ・ 安全で再生可能なエネルギー利用への転換、及び、循環型社会への転換を図る措置
- ・ 地球温暖化防止のための調査及び技術開発その普及に関する措置
- ・ その他地球温暖化防止に資する施策

(3) 環境教育等普及啓発に関する措置

- ・ 企業、国民の地球温暖化防止に関する普及啓発活動
- ・ 適切な情報や指標の提供等

(4) 国民に対して施策に関して説明し、国民からの発議を積極的に取り入れる為の措置

(5) 国民の自発的な環境保全に向けた活動を支援すること

(6) 各排出削減計画の達成状況を審査し、達成を担保する措置を構築すること。

2. 措置の情報公開

国・地方公共団体・産業団体等は、温室効果ガスの排出量および環境負荷に関する情報は、第3者の評価を受け、当該評価結果とともに公開し、表示する

その評価方法はライフサイクルアセスメント（LCA）を考慮したものであること

これからの医療保険のあり方について

- 丹羽雄哉・与党医療保険制度改革協議会座長との懇談会 -

医療保険制度の抜本改革については、昨年8月末に、与党の医療保険制度改革協議会が改革案をまとめ、目下、厚生省の医療保険福祉審議会で具体的に議論されていますが、薬価問題を中心に難航し、今国会にも法案を提出する予定が大幅に遅れ、秋からさらに来年の春に延びることが報道されています。さらには、財政構造改革法の改正にあたって、社会保障費の取り扱いが重要な焦点となっております。

こうしたことを踏まえ、さる4月3日、与党医療保険制度改革協議会の丹羽雄哉座長をお招きして、まとめられた改革案の考え方や内容についてご説明いただくとともに、意見交換を行いました。なお、お話の中で出てくる本とは、今年1月に丹羽座長が出版されました「生きるために - 医療が変わる - (日経メディカル開発)」のことであることを付け加えておきます。お話の内容をさらに詳しく知りたい方には、ご一読をお勧めいたします。

【丹羽座長説明要旨】

抜本改革の経緯

今回の医療制度の抜本改革のいきさつから申し上げますと、昨年9月から患者負担が1割から2割へ、お年寄りの負担が2.5倍になりました。薬剤費の別途徴収については大変評判が悪いのですけれども、こういうものもお願いいたしまして、何とか保険財政の帳尻を合わせることができた次第です。その検討を行った際、このような負担を患者に求めるだけでなく、医療費に無駄はないか、効率的であるかどうかという観点から抜本的に見直そうということになりまして、抜本改革に着手するということが与党3党(自民・社民・さきがけ)の幹事長、政策責任者の間の合意事項になりました。それに基づきまして昨年の1月16日から与党医療保険制度改革協議会が審議を始めまして、昨年夏、8月29日に最終的な改革案がまとまったわけでありまして。

現在は、厚生省の中に医療保険福祉審議会というのがありますが、この場で、私どもがまとめた医療改革案を基にして議論をいたしております。当初、今国会にも法案を提出したいという腹づもりだったようですが、これまで30年間、40年間続いてきた診療報酬や薬価制度の改革を、十分な審議もしないで法案にすること自身が大変無理なスケジュールだと思います。本来ならばこういう審議会ですらまとめてから私どものところへもってくるのが筋でございますが、今回は逆でございます。私どもが昨年、7ヵ月から8ヵ月かけて政治の場でまとめた医療改革案を、いま厚生省の審議会が議論しているということでございます。いろいろな議論があるようですが、秋の臨時国会には法案が提出されるという

運びになっております。

改革は2年遅かった

そこで、この与党案「21世紀の国民医療」についてでございますが、原案は私が全部自分で書きました。私はもともとジャーナリストですので、書くことはそんなに苦ではありません。それを基にして、厚生省の局長以上の人間と連日何時間にもわたって議論をいたしまして最終的に纏め上げ、それをまた協議会の場でいろいろ議論を行い推敲を重ね、最終的な形にしたものであります。今回、書きました本には、そうした改革案に至った背景であるとか、いきさつ、また、改革案には盛り込まれなかつたことなどを盛り込ませていただいたというわけでありまして。

まず、これまでのいろんないきさつ、本でいえば第2章「なぜ医療改革か」というところでございますが、「私は今回まとめた医療の抜本改革は、少なくとも2年遅かったと痛感している。行財政改革そのものも同じことかもしれないが、いまのような医療保険制度そのものが破綻状態になる前に、もっと打つべき手はあったはずだ、と政治に携わる者の一人として深く反省している。」と書いてございます。

どうして、この医療改革が遅れたかといひますと、2000年からスタートする介護保険の議論を優先させたためであります。実は私は介護保険については大変消極論者でございます。この話をしだすとそれだけで2時間くらいかかりますが、私は、介護保険の問題についても在宅からスタートしたらどうか、そして、国民の皆さん方にご理解いただいたら施設の方にも広げていったらどう

かといった、在宅優先論というものを主張しておりました。実は、これは、在宅サービス優先で一度決まったんですが、市町村長さんなどから、やはり特別養護老人ホームとかが本来の介護のあり方であるという強い主張でありました。私は、それよりはマンパワーが不足しているから、マンパワーをもっと増やしていくべきだ。また、現に福祉施設に入っている方から保険料を取ることの難しさ、それから、保険料を取っていながら認定されずに施設に入れなかったなど、いろいろトラブルが発生することを心配していきまして、小さく産んで大きく育てようという考え方でございました。まあ最終的には、選挙の終わった後、2000年からスタートということになりましたが、今でも、この本の中にも書いておきましたが、「もう、引き返すことはできない。私は介護保険がなんらトラブルもなくスムーズに離陸することに全力を挙げているが、率直なところ祈るような気持ちだ。」ということでもあります。

話がちょっと前後して恐縮ではありますが、こういって、ここ4~5年ずっと介護保険、介護保険ということでありまして、医療保険が実は放置されていたらいがございました。そういうことで、その反動として大変急激な負担をお願いしなければならなくなったし、本来ならば、これからご説明する医療改革を行ったあとで、負担をお願いするというのが筋でありますけれども、そのへんのところが逆になってしまったわけでありませう。

改革の基本的考え方

私は、今回の医療保険改革の基本的な考え方について、座長としての叩き台を3月末には用意しておりました、これが、あちこちの役所のなかで検討しているうちにスッパ抜かれました。だれにも相談していないうちにスッパ抜かれたわけですから、私は袋叩きにあったわけですが、幻の座長案などという人もいますけれども、しかし、最終的な与党案は基本的にはこの方針に則っているわけでありませう。

その基本的な考え方とは、「今回の改革は行財政改革の先頭に立つものであり、今後の社会保障改革の第一歩を踏み出すものと位置付ける。」そして、改革の視点としては、「高齢化社会に対応した良質で効率的な医療体制をつくり、国民に開かれた医療を実現するため、医療における情報公開の推進と透明性の確保を図ること、公益性を堅持しつつ、医療における市場原理を導入することなどを柱とし、利用者の立場に立った医療改革を

進めること」を掲げております。実際問題としましては、これについて、公益性と市場の原理とは矛盾するのではないかといろいろな議論がございましたが、このような私のメモからスタートして、最終的に与党協の案がまとまったということでもあります。

まず基本的な考え方ということで、前文に書いてありますが、高齢化が進行する21世紀においても、世界に冠たる国民皆保険制度を維持し、国民に安心して良質な医療保険制度を維持していくことを、国民的緊急課題としております。その一方で、これまで例を見ない急速な人口の高齢化、つまり今、65歳以上のお年寄りというのは全体の人口の15.1%であります、これが30年後の2025年には25.8%になるだろうということでもあります。こうした人口の高齢化、さらには医療の高度化などによって、医療費は増大の一途を辿っており、このまま放置すれば、21世紀初頭には医療保険制度は破綻してしまうことは明らかだという現状認識を示しているわけでありませう。

国民医療費はいまや27兆円、国民一人当たり22万円に達しております。27兆円と申しますと、よくわれわれが例にしますのは、パチンコ産業は30兆円でございますから、それよりひとまわり少ない規模であります。この国民医療費は毎年5~6%、年間1兆数千億円ずつ増え続けており、国民皆保険もいまや重荷になりつつある。このまま5~6%の伸びでいくと、30年後には国民医療費は141兆円、政管健保の保険料率は23.5%になることが見込まれておりますが、私はこの医療改革によって国民医療費を100兆円以内、保険料は17%前後に抑制することを目指したいと考えております。この医療改革を実現することによって、国民医療費を抑制していこうという立場でございます。

ただ念のため申し上げますと、医療費そのものについては、実際問題として命と健康にかかわる問題でございますし、患者のニーズというものも多様化しているわけでございますので、保険財政外のところでパイを広げるということに、私は必ずしも反対はいたしておりませう。ただ、保険財政には限界があります。保険財政のなかですと、今申し上げたような保険料の問題とか、お年寄りとお年寄りの負担感の公平の問題などがございませうので、医療改革を通して、もっと国民の皆様方に医療に対するコスト意識を十分にもっていただきたいと思っております。

「私たちの最大の課題は、いかにして、患者負

担や保険料負担などによって国民に負担を求めるだけでなく、限られた医療資源に無駄がないか、効率的であるかとの観点から、医療報酬や薬価の根本的な見直しに踏み切ったことである。」と本には書いておきましたが、この与党の医療改革をまとめるに当たって、私たちは、「つねに国民、患者の立場に立って、医療に対する不安や不信をどうやって解消し、医療に携わる人たちも生きがいを誇りをもって地域医療に取り組むことができるようにするか苦心した。つまり、今の医療の現状をすべて是とするのではなく、正すべき点は正し、よりよい医療を追求していく姿勢を示したつもりである」ということであります。

改革は2000年から

改革案の前文の中で一番私どもの議論が難航しましたのは、医療改革をいつ実施するかということにあります。「改革は2000年から」ということではありますが、まず、私が当初示した実施時期は、「抜本改革の実施は平成12年度(2000年)を目途とするが、新しい高齢者医療保険制度の創設については、介護保険の導入状況を踏まえて検討する」という表現で示させていただきました。しかし、8月初めに厚生省から案が出まして、それによりますと、平成11年(1999年)つまり来年から始めるという案になっておりまして、社民・さきがけからは、厚生省の案よりも与党の医療改革協議会の案が時期的に後退しているのではないかと強い懸念が出されました。結局、最終的には、「抜本改革の実施は平成12年を目途とするが、可能なものからできる限り速やかに実施する。」「新しい高齢者医療保険制度の創設については、介護保険制度の導入状況を踏まえて、できるだけ速やかに実現する」ということで、決着をみました。

さきほども申し上げましたように、30年間も40年間も続いていたこのシステムを、根本的に改めてスタートさせるには、今の医療制度審議会でもいろいろ甲論乙駁の意見がでておるわけですが、十分に審議しなければならない。それなりの準備期間が必要である。それから、医療現場に混乱が生じてはならない。こういうことから、社民・さきがけの皆さんが非常に急いでおられましたけれども、私ども責任のあるものとして、あえて厚生省案より1年遅らせて、しっかりしたものをつくらうということで、2000年のスタートになったわけがあります。

患者負担は10年間凍結

改革案の前文の最後にこういふくだりがあります。「医療保険制度の新たな患者負担のあり方については、この抜本改革の成果を見極めつつ、検討する。」

これは、先程申し上げた8月初めの厚生省案では、被用者保険の患者負担を2割ではなくて3割。それから、大病院の外來(慶応病院なんか1日4000人も5000人も来るといわれていますが)の負担は5割にするというような構想を打ち出しました。新聞でも大見出しで報じられたところでもあります。これに対して私は、さっき申し上げましたように、そもそもこの改革案の検討は、昨年9月に被用者保険の負担を1割から2割へと2倍に引き上げる、お年寄りには2.5倍にするということから始まったわけでありまして、患者負担を増やすだけでなく、医療に無駄がないかどうかをも検討しようということからスタートしたのに、2割になるまえから、3割だ、いや5割だというような話は、悪乗り以外の何ものでもないということで、私は小泉厚生大臣ともだいぶ激しく論争いたしました。この前文は、こういうくだりを全面的に否定したものでございます。

実は被用者保険の本人負担を1割から2割に引き上げるというのは、15年ぶりでありまして、私がちょうど国会議員になりたてでございまして、衆議院の社会労働委員会の末席の理事をやっておりました。筆頭理事が小沢辰男先生で、社会党の理事が村山富市先生でした。こういうときに、1割から2割にしたんです。しかし、健保国会波高しということで、本則では2割とするが、その実施は凍結という案を出したのが、行財政調査会長の橋本龍太郎先生でございました。ですから、15年ぶりに被用者保険については1割から2割になる。それから、お年寄りの負担も2.5倍になるわけございまして、そこで出された厚生省案とは、まさに負担増に追い打ちをかけるようなものであります。小泉さんはなかなか面白い人で、私も好きなんですけれども、あの人は財政至上主義者でございまして、とれるものはなんでも取ってやろうということで、私はそれは悪のり以外のなにものでもないのではないかとやりあったわけでありまして。

それで私は、本の中に書いておきましたが、「私は今回の医療改革で、とどまるところを知らず増大する医療費のムダをできるだけ省いて、高齢者医療保険制度の創設をもって、被用者保険の患者負担の引き上げは少なくとも向こう10年間は凍結しなければならないと考えている」のでありま

す。高齢者医療保険制度はこれから創設しようとしているのですが、これは別です。しかし、3割負担というのはむこう10年間はダメですよ、とあえて凍結宣言をこの本の中でさせていただいたわけでございます。

開かれた医療の実現

そこでいよいよ各論にはいりまして、まず「国民に開かれた医療提供の実現」でございます。マスコミとか医療関係者の皆様方は、どちらかというと薬価、診療報酬、高齢者医療制度、こういうものに注目しているのですが、私は、基本は国民に開かれた医療提供の実現ということではないかということで、この与党医療協の案ではそういう姿勢を示す必要があるということで、これを最初に持ってまいりました。ちなみに、厚生省案は、診療報酬から入って、薬価、高齢者医療、そして医療提供体制という順番であります。そのタイトルは「医療提供体制」ということですが、私どもは、「国民に開かれた医療提供」にするんだということで、味も素っ気もない役所の案と私どもの案とは違うのだということをあえて強調したいわけであります。

基本的な考え方としては、「保険財政が逼迫しているという観点で医療提供体制を単に統制するのではなく、必要な地域医療を確保しながら、限られた医療資源の効率的な活用を図る。また、患者の立場を尊重し、患者と医療従事者との信頼関係を維持しながら、医療における情報公開を推進し、国民の選択によって良質な医療提供が再提供される体制を目指す」ということでございます。

このなかで、例えばもっと患者本位の医療ということで、病院のなかに患者や家族の苦情や相談窓口を設けたらどうかと考えております。だいたい大病院なんかですと、「患者さん、早くシャツを脱いで待っていて下さい」という感じでありまして、患者さんを診るのは3分もないですよ。3時間も待って1分か30秒くらいで、なにもありませんよといわれて、後ろの人のことも気になるから、もとに戻ってシャツを着る。こんな状態でして、もうちょっとアフターケアといいますか、薬をもらってもなんの薬かわからないということもございまして、病院のなかにこういうような相談窓口などを設けたらどうかということで、この本のなかでも具体的に相談窓口を持っております自治医科大学の例を挙げております。

それから、患者本位の立場からということで、健康保険証の問題もあります。これは相変わらず古めかしい。1家庭に1枚、ビニールのカバーな

んかしてありまして、これを後生大事に抱えています。私のところなんか、私がこれを持っていくと家内がいつでもいやな顔をしまして、なんかしばらくもっていかれちゃうと病院にいけないんじゃないかと心配するわけでありまして。別に病院には行かないんですけども、まあそれをもっているのは非常に安心感があるということです。こういう各家庭で1枚しかないのを改めて、ひとり1枚ずつの個人カードにしたらどうかということでもあります。保険証がクレジットカードやキャッシュカード並みになるということで、これは今年の予算からそういうものを取り入れて、そういう方向で検討しております。子供さん方が、例えば大学で地方に行ったりしても、そのためにコピーを送るという不便がなくなるのではないかと、こうみているような次第であります。

そのほか地域医療計画の問題ですが、私は実はこれの反対論者だったのですが、出来てしまったものですから、これを取り外すのはなかなか難しい。しかし、いわゆる急性期の病床と慢性期の病床、これがまあゴチャゴチャであります。たとえば、伊豆なんかは慢性期の病床は一杯ありますが、現実問題として、急性期の病床群は全然ない。つまり、温泉がたくさん出ますから慢性期の病床ばかりになって、急性疾患のための病院はもう作れない。こういうような不合理な点を改めていこうではないかと考えております。

薬価基準

次に薬価制度の改革問題について述べさせていただきます。

まず、基本的な考え方といたしましては、与党案には「医療における薬剤の占める割合が高いことが指摘されている。これは薬価が高いことや、購入価格との間にいわゆる薬価差が生じているため、薬剤使用量が増えていることなどが原因とされている。薬価差を原資とする医療経営から脱却し、技術中心の医療に変えていくため、現行薬価基準制度を廃止し、薬価差が生じない新たな仕組みとする。」と書いてございます。つまり、ドイツなどで採用されている参照価格制度の導入を目指すことになりました。「これによって、医療における薬剤費の一層の適正化をすすめ、欧米並みの水準を目指す。」というわけです。現在、日本の場合は、国民医療費27兆円のうちの29.5%が薬剤費の占める割合であるといわれております。欧米並みということは、フランスは19.9%、ドイツは17.1%、アメリカ11%ですから、限りなく20%に近づけようということでございます。

ます。

次に、現行薬価基準、つまり公定価格がなぜよくないかということではありますが、だいたい薬価差が生まれること自体がおかしい。公定価格というのは現在保険料と税金がぶち込まれている部分ですが、一番これが高い。それが転々と流通するに従って、だんだんだんだんこの値段が下がっていく。普通、ものというのは転々と流通するに従って価格が上がっていくのが普通ではないか。一番高いところを税金と保険料で賄っているということはどうみてもおかしいのではないかというのが、私の公定価格廃止の理由であります。

ただ、率直に申し上げて、病院の中には薬価差に依存している経営の部分が非常に大きいものですから、これに対する抵抗は大変強いわけであり、しかし、薬価差がありますから、出来高払いの方式でできるだけ数多くの薬を出すということで、いわゆる薬づけというものが生まれてくる。ちなみに、疾病ごとの平均的な処方薬剤数というのがあります。例えば、インフルエンザでどのぐらい診療所が薬を出すかということですが、日本の平均は3.6剤といわれております。まあ、おそらく、名前を挙げて恐縮ですが、PL出したり、のどの鎮痛炎症剤をだしてみたり、抗生物質をだしたり、それから胃薬なんてことなどで3.6剤。ところが、アメリカはだいたい1.2剤とか1.3剤。イギリスも大体その程度でして、日本というのはいかにこういう処方、薬剤数が多いかご理解をいただけたと思います。それに加えて、薬価そのものも諸外国に較べて高い。それから、高価格薬剤へのシフトもあります。つまり高い方が効くのではないかと、また、高い薬の場合は薬価差がそれだけ多くなりますから病院としては大変有利だということでありまして、いわゆる後発品ゼロだといわれているのですが、日本ではなかなかシェアが広がっていかないということでもあります。

そこで、私ども与党医療改革協議会では、現在の薬価基準制度に代わって、市場の実勢価格を原則としながら医療保険から給付する基準額を決める給付基準額制度、いわゆる日本型の参照価格制度というものを導入することといたしました。参照価格制度ではメーカーが薬の価格を自由に設定することができます。いくらで売りたい、ということでもあります。ただし、同じ効能グループごとに保険機関の支払い限度額を設定いたします。例えば、給付基準額、つまり参照価格ライン、これは保険で面倒みますよということを100円とします。これに対して医薬品の1、これはなかなか切れ味がいい、人気があるということで業者が強気

で150円という値段をつけたとします。そうすると、給付基準額(=100円)を超える50円分は患者さんが自己負担をして下さいということになります。それから、保険の給付分に対しても2割とか3割の自己負担分がありますから、患者負担はこの二つを合わせたもの(50円+20~30円=70~80円)になります。一方、医薬品の2、これは給付基準額どおり100円だとします。その場合は超過負担がなく、患者負担は給付基準額の2割とか3割で済みます。ところが医薬品の3、これは比較の後発で例えば売値が70円だとします。そうすると70円で2割負担だとすると患者負担は14円だということになります。これが新しい参照価格制度の仕組みで、一定の範囲を認めて、それ以上は自由価格ということでもあります。そうしますと、大体このラインのところに値段は収まってしまうというのが諸外国の例のようでございますけれども、このへんのところを十分に検討していきたいと思っています。

それから、薬剤比率が高い原因のひとつとして、皆さん方のご存じかどうかわかりませんが、医療機関卸というのがございまして、こういう方々がMR、MSというのだそうですが、全国で7万人いるそうです。7万人という大変な数のセールスが昼飯時とか夕方時にお医者さんに売り込みをかける。諸外国に較べてこの数はものすごく多く、こういうことを申し上げるのは大変失礼かもしれませんが、このMSがお医者さんの家の掃除までしているといった話も昔は良く聞かれたわけでありまして、こういうものについては、私どもは厳しく、そんなことはやっていられないのだと、あえて申し上げておるわけでありまして。

こういう参照価格制度になりますと、私は医薬の分業が進むと思います。つまり、病院で薬をもらうのではなくて、病院の近くに薬局を置いて、そこで処方に基づいて薬を渡す医薬分業が推進される。今もうだいたい4割近くになってきておりますが、私はここ2~3年のうちに5割になるのではないかと考えております。日本だけなんです、医薬分業ができないというのは。病院で薬をもらう方が簡単で良いんだという説もありますが、薬価差がなくなって参りますと、医療機関はこれを持っている必要がなくなってきました。それよりも手放した方がいいんじゃないかということになる。まあ、こういうことでございます。

新しい診療報酬体系

それから「新しい診療体系の構築」というところでもあります。

基本的な考え方としては、「医学および医療技術の進歩、高齢化の進展に対応し、地域医療の活性化と国民医療の質の向上を図るため、診療報酬体系を基本的に改革する。その際、「もの」よりも「技術」の重視、ホスピタルフィーとドクターフィーの明確化、医療機関の機能に応じた評価、急性期と慢性期の医療にふさわしい評価といった観点から、現在の体系を見直し、薬価制度の改革も踏まえて医療機関の経営の安定化と効率化を図る。」こういうことを与党の改革案には書いてあります。

これに関連して、皆様方お気づきかもしれないし、ちょっと面白い例を本の中には書いておきました。例えば、「もの」よりも「技術」を重視ということなんでありますが、現在は「もの」なんです。「早い、まずい、冷たい」と評判のよくない病院給食の差益は、実は、薬価よりももっと大きいといわれています。入院患者に出す食事の費用は、診療報酬から病院に対して一人1日当たり1920円支払われる。ところが、病院では自前で栄養管理士を配置するほかは、だいたいメディカル給食というか医療食品会社の職員を厨房に受け入れて給食業務をさせているのがほとんどです。あれは病院の職員ではないんです。要するに病院からこの医療食品会社にいくぐらいのおろすかを聞いてみると、大体1200円。つまり、診療報酬から1900円貰って1200円支払う。その差益が1日700円、これは大きいですね。

診療報酬の部分では差益の部分と差損の部分とふたつあります。病院には事務員がおりますが、あれには実は診療報酬からは全然給料は出ておりません。受付なんかやっている人には保険からは全然給料は出ていないのです。このように、医療材料であるとか、薬であるとか、それから給食であるとか、こういうものが差益でありまして、大体、医師の技術料や看護など医療サービスそのものについては、保険から支払われていても低い評価であります。こういう仕組みが、薬浸け、検査浸けに拍車をかけているということでありまして、このへんのところをどのようにこの医療改革の中で変えていくか。「もの」の評価から、技術料の評価に変えていきたいと思っております。病院というのはトータルで計算をしているということでございます。

それから、定額払いという話をよく聞きます。これについては医療関係者が非常に神経質であります。最終的には与党協の医療改革案では、急性期の医療は出来高払い、慢性期の医療は定額払い、もう病状がある程度一定しているものは定額払い

というように、出来高払いと定額払いの最善の組み合わせを構築しなければならないということ、まず最初に明記してあります。それから続いて、急性期医療は入院当初は出来高払い、容態の安定などを考慮して、一定期間後は1日定額払い。一定期間というのは10日か2週間ぐらいだと思いますけれども、定額払いにする。それから、外来医療については出来高払いを原則とする。慢性期医療については、入院医療については1日定額払いを原則とする。慢性期医療の外来医療は原則として出来高払いとするが、一定の慢性疾患については定額払いのあり方をこれから検討していく、ということですよ。

それから「医療材料」であります。これは非常に薬とともに不透明じゃないかということが指摘されております。例えば、カテーテルは米国に較べて5倍、ペースメーカー（人工心臓弁）は2.5倍も高い。その原因は複雑な流通機構や薬価制度のあり方などに問題があるとされているということですので、私は、これを輸入時を参考にしながら参考報酬のあり方を検討していったらどうかと、考えています。

それから、本では「医師の技術、経験も評価」というタイトルになっているところでありますが、これは俗にいう混合診療という問題で、医師会が最もいやがるところでございます。医師の技術の評価については、かねてから大学を卒業したばかりの新米の医師も、10年、20年と実績をあげているベテランの医師も同じ評価の保険点数では不公平だという意見がございました。そこで、医師は保険点数で決められた以外に、診療料や手術料を患者からとるいわゆる「混合診療」については、これは正直申しまして与党協の中でも意見が分かれたところでございます。混合診療を無原則的に認めると、患者は医療機関でいくら負担を求められるかわからない、暴れ馬を野放しにするようなものだという意見がございました。しかし、限られた医療資源の中で、今後、混合診療を一切認めないということは自らの首を締める、というような意見もございました。結局与党協の医療改革案では、一定の範囲内で、医師および歯科医師が特定療養費制度を参考にしながら（まあ差額ベッドみたいなものですね）、その技術や経験が評価できる途を開くということにいたしました。これに対して医師会は極めて慎重であります。医療団体というのは護送船団とはいきませんが、私も、これによってできるだけ風通しのいい、冗漫な医療をしているところはだんだんおかしくなってくる、やる気のある医療をしている

ところはもっともっと伸びていくということを狙いとしているのですが、率直に申し上げて壁にぶつかっているということも事実であります。

ただ、アメニティ、医療周辺の部分については、例えば老人病院などでは、予め入院するにあたって、例えばおむつ代とかお世話料だとか理髪代とか書いてあります。私の友人がやっております青梅のあるたいへん有名な病院ですけれども、ウエイティング者がもう500人ぐらいいるんだということですが、この病院なんかはきちんと、平均で12万円、毎月もらっているということでありまして、これはおむつ代、理髪代、下着も含めた洋服代、洗濯代ということでありまして、1日に換算すると4200円ぐらいです。こういうものは、実は今まではどちらかというと認知されなかった。それをこれからはきちんと認知したらどうか、要するに明朗化したほうがいいんじゃないかということで、医療機関が施設利用料などとして患者から支払いを受けることを原則自由とするということでありまして。

それからもうひとつ診療報酬の中で申し上げたいのは、出来高払いとも1日定額払いとも異なる支払い方式で、疾患群別定額、アメリカでやっているDRGというのがあります。DRGというのは、例えば胃ガンの手術ならば全て含めて130万円、盲腸の場合は20万円だとか、疾患ごとに定額払いにする。この場合は、入院期間が短いかにかわらず一定額が支払われるということですが、これによってどういうことがわかるかということ、病院の質がわかるといわれるのですけれども、これについては実はかなり抵抗があります。

日本の医療の問題としては、薬漬けの問題と入院期間が非常に長いという問題がございます。大体、これは精神病院も長期療養型も入れての計算でしょうが、日本の場合は、平均在院数が41日でございます。ところが、アメリカだとか、イギリス、フランス、ドイツでは8.4日、つまり、日本は5倍以上でございます。この辺の入院期間をどうやって短くしていくかということが、これからの課題ではないかと思っています。冗漫にいつまでも置いておいて、次の患者さんが見つかるまで病院から出してくれないという話も聞くわけでございます。この辺のところは今後の改革のポイントになっていくのではないかと思います。

高齢者医療保険制度の創設

それから最後に高齢者医療保険制度の創設であります。高齢者医療保険のあり方については、連

合が提案の「つきぬけ方式」、つまりサラリーマンが退職後も組合健保に加入する方式と、そこからは独立させる「独立方式」というのがありまして、4月の中間報告ではこのふたつが両論併記となったわけでございます。先程も申し上げましたけれども、現在27兆円のうち3分の1は老人の医療、2025年で141兆円といたしましたが、このうち半分が老人医療費ということでありまして。ですから、日本の医療の一番の問題は、実は老人医療費をどうやって解決するかということではないかと思っております。私は、国民の4人に1人がお年寄りになる2025年、こういうことを視野に入れば高齢者からも保険料の一部負担を求め、公費も思い切って投入するという独立案を選択するしかない。つまり、独立案というのは帳尻を今のように各健保組合にもってもらうのではなくて、これを高齢者の医療保険制度の中でもっていただきたいということでありまして。

健保組合の保険料の領収の中に占める老人拠出金というのは27%であります。つまり、この本の中に日立の健保組合の話を書いておりますけれども、若い組合員はあまり病気に罹らないということで、あまり保険を使わない。その結果、ほとんどが見知らずのお年寄りの方のための老人拠出金として調整されてもっていかれてしまう。これが30%近くになるということで、若い方は大変不満を持っております。こういうことで、いつまでもお年寄りの問題を若い方の負担にするということではなくて、国からの補助金も思い切って入れて独立させるということが筋ではないかと思っております。

こうしたことから、与党案は「少子高齢社会において若年世代の負担が増大する中で、今日の高齢者の社会的経済的状況をふまえ、今後も低所得者には配慮しながら、高齢者にも相応の負担を求めていかざるを得ない。こうした状況を踏まえつつ、高齢者を対象として疾病の予防、健康増進から治療までを含めた独立した保険制度を創設する。財源としては高齢者自らの負担の他、公費負担、世代間連帯の観点から若年世代の負担を求める」こととしたわけでありまして。

医療改革は2000年にスタートするわけですが、介護保険はさき申し上げましたように大変でありますからよくみなくてははいけない。したがって、高齢者の医療保険制度のスタートを2000年にするといっても、なかなか2000年から独立したものを作るのは難しい。そこで、まず定率負担にする。定率負担というのは、今1回行って500円で4回で打ち切り（昨年9月

までは1020円)という制度を、例えば被用者保険が今2割ですから、その半分の1割という定率負担にしていく。私が申し上げたいのは、手厚い介護を受けたものと軽い介護を受けたものが、定額制度の場合では負担が同じなのです。これは、自由主義の原則に反するのではないか。やはり、手厚い介護を受けたものはそれだけ負担が重くなる、軽い負担のものはそれだけ軽くなる。お気の毒だからどうのこうのというのは、別の次元の話ではないかというのが私の考え方であります。その際、新たな高額療養限度額などの限度枠を設ければ、負担が急に増えることにはならないというわけであります。

以前の健保法の改正の際には、定率制の導入に強い反対がございました。私は定率論者でありまして、定額はおかしいと主張して、大分医療関係者とぎくしゃくがあったわけですが、今医療関係者は、全部、やっぱり定率の方がいいのだということになりました。ですから、定率負担にして、また、サラリーマンの被扶養者となっている高齢者にも保険料を払っていただくというやり方を、2000年からスタートしたらどうか。そして、独立した高齢者の医療保険制度というのは、介護保険制度が2000年からスタートしますから、なかなか同時に高齢者医療保険も介護保険もというわけにはいきませんから、その3年後の2003年が介護保険の見直しの時期なんです。ここで独立したものとしてスタートしたらいいのではないか。つまり、まず最初に前倒しで、定率制の導入と高齢者の医療保険制度の保険料を徴収するということでもあります。

地元で演説する度に票を減らしているんですが、お年寄り是我が国のために大変低い年金でご貢献をいただいている、社会的弱者でありしかも経済的な弱者であるということで、70歳になると、お金のある方もお金のない方もみんな昨年9月までは1020円、9月からは1回500円、こういうこととございました。しかし、例えば国民年金を毎月3万5000円ぐらいしかもらっていない方もいらっしゃる、そうでない方もいらっしゃる。日銀の総裁も1回500円、国民年金を3万5000円しかもらっていない方も1回500円。お年寄りというのは社会的な弱者であるけれども、一律的に経済的な弱者と言い切れるかどうか。

年金の問題でもお話があったと思いますけれども、世代間の支え合い、賦課方式でありますから、今年金をもらっている方はいいのですよ。私なんかも一生懸命年金を払っている。それはなぜかと

いうと、既得権ではなくて期待権ですね。期待権で世代間の支え合いですから、一生懸命払っている。一番気の毒なのは若い方なのです。今のままでは、おそらく30歳以下の方は払った保険料ももらえないでしょう。この逆ざやをどうするかというのは大きな問題でありますけれども、それと同じように、この医療保険でも、さっき申し上げたように月収20万円もいかないようなOLから、老人拠出金ということで40%、50%ももっていかれてしまうことに大変不満なのです。資生堂の石野会長はカンカンですよ。とんでもない、うちの従業員は若いのだ。みんなその分だけ老人拠出金調整でもっていかれてしまうんだ、と。

これをどういうふうを考えていくのか。私は、高齢者でも、一定以上の収入があるものについては現役と同程度の負担で良いのじゃないかと思っております。つまり、若い人はみんな2割負担なのです。それ以上の収入がある方には70歳以上でも同じような負担をお願いしてもご理解いただけるのじゃないか。こういうことを選挙区でいうと、おまえは年寄りの敵だということで、今非常に人気凋落しているわけでありまして。しかし、今更考えを変えるわけにはいきませんので、これをいい続けているわけでありましてけれども、こういうことを真剣に考えていかなければならないのではないかと考えているような次第でございます。

そのほか、高齢者の保険制度のあり方については、社民党は国でやったらいいじゃないかとかいうこととありますが、実際に使うのは地方自治体ですから、現実的には地方自治体にやっていただかなければいけない。しかし、小さな市町村がやるには限界があるわけですから、県とか政令指定都市が運営主体となってやっていくことが現実的ではないかと思っているわけでありまして。

予算のキャップの見直しが必要

以上がいつまで申し上げました。一言で申し上げますと、医療という分野は、行革に反して、規制緩和ではなくて規制し続けているところなのです。規制を続けているなかで、現在の保険制度の中で、なにか既得権を守りながらやっていこうじゃないかということで、どうも私には性に合わないんですけれども、ともかく一生懸命やらせていただいているような次第でございます。

ただ言えますことは、今のままでいきますと、国民皆保険制度というのは間違いなく崩壊する。昨日も加藤幹事長に会ってきたのですが、是非とも皆さんにご理解いただきたいのは、今財政構造

改革法の先送りというのが出ています。これはどうということかという、私が張本人で評判が悪いのですが、去年暮れの予算編成で薬価を9.7%下げた。その分差益が減ったので診療報酬を1.5%上げたけれども、事実上目減りだということで評判が悪い。しかし、厚生省の予算枠、キャップが決められている。社会保障関係というのは医療だ年金だと年間7000億～8000億円の歳出の自然増があるのです。ところがこれに対して、平成10年度が3000億円の増、その後11、12年と2%増というキャップがかかっている。これを2年間先送りしたとしても、このキャップを何とかしない限りはまた来年予算編成のときに問題となる。要するに、既存の歳出が思い切って削れないのです。僕は生活保護でもなんでも削ったらいいと思うのですが、そんな簡単な話じゃないというんですね。今年度予算では、厚生年金に対する国庫負担を7000億円繰り延べましたが、今、年金に対する信頼がないときに、これ以上また繰り延べもするわけにいかない。こういうことで、今のままですと、また来年の予算編成が出来ない。もうこれ以上矢面にたつのはいやだ、私が落選するのはいいけれども、今度は政治そのものがおかしくなってきましたよと加藤さんに申し上げたのですが、このキャップの問題、社会保障関係の負担増に関わる問題は何か考えてくれないかといっているわけです。

公共事業については補正という名のもとでどんどん後から信じられないくらい予算がつくというのに、社会保障関係は当初予算関係でありますから、あとから追加は出来ないということでありまして、これは是非とも皆さん方にもご理解いただきたい。来年の平成11年が一番大変で、平成12年からは、つまり医療改革を行い、介護保険も導入すれば12年からきちんと枠のなかでやりたい。ただ今までの流れを急に変えるわけにはいかないことを、是非ともご理解をいただきたいと思っております。

行革とは政治家には辛い仕事である

私の選挙区は筑波研究学園都市というところでありまして、これは茨城県であります。一番多いのは研究機関で、薬の研究機関が一番多い。これはもう殆ど外資系も含めてあります。こうしたところで、いまお話ししたようなことをやってい

質疑応答

司会 どうもありがとうございました。特に最後

るわけでありますから、薬屋さんはそっぽを向いて、応援しない。それから、医師会からは、みなさんは聞いていらっしゃるかどうかわかりませんが、とにかくとんでもない野郎だということで、医療機関も応援しない。そして、最近は年寄りの方からも丹羽はけしかんということがあります。ところが、これまで私の選挙を応援してくれたのは、医師会と年寄りと製薬メーカーだけだったのです。これ全部にそっぽを向かれてしまったということで、行政改革をわれわれ政治家が行っていくのはなかなか大変なことだと感じております。

私もそれなりに開き直ってやっておりますけれども、非常に軋轢があつて、相当な覚悟がなければこれができない。ある方にいわせると、物好きな人しかできない。最近はないのですけれども、一時はいろんな脅迫めいた手紙が殺到したり、いろいろなことがありました。私もそんなことでどうのこうのと豹変することもないですし、医療保険改革というものを頑張ってやっていきたいと思っておりますけれども、率直に申し上げて、そんなに喜んでやっているわけではない、自らを奮い立たせながらやっているということを是非ともご理解いただきたいと思っております。

私は、このままでいくとだんだん若い人の負担が重くなる、保険料が多くなってしまふということであつて、これは大変なことではないかと思っておりますけれども、若い人は選挙や投票には行って下さらないということでありまして、年寄りだけを対象にしながら選挙をやっていくのは、これも大変なことであります。いずれにしても、こうやってひとつひとつ、私も地元で、今日ほど率直ではないのですが、基本的には同じようなことを年輩の方にもお話をさせていただいているわけでありまして、なかなか険しく厳しい途でございますけれども、こういうことをやっている政治家もいるということ、是非ともご理解をいただきたいと思っております。

話があつちへいったりこつちへいったり、またいろいろな問題でまだ意を尽くせないことがございますけれども、とりあえずこのへんで私の話を終わらせていただきます。

のところで大変なご苦心がよくわかりました。私

どもは東京に住んでおりまして、直接のお役には立てないのですが、ご健闘をお祈りしたいと申し上げます。1時間少々ございますので、どなたか・・・。

山口(会社員) 国民医療費27兆円ということは大変なことだということがわかりますし、負担を1割から2割ということもわかりますが、今日お話の中で、医師と病院の改革のほうあまり見えてこないような気がするのです。一患者として、病院とか個人医院とかへいきまして、ちょっと質問するとあまりいい顔をしない医者がいたり、ちょっと突っ込むと怒りだす医者がいたり、いわゆるクローズド社会という感じが非常にするわけです。

先程情報公開ということをおっしゃったわけですが、例えば単純にできる本人カルテの公開、それから最終的に清算義務を負わせたときの明細書みたいなものは、コピー1枚10円ということではなぜ開示できないか。いちいち法律がなくとも、本人のものでしたら、開示して他人に見せるかどうかというのは本人の自由ですし、そんなものを他人に見せるものでもないでしょう。そんなことは別に法律がなくともできるのではないかと。

二つ目は、診療の不正請求があった場合に、単に返せばいいのかどうかという問題です。先程アメリカの例をちょっとおっしゃったけれども、そういう場合は通常、不正に得た利益の3倍という損害賠償金をとられる。これは行政手続きで普通やるんですけれども、民事制裁金というかたちになっています。それから、刑事罰は終身刑ということになっていますね。そういったいわゆる1罰100戒ではなくて100罰100戒ということがあってもいいんじゃないかと思えます。

それから、医薬分業のことに触れられました。現状は4割とのことですが、私はそこまでいっているのは知らなかったのです。現状をみると、ほとんど医院の指定・提携ということで本当に分業かなという感じもするわけです。例えばご存じのようにアメリカのドラッグストアは大変な数があるわけですが、どこへいったって診断書さえ出せば薬は出してくれますし、そういうことが果たして日本で行われているのか。大体、医院のすぐそばに薬屋があって、そこと提携して、そこへいくと薬をもらえるという形です。物理的に近いということは確かにいいんですが、どこへ行ったら出来るような状態になればもっといいんじゃないかと思えますし、情報がクローズになっているために患者本人がチェックする方法がないということで、結果的には医師や病院の傲慢さ

がこの形に出ている。それが27兆円から将来的には100兆円とさっきおっしゃったのですが、こういうことを野放図に認めているから、そうなるのではないかと思うのですが、それについてはいかがでしょうか。

丹羽 盛りだくさんのご意見でございますが、まずレセプトの開示につきましては、すでに局長通知で原則的として本人に全面開示ということが打ち出されております。まだ一部の病院で非協力的なところがありますが、大体、大きな病院はレセプトを開示する傾向になっています。

今度はカルテの開示でございます。このカルテですが、基本的に開示していくということ、私どもの協議会でも打ち出しております。これも反対があったのです。ただ、難しいと私も思ったのは、カルテというのはただ病状を書いたものだけでなく、医師の日記なんですね。これはご覧になった方もいらっしゃるでしょう。私も慶応病院へ行って、実際にお亡くなりになった年輩の友人のカルテをみせてもらいましたが、いろいろ書いてあります。私はあれから病院へ行っても人間ドッグへいっても、もう少し抑えようかなという気になりました。「丹羽雄哉はわがままな患者である」とかそういうのが全部書いてありますね、はっきりいって。ですから、皆さん方も入院したときは気をつけて下さい。家内にもいっているんです。「ヒステリックに怒鳴った」とか、そういうのを全部書いてありますから。看護婦も書いてあります。ですから、そのへんのところも含めて当然開示して行って、そしてそのなかで病気がどうやって闘っていくかということになりますけれど、ただカルテというのは単なる病気の症状だけではないということであって、そういうものを全て書かれているということを皆さんご理解いただきたい。

「担当の看護婦が看護日誌にこう書いている。厳しい告知を受け入れても取り乱すことなく、1日1日を大切に生きている。素晴らしく、強い人である。」と、本の中でも紹介しておきましたが、こういう風にいろんなことが書いてあります。皆さん方はもうご存じだと思いますが、しょっちゅう看護婦を呼び出す人は全部そのへんのこと書いてありますから、良くご注意いただけたらいいと思います。しかし、流れとしてはレセプトが開示されて、今カルテの開示という方向にきております。

次は不正請求。これまでは不正請求については、保険医の取り消し期間が最長が2年で、不正請求

の加算金が最高10%だったのですが、今度これを、期間を5年に延長し、加算金も40%に引き上げることに与党協で決めました。ただ問題は、率直に申し上げて何十億万枚のレセプトの数がありまして、これをみるのがお医者さんなんです。一般の人は良くわからないのです、現実には。そういうところに限界があるし、重点審査ということでこの病院はおかしいというところで絞られているということがありますし、それから健保組合なんかで削りあっているようなところがあって、それ専門でやっている方もございますようですが、私はもうちょっと機械化をしていかなければいけないと思っております。解釈の違いなんかはありますけれども、不正請求に対しては医師のほうもかなり認識をだしているのではないかと。医師会が不正請求に対してはもう永久追放でもかまわないというぐらいの覚悟であります。ただ、私が5年と決めましたのは、ほかの免許であるとかそういうものに横並びにして、一番厳しいものにしたということをごさいますして、だんだんそういう方向になってきているのではないかと思います。安田病院なんていうのは、異例中の異例になっているのではないかと考えています。

一番の問題は、こんなことをいってはいけませんが、実際問題としては、病院ではやりにくいんです。病院は何百人といますから、なんかあるとすぐ、うちの病院でこういうことをやっているという投書がくるそうです、ご心配しなくとも。だから病院においてはだんだん少なくなってきている、なかなか統制が効かないというそうでありまして、まだ小さいところに一部あるのではないかと。しかし、これも、大分減ってきている。

ただ、数秒間で1つのレセプトをチェックするというので、なかなかこれには限界があるということ聞いております。レセプト審査を行う社会保険診療報酬支払基金と国民健康保険団体連合会には1カ月間に9600万枚のレセプトが届く。ですから、1枚をチェックするのに数秒で目を通すというところに問題があるわけでありまして、このへんをどうやって改革していくか。ただ、医者じゃないとなかなか良くわからないというのも現実のようでありますから、その辺のところも正直申し上げてネックになっております。

それからもうひとつ、医薬分業。現実問題としましては、医療機関とダミーの分業が行われているのではないかとということですが、私も正直申し上げてそういう感じがしないでもないのです。ただ、医薬分業が行われていない国は日本だけなのです。だいたい他の先進国は医薬分業が行

われているのですが、ただ医薬分業がないほうが便利だという意見、例えば僻地だとか病院へ入院している人だとか、これは分業ができませんから、この方がいいということがありますけれども、大体流れとしては、いろいろな中身はあるかもしれませんが、流れとしては医薬分業が行われて、自由にチェックをするという傾向になりつつあります。この本の中に書いておきましたのは、東京の蒲田というところが医薬分業の先駆的地域であります。しかし、長野県の上田でこの薬は副作用があるということを知ったら、医師会から怒りをくって、薬剤師会の役員が全部辞めてしまったという問題もございました。なかなか医師と薬剤師との力関係からみて難しいものがありますけれども、今度の参照価格制度が導入されれば変わってくるのではないかと。参照価格制度の一番のポイントというのは、医薬分業を推進することと薬の購入時をいかにしてチェックするかという問題、このふたつが前提になりますから、これは一気に、大変な勢いで進んでいくのではないかと思います。

昨日私のところに薬剤師会の方が来て言っていました、今まで処方箋が1億万枚に達するまでに9年間かかった。ところが、2億万枚になるのには9年間でなった。それから、3億万枚には3年間でなったと。この調子でいくと4億万枚になるのは平成9年、10年の2年間でなるでしょう。5億万枚も平成11年、12年でできるでしょう。というのが、薬剤師会の見方です、これで大体7割近くまで医薬分業が推進されていこうということになるのではないかとみています。

司会 今のことに絡んでですけども、参照価格になったときに、医者からグルーピングで指定があって、それをもって薬局に行くと、さっきの話でいえば1、2、3と薬があって、どれになさいますか、これはちょっと切れ味はいいけれども高いですよという話になるのならば意味があると思うんですが、実際に医者から全部切れ味の良い薬を指定されたら、患者にとってどこまで選択の余地があるのか。気がついたら、結果としてはただただ患者負担が増えたということになるのではないかと。参照価格制度全体の仕組みがわからないのですから気になるんですが、今の医薬分業と絡めて、どんな形に将来なるんでしょう。

丹羽 医者が、この薬は自己負担が伴いますがいい薬ですがどうしましょうかということを知りたい、いや、私はそれよりももっとマイルドで安い薬がいいんですけど、そういうふうになっていかざるを

得ないんじゃないかなと思っています。ただ、ドイツの場合なんかは、だいたい天井に収斂されているという話も聞いています。そのへんのところは正直申しまして、やってみないとよくわからないところもあります。

滝井（田川市長） 私、今は市長をしています、30年前は医者をしていました。今の先生のご説明では、医療保険はいわば今まで通りの地域と職域と、それに老人保健を加えるという3本立てですね。私はこの3本立てだと、今までとあまり変わらない、おそらくうまくいかないんじゃないかという感じがします。

市長から見ていると、いまは保険が4つも5つも7つもあって、そして継ぎ接ぎだらけで、負担も給付も全部違う。以前、田中角栄さんが政調会長のとき日本医師会と医療は一本化すると約束をしました。今の医師会はどうも一元化で、一本化をやらないようですが、市長会では1本化でいくべきだといっているわけです。地域保険と職域保険を1本にしてしまう。老人を別にする必要はなにもない。それに介護保険も一緒にしたらいいんです。なぜならば、今度は介護保険の保険料は一括して徴収して、われわれのところにきます。あと年金の受給者についても、年金の源泉でとれるものはとるけれども、とれない3割はわれわれがとらなくちゃいけないことで、全部地方自治体にかかってくる。地方分権で、一番命と生活に関するものは身近な自治体がやるという原則を貫くとすれば、今のように3本立てというのは問題がある。これは基本的なものの考え方です。

いま一番困るのは、医者が多くなりすぎているわけですね。23万~24万人いるわけです。だから、医者を減らす必要がある。公立は減らしたけれども私立大学は減らせないので、減らしたら大学が倒れるかもしれないから、減らせない。まず、医学に入る入り口から医者をどう減らすか。それから、出口の国家試験をどうするか。今国家試験の合格者は100%じゃないですね。7割か8割だと思います。だからまずその齟齬をきちっとしてもらおうことがひとつだと思いますね。

医者の免許というのは厚生省の医務局がくれるんです。しかし、医者の免許を持っていても、別途、保険医の免許をもらう必要がある。そして医療の価格は、診療報酬や薬価基準で決まった公定価格で患者さんと取り引きするから、プラスアルファはとることはできない、そういうかたちになっています。従って医療というのは確実に統制経済のなかにあるわけです。ところが、薬は自由経済です。参照価格といってもそれは自由経済です。

から、自由に売買出来るんですね。医療は統制経済にはいつているわけですから。1品1品について統制経済でやって、適正価格でやれば、今のよう薬価差というのはなくなる。今のような医療問題を根本的に解決しようとするれば、一番大事な、しかも老人医療費に匹敵する3割以上の薬は統制経済に入れるべきですね、医者は入っているんですから。それを入れずに今のような参照価格でいくと、これはおそらく薬剤師会も医師会もみんな反対しますね。

それから、もうひとつは診療報酬ですが、今から30年くらい前のものを継ぎ足し継ぎ足してきているから、今の診療報酬というものは実に複雑です。素人には全然わからない。医学部もこれを教えない。だからみんな事務員を雇ってやることになる。そうすると、今診療報酬の審査で800億円かかっています。そして、政府管掌健康保険が1枚について116円70銭のお金を取るんですね。群種別あるいは地域別でもいいんですけども、医師会に審査させる。だれがインチキするか悪いか医師会が一番知っています。そこで監督に厚生省の役人を何人か置くと、今の800億いるのが半分もかからんですよ。

それから、ご存じのように国民健康保険は4割が無職ですね。だから保険にならないのです。ですから、これを保険にするためには、その地域の全部の人が連帯の意識をもってやる。介護保険と医療保険が一体になる。そうすると1枚の保険証で済むんです。事務がガタッと減ってくる。そういう根本的なところについて、お考えをいただきたいと思います。

丹羽 まず、地域保険に一本化したらどうかということについては、かねてから有力な御意見がありまして、私もそれなりに傾聴に値すると思っています。しかし、問題は健保という、率直に申し上げて金のなる木とっていいかわかりませんが、これをまずばらばらにして、果たして我が国の医療保険財政というものがやっつけられるかどうかということになりますと、なかなか自信がない。それから、市長さんのように大変気概をもってやっていらっしゃる方もいらっしゃるようですが、だいたい選挙を受ける身の間人というのは住民に甘いのです。甘いことばかりいっていて、実際問題、例えば補助金は国のほうからもってきて、使う方は地域の方でやるということで、果たして責任がもてるかどうかということがございます。私たちもそういうようなご批判があることは十分承知しておったわけでございますが、

しかし、将来はあり得るかもしれませんが、現実問題としては、私は現在の3つの制度にならざるをえないと考えます。

ただ、私は政管健保はいらないかなという気がしないでもないのです。政管健保はこれはまあ組合の方、あるいは国保にはいってもらおう。それから、例えば、医師とか弁護士とかいうものすごい稼ぎ頭が入っていないのです。こういうものは地域保険に入ってもらおう。あとは土木健保ですか、ああいうものはやはり地域健保に入ってもらわなくちゃいけない。しかし、率直に申し上げて、今のお話は筋論としてはわかりますけれども、果たして地域保険に全てして、それだけで十分に賄っていけるだけの住民の皆さん方の理解を得ながら進めていける首長さんがいらっしゃるかどうか。

国保については県のほうは全くノータッチでありますけれども、県の方にももっと責任をもってもらいまして、県と県との間の問題、例えば北海道と沖縄の地域格差をどうみるかということ、もっと県レベルで財政調整をしていくような途を開いていく方が私は現実的ではないかと思っております。

参照価格の問題についてはいろいろのご議論があるようでございますし、まだ私がここでなら申し上げるような知識と経験がないわけですし、お答えはペンディングにさせていただきますが、ただ言えますのは、私は先程から申し上げますように、とにかく薬価差をなくしていくということからスタートした。そのなかで、参照価格制度、つまり実勢価格に委ねていく、そして、保険というものはこれから一定の部分しか面倒をみない。しかし、それ以上のものについては、値打ちのあるものについては、個人がそのなかで選択する自由というものを保障する。こういうような発想で参照価格制度というものが導入されたのだということをご理解いただきたいと思います。

それから、診療報酬のなかで、私がちょっと気になりましたのは、精神科の医者にいわれますのは、1時間話を聞いても、1分間話を聞いても同じ値段だということがありますから、これは患者さんの話を聞いている時間というものを、これからは診療報酬のなかで評価をしていきたいと思っております。

司会 小島さんなにかご意見ございますか。

小島（セコム顧問） 確かに日本の医療保険というのは、これはまさに世界に冠たるものだと思いますけれども、保険というのはマキシマムの費用

を保障するものだというように考えられ過ぎているという感じがするわけでして、保険はミニマムの保障だということを、この際、国民的な意識として浸透させないと、いつまでたっても医療費の高騰というのは抑えられない。これからは、それに近づくような形に手直しを少しづつやっていったらどうか。例えば診療費について、限度は設けて良いと思うのですが、その場で払わせて、あとで個人に対して組合なり基金から還付させるということにすれば、どの程度診療所で診療費がかかっているかということがわかるはず。そういうようなことも大事なことはないか。

それから地域医療の問題ですけれども、医療費について確かに北海道と沖縄の差が大きい、あるいは老人医療については長野のへんが非常に安いという、これは人口に膾炙しているわけです。これは本当になんとかしないと大問題になってくるのではないかと感じがします。米価・減反の問題、もうひとつ公共事業などにも地域格差はあるわけでございますから、それらも含めて、国民の社会的な負担についての格差の問題を是非切り込んでいただきたいと思います。

それから、医療のサービスの問題ですけれども、私は実はセコムとは関係ないのですが、民間病院問題研究所というところの理事長をやっておりますが、中小の私立病院は今非常に苦しくなっているのはご承知のとおりです。この一番の問題は管理費用なんですね。あるいは、日比谷病院の場合は地価の問題ですね。大都市における地代は非常に高いわけですが、それに対して非常に均一な医療費で支払われるわけですから、矛盾が出てくるのです。私は、都会が過疎になってきているという感じを非常にしています。例えば毎日の地方自治大賞の選考委員なんかをやっているんですけども、それでは高知県の大月町だとか、あるいは兵庫県淡路島の五色町だとか、これは有名どころですが、介護や医療に非常に力を入れているんですけども、みてみますと、中央からの金がすごく入っているわけです。ところが、今東京の23区で、日曜日に病気になったら、かかる場所がないのです。大病院にでも飛び込むよりしょうがないという感じでございます。で、この大病院もだんだん紹介だけだとかいうことになってまいりますと、土曜日曜にかかる医者がなくなってくるのが、今23区の病人が非常に不安になっている問題だと思います。というのは、クリニックが非常に弱くなっていて、クリニックの医師の社会的地位、経済的地位を高めるようなことを、なんとかお考えいただかなければいけないのではな

いかなという感じがするのです。そのためには、今の国民医療費といいますが、保険料を中心としたのではなくて、プラスアルファ分について自己負担というものを考えないとやれませんが、しかし、そんなにやれといっても出来ませんが、しかし、そうした考え方の導入というものを、今非常にいい機会ですので、是非お考えいただきたいと思います。

丹羽 ありがとうございます。償還制度というのは一番効くというんですけれども、さっき申し上げましたように、老人医療で定率では駄目で定額だという一番の原因は、いくら金がかかるのかわからないのはけしからん。だから、500円なら500円だけでもっていけばいいようにすべきだということですので、率直に申し上げて、大分認識の開きがあります。そういうことで、ひとつ私どもも苦勞しているなということを知っていただきたいと思います。

それから、地域間の格差の問題は、これはなんとかメスを入れなくてはいけないと、やったんです。実は今度の予算の中でも入れようと思いましたが、自治省が猛烈な反対をしてきて、そこまで手がまわらなかったということです。ただ、本の中でも、そのくだりは書いてありまして、また、与党協の案の中にもそれらしきことは匂わせているわけでありまして、医療費の高いところと医療費の低いところの財政調整は、これからの大きな問題ではないかと思っています。

それから都会が過疎地になってきているということですが、これも大変大きな問題だということは私も認識しております。確かに地方はいいですね、土地が安いし、駐車場はおけるということでもありますし、ベッドを広げるにしても非常に有利なんですけれども、都心の場合は大変な地価のなかで、これをどうやっていくかということが今後の大きな課題だということは十分認識しています。

あと、混合診療なんですけれども、これは一気にはいかないだろうと思いますが、よく患者さんのことも考えながら、混合診療の途を開いていくということが、閉ざされた医療の中に風穴を開けることになるのではないかと考えています。

柳川（主婦） 医療保険とか介護保険とか、そういうものをひとつの場で論ずるチャンスあるいはお話を聞くチャンスがほとんどないんです。本当はこのことが一番ききたいことだと思うんです、選挙民にとって。で、同じ場で地域とか市民レベルで話し合うチャンスというのがないというのが

現実だということをもっと知って欲しいと思います。

なぜそんなことをいいますかという、私たち港区は過疎になっております。どんどん人が流出していくときに、区は住み続けられる町というキャッチフレーズを掲げて区政をやってきました。去年私たちは女の議会というのを本会議場を借りてやりましたときに、住み続けられる社会はあたりまえだ、住んでいてよかったという町にして欲しい、あるいはしたい。だから、私たちはコミュニティをつくるんだという決議文をだしてみたりしました。そして、改めて思うことは、港区の住民は医療介護になると相当遠いところまで、なにに県までまわしてもらわなければならないんです。なぜかという、住宅が狭いから、夫が倒れても子供たちが例えば受験であったり、同居している家族がいたりすると、寝たきりの人の世話はできないのです。こうしたことを、同じ場で論ずるということは無理な相談なんではないでしょうか。

丹羽 おそらくおっしゃりたいことは医療保険の問題であるとか介護の問題が別々に議論されている。しかし実際問題は、あるお年寄りにとっては全て介護で片づけられない問題もあるので一緒に論じて欲しい、こういうことではないかと思っています。

いま、医療機関というのは、ちょっと専門的で恐縮でございますが、急性疾患であればそんなに長いこと入院していないだろうということで、ベッドの広さが4.3平米となっております。そういうところにいろいろな必要上、社会的入院といわれる方も含めて70万人近くが、そういう狭い病院で何日間も何ヶ月間も過ごしておられます。その中には、もう現に医療的な措置を必要としない方が非常に多い。そうだとすれば、ベッドを6.4平米にするとか、廊下を広くするとか、食堂を設けるとかして、療養環境を良くしたものに、病院とは分けていこうじゃないかというのが、実は介護問題であります。

介護問題というのは、どちらかというところまでは1個人の私的な問題であって、特にご婦人の方の皆さんの犠牲の上にたっていたのでありますが、これからは社会全体で介護問題を支えていこうということで、介護保険制度を創設して、そのなかで在宅の介護や施設の介護を考えていこうとしているわけです。その狙いのひとつは、医療の施設に入っていた方を介護の施設に入らせていただくことです。それともうひとつは、今度はなるべく施設ではなくて、軽い方については在宅で介護をみる。しかしその受け皿がまだ不十分であって、ホ

ームヘルパーなどを介護保険を導入するに従って充実していかなければならない。こういうわけで、あくまでも介護と医療というのは不可分であると思っています。答えになっているかどうかわかりませんが、でも・・・。

河登（会社員） 丹羽さんのお話のなかで、不正請求はだんだん減る、例えば病院の中でもチェックが働くからだんだん減っていくということだったんですけれども、安田病院みたいな極端なケースは知りませんが、私が直接間接聞いている範囲では、なかなかそう楽観はできないのではないかと思います。それは、でっち上げだけでなく、例えば過剰診療とか、過剰投薬とか、そういう意味の問題を含めて、やっぱり今のシステムの中ではなかなか解決しない。それは、レセプトをチェックしてもチェックしきれませんね。それは事実上不可能だと思うんです。

例えば普通の民間の企業であれば、競争原理が働いているから、例えばコストはだれもいわなくてもコストを下げた方が自分が得だし、あるいは製品の値段はあんまり上げるとお客さんはついてこないからということで、そのシステムの中にコストダウンはビルトインされている。ところが医療制度というのは、サービスを受ける患者とお金を払う人は全く別なので、チェックをしたってどうにもしきれない。ではどうしたらいいのかというのは難しいんですが、さっきの先生のお話の中で、ひとつは情報公開、レセプトの公開、カルテの公開、これは大変正しい方向だと思うので是非やっていただきたいと思うんです。それにもうひとつは、市場原理の導入ということをおっしゃいました。これも方向として正しい。しかし、医療制度と市場原理というのはなかなか馴染みにくいものがありますので、具体的にどういう方向で市場原理を入れたシステムを考えておられるか、お伺いしたい。

丹羽 不正請求の問題はですね、これは率直に申し上げて、不正請求は2割だという人もいますよ。ま、私は良くわかりませんが、正直申し上げます。ただ、今のようなシステムであるならば、審査には限界があるのではないかと思います。

過剰診療・投薬については、いわゆる出来高払い方式が原因になっている。つまり、薬をたくさん出す、検査をたくさんするに従って診療機関に余計収入が入ってくるという出来高払い方式から契約払いに置き換えていくことによって、こういうものがなくなっていく。問題は粗診粗療という問題が出てくるんですけれども、少なくとも出来

高払いを改めていけば、いわゆる濃厚診療というものはなくなっていくと思っております。

それから、もうひとつの市場原理でありますけれども、薬の場合ではまさに参照価格制度の導入、これはあくまでも市場の実勢に委ねることです。それから、混合診療。こういうものもまさに基本的に市場制。保険という部分についてはいるんですけれども、少しでも実勢価格のなかで判断していくのがいいのではないかと。公定価格制度というものをやめて、そして市場の実勢に委ねて、保険は一部分しかみないというのは市場の原理というのを投入するひとつの大きな要因になっていくのではないかと。それによって大きく変わっていくのではないかと考えています。

原田（専修大学） 私たまたま、丹羽先生とは故郷が同じでございます。先程、丹羽先生は大変地元で人氣が薄れているという話がございましたけれども、必ずしもそうではございませんで（笑）、お父さんの代からいうと、もうほとんど20期に亘っての強固な地盤を持っていらっしゃるんで、大丈夫だと思います。

私は基本的にこの医療の問題も、できる限り市場原理を導入できることは導入するべきではないか、それで処理できることはやるべきだというふうに考えているわけです。そのひとつの具体的な例として、今お話がありましたように薬価に関して給付基準額を設定するんだと。これはいわば市場原理のひとつの指標みたいなかたちになるんだろう。ただ、ちょっとわからないのは、これは今までの公定価格と具体的にどう違ってくるのだろうか。つまり、公定価格が参照価格にただスライドするのではないかと、というような気がするのです。それが、そうならないんだという保証がいったいどこでどうなるのかなということがわからない。

それから、もうひとつは、数日前にNHKのスペシャルをみましたら、医療廃棄物の話をやっていた。つまり、医療行為で発生したさまざまなゴミですね、これが大変不法投棄されていたりして大変問題になっているというようなことがあって、この問題をどういうふうにするかということが、今日全然話に出ていないんですが、実はこれは一種の発生者汚染費用でして、処理費用の負担にはPPP（汚染者負担原則）を適用すべきではないかと思っています。そうすると、いわば薬価にもそれを上乗せすべきだし、あるいは診療報酬にも上乗せすべきだという話になるわけですね。そうすると、そういう医療行為の初めから終わり

まで経費を計上するようにすると、今より医療費は相当上がってくる可能性があるなという感じがするんです。この処理のところは、全然ということはないのですが、あまり表立って出てこないような形で処理している。これがすこし表立ってやらざるを得ないような形になってくると、どうなんだろうかと、これはちょっと疑問点です。今日は全く話に出ておりませんし、まあ、いわゆる与党3党の中の話でも出てこなかったのかもしれませんが、厚生省の所管事項であると思えますので、その点を確認したい。

もうひとつは、最初に、与党3党でこの案を決めて、それから厚生省の審議会にかけている、これはちょっと異例なことであるというお話がありました。確かに私なんかは各省のいろんなことをみると、非常に珍しいケースだと思えるのです。通常は審議会では原案を出して、学識経験者が議論をして、それはあんまり現実的でないから、現実的なところで与党や野党を交えて国会の場で現実的なところに落ち着かせる、こういう話が普通なんですけれども、なんでこの件に関して、こういう逆の話になってしまったのか。

つまり、私は、今おかれている状況の中では、この案はまあまあいい線をしていると思うんですね。それが、そういう段取りになってしまったことは、なんかもう一度政争の道具に使われはしないだろうかという懸念を持っているわけですが、いかかでしょうか。

丹羽 新しい参照価格制度とこれまでの要するに公定価格制度とどう違うかということでありまして、公定価格制度というのは値段を決められればそれで全て取り引きされるということですが、今度は医療機関に購入された価格をもって、そして、それについて、ひとつの薬について、さっき申し上げたようにラインを引いて、強いものについては自己負担をしていただくということであって、いくらかでも市場の原理というものが反映されることになるのではないかと考えています。公定価格制度というのは、もう予め決められた価格で、それ以上でもそれ以下でもなくて、そのなかで全て医療機関で購入される。そこに薬価差益が生まれてくる。この違いが一番大きな問題ではないかと思っています。

それから2番目の医療廃棄物の問題でご心配いただいておりますが、私の認識とちょっと違うかどうかわかりませんが、医療福祉というのは非課税なんです。今ちょっと一部では騒いでいるんですけれども、だから薬で、例えば課税をどん

どんどんどんして行って、卸ももってきて、しかし最終的に全部病院が負担して、消費者が負担しないという、こいう原則になっております。これは、医療というのは公共性ということがあって、そういうなかにおいて医療福祉というものは非課税だということを、実は私が10年くらい前のことですが、部会長のときに決まって、これを今なお堅持しているということでいきますと、そういうようなご心配というのは今のところないのではないかと。ただ、病院経営者の中にはですね、医療は課税して欲しいんだと。薬代だけでも年間3000万、4000万、とてもじゃないけれどもたまったもんじゃないと。こういう意見もございいます。ただ、小さな診療所なんかでは、むしろ差損ではなくて差益なんだと。こういうことで、その分は診療報酬のなかでみているということになっております、形式的に。ということでありますので、私はこの問題は直ちに、さっき話のなかで申し上げましたように、診療報酬のなかには差益の部分もあれば差損の部分のあるのだと、トータルで考えているんだということに尽きるのではないかなと思っております。

それから、最後のご質問でございますが、これは、最初にちょっと私のほうから申し上げたのは、もともとこの問題、医療改革というものを着手するきっかけというのは、3党の幹事長責任者のあいだで被用者保険が1割から2割になるんだと、それからお年寄りの負担が2.5倍になるんだというなかで、医療のムダがないか、効率的かどうかという観点から見直し、抜本改革を見直すということからスタートしたということで、まず私どもがまとめて、それを今、政府の方の審議会でも審議をしているということになります。

司会 さっきレセプト審査の話が出ましたが、例えば保険者機能の強化という議論がよくでるわけです。保険医の指定の取り消しというのはこれは重大なことだと思いますし、なかなか難しいにしても、例えば組合健保なりなんなりが、あの医者はよくわからないから付き合わない、そこから請求者が回ってきても払わないという形で、一種のマーケット原理を導入できるものなのか、できないものか。

もうひとつは、診療報酬にしても薬価基準にしても、なかなかこれを全国いっぺんに変えていくというのは非常に難しいところがある。そうすると、例えば組合健保ごとに、あるいは地域保険ごとに、国保ごとに、何か実験を小さいところで行ってみて、うちは東洋医学を少し重視してやると

か、うちは予防医療を重点的にやる、その代わり診療報酬を少し高くつけるとか、そういう弾力的な試みを小さいところで実験的にやってみて、うまくいくようならそれを全国にもっていくような工夫が考えられないかどうか。

丹羽 保険者機能の強化というのは、実は医師が最もいやがることなんです、与党協の案にも「保険者機能の強化」というのをたてさせていただきました。「保険者は、被保険者の立場に立ってその機能を強化し、制度運営の安定化のため、レセプト審査などの充実を図る。」こういうことでありまして、抽象的ではありますが、折角こういう項目をたてたのでありますので、各保険者が単に金を支払うだけでなく、もっと具体的にこういうことをする、相談窓口ももうちょっと積極的に、各保険者が単に保養所をつくるだけでなく、積極的にこういう問題に取り組んでいただきたいと思っています。

それから、実験的に少しずつやったらどうかという、こういうご質問でありますけれども、まあ、漢方の問題とかいろいろありますけれども、昨日、協議会の方でOTCの問題がありました。これはどういうことかといいますと、ちょっと話が恐縮であります、漢方だとか、ビタミンだとか、発布剤は保険から外したらどうかと、こういう意見が大変強くありました。そこで、私は特定の業種をねらいうちするのではなく、同じ成分、容量、効果で、ひとつは医療用で使われているし、また一般用の医薬品ということで、つまりOTCと薬局で使われているものについては、少し給付の負担割合を変えたらどうかという方向性を打ち出しました。これは実はフランスなんかでやっている二段階方式であって、これから大変大きな議論になるのではないかと考えています。

それから、最近問題になっていますのは、スイッチOTCです。えらい宣伝しました。要するにH2ブロッカーというものなんです、コマーシャルの最後にもものすごい早口で「医師・薬剤師に相談して飲んで下さい」と言ってます。そしたらものすごい苦情が殺到しましてね。そんな危ない薬を売るのかと、売らせるのかと、こういうことであります。で、大変評判のいい薬ですね、私も1回だけ買って飲んでみました。あれは、医療機関向けと成分は全く同じ、ただ容量が半分なんです。そうすると、医療機関の場合には胃潰瘍に効く。しかし、半分になると胸やけに効くんだということなんです。じゃあ、2錠飲むとどうかというと、2錠飲むと胃潰瘍に効くんだということです。そのへんのところのルールをもうちょっと明

確にしたらどうかというようなことを申し上げました。話が飛んで恐縮でございますが、これからはOTCっていうのは、消費者の利便性というものを考えるとどんどんどんどん増えてくる可能性がありますけれども、一定のルールというものを確定しなくちゃいけない。それから、一般用の医薬品と医療用の医薬品の区別、ルールっていうのが非常にあいまいで、あまりにも裁量範囲が大きすぎる。例えば、塩野義製薬のPLとエスタックゴールドとどこが違うのか。どこが違うかわかりますか。要するにPLというのは医療用の医薬品でありまして、これも風邪の引きはじめには非常に効果があるが、風邪を引いたら効かないと、こういう薬だそうでありまして、エスタックゴールドというのは、ちょっと弱くしてある。そのためになにを入れたかということ、漢方の葛根湯を入れているそうですね。そうすると副作用がマイルドになるということでありまして、それで片方は医療用で片方は一般用の大衆薬だということで、どうもそのへんのところが非常に曖昧ですからもうちょっとルールをきちんとしなさいということです。ところが、これを何かはき違いで、コマーシャルの数を減らしたからいいじゃないかということで、最近H2ブロッカーのコマーシャルはものすごく減ったそうでありまして、そういう話じゃなくて、消費者にとってよくわからないのだというものを、もうちょっと分かりやすくして下さいということでありまして、

それから、話が前後して恐縮であります、実験という話であります、なかなか、どこかが自主的にやってくださるならばよろしいんでしょうけれども、こういうものをどこの町でどうのこのというのは、いままで画一的にやっておりますから、私は現実問題として医療改革をやるときには一気にやるということでないとなかなか難しいのではないかと。その中で正すべき点があれば正していくというのが、私は手法としてはいいんじゃないかと、こう思っています。介護保険の時も、一部の地区でやってみたらどうかという話が実はあったんです。しかしなかなかこれも実際問題としては難しい。独自性を発揮して自分のところの財源でどんどんやっていただく分にはこれは結構ですが、大阪では65歳以上を70歳と同じような待遇にしていたのを、今度横山ノック知事が補助金をカットするということが大変な突き上げを喰っていることを、NHKのクローズアップ現代をみて初めてわかりましたけれども、それぞれ独自のことをやっていいんでしょうけれども、なかなか難しいことであるという感じを私はもっていま

す。

司会 ありがとうございます。そろそろおわりなんですけれども・・・。

丹羽 最後にひとこと。

お年寄りの方に少し負担をお願いするというのも、全て一律的にということではありません。70歳になって、私のところでアルバイトしている人もいますが、年金だけで34～5万円もらっているんですね。こういう方も500円であって、税金を引かれると19万円ぐらいしかもらっていないOLの方がたくさんいらっしゃる。で、たくさんの保険料を払っていらっしゃる。こういう方の負担が2割。また、教育とか住宅ローンとか、一番お金がかかるというのは40代50代の方なのじゃないか。こういうことを申し上げるのは大変不謹慎かもしれませんが、日本のお年寄りは自分たちの孫になるべくお小遣いをあげたいとか、子孫に美田を残すとか、こういうものが美風であったわけですが、これからの時代は残さず、頼らない。お孫さんにお小遣いをあげなくて結構ですから、しかし、お孫さんの代に莫大な借金を残すことだけは止めて欲しいということですよ。

医療における矛盾というのはいろいろあります。それから、これもいいますと間違いなく自民党の票が減るということもありまして、いわないでくれということですが、例えば私の友人に医者がたくさんいます。皆さん、糖尿病の患者を探してくれということですね、糖尿病は人工透析で、今だいたい40万円から50万円かかるということですね。あるひとはベンツに乗って糖尿の人工透析を受けに行く。それで、その費用が40万円から50万円かかっても、自己負担はたった1万円でありませぬ。だから、糖尿になって働けなくなった方に対しては、私は1万円でもお気の毒だと思います。しかし、このひとは体つきもいいですし、ときにはゴルフもしますし、肉も食べますし、ベンツに乗って、年収5～6000万円は稼いでいるでし

ょう。これも1万円。こういうことが果たして許されるのだろうか。こういうことをいうだけでもけしからんと、こういわれるんですね、はっきりいって。そんなことをいわないでくれと。しかし、そのへんのところをやはりこれからは率直に申し上げて、本音でいろいろ申し上げてご理解いただかなければ、これからの時代は乗り切っていけないのではないかと。

私だって、選挙で大勢の皆さん方からご支持いただいています。選挙がありますから、町の方ではいろいろお年寄りのためにつまらんことをやっているのですね。私は馬鹿だということです。75歳を過ぎると1万円ぐらい配っているのですね、100歳になったら100万円配る。私は、そういう発想というものが続いている限りは、大変市長さんには失礼ですが、地域保険なんていうのは駄目だ。要するに100歳で100万円をもらって得をするのは、子供が孫しかいないのですよ。こういう発想がまだひどくあって、私はそういうことをやっている人は尊敬しないとはっきりいっているのです。結構多いのですよ、そういう発想が。まあ座布団ぐらいなのはいい。そういうお金があったならば介護の方にお金をかけるとか、そういうことのほうが私は必要なことじゃないかと思うのです。ところがやっぱりうれしいんですね、もらえると。みんな喜んであの市長さんはいい市長さんだということをもみんな言うわけですよ。で、その負担はだれがしているかという若い人の負担になっているのだということ、私はあえて申し上げたいのです。

今日は、率直に、こういうような基本的な考え方で、これからは私どもは歯を食いしばって、自分の身を奮い立たせながらがんばっていきたく思いますので、皆様方もしっかり私どもをお支えいただきたいと心から願っております。

以上



男女を問わず、自由な人生選択のできる社会をめざして

昨年12月25日、国民会議では袖井孝子お茶の水女子大学教授を座長とする検討会を発足させ、市民立法機構のプロジェクトである男女共同参画型社会実現のための税・社会保障制度の検討を開始いたしました。その第1回の模様はニュース2月号でご報告いたしましたが、その後、3月末まで第4回の会合を開きましたので、そこでの議論の概要をご報告いたします。

なお、議論を重ねているうちに、男女共同参画型社会という長い公式な呼び名よりも、男も女も一緒に働いて社会を支えていくという意味で「男女共働社会」という言葉をあてて、男女共働社会検討会と改称することにいたしました。

第2回会合：城戸喜子慶応大学教授説明要旨

社会保障は、工業化の進展によって大家族から小家族に変化するに伴って経済的リスクの吸収能力がなくなったのを、家族の外に疑似家族をつくって補うものである。

社会保障の前提条件としては、雇用機会が十分にあること、賃金が保障されていることである。雇用機会がなく低賃金では、社会保障は設計できない。

企業福祉と税制と社会保障は3本の鼎であり、統合的に運用されなければならない。たとえば、企業年金を多くもらえるならば公的年金は多く払う必要がない。児童手当があれば、児童扶養控除はいらない。

社会保障は、限界消費性向が高い低所得者層の消費を促進し、また、将来の不安を除去することによって過剰貯蓄を防ぐ効用がある。

社会保障には出来ないこともある。たとえば、少子化対策で決定的なことは、日本的な長時間労働である。

社会保障における女性の位置づけを考えるにあたっては、女性の就労形態、給与水準、男女間賃金格差などが前提条件として重要である。たとえば遺族年金の問題も、男女間賃金格差が解消すればあまり大した問題ではなくなる。

就労時間がある一定水準以上でないと社会保険料を賦課しないとすれば、その時間内に就労時間を調整しようということになる。

月給から時間給にしてパートタイマーでもフルタイマーでも時間単位の給与は同じとするか、あるいは年俸制に移行することが望ましい。

共働き世帯の夫の所得水準は片働き世帯の夫の所得水準よりも低い傾向にある。なぜ、共働きのひとが片働きにひとを支えなければならないのか。社会保険は社会的連帯の制度ではあるが、再分配の相手を間違っている。結局は、個人単位にすべきではないか。

3号被保険者は所得がないというが、一方では、所得のない学生からも保険料を徴収しており矛盾が大きい。

第3回会合：大沢真理子日本女子大学教授要旨

日本における女性の働き方も、時代とともに大きく変化してきたが、これは先進国全てが経験してきたことと同じである。

しかし、男女の格差については、日本はほかの先進国と違いが大きい。

外部労働市場があって、そこで自分の値段がわかるようになっておれば、女性が就業と子育てを両立させることが可能になる。

専業主婦が恵まれているか否かという観点で考えるのではなく、日本は効率良く人的資源が蓄積できるようなシステムになっているかどうかという観点から考えた方が、議論は生産的になる。

アメリカでは、ブルーカラーが中心の時は若い女性の就労が多かったが、職種がホワイトカラーに移行するにしたがい、既婚女性も再就職するようになり、M字型の就労パターンとなり、いまでは台形となっている。日本の場合は、製造業のブルーカラーに既婚女性の就労が多いというのが特徴であるが、いずれ、アメリカ型の道を辿ると思う。

女性にとって、結婚や出産は選択肢のひとつとなっており、昔のように絶対的なものではなくなっている。

就業と子育ての両立は現実には難しい。かつては結婚して退職というケースが多かったが、いまは出産のため退職ということが多い。しかし、再就職までの中断期間は短くなってきている。

若い女性は保守的になって専業主婦志向が高まっているというが、必ずしもそうとは言えない。高学歴化が進み、医師や弁護士など専門職をめざす女性も増えてきており、専業主婦以外の選択をしているのではないか。

男女の賃金格差の一番大きな原因は、勤続年数の差である。日本の女性の勤続年数は先進諸国とあまり変わらない。ところが、日本の男性は他の国とはケタ違いに勤続年数が長い。

日本の男性の労働市場は極めて硬直的であり、途中で会社をやめられない税制、企業内福祉などの制度となっており、男性を組織の中に囲い込む制度となっている。また、失業対策も、組織が失業を出さないように、国が組織に対して面倒をみるという仕組みとなっている。

これまでの日本のシステムは、男性が家族を養う片働き世帯をサポートするシステムであった。一方、女性はこの硬直的な制度を補うための縁辺労働力や調整弁であった。

これまでの制度にも良いところはあるが、すでに経済のゲームのルールが変わったときに、果たしてこれを続けていけるかどうか。

男性の労働市場も変わらざるをえないのではないか。外部労働市場ができ、個人に値段が付くような時代となり、社会政策のあり方も組織から個人に変化せざるを得ないのではないか。

第4回会合：自由討議

専業主婦はけしからん、3号被保険者はけしからんという感情的な論法はよくない。家族、地域社会、企業にどういう問題があるのかということから説き起こすべきである。女性だけの問題ではなく、男性の問題でもあるという視点が必要だ。

終身雇用の男性の給与を維持したままで、日本の企業がこれから国際的に競争していくのは至難の技である。

企業に終身雇用されている男性の生活は、家計を支え、社会の再生産を支えてはきたが、市民ではなかったという点で大きな歪みがある。それに対して、専業主婦に近いひとたちは男性に比べてはるかに市民的であり、こうした日本の歪みの是正に貢献している面もある。

専業主婦が地域の活動を無償で行っているから専業主婦は守るべきだというのではなく、そうした活動が大事だからこそ、働いている男も女もみんな役割を担えるような仕組みをつくるべきである。

「少子化対策をするならば、育児手当を手厚く出してお母さんを専業主婦にすべきである。貧乏人が働くから、ますます子供を産まなくなる」といった議論も世の中にはある。

男性でもパートタイマーが増えているのだから、パートのための社会保障の仕組みを考える必要がある。

専業主婦控除を廃止するとして、再び生ずる103万円の壁の問題はなんとか解決する必要がある。むしろ、103万円の控除枠を廃止して、基礎控除だけにしたらどうか。ただし、増税にならないように税率の刻みなどは工夫する必要がある。

資産についての課税は再検討の余地がある。

どんな問題でも、いちど得た権利を手放させることは難しい。

専業主婦にこだわらず、少子高齢化で社会を支える働き手が減っていく中で、どう公平に少しずつ負担していくかをみんなで考えようという議論の進め方が良いのではないか。

以上のような議論を踏まえ、4月28日には第5回検討会を開催し、再度、全体の議論の進め方について意見を交換したあと、税制の問題について具体的な議論を行う予定となっております。5月末の市民立法機構の第2回総会には、とりあえずの中間的な報告を行う予定です。

《事務局より》

1 本号は、冒頭に環境NGOなどによって構成される「温暖化防止に関する市民立法をすすめる会」の地球温暖化防止活動促進法案を紹介しました。政府では環境庁を中心にとりまとめた「地球温暖化対策推進法案」を4月28日に閣議決定しますが、通産省との調整で、当初案よりかなり後退したものとなったといわれております。ここにご紹介したのはその対案として発表されたものですが、市民運動側が単に批判を行うのではなく、独自に要綱案を作成し、具体的な提案を行ったということそのものが大事なことだと考えたからです。

2 今国会ではNPO法が成立しました。情報公開法案も国会に上程され、さらには被災者生活再建支援法案も参院を通過し衆院に送られています。これらの法律は、市民グループが中心となって働きかけを行ってきたものであり、これまでのように官僚任せでは、おそらく実現出来なかったものだと思います。いわば、市民立法の「はしり」ともいえるものです。

もちろん、こうした市民立法はまだまだ始まったところです。冒頭に紹介した「温暖化防止活動促進法案」についても、これが実現するかどうかは別問題です。しかし、いままでの法律のつくられ方とは違うやり方が始まったことは注目すべきことだと考えますし、少し時間が経過してみると、一つの大きな流れになっているのではないかと、すでにその予兆があらわれているのではないかと思います。

3 「法案の文章を書くことは一晩で出来る。難しいのは、利害をどう調整するかだ」といわれます。市民立法機構も、昨年からの瓶の再利用促進の進め方をめぐって、清涼飲料水・ビールメーカーなどと話し合いを続けておりますが、なかなか難航しております。また、本号で紹介している専業主婦控除や3号被保険者問題は、市民の中でも意見が分かれる問題です。案を作るのは比較的容易かもしれませんが、合意を形成することは非常に難しい問題です。しかし、市民立法を定着させていくには、こうした市民間の利害の調整はどうしても避けては通れません。これについては、抽象的に考えるのではなく、具体的な問題ひとつひとつに即して経験を積み重ねていくしかないと思います。

4 こうした問題意識で、同封チラシにあるように、来る5月29日(金) 午後6時～9時まで、東京・四谷の弘済会館において、市民立法機構第2回総会を開きます。市民立法機構は行革国民会議の分身でもありますから、国民会議の会員は誰でも市民立法機構の総会に参加することができます。(ただし、恐縮ですが、参加費を2000円頂戴いたします)。当日は、「市民立法時代の幕開け」というキャッチフレーズのもとに、市民・企業・政府間のセクター間協議をどう進めるかを参加者全員で議論することとなっておりますので、どうか、皆様方の積極的なご参加をお待ちしております。ご出席いただける方は、事務局までFAXでご連絡下さい。FAX番号は03-3230-1852です。

目 次

1 地球温暖化防止は市民の手で なぜいま立法か 地球温暖化防止活動促進法案	1
2 これからの医療保険のありかたについて - 丹羽雄哉・与党医療保険制度改革協議会座長との懇談会 -	6
3 男女を問わず、自由な人生選択ができる社会をめざして	24
4 事務局より	26