

164-参-厚生労働委員会-26号 平成18年06月08日

※保険免責制度、未収金問題、高額療養費、後期高齢者医療、混合診療等について質問

○辻泰弘君 民主党・新緑風会、辻泰弘でございます。

まず最初に、前回の引き続きのことについてちょっと御指摘を申し上げ、また御質問もしておきたいと思います。

まず一つは、前回の質問の折に申し上げました社会保障の給付と負担の見通しについて、十八年五月が在り方懇に出されたわけではございますけれども、そのことについて不備であると、十六年五月のときと同じような形で出すべきだというふうなことを申し上げました。

そのことについて私なりに意見を紙にいたしまして配付させていただいておりますので、詳しくはそのことを踏まえてお取り組みいただきたいと申し上げておきたいわけでございますけれども、その精神は、二年前の年金法案審議のときに示されたものと同じ形式で、スタイルで、そして同じ内容で提示すべきであると、このことが一つ。また、同じく、国権の最高機関である国会が、法律に基づかず、官房長官の決裁によるにすぎない社会保障の在り方懇に従属すべきであるかのような対応は容認できない、この基本方針で取り組んでいただきたい、このことを申し上げておきたいと思います。

そして、それを提示していただくに当たっては、各制度別の加入者数も算出することが必要になるわけでございますけれども、そのことについては一定の前提を置いてお取り組みいただきたい。

先ほど、戻って年金のときのことを振り返ってみましたら、年金の場合は二一〇〇年まで見通しを出しているわけですが、その前提として九十年間の賃金上昇率、物価上昇率、運用利回り等を前提として出しているわけでございます。そういった意味では、そこまでやっているぐらいのことでございますので、当然二〇二五年というのは出してしかるべきだと、このように思っているところでございます。

あわせて、そのことが就業構造の変化ということを見込むということに伴うわけでございますけれども、そのことを前提として先ほど議論もございました、二〇二五年度における各制度ごとの前期高齢者納付金、後期高齢者支援金、退職者給付拠出金、病床転換支援金、これらの額と、それからそれらが保険料総額に占める割合、このことについても、前回は、二〇一五年までで、その後は増えていくだろうと、五〇%を超えていくだろうという見通しをお示しいただいたにとどまっているわけでございますけれども、今日の昼の議論をも踏まえて、その点についても来週早々に明示をしていただきたい、このことを申し上げておきたいと思います。

さて、前回の引き続きで一点、大臣にお伺いしておきたいと思います。

それは保険免責制度についてでございます。保険免責制度について、前回の御答弁は、

今は検討すべきではないと、こういうことの答弁だったわけですが、まず保険免責制度に対する厚生労働省としての基本的な評価、認識を局長からお話しいただきたいと思います。

○政府参考人（水田邦雄君） 保険免責制については様々な意見があったわけですが、

一つは、この医療保険制度を維持可能なものとしていくためには、公的保険によりカバーする範囲を重点化していく必要があることから、これを導入すべきであるという提案があったわけですが、

その一方で、基本的には、これは私どもも申し上げたわけですがけれども、自己負担の上昇による過度の受診抑制のおそれがある、あるいはこの受診抑制によって重症化の可能性がある、それから、将来にわたり医療に係る給付の割合は百分の七十を維持するものとするという規定の趣旨との整合性、こういった種々の指摘がなされたところでございまして、改革案には盛り込まれなかったということでございます。

○辻泰弘君 私が聞きしているのは、改革案に盛り込まれなかったということではなくて、その制度の考え方の基本をどのように評価するかということについてです。

○政府参考人（水田邦雄君） これ、私どもの十月二十三日の医療構造改革試案においては、あれは私どもの案としては出せなかったわけですが、一つのあれについて試算をすべきであるということで、中には試算はしておりますけれども、提案は私どもしてなかったわけですが、

○辻泰弘君 そのことはよく分かっているんです。経緯も全部分かっているんです。その部分の、保険免責制度、その固有の基本的な精神といいますか、在り方、制度、そのことについての評価が実は今まで、半年に至るも、半年以上ですけれども、厚生労働省から発信されていないわけなんですね。しかし、現実に財政審あるいは経済財政諮問会議等でテーマとして上ってくるだろうと予想されるわけです。大臣も前は、今は検討すべきではないということで、この法案通るまでは考えるべきじゃないと。それは、そういう意味では今のはつながっているわけですが、しかし、それを後どうするかという極めて重要なポイントについてどう考えるのかということなんですね。

厚生労働省として、この制度自体をどう考えるのかと、このことの基本を御説明ください。

○政府参考人（水田邦雄君） 先ほど申し上げましたように、自己負担の上昇による過度の受診抑制のおそれがあると、これによってまた重症化の可能性があるということが提案があったわけで、意見があったわけですが、この意見に対していかなる答えが出せるのか、これにつきましてはなお検討しなきゃいけないと思いますし、それから、将来

にわたり医療に係る給付の割合は百分の七十を維持するものとするという規定の整理をどうするか、これの整理もできてないわけでございますので、私どもとしては、正に私どもの立場の表明として、十月二十三日の私どもの試案では私ども提案の中には入れなかったわけでございます。

○辻泰弘君 その入れなかったということと、このことをどう考えるかということはまた別のことで、出さなかったことが意思表示だというのは、これは極めて不誠実な対応というか発言であって、そのこと、極めてこれから日程に上ってくるわけですね、財務大臣がやろうとしている、財政審ものろうとしているということですから。基本はどうかと、基本についてどう考えるのかということをはっきりした上で、それはある程度内閣全体でいろいろやっていくことがあるんですけど、その基本をどう思うかなんですね。

今の説明だと、そういう意見があるということだけ、厚生労働省としてそういうふう考えているのかどうか、そこだけはっきりしてください。

○政府参考人（水田邦雄君） 先ほど御紹介しました意見があるということ踏まえまして、私どもとしても慎重に取り組むべき課題であると、このように考えているわけであります。

○辻泰弘君 若干価値が出てきたと思いますけれども、それじゃ大臣に、今の基本的な認識が奥歯に物が挟まった言い方ではありますが、今は検討していないとおっしゃったけど、法案が通った後どうされるか、大臣、お願いします。

○国務大臣（川崎二郎君） 約二か月にわたって医療制度改革、極めて重要な御審議をいただき、私自身が手のひらを返したような発言を今後いたすことはあり得ません。したがって、保険免責制度の議論が出てくれば、私の立場としては反対と申し上げます。

○辻泰弘君 はっきり言っていて、心強く思います。

前回の御答弁でも、経済財政諮問会議等ではっきり私、物を言ってきましたというふうにおっしゃっているわけでございます。今の御見解もしっかり踏まえて、厚生労働省としての一つの筋というものはっきり打ち出して御対応いただくように申し上げておきたいと思えます。

それからもう一点、これは私の前回の質問ではございませんけれども、衆議院の最終局面において厚生労働委員会で総理が出席をされて、最後の段階でやり取りがあった問題で、医療機関における未収金の問題でございます。

これについては総理の発言がありまして、未収金に対してはどうやって改善策を講じていいかということ今検討している最中だと、どのような改善策を講じるか、厚生労働省としてもよく意見を聞いて対応していかなくやならない問題だと、このようにおっしゃっているわけです。この点についてどのように取り組んでいかれる方針か、御説明ください。

○政府参考人（水田邦雄君） この未収金の原因につきましては、その背景、様々でございます。医療の高度化によって医療の単価が増えたということも考えられるわけでありまして、一概には言えないと考えております。

そのような中で、患者も含めた国民全体に、医療サービスは自己負担と国民の連帯による保険料、税で支えられていることを自覚していただくことでありますとか、医療機関におきましても、クレジットカードでの支払、納めやすくするような工夫、それから支払の督促など徴収の努力をすると、こんなことが必要であろうかと思っております。

医療保険のサイドにおきましては、この未収金の大部分が入院に伴うものであると、このように病院団体の資料もございます。そういうことがございますので、来年の四月から七十歳未満の方につきましても、入院して高額な医療費が掛かった場合に、医療機関の窓口での支払を高額療養費における自己負担限度額にとどめるといった措置を検討しているところでありまして、こうした取組によって未収金について一定の改善が期待できるのではないかと考えてございます。

○辻泰弘君 高額療養費の問題は後で聞こうと思っておりましたが、それは一つの、悪いことじゃないんですけれども、それがすべてというわけでもないんだろうと思うんですね。

総理が最終局面でこういうふうにも明言しておられる限り、一つの方向性を示して、今の高額療養費のことも含めて、国保の制度の在り方もあるかもしれませんし、今の高額療養費の改善ということもあるかもしれませんが、そういった方向性を一つの対策として打ち出させていただくように、このことを御要請をしておきたいと思っておりますけど、大臣、一言お願いします。

○国務大臣（川崎二郎君） 総理自身が具体的なことを頭に入れて御答弁されたのではないと思っておりますけれども、いろいろこの問題が衆議院の段階でも提議されました。

我々も、医療機関自身が努力されることはまず前提でありますけれども、我々として何がし得るかというものをしっかり考えなきゃならないと。その中で、一つの案をまた申し上げましたけれども、また他のこともできるようなことがあれば考えてみたいと、このように思います。

○辻泰弘君 総理の場合は、具体的に何か考えてというよりも何も分からないでおっしゃっていたように思いますけれども、それはそれといたしまして、大事な問題ではございますので、しっかりとお取り組みいただくように申し上げておきたいと思っております。

それで次に、今の話にもございました高額療養費のことでございます。以下、時間も限られておりまして、盛りだくさんの課題、まあ、ひょっとすると今回、私、最後の質問になるかもしれませんが、若干足早に行かせていただきますが、少し簡潔なやり取りになるかもしれません。よろしく願いいたします。

まず、高額療養費についてでございますけれども、私どもといたしましては、医療費負

担におけるセーフティーネットが高額療養費であると、こういった認識を持っておりますので、現在の定率負担があるという青天井、このことは非常に不安を与えるものだと、このように思っておりますので、基本的にこの青天井である現行の高額療養費制度の定率負担というものを廃止すべきだと、このような主張を基本に持っているわけでございます。

また、そのことは申し上げつつ、以下、幾つか聞いておきたいと思えます。

先ほど御言及もありました来年四月からの一医療機関、入院についての高額療養費の自己負担のときに、償還払いではなくて、その限度額だけ払っておけばいいというその部分について、実は今まで明文化はないんです。国会答弁しかないんですね。これ、いつはつきりさせるのか、内容について簡潔にお示してください。

○政府参考人（水田邦雄君） 内容について申し上げますと、来年の四月からと考えてございますけれども、患者の窓口での負担を軽減するために、入院して高額な医療費が掛かった場合には医療機関での窓口での支払を高額療養費制度における自己負担限度額にとどめまして、償還払いされる分を患者さんが支払う必要はないようにしたいと考えてございます。

この仕組みといたしましては、ただいま御指摘がありましたとおり、一医療機関ごとの入院費用を自己負担限度額にとどめるということで考えているわけでございます。その理由は、複数の医療機関に入院した場合、なかなか自己負担額を把握することがそれぞれの窓口では難しいということでございますので、一医療機関を単位として入院費用を自己負担限度額にとどめることにしているわけでございます。

この周知の点でございますけれども、これは私ども国会答弁でこのような答えをさせていただいているわけでございますけれども、法案成立後なるべく早い段階で通知等で関係者に対して周知を図っていきたいと考えております。

○辻泰弘君 今通知とおっしゃいましたが、政令改正ではないんですか。

○政府参考人（水田邦雄君） 政令でございますけど、政令の前に通知で考え方を示したいと考えております。

○辻泰弘君 それから、所得を、一般、上位所得、低所得で、窓口で考えなきゃ駄目ですよ。このことはどうされるんですか。

○政府参考人（水田邦雄君） その点が一番難しいところでございますが、所得情報をあらかじめ市町村から取るという形で対処していきたいと思っております。今の老人でもそのようなことをやっておりますので。

○辻泰弘君 当然のことですけど、全医療保険制度が対象であると、こういうことでもいいですね。

○政府参考人（水田邦雄君） そのとおりでございます。

○辻泰弘君 そこで、高額療養費制度の制度はあれども現実に適用を申請しているかどうかということがあるわけですね。分からない場合も、あるいは非常に複雑なままに、受けないままに終わっていると、これがかなりあるということで、そういう分析もあるわけですから。

そこで、まず政管、国保、現在通知がどうなっているのか、簡単にちょっとお示ください。

○政府参考人（小林和弘君） 政府管掌健康保険につきましてお答えを申し上げたいと思います。

高額療養費のお知らせの送付ということにつきましては、昨年十二月に都道府県の社会保険事務局に通知を発出をさせていただきまして、本年度、十八年の四月から、本年度より全国の社会保険事務所から該当する被保険者の方々に対しまして、高額療養費に該当する旨のお知らせを送付するというところで始めさせていただいたところでございます。

○政府参考人（水田邦雄君） 国民健康保険につきましては、全体の調べというのはしたことございませんけれども、今年の五月に政令指定都市、十五の政令指定都市に聞き取り調査をいたしましたところ、十五市中十一市で手続勧奨通知を実施していると聞いております。

○辻泰弘君 通知のやつは私、見せていただいているんですが、政管、国保、それぞれ自分で記入しなきゃいかぬわけですね、医療機関だとか何日間だとか。そういう理解でいいですか、政管と国保。

○政府参考人（小林和弘君） 政管のお知らせにつきましては、現在のレセプト情報管理システム上、該当する方を抽出するということは可能なんですけれども、お一人一人に印字をしてお知らせするということが今のシステムではまだできない、そういう意味では請求可能な金額等をお知らせに記載することはできていないという状況でございます。

今後、政管健保の公法人化に伴います新しいシステムの構築に際しまして、今御指摘にございましたような被保険者の利便性向上を図るという観点から、氏名とか被保険者の記号番号、請求金額等、請求に必要な情報をあらかじめ記載するというようなことについて、そういう内容を持ったお知らせを出すことにつきまして、十分検討してまいりたいと思っております。

○辻泰弘君 国保の方はそこまで行ってないということですね。ちょっと確認ですけど。

○政府参考人（水田邦雄君） 国保の方で金額まで通知を併せて送付しているのは二つの自治体と聞いております。

○辻泰弘君 そこで、厚生労働省の皆さん方の足下である厚生労働省の職員共済組合がどうなっているか、このことについてお示してください。

○政府参考人（金子順一君） 厚生労働省共済組合におきます高額療養費の支給の手続きでございますが、これは組合員の請求に基づきまして組合が決定するという仕組みでございますが、当省の組合の場合には、請求漏れがないようにということで該当する組合員に事前にお知らせをする、そして申請書類を一緒にお渡しをするということをしております。

その申請書でございますが、あらかじめ共済組合の方で分かっている情報につきましては、請求額等でございますが、これを書き込んだ上で組合員に渡しております。そうしたことで、簡便に申請ができるような取扱いとさせていただいております。

○辻泰弘君 正に非常に最先端を走っていらっしゃるというか、お手盛りというか、評価は分かれるところかもしれませんが、非常にすばらしい制度になっているわけなんです。

私が言いたいのは、共済組合でそこまでやれているわけです。すなわち、高額療養費が発生したら償還できますよということを、通知だけじゃなくってその請求書まで本人に渡して、本人はもう名前をサインをして判こを押すだけでいいことになっているんですね。そこまでやれているわけなんです。共済でできているんですよ。

さっき社保庁の方は、政管健保については把握はできているんだということだったんです。把握はできているけどやってないということなんです。国保の方は、その把握も必ずしも行き届いてないと。まあ市町村、小さいところもあるわけで、その辺は状況として分からなくもないんですけれども、しかし、これだけ厚生労働省の共済組合で最先端を走っているわけですから、その精神で政管、国保、それぞれ督励をしていただきたい。

とりわけ政管は、二十年十月からは全国健保になるかもしれませんが、それまでは政府管掌でございますから、当然政府の立場で推奨できるわけだと思っておりますので、その点については、さっきまだこれから先の話だと、何年か、三、四年間は今のままだということのようなんですけれども、額だけどこかに書くということはできるはずだと思うんですね。何か自分のところだけは非常に最先端を行っておきながら、国民の政管、中小企業の方々、それから国保の自営業者等々の方々については実はほったらかしになって後回しになっているという、その典型だと思うんですね。

ですから、どうかその点については共済組合を正に見本にしてお取り組みいただくように要請しておきたいと思いますが、大臣、どうですか。

○国務大臣（川崎二郎君） 多分、厚生省の共済よりも民間企業の組合の方がより早くサービスをされてたのではなからうかなと、それを見習いながら共済組合も入れてきたんだ

ろうと。そういった意味では、政管、国保の方が遅れているということについては、ある意味では私の立場からいえば申し訳ないなど。国民の立場を考えたときに、やはり民間同様のことは当然、コンピューターの問題でございますからできるはずでございますので、できるだけ早くするように私の方からも督促してまいりたいと思います。

○辻泰弘君 事務的に詰めたいと思います。

政管の方について、今の大臣の御指摘を踏まえてできるだけ早く対応するように、金額も入った通知が行くようにしていただきたい。どうですか、政管の方、お願いします。

○政府参考人（小林和弘君） 御指摘の点も踏まえまして、私どもどこまで、これはシステムの手直しということも含めての議論が必要かと思えますけれども、検討をさせていただきたいと思います。

○辻泰弘君 国保の方も、それぞれの自治体の主体ではありますが、できるだけそのことについて、二市、二つの市がやられているわけですが、全国的に広がるようにお取り組みいただきたいと思うんですが、いかがでしょうか。

○政府参考人（水田邦雄君） この点につきまして、ちょっと留保的に申し上げたいと思いますのは、保険者によりましては、高額療養費の自己負担の趣旨は、やはり患者さんに掛かった医療費の大きさ、これを実感してもらふ必要があるんだと、それをいかにしてほかの被保険者から支えてもらっているんだということを分かるためにやっているんだということを主張される方もおられるわけなんです。

したがって、利便性という考え方から取りますと今委員御指摘のとおりでございます、私どももそのように進めているわけではありますが、やはり最終的にはこれは自治体ごとの自主的な判断によるかと思うということは申し上げたいと思います。

○辻泰弘君 主体が市町村国保である限り、おっしゃる、突き詰めた論理はそうだと思いますけれども、しかし、高額療養費制度をせっかくつくって一つのセーフティーネットとして張っているわけですから、そういうことをつくった責任において、市町村国保のそれぞれにその精神をできるだけ、額は伝えるかというのはそこはまあぎりぎりあるかもしれませんが、少なくとも、あなたはそれに当てはまるんですよというその通知ぐらいはあってしかるべきだと思うんですが、そういうことは取り組んでいただきたいと思うんですが、いかがですか。

○政府参考人（水田邦雄君） その趣旨は伝えたいと思います。

○辻泰弘君 もう一点、今度の法案に関係してくるわけですが、後期高齢者の方々は今度新たな医療保険制度ができてくるわけですね。その保険者は、いろいろ議論はあるかもし



れませんが、基本的に広域連合と、こういうことになっているわけでございます。そういたしますと、高額療養費を、先ほどと同じように、あなたがそれが適用されるんですよという通知をするとか、額はどうだとかということが通知するとすれば、広域連合がするしかないわけですね。

やはり、二十年からですからまだ先でもあるわけで、そして市町村と違って都道府県単位の広域連合であるわけですから、それだけの能力も力もあってしかるべきだと思いますので、そういった意味で、この後期高齢者の医療保険制度においての高額療養費について、さっきの共済みたいな形で理想的な姿が当初から導入できるようにお取り組みいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○政府参考人（水田邦雄君） この広域連合も性格といたしましては自治体でございますので、先ほどの市町村国保と同様の取組を私どもとしてもしたいと思います。

○辻泰弘君 この広域連合は、国保連が一つの事務局的なことをやるという形になっているというふうに位置付けられると思うんですね。そしてまた、規定の中では、国保連が後期高齢者医療の円滑な運営に資する事業を行うことができると、こういった規定になっているわけでございます。ですから、審査、支払が国保連がやるということですから、そこから少し手を伸ばすといいですか拡大をすれば、そこに、手の届くところにそのことが出てくるわけですから、そういった意味において、広域連合に是非取り組んでいただくように、このことについては是非しっかりと目くばせをしてやっていただきたい。

市町村国保以上にできるはずなわけですから、これは非常に大事なポイントだと思しますので、是非お取り組みいただきたいと思いますが、局長、いかがですか。

○政府参考人（水田邦雄君） 国保連がこの広域連合でどういう位置付けになるかという点は、実はこれはまだ定まっていないわけでございます。したがって確としたことは申し上げられませんが、仮にそういうことになれば、市町村国保とは違った、よりやりやすいということにはなるかと思しますので、ただ、気持ちとしては先ほどの国保と同様の取組をお願いしたいと考えております。

○辻泰弘君 すべて共通するわけですが、共済組合ができていないことを現時点で政管はできていない、国保はできていない。後期高齢者医療制度を新しくつくるけれども、そこも先の話で分からないし責任は最終的には持てないよと、こういうことじゃ極めて情けない話でありまして、その基本としてせっかくなつく医療費負担におけるセーフティネットである高額療養費について、そのことが、せっかくなつくのに知らないままに、あるいは複雑だといって申請がないままに、適用のないままに、そういったところで現実に非常に負担を被っておられる方がおられるということがあるわけですから、そのつくった精神が貫徹できるように、その思いを込めてそれぞれの制度に取り組んでいただきたい、そのことを申し上げておきたいと思いますが、大臣、一言決意をお願いいた

します。

○国務大臣（川崎二郎君） 確かに、私どもやる主体ではありませんから、一〇〇%と、ここでやらせまますと言うわけにはいかないだろうと。しかし、社会保険庁、また局長から答弁をさせましたように、しっかり周知をしながら、正に国民のサービスの向上ということにつながるわけですから、また制度をしっかり周知させるのは我々の仕事でもあらうと思いますから、しっかりやっていきたいと思います。

○辻泰弘君 そのことは是非しっかりとお取り組みいただくように申し上げておきたいと思います。

それで、後期高齢者の話に関連して、二つちょっと詰めておきたいと思います。

一つは、後期高齢者医療保険制度ができるわけですが、その保険料をどうするかということについてでございます。

これは既に考え方も出されているわけですが、被用者保険の被扶養者についての保険料負担の求め方ということについて激変緩和的なことのお考えを持っていらっしゃるやに聞いておりますけど、そのことについて内容をはっきりさせておいていただきたいと思います。

○政府参考人（水田邦雄君） この後期高齢者医療制度におきましては、公的年金制度の充実、成熟化ということ踏まえまして、すべての七十五歳以上の方を被保険者といたしまして、自らも保険料を負担していただくことにしてございます。

その際に、これまで被用者の子供と同居するなどいたしておりまして、被用者保険の被扶養者として保険料を負担してこなかった方がおられるわけでありまして、これらの方々につきましては、激変緩和の観点から、後期高齢者医療制度に加入したときから二年間、保険料を半額とする措置を講ずることとしてございます。

これによりまして、例えば子供と同居する被扶養者で、子供さんが政管健保の平均的な年収を得ておられると、で、その被扶養者たる高齢者の方が基礎年金しか収入がないと、こういうケースで見ますと、仮に国民健康保険と同様の基準により試算した場合で見ますと、軽減措置を講じた後の保険料は全国平均で月額千五百円程度になるものと試算しております。

○辻泰弘君 これは政令で決めていかれることかということと、恒久的措置かということをお願いします。

○政府参考人（水田邦雄君） 形式としては政令で定めます。

それから、恒久措置でございまして、これからの後期高齢者になられる方についても二年間適用されるということになります。

○辻泰弘君 それから、今度大臣に、療養病床の転換の問題はいろいろ議論が出ましたし、御見解もいただいておりますけれども、改めて私からもお聞きして基本的に御見識を伺っておきたいんですが、やはり今度の療養病床の転換、再編ということについては、介護難民が出るのではないかという不安、また医療関係者からすれば政府の方針転換が急過ぎて病院経営に支障を来すと、こういった不満、不安も出ているわけですけど、このことについてはどのように、しっかりとお取り組みいただけるか、改めてお伺いいたします。

○国務大臣（川崎二郎君） 今回の療養病床の再編では、療養病床は医療の必要性の高い患者を受け入れるものに限定し医療保険で対応するとともに、医療の必要性の低い患者への対応としては、療養病床が老人保健施設等の介護施設に転換することにより、大きな改修をすることなく受皿となることが可能だと考えております。

療養病床の再編成については、介護保険事業計画だけでなく医療計画や医療費適正化計画にも関連するものであり、各分野横断的、統一的に対応することも必要であると考えます。

このため、本法案成立後、都道府県の協力を得て地域ごとの施設ニーズや関係者の意向の把握を急ぐとともに、厚生労働省においては地域におけるケア体制の整備の方針や療養病床転換に係る計画などを盛り込んだ地域ケア整備方針を策定し、来年夏をめどとした各都道府県による地域ケア整備構想の作成を支援し、施設の適切な対応を促すとともに、三つの計画が整合性を持って策定されるようにしていく考えであり、療養病床の転換に対する利用者や関係者の理解を得ながら取り組んでいきたいと考えております。

○辻泰弘君 この問題は国民生活に大きくかかわっていく問題でございますので、そしてまた、病床転換支援金ということを現役の方から負担をいただくということでもあるわけでございますから、しっかりお取り組みいただくように改めて申し上げておきたいと思っております。

それから、もう一つ、高額療養費に関連いたしまして、昨年十二月段階で政府・与党医療改革協議会で医療制度改革大綱を出されているわけですけど、この中で、医療と介護の合算、高額合算のことを設けると言った後で、障害者自立支援法のサービスに係る利用者負担と調整する仕組みの在り方については今後の検討課題とすると、こういうふうな指摘があるわけです。

このことについてどのような方針で取り組まれるのか、お聞かせください。

○政府参考人（中谷比呂樹君） ただいま言及されました大綱の中で、障害者自立支援法のサービスに係る利用者負担、すなわち福祉サービスとそれから医療保険との問題でございますけれども、今後の検討課題とするとされたところでございます。

この障害者自立支援法は三年後の見直し規定も置かれたところでございますので、障害者自立支援法の施行の状況、各制度を通じた利用者負担の実態等、これを十分今後把握いたしまして検討してまいりたいと思っております。

○辻泰弘君　ここで指摘されているポイントは、医療、介護の自己負担限度額とサービスの利用額の負担額との、その三者についてということですね。

○政府参考人（中谷比呂樹君）　そうでございます。そのように理解しております。

○辻泰弘君　この点についても、三年後と言わず、やはり大事なポイントだと思っておりますので、しっかりとお取り組みいただくように申し上げておきたいと思っております。

そこで、次は診療報酬の関連についてお伺いしておきたいと思っております。

今回の改正で、後期高齢者独自の診療報酬、あるいは都道府県ごとの診療報酬ということが出ていて、それも議論になったわけですが、今回の法改正で十三条に診療報酬の定義というものが出ているわけなんです。

まずお聞きしたいのは、これまで医療保険各法における診療報酬の定義というものを定めた法律があったかどうか、お聞かせください。

○政府参考人（水田邦雄君）　診療報酬の定義を設けましたのは、医療保険各法の中では今回の高齢者の医療の確保に関する法律の十三条、十四条、これが初めてかと思っております。

ただ、法律全体として申しますと、社会保険診療報酬支払基金法で診療報酬を定義しているということはございます。

○辻泰弘君　これは余り議論する時間もないんですけども、同じ法案の中の第七十条で規定している診療報酬というのは別のことを規定しているんですね。十三条、十四条は一から四つあって四つのことを指しているんですけども、七十条で指しているのは三番目だけ指しているという、同じ法案の中で改正しておきながら、診療報酬が十三条と十四条だけに適用する規定になっているという非常に何か分かりにくいことなんです。やはりそもそも基本的な診療報酬という定義があって、そして応用編があるなら分かるんですけども、その最初の部分が医療保険各法になくて、こういった枝のところで、枝葉のところでこういう定義があるというのは非常に何かよく分からないし、それが同じ条文の中でも違うことを指しているという、この分かりにくさ、不分明さを指摘だけしておきたいと思っております。やはりそういうことがないようにしていただきたいと思っております。

それで、同時に、これも大臣の基本的な御見識を伺っておきたいんですけども、かねがね議論になってまいりました後期高齢者の新たな診療報酬体系についてでございます。これについてやはり不安、懸念というものが多いわけですけども、この点について、そういった切捨てがないようにということでのお取組を求めておきたいと思っておりますが、大臣、いかがでしょうか。

○国務大臣（川崎二郎君）　後期高齢者医療制度は、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるよう構築するものであり、あくまで必要かつ適切な医療は基本的に

保険診療により確保するという国民皆保険制度の理念を前提とするものであり、後期高齢者に必要な医療が提供されないといった御懸念が生じないように十分注意しながら検討を進めてまいりたいと思っております。

お示しいたしました目安におきましても、四十八兆の中で半分近くは後期高齢者の医療だと申し上げているわけですから、数字的にもかなりの数字になるということで、その辺の御理解もいただけるだろうと思っております。

○辻泰弘君 その後半の部分がちょっとよく分からない。要は財政も大変だということをおっしゃっているんですか。

○国務大臣（川崎二郎君） 四十八兆と考えましたときに、二十三兆を超えるものが後期高齢者医療に掛かるだろうと。逆に、後期高齢者に二十三兆円掛かりますということをおっしゃっているわけですから、非常に多い医療費が投入されるということですから、どんと減額されるんじゃないかという御批判は当たらないだろうと申し上げております。

○辻泰弘君 いずれにいたしましても、切捨てとかいうふうな不安、粗診粗療にならないようにお取組を求めておきたいと思えます。

それからもう一点、今度は老人保健法が高齢者の医療確保の法律になるわけですが、二十五条の医療の実施という条文があるんですが、ここは変わらないという理解でよろしいですね。

○政府参考人（水田邦雄君） 現行の老健法二十五条で規定されております六十五歳以上七十五歳未満の障害者等を高齢者医療の対象とするという点につきましては、これは今度の新たな後期高齢者医療制度におきましても老人保健の扱いを踏襲して、現在の老人保健の対象者と全く同一のものにするということにしてございますので、六十五歳以上七十五歳未満の方のうち寝たきりの方につきましても、本人の申請に基づいて後期高齢者医療制度の対象者とするということとしてございます。

○辻泰弘君 二十五条は二項において、「六十五歳以上七十五歳未満の者であつて、厚生労働省令で定めるところにより、政令で定める程度の障害の状態にある旨の当該市町村長の認定を受けたもの」と、こういう規定になっているわけなんですね。このことは基本的に変わらないと、こういう理解でいいと思うんですが。

それに伴って、これは通知というべきなんではないでしょうか、医療に関する申請及び届出についてというものが発出されておまして、その中に老人保健法第二十五条第一項第二号の障害認定を受けようとする者は申請をすべしと、こういうふうなことになるわけですね。ですから、これは今回の法案が変わらないなら、この精神が貫徹されるというか、同じことが継続するということになると思うんですが。

それで大事なところは、考え方がこうだとしても、その受ける医療というのが変わるわ

けですね、ドラスチックに変わるわけですね。診療報酬体系も変わるかもしれないということですから、それはどう変わるか分かりませんが、そういった意味で、今まで障害者としての認定を受けて、かつ老人保健法の認定を受けた人がその対象だったわけですが、その後者の部分は、改めて再申請といいますか、その人の判断を仰ぐプロセスがあってしかるべきだと私は思うんですけれども、その点はいかがですか。

○政府参考人（水田邦雄君） 今回の後期高齢者医療制度でこの老人保健制度の仕組みを、障害者に関する仕組みを継続、踏襲するといったしたのは、一部負担金が一割負担になる、それから自己負担限度額も低い金額が適用されるということから踏襲したわけでございます。

現在の仕組みにおきましても、この寝たきり等の認定を受けた方が認定に係る申請を取り下げる旨のお申出をした場合においては市町村長が認定を取り消すということにしてございまして、新たな制度においても同様の取扱いをすることとしてございます。

もう一点、切替え時点でどうなるかという、制度が変わる時点でどうなるかということでもありますけれども、これは、現に現行老人保健制度の対象者となっている寝たきり等の方につきましては、対象者の申請に係る負担軽減の観点から認定を受けたものとみなす取扱いをすることとしてございますけれども、本人から申請を取り下げる旨の申出があった場合にはこの認定を受けない取扱いをすることとしておりまして、その点につきましても周知をするようにいたしております。

○辻泰弘君 非常に大事なポイントです。

それで、平たく申し上げたいと思いますが、既に老健法適用の患者、障害認定ですね、老人保健法に基づく障害認定適用されている患者の方も含めて選択の機会が新たに与えられると、言い方がちょっとあれですけども、そういうプロセスを経ると、そういう理解でよろしいですね。

○政府参考人（水田邦雄君） ですから、基本的にはこの選択で、本人の申請に基づいて、なるかならないかということとは決まってくるということでございます。

ただ、その切替え時点で、現行制度で既にこの障害の認定を受けている方については、一応これは新しい後期高齢者医療制度においてもその申請があったものとみなしますけれども、これは取下げが可能ですので、その点はまた周知をしていきたいと、このように考えております。

○辻泰弘君 その取下げの周知徹底というのは大事なところだと思いますが、そのことについても意を用いていただくように申し上げておきたいと思います。

それで、診療報酬についてあともう二点あるんですが、一つはリハビリのことについてでございます。これについてもいろいろ議論がありましたけれども、それらをお聞きして、私ちょっと、こういうことが御見識かというふうに聞いておきたいと思うんですけれども、

算定日数上限を超えることが予想されるようなケースはそもそも医師が当初から対象除外疾患に位置付けているはずだという、そういうことをおっしゃっているのでしょうか。

○政府参考人（水田邦雄君） 今回のリハビリテーションの再編成の中で算定日数上限を設けると。その中で、この上限適用に当たりましては、失語症とか高次脳機能障害の疾患、こういうものを適用除外疾患としたわけでありましてけれども、この除外疾患につきましては幅広く私ども取り上げたつもりでございまして、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合には、これ、除外することとしたところでございます。この適用除外疾患につきましては幅広く取り上げたつもりでございまして。

○辻泰弘君 ですから、厚生労働省保険局長の見解としては、一般的に考えてこれから漏れることないよと、そういうことなんですね。

○政府参考人（水田邦雄君） 個別具体的話でまたこれからいろんな御指摘あるかと思えますけれども、私どもとしては、広く取り上げることによって正に状態の改善は期待できると、こういう疾患についてはこの類型を掛けさせていただいたということでございます。

○辻泰弘君 別の角度から聞きますけれども、五月三十日の局長答弁で、算定日数上限の日数に達したところでの医学的判断だと、こういう判断になるかと、このようにおっしゃっているわけですね。そして、その時点で、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断可能な除外疾病に該当するかどうかの判断が問題になると、このように御答弁されているわけです。

このことの意味ですけれども、上限日数に達した時点で除外疾病に該当するという医師の判断があれば上限のことにはかかわってこないと、こういう理解でよろしいですか。

○政府参考人（水田邦雄君） そのとおりでございます。

○辻泰弘君 そういう理解をしっかりとお伝えいただくように申し上げておきたいと思えます。

それから、診療報酬改定の周知期間についてお伺いしておきたいと思えます。これも昔から議論されているところだと思えますけれども、今回の告示の公布は三月六日でございます。改定実施は当然、四月一日でございます。これは昔から、十数年間を振り返ってみますと、一番早いときには二月二十二日というのがございますけれども、遅いときは三月十七日で四月一日実施と、こういうことになっているわけでございます。これは現場の医療関係者からすると、かねがね、余りにも短期間であるということでミスも多いしということであったわけでございます。

それぞれ、お立場で努力いただいていると思えますし、予算との関係ということもある

ので制約が生じるのはやむを得ないところもあるんですけども、しかし今回の診療報酬の改定のときも、医療機関への周知期間等を勘案して、平成十八年七月一日とするというものもあったわけでございます。こういった意味で、私はやはり三か月程度の周知期間というものはそもそもあるべきだというふうに思っております。

これはすぐに、もう四月からやってらっしゃるわけですから今後のことの課題になってしまうわけですけども、やはり常識的な周知期間というものは置くべきだと思うんですけども、大臣、その点についてお考えをお伺いします。

○国務大臣（川崎二郎君） 年末に基本的な方針を決めて作業に入るものですから、委員が今お示しいただきましたように、早くてもこの今年よりも一週間ぐらい早いような感じでした。そういう意味ではなかなか難しい課題でございますけれども、今回については、例えば療養病床に係る入院医療などの評価体系の大幅な見直しを行うものについては七月より実施するなど、少し工夫はいたしておりますけれども、いろいろ現場の意見も聞きながら工夫もしていかなければならないだろうと考えております。

○辻泰弘君 だから、その最初の方は分かるんですよ。予算から来て、それが決まってから考えるということも、着地せにやいかぬということがあるので、二月半ばぐらいだろうと、そこから出発すればと。こういうのは、それはその部分を無理にするということはある得ないんですね。要は、結局、その実施、施行がいつからかということに掛かってくるわけで、現実には、今おっしゃったように、医療機関への周知期間等を勘案して、平成十八年七月一日からと、そういうものも現実には、慢性期の入院医療の評価でしょうか、そういうのがあったわけですよ、あるわけですよ。だから、そういうことも考えるならば、そもそもこれは三か月ぐらいの期間を置いて出発すべきものだということを基本的に私は主張しておきたいと思っておりますし、そのようなことでのお取組を、今の与党で駄目だったら私らがやってからということになるかもしれませんが、そういうことをすべきだということを申し上げておきたいと思えます。

それで、次の問題について移らせていただきます。健診・保健指導事業、生活習慣病対策についてでございます。

まず、これについて、今後の見通しとして、必要となる経費、対象人員、受診率の見込み、この点について簡潔にお示しください。

○政府参考人（水田邦雄君） 医療保険者にこの実施を義務付ける特定健診、特定保健指導でございますけれども、現実の問題として、現在での取組状況を踏まえて実現可能な目標を設定する必要がございますので、現状から出発をいたしまして、その後、体制整備を図りながら徐々に実施率を引き上げていくと、このようなことを考えているわけでございます。

具体的な項目やあるいは実施方法についていろいろ検討中でございますし、また単価の詳細も確定できないわけでございますけれども、幾つかの仮定を置きまして機械的に計算



をいたしますと、平成二十年度におきましては、受診率の目標六〇%といたしますと三千四百万人が受診をするということになりまして、約千六百億円が必要になる。平成二十七年におきましては、受診率の目標八〇%といたしますと約四千六百万人が受診されるわけで、約二千百億円が必要になると見込んでございます。ただ、これらの金額は、今申し上げた総体の金額の中には、この労働安全衛生法に基づく健診としての事業主が費用負担するものでありますとか、国や都道府県から保険者への補助金、それから受診者からいただきます一部負担も含まれておりますので、ちょっとその内訳、保険者はどのくらい負担しなきゃいけないのかというのは、ちょっとその一部にとどまるというふうに、御説明にとどまるわけでございます。

○辻泰弘君 今、受診率二〇一五年度の目標、まあ受診率、目標で見込みが八〇%というのがございました。八〇%と聞くと、何か国民年金の保険料を連想して何か信憑性があるのかというふうに疑ってしまいますが、そこはまあ素直に信じておきたいと思えますけれども。

そこで、まずお伺いしたいんですが、この健診・保健指導事業の実施の有無のチェック、このことについて、どういうふうに対処していかれるのか、そのことについて御説明ください。

○政府参考人（水田邦雄君） この特定健診、それから特定保健指導の実施状況につきましては、これは仕組み上、後期高齢者支援金の徴収でありますとか加算、減算の計算とも関連をしておりますので、この社会保険診療報酬支払基金におきまして、他の保険者との比較ができるように毎年度、加入者数、健診受診者数の実数、健診実施率等、これらにつきまして毎年度各保険者から報告を求めてチェックをすると、このようになってございます。

○辻泰弘君 それで、余りに少ないといいますか、そういった場合というのは指導とか助言とかなさっていくと、こういうことでしょうか。

○政府参考人（水田邦雄君） 保険者に対する指導につきましては、医療保険各法に基づきまして、健康保険組合であれば厚生労働大臣が、市町村国保であれば都道府県が必要な指導を行うということになるかと思います。これに加えて、それは各事業の指導責任でございますけれども、これに加えて、医療費適正化計画の着実な実施を図る観点から、厚生労働大臣及び都道府県知事が実績評価を踏まえまして保険者に対して必要な助言や援助を行うと、このようにしてございます。

○辻泰弘君 それで、今回の改正の一つのポイントだと思うわけですがけれども、やはり大事なところは、これまで受けておられなかった方が多いであろう被扶養者の健診というものをどうやって実際に保障していくのか、やっていくのかと、この部分だと思うわけでご

ざいます。

やり方は市町村国保と連携するというお考えを前にも示しておられるわけですが、現実には通知はその元々の保険から来るのか、それからその場合の負担はどうなるのかというところは極めて大事なところだと思うんですね。やはり、一般的に市町村から来るのと自分が入っている保険から来るということの違いもあるかもしれません。とりわけ、被扶養者ということですから、一般的な言い方ですれば、専業主婦の方も多いただろうと思うわけですが、そういう方々が本当に健康診断を受けるかということになると、やはり利用者負担の部分が極めて大きなことになろうと思うんですね。

やはり現実に五百円か千円かとかいうことがあるかもしれません。そういうことが掛かるならばやはりやめておこうと、二の足を踏むということは当然予想されるわけですから、そういった意味でこのことは非常に大事なところだと思うんで、そのことについてはできるだけその本人の負担というものがないように、あるいは少ないように対処されるべきだと思うし、それがなかったらなかなか進まないと思うんですね。そのことについてどうお取り組みか、お示してください。

○政府参考人（水田邦雄君） この利用者負担の点につきましては、被用者保険の被保険者の被扶養者の場合には、その保険者が仮に国保に委託する場合でも、これは費用負担は委託する保険者において行うわけでございます。ついでに申し上げますと、その健診等の結果のデータ管理もその委託をする側の保険者が行うわけでございます。

この利用者負担をどうするかということでございますけれども、被用者保険に関しましては、この受診率の向上という観点、それから事業コストといった観点を踏まえまして、やっぱりこれは最終的には各保険者の判断によるべきものと思っておりますけれども、今回の趣旨を踏まえて、できるだけ被扶養者が受けやすい環境づくりを保険者がするように私どもとしても指導していきたいと思っております。

○辻泰弘君 そのような姿勢で取り組んでいただくことと同時に、政府管掌健康保険は政府が管掌しているわけですから、そのことについては自らのお取組の在り方としてあるわけですね。健診の義務付けは平成二十年四月から、全国健保に移るのがその二十年の十月からですから、最初の半年間は政管健保としてあるわけですね。そして、健診が義務付けられるわけです。そういった意味で、中小企業の方々が多い政管健保が政府管掌であるその半年のうちに、やはりそのことの方針を着けるといいますかリードをしていただいて、一つの模範を示していただくことがほかのところにも伝わっていくことでもあろうと思うんです。

そういう意味で、政府管掌健康保険の健診のときに利用者の負担が極力少なくて済むような形というものを被扶養者の部分について、特にその部分についてお取組をいただきたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

○政府参考人（水田邦雄君） 現在の状況をまず御説明いたしますと、政管健保の被扶養

者に対する健診の利用者負担の額につきましては、被保険者と同一の額を金額としているということでございます。したがって、平成二十年度以降におきましても基本的にはこうした方向で対応することになるものと考えております。

○辻泰弘君 これは非常に今回の鳴り物入りでやられるわけですから、被扶養者の健診が進むようにお取り組みいただきたい。国保の方は三分の一ずつ国と都道府県でしたか、地方団体等で持つから、三分の二が公的に負担で、三分の一を国保財政と本人の負担で成り立たすということになることになると思うんですね。

だから、そういう意味で、法案上も健保、共済なども予算の範囲内で補助という規定があるわけですが、やはりこの点については財政的なことがありますけれども、やはりそういったことも加味しながら被扶養者の健診というものが進むということに向けて、財政の面でも御努力いただきたいと思っておりますけれども、いかがでしょうか。

○政府参考人（水田邦雄君） 国保につきまして国から三分の一、都道府県から三分の一の補助をする、負担をすることになっているわけでございますけれども、これは、ただ、ちょっと状況は被用者保険と違うところがございます。すなわち事業主健診の部分が被用者保険についてはあるわけでありまして、事業主の負担でやっているという部分がある。それに対して、国保にはこういった事業主の負担で行われる健診がないということで公費調整の仕方に違いが出てくるものでございますが、それにしましても予算の範囲内で費用の一部を補助できるという規定もございますので、今後、これは財政当局とも相談をしていきたいと、このように考えております。

○辻泰弘君 いずれにいたしましても、その被扶養者を中心としての健診が進むように利用者負担の問題についてもお取り組みいただくように申し上げておきたいと思っております。

もう一点、この関連でお聞きしておきますが、労安衛法との関係が議論もございました。それで一点だけ確認したいんですけれども、労安衛法の健康診断項目というのがある。そして、今回の健診事業における特定健康診査項目というものがあるわけですが、それぞれの立場からする項目でございますから当然差が出てくるだろうと。労安衛法でカバーできる部分はそれでいいわけですが、労安衛法でカバーできない場合には、その部分については基本的には保険者が責任を持ってやるということではないでしょうか。

○政府参考人（水田邦雄君） 特定健診の健診項目につきましては、現在、専門家、それから保険者の参画をいただいた検討会において検討していただいているところでございまして、厚生労働省といたしましては、極力この特定健診の項目が現行の労働安全衛生法の健診項目でカバーされる方向で検討を進めていきたいと思っております。

ただ、労働安全衛生法による健診に含まれない特定健診の健診項目がある場合には、この場合にはカバーされない項目の費用につきましては、これは保険者が負担するということとなります。

○辻泰弘君 その保険者が負担するという意味は、事業主に今までやっていただいたものを付加して検査もしてもらってその費用負担をするというようなこともあり得るということですね。

○政府参考人（水田邦雄君） やり方につきましては、保険者が事業主から労働安全衛生法の健診の委託を受けるときに一体的に実施するということはできるわけでありますけれども、そういう点、そのときでもカバーされない項目の費用負担についてはこれはあくまでも保険者が行うということであろうかと思えます。

○辻泰弘君 逆の。

○政府参考人（水田邦雄君） 逆のケースもあろうかと思えます。

○辻泰弘君 それで理解しました。

もう時間ございません。最後に、いわゆる混合診療、特定療養費のことについて確認しておきたいと思えます。

〔委員長退席、理事岸宏一君着席〕

今、特定療養費制度があって、今度は評価療養、選定療養ということに位置付けられるわけですが、今まで選定療養として、また高度先進医療として位置付けられたものは、今後この評価療養、選定療養というところにいずれかに入っていくと、こういう理解でよろしいですね。

○政府参考人（水田邦雄君） 現在の特定療養費のうち、現行で選定療養とされている、十六類型と申されましたので、これ選定療養として位置付けられているものの扱いになるかと思えますけれども、ちょっと説明避けますけれども、今回新しく、今回の法案で新しく評価療養と選定療養分けるわけでありますけれども、いずれかに分類、振り分けを行うということにしてございます。

○辻泰弘君 今、選定療養のことだけおっしゃったけれども、今までの高度先進医療も当然評価療養に入っていくと、こういうことなんでしょう。

○政府参考人（水田邦雄君） 高度な医療技術や治療中の医薬品など保険導入のための評価を行うものを評価療養としておりまして、高度先進医療はこの評価療養にこれは当然入るわけでございます。

そのほかに現在選定療養といたしまして十六類型ありますけれども、これも内容によりまして、評価療養に振り分けられるもの、選定療養に置いておくものと、こういうふうに分けるということでございます。

○辻泰弘君 それは、今まで選定療養の中に入っていた先進医療が今後は評価療養になるだろうと、そういったことをおっしゃっているんでしょうけれども、要は、基本的には今までの特定療養費制度、選定療養と高度先進医療二つから成っていたその分については、今回の評価療養と選定療養の中に位置付けられるよと、そのことを御説明いただいたと、こういうことだと思います。

それで、厚生労働省として新たに入れる予定の項目はあるでしょうか。

○政府参考人（水田邦雄君） 現時点におきまして、厚生労働省として新たな類型として追加するというを具体的に想定している項目はございません。

〔理事岸宏一君退席、委員長着席〕

いずれにせよ、今後具体的な類型の指定があるとすれば、それは中医協における公開の議論を経た上で、適切な手順にのっとりやるということになります。

○辻泰弘君 今回の評価療養の規定があるわけですが、高度の医療技術を用いた療養その他の療養であって、厚生労働大臣が定めるものと、これが基本的な規定の仕方だと思うんです。

昨日、参考人等の意見もお聴きしましたけれども、ここでやはり一つ不安なのは、高度の医療技術を用いた療養その他の療養であってというときのその他の療養という部分ですね。このその他の療養が保険外給付の範囲が無原則に拡大するおそれがあるんじゃないかと、それにつながるんじゃないかと、こういった御指摘、御懸念もあるんですけど、その点についてはどうお答えになりますか。

○政府参考人（水田邦雄君） いずれにしましても、何を評価療養とし何を選定療養に位置付けるか、これにつきましては限定して列挙をしていくということを考えてございますので、無限定に認めていくようなことは、これは規制改革会議とも大いに議論した点でありますけれども、あくまでも限定、一つ一つ有効性、安全性、それなりに点検しながら考えていくということになります。

○辻泰弘君 それで私はいいと思うんですけれども。

それで、基本的に押さえておきたいと思います。昨年十月も局長に御質問した折に、現行制度の見直しである、現行制度の再編成であると、こういった御指摘でありましたし、昨日でしたか、いただいた資料も特定療養費制度の見直しということでの言葉になっております。

そうして、先ほどお聞きしたように、今までの特定療養費の中の二つの柱に位置付けられたものが今度の二つにそれぞれ位置付けられると、こういうことになっているわけで、そういった意味で、私は、正に見直しであるけれども、その基本原則といいますか、今までも特定療養費ということで混合診療だったわけですよ、そのことが意識されていないと

ころがあるわけですが、いずれにいたしましても、その基本原則、思想というものは変わっていないと、こういうふうには私は理解しておりますけれども、それでよろしいですか。

○政府参考人（水田邦雄君） これも何回か御説明させていただきますけれども、どんな新しい技術が医療保険に取り入れられていくのかという、この保険導入のプロセスを透明化すると、こういった趣旨も踏まえて再編成をする。今までどおりというわけじゃありませんで、そういう点では位置付けなりは整理をされたと、従来の制度に比べて整理はされたと思っておりますけれども。

ただ、その中身が何であるかということにつきましては、これは必要かつ適切な医療は基本的に保険診療で確保するという大原則の下に、いずれにせよ、保険診療、保険外診療併用する場合がありますので、保険診療として保険財源も使われるわけがありますので、それはやはり限定的に一つ一つ評価をして、ここに入れるか入れないかということの評価していくという仕組みであるという点においては今までと共通するところがございます。

○辻泰弘君 これはかねがね議論していたところで、尾辻大臣はポジティブリストという言い方をされたわけですが、私は、原則規制、例外自由というふうな、ちょっと過激かもしれませんが、そういう言い方をあえてしていたわけですが、やはりその部分は大事な基本の部分でございますので、そのことについてはしっかりと見詰めていただいて、社会的規制というものは無原則に緩和して人間の幸せにつながるものではないと、このように思っておりますので、そのことについてはしっかりとお取り組みいただくように求めておきたいと思っております。

それ以外にもいろいろと質問項目を通告しておりましたけれども、時間が来ておりますので、これで私の質問を終わらせていただきます。