

第百三回 参議院社会労働委員会會議録第四号

昭和六十年十二月十日(火曜日)
午前十時三分開会

委員の異動

十二月六日

辞任 中西 珠子君

補欠選任 高桑 栄松君

十二月十日

辞任 和田 静夫君

補欠選任 龜山 篤君

出席者は左のとおり。

委員長 岩崎 純三君

理事 大浜 方栄君
佐々木 満君
高杉 勉忠君
中野 鉄造君

委員 石井 道子君
遠藤 政夫君
関口 恵造君
田中 正巳君
前島英三郎君
森下 泰君
永久八重子君
和田 静夫君
高桑 栄松君
佐藤 昭夫君
藤井 恒男君
下村 泰君

国務大臣 厚生 大臣 増岡 博之君

政府委員 文部省高等教育局長 大崎 仁君

厚生大臣官房審議官 内藤 河君

厚生省健康政策局長 竹中 浩治君

厚生省保健医療局長 仲村 英一君

厚生省保健医療局老人保健部長 黒木 武弘君

厚生省児童家庭局長 坂本 龍彦君

厚生省保険局長 幸田 正孝君

社会保険庁医療保険部長 花輪 隆昭君

労働省職業安定局長 清水 傳雄君

事務局側 常任委員会専門員 此村 友一君

説明員 文部省高等教育局長 佐藤 國雄君

厚生大臣官房審議官 代田久米雄君

参考人 杏林大学教授・医学部長 古川貞二郎君

参考人 杏林大学教授・医学部長 竹内 一夫君

参考人 杏林大学教授・医学部長 竹内 一夫君

参考人 杏林大学教授・医学部長 竹内 一夫君

参考人 杏林大学教授・医学部長 竹内 一夫君

参考人 杏林大学教授・医学部長 竹内 一夫君

補欠として高桑栄松君が選任されました。

○委員長(岩崎純三君) 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。

医療法の一部を改正する法律案の審査のため、本日の委員会に杏林大学教授・医学部長竹内一夫君を参考人として出席を求め、ことに御異議ございませんか。

〔異議なしと呼ぶ者あり〕

○委員長(岩崎純三君) 御異議ないと認め、さよう決定をいたします。

この際、参考人に一言ごあいさつ申し上げます。

本日は、御多忙のところ、本委員会に御出席を賜うことにありがとうございます。委員からの質疑を通じ、忌憚のない御意見を述べくださるようお願いいたします。

○委員長(岩崎純三君) 医療法の一部を改正する法律案を議題といたします。

本案の趣旨説明は既に聴取いたしておりますので、これより質疑に入ります。

質疑のある方は順次御発言をお願いします。

○和田静夫君 ます、先日の委員会でも積み残した問題にちよつと入りますが、高率補助金問題。

大蔵省は、生活保護は三分の一、保育所の運営費補助は二分の一、失業対策事業は二分の一、その他補助率二分の一の奨励金補助金を三分の一、または十分の四に引き下げる、この案を各省に提示していると言われているのでありますが、厚生大臣はこの事実を確認されますか。労働省はいかがですか。

○国務大臣(増岡博之君) この問題につきまして、関係協議会あるいは関係会議あるいは補助金問題検討会において検討していただいております最中

でございます。その間いろいろ新聞記事にも出ておりますけれども、現段階におきましては具体案としては私は承っておりません。

○政府委員(清水傳雄君) 失対事業の補助率の問題につきまして、補助金問題全般に關します関係協議会の検討結果等を踏まえつつ対処していかなければならないこととございまして、現段階で御指摘のような結論が出されたという状況ではございません。その結果を待つて適切に対処してまいりたいと、このように考えております。

○和田静夫君 両答弁者とも、いずれこういうような削減提案が明るみに出ることになるんでしようけれども、今そういうふうになつておるのでも、知つておつても知らぬと言つておるのでも、うが、厚生大臣あるいは労働省としてどういう態度をおとりになりますか。

○国務大臣(増岡博之君) 検討会の結論を待つて判断をいたしたいと思ひますので、今、予断をもつて申し上げることはばからしめていただきたいと思います。

○政府委員(清水傳雄君) ただいまお答え申し上げましたように、関係協議会の検討結果等を踏まえながら対処いたしてまいりたいと、このように考えております。

○和田静夫君 自治省、こういうような補助率の削減は地方財政を圧迫し、ひいては福祉水準の後退をもたらすと思ひますか。——自治省来てない……

○委員長(岩崎純三君) 自治省。

○和田静夫君 財政当局来るように言つていた。じゃ、まあいいや。

そこで、大臣ね、これはこの間も確認しましたように、今申しましたように、後退をもたらす。福祉を担当する大臣としてしっかり現行補助水準を堅持していただかねばならぬと思うんですが、いかがです。

ね、いかがです。

○国務大臣(増岡博之君) 私どももいたしましては、福祉の実質的な水準が保たれるようにということには常に念頭に置かなくてはならないというふうな思っております。

○和田静夫君 まあ、十分これ議論をしている時間があるませんが、高率補助金は、その施策に対して政府が責任を持つという趣旨で設けられたものであることは御存じのとおりです。それをマインス・リングだからできませんということには私はならない。特に生活保護は日本の福祉制度の根幹なわけですから、福祉の原点と言ってもよいわけですから、財政の論理だけで削られてはたまつたものではありせん。あなたは日本の福祉を後退させる厚生大臣として歴史に名をとどめるといふようなことにならぬように、きちんと防衛をしていただきたい。強く意見を述べておきます。

次に、ツツガムシ病ですが、最近急速にふえてきている。ことしに入つて八月までに全国で六名の死亡者が出ている。患者数は二百八十二名余に達するとされているわけでありまして。厚生省は調査されていると思うんですが、これまで把握されている事実を具体的に報告してください。

○政府委員(仲村英一君) お尋ねのツツガムシ病でございますが、御指摘のように、最近非常にふえてきております。五十八年で六百七十名ぐらゐ、五十九年で九百五十七名というところでございます。本年一月から八月末までで二百八十二名の発生報告を受けておるところでございます。前年同月で二百四十名でございますので、昨年を上回るということでございます。

死亡者につきましては、私どもが現在把握しておる死亡数は二名となっておりますわけでございます。

○和田静夫君 どうもその数が食い違ふんですが、

それでは、福島の名、鹿児島的一名というのはおたくの統計の中に入っていますか。

○政府委員(仲村英一君) 人口動態の統計の月報の方で私も把握しておるわけでございますが、

これにつきましては岩手県で一名、東京都で一名という報告を受けておるところでございます。

○和田静夫君 これは調査願いたいんですが、私はこれは正確に福島県などの発表をもとにして申し上げておいて、福島で三、鹿児島で一、計六名の死亡。それが、言つてみれば原因がツツガムシ病でなくとも、ツツガムシ病にかつたことが誘因となつてお亡くなりになつてゐる。がん患者が最後に肺炎で亡くなるのと同じような形のことでありまして、このところはしっかりと掌握してもらいたいと思ひます。私の数字に間違いはないと思ひますが、いかがでしょうか。

○政府委員(仲村英一君) ただいま御指摘のように、死因を決めます場合には、原因死ということでございますが、届け出のございました患者さんがその後どう死亡したかということにつきまして、時点の差もあるかもしれませんので、私どもとしても調べさせていただきますと思ひます。

○和田静夫君 十月、十一月にこれは発生が多いと言われているわけでありまして、これからまた件数がふえるようなことも考えられますが、そういうことはいかがでしょうか。

○政府委員(仲村英一君) 御指摘のように、これから発生がなおふえるというふうに私どもも聞いておるところでございます。

○和田静夫君 八〇年代に入つて増加傾向にありますね。この辺のこの推移はいかがですか。

○政府委員(仲村英一君) 戦後しばらくは、昭和二十年代、三十年代、やや多かつたり少なかつたりしましたけれども、せいぜい百人とか二けたたまりでございましたけれども、御指摘のように、二けたないしは一けたですつと推移しておりますけれども、昭和五十五年、一九八〇年が二百名、八一年が九百五十七名、それから八二年、昭和五十七年が五百名、一九八三年、昭和五十八年が六百七十名、八四年が先ほど申し上げましたように九百六十名ということ、かなり増加をしてきておることは事実でございます。

○和田静夫君 例えばゴルフ場などでも罹病するといひますか、罹患するといふふうに言われているわけでありまして、原因の問題ですが、開発がずつと進んでいくことと並行的に患者数がふえる、こういうような傾向を見るのができると思ひますが、開発との関係などというものはどういふふうに考えていますか。

○政府委員(仲村英一君) 御承知のように、ネズミにつきましてはツツガムシから感染したわけでございます。ネズミの生態系と申しますか、その変化、あるいはネズミに寄生いたしますツツガムシそのものの生態系の変化ということで病気の全体の態様が変わつてくるわけで、これは疾病の自然死といひますか、そういう観点から見ますと、人間の生活とともに変わつてくるというふうなことは起こり得るわけでございます。ただいまお尋ねのように、なぜふえてきたかということとを考えると、もちろん人間がそちらの方へ行く、ゴルフ場に限られませんが、山の方へ行くとかいふ問題と同時に、ネズミが人里の方へ来るといふふうなことで、生態系が変化することによつて一つの病気がふえたり減つたりするということであるのではないかと思ひます。

○和田静夫君 たしか私が四十三年に議席を持った當時に、北海道でエヒノコックス症、厚生省は保健所に対するところの補助を打ち切ろうとした。エヒノコックスは青森から新潟にかけてずっとふえているではないかといふことを指摘しながら、皆さん方懸命に補助を、結果的には守つていった、その結果、エヒノコックス症に対応する行政上の措置が進んだ、そういう経験を私は十七年ぐらゐ前に議会の論議を通じて持っているんです。

このツツガムシ病も、どうも医者が気がつかない、風邪ぎみであるといふようなことで初期症状で誤診することが非常に多いように仄聞をいたします。このところは、都道府県や厚生省が医師会などに注意を喚起する、あるいは検査体制の整備を行う、必要ならばそこに資金を考えると

ようなことはやっぱりやらなきゃいかぬと思ひます。厚生大臣、いかがです。

○政府委員(仲村英一君) 御指摘のとおりでございます。五十二年から五十四年度にわたつて、私どもも新型ツツガムシ病に関する調査研究という研究班を組織いたしました。その成果を得まして、私どもも五十八年の二月に局長通知を各都道府県あてに出いたしました。ツツガムシ病全体の防疫対策を含めました、あるいは臨床症状も含めましてお医者さんの関心も喚起するというところで通知をお出しして、それを通じて各都道府県の衛生部から保健所、あるいは私どもから直接日本医師会等へも情報を流しまして、早期診断、適正治療をやつていただくということの関心を喚起いたしましたところでございます。同時に、病気の対策全体につきましても、新たにその通知の中で内容を細かく書きまして、予防対策の一層の推進を図るようというところで申し上げたところでございます。

○和田静夫君 大臣。○国務大臣(増岡博之君) このような問題に對しましての対策は、やはり常時、長期にわたつて努力をする必要があろうかと思ひますから、今後ともそのような配慮を払つてまいりたいというふうに思ひます。

○和田静夫君 これも先日のあれですが、エイズですが、どうもエイズ、ますます大きな社会問題となつてきているわけでありまして、厚生省の対応は予算絡みで及び腰だといふ印象を受けざるを得ません。

先月、京都で専門家会議を開かれたわけですね。その内容の報告はできますか。

○政府委員(仲村英一君) これは日本ウイルス学会が主催いたしましたシンポジウムでございます。討論の内容は非公開ということで行つたものでございます。

○和田静夫君 非公開だといふことはわかつてゐるんですが、ピックアップして報告ができるような状態にはないわけですか、おたくの方は。

○政府委員(仲村英一君) 私どもは直接そういう形で報告を受けておりませんけれども、患者数の将来予測でございますとか、幾つかの点につきまして御討論があったように伺っております。

○和田静夫君 そこで、このエイズ抗体を持つ日本人はおよそ何人でしたか。

○政府委員(仲村英一君) 幸いなことに、献血者七千例ばかりだったと思いますが、健常者について調べた範囲では、抗体はゼロでございます。

それから、いわゆるハイリスクグループ、これはみずから疑って、ある医療機関に相談に来たケースが百例余りだったわけでございますが、これの抗体陽性率は五割弱でございます。

それから、血友病の患者さんで血液製剤を過去に受けておられた方の抗体陽性率は三〇％でございます。

○和田静夫君 日本でも来年は急速にエイズ患者がふえるのではないかと懸念があるわけでありまして、日赤は献血時に検査をする方針を固めたとされるわけですが、厚生省、これにどういうふうに対応されますか。

○説明員(代田久米雄君) お答えをいたします。献血時のエイズ抗体の検査でございますが、エイズ抗体検査に必要な検査薬というものを現在検討中でございます。まだ承認がなされていないという状況でございます。

それから、先ほどお話ございましたように、献血時の血液検査を試験的にモニタリングを行いました結果では、エイズ抗体の保有者は全く見つかっていないという状況でございますが、しかしながら、今後万一の状況を考えまして、献血時におけるエイズの抗体検査の効率的な検査方法等について、現在検討を行っております。

先ほど、財政的な問題というふうなことがございましたけれども、費用をどうするかということにつきましてはまだ検討中でございます。現段階では申し上げるような段階には至っていないという段階でございます。

○和田静夫君 この前の答弁から一歩も大臣、これ進んでいないわけでは、これは先日もお尋ね

したんですが、例えば東京都に続いて、不安を持つ者に無料検査を行うという自治体がふえてきていますね。これに対しては何かの補助が私は必要じゃないかと思うんです。大臣、いかがです。

○政府委員(仲村英一君) 東京都の不安な方に無料検査をするというのを新聞で報道されました後に私も直接聞いたわけでございますが、前回御答弁申し上げましたときに、診断薬、検査薬が薬事審議会でも認められた後は健康保険で採用されるというこの情報を提供いたしましたところ、

この予算については今検討中と聞いておりますが、私ももといたしましては、そのような方が現におられる場合には、非常に不安を感じられるというところもございまして、全国に約六百ござい

ます協力医療機関に訪れました疑いのある患者さんについての確定診断でございまして、そのために検査、接触者調査でございまして、そのために検査される抗体検査の費用につきましては、現在、私どもの厚生省の予算で検査機関に予算措置をして

いるところとございまして、この部分に關しては対策の一環として実施しておるということでございます。

○和田静夫君 大体概算どれぐらいこれかかると見ていますか。必要だと見えていますか。

○政府委員(仲村英一君) 献血の際にどのような積算をするかというところもございましてけれども、私どもは、今疑いのある方、あるいは、ないしはその方と接触をされた、いわゆる接触者調査の結果必要と思われる対象というところで、現在予算措置をしておりますのはそんなに数は多くござい

ません、数十件、百件弱でございますけれども、現在のところはそこまだ間に合っておるわけでございます。これを、献血の方でございましてとか、その他みずから疑いをかけて検査をするものなりとすると、これはさらに件数が多くなりますけれども、その場合には、現在やっておりますような確定診断的な抗体検査でなくて、もう少し簡便な方法ということ、今、中央薬事審議会にかかって

おります診断薬が許可されれば、またそれなりに

対応を考えていかなければいけないというふうに考えております。

○和田静夫君 今、厚生省がお使いになる予算は大体どれぐらいですか。

○政府委員(仲村英一君) お尋ねの医療機関で疑われまして患者さん、あるいはその接触者につきましまして確定診断のために予算措置をしておる件数は七十件ぐらいでございます。一件につき抗体検査とリンパ球のサブセット検査をやりますと、

一件が一萬二千元でございます。

○和田静夫君 大臣、私、確実に死に至る病を持つ患者がふえるわけでありまして、しかも、感染経路というのは同性愛だけではなくということも明らかになってきていますから、これはもう迅速な対応が必要だと思っております。その意味では、新試薬が云々というふうなことを待つまでの間、もっとも行政的な措置が必要だ。それに

対応する予算措置も講ずべきである。ある意味では、概算要求とは別枠にそれを求めているという大胆さが厚生大臣、今求められて、そういうふうには思いますが、いかがでしょうか。

○国務大臣(増岡博之君) エイズの問題につきましては、まず輸入します血漿製剤の面の安全性というものを図ったわけでございます。しかし、今後、その発生状況を見ながら、どういう手段で、どういう方法でやれば有効であるかということ、研究しながら検討してまいりたいと思っております。

○和田静夫君 どうも参考人、お待たせしまして失礼いたしました。

脳死ですが、七日に脳死に關する研究班の研究報告書が発表されました。報告をまとめた研究班の先生方には敬意を表するところであります。

そこで、まずお尋ねをいたしたいんですが、今回の報告ですが、「全脳死をもって脳死とする」とされているわけでありまして。これは私は素人の質問であります。いわゆる植物状態あるいは脳幹死は脳死ではないと承っております。よろしいのでしょうか。また、そういうような定義をお下し

になった理由は何でしょうか。

○参考人(竹内一夫君) ただいまお尋ねの件でございますけれども、私どもは全脳死の概念を最初から採用してまいったわけですが、全脳死ということとは、頭脳内にあります大脳半球、小脳、脳幹など、すべてを含む全脳髓の機能の永続的の停止状態というふうに御理解いただきたいと思います。

今おっしゃいました植物状態というのは、脳の植物中枢はまだ機能をしているという状態でありまして、植物中枢、まあ一応イコール脳幹部というふうにお考えいただいてもよろしいかと思

います。逆に脳幹死という状態では、この脳幹部が機能をしていないという状態でありまして、したがって残っている部分、大脳とか小脳という部分には触れていないわけでありまして、イギリスなど、脳幹死の概念が脳死にとつかわつて出てまいったわけでありまして、これは、脳幹死もやがて全脳死に至り心停止に至るという事実から、脳幹死をもって脳死と考えているわけであり

ます。

以上であります。

○和田静夫君 この十九ページですが、脳死といわゆる死との関係といいますが、これはどうなるのでしょうか。

○参考人(竹内一夫君) もし死ということがいわゆる死の三兆候、すなわち心拍動の停止、呼吸停止、瞳孔散大、対光反射消失ということでありま

すならば、その中で心拍動は脳死状態でも残っているわけでありまして、したがって直ちに死というわけにはいかないと思

うような観測について先生の御見解はいかがでしょうか。

○参考人(竹内一夫君) 脳死状態というのは、一口に言いますと、脳の障害が重篤なほど、なおそれに対する治療が迅速かつ十分であるほどふえる傾向にあります。したがって、移植というよりなことと関係なく、医学の進歩によって当然の件数はふえることは理解できるわけがあります。が、たまたま臓器移植というような医学が別の分野で発達してまいりまして、そのためには脳死状態から心臓あるいは肝臓というような臓器を提供してもらいたいという希望が出ていったわけでありまして、それがたまたま脳死との接点になんかっているという状態でもありますので、もしそういう臓器を摘出するようないことが実施されるならば、それは脳死状態が人の死であるという考え方が定着しないわけにはいかないということになるわけであります。

○和田静夫君 この十九ページの「判定者」のところなんですが、「特定の資格を持つ医師である必要はないが、脳死判定に十分な経験を持ち、移植と無関係の医師が少なくとも二人以上で判定する。」というふうにされているわけであります。特定の資格を持つ医師を必要としないとした理由はいかがでしょう。

○参考人(竹内一夫君) 御承知のように、死亡診断書は医師ならばどなたでも書けるわけですが、そのようなことで、脳死状態を判定するために特別の資格というようなのを考えるのは、この時点では必要ないんじゃないかというところであります。では、医師ならばだれでもできるといふと、必ずしも現在はその言えないと思いますが、脳死の判定に経験を持つ人というのはいくらふえてまいっておりますので、そういう人たちによつて判定をしてもらいたいということを書いたところに書いてあるわけでございます。

○和田静夫君 脳死の問題は、医学の卒前卒後教育の中でも取り上げられるべき重要な課題とされているわけであります。私はまことにものともな

御指摘だと考えますが、行政に望まれることは何かございますか。

○参考人(竹内一夫君) 私は医科大学の教員でありまして、自分の立場から考えますと、やはりこういう問題に關しては直接学生あるいは卒業研修医に對して教育していくべきことであらうと思つております。

したがいまして、古い医学教育にはこういうものはなかつたので、生涯教育という面からも医師会レベルでの啓蒙、教育というのは必要だろうと思いますが、それ以上に行政面での問題に關しては、私、直接今考えていることはございません。

○和田静夫君 厚生省、文部省、この部分の指摘についてどういふふうに受けとめられていらつしやいますか。

○政府委員（竹中浩治君） 今回、竹中先生を班長とする研究班が新しい脳死の判定基準をおつくりいただいたわけでございます。私ども現段階では、竹内研究班の御報告が最善のものであると考へておりまして、今後は、脳死の判定はこれに準

掘して行われることを期待いたしておるわけでございます。

したが、いまして、各大学の医学部あるいは医師会あるいは都道府県等々の関係機関に對しましてこの判定基準、この研究報告を送付いたしました。周知徹底方を依頼することを考えておりますし、また、各種の學術雜誌等への掲載を行うというようなこともいたしまして広報に努めてまいりたいと考えております。

○政府委員(大崎仁君) 脳死の判定のあり方につきましては、関係学会等におきましての検討、理解というものが十分深まり、かつ広まっていくないうことが基本だと存じておりまして、このたびの御報告というものがそのことにつきまして非常に大きい意義を持つていてのではないかというふうな考えているわけでございます。

ただ、教育面につきましては、そのような関係者の理解の深まり、広がりというものを背景にして、おのずから大学等における教育の内容にそれ

が反映されるというような形ではなからうかというふうに考えておる次第でございます。

○和田静夫君 歌手のフランク永井さんが脳死状態から奇跡的に生き返ったという報道があるわけですが、これは実際には脳死に近い状態、切迫脳死のようでありますけれども、素人にはちよっとわかりにくい。脳死状態でも蘇生するのではないかという国民の疑問があるようにこの場合も思われるのでありますが、この点は研究班ではどういうような御議論がありましたでしょうか。

○参考人(竹内一夫君) ただいま御指摘になりました症例について直接研究班として取り上げたこととはございませんが、脳死になったということと脳死の一手手前であるということは非常に大きな違いがございます。したがいまし私どもは、脳死の一手手前までは、あるいは脳死までも含めて全力を挙げて治療に努力するわけでありました。したがって、その効果が上がって起死回生の効果を

得られるという例は決して珍しくないわけであり
ます。ただ、一たん脳死になりますと、残念なが
らいかんともしがたいということでございます。
○和田静夫君 これは厚生省でしょうか、移植と
の関係に戻りますが、移植と無関係の医師とい
うことは具体的にはどういうふうに考えたらよろ
しいでしょうか。

○政府委員(竹中浩治君) 今の御質問は、判定の場合の医師の問題だと思いますが、竹内先生もそうでございますが、脳神経外科の専門家というふうな方々がこういう経験を十分にお持ちではなからうかと考えております。

○和田静夫君 厚生省、これを契機に臓器移植が促進されるという見方が先ほども言ったようにあるんですが、臓器移植についてはさまざまな問題が指摘をされています。嫌がる家族を強引に説得して移植するというケースもあると言われます。そこで、そういうようなトラブルを引き起こし

○政府委員(竹中浩治君) 今回の研究班の報告は、先ほど竹内先生からお話しのとおり、脳死の判定基準をお決めたのだということでございます。まして、脳死をもつて人の死とするかどうかということにつきましては、これは本研究班の研究内容ではございませんで、今後の問題であらうかと思っております。医学界のみならず、国民各層の幅広い議論を経た上で合意の形成が必要であらうかと考えております。

○和田静夫君 厚生省は、立法化については何か

お考えですか。

○政府委員(竹中浩治君) 脳死をもって個人の死とすべきかどうかということ、この点につきましては広範な議論が必要であるわけでございますが、いずれにいたしましても、その結果として国

民の合意が形成されることが重要でありまして、したがって、国民的合意が形成されるかどうか、キーポイントで、政府としてそのために立法措置を講ずるといふようなことは今のところ考えておりません。

○和田静夫君 参考人の方では、立法措置については何かお考えございましょうか。

○参考人(竹内一夫君) 私の立場では、特に立法措置については考えておりません。

○和田静夫君 ひとつ私提案を行いたいのであり

ですが、脳死についても臓器移植についても非常にデリケートな問題をたくさん含んでいます。私は、臓器移植については慎重論者で前々からあるわけですが、現実には進行しているわけで、人権上からの歯止めが必要であると考えてい

るわけであります。

そこで委員長、この参議院社会労働委員会に脳死及び臓器移植に関する調査小委員会とでもいいですか、仮称ですが、そういうものを設けたらどうだろうか、これは理事会で検討されて結構なんですよ、いかがでしょう。

○委員長(岩崎純三君) 理事会で十分に検討いた

○和田静夫君 それじゃ、参考人ありがとうござ
いました。

○委員長(岩崎純三君) それでは竹内参考人、どうも大変御苦労さまでした。結構でございます。ありがとうございます。

○和田静夫君 どうもありがとうございます。もう一つ、新薬の問題ですが、新薬臨床試験の基準づくり、専門家会議が設けられているわけですが、その作業状況の報告はできますか。

○説明員(代田久米雄君) お答えいたします。

医薬品の臨床試験の実施に関する基準につきまして、昭和五十八年の一月に専門家会議を設置いたしました。検討を進めてきております。この会議からは、年内じゅうにも基準の案の形で御報告をいただける見通しでございます。

○和田静夫君 まとめの方向であります。各医療機関に一般の社会人を含む審査委員会を設けるということ、これが実現すること、新薬臨床試験のオーブン化によって意義があるといいますが、そういう方向でまとめられると承っております。よろしいでしょうか。

○説明員(代田久米雄君) お尋ねの審査委員会でございますが、その構成等につきましては、専門家会議の基準案の中では、医学、薬学の専門家以外の者もそのメンバーに加えることが適当であるとされているというふうに伺っております。

ただ、この報告、いわゆる基準の案につきましては、厚生省といたしましては、これを公表いたしました。広く関係者の方々から御意見をいただき、その御意見を踏まえて基準として実施に移していきたいということでございます。しばらくは関係者の方々の御意見をよく聞いて、内容を検討するという過程が必要であろうというふうに考えております。

○和田静夫君 新薬の臨床試験が患者被験者に無断で行われて、被験者の人権上の問題を引き起こしている、そういうことがあるんですが、この点に何らかの歯止め、例えば承諾をとるとかの歯止めを設ける、そういうことはどうなんでしょうか。

○説明員(代田久米雄君) これは、ヘルシンキ宣言などにも患者さんの人権の問題はうたわれてお

るわけでございますけれども、この基準の審議の議論の経過におきましても、いわゆる患者さんあるいはその家族の同意の問題というものは随分議論をされております。

○和田静夫君 法律本体に入りますが、最近、営利目的で病院経営に乗り出してくるケースがふえています。

その一つの例ですが、オリンピックグループという企業が病院経営に進出して、各地でトラブルを引き起こしています。小金井や立川で病院建設の計画をしましたが、地元医師会その他の反対で断念をしたようでもあります。北区の東十条では、住民の反対にもかかわらず建設を強行しようとしている。これは内容は、企業が経営を行い、院長は名義借りにして開設しようとする計画であると言われる。そして、北区議会では東京都に対して意見書を提出しておる。さらに東京都は、株式会社オリンピックビルに対して病院建設着工前は開設許可を取るよう要望している、ことしの四月に。

厚生省、これは実質的に営利目的の病院開設であって、認めるわけにはまいらぬと思うんですが、いかがでしょうか。

○政府委員(竹中浩治君) お話のように、現行の医療法は、営利を目的として病院経営を行うことは認めていないわけでございます。これは形式的には医療法人やあるいは個人の開設となっておりまして、実質的に営利企業がその取引関係等を通じて当該病院を経営しているものというふうに認められるような場合には、その是正を強力に指導してまいるつもりでございます。

オリンピックグループそのものにつきまして、どう判断すべきか、東京都も十分これから協議をしてみたいと思っております。

○和田静夫君 これは、審査に当たっては、今言われましたが、十分実態を把握して、関係者の意見を聞くように要請をしておきますが、大臣いかがでしょうか。

○國務大臣(増岡博之君) 本来、現行医療法で営利を目的とすることを認めていないわけでございます。

ますので、そのような方向で処理をいたしたいというふうに思います。

○和田静夫君 これは、オリンピックグループに限らず、営利目的の病院開設が増加するおそれ十分にある。営利目的となれば過剰診療、過剰投薬は避けられない。医療費の適正化の観点からも問題が出てくる。地域医療システムは大きなマイナス要因を抱え込むことになる。こういう点の認識というのはどうでしょうか。

○政府委員(竹中浩治君) 医療は営利を目的としてはならないわけでございます。その方向で十分私どもも考えてまいりたいわけでございます。

○和田静夫君 営利目的の開設というのは、七条四項で許可されないことになっているわけですが、実際に、別法人にして法の網をくぐり抜けるという実態がある。

そこで、この点については現行法の規定を私は強化する必要があると思われる。

まず第一に、七条四項であります。現行法は、「営利を目的として、病院」云々「を開設しようとする者に対しては」、「許可を与えないことができる」となっていますが、これは本委員会が修正を求めて強化をしていますが、許可を与えてはならないとすべきであると考えているんですが、これは修正要求ですが、いかがですか。

○政府委員(竹中浩治君) お話のように、現行の医療法では「許可を与えないことができる」となっておりますが、実際には株式会社等によりまして開設は全く認めておりませんので、私どもは現行の条文でいいのではないかと考えております。

しかし、病院等の開設主体あるいは設立目的、運営方針、資金計画等、そういったものをきめ細かく精査いたしまして、営利目的の開設を排除するよう、今後とも指導の徹底を図っていく考えでございます。

○和田静夫君 「与えないことができる。」とすると、行政の裁量で与えてもよいということになるわけでありまして、実際にこのオリンピックグ

ループを考えてみますと、千葉県と東京都では対応が違ふ状態です。したがって、もっと厳しく、与えてはならないとすべきだと私は考えたわけですが。

○政府委員(竹中浩治君) 営利を目的とする医療機関、お話をいたしますように、最近まいたる新しい問題を生じておるわけでございます。私も、都道府県間でアンバランス、不均衡が生じませんように、具体的な事例等も考慮しながら、関係の県をあわせて指導してまいりたいと考えております。

○和田静夫君 私は納得できません。「与えないことができる。」という規定によりまして都道府県の審査基準がはつきりしなくなっているわけですが、それが自治体間の食い違いとなつてあらわれているわけですが、したがって、私が言うように、与えてはならないと法文を修正すべきなんです。が、なぜそれがまずいんですか。

○政府委員(竹中浩治君) 「許可を与えないことができる。」あるいは「許可を与えてはならない。」その条文上の問題につきましては、先ほども申し上げましたように、私どもも指導もいたしております。実際上、各都道府県とも認めないという方針で、そのところは一致をいたしておるところでございます。

むしろ、私どもとして今後実例等も見ながら整理を進めていかなければならないのは、何を以て営利目的とするのか。つまり、先ほども申し上げましたが、株式会社経営ということであれば極めて明らかでございますけれども、いろいろな形で装いながら形式は整えてくる、そういうものについてどの点がれば営利目的と考えるのかという点が一番問題ではなからうかと思っております。

したがって、私どももいたしましては、営利目的というのは具体的にどういふ場合なのかというところを、もっときつと議論をし、整理をして、そして都道府県を指導していくという体制を固めていきたいと考えておるわけでございます。

○和田静夫君 私は、そのところはよくわかるんです。「許可を与えないことができる。」を、与えてはならないとして、そして今言われるように、営利目的の判断基準は省令にゆだねる旨を明記する、こういうことが必要だと思ひまして、これは、ここで修正に際するということにもなかなかならぬのでしようから、理事会に預けますが、一遍、真剣に理事会としてこのところは私は修正すべきだと思ひます。営利目的か否かの審査基準があいまいなわけで、それが法律上きちんと明定されることが私は必要だと思ひます。

開設の許可要件は、七条三項で施設の構造設備と人員が必要とされるわけですが、営利目的か否かを判断する材料も私は必要要件とすべきである、そういうふうな考へてゐるから述べてゐるので、大臣、ちよつと見解があれば承ります。

○国務大臣(増岡博之君) 御指摘のように、やはり営利目的であるか否かというこの判定は非常に大事なことであると思ひます。それぞれ各都道府県知事に対しても、そのような厳正な姿勢で臨んでもらうように督促をいたしてまいりたいというふうに思ひます。

○和田静夫君 病院の開設許可申請に当たって、どうもいろいろ混乱があるんですが、例えば開設者の資産、経歴、債務状況、さらには土地家屋、施設設備を賃借する場合は、開設者と所有者の関係を提示させる、そういう必要があろうと思ひますね。その根拠を法律に私はきちんと書き込むべきだ。このところは、医療法をこんな長い間かかって検討してきて、中途半端な改正じゃいかぬと思ひますよ。

○政府委員(竹中浩治君) 営利を目的とするか否かの判定につきまして、かつて厚生省の医務局長通知が出ておりました。「その申請に係る医療施設の開設主体、設立目的、運営方針及び資金計画等を総合的に勘案して行うべきものと解する。」と、こう言つておるわけでございます。これらの点につきまして、この通知もなお若干抽象的な面

もございますので、私も前向きに検討いたしました。さらに具体的な内容を持った通知を考へていきたいと思つております。

○和田静夫君 ちよつとくどいようですが、私は、営利目的は医療を兼ねる元凶であらうと、こゝろ思つてゐるんです。

そもそも、医療法の改正作業が必要とされる直接のきっかけというのは、あの富士見病院事件であつたし、あるいは京都の十全会病院事件であつたと思ひますが、そういう営利による医療荒廃がもとでしよう。そうすると、肝心な部分を強化できない法律改正なんというのはナンセンスだといふことになりまして、あえて衆議院で賛成法案で通つてきてゐることは知らぬわけじゃありません、賛成したことを知らぬわけじゃありませんが、どうも私はやっぱり欠けてゐるところは、そのために参議院があるのでありますから、二院でもって修正して送り返すことに大胆であつてもいいと思ひますし、恐らく与党の皆さんもお聞きになつておつて、それはさうだろうと思ひになつてゐると思ひますから、このところは大胆に理事会でやつてもらいたい。

現在まで営利目的に關して通知を出されてゐるお話が今ありました、よく知つてゐます。これらの通知を整理して省令に格上げすることが、私はまた一方では必要だと思つてゐるんです。今の御答弁はそういうふうなことも含んでゐると受けとめてよろしいですか。

○政府委員(竹中浩治君) 現段階では、私も通達に具体的な考へ方を盛り込むことによりまして、十分目的を達し得るものと考へております。

○和田静夫君 政府案は、どうも一般に開業医サイドの意向が非常に強く取り入れられてゐるという印象を、ひがみかどうか、私は受けるんです。地域医療を考へるとき、開業医の協力なしには不可能であることは、私は百も承知してゐます。開業医を罪惡視するなどということは決してありません。ややバランスを失つてゐるのではないかと、いふふうはこの法律案全体を見ながら思ひんで

す。それは、端的に言つて、病院関係者、住民の意見が十分に反映されるものになつていないという点を思ひからで。

こういうような事情というのは、中医協にも同じことが言へまして、中医協の構成が病院側の意向を反映するものに必ずしもなつていません。日医が病院団体に推薦を依頼する現在のスタイルといふのは、結局日医の意向に左右されるわけでありまして、これはやっぱり私は、病院関係の連絡組織に一名の枠を与えるべきだといふこと、これはもう年来、極端に言へば、議会に、ここに出てきてからずっと主張してゐることでありまして、古くて新しい問題ではあるものであります、大臣いかがでしよう、この辺で一遍決断されたら。

○国務大臣(増岡博之君) 中医協におきましては、医師を代表する委員五名の中に病院の院長さんもいらつしやるわけでありまして、病院の診療報酬についても活発に中医協の場で御審議をいただいておる状況でございます、このやり方は、長年の経緯を経て現在の構成に落ちついておるわけでございます、円滑な審議が行われております状況のもとでは、構成を変えることまでの必要は乏しいものではないかといふふうに考へております。

○和田静夫君 厚生大臣ね、決して円滑に動いてゐるのではなくて、病院関係者からは強い不満がずっとあるわけでありまして、そういう不満というものは、これはお互い厚生大臣も私も素人という立場、アマチュアという立場から客観的に見ることが出来るわけですから、そういう意味で、今、行政の責任者になられたあなたは勇氣を持つてこの解決のために一歩踏み出すべきだ、そういうことを強く意見として申し上げておきます。

地域医療計画についてですが、この計画というのは本当に住民や患者のための計画になるのかという疑問がわいてきます。これは利用者のため、住民のための計画であると思つてよろしいでしうね。

○政府委員(竹中浩治君) 仰せのとおりでございます。

○和田静夫君 三十条の三、九項で、「医療計画の案を作成するため、診療又は調剤に關する学識経験者の団体の意見を聴くものとする。」これは衆議院で「聴かなければならない。」と修正されてゐます。これは端的に言つて三師会を想定してゐるわけでしょうか。

○政府委員(竹中浩治君) 学識経験者の団体でございますが、現実には私も三師会を中心に考へておるわけでございます。

○和田静夫君 病院関係者あるいは自治体病院、公的病院あるいはその他の病院団体というのはどういふふうになりましょう。

○政府委員(竹中浩治君) 現在考へております。

○和田静夫君 もう一つは、利用者代表の意見はどうなりましょう。

○政府委員(竹中浩治君) 利用者代表ということでございますが、そのために医療計画の策定に当たつて各市町村長の御意見を伺う、市町村の御意見を伺うということにいたしております。

○和田静夫君 そうすると、例えば病院関係労働組合であるとか、あるいは市民団体だとかといふ、患者団体だとかいふようなものは考へてゐない、こゝろなりませんか。

○政府委員(竹中浩治君) そういう点は特に考へておりません、先ほど申しましたように、市町村の意見が住民の総合した意見として出されるものと期待をしてゐるわけでございます。

○和田静夫君 大臣、結局三師会に意見を聞くということになるわけなんです、私は、三師会の意見をお聞きになる、聴取するといふことは、これは非常にやつてよいことだと思つてゐるんですが、しかしそれだけでは片手落ちでありまして、市町村長と今言われて一歩踏み出されましたが、私はもう少し加えて、病院関係者、住民代表といふんです、そういうものの意見、住民のための計画が住民抜きに決められていくというのは納得で

きませんから、その辺の配慮というものがあつてしかるべきではなからうか、単に市町村長というだけに限定せずにね。いかがでしょう。

○政府委員(竹中治治君) 先ほど御答弁を申し上げましたのは、医療計画を策定する前にあらかじめ聞くものとして学識経験者の団体、それから市町村の意見ということでございますが、実際に医療計画を定めるに当たりましては、それぞれの都道府県の医療審議会にかけられるわけでございます。医療審議会の構成メンバーとしては、医療を提供する側、それから医療を受ける側、そして学識経験、こういう三者構成でございますので、今、先生のお話の点につきましては、医療審議会のメンバーの構成という点にもあろうかと思つております。

○和田静夫君 そうすると、その都道府県医療審議会でありまして、幾つかの県でも医療計画が策定されつつありますね。その計画作成機関は、もうちょっと突っ込んで、例えば大学医学部、医師会、行政が中心となつていて、ところが多いわけですから、構成は具体的にはもう頭の中にあるわけですか。

○政府委員(竹中治治君) 例えば、医療を受ける立場にある者ということでございますが、社協、民生委員の関係の方あるいは社会保険の関係の方、それから市町村長及び市町村の議員、そのほかに婦人団体、労働団体等が考えられるわけでございまして、現在、都道府県医療機関整備審議会、これは現行法のもとにある審議会でございますが、これを見ましても、例えば二十六県が実際に婦人団体の代表者を医療審議会に御参加をいただいております。あるいは労働関係につきましては十県が現に審議会のメンバーをお願いをしておるというふうな状況でございます。

○和田静夫君 したがって、それを全体的なものにする、いわゆる公的病院、議会代表、さらには労組、市民代表を入れていく、そういう十分な配慮があつてしかるべきだろう、そういう意見を述べておきます。

厚生省、既に作成機関の偏った構成によって引き起こされている紛争が起きていますがゆえに、私はあえてこれを取り上げたわけでありまして、それは、長崎県の北松地区についてであります。県の保健医療対策協議会は、北松地区の県立病院について、民間活力を阻害し地域医療の混乱を招くものとして、県立佐々木療養所を必要とされました。それを受けて県会、県立佐々木療養所の廃止条例を強行可決をした。ところが、地域住民はこの決定に対して猛反対。条例制定を求め直接請求運動が御存じのとおり巻き起こつた。これは六十五万の署名を集める大運動になつたわけでありまして、この紛争の最初の要因は、県の協議会が医師会サイドに好都合に構成されてい

るために起こつたものであります。こういうような具体的事例からしまして、都道府県医療審議会にあらかじめ住民代表、利用者代表を加えるべきだと、そう考えたのであります。これは強く要請をしておきます。今、答弁にありましたことを一般化していく、全体のものにしていく努力をされる、そういうふうな承つておいてよろしいですね、これは。

○政府委員(竹中治治君) 委員会のメンバー構成につきましては、先ほど申し上げました三者構成でございまして、その範囲内で最終的にどう決めるかというのには都道府県知事の権限に属するわけでございまして、しかし、私も、医療を受ける側の意向が的確、適切に審議会に反映できるように委員構成をとるよう、できるだけ都道府県を指導してまいりたいと考えております。

○和田静夫君 もう一つは、都道府県医療審議会は公開を原則とすべきだと思つていゝんですが、いかがでしょうか。

○政府委員(竹中治治君) 審議会につきましては公開をするかしないかという点は、御承知のように、臨調やその他におきましてもいろいろ御議論が行われたところでございます。

現段階におきまして、医療審議会、国の場合もそうでございますが、都道府県の場合もそうでござ

います。が、やはり自由に御議論をいただいて適切な御結論をいただくということが一番大事な点でございまして、私どももいたしましては、医療審議会は原則として非公開の形で進めていくのが適当ではなからうかと考えております。

○和田静夫君 まあそこは不満です。そこで、三十条の三、第九項、意見聴取に戻りますが、今のような議論を踏まえまして、市町村長までの答弁があつたわけですが、そこを頭の中に描きながら、診療又は調剤に関する学識経験者の団体、その後について、住民代表という表現にしますか、言つてみればそういうものを加える、あるいはもうそこまでいけなければ、別項を立てて、住民代表の意見を聞く旨を法律本文の中に入れて、これは修正要求の第二として理事会に預けたいと思ひます。

それから、病院薬剤師についてであります。法十八条は「病院又は医師が常時三人以上勤務する診療所にあつては、開設者は、専属の薬剤師を置かなければならない。但し、病院又は診療所所在地の都道府県知事の許可を受けた場合は、この限りでない」とされているわけですが、このたし書きが適用されている病院は幾つあります。その病院、規模別の数字が出ますか。

○政府委員(竹中治治君) このたし書きは、例えば耳鼻科でございまして眼科でございまして、か、そういう診療科の単科の病院、こういう病院の場合には調剤等も非常に簡単な場合が多いわけでございますので、そういうケースの際に都道府県知事がたし書きで認めると、こういうことでございまして。

現在、たし書きに該当しておる病院の数でございますが、今ちょっと手元に持つてきておりませんので、至急調べまして御報告をさせていただきますかと思ひます。

○和田静夫君 病院と名がつく以上、薬剤師を置くのが私は当たり前だと思ひます。薬品がふえて新薬が次々に出てくる中で、医師の薬剤知識はそれについていけないという事態が生じているわけですし、また、薬剤師の仕事は、調剤だけで

はなくて、安全性の確保や管理あるいは情報管理など重要な分野が広がつてきているわけでありまして、少なくとも十八条たし書き部分から「病院」の文言というのは削除すべきではありませんか。

○政府委員(竹中治治君) 先ほど御答弁申し上げましたが、現在の段階では、そういう眼科、耳鼻科等の単科の病院の場合には、薬剤調剤が単純であることが多いという点でございまして、たし書きを規定いたしておるわけでございます。ただ、その運用につきましては、薬剤業務の内容あるいは薬剤師の業務の最近の進展度合い、そういうものを十分勘案いたしまして、安易に認めることのないよう都道府県を指導してまいりたいと考えております。

○和田静夫君 病院の薬剤師について、法律二十一条「省令を以て定める員数」の中に薬剤師を加えるべきだ。これはもう私たびたび言つてきたことなんです。が、病院に薬剤師を置くことは当然なのであります。このところが、僕は十八条と二十一条の修正をワンセットで強く要望したいが、どういうふうにお考えになりますか。

○政府委員(竹中治治君) 省令の方で薬剤師の必要数を規定いたしておりますが、私ども、法の運用につきましてはそれで十分やっていけるのではないかと考えております。

○和田静夫君 薬剤師出身の皆さんもここにはいらつしやいます。が、病院薬剤師からの不満が非常に本法に対して多い。病院に薬剤師を置くということは当然であります。その点からすれば、員数中に薬剤師を明定すべきです。これはもう議論は残しておきますがね。

もう一問ですが、施行規則第十九条の一項三号、「調剤数八十又はその端数を増すごとに一」、これは変更ありませんか。

○政府委員(竹中治治君) 変更はございません。

○和田静夫君 以上の論議の中で、厚生省と私の意見の食い違いがありますが、ともあれ、十八条と二十一条の修正をワンセットでこれは要望いた

します。

それから、公的病院の病床規制ですが、今回民間病院に対して医療計画の達成に必要な場合は勧告する、三十条の七、とされたわけですが、民間病院には勧告で、公的病院には法律による規制というのではこれは偏っていますね。これも私は年来ずっとやってきたことでありますが、この機会でありますから、ここを直そうじゃありませんか。

まず、勧告の性格、勧告を民間病院が聞かなかった場合はどういう制裁があるか、お尋ねします。

○政府委員(竹中浩治君) 勧告を出すにつきましては、医療審議会にかけまして、医療審議会の十分な御議論をいただいた後に知事が勧告をする、そういうことでございますので、その県内で十分な関係者のコンセンサスが得られた、それを前提に盤にいたしました。勧告が行われるということではございますけれども、私どもは、勧告ということではございませんけれども、十分実効が上がるかと考えておるわけでございます。

○和田静夫君 そうしますと、実際には勧告というのはいささか厳しい制裁になるんでしょうか。そのところはどうかですか。

○政府委員(竹中浩治君) 制裁という言葉が当てはまるかどうかはわかりませんが、今申し上げましたように、十分議論を尽くし、関係者のコンセンサスを十分練り上げた上で勧告をするということではございますので、その勧告には十分従っていただくようお願いもいたしたい、そういう行政指導を強力にするということに相なるうかと思えます。

○和田静夫君 もう一遍尋ねますが、その勧告の内容は、具体的にどういうふうに、何をどうするということになりますか。

○政府委員(竹中浩治君) 医療計画を策定いたしました、当該医療圏が病床が過剰であるというような場合に、その医療圏、その地域におきまして新たに病院を開設する、あるいは既存の病院が増床をする、あるいは既存の病床の種類の転換をする、こういった場合に都道府県知事が勧告をする

ということでございます。

○和田静夫君 それはわかってはいるんです。勧告の内容的なものを聞いています。

○政府委員(竹中浩治君) 開設とか増床の場合でございまして、中身といたしましては、開設の中止を勧告するとか、あるいは場合によりまして開設、増床の際の規模の縮小というようなことが勧告の中身になるかと思えます。

○和田静夫君 それ、守られないということとは起こり得ませんか。

○政府委員(竹中浩治君) 先ほど御答弁申し上げましたとおり、十分な手続を経、十分なコンセンサスをつくり上げた上で勧告というところでございまして、形は勧告でございますが、十分強力な行政指導を行って実効が上がるようにしたい、また実効が期待できると考えております。

○和田静夫君 それだけの例えは規制を考えられるということであれば、法律七条の二の削除というものはしかるべきではありませんか。

○政府委員(竹中浩治君) ただいま御説明を申し上げました点は、従来全く規制のございまして、した民間の病院につきまして、増床、病院の開設について過剰地域で勧告をするということではございまして、七条の二の方は、御承知のように、公的病院の問題でございまして、別の問題であらうかと思っております。

○和田静夫君 私は別にひっかけたわけじゃありませんけれども、民間は勧告でいい、公的病院は規制なんだというところが問題だから、したがって、民間に対してそれぐらいの勧告による規制が行われるのならば、公的病院の七条の二だって外しちゃって、同様の位置に置いた方がいいじゃないか、国立病院は放置されているわけだし、などというこの観点から申し上げているのですよ。

○政府委員(竹中浩治君) この公的病院の病床規制は、御承知のように、病床過剰地域におきまして公的病院の開設、増床等を抑制する、その分の医療資源をむしろ病床不足の地域あるいは高度、特殊な医療機能に振り向ける、公的病院の側

でそういう余裕があれば、今申し上げましたような点に振り向けていただくということで、医療機関の適正配置、あるいは地域に必要な医療機能の確保を図る趣旨でございます。

したがって、今回は、従来規制の対象外でございました私的病院を加えたわけでございまして、両方ともそれぞれ意味のあることだと思っております。

○和田静夫君 自治体が民間病院に対してもそういうあれをやるんですが、自治体がみずから病院を持つ場合には、より厳格にやることは当たり前なことでしょう。したがって、もう七条の二の存在価値というものはなくなっているじゃありませんかということですか。

○政府委員(竹中浩治君) 自治体あるいはその他の公的病院の設置者等々も、認識はだんだんと仰せのとおり進んでおるわけでございますが、私どもといたしましては、現段階におきましてもこの条文の意味はあるというふうに考えておるわけでございまして。

○和田静夫君 僕はどうも矛盾していると思うのです。おたくの方は国立病院関係の統合などを考えられていらっしゃる。そして第一段としては、自治体に対するところの移管が行い得るのならば、私は反対です。反対ですけれども、そのことを求めようとする、そうすれば病床はふえていくなどというように、一方でやっておりながら、一方でそこに規制を設ける。大変、厚生大臣ね、全体として矛盾があるじゃありませんか。

これは大臣、お互いどうです、これらの問題を憂慮するアマチュアとして、しっかり一歩を踏み出す必要があるとお考えになりませんか、私とのやりとりをお聞きになっていて。

○国務大臣(増岡博之君) 私どもがやるうとしております国立病院の統廃合につきましても、当然医療法の規制を受けるわけでございます。もし仮に公共団体によってお引き受けいただくという場合にも、この規定は適用されるのだと思えます。

○和田静夫君 いやいや、そうだから全体の中で病床規制を含みながら、そこにこれだけのものを押しつけていくと言え、自治体の側はそれだけでも受けませんよというのの当たり前になってくるじゃありませんか、行政上大変矛盾があるじゃありませんかと私は申し上げているのですよ。

○政府委員(竹中浩治君) 国立病院の統廃合問題は、今やいろいろ議論されておりますが、私どもも、当然のことといたしまして、医療法でその地域で医療計画が策定されました場合には、国立病院も含めましてその医療計画ののっとって医療計画が達成できるようにしていくべきものと考えております。

○和田静夫君 そうだから大変矛盾をしているので、私はやはりこれは、これは幸いにして、本委員会の委員長は大変自治体の問題については専門家でいらっしゃるから、十分実りある修正要求を受けていただけたと思えます。第四の修正要求にしておきます。

政府案が施行されれば、オーソライズされた医療計画が作成されるのです。そうして必要病床数も策定されるわけですね。その医療計画の策定主体というのは都道府県にあるわけですね。というところは、自治体病院が医療計画に従わない、背反する政策をとるというようなことは、これは考えられませんか。そういう点からしても七条の二というのは、これはこの機会に削除すべきです。どうしても納得できないです。

○政府委員(竹中浩治君) 過剰地域の問題もございまして、特に重要なのは、病床不足地域やその他の問題もございまして。そういったこともあわせ考えまして、従来の規定は今般の医療計画導入の趣旨に沿うものであるというふうに考えております。

○和田静夫君 どうも必要がない。その必要がない事柄をあえて条文に含めるということは、法律作成のイロハから考えると、これは許せません。七条の二は必要がない。勧告という行政行為が確保されればそれで十分である。これは大臣、率直

○和田静夫君　これは、別に委員会をここでとめて話がつくまでなんということを言うつもりはある

ざいますが、これは医療計画の基本になる非常に重要な事柄でございますので、いろいろの要素を

○和田静夫君　そうすると、ちょっとこれ使わしてもらいますが、東京都多摩地区の病床数をおた

専用ベッドあるいは小児専用ベッドというものは現在の体系にはございませんで、それらを含めま

して一般病床数ということに相なるわけでございます。先ほど来申し上げておりますのは、一般病床の必要病床数の算定におきまして、その地域の人口構成、老人の割合、小児の割合等を計算の基礎にいたしまして一般病床の必要数を算定するということとでございます。

○和田静夫君 精神病院の地域的偏在も著しいものがあります。偏在化が著しいために外来通院が困難になっていて、入院患者の在院日数を長くしているわけですね。これは患者の人権上の問題を引き起こすものになっていくと私は考えるんですよ。外来通院が可能な範囲に精神病院をつくるということが大変大切ですよ。

これは、国際精神病学会が一九八二年に京都で開催したシンポジウムの記録なんですけど、この中に、三十七ベージですが、東京の偏在状況がレポートされています。これは当然御存じだと思います。この状況を説明してください。

○政府委員(仲村英一君) 今、先生がおっしゃいました一九八二年の報告については、現在手元にございませんので、後で調べさせていただきますかと思っております。

○和田静夫君 ここに持っていますが、ちょっとどうですか。(資料を手渡す)

○政府委員(仲村英一君) ただいま和田委員からお借りいたしました「WPA Regional Symposium KYOTO」という一九八二年四月の資料の三十七ベージに、ちょっとその部分だけでございますけれども、青森市は、九万八千六百四十四人の人口を持つ東京都部に隣接する市で、精神病院が九つ、それからそのベッドは人口当たり百五十である。これに反して東京の南東及び中部では、三百五十九万の人口で、これは東京の三十一・六％の人口を占めており、そこにはたった六百五十六のベッドしかなく、それは人口当たり一・八である。このような傾向は、人口の高度に稠密な南東地域においては特に顕著であると、このように記載されておるようでございます。

○和田静夫君 厚生省、そのことをお認めになりますか。

○政府委員(仲村英一君) この調査がいつの時点かどうかによつて、この数字が正確かどうかにかには判断いたしませんので、後でチェックをさせていただきますかと思っております。

○和田静夫君 とにかく、国際精神病学会が一九八二年に京都で開催したその中で、今述べたような報告がちゃんと記載をされているわけでありまして。これは私は裏をとつてみて、当時の時点間違いありません。

そうすると、厚生省、精神病院の地域計画は三次医療圏で考えては私にだめだと思ふんですね、そのとおりになっているわけですから。やっぱり私が言うように、外来通院圏でこれも考えるべきである。それは常識じゃないでしょうか。

○政府委員(竹中浩治君) 精神病、精神疾患の入院治療でございますが、御承知のように、非常に広大な地域、敷地を用意いたしましたして、建物等もゆつたりとした入院環境が必要だと、あるいはそういった形の中で治療形態を考へていく必要がある、こういったような特殊性があるわけでございます。この意味で、これまで都道府県単位で精神病床の整備が進められてきたというふうに私も認識をいたしておるわけでございます。したがって、今回の地域医療計画におきましても、精神病床につきましても都道府県単位で算定することとおしておるわけでございます。

ただ、退院をされ、あるいは社会復帰をされるというような場合には、例えば病院、住居、就労場所等々が同じ生活圏域にある、そして社会生活を続けながら外来治療を受ける必要があるということとございまして、今後の医療計画の策定の際におきましては、そういった外来患者あるいはリハビリテーションというようなことにつきましましては、その地域の精神保健医療体制の確保、そういった意味の外来での、あるいはリハビリテーションを含めた精神保健医療体制の確保を十分配慮する必要があるかと考えております。

○和田静夫君 私は、厚生省の認識、大変甘いんだと思ふんです。幸いにして私の方の理事は、精

神を系統的にずっと追及をしてきた人であることは御存じのとおりであります。

精神病患者を病院の中に長期にわたって隔離しているというものは、これは先進国日本だけですよ。外来通院に切りかえていくべきでしょう。宇都宮病院では多くの入院の必要のない患者が鉄格子の中に隔離されておる。それであればどの人権問題を引き起こしたものであります。外来通院圏、つまり二次医療圏の範囲で考えるべきでしょう。幸いにして、私たち九月初旬の段階、石川県の精神病院を見て歩きましたが、痛切にそのことを感じますよ。どうですか。

○政府委員(竹中浩治君) 先ほど来申し上げておりますように、精神の病床数については、これまでの経過等を踏まえて、一応現段階におきましては、精神病床の整備計画、地域医療計画の中では都道府県単位で算定をするというふうになつておるわけですが、先生の御意見もございまして、今後の精神病床の整備状況等を十分見まして、二次医療圏単位で精神病床の必要病床数を算定すべきかどうかということにつきましても十分研究、検討させていただきますかと思っております。

○和田静夫君 じゃ、十分に私が述べた趣旨に基づいて検討をされますよう期待しておきます。そこで、もう一つですが、精神科外来をふやすために、一つの方法であります、法律四條の総合病院の要件、この総合病院の要件に精神科を含むようにすべきだというふうに思ふんです。この改正の機会ですから、これが私の求める修正の第五点です。

○政府委員(竹中浩治君) 現在改正をお願いいたしておりますのは、私どもの気持ちといたしましては、医療供給体制の確保につきましまして、第一段と申しますか、第一歩の改正というふうに考えておるわけでございます。今回の改正をお願いしまして成立をいたしますれば、例えば病院と診療所との役割分担なりあるいは連係のあり方なり、その他標榜科目の問題等々いろいろ今後の医療供給体制の確保のために検討し、結論を出し、それに

基づいて医療法の改正を考えるべき事項がたくさんあるわけでございます。私どもは、それを第二次改正というふうには内部では呼んでおりますが、先生の仰せの総合病院の定義の問題でございますが、これにつきましても、その第二次改正の検討事項の一つとして十分検討させていただきますかと思っております。

○和田静夫君 精神の問題はたくさん予算委員会や本委員会でも集中的に議論をされてきたことでありまして、もう長い年月をかけた医療法の改正がやってきたわけですから、そこになお欠陥があることを我々が指摘をすれば、次の医療法の改正まで待つてくれというのではなくて、そんなにこれだけの機会に修正をされるということの方が私はよいと思ふますから、これはあわせて理事会に預けておきます。

ところで、これとの関連で標榜科目名の問題ですが、病院の内部科目として既に使われている例えはリウマチ科、こういうのは患者のために緊急に認めてやった方がいいわけですからね。この機会にあわせてその辺のところを、十二ぐらいあるようでありましても、その中で最も患者に、特に今、世論としてリウマチの問題なんか非常に大きくなっているわけですから、しかも自治体病院やその他ではもう既に科名として存在しているわけですから、お認めになるべきだと思うんですが、いかがでしょう。

○政府委員(竹中浩治君) 診療科目の標榜の問題につきましまして、お話しのとおり十四でございますが、十四の要望、特に最近リウマチ科の要望が非常に強いという点については私どもも十分承知をいたしておるわけでございます。この標榜科目の追加見直し等につきましましては、従来も提案をされて、あるいは要望されております標榜科目が独自の診療分野を形成しておるかどうか、あるいは国民が医療を受ける場合の利便を図る上で妥当かどうか等を基準として検討を行つてきたわけでございます。

今のリユーマチ科でございますが、上に述べたような観点から、さらに検討をする必要があらうかと考えております。

また、この標榜科目につきましては、現在自由標榜制という原則、考え方でございますけれども、それで果たしていいのかという基本的な問題の提起が、特に日本医学会を中心いたしました現在起こされておるわけでございます。

それからまた、個別のリユーマチ科という問題につきましては、病名をもってその標榜科目とするのはどうか。例えばリユーマチなら、糖尿病がどうか、心臓病がどうか、いろいろの病気があつたわけでございまして、そういう観点からの御議論もあるわけでございします。

私も、この標榜科目の問題につきましては、これから早速日本医学会、日本医師会等とも十分相談をして、場合によればこのための懇談会の設置というようなことも含めて方向を考えていきたいと思つております。

○和田静夫君 私の記憶で言えば、例えば美容外科などというのは我々は猛反対をしました。ああいうのは簡単に決まつていって、そしてこういう国民が切望しているものが決まらぬというのでは困りますから、今の趣旨に基づいて早急に結論をお出しになるように求めておきます。

精神病院についてもう一問聞いておきますが、宇都宮病院に現在なお人身保護法第二、第四條に反して拘禁されている人が三十九名もいると言われる。これらの人々を一刻も早く私は解放すべきだと思ふんですが、福祉事務所、保健所、近隣の公立の精神病院を動員すれば、退院させて地域精神医療のルートに乗せることができるように私は思ふんですが、これは大臣、一刻も早く手を打つべきことだと思つていますが、いかがお考えですか。

○政府委員(仲村英一君) 宇都宮病院の入院患者さんのうちで、栃木県が昨年の四月以来行いました実地審査の結果でございますけれども、医学的に見まして入院医療の必要性がないと判断、診断

された者が、十二月五日現在でございますと私の数字で三十五名というふうに承知しております。

これらの三十五名の内訳でございますけれども、現在閉鎖病棟に入院しておる方が九名のようでございます。もちろんこれらの方が退院できない理由というのはいろいろあるようでございまして、家族が全くおられない方とか、家族がいろいろの理由で引き取ることが困難である、あるいは退院をしていただいても患者さんがひとりでは生活が困難であるとか、いろいろございします。したが、医学的に入院の必要性がない者が精神病院に入院しているというところは、ただいま御指摘の患者の人数から考えても遺憾なことだと思つております。

現実には、先ほど申し上げましたように、退院後の患者の生活の見通しがつかない場合に退院が行われぬという実態もあるようでございしますけれども、そういういろいろな問題がございします。私も、私どもといひましては、各般の社会復帰施設等による受け皿をつくるなどいたしまして、このような方々が一刻も早く退院できるように努力していくことが必要だと考えておるところでございます。

○和田静夫君 栃木県なら栃木県の枠内でもって処理しようとする、やつぱり非常に無理が生ずるでしようから、国として、近隣各県と連絡をとつて、国の責任で解決するとういうようなことも十分お考え合わせになるべきだろふと思ひます。そこで、次に進みますが、必要病床数のところへ戻ります。必要病床数が十九床以下の診療所の病床数、これは含めて考えるわけですか。

○政府委員(竹中浩治君) 十九床以下のいわゆる有床診療所の病床数でございますが、現在、有床診療所の病床につきましては必要病床数には含めないといふことでございます。これは御承知のよう

に、有床診療所の病床と申しますのは、患者の長期収容を予定していないといふことで、病院の病床と機能が違つたわけでございします。したが

いまして、これを必要病床数に含めて取り扱うことは適當でないといふことで含めないこととしたしておるわけでございます。

○和田静夫君 私は、そのところどうも、素人だからおまえの考え間違ひだと言われるのかもしれないが、おかしいように思ふんです。

というのは、地域医療計画の外枠のポイントというのは、医域設定と必要病床数でしょう。そのポイントとなる必要病床数の中に重要な構成要素である診療所の病床は入れないんだと、今のようない理由で、診療所の病床は計画の外に置かれるというのはどうも納得できないですね。診療所のベッドというのは医療とは無関係だと思つておるわけではないんです。これは、

○政府委員(竹中浩治君) もちろん無関係とは考えておりませんが、ごく短期の入院を対象と考へておるわけでございまして、四十八時間を超えて患者が入院の必要があるという場合には、他の病院に送る等々のことややつていただくというのが原則であらうかと思つております。

○和田静夫君 それは原則でしよう。しかし、ベッド数を計画の中に入れないで、診療所に対する計画がどういふふうになり立つてんだらうか。通常の理解ではちよつと全く理解できないんですが、どういふふうに診療所の配置、病院の配置を考へるということになりましか、それじゃ。

○政府委員(竹中浩治君) 診療所、これはベッドと関係のない診療所でございますが、診療所の配置そのものにつきましては、現在お願いをいたしております改正の中身では、医療圏の設定を特に考へていないわけでございます。むしろ診療所の段階におきましては、診療所と病院との機能連係、あるいは診療所がプライマリケアにどういふふうに関与をしておるかといふようなことが大事であらうかと思ひますので、特に診療所につきましては、数、それから配置等々については特段に医療計画の対象としては考へておらないわけでございます。

○和田静夫君 厚生省、区域の設定、必要病床数に関する標準、これは省令にゆだねられる。これ

も私どもも不思議だと思つてはいるんですが、その考え方のアウトラインは法律の中に書き込むべきじゃないでしようかね。標準の腹案というのは出るんですか。

○政府委員(竹中浩治君) 標準省令の中身でございますが、一つは医療圏の問題、もう一つは必要病床数でございます。医療圏につきましては、先ほど来御議論いただいております。俗に言います二次医療圏、病院におきます一般病床の整備を図るべき地域単位としての区域、必ずしも一致はいたしません。が、おおよその感じをいたしましては広域市町村圏、それが大体二次要件に当たりますが、もちろん個別には違ふ点はいろいろございします。大体そんな感じであるといふことでございします。

それからまた、三次医療圏につきましてはこれは都道府県の単位といふことを、原則的にはそうなるんではないかといふふうに考へておりました。医療圏につきましてははさういった点を整理いたしまして標準省令に書き込みたいといふことでございします。

それから、必要病床数でございますが、これにつきましては、それぞれの医療圏、二次医療圏ごとに必要病床数を算定するわけでございします。それそれの二次医療圏におきます性別・年齢階級別の人口、これにその要件が属す地域ブロック、私ども、例えば近畿でございしますと、関東でございしますと、そういうことを考へておるわけでございします。その地域ブロックにおきます性別・年齢階級別の入院受療率、これを掛け合わせいたしまして、あと空床率、これはまあ大体全国の空床率を頭を描いておきますが空床率、それからその地域の特殊性、どれぐらい患者が現に外へ出ているか、あるいは外から中に入つておるかといふようなその地域の特殊性、こういふものによつて必要病床数を算定する。これが必要病床数に關します標準省令の中身にならうかと考へております。

○和田静夫君 計算の仕方はわかりました。私も計算の仕方、おたくたちが考へておるのをこれ持

っているんですよ。その結果、いわゆる標準の腹案を出してくれと言っているんですが、例えば人口万対、東京なら東京はどうなるとか、二、三ピクアップしてここで言えますか。

○政府委員(竹中浩治君) 具体的に地域に当てはめた数字を現在用意をいたしておりますが、それが、例えば、人口百万なら人口百万の県で、それが例えれば幾つかの二次医療圏に分かれる。その二次あるいは特定の二次医療圏における人口構成を一つつくり上げてみまして、その二次医療圏が、例えば近畿ブロックなら近畿ブロックにあるというようないろいろの想定をいたしまして、こういう想定地域に、あるいはこういう二次医療圏では今申し上げましたような計算をする原則は、あるいは次回にお示しできようかと思っております。

○和田静夫君 例え、あなたの方で補正係数を考えられるわけですが、その補正係数のつくり方などというところは出せますか。

○政府委員(竹中浩治君) 補正係数でございますが、一つは、先ほど申しました病床利用率、これは今のところ全国平均の病床利用率を考へておりまして、そのほかにその地域の補正係数があるわけでございます。これは主として、先ほど申しましたように、その区域、その医療圏からどれぐらい入院患者が流出をしておるか、そして何人流入しているか、それが一番大きな補正のファクターになるかと考へております。

○和田静夫君 そこで、今二回続いた答弁での資料は、今出るといふことですか、若干時間をくれということですか。

○政府委員(竹中浩治君) 今申し上げましたような算定式でございますが、補正係数についてはなお詰めなきやならぬ点があるかと思ひますが、今申し上げました算定式の概要は現時点でお示しできようかと思ひます。

○和田静夫君 係数の方を含んで、それじゃ、次回いつになるのか知りませんが、どっちみち今、

修正の論議を幾つかしましたから、理事会にお諮りになって、質問時間を残しますから、それまでの間に少し詰めさしてもらおう。よろしいですか。

○政府委員(竹中浩治君) 計算式、計算方法、次回までに間に合うようにお示しをいたしたいと思ひます。

○和田静夫君 私、申し上げたのは、必要病床数と区域の設定は医療計画の根本にかかわる論点だと思ひていますから、その意味で申し上げて、このところは外すことができないところでありまして、次回に資料の出でくるのを待つて、譲ります。

現在の病床数をどう評価しているかという問題なんです。これは過剰と考へていらつしやるのか、おおむね適切なものか、少ないのか。また地域的に見てどうか、大都市部には過剰と考へているのか。あるいは、必要病床数はどういうふうに算定をされるかという問題は今出てきますから、それに対応することを私も考へますが、東京は、どうもおたくが考へていらつしやる、これは補正係数の私のとり方とおたくのとり方が狂つていれば話は違つてくるわけでありまして、ね、そのところは詰めてからの話になろうと思ひますが、人口万対比で七九・七を六一・一に削減するような形を考へておられるんじゃないかと、おたくの算定試案をもとにして私なりにはいてみると非常に危惧される状態でありまして、このところは出てきてからの論議にした方がいいと思ひます。まあ、ここでやり合ひよりも、それじゃ、出てきてから、次回にこのところはいたしましう。

それから、問題をクリアするためにもう少し別の問題を取り上げておきたいのでありますが、医療法人の監督の問題なんです。

医療監視の結果、報告が全く公表されなくなつてきています。医療監視の結果、医療法違反がぞろぞろ出ているにもかかわらず、その結果が公表されないというのはどういふわけなんですか、

これ。さつきも言いましたけれども、医療法改正のきつかけは、富士見病院事件とか十全会事件とか、医療法違反の事件が多発をした結果であります。そういう意味からして、医療法違反に対して行政がきちんと対応できる法的根拠を与えることが今改正の最大の目的だろつと思ひます。ところが、その判断の基礎となるデータが公表されていない。これじゃ、大臣、話にならぬと思ひます。医療法違反反件数、都道府県の内訳あるいは事例別内訳、これは出ましようか。

○政府委員(竹中浩治君) 医療法違反の問題でございますが、重大な違反がありますような場合、これまでの国会の御質疑等を通じてお答えを申し上げておるところでございます。

医療法違反によります処分件数につきまして、今ちょっと手元に用意がございせんが、次回には御報告をさせていただきますと思ひます。

○和田静夫君 次回にはは困るので、私の次回の残された質問までに間に合うように出してもらわぬと……

○政府委員(竹中浩治君) 仰せのとおり、次回の御質問に間に合うようにいたしたいと思ひます。

○和田静夫君 これは、私の調査ではこうなつています。東北のある県の五十九年度の数字ですが、百六十二件の医療法違反が見つかつています。医師不足が五十五、薬剤師、看護婦、助産婦の不備が五十九、構造施設の違反が六十カ所、管理運営が八十八カ所。これはほんの一例です。医療法違反は天文学的数字であります。こういう実態を伏せておいて医療法の審議をしつと云つたつて非常に無理なわけでありまして、これは資料が出てきてからやります。

私は、医療計画の作成において住民側の意見が反映されるようにすべきだときょうずっと主張してきたのも、こういうような医療法違反の実態を踏まえてのことです。営利を目的とする開設規制を強化せよというの、こういう実態がはい見えるからであります。かつては保健所の報告に載つていたものが伏せられる、それは端的に言つて医師会と行政とのなれ合ひの結果ではないだらうかと、まあこれは邪推であれば幸ひであります。基準原案と医療監視結果報告を出す、これはそのところも含んで私は求めたい。これは審議のやつぱり基礎をなすデータでありますからね。

○政府委員(竹中浩治君) 医療監視の結果でございますけれども、違反例の中に、もちろん重大な違反もございまして、極めて軽微な違反というやうなものもございまして。現在、全国的に私どもとして把握をいたしておりますものは、軽微なものは必ずしも十分把握をいたしておりません。いづれにいたしましても、現段階で把握しております範囲内で先生に御報告をさせていただきますと思ひております。

○和田静夫君 それじゃ、あとは次回に譲らしてもらいます、出てきませんから。

もう一遍確認をしておきますが、私は、法律案の修正点として以上六つのことを申し上げました。

営利目的の開設禁止、七条四項、現行「許可を与えないことができる。」を、与えてはならないにすること。営利目的の判断基準は省令にゆだねる旨を明記すること。

それから、医療計画の作成に際して住民代表の意見を聞かなければならない、三十条の三、九項に続いて一項を加える。

公的病院の病床規制を撤廃する、七条の二、総合病院の要件中に精神科を加える、四条一項。

標準のアウトラインを法律中に加える、三十条の三。

それから、病院薬剤師関係、十八条、病院、診療所は許可を得れば薬剤師を置かなくてもよいという現行規定から「病院」を削除する。それから二十一条、員数の中に薬剤師を明定する。

この六つの修正要求はすべて、現在の医療行政

告に載つていたものが伏せられる、それは端的に言つて医師会と行政とのなれ合ひの結果ではないだらうかと、まあこれは邪推であれば幸ひであります。基準原案と医療監視結果報告を出す、これはそのところも含んで私は求めたい。これは審議のやつぱり基礎をなすデータでありますからね。

○政府委員(竹中浩治君) 医療監視の結果でございますけれども、違反例の中に、もちろん重大な違反もございまして、極めて軽微な違反というやうなものもございまして。現在、全国的に私どもとして把握をいたしておりますものは、軽微なものは必ずしも十分把握をいたしておりません。いづれにいたしましても、現段階で把握しております範囲内で先生に御報告をさせていただきますと思ひております。

○和田静夫君 それじゃ、あとは次回に譲らしてもらいます、出てきませんから。

もう一遍確認をしておきますが、私は、法律案の修正点として以上六つのことを申し上げました。

営利目的の開設禁止、七条四項、現行「許可を与えないことができる。」を、与えてはならないにすること。営利目的の判断基準は省令にゆだねる旨を明記すること。

それから、医療計画の作成に際して住民代表の意見を聞かなければならない、三十条の三、九項に続いて一項を加える。

公的病院の病床規制を撤廃する、七条の二、総合病院の要件中に精神科を加える、四条一項。

標準のアウトラインを法律中に加える、三十条の三。

それから、病院薬剤師関係、十八条、病院、診療所は許可を得れば薬剤師を置かなくてもよいという現行規定から「病院」を削除する。それから二十一条、員数の中に薬剤師を明定する。

この六つの修正要求はすべて、現在の医療行政

告に載つていたものが伏せられる、それは端的に言つて医師会と行政とのなれ合ひの結果ではないだらうかと、まあこれは邪推であれば幸ひであります。基準原案と医療監視結果報告を出す、これはそのところも含んで私は求めたい。これは審議のやつぱり基礎をなすデータでありますからね。

○政府委員(竹中浩治君) 医療監視の結果でございますけれども、違反例の中に、もちろん重大な違反もございまして、極めて軽微な違反というやうなものもございまして。現在、全国的に私どもとして把握をいたしておりますものは、軽微なものは必ずしも十分把握をいたしておりません。いづれにいたしましても、現段階で把握しております範囲内で先生に御報告をさせていただきますと思ひております。

○和田静夫君 それじゃ、あとは次回に譲らしてもらいます、出てきませんから。

もう一遍確認をしておきますが、私は、法律案の修正点として以上六つのことを申し上げました。

営利目的の開設禁止、七条四項、現行「許可を与えないことができる。」を、与えてはならないにすること。営利目的の判断基準は省令にゆだねる旨を明記すること。

それから、医療計画の作成に際して住民代表の意見を聞かなければならない、三十条の三、九項に続いて一項を加える。

公的病院の病床規制を撤廃する、七条の二、総合病院の要件中に精神科を加える、四条一項。

に私はバランスをもちたせるものである、したがって提案をしたところであり、住民のための医療計画をつくる、バランスのとれた医療供給体制を確保するために最低限必要なこととあります。したがって、確認的に要求をいたしておきます。

約四十分残りましたが、次回に譲らしていただきます。

○大浜方榮君　まず、増岡厚生大臣が医療法の改正、共済年金法の改正等日夜大変な御苦勞をなさっておられることに對し、深甚の敬意を表するものでございます。

私は、まず厚生行政の基本的な姿勢等も含めて、今回の医療法に關していろいろの問題点を指摘しながら、医療法がよい意味で日本の二十一世紀の国民医療に對して大きく貢献するような医療法になつてもらうことを祈念して御質問をしたいと、こう思っております。

まず、厚生大臣にお伺いしたいことは、現在の我が国の医療が世界最高のレベルに達している、しかもそれが、欧米先進諸国もひくくする、最低の費用で最大の効果を上げていて、こういうことについて御認識を持っておられると思ひますけれども、あえてロンドンのエコノミスト誌の報道をもとにして申し上げたいと思ひます。私がなぜそれを申し上げるかという、国家財政の危機の折から、余りにも財政危機が強調されて、日本の医療費は上がりつ放しである、このままでは困るという面のみが強調されているうらみがあるもので、あえて引用させていただくわけでございますけれども、エコノミスト誌によると、対国民総生産費、いわゆるGNPに對して日本の国民医療費は欧米先進諸国の中でも最低になっておること、御存じであります。英國に次いで最低でございます。国民一人当たり医療費概算は五百ドルでございます。米國は御存じのとおり千五百ドル、西ドイツが九百ドル、フランスが八百ドル、英國が四百ドルになっております。また平均寿命も、大臣御存じのとおり、日本は七十七歳となっております。また乳児死亡率も、千の出生当たり

に對して米國が十二、西ドイツが十三、フランスが十、英國が十二に對して日本は七、世界で最低の乳児死亡率でございます。また十万人当たりの心疾患死亡率も、日本は二百六十六、米國は四百三十五、西ドイツは五百八十四、フランスは三百八十、英國のごときは五百七十九。

それで、戦後こういうすばらしい実績を日本の医療制度、医療保障制度は上げてきたわけでございますけれども、私はこの実績は、GNPの伸び、厚生行政のよさあるいはいろいろな面が影響してきたと思ひますけれども、この理由の中で、何といつても我が国の民間医療機関が非常に寄与していると、こう思っております。なぜならば、日本の医療機関の八〇％は民間医療機関が占めているわけでございます。

まず、この点に對して大臣の御答弁をいただきたい。要するに、日本が世界一の医療レベルをキープし、こういう実績を上げてきたのは、民間医療機関のみとは言われないけれども、民間医療機関が大きく寄与してきたんだと、こういうことでございませう。御答弁をいただきたい。

○國務大臣(増岡博之君)　ただいま列挙されましたように、特に平均寿命、乳児の死亡率等を見てみますと、世界のトップレベルにあることは間違いないと思ひます。そのことは、民間医療機関の積極的な医療活動が大きな役割を果たしてきたことも事実であると考えております。

また、今後急速に高齢化社会を迎えることになるわけでございますが、その際には、医療需要の増大、多様化、医療の高度化等に對するするためにも、自由開業医制を柱とした活力ある医療制度の構築が必要だと考えております。

○大浜方榮君　次に、今回の医療法改正に当たっては、我が国の医療制度の実績、メリット等を踏まえて、それを伸ばす方向に持っていくべきであるというところは言うまでもございせん。

私は、九月にアメリカ及びヨーロッパを四十日にわたつて調査してまいりましたけれども、日本の医療制度に比べて欧米ではやっぱりいろんな意

味で考えるところがある、こう思っております。それは、医療国営を行っているイギリスではウェーティングリストに六十万人も控えている。手術をしたくても手術ができない。実際に英國大使館のドライバーに聞きましたところ、脱腸の手術をするのに、鼠径ヘルニアの手術をするのに二年も三年も待たなきゃいかぬ、こういうような例にもぶつかつてまいりました。はつきり申し上げて、医療国営は効率が悪い、そういうような面がございます。

それで、今回の改正に当たっては、日本の自由開業医制度のよさを伸ばすということを私は大きな点にしなければいかぬ、こう思っておりますけれども、ややもすると今回の医療法改正が、逆に日本従来の医療制度等の長所を阻害する方向にいくのではなからうかと憂えている人々がいることもまた確かでございます。それで私は、今回の医療法改正に当たっては、日本の現行の医療制度のよさを伸ばすべきであつて、角を矯めて牛を殺すというやうなことがあつてはいけません、こう思っておりますが、大臣、いかがお考えでございませうか。

○國務大臣(増岡博之君)　先ほども申し上げましたように、國の医療は自由開業医制によつて支えられてきたことが我が國の伝統でありまして、今後とも、民間の活力を生かしてこれを堅持していくことが基本的に必要と考えるわけでございませう。

したがいまして、都道府県において医療計画を策定されるにつぎましては、基本的には自由開業医制を前提として行われるものでありまして、各地域の医療の実情に配慮して、また、各方面の合意を得ながら計画の策定、推進を図るものであつて、御指摘のような御懸念は当たらないと考えております。

○大浜方榮君　さらに、今回の医療法改正で懸念されることの一つは、先ほども同僚の和田議員からも御質問がありましたけれども、医療法第七条で、医療は営利を目的としてはならない、こうう

たわれております。今度の医療法改正に当たつてどうしても我々が注意しなければいけないのは、いわゆる今アメリカではやっているとところの医療を事業と認める医療産業、あるいはシルバ産業などと呼ばれておりますけれども、この医療産業を絶対に阻止しなければいけない、こう思っております。これが認められるようになると、現在アメリカの例で見るように、金持ちは質の高い医療を受ける、貧しい人は質の低い医療を受ける、その結果、アメリカでは人口の約五％に相当する一千万人が全く社会保障、特に医療保障、保険から取り残されている。日本は、御存じのとおり、生活保護が百二十七万でございますけれども、いかにシルバ産業の弊害が強いものであるかということをおぼろげに感ずるものでございませうが、この点に關して厚生大臣の御見解を賜りたい。

○國務大臣(増岡博之君)　御指摘のように、医療を金もうけの道具にしてはならないというのは我が國の国民的な感情でございまして、したがつて、医療法におきましては営利を目的とするものに對しては開設の許可を与えないこととしておるわけでございまして、今後とも、この趣旨が損なわれることのないよう、法の適切な運用を図つてまいりたいと思ひます。

○大浜方榮君　今回の医療法改正で、修正案の附則第四条に對してございませうけれども、医療機関の社会的役割の重要性にかんがみ、経営基盤の安定に必要な措置を講ずると、こううたつております。医療は金、経済のインセンティブが働かないとどうしても医療保障の質が落ちる、あるいは効率化が妨げられる、こういううらみがございませう。先ほども申し上げた医療国営のイギリスで、六十万人の人がウェーティングリストに載つていてという例でございませう。働いても働かなくても全く同じような経済的な利点しかないということであれば、人間やもすれば怠けがちでございませうから、働かぬ方がよいという結果になつてくるので、どうしても財政危機だからといって、社会保障、医療保障の面で余りにもその医療費の抑制効

果のみならず、逆に医療の効率が落ちるといふうらみは非常に持っておりますが、従来、社会保険診療報酬の改定では、薬価の引き下げ分を下回る金額で技術料の改定が行われております。そのために、医療機関の経営基盤が不安定な状態になっているという事は、これはもう衆目の認めるところでございますけれども、私は、医療機関の経営基盤の安定のために、従来のような診療報酬改定手法、いわゆる薬価基準のみをいじるやり方ではどうかと思っております。

それで、来る診療報酬改定には、大臣、この点に格段の御努力をなさって、少しでも技術料がアップするようにお願いをしたい、こう思うわけでございますが、大臣の御答弁をいただきます。

○国務大臣(増岡博之君) 御指摘のように、医療機関の経営基盤の安定化を図ることが医療を安定的に供給していくためにぜひ必要であることは御指摘のとおりでございます。

そこで、厚生省におきましても、来年度の要求に際しまして医療経営の近代化、安定化に関する検討費を要求して、関係の専門家、学識経験者から成る懇談会を設置して検討を進め、政策融資、経営指導等さまざまな観点から総合的に所要の措置を講ずる等の努力をしてみたいと思っております。

診療報酬の点につきましても、そのような姿勢で臨みたいと思っております。

○大浜方榮君 地域医療の実績を上げるためには、行政、医療の現場に働く医師、パラメディカルスタッフ、そういう医療人、また国民、この三者が一体になって初めて地域医療、国民医療の実績は上がるものと思っております。いわゆるトロイカ方式というものでございまして、この行政と医療人と国民、地域住民が一体にならないければ実績は上がらない。

しかしながら、最近のある学会における厚生省の高官の発言が、今、医療団体の間で問題になっております。私は、その高官は優秀な方であると思つて居るがゆえに、きょうここで質問すること

も大分ちゅうちょしたのでございますけれども、このまま放置するならばかえつていけないと、こう思つてあえて申し上げるわけでございます。

それはどういふ発言かという、「医師の医療技術について国民不信があり、とくに第一線の開業医に不信がある。かつて加えて医師は不親切である。この両面から、医師への信頼が低下している。」、こういうことをおっしゃっておられます。先ほど大臣の御答弁では、日本の医療は世界で最高の実績を上げていて、それは民間医療機関の果たした役割が大きいからであると、こういう御答弁をちょうだいしたわけでございます。したがって、厚生省高官のこの発言は大臣の御答弁と違う。また、厚生省高官の発言のように、医療技術が不信である、国民の間から第一線の開業医が特に不信であると、こういうようなことが真実であるならば、先ほど私が御答弁をいただいたような世界最高の実績を上げるわけはないでござい

ます。それは、医師の一部が、あるいは開業医の一部が、そういうようなことがあるということとはわかりません。どの階層にも、どの階級にも、どの職業にもそういう不心得な者があることは、これはやむを得ないわけでございまして、残念なるかな、この高官の御発言を熟読しても一部という言葉はどこにもない。これから受ける印象は、医師が、開業医が全部悪いと、こういうような誤解を生むおそれがある。これは学会で発言しておるのであります。私思ひに、学会に出席した医師もまただらしがないと思つて居る。そういうものに對しては堂々として反論すべきであるのに黙つて聞いておる。

それで私は、もう一つ、厚生省統計情報部の発表、昭和五十九年保健衛生基礎調査によりますと、医院や病院を選ぶ理由を調べてあります。自分はその病院を選ぶ理由として、病氣、治療についてよく説明するから、二三・五%。それから、前の病院に不信感があれば、医療技術、医師に對して不信感があれば二度と行かないわけでござい

ますけれども、前にかかったことがあるからまた行くというのが二・三%。それから、どんな病氣でも診てくれる、一七・一%。合計して六二・九%の国民の信頼を得ているということが厚生省の統計情報部の発表で出ています。五十九年。だから、厚生省の高官がおっしゃる国民に不信がある、第一線の開業医の医療の技術に不信がある、この点は当たらないのでございまして、私は、この点を特に反省をさせていただきたい、こう思うわけでございます。

こういうようなことでは、国民の不信をあらわして、医師の医療への意欲を低下させる。今後、二十一世紀の医療に向かつてどうしてもいろんな諸制度の改革をやらなければいかぬ。改革をやるときに最も協力を求めなければいけないのは現場に働く医療人でございます。医療人に協力を求めなければいかぬ、国民にも協力を求めなければいかぬ、そういうときにこういうような発言をされる

と、協力どころか医療人の感情を逆なでするようなことになる。私はこういうふうに思つて居るのでございすけれども、もちろん、一握りのふらちな医師に對しては徹底的な法の制裁を加えるべきであるというところは言うまでもございませ

ん。そのために、日本医師会も日本歯科医師会も薬剤師会も襟を正しているところでございす。自浄作用というのを今しきりに医師会の中でも言っている。そういうときにこういう発言は私はいかなるものかと思ふ。

もちろん、医師に反省を求める、協力を求める意味で発言なさつたと善意に私は解釈したいのでございすけれども、この点に關して厚生大臣の御答弁をいただきたいわけでございす。

○国務大臣(増岡博之君) 御指摘のように、医療従事者と医療を受ける立場にある者並びに行政の三者が協力していくことが医療を円滑適正に行うために必要でございす。したがいまして私とい

たしましては、現在、医療従事者と医療を受ける立場にある者の間について不信感があるといううなことはさらさら考えておりません。国民と医療関係者との間に真の信頼関係が形成されること

が最も重要であるというふうに常日ごろから考えておりますし、また現状では、大部分の医療行為はそういう中で行われておるというふうに思つております。

特に医療というものは、国民の一人一人に極めて身近な問題でありますだけに、いろいろな議論がなされるところもありましようけれども、いずれにしましても、やはり医療関係者との信頼関係、従来からございすものをさらに確立することのための環境づくりに意を用いてまいりたいというふうに思ひます。

○大浜方榮君 ただいまの厚生大臣の御答弁をいたしまして、私は、今後厚生省と、厚生省のみならず、行政と医療団体と地域住民が一体になって地域医療の向上のためにやっていくことを心から願うものでございす。まことにありがとうございます。

次に、医療法改正案についての具体的問題でございす。が、国公立医療機関、その他公的性格を有する医療機関の機能、役割の明確化の問題でございす。

最近の国公立医療機関、その他公的性格を有する医療機関の問題でございすけれども、公的医療機関がややもすると民間医療機関と競合するやうな状況が見られます。例えて申し上げますと、公的医療機関の本来の任務の一つであります救急医療活動について民間医療機関は行われていない。それで、採算を重視する余り、一般診療分野への進出を図つて民間医療機関の本来の役割までも割り込んできている、こういう問題が起つております。このままこれを放置した場合には、明治以来我が国の医療を支えてきた民間活力を低下させる原因になるんじゃないか、こう思つております。

また実際に、先ほど申し上げましたとおり、私が欧米先進諸国をせんだつて回つてみましたら、欧米先進諸国の公的医療機関では紹介患者のみに限ると、一般外来は原則禁止するというような例もございす。

最近の国公立医療機関、その他公的性格を有する医療機関の問題でございすけれども、公的医療機関がややもすると民間医療機関と競合するやうな状況が見られます。例えて申し上げますと、公的医療機関の本来の任務の一つであります救急医療活動について民間医療機関は行われていない。それで、採算を重視する余り、一般診療分野への進出を図つて民間医療機関の本来の役割までも割り込んできている、こういう問題が起つております。このままこれを放置した場合には、明治以来我が国の医療を支えてきた民間活力を低下させる原因になるんじゃないか、こう思つております。

また実際に、先ほど申し上げましたとおり、私が欧米先進諸国をせんだつて回つてみましたら、欧米先進諸国の公的医療機関では紹介患者のみに限ると、一般外来は原則禁止するというような例もございす。

最近の国公立医療機関、その他公的性格を有する医療機関の問題でございすけれども、公的医療機関がややもすると民間医療機関と競合するやうな状況が見られます。例えて申し上げますと、公的医療機関の本来の任務の一つであります救急医療活動について民間医療機関は行われていない。それで、採算を重視する余り、一般診療分野への進出を図つて民間医療機関の本来の役割までも割り込んできている、こういう問題が起つております。このままこれを放置した場合には、明治以来我が国の医療を支えてきた民間活力を低下させる原因になるんじゃないか、こう思つております。

また実際に、先ほど申し上げましたとおり、私が欧米先進諸国をせんだつて回つてみましたら、欧米先進諸国の公的医療機関では紹介患者のみに限ると、一般外来は原則禁止するというような例もございす。

最近の国公立医療機関、その他公的性格を有する医療機関の問題でございすけれども、公的医療機関がややもすると民間医療機関と競合するやうな状況が見られます。例えて申し上げますと、公的医療機関の本来の任務の一つであります救急医療活動について民間医療機関は行われていない。それで、採算を重視する余り、一般診療分野への進出を図つて民間医療機関の本来の役割までも割り込んできている、こういう問題が起つております。このままこれを放置した場合には、明治以来我が国の医療を支えてきた民間活力を低下させる原因になるんじゃないか、こう思つております。

また実際に、先ほど申し上げましたとおり、私が欧米先進諸国をせんだつて回つてみましたら、欧米先進諸国の公的医療機関では紹介患者のみに限ると、一般外来は原則禁止するというような例もございす。

最近の国公立医療機関、その他公的性格を有する医療機関の問題でございすけれども、公的医療機関がややもすると民間医療機関と競合するやうな状況が見られます。例えて申し上げますと、公的医療機関の本来の任務の一つであります救急医療活動について民間医療機関は行われていない。それで、採算を重視する余り、一般診療分野への進出を図つて民間医療機関の本来の役割までも割り込んできている、こういう問題が起つております。このままこれを放置した場合には、明治以来我が国の医療を支えてきた民間活力を低下させる原因になるんじゃないか、こう思つております。

それで私は、ぜひ我が国においては、国公立病院と民間医療機関の役割分担を明確にする必要があるのではないか、こういうぐあいに思っております。私の医療機関、すなわち地域の病院、診療所で十分治療可能なものは国公立病院へ治療に行かなくてもいいというような制度に持っていく、しきたりに持っていくということが大事じゃなからうか。

また、このことは医療計画の達成についても言えることで、病院、診療所の不足地域については、まず民間医療機関の進出を図ると、それで民間医療機関の進出ができない場合に、これはまた国あるいは地方公共団体が医療施設を開設すると、こういうような役割分担をきちっとすべきである、こう思っておりますが、これについての御答弁を、もし局長でもうございしますから御答弁をいただきたい、こう思うわけでございします。

○政府委員(竹中浩治君) 医療供給体制におきまします公私立の役割でございますが、これは各地域、各都道府県の実情に応じて考えるべき問題であらうかと考えますけれども、一般的に申しますと、我が国の場合は、民間医療機関を主体といたしまして、その活力を生かしつつ医療供給体制の整備を図る、その一方で民間医療機関では担うことの困難な分野につきまして国公立等の公的な病院でこれを担当するというふうにいたしまして、相互に相補いながら全体として住民の医療需要に適切に対応し得る地域の医療供給体制を整備していくことが望ましいと考えております。

医療機関が不足をいたしております地域につきましては、民間の医療機関の整備が促進されますように、政策融資を初めといたします諸施策を今後とも講じてまいりたいと考えております。

○大浜芳雄君 医療計画における必要病床数でございますけれども、先ほども同僚の和田議員から御質問がございました。必要病床数に関する標準といえますか、基準といえますか、医療審議会の意見を聞いて厚生省令で決める、こういうふう

になっておりますが、必要病床数はどの程度になるのかということ、都道府県あるいは医療関係者は不安感、危惧の念を抱いております。地方の医療に関する状況は、ただいま御答弁がありましたが、国が一方の一律に算式を示した場合、どうしても官僚統制という、過剰な疑念が関係者の間に生まれるのではなからうかと、こう思っております。

それで、必要病床数の算定方法及びそれに関連した数値については、医療に関する学術職能専門団体と十分に協議、検討を進めることが必要不可欠だと、こういうぐあいに認識をしております。それで、繰り返しますけれども、各地方の特性を十分考慮し、当該地方に最も妥当な数を出すべきで、標準算定方式といえども幅のあるものでなければいけない、すなわち、弾力的に運用されなければいけない、こういうぐあいに思っておりますが、この点について厚生省当局ではどうお考えでしょうか。

○政府委員(竹中浩治君) 医療計画におきまします必要病床数の算定方法でございますが、これは法施行後に国の医療審議会の御意見を聞きまして定めるといふことになっておるわけでございします。この場合、これを定めるに当たりまして、関係者の意見を十分踏まえながら検討をいたしてまいり所存でございます。

必要病床数に關します標準につきましては、先ほども御答弁申し上げましたが、現在のところ、当該医療系の性別・年齢階級別人口、それに地域ブロック等を単位といたしまして性別・年齢階級別入院受療率を算定した算定式、これに基づきまして算定してはどうかというふうに考えておるわけでございしますが、いずれにいたしましても、地域の実情に即したものであるよう、検討してまいりたいと考えております。

○大浜芳雄君 次に、ガイドラインについてでございますけれども、改正案の第三十条の四によりますと、「厚生大臣は、医療計画の作成の手法そ

の他医療計画の作成上重要な技術的事項について、医療審議会の意見を聴いて、都道府県に対して、必要な助言をすることができると」といふふううにうたわれております。「医療計画の作成の手法」とあるのは「医療計画の作成上重要な技術的事項」とは具体的にどういうことでございましょうか。具体的な説明をお願いしたいというのが第一点でございます。

次は、ガイドラインで都道府県の医療計画を縛るのではないかとというのが、関係者の間でまた同じく危惧の念を抱いております。そのガイドラインによつては、医療計画の中央統制、最も恐れている官僚統制のおそれが出てくるというのが本音でございます。それで、都道府県が医療計画を策定する際の参考にする程度のものとであると、あくまでも先ほど申し上げた学術職能専門団体あるいはその他関係者の意向を十分参酌してやっていくのだと、こういうふううに御確約をお願いしたいわけでございしますけれども、以上の二点について御答弁をちょうだいしたいと思います。

○政府委員(竹中浩治君) まず、第一点のガイドラインの中身と申しますか、内容でございますが、具体的に一、二例示をさせていただきますと、まず一番目に、計画策定のための体制づくりはどういうふううに考えたらいいか。それから二番目に、計画策定のためにどんな調査が必要であらうかと。つまり、計画策定のための必要な調査の内容。それから三番目に、医療供給体制の整備に当たりましては配属事項、次のような点に配慮をして医療供給体制の整備を考えてもらいたい。例えば、医療施設間の機能分担及び連携、それから医療情報システムの整備等でございます。それからその次に、医療計画推進上の留意事項ということで、例えば医療計画を推進するための推進体制あるいは医療計画の達成状況の評価等、こういうことを例を挙げますと考えておるわけでございします。

このガイドラインでございしますけれども、今申し上げましたようなことで、医療計画の作成上重

要な技術的事項について示すというものでございまして、御懸念のような医療計画の中央統制を行うというふうなことで決まっております。

また、ガイドラインを示すに当たりましては、あらかじめ国の医療審議会の意見を聞くとともに、その内容につきましても、地域の実情を反映した医療計画の策定がなされるよう十分配慮してまいりたいと考えております。

○委員長(岩崎純三君) 午前の質疑はこの程度にとどめ、午後二時五十分まで休憩いたします。

午後二時五十分休憩

午後一時五十四分開会
○委員長(岩崎純三君) ただいまから社会労働委員会を再開いたします。

委員の異動について御報告いたします。
本日、和田静夫君が委員を辞任され、その補欠として稲山篤君が選任されました。

○委員長(岩崎純三君) 休憩前に引き続き、医療法の一部を改正する法律案を議題といたします。

質疑のある方は順次御発言をお願いします。

○大浜芳雄君 今回の医療法改正案では、国の医療審議会、都道府県医療審議会に新たな重要な権限が加えられております。すなわち、国の医療審議会では、医療計画における医療圏の設定、必要病床数に関する標準省令の制定、特殊医療を定める省令の制定、厚生大臣がガイドラインを示す場合に関与をする等でございます。

さらに、国、都道府県の医療審議会の関与という点についてでございますが、従来、審議会と称するものは行政や官僚の隠れみの的なものが多くという通念がございします。それで、今回の医療審議会も官僚統制に対する歯止めにはならないのではないかという意見もあありますが、そのことについてどのようにお考えでございますか。

○政府委員(竹中浩治君) 国及び都道府県の医療審議会の委員構成でございますが、これは政令で

定めることといたしております。医療計画の策定等非常に重要な問題でございますので、利害関係によって左右されることは適当でございせんので、医療制度に関する学識経験者によって構成をし、客観的な立場から広く医療の需給の両面にわたる審議をお願いしたいと考えておるわけでございます。

こういうことでございますので、医療計画の策定に当たりまして、それが円滑に機能するため、審議会を通じて地域医療を担う医療関係者とも意見が集約され、専門的立場から地域医療の状況についての調査結果を分析、評価されることが重要でございまして、こういった審議会が行政の隠れみのとなるというような御心配には及ばないものと考えております。

○大浜方榮君 さらに、医療法人に關してでございますけれども、今回の医療法改正案で、医療法人の監督規定の整備強化の一つとして、今までなかった立入検査、改善命令等の規定が新たに追加されております。すなわち、改正案第六十三条第一項、医療法人の事務所への立入検査の要件が規定されております。さらにまた、第六十四条第一項には改善命令を出す場合の要件も規定され、その中に「運営が著しく適正を欠くと認めるとき」というような表現がございしますが、このように要件を抽象的に不明確にしておくと、監督係官の恣意のままに不当な立入検査、改善命令が出されるおそれがありますが、そういったことに對しても医療に對する官僚統制の兆しと思われるおそれもありますので、不必要な立入検査あるいは改善命令を正当化しないため、立入検査とか改善命令とかの場合には具体的な例を通知等で示して、あらかじめ徹底しておき必要があると思うのです。この点はいかがでございましょうか。

○政府委員(竹中浩治君) 御指摘のように、具体的な例につきましては通達で示すことといたしたいと考えておりますが、立入検査が認められる場合といたしまして、例えば法人の附帯業務の継続がその法人本来の業務でございす病院、診療所の運営に支障があると認められるような場合、あるいは放漫経営によりまして医療施設の運営に支障があると認められる場合、こういった場合が立入検査が認められる場合に該当するのではなからうかと考えております。

また、改善命令を出す場合の具体的な内容といひましては、例えば不動産の買い占め、不動産賃貸業、株式投機等附帯業務の範囲を超える事業を行つてゐる場合のそういった事業の中止。それから、附帯業務の継続が、先ほど申し上げました法人本来の業務でございす病院、診療所の運営に支障があると認められるような場合の当該附帯業務の中止とか縮小についての改善命令。それから、定款または寄附行為に定めのない附帯業務を行つておるような場合の当該業務の中止。放漫経営によりまして、法人の業務の運営上支障があると認められるような場合の関連企業に流用した資金の回収等、放漫状態の是正等の命令、こういったものが考えられるわけでございす。

いずれにいたしましても、こういった具体的な例につきましてもは通達で示すことといたしたいと考えております。

○大浜方榮君 次に、行政処分についてでございますけれども、ただいまの改善命令に従わない、そういう問題のある医療法人に對して都道府県知事は、業務の停止、役員等の解任等の勧告、設立許可の取り消しなど行政処分ができるようになっておりますが、これらの処分はいかなる手続で行われるのか。これもまた、先ほど質問しましたように、官僚統制につながる、あるいは医療警察國家的な厳し過ぎるというようなことがあつてはいけなと思つておるんでございすけれども、その点についてもお伺ひしたい。

○政府委員(竹中浩治君) 今回の改正によりまして、医療法人についてその業務または会計が法令に違反している等の事実が判明いたしました場合に、手続といたしましては、まず第一段階といたしまして改善命令を出す。改善命令を出しましてそれが是正されない場合には、第二段階といたしまして業務停止命令または役員等の解任勧告を行う。それでも目的を達成できないときにはなりまして初めて最後の手段といたしまして設立認可の取り消しを行う。こういう手順を踏むことになるわけでございます。従前に比べて、その実態により合致したきめ細かな対応をできるようにするものでございす。御心配のような官僚統制の強化というふうなことは全くございせん。

なお、衆議院におきまして修正によりまして、都道府県知事が法人の業務停止もしくは役員等の解任勧告、または設立認可の取り消しを行うに際しましては、あらかじめ都道府県医療審議会の意見を聞くものとされておるわけでございまして、これによりましてさらに万全の処分手続になるものと考えております。

○大浜方榮君 次に、複数の都道府県にまたがる医療機関についてでございますけれども、医療法人の中には、多くの都道府県にまたがる医療機関を開設して、医療産業、実際にチェーンストア、ハンバーガーチェーンという表現もあるような病院会社を設立しているところがあるものでございすけれども、そういう医療機関は、医療機関同士で医師や看護婦の名義借りをして、今、マスコミに報道される憂べき事態にも至つております。

この問題について衆議院における議員修正で、複数の都道府県における病院、診療所開設の医療法人の設立については新たに厚生大臣の認可を必要とする、こうなつておられますけれども、この厚生大臣認可の規定改正について厚生省はどのような認可基準、具体的にどういうような厚生大臣の認可基準をお考えでございすでしょうか、お聞かせ願ひたいのでございす。

○政府委員(竹中浩治君) 複数の都道府県におきまして病院等を開設する医療法人でございすは、その設立認可、監督等につきましては、現行法では、主たる事務所の所在地の都道府県知事が、従たる事務所の所在地の都道府県知事と連絡調整をとりながら行つてゐるものでございす。

今回の修正によりまして、広域的に事業を展開する医療法人につきまして、厚生大臣が統一的に指導監督を行うというところに修正がなされたわけでございます。今、御質問ございましたその認可基準等につきましては、これから鋭意検討を行うわけでございす。これからの鋭意検討を、今回の衆議院の修正の趣旨が生かされるように努めてまいりたいと考えております。

○大浜方榮君 次に、医療法人の健全な育成についてお伺ひしたいわけでございすけれども、今、日本の医療法人の総数は三千八百二十二、我が国の医療機関の経営主体の中核的存在になっておるわけでございす。衆議院における議員修正で、いわゆる一人医療法人を制度化されて、その数はますます増加しようとしております。それで、こういう多数の医療法人の育成は、行政機関のみの対応ではこれから困難になるのではなからうか、こういうぐあいに思われます。

アメリカにはJCAH、ジョイント・コミッション・オン・アクレディテーション・オブ・ホスピタルズ、病院認定合同委員会というのがございまして、インスタンとかレジデントの教育病院の審査認定機関がありまして、これは政府の介入、干渉を許さない中立的な民間機関でございす。このJCAHはその病院認定マニュアルを作成して、アメリカの大部分の病院はそのマニュアルによつて運営をされてゐる。それから、さらにまた各病院にはティンチー委員会というのがございまして、病院の内部で自浄作用、医の倫理にもとらないうという運営がなされております。

私は、そういうことも参考にして、我が国の医療法人の運営、育成に当たつてはどうか。と申し上げますのは、各都道府県の学術専門職能団体と民間組織を活用して自浄作用に期待をする。先ほど申し上げたように、医療警察監視制度と思われるようなことは避けるべきである。政府がやたらに干渉や関与することを避けて、自主的に運営させた方がいいんじゃないか、こういうぐあいに思ふんでございすけれども、その点御見解を

賜りたいと思います。

○政府委員(竹中浩治君) お話がございましたように、医療法人の健全な育成につきましては、行政が対応できる範囲にはおのずから限界があるわけでございまして、医療法人みずから相互チェックによってその運営の適正化、経営の改善を図っていただくということは大変望ましいことであると考えております。

このような観点からいたしまして、今、先生が例に挙げられましたアメリカのJCAH等でございますが、これらも参考にしながら、医療法人協会等の関係団体が積極的に活動されることにつきましては、行政としても大変歓迎すべきことであると考えております。

○大浜方榮君 いわゆる一人法人について伺いたい。

一人または二人の医師が常勤する診療所においても法人化への道が開かれた法案となっております、今回の医療法では、医療経営の経費と家計が分離されて、医療の近代化が図られるということとは非常に喜ばしいことと考えております。

ところで、このいわゆる一人法人は非常に小規模法人でありますので、従来の病院または三人以上の医師が常勤する診療所を前提とする現行の医療法人の諸手続などの規制をそのまま小規模法人たるいわゆる一人法人に適用することは、煩雑に過ぎて実際の面でない。そこで、決算の諸届けなどの手続、定款などについても小規模法人向けにふさわしい簡略化が可能かどうか、具体的に何についてどの程度の簡略化が認められるのか御見解を承りたい、こう思うわけでございます。

○政府委員(竹中浩治君) 一人法人につきましては小規模法人にふさわしい手続の簡略化を考えるべきであるという御指摘でございますが、ごもっともでございます。その方向で検討いたしてまいりたいと考えております。

それからまた、検討に当たりましては、既存の医療法人も含めました医療法人全般の手続、書類等も簡略化の方向で検討を行ってまいりたいと考えて

ております。現在の段階で、例えば決算書類につきましましては、税務署に提出するものと同一のものとしてはどうか、あるいは法人設立時の申請書類につきましましては、病院等の構造設備の図面は不要としてどうかというふうなことを具体的に考えております。

○大浜方榮君 最後に、通告にはなかったのでございますけれども、私は、せんだって二カ月前アメリカ、ヨーロッパを回って参りまして、社会保障の道に迷っていると、今回イギリスのグリーンペーパーにそううたっておりますけれども、まさにしかりだと、こう思っております。

私がなぜこのことを申し上げるかという、今、医師の社会保険診療報酬に対する事業税の問題が論議されているのでございましてけれども、この事業税の問題は、これは単に税金の問題じゃないんだということとございまして。国の財政が厳しいからといって、医療費抑制策の余り、余りに締めつけると、抑制策をとると医療保障の質が下がるということとございまして。先ほども申し上げましたように、医療というものは金、経済のインセンティブが働かないと質が落ちていきます。イギリスやスウェーデン、デンマーク等では既にもうユニバーサル・ヘルス・ケアに六十万人が載っている、最良ヘルニア、脱腸の手術をするのに三年もかかる、考えられないようなことが起こっております。これは私は、特に今後の日本の社会保障、医療保障を考える上において、我々国民、行政、学術職能専門団体が留意すべきことである、こういうふうに思っている次第でございます。

午前中の質問にも申し上げましたけれども、御存じのとおり、医療保障というのは社会保障の二本柱の一つでございます。所得保障、医療保障、これなくしては社会保障は成り立たないわけでございまして、今後、その医療保障を進める上において最も大事なことは、行政と国民と学術専門団体、医療の現場の方々が一体になっていくということとございまして。私も医師の端くれでございますけれども、やっぱり医師の大部分は国民医

療のために献身しております。豪雪地帯で、あるいは台風地帯で、あるいは夜の夜中に、難しい病氣と取り組み、難しい手術と取り組んで、患者さんを治すことに喜びを見出し、貧しい人々を助けることに喜びを見出しているのが私は日本の医師の九〇％以上、むしろ九八％ぐらいじゃないかなるか、パーセンテージは計算したことないんですが、いいますけれども、そう思っております。医師の本当の喜びは、難しい患者を治し、貧しい困った人々から感謝される、そういう人々から年賀状をもらう、暑中見舞いをもらう、そういうのに喜びを見出しているのが私は医師の大部分であると思っております。ぜひひとつ厚生行政の担当に当たられる方々はそういう点に思いをいたして、一部に医の倫理にもとるような非常に暖かい傾向も全くないとは言えませんが、しかしながら、それはごく一部でございますから、そういう人たちに目を奪われて、肝心のまじめに良心的にやっている医療人を忘れないようにひとつやっていただきたい、こう思うわけでございます。

今、経済の日本と言われているけれども、先ほどから申し上げましたように、日本の医療保障制度は世界の最高のレベルをいっているから、二十一世紀までの間に、経済の日本ではなくて医療保障の日本であると言われるような施策に向けて努力をすべきであると、私はこう思うわけでございます。

以上、感想を申し上げます、私の質問を終わらせていただきます。

○石井道子君 このたびの医療法の改正の修正におきまして、医療従事者としての薬剤師の役割と地域医療における薬局の位置づけが明記されましたが、関係者の皆様方の温かい御理解ある御配慮に対しまして心から感謝を申し上げますと同時に、責任の重大なことを痛感する次第でございます。

このたびの医療法の改正におきましては、第三十条の第三項三号に、医療計画に定めることができる事項に、病院等と薬局との機能及び業務の

連係に関する事項があります。また、同じく第六号には、医療計画の策定に当たっては、薬事に関する施策とも密接な連係を図るように努めることとございまして。さらに第三十条の六には、病院の開設者は、病院に勤務しない薬剤師の研究または研修のために利用させるように努めることとなっております。

このような法律の修正になりました、医薬品に関する専門職として地域医療に薬剤師が参加できることになりました。このことによって、医療の質がより一層高められることが期待されると思うわけでございまして、より適正な充実した医療の体制を確保するための具体的な問題につきまして、何点かお伺いをしたいと存じます。

近年、医薬品の開発、製造が急速に進んでおります。多種多様な医薬品が使われ、薬価基準に収載されている数は一万三千四百七十一品目に及んでおります。その情報も、高度化し、細分化され、非常にはんらんしております。医療において薬物療法は重要な役割を果たしておりますが、どんな薬でも副作用がありますし、よく効く薬はどそのリスクが高いとも言えます。医療品に関する副作用や相互作用、また中毒情報など、より速やかに的確に把握することが必要でございます。特に最近では医薬品の市場開放が求められておりますし、ますますその必要性が高まっているのではないかと存じます。

現在、厚生省が行っております医薬品副作用モニター制度や薬局モニター制度によりまして、どのような情報が収集をされておりますか。また、その情報はどのような形で医療関係者に伝達をされておりますかお伺いをいたします。

○説明員(代田久米雄君) お答えいたします。ただいまの医薬品の安全性に關します副作用モニターでございますが、厚生省といたしましては、副作用のモニター制度、これは医療機関を対象としたものでございまして、薬局モニター制度、その二つのモニター制度を設けております。

特に、前者のモニター制度につきましては、これはWHOの国際的なモニター制度の一環として運用されているものでございます。副作用モニター制度は昭和四十二年に発足をいたしまして、現在は全国で千五カ所の病院をモニター施設として指定をいたしまして、主として医療用に使われます。医薬品に関する情報を収集いたしております。

それから、薬局モニターにつきましては昭和五十三年に発足いたしまして、現在全国で二千七百三十三カ所の薬局をモニター薬局に指定をいたしまして、主として薬局に持ち込まれます医薬品、あるいはそれ以外の化粧品等に関する相談や副作用に関する情報を収集いたしております。

これらのモニター制度で収集されました情報は、薬事審議会におきまして評価、検討いたしまして、その結果に基づきまして、例えば使用上注意の変更でありますとか、そういった必要な行政措置をとっております。ちなみに、昭和五十九年度におきます報告実績は、副作用モニター制度では七百六十七件、薬局モニター制度では七百七十二件の副作用報告が挙げられております。

それからもう一点、情報の伝達の御質問でございますけれども、これらのモニター制度で収集されました情報は、先生の御質問のとおり、医療関係者に迅速に、かつ広範に伝達する必要があります。厚生省は、定期的に副作用情報を発行するというところで、都道府県あるいは関係団体これに配付いたしまして伝達に努めているところでございます。なお、製薬業界に対しましては、医療関係者への迅速な情報伝達に努めるように、日ごろから指導しております。

○石井道子君 現在、薬剤師会では医薬分業を推進させるために中央薬事情報センターを設置し、各都道府県も薬事情報センターを設置しております。そして、その連係を図り、また病院薬剤部のDISENターとも協力をいたしまして、医師会や歯科医師会とも提携をし実績を上げている県もあると聞いております。医薬品情報は、医師、歯科医師、薬剤師、また医薬品を扱う者にとりまして共通した重要な課題でございますので、官民協力してそのネットワーク化に努めるべきではないかと考えられます。

地域医療計画の策定推進に当たりまして、医療情報システムの整備が必要であるとの先ほどのお話がありましたけれども、その中に医薬品情報システムを組み入れて活用を図っていくべきではないかと考えておりますけれども、いかがでございますでしょうか。

○政府委員(竹中浩治君) 医療計画の策定推進に当たりましては、医療に関する情報システムの整備を図っていくことは御指摘のとおり大変重要でございます。

〔委員長退席、理事佐々木満君着席〕

医療情報システムを各地域で整備していくに当たりましては、各地域の実情に応じまして医薬品情報システムの活用等を図っていくことも十分検討に値する問題であろうと考えております。

○石井道子君 次に、病院におきます薬剤師の問題についてお伺いをしたいと存じます。

医学、薬学の進歩に伴いまして多くの医薬品が使用され、病院における薬剤師業務は高度化、複雑化をしております。先ほども申し上げましたように、医薬品の副作用、相互作用などのさまざまな情報を生かして薬理管理や処方監査を行うことは重要な仕事になっております。また、医薬品の品質管理や試験研究や薬物血中濃度の測定や解析、高カロリー輸液の無菌混合調整などの特殊製剤の製造なども行っております。調剤業務というものは非常に幅広くなっているわけでございまして、多様化をしております。

また、現在の診療報酬体系におきましては、調剤フィーというものが非常に低く抑えられておりますので、人件費の数分の一にも足りないくらいでございまして、そのために定員が低く抑えられているわけでございます。

かと思っておりますけれども、お考えをお聞かせいただきたいと思います。

○政府委員(竹中浩治君) 病院等におきます薬剤師業務は、お説のとおり、単に調剤だけにとどまりません。医薬品管理、医薬品試験、医薬品情報管理等大変広範にわたっているところでございまして、このような状況を踏まえまして、病院の薬剤師が充足されますよう指導するなど、所要の措置を厚生省としても講じてまいりたいと考えております。

○石井道子君 医療計画の策定に当たりましては、医療審議会が重要な役割を果たすと考えられますけれども、薬剤師が医療法に明記をされませんでした以上は、薬剤師の代表を必ず加えるべきではないかと思っておりますけれども、いかがでございますでしょうか。

○政府委員(竹中浩治君) 都道府県医療審議会の構成は政令で定めるところといたしておるわけでございまして、医療計画の策定等が利害関係によつて左右されることは適当ではございませんので、薬剤師を含めまして医療制度に關し学識経験が豊かな方々によつて審議会を構成し、客観的な立場から広く医療の需給両面にわたる審議をお願いしたいと考えております。

○石井道子君 医療法の第三十条の三の「医療を提供する体制の確保に関する計画」の第三項の二号に、「へき地の医療及び休日診療、夜間診療等の救急医療の確保に関する事項」がございまして。休日・夜間診療所の処方せんを受けております薬局がある場合には、その中に含まれると解釈してよろしいでしょうか。現にそのような会営薬局が存在をしております。医療の公共性を踏まえまして公的な補助金もなく、会員の奉仕によりまして休日・夜間の調剤業務を行っている実態があるわけでございまして、御意見を伺いたいと思っております。

○政府委員(竹中浩治君) 休日・夜間診療に際しまして処方せんを受け入れる薬局でございましてが、これは、医療計画上の休日・夜間診療の確保

に関する事項に、御指摘のとおり含まれると考えております。

○石井道子君 第三十条の三の第六項に、医療計画作成に当たり「公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接な関連を有する施策との連係を図る」ように努めなければならない。とございまして。各地域で薬剤師が行っております薬に関する相談業務、副作用問題あるいは薬に関する指導、また薬物乱用防止のキャンペーンとか、そのようなことは医療と密接な関連を有する施策として評価できるのではないかと考えられますけれども、いかがでございますでしょうか。その他薬事ということについてどのような内容が想定をされますでしょうか、お伺いをいたします。

○政府委員(竹中浩治君) お話しした薬と健康に關します相談事業等は、これは医療と密接な関連を有する施策であると考えております。そのほか、医薬分業の推進の問題等もこの医療と密接な関連を有する施策として考えるべきではなからうかと思っております。

○石井道子君 また、社会福祉についてもどのような内容が想定されますでしょうか。

○政府委員(竹中浩治君) 医療と密接な関連を有する社会福祉施策でございますが、一例を挙げますと、老人の老人ホームへの入所措置でございますとか、在宅老人に対しまして指導やサービス、こういった老人福祉施策、それから心身に障害のある児童の児童福祉施設への入所措置あるいは療育の指導、こういった児童福祉施策等が医療と密接な関連を有する社会福祉施策であると考えられると思っております。

○石井道子君 次に、医療法に新しく薬剤師、薬局、薬事などが加えられましたので、地域医療計画の策定に当たりましては都道府県への指導が大切ではないかと思っております。適切な指導をどのようになさっていただけるか、お伺いをしたいと思います。

○政府委員(竹中浩治君) 国といたしましては、医療計画の策定に当たりましての標準指針となり

ます厚生省令あるいはガイドライン、これを示しまして、都道府県間で協議、調整が必要な場合には所要の指導を行うこととしたしております。また、個別具体的な問題が生じまして、国の指導が求められた場合には、これも適切に対応してまいりたいと考えております。

○石井道子君 次に、大臣にお伺いいたしますけれども、医薬分業の面から考えてみたいと思っております。

医薬分業のその基本理念は、医師による診療や処方と薬剤師による調剤に分けて、物と技術を分離することによって、その専門性と独自性を生かして、服薬指導や薬歴管理によって重複チェックとか相互作用のチェックを行い、より安全性の高い適正な薬物療法を行うことにあると思っております。そして、より一層の医療の公正と質の向上を図ることにあると思っておりますので、非常に医薬分業は大切なものではないかと思っております。

それで、薬剤師でなければ調剤することはできないとされながらも、医療法の第十八条のただし書きなどによりまして、薬剤師不在の医療機関が大変多いわけでございますけれども、安全で適正な医療を確保する上でも、薬剤師がいらない医療機関においては院外処方せんを発行すべきではないかと考えられますけれども、いかがでございましょうか。このことは、患者の立場に立つて考えますと、一つの医療機関だけの問題ではなくて、やはり複数以上の医療機関から投薬を受けたときの重複チェックとか相互作用を防止するためにも必要になるのではないかと考えるわけでございます。このたびの医療法改正は、現在厚生省が行っております医薬分業の推進に對しましてどのような影響を与えたとお考えになるでしょうか。また、医療法改正を生かしてどのように対処されますか、お伺いをしたいと思います。

○国務大臣(増岡博之君) 今回の医療法の改正におきましては、薬局と病院等々の連係の強化など、地域医療における薬局の位置づけを明確化する規定が盛り込まれており、医薬分業の推進に好

影響を与えるものと考えております。

その前に御指摘の院外処方せんの発行につきましましては、ごもっともな御意見でございますけれども、当該地域の調剤薬局の受け入れ態勢の問題等もありまして、地元医師会と薬剤師会との話し合いの上、受け入れ態勢の整備等を促進することが大切であると考えておりますが、医薬分業の趣旨にかんがみまして、必要に応じ、適宜その指導をしてまいりたいというふうに考えております。

○石井道子君 医薬分業の理念と目的を踏まえて、具体的な効果があらわれるように格段の御配慮と御指導を重ねてお願い申し上げます。

次に、社会保険診療報酬の事業税の問題を伺いたいと思っております。

医療の事業というものは大変公共性が強いというところでございまして、これは社会保険診療報酬によって価格が規定をされておりますし、非営利性の色彩が大変強いわけでございまして、自由な宣伝活動も制約を受けております。そして、このところ、非常に医療費の抑制のために老健法が成立をし、また健康保険法が改正をされて、薬価基準などもこの四年間で四六%も下げられておりますので、医療機関の経営というものは非常に圧迫をされております。このたびの医療法の改正で、より医療の公共性というものが高まってきたと思うわけでございまして、このことは非常に医療経営にとって大きな障害になるのではないかと思います。

そして、財政再建のための行革法案ということに對して医療界というものは大変な協力をし、大きな犠牲を払ってきいていると思うのでございまして、けれども、このような状態の中で、さらに老健法の見直しや予定をされております。そして事業税の課税措置の問題についていろいろと論議がされているわけでございまして、これでは全く泣き面にハチではないか、そんなふうに考えられるわけでございまして、この問題につきまして厚生省の取り組みについてお伺いをしたいと思います。

す。

○国務大臣(増岡博之君) 元来、医療は生命や健康にかかわる非常に公共性の高いものであるわけでございます。その中でも、社会保険医療は国民皆保険という国の施策に協力して、診療報酬という法的な価格のもとに国民に必要な医療を提供するものでありまして、極めて高度の公共性を有しておるわけでございます。

また、御指摘のように、今回の医療法改正案におきまして地域医療計画の策定、医療法人に対する指導、監督規定の整備によりまして、その公共性は一段と高まっております。その公共性の性格を踏まえまして、従来の診療報酬についての税制上の取り扱いには合理的な理由があると考えておりますので、今後ともその存続を強く働きかけてまいりたいと思っております。

○石井道子君 どうもありがとうございます。質問を終わります。

○高桑栄松君 それでは、最初にまず大臣にお伺いしたいと思っておりますが、医療のビジョン関係についてでございますけれども、この医療法改正の前には健康保険法の改正がございましたし、もつと前に老人保健法などが通ったわけでありますけれども、本来、基本的なものとして医療法があった、それに沿っているいろいろな改革、改正が行われていくものだと私は思っております。この医療法が言うならばおくれたというか、そういう理由は何でございましょうか、お伺いいたします。

○国務大臣(増岡博之君) 御指摘のように、本来、国民に対する適正な医療を確保するために、医療の供給体制と医療の費用負担の仕組み、その双方をあわせて整備を図っていくことが必要であるわけでございまして、このような観点から老健法や健康保険法の改正を実施しております。であります。また、この医療法の改正につきましても、実は昭和五十八年の三月以来、国会に提案してお願いをしておりますのでございまして、これらが相まって今後の保険医療政策が円滑に推

進されるものと考えておるわけでございます。

○高桑栄松君 今のお話伺って、相まっておっしゃったけれども、私は、医療法が基本をなす、根本をなすものだろうと申し上げたので、五十八年に出されておいて、それが今日までおくれたというふうに御説明があったように思います。

まあ、その辺にいたしまして、今度の医療法改正は、第一歩として地域医療計画の作成等と書いてございまして、これが第一歩であるとする、第二歩というのはどういうことになってい

るんでしょうか。

○政府委員(竹中浩治君) 今回の医療法の改正は、医療制度改革の第一歩ということで、地域におきます医療供給の基本的な整備を図るための医療計画の導入、これを主とした内容とするものでございまして。しかし、今後高齢化社会を迎えるに当たりまして、より良質な医療を確保していきま

すためには、病院、診療所の機能分化、区分の問題でございまして、あるいは広告制限、標榜科目の問題でありますとか、そのほかいろいろな基本的な問題がございまして、これらの解決を考えていかなければならないわけでございまして。

そういうことで、今回の医療法の改正が成立いたしました後に、至急、今申しましたようなことを課題として取り組んでいきたい、そういうことも整理がつきますれば、これを第二段の改正というところでお願いをしたい、こんなことを考えておるわけでございます。

○高桑栄松君 今のお話は、大体「二十一世紀をめざして」という医療のビジョンの四つの柱の二つ目だったと思っておりますが、三つ目の柱に医療保険制度の改革というのがございまして、前々から健保統合化ということが言われているわけでござい

ますが、これについては基本的な考え方というの、現在検討されているのかどうか、大臣にお伺いしたいと思います。

○国務大臣(増岡博之君) 医療保険制度の一元化ということをお考えおるわけでございまして、現在それぞれ分立しております諸制度の給付と負担の両面の格差を是正して、公平な制度をつくらう

ということを目途としておりますが、それにつきましても、やはり医療保険制度の基本にかかわる極めて大きな問題でありますので、医療及び保険関係者あるいは経済界、労働界など関係者の間でいろいろと御意見があるところでございまして、厚生省としても、先般、医療保険制度改正後の状況をよく見きわめながら、給付の平等と負担の公平の観点から幅広い検討を行っておるところでございます。

○高桑栄松君 そうすると、健保の統合化については検討がもう既に開始されているということでございますか。

○国務大臣(増岡博之君) 医療保険制度改正後の状況を見きわめながら、幅広く検討を行っておるところでございます。またその成果を見るに至っておりますけれども、目下検討中でございます。

○高桑栄松君 それでは、地域医療計画に入りたいと思っております。今度の地域医療計画の中で、医療圏を設定するというのが大変重要なテーマになっているわけですが、私も北海道大学におりましたときに、北海道の地域医療計画作成の審議会の委員長などを務めまして、若干実際にいろんな計画をした経験がございますけれども、そういうのを念頭に置きながら伺いたいと思っております。

今度の医療圏というところで、医療圏のレベルがございまして、どういうレベルを念頭に置いておられるのか。それから、今回第一歩として考慮されるのは何回医療圏なのかというふうなことを伺いたいと思っております。

○政府委員(竹中治治君) 今回の改正案におきましては、主として一般の病床の整備を図るべき地域単位として区分する区域、俗に言われます二次医療圏でございますが、これと三次医療圏、つまり、主として一般病床で特殊医療に係るものの整備を図るべき地域単位としての区域、この二次医療圏と三次医療圏を地域の実情に応じて都道府県が定めるといふことにいたしておるわけござ

います。

○高桑栄松君 私の記憶では、行政圏と生活圏があるかと思うんですが、医療圏というのは生活圏に非常に接近しておいて、必ずしも行政圏の中にはないということなんですね。北海道で言うと、何々支庁だからそこへ行けと言っても、別な支庁の方がいい医療圏があるとそこらに行くというふうなことがあるんで、そういうところは考慮しておられるんでしょうね。いかがでしょうか。

○政府委員(竹中治治君) お話しの通りに、医療圏につきましては、交通事情でございますとか、その他の社会的、経済的な条件等々を十分勘案しなければならぬわけでございます。必ずしも行政圏にこだわるものではなく、むしろ生活圏と言われるようなものを中心としたしまして考えていくべきものだと思っております。

○高桑栄松君 そうすると、二つ以上の市町村にまたがるような二次医療圏については、どういう協議が持たれることになるんでしょうか。

○政府委員(竹中治治君) 二次医療圏につきましては、これは都道府県医療審議会の意見を聞いて都道府県が定めるといふことでございます。

その際に、複数の市町村を含む二次医療圏もございまして、場合によれば、一つの市あるいは町が二つの二次医療圏に分かれるというふうなことも地域の事情からしてあり得ようかと思っておりますが、いずれにいたしましても、その場合にも市町村の御意見というものも十分伺って、その上で医療圏の設定をするということでございます。

○高桑栄松君 北海道を例に挙げて申し上げますと、医師会自身がやはり医療圏としては分かれるような場合があるんですね。北海道は広域なものですからそういうことがあるんで、医師会の中でも二つに分かれていくというふうなことがあるんで、そういうことがあり得ることを念頭に置いておられますか。医療圏設定に当たって、つまり、医療供給体制にある医師会側の意向を十分に尊重される必要があると私思っております。

すが、そういうことはお考えになつていてしょうか。逆に分かれる側のことを申し上げたので

○政府委員(竹中治治君) 北海道の具体的な状況につきましても、私はつまびらかにしないところ

でございますが、いずれにいたしましても、二次医療圏の設定の際には、先ほど申しましたような、住民が入院医療を受ける、その場合にその圏域で普通の入院医療が十分受けられるかどうかというふうなことで二次医療圏を考えていくわけでございます。具体的に医師会自身が分かれるというケースが出てくるかどうかはわかりませんが、住民の入院医療の受けやすさというふうなことによって二次医療圏の設定が行われますので、場合に よれば先生お話しした医師会が分かれると、その際に医師会と十分協議をしなければならぬかと思っております。そういうケースも場合によってはあり得るんじゃないかと思っております。

○高桑栄松君 これは私、具体的に例を持ってい

て申し上げるんじゃないんですが、私、北海道の経験が一番長いので、ある意味では極端な例かと思ひますけれども、北海道で国鉄が廃止をされるところが多いんですね。そういうときにこの医療圏が、今のお考えの中で、交通網が分断されたときに、そして冬はどうするのとかということについてはいかがでしょうか。

○政府委員(竹中治治君) 地域の交通事情の中で、やはり鉄道の問題は非常に大きな問題でござい

ますので、廃止が確定をしておる、そしてその代替機関がどうなるかというふうなことは十分念頭に置きながら医療圏の設定をしていく必要があるらうかと思ひます。

テーマではございせんから。そこで、三次医療圏のことを伺ひますが、三次医療圏というものの地域的なレベルはどんなふうにお考えでしょうか。

○政府委員(竹中治治君) 原則といたしましては、一つの都道府県が一つの三次医療圏に該当するというのが普通あるいは原則であらうかと思ひますが、北海道を例に挙げておられますが、北海道のような場合あるいはその他の場合で、一つの県域を二つあるいはそれ以上の三次医療圏に分けるということも地域の実情に応じて必要であると思ひます。

○高桑栄松君 都道府県単位ということは一応わかりましたし、道とか都はちょっと今別にいたしまして府県単位で考えますと、一県一医科大学が全部完成しているわけですが、そのときの三次医療圏の担い手というのは大学でございまして、それとも別にお考えでしょうか。

○政府委員(竹中治治君) 三次医療圏の場合は、一般の病床で特殊医療に係るものというところでござい

ますが、特殊な医療であるとか、あるいは極めて頻度の低い疾病についての医療であるとか、そういったものが対象になるわけでございます。医科大学の附属病院もそういった特殊医療につきましても当然一翼を担うていただく必要があり、またそうなたただけでなく、そのほかにも活用できる医療機関があれば、それは三次医療圏の医療機関として特殊医療に対応していただくというふうにお考えをしております。

を持つてゐる。もう一つは、当然高度な医療技術の教育訓練に当たる場所でもございます。そういう意味で二つというか、大きな意味では、そういう医師の養成のほかに、高度技術の研究開発と同時に指導に当たっていくという意味では、センター病院であり得ると同時に、センター病院へのサポートをする体制にある、こういうふうな思っております。

〔理事佐々木満君退席、委員長着席〕

そういう意味で北海道を考えてみますと、医科大学が今三つなんです、札幌に二つ集中しておりますけれども、しかし、人口五百七十万ということで三つというのは、一大学当たり百九十万でございます。それに、北海道のような広域医療を考えますと、大学病院があるということは若手の医師を含めてのリザーブがあるということで、一つの医科大学に医師の数が数百名、千名に近い数百名があるわけですから、それは常時異動はしておりますけれども、地域医療を支える重要な人的リソースになっているわけですね、資源になっているわけですね。そういう意味で、大ざっぱに言うところ、今の道路事情で言うと、半径百キロ圏内は車で片道一時間半以内ぐらいですから、要するに即日行つてこれというところで非常に重要な地域医療のセンターであり得ると、殊に北海道のような広域のところは必要である。そういう意味で私は、今の医師過剰問題はまた別に論じますけれども、北海道は道東にどうしても一つやっぱり医科大学が要るのではないかとこのように考えますが、医療供給体制という意味で厚生省、どんなふうにお考えでしょう。

○政府委員(竹中浩治君) 医科大学は、地域医療のセンター的な役割と同時に、医師養成という役割があるわけでございます。

北海道におきまして、三次医療圏を幾つにするかという点につきましては、いろいろ議論もあらうかと思いますが、一応現在の段階では、道におきまして四つに分けるということでございまして、そういうことでございまして、その四つの医

療圏におきまして、やはり先ほど申しました特殊医療に对应できる一般病床を持った病院というものがいずれにしろ必要になるわけでございます。その際に、道立の病院でございますとかその他の種類の病院とかいろいろあり得ると思いますが、そういう点では必ずしも医科大学の附属病院でなければならぬ、地域医療のセンターの役割を担うていただく病院といたしましては必ずしも医科大学の附属病院でなければならぬことには相ならないんじゃないかと思っております。

○高桑栄松君 いや、局長はまだわかつておられないようですが、大学病院というのは、さつき申し上げたように、勉強して、つまり診療要員の人数以外に研究、勉強というのがたくさんありますので、それが人的なリソースとして半径百キロ以内くらいならどんなに行けるということをお願い申し上げます。例えば、釧路あるいは根室の病院、根室なんかもう医者が足りないと言つていますが、あの辺はまた僻地がたくさんございまして、けれども、どうしても赴任はしないんですね。だから、大学がありましてそこから行ったり来たりできるから、勉強ができるし、若手でも行つてまた戻ってくるということで、言うなれば毎日でも交代できるし、一週間交代でもできるし、一カ月でもいい、一年でもいい、そういう若干の期間的な変動があつても行き来ができるという意味で私は必要だろし、人口割からいいますと、今申し上げました五百七十万の人口に三つですから、そして、いかに日本に医者が仮に過剰であるといふにしても、それは北海道に行きませんから、ですから、そういう意味で私は、北海道というものは僻地であるという意味ではやはり医科大学が必要なのではないかと実は申し上げたんです。もう一度お考えを伺います。

○政府委員(竹中浩治君) 医師の供給と申しますか、その県域の中におきまして不足する地域への医師の一時的な供給といったようなことにつきまして、医科大学が非常に大きな力をお持ちであるという点につきましては、先生のお話のとおり

であらうかと思ひます。

ただ、先ほど申しましたように、医科大学ということになりますと、やはり医師養成という柱がもう一本あるわけございまして、現在北海道の三大学で入学定員が三百四十人でございまして、昭和五十七年現在で人口十万人対の医師数を見ますと、全国が百四十一・五人に對しまして、北海道が百二十七・四人で全国の二十九位であるということでございますが、今のまま推移をいたしますと、昭和七十五年には、全国が二百十三・二人に對して北海道が百八十七・八人ということ、人口十万人対の医師数を北海道全体で見ればまあば充足をするのではなからうかというふうな推計も成り立つわけでございます。仮に北海道にも一つ医科大学をつくるということになりますと、北海道の医師需給問題というものを真剣に考える必要があるんじゃないかと思ひわけでございます。

○高桑栄松君 今のお話を聞いていたいて、文部省の方で今の北海道東に医科大学をいうことについてはどうなうかにお考えでしょうか。予算のことがひつかかつてくると大変だと思ひますけれども、その辺は若干置いておきまして、理念的にどうかというのを伺ひたいと思ひます。

○説明員(佐藤雄雄君) 先生御提案の北海道東に医科大学を設置するということにつきましては、かねてから地元の方からいろいろと御陳情等がございまして、私も承知はしております。

しかし、先ほど先生お話しのように、現下の財政事情もさることながら、厚生省の方で、医師需給の検討委員会の方が中間報告を取りまとめられまして、将来の医師の新規参入につきましては削減だというふうな御提案もございまして、そのような事情から、目下のところ私もは考えていないというのが実情でございます。

道です。北海道、山形、愛媛ですよ。そのとき私、医学部長をしておりまして、文部省にも何遍も頭を下げて参りましたけれども、おかげさまで北海道はトップが上がったんです。しかし、トップだったということは大変過疎であつたということが条件であつたんですね。だから、一巡した後にもう終わったんだと言われると、北海道は、国鉄赤字線を切られたように、地域住民の医療格差というものがやっぱりもつともつといつてくるのではないかと。私は、北海道で医師養成に携つた関係で、大変やつぱり切実に物を考えているんです。

ですから、今の予算等々を、私もその立場でお願いに上がった者として、よく存じておりますけれども、今の事情をひとつ御勘案いただいて、文部省と厚生省でやつぱり知恵を出していただければ大変ありがたい、これは私の希望でございます。

その次に参りたいと思ひますが、先ほど北海道の医療圏は、三次医療は四つと申し上げたんですが、ほかの都道府県では、都は別にしまして、一般に、ひとつとすると隣の県と一緒になるといふことがありますが、あるいは市町村の場合も同じなんです。そうすると、例えば病院の整備充実を図っていくときの費用分担なんかはどんな話し合いになるものなんですか、伺ひたいと思ひます。

○政府委員(竹中浩治君)

病院の整備に係る国の助成制度、御承知のように、いろいろ共同利用型病院でございまして、がん診療施設でございましてとか、あるいはリハビリテーション関係とか、そういったものがあるわけでございます。医療圏が県域を超える場合、つまり複数の県に医療圏がまたがる場合に、病院整備に係る県の費用負担のあり方をどうするかという御質問でございますが、関係する二つの県の間で十分話し合いをしていただいて、それで調整ができるのではないかと、私もとしてはそう考えておるところでございます。

すね。それで、これはレジデントシステムというか、インターン制度との深いかわりがあるわけですね。アメリカですと、当直をするようなのは勉強中の若手の医者のレジデントがほとんどやっています。日本の、主として医師会立病院というのは登録医ではないんです、ないですよ。だれでもということなんです、だれでもということ、しかも当直医がいなくて、専任医が専任に雇っているんじゃないかと。したがって、日本の言うオープンシステムというのはアメリカのような意味での使用のされ方はされていない。

そして、あともう一つは、アメリカは完全に自分が行って手術をすれば、技術料の評価の国ですから、技術料はそのまま全額入る。あとは入院費と看護婦の人員費とか、手術の材料費はみんな入院費の中で賄うということですが、日本ですと、何でしたつけ、管理料でしか何か忘れましたが、何かそういうことでやっているの、日本では何かオープン病院に患者を送るのは、手に余ったのを送って、後で返してもらいたいという形ではなからうか。つまり、診療報酬の分け前が必ずしも合理的ではないのではないかなという気がして、逆に言うと私は、オープンシステム病院というものは、ここで勢い込んで御推薦になっておられるけれども、どれくらいこれ発達するものなのか、若干の危惧を持っているんです。そういうことについての説明をお願いしたいと思います。

○説明員(古川貞二郎君) お答えいたします。

ただいまアメリカのシステムのことでお話がございましたが、その前に、日本の現状で申し上げますと、診療報酬上オープン化を認めているわけでございます。御案内のとおり、現行の点数表におきましては、病院のオープン化につきましては、開放型病院共同指導料というように形で設定されております。すなわち患者が、開放型病院として厚生大臣によって認められた保険医療機関に

入院中である場合におきまして、主治医である医師がその病院に赴きまして療養上必要な指導を行った場合に、患者一人一日につき二百四十点を算定できると、こういうことになってございます。一方、病院側には、主治医と共同して療養上必要な指導を行った場合に、患者一人一日につき百五十点を算定すると、こういうふうな診療報酬上の開放型病院共同指導料というものが設けられていると。現在、こういういわゆる開放型病院として認められておりますのは、先ほど先生御指摘の医師会立の病院とか、あるいは小樽市立病院とか、これはことしの七月一日現在で五十二病院でございます。

なお、アメリカの場合のお話でございますが、これは先生先ほどお話しのとおり、国情が違う、あるいは医療制度が違うというふうなことで、こういうアメリカのシステムというものを直ちに我が国に導入するということは、これは非常に難しい問題だと思ひますし、私、先ほど申し上げたような形で病院のオープン化というものを推進してまいりたい、こういうふうな感じでございます。

○高桑栄松君 このオープン病院というもののメリットは、やはり一次医療と二次医療との関係はどれくらいうまくいくかということにあるわけで、それがなくて行きつ放し、行ったら返ってこないならこれ意味ないわけですね。だからその辺が大変難しいんで、私立の病院なんかは開業医が、これオープンじゃありませんが、紹介で送りますと、大抵は説明つきで患者が返ってくる。公立病院に行くところ顔される例が多いというふうに僕は開業医から聞いているのですけれども、全くそれは人間関係の問題なんで、国情だとか患者の心理だとか、いろんなことが働いているんだらうと思ひますので、これはどうせいいこうせいじゃございせんけれども、オープンシステムというものにはいろんな条件があるだらう、あるいは、ひょっとすると地域別にまたいろいろなきとがあるわけですね。

その辺をひとつお考えいただいて、だから、技術料というのは今二百四十点という二千四百円ですか、応診料が入るわけですか。応診料も入るわけですね。

○説明員(古川貞二郎君) そういうものも含まれて二百四十点が設定されております。応診料というものではないと思ひますけれども、そういうものもひっくるめて二百四十点が設定されております。

○高桑栄松君 私に開業経験がないものですからよくわからないんですけども、それは行ったり来たり時間も入るとすると、何となく技術料としては少ないような、タクシーでは少なくとも行かないんじゃないか、やっぱり地下鉄を使うか、歩いて行くか、自転車で行くかという範囲かなと今思ひながら聞いたんですけれども、それは今後オープンシステムを進めていくには技術料を一般論としてやるのか、オープン病院の場合というのか知りませんが、やっぱりお考えになる必要があるんじゃないか。そうするとどう進んでいくだろうと。それからカルテのやりとりのようなことも大事なことはないだろうかと思ひます。

それから次に、それじゃ、同じ場面で家庭医の問題がこの前のビジョンの中に出ておりましたし、家庭医の問題を少し聞きたいんですが、家庭医についてはお医者さん方は、特に開業の先生方は大変気にしているんです。どうなるんだらうというところでございまして、現在検討中でしょうか、中間報告があれば何か若干のことを教えていただきたいと思います。

○政府委員(竹中治治君) 家庭医でございますが、ことしの六月に家庭医に関する懇談会を充足いたしました。現在までに六回開催をいたしております。現在までの段階はフリーディスカッション、それから特定のテーマにつきましてゲストスピーカーに御出席をいただきまして、その話を伺った上で特定のテーマについて検討をするという

ようなことで、現在の第六回まで進んでまいっておりますわけでございます。

私どもといたしましては、この家庭医の問題というのは非常に重要であると同時に、またいろいろの御意見も現にあるわけでございまして、少し時間をかけたというところで、今年度から来年度、二カ年にわたりまして検討した上、来年度末を目途に結論を出していただきたい、そういうお願いをしておる段階でございます。

○高桑栄松君 これは質問ではなくて、私の考えていることを御参考までにどうか、注文というか、お話をしておきたいと思ひます。

やはり非常に心配していることも幾つかございまして、まず一つは一般医、ジュネラルプラクティショナー、GPというもののなか、それとも科目標榜がその場合に許されるのかどうか、同時にGPであるのかということ、それからGPであるためにはその養成という資格、したがって試験ということはどうか、今後と、それから既得権みたいなものはどうかという点がございまして、英国で行われているような登録制度というものはどうかというふうなことで、やっぱり先進国がございまして問題にしているようですね。それから、GPというものの報酬はそうするとどうなるんだらうか、こういう問題が私の気のついた範囲でございまして、一応指摘をすることにとめさせていただきます。

次のところに入りますが、医療法人を幾つか考えてきたけれども、皆さん御質問になりましたし、一人法人のところにはいきたくないと思ひます。何か報告というのを、さっき私よくわからなかったんですが、税務署に出すのと同じようにすることなどですか。つまり事務所の法人監査とか、そのことをおっしゃっておられたんでしょ、か、ちよっと伺いたいと思ひます。

○政府委員(竹中治治君) 医療法人におきましては毎年度決算報告を出さなければならぬわけでございますが、同時にまた、医療法人は税の關係

で税務署に申告をしなければならぬわけでございます。この税務署に出す収支関係の資料と、それから医療法人としての決算関係の資料を様式を一緒にして、二度手間にならないようにしてはどうかということでも申し上げたわけでございます。

○高桑栄松君 はい、わかりました。

保健所というのが医療監査の、監査というんですか、医療監視ですか、その第一線を担当しているのが保健所だと思ふんですが、保健所は今までの医療法人に対しても法人の監督をしているわけですね。毎年一回やっていると聞いています。今度一人法人の場合には、やっぱり保健所がやるんだらうかということはいかがですか。

○政府委員(竹中浩治君) 医療監視でございますが、これは医療施設に対するもの、つまり病院、診療所に対するものでございます。今回新たに立入検査等々で改正をお願いいたしておりますのは法人の事務所でございます。病院、診療所にはもう現行法で立ち入りができる、しかし医療法人の事務所そのものには立ち入りできないということでございます。法人の事務所についてお願いをしておるわけでございます。

○高桑栄松君 それを今伺ったつもりなんです、一人法人の場合、今までの医療法人ですと、報告書を出して、保健所がやっぱり見ていたそうです。今度一人法人も同じ立場に立って保健所が見るんだらうかということなんです。

○政府委員(竹中浩治君) 医療監視につきましては、従来どおり、保健所がその診療所について医療監視をするわけでございます。一人法人の場合でも、法人の事務所についての立ち入りは都道府県知事がやるわけでございます。この場合は、特別に問題がある法人についてだけ立入検査をする。一方の医療監視は、御承知のように、すべての医療機関について年に一回はやらうということでございます。

○高桑栄松君 そうすると、保健所は、特別に法人である一人法人に対しての法人監督は、一般論としてはしないということですね。

○政府委員(竹中浩治君) そのとおりでございます。

○高桑栄松君 それから、有床診療所は四十八時間患者を置いておくというのがありましたね、四十八時間。今度一人法人になったときに、四十八時間以内ならば患者を収容できるということはどうなりますか。

○政府委員(竹中浩治君) 有床診療所、つまり十九床以下のベッドを持っておる診療所でございますが、そのベッドにつきましては原則として四十八時間を越えないということでございます。この点については全く変わりはないと思います。

○高桑栄松君 企業の医療産業への進出というところが大変今問題になっておまして、チェーン店ができていくというふうなことがあって、そういうことも今度の医療法の中ではチェックをされるんだらうと私は思っているんです。

これも札幌の例でありますけれども、昭和六十年をめぐって会員制度の有床診療所がホテルを経営してやる、そういうのが大々的に新聞に出ていまして、道内の医療ホテルが建設される、地上二十六階、六階以上は客室三百というふうな書いてあります、どんなふうになるんだらうかと開業医の先生方は大分気にしておりました。つまり、こういう医療ホテル的な意味での健康産業への進出があらちちで取りざたされておまして、こういうものに対しては一体どういうチェックがされるんだらうかなということをお願いしたいと思います。

○政府委員(竹中浩治君) 医療施設、つまり病院、診療所につきましては営利を目的としてはならないということでございます。これは今後とも変わらないわけでございます。そういう病院、診療所以外の面でも、お話ししているいろいろのいわゆる健康産業というものが今だんだんと多くなりつつあるわけでございます。一面で国民の健康志向、健康に対する認識の高まりといったような背景で、そういった健康産業がだんだん盛んになるといふのは一方では認めると同時に、他方、そ

れが度を越える、あるいは広告その他の面で行き過ぎがあるということでございます。問題があるうかと思ふんですが、現在の段階では私もといたしまして、医療機関ではございませんので、直接規制をするというよりは、法律がないということ、手段、方法がないわけでございます。

○高桑栄松君 そうすると、医師会にも入らないでということになると大変問題が起きてきやしないかなというふうな心配があるんですが、私も今どうしたらいいかということではなくて、やっぱり何らかのチェックがなければならぬのではないかな。今、局長は度が過ぎた場合とおっしゃったから、それが何らかの歯止めの意味なのかなと思っておりますが、度が過ぎたという判断というのはどういうことになさるんでしょうか。

○政府委員(竹中浩治君) 大変難しい御質問で、的確にお答えをできないわけでございますが、今お話しのような、例えばある有床診療所の設置者がホテルを別に経営するというようなことでございまして、もし仮にこれが一人法人あるいは二人法人というふうなことで医療法人になってまいりますと、今回の法律の改正によりまして、本来事業にどういふ影響を及ぼすかというふうな観点から、この医療法人の附帯事業を適切であると見るのか、あるいは改善をしていただくように指導するのかわというふうなことになるかと思ひます。

個人の場合には、その個人の診療所の設置者がまた別にホテルを経営されるというふうな場合、私もどもから見れば、それを経営しておられる診療所が医療法に的確で適正に運営をされているならば、私どものサイドからは一応問題がないのではないかと考えております。

○高桑栄松君 次は、これはうわさでございますから、うわさだと思つて、御存じの範囲で言つていただければ結構なんです、どうも日米トレードフリクションのあたりを食っているのではないかと、そういううわさを私の耳に入ってきたものですから。きょうも薬務局長、保険局長はそちらに行つ

ておられるようでございます。事例を挙げますと、自己腹膜灌流というので、この指導算定を月二回を四回にしたというのがことしの三月二十八日、保険局が通達を出しておるといふふうに聞いております。これは、次がうわさでございます。

米国のトラベノール社が圧力、プレッシャーを加えてきたのではないかと。つまり、日本は自己腹膜灌流が余り安いのではなかぬので、もうちょっと商売になるようにしろといつて圧力をかけてきたのではないかと、これは医者の間のちまたのうわさでございます。

もう一つ申し上げますと、医療法の中で、先ほど来何回か問題になりましたが、営利を目的としない、こううたっている部分を削除すべきであるという外国資本のプレッシャーが某々偉い政治家の方に来たとか、そういうのをうわさとして伝えてきているんです。

私も、まあうわさだらうと思ふんですけど、その辺についてのお考えを聞きたいと思ふんです。

○説明員(古川貞二郎君) 前段のお話につきましてお答えを申し上げたいと思ひます。経過を申し上げますと、自己腹膜灌流指導管理料のことについてのお話でございますが、これは御案内のとおり、在宅医療を推進する、こういう観点から昨年、つまり五十九年の三月の診療報酬改定時に保険に導入されたものでございます。それで、さらに六十年、つまりことしの三月の改定におきまして、この両方の一層の徹底を図ろう、普及を図ろう、こういうふうな観点から点数を引き上げたわけでございます。一回七百点、月四回というものを一回千五百点、月二回、こういうふうな点数を引き上げ、回数は一回にする、こういうふうな改正を図つたわけでございます。なお、先生今お話しのように、ことしの四月に、医療上医師の厚い管理が必要な患者、例えばこの方式を導入し始めの人とか導入期にある人とか、あるいは糖尿病で血糖コントロールが非常に困難

である、こういうふうな医療上医師の手厚い管理が必要なる患者につきましては月に四回まで算定を認める、こういうふうなことの改正を行つたわけでございます。

これらの措置につきましては、腎不全患者に対する治療対策の推進の見地ということから関係学会、例えば日本腎臓学会とかいろいろな関係学会からの要望もございましたし、御意見をもちょうだいたしまして、こういった関係学会の要望に基づきまして、中医協の了承を得て実施したわけでございますが、先生おっしゃると、こう申し上げられたんですが、御指摘のように、アメリカの圧力があるとか何とかということは一切ございません。

以上でございます。

○政府委員(竹中浩治君) 御質問の後段の方の医療法の七条四項の営利を目的としないという規定を削除すべきであるというブレッシャーがあるのではないかと、御指摘でございますが、私どもはそのような事実は全く聞いておりません。

○高桑栄松君 まあ、それを言明していただくことが私は価値があると思つて伺つたんで、結構でございます。今後とも、そういう外国資本なり大企業なりの進出に対しては、やはり医療産業のあり方について真剣に大事な医療の憲法を守つていただきたい、こう思つております。

今のようなお話を聞いていただいて、大臣に、このような大資本というか、大企業あるいは外国資本の日本の医療産業への進出が実際にいろいろあるわけで、それにどういふふうに対処しようとするのか、大臣のひとつお考えを承りたいと思つた。

○国務大臣(増岡博之君) 我が国におきましては医療を営利追求の手段とするのは許されぬ、その弊害は甚大なものがあるということで、現行の医療法におきましても営利を目的として病院、診療所を開設することは禁止しておるわけでございます。そういう経営は認められないということとは言うまでもないことでありまして、今後と

も、この趣旨にかながみまして、法の適切な運用を図つてまいりたいというふうに考えております。

○高桑栄松君 時間が少し何となくなくなつてきましたので、時間があつたらまたもとへ戻つて少し質問をしたいと思つたんですが、医療従事者の養成につきましてはOT、PTですね、作業療法士とそれから理学療法士ですね、オキニペーションナルセラピストとフィジカルセラピスト、これは高齢化社会に対応する技術者として養成が重要である。時間が少しありませんので、数字の面は若干省略させていただきます、この将来計画を見てみますと、現在に予定に達していないように見られます、間もなく需給関係は要求よりもオーバーするようになっていたように私は見たんですが、医師、歯科医師、薬剤師等々の過剰問題も今現実には起きてゐるわけで、こういったことに対してはOT、PTの養成はどんなふうにお考えでしょうか。

○政府委員(竹中浩治君) OT、PTでございますが、昭和六十年代の前半までにPTが六千人、OTが四千人を確保するというのを当面の目標といたしまして養成施設の整備を進めてきたわけでございますが、これはほぼ達成できる。さらに今後数年の養成力の伸びを考えますと、六十年代後半には需要と供給がほぼ均衡をするという見通しでございます。私どもといたしましては、PT、OTについては今後は質の向上に努力をいたしたいと考えております。

○高桑栄松君 今のOT、PTは身分法があるわけですね。ところが、身分法がないということ、職種としてはまことに保障されていないようなもので、近來非常に重要になってきたものが幾つかありますから、今ちょっと挙げてみます。

一つはスピリチュエラピストですね、言語障害者の治療士です。それから、クリニカルエンジニアというのが非常に重要になってきた。これは、非常に高度化しているME機器に対しまして、その精度管理、保

守管理をしなければそれによつたデータが信頼できないということがあるわけです。これの保守管理を会社に任すと、むしろ利益がもたらに取られていくということで、高度の医療機器に対する精度管理、保守管理にクリニカルエンジニアの必要が増してきています。

それから、昔からあるのにメディカル・ソーシャル・ワーカーがございまして、高齢化社会においては医療と福祉の間にありますと、これはやはりメディカル・ソーシャル・ワーカーというのが非常に相談に乗つてもらふのに大事な専門職であります。

それから、病歴士、先ほども医療サービスのシステムのところで出ておりましたが、病歴の出し入れというのはこれは大変でございますが、新しい医科大学へ行つてみられるとわかりまして、病歴管理はもう膨大な部屋を使つて大変な作業をしております。これは昔はなかった司書ですね、ライブラリアン。あれに匹敵するものがこれでございます。短時間に病歴を引張り出すというところが今必要であるし、分類が必要であります。

それから、精神科の事件がしばしば世上的話題となつておりますが、精神科には精神科に勤務する心理屋さんですね、そういう人がいるわけですね。精神科臨床心理士とでもいふようなのがおるわけですね。

こういう、今挙げたのは全部身分法がない。身分法がないというのは、ひよつとすると守秘義務もない。これは道徳的な問題としては守秘義務がございすけれども、法律的には身分法がないということでありまして、これは私はどれが順序が先だと申し上げているんじゃないかと思つた。これについてはやはり早急に検討を加えて、身分法の制定といったようなことを急ぎに置いて検討していただく必要があるのではないかと、そしてその養成をする必要があるということでございますが、一言お考えをちょうとお聞きしたいと思つた。

○政府委員(竹中浩治君) 近來の医療の進歩、医療需要の多様化ということで、今お挙げになります

したようなST、クリニカルエンジニア、ME技師と申しますかMSW、病歴関係の技術者等々の職種に關しまして身分法をつくる、身分を法制化するという要望がいろいろ出てまいつておるわけでございます。

私ども、こういった職種につきまして法制化を考へるに当たりましては、医師を初めその他の既存の職種との関係をどうするかといったような問題がございまして、それらを踏まえて慎重に検討をいたしたいと考えております。

○高桑栄松君 慎重に、なるべく早くひとつ検討をしていただきたいと思います。

それから、先ほど来ちよつとエイズの問題が出ておりましたが、私の提案もございすのでひとつ聞きたいと思ふんですが、皆さん御承知かと思ふんですが、今、週刊誌にぎざぎざたり新聞に出たり、しかしいろいろな意味で誇張もあるかと思ふんですが、エイズの死因は何であるか、致命率がどれくらいか、この辺をちよつと説明をしていただいて皆さん御参考にしたいと思ふんですが、いかがでしょうか。

○政府委員(仲村英一君) お尋ねのエイズの死因でございますけれども、御承知のように、免疫が非常に低下をいたすわけでございまして、各種の感染によつて死亡するというのが非常に多いわけでございます。いわゆるWHO等でも言つております診断の手引によりますと、日和見感染等によつて亡くなることが非常に多いというふうに聞いております。

○高桑栄松君 致命率。

○政府委員(仲村英一君) 日本の場合には十一例というところでございまして、まだそういう形の率は余り出ずのは適當でないと思つたんですが、アメリカのデータによりますと、二年で七〇%、三年になりまして九〇%を超えるというふうに数字としては出ておるようでございます。

○高桑栄松君 発病が確認されると非常に致命率が高い。したがって、皆さん恐怖に駆られるというところは当然でございますが、これからのお話

の中に関係もあるんですけれども、日本では血液製剤でかかっている人がかなりあると。血液製剤は加熱でいいわけですね。五十六度、三十分ですか、それはもう現実在日本でやっているんですか。それはどうでしょうか。

○説明員(代田久米雄君) 日本で製造しているものについては日本で加熱しておりますし、輸入品につきましては外国で加熱したものを持ってきております。

○高桑栄松君 外国からの加熱したものを買うということですか。いかがですか。

○説明員(代田久米雄君) 外国で加熱をして製品化されたものを輸入しております。

○高桑栄松君 問題は、血液製剤を使う場合は、多分今のお話で大丈夫だとおっしゃいますけれども、全血輸血があるわけですね、手術なんかのときの。全血輸血に対しては、私はビールの抗体検査センターがあるんだと思うんです。先ほどこれについてのお答えがありました、こへ頼めばやってくれるという、ちゃんとした国立の検査センター、あるいはそれがどこかに置いてあるという事はないんです。予研もそれは一般のものは受けないですね、どうなんですか。

○政府委員(仲村英一君) 午前中の御質問にお答えした限りで申し上げます、疑いのある患者あるいはその接触者につきましては検体を送っていただきまして、予研、鳥取大学、国立大阪病院等数カ所で抗体の検査をやるような体制になっておるわけでございます。

○高桑栄松君 アメリカでは、これは私は数字を確かめなかつたんですけれども、検査センターのために既に約二百億、多分円だと思ひますけれども、ドルだとちょっと多過ぎるかなと思ひつて、円だつたと思うんですが、二百億投入したと言つてゐるんですね。それは日本とは罹病の状況が違いますから、向こうは大変なパンニックなんだろうと思ひんで、当然でありますけれども、日本でもやはり疑わしい場所、つまり大都会が主だと思ひますよ。麻薬中毒の患者とかあるいはホモだと

か、いや、ホモでうつるわけじゃなくて性交行為でうつるわけですから、売春婦を通じてうつる可能性が非常に大きいという事は指摘されているわけですね。ルワンダですか、その売春婦は八〇%抗体陽性だと言つておられます。売春婦を通じてというのがこれから問題になってくるわけですね。ですから、やっぱり検査センターをどうしても置く必要がある。常時やれるようにする必要はあるのではないかと、いふことが言えるんですが、それはまあ検討していただきたいと思ひます。

それで私は、さっきの死因でございますけれども、日和見感染症というのは免疫力が低下するから、本当は問題にならない程度の菌がぐんぐん猛威をふるって死んでしまふ。それで、三年後に九〇%という事は、全員死ぬと考へていいわけでは、本当に大変な病気なんだと思ひます。

それで、日和見感染症はエイズに限つたものじゃないわけですね。カビのカンジダなんかもうそうです、簡単に言うと、レントゲンの治療なんかやると生体の抵抗力が低下してくる、みんなそのとき日和見感染症が起こり得るわけで、ですから、日和見感染症というふうな自己抵抗力がなくなつていって感染、例えば病院ですと院内感染がありますから、感染をどうしても予防しなければならぬ。それがもう第一の手段だというふうな病氣に対しては無菌治療室が必要ではないか。ですから、無菌治療室というものを各県とか各病院に置くわけにはいかぬかもしれせんが、多発地域のどこかに無菌治療室というものを、つまり計画的に配備することが私は今必要なことではなからうか、こう思つて提案を申し上げるわけですが、いかが考へてでしょうか。

○政府委員(仲村英一君) おっしゃる通りに、日和見感染につきましても、最近特にそのようなことで呼ばれるようになった状態でございます。宿主側の免疫の低下によつて、ふだんなら発病しないようなカビでございますとか原虫でございますとか、そういう形で病氣になるといふようなことを総称するといふふうに理解しておるわけでございますけれども、おっしゃいますように、無菌室があればそのようなことが発生前ですと可能性はあるかもしれません。

私、臨床はよくわかりませんが、骨髄移植の後でございますとか、臓器移植の後には無菌室に入れるといふふうなこともあるようでございします。で、免疫を落とすときに他の感染を起こさないようにといふことで無菌室が使われるということも承知しておりますけれども、日和見感染そのものは、伝染病対策といふか、その範疇をはみ出してゐる部分もありますし、高度の医療といふことで考へるとすれば、先ほどから話題になつております地域医療計画の中で、例えばそのようなものも今後どのように配置していくかといふふうなこと考へる必要がある御提案の一つではないかと考へられます。

○高桑栄松君 あと、できれば二つ質問をしたいんですけれども、一つは医学教育會議(仮設)の設置でございますが、地域医療計画でさえもと申し上げるとちよつと言ひ方が悪いんですが、ここには少なくとも五年で見直すと言ひてございします。医学教育は、それこそ大変な日進月歩の学問の進歩の中で、カリキュラムは年々歳々本當は変えていかねばいけないやうな進歩でありまして、カリキュラム自身といふのは、医学教育六年を考へますと、最低限度十年に一度ははつきり見直さなければならぬと思ひます。それはしかも生涯教育の理念に立つての教育であります。医学といふのは医学、歯学、薬学、この三つを含んでおります。言ひ忘れましたが、この三者を入れて医学と今申し上げました。この医学教育會議の設置は、私が學術會議當時から私たちが主張してまいりまして、私も今国会で機会あるごとにお話を申し上げて、その設置を要望してまいりました。が、前の文部大臣、厚生大臣、それぞれしるべきお返事を承つておりますが、きょうもそのお話を承りたいと思ひます。

まず、厚生省側はいかが考へてでしょうか。厚生大臣、いかがでしょうか。

○国務大臣(増岡博之君) 医学教育會議の設置に關しましての學術會議の勧告は、貴重な考へ方と受けとめております。その勧告の背景となる医学教育、國家試験の充実、改善等につきまして、文部省あるいは医療教育機關等と連絡を保ちながら施策を推進してゐるところでございます。医学教育會議といふ具體的な新たな組織を今直ちに設けることは困難と考へておりますけれども、學術會議の勧告の趣旨を踏まえまして、文部省ともよく協議をしながら今後とも検討を続けてまいりたいと考へております。

○高桑栄松君 それじゃ最後に一つ。醫師養成問題で医薬分業のお話を石井先生おっしゃつておりましたが、私も學術會議の医学教育問題の中で、醫師、齒科醫師、薬剤師一緒なんです。が、薬学側の方が特に主張して念願しておられますのは、医療薬剤師という制度といふか、資格でございますが、先生方の御希望は、今年度でございしますが、六年で医療薬剤師という資格を設けて、特に医療のことを、つまり臨床を勉強した薬剤師で調剤が、医学的なそういう臨床を踏まえた投薬、それから点検ができるという制度を希望しておられますし、私もそれは大変いいことだと思つておりますが、文部、厚生両省それぞれお返事を承つて、私の質問を終わらさせていただきます。

○説明員(佐藤國雄君) 薬学の教育につきましては、近年、医学、医療と薬学というものの関連をさらに密接不可分のものにした、こゝういふ機運でございます。教育面でもかなり進んでまいつてゐると私も思つております。一部の大学で既に病院実習を課しておりますし、また文部省といったしましても、一部の国立大学等に対しまして医療薬学に關する講座を設けるとか、あるいは大学院の研究科を新設する、こんなやうな努力をしてきてゐるわけでございますが、先生御指摘の薬学教育の就業年限を延長する、あるいは医療薬剤師の養成を行うといふことにつきましては、資格制度

等種々の問題も検討しなければならぬ点がございまして、現在のところは考えていないというところでございます。

○説明員(代田久米雄君) 厚生省側といたしましては、ただいまの、疾病治療のため臨床の場において用いられる医薬品に関する医療薬学という知識が、いわゆる科学的知識のみならず、藥物治療の知識が薬剤師に必要であるという先生の御意見は、御指摘のとおりであらうというふうに考えております。ただ、こういう知識につきましては、医療の場で調剤に従事する薬剤師というもののみにならず、医薬品の販売あるいは研究、製造等々に従事するすべての領域の薬剤師に共通に必要とされる基本的なものではないかと考えて方もございます。

そういうことで、現在の段階におきましては、新たに医療薬剤師の養成を図るということではなく、現在の薬剤師の養成教育のあり方を、御指摘の趣旨を踏まえまして充実させるように、関係の行政機関あるいは関係団体等とも連携をとりながら検討していくという考え方でございます。

○佐藤昭夫君 ます、十二月七日の朝日新聞の夕刊に一面トップで、来年度予算案で政管健保について借金を大蔵省は要請している、こういう報道がありましたか、これは事実ですか。

○政府委員(花輪隆昭君) 政管健保の国庫補助の繰り入れの特例措置に関するお尋ねでございますが、これにつきましては、六十一年度概算要求におきましてそのような姿のものは盛り込んでございまして、現段階に至るまで大蔵省からそのような要請を受けておりません。

○佐藤昭夫君 厚生省としては、もし仮にそういうものが出てきても、この報道にもありますが、黒字は積立金に回す、この立場で頑張ると、こういうことですね。

○政府委員(花輪隆昭君) 特例措置の要請がありましたならば、その段階でいずれにせよ判断をいたしましたことになると思いますが、私どもといたしましては、政管健保事業の適正な運営というものがあ

くまで大事でございまして、その運営に支障を来さない、こういうことを最優先といたしまして慎重に対応していきたいざるを得ない、こういうふうに考えております。

○佐藤昭夫君 とにかく、今のところ大蔵省からそういう動きはないということでありまして、単なるこれは杞憂にすぎないという問題じゃないだろうというふうに私は思うわけですね。しかし、もしこういうことが現実起こってくるものとすれば、これはもうまことにむちゃな要求でありまして、国民からすれば決して納得できる問題ではない。

既に政府は、国民の多くの反対を押し切つて、昨年、政管健保制度発足以来とも言べき本人の割負担制度を導入して、国庫負担を大幅に削減しました。この一割負担は、やはり受診抑制効果を果たして黒字決算となった。これに早速目をつけて国の財政のやりくりに使おうというのは、まさに国民に挑戦をし、国民を愚弄するものではないかと、このようにすることがもし行われるならば、国民の政治への不信感を増幅することになるというのには明瞭であります。こういう問題に対しては毅然たる態度で対処をしてみたいというふうな思いですが、大臣、どうでしょうか。

○国務大臣(増岡博之君) 大蔵省から、もし仮にそういうような要請がありました場合には、先ほど御説明申し上げましたように、政管健保事業の適正な運営に支障を来さないということを最優先として対処いたしてまいりたいと思っております。

○佐藤昭夫君 とここで、昭和五十六年四月十日の社会保障制度審議会の答申であります。その答申の中で、医療法に基づく医療計画の作成の問題にも触れまして、「この計画作成を法定することの緊急性については、十分納得のいかない点があり、さらにその基本となるべき国の医療に関する政策が明確に欠けており、今後検討を要する点も少なくない。また、計画作成に当たって住民側の需要の把握が軽視されているうらみがある。」というふうに答申が行われているわけでありま

けれども、ここで言うております指摘、これはすべて解消、解決をしたんでしようか。

○政府委員(竹中浩治君) 昭和五十六年の社会保障制度審議会の答申でございまして、その答申を踏まえまして、まず医療計画の策定に関する国の考え方をより明確にすべきであるという観点から、「区域の設定並びに必要な病床数に関する標準は、厚生省令で定める」ということになったこととでございまして、それからまた、同じ観点から、医療計画の策定に当たりましては、「公衆衛生その他医療と密接な関連を有する施策との連携を図るよう努めなければならない」とこととしたわけでございます。また、「国は、」都道府県の区域を超えた広域的な見地から必要とされる医療を提供する体制の整備に努めるものとする」という規定を置いたわけでございます。さらに、病院の開設者等は病院のオープン化に努めるべきであるということとしたわけでございます。

こういった修正を、先ほどの国の考え方の明確化という観点からいたしたわけでございます。それから、もう一つの住民側の需要の把握の問題でございますが、医療計画の策定に当たりまして地域住民の需要把握を適切に行うという観点から、都道府県は管内すべての市町村の意見を聞くということを義務づけることとしたところでございます。

○佐藤昭夫君 今の説明では納得ができません。私は、この答申における指摘、これはまさに今回の法案の抱えている問題の本質をついていると思うんです。そして、指摘する問題のすべてが解決をされてこの法案提出がされてきたということにはなっていない。だからこそ与党の小委員会と日本医師会との詰めに最近に至るまで随分時間がかかった。そして問題はすべて解消せず、むしろ衆議院修正で明白なように、肝心な点は先送りになっております。国の医療に関する政策が明確でないというこの答申の指摘している点について一つ明確でありませんか。保険に対する国庫負担、

将来はほとんどゼロに近くまで削減しようという方向があるわけでありまして、現にそういう報道もある。

したがって、国民が、医療保険の将来一つとてみても、政府のこれまでの政策方向から見て非常に大きな不安を、危惧を抱くのは当然のこととあります。現に、次期通常国会提出予定の老人保健法改正のその方向は、国民の負担はふやして国庫負担はますます減らす、こういうものであるわけですね。国民皆保険のもとで国民に将来どのような医療が本当に十分に保障されるのかという基本的方針があいまいのままに、都道府県にばかり責任を押しつけるという性格が本法案の最大の問題じゃないでしょうか。どうでしょうか。

○政府委員(竹中浩治君) 今回の法案の中で、医療計画の策定を都道府県にお願いするということがございまして、御承知のように、医療の問題は国民の生活に極めて密着した問題でございまして、市町村の意見を聞いて都道府県が策定をするということにいたしましたわけでありまして、いたずらに都道府県に負担を押しつけるというような性格のものではないかと考えております。

○佐藤昭夫君 そのように言われましても、それならば一つ一つの具体的に明らかにしていきたいと思うのでありますが、まず医療計画の問題です。都道府県が定める医療計画について、「定めるものとする」と都道府県に義務を課しているのは、対象区域の設定と必要病床数、これだけですね。このほかに「定めることができる」と、こうしているのは病院の整備目標に関する事項、二つ目に病院と診療所の業務の連携に関する事項、三つ目に医療従事者の確保に関する事項、四つ目に医療や救急医療などが加わったわけでありまして、他にも、こうなっております。衆議院修正で僻地医療や救急医療などが加わったわけでありまして、これができる。事項を定めない府県が出たらどうなるんですか。

○政府委員(竹中浩治君) 任意的記載事項でございまして、これにつきましても私どもとしては大

変重要なもの、医療計画の中で非常に重要なものと考へておるわけでございまして、各都道府県において極力医療計画に盛り込むよう指導をしてまいりたいと考へております。

○佐藤昭夫君 しかし、目下住民の側にとつての急務である僻地医療の問題や救急医療の問題、これらの問題が任意規定になつてゐるわけでしやう。法律ではわざわざ「定めるものとする」という規定と「定めることができる」という規定と、二種類に定めてゐるんですけれども、後者の方に、今言つた僻地医療の問題や救急医療問題というのは含めてゐる。こういうことでは国民が望んでゐるような方向での今回の法案の内容になつてゐないと思ふんですね。住民の関心はベッドの削減、こんなところにあるんじゃないかと、今も言つた僻地医療とか夜間、休日の診療とか救急医療とか、こういうものがいかに整備充実をされるかという、ここに強い関心が向けられてゐる。

本当に厚生省としては、また大臣として、この医療計画作成の指導に当たつて、こうした内容が必ずきちつと盛り込まれるように指導を徹底するといふふうな約束ができますか、大臣、どうですか。

○政府委員(竹中浩治君) 医療計画の中におきまふ必要な記載事項は、医療圏の設定と必要病床数でございまして、これにつきましては、すべての都道府県が足並みをそろえさんと病院病床の適正配置を図る上で効果が出ないわけでございまして、そういう意味合いで必要な記載事項にいたしました。

それから、その他の事項につきましては、任意的記載事項、つまり、これはある県が仮に記載をしないとしても、他の県の医療計画に影響を及ぼさないといふことでございまして、任意的記載事項にしたといふだけのことでございまして、先ほど申し上げましたように、私ども、この任意的な記載事項も重要なものと考へておりますので、各都道府県で医療計画に盛り込むよう極力指導してまいりたいと考へております。

○佐藤昭夫君 しかし、よその府県に影響を与えないといふたつて、そんなことないでしやう。例えば救急医療の受け入れ態勢がこの県では不十分だといふ場合には、どうしたつて緊急措置としてよその府県へ行くんじゃないですか、そういう場合には。

問題をさらに進めますが、必要病床数の問題ですね。これは都府部に病院が集中をしておるといふ現状から見ても、結果としてはベッド数の削減のみを主たる目的にしてゐるんじゃないかという、そういう心配の聲は当然起つてくるんですね。

そこで、基本的な点を質問しますが、必要病床数を定めるに当たつては、住民の状態を無視してベッド数の削減だけが先行してはならない。国民皆保険のもとで、地域住民に必要にして十分な医療が受けられるような状態をどうつくるか、これを原則にする、基本にする、こうすべきだと思ふんですが、この点大臣、一遍お聞きしましやう。

○政府委員(竹中浩治君) 御指摘のとおり、必要病床数の算定に当たつては、地域の人口構成あるいは疾病構造等を勘案した上で、その地域の医療の確保の観点から必要にして十分なものとなるようにすることが肝要であると思へております。

○佐藤昭夫君 答弁はそういうふうに言われるけれども、そうならばなぜそのことが全うされるようにしなかつたかといふことです。

したがつて、医療計画は文字どおり住民に安心を与えるもの、賛成できるものでなくちゃならぬと思ふわけでありまして、そのために、拙速に進めるのじゃなくて、十分時間をかけて民主的に練り上げたものでなくちゃならぬ。住民の理解と賛同が十分得られるように、そういう手続を万全に進めるといふことが肝要だと思ふわけですが、この点、大臣どうですか。

○政府委員(竹中浩治君) 医療計画の策定に当たつては、地域の医療需要を十分調査しました上で、地域の実情を把握してゐる市町村あるいは

都道府県医療審議会の意見を聞くことにいたしておるわけでございまして、このように、医療計画の策定に際しましては、関係各方面の意向、意見が十分反映されるようにしてまいる所存でございまして。

○佐藤昭夫君 重ねて大臣にお聞きをします。

この医療計画というものは、住民に不安を与えないよう、住民が賛成できるよう、拙速に進めるのじゃなくて、十分時間をかけて民主的な議論を尽くして進めていくという、この基本的な立場をぜひ貫いてもらいたいといふふうに思ひますが、大臣、この基本的な点はどうか。

○国務大臣(増岡博之君) 先ほどお話を局長からいたしましたように、地域の事情を十分調査した上で、なおかつその上、実情を把握してゐる市町村や都道府県医療審議会の意見を聞くことといたしておるわけでございまして、御指摘の点につきましては鋭意留意をいたしてまいりたいと思ひます。

○佐藤昭夫君 そこで、医療計画の策定に当たつては市町村の意見を聞く、こういうことに法案の第三十条の三の十項で定めてあります。これは単に意見を聞くだけじゃなくて、市町村は住民の状態を一番よく知つてゐるのだから、意見を十分聞いて、その意向を基本に医療計画の策定もしくは変更に行つていくべきだと、そういう見地で国として指導を行つべきだといふふうに思ひますが、この点どうですか。

○政府委員(竹中浩治君) 医療計画の策定は都道府県が行つてゐるわけでございまして、各地域の実情を十分踏まえる必要があるといふことで各市町村の意見を聞くこととしたものでございまして、その各市町村の意見につきましては、医療計画の策定に当たつて、都道府県が十分尊重するよう適切な指導を行つてまいりたいと考へております。

○佐藤昭夫君 次は、都道府県医療審議会の構成の問題であります。医療と福祉は密接な関連があつて、例えば老人福祉、障害者福祉、これらの

問題は医療と深い関連をする施策が要求されてゐるわけでありまして、その意味からも、福祉関係者あるいはその関係の学識経験のある者、こういう人々たちをぜひ審議会の構成員に加ふるべきだといふふうに考へますが、その点についてはどうですか。

○政府委員(竹中浩治君) 都道府県医療審議会の構成でございまして、基本的には医療制度に関する学識経験者によつて構成をするといふふうに考へておるところでございまして、医療と福祉の連係を図るということは非常に重要なことでございまして、そういう観点から社会福祉関係者の選任につきましても検討をしてまいりたいと考へております。

○佐藤昭夫君 その趣旨をぜひ地方に徹底してもらいたいと思ふんですね。次に、医療機関の偏在の問題であります。いわゆる医療過疎地域の診療所や病院の整備や確保、これは具体的にどういふふうに進めるわけですか。

○政府委員(竹中浩治君) 医療過疎地域におきまふ医療機関の整備でございまして、これにつきましては所要の助成あるいは政策融資等、地域の実情に応じたさまざまな手段を講じてまいる所存でございまして。

○佐藤昭夫君 私の地元であります京都の例を一例として挙げますと、こんな姿になつてゐるんですね。

京都府は、北は日本海、南は奈良県の山国に接してゐる、こういう地域でありますけれども、北の日本海に面する丹波、そして南の相模郡、これは大変な医療の過疎状態にあります。調べてみると、診療所の数、人口十万人当たり京都市百十、それに対して丹波の地域は四十九・八、人口当たりのこれまたベッド数、この相模郡は京都市の四分の一以下、おまけにこの相模郡というのは、近年人口急増地域であるのに依然としてそういう姿にあるといふことで、こういう姿といふのはしからは何年ぐらいでこれを解消しようといふ

のが今度の法案の趣旨ですか。

○政府委員(竹中治治君) 何年ぐらいいで一定の水
準を確保できるのかという御質問でございますが、これは各地域の実情によつて大変異なつてお
るわけでございまして、現在の段階で、国とし
て何年ですういった医療過疎地域につきまして必
要な医療水準が確保できるかという点について
は、お答えをすることは困難であると考えており
ます。

○佐藤昭夫君 今回の法案を提出するその目的の
重要な一つに医療の過疎地域解消、そのための医
療計画をつくるということを強調しながら、しか
し実際に、京都だけの例じゃない、全国この府
県も似たような現象があると思ふんですけれど
も、そういう医療の過疎状態、これを解消するの
にどれくらいでそれが、今度の法案が出されたこ
とを契機にして、解決をしていくんだらうかとい
うことについては、いや、そんなことはわかりま
せん、こういうことで一体国民は納得をするん
でしようかね。当然、今回こういう法律を出して
きたというのを契機にして、国としても特別の
努力、特別の自治体に対する援助、これが必要な
はずであります。

この第三十条の五で、国と地方公共団体は、病
院、診療所の整備その他必要な措置を講ずるよう
努めるといふに書いてあるわけですが、それだけ
も、この具体的な内容というか、一体医療過疎地
域解消のために国としてはどのような特別の努力
をするんでしょうか。

○政府委員(竹中治治君) 医療過疎地域というお
話でございますが、その極端な場合が僻地医療で
あらうかと思ひます。

僻地医療につきましては、従来から年次計画を
つくりまして、それによりまして僻地中核病院あ
るいは僻地診療所の整備、僻地巡回診療の実施、
僻地勤務医師の確保等総合的な対策を進めてまい
つておるわけでございまして、昭和六十一年度か
らは第六次の僻地保健医療計画を策定いたしまし
て、引き続き対策の強化に努めてまいる所存でござ
います。

でございます。

一方で、僻地医療対策の対象にはならないが医
療過疎であるという地域に対する措置でございま
すが、先ほども申しましたように、所要の助成、
例えば病床不足地区における病床整備に係る医療
施設等施設整備費の国庫補助という制度がござい
まして、これに基づきまして都道府県、市町村そ
の他公的団体に補助をいたしておりますし、また
政策融資という点につきましては、社会福祉医療
事業団によりまして一定水準以下の病床しか整備さ
れていない地域に対しまして病院の新築、増築等
にかかわります融資を事業団で行つておるとい
うなことでもございまして、
こういう対策をできるだけ効率的に生かして
まいりたいというところでございまして。

○佐藤昭夫君 今回の御答弁を注意深く聞いてお
つても、今回の医療法改正案、この法案を出した
ことを機会に新しい制度をつくつてそういう僻地
医療充実改善のためにこういうことをやつてい
く、新しい援助制度をつくり出すという言われ
ておるのも、今度の法案の出る出ないにかかわ
らず、今までやつてきた助成措置、これを引き続
きやつていくという程度の言い方しかされていな
い。本当にその問題について、冒頭から触れま
したように、大蔵省からの高額補助金抑制を初め
として福祉の予算、これを切り捨てるさまたまな
圧力が加かつておるものと、責任を持ってこの点
はこうしますというふうに一体大臣言えますか、
ここで。この点はやっぱり大臣に。

○政府委員(竹中治治君) 医療計画との関係でござ
いまして、既存の助成制度、政策融資を十分活
用いたしまして各都道府県の医療計画の推進を支
援してまいりたいと考えておりますけれども、各
都道府県の医療計画の策定状況にもらみながら、
今後一層それらの施策の充実を図つてまいりたい
と考えております。

○佐藤昭夫君 とにかく、今の答弁の限りでは、
医療法、今回の法案を出しましたと、こう言つた

ところで、そういう医療過疎地の解消が急速に進
展をしていくというふうにはとても考えることが
できませんね。

さらに問題を発展させますが、国民によい医療
を提供するには、医療経営の安定が不可分であり
ます。この点で大臣、これはぜひ大臣にお尋ねを
しますが、御存じのように、十一月の十二日、国
民医療を守る全国病院大会ということで公私立の
病院関係の皆さん方が決起大会を持つて決議を行
つております。ごらんになつておると思ひいま
すけれども、三項目に集約をされる決議でありま
すが、その第一点、「政府は、社会保険診療報酬
に対する事業税の非課税措置を存続すること。」と
いう、この決議の第一項目になつておるわけであ
り、大臣として、厚生省として当然この立
場を主張するというところでしようね。

○国務大臣(増岡博之君) 社会保険の診療報酬に
つきましては、高度の公共性を持つておるわけで
ございまして、税務当局はその廃止を主張してお
りまして、私も私どもといたしましては、ぜひ
ともその存続を強く働きかけていきたいと思ひ
ております。

○佐藤昭夫君 次に、決議の二点目として、
「病院診療報酬改定要求を直ちに実施すること。」
というのが第二項目であります。その趣旨とし
て、要求の具体的な十六項目とあわせて、な
ぜこのことを今日緊急に要求をするかという趣旨
を書いた文書も添付をされておるわけでありま
すけれども、それによりまして、
昭和五十九年三月の診療報酬改定は、病院に
とつて、実質一・四％の収入減となり、病院経営
を一段と悪化させた。五十九年十月の健保本人
一割負担の実施により、経営状況はさらに悪化
し、六十年三月の改定は、平均的には二・二％
の増収となったが、物価や人件費の高騰に見合
うものではなく、特に小病院においては実質的
な増収とはならなかった。

このような状況の下で、病院の経営は逼迫の
度を増し、医療の荒廃を懸念させるようになって

てきているので、拡大再生産を含め診療報酬
を適時適正に改定して、良質の医療が継続発展
できるようにしなければならぬ。

というふうに趣旨を述べまして、以下十六項目の
具体的要求をさらに展開をされているわけであり
ますけれども、大臣、これらの要求を中医師の場
で十分協議をするという御意思はおありでしょ
うか。

○国務大臣(増岡博之君) 私といたしましては、
中医師に対しては、診療報酬の経営の安定とい
うことはかねて考慮に入れてくださいというこ
とを申し上げておるところでございまして。現在、
中医師におきまして審議中をございまして、そ
の審議の状況を踏まえて適切に対処してまいり
たいと考えております。

○佐藤昭夫君 最後に、もう一問お尋ねをいた
します。
今も、この診療報酬改定要求の、全国公私立病
院連盟のこの文書の中にもありますように、大変な
医療経営危機のもとにある。しかし、国の施策
が不十分のために、一部の医師の中に苦肉の策と
して、政治献金や党員集めによつて危機の打開を
図ろうとするこういう傾向が出ています。大臣、
ぜひこのような献金などをせずともいいように、
日本の医療の一層の発展のために、この文書でい
きますと、「良質の医療が継続発展できるように」
施策の充実と努力をさせていただきたいとい
うふうに思ひますが、大臣の決意のほど、どうで
しょうか。

○国務大臣(増岡博之君) 御趣旨の点は十分尊重
してまいりたいと思ひます。
○佐藤昭夫君 まだ少し残つていますが、これで
切りがよいから本日はこれで……。
○委員長(岩崎純三君) よろしいですね。
○佐藤昭夫君 はい。
○下村泰君 今回の医療法の改正なんでございま
すけれども、私はもうこういうものはまるで素人
でございまして。
今度の改正案は、地域の医療供給体制の体系的

次は、中間施設の問題について伺いますけれども、これからとにかく本格的な高齢化の社会になります。我が国の医療についてはこれから解決をしていかなければならない多くの問題が残されていると思います。

厚生省は、現在、寝たきり老人対策として医療と福祉の中間に位置するいわゆる中間施設の問題、その制度化を含め検討を行っているという聞いていますけれども、この検討状況についてお伺いしたいんですけれども、特にこの中間施設は医療法上どのような位置にこれがあるのか、与えられるのか、医療計画の中に位置づけられるのかどうか、これちょっとお伺いしたいんですけれども。

○政府委員(竹中浩治君) 中間施設につきましては、ことしの八月に懇談会から中間報告がございまして、在宅型の中間施設と収容型の中間施設というふうな考え方がまとめられておるわけでございます。

厚生省といたしましては、この報告の趣旨を踏まえて、現在いろいろ検討をいたしておるところでございますが、昭和六十一年度には十カ所、モデル実施をしてみたい。そのモデル実施の結果によりまして内容を固め、そして六十二年以降、本格的な実施に移りたいと考えておるわけでございます。

現在の段階におきましては、この中間施設、特に長期収容型の中間施設、いわゆる病院と特養との中間ということに相なるかと思いますが、これにつきましての内容、この内容がまだ十分確定をいたしておりません。これがもしかなり性格的にその内容が病院寄りのものということになりますと医療計画に大きな関係が出てまいりますし、一方で、中身が特養寄り、福祉施設寄りの中身というふうな結論になりますと医療計画にのせる必要というものは薄れてくるというふうなことでございまして、現在の段階では、まずその中身、性格を決めるという作業をいたしておりますので、それが確定いたしました段階で医療計画との関係

を決定していきたいと考えております。

○下村泰君 これはやっぱりそういう施設が完全にでき上がったとして、それが位置づけられないと、これは施設を経営する人も大変でしょうし、中で働いている人も大変でしょうし、それから、ましてそこに入っているいろいろな治療をする方、あるいはリハビリをする方もいろいろございまして、そういう方たちも非常に戸惑うといひますか、そういう状態に追い込まないように、ひとつお願いしたいと思ひます。

アメリカの方ではたばこを吸わない人、禁煙者がふえたために肺がんの率が半分減ったというような発表がございました。吸わないにこしたことはないけれども、まことに残念でございますけれども、それからアルコール中毒、これが大変、今、日本ではふえつつあるんですね。殊に家庭の主婦に多い。最近のテレビでもよくこれ報道しております。

さて、こういったアルコール中毒対策について公衆衛生審議会から答申が出されているというふうに承っておりますけれども、喫煙並びにアルコール中毒、これらの問題について今後の取り組み方についてお伺いしたいと思ひます。

○政府委員(仲村英一君) アルコール関連問題と私も申し上げておきますけれども、この対策につきましては十月の九日でございますけれども、公衆衛生審議会から意見具申がございました。内容的には、もしお尋ねでございますれば御紹介いたしますけれども、予防対策でございますとか、地域包括医療体制の整備でございますとか、社会復帰の問題でございますとか、教育、研修、研究等でございますけれども、そのような内容の意見具申があったわけでございます。

厚生省、私も申し上げてはこれを受けまして、公衆衛生審議会の中に精神衛生部会というのがございますけれども、そこに、アルコール委員会と申しますか、仮称でございますけれども、アルコールの関連の対策に關しての委員会を設置

する方向で検討しておりますので、今後、この意見具申に盛り込まれた総合的な対策のうちで実施可能なものから順次具体化を目指していきたいと考えておりますし、関係する各省もたくさんあるわけでございますので、各省庁とも十分協議をしながら今後の対策を進めてまいりたい、このように考えておるところでございます。

○下村泰君 あとの問題もほとんど出尽くしましたし、私の用意してまいりました質問はもうこれでネタ切れでございますので、種切れでございますけれども、大臣にひとつお願いしておきます。

大臣は落語は好きでしょうか。落語の中に「手おくれ医者」というのがあります。聞いたことございますか。何かというとき手おくれだ、手おくれだと言うのか。で、屋根屋の職人が屋根から落ちるんです。もう手おくれだ。すると、本人が、先生何とかして助けてください。屋根から落ちる前に来いというの。これが落とさないんですよ。

ところが、日本の行政機関というのはこういうのが多いんですよ。一番いい例が、私が法務委員をやつておるときに、ベッチェット氏病の患者の皆さんが秩父の郊外に御自分たちのリハビリセンターをつくるために、ちょうど今いらっしゃいませんが、大石武一先生がまだいらしたところで、その大石武一先生のお友達がたまたまその秩父の郊外に土地を持っていた。その土地を提供するからリハビリの施設をおつくりなさい。そこで、そのベッチェット氏病の患者の方々がそこへ出かけていったんです。それで測量しようとした。これは追っ払われたんです。わけのわからぬ病氣を持ってくるなとか、観光の町秩父をそれこそどめくらの町にするなというふうな言葉を使つて追い出されたんだそうです。それで、私は法務委員会で扱ったんですよ。時の法務大臣は稲葉先生でした。人権擁護局というのがあるのにもかかわらず、なぜこういうのをちゃんとしてあげないんだと申しましたら、訴えがなければ人権擁護局は動かないんだと。これじゃ「手おくれ医者」

と同じなんですよ。

ザイルでロッククライミングやつてますね。岩登りしておる。そのザイルが切れかけておる。当然落ちれば死ぬんです。ところが、おつちてから死体を収容したって何にもならぬでしょう。落ちるのを助けにやいかぬ。

私は、いつもこれを申し上げたいんですよ。日本の行政というのはいつもこういう状態が多いんです。ですから、救急医療の確保などというのは私は本心に声を大にし、口先のとんがらるほど私は申し上げたいんですよ。とにかく「手おくれ医者」になつてほしくないんですよ。殊に厚生省は、厚生大臣の力強いひとつ言葉をいただきたいと思ひます。

○国務大臣(増岡博之君) 物事というのは、やはりおつしやるように、手おくれになるということには取り返しがつかない、あるいは取り返しがつかない莫大な経費がかかるということが多かろうと思ひます。行政を預かる者といひましては、そのようなことがないように十分配慮をしながら前向きに取り組んでまいりたいというふうに考えます。

○委員長(岩崎純三君) 本案に対する本日の質疑はこの程度にとどめます。

本日はこれにて散会いたします。

午後五時五十五分散会

十二月六日本委員会に左の案件が付託された。

一、老人保健制度の拠出金増額反対に關する請願(第六一六号)

一、民間保育事業振興に關する請願(第六一七号)(第六一八号)(第六一九号)(第六二〇号)

(第六二二号)(第六二三号)(第六二四号)(第六二五号)(第六二六号)(第六二七号)(第六二八号)(第六二九号)(第六三〇号)

(第六三二号)(第六三三号)(第六三四号)(第六三六号)(第六三七号)(第六三八号)(第六三九号)(第六四〇号)(第六四二号)

(第六四四号)(第六四五号)(第六四六号)(第六四七号)(第六四八号)(第六四九号)(第六五〇号)(第六五一号)(第六五二号)(第六五三号)(第六五四号)

(第六五五号)

一、保育制度の充実等に關する請願(第六五八号)

一、老人保健制度の拠出金増額反対に関する請願(第六五九号)(第六六四号) 一、被爆者援護法の制定に関する請願(第六六五号) 一、民間保育事業振興に関する請願(第六六七号)(第六六八号)(第六六九号)(第六七〇号)(第六七一号)(第六七二号)(第六七三号) 一、保育所制度の充実に関する請願(第六七四号) 一、失業対策事業の存続等に関する請願(第六七七号) 一、輸血及び血液製剤のエイズ汚染排除等に関する請願(第六八三号) 一、失業対策事業の存続等に関する請願(第六九〇号) 一、民間保育事業振興に関する請願(第六九二号)(第六九三号)(第六九四号)(第六九五号) 一、輸血及び血液製剤のエイズ汚染排除等に関する請願(第六九六号) 一、老人保健制度の拠出金増額反対に関する請願(第七〇五号) 一、被爆者援護法の制定に関する請願(第七〇六号) 一、民間保育事業振興に関する請願(第七〇七号)(第七〇八号) 一、国立十勝療養所と国立療養所帯広病院の統合反対に関する請願(第七〇九号) 一、失業対策事業の六十五歳繰引き・四万人首切り反対等に関する請願(第七一〇号) 一、民間保育事業振興に関する請願(第七三八号) 一、老人保健制度の拠出金増額反対に関する請願(第七四六号) 一、民間保育事業振興に関する請願(第七四七号)(第七五三号) 第六一六号 昭和六十年十一月二十二日受理 老人保健制度の拠出金増額反対に関する請願(二通)	請願者 大阪府松原市岡三ノ一五ノ二 大塚義博外八千五百六十九名 紹介議員 福岡 知之君 この請願の趣旨は、第二八四号と同じである。 第六一七号 昭和六十年十一月二十二日受理 民間保育事業振興に関する請願 請願者 名古屋守山区廿軒家長栄一五二和進館保育園内 石田太神外四千八百二十九名 紹介議員 井上 計君 この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。 第六一八号 昭和六十年十一月二十二日受理 民間保育事業振興に関する請願 請願者 名古屋市中区大幸町一ノ七名城幼稚園内 岩井直外一万七千七百九十二名 紹介議員 馬場 富君 この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。 第六一九号 昭和六十年十一月二十二日受理 民間保育事業振興に関する請願 請願者 東京都港区白金四ノ七ノ二みつばち保育園内 縄星子外四千九百四十八名 紹介議員 宇都宮徳馬君 この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。 第六二〇号 昭和六十年十一月二十二日受理 民間保育事業振興に関する請願 請願者 滋賀県八日市市本町二ノ一 森田孝子外四千七百四十七名 紹介議員 山田耕三郎君 この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。 第六二二号 昭和六十年十一月二十二日受理 民間保育事業振興に関する請願 請願者 東京都東村山市富士見町二ノ二ノ	二つばみ乳児保育園内 須藤雅外四千七百五十三名 紹介議員 野末 陳平君 この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。 第六二二号 昭和六十年十一月二十二日受理 民間保育事業振興に関する請願 請願者 東京都北区神谷三ノ三ノ一一小林廣之外四千八百六十五名 紹介議員 三木 忠雄君 この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。 第六二三号 昭和六十年十一月二十二日受理 民間保育事業振興に関する請願 請願者 神戸市兵庫区須佐野通一ノ一ノ七田中英雄外二千七百七十五名 紹介議員 安武 洋子君 この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。 第六二四号 昭和六十年十一月二十二日受理 民間保育事業振興に関する請願 請願者 埼玉県加須市本町一五ノ三 村山道子外八千二百八十八名 紹介議員 吉川 春子君 この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。 第六四六号 昭和六十年十一月二十二日受理 民間保育事業振興に関する請願 請願者 神戸市垂水区学が丘四ノ九ノ一〇 箕浦志保外二千七百二名 紹介議員 石井 一二君 この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。 第六四七号 昭和六十年十一月二十二日受理 民間保育事業振興に関する請願 請願者 京都市南区吉祥院鶴音堂南町 西村万蔵外一万六千四百五十三名 紹介議員 植木 光教君	この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。 第六四八号 昭和六十年十一月二十二日受理 民間保育事業振興に関する請願 請願者 名古屋市西区天塚町一ノ二八あけぼの保育園内 西村正義外四千七百四十四名 紹介議員 大木 浩君 この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。 第六四九号 昭和六十年十一月二十二日受理 民間保育事業振興に関する請願(三通) 請願者 三重県松阪市松ヶ島町九四六 高島順応外二万二千百十九名 紹介議員 斎藤 十朗君 この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。 第六五〇号 昭和六十年十一月二十二日受理 民間保育事業振興に関する請願 請願者 岐阜市古市場一〇六ノ四 西垣安之外六千四百六十四名 紹介議員 杉山 令肇君 この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。 第六五一号 昭和六十年十一月二十二日受理 民間保育事業振興に関する請願 請願者 埼玉県春日部市八丁目四九七小鳩保育園内 平原新子外三千三百二名 紹介議員 土屋 義彦君 この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。 第六五二号 昭和六十年十一月二十二日受理 民間保育事業振興に関する請願 請願者 島根県安来市安来町一、一二九安来保育園島根県私立保育園連盟内 岩佐昌紀外六千二百六十八名 紹介議員 成相 善十君
---	---	--	---

この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。

第六五三号 昭和六十年十一月二十二日受理
民間保育事業振興に関する請願
請願者 横濱市保土ヶ谷区峰沢町一〇五ノ二ノ二三 渡辺満外二千九百九十九名
紹介議員 奏野 章君
この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。

第六五四号 昭和六十年十一月二十二日受理
民間保育事業振興に関する請願
請願者 長崎市銀座町二六七ノ五 柄本貴子外三万二千二百八十八名
紹介議員 初村滝一郎君
この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。

第六五五号 昭和六十年十一月二十二日受理
民間保育事業振興に関する請願
請願者 群馬県桐生市境野町六ノ二三六群馬県私立保育園連盟内 正和法隆外六千二百八十五名
紹介議員 最上 進君
この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。

第六五八号 昭和六十年十一月二十五日受理
保育制度の充実等に関する請願
請願者 大阪府吹田市千里山竹園一ノ三ノGノ三〇二 神林豊外二千四十九名
紹介議員 福間 知之君
この請願の趣旨は、第二四九号と同じである。

第六五九号 昭和六十年十一月二十五日受理
老人保健制度の拠出金増額反対に関する請願
請願者 兵庫県宝塚市安倉中四ノ一七ノ二 佐藤豊外四千五百六十九名
紹介議員 福間 知之君

この請願の趣旨は、第二八四号と同じである。

第六六四号 昭和六十年十一月二十五日受理
老人保健制度の拠出金増額反対に関する請願
請願者 鹿児島県肝属郡串良町上小原四、九〇五 内倉政信外五千五百五十名
紹介議員 片山 甚市君
この請願の趣旨は、第二八四号と同じである。

第六六五号 昭和六十年十一月二十五日受理
被爆者援護法の制定に関する請願
請願者 大阪府高槻市津之江北町一六ノ二 山本利男外千九百九十九名
紹介議員 片山 甚市君
この請願の趣旨は、第四九号と同じである。

第六六七号 昭和六十年十一月二十五日受理
民間保育事業振興に関する請願(八通)
請願者 福岡市中央区白金二ノ五ノ二四 蒲池孝子外六万六千五百七十五名
紹介議員 遠藤 政夫君
この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。

第六六八号 昭和六十年十一月二十五日受理
民間保育事業振興に関する請願
請願者 愛知県春日井市神屋町三三六 稲垣範治外二千三百四十六名
紹介議員 大木 浩君
この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。

第六六九号 昭和六十年十一月二十五日受理
民間保育事業振興に関する請願
請願者 鳥取県倉吉市東昭和町一七七ノ一 鳥取県私立保育園連盟内 大橋忠道外三千二百七十名
紹介議員 小林 国司君
この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。

民間保育事業振興に関する請願
請願者 埼玉県熊谷市見晴町四〇五 奥野博正外三千六百十五名
紹介議員 関口 恵造君
この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。

第六七一号 昭和六十年十一月二十五日受理
民間保育事業振興に関する請願
請願者 奈良県北葛城郡新庄町南藤井九二ノ一華表保育園内 布施教雄外千六百六名
紹介議員 堀内 俊夫君
この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。

第六七二号 昭和六十年十一月二十五日受理
民間保育事業振興に関する請願
請願者 栃木県宇都宮市駒生町八三一 国井恒外二千六百三十名
紹介議員 森山 眞弓君
この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。

第六七三号 昭和六十年十一月二十五日受理
民間保育事業振興に関する請願
請願者 名古屋市中千種区下方町三ノ三ノ一 千草保育園内 平岩善夫外一万五千二百七十七名
紹介議員 吉川 博君
この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。

第六七四号 昭和六十年十一月二十五日受理
保育所制度の充実に関する請願
請願者 東京都千代田区永田町二ノ一二ノ四 工藤修俊外三千三百一名
紹介議員 松尾 官平君
乳幼児が健全に成長するうえで必要な保育所の制度を充実するため、次の事項について確立を図られたい。

一、保育所制度を堅持すること。
二、保育所措置費の国庫負担を確保すること。

三、保育所措置費を改善すること。

1 職員の給与の格付を是正すること。
2 業務省力化等勤務条件改善費を改善すること。

3 一般生活費を増額すること。
4 児童用採暖費、除雪費を大幅に増額すること。

5 管理費を増額すること。
6 事務職員雇上費を改善し全保育所へ配置すること。
7 保育単価の定員区分を改善すること。

四、特別保育対策を充実すること。
五、保育所における乳幼児健全育成相談事業を拡大・充実すること。
六、保育所の保育料は現状を維持すること。

第六七七号 昭和六十年十一月二十六日受理
失業対策事業の存続等に関する請願
請願者 福岡県田川郡赤池町伏原三七一ノ七 小島賢一郎外九百九十九名
紹介議員 安恒 良一君

職者臨時措置法は昭和六十一年三月三十一日で期限切れとなり、これらの延長が必要である。ついで、田川地区の浮揚・再生のため、産炭地政策の推進と新たな政策を行うよう、次の事項について実現を図りたい。

一、失業対策事業の存続活用、制度事業の強化拡充をすること。
二、住民負担の増加による福祉、医療施策の後退をやめ高齢化社会に対応する老人対策を強化すること。

第六八三号 昭和六十一年十一月二十六日受理
輸血及び血液製剤のエイズ汚染排除等に関する請願
請願者 千葉県市川市高石神三ノ一二三
荒井美奈外一十七名
紹介議員 下村 泰君
この請願の趣旨は、第六〇二号と同じである。

第六九〇号 昭和六十一年十一月二十六日受理
失業対策事業の存続等に関する請願
請願者 福岡県田川市魚町一七ノ四 久木
達夫外九百九十九名
紹介議員 安永 英雄君
この請願の趣旨は、第六七七号と同じである。

第六九二号 昭和六十一年十一月二十六日受理
民間保育事業振興に関する請願
請願者 名古屋市中区沙田町二ノ三一 安
藤順院外七百九十九名
紹介議員 大木 浩君
この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。

第六九三号 昭和六十一年十一月二十六日受理
民間保育事業振興に関する請願
請願者 栃木県宇都宮市弥生一ノ六ノ三
風間嘉信外六千五百一名
紹介議員 大島 友治君

この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。

第六九四号 昭和六十一年十一月二十六日受理
民間保育事業振興に関する請願
請願者 鳥取県倉吉市東和町一七七ノ一
鳥取県私立保育園連盟内 別所正
徳外三千九百十七名
紹介議員 坂野 重信君
この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。

第六九五号 昭和六十一年十一月二十六日受理
民間保育事業振興に関する請願
請願者 大阪府此花区西島三ノ二六ノ一二
北港学園保育所内 神谷周道外四
千七百七十四名
紹介議員 森下 泰君
この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。

第六九六号 昭和六十一年十一月二十六日受理
輸血及び血液製剤のエイズ汚染排除等に関する請願
請願者 東京都港区虎ノ門二ノ四ノ一七血
液製剤の安全を考える患者の会内
保田行雄外四十名
紹介議員 中西 一郎君
この請願の趣旨は、第六〇二号と同じである。

第七〇五号 昭和六十一年十一月二十七日受理
老人保健制度の拠出金増額反対に関する請願
請願者 宮城県仙台市中央四ノ九ノ一五
真橋吉郎外千六百五十五名
紹介議員 片山 甚市君
この請願の趣旨は、第二八四号と同じである。

第七〇六号 昭和六十一年十一月二十七日受理
被爆者援護法の制定に関する請願
請願者 大阪府豊中市寺内一ノ一ノ一
ノ二〇六 高橋ふさ子外千七百九
十九名
紹介議員 片山 甚市君

この請願の趣旨は、第四九九号と同じである。

第七〇七号 昭和六十一年十一月二十七日受理
民間保育事業振興に関する請願
請願者 鹿児島市城西三ノ四ノ一九 柳野
榮孝外七百十名
紹介議員 金丸 三郎君
この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。

第七〇八号 昭和六十一年十一月二十七日受理
民間保育事業振興に関する請願
請願者 鳥取県倉吉市東和町一七七ノ一
鳥取県私立保育園連盟内 松本秀
和外三千四百三十六名
紹介議員 西村 尚治君
この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。

第七〇九号 昭和六十一年十一月二十七日受理
国立十勝療養所と国立療養所帯広病院の統廃合反
対に関する請願
請願者 北海道帯広市西三条南三三丁目
山口光治外千四百九十名
紹介議員 丸谷 金保君
国立十勝療養所と国立療養所帯広病院は、営利追
及を目的としないで、国民病といわれた結核を中
心に高度総合的な医療を行い、道東の地域医療の
充実と医療水準及び公衆衛生の向上に大きな役割
を果たしてきた。今日、国民の医療需要が増大す
るなかで、道東の地域住民と地方自治体は、国立
病院・療養所の充実と強化を求めている。道東地
方四支庁六十一地方自治体中五十八地方自治体に
おいて議会で決議をしている。政府は、本年八月
二十二日、住民や地方自治体の要望、決議を無視
し、国立十勝療養所と国立療養所帯広病院の統廃
合を行い、両施設以外の場所に新病院建設の計画
を決めた。国立十勝療養所、国立療養所帯広病院
ともに何年もかけて整備を終え、国立医療機関と
してそれぞれの機能を発揮し、地域医療に貢献し
ている。いま必要であるのは統廃合や、別な土地

への病院建設ではなく、河東郡音更町、帯広市を
はじめ、地方自治体が求めている充実強化であ
る。ついで、道東地方の住民の要望及び地方自
治体の決議を尊重し、地域住民の医療の充実・発
展のため、国立十勝療養所と国立療養所帯広病院
の統廃合計画を取りやめ、それぞれの施設を現在
地において整備・拡充されたい。

第七一〇号 昭和六十一年十一月二十七日受理
失業対策事業の六十五歳繰引き・四万人首切り反
対等に関する請願
請願者 東京都三鷹市新川六ノ二〇ノ一ノ
二 堀江真雄外十二名
紹介議員 丸谷 金保君
この請願の趣旨は、第四五五号と同じである。

第七三八号 昭和六十一年十一月二十八日受理
民間保育事業振興に関する請願
請願者 大阪府南区南船場二ノ九ノ五あゆ
み保育園内 大沼登貴子外四千百
七十五名
紹介議員 中村 鋭一君
この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。

第七四六号 昭和六十一年十一月二十八日受理
老人保健制度の拠出金増額反対に関する請願
請願者 名古屋市中区緑区鳴子町一ノ一 森一
美外一万四千九百九十九名
紹介議員 高木健太郎君
この請願の趣旨は、第二八四号と同じである。

第七四七号 昭和六十一年十一月二十八日受理
民間保育事業振興に関する請願
請願者 名古屋市中区笠寺町大門六三 近
藤謙治外一万九百六十名
紹介議員 高木健太郎君
この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。

第七五三三号 昭和六十一年十一月二十八日受理

民間保育事業振興に関する請願

請願者

島根県安来市安来町一、一二九安来保育園島根県私立保育園連盟内

川中英明外六千百十七名

紹介議員 亀井 久興君

この請願の趣旨は、第六〇〇号と同じである。

昭和六十年十二月十九日印刷

昭和六十年十二月二十日発行

参議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局