

第百二十三回国会 厚生委員会 議 録 第十一号

平成四年五月十五日(金曜日)

午後一時五分開議

出席委員

委員長 牧野 隆守君

理事 栗屋 敏信君

理事 野呂 昭彦君

理事 持水 和見君

理事 池端 清一君

理事 伊吹 文明君

理事 小沢 辰男君

理事 坂井 隆憲君

理事 住 博司君

理事 中島洋次郎君

理事 畑 英次郎君

理事 三原 朝彦君

理事 築瀬 進君

理事 沖田 正人君

理事 小松 定男君

理事 清水 勇君

理事 田中 昭一君

理事 外口 玉子君

理事 石田 祝穆君

理事 児玉 健次君

理事 菅 直人君

出席國務大臣

厚生大臣 山下 徳夫君

出席政府委員

厚生大臣官房総務審議官

厚生大臣官房審議官

厚生大臣官房老人保健福祉部長

厚生省健康政策局長

厚生省保健医療局長

寺松 尚君

委員外の出席者

厚生省薬務局長 川崎 幸雄君

厚生省保険局長 黒木 武弘君

文部省高等教育局長 喜多 祥彦君

同医学教育課長 高峯 一世君

厚生委員会調査室長

委員の異動

五月十五日

大石 千八君

加藤 卓二君

土肥 隆一君

同日

中島洋次郎君

原田 義昭君

土肥 隆一君

補欠選任

加藤 卓二君

大石 千八君

土肥 隆一君

五月十四日

看護婦確保法の制定に関する請願(木島日出夫君紹介)(第一九五六号)

同外一件(秋葉忠利君紹介)(第二〇〇〇号)

同(竹村幸雄君紹介)(第二〇〇一號)

同外一件(貴志八郎君紹介)(第二〇二八号)

同(児玉健次君紹介)(第二〇二九号)

同(竹村幸雄君紹介)(第二〇三〇号)

同(竹村幸雄君紹介)(第二〇七三三號)

同(古堅実吉君紹介)(第二〇七四四号)

同(古堅実吉君紹介)(第二〇七四四号)

同(古堅実吉君紹介)(第二〇七四四号)

同(古堅実吉君紹介)(第二〇七四四号)

同(古堅実吉君紹介)(第二〇七四四号)

同(古堅実吉君紹介)(第二〇七四四号)

同(古堅実吉君紹介)(第二〇七四四号)

同(古堅実吉君紹介)(第二〇七四四号)

同(古堅実吉君紹介)(第二〇七四四号)

同(古堅実吉君紹介)(第二〇七四四号)

同(池端清一君紹介)(第一九七五五号)
同(児玉健次君紹介)(第二〇三二一號)
同(石破茂君紹介)(第二〇七五五号)
同外一件(網岡雄雄君紹介)(第二〇二二二號)
国立医療機関の賃金職員の定員化に関する請願
(川崎寛治君紹介)(第一九五八八号)
同(村山富市君紹介)(第二〇〇六六号)
より安全な水道水の水質基準見直しに関する請願
(佐藤親樹君紹介)(第一九七六六号)
同(宮坂三夫君紹介)(第二〇七六六号)
カイロプラクティックなど医療類似行為の取り扱いに関する請願(加藤卓二君紹介)(第一九七七五号)
同(東力君紹介)(第二〇〇三三號)
療術の制度化促進に関する請願(宮路和明君紹介)(第一九七八八号)
同外四件(渡瀬憲明君紹介)(第一九七九九号)
同外二件(小沢一郎君紹介)(第二〇〇四四号)
同(木村義雄君紹介)(第二〇〇五五号)
看護職員をはじめとする保健医療・福祉マンパワー確保のための立法と確保対策の具体化に関する請願(竹村幸雄君紹介)(第一九八〇号)
同(小川国彦君紹介)(第二〇七七七号)
同(阿部未喜男君紹介)(第二〇〇六六号)
同(赤松広隆君紹介)(第二〇〇七七号)
同(秋葉忠利君紹介)(第二〇〇八八号)
同(網岡雄雄君紹介)(第二〇〇九九号)
同(有川清次君紹介)(第二〇一〇〇号)
同(五十嵐広三君紹介)(第二〇一一一號)
同(井上一成君紹介)(第二〇一二二號)
同(井上善方君紹介)(第二〇一三三號)
同(伊東秀子君紹介)(第二〇一四四号)
同(伊藤茂君紹介)(第二〇一五五号)
同(伊藤忠治君紹介)(第二〇一六六号)
同(池田元久君紹介)(第二〇一七七号)

同(池端清一君紹介)(第二二一八八号)
同(石井智君紹介)(第二二一九九号)
同(石橋大吉君紹介)(第二二二〇〇号)
同(岩田順介君紹介)(第二二二一一號)
同(若垂寿喜男君紹介)(第二二二二二號)
同(宇都宮真由美君紹介)(第二二二三三號)
同(上田卓三君紹介)(第二二二四四号)
同(上田哲君紹介)(第二二二五五号)
同(上田利正君紹介)(第二二二六六号)
同(上原康助君紹介)(第二二二七七号)
同(遠藤登君紹介)(第二二二八八号)
同(小川国彦君紹介)(第二二二九九号)
同(小澤克介君紹介)(第二二三〇〇号)
同(小野信一君紹介)(第二二三一一號)
同(緒方克陽君紹介)(第二二三二二號)
同(大出俊君紹介)(第二二三三三號)
同(大木正吾君紹介)(第二二三四四号)
同(大島章宏君紹介)(第二二三五五号)
同(岡崎トミ子君紹介)(第二二三六六号)
同(岡崎宏美君紹介)(第二二三七八号)
同(岡田利春君紹介)(第二二三八九号)
同(沖田正人君紹介)(第二二四〇〇号)
同(加藤繁秋君紹介)(第二二四一一號)
同(加藤万吉君紹介)(第二二四二二號)
同(川崎寛治君紹介)(第二二四三三號)
同(川島實君紹介)(第二二四四四号)
同(川俣健二郎君紹介)(第二二四五五号)
同(木間章君紹介)(第二二四六六号)
同(貴志八郎君紹介)(第二二四七七号)
同(北川昌典君紹介)(第二二四八八号)
同(北沢清功君紹介)(第二二四九九号)
同(串原義直君紹介)(第二二五〇〇号)
同(小岩井清君紹介)(第二二五一一號)
同(小林恒人君紹介)(第二二五二二號)

施設であります。したがって、老人保健施設

は医療提供施設であると同時に、一方におきましては福祉関係の性格を持つ施設であると考えておりますが、この点について厚生省のお考えをお聞きする次第でございます。

○古市政府委員 今回の医療法改正案におきましては、老人保健施設の医療を提供するという側面に着目しまして、医療提供施設の一つとして老人保健施設を位置づけているところでありまして。しかし、老人保健施設につきましては、開設許可等の基本につきましてはこれまでどおり老人保健法の定めるところによることとしておりまして、医療サービスと日常生活サービスをあわせて提供するというその性格に今回の改正でもって変化が来るといふことではございません。

○綱岡委員 二つ目に御質問申し上げますが、今日の土地取得の状況は、御案内のように土地を取得することが非常に困難な状況にございます。したがって、こういう土地取得の困難な状況というものを踏まえてまいりますと、病院の施設基準につきましては、すべての施設が病院内でなければならぬという規定になっているわけでございますが、この運用を改めまして、一部のものは隣接であつてもよい、あるいは公道によって隔たつていても、事実上一体的な状況に入つていふという全体の判断がされるような場合にはこれを認める、こういうことについて事実上の運用を図つていく時期に来ていふと思うのでございますが、この際、厚生省のお考えをただしたいと思ひます。

○古市政府委員 病院の各施設につきましては、それぞれ有機的な関係を持つ必要があるということから、公道によって隔てられている場合には、施設としての一体性、それから患者に対する影響等の問題がございますので、これまでは原則として認められないということでありましたが、患者が使用することのない施設、かつ患者に医療サービスを提供する上で支障がないものにつきましては適切に運用していくことができないか、現行法の運用問題として、個別事例に即しまして改

善方を検討してまいりたいと思ひます。

○綱岡委員 ぜひひとつ運用の面で、実態的な実情を考慮した上で対処していただきたいということとを要望する次第でございます。

次に、三つ目の質問でございますが、今回の法案の附則には、当厚生委員会で大変大きな議論になつたインフォームド・コンセントについて検討し、その結果に基づいて必要な措置を講ずる旨の規定が設けられようといはれております。私は、これはまことに今日の時宜を得た附則修正であるといふことで、評価をいたしたいと存じます。そこでお尋ねをいたしますが、今後この規定に基づいてどのようなプログラムで厚生省は検討することになるのか、この際、明らかにしていただきたいと思ひます。

○古市政府委員 いわゆるインフォームド・コンセント、十分な説明と同意といふものにつきまして、医師と患者の信頼関係を支える一つの方法として、今後の医療提供の理念におきまして重要な事項であると考えております。

これまでの御審議におきまして御意見を踏まえて、今後、医療現場における信頼関係を築くための方策の工夫の仕方などの把握に努めるとともに、信頼関係に基づく医療のあり方について検討してまいりたいと考えております。各種の検討会で検討をお願いするということになるのかと思ひますが、その際には医療の担い手だけでなく、医療を受ける立場の方の御意見も踏まえて検討していくように配慮したいと思つております。

○綱岡委員 今局長から最後のところで御答弁をいただいたわけでございますが、私もその点が、もし厚生省で検討委員会あるいはこのインフォームド・コンセントの検討を進めていく場合には、非常に重要だと思つたのです。医療をする担い手の方の代表は出ますけれども、医療を受ける立場にありますが患者の意見といふものが、ともしば水面下にあつたといふような嫌いが今日まであつたような気がいたします。今局長から明確な答弁がございましたが、検討委員会などを持

たれました場合には、患者の声を代表する人たちの委員会に対する参加をぜひひとつ保障していただきたいといふことを再度確認の上で御質問申し上げますが、お答えいただきたいと思ひます。

○古市政府委員 現在の関係審議会の構成委員を見ましても、そのような方も入つておられるわけでございますが、さらにこの問題は患者、受ける方というのは非常に関係するところが多ございしますから、そのような点に十分配慮して進めてまいりたいと思ひます。

○綱岡委員 次に四番目ですが、インフォームド・コンセントは、医療の倫理として極めて重要なものであることは言をまたないところでございます。当然のことですが、今後の大学におきまして、医学の教育などにおきまして、インフォームド・コンセントは重要な教育課題とならなければならぬと思ふのであります。

そこで、一つ問題提起として私申し上げたいのがありますが、医療の倫理をわきまえた立派な人格を備えた医師をつくるためにも、医師、歯科医師の国家試験でこのインフォームド・コンセントの問題を取り上げれば、当然のことでございますが、これらの大学教育の中でインフォームド・コンセントの教育は一段と進むといふふうに思ふのであります。医学の倫理教育としては大きな意味を持つと思ふのでありまして、ぜひひとつ検討してはどうかと思つていふところでございますが、この際、厚生省のお考えをお尋ねを申し上げます。

○古市政府委員 医科大学、医学部等の教育内容について厚生省は直接関係するといふ立場にはございせんが、私どもの関係いたしますことといはしましては、医師国家試験の重要な項目であるといふこと、それからまた卒後臨床研修という立場は我々が直接所管しているところでございます。そういう立場から、既に医師の国家試験の出題項目として、中項目の中に「医師と患者・家族との関係」あるいは「医療行為」といふ項目がこれまでにございました。しかし、それをさらに明確にいたしますために、今回インフォームド・コンセ

ントという言葉も入れて、国家試験の出題項目として挙げたわけでございます。さらに、卒後研修等におきましても、そういう立場からの実習が十分図れるように努力を進めてまいりたいと思ひます。

○綱岡委員 非常に明確な御答弁をいただいて、私も意を強くしたところでございます。

それでは、次の質問に移りたいと思ひます。

五番目といたしまして、インフォームド・コンセントを定着させるために、これまた私は提起をいたしたいと思ふのでございますが、今、厚生省では厚生科学研究費補助金という制度がありまして、平成三年度では七十四億円の補助がされていふといふふうに聞いていられるわけでございますが、この補助金制度を執行するに当たっては、インフォームド・コンセントがその研究の過程の中で必要だといふものについては、ぜひひとつ補助金を交付する際に、インフォームド・コンセントを行うといふことを条件にして補助金の支出をするように、厚生省は今後対応していただきたいといふふうに私は考えるわけでございます。

これは厚生省の守備範囲の中で渡される補助金でございますから、厚生省がそのことを判断すれば、いつでもやれる範囲内のものでございます。他の医療機関などにインフォームド・コンセントを進行させていく模範を示す、こういう意味におきまして、厚生省がこの点についてぜひ実施の方角で進んでいただきたいといふことを考えるわけでございますが、どうでございましょうか。アメリカでは現にこういう方角で実施をしているといふことを聞くわけでございますが、ぜひそういう方角で検討されたい、実施されたいといふことを思うわけですが、どうでしょう。

○大西政府委員 お答えを申し上げます。

先ほど古市長からも御答弁申し上げましたように、私もいたしましては、このインフォームド・コンセントというのは、医療の場面におきまして医師と患者の相互の信頼関係を支える方法の一つといふことで、今後の医療を考える上で極

めて重要な理念であると考えております。

そこで、今先生御提案の、インフォームド・コンセントを定着普及するために医学関係研究費の助成に当たっての条件にしようかというところは、非常に重要な御提言でございまして、そういうふうにも私ども受けとめておりますが、ただ、医学研究一般ということになりますとその対象が非常に広がり過ぎて、必ずしもいわゆる診療に係る部分ばかりではないということが一つございまして、もう一つは、研究の場合ですと、一般に研究の趣旨を何らかの形で被験者に説明いたしまして、その協力を得て行うということでございます。医療の場面で用いられております患者に対するインフォームド・コンセントと、若干概念なり内容で違いはあるという感じもいたしております。

したがって、一律的にその条件として付すということは、実際問題としてなかなか難しい問題もあるかと思いますが、せっかくの御提言でございまして、従来から専門家の委員会での研究費の審査を行っているわけではございますが、そういうインフォームド・コンセントの実施を審査の過程でどのような形で取り扱うかという点も、そういう専門家、研究者の意見も一回伺いながら、少し勉強させていただきたいと思っております。

○綱岡委員 検討、勉強ということでの御答弁でございまして、問題は、私はやる気の問題だというふうに思っているわけでは、やるつもりになれば、当然これはチェックを打つ範囲というものはおのずとわかっていくところではございます。検討していく方向でございまして、御答弁でございまして、国がこのインフォームド・コンセントの模範を示す意味では、全体のインフォームド・コンセント制度の前進を図る意味で非常に大きな意味を持つておりますので、ぜひひとつこの点については目に見えた前進の措置をとられるように要望する次第でございまして。

次に、私どものところにも全国の患者からかな

り多くの要望の文書が来ているところでございまして、先日の質問の場合にも出たところでございまして、けれども、改めて私どもからも確認をさせていただきたいと思うのでございまして。

最近、人工透析を受けている患者から、今回の医療法改正によって特定機能病院など大きな病院にかかりにくくなるのではないかと、このような改正であらばやめてほしいという意味の手紙や文書がたくさん来ているわけではございます。これまでの審議でも質問もあつたところでございまして、けれども、再度この問題について明確な御答弁をお聞かせいただきたいと思います。次第でございまして。

○古市府政委員 今回の医療法改正によりまして、現在通院あるいは入院されております透析患者、さらには難病患者の方々も現在の医療を受ける上でさらに不利益、不都合になるというところは全く想定もされてないことではございますが、そのような声が非常に大きいこともわかりましたので、改正を通じて、また実施を通じて、誤解がないように十分周知徹底を図っていききたいと思っております。

○綱岡委員 それでは、次の質問に移りたいと思っております。

第八番目の問題といたしましては、今日、医療分業が医療の質を向上するために非常に役立っているというところは、一般的な常識として評価をされつつあるわけではございます。今インフォームド・コンセントの質問を行ったところでございまして、分業が進行する過程におきまして医師から処方せんが薬局に回るといことは、診療所及び病院が行おうとする医療の中身というものが処方せんの内容によってある面では明らかになっていくわけではございまして、その場におきます服薬指導というのを薬剤師が行うことによって、これまでの具体的なインフォームド・コンセントが患者にされる、こういう役割を果は持っていると思うのでございまして。

したがって、そういう面からいけば、面による医療分業というものは、その両面において大

きな前進をしていくという内容を持つていようと思ふのでございまして。その意味で、面分業というものを進めていかなければならない時期に来ていると思うのでございまして、厚生省としてこの面分業を今後どのように発展、進行させようとしていくのか、具体的なものについてぜひひとつお答えをいただきたいと思います。

○川崎府政委員 本来の医療分業の趣旨にかなつたこの薬局でも調剤を行う、こういった医療分業の体制は、今先生も御指摘いただきましたように、複数病院の受診による重複投薬とか相互作用の防止、調剤薬と大衆薬との相互作用の防止など、薬理管理の効果が十分発揮できるということから、医療の質の向上には極めて重要なものであるというふうに考えております。

そういった医療分業の体制整備のために、厚生省といたしましては、三師会などの関係者が話し合いなどを行つていただきました。地域全体で医療分業を進める医療分業促進事業、こういったものを現在実施しているところでございまして。このほか諸施策を進めているところでございまして。けれども、本年度からはそれに加えて、地域におきまして薬局の受け入れ態勢をより強化するため、地域レベルで調剤用の医薬品を備蓄したり、薬局へ譲渡するなどの業務を行います。医療分業推進支援センターといったものの設置を全国的に進めていくことといたしてはおります。

厚生省といたしましては、以上のような施策を講ずることによりまして、どの薬局でも調剤を行うというふうな医療分業を進めるために、必要な環境の整備に努めてまいりたいと考えております。

○綱岡委員 次に御質問申し上げますが、これは前回私が質問をした点でもございまして、今御答弁がありましたが、面分業が進んでいく、こういうことになりましたら、当然薬局は備蓄医薬品を抱えていかなければならぬことになるわけではございまして。その場合に、薬局といういわば小経営の形態の状況では、備蓄する医薬品というものは

は少量にならざるを得ないわけではございまして。ところが、その少量の医薬品の種類というものが、今日の医薬品の流通の状況からいいますと極めて困難でございまして。

そこで、前に質問させていただいたところでもございまして、分業の際に、行う側からいいますと一番問題点は小包装の医薬品の供給、それから医薬品の分割販売の簡易化、こういったものが非常に重要な役割を持つてくるわけではございまして。この点につきまして厚生省は鋭意検討され、努力をされてきていると思いますが、今日時点におきましてこの問題への厚生省の対応というものは一体どういうふうになっているのか、お聞かせをいただきたいと思います。

○川崎府政委員 小包装の医薬品の供給を推進し、調剤用医薬品の分割販売に際しましては、表示の簡略化を図ることにつきましては、医療分業を推進していくために大事なことであり、うふうに考えておりますが、これはまた従来より先生から御指摘を賜つたところでございまして。

これらにつきましては、いろいろ検討をさせていただきましての結果、まず小包装品の供給につきましては、ことしの三月、薬価基準収載医薬品の包装単位基準を改正いたしまして、例えば錠剤について申し上げますと、従来の六百錠を百錠にするなど、これまでより小さな包装の医薬品の供給を行つていただくよう、業界団体を指導しているところでございまして。

それからまた、表示の簡略化につきましては、医薬品備蓄センター等が地域の薬局に対しまして調剤用の医薬品を分割販売する、こういったような場合には、その医薬品に表示すべき事項につきまして省略したり簡略化できるように、本年五月一日に薬事法の施行規則等の改正を行ったところでございまして。

○綱岡委員 ぜひひとつさらに一層のこの点における推進を図つていただきたいと思います。要望する次第でございまして。

次に御質問申し上げますが、これから分業が進展をしていくことになりまると、薬剤師の不足が各地で言われるようになってきております。薬剤師の養成及び生涯教育について厚生省としてどう対応されようとしているのか、お答えをいただきたいというふうに思います。

○川崎府委員 だいたい先生が御指摘いただきましたように、医薬分業を進めていくためには、地域での受け入れ態勢の整備という意味で、薬剤師の確保ということがまた重要なポイントになってくるわけでございます。そのため、最近では薬局に勤めていただける薬剤師さんがやや不足しているといったような声も聞かれるところでございますので、ひとつ未就業でいらつしやる薬剤師さん方の就業促進対策というのに取り組んでまいりたいというふうに考えておるところでございます。

また一方、薬局薬剤師さんの資質の向上という意味で、薬剤師の生涯教育推進といったような観点での研修といったようなことを進めてまいりたいというふうに考えております。

○岡岡委員 それでは、一般的な質問につきましてはこれで終わります。次に確認質問に移りたいというふうに思います。

まず、確認質問の第一は、療養型病床群への患者の入院に当たっては、入院日数により機械的に取り扱うことは厳に慎むべきであり、患者と家族の理解と納得が得られるよう十分に配慮すべきではないか、このように考えるのでございますが、この点について厚生省の考え方を答えたいでございます。

○山下国務大臣 療養型病床群への入院につきましては、基本的にはその患者が病状安定期にあるかどうか、医師の判断によることといたしております。患者の入院期間によって一律に取り扱うことは考えておりません。

また、療養型病床群への入院に当たっては、医師と患者との相互の信頼関係に基づき、適切に配慮されるものと考えております。

○岡岡委員 確認質問の二つ目は、療養型病床群について許可を与える場合には、少なくとも看護単位を基準とすべきだと考えるのでありますが、この点についてどうでございますか。

○山下国務大臣 療養型病床群は、病状が比較的安定しながらも長期間にわたり療養を必要とする患者に対して、ふさわしい医療体制を提供するものであり、そのために一般病床とは異なる設備、人員配置が求められております。

人員配置などの面からは、一般に病床が最小単位となると考えられますが、病状に応じた医療の提供を進める必要があることなどを踏まえ、許可に当たっては、看護単位を基本として運用してまいりたいと考えております。

○岡岡委員 第三点の質問でございますが、特定機能病院に係る初診料等の取り扱いについては、紹介外来型病院と同様の取り扱いとするのかどうか、極めて重要な問題でございますので、厚生省の方針をお伺い申し上げます。

○山下国務大臣 特定機能病院につきましては、高度な医療を必要とする患者を優先的に取り扱うことが望ましいことにかんがみ、紹介制を取り入れることとしております。

これに係る初診料等の取り扱いにつきましては、中央社会保険医療協議会の御審議を踏まえながら検討することとなると思いますが、特定機能病院制度と紹介外来型病院制度は、その趣旨や要件の面でも相違もあることから、特定機能病院については、直ちに紹介外来型と同様の取り扱いをするにはならないものと考えております。

○岡岡委員 四番目でございますが、特定機能病院の紹介率については、地域の実情も勘案して紹介制度のあり方を考えるということであれば、その紹介率については、地域医療審議会の議を経て特定機能病院が自主的に設定できるようにすべきではないのか、この点についてお尋ねいたします。

○山下国務大臣 特定機能病院につきましては、高度な医療が必要と判断された患者が優先的に医療を受けることができるように、紹介制度を導入することとされている点が制度の特色であります。しかし、特定機能病院が地域医療の一端を担っているということ、また、大学病院の場合には医学教育の観点から一般の患者を必要とすることから、紹介によらない患者も受け入れることといたしております。

特定機能病院における紹介患者の受け入れのあり方につきましては、地域の実情、医学教育の現状なども考慮して適切に対処していきたいと考えており、全国一律の紹介率は考えておりません。

○岡岡委員 第五の確認質問でございますが、医薬品情報管理室は既に一部の国立病院や大学病院等にも設置されているところであり、高度な医療を提供する特定機能病院には設置義務を付するべきではないかと思うのでありますが、この点についてどうでございますか。

○山下国務大臣 特定機能病院につきましては、高度な医療を提供する上で、医薬品の投薬や管理について専門性を求められておりますことは、私も承知をいたしております。

御提案の医薬品情報管理室については、特定機能病院の構造設備を定める厚生省令を定める際に、その業務内容等とあわせて、医療審議会の御意見も伺った上で、設置する方向で検討したいと考えております。

○岡岡委員 確認質問の六でございますが、医療機関の機能別類型化を図るということは、当然それに見合った診療報酬体系の構築を図ることが必要と考えるのでありますが、厚生省の方針はいかがでございますか。

○山下国務大臣 今回の医療法改正案におきましては、新たに特定機能病院及び療養型病床群が制度化されることとされておりますが、これらの施設に係る診療報酬上の取り扱いにつきましては、その機能、人員配置基準等の具体的な内容を踏まえ、まずは中央社会保険医療協議会で十分御議論をいただくことになるものと考えております。これを踏まえながら、それぞれの施設に応じた適切な対応が図られるように検討してまいりたいと考えております。

○岡岡委員 確認質問の七番目でございますが、広告に関してお尋ねをいたします。

医療機関の広告制限の緩和に当たっては、入院調剤技術基本料や運動療法料、作業療法料などの対象としての人員、施設基準を充足しているとして承認されている旨の広告、訪問看護、総合検診、経過観察などの実施に関する広告、紹介提携医療機関の広告などができるようにし、医師の資格、ランクづけにつながる情報は禁止すべきではないか。

さらに、病院、診療所内に掲示しなければならない事項として、保険外負担の内容と料金、差額室料の料金とその設備の概要などを定めるべきではないかと考えるのでありますが、どうでございますか。

○山下国務大臣 広告のあり方及び院内表示事項につきましては、医療審議会にお諮りした上で決めるべきものではあります。患者に適切な医療情報を提供するという観点から、御質問の趣旨を踏まえて、広告の内容及び方法についてより適切な基準を設けるとともに、院内表示事項についても適切に対処してまいりたいと考えております。

○岡岡委員 確認質問の八番目でございますが、医療法の目的について、医療の担い手と医療を提供する施設の両面から医療を提供する体制を確保する目的であることを明確にすべきであると思うのでありますが、この点についてはどうでございますか。

○山下国務大臣 医療供給体制を確立する観点から、医療の担い手の確保は極めて重要な問題であると考えております。改正法案第一条の三におきまして、国及び地方公共団体の責務として包括的に規定しているというところでございます。

○岡岡委員 確認質問の九番目でございますが、医療計画の策定、改定に当たって「市町村の意見を聴かなければならない」とされているが、これを「関係市町村と協議しなければならぬ」と

と改めるべきであると思いますが、この点についてはどうでございましょうか。

○山下国務大臣 現行の医療法におきましては、都道府県は医療計画を策定または変更しようとする場合には、市町村の意見を聞かなければならぬこととなっております。こうした医療計画策定手続の中で、お伺いした市町村の御意見については尊重してまいりたいと考えております。

○綱岡委員 確認質問の十番目でございます。

老人保健施設を医療施設に位置づけるに当たっては、医療ケアと日常生活サービスを提供する目的から逸脱することのないよう、また、むだな医療が行われたりすることのないよう配慮することが必要と思うがどうか、お伺いをいたします。

○山下国務大臣 老人保健施設につきましては、その医療提供の側面に着目して、今回医療法に位置づけたところでございますけれども、医療ケアと日常生活サービスをあわせて提供するという施設の性格は変わるものではございませんので、今後ともその本来の趣旨を踏まえ、適切に運用してまいりたいと考えております。

○綱岡委員 次に、ちょっと追加をいたしますが、老人病院、老人保健施設、特別養護老人ホームの費用負担、サービスのレベルについて整合性をとるよう努めることが必要と思うが、どうでございましょうか。

○山下国務大臣 老人病院、老人保健施設、特別養護老人ホームにつきましては、サービスの質の確保、向上に努めるとともに、その機能、役割の連携を図ることが必要であると考えております。また、それぞれのサービスに共通する介護面に着目した場合、費用負担に著しい格差が生じることとは適当ではないと考えております。

今後とも、各施設の機能の違いを踏まえつつ、サービスの内容、費用負担について整合性を図る方向で検討し、適切に対応してまいりたいと思っております。

○綱岡委員 メディカル・ソーシャルワーカーの身分について、医療と福祉を総合的に考慮した上

で位置づけられるよう、関係団体と協議すべきではないかと思うのでございますが、その点どうでございましょうか。

○山下国務大臣 今後の医療を進めていく上で、メディカル・ソーシャルワーカーは重要なものと考えておりますが、資格法の制定につきましてはなおさまざまな議論もあり、今後とも、関係者全体の意見も聞きながら、適切に対応したいと考えております。

○綱岡委員 次に、療養型病床群に入院している患者の容体が急変したときは、速やかに一般病棟で診療を受けられるようにすべきではないか、この点についてお答えいただけますか。

○山下国務大臣 療養型病床群におきましては、主に医師が病状安定期にあると判断した患者を治療することを予定しており、病状が急変した患者につきましては、医師の判断により、必要に応じて一般の病床に移して治療を行うこととなると考えております。

○綱岡委員 若干時間が余りましたので、一般質問を二、三問つけ加えさせていただきますというふうに思います。

一つは、薬物療法の向上に役立つ服薬指導の四百点業務というものが今度新しく設置をされたわけでございます。

そこでお尋ねをいたしますけれども、国立病院、国立療養所などでこれは当然率先して行っているかなければならないというふうに思うわけでございますが、私はこの際ぜひひとつ、この業務を行っていく場合の対処の仕方といったしまして、四百点業務の服薬指導に当たりましては、患者と対面をいたしましてデータにつきましては、そのデータを利用して、患者にとっていかにすばらしいものであるかということを積極的にPRしていくことが必要であると思う次第でございます。そして、慢性疾患やあるいはこういう患者の治療を行っていく場合の薬の管理などについて、詳しい薬の説明と、副作用が出ているかどうかという点についての有無の観察等をきちんとデータ

の中に入れていくということは非常に重要な業務であると私は思いますし、これもインフォームド・コンセントの一つの形態を示す重要なものであるというふうにも思っているわけでございまして、この点についてどういうお考えをお持ちなのかお尋ねをいたしますとともに、国立病院、国立療養所における四百点業務を今後積極的に推進をしていく必要があると思うのでございしますが、この点についてどういうお考えをお持ちなのか、お尋ねをいたします。

○寺松政府委員 先生の御質問の中に国立病院・療養所のお話が出ましたので、私、担当いたしておりますのでお答えをしてみたいと思います。

先生がおっしゃいましたとおり、近年、入院患者に対しますサービスの向上というような観点から、薬歴の管理、服薬指導というふうなものについては非常に重要だと考えております。これはいわゆる四百点業務と今先生おっしゃいましたが、そういうものでございまして、これは患者さんの医療を考えます場合に、その質の向上を図る上で非常に役立つのではないかと思います。

国立病院・療養所の現状でございますけれども、三十七の施設におきまして医療保険の施設承認を得ておりまして、四百点業務を行っておりますのでございまして、私も、従来から国立病院・療養所につきましては、施設長会議あるいは薬剤師等専門官等の会議がございすけれども、そのような会議を通じてこの四百点業務の重要性、そしてそれに積極的に取り組むようにというふうなことを指示しております。今後とも、そのように一層積極的に取り組んでまいりたいと思っております。

それから、先生が御指摘いただきましたデータの活用というのでございすでしょうか、それからいろいろ副作用、そういうふうなものに関連いたしますいろいろな情報、この辺も織りまぜまして私ども患者の指導等をやってまいりたい、このように考えております。

○綱岡委員 そこで、もう一点お尋ねをさせていただきます。

ただきたいと思うのでございますが、今日、国立病院、それから国立療養所などで院外処方せんが発行されておるわけでございすけれども、正確な数字はともかくといたしまして、一体どういった処方せんの発行状況になっているかということ、できるだけ詳しく御説明をいただきたいというふうに思います。

○寺松政府委員 今の先生の御質問で、院外処方せんの発行率というのでございすでしょうか、詳細に報告するように、こういうお話でございすので、お話ししてみたいと思います。

国立病院・療養所におきましては、これは一般の施設でも同様でございすけれども、外来患者の待ち時間の短縮あるいは薬歴管理、服薬指導というものの充実を図りますために、院外処方せんの発行に努めておるところでございすけれども、平成元年度からは、大都市周辺を中心といたしまして外来患者の多い三十七の国立病院等を選びまして、院外処方せん発行モデル施設として選定いたしました。地元の薬剤師会と十分連携をとりまして、組織的に院外処方せんの発行に取り組んでおるところでございす。

先ほど御質問の率でございすけれども、このモデル施設の院外処方せんの発行率というものは、これは六十三年度から始めたものでございすので六十三年度から申し上げますと、八・〇％でございす。その後、平成元年度九・二％、平成二年度一・一％、平成三年度二・六％と、徐々にございすけれども、高い低いというようにいろいろ言われるかもしれませんが、順調に伸びておるところだと私も考えております。国立病院・療養所におきましては、今後ともこれらモデル施設を中心に積極的に院外処方せんの発行促進に取り組んでまいりたい。そして、このモデル施設以外にも、これらに取り組んでおります国立病院・療養所はございす。

以上でございす。

○綱岡委員 最後でありますけれども、医療分業というものは、医療の質の向上に極めて有益な影響を

持っているということを常日ごろ私も考えているところでございますが、この医療分業、特に面分業に向けて進んでいく場合における厚生省の進め方の所信についてお尋ねをいたしまして、質問を終わりたいと思います。

○川崎府政委員 先生が御指摘なさいますように、これからの医療分業、それもいわゆる面分業、本来の医療分業の趣旨になつたような分業の体制が整備されてまいらなければならないというふうに考えております。

それで、先ほども触れさせていただきましたけれども、現在の分業は、全国的に見ますと地域的にかんがりの格差といえますが、隔たりがございます。基本的には地域の関係者の御理解というものが一番大事なのじゃないかと思ひまして、私どもといたしましては、三師会を初めとしました関係者による地域に合った医療分業の進め方を御検討いただくといったような定着促進事業というものをやっております。そのほか、受け入れ態勢の整備としての医療分業推進支援センターの整備につきまして助成をするといったようなものを、本年度から開始いたしましたところでございます。

そのほか、実際に分業を担当していただく地域の薬局、薬剤師の資質の向上、こういったこともこれから進めてまいらなければならないと思っております。この研修を担当しております研修センターにつきましては、岡岡先生も大変御支援をいただいておりますので、大変ありがたく感謝申し上げます。次第でございます。

○岡岡委員 終わります。

○牧野委員長 遠藤和良君。

○遠藤(和)委員 この医療法でございすけれども、私はこのように理解をいたしております。患者の皆さんをどのように交通整理をいたしまして適切な医療を受けられるようにするか、一口に言へばそういう法律ではないかと思うのでございす。その医療機関の体系化の問題であるとか交通整理のあり方ですね。これがともすれば、交通整理の仕方によりましては、患者さん

に差別医療になったり、あるいは体系化というのが医療機関のランクづけになったり、あるいは交通整理のやり方によっては患者にペナルティーをかけたり、門前払いをしたりする心配がある。こういうことで、この法案の中で政令に委任されたことを早く明確にすべきである、こういうことも要求いたしまして、それも政府は誠実に実行した。

しかし、なおかつ、この医療法のいろいろな審議を通して、この法案というものは問題点が多いから大幅に修正をすべきである、このように考えまして、この法案の本文の修正が三項目、そして附則の新設を四項目、こういう大幅な修正要求を私ども公明党は政府に提案をしてきたところでございます。

政府は、この提案に對しまして、ある意味で誠意にお答えになりまして、私どもとしては、あらかた私たちの考え方が理解されたのではないかと、このように考えているわけでございすけれども、本日は総仕上げの質問という意味もございすから、その私たちの意向というものが間違いないく反映されているかどうか、このことを確認する意味で、今までの質問も踏まえて若干質問をいたしたいと思っております。

私どもが条文の修正を要求いたしました箇所は、医療の担い手に薬剤師さんとか看護婦さんというものを明記すべきである、こういう主張をいたしました。これは法律に明記することになりました。今までは医師と歯科医師、そのほかの方々は「その他」というふうになっていたわけでございす。「その他」というのは「その他」でくくるのはおかしいというところございす。薬剤師さんあるいは看護婦さんという職を医療の担い手として明確に、こういうことがこの修正で明らかになったわけでございす。あるいはまた、医療提供施設間の連係の情報の受け手としても薬剤師さんを明記する、あるいはまた特定機能病院には薬剤師を配置する、こういう面は私たちは積極的に評価できる問題であると思ひます。

一つ確認をしておきたいことは、私たちの考え方は、インフォームド・コンセントを初めとする患者の権利等を明確にいたしました医療基本法の制定を検討せよということに附則に入れるべきであるということをお願いしたのでございす。今示された附則の中身は「政府は、医師、歯科医師、薬剤師、看護婦その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係をより促進するため、医療の担い手が、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得よう配慮することに関し検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする」という表現にとどまっております。これに基づいて、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

○山下国務大臣 たいだいの点につきましてお答えいたしますが、インフォームド・コンセントにつきましましては、世界の医療のあり方が大体そちらの方に進んでおる。先進国においてこれを取り入れてきていることは御承知のとおりでありまして、したがって、我が国におきましても、方向としてはこれを取り入れるべき方向に前向きで行っている、既にそういう方向に向かつておると申し上げていいと思ひます。

ただ、その前にクリアしなければならぬ幾つかの問題がある。一つは、その場合にプライバシーという問題をいかにして確保するか、あるいは皆さんの告知をどうするかといったような問題がございす。これらの問題につきましましては真剣に取り組んでいかなければならないと思っております。

○遠藤和委員 私は、一番最初、この法案の審議入りのときに衆議院の本院議場で代表質問をいたしました。そのときに総理の答弁も、医療基本法の制定ということについては、将来の課題として検討したいという旨の発言がありましたし、当委員会でも厚生大臣から同じ趣旨の発言がござい

ました。こういったことも既に答弁済みの話でございすけれども、きょうは最後の質問でございすから、再度確認させていただいていこうとございす。

○山下国務大臣 患者の権利を盛り込んだ医療基本法の制定についての御提案でございすけれども、医療の場においては医師と患者との信頼関係が基本であります。御承知のとおりであります。患者の権利をどのように取り扱い、どのように法的に規定していくことが望ましいかということございまして、それがいかに医療のあり方に結びつくかということについて、今後とも十分検討してまいりたいと思っております。

○遠藤(和)委員 わかりました。それから、第二項目でございすけれども、私どもは、国、地方自治体の責務として医療の担い手の育成と確保を明記すべきである、あるいは将来の検討課題といたしまして、医療供給体制の全体像を明確にした上で、家庭医制度とか専門医とか専門病院制度の検討を行うべきである、いわゆる次の改正の道筋を今回の附則の中に明記すべきであるということも申し上げました。

さらに、配置基準の見直しについても、私どもはこのように提言をいたしました。「マンパワーの確保に努め、看護職員の配置基準を見直し、国民に適正な医療・保健・福祉サービスが提供できるよう検討すること。」このように申し上げまして、そのいずれもが附則の中に明記されたのでございす。これは修正案がこれから出るわけでございすけれども、附則の中に入っていることについては、こういったことが全部含まれていると理解してよろしうございす。

○古市府政委員 御指摘の点につきまして、まず医療供給体制の全体像の明確化、さらには家庭医制、専門医、専門病院の制度の検討につきましまして、私どもは、患者の病状に応じた良質の医療を提供する体制を確保するという観点に立ちまして、御指摘の家庭医を含めました地域医療の連係、専門病院、有床診療所のあり方など、医療供給体

制の残された課題についても引き続き検討するとうふに承知いたしております。

それからまた、看護職員等の人員配置基準につきましては、現在の一律の配置基準が今回の改正によって特定機能病院、療養型病床群によって一部変更することとありますが、今後の医療施設のあり方につきましても、機能分化の検討を続けていく中におきまして、入院患者の病状に照らして適切なものになるように検討を続けていくことと思っております。

それからまた、公的な国、地方自治体の医療の担い手の育成と確保に対する責務も検討になりましたが、それも当然御要望があったということと、それにこたえていかなければならないと思っております。

○遠藤(和)委員 例えば人員配置基準で、看護婦さんの配置基準が四ベッドに一人ということですが、長い間の数字が据え置かれていたわけですね。これはマンパワーの確保ができた時点におきましては見直しをいたしまして、三対一あるいは二対一ということが考えられると理解してよろしゅうございますか。

○古市政府委員 今回の改正案の審議の過程で、そのような御要望がなされたということは十分私どもは肝に銘じておりますが、現在、この人員確保を図っていくとする看護婦等人材確保法案自身が、まだ国会で御審議の途中であるわけでございます。既に昨年の暮れに、西暦二〇〇〇年を指して看護婦の需給計画については数字を出ささせていただいたわけでございますが、その努力を誠実に続けて、先生の御指摘のような改善の状況ができるという状況を早く迎えたいと思つて、努力を続けていく所存でございます。

○遠藤(和)委員 それから、いわゆる受診抑制関係です。これは私たちが一番危惧した点なんですけれども、我が方といたしましてはこのように提案をさせてもらいました。まず、附則に「本法施行に当たっては患者の受診抑制を招かないよう常に配慮すること。」ということを入れない。そ

して、確認を答弁いたしまして、「体系化が患者にとって差別医療にならないよう配慮すべきである。」あるいは「特定機能病院に高度医療を限定しないこと。また、本改正が医療機関のランクづけに結びつかないよう十分に配慮すること。」という要望をしたのでございます。

こうした要望を踏まえて、政府・与党の回答によりますと、附則の中に「政府は、医療を提供する施設の機能の体系化を推進するに当たっては、国民の必要かつ適切な受診が抑制されることのないよう配慮するものとする。」と明記されたわけでございますが、私はもう一歩突っ込んで、政府は医療施設機能の体系化を進めるというのですけれども、我が国の医療の特徴でございます、いつでもどこでもだれもがアクセスできる医療施設、いわゆるフリーアクセスですね、こういうよき伝統を今後とも維持していくということが受診抑制を起さないよう配慮するという大きな哲学ではないかと思うのでございますが、こういった現行制度のよさを今後とも維持していく決意ですか。

○古市政府委員 現在、先生の御意見のとおりだと思っております。ただ、現在の日本の非常な状況とされております。フリーアクセスの結果が、結局、みんなが自由に選んだ結果が、特定機能病院の機能がフルに効率的に発揮されていないという状況を来していることも事実かと思ひます。そういうことから、日本のよき伝統のフリーアクセスを守りながら、その実効が上がるような体制に持っていくたいということから、今回提案をさせていただいたわけでございます。

言うまでもなく、大病院の中でのいかにその機能をフリーに開放しようといひましても、結果的に一分から数分の診察しかできないということでは、果たしてそれがフリーアクセスにこたえていることかという大きな疑問がありますし、そういうことを改善する要望も非常に強いわけでございます。そういうことで、よき日本の伝統をさらによくするというところで、今回の改正案を御審議いただいているということで御理解いただきたいと

思いますが、先生の御意見のとおりかと思ひます。

○遠藤(和)委員 それでは、若干確認を続けたいと思ひますが、療養型病床群に對しても私どもは心配いたしまして、療養型病床群への患者の入院に当たっては、入院日数によって機械的に取り扱ふというところは厳に慎むべきであり、患者と家族の理解と納得が得られるように十分に配慮をすべきである、これはある意味で当然のこととてございすけれども、確認をさせていただきます。

○山下国務大臣 療養型病床群への入院につきましては、基本的には、その患者が病状安定期にあるかどうか、医師の判断によることといたしております。患者の入院期間によって一律に取り扱うことは考えておりません。また、療養型病床群への入院に当たっては、医師と患者との相互の信頼関係に基づき、適切に配慮されるべきものと考へております。

○遠藤(和)委員 それから、要するに今度は療養型病床群に入院された患者さんの容体が急変した場合ですけれども、この場合は速やかに一般病棟の方に移動いたしまして診察が受けられるようにする、これも当然のことではないかと思ひますが、どうでしょう。

○山下国務大臣 療養型病床群におきましては、主に医師が病状安定期にあると判断した患者を治療することを予定いたしております。病状が急変した場合においては、医師の判断により、必要に応じ、一般の病床に移して治療を行うこととなる、かように考えております。

○遠藤(和)委員 それから、療養型病床群について許可を与える場合は、少なくとも看護単位を基準とするべきである、このように考えますが、どうでしょう。

○山下国務大臣 療養型病床群は、病状が比較的安定しながらも長期間にわたり療養を必要とする患者に対して、ふさわしい医療体制を提供するものであり、そのために一般病床と異なる設備、人員配置が求められます。

位となると考えられますが、病状に応じた医療の提供を進める必要があること等を踏まえて、許可に当たっては、看護単位を基本として運用してまいりたいと考えております。

○遠藤(和)委員 局長に確認したいのですけれども、看護単位ということですが、これはいわゆる俗に言うナースセンター単位、このように理解してよろしいのでしょうか。

それから、これは療養型病床群専門の看護婦さんのチームができて、その人たちが昼夜にわたって勤務体制を組んで看護に当たる、このように理解してよろしゅうございすか。一般病床から入れかわりをするということはない自己完結的な看護体制、このように理解してよろしゅうございすか。

○古市政府委員 先生、今ナースセンターと言われたと思いますが、ナースステーションと通常言つていて、病棟の中にその病棟を看護する看護婦さんの体制がそこに在る。物は一緒だと思ひます。その人たちが一定の期間、いわゆる何交代でやるのかということも含んで看護の計画ができるわけでございすから、そこに専属の看護婦さんがいるということでございます。ただ、多くの病院においては、慢性病棟から一年なり半年でまたチーム編成で、人事異動みたいなものがございますが、小児科病棟に行ったりということはないと思いますが、ある限られたところにいるような人が出入りすることとはございせん、そこに配置された看護婦さんによってその看護が組まれるということで、御指摘のとおりかと思ひます。

○遠藤(和)委員 それから、特定機能病院のこととてございすけれども、私どもは、紹介外来の制度をそのまま特定機能病院に当てはめたいように思ひますが、こういうふうな提言をしたわけでございすか、こうなると理解してよろしゅうございすか。

○黒木政府委員 特定機能病院につきましては、高度な医療を必要とする患者を優先的に取り扱う

ことが望ましいことにかんがみまして、紹介制を取り入れることとされております。

これに係る初診料等の取り扱いにつきましては、中央社会保険医療協議会の御審議を踏まえながら検討することとなりますが、特定機能病院制度と紹介外来型病院制度は、その趣旨や要件の面でも相違があることから、特定機能病院について直ちに紹介外来型と同様の取り扱いをすることにほならないものと考えております。

○遠藤(和)委員 それで、初診料の扱いについて確認したいのですが、要するに、現在の紹介外来型の病院制度というのは、紹介のない患者の方は初診料に保険が適用されませんから、全額自己負担になるわけですね。しかし、この特定機能病院に紹介制を導入するにいたしましても、紹介外来型病院と同じ扱いにしないという意味は、この特定機能病院に紹介のない患者が来られても、これを排除しない、しかも初診料の部分についても保険を適用する、このように明確に理解してよろしゅうございませうか。

○黒木政府委員 御指摘のように、現在の紹介外来型病院は、紹介状を持っていかれた患者さんには、今四千三百円または四千五百円でございますけれども、保険の方で高い初診料を払ってあります。しかし、紹介状を持ってこれない方には、この四千三百円または四千五百円を自己負担していただくという形になっておるわけでございませう。

今回、特定機能病院についてこれの取り扱いをどうするかというのは、これからの医療法上のいろいろな基準なり、中医協の御審議を踏まえながら検討することになるわけでございまして、現段階でなかなか確定的には申せないわけでございませうけれども、先生が御指摘なさいましたように、現行の紹介外来型病院とはかなり違うのではないかと、特定機能病院は相変わらず地域に開かれた病院の機能を持つていないかというのを考え合わせますと、先生が御指摘のような方向になるのではないかと現時点では考えている次第でございます。

ます。

○遠藤(和)委員 確かに紹介外来型病院、今あるものですね、これは保険の点数上決められている病院というのは、あくまで紹介率一〇〇％ということに前提にしているわけですね。今度の特定機能病院に紹介制を導入するということは、地域で決めるという話もありましたが、おおむね例えば一〇％、二〇％、三〇％ぐらいになる可能性が強いんですね。当然紹介のない方は排除してはならない、自由に来られる。そうすると、全く今までの考え方とは違った発想でできるわけですから、保険上の取り扱いもそのようになっていっていかるべきだ、違つてしかるべきだ、このように考えますので、今の答弁のような保険の点数を考えると、診療報酬を考へる場合にぜひそういうことを考慮に入れてもらいたい。強く要望したいのですが、どうですか。

○黒木政府委員 先ほど申し上げましたように、紹介率の取り扱いが具体的にどういうふうになるのか、それから、診療報酬は中医協の議を経る必要がございますので、申しわけございませんが、確定的にお答えすることはできかねるわけでございますけれども、私も現段階におきましては先生と同じような考えを持っております。

○遠藤(和)委員 それで紹介率の問題でございますけれども、この紹介率については全国一律としないように、それから、私どもの考えとしては、地域の実情もあるし、また大学の病院においては、プライマリークアも担当しているところもありませう。そういうことから、地域医療審議会の議を経る、特定機能病院がみずから設定できるようにしてはどうか、このように言つたわけでございませうが、どのようにになりますか。

○山下国務大臣 特定機能病院につきましては、高度な医療が必要と判断された患者が優先的に医療を受けることができるように、紹介制度を導入することとしたしている点が制度の特色であります。しかし、特定機能病院が地域医療の一端を担っていること、また、大学病院の場合には、医学教

育の観点から一般の患者を必要とするということから、紹介によらない患者も受け入れることといたしております。

特定機能病院における紹介患者の受け入れのあり方については、地域の実情、医学教育の現状なども考慮して適切に対処していきたいと考えており、全国一律の紹介率は考えておりません。

○遠藤(和)委員 全国一律の紹介率を考えたいないことは十分承知しているわけでございまして、それではなくて、私は特定機能病院が自主的に設定できるようにせよというのを言っているんですけれども、それに対するお答えがありません。これは地域の実情を聞いた上で、例えばこの地域は一〇％にしましょう、あるいは二〇％にしましょうということ、包括的に国が最終的にはA郡の病院については一〇％、B郡については一五％、C郡については二〇％と、このようにお決めになることなんでしょうか。その具体的な段取りを聞きたいんです。

○古市政府委員 現在お願ひしています法案というもので御審議していただいておりますという段階でございますので、今、先生がおっしゃったようなところまで具体的に詰まっているわけではございません。

しかし、それではイメージもわかないということでございますが、一応私どもは、従来からお答えしていますように、今回の特定機能病院というものは、高度な医療が必要と判断された患者が優先的に医療を受けることができるようにということから、外来につきましても、紹介制度を基本に運営されることを本来の趣旨とはしているわけでございます。

今御指摘の紹介率につきましても、そういうことから、一律に厳格な紹介割合というものを全国的に強制しようというものは考えていないとお答えしているところでございませうが、地域の実情を考慮いたしまして、特定機能病院が設置されます趣旨にあふまして紹介割合というものを、年次計画も含めましてどのように達成していくかという

ことにならうかと思つておるわけでございませう。

そういうことから、ただいま大臣からも御説明いたしまして、紹介患者の受け入れのあり方につきましては、地域の実情、医学教育の現状なども考慮して適切に対処していきたい、こういうようなお答えになつておるわけでございませうが、先生がおっしゃったことも一つのあり方でございます。先生が、その種のことがいろいろ御議論されて、地域にも無理がない、本来の法の改正の趣旨にも合うという方向に特定機能病院が行つていただく、そういう新しい外来のあり方が審議を通じて日本の中に定着していただきたい、このように思つております。

○遠藤(和)委員 特定機能病院の紹介率ということとは大変大きな問題もあるわけでございまして、ぜひ地域の実情に合った紹介率の設定をお願いしたいと思ふんです。また、厚生省が認める紹介率でなければ特定機能病院に認定しないなどと言わないで、これは弾力的な運用をお願いしたいし、また、紹介のない患者を排除することのないようにぜひお願いをしたいと思ふます。

それから、次の確認でございますけれども、広告宣伝については、医療の非営利原則が損われることのないように、医療機関は宣伝広告というよりも広報、正しく情報を患者に伝える、こういう方向に力を入れるべきである、また、医師の資格とかランクづけにつながるような情報というものは禁止すべきである、このように思いますが、どうでございますか。

○山下国務大臣 広告のあり方及び院内表示事項につきましては、医療審議会にお諮りした上で決めるべきものではございませんけれども、患者に適切な医療情報を提供するという観点から、御質問の趣旨を踏まえて、広告の内容及び方法についてより適切な基準を設けるとともに、院内表示事項についても適切に対処してまいりたいと考えております。

○遠藤(和)委員 それから、メディカル・ソーシャルワーカーの身分の問題でございますが、こ

これは医療と福祉というものを総合的に考慮した上で位置づけがされるべきでありますし、関係団体とよく協議をしてお決めになつていただきたい、このように思いますが、どうでしょう。

○山下国務大臣 今後の医療を進めていく上で、メディカル・ソーシャル・ワーカーは重要なものと考えておりますが、資格法の制定についてはなおさまざまな議論もあります。今後とも、関係者全体の意見も聞きながら適切に対応してまいりたいと思つております。

○遠藤和委員 最後に、難病の患者の皆さん、それから人工透析を受けていらっしゃる方々からたくさんのがきをいただいております。今回の医療法改正によって私たちが病院から締め出されちゃうんじゃないかと、あるいは療養型病床群の方に無理やり行かされちゃうんじゃないかと、そういう心配の声が届いているわけです。これは先ほどの審議を通しましたが、不必要な心配であるという話もあったわけですが、そういう誤った情報も流れていることにはがみまして、適切に対処し、その不安を除去されるように厚生省として努力をする、このことが必要だと私は思いますが、どうでしょう。

○古市政府委員 その種のことがあります場合には、患者の団体とかまた医療機関から、そういう懸念はないかという問い合わせが私たちにいろいろあるが常態でございますが、今回の場合にはそういうことが一切なくて、先生方の方から私どもが教えていただいた、また、その手紙を見て驚いたような次第であります。

今までの審議の中でも申し上げましたが、こういう法案の審議の中でそのような不安を与えたということがありますならば、我々の本旨でございます。一切そういうところには影響しないというところでやっておりますが、そういう不安を現に療養中の患者さん方に与えることがないように、これから審議なり検討会なり、また実施について十分注意をしてまいりたいと思つております。

○遠藤(和)委員 以上で終わります。

○牧野委員長 児玉健次君。

○児玉委員 きょうは大臣にお伺いしたい、こう思っています。

この五月十日に朝日新聞が「医療法を患者中心に変えよう」という題で社説を出しております。その中で、特定機能病院について「機能分化が悪いわけではないが、機械的な線引きはいいかなものだろう。」という指摘をしつつ、先日来論議をしてきた療養型病床群について「療養型病床群の新設も問題をはらんでいる。諸外国で実証済みのように、こうした医療施設と福祉施設の短所をあわせもつ施設は、人間捨て場になりにかぬない。」私はこれは正当な指摘だと思います。

患者百床当たり医師三人、看護婦十三人、これは現在の老人病院ですが、この老人病院の医療職員の配置とそこで適用されている老人診療報酬、これが日本の高齢者に対する非常に厳しい医療差別の根源になっております。そのレベルにまで入院患者全体の四割を引き下げていく、これでは朝日の社説の指摘のとおりだということになるわけで、この点は是正こそ急務ではないかと思つて、大臣、いかがですか。

○古市政府委員 これまでの御審議でも御説明をしておりますが、現在の医療法の配置基準というものは、看護婦について申しますと、入院患者について四対一ということが一律に決まっております。そういうことでございますが、実際は傾斜配置で、その患者の病状に応じた医療従事者のスタッフというものを対応させているわけでございます。

そういうことから考えまして、長期患者が非常に多くなった。これがまた高齢者だけではない、高齢者だけの病床をつくるというのも老人保健法の設立の当初に急がれたということでございますが、今や医療法全体の問題であるということから、長期療養型の病床群というもので、年齢を問わずに、病状が安定して、そこで安定した方々が医療よりもどちらかというと介護、生活面というものに配慮した中で、その病院の医療、治療を受ける

ことが必要だということから提案をさせてもらつたわけでございます。

そういうことで、配置基準につきましても、入院患者につきまして老人の方では介護職員というのを平均的入院患者八人に一人、こうなっておりますが、この場合には看護婦さん六人に一人、介護者も六人に一人ということ、全体としては三対一になる。こういう方がいい人たちにそこで療養していただく、こういう趣旨でございます。朝日新聞の御指摘ということでございますが、我々の本旨ではないということでございます。

○児玉委員 もちろん皆さんの本旨ではないでしょう。私が言っているのは、現在の患者四人に対して看護婦さん一人、この配置基準自身、厚生省はそれで十分だとは思っていません。これまでもいろいろな議論の中でそのことを皆さん表明されてはいる。

そして、実際の医療の現場でも、例えば看護基準の特二類、特三類、それらは四対一では足りないということでも持ち上げられているわけで、私はこの前コペンハーゲン市の市立病院における配置基準を例として挙げましたが、そういう方向に全体を引き上げていく、この機会に今日の老人病院の非常に困難な状態も改善していく、それが医療改善の本来の道だと思つて、その道に逆行するものがこの医療法の手直しであつて、その点を改めるべきではないかと私はお伺いしているの、この点については大臣のお答えを求めます。

○山下国務大臣 御案内のとおり、本格的な高齢社会に備へまして、患者が良質な医療を適切に受けられる、そういう医療供給体制を確立するといふことの前提に立っているいろいろな改革をし、我々もそれを認識しながら今後進めていくこととするものであります。

そこで、現在の医療法は、病院などについて画一的な規制を行つており、医療機関が果たすべき機能、役割が制度上明確でないことから、大学病院等の大病院に患者が集中するなど、必ずしも適切な医療供給の体制にはなつておらないのであり

ます。

このために、患者が病状に応じた適切な医療機関で受診できるよう、病院の機能と役割分担を明確にして、その体系化を図ることが大切だと考えて、その改革の第一歩として、大学病院などの高度の医療を提供する特定機能病院、長期入院を要する患者にふさわしい医療を提供する療養型病床群を制度化しようとするものでございます。

今後とも、患者の病状に応じた良質な医療を適切に提供する、その体制を確立すること、そういう観点に立って、関係者の合意が調つたものから順次改革を行つていく、こういう趣旨でございます。

○児玉委員 療養型病床群についての私の指摘は、この後、現実の場で非常に重要な事態となつてあらわれていくであろうということを指摘しておきます。

二つ目の問題は、今大臣のお言葉にあった病院の機能の分化の問題です。欧米の実例を見てもそうですが、病院がそれぞれの特徴に応じて、それにふさわしい社会的機能、社会的役割を發揮する、これは大いにあり得ることです。問題なのは、それを法律で行政的に無理やり枠にはめて進めようとするか、それとも、その病院を構成している医師や看護婦さん、その他多くの方々が地域の求めに応じて適切な機能を發揮するようにしていくか、その分かれ道。残念ながら今度の医療法の皆さんの手直しは、法律的、行政的に進めるものだと私は受けとめます。

今回の診療報酬の改定で、病院の外來部門は慢性疾患指導料の廃止、このことによつて医療収入が大きく減つています。一方、診療報酬の改定を見ると、特三類看護の看護料、定額制老人病院のこういった部分の上げ幅というのは多少とも目につきます。このような経済的な誘導とそして今回の医療法の改正、そのことでこの後の日本の医療がどうなっていくか。恐らくそれは、民間病院の中で特三類の看護、特二類の看護を選び、そして短期の患者を中心的に扱うごく少数の病院と、

多数の療養型病床群ないしは老人病院的な部分、ここに分かれていくだろう。そうなったなら、身近なところで一定の水準を持つていて病院を患者の判断で選べるという日本の医療の一番守るべきところ、そこが失われていくのではないか、そのことを私は深く危惧するものです。この点どうでしょうか。

○古市政府委員 先生のような御指摘があるということも、確かに私も承知しております。しかし、今回提案させていただきました医療法の改正と申すものは、御承知のとおり、かなりの年月をかけて関係者が議論をして、国会に提案してからも既に二年がたとうとしているわけでございまして、その間にもまたいろいろな議論がございまして、今回の審議でもいろいろ御議論をいただきました。

そこで、現状のままで果たしていいのかという観点から、この法案で少なくとも第一歩はこの辺からやろうということ、大方の意見がこれに大体賛同していただいているのじやなかろうかと思いますが、残された問題というのをさらに私どもは早急に第三、第四の改正でやりたいと思っております。ことには、異議がないわけでございまして、先ほど、しかしこれを行政的に強制するのではないかと、これは私はちょっと誤解ではなかろうかと思っております。失礼でございますが言わせていただきますと、今回の提案というものは一つのオプションの提示でございまして、これをとる、とらないというのは医療機関の一つの選択の自由というものであるわけでございまして、ただ、自分の地域の中で現行のままでいいのか、今回改正が通った後にその線に乗るのかということとでございまして、行政的な強制ということには当たらないと思っております。

しかし、それに対して、診療報酬で後から結果的に強制的な色彩になるんじゃないか、こういう御懸念かと思えますが、それはまた今回の医療法の改正とは別次元という要素も入るわけでございまして、そういう御指摘、注意も十分踏まえてやっ

ていきたいと思いますが、強制には当たらないということだけ言わせていただきたいと思います。○児玉委員 病院がどの類型を選ぶかという、いわゆる手挙げ主義だということも私もよく承知しております。しかし、老人病院が発足するとき、そして定額制の老人病院ができるとき、診療報酬で非常に強力な経済的強制力が働く。一方、法律の面で型が準備されている。結局そこに流されていく。それを私は指摘をしております。この面もこの後の日本の医療の実際の動きの中で大いに議論をしていきたい、こう思います。

最後に、自民党の回答という形で今準備されている修正案について、私は一言述べておきたいと思っております。

医療の担い手として薬剤師、看護婦を法律に明記すること、附則にインフォームド・コンセントについての検討規定、医療従事者の養成、確保に関する努力規定を加えるのは当然のことだと私は思う。しかし、この修正案の中で「医療を提供する体制に関し、引き続き検討を加え、その結果に基づいて法制的整備その他の必要な措置を講ずるものとする。」これは、この法案の審議のとき、山下大臣の趣旨説明の中の「医療を提供する施設をその機能に応じて体系化していくための必要な措置等を講ずること」、そのことと同様の文言であって、この後さらに、例えば一般病院や開業医、その他に機能分化を進めていくということの意思表示にはかならないと思えます。私たちがこの修正案に賛成することはできない、反対であるということを示すために、私の質疑を終わります。

○牧野委員長 柳田稔君。

○柳田委員 早速最初に、確認質問を一つさせていただきます。

老人病院、老人保健施設、特別養護老人ホームの費用負担、サービスのレベル、これについて整合性をよくするよう努めようと思っておりますけれども、いかがでございましょうか。

○山下国務大臣 老人病院、老人保健施設、特別

養護老人ホームにつきましては、サービスの質の確保、向上に努めていくとともに、その機能、役割の連係を図ることが必要と考えております。また、それぞれのサービスの共通する介護面に着目した場合、費用負担に著しい格差が生じることは適当でないと考えております。

今後とも、各施設の機能の違いを踏まえつつ、サービスの内容、費用負担について整合性を図る方向で検討し、適切に対応してまいりたいと思っております。

○柳田委員 対応をよろしくお願いをしたいと思います。

次に、特定機能病院的の制度化に関係して、紹介率について御質問をさせていただきますかと思っております。

この紹介外来制の制度、それなりに私どもとしては理解をしております。また、患者の流れをつくるためには、これも必要なことだし、進めなければならぬことだろうというふうな考えでおるわけであります。

しかし、今回これを進めるに当たっては、紹介外来制の基準と申しますか、余り明らかにしないうちに、一律にするということにはいろいろ問題があるのではないか。地域の特性もあるでしょうし、病院の多様性もあるだろう、また、病院の自主性も考えなければならぬというふうな思われなければならない。やはりこの制度を進めるに当たっては、それなりの紹介率、最低基準、これを設定して進める必要があるのではないかとこのように思っております。いかがでございましょうか。

○古市政府委員 先生の御趣旨の線が大体私どもが意図したとおりだと思っておりますが、いろいろな審議の過程を通じて、一律な数値でもってそれを示すということには問題が多いというところから、地域の状況を踏まえながらとお答えしているわけでございまして、さらに、先ほどは、その年に一度に決めるので

なくて、何年間かで達成するというところで地域の状況に合うのではなかろうかということでお答えさせていただきます。この特定機能病院というものの趣旨からいまして、外来というものは紹介制というのが基本になつていくというのが将来の方向だと思っておりますので、実情を踏まえて、その趣旨が達成できるような方向で関係審議会でも御意見がいただければと思っております。私どももそのような方向で御審議をいただきたいと思います。

○柳田委員 ぜひともお願いをしたいと思います。

これが進めば、重大な病気を持った患者さんが三時間待つて、五時間待つてということが解消されるのではないかとこのように思っておりますので、地域事情をよく勘案の上、進めていただければと思います。

この紹介率に関連しまして、大学病院の方について御質問をしたいと思っております。

大学病院も病院である、そして、特定機能病院の中に入るような大きな病院であるというふうな思われるので、この紹介率についてどのようにかえていこうか、お尋ねしたいと思います。

○喜多説明員 お答えいたします。

特定機能病院の紹介患者の受け入れのあり方、これにつきましては厚生省令で定められるということになっておるわけでございまして、紹介患者の受け入れのあり方を定めるに当たっては、地域の実情でございまして、あるいは医学教育の現状なども考慮して適切に対処する旨、厚生省から御答弁されておるところでございまして、文部省といたしましては、大学病院におきまして教育、研究、診療に支障を来すことのないよう適切に定められることを期待し、かつ要望してまいりたいというふうな思っております。

○柳田委員 今の御答えは、紹介率の設定については非常に難しい、できればいい方というふうな感じにもとれるので、いかがでございましょうか。

○喜多説明員 先ほどお答えいたしましたように、大学病院におきます教育、研究、診療に支障を来すことのないよう、適切に定めていただきましたというふうに思っておりますのでございます。

○柳田委員 厚生省が適切にお定めくださいますこととありますけれども、地域の核をなしているということもわかりますし、さらには教育のこともあるというのでも重々わかるわけでありまして、今この法案の改正に当たって、患者の流れをできるだけつくって、適切な医療をだれでも受けられるようにしようというふうな考えであるわけでありまして、できるだけ尊重していただまして、お考えを進めていただければなというふうに私は思っているのですけれども、もう一歩進んだ御回答は得られないものでございましょうか。

○喜多説明員 大学病院が特定機能病院となりまして、高度医療につきましてその分担をさせていただくというところは、非常に意義のあることだというふうに思っておりますのでございまして、厚生省に期待し、かつお願いをいたしまして、適切な基準といえますか、あり方というものを定めていただきたら、それをもって特定機能病院の申請をするか否かにつきまして、大学関係者と十分相談してまいりたいというふうに思っておりますのでございまして。

○牧野委員長 静粛に願います。

○柳田委員 基準というのがありますし、自分で努力してつくる目標というのもございますので、いろいろと勘案をしながら進めていただきたいと思います。

それから、特定機能病院の承認をする際に、診療科目がいろいろと挙げられているわけでありまして、この中に歯科が入っていない。つまり、内科、外科を初め十三ほど入っているのですけれども、その中に歯科が入っていない、この歯科についてはなぜないのかなという気がするのです。病院に行くと歯が悪くなることもあろうし、歯からいろいろなことも出てくるのではないかな

という気がするのですけれども、歯科についてはどのように考えていらっしゃるのか、教えていただきたいと思います。

○古市政府委員 この法案を提出させていただきましたときに内部で検討いたしました、いわゆる歯科の方は、他の診療科との関係で独立性が高いということから、承認要件として診療科名には含めていなかったわけですが、いろいろな御意見も聞きまして、特定機能病院が歯科関係の診療科を有するというのも望ましいことかな、このように思っておりますのでございまして。今後、医療審議会に具体的にお諮りしていくことになりまして、御指摘の点も踏まえまして、いろいろ御意見を聞いてまいりたいと思っております。

○柳田委員 よろしく対応をお願いしたいと思います。

やつと医療法最後の段階を迎えたわけでありまして。一歩前進ということで評価をしたいと思っております。まだこれから大きな課題があるかと思っておりますので、第二次、第三次と進めていかれると思いますが、ぜひともいい医療供給体制ができるように、厚生省も努力をしていただきたいと思っております。

○牧野委員長 以上で本案に対する質疑は終局いたしました。

○牧野委員長 この際、本案に対し、栗屋敏信君外四名から修正案が提出されております。提出者より趣旨の説明を求めます。池端清一君。

医療法の一部を改正する法律案に対する修正案
(本号末尾に掲載)

○池端委員 ただいま議題となりました医療法の

一部を改正する法律案に対する修正案につきましては、自由民主党、日本社会党、護憲共同、公明党、国民会議、民社党及び進歩民主連合を代表いたしまして、その趣旨を御説明申し上げます。

修正の要旨は、

第一に、医療の担い手に「薬剤師」及び「看護婦」を明記すること。

第二に、医療提供施設間の連係の情報の受け手に「薬剤師」を明記すること。

第三に、特定機能病院の人員配置規定に「薬剤師」を明記すること。

第四に、政府は、医師、歯科医師、薬剤師、看護婦その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係をより促進するため、医療の担い手が、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう配慮することに關し検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

第五に、政府は、患者の病状に応じて適切な医療を提供することができるよう、総合病院その他の病院及び診療所のあり方、家庭医療機能の充実等地域における医療を提供する施設相互間の業務の連係のあり方等医療を提供する体制に關し、引き続き検討を加え、その結果に基づいて法制の整備その他の必要な措置を講ずるものとする。

第六に、政府は、看護婦その他の医療従事者の養成及び確保に努めるとともに、医療従事者の病院における人員配置等に関し検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

第七に、政府は、医療を提供する施設の機能の体系化を推進するに当たっては、国民の必要かつ適切な受診が抑制されることのないよう配慮するものとする。

第八に、本法改正に伴う関係法律について所要の規定を整備すること。

以上であります。何とぞ、委員各位の御賛同をお願いいたします。

○牧野委員長 以上で趣旨の説明は終わりました。

○牧野委員長 この際、日本共産党から討論の申し出がありますが、理事会の協議により、御遠慮願うことにいたしましたので、そのように御了承願ひ、直ちに採決に入ります。

これより医療法の一部を改正する法律案及びこれに対する修正案について採決いたします。まず、栗屋敏信君外四名提出の修正案について採決いたします。

本修正案に賛成の諸君の起立を求めます。

○牧野委員長 起立多数。よって、本修正案は可決いたしました。

次に、ただいま可決いたしました修正部分を除いて、原案について採決いたします。

これに賛成の諸君の起立を求めます。

○牧野委員長 起立多数。よって、本案は修正議決すべきものと決しました。

○牧野委員長 この際、本案に対し、栗屋敏信君外四名から、自由民主党、日本社会党、護憲共同、公明党、国民会議、民社党及び進歩民主連合の五派共同提案に係る附帯決議を付すべしとの動議が提出されております。提出者より趣旨の説明を求めます。遠藤和良君。

○遠藤(和)委員 私は、自由民主党、日本社会党、護憲共同、公明党、国民会議、民社党及び進歩民主連合を代表いたしまして、本動議について御説明申し上げます。

案文を朗読して説明にかえさせていただきます。医療法の一部を改正する法律案に対する附帯決議(案)

政府は、速やかに次の事項について実現に努力すべきである。

一 引き続き医療施設の機能の体系化を推進することにより、国民に病状に応じた適切な医療を提供することができ医療供給体制の確立に努めること。また、医療従事者の重要性にかんがみ、その確保に努めること。

二 療養型病床群への患者の入院については、入院日数により一律に取り扱わないものとする。とともに、療養型病床群に入院している患者の病状が急変した場合にも、適切な診療が行われるよう配慮すること。

三 医療機関の広告規制の緩和を行うに当たっては、患者に適切な医療情報を提供するという観点から、広告の内容及び方法について、適切な基準を設定すること。

四 医療計画に基づき、救急医療、へき地医療が充実されるよう、都道府県を指導すること。

五 救急、へき地等の医療の確保については、医療政策の重要な課題であり、今後とも、救急医療、へき地医療等の確保が図られるよう所要の措置を講ずること。

六 教育研究機能と診療機能の両面を持つ大学病院の運営における医療費について、効果的な使用に努めること。

以上であります。

何とぞ委員各位の御賛同をお願いいたします。

○牧野委員長 以上で趣旨の説明は終わりました。

採決いたします。

栗屋敏信君外四名提出の動議に賛成の諸君の起立を求めます。

〔賛成者起立〕

○牧野委員長 起立多数。よって、本動議のとおり本案に附帯決議を付することに決しました。

この際、山下厚生大臣から発言を求められておりますので、これを許します。山下厚生大臣。

○山下国務大臣 ただいま御決議になりました附帯決議につきましては、その趣旨を踏まえて引

き続き努力いたす所存でございます。

○牧野委員長 お諮りいたします。

ただいま議決いたしました本案に関する委員会報告書の作成につきましては、委員長に御一任願いたいと存じますが、御異議ありませんか。

〔異議なし〕と呼ぶ者あり

○牧野委員長 御異議なしと認めます。よって、そのように決しました。

〔報告書は附録に掲載〕

○牧野委員長 次回は、来る二十日水曜日午前九時五十分理事會、午前十時委員會を開會することとし、本日は、これにて散會いたします。

午後二時五十九分散會

医療法の一部を改正する法律案に対する修正案

医療法の一部を改正する法律案の一部を次のように修正する。

第一条のうち医療法第一条の次に三条を加える改正規定のうち第一条の二第一項中「歯科医師」の下に「薬剤師、看護婦」を加える。

第一条のうち医療法第一条の次に三条を加える改正規定のうち第一条の四第一項中「歯科医師」の下に「薬剤師、看護婦」を加え、同条第二項中「医療を受ける者の診療」の下に「又は調剤」を加え「診療に従事する医師又は歯科医師を」診療又は調剤に従事する医師若しくは歯科医師又は薬剤師に改め、同条第三項中「歯科医師」の下に「薬剤師、看護婦」を加える。

第二条のうち医療法第二十二條の次に一條を加える改正規定のうち第二十二條の二第一号中「歯科医師」の下に「薬剤師」を加える。

附則第一条中「附則第九條まで、附則第十三條及び附則第十四條の規定は公布の日を「附則第十二條まで、附則第十四條、附則第二十條及び附則第二十一條の規定は公布の日から、附則第十三條の規定は看護婦等の人材確保の促進に関する法律（平成四年法律第 号）の施行の日」に、「附則第十條から第十二條まで」を「附則第十五條から第十九條まで」に改める。

附則第十四條を附則第二十一條とし、附則第十三條中「附則第二條」を「附則第五條」に改め、同条を附則第二十條とし、同条の前に次の二條を加える。

第十八條 地価税法の一部を次のように改正する。

別表第一第五号中「同条第二項」を「同条第三項」に改める。

第十九條 看護婦等の人材確保の促進に関する法律の一部を次のように改正する。

第二條第二項中「同条第二項」を「同条第三項」に改める。

第十二條第一項第一号中「第二十一條第一項第一号の規定に基づく省令」を「第二十一條第一項第一号又は第一号の二の規定に基づく厚生省令」に改める。

附則第十二條を附則第十七條とし、附則第九條から第十一條までを五條ずつ繰り下げる。

附則第八條を附則第十一條とし、同条の次に次の二條を加える。

第十二條 地価税法（平成三年法律第六十九号）の一部を次のように改正する。

別表第一第五号中「第一條の二第一項」を「第一條の五第一項」に改める。

第十三條 看護婦等の人材確保の促進に関する法律の一部を次のように改正する。

第二條第二項中「第一條の二第一項」を「第一條の五第一項」に改める。

附則第七條を附則第十條とし、附則第二條から第六條までを三條ずつ繰り下げ、附則第一條の次に次の三條を加える。

（検討等）

第二条 政府は、医師、歯科医師、薬剤師、看護婦その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係をより促進するため、医療の担い手が、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう配慮することに関し検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

第三条 政府は、患者の病状に応じて適切な医療を提供することができるよう、総合病院その他の病院及び診療所の在り方、家庭医療機能の充実等地域における医療を提供する施設相互間の業務の連携の在り方等医療を提供する体制に関し、引き続き検討を加え、その結果に基づいて法制の整備その他の必要な措置を講ずるものとする。

2 政府は、看護婦その他の医療従事者の養成及び確保に努めるとともに、医療従事者の病院における人員配置等に関し検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

第四条 政府は、医療を提供する施設の機能の体系化を推進するに当たっては、国民の必要かつ適切な受診が抑制されることのないよう配慮するものとする。

平成四年五月二十七日印刷

平成四年五月二十八日発行

衆議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局