

衆議院 厚生委員会 議 録 第七号

平成十二年十月二十七日(金曜日)

午前十一時一分開議

出席委員

委員長 遠藤 武彦君

理事 鴨下 一郎君 理事 坂井 隆憲君

理事 鈴木 俊一君 理事 山口 俊一君

理事 金田 誠一君 理事 釘宮 磐君

理事 榎屋 敬悟君

理事 岩崎 忠夫君

理事 奥谷 通君

理事 熊代 昭彦君

理事 田村 憲久君

理事 西川 京子君

理事 三ツ林隆志君

理事 吉川 貴盛君

理事 荒井 聰君

理事 石毛 鏡子君

理事 肥田美代子君

理事 牧 義夫君

理事 水島 広子君

理事 江田 康幸君

理事 佐藤 公治君

理事 小沢 和秋君

理事 阿部 知子君

理事 北村 誠吾君

厚生大臣

厚生政務次官

政府参考人
(文部大臣官房審議官)

政府参考人
(厚生大臣官房障害保健福

祉部長)

政府参考人
(厚生省健康政策局長)

政府参考人
(厚生省保健医療局長)

政府参考人

(厚生省保健医療局長)

津島 雄二君 福島 豊君 清水 潔君 今田 寛睦君 伊藤 雅治君 篠崎 英夫君

政府参考人
(厚生省保健医療局国立病

院部長)

政府参考人
(厚生省医薬安全局長)

政府参考人
(厚生省保険局長)

政府参考人
(労働大臣官房審議官)

政府参考人
(労働省職業安定局長)

厚生委員会専門員

河村 博江君 丸田 和夫君 近藤純五郎君 鈴木 直和君 渡邊 信君 宮武 太郎君

委員の異動

十月二十七日

辞任

田村 憲久君

吉田 幸弘君

荒井 聰君

樋高 剛君

上川 陽子君

同日

辞任

奥谷 通君

砂田 圭佑君

肥田美代子君

佐藤 公治君

北村 誠吾君

同日

補欠選任

奥谷 通君

田村 憲久君

吉田 幸弘君

荒井 聰君

樋高 剛君

上川 陽子君

十月二十七日

遺伝子組換え作物・食品の安全性の審査に関する請願(日森文尋君紹介)(第三七四号)

同(塩川鉄也君紹介)(第四五四号)

同(塩川鉄也君紹介)(第四五四号)

同(塩川鉄也君紹介)(第四五四号)

同(塩川鉄也君紹介)(第四五四号)

同(生方幸夫君紹介)(第三七七号)

同(志位和夫君紹介)(第三七八号)

同(永田寿康君紹介)(第三七九号)

同(今川正美君紹介)(第四二四号)

同(大出彰君紹介)(第四二五号)

同(瀬古由起子君紹介)(第四二六号)

同(中川智子君紹介)(第四二七号)

同(今川正美君紹介)(第四五五号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(中川智子君紹介)(第四五六号)

同(大野功統君紹介)(第四七八号)

同(大幡基夫君紹介)(第四七九号)

同(大村秀章君紹介)(第四八〇号)

同(大森猛君紹介)(第四八一号)

同(奥田建君紹介)(第四八二号)

同(金子哲夫君紹介)(第四八三号)

同(金子恭之君紹介)(第四八四号)

同(金田誠一君紹介)(第四八五号)

同(亀井久興君紹介)(第四八六号)

同(亀井善之君紹介)(第四八七号)

同(河村たかし君紹介)(第四八八号)

同(木島日出夫君紹介)(第四八九号)

同(木村太郎君紹介)(第四九〇号)

同(木村義雄君紹介)(第四九一号)

同(黄川田徹君紹介)(第四九二号)

同(岸本光造君紹介)(第四九三号)

同(北橋健治君紹介)(第四九四号)

同(北村直人君紹介)(第四九五号)

同(熊谷弘君紹介)(第四九六号)

同(桑原豊君紹介)(第四九七号)

同(小池百合子君紹介)(第四九八号)

同(小平忠正君紹介)(第四九九号)

同(古賀誠君紹介)(第五〇〇号)

同(児玉健次君紹介)(第五〇一号)

同(河野太郎君紹介)(第五〇二号)

同(高村正彦君紹介)(第五〇三号)

同(穀田恵二君紹介)(第五〇四号)

同(佐々木憲昭君紹介)(第五〇五号)

同(齊藤斗志二君紹介)(第五〇六号)

同(坂井隆憲君紹介)(第五〇七号)

同(笹川堯君紹介)(第五〇八号)

同(塩川鉄也君紹介)(第五〇九号)

同(塩崎恭久君紹介)(第五一〇号)

同(下村博文君紹介)(第五一一号)

同(末松義規君紹介)(第五一二号)

題に全力を挙げて取り組んでまいりたいと思います。

そのために、厚生省としましては、省内に事務次官を本部長とする高齢者医療制度等改革推進本部を設けて、平成十四年を目途に精力的に検討を進めてまいります。

また、政府といたしまして、社会保障構造のあり方に関する有識者会議の御議論をいただきまして、その報告はきょうじゅうに総理に提出をされることになっておりますが、そこで高齢者医療制度をめぐる問題の所在や改革のあり方について国民的な議論の材料になる問題点を提示しておるところでございます。

政府として、この報告書を受けまして、医療制度の抜本改革及び社会保障制度の将来のあり方を税制を含めて根本的に見直すためにフォローアップする舞台を設けて、関係閣僚ともども力を合わせて取り組んでいきたいという方向をけさ示しておるところでございます。私としても全力を挙げて取り組んでまいりたいと思っております。

○三井委員 ありがとうございます。

この抜本改革というのは、むしろ本年度の四月に行われる予定だったはずだと思うのです。平成十四年ということでございますけれども、この間のおくれというのは、非常にいろいろな意味で赤字の部分が出てきておりますし、サービスの低下にもつながっているのではないかな、こういうふうに思います。

また、介護保険等も、これは別のお話になりますけれども、いろいろ聞いてみますと、非常につき合にくい制度だと。確かに、見切り発車した中では、四月からですからまだこれからいろいろ問題が出てくると思いますけれども、しかし、医療保険も医療制度もやはり使いやすい、本当に安心して受けられるような制度に持っていっていただきたい、こういうぐあいと思うところでございます。

また、今大臣がおっしゃった中で、今回の定率一割負担について、私も大変疑問に思うことがござ

いますので、ちょっとお尋ねさせていただきますと思います。

皆さんのお手元にもあると思いますが、まず、どういう根拠で二百床で分けたのか、これをぜひお聞きしたいのと、診療所はなぜ定額と定率になっているのか。

もう一遍言いますと、この二百床の区分というのは政策誘導的なものがあるのではないかと私は思ったわけです。大きい病院から診療所に移行させるという背景があるのかと疑ってみたりしたのですが、この区分の仕方についてぜひお聞かせ願いたいと思います。

○近藤政府参考人 二百床以上と未満で分けていくわけでございますけれども、これは先生御指摘のような問題があるわけございまして、比較的病床規模が大きくて高度な医療を行うところに比較的軽い患者さんが行かれると、医療として非常に非効率だというのがつとに指摘されたわけでございます。それと、総合病院でございまして、二つの診療科にかかっても同じ上限があるということになりますと不公平ではないか、こういう御議論もあつたわけでございます。

どちらかといえば、そういうことに配慮いたしまして、二百床未満はかかりつけ医機能が高いというふうなことで、今までも診療報酬上の位置づけ、地域支援病院といったものにつきましても二百床がメルクマールになってきたものですから、二百床未満で分けさせていただいた次第でございます。

それから、診療所の定額、定率制の問題でございます。

本来、私どもとしては定率制一本でやってほしいという希望を持っていますけれども、いろいろ希望を持っていますけれども、こういう上限がある中で事務的に煩瑣なものがございます。診療所でその事務処理能力にたえられなかろうか、こういう問題がございます。診療所につきましては定額制の選択も認めている、こういうことでございます。

○三井委員 余りよくわかりませんが、し

かし、この分け方については百でもいいのではないかと、あるいはもっと少なくてもいいのではないかと私は思うのです。いろいろ聞いてみますと、患者さんの中にも、今でもむしろ二百ベッド以上の病院に通院していたから、このことによって診療所に移行するということは考えられないのです。

きょう、私がその中で一番お聞きしたいのは、お手元にある資料でございますけれども、この分け方の中で、上からごらんいただきたいと思いたすが、例えば病院で、二百ベッド以上が上限五千円、二百ベッド未満が上限三千円、それから、診療所の方をごらんいただければ、定率で上限三千円、定額では八百円、月四回、こういうことになっているのですが、二百ベッド以上の上限五千円の病院を見た場合、例えばA病院は医療分業をやっていますから、主として院外処方せんを出すといった場合に、病院に二千五百円を払い、薬局へ二千五百円払うわけでございます。そして、B病院においては主として院内処方でございますから、病院に五千円を払い、調剤薬局へは全く払わない。

この部分だけをとらえてみますと、患者さんが二千五百円払ってみたい、全くゼロになってみたい。あるいは上限三千円の二百ベッド未満では、千五百円払ってみたい、全く払わなくていい。この選択肢が十四あるわけでございますけれども、患者さんは、どこが二百ベッド以上の病院で、どこが二百ベッド未満の病院なんだと。例えば汽車のグリーン車とか指定席とか普通席に置きかえた場合、二百ベッド以上の病院は五千円ですからグリーン車としましょうか、三千円を普通席あるいは指定席としましょうか。汽車の場合ですと、間違つて乗ったとしても、グリーン車ですからここには座れませんよと。しかし、病院の場合には、二百ベッド以上の病院に行つた場合には五千円あるいは二千五百円を払わなければならない、そして、薬局で払わなければならない。

A、B、C、Dというぐあいに病院がござい

すけれども、患者さんは耳鼻科にも行く、あるいは眼科にも行く、一般内科にも行く。やはり高齢者の人はいろいろな病気をもちますから。その中で、二千五百円取られてみたり、千五百円取られてみたりということになると、私は、患者さんが大変混乱するのじゃないか、また、現場の薬局あるいは病院の窓口においても大変混乱すると思われるのです。

いつも大臣は、福祉、医療、介護はみんなで分かち合い助け合っていくものだということをおっしゃっていますけれども、こういうわかりづらいつ分ち合うのは私も大賛成です。しかし、わかりづらくしてしまつと、さらに高齢者が――私から見れば、今介護保険の負担、あるいは来年一月からこれが施行されるようですけれども、こういう中で何かお年寄りにサンドバッグをしようとしているような感じがするのです。そして、急な坂を上らせているような感じがしてならないのです。

今まさに高齢化社会の中で、お年寄りも本当に一部負担という中では大変苦慮されていると思うのです。ですから、私は、高齢者の皆さんが安心して老後を送るためにも、もつとわかりやすいシステムにしなければ、さらに負担が多くなる中では何かお年寄りに優しいこともしていかなければならないのじゃないかな、こういうぐあいに思うわけでございますけれども、この件についてひとつ御答弁願いたいと思います。

○近藤政府参考人 先生御指摘のとおり、今回の老人の患者一部負担は、いろいろな御指摘の面もあろうかと思つてございます。

ただ、今回の患者一部負担につきましては、定率制を導入する、しかも上限が非常に低い限度で設定されましたものから、本来ですと、これは市町村の段階で償還事務を行うということであればスムーズにいくわけでございますけれども、償還件数が非常に多くなるのでございますから、これは医療機関サイドで調整してもらえない。こういうことになりましたと、医療分業の実態というものも踏まえますといういろいろな複雑な仕組

みにせざるを得なかった、こういうことを御理解願いたいと思うわけでございます。

しかし、当然のことながら、これについて高齢者の方々に御理解をいただけて利用していただかなければいかぬわけでございますので、私どももいたしましては、さまざまな手段を講じまして、患者の方々に的確に理解していただけるように努力をする必要があると考えておるわけでございます。

具体的に申し上げますと、改正の内容、それから考え方につきまして、私ども、みずからさまざまな広報を通じてやっていく必要があるわけでございますし、地方公共団体でございましては、各保険者、それから老人クラブなどにも御協力をいただきまして、地域ごと、職域ごとにきめ細かな周知をしたい、こういうふうな考えているわけでございます。特に、現場が大事でございまして、現場におきましては、医療機関でございまして、薬局の見やすいところに、月額の上限とか定額、定率の別など一部負担に関する事項を掲示していただく必要があると考えております。

それから、その前に知る必要があるということでございますので、市町村の窓口で必要な情報が閲覧できるような形もつくりたいというふうに今考えているわけでございまして、患者など現場の方が混乱しないように関係者の協力を得まして工夫を凝らしてまいりたい、こういうふうな考えている次第でございまして。

○三井委員 患者さんにも周知徹底されるということでございますけれども、これは一月一日から施行でございますね。そうしますと、これは残すところあと二カ月もないのですね。この中でこれを周知徹底させるということは可能なのでしょうか。この法案が通れば、これからまだ参議院もあります。そうなりますと、私から見ますと、周知徹底させるということはまず難しい。そして、大混乱が起きるということは明らかなのですね。ですから、私が先ほど申し上げたように、厚生省の皆さんが、患者さんに、高齢者に本当に迷惑を

かけない、安心してもらう、さらにこういう難しいことを理解してもらうためにきちっとやれるのかということ、ぜひ徹底していただきたいのです。

それで、もう一つ私から質問させていただきます。この仕組みについて、当然戸惑うわけですが、今医療現場も当然周知徹底させるということとでございすけれども、しかし、この周知徹底が、今果たして医療現場ではどういうような混乱が起きると想定されてますか。今患者さんのことについてはお尋ねしましたけれども、もう一度、医療現場、薬局、あるいは病院事務、どういうぐあいに想定されてますでしょうか。

○近藤政府参考人 これは、当然医療現場の方の理解というのが必要であるわけでございます。これについては、当然のことながら、関係団体を通じまして周知徹底したい、私どももこういうふうな今考えているわけでございます。

特に、医療機関同士といえますか、医療機関と薬局の関係が問題になるわけでございます。これは、医薬分業の関係で処方せんが出ることになりまして、部内ですと割合連絡がうまくいくと思えますけれども、外との関係でございまして、この辺はしっかりとしなければいかぬというふうに今考えているわけでございまして、処方せんを患者さんがどういう負担区分であるか明確にしないことと事務処理が円滑に進みませんので、処方せんによりまして患者の負担区分が明確になりますような簡明な事務方式を工夫したい、こういうふうな考えているわけでございます。

具体的には、はつきり言って、処方せんの中に書いてもらう、こういうことでございまして。そういうことによりまして、医療機関や調剤薬局の窓口等で混乱が生じないようにしたいというふうな考えているわけでございます。

○三井委員 これをもう少しわかりやすく、例えば病院の窓口で一括徴収するとか、あるいは三千元、五千元と分けずに、まず三千元で横並びにす

るとか、こういうもう少しわかりやすい方法を、時間がございますので、医療法についても御質問したいと思っております。ぜひそのようにできないかどうか、御検討いただきたいと思います。

次に、医療法について御質問したいと思います。最近、きょうも私出てくる前に、医療事故等の問題が――医療ミスが毎日のように続いたわけでございすけれども、八月に報道されたデータだけでも二十四件という医療事故が起きております。

そういう中で、薬品による事故も多うございす、また、患者さんの取り違えあるいは輸血ミスということも多発しているわけでございすけれども、私は、これは医療従事者が過酷な労働環境にあると思えますし、労働条件の見直し、改善をぜひ急がなければならぬ。それと同時に、医療従事者の資質の向上ということに心がけていただきたいと思うのです。

今回の改正案では、医師及び歯科医師の臨床研修が必修となっております。このこと自体は私は評価しているわけでございすけれども、この医療従事者、すなわち、資格を有する技術者もたくさんいらっしゃるわけですね。それで大臣にちよつとお伺いしたいのですが、中小病院、これはいろいろな病院があると思えます、科目があると思えますけれども、俗に言う一般病院で有資格者がどれだけの職種の方がお働きになっているか、おおよそで結構ですから、ちよつと大臣にお答え願いたいと思えます。

○津島国務大臣 御承知のとおり、今の医療は、医師、歯科医師、薬剤師、看護婦等々、大変多くの職種の方がチームワークで提供しておられる点、それは専門家の三井議員御指摘のとおりであります。

一体どういう職種、どれだけの職種があるかというところにつきましては、医療法施行規則十三条で病院の管理者が病院報告を提出することになっております。その報告の項目を拾ってみますと、医療従事者は二十二職種に分類されているという

報告を受けております。

○三井委員 どうもありがとうございます。今、実際に病院で職種を数えてみますと三十三職種もいらっしゃるのですね。私も、その三十三職種を全部言えといえますと、二十四、五までしか言えないぐらいで、むしろ有資格者のデパートと言われるぐらい病院というのは資格者が多い。

そういう中で、先ほどの医療事故に関連するのでも、冒頭申し上げました研修制度を、医師、歯科医師以外に、薬剤師、看護婦、保健婦等それぞれの研修が行われる見通しがあるのかどうか、ちよつとお伺いしたいと思えます。

〔委員長退席、坂井委員長代理着席〕

○伊藤政府参考人 今回の改正におきましては、医師、歯科医師の臨床研修の必修化について御提案させていただいたわけでございす、現状を申し上げさせていただきますと、医師、歯科医師以外の医療従事者につきましても、例えば薬剤師につきましては、薬剤師の資格取得後、平成九年度より、日本薬剤師研修センターにおきまして薬剤師の実務研修を実施しております。また、看護職員につきましても、平成十二年度予算におきまして、看護職員が従事している領域の専門性の向上等を図るための実務研修事業を創設したところでございす。

したがいますと、この医療従事者の資質の向上策というのは、医師、歯科医師のみならず他の職種についても重要な課題と認識しております。今後とも、良質な医療の提供体制に向けて、すべての職種について資質の向上策を検討してまいりたいと考えております。

○三井委員 本来ですと、医師、それからパラメディカルを含めてもっと研修の予算をお聞きしたいところなのでございす、今申し上げましたように、医療関係者審議会令によって医療審議会では医療関係者審議会令の対象から除かれている理由は何かということをお聞きしたいの

です。今お話ございましたように、どうしてここから薬剤師が外されているのか、お聞きしたいと思ひます。

○丸田政府参考人 今御指摘の中央薬事審議会につきましても、薬事法第三条におきまして、薬事に關する重要事項を調査審議することとされているところでございます。

○丸田政府参考人 先生御承知のように、調剤業務のほか、処方せんに疑義があつた場合の医師への照会、あるいは患者に對します薬剤の適正使用のための情報提供などを行いますとともに、一般販売業者における業務の管理や製造業者におきまして製造の管理を行うものでありまして、薬事行政において欠かすことのできない重要な役割を担っているところでございます。

○三井委員 ところが、この中央薬事審議会、薬剤師の免許取得後のあり方については全く検討されてないんですね。ぜひこれは御検討をよろしくお願い申し上げたいと思ひます。

冒頭に申し上げましたように、これからチーム医療という中で、姿の見える薬剤師を育成していく上でも、最後にお願ひしたいのは、今、医師は六プラス二で八年、それから歯科医師は六プラス一で七年、薬剤師は二十年以上前から六年制ということを御提案申し上げているのですが、これがなかなか実現せずに今日まで来ているわけでございますけれども、どうか文部省さんとの連携で六年制を導入していただきたい、こういうぐあいに御依頼申し上げまして、私の質問に答えさせていただきます。どうかよろしくお願ひします。

○坂井委員長代理 次に、肥田美代子さん。

○肥田委員 最近、病院における人為的ミスによる医療事故が相次いで報告されております。厚生科学研究として行われた看護業務における冷やり、はつと事例の調査によりますと、四六・七%

が薬剤にかかわるものと言われておりますけれども、これは事実ですか。

○伊藤政府参考人 事実でございます。

○肥田委員 医療従事者の中で、薬剤にかかわることでも大きな責任を負わなければならないのは実は薬剤師だと私は思っております。ところが、報道なんか見ておきますと、どうしても看護婦さんの名前が出てきたりして、薬剤師の責任云々といふことが大変少ないんですね。私はこれは残念に思っております。私も薬剤師の一人ですけれども、残念に思っております。はつきり申し上げれば、まだ薬剤師が病院内で当然責任を果たすべき場所に置いていただけない、そういうことじゃないかと思つたのです。

○丸田政府参考人 先生御指摘の医療事故が生じた病院の体制でございますが、先生が今御指摘されたように、十六病棟のうち九つの病棟に薬剤師が配置されておりましたが、事故が発生いたしました病棟には薬剤師は配置されていなかった、こういう状況でございます。

○肥田委員 病院薬剤師の配置問題について少しお尋ねしたいと思つたのですけれども、患者七十人に一人という配置基準はどういうところから算定されておりますか。

○伊藤政府参考人 薬剤師の配置基準につきましては、医療法の施行規則におきまして決めているわけでございますが、従来、薬剤師業務の主たる業務が調剤だけの時代に、調剤数八十につき一人という基準があつたわけでございます。

その後、特定機能病院が制度化されましたときに、この薬剤師業務というものは、調剤だけではなくて病棟における服薬指導等、薬剤師業務のあ

り方がいろいろ変わつてきている状態を踏まえまして、特定機能病院にだけ入院患者に着目した配置基準ができたわけでございます。

その後、平成十年の十二月に、薬剤師業務の事情の変化等を踏まえまして、今御指摘のように、一般病床については入院患者七十人に一人、療養型病床群、精神病床については百五十名に一人と決めさせていただいたわけでございます。

その根拠でございますが、特定機能病院の薬剤師の配置基準を決めます場合に、入院患者三十名に一人、ただし、五年間の経過措置といたしまして入院患者三十五名に一人の薬剤師を配置するということになったわけでございます。

これらの経緯を踏まえまして、平成十年十二月に施行されました配置基準におきましては、医師数、看護婦数などにおきまして特定機能病院と一般病院の配置のバランス等を考慮いたしまして、医師の配置が特定機能病院と一般病院が大体二対一であるということに着目いたしましたので、一般病院につきましては、入院患者七十名に一人という基準を定めたところでございます。

また、老人病院、療養型病床群につきましても、一般病院と老人病院、療養型病床群の医師、看護婦等の配置のバランスの数を参考にいたしまして、入院患者百五十人に薬剤師を一人という基準を決めたわけでございます。

この基準についての考え方でございますが、これはあくまでも暫定的といひますか経過措置的な配置基準という考え方でございます。平成十年十二月に施行されたときに、施行後三年後を目途に病院薬剤師の業務や配置状況等を踏まえて見直しを行うこととするという条件つきで決めた配置基準でございます。

○肥田委員 なるおっしゃっていただきましたけれども、もう少し簡単に申せば、医師会が五十名に一人とおっしゃり、薬剤師会が百名に一人とおっしゃりということ、その真ん中をとって七十名ぐらいに一人になったように私は伺つております。実は、厚生省が開催されました医療安全対

策会議で、日本看護協会から、医療事故の中でも薬に關する事故は多く、薬剤師が病棟と一緒に仕事をし、役割分担することは重要である、その数は十分ではありませんと発言していらつしやいます。

現在、薬剤師は一・五病棟に大体一人です、一病棟が患者五十人ぐらいですから。それで、先ほど申し上げた療養型病床群の場合には三病棟に一人ぐらいということになっておりますけれども、多くなつてきておきますと、私は、やはり厚生省は独自にきちつとした計画をおつくりになつて、本当に一・五病棟または三病棟に病棟薬剤師が一人でもいいかどうかということをもう一回検討されるべきだと思つております。

再考されることが条件にはなつておりますけれども、こういう事故が起きてまいりますと、私は何年後と言つていられる場合じゃないような気がするんですよ。

病院の中で医者、薬剤師、看護婦がお互いに役割分担して、一日も早く人為的ミスをゼロにするためにはどうしても早い措置が求められると思つておられるけれども、大臣、お聞きになつてどういふふうにお考えになりますか。

○津島國務大臣 適正な医療が提供をされ、また、医療事故が防止されるために、個々の医療従事者が努力をされることはもちろんでありますけれども、チームプレーとしての組織的な取り組みがしっかりと必要なやらない、御指摘のとおりだろうと思ひます。

専門職種としての薬剤師も、医師や看護婦とともに病棟における医療チームの一員として積極的な役割を果たしていただくことは極めて重要であると考えております。

そこで、薬剤師の人員配置につきましては、平成十三年十二月、来年の十二月に見直しを行うこととし、そのための予算要求もことはいたしております。薬剤師の業務の役割の変化や配置状況等の実態も踏まえて検討を進めてまいりたいと思

います。

○肥田委員 では、次にまいります。

今回の健康保険法の改正案で、老人医療費の一部負担を定率一割とし、従来の薬剤負担を廃止するとしております。私は、前回の通常国会で、実は厚生省が考えておられるこの老人医療費の定率一部負担が患者には極めてわかりにくいものであるということ指摘申し上げました。そうした指摘にもかかわらず、今回もまた医療機関や保険薬局の窓口で混乱を生じること危惧される内容の改正案が全く修正をなさらずに出てまいりました。この案では、先ほど三井議員からもありましたけれども、私は医療費に対する患者の不信感が増大すると思います。

ところで、平成十二年の二月に予算委員会、丹羽厚生大臣と改正案についていろいろやりとりをさせていただいておりましたときに、丹羽大臣がこうおっしゃいました。現行の薬剤費一部負担の仕組みはわかりにくくて、現場で混乱したから改正するんですけどこの必要性をおっしゃったわけですけれども、私は今度の改正案は現行の仕組みよりもさらにわかりにくくなっていると思っております。

それで、私は厚生省にお尋ねしたいんですが、外来患者の区分は十四通りでいいですね。

○近藤政府参考人 数え方はいろいろあるかと思っております。そういう数え方もあるうかと思っております。

○肥田委員 その十四通りのうち七通りの患者が薬局の窓口に見えますね、それも正しいですか。

○近藤政府参考人 そのとおりでございます。

○肥田委員 そうしますと、薬局の窓口でその七通りの患者を見分けるにはどうしたらいいんでしょうか。

○近藤政府参考人 先ほども申し上げましたけれども、処方せんを出す医療機関と薬局の関係というのはまさに連携が必要なのでございまして、一々問い合わせをするわけにいきませんので、やはり処方せんにきちっとその区分けを書いていた

だ、こういう事務処理手続を、しかも非常にわかりやすい形でつくりたいということ、今関係団体と調整をいたしたいというふうに考えているわけでございます。簡潔な方法でチェックできるようなものを工夫したい、こういうふうに考えております。

○肥田委員 二月の予算委員会とのときの丹羽大臣とのやりとりを今思い出しても、まだ私はあのときの御答弁がすっと胸に落ちないんですね。津島大臣もあのとき予算委員会にいらしてましたので、恐らく私は津島大臣は御理解していただいていたんじゃないかと思うんです。丹羽大臣もたいてい本心に頭のいい方でも、ああやって、何が何だかわからないような状況でも、あやうい方はちょっと失礼かもしれないけれども、お互いに意思疎通ができなかったんですね。そのぐらいややこしい窓口負担であることを申し上げたいのですが、津島大臣、私はもう一度お尋ねさせてもらいたいでしょうか。虎の門病院に行ったらおばあちゃんも東大病院に行ったらおばあちゃんの話をもう一度させていただいて、今度は胸にすっと落ちるように御説明をいただきたいと思っております。

A おばあちゃんが虎の門病院に行きまして治療を受けました。B おばあちゃんは東大病院に行つて治療を受けたんですね。どっちも診療費は一万円です。ですから、おばあちゃんが払うのは、その一割ですから千円ですね。A おばあちゃんもB おばあちゃんも千円払ってきたのです。そのAとBのおばあちゃんもそれぞれ薬局に行きますね。どちらも薬剤費は一万円かかったとします。そういたしますと、虎の門病院の処方せんを持つていったおばあちゃんは、薬局ではお金は結構ですと言われたんですね。負担はゼロですね。ところが、東大病院の処方せんを持つていったおばあちゃんは一万円の一割で千円ですというところで、千円取られたんですね。病状が全く同じというわけではないにしても、そういう同じような状況のもとで、A おばあちゃんもB おばあちゃんも

あったこの違いを、津島大臣、ちょっとおばあちゃんにわかるように説明してあげてください。○津島国務大臣 私も、今の制度をしゃくし定規に適用すると胸に落ちないと思います。まず、それは率直に申し上げた方がいい。

なぜそういうことになるかといいますと、要するに、多様な病院から今の薬局に至るまでの幾つかの機関がかかる医療費の自己負担について低いところ限度を置いた。これは高くても理論的には同じ問題が起きますよ。一割ですつといくのなら、これはどこへ行つたつて計算できる。そこへいわゆる限度管理というのが出てくる。これは必然的に難しくなる。だから、理屈の上からそれを解決するためには、どこかの機関で、特定の患者さん、そのおばあちゃんの医療費を、ずつとその月の額を集中管理して、はい、ここが限度ですよ、これが一割ですよという管理をやらないと、これはできないわけです。ですから胸に落ちない。

そこで、局長が御答弁しておりますのは、いずれにしても非常に難しい幾つかの機関がかかわるのだけれども、それを具体的に、できるだけ手間のかからないように、どうしたらいいだろう。集中管理をどこかでやることになると、これは償還払いになる。そうすると、それもまた御迷惑をかけるな。だから、償還払いにならないところで、余りにも無理な事務負担を課さないようにするにはどうしたらいいか。これは厚生省だけであらせうせいというには無理がございしますから、今関係団体とよく御相談をして、何かいい方法がないか一生懸命させていただいております。

まことに胸に落ちないあれでありますけれども、少しでも胸に落ちるようにもう少し努力をさせていただきます。

○肥田委員 以前よりは随分と胸に落ちました。それで、今、大臣はこれから少しいい方法がないかとおっしゃったんですが、私もそう思うんですね。厚生省さん責めるばかりではなく、本当にいい方法を一緒に考えていきたいんです。例えば、

ば、主として院内処方であるとか主として院外処方であるとか、そういう区別をまずなくしまして、患者ごとに請求することにした方がいいかもしれないし、もう一つは、医療機関で一括してお金を取つてしまふということもあり得ますよね。ですから、これからいろいろな方法が考えられていくと思いますけれども、薬局の窓口でおばあちゃんたちの抗議を聞く間に時間がかかって、結局は副作用の説明もできなかったということでは大変困りますので、ぜひよろしくお願い申し上げます。

それから、これは、実はまだ厚生省の方に書類が出てきていない問題なものでございしますから、これをこの場所で審議するのはいいのかな、悪いのかなと私も迷いながら来たわけですが、やらせてもらいます。

今、医薬分業率が四〇％になっております。その質が求められていく段階に入つたと思うんですね。四〇％といえどもかなりのものですから、これから医薬分業という本来の意味、それが正しくこのシステムの中で機能しているかということがチェックされる時期なんですね。私は、それだからこそ、今厚生省の方も襟を正し、厳しく対峙していただきたいという問題が一つ起きてまいっておりますので、お願い申し上げます。

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則というのがございまして、保険薬局は保険医療機関と一体的な経営を行つてはならないとされておりますけれども、これはいわゆる第二薬局を規制したものです。

○近藤政府参考人 薬局と医療機関の関係で、特定の薬局に患者誘導するという、第二薬局とか門前薬局とかいろいろ問題になつたものについて規制をしているものでございます。

〔坂井委員長代理退席、委員長着席〕
○肥田委員 現在、ある鉄道会社が病院を経営し、一方、その会社が九〇％以上出資した保険薬局が同社の敷地内に開設されようとしております。

私が申し上げるまでもなく、分業の一番の問題は、経営が一体的であるかどうかということなんです。分業の業というのは、わざでもありませんけれども、なりわいということでもありますので、まさに経営が一体化していないかどうかは大きな問題なんです。

一二四〇年のフリードリッヒ大王の毒殺防止法を申し上げるまでもなく、経営が分離していることがむだなお薬を出さない、それがひいては国民の健康に大きく寄与をするということになるわけでございます。

今申し上げましたこういう状況で資料が上がってきたと仮定しますね。そういったしますと、私は、これはまさに経営一体であるから、かなり適正に審査されないとまずいことになるんじゃないかと思うんです。ただ、資料が出ておりませんし、申請書も出ていないということです、この中でやりとりは差し控えていただきたいと思いますけれども、もし厚生省の方に申請が上がってまいりました場合には、厚生大臣としては本心に厳正に判断をしていただきたいと思うのですが、大臣、いかがでしょうか。

○津島国務大臣 現在の法律でも、健康保険事業の健全な運営を確保する観点からいえば、保険医療機関が特定の保険薬局への患者誘導を招くことがないように、保険薬局の経営は特定の保険医療機関と一体的に行われてはならないということを要求しております。御指摘のとおりでございます。

そこで、今申し上げた一体的な経営かどうかというのは、資本関係ばかりでなくて、両者の立場関係等を総合的に勘案して判断するというものになつていくようにございまして、今委員御指摘のような具体的なケースが出てまいりましたら、基本は、特定の保険薬局への患者誘導を招くことがないように厳正に審査することは当然でございます。

重ねて申し上げますが、実態を見た上で、特定の保険薬局への患者誘導といった事態が生じない

ように対処してまいります。
○肥田委員 よろしくお願い申し上げます。

これで一応私が予定いたしました質問は終わりましたけれども、ぜひお願い申し上げますのは、今、医療に対する信頼性が国民の間で大変失われております。それは、医療ミスでもあるし、経済的なことでもあります。

先ほど大臣に申し上げましたように、お年寄りにしたら、十円違ってもどうして違うのかなと心配になるんですね。それが、行っている病院によって違う、病院の病床のスケールによっても違う、そして、病院が院内処方せんを出していらつしゃるか院外かによっても違う。先ほど表が配られておりましたけれども、少なくともあの表をお年寄りに御理解いただくのは大変難しいと思います。

先ほど厚生省の方々は、処方せんにマークをつけるとおっしゃいましたけれども、本心にそれだけで患者の皆さんに御理解がいただけるかどうか、そして、ただだけるように現場の者が説明できるかどうか、私は大変心配なんです。ですから、もう少しわかりやすい、そして、もう少し国民の立場に立った患者負担のとり方をさらにお考えいただきたいと思っています。

大臣、最後によりよくお願いいたします。
○津島国務大臣 できるだけ国民の目から見てわかりやすい制度を施行してもらいたいという御趣旨は、そのとおりでございます。

基本的に、今提案をしております定率と定額負担の上限設定という組み合わせがこういう非常に難しい事態を招いていることは、私も真剣に受けとめなきゃならないと思っております。

○肥田委員 ありがとうございます。

○遠藤委員長 午後零時三十分から委員会を再開することとし、この際、休憩いたします。

午前十一時五十八分休憩

午後零時三十二分開議

○遠藤委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

質疑を続行いたします。家西悟君。着席のまま結構です。

○家西委員 それでは、大臣並びに総括政務次官にお伺いしたいと思います。

今回の健保法の改正についてまず御質問を申し上げます。

大臣は、この法案の提案理由説明の冒頭において、急速な高齢化による医療費の増加を考えると、良質な医療の確保とともに医療の効率化は避けられませんかというふうにおっしゃってました。そこで一点お伺いしたいのが、私の地元でございますが、奈良の国立病院の統廃合が地元では大きな問題になっておりまして、今後どのようにしていくのか、また、国立病院の統廃合が全国的にもどういふふうになっていくのかということをお話しただければと思います。よろしくお願ひします。

○津島国務大臣 高齢化に伴う医療制度をどうするかという角度から私の答弁にお触れになったわけですが、御質問の国立病院の統廃合の問題は全く関係がないわけではございませんけれども、むしろ国立病院としての本来の機能を発揮させるにはどうしたらいいかという議論の一環でもあるということ、まず御理解いただきたいわけでございます。

国立病院・療養所につきましては、行政改革の一環として、国立医療機関にふさわしい広域を対象とした高度または専門医療を担えるような機能の質の向上を図るべく、昭和六十年以来、統廃合及び経営移譲による再編成を推進してきたわけでございます。

御指摘の国立奈良病院につきましては、国立療養所西奈良病院の場所と統合し、がん、神経・筋疾患、呼吸器疾患、これには結核も含まれております、それから重症心身障害等の難しい政策医療を担う施設として機能強化をするという方針が打

ち出されておるわけでございます。

一方、今国立奈良病院として行われている医療行為は、国立の施設としては廃止する方向でございますが、地元自治体等が医療の存続を希望する場合には、厚生省として必要な協力をするという方針でございます。

いずれにいたしましても、再編成計画の推進に当たりましては、従来から、地元関係者と十分話し合い、地元自治体、議会、医師会の御理解を得ながら進めていくこととしており、今後とも引き続き関係者などと協議を進めてまいりたいと考えております。

○家西委員 ぜひとも地域の声をお聞きいただいで、そのようにしていただければと思います。地域の方々にとっては重要な問題だと思います。そして、私どもの方にも御要請が多々来ております。何とか残していただきたい、地域医療をしっかりとやっていただけないものかという御要請もありますので、地域の声もしっかりとお受けとめただいて、今後の施策に反映していただければというふうに思いますので、よろしくお願ひします。

次の質問に移りたいと思います。

時間的なものを見ながら、質問が若干変わるかもしれませんが、その辺は申し上げながら進めたいと思います。

私は、今回の改正は、医療保険法の抜本的な改正を先送りしているのではないかとこのように思っています。患者の負担のみを強制的にいくことで、医療を軽視しているような思いもある部分があります。そして、福祉や医療、教育の分野まで効率性のみを追求していいのだろうかという思いがありますが、その点について御見解をいただければ。大臣並びに総括政務次官、どちらでも結構です。

○福島政務次官 委員御指摘のように、医療制度の抜本改革を行っていくに当たりまして、患者さんの立場に立ちまして質のいい医療というのが提供されるという視点、これは見落としてしまっ

てはいけないというのは私も全く同感でございます。

効率ということを掲げる背景には、一つには、日本の医療はもう少し効率的に提供することができるとはいかないかという、かなり広範な国民の間での御意見も一方ではあるのではないかと思います。

したがって、今回のこの医療制度の改革、私どもは健康保険法等の改正、医療法等の改正を医療抜本改革の第一歩というふうな位置づけているわけでございますけれども、さらに、今後高齢者の医療を中心とした改革を進めていくに当たりまして、先生から御指摘をいただきましたことも十分踏まえて進めてまいりたいと思っております。

○家西委員 次に、介護保険と医療保険のはざまの問題で伺いたいと思います。

例えば脳出血などで入院し、患者さんが介護施設のある療養型病床群でリハビリを兼ねて治療を行った場合、医療保険が適用される場合と介護保険が適用される場合があると思います。建前では介護保険認定を受けている人が介護保険であるということになるでしょうが、実際には医師のその場のさじかげんでもあると言われています。それによって患者さんの負担も大きく違ってくるように思われます。この判断基準を今後どうしていくのかについて伺いたいと思います。

○福島政務次官 介護保険がスタートいたしましたから、委員から御指摘ございましたように、医療制度と介護保険制度の境界の部分をどうするかということは極めて大切な課題であるというふうに思っております。

具体的に御説明をさせていただきたいと思っております。

まず第一点目としまして、要介護認定を受けている方を含めて、医療療養型病床群に入院していただける患者さんに対しての医療については、医療保険から給付をされることになっております。一方、要介護認定を受け、介護療養型病床群に入院している患者さんに対しての医療については、

は、基本的には介護保険から給付をされることになっておりますけれども、その場合でも、密度の高い医学的管理等については、適切な医療が提供できるように医療保険から給付をされることになっております。

例えばこれはどういう場合があるかといいますと、リハビリテーションにしましても、例えば老人早期理学療法、これは診療報酬上の項目でございますけれども、こういった早期のリハビリテーションというふうなものと、回復期のリハビリテーションにしましても、複雑なもの、高度なものについては医療保険から給付をされる形になっていくわけでございます。それ以外の比較的簡単なリハビリテーションについては介護保険から給付をされる、そういう区分になっているわけでございます。

患者さんを医療保険適用の病床に入院させるか、介護保険を適用されている病床に入院させるかということにつきましては、これは基本的には、担当しておられます医師の判断をものとしまして現場で判断をしていただくのが最善の選択が行われることと私は考えております。一律にその基準をつくるということはないのではないかとこのように私どもは思っております。

そしてまた、介護保険と医療保険で患者さんの自己負担というものに差があるということでは、これはどちらを選択するかという話になるわけでございますから、今回私どもがこの国会で提出をさせていただいております法改正によりまして、どちらを選択しても負担は基本的に変わらない形に改めたいと思っております。

○家西委員 どちらを選択しても基本的に変わらないようにするということですね。わかりました。

次に、高額療養費について伺いたいと思っております。

今回の改正では上位所得者の区分を設けられていますけれども、私は、1%の負担を求めることは、重篤な病気を担ったときの負担が大きくな

り、その患者さんにとつては当然不安を生じるのではないかという思いがあります。そして、私は、基本的にそういう重篤な人たちに負担を求めていくのがいいことなんだろうかという思いがあります。幾ら高額な所得があったとしても、病気を担ったときにはその収入は目減りをするわけですから、そのときにそれでいいんだろうかという思いはあります。

しかしながら、ここでちょっと視点を変えてお話を申し上げたいというか確認をとりたいことが一点あります。

今回の改正では、政府の方からの説明では、血友病、ネフローゼ、HIVについては既存どおりで、月額一百万円の負担で改正はしないというふうにお伺いしていますが、これは間違いありませんでしょうか。

○福島政務次官 この点につきましては、従来どおりの取り扱いをさせていただくということでは、間違いございません。

○家西委員 ありがとうございます。ぜひともそのようにしていただきたいと思っております。

それとあわせて、私は血友病の当事者ですけれども、血友病、ネフローゼ、HIV以外にも、同じように高額な医療にかかっている人たちはおられるじゃないかという思いも正直言っております。例えば、お一人だけの患者さんならばその負担はある程度やむを得ないのかもしれないけれども、兄弟、家族で出られた場合、その家計の負担は非常に大きくなるんじゃないか。掛ける二とかいうふうになつていく可能性があるので、そういう配慮とか何か特段の処置はございませんでしょうか。

○福島政務次官 高額な医療費が引き続き発生した場合、また、家族の中でそうした負担が同時に発生をした場合、こういう場合にどうするのかという御指摘かと思っております。

今回、高額療養費のあり方についてその見直しを加えたわけでございますけれども、過重な負担

になることを避ける観点から、四カ月以上続けた場合にはそれについて見直しが必要であるという多数該当ということもございますし、新たに高額医療費支給制度というものを創設いたしました。一つの同一世帯に所属しておる複数の老人の方が入院した場合に、その上限を抑える制度も設けさせていただいたわけでございます。このような形で対応をさせていただいております。

○家西委員 それでは続いて、今回の改正によって負担増ばかりの話が多いと思っておりますけれども、給付という部分については、一点だけこの改正で見られる部分があると思っております。それは、海外で治療を受けた場合の保険給付というものがうたわれているわけですが、この問題について少しお話を伺わせていただきたいと思っております。

どのような場合とかがどの程度のものを認めていただけたのか。これは衆議院調査局厚生調査室の方からお出しの参考資料の三十一ページにも書かれていますけれども、現行は「現在、海外において治療を受けた場合、保険給付は受けられない。」改正案では「海外渡航が一般化しているなかで、国民健康保険においても、海外渡航中の治療について、保険給付の対象に加えることとする。」と書かれています。どういふことをおっしゃっているのか、具体的にお話しいただければと思います。

○福島政務次官 たった一点よくなったということとお褒めをいただきまして、ありがとうございます。

具体的にどういう制度かということをおし上げたいと思いますが、国民健康保険におきましても、被保険者の方が海外で負傷したり疾病にかかった場合の費用について、帰国後市町村等の窓口で療養費として支給する制度が海外療養費制度でございますが、その創設を盛り込んでおるわけでございます。

具体的なプロセスとしましては、まず、一たんかかった医療費の全額を海外の医療機関等に支払うことが必要でございます。そして、その支払い

と同時に、担当の医師等から治療内容やかかった金額等についての証明をもらっていただきます。次に、帰国後、保険者に対しまして、これは市町村等ということになりますけれども、保険者に対して申請手続をいたしまして、それに対して償還払いを受けるという形になります。

この場合に必要とされる書類につきましては、被用者保険と同様に、療養費支給申請書、診療の内容もわかる医師の領収(診療明細書などの書類を予定いたしておりますけれども、被保険者の方々の便宜を考え、市町村等の窓口へ備えつける予定でございます。

そこで、どこまでかという範囲のお話でございます。これは、日本の健康保険の適用される範囲と海外における医療のあり方というのは、制度的に異なっております。したがって、海外で渡航された方が受けられた治療について、日本の国内の保険適用の場合にはいかがであるかということを変更して申請に基づいて検討させていただいて、それに対して適切な範囲で償還をさせていただくという形になります。

○家西委員 では、保険適用の範囲は、現在日本で保険適用されている範囲内というふうに理解していいですね。——うなずかれていただけますけれども、一言そうだということ。

○福島政務次官 細部の話はあろうかと思えますけれども、基本的な考え方としてはそのようなことでございます。

○家西委員 では、極端な話、腎臓移植、角膜移植、これは保険適用されていきますね。この範囲もオーケーということですか。

○福島政務次官 そもそもこの海外療養費制度におきまして支給をされる対象となる事例は、仕事ですとか、観光ですとか、さまざまなケースがあるかと思いますが、何らかの目的がございまして海外に行かれた、そして、海外に行かれてたまたまか病気になられる、事故に遭われる、そういうケースにおきまして、それにかかった医療費というのに対して対応するというところでござ

います。

したがって、角膜移植、腎臓移植ということになります。これはさまざまなケースがあるかと思いますが、直接そうした移植を目的として海外に行かれて移植を受けるということであれば、これはこの制度の対象とはならないというふうに考えております。

○家西委員 要するに、療養目的のものである場合は適用外であるということだと思っておりますけれども、どこでどういうふうなそれを判断するのでしょうか。

○福島政務次官 それは、この制度の中で、申請書を出していただきます。そこでさまざまな事項を記載していただくことになっておりますけれども、そうした申請に応じて判断をさせていただくことになろうかと思っております。

○家西委員 先ほど、請求があつて、医師の方からの説明とかいうお話もあったと思うんですが、海外で治療を受けた場合については明細という領収書を出していただく、それで、これだけのものをお支払いしたということとを社会保険事務所なりに届けて還付を受けるということだと思っております。

私もサンフランシスコでHIVの診療を受けたことがあるわけですが、書かれた内容は、診療をしたらとちやうとしたものなんです。それをレセプト請求のように詳しく書いているとは思えないので、そういう場合の判断というのはどこでするのですか。これは過剰なものであるとか過剰治療であつたとか、そういう判断というのはどうするのでしょうか。

○福島政務次官 私の手元には、診療内容明細書ということと具体的な事例のものがございまして、この記載というのは、日本の医療機関におきます診療報酬の請求のものに比べると概括的なものであるということが委員の御指摘だろうというふうに思います。

概括的なものでございまして、請求そのものが一般的な常識に照らして著しく大きな違い

がないということであれば、それは償還払いに当たりまして適切に評価をする必要があるというふうに思っております。

○家西委員 それはいろいろなケースがあると思えます。高額にかかる治療だつてあると思うんですが、そのときの判断というものはしっかりとしたいなと思っております。

例えば、私などは血友病ですので、海外でもし事故に遭つたときに、血液製剤というものは必要です。そのときには膨大な血液製剤を使つて医療費がかさむ。その請求をしたときに、これは過剰治療であるとか、通常で言うレセプトカットになつてしまつて、八割減になつたりということのないようにしていただきたい。本当にそれだけのものを必要とされた以上は、そういったときの対応というものをしっかりとやっていただきたいという思いもありますので、よろしくお願いいたします。最後の質問として、その辺はいかがでしょうか。

○福島政務次官 委員からお褒めをいただきました。一つの制度でございます。適切に運営をされるように、私ども、今後対応してまいりたいと思っております。

○家西委員 それでは、その際、国民に対して海外でもこういうふうな保険適用されますよという広報をしっかりとやっていただかないと、知らないという方が多いと思います。その辺についてどうなのかもお答えいただければと思います。

○福島政務次官 確かに、今回の海外療養費制度の創設につきまして、その趣旨や具体的な手続というものを被保険者の方々に的確に理解していただくということは、私どもも大変重要であるというふうに認識をいたしております。関係団体や地方公共団体なども十分に相談をいたしまして、さまざまな手段を通じて周知に努めてまいりたいと思っております。

具体的には、厚生省としましては、厚生省の持つておりますインターネットのホームページなどを含め、さまざまな媒体を通じて広報に努

めさせていただきたいと思っておりますし、市町村等の保険者や関係団体の方にも御協力をいただき、それぞれがさまざまな広報誌ですとかメディアを有しておりますので、そうしたものの上でこの制度の周知を図っていただくよう要請してまいりたいと思っております。

○家西委員 ぜひとも国民の多くに、海外での治療という何かあつたときには医療を受けて安心だということを周知徹底をお願いいたしたいと思います。

次に、今回の医療法の改正に伴つて一般病床と区分された精神病、結核、感染症という部分については、私は置き去りにされたように思えてなりません。一つは、感染症予防医療法という法律が通つたわけですが、その後、医療の問題ということで予防指針が出ています。そして、手厚い看護、カウンセリングの充実、インフォームド・コンセント等々ということがうたわれているわけですが、なぜ今回感染症病床も三対一の対象から外されているのか、そのところをお聞かせいただきたいと思っております。

○福島政務次官 一般の感染症予防法の審議の際に、さまざまな御意見をいただいたということによく承知をいたしております。

今回の医療法等の改正の中でこの点について置き去りにしてきたということでは決してございませんで、その法案の審査の際に、先生も含めましてさまざまな御議論をいただき、また御指摘をいただいた御意見というものを踏まえて、公衆衛生審議会感染症部会におきまして検討を続けてまいりまして、感染症病床の人員配置基準につきましては、十月十八日の感染症部会におきまして、一般病床における新たな基準と同等とするということで了解をいただいたところでございます。

○家西委員 ということは、HIVに関してはさうだということですか。それとも、感染症部会ですら、感染症病床すべてにおいてと判断しているのですか、一般病床群と同じ扱いをするということですか。

あと時間が残り少なくなってきましたので、次の質問へ移らせていただきます。

次に、歯科医師とか医師の研修問題について掲げられておりますけれども、私は、HIVの問題から考えますと、この研修というものは非常に大事ではないかというふうに思います。

まず、感染症の問題ということを研修項目に何としてでも入れていただきたい。それは、先ほど来質問の中でも出ています医療事故という問題もあるわけですが、それとあわせて、感染症、院内感染という問題が大きな問題だと思えます。MRSAの問題、これは院内感染がほとんどです。こういったものを防ぐためにも研修を図るべきではないか、研修項目に入れるべきではないかというふうに私は思います。

なぜこれを具体的に申し上げるかという、自身の経験で申し上げると、ある大学病院の採血の際、翼状針という注射針があります。針に羽根がついたようなもので、チューブがつながって、それで採血をするときに、手を出してくださうと言われるところのテーブルの上に採血の器具をそろえていき、清潔に保たれているバックをあける際に、下に向けてあけて翼状針を落とす、そして器具につないで私の体に刺さうとした経験があります。私はその場で怒りました、あなたは医学経験があるのか、医学知識があるのかと。相手は、はあと言っていました。何か問題があるんですかと言ったから、大あたりだと。今何をやってのか自分ではわかってるのか、この瞬間もうこの器具は不潔なんだ、使えないんだと。いや、気に入らなかつたらかえませんがということをやった。これは、感染症に対して余りにも経験がないという知識がない。本日に医学部や看護学校を卒業したのか、国家試験を通つたのか疑わしいような言動であり、行動をとった。こういうことがある以上、まず最初にやるべきではないか。

そして、一番最初に大事なことは、こういう勉強を始めたときの刷り込みです。当然、医学部では感染症やそういった病気のことを学ぶんでしょ

う。そして、現場に出ながら覚えていく部分もあると思います。しかし、周りが誤った知識を持っていたら、その知識をずっと持つていく。最後には何をやるのかという、そういうことをしてしまふ。そして、何がいけないんでしょうか、気に入らなかつたらかえすよというような話は、これは医学者として、また医療従事者としては恥づべき行為であるのにもかかわらず、そこを気づいていない。

そして、医療忌避の問題もそうです。HIV診療というものは一般病院でもできるのにもかかわらず、医療忌避が頻繁に起こる。これはなぜかという、周りが怖い怖いという変な知識を持つていく。だからこそ、最初にきつちりと対応すれば感染するものではない、そして、自分たちが感染源になり得るんだということを知識として与えなきゃならない。また、医療器具においてもそうです。ピンセットでも何でもそうです。一回さわったら上に向けてはならない、下に向けておけというものを、平気で上に向けてる者もいる。

こういったところの徹底した教育をやるためにも、この研修の中にそういったものを入れるべきだと私は思いますが、大臣並びに政務次官、どのようにお考えになりますか。そして、これを入れていただけるのかどうか、御答弁いただければと思います。

○福島政務次官 先生御指摘のように、感染症の治療や予防にかかわる知識、そしてまた、ただいま御指摘いただきましたことは無菌的操作ということに關しての基本的な技能の習得ということだろうと思えますけれども、そういうことについてあらゆる医療関係者が、医者や看護婦がきちっとこれを習得することが極めて大切なことだと思っております。

今回の医療法等の改正の中では、医師法、歯科医師法の改正ということで、医師、歯科医師につきましても臨床研修というものが義務化されるわけでございます。現在でも卒業臨床研修目標というものが定められておりまして、その中に感染症

にかかわる検査、治療処置等についても盛り込まれておりますけれども、ただいま先生御指摘ありましたように大変大切な課題、そしてまた、院内感染等の発生、医療事故の発生ということを考えますと、平成十六年の実施、歯科医師におきましては十八年でございまして、その実施に向けてのプログラムの検討の中で、先生御指摘いただきましたことについては十分検討をさせていただきたいと思っております。

○津島国務大臣 総括政務次官の御答弁に加えまして、今の委員のお話で非常に痛感をいたしましたのは、基本が大事だということでございます。現場における医療行為の基本は、実は本や講義からだけでは学ぶことはできない。そういう意味で、現場における研修がどんなに大事かということをおもて教えていただきました。

○家西委員 時間が来ましたので終わりますけれども、ぜひとも医師、歯科医師、看護婦、医療従事者に対してそういったものを取り組んでいただきますようよろしくお願い申し上げます。

○遠藤委員長 次に、牧義夫君。

○牧委員 本日、初めて質問に立たせていただきました民主主義の牧義夫と申します。どうかよろしくお見知りおきいただきまして、今後の御指導をお願い申し上げます。

先ほど来、民主党から質問がそれぞれ出ておりますが、薬剤師の方であるとか、あるいは今、家西先生は薬害の問題に長らく取り組んでこられた方でございます。私の後に続くのは精神科のドクターでございますが、私はそういった意味では専門家でもございませぬし、また津島大臣のように長らく厚生行政に取り組んで研さんを積まれてきたキャリアを持ち合わせているわけではございませんが、まさに国民的な視点からもう一度我が国のあるべき社会保障体制のあり方等について質問をさせていただきたいと思っております。そういった意味で、この午後のひととき、肩の力を抜いて国民にお答えいただこうとおつもりで質問にお答え

いただければ幸いに存じます。

今回の法改正につきましては、二〇〇二年度医療保険制度の抜本改革に向けての第一歩だということを、先ほど来の答弁の中でも、また先般の答弁の中でも再三お聞かせいただいたわけでございます。ただ、今回の法改正は、特に患者の自己負担にかかわる部分、高額療養費の自己負担限度額の見直しあるいは老人医療費一部負担の見直し、介護保険料徴収との絡みだと思っておりますけれども保険料率の上限の見直し、そして、薬剤一部負担の廃止など、まさに難きはぎだらけと申しましようか、ただでさえわかりにくいこの医療保険制度が、国民の目にはさらに一層わかりにくくなっているのが現状ではなからうかと思うわけでございます。

例えば年金の制度にいたしましても、一階建て、二階建て、三階建てと、私勉強中でございますけれども、まだまだ私にも非常にわかりづらいところがある。そんな中で基礎年金が空洞化しているというようなお話を伺いますけれども、そういった従来の年金制度の整理がつかないまま、確定拠出型ですか新たな制度も検討されているというようなお話を伺っております。

総じて、日本の社会保障制度というのは非常にわかりづらい。また、今後どのような方向に進んでいくのかというようなことも見えてこないというのが実情ではないかと思えます。まさに今こそ二十一世紀のあるべき社会保障制度のありようというものを示していただきまして、その社会保障制度の中に位置づけられる年金、医療、介護、社会保障全般についてのグランドデザインのものと、の諸施策を講じることが喫緊の課題ではなからうかと私なりに思っているわけでございます。その意味で、この質疑を通じて、あるべき社会保障制度の中に位置づけられる医療保険制度のあるべき姿、大臣がお考えになっているその姿を明らかにしていただきたいと思います。

まずその大前提といたしまして、国民の健康、

生命を守るための医療法、健康保険法等のありようについては、この議論の対象として国のいろいろな政策課題があるかと思うわけでございますけれども、その中でも極めてプライオリティーの高いものであると私には認識しているわけでございますけれども、大臣の御認識はいかがなものでか。

一昨日の答弁でも、二〇二〇年度抜本改革実現に向けての決意はお聞きしたわけでございますけれども、大臣が内閣を構成する一員としてきちっとこの位置づけをしていただかないと、今回の法改正が抜本改革への第一歩だという、その言葉も迫力のない、説得力のないものになってしまおうかと思うわけでございます。その辺、いかがでしょうか。

○津島国務大臣 牧委員御指摘のとおり、医療制度は、国民の生命、健康にかかわる極めて優先度の高い課題であると思います。そして、我が国では国民皆保険制度を確立いたしまして、国民にひとしく良質な医療を提供してまいり、その成果についてはWHOも非常に高く評価してくれているところでございます。

しかし、今後、急速な高齢化の進展の中で老人医療費がどんどんふえてくる、果たしてこれから国民皆保険を維持し、国民が安心して良質な医療を受けられる状況が続くかどうか大変に心配する向きもふえておるわけでございまして、ここに医療制度の改革を抜本的に検討し、国民にしっかりとしたビジョンを示さなければならぬという私たちの役割があるわけであります。これまで薬価や診療報酬の改革を行いましたし、今度健康保険法、医療法等の改正を御提案申し上げておりますけれども、これが最終的なビジョンにどのようにつながるかということがわからなければ、これはその場限りの改革ではないかと言われても仕方がない、これは委員御指摘のとおりであろうと思います。

医療制度につきましては、やはり基本は、高齢化に伴ってふえてまいります高齢者医療制度が今

後とも安定的に運営できるかということがポイントでございますから、このことについて私どもは平成十四年度を目途にしっかりと将来の方向を打ち出したいと思っておりますが、政府全体として、社会保障制度、今の医療問題ばかりでなく、委員もちよつと触れられた年金問題等々を含めて将来構想を出さなければならぬということで、有識者会議を総理のもとに設置いたしました。私ばかりでなくて、大蔵大臣や経済企画庁長官等々もお入りになって審議をまいりまして、その報告書がきょう総理に提出をされる予定になっております。

この報告が今後の国民の選択のよい判断材料になってもらいたいと考えておりますけれども、報告書に組み入れられておる点としては、制度について不断に見直し、必要な改革を進めることが不可欠である、それを行ってまいれば持続可能な社会保障制度を二十一世紀にも維持することができ、私なりの解釈をさせていただきますが、国民負担が過重にならない範囲内での社会保障制度、医療制度、年金等を維持していくことができるということが報告書の中に読み取れるというふうに思っております。

そういう安定した持続可能な社会保障制度を確立するのに幾つか解決すべき課題がございます。例えば、この制度を支える支え手をふやしていくにはどうしたらいいか、高齢者も元気で社会参加ができるように、また健康で生活をしてもらう、それからまた高齢者を含めて国民がひとしく能力に応じて負担をしてもらうということ等々もあるわけでございますが、さらに、高齢化が急激に進んでいく間には、公費をもう少し投入することも考えなければならぬということも示唆されていると受けとめております。

このような報告を受けまして、私も、国民に安心を与えられる社会保障制度の構築に向けて全力で取り組んでまいる所存でございます。

○牧委員 今、社会保障制度有識者会議の結論を踏まえてそのあるべき姿のお話が出ました。

持続可能なということでございますけれども、そのあるべき姿を国民の前に示すだけであれば、学者、有識者の会議があればそれでいいわけでございまして、結論的に申し上げれば、厚生省というか国の責務は、これを実現するのが国の責務であらうと思うわけでございます。それが本当に実現されるのかどうかということがやはり国民の一番の関心事でございます。先日の釘宮委員の質問にもございましたように、今や国民の八割が将来に対して非常に不安を抱えている、そういった各種世論調査の結果もあるわけでございます。

そこで、再度、一昨日の釘宮委員の質問とも重複いたしますけれども、二〇〇〇年抜本改革というお話が前にございました。その二〇〇〇年抜本改革がなぜ二〇〇二年に先送りされたのか、その辺のところをもう一度お願いしたいと思っております。

○津島国務大臣 二〇〇〇年改革を目標にしてまいりましたが、残念ながら実現できなかったということは、私もまことに遺憾に思っておるわけでありまして、その背景に、経済状況が非常に厳しくなったということは委員も御理解をしておられると思います。

それで、先ほどの答弁の延長になりますけれども、きょうの有識者会議の報告書を受けまして、政府としては、政府、与党の連携のもとで社会保障改革の全体像を明らかにするいわば大綱ともいえるべきものを早く取りまとめることも、これに基づき具体的な推進方策を協議するための体制を整備するということを本日決めたわけでございします。したがって、委員御指摘の、ビジョンを示すだけではだめだ、具体的にどのようにしてやるかについてそれなりの職責を果たしてもらいたいということについて、私もこのように形でお答えをしてみたい。

御案内のとおり、厚生大臣だけではできない、税制等を含めた検討が必要でございますから、関係各大臣が参加をしてそういう協議を進めて、平成十四年までに結論を得たい、かように考えてお

るところであります。

○牧委員 お話はよくわかるのでございます。社会保障制度を充実させるための社会的なバックグラウンド、経済情勢あるいは雇用情勢、その辺の厳しいこと、また財政事情が大変厳しいことも重々承知の上で申し上げたいのですけれども、一言申し上げれば、これは経済政策の失政であつたと私も思うわけでございまして、国民生活を二の次にしながら、ただ政権維持のみにきゅうきゅうとしてきた与党の責任であることを棚上げにすることはちよつとどうかと、一言つけ加えさせていただきます。

しかし、冒頭のプライオリティーの話に戻るわけでございますけれども、本当にこれが重要な案件であるという御認識さえあれば、決してバックグラウンドの情勢いかにかわらず、これは実現できたのではなからうかと私なりに思っているところをあえてつけ加えてさせていただきます。

例えば高齢者医療保険制度の財源につきましては、先ほど大臣も将来的には公費を充実させるほかにとの認識をおっしゃっておられました。医療を支える財源は、公費か保険料か患者の個人負担か、この三つのうちいずれかしかないわけでございしますから、そのバランスがどうあるべきかといった考え方があつてしかるべきであらうかと思

います。私なりの考え方を申し上げます、人口構成の将来的な見通しというのはある程度つくわけでございますから、景気の見通しや雇用情勢は関係ない。それこそ国家存亡の危機でもない限り、最低限これだけの負担でこれだけの医療サービスが受けられる、あとは公費で賄いますよ、そういったような不動の、不変の国としての国民に対する約束があつてもいいと思うわけでございます。

大臣のお考え、公費と患者負担、保険料のバランスというものをどのようにお考えか、お聞かせいただきたいと思います。

○津島国務大臣 社会保障制度が全体として安定しなければならぬというのは御指摘のとおりで

ありまして、そういう趣旨のもとで、公費と保険料と自己負担、それぞれを適切に組み合わせたい、そういう考え方は恐らく当委員会の大部分の方々は共有していただけたと思います。また同時に、その組み合わせについて国民の理解があることも大事でございます。

私の今後の課題として念頭にございますのは、制度上必要な改革は一つ一つ着実に積み重ねていく。そういう中で、しかし、高齢化が急速に進むことによって生ずる負担は、これは国民が全体として担うということは理解してもらえないのではないだろうか。つまり、特定の保険にだけこれを負担させることは非常に難しい。また、保険制度に一定のゆがみを生ずるおそれがございますから、全体で持つていただく。それが公費をもう少し投入してもらったかどうかということになるわけでありまして。

しからば、どのような財源で公費を賄うかということについて、一言で言えば、これは安定財源でなければならぬ。さつき委員が言われた、非常に経済状況が悪い場合でもできるというのはまさにそのことでありまして、景気の変動の影響をできるだけ受けない安定財源を見出していくことが必要な。

そういう議論を、先ほど申し上げましたような枠組みで、私も政府・与党でもやってまいりますが、国会におきましても、多くの方々の御意見に耳を傾けながら進めてまいりたいと思っております。

○牧委員 考え方の違い、価値観の違いと申しましようか、あるいは大きな意味での自民党と民主党の政策の違いと申しましようか、その辺の違いが多少わかってきたような気がいたします。

さて、その違いの本質的な部分、つまりは、社会保障制度のあるべき姿を最優先するのか、あるいはその時々々の情勢であるべき姿までが変わってしまうのか、その問題の延長線上でもう少し質問を続けたいと思います。

そもそもこの医療制度の抜本改革は、薬価制

度、診療報酬体系、高齢者医療制度、そして医療提供体制を四つの柱として検討がなされていると聞いております。これはちょっと違うんじゃないかと私なりに思うわけでございまして、この四つの課題をそれぞれ審議会ではばらばらに審議をして、ばらばらに答申が出され、それに基づいて法案をつくっていただければ、結果としていびつなものができ上がってしまうんじゃないか、小手先だけの改正、改正を積み重ねるだけに終わってしまうのではないかと思うわけでございまして、もう少しと総合的な視点から検討がなされるべきだと思っておりますけれども、いかがでしょうか。

○津島国務大臣 私は、ばらばらにやってきたとは思っておりません。それぞれの改革の問題点がお互いについて影響を与えるかということを見野に置いて、医療制度全体を安定的にするにはどうしたらいいかという検討をしておるつもりでございますが、何か具体的に委員の方から御指摘があれば、教えていただければ幸いです。

○牧委員 私が申し上げたばらばらというのは、並立するという意味で申し上げたわけであって、私はこの四本の柱の中にも優先順位があるかと思っております。まずは適正な医療提供体制があつてしかるべきだと思っております。診療報酬体系ですとか薬価というのはそれについてくるものだと思いますけれども、その辺はいかがでしょうか。

○福島政務次官 抜本改革の中で、薬価制度の改革、診療報酬体系の見直し、新たな高齢者医療制度の創設、医療提供体制の見直しということにつきましては、これはさかのぼりますと、自社で立政権のときに与党協というのできたわけでございます。その与党協は私は直接関係いたしておりませんけれども、その中で議論は、医療というものはさまざまな制度が組み合わさったものであるから一つ一つのところだけ変えるということでは全体として効率的なものにはならない、幾つかの側面を同時に見直していくことが必要だ、同時に包

括的に見直す、その中で新しい制度をつくっていくんだという議論ではなかったかと私は理解をいたしております。

そしてまた、実はそれぞれが一つの法律の中にすべて書き込まれるという性格のものではないかと、薬価制度につきましても、診療報酬体系の見直しにつきましても、これは本年の四月から施行された診療報酬の中でのかなり大きな変化というものが起こっているわけでございます。これは、中医協での議論を経て、診療報酬の体系をどうするかというところでやられる。医療提供体制につきましても、ただいま先生方に御審議をいただいております医療法等の改正の中に盛り込まれているわけでございます。そして、高齢者医療制度につきましても、今回の健康保険法等の改正がその第一歩であると思っております。

そういう意味では、それぞれがかわつていく法律が異なっておりますし、先生方に御議論いただく場につきましても、それぞれ時間差が出てくるということがありまして、どうしてもばらばらな印象を先生もお持ちになられるかと私は思いますが、出発点はすべて一緒にやっていかなきゃいけないんだという観点でスタートしたことでございまして、残っております高齢者医療制度の抜本的な改革に向けて、平成十四年の実施に向けて、私どもはこれから全力で頑張つてまいりたい、そのような決意でございます。

○牧委員 私が申し上げているのは、優先順位という価値観の問題ではなからうかと思うんです。

医療提供体制の確立がまず第一だと申し上げているのは、例えば、今回の法改正において、四対一が三対一に改正されるわけでございますけれども、果たしてそれで十分なのか。現場の看護職員の声等をいろいろ聞いておきますと、まだまだそれでも十分だと。先ほどの質問の中にも、いろいろな医療ミス、またニアミスというのが九割もあるというふうな報告事例もございまして。そういった中で、まずあるべきものは医療提供体制の

確立ではないか。

例えば三から一・五対一に変えた場合に病院が幾つつぶれるとか、そんな話もございましてけれども、それになったらまた診療報酬体系を考えればいいじゃないか。それはあくまでも、まずは患者の安全、私たち国民の安心できる受診体制の確立がプライオリティーが一番高い。その観点から、いろいろな制度、これはもちろん並行してより合理性を追求しながら進めていかなければならない、当然これは密接に絡み合ったものでございまして、私が質問しているのは、その優先順位の問題でございます。いかがでしょうか。

○福島政務次官 医療提供体制の見直しというものが最も重要であるという先生の御指摘ではないかと。いうふうには私は思います。医療提供体制のあり方というものが極めて大切であるということにつきましても、私もそれは同感でございます。

しかしながら、そこだけ変えることによってすべてほかのものが変わっていくということでもなからうというふうには私は思っておりますし、一方では、診療報酬体系の見直しというものが実は医療提供体制のあり方とも密接に関係をいたしておりますし、診療報酬体系のあり方というものが医療の提供のあり方を変える側面も同時に進める必要があると私は思っております。

そして、この三対一ではまだまだ十分ではないか、また、医療事故が頻発をしている現状を見れば、もう少し突っ込んだ議論ができないかというふうな先生の御指摘ではないかというふうに思っております。

この看護職員の配置基準につきまして、医療審議会ではどのような意見があったのかということをお知らせさせていただきたいと思っておりますけれども、医療法における人員配置基準はあくまで最低基準として定めるんだ、また看護職員の地域的な偏在、充足しているところもあればまだまだ看護職員が採用しにくい地域のあることも理解していただきたいというふうな意見ですとか、半世紀に

もちろん、医療事故というものを本当に防いでいかなければいけないということは、先生の御指摘のとおりでございます。これは委員会でも今までに繰り返し議論がございましたけれども、必ずしも医療事故の発生が看護職員の配置の体制とは関係をしていないという事実も一方ではあると思います。例えば特定機能病院のような看護職員の配置が極めて充実しているところでも、医療事故というものは当然起こっているわけでございます。

私どもは、今、冷やり、はつと事例の収集も進めておりますけれども、医療機関、医療提供体制におけるどのような要素が医療事故に結びついているのかということについて研究を深める必要があると思いますし、また、単に看護職員の配置基準にとどまらず、医療機関としてのリスクマネジメントの体制を築き上げていくためにマニュアルをつくったり、責任者の方にお集まりいただきまして、さまざまにこちら側としてもお願いをさせていただいたりとか、各面での取り組みを今進めさせていただいているところでございます。

○牧委員　そうはいっても、医療審議会で看護職の委員の、夜間も患者十人に看護職一人以上いなければまともな医療はできない、そのために病床一・五に看護職一に基準を引き上げてほしい、そういう報告もあるわけですね。現実医療の場でこういう声が起こっている、それがまずは喫緊の課題じゃないでしょうか。もう一度。

○福島政務次官　今回、医療法等の改正で御提案をさせていただいております三対一というのは、あくまで最低基準でございます。先ほども私御説明をいたしました、診療報酬体系のあり方と

○牧委員 時間が参りました。まだまだ質問させていたきたいことがたくさんあったのですけれども、その辺のところは、私どもと現政権与党との価値観の違いというか、その辺が浮き彫りになれば私の質問の意味もあつたかなと思うわけでございまして、間もなく十一兆円という補正予算も組まれるようでございます、これは景気の下支えという名目であろうと思うのでございますけれども、私どもは、安心社会の実現こそが冷え込んだ個人消費を喚起するための最良の方法であろう、

どうもありがとうございました。

○遠藤委員長 次に、水島広子さん。

○水島委員 民主党の水島でございます。

そういう観点からもこの質問をさせていただきます。

一昨日の厚生委員会におきまして、私の同僚議員から精神科特例、精神科医療についての質問が行われましたところ、新聞の社説で取り上げられたり、また、精神科関係の患者さんや医師の方たちから精神科を国会の場で取り上げてもらえるのかということではいろいろな御意見をいただきました。

た。この反響の大きさを考えてみましても、今までこの精神科という領域が、日の当たらないところで長い間医療を提供する側も医療を受ける側も非常に苦しい思いをしてきたのではないかということを変更して感じさせられました。

日の当たらなかった分野でございますので、私もきょうまず最初に精神科について御質問させて

いただきますして、その後ほかの質問に移らせていただきますと思いますので、大臣と政務次官、よろしく願います。

まず最初に、精神病院のハード面ということで

例えば、保護室が必要な人であっても、トイレのスクリーンがなければ困る方もいらつしやるわけです。また、今の保護室というのは、自分では排せつ物を流せない。外から看護者が流す仕組みになっておりますけれども、自分で排せつ物ぐらい流せる方もいらつしやるわけです。

て、本当は保護室に入れることが医療上必要な方であつても適切な医療を提供できないというようなこともあります。適切な医療を提供するためにつくつたはずの保護室が適切な医療を提供するための妨げになっているというのが、ある意味では現状ではないかと思ひます。

また、一般の閉鎖病棟につきましても、閉鎖的な処遇が必要であると考えられても、においがきつかったり環境が悪かったりするために閉鎖病棟をいいにくいというようなケースも実際にはございます。

例えば、精神病床独特のにおいを極力なくすような空調とか、保護室のトイレにスクリーンをつけるとか、排せつ物を病状に応じて自分でコントロールできるような環境であるとか、そのようなハード面の改善が必要であると思われるけれども、その点についてどうお考えか、教えていただけます。

○福島政務次官 保護室というのは、患者さんの症状から見て、隔離以外の方法では危険を回避することが著しく困難である場合に使用されるも

堅固であることが必要であるが、そのために圧迫感を与えないように考慮し、時には普通病室として使用し得るような配慮も必要である。細部の設計に特別の注意を払い、採光、換気、通風、冷暖房等の環境条件には特に考慮する必要がある。廊下側に余り露骨にのぞき込む感じを与えない小窓をつける。また、便所を設ける場合は水洗式とし、不潔にならないようその設計には特に注意が必要であるというようなことがこの中には定められているわけでございます。

先般も公衆衛生審議会から、国民の生活水準にふさわしい療養環境を整備することという指摘がございました。ただいま委員からこの環境が十分ではないではないかという御指摘がございましたけれども、保護室の療養環境の向上について、私どもは一層の指導の徹底に努めてまいりたいと思っております。

現実にはどのようなことを行っているかということとでございますけれども、保護室等の鉄格子を撤去し、一般の病室の窓と同等にするなどの療養環境向上のための改築については特別の補助を行っているところでございまして、病院関係者等にこうした事業の活用についてより一層求めてまいりたいというふうに考えております。

○水島委員 そのような取り組みを積極的に続けていただきたいと思います。

ちよつと大臣にお伺いしたいのですが、先日、山井議員の方から閉鎖病棟や保護室に入られたことがあるかという質問がございましたけれども、大臣はいわゆる精神病院のにおいというのは御存じでいらつしやいますでしょうか。

○津島國務大臣 何度も訪ねておられますから知っていると思いますが、病院で少しづつ違うなとも思っております。

○水島委員 病院で少しづつ違うというのは、か

なり鼻がよくていらつしやるようでありますけれども、一般的には、いわゆるあのにおいといえ、患者さんでも医療者でも大体わかるものでございます。

私たちも医学生であったときに、精神科に行こうと思つたらあのおに耐えられなければだめだというようなことで、診療科を選択するときの基準にもなつていたほどにおいがございます。病床の広さだけではなく、そこで実際にどのような生活の質が確保されるか、その点をぜひ十分に考慮していただいて、これからいろいろな基準をつくっていただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

次に、精神科特例についてですけれども、精神科特例の問題点というのは前から指摘されておりますけれども、実際にこれをどのようにしてこれから解消していくかということになるわけです。日本が事務次官の通知であります精神科特例というものを出した四年前に、イギリスでは、十年間で精神病床を十万床減らすという目標を掲げまして、心の病を持つ方々が町の中で暮らせるような政策を推進させてまいりました。そして、イギリスを手本に、ヨーロッパ諸国、アメリカ、カナダ、オーストラリアなどが続いているわけなんです。

いずれも方法はほぼ一致しております、まず一つ目に、急性期の治療にスタッフを手厚く配置して短期間で退院できるようにしていく、退院後の住まいを確保していく、そして、町中のクリニックや訪問看護、ホームヘルプ、憩いの場で暮らしを支えて再発を防ぐ、この三本柱をやつてまいりまして、その結果として、総じて全体の費用を抑えることにも成功しております。

まさに日本の精神科特例の事務次官通知というのは時代の流れに逆行するものであった。周りの国が既にそういう取り組みを始めていた中で、暫定的であつたにしろ、そのような措置が今までずっと続いているということは本当に異常な事態であると言わざるを得ないわけです。

まず、今の三本柱のうちの二つ目でありまして、急性期の治療にスタッフを手厚く配置し短期間で退院できるようにする。これはまさに精神科特例にかかわる部分であると思ひますけれども、先日、厚生省の方にこの精神科特例をどのようにして解消するのかということをお尋ね申し上げましたら、精神科医の数が一年間に何人ふえるかということと単純に計算すると、精神科病床が一般病床並みになるのは七十五年かかるというようなことを言われました。

医者の増加を待つという全く非生産的なことをせずに、現状でも十分精神科特例というものを解消していくことはできると思ひますけれども、そのためには、何といつても、入院患者さんを減らし、在院日数を減らしていくことをしなければいけないわけです。医者がふえなければ患者さんを減らすという当り前の理屈なわけですが、けれども、今の状況で単に退院を促進するということとすると、ただでさえ人手の少ない今の精神科医療の現場ではそういうことはできない。ただ回転が速くなつて、今度は医療者側のオーバーワークになつてしまふわけです。

ですから、まず第一番目の質問になりますけれども、病床を減らすためにどのようにしていくか考えをお持ちであるか。病床を減らしていく病院がつかれるということであつたら、病院側は永遠に病床を減らすような努力をしませんので、まずどういふふうにして病床を減らすことができるか、お考えを教えてください。退院後の受け皿づくりを進めることにあると思ひます。

現在、障害者プランに基づきまして、精神障害者社会福祉施設等の計画の整備というものを進めております。これは十四年度まででございますけれども、さらに引き続き社会福祉施設の充実というものに努めていく必要がある。これが一番大事だと私は思つております。

具体的に申し上げますと、受け皿としまして、生活訓練施設、授産施設などの社会福祉施設やグ

ループホームなどを平成十四年度末までに約三万人分整備をすることといたしております。現在の進捗状況は、平成十一年度末現在で一万九千人分が整備をされております。特に、グループホームにつきましては、十四年度末までに五千八百人分を確保することといたしておりますけれども、進捗状況は、十一年度末現在で四千人の精神障害者の方々が利用されている。

この施策をさらに力強く前進させていきたいと考えております。

○水島委員 もちろん退院しやすい地域の整備づくりというものは大切なわけですが、退院できるようなつたからといって、ただ退院させていくと、結局病院がつかれるということになつてくるわけです。そこでやはりもう一つ政策が必要になつてくるんじゃないかと思ひますが、そのあたりはどうお考えでしょうか。

○福島政務次官 むしろ専門の先生からストレートに御指摘をいただいた方がいいのではないかと。いふに私は思つておりますけれども、一方で急性期の精神科医療というものを推進する必要があります。急性期の精神科医療を推進するためには、人員配置も厚くしなければならぬといふこともございまして、当然それに応じた診療報酬上の評価もしていく必要があると考えております。

この点につきましては、看護配置に対しまして、二対一看護まで評価した入院基本料を創設をいたしましたし、標準医師数を満たしている場合には加算をするというようなことも設定をいたしました。さまざまな御議論がこの委員会でも行われましたので、今後の診療報酬の議論の中で、そういうもののがどのように踏まえられた議論になるかということをごらんと見守つてまいりたいと思つております。

○水島委員 例えば、今も急性期の医療を充実させるということがございましたけれども、精神科特例を段階的に解消していくために、急性期の病棟、児童、思春期の専門病棟、また覚せい剤など

の専門病棟など、まずそちらの方から一般科並みに引き上げていく、そのような考えはいかがでしょうか。

○福島政務次官 この点につきましては、一昨日の委員会でも御答弁をさせていただきましたけれども、政省令の見直しに向けて公衆衛生審議会のもとに置かれた委員会が検討が進められているところでございますので、その中での検討をお待ちしたいと思つております。

○水島委員 では、ぜひ活発な御議論をいただきまして、退院しやすい支援体制、特に住宅の問題というものは重要で、まだ地域、そして何といつても家族からの偏見も強い、理解が足りない。そんな状況では、家族の理解が得られないために退院できないというようなケースも非常にございます。ぜひ、退院してもしっかりと仲間と支え合つて、一人で、単身で暮らしていけるような、そのための住居づくりをお願いしたいと思ひます。

そして、退院をしていくことになりまして、やはり大きな問題でありますのが就労の問題です。仕事をしたいのだけれどもどこも雇つてくれない、だから、仕事ができずにぶらぶらしていると、だんだん病氣もまた悪くなつてくるというようなこともございます。

障害者雇用促進法の雇用率制度の中には、現在精神障害者が含まれておりません。この点につきましては、一応障害者プランの計画期間である二〇〇二年までに環境を整備していくということでありますけれども、現在の進みぐあいを把握されているか、そして、二〇〇二年からは雇用率制度の中に精神障害者を含めていくことができようであるかどうか、そちらを教えてくださいたいと思ひます。

○渡邊政府参考人 労働省では、精神障害者の雇用の問題につきまして、昨年の七月に研究会を設置いたしました。精神科の先生や労使の代表、あるいは精神障害者の家族の団体の代表、こういった方をメンバーにしておりまして、現在まで約十

回近く研究会を開いて検討しております。

その中で、現在は、精神障害者の方の雇用や就労の実態の問題、精神障害者の特性に応じた就労形態のあり方、あるいは精神障害者の雇用管理に関する配慮事項、こういったことについて議論をいろいろと重ねていただいているところであります。先ほどのお話にありました障害者プランの計画期間であります平成十四年度までにできるだけ結論を得たいということで、今検討をお願いしているところであります。

○水島委員 二〇〇二年と一口で言いますけれども、精神障害者の方から見れば、きょう、あす仕事ができるかというような非常に切実な問題でございまして、一日も早く、精神障害者の方がきちんと当然の権利として就労することができるよう、社会全体でそのような責任をきちんと背負っていくような体制をまず政治がリードしてつくっていく。そういうふうにしていかねれば、いつまでたつても地域、また家族、周囲の方々の理解というものは得られないのではないかと思います。ぜひ、さまざまな偏見を解消していくためのリーダー役を行政の皆様をお願いしていきたいと思っております。

精神科についてはまた後でちょこちょこ伺いたしまして、一応以上で一区切りにさせていただきます。次に、臨床研修の専念義務について伺います。

既に幾つか質問が出ていますのでありますけれども、何といいたしても、二年間の研修を義務づけるのであれば、その間の生活を保障することが必須であると思えますけれども、この必要性についてどうお考えでしょうか。

○福島政務次官 臨床研修中の研修医につきましてはどのようなことが今まで述べられているかということですが、平成十一年二月の医療関係者審議会医師臨床研修部会に取りまとめにおきましては、「研修中の医師に対して、その手当てが適切に支払われるよう必要な措置を講ずるとともに、指導医の処遇の在り方についても検討す

る。具体的な費用負担については、国及び医療保険の双方が負担している現状を踏まえ、今後その在り方を整理する。」となっております。今法案の成立の後に、実際の制度の運用に向けての検討の中で検討させていただきたいと思えます。

○水島委員 現在も研修中の医者に、細々とかなり幅がありますけれども、一応給料らしきものは出ておりますけれども、二年間アルバイトをせずにしつかりと研修していくということであれば、例えば司法修習生の給与などと額のバランスをとる必要があるのではないかと思います。その点についての御意見を伺いたい。

それから、その場合に、全体としての財源はどの程度必要になって、今それをどこから負担するかということも含めて議論されているということでごございましたけれども、そのくらの財源を出してくる場合に、理念として、また現実的にもどこから出してくるのが望ましいとお考えか、大臣あるいは政務次官のお考えをお聞かせください。

○伊藤政府参考人 御説明をさせていただきます。臨床研修期間中につきましては、必修化、義務づけするわけですから、その間の臨床研修に専念できる体制の整備というのは基本的に非常に重要なことだと思っております。

そこで、この二年間の費用につきましては、平成十六年の実施までの間に、現在、二年間の研修生がどれくらい研修病院において給与をいただいているか、いわゆるアルバイト先でどれくらいいただいているか、それらの実態を調査いたしまして社会的に妥当な水準がどの程度かというようになことを調査の上、その財源につきましては、現在、臨床研修に必要な基盤整備につきましては、一般会計で支弁しているわけですから、病院におきまして保険医としての診療報酬が入ってくるわけでごございまして、いわゆる医療保険の財源というものが投入されているわけでごございます。それらの現状に着目いたしまして、今後その費用

負担のあり方を整理することになっていくわけでごございます。今後、この調査結果を踏まえて具体的に額を決めていくというふうにご考えております。

なお、司法修習生と同じような体系にすべきではないかという御意見があるわけでごございますが、司法修習生につきましては別の法律でございまして、これはそれぞれ判事、検事、弁護士になる前の研修でございますが、臨床研修につきましては、医療保険上は一人前の医師として扱い、そして基本的にはオン・ザ・ジョブ・トレーニングだということ、司法修習生とはその点が違うのではないかとこの理解をしているわけでごございます。

○津島国務大臣 一言追加させていただきます。

研修医と司法修習生の今の立場は非常に違うことは御承知のとおりで、片方は必須であり、片方はそうではない。しかし、必須になりまして場合にはこの問題は大変大きな問題になるということも頭に置きながら今担当局長からお答えしたのでありますけれども、修習生の給与も参考にはしなさいかぬと思えますけれども、私が司法試験を通過して、勤めるかどうか随分考えたことがあつたのでありますけれども、そのときは給料をもらうということは余り選択の材料ではなかった。ただ、勤めてみて、修習に行つた人は随分いいお給料をもらつていて、印象を受けたことはあります。

一方、今の研修医の状態というのは、かなり厳しい状態に置かれています。アルバイトをやつても厳しいという印象を私は持つておりますから、修習生の給与と比べてみただけでは適切な結論は出ないのじゃないか。ただし、アルバイトが一体どうなのかという実態もよく調べなさいかぬので、なかなか難しい問題だと思っております。

○水島委員 途中まではわかつていたのですが、最後のところで急にわからなくなつてしまいました。研修義務のある人間にアルバイトということでは

今お金が支払われているのは、独立して医療業務を行う者に対してアルバイト料を払うわけで、私も研修医のとき一人で夜当直をして当直料を稼いでいたわけでありまして、それは、自分で医療をやっている非常に危険なことだと思ひながら、ただ生活のためにやつておりました。ですから、そういう実態を十分に調査していただきまして、アルバイトをする必要がないようしつかりとした生活保障を二年間していただきたいと思ひます。肝心の研修内容ですけれども、その内容についても既に質問はあつたようになってはいるか、あるいはまだ決まっていないのであれば、大臣あるいは政務次官のお考えとして精神科を入れる必要性を認めるかどうかをお答えください。

〔鴨下委員長代理退席、委員長着席〕

○福島政務次官 これまでの医療関係者審議会の議論、そしてまた大病院、臨床研修病院関係者の意見でも、精神医療分野にかかわる研修の重要性につきましては指摘をされてきたところでございます。

研修内容につきましては、研修医が学ぶべき重要な事項について、研修施設の特徴や多様性を尊重しつつ、研修医に応じた研修プログラムの作成を行える仕組みが適当と考えておりますけれども、今後、医療関係者審議会のもとに大病院、臨床研修病院等の関係者から成る検討会を設置し、具体的な検討を進めてまいりたいと考えております。

○水島委員 私が精神科を入れると言っているのは、自分が精神科医だからというだけではなく、やはり質のよい治療、関係が持てる医師を育てていくためにも、身体疾患患者が精神症状を来したときのために、また、精神疾患の患者が身体合併症を来したときのために、あらゆる医師が精神科の研修を受けている必要があると私は確信しております。それが、ひいては精神障害者の差別の撤廃にもつながっていくわけでありまして、改めてお伺いしますけれども、政務次官個人の

お考えで結構ですけれども、精神科を研修内容に入れる必要性をお認めになりますでしょうか。

○福島政務次官 研修施設の特徴や多様性があると思いますので、現時点で一概に入れるという御答弁は差し控えていただきたいと思います。

しかしながら、患者さんと医師の間の関係をどうつくっていくのかということが極めて大切だといふふうにはさまざまな方から指摘をされているわけでございます。そういう視点からいいますと、どのような臨床研修の形になるかはともかくとしまして、そうした要素が二年間の臨床研修の中に盛り込まれることは必要だといふふうに思います。

○水島委員 ぜひ盛り込んでいただきたいと思いますが、それは、一般の医者と患者のコミュニケーションの持ち方という一般のことのほかに、精神科の患者さんというのは、ちよつとつき合つてみると普通の人間ですけども、全くつき合つたことのない方から見ると、本当にどうやって口をきいたらいいかわからないというような一面もあるようにございます。

精神科の患者さんが体の病気になるて診てもらおうとして、先日政務次官は今も普通の病院で受け入れているといふふうにお答えになつていましたけれども、実際私も随分分断された経験がございます。精神科の患者さんが体の病気になるてきたとき、手術が必要なきに、自分の病院では責任を持つて看護できない、安全を保証できないというような理由で断られるケースを非常に多く経験しております。もちろん東京都などではそのための合併症医療の基盤をつくつておりますけれども、その病院も非常に限られております。ちよつとおできができたというくらいだったら普通の病院に行けば済むはずの話でして、精神科の患者さんになれるためにも、臨床研修に入れることを極力前向きに御検討いただけますようお願いいたします。

そして、その臨床研修は二年間の義務ということですが、その二年間は続けてとることが

必要となるのでしょうか。今のようになんだんといろいろな生命科学が進んでまいりますと、途中でちよつと基礎系の大学院に行つて研究をしてまた戻るといふこともあるわけですが、二年間連続であることが必要かどうか、お答えを下さいます。

○伊藤政府参考人 研修の効果という観点からは二年間連続して臨床研修を行うことが望ましいと考えておりますが、長期の病気の事情などにより困難な場合も想定されるため、一律に二年間連続した研修を求めるものではないといふふうに考えております。長期の病気の以外に留学とか研究等が想定されるわけでございますが、これらにつきまして十分検討した上で、柔軟なものにしていきたいと考えているところでございます。

○水島委員 次に、いよいよ肝心の医療の抜本改革について質問をさせていただきます。

抜本改革はどんなことか、第一歩といふようなこともいろいろございましてけれども、その第一歩が間違つた方向を向いていては何歩進んでも変わらないと思ひますので、それを取り巻く根本的な問題について幾つか伺ひたいと思ひます。

まず、医療費が増加したからといって国民負担をふやすといふような単純な図式では、いつまでたつても医療の抜本改革とは言えないわけでありまして、医療の内容にこそ踏み込むべきであると思ひます。今までそのような質問もありましたけれども、こゝでもう一度まとめてお答えいただきたいんですが、医療費の増加に關しまして、医療の内容には問題がないと思ひますか。そこをまとめてお答えいただけますようお願いいたします。

○福島政務次官 現在の医療のあり方につきましては、さまざまなことが指摘をされてきたことも事実であると思ひます。質の問題、効率の問題といふような観点もございまして。ただ一方では、人口の高齢化が著しく進んでいるという現象もございまして。日本の医療費総体をGDPとの比較で見れば、必ずしも世界の中でも高い水準というわけではないといふこともございまして。ですから、今先生おっしゃられましたように、いろいろな御指摘がございましてけれども、直ちに何か問題があるんだという結論にはならないと思ひます。

○水島委員 私は非常に問題はあると思ひますけれども、続けさせていただきます。

その内容に踏み込んでいく場合、問題がないとおっしゃつても、改善していくということに關しては賛同いただけると思ひます。その内容を改善していく場合には、やはり医療の標準化ということが一つの必要なプロセスになると思ひます。その医療を標準化していくことについてどうお考えになつて、また実際にどのように取り組んでおられるか、政務次官のお答えをお願いいたします。

○福島政務次官 医療の質の向上を図る上で標準的な医療の普及を図ること、すなわち、さまざまな医学文献がございましてけれども、それを幅広く収集して科学的に分析、評価を行つて得られたものを活用して医療を行うエビデンス・ベースド・メディスン、EBMを推進していくことが必要であるといふふうにお考えをしております。EBMについては、経験の浅い医師や遠隔地に勤務する医師等を含めて、すべての診療の場で最速かつ最新の情報に基づいて医療を容易に行えることになるところに、医療の質の向上につながるというふうにお考えをしております。

厚生省としては、具体的な推進策といたしまして、科学的根拠に基づくガイドラインの作成、これは學術団体が行うものでございましてけれども、これを継続して支援をすることにも、こうした文献検索に当たる図書館司書の養成や、臨床研修において指導的な立場にある者に対してEBMを習得させる研修会の開催などを行つていこうと思ひます。

○水島委員 その場合に、国際的ないろいろなデータを利用して国際的な標準医療を行つていく

ことが必要だと思ひますけれども、今、日本では、国際的に標準的な論文またガイドラインを見てそのとおりの治療を行おうとすると、その薬が使えないといふようなケースもございまして。医療を国際的に標準化していく場合には、当然それは薬の許認可にも影響を与えてくると思ひますけれども、それについてのお考えを伺ひたいと思ひます。

もちろん、今既にICHで、外国で既にできているデータがあれば、それによつて試験を簡略化していくといふようなことがあるのは存じておりますけれども、それは、製薬会社がこの薬の認可をとらうと思つて自分でやつていくものであつて、厚生省側としてきちんとした標準化医療を行うためにはこの薬が必要だからぜひこの薬を日本に入れようといふような動きを感じることはできないわけですが、そのあたりはどういうふうにお考えでしょうか。

○福島政務次官 この点につきましては、かつてお父様の水島先生が、日本ではリウマチの治療にメソトレキセートが使えない、比較的安くて非常に効果があるのに保険適用になつておられない、それは見直さなきゃいかぬのではないかと御指摘を国会でなされました。私も、その御発言を聞いておりました。そのとおりだなといふふうに思ひました。この点につきましては改善をされておりますし、アスピリンの脳血管性疾患等の予防に對しての使用といふことにつきましても、現在見直しが進んでおるといふふうには伺つております。

全体的な制度としましては、先生御指摘ありましたICHといふものがございまして、インターナショナル・コンファレンス・オン・ハーモナイズーションでございましてけれども、医薬品審査に對して国際的な標準化といふものを進めております。具体的には、新医薬品のデータの国際的な相互受け入れを実現することにも、臨床試験や動物実験等を繰返し実施することを避けるために、医薬品の品質、有効性及び安全性の評価に關する

種々のガイドラインの作成を進めているところでございます。今後も、こうした国際的な標準化というものが必要であると思っておりますし、私どもも着実に進めてまいりたいと思っております。

○水島委員 今の前半のお話は、主に既にある薬に対しての適用拡大という話であったと思いますが、けれども、日本に全くない薬も現実にご覧いただき、精神科領域にも代表的な薬が使えないものがございます。必要なものに関してはきちんと使えるような対策をこれから厚生省の方でもぜひ講じていかれますようにお願いいたします。

そして、医療の内容に踏み込んでいく場合には、私は代替医療にも積極的に取り組むことが必要であると思っております。今現在、複数の科を受診して多剤を併用しているような患者さんが、一つの、単剤の漢方薬やはり治療に切りかえることによつて症状が改善したりQOLが向上したりというようなことが臨床現場では数多く経験されております。これをきちんとシステムの中で位置づけていければ、明らかにそれらの患者さんにとつては医療費は削減されると考えられますし、何となくわけです。このような知見をデータとして体系的に集めていくつもりがあるでしょうか。

これは、今までは自分で患者さんを集めてデータをとって公表していくというやり方しかとれなかったわけですが。今現在も、あちこちに散り散りになっている人たちが自助努力でデータを集めるということとは非常に困難なわけですし、また、日本はそのような研究の土壌というものがなく、ところでありまして、特にこういった医療に関してのデータ収集というものは、民間だけの努力ではなかなか難しいと思います。

アメリカでもNIHで代替医療をきちんと研究するような取り組みを行っておりまして、日本の方がそういう意味ではおくれをとっていると思えますけれども、代替医療についてきちんと効果を検証して、医療システムの中できちんと位置づけていくということについてはどうお考えでいらつ

しやるのでしょうか。政務次官にお願いいたします。

○福島政務次官 はり、きゅうにつきましては、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律により資格制度が我が国においては設けられておりまして、国民保健の向上に役立っているものと認識をいたしております。そしてまた、はり、きゅうの治療につきまして有効性が認められる疾病等につきましては、医師が必要と認めた場合には公的医療保険制度の中で療養費の支給対象とされておりますし、漢方薬につきましても有用性が認められるものについては、これまで薬事法上承認を行つてきており、保険給付の対象といたしております。

先生今御指摘がありましたように、NIHでも代替医療ということでもさまざまな研究がなされているということもございます。我が国におきましても、教育機関、研究機関が存在するというのも事実でございます。私どもは、こうしたさまざまな施設におきます有効性についての科学的な解明、調査の収集というのを見守つてまいりたいと思つております。

○水島委員 医療費を削減していくためには、それと同時に予防医学の充実も必要であると思えますけれども、予防医学に関して厚生省がどのように取り組まれているか、また、今後どういうふうに取り組んでいかれるおつもりかを教えてください。

○津島国務大臣 御指摘のとおり、予防医学は非常に大事でございます。医療費の高騰を招くことなしに健康を守る、結果としてはよいものも期待できるということで、厚生省としてもその重要性は十分に認識しておるところでございます。今我々が打ち出しております健康日本21の施策はそのような観点から行われているわけでござい

ます。具体的にどういうことをやるか。たくさん課題がありますけれども、例えば喫煙の問題につきましても、WHOからも再々指摘を受けておりま

すように、日本でもさらに喫煙防止のために施策を強化する必要があるのではないかとこの声が高まっていることを私どもは注目をしておるところであります。

○水島委員 喫煙のお話が出ましたので、もう一言言わせていただきますが、吸う側の問題もござい

ますけれども、受動喫煙という問題についてもその中では研究されておられますでしょうか。

○篠崎政府参考人 ただいま大臣が申し上げました健康日本21の中での喫煙対策、四つ掲げてござ

います。その中で三番目に公共の場所及び職場における分煙の徹底というのが入つておりまして、先生の御指摘の部分も含まれております。

○水島委員 そのためのどういうデータをとっているかという点をお伺いしたかったんですが、分煙の徹底という結果が出ていたということとは、恐らくそういうデータがあるんだと思いま

すので、また後ほど見せていただければと思います。

さて、医療を抜本的に改革していくためには、今のように過剰な検査や処方をするることによつて、あるいは三分間診療で多くの患者さんをごなすことによつてしか採算がとれないような仕組みを改めまして、医師の技術というものが正当に評価されるような仕組みが必要だということが指摘されてきております。この点についてどう考えられるか。

それから、例えば精神科領域におきましては、認知療法ですとか対人関係療法といった精神療法については、うつ病や摂食障害といった病気を薬物と同等あるいはそれ以上に改善するというようなデータがアメリカで行われました大規模な臨床試験からも得られているわけですが、今日日本では、三分間診療をしてもあるいはきちんと体系的な認知療法や対人関係療法を行っても診療報酬が同じであるというのが実態でございます。特定の疾患に対して特定の効果が科学的に証明されているこれら二つの精神療法にきちんとした診療報酬を与えていくということについてどう考えら

れるか。

こういうことを厚生省に御質問しますと、そのためにはまず普及していることが大切だということ

を要条件を挙げられますが、お金が入らなかつたら、三分で患者さんを診ていくような医師を病院側は好みますから、きちんとした報酬が得られな

ければ普及していかないというのが現場の実情です。そのあたりをどういうふうにご改善してい

るか、教えていただければと思います。

○近藤政府参考人 診療報酬は物と技術について評価をいたしているわけでございますけれども、薬とか検査の合理化を図る、これは当然のことだと思つて現にやっているわけでございます。

それで、技術料の評価でございますけれども、先生御指摘ありましたけれども、今、有効性とか安全性が確立したもので、さらにある程度普及する、こういう医療技術について評価をいたしているわけでございます。このある程度普及というところ、学会の関係で安全性とか有効性が認められるということ、全国満遍に認められなきゃだめだということにはならないわけでございますけれども、精神科の領域につきましては、いろいろな説があつてなかなか一つにまとまらないというふうにお聞きしているわけでございます。

認知療法みたいなものについては既に精神療法として算定できるということでございますけれども、人間関係療法というふうなものはまだ確立された療法ではないというふうにもお聞きしているわけでございます。

いずれにいたしましても、私どもそういう面での専門家ではございませんので、学会の御意見を十分にお聞きして、診療科の特性に応じた技術の評価をやつていかなきゃいかぬ、こういうふうにご考えております。

○水島委員 人間関係療法ではなくて対人関係療法ですが、それがまだ確立されていないなどというところを日本の国外に一步でも出しておっしゃれますと、非常にばかにされると思えます。学会といつても国内学会だけではなく国際学会にもきち

んとアンテナを張って、正しい医療が日本で行われるように御研究いただければと思います。

この対人関係療法に関しましては、既にアメリカではうつ病に対して推奨される治療法として一般プライマリケア医師向けのガイドラインにも載っている治療法でございますし、また消費者ガイドで一九九五年に支持されている治療法でもございます。ぜひこれから厚生省でも積極的に御検討いただきますようお願いいたします。

さて、時間がなくなつてまいりましたが、ほかには、医療機関の機能分担という問題があると思ひます。風邪でも何でも大病院に患者さんが殺到するために、三時間待つて三分間診療というような現状があるわけですが、医療機関の機能分担をしていくためには、やはりホームドクターがまず患者さんを診て、病院に紹介する必要があるかきちんと判断して紹介をしていく、そのようなシステムを確立する必要があると思ひます。ホームドクターにそれだけのきちんとしたトレーニングをしていただいて、そしてホームドクターとしての社会的なステータスを手にしていただくことも非常に重要なことであると思ひます。この点についての政務次官のお考えをお願いいたします。

○福島政務次官 医療機関の機能分担というものは非常に大切なことだと思ひます。日本の医療全体を効率化するためにも、大病院に外来の患者さんが集中をするというふうな、聞くところによりますと、慶応大学の附属病院は四時まで外来をずっとやらなければならぬというふうにはお聞きをしたことがございますけれども、そういう状況というのは改められる必要がある。そのためには、ホームドクターが身近で一番最初に受診をするところになるべきであるという先生の御指摘は、まことにそのとおりだというふうに私も思ひます。

二十一世紀は高齢化がさらに進むわけでございますけれども、すべてのドクターが将来の専門性を問わずに患者さんを全人的に診る基本的な臨床

能力を身につけることが必要であるというふうな思つております。そして、臨床研修の義務化の中で、こうした要素というものが十分に反映をされる必要があるのではないかというふうに思つております。

そしてまた、実際に臨床研修を行いました後、生涯教育の中でみずからの医師としての能力というものを維持していく必要がございますけれども、これは、さまざまな関係団体の中で現在も多くの制度が用意されておまして、こうした形でホームドクター的な役割というのは、こうした制度の中で適切に運営をされていく必要があるというふうに考えております。

○水島委員 ぜひそのような機能分担を進めていただけますようにお願いいたします。

そしてまた、日本の医療をこれから抜本的に改革していくのであれば、今日日本は非常に医療密度が低い国であるということでありまして、病床数も、日本は、国際的な平均に比べますと、病床数は二、三倍あつて、職員数は二分の一から三分の一、そして平均在院日数は三から五倍というふうなかなり特異な状況にございます。その結果として、医療密度、職員数を病床数掛ける平均在院日数で割つたものですけれども、それがOECDの平均の二十分の一という非常に密度の薄い医療を患者さんが受けているという状況にございます。これは事前通告していただくというわけにございせんが、大臣はこの事実を御存じでいらつしやいましたでしょうか。

○津島国務大臣 御存じどころではなくて、それこそ日本の医療の最大の問題だと。今言われた要素は全部同感でございます。

○水島委員 非常に心を強く持ちましたけれども、その異常な状況を改善していくためには、ただ待つても改善しないものでございまして、諸外国はそれなりに政策の中で病床を減らすことをやってきております。たしかスウェーデンも七年間か何かで病床を半分以下に減らしているわけですし、行政がやる気になれば病床を減らすこと

ができます。

それも、病床を減らす場合、ただ減らすと病院がつぶれてしまひますし、病床を減らす分職員数も減るといふことだといふまでたつても密度は変わりませんので、診療単価の引き上げということでもバランスをとらなければならないという考え方について、また諸外国できちんと政治が主導で病床を減らして密度の濃い医療を実現したというところについて、大臣はどうお考えでしょうか。

既に入院の時点で、このような医療を行つて、大体これくらいで退院できるという計画をきちんと立てる、そのようなクリティカルパスの考え方が普及してきているわけです。それを、急性期に行つたり慢性期に行つたりというのが失礼ではないかなんというふうに考えているというのは、最初に入院ありきで、どんな状態になつてもだんだんと病院の中に入るといふような発想にどうして聞かえてしまうわけですか。

委員はやる気があればとおつしやつた。しかし、これは医療の側だけではそうはいかない。そこに介護保険の問題が出てきたし、それと関係をして病床区分の話が出てきた。それはすべて、今委員が御指摘の問題をめぐつて我々がどういう努力をしていくかということにかかわるわけであり

私は思ひますけれども、その点について大臣あるいは政務次官のお考えをお聞かせください。これは、もう時間がないので、あと一問で終わりにいたしますから、大臣が政務次官にお答えをお願いいたします。

○福島政務次官 繰り返しになりまして大変恐縮でございますけれども、療養病床、一般病床という区分は、患者の病態は変化し得るものであることから、提供されるサービスの形態に着目して区分を行おうとしたものでございまして、仮に急性期、慢性期という厳格な形で区分を行い、患者を峻別すべきものとした場合には、患者の病態の変化に対応できないおそれがあるという考えからこのようになつたものでございまして、昨晩厚生省が説明をしたお答えと余り違いがないお答えでございます。

将来的にはまたこうした病床の新たな区分がありまして、その区分の中で治療が行われていくわけでございますけれども、現在も先生おっしゃられるような意見もございまして、さまざまな意見があるということも承知をいたしておりますし、そうした意見というものは受けとめつつ、この改革を進めてまいりたいと思つております。

○水島委員 では、ぜひその改革を正しい方向に進めていただく、その第一歩が今回の区分であつたというふうに理解をさせていただきたいと思ひます。

急性期の治療をするために入つた方は急性期の治療を終えたら退院されるのが筋ですし、慢性期の治療をするために入つた方は慢性期の治療をするものであつて、例えばさつきおつしやつていたEBMできちんとやつていくのであれば、

これは今回の健保法の改正と直接関係あることではありませんが、もしかしたら将来的に関係してくるかもしれない問題でございますが、難病についてお伺いしたいと思います。

難病の中の特定疾患については、健康保険の自己負担分を国と県で折半負担して、患者さんは自己負担なしという状況ですとやってまいりましたが、一九九八年の見直しのときから一部自己負担となりました。また、そのときに難病の概念規定に希少性という言葉が加えられております。その希少性というのは、その解釈はおおむね五万人以下とされております。そして、現在、全身性エリテマトーデスやパーキンソン病、潰瘍性大腸炎の患者数はまさに五万人を超えようとしている状況にございまして、患者さんたちは、難病の希少性は五万人以下という規定があるために、自分たちが特定疾患から外されるのではないかとというような不安を抱えて暮らしていらっしゃるわけです。

ここに全国膠原病友の会による膠原病患者者家族生活実態調査報告書というものがございまして。これは、一部負担の話が出たときに、自分たちの生活実態を知ってもらって、身を守るためにということで、私が住んでおります栃木県支部が中心となつて行った全国調査です。難病を抱えての生活というのは、これをお読みいただくとわかりますけれども、物理的、経済的、精神的に非常な困難を伴うものでございます。

特定疾患から外されるということは、医療費の負担がふえるということだけではなく、自治体から支給される難病手当などの打ち切りも意味することでありまして、患者さんにとっては死活問題でございます。完治できる治療法がきたから外されるというのなら患者さん側から見て理屈が通りますけれども、完治の見込みもないままに、単に患者数がふえたからといって特定疾患から外されるようなことがあつてはならないと思います。一九九八年に希少性という言葉が加えられ、その希少性の概念規定まで書かれたということでは

なりの患者さんが不安を抱えていらっしゃるようでございますが、患者数によつて特定疾患から外するようなことがあり得るのであるかどうか、そのあたりの方向性を教えていただければと思います。

○篠崎政府参考人 御指摘の件でございますけれども、九八年に、希少性の概念につきましておおむね五万人未満ということにしたわけでございまして、その決めた時点は、一番多い患者さんが四万人ちよつとという時点で決めたものでございまして、今五万人を超えているものもございまして、現時点におきましては今までの取り扱いを変更することは考えておりません。

○水島委員 ぜひそのような方向でお願いをしたいと思ひます。

そして、そのときに一部自己負担ということになったわけですが、この自己負担に関しまして、長い先のことばかりでなく、もう少し可能性が、今後この自己負担がふやされていく可能性が当面あるかどうか。また、この難病は今研究という位置づけで治療費が負担されているわけですが、これも、このあたりの考え方が今後同じような位置づけで続いていくのかどうか。また、今のその財政状況などについて簡単に御説明いただければと思ひます。

○福島政務次官 平成十年度の難病対策の見直しにおきまして、重症患者以外の難病患者の方々に對しまして、他の難治性疾患との均衡にも考慮して無理のない範囲で費用負担をお願いしたところでございまして。今回の医療保険制度の改正に当たりましては、難病患者さんの一部負担は現行どおりの水準を維持することとしたしております。見直す考えはございません。

○水島委員 どうもありがとうございます。やはりこれから医療の抜本改革を行つていかなければ、健保法改正というときに自己負担ということが必ず問題になつて、いつまでも議論の枠組みが変わつてこないと思ひますので、本当にその内容に切り込んでいく抜本改革を、ぜひきよ

う質問させていただいた項目をしつかりと考慮しながら行つていただけますようにお願いいたします。

その際には、先日、本会議で代表質問させていただきましても、子供の医療というものが今危機的な状況にございまして。先日伺ったところによりますと、今まで厚生省では子供の医療というものを扱う部署がなかったということでございます。また、子供病院というものが欧米にはかなり数が多くございまして、日本でも自治体の努力でほぼつと出てきている今と比べても、厚生省では子供病院の定義を考えたことも子供病院の現状を調査したこともなかったというふうに向つております。これからはぜひ小児医療をしつかりと位置づけていただきまして、抜本改革を語る際にも、普通の医療、高齢者の医療だけではなく、子供の医療というものもきちんとした柱として位置づけていただけますように最後に要望を申し上げまして、私の質問を終わりにさせていただきますと思ひます。

ありがとうございます。

○遠藤委員長 次に、樋高剛君。

○樋高委員 自由党の樋高剛でございます。

本日も発言の機会を賜りまして、本当にありがとうございます。委員皆様方の厚生行政に對します御尽力に對しまして、若輩者の私から申し上げますのもなんではございまして、心から敬意を表する次第でございます。また、大臣、政務次官におかれましては、大変な御苦労だと思ひます。本当にありがとうございます。

前回、私も自由党の主張であります財源につきまして大臣に若干興味を持つていただきました。ありがとうございます。その点につきまして、また二年後の抜本改革に向けまして――もちろん消費税方式のいいところ悪いところもございまして、また一方で現行の保険方式も悪いところ悪いところもございまして、そんな中で、国民全体の皆様方の判断によりまして、時の経済情勢によりまして、また、どうするかというのは政治

の判断だと思ひますので、私なりにそれに向けてしつかりとまとめて試算をしてまいりたいと思ひますので、どうかそのときは、もしお時間をいただきたいと思います。しつかりと議論をさせていただきます。

それでは、今回の改正案につきまして、まず介護保険の別建て徴収につきまして質問をさせていただきます。

今回の見直しにおきまして、医療保険と介護保険を切り離しまして、別建てにいたしました。そして、介護保険料については法定上限を設けないうことに相なつたわけであります。

今までの経過も勉強させていただきましたところ、そもそも、医療保険料と介護保険料を合わせて一つの枠組みとして徴収する仕組みを法律でつくつた経過があるということがわかつた次第であります。また一方で、介護保険制度の導入に伴ひまして社会的入院というものは解消され、医療保険に對する負担も介護保険にシフトする分減少すると伺つていた次第であります。

素朴な疑問なんでありまして、なぜ、介護保険制度が始まるのときになつて突如としてこのような措置を提案なさつたのか、お聞かせを願ひます。幸いです。

○福島政務次官 この点につきましては、この委員会でも重ねて御質疑があつたところでございまして、介護保険制度を当初御審議いただきましたときには、介護保険制度がスタートいたしますと老人医療の一定の部分が介護保険の給付の中に移される、そのことによつて医療の保険料というものが低下する、したがつて、介護保険の保険料を合わせて考えた場合でも医療保険の保険料の上限にとどまる見込みであるということを示上げたわけでございます。

しかしながら、その後の経済状況の大変大きな変化のもとで、医療保険の財政そのものが大変影響を受けたわけでございまして。被保険者数の減少、平均標準報酬月額額の低下、これは今までにならぬ事態でございますけれども、そういう中で保険

財政というものが大きく影響を受けて、この上限と現行の医療保険の保険料との差の部分というのが十分な幅がなくなつてしまつたということが一つあります。そしてまた、その間の高齢者の医療費の増加により、医療保険の保険料というものが介護保険がスタートしても十分なまでには下がらないということが明らかになつたわけでございます。

こうした状況の変化というものを踏まえると、当初の法案に盛り込んだ仕組みでは、医療保険にしましても介護保険にしましても、十分な保険料が徴収できないということから財政の運営に支障を来すということで、今回の法改正を提案させていただいたわけでございます。

○樋高委員 つまり、私が懸念いたしておりますのは、介護保険料と医療保険料が切り離された、そうしますと介護保険料につきましては青天井になつてしまふわけであります。二号被保険者に対する介護保険料の負担は、今後、歯どめなくふえていくのではないかと私は心配をしているわけであります。その点についていかがお考えでしょうか。

○福島政務次官 この点につきましては、介護保険の仕組みというものが医療保険とは異なっております。一つは、介護の必要度というものを客観的に判定する要介護認定の仕組みが導入されている。二つ目は、在宅サービスについては要介護度に応じた支給限度額というものが設けられている。そして三つ目は、施設サービスについては、市町村の事業計画をもとに都道府県が策定する介護保険事業支援計画において施設の整備等というものが定められる、また、介護報酬も包括的な評価によることを原則としている。こういう仕組みがございまして、介護費用というものが青天井に拡大をしていく事態はなかなか想像しがたい。そしてまた、それに対応して介護保険の保険料といたうものが青天井に上がつていくことも想定しにくいと私は考えております。

○樋高委員 ここにペーパーがございます。「介

護制度に関する与党三党申し入れ」、これは昨年の十月二十九日に政府に対してなされたものであります。それにつきましては、政府の考え方として、一年前の話ですけれども、昨年の十一月五日に書面が出ております。

その中で、高齢者の保険料対策ということで国が臨時特例交付金を出された。これは一号被保険者に対してでありまして、七千八百五十億円でありまして、一方で、医療保険者対策といたしまして、二号被保険者向けについてであります。ここに書いてありますけれども、「四十歳から六十四歳までの方々(第二号被保険者)の負担については、介護保険法の施行に伴う医療保険者の負担のうち、すでに老人医療で負担している分を除いた負担増の一年分について、個々の保険者の財政状況をくみとりつつ、国が医療保険者に財政支援を行い、全体として、新たな負担増をおさえることとしました。」ということ、赤字国債を含んだ話でしようけれども、全額国費で一千二百六十億円を交付なさっているわけでありまして、それらの経過、そして、その後効果がどのようになつたのか、具体的にお聞かせ願えれば幸いです。

○福島政務次官 昨年の介護保険制度の特別対策の中で、一号被保険者、二号被保険者それぞれに對しての対応が盛り込まれたわけでございます。具体的なその後の経過というものを御説明させていただきます。医療保険者対策については、医療保険者全体としての負担増の一年分について、個々の医療保険者の財政状況等を酌み取りつつ財政支援を行うことといたしました。昨年度の第二次補正予算におきまして、総額千二百六十億円、うち、健康保険組合分として六百六十億円、国民健康保険分としては六百六十億円を措置いたしました。

健康保険組合分につきましては、健康保険組合連合会に基金を設けまして、健保連から、政管健保に比して財政状況が悪い組合に対して介護円滑導入給付金を交付いたしておるところでございます。

す。本年五月に、申請のありました二百五十五組合に対してひとまず二百三億円を交付したところでございますけれども、今後とも、未申請の財政窮迫組合も含め、申請を取りまとめ、交付することといたしております。

国民健康保険分につきましては、国民健康保険中央会に基金を同じく設けまして、中央会から介護保険料の上乗せ賦課による収納率の低下を懸念する国民健康保険の保険者に給付金等を交付しているところでございます。本年五月に、市町村国保及び国保組合に対してひとまず二百三十四億円を交付したところでございますけれども、今後とも、必要な保険者に対して給付金を適宜交付することといたしております。

効果はどうだったのかということでございますけれども、財政の窮迫している組合に対して直接に財政支援をする、また、国保に対して支援をするということでございますから、介護保険の円滑導入に資しているものと考えることができるといふふうに私は思っております。

そしてまた、若干追加して御説明いたしますと、国保では、こうした給付金によりまして、徴収員の増員等によりまして収納強化というものが図られているところもございます。

以上、御説明をさせていただきました。○樋高委員 次に、大臣にお尋ねをいたします。介護保険料の徴収がいよいよ今月、十月から始まりました。自治体によつては一部免除するといふ動きもあるやに伺っております。お年寄り同士の近隣のつながりの中で、道を挟んで自治体の境界線があつたそうでありまして、一方で徴収をされ一方で徴収をされないということ、混乱、苦情が殺到しているといふふうには伺っておりますけれども、このことにつきましていかがお考えか、そして、大臣として今後どのような対策をとつていかれるおつもりなのか、お聞かせ願えますか。

○津島国務大臣 申すまでもなく、介護保険は、介護を国民みんなが支え合う制度でございますから、被保険者の保険料負担、つまり、被保険者みんなに保険料を払つていただくことを前提として給付が行われているわけであります。そういう中で、発足をいたしました介護保険の保険料の減免を独自に行つていく自治体の数は、私どもの調べでは、三千余の市町村のうちの七十四市町村、二・三％であるといふふうに把握しております。したがって、厚生省としては、自治体はごく少数であると認識しておりますが、こうした保険料負担の意義や必要性について自治体におかれてもよく御理解の上対応していただくようをお願いをしているわけであります。軽減をしている自治体が増えていくと、騒ぎになつていくとおっしゃる方が非常に多い。マスコミでもおっしゃつていられる。その一方で、先般地震のありました日に、米子で介護保険等に変な全国的な市町村が多数お集まりになりまして御決議をいただきました。その決議を先般私に持つておいでになりました。七十四市町村よりもはるかに多くの市町村の首長の方々は、介護保険の基本はお互いに助け合いであるから、全国の市町村もその趣旨に即して対応してもらいたい。それこそ引き下げ競争のようなことはお互いに慎みうではないかという御趣旨と私は承っております。今月からの保険料徴収の開始に備えて、市町村の現場においても職員による住民説明会を頻りに開催し、市町村独自のパンフレットを作成するなど、それぞれの自治体において独自の工夫を凝らしながら御尽力をいただいております。今月十三日には大きな混乱もなく、最初の年金からの徴収が行われたと承っております。

○樋高委員 一部免除された自治体が少数だとおっしゃいます。数の上では確かに一けたのパーセンテージではありますが、現に一部免除なさっている自治体がおありになられるわけでありまして、そちらにつきまして、厚生行政の最高執行責任者であります厚生大臣としていかに指導なさつていかれるおつもりなのか、もう一度具体的に御聞かせ願えれば幸いです。

○津島国務大臣 今、私としては、制度の趣旨をよく徹底して御理解をいただくことに徹しておるわけであります。

○樋高委員 ならば、納付猶予の繰り延べ徴収につきまして踏み込んでお話をさせていただきまされども、保険料徴収の制度上の欠陥だと私は考えております。この欠陥が原因となって徴収できなかった、その分の保険料を後で取り返すという手法には私は甚だ疑問を感じるわけであります。

また、国民は納付猶予された保険料をこれから追加徴収されるということとを全くと言っていいほど知らないのではないかと私は感じるのでありますけれども、これは大きな問題ではないかと思うのですが、いかがお考えでしょうか。

○福島政務次官 納付猶予に対する繰り延べという点も経緯があるわけございまして、さきの通常国会に提出をいたしました法案では、平成十二年度の介護保険料率について、四月から六月まではその上限から医療の保険料率を控除した率に設定し、七月以降に介護保険料率を引き上げることにより年度を通して十二年度の介護納付金に見合う額を徴収することといたしておりました。

しかしながら、法案の廃案によりまして、七百を超える保険者におきまして、介護の保険料と医療の保険料を合わせた保険料が上限を超え、必要な介護保険料を徴収できない状況に至ったため、介護納付金のうち、介護保険料として徴収できない額については一年間の納付猶予を実施したところでございます。

この納付猶予分を十三年度に徴収いたしますと、十三年度の介護保険料率が高率になる保険者も存在することから、今回の法案では、保険者側の要請もありまして、保険者の判断で十四年度までかけてなだらかに徴収することができることにしたものでございます。

これは、決して負担を先送りしたものではありません。本来であれば十二年度に徴収すべき介護保険料をできるだけ円滑に徴収できるようにするための措置であるので、御理解を願いたいと思

います。これは、なだらかに負担が変わるという形ではなく、一気に高い保険料を徴収するという考え方もあるかと思いますが、そうした保険料の激変の方がはるかに被保険者の方にとって理解をされにくいのではないかと私は考えております。

○樋高委員 では、保険者全体で納付猶予額は一体幾らになったのでしょうか。

○福島政務次官 介護納付金の納付猶予額は、本年七月から十二月までの六カ月間で、政管健保で九百億円、健康保険組合全体で三百六十億円となります。

○樋高委員 では、今おっしゃいましたけれども、これを上乗せした場合、どの程度の負担増が発生するのか。例えば政管健保の場合、介護保険料徴収にかかわる保険料率の推移は今後どうなっていくのか、お聞かせ願いたいと思います。

○福島政務次官 納付猶予額を上乗せした場合の保険料率ですが、健保組合の場合どうかということとをまず御説明させていただきたいと思ひます。

千八百の組合の医療の保険料率は、経済状況や医療費の動向等によって変動いたしますので、これと介護保険料率を合わせた全体の保険料率について現段階では把握はできませんけれども、介護の保険料率につきましては、納付猶予額を十三年度及び十四年度に分けて徴収する場合、納付猶予の対象となる健保組合は、これは七百三十七組合でございますけれども、平均で、十三年度は本来一・四パーミルの介護保険料率が一・三・四パーミル、十四年度は本来一・二・四パーミルの介護保険料率が一・四・四パーミル程度になるものと見込まれております。

○樋高委員 政管健保につきましては、老人医療費の増加が見込まれているわけでありまして、財政的には危機的状況にあると思うのであります。

厚生省が先般示しました平成十五年までの試算がございまして、それによりますと、現在のままの保険料率でいきますと、平成十四年度には、二年後でありますけれども、五千八百億円、また、十

五年度には七千六百億円の赤字となると試算されております。これを避けるためには、保険料率を八・五％から九・六％に引き上げる必要があるというふうな試算が現になされているわけでありまして、

早急な抜本改革の必要性があるのでありますけれども、単純な保険料の引き上げではなくて、老人の患者負担のあり方とか医療提供体制のあり方、診療報酬なども含めた総合的な取り組み方が必要なのではないかと思ひますが、いかがお考えでしょうか。

○福島政務次官 確かに、先生おっしゃられますように、政管健保の財政は老人保健拠出金の増大などにより大変厳しい状況にありまして、今後の高齢化の進展による医療費の増大などを考えますと、保険料率の大幅な上昇を回避するためには医療制度の改革が不可欠である、そのように考えております。

これまで薬価や診療報酬の改革を行うとともに、今回の改正におきましては、医療費に対するコスト意識を喚起するなどの観点から、老人の一部負担について定率一割負担制を導入したところでございまして、今後、残された重要な課題である高齢者医療制度の抜本的な見直しなどの制度改革を引き続き精力的に進めていくことが必要である、そのように考えております。

○樋高委員 続きまして、大臣に伺います。医療の効率化または医療の規制緩和についてであります。

総論的なお話なのでありますけれども、医療改革で大切なことは、質の高い医療を維持しながら患者本位で選べるという視点に立つことではないかと思ひます。時代即ち規制緩和が必要であるというのが私の考え方でありまして、医療情報の公開、また通信を活用した医療の推進、保険者機能をより強化することを通じて必要な医療を適切に正確に受けることができて、ひいては医療費の効率化につながるのではないかと思ひますけれども、医療の規制緩和

につきましてどのような視点で行うべきとお考えか、御所見をお願いいたします。

○津島国務大臣 すべての国民に適正公平な医療を提供していくためには、すべての医療機関が一定以上の水準を確保するとともに、限られた医療資源の適正配分と効率的な活用を図っていくことが重要でございまして。そのために、医療法等により一定の規制を行うことは不可欠なものでござい

ます。一方、医療をめぐる環境変化に応じて規制も見直していかなければならないことは当然のことと

ございまして、今回の医療法改正案におきましても、医療の効率化を図るとともに、医療に関する情報を広く国民に対し提供するという観点から、必置施設や広告規制の見直しといった規制緩和を進めることとしておるものでございまして。

今後とも、良質な医療を効率的に提供するため必要な規制緩和を進めてまいりたいと思ひますし、本日、総理に報告書を提出いたしました有識者会議からも、医療にむだ、非効率のないように改めて点検、見直しをする、そのために、医療情報の開示、第三者評価の推進、科学的根拠に基づいた医療の確立などをやってほしいというたわわ

いるところでございまして。

○樋高委員 続きまして、医師、歯科医師の臨床研修の必修化につきましてお尋ねをいたします。

臨床研修医の報酬は個々の病院の判断に任されているのが現状であります。その中で、病院によつて本当にまちまちだと思ひますけれども、関東近辺の病院では月収五万円前後が通常ののだそうでありまして。また、関西近辺では十万円を超えるところが多い。ほんの一部聞いただけですけれども、全部が全部というわけではありませぬけれども、こういう例を伺いました。研修医によつては、先

ほどもお話をいたしましたけれども、生計を立てるためにアルバイトをする。例えば、そのアルバイトの中身なのでありますけれども、当直をこなす、一泊すると一万円なのだそうです。そういう方に精力を注がれているやにも、もちろん全部ではあ

りませけれども、伺っているわけでありまして。こういう現状を考えますと、本当に優秀な方が率先して研修をしようという形にはならないわけでありまして、今回研修制度で必修化を行った前提の趣旨にかんがみますれば、身分保障もやはり考えるべきではないかと思うのでありますが、大臣、いかがお考えでございますでしょうか。

○津島国務大臣 先ほどもその議論がございましたけれども、医師の臨床研修が非常に大事であるということで、これを必修化することになっておるわけでございますから、その場合には、研修医の受け入れ体制を整備する必要があります以上は高まるわけでありまして。

必修化する場合に、複数の診療科で研修を行うことや研修の場を多様なものとするように研修内容の充実を行う一方、研修医が研修に専念できるための環境整備を進めるといふ意味で、今の給与等についてもしっかりとした対応をしなければならぬと考えております。

今回の改正案の成立後、大学病院、臨床研修病院等の関係者から成る検討会を設置し、施行までの間に、研修医が研修すべき事項、そのための研修プログラム、臨床研修病院の指定基準など、具体的な検討を進めます。

研修のための環境整備につきましては、研修への専念義務を設けたということを頭に置きまして、従来より国の補助を強化する必要があるのではないかとこのように考えております。まず実態を調べてみるのが大事だろうと思っております。

○樋高委員 時間もなくなつてまいりましたので、最後に、私から総論の考え方をちょっとお話し申し上げまして、その点につきまして大臣のお考えをお聞かせいただければ幸いです。

社会保障制度改革全体を考えますときに、前々回の質問のときもお話をさせていただき、大臣からも一部御共鳴をいただきましたけれども、社会保障制度改革というのは、やはり社会システ

ム全体、経済構造改革とか行政改革とか、すべてとリンクをさせた中で行っていくべきものであるというふうには私は考えるわけでありまして。

行政改革も行って例えば地方自治体を三百にする、そういう再編によりまして効率化も図れるんじゃないかと本当に思うわけでありまして。保険事務の効率化も行われまして、国民健康保険の保険者も広域化されるというメリットもあるわけでありまして。また、徹底した医療規制緩和をいたしまして、医療システム全体の効率化を図ることができるとは思わないかと思うわけでありまして。

社会保障制度改革を考えますときに、経済構造を初めほかの社会システム全体とリンクさせて総合的に考えていくべきではないかというふうにお考えのようですが、最後に、大臣の御所見をお伺いいたしまして、質問を終わりたいと思っております。

○津島国務大臣 委員の御意見、全く同感でございます。

本日、総理に提出されました有識者会議の報告書におきましても、社会保障制度全体として、持続可能な社会保障としていくために給付と負担のバランスをどうするかを考えるべきである、かように指摘をされておられ、また、その場合に、高齢化が急速に進む中で増加する負担を保険料だけで賄うには限度があるかもしれない、したがって、公費負担で賄う必要性についても真剣に検討してほしい、こういう御指摘があると承知をしております。

○樋高委員 どうもありがとうございました。

○遠藤委員長 次に、佐藤公治君。

○佐藤公委員 自由党の佐藤公治でございます。

本日は、大切なお時間をいただきましてありがとうございます。また、私からの質問にしましては少々失礼なこともあるかもしれませんが、お許し願えればありがたいと思います。

私、質問に先立ちまして、大臣にお伺いしたいことがございます。まず、意思統一という価値

観の統一とでもいうか、大臣の社会保障に対する基本理念というものを、大臣の思いで結構でございますので、お答え願えればありがたいと思っております。

○津島国務大臣 社会保障についての御質問でございますが、まず、社会保障制度全体として申し上げますと、これは、個人の自立を基礎としながら、人々が生活のさまざまなリスクに直面したときに社会全体で支え合う仕組みでございます。そういう意味では、国民生活のセーフティネットとして非常に重要な機能を有していると考えております。

問題は、お互いに支え合うという趣旨からいって、そのコストをどのように負担したらいいかということでございますけれども、今は、御承知のとおり、社会保障制度を柱として、これに公費と一定の限度までの自己負担というものを組み合わせせてお願いをしております。

問題は、高齢化が急速に進むこれからの二十年、三十年の間、この社会保障制度全体が揺るぎないものとして持続可能な制度として機能し続けるためにはどうしたらいいかということが今問われているわけでございまして、本日総理に提出をされました有識者会議の報告書においては、引き続き社会保障を柱とするけれども、高齢化が進む間においてはなお一層の公的な負担というものも考えなければならぬという御指摘をいただいているところであります。

○佐藤公委員 ありがとうございます。

政務次官、今の基本的理念をお聞きになりました。何か追加事項とかございましたらばお答え願えればありがたいと思います。

○福島政務次官 大臣と同感でございます。

○佐藤公委員 全く有識者会議に書いてあるそのままの御答弁でいらっしゃるので、そのまま読んでいただければわかるのかなという気がいたしますが、基本理念の中に、大臣の方のお考えとしては、負担は所得に応じて、給付は公平にという考え方があり得るかどうか、お答え願いたいと思

います。

○津島国務大臣 先ほど、高齢化が進むにつれて一層の公的負担と申しましたが、公費負担と言いかえさせていただきます。

そこで問題は、こういう非常に大きな金額、本年度でも七十兆に及ぶ社会保障給付を支えるコストを何で賄うかというの、これは負担論としては非常に幅の広い議論を要求する課題でございます。社会保障のあり方ばかりでなく、公費負担の分野に入つてまいりますと、租税負担のあり方ということにもかかわってくるわけでありまして。

保険制度について申し上げますと、基本的には、被保険者が適正な保険料を払うことによって、リスクが生じた場合にそのリスクをひとしくカバーしてもらおうということでありまして、一方、社会保障制度全体を支えるための公費負担をどうするかということ、これは財政のあり方にかかわってくるわけでありまして。そして、財政を賄うための租税論の分野になってまいりますと、御承知のとおり、所得と消費と資産の間にどのようなバランスをとって負担を求めるかという世界に入ってくるわけでありまして。

私は、社会保障にかかわる公費負担のあり方については、やはり収入の安定性というものが一番大事である。ほかの事業費のように景気によって左右されるものではなくて、社会保障の財源というものは安定していなければならないということを加味して公費負担の財源を考えるべきである。もしそういうものがあれば、それを福祉税というふうに使って、社会保障を支える一つの財源にしていただいてもいいのではないかと考えております。

今回の有識者会議の報告書は、社会保障のコストをどうするかという保険料の問題とあわせて税制にも踏み込んだ議論をやつて結論を出してもらいたい、こういうふうな指摘をしておるわけでありまして、私は、高く評価していただいてもいいのじゃないかと思っております。

○佐藤公委員 今の御答弁を聞いていますと、

やはり給付は公平にという考え方が基本的にある。ただし、現実論、財源の問題、いろいろな制度的な問題でそれはなかなか難しいものがあるが、基本的には給付は公平にという考え方がありと理解してよろしいのでしょうか。

○津島国務大臣 保険である限り、保険給付というのは公平であるのが自然だと思います。ただ、社会保障政策の見地からいろいろな配慮をすることは、これはあってもいいと思います。

○佐藤(公)委員 このたびの健康保険法等の一部改正案の中で高額療養費に係る自己負担の内容がございすけれども、これに関しては、今の考え方、これとあれとはちょっと別みたいなことをおっしゃられましたけれども、考え方の根底にあるものからすれば相矛盾する部分があるように思いますが、いかがでしょうか。

○津島国務大臣 私は、相矛盾してはいないと思っております。

○佐藤(公)委員 そういふ御回答ならば、何かもう一回もとの位置から出直して、そこから歯車をかみ合わせなければいけないのかなと思いが、それは余りにも時間のむだなので、前向きな、建設的な話をさせていただければと思います。

今、厚生行政のことをいろいろと見せていただく中、お話を聞く中、いろいろな答申が出ております。日本新生のための新発展案とか、医療保険福祉審議会、有識者会議等々から出ておりました、この中でも幾つか触れられておりますけれども、厚生行政全体の効率化というかスリム化、合理化、言葉では非常に漠然としておりますけれども、いろいろな部分があるかもしませんが、いろいろな分野にわたってあると思われま。その中の一つとしては、薬価の問題とか診療報酬の問題、電算化、電子カルテ等々の問題があると思いが、大臣のお考えの中で、事務的なことも含めてですけれども、合理化、スリム化という中の最も基本となる柱をどこに考えていらっしゃるのか、お願いいたします。

○津島国務大臣 委員が好まれるかどうかはわかりませんが、有識者会議の報告書を今ごつと見まして、御指摘のとおり、今おっしゃった今後の社会保障のあり方の中で給付の効率化と合理化が一つの大事な柱になっているということでございます。

それから、効率化していくことは具体的にどういふことかという御質問だと思いますけれども、基本的には、少子高齢化が進む中で、トータルとしての費用や負担が増大することはやむを得ないけれども、これがより適切に受ける方々、最も必要とする方々に配分をされるということであらうと思います。

そのためには、状況が変わってまいりますから、不断の見直しが必要でございます。例えば保健医療分野について申しますと、健康日本21の策定などにより、国民の健康寿命を延ばす予防的な措置等も大事であらう。それから、診療報酬や薬価基準の見直しなどにより、医療がより適切に、効率的に進められることが必要だということを例示として申し上げさせていただきます。

○佐藤(公)委員 幾つかの合理化は今お答え願いましたけれども、実際のいろいろな合理化があると思いが、私自身、通信関係をやっていの中で、電子カルテとかICカードというものに非常に興味を持ちました。

何でこういうことになってしまったかという、電気通信審議会の方でICカードのことに関して報告が出ておりましたのを見まして、五色町でのICカードの利用状況、そういう話を大臣は御存じでいらつしやいますでしょうか。

○津島国務大臣 五色町の保健医療カードというのは、あるということ聞いておりますが、具体的には私はよく存じ上げません。

ただ、委員御指摘のとおり、質の高い医療サービスを提供するためにITを応用しなければならぬ、これは異論のないところでございす。それから、痴呆や寝たきりになることなくできるだけ健康寿命を延ばしていくため、一次予

防を充実させることもまた大事であらう。

このために、ITの応用につきましましては、平成十一年四月に関係局長通知により診療録等の電子保存、いわゆる電子カルテを認めるとともに、診療情報の用語、コードの標準化やICカードを利用したセキュリティーの確保といった技術面での取り組みなどの基盤整備を進めているところであり、今後とも、IT技術の進展に応じて医療分野での応用を推進することとしております。

また、先ほど申し上げました一次予防につきましては、健康21というものも一生懸命やっております。このことを申し上げさせていただきます。

○佐藤(公)委員 では、五色町のICカードに関して、大臣はもう大体お読みになられておわかりになっておられると思いますが、委員の方々もいらつしやいますので簡単にお話ししますと、ICカードの中に、受診者の方々の受診された場所とか月日、本人の氏名、病名とか投薬とか検査情報、また、メッセージ、救急情報、現病歴とか今までかかったいろいろな病歴や検診情報や結果履歴、こんなことをたくさん盛り込んだICカードをつくって、テスト的に一九九一年から一九九五年までの間にとりあえずやまして、今現段階でもやっておりますが、その一九九一年から一九九五年の間に一応調査をして、データが出てきております。

このデータを見ると、カードを持っている人と持っていない人との差が、実を言いますと、この五年間で平均値で六七・八％、約三割の医療費が削減されている、抑制されているというデータが上がつてきております。これは私、電気通信審議会のホームページでも見て、こういうところに厚生行政に関しての一つの疑問を持ち始めました。合理化、効率化ということには幾つかの趣旨があると思いが、やはり財源議論とかいろいろなこと、これは自由党としての主張はもうおわかりのとおりでございますが、現段階で、抜本的な改革もさることながら、まず医療費の負担をいかに抑えることができるのかという考え方に立った

ものを、大臣、政務次官の方でこれからもよくお考えになっていただけたらありがたいかと思いがす。

その中の一端としては、やはり電子カルテ、ICカード、先ほどもお話がありました健康日本21に出ておられるということもございすけれども、予防医学、こういうこともすべて医療費を抑えることになると思いが、その医療費を抑えるという部分で大臣の考え方を聞かせていただければありがたいと思いがす。お願いします。

○津島国務大臣 今の五色町のICカードのお話、厚生省としても関心を持っていろいろ調べたようでありすけれども、平成七年においては所持者のグループの方が未所持者のグループよりも医療費が低額となった結果になったそうす。おっしゃるとおりだそうす。平成八年度の追跡調査によると、両グループの医療費が逆転しているということも報告を受けております。

ただ、委員の御指摘の点は私は賛成でございます。IT技術を活用して医療費の効率化を図ることができればこれにこしたことはないというふうにして思っております。今、IT予算を大いに要求し、実現してもらいたいという世の中の流れの中で、厚生省としても、実現性のあるよい計画があればどんどんやってまいりたい、委員からも御提案をどんどんいただければ幸いでありす。

○佐藤(公)委員 私がきょう申し上げたいことは、ICカードで、一九九一年から九五年までの間で平均値で六七・八％、約三割抑えることができたというデータが上がった。では、この後、これが本当にどの程度効果があったのか、どういう原因だったのか、またいろいろと分析していかなくやいけないということがあったにしても、もうかれこれ五年前です、それに関して放置をされつ放しであつた。

せっかくいいデータが上がつてきて、ここまで抑えることができるのであれば、これに対する研究について、予算なり、もしくは各省庁横断的な大々的な考え方なりプロジェクトを組んでもいい

のではないかな。まして、今、電子カルテというIT化の中で、こういうものと並列また並行してやることで医療費の負担、支出を下げる事ができるんじゃないかというのを強く思います。こういう部分につきましては、ぜひ前向きな考え方でお願いできればありがたいと思います。

大臣おっしゃられるように、確かに平成八年からは逆転しているかと思えます。高額医療の方が何人か入られたことによつて一遍に上がったというようなことも報告は聞いておりますが、こういうこと一つをとらえていくと、当然、厚生だけの分野じゃなくて通産や郵政、各省庁にまたがることで、やはり横断的にやっていたいただきたい。本当に国家の基本となり得ることなので、より積極的にリーダーシップを持ってやっていただけたらありがたいかと思えます。

ところで、私がこうやって話をすると、本題に入りますと、もう時間がない中であつたという間に終わつてしまふんですけれども、私が一番本当に言いたいことは、抜本的抜本的という言葉は、大臣、政務次官を含めて僕は何十回、何百回聞いたような気がするんですけれども、確かに現行制度の抜本的な改革は必要です、私どもも望みますし、ちゃんと約束を守つてもらいたい、だけれども、抜本的な改革といつてこういうような負担を国民の皆さんに押しつけるような法律を出す前に、まずみずからが、行政を含めてこういう財政部分での支出を削減するような努力なり行動があつた上でこのたびのような話があるのではないかと私は思います。

そういうものがきちんと明確にならず、考えているとかあいまいなままでいるんじゃないかと、やはりそういうものをきちんと具体的にやつた後にこのたびのような健康保険法等の一部改正案のようなものをやっていくのであれば、私は一つの話としてはわからないでもない。

だけれども、そういうこともなくして、こういうものが前に進む。同時という考え方もあるかもしれませんが、私の目にはとても同時というふう

には見えません。すべてその辺の抑える部分がおくれているのではないかと思えますが、まず政務次官からお考えを聞かせていただければありがたいと思えます。

○福島政務次官 今回提出をさせていただきました健康法等の改正案は、国民に負担を押しつけるものではないかという御指摘でございますけれども、私は、必ずしもそういう指摘は当たらないというふうに思っております。

といいますのは、年金法等の改正案、これは昨年の国会とことしにまたがりまして審議をさせていただきました。その中の大きな課題は、年金制度という社会保障制度を支えるに当たつて、高齢者の世代と若年世代、この若年世代というのは現在の現役世代と将来の現役世代ですが、この負担をどういうふうに分かち合つていくのかということが大変大切な課題だつたと私は思っております。

そして、今回の健康保険制度の改正案の中で定率一割、これは上限がございますけれども、高齢者の方の高齢者医療費に占める御負担の割合というのは一割もいきません、〇・何%という数字でございますけれども、若干御負担をいただくという形になりました。これは、それを公費で置きかえるという考え方はもちろんございまして、けれども、しかし、負担の公平ということを考えれば、そうした形で高齢者の方にも御負担を求める、していただく、お願いをする、このことは決して間違つた方向性ではないと思えます。

その上、高齢化はさらに進んでいます、二〇五〇年には三〇%を超える超高齢時代になる、そのときにも安定した制度を考へるということであれば、これは今回の有識者会議での結論のように、一定支える人をふやさなければならぬという観点から、高齢者の世代の方にある程度の御負担を求めるということは避けられない道ではないかというふうには私は思っております。

それはどのような形で御負担いただくか。もちろん、高齢者の方には豊かな人もいれば所得の低い人もいます。それぞれのあり方に応じた御負担というものは当然あるかと思えますけれども、全体の方向性としては、そのような形で御負担を分かち合つていただくことは大変大切で、その上で、高齢化がさらに進んでいく中で足らざる部分は当然出てくる、そのところは公費をもつて賄わざるを得ないというのが先ほどの大臣の御説明ではないかと思えます。

○佐藤(公)委員 先ほどの出だしの部分でちょっと歯車が狂つているところは事実あるかと思えますけれども、今おっしゃられることをその歯車の部分が狂つた状態と考えれば、実際問題、まさにおっしゃるとおりだと思えます。でも、それはそれなんです。その負担をお年寄りの方にというのは、一つの筋、考え方としてはわからないでもないですが、それをする前にやるべきことがあるんじゃないですかと僕は言つていふんです。

それはどういふことかといつたら、まず、医療費に対する今の財源状況、これをもつと抑えられる方法論が前からICカードやいろいろあるなことがあるかと思えますが、なぜ今こういう状態になつていふのか。そういうことをきちんとやって、私たちはこれだけ抑えることができた、だから、お年寄りの皆さん方もこういう部分でお願いしますという筋じゃないんじゃないかと思えます。

この辺のことに限しては、できるできないというところが現実論あるかと思えますが、私は、大臣と政務次官には本当にリーダーシップをとつて国民のためにやつていただきたいという気持ちでございます。そういう意味で、私にきょう大切な時間をいただき本当に心から感謝を申し上げます、どうか、抑えられる部分を研究し、今ある現状の中でできることを一つ一つ具体的に実現化していく、こういうものをお願いできればありがたいかと思えます。

これにて私の質問を終わらせていただきます。大臣、何か一言ございましたら、よろしく願います。

○津島国務大臣 大変熱心なお話を承りました。が、ここのところ、ちゃんと抑制策をし、してからこういうことをやれというお話を私はずっと聞いてきています。

では、何もやっていなかったかといつたら、そうではなくて、薬価についてもR幅はあそこまでは抑えた、診療報酬についても改善をした。それから、今御提案しておりますのは、疾病構造が変わり、高齢化したことに基づいた診療体系をどうするかというのを御提案しておる。それから老人医療費についても、若い人とお年寄りが負担を分け合うにはどうしたらいいかということをお提案しておるわけでありまして、その中でも高齢者医療の増嵩というものはもう待たなした話になつておる。政管健保にいたしましたも健保組合にしてもどういふ状態であるか、それは委員は百も御承知の上だと思ふんですね。

ですから、それはこれをやつた後やれということにはならない。やれることは何でもやりましようというのを申し上げているんです、大きな抜本改革については厚生行政だけでは対応できない問題がある。それは、公費の負担というものをもう少しふやしていただくことをお願いしなすならぬ。そういう世界に踏み込んでまいりますと、平成十四年を目途にもう少し広い議論をして、高齢者医療制度を安定させるということになります。こういうふうには私も考えておるわけでありまして、どうか御理解の上、一緒に議論してください。

○佐藤(公)委員 済みません。終わるつもりが終われなくなりまして、残りの時間を少しまたやらせていただければありがたいと思えますけれども。

大臣の御答弁の中でも、前回の医療保険制度の改正のときと云々かんぬんということで日本の経済が大変に難しい状況になり、その結果として、実は社会保障制度にも大きな負担がかつたと。また、その食い違いを埋めていくには相当の大きな議論が必要だ、こういうような御発言をされた

り、それをどういう形でということに関して、国民的意識の統一ができてくるのであると思うのであります。こういう御答弁をいただいているのでありますけれども、例えばこの最初のことにしたって、いろいろな予測の中で誤ることもあるかもしれません、政府自身が、誤ったということとを、非を認めていると僕は思います。

そういう非を認めた中で、反省に立つた上で、ではこれからどうするかということ。私は、何年も前から同じような、似たような政府側の答弁がずっと続いているような気がします。国民的意識の統一ができてくると思います、私は、私の生きている間に国民の意識の統一ができればいいなと思うぐらいの長いレンジで考えざるを得ないような、そんなつもりにならざるを得ません。

ですので、私は本場に揚げ足をとるつもりじゃないんです、政務次官、大臣、こんなことは大臣も政務次官もすいほどわかっていらつしやるのに、なぜやると言つて——いつまでと決めて、厚生省のおしりをひっぱたいて、どうか国家国民のためにやつてもらいますことを切にお願い申し上げまして、私の質問とさせていただきます。ありがとうございます。よろしくお願いします。

○遠藤委員長 次に、小沢和秋君。

○小沢(和)委員 共産党の小沢でございます。

大臣は、今回の二法改正案について医療制度の抜本改革の第一歩との説明を繰り返しておられます。しかし、この法改正の方向を進めていけば、国民、とりわけ高齢者が質の高い医療を今後も本当に安心して受けられるのか。私は、全く逆に、負担ばかり重くなつて、必要な治療を思うように受けられなくなると言わざるを得ないのであります。

まずお尋ねしたいのは、政府が考えている抜本改革とは何かということです。

厚生省は、平成九年八月に、抜本改革案として「二十一世紀の医療保険制度」を発表しております。これを見ますと、高齢者については一割または二割の定率一部負担とするとともに、一定以

上の所得のある者については一般加入者と同一の負担とすると書いてあります。別のところには、一般加入者は三割負担と書いてありますので、厚生省が理想とする将来の高齢者医療というのは、低所得者だけ一割または二割、ある程度以上の所得のある高齢者は三割ということになる。

これが、今も厚生省が目指す高齢者医療の抜本改革案でしょうか。

○福島政務次官 そのような改革を目指してあるわけではございません。(小沢(和)委員「聞こえぬ」と呼ぶ)先生が御指摘のような改革を目指しているということではございません。

○小沢(和)委員 それはまことに異なことを伺うわけです。

厚生省に、今現在で抜本改革案というふうに言えるもの、考えているものがあれば示してもらいたいと言つたら、これを持ってきたわけですから、これは今現在の到達点じゃないんですか。

○福島政務次官 先生が御自分で御想定された負担、それを指して私は申し上げさせていただきます。

○小沢(和)委員 意味がよくわかりませんね。

厚生省は、今回から定額負担をやめ、一割という定率負担を持ち込んだわけでありまして、大臣が今回の案を抜本改革の第一歩と言つたのは、この三年前に発表した高齢者については一割または二割程度の定率一部負担という案の実現に向けて、一割ということと大きく一歩踏み出したという意味じゃないんですか。

○津島国務大臣 正確に理解をしていただきました。

委員がおっしゃっている二十一世紀の云々という厚生省案は、当時の厚生省案として八月七日に出したものであります。この後、与党の協議会で協議をいたし、その後もいろいろのご意見がありました。今議論していただきたいのは、今我々が提出をしている案、それから、今後のビジョンに照らしてどう考えるかという御議論をいただきました。

いと思います。

○小沢(和)委員 そういう議論をするために、厚生省が今現在到達している抜本改革の案というのはどういうものか示せと言つたら、これを持ってきてくれるわけですよ。だから、これをベースにして私が考えるのは当然じゃないですか。それとも、あなたが言うのは、これは三年前の案だから、もう我々としては関知してないんだという意味ですか。

○津島国務大臣 抜本改革をこしまでにやろうとお約束をしてまいりましたけれども、残念ながら結論を得ずに、平成十四年までに皆様方と御相談しながらこれを取りまとめようということをお出しをしているこの法案をひとつお認めいただきたい、こういうことを申し上げているわけでございます。

○小沢(和)委員 抜本改革の第一歩と言ふんだつたら、さつきから議論されているようですけれども、目標があつて、そこに向けて一歩踏み出さなければ抜本改革の第一歩にならないんですよ。向こうに目標があるのにあつちへ行つてしまつたら、これは第一歩じゃなくて、一歩後退です。だから、私はそこをこたわっているんです。

それでは、これは全く荒唐無稽な、今では厚生省としては関知しないものなのか。そんなことはないでしょう。これを基礎にしてあなた方はさらに今構想を練っているわけでしょう。違ふのですか。

○津島国務大臣 これをもとにしているわけではございません。

それから、委員がおっしゃるような、こつちを向けとかあつちを向けとかいうような簡単な話ではございません。抜本改革については、これから真剣に議論して、きょう提出をされました有識者会議の報告も参考にしながらつくり上げていく、方向としてはその第一歩になる、こういうことを申し上げているわけでありまして、それ以上でも以下でもありません。

○小沢(和)委員 では、繰り返してお尋ねします、三年前にあなた方が天下に公表したこの医療制度の抜本改革案なるものは、今は何なんですか。これはもうなくなつていないんですか。

○津島国務大臣 当時における一つの考え方、案でありまして、私どもはこれを抜本改革そのものとは思っておりません。

○小沢(和)委員 今の答弁には私は納得しかねますけれども、こればかり押し問答するわけにはいかないから、先に行きたいと思ひます。

それで、私は、この厚生省が出した、高齢者については一割または二割程度の定率一部負担という方向に向けて、今度一割ということと一歩踏み出したというふうな理解をしますが、高齢者にとつて医療費の一割負担というのがどんなに重いものであり、強烈な受診抑制となるかは、一昨日、我が党の瀬古議員がいろいろな角度から質問いたしました。

一割負担の重さは、こし四月から実施された介護保険を見ればさらによくわかります。介護保険は、一割の利用料が重くて払い切れないため、全国平均でサービス限度額の半分も利用し切つていないというのが現状であります。だから、十月からの保険料徴収が始まるや、どこでも、これ以上払えない、年金からの天引きは困るなどの苦情が役所に殺到しました。

これにさらに来年一月からこの法改正で医療費の一割の負担増が加つたら、高齢者はいよいよ今までのように安心して病院に行けなくなりますが、かえつて病状を悪化させたりすることになる。だれでも安心して医療を受けられるような仕組みでなければ、社会保障とは言えないのではあります。

○福島政務次官 まず介護保険のお話でございませうけれども、厚生省もさまざまな団体に介護保険施行後の利用につきましたる調査をさせていたいただきました。その具体的な報告では、先生は、だれもかれもが何か利用を差し控えておるといふ御指

摘でございますけれども、そうした事例というのはごく限られた数字でしかないという客観的な報告が上がっております。

今回の老人の定率一割負担について、受診抑制というものが著しくあるのではないかと御指摘でございますけれども、今回の定率一割負担というものは定額の月額上限が設けられておりますし、低所得者の方々の入院時負担については負担の限度額を引き下げるなどさまざまな施策を講じており、高齢者の生活というものは多様でございますけれども、その多様な高齢者のあり方に配慮をした措置を講じているところでございます。

そしてまた、薬剤の別途一部負担を含めて、現在までの高齢者の方の御負担と全体としてはほぼ変わらない水準のものを今回の改正の中では提案をしているところでございます。

具体的な数字を若干御説明させていただきたいと思っております。患者負担が変化した場合の受診行動はどうなるのかということで、直近の事例を御報告させていただきたいと思っております。

老人外来の薬剤一部負担特例措置が導入されたのは平成十一年の七月のことでございますけれども、その前後の三カ月間で比較しますと、受診率の伸び率が約〇・四％の増、一件当たり日数の伸び率が約〇・六％程度の若干の変化がこのときには見られております。したがって、受診率に変化があるという御指摘でございますけれども、こうした程度の若干の受診行動の変化が生じる可能性については否定できないと私どもは考えております。

○小沢(和)委員 今、一割負担の導入に当たっては負担が急増しないようにいろいろ配慮しているというふうに言われました。確かに、幾つかのそういう仕組みをしているということは私も否定しません。これは、一割というのを何何でも導入したい、そのためには余り大きな抵抗が起らないようにということでそういうものをつく

られたのだろーと思っておりますけれども、それでもやはり低所得のお年寄りにとっては大きな負担になるというところは、私は指摘をしておきたいと思うんです。

次の質問ですが、治療の内容によつてはこれまでの三倍、四倍になるものがある。これも一昨日瀬古議員が示した数字ですが、例えば白内障の眼内レンズ手術で八日間入院した場合、全国保険医団体連合会の試算によれば、現在の負担九千二百三十円が三万五千八百七十円と、三・九倍にもなる。これは厚生省も先日の答弁で事実上認められたと思ひます。

この白内障の手術は、かつては健康保険の適用が認められず全額自己負担で、そのためその恩恵を受けられない高齢者が多かった問題です。その後、全国的に適用を求める運動が広がり、その力で、健康保険で安く手術が受けられるようになっております。お年寄りの方々から、世の中が明るくなったと大変喜ばれました。その負担が今回の改悪で四倍近くになれば、低所得の高齢者はまたこの手術を受けることが経済的に困難になる。こんなことがあつてよいでしょうか。

○福島政務次官 今回の改正におきましては、若年者と高齢者のバランス等を踏まえ、お年寄りの方についても定率負担を導入し、かつた医療費の一割を御負担いただくことにしておりますが、その際過度な負担にならないように定額の月額上限を設けるとともに、低所得者世帯の方々につきましても、現行の月額上限三万五千四百円を二万四千六百円に引き下げて、特段の配慮を行っているところでございます。ですから、白内障の手術につきまして一割に四倍近くではないかという御指摘でございますけれども、必ずしもそうではないということが一点言えるだろうと思ひます。

そして、もう一つの観点は、負担の分かち合いという観点でございます。白内障の治療につきましてはどのくらい医療費がかかるのかということでございますけれども、三十一万五千円が平均の

数値でございます。これに対して、高齢者の方の御負担が八千六百円程度となっているわけでございます。三％程度でございます。

これはさまざまな御意見があるかと思ひます。所得の低い方も高い方もおられるということも事実でございます。しかしながら、医療における現役世代と高齢者世代の負担の分かち合いということ考えた場合に、この白内障の治療につきましても、私どもが提案をしておりますような御負担というものが果たしてそれほど妥当ではないものかということについては、私は、先生がおっしゃるような意見ばかりではなからうというふう

に考えております。

○小沢(和)委員 私は意見を言っているんじゃないんです。白内障の眼内レンズ手術が八日程度入院して行われたら約三・九倍になるではないかという事実を言っているんですよ。これについては、この前局長でしたか、事実上認められているんですよ。だから、私はきょうはこの論争の用意をしておなかつたんですけれども。

だから、全体としては大した負担増になりませんとあなた方が言っている中で、こういう飛び抜けて負担が多くなるもの、そして、かつて社会的にも大問題になったようなケースについては特別の配慮をしたかどうかと、私は極めて建設的な提案をしているんですよ。そのことについて、大臣、どう思ふんですか。さつき次官が答弁したから、今度は大臣言つてくださいよ。

○津島国務大臣 委員のお話を伺っていますと、負担はないのが一番いい、少ない方がいい、それが出発点ですね。私は、その考え方は基本的には持つておりません。

さつき、これは社会福祉に反するではないか、今度老人から負担を一定限度であるけれども取ることとしたのは社会福祉じゃないとおっしゃった。私は、社会福祉というのはお互いに助け合うことであるとおっしゃると、お払いにならない方があればだれかがこれを負担しておるわけ

です。医療費というのは天から降ってくるものではない。ですから、その負担の仕方を今みんなで厳しく議論しているんですよ。

さて、御指摘の白内障の手術について申し上げます。

私ももう少し年をとつてくると白内障になりますし、今恐れているところでありまして、けれども、その手術の三十一万円ぐらいの医療費をもう少し下げられないかという気持ちは私は持つております。しかし、三十数万円の医療を受けた場合に、その一〇％なら若い人にかわりに払ってもらふよりは私なら払いますよという、私や私の友人もたくさんおります。それを基準にしてい

か悪いか、これは議論していただいて結構です。それから、おっしゃつたように、一〇％負担でございますと、白内障の手術というのは入院期間が短いですが、これまでは一日当たりの定額でいったものに比べれば非常に上がつて見える。これは数学の話だ。数学的に非常に上がつて見える、これも事実なんだ。ですから、御指摘のような議論の材料になることは私も認めます。ただ、一割負担というものを払えるお年寄りもあれば、払つていただくということが社会保障の基本である。

ちなみに申し上げますと、ここ二十年間の変化を見ますと、公的年金が普及をしてまいりました。高齢者の所得も相対的にかなりいい水準に維持をされるようになった。ただ、その中で本当に考えてあげなきゃならない層の方も当然いる。特に専業主婦の方は、御主人が亡くなられて独居される所得がぐつと落ちるということがある。そういう方々の話として私ども議論するのはいいと思ひますけれども、一〇％の負担を課することが社会保障に反するということお考えは私は受け取るところではできません。

○小沢(和)委員 私は、払える人が負担をすることまで何も否定しているんじゃないよ。政府がこのように高齢者の負担引き上げを次々に持ち出す背景には、今や高齢者は経済的弱者で

はないという認識があります。現にことしの厚生白書には、一九九七年の高齢者世帯の一人当たり所得は二百七万余円と、全世帯平均二百二十二万七千円と比べて遜色のない水準にあると述べられております。二十四日に報告をまとめた社会保障構造の在り方について考える有識者会議、この報告はまだ現物を私見ておりませんが、新聞の報道では、同様の認識に立つて、高齢者に応分の負担を求めるべきだと提案をしております。

私は、この認識の根本的誤りは、高齢者の所得を平均でとらえ、実際には大部分がそれよりはるかに低い所得で苦しい生活をしていることを無視している点にあると思います。それは、厚生白書四十一ページの表で明らかであります。これがその四十一ページの表そのものをパネルにしたものです。高齢者の個人所得の分布を示しております。

まず、所得のない人が一・八％、女性だけでいくと二〇％近いんですよ。八十万円未満が二七・一％、八十万円から百六十万円未満が二一・一％、この三つを黄色で囲ってありますが、この三つで六〇％になるんですよ。だから、二百七万円というのが平均所得だといいますが、六割の人はそれよりずっと低い。二百七万円といったら、その次の区分のちょうど真ん中辺ということになるわけでありまして。

だから、私が言いたいのは、平均の二百七万円というのは実は一部の高額所得者がこの水準を全体として押し上げているということじゃありませんか。また、私どもの党は、こういう全体の平均を押し上げるような高額所得者に応分の負担を求めることは決して反対しません。大臣の友人が自分は応分の負担をしたいということを言われたというんですが、そういう方には出してもらって結構だと私は思うんです。しかし、この表にも示されているように、圧倒的多数の高齢者の生活は苦しいのが実態ではありませんか。大臣は、こういう人々に負担を求めているのだということがおわかりでしょうか。

〔委員長退席、坂井委員長代理着席〕

○津島国務大臣 ここに白書がありますけれども、手元にある数字はほとんど違いないんですよ。ただ、委員の言っておられる点は、一方では正しい、一方では誤りなんです。

誤りの方から先に申しませうか。委員は、私も、高齢者は押しなべていい水準の所得にある、だからみんな払うべきである、こう言っていると言った。これは誤りです。（小沢（和）委員「そんなこと言っていないよ」と呼ぶ）私どもも、所得の低い方々がある、その方々に対しては今提案を申し上げているような特例を設けておりますが、これでどうでしょうかと申し上げておるわけでありまして。これは、委員がもしそう言っておられるとしたら誤りであります。

同じところが一つあります。所得の高い人も低い人もあるが低い方には配慮をし、そこは賛成であります。私どもの提案した線はどうでございましょうかというのを委員の皆さん方にお諮りを申し上げておるわけで、断じて高齢者を一緒に扱おうという気持ちはございません。所得の高い方も低い方もございまして。

○小沢（和）委員 私も、あなた方が全部同じに扱っているというようなことを言っているんじゃないんですよ。

それで、低い人について配慮をしているというふうに今言われたけれども、私どもは、その配慮をしているという数字を見たら、実際に高齢者の所得の状況から見てもこれは負担できない程度の重い負担だということを今言っているんですよ。その点で、もう一つ大臣にお尋ねしたい。生活保護との関連であります。

御存じのとおり、生活保護は「すべて国民は、健康で文化的な最低限の生活を営む権利を有する。」という憲法二十五条に基づく、文字どおり最低生活を保障する制度であります。

大臣は厚生行政のベテランだから御存じだと思いますが、現在の生活保護の水準は、七十歳のひとり暮らしのお年寄りの場合で大体どれぐらいで

しょうか。（津島国務大臣「最後のところをもう一遍御質問をお願いしたいのですが」と呼ぶ）大臣は厚生行政のベテランだから御存じだと思いますが、現在の生活保護の水準は、七十歳のひとり暮らしのお年寄りの場合でどのぐらいの金額でしょうか。——今から計算されてはたまらぬよ。早く答えてください。およそでいいですよ。

〔坂井委員長代理退席、委員長着席〕

○津島国務大臣 非常に複雑な表になってございまして。老人二人世帯、七十二歳の男の方と奥様が六十七歳という場合、これで一級地の「一、二、二」級地の「一、二、三」級地の「一、二」とございましてけれども、このどの数字が御必要でございましょうか。（小沢（和）委員「七十歳のひとり暮らしのお年寄りでどれぐらいでしょうか」と呼ぶ）

老人の単身世帯、七十歳の女の方で、一級地で十萬八千九百九十円でございます。

○遠藤委員長 小沢委員に申し上げますが、極めて専門的、技術的な分野にわたるものですので、大臣に、七十歳で老人のひとり暮らしと特定されているものというものは、すぐに出てこないのは当然じゃないでしょうか。政府参考人を呼んでいるのですから、どうぞひとつ……。

○小沢（和）委員 参考人が答えたとてよかったのですよ。私は大臣と言ったけれども、参考人が立つたからといって別に文句は言いません。

それで、七十歳以上のひとり暮らしの生活保護費は、今大臣も言われましたとおり、大都市の場合で月額十萬八千九百九十円、年額でいいますと約百三十万、最低の過疎地でも百万円は超えるのです。

そうすると、このパネルでおわかりのとおり、三番目の階層の一部も生活保護以下ということに入るわけです。そうすると、全国で五〇％近い高齢者が生活保護がそれ以下の収入ということになります。もちろん、私も、奥さんが無収入でも御主人や息子が高額所得という人も中にはいるとは思いますが、しかし、大部分のお年寄りは生活が苦しい。生活保護を受けてもおかしくない。しか

し、御本人たちが受けずに頑張っているからそういうことが表面化しないだけのことではないのですか。

大臣は、生活保護と比較をしてみても、多くのお年寄りがそういう生活実態にあるというふうにお理解になりませんか。

○津島国務大臣 高齢者の方にもいろいろな所得水準の方があるということは、そのとおりであります。そして、低所得で生活保護すれの方方は、医療費を払うことによって生活保護水準に落ちるおそれがあるという方があるのも、もちろんであります。もし、その水準になられた方は、その部分は国がお払いをして平等に対応することになっていくことは御承知のとおりであります。

○小沢（和）委員 生活保護の問題でもう一つお尋ねをします。

被保護者が病気になる場合、その医療費はどうなりますか。

○近藤政府参考人 医療扶助費で支払うことになっております。当然、国と地方の負担ということになっております。

○小沢（和）委員 局長が言ったとおりですね。病気をした場合、医療費は現物給付されるわけでありまして。病気の場合、受けている保護費の中から一切支出する必要はないわけです。

だから、生活保護水準がそれ以下の生活を余儀なくされている人々に毎月保険料を払わせ、病気になるさらさらに医療費の負担とせざるというのとは、こういう生活保護の仕組みとのバランスを考えたも到底理屈に合わないんじゃないのですか。だから、こういう人々について保険料や医療費の減免こそ行うべきであって、新たな負担をこれ以上求めることはこの層に対して行うべきではない、これが私の考え方ですが、いかがですか。大臣、答えてください。

○津島国務大臣 そのすれすれのところにある方をどうするかというのは、いろいろな議論があり得ると思います。生活保護の状態にある方々をひ

そのようなことを考えますと、平成十四年度に私どもは高齢者医療制度の抜本改革を実現させたいというふうに繰り返しての委員会ですべておられますけれども、その実現を図ることが先生の御指摘に対しての最大のお答えではないかと私は思っております。

○小沢(和)委員 結局のところ、国の財政が苦しいから約束を守れないということじゃないかと思うんですけれども、それならば、なぜ財政が苦しくなったのか。医療費などに国の税金を使い過ぎたのか。

それは全く逆で、調べてみますと、一九八〇年に健保本人が十割給付になり、高齢者医療が無料化されたときに我が国の国庫負担率のピークで、医療費全体の三〇・四％だったわけでありまして、それが、八三年、高齢者医療が有料化されて以降、昨年度までに負担金が八回も引き上げられた。健保本人負担も、八四年に一割負担、九七年に二割負担と引き上げられてまいりました。国庫負担はそれに対応して切り下げられて、九七年には二四・四％まで下がっております。この十七年間の国庫負担のカット額は、実に十七兆四千億に達している。

だから、財政破綻の原因は全く別のところにあるわけで、そのことを棚に上げて現役にも負担増ばかり押しつけ、国の負担を削り続けるという身勝手なことをしている。それでも、国庫負担率をもとに戻すというこの最低限の約束さえ破るのは当然だということにお考えになるんでしょうか。

○津島国務大臣 委員の分析、私の目から見れば、当たっているところもありますが、当たっていないところもある。それは、今のそれぞれの保険の状況というのは、国庫負担をどうしたとか保険料をどうしたとかいうことのほかに、もっと大きい原因として、高齢化が進み、疾病構造が変わってきたということがあって、これは恐らくおわかりの上で言っておられるのだろーと思えます。

それからもう一つは、これを取り巻く日本の経済状況が余りに変わった。それは、委員のお立場からいえば賃金カットを大いにやったからだということになるのだけれど、賃金を払いたくても払えない会社がいっぱい出てきた、大企業だって赤字の企業がしばしばある時期はあった。そのことが標準報酬を非常に低く抑える、伸びないということから赤字構造が出てきた。

一方、同じような苦味を味わっているのが財政でございまして、あそこがよかった、これが悪かったという議論は大いにやってもいいのですよ。いいのですけれども、事実として世界に類例を見ない赤字国家になっておる。そういう状態を我々は真剣に見詰めた上で、やはり社会保障制度だけは安定的に運営しなきゃならぬから、安定的な財源を見つけて、国民の皆さんとともに安心して二十年、三十年先の高齢化社会に備えようというのが我々の課題でございまして。

委員におかれては、何か立派な安定財源がありましたら、私の方へ教えていただければありがたいと思います。

○小沢(和)委員 実は、その質問を待っておったんです。私もはかねてから、諸外国に比べて異常に大きいむだだらけの大型公共事業を削り、諸外国に比べ余りに少ない社会保障費に回せと言いつつ続けてきたのです。諸外国では、政治の中心は社会保障に置かれていて、その諸外国並みの政治に転換すれば、財政も立て直せるし、社会保障の改善もストップできる。最近では、これは共産党だけではなく、多くの人々の要求になりつつあるのです。

最近私が注目したのは、去る九月、社会保障制度審議会が「社会保障関係支出の抑制を図る前に、少なくとも他分野の財政支出の抑制に努めるべきである。その際、公共事業関係費の適正化はいうまでもないが、云々」という意見を具申したことでありまして。これは我々が言っていることと同じことなんです。

内閣総理大臣の諮問機関である社会保障制度審議会が、省庁再編によりみずからの任務を終える

に当たって最後にまとめた意見の中で、このような意見を表明したことを政府は重く受けとめるべきではありませんか。特に、いつもしわ寄せされる立場の社会保障の担当大臣として、政府の姿勢を根本的に社会保障重視の方向に転換するよう頑張る決意がないのか、お尋ねをします。

○津島国務大臣 頑張る決意は大いにあります。ただ、手法が委員とは恐らく随分違うと思えます。

それはなぜかと申しますと、まず、諸外国ではとおっしゃった。これもわかっておっしゃっているのだらうと思いますが、公共事業のウェイトはアメリカとヨーロッパと全然違うのですよ。アメリカは大体地方政府がやっています。連邦政府は公共事業は限られたもの以外はやりません。それから、ヨーロッパも国によって非常に違う。ですから、そういう十把一からげの御議論はこの場ではひとつ願ひ下げにしたいだきたいと思うので

問題は、日本の今の財政赤字というものはどういふところから来たか。これは、確かに委員とも議論すれば長い議論ができると思いますが、三つ子の赤字と言われて、財政赤字というのは救いようがないと言われていたのに、何で、ことしの大統領選挙で、どっちの候補も、数年間で今の黒字で過去の債務は全部返せる、返すかわりにこれをやろう、あれをやろうという議論ができる状態にきたかです。これは、歳出をこうしたとか公共事業をカットしたとかいうことではないのです。アメリカの経済が、質的に変わって力強くなることの中から財政も立ち直っていくということでありまして。

これに対して、私が今でも忘れられないのは、今からちょうど十年前、私が同じ職にいましたときに、東ヨーロッパの諸国が軒並み体制を変えていった、そして私も呼ばれて、WHOの主催でこれらの国の社会保障制度を立て直すにはどうしたらいいかという議論をやった。これらの国の

持っている制度は、業代も医療代も全部国が払いますと法律に書いてある。ところが、経済が疲弊をいたしますと、事実上、業は全額自己負担だった。私は驚いた。ポーランドでも全額自己負担だった。

ですから、私が申し上げたいのは、やはり健康な経済を取り戻さないと日本の社会保障もあり得ないのだから、委員、そこまで視野に入れて御議論をいたしましょう。

○小沢(和)委員 健康な経済を取り戻すということももちろん私は考えて言っているわけですよ。今のようになんて借金をしては公共事業などにお金をつぎ込んで、そのしわ寄せを社会保障に押しつけているような状態を正さなければ、国の財政もますます破産するし、社会保障を守っていくこともできない。

だから、せっかく社会保障制度審議会がまず公共事業にメスを入れるということを言い出した、あなた、それに乗って担当大臣として頑張るべきじゃないかということをやっているのに、何かポーランドがどうかとか、私はそんなこと聞いてない。そこをどうやってはつきり答えなさいよ。あなたはそういう立場に立つて頑張る意思があるかどうか、そこを答えてください。

○津島国務大臣 その分野は私は長く携わってきた分野であります。日本の経済のために公共事業がどういふ役割を果たしているか、特にここ二、三年間のこの停滞した経済を支えていくためにやむを得ず公共事業の活動をしているということ、私は否定すべきではないと思っています。

それから、今我々が目指しております公共事業というのは、新しい時代に即応した例えば情報通信産業であるとか高齢化対応であるとか、そういう方向に公共事業そのものも変えていくこと。それは恐らく共産党さんも賛成だと思ふんですよ。だから、そういう努力をしながら、必要な公共事業はやる、必要な財政の機能は発揮してもらおう、こう言っているわけでありまして、議論してみますと、委員のおっしゃるほどかけ離れた意

見ではないと思いますよ、お互いに。

○小沢(和)委員 いよいよ時間が気になってきたから、その話はまたにしましょう。

あと一、二問だけ、医療法の改正案でお尋ねをしたいと思います。

看護婦の配置基準を四対一から三対一に引き上げることは、遅過ぎたとはいえ、私どもは当然の措置だと考えております。しかし、これも他の先進諸国と比べると、このパネルも厚生省の資料から作成したのですが、日本は医師も看護婦も病床当たりでは一番少ないわけでありまして。

九六年でいえば、医師は、百床当たり日本が十二人に対し、アメリカ六十三・九人、ドイツが三十五・六人、フランス三十三・八人。看護婦は、日本は四十一・八人に対し、アメリカは百九十七人、ドイツ九十二・九人、フランス六十六・三人となっております。

一方では、日本は、このパネルのとおり病床数が多く、入院日数が長い。これまで日本の医師や看護婦がどんなに劣悪な労働条件のもとで働かされてきたかが明らかだと思えます。そういう中で世界一の長寿国を実現したことは驚嘆に値すると思えますが、これを改善することは緊急の問題ではないのか。

先日、医師や看護婦はもう十分足りるようになってきたという議論が当委員会でありましたが、現実とは逆ではないかということをお尋ねします。

○福島政務次官 今回の医療法の改正に当たりまして、一般病床につきましては、手厚い看護体制を確保するために、看護職員の配置基準を三対一に引き上げることとしたわけでございます。これは大変大切な改革である、そのように私は認識をいたしております。その点につきましては、委員も御評価をいただけるというふうに思います。

一方、医療審議会の審議ではどういうことがあったかといいますと、医療法における人員配置基準は最低基準である、看護職員の地域的な偏在に配慮する必要がある、看護職員を確保しよう

思ってもなかなか難しいところもある。これは事実です。そしてまた、半世紀にわたつての基準の変更であることから、慎重な配慮が必要であるという意見もございました。こういうさまざまな意見があるということ踏まえて、複数で月八回の夜勤体制を確保するためには三対一が必要だということ、この三対一を医療法の中に書き込ませていただけたわけでございます。

今後、入院患者の病態や看護職員の業務量等に基づいて診療報酬上はより手厚い看護体制に対しても私どもはきちつと評価をいたしておりますので、病院の管理者が適切に判断をしていくことが望ましいと考えております。そのようにお答えします。

○小沢(和)委員 文部省、お見えでしょうか。看護婦が現実には足りないという問題で、文部省にお尋ねをいたします。

大学や特定機能病院では、看護婦も二・五対一とか二対一と、他に比べて手厚い配置になっておりますが、そういうところに入院しているのは重病の人ばかりであり、こういう人々に高度の濃密な医療を行うため看護婦さんの仕事は大変厳しいものがあります。私も、三年前に、九州大学附属病院の教職員組合支部などから、看護婦の夜勤回数が一月に平均で十回、多い人は十四回に達すると聞いてびっくりし、一緒に改善を要求する運動を行つたことがあります。

今、重大な社会問題になっていく医療事故の続発は、このような看護婦の過労をなくすための思い切った増員を行う以外に根本的解決策はないと思ひますが、文部省は全国の国立大学病院でどれだけ増員をして夜勤回数をどこまで減らしたか、今後どのように改善するつもりか、お尋ねをします。

○清水政府参考人 お答え申し上げます。国立大学の附属病院については、従来から人事院のいわゆる二・八判定に基づく一人夜勤の廃止、夜勤回数の月八回以内ということを目標に、看護婦の増員を図つてきたところであります。

昭和四十年当時と比較いたしますと、複数の夜勤体制についてはほぼ達成できたというふうにして思っております。月当たりの夜勤回数については、当時の十・七回から、十二年度では八・三回と改善が図られてきております。これは、国立大学附属病院におきましては高度医療の提供を一つの使命としていくことから、手厚い看護を必要とするいわゆる重症、難症の患者比率が高くて、場合によつては三人以上の夜勤体制、これは全体の約五割弱を占めますが、そういうものを組む必要がある等の事情があることによるものでございます。

文部省としては、附属病院の看護体制については、看護要員の増加、資質の向上の研修の実施、あるいは業務軽減を図るための予算の確保等に努めてきたところでありますけれども、平成十三年度におきましては、概算要求としてでございますけれども、勤務体制の改善に資するという観点、あるいは御指摘の事故防止、患者に提供する看護サービスの改善という観点から、新規に非常勤の看護婦を八百人増員すべく所要の経費を要求しているところでございます。これが認められますれば、平成十三年度中には全体として月八回に改善できるものというふうに考えております。

今後とも努力を傾けていきたい、こういうふうにして思っているところでございます。

○小沢(和)委員 時間が来たようですから終わりたいと思いますが、以上の質問で明らかになったとおり、今回の二つの改正案は、高齢者だけでなく現役世代にまで、全国民に一部負担や保険料の増額の形で負担増を押しつけ、医療をますます受けられないようにするところでもない改悪案だと思ひます。また、病院やそこで働く人々にも医療保険財政赤字のしわ寄せを押しつけようとしている。そういう点で、私としてはこの二つの改悪案の撤回を強く要求して、質問を終わります。

○遠藤委員長 次に、阿部知子さん。

○阿部委員 社会民主党の阿部知子です。

いつも私の質問は最後ですので、皆さんも大変お疲れだと思いますし、また御苦勞さまで思ひます。

まず最初に、遠藤委員長にちよつと御質問がございます。

こうした委員会、私は実は初当選ですので経験がございませんが、委員会開会中の定足数というのはございますのでしうか。と申しますのは、私どもの土井たか子党首にけさしつかりと言われましたが、委員会途中であつても、例えば四十名の委員のうち過半数を割っているようなときは、どんな委員長に言いなさいというふうにお示しいただきましたので。国民医療という大変に重大なテーマを扱っておりますから、各委員もいろいろかけ持つて大変とは思われますが、先ほど来から、特に半ば以降、数えておりますと十六人ぐらいのことが多々ございました、こうした状態というのは委員会の運営にとつて望ましくないと思ひます。委員長の御見解をまず教えてください。

○遠藤委員長 まず、全席埋まるのは非常に理想であり、そうあるべきだと思うのです。それから第二に、採決するときには定数が一定数必要だと書いてありますが、常に全席埋めてあれということとは衆議院規則には書いておりません。

したがしまして、大事なことを皆さん質問したり議論したりすることですから、多少空席が目立つのを目をつぶつて進行させていただいておりますことを御了承願ひます。

○阿部委員 やはり各委員の御発言を聞いて議論が交わされる場が国会だと思ひますので、なお遠藤委員長の心ある運営をお願いいたします。

次に、津島厚生大臣に伺ひます。

実は、これも今回の健康保険法並びに医療法、医師法の改悪問題ではございませんが、御承知おきのようですが、昨夜のテレビで、例のテブ、中川官房長官の辞任劇の報道で持ち切りでございました。私は今回この国会にやつてまいりまして、津島厚生大臣は医療の現場からよく来たと言つてくださいましたが、私が本来求めているこういうき

ちょっとした審議、論議、特に国民の生命や健康にかかわることの論議が、いわば久世問題以降のさまざまなスキャンダル、不祥事によってかすんでしまふかのような現在の国会のあり方を大変憂えております。

昨日、中川官房長官は確かに辞任されましたが、あれは余りにも低レベル、下劣な問題でございす。しかしながら、昨日のテレビを見ましても、街頭インタビューで、中川官房長官をどう思いますかというのを一人一人の国民に問うてはいるものの、あなたは医療費の一割負担、特に御高齢の方の一割負担をどう思われますかと——本当はテレビはそれをこそやるべきであります。

中川官房長官にどんな愛人がいようと、国民の生活にはかわりがございせん。ただしてございす、医療費の特に一割問題、私も津島厚生大臣もへとへとなりながらこんなに毎日一生懸命論議しているのは、これが国民のあすにかかわる大事なことであるという面からいえば、国民の声がかこに集中しないような今の内閣、政治のあり方について、内閣の一員の津島厚生大臣の御認識を伺いたいと思ひます。

○津島国務大臣 毎日骨を削って、一生懸命委員会の論議に参加をさせていただいているのも、委員御指摘のとおり、一日も早くこの改正案を成立させ、さらに抜本改正に取り組んで国民に安心していただくといういちずな気持ちからでございす。

今の報道を通ずる問題についての御指摘は、私は報道のあり方に対する御意見として今興味深く受けとめさせていただきましたが、官房長官に関する問題については、政治家の処進退は、公的、私的にいろいろな要素の中でみずから決断すべき問題であつたであらうなことで、所管大臣としてのコメントは差し控えていただきたいと思ひます。

○阿部委員 一応津島厚生大臣の御意見として伺いましたが、なお、与党といたしまして、責任政党といたしまして、きちんと国民に関する本当に

切実な課題が論議されるような国会運営にお努めいただきたいと思ひます。

さて、本来の私の質問に入らせていただきます。きょうは、まず最初に二問が医療保険法、そして二問が医療法、残る五問が医師法の問題について触れさせていただこうと思ひます。

まず、医療保険法ですが、一昨日、私の質問の中で津島厚生大臣からいただきました宿題に関して、私の側はある程度回答を用意してまいりましたので、引き続き津島厚生大臣並びに厚生省の担当の方からそちら側のお答えをいただければと思ひます。

一点目。きょう皆様のお手元にお配りした資料がございす。タイトルの部分を省いて申しわけございせんが、お配りした資料は、「要介護高齢者は低所得者層になぜ多いか」、逆に言えば、なぜ貧乏人には、変な言葉を使つてごめんさない、要介護状態になる人が多いかということを中心としたデータでございす。

一昨日、私が厚生省の白書を問題にいたしました、特に医療におかかの高齢者についてそのプロフィールがきちんと把握されていないというふうに申し上げましたところ、阿部さん、あなたが集めなさい、厚生省も集めますからということでしたので、ここに御用意いたしましたのは、直に医療ではございせんが、介護保険の導入によって生じたデータに基づいて分析されたものでございす。

まず、図の一をごらんいただきたいと思ひます。これは、所得によつて要介護状態になる方の比率の差でございす。所得は給与所得控除後となつておりますから、所得ゼロ円となつておりますのは、もともとその方が控除を受けている分以外の方がゼロ円であるということですが、一番低い収入層に実は一七・二%の要介護状態が発生しております。引き比べて、控除後二百万円以上の世帯、これでも年額四百万円かない層と思ひますが、そこは三・七%。ここに明らかに示されましたのは、所得が低いほど要介護状態になりやす

い、逆に言えば所得が低いほど病院のお客になりやすい、病気をもちがちだということの一つの傍証でございす。

重ねて厚生省にお願ひいたしますが、私は、これからの時代、やはりきちんとした科学的な分析データを持つということが、今医療の中でどのような形で御高齢者がお暮らしであるかということを見るのに欠かして得ないものと思つておりますので、一昨日の段階では、特に医療に由来するような高齢者だけを分析したものではないというお返事でございしましたが、こういうものを参考にされて、ちなみにこれは厚生省の科学研究費に基づくデータでございすから、ぜひとも医療高齢者白書といふものへのお取り組みを、まず第一点、これは津島厚生大臣にお願ひと御質問でございす。

○津島国務大臣 随分手早い御対応でびっくりしておりますけれども、今拝見しましたばかりで、内容は今後詳細に検討をさせていただきます。

厚生省といたしましては、一昨日政府参考人が御答弁いたしましたように、市町村の介護保険サービスの給与実績のデータ等が集約されてまいりますので、時間を多少いただかなきゃなりませんが、さまざまな観点から分析調査を行つて、御要望にこたえていきたいと思ひます。

いづれにいたしましても、介護保険の保険料や利用料というものは、国民みんなが介護を支え合うという観点から御負担を分かち合うものでありませんが、その際、低所得の方に大きな負担にならないようにするということは、言うまでもなく大事ななことだと思ひます。したがしまして、利用者負担の上限額などを段階別にしたとか、社会福祉法人を通じて利用者負担の減免をするとか、あるいは高齢者の保険料について所得段階別に設定するなど、今の制度の中にもこれは繰り込まれていて、今この機会に申し上げさせていただきます。

いづれにしても、こちらも勉強いたしますから、先生のように段取りよくないですけれども、しっかりと資料を出してまた御議論させていただきます。

でございます。

○阿部委員 先ほどの共産党の小沢委員の御質問にございしましたが、まず高齢者像というところで認識が違つてしまつたのでは次の論議の土俵が組み合ひませんので、ぜひよろしくお願ひいたします。

第二点目も健康保険法の改正のことをめぐつてですが、これは先ほど自由党の佐藤委員の御質問を受け取る形で、彼のお言葉をかりれば、負担は所得に応じ給付は公平にというのが健康保険制度の原則である。とするならば、今回の高額医療の見直しにおいて、さほど高額と思ひませんが、ある程度以上の収入のおありの方は、保険料においても人よりも高く負担し、また受益においてもかつた分の一%上乗せされていく。これでは、入り口も取りますよ、出口も取りますよということになつて、逆に言えば、お金のある程度ある人は、この国民健康保険、ちよつと私たち損しているんじゃないのと思ひがち傾向を生むと私は思ひます。

低所得者層への配慮があることは先ほど来厚生大臣がお答えでございすので、その部分は評価いたします。ただし、ある所得以上の方にその所得に応じて払うときにもほとんど賦課していくような方式については、津島厚生大臣がずっと主張なさつていらっしゃる日本における国民皆保険制度の根幹にかかわりはしまいかと案じておりますが、先ほど少し津島厚生大臣お答えがございしましたが、恐れ入りますが、再度お願ひいたします。

○津島国務大臣 保険制度全般につきましては、保険事故があつたときにできるだけ公平な給付が受けられるというのは一つのメルクマールだと思ひますけれども、高額療養費制度については、保険制度の理念だけでは割り切れない面があるのはおわかりだと思ひます。

先ほどの御質問でどなたも一度は高額療養費制度のお世話になるところがあるというようなことを言われましたけれども、一般の方から見れば、偶

発的に起こる事態にどう対応するかということだ
と思います。高額医療が頻繁に起こるタイプの方
については毎度申し上げておりますように配慮を
しておるわけでありますが、偶発的に起きる場合
にどうするかというのはいろいろな考え方があ
る。

この点は、立案いたしますときに与党の中でも
随分議論がありました。委員も専門家でいらつ
しやるからよくわかりだと思えますけれども、
日本の医療のあり方にもかかわる面もございま
す。いわゆるターミナルケアというものがはつき
り確立されていないものですから、一方でそこ
に医療費のむだがあるという指摘が非常にござい
ました。それから、高額医療を受ける方で、不
幸にして成功せずそのままだけなられるケース
も非常に多いという議論を随分いたしまして、
やはり一定のコスト意識を持っていたら、ま
た、そのことによつてみんなが分かち合うとい
う姿をここで実現すべきであるという考え方とな
り、今度御提案をしたようなことになったと思
います。

また、もう一言つけ加えれば、今の保険は保険
者の拠出ばかりでなくて公費負担も入っておりま
すから、そういう点でも単純な保険の理念だけで
は割り切れないということは当然御理解を得られ
ると思います。

高額療養費の見直しは行いましたけれども、し
かし、比較的所得が高い方、月収五十六万円以上
の方について、その限度額を引き上げることとし
たこと。それから、医療費の多寡にかかわらず自
己負担の限度額が同一になっているというののもど
うだろう、そこは給付を受ける方と給付を受けな
い方との公平やコスト意識を持ってもらうという
ことから、限度額を医療費に応じて設定するとい
うことにした次第でございます。

高額療養費でございますから、自己負担の家計
に与える影響というものはあると思えますので、
低所得の方については一般の方とは異なる額をさ
らに設定させていただいているわけございま

す。比較的所得が高い方の場合は一定の経済的負
担にたえ得る方々と見てもよろしいということ
で今回の改正をお願いしたわけで、疾病や負傷によ
る経済的負担を社会全体で軽減し、生活の安定を
図るという医療保険制度の理念の枠の中にとど
まっている改正であると考えております。

○阿部委員 この論議、先ほど来何人かの方も聞
かれましたが、結果において平行線のように思
います。高額医療費の負担ということにおいて働
く中堅層が不安を持つような医療保険システムで
あるということは、信頼性において大変マイナ
スであると思えますので、なおよろしく御検討の
ほどお願いいたします。

また、一昨日の厚生大臣のさまざまな御答弁の
中で、私は医療現場におりましたが、この問題を
論ずるに当たっては国民の立場、医療を利用す
る立場から議論を進めるべきであるという御指
摘もいただきました。そのような立場に立つとい
いますとすれば――実は、私は自分の母親を二十
年前、救急医療のたらい回し七カ所の中で亡く
しました。その当時非常に救急医療は不十分でござ
いまして、このことを当時の社会党の山本議員に
国会でも取り上げていただきました。救急医療の
改善に向けて。そして、今回、私が特に看護人員
のことを取り上げておりますのは、私の個人的
な事情がございします。実は、私は一昨年兄を亡
くしました。

が、この方たちのうちに半数痴呆があれば――申
しわけございませんが、二人は呼吸器をつけてお
られました。チューブも呼吸器もいつ抜くかわか
らない。そして、骨折をされておりましたも、本
当に不思議なことにベッドからおりようとなさる
わけなんです。今の一般病床にも押し寄せる高齢化の
波の中で、私の兄は一番いい患者でした、聞き分
けがあり、手のかららない。それゆえに、モニ
ターもつかず、看護婦さんの回診の目からも逃
れ、死後六時間たつて発見されました。

私は、私自身が医療供給サイドにおり、また、
私が一生懸命頑張ってきた病院、その中で起きた
ことですので、看護婦さんたちの労働実態も知つ
ております。夜勤三人の看護婦さんが六十数ベッ
ドを、おまけに呼吸器が五台。これでも基準は
ちゃんと満たしております。一対二・五以上の看
護婦を配置した病棟でございします。それでも、何
度も申ししますが、うち四人が御高齢者が入れば
てんやわんやでございします。看護婦さんは、それ
こそ食事をする間も、寝る間も、仮眠などとなるわ
けもございしません。

私はこうしたことを経験しまして、やはりこれ
は日本における圧倒的な看護婦の不足、すなわち
医療には人手もかけず金もかけずとやってきたこ
とが、私が勤めた病院で兄を亡くしたもとなつ
たと思ひました。せめて死に際には会いたいと思
ひました。六時間たつて発見された兄を前にし
て、私は申しわけないと思ひましたし、政治を
変えなくてはと思ひました。医療現場で一生懸命
頑張りました。看護婦の増員も含めて。しかし、
きちんとした診療報酬上の対応がなければ病院も
これ以上やっていきません。

そこで、一昨日の質問に振り返つてもう一度お
願ひいたします。看護婦の増員の見直しにつ
いて、平成十三年以降についての見直しが行われ
ているとお答えがございましたが、具体的な数値目
標について再度お聞かせくださいませ。

いました、質こそ国民が問うていられるものでござ
います。モニターにしろ人手、監視体制にしろ何に
しろ人手がネックでございします。幾らチェックリ
ストをつくつても、それをチェックするのは人で
ございします。その点に關して、厚生省の増員計画
は断固たる増員の見直しをもつて、それはもしや
して医療費の多少の高騰を生むかもしれません、
しかしながら、命にかえられるものは何事にもご
ざいしません、その信念を持って進んでいただきた
いので、一昨日の質問に数値をもつてお答えくだ
さいますようお願いいたします。

○伊藤政府参考人 二十五日にお答えした看護職
員の需給見通しの数字の件でございます。

平成十三年に策定されました現行の看護職員需給
見通し、これはことし、十二年まででございます
が、週四十時間勤務、夜勤回数は月平均八回以内
等を前提として需要を算定しております。平成
十二年末に百十五万九千人で需給が均衡すると見
込まれていられるものでございします。

平成十年末時点の就業実績について見ますと
百九万三千人となっております。就業見込み数
百八万六千人を上回っております。需要見込み数
百一十一万七千人に対する達成率は九七・八%と
なっております。需給見通しに沿つて順調に推
移してきているところでございします。

体の新たな需給見通しを立てたいと考えているところでございます。

○阿部委員 お答えをありがとうございます。

ただし、原則的な視点において、先ほど私が申し上げました、患者さんが高齢化している、それも日本は世界一の高齢化率で突き進んでおります。そのときにおける労働内容、非常に強化、集中、注意が必要、密度も高まってまいります。この点に関しまして、厚生省がきちんとした現状認識を持って看護婦の増員にぜひとも強い決意で臨んでいただきたい、さらに要請いたします。

引き続き、今回の医療法の見直しの中で、一般病床並びに療養型病床の見直しの中ですばり抜け落ちていく視点が、先ほど来水島議員も御指摘の精神科病床のことです。実は私は小児科の医者ですので、私からは、水島議員が最後におつけ加えいただいた小児科の日本における現状について厚生省に多大なお取り組みをいただきたく、質問をさせていただきます。

そもそも、今回の医療法の改正にも見られますが、さきの一九八〇年代半ばからの国公立病院の統廃合におきましても、日本の医療の再編の方向は、一つにはセンター化、ある集中したセンター病院をつくる、あるいは機能分化、例えば療養型の患者さんだけを集めよう、そうした方向に大きく傾いて進んでおりますがゆえに、地域一般診療というものが非常にしわ寄せを受けております。

どういふことかと申しますと、特に二百床、あるいは百五十から三百床でもよろしゅうございます、そうした病院では夜間の救急の九割は小児医療でございます。そして、この百五十から三百床の病院は我が身をどちらにも振ることができません。センター病院にもならず、特定の療養型だけにもならず、しかしながら、一番苦しい運営を強いられて、一番基本的な小児医療の提供並びに日常医療を提供しております。私は小児科医で二十六年ですが、実はこの二十年、小児科医療の現状はどんどん貧しい方向へと進んでおります。

どういふことか。残念ながらフォーカスではございません。プレジデントという雑誌十月二日号、なぜか表紙が小出さんですから、ああ、参議院の非拘束比例名簿に挙げたい人かなと思います。

が、残念でした、そうでもありません。この中で、小児科医療のベッドの激減、小児科医の激減問題がさまざまな事例を挙げてクロージアップされております。こうしたマスメディアの論調をまづまでもなく、すなわちフォーカスをまづまでもなく、今、少子高齢化の中で、小児科の子供を抱えたお母さんたちから、例えば地域で統廃合が起こるあるいはさまざまな病院の再編が起こるときに、まず不安の署名が集まるのが小児科でございます。

では、なぜ小児科だけが際立って削減されるか。一つは、明らかに今の医療構造の中では不採算だからであります。手間暇がかかる、二十四時間やらなければならない。千葉では女医さんの過労死が起りました。こういうことを解決するためには、国の長期的な展望が絶対に必要であります。

一つは、医療に過度の採算性を持ち込まないこと、二つには、きちんと連携のある医療システムを形成すること、そして三つには、地域支援病院というものを明確に位置づけ直すことであります。さらに四つ目を加えれば、後ほどの研修医の教育問題にもかかわってまいります。私は、先ほどの水島議員のお話の中の、精神科を基本的な素養に入れた方がよろしいという御提案に非常に賛成ですが、小児科診療もぜひともプライマリケアとして組み込まれることを望んでおります。

そこで、御質問したいことがあります。まず、小児医療には、プライマリ、二次、三次センターとございますが、実は、どれにおいても国の施策は本当に後手後手に回っております。

どういふことか。まず三次から参ります。センター病院は、国のものは、私が二十五年前に勤めた国立の小児病院と、香川に一つあるだけでございます。ほかは県立でございます。いかに国が小

児医療に手を抜いてきたか、センター病院においては、そのツケを今明らかに払っている。

二次医療においては、先ほど申しました無理な統廃合も含めて、地域一般にどのような医療を提供すべきかをいま一度勘案しないと非常に大変なことになる。第一点については研修問題で触れますので、特に第二点目、この間の国公立病院統廃合に伴って地域支援病院としての役割はどのような受け皿をもってのおの解決されているかについて、担当部署からお話をいただければと思います。

〔委員長退席、坂井委員長代理着席〕

○河村政府参考人 国立病院等の再編に伴いまして、小児の医療提供体制が減ってきているのではないかとお尋ねが核心かと思っております。

国立病院の再編によりまして、施設が地方自治体あるいは民間等に移譲された結果、小児医療の提供体制がどのように変化してきたかということについては詳細は把握していません。このことについては、国立病院といたしまして、これまで再編成を行った五十六施設のうち三十二の施設が実際に小児科を標榜し医療を実施していたのに対して、再編後は五十施設の中で三十二施設が小児科を標榜しておるところでございます。

国立病院・療養所におきましては、高度先駆的な医療あるいは難治性の疾病等に対する医療など、国の担うべき政策医療を実施することにいたしております。このような政策医療をなかなか担い切れない施設については再編成を行っております。というのが状況でございます。

こういった考え方に基きまして、小児医療の分野におきまして、国立病院・療養所では例えば超未熟児に対する高度な医療あるいは小児がんなど民間医療機関ではなかなか対応が困難な医療を担うことにいたしております。平成十三年度ににおきましては、国立大蔵病院と国立小児病院を統合いたしました。国立成育医療センターとして整備いたしましたとともに、そのセンターを中心としたしまして、成育医療に関する診療、臨床研

究あるいは教育研修等の機能が一体となった全国的な政策医療ネットワークを形成して、国として担うべき小児医療の推進を図っていくこととしておるところでございます。

〔坂井委員長代理退席、委員長着席〕

○阿部委員 表面的に言えばそうでしょう。というふうにお答えは何とおきますが、本当に緊急、火急、切実なことですので。内容にわたる、例えば小児の後方ベッドはあるのか、今小児科は外来だけにするとところが非常に多くございます、三十二病院標榜しているといつても、何床受け入れられるのか、実際にどういふ地域のネットワークの中で後方ベッドたり得るのか、そのあたりについてぜひとも、次代を担う子供たち、その役割を厚生省は大きく担っておりますから、お願いしたく存じます。

それから、これも要望でございますが、大体百万人に一つセンター病院という第三次の問題がございます。そして、これは津島厚生大臣の実力と経験においてお願いでございます。実は、沖縄にはそうした小児のセンター病院がございません。長い間日本ではいわば基地だけを請け負われてきた沖縄に、厚生省としてぜひとも小児病院をプレゼントしていただきたく、今お答えは結構です。私、阿部知子がそう言っていたということだけお耳のどこかに残していただければと思います。

引き続き、研修問題に入らせていただきます。

まずは、今回の医療法の改正で、私が一昨日問題にいたしましたのは、医師の教育はとても大事だからきちんとした理念を持って突き進んでほしいということを一応申し上げました。

それにつけても、きょう私が耳を疑いましたのは、例えば、臨床研修に専念するために継続性が必要ではないかという御質問に対して、柔軟な方法で対処しているというお答えがございました。質問された方は、びっちり、びっちり、きっちり厚生省として二年間の臨床研修を、鉄は熱いうち

に打つんだから、ちゃんとやるんだという決意を示してくださいねという委員の質問がありました。それに対して、厚生省のどなたかは、柔軟な論理でとっしやいました。柔軟ということはざるになるということです。

私が伺いたいのは、今一番問題なのは、臨床系の大学院に行っている学生の皆さんです。私は、二年間臨床研修に専念するのであれば、その間に大学院という研究を挟むことに賛同いたしません。なぜならば、継続性を持つてびっちり、ぱっちりやれないからです。その点に關して、先ほど水島さんは臨床系でない研究系の大学院のお尋ねでしたが、私は臨床系大学院に行くことが初期の二年間の研修の間にばこぼこ挟まってよいものかどうか、厚生省のお考えと、ほとんどの大学院は文部省管轄でございますから文部省のお考えを伺います。

○福島政務次官 医療関係者審議会医師臨床研修部会に設けられました臨床研修小委員会の平成八年の意見書では、卒後臨床研修を必修化する場合の制度的な取り扱い、位置づけにつきまして、次のように述べられております。「卒後の進路の如何に關わらず、臨床研修以外の形で医業を行おうとする場合には、その前に臨床研修を修了しておく。従つて、臨床系大学院進学者は進学前に臨床研修を受けることが原則である。」というふうに提言をされておりました、これを踏まえて関係者の理解を求めつつ適切に対応してまいりたいと思ひます。

○伊藤政府参考人 政務次官の御答弁に少し追加をさせていただきますが、柔軟にと先ほど水島委員の御質問にお答えをさせていただきました。これは、二年間の臨床研修期間中に病氣等の事故、それから留学などありますけれども、そういう場合にかどうかという問い合わせでございます、先ほど申し上げましたように、二年間連続して行うことが望ましいと考えているわけでございますが、ケースによつては、病氣などの場合は柔軟に対応する必要があるのではないというふうに申

し上げたところでございます。

○清水政府参考人 卒後臨床研修と大学院の關係についてでございますが、二十一世紀医学・医療懇談会報告におきまして、「臨床系の大学院への進学については、卒後臨床研修終了後とし、一方、基礎系や社会系の大学院への進学については、必ずしも卒後臨床研修であることを要しないが、臨床に転向する際には、その段階で臨床研修を行うことを基本として、検討することが必要である。」という旨が提言されているところでございます。文部省としては、臨床系大学院への進学に当たっては、卒後臨床研修を受けた後で進学することが適切であるというふうに考えております。

ただ、先生御案内のように、我が国の課程制大学院のあり方もかわつて、卒後臨床研修と臨床系大学院のカリキュラムが混然一体となつて実施されている例も見受けられるところであります。そういう事態にかんがみまして、文部省としては、これまで各大学に對しまして、大学院のカリキュラムと卒後臨床研修のカリキュラムを別に作成し実施するよう指導してきている、そういうふうな状況でございます。

○阿部委員 大筋だけとつて総括させていただきますが、文部省も厚生省も、鉄は熱いうちに、二年間ばっちり臨床研修をせよという方針であるというお答えをいただきました上で、では、この二年間、びっちり、ぱっちりやつていただくためには、やはり身分保障という問題は避けて通れません。特に賃金をどのように算定するかは、先ほどの委員の御質問にもございましたが、実は明確な御答弁にはなつておりません。そして、こうした法律義務ということ課しますときに、それに見合うような保障があるのかということがなければ、若手医師もおちおちと勉学に励むことができません。

ちなみに、まだこれからいろいろデータを集積するとおっしゃいましたが、既に平成六年の厚生省の科学研究において臨床研修医たちの実態につ

いて若干の報告がございます。

どういふことかと申しますと、私学では、一番安いところではお給料は月二万五千円、高いところでも十五万円くらいでございます。そして、残る十数万円をアルバイトをして何とか収入を三十五万円台に上らせております。これは厚生省の科学研究からとりましたデータですので厚生省ももちろんです、三十数万円のうち多くても半分が自分が研修を受けている機関から現在払われている給与で、あとはアルバイトであるという実態でございます。そして、この実態は特に私学の大学で顕著でございます。

研修先には国立か私学か民間の研修指定病院かの三通りがございます。私学で約四千人の方たちが今臨床実習をしておられますが、アルバイトに過半を頼らざるを得ない収入の実態ということにかんがみしましたときにも、義務化なさるのであればぜひきちんとした、何も司法修習生ととんとんの給与をよこせとは申しません。さりながら、アルバイトせずとも生活が成り立つ見通しを持つてこの法を成立させなければ、若い人たちが本當に安心して研修することができません。

この点に關しまして、津島厚生大臣でも福島厚生次官でも構いません、お願いいたします。

○津島國務大臣 先ほどから御議論に答えておりますけれども、平成十一年二月の医療関係者審議会医師臨床研修部会を取りまとめたところでは、「研修中の医師に對して、その手当てが適切に支払われるよう必要な措置を講ずるとともに、指導医の処遇の在り方についても検討する。具体的な費用負担については、国及び医療保険の双方が負担している現状を踏まえ、今後その在り方を整理する。」とされております。

従来より、指導医の手当などの臨床研修病院の経費については、国の補助により手当てですとにも、研修医の給与については診療行為の対価として診療報酬が支払われているところでございます。御指摘の研修医や指導医の給与水準のあり方については、さらに実態把握をした上、関係審議

会等で議論を深め、社会的な合意を形成していくことが必要であると考えておりますが、この研修制度を必修化するときには、御指摘のような点を踏まえて、若い医師が研修に専念できるような待遇にしなければいかぬだろうというふうに思っております。

○阿部委員 津島厚生大臣のお言葉ですから、若い人たちも頼もしいと思つて聞いていると思ひます。

さて、その若いこれからを担う医師たちの労働実態でございます。これは、特に私学も国立も変わりはございません、民間も変わりはございませんが、勤務実態についての報告がございます。日勤と申しまして朝から晩まで働く日が週に五・五日、そして、当直並びに日直を合わせますと週に約六日。ということとは、この若手医師たちは、これは福島先生もやられましたからわかりますでしょうけれども、週に六・何日、まかり間違つて週に七・何日働いております。かかる労働実態がアルバイトという現状が今の日本の若年医師たちに落とす影が非常に大きいと私は思ひます。

ちなみに、先般マスメディアにぎわしました聖マリアンナでの問題でございます。聖マリアンナでは研修医に払われますお給料は六万円、あとはアルバイトでございます。そうした体制の中で育てられた医師が、若いうちからアルバイトになじむ。申しわけございませんが、特に麻酔科のアルバイト料は高うございます。時間当たりで払われる珍しい科です。一日単位ではございません、何時間働いて何ば、何件麻酔をかけて何ば、麻酔科は非常にコスト、採算、そういうことが刷り込まれる科でございます。

もちろん研修は終わられたでしようけれども、二十代後半の若い麻酔科の医師たちがあやうた薬物におはれていった背景には、一つにはそうした労働実態あるいは金銭感覚の麻痺、忙しい中で身を切り売りしている現状が強く出たものと私は思ひます。

私は白書が好きですから、若年医師の労働実態について厚生省はこれから白書をつくられるおつもりがあり、あるいは労働基準監督局としてこの実態に迫るおつもりがありかどうか、二点お願いいたします。

○福島政務次官 私も体験をしてまいりましたので先生の御指摘はよくわかりますが、平成六年度に行いました研修医の勤務状況等に関する厚生科学研究所の結果や、研究施設により労働条件に格差があることが一部の関係者から指摘されていることは承知をいたしております。

直近のデータは厚生省としまして把握をいたしておりますけれども、今後、実態把握を進めてまいりたいと考えております。

○鈴木政府参考人 医師、研修医等の労働実態の問題でございますが、私も、そういった医師等の労働実態について総合的に把握しているものではございませんが、労働基準監督機関による監督指導を通じて法定労働条件の確保を図っているところでございます。

病院等の医療保健業に對しましては、平成十一年に千六百四事業所に監督を実施しておりますが、そのうち千二百九十四件につきまして何らかの労働基準関係法令違反がありましたので、その是正につき指導を行っております。

今後とも、こういった監督指導を通じて医師等の法定労働条件の履行確保に努めていきたいと考えております。

○阿部委員 先ほど千葉での小児科の女医の過労死の事件も取り上げました。もちろん医療は一面において人の命を守る聖職ではございますが、やはり過剰な労働というものは決して患者さんにもいい影響を及ぼしませんので、ぜひとも労働、賃金という側面からも取り上げていただいて、安心して働き続けられるということを、特に女性の医者もふえまして、なお労働省の担当としてお進めいただきたいと思ひます。

あわせて、実は研修を受ける側だけの問題ではなくて、研修の指導にかかわる医者も大変にハ

ドワークでございます。私は、今回の厚生省の研修義務化を高く評価いたします。どういうことかという、これまで専ら大病院で若手医師を育てていたがゆえの弊害というのはあると思ひます。視野が狭くなる、世間が狭くなる、プライマリケアが診られない。ですから、きちんとした賃金保障をして、いろいろな病院で人間の生き死に、実相を見てほしいと思ひます。ゆえに、今度はその教育が民間病院にかぶつてきたときの指導医の労働実態、労働強化についても案じるものであります。

私は、昨年、三百四床の病院の院長として厚生省に研修指定の申請をいたし、許可をいただきました。許可はいただいたものの、はてさて現在でも患者診療に追われるお医者様方に、かてて加えて若手医師に命の責任を持つようにきっちり指導しなさいという重労働を課したら、この人たちがばてしてしまうと思ひほど、実は日本の医療における官民格差がございます。

どういふことかという、やはり民間病院の方が一人当たりの医師が抱える患者数も多く、労働時間も長い。翻って大病院は、一昨日も申しましたが、私もおりましたけれども、教育ということを目指してスタッフフイニングされておりますので、教育面においては恵まれております。そして、今回厚生省が研修指定をし、民間にゆだねるというのであれば、指導医についても、今働いている方以外に別途に教育に専念できるような人の手当て、すべては金です。津島厚生大臣もおっしゃいました、お金がなくては新たに人を雇うことは民間病院には大変負担になってまいります。どこからも補助金も参りません。

教育に日本が金をかけるという姿勢をこの指導医の賃金手当てというところにおいても御確約いただきたく、政務次官でも厚生大臣でもどちらでも結構です、御答弁を伺います。

○福島政務次官 臨床研修病院における研修医の数また指導医の数につきましては、病院の規模や患者数など個々の事情によりさまざまなケースが

あるものと考えられますけれども、それぞれの病院の体制に応じて適切な研修が行われるということが望ましいと考えております。

そして、その際、ただいま先生から御指摘がありましたように、指導医の手当など臨床研修病院の経費については、従来より国の補助により手当てをされているところでございますけれども、研修にかかわる具体的な費用負担については、昨年二月の医療関係者審議会医師臨床研修部会の取りまとめにおきまして、「国及び医療保険の双方が負担している現状を踏まえ、今後その在り方を整理する。」とされており、さらに実態把握をした上で関係審議会等で議論を深め、適切な研修が行われるように社会的な合意を形成していくことが必要である、そのように考えております。

○阿部委員 ちなみに、現在計上されております予算は、仮に試算されておりますのは五十五億ですが、申しわけございませんが到底足りませんので、よく現状を認識されて、いい医者を育てるためには金はきちんと使うということをお願いいたします。

さて、最後になりましたが、今回、研修の義務化に伴いまして、研修指定病院とそうでない病院の間のいわば格差も広がる可能性があります。どういふことかという、研修指定病院には若手医師が集まりますが、今まで、研修指定病院とは限らない、しかしながらいい地域医療をなさっていたところで研修を実際に受けていた方もおありです。こうした、私の言葉では地域支援病院あるいは離島のクリニック等々は、従前であれば、若い人たちがここへ行きたいあそこへ行きたいという中で選択されておりました。しかし、この義務化は、特定の指定病院しか研修の場がなくなるといふことでございます。

この点について私が質問しましたら、それは研修指定病院と地域の病院がネットワークすればいいよと言われましたが、大きな病院の配下に入るのは嫌だと思ひ医療機関があつても当然でございます。

こうした意味で、若年医師が本当に自分に見合う研修を身につけるためには、研修指定病院を強固に固定するのではなくて、個々の医師が研修の二年を終わつたときに自分の二年間をチェックし、点検し、そしてそのことを国もこれこれの項目が終わつた、はい、オーケーであるよということを出せるようなシステムをある程度持たないと、実は最後の認定は一つの研修指定病院の院長の采配に任されてしまいます。今までの教授権力がいいものであつたか悪いものであつたか、よくないと言われているんですが、それと同じことが一つの個別の病院の院長に任されるわけです。人は、いい人ばかりでもございませぬ。そして、一人の病院長からオーケーの判が出なければ、一人の研修医が二年間研修が終わつたよとされないようなシステムでもございませぬ。

さて、研修指定病院における各院長の素質、きちんと終えたことをその一人に認定をゆだねていいと考えておられる根拠、私は対案として、研修医が自己チェックし、それをある程度公的な機関がチェックするシステムがよろしいと思ひますが、この二者についてお考えをお聞かせいただきたいと思ひます。

○伊藤政府参考人 まず第一点として申し上げますのは、現行の臨床研修指定病院の指定基準につきましては、指導体制を含めて新たなものを策定したいと考えているわけでございます。

もつと具体的に申し上げますと、現行の臨床研修指定病院の指定要件といひますのは、例えばベッド数ですとか医師数ですとかございませぬが、今後、基本的な考え方は、二年間で例えばどういう症例を何例くらゐ経験できるかという、二年間の研修医の到達レベルというものを前提に、そういうことが実際に経験できるかということを主眼に新たな指定基準といふものを考えていきたいと考えております。

それから二点目に、それでは研修修了の認定といふものをどのように行うのかということでございます。

これは、改正法案におきまして、条文では、厚生労働大臣が、本人の申請に基づきまして臨床研修を修了した旨を医籍に登録するとともに、臨床研修修了登録証を交付すると規定しております。具体的には、この研修修了の評価、認定は研修病院の院長によって行つていただくということをご想定しているわけでございます。

平成十一年二月の医療関係者審議会医師臨床研修部会の取りまとめでは、「研修医から提出された研修医手帳及び指導医の評価に基づき、病院内に設けられた研修委員会による評価を踏まえて、研修責任者たる病院長が総合的に評価を行った上で、研修修了を証明する。」とされているわけでございます。

また、大学病院や臨床研修病院等から成る協議会では、臨床研修の実施機関が行う研修修了の認定については、公正かつ透明性を確保する観点から、第三者からの評価を受けることが望まれる旨の提言もされております。

そのほかさらに、研修修了の評価というものを、第三者評価に加えて、具体的な評価に当たっては、本人、指導医、看護婦や臨床検査技師、患者等による多角的な評価方法を検討するということも提言されておりますし、評価において問題のある研修医については、研修期間の延長でございますとか進路変更の指導等の対象として検討することが必要ではないかということも提言されております。これらの提言を踏まえて、実効の上がる、そして国民の期待にこたえられるような医師の研修体制というものを確立していきたいと考えているところでございます。

○阿部委員 長時間にわたりありがとうございます。

特に、きょう傍聴にも若手医師が参つておりますが、若い人の将来を決めるに当たつて、その方たちが本来に自由に伸びていくことができるよう、それが日本の未来を担いますから、その点、今の御答弁でも私は実はちょっと不安ですが、あえて触れず、この医師法並びに医療保険法は特に国民の

関心が強うございますから、長い時間をいただきましたが、各委員の熱心な審議と厚生省側のお答えに感謝して、終わらせていただきます。

○遠藤委員長 次回は、来る三十一日火曜日午前九時三十分から委員会を開会し、両案に関し、参考人を招致の上、意見を聴取した後、質疑を行います。なお、理事会は午前九時二十分から行います。

本日は、これにて散会いたします。

午後五時三十四分散会