

[illegible]

はもう予想をはるかに超えて進んでまいりました。一方におきまして、経済の低迷等もございまして、保険財政が非常に厳しいといったことが一面にございました。とりわけ政管健保などにおきましては、ことしいっぱいそれが財政的にもつかもたないかというところまで参ったわけでございまして、早くこの状況を脱しなければならぬという財政的な問題点があったことも事実でございます。しかし、その財政的な問題を解決いたしますとともに、今までのように財政的な解決だけを何回も繰り返しておりましては本質的な解決が得られない。

先ほど抜本改革のお話に触れていただきましたとおり、平成九年にも抜本改革というお話があった、私もそのときには当時の小泉厚生大臣に對しまして、抜本改革抜きにして制度改革はあり得ない、随分何度も何度も質問をさせていただいた経緯がございます。

私も、この現在の当面の課題の解決と抜本改革を同時にやらなければならない、就任以来そう思っておりますが、この当面の課題の方は、これは財政上の問題もあり、そして予算上の問題もあり、そして早くこれは俎上にのせなければならぬということでございますが、抜本改革の方は、何にいたしましても、抜本であればあるほどこの厚生労働省の範囲内だけの議論ではなくて、税制の問題もこれあり、財政上の問題もこれありといったことで、非常に幅広い議論が必要になってくるというようなこともございまして、どういたしましてもいろいろの意見を聞いておりますうちに後手後手に回ってしまうというようなことがございました。

私もこれは、気をつけなければならない、早くこちらの方も進めなければならないというので、この議論を進めていただきながら、それとあわせて、抜本改革の方につきましても、我々の考え方もその中でできる限り申し上げて、皆さんの御理解を得ていきたい。そして、今日御審議をいただいておりますこの法律の方向性というものと抜

本改革の方向性というものが一致している、そこに違ひはないということも御理解をいただけるようにしていかなければならないと思っております。いづれにいたしましても、これから、そうしたことを中心にしまして、私もできるだけ考えておりますことを発言させていただきたいというふうに思っておりますし、また、皆さんの御意見もちょうだいをしたいと思っておりますのでござい

○長勢委員 財政の危機的状況の中で、抜本改革もあわせて同時に進めなければならないという大臣のお話は、まことにそのとおりだろうと思えます。しかし、この抜本改革については、なかなか難しい問題でございますので、改めて抜本改革についての大臣の決意を具体的に伺いたいと思います。

今大臣からお話がありましたように、国民に負担を求める以上、医療制度のむだ、非効率を徹底して排除することはもちろんでありますし、さらに、二十一世紀に対応した医療制度はどうあるべきかという視点から、医療保険制度の体系のあり方を初め、抜本的な改革を進めていかなければならない、このように私も考えております。

政府はこれまで、抜本改革をやる、やるというながらも、問題が先送りされて、約束は十分果たせなかったというのが今日の経過であるというところは、今大臣からもお話のあったとおりであります。こういう反省に立って、今回の法案では、附則において多くの検討事項が具体的に盛り込まれ、そして、抜本改革に向けての方向、スケジュールといったものも明示をされておる。このことは、私は評価をいたしたいと思えます。これは何とてでも現実に実行していかなければなりません。自由民主党、与党もそのために全力を尽くす決意でおるわけであります。

しかしながら、いづれもなかなか難しい問題ばかりでございますし、本当にできるのかなということをお不安に思う向きもあるわけでございますか

ら、これは本当に心を一にして頑張っていかなければならない課題であります。

特に、抜本改革の最大のポイントは、高齢者医療制度の改革であろうと思っております。高齢化に伴い増大する老人医療費をどのように国民全体で公平に負担をしていくかということが、こういう高齢者医療制度の改革こそが最重要課題であり、これが解決されてこそ、国民の安心できる持続可能な安定した医療制度というものを創ることもできる、このように思っておりますのであります。

高齢者医療制度をどうするかということについては、今までも幾つかの具体的な案も検討されてきておるわけでございます。それを踏まえてでしようけれども、法案の附則では、新しい高齢者医療制度の創設について、今年度内に基本方針を策定するとされておるわけでありますが、今度こそ結論を出さなきゃならぬ土壇場の事態であろうと思っております。

この法案の成立を踏まえて、ひとつ大臣においても大いに頑張っていかなければならないわけでございますが、抜本改革に向けての大臣の決意、改革への基本的な考え方、また、具体的にどのようにお進めになるのか、これらについて御所見をお伺いしたいと思えます。

○坂口国務大臣 抜本改革につきましては、何をどう改革していくかという、さまざまな問題点があるというふうに私は思っております。

昨年の末から、与党内でもいろいろと御議論をいただきました決定をしていただきましたのは、一つは、五千を超えます保険者をこのままにしておいていいのか。非常に財政的に厳しくなりまして、本当に小さな保険者も多いわけでございまして、そしてまた、市町村におきましては、非常に人口の少ない、そして高齢化をしたところもあるわけでございまして、そうした問題を解決いたしますために、この保険の統合、一元化、なかなか一元化までいきますのには時間がかかると思いますが、まず、いわゆる統合化というものを

を方向性を示していかなければならないだろうというふうに思っております。それが一つ。

そしてもう一つは、何と申しまして、医療の中心でございます診療報酬のあり方、この診療報酬のあり方が現在の日本の医療の姿を決定していると言っても過言ではないというふうに私は思っております。

この診療報酬の中心、これはもう本当に細かく決められておりますから、もう東京都の電話帳ぐらい厚さがあるわけでございまして、我々、これを見ましても、なぜこれが高いのか、なぜこれが低いのかということがなかなかわからない。したがって、この診療報酬のあり方につきましては、何が基準になってこれが成り立っているのか、その基準をやはりもう少し明確にして、どの人から見てもいいか、なるほど、これはそういう基準で高くなっているのか、低くなっているのかということがわかるようにしていかなければいけないと思っております。

そういう意味で、基準を幾つか、それが二つなのか三つなのかわかりませんが、基準を明確化していきまして、そして専門家の皆さん方にも、あるいはまた国民の皆さん方からも御理解を得られやすいような診療報酬体系にすべきだということふうに思っております。

この診療報酬体系を上げたり下げたりすることによって医療の内容を調整していく、すなわち医療財政を調整していくというのは、これは私は、余りここではやてはいけないうことは、これは余り上げたり下げたり、点数の調整によって医療の中心身を調整していく、医療財政を調整していくというのは、少し私は問題がある。それよりも、ここはもうだれから見られても明確な制度にしていく、物差しにしていく、そうしたことが必要であつて、そのところを、皆さんの御意見も伺いながら、これは議論を重ねて、そして今年中に決着をつけなければならぬと思っておりますのでござい

先ほどお触れになりました一番大きい問題は、

高齢者の医療制度をどうするかということだと思
います。この点につきましては、もうかなり議
論は尽くされているというふうに思っておりま
す。あとは、どれを選択するかという、その決断
の問題ではないかというふうに思います。

自社会政策のときにも非常に具体的にいろいろ
の検討をさせていただいておられます。私は拝見
をいたしております。それ以後もいろいろの検討
をしていただいております。それから、議論は、
かなりこれは尽くされている。あとはどう選
択するかの問題であり、そしてこれは、税制上
あるいは財政上の問題等も絡めてどう決断する
かということにかかっていると思っております。
そして、そうした今までの議論を踏まえながら、ど
う決断するかということ、早くレールに乗せ
なければならぬと思っております。

これら三つの基本的な大きな柱を中心にしたし
まして、そのほか、厚生労働省のかかわりのと
ころで、例えば年金、医療、介護、雇用といった
ところの保険の徴収の一元化をどう進めていくか、
あるいはまた、保険の徴収だけではなくて、社会
保険病院やあるいは社会保険庁のあり方、そうし
たことにつきましても、ここで国民の皆さん方か
ら、厚生省自身もやはり血を流しながらやってい
るなということがわかっていただけるようにしな
ければならぬと思っております。この八月をめどに
して、こうした問題は、ことしの八月をめどに
しまして、これは先に決着をつけたい、そんなふ
うに思っている次第でございます。

そうしたところを中心にしたしまして、御議論
をいただきたいと思います。

○長勢委員 大臣の並々ならぬ抜本改革に取り組
む決意を伺わせていただきました。これから全力
を挙げて抜本改革を実現するということを前提に
して、この改正案についての国民の皆さんの御理
解が得られることを期待するものでございます。
最後になりますが、我が国の医療制度のあり方

についての基本姿勢について、お伺いをさせてい
ただきたいと思えます。

今おっしゃったように、医療制度改革というの
が待ったなしの緊急課題になっております。それ
も、考えてみますと、我が国の保健医療制度とい
うのは、WHOからも世界第一位と評価をされて
おる、こういうものでございます。

これは、我が国の医療制度が国民皆保険、フリー
アクセスという理念を堅持してきたからこそであ
ります。すべての国民の皆さんが保険証を持つて
おる。保険証一枚さえあれば、金持ちであつても
そうでない人であつてもひとしく、いつでも、だ
れでも、どこでも、どの医者にでもかかろうとも
同じ医療を受けられる。これは大変にすばらしい
世界に誇るべき日本の制度である。これだからこ
そ、我が国の長寿化も進み、国民の健康が守られ
てきた。この国民皆保険、フリーアクセスという
基本は堅持をしなければならぬと思っております。

ただ、問題は、高齢化が進展したために、この
すばらしい我が国の医療制度が、これを維持して
いくためには負担が重くなり過ぎた。今までの負
担のやり方では耐えられないというところが問題
であります。この問題は、国民全体の問題とし
て直していかなければならない。

しかし、そうであるにもかかわらず、最近、と
もすればアメリカ流の市場原理、競争原理の導入
に偏重したような医療改革の議論が多く見られ
る。このことは非常に心配なことでございます。

医療経営への株式会社化の参入ですとか、混合診療
の解禁といったような議論が行われておるわけで
あります。こういう議論が国民皆保険やフリー
アクセスといった理念を否定することになるの
ではないか、そういうことを慎重に考える必要と思
いますし、何よりも、命と健康にかかわる医療の問
題を利益追求の場という視点からとらえるといっ
たような議論があるとすれば、これは私は、許せ
ないことである、怒りとまた不安と危惧というも

のを感じる次第であります。

今後の医療制度改革を考えるに当たっては、こ
の国民皆保険、フリーアクセスという我が国の医
療制度の基本は堅持するという姿勢が前提でなけ
ればならないと思えます。

大臣、これからいろいろ御検討いただくわけで
ございますが、このことを決して忘れることなく
取り組んでいただきますようお願いをいたしま
して、これについて大臣の基本的な姿勢をお伺
いしたいと思えます。

○坂口国務大臣 先ほどお触れをいただきました
ように、日本の医療というのは、世界から見ま
すと非常にすぐれた制度である。日本の医療は、皆
保険制度が導入され、そしてまた保健の面から見
ましても、あるいは平均寿命等の面から見ましても、
乳幼児死亡率等の面から見ましても、世界的
にトップクラスのところにあります。トータルで見
ても、これは一位だという評価をいただいていると
ころでございます。

しかし、それは申しますものの、超少子高齢社
会を迎えまして、その中身は必ずしも将来予断を
許さないという状況になってきたことも事実でござ
います。

これらの問題を、さらに安定的なものにして現
在だけではなくて将来も安心をしていただけるよ
うな、そういう皆保険制度をどう構築していくか。
現在だけではなく、将来も安心して受けていただ
ける皆保険制度の持続、これがやはり一番大事な
ことだというふうに私も思っている次第でござい
ます。

その中で、やはり改革すべきところは改革をし
ていかなければならぬわけでございますが、先
ほどお触れになりましたように、株式会社化の話
がございました。あるいは自由診療のお話が出
たりということが確かにございます。

しかし、それは現在のこの保険制度を維持する、
堅持するというその範囲内の話だ、話でなければ
ならないというふうに私は思っている次第でござ
いまして、医療は、今さら申し上げるまでもなく、

一方において財政面におきます効率というものも
それは追求はしていかなければならないというふ
うに思いますが、もう一つ忘れてはならないのは、
やはり医療効率というものを忘れてはならない。
医療の質というものを、中身というものを、それ
をなくしてしまつて、ただ効率を上げればよいと
いうわけのものでは決してございせん。

経済財政諮問会議におきましても、私はいつも
そのことを主張させていただいております。ぜ
ひそこは理解をしていただきたい。普通の株式会
社におけるものとはこれは質的に違いがあるとい
うことを主張させていただいているところでござ
います。

これからも、そういう物の考え方に沿ひまして
この医療制度改革というものを進めていくこと
に、万般の、全体の御理解をいただきたいと思っ
ているところでございます。

○長勢委員 どうもありがとうございます。

○森委員 次は、松島みどり君。

○松島委員 自由民主党の松島みどりでございます。

本日は、政府提案の健康保険法改正案と健康増
進法案、この二つの法律について質問をさせてい
ただきます。

まず、質問に入る前に、どのような法律をつくら
ても、医療に対する、特に医療の安全性に対する
信頼というものが国民からなければ、その制度は
成り立っていない、法律も運用できないと思ひ
ます。

それで、今多くの皆さん方が、患者になり得る
国民の皆さん方が驚きあきれている事案の一つ
に、川崎協同病院の案件がございます。

これでございますが、本人や家族の意思の確認
がなされないところで、報道されているような行
為を医師が行ったということでございまして、こ
れは安楽死の定義づけ以前の問題でございませ
し、今後、司法の判断、いろいろなことが行われ
ていくと思いますが、ある意味では殺人罪の適用
もあり得るような、つまり単なる過失とかいわけ

る医療ミスとかそういったところではない、一体どういう考えでこんな行動に及んだのかという根本的な問題があると思います。

ただ、この事案そのものについて本格的に審議をいたしますと、三時間、四時間あっても足りないような話になりかねないと思ひまして、それで、この医師自身を病院をやめて診療所を開いているようでありまして、医師自身の問題も第一義なんです、ここでは病院の責任というものを問いたいと思ひます。

この病院の、病院自身の責任もそうですし、長らく隠れてきたという体質をどう考えるかというところについて、まず簡単にお伺いしたいと思ひます。

○真野政府参考人 川崎協同病院は、消費生活協同組合法に基づきます消費生活協同組合として設置をされているものでございます。この事案が起りまして、平成十三年の十月末に職員から指摘があり、病院管理部が調査を行った。そして、その後、この四月の十八日に病院が保健所及び警察署に届け出をし、十九日に内部調査結果を公表したという経緯でございます。

これに對しまして、今、川崎市では、四月の二十二日に健康福祉局長を委員長とする川崎協同病院問題対策委員会を設置し、また、生協そのものも真相究明委員会を設置いたしまして調査をするということ、その究明を待ちたいというふうに思ひます。

○松島委員 第一義的に川崎市が行うということでございますが、今ちょっとお触れになりました、医療生活協同組合というお話がございました。これは、全国にどれぐらいあつて、どういう性格のものであるのか、組合員だけが診療を受けているのかどうかといった問題。

そしてさらに、この医療生活協同組合というものが、しばしば、そしてまたこの川崎協同病院も入っているんですけれども、全日本民主医療機関連合、民医連と通常言われているところが特定の政党と結びついた活動を行っているという指摘が

時々地方において聞かれることがございます。この点については、厚生労働省としてはどういう把握をされて、どういうように臨んでおられるのか、伺いたいと思ひます。

○真野政府参考人 生協法に基づきまして設立されました組合のうち、病院の開設などの医療事業を行つておりますいわゆる医療生協と言われるものは、平成十一年の実態調査によりますと、組合数は百四十六組合、組合員数は二百五十万人、それから開設する病院数、診療所数は四百十五カ所ということでございます。

それから、生協でございますので、当然、事業の場合には組合員の利用というのが原則でございますが、医療機関といたしましては診療応需義務もあるということから、組合員でない方が受診をされても今度は医療機関側としてはこれを拒むことができないということでございます。そして、そういう、いわば組合員以外の利用もそういう意味ではあり得るということでございます。

それから、政治的中立ということにつきまして、これも生協法上、特定の政党のために生協を利用してはならないというふうに規定をされておりました。私もどなたもいたしましては、つとにこの旨の周知をいたしております。さらにその周知の徹底を図りたいというふうに思ひます。

○松島委員 つまり、そういうことをしちやいけないという周知をされているということは、今までその危惧なり、そういうことが行われてきたということなんでしょうか。

○真野政府参考人 そういうことのないように周知をしているということでございます。

○松島委員 ぜひ、川崎市とか神奈川県任せにすることなく、厚生労働省としてしっかりと目を見開いて、目を光らせていていただきたいと思うところでございます。(発言する者あり)どの点が、何がどのようにいいかげんなのか、よくわからないことでございます。

次に、この二つの、このようにして医療に対する信頼が確保され安全が確保されるという前提に

立ちまして、健康保険法の改正案と健康増進法について質問させていただきたいと思ひます。

私は、先ほど長勢委員も言われましたように、保険証さえ示せばいつでもどこでもだれでも医療を受けられるという国民皆保険については、これを守ることは非常に重要なことである、戦後の日本が世界に誇り得る制度である、そのように思ひております。そして私は、この制度を守るための立場から、被用者の三割負担及び高齢者のうち所得が高い方々についての二割負担は必要であると考える立場から質問をさせていただく。こういう前提で質問させていただきたいと思ひます。

老人保健法に新設されます四十六条の二十二の項目でございますが、厚生労働大臣が、老人医療費の伸びを適正化するための事項と内容とする指針を定めるといふのがございまして、これについて、一体どういうことを具体的になさっていくか、それとしまして、これは、昨秋以来いろいろ争点となりまして老人医療費の伸び率管理というのとどう違うのか。今回の老人医療費の伸びを適正化するための事項といふのはどう違うのか。そして、どういうことを具体的にやっていくのか。今考えておられる範囲で御答弁をいただきたいと思ひます。

○大塚政府参考人 お話ございましたように、今回の健康保険法の改正案の中に老人医療費の伸び率を適正化するための指針を厚生労働大臣が定め、都道府県、市町村と協力してそれを進めるといふ規定を設けておるところでございます。

高齢者の医療費の伸び、これは当然高齢化の進展という構造的な背景がございまして、そういう状況も踏まえてございまして、医療保険制度の中でこの高齢者医療費の伸びが財政的にあるいは保険運営の面でも非常に大きなプレッシャーになっているというところは、これは客観的な事実でございます。この課題にどう対応するかという観点からさまざまな議論があつたわけで

ございます。

今回の改正案におきましては、高齢者の医療費につきまして厚生大臣が、例えば地域における健康づくり、疾病予防、あるいは医療提供体制の面からのアプローチ、特に今、介護保険との機能分担あるいは連携、さらには患者の受診の適正化と申しますか指導、また医療保険運営の合理化という点からも対応が可能かと思ひますが、そうした総合的な観点から、老人医療費の伸びを、高齢者の伸びといふものは構造的な要因ですからやむを得ないわけでございますけれども、全体としての老人医療費の伸びを適正化する努力を関係者協力して進めていこうという趣旨でございます。

お話にございました伸び率管理という議論が、今回の法案の制定過程の中でございました。当時の私どもの一応試案として御提案した中に含まれているものでございますけれども、伸び率管理の方は、具体的な数値目標を決めまして、それを仮に超えた場合には、事後的にはございましてけれども、医療費の支払いに調整をするというような非常に制度的な仕組み、ある意味では強制的な仕組みでございました。

さまざまな御議論、御批判あるいは御指摘ございまして、現時点においてこれを取り入れることは時期尚早でもございまして困難という判断に立ちまして、今回、関係者の努力、協力によりまして、老人医療費の伸びを適正なものにしていくという仕組みあるいは目標、取り組みというものを定める根拠規定を設けた、こういう経過でございます。

○松島委員 確かに、この問題は、ふわとした努力目標とかそういうことではなかなか効果が上がらないというジレンマを抱えておられるとは思ひますが、やはりこの事後的な老人医療費の伸び率管理というのが、非常に、お年寄りの皆様から、これをよく知ると不安になる、もちろんどんな患者でも診なければいけないという医療機関の立場からしてもこれは非常にぐあいの悪いものであるという、これだけ大きく議論がなされたテ

マでございます。この大臣告示の中身というのは、大臣告示されまして、国会でその前に事前審議されるものではないとは思いますが、一たん問題になりました伸び率管理、数字的管理とは似たものにならないように、そこは厳密に対応していただきたいと思う次第でございます。

次に、大臣にお伺いしたいと思うのですが、先ほどの質問に対し、診療報酬の改定が、これが診療報酬の上げ下げというものを通じて医療財政を調整していくようなことになっては問題だと思わしいました。しかしながら、実際、今回の診療報酬の改定というのは一・三％削減という、これも物すごく大前提も大きなテーマでございましたけれども、この中身も既に、これはもう今志している思想というものがしっかりと入っていると思えます。

その中で、私、非常に評価するところは、小児医療の充実、特に緊急医療ですが、これは私も昨年の春予算委員会の分科会で質問させていただきました。ぜひとも小児科医の方々の充実を、なかなか小児科医につく方もいらつしやらない、夜中に飛び込んでこられるケースも多い、診療報酬の面でも何とかしていただけないかと申しました立場から、非常にこれは評価させていただいております。

しかし、一方で、老人医療費抑制という観点から、慢性期入院医療の評価の改定というのがございます。この慢性期入院医療の評価の改定というもののによりまして、今どうしても、社会的入院と言われる、病院を出されると行き場がないという方々がたくさんいらつしやいます。老健施設ですとかあるいは特別養護老人ホームがしつかり充実していればいいんですけれども、なかなか数が足りない。特に都会におきましては、一つの区において何百人待ちという状況が続いております。

そういう状況におきまして、私どもも地元の皆さんから本当に泣きつくように訴えられるのが、病院を出なければいけない、行き場がないという声でございます。これを助長するようなことがな

いように、やはり診療報酬の改定の中で本當に思っている方々が非常にふえるというあたりについて、大臣の考えをお聞きしたいと思えます。

それともう一つ、同じ診療報酬の改定の問題で大臣に伺いたいんですが、そもそも、今回に限らず、診療報酬の内容の決め方というのは、今は中央社会保険医療協議会が決めっております。もちろん関係各位が皆さん集まっていらつしやる協議会ではございますが、平成十四年度予算で二十九兆一千億円に上る医療費というの中身、配分を決める。これだけの額の配分を決めるものが、国会で審議するものでないということ。ほかのいろいろな予算で見ますと、三十兆円の予算の行く末が、ある機関で、協議会で決められて、国会で審議するものでないというのには極めておかしいのではないかと私かねて思っております。ほかのいろいろな議論をしても、このあり方が中身に反映されてくるわけですから、そのあたり大臣どのようにお考えになるか。二点お願いいたします。

○坂口国務大臣 最初に御質問いただきましたのは長期入院のお話だということに思いますが、現在も、長期入院の方、三カ月、六カ月になりますと、いわゆる通減制というんでしょうか、保険点数が下がっていくといったようなことがございまして、病院側といたしましては、特別な方は別でございすけれども、その六カ月が参りますと退院をしてほしいというようなお話が続いている。今回の改定におきまして、そういう皆さん方に對しまして、一部自己負担をしていただきましたらその皆さん方に引き続いて入院をしていただいても構わないという道も選んだわけでございますが、今回の診療報酬の改定は現在よりも緩和しているというふうに私は思っております。

現在入院しておみえになります皆さん方の中で、この人はやはり医療が必要だ、福祉ではなくて医療が必要だという位置づけになった人は、それ以後も入院をしていただいているという方向に行く。ただし、もう医療の方は大体終わった、

あとは福祉でいてもらいたいという人については、それは他の施設等でお願ひをするということに選択をさせていただいているわけでございまして、そこはひとつ御理解をいただきたいというふうに思っておりますが、問題は、ではそのときに、特養でありますとか、あるいは老健施設でありますとか、ケアハウスでありますとか、そうしたところが足りるのかという話……（発言する者あり）これは山井先生がいつも御指摘をされているところでございますが、そういう話になるわけでございまして、ここは私たちも注意していかなければならぬ。

この問題を明確にしていきますまでに、極力、老健施設、特養、ケアハウスその他これに類するような施設をつくりまして、皆さん方が行き場所がないと言われないようにしていかんやうならぬ。それができ上がりますまでの間、緩和措置と申しますか、そうしたことも考えていかなければならぬ、そんなふうにいる次第でございます。

それからもう一つ、診療報酬につきましては、これはいろいろ先生方からも御議論があるところだ、私は率直にそう思っております。この診療報酬の問題が、中協だけが審議の場所であつて、ほかはこの手を差し伸べてはいけぬ、そういう行き方は、私も率直に申しましてちよつとおかしいと思っております。私は、国会におきましても大卒の議論はぜひしていただいているのではないかと、そして、そのことが反映されていいのではないかとこのように思っています。

ただ、この手術のこういふところには何点つけるかというふうな話は、これは中協の方でひとつお決めをいただかなければならないというふうに思いますが、そのいわゆる根つこのところの方向性、そのあり方、そうしたことにつきましては国会の中の御議論を十分に踏まえてしるべきだというふうに私は思っている次第でございます。○松島委員 ぜひそういう方向で進むように、我々も議論に参加したいと思う次第でございます。

ます。

今回の改定の中で、負担が重くなることだけがよく宣伝されているわけでございますけれども、今回の改定の中で薬剤の一部負担制度というのがなくなることになっておりますが、これについては一体どれぐらい負担の軽減になるのか。いろいろなケースがあると思ひますけれども、そして、サラリーマン本人の負担が三割に引き上げられても、この薬剤の一部負担制度がなくなることによつて全体の負担が軽減されるようなケースもあるのか。そしてまた、国保の加入者の場合は現在も三割、これからは三割ですが、これは薬剤の一部負担制度がなくなることによつて全体の負担が軽減されるわけですから、どういふような傾向であるのかを教えてくださいたいと思ひます。

それと、これもまたそもそものことでございますが、大体、薬剤の一部負担制度なんというのは、世の中は知りません。例えば、内服薬を一種類だけならかららないけれども、二種類か三種類出してもらつたら一日当たり三十円で、四種類か五種類だと六十円で、六種類以上だと百円だ。内服薬はこうだけれども、外用薬の場合は料金体系が違つていて、一種類だと五十円。目薬なんか出してもらつたら一日当たり五十円、二種類が百円、三種類が百五十円なんというのを、私もきのうやと調べて知つたんですけれども、自分が診療機関の窓口でそこまで認識しているかという、なかなか皆さん御存じない。一覧表が出ている。そんなにしているわけじゃないし、よく理解されていない。

何が言いたいかと申しますと、診療所の、医院の窓口で金額を言われて、内訳を質問するとか、説明してくれと言う患者は余りいらつしやらないと思ひますし、内訳のわかるレシート、領収書の提出というのはやはり義務づけるべきではないでしょうか。レセプトの電算化というのを進めるんですから、これはできることだと思ひますし、今、スーパーやコンビニでも、何を買ったと細かく出て、消費税が幾らと出るのに、お医者さんの窓口だけ何か全部込み込みで、二千八百円とか三

千四百円と言われて、恐る恐る、このうち初診料は幾らですか、この間から何日たっているから、何カ月だから、初診料要るのか、要らないんですかね、心臓が強いければ開けるけれどもそうでない人は聞かないという、この仕組みはやはり変えていかなければいけないと思います。

ちよつと二段階一緒にお聞きしてしまいましたけれども、データに関するところは事務方の方でも結構ですが、内訳書を窓口で出すというようなことについては大臣のお考えを伺いたいと思っております。お願いします。

○大塚政府参考人 薬剤一部負担についてのお尋ねがございましたので、計数を含めて申し上げますが、薬剤一部負担につきましては、平成九年の改正で導入された制度でございます。薬剤の使用の適正化、また財政面での効果というのを勘案して導入されたわけでございますが、今回御提案しております改正案の中で、給付率につきましては各制度を通じて公平でわかりやすい制度にするという観点で大きな見直しをしておりますので、これにあわせて薬剤一部負担は廃止をするというのを盛り込んでいくわけでございます。

ちなみに、薬剤一部負担金の廃止そのものによります患者負担でございますけれども、単年度平均、平均的に申し上げますと、単年度で約千九百億円の患者負担の軽減につながるというふうに考えております。

具体的には、いろいろなケースがございますけれども、これも御指摘ございましたように、国民健康保険の場合は既に三割負担でございますので、今回薬剤一部負担を廃止いたしますと、その分は患者負担の軽減に直接的につながるわけでございます。

例えば具体的な例を申し上げますと、風邪を引かれました、流行性感冒あるいは感冒で風邪を引かれましたお医者さんに行きますと、一般的な例で一つのモデルでございますけれども、現在ですと三割負担をお願いし、別途薬剤負担をちょうだいいたしますから、千六百八十円の自己負担という

ケース。このケースを考えますと、今回の改正後ですと千五百三十円に患者負担は減少することになります。

それから、今回三割負担を御提案しております健康保険の本人でございますが、定率負担の部分では三割負担になるわけでございますが、一方では薬剤負担がなくなるということで、特に薬剤の使用の多いような治療のケース、薬剤をどうしても多く使うような治療内容の場合にはこれも負担軽減になるわけでございます。これも例でございますが、例えば胃潰瘍で通院をされるという場合に、現在ですとモデルケースで二千四百十円の自己負担でございますが、三割負担になりましたら実質的には二千二百七十円の自己負担ということになります。

こうしたように、ケースによりまして三割負担などの患者負担の給付率の見直しと同時に、薬剤負担を見直すこと、廃止することによりまして患者負担の軽減につながるケースも少なからずあるということはお話のとおりでございますので、私どももそのあたりの御理解を得るべく努力をいたしたいと考えております。

○坂口国務大臣 病院でございますとか診療所のIT化を早く進めなければならぬというふうに思っています。

経済財政諮問会議あたりからは今年じゅうに何とかならないかというお話があるんですが、しかし、それも早くはできませんので、この二、三年かけてこのIT化を早急に進めたいというふうに思っています。

それを進めますためには、その中に書きます病名の書き方ですとか何とかいろいろ取り決めもしなきゃならぬものですから、そういうことを今一生懸命やっているところでございます。IT化がもう完全に進んでしましましたら、領収書だけは手書きというのはあり得ませんので、具体的に細かくそこはお示しをすることになる。既に現在でももうおやりになっているところもございまして、こゝは早急に進めなければ

ならないというふうに私たちも思っている次第でございます。

○松島委員 ぜひ、患者さんに納得される医療という、それは医療の質も大事ですけども、お金の支払いのときにおいてもわかりやすいことを早く進めたいだかと思っております。

薬の話なんです、薬代を減らすために薬の後発品の利用をどんどんしようということですが今度入っております。しかし、これは溶出試験、ちゃんと溶けて体内に吸収されるかどうかという溶出試験などを行って、安全審査のための、安全とかそういうことを進めるためのオレンジブック、アメリカにあるようなのを厚生労働省も作成を進めておられるようでございますが、この進捗状況というか、ちゃんと進んでいるのか。これがちゃんととされていなくて、後発品で安上がりになると言われてもそうはいまいかなというところもあると思っております。これは簡単に結構です、お答えをお願いします。

○宮島政府参考人 厚生労働省におきましては、内服用医薬品の品質の信頼性を確保するため、平成十年度からいわゆる品質再評価を実施してきておりまして、これら個々の品目の再評価結果及び溶出試験規格を取りまとめた医療用医薬品品質情報集、いわゆる今お尋ねの日本版オレンジブックをこれまで十二回にわたり発行してきております。

平成七年四月からいわゆる溶出規格を導入してきておりますけれども、平成七年四月以前につきましてはそういう溶出規格が設定されておりましたので、この品質再評価におきましては、平成七年四月以前の内服用医薬品すべてを対象として今品質再評価をやっておりますところでございます。

その進捗状況につきましては、現在まで、生産金額ベースで見ますと約九〇%以上のものにつきまして再評価の指定をしております。そのうち、生産金額ベースで約七〇%の医薬品につきまして品質再評価が終了したという進捗状況でございます。

ます。

○松島委員 ぜひこれを早く進めていただきたいと思ひます。

大臣の退室の関係で、大臣にお聞きしたいことを先に伺わせていただきます。健康増進法でございます。

この健康増進法の中で、喫煙に対しては社会的規制というものが今随分強まっております。ここまでは吸っちゃいけない、あそこまでは吸っちゃいけないという、うるさいくらい強まっております。一方、飲酒というものはどうだろうか。もちろんお酒は楽しく飲めばいい。私もほとんど好きではございますけれども、しかし、無理やり飲ませる風潮というのは弊害が非常に大きいので、無理やり飲ませるのをやめさせる、取り締まる法律というか、法律は難しくても、健康増進法の中の何か盛り込み方として、酒を無理やり飲ませちゃいけない、それが罪だみたいな、これは健康にも悪いし、それで交通事故を起こしたとらまうし、いろいろなまずい点があるので、そういうことについて取り組んでいけるお考えは、大臣どうでしょうか。

どういう形でも結構ですけども、たばこの方は先行しているけれども酒の被害ということについての対処の仕方というのは。

○坂口国務大臣 おっしゃるとおり、お酒も、無理に飲めと言つて強要する人がおみえになることも事実でございます。飲めば飲むほど強要する人がおりますが、これ、酒に酔つて公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律というのがあつて、これは議員立法でできておりまして、この中に、第二条に「節度ある飲酒」というのがございまして、「すべて国民は、飲酒を強要する等の悪習を排除し、飲酒についての節度を保つよう努めなければならない。」こういうことになっておりまして、こういう法律もございまして、まあ強制的にというわけにもまいりませんけれども、しか

し、節度ある飲み方にしていだくというふうには、節度ある飲み方はよろしいではないか。

節度ある飲み方はよろしいですけれども、御自身にとりましてそれ以上を過ぎますとこれは健康にも悪いわけでございますから、御自身のためにも節度ある飲み方にしていだくように、健康21でもこれはこれから取り上げていきたいと思つているところでございます。

○松島委員 これはぜひ、社会的な風潮としても強めていきたいと思います。

最後に一つだけ、また健康増進法にかかわることなんですけれども、実際に事前の公衆衛生指導、そういうものにかかわって携われるのは、例えば医師会とか歯科医師会のメンバーがかなりこれに携われます。ところが、いろいろなところで、末端で聞いておりますと、今こういって会に加入される人の比率が、加入率が低下しております。特にそれが著しいのは歯科医師会なんです。加入している方が熱心に地域の公衆衛生に携われる、非加入の方がそういうのを面倒くさがって嫌がるケースが多い。そうすると、この負担の軽重というものが出てまいります。

ちなみに、平成十二年十二月に全国で、大学病院の勤務医なんかは除きまして、診療所に七万六千八百八十四人の歯医者さんがいらつしやるうち、歯科医師会の会員は、これはちょっと時期がずれてことしの三月末、直近ですけれども、六万四千余人、八三%でございます。東京都の場合もつと状況がひどくて、診療所の歯医者さん一万二千六百人余りのうち、歯科医師会の会員は八千九百人ほどで、七割にすぎません。特に昨年、平成十三年に東京で新しく開業をされた三百四十人のうち、わずか四割の百三十七人しかこの歯科医師会に入っていない。それで、入られない方は、もうそんな面倒で、公衆衛生からそばを向くというケースが結構あります。

これは事前の公衆衛生ということで見ると非常に問題ではないかと私は思ひまして、例えば日弁連というのは強制加入でございますが、同じよう

に医師会、歯科医師会というものもそういう方向に持っていくことができないだろうか。そして、歯医者さんや医師をやめさせるときに……（発言する者あり）その歯科医師政治連盟というのはまた別の問題でございますが、とにかくこれは医療的に伺いたいと思ひますが、どういふふうにか考えるべきだとお考えになりますでしょうか。

○篠崎政府参考人 医師会そして歯科医師会は、医学の発達や公衆衛生の向上などさまざまな活動を行つておりますけれども、今御指摘でございますが、弁護士会とは設立の経緯などが異なっております。したがって、一概に比較することは難しいのではないかとこのように考えられまして、強制的に加入を義務づけることについては慎重な議論が必要なのではないかというふうに思つております。

ただ、いずれにいたしましても、地域における健康の保持増進に対して歯科医師あるいは医師の先生方の果たす役割は大変大きいものと考えております。地域における健康増進活動への参加が進むように、私もこれから努めてまいりたいと考えております。

○松島委員 どうもありがとうございました。

○森委員 次に、福島豊君。

○福島委員 公明党の福島でございます。

副大臣、大変御苦勞さまでございます。また、民主党の提出者の方でも大変御苦勞さまでございます。

今回の医療保険制度の改革にしまして、私どもは昨年からの経過の中でさまざまな主張をさせていただきまして、例えば、低所得者対策の拡充ですとか、そしてまた小児にかかわる給付の改善、こういったことを申し上げた上で、現下の経済情勢が大変厳しく、医療保険財政が破綻の危機に瀕している中で、これは避けられない選択ではないか、そのように判断をいたしました。しかしながら、この改革も、厚生労働省の説明では五年程度の財政的安定が見込まれるだけであるという説明があるわけでございます。

高齢化はさらに進んでまいります。そしてまた少子化も同時に進行している。その中で二十一世紀の医療保険制度というものをどういふふうを描いていくのか、このことは、この健康保険法等の改正案の審議の中で十分に明らかにされる必要があると思つております。

そしてまた、これは私どもの昨年からの検討の中で、附則において、新しい高齢者医療制度、そしてまた保険者の統合の問題、極めて基本的な課題について基本方針を一定の期間のうちに示すんだということを盛り込ませていただきました。この附則に示された事柄について、厚生労働省としても、この審議の中で、細部までとは言いません、きちっとした見解をお示しになるべきである、そのように思つております。

本日は、私は、高齢者の医療制度についてお尋ねをしたと思つております。これは、医療保険制度の中での重要な課題でございます。

今回の健康保険法の改正案の中では、対象年齢を七十歳から七十五歳に引き上げる、これも大変大きな改革でございます。そしてまた一方では、高齢者の医療費の伸び率の管理制度というものをつくらうという提案が最初になされたわけでございます。いずれも、今までの改革とは異なつて新しい提案がなされたんだと思つております。

しかしながら、それぞれの提案には、議論すべき、そしてまた修正されるべき点があるということも私は事実だと思つております。

まず初めに、老人医療費の伸びの適正化ということについて厚生労働省の見解を確認したいと思つております。

本法案、老人保健法の第四十六条の二十二の關係で、「厚生労働大臣は、老人医療費の伸びを適正化するための事項を内容とする方針を定め、当該方針に即した都道府県及び市町村の取組に対する必要な助言その他の援助に努めるものとする。」こととなつておるわけでございますが、まず初めに、老人医療費とは何歳以上の高齢者の医療費というものを指すのか、この点について確認をした

いと思ひます。

○大塚政府参考人 今回設けます老人医療費の伸びの適正化のための方針に関する項目は、老人医療費、すなわちこの老人保健法の対象ということでございますので、順次経過期間でございますけれども、将来的には、すなわち五年後には七十五歳以上の方を対象にする、その方々の医療費、このいふふうを整理をいたしております。

○福島委員 ですから、経過期間の間は対象年齢が七十歳以上、七十一歳以上、七十二歳以上と徐々に変わっていくわけでございます。そういう対象が変つていくのにこの伸び率をどういふふうに適正化するのか、なかなか大変難しい話ではないかと私は率直に思つております。

ですから、ここに定めるところは、そういう経過措置というものがあつたわけですから、適正な伸びというものをどういふふうに定義するのか、そしてまたさらには適正化するための事項といふものについてどういふふう具体的に定めるのか、このところは明確にしていだく必要があると思つております。御答弁を求めます。

○大塚政府参考人 この事項の趣旨は先ほどの御答弁で申し上げましたけれども、高齢者の医療費が今日の医療保険全体の中の伸びの大宗を占めるという状況に勘案いたしまして、安定的な医療保険制度の運営というのを考えますと、この点を極力適正なものにしていく必要があるというものが基本でございます。

もちろん、高齢者の数がふえますから、その数に伴う医療費の増、これはもう避けられないわけでございます。その上で、一方では現役世代との負担のバランスを考えなければならぬわけでございます。それから、関係者の努力、具体的には行政主体でございます。国、都道府県、市町村が相協力してこの伸びを適正なものにしていくというものが基本的な考え方でございます。

したがって、その手法といたしましては、具体的には、この法律の施行後速やかに、例えば厚生大臣の告示というふうな形で定め、あるいは

必要な通達その他で御連絡をするということになろうと思っておりますけれども、やはり地域の保健医療サービスとの連携の中から、その効率的なあり方、高齢者にとりましても医療あるいはサ―ビスの質を落とさない形で努力しつつ、トータルとしての医療費の伸びを極力マイルドなものにしていく、こういう手法を定める必要があると思ひます。

幾つか私どもも考えておりますのは、今後有識者の御意見なども聞かなければならないと思つておりますけれども、先ほども申し上げましたが、健康づくりあるいは疾病予防のための施策あるいは諸活動、それから医療提供体制と高齢者のいわばつながり、なから介護と医療の機能分担あるいは連携を進める地域での取り組み、あるいは患者の受診の適正化と言ふ言葉が悪いんですが、ご理解を求める活動、保険者の立場からいいますと、保険事務の効率化を通じて高齢者医療費の適正化に努める、こういった幾つかのテーマがあるうかと思ひます。

もう少し、当然、具体的な指針といたしましては、具体的な内容を盛り込んで、全体、総合的にお示しをする必要があると思つておりますが、もとに戻りまして、関係者の努力によりまして、やはり高齢者の医療費を極力マイルドなものにしていくということが共通の問題認識であり、また課題であると考えておりますので、そうした観点に立つた指針というものを定めたい、こう考えているところでございます。

○福島委員 聞けば聞くほど実はよくわからなくなりまして、何が適正化なのかということについて明確な御答弁を、野党のような質問でございしますが、率直に言ひまして、よくわからぬと思ひました。

ですから、人口増の問題と、そしてまた一人当たり医療費の単価、これは技術的な改善ということもあるわけでございます、そういうことをどう評価するのかということを引きつと議論して

いただいた方がいんじゃないかと。途中話もありましたように、支える側の若い人との関係で。これは財政の論理なんですね。財政の論理がまず先に来てしまつて、では、あるべき老人医療の姿、そしてまた医療費の伸びというのはどんなものなのかというのをセパレートして議論しませんから、議論がわからないう、答弁もよくわからないという事になつていゝんではないかなと思ひます。

いずれにしても、介護保険との関係が大切だという御指摘があつたと思ひました。ですから、これは平成十五年度からの事業計画、これを定めるに当たつて、こういったこととリンクさせるのかどうなのかということ、この審議の途中で明らかになつていく必要があるのではないかと。ですから、介護保険と老人保健制度の医療の接続というのは必ずしもしつくりといつていない、押しつけ合つたと言つたら大変語弊がありまふけれども、そういう側面があるんではないかと私は思つておりますので、この点についても、これ以上重ねて問ひませんけれども、御説明を審議の中で明らかにしていただきたい。

次に、確認でございすけれども、都道府県及び市町村に対する援助ということ、これはいろいろと今御説明ありましたけれども、再度確認ですが、例えば国民健康保険におけるさまざまなペナルティー制度、これは未納対策でございすけれども、そういうような形で、ペナルティーですとか、そしてまた何らかの強制というものは明確にしておきたいと思ひます。

○大塚政府参考人 先ほど申しましたように、国、都道府県、市町村、行政、本来ですと行政のみならず関係者幅広く協力してということもあわせて、法律の規定とは別に考えてまいりたいと思つておりますけれども、いずれにいたしましても、相協力してという趣旨でございすから、強制あるいはペナルティーというようなことは一切考えておりません。

○福島委員 余り時間ありませんので、次に開きしなければならぬのは、最終的には七十五歳以上となるわけでございます。何をもつて七十五歳以上にするのかと。

実は、現在の例えば財政の支出、ここを変えないとか、そしてまた拠出金の額を余り大きく変えないとか、財政的な理屈からこの七十五歳というのは出てきたのかなと。ただ一方で、後期高齢者という言葉があるように、そういうとらえ方もできるわけでございます。

この七十五歳以上というのをどういう考え方でそうしたのかということは大いなる点だと思つております。例えば平均余命はもつと伸びるだろうというふうに言われております。例えば女性ですとか、国連の推計では百歳ぐらいになるんじゃないかというふうな話もあるわけでございす。将来的な平均余命の変化に依つてこの七十五歳というのは変わるのか変わらぬのか、そもそもの七十五歳にしたのか、この点について御説明を賜りたいと思ひます。

○大塚政府参考人 今回、老人保健制度の対象を見直したわけでございますが、基本的には、やはり今日の高齢者の状況、すなわち、お話しに出ましたように、平均寿命の伸展でありますとか健康寿命の伸展でありますとか、また、経済的な地位も随分変わつてまいりました。現行の老人保健制度創設後約二十年間たつておるわけでございす。この間にさまざまな状況変化、これは高齢者自身の高齢者像の変化も含めて、変わつてまいりました。基本的には、こうした高齢者像の変化に伴ひまして、対象年齢の引き上げということを考えたわけでございすけれども、あわせて、一方では、おっしゃいますように財政的な事情もございす。

ちよつと、現行老人保健制度がスタートした時点での高齢者の比率、あるいは、将来を少し幅をとつて見ますと、当時七十歳という想定をしておりましたのが、今日でいいますとほぼ七十五歳に当てはまるという事情もございす。そうしたこ

とが一方の背景にあることは事実でございす。両方相まぢまして、七十五歳ということの一つの切れ目といたしました。後期高齢者と言われまふように、世の中一般の概念のとりまゑ方といたしましても一つの概念として定着をしつゝあるということも、第三の論点として指摘してもいいのかと思つております。

いずれにいたしましても、今回こういう御提案をいたしましたわけでございますが、将来、相当長い期間をとりまして高齢者像が大きく変化するということはあり得ますから、そういう意味で、さまざまな制度の対象年齢をどうするかというのは、長いスパンで見ますと変化もあり得ると思ひますけれども、今時点で申しますと、基本的には、私ども、今回の改革における考え方というのを変える必要は原則的にはないというふうな考えでいるところでございす。

○福島委員 七十五歳、この線を、現状において、それは近未来的にも変えるつもりはないという御発言だつたと思ひます。ですから、そこに盛り込まれました新しい高齢者医療制度、これを考えるときには、七十五歳以上ということ前提として組み立てていく、それで作業が始まるんだらうと思ひます。

これは、この一年間に基本方針というものを定めるといふことになつてゐるわけでございす。この取り組みについて副大臣の御決意をお示しいただきたいと思ひます。

○宮路副大臣 先ほど、この場での御議論の中で大臣の方からお話がありましたように、我が国の現在の、世界に冠たるものといつていい医療保険制度、これを持続的なものとして将来にわたつて維持運営していくためには改革が避けて通れない、待たないの状況になつてゐる。

その中において、今福島委員御指摘のように、高齢者医療制度が大きなきを握つてゐるということについては、本年度中において、その具体的な内容や手順、計画、そういったものをしつかりと示していくことが、附則第二条第二項で

そういうぐあいに定められておるわけでありま

す。これまでも、高齢者医療制度については御議論がありまして、いろいろな考え方が、さまざまな方式が提案をされていると言ってもいいわけでありまして。ただ、その基本的な性格、つまり、高齢者医療制度をどのようなものとして医療保険制度全体の体系の中で位置づけていくのかといった基本的な性格論、それから、保険者をどうしたらいいのか、あるいは、財源構成をどうするのか、それから、一般医療制度への影響をどう考えていくべきか等々、議論が分かれておるわけでありま

す。この際、それらをしっかりと整理いたしまして、そして、何が何でも、今度はこれを先送りすることとは許されないわけでありまして、先ほど附則の中で示されたそういうことをしっかりと厳守できますようにこれはやり遂げてまいりたい、かように思っているところでございますので、どうかまた福島委員の格段の御指導、御支援も賜りたい、このように思っている次第であります。

○福島委員 大変力強い御答弁をありがとうございます。

もう一つ、関連しまして、保険というのは何なのか、保険のあり方そのものをどうするかという議論が最近起っているわけでございます。これも新しい議論でございます。例えば、公的保険と民間保険と、医療保険も二階建てにしてはどうとか、そしてまた、保険者の機能をどうするかとか、いろいろなことがあります。また、保険料についても、メリット制のようなものを導入してはどうかと。例えば、たばこを吸っている人は保険料を高くするというような考え方もあるわけでございます。保険というものをどう考えるのかという根拠この議論にさかのぼって議論をする必要があるんだらうと思っております。

それに関連して、きょうは総務省にお越しをいただきます。

簡易保険、これは保険でございますけれども、

関連していると私は思っております。

簡保の加入に際して、先天性の代謝障害がある方が一律にその加入を拒否されている。保険の原理に於いては、どういう者に加入を認めるのかというところは極めて大切でございます。現状において、このような、私からすれば非常に複雑な対応がなされているといえますが、誤解に満ちた対応がなされているということは是正されるべきであらうと思っております。

四月十九日の毎日新聞、また十八日の朝日新聞、それぞれ紹介されておりますけれども、「郵政事業庁が郵便局で扱う簡易保険では、病名を告知した全員が加入を拒否されていた。」これは先天性の代謝障害、例えば先天性の甲状腺機能低下症、フェニルケトン尿症、こういったマススクリーニングで発見される子供さん、その方が、親が加入を申し込むわけでございますけれども、一律に拒否をされていた、これは小児科学会で発表されております。こういう対応は、私は不適切な対応であらうと思っておりますけれども、この点について総務省の御見解をお示しいただきたいと思っております。

○國政府参考人 お答えいたします。

簡易保険の制度を担当しております立場から御答弁申し上げます。

簡易保険は、一般の生命保険と同様でございます。加入者の相互扶助によりリスクに備える制度ということでございまして、安定的な運営を確保する観点から、一定の健康状態にある方を加入対象としていることとございまして、したがって加入し込みの受け付けに際しましては健康状態を確認させていただき、簡易保険の場合には告知ということで、無審査ということとございまして、確認させていただきまして、一定の健康状態にないという場合には加入をお断りしているところとでございます。

御指摘の先天性疾患の場合ということとでございますが、これも、一律に加入をお断りしているということではございませんけれども、一定の健康

状態にないという場合につきましては、病気の進行度合い等によりまして加入をお断りしているところとでございます。

粗雑ではないかというお話でございます。ただ、こういう場合に、進行等につきまして、お断りした後の経過によつては加入できる場合もこのフォローアップがないためにできていないという場合もあるというふうな面もございまして、この辺は反省いたしまして、十分なフォローアップ等を図るよう指導するということなどを考えてまいりたいというふうに考えてございます。

○福島委員 再度重ねて申し上げますが、医師の審査を要しない無審査保険である、そしてまた、一定の基準に従って加入の可否を認める、健康状態に於いての告知など。健康状態に於いての告知なんですね。ですから、先天性の代謝障害であったとしても、一定の補充療法を行えば、正常と変わらないう健康であるということが言えるわけですから。医学的には、私は、そちらの方が正しいと思

います。ですから、現在の審査のあり方についてぜひとも見直しを行っていただきたいと思っておりますが、再度御答弁をいただきたいと思っております。

○國政府参考人 先生御指摘のとりのポイントがあらうかと思ひます。

つまり、ただし、適切な治療を継続することによつて症状の発現を抑えられる蓋然性が高いというものを、これは一定の健康状態と同じ扱いにするべきではないかというお話であらうと思ひます。が、必ずしも蓋然性が高いことで同視していいかどうかについては少し慎重な検討が必要かと思ひますが、一方、そういう簡易保険の性格ということもございまして、それから、今御指摘の医療技術の進歩ということもございまして、したがって、さらに、こういう医療技術の進歩等を踏まえて、契約の諸否のあり方、これについては不

断に検討してまいりたいと思ひますが、特に、御指摘の先天性疾患についても、いろいろな統計データもこれから出ていくというふうなことがあらうか

と思ひます。

そういうこともありますので、医療の現状、それから専門家の御意見を踏まえながら、さまざまな角度から、その取り扱いをさらに検討してまいりたいというふうに考えております。

○福島委員 ありがとうございます。総務省の参考人の方、御退席していただいて結構でございます。

先ほど福島県より委員から御指摘のありました川崎協同病院の問題について、最後に御質問したいと思っております。

マスコミでる報道されておりますように、今回の事件は安楽死と言えようなことではない、これは明確なのではないかと私には思っております。もちろん、この点については、川崎市当局、そしてまた司法当局、さまざまに調査をしておられるようでございますから、その結果を待つ必要があるかと思ひますけれども、適切な対応がなされる必要があると思っております。

その中で、一つ、私はきょう指摘をしたいと思っております。一つは、この医師が患者に対してどのような説明をしたのか。こんな説明をいたします。医師は、患者は九分九厘脳死状態だ。このときには実は自発呼吸があるんです。こんなわかり切ったことを何で間違えたのか、それとも、わざと誤ったことを言ったのか。そしてまた、気管内チューブの抜管に際して、チューブを外したときになんかどうなるのかということについて、患者の家族については一言も説明がなかった、これも大変大きな問題だと思ひます。

ですから、医療を提供するサイドの責任として、インフォームド・コンセントという言葉がありまされども、それ以前かもしません、どうして十分なききとった説明をしていないのか。そしてまた、抜管した後に筋弛緩剤、そしてまた鎮静剤を投与しておりますけれども、それだけで致死量に至るようなものを投与している。そのときに家族に言った言葉は、楽にしてあげますからと、楽にしてあげるといふのは、家族の側からすれば、

よくしてもらえんじゃないかと思うわけですね。

これは、家族のお話と、それから医師のお話と食い違っているところがあるというふうに報道されておりますから、事実関係をきちっとしなきゃいけないと思いますけれども、ただ、十分な説明が全くなされていなかった、一方的な医師の医療行為、これは医療行為と言っているいかどうかかわりませんが、行われていた。これが一つの問題。それから二つ目の問題は、その後の対応です。

実は、非公式に病院の中で、その後の事後対応について協議がなされていたと報道されております。これも多分事実なんですよ。しかしながら、そこでどういう判断をしたか。副院長の桑島さん、まずいと思ったが、何もしていない、公にすることが怖かった、集団の中で動いていた、もみ消そうとしたとられても仕方ないという発言をいたしております。ですから、事実関係を家族に対して説明する、これも行われなかったし、そしてまた、当然のこととして、行政に対して報告するというようなこともなかったわけですね。

さらには、昨日の読売新聞でございましてけれども、筋弛緩剤のミオブロック、鎮静剤のセルシンの投与に関して、レセプトには記載されていない、「意図的に使用隠ぺいか」というような書き方をされております。これも、そうとられても仕方ない点であろうというふうに思っております。この事後的な対応、隠ぺいを組織的に行ったのではないかということも問題になろうかというふうに思っております。

この二つの問題、副大臣に私はお尋ねしたいのですが、率直な御感想をどのようにお持ちでございましょうか。

○宮路副大臣 本件につきましては、目下、委員御案内のように、川崎市、医療法に基づいて監督権限を有しているのは川崎市であるわけでありまして、その川崎市が調査をずっとやっていたにいたしておりますし、また、警察当局の方で捜査中であるというふうに承知をいたしておるところであります。

まして、その報告を私どももしっかりと受けながら、今後の指導に遺憾なきを期してまいりたい、かように思っておりますのであります。

いずれにしましても、御指摘のようなそういういた情報をおもも耳にするたびに、これは大変ゆゆしき、あつてはならない、そういう事態だということに受けとめておるところであります。

○福島委員 この川崎協同病院、先ほども松島みどり委員から御指摘がありましたように、全日本民主医療機関連合会に所属する病院でございまして、そしてまた、臨床研修病院という指定も受けております。私は、事実関係が明らかになった時点、全貌が明らかにならなくても、一定の事実が明らかになった時点で、この臨床研修病院の指定は当然取り消されるべきであろうと思っております。この点についての御見解も重ねてお聞きしたいと思います。

○宮路副大臣 今御指摘の点も含めて、私ども、遺憾なきを期してまいりたいと思っております。○福島委員 先日、川崎市の健康福祉委員会がございまして。そこで、いろいろな質疑がなされております。

この川崎協同病院問題です。自民党の矢沢委員、この医療生活協同組合は特定の政党の選挙活動をしている、どのような見解を持っていますか。民主党の佐藤委員、ところで、今回事件を起こした病院は選挙になると特定の政党を応援している組合である、消費生活組合では政治的中立が求められているが、いつも議会の情報開示を求めている政党なら、なおさら情報を開示すべきだ、こんなような意見が述べられております。

先ほどの松島委員の御質問でもありました、政治的中立性というものについてきちっと確保されるべきであろう、私もそう思います。

そしてまた、先ほどの一言がこういった観点から見ると重くのしかかるわけでございます。まずいと思ったが何もしていない、公にすることが怖かった、集団の中で動いていた、もみ消そうとしたとられても仕方なかった、こういう発言と

関連してくるんじゃないか、そのような思いをするわけでございます。

その点については御答弁は求めませんが、最後に、今般、民主党より、いわゆる患者の権利法というものが提出されております。大変大切な観点であろうと思っております。

先ほど指摘しましたように、今回の事件で、医師から患者の家族に対して説明されていたこと、そういうことを考えると、きちっとした情報というものをやはり伝える、そういう医療というものを実現しなければいけないと私は思います。そういうことを本場に切望して今回法案を提出されたいと思っております。

○五島議員 民主党に対して御質問ありがとうございます。今御質問にいたしました点につきまして、民主党では第十三条で、患者、家族に対する診療についての説明は事前にきちんと行うこととしております。このようなことがあれば、今回の問題の一部は回避されたかもしれない。

それからまた、我が党案では、重大な事故が生じた場合、都道府県知事への報告を義務づけております。またさらに、知事から厚生労働大臣への報告も義務づけています。そういうことがあれば、三年半にもわたってこうした問題が見逃されるということも避けられたかも知れないというふうに考えています。

ただ、今回の事件を考えて、私は二点、大変別の問題を考えています。一つは、やはりこの病院、研修指定病院でありながら診療の水準は随分低い病院だなど。

というのは、今委員も御指摘になったように、脳死に近い状態と判断されて抜管された、抜管されたらあのような反応が起こったということは、誤診なんですね、そこで、恐らく、その誤診にバニクってしまったって、主治医だった女医さんが致死

量の二倍の鎮静剤と致死量の二倍の筋弛緩剤を打って殺してしまったというのがマスコミで見る限りの率直な感じですね。そういう意味においては、この病院の医療水準は非常に低いというふうに思っています。

と同時に、こうしたものが今後起こらないかどうかというのは、やはり全体的な背景を考えていく必要があるだろう。

公害病が非常に多い地域でございまして、いわゆる公害病によって気管支ぜんそくを起している患者さん大変高齢化してきています。そういう患者さんが非常にふえてきている。そして、そういうふうな患者さんに対する治療というものは長期化するために、今、呼吸器科の医師がそうした医療に対して興味を失いつつあるという事実があると思えます。そして、そういうふうな中で、世間全体が末期医療に対しては何かむだな医療であるかのようなそういう風潮が非常に強まって、何か末期医療を省略することがいい医療であるかのような幻想が一部の医者の中に生み出されているというところは恐ろしいなと思っています。

また、この川崎市がこれだけ大量の呼吸器の慢性的疾患患者を持ちながら、例えば老健施設はあれだけ大きな市の中で非常に少ない地域であり、また、本来なら介護保険に移してもいいようなケースですが、この方は五十代であつたというふうなことも含めて、やはり医療全体の提供体制の中でこのようなことが起こらないということをきちっと考えておかないと、この問題の、特定の医療機関の問題だけというふうに考えることはできないのではないかとこのように考えております。

○福島委員 以上で質問を終わります。ありがとうございます。

○森委員長 次回回は、来る五月八日水曜日午前九時五十分理事会、午前十時委員会を開会することとし、本日は、これにて散会いたします。

午後零時三十五分散会