

衆議院 厚生労働委員会 議 議 録 第 十 三 号

平成十四年五月十七日(金曜日) 午前九時十一分開議

出席委員

委員長 森 英介君
理事 鴨下 一郎君
理事 長勢 甚遠君
理事 釘宮 磐君
理事 福島 豊君
理事 岡下 信子君
理事 木村 義雄君
理事 後藤田正純君
理事 自見庄三郎君
理事 高木 毅君
理事 竹本 直一君
理事 西川 京子君
理事 松島みどり君
理事 宮澤 洋一君
理事 吉野 正芳君
理事 大島 敦君
理事 鍵田 節哉君
理事 五島 正規君
理事 三井 辨雄君
理事 江田 康幸君
理事 樋高 剛君
理事 瀬古由起子君
理事 中川 智子君
理事 川田 悦子君

鈴木 俊一君
野田 聖子君
山井 和則君
佐藤 公治君
上川 陽子君
北村 誠吾君
佐藤 勉君
田村 憲久君
竹下 巨君
棚橋 泰文君
林 省之介君
三ッ林隆志君
谷津 義男君
家西 悟君
加藤 公一君
金田 誠一君
土肥 隆一君
水島 広子君
梶屋 敬悟君
小沢 和秋君
阿部 知子君
井上 喜一君

厚生労働大臣
厚生労働副大臣
文部科学大臣政務官
厚生労働大臣政務官
農林水産大臣政務官
政府参考人
(内閣官房内閣参事官)
坂口 力君
宮路 和明君
池坊 保子君
田村 憲久君
宮腰 光寛君
小川登美夫君

政府参考人 (金融庁総務企画局参事官) 田口 義明君
政府参考人 (文部科学省高等教育局長) 工藤 智規君
政府参考人 (厚生労働省医政局長) 篠崎 英夫君
政府参考人 (厚生労働省健康局長) 下田 智久君
政府参考人 (厚生労働省健康局国立病院部長) 河村 博江君
政府参考人 (厚生労働省医薬局長) 宮島 彰君
政府参考人 (厚生労働省労働基準局長) 日比 徹君
政府参考人 (厚生労働省労働局長) 大塚 義治君
政府参考人 (厚生労働省労働局局長) 小島比登志君
政府参考人 (社会保険庁次長) 富岡 悟君
政府参考人 (社会保険庁運営部長) 富岡 悟君
厚生労働委員会専門員 宮武 太郎君

委員の異動
五月十七日
委員の異動
五月十七日
補欠選任
西川 京子君
野田 毅君
同日
補欠選任
高木 毅君
井上 喜一君
同日
補欠選任
西川 京子君
野田 毅君
同日
補欠選任
西川 京子君
野田 毅君

患者負担引き上げ中止に関する請願(藤木洋子君紹介)(第二五六六号)
同(前原誠司君紹介)(第二五六七号)
同(山井和則君紹介)(第二五六八号)
同(大島令子君紹介)(第二六九七号)
同(工藤堅太郎君紹介)(第二六九八号)
同(長浜博行君紹介)(第二六九九号)
同(乳幼児医療費無料制度の創設に関する請願(藤木洋子君紹介)(第二五九九号)
同(介護保険制度の緊急改善に関する請願(毅田恵二君紹介)(第二五七〇号)
同(藤木洋子君紹介)(第二五七二号)
同(医療費負担引き上げの中止に関する請願(毅田恵二君紹介)(第二五七二号)
同(藤木洋子君紹介)(第二五七三号)
同(児童扶養手当の抑制案撤回に関する請願(山花郁夫君紹介)(第二五七四号)
同(川田悦子君紹介)(第二六四四号)
同(水島広子君紹介)(第二七〇一号)
同(健保三割負担・高齢者窓口負担の大幅引き上げ中止に関する請願(藤木洋子君紹介)(第二五七五号)
同(松本善明君紹介)(第二五七六号)
同(山井和則君紹介)(第二五七七号)
同(障害者の介護・福祉制度の利用における親・家族負担の撤廃に関する請願(土肥隆一君紹介)(第二五七八号)
安心の医療制度への抜本改革、負担増反対に関する請願(一川保夫君紹介)(第二五七九号)
同(佐藤公治君紹介)(第二五八〇号)
同(重野安正君紹介)(第二五八一号)
同(都築讓君紹介)(第二五八二号)
同(東門美津子君紹介)(第二五八三号)
同(保坂展人君紹介)(第二五八四号)
同(一川保夫君紹介)(第二六四九号)

第一類第七号 厚生労働委員会議録第十三号

平成十四年五月十七日

- 同(加藤公一君紹介)(第二九五五号)
- 同(鍵田節哉君紹介)(第二九五六号)
- 同(金子善次郎君紹介)(第二九五七号)
- 同(菅直人君紹介)(第二九五八号)
- 同(菅野哲雄君紹介)(第二九五九号)
- 同(小林守君紹介)(第二九六〇号)
- 同(後藤茂之君紹介)(第二九六一号)
- 同(今田保典君紹介)(第二九六二号)
- 同(佐藤敬夫君紹介)(第二九六三号)
- 同(末松規規君紹介)(第二九六四号)
- 同(武正公一君紹介)(第二九六五号)
- 同(玉置一弥君紹介)(第二九六六号)
- 同(樽床伸二君紹介)(第二九六七号)
- 同(筒井信隆君紹介)(第二九六八号)
- 同(手塚仁雄君紹介)(第二九六九号)
- 同(中川正春君紹介)(第二九七〇号)
- 同(中野寛成君紹介)(第二九七一号)
- 同(長浜博行君紹介)(第二九七二号)
- 同(葉山峻君紹介)(第二九七三号)
- 同(鉢呂吉雄君紹介)(第二九七四号)
- 同(原陽子君紹介)(第二九七五号)
- 同(細野豪志君紹介)(第二九七六号)
- 同(堀込征雄君紹介)(第二九七七号)
- 同(松沢成文君紹介)(第二九七八号)
- 同(松本剛明君紹介)(第二九七九号)
- 同(山田敏雅君紹介)(第二九八〇号)
- 同(山元勉君紹介)(第二九八一号)
- 助産師の養成に関する請願(中川智子君紹介)(第二九八二号)
- 同(土肥隆一君紹介)(第二九三七号)
- 同(中川智子君紹介)(第二九八二号)

国民の医療と国立病院・療養所の充実・強化に関する請願(大島敦君紹介)(第二九〇〇号)は本委員会に付託された。

五月十六日
原子爆弾被爆地域の拡大是正等に関する陳情書(那覇市泉崎一の二の三伊良皆高吉)(第四六号) 児童扶養手当抑制案の撤回に関する陳情書(那覇市西三の一の一の儀部葉子)(第四七号) 乳幼児医療費無料化制度の実現等に関する陳情書外一件(和歌山市小松原通一の一井出益弘外九名)(第四八号) 非喫煙者健康保護法制定に関する陳情書(大阪市中心区玉造一の二の一竹村喬)(第四九号) は本委員会に参考送付された。

本日の会議に付した案件
政府参考人出頭要求に関する件
健康保険法等の一部を改正する法律案(内閣提出第四六号)

健康増進法案(内閣提出第四七号)
医療の信頼性の確保向上のための医療情報の提供の促進、医療に係る体制の整備等に関する法律案(山井和則君外三名提出、衆法第一一号)
健康保険法等の一部を改正する法律案(五島正規君外三名提出、衆法第一二号)

○森委員長 これより会議を開きます。
内閣提出、健康保険法等の一部を改正する法律案、健康増進法案、山井和則君外三名提出、医療の信頼性の確保向上のための医療情報の提供の促進、医療に係る体制の整備等に関する法律案及び五島正規君外三名提出、健康保険法等の一部を改正する法律案の各案を議題といたします。
この際、お諮りいたします。
各案審査のため、本日、政府参考人として内閣官房内閣参事官小川登美夫君、金融庁総務企画局参事官田口義明君、文部科学省高等教育局長工藤

智規君、厚生労働省医政局長篠崎英夫君、健康局長下田智久君、健康局国立病院部長河村博江君、医薬局長宮島彰君、労働基準局長日比徹君、保険局長大塚義治君、社会保険庁次長小島比登志君及び社会保険庁運営部長富岡悟君の出席を求め、説明を聴取いたしたいと存じますが、御異議ありませんか。
〔異議なし〕と呼ぶ者あり
○森委員長 御異議なしと認めます。よって、そのように決しました。
○森委員長 質疑の申し出がありますので、順次これを許します。鴨下一郎君。
○鴨下委員 おはようございます。トップバッターをさせていただきます。
大臣、いろいろとお疲れさまでございますが、きょうは、今回の改正につきまして全般的な話を多少伺わせていただいて、その後に高齢者医療につきましてお伺いをしたい、こんなふうな思っております。
大臣がよく御存じのことだと思えますが、日本は、ある意味で世界の中でも、健康寿命世界一を達成したすばらしい医療制度を持っているわけでありますが、その中でも特筆すべきことは、国民皆保険とある意味でのフリーアクセスであります。また、私は、さらにもう一つのところで、出来高払いというもある意味で効果を上げてきたのかなというふうにも思っておりますが、きょうはそのことについては触れません。
そして、そういう意味で、医療保険制度の大前提として、皆保険とそれからフリーアクセス、この二つについては堅持するんだ、こういうようなことの前提でこれからの改革についての議論をしていきたいと思いますが、大臣、そのことについてまずお伺いをしたいというふうに思います。
○坂口国務大臣 おはようございます。
今、鴨下委員からお話ございましたように、日本の医療制度を外から見ただけですと、WH O等におきましても高い評価を得ているわけでご

ざいまして、今御指摘いただいたとおり、フリーアクセスができて上がっている、そしてまた、皆保険制度が維持されている、そうしたことが私も大きいのではないかとこのように思っている次第でございます。
今までの日本の医療制度は非常に高く評価をされてまいりましたけれども、しかし、最近特にこの医療保険制度を取り巻きます環境というのは変わってきています。最も大きな要因は、いわゆる超少子高齢化、この進展であります。また、経済の状況が変化してきたということもあろうかと思えますし、また、医療が非常に高度化してきたということも変化の一つだと思っております。
こうした要因の中で、とりわけ、少子高齢化のために財政的に非常に厳しくなってきたというところがござります。しかし、初めにも御指摘をいただきましたとおり、皆保険制度とフリーアクセスというものは守った上でこの制度改革をどう進めるかということが今後の大きな課題だと思っております。委員の御認識のとおりというふうに思っております。
○鴨下委員 皆保険とフリーアクセスを守るために私たちは今から改正についての議論をするんだということなんだろうと思っております。
今回の医療制度の改正につきましては、例えば、診療報酬の見直し、そして患者の一部負担の見直し、さらに保険料の見直し、また公費負担等の見直しと、さまざまな問題がありますけれども、いずれにしても、国として保険者、患者それから加入者、医療機関がある意味でひとしく痛みを分かち合いながらこの皆保険とフリーアクセスを含めた日本のすばらしい医療制度を守っていく、こういうことなんだろうというふうに思いますが、このいずれも負担を強いることにもなりかねないことでありますので、患者負担、それから保険料、さらに公費の負担は一体どういうふうになつていくのかというのを簡単に、これは局長の方から御答弁いただければ結構ですから。
○大塚政府参考人 今回の医療制度改革によりま

す財政影響でございますけれども、例えば高齢者に関する改革は、おおむね五年をかけた例えれば対象年齢の引き上げとか公費負担割合の引き上げとかをいたしますので、五年後、年齢引き上げが完了する平成十九年度の状況ということで、なおかつ全体としては医療費が高齢化に伴ってふえてまいりますので、現在の制度がそのまま推移した場合と今回の改革による形になった場合と十九年度の段階で比較するという形で簡単に御説明をさせていただきます。

十九年度の段階で、患者負担は現行制度と比べまして約五千億円増になるわけでございます。それに対して、保険料につきましては約一兆一千億円の減、公費負担につきましては現行の水準とは変わらぬ、こういう状況が平成十九年度の段階でございます。

それから先になりますと、制度がそのまま継続される、こういう仮定を置まして、おおむね高齢化のピーク時でございます二〇二五年のこの姿を考えますと、高齢化が進み、高齢者の公費負担割合を引き上げるといふ仕組みになりますので、公費負担割合がふえてまいりまして、二〇二五年度段階になりますと、現行制度のままで推移した場合、医療給付に占めます公費負担の割合が四〇％程度でございますけれども、制度改正後には四二％、二ポイント上昇する。

こんな大きな財政影響でございます。

○鴨下委員 そういふ中でも一番の問題は、政府管掌健康保険の財政状況、これが非常に危機的であるというようにありますけれども、今回の改正でも保険料を実質的に約一割もアップするということなので、総報酬制でいえば七・五％から八・二％、こういうふうなことで、極めて大幅なアップになるわけですね。

そういうような意味で、これは社会保険庁がある意味で運営しているわけでありすけれども、こういう状況に陥つたさまざまな要因があると思えますが、いろいろと厳しい意見もございす。そういう中で、このような状況になった要因につ

いて簡単に答弁をいただきたいと思えます。

○富岡政府参考人 御説明申し上げます。政管健保は、平成五年度から平成十二年度まで、実質、八年連続赤字決算となっております。このような厳しい財政状況は、主として、被保険者等に対する保険給付費は落ちついた伸びにとどまっており、高齢化の進展などに伴いまして、老人保健拠出金それから退職者給付拠出金がこの十年間で二倍に増大したということが最大の要因となっております。

これに加えまして、近年、厳しい財政状況を背景に、平成十年度から平成十二年度まで、三年連続で被保険者数が減少いたしております。また、平成十一年度から十二年度まで、二年連続、平均標準報酬月額が減少しております。こういったことも保険料収入が減少して財政状況を悪化させる要因となっております。

その結果、平成四年度末に一兆四千九百三十五億円に達いたしました事業運営安定資金残高は、十四年度中におおむねこれが枯渇する見込みとなっております。

○鴨下委員 今の、全体的なファンダメンタルが厳しくなっているというようことは理解するわけでありすけれども、さらにそれ以外の、運営の点でいろいろな矛盾があるということも、まあ私たちが党内でいろいろ議論の中でもいろいろ指摘がございすので、またそれにつきましてはいくらもいろいろ伺っていききたい、このように思っております。

それで、とかく厚生労働省は今までも、年金のこともそうだし介護のこともそうだし、もちろん医療のこともそうでしたけれども、将来が大変だから大変だからといって、さあ患者負担をふやしてください、保険料を上げてください、そういういろいろ節約をお願いいたしますと、こういうようなことばかり言うと、今までは国民はそれでもさあ大変だといって一生懸命支えてくれたかもしやありませんけれども、今はもうそんな時代じゃありません。むしろクールになって、そんな

医療保険だったら、そんな年金だったら、おれたちは民間の方に、いろいろと工夫した方がいいよ、こういうような話で、むしろ求心力が落ちかねない。

こういうようなことも懸念されるわけでありますから、私は、医療改革が進んで、高齢化がピークになったときに、一体どういう姿で、このくらい負担していただければ大丈夫なんだ、こういうようなことをはっきり言う必要があるんだろうと思えますが、政管健保の保険料率等につきましてはどういうような見通しになるかということも、大臣、お答えいただければと思えます。

○坂口国務大臣 将来のこの見通しというのはなかなか立ちにくいわけですが、一番はつきりしてまいりますのは人口動態がどう変化するか、これだけは大体予測がつくわけでございますから、そこを中心にして考える以外にない。

ことし一月に推計をいたしました人口動態を中心に考えますと、これも前提条件にどんな数字を置くかによって随分変わってくるわけですが、しかしこれで見ますと、二〇二五年には七十兆円に医療費がなるということも、推測でございます。

先ほど申しましたように、前提条件によりましていろいろ違いますが、したがって、政管健保の保険料につきましては、名目賃金の上昇率を二〇〇七年までを一・〇％、それ以後は二・五％という前提を置いた上で、ポナスを含む総報酬ベースで見ると、二〇〇七年ぐらいで一〇・三％程度見込まれるわけでございます。

この一〇％前後の水準というのは、とりわけヨーロッパ等のドイツやフランスあたりと比較しますと、まだドイツやフランスの方が高い、一四％ぐらいに行っているわけでございますから、まだ低いのは低いわけでございますけれども、この保険料を余り上に上げていくことも私はなかなか難しいと思うんですね、日本の場合に、したがって、まあ一〇％、若干一〇％を超えらるぐらいな程度がもう許容範囲ではないかと。そ

れ以上ここを上げていくことはなかなか難しい。したがって、一方におきまして、現在までの医療の制度の中で、これは厚生労働省が担当しておる部分も含めてでございますが、その中でどう減少させていくか、どうむだを省いていくかということをやったりしていかないとはいけません。

先ほど一〇・三％は二〇〇七年と言いましたけれども、失礼しました、二〇二五年の話でございますので、ですから、済みません、二〇二五年でございます。

まあ一〇％というのは大体一つの限界、そういうふうな思っている次第でございます。

○鴨下委員 保険料はそのくらいが限界、そして患者の負担は三割が限界、こういうようなことといろいろと制約要因がある中で、この皆保険、フリーアクセスを維持して、ある意味での国民の医療水準を維持していくというのは、もうこれは大変なことでありすし、片や、今回の政管健保の保険料率を上げるということに付られて組合健保も上がるというふうなこともいろいろ伺っておりますけれども、これについては、組合健保そのものの動向について、これは大塚局長に、答弁してください。簡単にね。

○大塚政府参考人 先ほど政府管掌健康保険の状況を御報告いたしました、基本的な、ベース的な状況は組合健保も同じでございます。赤字組合がふえ、経常収支の赤字がふえるという状況が続いておるわけでございます。一方、保険料率も、平均的に見ますと政管健保並みに既になっておりまして、いわば同様に厳しい状況にある。

ただ、健保組合の場合は千七百弱でございます。したがって、それぞれの健保組合で財政事情その他、条件は異なりますけれども、全体をひっくり返して平均的な姿で申しますと、ただいま申し上げたような状況にあるということでございます。

○鴨下委員 きょうは質問が盛りだくさんで間に合いそうもないので少しづつはしよってやりますけれども、高齢者医療における公費負担割合を引

き上げる、こういうような話も承っていますけれども、国庫負担は政府が責任を持つてある程度保障していく、こういうようなことの理解でよろしいんでしょか。大臣、御答弁いただきたいと思ひます。

○坂口國務大臣 高齢者医療につきましては、後期高齢者医療につきましては二分の一に引き上げるといふことを我々も言っているわけでございます。そういうふうにしたいといふふうに思っているわけでございますが、この後期高齢者医療を中心にして、これからどういふ保険制度をつくり上げていくかということに非常に大きな影響を与えるだろうと思つておられます。

後期高齢者医療だけではなくて、介護の問題もあり年金の問題もございいますから、それらを総合して考えていかなければならないといふふうに思ひますが、後期高齢者医療は、少なくとも二分の一、そこは確保をしなければ維持できないだろうと思つておられます。

○鴨下委員 今の大臣の答弁は非常に重要なことでありまして、介護と後期高齢者と、それから場合による年金の基礎年金部分について、国庫が相当な意味で保障をしていくといふようなことなんでしょうかと思ひます。

今回の高齢者医療を含めて全体的に国民は非常に負担がふえるんじゃないか、こういうようなことを考えているわけでありまして、特に、高齢者の完全定率一割負担というのは、これはいろいろな意味で相当重くのしかかるんだらうといふふうに思ひます。

そういう意味で、高齢者医療に係る実効負担率がどうなるのかということについて、客観的なデータをお示しいただきたいと思ひます。

○大塚政府参考人 高齢者医療の負担につきまして今回の改正内容を大別しますと二つございまして、ただいまお話のございました一割定率の徹底、もう一つは若い世代と同程度の収入のある方が大別しますと主要な内容ということになるわけ

でございますけれども、そのほか若干、いわゆる負担限度額の見直しということが加わるわけでございます。

これらをトータルいたしましたして、すべてでございますけれども、いわゆる実効給付率といひますようか負担率、裏腹のあれでございますけれども、負担率で申し上げますと、これも十九年度の段階での試算ということでございますが、現在の制度ですと八・一％、これが九・五％になる。これは、ただいま申し上げましたような幾つかのすべてを総合しての率ということでございます。

○鴨下委員 さようは、せっかく副大臣お出ましでありますので、副大臣にも伺ひますが、今の局長の話を受けてすけれども、今度、全体的な高齢者医療について、患者の一部負担をどうしていくかという話がある意味で今回の改正の肝だらうと思つておられますけれども、副大臣、全体的なこの見直しに関して、内容について御説明をいただければと思ひます。

○宮路副大臣 鴨下委員先ほど来御指摘のように、急速な少子高齢化の進展、それによつて老人医療費が大変増大している、その一方では若年世代の負担が著しく増加をしておられるわけでありまして、一方また、年金制度の成熟化等によつて高齢者の経済的地位も向上している。

そういったもろもろの要素を踏まえながら、今回の改正に当たりましては、高齢者の方々にしても患者負担を従来に増して増加して負担をしていただく、そういう方途をとらざるを得なかつたわけでありまして、その結果、一割負担を原則としながら、現役世代の平均的収入以上の所得を有していらつしやる高齢者の方については、その負担を二割とさせていただきます。そして、一般の医療

保険制度の場合と同様に、受けたサービスにおいて御負担をいただく定率負担を徹底させていただきます。そして同時に、高齢者の自己負担限度額につきましても、一般の医療制度における自己負担限度額の見直しを踏まえながら所要の見直しをさせ

ていただく、こういうことになつているところでございます。

○鴨下委員 老人が医療について非常に負担がふえるんじゃないかということをお心配しているわけでありすけれども、例えば、よくかかる病気として風邪、それから高血圧、さらに一つの大変な病気としての胃がん、こういうようなものが高齢者の一部負担がどういふふうか、現行とそれから今後、改正後の負担が変わるのかということをお明ししていただきたいんです。

在宅総合診療料算定対象患者、いわゆる在宅診療の患者さんにとつてみれば、現行三千四百円が一萬二千円になるというふうなことになるやしないかということに非常に心配している向きもあるわけでありまして、いろいろなこと、疾患によつてそれぞれ個別な事情があるだろうといふふうに思ひますけれども、今申し上げた風邪、高血圧、胃がんについてどんな変化があるか、御説明ください。

○大塚政府参考人 高齢者のケースで、それぞれ負担能力に応じて幾つか分かれるわけでございますが、普通の一般の方といふふうな前提を置かまして、三つの例で申し上げます。

例えば、風邪で診療所に初診をいたしました。処置を受ける、この場合、一定のもちろん前提を置いてございまして、医療費としては三千四百六十円程度、モデルでございすけれども、こうなりますと、一割でございすから三百五十円の御負担。現行でも一割の定率をとつておられる病院ではそういうございす。一方定額を採用される当たり八百五十円でございますので、そういうケースよりは負担が軽減されるケースもあるわけでございます。

同様の前提を置きながらということでございますが、高血圧症で再診に医療機関を訪れた、この場合、五千四百円というモデルでございす。五千円程度。これは、その一割でございすから五百十円の負担。従来ですと、これも定率の場合

は同様でございますし、定額の場合をとつておられれば八百五十円、これは同様でございます。

胃がんのケースでございますが、これも一定のモデルをつくりますと、胃がんで三十日入院をされた、もちろん手術をされたということでございます。医療費が百六十八萬余り、百六十八萬二千七百三十円、これもモデルでございます。こうなりますと、現行の制度の方の御負担は、高齢者一般でございますと、限度額にぶつかりますので、三萬七千二百円、今回限度額の見直しがございますので、これが四萬二百円になる。

ただいま申し上げましたことは一般の方でございますから、二割負担の対象になる方はもちろん負担がふえますし、あるいは低所得者の拡大をいたす考えでございますので、そういう低所得者の対象が広がるということによつて軽減される方もある、こういった例でございます。

○鴨下委員 あともう一方の話として、七十歳から七十四歳の高齢者の患者負担についてがはつきりしないところでありすけれども、この七十歳から七十四歳の高齢者が七十五歳以上の高齢者と扱ひが変わるか、大体同じようなことなのかということについて、一番心配しているのは、七十歳からの方々なんですけれども、どういふふうに変わるのか、変わらぬのか、このことについて副大臣、説明をお願いいたします。

○宮路副大臣 今回の改革におきましては、老人保健制度につきまして、特に後期高齢者に施策を重点化するといった観点から、拠出金の負担の対象となりす高齢者の年齢を七十歳から七十五歳に引き上げさせていただきます。そして同時に、その老人保健制度に対する公費負担の割合を三割から五割に段階的に引き上げるといったことにはいたしておるわけでありす。

しかしながら、患者負担につきましては、委員御案内のように、昨年十一月の政府・与党社会保険改革協議会において取りまとめられました医療制度改革大綱を踏まえまして、七十歳から七十四歳の高齢者につきましても、七十五歳以上の高齢

者と同様の取り扱いをするというふうに、患者負担についてはそういう負担にさせていたでいているところでありまして、したがって、今度の制度改革の実施、施行に当たりましては、御指摘のようにならざるに混乱が起らないように、しっかりと御理解がいただけるように、誤解を生じないよう、わかりやすい形で周知徹底に努めてまいりたい、こんなふうに思っております。

○鴨下委員 あともう一点ですが、今回の診療報酬改定で医療保険と介護保険の機能分担の明確化、こういうような意味合いから、長期入院患者に対しての特定療養費化を行ったというようなことでありますけれども、この措置の意義と、それから前回の当委員会の中でも五島委員等からいろいろと指摘がありましたように、例えば、一部難病だけでなく、経管栄養を受けている人だとか、それからかなり重い褥瘡を持っているような人たちが百八十日過ぎたらもう特定療養費化されて、外へ出なきやいけない。こういうようなことになる、これはまた問題なことが起こるんだらうと思っております、そのことについてお答えをいただきたいというふうに思います。

○大塚政府参考人 今回の診療報酬改定における長期入院の方に対する特定療養費化の導入、特定療養費制度を活用した見直しについてのお話でございますが、かつて、あるいは今日に至るまで、いわゆる社会的入院につきまして、こうした状況を改善するための措置を強く求められてまいりました。かつては、一般病床における社会的入院と言われたような状態がございまして、これにつきまして、療養病床の整備あるいは介護保険制度の創設といった形で大きく改善が図られてきていると思っております。

今日におきましては、いわゆる療養病床の中で、福祉施設やあるいは在宅で対応できる、御生活いただけるという方が相当な割合に上るといって御指摘がございまして、これに対する対策という観点から、今回の特定療養費を活用した制度の見直しを行ったわけでございます。

基本的な考え方といたしましては、そういう背景でございまして、医療と介護の機能分担を明確にして、それぞれの体制整備を図りながら、適切なサービスが適切に行われるようにというものが、基本的な我々のねらいとして導入したものでございます。

それから、それに関連いたしましたして、その対象となる方の問題でございまして、既に告示によりまして、一定の状況にある方につきまして、例えば難病の患者さんでありますとかいう方につきましましてはこの特定療養費の対象としないということも明らかにしておりますが、これに準ずる人たちもあるわけでございまして、これは具体的には、今後、現場の意見、あるいは有識者の意見も含めましてよくお聞きをいたしまして、おおむね夏ごろまでには、これに準ずるものという形の範囲を明らかにしてまいりたい、その際によく現場の御意見も承りたい、こんなふうに考えているところでございます。

○鴨下委員 時間が来ましたので終わりますけれども、今、最後に大塚局長がお話しになりましたように、例えば、百八十日過ぎてもどうしても入院していきなさいいけないようなケースについて、詳細にいろいろと適用拡大について御検討いただきたい、このように思います。

またさらに、たらい回し等についての話も本当は聞きたかったんだけれども、時間が無いものから、きょうはこれにて終わらせていただきます。ありがとうございます。

○森委員長 次に、井上喜一君。

○井上(喜)委員 保守党の井上喜一でございます。

社会保障制度を安定させていく、あるいは充実させていくということは、老後の生活設計で欠くことのできないものでありますし、最近のように、少子化が進行する、あるいは高齢化が一段と進行するような状況の中におきましては、国民生活にとって大変重要なものとなってきています。私、そのような観点から、きょう御質

問をさせていただきたいと思うんです。

今回、これは三回目の審議だそうでありまして、あるいは多少サブるようなことがあるかも知れませんが、お答えをいただきたいと思っております。

まず最初に、今回のこの改正案、まとまるまでに紆余曲折がありましたこと、私ども報道等で承知しております。私がお伺いしたいのは、坂口大臣、今日の案のように、国民にかなりの負担を求めていくものになっておりますけれども、こういうものを実施する前に国としてやるべきことがたくさんあるんじゃないか、まずそれをやってからこういう改革をやるべきだ、こういうような御主張をされてきたように何うのでありますか、最終的には、国務大臣として内閣の方針に従って今日のような改正案をまとめられたと思うのであります。今、この心境を率直に、どのようにお考えなのか、お伺いをいたしたいと思うんです。

○坂口国務大臣 今回のこの医療制度改革の決定をいたしますまでには、いろいろの皆さん方の御意見もございましたし、私自身も、自分の考えておりますことを主張させていただいたところでございます。

最終的に、一番論点になりましたのは、抜本改革案と現在のこの改革案をどう順序立てて行うかということでございます。私は、過去にもそういう経緯があったわけでございますので、抜本改革をまずやって、しかる後に三割負担、あるいは保険料の引き上げといったことをやった方がいいのではないかと、そのかわりに、来年の四月一日までに抜本改革の方向性、そして概要、そうしたものを急いで決定させていただきますと。決定いたしますから、結果としては同じになりますから、それを先にやって、そして万が一そこでできなければ、この三割負担というの、これは先送りをしてはどうでしょうか、こういうことを私は申し上げたわけでございます。

しかし、今までも、そういうふうにしておるとなかなか抜本改革というのが決まらなかった。したがって、四月一日というこの三割負担の日を切ることによって、抜本改革がそれまでに行われる、そういうこともあり得る、こういう御主張が一方であったわけでございまして、私は、いざれにいたしましたも、四月一日にこの保険料、あるいはまた自己負担というものが上がる、しかしその前に、それじゃ抜本改革を断行させていただきます、少々荒っぽいですが、それでもやらせていただきますというのを申し上げて、話し合いがたいわけでございます。

したがって、現在の保険制度が実施される時期と、それから抜本改革の骨格がで上がりますと同時に同時決着ということにしたいというふうに思っているわけでございます。

○井上(喜)委員 そういたしますと、この法律原案の検討過程におきまして大臣御自身がお考えになっておりましたことは、基本的には今も同じ考えでありますということだと思っております。だから、法律案は出したけれども、並行してこの改革案につきまして検討して方針を出すということ、当初お考えのその線に沿ってこれからこの法律改正を含めて改革を進めていく、このように理解をいたしましたのであります。

そこで、せんだって厚生労働省の方から将来の人口推計が発表されました。それを拝見いたしますと、やはり少子化、子供の出生数がだんだん減ってくるという傾向は一段と顕著になってきていると思っております。また、長生きをする、この傾向も非常に明確になってきたと思っております。いうところの少子高齢社会の到来であります。

私、こういう社会を前提にいたしますと、どうも従来の考え方で、あるいはその延長で社会保障制度を仕組んでいくというのはなかなか難しくなってきたんじゃないかと思っております。いつかは大きな改革が必要だと思っております。

その一つとして、非常にお金がかかる社会になつてきているのであります。改めて国民負担率というのが問題になってくると思っております。

私、このように社会を前提にいたしますと、どうも従来の考え方で、あるいはその延長で社会保障制度を仕組んでいくというのはなかなか難しくなってきたんじゃないかと思っております。いつかは大きな改革が必要だと思っております。

その一つとして、非常にお金がかかる社会になつてきているのであります。改めて国民負担率というのが問題になってくると思っております。

私、このように社会を前提にいたしますと、どうも従来の考え方で、あるいはその延長で社会保障制度を仕組んでいくというのはなかなか難しくなってきたんじゃないかと思っております。いつかは大きな改革が必要だと思っております。

その一つとして、非常にお金がかかる社会になつてきているのであります。改めて国民負担率というのが問題になってくると思っております。

私、このように社会を前提にいたしますと、どうも従来の考え方で、あるいはその延長で社会保障制度を仕組んでいくというのはなかなか難しくなってきたんじゃないかと思っております。いつかは大きな改革が必要だと思っております。

その一つとして、非常にお金がかかる社会になつてきているのであります。改めて国民負担率というのが問題になってくると思っております。

かつては、国民負担率というのは五〇%ぐらいがいい線だ、こんなことが言われたのであります。今、最近時点の人口推計を見まして、大臣自身、国民負担率というのはどの程度が適当とお考えなのか、お伺いをしたいと思います。

○坂口国務大臣 今後の少子高齢化の進展によりまして、いわゆる二〇二五年時点における社会保障に必要な負担というのを計算しているわけですが、それは百八十二兆円になりまして、そのうち保険料負担が百二十四兆円というふう計算が出ております。こういう計算は、その前提条件としてどういことを置くかということによってかなり変わってくることはお許しをいただきたいというふうに思いますけれども、現在のところの延長線上で計算をするとそういうことになるということになります。かなりの額になります。

そして、社会保障負担といたしましては、二〇二二年におきましては八十二兆円で二二・五%でございます。これはいわゆるNI比でございますが、これが二〇二五年になりますと三三・五%になるわけでございます。それで、そのうちで保険料だけで見ますと、保険料は現在五十八兆円で二六%、それが二〇二五年には百二十四兆円で二二%になる、こういう数字になってまいりまして、かなりこれは厳しい数字になってくるなというふうな率直に私もそう思っております。

これに、ほかに税もあるわけでございます。いたしますから、この保険料の負担、このままで、今のままでいきますと、負担し得る限界を少し超えることになる可能性があるというふうに思っております。それから、制度改革、そしてどんな形にしていこうかということ、このことをよく念頭に置いて議論を進めなければならぬというふうなふうに思っております。

○井上(喜)委員 国民負担といえますのは、租税の負担と社会保障料の負担、これを合わせたものであります。そのうち、社会保障料の負担につきましても、今現在、社会保障料は、医療にして

も年金にしても介護でもそうでありませうけれども、現役世代にかなり負担がかかっているわけですね。そういうような仕組みになっているわけでありまして、少子高齢化社会になってまいりますと、そういうような制度がいつまで続くのか、大変問題になってくる。しかも、国民負担という大きな制限もあるわけですね。ですから、何でもかんでも税でやれと、税に置きかえていけばいいじゃないかということにもならないと私は思うのです。

そういうことで、社会保障料自身のありようにつきましても検討していかないといいないんじゃないか。つまり、だから本人負担とか自己負担というんですか、こういう考え方をかなり取り入れていかないと社会保障制度自身が成り立たないと思うんです。この社会保障方式による保障方式だつて成り立たなくなってくるんじゃないかと私は思うんです。その点について、大臣、どういふぐあいにお考えですか。

○坂口国務大臣 これは先ほど鴨下委員の御質問にもお答えをさせていただいたわけでございますが、現状のままでどう進んでいきますと、保険料につきましても一〇%、一〇%というのは千分の十ですね、ですから二〇%というのはいくらか、ということに近づいていくといえますか、そうならざるを得ない。これも保険の額として、医療保険の額としては一つの私は限界ではないかというふうな思っています。

それから一方、自己負担としては、三割が一つの、いわゆる保険としてです。保険として、公的保険としてやります以上、自己負担三割、そして保険料一〇%というのはこれは一つの限界ではないかという気持がいたしております。これをどうとらえようかという趣意でいくことになりまして、いわゆる保険としての意味合いというものが一体何か、保険の趣旨というのが何かということとが問われてくることにはならないかというふうには私は心配をしているわけでございます。その辺のところを一つの目安としながら今後のこと

を考えていく必要があると思っております。

○井上(喜)委員 したがいまして、社会保障制度としてはある種の限界みたいなものがある、こういうお話だと思っております。国民負担というふうなことはいいいまして、国民負担というふうなことからいいますと、これまた限度があることである。したがって、その調整をどうしていくのかということ、したがって、社会保障料の方でいうと、なかなか負担を願えないから、それでは税でいこうじゃないかというわけにもまいらぬわけですね。

とすれば、当然のこととして、自己負担といいますが、そういう考え方が出てくると思うのであります。あるいはみんなが助け合うような、そういう制度といえますか、そこはやはりどうして検討せざるを得ないと思うのです。大変難しい問題でありますから、今すぐ結論はこうだといふぐあいにはまいらぬと思っております。けれども、そういうことを検討しないといけないような状況になっているんじゃないか、こんなふうな思っています。今の大臣の御答弁はそういう趣旨を含めてお答えいただいたものと考えます。

それからその次に、今度は法律になりました、法律本文の方はいろいろと御質問があると思っております。私は、この附則の関係で主要な点を幾つか御質問いたしたいと思っております。

附則の第二条第二項というのです。ここで、手順とか具体的な内容について年次計画をつくって、それを基本方針としてまとめる、これを平成十四年度中にやるというようなことになっておりますが、その第一、保険者の統合再編を含む医療保険制度の体系のあり方について、これをもう少しわかりやすく我々に説明していただきたいのです。具体的にどういう事項について、あるいはそういう事項についてどういう方向で基本的な方針をまとめていくのか、現時点で明らかにできることをひとつ御説明をいただきたいと思っております。

○大塚政府参考人 今後基本方向を定めていくべき事項として、最初に医療保険制度の体系、これ

には保険者の統合再編を含んで、体系のあり方に関して基本方向を定めていくということが定められていくわけでございますけれども、今回の御提案を申し上げておきます制度改正によりまして、ある意味で長年の課題でございました給付の面で制度を超えまして一種の統一を図る、七割給付でございますし、例えば乳幼児については八割、これは制度横断的に統一の給付にするというのが今回の本体の方の改正に含まれておりますけれども、そういう意味では、給付率の統一が随分と進んでまいってきておるわけでございます。

一方で、今度は負担の面にも着目いたしました。さらに制度間の負担の格差を調整していくということが必要になってくる。特に、今後高齢者がふえる中で、そうした観点が必要になってくる。これが制度体系を考える際の基本的なバックグラウンドだろうと思っております。

将来の姿といたしまして大別いたしますと、制度あるいは保険者も含めてということになります。制度を一本化していく。現在、国保、健保というふうに分かれておられますけれども、これを一本化していく方向が一つございます。あるいは、制度間あるいは保険者の分立は基本としては認めながら、例えば財政調整という形で負担の調整をしていく。大別すると、この二つぐらいの方向があり得るのだろうと考えております。

ただ、そのどちらを選ぶかというときの議論としてどうしても出てまいりますのが、制度間で雇用形態とか所得の捕捉の問題がかなり違うといった社会実態の問題がございます。あるいは、事業主負担をどう考えるのか、公費負担をどう考えるのかといった問題とも当然絡んでまいります。これらの論議を整理しながら考えていかなければならない。

そのほかに、当然、保険制度でございますから、効率的な保険運営ができるのか、自主的な運営が確保できるか、あるいは最近の就業構造の変化、雇用の流動化といったような社会変化の実態に対応できるかといったような観点も加えなければ

ばならないと思っております。

いずれにいたしまして、そうした将来の方向を議論しながら、当面は、五千というような大変多い数でございますが、保険者の統合再編を進めて財政基盤を強化していくという方向がステップとしてはその間に考えられる。これも、その具体的な方法でありましてか手順でありますとか、これはもう少し検討しなければなりませんけれども、そうしたステップもとりながら、将来の方向、先ほど申しました、大別してどちらの方に向かうのかというあたりを今後議論しながら、時間は限られておりますけれども、十四年度中ということでございますから、その期間内に大きな方向を基本方向として検討し、作業を進めてまいるといふことにいたしたいと考えておるところでございます。

○井上(善)委員 医療保険の制度というのはそれぞれ経緯がありまして、やりやすいものから手をつけてきた、それが今日、このようないろんな制度があり、制度間の矛盾もある程度出てきているというような状況じゃないかと思っております。

しかし、ここまで各医療の制度が整ってきまして、これはやはり国民の側から見ますと、制度によつていろんなことが違うというはおかしいと思っております。保険料が違うとか受けるサービスが違うというのはおかしいと思つたので、やはり究極的には制度を一本化していくことじゃないかと思つたのです。

今の局長の御答弁を聞きますと、そういうようなことも見据えながら、検討の一つの大きな項目として検討していくんだというお話だと伺つたんでありますが、ぜひともこれは、そう急激にすべてを一新するという改革はできないにいたしまして、ある種の段階を踏んでこの改革が進められるらうと思つたんですけども、ぜひとも、できるだけ制度を一本化していくような努力が必要じゃないか、私はそんなふうに思つた。その次に、高齢者医療の創設をしていくということでもあります。

私は、これは本会議で大臣に御質問いたしましたら、大臣は、答えはもう大体でき上がつていんだ、何案かはでき上がつていんだ、あとはどれをとるかということだ、こういうような御答弁だつたと思つたんですけど、二つぐらい、選択する案としてどんなものがあるのか、大臣自身の頭の中にあるものをひとつお聞かせいただきたいと思つた。

○坂口国務大臣 これは今までからいろいろ言われておりますように、一番大きいものは、高齢者医療というものを独立させてやっていくという方針でございます。独立をさせますときには、それに対してその財源をどういうふうにしていくかという問題はついて回ってくるわけですが、とにかく独立をさせて別枠のものをつくるというのが一つの方針。

それからもう一つは、いわゆる突き抜け方式でありまして、今までの組合健保なら組合健保の中にお入りになつていらっしゃる皆さん方は、高齢者になつてもその組合健保の中で最後まで面倒を見てもらう、そして国保にお入りの方は国保でいく、こういうことがあるわけでありまして、一番大きく分けますとこの二つ。そのほかに、またそれぞれに対する、多少変化をさせたような考え方もございますけれども、私は大きく分けるとこの二つだと思つたのです。

それぞれ一長一短あることも事実でございます。やはりこれから先、雇用の流動化というものが起つてまいりましたときに、一体それがどういふ影響を与えるか。特に突き抜け方式のときには、あちらの保険、こちらの保険、例えば、組合健保から政管健保、政管健保から国保というふうに移り歩く人たちがあつたときに、その人たちが最終的にどこで見るかというふうな問題もあるというふうな思ひますし、そうした問題も突き抜け方式のときには出てくるわけでございます。今度は独立方式でやりますときには何が問題かといへば、一部やはり高齢者の皆さん方からも保険料を出していただかなければならないことにな

りはしないか。そうなりましたときに、それが可能かどうかという問題が今度は出てくる。

私は、そうしたさまざまな問題点を含みながら、大きく分けてその二つ、そうした中で決めていかざるを得ないらうというふうな思つております。

○井上(善)委員 独立型かあるいは現行制度を前提にしたある種の調整型か、その二つのうちの二つだろつたことですが、大臣自身としては、それぞれ長短はありますが、心情的にはどつちの方に傾いておられるのですか。

○坂口国務大臣 それを私が今言うてしまふと、これから御審議をいただく先生方に大変失礼なことになるわけでございます。そこをお決めたことのためにお願いをしていくわけでございます。私から先に私の心の中を申し上げることは失礼でございますので少しお許しをいただきたいというふうな思ひますが、その二つのうちのどちらか、こう思つていらっしゃるわけでございます。

○井上(善)委員 今、高齢者医療制度とよく似た制度で介護の制度があるんですね。介護は、一応今は別の制度になっておりますが、実は医療と介護の境界線というのは、あるようでないわけでありまして、私自身は、これはやはり一本化した方がいいんじゃないかというふうな感じがするんです。そして、やはり財源としては主として消費税を充てていく、そういうことがよろしいんじゃないかと思つておられますか。

○坂口国務大臣 こもかなり複雑になつておりますし、いろいろありますから、将来、もう少しすっきりとした形にした方がいいのではないかと、これは私個人はそう思つております。とりわけ介護保険と医療保険というのは、保険の中心、いわゆる保険としての性格もかなり違つておりますので、そうしたこともこれからどうするかということになるらうというふうな思ひます。

までどおり、現在のようにならぬ一部介護保険にしているのか、それとも、医療の中でやりいただくこととはこれはもう医療保険にお任せをするのかと云つたことが、これは初めから問題になつたことと云つておられますけれども、そういうことも今後もう一度考えていく必要があるであらうというふうな思つております。そういたしませんと、だんだんだんだん介護保険も保険料が大きくなつていくということにならざるを得ませんから、やはり医療の世界で持つていただくことは持つていただくということ、医療保険制度をどうするかということ、これを考えていただく方がよいのではないかと云ふに私個人は思つております。

○井上(善)委員 次に、二条二項です。この三番目に、「診療報酬の体系的見直し」ということも挙げられておられます。これは一般論としてよく言われているんですね、いろいろな問題がある。これは特に医師、診療側からそういう話が出てきているんでありますけれども、もう少し具体的に、見直しの対象となるような項目といふか事項を挙げていただきたい。そして、その見直しの方向性、どういう方向で見直すのか、お答えをいただきたいんです。

○大塚政府参考人 診療報酬体系の見直しも重要な課題でございますけれども、今の時点で詳細に云つていくのはなかなか難しいと思つております。

いずれにいたしましても、現在の診療報酬体系はさまざまな経過を通つておりますけれども、基本的には、昭和三十年代にその基本的な枠組みができたわけでございます。当時の背景からいいますと、まだまだ医療提供体制が今日のような状況とは全く異なる時代でございます。疾病構造につきましても、急性疾患が中心であるいは伝染病のような感染症などもまだまだ多かったという時代でございます。さらには、医療の提供の主体につきましても、診療所が圧倒的にその役割を担つておつた時代というふうな、社会的あるいは医療を取り巻く環境が大きく違つた時代にその骨格がつくられてまいりました。

もちろん、その後累次の改正を経ておりますけれども、やはりこうした現在の体系ができた背景を考えますと、今日の急速な医療技術の進歩あるいは医療提供体制の変化に適応しているのかどうか、あるいは非常に繰り返しての見直しが行われてまいりましたので非常に複雑になってわかりにくい、その過程で、医療技術とか医療機関の運営コストというのがどこにどう反映されているとかいうのがなかなかわかりにくい。こういった点が指摘をされている主要な論点でございます。

したがって、こうしたことを御指摘を受けながら、今後の診療報酬を定めていく基準でありますとか尺度、そういったものをきちんともう一回組み立ててみるというあたりから作業を始める必要があるのかなと考えておるわけでござい

具体的になりまして、その結果によるわけでございますが、内容的に申し上げれば、ただいま申し上げましたような問題意識に立った上で、医療機関の機能あるいは規模などに応じてどういふような診療報酬を支払うのがよしいのか。さらには技術、医療技術でございますが、医療技術の難易度とか診療実績というものをどうやって評価していくのか。あるいは、急性期、慢性期といった患者の状態に応じた評価をどうするのか。その基本には、望ましい医療といましようか、あるべき医療の姿を考えながら整理をしていかなければならない、こういったような課題であろうと思っております。私どもさらに検討を進めますけれども、随時有識者あるいは関係者の意見も聞いて、整理をして検討していくというところが必要であろうと考えております。

○井上(喜)委員 診療報酬の中身というのは本当によくわからないもののようにありますので、十分なる検討をお願いしたい、こんなふうには思います。

あと、もう時間ありませんので、一つだけお伺いしたいんです。

これは附則第二條第六項であります。ここには

苦情の処理体制の整備だとか、あるいは情報の収集、分析等の体制の整備だとか、これはいずれも大事でありまして、いずれこういう案ができませんと、それ自身について検討されると思っております。

そこで、私はここで伺いたいのは、三番目、医療保険各法及び老人保健法の規定による保険給付の内容及び範囲のあり方について見直しをする、こう書いてあるんですね。これは私、大変重要なことだと思っておりますが、一見何気ないようでありますが、医療給付の中身等について、主としてどういふところを見直しをされようとしておられるんですか。それをお伺いしたいと思います。

○大塚政府参考人 保険給付の内容及び範囲というテーマでございますから非常に広うございまして、どういふ視点で検討していくかということ自体が当然一つの課題になるわけでございまして、その辺の整理が要するという前提で、これまでどのような議論あるいは御指摘があるかということころから例示を申し上げます。

例えば食事あるいは室料といったような医療の、周辺とは申しませんが、医療と密接に関連をいたしますが、医療の中、外、また微妙なあたり、その辺のサービスというものをどう考えていくか。あるいは逆に、非常に高度な医療、先進医療、これも現在の制度の中でも一定の整理はしておりますけれども、基本に立ち返ってどんなふうにかえたらいいのか。

それからさらに、非常に難しゅうございまして、そう簡単に結論が出るものではないかもしれませんけれども、御指摘がよくございましては、終末期の医療についてどんなふうにかえていくのか。それは保険給付の考え方でアプローチするの、また別途の議論があるかということも含めてでございます。

さらには、少し性格が変わりますけれども、医療保険の中には、一種現金の給付がございます。例えば傷病手当金でありますとかその他の現金給付でございます。こうした水準やら範囲をどう考

えるか。

非常に広範囲な御指摘がございますから、どういった観点で取り上げていくかということも含めて、よくよく議論をしていかなければならぬと考えております。

○井上(喜)委員 どうもありがとうございます。終わります。

○森委員長 次に、水島広子君。

○水島委員 民主党の水島広子でございます。四月十九日にも私は衆議院本会議で申し上げましたけれども、このたびの政府の健康保険法改正案には大変な憤りを感じております。政府・与党は、医療の抜本的な制度改革を先送りし、必要な改革を全くしないままに、今回の健保法改正案のように患者負担増だけを求めたり、良心的な医療者を追い詰めるような小手先の財政対策ばかりを行ってきたというのは、既に周知の事実でございます。

何と云っても、私が最も強い憤りを感じるのは、小泉首相の公約違反でございます。

被用者の自己負担が二割から三割に引き上げられた当時の厚生大臣であった小泉首相は、一九九八年六月の委員会でも次のように答弁しておられます。「そこで問題は、どのように総合的に抜本的に制度改革をしていくか、また医療皆保険制度をどのように安定的に今後とも維持、発展させていくか、そして良質な医療を提供していくか、このような問題につきましては議論が尽きるところまで進んでいると思っております。できるだけ早く結論をまとめまして、平成十二年度実施に向けて全力を投球していきたいと思っております。」このように、堂々と、きっぱりと明言されているのです。

もちろんそれが全く実現していないどころか、予定を二年も過ぎた今なお抜本的な改革が先送りにされたまま、今度は二割を三割負担に引き上げようというのですから、本当にあきれてしまうわけでございます。

政治家、それも大臣の公約というのはこんなに軽いものなのでしょうか。政治家は口だけだか

ら信用できないと言われてしまっても、何も言い返せないのではないのでしょうか。政治不信の根がこのようなところにあると私は切実に思っております。これは野党の一員として言うのではなく、本当に一人の有権者として私ははつきり申し上げたいと思っております。こんな問題は本当に私は重大であると思っております。

今回の健保法改正案の附則には、医療保険制度の給付率については将来にわたり七割を維持するものと書かれています。この附則の重みについて、坂口大臣は先日の委員会でも、重いものだと言及されております。坂口大臣のお人柄を考えると、もちろん本気でしゃべっているのだと思っております。でも、当時の小泉厚生大臣の公約が、いとも軽々と破られた後、その小泉内閣の大臣から大臣の言葉は重いと云われても、信用できないのが当たり前の心理ではないでしょうか。大臣が何か言うたびに、どうせそんなことは守られるわけがないと思わなければならないとしたら、そんな不幸な国民はないと思っております。

日本を危機的な状態から救うためにも、政治への信頼を育て、政治への関心を高めることは最優先の課題です。政治不信を払拭するためにも、小泉首相の身内である坂口大臣が、まずは小泉首相の公約違反をきちんと批判して総括することが必要だと思っております。この健康保険法改正案の議論を始めるに当たりまして、今ここで坂口大臣にやっていたらいいと思っておりますけれども、いかがでございますでしょうか。

○坂口国務大臣 水島議員のいつも歯切れのいいお言葉を聞かせていただきました。大変光栄でございます。

さて、小泉首相も、自分が厚生大臣のときに公約した抜本改革というものが、なるほど、その後、薬事の問題でございまして、部分的には確かに進んでおりましたが、これは大変残念な抜本改革ができていなかった、これは大変残念だということを言っておみえになるわけでございます。

というのは、首相御自身がやりになって、それでずっとそれが続いてきたわけではなくて、その御主張をなすつてすぐその後おかわりになったものですか、なかなか思うように自分の主張したことがそこで実つてこなかったという思いを私はお持ちだというふうに思っております。したがしまして、総理が、どうしてもやはり今回は抜本改革を坂口さんやってくれと、これはやはり抜かなきゃならない、もうどうしてもやらなきゃならないからそれを頼むというのを、前々から実は言っておみえになったわけでございます。

ちょうど、もう一年前になりますけれども、五月の二十三日、忘れもいたしません、ハンセン病の訴訟の控訴断念を決定されましたときに、その直後に、控訴断念をと言われたその直後に、小泉総理は、坂口さん、次は医療制度改革だ、医療制度改革の中でも抜本改革だということをおとしましおっしゃいます、ぜひ坂口さん、そのことを忘れずにやってくださいということをおっしゃいます。

私も、以来、この抜本改革につきましての事をいろいろやってきたんですが、正直申し上げて、小泉総理がそういうふうにおっしゃったんですけれども、後を引き受けました私も、今回の医療制度改革のときに同時にその案を提出することができなかった。大変私も残念だというふうに思っております。しかし、それにはその理由がございます。抜本改革が抜本的になればなるほど、他の分野との関連が大きくなってくるんです。例えば税制改革をどうするかとか、そうした他の分野との関連が非常に大きくなってくるというふうなことで、ずるずると延びてしまうというところがございます。

そこで、今回の医療制度改革を行うにつきましても、平成十五年の四月一日から実際には三割負担になり保険料の上昇というものが起こる、それだけでこの抜本改革の決着というものをつけるという強い姿勢で今臨んでいるわけでございます。その中には、今まで言われてこなかった保険料の一元

化の問題も非常に大きな問題でございますし、もちろんその中には高齢者保険のあり方というものも含めてその決着をつける。

そして、もう一つは診療報酬体系。先ほどもございましたけれども、診療報酬体系のあり方、非常に複雑怪奇でわかりにくい。これには明確な尺度、物差しをつくって、どなたがごらんになりましてもここはなぜ高いか低いかわかるということが明確にわかるようなことを、明確にしていこう。

それにもう一つは、厚生労働省自身が絡みまますところの問題、例えば年金、医療、介護等の徴収の一元化の問題でございますとか、あるいは社会保険病院等の整理合理化といったような、自身が痛みを分かたなければならぬような問題の決着をこの八月までにつける。

そうしたことを明確にしなから、今回のこの医療保険制度改革をお願い申し上げます、そういうことにした次第でございます。

○水島委員 政治不信といえ、私はこの国会の出席率というの政治不信につながるかなと思っておりますけれども、現状の、特に与党の皆様は委員の、御出席の方に申し上げても仕方がないのかもしれないと思いますが、この空席の多さをぜひ御注意いただければと思っております。さて、今の御説明、実情はそれとおなじなんでしょうかと思っております。実情はそれとおなじなんでしょうかと思っております。実情はそれとおなじなんでしょうかと思っております。行政の弊害ということについては触れさせていたいただきたいと思っております。また、真剣に進めようとするほど他省庁との兼ね合いの問題にぶつかっていくということも、全くそれとおなじなんでしょうかと思っております。だからこそ、官僚にはできない、そのトップに立つ政治家が解決していかなければいけないことであって、だからこそ、国会議員である坂口大臣が大臣として省庁のトップにいららっしゃるのであると思っております。その大臣のリーダーシップに本心に心から期待を申し上げたいと思っております。私がおもいます問題は政治家の言葉の軽さとい

うことであるわけですが。小泉首相の当時の答弁、読めば読むほど本当にはつきりと、いかにこの問題が簡単であるかのようには語られております。

私は、現実には大変難しい問題だということをお知らせしているわけでございますけれども、できないことであればできないと言わなければならぬ、確かにの省庁とのおつきり合いがあつてできないのであればそれをそのまま表現すべきであつて、自分の力とかが足りないのかということもあつて、いければそれをそのまま表現すべきであつて、そのように本心に心からの正しい誠実な一言一言があれば国民は今の政治でこの問題なことを理解することができまじ、どのような人が大臣に座していけばいいかといったことが可能になるかといふことも理解できるのではないかと思つております。

でもししないことを、あなたも今すぐにもできるかのように発言をしているこの当時の小泉厚生大臣の答弁というものの問題の大きさというところを私は改めて感じていたと思いますが、少なくとも、この委員会で坂口厚生労働大臣が御発言される内容につきましては、そのように軽々しく言うのではなく、本心に、現状を誠実に坂口大臣らしく一言一語語つていただけたらということば幸いでございます。

○坂口国務大臣 先ほど申しましたように、経緯はそういう経緯で来たわけですが、抜本改革はもう避けて通れない、どうしてもやり抜かなければならぬ問題であります。縦割り行政の話も先ほど少し触れたわけですが、私もそこまでする必要はないか、何年かの段階で私もそこまでする必要はないか、どこかがやはり決定をして、そして先鞭をつければ全体が動かない、全体が同じに動くのを待つていたのではなかなか動かないということをおもいます。私がおもいます。

今度は、他の分野がたとえ動かなくても、厚生労働分野の医療保険制度につきましてはそれを動かす、先鞭をつけて動かす、他の分野に議論を巻き起こすということがやはり大事ではないかというふうに思っております。そこは責任を持ってやらせていただきたいと思つております。

○水島委員 だまされるという声も聞かされてはきておりますけれども、私は、本心に、坂口大臣を信用できなくなつたら日本の厚生行政は終わりはしないか、そのくらいの気持ちを持つてここからの質問をさせていただきます。党利党略の野党の意見というふうにはくれぐれも受け取らないでいただきたいと思つて、本心に一人の有権者として、そして小さな子供を持ってこれからの日本の将来を真剣に憂へている一人の人間の声として、ぜひ真剣に受けとめていただければと思つております。

それでは質問に入らせていただきます。私たちが、医療保険制度改革の議論を進めるためには、まず医療そのものが国民に信頼され、かつ医療を取り巻く環境の変化に十分対応し得るものとならなければならぬと思つております。その基盤をつくる一つが、私たちが、医療の信頼性の確保向上のための医療情報の提供の促進、医療に係る体制の整備等に関する法律案、いわゆる患者の権利法を通して提案をしております。医療情報の提供の問題でございます。

四月十九日の衆議院本会議で、患者の権利法についての大臣の考えを我が党の釘宮議員が質問されました。それに対して大臣は、何でも法律で決めるというふうな趣旨の答弁をされました。でも、現在の余裕のない医療現場を考えますと、制度としてきちんとつくらなければなかなか前進しないと思つておられますけれども、もう一度この点について御答弁いただけますでしょうか。

〔委員長退席、鴨下委員長代理着席〕
○坂口国務大臣 ちよつと最初のところを聞き漏

らしましたが、医療情報開示のお話でございまして、医療情報開示につきましては、いわゆる医療の質を高めるという意味で避けて通れない問題だと私も思っております。ここをどう進めていくかというところでございますが、一方におきましては、今現在電子カルテの問題等が進められておりますし、この電子カルテの問題がかなり進んでまいりましたら、これは飛躍的に進むんだらうというふうに私は思っています。

現在、医療機関等に調査等をいたしますと、もし御本人の申し出があれば開示をいたしますというのとは大体九割近くになっているんですね。そのデータが正しければの話でございますけれども、そういうふうになっております。ですから、以前に比較をいたしまして、情報開示というものがかなり進んできていることは間違いございません。ただし、まだその一割ぐらいのところはしていないというふうにお答えになっていて、そういうところもあるわけでございますから、さらに一層、我々としては、情報開示を進めるようにどうするかということをやっていくかなければなりません。

釘宮先生からも御質問を先日本会議でちょうどいいしたわけでございますが、それは法的に縛るべきだということも一つの御意見でございます。しかし、すべてのことを法律で縛るといえるのではなくて、できることならば医療機関が、医療機関の一つの意思としてそういうふうになっていくことが望ましいというふうには私は思っているわけでございます。

しかし、これがどうしても意思として進まないということがあるならば、それはそのときに考えなければならぬ問題だというふうには思っております。できる限り医療機関の意思によってそういうふうにしていただけるようにしていきたいというふうには思っている次第でございます。

○水島委員 今までの時点で既に遅々として進まなかったという評価をされている方もいるんじゃないかと思えますけれども、少なくとも、今の大臣の御発言に基づきまして、では、どのように自発的に進めるような仕組みをつくっていくかという点も、もう少し具体的にお聞かせいただけますでしょうか。

○坂口国務大臣 一つは、病院の方の広告規制等の緩和の問題がございまして、これは四月にも第一弾を行ったところでございますが、いわゆる病院の中の専門性、治療方法あるいは手術件数等々を明確にしていこう。このことがいわゆるカルテの開示の問題とは直接にはかかわりませんけれども、そうした規制緩和を行うことによりまして、患者の皆さん方に、病院の選択の幅を明確にすると思っております。選択してもらいやすくするといったようなことをしていかなければなりません。

それから今度は、一つは、IT化との関連におきまして、カルテの記載の仕方、いわゆる用語の標準化といったものも現在進めております。そして、電子カルテを導入しやすくするというのを現在行っております。それによって相互にカルテが、内容が病院から病院へ示されるということにもなりますし、そのことは、ひいては患者の皆さん方にもそれを開示していただきやすい、わかりやすい形にしていきたいというふうには思っております。

ただ、今までのようなカルテの書き方でたとえ見せてもらっても、何が何やらわからないというのでは、これはならないわけでございます。患者の皆さん方がごらんをいただくにしてもそれがわかるような内容のカルテにしていくということも大事なことでございますので、そうしたことをこれから進めていきたいと思います。

公的機関によりインターネットを通じまして、この問題等につきましてやっておりますが、これは、一々個々の問題ではございませんで、トータルでどうかということを示す話でございます。すから、個々の内容の開示ではございません。トータルとしてはこういうことだということの開

示、そうしたことも進めていきたいと思います。思っている次第でございます。

○水島委員 もちろん、そういうことを進めていくことは必要不可欠で、今御指摘のあったように、確かに、今のカルテというのは患者さんに見せることを前提に書かれていくカルテではございませんので、今それを全部開示しろと言われても、それ自身が意味がなかったり、あるいは有害ですらあるような現状もあると思っております。ですから、書き方から何か含めた、これはかなり抜本的な改革になるんだと思います。

また、電子カルテも大変結構だとは思いますが、これも、ただ単に電子カルテを導入するといった場合にも、当然、年輩のお医者さんにはかなりお気の毒なことにもなっております。また、これだけ抜本的な改革をしていく、きちんとしたスタンダードな用語でカルテを記載し、患者側に十分な情報を含んでいるようなものをきちんと書いていくこと、それが電子的に処理をされたり、またきちんと迅速に開示できるような状態にしていくこと、また、カルテを見ればいいだけの話ではなくて、当然、それについて誠意のある説明をしていかなければいけないわけがございますので、これは、医療現場で働く立場の人間にとっては、率直に申し上げると、負担がかなりふえる作業にはなりません。だからこそ、制度としてきちんと確立をして、その負担を十分に補ってあげるようないろいろな仕組みを仕掛けていかなければいけないと思っております。だからこそ、私たちが、これだけ大きな一つの法案として提案をさせていただいているわけがございます。

なかなか、そのような努力を医療現場から自発的にというのを待っていても、やる気があっても日々の診療に追われてとてもできないというのが、良心的な医療者であってもそれが現実だと思っております。これは、私は行政としての責任は大きいのではないかと思います。

今のような観点をもう一度きちんと取り入れていただいた上で、きちんと期限を切って、どのような仕組みをつくっていくかというふうなことを御検討いただきたいと思いますけれども、今十分なお答えをいただけないのであれば、また後日委員会、この診療情報の問題についてはいろいろな角度から質問させていただきたいと思っておりますが、今もう一言、じゃ、お願いいたします。

○坂口国務大臣 厚生労働省の中でございますけれども、保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン公表というのを十二月二十六日から始めておる。これは、医療制度改革の試案をつくるという作業の一つでございます。患者さんの視点、医療提供者の視点、基盤整備、この三つを中心にして、昨年の十二月二十六日にスタートいたしました。

かなり回数を重ねておまして、この七月には、医療供給体制の改革に関する考え方、中間取りまとめを発表することになっております。そうした中で今まで議論をしてまいりましたことも明確にしたいというふうには思っております。その中に一部含まれていることも事実でございます。

○水島委員 今決められていることはもちろん上げました内容、坂口大臣も医師御出身ということでございますので、かなりのことをしなければならぬ進んでいかないと、いま一度抜本的な問題として考えていただきたいと思っておりますし、ぜひ私たちが提出をしております法案にも御理解をいただき応援をしていただければ、改めてお願いを申し上げます。

そして、さらに基本的な問題が教育であると私は思っています。どんなすばらしい制度をつくらうとしても、そこで医療を施す医師の質が低ければ、行われる医療の質も低くなってしまふのは当然のことです。

現在、二〇〇四年度からの臨床研修の必修化に向けて医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会で議論が行われておまして、四月二十二日に

出された中間取りまとめ案を私も拝見いたしました。この時点で何を伺っても、それはこれからの議論を待ってということになるでしょうから、本日は大臣の基本的な考え方ということでお伺いしたいと思います。

臨床研修の中で、例えば三カ月で一つの科を回るといような方式にいたしますと、体験ゼロの研修医がやってきて、三カ月かけて教えたところでほかの科へ動いていきます。そしてまた体験ゼロがやってきて、というようなことが際限なく続いていくことになるわけです。こんな体制ではとても臨床研修がまともな成果を生むとは思えないという声が現場からは既にながら聞いております。

そもそも、一人の指導医が何名ぐらいの研修医を指導するのが望ましいかというようにすることも含めまして、臨床研修制度をきちんと機能させるためには最低限どのような条件が満たされている必要があると大臣はお考えになりますでしょうか。

〔鴨下委員長代理退席、委員長着席〕

○坂口国務大臣 この臨床研修につきましては、いろいろの角度からのお話が出ておりますが、まず最初に大事なことは、この臨床研修医の皆さんがアルバイトをすることなしにちゃんとやっていける体制をまずつくらないといけない。これはもう一番の根っこ、根っここの話だと思っております。ですから、そこを、その財源を確保して、そして、そんなにたくさん、あり余るほどの給料は難しいと思いますけれども、少なくとも外にアルバイトに行かなくてもいいような所得というのが得られるようにしてあげないといけない。そして、労働時間というものにつきましても、ちゃんとそれが守られるような形にしてあげないといけない。これが一つだというふうなふうに思っております。

その上で、どういう病院をこの研修病院にするかということにかかわってくる話でございますが、確かに、この研修病院に、今までは大きい病院が研修病院になっていたわけでありまして、大学病院でありますとかあるいは国立病院あ

たりのところが多かったわけです。しかし、考えてみれば、そういう大きい病院だけを研修にしているというふうなところかという気も率直に言っています。たとえ小さな病院であったとしても、それが地域にありまして、いわゆる地域医療というものがどういふものであるかということややはり勉強していただく、そのためにはかえって地方の病院であった方が、そのことがよい勉強になることもあると思います。

いわゆるプライマリケアと申しますか、一番最初にどういふふうに対応するかということがわかれば、あとはまた勉強で進んでいくわけでございますから、一番最初のそのプライマリケアのところをどう扱うかということが多くの医師はわかりにくくなっている。だから、そこを行いますためには地方の病院で、そのかわりに、地方の病院であれば全部の科がそろっていないかもしれない。そうした場合にはその病院と連携をして、近くにありますが病院とをセットで考えてもいいし、あるいは中には開業医の先生の御協力をいただくということでも私はいいと思うんです。実質的にその皆さんが本身に身になるような研修が行われることが大事ではないだろうか、必ずしも大きい病院に限る必要はないというのが私の考え方でございます。

そうしたことで、さらにそれをどう進めていくかはまたこれから細かく詰めるなければなりませんけれども、そうした基本的な考え方のものでやっていく。

ただ、先ほど御指摘になりましたように、三カ月ごとというのが短過ぎるというお話は、それは場合によってはそうかもしれないが、しかし、過去のいわゆる研修医制度のときにはなかなか三カ月もございませんで、一カ月交代ぐらいなところでぐるぐる回ったという経緯もございまして、確かに短かったという気は私も率直に言っておりますが、しかし、限られた期間の中で一巡してそれぞれの大事なところを勉強するというところでございますから、期限というものはある程度

お許しをいただかざるを得ないのではないかと、私は率直にそう思っております。

○水島委員 今大臣がおっしゃったこと、アルバイトをしないで済むようにとか、あと大きな病院に限る必要がないとか、その点については全く同感でございます。

ただ、これは、今期限のことをおっしゃいましたけれども、私も三カ月が長い短いということも言っているわけではなく、つまりそのように三カ月単位で回していかなければいけないのだとすると、問題は、どのような状態の人をどのような体制で受け入れるのかという、そこが問題になるというふうな考えております。全くの白紙の状態の人が来るのか、そして受け入れる側が極めて貧弱な体制で受け入れることになるのか、そのところはきちんと手当てをしておかなければいけないと思っております。

今、日本はOECD諸国の中でも医療密度が低いと言われているわけでございますけれども、これは何も患者さんにとつての医師の密度が低いということだけを意味するのではなくて、この臨床研修ということを考えますと、研修医にとつても指導医の密度が低いということにもなるわけでございます。私はこの今の日本の医療全体が抱えている問題がそのままこの研修医問題にも引き継がれてくると思っております。

だからこそ、この人手の問題、一名の指導医が何名の研修医を、責任を持って、できれば専従で指導していくような体制がとれるかということも、この研修医制度がきちんと機能していくかどうかの重要な分かれ目になるのではないかと、思っておりますので、ぜひ、今後の議論を取りまとしていっていただくとともに、本当に人手がどれだけかけられているかということに十分な御注目をいただきたいと思います。

形だけアメリカ式の臨床研修をまねても、アメリカでは御存じのように十分な数のスタッフが研修医に張りついて指導をしているわけでございますので、きちんとそのような中身にまで注目をし

て見ていかないと、形式だけまねをして結局機能しなかった、医者の側から見ればモラトリアムの時代が二年延びただけだった、そんな結果にならないように、きちんと機能する体制をつくっていただきたいと思います。

そして、アルバイトをしないで済ませるといふのはもちろん最低限の条件であると思っております。私自身も研修医の時代、月に二万五千円しかいただいておりますので、アルバイトをしながらどうにかやっておりましたけれども、それはいつても、アルバイトをしないでちゃんと自分が研修を受けている病院にいた日というのも当然、週に六日程度ですか、ございまして、その中で自分が果たして十分な臨床研修を受けたかという、必ずしもそれは言えないというのが現状です。で、アルバイトをしないで済むというのが本当に最低限の条件であって、その上に、今申しましたように、少なくとも、人手という観点からどれだけ臨床研修に割けるかということが一番大きなポイントになってくるのではないかと思っております。

そして、もう一つの方の、どのような状態の人をそこで受け入れるかということなんです、これについては、ちょっと、卒前教育にも関係してまいりますので、この後にお伺いしたいと思っておりますけれども、ここで臨床研修のプログラムについて一つ御質問をさせていただきたいと思っております。

私が拝見しました限りでは、中間取りまとめ案には精神科のセの字も入っていないわけでございますが、臨床研修のプログラムには精神科は入ることになるのでしょうか。

精神科を研修内容に入れる必要性については、二〇〇〇年十月に厚生委員会でも質問しましたときに、当時の福島豊政事務次官が、「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うことにございまして、そういう観点からいいますと、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は思います。」と答弁されています。

患者面接がうまくできなかったり心を診ることのできない医師への反省が言われている今の時代においては、当然、精神科でのトレーニングが必要だと思います。

また、内科受診患者の二割がうつ病と言われております。また、身体的な異常がないのに繰り返して検査を要求する身体表現性障害の患者さんも相当地いますので、精神科を研修の中核に入れるべきだと私は思っておりますけれども、この点についてはいかがでしょうか。

○宮路副大臣 研修内容につきまして、研修プログラムであります。この内容は、先ほど委員の御指摘のあった中間取りまとめ案をいただいたとしますと、そこで、「幅広い基本的な診療能力が身につけられるよう、基本的な診療科のローテーション」とともに、具体的な研修内容を明示する。」というふうな中間取りまとめの中にもなっております。

申し上げるまでもなく、今度の必修化したしす、義務化したしす臨床研修は、プライマリケアの基本的な診療能力を身につけることを目的としており、患者との良好な関係を築くための研修のあり方という観点、そういう観点も踏まえながら、今後、研修プログラムの具体的な内容につきましては検討をさらに進めてまいりたい、このように思っております。

○水島委員 今私が質問させていただきました第一回は、今御答弁のあった患者さんとの関係のつくり方という方でございますけれども、第二部の方は、内科受診患者の二割がうつ病であったり、身体表現性障害の患者さんが繰り返して検査を要求することによって医療費をさらに膨れ上がらせているというふうな現状を踏まえまして、これは、ただ単に良好な関係が築ける一般の医師としての素養に加えて、やはり精神科というところで研修を受ける必要があるのだということをお申

し上げたんですけれども、いかがでしょうか。

○宮路副大臣 今の御指摘は、最近、身体表現性障害、そういった病気が申しましようか、そういう疾病も多く見られるといったようなことも踏まえながら、精神科を研修科目として取り入れるべきである、こういう御指摘だということに理解をいたすわけでありますけれども、先ほど御答弁申し上げましたように、そういった具体的な診療科目をどういふかという今後研修プログラムの中に取り入れていくかということにつきましては、精神科領域の専門家の方々も含めてさまざまな関係者から現在いろいろな御意見を賜っているという過程にあるわけでありまして、今後、御指摘の患者と医師との良好な関係を構築するための研修のあり方といった観点も踏まえながら、どういう研修科目にするか、どういう診療科を研修の対象とするかといったことについて具体的な検討を進めていきたい、こう思っております。

○水島委員 今、精神科医も含めて話を聞いているというふうにおっしゃいましたけれども、私が先日伺いました限りでは、確かに精神科医がヒアリングの講師として来てはいるようでございますけれども、そのときの発言は、精神科医としての発言ではなくて、あれは四病院団体協議会でしたか、後でちゃんと訂正していただきたいと思っておりますけれども、その立場としての発言だったというふうな何とおります。

あくまでも、例えば今申しました、本当に、うつ病で見られる身体症状の問題、また身体表現性障害の問題、こうしたところは、最近、前よりもぐっとわかってきたことが多くある領域でございますので、ぜひそこはきちんと押さえていただきたい、精神科を入れることの必要性を認識していただきたい、それは特にお願いを申し上げたいと思っております。

後になって苦勞するのは医者本人でございますので、きちんとそこで患者さんまた医療者双方にとってスムーズな医療が行われていくように、プライマリケアの一つとしてそのような視点を入

れることが必要だと思っております。

次に、卒前教育と卒後教育の役割について伺います。

例えば、コモンディージーズを一通り診断したり対応したりできるようにするのであれば、卒前でも十分なはずだと言ふ人もいます。文部科学省の方でも、知識詰め込み型で十分な臨床能力を身につけることが困難であったなどの反省のもとに、医学・歯学教育改革に取り組んでおり、モデル・コア・カリキュラムを作成しています。

先ほど私は、臨床研修のときにどのような状態の人を受け入れるかというのが一つの重要な要素だと申しましたけれども、どのような状態の人をつくるかというのが卒前教育の役割であるわけです。

○宮路副大臣 私の方からお答えさせていただきますが、卒前教育につきましては、これは委員御案内のとおりだと思っております。医師として、まず基本的に備えるべき知識そして技能の修得、これを行うことが卒前教育の目的であるというふうな承知をいたしております。そして一方、卒後研修であります。これは侵襲性の高い行為など医師免許取得後でない実施できないといった研修も含めまして、診療に必要なプライマリケアの基本的な診療能力、そして、医師としての人格の涵養、これは先ほどの中間報告にもそのようなことがうたわれているわけでありまして、そういうことを行うことが卒後研修の目的であるというふうな私にも整理をさせていただいております。

○水島委員 今の御答弁は、書類上そうなっているというふうか、そういうことなんでしょうけれども、ちょっと次の質問はぜひ大臣にお答えいただきたいと思ふので、現在、学校教育は一律文部科学省の担当、そして卒業すると厚生労働省の担当ということになっているわけござい

ます。

今の御答弁の中でも、医師としての基本的な素養は学校教育で文部科学省が担当して、そして、それだけれども、何か、医師としての人格を養うということとは卒後でというふうな、何だかよくわからないところがあるわけございまして、これも、担当省庁が違うということについて、これは実は、今、司法制度改革の法科大学院の議論の中でも、法曹について同じような議論が出ていくわけございまして、質のよい医師を育てるという一つの目標の中で、単に卒前であるか卒後であるかという区別だけで担当省庁が変わるという今の仕組みについて、私はこれは典型的な縦割り行政だと思ふので、これはこれについて率直に大臣のお考えをお聞かせいただけますでしょうか。

○坂口国務大臣 医学教育及び卒後教育の問題、いつも問題になるわけでございますが、確かに、大学時代の管轄は文部省で、卒業されますとそれが厚生労働省になるということは、現実の問題としてそのとおりでございますけれども、たとえ同じ省庁にいたとしても、その中で局ごとに分かれておりましたとか、いわゆる縦割りがあつて、現状におきましては、同じことになつてしまふ。むしろ、省庁は違いますが、医学教育、それが卒前、卒後、その時期的な違いはありますが、これも、一貫性のあるものにしていきますためには、文部科学省とそして厚生労働省がいかにか連携をしていくかということにかかっているんだらう。そこがスムーズにいかかっているらう、それは省庁が違つてもいいんだらうというふうな思つてい

ます。

ただ、今までの場合に、いわゆる卒前教育の問題につきましては文部科学省にすべてお任せ、そして卒業してしまつたらこれは厚生労働省にすべてお任せというふうな、完全では、話し合いもされてはおりますけれども、ややそういう嫌いがある。そこにやはり一番問題があるんだらうというふうな思つております。

最近、大学におきます教育もかなり多様化をきておりました。国立大学等におきましても、一年入りますと二年生から臨床のことを教えるようなところが出てまいりました。さまざまなかとが行われております。それはなぜかと言いますと、余りにも医学教育の中で教えなければならぬ分野があつてきたことだろうというふうな思いですが、部分的な技術でありまつか、あるいはそれに対する知識というものに多くの時間が費やされて、そして、卒前教育の中で、いわゆる、人間という、一人の人間をトータルで見て、それを一体どういうふうにするのかというところが十分に私は教えられていないのではないかと危惧を持っております。

そうしたことも含めまして、卒前教育の中でも基本的なこと、ここまではひとつ卒前教育でお願いをしたい、そして、卒業後においてこういうことに力点を置いて医師というものを育てていくという、やはりそこに役割分担というものも私はあるというふうな思いから、その辺のあり方というものを考えていかなきゃならないというふうに思います。

幸いにいたしました、今月からでございますけれども、文部科学省と厚生労働省との間で、いわゆる大学病院のあり方について話し合う場をつくりまして、この二十七日というふうに記憶をいたしておりましたが、私も出席をいたしました。そこです。いろいろお話し合いをすることにいたしました。そうした中で、卒前教育、卒業後の問題につきましてもできれば触れさせていただいて、どういうふうな協議をしていくかといったことも話し合いたいと思っております。

○水島委員 今の教育の問題については、非常に重要なテーマですので、今後も取り上げさせていただきますかと思っております。

また、健康保険法関連でお伺いしたいことがほかにもたくさんございますけれども、時間の関係で次に回させていただきます。一つ質、健康増進法案に関連いたしましたして、一つ質

間をさせていただきたいと思っております。

健康増進法案そのものについては、その成り立ちや思想、効果等について私自身多々の疑問を持っておりますけれども、その中でも唯一評価できる点は、たばこの問題でございます。今回、健康増進法案で受動喫煙の防止が初めて法律上位置づけられたのは、遅きに失したとはいえ、大変意義深いことであると思っております。

ところが、その内容を見ますと、多数の者が利用する施設を管理する者の受動喫煙防止が努力義務にとどまっているわけでございます。諸外国の法制度を見ましても、公共の場での分煙は努力義務ではなくて義務とすることが必要なのではないかと思っております。大臣いかがでしょうか。

○坂口国務大臣 喫煙の問題につきましては、初めて法律上取り上げさせていただいたわけでございますが、この喫煙の問題というのは、人によりましてさまざま意見が実はございまして、だからこの委員会の中で決めたございまして、いろいろ御意見が出るだろうというふうに思いますけれども、各立場立場によりまして本場にたゞさんの意見が出て、我々が思っておりますように一律にこれをやっていくということがなかなか難しいというのを率直なところでございまして、しかし、そういうことを言っております。進んでいきたいと思います。ここで努力義務ではございますけれども、まず取り上げさせていただきます。そして、ここをもう少し私たちが積極的に進めていきたいというふうに思っています。我々がいろいろ調査をいたしました喫煙に関することにつきましても、できるだけ情報公開をしていきたいというふうに思っております。

先日、日本の中で、非常にタールが少ないとかいろいろの数値が出ておりましたけれども、いろいろの検査方法によつてはそれが二倍にも五倍にもなつていくというふうな数字を先日出させていただきましたけれども、これすらなかなか発表することに對する抵抗というのがございまして、厚生労働省もかなり苦勞をしながら、しかし決断

をしたということでございます。

こうしたことは、これからは勇氣を持って取り組んでいきたいと思つて、喫煙問題につきましては、私たちがさらに進めていきたいと思つているところでございます。

○水島委員 大臣の御苦勞もとてもよく理解できるところでございますけれども、やはりこれだけ喫煙あるいは受動喫煙による害についてのデータがたくさん出てきているわけでございますので、これは勇氣を持って進めていくのが厚生労働大臣としての本場に大きなお仕事になるのではないかと思つておりますので、ぜひ、五年後の見直しというものがこの健康増進法の中に入つておりましたけれども、そのときには当然義務化することも視野に入れていらつしやると思つていただけますでしょうか。

○坂口国務大臣 努力をいたします。

○水島委員 また、この法案の規定について少しお伺いしたいと思つていただけますけれども、受動喫煙の防止対象となる施設は、「学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他の多数の者が利用する施設」となつておりました。ここに交通機関というものが書かれていないんですけれども、交通機関も含まれますでしょうか。

○下田政府参考人 健康増進法案の二十五条に規定しております受動喫煙防止に関する努力義務規定の中に、「多数の者が利用する施設」というのがございまして、その範囲のお尋ねだと考えております。

この範囲につきましては、受動喫煙の防止を通じて健康の増進という本規定の趣旨を考慮してまいりますと、社会通念上「多数の者が利用する施設」に該当するものであれば、広くこれに含まれると考えております。

したがって、タクシーを含む公共交通機関も、本規定に基づいて受動喫煙を防止するために必要な措置に取り組みよう努めなければならぬ

というふうな解しておると思つております。

○水島委員 今のタクシーなんですけれども、含まれるのは当然だと思つて、具体的にはどのような対応になるんでしょうか。

○下田政府参考人 タクシーにつきましては、現行におきましても道路運送法におきまして、乗客がいる場合の乗務員による車内の喫煙禁止が規定されておる。また、事業者が禁煙車両とした車内におきましては乗客に対して禁煙の要請ができるというふうな定めがあるところでございます。こういった現状もございまして、さらに適切な受動喫煙対策がとられますよう、関係省庁と連携しながら、関係業界と相談をし、協力を得ながら実施をしていきたいというふうに考えておるところでございます。

○水島委員 ちなみに、この「多数の者が利用する施設」には国会も含まれるんでしょうか。

○下田政府参考人 含まれるものと考えております。

○水島委員 そうしますと、私も入つております禁煙議連では、国会内の禁煙、分煙を目標の一つに掲げているわけでございますけれども、今回のこの法案が成立いたしますと、この禁煙議連の目標は一つ達成されたというふうな考えでよろしいんでしょうか。

○下田政府参考人 受動喫煙につきましてはあくまでも努力義務規定ということでございまして、けれども、たばこを吸わない方、吸う方、それぞれおられるわけでございますが、お互いに迷惑のかけられないような形で分煙対策をそれぞれの施設ごとに実情に応じて実施していくべきものというふうに考えております。

○水島委員 ぜひこれは、私は立法府が率先して範を示すべきものではないかと思つておりますので、国会内での議論も議員の皆様が率先してやっていたければとお願いを申し上げます。また、ここで書かれております「学校」なんですけれども、これは学校という建物だけを意味す

るのでしようか、それとも機能を意味するのでしようか。修学旅行や移動教室など、学校に関連する活動についても含まれるものなのではないでしょうか。

○下田政府参考人 厳密に考えておりますのは、学校の施設の中というところで考えておりますが、学校教育の一環として当然その活動をおやりになるわけでありますから、そういった教育上の観点から種々の御配慮がなされるべきもの、このように考えておるところでございます。

○水島委員 健康増進法案は、受動喫煙の防止義務が、努力義務とはいえ初めて法律上位置づけられるものでございまして、受動喫煙の害を初めて政府が公的に認めたものであるとも言えると思えます。そして、これを機に、さまざまな環境について見直す必要があると思えます。

本日は時間がありますので、一つだけお伺いして終わりにしたいと思いますけれども、例えば労働安全衛生法に基づいて出されている指針では、必要に応じて作業場内における喫煙場所を指定する等の喫煙対策を講ずることとなっておりますが、必要性の判断をだれがするかということも考えましても、この規定は実際には何も定めていないとも言えるものだと思います。労働者は一日の大半を職場で過ごしているわけですから、職場における分煙は本当に重要なものだと思います。

健康増進法の制定を機に、改めて労働環境について取り組まれる予定はございますでしょうか。受動喫煙に特定した通知を出したり、特別な義務を事業主に課したりするような予定があるかどうか、具体的にお答えいただきたいと思えます。

○日比政府参考人 職場における受動喫煙の問題でございますが、かねて、職場における健康問題ということもございまして、一定のガイドライン等は今委員御指摘のように出しておるところでございます。今般、健康増進法案ということ、こういう機会でございますので、この成立を見ましたら、私も、さらに対策を強化しなければならぬと思っております。

今、具体的にということでございますが、これは精神論だけというわけにまいりませんで、現実には分煙の手法につきましてどういふことが効果的なのかなどについても、実は今検討会ということの一部やっております、そういうことの成果も見つつ、具体的な内容については今後考えさせていただきます。いづれにいたしましても、これを機会にやはりやっていくべきものであると思っております。

○水島委員 たばこについてはまた今後の委員会でさらに質問させていただきますがございまして、最後に大臣にお伺いしたいと思えます。

冒頭に大臣は、このたばこの問題は本当に難しいとおっしゃいました。ただ、今回の健康増進法案の目的を達成するためには、厚生労働省が各都府を束ねられるようであれば、内容が骨抜きになってしまふと思っております。今までのたばこの議論を見てまいりますと、今回一歩踏み出さずとも、どうも、そんなことが本場に厚生労働省にできるのかということには大いに疑問を持っております。縦割り行政の中で他の省庁を束ねられないのであれば、例えば内閣府に健康増進本部を置いて、環境政策も含めて根本から健康問題を考えるなど、法律の組み立てを変えなければならぬのではないかと思っております。

たばこ対策において大臣がリーダーシップを発揮できるかどうか健康増進法案の成否を占うことにもつながると思えますけれども、最後に大臣の決意表明をお聞かせいただきまして、質問を終わらせていただきます。

○坂口国務大臣 たばこに關します問題といたしましては、喫煙に対します問題のほかに、たばこを生産する生産者の問題でありますとか、税制の問題でありますとか、さまざまな問題がございまして、そうした問題も込みになっていろいろ意見というものが複雑になっているというふうに思えます。

しかし、単に健康上の問題ということだけに絞り込んでいけば、これは厚生労働省が積極的に働きかけをしなければならぬわけでございまして。そして、これはもう科学的なデータとしましても、たばこの与える害というものは明確になっているわけでありまして、明確になっております以上、これは厚生労働省が中心になりましてしっかりと対応しなければならぬというふうな決意をしております。

○水島委員 ありがとうございます。

○森委員 次は、山井和則君。

○山井委員 よろしくお願いたします。民主党の山井和則です。

もう時計も十一時十八分になりました、昼、御飯どきになってまいります。坂口大臣を初めとする御答弁の方々、傍聴の方々、一時間という長い質問であります、とにかく二十一世紀の私たちの健康、そして命にかかわる重要な法案の審議ですので、どうかよろしくお願いたします。

まず、きょうは資料をたくさん配らせていただきました。こういう資料を見ながらじっくり質問させていただきますと思えます。そして、きょうは三割負担の問題、情報開示の問題、そして老人医療費や社会的入院、介護基盤整備の問題、このようなこれからの医療制度改革に関する重要なことについてお伺いしたいと思います。

まず、私、この連休にスウェーデンにちよつと行きまして、医療と福祉の調査をしてまいりました。スウェーデンでは病院と地区診療所に分かれております。すぐに大きな病院に行くのではなくて、まず基本的には地区診療所に行くというシステムです。

しかし、単に健康上の問題ということだけに絞り込んでいけば、これは厚生労働省が積極的に働きかけをしなければならぬわけでございまして。そして、これはもう科学的なデータとしましても、たばこの与える害というものは明確になっているわけでありまして、明確になっております以上、これは厚生労働省が中心になりましてしっかりと対応しなければならぬというふうな決意をしております。

○水島委員 ありがとうございます。

○森委員 次は、山井和則君。

○山井委員 よろしくお願いたします。民主党の山井和則です。

もう時計も十一時十八分になりました、昼、御飯どきになってまいります。坂口大臣を初めとする御答弁の方々、傍聴の方々、一時間という長い質問であります、とにかく二十一世紀の私たちの健康、そして命にかかわる重要な法案の審議ですので、どうかよろしくお願いたします。

まず、きょうは資料をたくさん配らせていただきました。こういう資料を見ながらじっくり質問させていただきますと思えます。そして、きょうは三割負担の問題、情報開示の問題、そして老人医療費や社会的入院、介護基盤整備の問題、このようなこれからの医療制度改革に関する重要なことについてお伺いしたいと思います。

まず、私、この連休にスウェーデンにちよつと行きまして、医療と福祉の調査をしてまいりました。スウェーデンでは病院と地区診療所に分かれております。すぐに大きな病院に行くのではなくて、まず基本的には地区診療所に行くというシステムです。

三割にアップというのは、明らかに逆行しているのではないかと思います。

この点について、坂口大臣、答弁をお願いいたします。

○坂口国務大臣 景気というのは、今さら私が申し上げるまでもなく、これはかなり心理的な要素が影響するものであることは間違いないというふうに思います。

医療の場合に、将来ともに安心できる医療制度をつくるということが安心を生むのか、それとも、現在の自己負担がふえるということが不安を助長するのか、そこは私一概に言えないというふうに思っています。多くの皆さん方は、現在もさることながら、将来においていかに安定できる、いかに安心できる制度がつけられるかということにより多くのウエイトをお持ちになっているのではないかと考えております。

ですから、確かに二割から三割になることは厳しいけれども、しかしそれは、二割から三割になるといっても、どんな病気でもそれが三割になるといってわけではなくて、例えば風邪を引きまして病院へ行きますと、これは確かに三割を払っていただくわけにはいかない。しかし、例えば胃腸で、虫垂炎で入院をして手術をされるということになりますと、大体二・五割ぐらいになってくる。あるいはクモ膜下出血等がありまして入院される人の平均的な治療費は大体七十数万円でございますから、そうすると、この人たちにとりましては、大体一割払えばできる。胃がんで入院される方で見ますと、百数十万円から百七、八十万円になりますから、大体〇・五割、必要な額の五割ぐらいのお支払いになれば済むということになりますから、大きな病因になればなるほどその対応というものは楽になるわけでございますので、私は、そうした制度をつくり上げていくということが多くの皆さんの安心を生む。

そのことよって、私は景気にもそれは影響すると思っております。ただ単に、二割から三割になるといって、単純にそれだけで私は景気に影響する

とは考えておりません。

○山井委員 その見解の相違であります。合理的な面が大きいとおっしゃいましたけれども、まさにその負担増の象徴が今この三割の自己負担になっていると思えます。

でも、抽象的な議論をするよりは具体的にお聞きしたいと思いますが、では、患者さん一人当たりにとつて負担増は幾らぐらいになるのか。これは、サラリーマンの方や高齢者の方によつて、今まさに大臣がおっしゃったように、違ふと思えます。患者さん、医療にかからない人はちよつと置いておいて、かかる方の一人当たりの負担増は幾らか、そのことを御答弁お願いします。

○宮路副大臣 御指摘は、三割負担の導入による患者負担の増がどうなるかという御指摘だろうというふうな思っております。私どもは、それがスタートいたします平成十五年度から十九年度までの五年間の単年度平均では四千亿円程度というふうに見込んでおるわけでありまして、一方、薬剤費の一部負担の廃止がありまして、それによつて一千九百億円程度に負担が減少するということでありまして、それをトータルいたしますと二千二百億円程度の増というふうに見込んでおるところでございます。

今回の制度改正によつて、それでは患者一人当たりの一部負担がどういふぐあいになるかということでありまして、私も、患者それぞれにかかる医療費につきましては、そういう統計を持ち合わせていない、そういうデータを持ち合わせていないということでございます。患者一人当たりというだけでは、残念ながら、今具体的なその影響度を申し上げることができないということでございます。

○山井委員 先日は押しなべて数字を小沢議員に出していただいて、大体何人ぐらいの患者さんがかかるかというのわかるわけですから、その患者さん一人当たり平均幾ら負担増になるか三割負担でわからないというの、それはちよつと答弁

にならないんじゃないですか。事前通告もしているわけですから。

○宮路副大臣 この間小沢委員の御質問の際に申し上げた数字は、今の総額二千二百億円の増を国民一人当たりというところで計算をいたしますと年四千亿の増、こう申し上げたわけでありまして、一方、七十歳以上の方については、一人当たり八千円の増、トータルでは一千四百億円の増と申し上げたわけでありまして、これは一人当たりということでは申し上げていない、これは患者一人当たりということではないということでございます。

○山井委員 いや、ですから、患者さん一人当たりで押しなべて割って答えてくださいと、きのうお願いしたわけですか。お答えください。

それは、赤ちゃんと全然かかっていない人を入れても、数字がまたあれしてくるわけですから。

○宮路副大臣 ですから、今、先ほど申し上げたように、私どもはレセプトをもとにして、そして医療費がどうなっているかということをつかんでおるわけでありまして、レセプトですね。したがって、患者一人一人がどうかということに基づいて、そういうレセプトに基づく資料を患者一人一人についてさらに整理し直すということをやっておりますので、今申し上げたように、トータルの患者が幾らおられて、そしてその患者お一人当たり増が幾らであるというふうな数字を示すことができないということを申し上げているところであります。

○山井委員 それはまた今後もお聞きしたいと思いますが、やはり全く医院、お医者さんにかからない方も国民の中かなり多いわけですから、その方々の平均ではなくて、やはり、医療にかかるといって一人当たり幾らぐらい増かというの、これだけ重要な法案なんですから出すのが当然で、それはわからないけれども、この法案通していただきたいというの、私は非常に、余りにも不誠実なんじゃないかなというふうに思います。

それで、こういう負担増の受診抑制のものを一九九七年の部分も調べてみましたら、とにかく低所得者への影響が大きい、受診抑制も低所得者が大きいということでありました。

そこで、先ほど坂口大臣、とにかくこの財政をもたせることの方が安心感につながるということなんですから、この三割負担をとにかくおくらせても、聞いたところでは、政管健保の保険料が八二パーミルから八三パーミルに上がるといふことをおっしゃったんですけれども、私は、この三割負担というものを取り下げてでも、最悪の場合、保険料の方に回してもやる方が、やはり苦しまれる患者さんの負担をふやすというの一番不安を高めることになると思ふんですね。その意味で、やはりこの三割負担をずらしていく、それで何とかその間に、後でも触れますが、医療制度の抜本改革をやつて、削れる部分を削っていくという方向に転換すべきではないでしょうか。

○坂口国務大臣 トータルとしての御趣旨は私も十分に理解できます。削るべきところは削つていかなければならないというふうに思っています。削らなければならぬ部分には幾つか種類があるというふうに思いますが、いわゆる現在とられております制度の中から生じておりますむだと申しますか余分なもの、例えば、年金や医療や介護や雇用だというような保険を集めておりますのに、個々ばらばらにみんな集めていく。個々ばらばらに集めましたらそれだけ人件費もたくさん要るわけでございますし、同じ厚生労働省が管轄をいたしております分野でございますから、そうしたものは一元化をして、一緒にみんな出していただくということにして財源を削減していくといったようなことをやらなきゃいけないというふうに思っています。

それからもう一つは、現在のこの診療報酬体系の中でむだがあるのかないのかということ、なかなか難しい話なんです。見方によつてこれは違う話なんです。ただし、ここにつきましても、先ほども出しましたが、診療報酬体系の基準と

いうものを明らかにして、これこれの基準でこの診療報酬体系は点数を決定しますという基準を明らかにして、皆さん方に御理解をいただけるようにする。

率直に言つて、今、この診療報酬の決め方につきましては、そんな言い方をしますと後ろに並んでいる諸君は怒りますけれども、厚生労働省は鉛筆なめて決めているのと違うかという不満がかなりあちこちからあるわけです。そんなことはない、私は言い切っておりますけれども、しかし、そこは、基準が明確になつていないがゆえにそういう疑問も生じるということでございますから、そこは基準を明確にして、そして、その基準の中で見たら、これはもつと削れるのではないかと、もつと少なくてもいいのではないかと、この部分も私はあると思う。そうした面は明確に私はしていかなければならぬというふうに思っています。

そうしたことを、これは必ず行つたということをお約束して、今それを鋭意進めさせていただきますというところでございますから、そこは御理解をいただきたいというふうに思っています。

○山井委員 まさに今の、どがむだな部分かというところなんですが、情報開示についてお伺いしたいと思つています。
まさに過剰診療、そういうむだな部分、良心的な医療の部分はもちろんきつち守つていかないとだめなわけです、しかし、そのむだな部分がやはりあるのではないかと。そのことは、情報の開示なくしては判定できないと思つています。

今回の健保法案の附則の中にも、まさに「医療及び医療に要する費用に関する情報の収集、分析、評価及び提供に係る体制の整備」ということがこの二百四十六ページに出ておりますけれども、やはり先ほど大臣の答弁にもありましたように、医療情報を開示していくということとよい医療をやっていくということはセットであるわけです。それについては、私たち民主党も、患者の権利法を、先日の衆議院本会議でも私が提案理由説明させていただいたところであります。

そして、今回、国民に負担のアップを迫る以上は、中身のことは置いておいてとにかく負担を上げてくださるというのにはやはりおかしなわけで、負担アップを迫る以上は、中身のこともきつちりわかりやすくしますよという必要があると思つています。

そこで、レセプトの本人への開示についてお伺いしたいと思います。こちらに資料が出ておりますけれども、その現状についてお答えください。
○田村大臣政務官 レセプトの開示にしましては、平成九年に「診療報酬明細書等の被保険者への開示について」という通知を出させていただきました。

もう御承知のとおりだと思つてありますけれども、当該レセプトを開示することによって本人がみずからの傷病名を知つたことによつても治療上差しさわりのないというような旨を保険医療機関等々に確認した上で開示をするというようになつておるわけでありまして、現状であります。平成九年から平成十二年までの間でありますが、平成九年から平成十二年までの間でありますが、開示請求に係るレセプト、これが存在する場合であります。これにしましては、請求件数の九九・二％、部分開示も含めてでありますけれども、これだけが今開示をされてきております。

以上です。
○山井委員 今、本人が病氣のことを知つていないという状況であるならば開示することなんですけれども、そうしたら、繰り返しになりますけれども、本人が自分の病氣のことを何でも、自分に都合の悪いこともわかつていいということと言つた上ならば、一〇〇％開示してもらえますか。

○田村大臣政務官 そこは、当該医療機関の主治医の方々がどう判断されるかという部分になるんだと思うんですけれども、要は、がんであるとか重大な病氣等々知つたことによつて、やはり診療上いろいろな問題といえますか不備が生じてくる、本人の精神的な面もあると思つています。そう

いうものも含めてどう判断するか、医療機関がどう判断するかということになると思つています。

○山井委員 そこは非常に重要なことなので坂口大臣にお伺いしたいんですが、今まさにがんとかそういう場合、本人がもう何を言つてもらつても結構ですということをおっしゃれば、繰り返しになりますけれども、お医者さん一〇〇％のレセプトを開示して下さるわけですか。

○坂口国務大臣 そこは、本人が言えばそれに対しておこたえをするというのが、原則は私はそうだろうというふうに思いますが、ここは御家族の意見というものはあると思つています。

昔、ある陸軍の将軍が、結果はどんなことであつてもいいから、日本軍人だから私はびくともしないと云われて、あなたはがんでつと云つたらばつたりその場で倒れたらという話がまことしやかに我々の世界では伝わつておりました。そういうことも現実問題としてないとは言えないわけでありまして、できる限りその患者さんに長生きをしていただく、少しでも気持ちの上でも張りを持つて治療に励んでもらうといひますときに、本当に真実を知つた方がいいのかどうかというのには、正直なところは際どいところだ。いろいろ、私はその人によつて違つていう気もいたします。

御本人は、それは知りたいという気持ちに駆られるだろうというふうに思いますから、原則そうするということはいんどうというふうには私には思いますが、しかし、家族の立場からすれば、患者になつてこの人はどうしてもやはりそうすれば絶対に落ち込んでしまふ、だから、これは本人がどう言おうと言わないでほしいという御家族からの言ひ分等も私はある場合があるのではないかと、そういうふうに思っていますから、そうしたときにどうするかという問題は、その主治医が総合的に判断をしなければならぬ問題ではないかというふうに思っています。

○山井委員 でも、本人がどうしても知りたいと言つて、家族も知らせてもらつてもいいと言つた

ときに、それでもなおさら教えない、あるいはレセプトを開示しないというのでは、それこそ患者とお医者さんとの信頼関係がそもそも成り立たないと思つています。ですから、そういう意味では、そういうことは本人が告知していいということには、私は一〇〇％レセプトの開示はなされるべきであると思つています。

そのことに関して幾つか私も声を聞いてみたんですけれども、例えば、明細のわかる領収書もらう運動をされている団体の方々に聞きますと、そういう領収書を欲しいと言つたら、先生に書いてもらうのには千五百円必要と言われた。領収書もらうのにお金がかかるというケースや、領収書と組合保険からもらった証明書の金額が全く違つたので治療をしたお医者さんに問い合わせたところ、差額の領収書を発行するからなかつたことにしてほしいと言われたとか、こういうケース。

あるいは、ある大学では、大学の授業の一環で、学生にレセプト開示をお医者さんに行つて言つてみなさい、そういうものがありました。例えば、一つは、ある病院に学生さんが行つたわけですね。毎回、今までかかつていた病院よりも新しい病院は、四倍以上の金額を請求され、納得がいかないので、その病院に対してレセプト開示請求してみると、まず、レセプトは開示しません、領収書は書きますよということを言われました。そこで、その領収書に書いてくださる料金の内訳に説明はいたさないのですかとお聞きしたところ、なぜしないといけないのですか、何か不都合でもあるのですかと、かなり語調を強めた様子でおっしゃいました。そのため、料金をお支払いするときに、ただおっしゃられた金額をお支払いするのではなく、その内容を知つて納得した上でお支払いしたいのですと申し上げたところ、現在そのようなことはしていないし、今も考えていませんという答えであつた。先生はたまたま治療中でのこの件に關してお話できません、その事務所の方は随分怒つておられました、私もかなり怖かつたです。そして、今後も医療

かというふうを考えております。

○山井委員 まさに、今、小川参事官からもお話がありましたが、本人の同意を得てということなんでしょう。ですから、本人の同意が得られないんだつたらそういう報告は医療機関にする必要はないし、まさに田村政務官の話でも当初はそういう発言がありましたから、もうこれが行われて数年たっているわけですから、坂口大臣、もうこのことは、個人情報保護のまさにこういう法案を政府が発表しているときでもありますから、ここは除くべきではないでしょうか。坂口大臣、いかがですか。

○坂口国務大臣 このカルテにいたしましたも、あるいはレセプトの話にいたしましたも、ようやく今進み始めたところでございます。そして、その両方とも開示の方向に向けて進み出したところでございますから、それらの問題、しかし、今までそういうことになっていなかったことも、率直に言つて事実でございます。医療機関がなれていなかった。そういう、もつと言え、意識がなかったというふうにも言つてもいいと思うんですが、しかし、その辺は、カルテにしろあるいはレセプトにしろ、明確にやはり要求があればお示しをしなければならぬという方向に向かっているわけでございますから、整理をきちんとして、そしてこれがさらに進んでいくようにしなければならぬというふうに思っております。

○山井委員 ですから、もう助走期間はそろそろ終わりのわけですから、そのところは切つていいと私は思っております。

そして、次にカルテ開示についてなんですが、カルテの本人への開示の現状、これは三年たつたわけですね。この資料の六の中に、平成十一年七月一日の医療審議会の中間報告、その中で、「医療従事者の側の自主的な取組みが不可欠」ということで、「三年を目途に環境整備を推進」となっております。その三年がこの六月でたつわけですから、その現状と、現状をどう認識しているかということをお答えください。

○田村大臣政務官 先生おっしゃられましたとお十二年度から三年を目途に、カルテ等の記載の適正化や用語の標準化、また医療機関における診療記録管理体制の充実等々を図っていくというもので、それに向けた環境整備に取り組んできたわけでありまして、平成十三年の二月に日本診療録管理学会というところが行ったアンケートがあるんですが、これによりまして、カルテにかわる文書も含めて、約九割の病院において、カルテの開示といえますか診療情報の提供を、病院でありますけれども、行つておるといふ現状でございます。

○山井委員 この七ページを見ていただいてもわかるんですけども、例えば、「原則的に開示・提供」というのは三五・七％でありまして、あるいは訴訟を前提としたときにはもう原則的には二〇％が非開示というふうなことで、まだまだ徹底はされていないと思つております。

そして、三年をめどにやるということで、その三年がたつたわけですけども、やはりここで、自主的な取組みできつちりできていないのか、そうでないのか。実際の私のもとにも、そういう開示を請求してもしてもらえなかったという苦情がたくさん寄せられておりますが、三年をめどに推進ということ、今後その総括をどうやっていかれるのか。それで、自主的のままでいいのか、やはり法制化しないと進まないんじゃないかということとをきつちり精査する必要があると思つております。その検討についての意思をお聞かせください。

○田村大臣政務官 先ほどの先生おっしゃられました件といえますか、医療審議会の中間報告の中におきましても、自主的な取組みがいろいろの法整備をあれした方がいいのかという議論は、両論併記のように出ております。

先ほど大臣、この件にしましては水島先生の質問に対してお答えになられたと思うんですけども、これは本当に非常に大きな問題でございます。それぞれの、各方面の関係機関の意見等々を

踏まえながら議論を進めてまいりたい。確かに患者とそれから医療機関等との信頼の問題もございまして、しかしながら患者という立場からすれば、みずからの情報といえますか、病状等々はどういう状況であるか、カルテの開示を求めるといふ意見もございまして、この件にしましては、法整備をするべきなのか自主的に進めていくべきなのかというのはいろいろな方々の議論を見守りながら早急に結論を出してまいりたい。先ほど大臣がおっしゃられましたとおりでございます。

○山井委員 具体的にどのようこれから検討をしていくのか、検討会をどうつくっていくのか、そのことをお答え願いたいと思つて、昨日もそれを事前に言つておきましたので、三年をめどに推進となつていくわけですから、その三年がたつたわけですから、見直しの時期です。すね。

○坂口国務大臣 カルテの開示につきましては、現在最終的な検討の段階に参つておりました、今年度末に最終結論を出すということになつております。今後の方策につきましては、医療現場等の専門家の意見も率直に聞きたいというふうに思つております。

先ほど水島議員との質疑の中でも申しましたとおり、ただカルテを見せようというだけでは、僕は何にもならないというふうに思つております。カルテそのものが、見て、そして患者さんに十分理解のできるものであればいいわけですから、そうでない場合には、ただ単にカルテを見せようというだけでは、やはりそれに対して正確にこういうことだという説明をちゃんとしてもらわなければならぬわけでありまして、したがって、カルテも当然ですけども、いわゆる現在までの経過を十分に説明してもらつていくことが私は大事だろうというふうに思つております。そこをあわせて、そういう申し出があればできるようにしなければならぬ。

先ほど最初にも委員が言われましたように、日

本の病院は非常に忙しいんですよ、諸外国の病院や診療所に比べますと。これはやはり制度上忙しくなるようにして、私は思つております。ですから、今回、例えばお薬を渡すにしても、二週間と言つておりましたのを二十八日間というふうには延ばしたり、制限つけないいたしましたりしましたけれども、そうしたことによつて、何度か病院へ訪れなくてもいい人まで病院を訪れなければならぬように今までなつてきたということですよ。慢性の人でそんなに変化がない人は来なくてもいい。それを来なきゃならないようにして、いたといつたようなこともございまして、そうしたことも変えていくことをやらないと、一日に八十人も百人も来る中できちんとしたカルテをちゃんと一々書けといつたつて、これはなかなかできることではありません。

ですから、落ちついて診療がしていただけるような環境をどうつくっていくかということも、これはセットになつてくる話だと思つておられます。ただそれを、書いてあるものを見せる見せないだけの話ではないというふうに思つておられる次第でございます。そうしたこともこれから十分に検討しながら、患者の皆さん方の御期待にもこたえられていくようにしなければならぬと思つております。

○山井委員 まさにこれは医療の信頼を向上するためだと思つております。別に患者さんと医療機関が敵対するのではなくて、それでお互いが納得して情報開示していくことによつていい医療ができ上がる。

ところが、この資料の八にもありますように、カルテなど診療記録を知りたい人が八六・七％もいるにもかかわらず、実際カルテを求めていない。その理由は「頼みにくい」というのが三六・九％であつて、先ほども言いましたように、附則の中にも、こういう情報提供をきつちりやつていくということが抜本改革の柱になつていくわけです。

それとまさに三年間の自主的な取組みが一応行われて、それで、大臣改めてお伺いしたいんで

すが、やはりここまで抜本改革の中で医療開示という柱を入れていくことになっていく以上は、今年度末までに一つの結論を総括するというところですけれども、やはりこの場で、もう検討会をつくってそれはやっていくということ、せめてそれぐらいの意欲を示してもらわないと、年末ぐらいまでに何か答えを出しますだけでは、余りにも私は意欲がないと思います。

検討会をきっちりつくって下さい。こういうこと、いかがですか。これは重要な問題です。

○坂口国務大臣 医療の質をどう上げるかというトータルな話があるわけですね。その中には、患者さんがいろいろの治療方法を示されたときに、例えば、例えばですよ、年齢なら年齢の関係からこういう治療方法でほしいという御要望があれば、そうしたことが選択できるとか、そうした問題は私はあると思うんです。

質をどう上げていくかという中には、したがって今御指摘になりました情報の開示というものも当然あるわけですから、情報をできるだけ病院から開示していただけるように、それはトータルでうちの病院はこういうことをしていますというところも開示がされるように、そして、ここへ行けばなるほどカルテの開示もレセプトの開示もなるんだといったことがわかるようになっていけば、これはおのずから私は進んでいくものだというふうに思っておりますから、そうした方向性を目指して、そして、それを進めていく段階としてどういう手順を踏んだらいいかということも当然のことながら出てくるわけでありまして、それは、検討会なら検討会をつくって、そしてそこでやっていった方がいいということならば、私はそういうふうにするのも一つの方法だというふうに思っています。

いずれにしても、そういう医療の質を上げるといふ一つの分野の話だというふうに理解をいたしております。

○山井委員 お医者さん側にはお医者さん側の考

えがあるでしょうし、立場があるでしょうし、また患者さんの側としては、このデータにもあるように、まだまだ情報開示は十分になされていないという現状もあるわけですね。ですから、これは医療制度、医療の質を高める根本的なポイントです。今大臣がおっしゃったように、ぜひとも検討会をつくって、オープンな形で、情報開示これでいいのかということ、三年のこの総括をやっていただきたいと思っております。

次に、大臣の決意をお伺いしたいんです。

先ほど、ハンセン病のあの控訴断念の後に、抜本改革をやってくれと小泉首相から言われたと。それで、責任を持ってやらせていただきますと答えられたということなんですけれども、私ちょっと気になっておられることがありまして、先日のこの委員会での答弁で、坂口大臣の口から、私の命もそう長くはないかもしれないという発言が飛び出しましたが、これは非常に重要なことなので確認しておきたいんですけれども、坂口大臣、何としても自分の手で抜本改革をやっていくと。大臣をまさかその抜本改革の途中でかわるなんていうことはなくて、統投はされる気はあるんですかね。

○坂口国務大臣 生あるものはいつかは限りがあるわけではございますが、あすの日も予測はできないわけではございません。ましてや役職というのは、これはもう一つ不安定なものでございまして、いづうなるかわかりません。

しかし、厚生労働省は恐らく未来永劫続いていくわけではございませんから、私がいかにいかにことではないかと、私の意思を、もしも私がいなくなれば、それを完全に次につないでいくということが大事だというふうに思っています。

ですから、役所の皆さん方にも、私の身分は、これは不安定だ、いついかなることもあるかもそれはしれないけれども、私の今思っているこの医療の抜本改革のこの意思はいかなるものがあつてもなし逃げてほしい、期限も切られていて、ひとつそういうことでやり通してほしいということ

言っているわけでありまして、私の存在は別にいたしまして、必ずこの問題は今回を逃げられ、そういうふうにして思っております。

○山井委員 私は、非常に無責任な発言だと思っております。抜本改革をやり抜くという答弁をやっておきながら、自分はまだ途中でいなくなるかもしれないよと、自分自身で、この委員会でも議論する、おまけに負担増を求めるといふのは、抜本改革というのはいずれのリーダーシップでやるのかという、厚生労働大臣のリーダーシップに決まっています。責任を持ってやらせていくわけですから、せめて、私が責任を持ってやるから一緒にやりましょうというぐらいのことを言っていたらだか、それは、私たちが今質問した大臣が気がついていないという気がするんです。

そのことについて二つお伺いしたいんですけれども、小泉さんに、何としても大臣を続けさせてくれ、厚生労働大臣を続けさせてくれということをおっしゃっていられるのか、既に、それと、逆に言えば、小泉首相から、三割負担の食い逃げでなくて、抜本改革を何としてもやりたいから、坂口大臣、統投してくれよ、責任を持ってあなたがやってくれよという話、既に小泉さんから来ていますか。そのことをちょっとお聞かせください。

坂口大臣、お願いします。

○坂口国務大臣 ですから、先ほども申しましたとおり、行政は、厚生労働省は継続しておられるわけでありまして、私は厚生労働省の大臣として今お答えをしておるわけでありまして、これが継続することは間違いありません。

私自身のことは、これは私が決められる話じゃありません。これは総理がお決めになることであらうから、それは総理にお任せをする以外にございませぬ。私がここにおります以上は、私はしっかりと皆さんと一緒にこの改革のために取り組んでいくことは、それは当然でございまして、その命の果てます寸前まで、それは皆さんと一緒に

にやってみようというお誓いを申し上げたいと思っております。

○山井委員 私は、残念ながら、今の答弁というのは、今回のこの健保法の審議を象徴する答弁ではないかと思っております。抜本改革をリードするはずの人が途中で自分はいなくなるかもしれないよ、やはりそこに、私はある意味で、坂口大臣を責めるのではなくて、小泉首相が本気で抜本改革をやる気がない。もし私が小泉首相で、本当に責任を持って抜本改革をやるんだとしたら、まず厚生大臣だけは少なくとも留任だということを私なら言いますし、それぐらいのことをしないと国民は納得しない。抜本改革なんというのは、そんな途中で大臣がかわって、この健保法の審議で答弁をした人が途中でかわってできるような、僕はそんなものではないと思っております。

では続いて、時間の関係もありますので、社会的入院の問題、先ほど鴨下議員からも質問がありました。そのことについてお伺いします。

社会的入院、半年以上で特定療養費化するという調査がありまして、二百七十六の医療施設について調査した、二〇〇以上が六カ月以上入院している、医学的治療が必要なケースが四九％、それで在宅への移行が可能なケースが四九％、でないケースが一九％、介護保険施設の入所待ちが一五％ということなわけですね。要は、社会的入院だけでも、まだ介護保険施設のあきがないから出ようにも出られないというケースが一五％あるわけですね。

それで、特定療養費化された場合の入院基本料の月額徴収予定額は四万五千円ということなんですけれども、このように、確かに社会的入院だ、本人はもう退院したいと思っているけれども、まだ介護保険施設、特養などがあかない、このようなケースもやはり特定療養費の部分、自己負担アップでとらざるんではないか。お答えください。

○田村大臣政務官 先生おっしゃられましたとおり、今回の特定療養費制度への移行とい

か、長期的な入院に関して、そっちの方に移っていくと。推計で五万人ぐらいい、介護の分野に行かれる方々、つまり、ちょうど間に、はざまにいますか、はざまという言い方をすると非常に変な話なんですけれども、行きたくても行かれない方々が出るんじゃないか、こういう御指摘をいただいておりますし、我が省といたしまして、推計をいたしております。

もちろん、各自自治体には早く、早急にといいますが、計画のつとめて第二次介護保険事業計画というものを立てて整備を進めてください、その総括がゴールドプラン21という話になるわけですが、自治体を中心に据えながら、こういう問題が起らないように、なるべく起こらないように整備を促進していく状況でありまして、我が省もそのお手伝いをしっかりとてまいりたいなとは思っております。

一方で、それでも、言われますとおり、どうしても移れなくて待機せざるを得ない、そういう方々は、特定療養費化の中において自己負担というものを強いられるのはおかしいじゃないかというお話であろうと思うわけでありましてけれども、今のお話のとおり、大体、部屋料ぐらいい、月平均ですけれども四、五万円ぐらいい、最終的には一五%という話でありますから、御負担をいただく話になるわけですが、一方で、本来入りたくても、在宅、自宅におかれて入れない方々というのはおおられまして、こういう方々は、やはり御自身の生活をされる形以外ないわけでありまして、ここの平等化というものも図っていかねばいけません、公正化といいますが、図っていかねばいけません、公正化といいますが、図っていかねばいけません、公正化といいますが、図って

さばりとして、今入院しておられる方々が直接行けないためにという話になったときにどうするんだという話でありますけれども、そのために、移行期間という形で、すぐに、スタートをしたからといって、一五%ぐらいい、これは特定療養費でありますから、こちらとしてはお願いを医療機関

にしておるわけでありまして、医療機関が独自に取るわけでありまして、こういうものに関しては、すぐに全額という話ではなくて、段階的という形で、現物給付の方を低減していくという話になろうかと思っております。

ですから、大体、最終的には十六年の四月一日には完全に制度実施という話でありますから、その間になるべく、なるべくといいますが、我が省といたしまして、そのような社会的入院で、本来は介護の世界に行かなきゃならないんですけれども、それが行くところがなくて医療の方で滞留をされておられる方々というものを、なるべく早く介護の方に移っていただくように、施設整備等々、自治体を中心にしてしっかりと進めてまいりたいというふうな思っております。

○山井委員 私は、納得できませんのは、本人はもう退院したいと思っております。治療は一段落したわけですから、ところが、介護保険施設がとまっております、行くに行けない。これは本人の責任や本人の問題ではなくて、受け入れ側の保険者なり、介護保険施設なり、公の責任です。ね、それは、本人はそう希望されているわけですから。

ですから、坂口大臣にお伺いしたいんですけれども、この責任はだれにあると思われませんか。社会的入院したくないんです、本人は。もう介護保険施設に行きたいと思っております。行くに行けない。行くに行けない人に対して、さらにお金を払えというの筋が通らないんじゃないんですか。坂口大臣、お答えください。

○坂口国務大臣 病院というところは、病気がどういう状況にあるか、治療の必要性があるかどうかによつて判断をするわけでありまして、これは病気が強まるといって、あそこは、あそこは、どこかで療養をしてくださいというように、なれば、それは病院としてはそこまでということに私はならざるを得ないというふうな思っています。では、そのときに皆さんが行かれる先はどこ

かといえ、家庭にお帰りになるか、それとも中間施設のようなところで、もう少し家庭に帰るまでの訓練をされるか、あるいは終生の住まいとしてそのほかのケアハウスのようなところを選ばれるか、あるいは特別養護老人ホームのようなところを選ばれるか、こういうことになるんだらう。私は、それは幾つもの道筋があるというふうな思っています。

確かに、田舎の方はかなり整ってまいりましたが、都市部の方は施設がまだ足りないことも事実だと思っております。前回の、第一次の、どれだけ必要かという調査をしましたときに、市町村長さんもしっかりした数字を出して、いなかだったわけです。ある特定の機関に頼んで、大体うちだったののぐらいい数字になりましたかと頼んで出してもらって、その数字を書いたというところから、たくさんあるわけですから、今、今になりまして、それはえらいことだった、今はもっとたくさん必要なんです、前にあいつ数字を出したところも困ったというふうな言っておみえになるところもたくさんあるわけでございますので、今、第二回目の、第二次の調査をやらせていただいておりますから、明確な、今後、我が村、我が町はこれだけの施設が要りますということが出てまいりますから、それに合わせまして、足らないところから早急に対応をするということにしていかがざるを得ないというふうな思っております。

○山井委員 まさにこれからその計画の整備がされるというところなんですけれども、そのときに、本間に市町村がきちりと十分な整備をするかというところが問題だと思っております。

冒頭で、私、スウェーデンには高齢者の社会的入院が少なくないことを言いましたが、一九九二年にスウェーデンはエーデル改革というのをやりまして、それまで非常に社会的入院が多かった、だからどうしたかといったら、社会的入院と判定されて、向こうの病院は県立なんです、一週間までは県が面倒を見る、でも、八日目以降、長居したら、その入院費、平均一日二万円は全

額市町村が払え、そういう制度にしたのです。そうしたら、社会的入院を放置したら市町村にとつては高くつくから、老人ホームやグループホームをつくらうというふうになって、社会的入院は激減したわけですね。

そういうふうな、財政的に、社会的入院を放置したら市町村が損をするという仕組みを組み込まない、このままほうっておいたら、保険料がアップするから、介護基盤整備は進まないと思うのです。

つきましては、この介護保険施設をあきを持っていながら特定療養費化される方に関しては、除外をすべきではないかと私は思うのです。本人責任ではないわけですから、公の整備がおくれているわけですから。

この特定療養費化、半年以上の長期入院の、この部分については、介護保険施設を待っている方はやはり猶予すべきではないか。その点について、坂口大臣、いかがでしょうか。

○田村大臣政務官 先ほど、スウェーデンに先生行かれたというお話をお聞きいたしました。また機会があれば、ぜひともそのときの向こうの現状をお教えいただきたいと思うわけでありましてけれども、今の現状では我が国の保険制度はそのような形になっていないのは、もう御承知のとおりであらうと思っております。

るならば、市の方から県の方にその負担部分を払われるというような制度になつておるといふふうにお聞きしておられるわけでありませう。

問題は、その話でいきますと、介護保険から多分医療保険の方にその費用を出すとしようという制度が、日本ではほぼ同じ制度として考えられるわけでありませうけれども、基本的に、地方財政といひますか、税制上が違つていふことがまずあると思ひます。向こうは基本的に、非常に県、市がそれぞれの独自財源といふものをとつておるといふ現状があるわけでありませう、なかなか今の日本の状況においては、県と市がそれほどまで、特に市になるわけでありませうけれども、財源的に十分じゃない。もちろん、介護保険という制度も今の状況ではそういう問題を見ていないという部分があると思ひます。

それからもう一点は、全体といたしましての国民負担率といひますか、その違いも多分スウェーデンと我が国ではあるんであらうな。七〇%以上を越えるといふような負担率といふものを見ますと、やはり、国民の理解を得て、医療でありませうとか介護でありませうとか福祉でありませうとか、そういうものに関して、日本よりもかなり実質的に手厚い部分もあるんであらうなといふふうに思ふわけでありませう、全体を見ながらどう考へていくか、そういう組み合わせといひますか、全体のパフォーマンスタといふものは考へていかなきゃならぬと思ふわけでありませう、制度といたしまして、先生がおっしゃられますようなことは現状といたしましてはいいことではないと思ひます。御理解いただきますようお願いいたします。

○山井委員 とにかく私が申し上げたいのは、このままでは市町村が介護基盤整備をするインセンティブが働かないですよ、行き場所がなくて、受け皿がなくて、たらい回しになつて亡くなるお年寄りがふえるんじゃないですかといふことを言つておられるわけでありませう、そのことをきつちりといふことにならないようにしていただきたいと思ひます。

もう時間ですので、最後短く、一点だけ改めてお伺ひして終わりたいと思ひますが、坂口大臣、先ほどの話ですが、小泉首相にぜひとも、抜本改革をするために統投させてくれといふことを、ぜひとも言つていただきたいと思ひます。そして、その答えを、また次に私は質問させていただきますので、そのとき聞かせていただきたい。そういうことを小泉首相に言つていただけたら、もしそれも言つてもらえないといふことになつたら、やはりそういう大臣のもとでこういう真剣な審議をやつて本当に意味があるのかといふことにすらはなりかねないと思ひます。

坂口大臣、よろしく願ひいたします。

○森委員長 この際、暫時休憩いたします。

午後零時二十一分休憩

午後一時四十分開議

○森委員長 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。三井雄雄君。

○三井委員 午前中も水島議員あるいは山井議員からいろいろ質問があつたと思ひますが、厚生大臣には、山井議員から、ぜひ統投をお願いしたいといふことの強い御要請がございましたので、私もつけ加えさせていただきますと思ひます。

政府は、今日まで、医療制度の抜本改革を行うことを繰り返してきておられますが、そのたびに約束をほごにされてきたといふのが実情ではないでしょうか。前回の一九九七年の改革でも、小泉総理が厚生大臣として二割負担を先行させました。抜本改革は全く行われませんでした。

今回の法案は、提出までの経過を見ても、審議の段階での関係団体からの意見聴取が十分でないといふ意見や、あるいは、審議会での議論が改正案に生かされていらないといふ意見が多々ございます。そして、本来先行して提案されるべき医療制度の抜本改革が、法案の附則に盛り込まれただけの改革の先送りとなつております。附則の実効性を担保するものは何もなく、改革先送り、負担

先行の法案である以上、この厚生労働委員会では、中央や地方での公聴会、あるいは参考人の意見聴取、そして十分な法案審議の時間を保証していただく必要があると思ひます。委員長初め理事の皆様は御協議のほどをよろしく願ひ申し上げたいと思ひます。また、大臣や政府関係者の皆さんには、見直すべきは見直すという姿勢を持つて対応していただきたい。国民のための真摯な法案審議にしていきたいと思ひます。

今回の法改正は、多くの国民の皆さんに患者の負担を強いることになるわけですが、中でも一番影響を受けるのがサラリーマンの皆さんでございます。改正内容では、給付の見直しとして、自営業者あるいは無職の人と同様に、サラリーマンも三割負担となります。わかりやすく公平な給付を実現するつもりですが、そもそも、健康保険と国民健康保険では制度の成り立ちが違います。健保や共済に加入しているサラリーマンは、所得を完全に把握され、保険料負担も事業主と明確に分け合つておられます。ところが、なぜ三割負担に給付なんでしょうか。そして、今なぜ三割負担なのか、その意味するところが十分に理解できないのであります。

先日の委員会でも、坂口大臣は、将来の保険者の統合化に向けた見直しで保険として機能しなければならぬと答弁されておられます。では、将来の保険者の統合化とは一体いつになるんでしょうか。今年度中に基本方針を策定するといつても、いつの段階で保険者の統合は具体化するのか、明確にお答えいただきたいと思ひます。

また、三割負担の導入は新たな保険者が出てきてからでもないのかと私は思つておられます。給付率を将来にわたり七割を維持すると言つていますが、七割を維持できる根拠をお示しいただきたいと思ひます。大臣に御答弁をお願いしたいと思ひます。

○坂口国務大臣 七割をどう堅持するかといふ話でございますけれども、これは、医療保険制度で

あります以上、そして公的な保険であります以上、やはり余り自己負担が多くなつてはいけないうに思つておられるというのが、三割自己負担、七割給付といふのが一つの限界ではないかといふふうにお聞きしております。

午前中にも述べましたように、その中でも、軽い病気については三割の負担をいただく、しかし、重い病気になればなるほどその負担割合も減つていく、そういう成り立ちがやはりセーフティネットとして機能していくものでなければならぬ、そういうふうになるというふうにお聞きしております。そのことをききながら、今も主張をさせていただいたところでございます。

医療制度といふものを考へてみましたときに、それでは、この医療制度は財政的に何によつて成り立っているかといへば、それはもう私が今さら申し上げるまでもなく、これは保険として国庫負担と自己負担、この三者によつて成り立っているわけでありませうから、どこを中心にしてやつていくかといふのが一つの行き方だといふふうに思ひます。

ドイツやフランスにおきましては、どちらかといへば、保険料の負担をかなり高目にとつております。一四、五%ぐらいになつておられると思ひます。一四%ぐらいですかね、になつておられるといふふうに思ひますが、かなり高い値をとる、そのかわりに、自己負担は少なくなるように設定をいたしております。

日本の場合に、それをどういふふう設定をしていくかといふのは、これは確かに選択の問題だといふふうにお聞きしております。しかし、これから日本の国がどういふことに直面するかは別にいたしまして、グローバル化の中で、日本の経済の置かれております立場等を考へてまいりましたときに、やはり、保険料を余り高くし過ぎるといふことは私は問題があるのではないかといふふうにお聞きしております。

そうした意味で、保険料もお願いを申し上げなければなりませんけれども、極力ここは抑えさせていただきます。そして国庫負担と自己負担というところにある程度お願いをしなければならぬというふうなところであります。国庫負担の方は、後期高齢者医療の問題につきましては、五割負担というところまでだんだんと引き上げていく、そうしたことをここに掲げておるわけでございます。自己負担につきましては、三割、本当に皆さん方にお願いを申し上げなければならぬわけでございますけれども、お願いをしたいというふう

に思っています。それから、いわゆる保険者の統合の問題、最初にお話しになりました問題でございますが、五千に分かれておりますようなこの保険者の数というのは、これはやはり一元化の方向を目指していかなければならないというふうに思いますが、それは、本当に一本になるかといえば、これは、一本になるまでは大変だろうというふうに思いますが、なかなかそこまで一遍にいくわけではございません。

そうした意味で、国保ならば現在の国保の中をできるだけ一元化をしていく。例えばの話でございますが、例えば都道府県単位にしていきたいとありますが、あるいは、大きい県でありますればもう少し分割をしたような形にしていこう。そうしていきま

せんと、本当に、千人以下の村もかなりあるわけでありまして、そうしたところは、これからのもう国保としてやっていけないというふうな思っています。また、組合健保等におきましても、非常に小さいのがたくさんあるわけですね。そうしたところは、親企業と申しますか、関連の企業と合併をしていただくといったようなことをやはりしていかなければ、これまたやっていけないだろうというふう

に思っています。余り何年か先でもあれでございますから、一応、五年ぐらいでどこまでできるかということの明確にすべきだというふうには私に思っている次第でございます。

○三井委員 私、この三割負担について後援会の皆さんといういろいろお聞きするんですが、先ほど御質問申し上げましたように、今なぜかということ、医療現場では、患者さんが、病気がもつと進行したときに、重い病気がかかったときに、三割負担によって病院にからなくなる、重くなつたときにむしろ医療費がかかるんじゃないだろうかという心配もあるわけでございます。今大臣から御答弁いただきましたので、統合化という問題は非常にこれから難しい問題があると思っておりますが、一本化の問題についてもぜひ御検討をお願い申し上げます。

今回の改正で、保険料の見直しとして、賞与についても月収と同様に保険料を負担していただく総報酬を導用するとしておりますが、サラリーマンの年間収入は、中小企業と大企業では報酬月額だけでははかれない部分があるわけでござい

ます。年俸制も導入されているところがあります。まさにその実態変化があるのは確かでございます。しかし、実態変化への対応というよりも、保険料の引き上げのために取りやすいところから取るというような厳しい指摘があることも申し上げておきたいと思っております。

昨今の景気低迷により企業収益は落ち込み、サラリーマンの給与は、ベアゼロどころか、むしろ給与は減額になっているという大変な状況にあるわけでございます。そういう中で、さきの七割給

付導用とあわせれば大変大きな痛手であると思

います。総報酬制の導入によつて健保組合の退職者給付拠出金が増加することも懸念されておりますし、総報酬制の導入により健保組合として政管保にどのような影響が出るのか、保険局長にお尋ねしたいと思

います。あわせまして、現在、通勤手当、これは私たちが必要経費と当然見るべきなんです、これも報酬に算定されているわけでございますけれども、今度は、総報酬制導入によつてこの際にこれを見直すことはできないのか、保険局長にお聞きしたいと思

います。○大塚政府参考人 第一点の総報酬制の導入に伴う影響でございますけれども、御指摘ございましたように、今回の総報酬制の導入は、賃金体系が多様化している点、あるいはボーナスの多寡による不公平、不公平と申しましょうか、保険料負担の不公平を解消する、こういった観点で導入するわけでございます。それに関連をいたしまして、退職者医療制度の拠出金についての負担の変化がおっしゃるよう

にございます。退職者医療拠出金は、被用者保険のOBを被用者保険全体でカバーをする、こういう仕組みでございますけれども、その算定基礎がそれぞれの報酬の量によつて変わります。ポ

ーナスの低いところはその分負担を軽減される、こんな仕組みになるわけでございまして、全体としては被用者保険の中でのやりとり、こういうことになるわけでござい

ます。具体的に申しますと、総報酬制を導入する十五年度で、健保組合全体で約三百億円の負担増でございます。あるいは、国家公務員共済組合初め各種の共済組合全体で二百億円の負担増になるわけでござい

ます。その分、合計五百億円でございまして、中小企業を中心としたしました政管健保の方は五百億円の負担減、こういう影響がござい

ます。それから、二点目の通勤手当の問題でござい

ますけれども、これは、社会保険、医療に限りませ

ずけれども、年金もそうでございますし、さらには労働

保険なども共通でございますけれども、労働基準法を持ち出す必要があるかどうかはわかりませんが、労働基準法上も賃金というものは、労働の対価すべ

医療の安全対策についてというテーマで、本日の質問を進めさせていただきたいと思っております。

医療機関における医療事故が毎日のように相次いで発生しているわけですが、先般、四月二十三日に、厚生労働省では、大学病院など高度な医療を担うと認定された全国の八十二の特定機能病院の医療事故発生状況をまとめられております。平成十二年四月からことし二月までの二年間に、病院内の安全管理委員会に報告された医療事故が約一万五千件発生していると言われております。

そのうち、特に重篤な事例は三百八十七件あったとの調査報告であります。平成十一年度、厚生科学研究補助金医療技術評価総合研究事業、大変長い名前なんです。医療のリスクマネジメンシステム構築に関する研究の総括報告書によると、看護の冷やり、はつと事例では、与薬、つまり、これは経口薬、注射、点滴、輸血等を指しますが、医薬品に関連する事故が約半分の四六・七%を占めているわけでございます。まさに、薬のウエイトというのは事故に対して非常に多いわけでございます。

これらの医療事故や冷やり、はつとの事例の多くは、薬にももちろん大きく起因するものも多く、薬剤師による適切な関与が十分なされてなかったということも聞いておりますし、医療機関においてこうした医薬品による医療事故を未然に防止し、安んず安全な医療を患者に提供していくためには、薬剤師と薬剤師を統括する薬局、つまり、薬剤部の活用が不可欠であると思っております。

昨年、厚生労働省において、病院における薬剤師の人員配置基準に関する検討会が開催されておりますが、昨年十月には同検討会における報告書がまとめられております。その時点においては薬剤師の人員の増員が行われなかったために、非常に残念なことではございますが、同報告書には、病院における薬剤師の役割の重要性が高まっていることについては、認識の一致は見られたとされてお

り、また、「三年後を目途に人員配置基準の検討を開始すべき」とあります。

この時点から三年後ということは、本年から考えますと見直しは二年後ということになります。この見直しの際には、医療機関において薬剤師が十分役割を果たせるよう、必要な人員が配置されるような基準とすべきと考えますが、いかがでしょうか。さらに、二年後の検討についてどのような視点から、またどのようなスケジュールで検討を行っていくおつもりか、お答えを願いたいと思っております。

○篠崎政府参考人 先生御指摘のように、昨年の十月でございますが、六回ほどの有識者及び関係団体にもお入りをいただきました検討会の報告におきまして、薬剤師の需給、薬剤師の業務内容や配置の実態、薬剤師の養成過程における臨床教育の充実などの進展を踏まえて、三年後を目途に人員配置基準の検討を開始すべきという御報告をいただきました。

私ども、その趣旨を十分尊重して、今後そのスケジュールを進めていきたいと思っております。そのときにまた話題になったもの、今先生御質問の観点と申しますか、どういった観点かといいますと、病院における薬剤師の業務につきましては、服薬指導などに加えて、従来の服薬指導などに比べて、医薬品関連の事故防止など、大変多様化、複雑化してきております。その役割もますます重要になってきているというふうに認識をいたしております。

一方で、個々の病院におけるこれらの業務の普及や定着の状況が今のところまだまだであるというようにもあります。薬剤師の養成において病棟における臨床教育がまだ十分ではないのではないかというようにもございまして、また、地域におきましては薬剤師の採用が困難であるというようにも指摘されておまして、これらの観点も踏まえて今後検討を進めてまいりたいと考えております。

○三井委員 ぜひ検討を進めていただきたいと思

うところがございます。医療事故はやはりこの薬にかかわるといって非常に大きな問題でございますので、ぜひともよろしくお願ひ申し上げたいと思っております。

昨年六月に、国立大学医学部附属病院長会議は、「医療事故防止のための安全管理体制の確立に向けて」という提言をまとめられております。その中に、「医薬品・医療材料・医療機器の管理、取扱い」という項目が大きく取り上げられておりますが、特に薬剤師による専門的視点からの処方監査の充実が処方関連の事故防止に重要と記載されております。そのため、必要な人員の確保はもとより、業務の標準化や必ず確認すべき医薬品の明確化等を通じて薬剤師による処方監査を充実させることとされております。

また、四月十七日に厚生労働省の医療安全対策検討会がまとめた医療安全推進総合対策という中でも、同じように、医療事故を防止するためには薬剤師による処方監査は極めて重要であるということが再三指摘されております。

医療事故を未然に防止するためには、医師の処方と薬剤師による調剤、これには処方監査あるいは服薬指導、薬の情報提供等が含まれますが、それぞれ病院の中においても独立したものと、この処方監査や病棟における薬剤師による服薬指導、情報提供を独立した部門において徹底していく必要があると考えますが、厚生労働省として、特に地域の模範となるべき国立病院の薬剤部においてどのような体制をとっておられるのか、お聞かせいただきたいと思っております。

○河村政府参考人 国立病院・療養所におきましては、各施設ごとに薬剤部または薬剤科を置きまして、その病院の規模、機能、使用薬剤の状況等に応じて、適切な人員の薬剤師を配置いたしておるところでございます。平成十三年四月現在、その合計人数は、国立病院において五百八十六名、国立療養所におきまして四百八十八名となっております。

国立病院・療養所の薬剤部または薬剤科に配置

されておる薬剤師さんは、処方された薬剤の調剤あるいは入院患者に対する服薬指導、無菌製剤の調製、医薬品情報の収集、管理、伝達、医薬品在庫管理などの専門的業務に従事しておるところでございます。

さらに、治験に関しまして、治験薬管理を行うほか、治験コーディネーターとしても、被験者への薬剤の説明あるいは服薬指導等の業務ももっているところがございます。

○三井委員 やはり国立病院が各医療機関の模範となる病院であるべきだと思います。今五百八十六名の薬剤師さんが活躍しているようでございますけれども、いろいろな業務が多様にわたると思っています。

私も実は五百ベッドぐらいの病院に勤務したことがございますが、まさに毎日が、冷やり、はつとの連続でございます。医師が四、五十名おりました。その中でやはり、処方せんに字の間違ひ、あるいはそれぞれお医者さんの個性がございますから読めない字があったりとか、ミリ数が間違つたりとか、あるいは量が間違つたりとか、そういう事例がたくさんございました。私も常に緊張感を持ちながら勤務した記憶がございますが、しかし、薬剤師の仕事というのは、病院薬剤師というのは大変な、私は、私の経験からいいますと、非常に体力勝負だということも実は体験したわけでございます。

医師との関係あるいは看護師さんとの関係、医療従事者との関係、もちろん患者さんに対する服薬指導等のことを考えますときに、まさに医療事故を未然に防止していくという上においては、医師の処方と薬剤師による調剤について、病院の中においても独立したものとして考えなければならぬ。医師の処方せんに対する監査や病棟における患者の、先ほども申し上げましたように服薬指導、患者や他の医療関係者への情報提供については、薬剤師が他の診療科や医師から独立した部門において徹底し、医療現場におけるリスクマネジャーとなることは必要と考えております。

それは、ひいては患者さんに対する安心と安全な医療の提供へとつながるものであると思っております。

次に、文部科学省にお伺いいたします。

本日は健康保険を審議する厚生労働委員会の場であり、国立病院と同様に、地域の模範となるべき国立大学附属病院における医と薬の独立、薬剤師や薬剤に関する部門について、文部科学省にお尋ねを幾つかいたしたいと思っております。

本題に入る前に、私も実はこの医薬分業にかかわる歴史をひもひもといてみたわけですが、明治七年に、時の明治政府において医療行政を所管していたのは文部省だったわけですが、我が国最初の医事法規である医政を公布したのが、医師が薬を調合して患者さんに与えることはすこぶる危険で、いろいろな弊害を起すこともある、しかるに薬は薬局や薬剤師に任せない、医師が薬で利益を上げるような行為をしてはいけない等、規定しております。まさに、この医薬分業の原則が、今日の医療保険制度における分業規制の原則として今日まで脈々と引き継がれているのではないかと。当時の文部省が発しておりましたということをお紹介しておきたいと思っております。

それでは、文部科学省にお尋ねします。

このたびの国立学校設置法施行規則の省令改正が四月一日より施行されておりますが、この省令改正の趣旨はどのようなものなのか。また、薬剤部に関する条文、これは第十八条として「薬剤部及び薬剤部長」と規定されておりましたが、今回の条文が削除をされ廃止になっておりますが、なぜこれが廃止になっているのか、御説明をいただけますでしょうか。

○工藤政府参考人 国立学校設置法施行規則は、国立学校設置法を受けての省令でございますが、国立大学を初めといたしまして国立学校の組織及び運営に関する細目を定めておりました。

今回の四月での改正、いろいろ多岐にわたりますけれども、予算で措置された事項の措置のほか

に、実は昨年の国会で国立学校設置法の改正をいたしました。大学の基本的な教育研究組織でございます。講義または科目について、これまでは省令で定めるべしということが国立学校設置法の上で規定されておりましたが、昨年の法改正でそれを削除する改正をいたしました。

その背景としましては、国でどこまで大学の教育研究組織の細目まで規定するのか、どこから大学にお任せした方がいいのかというの、いろいろ御議論のあるところでございますけれども、これまで大学の審議会等での御議論を踏まえまして、少なくとも講義、科目等の名称あるいは組織編制のあり方についてはそろそろ大学にお任せしてよろしいんではないかという方向の結論を得ましたので、法改正したわけでございます。

それに伴いまして、この四月からの改正では、講座、科目のほかに病院におきます診療科、例えば内科とか外科とか、いろいろな診療科が組織してございますが、それもこれまで文部科学省で定めておりましたけれども、その実際の名称、組織編制も大学にお任せする。

さらには、今御指摘のございました薬剤部も含めた部等の編制についても、これまでの規定よりは、御指摘のありました省令の第十八条では文部科学大臣が指定する病院に薬剤部を置くというように規定されておりましたけれども、現実にはすべての病院に置かれておられる状態もございまして、わざわざ、文部科学大臣が指定するという事項を省きながら、大学にお任せしようというのが趣旨の第一点でございます。

それからもう一つは、現実にはこれまでの薬剤部に置かれる薬剤部長さんというのは、従前の規定ですと、薬剤部長さんは技術職員をもって充てるというのが本則でございまして、必要がある場合に教授または助教をもって充てることができるという規定がございました。

ただ、現実には関係者の御要望等もあり、大学の取り組みもございまして、すべての国立大学の

薬剤部は教授をもって充てるというふうな実態がございまして、本則それがかつて例というのをわざわざ書き分けることもいかに特例ということもございまして、その条文の整理をする都合上、他の部の編制とあわせてこの規定の整理をしたものでございまして、薬剤部をなくするとかしないとかではございませんで、基本的にどういふ名称、組織等で行うかについて大学にお任せする中で、事務的な規定の改正をしたものでございます。

○三井委員 今御説明いただきましたが、メンバーについても一度、どのようなメンバーでどのように検討されたのか、再度御答弁願います。

○工藤政府参考人 私ども、省令の改正につきましては、それぞれの局内で検討いたしました。これは大学関係、大学課というほかに医学教育課というの、私も私ども関係しておるでございますけれども、そういう担当課で相互に相談いたしました。省内にございます。法令全体の審査を行う窓口が官房の総務課の方にございますけれども、そちらと協議し、さらに各局の筆頭課長で構成いたします筆頭課長会議におかけして、そこで御了解が得られたものを決裁で了解いただくというのが通常の手続でございます。

今回のこの内容につきまして、先ほど申したような趣旨でございまして、そもそも、大学審議会等で大学関係者にいろいろな御意見を承りながら、大学の組織編制のあり方についてできるだけ大学の自主性を増していくような方向での示唆をかねてからいただいているところでございます。ですので、それを受けて、その延長線上のお話として事務的に省内で検討し、この改正に至ったものでございます。

○三井委員 順立ててまたお聞きしておきますけれども、後ほど御質問しますが、改正部分に関係する医療従事者、薬剤師を初め臨床検査あるいは放射線、輸血にかかわる関係者に対しては、どのような了解を得ているのか。また、了解を得ていないのであれば、そのような改正は全く現場を無視して不適切であると考えられるわけがございまして、文部科学省の見解を政務官にお聞きしたいと思っております。

○池坊大臣政務官 今回の改正は、今工藤高等局長が説明いたしましたように、平成十二年度の大学審議会の答申に基づきまして、学部の講座や科目の弾力化という流れの中で、学部の講座に密接に関係する附属病院の診療組織等についても弾力化を図ったものでございます。

各大学の自主的な判断でさまざまな組織編制を柔軟にかつ機動的に行えるようにしたものでございまして、特定の関係者に不利益を生じるようなものではございませんので、改めて大学関係者の意見を聴取したということではございません。

具体的な改正内容につきましては、各病院が診療科や診療施設等の組織編制を柔軟に行えるよう、これまで病院ごとに定めることとしていた規定を削除いたしました。並びに、医学部附属病院の薬剤部長がすべて教授となっているため規定を適用に合わせるという関係条文を修正したものでございまして、特定の関係者の了解が必要なものとは思っておりませんし、決して現場を無視したわけでもございませんし、不適当だということには考えられないと思っております。

○三井委員 いろいろ御説明いただいたわけですが、けれども、しかし、この省令改正については事前にも説明もなかった、寝耳に水の改正だといった意見が、各国立大学の現場の薬剤部長さんあるいは薬剤師さんから私のところにたくさん意見が寄せられているわけがございまして。(発言する者あり)

ですから、私は、今釘宮先生からも現場に行つて意見を聞いたのかという御意見でございますけれども、本場に、まさしく、先ほど厚労省にもお聞きしましたけれども、やはり現場をもっと知っていただくことが必要だということを、先ほど政務官がおっしゃったように、特定の者ということじゃなくて、やはり医療の現場を知っていただいで、その上で決めいただくことが、この省令改

正に納得していただけることではなからうか、こういうふうな思いで思わせています。

いずれにしましても、国立大学の独立行政法人に伴う組織の充実のための改正であって薬剤部ということだけとすれば機能は従来と何ら変わりないとは度々繰り返されても、現実には削除になっている十八条をどのように理解せよというのか、私には理解できないわけでございます。

先ほどいろいろおっしゃっていましたが、もう一度これについて高等局長から御説明、御答弁をお願い申し上げます。

○工藤政府参考人 これまでの従前の、改正前の施行規則の十八条では、「病院で文部科学大臣が指定するものに薬剤部を置く。」それから、その部長さんは「技術職員をもつて充てる。ただし、必要がある場合には、「教授又は助教授をもつて充てることのできる。」という規定ぶりでございます。先ほど申しましたように、少なくともどうもこの病院に置くかというの、実態としてすべての病院に薬剤部が置かれておる現状もございまして、わざわざ大臣が指定するというのはやめようじゃないかというのが一つでございます。

それから、薬剤部という名称でございますけれども、実態として薬剤部として置かれているようなところが多いんでございますが、現場では患者さんの視線などを考えますと、平仮名の、おくすり治療部という言い方を望む声があるとかいうことも含めまして、実際にどういう名称で薬の関係を束ねていくかというのは大学にお任せしてよろしいんじゃないかということも含めまして、わざわざ薬剤部と言わなくてもいいのではないかと、それが、もう一点でございます。

それと、さらに、先ほど申しましたように、部長さんに技術職員が本則ということではなくて、実態としてすべて教官職で置かれてございますので、本則と特例をわざわざ書き分けることもないということもございまして、条文を整理いたしますと、新たに、他の臨床検査等の部と同様の規定

ぶりで足りるものがございますから、新しい十七条で薬剤等の業務を行うための部を置くということと整理し、二項でその部長には「教授、助教、講師又は技術職員をもつて充てる。」ということで一体として整理させていただいたものでございまして、十八条という、旧来の十八条がなくなったのはございませんで、旧来の十七条の二と十八条が新たな十七条になったというふうな御理解を賜りたいと思っておりますのでございませう。

○三井委員 しかし、改めてここで条文の、今おっしゃいました十七条の項目でございますが、「薬剤等に関する部及びその部長」としては、条文中、大学附属病院に、「薬剤、臨床検査、手術又は放射線診療等に関する業務を集中して行うため、部を置く。」となつておるわけでございますが、これは薬剤に関する部門と臨床検査あるいは放射線診療科に関する部を統合することを目的としておるようには解釈されないうわけでございますけれども、そのような解釈が成り立つと思ふのか、お答え願いたいと思ふます。

○工藤政府参考人 先ほど最初に申しました大学の教育研究の基本組織であります講座、学科目についてでございますが、基本的には国立大学でございますので予算の裏づけが必要でございます。どういふ講座、学科目あるいはそれに係る組織を置くかにも、教授に相当する人数が何人あるいは助教授に相当する人数が何人とかいふ予算の裏打ちがあつて、初めてその組織編制がなされるものでございます。

今御指摘の、その十七条にかかわる薬剤、臨床検査等の部でございますけれども、これも私もこの法令の措置とは別に、別途予算措置で薬剤に関する部長さんの職、四十二大学病院すべてに措置しているわけでございます、その予算の裏づけをもつて薬剤に関する部がそれぞれ別々に置かれるものと、私も、前提として各大学で取り組んでいただいているところもございまして、薬剤とか臨床検査とか、ここに掲げられている業務すべ

てを一括まとめ一つの部ということでは決してございませんで、予算の裏づけともあわせて御理解を賜りたいところでございます。

○三井委員 それじゃ、今回の改正においては薬剤師は独立した部門として残す、廃止することを目的にしないということを再度確認したいと思ふますが、そのような御理解でよろしいでしょうか。

○池坊大臣政務官 薬剤に関する組織を廃止するというようなことは考えておりません。それをしっかりと申し上げておきます。

○三井委員 今後誤解が生じないように、やはり、今回の改正が薬剤部を廃止、統合するものではないということをお約束いただきたいと思ふんですが、政務官、よろしく御願いたします。御答弁願います。

○池坊大臣政務官 今まで……（発言する者あり）優しく答えろということもございませんで、今までも薬剤に関する部門を廃止、統合することではないというふうな説明をいたしておりましたが、なお現場においてそのような理解がまだなされておるというところもございまして、今後とも周知徹底いたしますように指示し、すべての方々が御理解いただけるような努力をしていくつもりでございます。これで優しいでしょうか。

○三井委員 大変優しく、鋭い御答弁、ありがとうございます。本当にこれは大変な、大きな、全国の医療機関にかかわることでございますし、薬剤師の立場というところも考えた場合に、それぞれの薬剤部というのは大変な、大きな役割を担っているわけでございます。ぜひともこれは周知徹底させていただきます。ぜひともお願い申し上げます。

として明確に位置づけていただいて、病院における医薬品の安全管理と医薬品情報等の一貫した管理体制をしっかりと確立する、そうすることがやはり患者さんの安全と安心が確保できる、そうしたことは強い思いで質問をさせていただきます。

また、国立病院、そして国立大学附属病院は日本の先端医療の担い手でありますから、特に国立大学附属病院は、特定機能病院として地域においても中核の医療機関としてリーダーシップをとる立場にございます。極めて重要な医療機関であるならばこそ、この病院内の薬剤部の機能をさらに高める努力が必要とされていると思ふます。そのような状況にありながら、薬剤部を廃止するがごとき文部科学省の省令改正ということで私は理解しておりませんでした。一つ省庁の問題ではなくて、日本のはやはり医療全体に大きく影響するんだということをお認識いただいて、そして、やはり現場をよく認識していただくことをきょうの質問に取り上げさせていただいたわけでございます。

ここで、再度、先ほどの厚生労働省の病院における薬剤師の人員配置基準に関する検討会の報告書に戻りますが、報告書の中に、病院における薬剤師の業務については、多様化、複雑化してきている一方、薬剤師の養成において病棟における臨床教育が十分でないこと、薬剤師養成における臨床教育の充実等の進展を踏まえ、人員配置基準の検討を開始すべきと考えるところでございます。

すなわち、臨床教育が充実されていないために病院薬剤師の人員が増員されないと解釈できるわけでございますが、ここで、現在の大学の薬学部やあるいは単科薬科大学でどのような臨床教育をなされているのか、お答えいただきたいと思います。

○工藤政府参考人 現在、大学の薬学部におきまして、国公私、いろいろカリキュラム、独自に取り組んでいらっしゃるわけでございますけれども、医薬品の適正使用に係る医薬品情報学ですとか、あるいは臨床薬理学というふうな形の授

業でございますとか、あるいは医療チームの一員として患者さんや家族の方々への接遇に必要なコミュニケーション論などの臨床的な教育が進められていてと承知してございます。

ただ、先生御指摘の点は、多分もう少し薬学実習の部分での御質問じゃないかと思うのでございますけれども、病院等における実務実習については、できるだけしっかりとやるべしというのかねてからの課題でございました。平成十三年度で、私も把握しておりますところでは、国公立全四十六大学のうち、国立公立大学につきましては十三大学で、それから私立大学につきましては十八大学において一カ月ほどの実習が行われていると承知してございます。ただ、ということは、逆に言えばすべてで必ずしも十分行われていないというのが現実でございます。

さらに、大学院の修士課程におきましては、医療薬学専攻の整備が進められておりまして、国公立それぞれ合わせますと三十一大学ほどになりましょうか、医療薬学系の専攻を設置しまして臨床教育の充実を図っているところでございます。

○三井委員 先ほど私も申し上げましたが、私も製薬会社からいきなり病院勤務ということになりました、全く調剤実習の経験がなかったものから大変戸惑いを感じました。今のその教育制度の中で、やはりこれから、先ほど申し上げました、冷やり、はっと、医療事故というのは薬に起因することが多い。

そういう中で、ぜひとも服薬指導あるいは薬の相互作用とか、そういう問題に関しても、やはり薬剤師の実習というのは、今御答弁いただいたような一カ月程度の実習では到底、医師においては今六プラス二という、六年の後は二年の研修期間、歯科医師さんにおいても六年の後一年、今、ちなみに弁護士さんの、司法修習生の経過も聞いたことがございます。一年六カ月の実習をした後にさらに試験があって、その試験に通らなければ裁判官あるいは弁護士、検事になれないという、この一年六カ月は大変長いと思うんですね。そう

いう研修期間を経て、やはり薬剤師の今の薬学教育において四年制というのは、私は端的に申し上げて非常に短いような気がするんですね。これから医薬分業が進む中で、もっと実習するのはやはりこの教育期間の間にもやるべきと。それには、やはりこれから文部科学省では、この四年制でなくて、もっと十分な教育ができるような期間をできるようにお考えいただきたいと思っております。やはり、卒業でなくて、在学中にしっかりと、即実践できるような薬剤師を育てていただくようなカリキュラムを組んでいただきたい、こういうぐあいにも思う次第でございます。

また、今この六年間の教育の問題についてお話し申し上げましたが、これについては、政務官、今申し上げました中で、六年制、六年間ということについてはどうお考えでしょうか。

○池坊大臣政務官 三井委員が御指摘になりましたように、近年、医薬分業とか医療の発展とか、著しく変化してまいりましたので、薬剤師や薬学研究者の果たすべき役割は大変重要と考えております。ですから、六年制にしたらいいのではないかとこの意見があることも私は承知いたしておりますが、海外を見ますと、例えばイギリスとかドイツですと、四年間薬学研究をいたしまして、プラス一年の実習でございます。アメリカですと、学部をいたしまして、プラス四年間または三年間の薬学専門教育ということでございまして、日本が海外と比較して著しく劣っているというふうには私は考えられないと思っております。

六年制にいずれいたしたとしても、まずその前にしなければならぬということとは、薬剤師養成の充実を図ることではないかと思っております。そのためには、薬学教育カリキュラムのあり方とか、あるいは実務実習環境の整備。現実には、一人近くおられます在校生が、二千人ほど受け入れ体制がない、だから受け入れ体制の環境整備なども必要だと思っておりますし、学生の免許取得前における実習の薬剤師法上の許容範囲の明確化などが必要であると考えております。これ

は、本年一月の薬剤師養成問題懇談会で確認されたことではないかと思っております。

また、考えてみますと、薬学部の卒業生は、病院や薬局において薬剤師としてすぐ活躍するだけでなく、創薬研究者として製薬企業に就職いたしましたり、あるいは大学院に進学したりする者も半分ぐらいいるのではないかと考えております。その進路は大変多様でございますので、これから薬学教育の年限の検討をいたしますときには、ぜひ学部の大学院修士の活用や、プロフェッショナルスクールとして専門職大学院制度を活用するなどというふうな、さまざまな選択肢を一緒に検討しなければならぬというふうにも考えております。

文部科学省いたしましたしましては、どちらにいたしましても、大切な学生をお預かりしているわけでございますから、これから実務実習の受け入れ体制、あるいはさまざまな条件整備など、薬学研究の充実を図っていききたいというふうには考えております。

○三井委員 まさしく政務官がおっしゃるとおりでございますが、しかし、外国の事例とは、日本の医療制度とも違いますし、私の知っている限りでは、州によつては薬剤師の免許というの、自動車運転免許と同じように、やはり三年間なり四年間の、実務についていなければその実習を受けるのか、そういう事例もあるわけでございますね。ですから、やはり私は、今申し上げましたように、実習というのは、今医師は六年間、卒業された後二年の実習ということになりますけれども、これは大学院に行く場合もやはり実習を終えなければ大学院に行けないというふうな、やはり僕は薬剤師においても、六年制の中で、それから修士課程なりあるいは博士課程なりに行くというふうな、実習をひとつ義務化することも必要でなかろうかなと思っております。

ますます複雑化、多様化してくる、薬はどんどん新薬が出てまいります。そういう中で、もっと高度な、そして現実に指導できるような薬剤師が育つような教育をするためにも、私は六年制というのには必要である、こういうぐあいに考えておりますので、ぜひ前向きに御検討をお願いしたいと思います。また、近いうちに私もこの進捗状況については国会の場で確認してまいりたいと思っております。

きょうは健保法改正の関連とは違う質問になりましたが、しかしこれがすべてのスタートでなからうか、国民にやはり安心と安全を与える、そこがスタートだと思っておりますので、ぜひともこの問題については御検討、御審議をよろしくお願い申し上げます。

以上をもつて私の質問を終わらせていただきます。きょうはありがとうございました。

○森委員長 次に、佐藤公治君。

○佐藤(公)委員 自由党、佐藤公治でございます。

私の後に自由党いたしましたしましては、樋高委員が後半質問をさせていただきましたから、前半をやらせていただきます。

この前の委員会におきましては、私の本会議場での代表質疑、そして予算委員会集中審議、そして骨太の方針、まさに基本的なことの話し合いをさせていただきました。その中でも、国家像というものが小泉総理に果たしてあるのか、どんなものがあるのか、こんな質問をさせていただいたかと思っております。

その大きな話の中で、私も午前中からのこの委員会を聞かせていただきながら、どなたも触れられなかったのが私があえて触れさせていただければ、まさに瀋陽総領事館の事件のことを挙げさせていただきます。

この事件において、まず基礎的な、基本的な事実関係だけを確認させていただければ、厚生労働省から総領事館に査証担当副領事として出向しているのは社会・援護局の方ということで聞いてお

ります。既に二、三年、当地におり、間もなく交代する予定だった。厚生労働省は残留孤児問題のため継続的に人材を送っている。

坂口大臣は閣議後の記者会見で、外務省の調査報告について、全員から聞き取りをした詳細なものとの評価されたと聞いております。しかし、その報告書によれば、その方は、亡命希望の五人の査証申請をめぐるトラブルと思ひ込み、武装警察官が敷地内に入り、不可侵権を侵されたことにも気づかなかつたと記述されていると聞いております。こういう事実があつた。

こういう中で、まず第一問目は、厚生労働省から出向しているのはどなたで、いつからどんな仕事をされているのか、お答え願えればありがたいと思ひます。

○宮路副大臣 御指摘の中国の瀋陽総領事館に当省から出向いたしておる副領事であります。宮下謙副領事でありまして、平成十一年の四月から出向いたしておりまして、当総領事館におきまして中国残留孤児関係、そして査証関係等の仕事に従事していると承知をいたしております。

○佐藤(公)委員 私どもこの委員会の前に幾つかの、厚生労働省の方にこの内容に関していろいろと聞かせていただきました。

御本人のことで今どうのこの、言いたいことはいありますが今は言うつもりはございませんが、これに関して厚生労働省側は、出向していることは事実だが、この件に関しては調査等はすべて外務省が行っているということ、私どもはコメントできる立場にないと思つている、こんな話もございました。結局、縦割り行政ということで、都合が悪くなると何か縦割り行政、またふたをして、そんなふうにも思える部分を感じられるところがあります。

果たして厚生労働省は、事件後、宮下氏と連絡をとつたのか、宮下氏が厚生労働省の人間であると大臣が確認したのはいつか、その後どういう対応また指示をされたのか、どんな報告を受けられたのか、お答え願えればありがたいと思ひます。

○坂口国務大臣 事件が八日であつたというふうな記憶をいたしておりますが、十日の夕方でございますか、私が聞きましたのはそういうことでございます。

もともとは厚生労働省の職員でございますけれども、外務省に出向いたしましたら外務省の人間でございますから、外務省でちゃんとやつてもらうべきだと思つております。

○佐藤(公)委員 確かに外務省ということではありますけれども、そこら辺のあたりというのは特に報告をどの程度受けられているのか、また、それに対する対応、指示というものがあつたのかなのか、そこら辺は具体的に大臣の方でお答え願えればありがたいと思ひます。

○坂口国務大臣 こちらの方にはそれはないと思ひます。

どの省庁も同じでございますけれども、厚生労働省からよその省庁に出向して、出向と申しますか、よその省庁に行つて人間もおりますし、よその省庁から厚生労働省に來ている人たちもおります。厚生労働省に來ている人たちに対しては、厚生労働省が厚生労働省のイロハからそれはやはり解説をしなければならぬし、教えないければならない。そして、厚生労働省としてはこういうことをやつていくというのをやはり理解してもらつていくのが、それは当然でございますから、厚生労働省から外務省に行きました人間は外務省において訓練をしていただくというのが筋であつて、そして、そのことが、向こうで起こりましたことについて一々厚生労働省にその報告があるというわけではございません。

私が知りましたのは、夜と言いましたけれども、十日の朝でございます。訂正させていただきます。

○佐藤(公)委員 確かに、出向しても外務省の人間となつていくことなんですけれども、これは各省庁の行政的な問題だけじゃなくて、それを行つていく上で、やはり基本的なことになるのではないかなという気がいたします。厚生労働

省としましても、まさに人道的支援とか赤十字との関係、人権、いろいろなことがかかわつてくる。また、その最たる中の事件のように思えます。こういうことに関して、ちよつと今の大臣の御答弁に関しては、縦割り行政のあり方で、私たちは知らないよというように、冷たいような、また無責任なような発言にもとられる部分があるように思えます。

こういふ部分に関して、せつかくですから、副大臣、政務官もいらつしやつております。報告を受けられたことがどれくらいあるのか、記憶の、覚えてる範囲で結構です、そういうのがありましたら、またどなたにお思いになられるのか。一言一言、簡単にお答え願えればありがたいと思ひます。

○宮路副大臣 宮下副領事のことを私も厚生労働省から連絡をいただいたのは、大臣がさつき十日の朝と言われましたが、私もその後ぐらいたつたんじゃないか、外務省からその旨連絡があつたということ、そのことを厚生労働省の私の秘書官の方から連絡をもらいました。

ただ、この件は事柄の内容がまさに外務省の専管にかかわることでありまして、例えば中国野菜の農業問題を、外務省の方で、向こうの大使館の方で情報収集してキャッチして、そして日本への輸出の問題、これがかわつていくことであらば、そういったことは当然これは厚生労働省にもしかり外務省の方から連絡をいただいで、我々もそれに対応したきちつとした体制をとつてその問題に臨んでいかなきゃならないということでありまして、そういった問題であれば、外務省の方から私どもの方へ連絡をしていくことは当然だと思ひます。

ただ出向者がこちらから外務省の方へ行つておつたというこのゆえをもつて、私どもの方に具体的なことを、事柄の内容についてる、るると申しましようか、いろいろな情報を伝達してこなきゃならないという、そういう立場に外務省もありませぬし、私どもの方でも、厚生労働省とし

ても、そのことをとやかく外務省の方に対して情報提供方を特別その問題について求めていくという立場にもないんではないかな、かように思つておるところであります。

したがつて、厚生労働省におきましては、その宮下副領事に連絡はとらせていただいでいると承知しておりますが、それはあくまで、出向者でありますけれども、もともとこちらから出ていった人間でありますので、その本人の状況確認といましようか状態確認といましようか、それと、若いこともこれあり、シヨックを受けているんじゃないかということも考えた上での激励の連絡をとらせていただいた、その程度であるというふうな承知をいたしております。

○佐藤(公)委員 政務官、いかがでしようか。

○田村大臣政務官 今、副大臣がおつしやられたとおりでよろしいと思ひます。御本人が今どういふ状況であられるのかということに関しては、我が省としては、心配といひますが、そういう部分はあると思ひますけれども、事態がどういふ事態であつたかということに関しては、やはりこれは今出向されておる先の外務省の話でございますので、そこでのお調べというものが一番確かなものになると思ひますので、我が省がとりたてて調査をするというふうなことはないと思ひます。

○佐藤(公)委員 私は、一つの組織という中で皆さんの方の答えられたことも一つの答えとしてあるかもしれませんが、まさに今の日本の危機管理体制を含めた、人ごと主義というよりも、政治家が、やはり無責任さというのはいささかところから生まれてくる部分があるんじゃないかなという気がいたします。

そういう意識というのは、僕はちよつと違うように思ひます。やはりそれなりに、出しているから知らないよとまではいかななくても、そこを、事実関係をきちんと把握し、大臣、副大臣、政務官がそれを政治的な判断で、外務省にもつと抗議をするなり話をするなり後押しをするなり、いろいろなことの指示、応援があつてもいいように思

えます。

私、そういう部分で考えるに際して、この次は、外務省の報告書によれば、宮下氏は不可侵権が侵害されたことさえ気づかなかったことになっている。外務省の役人ではないにしろ、武装警察官が勝手に敷地内に入れないことぐらいは知っているはずだったのでないかなと。外務省は、報告書の発表の際に、宮下氏は事態に茫然とする余りこうした基本事項すら忘れてしまったと説明、宮下氏が武装警察官と何の会話も交わしていなかったというふう聞いております。

宮下氏は、当地に三年近くも勤務している。慌てていても、このくらいの基礎的対応はできないれば不自然なようにも思えるんです。阿南大使の言動などから見れば、宮下氏の行動は、総領事館の上司から、まさに、北朝鮮の亡命希望者は中に入れるなどというのは言い過ぎなのかもしれないが、指示を受けてのものだったとも考えられる節があり得ると思います。

外務省が報告書を発表した後に、報告書に記載されていない新たな事実が次々に報道されている。御存じのように、電話をしたとか、大使の発言、英文文書、また一九九五年の事件、警察官と館員とのなれ合い、事実が次々に報道されている。外務省のこうした体質を考えれば、宮下氏が慌てて何もできなかったということは、外務省が宮下氏に失態の責任をかぶせてスケープゴートにしているのではないかと疑いたくなるんですよ。

こういう部分でいうと、私は、ある意味で大変なこと。大変なことだけれども、どこかにちよつと、これは今までそういうふうにしてきた政治、行政のあり方、危機管理体制、意識、こういった問題があるのは事実。と同時に、少し同情するところもあるのも事実だと思います。こういうところを、大臣、この点をどう考えられているのか、また、内閣でどんな話があるのか、お答え願えればありがたいと思います。

○坂口国務大臣 私、対応がよかつたと思つて

第一類第七号 厚生労働委員会議録第十三号

いるわけでは決してありません。もつと対応ができなかつたのかなというふうに思っております。

その対応の仕方の問題と人の派遣の問題とは、これはもう別の問題だということを私は申し上げているわけで、それは、外務省に出向いたしまし、外務省の方でそこはきちんと把握をし、指導すべきことは指導をし、そして日々の任務に当たらせていただくかなければならない。そのことについて、いろいろなことがあつたから一厚生労働省からそれはおかしいじゃないかということを外務省に言うのではなくて、外務省が、つかさつかさ、それはちゃんとやはりやらなければならぬことだというふうに思っております。

ただ、あの場面でああいう姿勢でよかつたかというふうには言われたい。それはもつとやるべきことがあつたのではないかと。よく言われるように、帽子を捨てたかと言われたい。なぜあの子を抱き上げなかつたかと言われたいけれども、私もそう思う。もつとやるべきことはあつた。そして、あそこで手を広げてでも阻止をすべしだつたと思つている次第でございます。

○佐藤(公)委員 これに関しては、本場に大事な問題だと思ひ、またこれは、組織、いろいろな問題、意識の問題もあると思ひます。これは本場に、ここにいらつしやる皆さん方、人ごとじゃないと思ひます。私も含めて、私たちももう一回襟を直し、意識をきちんとしていかなきゃいけない部分だと思ひます。

これに関して余り話し過ぎると私の質問がほかはできなくなつちやいますのでこれで終わらせていただきますが、十分今後、これに関しては僕は、政治家として、厚生労働大臣、長たる立場としてのやるべきこと、主張することは必ずあると思ひます。副大臣、政務官、よろしくお願ひします。日本国のためです、お願ひいたします。

続きまして、健康保険法の方にいらしていただきます。きょうも午前中に井上委員等からもお話がございました診療報酬のことについてでございます。

平成十四年五月十七日

私も、代表質疑において、診療報酬のあり方、いろいろな話が出ております。そういう中で、もう既に診療報酬改定について、一部では再改定を求める声が出てきているというふうにも聞いております。これに関して、大臣、一部で再改定を求める声が出てきているのか出ていないのか。また、そこから辺を、大臣はこの再改定をという部分をどういう形でとらえられているのか。上げるとか下げるとか、体系的な話とか、いろいろとあると思ひますけれども、大臣の御認識をお聞かせ願えればありがたいかと思ひます。

○坂口国務大臣 診療報酬の問題につきまして、これは、今後の大きい問題としてどういふうに形づくっていくかという問題があるわけでありまして、そのことを今我々はやろうというふうにしていくわけですね。

今回の診療報酬の改定におきまして、上がった、下がった、大変になつたという話は、それはもう別途の話でございます。大枠としての診療報酬体系の基本をどう見直していくかということでございます。もう少し基本を明確にして、何を物差しとしてこの高い低いを決めていくのかというところをはつきりさせなければ、多くの人が見ている、なぜこれにこんなに多額の保険点数がついているのか、これにはなぜついているのかということとがわからない。どの人にも説明のできるような、そういう基本を明確にすべきだということを申し上げているわけでございます。

今般のこの診療報酬につきましては、全部で二・七％下げたわけでございますから、技術につきましては、全体に厳しい状況になっておりますことは想像にかたくありません。多分そうなつていられるというふうには思ひますが、そのことが多くの皆さん方から、多くの皆さん方からいいますより、いわゆる医療側から見ると不公平がいろいろある、ある部分では非常に引き下げの少ないところもあるし、あるところだけ特段に引き下げが強かつたという御意見が出てくることも承知を

いたしております。

しかし、では今までの状況が満遍であつたかといへば、今までの状況の中にもいろいろいいところ、悪いところがあつたわけでありまして、そういうことも勘案をして、今回のこの改定がどういふ結論であつたかということも理解をさせていただきたいというふうには思つておりますし、そして、三カ月ぐらゐれば、その結果がどういふ影響を与えたかということも出てくるわけでありまして、三カ月ぐらゐりいたしまして、もう一度その辺も拝見をしながら、今後のことも考えたいというふうには思つております。

〔委員長退席、鴨下委員長代理着席〕

○佐藤(公)委員 代表質疑において、私は総理に、「一部では再改定を求める声が出ています。これについてどのように考えておられるのか、総理の意思をお伺ひいたします。」という質問をさせていただきまして、結論的には、「再改定を行うことは考えておりません。」という話が一応お答えとして返つてきたわけでございます。その前提には、「特に厳しい影響が生じないようにさまざまな配慮が行われており、厳しい改定ではあるものの、医療機関の経営に想定を超えるような深刻な影響が生じるとは考えられず、再改定を行うことは考えておりません。」と断言されております。

しかし、どうもこの辺が不一致にも見える部分があるんです。坂口厚生労働大臣は、四月十二日の記者会見等においても、診療報酬の再改定を求めていることについて、諮問機関である中央社会保険医療協議会で診療報酬の見直しの議論が始まるとの見通しをした上で、今後のこの再改定に關してはちゃんと状況を見ながら考えていきたいというふうなお話をされたかと思ひますけれども、この辺の、どうも、どこをどうとらえて、何か話が食い違つているように思える部分があるんですけれども、大臣、いかが御説明されますでしょうか。

○坂口国務大臣 今御指摘になりましたようなこ

とが新聞に書かれていたといたしましたら、それは新聞の誤りでございます。

○田村大臣政務官 先生の御経歴といいますが、生年月日を見ますと昭和三十四年生まれ、恐縮でありますけれども、私は三十九年でありますから五つお兄さんなんです、我々の世代から見ると、本当に医療のみならず、年金、介護も含めてでありますけれども、保険制度というのは大変不安があるという声が国民の皆さんにあるのも、これは私も実感をいたしております。

○佐藤(公)委員 この話はちよっともう少し突っ込んで話をしたいところがありますが、もう時間なので、これはまた次回に回させていただきます。

今おっしゃられた抜本改革なくしてという議論からいたしますと、抜本改革が、今回も、以前から持ち越されておる中でやれなかつた。ただ、抜本に向かっただけでは入ってきてもいられない、私には思うんです。すべてが一歩一歩踏み出していこうけれども、その一歩一歩を踏み出していこうという中で言われていくか、実行されてきておるのも事実であります。

その中において、今三割負担という話でありまして、これはまたいろいろな御意見がそれぞれあるというのに対して御理解をされるような御意見があるというの事実はございまして、どこかの時点でその三割というものに集約していくのである、というそんなお声があるのも事実である、というふうな御意見もありません。

そんな中において、今回は、いろいろな抜本改革がこれからなされていく中、第一弾としてこのような改革案を出させていた。ただ、おっしゃられますとおり、我々の世代から見ますと、これでもまだまだ不安でございますから、これからは、先生方、同世代の先生方だけではない、また、先生方、抜本改革を早急に実現させていただきながら、抜本改革を早急に行わせていただきます。

○佐藤(公)委員 もう時間ですので、これから議論を深めてまいりますのでよろしく願いいたします。

以上で終わらせていただきます。ありがとうございます。

私も当選をいたしました二年前に、当時厚生委員会であり、当時の厚生大臣が今の予算委員局長津島先生でありました。そのときに私、議論をさんざんいたしましたし、しつこいものですから、頭んちよつと血が上りまして、本当に抜本改革をやるのかというのを声を荒げて言いましたら、男に二言はありませんと。男に二言はありませんと。男に二言はありませんと。男に二言はありませんと。男に二言はありませんと。男に二言はありませんと。

どうか、あれだけ男に二言はありますと堂々と云ったんですから、やはりしつかりとやっていただかなくちゃいけない。当時、坂口大臣はお立場が違いましたけれども、こういう流れで来ておられますので、ひとつしつかりと抜本改革をやっていただきたい。

そして、今何が心配かといわれますと、不安なものです。将来にわたってちゃんと良質な医療が受けられるのか、そして安心して老後も生活できるのか。そのいわゆる将来に對してのビジョンを示すのが、生活に最も密着したこの厚生労働行政であり、この衆議院の厚生委員会ではないかと

思っておりますので、ひとつしつかりとお願いをいたしたいと思えます。

きょうは、健康増進法の関係で、食品の安全という、私のライフワークでやっておりますが、毎回食品の安全でやっておりますけれども、樋高の場合は、おまえは食品の安全よりも酒の安全の方がいいんじゃないか、そんなことも言われたりするのではありませんか。今回、中国での冷凍野菜から猛毒が検出された、これが日本国内に堂々と入ってきているということにつきまして議論をしたいと思います。

たり、何かトラブルが起きてから対処をする、そういう行政がだめだといふうちにさんざん私は申し上げておられますけれども、今回そういうビジョンを、特にこれは、二〇一〇年を一つターゲットにした中で、役所がビジョンを出したということにつきましてには評価をさせていただきます。しかしながら、その内容で最も重要な部分が抜け落ちているのではないかと、私には思うのであります。

いわゆる日本の医薬品の市場として産業界はどうあるべきか、世界的な流れの中で今考えていかなければいけない状況でありますけれども、その中で、その再編はある意味で避けられない、そして生き残りのためにどうしていったらいいか、真剣に議論しなくちゃいけないのであります。あのビジョンの中に、やはり、そこで今現在、もしくはこれから将来働くであろう方々、いわゆる労働者の視点が抜け落ちているのではないかと。

別にこれは組合から言われたからという話をしているのではなく、そもそも、厚生省と労働省がなぜ一緒になつたかということを考えていた。だいたいなのであります。つまり、今回は、医薬品産業について、旧厚生省の管轄で、いわゆる厚生行政の中で医薬品産業はどうあるべきかというビジョンを出されたのでありますけれども、やはり労働省が一緒になつたわけですから、そこで働く方々、もしくはそれに従事なさる方々、周辺の方々の視点もきちつとそのビジョンには盛り込まれていないと、じゃ、結局、旧厚生省だけで出したことと何にも変わらないんじゃないかというふうに思うのであります。

そのビジョンを実行するに当たって、関係皆様方の意見をこれから幅広く、絶対にしつかりと吸収した形で実現に向けて努力していただきたいのであります。その点につきまして、大臣、御所見を伺いたいと思えます。

○坂口国務大臣 幾つかの論点がございましたけれども、それじゃ、医薬品産業ビジョンの方から申し上げたいというふうに思います。

医薬品産業のことを考えますと、これから先どういうふうな方向が大事かといえ、私は、一つは、人間にとつて申しますか、患者にとりまして優しい薬づくりというのが大事。副作用がない、あるいはまた、それによりまして、副作用と申しますか、他のことがいろいろ出てくるようなことがあつてはいけませんので、やはりそういうことのない薬づくりだといふふうに思つています。その中には、ほかの薬と間違いやすいような色だとか形だとかいうのをたくさんつくるとかつくらないといふようなことも私は含まれてくるといふふうに思いますが、優しさ、薬の優しさ。

それからもう一つは、これからの薬というのは、大量生産でどの人にも通用するということではなくて、オーダーメイドと申しますか、テーラーメイドと申しますか、一人一人に合った薬をつくつていく、そういう方向性が求められているといふふうに思つています。そういう方向性の薬をつくつていかなければならないわけですが、世界を見渡してみましたときに、その分野で日本が果たして優位に立っているかといへば、そうではなくて、少しおくれがちになつてきているといふこともまた事実でございます。

もう一方の大きな柱は、それじゃそうした薬を研究し開発をし、そしてそれを産業化していくのにならなくて、どうしていくかという面が大事でございます。その研究開発、産業化といったような点につきましては、そのシステム、そうしたことにつきましても日本は決して進んでいない、かなりおくれしております。そこをどうするかというのが今回のこの医薬品産業ビジョンの大きなテーマになつていといふふうに思つています。

この医薬品産業といふのは、これからの日本にとりまして、日本もいろいろの産業が発展するといふふうには思いますが、その中で最も信頼される、最も将来性のある産業だと思つて、医薬品産業といふのは、ですから、ここをどうするかといふことは、ただ日本の国の中における医薬品産業だけの話ではなくて、日本経済をリードす

る医薬品産業だといふふうに思つております。その意味で、ここをどうしていくかということは大変大事なことでございます。

諸外国におきましては大変な勢いでこの医薬品産業の合併が起つていっているわけでございますが、日本におきましては医薬品産業はほとんど合併も起らない。それはなぜなのかということも、一つは大変大きな問題になつております。それは、余りにも国の方がいろいろのことに手を差し伸べるからではないか、もっと自由競争で、この人たちに競争をしてもらうということをや、やはりそういう形にしないといけないのではないかと意見もあるわけでございますが、そうしたことも踏まえながら、これからのこの医薬品産業が日本の国の中で大きく育つということを目標していかなければならない。そのことは当然のことながら日本の中の雇用を非常に大きく生むということでございますから、将来における雇用者、雇用創出という面からいきましても、この医薬品産業といふのは大変大きな役割を果たすものだといふふうに思つておる次第でございます。

それから、最初の方の御質問がございました。中国からの輸入野菜の問題でございますが、残留農薬につきましては、先般もお答えをいたしました。ことしになりましては、状況を見まして、そして中国からのものにつきましては検査を続けていふことを申し上げたわけでございますが、いわゆる中国産の野菜検査強化月間というのを一月にやりました、二月にもそれを引き続いてやっていると申しました。

ただ、三月になりまして、これはいわゆる下ゆで冷凍野菜といふんです。一度ゆでて、酵素の働きをとめて、そして冷凍をした野菜といふのがかなり入つてきているわけでございますが、その冷凍野菜の中にもモニタリング検査で違反がかなり見られるということがございまして、生鮮物も含めまして全届け出に對しまして検査を今現在実施しているところでございます。もう一言つけ加えておきますが、食品衛生法の

改正をこれからやらなきゃならないわけでございますが、このときには、一部そうした輸入に適切を欠いているものが非常に多いといったときには、一々その検査をするというのではなくて、ある程度のそうしたことが続けばもうその国からの輸出は一時ストップするということを盛り込まなければならぬだろうといふふうに思つておりまして、そういう考え方で今準備を進めておるところでございます。

〔鴨下委員長代理退席、委員長着席〕
○樋高委員 御丁寧な御答弁、ありがとうございます。

この医薬品産業ビジョンにつきましては、日本人の健康を守るということのみならず、やはり日本の医薬品産業が全世界の健康を守るんだといふぐらいにまでしっかりとした、中身のある、そして旧厚生省であれば医療、旧労働省であれば雇用の問題、こういふ両方納得できるような形で、ビジョンをしっかりと策定していただきたいといふふうに思います。

きょうは農水省から宮腰政務官にお忙しい中お越しをいただきました、ありがとうございます。

食品の安全に関しましては、偽装表示、今回、JAS法改正を農水委員会の方でもなさるといふことであります。さまざまな新しい食の安全をめぐつての組織もつくつていくということでありまして、まことに結構なことであると思つて、今、議員の先生方もそうだと思うんですけれども、地元を回つたときに、やはり一番食品の安全について聞かれることは、安全な食品を見分けるにはどうしたらいいですかと、素朴な純粋な疑問なんですから、それを聞かれるんですよね。いわゆる国民といふか消費者が安全な食品を見分ける方法、御教授いただけますか。
○宮腰大臣政務官 大変難しい御質問でございますが、例えば、国内産の農産物等につきましても、消費者がみずから食品の生産方法等に関する情報を引き出すことにより安心して購入していた

だくトレイサビリティシステムの導入を図るために、牛肉につきましては二月二十一日から実証試験を開始いたしました。十五年度の実施、導入に向けて努力をしております。このシステムが完備をいたしますと、携帯電話を使って、店先のバックに書かれていた十けたの数字、これを使って生産履歴の確認ができる。いわば消費者が店先から生産者の確認ができるということになります。

野菜あるいは米、それから一部の加工食品につきましても、同様のシステムの開発あるいは実証試験に取り組んでおるところであります。これにつきましては、一部、十五年度から実施、導入をしていくこととなります。

なお、原産地を見分けるということにつきましては、特に輸入食品についてでありますけれども、例えば中国産の野菜につきましては、これは日本から種を、種子を中国に持ち込んで、そこで栽培をしているということでありまして、DNA鑑定を行つても、輸入物であるかそうでないかといふことにつきましては、もし偽装がしてあれば、これは確認が極めて困難であるということになります。

農林水産省におきましては、最近偽装表示が多発していることを踏まえまして、一つには、表示の監視体制を強化するというところで、食品表示一〇番の開設、それから二つ目には、偽装表示を事前に抑止をするという意味を含めて、罰則の大幅な強化等を内容とするJAS法の改正案を今国会に提出をさせていただきます。トレイサビリティシステムの構築とあわせて、しっかりと今後適正な表示の確保に努めていきたいといふふうに思つております。
○樋高委員 安全な野菜を見分ける方法ということでお聞きしたのであります。お答えになっておりませんが、いずれにしろ、この食品の安全の関係、しっかりと今後引き続き取り組んでまいりたいと思つております。どうもありがとうございます。

○森委員長 次に、小沢和秋君。
○小沢(和)委員 前回は七十歳未満の負担増についてお尋ねをしましたが、今回は七十歳以上の高齢者の負担増を中心にお尋ねをいたします。

昨年一月から高齢者医療の窓口負担が割に引き上げられ、総額千四百六十億円の負担増となりました。その直後から、私たちのところでは、金のことや心配で病院に行けない、年寄りには早く死ぬかというのかという悲痛な訴えが集中いたしました。この負担増で、高齢者の受診率が大幅に減ったことは間違いありません。

今回は、その一割負担をさらに徹底するということであります。これによる負担増は総額千四百億円、一人当たり八千円に達することが前回の答弁で既に明らかになっております。昨年の負担増に続き、さらにこの追い打ちをかけられては高齢者は到底耐えられないと思いますが、いかがですか。

○宮路副大臣 今回、委員御指摘のように、高齢者の方につきましての一割負担の徹底ということとをさせていただくことになっておるわけでありませう。それは、先ほど来議論されておりますように、最近における急速な少子高齢化の進展によって老人医療費が増大している、そして、それに伴って若年世代の負担が著しくこれまたあえている。一方で、年金制度の成熟化等が進む中で、高齢者の方々の経済的地位も向上している。そういった要素を勘案して、定率の一割負担を徹底してお願いする、こういうことにさせていただいた次第であります。

しかしながら、その一方で、負担能力の低い高齢者の方につきましては各般の配慮を行うということにいたしております。例えば、低所得者に係る自己負担限度額、二万四千六百円または一万五千円でありますが、それを握え置くとということ。あるいは、現在、老齢福祉年金受給者のみが対象となっております負担軽減措置、全体の〇・七%にこの老齢福祉年金受給者は該当するわけでありませんが、その範囲を大幅に拡大いたしました。

で、高齢者の一五%の方が該当するようにということで、その負担軽減措置の対象範囲を広げる。それからまた、外来につきまして、一月当たりの自己負担限度額を八千円、一般の方は一万二千円でありませんが、それを八千円にとどめるといったような各般の配慮措置を講じておるところでございまして、高齢者の方々にも御理解を得られる範囲ではないかな、かように私も理解をいたしておる次第であります。

○小沢(和)委員 ここに旧厚生省がつくった二つのグラフをパネルにして持ってまいりました。上が高齢者の世帯別の収入階層分布です。下が年金受給者の収入別の分布であります。

それで、今、年金も成熟化してきたというようなお話がありますけれども、これをごらんになればわかるとおり、高齢者ひとり暮らしでいえば約九万円のところに生活保護基準がありますけれども、この九万円以下のところに年金受給者数でいえば六割ぐらいの人が集中している、それが生活保護以下だということがこれでおわかりいただけると思うのです。

それから、上のグラフは今度は、年金だけでなく、ほかの収入も含めて、収入全部で世帯別にどうなっているかという分類です。これをごらんになればわかりますように、百万円以下の人が二・九%、それから二百万円以下の人が三〇・三%。大体、調べてみますと、世帯別でいえば二百万円以下というのが生活保護ラインなんです。そうすると、これは両方合わせると四三・二%の世帯は、つまり半分近くは生活保護水準以下の暮らしをしている。

これが高齢者金持ち論の実態なんです。結局、高齢者は金持ちだというのは、ごく一部の大企業の社長さんも確かに高齢者はいらっしゃると思うのですが、そういうような人たちに引張られて、見かけ上高くなっているというだけのことじゃないでしょうか。

その上、介護保険の保険料や利用料も重くのしかかっている。不況で子や孫の収入も減って、そ

の支援も当てにできない。こういう中で、この負担増を払えるのですか。

○宮路副大臣 先ほど、私の方から、年金制度の成熟等が進む中で高齢者の経済的地位も向上しているというのを申し上げましたが、例えば、私どもが手にいたしてあります資料によりますと、可処分所得の比較であります。これは世帯主の年齢別一人当たり平均というものを示しておるわけでありまして、平成三年度と平成九年年度の比較をいたしておりますが、七十歳以上者につきましては可処分所得の伸びが、平成三年度百四十四万円でありましたものが、平成九年度では百七十一万六千円でございます。一九%の伸びを示しております。それに比較いたしましたら、例えば働き盛りの四十歳から四十九歳の方などは、平成三年度百五十五万六千円が、百七十四万円でございます。一・九%の伸びであります。

先ほど申し上げた七十歳以上者における可処分所得の伸び一九%は、各世代を通じて、年齢別に見ました場合、七十歳以上者の伸びが最も大きい。額面の上におきましても、これは年齢層別に見た場合、決して低くはない。百七十一万六千円でありまして、中ぐらいの水準にあるというよう数字を私どもは持ち合わせておるところでございます。まして、こういったところから、先ほど申し上げたようなことを答弁させていただいております。

○小沢(和)委員 私が取り出したのは伸び率じゃないのですよ。これはさっきも言いましたように、厚生省が出した国民生活基礎調査とか、あるいは平成十一年度年金白書とか、それをそのままグラフにしただけのものなんです。

それで、さっきも言いましたように、年金だけでいったら六割ぐらいの人は生活保護基準以下、ほかの収入を足しても四割以上の人が生活保護基準以下の収入しか得ていないじゃないか。伸び率をそっちは問題にするけれども、今現に食べられない状態にある人がこれだけいるんじゃないかと

言っているんです。これでどうやって払えるのかと言っているんですよ。

○坂口国務大臣 これは、統計のとり方でございませう。

我々が持つております統計は、六十五歳以上の人が属します世帯構造別に見た高齢者一人が得ている所得、これを見ております。だから、高齢者一人ではなくて、高齢者が所属をしております世帯で見ると、決してそんな低い額にはなっていない。

もちろんこれは、高齢者だけが所得があるというのではなくて、高齢者以外の人の所得も含まれております。含まれておりますが、高齢者が所属をしております世帯で見ると、例えば夫婦のみの世帯というのがありますし、それから、夫婦と未婚の子供の世帯、一人親と未婚の子供の世帯とか、三世代の世帯とか、いろいろ分けまして、そして、いわゆる高齢者が含まれております世帯をずっと見ますと、そんなに低くはない。これで一番低いので見ましても、三世代世帯というのが一番一人当たりになると少ないんです、それは子供も入ってきますから。一人当たりで百四十二万円、これが年間の所得でございます。

確かに、一人一人でごらんいただければ、小沢さんお出しいただいたのを決して間違いだと言っているわけじゃないんですけれども、しかし、現実問題は、それぞれの人が一人住んでおるわけではなくて、それぞれ、ある世帯に属して住んで立っているわけで、そこは世帯の中でお互いに頑張りながら一つの小さな単位を形成しておるわけでありまして、それで見ますとそういうふうになる、こういうことでございませう。

○小沢(和)委員 だから、現役世代も今の不況の中で皆さんそれは御苦労なさっているけれども、しかし、高齢者世帯について言えば、こういう数字だ。こういうような状態なのに、高齢者は金持

ただから頑張つて払ってもらえる条件があるというふうにするのは、余りに一方的な話だということとを私はもう一度申し上げておきたいと思うんです。

それで、高齢者の医療費は、七三年には一たん窓口負担が無料になったわけです。しかし、この三十年の経過を見ますと、わずか十年で再び有料化され、外来でいえば、月四百円、八百円、九百円、二千円、三千円と、五回にわたり連続的に引き上げられております。今では、本当に重い負担になっている。

前回、大臣は、七十歳以下の三割負担を今後絶対引き上げないかといって私が食い下がったら、引き上げる可能性を事実上否定されなかつたと思ふんですが、高齢者の負担はそれ以上に今後も引き上げられる可能性があるんじゃないかと思ふんですが、いかがですか。

○坂口国務大臣 前回申し上げましたのは、若い人たちに對しましては、現在の皆保険制度が存在します以上、皆保険制度でいくならば三割が一つの限界だということを申し上げたわけでありまして、それ以上にならないようにどう工夫をしてくかということになるだろうというふうに思ふんです。

高齢者の場合に、それじゃ、一割で、これが一割以上にならないかということですが、高齢者もさまざまで、高齢者でも高額所得者の皆さん方は、一割ではなくて、やはり二割出していただかなきゃならないところもあるというので今回お願いをしているわけですが、そうしたことはこれからもあるだろうというふうには思つていません。しかし、所得の少ない低所得の皆さん方に対して、それ以上になるということは避けなければならぬということでございます。

○小沢(和)委員 政府は一昨年、一割負担を持ち込むときに、一割にしても負担が急増しないよう配慮していると強調されました。今回は、そのときに設けた八百円の定額診療所とか三千円の上限などをすべて取り払いました。結局、あのときの

配慮というのは定率制を導入するための単なるオブラートだつたのではないかと、今にしていえば思わざるを得ないわけでありまして、今度もまた、低所得者の人たちについては配慮した、一般の上限を一万二千円にしたのに対して低所得者は八千円に抑えたというふうな話でありませうけれども、一円でも安く買おうとスパーにあちこち見て回るような生活をしている低所得者に、上限三千円を八千円と二倍以上に引き上げることが、配慮の名に値するのでしょうか。

今回、とりわけ許せないのは、償還払いの導入であります。窓口では、上限を超える分も含め、一たん全額支払わなければならぬことになります。窓口で幾ら支払うのかわからない、これほど強力な受診抑制の圧力はありません。これが本場の政府のねらいではないんでしょうか。しかも、その後役所に行つて償還の手続をして、ようやく二、三カ月後にお金が返ってくる。病気の高齢者になぜこんな手続をわざわざ新たに設けるのか、せめてこの償還払いをやめさせたらどうかと思ふんですが、いかがでしょうか。

○宮路副大臣 委員御指摘の、一昨年の改正の際に月額上限制を設けた、それは、今までの定額負担を定率一割負担に変更するに当たつて、言つてみれば激変緩和措置と申しますが、その定率一割負担制の円滑な導入ということを図るために、高齢者の方々の負担がその改正の前後でほぼ同水準になるようにというふうな配慮に基づいて、月額上限制をそのときは実施させていただいたわけでありまして。

ところが、今回は、先ほどから御議論ありますように、最近の医療保険制度をめぐる、特に高齢者医療をめぐる状況、そしてまた、そのもとにおける若年層の負担の増大等々勘案させていただいて、今後とも我が国の医療保険制度を持続的なものとして維持していく、運営していく、そのために、若年層の方々のバランスにも考慮させていただきながら、一割の負担を徹底してやっていただけでなく、徹底する、そういう制度を導入したわけであ

りまして、これに伴い、上限額制度を廃止することとしたわけでありまして、外来負担についても配慮いたしまして、一月当たりの自己負担限度額一万二千円、特に低所得者につきましては八千円にとどめさせていただいているということでありまして、御理解をいただきたい、このように思う次第でございます。(小沢(和)委員「償還払い」と呼ぶ)

償還払いの件は、先ほど申し上げた一割負担を徹底していくということからいいますと、償還払いというのはいくらもありません。償還払いの現物給付はなじまないのではないかと、償還払いにさせていただくことが一割の徹底負担ということになじむのではないかと、確かに、従来からすると、その点や手続的に煩瑣である、そういうしりはあはれないこともないかもしれませんが、あえてそうした一割負担の徹底という見地からこれを導入させていたのだ次第であります。

○小沢(和)委員 私が尋ねたのは、上限の三千円を八千円に、二倍以上に引き上げるということとは、どうして低所得者に対する大変な配慮だと言ふんですか。一万二千円に比べれば確かに安いとは言えるかもしれませんが、三千円が八千円に上がる。先ほど言ったような、高齢者の多くの人は大変な暮らしをしているわけですよ。そういう中で、倍以上に上がるというのは、どういう配慮なのかと私は何っているわけですよ。まして、一割負担を徹底するということと償還払いにつながる、これはどういう理屈になるんですか。論理的には、私、そのつながりがわかりませんね。○大塚政府参考人 たいま、今回の考え方につきましては副大臣から御答弁申し上げたとおりでございますけれども、月額上限制と償還払い、今回の高齢者も応分の負担をお願いするという点については基本的な考え方でございますけれども、仕組みが一つ異なる点を御承知願いたいと思うわけ

でございます。従来の月額上限制という仕組みは、各医療機関ごとに三千円もしくは五千円を限度としてお支払いいただく。今回の償還払い制は、例えば複数の医療機関に行った場合は、それを合算して一定額を超えますと、その超えた額をお返しする、こういう仕組みで、その点、仕組み自体が変わります。

償還払いにつきましては、これは御案内のとおりでございますけれども、若人の世代におきましてはそれがむしろ原則でございます。従来、高齢者医療につきましては、経緯がございまして、長い間定額払い方式がとられてまいつたということもございまして、前回の改正のときに定率を原則としましたけれども、いわゆる月額上限ということ、いわば定額から定率への橋渡しのときの工夫ということでそういう方式をとつたわけでございますが、今回、一割徹底、これは、高齢者、現役世代との負担のバランスも考慮しながら、全体として原則的には共通のルール、仕組みにするという考え方でこういう整理をしたわけでございます。

くどういふわけでございますが、冒頭申しましたように、償還払いと従来の月額上限制では、単なる金額の差ではございまして、仕組み自体が違う点があるということをお承知願いたいと思ふ存じます。

○小沢(和)委員 私もその仕組みが変わつたことはわかります。

それで、今のIT技術を活用すれば、医療費の通知を受けた市町村の責任で、それぞれの医療費を合算して上限額を超える分の償還払いを行うこと、病気の高齢者に一々手続をさせずに済ませるということが十分に可能だと思ふんですが、どうしても償還払いをするというのなら、せめてこのくらいの配慮をしたらどうでしょうか。

○大塚政府参考人 償還をしていただく場合に、これはやはり償還を受ける御本人が御申請をいただく、この前提はもう変えられないと存じます

けれども、高齢者ということも考えますと、極力その事務負担を軽減するということは大事な点だろうと私も思っております。具体的にはまだまだ詰めなければなりませんけれども、市町村の御協力を得ながら、できるだけ手続上の負担が軽減されるように、そうした工夫については引き続き実務的に検討してまいります。

○小沢(和)委員 多くの高齢者の方は、医療費がどれだけかかったかということ、あるいは償還を請求できるだけの額に達したかというようなことはわからないんじゃないかと思うんですね。だから、最小限、月々の金額がこれだけかかりました、だからあなたはぜひ償還の手続をしてください、これぐらいの連絡などを高齢者みんなに対してするというぐらいのサービスを市町村にするように指導したらどうでしょう。

○大塚政府参考人 IT技術が普及をしてきている時代ではございますけれども、やはり市町村の実務面からしますと相当な事務量がございまして、したがって、市町村の御協力も得なければなりませんし、具体的な方法はやはり市町村とよく御相談をさせていただいて、実現可能な方法を考えなければならぬと思いますので、御指摘御提案でございますけれども、引き続き研究をさせていただくということにさせていただきますと存じます。

○小沢(和)委員 あなたは先ほど、高齢者については手続の軽減をできるだけ努力したいというふうな言われたんです。だから、具体的に、ではどういふふうに軽減をするかということについて今後研究してくださるというお話ですね。

○大塚政府参考人 一方で、高齢者の負担をできるだけ軽減したいということがございます。一方では、市町村の事務ということも現実問題としてございますから、その両者をよくにらみまして、現場の市町村とも相談をさせていただきなから詰めていくことにさせていただきますと存じます。

○小沢(和)委員 この機会に、高齢者のための医療費支出金についても一言お尋ねしておきたいと思っております。

本来、国が負担すべき高齢者の医療費を、一八三年に老人保健拠出金制度をつくり、労働者の健康保険にその分押しつけるようになったわけでありました。その結果、同年の老人医療費の中で国庫支出の占める比率は四四・九%でありましたのに、二〇〇〇年には三一・九%まで下がってしまいました。これと逆に拠出金は年々急激に膨張して、組合健保や政管健保を今日のような危機に陥れております。今年度の組合健保の予算全体では、老人保健拠出金と退職者拠出金は合計二兆四千四百四十億円、保険料の四四%に達しております。今では九割以上の組合が赤字に苦しんでおります。

今回、その拠出金の算定方式を若干変更いたしました。対象年齢を段階的に七十五歳に引き上げる一方で、国庫負担を五割に引き上げていくというのですが、私の推測では、国の負担は余り増額されず、組合健保の財政もほとんど改善されないのではないかと思います。

我が党は、高齢者医療費負担の保険間調整の意義を否定するものではありませんが、それを利用して本来の国の責任を逃れるような負担の押しつけをこの際改めるべきではないかと思っております。いかがでしょうか。

○大塚政府参考人 老人保健制度あるいは老人保健拠出金の趣旨、背景はもう改めて御説明する必要はないわけでございますが、お尋ねの算定方法の見直し、その部分をとりまして、おっしゃいますように、主として被用者保険の方がその部分だけをとりますと負担増になるという性格を持つておられるとおっしゃるとおりでございますが、これは、かねて、公平な拠出金の負担という点から、関係者の中で非常に議論のあったところでございまして、今回、全体の見直しの中で整理をするという考え方でございます。その部分につきましては、被用者保険側にとつて、被用者保険側と云うのは適当ではございませ

んが、被用者保険の保険者は負担増の要素がございませぬけれども、これも今お話ございましたように、算定方法の見直しのほかに、対象年齢の引き上げ、あるいは公費負担の引き上げということで拠出金自体が大きく縮減いたしますので、全体の今回の改正においては、被用者保険も含めまして、国民健保も含めましてでございますが、財政の健全化に資する、そういう内容になっております。

○小沢(和)委員 特に、業種ごとに中小企業でつくっている総合組合の経営が今大変であります。総合組合は全国で三十あり、組合総数の二割近くにもなりますが、この総合組合の中には、保険を維持するために、政管の限度九・五%をはるかに超える約一三%という保険料の組合もあると聞いております。

私が、それくらいなら解散して政管に入った方がいいのではないかと聞いたら、組合を解散するためにはこれまでの赤字を清算しなければ加入の許可を受けられない、その資金を工面することができないので、やむなく保険料を上げて自転車操業を続けていると言っております。

こういうひどい状態を政府は御存じだと思っております。いかがですか。

○大塚政府参考人 総合健康保険組合の保険料率などについてのお尋ねでございます。保険料率というお話でございますが、これは法律で、現在の仕組みの中では九・五%が上限と決められておりますので、保険料率そのものは九・五%を上回るところはございません。細かいことになりましたけれども、そのほかに健康保険組合連合会が健保組合全体の調整事業として若干の一種の財政調整のようなものをしておりますが、その調整保険料というのが少しございませぬ。それを含めまして九・六二%というところでございませぬ。これが限度でございます。今おっしゃいました十数%というのは、推測で恐縮でございますが、もしあるといたしますと、法定給付費に対する本来必要な料率、財源率、赤

字を出さないための保険料を計算するということ意味での数字ではなからうかと推測をいたします。そういう保険組合では、一方、九・五%が上限でございますから赤字になる。これは準備金があれば準備金を取り崩し、準備金を持つように指導をしておりますから、それに対応し、もし料率を上げる、法定上限の範囲の中で引き上げる可能性がある健保組合であれば、これを引き上げて財政改善をしていただく。

どうしても運営が立ち行かなくなるということであれば、これは解散して政府管掌健康保険に加入していただく、政管健保に加入していただくことになるわけでございますが、その際赤字を持つておられますと、累積債務を持つておられますと、今度は中小企業の方々が加入してあります政管健保の負担になります。

したがって、簡単に俗な言葉で言いますと、身ざれいにして政管健保に入ってしまった、これがやはり公平の観点からは重要でございますし、これを、ルールがないということになりますと、一種のモラルハザードも起きかねないということでございますから、そこは重要な基本的な考え方の一つと我々は考えているところでございます。

○小沢(和)委員 今、法律で九・五%以上取れないというふうな言われましたが、そんなことはないはず。確かに労働者の方には四・五%以上取つてはならないという歯どめがありますけれども、九・五%を超える分はちゃんと法律で事業主が負担するようになってはいるんじゃないですか。現に総合組合の約三割は九・五%を超える保険料になっております。私さつきも念を押して聞いてみましたが、そういう答えです。組合の会議に社会保険事務所などから出てきて、この程度の保険料引き上げでは組合財政が改善できない、さらに上げるようにハッパをかけるというふうなこともあって、これでは保険料倒産になるという怒りの声も聞いている。これが総合組合の実情だと思っておりますが、いか

がですか。
○大塚政府参考人 重ねての御指摘でございますが、基本的には、公的な強制徴収の対象となる経費につきましては、医療保険に限らず、また社会保険に限らず、共通の延滞利率を適用しているところでございます。

○小沢(和)委員 私はそれは調べて、租税特別措置法第九十四条によってそういう措置をするという事になっていくというふうな聞いています。ですが、あなたの方も調べると言うから、では、これもこの次も一遍聞きましょう。

○大塚政府参考人 老健拠出金の仕組みは、確かに変動要因はございます。おっしゃるような、加入している会社が倒産あるいはそれに準ずるようなケースになると、医療費、十兆円というふうな規模の老人医療費でございますから、そのほかに実はさまざまな変動要因がございます。医療費自体もそのときの状況で変わりますし、そのほかにも、お示しのようなケース以外に、変動要素は大変多くございます。

○大塚政府参考人 延滞金の金利でございますけれども、おっしゃいますように一四・五%が原則でございますが、ただいま国税の場合とおっしゃいましたけれども、国税あるいは郵便、道路交通関係、保険業、すなわち公的な強制力を持つて徴収する仕組みのものにつきましては延滞金につきましては、みなみな共通でございます。ただいま四・一とおっしゃいましたでしょうか、それは、当初の二カ月、法定の期限から二カ月間は四・一

でございますから、その計数ではないかと思いがすが、基本的には、公的な強制徴収の対象となる経費につきましては、医療保険に限らず、また社会保険に限らず、共通の延滞利率を適用しているところでございます。

○小沢(和)委員 私もそれは調べて、租税特別措置法第九十四条によってそういう措置をするという事になっていくというふうな聞いています。ですが、あなたの方も調べると言うから、では、これもこの次も一遍聞きましょう。

○大塚政府参考人 老健拠出金の仕組みは、確かに変動要因はございます。おっしゃるような、加入している会社が倒産あるいはそれに準ずるようなケースになると、医療費、十兆円というふうな規模の老人医療費でございますから、そのほかに実はさまざまな変動要因がございます。医療費自体もそのときの状況で変わりますし、そのほかにも、お示しのようなケース以外に、変動要素は大変多くございます。

○大塚政府参考人 延滞金の金利でございますけれども、おっしゃいますように一四・五%が原則でございますが、ただいま国税の場合とおっしゃいましたけれども、国税あるいは郵便、道路交通関係、保険業、すなわち公的な強制力を持つて徴収する仕組みのものにつきましては延滞金につきましては、みなみな共通でございます。ただいま四・一とおっしゃいましたでしょうか、それは、当初の二カ月、法定の期限から二カ月間は四・一

平でございます。一方では、そうした変動要素が多い医療保険の仕組みでございますから、先ほども申し上げましたように、一種の予備費あるいは準備金のようなものを、特に自主的に結成をします健保組合などにつきましてはきちんとしていただこうように。それを安易にと言ったらしかられるかもしれないけれども、使い切ってしまうということにもなることからは、やはり自立的な運用をお願いしたい。うしでも先行き難しいならば、やむを得ず解散ということにつきましては私どもも当然御相談に応じるわけでございますから、そうしたいわば深刻な状況にもならない状態になる前に御相談をいただいたり、私どもも、極力そういう状況を把握しておりまして、いわゆる全体としての制度の仕組みの中でございまして、この概算拠出金制度、その精算という仕組みは、これは手直しはなかなか難しいというふうな考えております。

○小沢(和)委員 時間がぼつぼつ来たようですからこれで終わりますけれども、二年後に精算されるから損はさせないというふうなことで、今のうちにほとんどの中小企業が必死の経営を続けているという状況のときに、事態に合わないと思うんです。本日は組合を解散したい、しかし解散する体力がない、そのために政管よりはるかに高い一三%近い保険料を取らざるを得ない、こういう状況の中小総合組合に対して、せめて政管並みの保険料で運営できるように、老人保健拠出金の減額なども含めて、事態に即した対策を講じていただきたいと思います。

○大塚政府参考人 総合健保の中で大変厳しい運営をしておられるところは承知しております。また、おっしゃいますように、全体的な経済的な深刻な状況の中で、それぞれの組合が厳しい運営をしておられると思います。逆に申し上げますと、したがって、特定のところに特別のいわば援助をするということは、これは逆に公平を大きく損なうというふうな考えておまして、今具体的な方法を考えている段階ではございません。

○森委員長 次に、中川智子君。
○中川(智)委員 社会民主党・市民連合の中川智子です。本日最後の質問者でございますので、どうぞ元気でよろしくお願いたします。まず、質問第一問目でございますけれども、大臣にぜひともお伺いしたいと思っております。五月十四日から三日間、昨日まで、韓国から十二名の被爆者の方々が日本にお見えになりました。各党の党首クラスの方々、そして参議院議長、衆議院の副議長初めたくさんの方々、健康状態も余りよくない状況の中で必死でお訴えをいらしたお忙しい中、お忙しい中時間をとっていただき、会っていただいたわけですが、やはり在外の被爆者の方々の一つ目の大きな望みは、世界じゅうどこにいても被爆者は被爆者だとして、二回の裁判の判決、両方とも全面勝訴いたしました。被爆者援護法の適用をいこうことは当たり前のことであるという判決をいただき、でも、国の方は控訴をいたしました。

いま一つは、特に韓国にいらつしやる被爆者の方々は、一九九二年に外務省の方から人道的な支援として四十億の基金を運用して、そして医療費、薬代に充てたりしてまいりました。ところが、その支援金も、基金も来年には枯渇するという状況でございます。

一つには、やはり援護法の適用をしていただきたい。でも、検討委員会の報告は、単年度で五億円。約半分、二億五千万は事務費になってしまふでしょうし、あと二億五千万で、日本にいらつしやればちゃんと医療をいたしましょう、治療をいたしましょうという事です。でも、大臣も昨年韓国に行つていただきましたが、私も参りました二百人ほどの被爆者の方々にお会いしました

○大塚政府参考人 総合健保の中で大変厳しい運営をしておられるところは承知しております。また、おっしゃいますように、全体的な経済的な深刻な状況の中で、それぞれの組合が厳しい運営をしておられると思います。逆に申し上げますと、したがって、特定のところに特別のいわば援助をするということは、これは逆に公平を大きく損なうというふうな考えておまして、今具体的な方法を考えている段階ではございません。

○森委員長 次に、中川智子君。
○中川(智)委員 社会民主党・市民連合の中川智子です。本日最後の質問者でございますので、どうぞ元気でよろしくお願いたします。まず、質問第一問目でございますけれども、大臣にぜひともお伺いしたいと思っております。五月十四日から三日間、昨日まで、韓国から十二名の被爆者の方々が日本にお見えになりました。各党の党首クラスの方々、そして参議院議長、衆議院の副議長初めたくさんの方々、健康状態も余りよくない状況の中で必死でお訴えをいらしたお忙しい中、お忙しい中時間をとっていただき、会っていただいたわけですが、やはり在外の被爆者の方々の一つ目の大きな望みは、世界じゅうどこにいても被爆者は被爆者だとして、二回の裁判の判決、両方とも全面勝訴いたしました。被爆者援護法の適用をいこうことは当たり前のことであるという判決をいただき、でも、国の方は控訴をいたしました。

が、韓国の中で、その集まる場所にいらつしやるにも大変な思いでいらつしやる。そして、日本に來いというのは余りに残酷でございますし、平均年齢七十六歳を超えていらつしやいまして、どんどん亡くなってまいります。この被爆者援護法を適用してほしいという声を重く受けとめていただきたい。

そしてもう一つは、外務省がやはり追加の援助をすべきではないかというふうな形での働きかけを、厚生労働省の方からも、在韓被爆者に関しやうとていただきたいと思うのです。神崎代表がお会いくださいませして、追加支援に関しては党の方でもしっかり取り組んでいくという御発言をいただきました。私も先ほど神崎代表と廊下でお会いしましたら、とても前向きな形で御発言をいただきました。

大臣、ぜひとも、在外被爆者の方々に對してのいま一步の御支援をお願いしたい。その決意に関して御答弁をお願いいたします。

○坂口国務大臣 昨日もお会いをいたしましたし上げましたけれども、一つは、ことし五億円をつけまして、そして健康診断等をするようになりましたが、これですべて終わりというふうに考えているわけではございません。そこは明確に申しました。

しかし、その後、韓国の皆さん方の問題もございしますが、アメリカにおみえになる方もございすし、ブラジルにおみえになる方もあるし、北朝鮮におみえになる方もある。したがって、日本が事を決定いたしますときに、韓国の皆さん方にはこういう方法で、そして北朝鮮の方は違う方法で、アメリカの方はまた違う方法というわけにはまいりません。それはやはり一律にどうするかということを決めてかからなければならぬというふうに思いますから、いましばらくお時間をいただきます。そして全体を見ながらこの決断をさせていただきますというふうに思います、もう申し上げたわけでございます。現在もそのように思っておりますので、ひとついましばらくお

許しをいただきたいと思えます。
○中川(智)委員 いましばらくの間に、ぜひとも〇〇前に進んだ救済策を講じていただきたいと思えます。

私はとても大臣を尊敬しておりますし、大好きな大臣でございます。実はハンセンでもヤコブの問題でも、大臣が辞表を胸に戦っていたのだ。私にも対しましては私に感謝していただいて。私もハンセン病の問題やヤコブの問題、しよつちゅう大臣を廊下でつかまえたたり、まあ寝込んだところを襲うことはしませんでしたが、一生懸命大臣をお願いして、大臣はしっかりとおこたえくださいました。身体障害者補助犬の問題も、来週参議院で成立いたします。私は、この在外被爆者問題が解決すればもう思い残すことはないというぐらいの必死の、健保法はもうろん体を張って反対いたしますが、個人的に一生懸命取り組んでまいりましたこと、超党派で頑張ってきたこと、そのようなことは在外被爆者一つ残っておりませんので、ぜひとも大臣のお力を一生懸命おかしただきたいと思えます。

二点目なんです。急にここで健康保険法の問題で、実はこれは一九九七年、今から五年前、一割負担が二割になって、とてもつらい思いをした、見たくもない議事録でございまして、目を通しました。私は与党で、そちらの方に座っております。大臣は野党で、ここで私に質問をいたしました。でも、やはり坂口大臣は当初からお優しく、ほかの野党の先生方は、本当に私は涙がちよつとあふれるぐらいいろいろな答弁をいたしました。

まず第一点目。大臣、この議事録で、私は、このときの御発言と今の大臣の決意というところの心変わりはないでしょうかというふうなことで質問をさせていただきます。この法案を出される前に、大臣は、必死の思いで最初は阻止しよう、これに対してはやはり負担が大き過ぎる、抜本改革が先だという思いで抵抗されましたが、途中で抵抗がつかえなくなったかということ

を質問したいんです。
大臣の御質問はこうあります。九七年、五年前です。「社民党の方は今まで構造改革を前提としたお話であったのに急に妥協をされた。この責任は非常に重い」という発言がございました。「中川さんはまだ国会にお見えになりまして間もないわけでございますし、お聞きするのはいささかつらい思いもいたしますけれども」ということで質問がございまして、私は、「社民党の心変わりのようなことをおっしゃられましたが、そのようなことは一切ございせん。」と答弁したんですが、後に続く言葉は弱いものであります。

そこで、大臣、なぜ今回の法案を出すということを大臣自身決心されたのか。そのときに胸に辞表は入っていたのか、その辞表はどこに行ってしまったんでしようか。こは、心変わりがあつたかどうか、いつの時点でどのような納得があつたのかどうか、いつの時点でどのような納得があつたのかどうか、御答弁をお願いいたします。

○坂口国務大臣 月日はかなり変わつておるわけでございます。やはり歴史の舞台はかなり回つていくなと思ひながら聞かせていただいたわけでございます。

今回の医療保険制度、医療制度と申しますか、改革につきましては、これは現状を考え、そして将来の人口構成を考えましたら、今のままで行き詰まることだけは間違いがない、もう大変な状況になってまいりました。その五年前に予想をしておりましたのをさらにはるかに超えて少子化が進んでまいりまして、五年前でございまして、まだ合計特殊出生率の一番下の低位のところでも一・三九ぐらいだったと思ひますけれども、今や一・一まで参りました。このままではいけませんと現在の医療保険制度がもたないことだけは間違いがない。そういたしますと、保険料をふやしていただくか、さもなければ自己負担をふやしていただくか、さもなくば医療機関に対して医療費の値下げをしていただくか、何かをやらぬことにはこれはやつていけないわけでございます。

今回、そうした中で個人負担三割、これはなかなか心の痛む話でございましたけれども、しかし、お願いをすべきである。それは、国民健康保険の皆さん方もあるいは健保の御家族の皆さん方も既に三割をお願いしているわけでございますから、この健保の御本人におきましても三割をお願いする以外にないだろうということになつたわけでございます。ただ、そのことにつきまして、私は全く異存がございせん、それ以外に方法はないと今も信じておりますし、これから先、もつともつと厳しい状況、人口構造がまだ来るだろうというふうな思つております。

そうした中で、現在は本当に高齢者の問題が大きな問題になっておりますが、今から十五年ないし二十年先になりますと、今度は少子化の影響が激しく出てくるわけでありまして、もう一つこれが厳しくなることだけは想像にたたくありません。そのことを考えますと、現在からむだのないところを省くような制度改革を一方で、そして、御負担をいただくところはお願ひをするという体制にしていく以外にないというふうな思つていられる次第であります。

ただ、一つ私も気残りと思ひますが、これはもう少しうまくできなかったかなというふうな思つております。それは抜本改革のスピードを上げて、抜本的改革の改正の問題も同じに出したいというふうな思つていたわけでございますけれども、やはり、当面の制度改革のことは、これは財政、予算と結びついておりますから、例えば八月までに概算要求をしなければならぬ、年末までにごう決まらなかならないということがあるものから、どうしても予算に結びつきまして先へ先へと行つてしまふ。

抜本改革のところは、かけ声は勇ましいんですけれども、なかなかやはり、抜本改革であればあるほど税制とも絡んでくる、ほかのことも絡んでくるというふうなことで、どうしてもなかなか進みにくいということがあつて、同じにスタートと

いうわけにいきませんでした。

しかし、決着のところは、来年の四月一日、この三割自己負担あるいは保険料の引き上げといったそうしたことに對します決着をつけるというそのときには抜本改革も同じに決着をつけるというスタートで、今若干おくれかもしれませんが、急ピッチでこの抜本改革に取り組んでいくところとございまして、この御審議がいつまで続くかわかりませんが、できるだけ早く終わっていただきたいというふうに思いますし、これが終わりましたら私の思い残すことはないわけとございませぬけれども、しかし、その途中でも、この抜本改革の進みぐあい、こゝまで今やっておりますということと皆さん方に情報開示を進めながら、進めていきたいと思いますというふうに思っているところとございませぬ。

○中川(智)委員 大臣、この質問のその次に、このように御発言されています。「医療制度の改革というのには、本当にさまざまな面で改革をしていかなければならない点がある。」ここからなんですか、「ですから、もういよいよお金が足りない」という事態になって、慌てて患者の皆さんに、あるいは国民の皆さんに負担をしてくださいというふうな、こういう制度のあり方ではないか。いかに本格的な制度改革というものをしているか。いかに火がついたように改革をするというふうなことはできないわけでありませぬ。」

ということで、大臣に御就任になってから一年余りがたちました。大臣の気持ちの中はきつと、改革、抜本改革、早く仕上げていかなければいけないという決意で満ちあふれていると思えます。この感想を伺いたかつたんですが、今のお言葉の中に種々盛り込まれていましたし、議論はこれからでございますので、また後日させていただきます。続きまして、保険者機能の強化について伺います。今回の健保法改正の附則の中には、社会保険診

療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会による診療報酬の審査及び支払いに関する事務処理の体制の見直しについて、おおむね三年を目途にその具体的な内容、手順及び年次計画を明らかにして、所要の措置を講ずるといふふうにとされております。

しかし、仄聞いたしますところによりますと、法案作成前につくられた政府と自民党との合意の中では、支払基金と国保連と二分化している現行の審査支払体制を三年以内に一本化することというふうな議論があつたやに聞いております。これがその方向で検討がされるとしたら、大変なことだと考えております。

例えば、三月二十九日に閣議決定されました規制改革推進三カ年計画では、保険者の本来的機能の發揮として、レセプトの審査支払いに多様な選択を認めるというふうにしておりまして、一本化とは非常に対極をなすというふうに考えざるを得ません。このような政府と与党内での不一致というの、国民に負担を与えこそすれ、明るい医療の将来像というのがなかなか見えてまいりませぬ。

そこで、一点目と二点目、あわせて御答弁をお願いしたいのですが、保険者機能の強化は、既に五年前に、これも自社の連立のときに、医療保険制度改革協議会、そこにおきまして、「保険者は、被保険者の立場に立つてその機能を強化し、制度運営の安定化のため、レセプト審査などの充実を図る。」ということが合意されております。保険者機能は強化されていて当然ですが、それは現在どうなっているでしょうか、これが一点。

二点目は、国民健康保険と被用者保険とでは、加入者の類型も、また徴収方法も違つています。一本化という議論には無理があると考えます。そしてまた、両組織が並立して競い合うことの方が、一つには、あるべき保険者機能の強化ということにはつなげていくのではないかと我が党は考えておりますが、所見をお願いいたします。

○田村大臣政務官 先生今おっしゃられましたとおり、平成九年、先生が与党におられたときでありますけれども、与党医療保険制度改革協議会の「二十一世紀の国民医療」という中におきまして、今おっしゃられましたとおり、レセプト審査の充実でありますとか、また相談窓口の設置、健康相談等を強化していこうというふうな提言をお出しただいた。

その中において、提言に沿ひまして、例えばレセプトの審査の充実という意味では、点検事務センターというものを、より集約的に機能を強化した、専門性を持ったところとしっかり審査していこうということとつくらせていただいて、設置をいたしております。

これに關しましては、その効果といはしましてすけれども、平成十年度にてきてから平成十二年度までであります。レセプト、保険給付費の返還でありますとかまた診療報酬請求額の調整等々を含めた金額、件数でありますけれども、順調に伸びてきておりまして、件数、十一年度では七・二％、十二年度では二・三％伸びております。金額でも、十一年度七・八、十二年度一・〇

ということとありまして、十二年度一千七百三億円ということと、これは機能強化といはしますか、効果が上がつてきておるといふこととあります。同時に、健保組合員に關しまして、この保険者機能の強化といふことで、今いろいろと企業等々が多様化といはしますか多角化をしていく中において、こういうふうなそれぞれの保険集団のあり方がどうであるかといふことも考えながら規制緩和をしていこうといふことと、そこら辺は、実際問題、融通のきくような形で、保険者集団が再編できるような形で、いろいろな規制緩和をさせていただいておるといふこともございませぬ。

さらには健保組合等々の予算、これに關しては、今まで認可制度であつたのを届け出制度に変えさせていただいたりまして、さらに強化をいただく、規制緩和の中で強化をいただくといふそれぞれの団体が自主努力をしていいたくといふ

方向でいろいろと御努力をいただいております。いずれにいたしましても、基本はそれぞれの保険者が努力をいただくといふことであります。努力をいただきやすいような環境をつくるために頑張つてまいりたい、このように思つております。それが一点。

それからもう一点が、今言われました支払基金と国保連、統合をするんじゃないかといふようなお話がありましたけれども、これも御承知のとおり、今も先生おっしゃられましたけれども、昨年の十二月、いつも言うんですけれども、例の特殊法人整理合理化計画の中におきまして、この支払基金に關しまして、レセプトの審査支払いを主たる業務としつつも、老人保健関係業務等をあわせて実施する組織として民営化法人としていくことといふようなことを言われておるわけとあります。一方、国保連に關しましては、もちろん支払基金の審査業務のみではありません。また、保険者事務の共同事業等に關するよう業務もあわせて持つております。

それぞれ、その支払いとかまた審査という意味では共通しておりますところもありますので、これはIT化等々ございませぬから、そういうところも含めて、より効率的な分野では協力して融通がきくような形にしていこうという方向ではありますけれども、それぞれの業務もあるといふこととありますので、今すぐ一本化といふような話ではございませぬ。一方で、今回の法律の附則に載つておりますように、保険制度自体をどうするか、保険といふものが、高齢者、老人保健等々も含めてどういふような体制に変えていくかといふ議論も実はやつていかなきゃならない。

一元化といふ話もありますけれども、それはこれからの議論であるかと思ひますが、そこやばり密接に絡んでくる部分でもあろうと思ひますので、これからの議論をさせていただく中において、最もよい方向性といふものをつきつかりと模索をしていきたいと思います、このように思つております。

ます。医療事故の問題。

先日、我が党の阿部知子議員が質問主意書を出しまして、八十二の特定機能病院、出てきたわけですが、やはりこれも、いろいろ、出し方、そして把握の仕方、安全管理委員会のあり方等々、見直すべき点たくさんございますが、今回は私は、医療事故一つとりましても、表現も、報道の方でも医療事故、医療ミス、医療過誤、医療被害、そういうふうにくくさん分かれていて、そして医療事故そのものの定義さえあいまいである。私は、やはり医療被害。患者にとつて本当に医療の質が、負担が一方ではありながら、医療の質がどう高められていくのか。医療が患者にとつて信頼を取り戻していくことの第一歩というのはここが原点だと考えております。

医療事故が起きた場合に、医師免許の取り消し等の行政処分ができるのは現在医道審だけですけども、医道審でも随分処分漏れがあるということも聞いております。私どもの目から見ましたらば、処分漏れさえも放置しているという現実があるんですが、それはなぜなのでしょう。その理由について端的に、たくさんこれに関して質問をさせていただきたいので、端的にお答えください。

○田村大臣政務官 医療事故に関しては、医道審といいますが、そうでございますね、医師法において、免許等々に関してのいろいろな資格事項等々の部分にしまして、当然刑事処分されたものに関しては対象になってくるわけでありまして、けれども、先生が漏れておると言われたのが、どういふ部分が漏れておるかというふうなことがちょっと私もしっかりと把握しておりませんので……。

質問でいただいた部分では、例えば民事訴訟等々が起こったものに関しては、要は、これが対象になっていないんじゃないか、非常に甘いんじゃないかというようなお話というふうに承っておりますが、これに関しては、例えば、刑事処分をされたものに関しては、ある意味では厳格

な事実認定の手続というものをしなくてはならないというふうな思いをしております。重大な不利益を非常に与えるといえますか、実際問題、医師免許等々を剥奪という話になります。これは大変な重い話にもなつてこようかと思っております。そういう意味からしますと、民事訴訟だけ起こった状況で果たしてそれが確であるのかというのはいかなる判断するのがこれは非常に難しいなというふうに思います。

いずれにいたしましても、今後とも引き続き、処分の事由に該当するものを的確にやはり把握するということは大変重要であろうというふうに思っております。その点は各方面からいろいろな御議論をいただきたいと思います。それから、御議論をいただいたかと思っております。ただ、現状で、今も言いましたとおり、民事訴訟が起こった、いろいろな民事訴訟が起こつておる経緯があるかと思っております。それだけ処分をするというのはいかなる厳しいものがあるんじゃないかなというふうに思っております。

○中川(智)委員 医療事故の問題に関してはたくさん報道があるわけですが、例えば、これは二〇〇一年十一月の毎日新聞の記事ですが、刑事罰の医師、刑事罰ですね、だからこれは医道審にかかるといふのは、刑事罰の医師、もう十三人が時効になつておると。そして、いわゆる情報をどのようにつとめているかということですね、その医道審で情報を。

先日の質問主意書の中にもありますが、情報というのが、一年間に医療事故がどれくらい起きているかという、その数はどのような方法で把握しているのか。それだけをもう端的に教えてください。

○田村大臣政務官 どのように把握しておるかという話でございますが、いろいろな把握の仕方はあろうと思つておるんですが、実は都道府県に報告をお願いしておるというのが現状でございます。医療法で、都道府県等々が立入検査等々をする、そういう規定がありまして、年に一回、定期的にやられておると思つておる。もちろん、何か

問題が起こったときには随時やつておると思うんですが。

そのときに、何かの事故があつたことに関しては、管理上重大な事故であつた場合には御報告をお願いしたい、それからまた、軽微な事故でありまして、再発の防止等々も含めて、これは参考になるなどというふうな軽微な事故に関して御報告をいただくようお願いいたします。現状は、義務というよりかは、都道府県にお願いをさせていただきまして、そこから上がつてきた情報で医療事故等々を把握しておるといふような形であります。

○中川(智)委員 今、都道府県とおっしゃいましたが、いわゆる公立、公の病院だけの把握だと思つておる。それも、どのようなものかというふうな報告するかというシステムはされておらないかというふうに承知しております。先日の質問主意書は、すべて報道ということで、報道での把握ということが明記されておりました。政務官、もうちょっとそのあたり調べていただいて、後日、御答弁をお願いしたいと思います。

刑事罰だけで、その理由は先ほどお述べになりましたが、民事事件に関してはその中に入れておかないかというところは、実は、刑事事件というのは医療事故のほんの一部、一握りなわけ、特にやはり、被害者が訴える場合は民事が大変多いでございます。なぜそれを対象としていないのかということに対しては常に疑問に思つております。ちゃんとした正確な医療事故を把握する気が厚生労働省にあるのかどうかということすらも本当に疑問に思つておる。驚きでございます。医道審だけが唯一の行政処分機関であることの重要性というのをしっかりと考えていただきたいと思つておる。

次に、医療事故に関連いたしました、病院の数をちょっと教えていただきたいんです。これは質問通告してありますので、国公立病院、今政務官がおっしゃいましたように現在の公立病院での報告、それもシステムとしてはなっていないんです。

が、国立病院そして民間病院の数を端的にお答えください。

○宮島政府参考人 医療施設調査によりますと、平成十二年十月一日現在の数字でございますけれども、国、公的医療機関等は千八百六十三、それ以外のいわゆる民間病院の数は七千四百三十三、合わせて九千二百六十六というふうになっております。

○中川(智)委員 ただいまお答えの中の民間病院というのは、二十床以上の医療機関ということですね。クリニックなどは把握していらつしやいませ。私たちが、地域の中で生きていますと、やはりごくごくそばのクリニックにかかることが多いわけですが、その数は。

○宮島政府参考人 いわゆる一般診療所で見ますと、これは九万二千八百二十四ございまして、そのうち、国のものが五百八十一、公的医療機関が四千二百三十七、いわゆる社会保険関係団体のものが八百四十、医療法人が二万四千三十一、それからいわゆる個人立のものが五万三千六百四十六、その他が九千四百八十九というふうになっております。

○中川(智)委員 今お伺いしまして、やはり圧倒的に民間病院が多いし、私も患者というか国民が利用するのは、地域の民間病院にかかるといふことが多いわけなんです。民間病院が身近で、その民間病院で起きている医療事故というのは厚生労働省は把握していらつしやいませうか。

○宮島政府参考人 先ほど政務官からも御答弁申し上げましたけれども、厚生労働省といたしましては、現在のところ、各都道府県に対して、医療機関における管理上重大な事故があつた場合、それから軽微な事故であつても参考となるような事例があつた場合については、その概要の情報提供を依頼しているところでございます。

これによりますと、平成十一年一月から平成十四年三月までの間に報告を受けた医療事故事件数は二百五十八件になっておりました。そのうち、いわゆる民間病院に係るものは七十六件というふう

になつております。

○中川(智)委員 今の都道府県が把握しているというものは、どのような場所、どのようなシステムで把握しているのでしょうか。それを端的にお願いします。

○宮島政府参考人 主として、いわゆる報道機関等で報道されたものとかあるいは先ほどの立入調査で把握されたもの、こういったものをもとに報告されているというふうに承知しております。

○中川(智)委員 そうしたら、主にやはり報道機関が察知して新聞に載って、かなりもう大きな記事になりますね、大抵重大な、重篤な事故なので。その周辺で、どれほど多くの人が泣き寝入りをしていたり、そしてどこに相談をしたらいいかわからないということがございます。民間病院からのきつちりした把握というのが主に報道ということで、現状を把握していないという事実を今知りました。やはり厚生労働省は、監督義務というのが法律で明記されていて、民間病院に対してもきつちり把握をしなければいけない、その義務があるわけですね。

そこで、この現状にかんがみて、民事事件を含めて、そして民間病院の事故の現状をすべて把握しているところ——これは大臣にぜひとも聞いていただいて、ちよつと金融庁に先にお答えいただきたいんですが、すべて把握しているところは、医療賠償責任の保険会社、いわゆる民間の保険会社です。保険金が支払われる、この事実によって、医療事故の民間病院などの発生というのを一番民間でつかんでいるのがいわゆる損保の会社です。ほとんどの医者様はこの医療賠償保険に入っているんですが、この情報を保険会社から出しているだけ、新たな人手をかけなくても、医療事故が一年間でどれだけ起きているかということがわかります。総額でどれぐらいの保険金が支払われているかということが正確にわかるわけです。

か。

○田口政府参考人 お答えいたします。

保険会社につきましては、保険業法上、保険契約者等の保護の観点から、保険会社の業務の状況を示す指標などにつきまして公表を義務づけております。これによりまして、各保険会社は主要な保険種目ごとの保険金支払い額などにつきまして開示を行っているわけでございますが、個々の保険商品ごとの数値までは開示対象とはいたしておりません。保険業法におきます保険契約者等の保護の観点からは、個々の保険商品ごとの指標まで公表を求めるとは、大変恐縮ですが難しいというふうに考えております。

○中川(智)委員 どのような形でなら出しているだけですか。個々にはもう無理と。じゃ、どこの病院で、どれだけの数値という、その保険金が、個々には出ないということですが、トータルで出せるということですか。

○田口政府参考人 現在、保険業法上の開示の形といたしましては、主要な保険種目ごとの開示というところで、これは具体的には、例えば火災保険でありますとか傷害保険というような種目ごとのトータルの数値ということでございます。したがって、医師賠償責任保険というような形でトータルの支払い総額等につきまして開示をするということとは困難であるというふうに考えております。

○中川(智)委員 大臣、やはり医療事故をなくしていくには、監督義務がある民間の病院に現在どれぐらいの医療事故が発生しているか、どこの病院という個別のいいですが、実態把握、監督責任がある厚生労働省がその実態把握をしていく。今刑事罰でしか医道審もない、都道府県も報道などでそれを知って実態を把握する。実態把握しなければ前に進みません。

医療事故をなくしていこう、そのためのシステムづくりに着手しようとするならば、個別の病院名はよしとしても、今どれぐらいの医療事故が起きていて、それに保険金がどれだけ支払われている

るかということ、大臣、やはりつかむということでの検討をお願いしたいと思います。

○坂口国務大臣 医療事故もピンからキリまでと失礼ですけどね。ピンからキリまでという言い方はそこまでも至らないものもある。

その辺のところを一体どう把握するのかということでございますが、これはある程度の基準をつくって、少なくともこれ以上の医療事故、それについては把握をしないというふうな考え方といたしたようなことにしないと、統計として、全体として、全部小さなものまで含めたらどれだけ起きているのかという年間の数字を見るだけの話ならば、それは私はできると思うのですよ。今おっしゃったような民間の方からも、トータルでの数字だったら私は出しているだけなのでないかというふうな思っておりますが、個々のケースについてそれを出してほしいというのはなかなか難しいのだからと思っております。

そういたしますと、その場合に、国の方がどうしても知つていなければならぬケース、そうしたものはどこ以上かということを確認して、それを把握する方法をもう少し検討しなさいかぬと今思つて聞いていたのです。

○中川(智)委員 委員長、ごめんなさい。最後に一言、局長に。損保会社に、個別のケースはいいんです、医療事故数、年間支払い保険金、そしてその総額を医療事故だけに限って出していただきたい、それを頼んでいるのです。それぐらいのこと出せなさい。プライバシーは守るということ。今大臣おっしゃったのは、滑って転んで患者がということを言っているんじゃないのです。本来の治療の形ではない治療を行つてしまった結果保険金が支払われるというのは、それはもう重篤な医療事故なんです。やたらと言つていませんよ。本来あるべき治療がされていない、それで保険金までも支払われた、そのケースに対して、持っているのは損保会社だけなんです。

○森委員長 中川君、申し合わせの時間から既に経過しておりますので、簡潔にお願いいたします。

○中川(智)委員 ですから、出してください、出すべきですよ。一言、ちゃんと。でないと、とんとんやりますから。

○森委員長 宮島医業局長。簡潔にお願いいたします。

○宮島政府参考人 御指摘の、医療事故の事例をどう把握するかという問題につきましては、去る四月十七日に医療安全対策検討会議がござりました報告の中でも、その問題が指摘されております。

この中では、事故事例につきまして収集分析して事故予防に活用するというために、いわゆる強制的な調査とかあるいは報告を制度化すべき、そういう意見がござりますけれども……(中川(智)委員「今の金融庁の話だけでいいんです。出せるか、とる気があるかどうか」と呼ぶ)

それで、金融庁の方はまた別の方で後ほど御答弁あるかと思つておられますが、いずれにしても、そうしますと、逆に当事者の免責を行うことなく報告を求めると、かえつて事故の隠へいにつながりかねないという別の意見もありません。そういったさまざまな意見も踏まえて、事故の収集どうあるべきかということにつきましては、今後そういう法律の専門家等も含めてワーキンググループをつくつて検討していきたいというふうに思つております。

○森委員長 申し合わせの時間が既に大分経過しておりますので、これにて打ち切らせていただきます。

○中川(智)委員 金融庁、ちよつと、要るんです。ほら、一生懸命手を挙げていますから。これだけ聞かせてくださいよ。

○森委員長 もう既に過ぎております。

す。
金融庁、先ほどの、まとめた医療事故数、年間
支払い金と総額、それに限って、プライバシーは
守るということで、出してください。
○森委員長 次回は、来る二十二日水曜日午前九
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。
午後四時四十七分散会