

衆議院

厚生労働委員會議錄第十八号

平成十四年六月七日(金曜日)

午前十時開議

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 佐藤 勉君

理事 田村 憲久君

理事 竹本 直一君

理事 西川 京子君

理事 福井 照君

理事 松野 博一君

理事 三ッ林隆志君

理事 谷津 義男君

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 松原 仁君

理事 水島 広子君

理事 榊屋 敬悟君

理事 小沢 和秋君

理事 阿部 知子君

理事 野田 毅君

厚生労働大臣

厚生労働副大臣

厚生労働大臣政務官

政府参考人

(人事院事務総局勤務条件局長)

坂口 力君

宮路 和明君

田村 憲久君

大村 厚至君

政府参考人

(財務省主計局次長)

政府参考人

(文部科学省高等教育局長)

政府参考人

(文部科学省スポーツ・青少年局長)

政府参考人

(厚生労働省医政局長)

政府参考人

(厚生労働省健康局長)

政府参考人

(厚生労働省健康局国立病院部長)

政府参考人

(厚生労働省健康局長)

政府参考人

(厚生労働省職業安定局長)

政府参考人

(厚生労働省雇用均等・児童家庭局長)

政府参考人

(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長)

政府参考人

(厚生労働省老健局長)

政府参考人

(厚生労働省保険局長)

政府参考人

(厚生労働省年金局長)

政府参考人

(厚生労働省政策統括官)

政府参考人

(社会保険庁運営部長)

政府参考人

(環境省総合環境政策局環境保健部長)

厚生労働委員会専門員

宮武 太郎君

委員の異動

六月七日

辞任

岡下 信子君

上川 陽子君

北村 誠吾君

西川 京子君

三ッ林隆志君

吉野 正芳君

五島 正規君

水島 広子君

瀬古由起子君

同日

辞任

倉田 雅年君

左藤 章君

福井 照君

松野 博一君

松宮 勲君

山本 明彦君

生方 幸夫君

松原 仁君

尼玉 健次君

六月七日

健保の本人負担三割への引き上げなど医療制度

改善の中止に関する請願(川田悦子君紹介)第

三九〇〇号

抜本的な医療制度改革に関する請願(肥田美代

子君紹介)(第三九〇一号)

患者負担引き上げ中止に関する請願(小沢和秋

君紹介)(第三九〇二号)

同(大幡基夫君紹介)(第三九〇三号)

同(大森猛君紹介)(第三九〇四号)

同(木島日出夫君紹介)(第三九〇五号)

同(尼玉健次君紹介)(第三九〇六号)

補欠選任

倉田 雅年君

福井 照君

左藤 章君

松宮 勲君

松野 博一君

山本 明彦君

生方 幸夫君

松原 仁君

尼玉 健次君

同日

補欠選任

岡下 信子君

北村 誠吾君

上川 陽子君

三ッ林隆志君

西川 京子君

吉野 正芳君

五島 正規君

水島 広子君

瀬古由起子君

同(今田保典君紹介)(第三九〇七号)

同(佐々木憲昭君紹介)(第三九〇八号)

同(塩川鉄也君紹介)(第三九〇九号)

同(中林よし子君紹介)(第三九一〇号)

同(春名真章君紹介)(第三九一一号)

同(松本善明君紹介)(第三九一二号)

同(三村申吾君紹介)(第三九一三号)

同(矢島恒夫君紹介)(第三九一四号)

同(吉井英勝君紹介)(第三九一五号)

同(石井郁子君紹介)(第三九一六号)

同(木島日出夫君紹介)(第三九一七号)

同(尼玉健次君紹介)(第三九一八号)

同(瀬古由起子君紹介)(第三九一九号)

同(不破哲三君紹介)(第三九二〇号)

同(松本善明君紹介)(第三九二一号)

同(小沢和秋君紹介)(第三九二二号)

同(志位和夫君紹介)(第三九二三号)

同(山口富男君紹介)(第三九二四号)

同(山崎貴夫君紹介)(第三九二五号)

同(大幡基夫君紹介)(第三九二六号)

同(大幡基夫君紹介)(第三九二七号)

同(大幡基夫君紹介)(第三九二八号)

同(大幡基夫君紹介)(第三九二九号)

同(大幡基夫君紹介)(第三九三〇号)

同(大幡基夫君紹介)(第三九三一号)

同(大幡基夫君紹介)(第三九三二号)

同(大幡基夫君紹介)(第三九三三号)

同(大幡基夫君紹介)(第三九三四号)

同(大幡基夫君紹介)(第三九三五号)

同(大幡基夫君紹介)(第三九三六号)

同(大幡基夫君紹介)(第三九三七号)

同(大幡基夫君紹介)(第三九三八号)

同(大幡基夫君紹介)(第三九三九号)

同(大幡基夫君紹介)(第三九四〇号)

同(大幡基夫君紹介)(第三九四一号)

同(大幡基夫君紹介)(第三九四二号)

同(大幡基夫君紹介)(第三九四三号)

同(大幡基夫君紹介)(第三九四四号)

同(大幡基夫君紹介)(第三九四五号)

同(大幡基夫君紹介)(第三九四六号)

同(大幡基夫君紹介)(第三九四七号)

同(大幡基夫君紹介)(第三九四八号)

第一類第七号 厚生労働委員會議錄第十八号

平成十四年六月七日

同(神崎武法君紹介)(第四二〇五号)
同(北村直人君紹介)(第四二〇六号)
同(熊谷市雄君紹介)(第四二〇七号)
同(桑原豊君紹介)(第四二〇八号)
同(安葉光一郎君紹介)(第四二〇九号)
同(古賀一成君紹介)(第四二一〇号)
同(兒玉健次君紹介)(第四二一一号)
同(後藤廣君紹介)(第四二一二号)
同(河野洋平君紹介)(第四二一三号)
同(高村正彦君紹介)(第四二一四号)
同(近藤基彦君紹介)(第四二一五号)
同(佐藤敬夫君紹介)(第四二一六号)
同(佐藤剛男君紹介)(第四二一七号)
同(坂本剛二君紹介)(第四二一八号)
同(笹川堯君紹介)(第四二一九号)
同(志位和夫君紹介)(第四二二〇号)
同(島路君紹介)(第四二二一号)
同(下村博文君紹介)(第四二二二号)
同(杉浦正健君紹介)(第四二二三号)
同(鈴木俊一君紹介)(第四二二四号)
同(鈴木康友君紹介)(第四二二五号)
同(鈴木淑夫君紹介)(第四二二六号)
同(瀬古由起子君紹介)(第四二二七号)
同(田中慶秋君紹介)(第四二二八号)
同(田端正広君紹介)(第四二二九号)
同(高島修君紹介)(第四二三〇号)
同(高橋一郎君紹介)(第四三三一号)
同(滝実君紹介)(第四三三二号)
同(武部勤君紹介)(第四三三三号)
同(棚橋泰文君紹介)(第四三三四号)
同(谷垣禎一君紹介)(第四三三五号)
同(谷川和穂君紹介)(第四三三六号)
同(筒井信隆君紹介)(第四三三七号)
同(中川秀直君紹介)(第四三三八号)
同(中川正春君紹介)(第四三三九号)
同(中津川博郷君紹介)(第四三四〇号)
同(中西續介君紹介)(第四四一四号)
同(中村正三郎君紹介)(第四四二四号)
同(中山成彬君紹介)(第四四三三三三)

同(中山正暉君紹介)(第四二四四号)
同(植崎欣弥君紹介)(第四二四五号)
同(西田司君紹介)(第四二四六号)
同(西野あきら君紹介)(第四二四七号)
同(西村眞悟君紹介)(第四二四八号)
同(根本匠君紹介)(第四二四九号)
同(野田毅君紹介)(第四二五〇号)
同(野中広務君紹介)(第四二五一号)
同(葉梨信行君紹介)(第四二五二号)
同(葉山峻君紹介)(第四二五三三三)
同(秋山教蔵君紹介)(第四二五四号)
同(浜田靖一君紹介)(第四二五五号)
同(林省之介君紹介)(第四二五六号)
同(林義郎君紹介)(第四二五七号)
同(春名眞章君紹介)(第四二五八号)
同(樋高剛君紹介)(第四二五九号)
同(平井卓也君紹介)(第四二六〇号)
同(平沼超夫君紹介)(第四二六一号)
同(平野博文君紹介)(第四二六二二二)
同(平林鴻三君紹介)(第四二六三三三)
同(不破哲三君紹介)(第四二六四四四)
同(藤井孝男君紹介)(第四二六五五五)
同(保利耕輔君紹介)(第四二六六六六)
同(細川律夫君紹介)(第四二六七七七)
同(細田博之君紹介)(第四二六八八八)
同(堀込征雄君紹介)(第四二六九九九)
同(前田雄吉君紹介)(第四二七〇〇〇)
同(牧野聖修君紹介)(第四二七一一一)
同(牧野隆守君紹介)(第四二七二二二)
同(増田敏男君紹介)(第四二七三三三)
同(増原義剛君紹介)(第四二七四四四)
同(松岡利勝君紹介)(第四二七五五五)
同(松崎公昭君紹介)(第四二七六六六)
同(松原仁君紹介)(第四二七七七七)
同(松本和那君紹介)(第四二七八八八)
同(松本善明君紹介)(第四二七九九九)
同(松本龍君紹介)(第四二八〇〇〇)
同(三ッ林隆志君紹介)(第四二八一一一)
同(三井辨雄君紹介)(第四二八二二二)

同(水島広子君紹介)(第四二八三三三)
同(宮腰光寛君紹介)(第四二八四四四)
同(宮下創平君紹介)(第四二八五五五)
同(武藤嘉文君紹介)(第四二八六六六)
同(持永和見君紹介)(第四二八七七七)
同(谷津義男君紹介)(第四二八八八八)
同(保岡興治君紹介)(第四二八九九九)
同(山内恵子君紹介)(第四二九〇〇〇)
同(山口俊一君紹介)(第四二九一一一)
同(山田敏雅君紹介)(第四二九二二二)
同(横路孝弘君紹介)(第四二九三三三)
同(吉川貴盛君紹介)(第四二九四四四)
同(渡辺具能君紹介)(第四二九五五五)
同(渡辺博道君紹介)(第四二九六六六)
てんかんを持つ人の医療と福祉の向上に関する
請願(岡下信子君紹介)(第四二九七七七)
同(上川陽子君紹介)(第四二九八八八)
同(木島日出夫君紹介)(第四二九九九九)
同(北村誠吾君紹介)(第四三〇〇〇〇)
同(自見庄三郎君紹介)(第四三〇一一一)
同(鈴木俊一君紹介)(第四三〇二二二)
同(土肥隆一君紹介)(第四三〇三三三)
同(三ッ林隆志君紹介)(第四三〇四四四)
同(谷津義男君紹介)(第四三〇五五五)
同(山井和則君紹介)(第四三〇六六六)
同(鍵田節哉君紹介)(第四三〇七七七)
同(三井辨雄君紹介)(第四三〇八八八)
同(水島広子君紹介)(第四三〇九九九)
社会保険を拡充し、将来への安心と生活の安定
に関する請願(細川律夫君紹介)(第四三一〇〇〇)
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)(第四三一〇一一一)
同(松原仁君紹介)(第四三一〇二二二)
児童扶養手当の抑制裁撤回に関する請願(北川
れん子君紹介)(第四三一〇三三三)
医療への国庫負担を増やし、患者負担引き上げ
の中止に関する請願(穀田恵二君紹介)(第四三一
〇四四四)
国民医療及び建設国保組合の改善に関する請願

(北川れん子君紹介)(第四〇七〇七〇号)
あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等
に関する法律第十九条の改正に関する請願(井
上義久君紹介)(第四〇七一一一)
同(今野東君紹介)(第四〇七二二二)
同(土肥隆一君紹介)(第四〇七三三三)
同(今野東君紹介)(第四〇七四四四)
同(野田毅君紹介)(第四〇七五五五)
助産師の養成に関する請願(北川れん子君紹介
(第四〇七六六六)
非喫煙者健康保護法制定に関する請願(北川れ
ん子君紹介)(第四〇七七七七)
介護保険の緊急改善に関する請願(中林よし子
君紹介)(第四〇七八八八)
腎疾患総合対策の早期確立に関する請願(近藤
基彦君紹介)(第四〇八九九九)
同(谷垣禎一君紹介)(第四〇九〇〇〇)
医療費値上げ反対、医療費制度の充実に
請願(不破哲三君紹介)(第四〇九一一一)
同(山口富男君紹介)(第四〇九二二二)
は本委員会に付託された。

六月七日
雇用対策に関する意見書(神奈川県小田原市議
会)(第四九六二二二)
国民健康保険制度の安定化に関する意見書(京
都市議会)(第四九六三三三)
准看護師の移行教育の早期実現に関する意見書
(神奈川県小田原市議会)(第四九六四四四)
准看護師の移行教育に関する意見書(京都市議
会)(第四九六五五五)
小児救急医療制度の充実・強化に関する意見書
(千葉県大原町議会)(第四九六六六六)
は本委員会に参考送付された。
本日の会議に付した案件
委員派遣承認申請に関する件
政府参考人出頭要求に関する件
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、衆法第一二二号)

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、衆法第一二三号)

○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、政府参考人として人事院事務総局勤務条件局長大村厚至君、財務省主計局次長杉本和行君、文部科学省高等教育局長工藤智規君、スポーツ・青少年局長主任体育官徳重眞光君、厚生労働省医政局長篠崎英夫君、健康局長下田智久君、健康局国立病院院長河村博江君、医薬局長宮島彰君、労働基準局長日比徹君、職業安定局長澤田陽太郎君、雇用均等・児童家庭局長岩田喜美枝君、社会・援護局障害保健福祉部長高原亮治君、老健局長堤修三君、保険局長大塚義治君、年金局長辻哲夫君、政策統括官石本宏昭君、社会保険庁運営部長富岡悟君及び環境省総合環境政策局環境保健部長岩尾總一郎君の出席を求め、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。大島敦君。

○大島敦委員 おはようございます。民主党の大島敦でございます。

今回の健康保険法の改正案の法案審議に当たりまして、地元のお医者さんあるいは歯科医師の皆さん、そして社会保険労務士さん、今までもつき合っている健康保険組合、労働組合、さまざまな諸団体の方、私の方から出向いたり、あるいは私の方に来ていただいたり、意見を大分聴取しまして、特にお医者さんからの意見というのは非常に多岐にわたっていただけたことができました。また、社会保険労務士さんからもさまざまな論点の提起をいただいております。今回はこの現場の意見をもとに私の質問を組み立ててさせていただいております。

それでは、まず、労災保険法と健康保険の対象の問題について、政府のお考えを伺いたいと思います。

今、政府管掌健康保険の未適用事業所解消について、政府としては大分取り組まれているというお話を聞いているんですけども、その点について御答弁願えますでしょうか。

○大塚政府参考人 我が国の医療保険制度は、大きく分けると被用者保険、国民健康保険、二つの制度に分かれています。いわゆる自営業者など被用者以外の方は国保、それ以外の、すなわち被用者に当たる方は健保、こういうことになっています。その中で健保は、基本的にはその原則に従って、それぞれの制度に適切に加入をさせていただくという観点に立ちまして、おっしゃいますように、未適用というような形が生じないように、主として中小企業の方が多いケースでございます。また、社会保険庁を中心に、適用の適正化といえます。ようか、推進に努めているところでございます。

○大島敦委員 今、大塚保険局長の方から御答弁ございましたとおり、政府管掌健康保険の未適用の事業所について、今社会保険庁の方で非常に取り組まれているというお話は伺っております。

それでは、法人の役員が加入する公的医療保険について、その対象はどのような公的医療保険があるのか、お教え願えないでしょうか。

○大塚政府参考人 法人の場合には、その使用者、被用者の数にかかわらず被用者保険が適用されるわけでございますけれども、法人の役員と言われるような方々、お名前がさまざまでございますけれども、理事あるいは役員といった法人の役員につきましては、健康保険の適用というのが基本的な整理でございます。

○大島敦委員 そうしますと、法人がございまして、これは有限会社あるいは株式会社、合資、合名、従業員を一人でも雇っていれば、その法人の役員が入る医療保険というのは健康保険という理解でよろしいでしょうか。

○大塚政府参考人 そのとおりでございます。

○大島敦委員 そうしますと、法人の役員の方が健康保険に入っている。健康保険というのは業務外の傷病等を対象としているかと思うんですけども、その理解でよろしいでしょうか。

○大塚政府参考人 健康保険法の規定によりまして、業務外の疾病あるいは傷病などに対する医療の給付を行うということになっております。

○大島敦委員 そうすると、法人の役員の方が業務上において今の疾病あるいは傷病、事故を起こした場合、これは健康保険法の対象になるのでしょうか。

○大塚政府参考人 健康保険には法人の代表者も加入をさせていただくわけでございますが、健康保険の給付が業務外ということになりますので、業務上の疾病、傷害につきましては健康保険からの給付が行われず、そういう仕組みでございます。

○大島敦委員 そうしますと、今の法人というのは恐らく、町の小さなペンキ屋さん、あるいは家族で物をつくっていらつしやる方、食品を製造されている方、非常に小さな会社の役員の方が対象になるかと思えます。その方が、今社会保険庁の方では、政府管掌健康保険に入ってくれば、国民健康保険ではなくて政府管掌健康保険に入ってくれよとい

くれよといつて、国民保険から政府管掌健康保険に、法律上やはり正しいんですから入る。そうすると、国民健康保険の方では業務上、業務外を問わず医療の給付が行われると考えるんですけれども、その理解でよろしいでしょうか。

○大塚政府参考人 国民健康保険の場合には、被用者を対象としておりませんので、いわば自営業者など被用者以外の方を対とすると考えられますので、いわゆる業務外とか業務上という区別がございせん。したがって、国民健康保険の場合には、業務上外も含めて給付の対象になる。逆に申しますと、業務上外という区別がございせんので、実質的にはそういうものも対象になる。国民健康保険の場合には業務上外という区別がございせんから、いずれの疾病、傷害も給付の対象となるということになるわけでございます。

○大島敦委員 そうしますと、今社会保険庁あるいは厚生労働省の方で行っている政府管掌健康保険の未適用事業所の解消に向けての取り組みというのは、法人の役員の方、小さなペンキ屋さんあるいは肉屋さん、あるいは小さな製造業、物をつくっていらつしやる方、そういう方を対象にして、国民健康保険の対象ではなく私たちの政府管掌健康保険に入ってくれということをお願いしている。なのに、国民健康保険の場合ですと業務上災害、けがをしてもちゃんと国民健康保険から出る、しかしながら、今審議されている健康保険ではその対象にはなっていない。そうすると、業務上に事故を起こした場合、それがその事故に対して給付を行うのでしょうか。

○大塚政府参考人 健康保険の考え方からいいますと、給付の対象は業務外であるということになりますので、健康保険に加入されておられる方が業務上の疾病、傷害によって給付を受ける場合には、健康保険からは給付がないわけでございます。労働者災害補償保険法の方では、特に中小の規模の事業の経営者に対して、特別加入という形の制度が仕組まれておりますので、そうした

制度を活用していただくというのが現実的な対応になるわけでございます。

○大島(教)委員 しかしながら、今の労働者災害補償保険法の中の特別加入というのは強制ではないと思うのですけれども、それについて、労働基準局長、この特別加入は強制でしょうか。

○日比政府参考人 労災保険の特別加入制度、これにつきましては、強制ではございません。

○大島(教)委員 そうしますと、今の政府の行っていることというのは、非常に矛盾するわけですね。町場の小さな会社、本当に一生懸命働いている、従業員に残業代が出せないから、今、土曜日も曜も真剣に働いていますよ。そういう人たちが事故を起こした場合には、国民健康保険では面倒を見られたのに、正しい適法の行為を行ってみたら、それに対する補償がないという実態がここ一つございます。

多くの方が、多くの中小企業、零細企業の役員の方、御家族の方ががをすると、だれも面倒を見てくれない、これは国民皆保険ではないと思うんですけれども、大臣の御答弁を求めます。

○坂口国務大臣 先ほどから大島議員の御指摘のたぐい議論を聞いておまして、私もこの問題を初めて知りました。確かに、譲り合った形になっていると申しますか、健康保険の中でも処理はできないし、そして業務上の問題としても、これは現在のところ処理されていない。一体この人たちはどうしているのかなというふうに思いながら聞かせていただいたわけでございます。

厚生省と労働省一緒になったことでもございまして、今まで、これは想像でございますけれども、お互いに譲り合っていたのではないかとという気もいたしますけれども、御指摘いただきましたとおり、この皆さん方の問題というのはどこかが必ずお引き受けをして、そしてその皆さん方に対応できるようにしなければいけませんから、至急これは解決に向けて検討させていただきます。

○大島(教)委員 ありがとうございます。

まして。

労働者災害補償保険法の特別加入、この条件については、雇用する労働者について労働保険関係が成立していることということになっておりまして、従業員を一人でも雇用して、それについて労働保険関係が成立していれば特別加入できるということになっております。

それでは、その特別加入の場合に、中小事業主が例えばがをした場合に、その範囲というのがあると思うんですけれども、どういう時間帯に中小事業主が事故、けがをした場合に、この特別加入の条件になるのか。労働基準局長、御答弁願います。

○日比政府参考人 特別加入、幾つかの種類があるわけでございますが、お尋ねは、中小企業事業主の特別加入の場合だと存じます。

この中小企業事業主の特別加入、この制度との関係で、給付対象となる業務上、その範囲の問題でございますが、中小企業事業主の特別加入制度、この制度につきましては、当該事業所、事業場の労働者と一緒になって働く、あるいはそれと同様の働き方をする、この場合に、事業主だからといって、実質が労働者と同じように働いているのにとにかくに着目した制度でございますので、原則的なことを申し上げますと、労働者と一緒になって働いている、そのときの災害、あるいは、時間的、場所的に申し上げますと、たまたま労働者がいなくても、労働者の本来の時間中、同じ場所というようなことを原則としております。

ただ、この場合、零細規模事業場ですと、事業主あるいはその家族従業員だけで前作業をやった後片づけをやるといようなことがございますので、その部分につきましては、労働者とともにでなくても、あるいは本来の時間の前後であってもいいという扱いを現在いたしております。

○大島(教)委員 ただいまの労働基準局長のお話ですと、労働者、従業員の方がいらっしゃって、従業員と一緒に働いている際の事業主の方、ある

いは、一緒に働いているんですけれども、その従業員の勤務時間より前に出社されて準備をされる方、あるいは、従業員さんが帰った後に残業して、その仕事を継続してやられている方については、労働保険の特別加入で救済されるということなんですけれども、例えば、今非常に厳しいですから、中小企業の方は、先ほど申し上げました、土曜日も日曜日も、従業員の方に休日出勤をお願いするような財政状況にないわけなんです。お父さん、お母さんあるいは息子さんたちが会社に出て作業をする、そういう実態もあるかと思うのですけれども、その際に事故を起こした場合には、この特別加入によって救われるのでしょうか。

○日比政府参考人 原則的なことを申し上げますと、特別加入の際に、どういう仕事に従事するかというのを特別加入のいわば条件として設定しております。

今お尋ねの件でございますけれども、労働者が働いている、そのときに例えば注文生産がこなせない、それで、別の日に事業主あるいはその家族だけで行った場合という御指摘だと思います。この場合に、現在の取り扱いといたしましては、原則的には補償の対象としないということを原則としつつ、先ほど申し上げましたように、状況によっては対象となり得る。

このようにしておりますのは、そもその趣旨ということもございまして、給付の適正さの確保の上で、これは本来、事業主の方の、例えば経営そのもののためとかそういう活動は一応対象にもとめていないという発想がございまして、どこかで、確認作業を含めまして、先ほど申し上げたような対象業務かどうかということを確認するということの技術的な点も含めまして、今、典型的に申し上げましたケースについては、原則として補償の対象としないということでやっております。

○大島(教)委員 そうしますと、先ほど、大塚保険局長の方での御答弁の中で、もしも健康保険法の対象にならなくても労働者災害補償保険法の特

別加入がある、それで救うことは可能であるかもしれないという御答弁がございましたけれども、ただいまの日比労働基準局長の御答弁では、あくまで、救えるのは、従業員と同じ業務をやっている、同じ時間内というものが大原則になっておりまして、それから、休日出勤等全く従業員の方と連関性がない場合には給付の対象とはしないというお話がございましたので、この特別加入についても絶対的な条件ではないと思います。

ところで、今、健康保険法の場合ですと異議申し立てができると思うんですけれども、社会保険審査官、あるいは社会保険審査会だと思っておりますけれども、それについて、平成九年かとは思いますが、業務上か業務外であるかについての裁決が出ているかと思うんですけれども、それについて御説明していただければ幸いです。

○大塚政府参考人 社会保険審査会は、医療保険に限りませんけれども、いわゆる社会保険の個別のさまざまな不服に対しては、被保険者等からの請求を受けてまして、行政庁とはいわば独立した機能といたしまして、裁判に先立ちましてその不服審査を処理する。全体といたしましては、社会保険関係の業務に関連する不服をできるだけ迅速に処理するという観点で設けられているものでございまして、さまざまな活動を行っているわけでございます。

今のお話は、平成九年に、ただいま一連の御質問にございましたような関連のケースがあって、これに対する裁決が行われたケース、御指摘のケースはそういうケースだろうと思いますが、平成九年の事例で業務外、業務上の問題が問題になつて不服が出されたケースがございまして、この裁決におきましては、いわば被保険者、申請者の主張あるいは要望を取り入れまして、業務外というよりも健康保険で給付するというのが適当という裁決が行われておるとは私も承知をいたしておりますのでございまして。

○大島(教)委員 そうしますと、これは平成九年の七月三十一日ですから、今からもう五年も前に、

今、坂口厚生労働大臣がおっしゃられたような内容について社会保険審査会の方ではもう裁決してあるわけなんです。これは、労災保険法の業務上の事由に該当しない傷病等を健康保険法の業務外の保険事故とするということで、労災保険法の対象にならないものはすべて健康保険法の対象とするという判決がこの社会保険審査会の方で出ているわけなんです。今までに、五年間、このような判決に対してはまったくしていただいたのではないのかなと思うわけなんです。

そして、この判決は、ほかの判決あるいは労働保険審査会の方のいろいろな判断に、この個別の判決というのは影響を及ぼすのでしょうか。

○大塚政府参考人 理論的にはと申しますが、基本的には、あくまで個別の事案の処理ということでございますので、他の事例にその審決の内容が直接影響を及ぼすというのではないというのが理論的な整理でございます。

○大島(教)委員 ありがとうございます。

そうしますと、今までですと、このような労働者災害補償保険法でも救済されない、健康保険法でも救済されない、中小企業の事業主の方、事故を起こしたのにどちらからも救済されない。そのためには、まずは不服の申し立てを労働保険審査官にして、さらに一番上の社会保険審査会にまで持っていく。これは非常に大変なわけですよ、ここまでの労力を使うというのが。

したがって、ちょっと私も非常に反省しております。この厚生労働委員会に来て二年になるんですけども、この事案について気づかなかった。政府も気づいていない。これは政治の責任だと思っております。

ですから、ぜひ坂口厚生労働大臣の方には、先ほどの御答弁ありましたとおり、厚生労働大臣名で通達を出していただく。あるいは、今回の健康保険法の改正案、非常にサラリーマンの方皆さんに負担を強いられるわけなんです。そこで、私は、一つ提案したい。

健康保険法の第一条に一個加えればこれは解決

するわけなんです。今、二項までありますから、健康保険法の第三項に、法第一条における業務外の事由による疾病、傷病もしくは死亡とは、労災保険法第一条における業務上の事由または通勤による労働者の負傷、疾病、障害または死亡に該当しないものをいうということで、明確に、今回の健康保険法の第一条のところに改正を加えればこの問題は解決したと思うんですけれども、それに関して厚生労働大臣の所見を伺いたいと思っております。

○坂口国務大臣 確かに、先ほど申し上げましたとおり、両方の中間の問題で、両方、どちらからも救えるようになっていないというのはこれは大変な問題だということに思います。それをどちら側で、健康保険の方にこれを入れるのか、それとも労災の方に入れるのか、どちらの方に割り切る方がいいのかということに至急議論して詰めないといけないというふうに思います。

一つの方法としては、健康保険法の方に入れるというのも一つの方法だと思いますし、また逆に労災の方で処理をするというのも一つの方法だと思っております。

特に健康は、保険者の皆さん方も多くお見えになるわけでございます。これは御相談も申し上げなければならぬというふうに思います。

いづれにいたしましても、どちらかにしなきゃならないと思えますし、どちらにするかということとを至急検討させていただきたいと思っております。

○大島(教)委員 まことにありがとうございます。

それで、一応、国家公務員の方の労災、あるいは業務上、業務外、公務による、公務によらないのケースについて、今回、人事院の方、財務省の方、お願いしておりますので、今私が御質問したようなことというのは国家公務員の場合には起こり得るのでしょうか。

○杉本政府参考人 国家公務員の場合の病気または障害についてどういう法律が適用されるかでございます。

ございますが、公務によるかよらないかで区別してございまして、公務によらない場合には国家公務員共済組合法が適用されます。公務上の災害につきましては国家公務員災害補償法が適用されることになっております。

今、委員がおっしゃっているような議論につきましては、国の場合は、雇用主体が国という法人でございますので、国という法人自体が傷病にかかるということはございせんので、そういう問題が生じないのかと考えております。

○大村政府参考人 お答えします。

今、財務省からお答えになったように、国家公務員の場合、特に一般職の国家公務員の場合は、公務上または通勤によりまして負傷とか疾病とかそういう災害を受けたときには、すべて国家公務員災害補償法の適用をされることになります。それ以外に共済組合法の適用になるということでございます。

○大島(教)委員 最後に、坂口厚生労働大臣にお願いしたいんですけれども、私の今までの論点というのは、中小企業の事業主の方が対象でございます。今後、せっかく旧労働省と旧厚生省一緒になったものですから、健康保険法と労災保険法の業務という概念が若干違うんです。今これは、ちょっと、詳しく法律をひもといてみると、同じ言葉なんですけれども内容が若干違うものですか、この谷間がなかなか救われていない方が事業主の方以外の方もいるものですから、公務員ですと、国家公務員あるいは地方公務員の方ですと、その問題がないというお話ですので、民間の方についてもこの問題がないように調整をお願いしたいんですけれども、どうでしょうか。

○坂口国務大臣 谷間があつてはいけませんので、このほかにもそうした問題がないかどうかあわせてちょっと検討させていただいて、そして、谷間を至急なくするようにしたいと思っております。

○大島(教)委員 ありがとうございます。

それでは、また違った論点から質問させていただきます。今度は、リハビリテーションに関して。

今回の診療報酬の見直しによって、地元のお医者さんの方にヒアリングしますと、今回のリハビリテーションに関して幾つかの疑問点がございまして、それについて、私も、ああ、そうかなと思いましたが、質問させていただきます。

早期リハビリテーション加算の設定が、発症後十四日以内、十五日以上三十日以内、三十一日以上九十日以内という三段階になっている。その対象となっている患者の、脳血管の病氣、脊髄損傷等の脳、脊髄外傷、大腿骨頭骨折、下肢、骨盤等の骨折、上肢骨折、または開腹術、開胸術後の患者となっているが、それぞれ全く異なる病氣であるにもかかわらず一律三段階に設定しているのは余りにも大まか過ぎるのではないかと、そういう御指摘があつたんですけれども、いかがでしょうか。

○大塚政府参考人 診療報酬をめぐるさまざまな課題の中で、個別に見ますと、最終的には本質的な問題につながるものであるわけでございますが、おっしゃいますように、疾病そのものは極めて多様でございます。余りに詳細の区分ごとによりゆる診療報酬という費用の支払い方を定めますとこれは複雑になる一方でございまして、かといひまして、それぞれの疾病の状況にできるだけ応じた診療報酬にする、これが常に診療報酬上は課題でもございまして、また検討すべき課題としてあるわけでございます。

リハビリテーションにつきましては、基本的に所定の点数でお支払いするのに加えて、一定のものにつきましては加算という形で必要な費用をお支払いします。お話を早期リハビリテーション、あるいは回復期リハビリテーションというふうなものもございまして、そうしたものににつきましては、加算という形で一定の疾病、今回その疾病の範囲をかなり広げておりますけれども、さらに必要な経費をいわば保障するという形で、そういう仕組みをとっております。

したがって、個別の疾病ごとにといいまして、なかなか難しくございまして、一方では、

リハビリテーションの技能、技術というのはいわば共通、基本があるわけでございますから、そういう観点で、現在のような体系でリハビリテーションに関する診療報酬を定めている、こういうことでございます。

○大島敦委員 私も、もう少し細かく設定してもいいのかなと思います。ちょっと今の大塚保険局長の答弁は若干私と認識が違うようですので、これは今後改めて議論していきたいと思ひます。

申しわけありません。人事院の方、財務省の方、答弁を求めませんので、お帰りのたいてい結構でございます。

次に、今回の改定では、早期リハビリテーション、回復期リハビリテーションを高く評価しています。しかし、一般の病院からリハビリテーション専門の病院に紹介される患者には、遷延性意識障害といった長期にわたるリハビリが必要な方が多いと地元の医師の方から伺っております。今回の改定は、長期リハビリは病院側にとっては余りもうからないという理由から、こうした患者の切り捨てにつながるおそれがあるのではないかと、御指摘があるんですけれども、いかが考えればよろしいでしょうか。

○大塚政府参考人 今回のリハビリテーション関連の診療報酬の見直しは、かなり大幅な見直しをいたしております。

大幅な見直しといひましても、例えば従来の仕組みを基本的には単位制に変えとかいった仕組みの変更でございすけれども、その中で、今回特に重点を置きましたのは、お話にもございしたけれども、早期リハビリテーションあるいは回復期のリハビリテーション。これは、リハビリテーションに関連する学会、あるいは現場の声から、リハビリテーションにつきましてはできるだけ早期に集中的に行う、しかもその回数というよりも内容によつてというような研究成果を取りまとめられておりまして、そうした考え方に立つて全体を見直したというのが一つでございます。

一方では、お話の遷延性意識障害というように、どうしても長期になられる方がおられます。こういう方につきましては別途の要素があるわけでございすから、例えば、従来は六カ月で一種の通減制というものを実施いたしておりました。しかし、こういった方々につきましてはさすがに通減制というのはいかがかということ、今回はこの通減制を廃止いたしております。こういう形で、一定の期間が来ると他の医療機関にお回しした方が経営的にどうこうというようなことの要素が少なくなるように、そういうことのないように、通減制を廃止いたしました。

つづめて申しますと、一方で重点的な評価をし、一方では、そういった形で、長期のリハビリが必要な患者さんにつきましては、そうした通減制の廃止などの方法によつて配慮をしている。しかし、全般といたしましては今回の診療報酬全体が大変厳しい改定であるということは御案内のとおりでございます。トータルとしては過去にない引き下げを行つておりますから、それぞれの医療機関で大変厳しく受けとめられているのは事実でございますけれども、これは今日の医療保険制度の運営上やむを得ざることでございまして、その範囲の中で、できる限りの配慮と工夫といひましようか、現場の御意向をできるだけ反映するようにという努力をいたしたつもりでございます。

○大島(敦)委員 早期リハビリテーション、回復期リハビリテーションを優遇しても、今回はできるだけ早期のリハビリテーションを優遇しているかと思ひます。それ以降、医療型の慢性期病床に回されることになると、今までの老人病院へのたらい回しとは変わらず、医療費の削減にはならぬのではないかと思ひまして、この早期リハビリテーション、回復期リハビリテーションを優遇するのであれば、例えばリハビリ終了後の在宅復帰率を七割とか八割とか、この目標値を設定した方が、せっかく早期とか回復期に優遇していくんですから、ある程度、終わつたらしっかりと復帰できるような目標値を設定すべきとの御意見もある

んですけれども、それに関しては、厚生労働省はどのようにお考えでしょうか。

○大塚政府参考人 早期リハビリテーションなど、優遇と申しますか、重点を置いた改定をいたしたわけでございますが、今のお話の、いわば目標でありますとか一種の成果というものを指標にしているかどうかというお話だろうと思ひます。

実はこれも、一つの大変貴重なといひましようか、よく議論される課題でございます。リハビリテーションに限りませんけれども、医療行為のアウトカムと申しましうか、成果を診療報酬上の評価につなげられないか、こういう議論はございますけれども、率直に申しまして、なかなか技術的には難しいと思ひます。理念的に、あるいは考え方として重要な発想だと思ひますけれども、大変多様な医療現場でございすから、その適切な指標を設定すること、あるいは、そのことによつてそもそも医療内容にどういった影響があるかということを見きわめること、現実には難しい面がございます。

もちろん、今後のさまざまな研究、あるいは臨床の積み重ねでそうした方向が見出せる可能性は十分あると思ひますし、そういう問題意識は持つていく必要があると思ひますけれども、まだまだ専門家の御意見も踏まえながら研究をしていくという段階にとどまつておるといふふうに申し上げざるを得ないと思ひております。

○大島(敦)委員 坂口厚生労働大臣も、今の保険局長の御意見と同じという理解でよろしいでしょうか。

○坂口国務大臣 リハビリの問題につきましては、私のもとにも、多くの整形外科の先生方等から御意見をちょうだいしているところでございす。

早期のリハビリ、回復期のリハビリ、それぞれ重要だといふふうに思つておるわけでございす。それに対する保険点数のつけ方、そしてそれによる影響がどんなふうに出るのかということにつきましては、今のところ、これによつてどうそ

れが患者さんの行動に影響を与えるのか、あるいはまた医療側の行動に影響を与えるのかということとは、少し私もわかりにくいといふふうに率直に思つております。したがひまして、このリハビリの問題につきましては、とりわけこの三カ月程度、四月から六月までの間の様子というものを少し見させていただきたいということ、整形外科の先生方にも申し上げるところでございます。その結果を見て、どうするかということ、中医学協等でもまた御相談していただくことになるのではないかと、いふふうに思つております次第でございます。

○大島(敦)委員 ありがとうございます。

次に、診療報酬について、また違った観点から質問をしたいと思ひます。

特に、今回さまざまな文献を読ませていただきましたと、日本のお医者さんの技術料は外国と比べて非常に安いのではないかと、御指摘がございまして、安い技術料のために日本の医療に不満を持つていらつしやるお医者さんも多いのかと思つております。

技術料というのは、大学を出たばかりの新しい先生でも、脂の乗つた先生でも、あるいは大分御高齢の先生でも、一律同じだと思ひます。これに

関してはさまざまな御意見がお医者さんからもありまして、それは一律でもいんだ、自分も若いときもあつたし、脂の乗り切つた時期もあつたし、今は大分高齢になつてゐるから、人生トータルすれば同じだといふ意見もございすし、あるいは、やはり外国まで出られて自分の専門的な知識も非常に持つていらつしやる、ですからぜひそのところは正当に評価していただきたいといふような御要望もございす。

今後、医療制度の抜本的な改革の中で、このお医者さんの技術料についてはどのようなお考えで討議を進めていくのか、その点について御答ひいただければ幸ひでございます。

○大塚政府参考人 診療報酬のあり方は、実はそれぞれの国でかなり違うわけでございまして、なかなか、共通点を見出すのが結構難しいうござい

ます。特に医師の技術料というのは、各国でもその扱いは明確という段階ではございません。と申しますのは、現場の状況からいいますと、患者さんの態様によっても異なりまして、もちろん経験その他の状況によっても異なりまして、一律になかなか基準を引くことが難しい。これはある意味では医療の本質にかかわる問題だろうと思っております。良質な医療に適正な評価が行われる、これは考え方としては重要でございますから、それを基本に置かなければならないというのが一つございます。

それから、従来の診療報酬に関連する議論、あるいは今後の御議論にも関連すると思っておりますが、一つの大きな御議論は、技術と物といいますが、技術についての評価と、物に対する価格に当たるものの評価というのをもう少し整理をし、それぞれに応じて診療報酬点数を配分できないか、これも逐次進めてきておるわけでございます。こうしたあたりが診療報酬をめぐる従来の、またこれからにも引き続き重要な議論だと思います。

ただ、技術料そのものをどう評価するかというのは、先ほどのお話ではございせんけれども、極めて難しいございまして。各国においても、しっかりと割り切れた制度があるとは私は承知をいたしております。

ただ、そこまではまいりませんけれども、例えば今回の診療報酬改定におきまして、手術につきましては技術難易度というものを評価する、これは相対的な評価になりますけれども、そういったことの見直しを行っておりますし、難易度の高い手術につきましては一定の経験を有する医師の配置があるかないかということで区分をする、さらには、画像診断についても同様なものを取り入れるといったような形で、そういう方法を一応採用することによって、一つの試みと申しまいりましょうか、改善をしているつもりでございますが、なかなか難しいございまして。

これからの相当の蓄積がございせん、にわかに結論は出せませんけれども、考え方と申しま

しょうか、理念としては重要な要素だということを頭に入れまして、今後のいろいろな作業あるいは検討に臨みたい、こういうふうにご検討いただいております。

○大島(教)委員 私の先週の質問では、自由診療の保険、これを民間の保険会社が今つくり始めているという御指摘をさせていただきました。今回、お医者さんとお話しすると、海外の経験がある方は自由診療とか混合診療に非常な理解を示されている方も多いのが現状でございます。

医療制度改革というのは、国内だけの議論で割り切つて進めると、やはり今、命を助かりたいために海外で治療を受けられる方も最近出ていらっしゃる。私は聞いておりますので、医療制度改革の抜本的な改革の中では、今までの日本国内の医療行政ということと、あと外国との比較、あるいは外国で受けられるサービスとの比較と、その解決する折り合いという観点をしっかり見ておかないと、私としては今の国民皆保険というのがゆがんでしまう、おそろかになってしまふのかなという危惧を持っております。その観点につきまして、坂口厚生労働大臣の方から御答弁いただければありがたいのであります。

○坂口国務大臣 自由診療につきましても、確かに、病院協会とか日本医師会とか、そうしたトータルと申しますか全体でお聞きをしますお話と、それから、外国の御経験がありました。あるいはそこまできなくて時々外国で御勉強になっておみえになったりする皆さんを含めた一般の先生方の御意見との間にかなり乖離のあることがあるということ、私もそう思っております。

今まで閉鎖的なこの国の中で考えてまいりましたことが、国際化によりまして、すべての分野におきまして大変開かれた形になりつつある。日本の国内でできなければ、それは外国へ行ってそれからいいよというふうにお考えの患者の皆さん方もおみえになる。そうした状況になってまいっておりますので、これからの医療全体を考えていきますときには、やはり国際化に対応できるようにな

医療制度にしていけないと通用しないというふうな、私も総論ではそう思っているところでござい

ます。さて、それをより具体的にどうしていくかということになる、これまたなかなか意見がかなり相違するといふふうに思いますけれども、徐々に全体としてはやはりそういうふうにしていかないといけないというふうに思っています。きょう、どなたから御質問いただく、あるいは先生だったかもしれませんが、外国から日本にお越しただけで医師の皆さん方の問題や、日本の医師で外国へ行かれる皆さん方の問題や、そうしたことも含めまして、医療技術者の問題もありまして、患者の皆さんの方から考えなければならぬ問題もございまして、やはり流れとしては国際化に対応できるようにしていけないといけないというの、総論でそう思っている次第でございます。

○大島(教)委員 外国との比較で、先ほどは日本のお医者さんの技術料の問題を御指摘をさせていただきました。

あともう一つは、よく言われている薬価の問題がございまして、外国に比べて日本の薬は高過ぎるのかなという御指摘があります。製薬会社の方はまた違つた、そうではないよ、しっかりと物事を管理してよく研究開発もやっているんだから高く当然だという意見があるんですけれども、ただ、余りにも高過ぎる、あるいは外国から日本に医療器具を輸入するに際しても、物すごくいさぎよく許可、書類を提出しないと日本の中に持ち込めないというのがある。

もちろん、それを省くことによって安全が損なわれる、これはいけないと思うんですけれども、今の行政の中で、これから今大臣おっしゃったように国際化していきますから、それにたえ得るような国内の制度というの必要かと思うんですけれども、今回の医療制度改革の抜本的な改革の中でその点について御検討される予定はございましてしょうか。

○大塚政府参考人 薬価あるいは治療材料についての国際的な格差というお話でございましてけれども、確かにいろいろな見方がございまして。例えば、薬につきましては全世界の使用量の上位三十品目ぐらいをとりますと、日本の場合にはアメリカあるいはドイツよりは安うございまして。しかし、英国、フランスよりは高い。これをもって外国より高いか低いかと一律にはなかなか議論できないところがございますが、物によりましては外国との非常な格差があるという品目もございまして。逆に、日本の方がうんと安いという場合もあるわけでございます。

特に外国と大きな著しい差があるという医薬品あるいは医療材料につきましては、今回の診療報酬改定の際にもその算定ルールを見直しまして、私どもの言葉で言いますと外国価格調整というような言葉を使っているの、ございましてけれども、大きな差があります場合には、特に新薬の算定あるいは医療材料の値段をつけますときに、一定のルールに基づいて調整をするというような方法を導入あるいは強化いたしております。

したがって、今後大きな格差というのは縮まっていくと思っております。また、今後もさらに格差は正、特に外国との極端な差があるようなケースがないでございせんが、そういうものについては是正する方向で引き続き努力をし、またその対策を強化していきたいと考えております。

○大島(教)委員 今、物流の合理化、物のいろいろな流通経路の合理化ということで、日本の会社はそれぞれ非常な努力をしているもの、製薬業界もまだまだそのような合理化努力をするところがあるのかなという実感は持っておりますので、そこを今後十分に御検討されて、よりよい医療の方に持っていっていただければ幸いです。

次に、また論点を変えまして、ピルの問題についてちょっと伺いたいと思っております。今後を担う若者に関する問題でもござい

て、まず確認したいんですけども、一九九九年の六月に、当時の厚生省が低用量経口避妊薬、いわゆるピルを承認して以来、今月でちょうど三年がたっていると思います。

ことしの三月に、イギリスの環境庁は、環境ホルモンの最新の研究結果を発表しております。その中で、河川に流れ込む下水処理場からの排水に含まれる女性ホルモンが雄の魚の生殖能力に影響を与えている、つまり、雄の雌化や精子生産能力の低下を引き起こしていることを確認したことを発表しております。

特に、ピルに含まれているエチニルエストラジオールの影響力は以前考えられていたよりもずっと強いことが確認されたということなんですけれども、この結果につきまして環境省の方はどのような御見解をお持ちいらつしやるでしょうか。

○岩尾政府参考人 お答えいたします。平成十二年度に環境省が実施した環境実態調査では、エチニルエストラジオールの河川での検出率は、百二十四の地点のうちの八地点、六％に検出されております。その中の最高値は、〇・八ナノグラム・パー・リットルでございます。一方、魚への影響ということで環境省が実施したメダカを用いた試験によりましては、産卵数の減少あるいはふ化率の低下というのが観察された濃度が、一〇・一ナノグラム・パー・リットルということになっております。

したがって、現時点では、環境中に存在するエストラジオールの量が魚にどのような影響を及ぼしているかというのは必ずしも明らかではないと考えておりますが、環境省としては、一般環境中のエチニルエストラジオール濃度を経年的に調査するとともに、本年より詳細な有害性調査を行うということになっております。

以上です。

○大島(教)委員 今回、食品添加物あるいは香料の問題、食品の安全管理の問題で、相当ことしに入ってから問題が起きております。そして、あるいはシックハウスの問題等、私たちの体が非常に

敏感になっておりまして、環境ホルモンの問題というのは非常に重要な問題だと私は考えております。そして、ピルの成分は、環境ホルモンということとは否定できない事実だと思います。

ところで、先月の二十九日の文部科学委員会、厚生労働省の管轄の財団法人母子衛生研究会が作成し、全国の中学生に約百三十万部配付されている「思春期のためのラブ＆ボディBOOK」のこの小冊子を全部読ませていただきました。よくわかりやすく書かれているという点は認めるんですが、市販の買いに行つて買つて買つて買つて買つて、百三十万人の中学生に配る本ですから、内容というのは精査されてもいいのかなと感じております。きょう、当委員会が配付しようかなと思つたんですけども、内容が内容だけにちよつとやめております。

この中で、ピルをきちんと飲めば失敗率というのが一％という記載がありました。ここに、今手元に持つてきていますんですけども、コンドームの場合には失敗率が二％であったり、こういう記載がございまして、私どもの山谷議員の質問に対して、遠山文部科学大臣は、中学生にこまめという気はするということに否定的な御見解を示しております。

今若い世代の性感染症というのは増加傾向にあると僕は思っております。非常に深刻であるわけなんです。そうしますと、先ほどの環境ホルモンの問題と、今回のこの記述の中でどちらかといえばピルを服用することを勧めているやにとれるような記載が多いものですから、これについて、まず政府としてはどうお考えになっているのか、雇用均等・児童家庭局長の方から御答弁願えれば幸いです。

○岩田政府参考人 先生がおっしゃいましたように、若者の間で性行為が活発化しておりますので、望まない妊娠の問題ですとかクラミジアなどの性感染症がふえているということは、大変重要な、深刻な問題であるというふうに思います。そのた

めに、思春期の子供たちに正確な情報を教える教育をするということが大変大事であるというふうな思っております。そういうことで、旧厚生省の時代でございましたが、思春期の子供に性の問題をどういうふうに、何を教えるかということについて、研究会を設置いたしました。

その研究会報告には、関係する点、二つ大きなことがありまして、一つは、望まない妊娠を避ける視点から、避妊の方法を具体的に教えるという点で、コンドーム、ピルなど、複数の避妊の方法を比較しながら解説をするということ、そしてもう一つは、性感染症の種類とか予防方法、その怖さ、こういうことについてしっかりと解説するようにこの研究会では提言いたしております。

委員が今取り上げられました小冊子につきましては、財団法人の母子衛生研究会がこの研究会報告に基づいて作成をしたものというふうに思っております。私一読をいたしましたけれども、望まない妊娠を避けるためのピルやコンドームなどについての具体的な解説、そして、性感染症の予防のための手段として、コンドームや女性コンドームについて具体的に、中学生でもわかりやすいように書かれているというふうに思っております。

なお、参議院でもいろいろ御議論がございました。また、きょうも委員から御指摘がございましたので、そういったさまざまな意見があるということと関係の財団法人の方に注意喚起したいというふうな思っております。よく教育現場の意見ですとか産婦人科の専門家の意見なども聞きながら、その記載の内容とか表現について、必要であれば見直しをするように助言をしているところでございます。

○大島(教)委員 今後とも、これは特に教育現場がタッチする問題ですから、厚生労働省の方でつくられたとしても、今局長がおっしゃったとおり、やはり教育現場の意見も聞いて配付すべきものだと思うんです。

その点について、厚生労働大臣の方から、今後、

文部科学省とはこのような問題について連携とりながらやっていかれるのかどうかについて御答弁いただければ幸いです。

○坂口国務大臣 連絡を密にしてやっていきたいというふうに思っております。

私も拝見しましたが、書かれております内容が間違っているわけでもないというふうに思います。ただ、今委員が御指摘になりましたようなピルの環境ホルモンとしての影響等の問題は、それは別途の問題としてあるのかなというふうに私も今聞かせていただいたわけでもございまして、私も、いづれにいたしたとしても、この問題、教育現場で利用いたしますときには、文部科学省と十分な相談をさせていただきたいと思っております。

○大島(教)委員 ありがとうございます。

○森委員 次は、松原仁君。

○松原委員 民主党の松原仁でございます。今、健保法改正であります。小泉さんは、從來から三方一両損ということを言っているわけでありまして、我々が一般の立場で見ているわけでも、国民に負担を強く求めるという側面ばかりが見えてきて、その他の部分のさまざまな改革、道筋が見えないものがあるという領域で多いわけでありまして、今回の医療の問題についても同じではないかというふうに思っております。

現在、少子高齢化社会が訪れているわけでありまして、三十兆円とも言われる国民医療費、これをいかにして合理化するかということももちろん大事な問題であります。

その中で、例えば一九九六年のOECDのヘルスデータによりますと、医療費に占める薬剤比率の高さ、これはそれぞれのデータがあるわけでありまして、また、その後も日本は改善に向かっているというところであります。この段階では、日本は二・二％、そして日本以外の平均が二・七パーでありまして、アメリカが九・四％ということでありました。

その後、さまざまな努力がなされているというふうには聞いておりますが、やはり医療の現場、

私の知り合いの医者に聞いてみても、まだまだ日本は薬の値段がどうも高いというふうに言われているわけであります。その理由の一つには、例えばプロピオンというものがなかなか日本では採用されていないというふうなこともあるようでありますが、こういった部分で、やはり医療の部分、特に薬剤、この部分に関してもっともっとと努力をしていくべきではないかというふうに思っているわけであります。その一方において診療報酬を下げるといふこともなされて、大変にお医者さんの世界も今厳しい環境になっているわけであります。

一方において診療報酬を下げる、しかしながら、一方において二〇%から三〇%へと国民の負担を上げるといふようなことがなされているわけでありますが、この時期に、こういった大変に不景気の時期になぜ三割にこれを上げるのか、そういった一般的な国民の疑問に關しまして、まず冒頭、大臣にお伺いしたいと思ひます。

○坂口国務大臣 先生から御質問をいただきました。感謝申し上げます。

今日まで医療制度はさまざまな改革を加えられてまいりましたし、これからもまた加えていかねければならないというふうな思っております。

一つは、少子高齢化が急激に進んでまいりましたこと、とりわけ高齢化が進んでまいりましたことが、医療に現在大きな影響を与えております。少子化の方も若干は与えておりますけれども、現在のところはそんなに大きな影響にはまだなっていないというふうな思っております。それからもう一つは、国際化も進んでまいりました。こうした中で、どのように変えていくかということがさまざまな角度から議論をされておりますけれども、現状のままでまいりますと、特に政管健保等につきましては、ことしじゅうに財政的に行き詰まってくるという事は明白でございます。

これらのことを避けていこうというふうに思ひますと、保険料を上げていただくか、さもなくば自己負担をちようだいのを少し上げさせていただきますか、どちらかになつてくるわけでございます。

す。国庫負担ということになれば、これは税というところでございますから、税の問題にまたなつてまいります。

そこで、現在の医療保険制度をやつていきますときには、一方におきまして、むだのあるところは省かなければならない。いろいろ御指摘もいただいておりますし、我々も真剣にむだなところを省いていくという操作をやつていくわけでございます。例えば、保険制度の統合化の問題もその一環でございますし、また、レセプトの取り扱いにつきましてもその一つでございます。そうした問題を、私たち一つ一つチェックしながらむだを省く。

しかし、むだを省きますけれども、なおかつ、高齢化によりまして年々歳々一兆円近く増加していきます医療費をどのようにしていくかという問題があるわけでございます。今回提出をさせていただいておりますこの案をもとにいたしまして、なおかつ年々六千五百億から七千億程度の増加が見込まれるというふうなことでございます。

こうした問題がありますだけに、やはり保険料なり個人負担なりにもお願いを申し上げなければ、この国民皆保険制度というものが破綻をしてしまふ。現在だけではなく、私たちの将来、子供たちや孫たちの時代にもこの皆保険制度を堅持していきまふためには、やはり変えるべきところは変えていかなければならない。将来ともに安心できるといふ案をつくるのが国民の皆さん方にも御理解をいただくことではないかというふうな思っている次第でございます。

○委員長退席、野田(聖)委員長代理着席

○松原委員 そういった財政的な、プライマリーバランス的な要素も必要であります、大事なことは、TPOというものが物事には大事だということに私は申し上げたいわけでありまして、特にこの時期、日本は大変に経済が悪化をしているわけでありまして、私の場合、地元は品川、大田であります、多くの中小企業が倒産をするような状況でありまして、本当にあすの生活をどうしよう

かというふうなところまで出てきている状況であります。

そういう極めて厳しい経済環境の中にあるときに、それは三〇%にするという一つのいろいろな理屈があるかもしれない、しかしなせまたこの時期にやるのか、TPOが余りにも悪過ぎる。どうも最近の政府を見てみると、TPOというものが余り重視されていないような気がするわけでありまして、この時期に何で三割なんだ、この時期に、こんな厳しいときに何で上げるんだというのは、これは国民のほは総意に近いものがあるのではないかと私は思っているわけでありまして。

私は、先般の国会の本会議でも言いましたが、自然権というのを言いました。民主主義というこの制度を、一番最初にあつたのは、淵源は古代ギリシャにあつたわけでありまして、近代民主主義というのはイギリスで産声を上げた。そのときにジョン・ロックがプロパティということを言つて、四つぐらい挙げています。もちろん生命とか自由とか財産というのはあるけれども、健康というものも、これは基本的な、人間が生まれながらにして持っている権利であるというあたりをまず考え、認めるところから民主主義の根本がスタートして、その自然権を守るところに、言つてみれば人間の、そのときの行政、政府の大きな使命があるんだということを彼は言つていた。

私は、その使命からいって、こういった景気が低迷し、社会が暗くなつていく、未来に向かつてなかなか展望が持てない、そういうときにこそ逆に三〇%ということをしなさい、逆に二〇%を据え置く、頑張る、さらにはもっと言えばそれをマイナスにするぐらいでもいいわけでありまして、そういう明るいものを与える、明るい兆しを与えることが必要だと思ひますが、なぜこの時期、三〇%なのか。

私は大臣の御答弁では十分に答えになつていないと思ひますが、もう一回御答弁をお願いいたします。

○坂口国務大臣 こういう時期だからこそ健全な

制度というものをつくらなければならぬと私は思っております。

健康というものが大事。この健康というものが大事であるがゆえに、例えば大きな御病気をなすたときに、それに対応できるような現在の皆保険制度というものを堅持しなければならぬわけでありまして。

現状におきましてはこれが堅持できない。ですから、経営者と申しますか、医療経営者の皆さん方にもひとつそれ相應の、応分の御努力をいただくと、保険点数の引き下げということにつきましても御理解をいただきたい。そして、保険料をお支払いいただきます皆さん方にもそれはお願いを申し上げていかなければならない。

こういう厳しい時代であればこそ、そういうことをお願いして、全体として堅持をしていかなければならない、そこが一番大事なことだと私は思っているわけでありまして。

○松原委員 本当に苦しい御答弁だと思つておりまして、私は、恐らく大臣は心の中では本当は反対なんではないかというふうな思ひすらあるわけでありまして、それは内閣の一員ということでありまして、そういうことになるとは思つております。

そういう中で、私は、医薬品についての質問をしてまいりたいと思ひます。

医薬品は、医療において、特に治療において必要不可欠な重要な製品であります。必要な医薬品は、それを待つてゐる患者、これは一日千秋の思いで待つてゐるわけでありまして、近年の情報化社会だと、こちらで何か病氣を持っている人間が、アメリカではこういう新しい製品が出てきた、その製品を早く我が国で使いたい、おれも自分の体に使いたい、こう思う人はたくさんいるというのが事実であります。

例えば、アメリカにおいてはアメリカの食料医薬品庁、FDAによつて承認され、アメリカで患者が入手できる医薬品が、日本では承認されていない、利用できないということがしばしばあつて、

それがその薬を待っている患者にとつてまことに不幸なことであるのですが、こういった必要医薬品に対して、アメリカや欧州といった先進国で承認されているものを、日本では煩雑な手続をすることなく速やかに承認するべきではないかというふうに思っています。このことについて、先端的な治療を待っている患者のためにも改善すべきだと思ふが、これについて質問したいと思ひます。

一つ目は、FDAまたは欧州医薬品庁で承認されている新医薬品で、日本で臨床試験や承認審査をやり直さなければいけないのか、その理由等。二つ目に、アメリカ、欧州等において一般に医療に使われている医薬品で、現に承認されていない医薬品はどれくらいあるのか。三番目に、日本で承認申請され、不承認となった事例があれば、その理由。これについて、医薬局長にお伺ひいたします。

○宮島政府参考人 医薬品につきましては、まず共通の原則といたしましては、各国がそれぞれ独自にその国の実情に応じて有効性、安全性を審査して承認するというのが共通の原則になっております。

例えば、今御指摘の関連では、同じ医薬品でありまして米国では日本の用量の倍用量で承認されるか、あるいは医薬品の有効性、有害事象の発現の仕方がいわゆる民族的な違いによつてやや差が出てくるか、そういうこともございますので、日本国内での臨床試験の実施などを通じて日本人に対する有効性、安全性を検討した上で、承認審査を行うという必要があるかと思ひます。

ただ一方で、日本それからアメリカ、EU、この間では、いわゆる医薬品規制調和国際会議、ICHと呼んでおりますけれども、こういった会議を設けておまして、海外臨床試験データをできるだけ相互に受け入れるということによりまして、それぞれの国内の臨床試験データを必要最小限にするといったようなことも今進めているところでございます。

それから次に、海外で一般に使用されている医

薬品で日本で承認されていない医薬品の数ということでございますけれども、これは、各国におきまして医療環境等が違ひがございまして、また、例えば糖尿病の治療薬としましては、日本とアメリカではグリタゾン系薬剤が多く使われますけれども、EUではビッグアナイド系という別の薬剤が一般に使われるとか、あるいは高血圧薬では、日本ではカルシウム拮抗薬を使うのに対して、アメリカでは降圧利尿薬を使うというふうに、その一般的な使われ方も違ひますので、一概に一般的に使用される医薬品を示すというのはちょっと難しいわけでございますが、例えば、世界の売上高の上位三十一位までの医薬品について見てみますと、このうち日本で承認されていないものは六つというふうになっております。

ただ、私もといたしましては、医療上特に必要性の高いものにつきましては、いわゆる優先審査という形で医療上の必要性に支障がないように迅速な承認をしていきたいというふうに思っております。

それから最後に、日本で承認申請されたが不承認となった事例と理由ということでございますけれども、これは、国内での臨床試験で日本人に対する有効性、安全性が示されるデータ等がうまくできなかったといった事例が多いかというふうに思っております。

○松原委員 先ほど、日本、アメリカ、EUの先進三地域において医薬品の臨床試験に關しての共有化をしようというふうな話があつて、いわゆるハーモナイゼーションということだと思つておりますが、これが目指す理念というのが私はあると思うのですが、それぞれ非常に難しい議論があると思うのです。

先ほど、例えば人種の違ひも当然ある、こういうふうな話もありましたが、当然それは私もあるかと思ひます。人種の違ひだけではなくて、個人だつて違ひわけでありまして、例えばある人間はアルコールを、ビール一杯飲んだら酔つぱらつて倒れてしまふ、ある人間はビールを百本飲んで

も平気だ、どんどん流れていく。それぐらい人間というのは差異があるわけですから、それは人種の差異もあるだろうし、いろいろあるだろう。ただ、大事なことは、アメリカにも日本の人が行つて生活して、向こうの医療を受けているわけですよ。そういった意味では、今おっしゃつた、臨床試験の事例をひとつ統合していこうという議論でありますね、これは将来的には共通の承認機関をつくるぐらいの、大ぶろしきを広げればそういう可能性はあるのかどうか。僕は、先進国の人的な往来とか、どんどんビジネスマンも行つたり来たりする中において、例えば日本のビジネスマンがアメリカへ行つて倒れるとか、そういう中では、先進国だけに絞るのが妥当かどうかは別にしても、そういう一つのくくりというものが、やはりそれは一つの基準として出てきていいんじゃないかというふうな声もあるわけですよ。

そういった意味で、このハーモナイゼーションというのは、将来的な日本、アメリカ、EUなんかの共通の承認機関をつくることを視野に入れられているのかどうか。その辺、ちよつとお伺ひしたいのです。

〔野田(聖)委員長代理退席、委員長着席〕

○宮島政府参考人 今御指摘ございましたように、日本とアメリカとEU、この三極が中心になりまして、国際的な新医薬品の承認審査の規制調和、いわゆるハーモナイゼーションと言つておりますが、これを今進めているということですが、この目的は、とりもなおさず国際的によりよい医薬品をより早く患者の皆さん方にお届けする、こういう目的のために、国際的なデータを相互に受け入れを実現していくというふうなことで、あるいは、臨床試験、動物試験等の不必要な繰返し、重複を避ける、こういったことを通じて承認審査の迅速化をしていくという目的でこの規制調和の会議が今進められているところでございます。

現在までいろいろなガイドラインをつくつてきておまして、例えば臨床試験の実施の基準、GCPと言つておりますけれども、これにつきましては、平成八年に、日本におきましても、ICH、いわゆる国際ハーモナイゼーションの合意に基づきまして、新しい基準を設けて今進めているということでございます。このGCPも含めまして、全体で約五十ぐらいのガイドラインが今合意されておりまして、この共通基準という枠組みはかなり広がつてきているかと思ひます。

ただ、先生おっしゃつたような共通の承認審査機関というところまではまだいつておりませんけれども、今申しましたガイドラインをこれからもう少し広げていって、そういう土壌を広げていけば、将来的には先生のようなアイデアも出てくるかと思ひますが、現在のところはまだそこまではいつていないという状況でございます。

○松原委員 将来的にはそういうことがあるというのは大変にいいお話で、そういうふうにしてもらわれないかぬなと思つてはいるんですが。

実は、結局、薬が、これは日本人にとつて有効なのか、例えば日本で承認する場合妥当かどうかというものもある、それを使うことによるリスクもある。非常にリスクというのは難しいわけでありまして、しかし、その薬を使わないことによつて命が失われてしまふリスクというのがさらに大きなリスクとしてあるわけでありまして、そういった意味では、多くの患者は、そういった例えばEUやアメリカで使われている新薬である程度効果があると言われているものを、これは本当にすぎるような思いで、一日千秋の思いで待つていらっしゃるんだというふうなことも考えて、ハーモナイゼーションの延長線上にそういったものもぜひ検討していただきたいと思ふわけでありまして。

臨床試験、医薬品の開発期間の問題があるわけでありまして、医薬品の臨床試験も含め、今年一年ぐらいの時間がそのための承認期間として必要というふうに言われているわけですね、一年の期間が必要であると。この一年の期間というものが、欧米でも同じ一年だというふうな話もあるわけですが、そうはいいいながら、一年というものが、

やはりこれだけさまざまな研究をする、調査する機能が伸びている中において、何とかもつと短くならないかというふうな気がしているわけであり、一年になったのは、いつごろからこの標準的業務処理期間というのは一年なんですか。昔からなんですか、昔はもつと長かったのが一年になったんですか。まずこれをお伺いしたいと思います。

○宮島政府参考人 承認審査の事務処理期間につきましては、これまで逐次改善を図ってきておりまして、特に平成九年には医薬品の審査センターというのを新たに設置し、審査官を増強するというようなかなり思い切った改善を図りました。

そういった基盤整備もございまして、現在のところは、平成十二年四月以降に申請された新しい医薬品につきましては、申請から承認までの標準的業務処理期間は十二カ月という設定で今やっているとでございます。

○松原委員 ぜひ、これは一年を技術的にもつと短くすることはできるんじゃないかな、こういうふうに思うんです。それは例えば、アメリカなんかの食料医薬品庁、FDAでは、二千人以上のスタッフがいる、こういうふうな話もありますけれども、このスタッフの数を例えばもつとふやすようなことによつて、一年が例えば半年になる。ただ、薬によつては、一年間治療しなければならぬ成果がでませんよという薬もあるかもしれないし、それはケース・バイ・ケースだと思うんですが、もつと短くなるんじゃないかというふうに思うんですが、一年をもつと短縮できるのかどうか、局長にお伺いします。

○宮島政府参考人 基本的には、お話がありましたように、薬によつて単に期間を短縮ということが必ずしもできないものもございすけれども、一般的には、今御指摘にありましたように、審査体制を充実させていくという形で審査を短縮するという可能性はまだ残っているというふうに思っております。

○松原委員 ぜひその残っている可能性を引き出していただきたいわけです。

同時に、患者が待ち望んでいる医薬品が現在どのぐらいの、例えば臨床試験は臨床試験でやっているわけですが、承認審査なんかについてはどれぐらいの進捗状況かというのをやはり情報公開として私はある程度出していくべきだと思うんですよね。

もちろん、それによつていろいろな影響も出るという議論もありますが、少なくとも、その医薬品を一日千秋で待ち望んでいる患者にしてみれば、例えば、具体的にそういうため、今の辺りまで来ているんだというふうな情報によつてモチベーションを持つわけですよ。例えば、いつになったらどうなるかわからないというよりも、いつになったらこうなりますよというふうな、めり張りのきいた情報があれば、じゃ、それまで頑張ろうと。

やはりそれは、精神力で病気が治ると思つていないけれども、精神力というのはやはり病気に立ち向かうときの大きな抵抗力であろうと私は思っていますから、そういう意味では、この薬は、いつごろになったら、どのめで、どうなるんだという一つの状況というものを情報公開した方が、私は、患者にとつてはいい。

そのことによつて、何か株価が云々するとかそういうふうな、マイナス要因もあるとかということがあるけれども、そんなことよりも、やはり一番大事なものは、患者のモチベーション、気力を、じゃ、あともう少し頑張ろう、あとここまで来れば何とかなんだと。何とかなるかどうか、それは、そこで承認がされなきゃやらないんだけれども、可能性があるんだという、そこにかける。そういうふうなことも必要なので、私は情報公開というものを途中の経緯についてできるだけと思ふんですが、いかがでしょうか。

○宮島政府参考人 いわゆる医薬品に係ります情報開示につきましては、今御指摘のように大変御要望が多いことは十分承知しておりますけれども、

も、一つは、承認審査につきましては、医薬品の品質、有効性及び安全性につきましては十分慎重に審査しなきゃいけないということ、それから、当然その中には企業秘密に係る部分もあるということと、審査中のいわゆる審査内容につきましては、その審査内容が確定するまでは基本的には公表しないという扱いをしております。ただし、承認後におきましては、販売名、一般名等、いわゆる承認内容の概要はすべて公表しているという形になっております。

それから、承認審査の進捗状況につきましては、先ほどもお話し申し上げましたように、標準的な事務処理期間というのを示しておりますので、それによりましておおよそ承認時期のめどというのには十分知り得ることができるとはなないかというふうに思っておりますので、したがって、承認審査中のものにつきましては情報開示ということに現状では難しいかなというふうに思っております。

ただ、その前段階の、いわゆる臨床試験につきましては、現在、各企業が個々に公開している治験薬の対象疾患名でありますとか、あるいは治験参加希望者の募集期間、あるいは問い合わせ先等の治験に関する情報を今業界団体がそのホームページ等で一元的に取りまとめて公開するというようなことも検討しておりますので、こちらの方はかなり公開という形は可能な形だというふうに思っております。

○松原委員 多くの患者また医療関係者が、早く新薬を承認してほしいという要望が出ています。うんですが、これは大変な数が出ています。うんですが、実際どれぐらいの数が出ているのか、それに対してどのように対応しているのか、お伺いしたいと思います。

○篠崎政府参考人 ただいま先生からの、要望がどのぐらいあるのかという御質問でございますが、平成十三年、暦年の一年間に関して調べましたところ、厚生労働省に提出されました新たな適応拡大を含む新医薬品の早期承認にかかわる要

望ということで調べましたら、全部で四十六件ございました。

その内訳を多い方から言いますと、地方議会から一番多くて二十二件でありまして、関係学会から十二件、それから患者を代表する者から十件、企業から二件というふうな数字でございました。

○松原委員 それに対してはどういうふうな対応をしたのか。陳情を受けて、受けおきますというだけで終わっているのかどうか、ちよつとお伺いします。

○篠崎政府参考人 こういう新しい新薬あるいは適応の拡大につきましては、既に先ほど先生からいろいろ御質問がございまして、欧米で承認された医薬品につきましては、外国の臨床試験データを利用して、必要最小限の国内臨床試験データにより承認申請を行うことを認めております。また、国内外で有用性の評価が既に確立しています適応外使用の医薬品につきましては、臨床試験に関する資料を求めないなどの措置を講じまして、製造している企業に対して効能、効果を追加申請するよう指導を要請しているところであります。

したがって、今後ともこうした枠組みを活用しながら医薬品の承認取得の促進に努めてまいりたいと考えておりますが、先ほどの十三年のものとございまして、まだその中ではございません。

○松原委員 そういった陳情とか要望が上ってきたときに、やはりそれに対して目に見える形で応答をするように、一段と強くお願いをしたいと思うわけでありまして、

今申し上げましたように、海外で認められている、アメリカとかそういったところに認められていて日本になかなか入ってこない薬も含め、やはり人の命は有限であつて、薬がないことによつて失われる可能性もある、かなり切迫しているわけでありまして、一日も早くとさつきから申し上げているわけでありまして、ですから、医薬品の審査体制をさらに、欧米に比べてどう考えても脆弱であつて、それを迅速に行うためにぜひ体制強化をしていただきたいと思います。

同時に、例えばHIVの治療薬については、平成十年にアメリカで承認されたことを前提に迅速で処理するという取り扱いを行っているわけであります。こうした場合に、ある意味で若干のリスクを承知しながら使用するという可能性も含め、それは国内での臨床試験データが十分でないわけでありますから、自己責任ということもまた必要になってくる時代かもしれません。そういう中で、例えばこういう部分で慎重に審査を行わなければならないという厚生労働省のスタンスがありますが、使用する側が医薬品のリスクを正確に認識し、使用する医療関係者、患者もリスクについて適切な認識をすることができれば、承認試験審査を容易に行うことが可能ではないかというふうな気もしております。これについてもぜひ答弁をいただきたいと思っております。

そして最後に、そうであるならば、承認前であっても、どうしても、臨床試験でもいいから、そのような、例えば自分が臨床試験の臨床事例になりたい、その薬を使いたいという人もいるわけですよ。臨床試験の臨床事例になりたい、その薬をどうしても使いたいのだ、承認できないのだからおれを実験にしてそれでおれに使わせてくれというふうな声も患者にはあるわけでありまして、そういったものについての治験の枠組みを拡大し、未承認の薬でも医療関係者及び患者の入手が可能な制度、枠組みを考えるべきではないか、こういったこともあるわけであります。この辺につきましても大臣の御見解をお伺いしたいと思っております。

○坂口国務大臣 前半のところで具体的なことを局長の方からまた答弁をさせますけれども、最後の段階の御質問でございますが、これはそういうふうにしたという実は思っております。今、薬事法を参議院の方で御審議をいただいで、おといてございまして、参議院の方、通過をさせていただきます。参議院先議でおやりいただきます。今度、衆議院の方でお願いすることになるわけでございます。

その中で、治験になる人というものを、今まで製薬会社が依頼をするという形だけではなくて、医師の方がこの治験を行いたいというふうに思いましたときには医師中心にして治験を行う、そしてその中には、したがって、今お話しになりましたように、よし、私もその治験者になるというふうな方があれば、その中でおやりをいただけるようなそういう新しい体制というものをその中に含めたところでございまして。この法律が成立いたしましたならば、必ず今御指摘をいただきましたことが実現できるというふうに思っております。

○宮島政府参考人 前半の方の医薬品の審査体制の関係でございますけれども、先ほども触れましたように、平成九年に新たに医薬品の審査センターを設置しまして、審査官の倍増というかなり思い切った改造を行いましたけれども、さらに今般、昨年十二月に特殊法人等整理合理化計画というものが設定されて、現在、医薬品の審査につきましては、今申しました医薬品の審査センターのほかに、医薬品機構、さらには医療機器センターという三つのところで三元的に行われて、非常に効率上の問題が指摘されておりますので、この三つを一本に統合いたしまして、新たな承認審査のための独立行政法人を設置することにしていきます。

この新しい独立行政法人におきましては、今後はいわゆるバイオ、ゲノムという新しいタイプの製品も出てまいりますので、そういうものに十分対応するということが、あるいは高リスク製品に対する重点的な審査、それから、御指摘になったようながんの治療とかそういった非常に重要な医薬品の承認審査期間をさらに短縮する、そういったようなために、人員の充実とか業務の効率化、迅速化を図っていきたいというふうに思っております。

○松原委員 以上で終わります。
○森委員長 次に、加藤公一君。
○加藤委員 民主党の加藤公一でございます。

委員長に冒頭ちよつとお話を申し上げたいのですが、この重要な健保法の審議でこの委員会の出席状況、大変厳しいものがございまして、私もほかの委員会の理事と兼ねておりまして、別の委員会、出席できない、それは委員の方もいろいろ事情はあるんでしょうが、余りにもひどいんじゃないかと思っております。この出席状況で質問するというところに納得がいけないわけでありまして、ぜひ善処をいただきたいと思っております。

○森委員長 どうぞ、続けてください。定足数に達しています。
○加藤委員 足りていればいいというもののじゃないような気もいたしますが、今回は一昨日の審議に続いて田村政務官にはお待ちいただいておりますので、この出席は大変残念でありますけれども、続けさせていただきます。

おとといの審議の折にも、今回の健保法の改正については大変大きな批判が国民の皆さんからある、それは政治と医療保険と医師、この三つに対する信頼が欠けているからだ、その信頼がない中で国民負担を強いるというのはどう考えても筋が通らない、お怒りを言うのは当然だということも申し上げてまいりました。きょうもその続きであります。医療保険制度についての不信、まずこういう点から質問させていただきますかと思っております。

まず冒頭に、これは大臣に具体例をちよつと一つお話を申し上げますので、お医者様として御意見をいただきたいということがあります。

これは実は私自身のことでありますが、せんだって、目にけがをいたしました。近所の某眼科開業医に行きました。実は目があかないほどはれておりまして、涙がとまらない状態でした。原因はわからない。その事情を受付でお話をしました。そうすると、診察の前に、じゃ、まず検査を受けてくださいと看護婦さんに言われまして、待合室で、何ですか、眼鏡のようなものをのぞく、写真を撮るんでしょうか、あるいは眼圧の検査なんでしょう、視野の検査なんでしょう、三つぐら

い機械の前に座られました。最後に、視力検査をしますと言われて、あの黒いおしゃもじみたいなもので片目をふさいでくださいと言われた。片方ははれていて目があかない、片方ふさいだら視力検査なんかできるわけじゃないのですね。これは何が必要なんだと、私もさすがにそのときには申し上げました。いや、ドクターからの指示でございますので、と、こういう話であつたわけでありまして。その後、検査なんかできませんから、そのまま医師の診察を受けましたら、実はコンクリートの破片が目刺さってしまったということ、その日に取つてももらいました。それで、薬を処方してもらつて、角膜が傷んでいるからまた三日後に来てくださーいということでした。

三日後、また同じ病院に行きました。そこでまた同じ検査を受けさせられました。やはりおかしい。私も一応政治家でありますし、実家の近所でもありますから余り大きな声は上げたくはなかったのですが、おかしいじゃあないか、何に使うんだこんな検査という話をしたら、あ、お忙しいのですか、看護婦さんはこうおっしゃる。忙しいのです。私はと言つたら、じゃ、きょうは結構です。これが実態なんですね。これを、医師の指示だということ、で全員の患者さんにやっているわけですから、患者さんはぐあいが悪くて病院に行くのですから、それは断りませんよね、普通。こんなことをしているから不信を買うんですよ。

もちろん眼科が専門じゃないのは承知しておりますけれども、坂口さん、今の検査、必要だと思われませんか。

○坂口国務大臣 診察というのはケース・バイ・ケースでありますから、どれがよくてどれが悪いというのはなかなか言いにくいわけでございますが、どんな病気であれ、基本的に、例えば基礎的にこれとこれだけはやっておかなきゃならないというものがあろうと思っております。例えば小児科でございますと、体温だけは一遍先に診ておかなきゃならないといったようなことは、これはあることでございます。熱があるなしに体温だけは診て

おこうというようなことはあるわけでございます。

しかし、かなり高度な診察というものをどの眼科の病気であれ全部やるというのは、それは少しやばり考えていただかなきゃならないのかなというふうに、率直に僕もそう思います。今、加藤先生がお受けになりました検査が一体どういう検査だったのかというところは、僕、よくわかりませんので一概に申せませんが、余り高度な検査をすべての人に最初からやるというのは、そうではなくて、やはり診察をした後で、どの検査と検査をするかということになるだろうというふうに思います。

○加藤委員 では、一般論として伺いますが、適切な検査かどうか、あるいは適切な治療かどうかというのは、患者さんの側からすればそれは常に納得をしておきたいと思うのが当然でありまして、それはどうやって今確かめられているんでしょうか。

○田村大臣政務官 御指名ありがとうございます。

今、先生がみずから体験されたような例、いろいろあるわけでありますけれども、基本的には、診療報酬を請求していく中において、支払基金、審査支払い機構等々、機関で一応検査をする。レセプトがどうであるかという検査をし、そしてそれに応じて保険者に請求をするという話でありますから、そういう意味からいいますと、そういう内容に関しては、その機構におきまして、例えば先生がおっしゃられたような、検査の回数がどうなのかとか、それからまた薬剤等々の投薬量がどうであるのか、こういうものが適切かどうかというのこそで審査をして、そして請求をするというところでございますから、そこが一義的には審査をするということになると思います。

○加藤委員 今の話は、確かに現状はそうなんだと思いますが、診察を受けている本人がわからないんですよね、それは。私がその眼科に行つて診察が終わったときに、きょうはこの検査とこの検査

はこのためにやりました、この診察はこうでした、この治療はこうでしたと全部明細が出て、だから保険が金額これだけ、加藤さんこれだけ払ってください、こう言われれば一番わかりやすいわけですよ。世の中のサービスとか商品、大体基本的に全部そうなっている。何でこうなっていないんですか。

○田村大臣政務官 そういう趣旨で多分、民主党政さんが法律を出されているというのは、我々も認識いたしておるわけであります。

若干話はありますが、こういうような不正請求でありますとかそういうものに関しては、例えば行政の方が定期的に検査をいたしたりとかはしておるわけでありまして、社会保険事務局等々が定期的に個別の指導をしたりとか、もちろん主導的な指導をしたりとか、さらには、何かおかしいという場合には監査をして、そこで不正というものは発見されるわけであります。

先生がおっしゃられる意味からいいますと、支払ひの明細みたいなものを独自に医療機関でわかりやすい領収書を出されたりとかというのは、しておられるところもありますし、ある意味では、レセプト請求という形で、開示してくれという中において、患者の方々がそういうものを御認識いただいて、おかしいじゃないかという話になるんであらうと思います。

○加藤委員 いや、何度お答えいただいても結果は一緒であります、その場で患者さんに説明をしなかつたら意味ないんですよ、実際は。

今までも、医療費の内容のわかる領収書は、発行に努めろという通達は出ているようでありますけれども、実施可能な医療機関においてはなんという条件がついている。だから、うちはできませんと言つたらやらないという話でありますから、医療はビジネスとは違いますが、それでも、世の中の商品、サービスで、これで運営されていくというものはほかにあるわけがなく、やはりここをまず一番最初に改善をするということが、医療に対する信頼を取り戻すの一番

大事なんじゃないかというふうに思います。本当は大臣にもお答えいただきたいんですけども、時間が迫っていますから、次のときにまた聞きます。

その中で、例えば今のように、必要のない検査とか治療が行われて、診療報酬請求された。その場合に、不当に支出をされてしまうケースというのも当然あり得る話であります、それが何かしらの方法で発覚をした場合、どういふふうに対応されているんでしょうか。

○田村大臣政務官 今申し上げましたとおり、いろいろな不正請求等々があるという場合には、基本的には、保険者がそれをまず一義的に返還請求いたしますか、返すという話になるわけでありまして、もちろん、それが不当であるという話になったときにはそうなる。その以前の部分に関しては、当然のごとく、不正な、不正とは言いませんけれども、審査の段階で減額というふうな審査はありますけれども、実際問題、支払われた場合に関しては、それがどうもおかしいという場合には、これは返還をされる。特に悪質な場合には、割り増しのよう形で、四割でありますけれども、割り増し金額を加算して返しなさいというふうにしておるわけでありまして、架空請求でありますとか、それから振りかえ、ツケ回しなんというふうな場合は特に厳しい対応をさせていただいておることでございます。

○加藤委員 今田村さんがお答えになったのは、不正というのは、もうこれは私から言わせれば犯罪であります、詐欺みたいなものですね、不正というのは。私が言っているのは不当の方。つまり、治療したけれども必要がなかったという場合です。それが発覚したら保険者に返還をさせるということですけれども、では、患者の側にはどうなるんですか。患者さんも払い過ぎてはいるはずですから、それはどうやって返してもらうんですか。

○田村大臣政務官 ごもっともな御指摘でございます、もちろん、不正の場合に関しては、もう

これは通知をしてください、保険者から患者の方に、被保険者の方に通知をしてください、こういうお願いをいたしております。

それから、不当といいますが、どうもこれは払い過ぎだやという場合、もしくは途中の審査で減額審査をした場合というのに関しましては、一定の条件の上ではありますけれども、保険者から被保険者に対して通知をしてくださいというふうなお願いをさせていただいております。

なお、定期的でありますけれども、各保険者から被保険者に対して医療費の通知というものをばしていただいております、そういうものも等々も含めて、患者の方々は、自分が受けた医療というものが保険に合つておつたのかどうかといううことは御認識をいただけるものであらうというふうに思っております。

○加藤委員 一定の条件で何ですか。

○田村大臣政務官 基本的に、一万円以上というふうな話にしておりまして、一万円以上に関しては保険者から被保険者に対して通知をしていただくようお願いをいたしておることでございます。

○加藤委員 つまり、今の制度だと、患者さんが払い過ぎた場合、一万円までだったら気がつかないでそのままいつちやいますね。それは確かに、ほかの方法で何かしら一生懸命自分がチェックをすれば気がつく場合もあるかもしれないけれども、消費者側が、患者さんの側がそれをわざわざチェックしなきゃいけないという仕組みが、世の中、ほかの商品やサービスにないですよ、そんなものは。余りにもひどい、これはどう考えても。

つまり、一万円までだったら、心ないお医者さんがいたとすればですよ、一万円までだったら患者から取り過ぎててもいいですよという話ですからね、これ。さっきの眼科の例じゃないですけども、あれが適切かどうかは別に、不当な診療をして、一万円以下だったら通知しなくていいんですから、それは返す必要なくなっちゃう

じゃないですか、だれもわからない。
これは今後どうやって対応されるおつもりですか。

○田村大臣政務官 一万円以下ですとかなりあるということ、やはり事務的な費用がかかり過ぎちゃう。(発言する者あり)いや、かなりあるといいますが、費用対効果という言い方がよいか悪いかは別にいたしまして、非常に事務費等々が保険者に対してかかり過ぎるという部分もあります。が、若干お話しさせていただきまますと、例えば、減額審査等々の部分も含めて、どうも保険の適用にこれは当たらないという部分で、患者の方々、患者の方々といいますが、保険者に支払う義務はないということ、審査をした場合等々に関しましては、患者の方々はサービスは受けておられるわけでありまして、その自分の自己負担部分を、要は、保険からおりていまして、返すのか返さないのかという議論になるわけです。

例えば二割負担、今までにつきましては御本人、被用者は二割負担、今度三割というお願いをしてありますけれども、残りの七割に関しては、医療機関は保険から支払いを受けずみずからがその部分は負担しておるといふ部分がございまして、そういう意味からいいますと、その返還という話になりますと、そこはあくまでも民事上の話になってまいりまして、それを一律に厚生労働省が云々という話はないかなとそぐわない部分であろうと思っております。

ですから、お医者様は適当だと思われて医療サービスを提供された。ところが、保険ではそこまではというふうな判断をされた。もちろんお医者様はそれに対してまた不服請求をされるわけでありまして、現場で患者さんを目の前にして、この方の病気を治すためにどうすればいいかということ真剣に考えておられるお医者さんが施したといえますか、処置したその治療と、ペーパーを見ながら、それが保険医療として、診療としてどうかどうかということ判断された審査委員会の方々と、そこら辺がうまく一〇〇%びつ

たり合致するということはなかなか難しい部分もございまして、そういう意味からいいますと、全額を返還しろとかそういうことを厚生労働省がシステムの中で決めてしまおうというのは非常に難しいものでありますから、今のお話上、最終的には民事の話で、幾ら返還をいただくかという形になって、最終的には裁判という話になると思うんですが、そういうことになろうと思っております。

○加藤委員 ぐあい悪い人が病院に行つて、要らない検査や治療をされて、余計に払つて、それをこつちが調べなきゃいけない、しかもそれを民事で最後は裁判やつて取り返せなんて、そんなばかな話ありませんよ、そんな話は。

しかも、民事のお話とおっしゃいましたけれども、民事の話だということであれば、診察が終わったその場で明細を一〇〇%明らかにすべきじゃないですか。それが明らかになつていないでしよう、今。つまり、さっきの話じゃないでいいけれども、一連の治療、検査が終わつて、その日、きょう幾らですと言われたら、その分払うわけですよ。だけれども、それがなぜ幾らか、どこに幾らかかったかというのわからない、その場では。その場ではわからなくて、後で、実はそれが払い過ぎだったとか。

さっき、性善説に立つて大分お話しされてしまったけれども、そのドクターが心ない人かもしれないじゃないですか。そうしたら、最初からもう要らない検査をしているかもしれない。詐欺まがいですが、そんな患者さんから取れるだけ取っちゃえ、一万円までだったらどうせ返さなくていいんだ、裁判なんかしやしないだろう、こういうことになりかねないわけですよ。

民事の話だと言ふのであれば、なおのこと、その場でその日その日きちんと明細を明らかにするべきだと思ひますが、いかがお考えでしょうか。○田村大臣政務官 若干論点を整理いたしますと、領収書は領収書で、これからもそういう方向で、我々も関係団体とは話を詰めながら、促進をしていくような方向でそれは議論をさせていただ

きたいと思うんですが、それと整理をしなきゃいけないのは、多分、支払う、つまり、その医療が適切であったかどうかという部分に関しては、本当に不適切な部分に関しては、これはもう不正の世界になつてくるものでありますから、これは通知もしつかりと保険者から被保険者の方にしていただくようにしておりますし、それに応じて、当然のごとく、不正、架空、いろいろなものに関しては、全額返還をいただくものになると思ひます。ですから、今お話ししている部分に関しては、不正ではない、不当というのか、審査の方では保険診療ではないと認められけれども、たまたまそれが、お医者さんの判断においては、いや、その患者のことを思えばそれは必要であつたと思つて治療された部分に関しては返還に関しては、それは患者さんとお医者さんの間で、その医療は本当に役立つておつたかどうかという部分はあります、ですからお話し合いをしていただきたいということとございまして、必要じゃないものをやつたという話になれば、それは御返還をいただくという話になるんではないかと思ひます。

ちなみに、領収書の方にしましては、鋭意関係団体と協議に努めまして、進めてまいりたいというふうには思つております。

○加藤委員 大臣に伺います。明細を一〇〇%明らかにした領収書は、いつになったら出していただけるんでしょうか。

答弁できないんだつたら、ちょっと時計とめてくださいよ。大臣。

○田村大臣政務官 いつまでと言われますと本当にいつの部分でございまして、これは大幅に事務負担がかかる部分でございまして、(発言する者あり)いや、もちろん先生がおっしゃられる意味も十分に我が省としてもわかります。わかつた上で、そういう前向きな方向で進める上において、やはり大変な事務処理量、事務負担がございまして、そういうものをクリアして、でき得る限り早急にこれに関しては進めるように鋭意努力したいということ、どうかその点は御理解をいた

きたいというふうに思ひます。

○加藤委員 御理解をいただきたいと言われても、全く御理解はできないんですが、要するに、今回、負担を強いるんだから、だからむだや不正はなくしますよ、改革していただきますよという前提なんですよ、やはりこれは。その筋が通つていないから、政治家も医療保険も医師も、みんな不信を買ふんだ。そこから、その根本的な考え方からやり間違つてると私は思ひます。

これはぜひ、何度も言ひますけれども、大臣もお医者様なんですから、一〇〇%明細が明らかにするように、その領収書が出るように、ぜひこれは義務化をしていただきたい。そうじゃなければ、今の答弁では全然つじつま合つていませんよ。民事の話だと言つておいて、幾らだかわからない、時価みたいな話じゃないですか。冗談じゃない、本当に。

これは全然納得いきません。しかし、時間も迫つておる中、もう一つ納得のいかない話が控えておりますので、そちらを先にやらせていただいて、その後この話にまた戻つてもいいかと思ひますので、もう一個の重要な話をさせていただきますと思ひます。

一日、医局制度の問題について議論をさせていただきますまして、職安局長からもいろいろ御答弁もいただきました。大臣からもお考えを伺ひました。

そのときに幾つか、私もこういう資料を取り寄せましたということでお話をしたんですが、例えば、大臣の母校でいらつしやる三重大学の無料職業紹介事業の届け出書が津の職安から消えてしまつてた件とか、あるいは、産業医科大学は逆に、その届け出書は提出をされておつたんですけれども、事業報告書が締め切りの四月三十日を過ぎてもいまだに提出をされていないとか、非常に不備が多い。

無料職業紹介事業にかかわる手続の不備が余りにも多いのではないかとこのように私は思うんで

すが、年間どれくらいの件数こうした不備があるのか。その実態をつかんでいられようか、あるいは調査をするつもりがどうか伺います。

○澤田政府参考人 先日の委員会でいろいろ御指摘いただきました、学校が行います無料職業紹介に関する届け出、あるいは事業報告の提出等に係ります不備の件数につきまして、残念ながら把握はしておりません。

したがって、今後、例えば先日の委員会でもありました、既卒者の紹介をどうしているかとか、そういう点を含めて実態把握を早急にやっていきたい、こう思っております。

○加藤委員 余り詰めませんが、いつまでにやってくださるかだけ、局長、一言。締め切りを設定してください。調査の締め切り。

○澤田政府参考人 調査のやり方によって所要期間が違ってくるんですが、なるべく早くやるという意味では、なるべく全体を反映するような形での、悉皆調査はできませんので、短期間ということになりますとサンプリング調査になります。今国会中には御報告できるようにしたい、こう思っております。

○加藤委員 今国会中にぜひ報告をしてください。

続いて、先日の議論の中で、医局からの医師の派遣というのが職業紹介事業なのか、あるいは労働者供給事業に当たるんじゃないか、私はここを問題提起させていただきましたが、まず最初に、一般論として整理しておかなきゃいけないので、職業紹介事業と労働者供給事業の違いを明確に御答弁いただきたいと思います。

○澤田政府参考人 まず、職業紹介とは、求人及び求職の申し込みを受けて、求人者と求職者の間の雇用関係の成立をあっせんすることをいいます。これを業として行う場合に職業紹介事業となります。

したがって、職業紹介事業におきましては、一つは、紹介事業者と求職者との間に雇用関係

たは支配従属関係は存在しない、第二点として、事業者は求人者と求職者の間の雇用関係の成立をあっせんするのみであるということがコアであります。

これに對しまして、労働者供給につきましては、供給契約に基づいて一定の関係にある労働者を他人の指揮命令を受けて労働に従事させることをいいます。そして、労働者派遣法に規定する労働者派遣に該当するものを含まないとなっております。

したがって、結論でございますが、労働者供給事業におきましては、供給元と労働者との間に支配従属関係または雇用関係が存在する、二点目に、供給元と労働者のこうした関係のもとで労働者と供給先との間に雇用関係または指揮命令関係が成立するという点で、職業紹介とは明確に異なるという点でございます。

○加藤委員 非常にわかりやすくまとめたいたいてありがとうございます。そうなりますと、一昨日の議論の中で出てきた医局からのいわゆる医師の派遣。皆さん派遣と言っているから、あえて法律用語じゃない意味で派遣と使いますけれども、医師の派遣というのは職業紹介に当たるのか、それとも労働者供給に当たるのか、いずれでしょう。

○澤田政府参考人 この点については実情をまずしっかりと把握しなければならぬので、先日の委員会でお約束したとおり、統一見解を出す前提として把握しておりますが、現在まだ十分できておりませんので中間的なお答えになろうかと思っておりますが、医局からのいわゆる医師の派遣、具体的には、いろいろケースはあると思えますけれども、無給の医局員、あるいは大学院生、それから卒業予定の学部学生、こうした無給の医師等を他の病院に紹介して、紹介先の病院と医師との間における雇用関係の成立をあっせんすることは、職業紹介に該当します。これを業として行う場合には、まさに職業紹介事業ということになります。

もう一つのケースでございますが、大学に勤務している、大学から給料をもらっている助教だ

とか講師、助手等に対して関連病院等を紹介する場合につきましては、先日の委員会で大蔵から御答弁がありましたように、通常の場合は、企業において企業グループ内の人事交流の一環として行う目的等を持っております。転籍とか出向と同様のものと整理されて、一般的には職業紹介事業には該当しないものと考えられます。

それから、医局が医師と他の病院との間に雇用関係を成立させて医師を労働に従事させる場合において、医局と医師との間にいわば支配従属関係が存在すれば、これは労働者供給に該当することになります。

ただ、いずれにしても、どの事業に該当するかは、個々の事例に即して、かつ法の趣旨を踏まえて判断することになるかと思えます。

○加藤委員 当然、個々のケースによって違うというののはわかるんですが、それが混然一体となっているのが今の医局の大問題であります。先日の御答弁の中でも、これは大臣からですが、一族一党という表現が出ておまして、まさしく上下関係があるんです。従属関係があつて医師を派遣して、さつき局長、学部生や卒業予定の方、あるいは無給で病院にいらっしゃる方は職業紹介だとおっしゃいましたけれども、職業紹介というのは紹介されたら、その方が一たん別の場所勤務をしたら、今度はその方と医局とのつながりはなくなるはずなんです。それが、一言言ったらまた戻されるのか、あるいは次にローテーションで回されるのか、これは完全に従属関係があるわけですよ。これは職業紹介じゃないんじゃないか。

僕は実は、先日大臣が統一見解をまとめるというふうに言っていたんですが、それを待っていておかないと、実態と違う統一見解を出されると、またそこから議論するのは面倒くさいので、先に言っておきますけれども、あくまでも、職業紹介にあれば当たりませんよ、従属関係残りますから。その観点でぜひ見解を出していただきたい。

つまり、今までの行政が正しいという、違法じゃないんだという前提に立って見解を出されたら、何も改善しませんよ、医局の問題は。済みません、今までは間違っていました。だからこう直します、こういう発想でぜひ少し見解をまとめていただきたいと思います。

一昨日は、きょうのきょうだから締め切りを設定しませんが、いふうに大臣にはお話ししましたけれども、もう二日たちましたので、私の大好きな締め切りをきょうは設定させていただきます。大臣、いつまでに統一見解を出していただけますか。

○坂口国務大臣 私の頭の中も非常にいいにたつておりました問題につきまして昨日御指摘をいただきました。それで、先ほど局長が御答弁を申し上げましたような内容のことを聞いたんですが、先生は専門家でございますから、よく整理がされて、よくわかったとおっしゃいましたけれども、私は一遍や二遍聞いてもなかなか、どこがどう違うのかということがよくわからなくて、何回も聞き直したわけでございます。

確かに、いずれとも考えがたい、いずれであるかなかなか判断のしにくい状況になっているというふうには私思っております。ここはこういうことだということで決着を早くしなきゃならないというふうには思っています。大学のことでございまして、これは文部科学省とも相談をさせていただきます。文部科学省とも至急相談をしてくれるように、きのうも指示したところでございます。

向こうとの相談もございしますけれども、今月中には双方の意見をまとめさせていただきます。そして御連絡を申し上げます。○加藤委員 実は昨日でありましたけれども、一昨日議論をさせていただいた件を、私も大変友人に医師が多いものですから、その医師あるいはその御家族の皆さんにも少し御意見を伺いました。が、やはり現状は惨たんたるものがあつて、残念ながら過労死の事件が起きてしまいましたけれども、

うちの息子もいつあたるかといつて心配をされているお母様方もいらっしゃるような状況であります。それを改善することが何より大切であります。そのことによつて日本の医療のレベルを上げていくことが大命題でありますから、今月中の締め切りをぜひ守つていただいて、見解を出していただきたいと思ひます。

とにかく、今の医局制度、労働者供給事業に当たるんじゃないかというふうに私が問題提起をしているのは、これはまさに、古くは口入れとか、肝いりとか、そういう怪しげな話から延長してきたものを断ち切ろうということで職安法を制定した、その魂というものが本来はあるはずなんですから、そこをぜひお考えをいただいて、納得のいくような統一見解を出していただきたいと思ひます。大変残念ながら、時間が来たようでありまして、先ほどの明細の件等々含めてまだまだ御議論をさせていただきたいということを申し上げて、さようは終わりにしたいと思ひます。ありがとうございます。

○森委員長 午後一時から委員会を再開することとし、この際、休憩いたします。

午後零時八分休憩

午後一時二分開議

○森委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。この際、参考人出頭要求に関する件についてお諮りいたします。

内閣提出、健康保険法等の一部を改正する法律案及び健康増進法案の審査のため、来る六月十一日火曜日、参考人の出席を求め、意見を聴取することとし、その人選等につきましては、委員長に御一任願ひたいと思ひますが、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。よつて、そのように決しました。

○森委員長 次に、委員派遣承認申請に関する件についてお諮りいたします。

内閣提出、健康保険法等の一部を改正する法律案につきましては、審査の参考に資するため、委員を派遣したいと存じます。

つきましては、議長に対し、委員派遣承認の申請を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。よつて、そのように決しました。

なお、派遣地、派遣の期間、派遣委員の人選等につきましては、委員長に御一任願ひたいと存じますが、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。よつて、そのように決しました。

○森委員長 質疑を続行いたします。金田誠一君。

○金田誠一 委員 民主党の金田誠一でございます。前回に引き続きまして、質問をさせていただきます。

過去二回の質問におきましては、次のような提言をしながら質問をしてまいつたところでございます。

第一は、いわゆる突き抜け方式、継続加入方式の採用ということでございます。第二は、保険者間のリスク構造調整の導入ということでございます。第三は、マネージドコンベンション、これを導入すべきだということ。第四は、保険者の再編成と民営化。そして五項目が、患者自己負担のあり方。こういうことで質問をさせていただきます。

前回、この患者自己負担のあり方という点の途中まで質問をいたしました。これに引き続いて、今回、順次質問をさせていただきますと思ひます。まず第一項目は、患者自己負担のあり方についてでございます。

今回の法改正と診療報酬改定で明らかになった

ことは、小泉内閣は、社会保険の領域を縮小して、自己負担の大幅な引き上げに向かつているということでございます。具体的には、三割負担、これを初めとして、高額療養費の引き上げ、特定療養費の拡大、これは混合診療ということ意識して、さらに進んでいると思ひます。

本来、患者自己負担の目的は、患者と医療提供側の双方に対してモラルハザードを防止するという効果を期待することであり、医療費全体の二割近くを自己負担で賄うという考え方は、先進諸国の方向にも逆行するものでございます。

にもかかわらず、小泉内閣があえて強行しようとするのは、その目的は次の三点以外に考えにくく、いところでございます。その三点とは、まず第一に、社会保険の守備範囲を縮小し、これにより民間保険のビジネスチャンスを拡大すること。二点目として、同じくこれによつて、事業主負担と国庫負担を軽減すること。三目として、さらに受診抑制効果を期待すること。以上の三点でございます。

このことは、経済性の面から見ても極めて非効率的でございます。

現在でも、がん保険や入院給付つき生命保険の商品が数多く販売されております。今後さらに新たな商品も開発されるかもしれませんが、それは決して安いものではない、こう思ひます。預貯金に頼るにしても、最悪の事態を想定すれば、相当高額なストックを必要とするわけでございます。

これは情報の非対称性から帰結する市場の失敗といふことが根底にある、こういう指摘が学者の間でもなされているところでございます。いずれにせよ、公的保険によつてリスクを分散する方が自己負担に比較して格段に効率的である、こう考えるところでございます。

ましてや、保険商品を購入できない、預貯金に頼ることもできない低所得者、こういう方々にとつては、自己負担の引き上げは過酷なものとなることは言うまでもございません。

以上の理由により、小泉内閣が進める自己負担の大幅引き上げの路線、というより、竹中平蔵大臣が主導する新保守主義の路線は、到底国民の支持を得られるものではないと考えるところでございます。

とりわけ、竹中平蔵大臣の手法については、私は、世間の言葉をかりて言えばインチキそのものであり、それに引き回されては国の将来を誤る、こう思つております。例えば、社会保障個人会計などということがひとところ言われまじつたけれども、一体何を考へているのかと、良識を疑わざるを得ないわけでございます。恐らく、大臣初めそちらにお座りの中の多くの方も、おかしいではないか、竹中平蔵というのは何を考へているんだ、このインチキめというふうには考へている方が多いのではないかと考へるわけでございますが、さうであればさうであるようにきちんと対応していただきたいのだな、こう思ふわけでございます。

以上、私の考へ方を申し述べた上で、以下、質問をさせていただきます。

我が国の医療保険医療費のうち、自己負担の割合は何%になっているのか、最新の数値をお示しいただきたいと思ひます。あわせて、一般医療費と老人医療費それぞれについて、自己負担割合のパーセンテージをお示しいただきたいと思ひます。政府参考人、お願いいたします。

○大塚政府参考人 お尋ねの我が国の医療保険医療費の自己負担の割合でございますけれども、平成十四年度、今年度の予算ベースを前提にいたしまして試算をいたしますと、医療保険全体で平均をいたしますと、ならしてみますと、自己負担割合は一六・七%というふうになつております。

これは一般と老人七十歳以上というふうに分けてみますと、七十歳以上の方々の自己負担割合の平均が八・一%、それ以外の、そのうち七十歳未満の方々の自己負担割合の平均が二一・三%。平均いたしますと、先ほど冒頭に申しましたように、全体といたしましては一六・七%、こういう数字を私どもとしては承知をいたしております。

○金田(誠)委員 我が国の場合は、いわゆるエージズムという考え方が踏襲されておりまして、老人に対しては低い自己負担率が適用されておりまして、これを老人以外とならせば一六・七％ということでございますが、老人が八・一というふうな低い中で、一般の方は今でも二・三と極めて高額の自己負担を強いられているという状況だと思います。

仮に今回の負担増が通ったとすれば、自己負担割合がピークになるのはいつの時点なのか、そのときの自己負担割合について、全体で何％、老人は何％、老人以外は何％と、それぞれについてお示しをいただきたいと思ひます。

○大塚政府参考人 今回御提案申し上げております制度改正案ですと、平成十五年四月から被用者保険その他につきまして三割負担が導入されるわけでございます。それ以降の自己負担割合の変更は考えておりませんので、ピーク時という意味ではこの十五年四月の三割負担導入時の時点ということになると考えております。全体といたしますと、高齢化が進みますと高齢者のウェイトが高まりますので、全体平均は徐々にそれ以降下がっていく、こんなような見通しを立てておりますが、そこで、十五年度でございますが、この時点がピーク時というふうになると考えておりますけれども、全体の平均で自己負担割合が一八・三％、これを高齢者、先ほどの答えと平仄を合わせると、意味で七十歳以上とそれ以下とで区切りますと、七十歳以上の方々の自己負担割合が九・七％、七十歳未満の方々の平均が一八・三％、こういう計数でございます。

○金田(誠)委員 大変な高率の自己負担になるということだと思います。全体の数字だけが今までよく取りざたされておりましたが、一八・三ということでは、老人で九・七、一般の方は二四・三でしたでしょうか、大変な高率だと受けとめさせていただきます。

大臣、ここで答えいただく予定にはなっていないと思いますが、今までの質疑の中でいろいろ伺いますと、大臣は、国保も三割負担なんだからということをよくおっしゃっているようでござい

ます。しかし、高齢者を除いた一般が二四・三、医療費総額の約四分の一が自己負担、こういう保険というものは、もう余り例を見ないんじゃないか。フランスが民間保険とセットで一般には扱われていて、その結果一・一の自己負担。その民間保険分を除くとつと高いというふうなことも言われておりますけれども、しかし一般的にはその一・一でしようか。ドイツなどは六％。イギリスは二％。アメリカも民間保険でございすけれども、保険料はほとんど会社持ち、事業主負担のようです。自己負担というののも保険の種類によつていろいろ違うようでございますが、そういうものとは聞いておりません。

そういう中で、全体で一八・三、とりわけ高齢者を除く若年世代については二四・三と、四分の一近い自己負担まで引き上げる。これは諸外国の水準から比較をしても、あるいは社会保険というもののあり方からしても、余りにも高過ぎる自己負担である、私はそう言わざるを得ない。

これも小泉路線あるいは竹中平蔵路線ということになるようでございまして、三割が四割になることはそう簡単にはできないのかもしれないけれども、高額療養費の引き上げであるとか、あるいは特定療養費、さらに混合診療という中で、これがますます引き上げられようとしているわけですね。これは大臣のそもそもの考えと反するんじゃないでしょうか。大臣がお一人お立場を貫くということとは非常に難しいことだと思いますけれども、お立場上わかりますけれども、こういうやり方というのは間違っているのではないのでしょうか。

大臣、この極めて高額、高率になる自己負担率についての考えを、通告していませんでしたが、お聞かせいただきたいと思うんです。

○坂口国務大臣 今局長から答弁いたしましたように、今御審議をいただいておりますこの案件が通過をし、そして現実になりましたときには一

八・三％になるということでございました。先日先生から御指摘をいただいて読ませていただきました塩野谷先生の論文を拝見いたしました。やはり自己負担は二〇％未満というふうに書いてありましたが、以内というふうに書いてありましたか、ちよつと詳細なところを御指摘がございした。私も、全体として今回一八・四になるんですが、これはやはり二〇％以内ぐらいにおさめることが大事だということに思っております。

先ほど、若い人、高齢者を除いてというふうにして、別々の計算も出ましたけれども、総トータルとして二〇％以内というのはやはり今後守つていかなきゃならないことではないかと、私もあの論文を読ませていただいて、そう考えた次第でございます。

○金田(誠)委員 大臣、全体としてというお話がございました。私は、後で触れさせていただきますけれども、全体として一〇％程度が限度ではないのか、実はこう思っております。それは後でまた展開をさせていただきますと思いますが、老人を除く若年世代の二四・三、これは余りにひどくありませんでしょうか。

今勤めている人間、子育てをしている人間というのは、それぞれ扶養親族を抱えているかもしれない、非常に厳しい状態です。本当に厳しい状態。医者にかかりたくてもかかれないうような、そんな状態にあるわけで、そういう若年世代に二四・三という自己負担を強いるというのは、こつちの方はどうですか。トータルの話は後でまたさせていただきますが、この若年世代、余りにも私は高過ぎると思ひますが、改めて御答弁を。

○大塚政府参考人 大変失礼をいたしました。先ほど私から負担割合の推計を申し上げました。これは後ほどまた御議論があるのかもしれないけれども、全体としての医療費をどう賄うかという話になるわけでございまして、諸外国でもさまざまでございます。

例えば、フランスの例をお出しになりましたけれども、アメリカのメディケアというのの実質的にはかなり高い自己負担でございます。これは公表された数字がございせんので数字は申し上げられませんが、仮に自己負担に直しますとかなり高率の自己負担、メディケアですらアメリカはそういう仕組みをとっております。これもそれぞれのお国の選択ぶりでございます。

我が国におきましては、原則三割ですけれども、高額療養費制度というのがございまして、大きな金がかかる場合には当然三割までは達しない、ならしてみますと二十数％ということでございますので、全体のバランス、保険料とのバランスというのを考えますと、私どもとしては、やむを得ないと申しましようか、妥当な選択ということに御提案を申し上げておる次第でございます。

○金田(誠)委員 アメリカのメディケアを引き合いに出されても、こういうものと比較しながら我が国の国民皆保険制度における仕組みをどうするかという議論は、ちよつとなじまないというふうには私に思ひます。

トータルの一八・三ということでは今までの議論をされてきた経過はございまして、全体として二〇％未満であればということについては、私は、一〇％程度に本来は抑えるべきである、こう思ひまして、それは後ほど論議展開させていただきますが、老人を除く若年世代の二四・三、これは社会保険として余りにも高過ぎないか。二四・三、約四分の一を自己負担で賄うという制度設計自体これはおかしいではないかという指摘をしているわけでございまして、これでいいと考えるのか、いや、やはりこれはちよつと高いとお考えなのか、大臣、いかがでしょうか。

○坂口国務大臣 ちよつと聞いておりますと、二四％というのは、若い人たちが病気をすると二四％払っているような錯覚にとられるわけでございまして、そうではなくて、高齢者の皆さん方の分を若い人たちが出しているから、その保険料等を考えますとそういうことになる、こういうこ

とでございます。

先生が御指摘をいただきますように、高齢者の皆さん方も若い人たちと同じように負担をしていただくということにすれば、若い皆さんの負担は減っていくわけでございますが、しかし、高齢者が若い人に比較をして五倍ぐらい医療費がかかっているわけでありまして、そういった事実と、同じ例えば二%なら二%で、押しなべて若い人も高齢者も二%ということにしたといたしますと、高齢者の皆さん方は医療にかかる確率が高いわけでございまして、高齢者の皆さん方がかなり負担がふえてしまうことに私はなると思ふんですね。

だから、そこをやはり配慮して、高齢者の皆さん方に、若干こは低目に、抑えぎみにして、医療を受けていただきやすいようにすること、これは当然やらなければならぬことではないかというふうに私は思ひます。

○金田(誠)委員 端的に、高齢者を除く若年世代の全体の医療費に占める自己負担の割合が二四・三%である。医療費というのは公費と保険料と自己負担、これしかないわけですが、そのうちの二四・三%を自己負担によつて賄つてもらつて、そういう制度設計になつてゐるわけですが、しようとしてゐるわけですが、本当にそれでいいのかどうか。

二四・三でいいのかどうかだけ、端的にもう一度お答えいただきたいと思ひます。

○森委員長 大塚保険局長。

○金田(誠)委員 いやいや、ちよつと待つて。大臣の、これでいいと思つてゐるならいいと思つてゐると言つてくださいます、それだけ聞けば次に入ります。どうもこれはちよつとおかしいというのなら、それはそれで答えていただきたい。

○坂口国務大臣 今の御提案を申し上げてゐる枠組みでいきますとそういうことになるわけでありまして、若い人に若干負担は多くなつておりますけれども、高齢者の皆さん方のことを考えますと、やむを得ることであると私は思ひます。

○金田(誠)委員 私は、そういう考えは間違つてゐる、働き盛り、本当にお金のかかる世代の方々に四分の一も自己負担を強いるという考え方は間違つてゐると思ひます。また改めてそれはやりとりをさせていただきたいと思ひます。

次に入りますが、数字をお尋ねいたします。今この三割負担の引き上げ、これを行わないとすれば、それに要する財源は平年度で幾らになるのか、それは政管健保でいいますと保険料率では何%に相当するののかということをお知らせいただきたいと思ひます。

○大塚政府参考人 今回の改正で三割負担の導入を行う場合と行わない場合、こういうふうな比較をいたしますと、医療保険制度全体における財政影響は、三割負担を導入する場合に比べまして、平成十五年度から十九年度の五年間、単年度平均をいたします、平年度平均でございまして、約八千三百億円の財源が三割負担を行う場合と行わない場合の差として出てまいります。

また、政府管掌健康保険に關して申しますと、同様の整理で計数をはじきますと、約三千九百億円、単年度平均で約三千九百億円の負担増となるわけでございまして。幾つかの制度改正がございまして、例えば薬剤一部負担をこれにあわせて廃止しようとしておりますので、その辺の扱いによつて変わつてまいりますけれども、仮に三割負担だけ、とにかく三割負担の導入の前後の差というふうにご覧しますと、総報酬ベースで五パーミ程度、〇・五%でございまして、五パーミ程度の差ということになります。したがしまして、御提案申し上げております保険料率、現在八・二%、八二パーミでございまして、これを八七パーミ程度にさらに引き上げる。

ちなみに、現行の、現在の標準報酬制度におきます保険料率は八五パーミでございまして、これを総報酬ベースに置き直しますと七・五%でございまして、七・五%から、仮に三割負担を導入いたしますとその分だけ仮に足すという計算をいたしますと、七・五%を八・七%程度に引き

上げる必要が生じる、こういう計算でございまして。○金田(誠)委員 ありがとうございまして。医療費の節減といひますか、診療抑制という問題を別にすれば、個人負担の引き上げによつて受診抑制といふものを期待しないといふれば、社会保険によつてリスクを分散しても、自己負担によつてそれを賄つても、医療費総額としては結局同じことだといふことが言えると思ふんですが、そういう理解でよろしいですか。

○大塚政府参考人 御指摘ございましたように、患者負担とするか保険料とするかというのは、実は医療費に影響があるわけでございまして。それを除いて考えるということ前提にいたしますれば、保険料と患者負担はいわばパートナーといひましようか、どちらかがふえればどちらかが減るといふ関係になるわけでございまして。

ただ、当然のことながら、患者負担の場合と保険料負担の場合といひますのは、それを負担する層といひましようか、範囲とか性質とか、これは当然変わつてまいりますので、金目で申しますれば、おっしゃいますように、患者負担による医療費の影響といふのを除きますれば、それは保険料と患者負担とは相対の関係になるということでございます。

○金田(誠)委員 受診抑制の問題などは、受診抑制になつて本当にプラスになるものなのか、抑制した結果が重病化を招いて結果的に高いものにつくものなのか、この辺のところは定かでないと思ひます。したがつて、それはとりあえず除外して考へて、要は、保険でリスクを分散しようが、個人負担にして若年世代は二四・三なんていう高率の負担を強いようが、結果的にトータルとして同じだといふことは、当たり前なことでございまして、なぜこの自己負担の増を選択したのか。

どつちにしたつて払うものは払うんですよ。いざとなつたときに高額なものを取られるのがいいのか、元氣なときにわずかばかりの負担をみんなですすずする方がいいのかといふたら、これは

どつちがいいんですか。前段いろいろ指摘しましたが、格段に問題を多く含んでゐるのがこの自己負担の増といふことでございまして。なぜ自己負担の増を選択したんでしょうか。

大臣、今まで、国保も三割だからみたいな答弁をしていましたけれども、それは以後おつしやらない方が私はいいと思ひます。これはちよつと乱暴な議論ではないでしょうか。

二四・三、若年世代に強いる、こういう自己負担の増にシフトしていく。三割負担もそうですよ、高額療養費もそうですよ、あるいは特定療養費もそうですよ。自己負担、自己負担といふことでどんどんシフトしていく竹中平蔵流、こんなのにつき合つていたら国を誤りますよ。不安感がますます増大するだけ。貯金をしなきゃならない、新しい保険商品を買わなきゃならない。結局高くつくんじゃないですか。

医療費トータルでむだがあるという話はまた別にあるんですが、それはそれとしても、自己負担を強いるなんというの賢明なやり方ではない。世界じゅうどこでもやってゐない。やつてゐるのはアメリカのメディケアぐらい、この国は原則社会保険のない国なんです。自己責任、民間保険の国なんです。日本はそういう方向を目指すべきではない。ヨーロッパでこんな高い自己負担を取つてゐるところがありませんか。少なくとも公明党の大臣のやることでない。もう竹中平蔵とつき合ふのはやめてください。これは本当に残念ですよ。

大臣、これは結果が同じならなぜ自己負担の増を選択したのか、納得のいく答弁をお願いしたいと思ひます。

○坂口国務大臣 今おつしやるように、必要な額は必要なんです。医療の中身をどう変えていくかは別にいたしまして、現在、年々歳々一兆円近い医療費が増大してゐるこの状況の中で、国庫負担でいくか、あるいはそれは保険料でいっていただくか、自己負担でいっていただくか。国庫負担というのは税でありますから、税はこれぐらい

というふうにもしも仮にしたといたしますと、あと残りは保険料でいくか、それとも自己負担でいくか、こういうことになるわけであります。

これをすべて保険料でいくということになれば、これまたアメリカの面もございまして、それだけ可処分所得は下がるわけでございまして、どうしても、現在の制度でいけば若い人たちの負担というものをふやしてしまうということになつてしまいます。

ですから、ある程度はこれは自己負担をやはりお願いして、そしてその上限をつくって、余り高いものにつきましては上限を抑えていく、軽い御病氣につきましては三割の負担をしていただくという程度はお願いをしなければ、保険料にかぶせ過ぎますと今度は、それはまた負担が多くなり過ぎるというふうには私は思います。

○金田 誠委員 答弁をお聞きいたしました、納得しかねます。ただ、大臣、今の答弁の中でドイツの保険料率を引き合いに出されたことというのにはありがたいなと思つて私は何つておりまして。

ドイツのように保険料が高くなるということはありません。前にも申し上げましたが、ドイツが保険料率が高い理由は、国費の投入が原則としてないということと、医療費の対GDP比が日本より格段に高いということとで保険料率が高くなつていくわけですが、自己負担ではなくて保険で賄おうとすればドイツのようになるということは全くありません。さつき大塚局長が言つたような数字で、五パーミリのうち、〇・五％の今の話でございいます。そういう意味では、論拠としてドイツの保険料を出されなかつたということは私は評価したいと思つたし、もう一つは、国保が三割だからそれでいいんだということもおっしゃらなかつたのを評価したいと思つた。

大臣、これから、このドイツの保険料と国保の三割というものを引き合いに出した御答弁はぜひ控えていただきたい、これは強くお願いを申し上げたいと思つた。その上で、なぜ保険料ではない

くて自己負担を選択したかという答弁は大変苦しい答弁にならざるを得ない、論拠が余りにないから苦しい答弁になるんだと思つてお聞きをいたしたところでございいます。

この審議はそろそろ折り返しぐらいのところから、次の方に移らせていただきたいと思います。二点目は、患者自己負担のあり方のうち、なかんずく、高齢者の患者自己負担がどうあるべきか、ここに焦点を当てて質問をさせていただきます。

エージズムを排除するということ考え方については、再三申し上げてきたところでございしますが、どうも十分に御理解いただいていないようだなという印象を受けております。この考え方に従えば、高齢者のみを対象にした独立型の老人保険はエージズムであり、採用すべきではありません。必然的に、いわゆる突き抜け方式、継続加入方式を採用すべきということになるわけでございいます。エージズムを排除するという考え方によればございいます。

しかし、報道などを拝見しますと、大臣は、突き抜けか独立か、いわゆる四つの案の中でどれがいいかということの問題は第二の問題で、まず負担割合をどうするかがあるべきだということはおっしゃり方をしているわけでございまして、これはエージズムの排除ということとを十分御理解いただいた御発言ではないな、こう受けとめざるを得ないわけでございまして、非常に残念でございいます。患者の自己負担についても、エージズムを排除するということ基本的な考え方からすれば、高齢者も現役世代も同等であることが本来の姿、こう思います。

その場合、私は、条件は二つあると思つた。一つは、自己負担の額が一般の高齢者にとって負担可能なものであるということとございいます。例えば、我が国の三分の一程度であるドイツのレベルというものが考えられると思つた。二つ目の条件は、高齢者が自己負担にたえ得る所得保障、これが必要でございいます。具体的には、先進諸国

において常識となつて最低保障年金、これの仕組みを導入すべきだと思つた。先般の一般質疑では私がパネルを持ち出して大臣にお尋ねした、あの最低保障年金の仕組みでございいます。

私は、高齢者の自己負担に関しては、エージズムを排除するという基本に立つて、条件としては負担可能なレベルであること、そして負担にたえ得る所得保障が必要であること、こう考えるわけでございしますが、これについて大臣の御所見を伺いたいと思つた。

○坂口 国務大臣 社会保障制度全体を考えますと、やはりそこは、社会保障制度の中で年金、医療、介護その他のものが均衡のとれたものでなければならぬというふうに思つたし、その中で一番大事なのは私は年金だということに思つた。そういう意味からいいますと、今御指摘になりましたように、年金を中心にして考えたときに医療制度もこういうふうにしたらこういうことになるではないかという、その組み立て方そのものにつきましては私も決して反対ではございません。

やはりそういう物の考え方というものは持つていかなければならぬというふうには思つておるわけでございいます。私が、その医療制度につきまします問題で、突き抜け方式とかあるいは独立方式だということなことを決める前に財政をどうしていくかということとを先に決めるのが大事だということに申ししたこと事実はありますし、若干、今御指摘になりましたのは、私が言いたいことの真意をよく理解していただいていないのではないかと私もちょっと思ひながら聞いたところでございいます。

それは、今までシステムとして突き抜けがいいとか、あるいはまた独立がいいとか、あるいはその中間型でありますとか、そうしたさまざまな意見があつて、そのシステムにこだわるものですか、なかなか決まらなかつた。その前に、財源として、大体国庫負担をどれだけにする、そして保険料で全体としてどれだけを賄う、自己負担として

どれだけで賄うという、国庫負担、保険料、そして個人負担というものの割合を先に決めるということが大事ではないかということを先日申し上げたわけであります。そこが決めれば、あとはそれに一番適した方法を選べばいいではないかということとを私は申し上げたわけでございいます。

その割合につきまして、今後の高齢者医療というものを考えていきました場合に、高齢者がどんなふうとふえてくるわけでありまして、将来のことを考えたときにどういう割合にするかということとをまず出さなければならぬということとを申し上げた次第でございいます。

○金田 誠委員 ポイントは、これから高齢者がますますふえてくるということとございいます。それに対処して、高齢であろうが若年であろうが適切な医療給付が受けられるという仕組みをつくるということが目的だと思つたわけでございいます。

その場合に、私が再三指摘しているのは、エージズムという考え方を排除しなければならぬ。社会保障で行つて国でこのエージズムをとつていける国はないという現実でございいます。そして、一番エージズムであるのはアメリカのメディケアだと私は思つたわけでございいますけれども、これがいかに貧弱な給付でしかないか。さつき大塚局長はいみじくもおっしゃつていただきましたけれども、比較にもならないような状態ではないかと。日本の国がいきなりメディケア並みになるとは考えにくいと思つたすけれども、高齢化がますます進行する中でそういう可能性、危険性を大きくはらんでいけると私は思つた。

したがつて、今取りざたされている議論の中で、このエージズムの排除という柱をきちつと立てていかなければ、それこそ竹中平蔵流にやつていけばメディケアになる、こういう危機意識を持つて私は指摘をしているところでございいます。

そういう観点からいけば、国、保険、自己負担、この負担割合は、スタート時点で現状しかないと思つた。この現状を大きく変えてスタートというのには現実的ではないと思つた。しかし、エー

ジズムを排除して、突き抜け方式、継続加入方式という原則さえ打ち立てれば、負担割合は逆にどうにでもなる。現状からスタートして、ここまでは大臣と認識が一致すると思いますが、それからどの部分にウエートを置いていくか。

私は、税にこれから大きく頼るというのは現実的に可能性は低いと思いますし、今申し上げてきたように、個人負担に頼るべきでもないというふうに思います。保険で負担をするしかない。そういう観点から保険者の再編成ということも申し上げていくわけですし、リスク構造調整ということも申し上げていくわけでございます。こういう構造改革、まさに構造改革が今求められている、こういう議論を大臣とはさせていただいたと思っております。

この点を申し上げておきながら、次に移らせていただきたいと思います。

このエージズムの排除という考え方を明確にするか否かにかかわらず、自己負担の額が一般の高齢者にとって負担可能なものであるということとは、この考え方については大臣と恐らく共通するだろう、こう思います。自己負担の額は、一般の高齢者にとって負担可能なものであるということでございます。

ドイツの自己負担は医療費総額の六%とされておりますが、そのドイツのレベルに抑えることすれば、患者一部負担は一割負担程度が限度ではないかと思えます。現在は、高齢者の場合、一定の上限等あるわけでございますけれども、限度として一割負担、これが限界である。さらに、その一割負担にたえるような年金給付、大臣がこれが柱になるとおっしゃっているこの年金給付でございますが、その給付の方をそれにあえるように設計変更をしていく必要がある、こう思うわけでございます。

まず大臣、高齢者一割負担という大原則が今打ち出されてきたわけですが、私はそれについて以下条件があるということからこれから申し上げたいと思いますが、この一割負担が限度、こ

れはもう本当に限度という考えについては共通すると思いますが、いかがでございますか。

○坂口国務大臣 高齢者のお話でございますので、（金田）（誠）委員「はい」と呼ぶ）

一応、高齢者にお願いをするのは、やはり一割前後というのが、前後と申しますか、一割というのが一つの限度であるというふうに私は思っております。

○金田（誠）委員 私ども、エージズムの排除という考え方からすると、高齢者が一割であれば若年者も一割、こういうふうな展開になっていくわけですが、それはちよつとおいておきます。その上で、その一割負担にしても、現行の国民年金の給付水準では負担し切れない、こう思います。

そこで、政府参考人に伺いますが、国民年金の平均受給額、この金額と、平均額以下の受給者の人数、そして最低の受給額、この三つの数字を教えてください。お答えいたします。

○富岡政府参考人 お答えいたします。平成十二年度末現在におきます国民年金の老齢年金受給権者は千六百六万人ありますが、その平均年金月額額は五万九千八百八円となっております。そして、平均年金額とは同額でございます月額五万円未満の年金の受給権者が七百五十四万人となっております。

なお、最低の年金額というお尋ねがございましたが、特に最低の年金額受給者といった集計はいたしておりませんが、年金月額一万円未満の国民年金の老齢年金受給権者は八万八千九百九人となっております。

なお、このような年金月額が低い受給権者が存在する主な理由といたしましては、基礎年金導入以前、専業主婦の方の加入は任意でありましたが、こういった方が加入してなかった期間が年金額に反映されていない、いわゆる空期間の非常に長い方。それから、繰り上げ受給した場合に年金額が減額される、こういった方。それから、保険料免除期間につきましては年金額が三分の一になる。こういった事情の方が低いということになっ

ております。

○金田（誠）委員 先進諸国においては最低保障年金という仕組みを何らかの形でとっているところが多いのではないのでしょうか。

一昨年、イギリスを訪問した際にも、あのサッチャーイギズムで福祉切り捨ての急先鋒だったイギリスでさえ、ペンションクレジットという名前前で最低保障年金の制度がございました。これはミーンズテストつきで、実質は生活保護、無拠出なん

でございますけれども、それでも一応年金という名前がついて給付をされている。六十五歳になれば生活保護というものでなくて年金という形の中で手当てされているということが、あのイギリスでさえ制度化されているということが、あのイギリスの形で制度化されているのは恐らくスウェーデンの仕組みかな、こう思っているわけでございます。

こういう形がない中で、月額五万円未満の方が七百五十四万人。私どもの地元などでも農業、漁業の方は非常に多いわけでございますが、月額三万円あるいは四万円、それで介護保険の保険料を払って、さらに自己負担、こういう形になるのは余りにもお気の毒という状態でございます。

それでは満額給付になったらいいのかわかると、これまた申し上げにくいところはあるわけでございますが、少なくともこういう年金の受給状況の中で、今回、一割負担が限度というふうに私も原則考えておりますが、にもかかわらず一方の、大臣もおっしゃる、一番幹になる、基本になる年金がこういう状況の中で、この一割負担が今実施されていくというのは果たしてどうなのか。いま一度立ちどまって、年金の方の最低保障年金などの仕組みとあわせながらこれは考えるべきではないか、こう思うわけでございますが、いかがでしょうか。

○坂口国務大臣 先ほども少し触れましたとおり、社会保障制度全体の中で考えていかなければ

ならないというお考えには私も賛成でございます。

しかし、現在の医療制度のところを中心にして考えますと、やはり高齢者の皆さん方はそれだけ疾病に罹患される回数が、あるいはまたその内容におきまして非常に厳しい内容の、病気が大きいわけでございますから、そこに配慮をしたような形にしていかなければならないというふうに思っております。

先生は、エージズムという考え方のもとに、高齢者も若い人も同じようにというふうに御指摘になりますが、しかし、その自己負担は、もし仮にそうしたとしたとしても、では高齢者の方にも同じように保険料をお支払いしてくださいというわけにはいかないでしょうか、そこで、高齢者が必要な分というのは若い人たちが保険料で払わなければならない。結局、自己負担で払うか、保険料で出していたか、やはり若い皆さん方に負担がかかってくることは間違いないだろう、そういうふうには私は思っております。

○金田（誠）委員 ちよつと私の受け取り方が今違ったのかもしれない。であればお許しをいただきたいと思います。保険料は若い人も高齢者も所得に応じて同率に払っているということは指摘をさせていただいたかと思ひます。

恐らく、高齢者の方は大半が国保の被保険者だと思ひます。その国保は、年齢による保険料の軽減というのは恐らくない。市町村によってやっているとところはもしかすればあるかもしれませんが、原則として所得によって保険料は賦課されている。均等割あるいは所得割という形で賦課されているわけでございます。余りの低所得の方には軽減措置というのはございますけれども、それは若年であろうが高齢者であろうが同じ仕組みの中で賦課されているということでございますから、保険料負担自体を高齢者が免れているということではないという点だけ、私ちよつと聞き違ひだったかもしれません、指摘をさせていただきたいと思ひます。

実際問題、こういう低額な年金に頼らざるを得ない、その他の収入も少ししかあればあるのかもしれない、所得として非常に低い方々が現実にはいつしやる、そういう中で生活をしておられる。その生活者としての負担というものはやはりセットにして考える。いかに収入が確保されているから、したがって幾らの負担を保険料としていただくか、そして自己負担として診療の都度いただくか、というものは、両方をセットにして考えないと福祉国家としての仕組みは成り立ってこないだろう、こう思うわけでございます。

まだ質問したいことはございますが、以上指摘だけ申し上げまして、次の項目に移らせていただきます。

社会保険の中で税が果たす役割ということについてでございます。これは先ほども申し上げましたが、税のなかの保険の役割というものはこれから大きなテーマになってくると思いますので、あえて取り上げさせていただきます。

またドイツの話で恐縮でございますが、ドイツでは、医療保険の財源は労使折半の保険料、税は原則として導入しない。税を入れると政府が余計な口を出すからという考え方だと聞いておりますけれども、いかにもドイツ人らしい一つの認識だということふうに思います。こうした考え方から、ドイツにおいては、年金生活者の事業主負担分は年金保険が負担する、失業者の事業主負担分は雇用保険が負担する、こう徹底をしているところであります。ドイツ以外でも、社会保険方式をとる国では保険料が中心で、税の役割は限定されているようにございます。

これに対して我が国は、社会保険方式でありながら税が大幅に投入されるという特異な制度であり、その税投入の根拠も判然としておりません。保険者も医療提供側も、保険料の引き上げよりは安易に税に頼る傾向があり、国保や老人保健制度の存在がそれに拍車をかけてきたと思います。

本来、社会保険方式である以上は一義的には保険料で賄われるべきであり、税が投入される場合

はその根拠が明確にされるべきだと私は考えますが、こうした考え方について、大臣、基本的にいかがでしょうか。

○坂口国務大臣 税か保険料かというお話は、それぞれの政党によりましてかなり違いがございます。与党内にも野党内にもそれぞれいろいろの考えがありましては御承知のとおりでございます。税と保険料との割合をどうするかということに今はなっておりますが、私はやはり、税、保険料、自己負担というものを三位一体に考えていかなければならないというふうに思います。

税は御承知のとおり所得再分配に軸足がございまして、保険料はリスクの配分と申しますか、そうしたところに軸足があるわけでございますし、それぞれやはり特徴がございまして、また、税はその税の本身によりましては違いますけれども、大きく分ければそういうことではないかというふうに思います。

そういう中で医療の問題を考えていきますときに、私は、すべて保険料でいくというのはかなりきついなという感じを持っております。これだけ高齢化が急激であります、やはりリスクを分かち合うという点からいましてかなり限界がございまして、高齢者がこれだけ多いという人口構成の中でリスクを分かち合うというのは、全部それを保険料でというのは無理がある、やはりそこに税を導入することはやむを得ない、そういうふうに私は思っている次第でございます。

○金田(誠)委員 大臣の今の点はおっしゃるとおりだと思えます。私も、全部税でやれとは申し上げておりません。ドイツの例は一つの見識だということをお願いいたします。そして、税を投入する場合には、何に着眼してどの部分を税で賄うのか、それをきちんとした上で税を投入する、という設計を考えるべきではないか、保険が基本になるべきではないかという軸足の置き方について今申し上げたところでございます。

大臣も今おっしゃってございましたけれども、保険と税の関係について、基本的な考え方は二つに分かれるというふうに思います。

一つは、保険はリスクの分散であり、税は所得移動であるという考え方から、現役世代については保険原理がふさわしいけれども、高齢者については税による所得移動で対応すべきという考え方でございます。これによれば、高齢者医療は税による独立方式ということに結びついていくわけでございます。

いま一つの考え方は、保険とはいえ社会保険は強制加入で、応能負担の保険料は税に近いものであり、リスクの分散と所得移動の双方の要素をあわせ持っているという考え方でございます。これによれば高齢者医療は保険による突き抜け方式、こういう形になっていくだろうと思うわけでございます。

前者の考え方は千葉大学の広井良典先生、後者は一橋の塩野谷祐二先生が主に主張されている。私はそう受けとめておりますが、両先生とも私の尊敬する方ではございますけれども、私は突き抜け方式を主張する立場からして、これだけは広井先生に同調できないという立場なんではございます。また、ヨーロッパの社会保険方式の国々はずべて突き抜け方式を採用し、高齢者医療も社会保険で対応していることからしても、高齢者は税でという考え方は普遍的なものではない、こう考えているところでございます。

これについて、政府参考人、御見解ございまして、

○大塚政府参考人 やはり、医療保障制度をどういう仕組みをとるかというものは、かなり国によって違うわけでございまして、同じヨーロッパでも、英国あるいは北欧のような税に中心を置いた国々、それからフランス、ドイツのような、保険料を基礎としながら、またフランス、ドイツでも保険料と自己負担との兼ね合いは随分違うというように、それぞれの国が国情に合わせたものではないかと考えています。また、日本では日本国民皆保険という非常に大きな一種の理念を持っており

ます。ただ、今のお話、御質問に直接お答えするといったしますと、ヨーロッパ諸国などにおいて高齢者については税方式ということが普遍的かという御指摘でございますれば、御指摘のように、それが普遍的だという状況にはないことは間違いないと存じております。

○金田(誠)委員 次に入らせていただきます。今日、日本医師会などは、高齢者医療については税を中心とした独立方式を主張しているようにございます。しかし、その論拠は、税は所得移動という広井先生の考え方によるものではなく、なぜ税なのか、私は根拠はまだ判然としていないのかなと思っております。

この場合、税負担は増大することになるわけでございますが、その税目や税率については具体的に言及されておらないのではないかと。そうである限り、これは旧来型の安易に税に頼る考え方であり、とりわけ今日の財政状況下にあつては現実的ではない。さらに、この考え方は再三指摘しているエージズムそのものである、到底採用できるものではない、私はそう思っているんです。

政府参考人、いかがでしょうか。これは最後の質問で、もう時間ですから終わります。

○大塚政府参考人 税を中心にした独立方式の高齢者医療、これもさまざまな立場での御主張がございまして、例えばその税財源について、税率はともかくとしたしまして、税目などについて触れる御意見もあれば、そこを留保された御意見もございまして、独立方式の御主張にもさまざまなあるというものが現状ではないか、その中ではいろいろなバリエーションがあるというのが現状ではないかと考えております。

いずれにいたしましても、税をとるかどうかというところが、一つの、さまざまな御意見の中の案でございますし、その場合に、もし税を中心とするということになりますと、相当巨額な財源も必要になってまいります。要は、その財源が安定的に確保できるものなのかどうか、国民的な御理解

が得られるものなのかどうか。税を中心とした御議論ということになりますと、その辺あたりが最大の論点の一つになってくるのではないかと。私もとしてはそう考えておりますけれども、いずれにいたしまして、さまざまな御意見の中の一つでございますから、利害得失、それぞれの案がございいます。そのうちの税方式についても、メリツトもあればデメリットもある、考え方も幾つかその中でございいますので、なかなか一律に割り切るという性格のものではないというふうに考えております。

○金田(誠)委員 時間ですので、終わります。ありがとうございました。

○森委員 次、水島広子君。

○水島委員 民主党の水島広子でございます。

まだまだ医療制度に関しては伺いたいことがたくさんございいますので、前回聞き残したことも含めまして、本日もまた大臣に質問をさせていただきます。

先日、五日の本委員会、私は最後に、ジェンダー・スペシフィック・メディスンについて伺いました。時間が足りなくなりましたので、なぞ雇用均等・児童家庭局がこのジェンダー・スペシフィック・メディスンの担当なのかということの問題点として指摘させていただきました。その後、担当局の変更について検討していただきましたでしょうか。

先日もお話ししましたように、血中のコレステロールの値と心疾患のリスクは男女でそのパターンが大きく異なっており、女性については、適正なコレステロール値の範囲は今の臨床で設定されている適正値よりも高いところとございます。抗コレステロール薬の市場は年間三千億円と言われているとしまして、この三千億円のうち二千億円が女性に投与されていると言われております。ここにも医療費のむだがあるのではないかと私は思っております。つまり、コレステロール値を下げる必要のない女性がそれを下げるようにと言われて、

抗コレステロール薬を投与されているというような例が実際に多いのではないかと考えているわけでございます。アメリカのFDAでは、一九九八年のニュー・ドラッグ・アプリケーションズにおいて、薬剤治療における性別、年齢、人種による検討を義務づけております。

このように考えてまいりますと、これはまさに医療全般の根幹にかかわる問題であって、決して女性だけの問題ではございません。雇用均等・児童家庭局の担当としてまいりますと、そもそも日本の厚生労働省がこの問題を誤ってとらえているということを見事にさらけ出してしまっているのではないかと考えますけれども、大臣はこの担当局の変更についてどのようにお考えになりますでしょうか。

○坂口国務大臣 日本の医療はさまざまな平均値を出してまいりましたが、今までは年齢も考慮に入らずに、一つの検査なら検査の平均値はこういうことですよということを言っていました。最近になりましてようやく年齢差というものを考慮に入れて、若い人たちと中年と高齢者の皆さん方の間ではそれぞれ値も違うというので、それぞれにやはり分けて考えるようになってまいりました。

私が医学部を卒業しますころには、例えば血圧の値一つとりましても平均値で物を言っておりまして、それよりも高い人は全部高血圧というふうに言っていたわけでございますが、六十歳、七十歳になってまいりました人間と二十や三十歳の人とは違うわけでありまして、これは別途に考えなければならぬというのでだんだんとその考え方は取り入れられてまいりました。しかし、今御指摘をいただきました性差というものにつきましまして、これはまだ緒についたばかりと申しますか、日本におきましてはまだ十分に取り入れられていないというふうにも思っております。

御指摘をいただきました、なるほど、私もそれはそうだなというふうに思いながら先日聞かせていただいたわけですが、省内におきます問題は、

これはそれぞれの局にまたがる話だと私は思います。どれどれの一つの局に限定して取り扱うべき問題ではなくて、医政局なら医政局におきましても、健康局なら健康局におきましてもそれぞれ存在する問題でございますから、なかなか一つの局に限定しにくい、これは広がりのある問題だといふふうに思っておりますが、全体としてどが担当するかということをもし決めなきやならないとするならばどうするかという問題になるわけでございます。しかし、事の性格上は、各局にまたがる内容を持ったものであるというふうに私は思っております。

○水島委員 そうしますと、当面の担当局のあり方をどういふふうにするかということ、またちよつとその構造の変化を検討していただけたらという答弁と受け取ってよろしいのかなとちよつと思つたんですけれども。

実は私も、問題意識を持ちましてから何人かの専門家に、これを雇・児局が担当するそうだけれどもどう思うかということをお聞きしたら、皆さん笑つていらつしたわけですね。これを、私、これから三年間なら三年間、人に説明するたびに、本当はおかしな話だけれども、なぜかこんなところが担当していてということの説明し続けなければならぬとすると、これはちよつと、大変恥かしい話なのではないかとも思うわけです。今の大臣の御答弁、現状のようにこれは雇・児局の担当ですと言いつけるのではなくて、もつと幅広いものであつて、この問題に対する取り組みをどこかの局が担当するというのではなくて、全部の局にそのような視野を設けていただくというふうな受け取らせていただけてよろしいんではないかと。つまり、これから私がこのジェンダー・スペシフィック・メディスンについて個別の質問をしていくときには、例えばそれが保険に関することだつたら保険局にお答えいただきたりとか、あるいは医療の根本にかかわることであれば医政局にお答えいただきたりとか、そうやっていくというふうな理解してよろしいんではないかと。

○坂口国務大臣 それは旧厚生省の中だけではなくて、例えば健康診断の話などになってまいりますと旧労働省の中にもまたがってくるわけでございます。この健康診断一つをとりますと、それはそこに性差の問題というのはいりてくるというふうには思います、その内容によりましてそれがやはり担当をしていくということは、当然のことながら起こってくるのだというふうに思っております。

○水島委員 ありがとうございます。つまり、先日の雇・児局の局長からいただいた答弁と比べまして、やはり大臣はこの問題をその後考え直してくださったんだということが理解できまして、その点についてお礼を言わせていただきます。

さて、男女という問題でもうしばらく質問を続けさせていただきます。男と女、男女共同参画社会基本法並びに基本計画では、諸制度が性に中立的であるべきという方向が打ち出されておりました。年金については既に厚生労働省も検討に入っております。医療保険制度については現在どのような検討段階にあるのでしょうか。

○大塚政府参考人 基本的には、医療保険では、性といましようか、男性か女性かという制度上の区別はもろろないでございまして、社会実態として被扶養者というよう制度があるわけでございます。年金と同様に基本的な社会保障制度の一つでございますから、共通の問題という面が一つ、年金と共通の問題を幾つか抱えているという問題もございまして、したがって、その点については、年金の議論をよくフォローしながら私どもも考えていくという面が一つの考え方。

もう一つは、やはり医療保険、年金とは違う面もあるわけでございます。例えば、歴史的な経緯はとりあえずおくといたしまして、被扶養者の場合には、医療保険の場合は当然子供さん、つまり二十未満の方々も加入者でございますから、仮に被扶養者あるいは個人化ということで負担の問題が出てきます場合に、二十未満の方々をどうす

るか。これは年金とまた違う課題として生じてま
いますし、一方で、今度は給付を受ける場合
には、これまた年金と異なる面としては、いわゆ
る患者の自己負担という問題もございいます。

したがって、年金と共通の側面と、また医
療保険独自の側面と、両方ございいますが、今後、
医療保険制度の体系を考えていく場合に、やはり
この問題、整理しなければならぬ課題の一つだ
と思っております。全く年金と平仄が合えばいい
というだけではない問題も抱えておりますから、
その両面からよく議論をしていきたい、検討して
いきたいと考えております。

○水島委員 私は、年金の制度と同じにするか違
えるかという点を質問したのではなくて、現在
の検討状況を伺ったわけでございまして、当然、
年金と医療保険と、制度が違うからそれぞれま
別の検討が必要になるという事は百も承知なわ
けでございいます。そして、これからの制度を考え
ていく上で検討しなければいけない課題である
という御答弁でございましたので、つまり、今ま
のところは検討していないというふうに受け取ら
せていただきました。

ここに五月一日の朝日新聞の夕刊がございま
し、電機連合が健康保険料についての独自の改革
案を出したなどという様な、そんな記事もござ
います。労働組合が厚生労働省よりもずっと先
行してこのことを議論しているのかと思うと、厚
生労働省はどういうことになっているんだろうと思
いますけれども、この点について、今の私の、ま
だ何も検討されていないという理解が正しいのか
どうかということも含めまして、坂口大臣の今後
に向けての御見解をお伺いしたいと思います。
○坂口国務大臣 医療の中におきます性差の問題
は、今までから指摘はされてまいりましたけれど
も、しかし、取り扱いとしては、特別な取り扱い
というのはなかなかされてこなかったというふう
に思っております。例えば、データ一つをとるに
いたしまして、男性と女性とで特別に性ホルモ
ン等に関係のありますものは別でございすけれ

ども、その他のものにつきましては大体同じよう
に取り扱われてきたというのが現状でございま
すし、その辺のところは同じように取り扱われてき
た。

そうした問題を、どのようにこれから性差を意
識して医療というものをやっていくかという方向
にこれをどう持っていくかというのは、まだこれ
からの問題で、現在までのところ、そこは余り進
んでいなかったというふうな解釈の方が正確で
はないかというふうには私は思います。

○水島委員 済みません、大臣大分お疲れかなと
思うんですが、今お伺いしておりましたのは、医
療保険制度の中の扶養者の方の問題でございま
して、ちよつとさっきのデータの方はもう終わつ
ておりまして、今は、扶養家族の負担問題ですとか、
そういったことも含めての男女の性中立性の問題
ということでお伺いいたしましたんですが、そち
らについては、では、先ほどの保険局長のお答え
でよろしいでしょうか。

では、またこれも重要なテーマでございませ
ん、これから折に触れて伺ってまいりたいと思つ
ておりますけれども、やはり、この制度設計を考
える上での性中立性というものは、男女共同参画
社会基本法を制定しております日本において早速
に検討していかなければいけない課題であると思
っておりますので、またこれについては追って
質問してまいりたいと思っております。

ちなみに、年金についても一つだけお伺いた
いのですけれども、五月十五日に、年金の給付と
負担についての将来推計がまとめられ、発表され
たわけでございいます。ところが、もう一方では、
昨年の十二月に、女性と年金検討会の報告書の中
で、第三号被保険者にかかわる保険料負担の考え
方として六つのモデルが挙げられているわけだ
けれども、これらのモデルに基づいた給付と負担
の将来推計はされていないのでしょうか。もしも
まだされていないのだとすると、これはどのモデ
ルを選んでいくかということを考える上で、将来
像を知っておくというのは重要な問題だと思いま

すので、試算をする必要があると思えますけれど
も、いつまでに試算をしていただけるのか、お答
えいただきたいと思ひます。

○辻政府参考人 今御指摘の、女性と年金に関し
ましてのまず関係でございすけれども、昨年末
に女性と年金検討会で御報告をいただきました
御指摘のように、六つの課題につきまして今後の
検討すべき方向性を示したいただきました。

中でも、特に一番重要な問題の一つとして、今、
専業主婦、一生、一生といいますが、夫婦である
期間ずっと専業主婦である方を念頭にしたモデル
年金になっておりますものを、共働きモデルに変
えるべきである、こういったこともそこで指摘さ
れているわけですが、それが今回の新人口推計の
試算に基づいてどのような前提に立っておるのか
というお尋ねかと存じます。

結論から申しますと、今回の、先月公表させて
いただきました新人口推計対応試算は、これはあ
くまでも新人口推計による年金制度への大きな影
響、大まかな影響を見てとるためのものでござい
まして、平成十一年財政再計算の数字の人口部分
だけを基本的に置きかえたものでございす。し
たがいまして、これはそういう今後の政策的な改
正方向につきまして織り込んだものではございま
せんので、今のモデルというものにつきましては、
共働きモデルにするべきという検討会の方向性に
沿った中身の今後の政策方向というものは、その
試算の中には含まれておりません。

しかしながら、当然のこととして、女性と
年金検討会でお示しいただきました六つの事項に
ついての今後の検討の方向性は、今後、検討され
るべきこととございまして、現在、社会保障審議
会年金部会で十六年に予定されております次期制
度改正に向けて検討いただいております。現時
点では、制度体系の骨格的な事項、例えば財政方
式とか財源とか、そういったところからの議論を
いただいておりますが、当然のこととして、今後、
議論を深める中で、今御指摘の論点につきまして
はこの年金部会で検討いただきますが、大きな形

としましては、十六年の制度改正に向けて、これ
から個々に論点、来年に向けて御議論いただきま
すので、最終的な大きな論点整理というのは来年
の夏前ぐらいまでかかるのかと存じますが、その
間の適切な時点で、必ずこれにつきましてさらに
議論が深められ、整理がなされるということでも認
識をいたしております。

○水島委員 年金の財源をどうするかというの
はかなり大きな問題ですので、議論に時間がかかる
のはわかるんですけども、六つのモデルが既に
挙げられていて、そのモデルに基づいて、新人口
推計に基づいて結構で結構ですけども、将来の給付
と負担の将来推計を試算するというのはそんなに
時間がかかるものなんでしょうか。

○辻政府参考人 ただいま仰せの六つのモデルの
中で、試算にかかわります非常に大きな問題点と
いうのは、モデル年金の水準、すなわち典型的な
事例における、今現在は専業主婦を前提とした御
夫婦で二十三万八千円というのがモデル年金の水
準でございまして、これを共働きにしたときにど
のような水準とするのかということについての検
討が必要でございす。したがって、それにつ
きましては、もとより全体として給付と負担の
水準をどうするのか、そういう全体の給付と負担
の水準のレベルを議論する中で、その中の一つの
問題として議論されることが必要と存じます。

現時点におきましては、そもそも新人口推計の
どの推計を用いるのか、全体として負担と給付の
水準を求める上での議論をどのような前提で行
うかという議論が行われておりまして、恐れ入りま
すけれども、やはりそのような議論の次に行われ
るべき、しかしながら、実は、この女性と年金の
問題につきましては、非常に大きな議論でありま
すことから、わざわざ去年一年かけてあらかじめ
詰めたということで、随分その点、中身は詰めら
れておりますので、私ども、何とぞこの問題につ
きまして年金部会で円滑に議論がなされるもの
と期待をいたしております。

○水島委員 円滑に議論していただくのは、ぜひ

していただきたいんですけれども、さらに、今の御答弁を伺いましてちよつと腑に落ちないんですけれども、モデル年金の水準を決めるということと、これからそのモデルを六つのそれぞれに關して、これは第三号被保険者の負担のあり方を変えていくものですので、そのときのモデル年金の水準をどこに置いたときに負担額がこうなつて、そのときの給付がそのときのモデルではこうなるというようなことは、当然幾つか挙げていくことは試算としてはできるはずだと思うんですけれども、それもそんな来年の夏までかかるんでしょうか。

○辻政府参考人 ちよつと私が間違つておりましたらお許しいただきたいと思うんですが、六つといふときに、大きな女性と年金に關する課題が六つ掲げられたという六つの問題と、今私が申し上げましたモデル年金のあり方をどうするかという問題と、それから、六つというもう一つ、第三号被保険者のあり方を考える上で六つの案があるという六つとさまざまございます。

もし第三号被保険者についての六つの案をどのようにするのかという御指摘でございますれば、この点につきましては、むしろ、負担と給付全体があり方で、かたい話でございますけれども、細かい話でございますけれども、六つの案というのは負担をどのように持ち合うかという問題でございますので、六つの案のどれをとるかによりまして給付と負担全体の推計は異なりません。基本的には給付水準の問題でございます。

そのような意味から、やはり、大きな形として、推計に一番大きく關係しますのは、モデル年金の水準をどのようにするのかということかと存じます。

○水島委員 まだちよつと話がかみ合わないんですけれども、ただ、きょうは医療制度についての質問で、質問の残り時間が大分少なくなつてまいりましたので、ちよつとこの続きはまた後日、別の委員会のときにさせていただきますかと思ひます。(発言する者あり)また来週、質問をさせていただきます。

ただきたいと思ひます。

きょうはちよつと先に行かせていただきたいんですけれども、もう一つ、医療そのもののことではないんですけれども、今後、健康増進法案などを考えていく上で、伺つてまいりたいことが一つございます。

これはちよつと基本的なことだと思ひますので、伺ひますが、五月二十一日の朝日新聞によりますと、富山市の中学校の給食では、男子の食パンが女子よりも一センチ厚いということが報道されております。この受けとめ方として、一年男子のコメント「男はたくましくつてことだよ」というのが載つていますが、見事に教育過程でジェンダーが刷り込まれているということがよくわかると思ひます。

富山市の教育委員会では、当面見直す予定はないということでございますけれども、男性であるか、女性であるかというだけでパンの厚みを一センチ変えるというやうなこのやり方について、厚生労働大臣としては、これについてはどのようにお考えになりますでしょうか。

○坂口国務大臣 成長期におきます男性と女性とのそれぞれの格差、例えばエネルギー値でありますとかいろいろなものがあるというふうな思ひますが、そうしたものにのつとつておやりになつていのかなというふうな思ひながら今聞いたわけでございますけれども、それは、それぞれの地域のいろいろの、御父兄のお声もございまして、学校の意見もあるんだらうというふうな思ひますが、しかし、男の子の中にも余り食べない子もあれば、女性の中にも体格の非常にいい子もいるわけでありまして、一律にそう、男の子だから、女の子だからといつて分けるというふうなどうかと私は思ひますけれども。

しかし、そこはそれぞれの地域で、こういう風土でやろうというふうな、お父さんやお母さんの会と、そして学校等でお決めたこととでございまいしょうから、そこは皆さん方のお声も尊重しなきやならないと思つております。

○水島委員 ちよつと今の御答弁、驚いてしまいました。坂口大臣からは、もうちよつと違う答弁が出てくるかと思つていたので、それが栄養学的に、あるいは健康的な観点からおかしなことであつても、厚生労働省は、それは地域で決めるんだからいいというやうなお考えに立つていられるのでしょうか。例えば、地域によつて塩分摂取の多い、私の地元、栃木県なんかも、味が濃いということ、脳卒中になる方が多いわけですから、そういう地域があつても、それはその地域で味の濃いものが好きなんだからほうつておけというやうな考え方をされていられるのでしょうか。

〔委員長退席、鴨下委員長代理着席〕
○坂口国務大臣 いや、それはそういう意味ではございません。そういう指導は指導でしていかなければならないというふうな思ひますが、だから、男女の間にもさまざまな差があるということを私も申し上げていられるわけで、男の子だから、女の子だからというので分けるというのものが、女の子だからということを指摘しながら、しかし、そういうことをその地域のPTAやあるいはまた学校当局がよく理解した上でおやりになつていられるというならば、それ相應の理由があるんだらう。それもよく聞いてからこれはやらないと、一方的に厚生労働省として、男の子だつて小さい子もあるし、女の子だつて大きい子もあるし、栄養上、それはとらなきやならないカリリーもそう違わないんだからとか、そうしたことで言うわけにもいきまい。だから、地域の御意見も尊重しなきやいけないということを私は申し上げていられるんです。

○水島委員 今の御答弁でもまだ納得できないんですけれども、本当にいいよ残りの時間が少なくなつてしまつたので、このやうなことにいいては、もう少しこちらも問題意識として持ちまして、また改めて質問をさせていただきますかもしれませんが、本日は最後にたばこについてまたお伺いをしたいと思います。

今回の健康増進法案にも關することでございますけれども、たばこについては、未成年が買える場所に自動販売機を設置するべきではないという意見が以前よりございます。健康増進法案を機にきちんとするべきではないかという声が高まつておりますけれども、これについてはどう思ひただけるのでしょうか。

○宮路副大臣 私の方からお答えさせていただきます。

私どもの研究班で調査をやつたところによりまして、高校三年の男子生徒について行つた調査であります。たばこを吸つたことのある高校生、高校三年生の男子でありますけれども、その四分の三ぐらいが自動販売機でたばこを入手しておられる、そういう調査結果も出ておられるわけがあります。したがつて、自動販売機の取り扱いが未成年者の喫煙に大きな影響を持つていっているということ、その点からも否定できないんじゃないかな、こう思つております。

そこで、先般、財務省それから警察庁と共同で、たばこ販売業界に対しまして、店舗に併設されていない場所など、たばこ販売者において十分な管理監督が期しがたい、そういうたばこ自動販売機の設置場所の変更につきまして、ことしの二月であります。たばこ販売業者等に要請をさせていただきます。いておるところであります。今後とも、健康づくりを進めていく上でこの問題は大切な課題であると受けとめておりますので、一層意を用いて取り組んでまいりたいと思つております。

○水島委員 また、現在、二〇〇三年のたばこ枠組み条約の採択に向けた取り組みが行われているわけですが、二〇〇〇年十一月の青少年問題特別委員会が質問しましたときには、議論している最中とのことでほとんどお答えいただけませんでした。

条約の具体的な内容としては、たばこ税の引き上げ、若年者に対する販売禁止、受動喫煙からの保護、たばこの広告規制及び警告表示等が政府間交渉で検討されるということになっております。

響を合わせまして、八千百億円の減。これが十四年度の影響ということになるわけでございます。

制度改正は、今年度十月から実施するもの、十五年四月から実施するもの、なおかつ五年をかけて実施するものということでございますので、十

九年度ごろにいわば現在の制度改正の形がでるわけですが、診療報酬改定は一応単年度というところで整理をいたしますので、それを除いた数字で申し上げますと、医療費につきましては、制度改正によって六千五百億円の減、患者負担につきましては、全部合わせまして、三割負担を合わせまして、五千二百億円の増、保険者の賄います給付費、これが九年度ベースで一兆一千七百億円の減。こんな計数になるわけでございます。

○佐藤公(委員) それで、診療報酬改定の国民負担というものが今数字として出てきました。ちよつとわかりにくい部分があるのですけれども。

この診療報酬改定の影響実態などは全く政府として把握していないということが明らかになっているというふうにも、要望書、要請書には書いてあるんですけども、全くこういうのは政府として把握していないでしようか。これにおける影響というのは、どういふ範囲でどういふ形で影響があり得るのか、どこまで考えられているのか、御答弁願えたらありがたいかと思ひます。

○大塚政府参考人 診療報酬の改定は、原則的には四月一日から実施をいたしておるわけでございます。物によりましては少しずれて実施をするというものもございますけれども、基本的にはこの四月一日から実施をしているわけでございます。

医療費の支払いのことに付いて触れざるを得ないのでございますけれども、医療費につきましては、例えば、四月中に患者さんが医療機関を受診いたしましたとき、その医療機関では翌月、つまり五月に審査支払い機関、支払い機関に請求を出すわけでございます。そして、その月末に支払い機関から各医療機関に支払いが行われる、こういう仕組みでございます。さらに、それが全国的に集計されますにはもう少し時間がかかります。非常に大ざっぱに申しますと、診療月の三ヶ月後ぐらいになりますと全国の状況がある程度つかめることになります。

さらに、診療報酬の改定が行われますと、実際にはなかなか細かい事務作業がございますから、医療機関におきましては、多少、四月の段階ではいろいろ混乱をいたしますし、事務の煩雑さが加わります。四月はいろいろな不確定要素があると言われているので、診療報酬の今回の改定による影響というのをある程度把握し得るにはもう少し時間がかかる。少なくとも三ヶ月程度の様子は見なければならぬ。ということになりますと、ある程度まで私どもとして判断材料を選ぶにはもう少しばかると。

全くデータがないというのはそういった事情がございます。現時点で詳細なデータがあるのは全国的なデータを、これはもう物理的にあるいはシステムの無理でございまして、その点は御了解を賜りたいと思う次第でございます。

○佐藤公(委員) では、この次、患者負担ということでの先ほどお話をいただきました。

国民負担ということでは、また巨額のお金を強いることをお願いしてはいたすけれども、陳情書、要望書の中によくあることは、不況を一層深刻にします、非常に不安を強いられるということ、そしてやはり病院に行けなくなる、そういう話が非常に多くあると思うんですけれども、この次、患者側からの考え方。今回の患者、国民負担においてどういふ、国民に、または社会に、経済的に影響するであろうかというのを計算はされているんです。どうか、また、把握はされているんですか。

○大塚政府参考人 患者負担あるいは保険料負担の引き上げが行われますと、直接的には家計の可処分所得の減ということになるわけでございます。一方、診療報酬の改定がマイナスというふうになりますと、物価におきましては、いわばマクロ的にはこれを引き下げる効果があると言われている。ただし、景気そのものあるいは経済そのものにつきましては、非常に多様な要素がございますし、全体の景気の変動要因から見ますと、

医療費に伴う、特に今年度というふうな短期的な状況におきましては、その影響が直接計数であらわされるというふうなオーダーではないわけでございます。

むしろ、私どもとしては、さらに重要なのは、やはり心理的な影響だということに言う学者もあれば、また、一つの見識だろと思ひますけれども、それのために私どもは、むしろ非常に直面する危機的な医療保険制度、これを放置しておくことの国民に対する不安を与えることの方が、将来に向かつて安定的な制度にするというの方が、より重要であります。その不安を払拭するのと、また、いま、トータルをいたしましては、さまざまな制度改革を通じて安定的な制度をつくるというところの方が、景気の面におきましては心理的な効果を通じてプラスに働く。そういう計数で示し得るようなことではございませんけれども、私どものスタンス、気持ちとしてはそういう姿勢で臨んでおるところでございます。

○佐藤公(委員) では局長、実際問題、今回の国民負担というのは、実質やはり経済をマイナスに導く可能性もあるというふうな御判断をされるんでしょうか。

○大塚政府参考人 かなり心理的な要素というのが強いというのはただいま申し上げたとおりでございますが、逆に、制度改正を行わなければ、医療費の増もございまして、今回の診療報酬改定でございまして、さらに医療費の増があったわけでございます。それはやはり家計への負担というふうなことはね返ってくるわけでございます。いざ、そういうことを考えますと、全体としては、本来は、必要な経費を賄うという意味では保険料から患者負担かということでございます。問題は、やはりトータルだということもございまして、ニュートラルに伴う消費に対する心理的な影響ということだろと思ひますが、私どもといたしましては、むしろこのまま放置することの方がはるかにマイナスを生じせしめるという考え方でございます。短期的にはともかく長期的に見ますと、こうした手当ての方が、経済的にもあるいは景気の面でも、私どもは、プラスになりこそすれマイナスにはならない、そういういわば決意でございますけれども、今そういう姿勢で取り組んでいるということでございます。

○佐藤公(委員) 大臣、今お聞きになられていたかと思ひます。今のお話を聞くと、今回の患者負担、国民負担、保険料等々の負担を国民に強いることは、経済においてマイナスというのは、中長期的に見て、このまま放置するよりは経済的には影響が少なく、もしくはマイナスにならないというふうな私には聞かぬような気がするんですけども、大臣、そういうふうな、同じようにお聞きになりましたでしょうか。

○坂口国務大臣 医療費が年々歳々、先ほどから申し上げておりますように、毎年一兆円近くずつ上がっていくというこの現状は異常なことでございます。それでは、これをどう片をつけていくのか。一つは、医療機関に対して、できるだけ節減をしてほしいということをお願いする以外にございせん。しかし、それでもなおかつ高齢者がふえていくわけでありまして、その高齢者がふえて、そしてそれによって医療費が高くなっていく分につきましては、何らかの形で措置をしていかざるを得ません。それが、税であるか、保険料であるか、自己負担であるかということになるわけでありまして、

それをどういふふうな将来していくかということとを明らかにしていくことは、国民の皆様方にとつて将来に対する安心をいただくことに結びつくというふうな私は思っております。現在だけのことを考えるか、将来の安心も考えていただくかということによって違ふというふうには思っております。

私は、将来ともにやはり安定した皆保険制度というものを維持していくためには、どうしてもやらざるを得ないことがある、そのことを御理解い

ただければ、決してマイナス要因だけではないと思っております。

○佐藤(公)委員 大臣、大変丁寧な御答弁をいただいているんですけども、今回の診療報酬、患者負担等が経済に与える影響というのがマイナスとしてあるのかないのか、これだけ一点に絞った場合、マイナスにはならないというふうに御判断されるんでしょうか。

○坂口国務大臣 診療報酬の方は、それだけ患者負担というのは少なくなるわけですね、診療報酬を下げるということは。医療機関にとっては厳しいことではございますが、患者の側からとりますとそれだけ下がるということになるわけでありまして、これは患者の側からすればプラスに働く、国民の側からすればプラスに働くということになります。国民の側からとりますと医療機関の人たちも全部入るわけですから、患者の側からすればこれはプラスに働くというふうに私は思っております。(佐藤(公)委員「えっ、何ですか」と呼ぶ)患者の側からすればプラスに働くと思うというふうに……。

○佐藤(公)委員 三割負担ということを含めて国民負担ということを今回の改定で強いることになりましたが、それが経済においてプラス成長に働くのか、マイナス成長に働くのか、経済における影響はマイナスになるかプラスになるかということなんですけれども、今のお話ですとマイナスにはならずプラスになるということですか。もう一度聞きます。

○坂口国務大臣 先ほどお聞きになりましたのは、診療報酬についてお聞きになったから私は診療報酬についてお答えをしたわけで、医療全体の改革についてのお話はまた別でございます。

医療全体の問題について言うならば、これはこれとしまして来年度からの話になりますし、この制度を通していただいている話になるわけでございますけれども、もし仮に通していただくと、いうことを前提に言いますならば、それは先ほどから局長も申しておりますとおり、実際の面

とそれから心理的な面と両方ある。私が申し上げたのは、心理的な面におきましては、いわゆる三割負担になって大変だというふうに思われるか、それとも、将来ともにこの制度が、これで医療制度が安定したというふうに御理解をいただくかというところによって異なるということを申し上げたわけでありまして。

○佐藤(公)委員 それは国民がどうとらえるかということ、やってみたいとわからないということになると思われるんですけども、大臣は、今のこの国民のいろいろな人たちの意見、状況を見て、マイナスになるのか、この改正自体がプラスになるのか、経済に与える影響はどれぐらいあるのか、個人消費に与える影響はどれぐらいあるのか、プラスの方向に進むのか、マイナス方向に進むのか、どちらだと思いたいと思いませんか。

○宮路副大臣 最近、国民医療費の伸びをずっと見てみますと、大体四、五％で伸びてきているんです。四、五％。ところが、診療報酬が今度二・七、ことし二・七のダウンということでありますから、今までの四、五％で伸びてきていたのが、二・七はその分によって抑えられるということが出てくるというふうに思います。二・七は診療報酬全体が国民医療費そのものに直結するわけでありまして、私の大ざっぱな計算でありますけれども。

そこで、患者負担の引き上げ三割は、これは来年からのことを制度としてお願いするということになっておるわけでありまして、したがって、ことしは三割負担そのものはきいてくるということではないわけでありまして、したがって、タイムラグがそこに生ずるというふうに思います。

したがって、個々の患者さんについて見ますと、診療報酬の引き下げは働いてくる、一方で、タイムラグはありますが負担がふえてくる、そうすると、プラスマイナスそこが相殺し合うというようにな形になってくるのではないかなというふうに思います。診療報酬の引き下げが、その分支払うものは少なくなるわけでありまして、今度は負担の

方は上がる、これは来年四月からということになりますので、そこは相殺することになっていくんじゃないか。

ですから、おっしゃるような点に大ざっぱにお答え申し上げますと、来年とんとんということになるのではないかな、こんな感じが私はいたいしております。

(鴨下委員長代理退席、委員長着席)

○佐藤(公)委員 済みません。僕の言い方とか説明の仕方、質問の仕方がよくなかったのかも知れません。診療報酬改定とか、診療報酬改定における影響とか国民負担、今回の健康保険法、この改正に関して国民に強いられる負担、こういったものをいろいろと種類を使い分けられて御説明をされたんだと思います。ここで僕はこんなにつまづくとは思いませんでした。ちょっとこれは少し議論させてください。

僕が聞いているのは、今回の国民負担、では一兆円なのか、一兆五千億円なのか、全体のこの負担というのを強いたことは、経済に対して何％上がる、何％下がる、そういうことの細かい数字を僕は言わなくても、それはわからない部分があります。しかし、プラスに働くんですか、マイナスに働くんですかということをはっきりお答えくださいと言っているんですけど、何か答えがよくわからないまま、とんとんぐらいで終わっちゃっている。

宮路副大臣、もう一度お答えくださいませ。プラスになるのか、マイナスの方向に進むのか、とんとんで変わらなと言っているのか、どうなのか。その辺の読みをひとつ、また、はかり方を教えてもらえたらありがたいと思うんです。

○大塚政府参考人 先ほど申し上げたのでございますが、最初、十四年度の数字を申し上げます。十四年度の数字を申し上げますと、これは、診療報酬改定の影響は十四年度に計上し、十四年度の制度改正は十四年度の制度改正として計上し、こ

すから、これは恐らく、単純に言えばプラス効果ということになるんだろうと思います。

しかしながら、一方で、医療機関にとっては収入が予想よりはマイナスになるわけでございますから、その分が医療機関の経済行動にどう影響するか。これはなかなか難しいところだと思いますけれども、トータルとしては、十四年度については減。

しかし、将来、十五年度以降、国民負担といいますが、患者負担などもお願いいたします。保険料の引き上げなどもお願いいたします。そこになりますと、先ほど申し上げましたように、制度をこのまま放置しておくことの不安感というものが、非常に、計数では処理し切れない問題がございます。

一方、単なる計数ということで申し上げれば、問題は、家計負担が家計の可処分所得を減らして、それが直ちに消費の減につながるかどうかという議論でございます。これは、今回の患者負担の、あるいは保険料負担の増が、マクロで見ますと家計の貯蓄増の範囲内でございますから、直ちに消費減になるというようない理屈は出てまいりません。

そうなりますと、結局は、計数で処理できるようなオーダーの問題ではないというのが私どもの考え方でございます。そこはどうしても社会全体の、心理的と申すのが学術的に正しいかどうかはわかりませんが、長期的に見てどうかという判断にかなり影響される。

したがって、計数上から申し上げますと、将来、このまま放置しておきますと、現在の医療費二十九兆円余りが、十九年度、五年後には三十五兆円強になるところを、全体といたしましては、制度改正によって三十五兆弱になります。患者負担は若干下がりますが、保険料は、ほうっておきますと相当上がるところが抑えられます。そういう非常に複雑なところがあるか、多様な要素を持つておりますし、仮に今日の状況で保険料ないしは患者負担がふえるといいたしましても、

マクロで見ますと家計の貯蓄増の範囲内ということとでございますから、景気に直接的にマイナスの要因があるというようなレベルのものではない。したがって、むしろ今回の制度改革を通じて制度の安定化を図る方がはるかにプラスの要素として強いというのが私どもの気持ちでございます。また、そうしたしなければいけないというのが私どもの基本的な姿勢だということを申し上げたわけでございます。

○佐藤(公)委員 今、プラスもしくははプラスに持っていかなきゃいけないということで、計数的にきちんと出せる問題じゃない、委員の方からも、経済は全体で考えるべきであって、これだけじゃわからない。わかりますよ、それは。わかっていることです。

ただ、今後、来年以降に際して、これが経済のマイナス要因としてなり得るかどうかが、なってしまうんではないか。僕は、なるんだというふうに思っているんですよ。だから、そこをきちんと、マイナスだったらマイナスとはっきり言えんばいいじゃないですか。そのかわり、ほかの経済対策できちんとそれをプラスに持っていきたい。それが全体の経済政策、内閣として、国としてやるべきことじゃないですか。

だから僕は、マイナスだったらマイナスとはっきり言えんばいいと思う。それを言えずに、とんとんにしますとか、プラスだとか、プラスの方に持っていくと言ふのは、これは国民をだましているようなものになると僕は思います。(発言する者あり)その話もしようと思っているんですよ。

大臣、思い出してください。九七年のときに、当時、医療、保険のいろいろな問題があったとき、総額で二兆円の国民負担、そして消費税の三%から五%、合わせて九兆円、この影響がどれだけ経済にあつたかというのを思い出してみてください。それを考えれば、私は、計数でははかれるものではないかもしれませんが、今まで政治をやられてきた経験則では、絶対に今回はこれはマイナス要因になつてしまふ。

マイナスだったらマイナスとはっきり言えんばいい。そして、それをいかに補うか、それをほかの経済対策でやっていく。これで僕は一つの方針としてわかりやすい政策だと思えますけれども、それをまたプラスだのとんだのと言つと、何かごまかしのようには僕は思えない。

当時の、御存じのように一九九七年のときの改正、それが実行に移つて、一九九八年にどれだけ経済が大打撃を受けたか。大臣、御存じでいらっしゃると思います。副大臣、いかがですか。大臣、そのときの思い出して、もう一度お願いいたします。

○坂口国務大臣 佐藤議員の御質問は、いつの時点における景気に対する影響かということがはっきりしないものですから、ことしのことを申し上げたり、来年のことを申し上げたりしているわけです。

では、ことしのことでいいますならば、診療報酬の引き下げがあつたわけですから、これはプラスに影響するでしょうということも申し上げておるわけですね。しかし、来年になりまして、そして三割の自己負担あるいはまた保険料の引き上げということになれば、それは可処分所得が減るわけですから、その分につきましてのいわゆる経済的影響というものは当然あるでしょう。

ただ、私が申し上げているのは、ただ単にそれがあるというだけではなくて、そのことによつて将来の医療制度というものが安定をするということとをどう評価されるかということが今後に影響を与えるということとを私は申し上げているわけでありまして、それは、結果として出ていたかなければわからないということとを私は言っているわけですね。

○佐藤(公)委員 多分、私は、大臣も副大臣もみんな、今回のこれが経済に対する影響が、来年以降マイナスの要素として働く、もうおわかりになつていらっしゃると思うんです。

きょう、松原委員からのお話の中で、なぜこの経済状況の悪化している中でやるのかということ

で、大臣は、だからこそ今なんだということをおっしゃられて、私、そこがよくわからなかったんです。そういう意味でおっしゃられたのかもしれないけれども。

やはりこれは、自分なんかよりも大臣、副大臣の方が長くこの世界にいらつしやる、政治の世界、そして世の中をごらんになつて、もうおわかりになつてのことだと思ひますけれども、やはり税の負担とか保険料とか、自己負担、窓口負担、こういった実質増税的な部分というのは、やはり景気の上昇もしくは安定というものがあるときにすべきことであつて、悪いときには絶対にしてはいけないというものは、僕は鉄則だというふうに思つておつたんです。

思つておつたんですが、こういう悪い状況のときにやるその意味、根拠というのが、たとえ極端なことを言つたつて、確かに三十兆円という一つの赤字国債、こういうったものの枠組みを決めてしまつたからというところもあるかもしれないが、今借金を多少したとしても、きちんとした抜本改革をし、景気回復をきちんと上昇機運に乗せ、その時点もしくは安定期のときに増税等税制関係もいじるべき、こういうった保険料関係、自己負担もいじるべきというのが鉄則というふうに思つておつたんですけれども、その辺のあたり、大臣、いかがですか、そうではないんですか。

○坂口国務大臣 それこそ現在の景気の中で、税制を改正して大きく今こしらへ税金を上げるといふ状況にないことは、御承知のとおりであります。さすれば、現在の日本におきます医療をどう支えていくか。それは、残りまして問題は、保険料でどう賄うかということと、そしてもう一つは、自己負担でどれだけお願いをするかということになるわけでありまして。

今一番大事なことは何かといえ、将来、本場に日本の社会保障が安心できるかどうかということとが一番問われているわけでありまして、将来安心していただける体制をどう確立するかということとが、現在に課せられた最大の課題だと思つてい

るわけでありまして。

○佐藤(公)委員 将来における安心、これは、皆さん方の要望書とか陳情書の中に常に出てくることです。安心した体制をどうやってつくるかが一番大事だ、安心できるような社会保障制度、医療、こういったものをつくつてもらいたい、そしてもらいたいという要望、これはもうみんな一致していることだと思ひます。そういう意味で、抜本改革というのをきちんとやってそれを提示することが一番の安心であり、皆さんが将来における不安を抱かないことになると思ひます。

財源というのもしっかり必要、必要だけれども、まずそれが先なんではないんですか。それができないまま今日まで来ているということ、これにおける責任というのは僕は重く思ひますけれども、今この改正をする前に、まず抜本改革を先に提示すること、これが皆さんの安心であり、将来における不安を取り除くことに一番なると思ひます。

お金を帳じり合わせすることよりも、本当はそつちの方が大事なことであつて、一時的に借金が多くなつたとしても、将来の像がきちんと見え、これを返すために、そして安心できるために、皆さんにこれだけ負担を強いられることをお願いする。こつちであれば、みんな気持ちよく出していただける可能性も高いと思ひます。

そのために、では時間的にあとどれぐらい必要なのか。半年ですか、一年ですか。いかがですか、大臣。

○坂口国務大臣 何度か申し上げていることとでございますが、抜本改革の方も同時にスタートをしているわけでありまして。ただ、抜本改革の方は幾つかの手順を踏まなければなりませんので、今同じにここに示すことができませんでしたけれども、ことし末には大略の姿をそこにつくり上げて、来年の四月には第一歩を踏み出すようにしなければならぬ、そういう決意で現在進めているところでございます。

金田先生との議論にもございましたけれども、

そうした問題をやっていきますときに、将来、保険料を中心にした形をつくり上げていくのか、それとも、いわゆる税を中心にした形につくり上げていくのかといったような問題も、これは解決をしないかなければならない問題でございますが、そうした問題を解決するだけではなくて、制度そのもののあり方につきましても、これは改革を加えていかなければならない。保険制度の統合、一元化の問題しかり、診療報酬の問題しかり。それらの問題につきましても、こういうことで、こういう方針でやっていきますということを、先日来るるここで私はお話を申し上げているとおりでございます。

○佐藤公委員 抜本改革の議論というのは、もう今までも何回も何回もやってきていることで、同じ答えでしかありませんので、それに関しては平行線のままだと思いますけれども、大臣、もう一度考えてみてください。

一九九七年のときの改正が一九九八年に、経済に大きく影響したことは大臣もお感じになられ、そういう御発言もあつたと思います。また同じことをして経済の足を引っ張るようなことになり、そして経済の低迷ということを、また同じ過ちを繰り返すことになると私は思いますけれども、大臣、ちよつとお疲れの様子なので、副大臣、いかがでしょうか。

○宮路副大臣 前回の改正のとき、かなり診療抑制と申しましょうか、従来のベースに比べると国民医療費の伸びが低下した、そういう事実があつたことは私もよく承知をいたしておるところであります。

しかしながら、その後またそうした傾向は下げどまって、しばらくはそういう状況が見られたわけですが、その後はもう下げどまって、通常のといましようか姿に戻つたわけでありまして、したがって、私どもとしては、そのことによつて必要な医療がそこで阻害されたというふうには理解していないわけでありまして、必要な医療の提供というのはその中であつてもちゃんと行われ

た、こう思っておるわけでありまして。

そのことが、国民経済と申しましょうか、あるいは経済成長といふことは、そこにとどの様な影響を与えたかということは、ちよつと私も手元にその点についての資料は持ち合わせていないところでありまして、一時的に国民医療の全体の伸びが低下したということ、それは確かに国民経済の量的な面で、そのことがマイナスにといましようか、という働きをしたことは、結果的にはそういう数字が出てくるわけでありまして、否めないものだと思いますが、瞬間風速的なことは別にして、その後の経済成長を含めて、長い目で見た本日の日本経済の成長、発展にどういう影響を与えたか。私も、今のところ、先ほども申し上げたように、手元にそうした資料は持ち合わせておりませんので、申しわけないのでございますが、この場で即答できませんことをお許しいただきたいと思ひます。

○佐藤公委員 本日にこれは、ここまでの議論はするつもりがございませんでしたので、事前通告はしておりますので、資料を持ち合わせていないのは当然だと思ひます。ただし、やはりこの辺のあたりをきちんと答えられるような分析、考え方を持っていたいただきたいというのは、すごく思う部分があると思ひます。

僕らも、今財政破綻を来していることは事実で、これはわかつています。どこからその財源を持つてくるのか、この議論ということはまたきちんとしていかなきゃいけないし、やはりそれを考えていくということに関しては、私もそれは同じような意見を持っています。

ただ、なぜ今やるのかということなんです。今やらなくても、経済対策をきちんとやって、景気の安定、上昇を前提にやはりそういうことを、そうやっていく間に抜本議論、方向性も出てきますよ。だから、一年先に延ばして、それからその抜本議論のことを話し合つて、それから国民に負担を強いるようなお願いに入り、負担を強いる。これでいいじゃないですか。

今、下手にやって、来年以降に経済の足を引っ張るようなことになつた場合には、今せつかく景気がちよつとずつよくなつていく部分もある、私たちは底だとは思つておりませんけれども、結果的にまた足を引っ張つていくことになりかねない。副大臣、こういうふうにはお思ひになりませんか。

○宮路副大臣 これは前回の改正のときも、私は資料を持ち合わせていないということを申し上げましたが、そのことが逆に経済の足を引っ張つたということを申し上げているわけではないわけでありまして。

今回の改正にいたしましても、先ほど来大臣がお話し申し上げておりますように、これはやはり長期的な観点から、長期的な視点に立つて、我が国としてどうやって国民の皆さんに生命、生活に係る安心感というものを持っていたら、そして、そのことがひいては堅実な経済社会の発展へとつながっていくということを我々はちゃんと期待して、そういう観点に立つて、我が国の世界に冠たる医療保険制度をきちつとこの際におくというところが、今申し上げたような長期的な観点からも、これは健全な経済社会の発展に直結する、そういうものである、そういう気持ちを含めて取り組まさせていただきますところでありまして、その点は、どうかこれからも、将来の日本を背負う佐藤代議士として、ひとつ大所高所の御理解を賜れば、このように思ふ次第であります。

○佐藤公委員 その大所高所から見たから僕はこう言っているのであつて、そこを変えていたいただきたいという気がいたします。

済みません、余りこの質問で、本日にこんな時間にすると僕は思つていなかったんです。が、ついでもう一つ聞かせていただきます。坂口大臣の公明党さんでも、これは九月の段階で、厚生労働部会で、試案の問題点を十四項目にわたつて列挙した医療制度改革の基本的な視点をまとめられました。きょう委員でもいらつしやいます。福島部会長は、経済情勢の悪化を考えれば実

施時期を先送りすることも選択肢と述べ、負担増につながらる一部施策の先送りも視野に検討する考えを示されたことがございました。

このときに、僕は、考えてくれているんだろうなという、経済情勢の悪化を考えれば、これは去年の九月の段階ですけれども、決して底打ち感というか、僕は、おつしやられるように、本日もつと悪くなつていっていると思ひます。このときに考えられて、ではなぜ実行に踏み切つたのか。ちゃんと経済状況も踏まえて考えられていると私は思つておりますけれども、これは本日は福島委員に御答弁をいただかなければいけないのかもしれませんけれども、大臣、いかがでしょうか。

公明党さんの中で最初に、九月の段階で、経済情勢の悪化を考えればと、きちんと考えてくださつています。これは筋道として考えていければ、今はやるべきじゃない、ただ、いつかはやらなきゃいけない、そのタイミングをいつにするか、こんな議論があつたように私は思ふんですけれども、本日は福島委員に御答弁をいただきたいというので、大臣、いかがでしょうか。

○坂口国務大臣 一つの九月の話か、ちよつと存じませんが、昨年の九月の話なんでしょうか。いずれにいたしましても、景気の動向のいかんを問わず、この医療制度改革というのは行わなければならないことだけは事実でございます。これは早くやらないと、そうすると政管健保等はことしのうちにもう赤字になつてしまふ、なかなか待つたのきかない状況になつていくことも事実でございます。

多くの皆さん方がおつしやるように、税金も上げない、保険料も上げない、自己負担も上げないという中で抜本的な将来の見通しのある案ができれば、私もそれはそれに従いますけれども、そういうわけにはいかないわけ、将来安定した制度をつくり上げていくとすれば、どこかにやはりしわ寄せが来ることは、これはお許しをいただかざるを得ないわけでありまして、そうしたことをすることによつて、そして、経済というものがそ

れだけで後戻りをしてしまうというようなことではいけませんので、経済は経済でも少ししつかりとやってみよう、その中で、この医療制度改革というのは待ったなしでございますから、ここにやらせていただくことにせざるを得なかったわけでございます。

○佐藤公委員 今、医療とか社会保障制度というのは全体像というのが見えないという、まさに抜本改革と言われるところを、また縦割りというか断片的に、ばんそうこう合わせの状態に進んでいるというのが私の印象でございます。そこを直さなければ、いつまでたつたつて同じことが繰り返されてしまうというのが私の思いですけれども。

前もちょっと話しました、厚生労働省に勤務されていたOBの方が、とあるマスコミにお話をされている一文を申させていただければ、これは診療報酬の件ですけれども、その時々要望を取り込んできたため、ばんそうこうで張り合わせたような複雑怪奇な代物になっている、もう私にもすべではわからないと。厚生労働省のOBの方が、今の制度、やり方すべてにおいてばんそうこうの張り合わせ状態、もう大変何が何だかよくわからない、その根拠もきちんとしたものがなくなっているというのをOBになられるとみんなおっしゃられる。まだ現役の間は皆さんおっしゃられない。でも、皆さんOBになられると言われているように私は聞いております。

こういったことであるのであれば、やはり、国民に痛みを強いる前にそこら辺をきちんと抜本改革しなかつたら、それはみんな納得するとは思えないですね。副大臣、いかがでしょうか。大臣でも結構です。

○坂口国務大臣 ですから、診療報酬体系の見直しを行うということをお願いしているわけでありまして、これは、診療する側の皆さん方から見ていただいても、あるいは受ける皆さん方から見ていただいても、なるほどこの保険点数は高い、この保険点数はなぜ安いかわかるよう

な物差しがないからそうになっているんだから、その物差しを明確にさせていただきますというところを今申し上げているわけでありまして。こうしたことを、今、抜本改革の内容につきましましては、大きな柱、そしてその方向性というものにつきましましては、この委員会におきましてもお示しを申し上げながら、こうしたことで今やらせていただくこととしておりますということを申し上げているわけ

です。しかも、この期限は、ことしの終わりのころにはあらあらのことを決めて、そして、来年の四月からはその一部が実行できるようにまいていただきますというところを、そこでお約束を申し上げているわけでありまして、これは御理解をいただきたいというふうな思っているわけでございます。

○佐藤公委員 ことしいっぱいではわかるんだつたら、これはちよつと一回お休みしましょう。もう今回はこれはやめて、それが全部出てから、そうしたらばもつと前向きな議論ができると思います。ぜひそれを大臣に私はお願いしたいかと思ひます。

済みません、事前通告した質問が一問もできませんでした。この次、またゆつくり時間をとらせていただきます、質問させていただきますと思ひます。

ただ、本当に経済における影響というのは僕は大きいと思ひます。もうかなり大きい。それを考えれば、やはり今絶対にすべきじゃない、これは当然の理屈だと思ひます。今の政府、与党においての経済対策も私は本当に後手後手、ばろばろだと思ひますけれども、またこんなことで足を引っ張っていくことになったら私たちの将来がめちゃくちゃになるので、どうか考え直してください。

以上で終わらせていただきます。

○森委員長 次に、児玉健次君。

○児玉委員 日本共産党の児玉健次です。きょうは、坂口大臣とお二人の政府参考人に質問をします。

今も議論になりましたが、小泉首相が進める括弧つきの医療改革、これの口実は、健康保険財政の逼迫だ、私はそのようにお聞きしている。健康保険財政を圧迫している理由、その大きな理由の一つに、欧米諸国に比して高い価格で設定されている薬品がある、私はそのように考えます。先発薬品、バイオアドラッグ、これに対して安く販売されている後発薬品、いわゆるジェネリック薬品、この部分の使用を高めていくことは国民の医療負担を確実に軽減させる、そして、それは確実に健康保険財政に積極的な寄与を行う、この点、明白だと思ひます。以下、この問題を中心にして質問をします。

最初に大臣に伺いたい。一九九三年に設置された二十一世紀の医薬品のあり方に関する懇談会、この懇談会は、ジェネリック医薬品について初めて次のような定義を行った。「既承認医薬品と有効成分が同一であつて、投与経路、用法、用量、効能及び効果が同一である医薬品である。通常、先発品である既承認医薬品の再審査期間及び特許期間経過後に市場に出される」医薬品、こういう定義をしました。大臣も同じ認識でしょうか。

○坂口国務大臣 医薬品が全体の中で医療費の二〇％を占めるわけでありまして、その中でどういう医薬品を使うかということが大きな問題であるということには私も同じ認識を持っております。

（児玉委員「今の定義について」と呼ぶ）定義。ジェネリックを使うということが、全体にとってそれがプラスの要因になることは私も十分に存じ上げているところでありまして、今まで先発品だけを使うという行き方は少し訂正をしてもいいのではないかと今ふに私は思っている次第でございます。

○児玉委員 今おっしゃった点はこの後議論したいんです。私があなたにお聞きしたいのは、先ほどの二十一世紀の医薬品のあり方に関する懇談会が行ったジェネリック医薬品についての定義、この定義についてあなたの認識を聞きたい。

○坂口国務大臣 そのときにどんな定義がされた

のかちよつと私わかりませんけれども、ジェネリックといえは大体わかるわけでございますから、それは理解のできるところでございます。ただし、その中に何が書かれているのか、どんな定義がされているのかということは、今手元にございませんので、よくわかりません。

○児玉委員 私は出所不明で言っているのではないので、何年のどの懇談会が行ったということですから、後からきちんと確認をしてください。

そこで、九七年の健康保険の改定、本人二割負担への大幅な引き上げですね。九七年の二月に、当時予算委員会が始まりました。そして、それは厚生委員会での議論に引き継いでいった。たしか、坂口さん、あなたも私と一緒にこの議論に参加された。そのとき大きな焦点になったのが、海外に比しての日本の高薬価をいかに是正するか、この点だつたと思ひます。この点では、私は与党の諸君に言いたいけれども、当時の橋本首相や小泉厚生大臣も私たちと同じ認識でした。

そして、このときの国会審議を契機にして、日本における医薬品のあり方、価格等をめぐる問題提起が広くかつ深く始まりました。その一つが、日本貿易振興会、ジェトロが、内外九名の委員で構成する医薬品の対日アクセスの実態に関する調査研究、これです。これは、通告のときも皆さんに、これをもとにしてお話をしております。対日アクセス実態調査報告書、医薬品、平成十年六月、日本貿易振興会、その三十八ページを開いてください。

大臣、普通の平易な言葉ですから、ゆつくり読みましょう。

さらに、同一成分同等効能の先発品とジェネリック品が存在する場合でも、医師が、処方せんに医薬品の名称を一般名で記入しない、あるいはジェネリック品のブランド名を記入しないといわれる。これは、医師や薬剤師の間に、ジェネリック品は先発品との生物学的同等性が等しくないのではないか、ジェネリック品のメーカーは安全性情報の提供体制が不十分なのでは

ないか、といった不安感が存在することも一因である
と指摘されている。この九人の委員がそう思っているに
言っているんじゃないかと、そういう指摘がある。私は、し
かし、当時にあつてこれは一定の根拠のある指摘だと思
います。

そこで、この不安感の中で一番肝心な点は、患者にと
つても医師にとつても後発医薬品の安全性の問題では
ないかと思うんですね。そして、この点で、先ほどの九
人の委員の安全委員の人たちが指摘した生物学的同等
性の判定、そして溶出検査、溶け出る検査ですね、こ
れらは厚生労働省のこの数年間の努力もあつたと私
は率直にそれを認めます。そういった努力の結果、不安
が解消されている、私はそう思います。

この点での品質検査、もう一遍言いますけれども、
生物学的同等性の判定と溶出試験、これらは現在どこ
まで到達しているか、大臣から端的に示していただか
い。

○坂口国務大臣 今御指摘をいただきましたように、
後発品につきましては問題というのは大事だということ
で近年取り組んできているところでございます。

そして、後発品の一部に、先ほど言われました溶
出性に問題があるのではないかと指摘がありましたこと
から、平成七年四月以降に申請をされました内服
薬の先発品につきましては、溶出規格を設定いたしま
して、後発品についても先発品と同様の溶出性を有す
ることを確認した上で、この承認をいたしております。

さらに、平成十年以降は、平成七年四月以前に申
請されました内服薬の医薬品につきましても、溶出
規格の設定を行う品質再評価を実施しているところで
ございまして、現在まで、生産金額ベースで約九〇
％のものについて再評価指定を行ったところでござい
ます。全体で見ますと、約七〇％の品質再評価が終
了したところでありまして、あと残り三〇％、現在そ
れを実施すべく急いでいるところでございます。

○児玉委員 非常によくわかりました。結局、ジェネ
リック医薬品は、皆さんが設定されている医薬品の
製造管理及び品質管理に関する基準、これを完全に満
たしている、そう理解していいですね。

○坂口国務大臣 そのように思います。
○児玉委員 そこで、先ほどの指摘の中にあつた残
りの分野、例えば供給面の保障、そして情報提供
の分野、これは後発品メーカーを中心とした医薬
工業協議会が現に真剣な努力を行っている。恐らく
厚生労働省とも随分密接なコンタクトのもとで進め
ていると思います。

さらに、全日本民主医療連合会、通称民医連、それ
から全国保険医団体連合会、保団連、これらは私が
伺うところによると、後発品メーカーと協力し合っ
て、医薬品案内の充実、そしてファクス通信、イン
ターネットによる情報提供に努めている。これも非
常に積極的な要素だと思っています。

大体、今日の政府としては、この後発品へのシフト
が大きな国の方針になりつつあるわけだけども、何
といつても隅より始めよということだ、私はそう思
います。国がみずからの努力でジェネリック医薬品
の普及に努力すべきだ、私はそう考える。

そこで、文部科学省から工藤参考人においでい
ただいてと思うけれども、何といつても、どの医師
も医学部を出ていますし、みんなが国立ではないけれ
ども、皆さんは直接国立大学医学部について所掌さ
れている。国立大学医学部附属病院で後発医薬品の
採用状況は現在どこまで行っているか。そして、採
用強化のためにどのような努力がなされているか、端
的にお示しください。

○工藤政府参考人 国立大学の附属病院について
のお尋ねでございますけれども、本年四月三十日現
在での調査を行いましたところ、国立の四十二大学
すべての病院で何らかの後発医薬品を採用されてい
るという結果になってございます。全在体で四十二
病院で採用されております医薬品の総数、品目で申
しますと七万六千七百八十四品目ござ

います、そのうち後発医薬品で使っておりますの
が二千四百二十六品目でございます、割合の上では
三・一六％という状況でございます。

近年、私もども通知を発したりして各大学の採
用を促しているところもございまして、各大学でも、
薬事委員会等でさらなる採用を検討しているところ
もございまして、今後、先ほど御指摘がございました
ように、安全が第一でございますけれども、効率性、
経済性あるいは使い勝手等を考えながら、各大学で
の採用が進むものと期待しているところでございま
す。

○児玉委員 今お話のあつた三・一六％というの
は、大臣よくおわかりのように、日本の医療界全
体のレベルからすればはるかに低いんですね。そし
て、今工藤さんからお話のように、去年の十一月
三十日に、文部科学省は後発医薬品の適正な利用
についてという依頼書を各大学に発出されたよう
です。それはそれで、私は今後の前進を見たいと
思います。

次に、医学部、薬学部の内容で、大学の自由、
大学の自治はもう決定的に重要ですから、そのこ
とを十分考慮しつつ、この後発医薬品の日本の現
在の医学における重要性、そのことの適切な位置
づけが、医学部、薬学部教育の中で位置づけられ
るべきだと思つていますが、この点でどうい
う努力をなさっていますか。

○工藤政府参考人 医療人の養成におきまして、
患者さんの立場に立つた最良の医療を提供するこ
うなための教育、さらには、国民医療費の現下の
状況なども踏まえまして、後発医薬品のその使用
も含めて効率的、効果的な医療を提供するという
ための教育、それは大事なことは今さら申すま
でもないわけでございます。

旧文部省の時代でございましたけれども、平成
十一年の二月に、文部省に置かれておりました二
十一世紀医学・医療懇談会で御提言がございま
した。それを受けて私も各大学に御配慮方を指
導したところでございますが、その中でも、医療
経済あるいは医療保険制度についての教育の充実

ということがうたわれてございます。

さらに、昨年三月でございすけれども、すべ
ての国公私大学関係者、医学部関係者が大変精
力的に御検討いただきまして、医学・歯学教育の
改善充実のためにカリキュラム等教育上の充実を
図ろうではないか、そのために、モデル・コア・
カリキュラムを設定したりなど御検討をいただい
てございます。その中でも、今のような趣旨のこ
とが盛り込まれてございます。

具体的に、各大学の授業科目の開講例といたし
ましても、例えば、医学部の薬理学という授業の
中で後発医薬品の存在を紹介し、購入価格の面も
含めて、高品質、廉価な医療の提供について説
明するというような内容の授業を積極的に行って
いるなど、各大学が積極的に取り組んでいること
と理解してございます。

○児玉委員 工藤局長、どうも御苦労さまでした。
どうぞ持ち場にお帰りいただきたいと思つていま
す。

さて次に、今度はまさに厚生省のおひざ元、国
立病院で今の問題がどうなっているか。国立病
院・療養所における後発医薬品の採用状況はどう
なっているか、そして今後どのようにこの分野の
取り組みを強化なさろうとしているか、河村参考
人にお答えいただきたいと思つています。

○河村政府参考人 今般、全国の国立病院・療
養所におきまして後発医薬品の使用状況について調
査を行ったところでございます。平成十二年度で
ございますけれども、購入金額実績によりまして後
発医薬品の採用率は〇・六四％、なお、施設や地
域によつてかなりばらつきがありまして、高いと
ころで九％、低いところでは〇％であつた、一品
目でもこの後発品を採用している施設というのは、
全国二百三施設の中で百七十三施設、八五％とい
う状況でございました。

これまでも新薬偏重の見直し等、後発医薬品の
使用促進について指導をしてきたわけではござい
ますが、今回の調査によりまして、残念ながら、
必ずしも浸透していないということが改めて

判明したわけでございます。

それで、後発医薬品の利用の促進というものを
するためには、その安定供給でありますとか、あ
るいは十分な情報提供、さらなるそういった環境
整備が必要であるというふうにも考えておるわけ
でございますが、それらとあわせまして、私ども
といたしまして、医薬品の新規採用時におきま
す後発医薬品の採用を必ず検討するように、ある
いは既に他の国立病院等において現に採用されて
いる後発医薬品の採用方について自分の施設でよ
く検討するように、そういうのもろもろの手段もあ
わせまして、この後発医薬品の使用の積極的推進
ということについて改めて通知を发出したい、そ
のことによって徹底をいたしたいというふうに
思っておりますのでございます。

○児玉委員 大臣、先ほど、国立大学の方は三%、
これは品目ベースです。今河村さんのお答えのよ
うに、国立病院でいえば、品目ベースで〇・六八
ですよ、そして購入金額ベースで〇・六四です。そ
から、国立大学に比べてもはるかに低位ですね。そ
して、日本の医療機関全体でいえば、厚生省はよ
く七%という数字をお使いになるけれども、それ
は先発品の中の後発部分を言われるんで、純粋な
ジェネリックでいえば四・七%ですね。その四・
七%に比して〇・六四というのは余りにも低いで
すよ。

河村さん、今、この後の努力を示唆されるよう
なことをおっしゃったけれども、いつ、どのよう
な形でこの分野の取り組みをあなたは強化なさ
うとされていきますか。具体的にお示しいただき
たい。

○河村政府参考人 この調査結果が出てすぐ、全
国の院長会議にこれらのデータを分析したもの
をお示しいたしまして、後発品の使用促進方につ
いてとりあえず会議で指導いたしましたけれども、
この使用促進方につきまして、先ほど申しまし
たような、医薬品を新規採用する場合には必ず後
発医薬品の採用について検討しなさいとか、ある

は、ナショナルセンターも含めて、他の国立病院
で現に採用されておるいわゆる後発医薬品の採用
についてまず検討しなさい、そういうようなこと
を幾つか具体的に挙げまして、そういった指導の
通知を近々發出したいというふうに思ってお
るところでございます。

○児玉委員 その努力を思い切って強化してい
たきたい。

そこで、大臣に対する質問に戻りますが、医療
費の抑制効果が明らかでないジェネリック医薬品を普
及する、そのために、実効性のある政策をさらに
積極的に打ち出すべきだと私は考えます。

いろいろな選択肢があります。例えば、患者に
対する後発医薬品の安全性に関する情報提供です
ね。これは、アメリカなどが非常にいい仕事をし
ていると思います。それから、医薬品についての
患者の選択権、インフォームド・チョイスとい
うのが今欧米ではされているようですが、ブラ
ンド医薬品と後発医薬品のどちらを選ぶか。値段
は例えばこちらが五百円です。こちらは二百円だ
、同一成分、同一薬効だ、どちらを選びますか、そ
れで患者がまさにインフォームド・チョイスを行
う。そして、安定供給に対する政策的なバックア
ップ。これらを適切に、迅速に推進すべきではな
いかと思うんです。

そこで、私は、大臣と一緒にこの委員会にいた
ころに、オランダに二度ばかり社会保障の調査で
行ったことがあります。オランダは保険制度が日
本とはかなり違いますけれども、しかし、アメリ
カと対比するよりはずっと近いですね。私がそこ
でいろいろ聞いたたり、その後調べたりしたところ
では、オランダの状況というのはなかなか参考
になると思います。

どういう到達点かという、品目ベースでい
えば既に三七%です、そして金額ベースで一四%、
これは九八年、オランダ保健省のデータです。日
本より大きく進んでいます。なぜそうなったのか、
そこが問題ですよ。先発品、ブランド医薬品をジェ
ネリック医薬品に切りかえて調剤するいわゆる代

替調剤、日本では認められていないけれども、オ
ランダでもそれを認める法律はありません。しか
し、判例がそのことを可能にしています。そして、
ブランド医薬品の処方箋をジェネリック医薬品また
は並行輸入品に代えた場合、その金額の差額の三
分の一が薬局の収入になる仕組みになっています
ね。このあたり、日本にとっても学ぶべき点が随
分あるんじゃないかと思うんですが、坂口大臣の
お考えを聞きたいと思っています。

○坂口国務大臣 実は、参議院の予算委員会にお
きまして、もう少しジェネリックを使うべきじゃ
ないかという御意見があつて、その直後に国立病
院等の状況を調査させたわけですが、その結果、
それが、先ほど出ましたように、金額にしまして〇・
六四でございましたか、パーセントであるという
ようなことになって、私も、余りにも低いのに驚
いたわけでありました。

医師の中には、やはり自分の使いたい医薬品と
いうものに執着があつて、そして、ほかのものが
なかなか使えないという、そのことがあること
も私もよく承知をいたしておりますけれども、し
かし、全体から考えまして、同じような効果があ
るということであるならば、もっと使われていい
のではないかと、私にも思っております。

それで、先ほどお話がございましたように、そ
の選択をするのを、それは医師の側がするのか、
患者の側がするのか、あるいは調剤薬局等の薬剤
師さんがするのかという問題があるというふう
に思います。

日本の場合には非常に医師の姿勢が強いもので
ございますから、一つの方法としては、これは、
どういう医薬品を、同じ効能で同じ商品、商品じゃ
ない……(児玉委員「成分です」と呼ぶ)成分であ
ればどれを使ってもいいという場合には、それを
丸をつけるとか、あるいはもしも医師の方がこれ
だけはこの製品を使つてほしいというものだけに
丸をするか、そういう方法も私はあるというふう
に思いますし、皆さんが先ほど御指摘になりました
ように、これは患者の側がどうするかという判

断をするということもあると思いますし、調剤薬
局の皆さんが判断されるという場合もあると思
う。

どういった方がいいかということを今ちょっと
検討させておりますが、いずれにいたしましても、
すべては先発品でなければならぬということとは
ないというふうに思っておりますので、その辺の
ところが至急もう少し拡大をしますように、これ
は医療に対しても大きな影響を与えることでござ
いますから、やりたいというふうに思っております。
後発品のある会社の言葉をかりれば、もし全
部かえることができたなら一兆円違うというよう
なお話もあるわけでございますので、そこまではな
かなか難しいというふうに思いますが、ある程度使
うことができますように、それは努力をしなければなら
ないと思っておりますのでございます。

○児玉委員 そこで、今の御答弁も踏まえながら、
ジェネリック薬品の価格の低さというとき、どう
しても私たちが直視しなきゃいけないのが、先発
医薬品の価格の高さでありまして、何しろ、二年に
一回の薬価の改定がある。なぜ先発医薬品の価格
が高どまりするの。その最大の理由の一つは、
製薬メーカーから問屋に対する仕切り価格が高く
設定されているからではないか、ここに検討の最
大の課題があると考えますが、いかがでしょうか。

○宮路副大臣 御指摘の薬価であります。委員
も御案内かと思いますが、薬価差は……(児
玉委員「薬価差のことを言っているのじゃないん
ですよ」と呼ぶ)薬価差からいいますと、かつて
は二割、一三%ですが、平成三年、高かったもの
が、二一%もあつたのが、今は一〇%を割るよう
になってきております。最近ではさらにそれが
五%ちょっとぐらいだというふうな、そんな情報
もつかんでおるわけでありまして、また薬剤比率
も大分下がつてまいりました。そして、さらに……
(児玉委員「仕切り価格の問題を聞いているん
です」と呼ぶ)

それで、仕切り価格がどうなっているか、そこ
のところは私も、私自身まだ、仕切り価格それ

自体は、これはもう商売の世界の問題でありますから、そのところをやかかどうこうということとは難しい、限界があるというふうに理解をいたしております。

いずれにしても、私どもは、だんだんと薬価が下がっている、そして、先ほど申し上げたように、その市場の実勢価格を踏まえて薬価というものを設定して、それが、価格も下がり、薬価比率もまたぐつと下がってきているということであるわけでありまして、また、今度の薬価改定に当たりましては、後発品のある先発品につきまして、先ほど申し上げた市場の実勢価格、その実勢価格に基づく通常の引き下げに加えて、平均五%の引き下げを行って適正化を図っていく、そういうまた今までにない、踏み込んだ対策も講じさせていっていただいているところでございます。

○児玉委員 ちよつと委員長に申し上げる。

私は、今まで随分長く議員をやつてきたけれども、指名しない人が答弁に出てきたのはききようが初めてだ。

最初に言つたように、大臣と二人の政府委員に私は聞いている。そのうちあなたに聞く機会もあるでしょうから、そのときまでお待ちください。それで、仕切り価格の問題なんです、これが高く設定され過ぎているところに問題がある。そして、今いろいろお話があつたけれども、その中でたつた一つ私が聞いていてそこだと思つたのが、商売上の問題だからだということの部分なんです。

商売上の問題だということだったら、問屋が病院に薬を持つていくのも商売上の問題ですよ。問題なのは、メーカーから問屋に持つていく仕切り価格については企業秘密であるからといって、そこが聖域にされていて、そこに皆さんの手が少しも入っていない。それがあの大手メーカーの高い薬価の一つの支えになっている。そして、しかも、その中にはいろいろな不明朗な分野がある。高く設定された仕切り価格には過大な営業費が含まれていいますね。その中には接待の費用等も含まれて

ている。

公正取引委員会の方からいろいろ聞いているわけですが、ここに医療用医薬品製造業における景品類の提供の制限に関する公正競争規約というものがあつて、そして、それにまた今の規約に関する施行規則というのである。医師でいらつしやる坂口先生は、そのあたり、いろいろ同僚を通してお聞きだと思つてくれども、これは開業医とは余り関係ないんです。大病院の勤務医や大学病院の方たちと、残念ながらこれは深い関係がある。

公正取引委員会が何をそこで指摘しているか。例えば、不公正な物品の提供、学会等への旅費の負担、招待、接待、それらがまかり通つていて、それが高い仕切り価格の一部を占めているんじゃないか。そして、特定のマーケットでこれほどのものが出されなさいいけないというのは余り例はないですね。そのくらい不当な接待その他が、今無視できない状況になつていんじゃないか。この分野は公正取引委員会に任せるのではなく、厚生労働省としても、不当、不法な行為に対して厳しく自衛を求め、そういう努力をしていただきたいと思つていますが、大臣、いかがでしょう。

○坂口国務大臣 そこはやはり明確にしていかなければいけないと、私もそう思います。

○児玉委員 全くそう思いますね。

さて、そうやって先発品の方は高い価格で設定される。さつき言つた問屋から病院に卸されるときの価格は、仕入れ価格が高いですからそれが高くて、そして今皆さんの薬価の出し方は、言つてみれば実勢価格の加重平均ですから、当然それは高くともるのです、低くなるはずがないのです。

この構造が、売上高一千億円以上の大手十五社の経常利益、幾らだったか。昨年、一九・一%、二〇〇一年度で二〇・一%です。日本の製造業者全体の経常利益はたかだか二%前後なんですから、その十倍という、大変な、抜群の高利益がこれらの大手メーカーには保障されている。そういった医薬品を使うことが、結局、健康保険財政を逼迫させる理由になつていのではないか。

私は、誤解されないためにはつきり言つておきますけれども、画期的な新薬というのは重要だと思つて、それはそれで大いに育てられなさいけな。しかし、擬似的な新薬なんというのはブラックジョークですよ。新薬まがいの新薬なんというのは、本場に恥ずかしくて外国に出せないですよ。このところにメスを入れるべきではないか。やはり仕切り価格を企業秘密だと言わずに、そこに議論を入れる。中医協でもこの議論があると私は聞いていますが、大臣、どうでしょうか。

○坂口国務大臣 製薬会社の収益につきましては、これは国内、国外の問題ございまして、最近では国内よりも国外の方が多くなつてきているところもございまして、それは一概に、国内における収益であつて、それがすべてそうかどうかというふうに言うのは少し無理があるというふうに私は思つております。

しかし、この医薬品の問題につきましては、やはり製造メーカーの皆さん方も周辺をクリアカットにしたいだいて、そしてわかりやすい形で国民の方にそこは開示をしていただくように努力をしていただかないといけないというふうに思つております。その努力が報われれば、もう少し国民の皆さん方も理解を深めていただけるのではないかと気がいたします。

○児玉委員 私は物事を単純化して言つていゝのではないので、ジェトロのレポートも、いろいろな要素を言つています。そして、その中の、今それが見てもそこにメスを入れることが可能であり、国民の同意が得られる部分について、私は今指摘をしているのです。

さて、そういう形で先発医薬品の価格が高どまりする。市場原理のもとで後発医薬品のメーカーが生き残らうとすれば、どうなるか。価格を下げる道しかないやありませんか。そして、価格が下がつて、当然実勢価格が下がる。加重平均で薬価が公定されるから、二年に一回の薬価の改定で後発品についてはどんどん下がっていく。この四月の薬価の改定で一番引き下げられたものは、七

〇%以上の下げ率になつていますね。かつては二・五分のルールがあつたけれども、今は五分のルール、そこまで下げ幅の歯どめがなくなつていゝ。

ことしの四月の薬価の改定で、先発品と後発品の価格差がどのくらい拡大したか。大臣、お示しいただきたいと思ひます。

委員長、もし委員長のお許しがいただければ、大塚局長に答えていただいて結構です。

○森委員長 よろしいですか。大塚保険局長。

○大塚政府参考人 恐れ入ります、御質問の趣旨は、先発と後発と分けて、平均的な引き下げ幅ということございましょうか。恐縮でございますが、そういう趣旨でございましょうか。(児玉委員「はい」と呼ぶ)

実は、直ちには計数が出てまいりませんけれども、改定の考え方を申し上げますと、基本的には、これも先ほど来お話し出ておりますけれども、市場実勢をベースにいたします。市場実勢価格を調査いたしまして、現に下がつておる例が多いのでございまして、先発であれ後発であれ、市場実勢価格に応じて下げをいたします。

下げ幅といひますか、率にしましては、おっしゃる通りに、後発品の中で下げ幅が多いケースもございまして。いろいろなケースがあるのでございまして、けれども、批判的な御意見としては、一種の投げ売りが行われているというような批判もございまして、そういうケースもございまして。

先発品の方につきましては、もちろん市場実勢に基づいて下げますけれども、これに加えて、今回におきましては、後発品のない先発品につきましては、特別な措置といひましようか、政策判断をいたしまして、平均五%、種類によりまして三分類をいたしまして、多少の差をつけておりますが、平均五%の引き下げを行った。先発品につきましては、市場実勢プラスそうしたルールに基づき引き下げを行う。

計数、ちよつと直ちに申し上げかねますが、考え方はそういうことで改定をいたしたわけでござ

います。

○児玉委員 大塚さん、ありがとうございます。結局、今全体として出てきているのは、薬価の二極構造ですね。先発医薬品についていえば高どまり、そして後発医薬品はどんどん下がっていく。そこで、皆さんにお配りした資料をちょっと手にとつていただきたいと思います。これは、ある現存する患者さんのケースです。

ぜんそく様気管支炎のAさん、五十歳代、健保本人。この方は痛風も若干患つていらつしやる。そして、先発品の場合どんな薬を飲むことになるのか。一言言いませんが、そこにあるとおりです。そして、四月の薬価改定でこれらの錠剤、薬品が幾らになったかというのは、厚生省の大変な御努力で御教示いただきました。一日の薬代が二百円です。同一成分、同一薬効の後発品の場合どうなるかといえ、七十円です。二百円と七十円の差があります。

さて、健保本人ですから、保険の支払い、一年分はどうかというと、先発品の場合は五万八千四百円、後発品は二万四千四百円です。本人負担はどうなるか、年間一万四千六百円から五千百円です。患者さんの年間の薬代の負担は約一万円軽減します。そして、健康保険の支払いは三万七千九百六十円、確実に軽減するんです。

高血圧症のBさんの場合はどうか。同じく、五十歳代、健保本人。一々説明しませんが、今大塚局長が言われた、先発品と後発品の薬価の格差というの、これも四月に拡大して、先発品を使つた場合一日百五十円、そして後発品の場合は四十円ですから、三分の一以下ですね。同様に、本人負担は、後発品を使うことによって年八千三百円、健康保険の負担減は三万二千二百二十円です。

百人いたら幾らになりますか。一万一人いたら幾ら健康保険の支払いが減るでしょうか。そこに、私が冒頭言った、本人の医療費負担を軽減することが確実に健康保険財政に積極的に寄与する、これが端的に示されているわけです。

これをこらんになって、大臣、どのように受け

とめられますか。

○坂口国務大臣 確かに、後発品を使うことによりまして、いわゆる薬剤の節減というものはでき得るというふうに思いますが、初めに申しましたとおり、医師にはそれぞれの薬に対する愛着みたいなものもございまして、なかなかかえがたいという側面があることも事実でございます。そのことが、大学病院でありますとか、あるいは国立病院の中で端的にそれが示されているというふうには私は思っております。

これらの点を、どういうふうな理解を得て改善をしていくかということが今後課せられた課題でございますので、今後やはり国立病院やあるいはまた大学病院等、大きい病院に對しまして、これらの点をできるだけ理解をしていただくと同時に、ひとつこれから努力をしていかなければならないというふうな思つていらっしゃる次第でございます。

○児玉委員 今のは二人の患者の個別例ですが、それを全国に置き直せばどうなるか。坂口大臣はその試算を御存じだったので、さつきも口になさいました。

医薬工業協議会の試算があります。今、国民医療費が三兆九千円、その中で薬剤費が約六兆円、厚生省のデータで、後発医薬品が存在する先発医薬品のシェアは三四％ですね。そうすると、六兆円の薬剤費の中で後発品を持つている先発医薬品は金額に直せば二兆円です、簡単な計算です。そして、先発品と後発品の価格差は平均二分の一ですから、ここから先ほど大臣がおっしゃった一兆円の医療費の節減が可能だという試算が出てきます。もちろん一挙に後発品にかえるということとはこれは不可能ですから、だから、試算されている方たちも一つの試算だと思つていらっしゃるけれども、これは重い計算だと思ひます。

全国薬業労働者連絡会議、全業会議は別のアプローチをしております。全国の公立病院が先発品から切りかえ可能な後発品を採用した場合、国立大学、国立病院を含めて、年千六百億円の医療費の節減、全国の医療機関に同様の措置をとつても

らうならば約一兆円程度の削減が可能になる、数値が一致しています。私は、あえて通産省の試算である一兆四千五百億円はここでは問題にしないでおこうと思ひます。

そこで言いたいんです。小泉首相は、四月十九日の本会議で、小沢和秋議員の質問に對して、この問題について何と答えたか。「薬価については、今後とも、さらなる適正化に努めてまいります。」こう答えている。私は言いたいんです。今後の課題にすべきでない。何より今直ちに抜本的な適正化に着手すれば、今度の三割負担はやらなくて済む。その点、最も肝心な点ですね、答弁を求めます。

○坂口国務大臣 委員も先ほど御指摘になりましたように、これはなかなか一度にできる話ではありません。理屈の上で理解をできても、なかなかすぐにそれが実践されるというわけにもいかないでしょう。

しかし、厚生労働省としては今後努力をしなければいけないというふうに思つております。すぐにはできないことではありませんけれども、やはり使えるところは使つていただくといいことをしなさいといけません。中には、同じ成分だといふに言つても、やはりそこには使つてみると違いもあるというふうな指摘する人もあつたりいたしまして、そのところは医師によりまして、愛着があるという言葉で私は申しましたけれども、単なる文学的な表現の愛着という意味ではなくて、やはりそれを使つてみるとそこに微妙な違いがあるということを含んでの言葉というふうにおつていただきたいわけでございます。

したがしまして、それは一度にはなかなかできない、しかし、努力をしていただければできる部分も私はかなりあるというふうに思つていらっしゃるわけでございます。

今後、高齢社会を迎へまして、ますます医療費は増大する傾向にあるわけですから、今後、その中で徐々にできる限り努力をしていただくと、やはり厚生労働省として努力をしたい

というふうに思つていらっしゃる次第でございます。

○児玉委員 先ほど坂口大臣が、この健康保険財政の問題について言えば、税金で賄うか、自己負担でやるか、保険料で負担するか、懐かしいせりふなんです。小泉さんが九七年のときに百万回繰り返したと私は覚えて言ひたい。

問題は三つの選択じゃないんです。さっきの薬剤費で一兆円とは私は言ひませんよ。しかし、相当な、少なくない財源がそこから出てきます。

私たちは何かを言うとき積極的な提案をします。その第一は何かというと、この前佐々木憲昭議員があなたと議論したように、減り続けている医療における国庫負担をどうやって計画的、段階的に旧に復するか、それが一つの重要な選択肢です。二つ目は、今後の課題に薬剤の問題をするのでなく、今直ちにこの分野に着手することです。三つ目は、窓口負担を引き上げて診療抑制を押しつけることで医療費を減らすという、そんなやり方ではなく、長野県がやつていられるように、早期発見、早期治療。長野では町や村がみずからの責任で国民健康保険の窓口負担を相当負担しているんじゃないですか。国民健康保険の医療費は全国一番下ですね。ある専門家は、この努力を全国に広げたら一兆円以上の財源が生まれる。今の三つの要素を足せば今度の健康保険の改定は完全に行わなくても済む、その道を私は進むべきだと思ひます。

この通常国会もあと十二日しか残つていません。会期延長なんというこそのなやり方ではなくて、既にさまざまな面でもう破綻してきているこの健保の改悪案についていえば、廃案にすることが小泉内閣の国民に対する責任の態度だということとを強く述べ、私の質問を終わります。

○森委員長 次に、阿部知子君。
○阿部委員 社会民主党・市民連合の阿部知子です。

週末の金曜日、遅い時間まで大臣を初め皆さんの熱心な御審議、大変に御苦労さまです。まだま

だ審議は佳境でございます。きょう、野党側各委員、ぜひともこの三割負担の問題、あるいは保険料率のアップの問題、そして先行きの見えない診療報酬改定問題、さまざまに問題があるというところの指摘がございました。私もまたその観点に立つてきょう幾つか質問をさせていただきまうが、さらに審議が深められるということを経過にかけ期待しておるものです。

冒頭、今回の直接にかかわる法案以外のことで、質問予告をさせていただきますが、坂口厚生労働大臣にお願いいたします。

実は、来週の月曜日、いわゆる事態特、武力攻撃事態法の特別委員会に福田官房長官にお出しいただきまして、総理出席のもと、さきの福田官房長官の発言につきまして各委員が質問をするというところになってございます。今週水曜日、坂口厚生労働大臣、この場で何名かのこの委員会の委員の御質問、特に福田官房長官発言をどう思うかという質問に對しまして、福田官房長官の真意ではない発言であったというふうに関連で官房長官も言明しておられるし、自分としても核の問題、特に被爆国である我が国がどのようなスタンスに立つべきかという点において、福田官房長官の真意を重く酌み取って理解しているというお話でした。

私は、それは一応は承った上で、福田官房長官のお話が、いわゆる非核三原則の見直し、持たず、つくらず、持ち込まずというこれについて、それを見直そうとかそういう他意はないというお話であるというふうにもその後も発言しておられますが、この当委員会としては、もう一歩進めて、ぜひとも坂口厚生労働大臣に閣議の場で思い起こしていただきたい、皆さんにも注意を喚起していただきたいことがございます。

平成六年十二月の十六日にいわゆる被爆者援護法が成立いたしました。そのときに、この前文にございます部分、いわゆる世界ただ一つの被爆国として、「核兵器の究極的廃絶と世界の恒久平和の確立を全世界に訴え続けてきた。ここに、被

爆後五十年のときを迎えるに当たり、我々は、核兵器の究極的廃絶に向けての決意を新たにし、「究極的廃絶に向けての決意を新たにすることを前文に置いた法律が被爆者援護法でございます。

非核三原則をそのまま堅持するということ以上に、攻撃的な核であれ、核が小型であれ大型であれ、核兵器を根絶する方向に決意したというこの被爆者援護法の精神、坂口厚生労働大臣にあつては、ぜひとも厚生労働省の長におかれまして、この重みを閣議の各位にお伝えいただきたいと思ひますが、御答弁をお願いいたします。

○坂口国務大臣 核につきましては、三原則はもとより、これは未来永劫人類として使用すべきではない、そう思っているわけでございます。しかし、そのことは、現在の衆参両院議員すべてそれは理解をいただいていることだというふうには思っております。

閣議というところはなかなか一般的なことにきましての発言する機会のないところでございまして、そういうことを話し合うときがございまして、率直な私の意見というものを述べたいと思っております。

○阿部委員 ありがとうございます。やはり廃絶する決意を持って臨むという、これを決めた委員会、この場でございまして、その代表として厚生労働大臣には御尽力いただきたいと思ひます。

では、関連する私の当委員会の質問に入らせていただきます。

きょう、いわゆる保険料の個人負担分、窓口負担分やあるいは料率において、特に若者が平時からどのくらいの分を負担しているかなどで、これ以上の国民負担を増すことは国民の基礎体力を著しく弱くし、ましてこの経済状況下にあつては命取りの政策になるのではないかと委員の御発言がございましたが、私はその点も全くそのように思ひます。

医療提供体制について見直さなければならぬ。そして、今特に診療報酬改定をきつかけに行われているいろいろな政策は、この二十一世紀にふさわしくない、誤った道へ導いておると思ひますので、その観点からお伺ひいたします。

我が国は、戦後、いわゆる医療制度、医療提供体制の改革においては四期に区分することができると言われております。

敗戦後間もなく、人々が心身の病を抱えて、そして復興期にあつては、当然ながら医療は拡張期、必要最低限なものを数多くつくつていこうという拡張期が一九六〇年代まで続きました。これを一期といたします。

その続き、引き続き第二期は、一応の必要最低限のものを配置した上で、改善期、例えばこの時期を七〇年代の終わりでといたしますれば、一つは国立小児病院のような専門病院ができた、がんセンターができました。その一方で、僻地の医療や救急医療や二次診療圏にきちんとした病院をつくるということがなべて努力されました。

そして第三期、いわゆる八〇年代からは調整期に入つてございまして、現在問題になつておる老人保健制度、それから昨今の介護保険制度などなどが定められ、今第四期にかかろうとしております。

日本は空前のと言われる世界で類を見ない少子高齢化に進んでおつて、はたまた、それゆえにどのような医療の保険支払い体制と提供体制が伴つて進んでいくべきかという論議にあつて、私は、まずこの第二期において目指されました二次診療圏につきまして、大体、厚生労働省としては、二次診療圏というのはどのようなサイズとどのような機能と、そしてそこにはどのような病院が配置されたか、第二期の計画において、このことについて、お答えを担当部局からお願いいたします。

○篠崎政府参考人 ただいま先生から、一期、二期、三期、四期と期を分けて、我が国の医療提供体制の整備状況等について御質問がございました。

各地域ごとに中核的な病院を整備すべきだというような問題意識は古くから存在をしておりましたが、医療における地域というものの概念がある意味で法的に明確にされたのは、昭和六十一年の第一次医療法改正ではないかと思つております。この昭和六十一年の改正によりまして、医療計画というものが創設されました。そして、通常の入院医療というものはおおむね二次医療圏で完了するという考えが出されたわけでございます。現在、四十七都道府県に三百六十三の二次医療圏が存在をいたしております。都道府県は、住民の日常生活圏を一つの前提に置いて二次医療圏を設定しているわけでございます。

したがって、こういう二次医療圏におきまして今までも私どもが整備をしてきましたのは、例えば救急医療ですとかあるいは僻地医療、それから、今後の課題になりますけれども、臨床研修あるいはがん診療、そういうようなものについて、この二次医療圏を中心として病院の整備を進めていくべきではないかと考えておるところでございます。

こういう考え方におきまして、現在、大臣を本部長として設置されております医療制度改革推進本部においても、こういう考え方で検討を進めていきたいと考えております。

○阿部委員 果たしてそのようなお考えのもとに、現実には二次診療圏にきちんとした、その地域の住民が安心して日常的にかかれるような病院が充実しているか、存在しているかということについて、現状の分析をお聞かせください。

○篠崎政府参考人 例えば救急医療につきましては、今、搬送途上の医療の充実のことが話題になつておりまして、検討会を立ち上げておりますけれども、メディカルコントロールをするためには、当然、二次医療圏においてその司令塔となる医療機関の整備が必要でございます。

そういう意味合いから、各二次医療圏について見てみますと、今のところ約半分の、全国三百六十三の半分の医療圏において、そういうものに対

応じ得る病院が整備をされておりますが、残りはそうではありません。しかし、必ず二次医療圏には一つか二つの救急告示病院は存在をしておりますので、そういうところに焦点を当てながら、今後どういう形でそれを整備充実していくか、検討していきたいと思っております。

○阿部委員 二次医療圏と御答弁のありました三百六十三のうちまだ半数しか充実していないということは、大きく見れば、日本の半分では日常的に自分がかかれる地域の病院がないという状態にも等しいと言わねばなりません。

医療提供体制というのは、いつも金の問題としてではなく、基本的生存権の問題、あるいは医療というのは社会的共通資本でございますから、道路と同じような、非常にだれもがそこで暮らすために要るものでございます。そのことが単に、今篠崎局長おっしゃいましたが、救急医療については少なくともある程度は充実させておるとおっしゃいましたが、私はこの件も反論がございまして、三百六十三のうちまだ半数に満たない空白区がある、選挙区ではございませんが、これは大変なことだと私は思います。にもかかわらず、この間、国は二つの過ちをしていると思います。

一つは、私の関連いたします小児医療のことで事例を挙げさせていただきます。

私は、実は、先ほど例を引きました、昭和四十年、一九六五年に日本の中で第二期の医療改革においてつくられました国立小児病院というところに籍を置いておりました。

この国立小児病院は東京の世田谷にございまして、大体八十万からの地域住民の、本来は地域病院ではないのですが、地域医療も担いながら診療を重ねておりました。世田谷区には、ほかに、東京都の母子保健院というのがございまして、これも出産からその後の小児の救急を担っております。この間の国の公立病院の統廃合計画並びに都の都立病院の見直し計画において、実は八十万世田谷区が、小児の救急体制において、並びに地域基幹病院全く不在という状況に、あれだけ大

な人口があり、都市の中心部で、置かれてしまいました。私は、このことは非常に象徴的な意味を持つておると思います。

なぜなら、一方的にしゃべって恐縮ですが、今の国の医療体制の見直しは、センター病院や大きなものには予算をつけてまいりますが、当たり前に地域で毎日頑張る病院をどうやって育成していくか、あるいは残していくか、あるいはつくっていくかということにおいて、私は、極めて無策に尽きておると思います。そして、そのことに拍車をかけているのが、今回の診療報酬改定でございます。

どういうことかという、手術件数、例えば心臓の難しいバイパス手術というのが百件以上のところは診療報酬満額です。でも、百件を欠けたら七掛けです、七〇％です。ほかの手術についても、たくさんやれている病院にはフル診療報酬、でも少ない病院には七掛けですという形で、むしろ地域で頑張つて支えている病院が手術ということをやっても診療報酬上一向に潤わない状況を招請するような診療報酬改定が現在進められております。

私は、このことは非常に病院の再編を悪い方向に促している事態と思いますが、まずこの件に関しても、担当部局の御意見を賜ります。

○大塚政府参考人 今回の診療報酬の改定におきます手術に伴う施設基準の設定という、改革に関連するところでございますけれども、まあ千数百、千程度と言われております手術件数のうち、特に難度の高いもの、あるいは点数の高いものというように基準で百十ほどの項目を設定いたしました。それにつきましていわゆる施設基準というものを定めたわけでございます。

技術が集積するというのが医療の高度化に資するというのは、おおむね広く言われていることで、御了解をいただいていることでございますから、全体としての医療機能、医療機関の機能分担、機能分化を進めるという観点から、このような設定をしたわけでございます。もちろん、症例数だけでございまして、医師の経験年数も条件に

入っているわけでございます。

ただ、この二つの指標で決めることが合理的かといえますと、今後のさまざまな知見なり技術の集積なりあるいは実態も見て、もちろん必要な手直しはしていく必要があると思っておりますけれども、大きな方向といたしましては、難度の高い、技術の集積の要る手術につきましては、一定の基準を定め、そこにできるだけ集約化していく、それぞれの医療機関においていわば特性を持つていくというような方向が、方向としては一つの考えられる方向じゃないか。今後の実際の定着状況なども見なければなりませんけれども、大きな方向づけとしては、私ども、必要な改定であるのではないかとこのように考えているところでございます。

○阿部委員 医療がそのように集約化されたりするものかどうかということにおいて、認識が誤つておると思います。

医療は、例えば胃がんの手術にしろ、遠い病院まで行けば、その病院が集積件数が多くても、遠い病院まで行く間の交通費、あるいは家族もそこに通うための時間的、金銭的ロス、そしてまた療養を続ける場合も、その後通院等々にも、すべからず、遠ければ遠い分だけ負担がかかってまいります。

また、二点目は、例えば五十例までやった病院が診療報酬が高く四十八例まではそれを満たさないのであれば、あと二例、極端な場合はむしろ少ないのでも、あるいは、全く自分のところは診療報酬上潤わないから、もう患者のことは考えないで遠くに送ってしまうかという形に当然なつてまいります。

診療報酬改定の及ぼす影響は三カ月ほどたたなければわからないと大塚局長の御答弁でございましたけれども、私は、今回のこの手術件数に伴う病院の区分けは、先ほど申しました二次診療圏の基幹病院に大ダメージを与えておると。

まして、あたかも科学的根拠があるようにおっしゃいましたが、一つの病院がたくさんの手術を

すればその分だけ腕がいいかどうかは、一つ盲点がございます。一人の医者が、医者が少ないところで何件も頑張つてやっているとところもあるわけです。そしてそれが、人口の多い地域でなければ必ずしも件数は集まっていりません。

今回、この診療報酬改定にしましては、特に病院関係者、四病院団体協議会なども厳しく批判しておりますので、この場で直、見直しが必要であるという御答弁はまあ出ないでしようから、きょう私、これは質問予告してございせんから、診療報酬改定の指標に、二次診療圏の基幹病院をきちんと堅持していける方針が否かという大局的な医療提供体制とあわせて検討いただき、しかるべく、三カ月後にはお答えをいただきたいと思ひます。

ちなみに、この診療報酬改定について、坂口厚生労働大臣にも御所見のほどをお願いいたします。

○坂口国務大臣 診療報酬体系全体といたしましては、三カ月ほど状況を見せていただいて、そしてその結果というものをよく勘案したいというふうに思っている次第でございます。

二次医療圏の問題につきましても、現状を追認していくと申しますか、現在存在します病院でありますとか、あるいは、国公立の病院もあれば私立もあるというふうには思いますが、そうしたものを、存在すればそれを認めていくというのではなくて、もう少しやはり積極的にそれぞれの地域に中心病院をやはり育成していくべきだという御意見見だろうというふうには思いますが、そのことにつきましましては、私も、そのとおりではないかというふうに思っております。

ただ、公的な病院の場合にはそこに支援をしやすいうれでございまして、私立の場合にどういふうな形でその地域の中心的な施設として育成をしていくかといったことも、一つ検討をしなきゃならないというふうに思います。

例えば、二つなり三つなりありましたときに、一体どこを中心にするのかとか、あるいはまた三

つとも同じようにそれは手を差し伸べるのかとか、いろいろその点も難しい点もあるというふう
に思いますから、それらのこともよく考えて、こ
の医療圏の問題はやっていかないとけないとい
うふうに思っている次第でございます。

○阿部委員 見識のある御答弁で、ありがとうご
ざいます。

ただし、今坂口大臣が御心配されたような、例
えば十万とか十五万の人口のところの中核病院と
なるところが一つも二つもあるという状況だとよ
ろしゅうございますが、むしろ、今、世上では、
そのような病院がほとんど成り立たず、いわゆる
倒産が相次いでおります。これはぜひとも現状を
厳しく分析されて、命を支える地域中核病院とい
うものをいかなる形で育成していくのか。

そして、おっしゃってくださいましたように、
公立であればそれはたやすいかもしれないが、民
間の場合どうであるか、私はこのことも確かに課
題であると思います。

特に、この間、医療法人等々も日本は半分が民
間でございますから、では、そこにいわゆる公的
な性格、医療というのが基本の人権に基づく、生
存権に基づくものであれば、公的な性格をどのよ
うに帯びさせるか。情報公開も一つでしょうし、
ある程度、土地の取得とかにおいて公的なものが
そこに提供するというのも多々ございます。必
ず三百六十三二次診療圏に病院があるような姿で
二十一世紀を展望していただきたい。

このように申し上げますには、先ほどの、手術に伴
います件数で少なければ診療報酬カットするぞと
いう中の事例で、近畿医師会連合の調査におきま
すと、人工関節手術、人工関節という、関節を
置きかえて人工的なものを置く、非常に多い手術
でございますが、二府四県にわたる近畿地区の二
十一の二次医療圏のうち十二圏で基準を満たす病
院は皆無である。近畿二府四県に住まわれている
も、二十一医療圏に分けたら半分のところでは基
準を満たす病院がないというふうな状況になっ
ておるのが今回の診療報酬の改定でございます。

これはやはり、半分のところで人工関節が入れ
られない。遠くの病院なんか、何といつても通え
ないのです。骨頭というのは、歩くにも非常に大
切なところ。遠くに通うには御家族の付き添
いか、だれかが仕事をやめなくてはならないかも
しれないような事態がここに起こっております。
極めて現実を無視した診療報酬改定ですので、
いろいろな意味でこの件については見直しをお願
いしたいと思っております。

引き続き、次の質問に移らせていただきます
が、この間、いわゆる医療保険ということに関し
ましては、保険者機能の強化ということが各委員
からも言われ、私も使い、坂口大臣もお使いにな
ります。ただし、そのおのの発言者において
かなりニュアンスが違う。中身はどうなのかとい
うところまでそろそろ踏み込んで論ずべきかな
と思っております。

私は、前から、これは大臣と考えが同じでござ
います。例えば各市町村が保険者となって、そ
の保険者が余りに弱ければお互いやっていけない
からもう少し広域的に考えてはどうかということ
も申し述べておりますが、もう一つネックになり
ますのは、保険に加入している方たち自身が、ど
んなモチベーションなりあるいは共同連帯意識な
り、そしてこれからこれがなくては困るんだとい
う意識を持っていただくかであると思うのです。
サイズだけが先に決められても、自分が関与し
ていない、あるいは保険料を納めなくても、遠
い関係になってしまえば、例えば市町村の保険であ
ればまだ自分の市町村という近さがあるかもしれ
ないけれども、今度遠くなった場合にはどうかと
いう問題も必ず生じてまいります。

私は、この間、いわゆる建設国保という、一人
親方とか建設現場で働く方たちの国保、これはな
ぜこの方たちが国保という中に入る経緯になつた
かはいろいろな政治的な動きの結果ではございま
すが、その中にある、建設国保の方たちが非
常に努力しておられて、自分たちの保険だとい
う意識を組合、その傘下の方々皆さんに持ってい

だいて、あと、レセプトのチェック、労災保険で
適用されるようなものについて混入していないか
等々も含めて、加入を、参加を誘うこと、そして
お互いが支え合っているという意識も含めて、極
めて自治的に運用されておるといふ側面を拝聴い
たしました。

そこで、坂口厚生労働大臣にお願いですが、こ
れからの保険者の機能の見直しに当たって、やは
り参加と、それから主体的にそのことを育成して
いく意識を各加入者が持てるような仕組みとい
うことも、この建設国保の事例も踏まえて、ま
た一つの視点としてお持ちいただきたい。これは
要望でございますので、確認の御答弁をお願い
いたします。

○坂口国務大臣 保険者のあり方というのは、私
もいろいろのことを想定いたしておりますけれど
も、もともとと保険者はさまざまな角度から、
その中に入っておみえになります皆さん方に情報
を提供することができまして、また、皆さんも
う少し積極的にその保険者に対して、こうい
うふうにしたいというふうな意見を言っていた
ことができたのではないかとこのように思っ
ております。

これから保険の統合化を進めていく上で、その
保険の前身、保険者の前身というものにつきま
してもいろいろ議論を重ねていかなければなら
ないというふうにも私も思います。そこは必ず議論
になってくる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。

○阿部委員 特に、昨今、若い人たちが健康保
険に加入しない、あるいはできない状況も現実
に起こっておりますので、みんなに加入して
もらう、そしてそのことの意識を分け合っていく
という方向に、健康保険問題では意識の育成を
よろしくお願いしたいと思います。

す診療報酬改定の中で、六カ月を超す入院の方に
関しましては、入院基本料の八五%については三
割負担ですが、入院基本料の一五%については医
療保険から外して自己負担にしていたかどうか
指導されていると思っております。

この件については、民主党の五島委員も、介護
と医療との間をボール投げのようにするのはけし
からぬという形で、同じテーマについて御質問が
あったと思いますが、私は、そのことに加えま
して、例えば、このような図で示されました形
で、入院基本料の一五%が自己負担になりました場
合に、特に、高齢者ではなく若年者で現在入院の三
割を負担している方は、プラス一五%の自己負担
で、総計いたしますと、ここに書いてあります三
九・二%、四割負担という現状が生じております。

そして、六カ月を超す入院と言われますと、世
上では、御高齢者がいわゆる介護が必要なのに病
院に入院して、これを社会的入院だとかいう
言い方でとらえておりますが、実は六十五歳以
下の方も多数おられますし、そしてその方たちは、
三割負担とプラス長期入院だから一五%自己負担
しなさいと言われますと、結果的に四割。

きょうの議論でもたくさんございましたが、国
民負担は三割が限度ですよ、三割以上は上げま
せんよという政府御答弁を繰り返されております
が、かかる事例が生じ得ることについて、診療報
酬改定を実施された担当部局としていかがにお考
えか、お聞かせください。

○大塚政府参考人 長期入院だから給付カットす
るというわけではもちろんございませんで、長期
入院をされておられて、なおかつ医療面での給付
の必要性が低い、逆に申しますと、家庭あるいは
介護施設などへ移ることが本来は可能だとい
うようなケースでございます。そうした事情にある
方につきましても、医療保険からの給付というあり
方を見直さざるを得ない。

しかしながら、現実を考えると、給付をしな
いという現状には到底ございませぬから、在宅で
利用されておられる方々などの公平も勘案いた

しまして、おっしゃいますように、八五%に当たる部分は特定療養費という形で給付をする、こういう仕組みを実施に移しているわけでございます。

実施に移していると申しましても、経過措置もございまして、全体といたしましては、二年程度をかけた完全実施になるということもございまして、負担の面でも、直ちに一五%カットということではございません。これも段階的に進めてまいります。

したがって、お示しの資料、もちろん詳しく直ちに理解できないところもございすけれども、印象といたしましては、そうした経過的なこともお考えいただけるのではないかと、この一点、それから、入院ですと当然それなりの高額になりますので、いわゆる高額療養費の制度も発動される部分もございまして、四割というような数字にはなかなかならないだろうと思えます。

いずれにいたしましても、私どもの考え方を率直に申し上げれば、これは、負担割合の問題というよりも、三割給付あるいは負担率の問題と、長期入院の患者の方で特に医療の給付の必要性の低い方に対する給付の見直しの論議、これは別個の問題で頭の整理をせざるを得ないと思っております。

お示しの資料につきましては、詳細を直ちに理解したいところもございすますが、印象だけ申し上げれば以上のようなことでございます。

○阿部委員 三割負担が果たして妥当かどうかというところも、私はそうは思っておりませんが、今の診療報酬改定が進みますと、現実にはこのような形で四割になる方が必ず出てまいります。それも、私は特に、長期で必ずしも御高齢者ではなくて寝たきりのような状態になられた方をたくさん見てきておりますので、その方たちが、介護保険施設の受け皿もなく、もちろん年齢の問題でなく、病氣も限られたもののしか介護保険適用にはなりませんから、そうすると、この四割というのは法外ですし、逆に社会的退院を強制していくことにな

るということで事例として挙げさせていただきました。大塚局長の方では、またよろしく御検討をいただきまして、実際にこのような事例が起こることのないようなことを検討していただきたい。

そして、きょうは時間との関係で、私が要求して出てきませんでし資料ですが、実は、社会的入院を減らすために介護施設へ、あるいは介護保険が利用できる施設へという形の誘導は、地方自治体並びにそこに住む住民の介護保険料のアップということを生んでまいります。今までの医療保険ではなくて介護保険を使いなさいというわけですが、介護保険が二年たつて、皆さんも御承知おきでしょうが、介護保険の中で施設入所がふえれば、介護保険施設に移りなさいというふうなことを誘導しておられて、それは一概に悪いとは思いませんが、ただし、自治体あるいは自治体に住む人々の保険料のアップに結びつくのではないかと、そのことをどのように試算しておるか担当部局に伺いましたが、まだ集計が出ていませんというところでしたので、きょうは恐縮ですが、これを次回送りにさせていただきます。

ちなみに、一つだけデータといたしまして、いわゆる介護保険の財政難が急増しているということでは、財政安定化基金の借入団体が四百二十六団体とふえております。医療保険のしわ寄せを介護保険に持つていくような愚はくれぐれもなさらないように、私の方から要望させていただきます。そして、きょう私の最後の質問になるやもしれませんが、いわゆるスモン、亜急性脊髄神経神経症と言われております御病氣の方たちのことについて伺います。

スモンという言葉をもう御存じない若い委員もおられるかもしれませんが、私にとりましては、ちょうどこの病氣は、一九六〇年代、下痢を主症状とした方々がキノホルムというお薬を内服されて、その結果、視神経に障害が出る、視力の問題が出る、あるいは手足の神経がしびれる、歩行が

不能になる、さまざまな障害を生んだ薬害のはしりでございます。日本における薬害問題の端緒というのか、極めて印象的な薬害事件でございます。

このことに関しまして、実は、一九七〇年、中央薬事審議会でも、スモンという症状が起こるのてキノホルムの製造中止、使ってはならぬということをいたしました。が、果たして、それを飲まれた患者を招聘した患者さん方へのような救済がなされたか、このことは、今、医薬品の副作用の問題がさまざまに論じられていますが、当時はきちんとした救済機構がないゆえに、スモンを難病として扱うことでその場をしのいでまいりました。

このことに関しまして、昭和五十四年、当時の厚生大臣でございました橋本龍太郎大臣とスモンの被害者との間で、「厚生省は、治療方法の科学的研究、スモン患者らの福祉の向上に必要ないわゆる恒久対策の措置を講ずることについて、今後スモンの会全国連絡協議会と協議する。」と、いわゆる恒久対策を橋本龍太郎厚生大臣が約束されました。そのことに基づいてスモンを難病指定し、いろいろな医療費も国において国が認めた薬による薬害なので補償してまいりました。

そして、この方たちが御高齢化してまいりました。そこで、先ほど申しました介護の問題も当然ながら生じてまいりました。そのときに、実は、医療保険関連の施設におりますれば、介護の問題が生じたというか、もともとの御病氣でプラス高年齢化も加わり、症状はよくはなりませんから、いろいろな向きに出てまいりました。その方たちが、医療保険の内にいるうちは国からの恒久対策で措置されておりますが、一たび医療保険を使わないで例えば介護保険の対応の施設に移れば、一割負担という形で負担を強いられることになりました。これでは、国によつて起こされた薬害で体を侵され、そのことによつて生じた要介護状態に、今度はあなたのお金を一割出しなさいと言われる現実になっております。

約束された限り、今介護保険に移ればあなたも一割だというふうなやり方で患者さんたちに自己負担を強いるのは、恒久対策という約束、公約、国の方針にもっとも思えます。ぜひとも、この点にしまして、坂口厚生労働大臣の前向きな、そしてスモンの被害の方たちに国がきちんと責任を最後までとると一つ一つのあかしとして、現在、介護保険における一割負担について、国としての前向きな施策、方針について御答弁をお願いいたします。

○坂口国務大臣 このスモンという病氣がキノホルムによるということを聞いたときに、私は愕然としたことを今も覚えております。それはなぜかといえば、私も小児科でキノホルムをたくさん使っていたからでございます。まさかこのキノホルムがその原因だとは私は、このことが発表されるまでゆめゆめ思っておりませんでした。そうしたこともございまして、このキノホルムという問題の患者の皆さん方につきましましては記憶に新しいところでございます。当時の橋本龍太郎厚生大臣とのこういう協議があることも存じ上げておりますし、橋本元総理からもこうしたことをお聞きしたことがございます。

現在どうなっているかということを見ますと、いわゆる健康管理手当といたしまして、全患者に對しまして月額四万二千七百円が出ております。そのほか、重症者には、障害程度に応じた介護費用というものをを出ささせていただいております。それが、程度によりまして、四万八千三百円、中ぐらゐが九万二千八百円、そして一番重症の場合には十五万四千四百円の三段階になっているところでございます。こうした介護費用等もこのスモン訴訟の和解に基づきまして支給をいたしているところでございますが、こうした問題の中で御努力をいただいているものというふうにかんがえている次第でございます。

いずれにいたしましても、こうした薬害によつてさまざまな問題を提起された皆さん方というのは、ほかにも実は御承知のとおりございまして、

先日ここでも取り上げられましたけれども、らい症候群でございまして、それからステイブンス・ジョンソン症候群でございまして、そうした問題も実はございまして、今大変、この人たちに對しましてもどうするか憂慮をいたしているところでございます。

この皆さんの現状というものを、現在、私は十分に存じ上げておりませんので、これ以上申し上げることができませんけれども、皆さんの状況というものもよく認識をさせていただきまして、全体的に取り組んでいきたいと考えております。

○阿部委員 今大臣のお述べになりましたステイブンス・ジョンソンとか、らい症候群とかは、日本の国の中でも薬害という言葉がある程度浸透いたしまして、そして、薬害の救済機構というのものも一方で国が準備している途上の事例でございます。このスモンということは、それ以前で、それゆえに難病指定という極めて、難病というのを国が起しておいて、難病指定という形にしたわけですから、途上、いたし方なかったことはいえ、万全の救済体制に持つていつていただきたい。

そして昨日、恐らく四十名から五十名の患者さんたちが大臣にも要望書をお手渡ししたと思いますが、まだまだこれから検討すべき課題があるかとも思いますから、大臣の方で、よろしくその点については患者さんの声を聞いていただき、なおかつ、先ほどおっしゃってくださいましたような介護費用というものもありますから、決して、実際に介護施設に入った場合に、現状として十分に介護療養ができる体制ではございませんので、その点についてもよろしくお願いしたいと思います。

また、なお医師たちの中には、スモンということがもたらす症状を御存じない方もあって、介護認定等々でも非常に患者さんは苦労しておられますので、その点についても御指導をよろしくお願い申し上げます。

引き続き、実は先回の委員会でも、上田清司委員が御質問になりました病院の給食費差益のことについて、私は、ある意味で違う観点から御質問をしたいと思っております。

あの節、上田委員は、給食費について病院が診療報酬上ある一定をいただきながら、その給食を外注、外の業者さんに振りました場合の差益をもうけておる、これはけしからぬという御指摘でした。確かに、入院についての食費について、診療報酬上いただきましたものを外部委託した方が、実際に病院の中で栄養士さんを雇い、厨房をつくり、そして患者さんに小まめに應對しているよりも費用は安くつきます。

ただし、この場合に、ぜひとも厚生労働省の方針として、だから入院給食費の切り下げがよろしいんだという向きではなくて、患者さんにとつて、自分に近いところから給食がサービスされるというのは基本的な人権にかかわることだと思えます。私は、学校給食でも自校給食というのが〇一五七の発生も少のうございましたし、子供たちの目に見える距離で食事を提供するというのは、人間としての基本教育にかかわる部分でございます。

先回の委員会で上田先生のお示しくださった資料はとても整っておりまして、逆に言うと、病院が各自苦労しながら、自分でやった方が苦労なのです、人件費も高うございます。しかしながら、それでも患者さんのためにと思つて、各中小病院、特に民間病院は努力しております。厨房用のスペースを持たない方が土地も有効利用できます。しかしながら、その土地を取得し、厨房をつくり、人を手当てし、赤を覚悟で各地域病院は頑張っております。

この入院給食費の問題について、当日の御答弁とも重なるやもしれませんが、今後、どのような形で厚生労働省として食の問題を考えていかれるのかという観点とあわせて御答弁をお願いいたします。

○坂口国務大臣 先般、上田議員の御質問にもお答えしたところでございますが、近いうちに、実態がどうなっておりますのか、少し調査をさせていただきたいというふうに思っております。今御指摘ございましたように、安ければ安いほどいいという性質のものでないことも事実でございますが、現実と余り乖離をしているということであれば、これはまた、それはそれなりに問題があるわけでございますので、そうした点を十分に検討させていただきたいと思つているところでございます。

○阿部委員 私があえてここで二度目になりました取り上げさせていただいたのも、冒頭の質問で申し上げました二次診療圏で頑張っている病院、その中でも、地域住民に近く食事をサービスしたい病院が、どのような形で創意工夫、努力、赤も覚悟でやっておるかという実態を、ぜひとも管轄の厚生労働省としては御認識いただきたい。そして、そのとき事例が出ておりましたのが、刑務所とか小学校とかでございました。こういうものは、土地ももとの厨房も公的に保障されたものでございます。民間の病院がこれをやり出す場合、何度も申しますが、非常に負担でございます。

ただし、先ほど大臣も冒頭おっしゃいました、これから二次診療圏に確実に病院を配置していくことと思えば、その病院の本来に心のこもったサービスの一番に出てくるのが食事でございます。これからの医療、単にコスト算段だけではなくて、人間のターミナルも含めて支えていく、それから地域の暮らしを支えていく、もつと言えば、地域の経済を支えていくために、極めて重要な分野だと思います。

私は、あと関連質問が二つ残ってしまいました。来週またできることを楽しみに、きょうはここで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 次回は、来る十一日火曜日午前九時二十分理事会、午前九時三十分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。

午後五時七分散会