

第百五十四回国会
衆議院
厚生労働委員会
會議録 第二十号

平成十四年六月十二日(水曜日)

午前九時三分開議

出席委員

委員長 森 英介君

理事 鴨下 一郎君 理事 鈴木 俊一君

理事 長勢 甚遠君 理事 野田 聖子君

理事 釘宮 磐君 理事 山井 和則君

理事 福岡 豊君 理事 佐藤 公治君

理事 岡下 信子君 理事 金子 恭之君

上川 陽子君 木村 義雄君

北村 誠吾君 後藤田正純君

佐藤 勉君 田村 憲久君

竹下 亘君 竹本 直一君

棚橋 泰文君 中本 太衛君

西川 京子君 林 省之介君

松島みどり君 三ッ林隆志君

宮澤 洋一君 吉野 正芳君

大島 敦君 加藤 公一君

鍵田 節哉君 金田 誠一君

五島 正規君 土肥 隆一君

三井 辨雄君 水島 広子君

江田 康幸君 榊屋 敬悟君

樋高 剛君 小沢 和秋君

大森 猛君 春名 眞章君

矢島 恒夫君 阿部 知子君

中川 智子君 野田 毅君

川田 悦子君

議員

厚生労働大臣

厚生労働副大臣

文部科学大臣政務官

厚生労働大臣政務官

政府参考人

(警察庁生活安全局長)

五島 正規君
坂口 力君
宮路 和明君
池坊 保子君
田村 憲久君
黒澤 正和君

(政府参考人
防衛庁防衛参事官)
田中 慶司君

(政府参考人
文部科学省大臣官房審議
官)
上原 哲君

(政府参考人
文部科学省高等教育局私
学部長)
石川 明君

(政府参考人
厚生労働省医政局長)
篠崎 英夫君

(政府参考人
厚生労働省健康局長)
下田 智久君

(政府参考人
厚生労働省職業安定局長)
澤田陽太郎君

(政府参考人
厚生労働省雇用均等・児
童家庭局長)
岩田喜美枝君

(政府参考人
厚生労働省社会・援護局
長)
眞野 章君

(政府参考人
厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部長)
高原 亮治君

(政府参考人
厚生労働省保険局長)
大塚 義治君

(政府参考人
厚生労働省政策統括官)
石本 宏昭君

(厚生労働委員会専門員
厚生労働委員会専門員)
宮武 太郎君

委員の異動
六月十二日

辞任

自見庄三郎君

棚橋 泰文君

小沢 和秋君

瀬古由起子君

同日

辞任

金子 恭之君

中本 太衛君

補欠選任

金子 恭之君

中本 太衛君

塩川 鉄也君

矢島 恒夫君

補欠選任

自見庄三郎君

棚橋 泰文君

矢島 恒夫君 春名 眞章君

同日

辞任

春名 眞章君 補欠選任

同日

大森 猛君 補欠選任

同日

大森 猛君 瀬古由起子君

同日

患者負担引き上げ中止に関する請願(木島日出
夫君紹介)(第五一七四号)

同日

同(佐々木憲昭君紹介)(第五一七五号)

同日

同(赤嶺政賢君紹介)(第五三三八号)

同日

同(小沢和秋君紹介)(第五三三九号)

同日

同(木島日出夫君紹介)(第五三三九号)

同日

同(藤木洋子君紹介)(第五三三九号)

同日

同(矢島恒夫君紹介)(第五三三九号)

同日

同(古川元久君紹介)(第五三三九号)

同日

同(大森猛君紹介)(第五三三九号)

同日

同(木島日出夫君紹介)(第五三三九号)

同日

同(古賀一成君紹介)(第五三三九号)

同日

同(兄玉健次君紹介)(第五三三九号)

同日

同(佐々木憲昭君紹介)(第五三三九号)

同日

同(小林よし子君紹介)(第五三三九号)

同日

同(春名眞章君紹介)(第五三三九号)

同日

同(松本善明君紹介)(第五三三九号)

同日

同(水島広子君紹介)(第五三三九号)

同日

同(阿久津幸彦君紹介)(第五三四四号)
同(佐藤公治君紹介)(第五三四五号)
同(高木義明君紹介)(第五五一七号)
同(山口富男君紹介)(第五七三五号)
医療費負担引き上げの中止に関する請願(木島
日出夫君紹介)(第五一七八号)
健保三割負担・高齢者窓口負担の大幅引き上げ
中止に関する請願(今川正美君紹介)(第五一七
九号)
同(植田至紀君紹介)(第五一八〇号)
同(木島日出夫君紹介)(第五一八一号)
同(羽田孜君紹介)(第五一八二号)
同(細野豪志君紹介)(第五一八三号)
同(水島広子君紹介)(第五一八四号)
同(矢島恒夫君紹介)(第五一八五号)
同(横光克彦君紹介)(第五一八六号)
同(鍵田節哉君紹介)(第五三三九号)
同(金子哲夫君紹介)(第五三三九号)
同(近藤昭一君紹介)(第五三三九号)
同(佐藤公治君紹介)(第五三三九号)
同(筒井信隆君紹介)(第五三三九号)
同(中川智子君紹介)(第五三三九号)
同(羽田孜君紹介)(第五三三九号)
同(荒井聰君紹介)(第五三三九号)
同(川田悦子君紹介)(第五三三九号)
同(小泉俊明君紹介)(第五三三九号)
同(重野安正君紹介)(第五三三九号)
同(葉山峻君紹介)(第五三三九号)
同(日森文尋君紹介)(第五三三九号)
同(山口わか子君紹介)(第五三三九号)
同(小沢和秋君紹介)(第五三三九号)
同(木島日出夫君紹介)(第五三三九号)
同(佐藤敬夫君紹介)(第五三三九号)
同(田中慶秋君紹介)(第五三三九号)
同(松本龍君紹介)(第五三三九号)

いておられると思いますが、十四日の日、このま
さに健保法改正の三割負担を言い出した小泉首相
本人が、ワールドカップのユニビア・日本戦を
見に行きたいということをおっしゃった。そし
て、その日は政治休戦にしたらどうかと。この厚
生労働委員会が十四日の日に総理を呼んでこの最
も切実な問題に対して審議をしようとしていると
きに、まさに最高の責任者である首相が、その日
は休んでサッカーを見に行きたい、自分が行った
ら日本は勝つんだと。一体これはどういう認識で
すか。

私たちが、大臣も一緒だと思いますが、本当に
命をかけてこの審議をやっているわけです。高齢
者の自己負担もアップする。サラリーマンの方の
自己負担もアップする。これによって受診抑制が
かかって手おくれになる人も出てくる。それに
よって命を落とす人も出てくるでしょう。

また、こういう自己負担を、今の最も不況が深刻
な時期にやると、一九九七年の例を見ても、これ
によって景気の、まさにさらに低迷を招くかもし
れない。御存じのように三万人以上が自殺をし
て、この非常に深刻な中で、これがまた景気回復
をおくらせて、そしてそれによってまた崩壊する
家庭や自殺者がふえたらどうしよう。与党も野党
も含めて、私たちは、この法案を通すことによっ
てそういう命を落とす方や家庭崩壊する人が出た
らどうしよう、こういう法案を通していいのか。
反対するのは当然としても、それでも、厚生労働
委員会の一員として、こういう審議をやっている
そのまますべていいのか、そんな意味で私も非常
に心痛む思いで審議をしております。

ある意味で最も悩んでおられるのは、私、坂口
大臣だと思ふんです。まさかこんなことを強行採
決で、与党単独で採決されることはないと思いま
すが、そういう坂口大臣も必死に悩んでおられる
ときに、党の最高の責任者である小泉首相が金曜
日の日にサッカーを見に行きたいと言った。この
ような姿勢に対して、坂口大臣の御感想をお聞か
せください。

○坂口国務大臣 この委員会の審議を熱心に皆さ
ん方に行っていたいておりますことに、私は感
謝を申し上げております。

ワールドカップの話はワールドカップの話であ
りまして、それはそういうまあ冗談をおっしゃっ
たんだらうというふうに出ておまして、この
審議は審議、ぜひ肅々とお願いを申し上げたいと
思っているところでございます。

○山井委員 冗談で済まないですよ。先日の福田
官房長官の核武装発言にしても、有事関連法案の
議論が一番深刻なときにああいう発言が出てく
る。そして、この健保法案の審議が大詰めにか
かっているときに、冗談でも、政治休戦をして
サッカーを見に行こうと。これによって苦しんで
いる患者さんやお年寄り、そういう人の気持ちを
わかつたら、そんな冗談なんか言っている場合
じゃないでしょう。

坂口大臣、本当にあれば冗談だと思っておられ
るんですか。改めて小泉首相の政治姿勢を象徴す
る出来事ですよ。言った当の本人がサッカーを見
に行きたいと言っている、そんな中で私たちはこ
うやって議論している、そして世論調査では一番
不安が多いわけですよ。今回の健保法の審議を象
徴するのが、今回の小泉首相の、ワールドカップ
をその日見に行きたいという発言だと思います。
こういう無責任な状態で私は審議をできません。
坂口大臣、いかがですか。

○坂口国務大臣 亡くなる人がないように、そう
いう医療制度をつくるために今御審議をいただい
ているわけでありまして。現在だけではなくて、将
来にわたりますとも安定した医療制度をどうつく
り上げていくかということが我々に課せられた課
題でありますから、そのことを熱心に御議論をい
ただいてるところでありますので、この委員会
で、ひとつさらさら御議論をいただければというふ
うに思っております。

○山井委員 そういうこと一つ一つが健保法に対
する不信を助長させているんです。坂口大臣から
も、小泉首相にきつちりと言ってください。

大体、小泉首相も、三方一両損といながら、
結局は健保法の公費負担についても、一九九二年
の附則によって当面の間一三％というところで引き
下げられたわけですが、これはやはり一六・四％
に今こそ戻すべきではないでしょうか。三方一両
損といいますが、今回は、自己負担と保険料の
アップ、これは国民の損、すなわち負担増です。
診療報酬の引き下げは医療機関の損。しかし、政
府だけは損をしていないではないですか。この政
管健保の公費負担の一三％に据え置かれている問
題、一六・四％に戻すべきだと思います。いかが
ですか。

○坂口国務大臣 国庫補助率につきましては、昭
和四十八年だったというふうに思いますが、一
〇％の定率補助が導入をされました。それ以後、
保険料率の引き上げが行われました。それは、五
十三年には一六・四％に引き上げられたところで
ございます。しかし、その後、平成四年に、積立
金を用いた中期的な財政運営を導入いたしまし
て、そして、当時の厳しい国家財政も踏まえて、
一三％に引き下げられたというふうに聞いており
ます。

国庫補助といいますが、国民の負担であるこ
とには変わりがないわけでありまして、今回の改
革は、患者の皆さんあるいは加入者及び医療機関
がそれぞれ痛みを分かち合っていたらどうにお
願いを申し上げているところでございます。

今回、一三％はそのままでございますけれど
も、しかし、高齢者の皆さん方に、これから七十
五歳に引き上げますが、五割負担というふうにな
んだんと国庫負担をふやしていくわけでありま
すから、国庫負担をふやすことには変わりがござ
いません。

○山井委員 このような自己負担、保険料をアッ
プさせながらも、また医療機関に痛みを強いなが
らも、自分たちは負担増を行わない。そういうこ
とが、一番、国民にとって三方一両損という言葉
がまやかしの映っているわけですね。
そして、そのような事態の中で、やはり、もっ

と医療費のむだを省いていく、またコスト感覚を
持つていくことが必要だと思います。

政管健保の医療費通知について、昨日私、厚生
労働省にお伺いをしました。そうしますと、政管
健保における医療費通知の実施状況は、総レセ
プトが三万一千二百七十二ののうち、通知レセプト
数が三千二百四十三ということで、非常に少ない
わけですね。

これは質問ではなくて要望にさせていただきます
ますが、せめて国保並みに、年に何回か、全員にや
はり通知をして、自分のかかった医療に幾らお金
がかかっているのか、やはりそれは通知すべきで
あると思いますので、これはぜひともやっていた
だきたいと思っております。

次に、今坂口大臣が答弁の中でもおっしゃいま
した高齢者医療制度です。

医療制度改革の最大のポイントであるわけだ
が、これについては、今回の法案の中で、老人保
健制度の対象年齢を七十歳以上から年に一歳ず
つ、七十五歳まで引き上げることになって
います。つまり、七十五歳まで引き上げるのに五
年かかるわけですね。しかし、今回の法案の附則
では、新しい高齢者医療制度の基本方針を今年度
中に決定し、二年以内に新しい高齢者医療制度を
実施するとなっております。この二つの記述は矛
盾していると思えます。整合性はどうかという
んでしょうか。

○坂口国務大臣 その五年、二年の話は今御指摘
をいただいたとおりでございますが、今回の、五
年間の間にだんだんと七十五歳に引き上げていく
というこの方針につきましては、これは今後も継
続をしていく、この線に沿って次の改革は考えて
いく、そういうふうにも思っておりますのでござ
います。だから、七十五歳まで五年かかって引き
上げていくという線は崩さないというつもりでお
ります。

○山井委員 そのことと、二年後からの実施とい
うこと、本当に整合性がないと思えます。そうい
うこと一つ一つが、まさに、まだ高齢者医療制度

の姿形が私たちに見えてこない大きな理由だと思
います。

また、そういうものを議論するために、厚生労働省の中では医療制度改革推進本部というのをつくって議論をされているというふうに聞いております。しかし、これは省内で課長さんとかが集まって議論をされているようですが、省内で行うだけではなく、もっとオープンに議論すべきだと思います。省内だけで議論をして、最後の案ができてからばつと国会に出してくるのではなくて、その議論の途中段階でも、しっかりとオープンな形で国会にも提示して議論をすべきであると思いますが、そのような議論の仕方について、いかがでしょうか。

○田村大臣政務官 先生おっしゃられましたとおり、先般、厚生労働大臣を本部長といたします医療制度改革推進本部を省内で立ち上げました。今もお話ございましたが、高齢者医療をどうするかという問題でありますとか、医療保険制度体系自体をどうするか、こういう議論をこれからさせていただくわけでありましても、法案成立後は、速やかにそのような厚生労働省としての考え方をまとめまして、それを社会保障審議会の方に御検討いただきまして、その後、年度内に基本方針をつくらせてまいりたい。

もちろん、幅広く国民の皆様方、いろいろな御意見をいただきながら、新しい制度というものを考えていかなきゃ、抜本改革をやっていかなきゃならぬわけでありまして、そういう意味では、有識者の方々からいろいろな御意見をいただきながら、これから医療制度改革を進めてまいりたい、このように思っております。

○山井委員 これは早急に、急いでやってもらいながら、しかし、かつオープンに、しっかりと、私たちは国民の代表でもあるわけですから、国会議員の声も聞いて、国会の場でも議論をぜひやっていただきたいというふうに思います。
そして、次の質問に移ります。手術に関する施設基準の導入について。

これは先日阿部知子議員からも指摘があったこととすけれども、私も最近、四つの病院を訪問しました。その四つの病院すべてから、今回の診療報酬の改定に対して何とかしてほしいと言われましたのが、この手術に関する施設基準の導入についてであります。これは、百十項目について、年間手術件数が一定に達しないと診療報酬を三〇％減額するもので、事実上、その手術をしない方がよいですよ、しても余りもうかりませんよというような政策誘導であります。

確かに私も病院の機能分化というものの必要性を否定するものではありませんが、現実には、このような減額をされない病院が非常に少ないのが現状です。

近畿医師会連合の調査では、近畿二府四県、千三百三十五施設のうち、約三分の一の三十一項目では、基準を満たす病院は十未満で、六項目では、基準を満たす病院が近畿全体でゼロなわけなんです。そして、北海道では、例えば開心術を例にとると、基準を満たす病院は八施設あるが、そのうち五施設は札幌市に集中、人工関節手術では、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す。つまり、これは二次医療圏を基本とした地域医療計画の崩壊につながりかねません。急にこのような改定を行うことは、地域医療の格差を広げ、全国どこ地域でも平等な医療を受けるという権利を侵害するものであります。

この点について、厚生労働省に聞いてみました。このような手術件数の基準を持ち込むと、各都道府県でその基準を満たす病院があるのかないのか、そういうことを事前に調べてみたんですかというところであります。そんなこともせずにこのような乱暴なことをやって、本当に地域医療圏が崩壊しかねない。

これに関しては、七月一日現在の病院の状況を厚生労働省に届けることになっているので、八月末ぐらいまでに情報が上がってきて集約するとい

うことでありますけれども、このようなことを行った根拠、なぜこういうことを行ったのか。そして、各都道府県に一つも基準を満たすような病院がなければ、やはりこのような乱暴な方針というのは撤回すべきだと思います。そのことについて答弁をお願いいたします。

○坂口国務大臣 日本の医療を見てみますと、例えばベースメーカーなんかを入れる例を見ても、年間一つとか二つとか、そういうところもたくさんあるわけですね。一つ二つが悪いということを言っているわけじゃないと思いますが、やはり質の高い医療を形成していこうということになれば、集中して多くの例をこなしていただくようにしていく方がいだろう、成功率は高いだろうというふうには私は思っています。いわゆる機能分化をしていかなきゃならない。そうした意味で、方向性としてはそんなに間違っていないというふうには私は思っています。

ただ、何例以上という、その例数がそれでよかったかどうかという問題につきましては、これは地域の格差もございまして、若干その点は考えなきゃならない点もあるのかなというふうに思っております。

四、五、六と三カ月ほど、その他の分野もございまして、診療報酬につきましては、いろいろの観点から結果を拝見させていただきました。その後、そうした問題を中医協で御議論いただくものというふうに思っている次第でございます。

○山井委員 大臣おっしゃるよう機能分化という方向性、それは、先ほど申し上げましたように、私も否定するものではありません。しかし、まさにおっしゃったように、件数がこれで妥当なのかということ。まさに八月までの調査の結果を見て、そこは柔軟に見直していただきたいというふうには思っております。これは本場に現場の病院から一番切実な要望ですので、そこは柔軟にお願いします。
次の質問に移りますが、今回の医療制度改革の中

中で、私がかねてから取り上げております救急医療の問題、余り取り上げられませんでしたので、私、取り上げたいと思うんです。

御存じのように、欧米に比べて心肺停止患者の救命率というのは日本は半分以下であるというところで、大きな問題になっております。これに関しては、坂口大臣のリーダーシップのもと、救急救命士の業務のあり方等に関する検討会が今立ち上がって、検討が行われているわけでありまして、そこで、この資料、二ページ目を見ていただきたいんですが、こで見ると、心原性疾患において、ドクターカーと救急救命士隊の救命率の差が、六・三％と二・六％、二倍以上の大きな差があるわけです。これに関しては、平成十三年の救命効果検証委員会でも、この理由は「ドクターカーにおいては早期に気管内挿管ができること、及びエビネフリン等の薬剤投与ができること」が大きな差であるということが、これは報告書で答申をされております。そして、まさにその下の「考察」のところでも、早期除細動、気管内挿管及び薬剤投与により、発症後早期に心拍の再開を図ることが非常に重要であるということが書かれております。

これについて、これからは指示なしの除細動、気管内挿管、薬剤投与、この三点セットの業務拡大が必要だと思います。この気管内挿管や薬剤投与ということに関して、今回の検討会で御議論いただいていると思いますが、これは、気管内挿管や薬剤投与をやっていくという方向で議論になっていると思います。その件について、気管内挿管と薬剤投与、今後どのようにしていくのか、大臣のお考えをお聞かせ願いたいと思います。

○坂口国務大臣 今専門家の先生方にお集まりをいただきました。熱心に御議論をいただいているところでございます。委員も傍聴等をしていただいているようでございますが、かなり熱心に御議論を進めていただいているというふうに思っております。七月の初旬には中間報告を出していただけるというふうに聞いておりますので、楽しみ

にしているところがございます。

方向性といったしましては、私も、できるだけ患者の皆さん方のことを中心にして考えていくべきだというふうに思っております。したがって、そうした方向でお話は進めていただいているものというふうに思っている次第でございます。

除細動の問題につきましては、機械器具も発達をまいりまして、最近また非常にいい器械が出たようでございますから、かなり問題は排除されたというふうに思っている次第でございます。

薬の問題でありまして、それから気管内挿入の問題でございますか、こうした問題も、いろいろ、どういふときはするかしないかということもある程度は明確にしておかないといけない話だ

というふうに思いますし、そうしたことも御議論をいただけるものというふうに思っている次第でございます。ですから、結論を少し待ちたいというふうに思っているところでございます。

○山井委員 まさにこれは坂口大臣のリーダーシップのもとで早急に検討をしていただいて、ありがたいと思っておりますが、やはり人の命がかかっていることでありますし、例えば医師の指示なしの除細動の問題に関しても、一分間その処置がおくると救命率は一〇%低下するというふう

に、本当に切実な、一刻を争う問題であります。次の三ページを見ていただきたいですけれども、各国の救急救命士、パラメディックの業務範囲の比較という、この三ページ、坂口大臣、見ていただきたいと思います。

ここで明らかなように、まず除細動に関しては、アメリカ、イギリス、オーストラリア、すべて具体的な医師の指示は必要ありません。しかし、日本だけ医師の具体的な指示が必要、つまり、事前に電話して聞かないとだめなわけですね。その電話して聞いている間に手おくれになるケースがたくさんあるということが問題になっているわけですね。

それともう一つ、気管内挿管も、アメリカ、イ

ギリス、オーストラリアはできます。ところが日本のところには、それはできません。

そして、今私が質問しました薬剤投与に関しても、何も百種類も二百種類も使えるようにというのはなくて、私もこの間、この土日も三カ所の救急病院と二カ所の消防署に行つて、現場の救急救命士さんと救急医の方の話を聞いてまいりましたけれども、この下線で引いてある、エビネフリンとリドカインとアトロピン、この三つさえ使えればかなり救命率は上がるということを、救急医の方も、救急救命士の方も口をそろえておっしゃっております。

そして、見てもらつたらわかりますように、研修時間というのは、アメリカ、イギリス、オーストラリアに比べても、日本の八百から千時間というのは特に遜色のないものなんです。

大臣、この表を見ていただいて、同じような研修期間で熱心に日本の救急救命士さんも研修を組まれておられて、ところが、表で比較してみると、除細動は日本だけ具体的指示がないとできない、気管内挿管もできない、薬剤投与のエビネフリン、リドカイン、アトロピンというものも認められていない。こういう一覧表を見て、かつ、十一年前に救急救命士法ができたときから、実は、この三点セットは一日も早く実現してくださいというところが十一年前から懸案になつていながら、十一年間放置された状態が続いている。大臣、この表を見ていかが思われますか。

○坂口国務大臣 ですから、今、検討会をつくつていただいて、議論をしていただいているわけでありまして、それとできるだけ早く結論を出していただくということで今おやりのいただいているわけでありまして、そんなに急がないで、もうしばらくお待ちをいただきたいと思います。今進行しているわけでありまして、エビネフリンとかリドカインとかアトロピンとかという薬剤もござい

ますが、しかし、時代も変化をしておりますけれども、これらを見まして、なかなか使い方も

難しい薬だという気も率直に言つてするわけですね。使い方一つ間違えますと大変なことになるなという気もいたしまして、そうしたこともどうするかというようなことを具体的に決めていただかないと次へ話が進展しませんので、そうした問題も御議論をいただきたいというふうに思っている次第でございます。

○山井委員 先ほどの平成十三年の報告書で、既に一年以上も前に、そういう薬剤投与や気管内挿管があれば救命率が上がるという報告が出ていながら、今日まで放置されているんですね。だから、急いでいただきたいと思います。

私が心配しておりますのは、正直言いますと、来年度の概算要求のことも絡んでくると思ひます。ですから、七月上旬の段階で、指示なし除細動だけではなく、今まさに大臣がおっしゃいましたように薬剤投与にしても気管内挿管にしても研修のプラスアルファが当然必要なわけですね、メ

ディカルコントロール体制の充実も必要なわけですから、今回の中間まとめで気管内挿管や薬剤投与に關してもやつていくという方向を出さないということになつてしまふわけですね。

現場の救急救命士さんや救急医の方の話を聞くと、この三点セットができれば、救命率も、心肺停止患者の方に関してはドクターカーにかなり近づくんではないかというのが現場の一致した意見なんです。

改めて大臣にお伺いしたいと思います。今回の中間まとめで、薬剤投与や気管内挿管に關しても、来年度予算にも関係することですから、研修のことにも關して、やつていくという方向でまとめていただきたい。これは私の要望なんです。大臣いかがでしょうか。

○坂口国務大臣 あくまでも中間報告でありますから、結論ではないというふうに思いますけれども、しかし、全体としての方向性はお示しをいただけるものと思っております。

○山井委員 研修を来年からするんでしたら予算

も発生することですので、そこはぜひとも、これは年末までになつてしまつたらまた一年おくれるわけですので、よろしくお願いしたいと思ひます。

そして、まさに大臣がおっしゃいました、薬剤投与や気管内挿管に關しては研修が当然必要であります。そこで、今これも検討会で御議論されていることですので余り口を挟むのもよくないわけですから、やはりこの医療制度改革の中で一つ私聞いておきたいのは、気管内挿管を救急救命士の方にやつていただく、そして三つの薬剤投与もやつていただく、もしそういうことを前提とするならば、研修期間は大体どれくらい必要だというふうにお考えになられますか。そのことについて御答弁をお願いします。

○宮路副大臣 この点、私の方から答弁させていただきます。

今、基本的な方向は大臣の方から御答弁のあつたとおりでありますけれども、御指摘の、実習も含めて研修、教育の問題も重要な検討課題として位置づけられております。その点も専門的な見地から今後御議論をいただく必要があるということでありまして、目下のところ、それを具体的にどういふ期間のものにするか、また今後の検討課題というところで、御指摘の点も十分念頭に置いてこの検討に臨んでいただくよう我々としても努力してまいりたい、このように思っております。

○山井委員 この表には出ておりませんが、今、ワールドカップを共催しております韓国でも救急救命士の方々が活躍しておられまして、韓国でも気管内挿管と薬剤投与はオーケーなわけですね。聞くところによりますと、今回のワールドカップのサッカーで、何か暴動が起つたときのために多くの救急救命士さんが待機をしておられるということなんです。この表には韓国のことは出ておりませんが、そう考へてみたら、日本、韓国と同じように暴動が起つて、そこで出動した救急救命士さん、韓国の場合は気管内挿管や薬剤投与というものができるところが日本

はできない、それで救命率に差が出てくるというふうなことになるか、ねえんです。

そういうことで、一日も早くこういう検討を急いでほしいと思うんですが、そのあたりの日本と韓国の格差。ヨーロッパと日本ではなくて、日本と韓国でも、救急救命士法ができたのは韓国の方が後で、日本は抜かれているわけなんですね。そのあたり、坂口大臣いかがでしょうか、お隣の国ですが。

○坂口国務大臣 韓国は韓国の基準でやりになつておるんだというふうに思いますし、後からやられたところが先進国になることもあるわけでありまして、ひとつよく勉強させていただいて、参考にするところは参考にしたい、そういうふうに思っております。

○山井委員 本当に、これはまさに人の命がかかっている問題でありまして、医療制度改革の究極の目標はいかに人の命を救うかでありまして、残念ながら、最初に言いましたように、心肺停止患者の方の救命率が欧米に比べて半分以下だ、それを、十年前から懸案になっていて、まだ改善できていない。やはりこういうことも私は医療改革の重要な一つのポイントだと思いますので、坂口大臣、どうかよろしくお願い申し上げます。

では次に、高齢者の医療と表裏の関係にあります介護保険のことについてもお伺いしたいと思います。

今までからこの問題取り上げておりますが、高齢者医療の改善には介護基盤の整備や介護保険の見直しが必要だと私は思います。四月の診療報酬の改定の中でも、半年以上の長期入院の社会的入院の方は特定療養費化してできるだけ退院を促すという方向性を出されているわけでありまして、社会的入院を減らしていくということ、まさに高齢者医療をよりよいものにするために重要なことだと思います。しかし、問題は、その受け皿があるか。

前回は老人ホームの数が足りるかということ、を質問させていただきましたが、きょうはその質につ

いてお伺いしたいと思います。

前回、介護職員の方々の労働条件はどう変わったかというのを質問させていただきましたら、介護保険の前後で、この四ページのようデータが厚生労働省さんからいただきました。つまり、非常勤がふえてということですが、これだけではわかりませんので、このことに関して私が聞いておりますのは、介護保険によって非常勤がふえて、そしてまた中堅の方が人件費が高いからといって、そしてまた首を切られていっている、それで現場のケアの質も下がっている施設がふえている、そういう現場の嘆きを聞いております。介護報酬、これから特別養護老人ホームについて議論する中で、やはりこのような介護職員の労働条件がどう変わったかということもきつちりと介護保険の中でチェックしていくべきだと思いますが、そのことについていかがでしょうか。

○田村大臣政務官 先般の先生からの御質問で、たしか私がお答えさせていただいたと思うわけでありまして、前回の調査で、常勤と非常勤の割合、やや非常勤の方がふえてきておるといってお話をさせていただきました。常勤の給与に關してはそれほど変わっていないという話でございまして、けれども、非常勤の給与は把握をしていないということでございます。これは大変申しわけない話でございます。

そこで、この秋にまたまる介護事業経営実態調査、こちらの方、実はサンプル数が以前よりもかなり多くなっております。前回、全事業所の二十分の一というところで、かなり詳しい内容をお聞きいたしております。これで非常勤の職員の皆様方の給与等々も把握させていただいて、どのような状況になっておるか、我々、今後議論の検討の素材にさせていただきたい、このように思っております。

○山井委員 そこは非常に重要な問題でありまして、当然、処遇や労働条件が悪くなるとケアの質も低下していくということは明らかであります。

そこで、坂口大臣、この五ページの概況調査を見ていただきたいと思います。

この表で本当に一目瞭然なんですね。平成十一年の調査ではマイナスイナス・五・六％、特別養護老人ホームは赤字であった。ところが、介護保険に入ってから調査では一三・一％と、大幅に黒字に転換をしているんです。なぜ黒字に転換したのかというところ、この矢印を見たらわかると思います。給与費、人件費を下げている。つまり、非常勤をふやして、給料を減らして黒字に転換をさせていっているわけですね。そんな中で、中堅の職員さんが首になり、あるいは給料の安い未経験な人の数をふやすという中で、質の低下を懸念しております。

ここでお伺いしたいんですが、このような状況になつてくると、当然、人件費を減らして質を低下させた方が利益は上がるという傾向になつてしまふわけですね。それに歯止めをかけるのは厚生労働省さんの仕事であると思います。

本来なら介護保険で悪い施設は選ばれないという状況だったからよかったんですけども、実際、御存じのように待機者が多くて、利用者は選べない。ということは、選べないということは、やはり公が質のチェックなり質の担保をすべきだと思います。人件費の切り下げや非常勤を非常勤にするというふうなことを通じて質が悪化していないか、そういう質のチェック、質の担保はどのようにされていきますか。

〔委員長退席、鴨下委員長代理着席〕

○田村大臣政務官 これはもう先生大変お詳しい話だと思っておりますけれども、介護保険法に基づきまして、それぞれの人員の配置でありますとかまた運営に関する基準というものは、運営基準によつて決まっております。ですから、そういう意味では、質の担保という意味では、最低限の部分は担保をさせていただく。それから、それぞれ都道府県が定期的に指導監査に入っておりますので、その点で不備等々がございすれば、実質

的にはわかつてくる。もちろん、都道府県の指導監査には我が省といたしましても助言等々をさせていただいておまして、質が落ちないようにというふうには思っております。

ただ、先生がおっしゃられましたとおり、言われた数字というものが、多分人件費が減つてその分が利益に上がっているんじゃないかというようにお話であつたと思うわけでありまして、それぞれ施設の努力もあるんだと思います。ある意味では、そういう意味では、人件費切り下げというのが、まあむだな部分というのがあればその部分は切り下げた部分もあると思いますが、実質的にサービスが低下をする形で人件費が切られておることになりますとこれは大変な問題になつてまいりますので、今回、今お話ししました調査等々で、どういうような常勤、非常勤の割合になつておるか、また人件費がどのような形で下がつておるか、こういうことも把握をさせていただきまして検討をさせていただきたい、このように思っております。

○山井委員 ほつておけば、施設にとつて、黒字を出そうとすれば、ある意味で、人件費を削れば簡単なことになつてしまふわけですね。幾ら質が悪くても、門前市をなす待機者の方はいっぱいいらつしやるわけですから。そういう意味では質のチェックをきつちりやらないとなかなか質は、そもそもこれは、質がアップするインセンティブというのはあるんでしょうか。人手をふやして人件費を高くすれば、利益率は減ります、しかし質はアップするわけですから、今回の介護保険制度の中で、特別養護老人ホームのケアの質をアップさせるインセンティブというのが私はないように思っております。

そんな中で、この介護報酬について、マスコミでは、ケアマネやホームヘルプの在宅サービスを上げる、その財源を捻出するために特別養護老人ホームの介護報酬を下げる、そういう方向で厚生労働省は検討しているという記事がすべての新聞に出ております。坂口大臣、この特別養護老人

ホームの介護報酬、下げる方向で検討されているんですか。

○坂口国務大臣 まだその段階には至っていないというふうに思っておりますが、今御議論ありましたように、私も、特別養護老人ホームの収益が上がっているという場合に、それは質を落とさず上に上がっているのか、質を落とすとして上がっているのかというところが大変大事なところだということに思います。質を落とすとして上げているんだから、それは質を上げてもらうように指導するのがやはり厚生労働省の役割だということに思っています。

ですから、何も収益があるからそれを減らすということではなくて、その質を維持する、質を上げることを行いながらどうなるかというところを見ないといけない、それによって最終判断をしないといけないというふうな思っておりますし、事務局の方にもその点をひとつ十分にチェックするように言っているところでございます。

○山井委員 まさに大臣おっしゃるとおりなんです、これ。利益は上がっているいいなではなくて、それで質が落ちていたら、結局は意味がない。

そして、まさに今回の医療制度改革の中でも、社会的入院を減らしていく。しかし、そういう方が退院したら、やはり特別養護老人ホームにとつては非常に重度な入居者になるわけです。その重度な入居者が、これからどんどん特別養護老人ホームに、医療改革の流れの中でふえてくる。しかし、受け皿である特別養護老人ホームは、非常勤をふやして、人件費を減らして、質が低下しているかもしれない。そういうことでは、まさに老年寄りにとつて不幸な改革になってしまうわけです。

そこで坂口大臣、今おっしゃったように、利益が上がつている特別養護老人ホームがどういうケアをしているのか、そこを一回調べないと、利益が上がつているから介護報酬を下げるべきだというふうにならないと思うんですね。そのような分

析、検討は出されているんですか。そのような分析、検討なく、利益率が上がっているから報酬下げようでは、今まさに大臣がおっしゃったように、人件費を下げてケアの質を悪化させているということも考えられるわけですが、そういう検討、分析をなさっているんでしょうか、厚生労働省では。

○坂口国務大臣 やつてもおりますし、しかし、これからもやらなければならぬ。その点は、現場の状況というものをよく把握をしてやらないといけないというふうな思っております。

○山井委員 まさにそこなんです、まあ水面下でという調査はやっていられると思うんですが、いつの時点かで、利益を出している特別養護老人ホーム、そして赤字の特別養護老人ホームの、その理由、ケアの質、そういうものを含めた検討結果というものをオープンにしたい。そうしない、この特別養護老人ホームが、人件費を下げるほど、ケアの質を下げるほど、かるといふような構図に今なっているんです。

坂口大臣、これは非常に重要な点だと思うんですけども、そのような特別養護老人ホームの、利益率はもう今回調査でわかりました、ケアの質に対する調査結果というのは、それこそ介護報酬の議論の前に調査していただいで公表していただくということ、お願いできますでしょうか。

○坂口国務大臣 それを公表するかどうかというよりも、よい介護とはどういう介護をいうかという、そのやはり基準と申しますか、よい介護の定義と申しますか、そこをはっきりさせないといけないというふうな思っております。

これは、何がいかということは、言いますけれどもなかなか私は具体的には難しいことだというふうに思いますけれども、しかし、そこをはっきりさせて、そして現場がどうかということを見ないと見方を誤ってしまう。そういうふうな思っています。

○山井委員 ぜひとも、ケアの質の検討を行っ

て、やはりそれは私は公表していただきたいと思えます。そうしないと、万一介護報酬が下げられたときに現場の方々も納得されません。

そこで、宮路副大臣にお伺いしたいんですが、先日の榊屋議員の質問によって、ユニット型の新型特別養護老人ホームを視察されたというふうにお聞きしたんですけれども、どこの施設に行かれて、感想は。そして、そこは人手は何対何。つまり入居者と介護職員の割合、何対何ぐらいでやられている、利益は出ているのか。そのようなことについてお聞かせ願いたいんですが、いかがですか。

○宮路副大臣 私は、千葉県にあります風の村という特別養護老人ホームへお邪魔してきましたんですが、感じましたことは、一つは、人の配置がかなり一般よりは手厚いということを感じました。ただし、具体的な数字は今のところ私ちょっと手元に持っておりませんが、一般よりもやや高目であるということですね。

その背景としてありますことは、これは生協がやっているホームであります、したがって、最近NPOの活躍ということがこうした分野でも非常に高く評価され、また、その動きが非常に活発化しつつあるわけでありまして、生協が支えておりますがゆえに、ボラバイト、アルバイトとボランティアの折衷のタイプといった方がいいかと思いますが、そういう方々が非常にこの施設の運営にタッチしていただいているということ、そういう面から、いわゆる人件費がそれほど高くないことに貢献しつつ、人は手厚い配置が可能になっているというように、一つの特徴であるということを見てまいりました。

それからもう一つは、大変広いオープンスペースでありますので、自然を非常に生かして、緑がふんだんに園内に整備をされておる。かつまた、内装が、木材をフルに活用してありまして、例えば壁なども、普通はかたいコンクリート等で壁ができ上がったおるものが、おがくずを用いて、あるいは板を、木を用いて、内装にふんだんにそう

いう木材が使われておって、そのことが非常に雰囲気と和らげ、お年寄りの気持ちを和らげるといいます。そういう環境をつくっているというふうなところ。

それから、ユニットケアでありましたから、これまで私が見たことのない、見てまいりましたものからすると非常に行き届いておる。そして、入っておられる方でピアノを弾いておられる方があったり、あるいは、昔とったきねづかでありましたが、壁に張りついたりするものなどをミシンを踏んで自分でつくっておられる。そういうふうなことで、大変びっくりいたし、感銘を覚えてまいりました。

○山井委員 本当にあそこはすばらしい施設だと思います。私も先日、訪問で勉強に行かせていただきました。

そこで、私が現場の方から聞いたのは、二対一の職員配置をしている。今の介護保険では三対一が標準になっているわけですが、二対一と上乗せしているというわけですね。要望で聞いたのは、ユニットケアをしていくには三対一では無理だ、やはり二対一ぐらいが必要だということ、あそこは経営はとんとんです、だから、もうからないわけですね、それだけ人手を厚くして。これで介護報酬を下げたら、まさに厚生労働省さんが今推奨されているユニットケアを人手を厚くして頑張ろうとしているというところが、経営が苦しくなる。それで、手を抜いているところは介護報酬を下げて、それほど痛くないかもしれない。

そこで、坂口大臣にお伺いしたいんですが、私は、人手を厚くして例えばユニットケアをやっているところも、人手を四対一ぐらいで少なくしてケアの質の向上に努めているところも、一律介護報酬を下げるというのでは、これだったら悪貨が良貨を駆逐することになるのではないかと思うんです。そこで提案なんですけれども、例えば二対一の基準の人手を満たしたらこれだけの介護報酬、二・五対一だったらこれだけと。つまり、人手を厚くしてケアの質をよくしようと思ったとこ

ろには、やはりプラスアルファする。ケアの質を評価するインセンティブをこの特別養護老人ホームの介護報酬の改定に入れるべきだと思うんです。そうしなければ、人手を減らした施設の方がもうかるということでは悪貨が良貨を駆逐することになると思います。

坂口大臣、このような新型特養を要はこれからふやしていくとおっしゃっておられるわけですね、ユニットケアのところが、そういうところは人手が十分配置できなくてうまくいくとしますよというのでは、やっていることに矛盾があると思うんですが、このような人員配置基準によって介護報酬を変えていくべきではないか、この考え方に對して、坂口大臣、いかがでしょうか。

○坂口国務大臣、いい介護をしていただくところにインセンティブを働くようにしていくということについては、いろいろの方法もあるんだろうというふうに思います。委員が今御指摘になったようなことも一つのあるいは方法なのかもしませんが、他の方法もあるというふうに思います。その辺、やはりいい介護をしていただくようにしなければいけないわけでありまして、そのための制度というものをどうつくり上げていくか、ひとつ真剣に検討させていただきたいと思っています。

〔鴨下委員長代理退席、委員長着席〕

○山井委員、まさにそこなんです。今の制度のままでは、繰り返しになりますけれども、人手を少なくして人件費を安くした方が利益率が上がるんですよ。やはり、そうじゃなくて、頑張ったところにも、少なくとも損はない形にするよという制度改正にしたいと思っています。

そのケアの質をはかる一つのポイントが、私、この六ページ目の身体拘束だと思っています。

これは、二年前、介護保険が導入される時に、まさに厚生労働省さんの英断で、身体拘束ゼロ作戦というのを打ち出されました。つまり、ベッドにひもで縛ったり、自分で脱げないような寝巻きを着せたり、部屋に閉じ込めたり、さくをつけたり、あるいは車いすにべ

ルトやひもでむやみに固定したり、そういうことというのは、お年寄りの痴呆を悪化させ、身体能力を低下させ、生きる意欲を減退させ、寝たきりで死期を早める最もよくないことだ、そういうことを多用している施設は介護保険の認定を取り消しますよということで、身体拘束ゼロ作戦を始められたわけですね。

しかし、特養ホームを良くする市民の会の本間郁子さんが中心になってやられたこの調査によりますと、ゼロ作戦が始まっているにもかかわらず、八二%の施設が、身体拘束をしていると答えているわけですね。

私も現場を回ってまいりましたが、例えば、先日行った老人ホームでは、夜間百回もナースコールが鳴っている。三人からナースコールが鳴ったらもうてんでこ舞いになってしまう、二人で走り回っているわけですから。

あるいは、先日、私は鳩山代表とある特別養護老人ホームへ行きました。厚生労働省の方も一緒に来られました。廊下を歩いていると部屋の中が丸見え、カーテンもありません。そして、その四人部屋のカーテンもないところのベッドサイドで、ポータブルトイレにおばあさんが座って用を足しておられるわけですね。人前でですよ。廊下から見るところで。

あるいは、漏れてしまった。それで、昼御飯どきなのでおむつを早くかえてください、ちよっと漏らしてしまっただけですけれども言ったら、いや、今は昼食どきで忙しいから御飯終わるまでおむつ交換待ってと。そして、おばあさんは、こんなぐちゃぐちゃのおむつで昼御飯食べたくないと泣きそうな顔をされている。

もちろんこれは個々の施設の問題かもしれませんが、この例に象徴されるように、現場というのは職員さんの数が少なく大変なんですね。そういう現状で、身体拘束ゼロ作戦も、二年前にスタートしながらほとんど進んでいない中で、介護報酬を一律に下げていくというのは、私はだめだと思っています。

そのあたり、身体拘束ゼロ作戦とかこういうものに対する決意を、一言、やはりこれからも進めていくんだということ、坂口大臣のお言葉をお聞かせ願いたいと思います。

○坂口国務大臣、決意は変わっておりませんし、これからもできる限り拘束がないようにしていきたいかなければならないというふうに思っております。

しかし、これは、言うのは簡単ですが、それなりのやはり人の配置も必要でありますし、それから、中の施設そのものも、それにたえ得る施設に少ししないとダメなところですね。拘束しなかったけれどもベッドの上から転がり落ちて大股骨折をしたとか、そうしたことは間々あることでありますので、そうしたことがあつてはさらにまた寝たきりにしてしまう可能性もあるわけでありまして。

したがって、ただ拘束をしないというだけではなくて、拘束をしないようにできる、それにたえ得る体制、環境というものをつくり上げていかないとダメなところ。そこをどうしていくかということ、いろいろ現場の知恵もあつて、現場も大変御苦労をいただいているというふうに思います。面もあるけれども私は事実だと思っております。その点もよく考えていかないとダメなところだと思います。

○山井委員、老人介護や医療の現場で、痴呆症のお年寄りがベッドにひもで縛られている姿を私も十年以上前に見まして、それが私の政治を志す原点にもなっています。やはり、このあたりのところ、昨年の予算でも三千万円という広報費ぐらしか身体拘束ゼロ作戦についていっていませんので、まさに今大臣おっしゃってくださったように、人員配置もやはり考えねばならない。ということ、そういう拘束をしないために人手を厚くしている施設には報酬はちよっと多くしますよとかというインセンティブが必要だと思っています。そこで、次の質問に入りますが、問題はこの介護報酬ですね。

私も介護報酬分科会の傍聴に行かせてもらっていますが、先日、この介護報酬に関して、トータルはどうするんだという議論が出ました。その中で、分科会の会長さんは、まあ、下げるものもあれば上げるものもあるので、そのような気持ちでやってほしいということを発表されたんですけど、でも、この介護報酬総枠、診療報酬の話に近いんですけど、これはトータル、プラス・マイナス・ゼロとか、そういうことは厚生労働省さんとしては決めておられるんですか。いかがですか、坂口大臣。

○坂口国務大臣、まだ、介護報酬の問題は議論を始めたところでございますから、これからでございます。

介護報酬をどうするかというのは、これまでこれだけ社会に与える影響も非常に大きいわけでありまして、むだなところは節約をしていただかなければなりませんし、そしてまた必要などころはつけなければなりませんし、その辺を、それが総トータルとしてどうなるかということだろうというふうには思っております。

今、議論を始めたばかりでございますので、もうしばらくお待ちいただきたいと思っています。

○山井委員、まだ報酬は決まっていなくて理解しましたが、私が申し上げたいのは、最初に総枠ありきの議論をしてしまいますと、九月から十二月に個々のケアマネジャーさんやホームヘルプや特別養護老人ホームの介護報酬の議論をするときに、ケアマネジャーとホームヘルプを上げる、その財源を出すためには特別養護老人ホームの介護報酬を八%下げないとかだめだとか、在宅サービスの介護報酬を上げる財源を捻出するためには同じぐらいの介護保険施設の財源を削らねばならないとか、そんなばかな議論になったらだめだと思っております。

まさに今大臣おっしゃったように、個々のサービスに対して、もうかり過ぎていいる部分があつたら減らす、でも必要な部分は厚くする。頑張っている特別養護老人ホームには厚くする、ケアの質

に関心がなくて人手を減らしてもうけているところには減らす、やはりそういうことをきっちりやっつけていかないと。秋の介護報酬の個々の議論のときに、少なくとも、在宅サービスの介護報酬を上げるから、その分は無理やり介護保険施設の介護報酬を下げる、そういう考え方をしてはほしくないと思うんですね。

そのことについて、坂口大臣、改めて答弁をお願いしたいと思います。

○坂口国務大臣 ですから、トータルで今議論をしなければならぬというふうに思っておりますが、まあ、上げなきゃならないところは上げるといいますが、見直さなければならぬところはこれは見直していかないといいませんので、そうしたところも考えていく。例えば、委員がよく言われておりますように、ケアハウスのあれは夜勤でしたか……（山井委員「グループホームの夜勤です」と呼ぶ）そうした問題もございまして、見直すべきところは見直さないといいないというふうに思っておりますが、しかし、節減をしていただかなければならぬところは節減をお願いをしなければならぬというふうに思っております。

だから、先ほど申しましたように、それがトータルとしてどうなるかということ、これはまだ結論を出しておりませんし、まだ明確ではありませんので、若干全体としての額はふえるのかどうかというふうなこともこれからでございますので、もう少しお待ちいただきたいと思っております。

○山井委員 この二年を振り返ってみますと、老人ホームの現場の方は、介護保険が入って経営が大変になったということで、経営コンサルタントの人に頼んだりして、必死に、黒を出すために人件費を削減してきたんですね。それで、概況調査を見たら、一三％も全国平均でもうけられていた。しまった、ケアの質を切り下げてもうけ過ぎちゃった、やはりこのもうかかった部分はケアの質に転換しないとだめだと、特別養護老人ホームの経営者の方々が今思い始めたところなんです。そこを切ってしまうと、本当にケアの質に対するイ

ンセンティブがわかないと思っておりますので、どうかよろしく願います。

最後になりますが、小泉首相の発言に見られるように、この健保法の審議、本当に人の命がかかっている問題ですので、やはりしっかりと、慎重に、時間をかけて審議をしていただきたいと思っております。どうも本日はありがとうございます。

○森委員長 次に、金田誠一君。

○金田誠一 委員 おはようございます。民主党の金田誠一でございます。医療保険制度の構造改革について、引き続き質問をさせていただきます。きょうの第一点目は、社会保険の中の税の役割についてでございます。

前回の質問では、時間切れで中途半端になってしまいました。また、必ずしも質問の趣旨に沿った答弁をいただけなかったな、こう思っております。前回に引き続き質問をいたしますが、私の考え方を否定するにしても肯定するにしても、厚生労働省の考え方をぜひ明確にお答えいただきたい、このことをまず御要望申し上げたいと思っております。

世界的に見ても、高齢者医療を独立方式で行っている例はアメリカのメディケアのみであり、その財源は社会保障税でございます。日医がメディケアをモデルにしているとは考えにくいわけでございますが、税による独立方式は、結果としてメディケア並みになる危険性が高いと思っております。

その理由は、第一に、これがエージズムであること、第二に、我が国財政が破綻状態にあること、以上二点でございます。

財源は消費税の引き上げをもって充てるということ、これを主張されている政党もあるようでございます。しかし、高齢者医療のために消費税の引き上げが本当に可能なのか、仮に引き上げたとしてもどの水準になるのか、財政再建の方が優先されるのではないかと。現実的に考えれば、このように、税による独立方式はメディケア並みの貧弱なものになる可能性が高い、こう思いますが、これにつ

いて政府参考人のお考えをお聞かせいただきたいと思っております。

○大塚政府参考人 税を中心とした財源を中心としたいわゆる独立方式という方式が提案されている一つのパターンでございますけれども、恐らく、具体的にどのようにならなければならないのか、いろいろあるのだらうと思っております。したがって、その仕組み方にもよるとは思いますけれども、基本的に、給付とその財源が見合いませんと医療の確保というのができないわけでございます。その財源が、必要な給付に見合う財源をどう確保するかということに尽きるのだらうと思っております。

それで、税という場合には、一般的に申し上げますと、税と給付というのは直接的な関係が保険料に比べると少し遠くなるわけでございますから、一方では、給付の引き上げの圧力の方が強まるという議論がございまして。裏を返しますと、もし必要と給付というのが特定できる、あるいは判断できるなとすれば、それに見合う財源が確保にあるいは弾力的に確保できないからではないということになるわけでございますから、税を中心とする医療の確保制度というものを考える場合には、その財源の確保を確実にかつ弾力的に行えるかということがポイントになるかと思っております。あるいは、それを含めて国民的な合意を得られませんかという逆給付面での制約ということが起こり得るという意味では、その辺を含めた議論が必要だというのが私どもの考え方でございます。

○金田誠一 委員 かなり間接的な言い回しでございますけれども、基本的には私の主張を理解いただいているのかなというふうに受けとめさせていただきます。

前回の質問と今回の質問を通して、社会保険の中における税の役割をどう考えるかについての結論は、以下に述べる三項目が明らかになったと思っております。

第一は、高齢者医療制度を税を中心とした独立方式で設計することはエージズムそのものである

り、アメリカのメディケア並みになる危険性をはらんでおり、採用すべきではないということが第一点でございます。

まずこの点、大臣、いかがでしょう。

○坂口国務大臣 委員から、きょうで三回でございます。まあ、エージズムを中心とした独立方式をお考えを聞かせていただきました。大変建設的な御意見だというふうに拝聴しているところでございます。確かに、社会保険というものを中心とした制度をつくっていくことでは私も賛成でございます。まして、御主張をよく理解することができ得ます。

ただ、若干私が委員と異なっているのかなというふうに思いますのは、私は税の部分も排除してはいないわけでありまして、そこは、人口構成というものがいついかなる型になつていくなれば委員の御指摘でいいのではないかとこのように思いますが、現在のようになりつつある型になつてきている、だんだん高齢者の方が多くなつてきているという人口構成の中で、委員の御指摘だけであつていくかな、その上の方で大変広がった高齢者の部分については若干税を導入していかなければならぬのではないかとこのように思っております。

委員の方からは前回も、その部分のところは、年金との絡みで、年金のあり方を考えて、そして高齢者にも応分の保険料としての負担をしてもらうようにするのが筋だという御意見がございまして、これも私は一つの考え方だというふうに思っているわけでございます。

ただ、そういうふうな年金ですといたしますと、そうすると今度は年金に対する国庫負担というのをどうするかというまた話になつてくるわけでございますので、その辺が順送りになつてくるものですから、その辺のところのけじめをつけて、社会保障全体で考えていくという考え方も大変大事で賛成でございますが、その辺も考えながら、トータルで考えていかないといいない。だから、そういう面からいいますと、医療保険は医療

保険として、若干の税の支援というのも許されるのではないかと私は思っております。

そこが委員と私は少し違うのかなというふうに思いながら、しかし、貴重な御意見だと思つて聞かせていただいているところでございます。

○金田(誠)委員 私は今主張しましたことは、高齢者医療制度を税を中心とした独立方式で設計することは採用すべきでないという点でございます。税を全く入れるなというところは申し上げておられないわけでございまして、我が国社会保険制度が、税を一定程度組み入れた非常に特異な形であるということとはよく認識をいたしております。しかし、その税にこれからは頼れる時代ではなくなつたという前提で、進むべき方向を申し上げているということで御理解いただければと思います。

この独立方式についての明確なお答えはいただけなかつたと思ひますけれども、次の質問に入ります。

結論の第二でございますが、我が国の財政状況を考えれば、今後は、好むと好まざるにかかわらず、従来のように安易に税に頼ることは不可能ということでございます。もちろん、前回指摘したように、自己負担も引き上げるべきではないというのが私の立場でございます。

したがって、医療保険財政の三要素である、保険料、税、自己負担の負担割合については、これから新しい制度に移行するに際して、私どもは突き抜け方式、これ以外にないと主張しているわけでございますが、新しい制度への移行に際しては現状の負担割合で移行する、将来的には保険料のウェイトが高まらざるを得ない、こう考えております。

この点、大臣、共通認識になりませんかでしょうか。

○坂口国務大臣 これから将来の制度を考えていきますときに、前回も申し上げましたが、突き抜け方式にしますとか独立方式にしますとかその他の方式にしますとかそうしたことも、まず財

源的にどうなのかということを決めることが大事だと私申し上げたと思うんですが、税と保険料と自己負担ということになりました場合に、保険料というのはやはり使用目的がはっきりしていますから、その面では皆さん方も御負担をしていただきやすいと私も思っております。

ただ、そこには、それはそれでまたいろいろ反対もあったりすることもございますけれども、そういう意味では、やはり保険料というものが中心で行くべきだということでは、私も賛成でございます。

○金田(誠)委員 おおむね共通認識に立てたなと思つたわけでございます。ところが、大臣、今回の提案されている法案は、大臣のおっしゃるようにはなつておらないというところでございます。

保険局からいただいた資料でございますけれども、平成十四年、現行の保険料による負担分、五・三％でございます。新制度になつて、平成十九年度、推計でございますが、保険料は五・三％。保険料は五・三から五・三・〇に減るとい

うのが今回の法改正でございます。そして、公費負担。現行二七・〇から、十九年度二九・四。二七・〇から二九・四に国費負担がふえる。患者負担も一六・七から一七・七にふえるというのが今回の法改正です。

言っていることとやっていると違うから、答弁整理せよとは申しません。これが今の法改正による負担の変化です。私は不可能だと思ひます、公費の負担割合がふえてくるというのは、恐らくこれから予算査定、シーリングが決まる、そこで圧縮される。最終、年末の査定で決まる、また圧縮されるのではないのでしょうか。必要な公費負担がそこで確保されるということは担保できませんか。できなければ、また帳じり合わせをせざるを得ない、今回のように、そうなる仕組みです。

あえて答弁は求めませんが、矛盾に満ちた提案を今されているということ強く指摘して、次の質問に入ります。

結論の第三でございますが、私は、税の役割が、税の割合が相対的に低下せざるを得ないというものが客観的な状況だと思ひます。しかし推計では、税が高まるという推計、これは間違つていないと思ひますけれども、状況としては、税の割合が相対的に低下せざるを得ない状況下で、税を投入する根拠を明確にする必要がある、こう考えております。

例えば、突き抜け方式とリスク構造調整、私どもが主張している新しい形に踏み切った場合に、税の果たす役割としては、一つは高齢者、失業者の事業主負担分、二つは自営業者の保険となる国保の事業主負担分、三つ目は特定の低所得者に対する保険料あるいは自己負担の軽減分などが考えられる、こう思っておりますが、いずれにせよ、税を投入する根拠は、これとこれに着目して、こ

ういう根拠でこの分は税だということを、私は今すぐやれとは言ひませんが、今後の流れの中で絞り込んでいって明確にしていく。そういう形をとるべきだと思ひますが、いかがでしょうか。

○坂口国務大臣 先ほど少し議論をさせていただきました中で、私の方から、若干委員との意見が違ふのかなというの、税の部分を導入すること、税を私は許容しているということを申しました。委員の方もそこは排除はしていない、こういうお話でございますが、そこが若干、税に頼る度合いというものの、考え方というのが委員と私とは少し違ふのかなという気がいたします。

そこは、これだけ急速に高齢化が進みますと、保険を中心しながら、しかし、高齢者の部分についてはある程度税でお願いをする以外にないというふうに思っております。

保険は、一番中心は、何と申ししましても、リスクをどう分散していくか。それには年齢的なリスクの分散もあると思ひますし、同世代の分散もあるというふうに思ひますが、しかし、人口構成が非常に極端になりましたときにはそのリスクの分散の範囲を若干超えてくる、そこにつきましてはやはり税の導入というの、やむを得ないと私は考

えております。その辺のところ、少し委員とのお話の違ひかというふうに思ひます。

税を導入するときにはそれなりの理由が要る、それは御指摘のとおりだと思ひますし、そこは私たちが、こういう理由で税を導入するということが明確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。

○金田(誠)委員 どうもうまく私の主張が受けとめられていないのかなと、ちょっと歯がゆさ、もどかしさを感じながらおります。

私は、新しい制度には、現状の税、保険料、自己負担を、現状の負担割合で移行せざるを得ないということを申し上げております。税を否定しているなどというところは全くございません。しかし、今後の財政事情等を考えれば保険料にウェイトを置いて形で制度設計をせざるを得ないということも申し上げておるわけでして、その辺ちょっとどかしさを感じながら、しかし、税投入の根拠は明確にするべきである、この点については合意をいただいた、こう受けとめさせていただきます。

この項目、前回からの引き続き分はこれで終了させていただきます。今まで、実はきょうで四回目になるわけなんですけれども、それらを全部まとめてもう一回、私、レビューしてみたい。おさらいをしながら、大臣に、端的にどうおられます。ちょっと長い総括といひますか、今まで言ったことをなるべく短くまとめてダイジェストにいたしますので、ちょっと聞いていただければと思ひます。

これまでの質問を通して、七つの柱を立てて具体的な提案をしながら質問を展開してまいりました。それは、第一は、いわゆる突き抜け方式、継続加入方式の採用でございます。第二は、保険者のリスク構造調整の導入。第三は、マネージドコンペティションの導入。第四は、保険者の再編成と民営化。第五は、患者の自己負担のあり方。

第六は、その中でもとりわけ高齢者の患者自己負担のあり方。

第六は、その中でもとりわけ高齢者の患者自己負担のあり方。

第六は、その中でもとりわけ高齢者の患者自己負担のあり方。

担のあり方。そして第七は、今質問が終わりまし
た社会保険の中の税の役割ということで、七項目
の柱を立てて質問してまいりました。

そして、これらの項目を貫く制度設計は社会保
険方式を中心とすること、理念としてはエージズ
ムの排除を貫くことを主張してまいりました。し
かし、まともにかみ合う答弁が必ずしもされな
かったなという思いで、その点は残念でございま
す。

多少角度を変えながらも一回おさらいをしま
すと、今日、医療保険制度の抜本改革が叫ばれて
いるのは、今日の制度はサステナブルではない
、持続可能な制度ではないということございま
す。

それでは、なぜ持続可能でないのか。その最大
の理由は、高騰を続ける老人医療費とそれを賄う
ための老人保健拠出金にあります。老人医療費の
高騰と老人保健拠出金、この二つの原因により、
現行制度は持続可能性を失い、破綻の危機に瀕し
ております。

そこで、まず一つ目の問題、なぜ老人医療費は
高騰を続けるのか。

高齢者の増加ということをして考えれば、
最大の理由は、高齢者の医療費を適正にコント
ロールしようとする主体が存在しない。具体的
には、老人保健制度には保険者が不在であるとい
うことでございます。

したがって、老人医療費の高騰に対処するため
には、保険者を明確にして、保険者機能を発揮さ
せなければならぬ。このことは、老人医療費の
みならず、医療費全般についても同じことが言え
るわけでございます。

次に、二つ目の問題、なぜ老人保健拠出金制度
が設けられたのか。

この原因は、被用者保険をリタイアした高齢者
は原則として国保の被保険者とされるという現行
制度の欠陥にあります。

高齢者が国保に集中するという制度のもとで
は、国保は必然的に破綻することになります。そ

こで、それを回避するための財政調整の制度とし
て、拠出金方式による老人保健制度が創設され
たわけでございます。しかし、高齢者が国保に集
中する仕組みそれ自体を放置した老人保健制度
は、びぼう策にすぎません。高齢化の進展とも
に持続可能性を喪失したのは、当然のことござ
います。

そもそも、高齢者を国保という特定の保険集団
に集中させること自体が、再三指摘しているエー
ジズムでございます。そして、そのびぼう策とし
て導入された老人保健制度もまた、エージズムの
中の発想にすぎません。本来の解決策は、高齢者
を国保に集中させるというエージズムを脱するこ
とを抜きにしてはあり得ないと私は考えます。

さて、以上のように現状を分析すれば、解決策
はおのずから明らかになります。

それは、第一に、高齢者が国保に集中する現行
制度の構造改革でございます。それは、いわゆる
突き抜け方式、継続加入方式の採用以外にはあり
得ません。高齢者のみを対象とした、税を中心に
賄ういわゆる独立方式は、国保の欠陥を新たな制
度の欠陥に移しかえるものにすぎません。

第二に、分立した保険者間において、被保険者
の負担の公平と、保険者間の競争条件の公正を期
するために、リスク構造調整が必要となります。

これは、社会保険方式を採用する場合の常識で
あって、社会保険方式をとるすべての国において
何らかの形で導入されております。

第三に、老人医療費のみならず、医療費全般の
高騰に対し、その適正化を期するためには、社会
保険という管理された枠内における競争原理の導
入、すなわちマネージドコンペティションの仕組
みが必要となります。

第四としては、以上一から三までを担う保険者
機能を確立するには、保険者の数を十分の程度
に再編成し、さらに、すべての保険者の組合健保
化を中心とした民営化が不可欠となります。

第五としては、患者自己負担のあり方について
は、患者と医療提供側の双方にとってモラルハ

ザードを防止するレベルで十分であると考えま
す。具体的には、ドイツ並みの、総医療費の六%
程度のレベルが考えられます。

第六に、とりわけ高齢者の自己負担のあり方に
ついては、エージズムを排除するという観点か
ら、現役世代も同一の負担割合とし、それはドイ
ツ並みのレベルが限界だと私は考えます。そし
て、その負担を求める条件としては、最低保障年
金の制度化がセットされるべきだと考えます。

最後の第七は、社会保険の中の税の役割につ
いて、高齢者医療を税を中心とした独立方式で設
計することは、エージズムそのものであり、採用す
べきではありません。また、新制度への移行に当
たっては、保険料、税、自己負担の負担割合は、
現状の負担割合で移行し、将来的には保険料の割
合が高まらざるを得ないと考えます。

以上が、過去三回と今回、計四回の質問によ
って私が主張してきた医療保険制度の構造改革の
内容でございます。私も民主党、党としてもほ
ぼ同様の内容を提案しているところでございます。
これに対して、大臣、どうお考えになりますで
しょうか。これが私の考えですが、否定されて
も肯定されても構いませんが、ここはどうだ、こ
の部分は問題だ、この部分はそれとおりだとい
うことで、ぜひ端的にお答えをいただきたいと思
います。

○坂口国務大臣 大演説をしていただきましたの
で、すべてが私の頭の中に入っているわけではご
ざいません。

しかし、過去三回、四回でございましたし
うか、エージズムを中心とした議論を展開し
ていたのだいて、最初にも申しましたとおり、
大変建設的な御意見であったというふうに拝聴
いたしております。その具体的な内容の中身に
ついては、御指摘のとおりだというふうに思
う点と、そして、いやしかし、そうは言うけれ
どももうまくいくかなというふうに思う点と、率直
に言うて双方入り乱れていると申しますか、そこ
はひとつお許しをいただきたいというふうに思

おります。

しかし、その中で、保険料を中心にしていく
という考えは、私もそうせざるを得ないのでは
ないかというふうに思っております。ただ、若干
、高齢者医療の、非常にいびつになりました人
口構成のところを、委員が考えておみえにな
ります。私も私の方が税に依存するという度合
いが大きいかなというふうに思いながら、聞か
せていただいたところでございます。

いずれにいたしましても、これから先の新しい
方針を決定してそちらに移行いたしますときに
に、現在の税、保険料、そして自己負担という
ものをそのままにして移行をスタートするとい
う考えは大変貴重な御意見で、私もそうなる
だろうというふうに思っております。

委員は、その後、保険料がさらにふえていく
べきだというふうにお考えのようでございます。
そこは、お若い皆さん方と高齢者の皆さん方
との問題を考えましたときに、保険料をふや
していくということになりますと、委員のお考
えは高齢者にも保険料を負担してもらおうとい
うことですから高齢者も出しているわけですが
、しかし、それにはいたしません、お若い皆
さん方に負担をしていただくかなければなら
ない保険料がふえることも事実でございます。

そこをどうふやしていくということになり
ますと、例えば西ドイツ並みの一五%とか一
六%というふうな日本の保険料をふやしてい
くことになりましたと、全体の国民負担率が
かなり上がっていくことになりましたが、その
ことに合意が果たして得られるかどうかとい
う心配も率直に言っております。そういう意味
で、委員がおっしゃるほど私の頭の中は割り
切れておりませんが、おっしゃる趣旨は十分
にわかっておりますし、それも一つの選択肢
かなというふうには、率直に言っております。

それから、いろいろなことを御指摘いた
しましたので全部はわかりませんが、例えば
マネージ

ドコンペティションを導入するというお話でございますか、あるいはまた保険者数を十分の一ぐらいいく再編していくべきだという御意見につきましては、一つの目標値として、競争はもうもっている体制にし、そして保険者のあり方というものは、今までのような形ではなくて、これからはもつと保険者の機能というものを高めていかなければならないのもそのとおりというふうに思いますが、それから、十分の一ぐらいいく再編をするというお考えも大変貴重な御意見だというふうに私は思っています次第でございます。

そのほか、モラルハザードのお話もございましたし、これも大変参考になるといふふうに思っておりますが、最後に委員もまとめて言っていたいただきましたので私もまとめて申し上げなければならぬというふうに思いますが、全体として委員のお考えになつていふことが私に思っていることは、若干、委員のお考えになつていふことを少し修正をした形ぐらいなところを私は考えているという気がいたします。

そのぐらいいくお許しただけですか。

○金田誠委員 結構です。
最後のまとめで納得すべきなのかなと思つてお聞きをしておりましたが、ところで大臣、今回のこの国会は、健保法の改正は、そういう議論をする場であつたわけでございます。差し当たつて二、三年どうするかという議論をする場ではなかったはずだ。それが、大臣のお考えというものが法案という形では出てきておらない。すべて附則で先送りということは、甚だ遺憾でございます。

今は、大臣のおっしゃるところと私の申し上げたところと一〇〇%同じにしろとは申し上げませんけれども、そういう構造改革、抜本改革の議論をするべき場であつたはずだ。そうでないこの法案については、この際撤回をしていただくか、あるいは廃案という処理をした上で、新たにお考えをいただきたいということを強く申し上げるところでございます。

次に、健康増進法の方に入らせていただきます。まず、本法案を提出するこの体制についてでございます。

今日、我が国における国民の健康状態は極めて深刻な状態にあると考えます。周囲を見渡しただけでも、大半の人は、日常的に疲れている。生活は不規則なものとなつていて、適度な運動が必要とわかつていてもなかなか実行に踏み切れない。日常的に何らかの薬を常用している、病氣という状況ではなくても体力の衰へは著しい、心の病も増加している、こういう状況にあります。こうした状況は決して私の周囲だけに限られたものではないと思ひます。WHOの推定による健康寿命は我が国は世界一とされておりますが、こうした状況が続けば急激に悪化するのではないかと憂慮されます。現状をこのように認識すれば、国民の健康増進は緊急かつ重大な課題であります。

にもかかわらず、今回提出されている法案は、事の重大性を全く理解していない小手先の法案であり、あつてもなくてもいいような法案であると言わざるを得ません。事の重大性を理解すれば、健康増進法を所管する省庁の体制は、旧厚生省とともに文部科学省の役割は重大であり、加えて旧労働省、環境省、農林水産省など、各省庁が連携して総力を挙げなければなりません。

ここで政府参考人に質問することになつておりましたが、時間の関係で割愛をさせていただいて、大臣、本来、こういう省庁横断的な体制を整備すべきと私は考えますが、いかがでしょうか。

例えば第七條「基本方針」という条項がありますが、ここでは基本方針は厚生労働大臣が定めるとなつておりますけれども、そうではなくて内閣が定めるべきものではないか、そのぐらいいくのものではないかと思ひますが、いかがでしょうか。

○坂口国務大臣 この健康増進という問題が、厚生労働省の中だけに限るものではなくて各省にまたがる問題であるということは、もうこれは御指摘のとおりというふうに私も思つております。し

かし、どこがそれを束ねるかという話になるんだらうというふうに思つておりましたが、厚生労働省でそれを束ねることにしていくわけでございますが、本来なら総理のところ束ねてもらうというの、一つの方法は方法だと思ひます。しかし、そうなりますと、そこにさまざまな問題がまた各省庁から出てくるということもありまして、これはクリアカットになりにくいという側面も率直に言つてあるわけでございます。

さまざまな問題に今直面をいたしておりますが、総理のところでもまとめてもらうということになりますと、各省庁からのいろいろの意見があるものですから、クリアカットになりにくいということも、率直にそう思つておりましたが、そうした意味では、厚生労働省がまとめるというふうにいたしましたけれども、それは厚生労働省の中で自分たちの考え方だけでまとめるのではなくて、省庁横断的にさまざまな意見を十分に取り入れた形でまとめ得るかどうかという、この厚生労働省の能力にかかわる問題ではないかというふうに私は思つております。

○金田誠委員 どこが取りまとめるかということとで、大臣のおっしゃるようなまとめ役を厚生労働省がやるというのであれば、私はそれなりに理解をいたします。しかし、今回の法案を見ますと、そういう仕組みにさへなつておらない。厚生労働省の中の一局だけの仕事に健康増進というもの矮小化しよう、こういう法律ではないでしょうか。そこを指摘しているところでござい

ます。
基本計画、基本方針にしても、そういう観点からすれば、どこが束ねるかは別にして、厚生労働大臣が決めるというふうなレベルの話ではなくて、まず大気汚染から何からの環境問題、あるいは学校教育、社会教育を通しての教育問題、そういうものが力をそれぞれ寄せ合つてやるべきものだと、このことを指摘しておきたいと思ひます。次に、栄養改善法との関連についてでございます。

本法案は、健康増進法というものの、その大半は栄養改善法の引き写しでございます。第一章から第八章まであるうち、全く新しいものは第二章「基本方針等」のみだと思ひます。

しかし、今日、健康増進の第一の課題は、栄養改善もさることながら、生活習慣病対策ではないでしょうか。また、栄養改善法の引き写しの部分についても、戦後間もなくは有効であつたとしても、今日では時代おくれになつていふ部分までそのまま引き継がれております。健康増進法というならば、発想の転換が必要でございます。あわせて、栄養改善法の引き継ぎ部分も全面的な見直しを求められております。

こうした観点から、しっかりと法律をつくるために、本法案は一たん取り下げをして再提出すべきと思ひますが、大臣、いかがでしょうか。

○坂口国務大臣 生活習慣病が中心だということお考えも、そのとおりというふうに思つております。これからの健康問題を考えましたときに、今までの旧世紀の病氣というのはだんだん少なくなつてまいりまして、日々の生活の積み重ねによつて起りますところの病氣が主体を占めていふことも事実でございます。したがつて、これからの健康増進というものを考えましたときには、生活習慣病なるものを中心にして考えていかなければならないというふうに思ひます。そういう意味で、今回も生活習慣病というものを中心に取り上げていくということでござい

ます。
ただ、私もこの法律ができました途中でいろいろ意見を聞いたわけでございますし、私も意見を言つたわけでございますが、生活習慣病を取り除いていくというのは、確かに厚生労働省の中だけの話ではございません。ございせんが、法律としてこれをつくり上げるというのはなかなか難しい面があつて、生活習慣病を取り除くには、それぞれの人の個々の努力というものを、どうこれを醸成していくと申しますか、引き上げていくと申しますか、そうしたことをどのようにするかというところにかかってくるものでござい

一つの法律としてつくり上げるというのにはなかなか難しい、なかなかなじみにくい材料であるということも私は率直に感じたところでござい

す。しかし、健康増進のためにはこれから生活習慣病なるものを主体にして考えていかなければならないということは、御指摘のとおりと思っております。

○金田(誠)委員 そうであれば、法律の中身はもう栄養改善法なわけですね。それも、戦後の栄養不足の時代につくられた法律そのまゝの部分が大半です。これはぜひひとつ撤回していただいて、確かに大臣おっしゃる通りに簡単ではありませんが、文部科学省から、環境省から、農水省から、あるいは国土交通省、シックハウスとかいろいろなことがあると思いますが、そういう総力を結集して、我が国の生活の構造改革、生活の姿を構造改革していく、こういう姿勢で取り組んでいただきたい。小手先の、どこかの業界団体とか、何かの資格者団体の背景みたいなことのレベルで考えてほしくないな、こう思います。

次に、健康増進に係る基本理念ということで質問をする前に、時間がちよつと押してきましたので二つ三つ飛ばします。恐縮です。飛ばしまして、せつかく警察庁からおいでをいただいておりますから、そちらの方の受動喫煙の防止についてを先にやらせていただいて、残った時間があればほかの部分に入らせていただきます。

第二十五条には受動喫煙の防止に関する努力規定がございします。努力規定では不十分だと思ひますが、ないよりはましだ、こう受けとめます。

しかし、そのほかにも、未成年者の喫煙禁止、あるいは成年者の喫煙の抑制という課題も同時にあるわけがございします。これに対する対策も必要だと思ひますが、このことについていかが考えますでしょうか、大臣。

○宮路副大臣 たばこ対策につきましては、委員御案内のように、平成十二年から、厚生労働省として、健康日本21の中でいろいろな項目を取り上

げて推進をいたしておるわけでありまして。

特に、喫煙が健康に及ぼす影響についての知識の普及、そこが大切でありますので、それを柱としながら、未成年者の喫煙の根絶、あるいは分煙の徹底等々であるわけでありまして、今回の健康増進法は、基本的には、今申し上げた健康日本21のこうした運動をいわば法制化することということがあります。

そこで、未成年者の喫煙防止については、もう既に禁止規定が委員御案内のように未成年者喫煙禁止法で定められておるところでありまして、健康増進法におきましても、正しい知識の普及等の規定に基づいて、その防止にさらに取り組んでいきたい、このように考えております。

また、成人の喫煙抑制につきましても、さまざまな規制のあり方についての御意見が御案内のようにあるわけでありまして……(発言する者あり)今、規制緩和という御意見が突然出てまいりましたけれども、そういったようにさまざまな意見があるわけでありまして、そういう中で、直ちにこれを喫煙抑制という形でこの法案で示していくということとはなかなか容易じゃないなど、今申し上げた知識の普及をまずは徹底して図って、そういう環境が醸成されていく中で、将来的にこれは考えていくべきテーマじゃないかなというふうに考えておるところでありますので、御理解をいただきたいと思います。

○金田(誠)委員 いかにも歯切れの悪い御答弁をお聞きいたしました。今の答弁にありましたように、未成年者喫煙禁止法という法律がありまして、明治三十三年の片仮名の法律でございします。未成年者飲酒禁止法というのがあります。大正十一年、これも片仮名法律でございします。

昨年、両法律の罰則が強化されて、罰金二万円から五十万円になったというのがありますが、本質的にはもう時代おくれの法律であると考えますが、大臣、警察庁、それぞれお答えをいただきたいと思ひます。

○宮路副大臣 これは、所管としては、この法律は委員御承知のように警察庁の所管しておる法律なものであります。先ほど御指摘があったように、平成十二年には罰則が強化をされました。未成年者の喫煙あるいは飲酒についてさらに本腰を入れて取り組んでいくということになりましたし、また十三年には、販売者が年齢の確認等の必要な措置を講ずるものとする旨の条文が追加されたとありますが、そうした措置がとられているところでありまして。

関係業界に対しましても、先般はたばこの問題でこの場で議論がございましたが、お酒についても、たばこと同様の関係業界に対する年齢確認等の徹底の要請を関係省庁一体として行わせていただいているところでありまして、そういうぐあいに、徐々に効果的なものとなるように法制的充実も期されているわけでありまして。

そういう意味で、こうした法の精神をさらにしっかりと酌んで、私ども、一層の努力を傾けてまいりたい、このように思っております。

○黒澤政府参考人 未成年者の飲酒、喫煙でございしますけれども、重大な非行の前兆となり得る不良行為でありますとともに、未成年者にたばこや酒類を販売等する行為は、その健全育成を阻害する悪質な行為であると私ども認識しております。平成十三年中の数字でございしますが、未成年者喫煙禁止法違反及び未成年者飲酒禁止法違反によりまして百六十五人を検挙いたしております。また、平成十三年中でございしますが、不良行為少年の補導人員でございしますが、喫煙によるものが四十三万七千九百八十八人、飲酒によるものが三万五千七百七十七人となっております。

警察におきましては、このように、検挙、補導に力を入れておりますほか、二年連続して行われました法改正の趣旨等を踏まえまして、総合的な未成年者飲酒・喫煙防止対策を、関係省庁とも連携いたしまして、鋭意推進をいたしているところでございます。

○金田(誠)委員 この法律は十分機能していないと考えるがどうかという質問をしたわけですが、今の答弁では、これこれこうなっていますとは言ったけれども、十分機能しているか否かというところについては答弁がされていなかったな。とても答えられる状態ではないんだな、こう受けとめさせていただきます。

警察庁の答弁でも、非行、不良行為、健全育成、こういう観点からやっていますよという答弁でした。厚生労働省は、別に、非行、不良、健全育成ではなくて、健康増進、健康被害の防止という観点からこれはやるべきものであって、本来、立法趣旨が、明治、大正の話ですから、違うわけですよ。当時、がんがたばこから起こるなんてだれもわかっていない。がんという病氣自体も明治にわかっていなかった。がんという病氣自体も明治にわかっていなかった。これは時代おくれで十分に機能していないと考えるがどうかと言ったなら、それとおりです。厚生省からは答弁欲しかったなというふうに思います。

次の質問に入りますが、この両法律ともに、「年齢ノ確認其ノ他ノ必要ナル措置ヲ講ズルモノトス」という規定が、これは新たに突っ込んだんですね。年齢の確認その他必要なる措置を講ずる、たばこの方もお酒の方もこういう規定がある。

しかし、自販機の場合、たばこにしても酒にしても、年齢の確認は一般には困難ではないか。たまたまそこで買っているのを見かければ確認できるかもしれませんが、本来、店の外にあって、人がついていなくてもいいために自販機というのはあるということからしますと、年齢の確認その他必要なる措置を講ずるものとするという規定に対して、自販機というのは本来認められるべきではないんじゃないかな、こう思ひますが、警察庁、いかがでしょうか。

○黒澤政府参考人 御指摘の自動販売機でございしますけれども、例えば、未成年者喫煙防止の観点から十分な管理監督が期されたいと認められるような場合には、関係省庁とも連携をいたしまし

て、たばこ自動販売機の撤去または設置場所の変更等につきまして関係業界への指導、要請等を行っておるところでございます。

なお、取り締まりに關しましては、この法律の構成要件である、未成年者の用に供することを知りて販売等をしたかどうかによるものでありまして、年齢確認その他の必要な措置を講じているかどうかは違反の成立とは無関係であると考えておるところでございます。

○金田(誠)委員 何か難しい答弁だったんで、ちょっと再確認しますが、「年齢ノ確認其ノ他ノ必要ナル措置ヲ講ズルモノトス」こうなっているわけですが、自販機の場合は年齢の確認はできませんが、一般に、たまたまできることはあるかもしれませんが、一般には自販機というのは年齢の確認はできないのではないかと思います、端的にお答えを。

○黒澤政府参考人 今、例えばということで申し上げましたが、十分な管理監督が期したいと認められる自動販売機、自動販売機の設置場所が店舗に併設されていない場所、全く監視ができないようなそういう場所など、製造たばこの販売について、そういう場合には、管理監督が期したいと認められるそういう自動販売機については、撤去でありますとか移設であるとかそういうような、移設をして、今度は管理できる、見られる、監視できる、そういったところであれば、自動販売機の利用者を直接あるいは容易に視認できるような場所に設置をする。

そういうようなことで、なかなか自動販売機は一般的には年齢確認というのが難しいという御指摘はございますけれども、今申し上げましたような対応をすれば年齢の確認もできるというようなことで、関係省庁が連携をいたしまして、自動販売機の撤去または設置場所の変更というようなことを関係業界に指導、要請をいたしておるところでございます。

○金田(誠)委員 これまた歯切れの悪い御答弁だったと思うわけ()でございますが、本来、大

臣、たばこの規制に關する法律のあり方、これは、非行防止とか何とかというともさることながら、第一義的には、やはり健康被害の防止という観点からなされるべきではないでしょうか。そういう観点から、今、健康増進法には受動喫煙の防止が規定をされたわけですね。

しかし、喫煙習慣というのは、子供のときに非常に大事な要素になるわけです。成長にも非常に悪い影響を及ぼす。青少年の喫煙禁止法、これも、健康被害の防止という観点から厚生労働省がきちんと所管をする。あるいは成人についても、これはもう、諸外国では非常に強力にその啓発活動等をやっているわけですよ。そういうことからして、本来、たばこの規制に關する法律のあり方としては、健康被害の防止という観点から、この健康増進法も、青少年喫煙禁止法も、これらを一本化して一つの法律にして、未成年者の喫煙禁止、成年者の喫煙の抑制、そして受動喫煙の防止、こういうものを一緒にして、この三点を盛り込んだ法律にするべきである、これが筋ではないか、こう考えます。

同じく飲酒についても、健康被害の防止という観点から新法を制定すべきである、こう考えるわけでございますが、大臣、警察庁、それぞれお答えをいただきたいと思ひます。

○黒澤政府参考人 ただいま委員が御指摘になりました考え方も含めまして、いろいろな考え方があろうかと存じますが、警察といたしましては、先ほど委員も御指摘されておられましたけれども、未成年者喫煙禁止法、それから酒の方もそうでございますけれども、少年の健全育成を図り、その福祉を守ることを目的としたものと認識しておりますので、この法律の積極的かつ効果的な運用を行いますとともに、今後とも関係省庁と連携をいたしまして、広報啓発等総合的な諸対策に努めてまいりたいと考えておるところでございます。

○坂口国務大臣 たばこその他につきまして、何が一番大事かということでは、委員が指摘さ

れましたように、健康被害というものが一番中心であつて、そこを中心に考えなければならぬというところは御指摘のとおりと私は思ひます。

○金田(誠)委員 これは、厚生労働大臣、今警察庁が所管している法律がある、健康増進法に受動喫煙だけを盛り込んだ、こういうばらばらな、片や健康被害の防止という観点はないという法律なわけですが、これはやはり、国民の健康を所管するんだ、東ね役になるんだと冒頭おっしゃった大臣として、あるいは健康保険法についても、今、医療費の抑制ということが大課題になつていて、それを所管する大臣として、もう一歩踏み込めませんか。閣議等で提起をして、これについては、一本化した法律をそれこそ厚生労働省主体になつてつくるといふ決意のほどをお聞かせいただきたいと思ひます。

○坂口国務大臣 何もかも厚生労働省がしよい込んではいけないという話を先ほど聞いたところでございますので、私も慎重に言わざるを得ませんけれども、警察庁ともよく相談をさせていただいて、新しい時代の新しい角度から、子供たちをどう守っていくかという立場で、健康を中心にした新しい方法を探っていく。早速いろいろと議論をさせていただきたいと思ひます。

○金田(誠)委員 明治と大正の法律で、「朕帝國議會ノ協賛ヲ經タル未成年者」云々なんていう法律がまだ残っていること自体がもう恥ずかしい話ですから、早急にひとつ取り組んでいただきたいと思ひます。

時間が多少まだあるようですから、最後の質問、一点だけさせていただきます。

とする。」とあります。

法律でこのように特定する理由は何なのか、政府参考人に伺いますし、この規定は削除して、他の民間調査機関等にも門戸を開放して、その中で自由に参入して競争していただく。これは今までの大きな流れとしてそういう方向に行つていたと思うんですが、ここにまた新たに法律にうたわれ点、この部分の削除ということを要求いたします。御答弁をいただきます。

○下田政府参考人 御指摘の国民健康・栄養調査につきましては、国民の健康の増進の総合的な推進を図るという観点から極めて重要な基礎資料となるわけでありまして、また、食品の特別用途表示の許可に關する必要な試験は、当該許可の判断根拠となるものでございます。いずれも、国民の健康を守る観点から、高い信頼性が求められるものというふうに考えております。

この業務は、御指摘の独立行政法人が、その前身の国立試験研究機関の時代から一貫して実施するとともに、必要な技術的な検討を重ね、科学的な知見の蓄積を行つてきているわけでございます。

○金田(誠)委員 この研究所、そういう能力を備えていてという説明はわかりました。しかし、その他の研究所等はその能力がないんだ、こしかなんだという理由はありませんか。

○下田政府参考人 繰り返してお答えして大変申しわけございませんが、やはりこうした国の健康・栄養調査あるいは特別用途表示の許可に關するものについては、極めて国民の健康上に与える影響が大きいということから、専門的知見に基づ

途中でやめたりするわけにはまいりませんので、
確実に実施される必要がある。また、一つの主体
で行われた方が効率的である。そういった観点か
ら、独立行政法人国立健康・栄養研究所で引き続
き行われることになったわけであります。

しかしながら、委員御指摘のそこだけかとい
うお話につきましては、国民の健康や栄養といっ
た分野ではさまざまな研究があり得るというふう
に考えておりました。そういった研究あるいは調
査等々につきましては積極的にやっていた。だ
また、厚生労働省としても、研究費等を通じてま
して支援をしてまいりたい、このように考えている
ところでございます。

○金田(誠)委員 納得できませんので、この独立
行政法人のみがこの業務にたえ得るということを示
す客観的な資料を提出していただきたい。委員
長にお願いいたします。

○森委員長 政府においてお取り計らいくださ
い。

○下田政府参考人 資料を提出させていただきます
。

○金田(誠)委員 時間が参りましたので、あとの
質問は次回に回して、今回は終わります。

○森委員長 次に、三井辨雄君。

○三井委員 民主党・無所属クラブの三井辨雄で
ございます。

これまで健保法についてはいろいろ毎回議論さ
れてきましたが、きのうの六人の参考人が、それ
ぞれ御意見をいただいております。

その際、自由党の佐藤公治議員から、今回の健
保法改正について、四つの選択肢の中で、参考人
六人の方にそれぞれお聞きしました。一番目とし
て、絶対賛成か。二番目として、いろいろな問題
点があるが今回は認める、条件つき賛成でござい
ますね。それから、問題あり、反対だが議論は続
けるべきだ。そして四番目に、絶対反対。

参考人六人のうち、三人の方が二番目の条件つ
き賛成である、あとお三方は絶対反対だ。きの
う、そういう中で意見が分かれたわけございま

すが、しかし、医師会の、私は地元で聞きます
と、八割の方は、皆さん反対なんですね。

そして、先ほど山井議員からもサンデープロ
ジェクトの電話調査がありましたように、重要法
案四つのうちの健保法は、賛成というものは全
くないですね。一番少ないですね、四法案のう
ち。それからまた反対が、これは圧倒的に多い、
五七・八%というんですね。

どうしてもこの法案について、先般もいろい
ろな議員からお話がありました。私も地元へ
帰っているいろいろな言われるんですが、大変な経済悪
化の中で、全く先が見えない、きのうのNHKの
アンケートにもございました。この先平成十六年
以降景気がよくなるのかというアンケートの中
で、よくなるという、八割の方がそうお答え
になっていらっしゃる。

その中で、なぜ今三割なのか、どうして今この
健保法を改正しなきゃならないのか、抜本的な改
革をしてからやるべきではないだろうかというこ
とをぜひもう一度、私は、これは坂口大臣に質問
通告しておりますが、この法案をどうしてもお
通しになりたい、通すべきなのかということをお
答え願いたいと思います。

○坂口国務大臣 もう既に何度かここでも御答弁
を申し上げておりますが、現在のこの状況を追っ
てみますと、人口動態一つを見ましても、高齢化
というのはどんどん進んでまいりました。高齢
化、一時待ってこれといったって、これは待つて
くれません。もう、経済動向がどうであろうとこ
うであろうと高齢化は進んでいくわけでありま
す。

高齢化が進んでいきましたときに、それじゃ、
それを一体どうしていくか。そうすると、医療費
は、今までの経過から見ましてもわかっておりま
す。とおり、高齢化が進むほど医療費は拡大して
きています。大体年間七、八%、高齢者の医療費の
増加は拡大している。その中で、少なくとも半
分は高齢化の人口、高齢化によって高齢者がふえ
た分によるものが約四%、そしてその他が四%、

大体このぐらいな比率でございます。高齢化が進
みますものだけを見ましても四%進んでいくわけ
でありますから、これはどうしても、これから先
の医療費を考えたときに、それは、それこそ
自己負担をふやしていただくか、あるいは保険料
をふやしていただくか、あるいは税で投入をする
かという話になってくる。

一方におきましては、医師会等を初めとしたし
まして医療機関の皆さん方にも、できる限り節減
をしていただくところはお願いをするという以外
にないわけでございます。今回、医師会に対し
しても節減をお願い申し上げました。特に、今回
は、医薬品その他だけではなくて、技術料におき
ましても引き下げのお願いを申し上げた、初めて
のことでございます。

一方におきまして、保険料、それから自己負担
につきましてもお願いをしている。ただし、低所
得の皆さん方に対しては十分な配慮をその中
で行いながらやっているということでございます。
このままではいけません、政管健保はもとより
でございますが、千七百幾つかあります組合健保
の中におきましても、七、八割は赤字になってし
まうという状況でございます。これをもうこのま
まで放置できない状況にあるということを御理解
いただきたい。

○三井委員 大臣、高齢化社会、あるいは政管保
を維持していくというのをたびたび御答弁な
さっておりますが、確かに、私は、この健康保険制
度というのはいい制度だというぐあい認識して
いるわけでございますが、しかし、今御答弁いた
だきましたようにいろいろな事情はあるけれど
も、しかし私が疑問に思うのは、やはり、釘宮議
員が前回質問なさったときに、なぜ今三割だ、三
割をやめる気はありませんかという御質問をし
たと思うんです。しかし、私は、きょうはこれ以上
申し上げません。(発言する者あり)

大臣、これは三割をおやめになる気はございま
せんでしょうか。御答弁お願いします。
○坂口国務大臣 先ほど申し上げました理由によ

りまして我々は法案を提出させていただいており
ます。

○三井委員 心の中はお違いだと思っております
が、しかし、これ以上攻めましますとまた大臣を苦しめるこ
とになると思っておりますので、これ以上質問いたしま
せん。

それで、先ほど大臣がおっしゃいましたよう
に、いろいろ問題になっております平成十四年度
の診療報酬として薬価改定が行われましたが、厚
生労働省、先ほど申し上げましたように、最近や
はり経済環境が大変厳しい中で、さらに改革の痛
み、公平に分ち合うという観点から申し上げま
すと、診療報酬の改定というのは、引き下げとい
うのは、今回、過去にあれしましても初めてだ
と思うんですね。

いつも議論されていきますように、全体の改定率
は二・七%、過去においては最大の引き下げであ
ります。しかし、医療現場においては、二・七%
どころか、この薬価改定も含めまして約一〇%の
報酬のダウンということなんです。そうしま
すと、こういう状況下の中で、確かに痛みを分かち
合うということはよくわかります。しかし、医療
を提供する側、受ける側にとつて、よりよい医療
を求める上からいっても、私は、診療報酬の改定
というのはもう一度再改定をしてほしい、私のと
ころにたくさんこれが来ておりますが、これは見
直す気はございませんでしょうか。

〔委員長退席、野田(聖)委員長代理着席〕
○坂口国務大臣 診療報酬の改定につきましても
いろいろの御意見があることを承知いたしております。

先ほど発言されましたように、二・七%の削減
をお願いしたわけでございますが、現状はこの四
月からスタートをいたしております。四月から
六月まで三カ月間の状況というものを一度拝見さ
せていただきたいと思います。今後のことにつきま
して中医師協で御検討をいただきたいというふう
に思っております。

○三井委員 また、今日まで約四十七時間ですが、健保法の審議をしてまいりました。診療報酬に特にかかわる問題で、我が党の五島議員からも質問のありましたALSの患者さんの人工呼吸器の例がありますが、難病やあるいは重症患者への配慮がないのではないか、また、これも議論されてきておりますが、長期入院患者の取り扱いに大変問題があるのではなからうかといったような質問がこの委員会でも随分なされてまいりました。

この点について再度伺いたいと思います。
○大塚政府参考人 ただいま大臣から御答弁申し上げましたように、今回の診療報酬改定、医療機関を経営するお立場からすれば、従来にない厳しいものでございましょう。それは私もよく認識しておりますが、全体としての、医療保険全般の運営という観点から、御理解を賜りたいというふうに考えておるわけでございます。

その中でも、難病患者あるいは長期入院の方々についての診療報酬上の改定も種々行っておるわけでございますけれども、難病患者の方々ににつきましては、例えば、その入院割合が一定割合の病棟につきましては加算というような形で措置をしておりましたが、これには入院日数による通減制がございました。これは今回整理をし、通減部分を廃止するという事で、通減制をなくする。あるいは、これも御要望が強かったわけですが、二カ所の訪問看護ステーションから訪問看護を受けることが従来できなかった、これを拡大するといったような、ぎりぎりの御要望にこたえる工夫はさせていただいておるつもりでございます。

また、繰り返し御議論ございましたけれども、長期の入院患者の方々、特に長期に入院されておられて医療面からの給付の必要性の低い方々につきましては、いわゆる特定療養費制度を活用した給付の見直しというのを行いました。これも、私も、医療機関の機能分担、特に介護との機能分担と連携という観点から、従来から議論がありました社会的入院という課題にどう対応するかという

ことに対する一つの答えだと思っておりますが、その一方で、かつては、いわゆる療養病床と言われる病床におきましては、一定期間、これも百八十日でございます、六カ月でございますが、たちますと、自動的にこれまた診療報酬が通減をするという仕組みがございました。これは一般的にございました。それにつきましては基本的に廃止をいたしまして、いわばフラットな形で診療報酬が支払われるというような見直しを他方では行っているわけでございます。

全体状況の中で大変厳しい改定であるということとは御指摘のとおりでございますが、その範囲の中で、私どももいたしましては、個々の、ただいま申し上げましたような工夫と申しましようか、配慮と申しましようか、という点はさせていただいているというつもりでございます。

○三井委員 ぜひこれは、今まで何度も議論されておりますし、局長からも御答弁いただいております。もう一つ、局長からも御答弁いただいております。これは長期入院の方にもっとやはり配慮をする必要があるのではないか、こういうぐあいに思うところでございます。

また、今回の健康保険法の附則に診療報酬の体系の見直しを挙げております。今年度中の基本方針策定と言っておられますが、先ほども申し上げましたが、今回のこの改定の反省点あるいは再改定の声を踏まえるならば、基本方針の策定にどのようなお考えがあるのか、またどのようなスケジュールで作業を進めているのか、お聞きしたいと思います。

○坂口国務大臣 診療報酬の改定につきましては、抜本改革の中の一つの柱に考えているわけでございます。

これからどうしていくかということの詳細につきましては、議論を詰めていくところでございますが、今考えておりますのは、この診療報酬というものは、専門家だけではなくて、多くの皆さん方がごらんになってある程度納得をいただければならないと思います。非常に複雑になって

おりますので、その基準というものの、基準を明確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。それが二つなのか三つなのか、そうした基準を明確にいたしまして、御理解を得られやすいものにしていく必要があるというふうに思っている次第でございます。

○三井委員 それでは、今回の診療報酬の改定の中で、先ほど山井議員からも御質問ありました、重複するかもしれないが、手術の施設基準の設定についてということでお尋ねしたいと思えます。

まず、この改定の意図するところ、あるいはその目的を再度御説明いただきたいと思えます。

○大塚政府参考人 御指摘がございましたように、今回の診療報酬改定で約千四百ほどあるというふうな言われております手術項目、手術の種類のうち、百十項目につきましては、具体的に年間症例数あるいは経験のある医師の常勤配置ということと要件とするというふうな施設基準というものを設けたわけでございます。

これは、これまでも、かなり高度な手術につきましては、二十程度でございましたけれども、いわゆる施設基準というものがございましたが、これをさらに見直すという形で今回の診療報酬改定で取り入れたものでございます。従来の施設基準と基本的には同様でございますけれども、やはり症例数あるいは経験、広く言えば経験と言うんでございましょう、経験とその成果、つまり医療成績というものは、非常に高い関係がある。

特に、我が国の場合には、施設によりましてかなり多様な手術を行うという面も他方ではございますけれども、一施設当たりの手術例数は、もちろん手術の内容にも種類にも異なりますけれども、非常にばらつきが大きいというのは指摘のあるところでございまして、一言で取りまとめ申し上げれば、技術の集積を図る、それを通じまして医療の質の向上を図るという観点から、今回の手術に関する施設基準というものを設定したというところでございます。

○三井委員 確かに、今お聞きしてまいまして、手術件数と。しかし、今患者さんが一番望むのは、やはり腕のいい病院、そういうところを選びたい、あるいは症例数ですとか経験の多い施設で質の高い手術を受けたいと望むのは、当然、当たり前だと思っております。先ほど大臣もおっしゃいましたように、病院の機能分化ということでは、さらにこの連携は求められていくのではないかと思っております。特に、扱った症例あるいは手術件数が多ければ確実な医療情報のソースとなり、患者さん自身の判断材料になるということとは間違いのないと思っております。

しかし、今御答弁ございましたように、症例数だけを基準として手術の質が担保されるかのような評価をするというのは、私は疑問があると思うわけでございます。特に、この手術に係る施設基準は何を根拠にして導入されたものか、その導入根拠をお示しいただきたいと思えます。

○大塚政府参考人 確かに、こういう基準で医療の質なり技術というのを判断する、これは率直に申しますとなかなか難しいと思っております。

ただ、症例数というのは、やはり諸外国におきましても一つの目安ということになっているわけでございまして、諸外国の研究データなども勘案しながら、現実の判断できる材料といたしましては症例数と医師の経験年数、この二つを導入したわけでございます。

もとより、これから知見を蓄積するあるいは研究が進むという形で、この二つだけではないものかどうか、これは今後の課題としてはあり得ると思っておりますけれども、当面する具体的な判断基準としてはこの二つがやはり主要な要素だろうという事で、二つの根拠という事で症例数と医師の経験年数、この二つを導入したというところでございます。

○三井委員 今御答弁いただきましたように、外国の、医療制度が全く違う、そういうデータや論文を根拠としているということには私は無理があるのではないかなと思っております。

今、まず、日本には、それぞれ日本の独特な技術あるいはデータ集積というのをやはり客観的に分析する必要があるんじゃないだろうか。今後どのような取り組みをお考えいただくか、ちよつと時間がございませんで、簡潔にお答えくださいます。

○大塚政府参考人 今回の診療報酬改定の過程で、さまざまな御議論、専門家の御議論もちょうだいし、あるいは中央社会保険医療協議会での御議論も経て決定したという経過がございませうけれども、いずれにいたしましても、さまざまな知見を集積していくことが必要で、それに応じて見直しが必要である、また、その根拠が積み重なってれば検討すべき課題であるということにつきましては、先ほど申し上げたとおりでございます。

○三井委員 手術に係ることにについては御説明いただきました。

そこで、今回診療報酬の引き下げでございますが、これは医療費の抑制のために、小泉総理が言うところの三方一両損、医療機関にも痛みを分かち合ってもらふということがねらいだったと思うんです。ですから、実際には患者さんへのツケ回しになってしまふんじゃないかといった問題が指摘されております。

手術を特定の病院だけに集めてしまうと、患者さんへの医療のアクセスが全くなってしまうという点も、これはもう間違いないと思うんですね。特に、身近な病院で緊急の手術が受けられなくなってしまうことを私は大変心配しているんです。多くの医療機関がある中で、やはり全国一律で基準を適用するには、患者さんの多い都市部以外、地方の病院では満額の報酬を受け取れない病院が出てくると思うんですね。

そういう中で、やはり経営面を考えれば、手術をしない、もしくは逆に、手術件数をふやすために経験の少ない医師が手術を行う、あるいは医療ミスや医療過誤の多い病院がこの百を達成するためにやっつけしようというものは、今医療過

誤とか医療ミス、これが言われる中で、私は大変心配しているわけでございます。

特に、外科医は都市部に偏っておりますし、地方に住む患者さんにとっては、むしろ手術移民というのか、手術難民となるのが強いられてしまうということは大変心配しているところでございませう。

先ほど山井議員も北海道の事例を申し上げておりましたが、例えば心筋梗塞、これは専門医に聞きますと二十分以内が勝負だと言われます、生死を分けると言われておりますけれども、この際人工心肺を使った手術は年間百例をこなしていないと減額になります。北海道にはこの手術が可能なのは三十八あるわけでございますけれども、この基準を満たすのは八病院だけで、うち五つの病院は札幌市に集中しているというのが実態なんです。

また、全国的に見ても七割も二次医療圏に難しい状況があると言われております。地域によっては、施設基準を満たす病院が一つもない二次医療圏が出てくる可能性もあるわけでございます。

地域上、どれだけ把握して改定を行ったのか。関係者の意見集約はどのように行われ、また、どこでどう決まったのか。現場の医療従事者の声を聞いたのか。また、これは地方切り捨て、あるいは地方でも助かる患者さんが助からないという、むしろ二次医療の切り捨てになってしまふんではないか。これは厚生労働省の言う方針と全く違う方向に向かっているんじゃないかと思うわけでございます。むしろ地方軽視という厳しい指摘もございませう。厚生労働省としてお答えいただきたいと思ひます。

〔野田(聖)委員長代理退席、委員長着席〕

○大塚政府参考人 今回の対象としておる手術は、先ほど申し上げましたけれども、基本的には技術的に難易度が高いもの、全体の約一割弱でございます。それを設定しておりますが、逆に申しますと、骨折に関連する手術でありますとか胃がんの手術でありますとか、比較的行われる

れているという手術は除外しておるわけでございます。もちろんその手術が特殊であれば対象になり得るわけでございますが、やはりものと手術によつては基本的に症例数がそう多くないものがございませう。したがって、すべて二次医療圏でびしゃつと当てはまるかというところ、それはもともと対象の手術の性格からいまして、そうはいらないものがございます。

ただ、もちろん、地域で極端に不適切な事例が出てくる、不適当なケースが出てくるということになりますとよく考えなければなりませんけれども、今後、その実態なども、もちろん私どもも把握してまいりますし、実態に応じて、先ほど申しましたように、実態と同時に知見の蓄積もしていきたいと考えております。ただ、今回の技術的难度の高いものを選んでという観点からいいますと、すべてきれいに二次医療圏に配置される、その医療機関がある、こういう性格ではないという点につきましては御理解を賜りたいと思ひます。

また、議論の過程に関する御質問もございませう。

先ほどちょっと触れましたけれども、施設基準という言葉を使っておりますけれども、かねて医療技術の集積というのが一つの課題だと言われております。今回に限らず議論は繰り返されてきたわけでございますし、十九種類のものにつきました。既に今年度以前にそういう整理をされたものもございませう。それを踏まえての議論でございませう。関係審議会でも議論をいたしたと同時に、私も、専門的なお立場からの御意見も御参考にさせていただいた。そういう過程を通じて今回の整理に至っているわけでございます。

長くなりまして恐縮でございます。

○三井委員 それじゃ、この百の基準を満たす場合に、例えば、あと一件、九十九件しかやっていない。まじめなお医者さんがあと一件どうしてもしなきゃならぬ、しかし、どうしても九十九件し

かできなかったといった場合に、これはやはり三〇%削減されるんじゃないか。

○大塚政府参考人 一定の症例数という形で水準を決める、基準を決めるということになりますと、その前後といましようか、境界線、限界線ではお話しのようなケースが出てまいります。したがって、例数に達しない場合には、たとえそれが少数の場合であっても、支払いいたしましては減額と申しますか、所定の金額に七〇%を掛けたものが支払われる、こういうことになるわけでございます。

○三井委員 百例のうちの百例を消化しなければならぬというのですね。しかし、ここに何らかの救済措置があつていいのではないかなという気がするんです。ぜひそれをお考えいただきたいと思ひます。

それで、時間がございませんで、地域医療について御質問したかったんですが時間の関係でございませう。せつぱくきようは防衛庁からおいでいただいておりますので、防衛医科大学について御質問したいと思います。大変申しわけございません、医政局長もお見えでございますが、次回に質問させていただきますと思ひます。

防衛庁にお尋ねいたします。

今、防衛医科大学、防衛医大の存在は、私たちも防衛医大のお医者さんというのはいくらも知らない、接することがないんです。そういう中で、毎年約六十名程度の卒業生がおられるわけでございますが、卒業後の研修を積んだ上に、具体的にどのような配属されておられるのか。あるいは、ガイダンスによれば、将来の進路として、各自衛隊の病院、その他の診療施設とありますが、この診療施設というのは具体的にどこを指すのか、お答えください。

○田中政府参考人 御説明申し上げます。

防衛医科大学の学生は、卒業後、幹部自衛官たる医官として第一線に立つて活躍することが求められております。このため、卒業直後には、総合臨床医としての基本的な知識及び技能を研修するた

め、防衛医科大学それから自衛隊中央病院において二年間の初期研修を実施し、その後、自衛隊中央病院、さらには全国十五カ所の自衛隊の地区病院、あるいは全国各地の陸海空各部隊の医務室等に自衛隊の医官として配置されることになりました。

また、病院や医務室での二年間の勤務を経験した医官には、その後、二年間の専門研修を実施していただき、その後、一部の選抜者につきましては、防衛医科大学校医学研究科において研修を経た後、再び全国各地の自衛隊病院あるいは部隊の医務室等に配置されることになっています。

○三井委員 そうしますと、ここにあります診療施設というのは、部隊の医務室ということになりますね。わかりました。

それで、本来ですと地域医療についてもっと御質問したかったんですが、今過疎地の町で慢性的な医師不足が続いているわけでございます。特に北海道は、年俸七千六百万出しても来てもらえないという町が今あるんです。医師がふえていると言われながらも、過疎地、無医村地区には行ってもらえない、もう大変な状況の中でございますが、そういう中で、この防衛医大の出身者に来てもらえないかという実は話もあるわけでございます。

今調べてみますと、過去三年間に防衛医大を卒業し、任官を辞退した人はたった一名。しかし、首都圏の民間病院には就職されておられるわけでございますね、先ほど十五地区病院とおっしゃっていましたが、そういう中で、防衛医大を卒業後九年間は自衛隊に勤務する義務がある、そして、中途で離職すると最高額五千九十三万の償還金を返済しなきゃならないとされていると実はこの資料を読ませていただきました。

しかし、現在、有事法制が議論されている中で、この際に、防衛医大の卒業生に医師である幹部自衛官としてのいろいろな観点から国内の医療に接していただくような意味も含めまして、私は、研修先の一つとして過疎地医療に携わっていただ

きたい、あるいは無医村地区に研修をしていただければというのを御提案申し上げたいと思うんですが、一言、答弁をお願いします。

○森委員 申し合わせの時間が過ぎておりますので、簡単に御答弁ください。

○田中政府参考人 御説明申し上げます。総合臨床医として研修を終了した後に部隊に配置されることになっておりますけれども、その職務を全うするためには、日進月歩の医学知識の習得に不断の努力が必要でございます。

このような観点に立つて、部隊ニーズを踏まえた上ではございますけれども、技能等を習得し向上させる制度として、全国各地の公的医療機関において、通修と申します独自の生涯研修教育のような制度を私ども実施しております。既に離島あるいは僻地に位置します自衛隊部隊の所属の一部の医官につきましては、部隊周辺の僻地の病院あるいは診療所において僻地医療の研修を実施しているところでございます。

○三井委員 どうもありがとうございます。

○森委員 次に、水島広子君。

○水島委員 民主党の水島広子でございます。本日もまた質問をさせていただきます。

私は、この審議を通して、ずっと、医療の信頼性についてさまざまな点から大臣の御意見を伺ってまいりました。そして、医療、医学の信頼性というのは、何も生きている間の医療についてのみ問われるものではございません。本日は、そのような観点から、まず冒頭にSIDS、乳幼児突然死症候群について伺いたいと思います。

昨年十月三十一日の本委員会でも私は指摘をいたしました。SIDSは、保育施設や医療施設における外因死の隠れみのとして利用されていることが少なくありません。これは親にとっては、やっと思われて大切に慈しみて育てた子供を奪われた上に、死因を隠べいしようとする相手によってさらに傷つけられていくことになるという構造です。これは、医療事故によって家族を奪われた上に隠べいをされる構造と全く同じであると

私は思っております。

そんな状況の中、厚生労働省ではこのたび、SIDSの診断基準の見直しのための研究班をつくらうとしていると聞いております。

そもそも、どのような問題意識に基づいてこのような研究班を立ち上げようとしているのでしょうか。日本独自の診断基準をつくる必要があるのかどうか、そして、そこでつくられた基準はどういう意味を持つのか、そのような観点から回答いただきたいと思います。

○岩田政府参考人 人口動態統計によりますと、平成十二年にはSIDSで乳幼児の死亡が三百六十三件報告されております。これらの中で、SIDSという診断に遺族が納得できないということ

で裁判になるなどのケースも一部見られております。また、現在、我が国では既にSIDSに関する診断基準がございまして、小児科医や法医学者、病理学者などが複数の診断基準を持っておりまして、研究班や学会などがそれぞれの立場から独自に作成をされている、そういう状況でございます。

そういうことで、もう既に我が国には診断基準はあるんですけれども、それを統一化したい、そういうふうな観点から、本年度の厚生労働科学研究におきまして研究班を立ち上げたいというふうに考えております。

○水島委員 今おっしゃったように、今複数の基準があつて、それぞれが勝手なことを言っているというふうな御指摘であるわけですが、ここで診断基準がつくられたときには、それは全国あまねく拘束するようなものになるんでしょうか。

○岩田政府参考人 三つの診断基準は、ばらばらということではございませんで、基本的には同じ考え方に立つ基準になっておりますが、例えば子供の年齢をどこまで見るかと、それからSIDSと診断する場合には必ず解剖が前提になっておりますが、SIDSの疑いありという診断を書く場合に、それでも解剖を前提とするかそうじゃない

いかといったようなところに今現在三つございまして診断基準の中で若干差があります。それらを科学的に統合しようということでございます。

これができ上がった際には、基本的には各医療機関、医師によって誠実に遵守されるということが期待されるものでございます。

○水島委員 この研究班の人はどのような基準で行われるのでしょうか。

○岩田政府参考人 厚生労働科学研究で行っておりますので、これは公募によって募集をいたしまして、幾つかのグループが応募なさっておりますけれども、そういうことでございまして、その中から最も適当なものを委員会が審査をして採択するというところでございます。

したがって、厚生労働省の方がだれを任命するといったようなものではございませんで、採択されたチームについて、主任研究員という位置づけの方がおられますので、その方が協力研究員の方を募って、研究したい、そういう提案をなさっておられるわけでございます。したがって、厚生労働省の方で任命するわけではございませんけれども、小児科や法医学、病理学、こういう特に三学会の関係者から幅広い参加を求めた、そういう研究班が立ち上がり、そこで厳格な医学的な判断がなされることが大事であるというふうに思っております。

○水島委員 済みません。ちょっとよく理解できなかったんですが、公募に応募してきた人達を審査するのはだれなんでしょうか。

○岩田政府参考人 厚生労働科学研究はこれだけではございませんで、その他のテーマについてもそうなんですが、公募であるということ、多くの応募の中からどれが適当であるかということについての審査の委員会がございまして、その審査委員会には、私も内部の者も何人か入っておりますが、外部の方にもたくさん入っていただいた、そういう審査の委員会で提案が採択されるということでございます。

○水島委員 つまり、これは研究班をつくってそ

こで議論をするということではなくて、厚生労働科学研究として委託をする研究になるということなんですか。

それは通常の厚生労働科学研究への応募の、それぞれの研究を審査するように審査をして、そこで診断基準をそれぞれの研究の中でつくっていくという形になるということ、例えば、ここにございませうが、これは平成八年度から十年度、文部省科学研究費補助金研究成果報告書、乳幼児突然死症候群の法医学的診断基準の作成というような、こういったものもあるわけですから、つまり、これと同じようなことをもう一度していく。ただ、そのときに、今ばらばらになっている人たちにちゃんと入ってもらって、単に、意見の統一を図るための、何やら政治的な研究という感じもするんですけど、そのようなことなんでしょうか。

○岩田政府参考人 政治的な研究ではございませんで、医学的な、専門的な研究をしていただきたいというふうには思っておりますが、先ほども申し上げましたように、これまでの診断基準は、小児科の先生が中心になっておつくりになった診断基準ですとか、法医学、病理学の御専門の方が中心になってつくっておられる診断基準などがございますので、そういう関係者がすべて入ったところで、まさに科学的に議論していただいて、統一的な基準をつくっていただきたいというふうには思っております。

○水島委員 ぜひ公正な人選、そして科学的にも間違いない研究をしていただきたいと思っておりますけれども、この一連の問題の解決に向けて、まずここで基本的な知識を確認させていただきたいと思っております。

先ほど局長の御答弁の中に、疑い病名の場合に、剖検を必要とするかというふうな、そういった基準の違いがあるということをおっしゃっていましたが、死亡が予測されていないが突然死に遭遇した場合、医師法二十一条の規定によって、異状死体として届け出、検死を行

い、外因死の可能性を除外した上で初めて、SIDSという診断が可能になると私は理解しているんですけども、SIDSが除外診断である以上、つまり、この道筋をとらずにSIDSと診断をすることはあり得ないということは正しいのでしょうか。

○篠崎政府参考人 先生の御質問を正確に把握しているかどうか、あれでございませうが、ただいま申されましたように、医師法二十一条の関係で申し上げますと、乳幼児の突然死であるか否かを問わず、当該死亡が外因死またはその疑いのある死亡であると認められた場合には、警察に届けることが必要というふうには考えております。

○水島委員 疑いがあるというよりも、持っている疾患によって死亡が予測されていたというようなケースを除いては、結局、全くその死亡が予測されていなかったものはやはり突然死であつて、この突然死に遭遇した場合には、医師法二十一条の規定によって、異状死体として届け出る、そして、何か先ほどと全く同じことをもう一度申し上げるのもあれなんですけれども、今警察に届ける義務があるというところまでの御答弁をいただいたわけなんですけれども、私の質問は、SIDSという診断に至る経路というのは、その届け出、検死を経て、外因死の可能性が除外された上で初めて、SIDSというふうな診断されるという経路以外にあるのかどうかということをお伺いしているんですけれども。

ちよつと、これは事前通告してある質問なので、時間をとめていただきたいんですけれども、この間。

○篠崎政府参考人 その突然死が起こった状況等にもよると思いますが、例えば主治医がずつとおられたという場合と、それから、主治医等がおられないで、病院とかそういうところでないところで突然死があるというところで、急に医者さんと呼ばれるというような場合、いろいろな状況で違ふかと思いますが、医師法二十一条によります警察への届け出というのは、病理学的な異状死と

いう意味ではなくて、法医学的な異状死というふうにとらえるべきであるということを言っておるわけでありませう。

○水島委員 篠崎局長は私の大学の先輩でございまして、大変優秀な方であるのに、なぜいつまでたっても私の質問にストレートに答えてくれないんだらう、何か隠したいことがあるのかな、だんだんそんな気になってまいりました。

もう一度伺いたいんですけれども、ちよつと、本当にこんなことで時間を食うつもりはないんですけれども、突然死に遭遇する状況がいろいろあるということなんですけれども、私は最初から丁寧に、その死亡が予測されていなかった突然死というふうな条件をつけています。医師がずつと傍らに寄り添っていて、医師に状況がとてよくわかる中で突然心臓がとまったというのであれば、それは何らかの医学的な診断が可能かもしれませんけれども、そんなことを言っているのではなくて、SIDSという診断をするときに、SIDSというふうなあくまでも除外診断であると私は理解しています。

医学的に何か、きょう、違うことがわかったんだつたら教えていただきたいんですけども、除外診断である以上、つまり、すべての外因死、あるいはほかの原因による病死の可能性をすべて除外しなければSIDSということは診断できないんじゃないんですか。これは医学部ではなくて国会なんですけれども、ちよつとそこをきちんと確認したいと思ひます。

○岩田政府参考人 そのとおりでございまして、SIDSという診断をする場合には必ずその前に解剖を行うということが、三つの今国内にございませう診断基準いずれについてもそうでございませう。

差があるのは、SIDSの疑いありという診断書を書く場合に、その前に必ず解剖があるかどうかというのが基準によって、今は日本の三つの基準によって違ふという、疑いがあるという診断をする場合に違いがあるわけございまして、SIDS

D/Sの診断書を書くときには必ず解剖があるということでございます。

○水島委員 ようやく、随分時間がかって、伺いたかった答弁を得ることができました。つまり、まずきちんとした検死そして剖検も行わないでSIDSなどという診断をするのは間違っているということが確認されたわけですね。

もう一つ、今出てきました疑い病名という、これがまた非常に怪しいものでございませう。

香川県の小鳩幼児園で、ことし二月に、一歳二カ月の藤島飛士己ちゃんが暴行され、殺された事件がございました。この事件におきまして、死体検案書ではSIDSの疑いと書かれていたために、警察の捜査が阻まれたわけですね。これは御両親の必死の努力によって、やつと、この幼児園の元園長が逮捕されたということでございませうけれども、鑑定医は、死因が特定できなかったから疑いと書いたんだと記者会見で釈明しているわけですね。この場合は、死因不詳、あるいは検査中ですとか、そのように書くべきものであつて、特定できないときにSIDSの疑いという病名がこんなに安易に使われているわけですね。

この医師は、一年目の研修医でも何でもなく、香川医大のれつきとした教授です。そんな人がこんなに気軽にSIDSの疑いという病名を使っているということが現実であるわけですね。これはもう、親の立場からしますと、保育所で子供が虐待して殺されたというだけでも許せないことですので、さらに、大学の教授が死因が特定できなかったからSIDSの疑いと書いた、そのために、明らかに外傷があつたにもかかわらず警察が動けなかった。こんなばかげたことがことし日本でも起こっているわけですね。

この疑い病名についてここできちんと、こんなふうな疑い病名が使われることが正しいのかどうかということをおつとここで御見解を伺いたいと思ひます。

○岩田政府参考人 何度も同じ答弁で恐縮なんです、ただいまあります診断基準によりますと、

その診断基準にもよるんですけれども、疑い病名をまたさらに二つに分けて、解剖に基づくものと解剖をやっていないケースというふうに分けて整理したりしている学会の診断基準もございます。いずれにしろ、先生今おっしゃっておられますようなそういう問題が、そういう御意見がありますからこそ、今回、研究班でそういったことも含めて科学的に検討していただきたいということ、研究班を開始させていただきたいと思っております。

○水島委員 そもそも、SIDSというものが、それを積極的に診断する根拠のあるものではなくて、ほかのあらゆる可能性を除外した上で初めて成り立つ診断名である以上、SIDSの疑いというものは、そもそも私は、非常におかしいんじゃないかと、これは医学的に思います。

常にSIDSというのは一〇〇%確定できるものではなくて、ほかの可能性がないからSIDSになっていくものなわけですから、では、SIDSとSIDSの疑いというのはどう違うのかということは、もはや理屈が成立しなくなってくるのではないかと思います。こんなひどい状況がずっと放置されてきたということに、私も今回また改めて調べまして、小さな子供を持つ親といたしましても、本当にこれは許されないと改めて思っているところがございます。

そして、今まで外因死の隠れみゝとして使われてきた、そして、乳幼児の急死をめぐって五十件を超える裁判が提起されておまして、病院または保育所側は必ずと言ってよいほどSIDSであると主張し、裁判所はほとんどについてこれを認め、被害者側の敗訴で終わってまいりました。昨年からことしにかけては、東京高裁並びに大阪高裁において、SIDSという主張が退けられ、病院等の過失責任を認める判決が下されているわけですが、このような事例をずっと検討してまいりますと、そもそも、このSIDSという病名が余りにも安易に使われている。中には、全く剖検も経ないで、あるいは異状死体として届け出

ることもしないで、医者が積極的にSIDSというふう診断するようなのすらあると言われているわけですね。

先ほど確認させていただいた基本的な知識によりますと、SIDSというのは、ちゃんと医師法第二十一条の規定によつての届け出を経て、検死、剖検を経て初めて診断されるということであるわけですね。つまり、この問題の中にあるのは、例えば、それは医師法第二十一条の規定に基づく異状死体の届け出の義務違反が含まれていたり、あるいは積極的な誤診というふうなものも含まれているわけですが、このような深刻な問題が今まで放置されてきたということを、それがなぜなのか、今までの反省も含めまして、またかと思うこの構造を根本的に解決していくためにどうしたらいいと思うか、これは最後に大臣の御答弁をいただきたいと思ひます。

○坂口国務大臣 乳幼児突然死症候群と言われておりますこの問題につきましては、先ほどからいろいろの答弁があるとおりでございますが、やはり、先ほどから御議論ありますように、これは症候群であつて、一つの原因によつて起こるというわけではないんだらうというふうに思います。したがって、除外すべきものを除外して、残りは、残つたと申しますか、この疾病が出てくるのであつて、先ほどおっしゃいましたように、この疑いというのは、私も、それはちょっとどうかなというふうに思っております。

いずれにいたしましても、このSIDSの原因というものももう少し明確にしていかなければならないと思ひますから、症候群ではございますけれども、そうした原因究明のための研究というものも一方で進めなければなりませんし、そして、不幸にして起こりましたときに對する問題というの、これは整理をしなければならぬわけでございますから、もう少し周辺が明確になるように努力をしなければならぬというふうに思っております。

医師の側の方も、最近、小児科の先生がなかなか

か生まれないということの理由の一つに、やはりこうした難しさというものがあつて、それが原因になっているということを言う人もあるぐらいでございますから、そうしたことも含めて、原因究明と、そして起こりましたときの処置を對対応といったものにつつまして明らかにしていく必要があるというふうに思つてゐる次第でございます。

○水島委員 大卒の御意見をいただきまして、とにかく、前向きにこの問題にしっかりと取り組んでいただけたらいいと思ひます。

私が昨年この委員会で指摘をさせていただいたのが十月の末でございますので、それから半年以上もたつておりますけれども、その後、またこんな大きな事件が起こつて、そして同じような構造がまた繰り返されているということに、本当に驚きました。これを今まで、これは本来学会がやるべきことだということにおっしゃるかもしれないけれども、こんな状態がずっと放置されてきたということについて、私は、大臣としても責任の一端をしつかりと感じていただきたいと僭越ながら申し上げさせていただきます。

さて、次に移りますが、医療や健康の問題を考へる上で、また医療財政というものを考へる上で、医療現場以外での健康への取り組みが重要であるということ、皆様も共通した御理解だと思ひます。

そして、自分の健康だけではなく、他人の健康を守る取り組みとしまして、心肺停止時の心肺蘇生処置というものがござります。現在、我が党の山井和則議員が中心となりまして、救急救命士の問題に積極的に取り組んでいられるところでございまして、これについてはぜひ積極的に御検討していただきたいと思ひますけれども、私は、本日は、その前の段階について質問させていただきたいと思ひます。

ドリンカーの救命曲線という有名な曲線がございまして、それによりまして、呼吸停止二分後に心肺蘇生を始めると九〇%くらいの確率で生命が

救えるけれども、三分後になりますと七五%、四分後は五〇%、そして五分後になりますと二五%となつて、十分後には救命率はほとんどゼロになつてしまふということが、そのドリンカーの救命曲線によつて示されているわけですね。救急車が現場に到着する時間を考えますと、救急車が到着する前に、周りにいる市民がどれだけ心肺蘇生ができるかということが、実際には救命の成否に大きくかわつてくる問題であると思ひます。

そもそも、この救急について、心臓マッサージですとかそういった心肺蘇生についての基礎知識というものは、学校教育の中で教育をされているんでしょうか。そして、そもそも、学校の先生、養護の先生ではない普通の学校の先生というのは心肺蘇生ができるんでしょうか。これは文部科学省にお伺ひします。

○上原政府参考人 お答え申し上げます。心肺蘇生に關します教育の現状でございますが、基本的には、学校では、小学校であれば体育科、それから中学、高校であれば保健体育の中で、応急手当の一環としての教育がなされてございます。

ただ、御案内のとおり、小学校の段階でありますれば、簡単な切り傷、すり傷に對する教育というところで、中学校の段階でありますれば、一応、人工呼吸法、止血法それから包帯の仕方というふうな形で教えてございまして、高校の段階になりますと、今御指摘ありました心肺蘇生法ということと、氣道の確保それから人工呼吸それから心臓マッサージという形ではなされてござります。

それから第二点の、教員それから養護教諭の關係でございますが、学校の教員につきましても、昭和六十一年以降、二つの研修が行われております。一つは、指導者のための学校安全教育指導者研修会という形で、毎年二百人程度の人間を集めまして、先生御指摘の心肺蘇生の研修会を実施するとともに、大体、毎年三千人を対象といたしまして心肺蘇生実技講習会というのを学校の先生方を中心として実施してございまして、今後とも、

こういう努力を継続したいと思っています。
以上でございます。

○水島委員 私がふまじめな学生だったからかもしれませんが、少なくとも私は、学校教育の中では、心臓マッサージなどは全くできるようなことはありませんで、医者になって初めて、自分の技術としてできるようになったようなところがございました。

ですから、私は、そもそも、教えているとはいっても、その教え方が、一部の優秀な生徒さん、学生さんに対してはそれで十分かもしれないけれども、やはりあまねくすべての人たちが自分の当たり前の技術としてできるようにするためには、学校教育の中の重きというものがまだ十分ではないのではないかと考えております。そして、医療費を抑えるという意味でも、そもそも国民の健康を増進させるという本来の目的のためにも、一般人への初期救急知識を普及させる必要があると私は思っております。

今回、このことについて質問しようと思いましたが、それは担当は総務省ですと言われました。確かに、救急車、消防庁でいろいろ研修をやっておりますので、担当は総務省なんでしょうけれども、これがたゞ医療現場になりますと、突如として、その担当は厚生労働省になるわけです。また、子供がのどにめを詰まらせたとか、そういう子供の救急事態に関しては、これは恐らく子育て支援という中に位置づけられて厚生労働省が担当されているのではないかと想像しておりますけれども、私は、こんなふうにあちこちに行っている仕組みがやはりおかしいと、改めて縦割り行政の問題を感じさせられました。

初期救急を重要な予防医学として位置づけて、例えば地域の保健所が中心となって、これは厚生労働省がしっかりとその中心に座って推進していくべきではないかと思えますけれども、医療の問題を論じるときに、必ず、この予防医学という問題はセットとして、重要なものとして論じていかねばならないと思えますので、この救急の問題

題についても例外ではないと思えますけれども、大臣はどうお考えになりますでしょうか。

○坂口国務大臣 これはいわゆる国だけがやるだけではなくて、都道府県、市町村も含めて、連携の中で、さまざまな場所で行わなければならないことだというふうに思っております。

一つ保健所というふうに限定をしたいと思います、限られた人間の中になかなか十分なことができませんから、やはりもう少し広い範囲で、市町村なりそうしたところも含めて、あるいはまた学校も含めて、全体として、この救急のときの対応のあり方というのは教えていかないといけないというふうに思っています。その連携をどういうふうにとることを企画するかということが大事ではないかというふうに思っておりますので、そこは十分考えたいと思います。

○水島委員 健康増進法案の枠組みを考えましても、また、たゞこの問題でも先日指摘をさせていただきましても、連携でいい、連携をどうとるかの方が重要であるというのが、このところの大臣の御答弁の一般的な傾向であると思えます。その場合、連携というのは、だれかがとるだろうと思つていられるところがございますので、やはり厚生労働省がしっかりと責任を持つて、連携をとることにしても、その体制づくりについても責任を持って、この初期救急を予防医学の重要な柱として位置づけていただきたかと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

最後にまたお伺いしたいのですが、医療のむだを省いて医療の質を上げる、その双方の目的にかなうものとして、代替医療は重要な位置を占めていると私は思っております。

私もかつて漢方外来で診療をしておりましたけれども、高齢者の患者さんで、複数の科から大量の薬をもらっている方に対して、きちんとした東洋医学的診断に基づいて処方をした漢方薬を与えますと、スーパーの袋のような薬が不要となつて、自覚症状もよくなる。つまり、漢方薬一剤

で、このくらいのスーパーの袋のような薬が要らなくなる、そして患者さんの自覚症状もよくなる、そのような経験を少なからずしてまいったわけでございます。

これは高齢者の問題だけではございませんけれども、このようなみずからの経験を踏まえまして、代替医療については二〇〇〇年の十月にも質問させていただいておりますけれども、まず、現状の検討状況はいかがでございますでしょうか。

○篠崎政府参考人 代替医療についての取り組み状況についての御質問でございますが、漢方などのいわゆる代替医療につきましては、科学的に未解明な部分もございまして、漢方薬のうち、有用性の認められるものにつきましては、薬事法上の承認を行い、保険給付の対象としていくところでございます。

また、はりとつきゅうにつきましては、法律により資格制度を設けて、医師が必要と認められた場合には、医療保険制度の中で療養費の支給対象としていくところでございます。

さらに、その有用性について科学的な解明を待たなければならぬものにつきましては、厚生科学研究費補助金などを活用しながら研究支援を行ってきたところでございまして、今後とも必要な支援に努めてまいりたいと考えております。

○水島委員 それは今までの姿勢であつて、かなり消極的な前進状況ではないかと思つております。

これほど医療の問題が、今回もこれだけ長時間をかけて審議をされているところでありまして、そんな中でもこの老人医療というものがかなり大きなテーマになっているわけでもございます。そんなときに、今私も個人的な経験をお話いたしましたけれども、これは、私個人だけではなく、一般に専門家の間では言われていることですけれども、なぜこんなにいい手段があるのにそれをもっと積極的に推進していいこうとしないんだろかという疑問を現場で多くの人たちが持っているわけでございます。

で、大臣がこの問題について今までよりもきちんとスピードを上げて取り組んでいかれるおつもりがあるか、代替医療をもっと医療の中核の方に持ってこられるおつもりがあるかどうか、その点についての大臣のお考えをお伺いしたいと思います。

○坂口国務大臣 代替医療というのもう内容はさまざまでございますから、なかなか一つにまとめて申し上げることはできませんが、先日マスコミに報道されましたように、この代替医療についてひとつ厚生労働科学研究でやろうということになったことは間違いがないわけでありまして、これは一つの進歩だと思っております。

今までこうした問題は取り上げなかったわけですが、ただいまはがんにつきましての代替医療について研究を行っているところでございますが、これから、がんだけではなくて、あらゆる分野における代替医療につきましても検討を行っていきたいというふうに思っているところでございます。

○水島委員 与党席からも重要なことだという声も上がっております。

アメリカでも、既にNIHでかなりしっかりとした分野として位置づけられていると聞いておりますけれども、本来、例えばこの漢方医学というものは、中国から来ましたが、日本で江戸時代に非常に発展をした、本場に精緻な理論を持った、非常に多くの臨床経験を持った医学で、日本が世界に誇るものであると私は思っております。くれぐれも、今だんだんとそんな様子になつてきていますけれども、これを日本が西洋からまた逆輸入するような形に研究の世界ではなつてきてしまつておりますので、私たちが、私たちの先輩がしっかりと培ってきたこの大切な漢方医療につきましても、もっと世界に発信できるように、日本を世界の中心地にしていかねばいけないと思つておりますので、改めてお願いを申し上げます。質問を終わらせていただきたいと思います。

先週もう二回質疑をさせていただきましたが、引き続き、何ですか、どうしても田村政務官がたくさん答弁をしたいというような御要望をいただいているようでありますので、田村さんとじっくりと御議論をさせていただきたいと思うんですが、途中で大臣にも御意見、御見解を承りたいというふうに思いますので、ぜひこの議論を聞いていただきたいと思います。

先週も申し上げましたが、今の医療の中で、明細のわかる領収書の発行問題、大変大きな問題であります。なかなか先週は私自身納得のいくお答えをちゅうだいでできておりませんので、きょうもこの続きから始めさせていただきたいというふう
に思っております。

まず、問題点を少し整理しておきたいと思いますが、現状では、各保険医療機関等において体制を整えて、医療費の内容のわかる領収書の発行に努める、こういうことになっているようでありますが、実態はこれが全く徹底されていないのではないか、そこが大きな問題ではないかというふうに思います。そのために、患者さんが、どんな検査や治療を受けて、何に一体幾ら支払っているのかということすら知らされないし、あるいはその診療や検査が適切かどうかも判断がつかない。仮にそこで不当な検査や治療が行われたとしても、患者さんが負担した費用というのはなかなか現実問題として返還をされていないのではないかと、こういう問題もあります。

そこで伺いますが、医療費の明細のわかる領収書、これは今努力をするようにということにはなっていますが、これを発行している保険医療機関の数はどれほどか、そしてそれは一体どれぐらいの割合であるのか、そしてもう一つ、その数で十分だとお考えかどうか、伺いたいと思います。

○田村大臣政務官　どうしてもお答えしたいというわけではございません、先生からの御命令でこ

先生からの御質問でございますけれども、基本的に、おっしゃられますとおり、明細がわかる領収書といえますか、そういうものは我々も大変重要であろうと思っております。やはり、患者のどのような治療を受けたか、またどのような治療を受けた上で請求をされるのかということ、これは大変重要な認識いただくことは、これは大変重要な問題であろう、そういう認識は持っております。

ただ以前から申し上げますとおり、まずは、それが徹底されていない、お願いはいたしておるんですけれども徹底されていないという認識のもとであります、現在わかつておるといいますか、領収書を発行しておる、明細のわかる領収書というものをを出しておる医療機関というのは、国立病院、社会保険病院それから労災病院では一〇〇％これが出ております。

ただ先生がおっしゃられました、じゃ、保険医療機関すべてにおいて、どんな割合でどれだけ数それが出されておるかという問題は、実質上、把握をいたしておりません。かなりといえますか、あまたある保険医療機関でございますの、これを把握するというのは、まだ大変困難な部分がございます、現状では把握いたしていません、ということでございます。

○加藤委員 最後にもう一つ聞いた件、お答えください。その把握されていない状態で、いいと思っているのか、それともそうでないのか。

○田村大臣政務官　把握をしないといけないのはどうかという話なんですけれども、これは、できれば把握をすればいいわけですが、なかなかない、どうという方法で把握をするべきなのか、なかなかという関係機関に話を聞けばいいのか、全保険医療機関調査をするといえますと、これはなかなか大変な問題　手間がかかる話でございますして、ちょっとそこは検討させていただきます。どういう方法でやるべきなのかも含めて検討させていただいて、また後日お答えさせていただきたいと思うんですけれども、今検討中でございます、そういうの

○加藤委員 検討していただくということになりますと、やはり責任者に締め切りを設定していただくかなきゃいけませんので、大臣、いつまでに御検討いただいてお返事いただけますでしょうか。

○坂口国務大臣 田村政務官とよく相談をさせていただきたいと思います。

○加藤委員 さつき申し上げたように、問題点があることは、これはもうお互い共有をしている話でありますし、ほつたらかしにしておいて決して改善される話ではありませんので、武士の情けできょうだけは締め切りを設定しませんが、ぜひ把握をしていただきたい。これがわからない以上、次の議論になかなか進みませんので。

そこで申し上げますけれども、じゃ、果たしてこの明細のわかる領収書を発行する以外に、先ほど申し上げたような問題、課題を解決する方法があるかどうか、もしあるのであれば御説明をいただきたいと思います。

○田村大臣政務官 先生の御認識をすべて満たすかどうかはわかりませんが、明細のわかる領収書以外には、一般的にでありますけれども、レセプトを開示いただくレセプト請求、もしくは医療費通知、以前にも先生の御質問でお答えさせていただきました、定期的に保険者から送られてくる被保険者に対する医療費通知というのがございます。

○加藤委員　これは先週も御議論させていただきましたけれども、結局それでは不十分だからこそ問題がいまだに残っているわけでありまして、今わずかこれだけ議論をさせていただけでも、最初に御説明をしたというか共有をさせていたいただいた問題点というのは、患者さんがその医療機関で一日診療が終わった段階で明細のわかる領収書を渡されるという状態にならない限り、結局解決しないわけですよ。

でも、それが問題だともうわかっていて、何年も前から指摘をされていて、かつ今回、その状態をほったらかしでまた負担を強いようという話な

○田村大臣政務官 前回もこの議論を、先生からおしかりをかなりいただいたところでありますけれども、医療の負担という部分、保険料それから被用者保険三割負担、こういうものに関しては、一つには、今非常に厳しい医療保険の財政等々の話がある中においてお願いもさせていただいているわけですが、先生おっしゃられた問題に對しても認識がないわけではございませんでし

て、こういう問題には、我々も、厚生労働省としても、大変な重要性を置いておりますが、一方で、当然のごとく明細のわかる領収書をすべての保険医療機関が発行をいただくという話になりますと、それなりのやはり手間がかかりますし、それに裏づける費用というものもかかってまいります。

例えば電算化がすべての診療所まで含めて進んでいけば、こういうものは人手をそれほどかけずにも出せるんでありましょうし、もしくは人を余分に一人お雇いになられて、こういうものを専門でやられる方々を置けば、それはそれでできるのかもわかりませんが、なかなか、今、現状で動いております医療保険の制度の中において、そこまで負担を国が強制的にすぐに強いるというのは難しい部分もある。

そこで、とはいいながら、大変重要な話でございますので、今、そこら辺のところをどう進めていくべきか、また、医療機関がそれに対して体制をやはり進めていただかなきやいけない、整えていただかなきやいけない。この部分も含めて、今、実は、どうすべきかということを議論させていただいておるわけでありまして、いい例えかどうかわかりませんが、仏つくつても魂入れなければ御利益ないわけありますから、うまくそれができて、そして魂が入って動けるような状況はいつなのかということはなかなかお答えできないわけでありませうけれども、なるべく早くそう

いう状況がつかれるように努力をいたします。

○加藤委員 今のお話の中にもありましたけれども、手間と費用がかかるからなかなかできないという話でしたが、そもそも、これは先週も申し上げましたけれども、世の中に存在する商品やサービスで、明細のついた領収書を渡すのはちよつとうちのビジネスとしては手間ですから出せませんよなんというものは存在しないわけですよ。

医療はもちろんビジネスじゃありません、それは先週も申し上げました。しかし、患者さんがその一日という診察を受けて、どういう検査を受けて、幾らですということすらわからないというのは問題だ。それから引き続いてさらに拡大した問題もあると共有されていて、それで、それができない理由が医療機関の手間や費用だというのは、これはやはりちよつと筋が違ふんじゃないですか。その手間と費用をかけてでもやるべきことはやる、これがやはり筋じゃないですか。いかがですか、田村さん。

○田村大臣政務官 先生のおっしゃられる意味もよくわかるんです。私もよくわかるんです。

ただ、今までの医療というものの経緯といたしまさか、ずっと続いてきた流れもございまして、そういうものがなされてこなかった。しかし、そこには医者と患者の信頼関係もあったんでありまして。いや、もしくは、医者に情報が独占をされておりました、なかなか患者がその部分に口出しができなかったという部分もあったのかもわかりません。まあ、あったんでありまして。そういういろいろな経緯があつて今の制度が成り立っているわけなんです。

これに強制的に義務で、すぐにあしたから、例えば明細のわかる領収書を発行してくださいというのを義務化して、やらなければ法令違反ですよなんというところにいたしました、罰金やいろいろな刑罰を科す、刑罰といいますか法令違反の罰を科されまして、できないのにやれ、やろうと思つたらなかなかその費用というのが捻出でき

ない。では、そのお金をどうするんだ、そのお金はまた国が面倒を見ればいいじゃないかと言いますけれども、一方で、医療費は大変厳しい中でこういうお願いを国民の皆様方にもさせていたいただおる現状であります。

でありますから、そこはなるべく早く、早くは進めさせていただきますけれども、すぐにと言われましても、制度が今まで動いてきたという制度の流れの中で、これはなかなか難しいという部分がございまして、どうかそこは先生の御理解をいただきますようお願い申し上げます。

○加藤委員 先週も同じことを言ったんでしょけれども、御理解いただきたいと言われても、私、御理解できなくて、だめなものはいくらだめなんですよ。必要なものは必要なんですよ。それができない理由が、医療機関の手間と費用がかかるから出せませんというの、これはやはりどう考えたら納得いく話じゃなくて、これは何も私だけじゃないと思いますよ。この議論を聞いていただいている国民の皆さん、とりわけ病院に今かかつている方なんか特にそう思つていらつしやると思ふ、本当に。

それを、例えばあしたからやれと言つてはわけじゃないんです。一カ月後から罰則つてると言つては話でもないんです。厚生労働省として、では、いつを目途にこの制度を変えよう、猶予期間を持たせようとか、あるいはそのために医療機関をこれだけバックアップしようとか、もう長年議論されてきているんだからそれぐらいの答えは持つていてもおかしくないと思ふんですよ。

大臣、いかがでしょう、いつまでだったらこの問題、解決していただけますか。

○坂口国務大臣 田村政務官は非常に率直に、正直に話をしていてというふうに僕は思いますが、まず、領収明細書は出すという原則は明らかにする。出すという原則は明らかにして、そうして、それが全医療機関ができるようにしていく手順をどう決めていくかということだろうというふうに思ひますから、その手順を、田村政務官は、これ

からひとつやりますということをおつておるわけですので、その手順をひとつできるだけ明らかにして、早くできるようにしたい、そういうこととございします。

○加藤委員 水かけ論をしていると後の時間がなくなつちゃうと困るので、では、せめて、手順はいつ発表していただけるんですか。

○坂口国務大臣 これもよく相談いたしますけれども、できるだけ早くいたします。手順はそんなに時間がかかるわけではございませんから、そういうふうによつていきます手順をこれからよく話をしたいというふうに思つております。秋風の吹きますまでは何とかやりたいというふうに思つております。

○加藤委員 先週の医局の問題は、大臣が言つていただいた締め切りに私は一つもけちをつけずにそのとおり納得をさせていただきましたが、この件、秋風が吹くまでというのは、到底、結構ですとは言えません。

今、健康保険法の審議をしていて、大問題だとの間からずつと議論になつていて、もう何年も前から指摘されているテーマです。答えを出せと言つてはいるんじゃない、その手順ぐらゐはすぐ出してください、こういう話でありますから、本来であれば、この健康保険法の議論をしている間にその手順ぐらゐ公表されなかつたら筋が通らない。副大臣までうなずいていただいている。

大臣、もう一回伺います。秋風なんというのは全然話になりませんから、いつまでに手順を公表していただけますか。

○坂口国務大臣 秋風の吹くまでというのは、その前というのは全部入つてはいるわけでありまして、秋風が吹かなきゃやらないと私は申し上げているわけではありませんで、急ぎたいと思つております。

○加藤委員 もちろん、一日も早くやつていただかなきゃいけませんから、別に私が秋風吹くまで待とうという話じゃないんです。ただ、締め切りというのは、一たん設定をしたら、そこまでにや

ればいいというルールでありますから、秋風吹くまでといたら、結局、後ろ倒しすれば秋でいいという話でありますから、そうはいかない。

あくまでも、この健康保険法の議論の、これは最重要課題と言つてもいいと僕は思いますよ、この議論のさなかに出してはもらわなきゃ筋が通らない。(発言する者あり) 国民がそう思つてはいる。どうも国民の感覚とずれてはいる議員がいるようだけれども、そんな筋の通らない話はない。この健康保険法の議論をしてはいる間に手順ぐらゐは出していただきたい。

大臣、もう一回伺います。いかがですか。

○坂口国務大臣 ですから、手順というの、その簡単に決まるわけではなくて、これはさまざまのことを考へてやつていかないとけない。先ほど田村政務官が申しましたように、全医療機関にこれをやつていただくということになれば、それなりの対応を、財政的な対応をどうするのかというふうなことも考へなきゃなりませんし、なかなかそう、手間のかかる話でございますから、きょう言つてあすできるといふわけには当然のことなからいかない。

ですから、漠とした文学的な表現で恐縮ですがけれども、秋風の吹くまでに、こう言つてはいるわけでありまして、それはしかし、秋風の吹くまでにというのは、あすもその中には入つてはいる、こういうこととございしますから。少し時間を、ちよつと幅をいただいてやらせていただかないとこれはなかなかできませんので、御趣旨を十分に尊重してお答えをしているわけでございます。

○加藤委員 今回の議論は、これはもうぜひ国民の皆様にも見ていただいて、ことしは、何ですか、夏はエルニーニョがあつて異常気象も起こるようでありますから、秋風が早く吹くかもしれませんで。大臣、秋風吹くとおっしゃつたのは大臣ですから、これが七月に吹くのが八月に吹くのが文句を言わないでいただいて、それまでは必ず出していただきたいと思ひます。よろしいですね。(発言する者あり) 来年までとか、とんでも

ないやじが飛んでいますけれども、そんなことを言っているから国民から不信を買うんですよ、この間から不信の話をずっとしてきたのに、冗談じゃありません。

次の議論に行きます。

これまでの議論でもわかるように、結局、この医療費の明細がわかる領収書が発行されないからという問題によって、この前から言っています不当な診療あるいはその請求という問題が後を絶たない、その疑念が払拭をされないということであります。

結局、今のままでありますと、医療機関でむだな検査や治療を受けたとしても、患者さんはそれをチェックできない、あるいは、窓口で示された額が、その医療費の額というものが適切かどうかもわからないけれども、それを支払わなきゃいけない、こういうことになっているわけです。

ここで、各保険医療機関の治療や検査の正当性というものについて伺いますが、これは一体だれが、いつ、どこで、どのようにチェックをしているのか。これは保険請求の手続のことじゃありません、事務手続の正確性のことはなくて、治療や検査の妥当性、これを一体だれがチェックをしているのか、お答えいただきたいと思ひます。

○田村大臣政務官 治療や検査の妥当性という話ですが、保険医療という分野での妥当性を判断しておるのは、基本的には、審査支払い機構がその時点でそれぞれ審査委員会をつくりまして、その審査委員会で評価をしておられる。もちろんその中で、前回は言いましたけれども、検査回数でありますとか投薬量がおかしければ減額をするという話でありますし、その後は、各保険者がさらにそれぞれのものをもう一度チェックして、不服があるものに対してはもう一度戻しておるといふ話であろうと思ひます。

それからもう一点は、行政が検査に入って、おかしいことをしておるような医療機関等々がございますれば、これに対してチェックをしておる。基本的にはこういうことでございます。

○加藤委員 本来であれば、先ほどの明細のわかる領収書が発行されれば、第一段階としては患者さんがそこで自分で見るといふのが当然の筋でありますし、その審査機関といふのは本来は二次的なチェックになるべき話だろうと思ひます。

仮に、今不当な請求といふものが発覚をしたとします。今は患者さんはチェックできませんから、その審査機関がチェックをしたとする。そのときに減額査定がなされても、この前のお話ですと、一万円以下の場合には通知が行かないということになる。これはどう考えても筋が通らないじゃないですかというのを前回申し上げたばかりであります。

全部、一万円以下であっても、これがおかしいということが発覚したらすべて通知をするべきだと私は思ひますが、仮にその通知をしたとしたらどれぐらいの費用がかかるとお考えですか。

○田村大臣政務官 どれぐらいかかるか、これはちよつと一概には、なかなか数字が出ておりません。やはりそれぞれ保険者の規模等々によつても違ふわけでありまして、体制によつても違ふと思ひますので、なかなか一概には言えないわけでありまして、一般のものよりかは、一般の医療費通知よりかはかなり費用がかかる。

それはなぜかといひますと、やはり、抽出をいたしまして、そしてそれに対してそれぞれの自己負担の割合を掛けた上で出さなきゃいけないわけでありまして、一般の、ふだんやっております定期的な医療費通知よりかは、かなり費用はかかるであろうといふふうに思ひます。

○加藤委員 先週、その一万円以下のところ、なぜ通知ができないかというお話を聞いたときに、事務官御自身が、保険者の事務費が随分かかるからできないんだというお話でしたけれども、その額がわかっていなくて、かかりそうだからできないというのとは、これは話がおかしくないですか。御自身でおっしゃったんですよ、費用がかかるからできないんだと。では、費用は幾らですかと言つたら、いや、よくわからないけれども何となく

かかりそうだと。かかるかどうか、わからないんじゃないですか。これは調べて、かからなかったらすぐやれる話ですよ。すぐ調べてもらえませんか。

○田村大臣政務官 いや、かかると言ひましたのは、件数と、それからそれぞれかかる費用が、一般の医療費通知よりかはかなり煩雑な作業の中で、かかるであろう。ですから当然、それが幾らかという査定といひますか試算は出ておりませんけれども、一般の医療費通知よりも多分一件につき数倍ぐらいかかるのでありましよう。それ掛ける、不当請求といひますかレセプトの件数でありますから、かなりかかるから、これは非常に煩雑になるというか、事務費がかかるというふうにお答えをさせていただきました。

○加藤委員 その不当請求が、じゃ、そんなに比率が高いのかという話になつちゃうわけですよ。それは、一件一件はもしかしたら手間は一般の通知よりも多少かかるのかもしれないけれども、不当に請求されている比率がそんなに高いものでないかと仮定すれば、全体の費用、コストというのはとりわけ大々的なものじゃないんじゃないかと思ひます。

それともう一点は、さつとと同じ理屈ですよ。これはその費用をかけてでも通知するべき話なんじゃないですか、筋からいって。そもそも、一万円までだったら患者さんが払い過ぎたのが返つてこないという話ですから、こんなばかんな話はなくて、それは費用をかけたつて返すべき話ですよ。もつといへば、これは保険者が負担するんじゃないかと、その医療機関が負担したつていい話でしょう。どう考えたつて、これは筋が通らない。

だとするならば、全部通知したときに一体どれほどの費用がかかつて、できるのかできないのか、これもすぐ調べてもらえませんか。

○田村大臣政務官 医療機関が面倒を見るかどうかという議論は、これはまた別の話になりますので、前回の話に戻らうと思ひますけれども、医療

機関は適当だと思つて出されたレセプトが、ペーパーを見て判断する中で、これは保険の給付に適当ではないという判断をされた。そこには考え方の違いがあるんだと思ひます。ですから、全くの例えば不正な場合に関してはおつしやられる意味はわかりましようけれども、不当な部分は一概に医療機関にすべてというのとは、なかなか難しい部分があると思ひます。

それから、先ほどの議論と同じだといふお話でしたけれども、私もそういう認識を実は持つております。本来ならば、おつしやられますとおり、一万円未満のものに対しても渡せるようになれば一番いいんであらう。

先ほど来先生がおつしやられておりますとおり、例えば自分の受けた診療が果たしてどういふものであつて、本当にそれが保険というものにおいて妥当であるのか、不当もしくは不正やいろいろなものが入つていないのかということを見きわめるためには、一方で明細のわかる領収書が手に入られて、そしてもう一方で不当等の請求がありましようという通知、こういうものがすべて来れば、見合わせればこれはおかしいじゃないかといふのは一目瞭然とわかるわけでありましようけれども、そこまでいけないうのは、やはり一つには、今の医療機関の話と同じでありますけれども、費用の問題がある。

これも、電算化が進んでいけば比較の出しやすくなるんじゃないか。もちろん、その通知をどうするか、郵送にするのか、それともほかの方法で渡すのか、いろいろな議論はありますけれども、基本的には電算化が進めばかなりそこら辺のところは整理できるのかなと私自身は思つております。ただ、その電算化の進みぐあいが、医療機関から審査機構までまだ〇・七％、これは十五年、十八年とこれから七割に向かって進んでまいりますが、今度、審査機構から保険者まではまださらに電算化が進んでおりませんので、ここまですべて含めてやはり早急にそういうものを整えていかないと、なかなかこの議論というものが理想形に

は近づかないであろうな、このように思っております。

ですから、その点に関しては、これから、一番いい方法はどういう方法であるのか、先生からいろいろな御意見を賜りまして、模索をしてまいりたいと思っております。

○加藤委員 本日は、きょうは幾つも締め切りを設定しなきゃいけないのが私の役割なんですけれども、後ろに大きな話が控えているのでちょっとこれは流しますけれども、一万円未満の話は非常に重要なことであって、患者さんが、要するに医療機関のミス、もしくは、心ない人はもしかしたらミスじゃないけれども、意図的にやっているかもしれないけれども、払い過ぎて返ってこないなんて、こんなばかな話、本当に通らないです。から、すぐ調べて対策を打っていただきたい。お願いをしておきたいと思っております。

それでは、最後の時間を次の議論に移りたいと思いますが、今のうちの場合、例えば医療機関が保険請求をしてチェックをしたら保険の対象外となったということがあり得ると思うのですが、これは先週もちょっと伺ったところ、政務官から、この全額を返還しろということになると、これを厚生労働省がシステムの中で決めるのは難しい、何で難しいかというと、これは最後は民事の話だから、こういう話でありました。

つまり、保険請求されて、その保険の適用になりませんよと言われた部分はあくまでも民事の扱いだということでしょうか。ちょっと確認をさせていただきます。

○田村大臣政務官 はい、たしか、不当利得返還請求というようにお話をさせていただいたと思っております。

○加藤委員 そうすると、民事の問題ということになると、医療の世界ではそれは自由診療ということになりますよね。一言、確認をさせていただきます。

○田村大臣政務官 自由診療という言い方がいいのかどうかわかりませんが、保険の範囲と

いいますか、保険からは払われていない。保険からは払われていないという話でございます。

○加藤委員 保険から払われない診療を自由診療と言っているんですか。確認させていただきます。一言だけ。

○田村大臣政務官 そういう意味では自由診療という話だと思います。

○加藤委員 今の話ですと、保険請求をして、一部こは保険にふさわしくないと除外された。そうすると、ある部分、一連の診療行為の中で、ある部分は保険適用で保険診療、でもこは違うよと言われたところは自由診療、こういうことになるんですが、これはいわゆる混合診療に当たるんじゃないかと思うんですけれども、田村さん、どうお考えですか。

○田村大臣政務官 私も当初、そんな疑いがあるんじゃないかと思ったこともあるんですが、多分これは混合診療の定義の問題だと思うんです。

基本的に、この場合、保険の適用はされているんです。ただ、それが保険から給付を受けなかっただけでありまして、一応保険で認められている医療行為であることは事実であります。ですから、そういうものが保険の給付を受けた診療行為と一緒にあっておるものは、我が省といたしましては、混合診療という認識は持っておりません。

○加藤委員 いや、保険の範囲内だと言うけれども、保険がきかないわけじゃないですか。請求したのに、そこは保険適用外ですよと言われたわけですよ。違うんですか。

○田村大臣政務官 我が省の混合診療の認識なんですけれども、定義をいたしまして、保険で認められていない医療を保険で認められている医療とドッキングさせて診療した場合には、これは混合診療というふうに、混合医療と我々は思っておりますけれども、保険で認められておる医療内容と、たまたまそれが審査機構の方で認められている診療内容なんだけれども給付はしないという場合とが一緒になった場合は、これは我が省といたしましては混合診療というふうには概念的には

思っておりません。

○加藤委員 だとするならば、その保険申請をして、請求をして、こは全く保険は適用されませんから、あなた方勝手にどうぞ、医療機関と患者さんで勝手に話をつけてください、こういう話ですよ。そういうことになりますね。

保険請求された方は保険者から医療機関に払われる。患者さんが払った分もある一定の割合で払っている。そこはいい。しかし、ある一定の部分、こは保険適用されませんよということ以外された分については、医療機関と患者さんとの、さっきの話に戻れば民事の話ということになりますから、結局それが今、例の一万円未満は通知されないということになりますけれども、民事の話だとするんだしたら、保険者じゃなくて医療機関にそれを返還する義務というのが発生しないんですか。

○田村大臣政務官 先生がおっしゃられました部分は確かに、では、お互いに認め合う中で、保険外、つまり保険で認められている医療行為でありまされども給付を受けないであろう、そういう部分を医療者と患者が合意の上で施した場合の費用はどうなるか。

これは、保険医療機関及び保険医療費担当規則という中で、基本的には医療機関が十割見なきゃいけない、ですから患者の負担部分はもらえないという話なんです、それならば返せというお話があるのだらうと思うのです、全額。

ただ、基本的な認識として違いますが、医療機関は当初そういう意識がなかったわけでありまして、保険の中で給付されるであろうというふうにして、保険の中で請求しているのです。それを審査機構の方で外された。それは、医療機関もいろいろな思いがある中で、なかなか意見が合致しなかった。ですから、そういう意味では、これはもとから認識をともにして患者の方々と合意の上でやった行為ではございませんので、そこら辺のところは、医療機関も前向きに上げましたとおり残りの七割は負担をしなきゃならないのです。例えば

ば、薬を出せば三割は患者からいただいています。ところが、保険から給付を受けなければ、七割は、これは医療機関も、そのまま自分から持ち出しをしなきゃいけないということでございますので、その点は御理解をいただきたいと私はお願いしたいと思っております。

○加藤委員 それは患者さんは理解できませんよ。要するに、本来だったら十割医療機関が持たなきゃいけないけれども、七割は医療機関が持つんだから、三割は患者さんが持つてくれという話で——時間になっちゃったから、本日はもうちょっとお話をしたいのですけれども、余り場外ではお話ししたくないので、こういう公の場で議論させていただきたいと思っておりますけれども、どう考えても筋が通っていない、この件は。

幾らでも議論させていただきたいと思っておりますので、大変残念ですが、きょうのところはこれで終わりにしたいと思います。ありがとうございます。

○森委員長 午後一時十分から委員会を再開することとし、この際、休憩いたします。

午後一時十分開議
○森委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

質疑を続行いたします。佐藤公治君。

○佐藤(公)委員 自由党、佐藤公治でございます。本日も、四十五分間の議論をよろしくお願いいたします。

さて、きのう、健康保険法の関係で参考人を六名お招きし、意見を拝聴させていただきました。ちょっと事前通告とは、その前にということでお聞きをさせていただければありがたいと思っておりますけれども、本日の議論もまた聞いています。また、きのうの参考人の方々の意見を聞いておりましたけれども、まず最初に、きのうの参考人の意見や議論というのは、坂口大臣、大体お聞きになられていますでしょうか。

○坂口国務大臣 概略お聞きをいたしてしております。

○佐藤(公)委員 宮路副大臣、お聞きになられていますでしょうか。

○宮路副大臣 同様でございます。

○佐藤(公)委員 では、そういう前提でちょっと何点かお聞きをさせていただければありがたいと思います。

今までのいろいろな議論がございましたけれども、まさに、きのう参考人の方々がおっしゃられたことというのは、それを集約させたものというのが何点あったかと思えます。

そのうちの一つ、村上副事務局長がおっしゃられている前文の部分、九七年九月の大幅負担増は、二〇〇〇年度に医療・医療保険制度の抜本改革を行うことを前提に先行実施されたものでした。当時の与党三党は、抜本改革の実施は平成十二年度を目途とするが、可能なものからできる限り速やかに実施することを国民に公約しました。この部分で、公約をしたということが一点。

そして、医療制度の抜本改革に向けた審議会等へ積極的に参加し、保険料を支払う側、医療を受ける患者の立場から、その実現を強く求めてきた。しかし、九七年から今日まで行われてきたことは、改革先送り、国民への負担増です。国民医療費が膨張し、財政赤字が拡大した責任は、抜本改革を先送りし、小手先の財政つじつま合わせに終始してきた政府・与党にあります。今回の改正は、このツケを国民に転嫁するものでしかなく、到底容認できませんという前文がございました。

まさに、ここに書いてある非常に重要なことは、政府・与党が、枠組みはいろいろあるかもしれない、公約をしたということ。そして、この公約を破ったこと。だから、信頼関係ができない、つけない。そしてまた、第二段目にお話ししました財政赤字が拡大した責任、この責任というのが、まさに、先送りをしてきた、つじつま合わせでやってきた政府・与党の無責任さが今回の議論の根本的な問題になっているのではない

か、こういうふうにはききのう改めて思いました。この点について大臣はいいかと思いいなれます。まずでしょうか。

○坂口国務大臣 村上さんはもう二十年來の私も友人でございまして、この人が何を考えているかは大体わかっております。九七年当時、村上さんはそのときの案に賛成だったのではないかと、いふに私は思っております。しかし、いろいろ話をふだんから伺っておりますけれども、医療問題について一つの意見をお持ちであることも事実でございます。

抜本改革につきましては、先日来何度もお話を申し上げておりました。一九九七年以来、改革をされた面も確かにございます。しかし、いわゆる省としての、官僚の皆さん方の改革案というのは、今までの、過去との連続性の中の改革というのがどうしてもやはり中心になる。しかし、政治家が言いますところの改革というのは、過去との不連続の改革というのがどうしてもやはり主張されがちになる。そうした違いがあるというふうに思っておりますが、かなりいろいろな面で改革されてきたということは事実でございます。

しかし、我々が言うところの抜本改革というのは、もう少し、過去との不連続の中の改革です。ということをおっしゃるわけで、そのことにつきまして、それが十分にできていなかったということとは私も率直に認めているところでございます。

したがって、今回、この財政問題を中心とした今回の改正案と、そして将来にわたりますところの抜本改革を同時にスタートさせた。そして、来年の四月からの三割自己負担あるいはまた保険料の引き上げといったようなこととあわせて抜本改革もスタートさせるということになった。い、こういうことを申し上げてきたところでございます。

○佐藤(公)委員 当時、大臣が野党にいらしたというところで、立場が変わった、おれが今回やるんだから信じろと言われる部分はわからないで

もございせんが、やはり、村上さんが最後の方にお述べになられました、附則について述べられた部分。政府は、抜本改革の内容は法の附則に盛り込んだと説明しています。しかし、実効性の担保が大臣の決意だけで実現できると思えませんか。附則の実効性が担保されないことは、九八年の国保法等の改正時の附則を政府みずから裏切ったことになるといふようなことを言われているんですけれども、大臣に聞いたのがもしかしらたら間違いだったかもしれません。

当時の政府・与党であります自由民主党さん、宮路副大臣、いかがでしょうか。公約違反ということ、そして無責任ということ、ここに尽きる部分がありますけれども、そして、まさに附則の部分で書かれていたことが、担保といっても実行されなかった、これはまさに公約違反じゃないかということをおっしゃっている。ここが不信感を生んでいる大もとにもなっていると思えますけれども、自由民主党さんの所属であります宮路副大臣、いかがお考えになりますでしょうか。

○宮路副大臣 佐藤委員御指摘の問題、もうことしの予算委員会の段階から本場に大きな議論を呼んで今日に至っております。予算委員会の席で、私も陪席しておたわけでありましたが、どうして過去の改革がずつと先送りになって今日に至ったのかということについて、いろいろと今、鈴木先生からもちよつとお教えいただきましたが、薬価の問題とか一割負担の問題とか、あるいは病院の機能分担の問題、こういったことをいろいろやっておるわけでありまして、にもかかわらず、当初予定したのからすると、必ずしもそれが十分達成できなかった。

その理由は那邊にありやというところで、小泉総理が、政権の枠組みがその都度その都度いろいろと変わってきたということが一つの大きな背景としてそこに横たわっている、そのことも無視できない大きな事実であるという答弁がたしかあったわけでありまして。私どもも、一時は野党になったり、その後また与党になったりということでは

た与党の枠組みもいろいろと変わってきているというところであります。その辺が確かに私も一つの大きな要因じゃないかなというのを思っています。ときに、やはりこれは、政治家の責任、大きなものがあるな、こう思うわけでありまして。

今回は、おかげさまで、附則の中にしっかりと、単に改革要綱だとかなんとかいふレベルではなくて、法律の中にきちつと書いていただいております。法律のなかで、そのことが議論されてそして国会で成立するならば、これは国会がそのことについて責任を負うということになってくるわけでありまして、従来のもよりもさらに重みのあるそういう附則である、改革に向けての考え方であると申しましょうか、方針であるというふうな、私どもも重くこれを受けとめていかなきゃならない、政府としてだけじゃなくて、政治家として重く受けとめて、この問題に前進をすべく努力していかなくちゃならない、そういうことに今回はなっているのではないかな、かように思っております。

○佐藤(公)委員 では、宮路副大臣、お尋ねします。前回の抜本改革の公約は、約束を破りましたということでございますね。

○宮路副大臣 今申し上げたように、中には幾つか大いなる前進を見たものもあるわけでありまして、したがって、一〇〇%やったかと言われると、確かにそうじゃないことがあるかもしれない。だけれども、一歩一歩着実な前進を見せているというところは、私はこれは紛れもない事実だろうというふうに思います。

しかし、今度はそこは、さらに法の附則にきちつと書きとめていただいて、そして国会でこれを成立させていただくことになるならば、もつとも我々のそうした改革に向けての責任は一層大きなものになっていくに違いない、このように思っております。

○佐藤(公)委員 なかなか、公約違反をいたしましたと自分で言うことは、勇気の要ることだと思います。なかなか言えないのだと思いますけれど

も。

きのう、日本医師会の青柳副会長がいらつしや
いまして、いろいろなことをおっしゃられており
ました。そういう中で、幾つか、今の話にも関連
をするんですけども、「十二月の予算編成を前
にして、制度改革の提案が明らかになってまいり
ました。しかし、本来的な制度改革の視点がどこ
か隅に追いやられた内容でございます。特に、平
成十四年度あるいは十五年度の財源収支をどうす
るかという、そこに焦点が当てられた提案内容
だった、私はそのように考えております。」医療
構造改革の提案において、こういうコメントが
ございました。

私が思うことは、やはり今回の法律改正とい
うのは、まさに財源ということで、大臣もおっしゃ
られておりましたけれども、帳じり合わせのこと
ばかりが先行された、まさに裏づけとしてこうい
うふうにおっしゃられているんじゃないかという
ふうに思います。抜本改革なんというよりも、と
りあえず財政、財源議論ということで、そこを何
とかしなきゃ、これは大臣も今までおっしゃられ
ていることですけれども、抜本改革なんか隅に追
いやられちゃった状態で一年が過ぎ去ってしまった
た、こんな感じを受けるんですけども、大臣、
いかがでしょうか、これに關しては。

○坂口国務大臣 抜本改革が大事なことは、先ほ
ども述べたとおりでございます。しかし、財政問
題も大変大事な問題であることは間違いございま
せん。

そして、抜本改革をやるということは、ややも
いたしますと、抜本改革をやりますと財源的には
それで何かが生まれてくる錯覚を受けるわけであ
ります。しかし、抜本改革というのは、それに
よってむだを省いていくこともそれは当然
ありますし、そこから、むだを省いた、財源をそ
こから生み出すということもあり得るというふう
に思いますが、一方におきまして、足らざるところ
は補っていかなければならないわけでありま
すから、抜本改革をすることによって財政的にゆ

りが出るという保証は私はないというふうに思っ
ております。

したがって、抜本改革は抜本改革として、
むだを省き、公正を図り、そして現代だけではな
くて次代のことも考えていく、そうした抜本改革
を実現していかなければならないというふうに思
いますけれども、財政問題は財政問題として、や
はり議論を重ねていかなければならないし、考え
ていかなければならない。

いつも申し上げておりますように、それは税で
お願いをするか、あるいは保険料でお願いをする
か、それとも自己負担でお願いをするか、さもな
くば、医療機関に対しては節減をお願いする
か、これ以外に道はないわけでありまして、そ
うした中で考えていく以外にございません。

とりわけ、これだけの高齢者医療が、だんだん
と、年々歳々これはかさんでくるわけでありま
すから、そのことを考えますと、早い時期にやはり
財政問題も考えておく必要があると考えておりま
す。

○佐藤(公)委員 これはもう今までも何回も議論
してきて、平行線のままであり、その順番、手
順、そして、やはりすりかえられちゃっているよ
うな感じがいつもいたします。

そういう、まさに自由民主党をバックアップし
ている日本医師会の副会長が、最後のところにも
こんなこともおっしゃられていますよね。「今回
の法案の附則の中で取り上げられました幾つかの
抜本改革に向けた取り組み、これについては、私
どもも全く共通認識を持っております。しかし、
過去、私どもは非常に苦い経験を持っております。
つまり、文章化されたものがいつ実現される
のか、どういう道筋で具体化されるのか、これ
は、過去数年間、私どもとしては非常に期待した
部分でございますけれども、」こんな文言が、文
章があります。

大変な、自由民主党さんをバックアップしてい
る医師会さんすら、今の政府、そして自民党さん
に不信感を抱いている一文ではあるようにも思え

ます。

そして、そこを、最後に、ここにおられる国民
の代表である議員さんが、やはり方向性を間違わ
ないで今後の医療制度改革を進めていただきたい
い、これを最後に申し述べまして、私の意見陳述
を終わります。こういうことでございました。方
向性を間違わないで今後の医療制度改革を進めて
いただきたい。

私は、まさに、この議会のあり方とか公約違反
とか無責任さ、今の現状というのは全く間違っ
た方向に行っている、もしくは危険性が高い、こ
ういう意味で、抜本改革の議論をきちんとして、ま
た提示をして、その上で今回の改正案というもの
を議論していくべきだというふうに思います。こ
れは私の前の委員各位、皆さん方がもう御発言さ
れたことですけれども、つくづくそういうことを
思うわけでございます。

そういう中で、日本医師会の副会長の青柳さん
が、私の質問に対してこうも答えていらつしや
るんです。青柳副会長に、では、改革というものを
やる、抜本改革をやる、その将来、目的、ビジョ
ン、きちんとした明確なものがあってやはり改革
をしていくのであれば、まさに坂口大臣が九七年
のときの委員会でおっしゃった、東に進むか西に
進むかわからない、これじゃ困るということの、
東か西かということでもはつきりしてやることだ
と思っております。では、今、現状、この改革をするに
際して、日本医師会さんは、今、政府・与党、そ
して政府である小泉さんたちがどんな青写真とビ
ジョンを描いた国家のあるべき姿、国家像、そし
て社会保障制度、そして医療というものを、どん
な目的とビジョンを持って進められているのかと
いうお話を聞かせていただきたいというお話をい
たしましたら、青柳副会長は何とおっしゃられた
かといいましたら、時間があつたらその辺を小
泉総理とひざを突き合わせて確認してみたい、自
分のビジョンを話してみたい、聞いてみたい、こ
ういうことをおっしゃいました。

日本医師会、これだけの団体の幹部という方

が、今、政府・与党の、そして小泉総理の、将来
における日本の青写真もビジョンもわからないの
に、賛成だの反対だの言っていること自体、私は
間違いなんではないかと。

私も、今の財政破綻の状況はわかつているつも
りです。ですから、何とかしなきゃいけない。だ
れけれども、そこら辺をきちんと明確にして、だ
れが、どういう形で、意識改革をし、負担をして
いくのか、きちんと議論していけばいいと私は思
っております。しかし、そういうことを飛ばして、
ただこれを、金がないから頼むという、抜本改革
もきちんとこれからやるから、もう二回目だけ
ども、ちゃんとこの次はやるからというの、も
う何回も言いますが、虫がいい話ではないかと思
います。

青柳副会長が、早い話が、小泉総理、今の内閣
の将来のビジョンは、日本の青写真がわからな
い、知らないということをおっしゃられました。
これについて、坂口厚生労働大臣、いかが思われ
ますか。

○坂口国務大臣 昨日の佐藤議員の質問に対しま
して青柳参考人は、全体としましては、修正して
もらいたい点もあるが、基本的なスタンスとして
は成立させるべきだ、こういうことをまず述べて
おみえになる。先生言われませんでしたけれど
も、述べておみえになる。そして、今後のビジ
ョンにつきましては、医師会としては医療に關して
のビジョンを提案しているので委員会などで取り
上げてもらいたい、こういうふうにして述べておみ
えになる。

医師会は医師会としての御意見をお持ちだろう
というふうに思います。医師会は、医療というこ
とだけを中心にして考え、そして医療を行う側と
しての御意見をお持ちであることも十分に存じ上
げております。しかし、政府は、医療のことも考
えなければならぬけれども、そのほかの経済全
体のこともやはり考えていかなければならない、
トータルで物を考えていかなければならない。
もちろん、医療を行っている皆さん方でありま

すから、その御意見は十分に聞かなければならないというふうに思っておりますけれども、しかし、それぞれの立場の皆さん、例えば医師会の皆さんあるいはまた健保連の皆さん、それぞれお立場はあると思います。また、連合の皆さんの御意見もある。その御意見は聞かせてはいただきますけれども、それを聞いた上でトータルでどう考えていくかということは政府が考えていかなければならないことでありますから、そこは私たちも十分にわきまえてやっていかなければならないというふうに思っております。

今後の抜本改革のことにつきまして、もちろん、これは関係者の皆さんの御意見をお聞きすることになるだろうというふうに思います。医師会の皆さんの御意見、健保連の御意見あるいは連合の御意見等々につきましてもお伺いすることになるというふうに思っております。

○佐藤公委員 私が言っていることは、大臣、随分前、委員会でも聞きました、小泉総理の国家像、国家がどうあるべき姿というのをもちたんでしようか、御存じなんですと言ったら、大臣も副大臣も、あります、わかっていますということをおっしゃいました。しかし、副会長青柳考人は、あるのかないのか、極端なことを言ったらわからない、どんなものを持っているのかもよくわからないというふうにおっしゃられた。それでどうやってこれからのまさに医療、社会保障制度、こういったものが、日本医師会という大きな団体で、社会的にも影響を及ぼす団体の幹部がわからないで、ただ修正だのあれだのと言ったら、まさに帳じり合わせということを認めているようなものじゃないですか。抜本改革をするということであれば、本来そういうことから議論をして積み重ねていくべきこと。では、この五年間何をやっていったのかということにもなると思います。

宮路副大臣、今話をじつと聞いていただいておりますけれども、こういった青柳参考人の話に対してどう思われますか。

○宮路副大臣 今、私、きのうの佐藤議員の青柳

参考人に対する御質問をなさったやりとりの、言ってみれば議事録と申しますか、それをちよつと拝見をいたしておるわけですが、その中で佐藤議員が青柳参考人に、青写真、ビジョンがわからないけれどもそれはどうなんだということに対して青柳参考人が、御自分としては答える立場にない、こういうことを言っておられるようであります。

しかしながら、我々は、小泉政権のもとでこうして政府として今回の改正法案を提出させていただいておるわけでありまして、その中であつて、御指摘のように、今まで改革として見送られてきたあるいは実現しなかったと言つてもいいそういう項目も含めて、従来にない、思い切った、本当に抜本改革の名にふさわしい、そういう項目をしっかりと提示して、そしてしかも期限を切つて、計画をつくつてちゃんとやっていくんだ、こういうことを言わせたいただいておるわけでありまして、これは従来にない改革に向けての意欲を小泉政権として、また厚生労働省として示させていただいているというふうな御理解をいただきたいと思うわけでありまして。

そして、今回の改正法案が、長きにわたる御審議をいただいてそして成立した暁には、現在既に準備のための作業をやっておるわけでありまして、ますますその改革に向けて邁進のピッチを高めていきたい、こういうふうな思っているところでありまして、よろしく御指導と御鞭撻を賜りたい、このように思う次第であります。

○佐藤公委員 大変失礼な言い方をすれば、あ言えはこう言う、こう言えはあ言うなんという形の議論になつてきちゃいますけれども、僕は、やはりきのうの参考人に関して、お二人とも、十分とまではいかなくても、見ているという、聞いているということをおっしゃられたので、私はこういうことを少し聞かせていただいているんです。

こういう部分が報告が漏れていたのかもしれないませんが、私は、きのうの参考人の、あれだけの

方々がいらつしやつておつしやられていることを本場に一つ一つもう一回見直してください。そして、いい意見もあり、今までと同じ意見もあるかもしれないけれども、やはりそれほど真剣に議論をしていただきたい。私たちの思いをわかつていただきたいと思ひます。

本場に青柳参考人のことに関しては、まさに最後に、そういったビジョンに関して、日本のあるべき姿に関して、それを確認するために小泉総理と数時間ひざを交えてお話をしたい、そのようにお答えをさせていただきまます。もう全然わかつていないということになるんじゃないかというふうに私は思ひます。

そういう中で、きのう、村上副事務局長のお話の中で、私も前回の委員会でも指摘をさせていただいております、ほかの委員からもさせていただいておりますけれども、やはり経済や景気における影響というものが同じような状況、まさに九七年そして九八年に影響を受けた、大変な大打撃を受けた、そういうようなことをもう一度やるんではないかということを聞かせていただきましたが、経済に対する影響ということもいろいろと指摘している部分がございまして。

そして、こういう中で、これはまさに今までの議論が余りなかったのかと思うんですが、局長、ちよつと聞いておいてください。これは高齢者医療についてです。

老人医療費の抑制策ではなく、医療費の総額抑制策を導入すべきであると主張してきました。ところが、昨年九月の厚生労働省の試案で、老人医療費の伸び率管理制度の導入が盛り込まれました。その後、具体的な内容が示されるものと思つておりましたが、伸び率管理制度は政府・与党の医療制度改革大綱において後退し、今改正案では単なる指針での助言と全く骨抜きとなつてしまいました。政府提案の老人医療費の抑制策は一体どうなつたのでしょうか。

というような疑問が、ここで、きのうの参考人で投げかけられております。

大臣、お答えになられるのであれば答えてください。副大臣でも結構です。どうしても答えられないというのでしたら、局長でも結構です。この答えはどのようなものをお考えになられているのか。きのうの参考人の方々のおつしやられた内容です。一つ一つ真剣に受けとめてください。いかがでしょうか。

○大塚政府参考人 今回の医療制度改革に至る過程の一つの特徴は、昨年の秋に厚生労働省試案という形で、秋の段階で厚生労働省としての一つの考え方を示したしまして、与党はもちろんのこと、幅広く御議論をいただいたという手順をとつたことが一つの特徴だと私も思つております。

この厚生労働省試案の中でさまざまなことを盛り込んだわけでございしますが、その一つに、今御指摘の伸び率管理制度というのを案として、たまたま台として盛り込みました。実は、これは、さまざまな議論の中で最大の論点の一つになつたわけでございまして。もちろん、賛否両論という意味での議論の対象になりました。

私どもの基本的な考え方は、今日の医療の伸びの、少なくともここ近年の過半といましようか大宗は高齢者医療費です。しかしながら、一方で人口の高齢化が進むわけですから、老人医療費の伸びはどうしても避けられない。しかしながら、経済の今日の基調から考えますと、老人人口の増による医療費の増は避けられないけれども、老人医療費の全体としての総量はもう少し伸びを適正化しなければいけない。それが医療保険財政の安定化ひいては制度の安定化につながる、こういう案を考えまして、その具体的な手法として伸び率管理制度というのを示したわけでございまして。

中身は御案内と思ひますので詳細は省きますけれども、これにつきましては、もちろん、やるべしという御意見も、今お話にございましたように、さらにもつと強い形でやれという御意見もないではありませんでしたが、むしろ大宗は、高齢

者の医療費の伸びを適正なものにするという考え方は必要だけれども、その手法として非常に強圧的というような御批判もいただきましたが、機械的、一律に、医療の質というようなこともなかなか考慮できないような仕組みではないかというあたりを中心に厳しい御意見が強かったわけでございます。

私どもとしては、一つの考え方としてお示しをしましたが、与党あるいはその他関係審議会も含めた幅広い御議論の中で、基本的には、高齢者医療費の問題が課題だということが一つ。その手法としてはさまざまな手法がある中で、伸び率管理制度というものにつきましては、少なくとも公の場での議論では賛同を得られなかったということが一つ。

したがって、両方の状況の中から、それでは都道府県、市町村の御協力も得て、むしろ医療の質も確保しながら少し長い目で取り組むというような意味合いも含めて、老人医療費の伸び率の指針というものを厚生大臣が策定をして、それに従いまして、都道府県、市町村のみならず保険者あるいはその他幅広く国民一般も御協力を得て、この高齢者の医療費問題に取り組んでいこう。形としてはソフトでございますけれども、基本的な趣旨は同様ということでこういう形に今切りかえたわけでございます。

昨日の参考人の御意見の中で、引き続きましてこの問題に対する賛否のお立場からの御意見があったことは私も承知をしておりますが、一連の経過を申し上げれば、少々長くなりまして恐縮でございますが、そういった経過で、今回御提案の中に伸び率管理の指針という形で盛り込んでいるということでございます。

○佐藤(公)委員 私は、本当に今のお答え、大変御丁寧に、それも事前通告もせずにお答えいただいたことを本当にありがたく思いますけれども、今のお話を聞いている限り、本当に先送りの状態、本当にまじめに抜本改革の議論をしていこうというふうには余り思えない部分があるように

も思えます。果たして今のお答えで村上参考人が御納得するかどうか、私はするとは思いませんが、とりあえずお答えを聞かせていただきます。

私が言いたかったことは、今回の参考人にしてこの委員会のあり方についても、非常に形骸化をしている部分があるのではないかと。やほり、参考人の皆さん方にここにきていただいで、それだけのことで質疑をしたのであれば、この次はやはり大臣や副大臣を交えてそれに関しての議論をもう一度していく、こういうことがとても大事なことであります。そういうことを今後やはり当委員会でも各自がみんなが考えていかなきゃいけないことだと思います。

済みません、とか言っている間に事前通告に入らせていただきます。骨太の方針をいろいろと聞きたいんですけれども、いつまでたっても終わらない部分があるので、ちょっと具体的なところから少し入らせていただきます。

先ほどのお話の中にもあったこと、そこまで行けるかどうかわかりませんが、今リバースモーゲージ制度、この前は、地方における医療改革のいろいろな知恵を絞りがらで、ICカード、こういったものを使つての医療費の抑制、こういったものを使つてやっていた事例を幾つか挙げさせていただきましたが、この次はやはり、地方自治体が今一生懸命頑張っている制度の一つでリバースモーゲージ制度というのがございまして、ちょっと聞きなれない方、傍聴の方もいらっしゃいますので、担当局長、簡単にいいますけれども、どんなものかちょっとだけ御説明願えればありがたいと思います。

○石本政府参考人 今御指摘のリバースモーゲージと申しますのは、住宅とか土地を担保に継続して資金の融資を受け、死亡時に土地、住宅の売却によつて一括返済を行うという仕組みでございます。通常、私ども住宅、土地を購入する場合に、最初に一括して融資を受けまして、その後返済を継続して債務を減少させていく、いわゆる、

モーゲージというのは抵当でございますが、このモーゲージローンの逆の仕組みだというふうに考えております。

○佐藤(公)委員 今の御説明でもわかりにくい方もいらっしゃるかと思いますけれども、要は、お年寄りの方々、資産のある方々という方がいらっしゃる方々、資産のある方々で家や土地を持たれていない方々にそれを担保にお金を貸しする。お金が払っていく。そして、お年寄りの方々が亡くなられたという言い方がいいのかどうかわかりませんが、途中でいろいろな方法論がありますが、亡くなった時点で全部清算する。その土地や家を売却する、またそれを買取る、またお金を返す、こういった方式をとる制度だというふうに私は思っております。

そのリバースモーゲージに関して、各地方自治体で全部で何カ所ですか、十数カ所おやりになられていてということと今動いておりますけれども、この現状に関して、担当局長はどのように報告もしくは現状分析されておりますでしょうか。

○石本政府参考人 お答えいたします。このリバースモーゲージ、政府全体の中で主に担つておられますのは内閣府でございますが、特に厚生労働省の立場から申し上げますと、高齢者の老後において高資産低所得という概念があるとすれば、資産はある、けれども日ごろの生活費が足りないんだとおっしゃるお年寄りが結構ございまして。こういった方々が高齢期においても安心して生活し、また、ある意味では、特に相続においてそう残すこともないというふうなケースも結構あるようにございまして、そういう場合に、私どもとしても、高齢者の生活を年金中心に賄つていただいているわけでございますけれども、そうはいえ、さまざまなその他の生活費もございまして。

そういう意味では、特に地方におきまして、地方も公的プランと私的プランというのがあるので、公的プランでいえば、先ほど先生、御案内

かと思いますが、例えば武蔵野市の福祉公社、融資件数、二〇〇二年二月でございますが、八十四件でございます。また、世田谷区のあるあい公社、これが二十一件、新宿区の社会福祉協議会十三件、それから民間でございますが、これは地域は特定できませんが、ほとんどの信託銀行で民間プランを発行されているというふうに承知しております。

○佐藤(公)委員 もう時間が余りないので、こちらの方が先にどんな話をさせていただきますけれども、実際問題、このリバースモーゲージ制度において、ホームページ、新聞等でも、厚生労働省はこの制度を都道府県の社会福祉協議会を通じて全国に普及を図ることとし、二〇〇二年度予算に補助金を盛り込む、現行の生活福祉資金貸付制度の一部門として行う、非常に積極的に取り組んでいく。内閣府ということも先ほどおっしゃられましたけれども、私は、こういう制度は非常にいい制度だというふうに思っております。

ただし、御存じのように、お年寄りでも、資産もなく所得もなく、やはり預金もなく、こういう方々、資産がまだあるだけ本場にありたいという部分があるかもしれないけれども、資産があつてもこの次に生活をしていくその所得、低所得ということを先ほどおっしゃられましたけれども、そういう方々にある程度限定しますけれども、本場に、私は歩いていてこういうお年寄りが割と多いことを改めて感じました。

家は持っている、土地は持っている、でも今さらこれを売つてどうのこうのということもできない、それでお金が、年金生活者だけれども年金も余りない。そういうところで、本当に今回のような健康保険法の改正をして、国民に痛みを強いる、負担を強いるようなこと。やはり、こういった一つ一つの制度をきちんと確立させてからやっていく。また、こういうものを、きちんとまじめに抜本改革、まさに社会のあるべき姿ということの一つとして、こういったものを充実させていくことが先ではないかと私は思います。

現段階、地方自治体においてやっていると
は幾つかございますが、どれもこれもこれまた先
細りです。当然のようなことですけれども、不動
産価値の変動とか下落リスク、また金利変動のリ
スク、また、大変これは失礼な言い方になってし
まうかもしれませんが、長生き、お年寄りの方が
どれくらい寿命があられるかということがわから
ない。この三つが大きな理由で先細りの状態だ
ということでございます。

やはり、こういった制度をやっていくために
は、国の大胆な介入もしくは後ろ盾がないこと
は、なかなか進まない制度だと思いますが、地方
自治体はそういうことを一生懸命頑張つてやろう
としている、でも先細り。当然のように、今言っ
たように、不動産の価値の変動とか金利リスク、
こういったものが絡んできたらば、もう地方では
どうにもできない状況。

でも、私は電話をしたりいろいろな方々にも意
見を聞きましたけれども、だれもがやはり、こう
いったものを気軽に、また手続上の複雑さもあり
ますけれども、手軽に安心して使えるような制度
があったらいいということをもんな言っております。
こういう制度の確立、より一層の推進、こう
いったものが、私たちがいつも言っている日本の
あるべきいろいろな姿を語ることになってくるか
と思ひますが、この制度に関して、大臣、いかが
お考えになりますでしょうか。

○坂口国務大臣 リバースモーゲージにつしまし
ては、一昨年ぐらいでしたか、かなり真剣にいろ
いろと勉強をした経緯がございます。これは、な
かなか魅力的な制度ではありますけれども、しか
し、行いますためには、乗り越えなければならな
い幾つかの点があることも事実でございます。そ
れらのことを総合的に考えないとなかなか実現
は難しい。地方自治体でやりになるという場合
に、これも一つ、その地方自治体以外にもしも将
来移られたときに一体どうなるかというような問
題もあつたりいたしまして、これも検討しなければ
ならない課題が多いということも聞いているわ

けでございます。

しかし今後、落ちついた経済状況になってくれ
ば、将来の一つの社会保障を考えていきます上
で、リバースモーゲージというのは十分な検討に
値する内容であるというふうに思っている次第で
ございます。

○佐藤(公委員) ぜひ前向きに取り組んでいた
きたいと思ひます。

もう時間がございませんが、最後に、先ほど大
臣が、きのうの参考人の村上副事務局長の内容の
中で、九七年当時は賛成をされていたんじゃない
かということもおっしゃられましたけれども、私
はその辺わかりません。わかりませんが、そうい
うことを、賛成、反対よりも、まずきちんと抜本
改革をやるということが前提で話、これがない
限りはすべて話がなかったことになると思ひま
す。その辺をよく考えて、大臣、副大臣、考え直
してください。お願いいたします。

以上でございます。

○森委員長 次に、小沢和秋君。

○小沢(和委員) 昨日、健康保険法等改正案に対
する六名の参考人の意見を聞きました。一番印象
に残つたのは、与党推薦の三名の方からも今回の
改正案に対する批判が相次いだことであります。
中でも、最も自民党寄りと見られている日本医師
会代表が厳しかった。

私はここに、四月二十三日、日本医師会が「健
康保険法等の一部改正法案の上程に際して」とい
う表題で発表した声明を持っております。この声
明は、冒頭に、今国会において、健康保険法等の
一部を改正する法律案が上程され審議に入つた
が、日本医師会としては、以下の理由で同法案の
成立に断固反対する意思を改めて表明すると述
べ、反対する理由として、第一に、高齢者の患者
負担率の自己負担率の引き上げを挙げ、
高齢者は既に応分以上の負担をしており、現行以
上の自己負担増を行う客観的理由はないと説明を
加えております。

第二に、被用者保険の三割負担導入を挙げ、医

療保険財源における家計負担の占める割合は年々
増加傾向にあり、既に四五％に達している、本
法案が通過、施行されれば、家計負担割合は五〇％
に達することが予想され、長引く経済不況で逼迫
している家計の悪化は火を見るよりも明らかであ
ると説明を加えております。きのうも、この二点
の反対理由の趣旨をほぼこのとおり述べられてお
ります。

大臣に、まず伺いたい。日医のような有力団体
が、今の時点でも法案上程当時とは同じ見解を
ここで表明したということは、本委員会である程
度審議が行われたといつても、問題点がほとんど
説明されていないといふことのあらわれではない
かと思ひますが、いかがでしょうか。

○坂口国務大臣 医師会は医師会としての御意見
をお持ちでございますが、自民党の皆さん方も、
その医師会のおっしゃることはおっしゃること
として、そして、今後やらなければならぬ道をや
はりお考えになったわけでありまして、私たちも
またそうでありまして。

医師会の皆さん方がおっしゃるの、やはり医
療機関としての立場からおっしゃっているわけで
ありますから、十分耳を傾けるところは耳を傾け
なければなりませんし、しかし、全部それを採用
するということになれば、また一方から大きな反
撃を受けることにもなり得る。やはり聞くべきこ
とと、そして今後慎重に行かなければならないと
ころと、十分そこはわきまえていかなければなら
ないところがございます。

○小沢(和委員) いや、私は、この日医の問題に
している点がまだ十分説明されていないんじゃない
かといふことを指摘したんです。どうも今の言
葉では、ちよつと答弁になっていないといふふう
に思ひます。

野党推薦の三名の方の意見は、さらに手厳し
かったわけでありまして。特に労働組合連合の代表
は、彼らの試算によると、今回の改正による国民
の負担増は、私たちが政府の説明に基づいて言っ
ている一兆五千億円をはるかに超え、今後の五年

を平均すると二兆円以上に達するとし、国民への
これ以上の負担増は、社会保障に対する信頼を根
本から揺るがすと述べられました。さらに、小泉
首相が言う三方一兩損は言い方が間違つている、
肝心の国が三方の中に入つていない、国の政管健
保の負担率を一三％から一六・四％に戻すべきだ
と主張されました。

前回の当委員会では政府は、窓口負担や保険料が
上がつても、診療報酬の引き下げは国民にプラス
になるので、差し引きすれば実質的な国民の負担
増は大したことはないように説明をいたしまし
た。連合が試算したように、負担増が二兆円以上
にもなるのなら、政府のこういう説明は全く成り
立たないのではないのでしょうか。こういう重大な
問題もまだ説明されていないと思ひますが、いか
がですか。

○坂口国務大臣 村上さんが昨日答えました二兆
円というのは、どういう試算根拠に基づいている
のかちよつとよくわかりません。しかし、我々が
主張いたしておりますのは、平成十五年年度から平
成十六年度の単年度平均で五千七百億円の引き上
げになる、これは保険料の話でございます。

それから、患者負担といたしましては、平成十
五年度から平成十九年度の単年度平均で四千八百
億円の引き上げになる。これは我々が主張してい
るところでございますが、村上さんがどういう根
拠で言っているのかということがちよつとよくわ
かりませんから、答弁のしようがございません。
○小沢(和委員) だから、私は、まだ説明すべき
問題がこのようにたくさん残っているではないか
というふうに言っているわけなんです。

今、私は、きのうの日医と連合の意見の一部を
紹介いたしました。そのほかにも多くの新しい
主張や論点が出されておられ、引き続き当委員会
で慎重に審議を続けなければならないといふことの
必要性が明らかになったと思ひます。

今回の健保法等改正案に対する世論の反対はま
ます強まっております。既に国会には反対の請
願署名が二千五百万以上届けられている。これ

は、有権者四人に一人が署名したことを示しております。地方議会の患者負担増反対の意見書は、今月七日現在五百七十七議案に達している。これは、地方自治体全体の二割に近い数であります。中でも福島県では、県下市町村の三分の二近い五十七議案で既に反対意見書を決議している。先日のテレビ番組「サンデープロジェクト」で世論調査結果が報じられておりますが、賛成二三・四％に対し反対五七・八％と、二・五倍の圧倒的大差で反対が多かった。

そこで、大臣にお尋ねしますが、これが今の世論の大勢ではないのか、賛成の方が多いという調査結果が一つでもあるのか、これを無視して審議を打ち切るということは許されるのか。本委員会ではあるも地方公聴会が予定されております。ここでも新しい意見がいろいろ出てくるでしょう。それも含めて引き続き審議を行うのが当然ではないでしょうか。

○坂口国務大臣 いろいろの御意見があることは十分に存じております。特に、現状だけを見ましたときには、やはり皆さんそれは反対だということにおっしゃるでしょう。

けさもその「サンデープロジェクト」のお話、申し上げましたとおり、現状の中で個人負担を上げることが賛成か反対かといえば、それはやはり反対の人が多いのは私は当然だと思う。しかし、そこは聞き方の問題であって、今後、医療費がたかさん要りますが、保険料の引き上げでいきますか、それとも自己負担でいきますか、それとも両方を見ていきますかという聞き方をしていただければ、私は違う結果が出てくるというふうに思う。現実には、私は、そういう問題ではないかというふうに思っている次第でございます。

○小沢(和)委員 大臣がそう言われるならもう一遍お尋ねしますが、政府に好意的なマスコミだってあるわけですよ。だから、そういうところで、今大臣が言われたように設問をちよっと変えたら結果が違ったようなものが出るのか、実際そういうような、今私が指摘したようなのちよっとで

も違うような傾向の数字があったらお示しいただきたい。

○坂口国務大臣 残念ながら、今私の手元にはございません。

○小沢(和)委員 要するに、改悪をしてよろしいというような世論調査の結果はないということですか。

会期末の六月十九日はもう目前に迫っております。いまだに重要法案が一つも衆議院さえ通過せず、成立のめども立たないという状況に焦った与党は、会期を大幅に延長しようとしております。同時に、一つでもまずめどをつけようと、マスコミの報道などでは、十四日には本委員会で健保法等改正案の採決を強行する動きがあると伝えられております。

しかし、ワールドカップサッカーなどの日本の決勝進出をかけた一戦に国民の目が奪われていく、そのどさくさにこのような重要法案の採決を強行するようなことは、私は、断じて許されたいと思いません。私たち野党は、会期制度の趣旨を踏みにじるような会期延長そのものに反対し、十九日に閉会し、本法案をきっぱり廃案にすることを強く要求いたします。少なくとも、まだろくに問題点が説明されていないのに、採決などは決して強行してはなりません。

大臣は、このような与党三党の伝えられる動きについてどうお思いですか。

○坂口国務大臣 いろいろと委員会は委員会でも御議論をいただいておりますから、御議論の結果を尊重したいと思っております。

○小沢(和)委員 以上のことを申し上げた上で、本日は、健康増進法案を中心にお尋ねをいたします。

まず問題なのは、その健康増進の主な責任を国民に押しつけていることであります。

本法は、第二条で、国民に対し、「健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない。」と努

力を求めています。その一方、国や地方自治体には、その次の第三条に、健康の増進に関する知識の普及や情報の提供などの努力義務を課しているだけであります。

この法案は、医療費の大きな部分を占めております高血圧、脳卒中、がん、糖尿病などは、国民の中に悪い生活習慣が広がった結果ふえている、それを改めさせることで病気を減らし、医療費を引き下げようという発想でつくられているのではありませんか。そういう考え方だから、今回の健保法改正案と一緒に、それと一体のものとして提案されているのではないかと、お尋ねをします。

○宮路副大臣 委員御案内のように、健康問題といひますのは、これはもうそれぞれの個人個人が一番自分の体のことや健康のことは知っておられるし、また、関心を持っておるわけでありまして、まず、国民一人一人がみずからの問題として主体的に健康問題では取り組んでいただく、これが私は原則である、私はいいましょうか、国としても、厚生労働省としてもそのように思っております。

したがって、国としては、そうした個人個人の、国民お一人一人の健康づくりに向けての自主的な努力をどうやってお支えするか、そのための環境づくりをどうやってやっていくかということとが国あるいは地方公共団体に課せられた責任である、このように思っておるわけでありまして、そういう意味で、情報提供を行ったりあるいは基盤整備を進めたりしていくのが国の務めであるわけでありまして。

こういった考え方に基きまして、今御指摘の健康増進法第二条においても「国民の責務」というような言葉を使わせていただいているわけでありまして、国民一人一人の自覚を促すと言っているわけでありまして、自覚をしていただいて、そして努力を払っていただきたい。こういう願いを込めてこうした規定を設けさせていただいておるところでありまして、似たような規定は、例えば介護保険法でもそういう規定を設けておりますし、

また、母子保健法の世界においてもそういった規定を設けさせていただいておるところでありまして、これは決して、そうした健康づくりについての責任を国民に押しつける、そういうたぐいのものではないということでも御理解を賜りたいと思っております。

○小沢(和)委員 数年前から、厚生労働省が音頭をとって、成人病を生活習慣病というふう言い方を変えるようにしました。そのこと自体が私は世論誘導だったと思うんです。これだと、病気になるのは悪い生活習慣に染まった国民自身だということになります。

しかし、私は、今日国民の健康状態が悪化しているのは、一人一人の努力だけではどうにもならない労働条件や生活環境の悪化などの要因が余りに大きいと考えます。この長期不況の中で、多くの労働者や中小業者は、常に失業、倒産などの不安につきまとい、リストラを免れるために長時間残業や休日出勤もしなければならぬ。過労死という日本語が残念ながら国際的に通用する状況であります。こういう状況では、高血圧や脳卒中もふえるはずで、また、労働の形態が変わり、体を余り動かさず神経だけを張り詰めるようなIT化の進展などが、肥満、糖尿病の多発にも結びついている。こういう状況の変化を無視して、本人だけに責任を押しつけることは許されたいのではないでしょう。

○宮路副大臣 今の御指摘は、不況の中で労働条件もいろいろ悪化している、そういう中で国民の運動不足の問題も起こっている、そのことが生活習慣病がふえている原因ではないか、こういう御指摘であるわけでありまして。

私も、調査した結果では、運動の関係でありまして、運動習慣者の推移というのを統計をとっておるわけでありまして、この十年間の推移を私どもの国民栄養調査から出してみますと、この十年間で運動習慣者の割合というものは着実に年々上がってきている、そういう結果が出ておるわけでありまして。運動習慣者といひますのは、

運動の実施頻度として週二回以上あるいは三十分以上とか、そういうのを定義してそういう統計をとってあるわけですが、そういう結果が出ております。

したがって、近年運動習慣のある人の割合が低下傾向という指摘は、私どものそうした調査結果からは読み取れないということでもあります。

健康増進法の中におきましても、健康づくりのために運動をする、あるいは休暇をとる、こういうことは大切なことであるわけでありまして、健康増進法に基づく基本方針、これは厚生労働大臣が定めることになっておるわけでありまして、その中におきましても、休日、休暇を活用した健康増進のための活動の促進や、あるいは休養の重要性等といったものについてはしっかりとそれを盛り込んだ上で、関係団体等の幅広い協力をいただきながら、総合的な生活習慣病対策を進めていきたい、このように考えております。

○小沢(和)委員 今、運動を習慣にしているような人が着実にふえているというお話がありました。しかし、私が指摘したのは、労働条件が悪化して、机にくぎづけになって、ずうっと一日仕事をしている、労働時間が終わってからもなお長時間残業で、そこにくぎづけになっている、もう日曜日はぐったりしてひっくり返って寝ておく以外ない、こういうような人たちが運動不足になっている。しかも、日本人の男性は今ほとんど、ずうっと太りつつあるでしょう。結局、そういうようなことがこの生活習慣病の背景にあっているんじゃないかということを言っているわけでありまして、それで、次に行きますけれども、そういう健康増進のために必要な経費の問題についても、厚生労働省は本人がもつと負担すべきだという発言をしておるんです。週刊保健衛生ニュースの新年合併号の対談で、下田健康局長がこう述べている。今までのやり方は、比較的、すべて国が用意をして、あるいは市町村が用意をし、どうぞどうぞとやる人は自分である程度の費用負担もしていただ

く、そういうことは必要だろうと思っております。これは今仕組んでいる最中ですので、これ以上はちよつと控えさせていただきまますが云々と、こういう発言をしている。

当時は法案作成中なので余りあからさまに言うのは控えたのかもしれないが、この法案の中に本人に負担をさせる仕掛けをどう仕組んでいるのか、お教えいただきたい。

〔委員長退席、福島委員長代理着席〕

○下田政府参考人 健康を実現するということは、もともと個人の健康観に基づきまして一人一人が主体的に取り組む課題でありまして、国や地方公共団体はそのための支援を行うことが基本であるということだと考えております。

この費用負担の問題につきましては、昔からいろいろなやり方がやられておりました、例えば、私がその座談会で申し上げたかったのは、減塩教室のやり方というものでございます。減塩教室、塩を減らすという……(発言する者あり)はい。済みません、発音が悪くて恐縮でございます。

それで、これは例えばこういうふうなやつておったかといいますと、キッチンカーを地方に回しまして、それで、公民館等を借りまして、あるいは、キッチンカーの中に調理施設がございますけれども、その中に材料等をすべて行政が用意をして持つていき、調理を実際目の前でしてやつて、この料理であれば塩分はこれくらいですよというふうなことを教えていったわけでございます。これはこれでかなりの成果を上げてまして、脳卒中半減対策等々で成果を上げたことは事実でございます。

ただ、今後、そのようにすべて行政が丸抱えでやつていくことが本当に成果が上がるのであらうかといった点で、問題意識を持ったということでございます。つまり、健康づくりをやる場合では、やはり本人が参加意識を持つてみずから取り組んでいただかなければその効果は長続きをしないであらうと。そういう観点から、例えば、そのようなケースの場合は、実費を御負担いただき

御参加をいただくという方法もあるのではないかと、そういう観点から申し上げたところでござい

ます。

○小沢(和)委員 国が、かけ声だけでなく、実際にどれだけ国民の健康保持や増進のために真剣に努力をしているのか。

政府は、健康日本21の推進だと盛んに言うんですが、私がいただいた資料では、この関係の今年度予算は総額わずか五億七千五百万円、しかも昨年度より減っております。他局計上分を合わせれば九百六十億円もあると言うかもしれませんが、これもここ数年減り続けている。健康日本21がスタートした年からの年度ごとの予算額の推移を示していただきたい。

○下田政府参考人 健康づくり関連の予算というものにつきましては、実は明確な区別があるというわけではないわけでございます。これは、大臣がお話しになられましたように、健康づくりそのものは省を挙げて取り組むべきということでございまして、それぞれ関係するところが予算要求をしているということになってございます。

ただし、委員御指摘のように、全体の予算としては減少していることは事実でございます。平成十四年が九百六十億、平成十三年が一千六十九億、平成十二年は一千百十五億という状況でございました。

○小沢(和)委員 だから、今言われた順序を逆にすれば、もう減ったということはよくわかるわけでありまして。

わざわざ法律までつくり、国民の健康づくりとこれだけ大騒ぎをしながら、そのための予算は減らし続けている、これでどうして健康づくりが進むというのか。特に、職域における健康管理費を含む予算が大きく減っております。一昨年度の予算で七百六十四億円あったものが今年度では六百十三億円、二年間に百五十一億円も減らされている。これでリストラの悪影響から労働者の健康をどうして守れるんでしょうか。

○下田政府参考人 今御指摘のように、予算が

減ってきました大きな原因は、政管健保の支出の部分が減ったといったところが主たる要因でござい

ます。

なぜその辺が減ったかと申しますと、政管健保で行っております健康診査費用が、一般健診に重点化をし、単価の引き下げを行いつつ実施者を拡大する、あるいは四十歳、五十歳の被保険者等に対する人間ドック形式での付加健診を実施するというような内容の見直しを行ったために減つてきた、こういうことでございます。

○小沢(和)委員 だから、人をふやすために単価を引き下げたりしてやりくりをしているという今苦勞も伺いましたけれども、そういうようにやりくりしなければならぬように予算はしながら、健康づくりといって旗を振ってもなかなか説得力がないんじゃないかと思うのです。

ほかの項目も同じように減らされているのです。生活習慣病対策費も一昨年度四十六億円が、今年度四十五億円になっている。だから私は、これでは仏つくつて魂入れず、法律をつくつても国の取り組みが後退するのではないかと心配をしておるわけでありまして。私は、本当に健康増進しながら医療費を減らしたいと考えるのであれば、長野県の経験をぜひ研究すべきだと思います。

長野県は、平均寿命は男性が全国一、女性が全国四位の長寿県でありながら、一人当たりの老人医療費は全国最低であります。これにはいろいろ理由があると思いますが、その一つが国保の三割自己負担を一部、二割などに軽減している町村が十九もあることです。全国に三千以上の市町村がありますが、このように軽減措置をとっているのは、全部で二十二しかありません。その大部分、十九町村が長野県に集中している。こうした窓口負担軽減の努力などが、安心して病院に行け、早期発見、早期治療を可能にし、結果として医療費の節減につながっているのではないかと思います。いかがでしよう。

○大塚政府参考人 長野県が平均寿命が高く、医療費、特に老人医療費が一番低いというのはお示

しのとおりでございます。さまざまな要因はありますけれども、長野の状況をよく分析し、参考にするということは、貴重な、重要なことだろうと考えております。

例えば、医療提供体制の面でいいますと、医療機関数、病床数、医師数は比較的少ないわけでございます。また、その反面、一人当たりの入院の場合の入院日数は少ない。あるいは保健婦活動がかねてから極めて活発である、あるいは歴史を持っている。さらには社会環境といった面からいいますと、一人暮らしのお年寄りの比率が少のうございまして、逆に就業率は高い。社会環境も恐らく大きな要因になっている。

ただ、お示しの医療費の負担割合を下けている場合の市町村でございますが、これは逆に、そうした市町村の平均をとってみますと、お示しのと申しますのは、一部負担金を法定よりも軽減している市町村が確かにございまして。しかし、そういった市町村の、長野県内の市町村の医療費の平均をとりますと、これは長野県全市町村の平均よりもやはり高うございまして、一部負担を軽減することが、数字だけで見ますと医療費を上押し上げる要因にはなっておりますが、逆の要因には少なくとも計数上はなっていない。

したがって、私もいたしましては、医療提供体制、保健活動、社会経済環境、こういったような背景がやはり基本的な要因であり、その中から、私もは学ぶべきものを探してまいり、こういう姿勢でいるところでございまして。

○小沢(和)委員 国保中央会が九七年三月に発表した、市町村における医療費の背景要因に関する報告書の中で、長野のびんびんころり、健康で長生きしてころりと死ぬという考え方を普及すれば、全国で二兆円削減できると注目されていると評価しております。いずれにしろ、だから長野の経験というのをぜひ研究していただきたいと思うのですが、この報告書では、長野県の老人医療費が低い要因として、在宅ケアの重視、高齢者就業率の高さとも

に、特に自主的な保健活動が強調されております。私も、長野県の保健師の活発な活動に注目しております。長野県では、保健師の数は、人口十万人対比で全国四位、住民のほぼ二千七百人に一人が配置されている。この保健師たちが、先進的な健康指導、健康相談、健康診査など総合的な保健事業を推進している。

国も、健康増進法制定を機に保健師の増員を計画しているという聞いておりますが、どの程度のことを考えているんでしょうか。

○下田政府参考人 長野県では、御指摘のように、保健師の配置の状況が全国的に見ましても非常に高いレベルになっておるといことは事実でございます。その保健師の配置と平均寿命、どの程度の関連があるかということとはなかなか難しい。あるいは、健康に直接どうやって影響があるかという実際の相関関係はなかなか出てこないわけでございます。(小沢(和)委員「いや、もうそこはいいから、どれだけ増員を考えているか」と聞いています)と「呼ぶ」前段でその辺を述べさせていたいただきましたものですから……。わかりました。

増員につきましては、現在、全国で保健師全体が二万八千二百七十六人おまして、平成二年、十年前でございまして、二万四千二百二十名ということでございまして。したがって、この十年間で保健師は約八千人ふえてきております。今後とも、保健需要の増にかながみまして、所要の保健師の増の要求をしていくというふうに考えております。

(福島委員長代理退席、委員長着席)

○小沢(和)委員 今後増員を考えているということですから、今後に期待をしておきたいと思うのですが、全国的には、むしろ逆に、保健師の地域における活動の拠点となる保健所の統廃合などが進められている。この十年ぐらひの間に全国で保健所が何カ所統廃合されたか、政府としてこれにどう対処してこられたかをお伺いします。

○下田政府参考人 保健所につきましては、基本

的には二次医療圏に一カ所という目標を立てまして整理統合を進めてきておるわけですが、平成二年の段階では八百五十、これは都道府県あるいは特別区等々全部ひくくめて八百五十ございまして、現在、平成十三年現在で五百九十二カ所の保健所となっているところでございまして。(小沢(和)委員「だから、政府がどう対処してきたのか」と呼ぶ)このことにつきましては、先ほど言いましたように、基本的には二次医療圏に一カ所という考え方で整備を進めていきたい、そのように考えておるところでございます。

○小沢(和)委員 私がいただいた資料では、東京都や十二の政令市、地方の中核都市など大都市が特に保健所をほとんどつぶしておる。大抵のところ、市や区に一つしか残しておりません。その中でも一番極端な例の一つが、私の地元、北九州市であります。

北九州市では、一九九六年、それまで各区ごとに置かれてきた保健所を一カ所にまとめ、各区には福祉事務所と統合した保健福祉センターを設置いたしました。それを機に、レントゲンや検査など衛生部門の大幅なリストラ、縮小が行われた。さらに、九九年には、健診業務や健康教育を医師会に委託し、ついに、ことしの四月に、保健福祉センターは各区のまちづくり推進課に吸収され削減をいたしました。保健師たちも、まちづくり推進部生活支援課所属となり、業務の大半は公衆衛生と関係のない自治会など地域組織との調整などに当てられる状況になっております。

このように、組織として保健所が廃止されただけでなく、公衆衛生行政そのものが大幅縮小されるような事態を厚生労働省としてはどう考えるのか。これだよいと思うのか、お尋ねをします。

○下田政府参考人 ただいま北九州市を例に挙げられまして、組織改革のことをおっしゃられまして。

北九州市は組織改革を行いまして、まちづくり推進部というものをつくって、そこに地域保健業務を統括するというような改革を確かにやってお

ります。そのまちづくり推進部の中に、地域住民との連携協力を求めるためのいろいろなセクション、あるいは保健師を置いておく、そして、地域のボランティアまたは住民グループとの連携協力をする組織に変えたというふうに向ってあります。その際、私も調べましたら、保健師の数は、機構改革前が百十八でございまして、改革後は百十九というふうになっておりまして、むしろその面での後退はなかったというふうに見えておるところでございます。

問題は、こういう組織改革をして、福祉の部分と保健の部分との統合が進んでいることをどうお考えかということにも尽きるかと思存しますが、結果として、地域の組織と一体となった形での保健行政が図られるということはむしろ望ましいことというところで、通知等も出しているところでございます。そういった観点から照らせば、今回の事例が直ちにおかしいということはいえないのではないかと、このように考えておるところでございます。

○小沢(和)委員 こういう機構改革が地域と一体になって公衆衛生そのものを推進するような役割を果たしていくということだったら、私はよくわかるんですよ。ところが、調べてみると、この人たちの業務の大半は、公衆衛生と関係のない、自治会など地域組織との調整などに充てられるという状況になっているという。こういう状況に保健師さんが置かれていることが、本来業務に携わっているというふうに言えるんでしょうか。

○宮路副大臣 実は、地域保健対策でありますけれども、最近、特にそういう傾向が強くなっているかというふうには承知をいたしているんです。保健所は、県あるいは政令都市や中核都市が設置しておるわけですが、保健所につきましては、地域保健の専門的あるいは広域的、技術的な拠点、そういう位置づけといましようか、役割を担うということ、そういう色彩を、専門性あるいは広域性、高度の技術的な拠点、そういう性格を強めておるといまいしょうか、そういう一

方で、今度は逆に、市町村は、住民のより身近な場所であるサービスを実施する主体として市町村が乗り出して、そういうような色分けと申しましようか、機能分担が最近非常に進んでいるという傾向を示しているところでもあります。

その結果、この十年間を見ても、確かに保健所の数は減っているんですが、一方、保健師の数はそれほど減っていない、ほんのわずかな減少であります。ところが一方、市町村における保健師の数につきましては、これは格段にあふえているわけでありまして……（小沢（和）委員「私が聞いていることと余り関係ないんじゃないですか」と呼ぶ）いや、そういうぐあいに地域保健対策を、保健所と市町村が役割分担しながら、そして相互に連携をとってきつとやる体制を今確立しつつあるということをお願いしたいわけでありまして、このことによって決して地域保健対策が後退しているということはないのであつて、むしろ両方が連携し、機能分担しながら、ますます地域保健対策を強化するという方向へ向かつて歩んでいるということが実感じゃないかなということを申し上げておきます。

○小沢（和）委員 北九州市でさらに問題なのは、来年度の機構改革で保健師を生活保護課に編入させて、生活保護費、特に医療扶助費の削減に使うとしておられることでもあります。

北九州市は、保健所統廃合の後、九八年度に、生活保護実施研究報告書を発表しております。これには、長期入院患者の三割は病状的には退院可能にもかかわらず、適当な受け入れ施設等の整備が不十分であるため、入院を継続している、このため、生活保護費全体の中で医療費の占める割合は六割を超えていると医療扶助費を削減する必要性を掲げ、保健師もケースワーカーという位置づけをし、生活保護業務を行うと明記しております。

そして、具体的な業務としては、今回の医療制度改善、診療報酬引き下げに伴う六カ月以上の入院患者の追い出しと並行して、医療専門職である

保健師を使って、高齢者や生活保護受給者などの六カ月以上長期入院者を病院から無理やり退院させることまで考えている。さらに、保健師をケースワーカーにすることで、その分、従来の一般職のリストラを進めようというわけにもあると言われている。

こんなばかげた話はないと思うんです。住民の健康をサポートすることが本来の職務の保健師に生活保護世帯の医療費を削る仕事を担当させることが、まともな保健師の公衆衛生活動、保健活動なのか、お尋ねします。

○下田政府参考人 保健師は、家庭訪問といった手段を使いまして、地区に入り込み、住民の健康状態やあるいは生活環境の実態を把握して、地域において取り組まなければならない健康問題を明らかにし、取り組んでいくというのがその重要な役目だ、職務だと考えております。

ただいまの御指摘の部分につきましては、保健師がそういった本来の役割以外の部分に使われているのではないかと、使おうとしているのではないかとのお尋ねだと思っております。

北九州市におけるケースワーカーと保健師との関係でございますけれども、私どもが承知しているのは、ケースワーカーの仕事がわりをさせている、保健師をケースワーカーがわりに使っているというところは決してない、むしろ、ケースワーカーが必要なケースを選びまして、その療養上の指導助言を得るために保健師の同道をお願いするというようなことを私どもは聞いておるところでございます。そういった観点であるところでは、保健と福祉の連携という観点から決しておかしいことではないのではありませんか、このように考えておるところでございます。

○小沢（和）委員 残念ながら時間が来ました。それで、せっかく民主党にも質問をしますというふうにお願いをしておりますので、それだけ、一言だけ言わせていただきます。

民主党提出の患者の権利法案についてなんです

が、病院などが患者の情報公開の要求にこたえるためには、体制を整える必要があります。そのために要するコストをどうするのか。提案者が診療機関に、そのための経済的、人的保障と医師の裁量権の保障をどう考えているか、この点だけお尋ねいたします。

○五島議員 共産党の方から民主党の法案に対して質問、ありがとうございます。

御質問の内容でございますが、我々が出した法案によりまして、患者または遺族が医療機関の管理者に情報開示を請求する権利が明示されてございます。この情報開示というのは二つあると思えます。一つはカルテの閲覧ということであり、もう一つは、我々の法案の中においても、カルテ、レセプト等については、患者側の要求によって、コピーによつての提供ということも認めてございます。

もし、患者が閲覧するという範囲の問題について言うならば、診療録管理士によつて管理がされているということ、そして院内において、特定の場所において閲覧できる場所が整備されておればいいというふうにご考えています。

診療録管理士というのは、現在、急性期の病院については義務化されておりますが、患者さんは入院時に一回だけ三十点、すなわち三百円の診療報酬上の措置がございまして、したがって、百床の病院でございまして、一月に二回改定して、丸々としても二百人、これは三十点でございますから診療報酬上では六万円の報酬が支払われることとなります。到底、医療機関の側としてはその差額は持ち出しということで、診療報酬上措置されない。この点は問題になりますし、診療報酬の改定というものも当然視野に入れなければならぬと思っております。

また、レセプトその他の問題につきましてはコピーにつきましては、実費は患者さんに請求できるといふふうにしてあります。患者さんの請求できるコピーにつきましては、どの程度の資料を患者さんがお求めになるかによつて違ってくると思

います。実費でございますから、フィルム、画像、そうしたものをすべて当然患者さんに請求する権利がございまして、そうしたものを全部実費でお分けすると思いますが、例えば、半切のフィルム一枚がたしか今三百五十六円ぐらいということでございますので、そうした資料をすべてコピーしてお渡しするというところについては、かなりのお金が自費としてかかるであろう。これは、したがって、患者さんの方は必要な部分のコピーをお求めになるということになるのかというふうに思っています。

ただ、できるだけ早くカルテの電子化ができ、そしてそうしたものがどこどこでも、例えばCDその他に焼いてお渡しできれば、自由に患者さんの方で見られる体制というものができ上げれば、このコストは随分安くなるものと考えております。

以上です。

○小沢（和）委員 終わります。ありがとうございます。

○森委員長 この際、暫時休憩いたします。

午後二時四十二分休憩

午後三時五十二分開議

○森委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

質疑を続行いたします。中川智子君。

○中川（智）委員 社会民主党・市民連合の中川智子です。

党首討論に行つてきまして、何か疲れが出てきました。気が取り直して頑張りたいと思つたので、御答弁の方もよろしく願ひいたします。

まず最初に、小学校じゃないんですが、先日の委員会のときに私の質問の宿題を出していただけたら伺いたいと思つた。レセプトの請求の問題とカルテ開示の問題、ちよつと順番が逆になりましたが、この問題で質問をさせていただきたいと思つた。

前向きな御答弁をまずいただまして、レセプ

トの問題、検討会を立ち上げてくださるかどうかという点に関して、それは宿題として検討いたしますというふうにお答えをいただきましたが、前回、宿題となっておりますのことに對して、いつごろ発足の予定となっておりますでしょうか。

○坂口国務大臣 七月の初めには開始をしたいということでございます。

○中川(智)委員 ありがとうございます。

そして、カルテ開示の検討会も今月中には立ち上げるよう努力するという点を篠崎局長からいただきました。そしてまた、医療事故問題の作業部会も七月には第一回目を立ち上げたいということ、情報開示、そして医療事故を減らしていく努力というのが一層進むことを願っております。

私は、厚生労働省、ほかの省庁でもそうですが、そういうさまざまな検討会とか作業部会の中に、本人、当事者というか、例えば医療事故の問題だったら医療事故被害に遭われた方、そしてまた情報公開の問題でしたら、昨日も勝利参考人のお話にございましたけれども、さまざまなNGO、NPOが立ち上がって地域でたくさん活動をしていらっしゃる。このような検討会の中にきつちりとそのような市民運動の方をメンバーとして入れていただきたい、これを要望としてお願いして、御答弁をちょうだいしたいと思っております。いかがでしょうか。

○坂口国務大臣 まだちょっとメンバーのところまで相談をいたしておりますが、さまざまな立場の皆さん方にお入りをお願いしたいというふう

に思っております。

○中川(智)委員 今の大臣の御答弁で、さまざまな方というのが、ともすればそのような当事者の方たちは結構あるさからなのか、今回の防衛庁のリストの問題に際しまして、色分けをしようとするべく波静かに結論が得られるようになりました。求めていたような形にならないということを私自身も実感しておりますので、ぜひともメンバーとして、いろいろ困難なこともありでしょうけれど

ども、当事者、被害者、たくさんの方の活動をしていらっしゃる方、市民から、やはりメンバーに入れていただきたいということを特にお願いしておきます。

続きまして、私も、昨日参考人のお話をいろいろ伺いまして、健康増進法に對しましてさまざまな懸念というものがわき起こってまいりました。一番最初に、昨日の篠崎参考人や青山参考人に私質問いたしました。これがどう考えても差別につながるというふうに思っていて、健康増進法の中で御質問をしたいと思っております。

就学前健診とか乳幼児の健診とかいろいろございまして、健診の数というのは後で少し伺いたいと思うんですが、何のために、メリットとデメリットがあるのか、これだけ長くお金もかけてやっていると思うんですが、やはり発生するデメリットというものを對してどう目を向けているのか、なとつくづく思います。

一つ心配なのは、健康増進法の中で、栄養調査が実施される、その場合の結果は目的外使用を第十四条で禁止して、かつ、御丁寧に第三十六条でも罰則規定を設けられているんですが、健康診断の方はそれらの規定が当てはまりません。個人情報報としては、むしろ健康診断の結果の方が大事だと思っております。目的外使用禁止や罰則が必要だと考えますが、これに對してはどのようにお考えでしょうか。

○坂口国務大臣 健康診断につきましては、個々の健康診断に對するデータと、それから、ある一つの集団をトータルで見ましたときにどうかという点と、双方、両方あるというふうに思っています。

個々のデータについては、これは私は目的外に使用されることがあつてはならないというふうに思っています。しかし、トータルとしてのデータは、これはどこかが調査になつて公表されること、もございまして、公表されたもの等は、他のところ、それが引用するということはある得るのではないかと、このように思っております。

ただし、個々のデータについて、医療の世界です。守秘義務というものは当然のことながらあるわけですが、守秘義務があるということ、そしてデータを目的外に使用するという点とは若干違うのかなという気も率直に言っていました。守秘義務は守らなきゃならないということになつておりますが、そこにも若干の違ひがあるというところになれば、そのところは、今度の法律で健康診断等に関する共通の指針をつくるということになつておりますので、その中でできないようにしたいというふうには思っている次第でございます。

○中川(智)委員 ぜひとも今の大臣の御答弁のうちに、個々のデータに關しては、やはりこの栄養調査と同様に、目的外使用をきつちりと縛つていくということをしつかり中で考えていただきたい、その歯どめを私たちに見える形で御提示いただきたいと思っております。

健康診断のことで二、三質問をしたいんですが、私の長男がちょうど乳幼児健診、六カ月健診が二十数年前はありました。たまたま前の健診された子供さんは割と小さく生まれて、お父さん何か石頭、よく石頭と言いますが、本当にたまたまかいたような体型の方がいらつしやいます。うちは、何か全体にのほほんとした、非常に締まりのないあれなんです。

そうしたら、大泉門というのがあります。ここに、六カ月健診は、大泉門に指を置いて、大泉門の締まりがちゃんと遅いと水頭症とかいろいろな障害の心配があるということで、前のお子さんをやって、そして私のところに先生が手を置いたら、これは大泉門がほとんどあけつた状態、もう本当にこれは重度な障害を持っているおそれがある。——ごめんなさい、済みません。

あのときのショックを今思い出して、済みません、ちよつと混乱いたしました。帰る、私はどんなふうな子供を抱いて帰つたか覚えていない。そして、その夜は、やはりこういう事態というのを受け入れて、一生懸命生きていかなきゃいけない

いとか思ひまして、一晩、やはり涙が出てきました。子供を抱きながら。明らかに何か宣告されたような形でした。

翌日、大きな病院に連れていきなさいと言われて、連れていきました。普通、普通の状態です。もう全然、大泉門の締まりなんというの個人差が非常にあるというふうな言われて、安心して帰つてきました。そのような話というのはもうあちこちで転がっていきまして、健康診断がむしろ親の育児ノイローゼの引き金になる。言葉がちよつとよく聞かれています。歩くのがちよつと遅い、何か健診をやればやっただけの成果というのを出さなさいいけないような方々も多くいらつしやいます。そして、健診を受けることによって、むしろ、伸び伸びと親が子供を育てていく、その意気なをそがれていくようなことも発生しております。

健診にすくお金がかかるんなら、もつと薬害を減らすのですとか情報公開ですか、いろいろなどところにお金をかけてもらいたいと思うんですが、現在、健診というのがどの程度あつて、そして、健診にかかっている経費、税金、どれぐらい使われているかということ、わかっている範囲でお答え願いたいと思っております。

○下田政府参考人 一口に健康診断と申し上げても、非常にさまざまな種類があるわけでございます。

委員の御指摘の母子保健法に基づきます一歳六カ月健康診断あるいは三歳健康診断というものがございまして、この部分につきましては年間約十六億。老人保健法に基づきます基本健康診断につきましては約百六十億。政府管掌健康保険の生活習慣病予防健診事業の検査費につきましては約四百六十七億という予算が計上をされておるところでございます。

そのほか、地方公共団体がやりましたり、あるいは労働安全衛生法に基づく労働者の健康診断、この部分については事業者が負担をすることになつておりますので、その金額の実態はわかりま

せん。その他、自主的に受けております人間ドック等、こういったものもございしますが、そういった部分についての全体の費用については把握をしていないところでございます。

○中川(智)委員 大臣、私、先ほど私自身の例で健診という問題を話しました。

今、就学前健診というのも行われていて、きのうの参考人のお話の中でも、積み木を三つ積みなれば、その子の家には二つしか積み木がなかったのに、三つ積みなさいと言われて、三つ目が積みななくて、それで、やはりこれは障害があるんじゃないかというふうになり分けられた。

私の東京の方の事務所はみんな女性で、それぞれ子どもを育ててきたわけですが、私の部屋の中でも、私の健診のときもこんなことがあった、言葉がちよつとおかれているようだ。緊張する子もいます。いろいろなタイプがいて、人前ではなかなか話せないという子がいますが、そういう健診で言葉のおくれがあるようだ。そして、何十人も健診で集まってきた、名前を呼ばれて、今名前を呼ばれた人は帰っていいです、呼ばれなかった人は別室に来てください。そこで、あなたの子供さんはちよつと言葉のおくれがあると言われている。

そういうふうな形で、健診が本当にニーズになつていくか。増進法でより健診に対して力を入れていくというときに、今の乳幼児健診、そして就学前健診というのを、一歩立ちどまって、しっかりとそれを受けていこうという方たちの声を聞いての今回の増進法であるかどうかということをお願いしたいと思います。大臣、いかがでしょう。

○坂口国務大臣 皆さんの声をどこまで聞いていますか、私、ちよつとそこまで詳しく調べておりませんが、健診の場合には、平均値を言うものではなく、平均から少し外れております、早いです、遅いですという話になつてしまつて、早いです、しかし、平均というのはいくら幅のあるものですから、やはりその辺のところは幅を持つて話をしていた方がいいんじゃないかというふうに率直

に私も思っております。

その辺のところは、よくなた方は、例えば、歯が生えるのは、早い子もあれば遅い子もありまして、前歯は何か月ぐらいで生え始めますけれども、しかし、少々遅い子だつてありますからというふうに言つてくれれば安心なんですけれども、何か月という平均で物を言われまして、早かつたり遅かつたりするといったようなことがある。

しかし、そういうことはありますが、それでは、やらなくてもいいかといえ、例えば股関節脱臼なんかがあるかないかというような検査というの、やはりやっておいた方が私は安心だろう。何もせずに、大きくなって歩き始めて初めて脱臼があることがわかってしまうようなことになる、これはやはりぐあいが悪いわけですから、やはり必要性というものはあるというふうに思っています。

ただ、お母さんやお父さんに、あるいは付き添いに来てもらった方々にどのようなお話をするかというこの問題点というのは多分あるんだらうというふうには私は思っております。

○中川(智)委員 股関節脱臼とかは、予防の話がありますが、おむつとかいろいろなものが変わつてきて、以前より本当に少なくなつてきていると思ひますし、自分が出産した病院に任意で行くというところはかなり、皆さん、本当に一生懸命子育てしていらつしやいますので、そういうことが徹底されれば、むしろ地域の健診というの見直ししていくところもあるんじゃないかというのを思ひます。児童虐待、育児ノイローゼ、後を絶ちません。このような健診の見直し作業というのもの、やはりあつてしかるべきだと思ひます。

大臣はやはりトップにおられて、このあたりのところを現場の局長に何うのがいいと思ひますが、そのような形でいわゆる健診が今行われているところのデメリットとかいうか、そういう声をしっかりと把握はしているんでしょうか。すごい税金を使うわけですね。一歳半で、三歳児で、こ

れで十六億、百六十億とか、もう億単位のお金を、言つてみれば湯水のようにずっと使い続けている。立ちどまつて、健診を受ける人たちの意見というのを聞いてもらいたいんですね、一度。

○下田政府参考人 今回、健康増進法案の中に、健診に係る指針をつくるということで規定を設けていただいております。その規定を設けていただくに当たりますと、それぞれ健康診断をやつておられます各省、文部科学省もひつくるめまして、いろいろな所管の省庁がございまして、そういったところと十分協議をしたところでございます。

現在の健康診断の問題は何かということですが、非常に多くの経費が使われておること、また、今回予算を申し上げませんでした、労働安全衛生法によりましてやっております健康診断は、数千万、何千万人という方が健康診断をやっております。その費用は事業者が負担をされております。こうした非常に多くのお金をかけながらやられておる健康診断が、一つ一つが比較できない。それはなぜかといひますと、健康診断をやつておる方法が違ふとか、そういった問題で、データの比較ができないといった問題が一つございします。

したがいまして、今回、健康増進法の中で考えましたのは、それぞれのやられておる健康診断の有効化を図つていきたい。したがいまして、健康診断の実施方法、それからデータの精度管理、事後指導のやり方、こういったものを統一する。そしてさらに、そのデータを生涯を通じて自己が保持できるようにシステムをつくつていきたい、そして一人一人の健康づくりに役立てていただきたい。これがねらいでございます。

逆に、先生おっしゃいましたデメリットという部分についてのお話でございますが、これは恐らく健康診断をやつた後の結果をどう扱うか、そういったところにかかつてくるわけでありまして、その辺の部分につきましては、厚生労働大臣が定める指針におきまして、十分にそういった誤った

指導による不安をなくするような形の、そういったものにさせていただきたい、このように考えておるところでございます。

○中川(智)委員 ぜひと、特に私が今健診のことで問題にしたのは、一歳半健診、三歳児、そして就学前健診のところで、やはりその親御さんたちの意見を聞いてもらいたい。その健診がどれほど子育てに役立っているのか。そういうふうなレッテルを張られた後、受け皿がないという自治体も非常に多いわけですね。勝手にあとは考えなさいと。そういうんじゃないかと思ひます。ぜひと、むだなお金の使い方がなされないように、生きたお金を使われるように、そしてまた、各省の方々の意見でなくて、その当事者の方たちのアンケート調査なりを実施していただきたいと考えております。

続きまして、私立大学の雇用保険未加入の問題について質問をさせていただきます。

雇用保険というの、失業保険からずつとございまして、昭和五十五年に雇用保険ということで制度改正がなされて、この時点からやはり事業者への加入というのが義務づけられました。

ところが、私もびっくりしたんですが、私立大学のいわゆる教員ですが、事務職の方は入つていらつしやるんですが、教授、助教授、講師の方々が、ほとんどというか非常に大きい確率で雇用保険に入つていらつしやらないということがわかりました。雇用保険財政というのは破綻状況にある、千四百億の財源で、ことしじゅうぐらに枯渇するということが言われておりますが、まず最初にこの担当部局の方から、雇用保険の財政が破綻状況にあるという私の認識はそれで間違ひがないかどうか、イエスかノーかでちよつと答えていただきたいんですが。

○澤田政府参考人 雇用保険の平成十四年度予算におきます積立金残高が一千四百三十七億円ということ、単年度の収支で言へば、十三年度、十四年度も赤字であるということでありまして、

○中川(智)委員 そこで、全国で八万六千人ほど

いらっしゃいます大学の先生なんです、雇用保険に入っていない方が多いということなんです、そのことの認識は、私の間違いではないでしょうか。お願いします。

○澤田政府参考人 私立大学の教員の雇用保険加入状況でございますが、ベースといえますか分母となる数が、雇用保険に加入する必要があるかないかは個々にチェックしますので、マクロ統計からはなかなか難しいのですが、私どもの推計によれば、平成十四年四月現在で、私立大学の短大を含めました教員で雇用保険に加入されている方の割合は二〇%弱というふうに推計をいたしております。

○中川(智)委員 これは違法です。事業者は雇用保険に昭和五十五年から入ることが義務づけられていると思いますが、違法状態を厚生労働省はそのまま放置しているということではないですか。

○澤田政府参考人 現在、雇用保険法上、私立大学の教員の方々も当然に雇用保険の被保険者になることが法律上要請されております。私どもも、これまでの経緯はございますが、法律に従って、加入、雇用保険の適用事業場になつてもらうように、手続がとられるように、いろいろ、地方労働局等々を通じて、大学あるいは大学の関係団体等に要請、指導等々は行っております。

○中川(智)委員 でも、二十五年近くです。二十五年近くが、五十五年に雇用保険になる前は公立の先生たちと同じようにいわゆる任意ということ加入義務ということの除外規定に入つていたんですが、昭和五十五年からは入ることをずつと指導して、そしてこの状態ということなのですが、指導してないで今のような状態が野放しになっているんです。全然進んでいないということに対しての厚生労働省の認識は何かでしよう。

○澤田政府参考人 法律上、適用事業場になりますので、私どもも実際に、適用の手続がなされるよう指導等々努力してまいりました。確かに、

おっしゃる通りに、その実績が急速に上がっていないというところは事実ですが、私学側にもいろいろ言い分といいますか主張というものがございます。私どもも、私どもの主張というのを申し上げ、意見のいわば乖離を埋めるように話し合いをしながら努力をしておるという状況でございます。

○中川(智)委員 厚生労働省というか政府は、平成十三年の十二月、規制改革推進三カ年計画を閣議決定なさいます。雇用保険法は原則としてすべての民間被用者を対象とした制度であり、現在、低い加入水準にとどまっている私立学校教員等については、雇用保険への加入を速やかに促進する。という閣議決定がありました。

しかし、私立大学連盟の方は、もうこれは厚生労働省に認めてもらっているというふうな言い分をされておまして、私立大学の教員というのはいくらも首になつたりすることはないし、雇用保険のお世話になることはないんだと。そして、雇用保険のお世話になることはないんだと。雇用保険に入るといふのは、経済的な、財政からいっても、明らかに損とは言えないんですが、年間二百億ぐらい本当は納めなきゃいけない、ところが、こちらでもらうのは五億ぐらいだから、首にもしないし、そして雇用保険を受け取る人がいないんだから、だから、私立大学は目に見えてくれないじゃないかという論調です。

そうなりますと、大企業だけ、今大企業も倒産する時代ですけれども、うちは雇用保険を受け取るような企業経営をしていないから、定年まで大丈夫だから、入りませんというのを認めるようなものですよ。

私立大学の言い分と厚生労働省の言い分、向こうの言い分に対しては納得していらっしゃるんです。どうか。

○澤田政府参考人 今中川委員が御指摘されました私立大学側の言い分二つ、一つは失業の頻度が低いという点、それから負担とそれに対応した給付が非常にかけ離れている、この二点は、いずれ

も私どもは容認しておりません。まさにこの二点とも、保険制度としてはそういうことがあることを前提に保険制度をつくっておりますので、そうした主張については、私どもとしてはそれは認められないということ、ずつと話し合いを必要場合にはしているということでもあります。

○中川(智)委員 この私立大学連盟は、厚生労働省と覚書を交わしているのだというふうにおっしゃっているんですが、そのような覚書というのはございませうか。

○澤田政府参考人 覚書という行政文書の存在はないものと認識しております。

ただ、私立大学側の御主張として、私立大学の方で個々の学校が雇用保険の適用事業場になるかどうかは学校の判断だということはおっしゃっております。

ただ、これは、その意味は、私立大学の団体として、個々の学校が適用事業場になることは反対しない、こういう意思の表明であるというふうに私どもは理解をしております。

○中川(智)委員 私立大学連盟の方の主張の文書では、問題や矛盾の多い雇用保険法を強制適用するとの考え方は、むしろ定着した制度、これは私立大学に退職金制度というのがある、それらは制度のことなんです、その安定性を損ない、無用な混乱を引き起こすものとして、到底認めるわけにはいかないというふうな御主張です。

今、厚生労働省としては、話し合いをしているんだと。それが何十年も続いているわけですが、具体的にどのようなどころでの話し合いの場で、どれほど積極的に雇用保険への加入というのを勧められているのか、もう少し具体的にお答え願えますか。

○坂口国務大臣 先日来、私学連盟の方からお話を実はちょうだいしているところでございます。

これには長い歴史がございまして、政令がございまして、政令の読み方等によっては除外される

のではないかとというようなことも言われた時代もあるようでございます。

現在、私立大学退職金財団、いわゆる財団法人でございますが、ここで退職金交付事業というのをやりなっておりますが、これを公的で法的なものにするというお話が過去に一遍あって、そうしたことがあったために、それじゃをやっていただましようということになったという経緯があるようでございますけれども、結局は、これが法律上のものにはならなかったということでございます。現在、財団法人として存在しているというところでございます。

先ほど局長からも答弁しましたとおり、私学連盟の皆さん方からは、大学の教授や助教授がもしもそこをやめたとしても雇用保険に厄介になることはない、だからこれは、我々は我々としてこういうふうに行っているんだから、これを認めてほしい、こういうお申し出が先日あったわけでございます。

しかし、これは法律事項でございます。すべての人にお入りをいただくことになっている。先日も文部大臣とお話をさせていただきました。退職金財団、この財団法人の行つておみえになります退職金交付事業、このところが、法律としてこれが決定されるということであれば、それは一つのことで、言ってみれば、私立大学の皆さん方が全部ここにお入りいただくということになるわけでありまして、もしもできるならば、それも一つの方法です。しかし、それができないのであれば、雇用保険にお入りをいただく以外にありませんというのを先日申し上げたところでございます。

私立連盟の皆さん方に対しまして、ひとつそういうふうに入文部大臣とお話をいたします。しかし、それがだめなときには、これは雇用保険というところにお入りいただく以外にありませんというのを申し上げさせていただきます。近いうちに結論

が得られるものというふうに思っております。

○中川(智)委員 最近、私立大学でもリストラが始まってきているというのを聞いておりますし、やはりそれは以前の、時代が変わってきたというところもあるし、保険というのはみんなでもり支え合っている、そのような心配がないところでも保険料を払って、互いに、共助というか、ともに支え合っている保険方式であるならば、五十年にそのような法的な適用除外という条項がなくなつて違法状態で放置されているわけですから、やはり私は、これは法にのっとってやっていくべきです、今回告発をした関西大学は法学部が優秀なところで、法律の先生が違法状態で法律を教えているなんというの、これはやはり、先生にとつてもよくないし、学生にとつてもよくないことだと思ひます。やはり本来あるべき姿で解決していくべきだと考えますので、その成り行き、推移を見守っていきたいと思ひます。

文部科学省 池坊政務官にもおいでいただきまして、文部科学にも関連することですので、幾つか質問をしたいと思ひます。

これまで私立大学退職金財団に対してどれぐらの補助金を出してきたのか、単年度と、できればトータルでもお願いしたいと思ひます。

○石川政府参考人 私立大学退職金財団に対する助成というお尋ねでございますけれども、文部科学省といたしまして、私立大学退職金財団そのものに對しての助成は行っておりませんところでございます、ただ、少しつけ加えさせていただきますと、各私立大学がこの財団に拠出をいたします掛金を対象といたしまして、私立大学経常費補助金で一部措置をしておるといふことでございます。

なお、その措置額につきましては、平成十四年度で約百四億円ということとなっております。

○中川(智)委員 これは何年前から出していらつしやいますか。そして、ほぼ百億円前後でしょうか。

○石川政府参考人 お答え申し上げます。

ただいま申し上げました助成につきましては、昭和五十七年度から開始をいたしております、五十七年度当時は、この補助額は十五億円でございました。

○中川(智)委員 やはりかなりふえてきているということですね。そして、言つてみれば、そこが聖域みたいな形になっていて、独自の雇用保険、雇用保険という独自の退職金制度をつくつていて、それに百四億円運用という形で使つていらつしやるわけなんです、このような財団に補助金を、それにも使つていくことで、一方では雇用保険に入らないという状態を置いておいて補助金を出すというのは、何か対応が矛盾しているんじゃないかと思うのですが、矛盾してないとおつしやるならば、その根拠をお示しいただきたいと思ひます。

○石川政府参考人 ただいま申し上げております私立大学等経常費補助金におきますこの財団への掛金の補助でございますけれども、これにつきましては、この掛金といふものは、退職金といふものが教職員の給与費の一部である、給与の一部であるといふことを基本的な考え方といたしまして、退職金を重視するといふことがやはり私立学校における教職員の待遇の安定と向上につながる、それがまた私立学校の発展につながるということで、そういった観点から助成をしておるものでございます。

○中川(智)委員 それでは、文部科学にもう一点。

この財団、私立学校の先ほど申しました財団に、文部科学省からの天下りは何名いらつしやいますか。

○池坊大臣政務官 平成十四年度四月一日現在、財団法人私立大学退職金財団の理事数は十九名でございます。理事の内訳は、現役の私立大学関係者が十六名、私立大学職員OBが一名でございます。文部科学省出身者は、常勤理事一名、非常勤理事一名でございます。監事の内訳は、現役の私立大学関係者が三名でございます。

○中川(智)委員 私は、このような財団への天下りだけではなくて、やはり長年このような違法状態を放置してきたというのは、退官したら大学の先生にしてももうのはいいいかなと思つたりしますが、その実態などは今のところはわからないと思ひますが、優秀な方がいろいろ大学で学生に教えるのはいいいこともわかりませんが、このよう不法な状況を置いておくといふのはあつてはならないと思ひますので、早く決着をつけていただくように要望します。

と申しますのは、雇用保険、いわゆる外国人の先生、外国語を主に教えていらつしやる在日の外国人の先生に關しては、期限つきで雇用するといふ形態がすごく多いんですね。三年期限で外国人の先生は雇われている。その間は、雇用保険にも入れない、ほとんど自分で社会保険は入られていて、身分保障がほとんどない状態に置かれております。しっかりとした制度を活用して、外国人の先生方に対しても労働条件をきつちりしていくといふのが厚生労働省の指導のあるべき姿ではないかと思ひます。これに關しては、また後日質問したいと思ひます。

最後に、私立大学の教員以外で、この制度で、雇用保険に加入義務がありながら加入していない、いわゆる組織的に加入していない業種、職種といふのがあるかどうかをちょっと伺ひます。

○澤田政府参考人 雇用保険の未適用事業場につきましては、中小零細事業場では少なからぬ数があるかと考えられますが、私立大学のように、いわば業種的にと委員おつしやいましたが、業種的にまとまつて加入していないといふような実態につきましては、私も承知しておりません。

○中川(智)委員 そうしたら、最後に、では大臣に一言伺ひたいんですが、クエスチョンタイムでつくづく思つたんですが、防衛庁もひどいし外務省もひどいと思ひました。厚生労働省のトップとして、やはりハンセンやヤコブ、いろいろ被害が繰り返されてきたんですが、いわゆる隠れ体質みたいなものを温存するようなのはなと思ひます。

すが、今回の防衛庁の問題に端を発して、厚生労働省としての教訓など、大臣が思うことがありましたら最後に一言いただいて、質問を終わります。

○坂口国務大臣 厚生労働省の中はかなり改善が進んでおりますし、過去の問題につきましても、さまざまな問題、決着をつけつつあるといふふうに思つております次第でございます。

いづれにいたしましても、こうした健康保険法等を御審議をいただいているということでございますので、それに恥じないような内容にしていかなければならないと決意をしておりますところでございます。

○中川(智)委員 終わります。ありがとうございます。

○森委員長 次に、川田悦子君。

○川田委員 きょうはちよつと時間も短いので、医療について大臣がどう考えていらつしやるのか、その精神というか哲学を伺ひたいと思ひます。

まず初めに、なぜ薬害エイズが引き起こされたのか、大臣はどのように認識されているか、そこをお聞かせいただきたいと思ひます。

○坂口国務大臣 突然難しいお話をいただいたわけでございますが、薬害エイズの問題は、エイズといふのは、新しく発生したと申しますか、生まれてきた病気でございました。この新しい病気を、いつそれを旧厚生省として認識をしたかという問題であつた、そういうことをどう思うかというところをお聞きになつておられるのではないんですか。(川田委員「いいえ、違います」と呼ぶ) ちよつと、ではこれはこれで言わせてください。(川田委員「いや、なぜ起きたか」と呼ぶ) なぜ起きたか。(川田委員「なぜ薬害エイズが引き起こされたのか」と呼ぶ) だから、なぜ引き起こされたかといふのは、その新しく生まれてきた病氣に対する認識が遅かつたということがこの薬害エイズを引き起こすことになつたといふふうに思ひます。

一九八二年ごろから厚生省は危機感を持っていました。さまざまな情報をアメリカから入手していたんです。そして、八三年、エイズ研究班を設立させたわけですが、結局何もしませんでした。その後、この何もなかったというところで、不作為責任が問われたわけですが、しかも、何かし、何もなかったのではなく、あのとき厚生省の生物製剤課の課長は在庫計算をしていました。そして、四十数億というお金、大変な財産であると考えて、患者の命よりも企業の利益を優先したんです。これが薬害エイズを引き起こしたんです。

そして、私は今回、この薬害エイズの被害を受けて、一九九四年、アメリカに行きましたけれども、アメリカでも同じように血友病患者がこの血製品でHIVに感染させられていました。そのことを大臣は御存じでしょうか。

○坂口国務大臣　アメリカにおける具体的なことは、私は存じません。

○川田委員 アメリカでは、一九八三年一月にアメリカのCDCが血液製剤が危険であるという指摘をしまして、八三年三月にアメリカのFDAは血液製剤加熱の勧告をしたんです。日本は、このようなことを無視してきました、八五年七月まで血液製剤加熱の認可がおくらされたわけですから、アメリカにおくられること二年四月でし

私は九四年にアメリカに行ったときに驚いたんですけれども、FDAが加熱の勧告をした後でもアメリカでは非加熱と加熱の製剤が両方出回っていました。そして、アメリカの血友病患者はこの非加熱の製剤を使ったことによって感染をさせられた人たちがいたということを知ったんです。そのことを厚生省の方々は御存じだと思います。大臣は今ちょっとそのことを質問通告してймаса

なぜ私がきょうこの薬害エイズの問題を取り上げたかといいますと、アメリカでは、なぜ血友病患者、加熱の製剤が勧告がされた後にも、認可された後にも非加熱の製剤を使わざるを得なかったかといった後にも、これは、日本とアメリカでは医療保険の制度が違っています、仕組みが。ほとんどの人たちは民間の保険に入っているんです。

つまり、今、自由診療という名のもとに、がん保険などでも同じなんですけれども、医療機関と保険会社で、この患者にどのような治療をするか、どのような製剤を使うかということが決められていて、つまり保険の種類によつて、お金のなある人は加熱の製剤が使えけれども、お金のない、安い保険に入っていた人は非加熱の製剤を使わざるを得なくて感染をしたという事実があったんです。

今、アメリカはこのような民間の保険が大部分なわけですが、そして、アメリカの乳児の死亡率ですけれども、先進国の中でトップです。まだ開発が進んでいない国において乳児の死亡率というのが高いということは、いろいろな状況の中でのやむを得ない場合もあるわけですが、先進国アメリカで乳児の死亡率がトップという点と、このことは厚生大臣御存じだと思いますけれども、この点について、この乳児の死亡率がトップであるというアメリカの医療についてどうお考えなのか、お聞かせください。

○坂口国務大臣　アメリカはさまざまな人種の皆さん方がアメリカ人になっておみえになりますし、そうしたことも影響しているのではないかと、うかがいます。

アメリカの医療制度は、もちろん日本の医療制度と違いますし、日本のように皆保険制度ができて、上がっているわけではありません。したがって、そうした医療制度上の問題もあるいはあるかもしれない、今、私の思いつきでございませうけれども、そういうふうに思います。

○川田委員　アメリカでは、お金があれば心臓移植でも何でも受けられるわけですけれども、お金がなければきちんとした治療が受けられない。そして、救急で運ぶそのときでも、以前は、保険の種類によつてはうちでは診れないということで追ひ返されるという状況があつて、余りにも人道上問題があるのではないかとということで、緊急で入つた場合には診るけれども、しかし、すぐにほかの病院に回すということが行われています。これが今のアメリカの医療の実態です。

私は今この日本で医療制度の改革を行う、行わなければならない、そういう中で、どのようにしていかんということが今求められているわけですから、このようなアメリカの医療制度に日本が近づいていくというのはとても危険だということに思っていますけれども、今小泉内閣が進めようとしている医療制度改革は、まさにこのアメリカに見習つていこうというものにしか思えません。

そして、私たちが今必要なのは、本当にむだなものをなくしていく、むだというのは何かといいますと、薬害エイズが引き起こされた原因、まさに癒着の構造、そこにむだがあったわけです。私たちは、今本当に求めているのは、癒着の構造を変えていくという構造改革でありまして、規制緩和がいい、いいというふうに多くの人たちが言います。しかし、本当に必要な規制緩和というのはそういうことではないと思います。

今、薬害エイズも本来は、日本がアメリカにおくれること二年四カ月、加熱の認可がおくれたと云うことで被害が拡大されたわけですけれども、実際は、本来日本でこのように血友病患者がHIVに感染させられなくても済んだ事情がありました。その事情というのは、実は一九七五年、私はその前回の質問のときにも話をしましたけれども、そのときにWHOが、国内で血液は自給すべきである、献血で自給すべきだという勧告をしました。そして、同じその年に、日本の厚生省の審議会でもあります血液問題研究会が、そこで日本で国内自給

給を図るべきだというすばらしい内容の答申を出したわけです。ところが、一九七八年になると、国産のものをやめてアメリカのものへと切りかえていくというふうに切りかわりまして、七九年、一気にアメリカのものへと切りかわっていったんです。

つまり、日本の血液事業はそこですっかりアメリカの言いなりになってしまったわけですから、このことについて、アメリカの言いなりになつて被害が起きたというふうには私は思つていますが、大臣の見解をお聞きしたいと思います。

○坂口国務大臣　そういう御質問があるというのとを知らなかったものですから、過去のことを私は勉強してまいりませんでしたが、一、九一五年といえますと、昭和四十年です、二、五五引く二、五〇から……（発言する者あり）五十年。五十年ですから、大体三十九年から献血が始まりました、それが軌道に乗って、五十年といえますと、国内におきます血清肝炎の発生率、大体一〇％前後ぐらいになった時期だったといふふうに思っておりますが、その時期、かなり献血が準備されておりました。昭和四十八年、から国内

で大体保存血液は全部賄えるようになったというふうな思つておりますから、五十年初めぐらいといふことになりまして、もうこれはかなり国内で血液が供給される時代になっておりましたから、その時代にアメリカにすべて切りかえたということとは僕はちよつと考えにくいのですけれども、ただし、僕はちよつと調べてきたわけじゃありませんけれども、私の知り得る範囲におきましては、全部それをアメリカに切りかえたというのは、それはそうではなかったような気がいたしますが。

○川田委員　七五年にベトナム戦争が終結しまして、そしてアメリカでは、だぶついた血液製剤を日本に輸出をし始めて、七九年には、ほとんど日本の血友病患者は、アメリカの原料血漿を輸入して製品化を国内でするとか製品そのものを輸入するという形で、アメリカからの血液製剤を使うようになっていって、そして今回、この未曾有の被害

害が引き起こされたわけです。

実は、きょう、まだ大臣の手元には渡っていないと思いますけれども、この前、参議院で血液事業法、かなり修正があつて採択されましたけれども、そのときに、アメリカなんですか、PPTAといつて、血液凝固治療の小冊子が出回りました、これは民主党の医療問題ワーキンググループ薬事法作業部会あてにロビー活動をされた資料なんですから、ここに大変重要なことが書いてありまして、今日日本がこの血液事業法をつくるに当たつて、国内自給、はつきり国内自給というふうに言っていないけれども、「この法律の制定は製剤の供給業者の減少を引き起こし、その結果として予期せぬ事態が発生した場合に供給がおよびやされるという脆弱性を高める。」とか、「この法律の制定の結果として競争が減り、革新的治療や安全性対策の進歩が阻害されることになる。」とか、「過去十年以上にわたり、輸入製剤によるウイルス伝播の報告は一例もない。残念ながら、国内における最近の感染は、日本国内の献血により製造された輸血用製剤により引き起こされた。」とか、非常に攻撃的な、日本で国内自給を進めることになってはいけないというようなことでロビー活動が行われているということを私は知りまして唖然としたわけです。

今回の医療制度改革、その中でも、私たちは被害エイズというのは日本の医療行政、血液行政の中で大変な失敗であると思つていますし、そして、とりわけ今、日本の医療制度そのものを根本的に変えようとしている中で、本当にこのままの、今回の健康保険法の一部改正というのは医療制度改革の第一歩、一里塚とも言われていますけれども、この改正で本当にいいのかどうか。本当にいいと思つて進めようとしているのかどうか。いろいろな外圧があるのではないかと、いうことも私は危惧するわけですけれども、本当に、心からこれでいいというふうにお思ひになつて大臣は進めようとしているのでしょうか。御意見を聞かせたいと思います。

○坂口国務大臣 血液事業法につきましては、参議院の方で御審議をいただきました、そして本会議も全会一致で通過をさせていただきました。

これをつくりますのにはいろいろの御議論がありました、その御議論も参考にさせていただいてつくつたところでございますし、そして、この血液事業法の中におきましては、いわゆる国内自給というものを基本に据えてつくつてございまして、保存血液はもちろんでございますけれども、血液製剤につきましても一日も早く国内自給ができる体制を確立するというところでつくつているところでございます。

さて、それはそれといたしまして、今回の医療制度改革におきましても、日本の中における皆保険制度がなくなつてはいけません。アメリカのようないつた状況にはいたしません。これから将来も、この皆保険制度を維持していくためにどうしていったらいいかということを中心に考えているわけでありまして、今回提出をさせていただいておりますこの内容におきまして、私たちは、将来ともに皆保険が維持できると思ひますし、また、どの病院で診ていただきたいかといったフリーアクセスもこれは維持できる、こういうふうにいる次第でございます。

○川田委員 ありがとうございます。

皆保険を維持するという言葉だけじゃなくて、公的保険をきちんと維持するというふうにもう一度、公的保険ということでもよろしいですか。

私は、もう終わりますけれども、医療というのはそもそも営利追求になじまないものだと思つています。そこを今巨大な営利市場にしているのがアメリカでありまして、やはり医療機関と保険機関が結託している結果、アメリカでも血友病患者が被害に遭つたわけですから、そのことをぜひ踏まえて、本当に患者の立場に立つた医療の改革が行われなければならないと思つています。

最後に、一つだけ簡単に御質問したいんですけれども、先ほど加藤議員が……

○森委員長 申し合わせの時間が既に経過してお

りますので、速やかに質問を終えてください。

○川田委員 ちょっと一つだけ、ごめんなさい。領収証、明細書についてちょっと一言だけ。

なぜできないのかという理由が再三言われていた点で、かなり経費が大変じゃないかと、煩わしいのではないかと御意見がありましたけれども、ならば、どうしたらできるのかという点で、医療機関に対してこれが点数加算になるとか、いろいろな方法があるんじゃないかと……

○森委員長 申し合わせの時間が既に経過しておりますので、新たな質問に入るのはお控えください。

○川田委員 わかりました。

そのことについて、ぜひ善処していただきたいというふうに思っています。

ありがとうございます。

○森委員長 次回は、公報をもつてお知らせすることとし、本日は、これにて散会いたします。

午後四時五十五分散会

第一類第七号

厚生労働委員会議録第二十号

平成十四年六月十二日

平成十四年七月十日印刷

平成十四年七月十一日発行

衆議院事務局

印刷者 財務省印刷局

D