

参議院厚生労働委員会会議録第二十号

平成十四年七月十八日(木曜日)

午前十時開会

委員の異動

七月十六日

谷 博之君

補欠選任 今井 澄君

七月十七日

鶴保 庸介君

補欠選任 入澤 肇君

山本 香苗君

草川 昭三君

七月十八日

今泉 昭君

補欠選任 櫻井 充君

出席者は左のとおり。

委員長 阿部 正俊君
理事 田浦 直君
中島 真人君
朝日 俊弘君
柳田 稔君
沢 たまき君

委員

入澤 肇君
狩野 安君
久野 恒一君
佐藤 泰三君
齋藤 十朗君
伊達 忠一君
中原 爽君
藤井 基之君
宮崎 秀樹君
今井 澄君
今泉 昭君

櫻井 充君	政府参考人	厚生労働省医政局長	篠崎 英夫君
辻 泰弘君	文部科学省高等教育局長	厚生労働省健康局長	下田 智久君
山本 孝史君	厚生労働大臣官房技術総括審議官	厚生労働省健康局長	河村 博江君
草川 昭三君	厚生労働省医政局長	厚生労働省健康局長	宮島 彰君
今井 澄君	厚生労働省医政局長	厚生労働省健康局長	尾崎 新平君
櫻井 充君	厚生労働省医政局長	厚生労働省健康局長	日比 徹君
坂口 力君	厚生労働省医政局長	厚生労働省健康局長	真野 章君
狩野 安君	厚生労働省医政局長	厚生労働省健康局長	高原 亮治君
川邊 新君	厚生労働省医政局長	厚生労働省健康局長	大塚 義治君
工藤 智規君	厚生労働省医政局長	厚生労働省健康局長	
今田 寛睦君	厚生労働省医政局長	厚生労働省健康局長	
篠崎 英夫君	厚生労働省医政局長	厚生労働省健康局長	
下田 智久君	厚生労働省医政局長	厚生労働省健康局長	
河村 博江君	厚生労働省医政局長	厚生労働省健康局長	
宮島 彰君	厚生労働省医政局長	厚生労働省健康局長	
尾崎 新平君	厚生労働省医政局長	厚生労働省健康局長	
日比 徹君	厚生労働省医政局長	厚生労働省健康局長	
真野 章君	厚生労働省医政局長	厚生労働省健康局長	
高原 亮治君	厚生労働省医政局長	厚生労働省健康局長	
大塚 義治君	厚生労働省医政局長	厚生労働省健康局長	

本日の会議に付した案件

○政府参考人の出席要求に関する件
 ○健康保険法等の一部を改正する法律案(内閣提出、衆議院送付)
 ○健康増進法案(内閣提出、衆議院送付)
 ○医療の信頼性の確保向上のための医療情報の提供の促進、医療に係る体制の整備等に関する法律案(今井澄君外四名発議)

○委員長(阿部正俊君) ただいまから厚生労働委員会を開会いたします。
 この際、一言申し上げます。
 日本共産党、国会改革連絡会及び社会民主党・護憲連合所属議員にまだ御出席いただいておりますので出席を要請をいたしたいと思っておりますが、まだ出席を得られておりません。再度、出席を要請したいと存じますが、しばらくお待ちいただけます。出席要求、可能かどうか努力したいと思っておりますので、しばらくお待ちください。お願いいたします。

速記を止めてください。
 (速記中止)
 ○委員長(阿部正俊君) 速記を起こしていただきます。
 日本共産党、国会改革連絡会及び社会民主党・護憲連合所属議員に対し、再度、出席を要請いたしました。出席を得ることができませんので、やむを得ず議事を進めさせていただきます。

○委員長(阿部正俊君) まず、委員の異動について御報告いたします。
 去る十六日、谷博之君が委員を辞任され、その補欠として今井澄君が選任されました。
 また、昨十七日、鶴保庸介君及び山本香苗さんが委員を辞任され、その補欠として入澤肇君及び

草川昭三君が選任されました。
 また、本日、西川きよし君が委員を辞任され、その補欠として高橋紀世子さんが選任されました。

○委員長(阿部正俊君) 政府参考人の出席要求に関する件についてお諮りいたします。
 健康保険法等の一部を改正する法律案、健康増進法案及び医療の信頼性の確保向上のための医療情報の提供の促進、医療に係る体制の整備等に関する法律案の審査のため、本日の委員会に、理事會協議のとおり、厚生労働省保険局長大塚義治君外十名の政府参考人の出席を求め、その説明を聴取したいと存じますが、御異議ございませんでしょうか。

(「異議なし」と呼ぶ者あり)
 ○委員長(阿部正俊君) 御異議ないと認め、さよう決定いたします。

○委員長(阿部正俊君) 次に、健康保険法等の一部を改正する法律案、健康増進法案及び医療の信頼性の確保向上のための医療情報の提供の促進、医療に係る体制の整備等に関する法律案を一括して議題といたします。
 これより質疑を行います。
 質疑のある方は順次御発言願います。
 ○藤井基之君 おはようございます。自由民主党の藤井基之でございます。
 今日はいろいろな、幅広く御質問をさせていただける時間をちょうだいいたしましたので、政府関係の皆さんに御質問させていただきたいと存じます。
 御案内のように、我が国の日本国民が世界最長の健康寿命と平均寿命の獲得達成、これに大きく貢献いたしましたのは、言うまでもなく国民皆保

険制度でございます。この制度を引き続き堅持していくためには、医療制度改革、これは焦眉の課題でございます。今回、健康保険法の一部改正案及び健康増進法案をおまとめになりました関係各位の努力に対して、心より敬意を表したいと思います。

ただ、患者の自己負担の増でありますとか保険料に対して総報酬制の導入など医療保険財政再建のために健康保険法改正の内容というのは、内容的にはやむにやまれぬ苦渋の選択ではなかったのかと推察をいたします。しかし、今回のこの改正が皆保険制度という世界に誇る医療保険体制を守っていくためにどうしても必要な改革である、そういうことを厚生労働省の方も是非国民に十分説明をして理解をいただくよう、一層の御尽力をお願いいたします。

そういった観点から質問をしたいと思っておりますが、私は、このような医療費の抑制策といえますか、あるいは財源の確保と、こういった議論だけで十分なのかという、必ずしもそうではない。こうした財源的側面だけではなくて、今非常に大きな問題になっております生活習慣病を予防し、健康に年を取る、寝たきりにはならないんだ、健康な高齢社会を築くんだと、そのための施策を検討することが何よりも大切だろうと存じます。その意味で、今回、健康保険法の一部改正案とともに健康増進法案が提出されていることは大変に意義が大きいと思えます。健康増進法に基づく健康日本21プログラムを是非積極的に推進していただきたいと存じます。

さて、健康増進法案は、御案内のように、基本的には現行の栄養改善法を継承する形となっております。この栄養改善法は、昭和二十七年、終戦直後の食糧とか物資の乏しかったころに制定されたものでございます。今日の国民の食生活、生活環境が大きく変わってまいりました。今日の国民の食生活はどちらかというと、むしろ逆にか過ぎる食生活、多様過ぎる食生活に起因する問題が余りにも多いように思います。ちまた

にはスナック菓子だとかインスタント食品、ソフト飲料等がふれ、そのために過食だったり偏食があったり、あるいは過少な食事等を来し、結果として肥満であるとか総コレステロール上昇する、逆にやせ過ぎるとか、あるいは菌列不整が増えるとか、これらは、こうした今日の食生活というものがいろいろな意味での糖尿病を始めとする生活習慣病を生み出している、このような指摘が多くの賢者からなされております。今日の健康状態を考えたときに、健康日本21の中でも食生活の改善について国民に啓発していくことが非常に大切なものだと考えております。

また、その一方で、やっぱり気になりますのが、このところ立て続けに報道されておりますが、中国からいわゆる個人輸入をされたとされる健康食品による健康被害事例でございます。最近では、通常の食事によって取ることでできる栄養素までも健康食品に依存するなどの例も多々見られております。また、インターネットをのぞいてみますと、様々な健康食品であるとか、あるいは医薬品まがいと見受けられる怪しげな健康食品の広告やそれらの売買というものがはんらんしております。

我が自由民主党食品衛生規制に関する検討小委員会が、本年の五月の十四日に、食品の安全に関する信頼確保のための改革の提言というものをまとめました。実は、その中で幅広い食品の安全のための改革提言をしているわけでございますが、その一部としてこの健康食品問題にも言及をいたしております。その内容は、健康食品について最新の科学的知見等から判断して、過剰摂取などによる健康被害が懸念される場合に流通を禁止できる法規定を整備しよう、そして、保健機能食品以外の食品については保健機能食品と紛らわしい広告を禁止せよと、そのような法改正を求め、そのような提言をさせていただいております。

厚生労働省は、栄養機能食品であるとか保健機能食品などの制度もお作りになっていわれる健康食品の健全化を図っておられるわけですが、国民

が自分の健康に善かれと思つて使用した食品で健康被害を受ける、これではたまつたものではな

い。そこでお尋ねしたいんですが、近時、中国製のいわゆる健康食品、御芝堂減肥剤とか、あるいは絆之素製剤という名前が商品名が付いておる輸入健康食品で、十三都府県で三十一名の健康被害が発生して、うち二名が死亡したという報道がございましたが、これらの健康被害事例につきまして現時点で分かっている被害状況等について、まず御説明いただきたいと存じます。

○政府参考人(宮島彰君) 御指摘のいわゆる中国から輸入されました健康食品と、そしてその被害状況でございますけれども、去る七月十二日に一応発表いたしましたものにおきましては、平成十四年二月から五月ごろに六十代の女性二名が服用いたしました御芝堂減肥剤というものの結果、一名が二か月後に死亡し、もう一名が入院加療したということでございます。

それからもう一つの事例は、やはり同じように中国から輸入されて、いわゆるやせる目的で使われまして絆之素製剤、これを服用したためにいわゆる被害症状が出たという者が八名おります。

それからもう一つは、中国からやはり輸入されましたハーブ類を原料とするカプセル形態の健康食品でございますけれども、これにつきましてもやはり肝機能障害等の症状が発生したということ、この被害事例が二名ということ、この時点で、この被害事例が二名の製品で十二名の方におきましては一応この三つの製品で十二名の方の症状の訴えがあつたという情報提供がございました。

その後、各都道府県からの報告が次いで参りまして、現在のところ、その十二名のほかにプラス十九名が加わりまして、合計、現在三十一名まで症例が上がっているということでございます。

○藤井基之君 そういう非常に短期間に多くの被害の届出といえますか、情報が寄せられているわけですが、こういった食品というものを現在の法規制といえますか、法的には、厚生労働

省、当然国民の食品衛生問題については全面的な責任を持つていくわけでございますけれども、その国民の保健を守るために、今、法的にはどのような法律をどのように適用してこの問題に対処しているか伺いたいと思ひます。

特に、これらの中の健康食品、今回の二品目はダイエットということをかかなり大きくうたっているわけですね。つまりやせるよと、こう言っているわけですね。こういうことを言えば、これ薬事法という法律を見ますと、人の身体、構造、機能に影響を与えるものというのは、これ薬事法で言う医薬品そのものになつていないんじゃないですか。健康食品と言っているのはある意味ではこれはまあやかしやないかと思つてですね。それは、こういったものについては薬事法でも規制ができるのか、そしてあるいは一般の食品としての規制をするのか、その辺はどのように法的には対応しているのか、教えていただきたいと存じます。

○政府参考人(宮島彰君) 先ほど御説明しました三つの製品のうち、第一例目のいわゆる御芝堂減肥剤につきましましては、その効能としまして減肥というものを標榜しております。これは明らかに医薬品の標榜すべき効能でありまして、いわゆる未承認医薬品というのに該当することになります。

それから、第二例目の絆之素製剤につきましましては、その成分の中に乾燥甲状腺末とフェニフルラミンというものがあつて、この成分は医薬品のみで使用されている製品でございますので、いわゆる成分違反ということ、これもやはりいわゆる未承認医薬品に該当するということでございます。

したがいまして、こういった未承認医薬品につきましまして販売するということであれば、当然薬事法違反ということでありまして、今回もこの事例を発表しますとともに、各都道府県に通じまして監視指導の徹底を要請したところがございます。

第三例目のいわゆるハーブ類を原料とするカプ

セル型の健康食品につきましては、今申しました効能表示なり成分につきましては、いわゆる未承認医薬品に該当するものが特段見当たらなかったというところでございますけれども、いわゆる肝機能障害との因果関係がいわゆる疑われるということ、今回それも併せて公表し、いわゆる注意喚起を行ったところでございます。

ただ、いずれもいわゆる個人輸入という形が多いものでございますので、なかなか薬事法によるストレートのいわゆる取締りというのが難しい状況もあると思っております。そういう意味で一般国民の方々に注意喚起していただくということで今回公表し、周知したものでございます。

○藤井基之君 分りました。

ただ、国民は周知させればそれで分りましたと、こうなるのかどうかというところに問題があると思っております。例えば、じゃ最初のものは減肥という、やせれるということをやわなければ一般流通していいんですかといったらそうじゃないわけでしょう。私は、今回は個人輸入という形態だから、それに特定のいわゆる業者というものはかわっていいのかもしれないですけども、国民はそんなことで納得しているとはとても思えないんです。

薬事法の適用というのは、かなりこれは罰則も厳しい法律でございますから、むやみに、何ですか、刀を抜く必要は必ずしもないと思っておりますけれども、法の適用というものは、やっぱり国民の対応する法の適用の運用の仕方というのはあると思うんです。

食品の方にもお伺いしたいんですけども、先ほど言ったカプセルの、ハーブでしょうか、これは健康食品の方では成分的には医薬品というものと取りあえず直接的には言い難いという答弁がございましたけれども、食品の関係については、先ほど申し上げましたように、自民党あるいは与党三党での食の安全に対する委員会等も、今回、厚生労働省に対して、いわゆる食品衛生法を変えても、この健康食品というのに対しては適

切な指導監督ができるように法体系をすべきではないかということも申し上げているわけですが、でも、現在、これに対して厚生労働省はどのような考えで、どのような対応を取ろうとされているのか、お尋ねしたいと思います。

○政府参考人(尾崎新平君) 今、藤井先生から御指摘ございましたように、自民党の小委の方から御提言をいただいているわけでございます。これにつきましては、食品衛生法の改正、それ以外にもたくさん御指摘をいただいておりますので、全体の見直しの中で検討をしていくということ、現在そういった内容については整理をしている状況でございます。

それと、そういったことの法改正の前に、今どういう形でやっているかというのを、先ほどの御質問も関係いたしますので若干答えますと、食品につきましては、御存じのとおり食品衛生監視員が監視をするということで、一般に出回っております食品という範囲の中でいわゆる健康食品につきましては、その表示によりましていわゆる成分なりあるいは効能効果というものがうたわれているようなものについては、これはもう医薬品との関係で薬事との連携を取りながら対象として監視をしているという状況でございます。

同時に、輸入食品の関係で健康食品というものが入ってくる際には、そういったものの成分として未承認の医薬品が入っていないのかどうかというところを確認するように業者等に指導をしているというのが現状でございます。

○藤井基之君 今、るる御説明をちょうだいしましたけれども、例えばテレビの報道などでこのものを見ますと、正にカプセルに入っておりますけれども、それは一般国民としては、食品、食品と言われ、通常の我々が持っている概念の食品とはかなり違ったものなんですね。それが新しく言われる、健康食品と言われるものかもしれないけれども、我々の感覚でいうとこれは薬そのものじゃないかという感じもするわけなんです。今お答えいただきましたように、食品衛生法

で、口から入るものというのは食品衛生法が所管するわけですね。ただし、医薬品を除くとなっていくわけですね。ですから、医薬品というものが優先的な上位概念として規制対象、薬事法という法律を持つてくるわけですね。でも、薬事法が抜ける食品衛生法がそれをカバーしなきゃいけないような法体系に今なっているわけでございます。

この非常にその中間に位置するようなものというもののその法の運用というのは、正にそれこそ厚生労働省が知恵を出してそれを活用してもらわなければ国民は安心できないんだろーと思えます。特に、このような根拠とかあるいは本質が不明な、見ただけで分からないような、カプセルに入った食品と言われているもの、これらの規制というものは、やはり今食品の方でもお答えがありましたけれども、新しい法を新しく起こすかどうかということも踏まえ、あるいは法の運用ということについても、是非、こういった関係する幾つかの法令が絡んでいるわけですから、確かな運用をしていただきたいと思うんです。

そして、その下に、今日議論が行われております健康増進法ということがこの食品の問題を取り上げていくわけでございます。厚生労働省において、そういうことはないと私は信じておりますけれども、やはりその法を所管しているセクション、セクションにおけるある意味での縦割りの弊害というようなことも出るのかもしれない。是非、そういうことがないように、国民は今非常に食品に対して不安感を持っている、不信感を持っているわけですね。特に食品に対して、こういったものに対して非常に注意をしなければいけないこと、単純に個人輸入だからいいよとか、やせれるからといって、これは何も食品だけでなくて、もう一歩間違えれば覚せい剤だとか麻薬まで手を伸ばすようなそういう環境を作り得る関係があるわけですね。

私は、これらについて、是非この食品問題を、これを契機として国民の健康、保健に責任を持つ厚生労働省として確とした対応を取っていただきたいと思えます。大臣、いかがでございますでしょうか。

○国務大臣(坂口力君) 今、委員からのお話もございましたとおり、最近、この食品につきましてはいろいろのことが報道されているわけでございます。その中身を見ますと、一つは、個人が諸外国にお出掛けになりました、そしてそこで購入をされたもの、それが一つある。それからもう一つは、食品として日本の中に輸入をされたものの中に、果たしてこれが本当に食品かどうか、今御指摘のありましたように、これは医薬品の中に入れてはいいものではないかというものが紛れ込んでいないか、こういうお話。大体、大きく分けましてこの二つではないかというふうになっております。

そして、医薬品か、さもなくばこれは食料かということになっていくわけでございます。食料ということになってまいりますと、国内にたくさん入っているものが既に入ってしまっているということでありまして、ここをどのように厚生労働省としましては整理をしていくかということだろうというふうになっております。

現在、食料品として入っておりますものにつきましては、そのすべてを検査するわけにはまいりませんが、その中でも、いわゆる健康食品と言われているものも大体5%ぐらいを今検査をしております。全体として抜き取りしてそういうふうな検査をしているわけでございますが、これで十分であるわけではございません。これから、諸外国から更にいろいろのものが日本の国内に食品として、食品という名の下に入ってくる可能性がございますから、これからの体制をどうしていくかということが最大の課題であるというふうに思っています。

一つ重要なことは、やはり輸入をする業者の皆さん方にも、自分の会社が輸入をする製品は何かなるものを持っているものなのか、いかなる内容を含んだものなのかということをよく点検をしていただくということが一義的には大事ではないか

というふうにも思いますし、そして、こういうものが入っているがどうかという御相談をしていただくということが第一義的に大事ではないかというふうにも思っております。

厚生労働省も、少ない人員ではございますけれども、これをもう少しでも、こを増員してでも体制を強化しなければならぬというふうにも思っておりますが、しかし、日本国内に入つてまいります食料品全体をチェックするだけの能力はなかなかないわけでございますから、そうした業界の皆さん方と連携をどのように密にし、そして、この食品を扱われる皆さん方には今まで以上にいろいろとひとつ点検をしていただくということが大事になってくるのではないかとこのように思っております。

○藤井基之君 ありがとうございます。
我々もできるだけの支援をさせていただきたいと思っております。大臣、よろしくお願いしたいと思っております。

健康増進法の第五条におきまして、この法律は、国、都道府県、市町村、健康増進事業実施者、医療機関その他の関係者は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るため、相互に連携しながら協力するよう努めなければならないという、こういう規定がございます。非常に重要な規定だと私は考えます。
先般の参考人に対する質疑でも御紹介させていただきましたが、これに関係して、昨年六月に沖縄県の宜野湾市は、健康日本21事業の一環として、委託事業で民間に仕事を依頼して一緒に仕事をしている、それは生活習慣改善まちかど相談所という、そういった事業なんです。これは何かというと、疾病に関係している生活習慣の問題をお持ちの方とか、あるいはお薬の服薬管理などいろいろとアドバイスが必要なお方に対しては、町の薬局の薬剤師さんが患者さんの居宅を訪問したり薬局に来てもらつたりして、いろいろ相談をする、そういった仕事、それを市が委託をしているわけですね。

このように、先般の参考人のお話もありました。が、ボランティア活動のような草の根運動を広げることによって国民の健康意識を向上させて健康増進を図ろうという、そういった方向というのをこの法律は目標としているように思います。

それで一方、先般、実は大阪府がやつた調査結果をちょっと見せていただいたんですが、大阪府が府内の全市町村に対して、地域保健推進特別事業の一環として地域薬局の活用状況について調査をした、そういった報告が発表をされたんです。その結果を見ますと、地域薬局を活用して地域住民に健康関連情報を提供していますかという問いに答えまして、イエスと、提供していますよと答えしたのは実は四分の一以下なんです。二・七％しかない。つまり七割以上は薬局を活用していないですね。

これは一体どうしてかなと、こう思つたんですけれども、一つには、これは薬局とか薬店を所管していますのは、地方自治体では、どうしても医薬というか薬を所管している官庁、その部局になつていくわけでございますが、この健康日本21とか、そういった事業というのは、実は直接的には薬の所管している部局ではないところから情報が都道府県の薬に関係しない部局に流れてしまつていく。そのために、そもそも薬局を活用するというイメージとか意識が末端になつたということも言っているんですね。この話を聞いてから、じゃ、これからどうしますかといつたら、これから活用を考えますと、こういうふうな回答になつていくわけなんです。

ですから、今まで私はそういうことではないと思つていますが、組織のいわゆる縦割りの弊害というのがあつてはならないんだらうと思つてます。特に、今回の健康増進法というのは、いわゆるそういった組織横断的に国民全体を健康増進しようという、総力を挙げて対応しなきゃいけない、そういった法の施行がもう課せられておると思つておるんですね。ですから、是非そういった関係で、今回のこの法律の運用についてはボラ

ンティアなど民間の活力を大いに活用すべし、そして幅広いそういった民間の人材とか資源を活用すべきだと考えるんですね。

法案では、健康増進事業者を都道府県、市町村等として、また医療機関その他関係者と協力する、こういうふうにも書いてある。この医療機関というのとはもうある程度言葉として病院だとか診療所だと分かるわけです。その他関係者というのは言葉としてどうもはつきり分らない。もう少し事業主体として、これを例えば法律の中に書くというのにはバランス上問題があるとするならば、例えばこの法を施行する際には、具体的にこのような事業者、例えば栄養士の方々をお願いするとか町の薬局を活用するとか、そういった幅広い関係者というものをもう少し明記して、地方自治体の方々にも意識が鮮明になるような、あるいは住民の方々にも意識が鮮明になるような、そういった施行をお願いしたいと思つておるんですけれども、いかがでございますでしょうか。

○政府参考人(下田智久君) 薬局あるいは薬店は身近な地域の中で情報提供等により住民の健康づくりに支援する場として期待されているわけでありまして、委員御指摘のように、現に各地で健康日本21に御協力をいただき、非常にすばらしい成果を上げられている実績もあるわけでございます。

そういった観点から、この健康増進法の五条に規定をしております「その他の関係者」の中には当然薬局、薬店等も含まれているというふうにご考えておられますし、委員御指摘のように、いろいろなボランティアの方々も含まれているものというふうにご理解をいたしております。
お話ししましたように、健康づくり、これを支援していくためには、国あるいは都道府県のみならず、いろいろな機関がそれぞれ連携を取りながら実施をしなければ効果あるものにならないわけでございます。そういった意味で、縦割りの行政でそういった情報が関係するところに流れることがないといったようなことがないように、私も

としても十分に注意をし、全体としてうまくいくような形で実施をしていきたいというふうに考えておるところでございます。

○藤井基之君 それでは次に、ちょっとたばこの問題について質問をさせていただきたいと思つておるんです。
今回の健康増進法の第二十五条でたばこ対策が取り上げられておまして、これを読みますと、「受動喫煙の防止」という、第二節に一条文あるわけでございます。大勢の方々が集まる場所あるいは職場等においては受動喫煙防止の努力規定というふうにも読める条文が書かれているわけでございます。

たばこ対策につきましては、特に長年にわたりました世界保健機構、WHOが指摘をされているわけですが、喫煙の健康影響、そういったことを考えれば、たばこ対策というのはこれからの健康づくりにおいて極めて重要な課題だと考えます。確かに、たばこの問題というのは、禁煙の方もいれば喫煙の方々もいらして、なかなか議論の一つのものに持つていく、合意形成が難しいテーマであることは私も理解ができません。わけではありませぬけれども、これについてもやはり前向きな対応が必要だと思つておるんです。

それでお尋ねしたいんですけれども、たばこ対策、これはWHOが長い間世界に対してたばこ対策を推進するようにと訴えているわけですね。そして、現在ではWHOは、たばこ対策枠組み条約という、そういった条約を二〇〇三年の五月を目途に採択することを目標として活動して、現在既に準備会合が開かれておると聞いております。このWHOの動き、そしてそれに対する我が国の対応ぶりについて御説明をいただきたいと思つておるんです。
○政府参考人(下田智久君) たばこ対策枠組み条約につきましては一九九六年のWHOの総会におきましてその検討が決議をされております。以来、政府間交渉が続けられておまして、来年度の五月の総会での採択に向けて準備が進められてお

るところでございます。

その条約の中身でございますけれども、実に多岐にわたっておりまして、税制、たばこ事業等の広告、あるいは未成年者に対するたばこの喫煙の防止の施策、あるいは自動販売機のありよう、表示規制等々、非常に幅広いものがございます。財務省あるいは農林水産省等、関係省が非常に多くわたっておりまして、外務省等とも相談をしながらその対応に当たっておるところでございます。

いずれにしましても、こうした動きを受けながら、厚生労働省としましては、健康日本21あるいは今回御審議を賜っておりますこうした健康増進法案、こういったものを受けながら実効あるものにしてまいりたいというふうに考えておるところでございます。

○藤井基之君 このWHOの動き等を受けまして、例えば若干愛煙家の方には不自由な方もみれますが、飛行機なんか大部分がもう禁煙になってしまっているわけですね。私も十数年前にたばこをやめましたけれども、それで健康になるかどうか、それは分かりませんが、私にはやっぱり世界の流れという動きがあるんだらうと思っております。

今回、私はこの健康増進法の中にたばこ対策を取り込んでいくことについてはやはりこれは評価をしますけれども、ただ、いかにもちよつとか弱いかなという感じ、か弱いと言葉が悪うございますけれども、もう少し、厚生労働省が所管する法令であるならばもうちよつと一歩突っ込めないのかという感じがするんですね。

例えばもう民間の飛行機でさえも禁煙なんですよ。そうしたら、例えばこの中で受動喫煙禁止というところで人が大勢集まるようなところについては努力規定で書かれているけれども、例えば病院の診療所では禁煙にしろとか、そういったことを法で書けないならば、少なくとも法を施行する側が法の意を体してもっと突っ込んだ行政的な指導によって、その場所においては、例えば学校内で

は禁煙だとか、あるいは病院の診療所では禁煙にするんだ、そういったことまで突っ込んだ行政の、何というんですか、方向性、それによって国民に対して健康に対するたばこの影響というのをより意識してもらおう、そういった行動があってもいいと思っておりますけれども、局長、いかがでございますか。

○政府参考人(下田智久君) 今回、健康増進法案の中にこれまで明確な根拠規定がございませんでした受動喫煙の防止あるいは喫煙に関する正しい知識の普及といったものを盛り込ませていただいたところでございます。

ただいま御指摘の受動喫煙防止については、更に一歩踏み込んだものにすべきであるという御指摘でございますが、たばこに関する規制の在り方については実は様々なお立場があるところでございますし、いろいろな御意見もあるわけでございます。そして、そうした中で今回こうした規定を盛り込ませていただきましたことは、たばこ対策にとりましてはその第一歩ということと御理解を賜ればというふうに考えております。

いずれにしましても、今回の法的整備と併せて実施をしようというふうに考えておりますので、第一歩であるということと御理解を賜ればというふうに考えております。

○藤井基之君 それでは、御質問のポイントを別な、いわゆる健康保険法絡みの方に移させていただきますかと思っております。

今日はちよつとお忙しい中を文部省の政府委員に来ていただいておりますので、まず文部省の政府委員にお尋ねをしたいと思います。

今日、医療機関において、非常に残念なことなことで、医療過誤といましようか、医療事故といましようか、その発生の報道が依然として後を絶たないんですね。非常に残念なことだと思っております。これらの医療事故の中を見ますと、どうも薬にかかわる事故の比率が高いわけですね。この原因の一つには、薬が非常にたく

さんあるというようなこと、あるいは薬の名前が似ているとか、外観が非常に似ているんだと、それで薬剤を間違えたんだと、取り間違えたんだと、そういった報告が多いんです。

厚生労働省が平成十一年から十三年度に掛けて行った、看護の方々の中心の業務において、こうした医療事故につながるかもしれない、冷やりとしたりはつとしたようなそういう事例を集めた調査、ヒヤリ・ハット事例の調査においても、こういった薬の問題が非常に多く報道されているわけなんです。

そして、このために厚生労働省は、今年四月の十七日に、医療安全対策検討会議のまとめた医療安全推進の総合対策という報告書を発表されています。これは、この発表内容からもあるように、医療機関における医療従事者を挙げて医療安全管理体制を整備しなさいいけないんだと、こういうふうな報告をしているわけなんです。

私は、この医療安全管理の整備を図るポイントというのは、医療における診療の部門である、看護の部門、そして私は薬の部分との密接な連携にあるんだらうというふうに考えるわけですね。前述の、今述べましたようなヒヤリ・ハット事例を見ても、薬のものは一杯あるんだという。これらはどうやら事故を防ぐことができるかといったことですね。やはりこの連携とともに、この薬剤を管理する部分というものをそれなりに仕事をちゃんとしてもらわなさいいけない、そういった環境がなければいけないと思っております。

こういった時代に、どういうわけか、文部科学省は今年の四月の八日に突然施行通達を出されているんですね、四月八日付けの官報に載ったんでございます。それによると、国立学校設置法の施行規則が改正されて、それまでであった「薬剤部及び薬剤部長」が書かれていた施行規則の十八条というのは削除されている。突然ですよ。しかも、この施行は、四月の八日の官報に発表して、施行日いつかと見たら四月の一日だと、

一週間戻って施行するんだと。一体これはどういうことなんでしょうか、ちよつと説明してもらえませんか。

○政府参考人(工藤智規君) 本件については、御心配をお掛けいたしましたして誠に申し訳ない限りでございます。

私も、国立大学の組織編制につきましてはかねがね関係の審議会等で御検討いただいていたところでございますが、一昨年、平成十二年の十一月に大学審の答申がありまして、その中で、かねがねからの御議論でもあったのでございますけれども、各国立大学の教員組織については、より柔軟にかつということがございました。

それを受けまして、昨年の通常国会でございましたけれども、国立学校設置法の改正を御審議いただきまして、大学の基本、いろいろな組織がございまして、特に教育研究組織の基本として大学発足以来でございます講座というのがございますが、そういう一番基本の講座について、これまで省令で定めるとい法律上の規定がございましたけれども、それを各大学に任せる方向での法改正がなされたところでございます。

それに伴いまして、その施行がこの四月からだったものでございますから、講座だけではございませんで、研究所におきます研究部門あるいは附属病院におきます診療科等々、大学にお任せするといましようか、文部科学省が省令なり訓令で定める規定になっていた部分を見直しまして規定の整理を図つたものでございまして、薬剤部を廃止するというのはさらさら私も念頭になかったわけでございます。この四月からの施行に合わせて改正したものでございます。

これがたまたま、規定がほかの部と同じ規定になりましてございまして、大変事務的に恐縮でございますけれども、同じ規定ぶりの条項をまとめた結果として独立の条文がなくなつたということ、関係の方々に不安を与えたのは誠に申し訳ないでございますが、そういう薬剤部

を廃止するとかなくすとかということでは決してないでございます。

○藤井基之君 今、お答えいただいたんで私は理解したいんですけども、実際に私のところにもやはり薬剤部の職員の方々からいろんな投書なんかがございます、それによると、やっぱりもう文部科学省の方針で薬剤部は他の部署に統合されるんだと、具体的に組織の検討を大学がやっているんだと、そういう話が実はもうちまたで言われているわけですよ。文部省はそれを知っているんでしょかね、文部科学省。私は、今局長がお答えいただいたようなことで、私もそう理解したいんですよ。今、医療において薬剤使わないなんていう医療は考えられないんですよ。

先般の薬事法の審議の際にお話があった、例えば輸血の問題についても、輸血のセクションなんかもこれからこういった組織のいわゆる独立法人化に伴って、何というんですか、経営的にいいますよ、そういう観点から適切な人材の配置を極力、勝手にやれるようなと言葉は悪うございますけれども、文部省はもう関与しない、好きにやったらいいですよ、そのために邪魔になるところの規則は全部外しておいてあげましょうと、どうもそうも取れるんですよ。

先般、衆議院で、厚生労働委員会がこの問題審議された際に、文部科学省はこういうふうにご答えてられているんですね。今回の改正は薬剤部を廃止したり統合することではないと。現場でそのような理解をまだされていないようであれば、今後とも周知徹底をされると答弁されているんですよ、二か月前に。その後、何か周知徹底の努力をされたんでしょうかね。

○政府参考人(工藤智規君) 御指摘のように、薬剤師の方々の役割が大変重いというのには私も十分認識した上でございまして、五月十七日に衆議院の厚生労働委員会での御質問がございました。それを受けまして早速、いろんな集まられる先生方の御都合もございましたのであれでございませ

すが、五月の三十一日には国立大学の薬学部長がお集まりの会議が都合が付きまして、そこでの会議、さらには六月十日には医学系の国立大学の学長会議、六月二十日には国立大学の医学部附属病院長会議、さらにはこの七月四日には同会議の常置委員会などが開かれましたので、そういう機会をいろいろ見付けまして、私も、決してこういうことではないということ申し上げたところでございます。

先ほどの、医療事故、特に薬に由来する医療事故が多いという現実もありますし、特に安全で安心な医療の提供ということから医薬品に関する専門家としての薬剤師の役割は大変大きいということもございまして、医療の安全への関与、あるいは患者の視点に立った服薬指導とか、あるいは医師の処方に対する監査など大変重要な役割があるわけでございますので、薬剤部の充実を図るべきことはあれ、それをないがしろにするとか廃止するというのは決してあってはならない、私も全くそのことは毛頭考えていないところでございます。

○藤井基之君 ありがとうございます。文部省の、いろいろ政府委員の今の御説明、私もそう信じたい、そのとおりだと思っておりますので、是非そのような対応を取っていただきたいと存じます。後があるそうですから、これで結構でございます。ありがとうございます。

次に、別な点について御質問させていただきます。特定療養費の問題についてお尋ねをいたしたいと存じます。

特定療養費制度というものについてはもう御案内のとおりでございますが、いわゆる日本は、我が国というのは保険診療でやっているわけでございます、保険診療だとしても保険で行っているんですよという診療の範囲というのがおのずから限定をされてくるわけでございます。そうすると、非常に新しい技術が、医学技術が進歩して、発展して、開発されたときに、それを保険で使うかどうかということというのは、ある程度保

険診療の範囲というものを決めなきゃいけない問題だと思います。もちろん、これは当然そういう問題が常に起こるわけでございます、これはその運用を適切にやらうということに最終的に答えは行き着くのもかもしれませんけれども、この特定療養費についてお尋ねをしたいと思うんですね。

これも先日の参考人質疑のときにも少し申し上げたんですけども、実は、国際医療福祉大学の副学長が先般このような講演をなさった、あるいはお聞きになられた先生がいらっしゃるかもしれません。

内容はこういうことです。日本の保険医療では、保険診療と私費診療との二つを一つの診療の中で同時に行ってはならないという混合診療の禁止の制度があります。この制度のために、新しい診療技術が開発されても、国民皆保険の日本ではそれが医療保険で採用されるまでなかなか普及できないんだと、そういう実態がある。例えば、胃潰瘍、十二指腸潰瘍の治療にヘリコバクター・ピロリ菌の除菌法、これが欧米では一九九四年から遅くとも一九九六年には通常の治療法として採用されているのに、我が国では二〇〇〇年の十一月になってようやく保険適用された。四年以上もタイムラグがあって、我が国の国民はこの治療を広くあまねく受けることができなかったんじゃないかと、こう指摘しているわけです。この混合診療を認める制度として特定療養費という制度があるわけでございます。

この制度というのは、特に我々が意識しておりますが、高価な機器であるとか高度な技術が必要とするいわゆる高度先進医療について適用されているという。私、もちろんこれは、新しい診療技術というのはすべてが高度の先端的な医療ばかりじゃなくて、実際には、ある意味で、簡単なという言葉は悪うございますけれども、そんな高度と言わなくても適用できる新技術というものは既にそのガイドラインが作られている、一般

化しているような診断技術でも、日本においてはまだ日常診療として普及していないようなものがある。

これは日常診療として普及させるために、例えば、専門医の実践の積み重ねであるとか、いろいろな行政側も努力をして、そして日本の医療の質を上げていくという、そういったことが必要になってくるんじゃないかと思うんですね。この混合診療の問題について、歯止めを設けてもいいからもっと前向きに対応したらどうですかと、これが実は先ほど申し上げました国際医療福祉大学の先生の御主張であるんですね。

私も、この医療制度の、新しい医療、特に二十世紀というのはライフサイエンスの時代、生命科学の時代と言われている。新しい医療技術や新しいお薬がどんどん開発されて、それによって患者さんに裨益されることが多くあると思うんですね。ところが、皆保険制度で余りにも縛ると、それらが一般診療に使われないという弊害が出る。ですから、ここにいわゆる特定療養費の仕組みとかがあろうと思うんですね。

私は、是非この仕組みをうまく運用していただきたいと思うんですね。そして、医療における我が国が今まで皆保険制度によって世界で最も長生きできる、医療環境が素晴らしいんだと、コストエフェクトも非常にいいんだと言われて、それをこれからも守って、これからもどんどんどんどんもつともつといいものにしてもらいたいと思うんですね。

私は、この制度の運用については是非これからどういう方針でこの制度を運用されようかとされているのか、お尋ねしたいと存じます。

○政府参考人(大塚義治君) 御指摘のございましたいわゆる特定療養費制度の活用でございますが、問題意識と申しましょうか、論点といたしましては、私どもも、委員御指摘のような感じでございます。特定療養費制度というものをうまく合理的に活用するということは非常に大事な課題だろうと考えております。

もう少し具体的に申し上げますと、混合診療が原則禁止とされておりますのは、これも釈迦に説法で恐縮でございますけれども、特殊な療法が入ってくるということ、これはまた避けなければいけませんし、また別の面では不合理な患者負担を増大させるおそれもあるということで、限定的に、原則禁止にしながら、一つには一般的な新しい医療技術、医療保険として採用できるものは、これは積極的にまず取り入れていくと。しかしながら、高度な技術というのが一挙に普及するわけではございませんから、一方では患者のニーズなどに合わせて特定療養費制度という仕組みを導入したわけでございます。

これまでも相当数の技術がこの特定療養費制度の仕組みの中で対象として指定されておりますけれども、私も、率直に言わせて、少し運用がハードかなと、きついかなという感じを持っておりまして、例えば、今は施設と技術と両面から個別に指定をしているわけでございます。承認をしているわけでございますが、施設基準といましようか、施設の実施医療機関の範囲につきましても、あるいは高度先進性という要件にいたしましても、もう少し幅広い目で検討していいのではないかと。細かい議論はこれからになりますけれども、中央社会保険医療協議会、中医協におきましてもそうした問題意識を提起いたしまして、今御議論を賜るということにいたしておるわけでございます。

それから、薬の点につきましては、今回の診療報酬改定におきまして、一つは、これはそう大きな話ではございませんけれども、薬事法で承認された後、薬価収載前という一定の期間の中での扱いといたしまして、これも特定療養費の対象といたしましたし、今回の薬事法改正に伴いまして、医師主導の臨床研究に対しても治験という仕組みを導入すると。それに対して、この薬剤、その使用に係る薬剤につきましては、これは特定療養費制度の対象とすることを考えております。

こうした形で現実のニーズに、またあるいは医学の進歩に、一方で医療保険制度の円滑かつ安定的な運営ということを勘案しながら、この特定療養費制度というのがもう少しその効果を発揮できるように、役割を發揮できるようにという観点で今後私どもも検討し、また関係者と協議をしてみたいと考えております。

藤井基之君 よろしくお願ひしたいと存じます。それから次に、医療費抑制策として取り上げられております薬剤費の適正化に対する問題についてお話をさせていただきたいと存じます。

厚生労働省だけではございません、文部科学省もそうなのですが、医療費の適正化の一環として市場に出てまいりましたいわゆる後発医薬品という言葉を、余りいい言葉だとは思われないので、厚生労働省も六月一日付けで国立病院とか療養所に対して後発医薬品の使用促進について指導通知といましようか、そういった通達を出されたというふうに向っておりますが、その内容について御説明いただきたいと存じます。

○政府参考人(河村博江君) 国立病院・療養所におきます後発医薬品の使用状況、平成十二年度の採用状況について調査をいたした経緯がございまして、その結果を見ますと、極めて低い比率であるということが分かってまいりまして、その調査の後、全国の院長会議、その他各種会議等で後発品の使用促進というものを指導してまいりましたわけでございまして、それらに併せて、本年六月に国立病院・療養所に対して改めて通知を發出いたしましたところでございます。

その内容といたしまして、院内の薬剤委員会等の活性化を図った上で、例えば、具体的に申し上げますと、医薬品の新規採用時におきまして後発医薬品の採否について必ず検討しなさいということとありますとか、あるいはナショナルセンター等を含めまして他の国立病院において現に採用さ

れている後発医薬品を採用することについても積極的に検討しなさいとか、そういうような形で後発医薬品の使用についての検討を積極的に行いなさいと、それで使用促進を図るよう指導したというのがこの通知の内容でございます。

藤井基之君 一昨日、参考人の先生にこの問題をお伺いしました。どうして日本において世界と比べて後発医薬品の使用が伸びないんですかと、こういう趣旨のことをお伺いしたんです。そうすると、このようにお答えになっているんですね。やはり最終的には、いろいろな理由は別にしましても、最終的には医師が医学的判断でその患者さんに最も適切なお薬を処方するときに、そのお医者さん自身が後発医薬品というのに対してやはり信頼感が少ないからなんだと、こう言っているんです。

だから、価格問題だとかあるいは行政の上からの通達で単純にこれは後発使用が増えるとはやっぱり思えないんですね。やっぱり医師の意識が、やはり後発品というのは信頼に足る薬なんだという意識を醸成しない限り、幾らアジっても、あおつても、そんなに増えるものじゃないと私は思うんです。だから、その努力がなくて、そんな通知一本打ったら増えますよ、なかなか増えないせん、問題ですと言われたら、それは増えないですよ。

それでお尋ねしたいんですね、時間も限られていますので。私は、是非、その後発医薬品がいかに信頼に足るかということをお尋ねする医師に対して周知しなければ、病院に対して使え使えと言ったって、簡単にそんなので使えんと思われない。その努力もしていただきたいと思っております。

それから、先ほど文部科学省の関係のときに、先ほどちょっと質問をさきにいたしました。医療事故の問題に関して、先ほど申し上げましたように、厚生労働省が今年の四月十七日に医療安全対策検討会にて医療安全推進総合対策に関する報告書を公表なさったわけですね。その中で、医療

過誤の防止策、特に薬剤の問題に対する防止策として多くの指摘をなさっているんですけども、その中で一つこういうのがあるんですね。安全性の観点から、院内、できる限り採用医薬品を削減しなさいと言っているんですよ。今、先発の医薬品があったら、後発医薬品をもっと使いなさい、採用しなさいと、こう言っているところ。安全対策の検討委員会は四月十七日に採用医薬品を極力締めなさいと言っているんですよ。つまり、後発品が入ってくれば類似した名前の薬がどんどんどんどん増えてくる。それが、それだけ数を増やすことは事故を下すするとまた増やすかもしれないということをお尋ねしているんじゃないですか、この報告書は。

私は、この観点で思うんですけども、確かにコストパフォーマンスの問題とか医師の信頼感という問題もあるんです。だから、この後発品を使うという、まず私はこの言葉がおかしいと思っているんですけど、後発品と言ったら、はなから価値観が低いような気が私はするんですけど、先生方がどう思われるか、それは分かりませんが。

私は、やっぱりそうじゃなくて、特許が切れて、特許がなくても、そういった権利がなくて使える、例えば日本薬局方に入っているお薬であるとか、いわゆるジェネリックというんでしようか、一般的な、所有権を發揮しなくていい、そういった薬なんだと、そういうものを使いなさいというふうには言うべきだと思っております。後発医薬品と言われたら、後発品なんてそもそも定義さえはつきりしていないようなもの、どれが後発品か分からない人、一杯いるんですよ。

だったら、局方という薬のバイブルに載ったものを優先的に使いなさいとか、これは価格も安いんだから、品質ももうはつきりしているんだ、副作用も分かっているんだと、そういうふうな、どっちかといったら一般のジェネリックの薬を使う。そうすれば商品名がはらんとすることもありませんよ。局方名一つで済むじゃないです。

か。薬価基準だつて局方名で収載しているんじゃないですか、規格で。そうすれば品目数を増やさないでいい。安全対策の観点からもその方がまずやるべきこと。

そして、局方品であればお医者さんに対する信頼感というのは私はあるんだろうと思うんですね。中途半端に、特許が切れた訳の分からない後発品だと言うから、お医者さんはそんなもの知らないとか信頼してないと、こういう話になるんじゃないでしょうか。保険局長はどう思われますか。

○政府参考人(大塚義治君) ネーミングといひましようか、言葉の使い方の問題は確かに人によつて受け止め方が違うわけでございますので、御指摘は御指摘としてよく私も考えさせていただきます。御指摘は御指摘としてよく私も考えさせていただきます。御指摘は御指摘としてよく私も考えさせていただきます。御指摘は御指摘としてよく私も考えさせていただきます。

したがいまして、これは、一つはおっしゃったような背景、構造的な問題でしょうか、大きな背景があることも事実だろうと思っております。もう地道な取組というの必要だろうと思っております。その中にはあるいはそのネーミングの問題もあるかもしれません。私どもの問題意識としては余りにも極端に違う。一方では、所定の審査を経て市場に出回っている医薬品でございますから、このギャップというのはやはり何とか転換をしないかなきゃならない。これも強制的にできる話ではございませんので、行政施策として取り得る手段を幅広く取って進めていく、こういうことだろうと思っております。

ちなみに、今回の診療報酬改定上も、処方せんの発行の際に一定の差を付けるといったような形でそのインセンティブを付けられないかという試みを行いました。いづれにいたしましても、取り組む範囲、手法は幅広いだろうと思

ます。そういう点も御指摘のとおりだと思えますし、名前の付け方につきまして私どももよく考えさせていただきますが、そういったことも含めて今後の課題にさせていただきますと存じます。

○藤井基之君 医師の信頼を得るために、その方策として、厚生労働省でいわゆる日本版オレンジブックの作成ということで、品質においては遜色はないんだということを実験されて品質管理をされているというふうに向つております。それを所管している薬務局長、それだけで医師の信頼が醸成できると思はざるを得ないですね。

それからもう一点お伺いしたいのは、国の指導を受けて、例えば院外処方せんの二点、まあ後発品にしたら点数を高くしてあげます、お医者さんに二点与えますよと、先ほどの保険局長のお答えにあつたようなことで、じゃ増えていくかといつたら、確かに少しづつ増えていくと思うんですね、まだその統計的な数字出ないかもしれませんが。

ただ一つ、最近、医療機関に開きますと、厚生労働省あるいは文部科学省の指導によって病院内でどうしているかという、患者さんに処方せんを渡すところに、要は後発品というコピープログラクトです。変なことを言ったら、つまり、ちゃんと証明をされた、開発された薬じゃなくて、それのある意味で物まねをした商品を書くということに對して、処方する側も若干じくじたるものがある。それで、そういった状況で国からの指導も強い。だったら病院はどうするんだといったら、どうも処方せんが要らない薬、例えば注射薬なんかはこの後発品を使うんだと、こういうような言い方をしているんですね、そういう検討をしますというところが、リスクの問題からい

たら、口から飲むものより直接静脈注射したりする方が、この方が本当にもっともちゃんとした品質管理がなされなきゃいけないと思うんですね。そうした観点から、薬務局長にお尋ねしたいのは、そのオレンジブックというものは経口剤につ

いて私は数多く出ているというふうには理解しておるんですけども、そういった流れで見たら、注射の製品についてもそういった品質管理を国として、こういう規格だから問題がないということをやはり医療関係者にちゃんと周知する必要がありますか。

○政府参考人(宮島彰君) 今御指摘のオレンジブックにつきましては、従前より、いわゆる後発品につきましてはその品質性について、特に溶解性において問題があるということで、いわゆるその溶解性についての再評価を行ひまして、順次オレンジブックに掲載して、その品質の同一性というものを周知してきたところでございます。

御指摘の注射剤の方につきましては、本来的に医薬品は審査の際にちゃんと品質を審査した上で承認してありますので、私どもとしては品質においては何ら遜色ないというふうに向つておりますけれども、や御指摘のような見方ということもあるとすれば、やはりその点についても適正な御理解をいただくような努力をしていかなきゃいけないというふうに向つております。

今回の実は薬事法の改正の中でも、今この中にも御指摘いただきましたように、いわゆる局方品の関係で、現在の局方が実態とかなり乖離してきていたという点が前々からも問題になっておりましたので、局方に関する規定も改正いたしました。もつと局方収載の品目数を増やして実態と近い形に持つていって、いわゆる局方掲載ということによつて皆さん、お医者さん、医療関係者の信頼を得るといふ形もこれから進めていきたいと思います。そういう環境整備をしながらいわゆる後発品、ジェネリックに対する信頼性の確保を進めていきたいと思います。

○藤井基之君 大臣、最後にいかがでございますか。
○国務大臣(坂口力君) 先生のお話をずっとお聞きをしながら、医療の世界というのは随分いろいろの点で検討しなきゃならない点が多いという

ふうに向つて聞かせていただいたわけでございますが、この薬の問題も本当は局方名でいくというのが、これは学問的には一番それがふさわしいんだらうというふうには私個人は思っております。

安全性の面からいいますと、いろいろなものを使うと、それは間違いないかという話もありますけれども、そこは薬を製造していただきますときに、よく似た名前と同じような色で同じような形のものを作るといふことを、そこを避けていただくようにお願いをすれば、三種類が五種類になつたからといって、そんなに私は問題はないのではないかとこのように思っている次第でございます。

したがいまして、なるほど、おっしゃるようには後発と言いますといかにも後れているような感じが確かにいたしますから、それは、内容は実はそうではないわけでありまして、もう少し内容によくマッチをした言い方でこれは表現しなければいけないというふうに向つて思ひますし、やはり信頼されるということが一番大事でございますから、その内容につきましてもそれぞれやはり医療機関の方も、単なる思い込みと言つたら失礼でございますけれども、この薬というふうにだけ思はず、いろいろの角度から検討していただいてそれはお使いをいただくということが大事かというふうに向つております。

また各方面でこのことにつきましてかなりいろいろの手だてを行い、いろいろのこれから努力を積み重ねていかなきゃならない分野であるというふうに向つて思ひながらお聞きをした次第でございます。

○藤井基之君 ありがとうございます。
○入澤肇君 久しぶりにこの委員会で質問させていただきます。大変ありがとうございます。
私、衆議院の議事録等読んでまいりましたので、可能な限り基本問題に關しまして御質問申し上げます。重複がありましたらお許し

願いたいと思います。

実は、政府・与党の社会保障協議会におきまして、いろんな議論ございました。人口には三方一両損ということが膾炙しておりますけれども、私は当初から、三方一両損だけでは駄目なんで、やはり制度の基本問題についての改革が同時セットでなくちゃいかぬというふうなことを主張してまいったんですけれども、法律では、おおむね二年を目途に基本的な改革を行うということになりましたので、一応納得しているわけでありまして、それにしましても、構造改革だとか抜本改革だとか、いろんな言葉があるんですけれども、どうもその内容が必ずしもよく分からない。それから、イメージがそれぞれ先行しております。それから、各人各様なイメージを持っておりというふうな状況じゃないかと思うんです。

そこで、この医療制度の抜本改革につきましましては、私はこんなふうな考えてみたいんじゃないかと思っております。一つは、前提としては当然のことながら、こういう国民皆保険制度を堅持する。それから、堅持するために安定的、持続的なシステムを維持する。この二つが前提でございます。そして、そのためにどうするかという抜本改革の視点として、私は五つ指摘できるんじゃないかと思っております。

一つは、医療に関する保険負担の、保険あるいは窓口負担の、国民負担の限度をどの程度まで認めることが適切なものか。要するに、社会保険関係のいろんな負担と公租公課を含めまして、一応国民負担率五〇%以内というふうなことを言われておりますけれども、その中で医療保険負担の位置付けをどのようにするか。それから、応能負担と応益負担についてどのようなコンセンサスを得るか。もう一つは、毎年毎年増大している医療費の伸びを、何といたしても国全体の経済財政の枠組みを超えて大幅に伸ばすわけにいきませんので、その経済の伸び率との関係でどのようにバランスを取るかと。負担関係ではこういうふうなことが一つ指摘できるんじゃないかと思っております。

それから二つ目には、先ほども藤井先生からお話、質問の中に取りましたけれども、最新の科学技術の発展の成果を、リーズナブルなコストでこの医療保険制度の中にどのようにして速やかに取り入れていくか、そのシステムをどのように構築するか。

例えば、新薬の開発にいたしましても医療診断の器材の開発なんか、これも日進月歩でありますし、それからまた制度としては、特定療養費制度なども先ほど御指摘がありましたようにあるわけでございます。最新の技術成果をどのようにリーズナブルなコスト、国民が納得し得るコストで保険制度に組み込んでいくかと、こういう視点が指摘できるんじゃないかと思っております。

三つ目は、密室での医療とか、それから医療過誤の問題でいろいろ指摘されておりますけれども、お医者さんと薬剤師さんとか、プロ中心のいわゆるクローズドシステムの医療制度を、一般国民が理解し得るオープンシステムにするにはどのようにしたらよいか。一番難しい問題は、その中で、後で触れますけれども、診療報酬体系をもっと国民に分かりやすいものにする必要があるんじゃないかと思っております。このクローズドシステムをオープンシステムにするということが三つ目の視点でございます。

四つ目は、少子高齢化に対応いたしましたして、現に医療費に占める高齢者医療費の割合が急速に伸びております。高齢者の人口の伸び、毎年四%、これを上回って八%の割合で伸びているというふうな言われましますけれども、この高齢者医療費をどの程度まで抑制できるかどうか。

それから五つ目は、五千幾つ、非常に分立している保険者の制度間の調整をどうするか。特に、給付率を統一し、さらにはステップを踏んで負担率の調整へと向かう道筋を明確化することが必要じゃないか。

こういう五つの視点から私は制度改革に取り組むべきじゃないかと思っております。特に、厚生省の出された資料、あるいは医師会と

か関係団体から出されている資料を見ましても、もう改革の課題がたくさんあります。あんまりあり過ぎてどれが本当に重要なのかよく分かりませぬ。

そこで、改革の課題につきまして、基本的な課題、それから現行制度の改善で対応できる課題、この二つに分けてアプローチすることが必要じゃないかと思っております。

私は、基本的課題としましては、一つは診療報酬体系の在り方の見直し、それから高齢者医療制度の新しい制度の確立、それからさらには保険者間の財源調整や財政問題への対応、これが基本的な課題じゃないか、この三つが基本的な課題として指摘できるんじゃないかと思っております。それから、現行制度の改善で対応できる問題としましては、これは今回実現しましたけれども、総報酬制の導入とか、あるいはレセプト、カルテ等のIT化だとか、あるいは公的保険の範囲の見直しとか、こういうものは現行制度の改善で対応できる問題。このように、基本的課題と現行制度の改善でできる課題を分けることが議論を深めるために必要じゃないかと思っております。

そこで、まず最初に大臣にお伺いしたいんですけれども、抜本改革と言われますけれども、私が今申しましたような視点とアプローチの仕方での進めることにつきまして、大臣のお考えをお聞かせたいと思っております。

○国務大臣(坂口力君) 今お話をいただきましたように、抜本改革というふうな言いますときに、それぞれの方がイメージしておみえになります。これは違うように思っています。ここをどのようにしていくかということだというふうな思っております。今御指摘になりました五つの視点というのが、いずれにいたしましても大変大事な視点を指摘させていただいておられるというふうな私に思っています。非常に抽象的な言い方をいたしますと、一つは受益と負担の公平という問題があるというふうな思っています。それから、受益と負担の公平を図りな

がら、そしていわゆる持続的な制度というものを、これから皆保険制度というものを将来もやはり維持していくということ。それに加えて言いますならば、いわゆる医療の質をいかに上げるかといったことになってくようかというふうな思っております。

そうした、しかし、抽象的な言い方をしております。今、先生もお挙げをいただきましたけれども、一つはやはりこの保険制度の統合一元化と申しますか、ここをどのように統合化をしていくかといったことが一つ大きな課題です。

もう一つは、やはり高齢者の医療費をどうするかという問題、そして診療報酬の基本的在り方。ここを、国民の皆さん方から見ていただきますけれども、医療従事者の皆さん方から見ていただきますけれども、なるほどと思つていただける内容にしていかないとはいけません。

もう一つ加えますと、先生が制度を変えなくてもできるというふうにおっしゃいました部分により多く入るかと思つていますが、これは、医療の質を上げますために現在の制度の中でもできることはたくさんあるわけでございます。いわゆるIT化の問題でございますとか、あるいはまた医療の内容が非常に複雑になってまいりますから様々なミスも起こってくる、それをなくしていくためにどうしたらいいかと、そうした問題もこれあるわけでございます。また内容の公開の問題等もその中には含まれている。そうしたいわゆる医療の質を上げる部分。

大きく分けて挙げれば、この四つに私は分類できるのではないかとこのように思っております。○入澤君 ありがとうございます。それでは、その基本的な課題の第一としまして、診療報酬体系の見直しについてお聞きしたいと思います。

どうも点数で表示される現在の診療報酬体系はよく分からないんです。今の体系というのは、出

来高払を中心に据えまして、人件費、材料費、あるいはキャピタルコストを積み上げて報酬を決定するという、そういうコスト主義ではなくて、相対的な評価でその時々診療科の経営状況に応じて点数が決められているというふうな言っているんじゃないかと思うんです。

私は、国民福祉委員会あるいは予算委員会でも御質問を申し上げたんですけれども、一次医療圏あるいは二次医療圏ごとに、診療所、専科、総合病院等々の病院経営に要する経費、それをいわゆるドクターフィーとホスピタルフィーに分けてコストをきちんと調べ上げて、そして疾病ごと、医療行為ごとのデータベースを蓄積して診療報酬体系を新しく作り直すということが必要じゃないかなと思うんです。

ある手術をして一百万の請求が来た。一百万の中にはお医者さんの診断料はどのくらい入っているんだらうか、看護婦さんの技術料はどのくらい入っているんだらうか、それからまた、病院の経営には水道、光熱費だとかあるいは掃除代とか、いろんなものが入ると思うんですけれども、そういうものがどうなっているんだかさっぱり分からないわけでありまして、そこで、一度きちんとコストを計算した上で、調べた上で、それから新しい診療報酬体系を作っていくことが必要じゃないかと思うんですけれども、いかがでしょうか。

○国務大臣(坂口力君) 診療報酬体系の中身をどういうふうな整理をしたら国民の皆さん方からあるいは医療従事者の皆さん方からも理解をいただいたらいいのか、これはいろいろな考え方があると思いますし、これは非常に難しい問題だというふうな思いはしますが、私は重要な尺度というものを三つくらい挙げておいてあげてほしいと思います。まだほかにもあるかもしれませんが。

しかし、その中の一つは、今、先生もお挙げになりましたコストの問題だろと思えます。一つはコスト。このコストにつきましても、いわゆる人件費、人件費はいわゆるドクターフィーという

ものとドクター以外のコストというものは私ははつきりさせた方がいいんじゃないかというふうな思っております。それから、経費の方につきましては、これはやはり薬剤費と薬剤費以外の経費というものを私はここははつきりさせておいた方がいいんじゃないかというふうな思っています。こうしたコストをきちんと積み上げて、そしてそれだけ掛かるものなのかと。

それからもう一つは、やはり重症度と申しますか、重い人も軽い人も同じコストというのではなくて、やはり重症度というものは加味すべきではないか。それにもう一つ、どれぐらい時間が掛かるのか。三分で診る人も三十分で診る人も一時間で診る人も同じコストというのではやはりいいんじゃないだろう。要した時間というものは一つの物差しになるのではないかと。

大体こうしたことを中心にして、診療報酬体系というのをもう一度整理をし直すということにしてはどうだろうか。今、検討会も作っていただきまして、皆さん方にもいろいろと御議論をいただいているところでございます。ですから、私は余り先走ったことを言ってはいけないうわけでございますが、個人はそういうふうな考え方をしているというところでございます。こうしたことを一つ念頭に置いてひとつ分りやすい診療報酬体系にするということが大事だというふうに思っています。

そうしますと、結果として診療報酬が現在よりも上がるのか下がるのかという問題はあると思うんです。ひよつとしたら上がるかもしれないんです。だから、これはしかしその辺を整理してみないと分からない話でございますので、是非何らかの基準を明確にして整理をすべきだというふうな思っております。

○入澤肇君 非常に明快な、基本的な考え方を示していただきまして、ありがとうございます。確かにコスト、それから重症度あるいは時間、これらを区分しながらデータベースを蓄積して新しい仕組みを作ることが必要じゃないかと思うんですが、若干の時間が掛かる。当面、緊急に

どう対応したらいいかということについて若干お聞きしたいんですけれども、現在、医療経済実態調査というのをやっていますね。これをトータルで見ますと、その中身は五〇％が人件費、その他が五〇％となっております。

要するに、医療費の抑制ということが一つ言われてはいますけれども、リストラして大変に失業者が増えている、あるいはそれぞれの企業におきましても人件費の抑制がある、公務員も人件費が抑制されている。こういう中で、一つの目安として、診療報酬体系がきちんとしてくるまでの間、医療経済実態調査を基にして、人件費の部分だけでも抑制効果が出るような診療報酬体系の点数の運用というのはできないのかどうか、こら辺につきましても考え方を聞きたい。これは局長でも結構ですよ。

○政府参考人(大塚義治君) 現在の診療報酬の算定につきましては、通常、予算編成時にたいたい御指摘のございました医療経済実態調査その他のデータを基に論議をする、そして予算としては年末に大枠を決めるわけでございますが、今回の本年度の診療報酬改定全体といたしましては二・七％の引下げを行ったわけでございますけれども、そのうちのいわゆる薬価あるいは材料以外の部分につきましては一・三％の引下げでございます。

この一・三％といふのは、今日の物価あるいは人件費の、特に人件費の影響が多いわけでございますけれども、物価、人件費の動向も勘案して、その状況とは近い数字でございます。

ただ、医療の場合には、一つにはそれだけで、物価、人件費だけで論議ができませんところがございます。医療そのものが日進月歩と言われますように非常に変化の多い分野でございますし、診療科目なども非常に多岐にわたる、あるいは診療形態も多岐にわたります。したがって、ダイレクトにはなかなかない面がございますけれども、経済実態調査なども有力な材料としながら、また当然のことながら、その時々々の経済状況

況、つまり物価、人件費などの状況を勘案して、やはりそこは総合的な判断で議論をし、そのときの状況に応じて判断をしていく、総合的な判断をするということになるのではないかとこのように考えております。

○入澤肇君 今申しましたのは、間もなく平成十五年予算編成が始まりますけれども、薬価差益を還元して技術料に戻すというふうなことはなかなかもうその余地がなくなってきたと。そうしますと、別の視点から医療費の伸びについてアプローチしなくちゃいけないということで、その一つの考え方として申し上げたわけでありまして、その次に大きな問題は、第二番目の問題は、高齢者医療制度であります。

望ましい高齢者医療制度はどういうことかというところについてはいろんな角度から議論をしなくちゃいけませんけれども、保険制度という面から見ると、医療費の財源についての保険料、それから公費、患者負担をどう組み合わせていくか。それから、若年者の支援が今でも例の拠出金制度を含めまして大変問題になっていますが、どの程度可能かということが指摘されていることはもう言うまでもないところでございます。

今まで各医療関係の団体等からいろんな案が提案されております。独立方式あるいは突き抜け方式、年齢リスク構造調整方式、あるいは全部一本化すると、そういうふうな方式、この四つについて提案がなされておりますけれども、それぞれについてメリット、デメリットがあると思うんです。しかし、メリット、デメリットを調整しながら、やがて、しかしおおむね二年を目途にですから、一つの方式を採用しなくちゃいけない。現在、どのような考え方を御持ちかをお聞きしたいと思います。

○国務大臣(坂口力君) ここもなかなか難しいところでございますが、今御指摘いただきましたようないろいろの方式が今挙げられているわけでございます。この中の方式をどれを取るかというところから先に入りますと話はなかなかまとまらな

いところから先に入りますと話はなかなかまとまらな

い、今までもこの方式という事で入ったものから、結局のところまらずに今日に及んでいることだというふうな思っています。

したがって、どの方式であるにしろ、突き詰めていきたいと思います。一般財源と保険料と自己負担とを大體どのぐらい割合にするのかということに私は尽きてくると思うんですね。ですから、この割合をどうするか、高齢者医療の話ですよ、高齢者医療の部分のこのことをどうするかということもまずそこで意見の集約をすることが大事ではないかと。そして、そこを決めて、それじゃそれにふさわしい制度として一番何がいいかという順序で考えていかないと、ここはなかなか乗り切れないという気持ちを感じております。

今お挙げをいただきましたそれぞれの方式にはそれぞれの長所、短所があるわけでございまして、これはもう私が言うよりも局長から言ってもらった方がうまく言ってくれると思いますので譲りますけれども、全体としてはそういう考え方をいたしております。

○政府参考人(大塚義治君) 既に委員よく御存じでございますので、あえて私から細かく御答弁申し上げる必要はないかと存じますけれども、お尋ねでございます。

従来、私どもも様々な資料の形で公にしたものもございまして、俗に四種類ほどの大きな御提案がございまして。

一つには、高齢者を言わば抜き出しまして独立の方式として考えるという、これも様々なバリエーションはあると思うのでございましてけれども、基本的に高齢者を抜き出すということが妥当かという考え方の問題。それから、財政的に耐えられるかどうか。もちろん、高齢者だけでは当然一つの保険というものは現実には無理でございまして、公費あるいは保険料、特に若い世代からのバックアップというのをどう考えるかという、財政の仕組みがうまくいくかと。さらには、単純に、現行の制度と比べますと、別に高齢者をくくりますと、バリエーションはあるという前提でござい

ますけれども、市町村国保に財政負担が更に現行よりも増大するといったような論点がござい

ます。それから、いわゆる突き抜け方式と言われますように、現役世代の最後に属した保険者にそのま

ま将来、高齢になっても属するという仕組みの御提案につきましては、一つには実務面の問題、果たしてそういった実務が可能かという面。それから一方では、被用者グループあるいは国保グループというグループの分け方が正しいかどうか分

りませんけれども、一種の帰属感という意味で、その助け合いという意味で納得得られやすいのではないかと議論もございまして、これも単純計算をいたしますと、単純な仕組みで考え

ますと市町村国保の負担が今よりも重くなる、こうしたバランスの問題をどう考えるかといった論

点がございまして。それから、三つ目の御提案として、一つの代表例といたしましては、年齢リスク構造調整と言われるような方式でございまして、現行制度のよう

に分立した制度、それはそれとして一定の価値を認めまして、その代わり、各保険者あるいは制度間の言わばそれぞれの責めによらない要因による医療費負担、保険料負担というものはこれを調整

する。主として年齢格差、年齢リスク構造調整という方式でこれを調整するという方式でござい

ますが、これについては、現行の老人保健制度が一種の制度間調整でございまして、それを言わば全

年齢に拡大するという事でございまして、考え

え方として一つの考え方であるという、また諸外国でも取られている例があると同時に、現在の調整方式をより強化する形でございまして、それが適当かどうかという御批判もあるわけござい

ます。最後に、四つ目の方式のいわゆる一本化方式と言われるものでございまして、これは、制度あるいは場合によりましては保険者につきましても、現行の被用者保険あるいは国民健康保険という枠組みを超えて一つの仕組みにするというこ

とでございまして、恐らくその場合には高齢者医療制度はその制度の中に吸収されてしまうとい

うことになりまして、制度間の今日における状況によりまして、所得形態の違いあるいは所得捕捉の問題、かねて議論のございます課題が今日もなお大きく横たわっていると、こういうことが克服し得るのかどうか、こんなような課題がある

。大変難題でございまして、委員よく御承知でございまして、御説明が非常に難題でございまして、お許しを賜りたいと思っております。

○入澤肇君 一つの制度を作るといのは非常に難しいと思うんですね。今、高齢者医療制度につきましまして、大変多くの方々が知恵を絞ってこの

ような四つの方式というのを提案されておりますけれども、大臣が御答弁されましたように、新しい視点からやはり取り組まなければ、甲乙付け難

くて決着が付かないということじゃないかと思っております。是非、鋭意検討していただきたいと思

ただ、その際、今回の法律改正で高齢者医療制度の

度の中身が若干変わりました。対象年齢を七十五

歳に段階的に引き上げていく、それから公費を三

割から五割に引き上げていく。これは、今後新しく

高齢者医療制度を作るに当たって暫定的な意味

合いを持つのか、あるいはこれがベースとなつて、更にその上に、いわゆる既得権となつてその上に制度が積み重ねられていくのか、ここについての見直しはいかがでしょうか。

○政府参考人(大塚義治君) 私どももいたしましては、暫定的という前提では必ずしもございませ

んけれども、一方で今後の検討課題、特に重要課題といたしまして新しい高齢者医療制度の在り方

というものを考えてまいりますので、考えるとい

うことにはいたしておりますので、その結果、方向

にもよるといことにはなりますが、今回の改正において導入いたしました、一つには後期高齢者というのが今後の、人口構成から見ましても、あるいは医療保険制度の運営という面から見ましても、非常に重要な対象になるというのが一つ。これは、やはり構造として今後ともそれは変わらな

いだろうと思つている点の一つでござい

ます。それから、公費につきましても、高齢者につ

まして他の世代と区分することが合理的かどうか

という議論はあるわけでございますが、いずれに

いたしまして、高齢者が相当程度現役世代に比べれば医療費が高いと、一人当たりに直しますとどうしても医療費が掛かるとい、これまた構造は変わらないわけでございます、その点に着目いたしますと、やはり高齢者について公費の役割というものが一つ他の世代に比べればどうしようという事で引き上げるといことにはいたしました。そういう質的な面では今後の検討の前提ということになると言いつても、決め打ちはできませんけれども、過言ではないかなというふう

に考

えております。

○入澤肇君 いずれにいたしまして、今回の高

齢者医療制度の改革というのは、暫定的というよ

りも、むしろ今の御答弁にもありましたように、

そのベースとなつて新しい制度が展開されるんじゃないかというふうな私は認識を持つて

います。

三つ目の基本的課題は、保険者の統合再編を含

む医療保険制度の体系の見直しでござい

ます。現在、五千を超える大変な数の保険者が分立

しています。アメリカや諸外国はそんなにないんですね。保険集団の規模の国際比較を見ますと、日本が保険者数で五千二百四十四、一保険者当たりの平均加入数二・四万人。ドイツは四百二十、一保険者当たりの平均加入数が十七万人。フランスは、これ十五です、約五千万人が一般制度に加入、他の保険者は数十万人から百万人が一般的だ。アメリカは六百四十三で、一保険者当たり平均加入数十二・六万人という数字がござい

ます。

日本のこの五千というのはいかにも国際的に見

ても数が多過ぎる。この結果、要するに、特に今、被用者保険について大変な問題が出てきて、被保険者の減少が進む中で経営がうまくいかなくなつて、そして解散する保険者数が増大している。国民健康保険組合など市町村を通じまして大変な陳情合戦をやっております。

これについて政府・与党の協議会におきましても、ステップ・バイ・ステップで、例えば市町村の単位を都道府県単位にする、さらに、国民健康保険の中で財源調整した後、政管健保とか他の保険者との調整まで踏み込めるかどうか、さらには共済も含めて一本化するかどうかというふうなことが議論されましたけれども、これについての見通しは簡単ではありません。どういった環境条件を整備すれば保険者の数が減つてそしてまた財政基盤が安定するか、そこら辺についてのお考えをちょっと聞かしていただきたいと思ひます。

今のを直ちに調整しろとか一元化しろと言つたつてこれは無理なんです。どういう課題を克服することが必要なのか、どういう環境条件を整備すれば保険者が解散しなくても済むようになるのか、そこら辺についての考え方を聞かせ願ひたいと思ひます。

○国務大臣(坂口力君) これも大問題でございますが、今御指摘になりましたように、五千二百から保険者があつて、いかにもこれは多過ぎる。しかも被保険者が三千人以下という小さなものがこの組合健保におきましても四五%ぐらい占めてある。あるいは国保におきましても三五%ぐらい占めてある。これを、余り小さな保険者というのはいり成り立たないと言つてもいいと思ひます。また、これに要します事務経費も非常に多いわけでありまして、ここに無駄もかなり発生している。ここに人も雇つていないじゃないか、それは雇用のために役立つんじゃないかと言われればそれはそれでございませうけれども、医療費全体から見ますとここにかなり私は無駄も生じているというふうな思つております。

うことでございますが、その統合化をしていくために何が前提になるかということ、なかなかそこが難しいところで、今整理をしているところでございますけれども。

一つは、被保険者のいわゆる職域保険の場合には、今までのいろいろな制限もあつたわけですよ。例えば県境を越えてはいけぬ、都道府県単位でなければいけないとか、あるいは同じになりたいというのがあります。下請の企業はいいけれども孫請は駄目だとか、今そういうのは取っ払いつづありませうけれども、そういういろいろのこと、そういうことは整理をして、そして極力やはり統合しやすい環境を一応整えなければいけません。いだらうと思つております。

それから、市町村国保の方につきましても、これは統合問題が、いわゆる合併問題が起つておられますから、これとの絡みで一体どうなるのかということもございまして、そこを皆さん方も一番心配をしておみえになります。それに合わせた方針を取つていきたいというふうな思つておみえになるところが非常に多々ございまして。

この町村合併が大体どのぐらいの数になるのか、どのぐらいになるのかということもちょっと予測ができませんけれども、ここが進めばその分だけ進むことだけは間違いがないわけでございますが、それでもなおかつまだ小さいといったことがございまして、これも考え方はいろいろございませうけれども、この国保は少なくとも都道府県単位か、あるいは都道府県単位といつても大阪だとか東京というのは大き過ぎるじゃないかという話もございまして、もう少しそこを、二次医療圏単位にするのか、二次医療圏単位といつても三百六十幾つかというふうな思ひますけれども、あるいは現在の小選挙区ぐらいな大きさにして三百ぐらいを考へるのか、考へ方はいろいろあるというふうな思ひますが、私は、大きいところは別にいたしまして、都道府県単位ぐらいまでは統合していいのではないだらうかというふうな思つておられます。

そこまでの手順、これは町村合併も念頭に入れないながら、どういう手順でいくかということも考えないといけないというふうな思つております。

○入澤肇君 介護保険制度が広域市町村圏で財源調整をするというふうなことで一歩先に進んでいませうけれども、是非これはステップ・バイ・ステップで、早く国保の財源調整、赤字に対してどう対応するかということも考へていただきたいと思ひます。ただ、これはちょっと時間が掛かる。当面、来年度の、これも当面の対策で恐縮なんですけれども、間もなく概算要求しなくちゃいけない。国民健康保険の財源の問題でどのような援助措置を考へているのかということについて、考へ方をお聞かせ願ひたいと思ひます。

○政府参考人(大塚義治君) 今回の改正法案にも盛り込んでおられるところでございますが、国民健康保険につきましても、やはり構造的にどうしても体質が弱い、国民皆保険制度の受皿という役割を担つておられますので、低所得者あるいは無職者といったような層が多いといったことも含めまして、構造的な弱さを持つておられるわけでございますから、この点について支援措置を講じたいと思ひます。

今回の法案に大きく三つ盛り込んでおられるわけでございますが、一つには、広域化という支援策というところも含めまして一つの基金を造成をいたしまして、財政運営が楽になるようにというのが一つでございます。それから、二つ目あるいは三つ目につきましては、具体的に来年度の概算要求に正に、の作業になるわけでございますけれども、二つ目は、低所得者がどうしても多い市町村が財政力が弱い、逆に申しますと、他の被保険者の負担が重いという構造になりますので、もちろん現在におきましては財政調整交付金の支給という形でバックアップをしていくわけでございますけれども、特に低所得者を抱えた市町村につきましても、その点に着目した財政支援、現在、財政安定基金制度というふうなものがございますけれども、これの拡充と

いった形になるわけでございますが、具体的には来年度の概算要求で金額は要求をしていかなきゃならないというのがございます。これが二点目でございます。

三点目には、高額医療費共同事業、これも一種の都道府県内の、一面から見ますと財政調整ということになりませう、一面から見ますと急激な医療費負担増が生じた場合の保険者のバックアップということになります。これも従来、現実には行つてきておられますけれども、これを法定化する。同時に、法律上の制度とすると同時に、その内容も拡充しようということ、その規模などにつきましては具体的には概算要求と密接に絡むわけでございます。

こうした三点が当面する比較的、今回の法案にも盛り込み、なおかつ来年度の概算要求にも密接に関連する事項ということになるわけでございます。○入澤肇君 その次に、今回の法案でサラリーマン本人の負担率を三割、それから高齢者に関しては一割というふうになりまして、また一定以上の所得者については二割とするというふうなことが決まつたわけでございますけれども、衆議院の議事録読んでいますと、三割、三割と言つけれども、実効負担率は一七%か一八%だというふうな大臣も総理も答弁されておられます。どうもよく分からないうのでございませう、要するに、国民、私も含めまして、給付率を下げた分だけ直接的に負担が増えるというふうな思つちゃうわけですね。ところが、年齢別にどのぐらいの、年齢別というか制度別にどのぐらいの実効負担率なのか、実効給付率なのかということで見ますと、例えばこの間のいただいた資料では、老人の実効負担率というのは九・一%と書いてあるわけですね。恐らくこの九・一%というのが大きく響いて、平均すると一七ないし一八%ということになつてくるんじゃないかと思つておられますけれども、三割負担がですね。そういう言い方は、しかし、かなり誤

解を生むんじゃないか。サラリーマンそれから高齢者、別々に実効負担率ということをきちんと説明しないと、三割負担、いや高いなと、しかし政府の説明によると一七%か一八%だよと、何か矛盾があるような印象を与えようと思ふんです。これについてどのようにお考えになつてゐるか、お聞かせ願ひたいと思ひます。

○政府参考人(大塚義治君) これは、私どもの、何と申しましうか、説明あるいは一般国民に対する一種のPRという面では反省をしなければならぬ御指摘かと存じますけれども、今回の制度改正で、いわゆるサラリーマン、あるいはサラリーマンの被扶養者の場合の外来も同様でございますけれども、制度を通じて三割にいたすわけでございますが、一つには薬剤負担、従来別途にちようだいをしておりました薬剤負担は、これは国民健康保険も含めて廃止をするわけでございます。そうした負担の軽減分がございましてあるいは乳幼児、三歳未満の乳幼児につきましては給付率を八割に統一する、これも給付の改善の部分でございます。

さらには、この方が大きいわけでございますけれども、三割と申しましても一定の限度、月ごとに一定の限度を超えますと、その超えた分につきましては高額療養費という形で還付されるわけでございます。そういったしますと、入院などをされました比較的重い疾病の場合の医療費が高くなる場合につきましては、当然巨額、巨額といましようか相当額が返還をされるということで、そのケースだけを取り上げれば到底三割というような負担ではなくとも低い負担率になるということになるわけでございまして、一方で、軽い疾病、医療費も少ない場合には、これは三割相当を御負担いただく。

こういうのを全部平均をいたしますと、まず全体で申しますと、現在の制度が仮に続きますと、平成十九年度、五年後の段階、これは制度が途中順次変わっていくということもございまして、十九年度を取りますと、現行制度のままですと、医療保険制度全体でいわゆる実効負担率が一五・九%という試算をいたしております。これが、今回負担をお願いいたしますので、制度改正後で試算いたしますと一七・七%、これは一七、八%というようない方で言われている部分でございます。これが一つ、全体の状況でございます。

御指摘ございましたように、高齢者と若人との差は違つたわけでございますが、今回、三割負担が議論をされております若人、現役世代を中心に七十歳未満ということで整理をいたしますと、現在の制度が続きまして二・三%の負担率、実効負担率でございますが、制度改正後は二四・三%。したがって、実効負担率ベースで負担率が二%アップすると、こういうことになります。

高齢者につきましては、若干の御負担をお願いするわけでございまして、負担増をお願いするわけでございまして、現在の制度ですと八・一%、これが九・七%。この中には二割負担をお願いする層もございまして、そういう方々のケースも含めての数字でございますが、こういった数字でございます。

いづれにいたしましても、ケースとして大変ややくいといふ面もございまして、私どもも一定の懇切あるいは分かりやすい説明を引き続きしていかなければならないという御指摘は誠にございまして存じておきまして、引き続き努力をさせていただきます。

○入澤登君 是非、幾つかのケースに分けて、モデル的に実効負担率について現実に合った説明をしていただきたいと思ふのです。そうでない、単に三方一両損で負担が上がる上がるということばかり蔓延しちやうやうな感じがいたしませんので、ここは非常に重要なポイントではないかと思ひます。

次に、今まで申し上げたのは私が自分なりに整理した医療制度改革の基本的な課題なんですけれども、その次に現行制度の改善で対応すべきテーマが幾つかあるんじゃないかと思つてゐるんです。

その一つに、伸び率管理制度というのがある、医療費の伸び率管理制度。これは、伸び率管理という言葉が非常に官僚統制的でいかぬということ、で猛烈な反発を食らつていたわけでございまして、けれども、最終的にはこの法案でも伸び率の指針を策定するという表現に落ち着いてゐるわけでございまして。

ただ、老人医療費が経済の伸びに比べて大きく乖離して増え続けていくと、こういう状況の中で、全体として医療費の伸びを合理的にしていこうということは、私は国家財政全体の観点から見て必要不可欠な喫緊の課題だということに認識しております。

そこで、伸び率の指針を策定するというんですけれども、どのような考え方を今お持ちなのか、これについて御説明願ひたいと思ひます。

○政府参考人(大塚義治君) お話ございましたように、改正案作成の過程で伸び率管理制度というようないふ御提案もした経緯もございまして、非常に大きな論議のあつた点でございます。

しかしながら、高齢者の医療費が医療保険、医療費全体の伸びの大宗を占める、これは一面では高齢人口が増えるわけでございまして、一人当たり避けられない面がございまして、一人当たりの伸び率というふうに見ましても、これも現役世代に比べて少なくとも過去のトレンドは高いというふうな事情もございまして、トータルといたしまして、高齢者医療費を適正な伸びにしていけるけれども、その前提の上には立ちましても、できるだけその伸びを適正なものにしていくということ、私どもも今後とも重要な課題だろうと考えております。

具体的には、伸び率指針、伸び率管理ということではなくて指針を策定いたしました、都道府県、市町村と相協力して対応していくということになるわけでございまして、大きなイメージで申し上げますと、やはり一つ重要なことは、全国的にも、そしてまた地域的にも老人医療費の動向と

いふものをきちんと分析をして、その増の要因を更に詳細に把握することが一つあろうかと思ひます。

私どもも従来からそうした取組をしておりまして、まだまだ不十分な点がございますので、その強化、あるいは市町村、都道府県との連携を図る、その上で、その要因分析に基づきまして、どの点が不可避の伸び、あるいはどの点はもう少し努力できる伸びということを、問題点をそれぞれ地域ごとに把握しながら取り組むというのが基本であらうと思ひます。

具体的には、高齢者の場合医療費という形、出てまいりますけれども、その周辺に介護、福祉との関係あるいは健康づくり、疾病予防業務との関係、非常に幅広い関連がどうしても出てまいります。したがって、幾つかの柱を立て、例えば疾病、介護の発生予防という柱、あるいは医療提供体制、特に介護施設、介護施設との関連という柱、あるいは医療保険運営という観点からいたしますと、重複・頻回受診などの是正なども含めました患者との、医療保険者との対応、さらに事務的なことを申し上げますと、レポート審査を含めました医療保険運営事務の効率化、相当幅広いものになると思つておりますが、実際に、これは地方公共団体のお力をかり、あるいは相協力するということが不可欠でございますので、具体的な内容の策定に当たりましては、そうした地方自治体関係者の御意見もよく賜つて固めてまいりたいというふうな考えているところでございます。

○入澤登君 指針でございますから、私は明確なガイドラインが必要じゃないかと思ひます。

先ほど触れました医療経済実態調査の結果に基づきまして、ある意味では、人件費だとか機材費だとか、いろんなものコストを基準にして、そして財政経済事情を参照して定めるというふうな定め方が指針の基本としてあつていいんではないかと思ふんですが、いかがでしようか。

○政府参考人(大塚義治君) 私どもが今イメージ

しております指針は、高齢者医療費全体の伸びを適正なものにしていくと。

少しある意味では時間を掛けながら、即効性があるものばかりではないと思っておりますが、そうした体制づくりをしていくという点でございます。また、ただいまの御指摘の点は、ある意味の診療報酬の問題の議論に近いのかなというふうに感じますけれども、ここで定めようとしております指針は、国が、あるいは都道府県が、あるいは市町村が高齢者の医療費をより適切なおかつその伸びを適正なものにするための努力すべき目標、あるいは項目、そのための具体的な取り組み方策、こういったものをお示しをして、あるいはお示しをするという点でも一方的ではなくて、その作成過程でよく御意見も賜りますが、それぞれの立場で努力をし、またその結果を分析をして、その要因分析をいたしましてその次の施策に生かしていく、そうしたローテーションしながら、老人医療費の伸びのソフトな管理と申しますか、そういう取組をしたいと、こういうふうにご考えているところでございます。

○入澤肇君 医療費の伸びを削減する、あるいは抑制するという一つの有力な方法としてEBM、根拠に基づく医療制度という考え方は私は非常に大事な点かと思っておりますが、ただ、これがもっと広範にいろんな議論があつていいんじゃないかと思っております。その進め方につきまして。例えば、一次医療圏、二次医療圏、あるいは診療所、専科、総合病院とありますけれども、要するに主治医制度を国民一般に普及させて、そして無駄な治療あるいは重複治療、これを極端に減らしていくというふうなことが必要じゃないかなと思っておりますけれども、EBMを進める場合に、そういう主治医制度の普及とか、あるいはどのお医者さんに行ったら一番的確なのかということでも広報規制の緩和とか、あるいは診てもらったけれどもその原因がよく分からない、中身が分からないということでも、カルテの開示とか、こういうふうな今の医療制度の中で余り今まで進められてい

なかったことについて、これから改革の道を進めていくんだというふうなことを言われておりますけれども、どのような考え方でこれから進めていくのかについてお聞かせ願いたいと思っております。

○政府参考人(篠崎英夫君) ただいま先生から広告の問題あるいはEBMの問題等、御設問がありましたので、若干、的を絞って答弁をさせていただきますと、医療制度改革を行うに当たりまして医療に関する情報提供を推進していきまして、患者による選択、こういうものを通じて医療の質を高めていかなければならぬということは大変重要なことと考えております。

その一環といたしまして、広告規制につきましては、本年四月から医師の専門性あるいは手術件数などを広告できますように、これは今までこういうことがなかったわけですが、大幅に緩和をしたわけでございますが、今後、大幅に緩和をしたいと思います。またあわせて、診療情報の提供につきましては、今月の七月の五日でございますけれども、診療に関する情報提供等の在り方に関する検討会を立ち上げまして、これはいろいろデリケートな問題もあるものでございますから、法的な問題等もありますので、年度内に結論をまとめたいと考えております。

それから、EBMにつきましては、医療従事者に提供するデータベースの整備に今年度より着手をいたしております。また、公的機関等を使いまして、先ほどの広告規制緩和とも一にいたしまして、公的機関によるインターネットなどを通じて医療機関情報の提供、こういうものも本年度から始めていくわけでありまして、患者の立場を尊重した質の高い医療サービスの提供に努めてまいりたい、このように考えております。

○入澤肇君 もう一つ、これは大変な争点になりつつあるんですけれども、病院経営を株式会社にするという議論ですね。日本は公的保険中心であるということと、それから医療というのは利潤追求になじまないんだということから、なかなか株式会社で直接、例外は今もありませんけれども、医療経営を行うというのは、病院の経営を行うということについては相当な拒絶反応がございます。農業でも、株式会社で農地を取得させるということは農地法の建前からして駄目だといってこれも問題になっておりますけれども、一方で、経済財政諮問会議が経済特区、構造改革特区というのを今推進しようとしております。その中には医療特区というものもございまして、農業は農業特区というのが農地法の穴空きをねらっております。この医療特区だとか何かの考え方を前提にして、株式会社を医療経営に参加させるということについての考え方を聞かせたいと思っております。

○政府参考人(篠崎英夫君) 先生御指摘の株式会社病院の件でございますが、医療経営の効率性あるいは透明性を高めることは大変重要な課題であるというふうにご考えております。これにつきまして、昨年の十月にこれからの医療経営の在り方に関する検討会というのを立ち上げておりました。この中で医療法人運営の透明性を高めるための方策ですとか、あるいは医療経営の近代化、効率化を図るための諸方策などについて、ただいま幅広い御意見、御検討をいただいております。

この検討会におきましても、ただいま御指摘の点も含めまして、今年度中をめどに最終報告を取りまとめたいこととなっております。私どもとしては、これを受けて今御指摘の点につきまして対応を図ってまいりたい、このように思っております。

○入澤肇君 株式会社性悪説というのは私は必ずしも取つてはいけんじゃないかと思っております。どういった限界があるのかということも少し冷静に議論をして、そして株式会社の持つ責任体制、株式を上場するということは投資者一般に責任を持つわけですから、単なる利潤追求

じゃない株式会社の形態もあり得るんじゃないかと思っております。しかし、ここは長年医療に携わってきた方々のいろんな反発もありませんから慎重に議論するのは当然でありますけれども、逃げないで議論をしていただきたいというふうに思います。

それから最後に、先ほど藤井先生から医薬品の話でお話ございましたけれども、私はかねがねこうしたらいいなと思っておりますのは、医療の世界でも大変科学技術の発展が目覚ましいものがございます。その成果をリーズナブルなコストで保険制度に乗っけるということが必要じゃないかと思っております。そのためには、社会保障制度の枠の中の政策と産業政策として新薬を開発したり医療機械を開発したりする政策を区別しなくちゃいけない。もともと大胆に経済産業省あるいは文科省等の経費を使って新薬の開発なり医療機器の開発、これを奨励すべきじゃないかと思っております。その成果を今度は保険に乗っけるときには、政府が公的な資金を出しているわけですから保険制度に堪え得るリーズナブルな価格で取り入れるという基本的な考え方を持つべきじゃないかと思っております。その点についての考え方を聞かせて、私の質問を終わります。

○国務大臣(坂口力君) 日本におきます製薬と申しますか医薬品の開発というのが少し後れてきております。最近この数年間に優秀な世界的に通用するようなお薬というのが一種類か二種類かというふうな程度の話でございます。非常に心もとない話でございますから、この開発はどうしても進めていただかなければならぬし、そして制度としていろいろなことを制約しておるからそういうことが起こっているとするれば、それは全部取っ払わないとこれは進まないというふうな思っております。ここは日本の産業全体に対します貢献もこれは大きいものがあるというふうな思っております。そうしませんと、外国からの薬ばかりが日本に入りまして日本で優秀な薬が生まれられない、これはいわる治療ということにもかかわって

い薬価算定をすることにいたしてございまして、少なくとも既に出ております類似医薬品の最低の価格で付けるというような、一つの例でございまして、そうしたルールも作っております。

もちろん、様々な角度から薬価の在り方につきましても議論をすべき課題がございまして、けれども、原価方式を基本とするという方式は、少なくとも私も現時点におきましては取るべき方向ではないのではないかと判断をいたしてございまして、ところでございまして。

○田浦直君 まあその辺がちょっと見解が違ふんではないかと、これも一つの産業ですから、販売がどうなるか分からないから価格を原価では決めにくいというのはいさよと今の時代には合わないんじゃないかなと私は思います。そういうふうな努力を企業が当然するべきだと思ふんですよ。私はなぜ薬価に目を向けるのかというと、医療費を抑えなければならぬ、医療費の二五％は薬価で、薬であると。七兆円ぐらい現在あるわけですね。それを抑えるのは非常に効果があるわけですね。医療費抑制という意味では、その価格を決めるところがあまいになっておるということですね。これのために、例えば医療費を抑え、薬価を抑えるために会社が成り立っていかぬかということ、そうじゃないんです。製薬会社というのは、今もう一番日本の企業では優良会社ですね。まあトヨタとかソニーとかいろいろありますが、そんなのに比べても引けを取らない会社がたくさんあるんです、メーカーには。

私は、この前、「会社四季報」というのをずっと見ておりましたら、株主配当というものの製薬会社のすさまじいことには驚いた。ソニーとかトヨタの三倍ぐらい株主に配当しておるんですよ。もうとにかく、まあ極端に言えば、もうけが幾ら、もうあり過ぎて困るというふうな感じすら私はするわけなので、そんな意味で、私は、もう少しこの薬価に切り込むべきだというふうな思いがしておるわけですね。

例えば、外国で日本の薬を売っているのがある

んですよ。そうすると、外国では十分の一ぐらいで売っているんですよ、日本で売ると同じ薬を。それでも成り立つわけですから、私は日本の薬価というのはやっぱり高過ぎるんじゃないかなという気持ちを持ってならないんですよ。

まあこういうのは、そういう薬があるということとは局長もよく御存じだと思うんですけど、そういう内外価格差というのがどうして生じるのか、その辺についてお尋ねをしたいと思います。

○政府参考人(大塚義治君) その前の御質問に関連して、御指摘もございました。私も誤解をもし生じたとすればお許しを賜りたいわけでございますが、薬価あるいは薬価全体の適正化というものが課題であるということについて否定をしたつもりはございませんで、御意見の中にむしろ原価方式というのを基本にしてはどうかと。方式論、薬価の算定の方法論につきましては原価方式を基本にするというのはいかがかと。先ほどの答弁では申し上げたつもりでございますので、その点補足をさせていただきたいと存じます。

それから、薬価の内外価格差でございます。御指摘のように、大変そうした非常に大きな差があるケースがございまして、これはなかなか国民にも説明しにくいという意識は私も持っております。

ただ、御理解賜りたいのは、これなかなか諸外国との比較というのは難しい面がございまして、例えば、国際的に通用しております上位三十品目を抜き出しましてその中で比較をしてみると、各国が共通に使っているような薬という意味で上位三十品目ぐらいで抜き出してみますと、日本と諸外国との比較を申しますと、アメリカあるいはドイツより、薬価そのもの、平均的、平均的にいいますと、そうした三十品目引き出してその中で比べてみますと、アメリカ、ドイツよりは若干安い、あるいはイギリス、フランスよりは高い、こういう傾向も見られるわけでございます。したがって、比較がなかなか難しいという点がございまして、おっしゃいますよ

うに大きな差があるものもございまして。これはやはりなかなか説明しにくいわけでございますから、是正をしていかなければならないと考えております。

要因は何かということもございまして、幾つかありますけれども、例えば、我が国の場合には市場実勢価格を基本に置いた公定薬価制度がございまして、諸外国は自由薬価制を取っている国もございまして。そうした制度の違い。それから、各国における薬剤一つ一つに適応症が、範囲が違つたりいたしますし、用量、用法、これも違つたりするものもございまして。したがって、そうした違いというものが重なり合いますと非常に大きな差が出てくるという結果があるのではないかと。

いずれにいたしましても、こうした要因、非常に複雑でございます。しかし、薬価算定に当たりましては外国価格と余りにも幅があるというのはいかがいわけでございますから、今回の診療報酬改定におきましても、外国価格調整というふうな仕組みを導入いたしまして、一定の乖離があるものについては薬価の調整を行う、薬価の算定の際に行う、また、必要に応じて再算定もするというようなことに取り組んでおまして、一つ一つの品目というわけにはまいりませんが、全体の仕組みとしてはそうした改善措置も講じているところでございまして。

○田浦直君 最後に、ちょっと大臣にお尋ねをしたいと思ふんです。

一昨日、参考人においでいただいたいろいろな話を聞かせていただいたんですが、その中で、町村会長さん、山本さんの話では、都道府県単位の保険の一元化をやつたらいいという話があったんです。これはこの法案の附則にも書かれておるんですけれども、同時に、そのときの健保連あるいは連合の方々の御意見では、なかなかそれは難しいというふうな御意見もあつたわけでございます。これは今年度中に具体案を一応まとめるという方針になっておると思ふんですけれども、幅広

い議論を聞きながら検討するということは当然必要だと思ふんですけれども、まあ非常に意見がまとまらないう感じもあるんですよ。

○国務大臣(坂口力君) 医療保険につきましては統合化の方向で向かわなければならぬということだけは間違いないというふうに思っております。が、それを、統合化を進めていきたいと思います。いわゆる財政調整なるものを先に進める、その財政調整の手順を決めてやるのか、それとも、もうそんなことを言わずに、幾つか分立しておるのを統一をするということをしていけばもうそれで済む話ではないかということ、まあ二色あると思ふます。

財政調整のことを考えながらやっていくという行き方は、財政調整はしますけれども、保険はあつた程度分立することはやむを得ないという考え方もその中には私は含まれているというふうに思っています。だけれども、もう一瀉千里に行けという意見も率直に言つてあるわけでございます。しかし、少なくとも五年、五年か七年、まあ十年というのには私は長過ぎるというふうに思いますが、これは大体どこまで行くかということを決めなさいやいけないだろうと思ふんです。そこまでは。そのときに、いわゆる職域の保険とそれから地域の保険と、とにかくそれぞれでまずどうしていただくかということだろうと思ふんです。

健保連の皆さん方がおっしゃるのは、それは健保とそれからいわゆる地域保険とを一緒にするのが難しいということを私はおっしゃるんだらうと思ふますから、まずそこまでするまで、いわゆる地域保険は地域保険として五年後には一体どこまで行くか、遅くとも七年までにはそれじゃもう最終にするかとか、とにかく少なくともそのぐらいの期限を切つて私はやらないうけない話だと思ふます。

市町村会の皆さん方は統合賛成をしてくださるが、その代わりに知事会はなかなか反対とか、いろいろこれあるわけでございまして、そこも非常にややこしい問題でございますが、私は先ほど御答弁を申し上げましたとおり、都道府県単位ぐらゐまでは地域保険の方は統合をしいつてもいいのではないかと、いふふうな私個人は考えを持っておりませう。

もう一つの方の組合健保の方は、これはいろいろ今までの経緯もあろうといふふうに思いますから、これをどうしていただくかという問題がある。それは、それぞれの自主性にある程度ゆだねなければならぬ点もあるといふふうに思いますけれども、できる限りしかしこも統合化をしていただくかないと小さなところもたない。問題は、政管健保をどうするかという問題になつてくるだらうといふふうに思います。

政管健保は、職域保険という枠組みでいきますならば、これは組合健保と政管健保の間でひとついろいろ考えてくださいといふことになりませう。そしてこの政管健保を都道府県単位でもしこれを割っていくと申しますか、都道府県単位ぐらゐな大きさにしていくことを仮定をいたしますと、そうすると、政管健保とそれから地域保険と統合はできるかという話になつてくるかといふふうに思いますし、政管健保をどうするかという扱いが非常に難しいことになるだらうといふふうに予測をいたしておりますが、しかし、その辺のところもやはり割り切らざるを得ないだらうと、あゝまいにはできないだらうといふふうに今思つておる次第でございます。

その辺のところ、各団体の御意見も聞きながらひとつ最終結論を得たいといふふうに思つておる次第でございます。

○田浦直君 分かりました。

○委員長(阿部正俊君) 午前の質疑はこの程度とし、午後一時三十分まで休憩といたします。

午後零時三十分休憩

午後一時三十分開会
○委員長(阿部正俊君) ただいまから厚生労働委員会を再開いたします。

まず、委員の異動について御報告いたします。本日、今泉昭君が委員を辞任され、その補欠として櫻井充君が選任されました。

○委員長(阿部正俊君) 休憩前に引き続きまして、健康保険法等の一部を改正する法律案、健康増進法案及び医療の信頼性の確保向上のための医療情報の提供の促進、医療に係る体制の整備等に関する法律案を一括して議題とし、質疑を行います。質疑のある方は順次御発言願います。

○櫻井充君 民主党・新緑風会の櫻井充です。坂口大臣、これだけの大きな法案の今審議中なんです、今日は副大臣が来られておられないようですけれども、執務、大変ではないんでしょうか。

○国務大臣(坂口力君) 甚だ未熟でございますけれども、一人でやり抜く決意でございます。

○櫻井充君 大変だと思つたので、本来やはり副大臣を置かれた方がいんじゃないかなとも思ふんですが、いかがでございますか。

○国務大臣(坂口力君) 任命は総理でございますから、一日も早く副大臣を作つていただくようにお願いをしております。

○櫻井充君 坂口大臣がいろいろ、私もクロイツフェルト・ヤコブ病などで大変お世話になりましたし、いろんな大きな問題を解決されていらつしやることはもう重々承知しておりますが、やはり国のシステムとして副大臣を置くということになつておるわけですから、やはりそこは国会の開催中であつて、私はやはり一日も早く副大臣をお決めになつてこの場に来ていただくのがいいことなんじゃないだらうかといふふうに思います。

さて、最初に女子医大の問題についてちよつとお話ししていただきたいんですが、この間の参事人質疑の際に、女子医科大学の林院長がこのよ

うに申されておりました。平柳明香ちゃんの手術の当日、今井、現在名誉教授でだけれども、三月、この手術をした日はちょうど退任教授の最終講義の準備に追われていて、教室にいて準備をしていたと。それで、ざわざわする感じがあつたので執刀医を呼んで聞いたら、特に問題はないと言つたのでまたその準備をしていたと。このように参考人質疑の場で発言されていらつしやるんですが、実はこの当日、隣の手術室で今井教授は手術をしておられました。そして、この明香ちゃん部屋に戻られた際に、ICUで大変なことになつたといつて皆さんで取り囲んでいたんだそうですが、そのところに今井教授が来られて、まあここは今井教授が呼んだとか瀬尾先生がどうしたとか、ここはちよつと二人の意見の不一致があるんですが、しかし、少なくともその時点で協議をしていきます。そして、何でおれに知らせなかつたんだ、こんなことはおれに知らせればよかつたのにと、今井先生は自ら発言されておられるんだそうです。

ということ、これは参考人として国会に招致されておきながら虚偽の答弁をされておるわけです。私は大問題だと思ふんですね。

この方の参考人、若しくは証人喚問になるんでしょうか、改めて招致したいと思つたんですが、委員長、いかがでございますか。

○委員長(阿部正俊君) じゃ、また理事会で協議をさせていただきます。

○櫻井充君 そして、厚生労働省にお願いがございませう。

医療法のこれは二十三条になる、二十五条ですか、二十五条の三項若しくは四項のところになるのかもしれないんですが、とにかく、特定機能病院の業務が法令若しくは法令に基づく処分に違反してある疑いがある、又はその運営が著しく適正を欠く疑いがあると認めるときには、このときには当該特定機能病院の開設者又は管理者に対し、診療録、助産録、帳簿書類その他の物件の提出を命ずることができると、こうございます。

そこで、厚生労働省にお願いがありますが、この当日のほかの患者さんの手術記録、つまりそれを取り寄せれば執刀医がだれであつたのか分かるわけですから、この提出を求めたいと思つた。

○政府参考人(篠崎英夫君) 検討させていただきます。

○櫻井充君 はつきりしてください。法律上にごう書かれておるから要求してはいるんです。やつてください。

○政府参考人(篠崎英夫君) 今、ただいまの御質問でございますので私もちよつと準備ができておりませぬので、その法的な根拠でできるかどうかを含めて検討させていただきます。

○櫻井充君 もう一つ、平柳さんと女子医科大学で覚書を交わしております。その覚書の中で、今後とも万一の事故発生時においては事故原因の調査を適切に行い、患者及びその家族、遺族に対して調査結果についての誠実な説明、報告を行うものとする、こういう覚書を交わしておられる。

この明香ちゃんと同様にAさんといふところのお嬢さんがやはり同じような形で、まあちよつと、手術した後一か月ぐらいたつてから亡くなつたんですけれども、元氣な子供さんが亡くなつていらつしやいます。そして、その死因がはっきりしないので、そして説明が不十分であつたので、いろいろ問い合わせをしておりますが、ナシのついででございます。

厚生労働省の方にこのAさんから申入れといひますか、きちんと調べてほしいと、そういう申入れがあるかと思つたんですが、それはいかがでございますか。

○政府参考人(宮島彰君) その申入れの件については、今承知していません。

○櫻井充君 しかし、審議会の方でこの間御審議いただいたわけですよ。女子医大の特定機能病院の取消しをするかしないかという御審議をいただいたはずですよ。その際に、証拠書類といひますか、必要な書類なんですか、それとして、そのAさんの件が提出されているはずですよ。

も、いかがでしょう。

○政府参考人(篠崎英夫君) 三月二十五日の分科会の場面でその資料を委員に配付をしております。

○櫻井充君 その資料の中に、きちんと調査してほしいという申入れを行ったという、その一行が書いてあるんですけども、そちらにその資料ございませんか。

○政府参考人(篠崎英夫君) ちょっと手元にその資料がありませんけれども、記憶するところによれば、そういう趣旨のことが書いてあったということでございます。私どもとそれから医薬局の方がそれを持っております。

それで、分科会の場におきましては、そういう提出されたものも含めまして議論をしていただいて、特定機能病院として返上という意向ではあるけれども、そうではなくて取消しが相当であるというような考えをまとめていただいたということでございます。

○櫻井充君 それだけじゃないんですよ。Aさん親子は、説明されなかっただけじゃなくて、今井教授に手術をお願いしたのであれば百万円出せと、そういうことも言われているんですよ。そのことについても調べられていらっしゃいますか。

○政府参考人(篠崎英夫君) その件については現在のところは調べておりません。

○櫻井充君 この件についてもきちんと調べていただきたいと思うんです。

それで、実はこういうことが数年前にあつたわけなんです。今井教授が、今、別な病院に赴任させられたお医者さんがいらっしゃいます。医療事故を起こしました。そのときに瀬尾医師もその場に立ち会っていたんですが、今井教授からカルテを改ざんしろと、そう指示されているんですよ。そう指示されて、その医者はカルテを改ざんしました。しかし、医療訴訟になって敗れてはおりましたけれども、そういう指示をしていた。瀬尾医師はそのときのことを鮮明に覚えておりまして、実

は今回のこの問題があつたときに、今回この問題があつたときに、今井教授から、理事長に呼ばれて、理事長に呼ばれて何もなかったとそう伝えたので、あとはおまえ分かつているなと、そのように取り計らえと言われたので、自分はカルテの改ざんをしなければいけないんだらうと思つたと、そう供述されているんですよ。

大事な点は、組織ぐるみなんですよ。何回も繰り返されているんです。こういうところで医者が研修したら、まともな医者が育つでしょうか。坂口大臣、いかがですか。

○国務大臣(坂口力君) 今、初めて聞くお話でございますが、もしそういうことが事実として行われていたとしたら、それは大変なことでございます。そして医師としてもそうでございますが、医師を育てる大学のごときでございますから、そこで新しい医師を育てるところでございますから、あつてはならないことが行われているように思います。

しかし、私、そのことを調べたわけではございませんから、一度そういう御発言につきまして、これは徹底して私たちも調べたいと思っております。

○櫻井充君 この間、林院長から結局虚偽の報告を私はされていると思っておりますし、今井教授に対しては何の取調べも行っておりません。今井天皇と呼ばれていたんですから事実なんだろう、仕方がないんだらうと思つております。その意味において、当委員会ではこの問題をきちんと調べていただくには、今井元名誉教授を参考人として来ていただくなければいけないんじゃないかと思つております。委員長、よろしくお願いいたします。

○委員(阿部正俊君) その件も併せて理事会で協議をさせていただきます。

○櫻井充君 さて、健康保険法の中で医療費の削減ということを、医療費をどう抑制していくのかとかいろんな議論されているわけですが、私は何といつても、医師をどうやって育てていくのか、いい医師を育てていくことが一番大事なことなん

だと思っております。

そこで、この女子医大の問題を取り上げているのはなぜかといいますと、実は法律上、例えば女子医大にいろんな問題があつたとします。しかし、研修指定病院から取り外すことができないんです。現行法では、要するに、文部科学省が所管する附属病院と、このところにそのように決められていまして、ですから厚生労働省が指定した病院は、不適格であつた場合にはその指定病院を取り外すことができるんですが、残念ながらそういうことを取り外すことができないような法律の組立てになっております。

厚生労働省が研修医を育てるわけです。その責任は私は厚生労働省が負っているものとまず考えておりますが、その認識は間違つていません。

○政府参考人(篠崎英夫君) 臨床研修につきましては医師法の中で決められておまして、その中に大学病院のことも触れられておるわけでございますので、厚生省の所管の法律ということでございます。

○櫻井充君 しかし、その厚生省の所管の病院でありながら、残念ながらその病院が不適格であつたとしても現時点で厚生省が取り消すことができないという法律の内容かと思つておりますが、私の認識はそれで間違つていないでしょうか。

○政府参考人(篠崎英夫君) 医師法におきまして臨床研修というところは「大学の医学部若しくは大学附置の研究所の附属施設である病院」、つまり大学病院ということ、「又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を行なうように努めるものとする」という規定になっております。また、その厚生大臣の指定する病院につきま

しての指定要件等がございます。厚生大臣の指定をした臨床研修病院については、それが不適格な場合には厚生大臣が取り消すことができます。ところでございますが、大学病院そのものは厚生大臣の指定でなつておるわけでございませぬので、今、委員御指摘のとおりでございます。

○櫻井充君 現行法で、こういう病院で何かいろんな問題が起こつたときに取り消すことは可能ですか。

○政府参考人(篠崎英夫君) 現行法上は、今申し上げましたような取消しという要件は厚生大臣の指定する臨床研修病院のみでございますから難しいというふうに思いますけれども、関係の省庁と連絡を取つて、大学病院に対しても指導を行つていただくというような手はあるかと思つております。

○櫻井充君 指導を行うということがあつたとしても、指定の取消しはできないんじゃないですか。

ここにありました。医師法の十六条の二のところにあるんですけども、「医師は、免許を受けた後も、二年以上大学の医学部若しくは大学附置の研究所の附属施設である病院」と書いてあるんです。結局、後は何も要件を定めないうままでもいいんです。ここだったら、つまり、最初大学の附属病院でございということになつたら、後は何をやってたつて、ここは研修病院から外されないんです。

私は、この点は、立法府に在る人間ですから我々がこれから改正しなきゃいけないんだらうと思つておりますが、坂口大臣、このような決め方であつたとすると、私はいい医者が育つてこないんじゃないだろうか。つまり、何か問題があつたときには厚生労働省が指定している病院はきちんと厚生労働省が管理監督して、いい医者を育てようという努力をできる病院だと思つております。

ここは文部科学省の所轄ですから、なかなかそういう手だてができないとなつてくると、やはりこの管轄の問題も含めて、大学病院というものこの位置付けというのを改めて考え直さなきゃいけないんじゃないかと思つておりますが、大臣、いかがでございますか。

○国務大臣(坂口力君) これは大学自身の在り方の問題だと私は思つてます。ですから、研修病院だけの話ではなくて、医師を養成する大学としてふさわしいかどうかということにかかわつてくる

話でありまして、正しくここは文部科学省の方の
大学として適切かどうかという問題でないかとい
うふうに思います。

○櫻井充君 もう一点申し上げておきますと、私
は看護記録もここに入手しておりますが、看護記
録も恐らく改ざんされているらうかと思いま
す。

ほとんどの内容が、どの子供さんを見ても同じ
ような内容で、日勤の記録者の名前、そしてその
次の日の準夜るときに、この方は記録もされてい
るんですけども、もうほとんど内容が同じで
す。ICUでこんな日勤の状態、たつた三行し
か書いていない、こういうことというのは一般
な病院であり得ないことなんだと思うんですよ。
ましてや、特定機能病院で心臓移植の指定病院で
もあるような、そういうところの病院のICUの
看護婦がこれしか記載していないなどということ
はあり得ないんですよ。組織で隠れているん
ですよ、間違いない。

若しくは、隠ぺいしていないんだとすれば、こ
の場に来てきちんと説明してもらわなきゃいな
いと思いますし、私は厚生労働省がきちんとした
形で立入検査を行って、証拠書類を押収してき
て、そしてこの場できちんとする私は役割があ
るんだと思います。

ただし、問題は一つあるらうかと思っている
のは、現行法の法律で、果たしてそこまでやれる
かどうかなんです。このことに関しては、厚生労
働省、いかがなんでしょうか。

○政府参考人(宮島彰君) 現在、医療法に基づき
まして立入検査というものをやっているわけでご
ざいますけれども、この医療法に基づく立入検査
につきましては、その対象は、人員配置基準ある
いは構造設備基準というものが病院において遵守
されているかどうかという点を中心に立入検査を
やっているところでございます。

したがって、診療内容に踏み込むような形
のもの、現在行っている立入検査の対象として
は難しいんじゃないかというふうに思います。

○櫻井充君 心臓の移植手術が行われている、こ
ういう指定病院だとすると、やはり心臓の手術を
行っていて、その手術成績というものは極めて重要
なことになるらうかと思うんです。この手術成
績を提示してくださいということぐらひは私はで
きるんじゃないかと思いますが、全体の成績と
か、そういうものというものは開示していただ
けるものでしょうか。

○政府参考人(宮島彰君) 診療の実績なりそう
いものにはある意味でその病院の評価にかかわるよ
うなことでもあろうかと思えますので、いわゆる
医療法に基づく立入検査の対象になじむかどう
かという点については、ちょっと今定かには、
ちょっと判断できかねるところでございます。

○櫻井充君 それじゃ、全国で三か所しか心臓移
植が認められない施設なんです。この施設が、
済みません、これは通告しておりません。答弁で
きなれば後で資料いただきたいと思えますが、
この要件は何ですか。なぜこの病院が指定され
ているんですか。

○政府参考人(篠崎英夫君) ちょっと手元に資料
がございませんので、後ほど御連絡させていただきます。

○櫻井充君 としても一つ。こういうところは
一回指定されてしまったら、その後は何があつて
も取り消されないので、どういう場合には取
り消されるんですか。その取り消し要件というの
は決まっていますか。

○政府参考人(篠崎英夫君) 今、先生の御質問は
心臓移植の方でございますか。

○櫻井充君 そうです。

○政府参考人(篠崎英夫君) これはちょっと私の
所管ではございませんけれども、合議体みたいな
ものがございまして、その中で議論をしていただ
いて決めているということでございます。法的
に決めているというものではないというふう
に思っております。

○櫻井充君 合議的に決めているというのは、だ
れが参加されて合議的に決めるんですか。そし

て、合議的に決めている際に、何を参考にして、
どういうデータを参考にして議論されるんです
か。

○政府参考人(篠崎英夫君) 専門家から成る会議
等がございまして、その中で、心臓移植というの
は非常に大きな高度先端的な医療でございますの
で、過去の実績など踏まえまして決めるというこ
とでございます。たしか関西に二か所と、それ
から関東には一か所というふうな記憶しており
ます。

○櫻井充君 そうすると、過去の実績ですね。で
も、また年が経てくれば本当にいかどうか分か
らないわけであつて、もしかするともつと病
院があるかもしれないわけです。そうなつてく
ると、適切か適切でないかということ、ある程度
単位年度を置いて、その時点でもう一度見直して
みるということ、これは必要なんだと思うん
ですよ。

この方々だけじゃないんです、実は。これから
またチャンスがあれば何回でもほかの方々のこと
についてお話しさせていただきますが、もう少し
きちんと調べていただかないと、日本の医療全体
の信頼感を失うらうかと思うんですよ。私は真つ当
にやられているお医者さん方は気の毒だと思いま
すよ、これでは。天下の女子医大なんです、も
う少しきちんと厳しく対応されるべきじゃない
でしょうか。いかがですか。

○政府参考人(篠崎英夫君) この移植の施設の件
につきましては、たしか前回の御質問のときにも
申し上げましたと思えますけれども、ただいまそ
のことを含めて検討しているということござい
ます。

○櫻井充君 それでは、検討していただいて、そ
の結果を後で御報告いただきたいと思えます。
それから、別な話になりますが、ちょっとこれ
も健康保険法から外れて申し訳ないんですが、ダ
イエットの食品で随分被害者が出ております。た
だ、今回のダイエットの健康食品ですが、たしか
三月ぐらいにイギリスの医師はこの食品は危ない

んだということを論文で掲載されていたはずで
すし、このダイエットの薬の中に含まれている主成分
がアメリカの中では認可されていない成分
が含まれていたんじゃないかと思うんです。
まず、その事実確認なんです、私の認識はそ
れで正しいでしょうか。

○政府参考人(宮島彰君) 御指摘のものは、いわ
ゆるフェンフルラミンというものの含有する製品
に関するものだというふうに思っております。す
けれども、これは今御指摘のイギリスの方におきま
しては、それを含有した製品によつて障害が起
こつているということ、学会誌等に発表されて
おつたという事実がございまして。それから、アメ
リカの方では、平成九年に一応販売禁止の措置に
なつているということ、これを承知しております。

○櫻井充君 結局、後手後手なんです。ね。
この健康食品というのの所轄もこれは厚生労働
省でよろしいんでしょうか。

○政府参考人(宮島彰君) 今お話し申し上げまし
たフェンフルラミンにつきましては、実は厚生省
時代におきまして、やはりそのフェンフルラミ
ンが含有される中国から輸入のお茶につきまし
て一度問題になつたことがございまして、これにつ
きましては、平成八年の九月に、このフェンフル
ラミンを含有するお茶につきまして、現在と似た
ようなケースでありますけれども、障害が起こつ
ているケースがあるんで、注意喚起ということ
で、都道府県に通知するとともに、中国当局にも
その旨を伝達した経過がございまして。

それから、その後、現在問題になつております
いわゆる紆之素膠囊、これがフェンフルラミンを
含んでおりますけれども、この製品につきま
しても実は過去にやはり問題がございまして、当省か
ら平成十二年十二月と平成十三年六月の二度に
わたつて、やはり都道府県を通じて必要な注意喚
起と監視指導を要請しているということござい
ますので、従来からいろいろ問題のあつた製品で
ございまして、今回また被害事例が出たとい
うことで、再度発表し、注意喚起し、都道府県

を通じての監視指導を徹底させたという経過でございます。

○櫻井充君 BSEのときと全く一緒ですね、これは。BSEのときだって、注意喚起が何かしたわけですよ、肉骨粉を使うなど。それで、結局のところは、水際で止めていたつもりかもしれないけれども止まっていなかったというのと全く同じじゃないですか。薬害エイズの時も同じだし、クロイツフェルト・ヤコブも同じですよ。

○政府参考人(宮島彰君) このフェンフルラミンを含有している製品は、これはいわゆる薬事法上の未承認医薬品でございますので、未承認医薬品を販売するというのであれば、当然薬事法違反ということで取締りの対象になっております。そういう趣旨で、都道府県を通じてその取締り指導を徹底させたということでございます。

ただ、今回の経過を見ますと、いわゆる個人輸入の形で入手されたケースが結構ございまして、そういうものについては、いわゆるその輸入される方御自身に対してむしろ直接的な注意喚起をして、そういうものを使用しないというものを併せて行わないと効果が上がりませんので、そういうものを含めて今回行ったことでもあります。

○櫻井充君 これまでの行政措置というのは適切だったと思いませんか。

○政府参考人(宮島彰君) 私どもとしては、このフェンフルラミンの含有する製品が問題であるというところは従来からフォローしておりました、したがって、さつき申しましたように、何らかその取締り指導の徹底と注意喚起を行ってきたということでございますので、できる限りのことはやってきましたが、ただ、これは先ほど申しましたようなルートで入ってまいりましたので、それを行政サイドで一〇〇%阻止するといえますか、というのはなかなか難しい点がございまして、今回改めてそれを重ねて指導通知でもって徹底と注意喚起を行ったこととあります。

○櫻井充君 それでは、今、行政だけでは難しいということになってくる。だとすると、あとはどういう形でその被害に遭わないようにすることができるとでしょうか。

つまり、個人が購入した際に、その個人個人の知識で、何らかの成分の名前が書いてあって、その成分の名前から自分はこれは危ないから買うのをやめよう、という判断できる人が果たしてこの世の中にどのくらいいらっしゃるのでしょうか。そのことを考えてみると、どこかで何らかの形で阻止しない限りは難しいわけですね。

じゃ、アメリカはなぜそのところで、もうこれは使用禁止ですよ、若しくは販売禁止でしょうか、その措置を取っているわけでしょう。それから、イギリスもそういう形で警告を発しているわけですね。

なぜ日本はここで販売禁止とかそういう措置にはならないんですか、輸入禁止とかですね。輸入禁止でもいいと思うんですよ。輸入禁止なり、個人輸入でやってきている人たちに対してでも結構ですが、その輸入禁止措置は取っているんですか、じゃ。

○政府参考人(宮島彰君) これは先ほど言いましたように未承認医薬品ですから、正に薬事法上は販売禁止といえますか、販売することは違法になるということとは明白であります。

○櫻井充君 つまり、これはもう販売しているだけで違法なんですか。

○政府参考人(宮島彰君) 未承認医薬品の販売行為そのものがもう薬事法違反になります。

○櫻井充君 これ、仮に健康食品という位置付けになった場合はどうなるんですか。

○政府参考人(宮島彰君) 私が申しました未承認医薬品というのは、今回のケースで言いますと、一つは減肥といういわゆる薬の効能を表示、標榜したという点、それからもう一つのケースは、いわゆる乾燥甲狀腺末、フェンフルラミンという医薬品でなければ使用できない製品を含まれていたということでもっていわゆる未承認医薬品である

ことが明白であるために薬事法違反ということと整理したわけでありませぬ。

○櫻井充君 しかし、何回も繰り返しますが、健康食品という位置付けになった場合には、そうすると、これはどういった網を掛けることが可能になるんですか。薬事法ではなくなるわけですね。

○政府参考人(尾崎新平君) 先生の御質問にお答えするに、薬事法の面からと食品衛生法上の面、両面からの対応を御説明することになるかと思っております。今、医薬局長からお答えしましたのは薬事法上からの対応という面からのお答えでございます。

私の方からは、食品衛生法上の取扱いという、食品という形で取扱いについてお答えを申し上げますと、いわゆる健康食品という形で、今、医薬品として承認をしないで売られていると、いわゆる薬というふうには判断されるものについては薬事法上の取扱いで違反であるというふうな取扱いになっておるわけでございますが、そういったものは当然食品でない、医薬品であるという取扱いになるということがまず一つでございます。

そうでない、そういった成分が含まれておらない、医薬品と考えられるような成分がないというものについては基本的には食品というふうに取り扱われるということでございます。薬でないという範疇を除けば食品、お口に入ってくるものは食品と、そういう整理になります。

そうした場合に、じゃ食品としての取締りはどうなのかということでございますが、私どもの方は、健康食品というのは、例えば海外から輸入される食品の中いわゆる健康食品というカテゴリで検疫を通るものがございます。そういったものにつきましては、その中身で、今御議論ございましたような、そういった医薬品あるいは医薬部外品に相当するような成分が入っていないかどうかというところを薬事担当部局の方で確認をしておりますように、このことを業者がまず指導をしておるということが一点ございます。

健康食品という中で、それぞれがいろいろな健康食品として入っている中身がございまして、そういった中身につきまして、表示の問題でございませぬか、あるいは場合によってはその製品を収去してどういった成分が含まれておるか、そういったものを食品衛生監視の面からの対応をしていくというのが実情でございます。

○櫻井充君 ちょっと別な角度からお伺いしたいんですが、このフェンフルラミン自体は今、日本では販売なり、どんな製品でも結構ですが、販売なり使用はできないことになっておるんですか。

○政府参考人(宮島彰君) このフェンフルラミンはいわゆる医薬品としても現在は承認されておられませんので、まして食品としての流通も認められていないという状況であります。

○櫻井充君 これは、まだこれまで認可されていなかったということなんです。それとも、アメリカやイギリスのように認可されたものが取り消されたということなんですか。

○政府参考人(宮島彰君) 元々こういうものを含有する医薬品なりは承認してもおりませぬし、当然、食品としても流通を認めないということになります。

○櫻井充君 そうすると、こういう事故をこれから減らしていくためにはどういう手だてができるとお考えなんですか。

もちろん、根底にあるのは、やせれば美しくなるんだという勘違いするようなイメージからラジオから、何でもやせればいいみたいな感じになっているわけですよ。この勘違いを取って行くということは極めて重要なことだと思っておりますが、それ以外に、やはり何らかの、こういうことで、これは輸入できませんよとか使用できませんよということ徹底していくためにはどのような形の、行政として対応、どう行政が対応すればいいとお考えですか。

○政府参考人(宮島彰君) 日本国内にはいろいろなルートで入ってまいりますし、国内に入りました

ら、当然、私も兼事法なりあるいは食品衛生法の立場から必要な取締りをやるわけでありませうけれども、なかなかそれについても限界がございませうので、やはりいわゆる元から断つといひますか、やはり私も、今回、中国当局に對しまして、こういう日本でも起つてゐる状況を伝達しまして、やはり中国当局においても必要な規制なり取締りをやつてもらふといふことを要請していきたいと思ひますし、今後とも、中国当局と適宜情報交換して、やはり相互の、両国で協力し合つてこういう製品を排除していくという措置を取つていきたいといふふうに今考へております。

○櫻井充君 被害者がこれ以上出ないよう、できるだけ努力していただきたいと思ひます。

それでは、前回、ベッドの削減のことについてお伺ひいたしました。そのときに、ほとんどベッドが減つておりませんでした。今回、ちよつとびつくりしたことがあるんですが、これは千葉県の例です。千葉県の例で、東葛南部といふところで、特例加算だといつて基準ベッド数よりも千八百七十七増やしていいとか、印旛・山武でも千二百四十九ベッドを増やしていいといふ特例措置が取られてゐるんですね。

ベッドが多い多いと言つて、ベッドを削減しなさいといひないと言ひながら、一方でこういう特例区を設けてくるというのは、これ極めておかしな話だと思ひますが、いかがですか。なぜ、こういうことをやつてゐるんですか。

○政府参考人(篠崎英夫君) 千葉県の東葛南部と印旛・山武といふ医療圏のことについての御質問でございますが、経緯を申し上げますと、昨年の十二月に、千葉県知事の方から、ここの病床数の加算について協議がございました。

県の方の意見といたしましては、この二つの地区につきましても、人口急増地域で今後とも医療需要の増大が見込まれるといふこと、また、現時点において救急医療を始めとする医療資源が極めて不足をしておるということ、そして、そういうことがありますので、ほかの地域への入院患者の

流出が非常に顕著であるといふようなことなど、この地域におきます医療提供の確保のために病床数の特例加算が不可欠といふのが千葉県からの意見でございます。

厚生労働省といたしましては、平成十二年の第四次医療法改正の際に、基準病床数の算定について、これは今申し上げた二次医療圏の基準病床数という意味ですが、基準病床数の算定については新しい算定方法に基づく医療計画制度の運用に当たつて基準病床数の変化の大きい地域の実情に十分配慮すると、こういうような意見が医療審議会から出されてゐることも考慮いたしまして、この東葛南部と印旛・山武の医療圏につきましては基準病床数の加算を認めたものでございます。

ただいま先生が合計で三千二百二十六床の増といふことを申されましたけれども、既にこの地域の病床数に加えるといふ意味では千九百八十七床加えるといふことでございます。

○櫻井充君 不思議なんですよ。それは現行のベッド数も、これは今のところで足りないといふ規定、考え方がいいですねといふことでしょうか。この間の御答弁違つていましたよ。この間は宮路さんだつたかもしません。

この間の話では、現行のベッド数が多いから減らしましょうと言つてゐるわけですよ。そうだとすると、今のところ足りないから増やすといふ考え方は間違つてゐる、方向、全然違ふんですよ。今の、これから人口増のところは実は適正数なんです。人口が増えないところこそ、そういう地域のベッドを減らしていくといふのが基本的に考え方がいいんですか。こんなんでどうやつてベッド削減できるんですか。

○政府参考人(篠崎英夫君) 日本全体の病床数という意味では削減の方向に向かうべきだといふような意見があることは事実でございます。

ただ、それぞれの地域におきましては、今申し上げましたように、人口が急に増えることが予測されてゐる地域、また現に増えつつある地域、そ

ういふところにつきましては知事の特例加算、つまり地域によりましては病床を増やす場合もある。ただ、国全体として見た場合には病床は減らしていく傾向が必要なんではないか、またそういう傾向も見られると、こういう御答弁と思ひます。

○櫻井充君 減つていないじゃないですか。

この間答弁もつたとき、何床だつたか忘れましてけれども、増えていますよ。減らしてある傾向なんて全然違ふじゃないですか。ベッドが多ければ医療費がどんどん増えちゃうからベッド削減しなさいいけいけいとおっしゃつてゐるわけでしょう。平成九年にそう言つたんじゃないですか。それなのに、こんな特例措置だといつてベッドを一方で増やしてたら説明付かないじゃないですか。医療費をどうするかといふことだつたわけでしょう。無駄な医療をどうやつて減らしていくのかといふ議論なわけですよ。言つてゐることやつてゐること違ふじゃないですか。

もう一回御答弁、大臣、こういう特例区を設けてどうやつてベッドを減らしていくんですか。

○國務大臣(坂口力君) 人口というのは、これはかなり変動するわけでありまして、人口がうんと減つていくところもあれば増えていくところもある。この千葉県のこの例が、人口、ここが急増して、余りにもベッドが少な過ぎるといふことでしたのなら、それは一方において人口が減つたところは、当然のことながら減らしていく。日本全体としてのベッド数を減らしていくといふことでは、これは整合性がないといふふうに思つております。したがつて、全体としてはこれはもう減らす以外にありません。減らしていききたいといふふうに思ひます。

ただ、減らしていききたいんですが、ベッドを減らして、そして入院日数を少なくしていくと、こういうふうにいひましても、その人たちがどこか、そうしますと早く病院から退場していただかなきゃならないわけでありませうから、それがすぐに御家庭に戻つていただけるのか、それともそれ

を受けていただく中間施設が必要なのか、この辺のところをどうするかといふ問題は残ると思ひます。

先日、今井先生が前、院長をしておみえになりました。諏訪中央病院へお邪魔させていただきましたが、平均日数十五・五とおっしゃいましたか、六とおっしゃらうに言つておみえになつてゐる。その代わりに地域ぐるみで、市長さん始め、地域でその代わりにその患者さんを引き受ける、各家庭に引き受けていただくというシステムを全体としてお作りになつてゐる。やはり、病院だけが孤立をしてどうしようといつてもなかなかできにくい問題でありますから、地域含めてそういうことがやられないとこれはなかなか難しい問題あるなといふふうに、拝見をしてきたわけで、その辺のところも併せてこれは、厚生労働省だけの範囲を逸脱いたしませんけれども、そこを整理をしていかないといひないといふふうに思ひます。

○櫻井充君 おっしゃるとおりなんです。この間、私、そのことについて指摘させていただきました。要するに、住宅政策などでやつていくんじゃないだろうかと。

となると、この地域に病院を造ること、ベッドを増やすことじゃないんですよ、大臣の今の御答弁でいへば、その地域こそモデル地域として、そういうたほかの退院できる人たちは退院できる施設を造つていく。病床を増やすんじゃない、むしろそういうことをやつてベッドが増えないようにしていく努力をすることが筋じゃないですか、大臣、違いますか。

○國務大臣(坂口力君) それはそのとおりでありまして、そういうふうに行ふことができるのがベストといふふうには私に思ひます。

ただ、しかし、全体がそういう状況になつていない。都市部の場合には住宅が狭いとかいろいろのことであつて、なかなかそういう環境になつて

いないこともまた事実でありまして、そこを全体でどのように受入れ態勢を作っていくかということもこれは検討していかないとはいけません。

だから、ここが人口が増えたからといって安易にこれから増やすという事は、これは僕は余りやっちゃいけないと思いますから、そこはしっかりとやっていくようにしたいと思います。

○櫻井充君 だって、今、土地の問題の話もされましたけれども、別に、そこに病院造るわけですから、別に病院じゃなくて介護の施設でもいいんだと思うんですよ。そしてもう一つは、社会的入院で、これからとにかく、リハビリも兼ねてでも結構ですけれども、そういう人たちの施設を同じような敷地内に造ればいいということなんじゃないでしょうか。

なぜそういうことを言っているかという点、実はこの八千代市に女子医大が来ようとしているんです。その女子医大が来ようとしているときに物すごい莫大な金を積んでいられるんです。最初の見積りより大分減らされましたけれども、どうもこのところにまたいろいろなところどころ動かし動きがあるんです。ですから、こういう地域に病院を増やしていくよりは、今、大臣が正しくおっしゃったようなことを私はやっていくべきだと思いますので、改めてこの点について御検討いただきたいと思います。

今、まだ現時点で千床程度増やせることになっているんですが、その部分は取り消されたいんじゃないかと私は思うんですよ。取り消すか取り消さないかはこれから地方自治体との話し合いがありまして、私みたいな宮城県の間が言うとおまえ、何勝手なことを言っているんだと怒られますから、ですから地域の方々とこれこそ合議された方が、一度合議していただきたいと思うんですよ。そして、ほかの施設を造って、病院じゃないほかの施設を造って医療費の削減の方向に考えられたらいいんじゃないかと思えますけれども、いかがでございますでしょうか。

○国務大臣(坂口力君) そこは地元の知事さん始

め、皆さんともよくお話をさせていただきたいというふうに思います。我々の思っておりますこともお聞きをいただきたいというふうに思います。先ほど、諏訪中央病院の十五・五と申しましたが、十五・八日でございました。ちょっと訂正させていただきます。

○櫻井充君 では、是非御検討いただきたいと思えます。

それから、入院費のことに関してもう一つ提案がございますが、いわゆる院内感染がございませぬ。その院内感染の患者さん、要するに抗生物質が効かなくなったりとか、MRSAとかいような菌が発生して肺炎を起こしたりとかすると一体どうなるか。

これはある病院のデータなんですけれども、非感染群の平均の在院日数が二十六・八日、九八年から九九年に掛けては十七・六日だということなんです。感染群になるとどうなるかということ、入院日数が四十五・七日で、九八年から九九年は二十七・六日です。請求の点数の平均が非感染群だと十一万五千点ぐらい、感染群だと二十一万五千点だということ。つまり、感染を起すといつか月でこれだけ医療費が違ってくるんです。

そうすると、変な話ですけれども、院内感染を起こしてちよつと入院長くしちゃった方が病院としては収益上がるんですね。これはなぜかということ、抗生物質の第三世代とか第四世代と言われているものがあります。これを使った方がMRSAに感染しやすいと言われていまして、この方が薬価高いんですよ。そうすると、そういうものを使って、言葉は悪いですけども、感染者が増えた方がむしろ病院としての収益が上がってくるような構造になっているんですよ。

どうやってこういう院内感染を防いでいこうとしていらっしゃるのか、その点について御説明願えますか。

○政府参考人(宮島彰君) 院内感染につきまして、今御指摘のように、やはりこれができるだけなくすということは非常に重要なことでございます。

して、そのためには一応、発生の防止、それから感染拡大の防止、発生した事例の原因究明というポイントを中心に行なうとして今取り組んでいるところでございます。

具体的なケースが起った場合については、その原因究明に取り組んで、自治体なり国から必要な学問的、技術的な支援を行うということ、それからいわゆる薬剤耐性菌の状況を把握すること、それを現行、院内感染対策サバイランスの実施をしておりますので、そういう院内感染のものと異なるいわゆる原因の菌を常時フォローアップして、それに対して適切な対応をしていくということ。

それから、医療機関につきましては、いわゆる院内感染のためのガイドラインを作っていたということ、国の方におきましても、現在、総合的ガイドラインを策定しております。それから今後、院内感染についての総合的な対策をするということ、院内感染対策有識者会議というのを開催いたしました。幅広い視点から全体の見直しを行って、有効な院内感染対策を構築しているという方向で今取り組んでいるところでございます。

○櫻井充君 果たして今のやり方で実効性はどれだけあるんでしょうか。つまり、いろんな教育をしますといったって、現場でちゃんとやれなければ全く、残念ながら机上の空論でしかないんだと思っております。

私が一つ提案させていただきたいのは、今は治療したら何点なんですよ、院内感染に関して言ったら、そうじゃなくて、病院に院内感染で起こった、例えばMRSAならMRSAでの治療費は幾らしか払えませんが最初からマルメ方式で出してしまうたら、みんな必死になって金使わないで済むように努力するわけです。むしろ、そういう保険点数でインセンティブ掛けていった方が私はいいんじゃないかと思っておりますが、いかがでしょうか。

○国務大臣(坂口力君) ここは院内感染だけの話

ではないと思うんです。ほかの、例えば褥瘡を作ると作らないのでしたら、褥瘡を作った方が長く入っているんですよ、これは。褥瘡を作らずにちゃんと世話して、そして看護をした方が安く付く。それから、関節の拘縮を起してしまえばこれもまた長くなるわけです。だから、いい医療をしているところが安くて、いい医療でないところの方が高くなっている。だから、ここをやり抜きますためには、診療報酬の中でそのことをどう評価するかということには私はなっていると思うんです。

だから、この評価の中で、いい医療を行ったところに対する評価、そしてそうでないところに対する評価、これをどうするかということをお考えないといけないと思うんです。

○櫻井充君 大臣、正しく本当におっしゃるとおりだと思っております。何か九月に内閣改造があるのかもしれないんですが、是非、大臣、また続けて厚生大臣やっていただきたいなと思っております。

本当にそういうことなんだと思っております。そして、そういう努力をして医療費が増えてくるということになれば、国民の皆さん、納得されるんだと思っております。さっきの、例えばベッドの問題についても話をしました。あるところはもう特別区だから増やしてもいいとかいうことになっちゃったたら、どこもこれもみんな特別区になっちゃったたら、いつまでたつたつた減らないし、何もできないわけですよ。

そういう努力をされた上で医療費がこれだけにになりました。高齢化社会だから、僕は高齢化社会だから医療費が増えてくるというのは若干違うと思っております。それはなぜかということ、高齢化と病気を勘違いされている方が数多くいらっしゃるからですよ。それは、だんだん息切れしてくるというのは、大変申し訳ないけれども老化としては当然のこととして、それを医者側が医療で何とかできると思っております。これも間違いです。患者さん方もそれを何とかしてほしいと思っております。もうここはあきらめてもらわな

きやいけない部分もあるんだと思うんです。

そういうことを考えていけば、必ずしもみんな、これから国民の方々も含めて全員で努力をしていくことが極めて大事なことになると思うんです。しかし、そういう努力をした上でやはり医療費はこれ以上削減できませんねということになったら、二割負担は仕方ないから三割にしてくださいとか保険料を上げてくださるということになれば、これは皆さん納得するんだと思うんです。でも、ベッドは削減しますと言つて一つも減っていないような状況で二割を三割にしてくださいと言つたつて、それから政管健保の皆さんに保険料をちょっと多く払つてくださる言つたつて、私は納得していただけないんじゃないかと思うんです。

医師会の方もたしか大反対に、衆議院のときはたしか賛成されていたはずなんです、反対に回つてきましたから、やはり医療の現場でどういふことが起こつてくるかということが分かつてくるんだと思うんです。

改めてお伺いしたいんですが、本当に今まで努力をされてきたのか。努力をした結果、やはり負担増を求めなさいいけないのかどうか、その辺について御答弁いただけませんか。

○国務大臣(坂口力君) それは、今までは今までなりにそれなりの努力を重ねてきたんだというふうに思います。

しかし、努力を重ねてはきましたが、少子高齢社会に直面したこの時点で考えれば、更に大きな改革が必要だということだろうというふうに思います。今までの延長線上で考えていたのではない、改革、思い切つた改革が必要になってきている。そのことは、今御指摘のように、ベッド数の問題もそのとおりでございますし、そして何をどう評価するかということも問題でございますし、その一番根幹のところにはやはり切り込まないといふ医療改革はできないと思つております。

○櫻井充君 是非、国民の皆さんが納得できるよ

うな、そういう形にしていただきたいと思いま

それからもう一つ。これは救急医療をやっている現場の先生からいただいた声なんですけれども、医師の労働条件、特に救急医療をやっている方々は、当直をやる、何時間でしょう、三十六時間ほとんど寝ずに働かざるを得ないんです。

この当直というのは、これは勤務になるんですか、それとも時間外ということになっているんでしょうか。

○政府参考人(日比徹君) 今お尋ねございました件でございますけれども、いわゆる宿直の取扱い問題であらうと思つて、労働基準法的に申し上げますと、いわゆる宿直につきましては、一定の条件を満たしたものとして監督署長の許可を受けた場合には、例えば一日八時間を越したときの時間外割増手当、この支払等をしなくてもいい場合が起こりますが、その場合でも、今例えば三十六時間ぶつ通しというふうなお話されましたので、先ほど申し上げました一定の条件を満たした許可の場合でも、その中で現実には、いわゆる監視、断続的業務ではなくて治療行為等が現実に入つてくるということになります、その時間分につきましては当然割増賃金の支払を要する労働時間ということになります、その時間分も、もし御指摘が、例えば三十六時間というふうなケースのときに、当直勤務あるいは宿直勤務部分について労働時間の規制、したがって割増賃金の支払が要るかということになります、先ほどのような要る場合、要らない場合が起こるといふことでございます。

○櫻井充君 賃金云々じゃなくて、労働条件のことなんです。

私も全く寝ないでその後次の日勤務したこともありますけれども、もしその夜も基本的に、例えばもうこの日は当直というふうな割り当てられたとすると、週四十時間というふうな労働条件が決められていくわけですよ。三十六時間続けて働いて

もいいのかもしれませんが、そうだったら、一週間当たり幾らという今度考え方に立ちますね。一週間で四十時間と、まず、後は超過勤務なら超過勤務の扱いになるのかもしれないけれども、その基本的な四十時間の中に当直というのは当てはまるんですか。

○政府参考人(日比徹君) 労働基準法の状況から申し上げますと、いわゆる監視、断続的労働と一般的に呼ばれるもの、これはございます。それから、労働には密度がそれぞれございます。したがつて、どういふ場合に労働時間と呼ぶかということを一律にあらかじめ申し上げることはできないわけですよ。

ただ、お尋ねは、恐らく本来、業務をやつておつて、そのほかに宿直とか当直と言われる、これが実態はいろいろだろつと思つても、恐らく宿直とか当直と言つているのは、他の時間帯に通常行つている業務じゃないつもりでいいですか、一定の巡回をするとか、そういうものとして予定されて当直あるいは宿直と言われているのが一般でございます、そういう場合であれば、先ほど申し上げましたように、一定の条件を満たしておれば四十時間の外になると。

ただ、御指摘がいろいろなケースお含みでございます、今申し上げたのは、法律ではそういうふうに取り扱つておると。実態がまた異なれば実態に合わせて判断しなければならぬということでございます。

○櫻井充君 そうすると、救急病院なんかの場合に、勤務をする、そして日常ほとんど、例えば睡眠時間が数時間とかそういう確率だつたとすると、ここは基本的な労働時間の中にもう当てはまると考えていいわけですか。

なぜかという、過労死している人もいるからですよ。体の具合が悪くなっている人もいるからなんです。当直明けで勤務しなさいいけないといふのは物すごく大変なんです。宮城県のある病院は、当直一人じゃ済まなくて、もう夜間外来です、こんなの。夜中の外来ですよ、深夜外来。当

直医、ついに二人になりました、二人体制にしましたけれども、もう現状、そういうところは一杯あるわけですよ、救急病院の中でいうと。

そうすると、その人たちの労働というものがどういふ条件なのかということをもう一度考えていただかなさいいけないと思つてます。

そして、もう一点。こういうことで考えてきたときの労働条件だつたとすると、今の医者の方々の絶対足りないんですよ、現場に行けば。この人たちが例えば三十六時間働くということになると、四十時間しか働けないんだから、もうあとわずかしかなければ。そうしたら、三日間も四日間も続けて休めるかといつたら、現場じゃとても休めないわけですから。

そういうことを考えてくると、医者の数だつて足りないんじゃないかと私は思つていられるんですよ。坂口大臣、その辺はどうお考えですか。

○国務大臣(坂口力君) 医療従事者の在り方というのは全体にやはり見直しが必要だといふふうな思ひますのは、現在の何時間働いてといふふうなことも、今まで非常に大病院を始め大きい病院もかなりルーズに私はやられてきたと思つてます。何時間寝ずに夜やつたから、それが皆時間外になるとかならないかと、請求もしないし、今までは、それが労働時間に入るとか入れないとかということ、もうそんなことを抜きにしてやつてきたといふ今までの経緯があるものですか、大変なことに正直なところなつてきているところがある。それは医師だけではなく、看護婦さんも含めて医療従事者全体についてそうなつてきているところがある。

また、衆議院の方では、大病院院垣から、今度はその病院に、どこへ行けといふことを派遣するときに、それは派遣業とかなんとかといふようなことを取つていふのか取つていないのかといふようなことも問題になつてきている。そんなのをなしに、あそこへ行つたらどうだ、ここへ行つたらどうだといふ話に今までなつていたのが現実だと思つてます。余り、いわゆる労働契約的な

ことというのは抜きにした話に今までなってきた。しかし、事ここまで参りますと、それはしかしそうはいかない事態に立ち至っているというふうに思います。

ですから、今度、診療報酬体系の見直しの中でホスピタルフィーやドクターフィーを明確にいたしますときに、そうしたこともやはり考慮に入れて、一体、病院なりとして診療所なりがどれだけ費用が掛かるのかということとつ明らかにしていかなければいけないというふうに、私は率直にそう思っております。

○櫻井充君 おっしゃるとおりだと思っております。それで、急性期病院、慢性期病院となったときに、急性期病院の人員配置というものをもう一度考え直さなければいけないと思っておりますし、労働条件というのも改めて検討し直さないとなかなか難しいんじゃないだろうか、そう思っております。

そしてもう一点。その中で、今度は医師の診療報酬といいますが、その報酬が一体どうなのか。ちょっと今日は一例だけですけれども、例えばアメリカの入院期間は短いと一日しか入院しない。例えば盲腸なんかの場合でも大体二百四十万円ぐらいだと言われています。日本ですと、一週間ぐらいだとしても三十万円から四十万円ぐらいだということになっていて、医師の数をある部分減らして、ベッドをある部分減らしていく、その代わり医師をどこかに集中させて、なおかつ労働条件というものの見直しもする必要性がありますが、その中でいったときに、やはり医療のある部分の技術に対しての評価というものも変えていたかかないと、こういった幾ら統合しているかと思ってもなかなか制度として難しいんじゃないかと思っておりますが、この点について、最後御答弁いただいで、私の質問を終わりたいと思っております。

○国務大臣(坂口力君) そこは全体の中で考えていかなければなりませんし、評価すべきところは評価をしなければならぬというふうなふうに思っています。ただ、全体のそういう構造改革をやるということは、先日も申しましたとおり、必ずしも医療費を抑制できるというわけではありませぬ。無駄を省いていくというところは徹底的に省かなければなりませんけれども、増やさなければならぬところには増やしていくということではなければ、構造改革はできないというふうに思っております。○朝日俊弘君 民主党・新緑風会の朝日でございます。今日は、貴重な時間を是非健康増進法に絞ってお尋ねをしたいと思っております。あえてこの健康増進法に絞って御質問させていただきますのは、たまたま今回健康保険法とこの健康増進法とがセットで提案をされてきておりまして、部分的に健康増進法にかかわる質疑はこれまでもとどころでお聞きをしたんですが、またもつてこの法律についてどう考えるかという議論が必ずしも十分ではなくて、このまま成立するといふのはいささか問題なしとしない、こういう気持ちで幾つか問題をお尋ねしたいと思っております。

まず、この健康増進法という法律は一体どういう法律なんだろうかということをお尋ねしたいと思います。当然、この法律の「目的」というところを読んでもみますと、「国民の健康の増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定める」と、こういうふう書いてあるわけですね。そうすると、これは相当に健康問題に関する基本法のような法律なのかなというふうに最初思いました。しかし、ずっと各項目を読んでいきますと、どうもこの法律は健康という概念、WHOが定めている健康という概念とは違って、かなり狭い範囲のことしか想定していないんじゃないか。

健康の増進の総合的な推進に関する基本的な事項というのではなくて、むしろ従来から言われていた、日本で言われていた健康増進にかかわる、あるいは健康づくりの施策にかかわる部分に

ついての法律で、しかもその中はいわゆる生活習慣病の予防対策を主に目的というか、ターゲットとして作られた法律というふうに読めてなりません。私は、本来でしたら、まず健康の問題を考えるに当たって、健康に暮らせるための基礎的な総合的な施策が必要だ。例えば都市環境、ディーゼル排ガスの問題から様々な騒音の問題まで、あるいは東京で言えば日照権、日が当たらない住宅がたかさんある。さらには、最近しばしば食の安全が脅かされている。BSEの問題しかり、先ほどの健康食品の問題もしかり。食の安全確保がどのようにきちっと確保されているのか。さらには、最近シックハウスという言葉が出てきた。その住宅、その建物に入るだけで不健康な状態になる。

こういう住むところあるいは暮らす町、そういうところの基本的な健康のための環境づくりというのが、まず第一に健康を保つためには、あるいは健康を増進するためには、そのところにまずは問題意識をきちっと当てるということが必要なのではないかというふうな思っているわけです。それが健康政策の基本だろうとまず思っているんですが、その点についてはこの法律では何も記載されていないし、問題意識すら読み取れない。これは一体どういってお気持でこの法律を作られたのか、大臣のお考えをお伺いしたいと思います。

○国務大臣(坂口力君) そこはなかなか痛いところを突かれてるわけでございますが、健康そのものを増進を図るということには、今御指摘のように、一つはこれはもう生活様式、そして環境、そして食生活、これはやはり健康を守るための三要素と申しますか、三大条件だというふうに思っております。ただ、今回のこの法律は、そういう全体のことを、それはもちろんのこと哲学的には背景とはいって申し上げますけれども、その中で一番何が現在大事になってきているかということになれば、生活様式を始めいたします、生活様式と食生活、

そうしたことによつて日本の、日本国民の健康が大きくむしばまれていく。これも事実でございます。そこに焦点を当てた法律にしたということでございます。だから、その周辺に詰められているところは必要ないのかというところではなくて、大きな環境の問題等もあるんだらうというふうに、率直にそう思っております。

ただし、この法律の中でそこまでようたつておりません。それはもう率直に認めなければならぬと思っております。○朝日俊弘君 随分素直にお認めになるので、ちょっと話が続けにくいんですが、私は、せっかく作るんなら健康政策に関する基本法みたいなものを是非作ってほしかったと思っております。そういう観点で、ちょっと非常に期待が大きいものですから、その期待の大きさに比例して、中身を見るとがっかりする度合いも大きくなると、こんな感じでおります。是非、少なくともこれからどうするかということをお互いに考えなきゃいけないと思っておりますが、健康政策にかかわる基本的な項目についてどこかできちっと整理をし、あるいは明確に提起する必要があるんだということは是非御確認いただければ大変有り難いというふうに思っています。

さてその次に、じゃ取りあえず健康づくりの推進というところに焦点を当ててこの法律を具体的に運用していくことと、こういうお考えだとして、だとして、それでも、その健康づくり全体の活動の中でも、どうも目が健康診査、健診のところに向いているような気がしてならないんです。これは従来から公衆衛生の分野に活動してきておられる皆さんに共通するある種の視野狭窄だと私は思っているんですが、例えば健康づくりを推進していくためには、まず一つは基礎自治体である市町村で、どういう健康づくり推進のための支援プログラムあるいは相談活動、こういうことがどれだけ着実に積み重ねていけるか、あるいは実態として作り出しているか。さらには、学校や

健康の増進の総合的な推進に関する基本的な事項というのではなくて、むしろ従来から言われていた、日本で言われていた健康増進にかかわる、あるいは健康づくりの施策にかかわる部分に

職場においても、最近極めて注目されているメンタルヘルス、心のケアの問題も含めて気楽に相談できる健康相談体制がどうやって作られていっているのか、安全衛生対策がどのように進められているのか、こういう基礎的条件がないと、本来目指そうとした健康診査の意味も十分に生かされないんです。それどころか、下手をすれば、健康診査をやりますと健診ノイローゼを作る。

だから、あくまでも、そういう支援体制あるいは支援プログラムあるいは相談体制ということがあって、そういうことの上に健診があれば十分にそれを生かすこともできるし、また問題が起これば受け止めることもできると、こんなふうなふうに思っていますが、そういう点について、丁寧に見ると書いていないではないかと思いつつ、どうもやはり力点が、健診、そして健診のデータの取組に焦点が当たっているような気がしてならないんです。この点についてはどうお考えですか、大臣。

○国務大臣(坂口力君) そこは、それほど健診の問題に絞っておるわけではないというふうに思います。これももう健康は、もう一度繰り返しになりますけれども、健康を見ましたときには、そこにすべてのものが健康に集約されてくるわけですね。先ほど先生が御主張になりました、環境の問題にいたしましても住生活にいたしましても栄養の問題にいたしましても、そのトータルとして健康度というものが存在すると私は思います。そうした意味ではすべてのことが含まれてはまいります、とりわけその中で今一番大きく問題になっております生活習慣病対策等、いわゆる元氣な長寿社会、その目指していくために何が重要かということに、一番の中心になっていくことは事実でございます。

そして、それを行っていきましますためには、やはり個々の人のいわゆる生活に対する相談ということが一番大事でございますし、それはマンパワーがそこで一番大事になってくると思うんですね。ここを抜きにしましてなかなかこの事業は進まな

いというふうに思います。それは、必ずしも医師でなくて結構でございます。保健師さんであり、時には栄養士さんであり、あるいは看護師さんであるかもしれません。そうした皆さん方の、あるいは薬剤師さんもちろん入っておりますし、薬剤師さん抜かしますとそれからありますが、そういうあらゆる分野の皆さんの御協力を得てやはりやっていくんだらうというふうに思います。

そういう相談事業と、だから大きく言いますところの健診といえますものの中には、今まで健診といえますと、身長測つて体重測つて、レントゲン掛けて、打聴診ちゃんちゃんとしてというようになことが健診のイメージとして浮かび上がってくるわけですが、これからの健診は、それが地域の健診であれ、あるいは企業の中におきます健診であれ、そうした全体のことに対する相談をどうこなしていくか、メンタルな面も含めましてどうこなしていくかということがやはり大きな課題になる。したがって、一日、日を取って、一日に全従業員でさつとやってみようというふうな健診では本場の健診にやはりならないだろうというふうにも私も思っている次第でございます。その辺の今後の取組を一体どういうふうにして改善していくかということが最大の課題になると思えます。

○朝日俊弘君 大臣のお答えになるようなことがこの法律を読んでいてもちょっと読み取れないんです。ですからこれは、今おっしゃったような問題意識をお持ちでしたら、例えばこれから基本指針などをお定めになるようですから、十分伝わるといってお願ひしたいなど。それは、法律に書くともう書きぶりになるんだということなのかもしませんが、どうも正直言って読み取れません。

じゃ、もう一つ違った側面から聞いてみます。この法律を、まず最初に第一条、「目的」というのがあります。先ほど御紹介したとおりです。そこからがちょっと気になるんです。第二条が「国民の責務」とある。ずっと読んでいくと、国民は

「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。」という書きぶりになっている。この書きぶりも、それはこう書くしかないんだとおっしゃるのかもしれないけれども、もうちょっと書き方があるんじゃないの。つまり、私がもしこの法律を組立てる立場にあるとすれば、まず目的があつて、その次に国の責務があつて、それから地方公共団体の責務があつて、そして様々な健康増進事業の実施する実施者の規定があつて、そしてそういう規定を背景にして、健康づくりの主役である国民は何をなすべきかということを書かなければいけないんじゃないか。

だから、順番にしろ書きぶりにしろ、どうも、何と表現したらいいんでしょう、「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。」という、こういう書き方では、これ最近の若い人は読んだだけでかちんとくると思えますよ。せつかく健康づくりの主役としてやっしてほしいということを期待を込めて作られた法律なんだろうけれども、本人に嫌気を差すような条文ではこれ話にならない。

この点については、大臣、どう思いますか。○国務大臣(坂口力君) ここは少し朝日先生と意見を異にしておりまして、個人の健康と意気は、やはりそれぞれの人がまず自覚を私を持つてもらわないといけない。そこから私はスタートをしようというふうな思っております。もちろん、国や地方自治体の責務というものは十分に私にはあるというふうに思いますが、スタートはやはり個人がそれぞれ自分の立場でその思いを持っていただくところからスタートをします。改めてここに書いたから問題なのかもしれないけれども、本当はそういう思いを持っていただいた上で、国が何をすると、こう書けば先生の御批判はなかったのかもしれない。

しかし、碎いていけば、僕はやはりそこはそうではないかと。だから、現在の人がそういう思いは持つていなければ、僕はやはり持つてもらわな

いとけない。やはり、食べたいだけ食べて、飲みたいたく飲んで、それでさあ治せと言われたつてそれはいいわけですから、それは、個人でそこはやはり自覚をまずそれぞれしていただくという、スタートはそうではないかと。

やはり、この法律の書き方としてそれが適当であつたかどうかは、私もちょっとそれはよく考えてみないといけないと思えますが、そこはやはり個人がまずその自覚を持つていただくというのがスタートではないか、そう思います。

○朝日俊弘君 私の議論を交ねじ曲げないで、答弁しないでください。私は、もうあえて論争はしませんが、個人の健康を増進し、あるいは健康を守り、育てていくためには、やっぱり本人がその気にならなきゃいけない。しばしば、健診データに基づいてお説教をされればされるほどやる気がなくなるといふ例があるんです。ですから、そうではなくて、やっぱり本人の気持ちという自発性とかをどう導き出すか、そしてどう健康づくりの取組に促していくか、それを国や様々な関係団体がどう支援していくか、こういうのが基本的なスタンスではないかと思えます。大臣の方から反論されましたが、私はその反論には納得できません。しかし、いずれにしても、この法律の書きぶりは正直言つて余り感心できない書きぶりになっているというところを指摘しておきたいと思えます。

さて、じゃ今度はこの法律がどういう組立ててできているかということで、ちょっと丁寧に縦、横見してみました。そうすると、この法律は大まかに三つの部分からでき上がっています。一つは、厚生労働省が作りになった新旧対照表というのを見せたいんですが、私は、この法律は新法だと思つていたんですね。ところが、ちゃんと新旧対照表があるんです。何だろうと思つて見てみたら、十四本の法律がずらずらと並んでおりまして、それぞれの法律の中にこういう規定があるんです。それぞれの保険者が

行う健康の保持増進のために必要な事業に関して必要な指針を公表することができる、するものとするというのが入って、その指針というのは、健康増進法に規定する健康診査等の指針と調和が保たれたものでないかぬということで、健康保険法、国民健康保険法、それから学校保健法、母子保健法、ずっと関連する法律が十四本並んでいて、それぞれの各法の部分改正がまず一つのグループとしてあるんです。だから、これは今回新たに定める健康増進法の規定をそれぞれの各個別法にもきちんと取り入れてくださいよと、こういうことだというふうに読めます。

それから、もう一つの部分は、栄養改善法をほとんどそのまま引き継いだ部分が大変たくさんあります。ずっとメーカーで線引が張ってありますから、半分くらいが栄養改善法をそのまま引き継いでいるんですね。ですから、これは何か大半は栄養改善法の一部改正で済む話ではないのかと。何でこれが健康増進法という話になってきたのか、どうも組立てがよく分からないというのが二つ目の部分。

それから、三つ目の部分は、新たに、それこそ新たに新しい法律として、とりわけ健康日本21という具体的な健康づくりのプランを進めていくための法的根拠といえますか法制化にかかわる部分、基本方針を定める等々についての部分と、こういうふうな三部構成になっているというふうには読みました。

しかし、それにしては、幾つかの既存の法律の一部改正の部分とそれから栄養改善法に係る一部改正の部分と専らでして、どうも新たに盛り込んだ部分というのは決して多くはないし、十分ではないし、極めて限定的なものになっているという印象を持つんですが、ちょっとこれ、どういふふうにかんがえたらいいのか、解説をしてください。○政府参考人(下田智久君) 今回お断りを申し上げておきます法律案でございますけれども、健康増進法案の制定に伴いまして栄養改善法を廃止するという形を取っております。

これは、元々、栄養改善法が制定されましたのは昭和二十年代ということになってございまして、低栄養による健康障害が見られるという時代に作られたものでございまして、それに比べて現在では、過栄養あるいは偏った食生活によりまして肥満でありますとか糖尿病等の増加が見られます。様々な生活習慣と関連する健康上の課題といったものが顕在化してきたといった背景を踏まえて、従来、栄養のみに焦点を当てておりました栄養改善法から、生活習慣全般に着目いたしました健康づくり支援のための法律へと抜本的な拡充を図るという考え方に立っております。

このため、その構成でございすけれども、委員御指摘のように、大まかに、従来の栄養調査あるいは栄養相談、集団給食施設、そういった従来の栄養改善法から引き継いだ部分も相当あるのは事実でございすけれども、一つ一つにつきまして今日の観点から見直しを行った上で引継ぎを行っておるということでございます。また、新たに、食生活、運動、休養、飲酒、喫煙、歯の健康など、生活習慣全般に関する健康づくりの基本的な事項につきまして健康日本21を展開してきたわけでございますが、この部分の法制化という観点から設けた規定、こういうふうに分けることができるというふうにかんがえております。

この新しく設けました規定の中には、健康づくりに関する全国的な目標、あるいは基本的な方向の提示、地方公共団体等におきます健康増進計画の策定の根拠、健康増進に関する調査研究の推進、健康診査に関する共通の指針の策定、受動喫煙防止のための措置といった、今後、健康づくりを展開する上で必要と考える事項を盛り込んだ内容になっておると、このように考えておるところでございます。

○朝日俊弘君 何か、さつき私が申し上げたような基本的な三つの構造の部分に突如、受動喫煙の話が入ってきたりという、何か不自然さがぬぐえないんです。例えば、喫煙の問題でいうと、今日の午前中にも議論がありましたけれども、もつ

ときちんと、受動喫煙の問題だけじゃなくて、もつと厳しく言うべきところは厳しく言つてという書き方だつてあると思うんです。何か基本的だから、何が言いたいのかというところへ新しい健康日本21という部分と幾つかの部分で唐突に現われて、非常に整合性のない法律になっているという感じがしてならない。私は、むしろそれならそれで、栄養改善法の一部改正と、別途、冒頭に申し上げたように健康基本法という基本的な法律をきちんと定めて、その中で健康日本21の部分について総合的に触れるということがなぜできなかったのかという気がしてなりません。そういう意味で、この法律の組立て方については極めて私は不満足であります。一から作り直せと言うつもりはありませんが、そういう意味では幾つかの組立てそのものに限界を持つていてというふうな指摘をせざるを得ません。

さて、次に、もう少し具体論に入っていきます。特に私が注目したいと思つておるのは、この法律の中で、先ほども御紹介しましたように大臣が基本指針を定めるということになっております。特にその中で、何項目か基本指針を定めるといふ項目が挙げられているんですが、私はこの中で、五番目のところに書いてある健康増進事業実施者間における連携、協力に関する基本的な事項、この部分について、どういう中身を基本指針として想定されているのか是非お伺いしておきたいと思つておるんです。

といいますのは、実は先日、十六日、参考人をお呼びしたときにもお伺いしたんですが、これは、これからこの法律に基づいて、地域保健、学校保健、そして産業保健、今まではばらばらに、あるいは個別に行われていた事業が実際に本当にどこまでどのように連携、協力できるんだらうか。そのためのシステムはどう作られていくんだらうか。あるいは、そのための支援はどのように行わ

れるんだらうか。例えば、具体的には財政的な支援も含めて考えられているんだらうか。まずは、健康増進事業実施者の幾つかの実施者間における連携、協力を可能にするための体制づくり、システムづくりに関する指針について、どんなふうにかんがえか、お聞かせください。○政府参考人(下田智久君) ただいま御指摘の厚生大臣が定める基本方針の中で、「健康増進事業実施者間における連携及び協力に関する基本的な事項」といったところがございす。その内容のお尋ねかと存じますが、まず、健康増進事業実施者といったものは何かということでございますが、これは法の第六条に規定をしておりますけれども、健康保険法等の医療を確保、あるいは学校保健法、母子保健法、労働安全衛生法、いろいろ各種の法律がございすけれども、こういった法律に基づきまして、健康教育、健康相談、健康診査等の事業を行うものを実施者というふうに定義付けているわけでございます。

この実施者が事業を行う場合に、極めて委員御指摘のように幅広い方々が参画されるわけでありまして、学校保健から労働保健、職域保健、地域保健、いろいろな方々が御参画をされるということになるわけでございますので、こうした方々の協力の在り方等々に関する事項をここで定めるわけでございます。

具体的にはどういふことかといふと、例えば効果的な事業実施のための人材確保、養成、資質の向上といったことを考えております。これは各般にわたる方々がこの事業に協力をいただくことになりまして、こういった方々の相互の相互の事業をどういふものかという理解がまず必要だといふふうにかんがえますので、そういった研修を行うとか、あるいはお互いの場合によっては人事交流を行うとか、そういったことによる資質の向上が必要だと考えております。

また、健康増進法の中で健康診査に関する共通指針というのがありますが、その中で、健康診査のデータの連続性を確保するといった観点から

はそれぞれが連携、協力をしなければならぬというふうな考えておられます、そのありようをここで書きたいと思っております。

また、こうした継続的かつきめ細かな連携、協力を確保するためには、それぞれの分野の方々がお集まりいただきまして、協議会等、調整の場を作っていただきたいというふうな考えておられて、そういう組織の設置、こういうことをこの中で書いてまいりたい、このように考えておるところでございます。

○朝日俊弘君 念のため確認させていただきます。それは大体いつごろをめどに作られる予定ですか。仮にこの法律が成立をしたとすれば、いつごろをめどに出される予定ですか。

○政府参考人(下田智久君) 九か月程度の余裕を見て実施をしてみたいと考えております。

○朝日俊弘君 相当に、また後でも関連した質問をしますが、随分とその発想という手法とかノウハウというか、あるいは置かれた立場というか、違う人たちが連携、協力するわけですから、これは日本人の最も苦手とする部分でありますから、是非そこを十分踏まえた指針をお願いしたいと思っております。

さて、そこで今の御説明の中にもちょっと出てきました、健康調査、健診をやっている、それぞれ地域保健の分野、学校保健の分野、産業保健の分野で行われている健診の実施に関する指針もこれ別途お定めになると、こういうことのようにありますが、ちょっとどんなことを内容をお考えなのか、お尋ねしたいんですが。

といいますのは、ちょっと気になりましたのは、これも先日、参考人のお話を聞いています、高知の甲田先生が何か厚生労働省の依頼でモデル事業を行われていると。そこでは個人の健康情報の標準化と健診データのデータベース化についても検討をしておいて、こういうふうな要請を受けているということ、いろいろ苦勞話も含めて御説明があったんですが、今回の健康増進法

に定めるこの健診の実施に関する指針の中身は、一体どういう中身まで想定して作られようとしているのか。特に、後の質問とも関連しますが、健診のデータのデータベース化についてはどう考えているのか、御説明をいただきたいと思っております。

○政府参考人(下田智久君) 生涯を通じて個人が自らの健康管理に積極的に取り組むための基盤整備を進めるといった観点から、今回の健康増進法の法案の中では、個別の法律に基づく各種の健診につきまして共通の指針を策定し、それに合わせて実施をしていただきたいという考え方に立っているわけでございます。

この指針の中におきましては、まず一つは異なる健診機関によります検査結果につきまして相互に比較可能なものとするための方策を取り入れていただきたい、何か考えたい。例えば、適切な精度管理はどうあるべきか、検体の運び方はどうするかとか、そういったようなことにならうかと存じます。

二つ目としまして、健診がその場限りでなく生涯を通じて経時的に比較できるような結果の通知方法、どういった方法があるのかいろいろあるかと存じます。二つ目としまして、健診がその場限りでなく生涯を通じて経時的に比較できるような結果の通知方法、どういった方法があるのかいろいろあるかと存じます。二つ目としまして、健診がその場限りでなく生涯を通じて経時的に比較できるような結果の通知方法、どういった方法があるのかいろいろあるかと存じます。

は、個人が健康情報を管理するといった観点からの健康手帳の標準的な様式を定める。また、個人の健康調査データの取扱いをどうするか。事後指導の徹底とその手法をどうするか。こういった観点からこの共通指針を定めていきたいというふうな考えをおとるところでございます。

なお、その委員御指摘の高知での事例でございますが、データベース化等につきましては、まだ研究段階といったようなこともございまして、今回、この当指針に盛り込む予定はないわけでございます。

うな規定を置いておまして、実効あるものにしていきたいというふうな考えているところでございます。

○朝日俊弘君 そうすると、確認ですが、これは神戸市からすこやか手帳というのをいただいていたが、こういう個人が持つ健康手帳にデータなりあるいは診療記録なりを書き込んで本人が保有することはあっても、その個人の健康情報、診療情報をどこかにデータベース化する考えはないということですか。何か微妙な言い方をされまして、まだ研究段階なのでこれからやるといいうな。ちょっとそこををはっきりしてください。

○政府参考人(下田智久君) ちょっと今の健康手帳の扱いでございますが、あくまでも健康診断のデータにつきましては個人が保持をするという考え方に立っております。その手帳、これは例えば就職するまでは今の母子健康手帳をそのまま継続するといったやり方もあるかと考えております。いろいろなやり方があるかと存じますが、自らがその健康手帳を保持し自分の生涯の健康管理に役立てていただきたいという観点に立っております。

したがって、先ほど申しました実施者、この方々が実施をされました健康調査のデータは、その個人に送られまして、個人が健康手帳に貼付しやすいような様式にしたらどうか。それから、血圧とか体重とか、こういったものにつきましては経時変化を見られるようなグラフをその中に作っておくと。こういったことを考えているわけでありまして、データベース化云々につきましてはこれはまだまだ先の話であるということでございます。いま、これは実用化につきましては相当時間お掛かるんであるかと思っております。現行の健康増進法につきましては、あくまでも健康手帳は個人が管理し、個人が生涯の健康管理に役立てると、こういう観点で考えておるところでございます。

健診の実施にかかわる指針についてはデータベース化までは考えていない、あくまでデータは個人が、例えば個人の持つ健康手帳などに記載して保持するということが考えていないということを確認させていただきます。

その上で、しかしどうも、もう少し研究を重ねてデータベース化を考えたというお言葉が、思いがちらほら出てきているので余計気になり始めたんですが。

といいますのは、今たまたま個人情報保護法案の問題が議論になってきていることもあるんですが、必ずしもそのことと結び付けて考えているのではなくて、実はついこの間もこんな例がありましたよ。新生児のモニタリングで赤ちゃんの検査をスクリーニングでやって、たまたまフェニルケトン尿症という診断を受けて、そのお母さんがたまたまそのことを正直に申告したら簡易保険に入れなかったという、こういう実例があったんですよ。

つまり、個人の健康情報という診療情報といふのはそれほどセンシティブですから、その取扱いについては、特にデータベース化については相当に慎重にしないと、いわゆる目的外使用に利用される可能性は極めて大きいと思っております。しかもデータベース化されればされるほど大量にデータが流れる危険性があるという意味で、私は非常に気になっております。

そこで、次の質問に移ります。

つまり、個人の健康情報あるいは個人の診療情報については、もし仮にそのデータを一定程度集めよう、データベース化しようと思えば思うほど、データセキュリティとプライバシー保護が絶対必要条件だと私は思っています。ところが、現状は極めてお寒いというか、不十分な状況だと言わざるを得ません。

まず、この個人の健康情報、診療情報にかかわるデータセキュリティとプライバシー保護について、現行、国レベルでどのような法制度上の枠組みがあるのか、どういう形でプライバシー保護

が守られるようになってくるのか。今の国会で審議されている個人情報保護法とは別途に、現行はどうなっているか、ちょっとお聞かせください。
○政府参考人(下田智久君) 個人の健康情報、極めて保護の必要性の高いものでございまして、その取扱いについては特に慎重を期す必要があるというふうにご認識をいたしております。

委員お尋ねの、現行の法制の中でどうなっているかという点でございますが、まず医師、薬剤師等に対しては刑法によりまして、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、衛生検査技師等に対してはそれぞれの資格法におきまして、健康情報を含め職務上知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしてはならないという守秘義務が課されているところでございます。

○朝日俊弘君 つまり、今後、いろんな検討がされるでしょうが、少なくとも現段階で考えると、幾つかの資格職種にかかわる守秘義務の規定で辛うじて担保されているというか、プライバシー保護に対する配慮がされているというところと、また、もう一つは、自治体レベルでどうなっているのかという点があるんですが、私もちょっと総務省の方に尋ねました。自治体レベルで個人情報保護条例についてどんな制定状況でしょうか。非常に大ざっぱに言うと、自治体レベルで条例を持っているところ、持っていないところ、それから持っているけれどもその規定ぶりがかなり厳密なところと、かなりルーズなところと、ばらつきがあるんですね。それは自治体によってそれぞれ御判断なんでしょうか。

さて、そういう自治体は、そういう個人情報保護条例の制定状況あるいは実態にあるとして、そういうところで例えば母子保健あるいは老人保健、保険者が市町村で行っている場合には、そういうところ個人情報が集まりますよね。さて、そここのところの扱いはどうなるんでしょうか。現状、国レベルでは身分、資格に関する守秘義務規定しかない。一方、自治体レベルでは個人情報保

護条例があるけれども、ばらつきがある。どんな取扱いになるかと思えますか、自治体レベルで。
○政府参考人(下田智久君) 個人情報の保護に關しまして、多くの地方自治体におきまして条例の整備が進められているということは承知をいたしております。

ただ、その内容につきまして、またどのような差があるかにつきましては十分承知をしていないところでございますが、健康情報の取扱いにつきましては、先ほども申し上げましたけれども、健康診査等に関する共通指針の中で個人の健康診査データの取扱いということも定めてまいりたいというふうにご考えておられます。こうした地方の条例の具体的な事例、こういったものも検討いたしましてこの指針を定めていきたいと、検討していきたいというふうにご考えておられます。

○朝日俊弘君 こだわりますのは、八月五日から住民基本台帳のシステムが動くという話も一方であるわけですね。ですから、国レベルだけではなくて、自治体レベルでこういう情報がどう扱われていくのかということ、かなり丁寧に配慮をしないと、そういう周辺状況という点、あるいは基礎的な自治体の実態をきちんと把握する必要があります。んじやないか。まず実態を把握していただいた上で、どのようにこのデリケートな、あるいはセンシティブな個人情報を取り扱っていただく必要があるのか、十分ここは気配りをしているかないと困るな、注文を付けておきたいと思えます。

そのことと関連して、既に、これまでに行われているがん登録事業の問題についてお尋ねしたいと思えます。
多くの皆さん御存じかどうか、全国で三十数県、既に地域がん登録という事業を行っております。このがん登録は、新たにがんという診断を受けた場合に、医療機関が登録票を自治体の登録室に送る。ここに何も書いていないんですね、本人の同意を得てということが書いていない。医療機

関が登録票を自治体の登録室に送付する。登録室において、登録の重複排除、罹患情報と死亡・生存情報の統合を行う。つまり、もし仮に私がかんだという診断を受けたら、本人の意思にかかわらず、その事業をやっている自治体の登録室に送られるわけですね。この登録事業との関連もあつて、最近、疫学研究に関する倫理方針というのが検討された結果、取りまとめられたというふうにご存じおられますが、倫理指針ですね、失礼。その疫学研究に関する倫理指針についての概要と、その指針が現在行われているがん登録事業へきちつと適用されているかどうか、この二点についてお尋ねします。

○政府参考人(今田寛陸君) 御指摘のように、疫学研究に關します倫理指針につきましては、最近のプライバシーの問題あるいは個人の情報保護の観点から、そのよるべき規範を明らかにしてほしいと、このような御要望、それから、平成十三年の閣議決定で規制改革推進三年計画が定められたわけでありまして、そこでも疫学研究等において医学全体の発展を通じて公衆衛生の向上あるいは公益の実現を図る観点から、個人情報の保護を図りながら情報の適正な活用を可能にする仕組みについて検討するようにと、このような御指摘をいただきました。

これを踏まえまして、私どもと文部科学省と一緒に検討させていただきます。今御指摘の疫学研究に關する倫理指針を取りまとめました。これを七月一日から施行ということになっております。
その内容でありますけれども、疫学研究のまず科学的合理性でありますとか、あるいは倫理的妥当性の確保を始めまして、研究者が遵守すべき基本原則を定めたということ、それから研究機関に倫理審査委員会を設置いたしまして、研究の実施前に審査を行うように求めています。また、研究を実施する場合における研究対象者からのインフォームド・コンセントあるいは情報公開の手続につきましては定めておるところであります。

御指摘のがん登録事業との関係でありますけれども、この指針そのものはがん登録事業には適用をされておられません。ただ、収集されたデータを利用して疫学研究を行う場合には当然この指針は適用されると、このように考えております。また、がん登録事業におきます個人情報の保護の必要性を踏まえまして、指針の審議の際にがん登録事業にこの指針を準用するのが好ましい、その場合の取扱いについて整理したものをこの指針に併せて通知を示したところであります。

なお、がん登録につきましては、平成八年にがん登録事業の關係者によりまして地域がん登録における情報保護に関するガイドラインが作成されておまして、事業を実施するすべての地方公共団体において、これに沿って個人情報保護への配慮が行われている、このように聞いております。

○朝日俊弘君 ということは、あれですか、がん登録事業は疫学研究ではないということですか。つまり、これ読んでみますと、「がん登録事業については、本指針は適用されないが、実施主体での運用に資するよう、」公表することとする、「実施主体の判断で本指針の全部又は一部を準用することが望ましい。」と、こういう書き方でして、要するに実施主体の判断ですよ。

しかし私は、どう考えてもがん登録事業というのはがんの疫学研究なんじゃないかと思うんですよ。その際に、データセキュリティあるいはプライバシー保護という問題、ガイドラインで一定定められているというのとは分かりますが、根幹はインフォームド・コンセントですよ。インフォームド・コンセントを取っているかどうかです。少なくともこれからはそれを原則とするかどうかという点が引掛かっているんですが、この点、もう一度お答えください。
○政府参考人(今田寛陸君) がん登録事業そのものは適用ではございませんが、先ほど申し上げましたように、これを利用して分析し、あるいは仮説を立てて検証することになりますと、こ

これは疫学研究であると、このように申し上げたわけでありませぬ。

そこで、本指針をがん登録事業そのものにおいても、この指針が述べられているところは、個人保護でありませぬとあるいはインフォームド・コンセントという観点からこの指針を準用してほしいというのがこの報告の基本であります。

そこで、この指針を準用するに当たつてどういふことに留意をすればいいかという点につきまして、今委員御指摘の、疫学研究に関する倫理指針とがん登録事業の取扱いについてという通知の中でそのことに触れております。

さて、今御指摘になりました本指針を準用する場合に、このがん登録事業におけるインフォームド・コンセントの取扱いについてはどこに該当するだろうかということについても触れられております。指針の原則に従いますと、インフォームド・コンセントの項の「観察研究を行う場合」の「人体から採取された試料を用いない場合」の、なおかつ資料に基づく場合ということに該当するであろうと。その場合には、「研究対象者からインフォームド・コンセントを受けることを必ずしも要しない。この場合において、研究者等は、当該研究の実施についての情報を公開しなければならぬ」ということに該当するであろうと。さらに、他の機関における、つまりデータを出していただく医療機関との関係においても、その施設、つまりデータを出していただく施設が取るべき措置についても併せて準用するのが好ましいと、こういう形になるだろうということについてもそこでも触れておりますが、その後段につきましては詳細は省略させていただきます。

○朝日俊弘君 ちよつと時間がなくなつてきたので、後できちんと説明を聞かせてください。いずれにしても、私は、準用していただくとか、判断は実施主体にさせていただくとか、いささか無責任ではないかと。いつまでもこのままでは良くないのではないかと気がします。そこで、最後に大臣にお尋ねします。

今、幾つかお尋ねしてきました。少なくとも健康増進法に基づく指針の中では、十分に個人の健康情報についての取扱いの注意をする、少なくとも当面、データベース化を考へていない、こういうお話までははっきりしたんですが。

しかし、後半お尋ねしたように、現に行われているがん登録事業の問題もこれあり、さらにはこれからあちこちで行われていくであろう様々な健康情報、あるいは診療情報のデータベース化の動きもこれあり、私は、個人の健康情報あるいは診療情報については、ある意味では独自のセンシティブティを持っていくために、ある独自の領域、ルールづくり、ガイドラインから法制化に向けて一定の考え方をそろそろ取りまとめていくべきではないか。大綱をかぶせるような個人情報保護法の中でどうのこうのということよりは、個別的に具体的に個人健康情報、個人診療情報についてそのようなルールづくり、法制化を視野に入れたルールづくりを考へるべきではないかと思つてますが、大臣のお考えをお伺いして、質問を終わります。

○国務大臣(坂口力君) 先ほどから委員と局長との間の意見、交互の発言を聞いておりました。話が順調に進んでいるわけでありませぬから、私が余分なことを言つて話の混乱をさせてはいけません。聞いておりました言ひたいことがございます。

それは、個人の診断を、それぞれいろいろの検査をするなりなんなりして個人の診断ございませぬ。それは、この診断の結果は個人の健康診断に役立てることは、当然これはそれが主体であるというふうに思ひますが、ある職場とかあるいはある地域での集団としての傾向を見なければならぬということも私はあると思つてます。この村において特別にある疾病が多いのか少ないのかといったようなことを見なければならぬことも私はあると思つてます。

そこはしかし、集団として扱いますときに、どここのだけばえさんという名前は要らない、し

かし性別、年齢別ぐらゐなその傾向というものが必要になるときはあります。それでもできないということになる、私はちよつとできにくいことがあつたらう。そこは私も慎重にこれは、先生御指摘のように、ここは網をかぶせるところは網をかぶせてちゃんとやっていかなければならぬというふうに思ひますが、それができるようなことはしておかなくていいかというふうなことをどうお考えに思つておられますか、先生がそこをどう、時間来ておられますけれども、先生、そこをどうお考えに思つておられるのかということでもうちよつと、一言だけお聞きしてみたい。

○朝日俊弘君 私が丁寧に個人健康情報、個人診療情報と言つておられるのは、個人が特定できる情報ということと表現してあります。

○草川昭三君 公明の草川です。まず最初に、大臣に被用者保険の在り方の見直しについてお伺いしたいと思います。

今回の改正案には、医療保険制度の改革に関する数多くの検討規定が盛り込まれておられるわけですが、その中に、保険者の統合及び再編を含む医療保険制度の体系的在り方、また政府管掌健康保険事業及び当該事業の組織形態の在り方の見直しに関する検討規定が盛り込まれておられるわけでありませぬ。本委員会でも議論になつておられるところ

です。

最近の報道というよりは、大臣もテレビに出ていろいろと対談をしてみえるわけでございますが、そんなところからニュースに流れておられるところを見ますと、政管健保については民営化を含めて検討、あるいは政管健保と組合健保の統合を検討、あるいは報道が流れてきておられるわけでありませぬ。あるいは国会の場でも政管健保と組合健保との間の財政調整が今後の課題とも答弁されておられますし、また事実、かつて政策審議会長のときにも若干本問題についての御見解を賜つたこと

もあるわけでございます。

政管健保は、健保組合の総加入数を上回る加入者、もちろん中小の方々も多いわけでありませぬか

ら、加入者を抱えておりますし、被保険者の立場から、その運営については健保組合に比べれば非効率ではないだろうかという指摘もあるわけでありませぬ。また、今回の改正で導入をされますいわゆる総報酬制の下では、政管健保と組合健保の保険料率に大きな差が生じていることも事実でありませぬ。かねてから財政力の面でもこの二つの格差というものが問題になつておられます。

いずれにせよ、政管健保と組合健保の運営と組織の在り方については見直しを避けられないのではないだろうかと思つておられますが、しかし政管健保というのは、先ほど触れましたように、中小企業者の方々の被用者が非常に多く加入をしておられることも事実でありませぬし、言わば被用者保険の受皿であつて、国保とともに国民皆保険のななめとなる制度ではないだろうかと思ひます。

将来にわたつてこの制度を安定的なものとして維持していくことは国としての責任でもあるわけでありませぬ。改革を進めるに当たつてこの点については十分な留意をすることが必要であるというのが私の意見でもあるんですが、そこで、この被用者保険制度の在り方に関する一連の大臣の御発言についてその趣旨をお伺いしたいと、こういうふうに思つておられます。

○国務大臣(坂口力君) 政管健保をどうするかという問題は、医療保険制度をこれからどうするかという中で最大の課題になるであろうというふう

に思ひます。先ほど御指摘をいただきましたように、三千七百万人ぐらゐの中にお入りになつておられるというふうに思ひます。最大のこれは保険であることも間違いございません。

これから統合化を図つてまいりますときに、政管健保をどのような形で統合化をしていくかという問題が浮上してくるだろうというふうに思ひます。政管健保といたしましては、これはもう現在

全国一本になつておられるわけでありませぬから、非常に効率よく運用されているというメリットもあるわけでありませぬ。その代わりに、逆に、メリット

がありまして、競争原理が働かないというデメリットもあるということが言われております。今後どうするかということにつきましてまだ決定を待っているわけでは現在のところございませんが、マスコミ等で聞かれましたときに、民営化をするんですかというふうな聞きかたでもありませんから、もし仮に民営化ということがあるのならば、それは独立行政法人のような形を民営化というふうにするかとは思っているのではないかと、いうことを私は申し上げたわけでございます。

いすれにいたしましても、今後、健康保険の統合を進めていきます場合に、将来、国民健康保険を例えば都道府県単位なら都道府県単位に集めていくというののも一つの有力な方法だと私は思いますが、そのときに政管健保を一本の一本で置いておくのか、政管健保も四十七都道府県ぐらいに分割をしていくのかという問題が必ず起こってくるのではないかと、いうふうに予測をいたしてしております。

そのときに、地域保険と職域保険との間でそれぞれをまず統合していくという考え方からいけば、組合健保と政管健保の間の財政調整その他を行いつながら統合をしていくということがあるんでしようし、それから今度は、それぞれの地域でもって統合するという考え方に立てば地域保険と、いわゆる国保と政管健保の一体化ということが将来話題に上る可能性もあるしと。そこをどうするかというところまでまだ議論は現在のところ詰まっておりますし、今後の課題だということに思っている次第でございます。

しかし、これからその統合化をしていきます過程の中で、一本化はされておりますが、そこは余りにも大きくなり過ぎておりますから、それぞれ少し競争原理を働かすようにしようとするかどうかということが政管健保に課せられた課題であるというふうに思っております。現在のところはその段階でございます。

○草川昭三君 今、大臣の答弁でよく分かったわけですが、たまたま、新聞の書き方というのは非

常に見出しではポイントというんですか、衝撃的な刺激的な見出しを書くと思うんですが、またまたテレビで金子慶応大学の教授との対談を、多分新聞はそれを利用して思うんですが、見出しは「政管健保 民営化含め検討 厚労相「組合健保と統合も」」というので、最後のところで「都道府県単位が望ましい」との考えを改めて示した。なんという決定的に何か将来方向が書かれているようございまして、私、今、大臣の極めて今日の御判断が答弁されたということについては評価をさせていただきますと思います。

それから二番目に、実はこれ、私も公明党も非常に熱心に取り組んでおることでございまして、衆議院でも議論になっていまして、改めてお伺いをしたいわけですが、被用者保険の出産育児一時金の見直しという項目があるんです。

〔委員長退席、理事中島眞人君着席〕

現行の被用者保険の出産育児一時金は、被扶養者のうち配偶者が出産した場合に限って支給されているため、これは当たり前のことですが、奥さんが出産をしたというのを対象にしているわけですが、妊娠中に配偶者と不幸にして死別を母子家庭になったというような例も随分あるわけですね。妊娠のために働くことができなくて、自身は自分の親の被扶養者になる場合、これはありますね、当然のことながら親の扶養者になる、こういう場合。あるいは、今日のように非常に厳しい経済情勢であり、子供夫婦が失業してしまふ、あるいはリストラに遭ってしまったらもう御主人も職がないという場合に、お父さんの、いわゆる親の被扶養者となつていくケースもあると思うんですが、このケースの場合には、子供夫婦が出産した場合については出産育児一時金というのが支給されないんですよ。

これ、実は私も非常に不勉強でありまして、そんなものは子供が生まれれば、出産、どうあろうとももらえるんじゃないのと言ったら、いや、とんでもないよと。これは、何回か申し上げますが、配偶者が、被扶養者のだんなさんの奥さんが出産

した場合に限つてということになつていんだよと、よく法律読めよと、こう言われたんですが、そんなことを一々読んで、出産一時金の支給がどうなつているかというの、残念ながら私も恥ずかしい、反省をしなければならぬんですが、支給されておられません。

そこで、こういう場合に、国民健康保険の被保険者であれば、出産育児一時金が片一方の国民健康保険の場合は支給されるという、こういう制度になつておるわけですから、制度間で取扱いが違ふということには私は問題があると思うんです。

そこで、国民皆保険の下ではすべての国民の出産費用を保障するという出産育児一時金の趣旨にかんがみれば、このような谷間というんですか、はざまが生じるような取扱いは解消すべきであると考えらるんですが、今回の改正案ではこうした問題について何か対応が立てられているのか、細かい話でございまして、お伺いをしたいと思います。

○政府参考人(大塚義治君) 御指摘のケースでございますが、結論を先に申し上げますと、今回の改正案の中にこの問題を解消する項目を入れておるつもりでございます。

御指摘のように、今日現在までの法制度によりまして被用者保険における出産育児一時金は、被扶養者のうち配偶者の場合に支給するという規定でございました。現実問題としては当然のことながらこのケースが大部分でございまして、率直に申しまして私もそう大きな問題があるという認識が薄かった時期がございました。

ちょうど今お示しのようなケースがあり得るわけでございますが、実は私も、例えば国民健康保険を運営しております市町村の実務の担当者などとの会議などで、被用者保険ではそういうケースによっては出産育児一時金が支給されないということもあるの、便宜、出産時に国民健康保険に移れるケースがあると、もちろんそれは決して正しい方法ではないのでございますが、そういうケースもあるんだということも耳に

たしたりいたしましたので、今回これは手直しをする必要があるということで、具体的に申し上げますと、従来は法文上は健康保険法における規定では、被保険者の被扶養者たる配偶者が分娩したときと、こういう規定であつたわけでございますが、今回被保険者の被扶養者が出産したときはというふうな手直しをいたしまして、御指摘のような問題は、この改正で解消できるというふうな考えでおります。

○草川昭三君 今の答弁で再確認をしまして、私もいい報告ができると思うのでございまして、子供さんが生まれた場合には国民健康保険では三十万円、ですから今回のこの健康保険制度の改正で一児につき三十万円を支給するという、こういうことになつたわけでございますので、これは非常に一つの私はメリットというんですか、ことではないだろうかと思ひます。

〔理事中島眞人君退席、委員長着席〕

それで、もうこれは答弁は結構でございますが、この三十万円をもらうわけでございますが、その以前に貸付金制度というのがあつたわけでありまして、それを担保と言ふ言葉が悪いのでございまして、それを担保にして役所に行つてお金を借りるといふ若い新婚さんも随分お見えになるわけでありまして、是非この出産の貸付制度についても各地方自治体等で窓口でいい対応をいただきたいと思ひますし、細かいことを言うようではございませんが、お金を、貸付制度を利用する場合に印紙税が要するんだそうですね、印紙税が非常に細かい話ですが。

その印紙税の金額は余り大きくございませんけれども、いかにも私は役所的と言ふとあれでございますが、しかし、法律はやはり行政からお金を立て替えて前払いをするわけでありまして、それなりの手続が要するといえどもそのとおりで一言もないわけでございますが、そういう点はひとつ今後の運用に当たつて是非柔軟なまた対応、あるいはいい知恵があるならば住民サイドの立場に立つ行政を是非やつていただきたい、これは要望

でございますので十分考えておいていただきたいと思ひます。

その次に、これも私も非常に不勉強でございますが、大学病院の診療報酬体系の見直しの中で包括化というのがあるんですね。今回の診療報酬改定については、これまでの審議の中で再診料などの通減制や手術の施設基準などについて数多くの委員の方からいろいろ取り上げられてきておりますけれども、この内容を改めて私も勉強させていただきますと、今後の診療報酬の体系にかかわる重要な項目も入っているのではないかと思ひます。

その一つが、大学病院等における医療機関別の包括化という言葉になるんですが、包括化でありまして、これはアメリカなんかでもいわゆる診療群別定額報酬支払方式、DRG・PPSというように専門用語では紹介をされているようでございますが、これとは異なる手法であると私どもは理解をしておりますけれども、この趣旨及び来年の四月の実施に向けてどのような検討状況になつていのか、お伺いしたいと思います。

これは、小さなクリニック、病院等においても、あるいはまた先端医療を担う大病院も、同じ診療行為であれば基本的には言うまでもなく同じ点数というのが現在の体系でございますけれども、これを見直すというように中医学協等々でも幾たびか提言をされておるわけですが、そういう意味では一つの第一歩だと考えてもいいと思ひますが、これからの今後の診療報酬体系の見直しに当たつて、基本的な視点、どういふところに視点を置いてこの報酬体系の見直しをされるのか、この包括化という問題をどう生かしていけるのか、お伺いしたいと思います。

○政府参考人(大塚義治君) 医療機関別のいわゆる包括評価の導入についてのお尋ねでございます。

お話がございましたように、今回の診療報酬改定におきまして、主として、様々な視点はあるわけでございますけれども、医療機関の機能分担を

より進めると。特に、高度医療を担う特定機能病院等におきましては様々な、多様な、なおかつ高度な患者あるいは疾病を対象にしておりますので、それぞれの医療機関の特性も生かしていただくという趣旨も踏まえまして、これらの医療機関につきましては、従来いわゆる診療行為別の出来高払と言われるような仕組みから患者の疾病別の包括払に転換しようということの中で中医学協でも御議論をいただいたわけでございます。

基本的に、方向としては、いわゆる診療する立場あるいは支払をする立場、両側からそういう方向に進めようという御賛同を得ましてその方向で進めるわけでございますが、具体的な点数の設定などにつきましては一年ぐらいの検討期間が要するというところで、来年度、おおむね一年後から実施ということになっております。

と同時に、この間に、当然のことながら大学病院関係者の御意見なども承る必要があると思ひまして、既に数次にわたりまして御説明会というように形で、この制度の趣旨、目的あるいは今後の検討のスケジュールなどを御説明をしております。

さらに、具体的な内容についてはこれから詰めてさせていただきますと、こういうことになっておるわけでございますが、一点だけ念のために申し上げますと、先ほどDRG・PPSというアメリカを中心とした支払例をお取り上げになりました。これも今後の議論の課題、対象の一つでございますが、当面大学病院などに導入をするという方向で考えておりますのは、疾病別ではありますけれども、それぞれの大学の実績も踏まえる、病院の実績も踏まえるという点で若干の質の違いがございます。全く同じものではないと思ひます。その点だけ念のために申し上げておきますが、大きな枠組みはかなり類似をしたものになるというところも言えようかと思っております。

と同時に、それを踏まえまして、今後の診療報酬体系の見直しでございますが、これにつきましては午前中も大臣から御答弁を申し上げておると

ところでございますけれども、現在の診療報酬体系が施行されて四十年を経過をいたしました。その間に、医療提供体制も、また疾病構造も大きく変化を遂げてきております。もちろん、それぞれの時期に應じて、原則として二年に一度の見直しの中でそうした実態に対応する検討、見直しが行われておりますけれども、やはり非常に複雑になり分りにくくなつていまして御指摘は否めないわけでございます。今後改めて診療報酬を定める基準あるいは尺度というものはつきりさせていこう、明確化させていこうという問題意識の下で、基本に立ち返つた見直しを行うという方針でございます。

具体的に申し上げますと、これも午前中の御質疑の中で御議論がございましたけれども、医療機関の機能あるいは規模に応じたコストというものが適切に評価される仕組みはどういう仕組みが適当か、あるいは技術の難易度、あるいは診療に要する時間、患者の疾病の種類あるいは重症度に応じた評価というものをどういう仕組みで診療報酬上体系化するのが合理的かと、こういったような観点で検討を進めたいと存じておりますが、今、有識者などの御参加も得て御議論させていただきますところでございます。

引き続き幅広く関係者の御意見も聞く必要もございまして、さらに今年度中に基本方針を定めるということにいたしておるわけでございますので、鋭意検討を進めてまいりたいと考えておるところでございます。

○草川昭三君 今、おおむね一年後を目途として、たゞいま包括評価の導入を図るという答弁がございましたが、特定機能病院の入院基本料についても一年後に今度は廃止をするというようにも併せて何か出ておるんですか。そこをちょっと答えてください。

○政府参考人(大塚義治君) これはちょうど、今も申し上げました、来々、一年後を目途といたしました入院医療の評価の包括化を前提とした見直しの裏腹でございます。現在は入院基本料とい

うもの上に様々な診療行為ごとの出来高と、こういう体系になっておるわけでございますが、今回、これを包摂いたしますと、その裏返しといたしまして特定機能病院等における基本料というのは、この部分は廃止すると、ちょうど一体のものとして御理解いただければ有り難いと存じます。

○草川昭三君 じゃ、少し今度は問題を変えまして、臨床心理職問題についてお伺いしたいと思います。

私は今年の二月八日の参議院の本会議でもこの問題を取り上げたわけでございます。四月十六日の当委員会でも、近年急増しております心身症や神経症の患者に対する治療体制の充実を求める立場から幾つかの問題提起を行いました。

最近、若い人たちの間に、心の不安や体の不調が原因となつて起きるいわゆる引きこもりや不登校、それから食事を食べないという拒食と食べ過ぎの過食を繰り返す摂食障害、あるいは強いプレッシャーで急に動悸や息苦しさを感ずる過呼吸症候群というんですか、といったような症状が大変増えていると専門家の方々から指摘をされております。これは本会議でも申し上げたんですが、子供さんだとか学生ばかりではなくて、最近、社会人の間にも、もう会社に行くのが嫌だと言つてある日突然出社困難に陥つてしまつたという方も随分お見えになりました。家族ばかりではなくて企業等々においても非常に労働担当者から心配の相談を私どもも受けておるわけです。そこで、専門家である心療内科医や臨床心理士などの援助がどうしても必要だということを本会議でもお伺いは委員会でも申し上げました。

それで、今申し上げたような心身症や神経症を専門にするお医者さん、心療内科というんですか、これはお医者さんの数が少ない上に診療報酬などの面でも十分な手当をされてないというところを、これは私自身も申し上げたわけですが、一方、ここ最近、心療内科を標榜する開業医を訪ねる摂食障害に悩む患者の中には、いろいろな原因で起きて、自分の体を自分で傷付ける自

傷、自らを傷付けるといふ、そういう重い症状の方々が目に見えて増えているわけです。今日は細かいことを申し上げませんが、私がかねてから主張しております摂食障害患者専門の入院施設の設定を改めて強くこの際要望をしておきたいと思うんです。

そこで、心の専門家である臨床心理士などの問題でございますが、現在、厚生労働省は臨床心理士職の資格制度について研究班を作っていたいでいるようであります。医療・保健領域に限定をした医療保健心理士という名称の国家資格案をまとめつつあると聞いておるわけですが、私は、臨床心理士を始めとする臨床心理職の方々が公の資格、公的な資格がない中、それぞれの分野で活躍をされていることを非常に評価をいたしますし、何人かの方々に私をお会いをさせていただきましたが、その能力とか専門知識を安定的に生かすためには、何らかの公的資格があつてもいいのではないかとこの立場なんです。

ところが、厚生労働省がまとめようとしております医療保健心理士については、現場で臨床心理職に携わる関係者から疑問の声が出ておるわけでありまして、過日も某新聞に論点として投稿をされている方もおみえになります。

それで一つ、一点目は、私は問題提起なんです。臨床心理職の業務が医師の指示の下に行うとされている点で、心理職は医療以外の領域で心理的援助業務を行う場合も医師の指示が必要となるのではないかと。これは私どもの素人の見解ですが、やっぱり医師との関係はそういうものが必要ではないかということですね。

それから二点目は、心理職の教育について、医学教育に重点が置かれ、心理学というものが軽視をされていることにはなるのではないかとこの問題。

これについて厚生労働省は現在どのように考えておられるのか、改めてお伺いをしたいと思います。

○政府参考人(高原亮治君) 草川委員御指摘のと

おり、これは極めて重要な領域でございます。その臨床心理技術者の業務と資格の在り方につきましては、厚生科学研究費の事業におきまして研究をこれまで継続してきたところでございます。その報告書に関するお話だろうと思っておりますが、その報告書には次のような見解が示されております。

この研究班で対象とした業務ないしは資格につきましては、医療機関における医療サージャイスの分野に限定しております。したがって、それ以外の領域については何も述べておりません。それから、この臨床心理技術者が行う心理療法若しくは心理的関与を行う対象は、何らかの心身の障害や疾病を有している人が医療機関に来院したというその場合の想定でございます。そういうふうな前提を置きまして、病院や診療所などの医療施設における臨床心理業務については医師の指示に従うというふうな構成で報告書をいただいている。

これは、あくまでも研究班の議論でございます。政府として、ないしは厚生労働省としての考え方は、これをまた諸般の関係者の意見を聴いて踏まえることにならざるを得ないと思っております。あくまでも研究班の議論でございますが、この研究班の議論にしたところで、医療保健心理士、これは仮称でございますが、制度が適用される範囲を保健・医療分野に限定しているところでございまして、厚生労働省の所管分野の中でも、例えば福祉分野についてはこの制度でいくというところは取りあえずこの研究班では考えておりません。また、もちろん、例えば教育心理学のような教育分野に関する心理業務、そういった福祉分野や教育分野等については、そういった領域における心理業務にまで医師の指示が及ぶことは全く想定されておられません。

それが委員御質問の第一点の話でございますが、続きまして第一点でございますが、この受験資格につきましては、大学において心理学を履修していただく、これは大前提でございます。更に

それに加えまして、医療・保健分野で、保健・医療分野で働いていただくわけでございますので、医療・保健関係法規等については履修していただくということも重要なことかと考えております。その後、医療機関での実習などによりまして臨床医学に係る基本的事項も修得することを要件として想定されております。

したがって、心理学の基礎知識を必須とする、これは当然でございます。心理学の軽視という御指摘は必ずしも当たらない、私どもはそう考えておるわけでございますが、あくまでもこれは研究班の報告書であるということで御理解いただければと考えております。

以上でございます。

○草川昭三君 たまたまそういう心配をする投稿もこれあり、今の質問をさせていただいたわけですが、前回も申し上げましたが、この問題は、厚生労働省と財団法人臨床心理士資格認定協会、これを所管する文部科学省との間に長年にわたつて意見の相違があるわけでありまして、この点は四月十六日の当委員会においても私が取り上げまして、坂口大臣からいつまでも捨てておいてはいけないとの御答弁をいただいたわけでありまして。

臨床心理職に対する期待は、医療に限らず教育やあるいはまた今日の司法矯正の分野からも寄せられているわけでありまして、どうかこの業務に携わる様々な立場の方々が忌憚のない意見を出し合う中でいい結論が生まれるよう、行政としても御指導のほどをお願いを申し上げたいという要望をさせていただくわけでありまして。

そこで次は、この健康増進法について少し議論させていただきます。これは法律から、栄養不足時代の栄養改善法という法律から、豊かな時代における生活習慣全般にかかわる健康づくりの支援法にこの法律というのは拡充する、こういう呼び掛けというんですか、メンスローガンで審議をしたわけでございますが、過日の参考人質疑等もいろいろ御意見があつたわけでありまして、この問題を進めるに当たっては、各省庁間の

縦割り行政の壁を乗り越える必要がある、政府全体として健康づくりに取り組み体制づくりが必要であるというように私は痛感したわけでありまして、また多くの委員からも同様の御発言があつたと思うんですが、改めて、この点についてどう取り組まれるか、基本的な姿勢をお伺いしたいと思います。

○国務大臣(坂口力君) 国民の健康を守ってまいりますときには、一生を通じてその人がどういう経歴を踏んできたかといったようなことも大事でございますので、ある年齢によりまして厚生労働省でありましたり文部科学省でありましたり、あるいはまた厚生労働省に戻つたりといったようなことでは、なかなかうまくいかないということから、健康診断一つにとりまして、できるだけ生涯を通じて見られるようにしたいというところを言っているわけでございます。

そういったことを、各省庁間の連携というものが大事になってくることは御指摘のとおりでございます。これは、そこを乗り越えてやっていかないと、やはり国民の皆さん方から見て一番それがいい方向に行かないといけないというふうな思っております。

また、健康診断一つを行うにいたしましても、先ほどからお触れになりました臨床心理士の問題一つを取り上げても、これは厚生労働省と文部科学省との間でよく話をしないと行けない。いつまでも同じようなことで、そして対立したままに放置をするということも許されません。やはり、そうした一つ一つを早く積み重ねていかないと、国民にとりましては甚だ迷惑なことだということに思っていますから、そこは私どもも真剣に取り組んでいかなければならないというふうな思っています。

それぞれの省庁がそれぞれの経過を持って設立したことであつたといつたとしても、それは省庁のためにあるわけではなくて国民のためにあるわけでありまして、譲るべきところはお互いに譲つていかなければならないというふうな考えて

いる次第でございます。

その他、とりわけ地域とそれから職場の問題につきましても、地域と職場は、これはもう一人の人にとりまして、家庭に帰れば地域の人になるわけでございますし、またお勤めになれば企業の人になられる方も多いわけでありまして、それを企業の人あるいはまた地域の人のいうふうにする分けをして管理をする、あるいはまた健康の問題を考へるといふのもいささかどうかというふうに思ひます。

大変多くの省庁にまたがる話もあるわけでございますけれども、そこはひとつ大いに議論をすることは結構でございますが、一つの方向性に行けるように、よく協議を進めていきたいと思います。

○草川昭三君 今、地域というお話がございまして、全くそのとおりだと思ふんですが、今回のこの法律についての資料を大分厚生省からいただいたておりますが、身近な自治体を中心に住民も参加をしておるといふような先進的な活動をしてる自治体としていい例があれば、この際どんな例があるか、少し御報告を願ひたいと思ひます。

○政府参考人(下田智久君) 平成十二年から実施をいたしております健康日本21の中で、地方自治体が地域の特色を生かして計画を作るようにといふふうに呼び掛けてございます。平成十四年五月の時点で、三百を超える市町村が健康づくり計画を策定されたといふふう聞いておりますが、その中には地域の実情に応じて非常にユニークな形の計画が幾つか見られるところでございます。

その中で先進的あるいはほかのモデルとなるような事業というものが様々ありますけれども、例えば栄養・食生活の分野の例といたしましては、佐賀県の江北町にございます祖父父母と孫と共同で料理を作っていくと、こういった面白い取組をなされておるところもございまして、また、運動といたつた分野でいきますと、岩手県の胆沢町、ここは住民からそれぞれのいろんな自分に合った運動による健康づくりのアイデア、こういったものが

出されておりました、運動アイデアブックといったものを作成し、配つておるといふふう聞いております。また、岐阜県のお志見市では、休養といたつた観点から、「こころいきいき生活宣言」なるものを推奨いたしまして、個人の休養に係る意識を促すという取組をされておられますし、滋賀県の大津市では、市民の健康づくりを支援する店あるいは商店街を登録するといった健康づくり応援事業といったものを町ぐるみでおやりになっておると、こういったユニークな取組を聞いておるところでございます。

○草川昭三君 今具体的に幾つかの例が答弁されましたが、健康日本21の地方計画の策定状況というのを見ますと、すべての都道府県において、計画策定済みというのが、三千二百四十六のうち、策定済みというのがまだ百四十、十三年度中に策定予定というのが二百七十四、平成十四年度中に策定を予定するというのが八百三十九、それで平成十五年に策定予定は二百五十一という、こういう数字が厚生省からいただいたのがあるわけですので、まだ未定というのが千七百四十二あるわけですよ。

これはこれから始まることですから、そうあつたという間に全国が一斉に動くというわけにはいかないと思ふんでありますけれども、せっかく平成十四年度の事業費に予算も付いたわけでありまして、効率的な、ひとつ年代に応じた健康スポーツの振興とか、あるいは生活習慣改善のための教育だとか健康診査の充実等、様々なメニューもあると思ふんで、是非それは進めていただきたいと思ふわけですよ。

そこで、ちよつと飛びますけれども、時間がどんどん過ぎますので。気になることがあるんですが、若いうちから健康づくりが非常に重要だと思ふんですが、働き盛りの世代の男性に肥満が増えていると聞くんですが、言葉が悪いんですが、笑つておられる人がいますけれども、ちよつとここは真剣にこの議論をしなければいかぬのですが、どうも私もそういう感じが

するんです。男の方が多いいんです。それで、こうした世代に健康づくりに取り組むように、何かどういふ方法があるのか。厚生省の数字を見ましても、肥満者の割合の変化というのは明らかに男性の方が右肩上がり、女性の方が減つておられるんですね。これはもう何とかさんといふような女性の有名なスターなんかを見ているから、そちらの方に引つ張られるかも分かりませんが、けれども、男がちよつとこれ上り、カーブが高過ぎるような気がするんですが、その点はどうかお考えか、お伺ひしたいと思います。

○政府参考人(下田智久君) 確かに、国民栄養調査を眺めてまいりますと、男性の肥満者の割合というのはのがすべての年代で高くなつておるといふことは事実でございます。逆に、女性の若い世代、二十代とか三十代のところはやせておられる方が増えておるといふ、その逆の傾向も見られておる。非常にその辺は、男性の肥満とそれから若い女性のやせといった問題が最近注目をされておるといふことは事実でございます。

そこで、成人の肥満者の減少といったことを健康日本21では目標の一つとして今まで運動を続けてきたわけでございますが、このことにつきましてもはすべての様な年代層に働き掛けをしなければ、どこか一つだけやつても効果がないといったこともございます。

そういうことから、すべての年代に働き掛けが必要があるわけでございますが、特に働き盛りの壮年期にあつて無理なく肥満解消を含めました健康づくりに取り組むるといったことをするために、休日、休暇を活用しました健康増進のための活動の促進、あるいは休養の重要性といったものを健康増進法案の基本方針の中に定めて、関係団体等の幅広い協力を得ながら、この個人の健康づくりを支援する環境づくり、これを作つてまいりたいと思ひます。

○草川昭三君 是非それは進めていただきたいし、またPRもやつていただきたいと思ひます。それから、この健康づくりについて、実は私も公明党はプロジェクトチームを作りまして、温泉をもつと活用したらどうだろう。これは地域の活性化という面もあるわけでございますが、健康づくりにおける温泉の活用をもつと大々的に、それこそ地方自治体等の協力を得たり、あるいはまた、何かこれは年齢別でも結構でございますし、いろいろなやり方があると思ふんですが、提案をおつておられるんですが、厚労省としての考えがあればお伺ひをしたいと思います。

○国務大臣(坂口力君) 温泉療法の有効性につきましては、もう少しやはり科学的なデータの蓄積ということも大事ではないかというふうな思つておられますが、いづれにいたしましても、昔から、健康と温泉というのはかなり皆さんの心の中にももう定着をしてきておることも事実でございます。健康づくりに対します社会的な支援の重要な柱の一つであることは間違いないといふふうに思ひますので、この基本方針の中にも位置付けまして、更にひとつ普及に努めてまいりたいといふふうな思つておられますが、ただ、温泉というだけではなくて、いわゆる水を使ひました健康療法、それは温泉の場合もございまいし、それから冷水の場合もございまいし、そこでの運動の問題もございまいし、いろいろの問題があるのかというふうに思ひます。

そうしたもう少し幅広い運動あるいは体に対する刺激、そうしたもので健康の問題をやはり考へていつてはどうかというふうな思つておられます。

○草川昭三君 これは是非、私も繰り返して、またこれからいろんな知恵を出し合ひながら問題提起をしたいと思いますので、是非御協力をお願いをしたいと思います。

それで、時間がどんどん迫つてまいりましたので、最後になりますが、社会福祉士関係について二問ほど質問をしたいと思います。

それで、社会福祉士という制度がありますが、これは、日常生活に支障がある人に相談だとか助言あるいは指導、援助をする制度ですけれども、

この資格を得るには社会福祉系の大学で指定科目を修了するなど、そのほかにも四つの方法があるんだそうですが、大変難しい国家試験を受けてこの資格を取るわけです。なかなか難関なようではないかと、ようやくパスをするという方々も御苦労されてお見えになりますが、現在、この有資格者の現状あるいは希望状況、専門学校に入る場合にもテストがあるというようなことだそうですが、どんな現状になっておられるのか、お伺いしたいと思います。

○政府参考人(眞野章君) 平成十四年六月末現在で社会福祉士の資格を取得されている方、これは三万七千八百二十二人おられます。

社会福祉士の国家試験創設以来、受験者、それから合格者、両方とも年々増加傾向にございまして、昨年といいますが、昨年度、十四回目、今年の一月に実施をいたしました社会福祉士の国家試験では、二万八千三百二十九人が受験をされまして八千三百四十三人が合格をされた。三割弱ぐらいの合格率ということで、福祉士を希望される方が年々増加をしてくているという状況でございます。

○草川昭三君 非常に私はいは傾向だと思っております。しかも、若い方々が非常に熱心にトライをしておみえになるわけでございますし、今お話がありましたように、二万八千人の方が例えば最近受験をされている。難関で三〇%だという答弁でございますが、問題は、せっかく国家資格を取ってもなかなか勤め先というのがないんですね。有資格者は、障害者施設とか老人福祉施設あるいは児童福祉施設等の指導員とか福祉施設のケースワーカーとか社協、いわゆる社会福祉協議会の職員になることができますけれども、いわゆるそういう職員はまた別途の採用基準というのがあるわけでありまして、この必須条件にはなっていないんですね。

ですから、せっかくの国家試験を取得しても利用されないような制度では宝の持ち腐れではないだろうかという声も非常に強くなるわけでありま

して、もつと今日の福祉社会における活用方法というのは考えるべきではないだろうか。あるいはまた、何らかの施設なんかの許可の場合には、こういうせっかくのこの国家試験を受けられた社会福祉士というのがある程度何人か採用すべきだということのような、そういう行政指導を私はあつてもいいのではないかと思っておりますが、その点のようなお考えか、お伺いをしたいと思います。

○政府参考人(眞野章君) 平成十三年の三月に、職能団体であります社団法人日本社会福祉士会が言わば資格を持っておられる方の調査を行っております。

回答をいただきましたのは七千八百人ほどでございますので、先ほどの資格を持っておられる方三万八千人弱に比べますとかなり母数は少ないのでございますが、回答されたうちの六割の方は、福祉施設等において相談員、指導員、又はソーシャルワーカーというような職種に従事をされているという回答をされております。

こういう社会福祉士に關します専門的な知識及び技能を有します社会福祉士がこういう福祉施設等の現場に広く活躍していただくということは、福祉サービスの質の向上につながるということで、私も、非常に期待をいたしておりますし、望ましいことだと思っております。

また、最近のいろんな制度改正の際には、例えば介護保険法に關連いたしました、いわゆるケアマネジャー、介護支援専門員の受験資格に社会福祉士というものを位置付けておりますし、平成十二年に児童虐待防止法、いわゆる児童虐待防止法が制定されましたけれども、その際、児童相談所のいわゆるケースワーカーであります児童福祉士の任用資格、又は児童相談所の所長の要件、これに社会福祉士というのを法律上明記をしていただきました。

また、平成十二年の社会福祉事業法等の改正、社会福祉法の制定の際の目的の一つでございますが、例えば苦情処理、それから地域権利擁護事業、これらを県の社協に置かれます運営適正化委員会

が行うということになっておられるわけでございますが、その運営適正化委員会の社会福祉士に關して学習経験を有する者である委員、これに社会福祉士を明示していただく。そういうようなことで、社会福祉士の持つておられる能力、それを積極的に活用するというところでいろんな形の努力を行っております。

今後とも、そういう福祉の現場における積極的な活用につきまして努力をしてまいりたいというふうに思っております。

○草川昭三君 時間が来ましたのでこれで終わりますが、是非、今のような答弁を具体的にまた発展をさせていただきたいと思っております。

今日は、本日は最後に医療安全推進総合対策について幾つかの質問を事前に申し上げておりましたが、ちょうど時間になりましたので、また次の機会に譲らせていただきたいということで、おわびを申し上げて、質問を終わりたいと思っております。

どうもありがとうございました。

午後四時三十分散会

○委員長(阿部正俊君) それでは、本日の質疑はこの程度といたしまして、これにて散会いたします。

第七部

厚生労働委員会会議録第二十号 平成十四年七月十八日【参議院】

平成十四年七月二十六日印刷

平成十四年七月二十九日発行

参議院事務局

印刷者 財務省印刷局

C