

第百六十四回国会 衆議院 厚生労働委員会 議 録 第十五号

平成十八年四月十四日(金曜日)

午前九時十二分開議

出席委員

委員長 岸田 文雄君

理事 大村 秀章君 理事 鴨下 一郎君

理事 北川 知克君 理事 谷畑 孝君

理事 寺田 稔君 理事 園田 康博君

理事 山井 和則君 理事 福島 豊君

新井 悦二君 井上 信治君

石崎 岳君 宇野 治君

上野賢一郎君 加藤 勝信君

川条 志嘉君 木原 誠二君

木原 稔君 木村 義雄君

清水鴻一郎君 柴山 昌彦君

菅原 一秀君 杉村 太蔵君

鈴木 淳司君 高島 修一君

戸井田とおる君 富岡 勉君

長崎幸太郎君 西川 京子君

林 潤君 平口 洋君

福岡 資麿君 松浪 健太君

松本 純君 御法川信英君

村田 吉隆君 岡本 充功君

菊田真紀子君 郡 和子君

仙谷 由人君 田名部匡代君

古川 元久君 松本 謙公君

三井 辨雄君 村井 宗明君

柚木 道義君 上田 勇君

高木美智代君 高橋千鶴子君

阿部 知子君 糸川 正晃君

議員

議員

議員

議員

議員

厚生労働大臣

川崎 二郎君

同日

厚生労働副大臣

厚生労働大臣政務官

(防衛庁防衛参事官)

(政府参考人)

(総務省大臣官房審議官)

(政府参考人)

(文部科学省大臣官房審議官)

(政府参考人)

(厚生労働省医政局長)

(厚生労働省健康局長)

(政府参考人)

(厚生労働省老健局長)

(厚生労働省保健局長)

(厚生労働省労働安全衛生局長)

厚生労働委員会専門員

委員の異動

四月十四日

辞任

上野賢一郎君

菅原 一秀君

西川 京子君

原田 令嗣君

御法川信英君

三井 辨雄君

同日

辞任

宇野 治君

木原 稔君

鈴木 淳司君

長崎幸太郎君

村田 吉隆君

松本 謙公君

同日

補欠選任

御法川信英君

赤松 正雄君

西川 京子君

西山 正徳君

大谷 泰夫君

磯田 文雄君

松谷有希雄君

中島 正治君

磯部 文雄君

水田 邦雄君

榊原 志俊君

辞任

柴山 昌彦君

菅原 一秀君

補欠選任

菅原 一秀君

本日の会議に付した案件

政府参考人出頭要求に関する件

健康保険法等の一部を改正する法律案(内閣提出第三十七号)

良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案(内閣提出第三十八号)

小児医療提供体制の確保等のために緊急に講ずべき施策の推進に関する法律案(小宮山洋子君外四名提出、衆法第一七号)

医療を受ける者の尊厳の保持及び自己決定に資する医療情報の提供、相談支援及び医療事故等の原因究明の促進等に関する法律案(園田康博君外三名提出、衆法第一八号)

○岸田委員長 これより会議を開きます。
内閣提出、健康保険法等の一部を改正する法律案、良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案、小宮山洋子君外四名提出、小児医療提供体制の確保等のために緊急に講ずべき施策の推進に関する法律案及び園田康博君外三名提出、医療を受ける者の尊厳の保持及び自己決定に資する医療情報の提供、相談支援及び医療事故等の原因究明の促進等に関する法律案の各案を議題といたします。
この際、お諮りいたします。
各案審査のため、本日、政府参考人として防衛庁防衛参事官西山正徳君、総務省大臣官房審議官大谷泰夫君、文部科学省大臣官房審議官磯田文雄君、厚生労働省医政局長松谷有希雄君、健康局長中島正治君、老健局長磯部文雄君、保険局長水田

邦雄君の出席を求め、説明を聴取したいと存じますが、御異議ありませんか。
〔異議なしと呼ぶ者あり〕
○岸田委員長 御異議なしと認めます。よって、そのように決しました。
○岸田委員長 質疑の申し出がありますので、順次これを許します。木原誠二君。
○木原(誠)委員 おはようございます。自由民主党の木原誠二でございます。
本日は、野党の皆様も御出席いただきまして、与野党一緒になって、まさに重要な法案でございます。また、国民がまさに注視をしているし、国民の生活に最も直結する法案でございます。与野党一緒に議論できますことを大変感謝申し上げます。このように思う次第でございます。
私自身は、きょう、三十分間お時間をちょうだいしております。その時間の中で、閣法、政府提出法案につきまして御質問させていただきたい、このように思っております。
お聞きしたいことは多々ございます。少し駆け足でいろいろ御質問させていただきたいと思いますが、その前に、ひとつ私の体験をお話させていただきたい、このように思っております。
私は、四年間イギリスに暮らしました。一番最初が一九九五年から九七年、これは留学生としてイギリスで生活をしたわけでございます。留学生としてイギリスの大学に行きますと、まず手渡されるものが、いわゆるお医者さんのリストを手渡されます。この中から、GP、いわゆる家庭医を自分で選びなさい、そして登録をしないというところで、自分の寮のそばのお医者さんたちのリストを渡していただく。その上で、その大学の方からは、この家庭医を通じて病院はまさにフリーです。この場合フリーというのは、アクセスだ

けではなくて、まさに全額税金で賄われる、全く自己負担はありませんよということを言われるわけでございます。

私は、最初、イギリスに行きましてこの話を聞いて、やはりイギリスという国はすごい国だな、まさに揺りかごから墓場までと、大変充実した国だな、こう思ったわけですが、実態はそういうことではない、そういうことが次第にわかってくるわけでございます。

例えば手術、これはウェーティングリストというのがある、なかなか三年ぐらい、手術してもらうまでにリストに載っていないといけない。あるいはまた、例えば救急で病院に行っても、これは実際私じゃなかったんですが、私の友人が救急で行ったところ、五時間ストレッチャーの上に寝かされるだけ寝かされて、なかなか診てもらえなかった。あるいはまた、私自身が体験したことでもございますけれども、年末になると、いわゆるNHKの病院というのは突然張り紙が出て診療時間が短くなったりする、こういうことも実際に起こっていたわけでございます。

その原因をいろいろ考えてみると、これはもう一つしかなくて、メジャー政権あるいはサッチャー政権から始まった、いわゆる医療をまさに総額管理をする、マクロ管理をする、あるいは財政的管理をするというところにやはり行き着くんだらうというふうに思います。

その後、ブレア政権になって、いろいろ改善は進んでいると思います。しかし、なかなか十分な改善には至っていない。やはりその傷跡が相当深く残っているという印象を、私は、二回目に行ったときはまさにブレア政権のもとで参りましたので、まだまだ傷跡は大きいという印象を持って帰国した次第でございます。

そんな中で、今回の日本のことを考えますと、もちろん、まさに超高齢化、高齢化というよりも超高齢社会に入っています、医療費がどんどん膨らんでいく、これはもうなかなか避けたい現状がある。

他方で、我々の足元はまさに多額の財政赤字を抱えていて、やはり医療も相応の負担というか努力をしなければいけない、これは事実だと思っております。それがやはりイギリスのようになってしまったら困る、これは私の全く率直な感想でございます。国民が安心して、そして自分の健康を守るための医療は確実に受けられる、それがやはり医療の本旨だろう、このように思っています。

そういう中では、今回、昨年末、さまざまな議論の中で、この医療費について、マクロ管理をすべきではないか、あるいはマクロ経済指標で総額管理をしつかり徹底すべきじゃないかという議論があったわけですが、この部分は、川崎厚生労働大臣の御指導、そしてまた厚労省の大変な努力によって何とか避けることができた。私は、これは本当に高く評価したい、こう思っているわけでございます。

具体的な質問をさせていただく前に、大臣から、今回のマクロ管理というものについての感想、経済と医療のあり方、そしてまた、それを踏まえた上で今回の医療制度改革は、どういう理念、そして中身で立案されたのか、冒頭に少し御説明いただければと思います。

○川崎国務大臣 まず、現状認識をしつかりしておかなければならぬと思います。

そういった意味では、前回の御審議で清水委員から、我が国の医療制度、国際的にはどう評価されているか。これはイギリスの例を引いて今お話しただきましたように、我が国の医療制度に対する評価、アメリカからもハーバードも勉強に来ますし、またWHOの評価も極めて高い。そういう意味では、医療の質、価格というものについては、現状は評価をいただけるんだらうと思っております。ただ、個々の問題は大きな問題を抱えている。

一方で、今後はどうですかということになると、これも今委員がお示しいただきましたように、団塊の世代、戦後で多く生まれた我々が、あ

と二年で六十を超える、また、十五年たてば後期高齢者医療制度の中に入っていく、そこが多分医療費の半分を占める時代になるだろうと。そういった意味では、給付はふえていくけれども、負担をお願いする若者の数は年々減っていく。そういう認識の中で、現状と将来というものをしつかり見据えながら、今カーブを切っていくかなければならないだろう、このように思っております。

一方で、社会保障制度全体の給付が八十四兆円、予算が七十九兆円でございますから、我々は必ずしも財政とリンクした形ではという議論はいたしますけれども、一方で、財政を担う人たちがすれば、社会保障というものの伸びを無視して財政再建というものは全くあり得ない話になっていく。したがって、そうした議論もやはり踏まえながらやっていかねばならないだろう、このように思っております。

一方で、財政の皆さん方からいえば、将来見通しを明確にして、でき得ればキャップをはめて、伸びも一定率に抑えて、そういう形で進めたい、こういう気持ちをお持ちになるのはやむを得ないだろうなと思っております。

しかし、上から数字をおろしてくるということについては、国民の気持ち、医療の質、そして医療現場の方々、それぞれの立場の方々がいらつしやる中で、どんな企業でも、社長が販売目標を先に決めて社員に売れと言う人たちはいませんよ。今は、社員一人一人の、工場一つ一つのものが生産目標を決めて、各営業所が販売目標を決めて、その積み重ねの中で社長が最終決断をしていく。したがって、個別の議論を積み重ねた上で、将来展望というものもある程度数値的なものを持ちながらやっていかねばならない、こういう議論展開をいたしてまいりました。数値については目安という表現で、しかしながら財政再建もありますから、ある程度持つていかなきゃならぬ。しかし、政策的にはやはり個別の積み重ね。したがって、今回の政策の大きなものをなしてまいりますのは、何といたしましても入院の適正化と

いう問題と予防という問題を長期的な課題として取り組ませていただきたい。

一方で、若者に負担というものをお願いしていく中で、負担能力のある我々の世代、将来的にはやはり三割負担をお願いしたいということで、能力がある以上は御負担をお願いする、若者と同じことにするということをお年寄りにお願いしますと同時に、若者に、こういう形で変えていきますのでどうぞ御理解を賜りたいというところが大きな流れかな、このように思っております。

社会保障制度全体の流れもすべてそうであるうと思っております。お年寄りの皆さん方に対する配慮をしつかりしていかなければならないと同時に、負担をする若者の理解を求めながら社会保障というものは進めていかなければならない、このように考えております。

○木原（誠）委員 ありがとうございます。

団塊の世代がまさにこれから退職をしていく中で、社会保障給付も一定程度財政の中で役立っているかなければいけない、こういうような御趣旨だったか、このように思うわけでございます。

その中で、個別の積み重ね、政策の積み重ねが重要だ、そして、長期的な対策として、まさに生活習慣病対策、予防、そしてまた入院日数の縮減といったようなことを御提示いただいたわけでございます。

まず、この生活習慣病対策について二つほど御質問をさせていただきたい、このように思っております。

まさに、今後の医療を考えると、医療費はなかなか大きく膨らませないということになってまいりますと、やはりなるべく病人を出さない、病気になるない生活というのをつくっていく、大変重要だ、このように思っているわけでございます。

今回の医療制度改革の中の医療費の適正化の大宗は、まさにこの生活習慣病対策から出てきている。そういう意味では、ここがしっかりと実行されなければ、今回の医療制度改革も絵にかいたも

ちに終わってしまうということでございますので、二つほど御質問させていただきたい、このように思っております。

これまでいろいろな御説明を伺っておりますと、この生活習慣病対策、これはまさに健診を保険者に義務化させるということだというふうに、一つのキーポイントはそこにあるのかな、このように思っております。

実際問題として、今、健診の受診率というのは、随分、職種や、例えば専業主婦の方は大変低いというふうな状況でございますから、これはしっかりとやっていただきたいな、こんなふうに思っておりますのでございます。そしてまた、その後の健康指導というものもしっかりとやっていただきたい、こういうふうにも思っております。まさに生活習慣病は、医療費で見て三割、あるいは死亡原因で見ると六割、こういうことでございますから、これは一つのキーだな、こう思っているわけでございます。

大変いい対策を少しずつ打ち出されているな、こう思うわけでございますが、一方で、これまで健康日本21あるいは健康フロンティア戦略等々で生活習慣病対策は十分やってきたんだけど、なかなか効果を上げていない、これも事実だと思います。

こういう今の現状をちよつと批判的にぜひ御検討いただいた上で、今後の生活習慣病対策、どういふところに重点を置いていかれるのか、簡潔に御説明いただければと思います。

○中島政府参考人 生活習慣病対策でございますが、ただいま御指摘のように、これまで我が国におきまして、健康日本21などを推進してまいりましたところでございますけれども、平成十五年など直近の状況を見ますと、肥満者の割合あるいは日常生活における歩数など、健康日本21の目標の項目によりましては、策定時よりもむしろ悪化しているというふうなデータもあるなど、これまでの生活習慣病対策については必ずしも十分な効果が上がっていない面も見られるところでございま

す。

こうしたことを踏まえまして、今回の医療制度改革においては、予防の重視を柱の一つに位置づけまして、生活習慣病対策の強化を図ることとしております。

具体的には糖尿病などの有病者、予備軍の減少に向けまして、運動、食生活、喫煙面での生活習慣の改善に向けた国民の意識啓発に積極的に努めますとともに、医療保険者の役割を明確化し、効果的で効率的な健診、保健指導を義務づけるなど、本格的な生活習慣病予防の取り組みを推進してまいりたいと考えてございます。

○木原(誠)委員 健診の義務化、そしてまた健康指導の実施、まさにハイスコアアプローチ、こういうことだろうと思うわけでございます。

実は、例えば地元に戻って首長さんなんかとお話をしますと、国保財政が大変厳しい中で、本当に義務化ということを実施していただけるのかなという大変大きな不安は語られることがございす。財政的な措置は十分やっていただける、こういうふうな理解をしているわけでございすけれども、この不安の解消という点で二つのことをお伺いしたい、このように思っております。

一つは、健診それから健康指導に至る標準的なプログラム、こういったものをどういうタイミングでどんな形でお示しいただけるのかということ、まず一点でございます。

そして、もう一つは、結局、健康指導をやっていくということになると、栄養士あるいは保健師の方々に相当御努力いただかなければいけないんだろう、こう思うわけですが、現状は、今の市町村の保健師や栄養士の活動状況というのはそれほど十分ではないのかな、こんなふうに思っております。

この体制を一体どのように整備していくのか、国としてどういふふうなこれをサポートしていただけるのか、この二点、ちよつとお伺いをいたしたいと思ひます。

○中島政府参考人 これからの生活習慣病予防の

具体的な体制の整備に向けての手順といひますかプロセスについての御質問ということでございす。まず、これからのような形でこの健診、保健指導を進めていくかについてのプログラムの提示につきましては、現在、専門家にお伺いをいたしまして、検討を進めているところでございす。本年度及び来年度にかけまして、その試行等を進めた上で、二十年度の実施に向けてその中身を示してまいりたいというふうな考えてございす。

それからまた、マンパワー等の体制の整備についてでございますが、医療保険者による健診、保健指導が生活習慣病予防の効果を上げていくためには、内臓脂肪症候群を中心とした健康診断によりまして、対象者の状態を把握した上で、効果的な保健指導を提供していくことが必要でございますので、保健指導につきまして、質、量ともに充実を図っていく必要があるということでございす。

このため、今後は、保健師だけでなく管理栄養士なども含めましてさまざまな職種の活用も進めていくことが必要と考えておりますけれども、保健指導に係りますマンパワーにつきましては、平成二十年度以降、当初は市町村の保健師、管理栄養士等を中心的な役割を担っていたものと考えてございす。

さらに、医療保険者によります保健指導を拡大していくに当たりましては、現在は職についていない在宅の保健師の方、管理栄養士や保健指導を提供する外部の保健サービス機関等の活用によるマンパワーの確保、有効活用というものも推進していくこととしております。

厚生労働省といたしましては、都道府県や医療保険者、関係団体とも連携をいたしまして、研修の充実を図るなど、保健師、管理栄養士等のマンパワーの資質の向上に努めてまいりたいと考えておるわけであります。

○木原(誠)委員 ありがとうございます。平成二十年の実施に向けて、ぜひ情報提供等万全を尽

くしていただきたい、このように思う次第でございます。

この生活習慣病対策というよりも、予防医療という観点から、もう一点だけ御質問させていただきたいと思ひます。

統合医療ということについて少し御質問させていただきます。統合医療というものが、御案内のとおり、西洋医学と東洋医学、いわばさまざまな医療の手法を融合させていく、融和させていく、そういう中で、今統合医療というものは語られている。町を歩いてみると、実に多くのはりやきゅう、あるいはあんま、マッサージ、多々あるわけでございす。私自身も最近、体調が悪いというよりは、行くことがよくございす。

そういう意味では、国民の間ではかなりこの東洋医学、こういうものは浸透しているのかなと思ひうわけでございすけれども、一方で、お医者さんあるいは厚生労働省の中でも、国民の意識と若干乖離があるのかな、こんなふうな思ひもしているわけでございす。

そこで、もう余り時間が無いものですから、簡単に御答弁いただければと思ひますけれども、きのう、資料をお願いいたしましたら、統合医療についての予算というのは研究費等々で一億ちよつと、こういうような現状、たというふうな伺ひました。本当にその現状でいいのかどうか。特に予防医学という観点からすると、大変に有効なんじゃないかなと私自身は思ひます。欧米に行つても、特にイギリスなんかに行きますと、随分と、この東洋医学あるいはそういう統合医療というものがあるというふうな印象も受けるわけでございす。

厚生労働省として、今後この統合医療というものについてどういふふうに取り組んでいられる御所存か、一言御答弁いただきたいと思ひます。

○松谷政府参考人 統合医療でございますが、先生御指摘のとおり、西洋医学に含まれない医療領域でございますが、代替医療を現在の西洋医学とも効果的に組み合わせたいもの、これに対して国

民の関心は今高まっておりますというふうに考えてございます。

我が国は、歴史的に東洋にございましたので、漢方なり、あんま、指圧、はり、きゅう、あるいは柔道整復といったような伝統医療については国民の間に相当程度定着しておりますし、また利用もされているという状況にございます。さらに国といたしまして、平成十八年度から、この統合医療に関して、内外における普及の状況や経済効果、さらに、西洋医学に相補、代替医療を併用することにより具体的にどのような効果が高まるかといったような研究を実施するために、今先生御指摘ございましたように、新規に予算を計上いたしまして、その推進をするための土台づくりを図るということとしてございます。

こういった成果を踏まえまして、国民や医療関係者等に対して情報提供を行うとともに、医療現場において適切な取り扱いがなされるよう、今後とも努めてまいりたいと思っております。

○木原(誠)委員 ありがとうございます。

実は、もう少しこの統合医療については御質問したいと思つたんですが、時間も余りありませんので一点だけ御指摘をさせていただきます。

鍼灸の医療の場合、これは今、現物給付ということではなくて現金給付ということになっているんだらうというふうに思います。事実上、保険適用はなかなか難しいという状況がございまして、なかなか現状では難しいのかもしれないけれども、できれば受領委任払い方式というものをぜひ御検討いただきたい、このように思います。これは一点御要望させていただきます、このように思います。

続きまして、療養病床の削減ということについて少し御質問させていただきたいと思つています。

冒頭、大臣から、やはり医療というものは、何か上から数字を最初に決めてやるというよりは、しっかりと個別の政策を積み重ねていく、大変重要だと、私も全くそのとおりだと思うわけでございます。

その中で、今回、三十八万ございます病床を十五万にする、この十五万という数字がややひとり歩きしてしまっているかなという感じを持つております。恐縮ですが、この十五万という数字はどこから出てきたのかということをお説明いただきたいと思います。

○水田政府参考人 お答えいたします。

療養病床の再編成に当たりましては、医療の必要度に応じた医療区分をもとに考えてございまして、それで、医療の必要性の高い医療区分であります二及び三の入院者につきましては医療療養病床で対応することとしておりまして、一方で、医療の必要性の低い医療区分一の一の入院者につきましては老人保健施設等で対応することを基本としてございます。

この医療区分につきましては、これは平成十五年三月の閣議決定以来、慢性期入院医療の包括評価調査分科会、これが中医協に設けられておりまして、そこでの、九十の病院を対象にした七千人の入院患者の実態調査あるいは三千五百人の患者を対象としたタイムスタディー、これによりまして、その医療区分を設定しているわけでございまして、

先ほど申し上げましたとおり、医療区分二、三が医療療養病床で医療の必要度が高いわけでありまして、けれども、老人保健施設におきましても御存じのとおり常勤医師が配置されておりますので、医療区分二の該当者の中にも一部、老健施設で対応可能な患者さんというものが含まれていると考えてございます。

具体的に申し上げますと、うつ状態でありましてとか褥瘡などの状態を想定してございまして、こうしたケースを含めると、全体三十八万床の約六割、二十三万床の入院者が介護保険に移行するとの前提を置いて積算をしたものでございまして。

○木原(誠)委員 ありがとうございます。まさに医療区分二、三のうちの一部の方も介護の方に移つていただくということを前提にした試算だ、こういうふうな御見解かと思つています。

きのう、実は厚生労働省にお願いいたしましたので、医療区分ごとに、それほど細かくは分かれておりませんが、療養病床の今の病床数を示していただきました。それによりまして、医療区分の二と三で十七万でしょうか、それにあつて回復期ハビリというところで二万病床がある。そういうことになりまして、実は十九万病床、ある意味で医療管理が必要な病床群がある。そこが十五万になつていくということになりますと、四万病床程度は介護の方に移っていく、こういうことにならんのだらうと思つています。

六年間かけて老健等の中でこれを吸収していくということになるんだらうと思つていますけれども、この四万というものをちゃんと本当に吸収できるのかなということが、若干不安として残るわけでございます。

今の御答弁の中でも、老健施設等にも医師はおりますよということでございますけれども、その医師の配置というのはやはり一人でございますし、そういう意味では、二十四時間三百六十五日、本当に十分な医療ができるのかどうか。あるいはまた、これは大変失礼な言い方かもしれませんが、老健施設等にいらつしやるお医者さんというのにはある意味第一線を退かれた方も多いのかな、こんな印象を持っております。そういう意味で、この移行というのをしっかりと適切にやつていただきたいな、こう思つてございまして。

もう一つは、今、ターミナルケアとか終末期医療といったようなものも随分議論になつております。一九五〇年代というのは自宅で亡くなられる方は八〇％だったわけですが、今は病院や診療所で亡くなられる方が八割、こういう状況でございまして。ということは、この八割の方、大半は、まさにこの療養病床の中で多分最期を迎えられてきた方も多いのかな、こう思つてございまして、これが十五万に削減をされて老健施設等に移動するときに、この部分もしっかりとやはり手当てをしていただきたいな、こんなふうに思つております。

健康保険法の中には老健施設等のあり方について検討するという項目もあるわけでございまして、今申し上げた二点、この四万人という方々、本当に十分対応できるのかということ、そしてまた、終末期のみという部分も含めて老健施設の中でちゃんと対応できるのかということをお聞きしたいと思います。

そして、一つ具体的に、私は、実は同僚議員からこの提案を受けてなるほどと思つたことがございまして。それは、今後、老健施設に移行していく中で、今申し上げたように四万人、この数字も随分変わるだらうとは思いますが、一定程度の医療管理が必要な方というのが老健施設に移っていくわけでございまして、今後の検討の中で、例えば、医療をより充実した老健施設、老健施設Aというカテゴリーと、あるいは通常の老健施設B、こういったような二つのカテゴリーを設ける、こういったような御検討もぜひしていただきたいと思つていますけれども、今後の検討のあり方、ちよつと御回答いただければというふうに思つています。

○磯部政府参考人 ただいま委員御指摘のとおり、今回提案させていただいております改正法案の附則の二条におきまして、老人保健施設及び老人福祉施設の基本的なあり方、それから、これらの施設の入所者に対する医療の提供のあり方等につきまして見直しをするという規定が入つてございます。これに基づきまして、今後、委員の御提案のようなことも含めまして、検討を進めていく必要があると認識しております。

○木原(誠)委員 あともう一つ、地元を回つておりましたは勉強不足で知らなかったんですが、私も、実はこれは勉強不足で知らなかったんですが、私、実は介護施設、老健施設等には参酌標準というのがあるというふうに聞かされて、これは今もう既に現行のものは走つていて、こういうふうに向つております。そういう意味では、どうも東京等は比較的余裕があるようではございますけれども、一部の地域ではかなりいっぱいになっているところ

るもあるというふうに向つております。

今後、老健施設に移行する中で、これがしっかりと改定をされて、十分な余裕を持つて移行できるということが担保されなければいけないと思ひますけれども、その点、どのように考えたいのか、御回答をいただければと思ひます。

○**農林部府参事 参酌標準と申しますのは、介護保険法の百十六条に基づきまして、国が定める基本指針において各市町村が介護保険事業計画、また都道府県の場合におきましては介護保険事業支援計画に盛り込むべきサービス見込み量を算定するに当たつての参酌すべき標準として示されております。**

十八年度から二十年度までの第三期の、特に都道府県が策定いたします介護保険事業支援計画、これは当然都道府県ごとによつて違ふわけでございますけれども、一般的に申し上げますと、医療療養病床からの転換を見込んで老健施設等の必要定員数を設定しているわけではございませんけれども、一つには、この第三期の計画の中でも、老健施設や特定施設の利用定員総数の増加が見込まれております。それから二つには、介護療養型医療施設から老健施設等へは、基本的には定員数全体に影響を生じさせることなく転換することができまふ。それから三つ目には、介護療養型医療施設から医療の療養施設に転換する部分も一部あると見込まれますので、その意味で、介護療養型医療施設の定員減も考えられます。

こういうことを踏まえまして、第三期計画におきまして、地域の実情に応じまして一定程度、療養病床から老健施設等への転換も可能であると考へております。

また、二十一年度からの第四期の計画につきましては、二十年度から、医療費適正化計画や医療計画の策定の見直し等と整合性を図りまして、また、老健施設等への転換の進捗状況などを踏まえまして、先ほど申し上げました参酌標準の設定について考へていきたいというふうに向つております。

○**木原(誠)委員** もう時間が参りましたので最後

にしたいと思ひますけれども、療養病床の廃止、やはり大変不安も大きいというふうに向つて、恐縮でございますけれども、今の議論をお聞きになつて、大臣に最後、この療養病床、しっかりと転換をしていくということについて御決意をいただければというふうに向つて思ひます。よろしくお願ひいたします。

○**川崎国務大臣** いずれにせよ、今の医療制度、申し上げましたように、諸外国から見ても評価をいただいております。一方で、我が国の最大の要件の違い、少子高齢化社会、すなわち、イギリス、フランス、アメリカと比較したときに、少子化という大きな要件がかかつてきている。そのものを乗り越えながら持続可能なシステムにする、皆保険制度をどう守つていくかというところでござい

ますので、皆さん方の御理解を得ながらしっかりとやらせていただきたいな、こう思つております。

○**木原(誠)委員** どうもありがとうございます。

○**岸田委員長** 次に、林潤君。

○**林(潤)委員** 自由民主党の林潤であります。昨年の特別国会で二回、障害者自立支援法を初めとして質問をさせていただきました。今通常国会では初めての質問であります。本日は、医療制度改革の関連法案についての質問をさせていただきます。

日本国民ならだれでも持つて健康保険証、これが一枚あれば、資産、所得に関係なく、いつでも診察を受けられる、投薬や治療をしてもらえる。こうした国民皆保険制度、まさに戦後の日本人の財産というべきものでありまして、これを将来も持続可能なものにしていくために、今、改革の必要性がある、こうしたことは十分に理解ができるわけでありまふ。

二〇〇七年問題と言われるように、来年には団塊世代の大量リタイアが始まりまして、支えられ

る、こうした見通しから、日本のすぐれた医療を

初め社会保険制度が本場に維持できるか、こうした心配がされているのもまた事実であります。年金、介護、医療、こうした社会保障を取り巻く状況というのは、一昨年に年金改革法が成立をいたしました、ことしの四月からは障害者の自立支援法、そして改正された介護保険法、これが施行されまして、大きな変革期となつております。

残された今回のこの医療制度改革ということにつきましても、まさに安全、安心を確保し、質の高いサービスを適切に受けられるような体制を構築するのがねらいだというふうに向つております。

一方で、保険給付の見直しの内容、保険者の再編統合などから、国民からは、国民皆保険が本場に維持をされていくのか、そして、医療費の切り下げが医療の質の低下につながらないか、こうした不安もあるわけでありまふ。私も、つい先日、実際に地元鎌倉市内の医療現場を訪ねてまいりました。医師や病院関係者の方々意見交換をする中、この法案について、不安あるいはおしかりの声というものをいただきました。

私たち政治家の務めは、こうした国民の不安の声に正面からこたえ、信頼と安心を構築することにあると思ひますので、こうした観点から本日は質問させていただきます。

そこで、今回の医療制度改革、これが何を指しているのか。国民皆保険や医療の質、こうしたことをどのように守りまして、そしてどのような将来的な改革のグランドデザインがあるか。こうしたことについて大臣にお聞きをいたします。

○**川崎国務大臣** 今御指摘いただきましたように、二年前に年金の改革をいたしました。今受給をされている方々はマクロスライド制の導入、そして若者には負担増、そして基礎年金については三分の一から二分の一の税による負担増、こうしたものをしながら、持続可能なシステム、五十年後、百年後でも年金という制度がもつようなものにつくりかえなければならぬ。いろいろな御批判がある中でございましてけれども、やらせ

ていただいたところでございます。

昨年は、介護保険それから選挙後に障害者の自立支援法、そして医療という形で御審議をいただいております。すなわち、人口構造が大きく変化の中で、国民皆保険制度を守りながら、どう今の医療水準というものを保ちながらやつていけるか。そこには多くの皆さん方の協力を得なければならぬ。

そういった意味では、医療をされる皆さん方には、短期的に三・一六、薬価で一・八、そして診療報酬で一・三六、こうした引き下げをお願いいたします。御批判をいただいていることは承知いたしておりますけれども、やはり御理解を賜つていただければならぬだろうと思つております。また、現役並みの所得を持つお年寄りの皆さん方には、我々同様の御負担を、三割負担をお願いするというところで今回の制度改正をお願いしていく。

一方で、やはり短期的な処方だけではなく、長期的なシェアというものをしっかりと持たなきゃならぬという中で、我が国は、一つは、入院の問題をしつかり国際水準に合わせなければならぬ。もう一つは、やはり生活習慣病に対する対策をしつかりとして、予防重視の医療というものに変わっていくかなければならぬ。そういった見地で、さまざまな改革を今回の法案に盛り込ませていただきました。

そして、こうしたものを一つ一つやりながら、今、冒頭申し上げましたように、国民皆保険制度を守りながら、そして医療水準、医療技術というものは、多分五年、十年随分進歩していくものになるだろうと思ひます。そういった意味では、医療技術の進歩に合わせながら、実は見方を変えていかなきゃなりません。ちよつと年金と違ふところでございます。

五年後の医療技術はどのぐらいになつてくるか、十年後になつて医療というのはどうなつてくるか、やはりそれを見ながら、そういう意味では二十年後の目安というものを持ちながら、やはり五年に一度ぐらいはしっかりと全体の流れというも

のをとらえながらやっていかなければならないな、こんな感を私はいたしております。

そういった意味では、これで万全ですかと言われますと、私はそういうお答えをいたしております。医療というのはまさに日進月歩、改革、改革を重ねながら、皆保険制度、そして医療の水準をアップする、そうした前提の中で進めていかなければならないだろう、このように考えております。

○林(潤)委員 大臣の答弁にもありましたとおり、二十年後の日本のこうした目安もすっかり考えていく、そこで日進月歩で変わっていく可能性がある、そしてこれで万全と思わない、そうした非常に謙虚とも言えるようなお話をいただきました、非常に柔軟な対応をもってこれからは進んでいただきたいというふうに思っております。

こうした改革のグランドデザインというものは理解をさせていただいたわけなんですけれども、こうした改革案、あるいは窓口の負担アップ、こうしたものが示されるたびに、やはり国民の側から見ますと、窓口の負担が今後もさらにふえていくのではないかと、こう心配する国民も多いわけがあります。

現実には、私は九〇年代後半に新聞記者をしておりましたが、そのときも、サラリーマンの窓口の医療費負担というものがアップをしていた時期でありまして、町の人の声を聞いて取材をした経験があります。一様に、負担増に顔をしかめて不安な思いをしていた、こんな記憶がございます。

こうした中、今回も、現役並みの所得がある、こうした高齢者の患者負担が二割から三割に引き上げられ、療養病床に入院する高齢者の食費、居住費も負担が見直されております。一方で、平成十四年、健康保険法等改正法の附則第二条におきまして、この給付割合について、将来にわたり百分の七十を維持すると明記がされております。つい先日、地元の医師とお話したときも、何割まで上がるんだ、本当に三割なのか、こういった声が聞かれていて、医療現場からも、まだこうした

法律の方が浸透しているとは言えないのじゃないか、そのように感じました。

こうした法律が根拠となりまして、今後も三割負担が続くと考えているわけですが、特例などを設けることなく今後も維持される、こうした解釈をしてよろしいのでしょうか。

○川崎国務大臣 基本的に保険をまず掛けていただくという趣旨からいいますと、私自身の感覚として、三割が限界だろう、このように思っておりますし、また、今お示しいただきましたように、平成十四年の健保法改正の附則において、「将来にわたり百分の七十を維持するものとする。」医療制度改革においても、上げるといふ議論は、一部変わった御提案はございましたけれども、否定されたということでございますので、こうしたものを維持すべく努力を積み重ねていかなければならない、このように思っております。

○林(潤)委員 大臣の三割が限界だ、と思うという所感も私と同じにするところでして、何としても窓口の三割負担というものをしっかりと堅持していただきたいまして、将来の負担増につながることはないように、この改革によりましてしっかりと制度を構築していただきたいと希望をするわけであります。

そこで、今回の制度改革のもととなっております医療給付費について質問をいたします。

今回の改革を行なうならば二〇二五年度の医療給付費は五十六兆円との見通しを出しておりますが、これはどのような手法で導き出した数字なのでしょう。これまでの試算についても、実際より高く見積もられた、こうした経緯もありまして、もっと低い水準ではないか、こうした医療関係者の指摘もあるわけでありまして。

予測値の信頼が揺らげば患者の不信を招く。今、窓口負担、高齢者の方も負担がアップをしていくという中で、不信を招いてしまつてはいけないと思います。これが意図的に高い数字を出したものでないという理解でよろしいのでしょうか。

○水田政府参考人 医療費の将来見通しについてでございますけれども、私ども、ただいま御指摘のとおり、二〇二五年度の改革実施前の医療給付につきまして五十六兆円になるものと見込んでございます。これは、足元の平成十八年度予算に基づき医療費を起算点といたしまして、一人当たり医療費の伸び率の前提として、平成七年から十一年度の実績を用いて機械的に算定した結果でございます。意図的に高い数字を出したものではありません。

この平成七年から十一年度の数値をもとにいたしましたのは、平成十二年度以降、御存じのとおり、介護保険制度の創設、あるいはたまたまお話がありまして健保三割負担の導入、あるいは高齢者の定率負担、こういった医療費に大きな影響を与える制度改革が毎年のようにあったからでございます。

なお、近年の現実の医療費の伸び率を見ますと、大きな制度改革のあった時期を除きますと、診療報酬改定による要因を除いた場合の医療費の伸びはおおむね三から四％程度で安定的に推移していることから、医療費の自然体の見通しの前提として、平成七年度から十一年度の実績を用いたというところは適切であると考えてございます。

○林(潤)委員 しつかりとこの五十六兆円という見通しに基づいて、さらに柔軟な対応をしていただきたいというふうに思います。

今回の医療制度改革では、国民的な健診や指導を通じて、生活習慣病の予防を重要視し、そして将来的な医療費の抑制に努めている点、これは大変に高く評価をできるものだと思います。

現実には、生活習慣病は国民医療費の三割を占めており、死亡割合が六割ということでもあります。中でも、一人当たり年間平均約五百五十万という非常に高い医療コストがかかります人工透析、これにつながる糖尿病対策というものは非常に重要と私は考えております。

糖尿病は、早期発見で疾病を予防し、さらには早期の治療によりまして、失明や腎不全など合併

症を予防できるというふうになされております。つまり、医療機関が糖尿病患者をしつかりと把握いたしまして、定期的な診察を通じて適切に指導、治療をすることで、透析のような重症にならないで済むわけでありまして。

医療費の抑制のためにこうした予防を推進する体制を国や自治体が整えるべきだと考えますが、いかがでしょうか。

○中島政府参考人 ただいま御指摘の、糖尿病を初めといたします生活習慣病の対策におきましては、生活習慣病の有病者やその予備軍を健診などによりまして早期に発見し、保健指導により生活習慣を改善して、発症そして重症化の予防を行うとともに、早期治療を行い、重症化さらには合併症の予防を図ることが大変に重要でございます。

今回の医療制度改革におきましては、医療保険者に内臓脂肪型肥満に着目した健診及び保健指導を義務づけまして、保健指導を受けることが必要な者に対する保健指導の徹底を行うとともに、健診結果のデータを有効に活用して効率的な保健指導を行うことにより、生活習慣病対策の充実を図ることとしております。また、医療保険者による健診、保健指導の取り組みの効果を上げていくためには、都道府県が中心となりまして、健康増進計画に基づいて関係者の連携協力を推進していく体制を強化することとしております。

厚生労働省といたしましては、今後とも、各都道府県と連携協力をいたしまして、総合的な生活習慣病対策を推進するための体制整備に努めてまいりたいと考えております。

○林(潤)委員 保健指導の徹底や患者のデータの活用、こうしたことを通じてぜひ充実をさせてもらいたいと思います。

今回の、こうした糖尿病など生活習慣病の早期治療をしていくためには、健康診断で異常が認められた患者に対して医療機関に早期に受診をさせていく、これが極めて重要かと考えます。

この場合、どんな方法で受診率というものを向

上させようとしているか、お教え願います。

○中島政府参考人 糖尿病などの生活習慣病対策におきましては、健診の結果を保健指導や医療機関への受診勧奨に生かしますことにより、生活習慣病の発症及び重症化の予防を図ることが重要でございます。

今後は、健診、保健指導の内容を見直しまして、内臓脂肪症候群の概念を中心に、健診結果によって保健指導の対象者を効率的に把握した上で、保健指導を必要とする者に対して、健診の結果を踏まえた効果的な保健指導を徹底することにより生活習慣の改善に結びつけるとともに、治療が必要な者に対しては、医療機関の受診による早期治療の徹底を図ってまいりたいと考えてございます。

○林(潤)委員 こうした生活習慣病に関連してなんですけれども、後期高齢者になってから生活習慣病にかかった場合、結果として医療費が高くなってしまふ。こうした原因は、実は子供のころや若いときの生活習慣に始まっていると聞いております。

こうしたことから、若い世代にも肥満予防など生活習慣病の対策が必要と考えますが、いかがでしょうか。

○中島政府参考人 ただいま御指摘いただきましては、肥満の予防などが重要でございます。特に食生活の改善や運動の習慣化などが課題となっておりますが、こうした生活習慣については、若いころから正しい知識を身につけて、実践につなげることが重要でございます。

しかしながら、子供の肥満の増加や食生活の偏りといったことも指摘をされておりまして、若年期の児童生徒とその親の生活習慣に関する実態を把握し、運動の習慣化や健全な食生活の実践といった取り組みを推進することが必要でございます。

このため、平成十八年度におきまして、モデル事業として若年期からの肥満予防対策を実施することとしておりまして、子供のころからの生活習慣

病の予防にも努めてまいりたいと考えております。

○林(潤)委員 また、関連なんですけれども、今回、四十歳以上となっているこの健診の義務年齢を引き下げることに付いて、将来的な感覚で結構ですので、検討材料とならないか、お聞かせ願います。

○水田政府参考人 お答えいたします。

今回、健診につきまして四十歳から医療保険者に対して義務づけをしているわけでございますけれども、これは実は現在の老人保健制度におきましても四十歳から健診を行うということが根拠でございます。

望ましくはもちろんそれ以前から、例えば三十歳からということもございまして、まずはこの四十歳からの健診義務づけということが着実に実施されるということが必要であろうと考えてございます。

○林(潤)委員 生活習慣病の対策は、まさに国を挙げて取り組むべき課題であります。二〇〇〇年に目標を定めました健康日本21では、適正体重の率や糖尿病の患者数、こうしたことについて具体的な数値目標を定めましたが、実際には、データの効果が上がっていない、むしろ悪くなっている、こうした事実もあるわけであります。

こういう生活習慣病対策については、予防重視の観点から、さらに総合的な取り組みを進め、予算の充実や効果的なキャンペーンを行うべきと考えますが、いかがでしょうか。

○川崎国務大臣 この質問の答弁が一番苦手でして、体重と、一日何歩歩くのか、二つとも失格の大臣なものですから。しかしながら、今努力中でございますので、お許しを賜りたいと思います。

健康日本21、健康フロンティア戦略に基づく総合的な取り組みをしてまいりました。平成十八年度予算においても、健康フロンティア戦略、働き盛りの健康安心プランによる生活習慣病対策等の推進に要する経費として四十八億円を確保いたしております。メタボリックシンドローム、内臓脂肪

症候群に着目した効果的、効率的な健診、保健指導の推進、若年期からの肥満予防対策など、食育に関する国民運動の推進、受動喫煙対策等、この対策などを推進することとしたしております。

なお、今回の医療制度改革については、予防重視を柱の一つに位置づけ、運動、食生活、喫煙といった生活習慣の改善に関する国民の意識啓発に努めるとともに、医療保険者の役割を明確化し、効果的、効率的な健診、保健指導を義務づけるなど、生活習慣病対策を総合的に進めていくことといたしております。

○林(潤)委員 ぜひとも総合的に進めまして、国民的な生活習慣病の克服に努めていただきたいと思っております。

今回の医療制度改革では、医療費適正化という観点から、この給付内容や生活習慣病対策を初めとしたしまして、さまざまな方策を取り入れておりますが、その中で介護療養型医療施設の廃止というものがございまして。

療養病床入院患者のうち、医師の対応が余り必要ない人について、病院ではなく在宅や老人保健施設に移行し、医療保険と介護保険を区別することと自体は理解できることであります。しかしながら、介護療養型施設の廃止、介護保険へ移行すること、これが強制力を持つて要介護の入院患者の過剰な追い出しにつながらないかと、危惧する声が上がっているのもまた事実であります。

まず、こうした追い出しはいいと考えていいのでしょうか。大臣よろしくお願いたします。

○赤松副大臣 今の、療養病床の再編に当たりまして入院している方々の追い出しにつながらないようにというこの御指摘、おっしゃるとおりだと思います。私どもも、断じて追い出しにつながらないということを大前提にしたいと思っております。

今後六年間、医療、介護双方の病床について、円滑な転換ができるように経過的な類型を設けることにしております。また、介護サービスの基盤の整備につきましては、中重度者の在宅サービス

や不足地域の施設サービスにつきまして、地方公共団体ともよく連携をしまして計画的な充実に努めて、御懸念のあるようなことがないように、しっかりと努力をまいりたいと考えております。

○林(潤)委員 追い出しには断じてつながらないということを大前提にしている、非常に現場の方から見ましても勇気づけられる言葉ではないかと思っております。

こうした中で一番問題なことは、療養病床の再編に伴った受け皿の整備でありますけれども、これをどのように考えているか、お聞かせ願います。

○赤松副大臣 今回の療養病床の再編につきましては、療養病床は医療の必要性が高い患者の皆さんに限定して医療保険で対応する、そういう方向性ととも、もう一方、医療の必要性の低い方々への対応としましては、療養病床が老人保健施設等の介護施設に転換することによって、大きな改修をすることなく受け皿となることが可能である、こんなふうを考えているわけでございます。

○林(潤)委員 こうした介護療養型施設を廃止する中で、本当に豊かで安心な医療になつていくには、患者が希望すれば、病院ではなく、住みながら、そして家族もいる自宅でも治療を受けられることだと考えます。

しかしながら、在宅医療を受けられるようにするには、まだまだマンパワーを含めましてソフト面もハード面も環境の充実が大切だと考えておりますが、今後はどのように在宅医療の充実を図っていくのでしょうか。お聞かせください。

○松谷政府参考人 委員御指摘のとおり、患者さんの生活の質の向上の観点から、できるだけ住み慣れた家庭や地域で生活を送ることができるよう、患者さんが希望する場合に在宅医療が受けられる体制の構築を一層推進する必要があるというふうに考えてございます。

このため、今般の医療制度改革におきまして、在宅医療の推進を図るための医療法の改正や診療報酬の評価等を講じているところでございます。

具体的には、一つには、主治医さんの役割の発揮や、介護を含む多職種での連携が図れるよう、地域で在宅医療に係る連携体制を構築いたしまして、医療計画にその機能を明示すること。

それから二つ目には、患者さんの退院時に他の医療機関など在宅医療を提供するものなどと連携を図る、いわゆる退院調整機能の推進を図る。

三つ目には、複数の医師の連携による二十四時間往診可能な体制の確保を進めること。

さらには、在宅療養中の症状急変時の対応といったしまして、入院機能を有する医療機関を活用できるようにすること。

五番目には、患者さん、国民への情報提供といったしまして、医療機関などが在宅医療を実施していることがわかるような一定の情報を都道府県に届け出していただきまして、その情報を都道府県が公表する制度を導入すること。

最後に、ケアハウスなど居宅系サービスの充実や多様な居住の場での在宅医療の充実など、各般の措置を講じて在宅医療の推進をさらに進めていきたいと考えております。

○林(潤)委員 ぜひともそうした方向で在宅医療の充実というものを進めていただきたいと思います。

最後に、こうした医療現場を支える中心となります医師の待遇や働く環境について質問いたします。

小児科や産科などにおける医師不足というものは深刻になっており、その結果、医師の勤務状況も悪化していると聞いております。そのようになれば、医師の負担もふえ、医療の質が低下してしまうことが懸念をされますが、そのようなことがないように、今回の改正ではどのような取り組みに力を入れているか、お聞かせ願います。

○赤松副大臣 今御指摘のような小児科や産科におけるお医者さんの不足、こういう問題につきまして、労働条件の観点からいいましても、また医療安全の観点からいいましても、そういった事態があるということは好ましくない、そういう認識

をいたしております。

そのために、今回の医療制度の改革におきましては、こういった小児科、産科医の確保につきまして、都道府県で早急に小児医療、産科医療の医療機能の集約化、重点化の検討を行って、具体的な対策を講じることにしております。

また、その取り組みを円滑に進めるために、小児医療や周産期医療などにつきまして、地域医療の連携体制を構築するための医療計画制度の見直し、また、そういった小児科、産科等における医師等の確保のために、都道府県が中心になりまして、大学病院など地域の医療関係者と話し合い、各病院に医師を派遣する仕組みなどを検討して実施していく枠組みの制度化など、法制度面の措置を講じることにいたしております。

こういったこと等、予算、診療報酬等で対策を講じることを加えて、小児医療、産科医療における医師の確保に向けて総合的な取り組みを進めてまいりたい、こんなふうに考えているところでございます。

○林(潤)委員 こうした総合的な取り組みを通じてまして、医師の負担増や医療の質の低下に決してつながることがないようにお願いをしたいと思っております。

今回の医療制度改革は、マスコミ等でも内容が詳しく取り上げられておりますが、国民にとつてはまだまだなじみが薄く、将来の負担にも不安があると思えます。政府といたしまして、ぜひともこうした不安の払拭に努めまして、さらに信頼を構築できるような豊かな医療を目指して取り組んでいただくことをお願いいたしまして、質問を終わらせていただきます。

○岸田委員長 次に、平口洋君。

○平口委員 自由民主党の平口洋でございます。厚生労働委員会に質問をさせていただきますのは初めてでございます。どうぞよろしく願いいたします。

私は、広島県の江田島市大柿町というところの出身なんですけれども、同じ町の出身で瀬尾弘吉と

いう方がいらつしました。私より五十年ぐらい先輩で、今生きておられたら百十歳弱ぐらいの方なんですけれども、この方が大学を卒業してお入りになったのが昔の内務省社会局ということでございます。大正十年前後のことでございます。

当時のお話を私も生前の聞いたんですけれども、やはり最も苦労をされたというのがこの健康保険法の制定、そしてその普及という問題だったということでありました。法律を見ますと、大正十一年の成立で、施行が大正十五年ですから、何と四年ぐらいかけて普及に努めたということでありまして、当時の議論としては、医療の分野で一体こういう保険というふうなものがなじむものかどうか、皆さんがこういう健康保険に入ってもらえるかどうかということを大変心配したということでございます。我が国に健康保険というものが果たして根づくものかどうかという根本的な疑念があったというふうなお話を伺ったことがあります。

以来八十年の歴史がたちますけれども、その間、日本の国は大変発展しまして、敗戦という一つの大きな試練を経ましたけれども、健康保険の制度は立派に定着して、今や世界に冠たる医療水準を誇り、そしてまた人々の寿命も世界一の長寿国になっていくということでありまして、この問題において、健康保険の制度を初めとしてこういう医療の制度、大変大きな寄与をしたということをお評価したいと思えますし、その間における関係者の御努力に対して多としたいというふうに思うものでございます。

しかしながら、先ほど来る議論をされておりますけれども、今の日本の状況、日本の政府の状況、財政赤字が七百兆とも八百兆とも言われている状況がありますし、また長寿社会、あわせて来る少子化社会によつて、働ける人と、働けないで働ける人に依存する人の割合というものがどんどんどんどん変わってきて、本当に非常に苦しい時代になるということは明らかでございますので、

こういうふうな背景のもとで、いかにして今後の医療の制度あるいは健康保険の制度といったようなものを仕組んでいくかというのは、大変私たちも工夫を重ねなくちゃいけないことだろうと思えます。こういったような観点から、恐らく今回の健康保険の法律、また医療法その他の法律が大変大きな改正が加えられているということだろうというふうに思います。

そういうふうな視点に立つて、基本的な事柄について幾つか厚生労働省の方のお考えをただしたいというふうに思います。

今回の法案ですけれども、三つの大きな柱というところでありまして、一つは、安心・信頼の医療の確保ということでありまして、もう一つは、医療費適正化の総合的な推進、三つ目に、新たな医療保険制度体系の実現ということでございます。

まず、第一の柱である安心・信頼の医療の確保ということに関連しまして、情報提供の問題についてお尋ねをしたいというふうに思います。

現在、インターネットなどにおいて医療に関する情報ははんらんしておりますけれども、医療機関がそれぞれ情報を発信しているという事情があるため、患者サイドから見ると、自分の病気を診てもらうのに一体どの医療機関がふさわしいかというところについて適切な選択を行うことが非常に難しくなっております。また、インターネットなどで提供される情報は、医療機関が提供した情報を一方的に発信しているという性格のものであるため、患者さんが発信された情報の意味を十分に理解した上で医療機関を選択するということが難しいというふうなのが現状であります。

このように、患者さんと医療機関との間には情報の非対称性というものがあつてございますけれども、これを少しでも改善するということで大変大事だろうというふうに考えるわけでございます。

今回の改革においては、患者に対する情報提供の推進にどのように取り組んでいこうとされておるのか、まずこの点からお伺いしたいというふう

に思います。

○松谷政府参考人 医療機関に関する、あるいは医療に関する情報提供を積極的に推進していくということは、医療に対する安心感、信頼感を築いて、患者さんの視点に立った質の高い医療提供体制を構築していく上で、大変重要なことだと考えております。

情報提供につきましては、広告の緩和といったような観点から今回も推進を図っているところでございますが、今回は、これに加えて、今先生御指摘の点もございまして、今般の改革の中で、都道府県を通じて医療情報の提供制度を創設いたしました、患者さんが地域のすべての医療機関に関する情報の提供を受け、それを比較した上で医療機関の選択ができる環境を整備することといたしております。

また、患者さんが医療に関する情報をよく理解し、適切に医療機関を選択することができるよう、医療安全支援センターを制度化するなど、都道府県や医療機関における相談機能をあわせて充実することといたしております。こうした取り組みを通じて、医療に関する情報の提供をさらに推進してまいりたいと考えております。

○平口委員 インターネットの普及の時代で、本当に情報がはんらんいたしておりますので、そういう中で、患者さんたちが真に適切な医療情報が得られるように、ぜひとも、今後とも御努力をいただきたいというふうに思っています。

次に、医療従事者、医師等の資質の向上についてお尋ねをしたいと思います。

改めて申し上げるまでもないわけですが、医師は医療現場の中核をなす職種でありまして、医師中心に医療行為が行われているわけでございます。特定の地域や診療科において、医師不足というものが喫緊の課題になっております。

いずれにしても、この医師という職業、極めて公共性が高いというふうに思うわけでございまして、最近、医師をめぐるいろいろなよくない出来事というものもあるわけでございます。患

者さんのプライマリケアを担っているという非常に重要な役割でございますので、全人的に診ることができる診療能力というのが求められるわけでありまして、このような状況に対処していくために、医師は不断にその能力を向上させていくということが必要となるわけでありまして。

しかしながら、平成十一年度から十六年度の五年間、何と二百三十二人の医師が医師法に基づく行政処分を受け、このうち、さらに十九人の方々が免許取り消し、こういう処分を受けているという事実があります。

今回の改正では、行政処分を受けた医師のモラルや技術、こういったようなものを高めていくことが大変大きな課題であると思っておりますけれども、どのような措置を盛り込まれているのか、お伺いしたいというふうに思っています。

○松谷政府参考人 医療現場における中心的な存在でございます医師の資質を高めていくということとは、御指摘のとおり、大変重要なことでございまして、そのためには、医師みずからが研さんを積み重ねていくことが必要であると考えておりますし、卒業直後の臨床研修の制度等も普及を図っているところでございます。

医師たるにふさわしくない行為があった者等に對しましては、現在でも医師法に基づく行政処分が行われているところでございますが、この行政処分につきましては、医師として十分な反省や適正な医療の実施を求めていく上で現行の行政処分のみでは必ずしも十分ではない、あるいは、長期にわたる医療停止処分を受けた者につきましても、医療停止前の医療技術が維持されていないおそれや停止期間中の医療技術の進歩を十分に習得できていない懸念があるといったような問題点が指摘されているところでございます。

そのため、今回の改正案におきましては、医師法の改正案におきまして、行政処分の類型として新たに戒告という類型を設けるとともに、行政処分を受けた医師に對しまして再教育を命じることができるよう仕組みを設けているところでございまして、

これによりまして、行政処分を受けた医師の倫理面、技術面での問題の解決を図ってきたいと考えております。

○平口委員 医は仁術と言われます。本日に、患者さんが信頼するのが医師でございますので、どうぞ、人格的にも、そして技術的にもすぐれた医師が輩出するように御努力をいただきたいというふうに思っています。

次に、医療費の適正化の問題についてお尋ねをしたいと思います。

国を中心として、いろいろなところが一九九〇年になって改革の実現に取り組むということが重要でございまして、今回の改正で都道府県の果たす役割というものがますます重要になってくるというふうに考えております。都道府県は、従来から、医療計画の作成等を通じて地域の医療提供に主体的にかかわってまいりましたけれども、今回の改革によって、生活習慣病対策やあるいは在院日数の短縮のための事業を実施して、計画的に医療費適正化に取り組むということが期待されているわけでありまして。

しかしながら、一方で、医療費の適正化に係る都道府県の権限やノウハウというものは必ずしも十分ではないといったような指摘もあるわけでございまして。そこで、厚生労働省としては、どのように都道府県と連携し、また支援していくのか、お伺いしたいというふうに思っています。

○水田政府参考人 お答えいたします。医療費にかなりの地域差がある、都道府県ごとに大きな地域差があるということは広く知られているところでございまして、こういった事実を踏まえまして、医療費の適正化を計画的に進めるに当たりましては、地域の医療提供体制に責任を有する都道府県に關与してもらうことが必要であるかと考えてございます。このため、今回の法案では、都道府県にこういった医療費適正化計画の作成をお願いしているところでございます。

まず、国と都道府県との関係でございまして、都道府県が計画作成

に当たって参酌すべき政策目標を含みます全国的な基本方針を作成することにしてございまして。都道府県は、国の定めまします政策目標に即しましてそれぞれの目標値を設定して、生活習慣病対策あるいは病床転換支援などにつきまして、地域の実情を踏まえながら事業実施を行うこととされているわけでございます。

それから、支援措置についてお尋ねがございましたけれども、国といたしましては、まず、計画の作成手法の開発、それから診療報酬の見直し、三項目に財政支援、それから四項目に、都道府県の計画作成担当者に対する研修を含みます人材養成など、都道府県に對しましてさまざまな支援や助言を行うこととしてございまして。

○平口委員 次に、新たな後期高齢者の医療制度についてお尋ねをいたします。

七十五歳以上の後期高齢者、こういう方々の医療費でございますけれども、現在、被用者保険と国民健康保険からの拠出金及び公費を財源として、市町村が医療給付を行う老人保健制度によって賄われているところでございます。現在の制度については、一つは運営主体が不明確であるとか、あるいは高齢世代と現役世代の費用負担関係が不明確であるといったような問題点が指摘されているところであります。

こういう問題を克服するために、今回の法案では、後期高齢者について、高齢者自身の保険料と現役世代からの支援及び公費を財源とする、都道府県単位ですべての市町村が加入する広域連合が運営する独立した医療制度を新たに設けるとされていくところでございます。このような後期高齢者医療制度を創設する趣旨というものは一体何なんであるのか、また、現行の老人保健制度に比べてどのような点を改善されているのか、お伺いしたいというふうに思っています。

○赤松副大臣 平口委員の今の御質問の中に答えが全部入っているような感じもいたしますけれども、おっしゃったように、現在の老人保健制度とい

うものが保険者間の共同事業で構成されているということから、先ほど御指摘あったように、現役世代と高齢世代の負担の間に若干の明確さを欠くという側面がある、また、もう一方、医療費の支払いを行う市町村と実際の費用の負担を行う保険者が分かれているために、その財政運営に責任を持つところはどこなのかということについて若干の不明確さがある、こういった問題点が今日指摘をされているわけでございます。

そうしたことから、さらに今後の急速な高齢化に伴って医療費が増大していく、そういう中で、より負担のあり方について国民の皆様の納得、そして理解を得ていくためには、より高齢世代と現役世代の負担のあり方というものを明確にして、よりわかりやすい制度にしていかなくちゃならない、そういう必要性ができたわけでございます。

今回の改革におきまして、七十五歳以上の後期高齢者については独立した新たな制度を創設して、一つは、給付については、高齢者の保険料一割、現役世代からの支援金を約四割、そして公費を約五割という負担割合により賄うことにしまして、高齢者の保険料と支え手である現役世代の先ほど申し上げましたような不明確さというものをなくして、より一層明確化を図ること。

もう一点は、先ほど御指摘ありましたように、都道府県単位ですべての市町村が加入する広域連合を運営主体とすることによって、より財政運営の責任のあり方というものを明確にしていく、こういうねらいがあることでございます。

○平口委員 今の現役世代が負担する支援金でございますけれども、後期高齢者の医療給付費の約四割を賄うという財源として、被用者保険と国民健康保険の各保険者の加入者数に応じて公平に負担するというふうにされているところでございます。

具体的にどのような負担の仕組みになるのか、お伺いをいたします。

○水田政府参考人 後期高齢者医療の給付費に對

します現役世代からの支援金、後期高齢者支援金と言っておりますけれども、これにつきましては、ただいま委員の御指摘にありましたとおり、被用者保険及び国民健康保険の保険者ごとの加入者数に応じて負担をするということとしてございます。この負担の仕組みにつきましては、後期高齢者の医療費を国民全員で支えるという趣旨に沿ったものでございまして、現行の老人保健制度におきましても、同様の考え方に基づいて、各保険者に対してまして老人保健拠出金を賦課しているところでございます。

それで、この議論の中におきまして、被用者保険及び国保の加入者の所得にも着目した負担の仕組みにすべき、こういった議論もございましたけれども、サラリーマンと自営業者等の所得をどのように公平に把握するかといったような課題がありまして、今回の改革案におきましては、加入者数に応じた頭割り負担をする、こういった仕組みとしたものでございます。

○平口委員 去年の十二月に医療制度改革大綱というものを政府・与党でまとめられておりますけれども、その中で、後期高齢者医療制度の創設に当たって、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるように、新たな診療報酬体系を構築するとされているところでございます。後期高齢者に対してはそのクオリティー・オブ・ライフに配慮した医療を提供していくことが求められているところですが、そのためには、診療報酬体系の中で在宅医療を推進していくということが重要なんじゃないかというふうに思います。

このような考えなんですけれども、この点について、どのような取り組みをこれまでに行ってきたのか、また、今後はどのような取り組みを行っていくおつもりなのか、お伺いをしたいと思います。

○水田政府参考人 ただいま委員御指摘のありました昨年十二月一日の医療制度改革大綱、政府・与党でまとめたものでございますが、ここで、後期高齢者医療制度につきまして、新たな診療報酬

体系において、引用いたしますと、「終末期医療の在り方についての合意形成を得て、患者の尊厳を大切にした医療が提供されるよう、適切に評価する。また、地域の主治医による在宅の患者に対する日常的な医学管理から看取りまでの常時一貫した対応を評価する。」こういった方向性が示されているわけでございます。

一方で、今回の十八年度の診療報酬改定におきまして、高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるというのを目指して、また、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えるという選択肢もとれるように、診療報酬上の仕組みといたしまして新たに在宅療養支援診療所という仕組みを設けたところでございます。

これは、患者やその家族に対する二十四時間の窓口でございます、必要に応じて他の病院、診療所との連携を図りながら、二十四時間往診あるいは訪問看護等を提供できる体制を構築することになってございます。

今後におきましては、今回の診療報酬改定で設けられましたこの在宅療養支援診療所の施行状況も踏まえながら、大きな方向性として示されました在宅医療の、先ほどの医療制度改革大綱で示された方向に沿って議論を深めてまいりたい、このように考えてございます。

○平口委員 次に、保険者の再編統合の問題についてお伺いしたいと思います。

政府管掌の健康保険は、健康保険組合に加入していない中小企業等の被用者の方々の健康を支える最後の受け皿として大変重要な役割を果たしてきたところであります。大正十五年の健康保険法の施行以来、政府がみずから運営してきました。今回の改革でそれを改正して、運営主体を公法人とする、保険料率は都道府県単位で設定するというふうに、都道府県単位の財政運営を行うこととなっております。

このように変更すると、地域の実情に応じた保険者機能というものが発揮できるようになって、また、地域の医療費の適正化がされれば医療費も

低くなるというメリットがあることはわかるわけですが、他方で、都道府県別の保険料率の導入といったようなことについてはきめ細かな配慮が必要ではないかというふうに思います。人口構成や所得といったようなものは都道府県ごとに差異があるわけでありまして、こうした高齢化や所得の違いはそういう地域ではないかと思いがたい所与のものであるわけでありまして、これを単純に保険料に反映させれば地域間で大きな格差が生ずるのではないかとといったようなことが懸念されるわけでありまして。

このような点も含めて、全国一本の保険料率から都道府県別の保険料率へと見直しをされたというところについてのお考えをお伺いしたいというふうに思います。

〔委員長退席、谷畑委員長代理着席〕

○水田政府参考人 お答えいたします。

現行の政府管掌健康保険におきましては、全国一本の保険料率が適用されているわけでございますけれども、そのために、地域の取り組みや努力によりまして医療費が低くなってもそれが保険料率に反映されないという問題がかねて指摘されてきたところでございます。このために、都道府県ごとに地域の医療費を反映した保険料率を定めることとしたところでございまして、これによりまして、保険者機能と申しますか、地域の実情を踏まえました保健事業や医療費適正化に向けた取り組みの促進が図られる、このように考えているわけでございます。

その際、御指摘のように、人口構成でありますとか所得の差異というものにつきましては、これは保険者の努力ではないかと思いがたいものでございます。こうした保険者の努力では対応できない部分につきましては、都道府県間で財政調整を行い、その上で、医療費の地域差を適切に反映した保険料率を設定することとしてございます。

なお、都道府県別の保険料率への移行に当たりまして、保険料率の大幅な上昇が生ずる場合には、激変緩和のための措置を講ずることとしてご

ございます。

○平口委員 国民健康保険制度については、今後急速に高齢化が進展していく中で、特に高齢者と低所得者をたくさん抱えている市町村の国民健康保険に係る負担が大きくなっていくということが考えられるわけでございます。

我が国の国民皆保険制度を支えてきたいわば最後のとりでというべきである国民健康保険の財政状況についてどのように認識しておられるか、また、今後制度を維持していくためにどのような対策をお考えか、お伺いしたいと思います。

○水田政府参考人 御指摘のように、国民健康保険制度につきましては、国民皆保険制度を維持する上で不可欠の制度であるわけでございます。一方、国保をめぐる状況は大変厳しいわけでございます。御指摘ありましたとおり、高齢化の進展、あるいは低所得者の増加ということによりまして、大変厳しい状況にあると認識をしてございます。

こうした観点から、市町村の保険財政を安定化させるために、今般の法案におきましては、高額な医療に係る共同事業への国、県からの支援、あるいは低所得者を多く抱える保険者への支援等の財政基盤強化策を、平成二十一年度まで継続するということを盛り込んでございます。

また、それとともに、平成十八年、本年十月から、新たに、都道府県単位で国保財政の安定化、保険料の平準化を図るために、保険財政共同安定化事業を創設することとしてございます。

これに加えまして、国保の保険料の収納対策といたしまして、市町村の取り組みを支援するために、総合的な収納対策を昨年二月に策定してございまして、今後の新たな取り組みといたしまして、クレジットカードあるいは携帯電話を活用した徴収でありますとか、都道府県単位での共同収納センターの設置でありますとか、あるいは、今回の法案におきまして、新たな高齢者医療制度の創設とあわせまして、六十五歳以上の高齢者につきまして、年金からの天引き、こういった措置を

実施していく予定でございます。

引き続き、国として市町村における国保の安定的な運営が図られるように努めてまいりたいと考えております。

○平口委員 時間が大分たちましたので、最後に御質問したいと思っております。いわゆる混合診療の問題でございます。

一昨年末のいわゆる混合診療の問題にかかわる議論の中で、規制改革・民間開放推進会議などから、いわゆる混合診療が全面解禁されれば、患者がこれまで全額自己負担しなければならなかった診療が一部公的保険による手当てのもとで受けられるようになるため、受診機会と患者の選択肢の拡大につながるというふうな主張がされてまいりました。

しかしながら、私は、このような考え方に立つた場合には、公的医療保険の力バする範囲が縮小されるおそれがある、保険証を持っていきさえすれば基本的に一定の患者負担のみで必要かつ適切な医療が受けられるという国民皆保険の基本的な理念を揺るがしかねないじゃないかというふうな危惧するものでございます。

そこで、いわゆる混合診療の問題に関して、今回の改革法案の中ではどのような対応を行っておられるのか、それは国民皆保険制度を堅持するものであるのか否か、お伺いをしたいというふうな思いをいたします。

○赤松副大臣 このいわゆる混合診療問題につきまして今平口委員が御指摘になった危惧、御懸念、そういったものについて、私なんかもその認識を共有しているところでございます。

御承知のように、我が国の医療保険制度におきましては、必要かつ適切な医療というものは保険診療によって確保するということが原則となつていことは、もう既に言うまでもないところでございます。

今回の改革法案におきましては、特定療養費制度について、一つは、高度な医療技術や治験中の医薬品など、いわゆる保険が適用されていないも

のについての将来の保険導入のための評価を前提とする新たな技術などと、保険の対象となる入院ベッド代等との併用を認める評価療養と、もう一つは、いわゆる差額ベッドなど、患者の選択にゆだねられ保険導入を前提としない医療と、手術代などの保険の対象となる医療との併用を認める選定療養とに再構成することによりましております。

この仕組みは、保険導入前でありまして、保険診療との併用によって、患者の皆さんが新しい医療技術による治療を早期に、かつ少ない負担で利用することを可能にするものでございます。

また、評価療養につきましては、有効性、安全性のほか普及性、効率性、技術的成熟度等の観点から適当と認められるものについて、保険適用の対象として国民が広く利用できるようにすることとしておりまして、国民皆保険制度を支える仕組みであると考えておる次第でございます。

○平口委員 どうもありがとうございました。

以上で私の質問を終わります。ありがとうございます。

○谷畑委員長代理 次に、高木美智代君。

○高木(美)委員 公明党の高木美智代でございます。

今回の医療制度改革は、これまでに多くの議員の方からお話がありましたとおり、国民皆保険制度をいかに持続可能なものにするかとの観点から、広範な改革が盛り込まれております。

我が党におきましても、今回のこの改革に当たりまして、一つは国民の目線に立った改革であること、そして少子化への配慮が行われること、また年金生活者など高齢者負担への配慮、この三点を一貫して主張させていただきまして、その多くが盛り込まれていることを感謝申し上げたいと思っております。

しかしながら、この改革は、同時に患者本位の医療を実現するものでなければならぬと思っております。今回の改革案につきましては、情報提供の制度化であるとか、また広告規制の見直し、

また医療費の中身のわかる領収書の発行、セカンドオピニオンの推進、また安全支援センターの制度化等々、患者のニーズにこたえる医療の実現に大きく踏み出したものと評価をさせていただいております。

私は、今回のこの改革の審議を通して何よりも念願しておりますことは、国民の皆様お一人お一人が、御自分が医療に對しまして、例えば、生活習慣病にならないためにどのようにコントロールをしていくのか、また健診をどのようなサイクルで受けていただくのか。そしてまた、もし治療が必要になりましたときには、これはある新聞の記事でございましたけれども、医師と患者の関係を、神としもべの関係である、このように書いていらつしたところがありました。そういうときもあるかと思っております。しかしながら、それを受ける患者の方の立場からいいますと、むしろ対等の立場で、医師の専門的知識をかりながら、インフォームド・コンセントとともに治療に当たる。自分がまさに医師で、自分が患者である、こういうような意思をお持ちになるということが大事ではないかと思っております。

そして、そのための情報提供も行われ、やがて人生の最終章をお迎えになるときに、在宅なのか、また病院なのか、そういう選択を御自分でしていただくというように、御自分の健康との向かい方を人生の中でどのようにされていくのか、これを見詰め直すきっかけにさせていただければと思っております。また、そのための選択肢を提供することが政治の役割であるとも考えております。

そこで、赤松副大臣にお伺いしたいと思います。今後こうした医療制度がどのような観点で、どのような方向に向かうことが望ましいのか、また、その途上にありまして今回の改革をどのように受けとめていらっしゃるのか、御見解を伺いたしたいと思います。

○赤松副大臣 今高木委員が冒頭で御指摘になりましたような今回の医療制度改革についての大き

な意気込みといえますかとええ方、私も全く、ほとんど同じ認識に立っているところでございます。

単に医療費の是正というふうな、そういう観点だけではなくて、日本の医療のありようというものをこの際根本的にしっかりと国民の皆さんと一緒にの目線に立って変えていくということが非常に重要な局面に差しかかっているのではないかと、そんなふうに思う次第でございます。

具体的には、医療計画制度を見直し、急性期から在宅での療養に至るまで患者が切れ目のない医療サービスを受けることができるように、脳卒中や小児救急医療などについても地域における医療の連携体制を構築していく、こういうことについてしっかりと力を注いでまいりたい、そんなふうに思います。

また、先ほど来お話にも出ておりますけれども、一つは都道府県を通じた医療情報の提供制度の創設など、医療に関する情報提供という部分でしっかりと皆さんに安心していただけるような体制をつくっていくように推進をしていきたい。もう一点は、医療安全支援センターの制度化、この医療安全支援センターは平成十五年から既にそういうものが設置をされているわけですが、現状では法律上の位置づけがなく、機能が明確ではないという状況がありますので、しっかりと医療法の上に位置づけをいたしまして、大きく育てていくことによって、医療に対する安全というものをしっかりと国民の皆さんの中に定着させていきたい、そんなふうな角度で推進をしていきたいと思っております。

ともあれ、本来的な意味における患者本位の医療提供体制というものを日本の社会の中にしっかりと構築する、大きな転換の起点にしていきたいと思います、そんなふうな考えているところでございます。

○高木(美)委員 力強い御決意を伺いまして、ありがとうございます。

先ほど来、具体的には、まず療養病床の再編成

ということにつきまして質問が続いております。申し合わせたわけではございませんが、やはり不安のお声が寄せられておりますので、私もこの療養病床の再編成につきまして詳しく本日はお伺いをさせていただきますと思います。

この療養病床の再編は長い間の懸案だったと伺っております。一九七三年に老人医療費が無料化されたことで、医療病床は高齢者の受け皿となりまして、不足がちだった福祉施設の肩がわりをしてきた経緯がございます。そのために、どちらかといいますと、老健施設やまたグループホームなどの介護の方の基盤整備がおくられて、社会的入院を促してきたという経緯もございます。中には、三十年がかりの老人病院改革と言う方もいらつしやいます。

それだけに、こうした長い歴史を持つことでございまして、転換に当たりましては、まず病院関係者に丁寧な説明がなされ、病院関係者が道筋がわかるような改革がなされなければならないと思っております。そうした理解と協力が得られなければ、路頭に迷うのは患者の方であり、また家族の方であると思っております。

そこで、実は、本年七月から、診療報酬の改定によりまして、医療の必要性の高い患者に係る医療につきましては評価を引き上げる、また医療の必要性の低い患者に係る医療については評価を引き下げる、このことによりまして全体として適正化を図る、こういう診療報酬の改定が行われました。

これは平成十五年三月に閣議決定されました基本方針に沿うものと受けとめておりますが、いかにせん病院の関係者、患者の皆様にとつては急な話でございます。既に、この七月からこうした診療報酬の改定の実施が行われる、これによりまして患者の追い出しは起こらないのか、また激変緩和などの措置は講じないのか、こういう質問が多く寄せられております。まず、このことにつきまして質問をさせていただきます。

○赤松副大臣 高木委員御指摘の、今のこの療養

病床にかかわる問題につきましては、この委員会あるいはまた本会議等々でも、要するに、急な話ではないか、準備期間も短くて、今委員がおっしゃったように、七月に当たって患者の追い出しが起こるんじゃないか、こういうふうなさまざまな懸念というものが出されていることは十分に承知をいたしております。

一つは、今委員御自身がおっしゃったように、長い間の歴史がある。つまり、具体化したものは確かに少し急いだ部分というのは否定できないわけですが、ベースとしては長い歴史を踏まえているということが一つ。

もう一つは、今御自身がおっしゃったように、平成十五年の三月の閣議決定による基本方針、つまり、三年ほど前のところにそういうベースになるものが出ている、それを明確化した、そういう背景があるということをぜひ御理解いただきたいと思っております。

先ほど委員のおっしゃったように、本年七月から、医療の必要性の高い患者にかかわるものについては評価を引き上げ、そして医療の必要性の低い患者にかかわる医療につきましては評価を引き下げる、こういうことによって適正化を図ることが結果として入院している方々が無理に退院せざるを得ないような状況になっていくということを引き起こさないように、ありとあらゆる力を注ぐことが必要である、そんなふうな考えております。

そのための施策といたしまして、例えば、医療の必要性が低い患者が多く入院する病床につきましては、一定の収入減となることも想定されますので、介護保険移行準備病床として、医師、看護職員等の配置を薄くする場合でも、診療報酬上の評価を下げることはしないこととする予定でありまして、医療機関がコストを引き下げて対応する選択肢もついていたように、医療機関の経営にも十分配慮を行おう、こんなふうな考えているところでございます。

○高木(美)委員 今の御回答につきまして重ねてお伺いいたしますが、この介護保険移行準備病

棟、あくまでも準備でございます、これがそのような形で認められる期間というのは、どのくらいの期間に当たるとのでしょうか。

○水田政府参考人 介護保険移行準備病床につきましては、仕組みとして具体的に確定するのはこれからでございますけれども、私どもとしては、二十三年度までこういった経過的な類型を認めていこうということでございます。

と申しますのは、なぜこういう類型を設けるかといいますが、直ちに介護保険の介護施設に転換しようとしたしますと、午前中のお話にもありましたように、各地域の参酌標準の関係で移行が難しいということが想定されるわけでありまして、したがって、参酌標準の見直しが行われるまでの間は医療保険の方でこの施設を抱えていくといった措置を講ずることによって、円滑な転換が図れるようにする、このような考えでございます。

○高木(美)委員 また重ねてお伺いいたしますが、その場合、ただいま赤松副大臣より診療報酬を下げることはしないというお話がございました。この二十三年の改定まで、そのまま準備病床として準備に当たるといいますか、二十三年以降の体制を整えながら今のとおり考えられる、そのように受けとめさせていただいてよろしいのでしょうか。

○水田政府参考人 基本的には、今回、この療養病床に人所されている方々に関する診療報酬に関しては、医療区分の一、二、三、それからA D L区分が一、二、三ということで、点数をそれぞれ設定しているわけでございます。その考え方自体、これは患者さんに即して設定されるものではないので、介護保険移行準備病床だからといって下げるということではございません。患者に即して同一の点数が適用されるということでございます。

○高木(美)委員 ありがとうございます。

もう一点、これは懸念のお声でございますけれども、今回、介護報酬改定におきまして、老健施

設等につきましては介護度の改善を促す、このために報酬を上積みするという仕組みもおつくりいたしました。むしろ、健康にして高齢者の方を帰すという仕組みでございます。

今お話ございました区分一そして区分二、この患者の方たちの入院基本料については五千円もの差が生まれるとも伺っております。これは医学界の方には大変恐縮な言い方なんですけれども、医師が患者の必要度を高目に算定する、またそういう患者の方にとりまして病状が進行することにならないように十分な注意を払っていただくべきである、このようなお声があります。このことに対して御見解をお願いしたいと思います。

○水田政府参考人 診療報酬上の区分につきましては、外形的にわかりやすい形で設定をしてございますので、まずその点についてのあいまいさはないと考えてございます。

それから、現実にもそういったことがあつてはならないわけでありまして、病院に對します監査等を通じて、そのようなことがないように十分ウオッチをしていきたい、このように考えてございます。

○高木(美)委員 ありがとうございます。よろしくお願ひいたします。

現在、病床、一人当たりにつきまして保険からの程度に金額が給付されているのか、お伺いしたいと思ひます。

医療療養病床、そして介護療養病床、また老健施設、ケアハウスやグループホームなどの特定施設、介護保険から、また医療保険から、それぞれ違ふと思ひますが、概算をお答えいただければと思ひます。

○機部政府参考人 施設における一人当たりの保険給付の額についてのお尋ねでございます。

まず、医療保険から給付されます医療療養病床は、診療報酬改定前の、七十歳以上、一般所得の方の実績をベースにいたしますと、平均約四十二万六千円となっております。

また、介護保険から給付されます介護施設につ

きましては、一般の介護報酬改定をもとに要介護度五の方について申し上げますと、まず介護療養型医療施設は、多床室の場合に約三十七万四千円でございます。それから、老人保健施設は、多床室の場合、約二十七万七千円。そして、最後の特定施設につきましては、約二十三万二千円となっております。

○高木(美)委員 ありがとうございます。今後の転換のためのスケジュールと措置をどのようにお考えか、お答えいただきたいと思ひます。

○赤松副大臣 今回の療養病床の再編におきましては、療養病床は医療の必要性が高い患者に限定しまして医療保険で対応するとともに、医療の必要性の低い方々への対応につきましては、療養病床が老人保健施設等の介護施設に転換することにより、大きな改修をすることなく受け皿になることが可能と考えていることは先ほど来述べているとおりでございます。

療養病床の再編に当たりまして、先ほど来申し上げておりますように、入院している方々の追い出しにつながらないようにすることが大前提でありまして、今後六年間かけまして、医療、介護双方の病床について円滑な形で転換できるように経過的な類型を設けることにいたしております。

いずれにしましても、委員御懸念のような、そういう、再編に当たって入院、入所されている皆さんが不安を抱かれることがないようにしっかりと適切な対応を図ってまいりたい、そんなふうと考えております。

○高木(美)委員 よろしくお願ひいたします。重ねまして、その際の費用の助成や支援措置を講ずるべきと思ひますけれども、それをどのようにお考えか、お答えいただきたいと思ひます。

○水田政府参考人 私どもは医療保険サイドからの取り組みでございますけれども、医療保険財源を活用いたしました転換支援措置というものを考えてございます。病床転換助成事業でございますけれども、医療療養病床等の長期入院病床を、老人保健施設でありますとか、あるいは有料老人ホーム等の居住系サービスに転換する、こういう場合に、それに要する費用を助成するというところでございまして、国、都道府県、それから各医療保険者による費用負担のもとに、平成二十年度から都道府県が実施する事業として構成することと考えてございます。

ただ、単価でありますとか、改修の場合、新築の場合もあるわけでございますけれども、それらにつきましては今後検討を進めていきたい、このように考えてございます。

○高木(美)委員 それでは、介護保険の関係はいかがでしょうか。

○機部政府参考人 介護保険の方におきましては、地域密着型サービスの整備などを対象としております地域介護・福祉空間整備等交付金、それは、今回、市町村交付金のみとなりますが、市町村が介護療養病床を老人保健施設等に転換するために必要と判断した場合には、この交付金が活用できるようにする予定でございます。具体的な助成内容につきましては、今後、各市町村のニーズ等も踏まえまして詰めていくこととしております。

なお、十八年度以降、廃止、一般財源化された介護施設の整備に係るこれまでの都道府県交付金に相当する助成を都道府県等が行う場合には、必要な地方財政措置が講じられることとなっております。介護療養病床を老人保健施設等に転換整備する場合にもこれが使えるということと、都道府県の判断で助成を行うことも可能であるということになっております。

(谷畑委員長代理退席、委員長着席)

○高木(美)委員 ありがとうございます。

今、それぞれ御説明をいただきましたが、それで当初の計画どおりの病床と施設は確保できるという見通しなのかどうか、この点についてお伺いをいたします。

○機部政府参考人 以上のような支援措置も含めまして十分転換が可能、たというふうに考えており

ます。

○高木(美)委員 ありがとうございます。これは、進めてみなければ、それぞれの意思もありませんし、また、何よりも都道府県、市町村がどのような主導で行われていくのか、これも大事かと思っております。ぜひとも御協議の上で円滑に進められますようお願いいたします。

これは、先ほど伺った件と同じ質問になつてしまふんですが、病院関係者の方は、医療療養病床から介護保険病床に転換しますと経営が厳しくなるというお声がございます。採算がとれないければ、出ていってほしいとなるわけですが、この質問につきましては、先ほどお話ししました準備病床という、この考え方よろしいのでしょうか。

○赤松副大臣 結論から言いますとそれでよろしゅうございまして、平成二十三年までのこれらの六年間の時間をかけまして、医師、看護職員の配置等を緩和した療養病床の類型を創設することといたしております。また、その際、介護報酬においては、緩和された人員配置基準による平均的な費用の額等を勘案して適切な水準を定めることとしております。

先ほど申し上げましたけれども、診療報酬においては、医療の必要性が低い患者が多く入院する病床につきましては、介護保険移行準備病床、仮称でございますけれども、これを置きまして、人員配置を薄くする場合でも診療報酬上の評価を下げることはしない、こういうことで対応してまいりたい、そんなふう考えております。

○高木(美)委員 ありがとうございます。

介護保険につきましては、本年四月一日から第三次事業計画が始まっております。新たな介護保険料でスタートをしております。今後、介護療養病床十三万人が老健施設等の二十三万人、こういう方向にふえていくわけですが、順次ふえるわけですが、その場合、介護保険制度がかなり膨らむのではないかと懸念をしております。財政逼迫を招くのではないかと、持ちこたえら

れるのかどうか、こうした施設の転換を円滑にできるのかどうか、今後の見通しをお伺いしたいと思います。

○磯部政府参考人 御指摘のとおり、こうした措置によりまして、介護保険における給付の増が見込まれるところでございますが、一方、医療保険における給付の減も見込まれるところでございまして、総体としてやはりそうした方向で進んでいくべきではないかというふうに考えておるところでございます。

○高木(美)委員 そうしますと、今、当然、区市町村である程度ボックスを決めながら、その中で介護保険の運営をされているわけですが、これは今何とも言えない話かと思えますけれども、今後、そうしたことは介護保険料に将来的に、次の二十一年の第四次の始まりのときの介護保険料に影響するかどうかといえますのは、それはあくまでも、こうした老健施設がどの程度ふえていくのか、またそれぞれ抱えている介護保険の対象者の方がどの程度いらつしやるのか、そうしたことを総合的に勘案されながら次の第四次の計画が始まる、こういうふうな受けとめてよろしいでしょうか。

○磯部政府参考人 委員御指摘のとおり、平成二十一年度からの第四期の介護保険事業計画におきましては、施設、居住系サービスをそれぞれの市町村で見込みまして、それに基づいて保険料を決定するというところかと考えております。

○高木(美)委員 ありがとうございます。
最後に、在宅療養につきましてお伺いをさせていただきます。在宅という言葉につきましては、単なる自宅だけではなくて、グループホームであるとか、ケアハウスであるとか、そうしたことも含むという御説明をいたしておりました。最期を自宅で迎えたいという方は八割を超えていらつしやるわけでございますけれども、先ほど来お話がございました在宅療養支援診療所、この要件、そしてまたねらい、考え方はどのようなものか、また全国で何力所ぐらいを想定してい

らつしやるのか、質問をさせていただきます。

○赤松副大臣 在宅療養支援診療所、非常に今回の医療制度の改革の中でも大きな成功のかぎを握っているものだと思います。今回の診療報酬改定におきまして、高齢者が、できる限り住みなれた家庭や地域で療養しながら生活を送り、また身近な人に囲まれて最期のみと迎える、そういうことが選択できるように、診療報酬上の制度として新たに在宅療養において中心的な役割を担う在宅療養支援診療所を設けたところでございます。

この在宅療養支援診療所につきましては、二十四時間連絡を受ける医師または看護職員を配置しまして、その連絡先を文書で患者のうちに提供していること。あるいはまた、当該診療所におきまして、またはほかの保険医療機関の保険医、看護師等との連携によって、その患者のおうちの求めに応じて、二十四時間、往診、訪問看護が可能な体制を確保し、往診、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書で患者のうちに提供していること。また、当該診療所において、またはほかの保険医療機関との連携によってほかの保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること、あるいはまた、介護支援専門員、ケアマネジャー等と連携していることなどを要件といたしております。

先ほど、数について、全国何力所ぐらいを想定しているのかというお話がございました。これにつきましましては、寝たきり老人在宅総合診療料というものの改定前の算定に際して、二十四時間の連携体制にあると届けている診療所が現在約一萬力所あることを踏まえまして、この在宅療養支援診療所へこの一萬力所が恐らく移行するのではないかとこのことを期待し得るものと考えておるところでございます。

以上です。
○高木(美)委員 ありがとうございます。
今、市町村は千八百強というふうに向つております。全国一萬力所ということで、しつかりとこ

の在宅療養支援ができますように、スムーズな移行ができますようお願いを申し上げたいと思います。

最後に、大臣がちょうどお戻りになりましたので、今回のこうした療養病床の再編成につきましての大臣の御決意を伺いまして、終わりにさせていただきますかと思っております。

○川崎国務大臣 全体の制度設計といたしましては、六年間をかけながら移行していく。あすからすぐ始まるのではないかとこのうまず誤解があるように思っております。

第二番目に、追い出しにつながるようなことがあつてはならないというのがまず基本であろうと思ひます。一方で、入院の適正化という問題が医療制度改革の大きな柱となっております。そういった中で、多くの療養病床が転換をしていくようなシステムをしっかりと支えていかなければならない、このように思っております。

いづれにいたしましても、各県がさまざまな計画を書く中、私もがしっかりとフォローをしなが、冒頭申し上げたように六年かけながら実効性が上がるものにしてまいりたいと考えておりますので、どうぞ御理解をお願い申し上げます。

○高木(美)委員 ありがとうございます。
以上で終わらせていただきます。

○岸田委員長 次に、菊田真紀子君。

○菊田委員 民主党の菊田真紀子でございます。きょうは、一時間の質問時間をいただいておりますが、限られた時間の中で、非常に多岐にわたるテーマがございすけれども、私は、主に地元医師不足の問題について取り上げさせていただきますかと思っております。

まず、一昨日、私は、本来であればこの厚生労働委員会でも質問をさせていただく予定でございました。それが、あのような形で、私たち民主党、そしてまた社民党、国民新党が欠席の中で、与党の強行という形で委員会がスタートを切つてしまったことを大変遺憾に思っております。私たち民主党は、今回、三つの法律案を提出さ

せていただきました。がん対策基本法案、小児医療緊急推進法案、そして医療の安心・納得・安全法案でございます。この三つは、三点セットとして、今回の医療制度改革と一体となつて審議をしていかなければなりません。ぜひとも、民主党が提案をいたしましたがん対策基本法案についても一日も早く審議入りをしていただきますよう、冒頭、強く要望したいと思います。

そして、本来、これだけの重要法案、今回の国会の中でも目玉の医療制度改革でございますが、なぜ小泉首相みずからこの委員会にいられて、首相の考え方をきちんと明確にされたいのか、私は大変、この小泉首相の姿勢をただしたい、そんな思いでいっぱいでございます。

それでは、質問に入らせていただきますけれども、私は、新潟県第四区の選出の国会議員でございますが、二百四十七万人の新潟県民の命を預かるという、そんな思いで質問をさせていただきます。

東京に来て大変驚くことがたくさんありますけれども、東京というところは大変便利だ。この医療に関しても、病院はいろんなところがございす。フリーアクセスで、いい病院、評判のいい病院、そしてまたいろんな専門科医があります。自分の判断でいろんなところに行くことができるわけです。

しかし、その一方で、私の地元を見たときに、地域の中で限られた医療機関しかない、よくも悪くもその病院しかない、そんな事情があります。これは、まさに国民の医療に格差があるということではないか、健康の格差ではないか、この格差を少しでも今回のこの審議の中で埋めていかなければならない、そんな思いを冒頭述べさせていただきます。

まず、医師の数について質問させていただきますけれども、私が申し上げるまでもなく、一九七〇年代は、田中元首相、我が新潟県の大先輩でございますけれども、無医大県解消のための一県一医大構想というのを掲げまして、医師の養成を推

進いたしました。まさに大きな政治の決断とリーダーシップによって医師の養成に取り組みられたわけでございます。

当時、新潟県は、全国有数の豪雪地帯でもありましたが、無医村の地域もたくさんございました。東京で助かる命が新潟では助からない、そんな思いの中で、全国国民が本場に同じ命の重さで、みんなが安心、安全の医療にかかれる、そういう国にしなければいけない、そんな思いが強く込められていたと思います。

今、おかげさまで、新潟県は、道路もよくなりました、橋もよくなりました、トンネルもできました。しかし、トンネルや橋はたくさんできたけれども、肝心のお医者さんがいない。お医者さんがいないということで、助かる命が助からないというケースもたくさん出ております。

田中角栄元首相の政策でせっかく医師増員に取り組んだのに、なぜ今こんなに全国で医師不足の問題が出てくるのでしょうか。平成九年の橋本行革で医学部定員の削減に取り組むということが閣議決定をされて以後、医師の抑制政策が行われてまいりました。私は、この橋本行革の医師抑制政策で後退したために現在の医師不足を招いたのではないかと、そんな思いを持っております。

まず、率直にお伺いしますが、医師は過剰なのでしょうか、不足しているのでしょうか、政府の見解をお聞かせください。

○川崎国務大臣 医師数は、平成十六年末現在で二十七万人となっております。人口十万人に対して二百十一・七人、また、毎年三千五百人から四千人ぐらゐの医師が増加しております。平成十年、今御指摘いただきました九年を受けて、十年に取りまとめられた医師の需給に関する検討会報告によれば、供給医師数が必要医師数を上回り、将来的には過剰になるとされたところであり、こうしたことを前提とすれば、現在は不足という、全体的にはなっていないという判断をいたしております。

しかし一方で、診療科や地域における医師の偏

在により、医師の不足感があるため、この偏在の解消を早急に図ることが重要と考えております。

このため、今般の医療制度改革においては、医療計画制度を見直し、小児救急医療などの具体的な医療連携の確保や、都道府県が中心となつて、大学病院など地域の医療関係者と、僻地への医師の派遣など医療従事者確保の具体策を検討し、実施する枠組みを制度化いたしました。

また、都道府県において小児科医療や周産期医療の医療機能の集約化、重点化の検討を行い、具体的な対策を講ずるとともに、国としても、実情を把握しながら、制度、予算、診療報酬等、さまざまな側面から総合的な医師確保対策に取り組んでおります。

いずれにせよ、診療科や地域における医師偏在という問題に取り組んでいかなければならない、こうした認識をいたしております。

○菊田委員 この日本におきまして、先ほど大臣がおっしゃられました人口十万人当たりの医師数という考え方でいうならば、一体何人が適当だとお考えでしょうか。OECD諸国の基準では、人口十万人対医師数は二百八十人という見解でございます。そしてそのOECD諸国、先進国の中では、昨今医師を増加させる政策がとられているわけですが、これを踏まえてみても、日本の医師数についてこれからどういう方向で進めていられるのか、見解をお伺いいたします。

○川崎国務大臣 医師数は、このままの状況でいきますと、平成二十九年ごろには約三十万人と考えております。その時点では、やや過剰になるのではないかとこの認識をいたしております。

一方で、今お示しした臨床医数の比較を見ますと、三十万國中、アメリカが二十三、カナダが二十六、我が国は二十七位という数字になっております。人口構成や国土の規模、医療提供の仕組みが必ずしもイコールではございませんので、数を単純比較というわけにはまいりませんけれども、これから十年の歩みの中で約三十万人ということでありますので、大体の数字にはなっておりますので

はないかと考えております。

○菊田委員 私が質問申し上げました何人が適当なのかということに対しては、やはり予想どおりお答えをいただかなかつたわけですが、これまでの議論を聞いたり、あるいは本会議での質問を見させていただきまして、決して大臣もまた厚生労働省も、医師は不足しているということをおっしゃらないわけですか。

私は、今回の質疑をさせていただくに当たりまして、地域のいろんな現場の声を聞いてまいりました。地域にもたくさん、いろんな形の医療現場があるわけですが、大学病院、小規模病院、自治体病院、あるいは診療所、開業医、さまざまあるわけですが、どこに行っても皆さんの共通した感想は、医師は不足している、医師の手が足りない、そして非常に過酷な勤務状況になっている、これを何とかしてもらいたいという声がどこに行っても共通の声でございました。

そして、昨今、いろんな新聞、マスコミ、あるいは雑誌等でも、ここにもお持ちいたしましたけれども、医師は過剰なのか不足なのか、医師は既に不足する時代に突入している、まさにことは医療崩壊元年ではないかということが特集で組まれるような状況になっているわけでございます。それでは、私の地元で起こっている問題について少し取り上げさせていただきながら、このことについてさらに議論させていただきたいと思っております。

皆様のお手元にも配らせていただきましたけれども、私の地元、新潟県で起こっている問題でございます。新聞記事をごらんいただきましたかと思っております。新聞記事でも、新潟県の阿賀野市に市立水原郷病院というところがございますけれども、この病院は病床数三百二十床でございます。そして、阿賀野市一帯の約五万人の健康を守ってきた病院でございますけれども、この病院で大変なことが起こりました。ことしの一月から四月までに常勤医二十六人のうち十一人が一斉に退職をするというニュースが飛び込んできたわけでございます。

す。内科は八人いましたけれども、そのうち四人がやめる。消化器内科は二人からゼロになります。外科医は三人から二人に減る。あるいは整形外科も二人から一人に減るということでございます。

特徴的なことは、この阿賀野市にはほかに開業医がございません。休日当番医もありません。したがって、車で市外に行ける方はいいんです、三十分、四十分あるいは一時間をかけてよその町の病院に行ける人はいいんですけれども、足の悪いお年寄り、車のない高齢者にとって、ほかに行く病院はございません。一番身近に頼ってきた病院でございます。

この病院の実績なんです、平成十六年度の外来総数では約十八万七千人の患者さんが外来患者として通っております。入院総数では約十万六千人ということですから、それはもう地域にとつてはなくてはならない病院だったわけでございます。

現在、このようなことになりまして、医師が大量退職することによって、やむなく業務も縮小になってしまいました。新たな医師の確保もままありません。そしてまた、閉鎖する診療科もふえてまいりました。入院していた患者さんは半分ばかりに転院しなければなりません。あるいは救急の二次病院を二月に返上いたしました。看護婦さんも二割やめなければならぬということでございます。

財政的にも大変厳しいんですけども、この病院をなくしてはいけないということ、今、市も一生懸命頑張っております。平成十七年度は約五億円を交付いたしまして、この病院をなくさないように、今懸命の努力をしているところでございます。

少しこの水原郷病院のホームページを読ませていただきます。貴重なお時間、大変恐縮ですが、ぜひ、これはたまたま新潟県の水原郷病院で起こっている問題ではない、この事件が起こって、新潟県のどの医療機関、病院でも、いつうちの病

院でもこういうことが起こるかわからないと戦々恐々としております。恐らく全国各地で同じようなケースがあると思いますので、少しお時間をいただきたいと思います。

これは水原郷病院の病院長さんがホームページの中で言っている言葉です。

新潟県の地域医療は破綻寸前の状態です。当院の状況はマスコミに報道されましたが、県内各地域には第二、第三の水原郷病院となり得る病院がたぐさんあります。骨折した場合でも、先月までは地元の病院で救急医療を受けられたはずが、今月からは常勤医がいなくなり遠くの大規模病院へ運ばれる地域、また産婦人科がいなくなり、地元病院でお産ができなくなる地域も実際に出てきています。

この原因はひとえに新潟県の医師数が不足していることに尽きます。本田市長と一緒に、新潟大学の各教室へ医師確保のお願いに何度も足を運んでおりますが、非常に厳しい状況です。確かに新潟大学の医師数も減少しており、大学での高度医療を続けることは人数的にも精いっぱいというのが現状です。

実は、医師数は急に減少したわけではありませんが、新しい臨床研修医制度が二年前から始まり、医大を卒業しても医師はすぐ医療の現場には出られず、指導医の下で研修しなければなりません。そのため、ここ二年間は新しい医師の旅立ちがゼロという状況になりました。

厚生労働省の方針は、ふだんはかかりつけ医に診てもらい、ぐあいが悪くなったら紹介状を書いてもらって大きな基幹病院へ行きなさいということのようです。新潟県でも、少ない医師数では県内全域をカバーできないため、なるべく基幹病院へと医師を集中させ始めています。そのため、郷病院のような中規模病院から医師が引き揚げられているのです。

また、新潟県の特異性も医師不足の原因の一つで上げられます。当県は人口二百四十万人で医大が一つしかありませんが、北陸三県、富山、石川、

福井では、人口三百万人程度に対し医大が四つあります。それでも三県の医師数は十分とは言えない状況なのです。卒業生の一定数が地元に着る医大が新潟にも一つできると、新潟県の地域医療はよくなると思います。

というふうに、水原郷病院の問題だけではなくて今の新潟県全体の医療の問題についても言及されているわけです。

この問題が起こってから、いろんな背景、原因があるということで、検証が行われてきました。まず一つは勤務医の過重労働でございます。当直と外来で仮眠も食事できない、もう限界だという叫びでございました。そしてまた、住民と病院患者とのコミュニケーションの不足も上げられます。

そんなことで、今、こうしたことになってから、病院側も、そしてまた行政側も患者さんたちも、この病院をなくしてはならないということで、みんなで盛り上げていこう、病院を守ろうという運動が進められているわけですけれども、こういう地方の採算のとれない公的病院をどう守るのか、このことについて、ぜひ大臣から御検討いただきたいと思っています。

特に大臣の御地元の三重県でも、尾鷲市、産婦人科医がいらないということで、年間の報酬五千五百万円で産婦人科医に来てもらったというニュースを聞いていますし、同じように全国各地で、小児科医がいらない、産婦人科医がいなくて困っている自治体病院は枚挙にいとまがありません。

この水原郷病院の問題を通して大臣の考えをお聞きしたいと思います。お願いいたします。

○川崎国務大臣 先ほど申し上げましたように、まず医師の偏在があることは事実でございます。

例えば、県で一番多いのは徳島県でしょうか、十万人当たり二百八十二名、二番目が鳥取県で二百八十名、東京が二百七十八名、御指摘の新潟が百七十九・四、お近くのことをとられましたけれども、富山が二百三十三・四、石川が二百五十二という数字になっております。

しかし一方で、それでは数の多いところがそれで大丈夫だと言っているかというところ、必ずしもそうではない。数の多いところでも地域偏在問題が出てきております。そういった意味では、今回の医療制度改革全体として、こうした全体的な問題に取り組みまなければならないという意識をまずいたしているところでございます。

一方で、地方自治体病院の問題でございますけれども、地方自治体病院は今九割が赤字財政になっております。この一つ一つの病院に対して国として支援体制、特に厚生労働関係で財政支援体制のスキームは持っております。これはあくまで設置者が努力をしていくものというように考えております。

しかし一方で、採算性の低いとされる医療、例えば小児救急医療体制の強化、これは二十六億円の予算を組まさせていただいております。救命救急センターの確保、これも三十三億円の予算を組まさせていただいております。それから僻地保健医療対策、これも二十四億円という形で、そういった意味では、採算性が低いとされるものに対しては支援措置を持っておりますけれども、それぞれの自治体の努力というものが前提の中で地方の病院は建てられたということは御理解を賜りたいと思います。

御指摘の阿賀野市立水原郷病院、本年一月から四月にかけて常勤医師二十六人のうち十一人が退職することとなった結果、これまで行ってきた診療科の一部を閉鎖するといった状況になったと聞いております。

これについて新潟県に確認をさせていただきました。当該市立病院の今後の診療体制に関する市民への適切な情報提供や、開業医や近隣市町村との連携による救急医療の確保に努めるよう、同病院の開設者たる阿賀野市に要請しているものと考えております。

一般的に、地域の医療提供体制は、医療機能の連携を図りながら広域的に確保していくものであると。医療機関の統廃合や今回のような医療機

関の機能に変更が生ずる場合には、当該医療機関がそれまでに担ってきた役割、機能を踏まえ、まず当該医療機関の設置者の努力で、入院患者や外来患者の医療が確保されるよう、また都道府県や医師会といった関係者の協力と理解を得ながら調整をしていただくものと考えております。

いづれにせよ、偏在問題全体にどう対応していくかという大きな問題を抱えながら、県がさまざまなリーダーシップをとっていただく、そこに私もはしっかりと支援をしていく、このような考え方でおります。

○岸田委員長 総務省大谷審議官、何か補足がありますか。

○大谷政府参考人 ただいまの国の財政支援について若干補足をさせていただきたいと思っております。

地方公営企業法上、公営企業として運営する自治体病院事業の経費うち、救急医療に要する経費など、その性質上、当該病院の経営に伴う収入をもつて充てることが適当でない経費、あるいは、僻地医療に要する経費など、当該病院事業の性質上、能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもつて充てることが客観的に困難である、こういった経費につきましては、一般会計が負担することとされております。

この病院事業会計の一般会計からの繰り出し金であります。この所要額を毎年度地方財政計画に計上するとともに、病院事業を含む各地方公共団体に対しまして地方交付税措置を講じているところでございます。平成十七年度におきます病院事業関係の地方交付税措置額、これは基準財政需要額でございますが、全国で三千三百三億円という形になってございます。総務省といたしまして、今後とも、自治体病院の効率的な経営について助言を行いながら、引き続き必要な支援に努めてまいります。

○菊田委員 県のリーダーシップでしっかりとやってくれ、国は支援をするというお話でございましたけれども、もう市も県もぎりぎりのところまで最大の努力を尽くしております。しかし、こうい

う現状なわけであり。国に対しては、先ほども要望をしておりますが、これは厚生労働省だけでなく、全国知事会を通して、例えば医学部の定数をふやしてくれとか、地域枠をふやしてくれとか、医師の確保のために努力をしてくれとか、毎年毎年要望を出しておりますけれども、検討されたのかどうか、その結果について一言も御返答いただいていないというのが現状でございます。まず、そういうことから改善をしていただきたいというふうに思います。

それから、今、地方の自治体病院に対して支援をしているということを経済省からお答えいただきましたけれども、平成十七年度は三千三百億円の交付税措置をしたということでございますが、この数字を見ても、平成十二年からずっとこれは減額になっていきます。自治体病院に対してしっかりと支援をしていく、国として精いっぱい支援をしていくというならば、私はこういう大事な、もうほかにかかる病院がないわけですから、こういう地域を見捨てていいのかわかりません。

まして、今回の政策は、先ほど申し上げましたように大規模病院に集約化をしていくというわけで、その集約化からはみ出た、要は僻地病院にも入らない、そのちょうど中間にあるような病院に対して、それを一体どうするのか。それは採算性が上がらないからもうあきらめなさいということなのかどうか。私は、この交付税措置額減額の様子を見ても、国が精いっぱい支援しているというふうには到底考えられないので、納得できません。

それから、医師確保対策について国はどういうふうに取り組んでこられたのかということも、私は何度も、いろんな機会を通して、厚生労働省の方から来ていた。だましてお話をお伺いしました。さまざまメニューで効果を上げていますというふうな美しい御回答をいただいておりますけれども、もし本当に効果を上げていたなら、このような水原郷病院のような問題は起こってこないのではないかと、いうふうに申し上げておきたい。

思います。

それから、もちろん、医師を派遣する大学病院側の中でも人手不足、医師不足というのが起こっている。要は、こういう地域の中規模病院に医師を派遣する余裕がない、あるいは派遣してもそれを引き揚げざるを得ないというふうな現状があるわけですが、これを一体どういうふうに関係が解決されるおつもりなのか、お話を聞かせよう。

○磯田政府参考人 お答え申し上げます。

大学病院は、地域の中核的な教育機関としての役割が求められております。その一環として、地域医療機関からの医師の紹介要請があった場合には、医師本人と当該医療機関との双方の了解のもとに、医師を紹介していただくところでございます。大学病院におきましても、診療科によっては医師の配置が十分でない場合もあり、さらに、御指摘の十六年度からの臨床研修の必修化などを踏まえ、診療提供体制の確保に努めているところでございます。

しかしながら、このことが結果として地域医療に影響を与えている面もあると認識しております。御指摘のように、地域の医療機関において医師の確保に苦労しているということも承知しており、地域の医療供給体制における大学病院に対する期待が大いというところを踏まえ、各大学病院が各地の医療対策協議会に参加するなど、医療の地域連携体制の構築に協力するよう促しているところでございます。

○菊田委員 医師の配置については、医師の偏在については、これはもう大学医局の人事権であるというふうな立場ではなくて、文科省としても、あるいは厚生労働省としても、もっと積極的に働きかけていかないと、結局この問題は解決しないというふうに思います。

一つお伺いしたいのは、今回のこの政府案の中で、開業要件に地域医療等従事を加えることを、義務化しないということになりましたね。いろいろな審議会の中でも慎重論、反対論があったというこ

とで、要するに地域で医療に従事することを義務化しないということになったわけですが、それでも、そうであるならば、ほかにどのような対策をもつてこれに取り組んでいくのか、お聞かせください。

○松谷政府参考人 今御指摘の、僻地医療あるいは救急医療等の診療経験を病院、診療所の管理者の要件とするということにつきましては、全国知事会からの要望を受けて、本年一月の社会保障審議会医療部会において議論をさせていただいたところでございます。

審議会におきましては、地域医療は破綻の危機にあり、すぐにやるべきとの賛成論、一方で、方向性はわかるけれども、詰めるべき点も多く、拙速はよくないという慎重論と、賛否両論があったところでございます。こういって状況を踏まえまして、今回の改正法案には盛り込まなかったところでございます。

医師の確保につきましては、今回の法案の中では、一つには、都道府県において、大学等の関係者も含めまして協議会を設けて、そこで十分な話し合いをしてそのメニューをつくっていく。それから、情報の提供をきちんとすることによって病院と患者さんのあり方というものを変えていくというふうな法律上の手当てを法案の中に盛り込んでおりますが、医師の確保の対策はこれだけでは、先ほどございましたように、予算上の措置、僻地の医療の確保あるいは小児の救急の医療についての各般の措置、それから診療報酬上につきましても、今回の改定の中で産科の医療あるいは小児科の医療ということについて重点的な手当てをするというふうな、各般の手当てをしているところでございます。

人の配置のことでございますから、ある一つの強権をもって目の覚めるような解決策というものがあるわけではございませんけれども、これらの各般の、各方面からの働きかけを一つ一つ積み重ねていくということが重要ではないかと思っております。

これらのことの背景には、一つには、先ほど先生が御指摘の、大学の医局による病院への医師の派遣といったような旧来の体制というもの、社会の変革に伴いまして変化をしつつあるということがあるのではないかと私も考えております。これにきちんと対応していくということも今後必要であるというふうに考えております。

○菊田委員 国が都合のいいところだけは地方に押しつけて、そして本格的な解決策も何にも持たないで、もう何年も前から、検討する、今検討中だということの繰り返しだということがよくわかりました。

新潟県の医師会が、勤務医の現況と将来ということで、県内の勤務医に対してアンケートを行っております。平成元年からやっております。ことし四回目のアンケートが出ました。医師会も、勤務医の大変過酷な現状をほつておけない、医師会としても一生懸命同じ問題について取り組んでいかなきゃいけないということをやっているわけです。

驚いたことに、平成元年の最初のアンケートのところでは、医師急増についてあなたはそのように思われますかというふうな設問があったんですね。ところが、今はもう医師不足にかかわる設問ばかりになっております。そして、今回の調査では、あなたは医師の定数にかかわらず現実には医師を増員すべきだと思いませんかという設問に対して、七十一%の医師が増員してもらいたい、はいと答えておりますし、増員のためにたとえあなたの収入が減ったとしても増員した方がいいと考えますかということに対しては、六十七%の方がはいと回答しているんです。もうこれぐらい勤務医がぎりぎりのところに来ているということ、もう医師会も真剣に取り組んでいるということ、もう医師会も真剣に取り組んでいるということをお知らせしておきたいと思っております。

ちよつと話ばかりですけれども、先般メニューでありましたが、名護市への防衛医官派遣というメニューがありました。普天間移設問題で国と名護市が基本合意したことを受けて、政府は

名護市の県立北部病院に産婦人科医として防衛医官一人を派遣することが決まったということでございます。基地問題と産婦人科医不足の問題はそもそも全く別な問題なのに、非常に奇妙な感じを受けました。しかし、私は、これは産婦人科医不足の象徴ではないか、このように非常に関心を持っていてあります。

もう医療に関しては、日常が災害です。救急で担ぎ込まれても小児科医がいなかったために病院をたらい回しになっている子供が大勢いますし、遠く離れた病院まで行かないとお産ができないという母親も大勢います。もう既に緊急事態に陥っているわけです。

そこでお伺いしますけれども、災害派遣で自衛隊が派遣されると同じように医師を派遣してもらいたいという自治体はたくさんありますが、市長や知事が防衛庁に要請したら医官を派遣していたらいいのでしょうか。お答えください。

○西山政府参考人 お答え申し上げます。

自衛隊の医官でありますけれども、基本的には、災害派遣や国際緊急援助活動、あるいはイラクにおける復興支援活動等において派遣していることになっております。

御指摘の、市長や知事から要請があった場合には、これは完全にだめだということではないんですけれども、地元の状況や防衛庁・自衛隊における任務への影響などを総合的に勘案しまして、個別具体的に検討させていただくというようなことでございます。

○菊田委員 なぜ名護市への派遣は可能になったんですか。

○西山政府参考人 名護市への派遣は、まだ決定しているわけではございません。ただ、昨年来、沖縄の方から話がございます。また、今月六日に名護市長あるいは北部振興会の会長が私どもの防衛庁長官を訪問されまして、直接要望されております。

現在、御要望の派遣の可能性について検討しております。まだ何ら結論が得られたわけではな

い、そんな状況でございます。

○菊田委員 報道では四月中の派遣を決定したというふう聞いておりますけれども、それでは、まだ、検討中ということで、決まっていらないということですね。

○西山政府参考人 報道は間違いでして、まだ決まっております。

○菊田委員 防衛庁に新潟県知事と阿賀野市長がこの水原郷病院に医者を派遣してもらいたいという要請をしたら、派遣していただけますか。

○西山政府参考人 現在、自衛隊医官でありますけれども、定数が一千五百七十七ございまして、現員数が八百五十八名ということで、防衛庁・自衛隊の中でも約三百名足りないというようなことであります。

先ほど申し上げましたように、新潟の知事等の方から正式に要請があった場合には、地元の状況等を総合的に勘案しまして、個別具体的に検討させていただきたいというふうに考えております。

○菊田委員 大臣もぜひ、もうこれだけ各地域で、もし手を挙げていいですよと言ったら、全国各地自治体からどんどん手が挙がると思いますよ。それだけ小児科医不足、産科医不足というのが深刻になっていることを申し上げたいというふうに思います。

それでは、限られた時間ですので、新潟県の医師不足の問題について入らせていただきます。

これもお手元に資料を配付させていただきましたので、ごらんいただきたいと思いますが、新潟県は、平成十六年末のデータで、人口十万人当たりの医師数が百七十九・四人です。全国平均が先

ほどもお話をいたしましたとおり二百十一・七人です。これを大きく下回っている現状で、全国では三十八位でございます。そしてまた、診療科目別で見ましても、小児科医が平均九・八人、これも全国では四十一位、外科医は十三・一人というところで全国で四十四位、産婦人科医は五・八人というところで全国四十五位ということでござい

医療に関してはまだまだ一生懸命取り組んで頑張っているけれども、新潟県としては医師の絶対数が不足していると考えていますけれども、国はどういう認識でしょうか。お答えください。

○松谷政府参考人 地域別の医師数につきましては、県ごとに相当のばらつきがあることは事実でございます。冒頭、大臣からも答弁申し上げましたけれども、四国地方の一部、あるいは山陰地方の一部、あるいは東京等は非常に多いところでございまして、今先生御指摘のとおり、新潟県等につきましましては少ないところ、あるいは北東北等もたしか少なかつたと思いますが、というような状況でございます。

マクロ的に見まして全体の医師の数がどうかということについては、既に大臣から答弁をしておりますけれども、小児科、産科ということにつきましても、全体のマクロの数字でいいますれば、過去がよかったかどうかということとは別にいたしまして、過去から比べますと、例えば、今は出産数が減っておりますが、実は産科医は、減っておりますけれども、それほどには減っていない、あるいは、子供の数は今減っておりますけれども、小児科の数はふえているということでございます。子供の数に對する産科の医師、あるいは出生に對する産科の医師さんという点では、かつてよりは改善をされているというのが事実でございます。

先生御承知だと思っておりますけれども、受診をされる方、それから小児等につきましては、特に都会等でそうでございますが、準夜帯あるいは深夜帯等における時間外の受診がふえているといったような、そういう事情がこの背景には一方にある。したがって、医師の供給の数ということとあわせまして、受診の問題ということも考えていく必要があるというふうには考えてございます。

マクロの話は申ししたけれども、もちろん、地域別に、先生がおっしゃるとおり、新潟の医療圏ごとに見ますれば、それぞれでこぼこござい

ますので、不足の感のあるところが多いのも事実だろうと思っております。

○菊田委員 新潟大学医学部の定員を、今現在百人ですけれども、これを百二十人にふやしたいんではないんですか。

これは、もともとは百二十人だったものが、国の医師抑制政策のもとで二十人定員が削減されて、百人になったままなんです。これを少なくとも百二十人にふやしてもらいたいという要望を、新潟県から毎年毎年させていたいただいておられます。厚生労働省と文科省に対して出させていたいただいておられますが、一度も回答がございません。省内で検討されているのかどうか、増員についてやっていたらどうか、御回答ください。

○磯田政府参考人 お答えします。

御指摘のとおり、新潟大学の医学部医学科の入学定員につきましては、昭和六十三年まで百二十名のところ、平成元年から今日まで百名、さらに、平成十二年度からは百名のうちの五名を三年次編入学定員ということで設定しているところでございます。

基本的に、大学の組織の改編につきましては、各大学からの申請を待つて検討するということがなっておりますが、医学部医学科につきましては、国の方針に基づきまして、入学定員の増、新たな医学部の設置は行わないということになっているところでございます。

現在、厚生労働省におきまして御検討いただいております医師需要見通しの見直しについての御検討、この結果、あるいは文部科学省に設置しました医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議、ここにおきまして地域の医療の問題についても検討しているところでございますが、このような検討を踏まえて、医学部入学定員のあり方について検討を行ってまいりたいと考えているところでございます。

○菊田委員 私、新潟の話ばかりして申しわけないんですが、でも、新潟だけじゃないんです。全国都道府県、いろんなところからこの要望が出て

いるから、あわせてお話をさせていただいているんです。

新たな設置は行わないし、今の答弁だと、定員をふやすという気は全くないということですね。これは地方の現状を無視して、これは、いろいろ調べていくと、最後は平成九年の橋本行革のときの閣議決定があるからできないということなんですね。今これだけの問題があったって、十年近くも前の閣議決定がずっと拘束力を持って、影響力を持って、現状を改善していけないというのは本当に情けない話だと私は思っています。

ぜひこのことについては、きょうは時間がありますので、また機会を改めてお話をさせていただきたいと思いますが、これも厚生労働省がやるのか文部科学省がやるのか、お互いに譲り合って、なかなかはっきりした答弁、あるいは資料の提出もままならないという現状、まさに省内の縦割り行政の弊害が出ているということを申し上げたいと思います。

それから、全国の自治体から、各県の大学の医学部の地域枠をふやしてもらいたいという要望が出ておりましたけれども、文部科学省の方でこの地域枠について最高五〇％まで認めることになったということが、先般の全自病などの九団体が行った危機突破全国大会の中で話が合ったということですが、これはいつ決まったんでしょうか。

○磯田政府参考人 お答え申し上げます。

基本的に、各医学部医学科において地域を指定した入学者選抜を行うかどうかということは、各大学の自主的な判断でございます。それから、いわゆる推薦入学というものについては一定の枠まで認める、こういう考え方がございますが、この地域枠そのものについて五〇％というお話は、私どもの方は承知いたしております。

しかしながら、各大学は、平成十六年度の国立大学法人化を契機にいたしまして、医学部医学科の地域における存在の必要性、あるいは地域医療の重要性ということを認識しまして、さまざまな取り組みをしているところでございます。その中

の一つとして、委員御指摘の地域枠につきまして、法人化前、十五年度の四大学三十八人から、十八年度、十六大学百二十一人ということで急増しておるところでございます。こういう取り組みも含めながら、地域に対する協力あるいは支援というものを各大学が強化しますよう促してまいりたいと思っております。

○菊田委員 これは、平成十七年の十一月の十七日に、東京・平河の全国都市会館で自治体病院危機突破全国大会というのがあったんです。その大会の中で、全国自治体病院協議会の会長が発言をされたんです。各県の大学の地域枠を文科省が入学生定員のうち最高五〇％まで認めることになったというふうな発言を公式な場で言っているわけですから、これはちよつとおかしいですね。そして、こういうことを私たち国会議員も知らないし、県とも知らないし、一体だれが責任を持ってやるのかということがあります。もつときちんと伝達をしていただきたい。この件についても、また改めて質問させていただきます。

それでは、残り十数分になりましたので、民主党に対して質問させていただきます。

まず最初に、小児科緊急医療システム化の中で、民主党が今回考えている地域小児科センターというのとはどういうものなのか。（発言する者あり）

委員長、定数が足りておりませんので、質疑をとめてください。

○岸田委員長 はい。では、まず速記をとめてください。

〔速記中止〕

○岸田委員長 それでは、速記を起こしてください。

午後二時三十三分開議

午後二時三十三分開議

○岸田委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

質疑を続行いたします。菊田真紀子君。

○菊田委員 午前中に引き続き質問を続けますけれども、委員会の初日からこの委員会のメンバーがいなくなる、定数割れを起こして審議がストップするなんというのとはとてもない話だということを皆さんに申し上げたいと思います。

強力に支援することが大切だと考えているところでございます。

○菊田委員 午前中に引き続き質問を続けますけれども、委員会の初日からこの委員会のメンバーがいなくなる、定数割れを起こして審議がストップするなんというのとはとてもない話だということを皆さんに申し上げたいと思います。

この地域小児科センターにおきましては、夜間体制が可能なように、一病院十人体制の確立を目指しているところでございます。例えば常勤医の増員の場合に、民主党の政策では、一人当たり平均で、平均的な勤務医の給与額相当を助成することを考えてございます。小児科救急、休日夜間の診療など、地域小児科救急医療に貢献する地域の開業医の方々に対しても支援を行うことを考えております。

○郡議員 お答え申し上げます。

小児医療を取り巻く現状というのは、医師の偏在や地域間格差、また不採算制、勤務医の過重労働といった日本の救急医療体制の問題の根本的なところを抱えているというふうにとらえております。民主党は、地域小児科センターを中心とする小児救急医療のシステム化への取り組みが日本の医療全体の底上げを図るものだというふうに考えております。救急医療の持続性の確保にも資するものだと考えて取り組ませていただきたいと思います。

○郡議員 お答え申し上げます。

小児医療を取り巻く現状というのは、医師の偏在や地域間格差、また不採算制、勤務医の過重労働といった日本の救急医療体制の問題の根本的なところを抱えているというふうにとらえております。民主党は、地域小児科センターを中心とする小児救急医療のシステム化への取り組みが日本の医療全体の底上げを図るものだというふうに考えております。救急医療の持続性の確保にも資するものだと考えて取り組ませていただきたいと思います。

○郡議員 お答え申し上げます。

小児医療を取り巻く現状というのは、医師の偏在や地域間格差、また不採算制、勤務医の過重労働といった日本の救急医療体制の問題の根本的なところを抱えているというふうにとらえております。民主党は、地域小児科センターを中心とする小児救急医療のシステム化への取り組みが日本の医療全体の底上げを図るものだというふうに考えております。救急医療の持続性の確保にも資するものだと考えて取り組ませていただきたいと思います。

○郡議員 お答え申し上げます。

小児医療を取り巻く現状というのは、医師の偏在や地域間格差、また不採算制、勤務医の過重労働といった日本の救急医療体制の問題の根本的なところを抱えているというふうにとらえております。民主党は、地域小児科センターを中心とする小児救急医療のシステム化への取り組みが日本の医療全体の底上げを図るものだというふうに考えております。救急医療の持続性の確保にも資するものだと考えて取り組ませていただきたいと思います。

○郡議員 お答え申し上げます。

小児医療を取り巻く現状というのは、医師の偏在や地域間格差、また不採算制、勤務医の過重労働といった日本の救急医療体制の問題の根本的なところを抱えているというふうにとらえております。民主党は、地域小児科センターを中心とする小児救急医療のシステム化への取り組みが日本の医療全体の底上げを図るものだというふうに考えております。救急医療の持続性の確保にも資するものだと考えて取り組ませていただきたいと思います。

○郡議員 お答え申し上げます。

小児医療を取り巻く現状というのは、医師の偏在や地域間格差、また不採算制、勤務医の過重労働といった日本の救急医療体制の問題の根本的なところを抱えているというふうにとらえております。民主党は、地域小児科センターを中心とする小児救急医療のシステム化への取り組みが日本の医療全体の底上げを図るものだというふうに考えております。救急医療の持続性の確保にも資するものだと考えて取り組ませていただきたいと思います。

○郡議員 お答え申し上げます。

小児医療を取り巻く現状というのは、医師の偏在や地域間格差、また不採算制、勤務医の過重労働といった日本の救急医療体制の問題の根本的なところを抱えているというふうにとらえております。民主党は、地域小児科センターを中心とする小児救急医療のシステム化への取り組みが日本の医療全体の底上げを図るものだというふうに考えております。救急医療の持続性の確保にも資するものだと考えて取り組ませていただきたいと思います。

○郡議員 お答え申し上げます。

小児医療を取り巻く現状というのは、医師の偏在や地域間格差、また不採算制、勤務医の過重労働といった日本の救急医療体制の問題の根本的なところを抱えているというふうにとらえております。民主党は、地域小児科センターを中心とする小児救急医療のシステム化への取り組みが日本の医療全体の底上げを図るものだというふうに考えております。救急医療の持続性の確保にも資するものだと考えて取り組ませていただきたいと思います。

が高まっているが、育児不安について民主党案としてどのように考えるかということでごさいます。

具体的に私の方からお答えさせていただきますと、保護者の不安を解消するために、救急相談体制の整備をさらに進め、電話やあるいは携帯メール配信等を活用したり、母子手帳に緊急連絡先を掲載するなど、救急相談体制の整備を促進してまいります。

こうした方策は政府案の中でも取り組んでいるというふうにごえられる方がいらっしゃるかもしれませんが、保護者の皆さんに二十四時間、三百六十五日、いつでも診療を受けることができる、そして相談できる道筋があることをメッセージとしてしっかりと伝えていくことが必要なのではないかと、例えばこちらにきょうお持ちをさせていただきますました母子手帳、この最後の欄を見ると、皆さん御承知のとおり、さまざまな連絡先等を記入するところがございます。

しかし、このところには、実は小児救急について、例えば一次から三次救急まで地域においてどういったところが輪番制になっていて、そしてどこに行けば一次から三次まで具体的に相談をすることができるといことはどこにも明記をされていないわけでありまして、私たち民主党は、親御さんが、お子さんが病気になるたびに、焦って見たときにすぐわかる、つまり、この母子健康手帳そのものがまさにフリーアクセス手帳になる、そういった取り組みが実際に求められると思いますし、私たち民主党として取り組んでまいりたいと思っております。

この中に実際に具体的に書いていないということとでございますから、それを具体的に書く欄を、実際にこの下の方があいているわけですね、空欄。そういったところも活用してということでも民主党案として考えてまいりたいと思っております。それから、電話相談についてなんですが、これも、委員、新潟の件について御質問あったわけ

ですが、例えば新潟においては、電話相談事業等は行われているんですが、実際に小児救急の支援事業において十分に行われていないという現状があるわけですね。

電話がかかってくるだけでも相談できる医療機関がないようでは困ると申しますか、あるいは意味がないわけですね。そういった場合に、これは全国でいま四〇％強の小児救急医療圏において、二十四時間対応ができていないという現状は、先ほどのお答えにもありましたように、一般財源を国の責任として集中的に投入して整備することが重要になってくるわけでありまして。

そういった視点のもとで、特に身近な存在でありますかかりつけ医は、今後さらにその重要性が大きくなることを予想される、民主党としましては、地域の救急病院とかかりつけ医の連携状況等を都道府県の医療機能情報の公表制度に位置づけ、情報公開を徹底すると同時に、かかりつけ医にある育児指導、健康指導については、診療報酬化するということを考えてまいります。

そして、自治体ホームページへの情報掲載や健診時における緊急時のガイドブック配布、さらには、地域の小児科医と地方自治体が中心となり開催する救急救急教室などを通じ、広報啓発活動を行ってまいります。

以上でございます。

○菊田委員 引き続きまして、民主党案に対する質問を続けさせていただきます。

政府案では、入院診療計画書、そしてまた退院計画書というものを義務づけておりますけれども、民主党案では、医療を受ける者に対してどのように情報提供をするつもりなのか、お答えいただきたいと思っております。

○岡本(充)議員 菊田議員にお答えさせていただきます。

政府案では、入院時診療計画書の作成と交付、そしてその説明を義務づけており、また退院時療養計画書の作成、交付と説明を努力義務化としておりますが、病院と診療所の病診連携が十分にな

されていない現状では、特にこの退院時療養計画書の方はうまく機能するかどうか、残念ながら若干の疑問が残るところであります。

我が党案といたしまして、十三条、十四条にそれぞれ、医療従事者の説明の義務とそしてその説明をする内容を、さらに、この内容だけではなくて、二十九条及び三十条において、医療機関に相談することができるその窓口を設置すること、そして、都道府県が二次医療圏に一つずつ医療相談支援センターを設け、それぞれの患者さん、医療を受ける者のニーズに合った相談に答える、こういう形を通じて、より安心、納得、安全な医療を目指していこう、こういうふうにごえられているところが違いだと理解していただきたいと思っております。

○菊田委員 最後に民主党にお聞きをしますけれども、福島事件について、これは現在の医療現場がいかに危機的状況であるか、そしてまた医療が崩壊するということ、まさにそういう象徴のような事件であったと考えておりますが、この福島事件についてどのように考えているのか、原因究明について民主党はどう考えるのか、お答えをいただきたいと思っております。

○園田(康)議員 菊田議員にお答えをいたします。

皆さんも御承知のように、今回の、福島県大野病院で起きた事件でございますが、先般、仙谷委員からもこの委員会でご指摘、問題を取り上げさせていただきまして、また、当日には川崎厚生労働大臣のところに産科医の皆様方が陳情にいられて、この問題の根本的な解決を早急に政府としてやらなければいけないということ、皆さんも御認識をいただいているというふうにごえっております。

ただ、今回も、この経緯の中で被害者の方も出てしまったということは重く受けとめなければいけないと同時に、医師法二十一条の異状死というものがあるかどうかという形を、きちっとここで解決を見ていかなければいけないと

いうふうにごえられているところでもあります。このような法制度上にグレーな領域も残ってしまっているということに関しては、やはり大きく問題があるというふうにごえられては、考えております。

したがって、医師法二十一条の規定に関して、以前から何らかの形で問題視をされていたが、今日までこの問題が先送りをされ、そして今回の法改正の中においても何ら対応がされていないという事実は、やはり私どもは大きな問題点として言わせていただかなければいけないというふうに思っております。

したがって、今回、私ども民主党案において、この安全・安心・納得法案の中においては、まず、これは附則の第二条のごさいます。医療事故等の調査制度にしましては検討を行うという条文を設けさせていただきました。そして、その条文を立てた上で、その中においては、まず、第三者による専門調査機関の創設と調査体制の整備、それから調査方法、警察への届け出制度のあり方の見直しなどを検討し、早急に法整備を行うことという形で提案をさせていただきます。

また、現状の医療提供体制、これにおきましては、やはり不幸にして命や身体に被害が生じた場合においても、その原因の究明をきちっと行っていくためにはいけないというルールと、それから、そういう制度が残念ながら欠如をしているという現状にかんがみれば、まずその原因究明のための法整備、制度とシステムづくりというものをこれから私どもも提案し、そして行っていきいたいというふうにごえっております。

これは与野党を超えた問題であるというふうにごえられていた上、我々、この医療提供体制の中の全体の問題として、ぜひ委員各位、そして政府も一体となって取り組んでいただくように、この法案の中にとつかりと盛り込ませていただいた次第でございます。

○菊田委員 時間が参りましたので、私の質問を

終わらせていただきますが、私はきょう、医師の不足の問題、また医師の偏在の問題、地方の医療現場の問題を取り上げさせていただきました。たつたこれだけでも大変根深く、解決できない問題が本場に山積みしておりますこの国会での審議、多くの国民の皆さん、患者の皆さん、医療現場で働くすべての皆さんが注目をして見守っております。本場に一人一人がまじめに議論していただきたことを、私もその決意を持って、質問を終わらせていただきます。

ありがとうございます。

○岸田委員長 次に、古川元久君。

○古川(元)委員 民主党の古川元久でございます。

医療制度改革法案に対しまして質疑をさせていただきました。具体的な質問に入る前に、ぜひ私は大臣に、今の日本の医療制度についてどういう現状認識を持っておられるか、その確認をさせていただきたいと思っております。

と申しますのも、どういう現状認識を持っておられるかによって、全く対応が変わってくると思うんです。年金改革の議論のときにもそうだったんですが、我々は、現行の年金制度は、このままでは近い将来破綻する、だから新しい制度を一日も早くつくりましょうということとで新しい制度を提案したわけであります。

政府・与党の方は、現行制度は何かとごまかしごまかしすれば百年もつ、そういうお話で、現行制度の手直しという形の極めて中途半端な法案が出てきて、それが強行採決され、そのもとで毎年保険料が上がっている。しかし、一番の問題であった未納が四割近いという国民年金の空洞化の問題、そういうものは全く解決されていないという状況があるわけであります。

これは医療でも実は全く同じではないか。さきの本会議での質疑や、あるいは先ほど菊田委員に対する御答弁などを聞いていても、どうも大臣初め政府の方の認識は、まあいろいろ問題はあるけれども、基本的な部分は非常にうまくいっている

と。日本の医療制度、基本的に公的保険の枠組みの中で大体の部分が行われている。その中で、すべての国民の皆さんがいつでもどこでもだれでも安心して医療にかかれる、そういう基本のところは維持をされている。

そういう大前提のもとで、ただ幾つかの問題がある、そういう部分をどうやって解消していくか、そういう考え方に立っておられる、そのように見受けられるんですが、そのような認識でよろしいでしょうか。

○川崎国務大臣 最初に、年金問題の御定義がございました。二年前の年金法の改正で、安定した年金システムをつくり得たと思っております。

課題として残っておりますのは、国民年金の徴収率の問題、すなわち、社会保険庁改革を含めた保険料徴収システムを再構築していくという問題でありまして、このことについては法案として提出をさせていただきました。

もう一つの課題でありました共済年金と厚生年金の一元化問題、この問題につきましては議論が進んでおりました、前もたしか御質問いただいたと思えますけれども、四月末には被用者年金の一元化の基本的な与党のスタンスというものを決めてお示しさせていただくことができるような状況になってきたと考えております。そういった意味では、年金全体像としてはかなり進んできたという認識をいたしております。

一方で医療の問題でございますけれども、水曜日の御審議の中でも随分出てきたわけですが、これも、今の日本の医療の現状をどう考えるか、与党の委員の方々から御質問をいただいて、海外からも随分厚生労働省に研修に参られます。また、WHO等の評価等を考えたときに、我が国の医療制度全体は、国内で議論されているよりも海外からは高い評価をいただいているんだろう、こう思っております。

しかし一方で、御議論いただいております産科の問題、急性期医療問題、小児科問題等々、各種の問題をまず第一に抱えております。医師全体の

偏在問題も抱えております。

また一方で、私も団塊の世代がもうすぐ六十、そしてあと十数年たちますと、後期高齢者という形になる。給付が大きな金額になってまいるだろうと。一方で、それを支えていただく若者、すなわち負担をする側が極めて少なくなってくる。年金の場合はストックというものがありませんけれども、医療というのはストックがない、毎年毎年の精算をしていかなければならない。そういった意味では、人口構造の変化に耐えられるようにどうこれから変えていくか。しかしながら、間際になって変えたのでは間に合わないから、そろそろカーブを切り上げていただきたい、こういう御答弁を何回か申し上げてまいりました。

そういった意味では、まず第一に、全体的には、我が国の医療制度は高い評価はいただいていることは事実だろうと。しかし、個々の問題についていろいろな問題があつて、今回の医療制度改革案を出させていただいた、こういう認識でございます。

○古川(元)委員 これはやはり我々と根本的に現状認識の違いがあるんですね、これを議論するのには、私は、今の日本の医療制度を考えてみますと、何か崩壊直前のソ連みたいな感じがするんですね。

医療制度というのは公的保険、いわば計画経済みたいなものです。診療報酬という公定価格で、その中で供給される。本来であれば、すべての人、欲しい人にはちゃんとサービスが提供されるはずなんです。ソ連が崩壊したときを考えれば、もう末期のころにはデパートに行っても品物が供給されない。結果、ソ連が崩壊してどうなったか。今度は極端な貧富の差がついて、まさに一方で、ニューリッチのような人たちが一部に出ましたけれども、大多数の人は非常に、前のソ連時代よりも貧しくなってしまうような、そういう状況が起きました。

今の医療の状況を見ると、国民皆保険だ、

フリーアクセスだ、どこへ行ってもちゃんと安心して医療を受けられますよといったながら、病院に行ってみたら、いや、もううちは小児科やめしました、産婦人科いせん、これは崩壊直前の社会主義国と同じような状況じゃないんですかね。

幾ら理屈で、国民皆保険です、フリーアクセスです、いつでもどこでもだれでも、ちゃんと安心して医療を受けられますよといつても、先ほど、諸外国から、外から高い評価を受けていますというふうに言われましたが、これは国民から見ると、国民にとって日本の医療制度は、別に外国から評価されるためにつくられているわけじゃないはずであります。国民のためにつくられている、その国民が今や行き場所を失うような、安心して病院にかかれないような、そういう状況が起きてしまっている。これは私は、先ほど来から我々が常に申し上げているように、日本の医療は崩壊の危機にあると。

ですから、本来ここで議論をされるべきことは、そうした崩壊の危機をどうやってその崩壊をさせないように、そしてもう一度、国民皆保険、フリーアクセスというのであれば、ちゃんとそれが担保されるためにどうしたらいいか。そのことが担保される、そういう案でなければ、私は正直言って、議論をする価値がないんじゃないかと思うくらいであります。まずやはりそういう根本的な現状認識、そういう危機感が大臣初め政府の方にならないようでは、これは問題は解決をしないというのをまず申し上げて、具体的な話に入っていきたいと思っております。

その中で、常に言われております国民皆保険ということでございますけれども、国民皆保険と並んで我々よく耳にするのが、国民皆年金です。

国民皆年金のときの議論、私も民主党が国民皆年金と言う場合には、これは最低保障年金という制度を提示して、すべての高齢者の皆様方が最低限の年金は保障される、それが国民皆年金だというふうに認識をしております。そのときの議論の中で、政府の方は、政府が言う国民皆年金とは、

すべての高齢者に年金を保障することではなくて、すべての国民の皆さん方は年金制度に加入できますよという機会を保障しているという意味で国民皆年金だ、そういうふうな言われましました。そこで、ぜひここでも確認をしていきたいと思ふんです。

多分、国民の皆さんは年金のときも、国民皆年金というのはみんなが年金をもらえるというふうな思っていると思うんですが、実際に政府で考えているのは、みんなに年金に入る機会を与える、機会があるのに払わなかった人がもたないのは、それは国民皆年金に反しないという話です。

では、この国民皆保険も、国民であればみんな健康保険に加入できますよ、そういう機会の提供を保障しているのか、それとも、すべての国民に医療保険サービスがきちんと提供される、そのサービスの提供を保障しているのか、どちらの意味で使っておられるのか、確認させていただきます。

○水田政府参考人 お答えいたします。

我が国の医療保険制度につきましては、被用者保険の加入者でない方につきましては、生活保護適用者を別として、国民健康保険に加入することとされておりまして、こうした形で国民皆保険制度が成り立っているところでございます。

この場合、国民皆保険制度につきましては、国民に対する加入機会を提供すること、これに加えて、医療保険制度の仕組みを通じて、国民に対して、必要かつ適切な医療を確保するということを目的とするものであると考えてございます。

○古川(元)委員 今の話を聞くと、では、保障しているのは機会の方ですか。それでよろしいですか。

○水田政府参考人 ただいま申し上げましたように、医療保険の仕組みを通じて、国民に対して、必要かつ適切な医療を確保すること、これを目的とするものであると申し上げました。

○古川(元)委員 要するに、保障しているとは言えないというわけですね。言えるのであればそういう言えるはずですから、それを言わないということ

とは、先ほど機会を保障している、まあそこは先ほど言われましたから。

そういう意味では、これは実は国民皆保険も国民皆年金と同じで、国民はみんなちゃんとカバーされていると思っているんだけれども、実は政府からしたら機会を提供している、その機会を使う、使わない、ある意味でそこは自己責任、そういう考え方のかなというふうな思っているわけなんです。

まずそのところ、では、そういう状況で今後の日本社会は大丈夫なのかということがありますけれども、実際に、国民皆保険、特に一番問題のある国保の話に移っていききたいと思ひます。

国保の収納率がどんどん低下してきている。皆さんのところに資料をお配りさせていただいてありますけれども、市町村国保の都道府県別収納率の推移を見ていくと、だんだんと低下して、とうとう収納率が九〇%、一割近い人は未納の状況。年金が四割ですから、それに比べればまだまだ未納率は低いじゃないかというふうな思われるかもしれないが、十人に一人が払っていないという状況なんですね。特に都市部で深刻だというのが二番目のこの日経新聞の記事でもありますけれども。

こういう状況に対して、先ほど大臣は、国民年金の問題は、制度に問題があるんじゃないかと徴収体制に問題がある、徴収体制を整備すればそれで問題は片づくんだという御答弁をされましたが、国保もそういう考えですか。とにかく、徴収を厳しくすれば、取り立てればそれで問題は解決する、そういう認識ですか。

○水田政府参考人 委員御指摘のとおり、国民健康保険制度についてでございますけれども、加入者の高齢化の進行、それから失業者あるいは低所得者の増加によりまして、財政基盤が脆弱、不安定である、こういった問題を抱えているところでございます。

これにつきましては、今回の法案におきまして、例えば、高額医療費の共同事業について、そ

れを平成二十一年まで延長させる、あるいは新たに共同安定化事業を起こすということによりまして、安定化措置を講じているところでございます。あわせて収納対策につきましても、新しい仕組みを導入することによりまして、今後、対応ができていくものと考えてございます。

○古川(元)委員 大臣、国保の問題は実は国民年金と全く同じ構造的な問題を抱えているんですね。三枚目の資料を見てください。国保の世帯主の職業別世帯数構成割合の年次推移を見ていきますと、昭和五十八年ころは、半分近い人がいわゆる自営業の人で、無職の人というのは二割にも満たなかったんですが、平成十五年では、自営業の人は二割ちょっとになって、無職の人が半分を超えている。

実は、国民年金も、もともとは自営業者の年金としてできたんですが、今や一番多いのが無職の人です。国保も、もともとは自営業者向けにできた医療保険が、今や無職の人が中心になっていく。

こういう構造的な問題をそのまま置いておいたら、幾ら財政的に手をつけても根本的に問題は解決しないんじゃないか。我々は、十年ぐらい先をめどにして、そして医療保険を、大体百万人ぐらいが単位の健康生活圏、そういう中で保険者を一元化する。年金においても、職業にかかわらずだれもが共通に入る、そういう新しい年金制度をつくりましょうということを提案しましたが、医療保険についても、職業にかかわらずすべての人が共通して入る、そういう一元化された健康保険というものをつくる、そのことが根本的な構造問題を解消する。

それがない限りは、今後ともどんどん無職とかが増えていって、結局、お金をどんどんほかでつけないと成り立たないと思ひますが、いかがですか。

○川崎国務大臣 確かに、私も、医療保険制度の一元化というのが将来的な大きな目標であると掲げておることは事実でございます。しかし、

実態論としてはなかなか難しい問題がある。委員の御提案のような制度にしたならば本当に収納率が上がるかどうか、ここについては正直言って疑問を持っております。サラリーマンと自営業者の保険料の徴収方式の違い、事業主負担をどうするか、また、特に一本化すると逆に保険者の機能を阻害するのではないかと、こういった問題がそれぞれの保険者から問題提起されていることも事実であります。

将来に向かって、さまざまな議論を聞きながら進めなければならぬことは事実でございますけれども、果たして、百万単位にしたら収納率はしっかりと上がるんだということになるかどうか。これは、今、市町村でも国保の収納のために大変苦勞されている、それが一本化したら収納率は上がるんだということには必ずしもつながらないんじゃないだろうか、こう思わざるを得ません。

○古川(元)委員 我々を批判する前に、収納率がどんどん下がっている事実、これに何も手を打ってこない、そのことについての反省がないじゃないですか。

それに、これは実は年金と同じなんです。所得把握の問題、自営業者とサラリーマンと違う、雇用主負担の問題。こういう問題はどこかでけりをつけないと、これは予算委員会でも大臣に聞きましたけれども、多くの社会保障の負担や給付が所得をベースにして決められているんです。その所得把握が不十分だ、職業によってばらばらだ、それは政府・与党が言っているわけですね。そういう状況の中で一体どうして社会保障の効率化や重点化ができるんですか。

きちんと所得を把握する、公平な所得把握の状況を実現していく、そのことに手をつけない限り、年金の問題も医療の問題も、そしてほかの社会保障の、生活保護とかそういう問題も含めてです、これは何も解決しないんじゃないですか。いつまでも呪文のように、自営業者と雇用者の間には所得把握の問題があり、あと雇用主負担の問題がありと。これを何年繰り返しているのか。

一元化の話も、先ほど大臣は、非常に中途半端な共済年金と厚生年金という被用者年金だけの、昔はこれは一元化じゃなくて統合という言葉を使っていたんです。いつの間にかこれを一元化という言葉とすりかえて、何か我々の一元化と横並びのように言われておりますが、この共済と厚生年金の統合はもう二十年も前に閣議決定して決まられている話じゃないですか。

それを今ごろ出してきて、何かあたかも大改革をやるかのような、そういう見せ方をする。そういう政府・与党が医療保険について一元化を目指していくんですと。一体いつになるのか。その前に、本当に目の前で、今の医療の現場、火が燃え盛っている、医療制度そのものが崩壊してしましますよ。そうじゃないですか、大臣。

○川崎国務大臣 年金といろいろまでお話しなさるから。まず年金問題については、与野党間で協議しましょう、そういう大きな構想があるならば、その中で皆さん方から、被用者年金の一元化ができるというなら出してくださいというお話があった、与党として急ぎましょうということで四月末になった、こういう段取りでございますから、民主党の側からも御提案があったことに沿いながら私もはさせていただきます。(古川(元)委員)それは違いますよ、大臣。それは違うよと呼ぶいや、こちら側はまとめなさいと、四月末に出しなさいと、こういうことがあった、これは間違いないことでございますので、御理解を賜りたい。

それから、今の国保の収納率の問題について、さまざまな努力をしていることは事実でございます。しかし、厳しい現状にあることも十分認識しながら、財政問題ではない、収納率をどうやって上げるかということについてこれからできるだけ努力をしてまいりたい、こう申し上げております。

○古川(元)委員 念のため申し上げておきますが、別に我々が共済年金と厚生年金の統合案を出してこれと言ったわけじゃありません。我々は一

元化という新しい案を出している、それに対して新しい案、そちらも考えがあるなら出してこれと言ったら、二十年前に考えたのと同じに出してきただけですよ。だから、そんなものをもって、我々が言ったわけじゃ全くありませんから、そのところを大臣よく間違えないようにしてください。

国民皆保険、国保の問題というのは、そういう意味では、私も、今回の法案によっても何ら根本的な問題は解決されていないというふうな考えていますが、医療の未収金の問題についてお伺いをしたいと思います。

これは、先日の朝日新聞に載ったものでありますけれども、資料の四枚目を見ていただきますと、治療代の未払いが急増している、これは公立病院であります、平均三千三百万、三年で一千万円増。そのふえている理由として回答しているのが、多くは低所得者の増加と医療費の自己負担引き上げが原因だというふうに答えているという話があります。

五ページを見ていただきたいと思いますが、これは民間病院の四病協の方が治療費未払い問題検討委員会でもとめたものでありますけれども、民間病院においても、治療費の未払い問題を抱えている病院の数は九三・五%、一施設当たりの三年間の累計は約千六百二十万、加盟五千五百七十施設での推計は過去三年で約八百五十三億円、こういう状況なんですよ。

未収金が一え続いている、これはどういう状況だからこういうふうになっていると考えていますか。どういう認識を持っていますか。

○松谷政府参考人 未収金の状況でございますけれども、国民に良質で適切な医療を提供していくためには、医療機関の経営が健全で、かつ安定しているということが重要な言うまでもございませぬ。治療費の未払いというものがふえまうと、医療機関の健全な経営が困難となつて、地域医療を維持できなくなるおそれもあるわけでございます。

このため、患者さんにおいても、医療サービスが患者さんの自己負担と国民の連帯による保険料や税金で支えられているということを自覚していただくとともに、医療機関においても、未収金対策として支払いの督促など徴収の努力をしていただきたいと考えておりますし、そのような努力がされていると思います。

先生御指摘のとおり、この間の経済状況のバックグラウンド、背景のもとに、一部負担金の増加があったこと、あるいは医療の高度化等によって医療の単価が増大したこと等、いろいろな背景があらうと思っておりますけれども、未収金が若干増大してきているということは事実だと思っております。

なお、医療保険制度におきましても、高額療養費制度や低所得者への配慮等、無理のない患者負担となるような措置が講じられておりますし、今回の健康保険法の中でも同様な措置がとられているということでございます。

また一方、命にかかわる重篤な患者さんに対して二十四時間三百六十五日救命医療を行っております救命救急センターにおきましては、努力したにもかかわらず治療費を回収できず、かつ収支が赤字であった場合に補助する制度を創設して、地域の救命医療を支援しているところもございます。

○古川(元)委員 要は、患者が意識を持って払ってほしい、病院も頑張れ、そういうことですか。

○松谷政府参考人 基本的には、医療サービスというものは、患者さんの自己負担、それから国民の連帯によります保険料、そしてみんなで支えておる税金、これらで支えられているということでございますので、それぞれの立場で、自己負担についてはそれぞれ患者さんのお支払いをいただく、あるいは医療機関においても未収金としての徴収の努力をしていただきたい、こういうことでございます。

○古川(元)委員 大体何でも頑張つてほしいと、後からも言いますが、都道府県は頑張つてほしい、そんな話ばかりなんですよ、頑張れ頑張れと言っただけで。大体もうこれだけ病院関係者だつて、経営にも支障を来すというような話が出てくるんですよ。

この法案が通つたとして、この未収金の問題は、さつき幾つかの制度を用意していますと言っけれども、その制度だつて、別に未収金を減らすためにやっているわけじゃないですか。局長、この法案が通つたら未収金が具体的に減る、そういう何か方策が入っていますか、それに特化したようなどうか、あるいは、これがあればこれぐらい減るだろうということを考えていますか、どうですか。

○松谷政府参考人 今回の医療法等の改正案あるいは健保法の改正案の中に、今先生御指摘のような意味での直接的な手だてというのが入っているわけではございませんけれども、一方、例えば、すべての医療機関に対して未収金の補てん制度を設けるといふようなことをもし考えるといったしますと、これは、すべての国民が保険料を払うことでもって支えられてきた医療保険制度の趣旨というもののからいたしまして、保険料を支払わなくても医療サービスが受けられるというモラルハザードを助長するといふような観点、あるいは道義上の観点から実は問題もございまして、まだここについては、どういふ手だてがいいかということについて引き続き検討する必要があるかと思っております。

○古川(元)委員 だれも金で補てんしろなんて言っていないんですよ。いいですか、局長。これがさっきの、まさに制度がもたなくなつたら最後は金で補てんすればいいという、国保の、とにかくもう制度的に破綻しかかっているところに財政的に手を入れて何とかもたせようとしている、そういう発想があるから、何も私がお金で補てんしろなんて言っていないのに、そちらから出るわけですよ、そういう発想が。

そもそも、この朝日新聞の記事の中で近藤先生という日本福祉大学の先生が言っていますけれど

も、これはやはり制度の問題なんじゃないですか、根本的に。制度の問題、そういう認識はないんですか、どうですか、局長。

○松谷政府参考人 未収金の問題でございすけれども、お金を徴収するという場面に置きましては、常に必ずそういう問題が生じるということは事実だろうと思います。これについては、払う方々の努力の問題、そして徴収する側の努力の問題というところがまず第一義的にあるかと思っております。

○古川(元)委員 では申し上げますが、医療機関は、治療を受けたという患者が来たときに、いや、あんたはちよつと払ってくれなさそうだからといって断れますか、どうですか。

○松谷政府参考人 その医療の個別の事例に即して考える必要がございすけれども、治療費が未払いであるということのみをもって直ちに診療を拒否するということは、医師法で定めてございす。すなわち招致義務の違反となり得ると考えております。

○古川(元)委員 ちよつと今、局長、場合によりますからと、では断れる場合はあるんですか。病院側や医者側が治療を拒否できる場合はあるのか、どういふ場合があるんですか。

○松谷政府参考人 個別の事例でございすので、極端なことを言いますと、たまたまお医者さんがいなかつた場合とか、ある特別な専門のお医者さんがどうしてもいなかつたというような場合には、要するにそういう合理的な理由がある場合には、応招義務違反にはならないということでございます。

○古川(元)委員 では、居留守も使えすね。危なそうな人が来たら、いや、きょうはお医者さんがいませんと云つて。

未収金の問題を頭張れ頭張れと言いますけれども、病院側は、医療サービスを提供しなきゃいけないという義務を法律で課せられているんですよ。自由な契約関係だったら、こういう問題はどこでも起こるので、それはほかの問題でももちろん起こりますよ、貸し倒れ金というのはどんな事

業でもあるわけですよ。しかし、病院というのは選択できないわけですよ、法律で義務づけられている。それなのに、病院は頑張つてくださいます。しかも、ここでも病院側も答えているように、自己負担の引き上げというのはやはりこういう未収金の大きな原因になっていると言われている。今回のでも自己負担の引き上げが高齢者中心にあるわけで、普通から考えたら、こういう問題がますます大きくなる危険性というのは当然考えておられると思うんですが、考えていなかったんですか。

○水田政府参考人 今回の改革案におきまして患者の自己負担の増があるんじゃないかということでございますけれども、自己負担の増がありますのは、現役並み以上の所得がある高齢者の方々につきまして二割から三割に上げよう、それから七十歳から七十四歳の方について一割から二割に引き上げよう、こういうことでございまして、極めて限定的と申しますか、大宗は現役並み以上の所得のある方でございすので、この問題そのものについての影響は小さいんじゃないか、このように考えます。

○古川(元)委員 では、要するに、この制度改革によつて未収金の問題がより深刻化することはないという、基本的にそういう認識だということではよろしいですね。

○水田政府参考人 ですから、現役並み以上の所得のある方について二割から三割への引き上げをお願いしているわけでありまして、見直し後におきまして、高額医療費につきましては自己負担限度額の措置をさまたま講じてございすので、大きな変更はないということをお願いしているわけでございます。

○古川(元)委員 ちよつと別の側面からこの保険の問題、未収金絡みの問題で聞いてみたいと思ひます。

資料の六枚目を見ていただきたいと思ひますが、これは、先日エコノミストのコンファレンスというところで日本医師会の副会長の方が説明を

されたときの資料なんですけれども、日本の医療保険制度というのは、要するに、医療機関は患者に対しては医療サービスを現物給付して、被保険者である患者の方は保険者に保険料を払い、保険組合、保険者の方が診療報酬として医療機関に支払う、そういう形になっていまして、そういう契約関係だというお話がありました。四病協の方も、認識は、本来は保険者が払ってくれるはずのものを自分たちがある種代行して、事務代行として窓口で徴収しているんだ、そういう認識を示されました。

きのう厚労省の方に来ていただいてお話を伺いましたら、そういう認識は違つておりますというふうに言われました。それでよろしいですか。

○水田政府参考人 健康保険法等におけるような一部負担金に関する規定ぶりについてでございすけれども、先ほどお示しになった三者の関係につきまして言いますと……(古川(元)委員)それ以前の問題。法律関係。それ以前の問題として、医療契約のどういう法律関係になっているんですかというのを聞いているんですと呼ぶのはいい。まさに一部負担金に関する規定ぶり、法律構成についてお答えしたいと思います。

まず、保険医療機関から療養の給付を受ける方、患者さんでございすけれども、これは、一部負担金を当該保険医療機関に支払わなければならぬとされております。その裏腹でございすけれども、保険医療機関は、当該一部負担金の支払いを受けるべきものとされてございす。一方、保険者は、療養の給付に要する費用の額から一部負担金に相当する額を控除した額を保険医療機関に支払うものとされております。

したがいまして、まさに保険医療機関におきましてこの一部負担金を受領する責任がある、こういった規定がなされているわけでございます。

○古川(元)委員 では、もうちよつとわかりやすく聞きます。

では、医療契約、当然あるわけですよ。医療契約の相手方は、これは債権債務の関係ですよ、

その医療サービス提供にかつた代金の法律上の債務を負うのは患者さんですかそれとも保険者さんですか。どちらなんですか、これは。

○水田政府参考人 一部負担金について申し上げますと、この一部負担金を受領する責任は保険医療機関にあると考えてございす。

○古川(元)委員 債務を負うのはだれですかと聞いているんです。

ということは、では、七割部分は保険者が債務を負い、三割部分は患者が債務を負っている、そういう法律関係にある、裁判所で医療契約を認定してもらえば、政府としてはそういう主張をするということですか。

○水田政府参考人 三割の一部負担金部分につきましては患者が保険医療機関に支払わなければならぬということ、債務を負っているということとでございす。七割は保険者が負っているということとでございす。

○古川(元)委員 では、保険者と患者との間、これは七ページを見ていただくと、一部負担金の仕組みとして保険局に持つてきていた資料で言うと、きのうの説明ですと、保険者と被保険者の間には何らかは別に、例えば保険者が三割部分は連帯保証をするとかそういう関係でもなく、保険者は被保険者の、患者の払わなかつた一部負担金の部分を法律によつて徴収することができ、徴収しなくてもいいんだけれども、どっちでもいい、徴収した場合には保険医療機関に払うと。だから、そういう意味では、この三割の部分については被保険者と保険者の間に何ら法律関係はない。

医師会がつくられたので見れば、被保険者が保険組合に払う保険料というのはあくまで七割部分についての保険料を払っている、そういうことというふうに認識してよろしいんでしょうか。

○水田政府参考人 三割の一部負担金につきましては、保険医療機関が被保険者から徴収いたしますので、これは保険者に対しては当然請求はできないわけでございます。

先ほど委員がおっしゃいました強制徴収の権限を保険者が持つという点でございませうけれども、これは、健康保険法におきまして、保険医療機関が善良な管理者と同一の注意をもってその支払いを受けることに努めたにもかかわらずその支払いが行われないときには請求に基づき強制徴収ができるというふうになっておりますけれども、これは、一部負担金の受領責任は保険医療機関が負っているという点を前提にして構成されている規定でございませう。

○古川(元)委員 私、きのうしつかり、この法律関係、確認をしてここで答弁してくれと言つて、ちゃんと通告しましたよ。この三角関係の中の法律関係。今私が聞いたのに答えてくださいよ。

保険組合と患者、保険者と被保険者の間の保険契約というのは保険者が支払う七割の部分についてのみカバーしている。そういう法律関係でないと、三割の部分は別に保険者が保険医療機関に払う義務はないというは出てこないと思うんです。きのうの話だと、別に保険者は三割の部分を払う義務は何もない、その部分は患者が義務を負っています。それで患者に対して取り立てる取り立てない、その部分は、今言われた善管注意義務云々がありますけれども、ある一定条件を満たしたときに保険者が決められると。

だから、そういう意味では、その三割の部分については、患者、被保険者と保険者の間には何らの契約関係はない、そういうことでよろしいんですかということですか。きのうちゃんと答えてありますよ。

○水田政府参考人 三割の部分につきましては、患者、被保険者と保険医療機関の間の関係でございまして、保険者は直接関係はございませう。
○古川(元)委員 ということは、もう一回確認させていただきますが、被保険者と保険者の保険契約というのはあくまで七割の部分、そこに限定されるということですね。
○水田政府参考人 一部負担の三割を除きます七

割につきましては、保険医療機関と保険者の間の債権債務関係であると思っております。

○古川(元)委員 局長、私も法学部出身で、でも法律を離れて長いですが、局長はこの学部の出身か知りませんが、しかし、私はきのう、その部分の法律関係のところを、医療契約、保険契約、一体どういう関係になっているのか、ちゃんとここで答弁してくださいますようお願いいたしますよ。

では、この被保険者と保険者との関係で、何で国民は保険者に保険料を支払うとなつていいるんですか。これは何に基づいて払っているんですか。何にも契約もないのに払っているということになつていいるんですか。どうなんですか、これは。

○水田政府参考人 これは当然、健康保険法に基づきまして、被保険者が保険料を保険者たる保険組合等に払うということでございます。

○古川(元)委員 法律に基づく契約じゃないんですか、これ。契約関係はないの。どうなんですか。

○水田政府参考人 これは公法上の契約であらうかと思つていいます。

○古川(元)委員 では、契約があるんだつたら、その契約の範囲というのは、先ほどから聞いておりますけれども、要するに七割部分について保険者は保険医療機関に払う義務がある、そういう契約ということですか。

○水田政府参考人 そのとおりでございませう。

○古川(元)委員 そうなると、三割については、医療機関と患者とが、ある意味で直接、その部分については患者が支払い義務を医療機関に対して負つていいるということではよろしいんですか。

○水田政府参考人 それもそのとおりでございませう。

○古川(元)委員 これは、医師会初め多分病院関係者の人たちと全く認識が異なる話になつてくるんじゃないかと思つていいます。

要は、確認になりますけれども、そういうことであれば、最終的に回収できなかった未収金の損害をこうむるのは医療機関ということになるわけ

です。いいですね、ここは確認ですが。

○水田政府参考人 まさに一部負担金の受領責任は保険医療機関にございませうので、未収金につきましても、最終的には当該保険医療機関で負うべきものだと考えます。

ただ、ここで、委員先ほど御指摘のような強制徴収、保険医療機関にかかる強制徴収権限という措置が昭和五十五年改正で導入されたということではございませう。

○古川(元)委員 でも、実際にはほとんどこれは使われていないわけじゃないですか、これだけ未収金がふえているんですから。

さっきの話に戻つていくんですけれども、医療機関の方は医療契約を拒絶できないわけですから、義務を負わされていいて、患者が払えなかった、あるいは払つてくれなかった、その分についてのリスクも負う。これは、私が病院経営者だったら、採算のとれないような診療科はまず閉鎖しますね。そういうのが閉鎖できない、むしろ、地域の人たちのニーズがある公立病院なんかにそういう人たちがますます駆け込むことになりませう。

そうすると、公立病院の小児科や産科は大変な状況になつて、残業ばかりで過労死しちゃうとか、それで医者がやめていってしまう。

実はこの問題というのは、ただ単に病院の経営だけじゃなくて、医療全体の崩壊にもつながりかねないような大きな問題だと私は思うんです。

それでも、さっきからのお話のように、これは病院が頑張つてやつてもらふこと、あとは患者の自覚、制度の問題ではない、そういう認識でいいんですか。

○松谷政府参考人 基本的には医療機関において収入をきちんと上げていた、そしてかかった患者さんがきちんと支払つていた、こういうことを前提として制度が仕組まれているということではございませう。

先生御指摘のとおり、応招義務が医療側にございまして、その点、いわゆる平等な関係でないのにこういう形になつていいることについての

御指摘でございませうが、これは医療というものが、支払い能力によつて差をつけるものではなくて、医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるべきものであるという契約関係以前の、医療の本来の姿からよつてきているところではございませう、その調整について確かにおっしゃるようなそごがあるということだと思ひます。

○古川(元)委員 今のお話を聞くと、病院関係者とかはどういうふうにお考えですか。

だから、もうこれは自己防衛しなきゃいけないと思うから、次の入院時の保証金についてちよつとお伺いしたいと思ひますけれども、多くの民間病院がだんだんこういう入院保証金を取るようになってきているんです。

八枚目の資料を見てください。入院するのに十万円とかいろいろ金額がありますけれども、まずこの保証金を払わないと基本的には入院を認めません、入院をお断りする、そういう病院がふえてきているんです。さすがに公的病院は少ないですが、五百九十二施設。入院保証金の実態調査を見てみますと、私的病院では、預かつていいるのが四分の一、検討中のところもあると。どう考えてもこれは、今の局長の話を聞いたら、私が病院経営者だったら、もうあしたから入院保証金を取るうかかなというふうにおもうんです。

入院保証金が取れない人は、申しわけありませんが、うちの病院は入院保証金の払えない人は入院を受け付けるわけにはいきません、ほかのところに行つてください、これは事実上のフリーアクセスの制約になるんじゃないですか、どうですか。

○松谷政府参考人 入院保証金につきましては、保険診療の中ではなく、それとは別のものとしてその取り扱いを明確にしたところではございませう。入院保証金の支払いの有無をもつて診療の拒否事由となるものではないという認識でございませう。

○古川(元)委員 でも実際にそういうことを言われたときには、では今の局長の話は、これは国民に向かつて言つてくださいよ、入院保証金を言われ

ても断つて結構です、断つて、いや、それでは申しわけないと言われる、それだったら文句を言つて結構です、あなたにはその病院で入院する権利があります、別に保証金を払わなくても結構です、それは約束されています、そう言つていいんですか、局長。

○松谷政府参考人 今申し上げたように、入院保証金の支払いの有無をもって診療の拒否事由となるものではございませんが、これを求めるに際しましては、患者さんへの十分な情報提供と同意の確認、金額や精算方法などの明示など適正な手続を医療機関に求めているところでございます。

先生御指摘の、究極的にどうかということでございます。先生御指摘の、もちろん、こういうことを十分情報提供して同意をしていただいた上で、入院保証金のような形ですることが最も円滑な形だとは思いますが、どうしてもそれが法律上の責務か、あるいはそれをしなければ診療の拒否につながるのかということになれば、そういうことではないということでございます。

○古川(元)委員 それなら、ちゃんとその説明の中で、この入院保証金は必ずしも義務的に患者の方が払う必要があるものでありません、払えなくてもそれは強制されるものではありません、それくらいちゃんと説明するように、それは指示していただけますか、どうですか。

○水田政府参考人 保険医療機関が患者を入院させる場合には、そういった患者に預かり金を求めるということもあると承知してございますけれども、そのような場合には、患者側に十分な情報提供を行った上で同意を得ること、あるいは、預かり金の内容、金額、精算方法等を明示することなど、適正な手続を確保すべき、このような指導を行つてございます。

○古川(元)委員 その十分な説明の中に、断つてもいいんですよ、断れますよ、これは義務じゃないんですよ、ちゃんとそれも入っていますか、どうですか。

○松谷政府参考人 保険局医療課長からと歯科医

療管理官から出されている通知の中で、そこまで明示的にはされてございませんけれども、今先生御指摘のように、十分な説明の中にはそういうことも当然入ることだと思えます。

○古川(元)委員 これはきちんと指示しないと、病院と患者の立場というのは対等な関係じゃないんですよ。もちろん病院側は、先ほどの話から見たら、とにかく受け入れた場合のリスクは全部病院で背負わなきゃいけない。しかし患者の側からすると、病院から、今病気のときに、あなた、この入院保証金払つてくださればいい。拒否できますか。いや、払わなくても別にいいんですよ、払えるなら払つてください、それくらい丁寧な言つてあげなきゃ。局長だつてもし患者だつたら、払つてくだされと言われたときに、本当は大変で今お金がないんだけど、でももしこれで払えませんかと言つて、いや、それだつたら申しわけない、ほかの病院へ行つてくだされと言われたら、それは困るから何とかしよう、そういうふうになつちゃうんじゃないですか。

あるいは、それで払えなかつたら、おれは払わぬと言つて、そこでわざわざ病院に嫌われても、でも治療しろというふうに見えるか。ほとんどの患者さんは、そこで、払えないな、自分で用意できないなと思つたら別の病院に行くんじゃないですか。それが普通だと思えますけれども、どうですか、大臣、この議論を聞いていて。

○川崎国務大臣 今局長が答弁したように、患者さんが入るときにそれを求められて、払わなければならぬという義務はない。しかし、一方で、診療をお受けになった後には必ずお支払いにならなければならぬ、これは当然のことでございます。そして、請求も病院側はしていかなきゃならない。そこはやはりお互いがよく理解するようにお話しいただくことが大事だろう。支払いはいつかはしていただくかなければならないことは事実なんですから……(発言する者あり)事前は断つても構わないと申し上げているわけです。必ずお支払いはしてもらわなきゃならない。

○古川(元)委員 いや、それは大臣そのとおりなんです、事前に言われたら、やはりそれは、事実上患者に対してプレッシャーをかけることになるでしょう。事実上、これはフリーアクセスを制約する、そういうことにつながっているんじゃないですか。どうですか、大臣。そう思いませんか。

○川崎国務大臣 ですから、先ほどのように、診療側はしっかりとその辺を説明してくだされ。今どうしても持ち合わせがない、後で家族が来るからというふうにお話しただいて、ただし、診療の支払いは、診療が終わった時点ではお支払いいただかなければならないということもよく御理解をいただかなければならない、こう思います。

○古川(元)委員 時間が来ましたが終わります、ぜひ大臣、これはそう言うんだつたら、きちんと、そういう誤解が患者に生まれないように、そういう指示、通達を出すように、それを事務方に指示してください。そのことを最後をお願いして、質問を終わります。

ありがとうございました。

○岸田委員長 次に、山井和則君。

○山井委員 これから五十分間、質問をさせていただきます。

いよいよ医療制度改革の審議が始まりましたが、まさにこれは国民の命のかかった法案であります。私たち民主党政は、今の医療の現状に対して、まさにこころし、医療崩壊元年になるのではないかと強い危機感を持っております。

先ほど古川議員からも話がありました。現状認識が政府・与党と民主党とで大きく違うんじゃないか。そしてまた、菊田議員からも、新潟での水原郷病院を初めとする本場に切実な現状について話がありました。

昨年十一月、ここにいらつしやる岸田委員長とも一緒に、超党派でイギリスの医療の視察に行きました。イギリスではサッチャー政権のもと、医療費抑制政策を十年以上進めたことによって、医師が少なくなり、きょうの午前中の自民党の木原議員の質問にもありました、手術の待機が何カ

月あるいは何年にもなり、海外に手術に行く人も出てきたり、そういう荒廃した医療を立て直すために、ブレア首相が五年間に一・五倍医療費をふやす、そういうことをやつてもまだ、一度荒廃してしまつた医療を立て直すのは非常に難しいという厳しい現状でありました。

また、アメリカのクリントン元大統領は、医療保険制度、アメリカでは三割の方が公的な医療保険に入られておりませんが、それをつくるのが必要だということを最優先課題として取り上げています。公的な医療の給付のパーセンテージが一番低いアメリカで、国民医療費は一番高くなっている。こういう世界の流れと逆行しているのが今回の政府案であります。私たち民主党は、このような医療費抑制、そして都道府県に解決策を任せるといふ政府案に非常に危機感を感じております。

そこで、今の日本の医療が抱える問題が集中的にあらわれていると思われ、小児救急医療について、主に質問をさせていただきます。と申します、また、先ほど古川議員からも話がありました、福島での産婦人科医師の方の逮捕ということにも触れさせていただきます。と申しております。

きょうの菊田議員から我が党への質問の中で、我が党の小児医療緊急推進法案について質疑をさせていただきます。

改めて説明をすると、小児救急医療のシステム化、地域小児科センターにまわめていって、そこに行けば安心だという拠点をつくる。それと、医療機関の連携体制の推進。また、簡単なことでは病院に行かなくても家で対応できるようにという、保護者の不安を解消する救急相談体制、これも小児科議員から答弁がありました。また、こういう不採算な小児科の診療報酬の引き上げや、また一般財源からの補助金の投入。そして、五番目には、小児科勤務医の勤務条件の抜本的な改善が必要だと思っております。このことに関しては、私も先日の本会議の答弁で、過労によって残念ながら自殺をされました中原利郎医師の話もさせてい

いただきました。

このような日本の医療の現状を象徴する危機的な状況にある小児救急、その中のまさに大きなネックとなっている労働条件の実態について、少し丁寧に議論をしていきたいと思います。

先ほどの菊田議員の資料にもございましたが、水原郷病院がピンチになっている、それも過重な勤務状況が背景と書かれております。「ある医師は『使命感に訴えて頑張っても限界が来ている。このままでは医療事故も起こりかねない、という声も挙がっている』と大量退職の背景を明かす。」とここにも書かれております。過重な労働が退職につながり、また医療事故にもつながってくる、そういう意味では、この小児科の勤務医の過重な労働状況というのは、勤務医のためだけではなくて、患者さんにとっても非常に危機的な状況であるということでもあります。

まず、A3の私の資料のページにございますが、二十代の小児科勤務医の平均の一月月の時間外の労働時間は百時間を超えております。この時間外の月百時間の労働以外に、勤務時間にカウントされていない宿直の時間がまた大体平均五、六日分あるわけでありまして。そんな状況で、体力や健康の不安を訴える、翌日業務への影響の不安、医療事故への不安、そういうものがふえておりまして、限界、大変疲れるという回答をしている方が百九人中七十八人、七十二%にも及んでいるわけでありまして。

また、これについては三ページ目に、小児救急医療拠点病院実態調査、二十七病院の結果、これは二月二十四日の私のお願いに對しまして、厚生労働省がわざわざ一月月以上かけて調査をしてくださった結果が出てまいりました。

しかし、あの審議のときにも申し上げましたが、一般の小児救急をやっている中小の病院よりもはるかに恵まれたこの拠点病院二十七病院、平均よりもはるかにいい条件ということで申し上げますと、これを見ても三番目、四番目を見ますと、夜間、深夜で、八人、五人、大体十三

人ぐらいを診ている。また、十項目めでは、二十四時間以上の連続勤務の回数、二、三回。多い病院では十回も二十四時間以上の勤務をやっている。そして、二十四時間以上の勤務の場合は、一回当たり大体二十九時間働いている。

それともう一つ、十四にありますように、重要なのは、医師の宿直時の診療従事時間を把握している病院の割合が二病院しかないということでありまして。そして、夜勤で対応しているのは、次のページにありますように、六病院しかありません。四ページでございます。宿直で対応しているのが十病院であります。

そして、次の五ページ目を見ますと、(五)にありますように、十人以上の小児科医師数が確保されると、一月月平均の当直、夜勤回数がかなり減ってくるというようなデータも出てきております。こういう、平均百時間以上を二十代の医師の方は時間外で過ごしている。

四月一日から労働安全衛生法の改正法が施行をされました。このことについて、まず御質問したいと思っております。

労働法の改正によって、事業者が果たすべき社会的責任として、労働時間に着目した健康確保対策が創設された、まさに川崎大臣は労働大臣でもありますから、この労働法の元締めであると思っております。そして、その労働法では、百時間を超えるような時間外を一月月にやると、脳と心臓疾患の発症の関連性が高いということで、過労死認定基準も月時間外八十時間以上、そういう意味では、過労死危険ラインということになっているわけでありまして。

そこで、まず最初にお伺いをいたします。このような小児救急の現場においては、時間外月百時間以上を超えているお医者さんというのが非常に多いわけでありまして。このことに関しては、このような状況に置くということでは、病院の使用者は安全配慮義務違反に問われることになるのではないかと思いますか、いかがでしょうか。

○川崎国務大臣 長時間の労働が民事上の安全配慮義務に反するか否かは個別の事案ごとに判断されるべきものと考えておりますけれども、労働安全衛生法上においては、職場における労働者の安全と健康の確保は事業者の責務と明記されており、過重な労働により労働者の健康が損なわれることのないよう適切な措置を講ずることは、事業者の責務であると認識いたしております。

○山井委員 事業者の責務ということは、これを放置することとはその責務を果たしていないということになるわけですね。

そこで、問題になりますのは、繰り返しになりますが、医師の方にとってこれは大変な問題であると同時に、それでお子さんにとって十分な医療が提供できるのか、あるいは医療事故のリスクが上がるのではないかと。

実は私も、小児救急の外來、二晩徹夜でおつき合いをさせて頂いた、いただきました。これは本当に大変な状況でありまして、晩もなかなか仮眠がとれないという状況があるわけです。特に、十二月、一月のインフルエンザの時期というのは本当に大変な状況であります。

医事新報の平成十八年一月七日号に、「医師の長時間労働は医療安全に有害ではないのか」、という論文がございまして、そこにダーソン博士の論文が出ておりますが、こう書いてあるんですね。睡眠不足と業務に関する影響を検討してみると、二十四時間睡眠をとらない際の作業効率、運動転換停止処分に該当する血中アルコール濃度に相当する」と。つまり、それぐらい作業効率というが、非常に危険な状態、車の運転はもうできない状態だというふうなこの論文では出ていっているわけなんです。

そこで、お伺いします。このような月百時間を超えるような条件において治療をするということは、そこで医療の質は保たれるのか、医療ミスがふえるリスクはないのか、いかがでしょうか。

○川崎国務大臣 まず、医師の健康の問題でございますけれども、現在の科学的知見では、脳、心

臓疾患は、一日の睡眠時間が五時間以下になると発症する危険性が高まるとされております。月百時間以上の時間外労働を行うと、すなわち一日の睡眠時間は五時間以下になる可能性が高い。したがって、脳、心臓疾患の発生する可能性が高まると考えます。

一方で、長時間の労働が診療の質に与える影響については、これは、個別の事案についてはその事象に合わせながら判断しなければなりませんけれども、一般論としては、長時間に及ぶ過重な労働については、診療の質を保つ観点から好ましくないものと認識いたしております。

時間外労働が月百時間を超えた場合に医療事故の発生頻度が高くなるか。これはなかなか科学的知見がありませんので、どうなるかということは申し上げられませんけれども、今総合的に申し上げたように、余り好ましくないことであることは、同じように考えております。

○山井委員 まさに好ましくない、そういう意味では、これは小児救急に限らず日本全国の救急病院が同様の状況に、まさに労働事象の責任者である労働大臣が好ましくないとされている状況にあるわけですね。だから今、崩壊しかかっているわけなんです。

それで、労働法の審議の際に、厚生労働省は次のように答弁しているわけですね。疲労を感じなくて申し出がなくても、必要な面接指導を行うように指導をしていきたいというふうな答弁をされて、努力義務規定となっているわけでありまして。

患者にしても、必死になってその病院に行つたところから、出てきたお医者さんもまさに睡眠不足でふらふらであった。私も行ったことのある病院では、夜間に救急の患者さんが来た、そうしたら、三十分ぐらい仮眠したお医者さんが、患者さんが来られませんでしたよと起されるわけなんです。それが何度も晩にあるわけですね。

こういう状況で、翌日の勤務も前日の勤務もしているというのは、非常に患者さんにとっても苦

しいと思うんですが、こうした医師の異常な労働時間を許容している事業者である病院については、きちんと労働安全衛生法上の指導をすべきだと考えます。四月一日からの改正法が施行されたわけですから、川崎大臣、いかがでしょうか。

○川崎国務大臣 個々の一つ一つの案件を調べながら、そのような対応をその職にある者が行うこととなります。

○山井委員 当然、これは指導をする対象になるわけですね。

そこで、このような指導をするときに、要は面接指導の対象にその労働者、こで言う病院の医師がなるかどうかを判断するに当たっては、事業者が労働時間を当然把握していないと面接指導が必要かどうかということも判断できないわけですから、ついでに、病院はそこで働いている医師の労働時間を把握している、あるいは把握せねばならないと考えますが、いかがでしょうか。

○川崎国務大臣 まず、面接指導でございますけれども、病院、診療所等は、その所属する医師の時間外労働が月百時間を超える場合には、本人の申し出があれば医師による面接指導等を行わなければならない、この点については、本年三月、関係団体へ周知をいたしました。

当然、医療機関においても、働く医師の労働時間について適正に把握する必要があると考えております。

○山井委員 当然、労働時間は適正に把握する必要がありますがあるという答弁をいただきました。

次に、労働基準法関係に関連してお聞きしたいと思ひます。

救急医療現場において、夜間、いわゆる宿直で勤務をされているケースも多いわけですが、今回の二十七病院の実態調査におきまして、夜勤できつちりとやっているのは、二十七病院中六病院だけなわけですね、四ページにありますように。

そこで、確認をしたいと思ひます。

労働基準局長からの通達によりますと、宿日直勤務というのは、病室の定時巡回、少数の要注意

患者の定時検脈など、軽度または短時間の業務のみが行われている場合であつて、医療機関では診療行為を行わない休日及び夜間勤務についてのことである、それを宿日直勤務として扱う、こう書かれているわけですね。要は、病室の定時巡回とか、軽度、短時間の業務についてであります。

しかし、この小児救急の実態を見てみると、五ページを見ていただいたらわかりますように、労働条件がましと言われている二十七の小児救急の拠点病院ですら、十五人とか二十人ぐらいは平均は診ているわけなんです。これを宿直で診ているケースもあるわけですね。ということは、明らかに今の労働基準局長の通達と違っていると思うんです。

そこで、宿直という勤務でありながら、これだけ、十五人、二十人の実際の医療行為を行っている、こういう場合は労働基準法違反になるのか。あるいは、違反にならないためには、どういう条件があれば違反になりませんか。

○川崎国務大臣 まず、医師の宿日直の許可基準、通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること、夜間に従事する業務は、特殊の措置を必要としない軽度のまたは短時間の業務に限ること、夜間に十分睡眠がとり得ることとなっております。

一方で、宿日直の許可を受けていた場合においては、夜間に昼間と同様の仕事を行ったときは、この許可基準に反することになります。

一方で、今、例外はあるのかというお話でございます。時間外労働に関する協定、三六協定を締結し、割り増し賃金が支払われているれば、直ちに労働基準法違反となるとは言えないものであります。

○山井委員 今の答弁にありましたように、宿直では、それこそ、十分睡眠がとれて、昼間の診療と同じような診療をやつてはならないとなつていくわけですね。そうでないと違反になる。しかし、例外が三六協定を結んで割り増し賃金を払つていくという事です。

それでは、お聞きします。二十七拠点病院のうち、三六協定を結んでいる病院はどこでしょうか。

○川崎国務大臣 労働基準法第五十五条は、労働基準監督官に守秘義務を課しております。事業場から知り得た情報については公表しないという前提に立つて、三六協定届等各種届を義務づけております。したがって、知り得た情報を今この場で開示するということは、御容赦賜りたいと思ひます。

○山井委員 ほかの聞き方をします。二十七のうち、幾つ三六協定を結んでいるか。あるいは、もつとストレートに聞きます。すべて労働基準法に合致しているんですか。そのことだけ答えられますか。

○川崎国務大臣 一つ一つどうだというお答えは、今申し上げたようにお許しを賜りたいと思ひます。やつている数、やつていない数、逆算になりますからね。やつていない数幾つといえ、やらない数幾つになりますので、その数の公表については御理解を賜りたいと思ひます。

○山井委員 それは全部結んでいるんじゃないんですか。労働基準法に全部合致しているということですか。そこはちよつと明確に答弁してください。

○川崎国務大臣 これは正直、一つ一つの事業場に入つて、そして労働基準監督署の人間が調査をし、そして認定をしていかなければなりませんから、そこまでの調査資料ではありません。今、これが三六協定をきつと組んで、もとに行われたか、一方で、百時間以上の労働の実態があつたとか、宿日直の実態があつたとか、これは個々の事業をこれから個別に労働基準監督署がチェックした上でないと、なかなか事実関係を申し上げられない。

○山井委員 いや、ここが重要なところなんです。要は、労基法違反になつていくかどうかでもチェックしないとわからないということなんですよ。

私は、何もこの二十七拠点病院をやり玉に上げて批判しているわけじゃないんです。これは最初にも申し上げたように、中小の救急をやっている病院よりはるかにいい病院なんです。この二十七、国からの補助金が出ている拠点病院ですから。それで、こういう平均八十時間、百時間を上回っているという状況があるわけなんです。

まさにこれは、チェックしないとわからない。繰り返しになりますが、私はこの二十七が悪いから調査しろと言っているんじゃないんです。やはり、先ほどの水原郷病院においても、あるいは産婦人科の問題においても、すべての医療の問題で、この勤務条件の過酷さが医療現場を崩壊させているという問題になつていくんです。

大臣、この二十七病院が本当に労働基準法に合致しているかどうか、やはりこれは調べてみるべきじゃないでしょうか。そうしないと、労働大臣である川崎大臣もわからないと言つてしまつたら、まさに日本じゅうだれもわからないわけであつて、では、だれが救急をやっているお医者さんの労働条件を守るのか。現場の方々は、本当にもう燃え尽きてしまつたといつてやめられる方が多くて、御存じのように開業医ブームが起つていくわけなんです。

そこで、もし労働基準法はちゃんと守られているんだということを言うのであれば、やはり一度調査をして、ちゃんと守られていますということを公表すべきだと思いますが、大臣、いかがですか。

○川崎国務大臣 今、知り得た情報を公表することは御勘弁願ひたいと申し上げました。

これは、基本的には事業場と労働基準監督署の信頼関係の中でやつていく、そして、基本的使命である監督指導を通じて法違反の是正を図り、労働者の労働条件の確保を図っていくことが任務でございますから、そうした趣旨に沿ひながら順々にやらせていただくということでございます。

○山井委員 私がかたりますのは、ここが今の医療崩壊の根幹の問題なんです、ここをきつちりしない。若い医者さんたちがなぜ産科や小児科を今敬遠しているかというのは、労働条件が悪い、それを、ふらふらになって、夜間でも子供や妊婦の方を診ねばならない。それで、もしちょっとでもミスがあったら、訴訟になったり、先ほどの話もあったように、逮捕されたりもしかねない。国が守ってくれないんだたら、もうやってられないという状況になりつつあるわけです。

そこで、ほかの聞き方をします。

○川崎国務大臣 二つの案件、三六協定を締結することと割り増し賃金を払うこと、この二つが要件でございます。

○山井委員 先ほどの労安衛法での労働時間の把握が必要という答弁と結びつけて、改めて大臣に確認します。

医療現場において、医師の労働時間把握が必要であって、労働時間把握をした上できちんと時間外の割り増し賃金を払わねばならない、それでよろしいですね、大臣。答弁をお願いします。

○川崎国務大臣 それで結構でございます。

○山井委員 しかし、この資料の三ページにもありますように、十四、医師の宿直時の診療従事時間を把握している病院の割合、八・七％。二十三の病院のうち二つしか、宿直時間中、何時間実際に診療をやっているか把握していない。ほかのデータでは、平均して十五人から二十人の患者を診ているというのがあるわけですね。

○川崎国務大臣 割り増し賃金を払っているとしたら、どういふ形で払っているかという実態が、例えば自主申告でやっているか事業所側がきちつ

とチェックしているか、どちらの形でやっているかはわかりませんが、自主申告でやっているというところになれば、支払われているということになるかと思えます。

○山井委員 時間を把握しないとだめなんじゃないですかと言っているわけですね、把握していないとここに書いてあるわけですから。

そうしたら、大臣にこういう実態があるから要望したいと思いますが、労働時間を把握して割り増し賃金を払わねばならない、この二つが条件だということですので、ところが、それがなかなか守られていない実態があるわけです。大臣、このことをきっちり通達を出していただけますか、日本の病院に。労働時間を把握して、そしてきっちり

と割り増し賃金を払わないと労基法違反になりますというところを、通達を出してもらえますか。出せるでしょう、大臣、今の答弁どおりですよ。

○川崎国務大臣 労安法については、通達は既に出しております。

それから、もちろん個別指導という形で我々は取り組んでいるかなきゃならないということでございます。

○山井委員 いや、私が言っているのは、今それが守られていない現状があるから、今医療崩壊が起きている、その危機感の中で、改めてやはり厚生労働省から、労働時間を把握して時間外の割り増し賃金をきっちり払わないとだめですよということを通達で出すべきじゃないですか。それぐらいのことをやらないとだめだと思いますが、大臣。

○川崎国務大臣 今ずっと議論してまいりました三六協定問題については、当時十三年四月になりました、さかのぼって通達を出しております。

そして、通達だけですべて済むかという話になりますので、個別の指導を一つ一つしてまいりますとお答え申し上げている。通達を出してはいま

○山井委員 結局、その通達を出しても今の状況になっているから、改めて通達を出してやらない

とだめだと私は思います。そういうことを強く望みます。

それで、この問題でやはり出てくるのは、宿直でこれだけ多くの患者さんを診ているということですから、提案でありますけれども、今回、政府案の中では、地域医療計画を策定してその中で小児医療も位置づけられているわけですが、その際に、小児救急に関しては、夜間は夜勤とし、三交代などシフト勤務とするということをやはり明記する。

そのようにしていかないと、今も話を聞いていてわかるとは思いますが、月平均百時間を上回っている、かつ、夜間も宿直といながら十分に寝ることができなくて、三十二時間連続勤務が月に何回もある。そういう状況では、今の小児救急のみならず、救急医療体制というのはもう長続きできないです。患者さんも安心して医療にかかれな

そういう意味では、やはりこれは、基本的に宿直でもこれだけの患者さんを診ているという実態が出てきた以上は、大臣おっしゃったように、宿直というのは昼間のような業務をやったらだめです、十分寝られないとだめなんです。その実態に合うていないんですよ、救急の現場が。ですから、原則夜勤にするというふうにするべきだと思いますが、大臣、いかがでしょうか。

○川崎国務大臣 小児医療の現状と問題意識、それは同じような意識を持っております。集約化を図っていかねばならない。しかし、一方で、それぞれ地域の事情があつて、現実に行われている医療行為もある。そうしたものを考えながら都道府県において集約化を進めてほしい。

しかし、私の地元でいえば、両方とも市が持いたいといつて、なかなか県の指導どおりいかないうちの実態でございます。そういった意味では、やはり都道府県がしっかりと地域と話し合いをしながら小児医療の集約化を進めていかねばならない。

そして、数字で見えていたのとおり、私も、

同じ感想を持ちました。十人以上の医師がいるところについては割合労働体系がそろってきているな、しかし、医師数の少ないところについては、その数字を見る限り、かなり厳しい実態になっておる。したがって、集約化というのが一番大事である、このように認識いたしております。

○山井委員 これは夜勤にするというようにすることにしないと、安心感を持って働き続けられないんです。四割の小児科医が女性なんですよ。それを多くの方が途中で、やはりこの労働条件じゃやっていけないということで、勤務医をやめたり、開業に走ったり、また医師自体をしばらく休んだりされているわけです。やはりこれは厚生労働省が、今の宿直という名のもとに三十二時間連続勤務を月に何回もさせる、こういう現状を変える、そういう決断をしないと、今のこの医療崩壊、小児や産科の問題、これは解決できませんよ。今おっしゃったように都道府県に任せます、それじゃ無理ですよ、余りにも無責任です。

次に、それと関連して、産婦人科のことに言きたいと思えます。

このことに関してはきょうも何度か質問や議論が出ております。二月十八日に、残念なことですが、福島県立大野病院で産婦人科の医師が逮捕されてしまった。患者さんは、お母さんはお亡くなりになられたので心からお悔やみを申し上げますが、このことに関しても、一人きりで本当にその地域の産婦人科を支えて献身的にやってくれた、その方が、本当にやはり医療というのは残念ながら一〇〇％確実ということはないわけであり、そのときから一年以上たつてから逮捕をされてしまった。

このことに関しては、先日、仙谷議員、鴨下議員、公明党の渡辺議員、社民党の阿部議員を初めとして、川崎大臣のところに産婦人科の医師の方々と要望にも行かれたわけであり、陳情書も六千五百二十人の方が、周産期医療の崩壊をくい止める会というのをつくって、危機的な状況になっているわけであり、

この三つあるうちの一つの要望項目に、周産期医療にかかわる産科医、小児科医の過酷な勤務条件の改善というのが入っているわけですね。こういう過酷な勤務条件を放置しておいて、それで、残念ながらこういう事故が起これたら逮捕された、こういうことで、現場で働いておられる医師というのが本当にもつのか。私の知り合いのある研修医の女医さんはこう言っていました。産婦人科を志望していた、でも、この福島県の事件を見て、もう自信がなくなつて産婦人科を自分はあきらめたということを言っていました。

やはりこの問題に対して、厚生労働省として、今後こういうことにならないようにどう取り組んでいくのか、大臣の決意をお聞かせください。

○川崎国務大臣 異状死の問題とそれから周産期医療の問題、少し切り分けなければならぬだろうと。

福島の方々が、仙谷委員、鴨下委員とお見えになりました。阿部さんもういらつしゃつて、そのときにお話を聞きましたのは、一つは、我々、周産期医療の集約化を図っている中でございました、こういうお話がございました。そういう意味では、医師が一人しかいないという病院においてハイルスクの分娩行為が行われるということは、やはり基本的には、他の病院へ移していかなきゃならない課題に整理をしていかなければならないんだらう。福島県でも、集約化に向けて動き出しているというのが一つでございました。

もう一つは、こうしたものに對して、医療というものと警察というものが直接つながつてしまうということについてはどうであらうか。そこは前にも御答弁申し上げたように、こういう問題について第三者機関できちつとした調査といいますか、いろいろな形で検討していただいて、一つの結論を出していくというものがあつた方がいいのではないかと。

現実には、モデル事業として行わせていただいております。たしか今十四件やつておると思いますが、けれども、そうしたものを最終的に拡大していく

て、異状死という問題が出ましたときにそこへ届け出ていく、それによつて医療や法曹界の専門の方々と御判断をいただく、こういうシステムをつくり上げていくことができないだろうかというのが大きなき課題であり、一方で、余り時間をかけてもいかぬな、こういう認識もあります。そうしたもののへ向かつて、今、鋭意努力をさせていただいているところでございます。

いずれにせよ、今モデル事業の結果がそろそろいろいろな形で出てきておりますので、そうしたものの御議論をいただきたいながら、方向性は、皆さん方からいただいている御意見を大事にしながに進めていくつもりでございます。

○山井委員 これはやはり、この医療制度改革の審議の中で一定の解決策を出していかないとだめだと私は思います。これは本場に一気に、今こういう産婦人科あるいは救急医療体制の崩壊というのが始まっているわけです。それに対する解決策が国会審議の中で出なかつたら、何のためにこれを審議しているかわからないわけですね。今回の政府案の中では、都道府県に任せて集約化を図ると、しかし、これはなかなか進まないわけです。やはり国が強力なリーダーシップをとらないとだめなんです。

そこで、この産婦人科の問題に關しましては、今おつしやつた拠点に集めるということ、やはり訴訟の問題が非常に多いわけですね。大体これは、医師全体の五％しか産婦人科医がいらないのに、医療事故訴訟の三〇％以上が産婦人科関連であり、六倍以上のリスクになっているわけです。

こんな中で、一つこれは、さまざまな方々が今要望されているのが無過失補償制度であります。裁判になつて白黒はつきりつけたいとお金が出ないというようなことでは、やはり医師の方々も、裁判には時間がかかりますから、訴えられたら安心して医療ができなくなつてしまふんですね。心して医療ができなくなつてしまふんですね。幾ら頑張つても時にはうまくいかないことがある、そのときに訴えられる。こういう状況を放置して

小児科や産婦人科を推進するといつても、それは無理なわけなんです。その部分のリスクはやはり公的な無過失補償制度をつくっていく。

そういう意味で、労働条件の整備とともに、小児科や産婦人科のお医者さん方がある意味で安心させる、こういう無過失補償制度の検討、大臣、いかがでしょうか。

○赤松副大臣 私の方からお答えさせていただきます。

今山井委員が御指摘をなさつた、無過失補償制度をつくるべきじゃないか、そういうお声が強いのというところは十分に承知をいたしております。

この周産期医療にかかわる紛争解決が円滑に図られることは極めて重要なことであり、今回の医療法改正でも、医療事故事例が発生した場合などには、患者等からの相談に応じて、必要な情報提供や助言を行う医療安全支援センターを制度化することにしております。

今の御指摘の点につきましては、一つは補償の前提となる事実関係等をだれがどのように認定をするのか、もう一つは補償の財源をどのように確保するのか、この認定の仕方、そして財源の問題というふうな課題があるということは十分御承知のことだらうと思います。

また、医療事故の事実関係の認定といった課題に關しましては、現在、患者、家族と医療機関が事実に基づいて十分に話し合い、早期の紛争解決に資することを期待して、診療行為に關連した死亡を対象に、中立的な立場で原因究明を行うモデル事業を実施しているところでございます。

厚生労働省としましては、モデル事業の実施を通して課題の整理を行うとともに、患者に対する諸外国の補償制度の研究により、検討に必要な資料の収集及び整理を行つてまいりたい、こんなふうに考えておるところでございます。

○山井委員 この産婦人科医療の問題も本場に党を挙げて、私たちはこの間、これから議論していきたいと思ひますし、まさにこういう制度を具体的ににつくるというふうな方向性をやはり審議の中

で出していく、そうしないと、審議の意味もないと思ひます。

そこで、川崎大臣に実はたつてのお願いがあります。

というのは、ぜひ、先ほどもなたからおつしやいましたが、私たち民主党も、小児や産婦人科医療だけがこれはひどいとは思ひます。私たちがこの法案を出している理由は、矛盾や問題点が集約されているが、小児科の問題を通じて、今の日本の医療をよくしていきたい、底上げをしていきたい、そういう思いなんです。残念ながら、最もそういう矛盾が集約されている、過酷な労働条件と言われている小児科の病院、産婦人科の病院、川崎大臣、ぜひこの産婦人科の病院と小児科の病院に一度足を運んでいただきたいと思ひます。唐突なお願ひですが、いかがでしょうか。

○川崎国務大臣 産婦人科の病院は私の地元の後援会長でございますので、一月月に一遍ぐらいはお邪魔させていただきます。

○山井委員 小児科はどうですか。

○川崎国務大臣 小児科は相手の後援会長でございますけれども、小児科の救急というのは時間があれば見たいと思ひます。

ただ、正直言つて、私、月曜から金曜まで、朝から晩まで、委員会の審議、本会議等でなかなか時間がとれない。ぜひ時間をおつくりいただいで、行かせていただきたいと思ひます。

○山井委員 まさにそこなんです。大臣今まさに、毎日詰まっていますとおつしやっていますが、小児科のお医者さんは昼間勤務をして夜中も寝ずに宿直して診療しているんですよ。ですから、それは、今、昼間大臣のお仕事があつても、晩行かれたらいいじゃないですか。翌日の勤務に差しさわらうと思ひます。でも、笑われますが、そういう状況になつていくわけですよ。ふらふらになつてから翌日の診療をまたしなないとだめなわけですよ。こういう過酷な状況になつていくわけです。(発言する者あり)まさにそうでしょう。今

も声がありましたけれども、そういうふうになつた状態で急患が来たらどうするのか。

それで、これは一ページに戻りますが、百時間以上の時間外の労働を小児科医の方々はされてい、二十代の方々が、それで、体力、健康への不安、翌日業務への影響、七二％の方が限界、大変疲れると言つておられる。

繰り返しになります。きょうの最初から言つたように、百時間以上というのは過労死の危険ラインで労働衛生法の指導対象になつていくわけです。本来お医者さんが大丈夫ですかと聞く、聞かれる側がお医者さんになつていくわけです。これで小児救急体制が、大臣、持続可能だと思われませんか。大臣、いかがですか。

○川崎国務大臣 これは先ほどから申し上げておる通り、そうした認識のもとで集約化を図らなければならぬと申し上げておるんです。

ただ、現実問題として、よく私の地域の問題を出しますけれども、県やまた三重医大の方から集約化を図れという御提案があつても、各市の市長さんや議会の方々は自分の市にどうしても小児医療はなきゃならないというお立場になつて、残念ながら両方に分かれた形の中で集約化できないままある。

したがって、それを説得していくという我々の努力、これは県が中心になりながら、努力があるんです。ですから、そういうものを踏まえながら、目指す方向は一緒でございますけれども、あした一挙にできるかと言われたら、それは少しずつ、一歩ずつ皆さん方を説得しながらやっていかなくやらない。目指す方向は全く一緒でございますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

○山井委員 政府のやり方ではますます事態は、小児救急は危機的な状況になつていく、そして、今回のような都道府県任せでは、この形は、まさに今大臣も認められたように、なかなか進まないんですよ。だから、私たち民主党政は、危機的な状況だということで小児救急緊急推進法案を出して、システム化とともに、不採算と言われる部分

に一般の税の部分や診療報酬部分をもつと大幅に入れて、もつと国が力を入れてやっていかないと、今の政府案の都道府県任せではだめだということの思いを込めてこの法案をつくつていくわけです。

それで、この法案の中では、先ほども言いましたように、基本的には夜勤にする、こういうことをしないと医療事故のない安心して受けられる小児救急医療体制が、維持可能な体制がつかれないということなんです。ぜひとも、単に都道府県任せにするのではなくて、大臣の決断をお願いしたいと思ひます。

次に、医療費推計の話に移ります。

私の資料の最後のページ、十三ページ。時間にも限りがありますから、簡単に申し上げますが、医療の伸び率とそして年金の伸び率が比較してあります。年金の伸び率は一九九五年から二五年まで三十年間ずっと下がつていく。しかし、皆さん、この資料を見て不思議なことに、医療費の伸び率は二〇〇四年を境にぐんと上がるようになっていくんです。

私たち民主党政は、二〇二五年に五十六兆円に医療給付費がなるのはうそがあるんじゃないか、過大じゃないかということをやつていますが、このグラフにしてみると、年金は高齢化の効果が一番反映されているんですよ、何で年金とパレルではなくて、医療費だけこんな急にはね上がるという推計を出しているんですか。

このことも非常に問題がある。わざとたくさん医療費がかかるという、こういう医療崩壊の現状を無視した医療抑制一辺倒の法案を出してきています。でも、その医療費はこれだけかかるというの、このグラフを見れば、明らかに非常に不可解な、作爲的な推計ではないかと思うわけです。それで、実際、その中でお伺いしますが、二点であります。

平成九年の制度改正効果を見るに当たつて、制度改正の影響のあつた期間を平成九年四月から平成十年三月とつておられるが、実際に改正が行われ

たのは平成九年九月からである。なのに、なぜ四月から影響があつた期間としておつておられるのか。それと、平成十八年の六十五歳から七十四歳までの認定障害者を百万人とおつておられるわけですが、資料にもらつておられる年齢階級別加入者及び一人当たりの医療費、このタイトルの資料をもとにしてこの推計をされたということを確認したいと思ひますが、いかがでしょうか。

○赤松副大臣 今御指摘の点の、いわゆる平成九年の健康保険法改正の実施が九月であつたのに、四月から直後の期間にしたのはなぜかということでございますが、医療費の将来見通しに用いる一人当たりの医療費の伸びにつきましては、過去の実績をもとに算出しているところでございます。けれども、いわば自然体の伸びを見込むためには、過去の制度改正による影響を除外する必要があります。この制度改正の影響につきましては、制度改正が行われた直後の期間における実績の伸び率から、制度改正の影響がないと考えられる期間における実績の伸び率を控除することにより算定をしたというわけでございます。

この平成九年制度改正に關しましては、制度改正の施行は九月ではございましたけれども、法案提出時点では平成九年五月施行を予定していたということ、また、五月の施行を前提に制度改正の内容を早くから報道されていた、いわゆるアナウンス効果というものがあつたという点から、毎月の医療費の伸びの実績を見ますと、明らかに四月以降の伸び率が低下した、こんなふうなことが指摘できるわけでございます。

このように、平成九年の改正につきましては、四月からの制度改正の影響が出ていたために、平成九年四月からの一年間の伸び率を用いた、こういうことでございます。

それから、後段の部分でございますけれども、六十五歳から七十四歳の障害認定者数は、平成十八年度で百万人と見込んでおられるところでございますけれども、これについては、現在、平成十四年の制度改正により、老人保健の対象年齢が七十歳

から七十五歳に段階的に引き上げられておられるために、七十歳代前半の障害認定者の実績値を把握することができないことから、推計を行つておられるのでございます。

具体的には、老人保健の実績から得られる六十から六十九歳の障害認定者の皆さんの数をもとにしまして、介護保険の七十歳代前半の要介護認定率の実績が六十歳代後半に比べて高くなつていくことを反映させて推計をしたものでござい

ます。

○山井委員 もう質問は終わりますが、最後に申し上げます。

川崎大臣、小児救急医療について、考える方向性はそう変わらないとおっしゃいましたが、やはりこれは労働条件を、夜間を宿直ではなくて夜勤としていく、それで安心して働ける、医療事故のリスクの少ない体制をつくっていく、やはりそこをきつちりとやるということを民主党の小児医療緊急推進法案には書いてありまして、やはりそういう決断がぜひとも必要であります。

さらに、先ほど、労働時間を調べて割り増し賃金を払うようにきつちりすべきだと言いました。これは何も私は病院をつぶせと言つておるわけじゃありません。こんなことを言う、そんなんじや病院はつぶれると思われれるかもしれせんが、もちろんその分、もつと診療報酬をつけるなり、そういう救急病院に公費を入れるなりして、その割り増し賃金が正規に支えられるようにしていかなければならないと思ひます。

本日は、産婦人科や小児科のお医者さんが不足しているわけですね、特に勤務医が。このことをふやしていくということもきつちりやうていかないと、都道府県に任せて集約化、集約化と言ふだけの政府案では、やはり事態は深刻化していく一方であります。

国会議員の最大の使命は国民の命を守ることでありまして、私たち民主党政は、恐ろしい危機意識、こしが医療崩壊の元年になる、このまま政府案が通つたら、そういう意識を持つております。

十一月にイギリスに行きましたが、イギリスの厚生省の官僚から言われました。ブレア首相が医療費抑制政策から転じて、医療を立て直すために五年間で一・五倍に医療費をふやすことをした。その結果、年間の医療費のGDP当たりのパーセンテージは日本を抜いた。日本七・八％、イギリスは七・五％だったけれども、イギリスはもう九％に上っているわけですね。しかし、長年医療費抑制をやってきたことを立て直すためには、五年やってもまだうまくいかない。

なぜか。一番の根本は医療現場のモラルなんです。今まで日本の医療を支えていたのは、多くの医師の方が本心に献身的にやってくれたんです。しかし、こういう過酷な、過労死ラインのところで働くのが当たり前の、そういう状況になって、もうもたなくなってきたというわけです。言っているんですけども、過労死ラインで必死になつて現場で支えてこられた病院の現場の方々を、厚生労働省は今見捨てようとしているんですよ。

やはりそういう方を支えていく、そして、安心して患者さんが医療にかかれる体制をつくっていく、それこそが本当の医療改革なのに、その改革の方向が見えないだけじゃなくて、まず医療費を抑制していく、そして具体的なことは都道府県に任せよう、これでは医療崩壊を加速するだけではないでしょうか。

この審議を通じて、こういう国民の命を守るということに関しては、私は党派は関係ないと思っております。じっくり建設的な審議、議論を重ねていって、税金をいただいて議論しているわけですから、この審議の中で、今言ったような医療崩壊の、僻地の医療、産婦人科、救急、麻酔科、外科、あらゆる医療の問題点の解決策を、医師不足の問題も含めてしっかりと道筋を出していく、そういう建設的な議論をしたいということを心からお願い申し上げます、私の質問を終わります。

○岸田委員長 次に、糸川正晃君。

○糸川委員 国民新党の糸川正晃でございます。我が国は、いろいろ異論はあるかもしれませんが、世界に誇るべき公的医療制度というものを有している。国民皆保険制度のもと、平均寿命世界一の長寿国を実現してきたわけでございます。しかしながら、急速に高齢化が進展しまして、医療費の増加が見込まれる中で、その誇るべき国民皆保険制度をいかに将来にわたって持続させていくかが大きな課題となっているわけでございます。

そこで、医療費の適正化を図り、持続可能な医療保険制度を構築するとともに、安心で安全な医療を提供していくことが重要であるというふうに考えておりますが、今般のこの改革での政府の取り組みについてお聞かせいただけますでしょうか。

○川崎国務大臣 先ほどの議論と違つて、今の医療制度について一定の御評価をいただいたことについて感謝申し上げます。

それを前提にしながら、しかし、この国民皆保険制度を守りながら、医療の質を保ちながら、一方で、給付を受ける人たちがふえていく、負担をする人たちの数が減っていくという中で、どう持続可能なシステムにしていけることができるかというのが、今回の医療制度改革の一番大きな中心であろうと思っております。

したがって、今回の改革におきましては、生活習慣病予防や長期入院の是正など、中長期的な医療費適正化対策を計画的に進めると同時に、短期的な政策といたしましては、一つは、やはり若者に負担をお願いしていかざるを得ないという中で、私たちがすぐそうなるんじゃないけれども、現役並みの所得があるお年寄りについては現役同様の御負担をお願いしたい。また、医療におきまして、薬価が一・八、それから診療報酬について一・三六の診療報酬引き下げということで、お互いに努力をしていただきたい。こういうお願いがございします。

一方で、小児科、産科等の医師不足対策、診療報酬における重点評価、医療計画制度の見直しを

通じた急性期から在宅療養に至るまでの地域医療の連携体制の構築、それから、先ほどの議論に出てまいりませんでしけれども、情報という問題で、患者に対する医療費の内容のわかる領収書の提供など、医療に係る情報提供の推進、レセプトのオンライン化等を進めていき、質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を継続できるように努力をしてまいりたい、こう考えております。

○糸川委員 今の大臣の答弁でも、若い人や一定の所得を持つている高齢者からもお金をしっかりといただくということなわけですが、この医療制度改革を進める中で、財政対策に終始するのではなくて、医療の質を確保して患者のクオリティー・オブ・ライフ、QOLを向上させていくことが重要であり、特に予防を重視していくことが必要だというふうに考えておるわけでございます。

政府も、メタボリックシンドロームに着目した保健指導に取り組むというふうなことでござりますが、これはどのような効果が実際あるのか、お聞かせいただけますでしょうか。

○中島政府参考人 メタボリックシンドロームでございますが、日本内科学会とか関係の八学会が、昨年の四月に診断基準を公表したものでござります。これは内臓脂肪型肥満、内臓に脂肪がたまるわけでございますが、これが共通の要因となつて、高血圧、高血糖、脂質異常というような複数の危険因子を形成いたしました。これらが重複するほど、脳卒中や心筋梗塞などの発症の危険が増すというふうな状態でございます。

今回の医療制度改革におきましては、このメタボリックシンドロームに着目いたしました健康診、保健指導を医療保険者に義務づけまして、効果的、効率的な健康診、保健指導を徹底することとしております。これにより生活習慣病の発症を予防するとともに、重症化の予防にも資することになるというところでございます。

健康診、保健指導が効果を上げ、内臓脂肪を減少

させるためには、適度な運動やバランスのとれた食生活など、個々人の行動が具体的に変わることが求められるわけでございます。

このため、効果的、効率的な健康診、保健指導が全国で広く展開できるよう、現在、健康診、保健指導の内容や実施方法などにつきまして、有識者や医療保険者にも参加いただいた検討会において御議論いただいておりますのでございます。

○糸川委員 それでは、長期の療養を余儀なくされた場合において、患者のQOLを確保するための環境整備に取り組むことが必要なのではないかと、一方で、医療制度改革においては、療養病床を再編成することというふうになされておりました、必要な医療が提供されなくなるんじゃないかな、こういう心配もしております。

今回の、療養病床の再編成の趣旨というものはどういふものなのか、お答えいただけますでしょうか。

○機部政府参考人 今回の療養病床の再編につきましては、医療の必要度の高い方々につきましては、引き続き療養病床、そして医療保険からの対応ということで、引き続き対応していくということでございます。

また、医療の必要度の低い方々が今療養病床に入つておられますが、こうした療養病床につきましては、老人保健施設等の介護施設に転換することによって対応していくということでございます。

この療養病床の転換に当たりましては、入院しておられる方々の追い出しにつながらないようにすることが大前提でございます。六年間をかけた、医療、介護双方の病床につきまして、円滑な転換ができるような経過型の類型を設けるということとしております。

こうしたことによりまして、入院、入所される方々の不安を招かないように、適切な対応を図っていくつもりでございます。

○糸川委員 療養病床の再編に伴つて、これまで入院していた患者の受け皿として在宅医療とい

うものが一層充実する必要があるわけでございます。

今回のこの医療制度改革における在宅の推進のために、どのような方策を講ずることとされているのか、お答えいただけますでしょうか。

○松谷政府参考人 在宅医療でございますが、患者さんの生活の質の向上の観点から、できるだけ住み慣れた家庭や地域で生活を送れるように、患者さんが希望する場合に、こういった在宅医療が受けられる体制の構築を一層推進する必要がありますというふうに考えてございます。

このため、今般の医療制度改革におきましても、在宅医療の推進を図るために、医療法の改正あるいは診療報酬の評価等の対応を講じているところでございます。

具体的には、主治医の役割の発揮や介護を含む多職種での連携を図るよう、地域で在宅医療に係る連携体制を構築いたしまして、医療計画にその機能を明示すること。

あるいは、患者さんの退院時に他の医療機関など在宅医療を提供する者などと連携を図る、いわゆる退院調整機能の推進を図ること。

また、複数の医師の連携による二十四時間往診可能な体制の確保を図ること。

さらには、在宅療養中の症状急変時の対応といたしまして、入院機能を有する医療機関を活用すること。

そして、患者さん、国民への情報提供として、医療機関等が在宅医療を実施していることがわかるような一定の情報を都道府県に届け出いただきまして、その情報を都道府県が公表する制度を導入すること。

最後に、ケアハウスなど居宅系サービスの充実や、さまざまな居住の場での在宅医療の充実など、各般の措置を講じているところでござい

○糸川委員 今回、政府は法案において、新たに創設される後期高齢者医療制度、それから国民健康保険制度において、保険料の年金天引きを行う

ことというふうにしておるわけでございます。

年金からの天引きにつきましては、被保険者の便益の向上や徴収事務の効率化の観点から、確かに必要なものだというふうには考えるわけでございます。ただ、一方で、これによって、生活の基礎となる年金の受給額が著しく少なくなるということのないように、こういう配慮が必要であるというふうに考えますが、政府の御見解をお聞かせいただけますでしょうか。

○水田政府参考人 今回の医療保険改革におきまして、御指摘ありましたとおり、後期高齢者医療制度、それから国民健康保険制度におきまして、御指摘のような趣旨にのっとりまして、保険料の年金天引きの仕組みを導入することとしているわけでございます。

その際、これも御指摘ありましたとおり、余りに低額の年金しか受給していない方にまで特別徴収の対象とすることは適当でないという考え方から、介護保険におきまして年金天引きの範囲と同様に、現時点におきましては月額十八万円以上の年金を受給している方を対象とする方向でござい

ます。また、もう一点ございまして、介護保険に加えまして、今回は医療保険制度も天引きの対象とするということでございまして、天引き額が過大にならないように、介護保険料と合わせました保険料額が年金額の二分の一を超える場合には天引きの対象としない、こういった措置を検討しているところでございます。

○糸川委員 政府は、この法案において、保険者機能を強化して医療費適正化を一層推進するため、また社会保険庁改革の一環として、政府管掌健康保険を公法人化するということとしておるわけ

です。政府は、この政府管掌健康保険の公法人化に当たって、現行の一律の保険料率はやめて、都道府県単位の保険料率にすると。そのようにする理由というものをまずお聞かせいただきたい。それから、またそのようにすれば都道府県間で

保険料率に格差が生じる、こういうおそれがあるわけでございますが、それについても御見解をお聞かせいただけますか。

〔委員長退席、大村委員長代理着席〕
○水田政府参考人 現行の政府管掌健康保険につきましては、全国一本の保険料率でございまして、地域の取り組み、地域の努力で医療費が低くなっても保険料率に反映されない、こういった指摘がなされてきたところでございます。

このために、年齢構成でありますとか所得水準といった保険者の努力では対応できない部分につきましては、都道府県間で調整した上で、都道府県ごとの医療費を適切に反映した保険料率を定める、こういうことによりまして、保健事業あるいは医療費の適正化に向けた取り組みの促進が図られるものと考えてございます。

それから格差の問題、今申し上げました措置で相当程度これはならされるわけでございますけれども、その上で、都道府県ごとの保険料率の移行に当たりました、保険料率の大幅な上昇が生ずる場合には、激変緩和のための措置を講じる、こういったことを考えているわけでございます。

○糸川委員 今の私の地元の福井なんかでは、本当に格差のことでかなりみな注目していますので、ぜひしっかりとした対応をしていただければと思います。

もう時間ありませんので、最後に大臣にお尋ねしますが、今のこの政府管掌健康保険の公法人化については、かえって組織や業務の肥大化というんでしょいか、そういうことになってこの社会保険庁改革というものがあいまいになるんじゃないか、そういうおそれが懸念されているわけでござい

ますが、このことについて大臣の御見解をお聞かせいただけますでしょうか。
○川崎国務大臣 社会保険庁自体がどういう仕事をしていたかということも国民になかなかわかりにくい。したがって、年金と医療保険をやっていたわけでありまして、正確に分けてしまおうと。それは次の法案で社会保険庁改革として御議

論をいただくわけでありませうけれども。

その中において、政管健保につきましては都道府県単位という一つの枠組みの中でやらせていただく。これは、年金は国が責任を持ちましよう、しかし、介護等については市町村が中心。そして、先ほどから御議論をいただいておりますとおり、全体の医療というものを進めていく中で、市町村中心というより、やはり県がコントロールをしなから、全体の適正化計画を書いたり、先ほどからお話ございました小児医療や周産期医療また急性期医療の集約化を図ったり、そういう意味では、県というものの役割がだんだん多くなるねという中で、こういう切り離しをさせていただいた。

結果として、この政管健保の法人は民間人になる。公務員三千五百人でやっておりましたものが、民間人として仕事をしてもらうという形に変わってくる。そういう意味では、より効率的な仕事をしていたらだるうし、地域の事情というものにより近い形で仕事が進んでいくんだらう、このように思っております。

○糸川委員 もう時間でございますので、質問を終わります。ただ、本当は僻地なんかの医療のことについても質問したかったわけでございまして、またそれは別の機会に質問させていただきますと思います。

終わります。

○大村委員長代理 次に、高橋千鶴子君。

○高橋委員 日本共産党の高橋千鶴子です。今回の医療制度改革は、医療を受ける側にとっ

ては、高齢者や長期療養患者、とりわけ団塊の世代をねらい撃ちにした負担増であり、あるいは保険のきかない医療の拡大など、皆保険制度が危機に瀕するという重大な問題であります。同時に、医療従事者や医療提供体制という点では、診療報酬引き下げやベッド数の削減など、深刻な不安をもたらすものであります。

○八年四月から、一割だったものから二割負担になりました。低所得者にはもちろん自己負担の限度額がありますが、現在二割である現役並み所得の七十歳以上は、こし十月から三割負担になります。それに、高額療養費の限度額の引き上げ、療養病床の食費、居住費の引き上げなどがございす。この問題については、二月二十四日の本委員会において、先行実施された介護保険において、負担増により施設を退所する人がいるという指摘もさせていただいたところであります。

さて、一割から二割という点では、窓口で払うお金が二倍になるということであり、これは非常に大きいと思います。しかも、最もその負担が大きくなるのは、七十歳から七十四歳の、所得区分が一般と扱われる方たちであります。この方たちは、二〇〇八年四月からは、自己負担限度額で外来二万四千六百円、現行一万二千元から倍増であります。入院では六万二千円、現行四万二千元から二万一千九百円も高くなります。また、入院すると食費、居住費がプラスされますから、月額十一万四千円、非常に大きな負担だと思います。

こうした負担増は、医者にかかるのを控える、いわゆる受診抑制につながると思いますが、その点について見解を伺いたいと思います。

○水田政府参考人 患者負担の見直しが高齢者の受診抑制につながるのではないかと伺いでは、私も、急速な高齢化に伴いまして医療費の増大が見込まれる中で、世代間の負担の公平化の観点から、高齢者にも応分の負担をしていただく必要があると考えております。

このため、今回の改革案では、現役並み以上の所得を有する高齢者につきましては、現役世代との負担の均衡を踏まえまして、現役世代と同じ三割負担とするなどの見直しを行うこととしてございます。

ただ、見直し後におきましては、高齢者に係る高額医療費につきましては、一つには、入院と外

来を合わせました自己負担限度額のほか、外来に係る自己負担限度額を設けております。また、二点目に、一般の高齢者につきましては、現役世代よりも低額の自己負担限度額を設定しております。さらに、低所得者の方につきましては、自己負担限度額を据え置くという措置をとることにより、必要必要な医療が妨げられるものではない、このように考えてございます。

○高橋委員 今、応分な負担を求めなければならぬということである述べられたと思うんですが、私が伺ったのは受診抑制につながるのではないかと伺ったことでもあります。この点は否定しないということですか。

○水田政府参考人 先ほど申しましたように、患者負担の見直し、定率負担部分につきまして二割から三割に現役並み所得者の場合上がるわけでございますけれども、ただ、その場合でも、高額医療費につきましては自己負担限度額を設けておりますので、それらの措置を通じて必要な配慮は行っている、つまり必要な医療までは妨げられることはない、このように考えているわけでございます。

○高橋委員 限度額を設けているけれども、その限度額が上がったために倍以上に負担がふえるというところをお話しているんです。必要な医療が妨げられるものではないという今の言い方をしましたけれども、しかし、現実には受診抑制が起これらというところを織り込み済みだと言わなければならぬと思います。それは、先ほど私が二度聞いたことに対して明確にお答えにならなかったもので、まあそういう意味なんだと受けとめたいと思います。否定するのであれば、次でもう一度否定していただきたいと思います。

これまでの改正によつては、医療費の本人負担がふえることによつて受診抑制が起これたということ、既に証明済みなことではなかったかと思うんです。それを踏まえて、やはり今回も同じことが起こるということを私は言いたいと思うんです。

す。

例えば、二〇〇三年四月からの健保本人三割負担、高齢者の定率一割負担導入に当たり、東北六県の保険医協会が一人から集めたアンケート調査で、受診を手控えていると答えた方が六割おりました。そのうち九割が病状の悪化などに不安を感じている、こう答えたことが明らかになりました。

当時、負担増が受診抑制につながったことは、当時というのは三割負担のときですよ、これは政府としては認めますか。

○水田政府参考人 医療保険におきまして、負担増がある場合には一定の受診抑制効果、波及効果があるということは、これは経験的にも明らかでございます。ただ、それが必要な受診を抑制したかどうかという点につきましては、先ほど申しましたように、例えば高額療養費の点で、低所得者につきましてはこれまでの据え置きにしておりますし、そういった限度額が設けられておりますので、必要な受診が妨げられていないこととは、このように考えているところでございます。

○高橋委員 では、今の説明は、一定の受診抑制はあるとお認めになったと思います。その上で必要な医療が妨げられているのではないということでしたから。

結局そうなんですよ。例えば、当時非常に問題になったのは、一日三回飲まなければいけない薬を二回にするだとか、一週間分のお薬を一カ月かけて飲むだとか、そういういろいろな形で患者の皆さんが医療をやはり少しずつ切り縮めざるを得なかった。そういう意味では、表面的には全くかかっていないわけじゃないとおっしゃるかもしれませんが、でも、そのことによって健康を害するとかさまざまな問題があったということは、当然見ていく必要があると思うんですね。

このことは、厚生労働省の科学研究によつても明らかにされております。

厚生労働科学研究、医療費の自己負担増による

高血圧症患者と糖尿病患者の受診行動の変化という研究がございしますが、これは、九七年九月の健保本人二割負担、〇一年一月の老人医療一部定率二割負担、〇三年四月の健保本人三割負担それぞれで、継続して診療を受けている高血圧症の方、糖尿病患者の方、その方たちをずっと一定期間、三月月とか半年とか一定期間を見て、どうなったかという調査をして、明らかに受診率の低下が見られた、そういう指摘をしております。

注目すべきは、〇三年の三割負担導入時に定期健診に参加した被保険者への意識調査で、自己負担がふえれば受診を控えると答えた高血圧症、糖尿病患者の方は、一九・二%ございました。月額当たりの負担額、こまめな負担できるという額は五千円までと答えた方がいづれも六割以上でありました。それがまず三割負担の導入前の調査ですね。そして、実際に導入後の受診行動の影響では、やはり受診行動の低下が見られたという指摘をしております。

当然、厚生労働省としてはこういう研究については御承知をされていると思いますが、いかがですか。

〔大村委員長代理退席、委員長着席〕

○水田政府参考人 委員今御指摘の論文につきましては、一定の前提のもとに行つた研究の成果であらうかと思ひます。特に、軽度の糖尿病の患者あるいは境界域の高血圧の患者の場合には、なかなか受診の効果は感じにくいということがございす。そういうことで、費用負担、自己負担が上がるとそれに反応するという面があるかと思ひますけれども、むしろ、糖尿病などにつきましては、この研究におきまして、糖尿病予防対策に強力に取り組むこと、私ども、今回は保健指導を強化しようとしておりますけれども、むしろそういった対策を講じることが必要であらうかと考えております。

○高橋委員 今、論文のところで一部読み上げたのかなど。近いようで近くない。「まとめ」ではこういうふう書いておりますね。「糖尿病患者の

受診は、この三回の自己負担増のいずれにおいても有意に抑制された。受診抑制は特に軽症の糖尿病に顕著な傾向が認められた。「糖尿病が強く疑われる人は七百四十万人に達すると推計されており、こうした患者の多くが医療費の自己負担増により医療へのアクセスが阻害されるならば、将来、糖尿病による合併症を併発した多くの患者を抱え込むことになる危険性がある。」こういった、「診療費を低くし、受診を継続し易くする保険医療政策を推進する必要がある」と提案をしております。

今回の自己負担限度額は、まず、先ほど紹介したような患者が負担できるとする額を超えております。同時に、今回の医療制度改革の目玉でもあるのがこの生活習慣病対策でもあります。この指摘のように、糖尿病患者、軽い方たちが重くならないように、そういう点でもやはり、政府が今やろうとしている対策を強めるというのであれば、受診を控えさせて病気を悪化させるようなことはしない、ひいては医療費増大にもつながる、そういうふうにはしない、むしろこのことが大事かと思いますが、いかがでしょうか。

○水田政府参考人 先ほどお答えしましたとおり、より根源的には、やはりまず健診、それから保健指導によりまして、こういった糖尿病等の生活習慣病に対して予防で取り組むということが必要であらうかと思っております。

それからもう一つ、受診抑制の話がございましたけれども、これも広く経験されている事柄でございますが、自己負担がふえたときには一定の効果はございますけれども、その効果が継続するのはほぼ一年、あるいはもう少しかもしれません。その後ではやはり受診率は戻るといっても経験されております。したがって、必要な受診が抑制されているということは、全体として見ればそのようなことはないと思っております。それから、対策としては、今申し上げましたように、予防を重視すべきである、このような観点からそちらの面に入れているということを選

択したということでございます。

○高橋委員 受診抑制があつても一定期間を過ぎると戻り、それが患者の特性なんですね。やはり、これ以上抑えられないということがあつて当然戻ります。しかし、それはそのほかの部分で削るという意味なんですよ。しかし、三割負担では、もうこれ以上耐えられないということで、そう単純には言い切れない事情が起きています。でも、それに對して厚生労働省は、この研究も打ち切つておりますし、その後の調査がございせん。ですから、もつと長期に調査をするべきだとこの今紹介した厚生労働科学研究も指摘をしておりますので、引き続きいて、それが言えるのかどうかを調査するべきだと言つておきたいと思ひます。

本法案の目玉である医療費適正化、生活習慣病の問題、これは本当に目玉なんです。それで、日本透析医学会が毎年まとめている「わが国の慢性透析療法の要約」によれば、新規導入、いわゆる透析治療を導入した患者さん三万五千八百四十人中、糖尿病性の患者さんが一万三千九百二十人、四一・三％、ふえ続けているわけですね。だからこそ、今回、予防が大事だとおっしゃっていると思うんです。しかし、それは、そう思うのであれば、本当に長くかかる方、そしてずっと続けなければならぬ方に対しての負担増は考えるべきだということ指摘しておきたいと思ひます。

次、続けます。この間の議論において、二〇二五年、いわゆる団塊の世代が七十五歳以上、後期高齢者に達するときに、医療費は五十六兆円、現在の倍加になるということが指摘されてきました。だから医療費を抑える必要があると議論をされてきたと思うんです。経済財政諮問会議が言うように、経済の伸び率に高齢化率を加味してキャップをかぶせろという要求もございました。それについては大臣が、それはしないと答弁をされてきたかと思ひます。また、過去に推計した医療費は過大過ぎたという指摘も繰り返されてきたところでありま

政府がこれまで示してきた数字によれば、今回の改革を踏まえると、今年度の医療給付費は二十七兆五千億円、国民医療費は三十三兆円です。その差五兆五千億円が患者負担分ということになると思ひます。そこで、二〇一〇年度は、国民医療費、医療給付費、それぞれどうなるのか、お答えいただきたいと思ひます。

○水田政府参考人 まず、今回の医療制度改革実施前の数値でございますけれども、二〇一〇年度、平成二十二年におきまして、国民医療費は三十九・四兆円、医療給付費は三十三・二兆円との見通しを立てておるところでございます。

これに對しまして、平成十八年の診療報酬改定及び今回の改正の効果織り込んだ場合、平成二十二年におきまして、国民医療費は三十七・六兆円、医療給付費は三十一・二兆円との見通しを立てておられます。

○高橋委員 厚生省から今の数字をいただいております。資料の一枚目をごらんいただきたいと思ひます。

国民医療費の額と、そのうち患者負担の分を書いてみて、つまり国民医療費における患者負担の割合というのを折れ線グラフにしてみたわけでありまして、九九年の医療給付費が二十六兆四千二百億円から、二〇〇三年二十六兆五千九百億円、患者負担は四兆二千七百億円から四兆九千四百億円になっております。つまり給付費は大変なだらかな増ではないか。それに対して、医療費における患者負担は一三・九％から一五・七％というふうになつております。改革案を施行した上での患者負担は、〇三年で一六・六％、さらに二〇一〇年では一七・七％というふうになつていきます。つまり、医療費を減らす減らすというけれども、それは、やはり患者に非常に負担が重くなる、患者負担率が医療費の伸びに比べても大きく伸びていく、取りやすいところから取る、そういうことにならないのか。この点について、いかがですか。

いるわけでありまして、これはまさに今回の改革案のベースで計算をされたものだと思つております。多少数字が違ふようでございますけれども、それはまさに患者負担のレベルをどう考えるかということであらうかと思つておりまして、冒頭御答弁申し上げましたとおり、こういった現役並みの所得のある方につきましては現役並みの御負担をお願いする、そういった改革案を織り込んだ形がおおむねこういう形になつたんじゃないだろうか、このように考えております。

○高橋委員 ちょっと数値が違ふようだとおっしゃられましたけれども、いただいた厚生労働省が出している数字で、国民医療費の分から給付費の分を引いたら、当然、患者負担になるわけですよ。給付費のところだけ、この間、注目されて、大きくなる、大きくなると言われてきた。しかし、その点、患者負担はどうなるのかということにしっかりと着目し、やはりその点も国民にちゃんと示して検討していただきたいというのが私たちの趣旨でございます。

三月二十七日の参議院の予算委員会では我が党の小池議員が、医療費の推計方法、これは、この間、この委員会でも随分議論をされてきたところなんですけれども、そのとり方が今回だけ違つていてではないかという指摘をいたしました。直近五年間の伸び率から試算するという従来の方法でやると、小池議員が試算した医療費の予測は四十三兆円になる。つまり、今のままでも、特に患者負担をふやさなくても医療費削減の目標は達成するんじゃないか、そういうふうな指摘をしているわけですね。

そうすると、患者負担を予定どおりふやして実際は医療費が余り伸びなかつたとなると、例えば四十三兆円で計算すると、患者負担率が一八・六％という形でまたかなり上がつてしまうわけですよ。これはこのままでいいのかということなんです。

つまり、この間、繰り返して指摘をされてきたように、二〇二五年の国民医療費の予測について

は、九五年の時点では百四十一兆円というように、大幅に大きな過大予測がされていた。それが、九七年百四兆円、二〇〇〇年八十一兆円というように修正をされてきたわけですね。問題は、その修正をしてきたけれども負担増は特に修正をしてこなかった、ここをどう受けとめるのか。医療費予測を修正してくる中でやはり負担増も据え置くという選択肢があるのではないか。これは大臣に伺いたいと思います。

○川崎国務大臣 保険料等で若者の負担がだんだんふえていくということについては避けられないだろうと思っております。そういった中において、年金の議論でもありましたように、若者の年金負担がふえていく、一方でマクロスライドということでお年寄りの方々にも御理解を賜りたい、社会保障全体が、人口構造が変化していく中でお互いが協力し合っていたらいいという中で進めてまいりました。

今回のことにつきまして、若者にだんだん負担をお願いしていかなくてはならないという社会保障全体の流れの中で、現役並みの所得のあるお年寄りには我々同様の御負担をお願いするということがお願いをし御理解を賜りたいと思っております。若者も、お年寄りの、そして我々中間的な世代も、みんなで協力し合いながらやっていかなければならないのがこの社会の実態でございます。どうぞ御理解のほどお願い申し上げます。

○高橋委員 若い方たちに負担を余りさせないというところで、そうおっしゃるんでは、逆に言うと、若い方たちが、自分が高齢者になったとき、後期高齢者になったとき、これは一体どれほど負担がふえるのだろうかとか大変な不安を与えられんじやないか。今でさえ、年金が自分の代になつたら本当にもらえるんだらうかという不安を持っている方はたくさんいらっしゃいます。そういう中で、やはり理解ができる負担でなければならぬわけですね。

ですから、私は、先ほど言ったように、医療費が非常に上がるから一定の負担が必要だという議論

論をしてきたけれども、実際にはそんなに上がっていないんじゃないか、上がっていない以上は、一定、見送る、据え置く、そういう選択肢もあるのではないかと聞いたんです。もう一回、伺いたいと思います。

○川崎国務大臣 そこは、申し上げましたように、私も団塊の世代が七十五歳を超える段階では、今千二百万の後期高齢者が二千万という現実の数字になる、二十八兆円の医療給付の中でたしか十一兆円が七十五歳以上の後期高齢者に対する給付でございます。したがって、我々が七十五歳以上になりましたときには、その数は相当大きなものにならざるを得ない。

いろいろの計算式はあるだろう、またいろいろな形で、これ以上我々の、過大な見込みもりであると言う方々もいらっしゃる、過小な見積もりだと御批判をいただく方もいらっしゃる。しかし、そういった中で……（発言する者あり）ありますよ、正直申し上げて。そういった中で、当然、この一千二百万が二千万になるという実態は御理解をいただかなければならないだろうと思えます。そして、ある意味では、我々団塊の世代というものが、まあ表現で言ったら、私はその世代だからいいでしょう、我々がなくなつたときはそうお年寄りの数が急激にふえていくという時代は変わってくる、我々の息子の代まででしょう、日本の社会全体の変化にはなってくるだろう、このように考えております。

いずれにせよ、年金については、今までのストックというものを利用しながら、その時代をうまくくぐり抜けていく、耐えられるような制度にしよう。医療というところになりますと、ストックはないわけですから、その時代のものがストレートに出てきてしまう。そのときに、一挙に負担をふやすというのは無理であろうという中で、できるだけのカリブを今から変えていくということでございます。

○高橋委員 大臣、この問題は指摘にとどめますけれども、今、少ないと言う方もいらっしゃる、と

いろいろおっしゃいました。私は、自己負担を今の時点で下げるという議論はしておりません、それは下げた方がいいと思っておりますけれども、しかし、現実に医療費の動向を見ながら無理のない負担であるかどうかを見きわめる判断をしてもいいのではないかとこの提案をさせていただきます。

九七年の健保本人二割負担が導入されたのは、橋本内閣のときであります、先輩議員はよく御存じですけれども、この健保本人が二割と法律に書き込まれたのは八四年でありました。しかし、その八四年のときは、当面の間一割とされて、原則窓口無料だった健保本人が一割で有料化に踏み切ったのであります。その当面の間という言葉が十三年間も続いたということは、やはり、それに対する国民の強い批判があったし、一気に二割にすることを踏まえて当時の政府が判断をしたことではなかったのかと思うんです。

私は、そういう歴史だつてあるんだ、だから大臣が、今医療費の動向をよく見ながら当面据え置くという決断もあるんじゃないかということ提案させていただきます。これは指摘にとどめて、次に行きたいと思ひます。

そこで、時間が大分なくなつてまいりましたけれども、たび重なる医療改悪や社会保障の改悪によつて、やはり、お金のあふれが医療の格差、命の格差につながる事態は起こっております。そこに輪をかけて大改悪、このことをやはり私は指摘をしていきたいなと思ひます。

日本の皆保険制度は、国民健康保険制度の創設、拡充によつて支えられてきました。しかし今、この国保が深刻な状態になっております。実際に、新聞各紙でも報道されたように、今、国保の滞納世帯が四百七十万世帯、滞納率が一八・九%。そのうち、一年以上滞納したために、保険証を取り上げられた、いわゆる資格証明書になっている世帯が三十二万世帯にもなっております、資料の二枚目に出しておりますが、それで、保険証がな

いたために病院にかかることができないで命を落とした方、これも出てくるということが、本当に悔しいけれども、現実に起こっていると思うんです。

そこで、私、きょうどうしても伺いたいのは、四月六日の本会議で私が質問したんですけれども、小泉総理は、この資格証明書の問題について、負担能力があるにもかかわらず保険料を納めていない方の未納分は他の被保険者の負担となり、被保険者間の公平が損なわれることから、資格証明書制度は必要なものと考えていると答えております。そうすると、今紹介をした資格証明書を受けた三十二万世帯がすべて、負担能力があるにもかかわらず納めていない悪質な納税者と政府は認識しているのでしょうか。この点を確認したいと思ひます。

○水田政府参考人 お答えいたします。国民健康保険の資格証明書の交付についてでございますけれども、これにつきましては、個々の事例に応じまして市町村が適切に判断していると考えているものでございますけれども、保険料を納付することができない特別な事情があると認められる場合には交付対象となつていないということでございますので、負担能力があるにもかかわらず保険料を納めていない方について交付しているもの、このように承知をしております。

○高橋委員 しかし、現実に、病院にかかれなくて命を落とすというような事態が起こっている。このことを、では、どう認識されておりますか。

○水田政府参考人 資格証明書を交付された方の場合ですけれども、この方々につきましまして、医療費につきましては、これは償還払いをされるわけでございますので、そういった意味で、適切な保障というものは確保されている、このように考えております。

○高橋委員 ちよつと、命を落とした方がいるという指摘に対して、余りにもそつけない、償還払いされているからいいじゃないか、そういうお答えは非常に腹立たしい思いがいたします。

そもそも、保険料を払えない方が窓口で十割負担を払えるわけがありません。だからこそ、我慢に我慢を重ねて、がんが大きくなる、そういう状態になって病院に運び込まれる実態が起こっていることを十分御存じだと思ふんです。しかも、償還払いがされるからおっしゃいました。確かに制度はそうですが、もし仮にかき集めてお金を払ったとしても、その分は滞納分に回るといふ実態がございいます。だからこそ多くの方たちを病院から遠ざけてきたということがあるんじゃないかと。私は、今、こういう国保の現場で起こっている事態が、本当に、もともと悪化をするのではないのかということ指摘しておきたいと思ふんです。

ただ、きょうは時間がないので次の機会に譲りますけれども、先ほど局長がおっしゃったように、機械的に取り上げるわけではない、事情がある人にはちゃんと保険証を発行するんだとおっしゃいましたので、それが窓口で徹底されるような指導をお願いしておきたい。そのことを指摘して、終わります。

○岸田委員長 次に、阿部知子君。

○阿部(知)委員 社会民主党・市民連合の阿部知子です。

四月の六日に本会議で、小泉総理ももちろん御出席のもと、健康保険法と医療法を二つの大きな軸にした今回の医療制度改革関連法案が質疑されました。それを受けて、当委員会でも、今週水曜日そして本日は、実は断続的な質疑が続いていると思ひます。

私があえて断続的と言わせたいたくのは、このところの国会審議状況は大変にタイトでございまして、これは厚生労働大臣の川崎大臣も大変だろうなと思うほどのタイトさであります。私はやはり、医療というものは、人と人が命ということとめぐって信頼関係を結ぶ、医療というものは人が人になす術でございまして、そういうことをめぐって落ちついた審議が行われるということを本心に心から望んでおります。

そして、もう一つ残念でありますのは、実は、私は、本会議で小泉総理に質問いたしましたがお答えがいただけなかった問題が二つございいます。その前者は医療費の試算方法で、これはまた次週以降取り上げさせていただきますが、もう一つは、小泉総理が、みずから総理として、今医療を担う若い医師たちにどんなメッセージをお送りになりますかということをお尋ね申し上げました。残念ながら、答弁は全く触れられずに、そしてまた、できれば委員会の当初、お越しいただきたいことでありましたが、鴨下筆頭理事、追って総理の御出席もということをお話しいただきましたので、きょうは私の残念の意を申し添えます。なぜ私がこういうことを申すかといいますと、

実は、きょう、民主党の皆さんが医療関連の、小児医療や医療事故、患者の権利ということで法律案も準備されて、ともに審議できる状況にということで、本日は与野党合同のもとでの審議でございしますが、私が見るところ、もともと奥深いところにある今の医療の危機的な状況があると思っております。

冒頭、大臣にお伺いしたいと思ひます。

実は、三月の十日の新聞紙上に、山形の県立中央病院で、医師、病院長や事業管理者あるいは看護師長が、五十歳以上の方総勢十八人が三月いっぱいまで一斉に病院をおやめになる、管理者が一斉に十八人おやめという新聞報道がございました。こうした事態は、先ほどの菊田委員のお取り上げになった事例とともども、余りに日常化したために、もしやしてお目にはとまらなかつたと思ひますが、私が、つい数日前、実は、この小児科の部長が自殺をされたということを、私は小児科医仲間です、伺いました。管理者が一斉に十八人おやめ、小児医療の責任者がみずから死を選ぶ。私は、この事態を前にして、実は、一九九九年、私がまだ千葉で私の勤めます病院の雇われ院長をやっておりますときに、四十歳代の女性の医師が、小児科の医師です、脳血管障害で突然に亡くなられ、実は、この方の同級生が、山井さんがお

取り上げになった、東京都でやはりみずから死を選ばれた中原医師であるという。私自身より少し若い、しかし一生懸命働いていた小児科医二人が亡くなられ、今また身近に小児科医師が亡くなられるという事例を耳にして、大臣に伺いたいのは、大臣は、実は厚生労働行政の中で、医療にかかわる医師や看護師の、みずから死を選ぶ率の高さについて御存じか、あるいは厚生労働省はそういうデータをおとりになったことがあるかどうかについてお聞かせいただきたいと思ひます。

○川崎国務大臣 日本の自殺の問題については、政府としても大きな課題であると認識をいたしております。特に、男はロシアに次いで二位、女性には世界で一番自殺率が高い、こうした数字にあります。

そういった全体の概要は承知しておりますけれども、医師、看護師の自殺率がどのような数字になっているかということについては、私は承知いたしております。

○阿部(知)委員 実は、昨日の質問取りの段階で厚生省にもお伺いしたのですが、そういうデータはおとりでない。私は、そういう意識で事に臨むかどうかやはり実態が浮かんできるとの思ひます。

ちなみに、福島委員もお取り上げでございまして、イギリスのサッチャーの医療制度改革後、現在ブレイでございしますが、医師の自殺率は他の専門職の二倍、看護婦は同じ女性たちの四倍というふうな高い数値が出ております。このことが、民主党の皆さんがこのところ本当に熱心にお取り上げくださっている医療現場の過重労働等々であるという一因もあるでしょうが、私は、もともととやはり奥深いところに、人と人との信頼で成り立つ医療現場そのものの中で信頼が非常に希薄になってきている。

実は、過重労働であったのは私の時代からも同じだと思ひます。先ほど川崎厚生労働大臣も団塊世代のお話をなさいましたが、それから、この間のいろいろな御答弁で、団塊世代はリタイア後も

働くからとおっしゃってられますが、そういう感覚は私もある程度、それは撃ちてしまふではないですが、働こうかと思ひます。

しかし、医療という場で働くには、信頼、自分のなしたことが患者さんにどのように受けとめられ、逆に感謝され、本当に大変だけれどもやっていけるというもう一方の踏ん張り棒がないと、お金の問題や過重労働の問題だけでは語り切れない分野で、人と人がぶつかり合う分野ですから、非常に私は問題の根が深いと思っております。

大臣は、きょうの御質疑を通じて、いろいろ、医師の問題、医療提供体制の問題、指摘されましたが、きょう一日お聞きになって、今医療の中で一番どんな問題が大変なのか、ここについての御認識をお願いいたします。

○川崎国務大臣 いろいろ議論いたしてまいりましたように、我が国の現状の医療制度、これは諸外国からは高い評価をもらっている。しかし、内から見ればさまざまな課題があつて御指摘をいただいております。こういう認識をまずいたしております。

一方で、小児医療、これは急性期の、救急の小児、そういう意味では、一般の開業医の小児科医師の皆さん方と、それから救急の病院とのネットワークが、まず、どこかが切れているのかなという感じ、要は連携がうまくいっていませんね。

もう一つは、小児医療をやはり二十四時間、三百六十五日体制でやるとなると、これは、先ほどの調査資料でも、やはり十人ぐらいが集約化してこなければ十分な医療体制が提供できない。逆にいえば、そこまでそろわないと過重労働を強いられるという形になる。そうすると、十人の小児科の医師を集約できるという体制になるとどのぐらいの規模になるかということ、やはりお互いが理解をしながら進めていかなければならぬ。

一方で、地域の皆さん方、特に市という固まりになりますと、自分のところに必ずそういうものはあるべきだという御主張が多々ございまして、そうしたものをやはり県が調整していただいて、私

ちなみに、大臣も御存じのように、かつて、太学がそれなりの入局者を集め配置していた時代は、まだある種のコントロールがありました。今は、全く個々の医師の意識に任ざれてまいります。そして、果たして日本の医療がそうした全く

の自由選択制で担い切れるかどうかということ
を、私も今は、政治の意思として本当に審議し
ていかなきゃいけないんだと思います。

かといって、もちろん職業選択の自由もありま
すから、あなたはあそこへ、これをやりなさいと
いうわけにいかないということは十分承知の上
で、実は大臣に見ていただきたい資料がございま
す。

お手元には、これは、厚生労働省が医師の配置、
配属をめぐって各地域間格差の問題を審議なさつ
ている委員会の中で、厚労省みずからが出しに
なつた資料です。アメリカと比べての値です。

何もアメリカがよくて我が国が云々したいため
ではなくて、私はこれを見たときに、清水先生の
脳外科は多く……(発言する者あり)そうです、違
います、私阿部知子の小児科は少ないというふう
に読むのか、今、清水先生がおっしゃったように、
内容も違い、ただし、ここの注の五のところに記
載されておりますように、米国では、診療科別の
ボード、専門医認定委員会が中心となつて専門医
認定の前提となるレジデントプログラムを定め
て、レジデント数におのおの制約があつて、この
年はここが少なからずこのレジデント数をふや
し、ここはある程度コントロールしようという意
思を働かせての医師供給体制になつております。

ちなみに、もっとわかりやすく言えば、後期研
修というのがありまして、今、二年を前期研修と
すると、その後の専門医になると、自分は何科
を標榜していこうかというときにも、そこが全く
自由枠ではないということでもあります。

私は、これから本日に日本が各地で国民の医療
を支える医師を配置しようと思つたときに、一つ
の大きな決断をしなきゃならないと思います。こ
こには、例えばファミリーメディスンという形で
英語でしか書いてないですが、アメリカで家庭医
を志す人、日本ではそういう診療科別ではないの
でということと統計がないということですが、今
ある研修システムが終わつた後、果たして国はど
の程度の医師たちをどんな診療科に望むのかとい

うことについて、私は、やはり一つの見識を示し
ていかなないと、どんなにやつてもこの配置のアン
バランスというところはなかなか軽減がされない
ように思います。

今、医学部教育が六年で、二年研修、アメリカ
では、四年の一般大学の後、四年医学部に行き、
その後またレジデント制があります。医師の教育
ということについて、私は、せんだつても厚生労
働大臣に、文部科学大臣とよくお話ししてくださ
いとお願いを申し上げました。今の医師教育シス
テムとその後専門課程、もちろん、初期の研修
で僻地研修を義務づける、小児科、産科をやるこ
うことは少しづつ前に進んでいます、その後
の専門の認められ方、あるいは、いろいろな医師
総体を国がどう見て、そこに視野を定めて事を運
んでいくかということについて、きょう私はこう
いうことを初めて申し上げますので、大臣にも急
であらうかと思いますが、非常に臨床現場にいれ
ば案じられますので、今私の指摘の点について大
臣の御見解をお願い申し上げます。

〇川崎国務大臣 この二年間の研修医制度の結果
をしつかりウオッチしなきゃならぬなというまず
認識は持つております。

行政を担当する者として、阿部委員の御提案は
非常に魅力的でございまして、まさに言われた職業
を得て進むことができるか、まさに言われた職業
選択の自由という観点から果たしてやり得るだろ
うか、こういう感じはいたします。しかし、こう
した思い切つた御提案をいただきました。自分の
頭の中でしつかり勉強はさせていただきたいなと
思います。

一方で、それぞれの国立大学で地元枠、例えば、
先ほど菊田委員には時間がなくなつてお返ししなかつ
たんですけれども、新潟医大を卒業したお医者様
が新潟へのぐらゐに残されているんだらうか。

私のところで言います、三重医大を卒業したお
医者さんがどのぐらゐが県に残つて医療に貢献
してもらっているのかということになると、三重
医大は、正直申し上げて極めて少ない数字になつ

てきております。ことしから五人を地元枠とさせ
ていただきましたけれども、先日、学長がお見え
になりましたので、何とか来年から三十人という
数字にしてくれぬかという形でお願いをいたして
おりますし、そういうものも進める必要があるん
だらう。ただし、来年から三十人枠にいたしました
でも、八年後にお医者さんが誕生するという話で
ありますので、今日的な今の医師の偏在問題の解
決にはならない、十年後には間違いなくきいてく
ると思ひますけれども、今どうするべきかという
ことになると、やはり集約化を図りながら、各県
としつかり話し合いながらやっていく以外にない
な、こんな思いを今はいましております。

〇阿部知委員 今大臣もおっしゃつたように、
地元枠をふやしても、その地元で本に行つてく
ださっているかどうかということも問題になり
ますが、今回のいろいろな改正案を見ております
と、自治医科大学方式で、また自治医科大学の入
学定員の問題を少し充実させようということも出
ております。

私は、一県一医科大学の構想の中で、自治医科
大学は、確かに各地に医師を送り出してくださつ
ていると思ひますし、今後、自衛隊、自衛官の医
務官が各地に行つてくださるというの賛成でござ
いますから、それはいい方法だと思つておりま
すが、もっとも自治医科大学方式に学んでい
ただきたい、その地域枠をふやすだけでなくて、
と同時に、もう一点、集約化問題では私は逆の
懸念を抱いております。

と申しますのは、集約化のいたしましたがいろ
いろな提案を見ますと、実は、県の権限が及ぶ、
すなわち公立病院とか公的病院を中心に小児科や
産婦人科を集約していくというお話です。大臣も
御存じだと思ひますが、例えば小児科で申しま
す、小児科病院の総数は全国で三千二百三十一
ございまして、公立病院が七百九十一で二四・五
%、日本の医療は公的と民、いわゆる医療法
人で行っているわけでありまして、これは鴨下委員
が、冒頭、やはりこれからの医療は今までの公と

いう区分けだけでなくしつかり地域の民も生かし
ながらということをおっしゃいましたが、私も全
くそれは同じ意見でございます。

なぜならば、小児医療の場合は公立病院と公的
な病院を合わせても千四十三です。これで三・
三%にすぎません。公的病院で人の配置がそこは
動かせると集約してしまつた場合に、かえつ
て地域全体の医療バランスが崩れてくる。私は、
ここにおいてはやはり地域のテーブルをつくつ
て、全部厚生労働省の文書は公的病院を中心に、希望
があれば民間もという書き方をしています。こう
いう官民格差は、何か私が言うのも変な立場であ
りますが、でも、私はやはりおかしいと思ひます。

もう一度、集約化というのは、反面、アクセ
スが遠くなる方も出ますし、逆に三分の一だけで集
約化しようというのは実は不可能です。ここを
しつかりと、今厚生労働行政にかかわつてい
る方は、一体医療の公共性とは何なのか。それは、日
本にはまだ株式会社病院などはないわけでは
ない。ちなみに、アメリカでも株式会社は少なく
非営利のものが多いです。公共資本だと、
それは民間が運営している、経営している病院で
も、これは医療法人としていろいろな公共的なも
のを出して提供しております。

ぜひ、地域の集約化に際して、公的病院、全部
そうでした、小児科も産婦人科も見直すとおつ
しやつて、では、私は数はどうなつてい
て、もう少し視野を広く持つて皆さんの協力を仰
ぐということをお願いいたします。

〇川崎国務大臣 阿部委員の御指摘どおりでい
いだと思います。

答弁どおり読みますと、まずは公立病院中心に
検討することは有効であると考えているが、集約
化の際には、地域の実情に応じて、他の公的病
院、民間病院も含め、協力を要請していくことが

重要であると考えている、こういう答弁になっているんですけれども、御指摘いただいたとおり、まさに地域で民間病院が中核的な役割を担っている部分が多いわけですから、そうした病院と各県が相談をしながらしっかりとした医療体制を組んでいくことが大事だろう、このように考えております。

○阿部(知)委員 先行して公的病院のみによる再編をくれぐれもお考えにならないようお願い申し上げます。よいものを育て、医療は命を支える基盤として国民に安心のサービスを提供していただきたいと思えます。

終わります。

○岸田委員長 次回は、公報をもってお知らせすることとし、本日は、これにて散会いたします。

午後五時五十六分散会