

## 第一百六十四回国会衆議院

## 厚生労働委員会議録 第十七号

平成十八年四月二十五日(火曜日)

午前九時一分開議

出席委員

委員長 岸田 文雄君

理事 大村 秀章君

理事 北川 知克君

理事 寺田 稔君

理事 山井 和則君

理事 新井 悅二君

理事 石崎 岳君

理事 加藤 勝信君

理事 木原 誠二君

理事 清水 鴻一郎君

理事 杉村 太藏君

理事 高鳥 修一君

理事 富岡 勉君

理事 平口 潤君

理事 林 潤君

理事 松浪 健太君

理事 上田 正彦君

理事 菊田 真紀子君

理事 郡 和子君

理事 田名部 匠代君

理事 村井 宗明君

理事 上田 勇君

理事 高橋 十鶴子君

理事 糸川 正晃君

参考人  
(NPO法人日本がん患者団体協議会理事長)  
参考人  
(横浜市立大学附属市民総合医療センター医師)  
参考人  
(日本福祉大学社会福祉学部教授)  
厚生労働委員会専門員○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す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。

本日は、各案審査のため、参考人として、全国市長会国民健康保険対策特別委員会委員長河内山哲朗君、社会福祉法人賛育会病院院長鴨下重彦君、鳥羽市立神島診療所所長奥野正孝君、NPO法人日本がん患者団体協議会理事長山崎文昭君、横浜市立大学附属市民総合医療センター母子医療センター医師奥田美加君、日本福祉大学社会福祉学部教授近藤克則君、以上六名の方々に御出席をいただいております。

す。

それでは、まず河内山参考人にお願いいたしま

す。

○河内山参考人 全国市長会の国民健康保険対策特別委員会委員長を仰せつかっております柳井市長の河内山でございます。

本日は、このような意見陳述の機会をいただきまして、まことにありがとうございます。御礼を申し上げた

いと存じます。

○河内山参考人 地方自治体の立場から、また、国民健康保険ほか、保険を運営する者の立場から、今般の医療制度改革、とりわけ医療保険制度の改革につきまして意見を申し述べたいというふうに思います。

まず第一でございますが、言うまでもないことですが、お手元にも資料を、新聞の記事をお配りいたしておりますが、国民皆保険といふものを守りながらもどうやってそれを維持していくかということは、これは国民共通の財産でござりますし、極めて地方自治体あるいは地域の住民の方々の利害にも関係をすることです。

さて、このたびの改革は国民皆保険というものを維持するものでなければならない、これは当然のことです。

我々日本人は、保険証を持つていけば、どこででも、だれでも、いつでも医療の提供を受けることができる、空気のようにとらまえておりますけれども、これは本当に長年にわたりまして、國、地方あるいは多くの医療関係者、力を合わせてつくりました日本の文化と言つても言ひ過ぎではないというふうに私は思っております。

昨年秋に、中日友好協会の招きで、全国市長会の何人かの市長と一緒に中国の大きな都市を訪問いたしました。北京市、あるいは広東省の広州市、いずれも大きな都市でございますが、その市長あるいは副市長が

補欠選任

同日 辞任

同日 辞任

同日 辞任

補欠選任

同日 辞任

参考人  
(社会福祉法人賛育会賛育会院長)  
参考人  
(全国市長会国民健康保険対策特別委員会委員長)  
参考人  
(鳥羽市立神島診療所所長)

厚生労働大臣政務官

会病院院長

参考人  
(鳥羽市立神島診療所所長)

厚生労働大臣政務官

第一類第七号

厚生労働委員会議録第十七号

口々に言われましたが、安定した社会をこれから建設していかないやならない、とりわけ、これから特に農村部における医療制度、保険制度も含めてですけれども、これをつくるといかなきゃならないというのが非常に大きな課題である、また、このことはそう簡単にできないという話を、期せずして何人かの、自治体といいますか、向こうの市の政府の幹部がお話しになりました。

我々としましては、先ほども言いましたように、国民皆保険といいうものがあつてそれが当然と思つておりますので、さほどありがたさを感じずいるということは少し反省をするというか、大いに今後とも国民皆保険の維持といいうものに努力していかなきゃならないなというふうに思ひながら、そのお話を聞いたところでございます。

さて、具体的に申し上げますと、国民皆保険を維持しなきやなりませんけれども、一方で医療費をどうやって適正化するかといいうのは、今次の本当に重要な課題だと思っております。

高齢化が進みまして、我々国民健康保険を預かる自治体といたしましても、毎年毎年医療費の増嵩といいうのは手の打ちどころがないといいますか、対処のしようがないような状況にあるといいうのが現実でございます。

長寿化が進むことはもちろん国民にとって幸せなことでござりますけれども、一方で、医療保険制度といいうものを維持していく上で、何とかこの嵩といいうものに結果として歯どめがかかるような生活習慣病対策、あるいは諸外国に比べまして我が国は入院日数が長いといいうふうに指摘をされておりますので、国民の生活の質の向上、あるいは医療の質を落とさないことを前提条件としながらも、医療費の適正化を何としても進めなきやならないと思つております。

特に、我々市町村としましても、生活習慣病の対策については、これは保険者の立場から、そして市民の健康、長寿といいうものを実現する立場から、何としましても、健診あるいはこれまで続けております保健、こういう各種の事業を通じ

まして、保険者としてこの生活習慣病対策を熱心に行つていきたいと思っております。

ただ、このことにつきましては、実は非常に専ら建設していかないやならない、とりわけ、これ

のことについては改めて再考をいただきたいと考

えております。

それから、今回の医療制度改革でございますが、門的な見地からの支援といいうものも必要でござらないということが非常に大きくなっている

だけ申し上げます。

そこで、財政的な応援、こういったものもあわせて行なうことが肝要でございます。

いずれにしましても、最も身近な政府として、地方自治体が今後とも生活習慣病対策に取り組んでいかなければならぬと考えております。

また、今回の改正の中で、療養病床の廃止がうたわれております。やむを得ないというふうに考えますが、廃止後の受け皿の整備はぜひとも必要だと考えております。

このほかにも、予防、入院あるいは在宅の医療、こういう切れ目のない医療の機能、こういうものが地域のあらゆるところで提供されるということが必要でございますので、これについては国として大きな責任を果たしていただきたいと考えております。

それから、二点目としましては、医療保険制度全体の一本化への方向性でございます。

かねてより、全国市長会を中心とする地方団体は、医療保険制度といいうものが幾つも分かれているこの状態というのはよろしくない、一本化をすべきだということを主張してまいりました。保険運営を広域化しまして、また、保険といいうのはある程度リスクを分散して機能を強化しなければやつていけないものでございますので、そういう意味での保険基盤の強化が必要であります。

今回の医療制度改革大綱において、医療保険制度の一元化を目指すことが明記をされ、基本方針に示された方向が再確認をされたこと、このこと

のたびの財政安定化の施策でございますが、私どもは大きな評価をいたしております。

全国、合併をいたしましてもなお小さな保険者となりましたことについては、我々としては大きく評価をいたしております。

当初、厚生労働省の試案では、市町村がこの保険者といいますか運営主体を担うこととなつておきましたが、市長会としましても、これについては到底容認できない、受けることができないという姿勢をずっと貫いてまいりました。これは、そ

ういう大事な問題から市町村が逃げているというのではなくて、この後期高齢者の医療制度といいう非常にリスクの大きいものにつきましては、可能な限り大きな単位で保険の運営主体となることが望ましい、こういう保険としての筋道の話でございます。

政府・与党合意におきまして、広域連合という形で決着をしたわけでございますが、これについて

は、一定額以上の医療費が出た場合に、従来はそれを超えた部分を再保険いたしておりましたけれども、根っここの部分から都道府県単位で財政安定化のために財政調整をするということになりました。この金額を徐々に下げていけば、都道府県内

一つの財政運営に近づいていくわけでございます。今回そういう財政安定化の拡充が行われたことにつきましては、私としては、大変大きな進歩だ、前進だというふうに考えております。

また、これは全市町村が参加をする広域連合とされているところでございますが、やはり県の果たすべき役割は非常に大きいものがございます。都道府県の医療提供体制をちゃんと知事さんが確立をされているわけですけれども、保険の方においても責任ある立場をとつていただくように、都道府県の方々にもちゃんと意見も聴取をされて、先生方の方からも、ぜひ働きかけをお願いできた

らと思っております。

最後に、国民健康保険の問題につきまして一点だけ申し上げます。

このたびの財政安定化の施策でございますが、改革の基本方針にもありますように、保険といいうのは可能な限り都道府県単位を軸とした再編統合が行われる、その前段階として評価をしておりますので、その方向でさらに検討が加えられ国民健康保険事業の安定に資する施策が打ち立てられますように、お願ひを申し上げたいと思います。

以上、三点にわたりまして申し上げましたけれども、国民健康保険を始めとしまして医療制度を担う立場であります市町村も、介護もあり、それから最近では、さまざまな障害者福祉を始めとす



す。症状が急変しましたときにつけても往診が可能な体制を確保する。それから、これは一人の医師では負担が大き過ぎますので、複数の医師による連携が必要でありますし、また、症状が急変した場合にすぐ入院できるような病床体制を地域で確保しておくことが必要であります。

それから三つ目は、何といつても医療従事者の意識改革と申しますか、知識、技術の向上を図つて行く必要がございます。病院の医師は、在宅医療の選択肢を患者、家族に積極的に提示できるようになる必要がある。そういう意味で、学生時代からの臨床実習を初め、その重要性を認識すると同時に、卒後、在宅医療の専門家を後期研修等の期間を通して培つていく必要があるというふうに思います。

在宅医療の中で特に重要なのは、がんを中心とする緩和ケアの充実でございますが、これにつきましても、病院、診療所、訪問看護ステーション、薬局等の関係機関の連携を図ることで充実させていく必要があると思いま

す。

また、患者、家族が在宅医療を受けようとするときに必要となる情報提供ですね。患者が退院した際に自宅で療養を受ける場合のほか、特にケアハウスと言われる、狭い意味での自宅だけではなくてさまざまな居住の場で、やはり在宅医療が考えられなければならない。

現在、日本では、亡くなる方の八割が病院で、一割強が自宅で死亡するという現状でございますけれども、今後、例えば平成五十年には百七十万人の人人が一年に亡くなる。その八割が病院で亡くなりますが、病院はそれだけでもパンクしてしまいます。ですから、そうではなくて、むしろ病院で生まれて家で死ぬ、そういうような大きな社会的な流れをつくつていくことが必要でないか、そんなことを考えております。

今回の医療制度改革では、医療法等の法制度面からも診療報酬における評価の面からも、在宅医療に力を入れた改革が行われておりますが、こう

した流れが一層大きな流れになり、希望するだれもが在宅医療を安心して受けられるという社会を実現していきたい、そのように考えておりますので、今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

以上二点について意見を述べさせていただきました。どうもありがとうございました。(拍手)

○岸田委員長 ありがとうございました。

次に、奥野参考人にお願いいたします。

○奥野参考人 昭和二十九年に第一回の新潮社文学賞の受賞作品というのが三島由紀夫の「潮騒」という小説であつたんですけども、その「潮騒」という小説の舞台になりました三重県鳥羽にあります神島という診療所からやつてまいりました奥野と申します。

神島という島は、人口五百人、歩いて回つても一時間で回つてこられるという非常に小さな島であります。私は、一九七八年に自治医科大学の一期生として卒業いたしまして、現在までこの島に三回赴任して、通算で十四年目の勤務になります。そういう勤務あるいは母校での教員生活、僻地医療等を伝えるというふうな中身を通じて、僻地医療ということを皆さんに知つていただきたいと思います。

また、患者、家族が在宅医療を受けようとするときに必要となる情報を提供ですね。患者が退院した際に自宅で療養を受ける場合のほか、特にケアハウスと言われる、狭い意味での自宅だけではなくてさまざまな居住の場で、やはり在宅医療が考えられなければならない。

現在、日本では、亡くなる方の八割が病院で、一割強が自宅で死亡するという現状でございますけれども、今後、例えば平成五十年には百七十万人の人人が一年に亡くなる。その八割が病院で亡くなりますが、病院はそれだけでもパンクしてしまいます。ですから、そうではなくて、むしろ病院で生まれて家で死ぬ、そういうような大きな社会的な流れをつくつしていくことが必要でないか、そんなことを考えております。

今回の医療制度改革では、医療法等の法制度面からも診療報酬における評価の面からも、在宅医療に力を入れた改革が行われておりますが、こう

ます、私の神島で例えますと、人口が五百人であります。それから、私どもを支えていただける病院が比較的しつかり存在しております。それから、診療所から支えてくれる病院まで、一番速い漁船で走りまして二十分、港で救急車で待つていただいてから病院まで二十分、その他もろもろ入りますと約一時間以内で病院に着くことができま

す。そういうことで、私のところは人口が五百人です。支えてくれる病院があつて、そこまで一時間かかる。

それはどういう内訳かというお話をしますと、五百人といいまして、ともすれば僻地といふことは病気が多いとか特殊な病氣があるんぢやないかというふうなことが言われることもありますけれども、それはほとんどそうではなくて、五百人なら五百人というふうなところから発生する健康問題あるいは病気というものは、ほぼ町とも変わらりません。ただ、中身の人口構成によって発生する病氣が異なるということはあるんですけども、余り変わりはございません。

五百人ですと、私の診療所ですと、一日の外来数が約十五人、それから一ヶ月に一遍ぐらい、支えてくれる病院まで運ばないといけないような重症の患者さんが一人ぐらいい出る、それから三ヶ月に一遍ぐらい、在宅で亡くなられる方が出るというふうな状況であります。そういうふうと、大変度といいますと、私の診療所では、私は楽だといふふうな範疇に入ります。

ならば、どれぐらいなら大変かといいますと、すごく大まかではありますけれども、一人の医師が支えられる人口というのは大体二千人ぐらいまでだらうというふうに言われておりますし、考えております。ですから、二千人を一人で支えていく、それ以上であればそこの僻地は大変だといふふうになります。

その三つの要素といいますのは、僻地医療で一人の医師が対象とする人口、どれくらいの人を診ているか、それからもう一つは、僻地の診療所、医療機関を支えてくれる病院がどうであるかといふこと、それから僻地の診療所、医療機関から病院までどれぐらいの時間で到達できるかというふうなこの三つの要素で、僻地の大変さといいますか、大変度をはかつてみようというふうな話をしてみたいと思います。

まず、私の神島で例えますと、人口が五百人であります。それから、私どもを支えていただける病院が比較的しつかり存在しております。それから、診療所から支えてくれる病院まで、一番速い漁船で走りまして二十分、港で救急車で待つていただいてから病院まで二十分、その他もろもろ入りますと約一時間以内で病院に着くことができます。支えてくれる病院があつて、そこまで一時間かかる。

そこが非常に大きな、大切なことであります。私がいつでも大きな病院を紹介できるというふうなことで、住民の方が非常に安心感を持つていただけるということです。

ところが、昨今、医師不足ということで、支えてくれる病院ががたがたになつて行くといいますから、そういうことは我々僻地の診療所の立場にあります。ただ、私のところですと、現状で支えてくれる病院が近くの町に三つほどあります。一つは、内部事情でその病院がそういう形態でなくつたということ、そして残りの二つが、今の小児科医不足ということで、二カ所あつた小児科の病院が一カ所に集約されていったというふうな事情があります。

ところが、我々のところから見ますと、かえつて大変かというとそうでもなくて、一つの病院に集約されまして、仕組みとしても単純化されまして、二つでどうしようか選ぶよりも一つのところにすぐになつてもらえる、それから比較的その地域でのいい医療が受けられるというふうなことも考えられますので、一カ所に集約されたということとは、困らずもではあります。決して我々にとってはマイナスということではないということであります。

ただ、集約されてしまうことによつてちょっと危惧されることとは、一カ所に力が集中いたしますと、ともすれば独占的になつたりとかあるいは支配的になつたりする傾向があるわけですから、幸い今のところそういうことが見られないのですが、私のところでは、そういう意味での支えてく

れる病院に対する大変度は樂ということになります。それからもう一つは、時間であります。

救急の問題というのは、僻地医療にとつて一番大きな問題であります。現場でどうするかということも一つでありますけれども、かかるべき病院までいかに短時間で運べるかということが、診療所あるいは僻地の医療機関の命運を左右すると言つても過言ではありません。

私のところでは、先ほど言いました一時間というのが、大変度からいいますと少し大変というふうになります。一九番をコールいたしまして、救急車が来て病院まで到達するのが大体全国平均ですと三十分以内、四分の三が三十分以内に到達できるということが一般的でありますけれども、我々のところでは、特に離島医療、僻地医療ではこれが非常に長いということが問題になります。

それから、この二つのポイントについては、僻地、山間でありますても離島でありますても問題は変わらないのですが、ただ一つ、この時間について、離島が僻地の中でも大変だと言われるのは、ふだん天気のいい日はよろしいんですけども、荒天時、天候が荒れた場合にどうしても運ぶことができないというふうな状況が発生するといふこと、これが離島医療にとっては、人口が少なくてあるいは支える病院がしつかりしていたとしても、荒天時、天候が荒れた場合にどうしても運ぶことができないというふうな状況が発生するといふことをいかにうまくクリアするかといいますか、いろいろな方策をとつてやつていくかということが大きなポイントになると思います。

ということで、僻地の医療をお考えいただく中には、医師一人当たりがどれくらいの人口を支えているか、それからかかるべき支えてくれる病院がしつかりあるかどうか、それからそこへ到達する時間をいかに早くできるかというふうなところが大きなポイントになるかと思います。

さて、僻地に行く医者が少ないというふうなところでお話をさらにさせていただきたいと思いま

す。なぜ医師が行かないかということを考えるの

も一つなんですかけれども、ちょっとそれと反対に、なぜ例え私が僻地にいるかというふうなこ

とをお話しさせていただきたいと思います。実は、私だけではなくて自治医科大学の卒業生は、義務が終わりましても僻地へ勤務している者結構多いわけですが、いろいろな要素が考えらるるんですけれども、一番、多分自分で感じて、それからその人たちから話を聞いて思うことは、自分がだれのために役に立つているかということ

が非常にすぐ目の前で自然にわかるということなんです。

朝起きまして、診療所に行く途中に子供たちに会います。それから、老人に会います。ああ、そ

うかそうか、僕がいることによってこの人たちのため役に立つているんだということが日々わからず、自然にわかつてしまうということが、今長く

いるというこの非常に大きなポイントになつて

いるんじゃないかな。

逆を考えれば、地域の病院の先生方がなかなか定着しないという中には、そういった、日々の中

で自分たちがだれのために役に立つているんだと

いうことが、自分で知ろうともしないかもしませんけれども、なかなか知るチャンスがない。

それでも、ふだん天気のいい日はよろしいんですけども、荒天時、天候が荒れた場合にどうしても運ぶ

ことができないといふことを一緒にやりましょうとか、日々わかるようなアプローチがない、あるいは

そういうことを一緒にやりましょうとか、いろいろな方策をとつてやつていくかということが大き

なPointSizeになります。

それからもう一つ、今長くおれる一つの大きな

ポイントは、少し単純な話なんですかけれども、休暇がとれるということです。以前は、僻地の診療所におりますと、休暇をとることもままなりませ

んでした。ただ、今は仕組みというのができまし

て、へき地支援医療機構というのができまして、

気軽に代診、かわりに来て診察をしていただける

という仕組みができました。

休暇というのは小さなことと思われるかもしれないけれども、島のことは忘れてといいます

か、きょうもそなんですかと、頭から離し

て一時間でも一日でも時間を過ごせるという活力につながるというふうなことであります。

それから、そういった中で、診療所医療というのが楽しいというお話を少しさせていただきたいんですけども、実際、実は、僻地の診療所を希望する医師は、徐々にではありますがふえてきております。私が卒業したころには全くなくて、希

ても大変であつたんですけれども、最近は、若い人たちがそういうふうにして僻地医療というものに少し目を向けてくれるようになりまして、希望者がふえてきている。それから、我々の卒業生

も定着しつつある。それから、私ぐらいの五十歳ぐらいの、病院で勤務しておられた先生方がどう

も病院での勤務に疲弊されて、疲れ果てておられ

るようなんで、こういつた診療所を希望される

ということがかいま見えてまいります。

そういうことで、僻地の診療所ということに関しては、徐々にではありますが、少し明るい兆し

が見えてまいりました。

ならば、どこに問題があるのかといいますと、

うちの町ではこういうことをしたいんですけども、

あるいはこういうことを一緒にやりましょうとか、日々わかるようなアプローチがない、あるいは

そういうことを一緒にやりましょうとか、日々わかるようなアプローチがない、あるいは

そういうことを一緒にやりましょうとか、日々わかるようなアプローチがない、あるいは

そういうことを一緒にやりましょうとか、日々わかるようなアプローチがない、あるいは

そういうことを一緒にやりましょうとか、日々わかるようなアプローチがない、あるいは

かなか難しいのでありますけれども、一つの例を挙げさせていただきたいと思います。

私どもの三重県の南の方にある二百床ぐらいの病院、だつたんですかと、そこに内科医が八人勤務しておりますけれども、ある日突然、地元の大学が引き揚げるというふうなことで、そのうちの四名が引け揚げることになりました。残つたのは、僻地勤務を義務づけられております自治医大の卒業生が残つたわけなんですかと、窮屈の策でその病院がとつたのは、外来を全部やめて地元の先生方、

がどつたのは、外来を全部やめて地元の先生方、

なれば、その解決方法はあるのかといふと、な

かなか難しいのであります。

私どもの三重県の南の方にある二百床ぐらいの

病院、だつたんですかと、そこに内科医が八人

勤務しておりますけれども、ある日突然、地元の大学が

引き揚げるというふうなことで、そのうちの四名

が引け揚げることになりました。残つたのは、僻

地勤務を義務づけられております自治医大の卒業

生が残つたわけなんですかと、窮屈の策でその病院

が引け揚げることになりました。残つたのは、僻

地勤務を義務づけられております自治医大の卒業</

再編成すれば、小さな少ない人数もある程度解決の糸口が見つかるんじゃないかなというふうなことを感じた次第であります。

最後に、僻地の診療所では楽だというお話をいたしましたけれども、ただ、最低限整えておいてほしい部分があります。それは、当然のことありますけれども、町で働くお医者さんと同じようなレベルで僻地の医療の環境を整えておいていただきたいということです。

例えば、単純な話ですけれども、医師の報酬でありますとか住居環境でありますとか、それを普通の町並みにしていただきたいとか、あるいは医療機器等、最新のとまでは言いませんけれども、きつちり更新をしていただとか、それから住民にとつても大事なことですけれども、少しは小さい診療所にしていただとか、それから休暇をちゃんととれるとか、それから情報収集の方法がしっかりとあること。

それから、市町村の方々に持続的に仕事を理解していただき、ともに一緒に地域のものを考えていこうという姿勢というふうな、ごくごく当たり前であるよう、実行されているところもありますけれども、実はなかなかそういうところを基本的には整えておいていただきたいことが大切であるかと思います。

以上でございます。(拍手)

○岸田委員長 ありがとうございます。

次に、山崎参考人にお願いいたします。

○山崎参考人 皆様おはようございます。日本がん患者団体協議会理事長の山崎と申します。よろしくお願いいたします。

私たちちは、多くのがん患者団体とともに、日本のがん医療を向上するために活動しております。皆様も御存じのように、日本人の死因ナンバーワンはがんです。国民の三一%ががんによって亡くなります。計算によると、二人に一人はがんになる、三人に一人はがんで亡くなるということです。

これまで、例えば欧米では日本と同じように年々がんの死亡率が上がっています。ところが、近年、がんの死亡率が下がってきたんです。なぜかというと、アンケートなんかをとつてほしい部分があります。それは、当然のことありますけれども、町で働くお医者さんと同じようなレベルで僻地の医療の環境を整えておいてください」ということです。

これまで、国民の関心が、医療問題、特にがん医療に関してとても高いということがそれをあらわしていると思います。

これまで、例えば欧米では日本と同じように日本は相変わらず上がっておりました。特に、これからは少子高齢化、お年寄りがたくさんふえる社会になります。そうなりますと、がんで亡くなる方はますますふえるでしょう。こういう人たちに對して、国家レベルとして、がんをなくす、がんにかかる人を減らす、こういう活動というのが今後さらなる重要な問題になると私たちは考えております。

さて、最初の一ページなんですが、ここに施設別の除痛率のグラフがあります。一番右側、緩和病棟なんですが、八五%のがん患者さんの痛みがとれるというデータが出ております。

がんというのは、御存じのように、必ず死に至る病です。強い痛みが伴います。これは多くの方々が訴えているのですが、これを八五%の割合で緩和病棟の先生が取り除いているという事実がござります。しかし、左側をごらんください。

がんの痛みがとれません。これは一体何を物語っているかといいますと、例えばがんセンター、がん診療施設は六〇%の痛みをとる率、大体四割の方が痛みがとれない。大学病院になるともっとひどくて、三九・八%、四割しか痛みがとれません。

これは一体何を物語っているかといいますと、次のページになりますが、WHO方式のがん疼痛治療法というのがござります。これは世界標準のものなんですが、日本でそういうWHO方式の治療法、知識がある病院というのが、調査したところ、八七%とれておりました。諸外国でも、一〇〇%から七〇%の間、痛みがとれておりません。

このがん医療なんですか、これまで多くの方策が打たれてきましたが、なかなか成果が上がらないというふうに多くの国民は思っています。なぜかというと、アンケートなんかをとつてとても高いということがそれをあらわしていると思います。

これまで、日本の大学病院、四〇%しか未期の患者さんの痛みがとれていない、この世界二十亜カ国のレベルよりもまだ低い、これは一体何を指しているのか。これから導かれる結論ということは、がんの医療には地域格差、医療格差が依然として存在する、そういう事実があるわけです。

これまで研究や開発が全く進んでいないがんの方々の痛みがとれないという問題ではなく、実際にとれているところがあるということは、最新の医療や技術が日本各地に還元されていない、日本津々浦々よい技術が行っていない、そういう根本的な問題があるということがわかりました。とにかくこれは、全国である一定のレベルの医療水準に上げれば、低コストで日本の患者さんの満足度が上がるという事実があるということなんですね。

患者さんからの多い質問は、どこに行つたらいい病院があるのかわからない、ある病院に行つたら、あなたは末期です、もう助かりませんという告知を受けて、別の病院に行つたら、いや、まだ二割ぐらい助かる可能性のある治療法が残つてしまふよ、そういうことを言われた、こういう訴えというものが実際かなり多いんです。

そういうことを二十一世紀に入つてマスコミの方で報道されたものですから、日本のがん対策はうまくいくっていないんじゃないかというふうに国民が思っている、それで国民の不満が高まつているというものが現状なんです。ですから、政府の方で、十年間で生存率の二〇%向上を目指す、これで、私たちがん患者会はぜひとも達成していただきたいと思つています。

そこで、去年なんですが、私たちが行つた活動の一つなんですが、これまで厚生労働省というの

は継割りでした。審査管理の方、保険の点数、生活習慣病、横つながりがなくすべて継でやっておられるので、いろいろな問題がありました。そこで、当時、自由民主党の尾辻厚生労働大臣と一緒に活動して、継割りじゃだめなんだ、国民のために、プラスになるには、横断的にがん対策をして、それから情報公開、情報センター、おかげまでかなり進んでまいりました。

今回、がん対策法、私たちが必要だと言つてることは、昨年自民党的尾辻大臣につくついていたがん対策というのは厚生労働省だけではなく、例えば文部科学省、教育の問題だとか、大学病院の管轄が文部科学省です。あと法務省、これは個人情報の問題とかあります。総務省、いろいろなところがかかわっています。

それで、国家レベルとしてやつていかなければいけないな、そういうことを訴えて、去年からもう一步ステップアップしていただきたい、それががん対策法であり、与党の先生の方々、野党の先生の方々も今回これを推しているということを聞いて、がん患者の方々、日本の国民の方々は物すごく喜んでおります。

そして、二〇〇六年、ことしなんですけども、民主党さん三月十五日、三月二十四日公明党さんが、がん対策法の要綱骨子を発表されました。三月二十八日は与党政策責任者会議で今国会提出というお話をまとまりました。四月十二日に提出というお話をまとまりました。四月十二日に初会合、がん対策に関するプロジェクトチームがん対策法を成立させております。お隣の韓国でも、二〇〇〇年以降がん対策専門の部署を設置し

たり、国立がんセンターの設立、二〇〇三年にはがん対策法を成立させました。これによってかなりの成果があります。日本も、これからのがん医療を向上させるために、ぜひともがん対策法、これはつくつていただきたいと思つております。

今回、公明党さん、民主党さん、法案が出ていますが、私たちもヒアリングを受けました。そのときにお話ししたことというのが九力条ありますて、がん対策推進本部の設置、がん対策推進計画の策定、がん情報の提供、がん登録の推進、がん予防の推進、医療機関の整備、専門的な人材の育成、抗がん剤、医療機器等の早期承認、緩和医療及び終末期医療の充実、こういう基本的なことは、すべて各党の要綱骨子の中へ盛り込まれておられます。よつて、自分たちが望むことは、このようなすばらしいがん対策法を国家戦略として位置づけて日本のがん対策を推進してほしい、そういうことを願つております。

現在、これだけすばらしい日本の医療があるのは、一九六一年に皆保険制度をつくつていただき

た私たちの先輩の国民及び国会議員の方々のおかげだと思います。がん対策法も、これをした

からといってすぐに成果が上がるとは限りませ

ん。ただ、原因がしつかりわからなければ対策も打てない。そのためのがん対策基本法なんです。

ですから、十年、二十年後、そのときになつて、

がんで亡くなる方が減り、データをもとに、科学的根拠をもとに、有効ながん対策、がんの医療が進歩すれば、それは、今この場で、この法律に対して一生懸命審議をして検討していくべきだいたい皆様方のおかげだと自分たちは考えます。

国民の安全と幸せ、それを考えてお仕事をなさつておられるのが国会議員の先生の方々だと国民は思つております。がん対策、国民のニーズがとても多い、死亡原因ナンバーワン、実際に科学的にしっかりと対策を打てば、がんで亡くなる人が減

るところは正していくべきだ、よいところは盛り込

んでいただき、ぜひとも六月十八日の今国会に通していただきたいな、与野党の方々でよく協議をして通していただきたいな、それが国民であります。よろしくお願ひいたします。

○岸田委員長 ありがとうございます。

次に、奥田参考人にお願いいたします。

○奥田参考人 よろしくお願ひいたします。

横浜市大の母子医療センター、産科の現場の責任者で主任の奥田と申します。本日は、私のよう

な若輩者にこのような場で発言させていただく機会をえていただきまして、本当にありがとうございます。

当センターは、地域の周産期の基幹病院として

ハイリスク分娩を引き受けるとともに、教育病院として正常分娩の予約も一定数引き受けしております。当センターの一勤務医師として、現在の産婦人科医師の勤務状況の実態について述べさせていただきます。

お手元の資料は、分娩できる施設が急に減った

神奈川県西部で緊急に開かれたシンポジウムで横

浜市大の平原教授が話したものです。最近の産科

医療の現状として御参考になさつてください。

この一年程度で、周辺の分娩取り扱い施設が相

次いで分娩を取りやめました。当センターでは、

早産などのベビーを受け入れるNICUを持ち、

また救命救急センターを備えておりますので、い

かかるリスクの妊婦さんでも引き受けが必要があ

ります。

本来は、高度のリスクを有する母体を引き受け

るために、中程度のリスクやリスクのない方はほ

かの施設で多くお引き受けいただきたいのですけ

れども、そのやめられた影響で分娩予約枠が殺到

しております。重い合併症をお持ちで、ほかの施設

ではどうしても困難であるというケースは無理に

でもお引き受けしておりますが、昨今は少しでも

リスクのある妊婦さんを抱えたがらない施設がふ

えておりますので、どこにも行き場のなくなつた中程度のリスクの方もお引き受けざるを得ません。

さらに、最近ふえているんですが、どこにも受

診したことのない妊婦さんがいきなり陣痛が来て

救急車を呼ぶ、そのようなケースも、最近では、

どのような赤ちゃんが出てくるかわからないとい

うことなどでどこでも受けにいただけず、すべて我々

周産期センターに集中しておりますので、病棟が

満床でもとにかく引き受けして対応しております。

そういうわけで、限界以上の分娩件数をこな

しているというのが現状です。

先日のある一日を例にお話をします。午前中は外来業務、午後に帝王切開の予定が二件入つておりました。午前十時ごろ、他院から重症患者様の受け入れの要請がありました。当院にて正常分娩の予約も一定数引き受けしております。当センターの一勤務医師として、現在の産婦人科医師の勤務状況の実態について述べさせていただきます。

お手元の資料は、分娩できる施設が急に減った神奈川県西部で緊急に開かれたシンポジウムで横浜市大の平原教授が話したものです。最近の産科医療の現状として御参考になさつてください。この一年程度で、周辺の分娩取り扱い施設が相次いで分娩を取りやめました。当センターでは、

帝王切開になるとの連絡が入り、ほかのメンバーが手術室に入室し、赤ちゃんが十六時五十二分に生まれました。予定の二番目の方は、実に夜の十四時ごろ。帝王切開が終了し、もとの予定の方が手術室に入室し、赤ちゃんが十六時五十二分に到着したのが十三時ごろ。緊急を要する状態でしたので、予定の方より先に手術室に入室したのが十四時ごろ。帝王切開が終了し、もとの予定の方が手術室に入室し、赤ちゃんが十六時五十二分に生まれました。予定の二番目の方は、実に夜の十九時に分娩となりました。

その執刀をしている最中に、病棟で分娩進行中の方の胎児の状態がよくないとのことで、これも帝王切開になると連絡が入り、ほかのメンバーで並行して帝王切開術を開始し、十九時五十七分にそのベビーが生まれました。当センターの手術室は、全国でも本当に有数の忙しさだと思っております。この間に病棟ではほかの分娩もございましたので、スタッフの全員が二十一時過ぎまで残つておりました。

なお、実は私はこの日、前日は当直医で、前日の朝から当日の朝までフルに働き、午前中の外来

をこなし、四件の手術のうち二件の手術には主任として、指導医として入り、すべて終了して帰宅

しました。たしか二十三時も過ぎており、翌日も実

はまた当直業務をしております。

このほか、深夜の勤務帯、すなわち零時から八時までの八時間の間に八件のお産があつて、担当

医が持病のせんそく発作を起こしてしまつたといふことですか、夜中の二時過ぎに、たつた十八分間の間に三件の分娩が重なつたりしたこともあります。また、夜間に他院から搬送された緊急帝王切開の最中に次の依頼の電話が入り、続いてお引き受けして、もう一件帝王切開をしたということもございます。また、大出血で救命処置を必要とする患者様の隣に切迫早産の患者様が運び込まれるということも間々ございます。

分娩は胎児心拍モニターを監視しながら行つておりますが、そのモニターのパルーンが急に悪化する場合はよくあり、必要と判断すれば患者様を走つて手術室に運んで帝王切開をして、決断から十分ほどで赤ちゃんを出すということも日常のことです。このように数秒から数分で対応を決断しなければならない私たちのストレスは、またかなに大きいものです。

もちろん、二十四時間三百六十五日同じよう

に二、三名の医師での対応が不可能なことはしばしばです。一睡もせず、どうにか乗り切つたとしても、疲れてしまい、当直医は翌日すぐ帰

らせてあげたいのですが、業務をこなすには人手

が足りず、少々の仮眠をとればいい方です。代休はございません。病院からは夜勤明けは休むよ

うにというふうに言われておりますが、業務の量からは、とても翌日休んでいては臨床の業務がこなせません。とりわけ責任を負つた立場ではな

く、業務を減らせないのが通常です。二交代や三交代にする人手もございませんので、当直医は三十六時間連続勤務も通常のこととして働いており

ます。

また、大学病院ですから、学生の指導にも時間

を割き、若手医師の教育ですか、医療の進歩に貢献すべく臨床データを学会発表するなどの努力

もしております。そのデータをまとめたり、若手

の発表の指導をしたり論文の添削をしたりとい

のは日常業務が終わってからですから、やつと医局の机に座るのが二十一時過ぎ、それからパソコンをたたいてデータ処理を夜中の二時過ぎまでやり、一度帰つて翌朝七時には病院にいる、そんな日々も決して珍しくはありません。

読むという時間も同じように深夜となります。さらに、私の役割では、院内の委員会ですとか対外的な委員会も数多くございます。月に少なくとも数回はそうした会合に出席する必要があります。出るだけなく、これら会議の準備が必要な場合は、それも深夜、休日の仕事です。

平日に一回当直があり、ほかに緊急手術や患者様の家族とのお話、診療の下調べなどのために病院に残り、休日に帝王切開で呼ばれて一回登院という比較的の平均的な週の在院時間をざつと計算してみますと、八十五時間ぐらいになるでしょう。四週間にすると三百四十時間です。これに休日、当直が二回ございまして、三百四十足す四十四で三百八十八時間は病院にいるという形になります。

といてくれたお母さんがまた出かけてしまうと半泣きになつてゐる息子を置いて病院に向かうこともまたしばしばです。それで、勤務先の病院から電話をかければ、ねえ、きょう帰つてくるのといふうに聞かれる日々です。

うしてフルに働くことができますが、そういう家族のバックアップがない女医さんにとっては、私と同じように働くのは不可能です。

こんな生活をしている折に、疲れて大学の医局を離れて健診センターに就職したという方が、九時一五時で土日はお休みという生活で、我々よりも多くの享受、給料をもらっているというお話を聞きますと、もちろんお金のために働いているわけではないんですけれども、何だかがつくりときてしまって、使命感だけではモチベーションを保てないというのが正直なところです。

妊娠<sup>ホルモン</sup>子を産み育てるという人々を守るべき立

フルメンバーがそろつてやつとの状態ですか  
ら、女医さんが妊娠しても、やつと規定ぎりぎり  
の産休をとらせてあげるのが精いつぱいです。私  
もそうですがれども、大抵産後八週で仕事に戻り  
ます。産休中に欠員の補充はあり得ません。育休  
をとる体制もございません。WHOは、六ヶ月間  
は母乳以外何も必要がないと言つており、当院で  
も母乳育児を推進していますが、当の産科医自身  
がそれを完遂できておりません。

私には小学一年生になる息子が一人おります  
が、そんな日々ですから、息子の起きている姿を  
何日も見ないということはしょっちゅうです。  
きょうこそはと思い切つて早く帰れる日でも、帰  
宅時間はせいぜい二十時ごろです。土日祝日も家  
にいられないことが多く、たまにいるときは、緊  
急の際に呼ばれて駆けつける自宅待機、これを  
我々はオンコールと言つておりますが、オンコー  
ルですので、食事中に携帯電話が突然鳴り、やつ

先輩後輩が一線を退く選択をして、やめていく方もたくさんいます。子育てと産科医が両立できなくなつたとき、産科医であることを切り捨てる、その気持ちも痛いほどわかります。大体、我々医局ですと、子供さんをお産した後、ちょうど半分ぐらいが一線を退いている、そのような数字になつております。女医さんがふえていますが、それがふえるということは、一定の確率でやめている人がいるので、やめる人数がふえることになります。

そして、現場で、そこでできる範囲内で最善を尽くしても、結果が悪いということは、ある一定の確率で起ります。妊娠、分娩というものがたつた数分で急変し、母児の生命にかかわることがあるというのは、我々産科医にとっては常識のことですけれども、それに遭遇してしまった患者様はそれがすべてであり、その悲しみと怒りの矛

先が我々医療者に向くのもよくあることですから、お気持ちはよくわかります。たとえ、それがどんな対応をしていてもその子を救えなかつたのだという事態であつたとしても、しばしば患者様たちは私どもを責められます。それも患者様のお気持ちですから、誠意を持つて対応しております。悪気は全くありません。手を抜かず精いっぱいやつております。

産科には、一生懸命今の医学の最善を尽くしても結果が不幸になることがあります。とりわけ、救急を担います我々にはなお頻繁に起こります。でも、結果が悪ければ、それがすべて罪となり、我々が罪人として責められるというのであれば、悪い結果になる可能性がだれにでもあり得る分娩自体が不可能になつてしまします。このことは、熱心に産科に取り組む医師ほど悪い結果に接する機会が確率でふえ、さらにやりきれない報われなさを感じるということが多くなつております。

いります。そういうわけで、産婦人科医の全員が分娩を扱っているわけではなくなっておりま  
す。産科医が疲れ切つてやめていき、人数が減つてさらに忙しくなつて疲れてやめるという悪循環を断ち切るために、分娩施設を整理し、一分娩施設当たりの産科医の数を今の二倍から三倍以上に増設する必要があると思います。早急に労働環境を改善しないと、若手は産科を選びませんし、やつている人もどんどんやめていきます。  
産科医療はだれかがやらなければならぬです  
し、産科を専門としている私は、現在の仕事は確かに好きですが、こんな状況ですので、自分がやめもせず、壊れもせずに何とかやれているというのが本当に不思議です。今頑張っている産科医は、もう少し何とか皆踏ん張れると思うんですけど、次世代がふえてくれないともう限界だと思つております。  
以上、現場で働く一産科医として述べさせていただきました。ありがとうございました。（拍手）  
○岸田委員長 ありがとうございました。

は、今どきの若い方には特にいらっしゃらないのではないかでしょうか。この春に初期研修を修了した研修医が神奈川県に約六百名いるそうですが、産婦人科を選択したのはたった十名です。既に産婦人科を選択した人の中でも、産科医療、周産期は敬遠されています。昨今の分娩施設減少を受け、当センターでは分娩数をふやすべく整備しようと、いうふうに発言をすれば、周産期があることで産婦人科を目指す若手医師が減るんだから、これ以上忙しくするなど仲間からも悪口を言われる始末です。

お手元に資料が用意してございます。これに沿つて話を進めさせていただきます。

きょう私が参考人として述べさせていただく意見を一言でタイトルに要約すれば、今回の医療制度改革の究極の目標といいますが、最も目立つてしまふ目標、医療費抑制、それに偏重した目標。

医療費抑制に目を配るということが避けて通れない時代だというのは、私もそう思つております。しかし、後ほど御紹介するように、それ以外にも医療においては重視すべき目標があるのでないか。そちらが余り出てこなくて医療費のことばかり出てきてしまう、それを指して偏重と表現しましたが、そういう改革は、今生々しい現場の声がありましたけれども、医療の現場をさらにゆがめてしまうのではないか、そのことをぜひ国会議員の皆さんに御承知おきいただいて、今回の改革をどのようにするのか審議していただきたいということです。

時間が限られていますので、きょうは、私、三点に絞つて意見を述べさせていただきます。

第一点が、医療費抑制という目標が果たして妥当なのかという点。それから二番目が、今回導入が検討されております高齢者の自己負担増加が果たして医療費抑制に本当につながるのかということです。

まず、一点目の医療費抑制という目標が果たして妥当か、これは今から言う三つの理由でとても心配だというふうに感じております。

まず一つが、こういう論議のときに、厚生労働省の方から基礎となる今後の医療費の推計というのが出てきて、それに基づいてこのまでは大変だといつて論議がされるわけですが、右のスライド四に書きましたように、過去の厚生労働省から出た推計、意図があつてかどうかは知りませんが、見事に常に高い推計で、新しい推計値が出てるびに下がってきております。果たして今回の推計値はどの程度の、言うならば見通しのもので、そこには危惧するところです。

それから、二番目の理由が、国内の状況を見て、実際に医療の現場を見て、医療費を抑え過ぎているゆがみがもう既に顕在化しているのではないかということです。例えば医療事故、連日報道されていますそういう医療の質の問題ですけれども、国民は、もう少し医療の質を高めてほしい、安全性を高めほしいと願つております。しかし、それが守られていない現状は、今も奥田参考人の話が直前になりましたから先生方御理解いただけたと思いますが、現場にいる医師、看護師は必死にやっているんです。もう個人の努力ではどうしようもないところまで来ているんです。その背景には、医師不足があり、看護師不足があるんです。

今、世界に百九十ぐらいの国がありますが、その中で人口当たりの医師数、日本は今六十三位だそうです。いわゆる先進国、七カ国の中を見ると、イギリスと並んで少ない国です。ここからさらに

医療費を抑えるということがどのような事態を招くのか、ぜひお考えいただきたいと思います。

あと、医療事故で最も多いのは処方ミスであるということがわかつております。処方ミスを防ぐのに有効であるとあちこちの国で確認されたいわゆるエビデンスのある対策があります。それはコンピューターを導入して処方内容をチェックすることです。しかし、これを今日本でやろうと思いま

すと、大体ベッド一床当たり相場で百万円程度と言われております。つまり、百床の病院に一億円情報化投資をすれば医療事故は減るんです。

ところが、今それに対して國の方からそれを整備するというようなのはなくて、一部補助金はありませんが、各病院の自助努力というような形になつております。ぜひ、情報化戦略というものは國にとつてもメリットがあるわけですから、國民のニーズの高い医療の安全性を高めるために、必要な投資はする、そういう視点を持って御検討いただけないでしょうか。

それからもう一つが、国際比較の視点で見るところ、日本の医療費水準、日本だけ見ていると高いようですが、ほかの国々に比べますと実は日本の医療費は低いという事実です。スライドの五に数字を並べましたが、これはOECDが出している

国際比較のデータです。右端の二本を見ていただけいたんですが、OECD、先進国三十カ国が加盟しております。今までの経験では、経済力が豊かになるほど医療費により多くのお金をかける、これがいろいろな国々の経験です。ですから、三十カ国に比べま

すと右端の七カ国では医療費がふえております。日本の医療費水準はどうかといいますと、左から

厚生労働省が出している推計値でいきますと、二〇一五年、医療費がふえて国が滅びるという雰囲気で言われておりますが、実はこれは現在のドイツの水準よりも低い医療費水準です。さらに、二〇二五年、もう一二%を超えた後持続不可能だ

という論調ですが、これは現在のアメリカよりも低い水準です。ですから、今の医療制度からさらに医療費を抑制するようなことをしなくとも、日本が滅びるとはとても思えない、むしろ、ほかの国々の医療費水準から見れば、大体一割ぐらい今日本の医療費水準は安いというような推計が出ております。

では、逆に、日本よりも医療費が低い国、このグラフでいうと左端のイギリスですが、そこで一体何が起きたのかということを、私もイギリスに一年滞在しておりましたので、そのとき見て驚いた話をごく一部紹介したいと思います。

題して、「イギリス医療荒廃の経験」としまして。これについては後ろに論文の資料も添えてあります。「イギリスの医療改革と日本医療の現状と課題」という論文ですが、この前半部分にイギリスの悲惨な状況を幾つか書いてありますので、ぜひ後ほどお読みいただけたらと思います。

わかりやすい待機者リストのことを二、三例を挙げますと、例えば、救命救急センターで医者が診て、この人は入院が必要だと判断してからベッドにたどり着いて入院できるまでの待機時間が三時間半です。これは、現場は必死にやっています。

が、次々と患者さんが来て、それに対応する医師、看護師がいなければ、そこでウエーティングリストができてしまうという現実があつたわけでした。

さらに、専門医療の方でいきますと、何と入院待機者が百三十万人、手術を一年半待つているとまいました。

このような状況になつて、さすがにイギリスの国会でも大問題になりますて、一体何が犯人なんだと。論議がされた結果、世界の他の先進国に比

べて異常に抑え過ぎた医療費、これが主因であるということで國民の意見が一致して、日本からは想像できませんが、何と医療費を五年間で一・五倍にするという医療改革に現在取り組んでおります。

カナダも、このような状況を経験して、医療費をふやすという医療改革に取り組んでおります。先進国の中では、むしろ医療費をふやす形で必要な投資をして、質を高めつつ効率を高めるという医療改革を検討している国々が多いんです。日本だけが逆行しているんです。そういう大英断を先生方はするのかどうか、ぜひ慎重に御検討いただきたいと思います。

しかし、イギリスは医療費をふやして状況はよくなつたかといいますと、後ろの論文で紹介しているように一部改善が見られております。しかし、待機者、かつて百三十万人いた人たちが、今まだ八十万人残っております。五十万人改善したといえば改善したのですが、まだ八十万人いるんです。

なぜ回復しないのか。これについては、現場の医師たちからこのような声がランセットという有名な医学雑誌の巻頭言で紹介されております。国際会議員たちは、現場の労働者の士気の問題を余りに軽視している。現場の士気が一たん崩壊したら、それを取り戻すには膨大な時間がかかるのだということをぜひ知つておいていただきたいと思います。

二枚目に行つていただきて、これはイギリスだけの経験ではありません。OECDに加盟する三十カ国で、医療制度改革というのは世界共通の関心です。それで、いろいろな国々での経験を束ねて、一体どういうことが経験則として言えるのか、それを束ねた本が「世界の医療制度改革」といって本で、二〇〇四年に出されております。

その中を見てみると、十九ページにこんなくだりがあります。医療費、それに伴う価格とか賃金を低く抑えると、一番目、費用削減による医療の質の低下を招く、これが国際的な経験です。こ

れを今先生方は選ぼうとしているわけです。それから二番目、人材の確保、離職防止困難、これは前の奥田参考人が言つたとおりです。それから三番目、サービス、革新的医薬品の供給不足に陥る。こういうリスクがある選択であるということを、十分自覚された上で選択していただきたいと思います。

それから二番目、このような論議をしますと、医療費の総枠を減らせとは言つていない、公的に面倒を見るところ、だけ減らすと言つているんだ、しかし、そういう方には次の点をよく聞いていただきたいと思います。

これもO E C Dに加盟する世界の経験です。患者の自己負担は果たしてコストの削減につながるかということです。意外なことに公的医療費の削減にはつながらない可能性が高いというものが国際的な経験です。どういうことかといいますと、その理由は、立場の弱いグループ、いわゆるお金のない人たち、その人たちには医療を受けるなどはさすがに言えません、そうすると、そういう低所得者層については最低限のことは保障しようということになります。

その結果、どうなるかといいますと、アメリカでは保険に入つてない人が今や四千万人です。その結果、長期的に見ると、その人たちのコストを結局公費で全額見るということになつて、これは意外なことです。公的保険制度のないアメリカの税金のうち、医療費に割いている割合は日本以上に大きいんです。このことを知った上で、ぜひ御判断いただきたいと思います。

それからもう一つ、日本で、ではそういう低所得者が医療にかかりきり問題は起きていないのかといいますと、先日の朝日新聞のトップを飾つたように、現在、公立病院の未収金、言うなら、患者さんがお金を払えずにできたときに払うからと言つて一年以上払えないでいる額が、この三年間で一・五倍にふえております。さらに自己負担

がふえれば、この額がふえて、それをだれかが肩がわりする、公的病院が肩がわりすれば、結局税金で補てんすることになります。ですから、自己負担をふやすことは決して公費での医療費負担を減らすことにはつながらない、これが国際的な経験です。

それからもう一つ、自己負担増加がもたらすものですが、自己負担をふやせば無駄な受診が減ると言われます。しかし、総医療費に占める自己負担割合、これは、実に意外なことに日本の方がアメリカよりも高い水準になつております。自己負担割合、公的には三割あるいは一割ですが、差額ベッド代、高いところですと一ヶ月に十万円になります。そういうような実質の負担額がふえると、既にアメリカ以上の負担割合だということを知つていただきたいと思います。

あとは、減るのが果たして不要な受診だけなのか、必要な受診は減らないのか、早期発見、早期治療がおくれて、結果的に医療費はふえないのか。そういうことを特に低所得者層に負担が出ないのかという視点も、ぜひ御勘案いただきたいと思います。

そのデータを二つだけ持つてまいりました。スライドの十、これは横軸が所得水準で、縦軸が要介護認定割合です。見ていただくと、左の男性、右の女性で見ても、最低所得層に要介護状態が多いという現実があります。この格差、実に五倍です。もう一つ、一番のスライドを見ていただくと、これは男女一緒にしたグラフですが、やはり低所得者層でうつ状態の人が五倍も多い。これが日本の高齢者のデータです。

以上、示したように、日本も既に五倍もの健康格差社会になつています。さらに、社会の格差拡大で、国民全体のいわゆる勝ち組も含めた健康状態が悪化する危険が、この間、社会疫学の分野で書かれています。

そこで、その理由がちゃんと書いてありますので、省きますが、今問われているのは、日本が、一体今から言う二つの道、どちらを目指すのかと、いう選択だと思います。

一つがアメリカ型、医療はサービスだ、商品だ、お金持ちがいいもの買えて当たり前だ、貧乏人は安いもので我慢しろ、サービスとして考えて、貧富の格差を認める社会です。もう一つがヨーロッパ型です。ヨーロッパでは、医療や健康は人権だ、格差を認めるべきではない、命の差、貧富の差をつけるべきでない、そういう社会を目指すのか、それを今回問われているんだと私は考えております。

三枚目に参りますが、実際にヨーロッパでどういう動きがあるか。イギリスの例を持つてまいりましたが、ヘルス・インコ-リティ、健康の不平等、それを阻止するようにタックルをかけ、それは何とイギリスの厚生省が出している文書なんです。その序文にブレアが写真入りで出てきて、このような健康格差の問題はもはや無視できない、イギリス政府はこれを阻止するといつて行動プログラムを出している。

こういうヨーロッパの国が実際にあつて、これはイギリスだけではありません、そういうヨーロッパ型を目指すのか、アメリカ社会に近づけるのか、それをよく考えていただきたいと思います。

医療費抑制の目標達成度だけではなくて、医療の質もモニタリングしてほしい。例えば医療事故の件数がこれ以上ふえないのか。あと医療従事者の時間外労働が労働基準法の規定を超えていないのか。実際には超えているということを二十一ページ、論文資料に入れておきましたが、これがさらにはひどくならないのか。さらに、研修医の割がうつ状態で働いております。長時間労働で働いている医師の注意力、調べてみると、飲酒運転並みです。飲酒運転が禁じられているのに、なぜてもいいから現状を維持してほしい、さらに充実してほしいという声が実は半分を超えてるんですね。増税、社会保険料をふやせというのは先生の立場からなかなか言いにくいというのはよくわかりました。そういう意味で、私ども、露払いながらもう一つ、公正の視点です。

低所得者に受診抑制がふえないのか。さらに、ヨーロッパの国々では所得階層別の死亡率のデータを政府が発表しております。しかし、この間調

べましたが、日本政府はそのようなデータをモニタリングすらしておりません。少なくとも公表していません。私のような研究者が分析したいからデータを出してほしいとしても、データは出してももらえません。ぜひ、そのような評価が可能な環境を整備していただきたいと思います。

具体的に言えば、医療費の〇・一%で構いません。ぜひ、このような今回の医療制度改革のインパクト、光の面も影の面も含めて総合的に評価するため、〇・一%を振り向けていただきたいと思います。

最後、まとめです。現在の日本の医療費は他国に比べれば抑制過ぎです。さらなる医療費抑制は医療の質を低下させる危険が極めて高いと思います。さらに、日本は既に健康格差社会です。これに自己負担増加を加えれば、低所得者の受診を抑制して健康格差を助長する危険が高い、これが先進国の共通の経験なんです。しかも、公的医療費は増大して医療費抑制は成功しません。これがアメリカの経験なんです。こういうことを踏まえれば、それにふさわしい戦略を示していただきたいと思います。

医療費抑制、効率だけではなく、ぜひとも医療の質の向上、それから健康格差の是正、公正も重要なのですから、そういうこともしっかりとモニタリングして、五年たった時点でもし思わずこんな結果が出た段階に、早くそれに気づいて軌道修正できるような仕組みも、ぜひ今回の法案に入れたいとお願いして、私の発言を終わりにします。（拍手）

○岸田委員長 ありがとうございました。  
以上で参考人の方々の御意見の開陳は終わりました。

○岸田委員長 これより参考人に対する質疑に入ります。寺田稔君。

○寺田（稔）委員 自由民主党の寺田でございます。  
きょうは、参考人の先生方におかれましては、大変お忙しい中をお越しいただきました、まず大なる御貢献をされておりますことに対しまして、心からの敬意を表する次第でございます。  
さて、時間も限られておりますので、早速、本題の方に入らせていただきます。  
現在の国民皆保険制度、今から四十五年前の昭和三十六年に確立をしたわけです。時あたかも池田内閣の二年目だったわけでございます。このときの議事録を見ましてもいかに、持続可能な医療制度を適正な形でもつて構築をして、国民全体が保健医療の恩恵に浴することができるかというふうな議論が展開をされております。特に、費用負担面で申し上げますと、保険料、患者の負担、そして足らざるところは公費で補う、公費でサポートする、この医療保険制度を構築すべきといふのが立法者意思であったわけでございます。  
そして、今日に至りましてこの皆保険制度、維持をされております。そして、恐らく当委員会の総意としても、この皆保険制度を引き続き堅持すべきであるということは、もう論をまたないといふふうに私も認識をいたしております。

そこで、問題となりますのは、これから本格的に到来をいたします少子高齢化社会、ふえ続けます医療費の負担をいかに分かち合っていくか。先ほど申しました制度趣旨、立法者意思から申しますと、当然のことながら、診療側、そして保険者、さらには公的主体、この四つが適正な負担関係でもつて分かち合っていくというふうなことが、本来の制度趣旨にかなう形でもつての改革であるというふうに私は考えております。

そこで、今回の法案を、このような費用負担面の制度設計から検証してみたいというふうに思うわけです。すなわち、今回の医療制度改革法案、治療側は、レセプトのオンライン化を含みます医療運営の効率化をしてください、そしてまた、予防対策に力を注ぐことによって医療費本体の抑制、抑えてください、またさらに、適正な受け皿を用意していく中で療養型病床群の整理を行ってください。こういうふうなことを求めている。また、患者側に対しては、いわゆる窓口負担の問題、これにつきまして、後期高齢者については一割負担、そして前期の高齢者についてはいろいろな所得態様、また患者自身の状態に応じて二割ないし三割というふうな制度設計でございます。

他方、保険者については、保険者機能を大いに發揮してください。そして、今回、新たに創設されました保険財政共同安定化事業、これによつて広域化を図ることによって保険財政の安定を求めている。当然、それに対しては公的主体からの適正な支援を求めております。

そして最後に、公的主体も、一定の分野における公的支援をさらに強化していく。国保支援で申しますと、今回の提案によりますと、これは単年度の数字ですけれども、三千六百六十億の負担を公費から出すということを予算案にも盛り込んでおります。

こういう負担面からの制度設計を各参考人の先生方はいかに評価されるか、それぞれお伺いしたいと思います。非常に時間も限られておりますので、大変恐縮でございますが、なるたけ一言で、でき得れば一分以内で陳述をお願いできればまさに幸甚でございます。

○河内山参考人 ごくごくかいづまんで申し上げたいと思います。

保険者の立場の話は先ほど既に申し上げておりますので、一点だけ、保険者機能を今後どういうふうに發揮していくか。これは、今まで国保の場合は市町村で保険者機能を発揮してきたつもりではございますが、いささか足らざるところがございましたが、いささか足らざるところがございました。

なぜかといいますと、患者さんといいますか、そのように被保険者と保険者の関係で申し上げますと、保険

○鶴下参考人 一つだけ申し上げますが、私は小児科医でございますので、これまでの日本の医療費の高齢者対小児という観点で見ますと、非常に不均等というか、もつと子供に対し手厚くしていただきたかった。ですから、高齢者が今後も負担しているだけは当然だと思いますし、今回の足りないところは、国費で子供のために補つていただきたい、その点だけを申し上げたいと思います。

○奥野参考人 私の立場で大所高所に立つて物を述べることはできないですけれども、日ごろの診療で医療費ということで感じていることを述べさせていただきます。

私も五百人しか住んでいない島、しかも漁村ですでのいわゆる低所得者層の方が多いというふうに思いますけれども、かかるべく、医療費を少しでも減らそうということで、あるいは、例えば検査をするとしても、一つの自分の考え方としては、今の検査をなぜするか、もしするのであれば、することによって何か自分の考え方とか方針が変わるのであればこの検査をしよう、だけれども、検査をして何も変わらないのであればそういうことはやめよう。無駄という言葉が適切かどうか知りませんが、そういう方針でやっておりま

す。そうしますと、島の人の評価も、全部じやありませんけれども、この医者は検査をしない医者ということになるわけですね。レントゲンなんかもそういう意味で撮らないことが多いんですけれども、今度はレントゲンを撮らない医者というふうにとられることもございます。それから、医療費ということに関して、老人の方がどういうふうに感じておられるか。それだけ自分としては努力して、例えばそれが自己負担としては五円、十円、二十円減ったというふうなことよりも、むしろ検査をしてもらって百円ふえた方が患者さんは喜んで帰るというふうなのが現状ではあるわけです。ただ、これがいいか悪いか、あるいはそのため

に自分としてどういうふうな医療費の説明をするか、あるいは予防とか、そういう私の検査に対する考え方をどういうふうにして伝えていくかといふことが、今までの経験ですと、物すごく時間がかかるということあります。

つまり、現場で困っているのは、毎年毎年、微妙に変化いたしまして、いつもそれを一つずつその患者さんに説明していく、やつとわかつていただいたらまた変わっていくということが、現実としてはとても大変だなというふうなことであります。

現場の声でございます。

○山崎参考人 個人的には寺田先生の考え方全く同感です。

昭和三十六年、皆保険制度ができて、そのときに、持続的な医療、質のよい医療を提供しようと、その考え、ビジョンというものは今でも継続されています。ただ、今、時代が変わっています。それが今問題になっているというふうに自分たちはどうえているんです。

そのときに、先ほど近藤先生の方からちょっとお話をありましたけれども、絶対的な金額じゃなくてパフォーマンス、質の面での評価という部分がもう少しあつた方がいいんじゃないかと思うんです。例えば、百億円使うにしても、百億円を使つて患者さんが百万人助かつたというものと、五十億円使つて患者さんが三十万人しか助からなかつた。では、どつちがいいということになれば、パフォーマンス的には、たくさんお金を使つたとしても一人当たりの単価では下がりますから、そういうような手法を入れて、いかにお金、税金を有効に活用するかという視点があればもうといいんじゃないかなと思いました。

○奥田参考人 私、医療費のことは素人ですの

で、私の時間は近藤先生に譲りたいと思いますが、一つだけ、近藤先生のお話を聞いていて、とにかく医療にはお金がかかるという認識がやはり产科医療は自己負担の非常に大きいところなんですが、それを例えば、では公費で賄つた安産けれども、それを例えれば、では公費で賄つた少子化がストップできるかというのですけれども、現場の感触としては、それを行つても、御本人の負担を減らしても、少子化対策にはならないというふうに感じております。どちらかというと、お支払いができないような方の方がどんどんお産されておりますので。

私は、現場として、それだけ一言。

○近藤参考人 財源の問題につきましては、このように考えております。財源は三種類しかない。保険料、自己負担、公費。先ほど言つたような理由で、自己負担をこれ以上ふやすというのは、もう当時から、例えば健康保険の本人はゼロだつたものが今三割まで来ているわけですね。持続可能にするために、既に自己負担はこれだけふえてきているんです。ここからさらに上げるという選択は、弊害の方が大きいのではないかというふうに考えております。

では、お金持ちの年寄りもいるんじやないか。そこから取るのは私も大賛成です。それを自己負担で取るのか、保険料ないしは税金で取るのかということだと思います。

そのときに、ぜひ先生方に事実認識として持つていただきたいのが、さつき見ていただいた健康格差があるということです。お金持ちの年寄りと貧乏人の年寄り、どつちが病気になる確率が高い。これは、お金持ちは病気になりにくいであります。そうすると、その人たちにたくさん負担してもらえばいいじゃないかといつても、考え方としてはそのとおりですけれども、実態としてどうな

ないうと、低所得者層ほど、自己負担にすればするほど負担する割合が大きくなるということです。さらに経済的にピンチになつて、病院のお金を踏み倒して未収金をふやすか、さらにまじめに払おうとして自分を追い詰めて自殺するとか、そういう形で追い詰めてしまうわけです。

だから、そのように持つていくためには、国民が、社会保険料が上がる、税金がふえるということに対しては、いわゆるアレルギーがあります。それを払拭するためには二つのことが必要だと考

えています。

一つが、レセプトのオンライン化始め、あるいは領収書の明細がわかるものの発行も含めて、提携者側で様式を正すべきこと、努力すべきことがあります。

それからもう一つが、国のレベルで、先ほどもお話をありました、医療の質あるとか効率であるとか公正であるとかをちゃんとモニタリングして、国民に、自分たちが払つたお金がちゃんとモニタリングして、国民は医療費を一・五倍にすることに同意したというのがイギリスで起きたことです。ぜひそれを御検討いただきたいと思います。

○寺田(稔)委員 それぞれ貴重な御意見、ありがとうございました。

それでは、時間もわずかでございますけれども、次の議題、お伺いをいたしたいと思います。

これは、まさに地域における地域と医療機関との連携の問題なんぞござります。

すなわち、この今の皆保険制度をきちんと維持していくためには、地域の医療資源を有効に活用する、そうした中においてこのシステム構築をしなければならない。実際に医療機関を選択する患者の立場に立てば、地域と医療機関との連携が目見える形でもつてきちんと示されて、住民が安心をして地域で過ごせるということが当然必要になります。

実は、そういうふうな観点から見たときに、地域における医療提供体制、非常にいろいろな問題が出ております。特に、救命救急患者、先ほども先生方から御議論ありましたが、時間、距離がかかる問題あるいは患者のたらい回しの問題等、いろいろな問題が出てきているんです。

私も、地元の医療機関、特に指定病院、あるいはまた患者さんさらには県の担当者、そして市の担当者から実際に意見聴取をしてみました。この救命救急患者の問題について、非常に幾つかの複合的な問題が浮かび上がつてきています。

例えば、県の医療圈の組み方の問題、あるいはまた受け入れ病院側の体制の問題、そしてさらに消防と医療の連携の問題、これは実は救急車の回し方と医療機関との連絡、連携という意味でございますが、これらの問題が指摘をされているわけです。実際、先生方からごらんになつて、こういったような救命救急患者の問題の解消のためには、一体どこが根本原因で、それに対してもう一つどいうふうな対策、処方せんを打つべきのか、時間も限られておりますので、なるだけ多くの先生方にお伺いしたいと思いますので、一人ずつ、一言ずつで結構でございますので、御意見の方をちようだいいたしたいと思います。

○河内山参考人 救急救命医療を初めとしまして、医療提供体制につきまして、やはり今の法体

系の中で県知事さんが権限をお持ちであります。我々としましては、例えば市町村長というのは消防の業務をやつておりますけれども、どうしてもこれは最終的には、病院の皆さん方や、ひいては医療提供体制をどういうふうに組むかということございますので、本当は、きょうのこの席に知事会の方に来ていただきてお話ししてもらいうのが一番いい。

そういう意味では、保険の枠組みと、医療提供体制の枠組みと、救急医療の体制とか、それから、きょういろいろ話題になつております小児医療とか、さまざまなもので、非常にちょっとでこぼこがありますので、こういう制度

改革をする際に、そういう医療提供体制の方も少し再整理をする時期が来ているのではないかなどいうふうな感想を持つております。

○鴨下参考人 これは大変難しい問題でございましょうけれども、私どもの医療部会でもかなり議論をいたしまして、結局、実際にこれから実行する方向として、各都道府県別に協議会のようなものを結成して、そこで細かく検討していくだけ。先ほど申しました産科医療、小児科医療の集約化というのも、地域によって非常に事情が違いますので、それぞれその地域ごとにきめ細かくやつていただくことが必要だと思っております。

○奥野参考人 僕地では、運ぶというところは非常にシンプルであります。患者さんが出た場合に、私がすぐおうちまで行きまして、それから自分でもつて一緒に漁船に乗つて運ぶ。ですから、アクセスというところでは非常にシンプルであります。問題点としては、その時間を縮めるというのが非常に大きな問題であります。例えば島に橋をかけるとか山にトンネルをぶち抜くとか、そういうふうなことが必要なんですか。現状としては、アクセスまではいい。

だけれども、今の問題は、受けていただく病院の救急体制というものが、指定はされておりますけれども、現在の中やりくりをして救急業務を行つているというのが現状であります。もつともつと救急専門のセンター、あるいは幾つかの病院から集約いたしましてセンター化して、いかなる場合でもどのよくな時間でも、素早く受け入れていただいて高度な医療ができるというふうなことが、我々にとっては今のところ最も望むところであります。

○山崎参考人 国民としてはとても望むところなんですが、がんの患者というのは緊急性があるものではないので、患者会の立場として論理的に

いきました。

それは、時間が参りましたので、これにて終話を回します。

○奥田参考人 私ども産科救急の立場として、神奈川県のシステムとして依頼があつて、自分のと

した。

ところで受けられなかつたら探すということをやつておるので、探している時間よりも送つてもらう時間、さつさと決めて送つていただく方が多

いふうな感想を持つております。

○鴨下参考人 これは大変難しい問題でございましょうけれども、私どもの医療部会でもかなり議論をいたしまして、結局、実際にこれから実行する方向として、各都道府県別に協議会のようなものを結成して、そこで細かく検討していくだけ。先ほど申しました産科医療、小児科医療の集約化というのも、地域によって非常に事情が違いますので、それぞれその地域ごとにきめ細かくやつていただくことが必要だと思っております。

○近藤参考人 政策というのは非常に複雑系であります。何か一つだけで解決するとはとても思えません。少なくとも四つぐらい、今の時間にも思いつきました。

一つは、地域の特性があるので、地域ごとに協議会をつくる、言うなら考える頭をつくる、主体をつくるという要素が不可欠でしようし、あと

は、それを担う人材養成、例えば臨床研修、私も救急車を受ける病院で勤めていたのでわかるんで

すが、いわゆる大学病院出、専門分化したところだけ育つた医者は対応できないというようなこ

とを始め、いろいろ技術レベルの問題もあります。それがないまま直をやるというのは医者の

側にとつてもとても怖い、それが断る理由になつてゐるという面もありますから、その技術、人材の面があります。

それから、それを裏打ちする診療報酬の方、あるいは、私は診療報酬だけやるのは危ないと思っていまして、必要な補助金もうまく使う

というのが大事だと思っています。さらに、一つの病院にある程度人を集めることを初めとした、配置を工夫するシステムの問題もあるうかと思いま

す。

一つだけで解決するというのは夢物語だと思います。

○寺田(稔)委員 貴重な御意見をありがとうございました。

それは、時間が参りましたので、これにて終話を回します。

○岸田委員長 次に、高木美智代君。

○高木(美智代) 公明党の高木美智代でございま

す。

本日は、各先生方、お忙しい中お越しいただきまして、また貴重な御意見を御開陳いただき、心より感謝申し上げます。

御存じのとおり、今回の医療制度改革につきまつては、持続可能な制度へ、次世代にツケを回さないという、この思いで私も取り組ませていただ

いております。

まず、今後の社会保障制度の考え方という点につきまして申し上げたいと思いますが、この委員会の審議でも、やはり国そして都道府県また市町

村、それぞれ担うべき役割をある程度明確にしながら考えていくべきではないか、例えば、年金は国が行う、また医療については都道府県が責任を

持つ、そしてまた介護については区市町村が責任を

持つ、このよつた役割分担のもとで、当然相互の連携を図りながら行われるべきではないか、こ

のような論議もございました。

そこで、何点かお伺いしたいのですが、まず河内山参考人にお伺いをさせていただきます。

今、医療計画等に加えまして、医療費適正化計画につきましても都道府県が作成をすることに今

回の法案でなつております。また、医療機関に関する情報を集約するとか財政面での主軸を担つて

いたゞくとかさまざま、都道府県の役割が一層重要になるという方向で明示をされております。

このことにつきまして、市町村としてどのように役割をお考えになつていらっしゃるか。また、その

際に都道府県にどのようなことを望まれるのか。

また、あわせまして、先ほど来、国保の財政の御提案も三点目にいたしました。当然、国保財

政は悪化しております。また、未納もふえ始めて

いるという状況もあります。今回、そういう中で

も、共同事業の拡充であるとか、これもやはり都

道府県が財政を担い、運営は市町村が従来どおり

行つ、こういう形になつておりますが、そのこと

も含めまして御示唆をいただければと思います。



してお伺いをさせていただきます。

○鴨下参考人 ただいまの御指摘は大変重要なことでございまして、小児医療の集約化ということは前々から考えられておりました。ただ、基本的にこれは私個人の意見でもございますが、やはり今火事だから火を消すという段階で、やむを得ずやるという方向かと思います。

長期的には、むしろ小児科医をふやす、産科の場合も同様でございますが、そのためには、これは文科省の管轄にならうと思いますけれども、現在の国立大学等にせひ、母子医療センター、そういうものをつくつていただいて、医師をどんどん学生時代からそういう方向へ向けていただくといいます。

それがお答えでございますけれども、よろしくうございましょうか。

○高木(美)委員 ありがとうございました。

先ほど来、鴨下先生が母子医療を特別に位置づけるとおっしゃることをしっかりと受けとめさせていただきました。

実は、我が党も今、少子社会トータルプランの最終の取りまとめに向けまして準備が最終段階に入っているところでございます。先ほど来、子供を大切にする意識、これを国民の大きな力にしなければいけないというお話を受けとめさせていただきました。

そこで、私申し上げたいのは、女性医師の問題でございます。

近年、御存じのとおり、女性医師が大変ふえておりまして、最近では医師試験合格者が三割であるとか、また、ことし、産科医につきましては四割が女性である。こうした傾向はますます強くなっています。

先ほど奥田参考人からもお話をありましたとおり、やはり育児、出産と、女性医師が仕事とどのように両立できるかという観点から考えますと、女性医師には特別な支援がなければ就労継続はなかなかできないのではないか。今、この傾向はま

すます強くなりますので、五年後、十年後を考えますと喫緊の課題ではないか、このような意識を持っています。

○鴨下参考人 まだそこまで結構ですのに、院内保育所であるとかさまざまなことが行われると思いますが、今一番求められている、また対応しなければいけない対応策といいますのはどのような点が考えられますか。このことを鴨下先生と奥田参考人にお伺いをさせていただきます。

そこで、女性医師の支援につきまして伺わせていただきたく思います。

院内保育所であるとかさまざまなことが行われると思いますが、今一番求められている、また対応しなければいけない対応策といいますのはどのような点が考えられますか。このことを鴨下先生と奥田参考人にお伺いをさせていただきます。

○鴨下参考人 これも、今先生がおっしゃいましたように、大体もう全国レベルで学生の数で申しますと、ほぼ四五%以上かと思います、女性が医師になる。そういうことで、今後、五年、十年あるいは二十年後には、むしろ女性医師の方が総数としては多くなるという状況で、そういう中で、女性医師を支援するということを徹底的にやらなければいけないのではないか、こう考えております。

具体的には、子供を育てながらでも勤務できるような体制、保育所もそうでございますし、それから、今まで常勤医というのは一人ということでしたけれども、女性は、仮に時間をずらしてフレックスタイムで二人で一人とか、勤務体制をできるだけリバーラルにする、そういうことで女性医師がもっと働きやすい環境にしなければいけませんし、それから、産休、育休で第一線を離れて復帰する場合にも、ぜひ再教育の期間も必要でございますので、そういう点についての配慮が、これは主にやはり病院なり医療機関として考えていかなければいけないことだと思います。

○奥田参考人 私も鴨下先生に全面的に賛成ですが、現場の声として言わせていただきますと、やはり保育所の問題はあると思います。外資系の企業なんかで、保育所の中が充実しているといふうに聞いておりますので、やはり我々の勤務

体制、先ほど申し上げたような勤務からすると、二十四時間三百六十五日、安心して預けられる保育所を院内につくる、医師が預けられるもの、お

金がかからず結構ですので、院内にそれをつくつていただきたいとずっと考えております。

ただ、そうしますと、逆に子供と接する時間がすごく少なくなつて、我々としてはせつないといふものでございます。

あと、やめていく女性医師の一つの声として、私はどうしても当直はやはりできない、でも、当直ができない状態で常勤の数を埋めてしまうとほのかの当直する先生の当直がふえて申しわけがない、そういう遠慮から、もうちょっと働きたいんだけれどもやめますというふうにやめる人も結構いるんですね。

なので、鴨下先生のおっしゃるとおりで、やはり勤務体制に区別をつける。やはり病院も、そういう形で人数をたくさん雇うのはしてくれないんですね、どうしても。やはりそういういろいろな勤務体系があつていい。そのために、何人をどういうふうに雇つてもいいんだというような形で、病院が柔軟に対応していただけるというのが一つ解決策になるのではないかとずっと考えております。

○高木(美)委員 貴重な御意見を伺いました。ありがとうございます。

小児科、産科、両方ともこの問題は共通する大きな課題でございます。やはり女性が働きやすい環境にどのようにしていくか。それによりまして、それが恐らく僻地医療にも、またそれぞれ地方の病院にも、今の医師不足、母体をしつかりしますと、派遣することができる、また地方に残ることができる。この女性医師の問題の解決というものが、私は、大変これは今後の少子高齢社会に対応するためにまさに喫緊の課題であると思いますので、今後ともしっかり取り組ませていただきたいと思います。

最後に一点、もう一度、恐縮でございますが鴨下先生にお伺いしたいのですが、在宅医療のこと

でお話がございました。やはり在宅医療は、今後どうしても推進しなければならない大事な点であります。

そこで、先ほどのお話の中で、卒後、在宅医療の専門家を後期研修を通して育成したいというお話をございました。当然、在宅医療につきまして、ただいま、この先生の御提案につきまして、

は、先ほど乳児から高齢者までという御提案もいります。

ただ、そうしますと、逆に子供と接する時間がすごく少なくなつて、我々としてはせつないといふものでございます。

○鴨下参考人 お答え申上げます。

これは、在宅医療の専門医あるいは専門家といふのは、非常に今まで少ないわけでございますね。学会も熱心にそういう方面から開かれていますけれども、今後、ちょうど今、医師の研修について申しますと、初期の二年が終わつたところでございますので、これから後期研修の課程としてそういう道をぜひひらくべきではないか。

先ほど来、奥野参考人は自治医大の卒業生で、自治医大の卒業生は、やはり現場に若いときに行つて、そこでいろいろ学んだことをそのまま生涯通して頑張つておられるわけですね。ですから、それと同じように、やはり医師としての早い時期にそういうことが必要ではないか。それを何か義務的にやらせるということではやはり解決しないのではないか。診てもらう患者さんの方にとつても、決してそれはハッピーなことではないだろうと思います。

ですから、そういう道を自然につくっていくことがありますので、せめて卒業してからの早い時期にそういう道を開くことを考えていかなければならぬのではないかというふうに、これは多分に個人的な考え方でございますけれども、そう思つております。

○高木(美)委員 大変貴重な御提言をいただきまして、ありがとうございました。

時間の関係で山崎参考人また近藤参考人に御意見を伺うことができませんで、おわびを申し上げたいと思います。大変にありがとうございました。以上で終わらせていただきます。

○岸田委員長 次に、郡和子君。

○郡委員 民主党的郡和子でございます。きょうは、参考人の皆様方、それぞれのお立場で大変貴重な御意見をお聞かせいただきました。

私が深く感謝を申し上げます。

今般審議に上がっております医療改革関連法案、政府の案は医療費の抑制が第一義に掲げられております。私は、本来の医療改革の大切な視点

というのは、一つは、患者である私たちの権利や尊厳がしっかりと確立されること、それから、現場で働いていらっしゃる医者さんたちの労働者としての権利が明確化され、そしてまたモチベーションを上げて、誇りを持って働き続けられる基盤整備を行うこと、そしてまた、医療事故などが起こつたときの賠償制度、これが重要な点であります。

私どもは、その観点から、今国会に民主党として三つの医療関連の法案を提出させていただきました。きょうは、良質な医療を構築するために、参考人の皆様方からの貴重な御意見、大変参考にさせていただきたいと考えているところでございます。

けさの新聞にございました、産婦人科医、二年で四百十二人、八%減という新聞のコピーをとつてまいりました。この新聞を見て、そしてまた奥田参考人の意見を伺いまして、思わず納得せざるを得ないような、そんな気がしたところでござります。大変現場の厳しい状況をお話しされたわけですけれども、ワーカーライフバランスをどういうふうにとつていくのかということが大変重要な観点になるなというのを改めて認識させていたいだきました。

そこで、奥田参考人にお話を聞かせていただき

たいと思います。

まず、女医さんとして、産婦人科医として現在まで勤務を続けてこられましたけれども、今現場で強くお感じになつていらっしゃること、先ほど意見陳述にもございましたが、おつしやり足りなかつたところがあれば、ぜひお加えいただきたいと思います。そして、私どもの政策として何が重要であるというふうにお考えになつていらつしやるのか、お願いをいたします。

○奥田参考人 ありがとうございます。とにかく人手が不足しています。先ほどお話ししましたとおり、現場の医師が疲弊しきつてやめていき、新しい人は入らない。この悪循環を断ち切るために、やはり先ほどから申していますように、分娩取扱施設を集約して、一施設当たりの医師数をふやして労働環境を改善するということが急務だと思つております。どこにどれだけの分娩数を扱える病院を整備するか。そこに何名の医師を、しかも産科だけでは無理ですので、麻酔科と小児科と含めて何名集めるか。もちろん、集めるためには分娩を取りやめなければならない病院もある。

でも、そうすると、行政とか病院の方のそれぞれの思惑も絡んでくるということで、現在は医師の配置は、やはり各大学レベルで配置をしている。きょうは、良質な医療を構築するために、参考人の皆様方からの貴重な御意見、大変参考にさせていただきたいと考えているところでございます。

けさの新聞にございました、産婦人科医、二年で四百十二人、八%減という新聞のコピーをとつてまいりました。この新聞を見て、そしてまた奥田参考人の意見を伺いまして、思わず納得せざるを得ないような、そんな気がしたところでござります。大変現場の厳しい状況をお話しされたわけですけれども、ワーカーライフバランスをどういうふうにとつていくのかということが大変重要な観点になるなというのを改めて認識させていたいだきました。

そこで、奥田参考人にお話を聞かせていただき

ているというふうに聞いております。

そういう場合の、何か起こつたときの無過失補償制度といったようなものを設けるべきである

という意見も多いわけですねけれども、これに対しの意見陳述にもございましたが、おつしやり足りなかつたところがあれば、ぜひお加えいただきたいと思います。そして、私どもの政策として何が重要であるというふうにお考えになつていらつしやるのか、お願いをいたします。

○奥田参考人 ありがとうございます。とにかく人手が不足しています。先ほどお話ししましたとおり、現場の医師が疲弊しきつてやめていき、新しい人は入らない。この悪循環を断ち切るために、やはり先ほどから申していますように、分娩取扱施設を集約して、一施設当たりの医師数をふやして労働環境を改善するということが急務だと思つております。どこにどれだけの分娩数を扱える病院を整備するか。そこに何名の医師を、しかも産科だけでは無理ですので、麻酔科と小児科と含めて何名集めるか。もちろん、集めるためには分娩を取りやめなければならない病院もある。

でも、そうすると、行政とか病院の方のそれぞれの思惑も絡んでくるということで、現在は医師の配置は、やはり各大学レベルで配置をしている。きょうは、良質な医療を構築するために、参考人の皆様方からの貴重な御意見、大変参考にさせていただきたいと考えているところでございます。

けさの新聞にございました、産婦人科医、二年で四百十二人、八%減という新聞のコピーをとつてまいりました。この新聞を見て、そしてまた奥田参考人の意見を伺いまして、思わず納得せざるを得ないような、そんな気がしたところでござります。大変現場の厳しい状況をお話しされたわけですけれども、ワーカーライフバランスをどういうふうにとつていくのかということが大変重要な観点になるなというのを改めて認識させていたいだきました。

そこで、奥田参考人にお話を聞かせていただき

れるという結果になつてしまふことは、本当にどうしてもある一定の確率で必ず生じ得る

ということは我々の中ではまるつきり常識のことなんですけれども、やはり当の、それに当たられた

方というのは、それがすべてということで、御納得いただけないというのは感じました。私は法律に関しては素人ですが、その素人である我々にとって、刑事案件で逮捕をされるといふことは、刑事案件というのではなく、一人医長で、しかもその場でやれる限りのことを一生懸命、精いっぱいの力を尽くしても、それでも起こつてしまつた母体死亡ということに對して逮捕をされるというのは、やはりまだ足りなくて、勉強不足で申しわけないんですが、無過失補償制度、そもそもものところは、分娩が現状ですけれども、おおのの大學生レベルではありません、もう全体の国レベル、各県レベルで介入をしていかないと、我々の対応だけでは不可能だというふうに思つております。広く薄くやつしていくことは、もはや現状ではすべきでないと考えております。

○郡委員 ありがとうございます。先ほど来のお話の中にもございましたけれども、産婦人科学会の女性医師の割合が、三十五歳以下ですけれども、大野病院の件ですけれども、分娩という

ところ、補償の先にまずその方たちに手厚くしてあげるというところにあるというふうに考えておりました。

そうした、結局、医師に過失があるのかどうかもわからない、でもそこに、対応が必要とされているぐらいの悪い子供さんがいるというのことは事実で、まずその子供さんたちを守つてあげなければなりません。それともどうしようもなかつたものなのかということとの判定は非常に難しく、専門家の考えとしては、子供さんが障害を残された場合に、それが分娩時の酸素が足りない低酸素によるものではないケースの方が多いというふうに考えております。

そうした、結局、医師に過失があるのかどうかもわからない、でもそこに、対応が必要とされているぐらいの悪い子供さんがいるというのことは事実で、まずその子供さんたちを守つてあげなければなりません。それともどうしようもなかつたもののか

ということの判定は非常に難しく、専門家の考えとしては、子供さんが障害を残された場合に、それが分娩時の酸素が足りない低酸素によるものではないケースの方が多いというふうに考えております。

それでよろしいでしょうか。

○郡委員 ありがとうございます。先ほど来のお話の中にもございましたけれども、産婦人科学会の女性医師の割合が、四九%になつていて、女性も本当に働きやすいような職場環境の整備が必要であろうと思うわけですが、やはり我々がどんなに精いっぱい対応して

いる母体死亡ですか新生児の後遺症、亡くな

れるという結果になつてしまふことは、本

当にどうしてもある一定の確率で必ず生じ得る

ということは我々の中ではまるつきり常識のことなんですけれども、やはり当の、それに当たられた

方というのは、それがすべてということで、御納

得いただけないというのは感じました。

私は法律に関しては素人ですが、その素人であ

る我々にとって、刑事案件で逮捕をされるとい

ふることは、刑事案件というのではなく、一人医長で、しかもその場でやれる限り

のことを一生懸命、精いっぱいの力を尽くして

悪いことをして、悪いことをしたんだから逮捕を

されるというイメージがありますので、何の悪気もなく、一人医長で、しかもその場でやれる限り

のことを一生懸命、精いっぱいの力を尽くして

悪いことをして、悪いことをしたんだから逮捕を

されるというイメージがありますので、何の悪気

もなく、一人医長で、しかもその場でやれる限り

のことを一生懸命、精いっぱいの力を尽くして

悪いことをして、悪いことをしたんだから逮捕を

されるというイメージがありますので、何の悪気

もなく、一人医長で、しかもその場でやれる限り

のことを一生懸命、精いっぱいの力を尽くして

悪いことをして、悪いことをしたんだから逮捕を

されるというイメージがありますので、何の悪気

もなく、一人医長で、しかもその場でやれる限り

のことを一生懸命、精いっぱいの力を尽くして

悪いことをして、悪いことをしたんだから逮捕を

されるというイメージがありますので、何の悪気

もなく、一人医長で、しかもその場でやれる限り

のことを一生懸命、精いっぱいの力を尽くして

悪いことをして、悪いことをしたんだから逮捕を

すので、それも一応述べさせていただきたいと思います。

○**都委員** ありがとうございます。

奥田参考人のいらっしゃるところは、日本の中ますけれども、そういう現場においても大変ぎりぎりのところでいらっしゃることがよくわかりました。

次に、がん対策基本法についての大きな期待をお寄せいただいた山崎参考人にお尋ねしたいと思います。

お話を伺つておりますて、これまで政府が行つてきたがん対策というのは、患者の皆さんたちの声にしっかりとこたえていなかつたのだなというようなことも改めて感じたわけでございます。患者の不安やそれから苦悩に対し寄り添うようにして考えなくちゃいけないことであり、また、積極的に情報を提供して問題を共有する姿勢に欠けていたのではないだろうかというようなこともあります。

じざるを得ませんでした。中途半端な財源投入に終始すれば、がん治療を行えないがん難民の方々が今後もふえていくんじゃないかと実は危惧を持つたところでございます。

そういう中で、今法律改正案の中で、政府案では、がんの情報につきまして、情報センターを設けるということでお話しされています。がん対策といふことなんですが、お話を聞かせていただきたいと思います。

○**山崎参考人**

御質問をありがとうございます。

日本のこれまでのがん治療が進んでいかつたということなんですかけれども、情報センターに関しては、昨年、尾辻元厚生労働大臣ががん対策室を厚生労働省の中につくついてください、そこでアクションプラン二〇〇五というのをつくつ

ていただきました。その中で、患者さんにとってプラスになる情報というのを、国立がんセンターの情報センターを中心に津々浦々全国に回します。

おどお話があつたように十五億円の予算がついております。これは十月一日から始まるプランなんですかでも、今現在、かなり進んでいるというふうにお話を聞いています。

私たち患者会としても、これまで、厚生労働省

のがん対策推進室、あと、各政党のがん議連の

方々、プロジェクトチームの方々とお互いに良好なコミュニケーションをとり、患者にとつてプラ

スになるにはどうすることをしていただきたいか

ということをお伝えしていまして、それででき上

がつたプロジェクトがアクションプラン二〇〇五

というものなんです。それなので、あれに関しては、あれが実行されることをとても注目して考

えております。

諸外国と比べて日本のがん治療というお話をなん

ですけれども、今の状況は先ほどお話ししたとお

りなんですが、厚生労働省だけすべてのがんの

医療、がんの罹患率、死亡率が下がるとは私たち

は考えておりません。諸外国の例でもわかるよう

に、国家が中心となつて、厚生労働省だけじゃな

く、法務省だとか文部科学省だとか総務省だとか

いろいろなところと連携をしてしなければいけない、そういうふうに考えております。先生方もそ

のようにも同じお考えだと思いますので、今回、が

ん対策法というお話が出てきたのではないかとい

うふうに思いました。

そので、今回、日本のがん医療を進めるた

めにはどうしてもがん対策基本法というのが必要であり、国民のニーズの一番高いこれを何としているか、どこで問題になつておられます。女性医師が非常に多くなつてきていて産休、育休等で戦線を外れるという問題でございますね。それに対して、男性の医師なりが力バーしているわけです。

その部分というのははつきり分けていただけて考

えていたただくのが、今後の日本の医療、世界的標準に近づくためにも絶対に必要だと私たちは考

んで、しつかりとした、がんという病気に対する研

究とそして治療に対する研究基盤の整備が重要な

課題であろうというふうに考えております。

今法案の中にも、がん登録というふうなことも

入つてゐるわけですから、このがん登録の必

要性と、また一方で、個人情報の漏えいにつなが

るのではと危惧する御意見もあるようですが、こ

の点について少しお考えをお話しいただきたいと

思います。

○**山崎参考人** 今回、がん対策法、日本のがん患

者会の多くは賛成なんですが、中には個人情報収

集という部分でちょっと疑問を持つつている方々も

います。どういう問題といいますと、今御指摘が

あつたように、なぜがん患者だけ個人情報を提出

しなければいけないのか、それが自分たちにどう

いうメリットがあるのか、それがわからないと、

とても情報が漏れたときに心配ですという御意見

です。

ところが、これに関しては自分たちはこのよう

にお話ししています。まず、今すぐ自分たちにブ

ラスにはならないかも知れない、ところが、情報

の格差が依然ある中、そしてまた未承認薬の問題

などもあると思うんですけれども、そのためには、

鷹下参考人にお話を伺わせていただきたいと思

います。

○**都委員** ありがとうございます。

時間も余りなくなつてきましたが、それでも、次

は鷹下参考人にお話を伺わせていただきたいと思

います。

産科医療と同時に、また小児科の現場も大変厳

しい状況を先ほどお話しいただきましたけれども、これを、勤務医の方々を二交代あるいは三交

代にして勤務状況を少し緩和してあげることが重

要であるというふうにも考へてゐるんです。こ

のためには、現行の診療報酬ですけれども、産科

の場合は分娩費用ということになりますが、これ

を倍にしなければできないのではないか、そういう

御意見も聞くところですけれども、どういう御

見解でいらっしゃいますでしょうか。

○**鷹下参考人** ありがとうございます。

小児医療に手厚くしていただきことは全く異論

がないところでございまして、二倍でも三倍でも

上げていただければ結構でございます。

ただ、医師の勤務という点から見ますと、やは

り小児科医、これは医師の数の不足ではなくて、

ここに書いてございますけれども、実際にはワーカフオースといいますか、小児科医は過去十年少しづつ学会員としてはふえているんでございますね。しかし、働ける人数が少ないということでした、これは、一つは医師が高齢化をしてどんどん第一線から去っていくということ、それから先ほど来問題になつております、女性医師が非常に多くなつてきていて産休、育休等で戦線を外れるという問題でございますね。それに対して、男性の医師なりが力バーしているわけです。

特に女性の医師が、三交代というよりも、できるだけそこを、フレックスタイムとか、勤務を一人で常勤というのではなくて、二人、三人で常勤並みに病院として手当を出していただくというよ

うな方向で解決できるのではないか、そういうふ

うに考えております。

○都委員 ありがとうございます。

先生がおまとめになられました小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究の報告書の中に、小児科の病院の収支というのが大変厳しい状況である、その施設の四割が赤字であるというふうな御報告がありまして、地域医療圏ごとの小児医療体制の見直しと赤字対策に抜本的な対策が必要である、特段の財政の投入というのが必要ではないかと思うんですが、いかがでしょうか。

○鶴下参考人 そのとおりでございまして、ぜひそういう方向でお考えいただきたいというふうに思います。

実際に、私は小さな病院の病院長をしておりますが、小児科をやめれば黒字になることははわかり切っているんですけども、それはやはり病院といいますか私どもの使命上そんなことは絶対にできないから、歯を食いしばって頑張るということをございます。よろしくお願ひいたします。

○都委員 大変ありがとうございます。

河内山参考人、それから奥野参考人、また近藤

参考人にもお話を伺うべきところでござりますけれども、時間が参りました、これで質問を終わらせていただきます。ありがとうございました。

○岸田委員長 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。

きょうは、六人の参考人の皆さん、お忙しいところ本委員会においてお話をいただきまして貴重な御意見を聞かせていただきました。本当に礼を申し上げます。限られた時間ですので、本当はすべての皆さんに質問したいのですけれども、多分そこまで行き渡らないだろうということを初めにおわびしておきたいと思います。

最初に、河内山参考人にお伺いをしたいと思うんですが、高齢者医療制度が都道府県を単位とする広域連合となる、このことについて評価をするというお話をありました。私は、財政が脆弱な市町村においてはやはり市町村単位では大変なんだという声が全国的にも多いということを踏まえて

の発言かと思つております。同時に、今回、保険者の再編ということが盛り込まれております。そこで、高齢者医療制度において、あるいは国保の問題においても、都道府県単位で均一の保険料、医療費支払いの方も格差があるわけですが、こうしたことを見つめなければならぬということになります。

しかし、当然市町村においてはかなりの格差があります。

ございまして、これを均一化を図るということによって、医療費の抑制ですか、あるいは大幅な値上げを余儀なくされるということがどうしても持ち込まれるのではないかという危惧がございます。

けれども、その点について伺いたいと思いま

○河内山参考人 市町村ごとに運営をしております国民健康保険を例にとりますと、給付そして負担の格差というのは、同じ都道府県内でもありますことは事実でございます。

これは一体何に起因するのかということにつきましては、いろいろな専門の先生方が分析をされております。保険者の責めによるべきことというものは、ないわけではないと思います。というのは、例え、全くもつてヘルスの事業に取り組まないとか、あるいは、ほかに何か具体的な事例があれば申し上げますが、さほど、そういうふうに保険者の責めによるべきものというよりは、ある地域は非常に高齢化が進んでおりますとか、あるいは、医療提供体制との関係でいいますと、受診をしやすい地域と受診をしづらい地域というような意見を聞かせていただきました。本当に礼を申します。限られた時間ですので、本当はすべての皆さんに質問したいのですけれども、多分そこまで行き渡らないだろうということを初めにおわびしておきたいと思います。

例えば、高齢化が進んでいるからといって、では極端に医療費がかかるのかといったらそうでもないことは、もう全国津々浦々いろいろな事例がござります。今、市町村合併が進みましたので町の名前 자체はなくなりましたけれども、山口県の東和町という、私の柳井のすぐ近くの周防大島という島の中の町がございまして、一時期全国で一番高齢化が進んだ、五〇%を超えるような高齢化といふ

の町がございまして、ここの方は意外に元気であります。それで、医療費はさほどかかつておりません。したがつて、さまざまな要因で保険料は格差があり、医療費支払いの方も格差があるわけですが、こうしたことを見つめなければならぬということになります。

しかし、当然市町村においてはかなりの格差があります。

ございまして、これを均一化を図るということによって、差があるというのは、本人たちの努力、保険者の努力不足というんじゃなくて、社会的なさまざまな要因によってそうなっているわけございまして、それを均一化を図るということによって、医療費の抑制ですか、あるいは大幅な値上げを余儀なくされるということがどうしても持ち込まれるのではないかという危惧がございます。

けれども、その点について伺いたいと思いまして、差があるというのは、本人たちの努力、保険者の努力不足というんじゃなくて、社会的なさまざまな要因によってそうなっているわけございまして、それを均一化を図るということによって、差があるというのは、本人たちの努力、保険者の努力不足というんじゃなくて、社会的なさまざまな要因によってそうなっているわけございまして、それを均一化を図るということによって、差があるというのは、本人たちの努力、保険者の努力不足というんじゃなくて、社会的なさまざまな要因によってくなっているわけございまして、それを均一化を図るということによって、差があるというのは、本人たちの努力、保険者の努力不足というんじゃなくて、社会的なさまざまな要因によってくなっているわけございまして、それを均一化を図る

の町がございまして、ここの方は意外に元気であります。それで、医療費はさほどかかつておりません。したがつて、さまざまな要因で保険料は格差があり、医療費支払いの方も格差があるわけですが、こうしたことを見つめなければならぬということになります。

しかし、当然市町村においてはかなりの格差があります。

ございまして、これを均一化を図るということによって、差があるというのは、本人たちの努力、保険者の努力不足というんじゃなくて、社会的なさまざまな要因によってくなっているわけございまして、それを均一化を図る

の町がございまして、ここの方は意外に元気であります。それで、医療費はさほどかかつておりません。したがつて、さまざまな要因で保険料は格差があり、医療費支払いの方も格差があるわけですが、こうしたことを見つめなければならぬということになります。

しかし、当然市町村においてはかなりの格差があります。

ございまして、これを均一化を図るということによって、差があるというのは、本人たちの努力、保険者の努力不足というんじゃなくて、社会的なさまざまな要因によってくなっているわけございまして、それを均一化を図る

実践的なことをやつて、さらに実効あらしめること

が非常に大事だというふうに考えております。

○高橋委員 保健、健康指導の民間企業の活用といいますか外注の問題についてはまた少し意見が分かれるところでござりますので、ひとつこれは参考にさせていただきたいと思つております。

次に、山崎参考人に伺いたいと思うんですけども、がん対策に対して基本法をぜひという非常に熱意あるお訴えをいただきました。短い時間で

本当は語り尽くせないことがたくさんあつたと思

うんですけれども、がん患者の皆さんがあつて思つておられます。三人に一人はがんで亡くなるということで、だれもが関心を持つている課題でありますし、私も父をがんで亡くしておりますので、この問題では本当に皆さんと力を合わせて成

果を上げていきたいと思つております。

それで、きょうは、こういう機会ですのでぜひ伺いたいのは混合診療の問題であります。

現行制度では、国内未承認薬が国内で承認されるまでに時間がかかり、欧米で承認されているのに、全額自己負担でないと使えない、そういう声が上がっているとして、規制改革・民間開放推進会議が混合診療の全面解禁を要求し、二〇〇四年の十二月十五日に、当時の尾辻厚労大臣と行革担当大臣で、いわゆる「混合診療」問題に係る基本的合意を取り交わされました。この合意に基づいて、今回の保険外併用療養費、この中にはほぼ混合診療すべてに対応する内容が盛り込まれているということを厚労省から私は説明を受けております。

そこで、患者の皆さんのがもう一般的に欧米では使われているものがあるのに、なぜ国内では使えないのだろうかとか、あるいは、混合診療が認められないためにすべてが自由診療になってしまって、全額自己負担は本当に大変だとか、そういう切実な声があるということは十分承知をしているところなんです。

ただ、同時に、それで本当に混合診療一路に進

んでいいのかというと、やはり保険でかかる医療、これを拡充していくことが本来は大事なので

はないか。安全、安心は確保されるのだろうか、

あるいは、結果としてお金のある人しか高度医療や最新医療を受けられなくなるのではないか、こうした心配があるわけすけれども、ぜひ山崎さん

の率直な御意見を伺いたいと思います。

○山崎参考人 御質問をありがとうございます。

今質問に対するお話をさせていただきました

いと思います。

一つは、まず、当時、いわゆる混合診療ということ、先ほどお話をあつたように、厚生労働省とお話をつきましたが、その中で、お金の問題だけではなく、厚生労働省の方でも、欧米で承認された薬に関しては半年以内に審査をして、国内で

必要かどうか、もし必要だつたらそれを製薬企業

にファイードバックして、少しでも早く治験をする

ようというシステムもできました。これは自分たちは大変評価をしておりまます。そういうプラスの面があつた、そういうことが一つ。

もう一つは混合診療、欧米で承認されてい

るのはおかしい、これは自分たちが主張しております。日本で使えない、それを使うと、これまで一

割負担または三割負担だったのが、全額自費にな

りました。この主張などの根本というのは、あくま

でも緊急避難的にやついただきたいということ

で、基本的に日本のフリーアクセス、均一料金、それでよい医療を受けたい、これは自分たちも堅持したいと思つています。

そこで、今治験の検討会というものが厚生労働

省の中で行われていますけれども、本当にいいも

のはできるだけ早く出すようにする、もし害が

あつたら、それをすぐとめる、そういう基本的な

ことを厚労省から私は説明を受けております。

そこで、患者の皆さんのがもう一般的に欧米で

は使われているものがあるのに、なぜ国内では使

えないのだろうかとか、あるいは、混合診療が認められないためにすべてが自由診療になつてしまつて、全額自己負担は本当に大変だとか、そ

ういう切実な声があるということは十分承知をしているところなんです。

ただ、同時に、それで本当に混合診療一路に進

けじやありません。がんで一年闘病できる方が薬害で半年で亡くなってしまうのは、それは本末転倒なので、あくまで科学的根拠にのつとつて、薬はリスクもあります、ベネフィットもあります

から、そういうことをてんびんにかけてしつかり審査していただきたいね、それが基本的だと思つてますので、あくまでも混合診療どうのこうのという問題はそれに付随する緊急避難的なお話だと考えております。

基本的なことをしつかりと国民を代表する皆様

の間で審議していただきたい、国民のコンセンサス

をとり、結論を出していただきなと思つております。

○高橋委員 非常に貴重な意見をありがとうございます。

だんだん時間がなくなつてきましたので、奥田

さんにもぜひ一つだけ伺いたいと思います。

本当に想像を絶する実態というか、過酷な勤務

の一端をお聞かせいたいと思います。貴重な

時間を割いて本委員会に御出席いただき、本当にこれを受けとめて、私たちの責任を果たしてい

いました。

奥田さんの提案は、やはり集約をし、また分娩

に係る医師をふやすことであるという提案でありました。

私は、その前段として、集約するにも医師がい

ないような地域にも住んでおりますので、なかなか課題は多いのですけれども、しかし、まずそれを図つていく上で、報告の中にも出でてい

たかなど思つているんですが、今非常にハイリスクの妊婦を抱えているということが分娩の現場で

も起きているのではないかと思うんですね。そ

こがやはりもう周辺の産院では対応し切れなくて

集中してくるという実態が紹介されたのかなと思

うんですけれども、その点でできことがあるの

ではないか。

つまり、妊婦のときのもつと健診の充実ですと

か、民間の産婦人科といわゆる初期段階でのデー

タを共有するですか連携の問題とか、あるい

は思春期の教室などということを保健師さんがやつておりますけれども、そういう今ハイリスクの妊婦ができるべくその背景には、若いうちの未熟な出産でありますとか、あるいは働き方の問題ですとか、そういうさまざまなものかなと思つてます。そうしたことわざして連携がとれるということも一つの方策ではないのかなと思っています。

○奥田参考人 御質問ありがとうございます。

どちらからお答えすればいいのか、まず地域の問題ですけれども、私は確かに首都圏に勤めておりますので、集約化しろ集約化しようと、地域で集約化してしまつて非常に距離が長くなつてしまつて、そこをどうやつて解決していくかといふのは、私のような若輩者にはちょっと荷が重いところでございます。

それでも、先日、東北地方の女性の医師とお話をしたんですけども、月に十回当直をしていました。

奥田さんの提案は、やはり集約をし、また分娩に係る医師をふやすことであるという提案でありました。

私は、その前段として、集約するにも医師がない

ないような地域にも住んでおりますので、なかなか課題は多いのですけれども、しかし、まずそれを図つていく上で、報告の中にも出でてい

たかなど思つているんですが、今非常にハイリスクの妊婦を抱えているということが分娩の現場で

も起きているのではないかと思うんですね。そ

こがやはりもう周辺の産院では対応し切れなくて

集中してくるという実態が紹介されたのかなと思

うんですけれども、その点でできことがあるの

ではないか。

つまり、妊婦のときのもつと健診の充実ですと

か、民間の産婦人科といわゆる初期段階でのデー

タを共有するですか連携の問題とか、あるい

そうしますと、産婦さんのニーズですか、例えは近いところに分娩施設がないとか、もつと自然に分娩を、病院でも結構自然にはやっているんですけど、助産所でお産をしたいとかどんぐりズに対しても、何か突発的なことが起ったときにすぐに受け入れてあげられる体制、そのためには、我々ともに余裕を持つておかなければいけなくて、でも、病院側は空床があるとか余裕のある人員とかということにどうしても首を縊に振つていただけないのが現状ですので、そういうことを解決していただけたらというふうに考えております。

○高橋委員 ありがとうございました。

もう少し伺いたいのですが、時間がないので、残りの時間を近藤先生に伺いたいと思います。非常に短い時間で簡潔に説明いただきましてありがとうございます。

一つに、「まず医療費抑制」という目標は妥当か? ということで、厚労省の推計は常に過大であつたということが提起されました。

先生の説明の中にも出てくるように、やはり自己負担の増加が、結果としてはコスト削減につながらないのではないか、あるいは受診抑制が強まるのではないか、そうした指摘などもされていたところですが、私は多分そういう背景で今日まで推移てきて、今後も、厚労省は、二〇二五年に五十六兆円になり、その後期高齢者は二十五兆円という試算をしておりますが、やはりこういう、いいだけ抑制が進んで、そこまで急には伸びないだろう、もっと緩やかに伸びるのではないかというふうに思っておりますが、その点、伺いたいと思います。

○近藤参考人 今後どうなるかという予測については、これはだれにもわからないもので、どういう政策をとるのかということによって変わってくるんだと思います。ぜひ先生方に御検討いただきたいのは、どのような政策にも言うならば光と影があつて、自己負

担がゼロの時代に一割にするとかいうのはプラスの面が大きかったんだろうと私も思います。しかし、高齢者の国民年金満額もらつている人でも月六万円という人たちの自己負担をふやすということが一体どうなるのかという、副作用の面もぜひ御勘案いただきたい。

こういうことを言いますと、いや、高額療養費制度があるだろう、だから低所得者はそれで救われるんだというふうにお答えになる方が多いんです。

ですが、ぜひ、現場を見ていただくと、日本には差額制度、ペッドの差額がまだあります。首都圏でいいますと、大体一ヶ月、恐らく先生方の御両親を入れてもいいかなと思われるような良質の病院になりますと、月に二十万を下りません。

それで、言うならばいい病院だと長生きする、安い病院だと早く死ぬというのが、もう関係者の間でうわさになつておらず、極端に言うと、早く死ぬ病院はどこですか、うちには賃金が二百萬しかないんです、そんなやりとりすら現場の中では起きているんです。そういうこともぜひお知りいただいて、今回との政策判断が、プラスの面が大きいのか、マイナスを大きくするのか、その辺はぜひ慎重に御検討いただきたいと思います。

○高橋委員 もう少し伺いたいことがあつたんですね。お許しをいただきたいと思います。

まず、冒頭、鴨下参考人にお願いいたします。鴨下参考人は、現在、社会保障審議会の医療部会の責任者であられるということで、先ほど申しました大きな改革を迫られる医療という分野、社会保障の中でも、とりわけ、やはり命にかかる医療という分野は、本当にここが安定して安心しなければだれもこの社会を安心して生きることができない分野ですから、ぜひ、きょう伺いましたお話を非常に参考になりましたし、ますます御活躍をいただきたいわけであります。

実は、こう言ついていても何となく面映ゆく、理由は、鴨下先生は私の恩師でありまして、私が東大病院の小児科に勤めておるときの教授であらせられます。また、それ以前は自治医科大学で、我が国における僻地医療の問題を積極的に解決するためにつくられた大学で小児医療の教授をしておられた。

思い起せば、やはり各県一医科大学並びに自治医科大学の設立と申しますのは、当時も、医師が僻地やあるいは地域で不足する、そういうこと

で二回ちよつと話され、非常に早い段階できょうは参考人の皆さんにお話を伺う段取りを委員長初め与野党の理事の皆さんで御準備くださいました。が、その真意というか、その本当の意味するところは、やはり医療の現場あるいは地方自治の現場、そつしたところからより多くの声を聞いて、本当に必要とされている改革をこの委員会が審議できる場でありたいという全体の願いからかと思われます。その願いにこたえてくださつて、各参考人の皆さん、きょう、非常にリアルなお話を流れじゃないの、医療費は削るんじやなくてふやさないと時代的には大変になるんじゃないのという御指摘もいただきました。

私は、限られた時間の中で、本当は全員の皆さんに御質疑いたしたいですが、お時間の関係でおり、お聞きすることができないこともあるかと思います。お許しをいただきたいと思います。

まず、冒頭、鴨下参考人にお願いいたします。鴨下参考人は、現在、社会保障審議会の医療部会の責任者であられるということで、先ほど申しました大きな改革を迫られる医療という分野、社会保障の中でも、とりわけ、やはり命にかかる医療という分野は、本当にここが安定して安心しないであります。

それで、この間、我が国では、いわゆる研修の義務化ということが行われて、研修の仕組みも大きく変わりました。さらに、これからです、本当に必要なところに医療が届くように医師を育成しないで、救急がない、がんがない、三ない科に若い医師の人気が集中する等々、本当にこれは現実であろうかと思います。

それで、この間、我が国では、いわゆる研修の義務化ということが行われて、研修の仕組みも大きく変わりました。さらに、これからです、本当に必要なところに医療が届くように医師を育成していく場合に、何が最も重要な視点となるかといふことについて、冒頭お願いいたします。

○鴨下参考人 どうも攻守どころを変えたようですが、質問ありがとうございます。先生の御指摘のように、やはり最後は教育だと思います。

それで、これは文科省の責任でもございませんけれども、医学教育、医学教育と言つてしまいまして、私が東大病院の小児科に勤めておるときの教授であらせられます。また、それ以前は自治医科大学で、我が国における僻地医療の問題を積極的に解決するためにつくられた大学で小児医療の教授をしておられた。

私は、やはり今後は医学研究者と医師の教育を

はつきり分けて、アメリカの医療を私は決してすべてがいいとは思わないんですが、医学教育、医師の教育に関してだけは大いに学ばなければならない。それは、向こうはほとんどみんな医師になりますね、医学研究をやっているのはむしろ生物系の基礎学者、その辺が日本は今後変えていかなければならない一つの重大な方向ではないかと思います。

自治医大の話が出来ましたけれども、私は、確かに奥野君には小児科は教えたけれども僻地医療は教えなかつたですね。だけれども、やはり自治医大の教育が、学長以下、あるいはそれをバッケアップされた自治省なんかの政策といいますか方策がそういうふうにしむけたといいますか、自然に卒業生がみんな僻地で生きがいを感じて医師としてやつている、それが本当に大部分だろうと思うんですけれども、そういうことが医療の世界で今後なされなければいけないのではないか。特に、そういう点で小児科医、産科医、これも私、先ほどの研究班の班長をやりまして、産科と一緒にやつて、最初は小児科の、でも産科の方がはるかに事態が、今お話をございましたけれども深刻なんですね。そういうことをお互いに知らない、知らないまま過ごしてきたということを大きな問題に思いました。

そういうことで、やはりすべて教育で、特に、ここまで言うとまたいろいろな意味で袋だたきに遭うのは承知なんですけれども、もう一つ、私、あって申しますと、看護の教育が、これは看護大学、四年制の大学が今百三十五ぐらいになりましたでしようか、その教育を文部科学省の医学教育課でいわば昔のままの体制でやつておられるのが、いざれ看護教育にもう一つ大きな問題が起きるようと思つております。

それで、医師の教育とそれからいわゆるコミュニケーションの教育、すべてと一緒に視野に入れた教育といいますか、そういうことを今後国としてお考えいただかなくてはいけないのでないか、そんなふうに感じております。

#### ○阿部(知)委員 教授の時代もそうでしたが、い

義務という名のもとにいろいろなところに行かさ

れたわけです。私も、卒業しましてぼんやりしていまして、当時まだ研修なんか受けていないところに僻地に行ってくれと言われまして、大慌てで

行つたわけです。先ほど、私、地域医療は樂とい

上げます。

次に、奥野先生に伺いますが、私は、実は、先週の末に宮崎県の高千穂というところのすぐ隣町の五ヶ瀬というところに行つてまいりまして、人口五千人くらいの町でありました。また、その奥

にいわゆる平家の落人が行つたという椎葉村とい

う村がありまして、そこにも自治医科大学の御出

身の先生がおられたり、配置されたりということ

で、この自治医科大学が、僻地というものについて、ある義務を、義務年限の中で若い医師に行つてもらひ、しかし、そこで新たに発見したもの、

地城を愛する、人を好きになる、いろいろな意味

で若い医師に多くの財産を残していると思いま

す。

一方で、それは義務年限という義務を課したものでありますたが、私は、あえて言えば、義務年限ということのかせの中でそれが可能になつた面もあると思います。一期生として、そして今も地域の診療を一線で担われる先生として、この自治医科大学に学んで、さらに、日本の教育の中で義務年限といふことをどういうふうに考えられるか

という点をお願いいたします。

○奥野参考人 義務年限といいますのは、自治医

大を私は出来ましたが、お金を、修学資金を借りまして、その修学期間の二分の三倍ですね、義務と

して都道府県が指定する僻地に勤務しなさいといふふうな中身であります。私は、図らずもでありますけれども、義務という形で勤務させていただ

いたんですが、私としては非常によかつたといふふうに解釈いたします。

それは、まず普通ですと、その当時、医者にならぬには、医局に入つて、卒業してすぐにその道を決めてしまふわけですが、私としては非常によかつたといふふうに思つております。

そこで、医師の教育とそれからいわゆるコミュニケーションの教育、すべてと一緒に視野に入れた教育といいますか、そういうことを今後国としてお考えいただかなくてはいけないのでないか、そんなふうに感じております。

#### ○阿部(知)委員 ありがとうございます。

次に、奥田参考人に伺います。

私も同じ神奈川なのですから、先生の病院

に非常に周産期、お産が集中していて、なおかつ

つ、先ほどおつしやつたように、それまでかかつ

ていた方ではない方が飛び込みで出産なさるよう

な状況がこのごろふえているというお話を含め

て、非常に産科医療の大変さということを改めて

お話ししたところに過剰な現状を生んでいるとい

うこともあるかと思うのです。

先生がお示しくださった資料の中にも、各地域

で分娩ができるところが減つてゐる。これは、苦

肉の策で現状、現実のこの産科医でやれるところ

はこのくらいだということで、集約化はやむを得

ざる措置とは思うのですけれども、やはりどうし

ても、一、二、三次全部が来ると、それでも悲鳴

だというところがあると思うのですが、そのあた

りの現状の集約化と、もうちょっと欲張りな、本

來的にどういう形を望まれるかということをお願

いいたします。

理想的に言えば、軽いところ、中くらいのところ、重いところというのをシェアするというの

は、義務ではあつたんですけども、私は、ある

いは卒業生を含めてよかつたと思います。

もう一つの証拠といいますのは、決して十年過

ごしたからといって全員が僻地に行くんじゃなく

て、いろいろな道に、あつちこつちの専門医もお

りますし、公衆衛生もありますし、いろいろな形で

利亚を積んだ上での樂でありますて、当時行つた

ときは、全く研修もせずに、当時まだ人口が倍

だつたものですから、千人の島にほうり込まれま

して、そこで一番怖かったのは夜で、急患が出た

ときにはどうしようどきどきしながら過ごしたわ

けです。

そういつた場面であるとか、あるいは、後期の

研修として、当時また大学に戻つて研修を受ける

ことができました。それは、小さな部分を見て、

その島と/orの島を見た上で、今度は大学

というところに帰つてまた大きな部分。それか

ら、すごくうれしかつたのは、自分はその小さな

ところで閑々としてやついて大変なんだけれど

も、大学に戻つて日本全国の人たちに会うことによつて、またそれが、いろいろ人がいっぱいいる

よつて、またそれが、いろいろ人がいっぱいいる

るんだけれども、同じようなことを考えて、同じ

よう行動している人がいっぱいいるんだとい

うふうな意味合いでもつて前に進むことができた。

そして、義務が九年あつたわけなんですか

も、それでもつて、大体医師は十年たちますと一

人前と言われますが、そのときに、これから自分

がどうしようかというふうなことを決めることが

できましたので、その義務、確かに義務ではあつたんだけれども、それはよかつた。

それで、義務が九年あつたわけなんですか

も、それでもつて、大体医師は十年たちますと一

人前と言われますが、そのときに、これから自分

がどうしようかというふうなことを決めることが

できましたので、その義務、確かに義務ではあつたんだけれども、それはよかつた。

つまり、今の医師の方々も二年間の臨床研修と

がどういう道でどういうふうになつていくんだ

といふふうに思つております。

それは、まず普通ですと、その当時、医者にならぬには、医局に入つて、卒業してすぐにその道

を決めてしまふわけですが、私としては非常によかつたといふふうに思つております。

そこで、医師の教育とそれからいわゆる

コミュニケーションの教育、すべてと一緒に視野に入れた教育といいますか、そういうことを今後国としてお

考えいただかなくてはいけないのでないか、そ

うふうに感じております。

ているように、やはり突発的に何が起こるかわからないというののが分娩ですので、例えば、救急に大出血で、運んでいる時間の中に亡くなってしまふというようなことも想定すると、すべての妊娠婦さんの命を救つてあげるという点からですと、私は、個人的には、やはり大きな病院でたくさんお産をするということが大原則だというふうに考えております。

されども、そうすると、確かに集中してきました我々のところの疲弊がまた非常に問題になつてきますので、一つの対策としては、周辺の施設と協力しながら、例えば、健診ですか、最低のところ、リスクの非常に低いところを御負担いただいて、分娩をこちらの方で一緒にさせていただく、セミオーブンですかオーブンシステムですとか、そういうことも導入していくのが理想的かとは思いますが、現状、近未来的にとにかくいうふうに考えると、先ほどから申し上げているように、広く薄くではなく集中して厚く、最終的には、我々の人の間がふえれば広く厚くというのが最終目標とは思いますが、現状の緊急課題としてはやはり集中化しかないかと私は考えております。

○阿部(知)委員 非常に苦しい中で、終始、子供たちのために頑張つてくださっていることに本当に感謝いたします。

最後に、近藤参考人にお願いいたしますが、いただきました先生の資料の中でも、これから医療政策をどう評価するか、そこには二つの視点、やはり国民が参加しなきやいけないだろうということ、国の制度の中にきちんと医療政策を評価するものを作つたかもしませんのでつけ加えて、全体の医療費の〇・一%は政策評価にかけていいのではないかというレジユメもございましたし、お願いいたします。

○近藤参考人 一番言いたいことは先ほど言いま

したので、もう少し具体例を御紹介したいと思います。  
イギリスの例でいきますと、お金のことも非常に対応できないところで分娩しているときに突然の大出血で、運んでいる時間の間に亡くなつてしまふというようなことも想定すると、すべての妊娠婦さんの命を救つてあげるという点からですと、私は、個人的には、やはり大きな病院でたくさんお産をするということが大原則だというふうに考えております。

されども、そこで問題点を早く見つけています。

うのがすごいところだと思います。

その中には、何と医師 看護師の仕事をしてい

ることに対する満足度、そういうこともモニター

しております。あるいは検診を受けるまでの待機期間のモニ

タリングとか、いろいろなことをやりながら、問題

が大きいところだと思います。

その中には、何と医師 看護師の仕事をしてい

ることに対する満足度、そういうこともモニター

しております。あるいは検診を受けるまでの待機期間のモニ

タリングとか、いろいろなことをやりながら、問題

が大きいところだと思います。

その中には、何と医師 看護師の仕事をしてい

ることに対する満足度、そういうこともモニター

しております。あるいは検診を受けるまでの待機期間のモニ

タリングとか、いろいろなことをやりながら、問題

が大きいところだと思います。

その中には、何と医師 看護師の仕事をしてい

ることに対する満足度、そういうこともモニター

意見の数々で、これから審議を深めていきます。ぜひ今度の医療制度改革には組み込んでいただきたいということを改めてお願ひしたいと思います。

○阿部(知)委員 きょういただきました貴重な御意見です。ありがとうございます。

○岸田委員長 次に、糸川正晃君。

○糸川委員 国民新党的糸川正晃でございます。

参考人の皆様におかれましては、本日、地域医療について日々御尽力をいただいている観点か

ら、非常に貴重な御意見を賜りまして本当にあり

がとうございます。私も幾つか質問をさせていた

だときたいと思います。

まず、奥野参考人にお聞きいたしますが、もう

何度もお答えいただいてると思いますけれども、離島において一人で診療を続けることが大変

困難な点であるとか、それから、今後も診療を継続することで心配と思われる点について参考人の

御見解をまずお聞かせいただきたい。

それからまた、例えば、医師をほかの地域から

お願いして来てもらつて、曜日や時間によつて医師が交代で離島の診療所を運営する、そういうこ

とについて、患者の側の気持ちからして、患者さ

らの気持ちを含めてどうなのかということを、率

直な御意見をお聞かせいただけますでしょうか。

○奥野参考人 長く勤務するということにつきま

しては、一般的には、僻地の医療ではそれがよし

とされるわけですから、先ほど述べましたよ

うに必ずしもそればかりがないわけじゃないといふふんなところがあります。それは、言つてみれば、一つはマンネリ化する、我々がマンネリ化してしまうというふうなこと、それからお互いなれ難いという場合、一定の範囲内で僻地勤務といふふんなことを確かでございます。

○糸川委員 ありがとうございます。

では、今、医師の確保のために医師が働きたくなるような環境づくりが必要だというふうに思われますが、具体的に、医師が僻地医療を担いたく

なるような環境というのはどういうものなのか。

それから、それでも僻地における医師の確保が

難しいという場合、一定の範囲内で僻地勤務といふふんなものを義務化するということに対して、奥野参

考人の御意見をお聞かせいただけますでしょうか。

○奥野参考人 済みません、ちょっと前半

○岸田委員長 糸川君、もう一度お願ひします。  
○糸川委員 働き地医療において、医師が働きたくなるような環境づくりが必要だ、そこで具体的に医師が働きたいとなるようになります。そういうもののかというのが前段でございます。

○奥野参考人 申しわけございません。

医師が働きたくなるというのは、初めから決まっているのはなかなか難しいんです。実は、我々も、初め、卒業したときに、先例がないものですから、僻地に飛び込むことが怖くて怖くて仕方ありませんでした。とても、楽しむとか楽しいといふうなことはありませんでした。

ただ、環境づくりというふうになるかどうかわかりませんけれども、私たちの役目としては、実はそういうことをやつてきたのだけれども、とても楽しいことがあるんだよ、おもしろいこともあります。もつてます伝えていくことが大事だと思います。

それから、具体的に受け入れているところの話ですと、報酬とかなんとかという下世話な話もあつたんですけども、一番大事なことは、特に公的な医療機関であれば、例えばそこの市町村が、どういうふうな考え方で、どういうふうにこの僻地を持つていただきたいんだということをあらかじめ示していただきて、それから、持続的にそれを理解して行動していただきたいと思います。

往々にしてあるのが、こんなはずじゃなかつた症候群というのがあります、行く前に、村長さんとか町長さんが来て、こんなことをやつてください、あんなことをやつてください、どんどん応援しますと言つていただいたのだけれども、行ってみると、実際そうではなくて、ちょっととがつとした、こんなはずじゃなかつたということで、結局やめてしまうというようなこともあります。

つまり、医療者だけじゃなくて、その周囲の方々、住民も含めての理解ですね。それは、初め

から、すごい、地域医療に対してもう一度お願ひします。考え方を持つてくださいという意味じゃなくて、ともに歩むとか、ともに考えていただくということが一つあります。

○糸川委員 ありがとうございます。

今、病院勤務の小児科医が減少しているという状況があるわけでございます。その小児科の医師の確保というものが、これも喫緊の課題となつておるわけでございます。

そこで、鴨下参考人にお尋ねいたしますが、今は小児科をやりたいと思って来たけれども、あれではとてもできないというので、ほかの科へ行つてしまふ、その辺の問題をどう解決するかと

現在、診療科の偏在問題の解決に向けて一定の範囲で専攻する診療科についての制限をかけるような手法について、参考人の御見解、また、小児科医を中心に我が国の大変難しいところがございました。

参考人の御見解をお聞かせいただけますでしょうか。

その二つ、現場と国といいますか、そういうことがあります。

それから、今、小児科、産科の医師不足がここへ来て特に急激に話題になつておりますのは、臨床研修必修化がなされましたその影響がやはり無視できないように聞いております。そこで、やはり、どちらの科も非常に勤務が厳しいことを、回つてきた、せつかく産婦人科をやりたい、あるいは小児科をやりたいと思つて来たけれども、あれではとてもできないというので、ほかの科へ行つてしまふ、その辺の問題をどう解決するかと

いうのが一つ大きな問題として残っております。診療科の偏在というのは、それに対してある程度の強制的な枠をかけるべきかどうかということにつながると思うんですが、これも患者さんの視点というのを医療部会でも重視してまいりました。たけれども、患者さんの方から見た場合に、強制的に来た、嫌々来ている先生に診てもらつても、それこそ事故が起きるかもしれませんし、決して患者さんにとってもありがたくないことではないか。その辺をどういうふうに考えるか、大変難しい問題で、お答えにならないと思うのでございま

すが。

データにより表現したいと思いました。

実際に、八五%の痛みがとれる病院もあれば、大学病院みたいに四〇%しかとれないところもある。この差は何だろうということなんですね。WHOの協力センターの五〇%というの、二十五カ国でWHO方式のがん疼痛治療法を熟知しています。

みんな怒り出しましたというのが、ここ最近マスコミが大きく報道され、患者会が活動をして問題が大きくなつたところだと思っております。

○糸川委員 ありがとうございます。

もう余り時間もなくなつてきましたので、奥田参考人にお尋ねいたしますが、だんだん産婦人科医というものが少なくなつてくると、そこでももう病院の経営の中で産婦人科をやめようと、例えば、通つていらっしゃる妊婦さんがいらっしゃつても、もう今月からやめる、そういうような形で、今、地域の産婦人科というものが集約をされ

てきているわけですが、その集約化によって、患者さんですか、たくさん不安を抱えてしまつたりという弊害があると思うんですねけれども、この弊害に対して、どのように取り組んで、いつたら緩和することができるのか、医師の点からも、そして患者さんの側から、両方の観点からお答えをいたければありがたいなと思います。

○糸川委員 ありがとうございます。

確かに、分娩をやつて病院を引き揚げて、もうお産はやらないからほかに行つてねというの

は、我々医師としても非常につらいところでございます。ですから、その辺を国として、大学の中に、母も含めて、母子センターをつくって、そこで産科あるいは小児科医の教育研修をするということが、中期的といいますか、そ

ういう点で将来展望があるのでないかと考えま

す。

○山崎参考人 御質問ありがとうございます。

これは、日本の医療のレベルが低いということ

でなくして、医療機関に差があるということをこの

かなるんすけれども、地域で引き揚げてしまうと、そうすると山を越えて次に行かなればいけないという状況があるというのは聞いております。

これは、全く理論的でも公的でもないんですけども、もし私が同じ立場でその患者の目に遭つたとしたら、解決できることといえば、分娩をするべき施設のそばに宿泊所なりなんなりをつくつていただいて、何ヵ月かになつたら産婦さんはそこに暮らせるような、そういうバックアップ体制をする、もしくは、すぐに到達できるような交通手段をつくつていただくというバックアップ体制をするしかないかなと。

とにかく現状では、だれもが、それこそ投票所じゃないですけれども、十分で歩いてお産に行ける場所がたくさん、たくさんあるのが理想なんですねけれども、それが本当に全く不可能な状況にありますので、そうなると、集中化したこところに産婦さんをお連れするという手段を考えるというのは一つ解決策かなと思います。済みません、お答えになつていなかもしれませんが。

○糸川委員 ありがとうございました。

これは非常に難しい問題だと思うんですけれども、やはり産婦人科医が多くいるということが少子化対策にもなりますので、しっかりとその辺を取り組みたいなと思います。

今のような参考人の御意見を聞いて、河内山参考人にお尋ねします。

今現在、市町村国保ですか介護保険に加えて、新たに後期高齢者医療制度の運営にかかることがあります。この集約化というところに関連して質問しますと、医師確保対策などとして医療機関の集約化を行うこと、例えば、その地域から病院がなくなる可能性があるとか、その調整に困難が予想されるとか、そういうことに対する参考人の御見解ということをお聞かせいただけますでしょうか。

○河内山参考人 これは、医師の確保のみならず、これから地域社会というのは、全国いろいろな地域がありまして、人口減少が甚だしいところ、高齢化が甚だしいところ、そういうところでございます。

これは、まさにこれまで起これ得なかつたような新しい現実というのに直面をする地域がたくさんござります。お医者さんがいないだけではなくて、先ほど奥田先生がお触れになりましたけれども、例えばアクセスをしようにも交通機関というものが壊滅をするような地域、日本の中で、使いたくないう言葉ですけれども、うまくいっている地域と、いろいろと挑戦するけれどもなかなかうまくいかない地域という、やはりそこの格差といいますか差ができるている。

そういう中でいいますと、地域社会の中で必要な不可欠なものから順番に優先順位をつけていきますと、やはりお医者さん。今、例えば島根県の隠岐の島では、まさしく産婦人科の先生がいなくなつて、本土に来なければお産ができないというような状況が生まれつつある。そういうことは始まっておりませんけれども、お医者さんの問題。

それから、同じ日本の国に住むのであれば、そこへどうやつて、最低限アクセスを可能にするような地域で成り立つ交通体系、こういったものをどういうふうにつくつていくかというのは、これは今後、国の仕事でもあるし、地方自治の仕事の中でも一番大事だ。

人口減少しても少子化が進んでも生き残れる地域社会をどうやってつくるのかというの、我々、実は全国、それは関係ないといふところもありますけれども、多くの地方自治体を運営している首長としましては、今の医療提供体制も含めなくてほかのもそうしませんかということを言つてですけれども、他人任せではなくて、最終的にそこまでは我々は身を挺してでも守つていくか、そういう時代に入つてきています。そういう意味では、生易しい話ではなくて、話し合いをすれば解決するという話ぢやなくて、どうやつてですけれども、他人任せではなくて、最終的にそこまでは我々は身を挺してでも守つていくか、そういう時代に入つてきています。そ

らない、そういうテーマだと思っています。

○糸川委員 ありがとうございました。

もうほんんど時間がございません。本来六人の方にお聞きしたいんですけども、最後に、それ

では、奥野参考人と近藤参考人に一言ずついたただいんですが、今回のこの医療制度改革について、評価できる点と、それから評価できない点について、両参考人の御見解を簡潔にお聞かせいたしましたでしようか。

○奥野参考人 とても難しい質問で、簡単に答えられないので、僻地医療の立場といたしましては、特に僻地医療対策のことですけれども、現場で一人あるいは自分たちの市町村だけ

で頑張つてこなければならない現状を、例え

ば県という大きな枠組みで、その県全体の僻地の仕組みをどういうふうに考えて、あるいははどうい

うふうにして支援していくかというふうなこと

が、以前にも増して具体的な方策として提示され

てきておりますので私といたしましては、その

点は高く評価していただきたいと思っております。

○近藤参考人 批判ばかりしているわけじゃありませんで、評価できると思つてはいる点は二点あります。

一つは、医療費の目標だけを取り上げられて

るので、私はそこを批判しているのであって、こ

れからは、何らかの形である程度目標を掲げて、

それに向かつて努力して、うまくいったらその理

由を探る、うまくいかなければそれを反省する、

それで次の手を考える、そういう政策のサイクル

を回すこと自体は、これは必要な段階に來ている

と思います。そういう意味では、医療費だけじや

なくてほかのもそうしませんかということを言つ

てはいるのであって、そういうサイクルを持ち込も

うとしているという動きは一步前進だと思つてお

ります。

あともう一つは、保険者の単位をもう少し大き

くしてリスクの分散をしようというのは、これは

当然の流れではないかなと考へております。

問題点の方は言いましたが、最後にまとめさせ

ていただくと、一つが、エビデンスに基づいていないということ。

最近、見える化というのが話題になつていてけれども、わからないまま、見えないまま、手探りで弾を撃つてはいるという感じで、もう少し見えます。お医者さんがいるだけではなくて、先ほど奥田先生がお触れになりましたけれども、例えはエビデンスづくりをもう少し見えてどこが悪いということを共有する情報に基づいて評価できる点と、それから評価できない点について、両参考人の御見解を簡潔にお聞かせいたしましたでしようか。

○糸川委員 ありがとうございました。

もうほんんど時間がございません。本来六人の

方にお聞きしたいんですけども、最後に、それ

では、奥野参考人と近藤参考人に一言ずついたただいんですが、今回のこの医療制度改革について、評価できる点と、それから評価できない点について、両参考人の御見解を簡潔にお聞かせいたしましたでしようか。

○糸川委員 ありがとうございました。

もうほんんど時間がございません。本来六人の

方にお聞きしたいんですけども、最後に、それ

では、奥野参考

らの十年後、こういう医者が要るんだ、それに対するもつと誘導するような、国家としての意思を、戦略を示すような取り組みをぜひしていただきたいとお願いしたいと思います。

○糸川委員 ありがとうございました。今後の審議の参考にさせていただきたいと思います。

終わります。

○岸田委員長 以上で本日の参考人に対する質疑は終了いたしました。

この際、参考人の方々に一言、「あいさつ」を申し上げます。

参考人の方々におかれましては、貴重な御意見をお述べいただきまして、まことにありがとうございます。委員会を代表しまして厚く御礼を申し上げます。（拍手）

次回は、明二十六日水曜日午前九時二十分理事会、午前九時三十分委員会を開会することとし、本日は、これにて散会いたします。

午後零時三十八分散会





平成十八年五月十二日印刷

(  
平成十八年五月十五日発行

衆議院事務局

印刷者 国立印刷局

B