



組みを進める必要があると考えます。

医療費の適正化を進めるに当たっては、これらの中長期的な医療費適正化方策を中心と進めることが重要ですが、これらの効果はすぐにはあらわれません。このため、公的保険給付の内容、範囲の見直しを初めとする短期的な医療費適正化方策も組み合わせる必要があると考えます。

この公的保険給付の内容、範囲の見直しにおいては、過度の患者負担増は公的医療保険の意義を損なうおそれがあり、効果も一時的であることを國民的合意を得ながら中長期的な方策を補完するものとして検討していくべきであると考えております。

今後、高齢化が進行し、高齢者の医療に要する費用の増加が見込まれる中では、現役世代がその負担に耐えられない状況になることが想像されまします。このため、高齢者のうちでも現役世代と同じ所得水準を持っている方は、三割負担をするべきだと考えます。同級生の面倒をまずお互いに見合ひながら、それで足りなければ息子や孫たちの世代に助けてもらう、そういう考え方が当たり前のように思えるからです。もちろん、低所得の方へは十分な配慮が必要であることは忘れてはなりません。

国民皆保険制度を堅持し、医療給付費の伸びを適正なものとするためには、中長期的な方策や短期的な方策といった個別の政策を積み重ねていくことが必要であるという考え方を述べさせていたしましたが、制度の持続性を維持するために保険運営を安定的なものにするにも重要なことがあります。

我が国の医療保険制度は被用者保険と国保に大別できますが、特に国保を中心に財政状況の悪化が進んでおります。こうした財政状況の悪化に対処するため、被用者保険、国保それぞれについて、各保険者の歴史的経緯や実績を十分尊重しながら、保険者の財政基盤の安定を図るとともに、保険者としての機能を發揮しやすくなるために、都道府県単位を軸とした再編統合を推進する

必要があります。

まず、國民皆保険制度の最後のとりでとしての役割を担っております国保についてですが、都道府県単位での保険運営を推進するため、各市町村における高額医療費の発生リスクを都道府県単位で分散させるとともに、保険財政運営の安定と保険料の平準化を促進する観点から、共同事業の拡充等を図る必要があると考えます。

次に、健保組合の再編統合についてですが、健保組合の自主性、自律性を尊重しつつ、同一都道府県内における健保組合の再編統合の受け皿として、企業、業種を超えて健保組合同士が合併して形成する地域型健保組合の設立を認めるべきであると考えております。

最後に、政管健保については、国保や健保組合とは逆に、全国一本の保険者として運営されてきましたが、被保険者等の保険料を負担する者の意見が反映されず、保険者機能を発揮できないといふ問題点がありました。こうしたことと踏まえまして、国とは切り離された全国単位の公法人において運営されるようになります。給付と負担の均衡を図り、国民の安心の基盤である皆保険制度を堅持し、人口構造の変化に対応できる持続可能なシステムがつくり上げられますよう、政府の取り組みを期待いたします。

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、内田参考人にお願いいたします。  
○内田参考人 日本医師会常任理事の内田と申します。

本日は、医療法、健保法及びその関連法案の改正について、医師の最大の職能団体である日本医師会の立場から、また、医療の現場を預かる医師としての立場から意見を申し上げます。

資料が袋の中に入っていますので、ごらんください。

今回の法改正の趣旨は、患者の立場から、安全で質のよい医療を効率的、持続的に提供する体制の構築にあると考えています。

しかし、実際には、医療費適正化という名のもとに、官の財政支出をいかに減らすかという財政主導の視点が目につきます。国民に適正な医療が提供できるのか、国民の健康と生命を守ることができるのかという点で不安を感じています。医療においては、費用の適正化より、適切な医療の確保が第一に配慮されるべきです。

資料の四ページ、五ページをごらんください。

観点から、被保険者は七十五歳以上の者とすることが適當だと思います。また、保険リスクを軽減し、財政運営の安定化を図るためにある程度の運営主体は都道府県やそれと同等の規模を有するものとすることが望ましいと考えます。

以上、医療保険制度のあり方につきまして、個別政策の積み上げ方式による医療給付費の伸びの適正化、都道府県単位を軸とする保険者の再編統合、新たな高齢者医療制度の創設という三つの大きな柱に沿って発言をさせていただきました。

今後、団塊の世代が高齢化し、医療費の増大が見込まれております。給付と負担の均衡を図り、国民の安心の基盤である皆保険制度を堅持し、人口構造の変化に対応できる持続可能なシステムがつくり上げられますよう、政府の取り組みを期待いたします。

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、内田参考人にお願いいたします。  
○内田参考人 日本医師会常任理事の内田と申します。

これまで、我が国の高齢者医療は老人保健制度を軸にしてまいりました。この老人保健制度は、高齢者がそれぞれの保険者に加入したまま、国保や被用者保険からの拠出金と公費をもとに市町村が運営するという方式をとつており、保険料の決定徴収主体と給付主体が別であり、給付と負担の関係が不明確であるという指摘がなされてきました。

このため、今後の高齢者の医療制度について

は、高齢者からも保険料を徴収することにより、給付と負担の関係を明確にし、同時に、社会連帯による相互扶助の考え方に基づく国保や被用者保険からの支援、公費を財源とする独立した制度を創設すべきだと考えています。

そして、新たな高齢者医療制度を創設するに当たっては、その被保険者や運営主体をどうするかという問題が生じますが、高齢者の生活実態、経済的地位、心身の特性及び支え手をふやすなどの

御案内のとおり、日本の医療費は対GDP比でOECD参加国中十八位という低い水準ですが、平均寿命、健康寿命、乳幼児死亡率は、いずれも世界最高の水準を維持しています。この事実は、いつでも、どこでも、だれでも良質の医療を安く受けられる國民皆保険制度と医療従事者の献身的な働きに支えられていると考えています。

國民皆保険制度を維持するために本改正案の必要性は理解できますが、一方で問題点も多く、本日は、考えられるさまざまな課題について述べさせていただきます。

国民に不安を与える、負担を増大させ、また、医療の現場を混乱させることがないよう十分に御検討いただき、附帯決議や政省令等による円滑な運用がなされますよう希望いたします。

初めて、健康保険法の保険給付に関する事項について述べさせていただきます。

高齢者負担、高額療養費支援の縮小など、持続可能な医療制度の確立と目的のために、患者の負担増が顕著な施策となっています。平成十四年の健保法改正の際、附則第二条では、「医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする。」とあります。また、医療費の自己負担増は受療行動を変化させ、病状を悪化させることで医療費増につながるという調査報告もあります。これ以上の自己負担増は医療保険制度の破壊につながると考えます。

資料の六ページをごらんください。

厚労省の試算をごらんいただくと明らかなように、医療費将来推計値は試算根拠がはつきりしておらず、この数年で大幅な減額になっています。

これをもとにさらなる患者負担を強いることに国民は納得できるでしょうか。政府には、しっかりと試算根拠を示し、国民に説明する義務があると考えます。実際、二〇〇〇年から四年間では総医療費は一・七兆円の伸びにとどまっています。

いわゆる混合診療導入は、國民皆保険制度を崩

壊させる危険性が懸念されることから、安易に許容すべきではありません。自費診療の拡大は、患者負担の無秩序な増大を招き、医療保険制度の破壊につながります。公平、平等で良質な医療の提供は日本の医療制度の根幹です。格差を容認する自費診療に貴重な公的保険の財源をつき込むべきではありません。

平均在院日数、総治療期間の短縮は、治療中の断や医療従事者の業務過密化のために医療内容が低下するおそれがあり、疾病的重症化や長期化を招くおそれがあります。平均在院日数は、国際的には急性期のものが使われており、単純に日本のものと比較することはできません。また、診療科によつては労働条件が非常に厳しいことは直近の調査でも報告されていますが、これがさらに悪化し、医師偏在が進むことが危惧されます。

コスト削減による医療現場での過酷な労働は医療事故や医療過誤に直結する問題です。経済が上向きになつても医療費を抑制し続け、その結果、医療職種の賃金は下げざるを得ず、診療科や地域、病診間のマンパワーの偏在がさらに加速しています。地域の医療事情を勘案し、適切な医療提供体制の整備を進めること、人員配置基準の見直しや医療関連職の増員、それを支える財源確保などの迅速な対応が求められます。

高齢者医療制度の創設については、高齢者の有病率は高く、一人当たりの医療費は現役世代の四倍強という統計もあります。一割負担でも現役世代以上の負担になり、まして、前期高齢者の三割負担は家計への影響が大き過ぎます。また、高齢化によるがんや生活習慣病の増加に対しても、早期発見、早期治療、適切な健康教育などが必要であり、保険者、行政、地域の医療提供者の連携が重要になります。一生を通じての健康管理システムの構築も同じです。さらに、終末期医療についてのガイドラインを策定し、国民的なコンセンサスを形成することも必要と感じています。

資料の九、十ページをごらんください。

都道府県による医療費適正化計画と保険料設定

は、地域格差の増大を招き、負担は公平、給付は平等という保険の基本理念に反します。国の基本方針に基づく指標や数値目標、その達成状況に応じて講じられる措置については、地域特性も勘案し、格差を助長することなく、患者の不利益になることがないよう、地域医療を担う関係者が中心となつて協議をする仕組みが必要だと考えます。

十一ページから十三ページをごらんください。

保険適用除外は、さまざまな問題を提起しています。現在入院中の患者が入院医療から排除され、また在宅でも十分な医療が受けられない事態は疾病の増悪を招くことが危惧されます。

また、現状では、介護施設から急性期病床に入院した場合、その後の退院に際して介護施設には帰ることができず、療養病床に転院することが非常に多い現状があります。療養病床が大幅に削減されることは、介護難民、医療難民が発生するところを考えられます。介護施設における医療行為は、現地の増悪を招くことが危惧されます。

在医療保険の適用が認められていませんが、これをぜひ適用できるようにしていただきたいと考えています。現状では、必要な医療も受けられない場合が生じています。

療養病床や長期医療のあり方については、介護保険、医療保険、医療法を包含する検討を加える必要があります。少なくともその実態調査を早急に行い、五年ごとに調査、見直しをすべきではないかと考えています。

十四ページをごらんください。

在宅医療に関しては、介護保険等のさまざまな施策との適切な連携、役割分担の中で、家族が希望する場合の選択肢として地域において整備を進めるべき課題と考えています。今後、家族構成等の点で自宅での医療、介護はますます厳しくなります。有料老人ホーム等、多様な住まいの概念に立つて医療、介護の提供システムが構築されることが望ましいと考えます。

十五ページ、十六ページをごらんください。

平成十八年四月二十六日

○岸田委員長 ありがとうございました。

次に、渡辺参考人御紹介いただきました日本経済新聞の論説委員の渡辺と申します。

私は、個人的なことをいえれば、新聞記者として、医療行政といいましてよろしく厚生行政を三十年余り担当してきた、そういう立場から、今回の医療改革関連法案についての意見を述べさせていただきます。資料は用意しておりませんので、全部口頭で申し上げます。御了承ください。

まず、私自身医療行政を担当して、今回ある意味では初めての経験といいましょうか、つまり、政府部内でこの医療改革に関する意見が対立したというのが私の強い印象であります。特に、経済政策諮問会議を中心としまして、極めて財政主導で、医療行政といいましてよろしく厚生労働省の対抗して今回の案の中核であります厚生労働省の案というふうに私は認識しております。

まず、私が全体として立法府において御審議いたきたいのは、近い将来も含めて、日本の国民医療費、公的給付は一体国民所得の何%程度振り向けるべきか、この議論がなかなか出てきていい。経済財政政策諮問会議は、二〇二五年ベースで、この予測が当たつているかどうかは別といたしまして、現行とほぼ同じ水準、つまり国民所得の7%程度で維持するというような案を出しております。私はこの案には反対でございます。

それに対して、先ほどもお話をありましたけれども、今、日本の国民所得の7・3%という数字は極めて低水準である。これはできれば、ヨーロッパ並みがすべてがいいかどうかは別といたしまして、やはり一〇%近く、つまり国民の命と健康を守る水準といったものは一〇%近くあつていいのではないかと私は思っています。

もちろん、後ほど申し上げますとおり、そのためにには国民の負担に対する同意といつたものが必ずあります。まず、その辺の議論といつたものが足りないままにこの案がつくられたというふうに私は思っております。

ありがとうございました。(拍手)

ただ、そういった中で、今回の厚生労働省の案を中心とした改革法案というのは、二〇二五年ベース、何度も言うとおりこの推計があてになるかどうかという疑問は確かにございますけれども、九%近い水準ということを前提にしてこの案を組んでいます。九%程度は振り向けるようということは、私は評価していいのではないかと思つております。

また、その医療費抑制の路線、「まじめ経済」との連動といったことは無視できないのですけれども、経済財政諮問会議が打ち出したような、例えばいわゆるキャップ制、伸び率管理といった極めて乱暴な意見ですね。こういったものを排斥して、今回の案といったものはいわば下からの積み上げ、これは時間がかかるかもしれませんけれども、こういった案といったものは私はこれまた評価していいのではないかと。つまり、生活習慣病対策、予防を中心として、

あるいは平均在院日数の短縮化、それは先ほど話もありましたが、療養型病床の六年かけての廃止あるいは削減といった、多少唐突な数、乱暴な気もいたしますが、特に老人の平均在院日数の短縮化といつたものについては、この療養病床の削減あるいは介護療養病床の廃止といったことは、私はやむを得ないと考えております。

そういうことで、医療改革というのは乱暴な議論といったものを排して丁寧に一つ一つ積み上げていかなければいけないというふうに私は考えておりますが、例えば生活習慣病対策一つとりましても、よく厚生労働省は長野モデルといった言葉を使っております。

御案内のとおり、長野県の一人当たり老人医療費は日本一低い。日本の平均が一人当たり七十五万円、長野県は約六十万円、北海道や福岡は百万円近い、九十数万円といった水準で、確かに長野県は、私も研究班の一員として調べたことがござりますけれども、平均寿命は男性が日本一、女性は日本で三番ですか、男女総合しますと平均寿命が日本でトップ、そして医療費は少ない、ある意

味ではすばらしい県であることは、そういった意味では確かなんあります。

では、長野モデルは結構なんですが、果たして日本の四十七都道府県みんながすぐ長野県みたいなになれるかといえばまた別でございまして、長野県がなぜ医療費が低いかといえば、いわゆるヘルス事業、保健事業、保健補導員を始めとした地道な予防活動は確かにそうなんですが、一方で、長野県というところは持ち家比率、マイホームを持つている比率が日本一高い。そして離婚率は日本で最低の部類。つまり、家庭介護力あるいは家庭看護力があつて、いわばマイホームがある、在宅がやりやすい環境であるといったことも忘れてはならない。

そうしますと、長野モテル的な生活習慣病対策があるのは予防といったことに力を入れることは結構なんですが、では、例えば、果たしてこの首都圏で同じことができるか。サラリーマン社会、特に東京、神奈川、埼玉、千葉といったところで同じことができるかといったことも、また別なモルタルとしてつくらなければ、すべてがいきなり長野のようになるわけではない。この辺も十分な緻密な作業が必要だと私は思つております。

うに療養型の廃止あるいは削減といったことは、やや唐突であつたし、やや乱暴な気もしないわけではありませんが、日本の、ある意味では異常な、特に老人の平均在院日数の長さを考えますと、これは社会的入院という問題も絡んで、この療養型病床の廃止あるいは削減、六年間かけてといったことはやむを得ないと先ほど申し上げました。

ただ、この療養型病床、介護療養型十三万そして医療療養型十万、合わせて二十三万を削減する、その後が一体どうなるかといったことの議論がまだ十分ではない。療養型は老健あるいはケアハウスあるいは有料型に転換するといったことでございますが、在宅にも当然なるわけでありまして、在宅医療といったことは大変重要なことです。

ざいますけれども、在宅をどのように進めていくのかといった青写真がまだ十分見てこない。そ

うしなければ、いわゆる医療難民といった言葉が  
あるように、まさにそういうふたつ、いわば追い出されたお年寄りはどうなるかといったことのもう  
ちよつと緻密な見通し、ビジョンあるいは議論が必要ではないかと私は思つております。  
それから、これに関連いたしまして言います  
と、これから病院と診療所のあり方、特に在宅に  
関して言いますと、今度の診療報酬改定で在宅には  
は相当きめ細かいあるいは厚いシフトをしておりま  
すけれども、やはりかかりつけ医機能といつた  
ものをどう充実させていくか、この辺も充実させ  
ないと十分な在宅が進んでいかない。ただ、診療報  
酬改定を目指すところから、これまでの

幸運点数を相当いたしかねずく進むもとでそもそも見えない。どのような格好で開業医を中心としたかがりつけ医機能を發揮できるか。

さらに、それを言うならば有床診療所のあり方、さらには病院のあり方、病院も、これまたお話をあつたように、国公立及び公的病院のあり方と民間病院のあり方。

特に、今見ておりますと、例えば国立病院一つとりましても、あるいは国立大学附属病院を見ますても、二年前から独立行政法人になりまして、

国立病院機構、百五十近く加盟で入っておりますが、やはり経営効率あるいは黒字といつたことにやや重点が置かれ過ぎてゐるんではないか。もちろん赤字垂れ流し、無駄な医療費は避けなきやうめんけれども、国公立病院が民間病院と競争して患者の奪い合いといったことになりますと、これまたマイナス面も出てくる。公的病院の方も含めて、医療機関のあり方といったことももう

分に議論していただきたいなと私は思つております。

さらに言うならば、これは医療提供体制でござりますので、医師確保の問題。どうも地域格差といつたものは、いろいろ言われてもなかなか解決しない。そうしますと、何よりも国民にとって一番大事なのは、どういった医療が受けられるかで

ありまして、極端に言えば医療保険財政は、どうでもいいとは言いませんが、その次の問題だと私

は考えております。  
いい医療提供体制があるとするならば国民は負担にも応じると私は感じておりますので、どの県に住んでも、どの地域に住んでもちゃんとした医療が受けられる、そういうたビジョンをまず示すのが医療改革の先決ではないかと私は考えております。  
それからもう一点言いますと、今度は、厚労省といいますか政府案につきましては、都道府県単位といったことが言われております。私これもまた評価したいと思っております。つまり、医療を国が管轄といいましょうか所管するというのではなくなかなか隔離搔痒、手が届きにくい部

分がある。地方分権の観点からも、例えば個人的なことを言えば、私、昔デンマークという国に住んだことがあります。ですが、北欧は地方分権が進んでおります。すべて北欧をまねするつもりはございませんし、また、まねする必要もないかもしれません。あんな消費税が二五%という高い国をすべてまねする必要はないかもしれません、少なくとも地方法権という考え方は参考にしていいんじゃないですかと私は考えております。

例えば、デンマークにてもお隣のスウェーデンにしても、医療は県が所管し、福祉はいわゆるコミュニケーション、市町村が所管しております。逆に言いますと、県や市町村の予算といったものを北欧で調べますと、その大体八〇%から八五%、県によって多少違います、デンマーク一つとつたつて十四の県がございますので多少違いますが、大ざっぱに県の大半の予算は医療。

逆に言いますと、県の大半の仕事は医療と言つても過言ではないし、市町村の大半の仕事は福祉であるいは初等教育あるいは都市環境といったことでございますが、日本でも地方分権を語るときには、一体何を分権するのかといったことを議論しなければ、ただ分権分権と言つてもなかなか進まない。

つまり、私が言いたいことは、まず県が日本でも医療といったものを担当すべきではないか。もちろん、今の四十七都道府県は人口規模も違いますし、いろいろまだまだ不十分なところはあります。しかし、いろいろな発想からいえば、今回の医療保険単位及び医療行政を国から都道府県に持つていいといった考え方は、これから進めるべきだ。

ただ、もちろん先ほど言つたようにいろいろ問題点はございます。失礼ながら、鳥取県、島根県合わせて百五十万という人口、そういったところと同じようにできるか等々、いろいろな人材の問題ありますけれども、そういうたところも考えながら、都道府県単位といったことを推し進めていく必要があるんではないかと思つております。

最後に、私はもう一点、特に行政府でもあるいは立法府でも議論をしていただきたいことは、先ほどの国民の負担あるいは医療の負担の問題でございまして、医療費をだれがどのように負担するかという議論がまだ足りないのでないか。

今、いわゆる医療費、全体として現在ベースでは国民医療費は三十一兆円余りでございますが、そのうち患者負担が、もちろん一般的には三割、老人一割、二割、あるいは乳幼児二割とか、違いますが、トータルしてみると患者さんが大体一六%負担している。保険料で五二%程度、税金で、国税、地方税合わせまして三三%程度。

この負担の割合なんですが、これまでの政府あるいは各党の考え方、特に与党の議論を聞いておられますと、結局、患者負担はふやしたくない、保険料はふやしたくない、あるいは税金もふやしたくないと言う。特に財政当局は税金をふやしたくない。あるいは、サラリーマン団体といいましてもうか経営者団体も含めて、保険料はふやしたくない。あるいは、医療界は患者負担をふやしたくない。どれもふやしたくないんだつたら、これは医療費はふえようがないわけでありまして、どんな格好にしろどれかをふやさなきやいけない、あるいは医療費の無駄をなくした上での話であります

そういう中で、やはり患者負担、今の一  
六%、個々、老人あるいは被用者違いますけれど  
も、保険料五二%、税金三二%。結論は、私の考  
えを言いますと、税金をもうちょっとふやしてい  
いのではないかと私は考えております。  
ただ、税金をふやすに当たりましては、当然、  
これは今の財政再建というあれもございますが、  
近々消費税が引き上げられると予想されておりま  
す。消費税を上げるためには、何に使うか、ただ  
借金の返済だけに使うと言つてはなかなか国民の  
同意が得られないのではないかと私は考えており  
ますので、そういう中でも、医療に充てると  
か、あるいは主要目的をはつきりしながら、医療  
に対する税投入というのをもうちょっとふやすべ  
きではないか。  
そのためには、再三申し上げていますとおり、  
ただ充てるのではなくて、国民にどのような医療  
提供をするかといったことを明確にしながら、そ  
れを国民に説明しながら、税投入あるいは患者の  
負担ももうちょっとふえるかもしれません。いざ  
れにしても、すべての面で反対と言つていたらい  
つまでもらちが明かない、私はこのように考えて  
おります。  
以上、やや総論的になりましたが、これで私の  
考え方を述べさせていただきます。  
以上でございます。(拍手)  
○岸田委員長　ありがとうございました。  
次に、逢見参考人にお願いいたします。  
○逢見参考人　おはようございます。連合で副事  
務局長をしております逢見です。  
医療制度改革関連法案に対する意見を述べたい  
と思います。お手元に資料をお持ちしてございま  
すので、適宜参考しながら意見を述べてまいりた  
いと思います。

今回の改革の趣旨について、政府は、国民皆保険制度を堅持し、将来にわたり医療保険制度を持续可能なものとしていくとしております。政府の言う持続可能とは、財源の確保だけであるかのようであります。制度への国民の信頼がなければ、財源の確保どころか制度の持続可能性さえ困難になります。

医療制度に対する国民の信頼を回復し、安心、安全、信頼の医療体制を確立するため、抜本改革を断行すべきであるという立場から、以下、意見を述べさせていただきます。

まず、積極的に推進すべき内容について述べたいと思います。

第一に、二〇〇六年度の診療報酬改定において、明細のわかる領収書発行がすべての医療機関、保険業者等に義務つけられたことです。この点については評価したいと思います。

連合は、一九九七年から、明細のわかる領収書をもらおうという運動を展開してまいりました。お手元に資料を配付させていただいております。ことしの二月から三月にかけて、インターネット上で調査した領収書発行状況につきまして、二ページから五ページに掲載してございます。これは後ほどごらんいただきたいと思います。

今後、民主党提案の医療の安心・納得・安全法案で提案されておりますレセプトに近い領収書発行の義務づけを検討するよう要望いたします。

第二は、レセプトのオンライン化です。昨年十ニ月の政府・与党、医療制度改革大綱において、レセプトを電子化して二〇一一年三月末までにオンライン請求に切りかえることが提案されておりました。しかし、政府は、四月に入り、年間のレセプトが千二百件未満、歯科については六百件未満の医療機関については、最大二年間猶予する省令の改正を行いました。五年間も準備期間を設けているわけですから、この期間内にすべての医療機関がオンライン化するよう要望いたします。

第三に、医療法等の一部改正法案についてです。法案に示された、患者等への医療に関する情報提供の推進、医療計画の見直し等を通じた医療機関の分化、連携の推進等の内容については、確実に実行すべきであると思います。しかし、地域や診療科による医師不足問題への対応につきましては、医師不足を解消し、国民の安心を回復するには不十分な内容であると言わざるを得ません。民主党が提案しております小児医療緊急措置法案、がん対策基本法案を十分反映しつつ、さらなる具体的な対策を講じるよう強く求めます。

その上で、地域や小児科、産科の医師不足への次善の策として、小児医療については保育所、幼稚園などに看護師、保健師を配置する、産科については助産師の力をかりるといった方法も検討すべきではないかと考えております。

第四に、保険者の再編統合についてです。政管健保については、全国単位の公法人である全国健康保険協会を保険者として設立し、都道府県単位の財政運営を基本とする改革案が提案されております。これにつきましては、連合が政管健保の改革として提案してきた内容と大筋合致するものであり、その実行を求めます。あわせて、保険料負担者である被保険者、事業主の制度運営への参画を確実なものとするよう、重ねて要望いたします。

第五に、療養病床の再編についてであります。療養病床については、老健施設やケアハウス等への病床転換を進め、「一〇一」年度末に廃止する、医療型療養病床は二十五万床から十五万床に削減することが提案されております。この療養病床の再編は、長期入院、社会的入院の解消という、これは三十年來の懸案である問題に決着をつけることであると思います。療養病床再編に当たつては、入居者の処遇に十分配慮しつつ、確實に実行すべきだと思います。

続きまして、法案の修正を求める内容について述べたいと思います。

第一は、新たな高齢者医療制度の創設についてです。

老人医療、退職者医療については、現役世代からの負担のあり方が不透明であること、財政運営責任が不明確であること、保険者が制度運営に参画できないといった問題が保険者から指摘されました。今回の改革は、これらの問題を解決するものでなければなりません。しかし、提案されている新たな高齢者医療制度は、問題は解決されないばかりか、保険者、被保険者にさらなる不安、不満を増幅させる内容となつております。

まず、後期高齢者医療制度への支援金、前期高齢者医療制度における支援金を含む財政調整金、退職者医療制度への拠出金など、被用者保険の将来の負担増に関する詳細が不透明なまま、納得しがたい負担が求められる点についてです。支援金、財政調整金、拠出金の法的性格を明らかにしつつ、現役世代も納得して支えることのできる制度とすべきであります。

次に、後期高齢者医療制度は独立した制度であるにもかかわらず、保険者が不明確な点です。全市町村が参加する広域連合を各都道府県に設置して制度運営を行うとし、広域連合の構成メンバーは、直接選挙、市町村議会の間接選挙、いずれかで選出することされています。このような方法で選出されたメンバーによる広域連合で、保険制度の運営が果たして可能なのでしょうか。厚生労働委員会での質疑におきまして、政府は、財政責任を持つ運営主体としては、広域連合が保険者であると言えども答弁しました。そうであるなら、なぜ広域連合を保険者と規定しないのか、理解できません。

また、各保険者が保険者協議会に参加し、運営について協議するとしております。しかし、保険者協議会の権限、広域連合と保険者協議会の法的関係、両者の意見が異なった場合の調整などについても不透明です。六十五歳から七十四歳を対象とする前期高齢者医療制度の制度間財政調整は、保険者機能の発揮

を阻害し、保険制度の自主、自立の基本をゆがめるものであります。また、後期高齢者医療制度と同様に、前期高齢者医療制度にも公費負担を行ふべきであります。

新たな高齢者医療制度は撤回し、引き続き検討するよう強く要望します。

第二は、高齢者の窓口負担の引き上げです。

高齢者の自己負担引き上げは慎重に検討すべきであると思います。現役並み所得者がいることは否定しませんが、高齢者の老齢年金の平均金額を見ますと、男性では約二百二十七万円、女性は百三十二万円となつております。

高齢者の自己負担については、二〇〇二年十月に、一割と現役並み所得者二割といった定率負担が導入されたばかりであり、マクロ経済スライドの導入で年金額が減少し、公的年金等の課税強化によって医療・介護保険料が増加しております。さらには、定率減税の縮小廃止で税負担がふえるなど、高齢者の生活不安は高まっています。療養病床における食費、居住費の見直しとあわせて、再検討すべきであると思います。

第三に、高額療養費制度についてであります。

今回、定額部分の引き上げ、二年後に七十から七十四歳の新たな年齢区分の設定が提案されております。高額療養費制度についての改正のたびに制度が複雑になり、計算方法を理解できる国民はほとんどいないと言つても過言ではないと思ひます。

昨年十月の厚生労働省の医療制度構造改革試案では、定額部分の引き上げと、医療費に連動した一%を二%に引き上げる案が提案されていました。定額、定率部分を引き上げれば、目に見える窓口負担を上げなくとも、実質的な自己負担の引き上げは幾らでも可能となります。定額部分の引き上げと医療費に連動した一%は撤回し、制度の簡素化を行うよう強く求めます。

さらに、今回、高額医療と高額介護合算制度が提案されております。利用者の負担軽減という観点からは、歓迎すべきだと思います。手続の簡素化

化を行うことによって利用しやすくなるよう、検討するよう求めたいと思います。加えて、高額医療と高額介護という異なる制度の合算制度を創設するのであれば、例えば、勤務先が異なる夫婦とともに政管健保加入者であった場合など、被用者保険内の合算制度も創設すべきだと思います。

ぜひとも検討いただきたいと思います。

第四は、妊娠、出産にかかる内容についてです。

お配りの資料にも、やはり連合がインターネット上で実施しました妊娠、出産費用に関する結果を掲載しております。十七ページにありますように、出産費用は預貯金を取り崩したという回答が最も多くなっています。このようなアンケート結果を参考に、子育て支援、医療安全の観点から、妊娠、出産にかかる費用は保険適用とし、保険適用となるまでの間は出産育児一時金を四十万円に引き上げるよう強く要望します。

ILO百三号条約母性保護条約が二〇〇〇年に改正され、百八十三号条約となつておりますが、いまだ我が国はこの条約を批准しておりません。今回、出産手当金は賃金の三分の二相当額を支給することが提案されました。これは前進であります。残るのは、育児時間の有給化です。条約では、相応の報酬を与えられねばならないとされています。これは本法案とは直接関係ありませんけれども、ILOの母性保護条約の批准に向けて、育児時間の有給化を検討されるようお願いをしたいと思います。

第五は、国保組合の国庫補助のあり方についてです。

高額所得者が加入する国保組合に対する国庫補助は、中小零細企業の労働者が加入する政管健保の一三%と比較すると、著しく高い補助率となつております。一人親方の組合、理容師、美容師の組合などへの補助は国保並みとすべきであります。が、高額所得者の組合については国庫補助率を抜本的に見直すべきであります。

第六は、医療法等の改正に盛り込まれている外國人医師等の臨床修練法における臨床修練対象の拡大についてであります。

現行の外国人の技能実習制度に見られるように、事実上、労働者としてカウントされ、労働基準法、最低賃金法違反など、多くの問題があることを踏まえると、この点については慎重に検討すべきだと思います。

第七に、医療制度改革関連法案には含まれておませんけれども、二点ほど申し述べておきたいと思います。

第一点は、政府・与党の医療制度改革大綱に明記された「医療保険制度の一元化を目指す」という点についてであります。内容の詳細は不明ですが、これが地域保険と被用者保険との統合を目指すということであれば、これについては反対であることを強調しておきたいと思います。

第二点目は、経済財政諮問会議、規制改革・民間開放推進会議や財務省が主張する総額管理制度、保険免責制は導入すべきではないということも強く求めておきたいと思います。

最後に、今回の医療制度改革関連法案の内容は広範多岐にわたっており、国民生活に大きく影響するものであります。法案の内容や問題点は明らかになつていないうち点がまだ多く残っております。審議は始まつたばかりであり、今後さらに十分な審議が行われることを期待しております。

安心、安全、信頼の制度の確立に向けて、患者、保険料負担者、保険者、医療関係者などが納得するよう、昨日と本日の参考人意見を十分踏まえ審議を行うよう重ねて要望いたしました。私の意見とさせていただきます。

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す。

次に、川渕参考人にお願いいたします。

○川渕参考人 ただいま御紹介いただきました川渕でございます。

きょうの私の話は、資料が入つておりますので、その資料を使いながら都合十五分間話をしますが、全部で十六について話をしますので、一枚

一分のスピードで話をします。日本の医療が危ないということを私は思つておりました。実は、先生方のお部屋にこの本を贈呈した記憶があるんですけれども、九月十日の本でありまして、その次の日に選挙がありましたので、九月十一日以後に着いていると思います。読んでいただいたでしょうか。

実は、私、この本を書いたときに、自分は医科歯科大学に来て六年目になりますけれども、医師でも歯科医師でもない、無資格者でございます。医療経済学というのをやっておりまして、きょうは医療経済学の立場からお話しします。

私は、この本の中に書きましたけれども、医療は対人サービスでござりますけれども、医療制度は九九・九%政治でございます。ですから、政治家の先生方には慎重に考えていただかなきゃいけない局面に来たのかなと思います。

まず、きょうは、一つ目としまして、素朴な疑問ということで、まず一つはファイナンシングの話をしたいと思います。

そもそも、現行の国民皆保険制度、これは一九六一年にできたわけでありますけれども、私は当時二歳でございましたからよくわかりませんが、非常に思い切つた、改革といいますか制度じゃなく、これが持続可能、不可能という議論が

ありますけれども、本当に現行の国民皆保険制度というのは、このままほつておくと持続不可能なのかどうかというところが一つ議論ではないかなと思います。

申しますのは、先ほどから議論が出ておりますけれども、現行の医療費二十八・三兆円、これはいつの間にか医療給付費となつております。国民の患者負担が抜いてあるんですねけれども、これが、このままほつておくと持続不可能な政局問議が言つては四十二兆円、厚生省はその間をとつてか四十八兆円でどうだと。まるでバナナのたたき売りのような話でございまして、一体全体、この推計はどれが正しいのかなと。

日本での医療が危ないということを私は思つておりました。実は、先生方のお部屋にこの本を贈呈した記憶があるんですけれども、九月十日の本でありまして、その次の日に選挙がありましたので、九月十一日以後に着いていると思います。読んでいただいたでしょうか。

実は、私、この本を書いたときに、自分は医科歯科大学に来て六年目になりますけれども、医師でも歯科医師でもない、無資格者でございます。医療経済学というのをやっておりまして、きょうは医療経済学の立場からお話しします。

私は、この本の中に書きましたけれども、医療は対人サービスでござりますけれども、医療制度は九九・九%政治でございます。ですから、政治家の先生方には慎重に考えていただかなきゃいけない局面に来たのかなと思います。

まず、きょうは、一つ目としまして、素朴な疑問ということで、まず一つはファイナンシングの話をしたいと思います。

そもそも、現行の国民皆保険制度、これは一九六一年にできたわけでありますけれども、私は当時二歳でございましたからよくわかりませんが、非常に思い切つた、改革といいますか制度じゃなく、これが持続可能、不可能という議論が

ありますけれども、本当に現行の国民皆保険制度というのは、このままほつておくと持続不可能なのかどうかというところが一つ議論ではないかなと思います。

申しますのは、先ほどから議論が出ておりま

うのは、年金も非常に不安でございますけれども、国民年金に比べて、国民保険の滞納率等、低うございます。そういう点では、なげなしのお金で国民は必要なお金を払つておるわけです。結果、一体全体、社会保障の全体像がどうなつていません。

厚労省の案ですと、今回の案を見ますと、基本的には、中長期的には平均在院日数の短縮と疾病予防の強化によって適正化を行うという話でござりますけれども、この中に一つだけ抜けているのが技術革新。つまり、医療は年金とは違つて、この技術革新がなかなか読めないわけです。日夜、ドクター等も新薬をつくつたり、あるいは医療機器の開発ですか、この技術革新部分が医療のいいご味であります。ですから、これが年金とは違つて、この技術革新がなかなか読めないわけです。日夜、ドクター等も新薬をつくつたり、あるいは医療機器の開発ですか、この技術革新部分が医療のいいご味であります。

ただ、いろいろな分析がありますけれども、技術革新はやはりお金がかかります。中長期的に

は、医療費の節約ですか、あるいは雇用を生み出すとか、税収を上げるとか、医療費ではなくて分母の、国民経済の方に寄与するという部分があるわけですね。ですから、そこをどう考えておるかというところが私の非常に素朴な質問でござります。

それから、儒教の精神、今回の法案というのは、これは儒教の精神でありますけれども、私は名前が孝一でありますので、日本一親孝行の子供でございます。

が、この儒教の精神で、本当に七十五歳のところの高齢者医療保険制度、これが二〇〇八年度以降どうなるのかなと。

特に私が一番懸念するのは、ついに人口減社会に突入しております。前倒しして二年前から入っておりますね、二〇〇五年から。四十七万人の方々が、私もそうでありますけれども、不妊治療に通つておられるし、三十二万人の方は優生保護法で墮胎をしている。そういう中で、今後、この人

口減社会の中での高齢者医療保険制度の長期見通しはどうなのかというところは、ちょっと私もわかりません。

それから、我が国には五つ社会保険があります。年金、医療、介護に加えて、失業、労災保険と、厚生労働省でございますので、五つの社会保険があります。これはドイツに似せてつくつたんでも、社会保険個人会計という話がありますけれども、一方で、社会保険個人会計という話がありますけれども、ことこの整合性はどうすくかというところが見えないのかなと思っております。

厚労省の案ですと、今回の案を見ますと、基本的に、中長期的には平均在院日数の短縮と疾病予防の強化によって適正化を行うという話でござりますけれども、この中に一つだけ抜けているのが技術革新。つまり、医療は年金とは違つて、この技術革新がなかなか読めないわけです。日夜、ドクター等も新薬をつくつたり、あるいは医療機器の開発ですか、この技術革新部分が医療のいいご味であります。

ただ、いろいろな分析がありますけれども、技術革新はやはりお金がかかります。中長期的に

は、医療費の節約ですか、あるいは雇用を生み出すとか、税収を上げるとか、医療費ではなくて分母の、国民経済の方に寄与するという部分があるわけですね。ですから、そこをどう考えておるかというところが私の非常に素朴な質問でござります。

それから、儒教の精神、今回の法案というのは、これは儒教の精神でありますけれども、私は名前が孝一でありますので、日本一親孝行の子供でございます。

が、この儒教の精神で、本当に七十五歳のところの高齢者医療保険制度、これが二〇〇八年度以降どうなるのかなと。

特に私が一番懸念するのは、ついに人口減社会に突入しております。前倒しして二年前から入つておりますね、二〇〇五年から。四十七万人の方々が、私もそうでありますけれども、不妊治療に通つておられるし、三十二万人の方は優生保護法で墮胎をしている。そういう中で、今後、この人

二年前あるいは六年前よりふえておりますが、逆に言いますと、開業する小児科がふえるということは、勤務する小児科が非常にアダ。先日も、八戸へ行つてきましたけれども、あの人人が開業しましたからうちの小児科は閉めるんだとか、そういう話があります。これはドイツに似せてつくつたんでも、社会保険個人会計という話がありますけれども、一方で、社会保険個人会計という話がありますけれども、ことこの整合性はどうすくかというところが見えないのかなと思っております。

厚労省の案ですと、今回の案を見ますと、基本的に、中長期的には平均在院日数の短縮と疾病予防の強化によって適正化を行うという話でござりますけれども、この中に一つだけ抜けているのが技術革新。つまり、医療は年金とは違つて、この技術革新がなかなか読めないわけです。日夜、ドクター等も新薬をつくつたり、あるいは医療機器の開発ですか、この技術革新部分が医療のいいご味であります。

ただ、いろいろな分析がありますけれども、技術革新はやはりお金がかかります。中長期的に

は、医療費の節約ですか、あるいは雇用を生み出すとか、税収を上げるとか、医療費ではなくて分母の、国民経済の方に寄与するという部分があるわけですね。ですから、そこをどう考えておるかというところが私の非常に素朴な質問でござります。

それから、儒教の精神、今回の法案というのは、これは儒教の精神でありますけれども、私は名前が孝一でありますので、日本一親孝行の子供でございます。

が、この儒教の精神で、本当に七十五歳のところの高齢者医療保険制度、これが二〇〇八年度以降どうなるのかなと。

特に私が一番懸念するのは、ついに人口減社会に突入しております。前倒しして二年前から入つておりますね、二〇〇五年から。四十七万人の方々が、私もそうでありますけれども、不妊治療に通つておられるし、三十二万人の方は優生保護法で墮胎をしている。そういう中で、今後、この人

ろであります。先ほど御案内しましたように、医療は、高齢化もありますけれども、技術革新といふのはなかなか読めないわけですね。実は、歴史をひもときますと、一九八一年に土光臨調というところで国民医療費の伸び率を国民所得の伸び率の範囲内に抑えろという話が出ましたけれども、本当に抑え切ったのかどうかという検証がなされておりません。これは本当に抑えられるのかどうか。

もう一つ大事なことは、健康日本21、これはアメリカのヘルスピー・ブル二〇〇一にちなんで厚労省もつくりましたけれども、中間報告を見ますと、残念ながら、五十三項目中二十項目はむしろ数値目標が悪化している。私のウエストも今九十二センチでございまして、何とか八十五センチにしたいと思っておりますけれども、なかなか人間の行動変容というのは期待できない。

私は、国民すべからく健診を受ける、こういう何か昔のような話はもう無理じゃないかなと。それで、中にはルーズな方もいますので、疾病予防に医療費控除を入れる。例えば、人間ドックを受けますと、一銭も医療費控除を受けられないんですね。大衆薬の領収書を持っていくと、交通費まで医療費控除を受けられるわけです。この矛盾。あるいは、疾病予防にたばこ医療費目的税、これはぜひ公明党さんにも頑張っていただきたいと思うわけであります。

それから、メディカル・サービング・アカウント、これはシンガボールがやつておりますけれども、貯蓄を医療費に使った場合に節税効果がある、相続も可能であります。日本人はまだ貯金が好きでございますので、私は、ぜひ、このメディカル・サービング・アカウントのような節税をするということと疾病予防、これを組み合わせないと、国民すべてにあしたから健診を受ける、こういうのはもう時代錯誤も著しいんじゃないかな。

それから、三つ目は、昨今の医療費適正効果があつたのかどうか。これに関しては、実は、内閣府が立派な報告書をまとめております。

これはまた後で御披露します。  
それから、DPCということで、今、急性期病院の包括払いが入っております。この四月からも百四十四から三百六十病院と拡大しましたけれども、これは一体何を目指しているのかよくわからぬ。

例えば、内閣府がまとめた報告書がありますけれども、私の資料の小さな数字の七ページであります、見ていただけますように、非常に細かいのでありますけれども、画期的なのは、厚労省が他の官庁にデータを貸し出したということですね。多分、今、いろいろな官庁が社会保険に細かいのでありますけれども、画期的なのは、患者の個票、もちろん個人情報保護法はクリアしながら、くちやいけないんですけど、厚労省のデータベースをもつとシェアして、政策評価に使えないと、

ここに書いてあることはその一部でありますけれども、これまでの患者の自己負担増は余り受診抑制になつてないというような分析結果があります。ただ、これはいろいろな方が分析しているんですけど、本当に医療費の増加であります。ただ、これはいろいろな方が分析しているのが果たして進んでいるのか進んでいないのか、全くわかりません。したがつて、一体これは何を目標してやつてているのか。  
次のページを見ていただけわかりますように、アメリカのDRGというのは一九八三年に入りました。当時、私はシカゴ大学にいまして、こんな制度は長続きしないと言つておりますけれども、まだ二十年たつても続いておりました。何が起つたか。病院の数が減り、病床数が減り、平均在院日数が五・七日、病床利用率が六四・四、外来が十九万人から五十三万人。

そういうことを目指しているのでしょうか。そ

うすると、平均在院日数は何日を目指すのでしょうか。私は、日本で今、五・七日を目指すといつたら、病院職員はみんなやめていくと思います。もうバーンアウトぎりぎりでございますので、これまでにアメリカでやつておるようなメドパックといいますか、第三者の立場で国会議員の方に医療政策に対しても評価をするという機構を私はつ

くつてもいいのではないかと。あるいは、今の内閣府のようなどころの官庁エコノミストの知恵をかりながら、一体全体これまでやつてきた医療制度改革はどうだったのかというような評価も必要ないかなと思います。

歯科に関しては、専ら世界に比べて非常に料金が安い。その結果として、数量調整ということになります。たゞ、まだ次ということがあると思います。これは、まさにプライスコントロールを、結局は数量で調整しているという面でもあるのではないか。それから、DPCでございますが、よく言われますけれども、日本の医療費の約一兆円を今ここでやつてているわけです。問題は、何が起つているか。まず、医療費が高騰しております。DPCをやつていい病院よりもやつてている病院の方が医療費の伸び率が高い。それから、外来シフトが起つております。目指した医療の標準化というのが果たして進んでいるのか進んでいないのか、全くわかりません。したがつて、一体これは何を目標してやつてているのか。

次ページを見ていただけわかりますように、アメリカのDRGというのは一九八三年に入りました。当時、私はシカゴ大学にいまして、こんな制度は長続きしないと言つておりましたけれども、まだ次ということがあります。たゞ、まだ次ということがあります。

それから次の十三ページ、私の今やつております病院可視化ネットワークというスケームでござりますけれども、これは、厚労省が今集めているDPCデータで、国に出すのであれば私にも一票をということで、我々もデータをいただいてくるわけです。これは原価ゼロでありますね。国へ出しますから私も下さいと。本当は、厚生省の方が私に貸していただきたい。研究班の方にもお

願いしたんですけれども、これはなかなか個人情報の問題があつて貸し出せないとおっしゃるんですけど。何度も申しますけれども、患者名は匿名で結構でございます。

一度、アメリカはこういうデータを、AHRQというアメリカの厚生省の研究所がデータベースにしているんです。これを数十ドルで貸し出しますね。ですから、我々みたいな日本人でもアメリカの病院のデータが手に入る、それで研究ができるわけであります。研究ができる、最後は、その次のページでござりますけれども、私は何とか医療の質がよくて医療費が安い病院の名前を出したい。私はこれがアイ・ハブ・ア・ドリームであります。

つまり、十五ページにありますように、医療の質がよくない病院もあるわけですね。よくどう

最後に、私は、医療提供体制について申し上げたいのであります。

資料の十二ページでございますけれども、私がいろいろな研究をやつておりますけれども、この方には広島県の方でございますけれども、この方には了承をとつて私は今この資料を使っておりますけれども、川渕さん、どの病院に行つたらい



また、退院を迫られて苦しむのは、高齢者自身とその家族です。今日、高齢患者を抱えました御家族の共通の悩みが、病院から退院を迫られて行くところがないという訴えです。ここにおられる政治家の皆さん方も、実は支援者から、どうにかしてくれという話がいっぱい来ているのではないでしょうか。

第三に、療養病棟の医療区分に対応した病棟入院料や加算がこの七月から廃止されるというのに、医療区分の設定があいまいでし。やつと出てきたものも、結局、重度の肢体不自由者の意識障害者などでも、発熱がなければ医療区分の一のままであるということがわかりました。つまり、胃瘻で栄養補給しているような方でも、熱や嘔吐がなければ医療区分一、介護に人手がかかるADL区分三の方も、医療区分一であれば極めて低い点数です。

私ども全日本医連が、全国の病院に療養病床削減に反対して団体署名を呼びかけました。その答えが資料の三から出ております。私の役割として、この声を届けることと思いまして、若干読ませていただきます。

四ページの三の北海道、その他というところに、過疎地域には厳し過ぎる医師と看護師の人員基準、施設基準、このままだと過疎地域の中で小病院がなくなります。実際に釧路ではなくなります。

それから、その他のところで、今困っている低所得者、障害者、弱者も高レベルの医療をどこで受けられるべきだ、医師数、看護師数にこだわって地方の医療を壊している、厚労省のレベルの低さを告白すべきだ、厚労省は憲法二十五条を犯している。

でござります。  
一十六番表成、二の癡癡病末尾上二列成の中上

九十九都芳丸 この発表は月曜日と相談の中、  
を求める運動をぜひやりましょう、初めに医療費  
削減ありきの政策は、患者の健康だけでなく、病  
院で働く医師や労働者の生活を脅かすことをもつ  
て困ります。まことに、今後はこの手続

と国は考へてほしい  
との意気込みが必要。  
全病院保険医退止も控えます

昔の武見派時代を思い出すようなことも言つて  
おります。

また、次の七ページ目の百七番、療養病床は、  
最近政府の政策として制定されたばかりであり、

最近政府の政策としては制定されたばかりであり、朝令暮改も甚だしい。

それから、百十七番の富山、余りにも行政の御都合主義だというようなことも言つております。

そして、百十八番福井の、その他のところで、病室とか廊下幅を拡大し、やつと療養型に対応し

ました、一億二千万かけて、なのに、途中ではしごニートとは不向きのぱいぱい。

ごを外すとは不満いことはいです  
とほほというタイプでございましょうか。こう

いう声がいっぱい出でております。このような声がありまして、またぜひ、御参考にしていただきたい

いと思います。  
私は、一九九八年ご当地医療支援病院の創設時

も、地域の中小病院こそ在宅療養支援の基本をな

小病院は、ケアミックスでその地域の医療需要に

こたえてきました。そのような地域病院が、今回  
の乱暴なやり方で経営が立ち行かなくなり、地域

医療が崩壊していくことに、私は強い危惧を抱く

療養病床を中心に述べましたけれども、診療報  
ものです

酬に関しまして、リハビリの回数制限など、多田富雄先生が投書しておりましたけれども、問題

が多々あります。国民の求めているのは安全、安心の医療供給本則の確立です。その基本となるのが

心の困難な体制の確立で、その基礎となるのが医師、看護師その他の医療スタッフです。

今回の診療報酬で七対一という基準ができましたが、これまでより厚い看護体制に診療報酬たけれども、これまでより厚い看護体制に診療報酬

酬がついたことは評価できますが、現実に地域に

より状況が異なり、全国平均では語られないものがあります。私ども、七対一看護を病棟単位で求める団体署名でも多くの賛同をいただいておりました。病院の淘汰を前提にした看護計画でなく、絶対的な看護師養成が必要だと思います。

また、急性期病棟の看護師とともに、勤務医が疲弊しています。産科、小児科医になろうとする若手はますます少なくなり、残された医師には労働が過重になります。小児科医の労働実態が最近報道されましたけれども、小児科医のストレスの多くの中に、単に労働時間だけでなく、小児科の診療報酬の点数が低く抑えられて、病院経営上のプレッシャーがかかっているという報告もあります。

最後に、日本医師会が示した「改革と推進のヴィジョン」という、最近のパンフレットから後半の資料もつけさせていただきましたけれども、国民医療費、高齢者の医療費は、この数年横ばいになっています。関係各氏が、今日の医療現場や介護の現場の実態を把握し、将来に禍根を残さない制度改革を提言されることを申し上げます。そのためには、今回、医療制度改革案の一時撤回を求めて、私の意見とさせてもらいます。

以上でございます。(拍手)

○岸田委員長 ありがとうございました。

○岸田委員長 ありがとうございます。自由民主党

○岸田委員長 これより参考人に対する質疑に入ります。

質疑の申し出がありますので、順次これを許します。御法川信英君。

○御法川委員 おはようございます。自由民主党の御法川でございます。

きょうは、きのうに引き続きまして参考人質疑な意見をいただきまして、ありがとうございます。黙つてただ聞いていても、非常に論点の多い大事な法案だということは論をまたないわけ

でございまして、なかなか、皆さんのが個々で持つていらっしゃる論点に個々に言及していく時間、我々二十分だけでございますので、届くかどうかわかりませんけれども、よろしくお願ひしたいと思います。

まず一点ですけれども、今回、医療費適正化計画等を都道府県で作成していく、都道府県といふものの役割というのが今回の法改正で非常に大きくなクローズアップされていると私は考えておりなす。この点について、お一方ずつ、どういうふうにお考えか、まずは意見をお述べいただきたいと思います。

○星野参考人 お答え申し上げます。

先ほど渡辺参考人からもちよとお触れになられましたように、医療体制の供給能力をお持ちいらっしゃいますが、そういうものに深く関わっているのが都道府県でございますが、今までは、医療の危険者としては、例えば国民健保につきましてはまだ町村、それから、おわかりのとおり、健康保険でござりますと健保組合というような格好で、そぞれ保険者の責任が違うんですね。要するに保険料を供給というものと医療体制を供給するという二つと、ばらばらと言うとちょっと行き過ぎなのかなされませんけれども、そういうのをできるだけ具体化していく必要があるだろう。

それから、国民健保の立場といいますか、とにかく、私は非常に同情的なんですけれども、結局、社会保険制度自体のラストリゾートといいますか、最後は国民健保が救つてくれているよう気がするんですね。というのは、全部私のように退職してしまった人間は国民健保に移るわけでございますから。

ところが、昔は自営業者やなんかが多かったのですから、構成員の中では稼ぎ手がまだいたんですが、最近は、年金をいただいている方を中心とした、大体五割ぐらいでございましようかねにした、そういう方々がいるわけですから、いわゆる微収不足でございますとか、市町村長さんたちにすと大変御苦労なさっているわけでございます。

れを、市町村長さんたちだけにかぶせるんじやなくて、広く県、あるいは国も当然再保険みたいな格好で入ってくるんだろうと思いませんが、そういう格好でお互いに助け合う仕組みをどうしていくかということで、保険者責任は果たしていただくなっています。

これは保険でございますので、責任者がいないとどうしてもだらしない格好になりますから、そういう格好でいくというようなことを考えていかますと、やはり都道府県がいろいろな意味でもうちょっと前面に出ていただいて、このシステムをお助けいただきたいということが非常に重要じゃないかと私は心得ております。

○内田参考人 御質問にお答えします。

都道府県の役割を重視し、地方分権を進めるという考え方には基本的に賛成でございます。これは、医療資源の問題、それから地域特性、例えば人口構成であるとか疾病構造であるとか、これは地域によって非常に異なってきますので、柔軟に対応できるような体制をとるということは重要なことではないかと思います。

ただ、国民皆保険の原則というものを考えますと、やはり平等で良質な医療の提供というの是非常に大切な観点でございますので、その点での負担の公平、給付の平等という原則はぜひとも貫いていただきたいと考えております。

○渡辺参考人 お答え申し上げます。

私も、先ほど申し上げましたとおり、基本的に都道府県単位というところに賛成でございます。これは、保険者単位もそうでありますし、今御指摘あつたような医療計画、また、医療計画に限らず、その前のヘルス、つまり保健計画、それから医療計画、そして介護段階の計画と、これらの三つの計画について都道府県が作成義務を持ち、みずから県内の市町村といわば協力、相談しながら、あるいは保険者と、あるいは医療、福祉関係者と相談しながら、現場に近いところで都道府県が責任を持つてやるといったことに私は賛成でございます。

ただ、これまた先ほど申し上げましたとおり、あるいは人員不足、もつと言えば、医師、看護師等々医療関係者あるいは福祉関係者の不足の問題とどうしてもだらしない格好になりますから、そういうことで、保険者責任は果たしていただくなっています。

これは保険でございますので、責任者がいないとどうしてもだらしない格好になりますから、そういう格好でいくというようなことを考えていかますと、やはり都道府県がいろいろな意味でもうちょっと前面に出ていただいて、このシステムをお助けいただきたいということが非常に重要じゃないかと私は心得ております。

○逢見参考人 お答えいたしました。

医療費適正化のキーになるのは、生活習慣病対策と長期入院の是正だと思います。生活習慣病予防対策は、国、都道府県、市町村、医療保険者が

それぞれの役割を明確にした上で、都道府県が計画を策定し、検証、評価するという取り組みが示されています。これは基本的に進めるべきであります。

というふうに思います。むしろ、それをどのように実効ならしめるかということがポイントになります。

そういうふうに実効ならしめるかということがボイントになつてくると思います。

ただ、これまた先ほど申し上げましたとおり、例えば、横軸に四十歳以上の女性の人口、それに占める割合に四十歳以上の女性の人口、それに占め

る実際にマンモグラフィーを読める読影医の数を

といったこともございますので、ただ都道府県一

律にすぐつくれといつてもなかなか難しい点があ

る。この辺は十分な配慮あるいは対策を考えな

きやいけない、このように考えております。

○逢見参考人 お答えいたしました。

医療費適正化のキーリードーシップ

をとりながら、こうした生活習慣病なり長期入院

という問題について取り組んでいくという姿勢の

実効性を確保するよう求めていきたいと思います。

なつてくると思います。

そういうふうに実効ならしめるかということがボイントになつてくると思います。

ましたけれども、随分地域差が出ております。例えば、横軸に四十歳以上の女性の人口、それに占め

る実際にマンモグラフィーを読める読影医の数を

とりますと、もう東京なんというのは非常に、装

置もなければ、それから読影医もない。言いに

くいんすけれども、例えば人口の少ない香川県とかは非常に高いわけですね。

こういう地域差というのをどうやってこれからクリアするのか、これを補助金でやるのか、あるいは交付税でやるのか、その辺ももうちょっと詰めが必要があると私は思います。

以上です。

○鈴木参考人 私も、先ほど述べましたみたい

に、今の三位一体論議でも明らかになりましたよ

うに、結局は自治体、県が非常に苦戦を強いられ

ている、財政的に厳しい、それから各都道府県ご

との差があるというような流れの中におきまして

は、県での医療制度整備というの反対でござい

ます。

特に、また今後、政管健保等が地方自治体、県

ごとになつっていくとか、高齢者医療制度ができる

いくとか、非常に事務的な業務が各地方自治体に

多くなつてくると思います。アメリカの医療費が

すごく高騰したというのも、マネージドケアにお

きましても人件費が非常にふえたということがあ

ります。

そういう意味で、例えば今の政管健保などは、

全国統一であるということが、事務的な作業も非

常にシンプルにしているという点で、医療費に余

分な人件費をかけないというメリットもあると思

います。そういうことも含めまして、現在の流れ

の中におきましては反対です。

以上でございます。

次に、各参考人の皆様に絞った御質問をさせていただきたいと思います。

まず、内田参考人にお伺いいたします。

先ほど、資料で医師会の方で配つていらつしゃ

て、この中で、厚生労働省の医療費の予測が誤つ

て、去年の二〇〇五年の予想では、厚生

労働省で二〇二五年の医療費六十九兆というふう

になつておるわけですが、これは間違つている

と。最新の日本医師会さんの方の情報では、医師

会さんの方として四十九兆ぐらいだという数字を

出しているようですが、これも間違つている

と。これがどういうことか、簡単に拠といいますか、これがどういうことか、簡単に

御説明をいただけますでしょうか。

○内田参考人 厚労省の予想に使つてているもと

は、一九九五年から九九年の医療費の伸び率、七

十歳未満二・一%、七十歳以上三・二%という伸

び率を実は使つております。これを、医師会の方

では、二〇〇一年から二〇〇五年の伸び率の平均

をこれに当てはめてみますと、一般の伸び率が、

被用者が一・二%、国保が一・七%、高齢者が

一・三%，これは介護保険が導入された二〇〇二

年を除いておりますけれども、この伸び率で計算

しますと、先ほど御指摘になつたような四十九兆

円という数字になるということです。

ですから、直近の伸び率を適用するということ

がございます。

そういう意味で、例えば今の政管健保などは、

全国統一であるということが、事務的な作業も非

常にシンプルにしているという点で、医療費に余

分な人件費をかけないというメリットもあると思

います。そういうことも含めまして、現在の流れ

の中におきましては反対です。

以上でございます。

で、税金、税負担の大きさというようなこともあります。先ほど、渡辺参考人の方からもこれについての言及があつたわけでございます。

確かに、地方分権が進んでいる北欧でございます。そして、そういう中での社会保障のあり方というの参考にするべき部分は多いと私も感じております。

すけれども、国のサイズがもともと全く違うという部分がございまして、例えば、日本は今一億二千五百万の人口というふうに考えると、大体ス

ウェーデンあたりでも六百万、デンマークはそれ以下、大体そういう人口でございますけれども、国の中のサブで分権をやっている。そういう国と日本というのを比較するときにはなかなか難しいんだろうなという気もいたしますけれども、その点について、どういうふうなお考お持ちでございましょうか。

○渡辺参考人 お答えします。

今、委員がおっしゃったように、デンマーク、人口五百十一万程度、スウェーデン八百万、ノルウェー四百万程度ということで、よく国のサイズが違う、日本のように一億二千何百万人と。結論を先に申し上げますと、国のサイズといったものは、事医療、福祉に関する限りはそれほど考慮する必要はないんじゃないかと私は思つております。

徹底した地方分権、もちろん人口規模というのはござりますけれども、特に医療、福祉の問題は、分権して、住民に近いところで徹底した情報公開ですね、参考にすべき点は、そして、税金の使い道を極めてクリアに住民に説明する。だからこそ、高い税負担、それが日本に当てはまるかどうかは別としまして、二五%もの高い、いわばMOMSと呼んでいますが、付加価値税、これはスウェーデンもデンマークも同じ率であります。

また、そいつた徹底した透明性、住民に対する説明、そして、もつと言えば、福祉も医療も、例えば民間と競争してさえ公的なサービスの方があつて、それが民間に対する信頼感、そう

いったことが重要なんじゃないかと私は思つております。それが国民に支えられ、高い税負担も許容されている点じゃないか。

そういう意味からいいますと、人口規模は、私自身は余り感じたことはありませんし、排除すべき条件ではないのではないか、かように考えております。

○御法川委員 ありがとうございました。

もう一つ、今度は川渕参考人の方にお伺いをしたいと思います。

陳述の最後の方で、いろいろな統計なんかで固有名詞を出してもらえるよう、これはもちろん医療だけではなくて、社会一般のこともしかずると言つていらつしやるのかなと思いますけれども、これに絡んだ話をする、片方で、医療格差というのが現在でもやはり地方によつてあるという現実も、例えばマンモグラフィーの数の話なんかも含めて、ある。

そういう中で、簡単に言つてしまつと、いい病院、悪い病院、こういうものの名前をえて出してしまつていうことがありますその格差を生んでしまうのではないかという危惧は、必ずこれは生まれてくるのではないか、こういうふうに考えます。この点について、川渕参考人の方はどういうふうにお考おでしようか。

○川渕参考人 実は、病院の可視化ネットワークというのをやつておりましてわかつたことは、國民に開示する前に、医療機関同士、これが知らなかつたんですね、自分の医療機関というのは一体どういうポジションにあるのか。

それで、これは私、出前ワーカショップと称して、勝手連的に病院に出かけていて、百人ぐらいい、職員の方に來ていただくのです。お忙しいのか、ドクターはなかなかおいでにならない方もいますけれども、そこで、例えおたくの病院は、

がんはどうか、心臓病はどうだ、脳卒中はどうだとか、この三大疾患は医療費をたくさん使いますし、やはり私は、人間の生き死ににかかわるところというのは国民すべからく平等に医療が受けらる必要がありますと、医療情報といふことが一つは混同

れる、結果の平等ですね。

その結果の平等を担保するためにも、私は、ではどの病院、例えばM病院と先ほど言いました、医療の質がよくて安い、ではあの病院を目指そうと言います、センター・オブ・エクセレンスと言いますね。ここですか、いや、私、覚書に入つて、これは言えないんです。これでは、だれもそこまで頑張ろうという改善運動が生まれない。

私が申し上げたいのは、では国民に開示する前に、医療機関同士でも何とかできないかなと思うわけあります。これをやつていいかないと、国民すべからく同一の医療が受けられる、あるいはレベルを上げるという、これが達成できなんじやないか、私は、その次に国民に開示するというステップがあつていいんじゃないかと。だから、一度にやれとは言つていませんけれども、そういう形の開示というのは、やはりもう時代が来たのではないかと私は思います。

○御法川委員 ありがとうございました。

今のお話、大変示唆に富んでいたなと思っております。これは広い意味での情報開示という話になつてくるんだううと思います。

そこで、ちょっとまた戻りまして、渡辺参考人にお伺いいたします。ジャーナリストという立場で、長い間、社会保障に対し御研究なり御発表なされていました、そういう御経験の中からでも結構でございますけれども、情報提供の推進ということが今回の医療法ではやはりかなり力強くうたわれている部分でございまして、この点について、現在の評価あるいはどういうふうに進めていった

つまり、今厚生労働省の方でも、いわゆるボジティーブリストとかネガティブリストとかいった議論をやつております。確かに非常に難しい点がございますが、やはり、まず今国民にとって情報がな過ぎる。あるいは、一部のマスコミ、私たちのについてはもつと開示すべきなんですが、では

は、どう開示すべきか。

つまり、今厚生労働省の方でも、いわゆるボジティーブリストとかネガティブリストとかいった議論をやつております。確かに非常に難しい点がございますが、やはり、まず今国民にとって情報がな過ぎる。あるいは、一部のマスコミ、私たちも含めてであります。医療機関の情報といつたことを、よい病院のランクインとか、あいつた、またある意味では間違った情報さえ出る。そういう意味からいいますと、医療機関の情報といつたものを、客観性を持つたものをどのように出していくかといったことがまず重要な点だ、そのように思つております。

○御法川委員 参考人の皆さん、大変ありがとうございます。

されているのではないか。つまり、私自身は、医療情報はいわば三種類あるんじゃないかと考えております。

つまり、今川渕参考人の話があつたように、医療機関そのものの情報、もう一つは、いわゆる医療における情報の非対称性といつたこと、例えば医師あるいは医療従事者と患者との間の情報、これも当然重要な情報。それからもう一つは、例えば医療機関内部の情報といいましょうか、例えば

チーム医療をやる、あるいは医療機関のマネジメント等々を含めた医療機関内部の情報、この意味からしますと、今御指摘の点というのは、主に医療機関の情報といつたことを御指摘になつてゐる

ので、そういう医療機関の情報及び医師と患者との情報及び医療機関内の情報、この三つの情報をどのように開示していくか。

例えば、医師と患者の情報といつたものはそのまま開示できない場面もあるわけで、そういう意味からしますと、今御指摘の点というのは、主に医療機関の情報といつたことを御指摘になつてゐる

ので、その上で、その意味からいいますと、医療機関の情報といつたことを御指摘になつてお

ります。これは広い意味での情報開示といつたものについてはもつと開示すべきなんですが、

例えれば、医師と患者の情報といつたものはそ

れども、どう開示すべきか。

そこで、ちょっとまた戻りまして、渡辺参考人にお伺いいたします。ジャーナリストという立場で、長い間、社会保障に対し御研究なり御発表なされていました、そういう御経験の中からでも結構でございますけれども、情報提供の推進ということが今回の医療法ではやはりかなり力強くうたわれている部分でございまして、この点について、現在の評価あるいはどういうふうに進めていった

かなか突っ込んだ質問もできませんでしたけれども、今後の審議にぜひ活用させていただきたいと思います。

○岸田委員長 ありがとうございました。

○福島委員 次に、福島豊君。

参考人の皆様には、大変貴重な御意見をお聞かせいただきまして、心から御礼を申し上げる次第でございます。

今回のこの改革、二つ柱があると思います。一つは医療のあり方をどうするのか。もう一つは、やはり財政なんです。財政はさておきという意見もありましたけれども、両方がなければならないと私は思っています。

私も医療人ですから、日本の医療というものが、非常に低い医療費の水準で、しかも高いパフォーマンスを実現してきたという意見にはまことに同感するものであります。医療のあり方ということをめぐっては、国民の納得のいく医療や信頼できる医療が必要だ、それはそのとおりでございます。医師不足も解消すべきだ、これもまことにそのとおりであります。ただ、そのためにはやはり医療費の水準をもっと上げた方がいい、これは私は率直な結論なんだろうというふうに思っていますし、これも同感をいたしております。

例えば医師不足にしても、勤務医の方々の勤務環境の悪さというものが、独立して開業するという流れをつくり出している、これも事実だろうと思思います。そしてまた、現に勤務医の方が非常に厳しい環境の中で働いている、それはやはり医師としての責任感というものがあるんだろうというふうに思います。これをいつまでも放置しておくわけにもいかない。今回の診療報酬でも一定の対応はいたしていただいておりますけれども、まだ私は道半ばのような気がします。ただ一方で、私は政治の場に立つ者でございますので、そうした状況を踏まえつても、やはり日本の財政状況といふものがどうかということを指摘せざるを得ないところがあるわけであります。

二〇〇六年度には、一般会計のプライマリーバ

ランスは十一・二兆円の赤字でございます。将来世代から税収の二五%にも相当するものを借りて日本国というものは運営をいたしております。二〇一一年度にはこのプライマリーバランスが十三・一兆円、これは名目の経済成長率が三%、長期金利が四%、まあ、ある程度妥当な数字だろうと思いますけれども、十三・一兆円まで拡大する。こういう状況の中にあるということを前提として常に考えなければならないんだと思っていま

す。いろいろな議論は、こういったことがなくて、ある意味で平時の日本、国家財政の中で運営しているかのような議論が多々ありますけれども、そうではない、かけつ縁のあたりにあるので、とても苦しいけれども、率直に言うと余りやりたくもないんだけども、改革をしなきやいかぬというところが出てきているんだ。これは、財政を破綻させないということが今課せられた大事な課題だというふうに思っているわけであります。

先日の財政制度審議会で、二〇一一年にプライマリーバランスの均衡を達成しようと思えば、歳出をどうしなきやいかぬか、一律に削減するのも一八%の削減です、医療費の自己負担は約二倍になるだろう、こういう推計も出ておりました。そしてまた、単にプライマリーバランスをとるだけでは足りません。金利とかいろいろなリスクがありますから、一・五%の黒字にしようと思えばどうなるか。三二%の削減が必要だ、どうするんだ、このところをまず考える必要がある、そういう与件があつて医療保険制度というのも考えていかなきやいけない。大変苦しいし、医療人としては、もつと医療費を上げるべきだ、心の底から私はそう思っておりますけれども、ただ一方で、こういう条件をどうするかという課題がある

を踏まえた上で、どういう道筋を歩むべきなのが。これは先送りできません。この数年、そしてまたこの六月には骨太方針で歳出歳入一体改革と

いうものの一定の方向を示さなきやいけない。参考人の御意見をお聞きしたいと思います。

○渡辺参考人 おっしゃるとおり、私も今の国家財政を全く無視しているつもりはございません。

特に二〇一一年度までにプライマリーバランスを黒字化するという方針も、私は賛成であります。

私は、プライマリーバランスを黒字化するあるいは保つというために、やはり方法論は二つしかないわけでありまして、一つは歳出の削減か、増税しかない。やはり増税と歳出削減の割合をどうするかといったことが見えてこないわけですね。

今の方針を見ていてますと、まず歳出削減あります。そこから、その中で医療費といつたものが非

いっただけではないか。医療について言うならば、医療給付あるいは医療提供体制をどのような形にするのか、そのためには社会保険を大幅に切り込まなきやいけないんだというメッセージでは、国民の信頼感を失

うだけではないか。医療費といつたものが非常に高いから、その医療費を徹底的に削減するん

だという方針には私は反対だという意味で、税投

入すべき。

つまり、私は、増税をするならばその部分に充てるべきという意味で、プライマリーバランスを黒字化するために増税、つまり歳人増があつていいと思つております。と同時に歳出削減もする、そのバランスの中で先ほど私は申し上げた、そ

のつもりでございます。

○福島委員 私も全く同感でございます。

社会保障の歳出削減、これ以上どうするのかといふうに私は率直に言つて思つております。そうしたことでも、これは、この法案についていろいろな意

見があるかもしませんけれども、今後の社会保

障制度をどうするかという観点で、ぜひ委員の皆

様にも共有していただきたいと私は思つております。

今、渡辺参考人の方からそのような御指摘があ

りましたが、これは負担する側の問題というこ

もあります。逢見参考人はどのような御意見をお持ちでしようか。

○逢見参考人 先般、財政審議会で出された長期試算について私も拝読をいたしましたけれども、

率直な印象を申し上げると、財政再建初めにありきで思想が全くない、機械的試算を示して、このまでの間で社会保障給付について大幅な切り込みをせざるを得ないというメッセージを伝えているだけではないかと思います。

私は、やはり、国民が納得して支払う、政府との信頼関係のもとで、国民が税金でも社会保険料でも納得して支払うことが前提にあるべきだと思います。そういう意味では、プライマリーバランスを是正することが初めてあります。

私は、やはり、国民が納得して支払う、政府との信頼関係のもとで、国民が税金でも社会保険料でも納得して支払うことが前提にあるべきだと思います。

間違いがないんでしょう、百三十兆円以上も将来世代からお借りをして国家の運営をやつてはいる、社会保障の給付をやつてはいる。私は、これは国としては余り健全な姿ではないし、責任を果たすことにもならないというふうに率直に思つております。ですから、苦しい改革であつたとしてもそれは避けでは通れない、そういう実感を持つてはいるわけであります。

内田参考人に対する尋ねをしたいわけであります

董和田がたる董和田の願いなどは、このこともあつて開業する方がたくさんおります。私の友人では、やはり勤務医の勤務条件が非常に悪い、やはり開業医のさまざまな所得と比べたときに勤務医の所得というものは格差が相當あるんじやないか、こういう指摘があります。これは率直な意見だと思います。こういう格差の是正を図るべきだというふうに思つておりますし、今の医師不足を解消するためにも、こののところはどうするかということを考えなければいけない、この点について、内田参考人の御意見をお聞きしたいと思います。

所得格差 勤務医と開業医の間に大きいものがあるという御指摘でございますが、私は開業を実際にやっておりますけれども、開業医の場合には非常に厳しい条件が幾つかござります。これは、一人で医院を経営するというところの問題でございまして、一度何かあった場合、例えば、これは余り前提としたくないんですけどね、医療事故を起こしたとか、あるいは自分自身が病氣で倒れるとか、そういうふたどきに開業医の場合には全く保障がございません。

それから、開業医の収入の判断のベースになつてゐる中にボーナスとか退職金とかは一切含まれておりませんので、これで一律に、収入の格差が大きいというふうにお話しいただくのはちょっと心外でございます。開業医の収入が勤務医に比べて非常に多いということを擁護するわけではございませんけれども、その辺のところは十分御配慮ください。

卷之三

いただければと考えます。

いただければと考えます。  
それから、もう一つは、医師不足の問題でござりますけれども、医師不足でよかつたですかね。(福島委員)はい、どうぞ続けてください」と呼ぶ)基本的に毎年八千人弱の医師が新卒で出ておりまして、四十年ぐらい前の医師の養成数に比べると非常に大きいわけで、これから人口が徐々に減っていく、まあ、高齢者はふえていきますけれども、医師の数としては充足しているのではないかなという印象を強く持つております。

ば、診療報酬によつては非常に少ない人数でそこをこなさなければいけない、採算がとれないのと、人數をふやす余裕がないとその病院の經營者が判断する、こういうことがあるわけですね。ですから、勤務医がもう半数を超えましたから、ここの方の処遇をどうするかということをやはり医師会としても一つの大きな政策課題としてとらえておついていただきたいという思いで質問したつもりでございます。

読んでもわかりますように、やはり医療費そのものよりも、その人が元気になつて早く社会復帰できる、そしてその人が働いて税収を生み出すとか GDP を上げるとか、そちらの方が大きい。ということは、よく言われる国民負担率の議論でも分母と分子とござりますね。分母が例えば国民所得だとか GDP 、分子が医療費ですね。そうすると、医療費そのものという分子を下げるよりは分母のところの論文が多いし、実際、やはりそういうところが期待できるところではないかと私は思います。

以上であります。

○福島委員 次に、星野参考人にお伺いしたいんです  
が、昨年の医療制度改革の中で、保険免責制  
度の話でありますとか総額管理制度でありますと  
か、そういうことが政府部内でもいろいろと指  
摘されたわけでございます。この点について、参  
考人のお考えをお聞きしたいと思います。

○星野参考人 お答え申し上げます。  
基本的に反対でございます。なぜ反対かということでございますが、長々になつちやいますので簡単に申し上げますと、GDPを基準にして物を

すけれども、なかなか具体策が見えてこないといふところがあります。

医師会としましては、今年度から女性医師バンクというものを立ち上げまして、先ほど、お産や女性の問題とか、その辺の指摘がございましたけれども、女性医師バンクを立ち上げること、さらには、将来的には医師バンクという形で、僻地とか病診間の医師格差とか医療偏在とか、その辺のところの対策に鋭意取り組んでいくということを考えております。

○福島委員 前段の質問は、開業医の方々の所得にはいろいろな要素があつて、これは政府・与党の協議会でもいろいろと議論をして、そこが過ぎるというふうに私は申し上げたつもりではなくて、やはり勤務医の処遇の改善をどうするか。しかも、それは賃金だけの話でないんです。例え

こういうお話をありました、実際に、被保険者の主体的な取り組みといいますか、みずからの大気にならない努力を促すということは非常に大事なんだと思います。そういう意味では、健診を受けるということも大事なんですけれども、それだけにやはりやらなければいかぬことはたくさんある。そして、現に提案されている疾病予防ということでどの程度効果があるのかね、こういう話もあります。

先生は世界の医療経済にも詳しいわけでござりますので、こういった世界的な視点で考えたときに、どういうことが言えるかということを簡単に御説明いただければと思います。

○川淵参考人 非常に難しい質問でござりますが、よく疾病予防をやると医療費適正化あるいは節約ができるという話があるんですねけれども、私が出たシカゴ大学で最近書かれたある人の論文を

お考えになられるんだろうと思うんですね、今の総額抑制とかにしても何にしても。そうすると、今この医療の問題というのはやはり高齢化なんじやないでしようか、一番の原因というのは、高齢化を我々はこれからずっと受けとめていかなきゃならないのでありますて、それに対してもどう対応するかというときに、そこにキヤップをかけたら、簡単に言えば現代のうば捨て山になっちゃう。それで構造改革の意味があるんですか。

つまり、政治が、構造改革は何のためにやるかということで、その先が明るいメッセージを国民に送るから政治になるわけです。ただ財政重建のために何%減らすんだ、これは行政目標としては必要ですね。先進国だけじゃなくてインドでもどこでもやつているわけですから、何%赤字にしますようとか、プライマリーバランスはいつごろまでにはちゃんととめどをつけましょうとか、これは

卷之三

もちろん日々の行いとして必要なことなんです。しかし、政治としては、それをやつたから何かあるよということを言つてくれないと。

今は小泉改革、大変評判がいいように私は思うんですけども、にもかかわらず、むしろこういうことを言うとおしかりを受けるかもしませんが、福田さんがオイルショックの後に、経済成長率が一〇%から五%に落ちるにもかかわらず国民の賛成を受けたのは、そのころは公害だと交通事故がいっぱいあった時期ですから、静かで落ちついた社会がいいねということをメッセージとして与えただんですね。

ですから、今、大変政治家の皆さんのが御苦労なさっているのは重々わかりますし、個々のしつばを捕まえたらいろいろなしつばの捕まえ方があると思いますけれども、政治というのは何だろうと我々の先輩がおやりになつたことをよく見直してみると、やはり國民に何か夢のあるメッセージがあるから今の改革はやるんだということにながらない、何か官から民だとそういうことを言つたって、何のメッセージにもならない私は思つております。

○福島委員 大変率直な、また感銘深い御指摘をいただきまして、ありがとうございました。

最後に、内田参考人にお尋ねしたいんですが、今回、医療法の改正の中で、例えば地域連携クリティカルバス、地域連携をどうするか、また在宅医療をどうするか、こういうことが一つの大きな柱でございます。こうしたことを進めていくためには日本医師会が大きな力になることは間違いないわけでありまして、会としてこういったことについて取り組みの御意見をお聞かせいただければと思います。

○内田参考人 大変ありがたい御質問でございま

すが、医療の現場に携わる立場からいいますと、地域医療、在宅医療をこれからより効率的に内容を充実させていくということは非常に重要な問題だと思っておりますので、日本医師会としても、こういう問題に対して積極的に取り組んでいきた

いというふうに思つておりますし、各界の英知を集めて取り組みを進めるということをお誓いしたいたいと思います。

○福島委員 以上で終わります。大変ありがとうございます。

○柚木委員長 次に、柚木道義君。

本日は、参考人の皆様、大変御多用の中こうしてお越しいただきまして、まず冒頭お礼を申し上げたいと思います。

さて、早速私からの質問に入らせていただきたいと思いますが、参考人の皆さん御存じかどうか

わかりませんけれども、実は、本日は小泉政権発足丸五年の記念すべき日でございます。きょうの質問と多少関係いたしますので冒頭お尋ねさせていただきたいと思うのですが、けさの朝日新聞のアンケートに、小泉政権五年間の中で暮らし方がよくなつたと答えた方が一八%、一方、悪化しましたと答えた方が四二%いらっしゃいます。しかし、肝心のはこの後で、その悪化したのが小泉内閣の政策によるものと思うかどうかというのは、実はこれは抵抗しているんですね。見方が分かれています。ただ、六十代以上では、そういう方が六〇%前後というふうに調査は出ておりました。

そこでお伺いをしたいんですが、るる質問等の中でも触れておりました、今回の医療分野における、とりわけ財政調整そのものの是非もあるんですが、医療分野における格差というものが、昨日、そして本日の参考人質疑の中でも、所得による健康格差であつたり、あるいは僻地医療を中心とする地域間格差であつたり、さらには小児、産科を中心とする診療科間格差、そいつたものの増大の指摘がございました。

そこで、まず、今回の医療制度改定でそうした医療分野における格差が果たして解消されるのか、あるいは縮小するのかでも結構です、あるいは増大するのか、拡大するのか。具体的にはこの後質問させていただくわけですが、まず、皆さん

に一言ずつ、格差が拡大するのか、あるいは縮小するのかお答えをいただきたいと思います。

○星野参考人 お答え申し上げます。

○内田参考人 私は、これはこの法律が成立した後の運用にかかるといふうに思いますので、ぜひそのところをしっかりとやつていただきたいということを希望します。

○渡辺参考人 私も、一概にこれで拡大するか縮小するかということを、今の時点ではわかりませんし、判断できかねます。

また、強いて言えば、そうならないような、長い今度の改革でございますから、そういうた処置をやっていかなければいけないと思つております。

○逢見参考人 御指摘された格差の問題についても、改革についてのメニューが出てる部分はあります。

そこで、川渕参考人に質問をさせていただきたいと思います。しかし、それが確実に実行されるかどうかということの保障がないし、また置き去りにされている問題もあると思います。そういう意味では、まだ改善すると言い切ることはできません。

○川渕参考人 私は、先ほど申し上げた財源と医療提供体制の面と両方から見てるんですけども、例えれば、今回、政府管掌保険、今まで八・二ボイントということで全国一律でしたけれども、各県ごとに保険料率が違つてきます。そういう点では、名目的といいますか、明らかに格差といいましょうか、地域的に保険料が違つていいとなるわけです。

そうしますと、例えば、厚労省の資料によりますと、医療費の一番高い福岡県ですか、一番低い長野県ですか、一・二ボイント違う。そうする

ポイントではないかと思います。

○鈴木参考人 先ほど申し上げましたみたいに、格差は拡大すると思います。個人間、地域間、病院間、医療機関間、いろいろな意味で拡大するというふうに考えています。今、政管健保の話もありましたけれども、国民健康保険におきましても非常に払えない方が多くなつてゐるような現実もあります。こういう事態がどんどん広がつていくことを非常に懸念しております。

○星野参考人 ありがとうございます。

○内田参考人 私は、これはこの法律が成立した後で、ぜひそのところをしっかりとやつていただきたいということを希望します。

○渡辺参考人 私も、一概にこれで拡大するか縮

小するかということを、今の時点ではわかりませんし、判断できかねます。

また、強いて言えば、そうならないような、長い今度の改革でございますから、そういうた処置をやっていかなければいけないと思つております。

○逢見参考人 御指摘された格差の問題についても、改革についてのメニューが出てる部分はあります。

そこで、川渕参考人に質問をさせていただきたいと思います。しかし、それが確実に実行されるかどうかということの保障がないし、また置き去りにされている問題もあると思います。そういう意味では、まだ改善すると言い切ることはできません。

○川渕参考人 私は、先ほど申し上げた財源と医

療提供体制の面と両方から見てるんですけども、例えれば、今回、政府管掌保険、今まで八・二ボイントということで全国一律でしたけれども、各県ごとに保険料率が違つてきます。そういう点では、名目的といいますか、明らかに格差といいましょうか、地域的に保険料が違つていいとなるわけです。

そうしますと、例えば、厚労省の資料によりますと、医療費の一番高い福岡県ですか、一番低い

長野県ですか、一・二ボイント違う。そうする

と、これは、それでいいじゃないかと。問題はこ

の次なんですね。そのデータを見て、では福岡県とか北海道の方が、うちは保険料が高いから何とか保険料を下げようというような努力ができるも

のなのかなどうか、そしてそれが医療の質にどんな影響を及ぼすかでありまして、そこが私は一番の

ポイントではないかと思います。

○川渕参考人 私自身、先ほどから何度も言つて

いますけれども、病院の可視化ネットワークをやつておりますと、思つたことは、先ほどの格差ではありますけれども、日本の医療の質に相当格差がある。これは、よく表向きは日本の医療とい

うのは平等だと言つていいますけれども、やはり私は、まだ結果の平等それから機会の平等もないの

ではないかと。機会の平等と申しますのは、結

局、国民にある程度情報があるから病院を選べるとか自由な医療機関が選べるという話でありまして、その情報がないわけですから、ここはやはり私はもっと抜本的な情報開示が要るんじゃないかなと。

これまで、都合四回、医療法改正で広告規制緩和をやつてきました。私は、広告に関してはいろいろな規制緩和をされたと思うんですけれども、広じやないんですね、広報、パブリックリレーションといいますか。つまり、自分が生き死にの病気のときに行つたらいいのかということが、一番大事なことが医療機関 医療従事者と、その一番大切なことが医療機関 医療従事者もわからない、ましてや国民はわかるわけがない。それで負担増というわけですから、それはやめてくださいということになると思うんですね。

私は、やはりもうちょっとここは、まず医療機関同士で現実を知るということころから始めて、そして打ち手を考えるべき局面に来ているのではないかと思います。

○柚木委員 ただいまのお答えを踏まえて、先ほど別の委員の方からも情報の客觀性の担保というお話をございましたが、やはりしっかりと医療情報を開示していくという方向を本委員会でも議論していくかなければいけないと私は思います。

続いて、もう一問、川渕参考人の方にお尋ねをさせていただきたいと思いますが、小児科、産科あるいは外科などでは病院の勤務医が不足しているというのは御承知のとおりでございます。医師不足の現状において、厚労省としても偏在は認められているわけですが、医師不足ということでの認識をなかなかお示しになれないわけです。そういう中ではございますが、実際に偏在の、足りていらない側の偏在にしてみればこれは不足と同じ意味だと私は考えるわけですけれども、こういった医師不足の対処法について、スリーピングドクターの活用等をおっしゃっておられたかもしれませんのが、改めて川渕参考人の方からお答えをいただきたいと思います。

○川渕参考人 実は、医師の数、先ほど御案内いただきましたように、厚労省の調査によりますと、医療施設調査と医師・歯科医師・薬剤師調査というのはやはり医師数が違うわけですね。それは何ですかといいますと、お医者さんというのは動いているわけです。

例えば、私、何の資格もありませんが、うちの大学の先生を見ていますと、例えば水曜日、週一回はどこかにアルバイトに行ってます。我が法人もついに独立行政法人になりましたので、そういう点では、アルバイトにある程度行けるんですけど、そこに行つておりますかという把握については、これは医局がやっていました、厚労省はやつていないわけです。そういう時間単位を全部非常勤アカウントしていきますので、一体全体医師が今どうなつていてるのかということは、これは多分見える化できていないと私は思います。

そして、さらに大事なことは、免許は持つているんですけど、アクティイブか、インアクティイブか。まあ、人間をアクティイブ、インアクティイブじゃいけないんでしようけれども。結局、これは歯科医師も薬剤師も同じであります。免許はあるだけれども、どれくらい臨床にコミットしておられるか、この実態をやはり把握する必要があるんじゃないかと私は思うんです。

○柚木委員 ただいま川渕参考人の方から大変示唆に富む御回答をいたいたいたと思つておりますて、実際、EBMあるいはEBPというふうなことも言われたりするわけですが、やはり不足診療科ごとの不足、偏在というものを、厚労省としてもしつかりとデータに基づいた対策を打ち出していただくことが必要なのかなというふうに今の回答で感じたわけでございます。

続きまして、逢見参考人の方にお尋ねをさせていただきたいと思います。

小児、産科に占める女医の割合が大変今ふえてきているという状況のお話をいたいたいたわけですが、医師が病院に勤務医として勤める際に、そこに附属の保育所があるケースで、その保育所に子供さんを預けようとしてもなかなか入れないという話を実際に私もお伺いしたことがございます。

そういう状況の中で、いかに女医を活用していくのかという視点が重要になってくるわけですが、働く皆さんの代弁者ということで、連合さんの方は、その百五十人という根拠をつくった方にどうして百五十人なんですかと聞くと、いや、根拠はないんだよと。これでは、エビデンス・ベースド・メディシンと言つてある中で、何なのかなと。歯科医師は逆に余つてあるわけですね。私が提案した特区ですと、歯科医師にもう二年間勉強して麻酔の免許を取れるようになります。これはケンタッキー大学がオーラルファイジシャンということです。

これは、政策といいますか打ち手が出てこないんじやないかと思いますので、私はやはり可及的速やかに、先ほどのNPOではございませんけれども、NPOにも限界というのがあります。したがつて、女性のお医者さんというのが今三三%医学部にいるわけですから、この方々が一体、皆さんアクティイブに働いていただけるのかどうか、あるいは育児の問題とかはどうするのか、そういうことを考えていかないと、やはり私は、医師が足りないとか余つていてるとかということは答えられないと思います。

以上であります。

○柚木委員 ただいま川渕参考人の方から大変示唆に富む御回答をいたいたいたと思つておりますて、実際、EBMあるいはEBPというふうなことも言われたりするわけですが、やはり不足診療科ごとの不足、偏在というものを、厚労省としてもしつかりとデータに基づいた対策を打ち出していただくことが必要なのかなというふうに今の回答で感じたわけでございます。

続きまして、逢見参考人の方にお尋ねをさせていただきたいと思います。

○柚木委員 大変参考になる御意見をいただきまして、ありがとうございます。

引き続き逢見参考人にお尋ねをさせていただきたいと思うんですが、医師、とりわけ病院勤務医の過重労働という側面が大変今問題になつてゐるわけですから、連合は労働組合として、こういった勤務医を中心とする労働基準法違反が常態化している実態について確認をしていらっしゃいますでしょうか。また、確認しておられるようであれば、どういった対処が今後求められるのか、まさに働く皆さんの代弁者ということでお答えいただければと思います。

○逢見参考人 直接のデータを私どもが入手しておるわけではありませんけれども、お尋ねの医師

○川渕参考人 実は、医師の数、先ほど御案内しましたように、厚労省の調査によりますと、医療施設調査と医師・歯科医師・薬剤師調査というのはやはり医師数が違うわけですね。それは何ですかといいますと、お医者さんというのは動いているわけです。

例えば、私、何の資格もありませんが、うちの大学の先生を見ていますと、例えば水曜日、週一回はどこかにアルバイトに行ってます。我が法人もついに独立行政法人になりましたので、そういう点では、アルバイトにある程度行けるんですけど、そこに行つておりますかという把握については、これは医局がやっていました、厚労省はやつていないわけです。そういう時間単位を全部非常勤アカウントしていきますので、一体全体医師が今どうなつていてるのかということは、これは多分見える化できていないと私は思います。

そして、さらに大事なことは、免許は持つているんですけど、アクティイブか、インアクティイブか。まあ、人間をアクティイブ、インアクティイブじゃいけないんでしようけれども。結局、これは歯科医師も薬剤師も同じであります。免許はあるだけれども、どれくらい臨床にコミットしておられるか、この実態をやはり把握する必要があるんじゃないかと私は思うんです。

○柚木委員 ただいま川渕参考人の方から大変示唆に富む御回答をいたいたいたと思つておりますて、実際、EBMあるいはEBPというふうなことも言われたりするわけですが、やはり不足診療科ごとの不足、偏在というものを、厚労省としてもしつかりとデータに基づいた対策を打ち出していただくことが必要なのかなというふうに今の回答で感じたわけでございます。

続きまして、逢見参考人の方にお尋ねをさせていただきたいと思います。

小児、産科に占める女医の割合が大変今ふえてきているという状況のお話をいたいたいたわけですが、医師が病院に勤務医として勤める際に、そこに附属の保育所があるケースで、その保育所に子供さんを預けようとしてもなかなか入れないという話を実際に私もお伺いしたことがあります。

そういう状況の中で、いかに女医を活用していくのかという視点が重要になつてくるわけですが、働く皆さんの代弁者ということで、連合さんの方は、その百五十人という根拠をつくった方にどうして百五十人なんですかと聞くと、いや、根拠はないんだよと。これでは、エビデンス・ベースド・メディシンと言つてある中で、何なのかなと。歯科医師は逆に余つてあるわけですね。私が提案した特区ですと、歯科医師にもう二年間勉強して麻酔の免許を取れるようになります。これはケンタッキー大学がオーラルファイジシャンということです。

○逢見参考人 直接のデータを私どもが入手しておるわけではありませんけれども、お尋ねの医師

○逢見参考人 その労働基準法違反に見られる過酷な労働実態とい

うのは耳にしております。これはやはり放置することができない問題だと思っております。このことは、患者が良質な医療を受けることができないということにもつながりかねません。医師確保対策の問題とあわせてこの問題に取り組む必要があると思います。

ただ、対症療法のように、では仕事をやめて帰るとか、あるいは勤務医がもう自分の仕事に士気が持てなくなつて、ほかの、開業に切りかわるとか、そういうことでは問題の基本的な解決にならないと思います。

違法状態を是正するためにも、医療提供体制の集中化、ネットワーク化あるいは機能分化といった見直し、そして医師の偏在の見直し、そうした提供体制、そしてその機能分化と相まって、このような労基法違反状態、過剰勤務状態というものを是正していく必要があると思います。

○柚木委員 御答弁ありがとうございます。

まさに働く現場の皆さんの思いとはまた別のところで、患者さんの診療をするにはそうせざるを得ない実態、このシステム自体を変えていかなければならぬという御答弁だったと思います。

引き続きまして、もう一点、逢見参考人にお尋ねをさせていただきたいと思いますが、現在、少子化が大変進行している中で、妊娠に係る健診の問題でございます。健診をきちんと受けていると例えばハイリスク分娩が少ないとか、もちろん母子保健法で健診が義務づけられている、そういう現状がある中で、現在、その費用負担の重さのために健診を受けられない方もいらっしゃるというふうなお話も伺うわけです。

母子の健康格差というものが懸念されるという言い方もできると思いますが、その妊娠に係る健診、あらゆる出産についての費用を私どもは保険適用すべきだと考えておりますが、これについてはどうのようにお考えなされていらっしゃるでしょうか。

○逢見参考人 冒頭の陳述の際に資料としてお配りした中に、連合の調査で、出産にかかる費用が幾らかかったのかというのがございますが、それをどのくらいかねません。医師会としてどのようにお考えなされている

用が幾らかかったのかということがございますが、それは、妊娠、出産は病氣ではないということなんですが、しかし、安全性ということを考えますと、分娩時間がいつになるかわからないという意味では、出産状態は救急だというふうに思います。救急を前提にすると、安心、安全の分娩のためにはその体制の整備、確保が必要だと思います。

現在、医療保険が適用されておりません。これは、妊娠、出産は病氣ではないということなんですが、調達したかというと、自分の貯金を取り崩してそれを調達したと答える人が圧倒的に多い、そういう実態だと思います。

正常分娩であつてもハイリスクの分娩に転換する可能性はいつでもあるわけあります。したがつて、正常であるあるいはハイリスクであるといふことを分離すること自体に無理があると言わざるを得ません。そういう意味で、妊娠、出産全過程を通じて安心、安全を確保するために、保険適用とすべきだというふうに思います。

○柚木委員 今いだいた御意見、しっかりと踏まえて議論を深めてまいりたいと思います。

続きまして、内田参考人にお尋ねをさせていたいと思います。

本日、先ほどの意見陳述、拝聴しておりますまことに、こちらの冊子も私も目を通していただきました。私が主張していることと大変近い考え方方がこの中にあるなという率直な印象を持たせていただきました。

そういうまさに働く最前線の皆さんの立場を代弁しておられるわけですが、一点お尋ねをさせていただきたいと思いますけれども、今、産科のこ

とをお尋ねをしたんですが、御承知のとおり、福島県の大野病院におきまして産婦人科医が医師法第二十一条違反と業務上過失致死の疑いで逮捕、起訴されるという事態が発生したわけですが、まさに少子化あるいは産科不足が大変指摘をされておる中で、こういう状況が起こったことに対しまして、医師会としてどのようにお考えなされています。

○内田参考人 この問題に関しては日本医師会の唐沢会長も再三記者会見等を行つて申し上げておりますけれども、やはり今回の逮捕という件に関しては、医師会あるいは医療関係団体こそつて大反対という声明を出しております。

このような状況が繰り返されるようでは、医師として安心して医療に携わることができない状況になつてしまふうに考へておりますので、ぜひ法的な整備も含めて検討していただきたいと考えております。

○柚木委員 ありがとうございます。

今いだいた意見もしっかりと踏まえてまいりたいと思います。

まだ質問があつたんですが、質疑の時間が来ましたので、これで終わらせていただきたいと思いますが、昨日、本日と大変御多用の中、参考人の皆様、こうしてお越しいただきました、いただいた御意見、その御意見を踏まえて議論を深めるためには、そのための場が必要だと思いません。間違つても十分な審議がないままに採決とならないよう、当委員会でも責任を持って審議をしていくという思いを、本日すべてのこちらの皆様と共にをさせていただきまして、私の質疑を終わらせていただきます。

○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。

本日は、大変お忙しい中、六人の参考人の皆さん、本委員会に御出席いただき、また貴重な御意見を拝聴することができました。本当にありがとうございました。

本日は、大変お忙しい中、六人の参考人の皆さん、本委員会に御出席いただき、また貴重な御意見を拝聴することができました。本当にありがとうございました。

つきましては最初に、療養病床の問題と絡んで、在宅医療のことでお伺いをしたいと思います。

療養病床の削減、廃止問題が今回大きな焦点となり、行き場のないお年寄りが出るのはないかということが強く危惧されております。政府は、六年間で削減される二十三万床の受け皿について、一定期間老健施設の基準を緩和する経過措置を設けることなどを踏まえ、老健施設に十五万から十七万床程度移行し、その他についてはケアハウス等の居住系サービスあるいは在宅への移行を想定していると答えました。

施設の受け皿が不十分だということはこの間も指摘をしてきたところであります。では、在宅ではどうでしょうか。本法案においては、地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有する在宅療養支援診療所という新たな規定を設け、二十四時間往診が可能な体制の確立や、死亡日前に患者が在宅で死亡した場合は一万点の診療報酬、ターミナル加算というそうであります。それ以外は千二百点ですから、莫大な差をつけて、退院の誘導や在宅、いわゆる病院以外の施設でみどりをするといふふうに誘導するシステムにしようとしております。

しかし、この間、医師不足や深刻な医師、看護師の過重労働が指摘されておきながら、さらに二十四時間の体制、今までこれをやるということはいかがなものか、あるいは現実に対応が可能なかといふことが危惧されるわけでありますけれども、この点について、まず内田先生に御意見を伺いたいと思います。

○内田参考人 私の意見陳述の中でも申し述べましたけれども、療養病床の廃止等を伴う在宅への移行という、政策的な誘導も入つてゐると思いますが、この問題は非常に大きい問題をはらんでおります。

一つは、やはり在宅療養の基盤整備がまだまだ十分ではないということが言えます。全国的にも、在宅療養は大分取り組みが進んではおりますけれども、まだまだこれだけのものを受け入れるだけの受け皿は、現在のところはないのではないかというふうに思います。

それからもう一つは、現在、介護施設等での医療部分が全く認められておりませんし、それから、今後、居宅への誘導、例えば有料老人ホームとかケアハウスへ移つて、受け皿がそちらの方に

移った場合、都会では在宅医療が非常に難しい社会的な環境もありますので、こういうところでの受け皿というのを考えたときに、そこで適切な治療が提供できる体制がまだまだ不十分ではないかなど。それから、診療報酬体系の中でも、そこへの対応というのが十分に検討されていないというところがありますので、今後の非常に大きな課題ではないかと思います。

それから、在宅医療支援診療所の件ですけれども、非常に高い点数設定がされている、これに誘導しようということはわかるんですけど、実は、高い点数設定に伴って高い患者負担というのも生じてしまっていますので、実際に在宅医療を担当している医師としては、これを患者さんに請求するということがなかなか難しい点がございますので、この辺も検討していかなくてはいけないかなと思つております。

○高橋委員　ありがとうございます。

基盤整備という点とまた患者負担という点で貴重な御指摘をいたいたいと思います。

同じ質問について、やはり現場で在宅医療を行っている鈴木先生に伺いたいと思います。

○鈴木参考人　お答えさせていただきます。

現在、先ほども申しましたみたいに、基盤整備といいますか、その基本は、医師と看護体制の問題があります。訪問看護がきっちと二十四時間受け入れられる、あるいはそういうところへ出動するためには、夜の夜中に一人の看護師さんが出かけるわけですね、そういうリスクもあるわけですね。ですから、私どもは、二人で、ヘルパーさんと一緒に回っているわけですから、そういうものに対する介護報酬、出ておりません。そういう意味で、二十四時間きっちと対応できる診療報酬また介護報酬を確立することがまず第一だと思ひます。

それから、先ほど、今回のあれにも切れ目のない、ということが言われておりますけれども、先ほどの療養病床の削減は切れ目ができてくる可能性性があります。

一つは、先ほど内田先生の御指摘がありましたように、医療と介護が、老健施設におきましては医療行為がマルメになつております。できないと、いうわけではないんですけども、マルメ。そして、そのために施設の支出がふえちゃいます。基本的に、制度として、やはり患者様一人一人に医療行為には医療保険、介護サービスには介護保険がどの場におきましてもきちっと出るというシステムが必要なんじやないかと、いうふうに私は思つております。今、老健施設、そういうところに入ることによって、ここがだめ、ここがだめ、そういうものがありますけれども、ですから、介護と医療が一体化して、そして一人一人の患者様の必要に応じた供給保障ができるということが非常に大きなものだと思います。

そういう意味では、そのための基盤整備として、今回、療養病床が非常に厳しい状況になつたということは、実は、私が、一九九八年ぐらいですか、自分たちの約千人を超える在宅患者さんの調査をして、急性増悪した場合にどこに入れるかということをまとめました。そうしますと、いろいろな都内の在宅患者さん千人ほどが、いざ熱が出たり、ちょっと調子が悪くなつたときに運ばれる先は、その方が、例えば大学病院であつても、あるいは聖路加病院とかそういう有名な病院に入つていきましたので、結局は近くの民間病院に七七%収容されておりました。

そういう意味では、やはり地域の医療機関がきちんと救急を受ける、そしてまた、それに対しての、そういう小病院、地域の病院がきちつと経営的にやっていけるということを確立することが私は非常に重要なじやないかと思います。

都市部におきましてでもそうでありますから、まして地におきまして、いろいろな医療の崩壊といふものが進められております。北海道の方において起きても、根室の方ですか、そこには療養型病床がなくなつちゃつたとか、いろいろなそういう事態が地方において起こっております。こういう状態が続きますと、在宅医療のバックアップにな

いるところで、これら全体が一体としたものであるというふうに考えております。

そういう意味では、今回の医療制度で療養病床が機械的に削られるということに關しましては、近くの、それこそ先ほどありましたみたいに、自治体ごとの提供体制の整備、自治体ごとに配備できるような、こういう整備が必要になるんじやないかというふうに思つております。

基本的にはやはり在宅医療を支えるのはマンパワーでございます。私も実は二週間前、先ほどの二十四時間、ターミナル加算、私どものかかわっている医療機関はあいう診療所ができる前からずっと医師当直体制をやつておりましたので、そのまま在宅療養支援診療所になりました。そして、最近も私は在宅で、私、土日は全部ポケットベルでいつでも呼べる態勢をずっと続けております。

そういうことができて初めてできるわけでありますし、その裏には、医師や看護師さんの非常に過酷な、私はまた経営的な責任があるからやつているわけですけれども、それが勤務医も含めて全部やりますと、大変厳しいという状況があるということを御理解いただきたいというふうに思います。

以上でございます。

○高橋委員 ありがとうございます。

やはりマンパワーの面で本当に充実した体制がなければ不可能であるということや、あるいは逆に、バックアップする病院等が確立をしていて体制がとれているということがやはり課題ではないのかということも改めて考えさせられました。

そこで、もう一度鈴木先生に伺いたいんですけども、やはり先生は身近でさまざまな患者さん、あるいは患者さんを支える家族の苦労も見ておられると思うんです。家族が在宅で病人を抱えているのはどういうことなのか。実際には老老介護とか、きのうもテレビでちょうどやつておしましたけれども、本当に深刻な実態があるかと思

うんです。限られた時間ですが、少し紹介をしていただきたいと思います。

○鈴木参考人 お答えさせていただきます。

事例は数限りなくいろいろあります。

介護保険もこの前交わしました、いろいろな問題、この前、ある医師会で、私の友人が介護保険調査会に出まして、九十五歳のお年寄りの男性が一人でかくしゃくとして住んでおられるけれども、特別認知症もないもので支援一だった。これにヘルパーさんが一人、週一回入っていまして。しかし、今度の保険制度で切られちゃった。そうすると、週一回家をきれいにしていた部分がなくなってしまった、こういうようなことも起きております。

そういう意味では、介護保険の問題とそれから医療保険の両方が本当に整備されていないと、実際の介護の現場というのは大変厳しいものであります。私の副所長の女性医師の御両親の例ですが、二人だけで住んでおりまして、片方が隣で亡くなっているのに連絡もできなかつたというような事態が自分の身内にもありましたけれども、そういうようなことが各家庭には起こり得ます。気づかぬうちにだれか亡くなつたとか、そういうことがないようにするために、やはりいつも二十四時間チェックできるような、あるいは定期的にでもチェックできるような、そういう制度が必要でありまして、この間の介護保険で大分その辺が削られたということに大変危機感を感じております。

お一人の方を二十四時間の中で全体でケアしようとという試みも私どもは随分しました。しかし、お一人をずっとケアしていくことは本当に何回も何回も行かなくてはいけないということもありますし、そういう意味では、適時、その人なりの生活を保障できる体制も必要であると同時に、ちょっと急変した場合にはすぐに病院に受け入れられる、そういう連携が非常に重要なのではないかというふうに思っております。

具体的な事例はいろいろありますけれども、

応そんなような感じがいたします。

○高橋委員 ありがとうございました。

本当にたくさん言いたいことがあるんだと思いますけれども、本当に深刻な状況が生まれている。そこを踏まえて私たちも検討していかなければならぬというふうに受けとめたいと思いま

す。次に、川渕先生にぜひ伺いたいと思うんですが、先生が下さった本、読ませていただきました。ありがとうございます。

それで、きょうは、実はそのことではなくて、先生が昨年「病院経営」に「医療経済の読み方・混合診療」実質的解禁は、病院経営に何をもたらすかという連載をされまして、非常に多方面に、海外の医療の実態や調査も踏まえた上で、先生やはり医療経済という分野から書かれていますので、せつかの機会ですので御意見をいただきたいと思います。

その中で大変印象深い表現を先生されておりまして、「その医療行為が医学的に根拠があるものであれば、混合診療もしくは保険診療の対象とする」「この「規制緩和」こそがまさに長年の医療界のパンチラの箱を開いた瞬間」、こういう表現をされております。私は非常にこの表現がなかなかのものだなと思っておりますので、ちょっとそこら辺の真意も含めて、混合診療がこの間、これ以上進んでいくことによって何が起きるだろうか。お金のある人しかやはり高度な医療、先進医療は受けられないのではないかとか、あるいは、患者が選んだ医療、口実はそうなるわけですけれども、結果として、高度に限らず、保険で受けられない医療が拡大するのではないか、こうした心配をしているわけですが、率直に伺いたいと思いま

す。

○川渕参考人 非常に難しい質問をありがとうございます。

いわゆる混合診療と言われておりますし、今の医療保険体系では、いわゆる保険給付と保険外負

担の併用というのは一切ない、認められないはずなんですね。なのに、例えば差額室料等、こうい

うのはございますね。あるいは、皆様方が歯科医院に行かれますと、ここから自費にしますか保険にしますかという局面がございますね。そういうことを実は私なりにまとめて、そして日本医師会のシンクタンクから首になつちゃつたんだけれども。

私がなぜ混合診療の研究をやつたかといいます

と、だれも研究していないんですね、その問題について。介護保険の話を先ほどしましたけれども、介護保険は、混合介護は在宅ケアだけはオーケーなんです。ですから、先ほど御案内ありましたように、例えば私の義理の母は痴呆ですけれども、認知症ですから、ホームヘルパーに来てもらいますと、要介護二でありますので一定の介護給付金しかもらえない。そうしますと、さらにとなるべくなんですかと、私は親孝行ですから、私が負担するとなるわけですね。これがいいかどうかという話がござります。

○内田参考人

混合診療の問題は非常に大きな問題であります。私は、基本的にこれは反対であります。要するに、医療の内容に格差を生じる、お金の多寡によって受ける医療の内容が差別されることがありますと、結局、一つでも保険外負担を入れると全部自費になるんですね。そんなふうに医療現場はやっているかと。ドクターの中には心

かといいますと、結局、一つでも保険外負担を入れると全部自費になるんですね。そんなふうに医療現場はやっているかと。ドクターの中には心

かといいますと、結局、一つでも保険外負担を入れると全部自費になるんですね。そんなふうに医療現場はやっているかと。ドクターの中には心

とで、私はネクストベストということで考えたわ

けであります。

本来ならば、全部保険適用すればいい、私もそう思います。現に、今回の高度先進医療でも、百九項目の中で八項目は保険適用になりました。特に臓器移植ですね。私が例えば臓器移植の患者あるいはその家族だったら、ぜひ保険に入れてほしいと。

ただ、問題は、これが医療費に一体幾ら影響を及ぼすか、そこまで考えて議論されたんですかと

いうところが私は一番抜けているのではないかと思つて、ネクストベストでございますけれども一つの方向ではないかということで、ちょっと先走りましたが、そう書きました。

以上であります。

○高橋委員

同じく、内田先生に混合診療の問題

についてぜひ伺いたいと思います。

○内田参考人

混合診療の問題は非常に大きな問題

であります。私は、基本的にこれは反対であります。要するに、医療の内容に格差を生じる、お金の多寡によって受ける医療の内容が差別されるということです。

○内田参考人

混合診療の問題は非常に大きな問題

であります。私は、基本的にこれは反対であります。要するに、医療の内容に格差を生じる、お金の多寡によって受ける医療の内容が差別されるということです。

それに対する対応として、厚労省の方でもいろいろ考えてございまして、先ほどの新薬の承認に関しましても保険診療との併用を一部認めるというような方針も出しておられますし、先進医療につきましても同じような取り扱いが、従前の特定療養費という形から選定療養それから評価療養です

か、今後保険診療に取り込んでいくのを前提とし

た、評価が確定するまでの移行期間として評価療養というのを取り上げていますから、そういう点での取り組みは徐々に進んできているのではない

ことが起こっています。

現に、なぜ混合診療に穴があいたかといいますと、これはきょうおいでかもしませんけれども、患者団体の中に、アメリカのFDAを通して日本ではなかなか承認されない、例えば百四十のうちの六十項目ぐらいの薬はない。それを

お医者さんが自己責任で輸入して処方している。

生も、基本的に格差が生じるのはないかと、そ

ういう指摘をしつかり踏まえて十分な検討が必要なのではないかと思っております。

最後に一言、鈴木先生に、もう既に医療の現場でかなりの格差が現実に起きているわけですよ。これ以上の負担増が患者に何をもたらすのかということで一言伺いたいと思います。

○鈴木参考人

このたび介護報酬問題で食費、居

住費が自己負担になりますと、全国保険医団体連

合会が全国の老健施設その他特養などに行つて調

べますと、約五百人ぐらいが食費

施設費の負担

増によって退所せざるを得なかつたというよう

な実態が出てきております。各医療現場におきまし

ては、先ほどもちらつと触れましたけれども、や

はり国民健康保険が払えない方がふえてきている

ということです。資格証明書とかそういうものを

持つておられる方がちらちらと出てきておりま

す。また、そういう方を私どもが意識的に追求し

ないとわからないということもあります。

そういう現実と、それから、私どもは差額ベッ

ドはとつておりますけれども、医療機関の中

で、タクシー労働者の方なんかが私の患者は非常

に多いんですが、いろいろな検査とかそういうも

のを勧めたときに、医療費のことから、時期をず

らしてくれとかそういうことを言う方が前よりも

多くなつてきているように感じしております。これ

は社会構造の格差が広がっているということのあ

らわれかと思いますけれども、そういう意味で、所得の格差が命の格差にならないように、健康格

差にならないように、最近「健康格差社会」という

本が出ましたけれども、そういうような実態が明

らかになっております。

そういう意味では、今度の「医療制度改革」ということでありますので、いい方向に向かう議論になつてもいいたいと思うんですけども、現時点では、先ほど私が申したみたいに、格差が広がる方向に行くような危険性を感じております。

そういう意味で、先ほどの民主党の議員さんも言つたみたいに、ぜひ十分な審議そしてまた問

題が十分議論され尽くしていないような、時間的な余裕もありませんし、この間の厚労省の療養病床その他のことの突然の変更も含めまして、十分各医療団体それから患者の声を聞いた医療改革をやつてほしいというふうに心から念ずる次第でござります。

以上でござります。

○高橋委員 ありがとうございました。時間の関係ですべての参考人の皆さんにお伺いすることができなくて、申しわけありませんでした。本当にありがとうございました。

○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。

本日は、各参考人の皆様に貴重な御意見を拝聴いたしました。また、お昼過ぎを挟んでの長時間の、皆さんからの貴重な御意見を拝聴する時間をちょうどだいたしまして、大変にありがたいと思います。

私は、きょう冒頭、川渕参考人からお伺いをしたいと思いますが、実は、川渕参考人のお仕事

は、日医総研におけるところ、あるいはせんだつて送つていただいた御本も拝読し、ただ、読むと聞くとは大違いというか、やはりきょうまた拝聴して、ああ、さすがになるほどだと思ったことがございます。

と申しますのは、川渕参考人のこのいただきましたレジュメの中で「三つの素朴な疑問」、あえて素朴という言葉を使われたんだと思うのですが、三ページに参りますと「本当に医療費はコントロールできるのか」と。私は、これを、どんな立場に立つ人も本当にエビデンスベースドで論議すべきときなんだと思います。

実は、土光臨調で、御指摘のように、国民医療費の伸びを例えれば経済の伸びに連動させよう、今もまた同じことを財政諮問会議がおっしゃっていますが、結果的に、今度の改正でやつていることは、国民医療費の伸びではなくて、医療給

付費、いわゆる公的負担を抑えようというだけであつて、それが果たして本当に国民医療費の伸びを抑えられるのかどうかということは、何の論拠も示されていないんだと私は思っています。

先ほど来、やはり国会の場にいると、お金、財政運営のことが大事だから、このままじゃ、広がつたばかりのふろしきでどうにもならないんだ

という論議もありますが、そういう立場に立たれる方も、私は、本当にこの方針が将来国民医療費を抑えるんだという論拠がどこにあるのか。もう一点、私は、きょう内田参考人にお話したときましたが、医療は、単なる消費ではなくて二一

二、人間が生きていく上の絶対不可欠なものですが、それに対してまたもう一方の配慮が必要ですか

らうという二本の軸があろうかと思います。

川渕参考人には、もう一度、果たして医療費抑制策は成功してきたのか、いくのか、もしかして

この方針は間違った方向に、医療給付費、国民医療費ではありませんね、給付費を抑えていく方向

が逆に、思うところと違う方向に行くのではないかという点について、御意見をお願いいたしま

す。

○川渕参考人 非常に難しい質問をありがとうございます。

私は、医療の研究をやっておりまして、今、医療界に入つてもう二十二年になるんすけれども、ござりますので、まずその点からお願ひ申し上げます。

と申しますのは、川渕参考人のこのいただきましたレジュメの中で「三つの素朴な疑問」、あえて素朴という言葉を使われたんだと思うのですが、三ページに参りますと「本当に医療費はコントロールできるのか」と。私は、これを、どんな立場に立つ人も本当にエビデンスベースドで論議すべきときなんだと思います。

実は、川渕参考人のこのいただきましたレジュメの中で「三つの素朴な疑問」、あえて素朴という言葉を使われたんだと思うのですが、三ページに参りますと「本当に医療費はコントロールできるのか」と。私は、これを、どんな立場に立つ人も本当にエビデンスベースドで論議すべきときなんだと思います。

私は、先日、ハーバードのパブリックヘルスの教授でデビッド・カトラーというのがいるんですけど、それとも、その人がおもしろい推計をやつております。つまり、医療費は、診療報酬、プライスをもつてして神の見える手を数人の技官でつくつ使っているツールは、診療報酬のツールなんですね。つまり、医療費は、診療報酬、プライスをもつてすれば新しい分野もまだまだ開けようと思いま

す。

ただ、もう一つの御質問でありますけれども、議員のあれにありました、では、これまで厚労省がやつた政策、これは、一九八一年、土光臨調の後を受けて何をやつたかといいますと、専ら使つていてるツールは、診療報酬のツールなんですね。つまり、医療費は、診療報酬、プライスをもつてすれば新しい分野もまだまだ開けようと思いま

す。

○阿部(知)委員 私も常に思いますが、医療費の論議をするときに、すぐ後ろ向きなんですね、縮み思考。技術革新だつて、これからは、現

在日本が置かれている地位とかいろいろな技術力をもつてすれば新しい時代にもかかわらず、とにかく

思いますし、ある種医療産業的な視座というのも必要になつていて、時代にもかかわらず、とにかく

医療費を、それも誤つた手法で抑えようとするか

あります。問題は、これがきいているかどうか

ですね。これは、OECの連中と会いますと、日本というのはすごいよね、こんな統制管理がよ

くできるねと言つんですね。だつて、三十一兆円の医療費の値段表を上が決めるわけですから、力

ミというのはお上ですよ、これはすごい。

私が申し上げたいのは、ここ最近であります。

ここ最近は、例えば、九七年以降、我が国はデフ

レ不況に入りました。言うまでもなく、国民所得

はむしろマイナスであります。そして消費支出も減つている中で、我が国の医療費は漸々と上がつて、ここを今危機的だとおっしゃるわけです。社会保険庁あるいは政管健保のところ、もつと言つて保険局総務課、このバジエットが厳しくなっている。ただ、何が危機かというと、必ず厚労省が、医療費が伸びるというのをどう考えるかです。ただ、アメリカ人は医療を一つの産業と見ておりますので、市場規模という見方をしますと、技術革新をきちんと見てくれるからいいじゃないかと。

きょう余り産業界の方のお話はなかつたんです。が、例えば日本の製薬メーカー、世界に余り通用しない薬をつくつてきましたけれども、ここへ来て、数社は海外で治験をやつております。そういう点で、私は、やはり、成熟社会になつてきますと、医療というのはある意味では産業とする見方有必要じゃないかと。結果的にもう産業になつて必要じやないかと。結果的にもう産業になつている部分もありますよね、雇用を生み出し、MRさんとかそういう人たちも含めますと、三百二十万人ぐらい今医療に携わつてゐるわけですから。そこをどう考へるかといふことはあります。

したがつて、私の答えから言いますと、医療費はコントロールできないのではないかと思つています。

したがつて、ちょっと長くなりましたけれども、最近の医療費適正化については、もうPだけでは無理じやないか。というのは、先ほどの内閣府のスタディーでもありましたように、皆さん、やはり民間病院が多いですから、やはり調整していくわけです、数量で。これがいいかどうかですね。私は、やはりPとQの両方を考え、やはり質、ここが一番抜けているんじゃないかと思いま

す。

したがつて、ちょっと長くなりましたけれども、最近の医療費適正化については、もうPだけでは無理じやないか。というのは、先ほどの内閣府のスタディーでもありましたように、皆さん、やはり民間病院が多いですから、やはり調整していくわけです、数量で。これがいいかどうかですね。私は、やはりPとQの両方を考え、やはり質、ここが一番抜けているんじゃないかと思いま

す。

○阿部(知)委員 私も常に思いますが、医療費の論議をするときに、すぐ後ろ向きなんですね、縮み思考。技術革新だつて、これからは、現

在日本が置かれている地位とかいろいろな技術力をもつてすれば新しい時代にもかかわらず、とにかく

思いますし、ある種医療産業的な視座というのも必要になつていて、時代にもかかわらず、とにかく

医療費を、それも誤つた手法で抑えようとするか

あります。問題は、これがきいているかどうか

ですね。これは、OECの連中と会いますと、日本

というのはすごいよね、こんな統制管理がよ

くできるねと言つんですね。だつて、三十一兆円の医療費の値段表を上が決めるわけですから、力

ミというのはお上ですよ、これはすごい。

私が申し上げたいのは、ここ最近であります。

ここ最近は、例えば、九七年以降、我が国はデフ

レ不況に入りました。言うまでもなく、国民所得

はむしろマイナスであります。そして消費支出も減つている中で、我が国の医療費は漸々と上がつて、ここを今危機的だとおっしゃるわけです。社会保険庁あるいは政管健保のところ、もつと言つて保険局総務課、このバジエットが厳しくなっている。ただ、何が危機かというと、必ず厚労省が、医療費が伸びるというのをどう考えるかです。ただ、アメリカ人は医療を一つの産業と見ておりますので、市場規模という見方をしますと、技術革新をきちんと見てくれるからいいじゃないかと。

きょう余り産業界の方のお話はなかつたんです。が、例えば日本の製薬メーカー、世界に余り通用

しない薬をつくつてきましたけれども、ここへ来て、数社は海外で治験をやつております。そういう点で、私は、やはり、成熟社会になつてきますと、医療というのはある意味では産業とする見方有必要じゃないかと。結果的にもう産業になつている部分もありますよね、雇用を生み出し、MRさんとかそういう人たちも含めますと、三百二十万人ぐらい今医療に携わつてゐるわけですから。そこをどう考へるかといふことはあります。

したがつて、私の答えから言いますと、医療費

この仕事がどのくらいの人事費で成り立っているのかということを医療者ももつともと国民に見せて、それこそ財務諸表を見せて、これだけの医療を提供するにはこれだけの人事費がかかるといふんだ、安からう悪かろう、死んじゃつたでいいのかと、私は、はつきり言えば、そこまで国民に明示しなければ、この不毛な論争は、結局、私たち医療者も泣く、國民も泣く、命はなくなるとなつていくと思うのです。

そこで、内田参考人は医師会というお立場、そして鈴木参考人は民主医療機関連合会という、病院団体も多いかと思います、その中で、医療といふ、あえて産業と言わせていただきます、この仕事にかかる人件費の問題はどんなふうに分析されているのか、よろしくお願ひします。

○内田参考人　お答えします。

さすがに医療の現場から出でいらっしゃる阿部先生の御質問だと思いますけれども、国民医療費を抑制できるかという議論が先ほどありましたけれども、診療報酬がツールになつてあるという話がございました。

この間の国民総医療費の伸びを見ますと、非常に低いレベルで抑えられています。このような事実を見ますと、どこでそれを支えているかといふと、やはりこれは、現場の医師たちあるいは医療関係者たちの献身的な努力、職業倫理といったようなものに支えられてきたと思つております。現状ではこれがもうそろそろ限界に来ているのではないか、そのため、病院から開業へとか、地域格差を含めてそういうシフトが起きてきているというふうに思つております。

ただ、現状はこれを受け入れるしかないわけでも、その中で、いかに医療の水準を後退させず、良質な医療を平等に提供していくかということを考えますと、やはり、機能分担、機能分化、それから有機的な連携というものにしつかり取り組んでいくしかない。病診、診診、病病連携、あるいは介護との連携といったようなところ、それか

ら予防や健診についての取り組みを進めるといつたようなところでの対応ということを現実の枠組みの中で考えて取り組んでいくしかないのかなと、いうふうに思つております。

○鈴木参考人　どうもありがとうございます。

私ども、今度のこの医療制度改革をめぐる国民と医療者との関係ですね、この間、郵政、それから最近は役人、そして今、医療者を国民と乖離させるような報道あるいは流れがあるのではないかなど、医療者側の透明度といいますか、そういうことが疑われることがあつた。日歯連事件なんかがその典型だと思います。

そういうことも含めまして、日常的に、最近はインフォームド・コンセントとか、いろいろな意味で随分医療者が頑張つてはいると思います。医療の医師の労働というものが、私も外科医ですのでも、例えいろいろな手術の前の説明、どういう医療機関がいいかと選ぶこと、家族にあれすると、それからまたお亡くなりになられる場合のいろいろな説明、書類とそれから説明に非常に時間がかかるということがかつてよりもずっと多くなつております。それはある意味で進歩だとは思いますが、それでも、今までが説明なしのことも多かつたという反省もありますが、そういう時間が非常にとられている。それは夜の夜中も含めて行われています。そういう医療そのものを超えた労働、先ほどのいろいろ事務的なことが非常にふえてきておるということが一つあります。

○阿部(知)委員　金銭面だけでこの医療改革、あるいは私から言わせれば改悪になつてしまふようなことをする以上に、本来的に今行わなければならぬ医療制度の改革は、恐らく、渡辺参考人がおつしやいました地方分権ということの大きなことをしておるといつた以上に、本当に今行わなければならぬ医療制度の改革は、恐らく、渡辺参考人がおつしやいました地方分権ということの大きなことは医療というのになるし、また、していくためには市町村にすべての責任ということではなかなかうまくいかないのは当然であります。ですから、財政的にどう裏づけるのか、あるいはもつておられる税かという問題はまだございますが、それから、ぜひマスコミの関係者の方々も、医療の現実の姿、随分いろいろな連載は出でてはおりますけれども、例えば先ほど問題になつた福島の外科学会総会で、私も出ていましたところ、あの事件のリアルな報告がされました。本当に出血がどんどん多量で幾ら輸血を申し込んで來ない、一時間來ない、一時間半來ない、そのうちに亡くなつたというその報告は、本当に痛ましい報告でした。この産婦人科医の気持ちたるやいかなるものかという報告がありました。

そういう形で頑張つておる医師たちに、本当にいきなり警察権力で入つてくるというやうなやり方というのは、うがつて考えますと、医師とばかりの国民党と差をつけるような、分断するような動きではないかなと思いまして、ああいう事件に関しても、きちんと第三者機関で評価するよう、そういうシステムをつくらなくちゃいけないなどといふふうに思つています。

私は、一番今重要なのは、医療者と国民の皆様方、患者様との相互理解、最近も自動車会館でシンボリウムがありましたけれども、こういう取り組みをどんどんやっていくことが必要なのではないかというふうに思っています。

以上でございます。

○阿部(知)委員　金銭面だけでこの医療改革、あるいは私から言わせれば改悪になつてしまふようなことをする以上に、本来的に今行わなければならぬ医療制度の改革は、恐らく、渡辺参考人がおつしやいました地方分権ということの大きなことは医療というのになるし、また、していくためには市町村にすべての責任とということではなかなかうまくいかないのは当然であります。ですから、財政的にどう裏づけるのか、あるいはもつておられる税かという問題はまだございますが、それから、ぜひマスコミの関係者の方々も、医療の現実の姿、随分いろいろな連載は出でてはおりますけれども、例えば先ほど問題になつた福島の外科学会総会で、私も出ていましたところ、あの事件のリアルな報告がされました。本当に出血がどんどん多量で幾ら輸血を申し込んで來ない、一時間來ない、一時間半來ない、そのうちに亡くなつたというその報告は、本当に痛ましい報告でした。この産婦人科医の気持ちたるやいかなるものかという報告がありました。

そういう形で頑張つておる医師たちに、本当にいきなり警察権力で入つてくるというやうなやり方というのは、うがつて考えますと、医師とばかりの国民党と差をつけるような、分断するような動きではないかなと思いまして、ああいう事件に関しても、きちんと第三者機関で評価するよう、そういうシステムをつくらなくちゃいけないなどといふふうに思つています。

私は、一番今重要なのは、医療者と国民の皆様方、患者様との相互理解、最近も自動車会館でシンボリウムがありましたけれども、こういう取り組みをどんどんやっていくことが必要なのではないかというふうに思っています。

以上でございます。

○渡辺参考人　お答えします。

おつしやるとおりで、私は、基本的に医療行政を都道府県に持つていくことは賛成だと先ほど申し上げましたし、それは地方分権の大きな一つの引き金といいましょうか、きっかけになると。ただ、これもまた先ほど申し上げたように、では今この県の問題、このままでいいのかという問題は当然残ります。そうすると、先ほどは例えば鳥取、島根という有名な固有名詞を出して申しわけなかつたですが、人口の規模の少なさ、あるいは財政力の少なさといった問題があります。

また、今委員が御指摘なさつたような自治体病院、つまり、県立、市町村立千百ある病院のうち、一般会計繰り入れを除けば九六%が赤字という状態で大変厳しい。一方で政策医療もやらなければいけない。そういう数々の問題を抱えている中で、いきなり都道府県にすべての責任、あるいは市町村にすべての責任とということではなかなかうまくいかないのは当然であります。ですから、財政的にどう裏づけるのか、あるいはもつておられる税かといいましょうか、極めて少ないなと言えば人的な問題ですね、そういうものをもつておられる税かといいましょうか、極めて少ないな

そこで、渡辺参考人がスウェーデンの例を引かれて、確かに北欧諸国、ほとんどの分権は医療と三位一体改革ということと絡めて、本来的に今回なされるべき地方分権と医療ということを考えた場合に、先ほど参考人は税の負担を増しますかという御意見であります。私も、どこか地方は本当に抱つていけるだろうか、財源はどうから取る税かという問題はまだございますが、それもあり得ると思います。でも、今のこの姿では、地方は本当に抱つていけるんだろうか、財源はどうするんだとすごく不安になるのですが、この点はいかがでありますか。

そこで、渡辺参考人がスウェーデンの例を引かれて、確かに北欧諸国、ほとんどの分権は医療と三位一体改革ということと絡めて、本来的に今回なされるべき地方分権と医療ということを考えた場合に、先ほど参考人は税の負担を増しますかという御意見であります。私も、どこか地方は本当に抱つていけるだろうか、財源はどうするんだとすごく不安になるのですが、この点はいかがでありますか。

そこで、渡辺参考人がスウェーデンの例を引かれて、確かに北欧諸国、ほとんどの分権は医療と三位一体改革ということと絡めて、本来的に今回なされるべき地方分権と医療ということを考えた場合に、先ほど参考人は税の負担を増しますかという御意見であります。私も、どこか地方は本当に抱つていけるだろうか、財源はどうするんだとすごく不安になるのですが、この点はいかがでありますか。

うに、医療費三十一兆円、医療従事者は先ほど川渕さんからあつたように三百万人。そうしますと、単純計算しますと一人当たり約一千万円ですね。これは全部売り上げの話でありますから、一千万円入つてくるわけがない。そういう意味からいいますと、人件費も相当低いなという気もいたしますので、今時間の関係で詳しくはあれですが、そういつたことも勘案しなければ、単純に県に移せばそれですべて成るというのではないと思つております。

○阿部(知)委員 残された時間が少です。申しわけありませんが、星野参考人にお願いいたしました。社会保障審議会の医療保険部会の中で、現状、国保が五千万人になんなんとしている、恐らく、星野参考人の御経験の中、国民皆保険制度の成り立ちから今日に至るまでのなかで、かほどに国民健康保険が人數的にも多くなるということは予測を上回るものであると思うのです。

それで、この国民保険五千万人現状というのはどのように分析され、どう方向づけられていくべきかということを一言教えてください。

○星野参考人 全く御指摘のとおり、大変な問題だと思います。

私どもが若いころの人口推計から始まつて、そもそも論から言つるのは時間の無駄ですけれども、ともかく、だれかこういう状況を三十年前に想像したか。ないんじやないんでしようかね。

しかも、皆さんのが悪いことをしたからこうなつたんじやなくて、長寿社会になつたからこうなつたんですね。だから、そういう意味では、本当はことほくべきことにもかわらず、実際の生活になると、みんな六十歳定年でおやめになるとかなりタイアして、その後もう一回人生があります、こういう話になるわけですね。ところが、病気の発症率が確率論的に言えば大変高い世代になつてしまつわけですから、当然医療費がかかつてくるのはやむを得ないんですね、事実上の問題として。そこで、今度の医療制度改革も、一言で言え

ば、そういう問題についての七転八倒をしているところなんぢやないか。こうやつて先生方が皆さんおいでいただいだわけです。保険者たどかお医者さんなどあるいは労働組合の方、経団連は非常に国民としてありがたいことでありますし、また、いい知恵があれば知恵を出していただきたいたいと思いますが。

私も、部会長をやつていて、関係者、ずらつと皆さんがおいでいただいだわけです。保険者たどかお医者さんなどあるいは労働組合の方、経団連の方とかにおいていただいたんですが、それぞれがそれぞれの立場でそれぞれ率直に言つていただきわけで、これは大変ありがたいことです。といふのは、どこにそれぞれの立場からすると問題点があるのかというのがはつきりするわけですか

○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、大変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。

私も数点質問をさせていただきたいというふうに思つております。

今般の医療制度改革につきましては、国民の医療に対する安心感を確保して、質の高い医療サービスが適切に提供され、また、医療保

険制度の持続性の確保に向けた効率的な医療制度

の構築というものが求められているというふうに思ひます。このため、医師不足問題への対応ですとか地域医療の連携体制の構築、患者に対する情

報提供ですとか遠隔医療の推進等を図る、あわせ

て、予防を重視した医療費適正化の総合的な推

進、新たな高齢者医療制度の創設、保険者の再編

や統合等を行おうとする政府案が今提案されてい

るわけでござります。

このような大きな方向性については理解できる

わけでございます。ただ、個別の改正事項につい

ては関係者の意見も分かれておりまして、その提

供体制が地域の状況によって大変異なるというこ

ともありますて、難しい問題があるなというふう

に考えておるわけでござります。

そこで、まず、内田参考人と星野参考人にお尋

ねいたしますが、診療報酬体系は中医協が決定さ

れるというふうに認識しております。ただ、小児

科や産科、外科などの勤務医の過酷な勤務ですと

が、保険者側とそれから医療提供者側も大体はす

か。

それで、精いっぱい今やつたのは、政府案だつて精いっぱいやつてあるわけですから、ひとつそん大変御熱心にこれを議論していただくというのは非常に国民としてありがたいことでありますし、また、いい知恵があれば知恵を出していただいだいと思つております。

○阿部(知)委員 逢見参考人には、出産の医療保険適用をさらにお進めくださいますようによろしくお願い申し上げて、質疑を終わります。

○星野参考人 お答え申し上げます。

私は、昨年の春だったか夏ぐらいまで中医協の会長をやつておりました。いろいろなことがあります

したがいまして、どちらかというと、先生方は頭がよろしいから、多分、ウイン・ウインの、み

んなが喜ぶような御解決案を出されるかもしませんが、私なんかの頭ですと、今の状況は、いか

に不満を最小化するか、あらゆる関係者の不満を

最小化していくかということが非常に重要なこと

じやないか。その間にもうちょっと頭のいいのが

出てくれば、もっとうまい案を考えるのかもしれませんけれども、どうも、今の状況を言うと、先

生御指摘のように、余り現実をなめちゃいけない

んじやないかと。

やはり、何かいい知恵があつて、あつという間に、ある党がやれば立派になり、ある党がやるとだめになると、その程度の話ではない。むしろ、ダイナミックに事態が変わつていくわけでもないから、もし今度の医療制度改革がうまくいかない、例えば、先ほど格差の話が出ましたけれども、そういうダイナミズムをお互いに許容する

そこで、中医協のレベルでいうと、個々についてどうするかというのは、今小児医療の話が出ましたが、まさに診療報酬点数をどうあんぱいするか、こういう話になつてしまふわけですね。したがつて、まさにお互いに、ああ、そうですか、小児科の先生方は昼夜兼行で大変御苦勞なさつて

るんですから、そういう診療報酬点数についてはこう変え、いろいろな意味でお手伝いしなきやいけないだらうというようなことを御議論いただき、割合とこれは、一号側、二号側といふんです

ぐ合意がいく場所、問題だと思います。そのくら  
いお互いがそう敵対的じやなくて、供給側とそれ  
から支払い側と両方の話し合いというのは、私が  
見ていい限りは、割合その場ではちゃんとやられ  
ているんじゃないかなと思います。

したがつて、社会主義と申し上げましたのは、  
要するにみんな統制価格ですからね、そういう意  
味では。告示されたものを皆さんお守りいただ  
くという限りでは、普通の市場経済で、アダム・ス  
ミスもさつき話が出ましたが、神の手で決めるわ  
けじやなくて、まさにその場に御登場の関係者が  
お互いにいいというところでおさまるわけです。

したがつて、そこに今任せられないんじやない  
かと思います。それはそこに出ている方々の良識  
であります。

もう一つだけ蛇足を加えさせていただきます  
と、今、いかにも情報が足りません。というの  
は、今度中協の改革をいたしましたが、中立委  
員というのをふやすことを今度、今多分、法律も  
おかげいただいてるんじゃないかなと思つてお  
りますが、中立委員の役割というのは、多分私は  
検証だと思うんですね。医療費を決めたら、後、  
どうやつて、それがちゃんとうまく効果をあらわ  
したかと。先ほどから効果、効果という話があり  
ます。

今、レセプトというデータがあるんですが、要  
するに保険者支払いですね。だから、このレセプ  
トというのは、そもそもちゃんと支払いが行わ  
れるかどうかというのをチェックする紙ですね。  
ところが、今、もう一段伸ばそうというのは電子  
化ですね。レセプトの電子化をすることによって分  
析可能になるんですね。だから、情報を密にしろ  
とかいろいろな議論があるんですが、何はともあ  
れ、一つ一つの診療についてが電子化されれば、  
これはコンピューターの中で計算もできれば集計  
もできる、いろいろできますから、これだけは早  
くやつていただきたい、私は心から思います。

その上で、初めて、情報が十分かどうか、ある  
いは、適正に診療報酬改定の結果がお客さんには  
持つております。これは、今後、どういう結果に

○糸川委員 それでは、内田参考人にお聞きしま  
すが、今、診療科や地域の偏在によつて医師不足

お客様などいうのは患者ですけれども、患者に本  
当に迎え入れられるような医療行為として、医療  
結果が、パフォーマンスがちゃんとできたかどうか  
かということがわかるようになるんだろうと思つ  
ています。

したがつて、社会主義と申し上げましたのは、  
要するにみんな統制価格ですからね、そういう意  
味では。告示されたものを皆さんお守りいただ  
くという限りでは、普通の市場経済で、アダム・ス  
ミスもさつき話が出ましたが、神の手で決めるわ  
けじやなくて、まさにその場に御登場の関係者が  
お互いにいいというところでおさまるわけです。

今のこととは、そういうのは非常に断片的な  
データしかない、とれないんですね、残念なが  
ら。それで、局所局所で非常に困りになつた  
小児科担当のお医者さんのような方の悲鳴が聞こ  
えてくると、改定しますよと。これは遅いです  
ね、実際には。非常に残念だと思います。

以上でございます。

○内田参考人 申しわけありませんが、一点だ  
け、私の答弁で訂正をさせていただきます。

冒頭の御法川委員の御質問で、医療費の将来推  
計の中での二〇〇二年の伸び率を省くと言つたの

は、介護保険と申しましたけれども、これは診療

報酬の二・七%の影響を受けていたためでござ  
います。済みません、訂正させていただきます。

御質問の診療報酬改定、三・一六%のダウンが

あって、その中で小児科、産科の医師不足とか医  
師の偏在といふのが解消の方に向かうかという話  
でございますが、御承知のように、医療というの  
は労働集約型の産業でございまして、人件費の占  
める割合が大変高うございます。その中で三・一  
六%の削減というのは、必要経費を除いた中での  
三・一六%ではなくて、全診療報酬の中の三・一  
六%の削減ですから、非常に大きい影響があつ  
て、これはもう人件費を削る以外に対応のしよう  
がないというところがございます。

それからもう一つは、各地域の事情もあるかと  
思いますが、やはり機能分化といいます

か、例えば小児救急の準夜帯に關しては開業医が

輪番制で受けるとか、そういう取り組みを進める

ことによつて、現場での対応というのはかなりう  
まくいくのではないかと考えております。地域

による格差が非常に大きいので、熱心な先生がい  
るところではそういう取り組みも進んでるとい  
うふうに聞いておりますので、これをまた全国的  
に広げていくということは医師会の役割ではない  
かなと思つております。

○糸川委員 大変貴重な御意見、ありがとうございます。

決して、医師不足、医師偏在の対策には、多少

は配慮していただいたとあるかもし

れませんけれども、なつていないとという印象を

持つております。これは、今後、どういう結果に

なつたかというところを今集めておるところです  
ので、またその結果が出たら御報告できると思って  
います。

では、渡辺参考人、逢見参考人、川渕参考人に

お尋ねいたしますが、この医療保険制度の持続性

の確保に向けて医療費の伸びを抑制していくとい  
うことは、これは必要である。政府の医療費適正

化策について、実効性が不十分、こういう指摘が

と言われるこの現状に対して、緊急の対策として

さまざまな関係者がそれぞれの立場で取り組みを

進めでおられるわけです。ただ、その改善の兆し

というものがまだ見られていない。

医師会から見た医師不足問題への対応につい  
て、必要と思われる政府の取り組みの内容及び医  
療側が協力できると思われる事項について御見解  
をお聞かせいただけますでしょうか。

○内田参考人 診療科、地域における医師の偏在  
というのは非常に深刻な問題でございます。

医師会としてできる対策ということでございま  
すが、一つは、先ほども申し上げましたけれども  
も、これからはドクターバンクという方向をやは  
り考えていかなくてはいけない。休眠している医  
師を活用していくといいますか、登録していただ  
く。特に、女性もさらなることながら、勤務医で退職  
された方やなんかは、まだまだ非常に若い方で実  
際に勤務にも従事していただいていることで、直ちに  
戦力になるわけですから、こういう方をドクター  
バンクでぜひ登録していただいて活用していくこ  
とができるべきふうに思つております。

それからもう一つは、各地域の事情もあるかと  
思いますが、やはり機能分化といいます

か、例えば小児救急の準夜帯に關しては開業医が

輪番制で受けるとか、そういう取り組みを進める

ことによつて、現場での対応というのはかなりう  
まくいくのではないかと考えております。地域

による格差が非常に大きいので、熱心な先生がい  
るところではそういう取り組みも進んでるとい  
うふうに聞いておりますので、これをまた全国的  
に広げていくということは医師会の役割ではない  
かなと思つております。

○逢見参考人 医療費適正化対策について、これ  
は単なる消費ではありませんので、国民にとって  
は安全、安心な医療が提供されなきやいけない。

そういう意味では、国民の必要な医療費を抑制す  
るようなことになつてはいけないと思います。し  
かし、全体として医療費の拡大、膨張を防がな  
きやいけない。

そこで、今できることは、一つは生活習慣病対  
策であり、これは今回の法案の中にも入つてある

わけですが、それを実行することによって、個人

の努力と、そしてその地域の取り組み、そういう

たものが相まって生活習慣病対策をやることが医  
療費の抑制につながつていく。

もう一つは、長期入院の抑制だらうと思います。

社会的入院というのが三十年來の課題になつ  
ている。この問題について、今回の療養病床の削  
減の点で、やはりこの問題について決着をつける

べきだというふうに思います。そうしたことに  
よつて、医療費の適正化という道筋ができる。  
そしてもう一つは、患者が、自分たちが支払う  
医療費の中身をきちんと知る。そのことによつ  
て、私たちの払った医療費がどのような形で使わ  
れているのかと。必要な負担はする、しかし、不  
透明な医療費はやはり是正していくべきだ。そ  
ういう意味で、領収書の発行とレセプトのオンライン化  
ということはぜひとも進める必要があると思  
います。

以上です。

○川淵参考人 適正化というんでありますので、  
抑制ではないと思うんですね。

私は、マクロ経済学の分野は専門じゃありません  
のでわかりませんが、結局、例えば国民医療費と  
いうのは二年おくれで出てくるんです。ですから  
私は、技術的に無理だらうと思うんです。というの  
は、例えば、今一番直近の国民医療費統計という  
のは二〇〇三年ですね。そうすると、後追いで、  
ああ、そうだったのか、あれはこれだけ上がった  
のかとわかるわけですね。ですから、よく何か恐  
ろしいことをおっしゃいますけれども、グローバ  
ルバリエッティングとかいろいろ出てくるんです  
が、なかなかこれは技術的に難しいんじやないか  
など。

実際、私も厚労省の研究所にも九年おりまし  
て、何かきょう、緊張感がみなぎっているんですね  
が、ドイツとかフランスへ行つても、大体わかつ  
てきたことは、例えば医療費の総額管理やります  
と。そうすると、それは医者もわからないんですね  
す、ことしの医療費は一体今どうなつてているの  
か、少し薬を出し惜しみした方がいいのかなと  
か。それが私は非常にお医者さんのモラルとい  
うものの失墜になるんじやないかと。やはりドク  
ターというのは、お金もうけのためになつたわけ  
じゃないですね。ビジネススクールに行けばよ  
かつたものを、やはり心が温かいから医者になつ  
ているわけですから。私は、マクロ的に難しいん  
じやないかと。

やはりミクロだなと。個々の患者さんごとに積み  
上げていって、AとかFは大学病院でありますけ  
れども、同じ大学病院でもこれだけ違うわけです  
ね。この実態を見ますと、薬の使われ方とかペー  
スマーカーの金額が違う。これを私はやはり節約  
していく必要はあると思います。この部分が今  
一番抜けている部分じゃないかと思います。  
以上であります。

○糸川委員 ありがとうございます。  
内田参考人にお聞きしたいんですけども、内田  
参考人の冒頭の御意見、いろいろ聞いています  
と、政府案に批判的な部分もあるのかなというふ  
うに感じたわけでございます。そこで、この法案  
が成立した方が医療がよくなる、このようにお考  
えなのかなと。その点を一点。

それから、今回の改正案のよい点と悪い点を、  
御見解をお聞かせいただければなと思います。  
○内田参考人 この点に関しましては重々言い含  
められておりまして、私の口からは口が裂けても  
言うなということです。私の認識としては、これから  
の医療を考える上で、やはり法案の成立はやむを得ないんじやないかというような  
認識ではあります。ただ、その中で、運用面で最  
大の配慮をしていただきて、現場の医療を混乱さ  
せない、患者さんが医療が受けられないあるいは  
医療が後退するようなことが絶対にないようにな  
っていただきたいということを心からお願いしたい  
ということです。

○岸田委員長 以上で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ございさつを申し  
上げます。

本日は、貴重な御意見をお述べいただきま  
す。また、まことにありがとうございました。委員会を  
代表いたしまして、心から厚く御礼申し上げま  
す。

次回は、公報をもつてお知らせすることとし、  
本日は、これにて散会いたします。

午後一時一分散会

いくことは必要になつてきますので、現場で医療  
を預かる立場としましては、その辺の運用につい  
て十分御配慮をいただきたいということをお願い  
して、答弁にかえます。

○糸川委員 内田参考人、ありがとうございます。  
た。大変難しい質問をしてしまって申しわけ  
ございません。

ただ、やはり医療というものは、これは人の命  
にかかるものでございますので、今後もしっかりと  
御意見を参考にさせていただいて取り組みた  
いというふうに思います。

やはりミクロだなと。個々の患者さんごとに積み  
上げていって、AとかFは大学病院でありますけ  
れども、同じ大学病院でもこれだけ違うわけです  
ね。この実態を見ますと、薬の使われ方とかペー  
スマーカーの金額が違う。これを私はやはり節約  
していく必要はあると思います。この部分が今  
一番抜けている部分じゃないかと思います。

以上であります。

○糸川委員 ありがとうございました。終わりま  
す。