

衆議院

厚生労働委員会議録 第二十一号

(三一七)

平成十八年五月十二日(金曜日)

午前九時三十三分開議

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 阿部 俊子君

井上 信治君

上野 賢一郎君

加藤 勝信君

木原 誠二君

菅原 一秀君

鈴木 鑑祐君

戸井田とおる君

西川 京子君

原田 令嗣君

広津 素子君

松浪 健太君

松本 洋平君

山本ともひろ君

郡 和子君

田嶋 要君

高井 美穂君

三井 辨雄君

柚木 道義君

高木 美智代君

阿部 知子君

厚生労働大臣 厚生労働副大臣 文部科学副大臣 厚生労働大臣政務官

赤川 駆 川崎 二郎君 同日

西川 京子君 正晃君 同日

辞任 上野 賢一郎君

同日 清水 鴻一郎君

同日 菊田 真紀子君

同日 鈴木 鑑祐君

同日 上野 賢一郎君

同日 広津 素子君

同日 松本 洋平君

同日 田嶋 要君

同日 高井 美穂君

同日 菊田 真紀子君

委員の異動

五月十二日

辞任

補欠選任

○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

君外四名提出、小児医療提供体制の確保等のために緊急に講ずべき施策の推進に関する法律案及び園田康博君外三名提出、医療を受ける者の尊厳の保持及び自己決定に資する医療情報の提供、相談支援及び医療事故等の原因究明の促進等に関する法律案(園田康博

君外三名提出、衆法第一八号)。

各案審査のため、本日、政府参考人として文部

科学省大臣官房審議官磯田文雄君、厚生労働省大臣官房総括審議官金子順一君、医政局長松谷有希

君、保健局長中島正治君、医薬品局長福井和夫君、老健局長磯部文雄君、保健局長水田邦雄君の出席を求め、説明を聴取いたしたいと存じます

○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

君外四名提出、小児医療提供体制の確保等のため

に緊急に講ずべき施策の推進に関する法律案及び園田康博君外三名提出、医療を受ける者の尊厳の

保持及び自己決定に資する医療情報の提供、相談

支援及び医療事故等の原因究明の促進等に関する法律案(衆法第一八号)。

この際、お諮りいたします。

各案審査のため、本日、政府参考人として文部

科学省大臣官房審議官磯田文雄君、厚生労働省大臣官房総括審議官金子順一君、医政局長松谷有希

君、保健局長中島正治君、医薬品局長福井和

夫君、老健局長磯部文雄君、保健局長水田邦雄君の出席を求め、説明を聴取いたしたいと存じます

が、御異議ありませんか。

○岸田委員長 「異議なし」と呼ぶ者あり

そのように決しました。

○岸田委員長 質疑の申し出がありますので、順

次これを許します。加藤勝信君。

○加藤(勝)委員 おはようございます。自由民主

党の加藤勝信でございます。

まず、この医療に関する議論に入る前に、先般、今週の火曜日でありますけれども、文部科学省と厚生労働省の間で、放課後対策事業の連携ということで、放課後子どもプランの創設に向けて、特に十九年度予算に向けて具体的な方向性を出していただいだわけであります。

実は、この委員の中にもメンバーがいらっしゃいますけれども、私ども、当時、自民党的一年生議員を中心に、少子化対策研究会というのをやらせていただきました。報告書も出させていただいたのであります。その中で、特に放課後児童クラブ、これを各小学校区には一個ずつ徹底してやつてほしい、と同時に、ある意味では似ている部分を持つている文科省における地域子ども推進事業等、やや中身が同じようなものをぜひとも連携してやってほしい。そして、そうした放課後児童クラブにおいて、学校側、特に教師の皆さんとなかなか連携がとれていないんじゃないかな、こういう議論もさせていただいて、ぜひ連携をしながら、学校側、特に学校の先生の関与というのもさら

に一層深めた展開をしてほしいと、前の大蔵初め皆さんに申し上げ、また、十九年度の予算に向けてそういうことをしていこう、また、そのやささにそうした方向性を出していただいた。

しかも、こうした中身を見ると、厚生労働大臣の相当なりーダーシップがあつたのではないか

な、そういう思いがするわけでありますけれども、そうした対応に対し改めて感謝申し上げますとともに、何か大臣から一言、御所感があればお示しをいただければと思います。

○川崎国務大臣 御指摘いただいた件は、十七年の十月十二日、加藤委員が当時の尾辻大臣に御質問いたしております。まさに、書いていただいとおりさせていただいた結果になりました。

厚生労働委員会、衆参とも、放課後児童クラブについて御質問の中で高い評価をいただきました。しかし、一方で、全校区となりますと二万三千、私どもの目標が二十一年度で一万七千五百、そうなりますと、あと三年かかっても全部にはいかない。これが一つの問題点。

それから、内容につきまして、例えば学校の中でやらせていただいているのが四八%でしたでしょうか、やはり外を使っている。その外の環境が必ずしも良好な環境でないものもある。それから数がふえてきて適正人員を超えてしまっている、分割しなきやならない地域が出てきている。

そういう問題に対応していくためには、もう文科省と厚生労働省という壁を乗り越えなきならない、こういう思いで国会の審議を聞かせていただいた。そして三月ごろでしょうか、猪口大臣と小坂大臣と今、加藤委員が言われたように、少子化問題をお話ししたときに、これ片づけようやということで決めさせていただきました。

一つは、やはり全校区にできるだけ早く、文科省には、実は十九年度中に全校区でやってくれ、学校を使わせてくれたら必ずできるはずだ、こう申し上げました。それからもう一つは、内容の充実。教育委員会というものが表に立つていただきて、我々が側面からバックアップする、こういう体制に変えていただく。それによって、内容とスピード、今の政治に一番求められていることだろうと思います。ということでも、約一ヵ月半で、現場の皆さん方に頑張ってもらつて合意に至つた。

したがつて、今度、十九年度予算是内容の詰めになりますので、また委員等からアドバイスをいただきながらより内容のいい来年のスタートにさせていただきたい、こう思つております。

○加藤(勝)委員 ありがとうございます。どうか、そういう方向へさらに進めていただきますことをお願いしたいと思います。

それでは、法案に関する審議に入らせていただ

きたいと思います。

まず、「良質な医療を提供する体制の確立を図る」、こういう文言があります。特にこの方向でありますけれども、そもそも良質な医療といふものはどういうものを指すのであろうか。

実は、私の義理の親であり、また自分の親も、ここで割と重たい病気にかかたり、いろいろ治療というものを考えていただいたわけではありません。特に、なかなかかぶだん考へていよいよ病気\_ADDRESS

りまして、そういう中で、改めて病院あるいは医療というものを考えさせていただいたわけではありません。特に、なかなかかぶだん考へていよいよ意味では、情報収集というところから含めて、いろいろな問題点があるなどということを改めて感じながら、また、病院においても、診療あるいは医療といったものを、直接、私ども素人はよくわからぬわけではありませんけれども、トータルとして受けける患者あるいは患者の家族の満足度、いろいろな視点が中に入つてくるのではないかというふうに思います。

そうした、患者満足度だけではかるわけにも当然ないかしいわけでありまして、例えば、どれだけアクセスが可能であるかとか、あるいは、効果、有効性、効率性あるいは公平性、いろいろな視点、指標が上げられるのではないか。また、それについて、とても数値化することは、直接数値化することは大変難しい。それならば、間接的なあるいは代理的な指標を使ってそういうもの

いすれにしても、良質な医療とは具体的にどういうものをまず想定して、こうとされているのか、その辺についての御意見をお示しいただいたいと思います。

○赤松副大臣 今、加藤委員御自身の御体験に基づいて、良質な医療について幾つかの観点をおつしやいました。一言で言えれば、今患者だけではなく、患者の、かゆいところに手が届くというか、痛みを直接取り除くことができる、そういう患者本位の質の高い医療を提供するということが大事であろう、そんなふうに思います。

今回の法案では、一つは、医療計画制度を見直して、患者が切れ目のない医療サービスを受けることができるよう、脳卒中やがんなどの事項ごとに地域における医療提供の連携体制の構築をすること、また二つは、今もお話をさいましたけれども、医療に関する情報提供の推進、三つは、この委員会でもさまざま話題になつておりますけれども、僻地等の特定地域や小児科、産科などの特定の診療科における医師の不足の問題への対応、そして医療安全対策の推進、こういったことに積極的にこの法案で取り組むことについて定めておりまして、質の高い、患者本位の医療提供体制の構築に向けた改革を具現化していくことを、こんなふうに考えているところでございます。

○加藤(勝)委員 目に見える形で、肌で感じるような形で一步一歩前進をぜひ進めていただきたいと思いますけれども、ただ、今申し上げたような一つの切り口、視点といったものをまた同時に検証していただくことも大変大事なことではないかというふうに思つております。

次に、この委員会でも相当議論されてきております医師の不足あるいは偏在の問題でありますけれども、この委員会のいろいろな議論を聞いてお

りましても、確かに、供給側の医師の要するに不足という議論がありますが、しかし同時に、やはりこれは経済学的にいえば需要と供給のバランスから不足感というのが生ずるわけあります。

そして、医療への需要というものの、これ自体もいろいろな意味でコントロールが可能なのかもしれません、そんな中で、どこまでがいわゆる診療所等でございまして、今患者だけではなく、特に特定機能病院、高度な病院等で対応していくのか。こういう需要の仕分けといつたものの結果として、特にここで指摘されている救急等の病院における医師の不足、あるいは医師の過剰勤務の状態、こういったものにつながつていくのではないかというふうに思つております。

つけ医と特定機能病院との仕分け、これが大変重要なつながつてくるわけでありまして、こういう仕分けがしっかりと機能しているような地域とまたそうでない地域とでは、やはり不足感というんでしょうか、そういうふうに思つております。

こうした全国の、もちろん、それ以外に地理的には、状況とか、ほかにも要因がありますけれども、そういうふうに考えられるわけであります。

こうした状況とか、ほかにも要因がありますけれども、そういうふうに思つておりますけれども、そういうふうに思つております。たとえば、特定機能病院のそつした状況混雑している、大変だという状況、この辺を分析してみて、その辺の因果関係をどのように考えておられるのか、お示しいただきたいと思います。

○松谷政府参考人 委員御指摘のとおり、医療につきましては、需要面というのも大いに考慮していかなければならぬというふうに考えております。

例えば、今課題となつてございます小児の救急などを例にとりましても、時間外に救急外来に来てお話を聞いていると、何か、OECDにおいてお

をするということに至る方は数%というようなことを聞いております。

したがいまして、からなければならないといふ気持ちを、需要側のそういう気持ちをどこで受けとめるのかという、機能分担というのは非常に大事なことだと思います。入院を必要とする患者さんについては、病院において入院医療の提供が行われ、そして外来診療を必要とする患者さんについては、身近な診療所などで診療が行われるということなど、病院と診療所の機能の分担を進めて、相互に連携をして効率的な医療を提供するということが、今課題となつております病院の勤務医の負担軽減を図り、医師の偏在を是正していくという上でも重要な点だと思っております。

このような連携体制を確保するためには、患者さんの身近な地域で、日常的な医療や健康相談等を行なうかかりつけ医の普及、定着を図るとともに、こういったかかりつけ医が患者さんの病状を見きわめて、必要に応じてより専門的な医療機関を紹介する、あるいは、大病院の外来は、こうした紹介患者さんや高度または専門的な医療を必要とする患者さんを中心に入療を提供するといったような、地域ごとに状況は違うと思いますが、地域ごとに医療機能の適切な分化、連携が図られるところで、今回の法案では医療計画制度を見直しまして、そういう地域での医療連携体制の構築を推進するとともに、それが適切に行われるためのかなりつけ医の機能や大病院の外来のあり方について、今後とも検討してまいりたいと思っています。

○加藤(勝)委員 急性の特定機能病院の目安の一つとして、外来対入院の比率、要するに、外来を分子に入院数を分母にすれば、一・五倍から二倍ぐらいが適当に対応して、今、三から四倍以上抱えているというのも、ほかの国の病院から見ると、かなりゆがんだ形の一つになつてゐるのではないかというような思いもするわけであります。

そこで、文部科学省においでいただいているわれていますけれども、先般も同僚議員から厚生

労働省に対して質問があつたように思いますが、例えばお医者さん一人つくるのに一体どれだけの公費負担がかかっているのであろうか。例えば国立大学の医学部において、一人のお医者さんを養成するのに一体どれだけの国費や公費がかかっているのか、資料があればお示しをいただきたいと思います。

○磯田政府参考人 様お答え申し上げます。  
医師の養成に係る経費というものはさまざまなもののがございまして、かつそれが複雑に絡み合つていろいろなことで、なかなか算出が難しいところがございます。

例えば、大学におきましては、教育と研究が一体的に行なわれているということで、教育費と研究費の分離、あるいは病院におきます活動経費の中にも含まれております教育費の要素、そのほか管理経費等々ございまして、さらには、多くの大学におきましては、医学科と看護学科が一体的に運営されている、あるいは大学院の学生の経費もあるという面がございます。

例えれば、単科の国立医科大学であります国立大学法人旭川医科大学に対する十八年度運営交付金予算額は、約五十三億でございます。この大学の学生収容定員は五百九十名でございまして、そのほか、看護学科、大学院等も含んでおりますが、

そこで、昨年からいろいろな議論をしておられると思います、都道府県において議論をしていたところを考えていく中で、私どもの地元で話を聞いておられた方々の意見もございました。もちろん、どうしたことなんだろうと思ひますけれども、ただ、都道府県だけで大丈夫かということも出てくると思います。もちろん、おられた都道府県における取り組みをしっかりと見ていただきながら、國としてこうした問題にどうかかわっていくことを思ひます。

確かに、知事さんは中心にしながら、北海道の

で、医局ではなくてそれ以外の病院に行かれる。あるいは、戻つてきたときに、これからどうなるかという問題も出てくるわけであります。さら

に、ある意味では医局の力がなくなってきたというのであります。逆に言うと、本来、お医者さんの意思がより明確に出てきた、お医者さんの側からすればあるべき姿ということも言えるかもしれませんけれども。しかし、そうはいつても、こうした状況を放置しておくわけにはいかない、それをどうは正していくかという中で、少し規制をしていくてもいいのではないかというようなお話を、実は地方公聴会の中でお聞きをしたわけであります。

それから、先ほど文部科学省でお聞きしたのも、やはり九百万というのには、多分ちょっと少ないのかな。この間、私立大学の一人当たりの医学教育費、一千六百万とか七百万と言わわれているわけであります。相当な公費をかけて、いわば税金をかけてお医者さんを育成してきているという経緯がある。そういうことからすれば、ある程度の、規制と言うと言葉が強いかもしませんけれども、こちらの方へ行つてほしい、行つてください、こういう話があつてもいいんではないかなというような御意見もあります。こうした医師の偏在をいかにこれから解消していくか、その方策として具体的にどのようなものをお考えになつておられるのか。

正直言つて、行政をやる方からいたしました

から、大変魅力的なシステムでございます。ある程度の医師というものをその地域なり科目に動かしていくことができる、そういう意味では職業選択の自由をある程度拘束する、そうしたものに魅力を感じることは事実でございますけれども、やはりこうした制度を入れようとするとなると、よほど、国民世論、またお医者様側の意見、そういうもののをしっかりと合わせていかなければならぬだろう。

そういう意味では、私は、結論的に申し上げて、どうも党内根回しが足りなかつたな、こんな感じもいたします。やはり、若い議員の方々でこうちたものを積極的に議論していただいて、また、御提言をいただければありがたいな、こう思つております。

結果を見ましても、大学の医局で研修を受けられた人たちは少ない、より自分が高度な医療の勉強

ができるという選択をそれぞれの研修医がされておるというのが現実の姿だらうと思います。

その中で、医師の地域や診療科の偏在を是正す

り効率的にさせるためには法律的裏づけが必要なんじやないか、こういう議論もかなりあるだろう。

もちろん、今回少し法律的な要件もつけさせていただきましたけれども、より強い法律的な要件というのは、正直、これから大きな議論をしていかなければならぬだろうと思ひますので、またいろいろな意味で御指導いただければ、こう考えております。

○加藤(勝)委員 ありがとうございます。

そうした議論と、もちろん職業選択の自由といふ流れがありますから、経済的な意味での誘導策、また、それを国あるいは都道府県とがどうパックアップしていくのか、いろいろなことも含めてぜひ御議論をしていただきたい。

そうした中で、特に私の地元がそうなのかもしれないせんけれども、いわゆる市町村立病院のお医者さんの不足が特にここ数年出てきている、それは、別に産科、小児科じゃなくて、内科や外科のレベルということありますけれども。特に、これまでには、医局に行つて担当教授の方、何とか部長の方とお話ををして、お医者さんを派遣していただいていた、どうもそのメカニズムがとまつてしまつた、もうどうしたらいんだろうか、ただでさえ財政的にも厳しい上にお医者さんも確保できないということで、大変頭を結わいでいるわけであります。

そうした中で、今回の制度改正で、社会医療法人制度の創設というものが一つうたわれているわけあります。あるいは、先般、たしか記事で見ましたけれども、公立病院と民間病院の合併というふうな言葉が躍っておりましたが、それは多分、再編統合する中で、例の病床規制との絡みでの弾力的な運用ということなんだろうと思ひますけれども、こうした措置も議論し、また、導入されていくわけあります。

本当に地域において救急医療や僻地診療などを担つてきたそうした公的医療機関、これをこれからどうしていくのか、ひとつその方向性について

厚労省のお考えをお示しいただきたいと思います。

○松谷政府参考人 今般の医療制度改革におきまして、小児救急医療あるいは僻地医療など地域において特に必要性が高い医療としてこれまで主として公立病院が担つてきた役割を、民間の医療法人にも積極的に担つていただく仕組みとして、社会医療法人の創設を盛り込んでいるところでございます。

また、このような医療の確保の難しい状況を踏まえまして、公立病院を含む公的医療機関につきましては、都道府県が定めた施策に協力する旨の規定もあわせて盛り込んでいるところでございまして、民間で対応できない地域においては、なお公立病院が引き続き一定の役割を担つていただき必要があるのではないかと考えております。

一方で、今先生御指摘のとおり、一部の公立病院におきましては医師の確保が困難となっているところもございます。これは、医局の機能というものが相当程度低下したということに伴いまして、それまでの受動的にお医者さんを待つていた

ということです。そこで、既存の病院の合併、再編統合あるいは病院機能の集約化、重点化を進めるということによって、医師の過重労働の問題もあるということでございまして、その解消に向かう方策として進めていく必要があります。

公立病院のあり方につきましては、このように趣旨を踏まえまして、その所在する地域における病院の立地条件あるいは民間病院を含めた医療機関相互の機能分担、連携体制の中で、その実情に応じて公立病院としての責務を果たしていただきたいと考えてございますが、公立病院同士の連携、統合といったようなことにつきましては、先般、医療計画上の弾力的な措置ができるようになつたところでございますが、公立病院と民間病院につきましても、近々その弾力的運用について進めています。

○加藤(勝)委員 時間も残り少なくなつてまいり

ましたので、後期高齢者医療制度についてお伺いしたいと思います。

現在の老人医療制度等の状況を踏まえて、この後期高齢者医療制度の必要な財源について、約一割を高齢者の保険料によって負担をする、当初、スタート段階ではそういう制度設計でスタートしていくわけありますけれども、そうすると、そ

の割をどう後期高齢者が負担していくのか。そ

の保険料の設定の仕方、これは政令で定める基

準に従つて県単位の広域連合の条例により定める

こととしてございます。

この保険料につきましては、公的年金制度の充実、成熟化ということを受けまして、被保険者である高齢者お一人お一人に対して保険料を賦課することとしてございます。

政令で定める算定方法の基準についてござい

ますけれども、こういった高齢者の多くの方が現に国保に加入しておられるということがございまして、現行の国民健康保険の仕組みを参考といたしますして、一つは頭割りの部分、応益割り

と、所得に応じた部分、応能割りとで設定すると

いうこと。それからもう一つは、低所得者につきましては、保険料の軽減を行うことといたします

いたしまして、一つは頭割りの部分、応益割り

の限度を設定していくこう、こういう流れも出で

ていている。

そうすると、やはり保険料の考え方、私はどつちがいいかというのは正直言つてよくわかりませんけれども、その辺もある程度横にらみで考えていく必要がある。

さらに、勤労者、働いている人に比べてより高齢者というのは所得の分散、偏在がある。山が二つあって、非常に所得の低い方と所得の高い方が

ある、そういうような指摘もされている。そういう高齢者、特に後期高齢者といったものに対する

トータルとして、高齢者に対する保険料負担のあり方、こういったものについてどのようにお考え

になつておられるのか、御所見を示していただき

メッセージを受けたわけですが、一方では介護保険制度があるわけあります。介護保険制度が導入されたとき、平成九年において、政府委員の答弁で、御承知のように介護保険料は当初、スタートは五段階に分けて、所得に応じて、定率的

じやなくてどのブロックに入るかによつて、いわば定額的に決めていくという制度をとつてゐる。それは、そもそもほかの社会保険制度の保険料に比べて高額ではない、定率で細かくやつても事務的に大変で効率性がよくない、こういう議論もあつてそういうことにしているというような御説明があつたわけであります。

特に高齢者の場合、医療と介護というのは非常に密接不可分につながつていくわけでありますし、今回の後期高齢者医療制度そのものは介護保険制度にかなり類似している。公費負担が半分近くあつて、残りのかなりの部分を、保険料から直接入れるか、別途取つてもそれぞれの保険者から出していただき、残りを高齢者が負担していただく。あるいは、保険料そのものではありませんけれども、負担をした分は介護も医療も含めて高額の限度を設定していくこう、こういう流れも出で

てきている。

そうすると、やはり保険料の考え方、私はどつちがいいかというのは正直言つてよくわかりませんけれども、その辺もある程度横にらみで考えていく必要がある。

さらに、勤労者、働いている人に比べてより高齢者というのは所得の分散、偏在がある。山が二つあって、非常に所得の低い方と所得の高い方が

ある、そういうような指摘もされている。そういう高齢者、特に後期高齢者といったものに対する

トータルとして、高齢者に対する保険料負担のあり方、こういったものについてどのようにお考え

になつておられるのか、御所見を示していただき

たいと思います。

○赤松副大臣 介護保険におきましては、負担能力に応じた負担を求めるという観点から、各市町村ごとの所得段階別の定額保険料としておりまして、平成十八年度から始まります第三期の保険料設定においては、所得の水準に応じて六段階制にすることとしておるわけでございます。

一方、国民健康保険におきましては、被保険者の人数等に応じた応益保険料と、そして一方応能保険料のファイティー・ファイティーにするということを基本にいたしまして、市町村の実情に応じた設定をしております。

今御指摘のあった後期高齢者医療制度の保険料の賦課基準につきましては、後期高齢者のうち約八割の皆さんが国民健康保険に加入をしておられ、現に国保の基準に従つて保険料を支払つてゐるという実態がありますことから、国保の保険料の賦課基準を参考としまして基本的な枠組みを設定するということが適当である、こんなふうに考へておるわけでございます。

○加藤(勝)委員 これを含めて、今のは制度から來た議論。今度は、受け手の側から、高齢者の側からすると、介護保険は一緒なのに国民保険料は違つてねというような議論も当然出てくると思ひます。そういう負担をされる側の御理解を深めていただく、これも大変大事なことではないか。その辺をよく横にらみで御議論いただきたい。

それから、最後にお願いがあるのであります。が、この普通徴収における納付義務、この後期高齢者医療制度もしかし、介護保険制度もそうであります。が、被保険者に納付義務がある、加えて世帯主や配偶者にも連帯納付義務がある、こういう仕組みになっております。ただ、国民健康保険だけは世帯主のみが納付義務がある、これはたしかに税でもそういう形になつておる。ややその辺が、市長さん等から話を聞きますと、世帯主が必ずしも一番の所得者でない場合がある、なかなかそれ以上に世帯主が払えない、しかし世帯員には結構所得がある人がいる、なかなか手が突つ込めない

んだよという議論を聞くわけであります。

今言つた介護保険や後期高齢者がそうであり、國民健康保険が違う形になつておるわけです。ひ今后とも御検討をお願いいたしまして、質問を終わせていただきたいと思います。

○岸田委員長 次に、村井宗明君。

○村井委員 民主党の村井宗明です。その前に、何で私が明細書の問題を取り上げるか。これはわかりづらいと思うので、一回、例え話をしたいと思うんです。

議員の皆さん、そしてマスコミの皆さんがスーパーに行つたとする。でかいいろいろなものを買つ。よし、ではこの魚を買う、肉を買う、野菜を買うと。いろいろなものを買って、日用品をたくさん買って、かごをいっぱいにして、そしてレジへ行つた。レジへ行って、はいこれと言つて出したら、いつもは大体そのぐらい買つたら一万三千円ぐらいのものが、いきなり四万五千六百三十八円ですとかと言われる。

いや、何ですか、そんなにかかるつて出ないでしようと言つて、レシートを見せてください

いと言つて。そうしたら、いや、法律でレシートを出すことは義務づけられていません、法律で義務づけられているのは唯一努力義務ですと

言われるんで。努力義務って、いや、そんなことないでしよう。くださいと言つたら、こう言われるんですね。法律で義務づけられているのは、

食料品幾ら、日用品幾らというのを出すけれども、肉幾ら、魚幾ら、野菜幾らまで出す義務はな

いんだって言われるんです。

では、皆さん、そんなスーパーに行って納得でますから。魚幾ら、肉幾ら、野菜幾ら、白菜とレタスの値段も教えてくれない。食料品全体で幾らという領収書しかくれないとしたら、大臣はまず

それで納得いくでしょうか。どうですか、大臣。

今まさに、今回本人が納得できる医療構造改革をやる中で、そこが問題となつておるわけです。きょうは、皆さんに資料をお配りさせていただきました。五ページ目のところを見てもらいたいです。今回努力義務を課せられたものは、この五ページ目の領収書なんですね。

○村井委員 在宅医療何点、これは具体的なことにならぬがです。ところが、九ページ目、これが九ページ目のものと九ページ目のもの

は、ごめんなさい、裏表にしたのでちょっととわかりづらいかもしねですが、右下についておるナンバーで、五ページ目のものと九ページ目のもの

の、これを比べてみていただきたいのです。

そうしたら、九ページ目のもの、保険者にはこれが渡してあるがですね、九ページ目のものを。そ

うしたら、どの病気とちゃんと書いてある。どの薬、それから具体的に何をどうしたかというの

ちゃんとわかる。ところが、五ページ目のものは、点数しかわからぬで、何を実際どうしたかと

いうのは全然わからぬがです。そこが問題なんですね。(発言する者あり)これ、明細書なんです、そ

れはわかっているでしよう。ちゃんと書いてある。ちゃんと条文を読んでください、やじを言う前に。少しは勉強してください。

さて、そこで、今言われているこの領収書、そしてレセプトの問題、まさに今本当に必要なのは

どっちでしようか、大臣。これで実際に、スーパーで、コンビニとかへ行つたときに納得できますか。大臣、どうですか。

○川崎国務大臣 前にも御答弁申し上げましたように、そうした制度が整つていなかつたことは事実でございます。ですから変えようということ

で、今さまざま議論の中で進めてきておる。しかし、それではあすから全部変わらなければ

いけません。オランダ化の問題もあるし、また事務手数の問題もあるから、徐々に物事を変えていますから。魚幾ら、肉幾ら、野菜幾ら、白菜とレ

で御理解を賜りたいと思います。

○村井委員 さて、そこで、まず一ページ目のところに戻りたいと思うんです。この間の議事録の方を取り上げさせていただきました。左下の方に川崎大臣の答弁があります。大臣の方から、国立高度専門医療センター、国立病院機構、大学病院その他で、本人が希望すれば、すべての患者に交付するということをお話ししておられます。

○川崎国務大臣 方法は二つだろうと思つております。

国民全体に告知する方法、例えば厚生労働省のホームページを使う、これは一つですね。もう一つは、一つ一つの医療機関で、現実にお支払い窓口の前に、あ、請求すればもらえるんだな、それを目の前に表示すること、この二つが大事だらう

と思つております。

○村井委員 そこまでは予想どおりの答弁なんですが、さて、そこからがお願いなんです。

具体的に、まず、国立のもの、ここに書いてあるもの、国立高度専門医療センター、国立病院機構、大学病院、そういうところで、まず、大臣がおつしやられたような、具体的に請求すればもらえますよという告知をするつもりはありますか。ないですか。どうでしようか。

○川崎国務大臣 国立高度専門医療センター、今、八病院がございます。国立循環器病センターなど四病院、既に詳細な明細書の発行を可能にいたしました。そして、その受付窓口には、患者の目につくところに、患者の希望に応じて詳細な明細書の発行が可能である旨を表示するように指示をいたしております。残りの四病院についても、早急に対処できるように、今、準備をさせており

○村井委員 ありがとうございました。

残り四病院もそうやつて指示していただくという答弁いたしたこと、一歩進めてよかったですと思っています。ありがとうございます。

さて、そのときに、私はさつき言いましたが、具体的に細かいことを出してもらいう場合、例えば、スーパーへ行つて、レタス幾ら、肉幾ら、野菜幾らということを教えてもらうレシートをもらうときには三百円とか取られると、えつと思いませんか。日用品幾ら、食料品幾らというトータルの数字だったらただだけれども、レタス幾ら、魚幾ら、肉幾らということを細かく書いてもらつたら、それを教えるのは有料で三百円です。そんなスーパーでだれが物を買うでしょう。まさに、病院で納得いくようにするためには、そういう明細、これは無料でないとおかしいと思うんです。

そこで、この無料発行は当然だと思うんですが、具体的に大臣の見解はいかがでしょうか。

○川崎国務大臣 医療費の内容がわかる領収書、それから個別点数ごとの詳細がわかる明細書の取り扱い、今回の診療報酬改定、大きな議論となりました。もちろん、私の権限ですべて決めるという話ではございません。中医協という組織をつくって、診療側、支払い側、公益委員が入りながら議論をして医療全体の骨格を決めていくという仕組みになつておりますので、その中で議論をしていただき、今回の合意に至つたものと考えております。ただし、国立高度専門医療センターについては、先ほどお話をいたしました、四病院になりますけれども、詳細な明細書に伴う費用については、当面無料とするように指示をいたしました。

○村井委員 ありがとうございます。

国立高度医療センターでは無料ということに指 示いたしたこと、これも一歩進んだと思いま

す。一歩ずつ大臣が進めさせていただいていることを思っています。さて、それで、さらに次に話を進めたいと思う

ところですね。九ページ目のこれを、少なくとも保険者に請求しているわけですから、オンライン化されれているもの、オンライン化されていることは、少なくともすぐに手続できるわ

けです。さつきの私の配った資料の九ページ目のところですね。九ページ目のものを、少なくとも保険者に請求しているわけですから、オンライン化されていれば五ページ目のものを出すのも九

ページ目のものが出るのもさほど手間は変わらない。ましてや、九ページ目のものを保険者に出すのに、わざわざ五ページ目のものを患者のためにつくつたりなんかしたら、これはかえって手間がかかるわけです。

少なくともオンライン化されている国立のところでは、患者の請求がなくても自動的に明細書の発行をすべきではないかと思うんですが、大臣、いかがでしょうか。

○川崎国務大臣 前の答弁で、レセプトのオンライン化ができるようになる。こう御答弁いかがでしょうか。

そういう意味では、国立高度専門医療センターが進んでくれば、そいつになるだろう。

そういう意味では、国立高度専門医療センター及び国立病院機構においては、従来より、投薬、注射、画像診断など、個別の項目ごとに区分した内

容の書類を領収書とともにすべての患者に対し交付をしてまいりました。詳細な明細書の発行については、今申し上げたとおり、四月から、患者からの求めがあつた場合にできる限り発行する

ように努めています。詳細な明細書の発行について早急に対処するよう、国立高度専門医療セン

ターにプラス国立病院機構にも、全国の病院の模範となるべく要請をいたしたところでございます。

○村井委員 大臣、今、私の質問と答弁がちょっと食い違いました。若干かすつたのは何かという

と、希望があればお渡しするというふうに今大臣が答えられましたけれども、私が質問した内容

は、患者の請求がなくとも自動的に明細書の発行を今言つたオンライン化されている国立病院でするべきではないかと質問しました。どうでしょ

か、大臣。

○川崎国務大臣 今のところは、ですから書類と領収書を渡してきた。まあ、似たようなものだから全部にしたらどうだということありますけれども、逆に言えば、先ほどから申し上げているとおり、何から始めるかというときに、県に指示す

るときに国がやらないでどうするんだ、県が市町村に指示するときに県がやらぬで、こういう議論をずっとしてまいりました。そういう意味では、国がやること、今回、こういう形でやりなさいよと指示したものですから、そこは国立病院といえども、今回の指示に従いながら要求があれば出そ

うというところで今はとめさせていただいております。

それは、行く行く考えます。

○村井委員 行く行く考えるということなんですが、また後日、その部分もお願いしていくと思うんです。

さて、今、その国立で行く行く考えるというものが、できたら今度は、さらにそこから県立、それから公立のほかのところも進めるようにといふことで、具体的に要求、それからお願いといふのはされるんでしょうか、どうでしようか。

○水田政府参考人 県立、公立ということになりますが、これは、さらにいえば、一般の病院全般の問題だと思います。

したがいまして、県立、公立に要請するかどうかというよりは、むしろ全般的にこの問題とどう取り組んでいくか、これにつきまして、中医協で

もさらなる議論が行われると思いますので、その中で検討していきたい、このように考えておりま

す。

○村井委員 何かあつたら、進んでないのは中医

など思うんです。それは、やはり国がリードしてやるべき問題ですよ。

では、例えばスーパーで、いや、何とか国の審議会で言われて出さないから、だから、細かいのを領収書もらうのがお金かかりますとか、請求された人にしか明細なレシートを渡しませんなんと言つたって、それは、スーパーの店に来ている主婦の人たちは納得するわけないです。当然、無料でレシートもらうのが当たり前ですし、言われたままの値段と肉の値段を教えてもらつて、当たり前なんですよ。

私は、そういうことをぜひお願いしていただきたい。大臣は後々また検討という話をされましたけれども、ぜひそういう観点を盛り込んでいただきたい。國がやること、今回、こういう形でやりなさいよと指示したものですから、そこは国立病院といえども、今回の指示に従いながら要求があれば出そ

うというところで今はとめさせていただいております。

私は、そういうことをぜひお願いしていただきたい。大臣は後々また検討という話をされましたけれども、ぜひそういう観点を盛り込んでいただきたい。國がやること、今回、こういう形でやりなさいよと指示したものですから、そこは国立病院といえども、今回の指示に従いながら要求があれば出そ

うというところで今はとめさせていただいております。

私は、そういうことをぜひお願いしていただきたい。大臣は後々また検討という話をされましたけれども、ぜひそういう観点を盛り込んでいただきたい。國がやること、今回、こういう形でやりなさいよと指示したものですから、そこは国立病院といえども、今回の指示に従いながら要求があれば出そ

うというところで今はとめさせていただいております。

特に、薬害の肝炎問題、それから、今までその他エイズの問題、いろいろありました。ぜひ薬の分野でもそういう観点で、本来ならば明細な領収書を、窓口で自己負担分を払うときに手渡すことが大切だと考えますが、大臣はどのように考えられますでしょうか。

○水田政府参考人 調剤報酬の事例が委員の資料の中にござりますけれども、これは領収書でございませんけれども、処方せんで出す場合には当然、これは薬の名前を書いてございますし、薬局の方から説明もあると思いますので、具体的な個別の

名称などは患者さんが認識するところだと思つてあります。

○村井委員 さて、また次に、一ページ目。何度も行つて戻つて、たくさん資料があつて済みません。

一ページ目のところで、大臣のこの間の答弁をちょっと振り返つていただきたいと思います。

書くために次の患者さんが十分二十分待たなきやならぬというケースも出てくるでしょうから、という話をされていますが、では実際、今、例えば愛知県のトヨタ記念病院、大阪府の枚方市民病院などはレセプト相当の明細書を既に発行しています。この二つの病院は今現在、運営に支障を来していますか。また、大臣が答弁された、国立高度専門医療センター、国立病院機構で、投薬、注射、画像診断などの個別の項目ごとに区分した内容の書類を領収書とともにすべての患者に交付してきたと言われましたが、その国立のところでは支障は現在起きていますでしょうか。

○松谷政府参考人 今先生がお触れになりました二病院についてのことは承知してございませんけれども、国立高度専門医療センターあるいは国立病院機構での病院につきましては、従来から、投薬、注射、画像診断などの個別の項目ごとに区分した内容の書類を領収書とともにすべての患者さんに対して交付してきたところでございますけれども、これは通常の領収書の発行システムにより同時に出力されるものでございますので、特に患者さんを待たせているというようなことではなく、今のところ、これらの病院において支障が起きています。

○村井委員 そうしたら、大臣は十分、二十分待たなきやならないケースもあると言われました

が、少なくとも、オンライン化されておるところだつたら十分、二十分待たされるというケースはないと思っていいですね。

○松谷政府参考人 これはむしろ保険の話かもしれませんけれども、レセプトの明細は、月単位一ページ目の一番下の右端です。その明細書を書くために次の患者さんが十分二十分待たなきやならぬというケースも出てくるでしょうから、という話をされていますが、では実際、今、例えば愛知県のトヨタ記念病院、大阪府の枚方市民病院などはレセプト相当の明細書を既に発行しています。この二つの病院は今現在、運営に支障を来していますか。また、大臣が答弁された、国立高度専門医療センター、国立病院機構で、投薬、注射、画像診断などの個別の項目ごとに区分した内容の書類を領収書とともにすべての患者に交付してきたと言われましたが、その国立のところでは支障は現在起きていますでしょうか。

○松谷政府参考人 今先生がお触れになりました二病院についてのことは承知してございませんけれども、国立高度専門医療センターあるいは国立病院機構での病院につきましては、従来から、投薬、注射、画像診断などの個別の項目ごとに区分した内容の書類を領収書とともにすべての患者さんに対して交付してきたところでございますけれども、これは通常の領収書の発行システムにより同時に出力されるものでございますので、特に患者さんを待たせているというようなことではなく、今のところ、これらの病院において支障が起きています。

○村井委員 そうしたら、大臣は十分、二十分待たなきやならないケースもあると言われました

に合った健全な診療報酬体系をつくっていく上で患者に対ししなされべきだと考えるが、大臣の見解はいかがでしようか。

○川崎国務大臣 例えば国立病院機構またがんセンター等、事務が合理化され、機械化され、そういうところは、もう既に御要請にこたえられるような状況になつていています。しかし、診療所、例えば、お医者さんとの奥様で事務まですべてやら

れています。いや、お年寄りのお医者様一人でそのおつしやられるとおり、オンラインになつていれば、相当程度事務の短縮にはなるうかと思います。ただし、それは病院ごとのいろいろなシステム等がございますので、十分、二十分が長いか短いかというのはあるんですけども、一定の時間はもちろん事務的にはかかるとは思いますけれども、それぞれ努力をしていただくということになるとるんだろうと思います。

○村井委員 さて、先ほど大臣の方から、もちろん参考人さんたちからも、中医協、中医協という話がありました。中医協の改革が進まないから云々と言つけれども、中医協がどうこうというのは、それはそうじやなくて、もちろん中医協の人たちも大事ですけれども、国がリードせにやならぬことはせにやならぬがです。

さて、その中医協云々のところで、公聴会やパブリックコメントなども導入されています。診療報酬単価を決めようということで公聴会、パブリックコメント、それから、患者は医療を受けた都度に医療費の単価を記した明細書をもらわない、と単価がわからぬといふ、この問題で、公聴会の事務といふものが全部機械化されていく、コンピューターに乗つかつていくような形に変えていかなきやならない。

しかし、こういう機械化というのは最終的には、例外がありますとデータがそろわないということになりますから、さまざま工夫をしながら、場合によつては援助をしながら、すべてのデータがそろつて集約されるような方向に

ます。

今回、後発医薬品の使用に関して、処方医師の署名がある場合のみ患者の選択ができるとした理由は何でしょうか。大臣、お答えください。

○川崎国務大臣 医薬品は医師が患者の状態に合わせて処方するものであり、先発医薬品から後発医薬品への変更についても、処方を行う医師の判断を確認することが必要である。御提案のように、処方せんに後発医薬品への変更不可、こうい

うものにした場合に、医師の明確な判断に基づくものであるか否かが確認されない、こんな形になれるかもしれません。そういう意味で、処方せんの様式を変更し、後発医薬品への変更可のチェック欄、要は、申し上げた、処方を行う医師の判断を確認するこれが目的である。

○村井委員 さて、この明細書の論点から次の論点へ行きたいと思います。

十一ページ目を開いてみていただければと思います。

ジェネリック医薬品について取り上げたいと思います。

うんですが、今回の民主党案と自民党案の大きな違いの部分は、ジェネリック医薬品を進めなければならぬという考え方、これはよく似ていると思うんです。ほとんど一緒だと思いますが、違う点があります。

今のが案では、後発医薬品を使用するために

は、処方医師の署名がある場合のみ患者が選択できます。そういうふうにしています。民主党案は違うが

ば、お医者さんとの奥様で事務まですべてやら

れている、いや、お年寄りのお医者様一人でその診療所を経営されている、こういう方々もいらっしゃるわけですから。

しかし、最終的には、データですからね、すべてのところまで行かなきやならない。したがつて、オンライン化というものが、あしたすべての

そういう医療機関までできるかとなつたら、そこはもう委員もおわかりのとおり、順々にやつていかなきやならないだろう。

しかし、こういう機械化というのは最終的に

は、例外がありますとデータがそろわないということになりますから、さまざま工夫をしながら、場合によつては援助をしながら、すべての

データがそろつて集約されるような方向に

ます。

今回、後発医薬品の使用に関して、処方医師の署名がある場合のみ患者の選択ができるとした理由は何でしょうか。大臣、お答えください。

○川崎国務大臣 医薬品は医師が患者の状態に合わせて処方するものであり、先発医薬品から後発医薬品への変更についても、処方を行う医師の判断を確認することが必要である。御提案のように、

処方せんに後発医薬品への変更不可、こうい

うものにした場合に、医師の明確な判断に基づくものであるか否かが確認されない、こんな形になれるかもしれません。そういう意味で、処方せんの

様式を変更し、後発医薬品への変更可のチェック欄、要は、申し上げた、処方を行う医師の判断を確認する、そのための欄を今回設けさせていた

だいた。

ですから、多分、御提案だと、初めから変える

こと

これが前提で物事を進めていくということになる

こと

になりますので、基本的には処方せんを書いた医師の判断というものを重要視する、こういう

改正にさせていただいたと/orいことでございま

す。

○村井委員 民主党はしつかり本当に患者の立場に立つて、今の单なる抑制ではなくて、効果のあるもの、そして同じだけの医療の効果があるんだつたらその分安いものを使ってもいいというふうに考えています。どちらにしても、変更不可のチエックさえすればいいのですから、十分それで医師の判断が得られるというふうに民主党は考えています。

さて、そこで、大臣、さらに次の関連質問に入りますが、患者や国民にそれを周知させるための方法、つまり後発医薬品というものでいけるんだというふうに周知させるための広報の方法はどういうふうにとられますでしょうか。副大臣、お答えください。

○赤松副大臣 今おっしゃった後発医薬品に関する広報ですが、大きく分けて四つあります。

一つは、政府広報を中心としたテレビを使ってのもの、あるいはオンラインホームページを使っての広報。二つは、厚生労働省が単独で行うホームページにおいて後発医薬品の種類等についての情報提供をします。三つ目は、テレビや新聞等の広報活動を業界団体や後発医薬品メーカーに広報するように、広告をするように、それの働きかけが三つ目です。

四つ目が、業界団体と連携しまして、患者から医師に対して後発医薬品を希望するという意思を示しやすいようにするカードということで、ここに持つてまいりましたけれども、口にして言うのがちょっとと難しいというケースもあろうかと思うますので、こういうカードを提示してジェネリック医薬品を希望します、というカードを配付する。以上申し上げました、四つの点をやっていこ

に向けまして、患者や国民の皆さんのがん治療に対する理解がより一層深まるように、しつかりと意識啓発を促すような取り組みをしてまいります。

○村井委員 さて、次の課題に移りたいと思います。ジエネリックの次が十五ページ目からになります。

民主党の方は、今こうやってがん対策の問題に非常に熱心に取り組んでいます。残念ながら、ものばかり審議される。国民党が望んでいるがん対

否をされてしまっています。多くのがん患者が望んでいます、そして国民党が望んでいるがん対策、何でこんなにおくれるんでしょうか。そして、医療費の抑制という国民党にとってプラスにもならないものが審議されていないわけです。

当然、採決の前、来週水曜日採決なんというとんでもないことがあるわけないというのを確信しておりますが、その前に、やはりちゃんと大事ながん対策というものの対案が提出されて、与党が反対、反対なんて国民の不利益になることは言わ

ないものだと私は確信しているわけです。これがん問題も、今回の医療構造改革の中できちんと取り上げなければならぬというふうにお訴え申し上げます。まず、がん対策について議論をちゃんとやつてから医療構造改革問題を採決するべきだ

と思います。また、がん検診につきましては、治

療だけじゃなくて検診にもお金をかけるべきだ

いう話なんです。治療と検診のお金の比率の話、

NHKの言つた二兆円対三千百億円という報道は

正しいかどうかかも含めて。ただこれは一九九九年

の話です。今言われたところで、最近の治療が三

兆円だということはわかりました。もう一つ、検

診に使っている費用があればそれで比率がわかる

と思うんですが、検診は幾らでしょうか。

○磯部政府参考人 がん検診につきましては、平

成十年から市町村に一般財源化しております。

現在、その全額を把握するということはなかなか

困難でございます。

それで、九年でござりますけれども、一般財源

化する前の費用では約六百億円と承知しております。

当時の悪性新生物、九年度におきます治療費

は二兆円程度というふうに承知しております。

○村井委員 まず、そもそもこれは何が大事かといえれば、治療と検診との比率、今言われた二兆円

対六百億円、多分、NHKの報道の場合、国や国

保の関係だけじゃなくて、单なる民間でやつてい

る部分も入つてゐるのかもしれない、ちょっと

その辺わからんのですが、今お答えされた、

診が三千三百億円程度だとすると、比率として九四対六で、圧倒的に治療にお金がかかっているといふのをNHKで出しています。きのうのレクの時点で、厚生労働省は、その数字、ちょっと具体的なことは報道の方の部分なのでわかりませんといふことを言われていたなんですが、きょうあえて質問させていただきます。

今、厚生労働省は、がんについて、がん治療で幾ら、がん検診で幾らかけていると試算されます。ジエネリックの次が十五ページ目からになります。

○水田政府参考人 さて、次の課題に移りたいと思います。

民主党政の方は、今こうやってがん対策の問題に非常に熱心に取り組んでいます。残念ながら、ものばかり審議される。国民党が望んでいるがん対

否をされてしまっています。

今、厚生労働省は、がんについて、がん治療で幾ら、がん検診で幾らかけているかを調べるお

と

こと

を

言

わ

れ

て

ま

す

。

。

。

。

。

。

。

。

。

。

。

。

。

。

。

。

。

。

。

。

。

。

。

診が六百億円程度じゃないかという話、検診が優先的な治療が大事なのかという話をしている中で、そもそも今、検診で幾らかけているかすらわからない、これは問題だと思います。

今後、がん検診で幾らかけているかを調べるおつもりはありますか。大臣、どうでしようか。

○磯部政府参考人 前回の御質問にもございましたけれども、国いたしましては、各県におきまつもりはありますか。大臣、お答えください。

〔委員長退席、谷畠委員長代理着席〕

○水田政府参考人 まず、がんに関する治療費でござりますけれども、平成十五年度の国民医療費の統計で傷病別のものを見ますと、悪性新生物で三兆円、このようになつております。

○村井委員 私がさつきから言つているのは、治療だけじゃなくて検診にもお金をかけるべきだという話なんです。治療と検診のお金の比率の話、NHKの言つた二兆円対三千百億円という報道は正しいかどうかかも含めて。ただこれは一九九九年の話です。今言われたところで、最近の治療が三兆円だということはわかりました。もう一つ、検診に使っている費用があればそれで比率がわかると思うんですが、検診は幾らでしようか。

○磯部政府参考人 がん検診につきましては、平成十年から市町村に一般財源化しております。

現在、その全額を把握するということはなかなか困難でございます。

それで、九年でござりますけれども、一般財源化する前の費用では約六百億円と承知しております。

○村井委員 まず、そもそもこれは何が大事かといえれば、治療と検診との比率、今言われた二兆円対六百億円、多分、NHKの報道の場合、国や国保の関係だけじゃなくて、单なる民間でやつてい

んので、数字も出ないということになります。

○村井委員 そうしたら、公費が入っている部分

だけでもチェックしていただけませんでしょうか。どうですか。

○礦部政府参考人 先ほどから申し上げておりますように、一般財源化されおります関係もござりますが、先ほどの大臣の御答弁もございました

ので、検討したいと思います。

○村井委員 そもそもお金の話も全くしないで、がん検診をどうやって進めるんですか。がん検診えください。

○赤松副大臣 某じやなくて赤松でございます。今おっしゃつているにつきましては、先ほど来大臣も答えていたりでございまして、個別に公明党所属ではござりますけれども、しっかり大臣と呼吸を合わせておりますので、そのとおりにやつていています。

○村井委員 結局、がん検診率を上げるか上げないか、上げるために、当然お金がかかるんですね。今おっしゃつていているがん対策にもしっかりとお金をかけていかなければならぬ。それこそが本当に求められているがん対策ではないでしょうか。

まず、そもそも一般財源化をされた後、がん検診の費用があふえているのが、市町村に任せると言つたけれども市町村がちゃんとお金をかけているかどうか、そのチェックすらしていないで、どうやつてがん検診の比率を上げられるんでしょうか。少なくともがん検診の受診率を六割ぐらいに高めるためには幾らぐらいかけなければならぬか、その辺はどう考えておられますか、大臣。

○礦部政府参考人 一般財源化されました前後におきまして、がんの受診率等について我々把握しておりますけれども、ほとんど変化がないというふうに把握しております。それから、国におきましては、がん検診全体に

対する信頼性を向上させる観点から、調査研究事業あるいは検討会におきまして、その有効性の評価あるいは精度管理等につきまして、国としての

対応をいたしておりまして、それに基づいてがん検診指針の改正等を行っております。

また、十八年度におきましては、健康フロンティア戦略の一環といたしまして、女性のがん検

診の啓発普及事業のために一億二千万円またマ

ンモグラフィーの機器整備等のために二十三億円

を計上しております。女性のがん検

診の受診につきまして、より国民の意識の向

上あるいは有効な受診体制の整備に努めていきた

いと考えております。

○村井委員 さて、今計画があると言いました。

でも、実際、がん検診の対策をやつていますやつ

てありますと言つたけれども、成果は出ていますか。

実際にお金を幾らかけているかもわからない。成

果が出ていないじゃないですか。今、まずその成

果を出すために具体的にどのように取り組まれる

のでしょうか。大臣、お答えください。

○川崎国務大臣 今、いろいろ話の中に出でまい

りましたようすに、老人保健法に基づく事業として

平成九年まで実施をしてまいりました。十年度に

意味では、財源移譲を行つたことになります。

しかし、こうした中で、今回の医療制度改革に

おいて、健康増進法、法律に基づく市町村事業と

して明確に位置づけるとともに、国の基本方針及

び都道府県の健康増進計画にもがん検診の受診率

向上に向けた目標を位置づけ、がん検診の推進を

まいりたいと考えております。

〔谷畠委員長代理退席、委員長着席〕

○村井委員 結局、名目はある、だけれども実体

がない。残念ながら、これは本物の改革でしょ

うか。看板だけで中身がないんです。そういうこ

とで、やはりこれは政権交代をして、本当にがん

検診にしつかりお金をかける、そして、やつていなければならぬ。

そして、そもそもこのがんの問題、ちゃんとチェックもできていない。看板だけだということを

がわかつた以上、これをもっと審議すること

を考えたら、ますます来週水曜日に採決なん

とを考へたら、ますます審議するこ

とを考えたら、ますます審議するこ

とを考へたら、ますます審議するこ

策基本法をちゃんと国会で審議するか、もしくは自公で対案を出されるかをしなければならない。

そして、それがちゃんと審議されてからこの医療法についての採決をするべきだということを申し上げ、私の質問を終わらせさせていただきます。

ありがとうございました。

○岸田委員長 次に、三井辨雄君。

○三井委員 民主党的三井辨雄でございます。

今、若い村井議員からも熱くがんの問題、今までこの委員会での議論を聞いていますと、やはり小児科あるいは産婦人科、麻酔科の医師の不足

があるいは偏在について多く議論されてきてござりますけれども、私からも、一日も早くこの

がん対策法案について審議をしていただきたいことを冒頭に強く望んでまいりたいと思っております。

そこで、今回の医療制度改革法案における焦点

の一つは、やはり高齢者の社会的入院の是正だろ

うと思うわけでございます。法案では、現在の療

養病床三十八万床を、一〇一二年まで六年間で再編を進めて十五万床とする、そして残りの二十

三万床は老健施設あるいはケアハウス等の特定施

設に転換すると内容がなつております。

そこで、本委員会において既に何人かの委員

の皆さんから療養病床にかかる質問がございま

した。患者を路頭に迷わせないという約束はでき

るのか、あるいは受け皿となる施設や在宅ケアは

十分なのかといふお尋ねに對して、川崎大臣は、計画的な措置を講じ、患者の追い出しにつなが

ないようになると答弁されております。しかし、

実態としては、この入所待機者があふれている

いうのが実態でございます。これは、厚労省の

皆さんがお話しになつた中でも、特別養護老人

ホームは三十四万人の方が待機されているとい

ことは、やはり介護難民が出てくるだろう、これ

の受け皿はどうするんだということを私は強く申

し上げたいと思っております。

ですから、社会的入院をしたくなくても、施設

ができないために三十四万人の方が待つていらっ

しゃる、あるいは老健施設でも入れないで何年間もお待ちになつてゐる方がいらっしゃるわけです。こういう皆さんが現実にいらっしゃるということを御認識いただきたいと思つております。

私の地元の北海道の場合も、廃止対象となる介護療養病床の医療費は全国で六番目と高いわけでございますけれども、自治体関係者から、どれだけベッドを減らすのか、あるいは患者をどの施設にどれだけ振り向ければいいのか、そして、肝心なところが全く見えないというまさに嘆きが聞こえてくるわけですね。今後、自宅での介護が難しい世帯のために、やはり老健施設ですとか、あるいはケアハウスや安い費用の有料老人マンション、こういうものを整備していくことが肝要ではないかと私は思つてゐるところでございます。

現状では、介護保険において地域ごとに介護施設の病床規制となる参酌標準というものがあります、まあ、晚酌標準じゃなくて参酌標準というのがありますけれども、非常に難しい、私もいつも、非常に間違えやすいんですが、今年度から平成二十年度まで参酌標準の第三期という枠組みの縛りがある。過剰病床になつてしまふ地域は、医療型から介護型の施設に転換することもできます。一方で、現実には、四月一日から実際に診療報酬で医療の必要度一のところにいる患者さんは、まさにそのまま入院していれば赤字になつてしまふという状況が想定されるわけです。その数が何と十三万五千人になると聞いておりますけれども、今までの審議における御答弁では、受け皿として経過型の療養病床、あるいは介護保険移行準備病棟、こちらに変われば何とかなりますと、当面、今の医療型療養病床のまま介護保険移行準備病棟という、いわば看板のつけかえという形になるわけでございますけれども、患者さんが移動しなくともいい、この形のまま居続けていたための経過措置を認めますと厚労省は言つておられるわけでござりますけれども、しかし、六年後には、明確に病院をやめて介護施設に変わるという決断を迫られる大変厳しい選択を

しなければならないわけです。ですから、私は個人的に思うわけですけれども、将来的には医療とともに時間的な余裕がない激変措置、ひど過ぎるということを私は思つてゐます。しかし、余りにも時間的な余裕にしか算定されないんでしょうか。そこで、まず、今回の療養病床の見直しに関しては、患者あるいは家族、そして施設の雇用者、経営者のいずれにも大きな不安という立ちがあるわけでございまして、これは、ひとえにやはり医療と介護の双方の施設類型が定まつていないところに問題があると僕は思つております。将来像がなかなか示していただけない、今後どのような施設のあり方と方向性を考えておられるのか、まず川崎大臣にお伺いしたいと思います。

○川崎国務大臣 既に前回も御質問いたしましたが、今もいろいろな見地から御見解をいただきました。その中で、今回の療養病床の再編は、医療の必要性が高い患者に限定し医療保険で対応するとともに、医療の必要性の低い方々への対応として療養病床が老人保健施設の介護施設へ転換する、これを基本線に据えさせていただいている、そこがうまくいくのかというところをずっと御質問いただいております。

療養病床の老人保健施設等への円滑な促進を図る観点から、これも既に言及いたしておりますけれども、既存の施設を活用して大きな改修をすることがなく老人保健施設に転換できるよう、床面積の基準を経過的に緩和させていただく、平成二十三年度末までござりますけれども、現在、病床全院の双方において、医療保険、介護保険の双方において、医師看護職員の配置等を緩和した療養病床の類型を創設いたします。医療保険、介護保険双方の療養病床について転換支援の助成を実施してまいりたいと考えております。

また、こうした方策というものを、やはり施設に入られている方々、また運営をされている方々は、関係者の方々の不安を招かないように、これから適切に対応してまいりたいと考えております。

そこで、医療療養病床については、ことしの診療報酬改定で、医療の必要度やADLに応じた患

す。

なお、この健康保険法等の一部を改正する法律案において、入所者の状態に応じてよりふさわしいサービスを提供する観点から、老人保健施設等の基本的な方や入所者に対する医療の提供、

そういう意味では、医療と介護を分けて、医療と介護の間に療養病床があつて今度は介護にした、

しかし、どうしてもやはり医療とも関係がありますねということから、この医療との関係を、確かに言われるとおりもう一度しつかり整理をしないやならない、そういう意味では、検討を行なう旨の規定が盛り込まれているところでございます。

法律が成立いたしましたら、こういった課題に全力を挙げてまいりたいと考えております。

○三井委員 ありがとうございます。

大臣が本当に全力を挙げていただいて、まさに入院患者あるいは運営・経営体の皆さん、そこが路頭に迷わないようにならなければなりませんけれども、既存の施設を活用して大きな改修をする、これを基本線に据えさせていただいている、そこがうまくいくのかというところをずっと御質

例え、患者さんが床ずれなり瘻孔をした場合に、医療度はそのまま放置すれば上がるわけですから、そういうようなことも私は心配するところでありまして、恐らくそういう病院が出ないようお願いうどころであります。

以上のように、急性期病床、平均在院日数の短縮、慢性期病床は重度患者だけの受け皿ということがではなくて、その中間、つまり亞急性患者の受け皿が私は問題になつてくると思っております。

亞急性期病床は、いわゆる急性期治療を経過した患者、または在宅、介護施設等で症状の急激に悪化した患者さんに対して、在宅復帰支援機能を持つて、効率的かつ密度の高い医療を提供することができるもので、病院関係者からは導入の目的どおりに機能しており、評価も高くされているところでございます。

こうした状況の中で、病床のあり方全体を見たところ、亞急性期病床の活用をもつと私は積極的に行つてもいいんじゃないかなと思ってゐるところです。ところが、この亞急性期病床の施設基準を見ますと、大変ハードルが高い、厳しいですね。一般病床を前提としたものでも、その病院の一般病床の一割以下でなきやならないとか、例えば四百床を超える病院では四十床、そして百床未満の病院では十床という制限があるんですね。

関は平均在院日数二十一日以内というのがある程度常識になつております。そういう意味で、そこで、医療療養病床については、ことしの診療報酬改定で、医療の必要度やADLに応じた患

ですから、全国には六百八十五医療機関、八千

九十五床と厚生省からいたいたした資料にございま

すけれども、私は、今後、やはりこの亜急性の対象患者の受け皿を拡大するためにも、療養病床への算定拡大が必要でないかと考えますけれども、いかがでしょうか。

○水田政府参考人 御指摘のございました亜急性期入院医療管理料、これは平成十六年の診療報酬改定によつて新設された点数でございました、委員御指摘のとおり、急性期における治療を経過して在宅復帰を目指す方、あるいは在宅において療養中に急性増悪した方々に対しまして、これも在宅復帰を目指して密度の高い入院医療を提供することを目的とするものでございます。

ただ、この管理料につきましては、九十日を限度として算定する急性期病院の性格を有するものでございまして、範疇といたしましてはやはりこれは急性期に入るものであると考えてございまして、長期にわたって慢性期医療を提供する療養病床とは目的を異にするということをございました。現時点では、委員御指摘のとおり、一般病床の中でのとの、さまざまな制限を行つてあるところでございます。

ただ、今後のあり方についてでござりますけれども、このあり方につきましては、繰り返しになりますけれども、平成十六年改定で入つたということもござります、したがいまして、今回の改定の検討状況も踏まえながら引き続き検討を行つていきたい、このようになってございます。

○三井委員 ゼひ、局長、この急性期と、そして重度の療養型でいいんでしょうが、その中間のこいうう病床がやはり私はもつともっと機能する必要があると思ひますし、例えば急性期からは、先ほど申し上げましたようにどんどん出されるわけですから、そうしますと、亜急性期病床で受け入れる、あるいはこの亜急性期病床の後ほどリハビリの問題を私は質問させていただきますけれども、こういう病床をもう少し施設基準を緩和してもいいんじゃないいか、こういううございに思うわけ

です。

今局長からも将来的には考えるような御答弁がございましたけれども、この施設基準を見ますと、本当にこれは厳しいんですね。これではなかなか普及はしないんじやなからうか。先ほど申し上げましたように、ベッド数も少ない、百ベッドで十ベッド程度では全くお話しにならない、こうい

うぐあいに思つてゐるところでございます。

次に、リハビリテーションの診療報酬改定の問題について御質問させていただきたいと思いま

す。

今回のリハビリテーションの報酬改定でございま

すけれども、改定当初、極めて強引な大幅な改

定で、絶対に認めるることはできないという声が私

のところにも全国各地から寄せられております。

本委員会でも質問のあつたところでござりますけ

れども、先日も阿部委員から、東大の多田富雄名

譽教授の提言が示されていました。「リハビリ中止は死の宣告」という言葉に、全く私も思いを同

じにするところであります。また、今回の改定に

よつて、当時は七割から八割の患者がリハビリを受けることなくなるという実態に、リハビリ関係者

からも、どうしてこういう事態になったのか、ま

さにサンドレス改定ではないか、あるいはギロチン改定だという声まで寄せられているわけです。

こうした激しい反応に対し、三月末ぎりぎりになつて、今までリハビリを実施してきた患者についてはすべて四月一日を発症日とみなして、そ

こから算定日数を、リハを継続しようという超法規的激変緩和措置がとられたわけです。これは、

ただ単に問題を五、六カ月先送りして執行猶予期間が与えられただけではないか、こういううございに思うわけであります。

厚生労働省は、四月十九日の中医協議会で、診

療報酬改定結果検証部会の当面の進め方を発表し

ておられます。ここでは、今年度の改定主要事項及び国民の関心の高い事項については検証作業を行つておりますが、リハビリテーションに係

る評価も検証すると聞いております。では、実際

にそこでどのような検証作業を行おうとしているのか。改定に係る影響調査、あるいは届け出医療機関の数、診療回数の状況といった項目だけの検

査で済ませることのないよう、しっかりとした検証を行つていただきたい。さらに、一年後の取

りまとめと言わずに、可及的速やかに見直しを

行つていただきたいと思いますが、いかがでしょ

うか。

○水田政府参考人 今回の診療報酬改定におきましては、リハビリテーションにつきまして、発症後早期のリハビリテーションを重点評価する。その一方で、効果の薄いリハビリが長期にわたつて行われている、こういう指摘もあつたところでございますので、疾患ごとに算定日数の上限を設け

るという措置を講じたわけでござります。ただ、これは、前回も御説明させていただきましたけ

れども、適用を除外する疾病というものを設けて

行つて、今後の方々につきましては、は障害児者のようなそういう方につきましては、

別途、算定日数の上限を設けないという措置も講じているわけでございまして、そういう全体の

状況について大方の理解が得られるよう私ども

も努力をしなきゃいけないと考えてございます。

その上で、結果の検証ということをございますけれども、委員御指摘のとおり、中医協におきま

して、公益委員それから専門委員によつて構成さ

れます診療報酬改定結果検証部会、これは中医協

改革の一環といたしまして昨年十一月に設けたものでござりますけれども、今年度、十八年度改定

の結果につきましても、四月に検証部会を開催いたしまして、今後作業を進めていく、このように

考へてござります。

具体的には、医療費全体のこととござりますけ

れども、診療報酬改定全体の検証をすること、それから個々の診療報酬改定が企図した効果を上げ

ておられます。ここでは、今年度の改定主要事項

について現場の声を聞いて修正するとか、

あるいは施行を少なくとも三ないし六カ月ずらす

とか、ルール化して、医療機関が対応できる、す

べてに言えるわけですけれども、やはり私は時間的余裕を持てるようになりますことが必要でないかと

思つております。今回の改定もそうですが、これども、余りにも時間的余裕がない、こういうことを

大いに今後も反省していただきたい、事前に、今申

し上げたように半年前ですか、あるいは一年前ですか、そういうことをルール化することが必要でないかなと思っております。

そこで、今後の検証の見直しに当たって、当事者である患者団体、最大の学術団体でありますリハビリテーション学会の意見を聞くということが大変私は重要だと思いますが、御答弁願いたいと思います。

○水田政府参考人 今回のリハビリテーションに係ります改定に当たりましては、当然、私ども、そのプロセスといたしまして、関係各学会からの御意見というものをお聞きもいたしました。それから、中医協のもとの専門家による組織におきまして調査も行い、実態把握をした上で取り組みでございます。

また、事前手続といたしまして、方向性につきましては、ことしの一月にパブリックコメント、国民の意見募集ということを行つております。(発言する者あり)そういう取り組みを行つてきましたし、先ほど、冒頭御紹介ありましたとおり、既往の疾病については算定日数上限の起算点を年度当初にする、こういった対応のための時間的余裕ということも設けたつもりでございます。

いずれにしましても、今回の改定に当たりまして、十分配慮してきたつもりではございますけれども、今後、この結果の検証作業、あるいは次期改定に向けての検討につきましても、必要に応じて、関連学会等の各方面からの意見を聴取すると、いうことには努めていきたい、このように考えてございます。

○三井委員 今も山井委員からありましたように、もっとともやはり現場の声を聞いていただきたい、これはもう本当に切実な願いですね。

まさに、事務的に処理するのではなくて、やはり、今言う有識者の意見も大事でしようけれども、現場の意見もしっかりと聞いていただきたいということをお願い申し上げたいと思います。

そこで、高齢者医療制度の創設に伴う広域連合

の設立についてお伺いしたいと思います。

これまで、国会審議の中で、七十五歳、つまりハビリテーション学会の意見を聞くということが大変私は重要だと思いますが、御答弁願いたいと思います。

○水田政府参考人 今回のリハビリテーションに係ります改定に当たりましては、当然、私ども、そのプロセスといたしまして、関係各学会からの御意見というものをお聞きもいたしました。それから、中医協のもとの専門家による組織におきまして調査も行い、実態把握をした上で取り組みでございます。

また、事前手続といたしまして、方向性につきましては、ことしの一月にパブリックコメント、国民の意見募集ということを行つております。(発言する者あり)そういう取り組みを行つてきましたし、先ほど、冒頭御紹介ましたとおり、既往の疾病については算定日数上限の起算点を年度当初にする、こういった対応のための時間的余裕ということも設けたつもりでございます。

いずれにしましても、今回の改定に当たりまして、十分配慮してきたつもりではございますけれども、今後、この結果の検証作業、あるいは次期改定に向けての検討につきましても、必要に応じて、関連学会等の各方面からの意見を聴取すると、いうことには努めていきたい、このように考えてございます。

○三井委員 今も山井委員からありましたように、もっとともやはり現場の声を聞いていただきたい、これはもう本当に切実な願いですね。

まさに、事務的に処理するのではなくて、やはり、今言う有識者の意見も大事でしようけれども、現場の意見もしっかりと聞いていただきたいということをお願い申し上げたいと思います。

そこで、高齢者医療制度の創設に伴う広域連合

し、冒頭申し上げたように、町村では単独でありますと、なぜこの広域連合を設立するのでしょうか。都道府県単位で三十万円を超える医療費に係る給付費すべてを対象といたしますと、高額医療費の発生リスクの分散を図ります保険財政共同安定化事業というものを推進することとしてございます。医療費の適正化とあわせて、保険者間の保険料水準の平準化を進めまして、広域的な運営が進むよう努めていきたい、このように考えてございます。

○三井委員 そこで、この広域連合の設置について大臣からも御答弁いただいているわけですが、どちら、具体的な例を申し上げますと、介護保険における地域の市町村が設立した広域連合の運営と、いふことを挙げられています。

そこで、お尋ねしますけれども、介護保険では構造にして、わざわざお金をかけることはないだろう、あるいは財政負担を求めるこども意味がないと思うわけでございます。弁をお願い申し上げます。

○川崎国務大臣 一つは、財政の安定化を図る側面から広域化を図る必要がある。逆を言えば、市町村、特に町村で、一つの母体でお年寄りの数がふえてやつていいけるか、こういう問題がまずあるだろう。

もう一つは、それでは県にやらせたらどうかと

いうことになりますけれども、県において住民に関する基礎情報、医療保険の事務処理に関するノウハウ、こうしたものがあるだろうか。

そうしたことを考えると、保険料徴収や各種申請の受け付け等の窓口業務については、住民に身近な行政主体として、住民情報を保有し、日々国民健康保険は従前から市町村単位で運営が行われてきたことがございますので、保険者間で保険料水準に差がある、あるいは保険料の賦課方式が違う、あるいは保険料とするか税とするか、こういったさまざまな違いがございまして、こういうことが要因でなかなか進まないということを考えています。

特に、保険料水準に大きな差があるということにつきましては、広域連合の設置によつて保険料が平準化されますと、一方で保険料の上昇が見込まれる地域も出てくるわけございまして、そういう地域の地方議会あるいは住民の皆様の御理解が得られにくい、こういう問題があつたんだろう、このように考えてございます。

ただ、今回の改正によりまして、国民健康保険に新たに都道府県単位で三十万円を超える医療費に係る給付費すべてを対象といたしますと、高額医療費の発生リスクの分散を図ります保険財政共同安定化事業というものを推進することとしてございます。医療費の適正化とあわせて、保険者間の保険料水準の平準化を進めまして、広域的な運営が進むよう努めていきたい、このように考えてございます。

○三井委員 時間もございませんので、次からまた少しスピードを上げて質問させていただきます。

そこで、広域連合は地方自治法に基づく特別地方公共団体ということでありますから、ここに設置される議会の議員は、直接選挙があるいは間接選挙かを各広域連合が選択して決めるということになりますね。そこで、議員の選出基準や人数あるいは構成等について、具体的にどうなるのか、またすべての市町村から議員を選出するのか。だとしますと、これは、北海道の例で申し上げますと百八十人の議員ということになるんですね。また、これは広域連合の議会に専従の議員ということもありますと、これはあり得るんでしょうか。御答弁願います。

○水田政府参考人 広域連合の議員の選出基準あるいは人数についてのお尋ねでございますけれども、既に設立されている広域連合を見ますと、例えば、広域連合を構成する全市町村から議員を選出するという例がある一方で、県内をロックに分け、そこで議員を割り当てていく、そういうやり方をとっているところもございます。

具体的にどうするかということでございますけれども、これは、やはり自治体としての広域連合におきまして、それぞれの議会の適正規模あるいは地域の事情ということを考慮して、広域連合の規約においてそれぞれ定めていただくことになりますかと考えてございます。

この広域連合の議員につきまして、これまで設立されております介護保険の広域連合の例を見ますと、市町村議会の議員あるいは市町村長から選出されているわけでありますけれども、この規約におきまして被選挙権を市町村議会議員等に限定しないということも可能でございます。その場合には、広域連合の議会に専従の議員が選出されるということもあり得るものと考えてございます。

○三井委員 専従の議員はあり得るということでございますね、局長。わかりました。

そこで、広域連合の事務局について、再度お尋ねいたしたいと思います。私が、四月二十一日の委員会で、事務局はどこが担当かという問い合わせ、水田保険局長は、基本的に独自の事務所、職員を有するわけだが、これまで設立された介護保険広域連合の例を見ると、構成市町村からの出向職員または独自採用した職員で組織されると答弁されているわけでございます。

具体的な構想はどうなるかと思つていたところですが、先日、私の質問を報道していた国保新聞を読みましたら、同じ紙面に、広域連合準備委員会の設立に向けて国保連は早期に積極的な関与をと理事長さんの情勢報告が大きく載っているわけです。なおかつ、後期高齢者医療制度の審査支払い業務は、国保連だけじゃありません、民間法人化した社会保険診療報酬支払基金もあります。新しい組織の公平公正がこうい

うことで保たれるのか。私は、国保連のよしあしを言つているんじやなくて、国会の答弁ははぐらかしているのではないか、こういう実態を先行させているんじゃないかということを思うわけでございます。実は私もこれを読んでびっくりしました。

けですけれども、多田理事長さんがここでこういふことをおっしゃつていいわけです。これについて、水田局長、御答弁願います。

○水田政府参考人 広域連合の事務局のあり方にについてでございますけれども、これにつきましては、前回も御答弁申し上げましたとおり、広域連合は一つの地方公共団体でございまして、広域連合長などの執行機関、それから広域連合独自の事務所及び職員を有することになるわけでございます。

具体的なこれまでの例を見ますと、構成市町村からの出向職員あるいは独自採用の職員によって組織されているということでございますけれども、いずれにしても、具体的な事務処理体制につきましては、その審査支払い業務も含めまして、各広域連合におきまして今後検討していくといふことになるものと考えてございます。

審査支払い事務の委託先をどうするかといった国保連との関係につきましても、これは各広域連合において判断すべきものと考えてございます。

ただ、御指摘のありました記事についてでござりますけれども、これにつきましては、国保中央会の理事長さんの、高齢者医療制度に関する国保連あるいは国保中央会としての期待を込めた自由の見解である、このように承知をしているところでございます。

○三井委員 期待を込めた、どうもそういうふうに解釈できないんですね。ここで、「法案の成立が決めることから、国保連は広域連合の準備段階から積極的に関与せよ」と号令をかけているんですね。審査支払い業務のことまで言及しているわけです。

そこで、審査支払い業務は、国保連だけじゃありません、民間法人化した社会保険診療報酬支払基金もあります。新しい組織の公平公正がこういふことです。

うことで保たれるのか。私は、国保連のよしあしを言つているんじやなくて、国会の答弁ははぐらかしているのではないか、こういう実態を先行させているんじゃないかということを思うわけでございます。実は私もこれを読んでびっくりしました。

けですけれども、多田理事長さんがここでこういふことをおっしゃつていいわけです。これについて、水田局長、御答弁願います。

○水田政府参考人 委員御指摘のとおり、後期高齢者医療制度の財政につきましては、高齢者自身の保険料のほかに、医療保険者からの支援金それから公費によって賄う制度でございますので、被保険者である後期高齢者はもとより、費用を負担する医療保険者、あるいは地方自治体等の納得と理解を得ながら制度を運営していくことが必要であります。

このため、今回の改革におきましては、各都道府県、これは全国でもう既に設置されておりますけれども、医療保険者等によって構成される保険者協議会において、新たに高齢者医療制度の運営あるいは医療費適正化に関する保険者間の連絡調整を行うことを考えてみたらどうかということが考えてございます。

その際、特に高齢者医療制度における医療保険者の関与のあり方、これは委員の御指摘の点でござりますけれども、これは課題として認識をしてございまして、例えば、具体的の姿といたしましては、この保険者協議会の枠内におきまして、高齢者医療制度の運営に関して協議の場を設けることなどを考えられるわけでございます。

そこで、各保険者間で医療費の適正化の観点から、保健事業のあり方等について連携を図るために話し合う場としては、後期高齢者医療制度の側からも意見を述べられるような協議会が適当であるという趣旨は、私も理解できますが、しかし、保険料の設定を初めとする財政運営について、後期高齢者医療制度の側から現役の医療制度には財政支出はありませんが、現役側からは支援金を拠出するわけであります、こういふことに思つています。

そこで、御質問のありました、七十五歳以上のこういった後期高齢者の方々自身の参画ということでございますけれども、これは、まず、広域連合のも、政省令なんかもそうです。以前阿部委員、い

したように、各広域連合が、地域の実情も踏まえながら規約におきまして被選挙権を含めて決めたわけでございます。その規約による決定といふものを持たなきやならないわけがありますが、いずれにいたしましても、こういった広域連合におきまして、七十五歳以上の被保険者の方々の意見も踏まえながら運営が行われるべきものと見てござります。

○三井委員 今も御答弁ありましたように、七十五歳以上の方の御意見も聞いて、そしてやはり、何度も申し上げますけれども、平準化した、わかりやすいということでおつしやるのであれば、ぜひとも御検討をお願い申し上げたいと思います。

最後に、保険者協議会と広域連合の関係についてお伺いいたします。

まず、保険者協議会の設置は平成十五年の三月に閣議決定されているわけでござりますけれども、政府の基本方針の基本的な考え方方がここに盛り込まれております。これに基づいて各都道府県が取り組みを進めてきたわけですけれども、現在どの程度設置されているのか、あるいは都道府県における設置状況を確認したいと思います。

また、既に設置されている都道府県においてはこの保険者協議会はどのような機能を果たしているのか。あるいは保険・医療・財政や運営の面でどのような効果を上げているのか。

また、広域連合との関係について、この既存の保険者協議会に広域連合が保険者として新たに加わることはよいのか。あるいは、この保険者協議会と広域連合との関係についてわかりやすく説明していただきたいと思います。

○水田政府参考人 まず、保険者協議会の設置状況についてでございますけれども、平成十六年度に宮崎県と新潟県で先行して設置をされたわけでございます。その後、平成十八年一月をもちまして全都道府県において設置をされたところでございます。今後といたしましては、広域連合も保険者としてこの協議会に参加をすることになろうかと考えてございます。

この保険者協議会の活動でございますけれども、現在は、保険者間の保健事業等の共同実施、あるいは保険者間における意見調整等でございまして、保険者間の連携協力を円滑に行うということです。引き続き事業内容の充実を図っていくこととしてございます。

今後は、これに加えまして、先ほど申し上げましたとおり、高齢者医療制度の運営というような面も含めまして、協議の場ということを設けるかどうか、これは実はまだこれから、今後、関係者と相談しながらでござりますけれども、こういった事柄につきましても検討を進めていきました。

○三井委員 どうもありがとうございました。

いずれにしましても、私が今回質問した問題についてはぜひとも前向きに御検討いただいて、いい制度にしていただくことを特に願い申し上げました。終わせていただきます。ありがとうございました。

○岸田委員長 午後一時から委員会を開くことにとどめ、この際、休憩いたします。

午前十一時三十五分休憩

午後一時二分開議

○岡本(充)委員 民主党の岡本でございます。

○岸田委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

質疑を続行いたします。岡本充功君。

○岡本(充)委員 民主党の岡本でございます。

このままでは、政府提出法案の財政的な部分について質問をしていきたいというふうに思っています。

○岡本(充)委員 まず、そもそも健診と保健指導を通じてメタボリックシンドロームの改善もしくはそれを通じて糖尿病や高脂血症、そして高血圧症などを抑制して、最終的には医療費を下げようじゃないか、こういうストーリーを考えていると認識をしています。

このストーリーで考え方として正しいのでしょうか。御答弁を求めます。

○水田政府参考人 健診と保健指導の実施によりまして、二〇二五年度におきまして二兆円適正化が図れるという判断でございます。

○岡本(充)委員 まず、そもそも健診と保健指導を通じてメタボリックシンドロームを減らしていくという考えの中で、このメタボリックシンドロームというのは、今回の長期的、二〇二五年の医療費抑制の一つの大きな柱だと理解しておりますが、どのような概念で日本でメタボリックシンドロームなるものができたのか、これについて少し私の知っている範囲でお話をさせていただいた二五年の医療費を抑制することを大きな柱の一つとされています。

く。生活習慣病を予防していくためには、健診や保健指導を通じて医療費を抑制していく、これが一つの柱だと理解しています。もう一つが、療養医療費を削減し、合わせて六兆円の医療費を削減していくということがこの医療財政計画の大きな柱だと言えます。それで認識は正しいでしょうか。

○川崎国務大臣 短期的と長期的に分けてありますけれども、長期的ということになれば、そういうことになると思います。

○岡本(充)委員 それでは、まずその一つ目の柱であります生活習慣病対策から質問をしていきたいと思います。

生活習慣病対策ということで、今回提出をされております政府案の中には、保健指導、健診などを通じてのメタボリックシンドロームの改善もしくはそれを通じて糖尿病や高脂血症、そして高血圧症などを抑制して、最終的には医療費を下げようじゃないか、こういうストーリーを考えていると認識をしています。

このストーリーで考え方として正しいのでしょうか。御答弁を求めます。

○水田政府参考人 健診と保健指導の実施によりまして、二〇二五年度におきまして二兆円適正化が図れるというふうに私は考えていました。メタボリックシンドロームの基準については、これもまた議論のあるところですが、まずは、どうしてメタボリックシンドロームで医療費が下がるのか、そういう根拠のあるデータ、どういうものがあるのか、お示しをいただきたいと思います。

○水田政府参考人 お答えいたします。

統計学的に見て厳密な分析まで行われたものではございませんけれども、昨年十月に公表されました調査研究によりますと、三重県の政管保健の被保険者約二千八百人を対象に調べましたところ、肥満、血压、脂質、血糖の四項目の健診結果に異常が多くつた人ほど、十年後の患者一人当たりの医療費が高くなり、その中でも、四項目すべてに異常があつた人は、異常が全くなかった人に比べて約三倍の医療費になつたという結果が出ています。

少なくとも、定性的には生活習慣病のリスク要因を減らすことが医療費の減少につながると言えるものでございます。

○岡本(充)委員 私は、恐らく二千八百人、非常に少ない数を調べているんだと思いますよ。

皆さんのお手元にお配りをした資料の三ページ目をごらんいただくとわかるんですが、これは、つい先日、ゴールデンウイーク中に厚生労働省は幾つか情報を提供されまして、御苦勞なことでございますけれども、新聞に載りました。喫煙と肥満と運動不足が重なると四割も医療費が高くなる。だから医療費は高くなるんだと一つの根拠になり得る東北大学の教授の九年間にわたる、これこそ一千人程度ではない、万の単位で調べられたデータであります。

これで比べると、最後の四番を見てください。確かに三つともそろっている人は高い。しかし、喫煙というのはメタボリックシンドロームとは関係がない話です。肥満と肥満じゃない人だけを单纯に比べると、一・〇七倍です。

表の二を見てください。男性、BMIで比較をして、医療費はどうですか。二二の人が必ずしも一番安いのかどうかということは、下にある信頼区间というところを見ればわかるんですが、二万一千七百八十八円から二万七千五百二十三円。その一方で、例えば二三から二四・九だと、二万六千九十四円から三万一千八百十九円。女性の場合で、二一から二二・九の人は一万七千四百六十三円から二万六十円、二三・〇から二四・九の人は一万七千四百九十一円から二万二十九円。これは、BMIがふえてても全然医療費はふえていない、こういうことを示しているわけなんですね。

その一方で、確かに喫煙の方はどうやらかなり関係がありそうだということがわかつています。表の一方を見るに、例えば男性、生涯非喫煙と、現在もしくは過去に喫煙をしていたことのある人の医療費、これは確かに違っています。有意差を持つて違っている。女性の方はどうかといふ

と、有意差こそぎりぎり出ていないものの、かなり金額に差が出ています。喫煙こそが医療費を下げるという根拠が、これは厚生労働省の研究班の班会議で出ているんじゃないですか。なぜそれは高くなるんだ、こういう根拠を出してくるのか。しかも、わざわざ二千人のデータをこの二万

人以上のデータを覆すためのデータとして出すとすれば、これは科学的におかしい話になります。

改めて聞きます。肥満で医療費が高くなる、メタボリックシンドロームで医療費が高くなるというデータが、世界じゅう探してどこかにあるのか、お答えをいただきたい。

○岸田委員長 答弁はどなたにお願いしましょうか。水田保険局長。(発言する者あり)

○水田政府参考人 ちょっと前裁きで一言、私の知っている限りで申したいと思いますけれども……

○岸田委員長 水田局長、ちょっとマイクを近づけて、マイクに声を乗っけてください。

○水田政府参考人 参考人 ただいま委員が御指摘になりました資料は、肥満といふことに喫煙といふこと、肥満に着目したものであって、血圧、血糖、高脂血、こういったことも含めて検討したものではない、このように理解しております。

○岡本(充)委員 そうじゃないんです、私が聞いてるのは、メタボリックシンドロームでもいいですよ、では医療費が上がるというデータがあるんですか、局長。

○水田政府参考人 これは、先ほど申し上げました三重県で二千八百人、十年間のフォロー、健診結果と医療費の関係をフォローした調査、これによつて判断をしているところでございます。

○岡本(充)委員 それは何できのうの段階で出さないんですか。今議論できないじゃないですか、資料としてなければ。これはきのうの段階で出すべきだったんですよ、それがあるのなら。

○水田政府参考人 まず、そのデータは、昨年十

月にこれは公表して、新聞にも出でております。それから、私どもの、昨年十月二十三日に出しました医療構造改革試案でも出でております。それから、現物は、たしか委員にお渡ししているんじゃないかと思いますけれども。

○岡本(充)委員 私はもらっていませんけれども。

何を言うかというと、その中で、二千八百人という数字で、これで出ているように、肥満が一つの大きなメタボリックシンドロームの要素なん

です。肥満であつてメタボリックシンドロームでない人はわざか一割程度だ、そういうふうに厚生労働省から話を聞いています。ほとんどの九割の人には、肥満があればメタボリックシンドローム疑いもしくはメタボリックシンドロームだと診断をされる。その中で、肥満があつても差が出ないといふ話になつていて、その残りの一割の人の議論をしているんじゃない。九割の人は肥満があればメタボリックシンドロームだと言つているんでしよう。だとすれば、肥満で差がなければ、このメタボリックシンドロームで医療費、九割の人、下がらないじやないですか。そこについてはどう答弁されるんですか。

もつと言えば、私、その十年前のデータを知りませんが、十年前にまだメタボリックシンドロームなる概念がない中で、今で言うメタボリックシンドロームのクライテリアでちゃんとそのデータが出ているのであれば、それは驚きです。恐らくそのときにはメタボリックシンドロームなる概念がない。だから、当然、メタボリックシンドロームで医療費が下がるというデータであるはずがない。明確に答弁を求めます。

○岡本(充)委員 大きな傾向つて、二千人でこれは大きな傾向として言えるのか。

○水田政府参考人 ただいま申し上げました政府管掌健康保険におきます調査研究、これは、いわゆるメタボリックシンドロームということではございませんで、BMIと血圧と脂質と代謝系、この四つの検査項目につきまして、リスクの数とその十年後の医療費の水準というものを調査したものが低くならないんじやないかという研究は世界じゅうで出でているわけですね。

メタボリックシンドロームで医療費が下がると

ボリックシンドロームで医療費が上がるという根拠があるのかと聞いています。そうしたら、ないと答えるべきだ。

○水田政府参考人 ですから、その当時はメタボリックシンドロームという概念はなかつたかもしれませんけれども、後から振り返つてみると、これはいわゆるメタボリックシンドロームが該当するのではないか、このように考えていくわけでございます。

○岡本(充)委員 その診断基準は全く一緒なんですか。そのクライテリアで言う、例えば肥満の程度、例えば血圧の数値、それから代謝異常、全部このメタボリックシンドロームの数値と合致するんですか。

○水田政府参考人 この調査におきましては、例えれば肥満という点ではBMIを使っております。したがつて、そのBMIと腹回りのサイズ、そのサイズをどういうふうに変換するかとか、そういった問題点がございます。

それから、血圧、脂質それぞれにつきましても、この調査研究そのものの独自の判断基準を設けているわけでございまして、多少違いはあるかもしれませんけれども、ただ、大きな傾向としてもれませんけれども、ただ、大きな傾向としては判断できるんじやないか、このように考えておられます。

○岡本(充)委員 大きな傾向つて、二千人でこれもつと言えば、米国の中のシンクタンク、ランド研究所が発表した二〇三〇年までの推計医療費に関する論文で、例えば、これらが掲載されているヘルスアフェアーズという雑誌、二〇〇五年の二十四巻で、序文でこう書いてある。高齢者の健康状態の改善は医療費の削減だけでなく増加をもたらすという話も出でているぐらいで、必ずしも、メタボリックシンドロームが改善し高齢者が元気になる、年をとっても元気でいるからといって、医療費が低くならないんじやないかという研究は世界じゅうで出でているわけですね。

いう明確な研究がまだないということは今局長もお認めになられたとおりで、厳格な意味でメタボリックシンドロームとしての医療費の研究、後からでも探せるはずなんですが、後ろ向きのスターイーもできるけれども、まだされていない。それにもかかわらず、この医療費が下がるというストーリーがどこからやつてきたのか。大体、二五%、生活習慣病が減るということだって、この二五%というのをあくまで目標ですとは言うけれども、根拠がないじゃないですか。

そもそもメタボリックシンドロームなる診断基準について私は大変疑念を持っています。これは、確かに簡単に生活習慣病の発症予防を、抑制しようという目的でつくられたことは認めます。二〇〇六年の五月のディアベティックメディスン、これは代謝系の雑誌では世界で一番権威がある雑誌です、皆さん御存じのとおり。これの五月号、今月号に出てる。何て書いてあるか。この中で、世界各国でメタボリックシンドロームの診断基準は差があって、そして新しいものをつくつていかなきやいけない。その中で、日本は残念ながらこんなことまで書かれている。例えばヨーロッパ、シンガポール、中国、こういったところの診断基準と、日本の診断基準は残念ながらまだ不十分であって、さらに追加的なデータがなければメタボリックシンドロームの診断基準もままならないと書いてある。

ここはどういうふうに理解をするかというと、日本のメタボリックシンドロームの基準である、例えば男性は腹囲八十五センチ、女性は九十五センチ、これより大きい場合、まずこれが第一段階に入ってくる診断基準なんです、皆さんにお配りした一枚目を見てください。これがまず満たされた場合と、いうところからスタートするんですが、世界各国ほかを見ても、例えばヨーロッパは、男性九十四センチ、女性は八十七センチ、シンガポールを中心とする東南アジアは、男性が九十七センチ、女性が八十七センチ、中国は、男性が九十七センチ、女性が八十七センチ、日本は、男性が八十五セン

チ、女性が九十七センチで、日本だけが女性が太いというところも驚きなんですが、それだけでなく、追加として書かれてしまった、日本はもっとトリーーがどこからやつてきたのか。大体、二五%、生活習慣病が減るということだって、この二五%というのをあくまで目標ですとは言うけれども、根拠がないじゃないですか。

そもそもメタボリックシンドロームなる診断基準について私も大変疑念を持っています。これは、確かに簡単に生活習慣病の発症予防を、抑制しようという目的でつくられたことは認めます。二〇〇六年の五月のディアベティックメディスン、これは代謝系の雑誌では世界で一番権威がある雑誌です、皆さん御存じのとおり。これの五月号、今月号に出てる。何て書いてあるか。この中で、世界各国でメタボリックシンドロームの診断基準は差があって、そして新しいものをつくつていかなきやいけない。その中で、日本は残念ながらこんなことまで書かれている。例えばヨーロッパ、シンガポール、中国、こういったところの診断基準と、日本の診断基準は残念ながらまだ不十分であって、さらに追加的なデータがなければメタボリックシンドロームの診断基準もままならないと書いてある。

ここはどういうふうに理解をするかというと、日本のメタボリックシンドロームの基準である、サンプル数として、今局長は豊富にあると言われた、豊富に調べたと言えないじゃないですか。たとえば岡本(充)委員何人調べたんですか。私が調べたところ、日本肥満学会の論文では、男性五百五十四人、女性は百九十四人分調べたと書いてある。えらく差がありますね、男女差に。これではサンプル数として、今局長は豊富にあると言われた、豊富に調べたと言えないじゃないですか。

○岡本(充)委員 何人調べたんですか。私が調べたところ、日本肥満学会の論文では、男性五百五十四人、女性は百九十四人分調べたと書いてある。えらく差がありますね、男女差に。これではサンプル数として、今局長は豊富にあると言われた、豊富に調べたと言えないじゃないですか。

○中島政府参考人 サンプルの数がこれで十分かどうかという問題につきましては、これは八学会の代表の方が御議論いただいたので、それなりに十分検証にたえるものという御判断をされた御意見がある一方で、喫煙については個人の自己責任であるといったさまざま御意見もあることから、今後、部会等におきます議論を踏まえ、さらに検討を進めてまいりたいと考えております。

○岡本(充)委員 喫煙率の目標設定につきましては、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会の議論におきまして、喫煙率低下の目標を設定すべきという御意見がある一方で、喫煙については個人の自己責任であるといつたさまざま御意見もあることから、今後、部会等におきます議論を踏まえ、さらに検討を進めてまいりたいと考えております。

○岡本(充)委員 喫煙は自己責任だったら、ウエストの太さは自己責任じゃないのか。ウエストの太さが自己責任でなくて、喫煙が自己責任だといふことはないかと理

解をしております。

○岡本(充)委員 私もやぶさかでないと聞いています。しかも、今月の、最新のディアベティックメディスンに、日本はもっと調べるべきだと書かれてました。それをもとに医療費が下がる、これもとに今後糖尿病が予防できる、さらに言えれば、生活習慣病が二五%減るという話 자체が土台

からおかしいじゃないですか。土台がおかしい上に幾ら立派なものをつくつても、一兆円減らすとどう話にならない。

もつと言えば、あそこで一生懸命見ている人がいるから言うけれども、私は、一番重要なのは、医療費をもし本当に減らそうと思えば、やはり喫煙ですよ、喫煙。喫煙対策を盛り込む、喫煙指導をする、一体これは何%減らすつもりなんですか。どれだけの人が喫煙をやめるんですか。ちょっとお答えいただけますか。

○中島政府参考人 ただいま御指摘いただきましたように、たばこが健康に悪影響を与えるということにつきましては既に明らかとなつてございますので、これに基づいて腹腔脂肪が面積にして百平方センチ以上というところで線を引きましたところ、このような数値になつたというふうに理解をしております。

○岡本(充)委員 何人調べたんですか。私が調べたところ、日本肥満学会の論文では、男性五百五十四人、女性は百九十四人分調べたと書いてありますね、男女差に。これではサンプル数として、今局長は豊富にあると言われた、豊富に調べたと言えないじゃないですか。

○中島政府参考人 サンプルの数がこれで十分かどうかという問題につきましては、これは八学会の代表の方が御議論いただいたので、それなりに十分検証にたえるものという御判断をされた御意見がある一方で、喫煙については個人の自己責任であるといつたさまざま御意見もあることから、今後、部会等におきます議論を踏まえ、さらに検討を進めてまいりたいと考えております。

○岡本(充)委員 それはどちらも自己責任の世界であると今局長みずからお認めになられたけれども、これはどちらも同じことなんだよ。確かに個人の嗜好の部分も大きいわけですから、それに対して国が関与をしていくということが本当に個人の幸せなのかどうかという究極的な話にも僕は結構つくと思うんですよ。

たばこを吸わせなくしたら、個人が幸せなんかではないというふうにも聞いておりますので、現時点においてはこれで十分ではないかと理

う根拠は何なんですか。

○中島政府参考人 基本的には、たばこについても肥満についても、自己責任の部分はあると思います。その上で、先ほどのは、これから削減をしていく目標ということで数値を定めているということでございます。

○岡本(充)委員 ちょっと待ってくださいよ。たばこは自己責任だから、同様にこんなものがだつて自己責任なんだから、同様にこんなもの、数値を目標にして生活習慣病を二五%削減させることという話自体が成り立たないじゃないですか。喫煙は目標値を設定できなければ、何でメタボリックシンドロームで生活習慣病を減らすことだけは数字の目標が設定できるんですね。メタボリックシンドロームで生活習慣病を減らすことだけは数字の目標が設定できるんですか。その答弁になつていません。

○中島政府参考人 先ほど申しましたように、たばこについては、そういう基本的な考え方のもと、先ほど御紹介した審議会の部会において、いろいろ議論をして、その中でこういつた結論が得られて、さらに検討ということになつてているというふうでござります。

一方、メタボリックシンドロームについては、こういった考え方をお示ししておりますけれども、この部会等でも御議論いただいておりますが、これについて、特段、この設定がおかしいのではないかとかいう御意見は今のところいたいでないということでございます。

○岡本(充)委員 それはどちらも自己責任の世界であると今局長みずからお認めになられたけれども、これはどちらも同じことなんだよ。確かに個人の嗜好の部分も大きいわけですから、それに対して国が関与をしていくということが本当に個人の幸せなのかどうかという究極的な話にも僕は結構つくと思うんですよ。

たばこを吸わせなくしたら、個人が幸せなんかではないというふうにも聞いておりますので、現時点においてはこれで十分ではないかと理

上運動しなきや、これは差が出ない、このコードで差が出ないとなつてある。私がさよう出した三ページ目の表三、皆さん見てください。

男性で医療費が下がつてくるのは、一日一時間以上運動しなきやいけないんです。一日一時間以上運動しなきやいけないんです。

大変ですよ、毎日毎日。こうしなければ差が出ない、三十分ぐらい歩いたんじや差が出ないと書いている。ということを思えば、本当にこれをすることが個人の幸せになるのか。究極的な話をすれば、そういう問題になる。

大臣、ここまで聞かれて、それ、幸せですか。

○川崎国務大臣 私は、多分それが実行できたら幸せだつたんだろうと思いますね。

○川崎国務大臣 私は、多分それが実行できたら三十歳からだから二十八年間飲み続いているんですよ。当時お医者さんに、やせなさい、しかし、あなたの職業でやせられますか。私の選挙運動、初めから飲まないと言つていればよかつたんだけども、お酒飲めますと言つちやつたものだから、地元で酒飲まないと選挙運動になりませんと言つたら、だつたら薬飲むより仕方ないねと言つて、二十八年間薬を飲み続けている。そのとき、お医者さんの言うことを聞いて、しつかり運動してやせていれば薬漬けにならなかつたな、こう思いをしています。

そんな私の経験からすれば、やはり、アドバイスを受けて、あのとききちっとしておけばよかつたなど。そういう意味では、自己責任ではありますけれども、やはり太り過ぎなり運動不足というのいい方向ではないということだけは私は断言していいんだろ、こう思います。

○岡本(充)委員 続いて、ちょっとと今医療費の話になつたから少し言わせていただきますが、私、本当にまじめに医療費を削減しようと思うなら、きのうもちらんそ。それからもう一つは、今大臣が言われた、では、どういう数値になつたらザイロックやめられると聞いていますか。大臣、ど

う聞いていますか。

○川崎国務大臣 余り個人のことを言いたくない

んですけどね。

脂肪等が相當くなつちやつて、ほかの部分にもかなり悪い部分が出てますね。したがつて、薬は飲んで……(発言する者あり)いや、だつて、薬は痛風の薬だから違いますよ、あなた。よく聞いてください。それは先生が一番よくわかつています。

尿酸値の問題ですから。それはずっと六以下におさまっています。薬を飲み続けていますからね。しかし、私、兄弟がおりまして、兄弟で、飲んだり飲まなかつたりだから、兄貴は正直言つて発作がたまに出るんですね。私は飲み続けたから、そういうものは出なかつた。薬の効果というのは多分出ているんだろう。

しかし、一方で、本当は体重を減らしてきつつとしておけば、そんな発作もないし、尿酸値も上がりかないし、かつ、他の臓器に影響も来していないかつたのだろうなと思います。そういう意味では、運動をもう少ししておけばよかつたな、こう反省しています。

○岡本(充)委員 一日一時間、普通のサラリーマンが運動するというのはなかなか難しいんですよ。役所の皆さんも思うでしょう。きのう何時にも皆さん帰られたか知らない、私と一緒に遅くまで皆さんつき合つた。その後、一時間歩いて帰ろうと、大変だよ。本当にそう思います、皆さん笑われるけれども。

それで、私は、今の話で大臣が、だらうと思いまますと言つた。これは、だらうと思ひますじやなくて、厚生省がやはりその指針を出すべきだ。どこまで飲んだらやめてみえるのか、血圧の薬は一生飲まなきやいけないのか、これについての基準が全くない、現場においても。だから、結局、処方し始めれば私は一生ですかと言われますよね。この中で、病院で勤めてみえる方も何人か見えますから御存じでしようけれども、一生ですかと

う聞いていますか。

○川崎国務大臣 余り個人のことを言いたくない

んですけどね。

正直言つて、薬は飲み続けている一方で、内臓は痛風の薬だから違いますよ、あなた。よく聞いてください。それは先生が一番よくわかつています。

尿酸値の問題ですから。それはずっと六以下におさまっています。薬を飲み続けていますからね。しかし、私、兄弟がおりまして、兄弟で、飲んだり飲まなかつたりだから、兄貴は正直言つて発作がたまに出るんですね。私は飲み続けたから、そういうものは出なかつた。薬の効果というのは多分出ているんだろう。

しかし、一方で、本当は体重を減らしてきつつとしておけば、そんな発作もないし、尿酸値も上がりかないし、かつ、他の臓器に影響も来していないかつたのだろうなと思います。そういう意味では、運動をもう少ししておけばよかつたな、こう反省しています。

○岡本(充)委員 一日一時間、普通のサラリーマンが運動するというのはなかなか難しいんですよ。役所の皆さんも思うでしょう。きのう何時にも皆さん帰られたか知らない、私と一緒に遅くまで皆さんつき合つた。その後、一時間歩いて帰ろうと、大変だよ。本当にそう思います、皆さん笑われるけれども。

それで、私は、今の話で大臣が、だらうと思いまますと言つた。これは、だらうと思ひますじやなくて、厚生省がやはりその指針を出すべきだ。どこまで飲んだらやめてみえるのか、血圧の薬は一生飲まなきやいけないのか、これについての基準

うか、どこかで中断できる何か基準があるのかな

いのか。そうしなければ、漫然とずっと続く可能

性もある。やはり、この部分がもう一つの生活習

慣習対策になつてくるんじゃないかというふうに私は思うわけです。そんな御意思はないでしようか。お答えいただきたいと思います。

○松谷政府参考人 科学的根拠に基づく医療といふのは大変大切なことだということは、医学界でも最近特に言われているところでございます。

薬の治療等についても、世界各国で、日本も含めまして、いろいろな論文が出ています。論文の信頼性というものについていろいろなレベルがござります。権威の人がこれはこうだと言つたよ

うなレベルから、本当に、先生おっしゃるよう

に、多数の症例を集めて、前向きに症例検討したような研究もございます。そのようなものをすべてきちんと精査して、改めてそれをエビデンスに基づいたものとしてやるというような作業は最近行われているというふう伺つておりますし、私がござります。権威の人がこれはこうだと言つたよ

うか、どこかで中断できる何か基準があるのかな

れども、この四番目、B.M.I.、血圧、脂質、代謝系、それぞれについて比較をしてみた。これで

しょう、局長が言っていたのは。

○水田政府参考人 この資料のことのございます。○岡本(充)委員 さつきの根拠がなかつしたこと、皆さん、今からお示ししますよ。局長はこれで医療費が下がると言つた。

見てください。どうですか。例えば、B.M.I.で指導区分一、一八・五から二四・九、上を見てくださいね、異常なしと言われるところ、そして、二五以上、こういうところと比べて、これで若干は上がつているように見えるけれども、本当にこ

れで有意差があるのか。有意差が出されていません。

○岡本(充)委員 学会のガイドラインだけに頼つていてはいけないんじゃないことは、前から私は皆さんにお話をしているところです、この委員会でも。この話をしていくと時間がたつちゃうから、また別の機会にやりたいと思いま

す。

一枚目を見てください。こちらの方で、改めて

もう一度確認をしたい。

今、志摩ですか、伊勢市ですか、どこかで調べ

たという話で、恐らく先ほどの局長が言わされた話

はこの話をしているのかなと私は思つたんです

けれども、この四番目、B.M.I.、血圧、脂質、代謝系、それぞれについて比較をしてみた。これで

しょう、局長が言っていたのは。

○水田政府参考人 この資料のことのございます。○岡本(充)委員 さつきの根拠がなかつしたこと、皆さん、今からお示ししますよ。局長はこれで医療費が下がると言つた。

見てください。どうですか。例えば、B.M.I.で指導区分一、一八・五から二四・九、上を見てくださいね、異常なしと言われるところ、そして、二五以上、こういうところと比べて、これで若干は上がつているように見えるけれども、本当にこ

れで有意差があるのか。有意差が出されていません。

○岡本(充)委員 学会のガイドラインだけに頼つていてはいけないんじゃないことは、前から私は皆さんにお話をしているところです、この委員会でも。この話をしていくと時間がたつちゃうから、また別の機会にやりたいと思いま

す。

一枚目を見てください。こちらの方で、改めて

もう一度確認をしたい。

今、志摩ですか、伊勢市ですか、どこかで調べ

たという話で、恐らく先ほどの局長が言わされた話

はこの話をしているのかなと私は思つたんです

けれども、この四番目、B.M.I.、血圧、脂質、代謝系、それぞれについて比較をしてみた。これで

しょう、局長が言っていたのは。

○水田政府参考人 お答えいたします。

先ほど、先生御指摘のとおり、この調査につき

ましては、母数が二千八百名という限られた客体に基づく調査結果でございます。したがいまして、今お示しになったこのグラフは、指導区分ごとに細分化したものでございますけれども、これを細分化せずに異常のありなしで区分した場合には、異常が全くない人と異常が四つある人を比べると、医療費には三倍の差があるということをございます。

それから、もう一つ、四検査項目ごとのリスクの有無別に見た場合でも、いずれについても、リスクがある方の医療費が高くなっているという分析がこの調査報告において結論として述べられています。

○岡本(充)委員 私が言っているのは、四つ全部そろえればそれはそうかもしれない。でも、メタボリックシンドロームは四つ全部ある必要がないんですよ。四つ全部ある必要ないんです。最初のところの診断基準を見てください。内臓脂肪蓄積、あと、脂質異常、高血圧、高血糖、これは海外とちょっと実態が違うけれども、このうちの二つあればもう確定なんですよ。四つじゃないんだ。それでも医療費が高くなるのかどうかはつきりしない。

そしてまた、あげくの果てには、局長、今度はこう言つた。客体数が少ないからその部分については不確定な部分があると言つた。さつきは、二千八百でいいと書いておいて、今度は数が少ないのであやふやだ。これではさつきの話と違うからあやふやだ。これではさつきの胸を張られた。これでないですか。いときには、客体数が少ないからちょっとデータとしてどうかというところもあるけれども、だけれども、その一方で、二千八百調べましたと言つてさつきは胸を張られた。これでは、二千八百という数字をいよいよ解説してい

るだけじゃないですか。

根拠がないこと、今、皆さんのもとに明らかになりました。一兆円の削減、これは全く根拠がない。これでもし二兆円の削減ができなかつたときは、だれが責任とするんですか。

○水田政府参考人 これにつきましては、まず、

全体の医療費の見通しを立てる中で、それについてこれだけの効果があるだろうということで、目安としてお示ししたわけであります。

そのときに、御説明申し上げましたように、目標として立てた上で、具体的には、これは二〇二五年というよりは、もう少し近い五年ごとの医療費適正化計画の中で行われるわけでありますけれども、それについてまず自安を立て、さらにそれ

に向かって努力をして、それができなかつた場合にはできなかつた要因を分析して、その自安が正しかったのかどうか、方法論が誤っていたのかどうか、努力が足りなかつたのかどうか、そういう点を検討して、さらに次なる努力につなげていく、こういうプロセスを定めたものでありますので、責任というか、それがされた場合どうするかということも含んだ概念として、医療費適正化計画を提案しているつもりでございます。

○岡本(充)委員 責任を逃れているじゃないですか。責任逃れですよ、それは。これは、まさか、医療費が下がらなかつたからといって、いわゆる都道府県ごとに保険者にペナルティーを科して、都道府県単位の広域連合にペナルティーを科して、診療報酬は普通は一点十円だ、それを、あなたの都道府県は、例えば愛知県はペナルティーだから一点点九円だよ。こういうような形で、医療費適正化計画からはずれてしまつた、医療費が減らなかつた都道府県にペナルティーを科すなんということはないでしょうね。

○水田政府参考人 ただいま診療報酬の特例のことについて委員申されましたけれども、単純にペナルティーを科すというようなことは考えておりません。

例えば、平均在院日数が短くならない、その場合には、在宅医療が進まないということであれば、やはり在宅医療のところにつきまして所要の措置をとる。そういう目的達成のために有用な事柄につきまして、これは地方とも相談し、また専門家の間でも検討した上で決めていくということをございまして、一方的にペナルティーを科す

ということになる。これでは、私は、とてもじやないけれども、責任は自分にない、医療費が適正化できなかつたときにはその責任は医療機関が負なかつた都道府県の医療機関は診療報酬が下がる

治療報酬が下がることで、医療費適正化計画に沿え、こういうふうにしか聞こえないんです。これは私がおかしい、そう言つているわけですね。ちょっと時間がないから、もう一つの柱。四兆円減らすという柱の、いわゆる平均在院日数を短くする話をしたいと思います。

いたいた資料をいろいろ見ました。長野県のようなモデルにして、今の日本の平均在院日数三十六日を二十七日に減らすと言つた。長野県は、今、いろいろデータを調べたところ、もう既に、医療型療養病床を含めて、療養病床の人口十万人当たりの数をかなり少なくしています。全国平均が十万人当たり三百のところを、既に長野県は百八十ぐらいにしている。つまり、これで既に六割ぐらい、四割削減しているんですね。六割に減らしたけれども、実は、長野県の老人医療費は、全国平均と比べて一人当たり七七・五%にしか減っていない。つまり、療養病床を六割まで、四割減らしても、一人当たりの医療費は七七・五%，およそ八割にしか減らなかつた。これが今の長野のモデルだと私はきのう聞かされました。

ということは、療養病床を削減して平均在院日数は短くなつても、しかしながら、医療費が本当に下がるのかどうか怪しいんじゃないかな、そう思つて計算した。皆さん、計算機ないでしようから、ちょっとここから先はわかる方だけ暗算で。

大臣、今お話をしましたけれども、ちょっと数学の話になります。

三十六・三日の平均在院日数、全国百六十万ベッド、これから療養型病床の平均在院日数百七十二・六日掛ける十万ベッド、療養病床を十万ベッド減らす。そうすると、百五十万で割ると、平均在院日数はこれで二十七日になります。つま

り、療養病床を十万床減らすだけで理論上は平均在院日数三十六日が二十七日になる、こういう計算になるんですが、これについて何か御異論がありますか。

○水田政府参考人 医療費適正化の中で申し上げておりますのは、療養病床に特定している部分、これは今回の療養病床の再編について言えばそうなるわけでありますし、その結果として、平均住院日数の減に伴う医療費の適正化に寄与することになると思いますけれども、療養病床ですべて説明をしているわけではありません。

長野県の方が平均在院日数で見て全国の七五%である、一方で、医療の密度が高くなりますので、入院医療費は5%ほど全国より高い。それから、仮に短くなつて在宅にお戻りになつた場合には、それはその在宅医療がかかる。こういう要素を織り込んで計算をしたものでございますけれども、そういう積算ではございません。

○岡本(充)委員 違うんですよ、その積算の方法はもう聞きました。

私が言つているのは、今言つたように、医療型療養病床を十万床減らすんでしよう。医療型療養病床、療養病床の平均在院日数は百七十二日なんでしょう。この十万床がなくなつたとすれば、これだけ長い在院日数のベッドがなくなるわけだから、平均在院日数が短縮されるその効果が短期的に出て当然なんです。それは認める。それを計算したら、療養型ベッドが十万床なくなつただけで、平均在院日数は二十七日になるじゃないですか。

だとすれば、平均在院日数が二十七日になつた、療養型病床が十万床減つた。つまり、二十五万床が十万床減つたということは、やはり四割減です。四割減になつて実際に行われる医療費の削減効果はどうかというと、老人入院医療のトータルは五・六兆円だ、五・六兆円で四割が減つたとすれば一兆二千六百億。つまり、一兆二千六百億

は確かに減るかもしないけれども、これ以上の削減効果は出ないんじやないか、入院医療だけ見ても一・七兆円も平均在院日数の短縮で効果がある、こういう話をしている。

でも、私が今言ったように、よしんば、長野モデルがいいとして、長野のように療養型病床を減らしたとしても、得られるそのメリットは一兆二千六百億かもしれない、こういうふうに指摘をしているわけです。今の計算について、もしそれがどこかおかしいというのなら、それを今お話しただきたい。

○水田政府参考人 ちょっとそれは、今耳で聞く限りでは、よくわからないというのが率直な感想でございます。

それに、老人医療費のことを申されましたけれども、これは全体の医療費のこととござりますし、それから入院日数の適正化につきましても、療養病床はその一部ではありますけれども、全体として、これは民主党の案でもございましたように、一般病床についても今後どういうふうに取り組んでいったらいいのか、具体的な内容はこれからでございますけれども、そついたさまざま手段を講じて、全体として所与の目的を達成しよう、こういうことでございますので、療養病床あるいは老人医療費ですべて説明できるものではないことは申し上げたいと思います。

○岡本(充)委員 違うんですよ、これは二十七日の平均在院日数を日指すと言っているんでしょ、二十七日の平均在院日数を日指すのなら、二十七日の平均在院日数がなし遂げられた日本の医療の現状の中で一体幾ら医療費の削減効果が出るのか。それは厚労省の試算の仕方もある。やつたこの試算の仕方では、一兆二千六百億になってしまう。これでは、厚労省が言っている二兆七千億の削減効果が出るかどうかわからないと言っているんです。それについてお答えをいただきたいと言つていてるだけれども、お答えがいただけない。結局、四兆円本当に減るのかどうか、これも定かじやないんですよ。

でも、私が今言ったように、よしんば、長野モデルがいいとして、長野のように療養型病床を減らしたとしても、得られるそのメリットは一兆二千六百億かもしれない、こういうふうに指摘をしております。しかしながら、どこかおかしいというのなら、それを今お話しただきたい。

○水田政府参考人 ちょっとそれは、今耳で聞く限りでは、よくわからないというのが率直な感想でございます。

それに、老人医療費のことを申されましたけれども、これは全体の医療費のこととござりますし、それから入院日数の適正化につきましても、療養病床はその一部ではありますけれども、全体として、これは民主党の案でもございましたように、一般病床についても今後どういうふうに取り組んでいったらいいのか、具体的な内容はこれからでございますけれども、そついたさまざま手段を講じて、全体として所与の目的を達成しよう、こういうことでございますので、療養病床あるいは老人医療費ですべて説明できるものではないことは申し上げたいと思います。

○岡本(充)委員 違うんですよ、これは二十七日の平均在院日数を日指すと言っているんでしょ、二十七日の平均在院日数を日指すのなら、二十七日の平均在院日数がなし遂げられた日本の医療の現状の中で一体幾ら医療費の削減効果が出るのか。それは厚労省の試算の仕方もある。やつたこの試算の仕方では、一兆二千六百億になってしまう。これでは、厚労省が言っている二兆七千億の削減効果が出るかどうかわからないと言っているんです。それについてお答えをいただきたいと言つていてるだけれども、お答えがいただけない。結局、四兆円本当に減るのかどうか、これも定かじやないんですよ。

私はまだこれからこの数値のおかしなところを言つていきたいけれども、医療財政学についてきょうおつき合いしました。しかし、メタボリックシンドロームも虚構だ、減るかどうかわからない。確かにそういう概念があるのはわかる、だけれども、医療費が減るかどうかはわからない。そして、今お話をした療養病床も、削減してこの数字が本当に一・七兆になるのか、私が出した一兆二千六百億との乖離をどう説明されるのか、それは残念ながら、この医療財政学が成り立つとは言えない。

にもかかわらず、責任は、減らせなかつた都道府県にとつてくれ、保険者にとつてくれ、もしくは診療機関にとつてくれと言つうのであれば、それは、絵にかいだもち、そして砂上の楼閣の責任を末端に押しつけているだけじゃないですか。これでは、とてもじやないけれども、こんな法案は出します。おかしい。数字が合わない。

時間が残り少ないので、きょうは馳副大臣にも来ていただきました、私はきようもう一つ抗議をしたい。文部科学省に言つた資料がいつ出てきたか。きょうの委員会が始まった九時三十三分になつて出してきました。その資料は決して大変な資料じゃない、そんなに難しいものじやない。拾つてくればいいだけの話だった、でも出せなかつた、出さなかつた。私は大変憤りを持っております。

○岸田委員長 次に、郡和子君。

○郡委員 民主党の郡和子です。

今も岡本委員御指摘ございましたけれども、私も、昨日のこの委員会におきまして、メタボリックシンドロームの虚構性について議論をさせていただきました。実に多くの方々から反響がございました。医療現場の方々、そしてまたメディアの方々、よく言つたというふうに大きく声を上げていただきました。実に多くの方々から反響がございました。医療現場の方々、そしてまたメディアの方々、よく言つたというふうに大きく声を上げていただきました。その方々たち、きょう、岡本委員も現場で働いているお医者さんであります、臨床の現場で働くお医者さんであればあのメタボリックシンドロームなるものがいかにいいかがんであるかはすぐにわかるものだと、現場の臨床医の先生方が皆さん口をそろえておつしやつておられます。

最後におつけをしました、皆さん、最後の一枚を見せてください。九時三十三分に出た資料です。

入して使って、これまでに数多くの被害、また死亡例も出ているのに、それは厚生労働省の責任ではない、医者の、あるいはまた患者個人の責任だということをおっしゃっております。何と都合のいいことをおっしゃられるのだろうと思いまし

た。

さらに、二課長通知と呼ばれる通知に基づく申請や、未承認薬使用問題検討会議との関係で、抗がん剤の併用療養のワーキンググループでの検討によつて、既に、この日本におきましても、大変道は狭いものではございますけれども、国内での治験なしに、国内外の論文などのデータによるエビデンスと、それから患者団体また学会などからの要望書があれば、承認申請できるシステムがあることを大臣御自身が、厚生労働省の管轄内のシステムであるにもかかわらず、御存じではいらっしゃらなかつたのかなと不思議に思いました。

また、昨日、質問の打ち合わせをさせていただきました。余りにも細かい、そして大変矛盾に満ちた、さまざまざまざまな規則をたくさんたくさんつくり過ぎてしまつたために、厚労省の方々が自分の担当する規則の中でも、驚くべき古い、もう半世紀も前になりますよう、昭和三十年代や四十年代の治療指針を守ることが平成十四年まで義務づけられていたのに、このことに対して、担当部署の中のある方は、今でもそれが義務づけられていると思つておられたり、あるいは、そのような治療指針を位置づける規則、これは今でも生きている規則なんですかとも、その存在すら知らないといふ人もおられました。

はつきり申し上げれば、政府提案の医療制度改革というのは、実験的な治療や、それから混合診療や個人輸入による薬害などを野放しにして、そして、メタボリックシンドromeの件でも明らかになりましたように、エビデンスとはとても言えないようなものをエビデンス、エビデンスというふうに言い張つて、国の出す医療費を削減して国民に負担を強いるというとんでもな

い改革案だということです。先ほども岡本委員が申し述べました砂上の楼閣以外の何物でもないと思います。一からやり直していただきたいと、冒頭、強く申し上げたいと思います。

そこで、大臣に質問をさせていただきます。

本委員が申し述べました砂上の樓閣以外の何物でもないと思います。一からやり直していただきたいと、冒頭、強く申し上げたいと思います。

その理由は、日本で医薬品の承認が余りにもおくれてしまつて、そのためには、混合診療が、この間も申し上げました、一流の医療機関を含めまして、どこの病院でも当たり前に行われるようになつてしまつて、という事実がございます。今回提案されております政府の制度改革では、とても間に合わない状況なんです。

その証拠として、脱法行為としての混合診療が可能な、保険の査定をされない施設でないと、抗がん剤の臨床研究に参加できないということを著名ながん研究者の方が論文の中で訴えられております。その論文は、昨日お見せをいたしました。これにつきまして、大臣の御感想を伺いたいと思います。

わらをもつかむ思いで何百万円もかけて未承認のがん治療薬を買わされ続け、そして、患者さんは副作用で亡くなることもある、あるいは延命する場合もある。そういった、患者さんたちに試された、その薬の効果の貴重なデータというのも、これは一切厚労省に上がつてこない、そういう状況でございます。

個人輸入につきましては、薬監証明という書類が厚生労働省に提出されると伺いました。これらを効果や安全性についてのデータとあわせてデータベース化するということができるのではないか、それが可能ではないか、そうすれば随分違つてくるんじやないか、こうしたデータベースをつくることによって、承認審査申請のためのデータとして未承認薬使用問題検討会議などで活用することができるんじやないかというふうに考えるんですが、大臣いかがでしょうか。

この治験を推進するためには、厚生労働科学研究事業による大規模治験ネットワークの構築や薬事法の改正により、医師主導治験の創設等を行つておられます。

一つは、自己の疾患の治療等に必要な範囲の医薬品について、他者に販売、授与しないことを前

ります。

この治験の枠組みに入れない人たちがあるから、また、書かれた方がたしか、がんセンター関係の方だと私は思いますけれども、そういう枠組みの中にきつと入つていただけで御努力をいただいております。

そこで、私は十分解消されるものであつて、こう考えております。

一方では、混合診療を解禁したいといふような、そういう主張も多いようでございますけれども、混合診療を解禁することは、私自身は絶対あつてはならないのではないかというふうに考えております。前回、十日の質問でも例を引かせていただきました、効果のない実験的な段階の治療を患者の負担で試させるような医療詐欺社会となつてしまふことを懸念するからでございます。

もう一点、大臣にお尋ねをさせていただきます。わらをもつかむ思いで何百万円もかけて未承認のがん治療薬を買わされ続け、そして、患者さんは副作用で亡くなることもある、あるいは延命する場合もある。そういった、患者さんたちに試された、その薬の効果の貴重なデータとなることがあります。そのデータになるとどうかも含めて、そこは検討させていただきましょう。

○郡委員 データベース化せよというのは、一種の妥協策でございます。

ここで、私がきょう用意させていただきました資料の一をごらんいただきたいと思います。アメリカ、EU二十五カ国すべてが、臨床治験についての法律あるいは被験者保護法によって、日本のように医薬品の製造、販売、承認を目的とする治験に限らず、日本でいえば個人輸入に該当するような未承認の医薬品の使用はすべてこれらが厚生労働省の法律の中でも規制を行つて、安全性や効果について、そのデータがしっかりとデータベースに蓄積されるようになつていています。

研究を推進して、そして医薬品の承認申請を迅速化していくためにも、こういった被験者保護法というような制度設計、欧米でいいますスタンダードな制度、これをつくつていくべきではないか、それが可能ではないか、そうすれば随分違つてくるんじやないか、こうしたデータベースをつくることによって、承認審査申請のためのデータとして未承認薬使用問題検討会議などで活用することができるんじやないかというふうに考えるんですが、大臣いかがでしょうか。

○川崎国務大臣 まず、二つありますね、医薬品の輸入について。

一つは、自己の疾患の治療等に必要な範囲の医薬品について、他者に販売、授与しないことを前後の追跡調査をして治験データをとつて活用でき

提に、みずから責任で使用するために個人輸入をすること。これは禁止しておりません。販売を禁止しておりますので、薬事法の規制にはひつかりません。

二番目に、医師がみずから患者の治療を行う目的で個人輸入する場合。この場合は、ある意味では医師が自分で使うわけではない、患者さんに投与する。この場合に、医師の責任のもとで使用される旨等を確認し、輸入が認められている。みずから患者に医薬品を投与する医療行為は、その医師の個人の責任で行われる。したがつて、その場合には書類を出していただいている。

それで、その書類に基づいて、治験データになれば、混合診療を解禁することは、私自身は絶対あつてはならないのではないかというふうに考えております。前回、十日の質問でも例を引かせていただきました、効果のない実験的な段階の治療を患者の負担で試させるような医療詐欺社会となつてしまふことを懸念するからでございます。

ないかという仰せでしようから、先ほどのとお

り、できるかどうかも検討してみましょう。

○郡委員 ゼひ法制化していただきたい、それを目指にしていたときだと思います。通知ですとか指針ではなく、ぜひ法律化をお願いしたいということを改めて申し述べさせていただきます。

これは先ほども申し上げましたけれども、抗がん剤の併用療法の検討会の成果が初めて出たときに、これは資料二でございますけれども、平成の十六年、四つの抗がん剤の併用療法が治験をしないで認められたときに日本医師会が配つていた資料でございます。

一番最後の、二の五と六をさらにごらんいただきたく思います。一般に五十五年通知と言われている通知でございます。

この通知が出るきっかけになりましたのは、当時厚生大臣でありました橋本龍太郎氏が当時の日本医師会の会長武見太郎氏にあてた書簡でございます。武見太郎氏は保険給付の制限で医師の診療を制限することに對して闘い続けておられて、これよりずっと以前には医師のストライキなどもあつたというふうに伺いました。現在は立ち去り型サボタージュという言い方もござりますけれども、診療報酬を制限することによって医師がストライキするのと同じであるという見方でございます。

この五十五年通知、薬理作用が同じであれば、厚労省が既に承認している医薬品の適用外使用、これは通常はレセプトが切られてしまふわけですけれども、この五十五年通知に基づきまして、レセプトが切られない場合もあるということを示すものでございます。

ところが、医療機関でこの五十五年通知を知らないところが多くて、この通知を活用できなかったために、診療報酬の支払基金からレセプトが切られてしまったり、また保険給付が受けられない、そういうケースが多いのだと伺いました。支払基金の方でも判断がまちまちであるということを多くの医師の方々がたびたび批判しておられます。

支払基金の判断がまちまちだということは、こ

れは公平性を欠くことだと思います。できるだけ

この通知が活用されて支払基金の判断も標準化されなければならぬと考えますけれども、この周知とそしてまた標準化に向け、どのような対策をとつていただけるでしょうか。

○水田政府参考人 いわゆる五十五年通知についてでございますけれども、これは、委員おっしゃいましたとおり、薬事法上の承認を受けたものは異なる用法、用量、効能または効果に係る投与であつても、まず再審査期間を終了するなど有効性、安全性が確認されている医薬品であるということ、それから薬理作用に基づき学術上誤りのな

ことをするものでございます。

したがいまして、個別事例に即して行うわけでありますので、まず医師によって個別の判断が必要となりますし、また審査支払機関におきましても個別事例ごとに個別審査を行うものでありますので、判断基準の標準化を行なうことは無理である

うかと思つております。

それから、こういった薬理作用につき学術上誤りのない処方を行つた場合であるかどうかという

ことまで踏み込んでドクターが判断されるケース

を想定しておりますので、一般的にこれが適用されるようなものではないと思つております。た

だ、この通知自体につきましては、そこに踏み込んど処方をされようというドクターの方はこれは御存じかと思います。

○郡委員 ゼひ周知だけでも徹底していただきたい

と思います。

それから、がん対策と関連した問題でけれども、京都大学の福島教授、神戸の臨床研究情報センターというところで、これは実は皆様方にお配りする方が間に合いませんでしたけれども、がん情報サイトというすばらしいがん情報のホームページを作成しておられます。

この中に、アメリカの国立がんセンターが配信しております患者と医師の治療方針の決定を支援

するための大変すばらしい情報サイト、これを翻訳して載せておられます。アメリカではこの情報

サイトは毎月更新されています。福島教授らは毎月、一ヶ月おくれで手弁当で翻訳を更新しておられるわけでございます。これは政府の言ういわゆる診療ガイドラインというふうに呼ばれるものとは違いますけれども、同じような機能あるいはそれ以上の機能を果たしているものでございます。

日本のがん情報サイトに比べまして、アメリカのサイトというのは大変すばらしいものがございます。政府がやつているものもございますけれども、大変お粗末なものだということをここでまた改めて指摘させていただきます。

皆さん、御存じでいらっしゃいましょうか。日本の保険給付を制限する規則でございます保険医療機関及び保険医療養担当規則、いわゆる療担規則と呼ばれるものですが、その第二十条の八号と

いう項目に、これは昭和三十年代あるいは四十年代に作成された治療指針なんですが、これが冒頭も申し上げました平成十四年まで法的な拘束力を持つものとして規定されていたということでござります。笑えないような事実でございます。医学の進歩というものは目まぐるしいものがあるのに、半世紀近くも前のものを垂れ流している。

この二十条の八号に規定された古い治療指針、これは平成の十四年に廃止されたというふうに聞いております。しかしながら、私は大きな懸念

が、またここで懸念されることがあるということを指摘させていただきたいと思います。

医療機構評価機構というところで M-i n d s というシステムがございますよね。そこで、この療

養担当規則の古い治療指針から比べますと、随分新しい方法で作成されたものでありますけれども、診療ガイドラインと呼ばれるものが配信されております。今は二十を超えるガイドラインが配信されていましたけれども、去年まで、配信されている多くのガイドラインが大変古いバージョン

のものであった、そしてまた、ほかの学会がつ

くつた重要なガイドラインなどもたくさんあるの

に、これらがこの M-i n d s のシステムでは配信されいないということが非常に問題だということとも多くのお医者さんたちが指摘をしてくださいました。

一つの懸念というのは、これは最新版がなかなか更新をされないということです。そして、もう一つ心配されるのが、この療担規則第二十条の八号、これが残つてることによって、ガイドラインのつとつても、法的拘束力を持たせる療

担規則二十条の八号があるということで、保険診療を縛ることができるということであります。

そこで伺わせていただきます。

この M-i n d s システムで配信している診療ガイドライン、これは療担規則によって位置づけられているということが本当にはないのです。そして、この性質からいまして、保険診療を制限するものではないと理解をしていいということですね。療担規則の性質からいつても、この規則とというのはこの M-i n d s に位置づけるようなものではないというふうにとつていいということですね。ここを確認させていただきたいと思います。

この M-i n d s で配信している診療ガイドライン、これは療担規則によって位置づけられておりませんね。療担規則の性質からいつても、この規則とというのはこの M-i n d s に位置づけるようなものではないというふうにとつていいということですね。ここを確認させていただきたいと思います。

○水田政府参考人 まず、委員御指摘の療担規則第二十条の八号というところで病性病ありますとか結核等、そういうものの治療方針、治療基準が定められることがありますけれども、これにつきましては、その方針そのものが平成十四年に廃止されておりますので、療担規則は空振りになつていて、そのような状況でございます。

それから次に、M-i n d s に掲載されている診療ガイドラインでございます。

胃がんなど二十二の疾患につきまして定められているというふうに聞いておりますけれども、これはあくまで特定の診療の場において臨床医等が適切な判断を下すために参考とするものでござい

ます。それから、診療の現場における個別の診療行為に関して、診療の現場における個別の診療行為を持つものではな

いといふことでござります。

一方で、療担規則の治療方針の場合でありますと、違反した場合には保険医の登録の取り消し処分といふものにつながり得るわけでございますので、これはこういった診療ガイドラインを療養担当規則に治療方針等として位置づけることにはなつまない、このように考えてございます。

○都委員 これで安心をされたお医者さんたちも多いんじやないかと思います。切り離して考えるということでありましょう。

しかし、古いガイドラインをいつまでも飾つておくような方々、それから適切に最新のバージョンをアップできないでいるという状況、それから、治療指針を療担規則で位置づけることによつて、また診療ガイドラインを法制化することにより、医療費の削減を図るようなことは絶対にそれは医療の崩壊につながるというふうに考えてはならないと、いうことをここで改めて申し上げます。こういうことがもしなされるとすれば、これを大臣に実はお約束をいただきたかったところなんですけれども、私個人の見解といたしまして、この療担規則、改正する際には、ぜひこの二十条の八号、これを削除すべきである、そういう意見が国会の当委員会で出たということをぜひここを大臣に実はお約束をいただきたいと思つてございます。

次は、またいろいろ懸念される、先ほど岡本委員も話をしておりましたけれども、午前中の審議にもございました療養型病床の削減問題についてでございます。

これは、厚労省からいただいた資料、療養病床

に現在入院されている方々で、ほとんど医療の必要がないというふうな方がおよそ五割に上つていい、だからこれは社会的入院なんだ、こういう人たちが半数もいるんだ、だから介護療養病床をなくすんだというふうに説明を受けたわけでござります。

そのによりますと、少し古い資料ですけれども、老健施設で医療を受けていらっしゃる方々、どれぐらいなのかといいますと、およそ二〇%でございました。点滴の方が一・三%、それから、例えば膀胱カテーテルの方が〇・八%とか、もう〇・〇何%というような数字でして、これは医療を受けられている

この数字、社会的入院としての数字がひとり歩きしているんじゃないだろうかと思つております。

この五〇%の人たちにすべて医療が必要ではないというわけではありません。ほかのさまざまデータをとつてみると、大変首をかしげたくなるような資料も出てまいりました。例えばハビリが必要な人たち、これに特化して見てみますと、七割の方々がそういうものが必要であるという結果でござります。もつと信憑性、信頼性のある調査データをぜひつくついていただきたいと思つております。

療養病床を介護型、医療型に変えてからまだ五年しかたつておりません。療養病床を六年後に全廃という法律案が示されているわけですから、治療指針を療担規則で位置づけることによって、また診療ガイドラインを法制化することにしてはならないと、いうことをここで改めて申し上げます。こういうことがもしなされるとすれば、これは極めて乱暴ではないかというのがこの間の議論の中でもいろいろな方々が指摘をしたところでござります。

介護療養病床からの転換先として、老健施設といふものをを中心に据えておられるようですが、それとも、これは極めて乱暴ではないかというのがこの年しかたつております。

このことを昨日の厚労省の皆さんたちとの打ち合わせのところでも申し上げさせていただきました。夜遅くなつて、そういう調査結果があるということでお伝えいただきたいと考えております。さよななりいるのか、こういう現状を調べたのかといふことでもあります。

一方で、実際医療というものを受けている方がどれくらいいるのか、こういう現状を調べたのかといふことでもあります。

一方、老人保健施設は、病状が安定期にある人所の方々に対しまして、看護あるいは医学的管理下での介護、それから、委員も御指摘のとおり、リハビリテーション等の必要な医療も行うとともに、これまでお伝えいたしました。私は、またここで大変がつかりいたしましたので、今回だけにさせていただきたいと思います。

次は、またいろいろ懸念される、先ほど岡本委員も話をしておりましたけれども、午前中の審議にもございました療養型病床の削減問題についてでございます。

これは、厚労省からいただいた資料、療養病

方々といふのは本当に少ないのであるな。

そこに、医療がほとんど必要ないというふうに言われておりますけれども、その五割の方、医療が全く必要がないわけではございません。人工呼吸器をつけていらっしゃる方々もおられましては、気管切開をされている方々もいらっしゃいます。この結果でござります。もつと信憑性、信頼性のある調査データをぜひつくついていただきたいと思つております。

○機部政府参考人 ただいま委員御指摘の十三年の調査につきましては、医療処置のことと、施設での医療的ケアを必要とする人たちを受け入れが可能であります。

一方、老人保健施設は、病状が安定期にある人所の方々に対しまして、看護あるいは医学的管理下での介護、それから、委員も御指摘のとおり、リハビリテーション等の必要な医療も行うとともに、これまでお伝えいたしました。私は、またここで大変がつかりいたしましたので、今回だけにさせていただきたいと思います。

したがいまして、そこには医師あるいは看護師も配置されておりまして、今般の療養病床の再編に当たりまして、医療の必要性の低い患者の方々に対しまして、老健施設等の施設で受けとめることは可能であるというふうに考えております。

○都委員 老健施設というのは、在宅復帰型施設でございまして、医師が常勤配置、それから看護職員の配置も多く、ある程度の医療面の提供ができますが、同時に、そうしたコストの報酬が含まれていて、余りお金をかけずに医療の必要性が低い高齢者を受け入れる場合には適切かもしれません。

しかし、今考えられているだけでも幾つかの問題が出てくるわけでございまして、附則の第二条について今後検討をするということでござりますけれども、その中身は一切この状況においても見えてまいりません。

そこで、例えば、老健施設で医療行為はどの程

度まで許容するのか。入所後は一定の治療を行つて在宅に戻すのか。終末期医療やみどりまで対応をするのか。それに必要な医師、看護師の増員配

置、その負担は一体どうなつてゐるのか。また、医療設備の整備、レントゲンですか酸素吸入設備など、これは一体どうするのか。急変時の受け入れ先の病院の確保、それからまたほかの診療受診の場合は医療機関からの診療報酬請求ができるのかどうか、この辺を伺いたいと思います。老健施設でこの医療的ケアを必要とする人たちを受け入れが可能であります。

○機部政府参考人 ただいま委員御指摘の十三年の調査につきましては、医療処置のことと、施設での医療的ケアを必要とする人たちを受け入れが可能であります。

一方、老人保健施設は、病状が安定期にある人所の方々に対しまして、看護あるいは医学的管理下での介護、それから、委員も御指摘のとおり、リハビリテーション等の必要な医療も行うとともに、これまでお伝えいたしました。私は、またここで大変がつかりいたしましたので、今回だけにさせていただきたいと思います。

したがいまして、そこには医師あるいは看護師も配置されておりまして、今般の療養病床の再編に当たりまして、医療の必要性の低い患者の方々に対しまして、老健施設等の施設で受けとめることが可能であるというふうに考えます。これららの検討が必要であり、そのためには、これまで実態調査というのが欠かせないものであります。昨年行つた慢性期入院医療実態調査との関連性も全くつかめておりません。

私も、このゴールデンウイーク、老健施設の関係者の方々にお話を伺つてまいりましたけれども、大変御心配をしておられました。

これらの検討が必要であり、そのためには、これまで実態調査というのが欠かせないものであります。昨年行つた慢性期入院医療実態調査との関連性も全くつかめておりません。

まず早急にこの実態調査を始めるべきではないかと考えますが、いかがでございましょうか。

○機部政府参考人 先ほど申し上げましたように、老健施設における医療処置の提供状況につきましては、平成十三年に調査を行つておられます。

そして、今回、療養病床の再編におきまして、医療の必要度の低い方々の分類は、これは医療保険の側での基準に従いまして、その医療の必要度の低い方々に対するものを、療養病床が老人保健施設等に転換していただくことによって対応するということを考えおりまして、この時点で改めてそうした調査をすることは考えおりません。

なお、委員も御指摘のとおり、今回の法律案の附則におきまして、入所者の状態に応じてふさわしいサービスを提供する観点から、基本的なあり

方、それから入所者に対する医療の提供のあり方等について検討を行うということになつておりますので、今後、こうした検討を通じてなお充実を図つてまいりたいと考えております。

○**都委員** ですから、その検討の大前提である調査を今すぐにも始めなければならないのではないですかということを申し上げました。

これは、今申し上げました中医協の療養型のところを話し合われた議事録を拝見させていただいております。

この中で、医療区分のところを非常に気にされて委員の方々が議論をされているわけなんですね。れども、A委員は、どれぐらいの患者さんが医療を受けているかと、よくわかりません、もし資料がございましたらお示しいただきたく思います。またB委員、一に該当すると思われる医療区分というものが項目別に出せるのであれば、それをお示しいただけないかということを強く希望いたします。事務局はこういうふうにお答えになつています。「それはやつてみることは可能ですが、けれども、一応調査分科会ですべてそういう議論も踏まえて、今御報告いたいたいわけですか……」というふうに答えられているんです。

その後、重ねて委員からさまざまな指摘がされているんですけども、これは委員長が議論を中心でやめられております。「時間がありません、大変恐縮です。」それでは、もう一度念を押しておきますが、先ほどA先生から御報告いただいた調査結果については御了解いただいたということによろしいですね。そこで別の方がまた、「ちょっとと一言。」というふうにお話を求めているんですけども、「約束ですので、ちょっとと我慢してください。」と意見を述べておられます。

この方は、A委員ですか、大変食い下がりまして、「私は、介護型の療養病床で一体この「医療区分」がどうなっているかというのを、もし厚生労働省が資料をお持ちでしたらぜひ次に見せていただきたいと思います。」というふうにお話しになつておられました。その後の議事録も読ませていた

だきましたけれども、この資料についてはこの委員会にも提出されている形跡がございません。このところを、これは通告しておりませんので、図つてまいりたいと考えております。

○**水田政府参考人** その点につきましてただいま大変申しわけありませんけれども、お答えいただけるのでしたらお答えください。

○**都委員** 議事録を見させていただきたいと、いうふうに聞いております。

○**水田政府参考人** その点につきましてただいま担当の者に確かめたところ、そのやりとりがあつた次の検討会の会合においてデータを出しているというふうに聞いております。

○**都委員** 議事録を見させていただきましたけれども、その形跡がないというので質問をあえてさせていただきました。

しかしながら、ここで皆さん心配しておられるところを、この中医協の議論の中でも、ある方が議論を食いとめるような形で引つ張つておられるというところにも、私は実は大きな疑念の目を向けてお示していただいたといいます。

一昨日の議論の中でもお話を申し上げました。政府の法案の土台をつくっているさまざまなもので、その審議会や政策検討会のメンバーの方々が、どういうバックボーンを持っておられる方々のか、やはりそういう資格審査というものが必要ではなかろうかといいます。

実はこれは、日米規制改革及び競争政策イニシアチブに基づく日本国政府への米国政府要望書、いわゆる年次要望書でございます。これにつきましては、さまざまな委員会でも取り上げられ、昨年総選挙の際にも、郵政の民営化ということがこの要望書によつて書かれていたということもあります。

○**岸田委員長** 次に、柚木道義君。

○**柚木委員** 民主党の柚木道義でございます。

本日は、質問に先立ちまして、実は私、新人議員でございますが、たまたまきょう国会見学に地元の山陽新聞の、先日の八日の朝刊に出ておりました記事でございます、三十代から四十年代の所得格差が拡大、〇二年度まで十五年間のデータですが、最大で男女ともに三〇%というような数値が出ております。

これまで何度か予算委員会等でも議論になつてまいりましたこの格差拡大、ジニ係数ですが、これまで、所得格差をめぐつて、内閣府が一月に年次要望書でございます。これにつきましては、これは主に高齢者世帯の増加などによる見かけ上のもので、統計データからは確認できないとされています。強行採決も時間の問題だというふうに報じられているとも伺つておりますけれども、ももとしつかりとした議論をするべきであります。

○**岸田委員長** これで質問を終わらせていただきます。

○**柚木委員** 次に、柚木道義君。

本日は、質問に先立ちまして、実は私、新人議員でございますが、たまたまきょう国会見学に地元から来られている皆さんと、私が質問をさせておられるので、それを読み上げさせていただきます。

審議会やその他の政府の諮問研究会等は、多くの場合、日本の政策策定において重要な役割を担つておられる。これらの会のメンバーは、議事録は公表されているかもしれないが、審議会や研究会等の設立プロセスは、まだ不透明で

あり、その政策決定プロセスにおいて、メンバー以外の者には、そのメンバーに与えられるものと同様の有意義な意見表明の機会は与えられていない。米国は、日本が以下の措置を講じて、審議会やその他の政府諮問研究会等の透明性を高めるよう要望する。

可能な限り、審議会や研究会等のメンバーを公募し、すべての利害関係者が審議会や研究会等に参加する機会を最大限拡大する。

審議会や研究会等の政策立案に対しても、すべての利害関係者がインプットを提供する有意義かつ十分な機会を提供する。

何でもアメリカの言いなりになつて、日本政府が、こういう、私はとても重要なことだと思つます、国民の利益に一番つながる要望に対しても、何でもアメリカの言いなりになつて、日本政府が、本当にいわば国民の利益につながる方々のかどうかが疑わしい、そういうメンバーの誘導などおこたえにならないのだろうと、大変悲しく思いました。

今回の政府が提案されております医療制度改革、現場をお知りにならない役人の皆さんたち、そしてその土台をつくつておられる検討会や審議会の、本当にいわば国民の利益につながる方々のかどうかが疑わしい、そういうメンバーの誘導などいう言動によつてつくられている。そうではありませんか。そうだとすれば、これは大変な過ちだと思います。強行採決も時間の問題だというふうに報じられているとも伺つておりますけれども、ももとしつかりとした議論をするべきであります。

実際、こういった報道がなされている、あるいはそういう背景がある中で、まず冒頭の質問は、高額療養限度額、この自己負担額の引き上げについて、定額部分の引き上げについてお伺いをさせていただきたいと思います。

きょうは、高額療養費の自己負担額の引き上げから歯科診療、そして腎臓病透析の問題、その後、小児医療、混合診療という流れで、若干通告と違つて申しわけありませんが、質問をさせていただきたいと思います。

その高額療養費制度でございますが、これはなかなか珍しい機会だと思います。

大臣あるいは副大臣、ぜひきょうは、そういう皆様に、国会の現場で本当にどれだけ、国民の命にかかるこの医療制度改革が真剣に、患者の皆さんやあるいは本当に献身的に働いていらっしゃる医療現場の皆さん、そういう皆さんの立場に立つた改革が議論されているかということを、ぜひとも、きょうここにいらっしゃつてお示しをいただけるよう、そういう中身のある方だけではもちろんございません、全国の皆さんにお示しをいただけるよう、まず最初のページであります。

まず冒頭、資料をお配りしておりますので、ごらんいただきたいんですが、まず最初のページである議論を冒頭お願い申し上げまして、質問に入らせていただきたいと思います。

大臣あるいは副大臣、ぜひきょうは、そういう皆様に、国会の現場で本当にどれだけ、国民の命にかかるこの医療制度改革が真剣に、患者の皆さんやあるいは本当に献身的に働いていらっしゃる医療現場の皆さん、そういう皆さんの立場に立つた改革が議論されているかということを、ぜひとも、きょうここにいらつしゃつておられます。

族の給付率を七割に引き上げたときに導入されております。導入の理由というのは御承知でしようが、家族の療養費が著しく高額であった場合に、自己負担額の一一定額以上について保険から高額療養費を支給し、自己負担額を軽減するためであつた。この制度は、国民が安心して医療サービスを受けられるまさに安心の給付であり、導入の意義が大変大きかったと思われております。

しかし、この自己負担限度額はこの六年で大きく引き上げられております。以前は一般と低所得者の区分があつたものが、二〇〇〇年の保険法改正で上位所得者が追加され、医療費に連動した一%が導入されてもあります。

そこで、まず定額部分についてお伺いをしたいと思います。

二〇〇〇年に、定額部分は一般では六万三千六百円、上位所得者は十二万一千八百円で設定されました。現在はそれぞれ、七万二千三百円、十三万九千八百円となつており、それを今回、八万円、そして十五万円に引き上げ、本年十月からそれを実施されようとしております。二〇〇〇年度から見ると、一般で一万六千五百円、上位所得者で一万二百円の引き上げであります。この間、賃金は上がらないままという層もたくさんありますし、窓口での自己負担、保険料、自己負担限度額の引き上げが実際に行われてきています。

中小零細企業の労働者が加入する政管健保の平均賃金、一時金の推移を見ますと、自己負担が二割に引き上げられた九七年の平均賃金が二十九万一千三百七十七円、一時金が一・〇七カ月であったものが、〇四年度では何と二十八万三千二百八円、一・六〇カ月と、むしろ低下しているんですね。

こういった対象となる世帯が仮に入院、手術をした場合に、最低でも八百万円の負担がかかるといふことは、これは家庭の負担軽減という制度趣旨、当初の導入の趣旨にかなつたものなんでしょうか。こういう状況にある中、景気回復の兆しが見えてきたといつても、中小零細企業で働く、賃

上げは相当厳しい状況にあります。このような中で病気になつたとき、生活不安に陥ることになります。公的医療保険制度への信頼が失われたことに對する認識であります。さらに申し上げれば、〇三年四月から被用者保険は三割負担となつております。窓口負担はこのままであっても、その限度額を引き上げるということは、実質的に自己負担の引き上げとなり、これが繰り返されれば、三割負担は引き上げないと言いながらも、実質的に患者の負担がふえ続けることになるんではないで

しょうか。私は断固として、この段階で自己負担額の定額部分引き上げというのを凍結すべきだと思います。窓口負担はこのままであっても、その限度額を引き上げるということは、実質的に自己負担が、大臣いかがでしようか。お答えいただけます

○赤松副大臣 私の方から先に答えさせていただきます。委員御指摘のように、高額療養費制度というのは非常に重要な役割を果たしてきましたし、今もしてはいる、そんなふうにまず思います。

今日、かかった医療費に応じて一定の自己負担をしていただくというのは、当然必要なことだと思います。窓口での自己負担、保険料、自己負担限度額

を決めておきます。

二〇〇〇年五月

○袖木委員 今副大臣から、低所得層への配慮等されていいるということを御答弁いただいたわけですが、実際に先日、別のデータでも、景気回復を実感されている方が全体では六一%、しかし、賃金格差、所得格差、そういう拡大が生活を圧迫していると感じられている方が八七%という数字が出ております。

つまり、この八七%というのは、決して低所得者層のみならず、いわゆるこれまで日本を、その厚みがまさにこれまでの高度経済を引っ張つきたと言われている中流層ですね、まさにその一般層の生活感圧迫されているという実情をぜひ御理解いただいた上で、私は、今回どうしても引き上げるということになるのであれば、今後の中で、ぜひこういった実情を踏まえた制度改定を行っていただきたいと思います。

一方、この医療費に連動して、一%という定率部分の導入がなされておりました。国会審議、このときにおいては、政府は、これまでの患者負担が家計に与える影響に加えて、患者が受けた医療サービスの費用をも考慮して定めることとした、医療を受ける人と受けない人との均衡を図る、コスト意識を喚起する等、答弁しておられます。これらを聞いてみると、あたかも医療費あるいは治療費は患者自身が決定しているかのように聞こえてもくるわけでございます。

当時の国会審議では、この一%もいすれは引き上げられるのではないかと懸念をされました。が、実際に、昨年十月に厚労省が示された医療制度構造改革試案では、何と二%と提案されていたんですね。昨年十二月一日の政府・与党の医療制度改革大綱では一%にどどまる案とはなりましたが、厚労省は定額と定率のいずれも引き上げようとしていたことになるんじゃないんでしょうか。一%引き上げれば、幾らでも実質的に自己負担限度額を引き上げることが可能となる、いわば自動引き上げ装置というべきものでございます。

これは、家計に与える影響等を勘案した上での水準でございまして、特に低所得者の皆さんについては引き上げを行わないなど、見直しに当たつては、患者の皆さんにとって過大な負担にならぬないように配慮をしておる、こういうことでござい

ます。ど本人の負担はふえ、それも幾らになるかわからぬというのがこの定率部分でございます。医療保険制度は安心の給付を保障しなければなりません。医療費がかかるほど不安が高まる制度は撤回すべきだと考えますが、いかがでしようか。お答えください。

○赤松副大臣 厳しい医療保険財政のもとにおきまして、皆保険制度を将来にわたって維持し、また、医療にかかる人と医療にかられない人との間の公平を保つためには、かかった医療費に応じて一定の自己負担をしていただくことが当然必要でございます。

今袖木議員御指摘のように、医療費連動の一%負担について、今回二%というふうな話があつたわけですから、私の所属する公明党の中からも、それに対する強い反対の声もあり、今回それが見送るということで、一%負担という現状のままにしたわけでございます。

三割のこの自己負担が定額の限度額を超えた場合の一%の負担につきましては、現時点において引き上げることは考えておりません。かかった医療費に応じて公平な負担を求めるという観点や、多額の医療費に対するコスト意識を喚起するという観点から、引き続き維持することにしたものです。

なお、低所得者や一般の高齢者については、負担能力や受診頻度を考慮して、引き続き定率一%の負担は求めないことといたしております。

ともあれ、一%負担していただくということにつけば、現状の時点でもむを得ないものではないか、そんなふうに考えております。

○袖木委員 今の御答弁、確かにその一%コスト意識という部分、もちろん全くそういう部分が必要でないとは申し上げませんが、やはり国民が高額療養にかかる際であつても不安に陥ることのないような、これが、心配をされているような自動引き上げ装置のようなことには間違つてもならないような形で重ねてお願いを申し上げて、次の質問に移させていただきたいと思います。







と思うんですよ。ですから、今私は、決断のときではないでしょ  
うかということを申し上げましたが、今なかなか  
決断は難しいというのであれば、せめて今後の見  
通しの中で、将来的に再編諸施策の整備等なかな  
か進まない場合には、一般財源投入これ考えるべ  
しという見通し、認識をぜひこの場でお示しいた  
だきたいと思うですが、いかがでしょうか。

○川崎国務大臣 一般財源論については、一方  
で、今参議院で行革の審議をいたしております。  
この中ではできるだけ地方に一般財源化して渡  
せ、こういう流れの中で五年、十年流れてきた。  
したがって、今私どもがすべての予算を合わせま  
しても一千億に足りない金額、医療関係に使える  
お金というのはないんです。しかし、その中で、  
例えば難病対策というものをしてやりなきゃ  
ならぬ、がんもやらなきやならぬ、さまざまなもの  
のを抱える中で、さあこの一千億、本当にふやす  
ことができるかというの、これからまさに私ど  
も議論していくべきやならないところであります  
ので、ここで断言せいというのはなかなか難し  
い。

実は、大臣の立場からしますともう少しやし  
たいなという気持ちがいっぱいあるんですけど  
も、ただ、これは財政全体の問題でございますの  
で、自分自身は大きな課題と考えてることには事  
実でございます。

一方で、よく地域、地域を見ていくと、国  
が援助すべき地域と、県が、力があつてという表  
現はよくないかもしれませんけれども、ある程度  
医師数もあり、もう動き出しているところ、そ  
ういう意味ではなかなか難しい地域というのがどう  
しても出でています。そういうところへやはり集中  
していきますけれども、しかし、そこはやは  
り、おくれているところに手を伸ばしていく、重  
点的にやっていくことも頭の中に置きなが  
ら進めなければならぬだろう、こう思つております。

す。

○柚木委員 ゼひそういった取り組みに加えて、今までに上での今  
後取り組みをお願いしたいと思います。

余り時間もありませんので、これもお伝えをし  
て、御要望させていただくだけになるんですが、  
そういう医師不足の中で、私、一つには看護師あ  
るいはコメディカル、そういういた皆さんのお活用と  
いうのも大変重要な要素になってくると思います。

これは、資料の中に、十九ページ以降ですね、  
聖路加病院の日野原先生であつたり、あるいはそ  
の後、二十三ページ、二十五ページ等に、麻醉看  
護師の取り扱いあるいは諸外国の看護師につい  
ての取り組み方、ちょっと資料をつけさせていた  
だきました。認定看護師、専門看護師、さまざま  
な専門性の高い看護師の方々の取り組みがある  
わけですから、こういう皆さんの活用と申します  
か、そういう力もかりながら、この医師不足、偏  
在、とりわけ小児、産科、そういう部分での解  
消に努めていただくことをお願い申し上げて、次  
の質問に入らせていただきたいと思います。

先ほど議員の方からも幾つか質問をされてお  
られましたが、混合診療の問題についてお尋ねを  
したいと思います。幾つかお尋ねしたいんですけど  
れども、きょうたまたまた朝刊に、これは一つの例  
になるのかなと思いまして、ちょっと資料には間  
に合わなかつたんです、本日の朝日新聞朝刊  
に、禁煙パッチ治療が保険外になって、医師も患  
者も混乱という記事がこれは出ているわけです。  
ちょうど私がお尋ねしたいと思っていたことに  
合致する部分なので、多少参考例として触れさせ  
ていただきたいんです。皆さんきょう読まれた方  
はもう御存じだと思いますが、読みますけれど  
も、ニコチンパッド、これが治療の保険外、これ  
を使われていることによってその治療そのものが  
保険外になつてしまつ。

そういうことに対し、ある会社員の方は、  
はしごを上つたら、急に外された気分と答えられ  
て、御要望させていただくだけになるんですが、  
そのもおわかりのとおり、保険適用になりましたから、そ  
の企業の損保が、○一年に自由診療保険を発売  
して、これを使っている病院が、手術費用が高く  
てもセコム、言っちゃいましたね、ごめんなさ  
い、確実に治療費を払うから病院は安心。一方、

で済むならと、四月下旬に病院で、保険適用とな  
る十二週間で五回の治療を始めたばかり、禁煙達  
成までにはパッチ代として二から三万円は別にか  
かると覚悟していましたが、十一日、担当医から自由  
診療となると告げられた、それはいつでもそれで  
も行かざるを得ないが。こういう悩ましいことを  
書かれているわけです。

一方では、十二日に保険診療を始める予定だつ  
た茨城県の病院で、急速、院内で協議して、受診  
予定者に自由診療になるとの説明文書を渡すこと  
にしたと。結果的に患者さんにうそをついたこと  
になるというふうなことをコメントされているわ  
けですね。

私が心配しているのは、これは一例なんですよ  
ね、現在保険対象として行われている治療まで、  
こういつた形でそうでなくなつてくるものがどん  
どん出てくるんじゃないのかということを、私は  
大変心配をしているわけでございます。これにつ  
いて、今後このようなケースが大変心配されるわ  
けですが、それに対する厚労省としての見通し、  
お答えいただける範囲で結構ですから、御答弁い  
ただけますでしょうか。

○川崎国務大臣 このことについては、周知が不  
足したことについては、結果としてまことに申し  
わけないと思っております。

医療用医薬品として、薬事法に基づく承認を受  
けている禁煙補助剤でありますニコチンパッチ製  
剤ニコチネルTTSについては、薬価基準に収載  
されていないことから、保険診療の中で現状使用  
することはできません。ニコチネルTTSについて  
ては、企業から薬価基準収載の希望を受け、保険  
収載の当否についてはできる限り早期に中医協に  
おいて御議論をいただき、了承が得られ次第、速  
やかに薬価収載したいと考えております。どのぐ  
らいの予定だといえど、大体今月末ぐらいまでに  
せんでしたが、「命の値段も自由化」という毎日新  
聞の記事もありまして、この中にも実際に規制推  
進会議の中に医療保険に関連する企業から七人  
も事務局に派遣をされていました。具体的な名前、  
ちょっとこれは申し上げるのかどうか、記事にあ  
りますから、何とかしていますかの企業ですね。

あの企業の損保が、○一年に自由診療保険を発売  
して、これを使っている病院が、手術費用が高く  
てもセコム、言っちゃいましたね、ごめんなさ  
い、確実に治療費を払うから病院は安心。一方、



性や有効性が確認された医療というのは速やかに保険導入すべきだ、そのように考えております。ただ、この間の歴史を見ますと、本当に、数年から十年近くですか、導入するまでの間には非常に時間がかかりますよね、当然だと思います。單純ではありません。ただ、その間は丸々自己負担であります。私は、これはいわゆる特定疾患のように自己負担ではなく公費で見る、そういうふうに考えるべきではないか。なぜかというと、保険に適用するという前提があるわけですからそう考えますが、いかがでしょうか。

○水田政府参考人 保険料財源をどういう技術なりどういう医薬品に充てるかということにつきましては、これは医療機関の判断にもよりますし、保険者の判断にもります。したがいまして、保険適用に関してはそういうプロセスを経るわけであります。公費を充てるというのは、それはまた別途の観点から行われるものと考えておりま

すなわち、治療研究的なものであれば、大学での学術的な研究と、うものに結果として公費が充てられることもありましょうし、また、難病等におきましてはそういう公費等を適用するということもあるかと思いますけれども、ただ、仕組みとして、医療保険の仕組みを通じて公費を充てるというの、ちょっと、どういう形になるのか、余りこれまで例もありませんし、特段、課題認識さ

○高橋委員 それは、やはり評価療養のバイを広

幅に拡大するという方向はやはり改めるべきだ、もつと公費で見るべきものがあるんだということをちゃんと見ていく必要があると思っております。

○水田政府参考人 本文を読みますと、「技術の改善、改良は患者

サービスの向上を目指すものであり、こうした日

のはどのくらいお金がかかっているのかというので資料をいただきました。確かにふえてはおりません。それでも、一番新しい数字で、百九種類の医療技術、百二十六の医療機関、全患者数が三千八十二人、総金額、自己負担と保険診療を合わせて四十三億円、患者負担は二十三億円であります。

これは、国民医療費の中で非常に大きな部分ではない。しかし、患者一人一人にとつては非常に大きい。しかし、患者一人一人にとつては非常に大きい。また長く続くものだというふうに見ることはできないでしょうか。

○水田政府参考人 御質問が、保険制度を通じてどういうことになると先ほどの答弁と同様になるわけでございます。ただ、一方で、治療研究であるとすれば、それはまた別途、例えば大学でいえばそういう学術研究予算を使ってこういうものをやるということも現にあるわけでございます。したがつて、そのところはまた別途の判断、学術研究ということになりますとか、あるいは患者さん、難病というような仕組みとか、そういった個々の公費使用の目的に照らして使えるかどうかという判断は別途になされるべきものと考えております。

○高橋委員 そうであれば、今回、混合診療の実質解禁ということで、保険と保険でない医療が大幅に拡大するという方向はやはり改めるべきだ、もつと公費で見るべきものがあるんだということをちゃんと見ていく必要があると思っております。

○水田政府参考人 まさにお示しいただきましたように、新しい技術を導入することによって、平均在院日数が短くなる、それによって医療費も適正化されるというようなことがあるがゆえに、先進技術について、その新しい技術について、必ずしも症例が安全性、有効性について全部保険適用にまで至っていないものにつきましても、基礎的医療費については保険適用にすることによつて、こういった先進技術が幅広く使えるよう、結果として後足になるような、そういういた制度としてこの保険外併用療養費というものがある、從来で申しますと特定療養費というものがある、こ

うのことなんです。

○高橋委員 私は、そういう点では、従来の特定療養費制度の中でもカバーできていた分野ではないか。やはり、本来の姿が、先ほど言つた患者のQOLを高め医療費も低くする、これが先進医療「常識」を変えた内視鏡」ということで、グラフが見ていくいくつかの例をみてみよう。「手術の常識」を変えた内視鏡」ということで、グラフがますます。それでも、一番新しい数字で、百九種類の医療技術、百二十六の医療機関、全患者数が三千八年には二十七・八日という形で大幅に下がっています。

○水田政府参考人 この先進医療に要する費用

まさしく費用について透明性を確保する、基本的には患者さんと医療機関の間の契約でござりますので、そこで私どもは規制をするものではございませんけれども、ただこういった情報をきちんと提示することによって、患者さんが納得した上でこの治療を受けていただくということであらうかと思つております。やがて、先進医療があり効性、安全性の点で保険適用に足りるということで判断されれば、それは保険の診療報酬に掲載されまして、そこで一定の評価になるということをございまして、そこに至るまでの間におきましては、これはまだ保険適用になつていないので、その分についてこういうことに結果としてなるのかなという感じで見ているところでございます。

○高橋委員 やがて保険適用になる間と、一定の期間を要するわけではありますけれども、一定の期間を要するわけですよね、これだけの差があると。

言われているのは、大体二千くらいの医療機関でこれをやられるようになるだろう、臨床指定病院が大体そのくらいかなということもありますよね。ですから、必ずしも高度でないという形で、どんどんこういう価格の差がある医療が拡大するということは、当然予想されますよね。

○水田政府参考人 その前にちょっと申し上げたいと思いますのは、高度先進医療と必ずしも高度でない先進医療と言つておりますけれども、実際は、高度先進医療制度を運用していく過程において、果たしてこれが高度なのか、高度でないのかというものは、これは非常に判断基準が難しくなってきたという実情がござります。

そういう意味で、客觀性を保つという観点からも、ここは高度先進医療、定義づけが難しいといふこともあるが、現実の問題として、行政として公平に扱わなきやいけないと、いうことから考えますと難しいというのが一点。

それからもう一つ、こういった技術が、これまで二年に一遍の診療報酬改定のそのプロセスで、中医協の専門家の医療技術評価を経て保険収載されるかどうかということでございます。その

二年間は、言つてみますと、患者さんはQOLを高める医療につきましても、さつきの混合診療の禁止めの話じやございませんけれども、根っこからございませんけれども、こういった情報を持ちと提示することによって、患者さんが納得した上でこの治療を受けていただくということであらうかと思つております。やがて、先進医療が、有効性、安全性の点で保険適用に足りるということで判断されれば、それは保険の診療報酬に掲載をされていこうということでございまして、自由診療を広げようということではございません。これは、評価、保険適用するための前段階でありますので、そこでこういった現象は出てくるのであるう、それはいたし方ないな、こんなようなことでありますけれども、一定の期間を要するわけではありませんけれども、一定の期間を要するわけではありますけれども、一定の期間を要するわけですよね、これだけの差があると。

言われているのは、大体二千くらいの医療機関でこれをやられるようになるだろう、臨床指定病院が大体そのくらいかなといふこともありますよね。ですから、必ずしも高度でないといふ形で、どんどんこういう価格の差がある医療が拡大するということは、当然予想されますよね。

○高橋委員 やがて保険適用になる間と、一定の期間を要するわけではありますけれども、一定の期間を要するわけですよね、これだけの差があると。

確かに、総理も参議院の予算委員会などでお話をされていましたよ。

○高橋委員 最後のいたし方ないなという言葉がちょっと気になつてます。

確かに、総理も参議院の予算委員会などでお話をされていましたよ。

○高橋委員 最後のいたし方ないなという言葉がちょっと気になつてます。

をしていましたように、今の特定診療費の制度だと、本来保険がきくものでさえ一部が自由診療だと、本来保険がきくものでさえも全部自己負担になるから大変じゃないかというお話をされていましたよ。

ただ、今の仕組みであつても、一部保険診療だといつても、それは償還払いですよね。療養費の支給でありますので、現金給付とは違うわけですから。そういう意味では、一たんは自己負担をしなければならない。そういうことは依然としてあるわけですから、価格の違いが非常ににあるといふことが、いずれその格差を広げいくんだろうといふことは指摘をしなければならないと思うんですね。

○赤松副大臣 患者の選択という美名のもとに選定療養が無制限に拡大していくのじゃないか、こういう御懸念の表明でございました。

選定療養というのは、そもそも差額ベッドなど、保険給付として画一的に給付するよりも、むしろ患者の嗜好、選択にやだなた方がよいものに限定して指定するものでございます。また、その指定に当たっては、公開の中医協の場における審議を経て厚生労働大臣が決定することになつておりますので、選定療養の対象類型が、今委員御指摘のようにどんどんふえていく、拡大していく、こういったような御懸念は当たらない、こんなふうに思つておるところでございます。

○高橋委員 それで、二〇〇四年の十二月の基本的合意の中で、この問題に関して、制限回数を超える医療云々というくだりの中で、不当な患者負担の増大を防止するということが明記をされております。では、不当な患者負担といふのはどの程度なのだろうか、では、防止するためには何ができるのでしょうか、この点、伺いたいと思います。

○赤松副大臣 不当な保険外の患者負担を防止するためにどんな対策を講じるのか、こうい

うことですが、一つは、地方社会保険事務局に報告をするとともに、保険医療機関において、院内の見やすい場所に掲示をする、こういったことであります。また、一部負担金と明確に区分した領収証を患者に交付する、さらに、患者に明確かつ懇切に説明して文書により同意を得る、こういった措置を講じることにいたしております。

○高橋委員 要するに、不当かどうかは患者が判断をするという意味ですか、今のは。

○赤松副大臣 先ほど申し上げたようなさまざまなもの措置、報告とか、院内の見やすい場所に掲示とか、あるいは領収証の交付等々を見ていたいたた上で患者御自身が御判断される、こういうことであります。

○高橋委員 患者自身が判断をするということでありました。

先ほどの、倍違う料金があるじゃないかという話にも関連するわけですねけれども、結局、医療の分野に競争が持ち込まれる、拡大するということになりますね。

資料の五枚目に、医療法の今回の改正案の中で、広告の規制緩和ということが盛り込まれておますが、その中身について、現行制度はこうであります。では、広告する中身はこれこれといふように、限定的に書かれております。医療従事者に関する事項がどうであるか、実施している医療の内容はどうであるか、つまり、診療科の問題、在宅医療をやつしているかどうかとか。そういうふうに具体的にありますけれども、今回は、規制の見直しによって大きくこれが変わることになりますね。客觀的な事実といつだけであつて、かなりの部分が書き込めるようになるだろう。

そうすると、現行制度は、ただし書きがありますと、現行制度は、ただ書きがありまして、診療報酬にかかるものに限るというふうに書いてありますけれども、では、これが緩和になつたらどうなるんだろうか。つまり、うちの病院では混合診療ができますよという言い方はしないかもしれませんが、保険外診療ありますよ、こ

なんに安くできますよということも自由になるのかということなんですね。

そうなつていったときに、やはり、広告を出すこと 자체が財政的にも大変なところもあるだろう。それから、やはり、価格競争になつていったときに、力があるところとないところではつきり差は出てくるだろう。そういうことが進んでいくと、力の弱いところの病院が淘汰されていくといふことにもなりかねないと思うんですけれども、その点について、最後に大臣に伺いたいと思います。

○川崎国務大臣 保険診療と保険外診療、それぞれ患者の選択ができるようになります。しかしながら、それが行き過ぎにならないようにしろという御忠告だらうと思っております。そういうふたつの情報開示の方法、そういうふたつのも考へるいろいろな形でやつてまいりたい。

○高橋委員 ちょっとと時間がなくなつて残念ですけれども、行き過ぎにならないようにとか、安全を確保するようにといふことが当然あると思うんですけども、やはり、今言った私の懸念はやらうべきところはあるようと考えておりますので、そういうふたつの点で、ぜひ御理解を賜りたいと思います。

○川崎国務大臣 保険診療と保険外診療、それぞれ患者の選択ができるようになります。しかしながら、それが行き過ぎにならないようにしろという御忠告だらうと思っております。そういうふたつの情報開示の方法、そういうふたつのも考へるいろいろな形でやつてまいりたい。

○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。

この医療制度改革論議が、冒頭から、いかに医療費を削減するかという一色に塗り込められて、本当に何を削減したら適正化するかということの論議は、実は、本日も、一日いろいろな委員とのやりとりがありましたが、厚労省側も確たる確信を持ってデータもお出しではありませんし、非常ににおぼつかない中だと思います。

私は、きょう午後一番手で岡本委員がお取り上げくださいました。最近はやりのメタボリックシンдром、私も、かえて加えてちょっと取り上げさせていただこうと思います。

きょう、お手元の資料の中に、後から挿み込まれながら、いろいろな形でやつてまいりたい。

また、広告についても、同じように、おのずから法律するべきところはあるようと考えておりますので、そういうふたつの点で、ぜひ御理解を賜りたいと思います。

○高橋委員 ちょっとと時間がなくなつて残念ですけれども、行き過ぎにならないようにとか、安全を確保するようにといふことが当然あると思うんですけども、やはり、今言った私の懸念はやらうべきところはあるようと考えておりますので、そういうふたつの点で、ぜひ御理解を賜りたいと思います。

○川崎国務大臣 ちょっとと時間がなくなつて残念ですけれども、行き過ぎにならないようにとか、安全を確保するようにといふことが当然あると思うんですけども、やはり、今言った私の懸念はやらうべきところはあるようと考えておりますので、そういうふたつの点で、ぜひ御理解を賜りたいと思います。

○高橋委員 ちょっとと時間がなくなつて残念ですけれども、行き過ぎにならないようにとか、安全を確保するようにといふことが当然あると思うんですけども、やはり、今言った私の懸念はやらうべきところはあるようと考えておりますので、そういうふたつの点で、ぜひ御理解を賜りたいと思います。

○川崎国務大臣 ちょっとと時間がなくなつて残念ですけれども、行き過ぎにならないようにとか、安全を確保するようにといふことが当然あると思うんですけども、やはり、今言った私の懸念はやらうべきところはあるようと考えておりますので、そういうふたつの点で、ぜひ御理解を賜りたいと思います。

○高橋委員 ちょっとと時間がなくなつて残念ですけれども、行き過ぎにならないようにとか、安全を確保するようにといふことが当然あると思うんですけども、やはり、今言った私の懸念はやらうべきところはあるようと考えておりますので、そういうふたつの点で、ぜひ御理解を賜りたいと思います。

○川崎国務大臣 ちょっとと時間がなくなつて残念ですけれども、行き過ぎにならないようにとか、安全を確保するようにといふことが当然あると思うんですけども、やはり、今言った私の懸念はやらうべきところはあるようと考えておりますので、そういうふたつの点で、ぜひ御理解を賜りたいと思います。

○岸田委員長 次に、阿部知子君。

○阿部(知)委員 社会民主党・市民連合の阿部知子です。

この医療制度改革論議が、冒頭から、いかに医療費を削減するかという一色に塗り込められて、本当に何を削減したら適正化するかということの論議は、実は、本日も、一日いろいろな委員とのやりとりがありましたが、厚労省側も確たる確信を持ってデータもお出しではありませんし、非常ににおぼつかない中だと思います。

私は、きょう午後一番手で岡本委員がお取り上げくださいました。最近はやりのメタボリックシンдром、私も、かえて加えてちょっと取り上げさせていただこうと思います。

きょう、お手元の資料の中に、後から挿み込まれながら、いろいろな形でやつてまいりたい。

また、広告についても、同じように、おのずから法律するべきところはあるようと考えておりますので、そういうふたつの点で、ぜひ御理解を賜りたいと思います。

大臣にもぜひお目通しいただいたいのですが、この下段、一番下の方には、「メタボリックシンдромの状況(二十歳以上)」ということが書いてございます。もちろん、都委員の御指摘にもございましたが、何だか片仮名になると怪しいといふのは、それもそうなのですが、これを見ますと、実に、大臣、お目通しいただくと、男性の場合は、例えば五十歳から五十九歳でもいいです、四十歳以上でも、もう五〇%から六〇%の人がメタボリックシンдромか、ないしは強く疑われる者に入ってしまうわけですよ。男性の二人に一人をつかまえればこれだと言えますし、女性の方はそれより比率は少のうございますが、しかしながら、年齢的に七十歳以上になつてくるとこれがふえてくる。

私は、端的に言つて、これは医学の常識と大きくかけ離れている。日本人は六十五歳以上になるまで保険制度がいよいよ危ないということを指摘して、私は、これは容認できないということで終りました。

○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。

この医療制度改革論議が、冒頭から、いかに医療費を削減するかという一色に塗り込められて、本当に何を削減したら適正化するかということの論議は、実は、本日も、一日いろいろな委員とのやりとりがありましたが、厚労省側も確たる確信を持ってデータもお出しではありませんし、非常ににおぼつかない中だと思います。

私は、きょう午後一番手で岡本委員がお取り上げくださいました。最近はやりのメタボリックシンдром、私も、かえて加えてちょっと取り上げさせていただこうと思います。

きょう、お手元の資料の中に、後から挿み込まれながら、いろいろな形でやつてまいりたい。

また、広告についても、同じように、おのずから法律するべきところはあるようと考えておりますので、そういうふたつの点で、ぜひ御理解を賜りたいと思います。

大臣にもぜひお目通しいただいたいのですが、この下段、一番下の方には、「メタボリックシンдромの状況(二十歳以上)」ということが書いてございます。もちろん、都委員の御指摘にもございましたが、何だか片仮名になると怪しいといふのは、それもそうなのですが、これを見ますと、実に、大臣、お目通しいただくと、男性の場合は、例えば五十歳から五十九歳でもいいです、四十歳以上でも、もう五〇%から六〇%の人がメタボリックシンдромか、ないしは強く疑われる者に入ってしまうわけですよ。男性の二人に一人をつかまえればこれだと言えますし、女性の方はそれより比率は少のうございますが、しかしがら、年齢的に七十歳以上になつてくるとこれがふえてくる。

私は、端的に言つて、これは医学の常識と大きくかけ離れている。日本人は六十五歳以上になるまで保険制度がいよいよ危ないということを指摘して、私は、これは容認できないということで終りました。

○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。

この医療制度改革論議が、冒頭から、いかに医療費を削減するかという一色に塗り込められて、本当に何を削減したら適正化するかということの論議は、実は、本日も、一日いろいろな委員とのやりとりがありましたが、厚労省側も確たる確信を持ってデータもお出しではありませんし、非常ににおぼつかない中だと思います。

私は、きょう午後一番手で岡本委員がお取り上げくださいました。最近はやりのメタボリックシンдром、私も、かえて加えてちょっと取り上げさせていただこうと思います。

きょう、お手元の資料の中に、後から挿み込まれながら、いろいろな形でやつてまいりたい。

また、広告についても、同じように、おのずから法律するべきところはあるようと考えておりますので、そういうふたつの点で、ぜひ御理解を賜りたいと思います。





いるんです。御存じですか。

○中島政府参考人 今回のデータについては、國民生活基礎調査ということで、これをもとに算出しておりますので、その点については、数の面、それから利用の面について問題はないものというふうに考えております。

○阿部(知)委員 違いますでしょ。肥満は肥満学会の基準に従つたと言つたじゃないですか。何でそんないかげんなことを言うんですか。さつきあなた、肥満学会の基準だつておっしゃいましたよ。母集団の数だつて、さつき岡本さんが指摘された数のとおりですよ。男性が五百五十四名、女性百九十四名ですよ。

なぜ日本だけ、女性のウエストは九十で、男性は八十五ですか。これから毎回はかかる国民の立場に立つてくださいな。これはどうですか。

○中島政府参考人 今、ちょっと御質問を取り違えまして、今回の調査結果の発表についての母集団のことかと思いましたので、そのようなことを申し上げましたが、先ほどの診断基準作成について、先ほど御指摘のあつたような数でございましては、先ほど御指摘のあつたような数でございま

たが、日本の基準が特異であるという点については、それは世界的にも我が国内でもいろいろ議論があったところでございますが、一番信頼できることを考えられるCTの所見に基づいてこういった基準を出したという点において、その信頼性が高いということで採用されているというふうに考えております。

○阿部(知)委員 ある値を診断基準として用いていいかどうかの、これはまた学問的な手法があります。それにのつとも間違っています、残念ながら。もし中島さん、お医者さんであるならば、私は小児科、あなたは外科かもしれない、しかし、何を基準値に置くかというときの基準の妥当性をはかる指標があります。それにのつとも間違っていますから、きょう、私の時間がこれで終わるということですので、本を一冊渡しますから、しつかり読んでください。

しかし、この論議がちゃんと決着するまでは、

ゆめゆめ採決などという、これは後世に、本当にしてありますので、その点については、数の面、それから利用の面について問題はないものというふうに考えております。

○阿部(知)委員 違いますでしょ。肥満は肥満学会の基準に従つたと言つたじゃないですか。何でそんないかげんなことを言うんですか。さつきあなた、肥満学会の基準だつておっしゃいましたよ。母集団の数だつて、さつき岡本さんが指

掲された数のとおりですよ。男性が五百五十四名、女性百九十四名ですよ。

なぜ日本だけ、女性のウエストは九十で、男性は八十五ですか。これから毎回はかかる国民の立場に立つてくださいな。これはどうですか。

○中島政府参考人 今、ちょっと御質問を取り違えまして、今回の調査結果の発表についての母集団のことかと思いましたので、そのようなことを申し上げましたが、先ほどの診断基準作成について、先ほど御指摘のあつたような数でございましては、先ほど御指摘のあつたような数でございま

たが、日本の基準が特異であるという点については、それは世界的にも我が国内でもいろいろ議論があつたところでございますが、一番信頼できることを考えられるCTの所見に基づいてこういった基準を出したという点において、その信頼性が高いということで採用されているというふうに考えております。

○阿部(知)委員 ある値を診断基準として用いていいかどうかの、これはまた学問的な手法があります。それにのつとも間違っています、残念ながら。もし中島さん、お医者さんであるならば、私は小児科、あなたは外科かもしれない、しかし、何を基準値に置くかというときの基準の妥当性をはかる指標があります。それにのつとも間違っていますから、きょう、私の時間がこれで終わるということですので、本を一冊渡しますから、しつかり読んでください。

点的に医療計画に位置づけるとともに、医療機関相互の連携体制を構築し、その状況を明示するなどの措置を講じておられます。

○糸川委員 国民新党の糸川正晃でございます。私も先日、身体検査を受けまして肥満型という評価を受けまして、若干運動しなきやいけないのかなと、余り肥満型と言われたことがなかつたのですから、ちょっと心配をしております。

○岸田委員長 次に、糸川正晃君。

○糸川委員 私も先日、身体検査を受けまして肥満型といふ、ここに渡しますので、お願いします。

○松谷政府参考人 特に小児が多いわけですが、重ねて私は、この決着を見るまでは採決はここに座つても阻止させていただきますので、きょう

かかりでございますが、どのような措置を講じておられるのか、お聞かせいただけますでしょうか。

○松谷政府参考人 特に小児が多いわけですが、どちら時間外に殺到する患者さんに対応できるお医者さんの不足が指摘されているわけでござります。これについては、需要面と供給面と、両面から対策をとらなければならないと考えております。

○糸川委員 需要面につきましては、特に小児等につきましては、午前中にも申し上げましたが、必ずしも緊急に病院の外来に来なければならぬという方はかりでもないということをございますので、そのための、例えば電話相談の仕組みであるとか、あるいは、今大臣からも答弁申し上げましたけれども、一方で、一次ケアのネットワーク、すなわち、かかりつけなり、すべてが救急医療に行く必要があるのかという問題もしっかりといかなければならぬだろう。基本的には、現状では九割ぐらいは救急医療に来なくても、地域のお医者様、また相談相手がいれば来なくて済んだというようなケースもあつたようござります。

○糸川委員 一方、供給面につきましては、各都道府県におきまして、病院の医療機能の集約化、重点化といふことが大事かと思っておりまして、地域全体として適切な医療を供給できる体制を構築させるための検討を早急に行いまして具体的な対策を講じることを、都道府県に要請したところでございま

す。

○糸川委員 今後、集約化のスピードを速めていかなければ

ならないというふうに考えておりまして、省といつましても、都道府県において真に質の高い地域医療の確保に向けた検討が進むように、集約化された後の新しい診療圏域における医療機関相互の連携に基づく診療ネットワークの構築、あるいは、拠点となる病院における診療体制の整備等に係る具体的な支援策についてさらに進めたいと思っております。

○糸川委員 今、集約化、集約化と言われておるわけでございますが、本当にサービスの低下にな

らないようにお願いをしたいなど。

そこで、我が国におきまして、今現在、少子化というものが大きな課題となつておるわけでござります。この少子化対策の観点からしても、安心して子供を育てる、こういう環境をつくる必要があるわけでございます。休日や夜間の小児救急医療をより整備すべきだ、こういうふうに考えておるわけでございます。このためには、予算措置とともに、診療報酬についても小児救急については手厚くしていくべきじやないかな、先ほどの電話での相談とかにあわせてそういうことも手厚くしていくべきではないのかなというふうに考えますが、これはいかがでしようか。これは大臣にお尋ねいたします。

○川崎国務大臣 両面あるとおもいます、診療報酬と予算。そういう意味では、診療報酬は三・一六マイナス改定をいたしましたけれども小児救急はプラスの方向で改定をさせていただいたところでございます。そういう意味で、重点的な評価をまずさせていただきました。

その上で、小児救急医療体制の構築を支援するための運営費、施設整備費、一般会計による補助事業を行つております。十八年度予算におきましては、休日、夜間等の時間外診療を行う病院に対する運営費補助金の増額、救命救急センターにおける重篤な小児救急患者の二十四時間受け入れ体制の整備に係る補助の創設、保護者の不安の解消などのため、小児の急病時の対応方法についてのガイドブックの作成や講習会の開催等に係る補助の創設などをさせていただいております。

特に、診療報酬についてはきょうもいろいろな御議論をいただきました。一回の改定だけではなく、方向づけをしていくことが大事だろう、このように思つております。

○糸川委員 診療報酬のことにつきましては、この間の福岡での公聴会でも、医師会の方から不安な点があるということもいただいておるわけでございます。集約をしていくと、どうしても僻地や

そういうったところが手薄になつてくるのではないかなと。

その僻地や遠隔地に住む患者さんの救急医療の確保ということで、ドクターへりというもののが確保が必要であるわけでございますが、実際、ドクターへりの整備のために現在どのくらい取り組んでいるのか、それから、これから先どれだけ取り組む姿勢があるのか、僻地の患者さんたちに対してもどれだけサービスを落とさないで、逆に向上させていくのか、お聞かせいただけますでしょうか。

○松谷政府参考人 御指摘の、僻地や遠隔地における救急医療の確保のためには、患者さんの速やかな搬送の確保ということが重要であるわけでございます。都道府県におきまして、地域の実情に応じて、ドクターへりの導入、あるいは消防防災ヘリの効率的な活用が有用な側面もあるというふうに考えてございます。

ドクターへりにつきましては、これまで九自治体におきまして十機が運航されておりまして、着実に実績を重ねてきたところでございますが、平成十八年度につきましても、さらに一機が配備されまして、計十自治体で十一機が運航する予定となつてございます。

ドクターへりの導入は引き続き進めていきたいと考えてございますが、これは、非常に重症な患者さんの緊急の搬送のときにドクターへりが同乗してなるべくございます。

ドクターへりの導入は引き続き進めていきたいと考えてございますが、これは、非常に重症な患者さんの緊急の搬送のときにドクターへりが同乗してなるべくございます。

実際、診療報酬点数について審議している中医協におきましても、昨年四月から、患者さんの一般的の声をより適切に反映できるような方が委員として加わっているのかなと思います。診療報酬体系の中でも、患者さんの視点を重視していくことという点でございますが、一面からしますと、医師の効率という面では必ずしも効率のいい使い方ではないといふことですので、搬送だけで済む方については、ドクターへりの乗らないヘリの活用ということでもまた一方で必要ではないかと思つております。

そこで、ドクターへりの複数の県にまたがる広域運航ということで、幅広くドクターへりについては使う、それから、消防防災ヘリコプター等、ドクターへりの活用等についてもさらに促進をしてまいりたいと思っております。

○糸川委員 ドクターへりだけではなくて、例え

ば海上保安庁の飛行機であつたり自衛隊のヘリコプターや飛行機であつたりというのも活用しながらいけないわけですから、これはまた次回、時間があれば質問させていただきたいなと思います。

続きまして、診療報酬についてお尋ねをしたいと思うんです。

診療報酬体系につきましては、まず一つ目としては、医療技術の適正な評価、二つ目としては、医療機関のコストや機能等を適切に反映した総合的評価、そして三つ目として、患者の視点の重視等の基本的な考え方方に沿つて見直しを進めることとされておるわけでございます。よく、診療報酬は、保険医療機関等が行う診療行為に対する対価として公的医療保険から支払われる報酬であると説明されるわけでございます。その一定割合を患者に負担いただく仕組みとなっている以上、診療報酬については、やはり患者の視点を重視した形でわかりやすい体系を構築していくべきである

というふうに考えております。

実際、診療報酬点数について審議している中医協におきましても、昨年四月から、患者さんの一般的の声をより適切に反映できるような方が委員として加わっているのかなと思います。診療報酬体系の中でも、患者さんの視点を重視していくことという点でございますが、一面からしますと、医師の効率という面では必ずしも効率のいい使い方ではないといふことですので、搬送だけで済む方については、ドクターへりの乗らないヘリの活用ということでもまた一方で必要ではないかと思つております。

○水田政府参考人 今回の診療報酬改定におきま

して、患者に対する情報提供の観点から、看護職員の配置についてどのような措置を講じたのかと聞いておられるわけですが、まず、基準上の表記を行つてきておるわけではございませんけれども、これにつきましては、入院患者一人に対して看護職員一人を雇用しているという意味でございまして、まさに委員御指摘のとおり、その人数が勤務しているという誤解を招くという御指摘があつたところでございます。

具体的に申し上げますと、例えば、今委員御指摘のとおり、看護職員配置「一対一」、こういう配置基準上の表記を行つてきておるわけではございませんけれども、これにつきましては、入院患者一人に対して看護職員一人を雇用しているという意味でございまして、まさに委員御指摘のとおり、その人数が勤務しているという誤解を招くという御指摘があつたところでございます。

そこで、診療報酬改定の中で患者の視点というものがどのような形で取り入れられたのかと、患者の視点からお尋ねをしたいわけでございます。

私がどのような形で取り入れられたのかと、患者の視点からお尋ねをしたいわけでございます。

患者の視点の重視といいますと、患者さんに対する情報提供の推進ということがよく言われるわけでございます。例えば、診療報酬体系の中では、看護職員の配置など、医療機関の入院医療にかかる体制等を院内に掲示することが義務づけられております。しかし、例えば二対一の看護職員配置などと、入院患者一人に看護職員一人がうことを入院基本料の算定要件としたところでござります。

ざいます。

○糸川委員 実際、患者さんが目にしたときに本

当に信じてしまうということは、この一点だけで、はなくいろいろな点に関して言えることだと思いますので、すべての点についてしっかりと見ていただければなと思います。

次に、患者さんにとっては、時に治療法の選択というものがその後の生活を左右するような場合があるわけでございます。このような場合、患者さんがあまりも専門家の意見を聞いた上で自分の最良の選択をしたい、こういうふうに思うわけがござります。

近年、このような診療の場面における患者さんの自己決定の意識の高まりというものを受けまして、いわゆるセカンドオピニオンを求める、こういう患者さんの要望が高まっているというふうに思いますが、これに医療現場が必ずしもこたえ切れていないのではないか、こういう現状、実情があるのではないでしようか。

今回の診療報酬改定におきまして、セカンドオピニオンの推進の観点から一定の措置が講じられましたというふうに聞いておりますけれども、この措

置によって具体的にどのようにセカンドオピニオンが推進されていくのか、お聞かせいただけますでしょうか。

○水田政府参考人 今回の診療報酬改定におきましては、委員御指摘のセカンドオピニオン、主治医以外の医師による助言、これに係ります患者からの要望の高まりというものを受けまして、主治医が、セカンドオピニオンを求める患者または家族からの希望に基づきまして、カルテの写し、検査結果、画像の写し等の診療に関する情報を提供することにつきまして、診療情報提供料の中で新たに評価を設けたところでございます。

実際、現実の問題といたしまして、医療現場におきましては、患者またはその家族が、主治医に気兼ねをしてと申しますが、セカンドオピニオンを求めたいということをなかなか言い出しにくい環境もあつたと承知しておりますけれども、今

回、こういった診療報酬上の評価を設けたことによりまして、一つは、患者またはその家族が希望

を表明しやすくなるという効果を期待しているのが一点。もう一つは、やはり保険医療機関サイドでもこれにこたえやすくなるという環境が整備されるもの、このような効果を期待しているところでございます。

○糸川委員 もう時間がございません。来週にはどうも採決を持っていきたいという出口の声ばかりが今聞こえておるわけでございます。実際にそ

の出口のことだけを考えるわけではなくて、今我々が議論しなきやいけないことは、本当にこれからの国民のためになることをこの場で議論して

いるわけでございます。ですから、来週もう採決だから、ここにおしりを持ってくるんだからといつてこの議論を終わりにしないで、まだ不安の声があるというのならば、まだまだ議論の場をぜひ提供していただきたいなということを大臣にもそれから委員長にもお願いをして、私の質問を終わりたいと思います。

○岸田委員長 ありがとうございます。次に、高木美智代君。

○高木(美)委員 公明党的高木美智代でございます。

本日は、六時間審議の最後、いつもとは変則で

ございますが、与党で締めくらせていただきたいと思います。何点か確認させていただきたいことがあります。時間がかなり遅い時間になつておりますので、できるだけ簡潔に質問をさせていただきたいと思います。答弁は丁寧にお願いで

きればと思います。

今般、医師不足ということで、周産期医療の問題としてまた小児医療の問題、多くの論議がございました。私はまず、周産期医療につきましては、周産期医療を補うマンパワーとしまして助産師の活用を積極的に図るべきと考えております。

平成十六年末現在で約二万六千人の助産師の皆

尊厳と具体的な育児を教えてくれる、しかも、地域で二世代、三世代と取り上げてくれる人も多い等々の声を伺っております。

今回の制度改正におきまして、嘱託医を産科医にするとともに嘱託医療機関制度を設けることとされおりません。絶対的な産科医不足という背景があり、当然、嘱託医の確保というは困難なことが予想されます。嘱託医の確保ができないという理由から助産所が開設できないような事態が起

ります。【委員長退席、谷畠委員長代理着席】が、この点につきましてお伺いいたします。

○赤松副大臣 周産期医療を補うマンパワーとしての助産師の活用、私も本当にそのとおりだと思います。私自身というか、こんな六十になる人間がいつてこの議論を終わりにしないで、まだ不安の声があるというのならば、まだまだ議論の場をぜひ提供していただきたいなということを大臣にもそれから委員長にもお願いをして、私の質問を終わらしたいと思います。

○赤松副大臣 周産期医療を補うマンパワーとしての助産師の活用、私も本当にそのとおりだと思います。私自身というか、こんな六十になる人間がいつてこの議論を終わりにしないで、まだ不安の声があるというのならば、まだまだ議論の場をぜひ提供していただきたいなということを大臣にもそれから委員長にもお願いをして、私の質問を終わらしたいと思います。

○高木(美)委員 特に僻地におきまして、平常常々の助産師が健診を行い、定められた出産まで

の産科医の健診と言われますが、そのときには病院まで遠路でも行つていただく、このような連携の強化が必要かと思います。周産期医療ネットワークの整備の際に地域の助産師を含した体制をつくるべきだと思いますが、重ねてこの点を確

認させていただきます。

○赤松副大臣 今、高木委員御指摘の周産期医療におけるネットワークの整備、この点については非常に重要な課題であると認識しております。

厚生労働省は、平成八年度、もう十年前になりますけれども、助産所や一般の産科医療機関を含め

た周産期医療ネットワークの構築を進めるとともに、ネットワークの中核となつて高度な周産期医療を担う総合周産期母子医療センターの運営に対する支援などに取り組んできているところでございます。

そういう仕組みとしての周産期医療ネットワー

クは今のような形でやつてきておりますけれども、今後とも、それが一層生かされるように、十分に生かされるように、地域の助産所や一般の産科医療機関との適切な役割分担そして連携をしつかり進めていく、充実に努めてまいりたいと考えております。

○高木(美)委員 よろしくお願いいたします。

先ほど来、メタボリックシンドローム、このことにつきまして多くの論議がございました。私は、論議を伺つておりますけれども、助産師資格を有しながら看護業務等に従事している者、推計

約四千人の方、そういう皆さんのが助産業務への就業を促進することも重要である、こんなふうに考

えております。

このため、産科医療機関等の助産師の確保促進事業を実施しているところでありますけれども、平成十八年度から助産師の就業を促進することとしており、今後とも、助産師の活用も含め産科医に支障が生じる、こういう指摘がありますけれども、厚生労働省としましては、制度への協力を求めて都道府県や関係団体に制度への協力を求めていく等、嘱託医師の確保が困難であるために助産所の開設に支障が生じる、こういう指摘がありますけれども、厚生労働省としましては、制度の施行に際しておりますので、できるだけ簡潔に質問をさせていただきたいたいと思います。答弁は丁寧にお願いで

きました。私はまず、周産期医療を補うマンパワーとおりでございますが、妊産婦の方からも、心身

双方に生かされるように、地域の助産所や一般の産科医療機関との適切な役割分担そして連携をしつかり進めていく、充実に努めてまいりたいと考えております。

○高木(美)委員 よろしくお願いいたします。

先ほど来、メタボリックシンドローム、このことにつきまして多くの論議がございました。私は、論議を伺つておりますけれども、助産師資格を有しながら看護業務等に従事している者、推計

の皆様には、大まかであつたとしてもこうした概念を持つていただく、自分で自分の健康をきちんとコントロールする、そして当然個人差があります、先ほどお話をありましたように性差もあります、したがって健診をきちんと受けていただく、この健診をどのように促進をしていくか、またそれに伴う指導を今後どのように徹底をしていくか、このことこそ大事な課題ではないかと思いま

す。

健診を受けない理由につきまして多くのデータもございますが、一番多い回答につきましては、いつも適切な治療を受けられるから、こうした理由で健診になかなか行かれない。こういう状況を伺いますと、病気になれば医師が治してくれる、こういう今までの患者の概念ではなくて、自分で自分の健康をコントロールしていく、そしてまた病気になつたら医者の専門知識を活用しながらともに治していく、このような国民の皆様の意識構築というのが私は最も待たれる点ではないかと思います。また、それに寄与できるよう医学教育であり、さまざま食事教育等をお願いしたいと思っております。

そこで、健診につきまして、残る時間、質問をさせていただきたいと思います。

まず、これまでの老人保健事業における健診の効果の検証につきまして、簡潔に教えていただければと思います。特に、被用者保険の本人以外の健診受診率、今お手元に、もう見なれた資料でございますが、一枚目の図一、図二にありますとおり、地域差もあり、そしてまた、下の図におきましては、一般健診検査、組合健保また政管健保の受診率が八・六%、二・一%、このようなデータがござります。

低い実態をどう改善していくのか、その要因はどこにあると認識をしておられるのか、伺います。○穀部政府参考人 まず、老人保健事業におきま

す。老人保健事業は、昭和五十七年度の創設以来、すべての市町村におきまして、生活習慣病の予防等を目指してさまざまな取り組みを実施してきております。そのうち、基本健診検査につきましては、受診者数、受診率とともに増加してきておりまして、過去十年間、毎年ほぼ一%ずつ増加している等、市町村における公衆衛生活動の拡大に一定の成果を上げてきたというふうに考えております。

一方、その問題でございますけれども、十六年に行われました老人保健事業の見直しに関する検討会におきまして検討が行われまして、基本健診検査につきまして、一つは、被用者保険の被扶養者について医療保険者が行う生活習慣病健診等との役割分担が不明確である、それから二つ目といつたしまして、対象者一人一人の健診結果に応じて専門的なスタッフによるきめ細かなフォローアップのための仕組みが十分でない、それから三つ目といつたしまして、市町村にとって健診受診率を現在の水準から引き上げることについてのインセンティブが見えにくいといった問題点の指摘がなされているところでございます。

このため、こうした御指摘も踏まえまして、今般の医療制度改革の中では、生活習慣病予防の観点からの取り組みにつきまして、一つには、医療保険者に生活習慣病健診等の実施を義務づけ、役割分担の明確化を図るとともに、二つ目といたしまして、被用者保険の被扶養者に対する健診や保健指導に積極的に取り組むということとしているところでございます。

○高木(美)委員 今回の法案では、被扶養者の健診、今お話しましたとおり、健診また保健指導が医療保険者の義務とされております。どのようにして健診の受診率を向上させ、早期発見、早期治療に結びつけるというふうにお考えか、また、健診後の適切な指導体制の強化を図つていかれるのか、お伺いをしたいと思います。

○穀部政府参考人 まず、老人保健事業におきま

す予算はばらつきがあるとも言われております。時には人数制限のある市町村もあるようです。すべての人が受けるだけの予算が足りないということ懸念をされます。保健所の健診の体制を整えるための費用なども必要かと思います。国の健診等に対する助成のあり方、効果的な仕組みにつきまして、お伺いたします。

○赤松副大臣 今、高木委員が御指摘されたように、健診受診率の向上ということが早期発見、早期治療に直結するということで、非常に大事なポイントだらうと思います。

保険者が健診や保健指導を行うに当たりましては、今も御指摘があつたように、法律上の仕組みとして、外部機関への委託が可能であり、また市町村国保等の他の保険者との連携した事業実施も可能であるということになつております。そういう意味において、保険者等が実施する事業に対する国々さまざまな援助、バックアップが必要だろうと思います。国が基本指針等を示すことによって、保険者の取り組みが円滑に行われるよう手順をまず示すとともに、国保の被保険者や使用者保険の被扶養者の健診について公費による助成を一部行うこととしております。

今御指摘があつたように、いろいろばらつきがある、こういうことがあります、しっかりとその辺のことをらみながら、保険者への支援策と相まって健診受診率が向上されるように、しっかりと目を光らせて取り組んでまいりたい、そんなふうに思つております。

○谷畠委員長代理退席、委員長着席

○高木(美)委員 よろしくお願ひいたします。

続きまして、保険者による健診未受診者への個別働きかけをどのように行うかということです

が、強化が当然必要かと思います。

また、それには必要な人材の確保も重要でござ

ります。健診また保健指導の実施におけるマンパワーの不足ということも伝えられております。今、図の三、四、提示をさせていただきましたが、都道府県別の常勤保健師数、これは人口十万

が予算はばらつきがあるとも言われております。時には人数制限のある市町村もあるようです。すべての人が受けるだけの予算が足りないということ懸念をされます。保健所の健診の体制を整えるための費用なども必要かと思います。国の健診等に対する助成のあり方、効果的な仕組みにつきまして、お伺いたします。

○赤松副大臣 今、高木委員が御指摘されたように、健診受診率の向上ということが早期発見、早期治療に直結するということで、非常に大事なポイントだらうと思います。

保険者が健診や保健指導を行うに当たりましては、今も御指摘があつたように、法律上の仕組みとして、外部機関への委託が可能であり、また市町村国保等の他の保険者との連携した事業実施も可能であるということになつております。そういう意味において、保険者等が実施する事業に対する国々さまざまな援助、バックアップが必要だろうと思います。国が基本指針等を示すことによって、保険者の取り組みが円滑に行われるよう手順をまず示すとともに、国保の被保険者や使用者保険の被扶養者の健診について公費による助成を一部行うこととしております。

今御指摘があつたように、いろいろばらつきがある、こういうことがあります、しっかりとその辺のことをらみながら、保険者への支援策と相まって健診受診率が向上されるように、しっかりと目を光らせて取り組んでまいりたい、そんなふうに思つております。

○谷畠委員長代理退席、委員長着席

○高木(美)委員 よろしくお願ひいたします。

続きまして、保険者による健診未受診者への個別働きかけをどのように行うかということです

が、強化が当然必要かと思います。

また、それには必要な人材の確保も重要でござります。健診また保健指導の実施におけるマンパワーの不足ということも伝えられております。今、図の三、四、提示をさせていただきましたが、都道府県別の常勤保健師数、これは人口十万

在議論をしていただいているところでござります。

○高木(美)委員 その指導の中身でございますが、きょうは申し上げませんけれども、やはり、例えば人工透析、今二十五万人いらっしゃり、使つていらっしゃる医療費は一・二兆と言われております。では、果たしてすぐに人工透析が必要な方、食事療法をきちんとすれば二、三年頑張れるという方、ただ、その食事療法の中身自体がなかなか基準化されていないという状況もあります。

先ほど来、さまざまお話をありましたが、例えば卵一つとりましても、健康な人にはいい栄養素であったとしても、卵を食べると危険な方もいらっしゃいます。そうした知識というものを今後きめ細やかに与えていくということも必要ではないかと思います。これはまた後日質問をさせていただきたいと思っておりますが、その点まで踏み込んだこの中身の策定をお願いできればと思います。

続きまして、保険者による保健指導の充実のほか、要治療者につきましては、医療における保健指導の取り組みも重要だと思います。そこには診療報酬上の評価をより充実させるべきではないかとも思います。その点につきましてどのようにお考えか、伺います。

○水田政府参考人 お答えいたします。

疾病またはその疑い、これを前提としない健康管理の健診というものは保険給付の対象とはなつてございませんけれども、生活習慣病等の重症化予防につきましては、診療報酬におきまして療養上の指導管理について評価を行つてあるところでございます。今回の診療報酬改定におきましても、生活習慣病の指導管理を充実させるための計画書の見直しなど、その評価の拡充を図つてきたところでございます。

このように、これまでさまざまな療養上の指導について評価を行つてきたところでございますけれども、今後も学会等の関係団体の要望等を踏ま

えながら、疾病の治療に当たりまして必要な療養上の指導について適切に診療報酬上の評価を行つていただきたい、このように考えてございます。

○高木(美)委員 この指導が医療費抑制のための大手なポイントと思いますので、よろしく取り組みをお願いいたします。続きまして、地域、職域連携ということが今回盛り込まれております。そのためには、レセプトによります個人の受診、治療データの内容を健診結果に結びつけまして、健診プログラムの改善などへの効果的な活用を図ることが重要と考えます。このことについて見解を伺います。

健診プログラムの策定は、現在検討されていることは思いますけれども、健康日本21の成果を踏まえて、効果的な健診項目の策定が大事であると考えます。こうしたデータ管理におきましても個人情報の保護は図られるのかどうか、あわせてお伺いをいたします。

○水田政府参考人 レセプトによる個人の受診、治療データと健診結果を結びつける、これを健診

プログラムの改善に生かすという御指摘でございますけれども、まさに、保険者におきまして、今後、レセプトデータと健診、保健指導のデータの空合というものができるようになることが考えられます。これをもとにしまして、生活習慣病のリスク要因の保有状況と医療費の関係、あるいは健診、保健指導の実施によるリスク要因と医療費の低減効果の分析、こういったものができるようになります。また、さらに、保健指導を行う事業者の評価あるいはその選定というものに活用することもできるようになるものと考へてございます。

○中島政府参考人 お答えいたしました。

疾病またはその疑い、これを前提としない健康管理の健診といふものは保険給付の対象とはなつてございませんけれども、生活習慣病等の重症化予防につきましては、診療報酬におきまして療養上の指導管理について評価を行つてあるところでございます。今回の診療報酬改定におきましても、生活習慣病の指導管理を充実させるための計画書の見直しなど、その評価の拡充を図つてきたところでございます。

このように、これまでさまざまな療養上の指導について評価を行つてきたところでございますけれども、今後も学会等の関係団体の要望等を踏ま

職員に対しまして守秘義務を課しまして、違反した場合には一年以下の懲役または百万円以下の罰金の対象、このようにしているところでございま

す。うにお考へでしようか。

○中島政府参考人 これから医療保険者によります健診、保健指導を進めていく上で、効果的な効率的な健診、保健指導が全国で広く展開できますよう、これまでの科学的知見や地域における先進的な取り組みなどを踏まえまして、標準的な健診、保健指導のプログラムを開発していくことが大変に重要であると考えています。

○高木(美)委員 これまでの科学的知見や地域における先進的な取り組みなどを踏まえまして、標準的な健診、保健指導のプログラムを開発していくことが大変に重要であると考えています。

○中島政府参考人 先ほど来いろいろ御議論をいたしました検討会において、現在議論をしていたところでもござります。医療制度改革のための検討会におきましても個人健診、保健指導のプログラムを開発していくことが大変に重要であると考えています。

○高木(美)委員 これまでの科学的知見や地域における先進的な取り組みなどを踏まえまして、標準的な健診、保健指導のプログラムを開発していくことが大変に重要であると考えています。

○中島政府参考人 先ほど来いろいろ御議論をいたしました検討会において、現在議論をいたしているところでもござります。医療制度改革のための検討会におきましても個人健診、保健指導のプログラムを開発していくことが大変に重要であると考えています。

○高木(美)委員 これまでの科学的知見や地域における先進的な取り組みなどを踏まえまして、標準的な健診、保健指導のプログラムを開発していくことが大変に重要であると考えています。

○中島政府参考人 先ほど来いろいろ御議論をいたしました検討会において、現在議論をいたしているところでもござります。医療制度改革のための検討会におきましても個人健診、保健指導のプログラムを開発していくことが大変に重要であると考えています。

○高木(美)委員 これまでの科学的知見や地域における先進的な取り組みなどを踏まえまして、標準的な健診、保健指導のプログラムを開発していくことが大変に重要であると考えています。

○中島政府参考人 内容の取りまとめに当たりましては、十八年度中に概略をまとめまして、十九年度にそのモデル実施をするというようなスケジュールを考へてございます。

○高木(美)委員 ありがとうございます。

○高木(美)委員 ありがとうございました。

話が少し変わりますが、生活習慣病対策の推進した情報を集約することによりまして、健診プロ

グラムの見直し等に役立てるこも検討していくたい、このように考へてござります。

国におきましても、こうした保険者が分析しましてございましたが、「新しい科学的知見を不斷に蓄積するとともに、効果的なプログラムを開発し、その普及を図ることが必要。」という文言がございました。

もう一つお尋ねのありました健診、保健指導データ、これらの個人情報保護の観点から適切な対応を行つてございます。今回の法案におきましては、保険者の役

組みをお伺いいたします。

○中島政府参考人 科学的根拠に基づきました

見もいただきました。

この過程におきまして、都道府県そしてまた市町村の意見を十分に反映させた円滑な推進が必要であると思つておりますが、そのことにつきまして、大臣の御決意を伺わせていただきたいと思います。

○川崎国務大臣 今回の医療制度改革におきまして、長期的には、入院日数の削減それから予防の重視、これを柱として位置づけました。特に、生活習慣病対策の充実強化を大きな目標といたしております。

日本の社会全体が車社会、そして食生活の大きな変化という中で、私は、日本の国が長寿社会をつくり上げてきたことは間違いありませんけれども、失敗をすると実は足元から崩れることになるだろうと。それは一部、沖縄の男の人の平均寿命で出てきているな、こんな感じがいたしております。

そういう意味では、しっかりと予防、生活習慣病対策をしていかなければならぬ。特に糖尿病等の有病者、予備軍の減少に向け、運動、食生活、喫煙面での生活習慣の改善に向けた国民の意識啓発に積極的に努めること、医療保険者の役割を明確化し、効果的、効率的な健診、保健指導を義務づけること。そういうものを進めるためには、今委員が御指摘いたしましたように、都道府県、市町村、医療保険者との関係をしっかりとつなげながらやつていかなければならぬ。

そういう意味で、いろいろな科学的知見を入れながら、連携をとりながらしっかりとやってまいりたいと思いますので、また委員の皆さんの御協力のほど、心からお願い申し上げます。

○高木(美)委員 次回は、公報をもってお知らせすることとし、本日は、これにて散会いたします。ありがとうございました。

午後五時九分散会