

第百六十四回国参议院厚生労働委員会会議録第二十三号

平成十八年六月二日(金曜日)

午後一時開会

委員の異動

六月二日

辞任 森 ゆうこ君

補欠選任 藤本 祐司君

出席者は左のとおり。

委員長 山下 英利君

理事 岸 宏一君

中村 博彦君

津田弥太郎君

円 より子君

渡辺 孝男君

阿部 正俊君

岡田 広君

坂本由紀子君

清水嘉与子君

中原 爽君

西島 英利君

藤井 基之君

水落 敏栄君

足立 信也君

朝日 俊弘君

家西 悟君

島田智哉子君

下田 敦子君

辻 泰弘君

藤本 祐司君

山本 保君

小池 晃君

福島みずほ君

事務局側 常任委員会専門員

江口 勤君

参考人

全国市長会国民健康保険対策特別委員会委員長 山口県柳井市長 河内山哲朗君

日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局長 小島 茂君

国立成育医療センター名誉総長・社会福祉法人 柳澤 正義君

賜財団母子愛育会日本子ども家庭総合研究所 住江 憲勇君

全国保険医団体連合会会長 小松 秀樹君

国家公務員共済組合連合会虎の門病院泌尿器科部長

本日の会議に付した案件

○健康保険法等の一部を改正する法律案(内閣提出、衆議院送付)

○良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案(内閣提出、衆議院送付)

○委員長(山下英利君) ただいまから厚生労働委員会を開会いたします。

委員の異動について御報告いたします。本日、森ゆうこ君が委員を辞任され、その補欠として藤本祐司君が選任されました。

○委員長(山下英利君) 健康保険法等の一部を改正する法律案及び良質な医療を提供する体制の確立

立を図るための医療法等の一部を改正する法律案を議題とし、参考人の方々から御意見を聴取いたします。

本日御出席いただいております参考人の方々を御紹介申し上げます。

全国市長会国民健康保険対策特別委員会委員長・山口県柳井市長の河内山哲朗参考人、日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局長の小島茂参考人、国立成育医療センター名誉総長・社会福祉法人恩賜財団母子愛育会日本子ども家庭総合研究所長の柳澤正義参考人、全国保険医団体連合会会長の住江憲勇参考人、国家公務員共済組合連合会虎の門病院泌尿器科部長の小松秀樹参考人、以上の方々が御出席でございます。

この際、参考人の方々から一言ごあいさつを申し上げます。

本日は、御多忙のところ、当委員会に御出席を賜り、誠にありがとうございます。

参考人の皆様からは忌憚のない御意見をお聞かせをいただきまして、そして両案の審査の参考にさせていただきますと存じますので、どうぞよろしくお願いを申し上げます。

次に、議事の進め方でございますが、まず、参考人の皆様からお一人十五分以内で順次御意見を述べいただき、その後、委員からの質疑にお答えをいただきたいと存じます。

なお、参考人、質疑者ともに発言は着席のまま結構でございます。

それでは、まず河内山参考人をお願いいたします。河内山参考人。

○参考人(河内山哲朗君) このような機会に発言を許していただき、また意見陳述をさせていただく機会をいただきましたこと、御礼申し上げます。

全国市長会の国民健康保険の問題を担当する特別委員会の委員長を仰せ付けております柳井市長の河内山と申します。

今般の医療制度改革につきまして、社会保障審議会医療保険部会等々でもいろいろと市長会あるいは地方の立場でこれまでも発言をしております。今日、今日は医療制度改革に對します地方自治体としての意見、そして個人の意見も含めてでございますが、時間の範囲で発言をさせていただきますと思います。

まず、この委員会にも、例えば岸先生であるとか岡田先生のように市町村長をお務めになった経験のある方は、この国民健康保険を始めとします。最近では介護保険も入りましたけれども、この医療保険回りのことというのは本当に苦勞されてきた御経験、おありだと思っております。

特に最近では、まず国民健康保険をめぐる最近の状況をお話を申し上げて、それから発言をしたと思います。制度創設時は国民健康保険というのは、御商売をされる方、自営業者の保険、あるいは農家の方、こういった方が被保険者の保険であるというふうな制度設計上はなっていたわけでございますが、だんだんと中身が変わってまいりました。もはや被保険者の五〇％以上は無職の方ということになっております。しかも、高齢化が進展をいたしまして、特に国民健康保険の被保険者の高齢化の度合いは高くなっておりますので、保険自体の性格で申し上げますと、保険料の負担能力は非常になくなっております。一方で、病気になる可能性が高い、いわゆる保険の支払の可能性がある、そういう方が加入者の中で占める

割合がだんだん増えてきた、こういうことになっておりまして、制度的には国民健康保険というものは破綻の状況にあると言ってもいいのではないかとというような状況でございます。

したがって、医療制度改革の中で、何としまして、こういう国民健康保険の抱える構造的な問題というものの解決の方向で医療制度改革是非実施していただきたい、また、その方向の第一歩を踏み出していきたいと思いますというのが全国の市長それから町村長始めとします国保の運営をしている者の切実な願いがあったわけでございます。

今回の医療制度改革の中で、平成十五年に示されました医療制度改革に関する基本方針、閣議決定をされたわけでございますが、その中に、国保も含めまして、都道府県単位を軸とする保険の再編統合を進めていくという方針が示されたわけでございますが、その方向に、いろんなことはございますけれども、一歩前進をしたのかなというのが率直な感想でございます。

これは、医療制度改革の中で、今般、一定金額以上の支払が生じた場合に都道府県単位で再保険を行うと、その制度が拡充をされることになりました。これまでの七十万円以上というのではなく、三十万円を超える医療費、レセプトに対して、その超えた部分だけではなく、根っこから再保険をしていくということになったわけです。これはある意味では、財政の単位でいいです、先ほど申し上げましたように、一つ一つの保険者からしますとなかなか運営がしづらくなっている状況を克服するために、都道府県単位を一つの軸として保険を行っていくという方向にかなり前進をしたということでございます、その点で、今回の法律案にしましては相当な我々としては期待をいたしております。そのことが、いわゆる国保をめぐる状況から、今回の医療制度改革の一つの大きな方向として、都道府県単位の方向へ一歩進んだということについて評価をしたと思っております。

次に、医療制度、医療保険というものの運営を非常に困難にしております高齢者医療の問題でございます。

これは言うまでもないことですが、七十五歳以上、前期もございしますが、後期の高齢者医療制度、独立をして新しい制度設計がされているわけでございますが、これについて二、三申し上げたいと思っております。

先ほど国保自体が高齢化が進んでおるという話をいたしましたけれども、とりわけやはり後期高齢者の方々の医療費というものをどういうふうにかかるとかというところでございまして、これは二つの側面があると思っております。一つは、明らかに、後ほど申し上げますが、若年期における生活習慣病対策等を相当本気で実施をしない限り掛かるものは掛かるといって、ほうっておくわけにはいかないということが一つでございます。もう一つは、この後期高齢者の医療というものをちゃんと持続的に支えるためには、やはり今の老人保健制度とは違った形で制度運営をすべきである。ただ、元々法律案になる前の厚生労働省試案の段階では、これを市町村の役割として、市町村を運営主体として制度設計がされようとしておりましたけれども、これについては、全国市長会始め地方団体は、やはりそれはちょっと無理であるという発言をずっとしてまいりました。国保でさえ非常にハイリスクのものでございまして、更にハイリスクの後期高齢者の方々だけを対象とする保険を市町村が運営主体として行うことはいくことで、できるだけ国一本の制度がいいのではないかと、できるだけ市町村として決断もいたしました。

しかし、先ほどの医療制度改革の全体の方向として、都道府県単位を軸とするということが今回の制度設計の中の大きな柱でもございます。最終的には都道府県内の全市町村が参加をする広域連合がこの運営主体となるということになりましたけれども、我々としては、これは先ほどの国

保の方の財政の都道府県単位での一元化に近づく方向と軌を一にしておりますので、今後、この都道府県単位での後期高齢者医療制度というものを円滑に運営するには、時間との競争といえますか、かなり努力は必要でございますけれども、リスクを分散するという保険本来の趣旨からいいますと、これまた市町村が運営主体となるというのではなく都道府県単位ということでは、これも一定の評価はできるのではないかと、このように考えております。

以上がこの医療制度改革の中の国保並びに後期高齢者の問題でございますが、今回の医療制度改革は、一方で中長期的に何とかして大きな趣旨でございまして、これを効果あるしめるためには、先ほど申し上げましたけれども、一定年齢、三十歳なのか四十歳なのか分かりませんが、その時期からやはり生活習慣病というのに対して保険者、保険者は例えば国保は国保の保険者、それから政管は政管、それから被用者保険は被用者保険、それぞれの保険者がやはり将来の医療費というものを念頭に置きながら生活習慣病を介していくということがない、なかなかこの生活習慣病対策というのには成り立たないと思っております。

全国的に言いますと、小規模の自治体の方が、被保険者あるいは市民、町民、村民の生活習慣に意味では介入しやすいという面もありません。健康づくりがうまくいっている事例がございまして、これは、いわゆる保険者と被保険者との関係、あるいは自治体と市民、町民、村民との関係であるというふうにも言えるのかもしれませんが、こういうことを全国的にこれから広げていかなきゃならないというのが、これが生活習慣病対策の実効性、実効あるしめるかどうかの一つかきになると思っております。

で、生活習慣病対策を本格的に生活習慣をきちんと個人の方が見直していただきまして、プログラムにのっとって健康づくりのための、あるいは生活習慣のための今後は実践活動をやっているというところにこれから三か年挑戦をしてみたいと思っております。全国的にはいろいろとノウハウが蓄積をされた部分もあると思っておりますが、ある意味ではやっぱり科学的なところか、医学的なエビデンスに基づいて実効性のある生活習慣病対策を行うことが、これが本筋に大事だと思っております。

このことは、やっぱりうまくいっている事例もあるし、なかなかうまくいっていない事例もあると思っておりますが、厚生労働省を始め専門の方々に我々として期待をしますのは、やはり成功事例と非常にポイントというものを、今もう相当程度まとめておられますけれども、そういうものも専門的な見地からやはり全国の自治体を取り組めるように健康づくり、生活習慣病対策、そして医療費適正化というものが実行できるように、これが特段のやはり御努力をお願いしたいということが一つ。

これ、最初、スタート時点は健康づくりのためにある仕事を始めようとしたら、これはやっぱり財政的な裏付けが必要でございますので、そういうものに対する財政的な支援の問題。それから、医療の問題というのは個人情報塊みたいなものでございまして、それは国民的なやっぱり理解を得ながらということですから、そういう法的な裏付け、そういうものを生活習慣病対策において実際実効性あるしめようと思いたしたら、専門的な問題、それから財政的支援、それから法的な裏付け、それぞれについてやはり後押しを必要とするというふうにも考えております。

お隣の中国へ昨春秋、中日友好協会の招きで行きまして、幾つかの大きな都市の市長、副市長と意見交換をいたしましたけれども、みんな悩んでおられますのは農業、農村、農民問題という三農問題、とりわけその中の医療保険始めとする社会的インフラというのが、これが築けていないということについて中国の地方政府の指導者というのはみんな頭を抱えておられます。

我々としては、先人がやっぱり昭和三十年代半ばに国民皆保険という立派なものをつくったということは、何とかこれ維持していかなきゃなりませんし、持続的にということであれば、先ほど少し申し上げましたけれども、制度の中で非常に運営がしづらくなっている部分についてはやはり、具体的に言う国民健康保険の問題ですけれども、これは制度が持続的に運営ができるように工夫をやっぱり制度改革の中でお願いをしなきゃならないと思いますし、掛かり過ぎると思われる医療費については適正化が実効性あらしめられるように、行われるようにこれはちゃんとしなきゃならない。

いずれも、最終的には最も身近な政府、身近な市民とのつながりがある地方自治体として市町村頑張らなきゃいけないことがたくさんございまして、一生懸命それは保険料の徴収というような地道なことから、それから生活習慣病対策というようなこれからの課題も積極的に取り組んでいくというつもりでございますが、いろいろな意味でこれは国を挙げての話だと思いますし、医療提供の権限をお持ちの都道府県知事さんにももう少し医療保険にも積極的にこういう制度改革を機に關与いただくような、そういうことになればというふうに願っておるといふことを最後申し上げます。意見陳述を終わらしていただきたいと思っております。

ありがとうございます。

○委員長(山下英利君) ありがとうございます。

次に、小島参考人をお願いいたします。小島参

考人。

○参考人(小島茂君) 連合の小島です。

今回、このような形で発言の機会を与えていただきましたことに感謝を申し上げます。

まず、今回の関連法案でありますけれども、これに対して、連合といたしましては、これまで連合が求めてきた内容も幾つか盛り込まれております。そういう部分については是非確実に実施あるいは推進していただきたいと、そういう内容があるというふうに思っております。それともう一つ、法案の中には連合という立場からいいまして見直しあるいは修正をすべき、そういう内容も含まれているというふうに思っております。そういう二点の観点から発言をさせていただきます。

この間、医療制度あるいは医療保険制度の抜本改革につきましては、九七年の自己負担の引上げ、そのときから国会なり政府の公約でもありましたけれども、しかしこれ、この間、政府が改革を先送りしてきて実質的には負担増なり給付削減、それを繰り返してきたのではないかとこのように思っております。

しかし、その間にも医療費は伸び続け、地域や診療科による医師不足あるいは地域偏在というのがより深刻な問題となつてきております。国民が今の医療制度あるいは医療保険制度に対する不信なり不安を強く持っている、そういう結果になつてきているのではないかと、そういうふうな思っております。

今回の関連法案の趣旨につきましては、政府は国民皆保険制度を堅持し、将来にわたる医療保険制度を持続可能なものとしていくとされています。しかし、政府の言う持続可能性とは財源の確保だけではないか、そういう思いがしております。制度への国民の信頼がなければ、財源の確保どころか、制度の持続可能性さえ困難になりかねないというふうな思っております。

医療制度に対する国民の信頼を回復して安心、安全、信頼の医療制度を確立するため抜本改革を

断行すべきである、そういう立場、また被保険者の立場から、今回の医療制度関連法案に対する意見を以下、述べさせていただきます。思っています。まず、積極的に推進すべき事項について五点左右述べたいと思っております。

第一に、二〇〇六年度、今年度の診療報酬改定におきまして、四月から詳細の分かる領収書発行がすべての医療機関等に義務付けられております。連合といたしましては、一九九七年から領収書もおう運動といいますが、そういう運動を展開をしております。この四月からの領収書発行の義務付けについては、そういう意味では評価をしたいというふうな思っております。

本日、皆様にお配りしております資料の中に、連合として今年度の二月から三月にインターネットを通じてアンケート調査を行いました。その結果、医療機関の領収書発行の状況について取りまじめをしております。一ページから五ページにかけて具体的に集計をしております。三ページのところには医療機関全体の領収書発行の状況ということ、これ三月時点までのところでありまして、の結果が出ております。まだまだ診療所等におきましては領収書発行が十分に発行されていないというふうな状況が出ております。そういう意味で、今回四月から義務付けられて六か月間の経過措置が設けられておりますけれども、この六か月間の経過措置の更なる延長はしないように強く求めておきたいと思っております。

今後、さらに、民主党が今衆議院の方に提出をしております医療の安心・納得・安全法案で提示しておりますレセプトに近い領収書発行の義務付けを検討するよう強く要望したいと思います。

第二点目については、レセプトのオンライン化の推進についてであります。昨年の十二月、政府・与党の医療制度改革大綱におきまして、レセプトを電子化して二〇一一年の三月末までにはオンライン請求に完全に切り替える、そういう内容が提案をされております。しかし、政府は今年度の四月に入りまして、このレセ

プトが年間千二百件未満の医療機関については最大二年間の猶予期間を設けると、そういう省令の見直しを行っております。これから五年間も準備期間を設けているのですから、その期間内に完全にオンライン化をするよう強く要望したいというふうな思っております。

第三番目についてです。今回の医療法等の一部改正法案についてであります。この中に盛り込まれております患者等への医療に関する情報提供の推進、医療計画の見直し等を通じた医療機関の機能の分化、連携の推進等の内容については確実に実行すべきであるというふうな思っています。しかし、地域や医療科別においては、医師不足問題への対応について、この問題につきましては医師不足あるいは地域偏在を解消して国民の安心を回復するには不十分な内容ではないかと言わざるを得ません。これも、民主党が今提案をしております小児医療緊急措置法案あるいはがん対策基本法案、そういうものを十分反映して、更なる対策の強化を強く求めたいというふうな思っています。

第四に、医療保険者の再編統合についてであります。政管健保につきましては、今回、全国単位の公法人化をして全国健康保険協会を創設すると、そういう内容になっております。これについては、連合はこれまで社会保障ビジョン、今日もパンフレットを配付させていただいておりますけれども、その中でも提起をしております社会保障基金という考え方、これに沿って今回政管健保の改革を連合としても提案をしておりますけれども、その内容に大筋沿った内容であるというふうな思っていますので、その確実な実行を求めたいと思っております。あわせて、中央、地方段階で保険料を拠出している被保険者あるいは事業主の制度運営の、直接参画できる、そういうものを確実に実現をして保険者機能が十分発揮できるような、そういうことを進めるよう重ねて要望をしたいというふうな思っています。

第五点目については、療養病床の再編についてであります。

今回、介護型療養病床につきましては、老人保健施設あるいはケアハウス等への病床転換を進め、二〇一一年度末には廃止をする、そして医療型の療養病床につきましては二十五万床から十五万床に削減するという内容が提案をされております。療養病床の再編につきましては、長期入院、社会的入院の解消という三十年來のこの間の懸案事項でありましたので、それに決着を付けるということであると思っております。その意味で、療養病床の再編に当たっては、今入居されている方の処遇に十分配慮して着実に実行すべきであると思っております。

また、これに関連しまして、法案の附則の第二条第三項には、政府は、介護老人保健施設及び介護老人福祉施設の基本的な在り方並びにこれらの施設の入居者に対する医療の提供の在り方の見直しを検討するとあります。見直しの時期は明記をされておませんが、入居者や開設者の不安をなくするため、早期に将来の施設の在り方について検討をし、結論を得るよう、要望を申し上げたいと思っております。

続きまして、この法案の中で連合が修正あるいは見直しをすべきであるという内容につきまして、五点は述べさせていただきます。

まず第一点は、新たな高齢者医療制度の創設の問題であります。

高齢者医療、退職者医療につきましては、現役世代からの費用負担の在り方が不透明である、また財政運営責任が不明確である、被用者保険等の保険者が制度運営に参画できないといったそういう様々な問題が各医療保険者からも指摘をされております。今回の改革はこれらの問題を解決するものでなければならぬと思っております。

小泉総理大臣が、さきの参議院の本会議で、後期高齢者医療制度の創設については、医療費の負担について、高齢世代と現役世代の負担を明確化し、分かりやすい制度にする必要がある、このた

め、七十五歳以上の後期高齢者については、その心身の特性等を踏まえた独立の医療制度を創設することで財政運営の責任主体を明確化する、高齢者の保険料と支え手である現役世代の負担の明確化、公平化を図るものであると答弁をされております。しかし、これだけの答弁だけでは全く納得はできません。今回の政府提案の新たな高齢者医療制度では、保険者と被保険者に更なる不安や不満を増幅させる、そういう内容だけではないか、そういうふうにも思っております。

まず問題は、後期高齢者医療制度への支援金、前期高齢者医療制度に対する財政調整のための納付金、そして退職者医療制度への拠出金、あるいは病床転換支援金など、被用者保険の将来の負担増が不透明なまま納付し難い負担を求められている点であります。

次に、問題としましては、後期高齢者医療制度は独立した制度であるにもかかわらず保険者が不明確な点です。市町村が参加する広域連合を各都道府県ごとに設置してそこが制度運営を行う、広域連合の構成メンバーは直接選挙あるいは市町村議会の間接選挙のいずれかで選出することとされております。このような方法で選出されたメンバーによる広域連合で果たして保険制度の運営が可能なんだろうか。政府は財政責任を持つ運営主体として広域連合が保険者であると答弁をしております。そうであるならば、なぜ広域連合を保険者と法律上規定をしなかったのか、理解ができません。

また、健康保険組合など各保険者が今回考えられております保険者協議会に参加し、運営について協議するとなっておりましても、この保険者協議会の権限と広域連合との、保険者協議会の法的関係、あるいは両者の意見が異なった場合の調整をどうしていくのか、全くその辺が不明確であります。

さらに、約四割の支援金を負担することになります被用者健保、医療保険代表者を広域連合に参加させることをまず優先させるべきではないかと

いうふうに思います。

また、六十五歳から七十四歳を対象とします前期高齢者医療制度の制度間財政調整は、保険者機能の発揮を阻害し、保険制度の自主、自立の基本をゆがめるものではないかとこのように思っております。また、後期高齢者医療制度と同様に前期高齢者医療制度にも公費負担を行うべきだと思っております。財政対策のために退職者医療制度を存続させることについても全く納得はできません。

次に、健康保険の保険料の問題についてであります。支援金、納付金、拠出金、そして病床転換のための支援金をまともな特定保険料として、加入者の保険給付や健康保持のための保険料につきましては基本保険料、これら二つを合わせて一般保険料として、その上限を千分の百に引き上げるということになっております。

特に、後期高齢者への支援金につきましては、若年者と後期高齢者の人口構成の変化による増減あるいは現役並み所得者の増加による後期高齢者に対する公費投入の減少、それに伴う支援金の増加といったそういう変動要因があります。これらの点を含めて支援金総額が将来どうなるのか、この辺も全く不明確であります。

このこと自体も問題がありますけれども、政府が言うように、高齢世代と現役世代の負担を明確にし、分かりやすい制度とするのであれば、基本保険料と特定保険料は別々に示して、それぞれの保険料率の上限を設定すべきだと思います。さらに、何に使われるのかを明確にするため、支援金等四種類の保険料率を被保険者が理解できるように示す必要があるだろうと思っております。

このままでは、被用者保険の保険者は単なる費用徴収機関になってしまいます。これらの問題点あるいは疑問点の解消がなければ、新たな高齢者医療制度については反対であります。今回の案を撤回をして、連合が提案をします突き抜け方式も含めて引き続き検討するよう強く求めたいと思っております。

第二は、高齢者の窓口負担の引上げの問題についてであります。

高齢者の自己負担の引上げは慎重に検討すべきだというふうに思っております。現役並み所得者がいることは否定をしませんけれども、高齢者、年金受給者の厚生年金の平均年金額を見ますと、男性でも年間二百三十万円弱、女性になりますと年間百三十万円程度ということでありまして、国民年金のみの受給者におきましては月額六万円弱という低額であります。高齢者の所得あるいは資産格差は大きなものになっております。

さらに、高齢者に対する自己負担につきましては、二〇〇二年に一割、現役並み所得者については二割といった定率負担が導入をされたばかりであります。さらに、年金に対する見直しあるいは公的年金等の課税強化、そういう様々な負担増がこの間行われてきております。

高齢者の負担増がこの間高まっている中で、高齢者自身の生活不安は高まっております。そのため、今回の高齢者に対する自己負担の引上げ、それと療養病床に入所されている方の食費、居住費の見直しと併せて再検討を求めたいと思っております。

三つ目は、高額療養費制度による自己負担限度額の見直しの問題であります。

○委員長(山下英利君) そろそろまとめてくださいます。

○参考人(小島茂君) はい。失礼しました。この問題も、今回、定額部分の引上げが提案をされておりますけれども、ますます複雑な制度になってしまっています。年齢によって、今回の制度も、高額療養費制度も更に複雑な制度になってしまっています。これをもっと簡素なものにすべきだというふうに思っております。

若干、時間がありましたので最後に申し上げます。今回の関連法案につきましては、相当広範な、多岐な内容、関連法案十二本ということになっておりますので、国民生活にも極めて大きな影響を及ぼします。しかし、衆議院段階におきまして

は、この法案審議が十分にされないまま委員会では強行採決をされてしまいました。参議院のこの厚生労働委員会におかれましては十分な法案審議が行われるよう強く要望をいたしまして、私の発言とさせていただきます。

ありがとうございます。

○委員長(山下英利君) ありがとうございます。

次に、柳澤参考人をお願いいたします。柳澤参考人。

○参考人(柳澤正義君) 柳澤です。このような機会を与えていただいたことに関して深く感謝を申し上げます。

私は小児科医でございます。子供の代弁者としての小児科医の立場でお話を申し上げます。また、長年、医師の卒前、卒後の教育に携わってきたという観点と、また、その後は国立成育医療センターに勤務していたと、そういう立場で得た様々な情報、知識から意見を述べてみたいと思います。

本日の新聞に出ていましたけれども、二〇〇五年の合計特殊出生率が一・二五ということで、一段と下がったということで、少子化の進行ということが非常に衝撃的なニュースとして報じられております。

少子化の進行というのは、これからも進行していく、進むと思えますけれども、それが二十一世紀、将来の労働力であるとか経済とか、あるいは我々の受け取る年金とか、そういった観点から、それも重要ですけれども、議論されるだけではなくて、少子社会の中に生きる子供たちが健やかであり、心身ともに健康に過ごすための医療制度である、そういうことがこれから求められていかなければいけないというふうに私は強く感じています。

今回審議中の法律改正においては、医療法の一部改正の中で、小児救急医療体制、また小児科、産科における医師不足が課題として取り上げられております。このような観点が含まれていること

を私は評価しております。こういった点を中心に意見を述べさせていただきたいと思えます。

医療制度改革が国家的な課題である中で、小児医療も改革を迫られていると言っていると思えます。そして、改革の方向を模索している状態です。

私が先生方のお手元に配付いたしました資料の表には、これは私の個人的な見解ですが、小児医療の現状、課題、展望を簡単にまとめて模式的に示してみました。法律と関連する制度、体制上の問題は右側の列に、医療の内容的なことは左側の列に項目を挙げてございます。

なお、この資料の三ページ目から後は、日本子ども資料年鑑二〇〇六という本の巻頭に私が書きました「小児医療の課題と展望」というつたな文章のコピーを付けさせていただきました。私が今日お話しすることのもう少し内容的なことについても触れてありますので、参考にしていただければ幸いです。

小児医療の現状には多くの課題がありますが、時間の関係もあって、医療法改正の中で取り上げられている、一つには小児科医の確保ということ、二番目として、それと大いに関係ありますけれども、小児救急医療体制について意見を述べ、その後で、残された時間で、この法案の表題といいますが、「良質な医療を提供する体制の確立を図るため」というふうにありますので、そういった観点から小児医療に関連してこれから取り上げていただきたい子供の心の医療と、そしてまた小児慢性疾患を持つ成人患者の医療について触れさせていただきますと存じます。

二ページ目の上段に、小児科医の確保について要点をまとめてみました。

小児科医の数の不足は社会問題となつていと言つてもよろしいかと思えます。その中で、また、女性医師の割合の増加ということが、医師、医療

の人的資源の不足に拍車を掛けております。そのような状況の中で、小児科医、特に病院に勤務する病院勤務の小児科医は非常に過酷な勤務を強い

られているのが現状です。このような状況の是正のために小児科医の確保ということがもちろん求められるわけですが、それは、数の確保とともに資質の確保も重要だと思えます。また、それに対する方策としても、長期的な方策、短期的な方策があるかと思えます。

小児科医の実数を増やしていくには、卒前教育、また卒後の研修から始まる対策が必要であり、実際にその若い人、小児科医が第一線で活躍するようになるには、場合によっては十年、二十年掛かると言つてもいいかと思えます。しかし、現在の事態はとてそういう状況待てるような状況ではございませんので、ここには比較的短期的な方策を挙げてみました。病院小児科を集約化、重点化、再編成をすることは避けられませんが、これには、日本小児科学会も地域の小児医療体制のモデルとして一つの提案をしております。行政にもそのような動きがあるというふうに向つております。この今挙げた学会の提案するモデルについては、配付資料の後ろから二ページ目に図で示してございます。

このようなモデルを全国に向けて提示した上で、各地域の実情に応じた小児医療体制を構築するということが必要かと思えます。その場合に、都道府県が強いリーダーシップを発揮していただかなければならない。都道府県の小児医療対策協議会といった協議会がこれから強力な指導力を発揮する必要があるかと思えます。それには、更に国は十分なサポートをしなければならないのではないかと思えます。そして、小児医療対策協議会には各県の小児科学会、小児科医会、それぞれ県の支部といった形のものがありますので、是非ともその参加を、そういった立場の小児科医が自ら参加するということが非常に重要かと思えます。

女性医師については、働きやすい環境の整備が急がれます。小児科学会、また厚生労働省の研究班、鴨下班においてもこの問題について調査研究をしております。その一応のまとめとしては、女

性医師が求めているのは、やはり保育サービスの充実と、また多様なサービスが提供されること、そしてワークシェアリング、また休職中の女性医師ができる範囲で活用されると、そして復帰に際しての再研修といったことかと思えます。

今、小児科医の不足ということを取り上げてお話しいたしましたけれども、実際には産科医の不足は現在の小児科医以上に深刻な状況です。実際、小児科医の総数は漸増しておりますけれども、産婦人科医は減少しています。特にその中で、お産を扱う医師は更に減少しています。女性医師の割合も小児科医よりも産科医の方が高いと。そういった観点から、先ほど小児科医の確保という観点から述べたのと共通する面が多いですけれども、お産をする施設の集約化というのは避けられないと思えます。この点については、日本産科婦人科学会でありまして、この点については、また同時に、新生児科医も絶対的に不足しています。これは、生まれた赤ちゃんが未熟児であったり、また病気を持って生まれてきた新生児の集中的な治療をするNICUという施設があります。そこで働く小児科医、特に分化した、小児科医の一分派ですけれども、この新生児科医が非常に足りない。そのことが周産期母子医療センターへの母体搬送と、リスクの高い母体が搬送される、その数を強く制限する因子となっております。

小児科医の確保ということにも関係あります。小児救急医療について次にお話を申し上げます。

このような状況を来した要因には、これは小児救急は破綻に瀕していると、社会問題となつているといふわけですが、このような状況を来した要因には、子供と保護者の側の要因と医療提供側の両方の要因があります。それがここに思い付くままに並べてありますけれども、対策としては、小児科医の確保が最重要であることは言うまでもあ

りません。
先ほどの話に戻ろうと思います。病院小児科の集約化を中心とする地域小児医療体制の再編成ということがこれを実現する上でなくてはならないといえますか、必須の条件になるかと思えます。センター機能を有する施設への小児科医の集約と、そしてその施設に併設された休日夜間診療所へ、そこに地域の開業の先生又は病院勤務の小児科医が外向するという事で、地域の小児科医全員が地域の小児救急医療を担うという形になることが望まれます。

小児救急患者の大多数は軽症であつて、実際には時間外診療であるというふうなことも言われまされども、その中に真の緊急重症患児が混ざつていていかなることも事実です。それを的確に見極めていかなければいけません。それを見極めた上で適切な治療をする、そういったシステム、ここにはトリアージシステムというふうに書きまされども、そういうものがこういった救急センターでは導入される必要があります。

また、小児救急に関しては、事故に係る医療であるということ強調しておきたいと思えます。実際、ゼロ歳を除く一歳を過ぎてから成人に至るまでのすべての年齢層において、死因の一位は御承知のように事故による死亡です。その事故による死亡、これは事故は予防することが重要ですけれども、起こってしまった事故に際して命を救い、また後遺症をできるだけ少なくするというのは救急医療の役割でございます。

次に、めくっていただきますと「子どもの心の医療」という枠があると思えますけれども、それについて簡単に触れておきたいと存じます。
子供の心の問題の増加、それに対して非常に医療体制が不十分であるということが近年広く認識されてきております。厚生労働省でもその点に關しての検討会、また子ども家庭総合研究、研究班も組織され、平成十七年度から子供の心の診療に關する医療の需要と供給の実態を調査いたしてあります。その実態調査のデータに基づいて、医師

その他専門的人材の育成のための研修体制ですとかガイドラインなどの提案をしようとしております。それがまた更に行政施策として行われることが私たちの立場としては強く望まれます。

もう一つ、その下に「小児慢性疾患をもつ成人患者の医療」というふうに書きまされたが、小児の様々な領域の慢性疾患、これは循環器、心臓病にしても、腎臓病にしても、神経の病気にしても、また小児がんにしても、そういった多くの領域の小児の慢性、難治性の病気で、昔は子供のときにそういう病気になるかと子供のうちに亡くなられる患者さんが多かつたわけですが、そういった患者さんは、今は医学、医療の進歩によつて、そういった病気をもちながら思春期から更に成人になつてまた治つてもその子供のときの治療によつて二次的な様々な障害を持つていて、長期的に生涯にわたつてケアをしなければいけない患者さんが非常に多くなつています。しかし、そのような患者さんに対して適切なケアとか又は生活上の支援が決して十分ではありません。これも、これから十分なその実態の調査をした上で、何らかの行政的な施策が必要ではないかと思えます。

ということで、一応私からの意見の陳述を終わらせていただきます。どうもありがとうございます。
○委員長(山下英利君) ありがとうございます。次に、住江参考人をお願いいたします。住江参考人。

○参考人(住江憲男君) 全国保険医団体連合会とは、まず一つには国民の医療、社会保障制度を守り発展させる、そして二番目には、地域での医療機関としての経営を守ると、そういう立場で活動している団体でございます。
資料を見ていただきます。
まず、長期にわたり療養しようとする患者が入院できるという療養病床削減への疑問ということで、二ページ見ていただきます。

これは、御承知のように、三十八万床を十五万床に削減、二十三万床削減される計画でございます。この実現のための二つの課題といたしましては、削減自体には私も反対ではございませんけれども、これを施行するに当たつては、入院医療を代替する在宅医療の構築、基盤整備、そういうことが絶対必要でございます。また、病床転換促進のための様々な現在の医療機関に対する施策というののもこれもまた必要でございます。

三ページ目、「療養病床の「居住系」への転換」ということで、こういう様々な施設を列挙しております。要するに、入院から入居への転換ということになるかと思えます。
四ページ見ていただきたいと思えます。民間病院療養病床の転換後のイメージ図でございますけれども、地元では営々と地域医療機関として築いてきたそういう努力が、ここにも表してありますように、一部外来診療として残すのみであとは介護複合施設への転換を余儀なくされる。もう本当に営々と築いてきたそういう努力に對しては、本当にその先生方にとってははじくじたる思いがあるかと思えます。
続きまして、二番目の在宅概念の大転換で行き場を失う老人難民を大きく生み出すということでございます。

五ページを見ていただきたいと思えます。これは厚労省保険局担当課長の発言から抜粋したものですけれども、驚くべき発言でございます。これは私ども福岡県内の会員の参加してござる講演で述べられたことですので、終末期医療の適切な評価の検討というのはホスピス、ターミナルケア病棟というふうに考えてよいのか、どのような方向でお考えかという質問に對して、いやいやと、家で死ぬということ、住民票を移してそこにおればもう家とみなす、往診も行けるし訪問看護も行けるし、そこで死んでということ、病院に連れてくるなど、こういう驚くべき発言、そういうところの発言、厚労省官僚によつ

て誘導された今回の問題点ではなからうかと思えます。
六ページ見ていただきます。
そういうことによつて、在宅概念の大転換を要求されております。今後の二十一世紀型住宅のイメージ、自宅ではない住まいを多様に用意する、医療機関でも介護施設でもない居住施設に移つてもらう、医療も介護サービスも外部から出前するんだというシステムにする、居住施設に住み続け、そこで亡くなつてもらう在宅死を増やすと。入院、入所から入居へという、そういう大転換でございます。

七ページ見ていただきます。
そういうことによつて行き場を失う高齢者の入院患者。御承知のように、特別養護老人ホーム、今年に入つてこれ調査では三十八万四千とも言われております。老人保健施設も満杯でございます。あとは居住系施設、そして自宅、そういうところに行けなければ、行き場のない患者が大量に出現するのは必至でございます。
次、三番目、療養病床削減計画の動機とされる二つの調査結果の活用私どもは大きな疑義を持つております。
八ページを見ていただきます。
これも保険局担当課長の発言ですけれども、今回の療養病床再編の動機は、二つの調査、私ども自身がやつて中協に出した調査と医療経済研究機構がやつた調査で、別個にやつたのに、入つてくる人の半分が医療の必要度がないという同じ結果を得たと。本年の診療報酬改定でこんな低い点数だつたら追い出されるんじゃないか、正に意図的にそういう点数にしたんですよと、こういう驚くべき、これは五月に愛知県内で行つた私どもの会合での懇談会の発言でございます。
九ページ見ていただきます。
医療経済研究機構が行つた、左側ですけれども、一から五の設問、それによるデータが下の円グラフでございます。
そこで、四番目の、医学的管理をさほど必要と

せす容体急変の可能性も低いという、そういう項目が、右の、これは厚労省説明会資料の、左のを基にして作成されたんですけれども、急変の可能性が低く福祉施設や在宅での対応が可能、そういう項目に変えられているわけですね。そこに、調査表には福祉施設や在宅での対応が可能かという設問はなかったんですけれども、そういうところを利用して五割が入院医療不要論に結び付けておられます。

次、十ページを見ていただきます。

これは、中医協患者特性調査の設問項目と厚労省、これは右側ですけど、厚労省説明会資料の比較でございますけれども、厚労省で説明されたデータが下の円グラフでございます。ここでも、一番下の、医療的な状態は安定しており医師の指示はほとんど必要としないところ、ほとんど必要なしという言葉に片付けられて、こういうところで、医師の対応がほとんど必要ない人がおおむね五割という結論に持っていかがされております。

医療によって機械的に患者を区分することは、医療現場の実態と大きく懸け離れたもの、特に症状が三十日間あっても七日までしか評価しないのは、医療が必要な患者を追い出すことを強いる最たるものでございます。

十一ページ見ていただきます。

これ、ADLと医療区分をケースミックスしてこういう点数配分されたわけでございますけれども、四十九万円が現行のあれですけれども、もうAでプラス、Bでやっこさプラス一万、あとはもう減額という、そういう状況でございます。

次は、十二ページ見ていただきます。

これ、二〇〇五年十一月二十五日時点で中医協へ出された医療区分、ADL区分でのケースミックスでのパーセンテージ。

十三ページ。そして、医療区分三に該当しない者のうち、ですから一、二ですね、以下のいずれかの条件に該当する者ということで、医療区分に、これもせいぜい七日間の該当期間ということ

に限定されております。

十四ページ。これによって、結局、医療区分一、二、三、そのパーセンテージがどれだけ、今年の四月十三日時点で昨年十一月時点よりも、やっぱりそういう統計上にこういう差異が出てきております。

十五ページ見ていただきます。

こういう具合に、近年ずっと在宅死が減り病院での死亡が増えてきているわけですけども、そこを、在宅の死亡を増やそうと、病院死を減らそうとする、その何物でもございませぬ。

その根拠が、根拠といいますが厚労省の言い分ですけれども、十六ページ見ていただきます。

左側が、まあこれは一つのケースですけれども、百十五万円掛かる、一日当たり三万八千三百三十円掛かる入院医療費を、在宅でならばその半分、済むという、そういう論拠にされているわけでございます。

十七ページ見ていただきます。

これは、厚労省医政局終末期医療に関する調査等特別調査検討委員会が出された資料ですけれども、患者さんは、あくまでもやはり医療施設への入院ができる体制を望む、そういう方が八四%、最後まで自宅、居宅を望む人はわずか一一・二%、そういう患者さんの切ない思いが出ております。

続きまして、大きな二番目の「国民の健康、医療格差を拡大する計画への疑問」でございますけれども、これはもう時間もあと五分ぐらいしかありませんので、よく目を通していただきたいんですけれども、とりわけ「高齢者を直撃—保険給付削減と負担増への疑問」というところでござい

ます。ここで、新高齢者医療保険制度、新たに保険料を支払う高齢者は二百万人とも言われております。もう払えなければ保険証を取り上げられ、資格証明書が発行されるという、そういう事態が現実起こります。そして、後期高齢者専用の診療報酬によって保険診療を受けることになり

ます。これはみとり医療とも又は終末期医療とも指摘されております。

特に問題なのは、障害認定一級から三級を受けられた六十五歳から七十四歳までの高齢者も後期高齢者医療制度への対象になるとございませぬ。例えば人工腎臓、人工透析ですね。この治療自体、社会復帰そのものでございませぬ。人工透析さえ受けていただければ、十分社会復帰し一般の方々と同じ社会行動が取れる、そういう方々。そういう方々がこういう後期高齢者専用の診療報酬体系に組み込まれるということは、人工透析二十五万人おられます、その五〇%はこういう対象になる、そういう危険、診療報酬で。そしてまた人工透析、そういう一級から三級の方をそういう後期高齢者専用の診療報酬体系に持つていくということに断じて反対を申し上げたいと思っております。そして、驚くことに保健予防からは七十五歳以上は外されるわけです。そうすることによって、何のことはない、後期高齢者は保険料負担は強いられま

すけれども、制度自体、みとり又は終末期医療、そういうところに追いやられる、保健予防からも除外されるという、そういう事態を生んでしまおうということでございます。

あとの課題についてはまたお目通しいただいて、最後にやはり混合診療の問題ちよつと言わしていただきます。

二十六ページでございます。現行の特定療養費を廃止して、保険外併用療養費へ組み替えて、評価療養と選定療養に再構成するとされております。組み替えた理由や、どのような内容を想定しているのか、具体的に明らかにした上で、国民の健康、医療にどのような影響を及ぼすのか、十分に審議をお願いしたいと思っております。また、実質負担が四割以上にもなる保険免責制、これもまた再浮上いろいろなるところでござい

ます。この保険免責制の導入は断じて認めることはできません。そして、二十七ページ見ていただきたいと思います。

それから、医療や社会保障制度に対して、国やそういう企業負担がきちつと責任が果たされているかどうかの問題でございます。この上のグラフ、二〇〇二年度には医療給付費が五十六兆円、対国民所得比一〇・五%と。この五十六兆円自体めちゃくちゃな数字、予測なんですけれども、それにしても一〇・五%、これは本当に医療費が国家財政を凌駕するがごとのような、そういう宣

伝されて言われま

すけれども、そういう

宣伝されて言われま

すけれども、そういう

宣伝されて言われま

すけれども、そういう

宣伝されて言われま

すけれども、そういう

宣伝されて言われま

すけれども、そういう

宣伝されて言われま

最後のページをお願いします。

ここで世論調査の結果を紹介いたします。これは毎日新聞の四月二十二日付けの世論調査の結果ですけれども、財源はどうしたらいいんだろうかというところで、社会保障に対する、他の予算を削って社会保障に回すべきだと。これは何を意味するかといいますが、税にしろ社会保障料にしろ、所得再分配機能を發揮してその徴収原則であるという毅然とした、かつ健全な国民の世論ではないでしょうか。

ですから、本当に歳入不足に対しては、歳入を増やすという観点では、先ほど申しました法人税、高額所得者の税率、そういうところを見直す、そういうことによって社会保障を充実させる。そういうところが今ないからこそ、自殺者、昨日も発表されました、三万二千五百五十二人。そしてまた出生率が一・二五という、そういう厳しい数字も出てきているのではないのでしょうか。最後に、年金不正免除問題は徹底究明すべきものと考えております。

医療改革関連法案は、いたずらに国民の不安をおおるのではなく、現場の実情を十分に踏まえた上で議論を尽くしていただきたいと思っております。十分議論を尽くしていただければ、問題点が山積しております。ですから、そういうことを解決するための手だてを取る。ですから、差し迫ってこの関連法案については廃案を求めたいと思っております。

以上です。

○委員長(山下英利君) ありがとうございます。次に、小松参事人をお願いいたします。小松参事人。

○参事人(小松秀樹君) 小松でございます。

私は、現場の現役の医師でございます。本日の私の話の内容は、お手元にお配りした「医療崩壊「立ち去り型サボタージュ」とは何か」という本と、トイブナー氏の講演原稿に記載されている

ことですので、詳しくは後でお読みいただけたらと思います。それから、私の原稿をお渡ししてありますので、それを見ながら聞いていただけたらと思います。

現在、日本の医療機関は二つの強い圧力を受けています。医療費抑制と安全要求です。この二つは相矛盾します。資金不足による労働条件の悪化と患者とのあつれきで医師が使命感と意欲を失い、医師が大量に病院から離職しております。ひどい労働環境や患者からの攻撃があつても、それでも医師さんだから使命感を持って頑張るべきだという意見が患者側から出ると、がっかりして辞めようと思うようです。現在、イギリス型の医療崩壊が進行しつつあるというふうには私は見ます。本日は、医療崩壊の最大の原因である医師と患者のあつれき、また医師にとってダメージの大きい刑事司法の問題を中心に述べます。

医療は本来不確実なものです。この点で患者と医師の間に大きな認識のずれがございます。患者は、現代医学は万能で、あらゆる病気は立ち所に発見され、適切な治療を受ければまず死ぬことはないと思っております。良い医師の治療では有害なことは起こり得ず、起こればその医師は非難されるべき悪い医師である、医師や看護師は労働条件が過酷でも過ちはあつてはならず、過誤は費用、すなわち人員配置やシステムの問題ではなく善悪の問題だと思つて傾向がございます。

安全水準を高めるには莫大な費用が掛かります。しかも、幾ら費用を掛けても死は不可避です。死をあつてはならないと考えている限り、不安はなくなりません。過度な安心、安全要求がかなえられないことはなく、不安が攻撃性を生んでおります。

多くの政党は、安心、安全を政治的標語として安易に振りまき過ぎました。メディアは犯人をつくってこれに報復するというような図式を取り続けた。司法は、医療側から見ても理不尽と思われるような攻撃の一部を正当と認定してきましました。この結果、医療現場はとげとげしいものにな

りました。これは、外から見るとは、実際に中に入ると強く感じます。特に、私は紛争の処理を担当していますので、かなり身に染みて感じております。

入院診療では約一〇％に有害事象が発生します。不満があると、患者、家族は病院に苦情を持込みます。過去には問題がありました。検察と同じで、無謬を前提にし、それゆえの隠い体質がありました。一九九九年の「一人は誰でも間違える」の合衆国での出版以後、世界同時に医療側の考え方が変化し、事故や過誤があり得ることが前提になりました。安全対策、事故への対応が劇的に良くなりました。

直接交渉で紛争が解決しないと民事訴訟になります。民事訴訟には、立証責任が患者側にあること、これはもう非常に難しい、高額な訴訟費用が掛かること、二当事者対立構造を取るために裁判の過程を通して双方の対立が高まり、かなり憎しみ合うような状況にまでなること、こういう欠点がございます。

そこで、民事訴訟に負しい人は踏み切れないわけですが、そういう患者さんは警察に訴え出ます。患者側の立場に立てばこれは当然のことだといふふうにも私も思います。桶川ストーカー事件の影響もあり、訴えがあると警察、検察は護民官として捜査に着手せざるを得ません。

警察、検察はどのような方法を取るかということですが、医療という善意の行為の結果起こったことについても凶悪犯罪と区別してはならないとされています。法の無関心という言葉で表現されます。警察、検察は最初には有罪だと心証を得ると、努力の方向は科学的真相解明ではなく有罪を立証することに向かいます。

日本では、犯罪の立証に自白が重視されます。事情聴取で警察の意に沿った証言をしないと、逮捕監禁して自白を迫ります。密室での取調べは録音されず、弁護士も立ち会えません。自白するとしばは略式起訴で罰金五十万円。自白しないと勾留延長から起訴。一、二審で無罪になつて

も、検察は最高裁まで争います。このために、争点があつて無罪を主張するほど実質的な罰が大きくなります。このため、医師は無罪だと思つてもしばしば罪を受け入れます。

密室での取調べは世界的に問題があるとされており、中国ですら警察の取調べに弁護士の立会いが検討されています。

刑事事件では業務上過失致死傷が適用されます。刑法は原則として過失を罪とはしません。業務上過失致死傷は例外規定の一つです。罪刑法定主義から遠い規定で、極めて広い範囲まで罪になります。医療に関する限り、刑法の業務上過失致死傷と民法の不法行為には本質的な差がありません。刑事と民事に境界がなく、刑事事件として扱つかどうかは警察、検察の担当者の判断にゆだねられることとなります。

医療は危うくなつた生命を救おうとしますが、しばしば成功いたしません。医療は極めて多様な決定をしながら実施されます。ある状況での正しい医療行為は一つに限定されているわけではございません。正しい医療は多数あり、医師は妥当と思われる範囲で選択、決定しながら診療を進めていきます。選択された医療によって発生するリスクの性質が異なるような状況もあります。さらに、医療は、診断の過ちを病理解剖で確認したり、治療行為の結果を検証して反省したりしつつ進歩してきました。医療は不完全技術で、常に欠点があります。医療に対して業務上過失致死傷を適用すると、医療に内在する性質ゆえに極めて広い範囲まで犯罪とすることが可能になります。

加えて、警察官も検察官も医療の結果が確率的に分散するということを理解していません。因果関係の決め方を含め、医療の論理を把握しておりません。罪とすべき医療、この定義も問題ですけれども、これを過不足なく判断する能力があるとは思えません。

検察は、被害者感情や、メディアに世論として表現された社会の不満に法的決着を付けて、国家が社会の構成員に常に配慮していることを示すこ

とにより自らに正当性を付与し、結果として社会の秩序の維持をしやすいと想像いたします。国民国家維持のためには当然の努力だと思ひます。

しかし、法律家にも異論があります。刑法学者の町野朔氏は、過失犯罪について、我が国には被害者感情や世論が責任の重さを決める風潮があるとしています。認識があつたから責任が重いということが徐々になくなつてきたというのは責任に実体がなくなつてきたことだ、今のような世論がそのまま突つてくることを認めろということになるとリンチを認めるということになると警告を發しております。

司法やメディアが非専門家側に立ち、専門家と対峙する構造は医療に限つたことではありません。

昨年九月、日本におけるドイツ年記念事業の法学集會が開かれました。トイブナー氏の基調講演、これはお手元に配つてありますけれども、これは非常に示唆に富みます。国民国家から世界社会に変貌するにつれ、世界社会の法がそれぞれの社会分野ごとに形成されるようになってきました。例えば経済、学術、テクノロジーや医療などにおける正しさは国内法を超えて世界的に同時進行で形成されます。

トイブナー氏は、国民国家的思考方式は世界的紛争を処理するのに十分かと問い掛けます。

法中心主義的アプローチでは、国民国家で形成されたような精緻な整合性、明確な規範ヒエラルキー、厳格な審級制度で対応しようとしません。政治中心主義的アプローチでは、衝突を利害の対立あるいは政策の対立ととらえます。紛争解決は国際的な権力間の利害調整の問題となります。

トイブナー氏は、これからの衝突は、政策的対立ではなく、世界社会の各分野ごとに形成された部分社会間の合理性の衝突が重要であることと見ます。法による統一の規範は成立することはなく、法は到底それらの矛盾を解消できない、互いの規範を尊重し、自律的部分社会同士の相互観察で規

存を図るしかないとなりました。例えば、ブラジルでのエイズ治療薬の特許を無視した製造販売では、保健の合理性と経済の特許についての合理性が衝突し、保健の合理性が優先されました。

現在の国内状況は、司法レジームが、国民国家成立時に制定された法規範に基づいて、国際的に規範が制定されている医療レジーム、航空運輸レジーム、産業レジームと対峙し、時にこれらに破壊的影響を与えているように見えます。

法律は規範の源泉ではありません。規範は人間の営みから歴史的に生じます。トイブナー氏は、分かりやすく言い換えると法は対話の形式だと主張して、司法に謙虚さを求めました。

業務上過失致死傷は組織ではなく個人の責任を対象としています。しかし、多くの医療事故や医療過誤はシステムの問題です。ヒューマンファクター工学では、人間のエラーの多くは環境から誘発されたものと理解されます。システムの問題について、個人の処罰で対処することは安全向上に寄与しないとされています。さらに、刑事罰を科すとなれば、憲法上、当事者は証言を拒否できるので十分な調査もできません。

医療の安全のためには、システムの機能不全と個人の能力不足に対処しなければなりません。これは個人の処罰では改善されません。システムの改善、個人の再教育、免許の停止、制限などできめ細かく対応すべきです。

イギリスでは、長年の医療費抑制政策によって医療従事者の士気が崩壊しました。入院待ち患者が百万人、手術可能と判断された肺がん患者の二〇％は手術を待つ間に手後れになります。多くの医師がオーストラリア、カナダ、アメリカに移住しています。このため、ブレア政権は二〇〇〇年に五年間で医療費を五〇％増やすと宣言しました。しかし、いったん医師の士気が崩壊すると費用を増やしても元には戻りません。

二〇〇四年、日本の医療費の対GDP比はイギリスより低くなり、先進七か国で最低になりました。日本でも外来診療には相当の費用が掛けられ

ています。しかし、入院診療は極めて低い費用で運営されています。医師や看護師の使命感と過酷な労働で支えられてきましたが、労働条件の悪化とリスクのため、仕事を放棄し始めました。

医療を崩壊させないようにするためには、医療事故の防止も重要ですが、事故がなくなることはあり得ません。医療過誤があることを前提にして、公平な処理システムを医療制度に組み込むべきです。

具体的には、専門の医療事故調査機関、公平な補償制度、安全向上を目指す行政処分制度の整備が必要です。

私の試算では、過失の有無に関係なく、医療に関連して身体障害や死亡を来し、患者、家族が不満を持つ事例は年間一万三千から二万六千件発生します。当該病院以外の第三者の専門家が、患者側の求めに応じて調査し、患者側にその結果を説明するようにする必要があります。

将来のあるべき医療事故調査機関の条件は、患者側の訴えに応じて調査を開始する、多数の調査を実施できる、調査員は医療の現場を熟知している、医師だけでは不十分で、看護師、臨床工学士、薬剤師など多くの職種が必要、人材の確保が最大の問題、病院団体が人材提供のかなめになる、法律家も参加し、犯罪性のあるものは検察に送る、海難審判のような民事の第一審に相当する権威を付与する仕組みが必要、そうしないと裁判が激増し、処理し切れない。別に補償制度を整備し、権威を付与された調査結果に基づいて、一定条件を満たす事例に対し公平に補償する必要がある。このような制度はスウェーデンやニュージーランドで既に実施されておりあります。

このような制度ができれば、それだけで医療の崩壊が防げるでしょうか。

ハナ・アーレント、政治哲学者ですけれども、彼女は「全体主義の起源」で、大衆による攻撃についてのトクビルの発見を紹介しました。フランスで大革命の初めに突然爆を切つたように起きた貴族階級に対する一般の憎悪の理由と動機は何

か、貴族階級はその権力の絶頂にはおらず、抑圧だの搾取だのは全く存在しなかった。だれの目にも明らかな権力喪失が民衆の憎悪をかき立てたのだと。

医療への攻撃はイギリスでも起きております。もし権威の喪失が攻撃の引き金になっているとすれば、現在、医療側が実施している改善そのものが攻撃をかえつて促進させ、崩壊を早める可能性すらあります。

医療は急速に崩壊しつつあります。私は、この一年余りに、患者支援団体、患者側弁護士、医療事故防止議員連盟、厚労省、裁判官、検察、私立医科大学協会、医療制度研究者、安全工学の専門家、メディアなどの方々との問題を議論してきました。全員に私の危機感を共有していただけた。意見の隔たりは実は余りありませんでした。

厚労省には、昨年からの、この問題に早急に対応するようにお願いしてきましたが、医療制度改革関連法案の仕事で忙しくて、いまだに危機に対応できていないのは見えます。沈み掛かった船で、船長が操船よりも保点検マニュアルの書換え作業を優先しているような印象すら受けます。いずれにしても、複数の省庁にまたがった問題なので、厚労省だけではこの危機に対応できません。省庁を超えた対策チームが必要です。対策を考えるに当たり、医療についての考え方のそごが崩壊の大きな原因なので、総論部分の国民的議論から始める必要があると思ひます。

以上です。ありがとうございます。
○委員長(山下英利君) ありがとうございます。
以上で参考人からの意見の聴取は終わりました。

これより参考人に対する質疑に入ります。
なお、質疑の時間が限られておりますので、参考人の方々には簡潔な御答弁をお願い申し上げます。また、委員長の指名を受けてから御発言をいた

だくようお願いをいたします。
それでは、質疑のある方は順次御発言願います。

○坂本由紀子君 自由民主党、坂本由紀子でございます。

今日は五人の参考人の皆様、大変貴重な意見をありがとうございました。時間の都合がございまして、全員のご意見を重ねて伺うことができないかもしれませんが、その際はお許しください。

まず、河内山参考人にお伺いいたします。

国民皆保険は世界に冠たるもので、私たち日本はこの制度を更に持続し、国民の健康の安心感を確保し続けられるようにしていかねばならないと思っております。特に国民年金につきましては、市町村の現場で大変御苦労をしてこられたわけであります。今回、都道府県を単位としたこの医療保険制度の再編が図られたのは大きな前進だという御意見がございました。さらに、今後都道府県にももう少し積極的に関与してもらえんというふうな御発言が最後のところにあつたと思っておりますが、今制度的に仕組まれていることに加えまして、都道府県にどのようなことを市町村のお立場で更に期待されておられるかということが一点。

それともう一点ですが、健康づくりというのがこれから大変大事になつてくると思っています。これは医療費の適正化にも大きな効果があるわけでありまして、この点は市町村単位でのお取り組みが有効だというのは参考人のおっしゃるとおりだと思います。その場合に、特に必要な方々にこの健康づくりに向けてのサービスがしっかりと届くかどうかという点については、その政策の有効性等、大変苦労をされることが多いかと思っておりますが、実際やっておられる中で、工夫していらっしゃる点、あるいは大変困難を来している等々のことがありましたら、この点についてコメントいただけたらと思います。

○参考人(河内山哲朗君) 国民皆保険を堅持をするために、国民健康保険が最後のとりででございますから、これをしっかりと運営ができるようにしなさいなならない。その点で、一定の今回の医療制度改革は評価ができると申し上げたわけでございますが、お尋ねのございました都道府県に対する期待でございますが、大きくは二つございます。

一つは、先ほどの話の繰り返しになる場所もあるかと思いますが、保険財政を安定するという意味では、本当に今の市町村国保というのは、具体的な数字を申し上げませんでしたが、毎年、最近では一兆円ほど一般会計から繰入れをしましてやつと成り立っていると、こういう状況でございます。これ、この場で申すべきことではないかもしれませんが、今地方交付税がいろいろ議論がされておりましたが、地方交付税というものはいろんなところに使われているというか、一般財源でありますから使うわけでございますが、従来は一般会計から国保会計に繰入れができるというふうな、一般会計に余裕があつて、余裕があつてというふうな、何とかできていた。これは例えば一般会計の方が変な形で地方交付税総額削減されまして繰入れもできなくなるといふような状況にも陥りますので、これは国全体の制度を維持するために地方交付税というものは大変重要な役割を担っているという意味で、もう一回、国会の先生方にも改めて認識をしていただきたいと、これはちょっと余談でございます。

そういうふうな財政状況でございます。何とか安定化しなさいなならない。一兆円というのは相当大きな金額でございます。したがって、今度、都道府県単位になつたときに、先ほども言いましたけれども、まずは知事さんといふますか、県が本気になりまして、どういふ点が保険運営の中の財政的な改善に結び付くのかといふような方策を都道府県を単位にしましてお考えになりますと、いろいろこれは工夫するところが出てくると思っております。

これは二つ目のお尋ねにも関係するんですが、県を挙げて健康づくりの事業をやつていくというふうなことになるかと、これは保険財政にとつてもプラス、都道府県民の健康、長寿の実現にとつてもプラス、そういう意味で、非常に財政安定を促すと同時に、健康づくりの面でも都道府県知事さんに期待をすることがございます。

もう一点期待をすることは、ほかの参考人さんの方々からも今医療提供体制のことで様々な問題提起もございましたけれども、やはり地域的にあるいは診療科目に偏在がございまして、これは国、都道府県、両方ともやはり保険を運営をするということと、医療提供体制をどういふふうにか、責任を持つことになりまして、医療の質をちゃんと確保する意味でも、保険はあるけれども医療提供はされないということになりますと、これは都道府県として責任果たせないわけでございます。そういう点でも非常にプラスになるのではないかと、またそういうことに、市町村長としては、お医者さん不足の問題、どこも苦勞してありますので期待をしております。これが都道府県に対する期待でございます。

それから、健康づくりの点ですが、坂本先生も御指摘のとおりで、どうやつて必要な方を探るか、これが一番健康づくりで難しいですね。どうしても市町村が行う事業というのは、健康づくりでも生涯学習でも、例えば青少年の健全育成でも、いろんな仕事をやりますと、関心もあつてもうよく分かつておられる方はいつも様々なPR活動を始め啓発活動の現場にお越しになるんです。本当に必要な方はなかなかお越しにならない。したがって、健康づくりも全く同様の事例が発生をいたします。

したがって、私は、これちょっと冗談のようにお聞きかもしれませんが、例えばハイリスクの将来生活習慣病でいろんな医療費が掛かりやすい方といふのは大体、例えば糖尿病を例に取りますと、この方はひよつとすると、空腹時だろう

といつたら、常時の血糖値高いんじゃないかなと思つたら、いろんな健康づくりや、健康づくりといふところだけじゃなくて、いろんなイベントのときに、最近の簡易な血糖値測定のキットみたいなものもありますから、そういったものを地域の医師会の先生方や様々な医療関係者とも協力をいただけて、その場でやつぱり御本人さんに、石を投げれば糖尿病予備軍は一杯おられるわけですから、いろんなイベントの際に、吸血鬼じゃありませんけれども、その場で血を採つてちゃんと血糖値を御本人に示せば、相当ハイリスクな人といふのは探し出せるわけですね。それはもちろん被用者保険の方もおいでになるでしょうし、国保の方もおいでになるんでしようけれども、その辺は連携密にして適切に健康づくりのプログラムに入つていけるようなお誘いをする、逆にこちらからいふと介入していくということが必要ではないか。だから、いろんな機会をとらえてハイリスクの人を探していくというのを、かなりこれを戦略的にいふか集中的にやりますと相当なハイリスクを発見は可能だと思います。それでもいろんなところへ出てこれられない方はたくさんおおいになりますので、何といつても健診の率を高めていくというのを、相当これを頑張つてこれからやる必要があるんじゃないかなと、こういうふうにしてございます。

以上でございます。

○坂本由紀子君 ありがとうございます。

それでは、次に柳澤参考人にお伺いをいたします。

参考人から提出していただいた資料の二ページ目を拝見いたしました。子供と保護者側の要因というのがございまして、この小児科医、特に病院の小児科医が大変な業務でいらつしやるということも大変なことだろつと思つていますが、この問題の解決について有効な手段としてどのようなものがあるか、御教示いただければと思つて

○参考人(柳澤正義) 今御指摘のとおりだと思います。子供と保護者、特にお父さん、お母さん方に対して、子供の病気の症状とそれに対する初期のといいますが、家庭でできる手当て、そういったことを教育、啓発するという事は非常に重要だということに考えております。小児救急の体制全体の中でもそういった取組というのは非常に重要だと思っております。そして、今もう既に各地で実際に行われておりますけれども、受診する前に電話で相談するというふうな仕組みといいますが、その地域地域におけるシステムというものが、こういった観点で有効に働かざるうというふうに考えております。

○坂本由紀子 ありがとうございます。

重ねて柳澤参考人にお伺いしたいんですが、その二ページ目の上の箱に産科医の不足はより深刻というのをごいしました。産科医の場合には絶対数がもう不足していて、どの地域でも本当に産婦人科の科目が閉鎖になるといようなことが起こっておりますが、こういう産科医になりたいという人たちが減ってしまっているというのは、いろいろ訴訟で訴えられているとか様々ありますが、こういうことを解決するための手だてというもので何かいいお知恵がありましたらコメントいただきたいと思います。

○参考人(柳澤正義) 今おっしゃったことも全くそのとおりで、数の不足という点では小児科以上に深刻な状況があります。それを一朝一夕にまた増やしていくということもまた非常に困難だと思っておりますけれども、その手だてとして集約化というふうなことが避けられないというのは広く認識されていることですが、やはり産科医、特に産を扱う医師になり手がなくなってくるということに関しては、分娩週期あるいは周産期における訴訟の多さということが大きく影響しているというふうな言われております。実際そのとおりだと思います。

ですから、そういう点が、先ほどの小松参考人の意見陳述とも関係しますけれども、そこですぐ

に訴訟になる、一定の割合で例えば後に脳性麻痺のような状態に至る赤ちゃんが生まれるということとは現実の問題としてありますので、また避け得ないということもありませんので、そういった事例が起った場合には無過失で補償すると。訴訟によらない補償制度といいますが、ADRというふうな訳語も使われておりますけれども、そういう仕組みを早急につくっていくということも重要ではないかなというふうに思っています。

○坂本由紀子 ありがとうございます。

続きまして、小島参考人にお伺いいたします。一つは、高齢者の窓口負担の引上げについての御意見がございました。

確かに現行よりは自己負担が多くなりますが、日本で行われておりますのは、社会保障について、高齢者に対する給付に比べて子供たちについて非常に薄いものになっていくと。例えば医療に担二割ということでありまして、そういう意味では子供たちというのは所得が全くない世代でありますし、特に小さいうちは若い人たちの給与も低いということからすると、そういう一定の限られた財源の中でどうバランスを取っていくかということがあると思います。

この点について、特に少子化の問題が強く言われている状況の中で、どうお考えなのかということをお伺いしたいと思います。

○参考人(小島茂君) 簡単に申し上げます。

確かに、今回の老人保健制度見直しの中で高齢者の窓口自己負担を増やすということになっております。それは、先ほど意見を述べましたように、様々な形で、税制あるいは社会保険、介護保険、医療保険の引上げ等が行われている中で更にこのことであるというので、そこはもう少し慎重に検討すべきだという意見を述べましたけれども、今御指摘されたように、社会保障全体の中で高齢者に対する予算配分と、子供、家庭に対する予算配分では相当バランスが良くない、アンバランスだという御指摘はされておりますけれども、

その際に、だからといって、じゃ、高齢者に対する給付を削って子供、次世代支援の方に配分するというストレートな形で見直すということではなくて、高齢者においてもやはり所得、資産における格差が極めて大きいという、これは政府も認めているところでありまして、これは社会保険の保険料あるいは自己負担というだけではなく、もう少し広い枠で税財政全体の中でバランスを図ることが必要だろと思うと思います。

例えば、税制でいえば、年金課税の見直しも行われてきましたけれども、資産課税の見直し、例えば相続税の問題とか、そういうことも含めて、税制、社会保険あるいは社会保険料、そして財政全体の中でバランスを図ることが必要になってくるというふうに思っております。その中の調整ということは当然必要だということに思っております。

今回、直接的に高齢者の自己負担を増やしてその分を子供対策の方に回すということだけではないだろうというふうに思っております。

○坂本由紀子 重ねて小島参考人にお伺いします。医師に限らず、看護師等も含めて医療従事者が、大変不足している現場が多くなっておりますが、この原因についてはどうお考えでしょうか。

○参考人(小島茂君) 確かに、医療現場、私どもの組合の関係でも医療従事者がたくさんおります。その中でも、特に救急あるいは急性期医療の現場では、医師不足あるいは急性期医療の不足ということが指摘されております。

本来、そういうところを、どう医師を確保するか、あるいは医療従事者をどう確保するかということが課題でありますけれども、今回、診療報酬改定の中では、多少なりとも救急あるいは急性期の方に手厚くという配分見直しをやったところでありまして、

そういう意味で、医療全体というよりは、医療提供体制の全体の見直し、今回の政府の見直しの基本的な考え方についても、医療機関の役割の分担の明確化と連携ということが指摘されておりますが、

ますが、そういう中で、長期入院と言われる問題を是正していくというような形を通じて、やはり限られた資源の中を適正に配分をしていくという、そういう観点からも見直しが必要だろうというふうに思っております。

やはり、医師は本場に今、地域の偏在が起っているというのには確かでありまして。そこをどう手当てするか。これは診療報酬だけでは解決できないというふうに思っておりますし、ただ単に医療費総額を増やせばいいという話ではないと思っております。そこは、逆に医療費の総額を減らせばいい、あるいは増やせばいいという総枠だけの議論ではなくて、医療の自身、質をどう担保するかと、その見直しがまず基本だろう。その結果、必要な費用については国民として、我々としてもそれを認めていく、あるいは拠出をしていくということ、そういう納得性の問題があると思っております。

今、国民が医療に対する、あるいは医療制度に対して不安あるいは不満を持っている、この解消。それはやっぱり、医療の質をどう確保するかということになってくるんだと、あるいは医療情報を国民にいかにかそれを提供していくかということになってくる、そういう中で問題解決しかならんだろうというふうに思っております。

○坂本由紀子 ありがとうございます。

最初に申し上げた高齢者の一部自己負担の引上げ等につきましても、負担できる範囲内で、全体の医療費の抑制が必要なか中で適正な御負担をお願いしているということであらうかと思っております。限られた財源の中でより質の高い医療が提供され、これからも私たちが世界に誇る国民皆保険を維持できることにならうように、国会の場においても努めてまいりたいと思っております。

どうもありがとうございます。

○辻泰弘君 民主党・新緑風会、辻泰弘でございます。

参考人の皆様方におかれましては、本日御参加をいただきまして、厚く御礼を申し上げます。二十分と限られておりますので、全員の方々に御質

問をさせていただきたいところでございますけれども、結果として皆様方に質問させていただけないことになるかもしれませんが、その節には御容赦いただきたいと存じます。

まず、河内山参考人に御質問をさせていただきたいと存じます。

既に、御本人からおっしゃったところでございますけれども、今般の改正案の一つの大きなポイントが、都道府県単位を軸とした医療制度、医療保険制度を推進しようということにあるかと思うわけでございます。釈迦に説法になるかもしれませんが、今度の医療費の適正化計画、また政管健保の都道府県単位の運営、後期高齢者における広域連合、都道府県レベルの、単位の広域連合による運営、また医療対策協議会、こういったことが打ち出されているわけでございませぬけれども、私自身は医療こそ地方分権が担うべきだと思いがありますし、医療は地域に根差すものだというふうには思っておりますので、そういった方向性自体は、まあいろいろ議論はあるんですけど、方向性自体は私自身は反対ではないんでございます。

今日も、もつと知事に関与してもらいたいとか、本気になればもつと工夫できるといふふうなお話がありましたし、都道府県に対する期待といたうことをおっしゃったわけでございますけれども、そもそも医療と地方分権というものをどう考えるかということでございます。地方は医療にどうかかわるべきか、こういったことについて基本的な御認識をお伺いしたいと思います。

○参考人(河内山哲朗君) どの程度の範囲が適当かということであれば、今現実にある自治体の範囲でいうと都道府県単位がいのだろうと、私は医療保険の単位としては思っています。

どういふ主体がどういふ問題にかかわるべきかと。先生も多分同じようなお考えをお持ちだと思いますが、対人的サービス、非常に、一人一人をマスで見ると、粒々で扱おうとすると失礼な言い方ですね、粒々の個人として対人的な

サービスを行うには、これは基礎的な自治体が非常に適切であろうと。基礎的な自治体でも、合併が進みましてので大き過ぎるかもしれません。ただ、一方で、医療保険制度を運営するとか、全体の中で医療提供体制に過不足を生じさせないようにバランスを取って、お医者さんの配置だとか病院の配置だとか、そういうものをしているというふうには思います。

したがって、分権と医療ということでは、私は保険の運営は、たまたま今都道府県単位を軸としてということになっていますが、全国一本でも保険の運営は大き過ぎるということはないと。これは全国市長会、従来からあらゆる制度というものを一本化、一元化すべきだということについては余り分権的に考えない方がいいのではないかと。それは、リスクを分散させているんないか。起こったときになるべく、分母、分子というのは別のことで今話題になっていますが、分母を大きくするとするのはやっぱり非常に保険の安定運営のために大事ですから、分権と医療ということからすると、私は保険はもつと広くてもいいのではないかと考えております。

ただ、医療提供の体制をどういふふうにするか、先ほどから小児科の先生の問題とか産婦人科の先生の問題、偏在があります。そういったものをうまく調整するというのは、これは国全体で調整したのではちよつと市民の感覚からずれますので、これはもう都道府県単位ぐらいがやっぱり非常にいいのではないかと。したがって、分権ということでは、それぞれ対人的なサービスをどうするか、これは基礎的な自治体でしよう。それより少し大きな範囲でやるべきことというのは、今申し上げたようなことは都道府県の仕事としてやっただ方が市民や県民のためにはなるのではないかと、そういうふうには考えております。

以上でございます。

○辻泰弘君 失礼しました。当面は都道府県単位での国保の一元化、そして、そういう将来の姿として国保の全国単位の一元化と、こういうことでございます。

○参考人(河内山哲朗君) そうでございます。

○辻泰弘君 ありがとうございます。

では次に、小島参考人にお伺いさせていただきます。先ほど御言及があったと思いますけれども、今回の医療制度改革の最大の課題は、高齢者医療制度であると思うわけでございます。今度の政府案は言わば独立方式に該当すると思うふうには思っておりますけれども、先ほど参考人は引き続きの検討もあつてしかるべしと、このような御見解を示されたと思うんですが、連合としてはこの高齢者医療制度の基本的な仕組みといたしまして、制度設計においてどのような案を検討され、提案されているのか、御説明いただきたいと思っております。

○参考人(小島茂君) 先ほど、連合としましては従来から主張しております高齢者、新たな高齢者医療につきましましては、いわゆる突き抜け方式という言い方をされておりますけれども、サラリーマン、雇用労働者が退職した後も引き続き被用者グループで支えていく、そういう仕組みをつくるべきだという考え方であります。

詳しくは、概要が、今日お配りしておりますこの社会保障ビジョンの十九ページの上の方に連合の考え方がイメージ図という形で出ております。問題は、今高齢者医療制度、これは従来からずっと抜本改革の最大の柱ということでありまして、保から実質的に地域の国民健康保険に移るといふことで、高齢者が国保の方に多くなつてきているというのが最大の要因だと思っております。

そのために、やはり先ほど指摘されておりますけれども、国民健康保険は最後の国民皆保険制度のとりでということでありまして、国保の財政

運営あるいは基礎を強化するということは、私にとりまして重要なテーマというふうには思っております。

そのために、被用者グループについては、高齢者を退職したからといってすぐ市町村に送り出してしまふというふうにはなく、生涯被用者グループで支えるという考え方を取っております。やはり、現役時代から定年退職した後も引き続き生涯を通じて健康づくり、あるいは予防対策ということをきちつとやっつけていくというふうな仕組みが必要だということで提案をしております。

この十九ページ、あるいは現行制度も、退職した後現在は国保に加入されている方は退職者医療制度ということで給付を受けておりますけれども、この退職者医療制度、これは退職者の保険料が三割と被用者グループからの拠出金が七割、これによって賄われているということになりますので、これは実質的に今の退職者医療制度というのは被保険者、被用者グループそのものだというふうには思っております。

そういう意味で、国保に移るんではなくて、引き続き被用者グループで支えようと、そういう仕組みを提案しているというのがこの連合が主張しております退職者健康保険制度という考え方であります。

当然、高齢者自身の保険料につきましては、現役の場合には労使折半と言われますので、退職者についての保険料の半分は現役世代が支援をするという形で考えております。国保と被用者グループとの言わば財政調整といいますが、制度間財政調整については、保険料ではなくて公費、税金で傾斜配分をやつて財政調整をやる、そういう考え方を持っていますということが連合の突き抜け方式という考え方であります。

○辻泰弘君 もう一点、基本的なことをお伺いしておきたいんですけども、政府自身も医療保険制度の一元化というのは基本的な方針として持っているわけですが、この保険制度の一元化

についての連合としての、小島参考人としての御見解をお示しいただきたいと思ひます。

○参考人(小島茂君) これも、昨年末の政府・与党の医療制度改革大綱の中には医療保険制度の一本化を目指すという事が示されておりますけれども、その内容はどうかというのとは分りませんが、もし仮に医療保険制度の一本化をするのであれば、全国一本での制度、地域保険の国民健康保険と、それからサラリーマングループの被用者健保を統合するという考え方もあります。

実際、じゃそうすると国が運営するのか、あるいは地域で運営するのかということになれば、やはり国一本という形についてはなかなかこれは大き過ぎて非効率な問題。だからこそ今回の政管健保の公法人化、そして都道府県単位の運営ということになったんだと思ひますので、やはり一本化したとしても地域での一本化という形になるんだらうというふうに思ひますけれども、そうしますと、サラリーマングループの保険料徴収の問題、言わばそれは保険料算定の基準になる所得捕捉を自営業者とサラリーマンが本当に一緒の基準で取れるかどうかという問題、それとサラリーマングループの事業主負担をどうするかという問題も大きな課題としてありますので、その辺も解決しないと、この医療保険制度の一本化というのはなかなか難しいというふうに思ひております。

連合は、基本的には当面地域保険とそれから被用者健保の二本立てを基本に整備をしていくという考えを取っております。お隣の韓国では、何年前か前に自営業者の地域保険とサラリーマングループの被用者健保の全国一本という、一本化をしたという事になっておりますけれども、実際になかなか保険料徴収に伴う所得捕捉の格差の問題が解消できない、あるいは財政運営上様々な問題が起こっているという事で、必ずしも一本化がスムーズに進んでいないという事実もあります。そういう韓国の事例なども十分ひとつ参考にするべきだというふうに思ひております。

やはり、その前には、全国一本化をするという

より、その前に、先ほど指摘されましたけれども、まず市町村国保の広域化、都道府県単位レベルでの広域化を目指すということ、それとその運営主体の公法人化ということも含めて少し検討して、その実態を進めていくということが先ではないかというふうに思ひております。

○辻泰弘君 先ほど言及がありましたけれど、高額療養費自己負担限度額等々の問題ですけれども、高額療養費制度が非常に計算方法が複雑だというふうな御指摘だったかと思ひますけれども、参考人としての高額療養費制度、また今回の改正についての御所見を伺いたいと思ひます。

○参考人(小島茂君) 先ほど、十分ちよつと意見を述べる事ができなかったんですけれども、そもそもこの高額療養費制度による自己負担限度額という制度は、今、医療保険制度の現役の場合には、健保本人については三割、あるいは家族も三割ということになりますので、その負担増、家計負担を軽減するという措置のために導入された制度であります。

しかし、二〇〇〇年の健保法の改正のときに、この定額、一か月上限を決めている定額の制度に加えて、医療費に連動する、一割という、プラスアルファといいますが、こちらの方が大きいんですけれども、この制度が入ったということによりまして医療費に連動する一割という、自己負担といいますが、これについては言わば天井がないという形になりますので、そういう意味ではこの高額療養費制度の趣旨に反する措置ではないかというふうに思ひております。

そういう意味では、連合は従来から、医療費に連動する一割についてはやめるべきだというふうに思ひておりますし、それから、今回提案されている内容につきましても年齢によって相当細かく高額療養費の限度額が決められるという仕組みになつておりまして、今日お配りしております連合のアンケート調査の中にも、この高額療養費制度についての認知度は、ある程度知つて居るけれど

も、なかなか使つてないという実態が出ております。なかなか個人ではこの制度を十分把握して利用するという事になっておりませんので、もっとシンプルな形にして、できれば、各医療保険者が該当者に通知をしてその手続を簡素化するというふうな仕組みも併せて検討すべきじゃないかというふうに思ひております。

○辻泰弘君 もう一点、小島参考人にお伺いしたいと思ひますが、療養病床の再編についてですけれども、先ほど参考人は、入居者の処遇に十分配慮しつつ確実に実行するようというふうな御趣旨だったと思ひますけれども、この点については、介護難民が出るのではないかと不安、あるいは医療関係者からする政府の方針転換が急過ぎて病院経営に支障を来すといったような御意見、御不満も出て居るわけですが、この点についてどのようにお考えでしょうか。

○参考人(小島茂君) この点につきましても、先ほど、基本的には今の再編の方向を進めるべきだというふうに思ひております。

確かに、今御指摘されました入居者の問題、あるいは今の開設者が不安を抱いて居るということがあります。しかし、実態は、先ほど参考人、保団連会長さんの資料でも紹介されて居るけれども、必ずしも今の療養病床、医療型、介護型に入所されている方に治療の必要度ということについてはそう高くないという実態が出て居ります。しかし、入居者、言わば、特に介護適用の療養施設については、介護適用、これはどちらかといえば介護適用でありますので生活の場という施設、そういう位置付けが必要だというふうに思ひて居ります。しかし、療養病床という形で医療施設がベースでありますので、必ずしもお風呂とか談話室といったようなところが十分に、生活の場としての施設が充実されていないという事で、そういう中に入居されている方の生活の向上、質の向上といひますか、あるいは高齢者の尊厳を保

持するという事、実態についてはそれに反するような状態の中で入居されているのではないかと、いうふうに思ひますので、やはり高齢者の状態にふさわしい施設に転換していくということがまず必要ではないかというふうに思ひて居ります。そのために、入居者が、ちまたで言われているような追い出しとかいったような事が起こらないような措置は十分にこれは必要だろうというふうに思ひます。

そういう観点からも、今回、療養病床再編に伴つて各保険料からも療養病床の転換の支援金という形で出すということにもなつて居りますので、それを有効に活用する、あるいは国の直接的な支援策ということも充実させるということが必要だというふうに思ひて居ります。

○辻泰弘君 小島参考人に最後の御質問になると思ひますけれども、意見陳述の中で、政管健保の公法人化が連合が提唱されている社会保障基金の考え方に沿つたものだといふふうな御指摘があつたと思ひますけれども、その連合が提案をされているという社会保障基金、それについて簡潔に御説明いただきたいと思ひます。

○参考人(小島茂君) これにつきましては、今日配付しております、やはりこの社会保障ビジョンの中で、十四ページのところ、連合がこのビジョンの中で提唱しております社会保障基金という、そういう考え方を示しております。

これは、端的に言ひますと、これからの社会保障制度につきましては、やはりその制度運営に対して国民なり保険料を拠出しているものが直接主体的にかかわつていく、その運営に直接かかわつていくということがあつて初めて責任の分かち合ひ、あるいは透明性を高めていく、そういうことが必要になつてくると思ひますので、それはこれからの社会保障制度については不可欠な制度だといふふうに思ひて居ります。

それを、具体的には連合のこの考え方は、雇用労働者などを対象としております社会保険あるい

は労働保険の運営を政府から独立させて第三者機関、言わば公法人、そういう位置付けにして労使の代表によって管理運営をする、そういう仕組みを考えております。それを総称して社会保険基金というふうに呼んでおります。これはドイツの疾病金庫、日本の健保組合に当たるところでありまして、関係当事者の自主管理方式をベースにして全国の疾病金庫あるいは全国の老齢年金金庫、全国家族手当金庫といったようなものをつくっております。

そういうものを参考にして連合としてはこの構想を出したものです。日本でも東京大学の神野彦先生などが提唱しております三つの政府論、すなわち中央政府、地方政府、そしてもう一つの政府としての社会保障基金という、そういう位置付けをしておりますので、そういう位置付けで連合としては提唱しているということで、そういう考え方に沿って今回の政管健保の公法人化が進んでいるというふうに我々は理解をしております。

一方、今衆議院の方に掛かっておりますけれども、新しいねんきん機構組織、ねんきん事業機構法案、これについても、今の法案の中では必ずしも連合が提唱するものについては不十分ということでありまして、やはりそこは被用者あるいは労使代表が直接参加をしてガバナンスを確立する、そういう観点からの見直しが必要じゃないかというふうに思っております。

以上でございます。
○辻泰弘君 以上で終わります。ありがとうございます。

○渡辺孝男君 公明党の渡辺孝男でございます。参考人の方々から貴重な御意見いただきました。ありがとうございます。時間の関係上皆様にお聞きすることができないかもしれませんが、その点は御容赦いただきたいと思っております。

まず、河内山参考人にお伺いをしたいんですが、先ほども市町村国保の場合は被保険者五〇％が無職とか高齢者の方で大変困っているというよ

うなお話ございました。平成十五年度の市町村国保の赤字保険者数を見ますと七二・八％が赤字だということなことで、大変そういう財政的な面で持続可能な保険制度、医療保険制度をつくっていくということが本場に喫緊の課題であると、そのように思っておりますが、今連合さんの方からは突き抜け方式の形でやったらいいんじゃないかというふうなお話もございました。

市町村国保の方々の保険者の方の御意見としましては、今回提案されているような後期高齢者の独立の保険制度をつくっていったらいいの、それとも突き抜け方式みたいな形の方がいいの、御意見はどんな具合でしょうか。

○参考人(河内山哲朗君) 先ほど少し申し上げましたが、私ども市町村長が保険を運営するという責任を今は制度的に負っていますが、本当にこれは難しいですね。

保険者として考えれば、なるべく医療費は掛からない方がいい、お医者さんには行ってほしくない。それから、一方で低所得者の方々も含めて保険料というのを徴収をしないやならない。これはなかなかつらいものがありまして、被保険者である国保の、いわゆる被保険者の方々も制度は充実した方がいい、保険料は少ない方がいい。これはもう市議会でもいつも議員さんからも御指摘を受けているんですね。したがって、保険の運営というのは、やはりもう少し広めがいいだろうと。広めがいいというのは、先ほど言いましたように、全国一本というのは広過ぎるという話もありますけれども、それがいいだろうと思っております。

後期高齢者についても全く事情は同じでございます。我々は地道に保険料の徴収であるとかだれが被保険者でありますよという適用、この仕事は一生懸命、これは現場に一番近いわけですから我々市町村がやりますが、保険の運営ということからすれば、なるべく制度に関係なく全国一律の制度の方が望ましいと。そういう意味では、今回の後期高齢者医療制度というのは、今までにな

い、年齢だけに着目をした、被用者保険でもなければ地域保険でも、まあ結果的には地域保険ということになるかもしれないませんが、被用者保険、地域保険という別なくすべての方を対象とするという制度でございますから、従来からその方が望ましいという、一本化、一元化、それに向かつて、一里塚という表現が正しいかどうか分かりませんが、そちらの方向にあるというふうに思っておりますので、そういう意味では、その点についていいのではないかとという評価をしていると、こういうことでございます。

○渡辺孝男君 先ほど健康づくり、住民の方々の健康づくりが大事だというお話がございました。また、個人情報の件もございました。今、がん対策とか、あるいは脳卒中とか心臓病等、一番、上位三死因のわけですけども、特になんか対策なんかの場合には、やっぱり我が地域ではどういふうかが増えているのか、地域というよりも、市町村単位よりもっと大きい単位で調査等しなきゃならないのではないかと思っているんですが、なかなか個人情報把握するというのが非常に難しいんですが、河内山参考人の場合は、こういう個人情報公益的に使っていくと、それでプライバシーにもなるべく触れないような形でやっていくというような場合は、そういう法律的な裏付けというものがやっぱり必要だというふうな先ほどお話しもございましたが、何かその点で提案みたいなのはございますでしょうか。

○参考人(河内山哲朗君) 個人情報保護という、価値というのは、確かに非常に大事な話、権利であり、また、我々行政機関としては特に配慮しなきゃいけない、あるいは注意をしなければならぬ事項だと思っております。

それで、個人情報とほかのものを、ほかの価値というものを時々比べる必要が出てくることがあります。例えば、具体的に言いますと、災害のときに、災害弱者というのは、どの地域の中でどのお宅にどういふ災害弱者がおいでになるのか、これを把握することは災害の災いを減らす減災の

意味では非常に重要なんですが、今、私ども地方自治体でも防災対策を行うのに、自治会長さんや役所も、それから民生児童委員も含めまして、個人情報扱いというのには非常にいつも苦慮しているわけですね。したがって、個人情報を保護するというその価値もあります。それから、人命を保護するという、そういう価値もあります。時として、どちらが大事かといって、冷静に考えれば人命の方が大事なことにはつきりしているんですが、そこに至るまでに個人情報というバリアがありまして、なかなか施策を展開するのが難しい面がございます。

そういう意味では、一つには法律的な裏付けを持つということが大事でございますし、それ以前にございますか、それと同時に、個人情報にかかわりまして昨今のやっぱりちよと過剰反応みたいなものもありますんで、国民的なコンセンサスといいますが、個人情報という価値と別の〇〇という価値と両方本当はぶつかる場合があるときには、みんなのやっぱり理解と納得によってこういうふうな取扱いをしようではないかというコンセンサスを得ることが地方自治体のような現場ではやっぱり大事だと思います。

分かります今の例で申し上げますと、これから健康づくりをやっていく上で、やはりみんながそれは大事だと、こう思っていたことが非常に大事だと。加えて、やはりそれは法律のなというカテゴリー的には、こういうふうな理由によって個人情報というものを保護しつつ、こういう扱いができるんだということが明確化されていると我々としては仕事がやりやすいと、こういうふうな思っております。

○渡辺孝男君 もう一つ、河内山参考人にお伺いしたいんですが、先ほど、健康づくりには何か今以上に財政的支援があればもっと医療保険を使わずに済むのではないかと、あるいは住民も健康、長寿を全うできるのではないかと、そういう御意見がございましたが、例えばどういふ形がそういう健康づくりに対する財政支援というのがある

という健康づくりに対する財政支援というのがある

ればよろしいでしょうか。

○参考人(河内山哲朗君) 一つには、保険者である、例えば市町村は国保の保険者でございますが、その背中を押すという意味でいいますと、健康づくりやるのに、非常に、ある意味では初期投資みたいな、そう大きな額じやありません。先ほど申し上げた具体的な事例で、例えば徹底して糖尿病対策をやってみよう、あるいは糖尿病が重症化しないような対策を講じてみよう、そういったときに、現場の保健師さんだけではなくて、いろんな人が、それでは自ら血糖値を測ってみようという、そういう例えば取組をやってみましょうと。そうしますと、簡単な採血ができて、十五秒ぐらいで血糖値が出てくるような器材がありますね。ああいったものをもう少し、今かなりの値段がいたしますが、ああいうものを全国的普及を図るということであれば、単価下がってまいります。

そういうものを全国的にやってみようではないかというように、これに対して財政的な応援をするという方法も一つですが、これは国を挙げて、国民病的になっているわけですから、そういったもの対策に必要な器材というもののコストを下げるための全国的な努力をしてみましよう、こんなことを例えば国を挙げてやってみたくと随分と進むんではないかと、そういうふうな思いがございます。

○渡辺孝男君 私も前、国保の方で、温泉を使った健康づくりで引きこもりをなくして、高齢者の方々が温泉だといらっしゃると、そこで健康教育をしたり、いろんなお話をしていくと、生きる、何といえますか、喜びとか、もつと健康で生きていこうというような意欲が出てくるというようなことも影響して、健康づくりには役立つみたいなお話を聞いたことがあります、そういういろいろな地域の資源を活用した健康づくりというのは非常に大事だということも考えております。

次に、柳澤参考人の方にお伺いしたいんですが、先ほどお話がございました合計特殊出生率が二〇〇五年度一・二五に下がってしまったというようにもござります。国民の皆さんの、いろんな小児医療等、周産期医療等に携わってまいりましたが、そういうお産に対する不安とか子育てに対する不安というものは、やはりかなり今強くなっているんでしようか。現場の御意見はいかがでしようか。

○参考人(柳澤正義君) 今の少子化の進行に関して、合計特殊出生率が昨年度一・二五ということにも表れてはいますけれども、その要因としては、若い人たちの、まあ何といいますが、未婚率が高くなっているということが従来言われていた一番大きな原因であったわけですが、近年はそれに加えて、結婚をしても子供を持つとしないカップルが増えているという、その要素も加わっているというふうな言われております。

そういうことで、若い方々に結婚を勧めるということも、もちろんそれも一つの重要なことですが、結婚している方々に、妊娠して、分娩、出産して、その後、育児にも十分御夫婦で取り組むといえますか、楽しく育児ができるような体制をつくる。それには財政的な支援も必要です、そしてまた、まあ何といいますが、財政面だけではなくて、様々な支援というものが、保健、福祉の面での支援というものが欠かれませんし、そういうことによつて欧米の一部の国では出生率が回復している国もあるというふうなこともありますし、国内でもそういった自治体があるということも聞いておりますので、非常にこれから、どんどん赤ちゃんが増えていくということは難しいにしても、これ以上とどんで下がっていくということを防ぐ上での対策というものは、できる限り、考え得る限り、様々なことをしていかなければいけないと、していつてほしいというふうには私に考えております。

○渡辺孝男君 前もつていただいた、柳澤参考人にもう一度、別な質問をしたいと思うんですけれども、いただいた参考資料等見ますと、周産期ネットワークの未整備県がまだであると、超

未熟児といいますが低体重児等でやつぱり大変苦労したというふうなお話が恐らく若いという女性の方々にあれば、やつぱりお産というのは大変だなどというふうな思いもされるところです。また、残念ながらお亡くなりになってしまえば、やはり心の傷といえますか、そういうものを残してしまおうということ、そういう子供さんを産み育てるということが、いろんな努力をすれば本当に、どういう障害があったり未熟児であつてもちゃんと個人として成人されて社会で活躍できるんだと、そういう安心感があれば、やつぱり子供をもう一人産みたいとか産んでみたいというふうなことが起こるんじゃないかと思うんですが、そういう周産期ネットワーク未整備県をどう解消していったらいいか、その点で何か御意見ございましたらばお伺いしたいと思います。

○参考人(柳澤正義君) 周産期医療ネットワークに関しては、私の記憶も確実ではございませんけれども、平成八年にそういった制度が行政施策として行われて、都道府県でネットワーク、総合周産期母子医療センター、それから地域周産期母子医療センターを持ったその周産期ネットワークを整備した県が次第に増えてきているという状況は確かにあると思っておりますが、昨年、私が担当した健やか親子21の中間評価の中でも、四十七都道府県の中で、昨年度のまとめで二十九の都道府県でしかまだ整備されていないということでありました。逆に言えば、残りの県で早急に整備されなければならぬと思っておりますが、その際に、やはり一番現在問題になっているのは、例えば総合周産期母子医療センターを設置しようとしても、産科医がその施設として必要なだけ確保できないと、それからまた、総合周産期母子医療センターですと大きなNICUがその中になければならないわけですが、NICUを支える新生児科医も確保できないと、そういったことが非常に大きな隘路になっているんでないかなというふうな考えられます。ですから、やはり県として様々な手当てという

も、やはりその根底に人的な資源の確保ということが一番重要ではないかなというふうに思っています。

○渡辺孝男君 今、小児救急等、なかなか人手不足というふうなことで大変だと、小児科医療に携わる方々も過重労働で、やはり集約化の流れというのは是非とも必要だと。今の地域でも、小児科のドクターの場合は集約化をしながら地域の小児科救急医療等にしっかりと頑張っていこうという流れにあります。

ただ、その過程の中で、今まで小児科をやっていた病院等が集約化のために医師不足になってしまつたというふうなこともあつて、どういう経過処置をとつていったらいいのか、また小児科医等、産科も含めまして、どのようにそういう科を選んでいただけなのか、今臨床研修制度、二年目終わっているわけですが、何かそういう点で、こういうふうにご改善していただければ、よりそういうところに参入していただく医師が増えてくるのではないかと、何か御意見がございましたらお伺いしたいと思います。

○参考人(柳澤正義君) 今お尋ねの件に関して、二つ問題があつたと思つてます。一つは、集約化というふうな過程において、地域の医療機関といえますが病院、それまでずっと非常に少ない陣容で頑張ってきた病院が、そういった集約化に伴って更に縮小せざるを得ない、そういう病院というのは確かに出てくるわけで、それをどのように進めていくかと。それについてはこうすればいいというふうな決まった方式が、もちろん提案することは非常に難しいわけで、やはりその地域の住民の方々と行政、住民、また医療提供者側、そういった場での協議、それを具あるいはさらには国といったところからの強力な指導といえますか、支援によつてその協議を進めていくというふうなことがやはり必要ではないかなというふうには私は個人的には思っております。

そして、あともう一つ後半の、若い人たちがそういう小児科医療とかあるいは産科医療に参加

していくと、加わっていくということも、これまで非常に重要であって、これこそむしろ数を増やしていく。今後十年後、二十年後に向けて非常に重要なことになろうかと思えますけれども、それはやはり卒前教育の中で小児医療、特に小児の救急医療ですとかそういった教育を充実していくということとともに、卒後新医師臨床研修については、この二年間それが実際に行われて、今年の春にその二年間の最初の研修を終わった人たちが専門研修に進んでいるわけですが、その二年間の初期、新医師臨床研修をやったことにより小児科医あるいは産科医の志望者が減ったのかどうかということに関してはちよつといろいろ議論があります。

従来の医育制度といえますか、医師の研修の中心を担ってきた大学の医局から見ると大幅に減ったと、非常にゆゆしき事態だという見解が非常に強いんですが、だから新医師臨床研修制度自体をまた見直さなければいけないというふうなところまで話が出ていますけれども、その一方で、新医師臨床研修、二年間の卒後研修をやった大学病院以外の病院で、あるいはまた大学から離れたところで小児科医なりまた産科医を目指すという人たちも、これも大幅に増えていますので、総体として小児科医が本当に今この研修制度の変更によって減ったかどうかというふうなことにについてはまだ明確になっていないというふうに私は思いますし、私の個人的な印象としては決して減っていないというふうに思っています。

○渡辺孝男君 ありがとうございます。
○小池晃君 日本共産党の小池晃です。
今日はありがとうございます。時間の関係で全員に質問できないかもしれませんが、御容赦ください。

住江参考人にお伺いをしたいんですけれども、後期高齢者医療制度の問題で、これが、一つは高齢者に保険料を取ることと、現役世代は別建てで自分たちの保険料と高齢者向け保険料ということが峻別されて取られるようになる。このこ

とによって、やはり介護保険で既にやられているような後期高齢者の給付抑制が、診療報酬体系も変えると言っているわけですから、かなりドラスタックに進むのではないかと。既にもう自民党の丹羽雄哉氏などからは包括化なんだという話も出ています。この後期高齢者医療制度が高齢者医療の中身にどんな影響を与えることを危惧されるか、お聞かせ願いたいと思うんですが。

○参考人(住江憲男君) その危惧ということですが、けれども、まずもって最後の、冒頭説明させていただきまして、財源的な問題でいけば十分財源はあるわけですから、何らそういうところに新たに新高齢者医療保険制度という、そういう枠組みをつくることは全くもって必要ないと考えておりますけれども。

まず、やはり後期高齢者専用の診療報酬という持っていく方にされるという、また現実的に特定健診・保健指導の対象から外されると、そういう問題点がございまして、当然別建て、そしてまた内容もそれ以前の年齢層に対する医療と異なることがもくろまれていたことはもう明々白々でございます。

説明のときにも言いましたように、そういう中に何も、七十五歳以降ではない、六十五歳から七十四歳の障害者認定一級から三級受けた方々をほり込むこと自体が全くもって問題点だと思っております。

○小池晃君 それから、今回の法案で保険外併用療養費というのがこれは法律に明記される、評価療養、選定療養という形で再構成されていくわけですが、このことによつてどう御心配をお持ちか、お話しただければと思うんですが。

○参考人(住江憲男君) まずもって混合診療の問題ですけれども、評価が定まり、安全、安心な医療技術なら、国民万人が享受できるようにすることこそ、医師、科学者としての倫理綱領であると考えております。時の国家権力によつてこの倫理綱領がどれだけのゆがめられたか、私どもは七三一部隊問題のように、痛苦の反省を医師、科学者が

持っているということを言いたいと思っております。先ほどの混合診療の弊害ですけれども、やはり経済的負担の差によつて医療選択の幅が限られるという、そういうところにとつては本当に危惧を感じております。

○小池晃君 それから、この保険外併用療養費、混合診療の問題にしても、営利企業による、民間企業による病院経営の問題などにも、かなりアメリカからそういう要求が来ているというのは、これは事実としてはつきりあると思うんですね。日米投資イニシアチブとか、あるいは在日米商工会議所などの年次報告などもそうですし、年次改革要望書ももちろんそうです。そういう背景についてはどのように見ていらっしゃるか、お聞かせください。

○参考人(住江憲男君) おっしゃるとおりでございます。年次改革要望書、そういうところにも、もう日本国民のあらゆる生活の部面においてアメリカ政府、アメリカ大資本の要求が網羅されております。

例えば医薬品、これについては、医薬品審査の問題については日本独自の自主的、主体的な薬事審査、すなわち日本国民を薬害から守り、そして化学物質からの汚染を守るという、そういう主体的な薬事審査があつてしかるべきなのに、その年次改革要望書では、アメリカが、アメリカ政府なりアメリカの資本が革新せいと言え、もうそういう日本独自の主体的な薬事審査を吹っ飛ばしてしまつて、アメリカ言いなりの薬を導入すべし、そういうところを見ますと、本当に日本国民の命、健康がアメリカの在庫処理場にされる、実験場にされる、そういう危惧を抱かざるを得ないと思っております。

そしてまた、混合診療のもくろみというんですか、背景として、拡大した公的医療保険の自己負担部分とか、そして混合診療部分に対する民間医療保険の巨大なやっぱり市場拡大にされること、そして医療への営利参入、おっしゃつたように公

的保険で最低限やはり収入は確保して、更にもうけを得るために混合診療という、何か本当にペーすは公的医療保険での収入を確保してという、そういう二重、三重のやっぱりもうけのパターンと言わざるを得ない。

また、やはりその公的医療費を抑制することでもつて、我が国のやっぱり大企業というのは従業員などの保険料負担も大幅に削減する、やっぱりそういう効果もねらわれていると感じております。

○小池晃君 特定健診制度についてお伺いしたいんですが、これで市町村の健診事業に対する責任が後退するおそれもあるし、保険者に健診を義務化していくということがどう問題点があるか、その辺についてお聞かせ願えますか。

○参考人(住江憲男君) もとより健診や健康づくりの機会を保障することは大事でございますし、必要な予算の確保ということは十分議論していただき、確保していただきたいと思っております。

この医療費適正化、そしてまた予防重視ということでもつて生活習慣病対策と言われているんですけども、その生活習慣病に陥つた患者さんにとつては、これは本当に、労働条件を背景にしたものでございまして、とりわけ生活、今本当に生活に厳しい方が、社会的固定費と言われるそういう部分が過ぎて、それを辛うじて捻出するため食料費すら削つているという現実がございます。

ですから、そういう貧困対策ということこそが真つ先に取られるべきであつて、そういうことに波及する健康管理番号というふうな一元的健康管理体制のそういうことも、まずもつて、そんな管理体制を思ひますけれども、まずもつて、そんな管理体制をすることよりも、やはり社会保障、貧困対策、そういうところが真つ先に取られるべきであり、また、後期高齢者広域連合とか政管健保、組合健保、市町村国保を都道府県単位に再編成するということも、これは結局は特定保険料、特別診療報酬の下で地域格差をやはり是認する、そういうも

くろみと受け取らざるを得ない問題だと思っております。

以上でございます。

○小池晃君 ありがとうございます。

続いて小松参考人にお伺いをしたいんですけども、参考人の先ほどの主張の冒頭でおっしゃられたように、日本の医療というのは二つの強い圧力にさらされていて、一つは医療費抑制で、一つは安全要求だと。

その医療費の抑制ということについて、今回、老人保健法という法律の目的が、名前が高齢者医療確保法と変わって、目的にわざわざ医療費の適正化ということが盛り込まれてくるんですね。適正化の名の下に実際は抑制だと思っております。これが在院日数の削減という話もあるし、後期高齢者は今議論あったように一層全体として抑制の仕組みがつくられようとしているし、都道府県ごとに保険料を設定して、これも競争させると。医療費の抑制の大競争が高齢者の中でも、全国都道府県でも起こるような仕組みが今回の法案では盛り込まれているんですが、こういうやり方によって、小松参考人が危惧されているような日本の医療現場の崩壊という危機感というか、これがどのように入っていくか、お聞かせ願いたいんですが。

○参考人(小松秀樹君) 私は保険については余りよく知らないんですけど、いずれにしても、日本では医療費が高いという前提なんですけれど、それで前提として抑えなければならぬ。だけれども、それなりのお金は掛かるわけで、日本よりずっと前に抑制を重ねてきていたイギリスは完全に崩壊いたしました。イギリスの医者は外国へ行っている。

今、日本の医者は非常にやる気がなくなっています。どういふふうになっているかという、医療費の抑制もあるし、それとやっぱり患者さんとのあつれきなんです。

実は、医師の不足は地方だけではありません。私どもの、私の実は科でも今三人欠員になっています。都内の産婦人科の、大きい病院の部長さん

というのは私そんなたくさん知らないんですけど、私の知り合いが二人、定年を大分残して辞めました。一人はもうしばらく医者をやりたくないと言っていましたね。

それから、福島県で、福島県の大野病院の事件がある前に、福島県立医大の教授は私の同級生なんですけど、から昨年九月に聞いた話なんですけど、福島県の基幹病院の内科部長が四人ほど一遍に辞めてしまつて、非常に困つていまして、辞めたね。それから、つい最近聞いた話ですけども、いわき市という三十五万人ぐらいの都市があります。そこには千床ぐらいの病院と、あと八百ちよつとあれですけど、大きい病院が二つあります。その二つの病院とも産科診療が近いうちになくなりそうだという話を聞きました。

これ、どこでもあるんですよ。外から見るとはるかに大変な状況で、みんな辞めようとしている。それで、辞めた場合にはどうなるかという、そのいわき市の大きい病院では、今、少し前まで部長さんやられていた方は実は産科を辞めて、ちっちゃい病院に移つたんです。それで、そこで婦人科だけやっている。ちっちゃい病院に移る。それから、都内のある大病院の部長だった人も今辞めて、ちっちゃい診療所で働いています。で、ちっちゃい診療所に移る。それからあつと、開業に移る。

それで、開業医さんつてお金持ちのイメージがあるんですけど、今は多分物すごいつらいと思います。もうこれは嫌だと言つて、この圧力と責任の、無責任を問われるこの圧力に負けて、もうちよつと人間らしい生活したいと言つて開業しているのが実情だと思ふんです。それで、病院診療からどんどん人がいなくなる。で、病院診療はどんどんどんどん忙しくなる。

人が少なくなり始めると、産婦人科医が五名いた草加市立病院は、いったん傾き始めたら半年ぐらいで全員なくなつちやいましたから。そういうことが今日本じゅうで、そこらじゅうで起きていふということなんです。だから、病院診療が多分な

くなるだろうというのが私の予想です。

○小池晃君 ありがとうございます。

続いて柳澤参考人にお伺いをしたいんですが、小児医療について大事なお話聞かせていただいたと思うんですが、乳幼児医療費の問題で、これ無料化する動きは全国すべての今自治体で行われていますが、非常にまちまちなんです。隣の町行くと全然違うという実態があつて。

私、やっぱり国の制度として、子育て支援ということも含めて、これはやるべきじゃないかと思つていふんですが、参考人はどうお考えでしょう。

○参考人(柳澤正義君) 小児に対する医療費の給付をできるだけ充実してほしいというのは小児科医共通の願いだと思ふます。

その場合に、今おっしゃつたように、現在の状況は自治体によって非常に様々だということも事実としてあります。ですから、できるだけそれが、もちろん統一的であつて、しかも広い年齢層、小児の広い年齢層にわたつて自己負担をできるだけ少なくしてほしいということ、子育て支援という観点からも非常に望まれることだということに私は思っています。それが、三歳あるいは六歳である、あるいはまたさらには十二歳というふうな広い範囲であればあるほど私は望ましいと思つていふます。

それとともに、その給付に関しては、全額保険といふんですか、公費で負担するといふか、自己負担をゼロにするのがいいか、一割は小児、乳幼児医療についても負担を求めた方がいいかということに関しては、これはいろんな見方が実際あると思ふます。

私の個人的な意見としては、やはり自己負担をゼロにするというのは適切ではないといふふうに考えています。ですから、この乳幼児の医療費に関して、自己負担を現状よりもっと下げていただきたい。保険による給付をアップしていただきたい。その際に、自己負担を例えば一〇%にして、小学校を卒業するまでにとか、そういうふう

な方向に、これはまだ私の個人的な意見として、是非お考えいただきたいといふふうに思つていふます。

○小池晃君 ありがとうございます。

最後になるかと思うんですが、小松参考人にお伺いをしたいんですけども、高齢者医療の負担増や居住費の徴収や高額療養費の引上げ反対という御意見を聞きされているんですが、連合なんかの組合員であるとかあるいはOBの皆さんから、この問題ではどんな声が寄せられているか、ちよつと最後に御紹介いただければなといふふうに思ふますが、よろしくお願ひします。

○参考人(小島茂君) 簡単に答えさせていただきます。

連合の現役組合員、あるいは連合、組合OBの退職者の皆さんもおります。特に、今回の高齢者医療制度の見直しに伴つて、高齢者に対する自己負担が相当大きなものが提案されてきておりますので、退職者の皆さんはこの問題については極めて危惧を持つていふし、反対であるといふ意見が強く出されております。

現役の方については、直接今回のその負担増といふ面は、高額療養費のところが直接的な問題でありますけれども、中長期的に見ますと、保険料負担増になる支援金等に跳ね返ってくるわけですが、けれども、今回のところで、直接目に見える負担増といふのは高齢者のところに限定されておりますから、中心になっていふことがありますので、その多少現役と高齢者との退職者の温度差はありますけれども、やはり今回の高齢者医療制度、新たな独立の方式に伴う現役のこれからの長期的な負担増の問題、そして高齢者にとっては直接的な窓口負担あるいは部屋代、食事等の負担が出るということでありまして、そこは強い懸念を持っています。

連合としましては、やはり先ほど意見述べましたように、今、これまでに高齢者に対する税制も含めて負担増、定率減税もなくなるということになってしまふので、その分、税負担あるいは医療保険、そして介護保険の保険料、そして今回

の窓口負担ということになりますので、相当これは大きな問題というふうな受け止めております。

○小池晃君 ありがとうございます。

今日の御意見もすっかり踏まえて審議をさせていただきます。ありがとうございます。

○福島みずほ君 社民党の福島みずほです。本日は本当にありがとうございます。

まず小松参考人にお聞きをいたします。

イギリスで医療費を増やしても医療が立ち直れないというのことは、その理由は何でしょうか。

○参考人(小松秀樹君) ランセットという非常に有名な医学雑誌がございます。これは、昨年のイギリスの五月の最初に総選挙がありまして、その直前の号で、表紙に、医師の士気の壊滅的崩壊と書いてある。すべての政党がこれに注目することができなかつた、これを問題視できなかつたと言っていますね。

ランセットは、実にイギリスでは政治家は医療を消費ととらえて、それで消費者中心の医療という、経済的な感じの物の見方を全政党がしていた。それで、消費者中心の医療だから、何でもかんでも要求しない、あなた方に何でも提供できませんよというようにことを言ってきた。だけでも、三十年弱ですけど、ずっと医療費を抑制し、それで供給が足りないから、患者からの暴力は年間十万人ぐらい受けている。そういうすさまじい中で、ちよつとぐらゐ支給を増やして、お金を増やしたからそれが元に戻るかというのが、昨年の二〇〇五年の四月三十日ぐらゐのランセットに載っていました。それは、医療費を五年で五〇%増やすと宣言してから五年後なんです。

それから、私はもう一つあると思っています。それは、イギリスで良質の医療が医療保険で提供されているということなんです。医療がもう完全に崩壊してしまっているんで、今、イギリスで全く私費の保険、私費の医療があります。NHSという国営の医療は全員がほとんどただで受けられ

るんですけれども、それに一切頼らないで、お金を出してやろうと。

私の知り合いにNHSで働いている麻酔科医がいるんですけども、彼女は、この私費の保険はNHSの給料では買えないと言っていました。日本、日本の駐在員はみんなこの私費の保険を買ってると。私は、日本にこの民間による医療提供、民間保険での医療提供システムができて優秀な医師がそちらに流れると、現在の皆保険での医療は質が下がって元に戻れなくなるといふふうに考えています。

私はよく医療制度知らないんですけども、完全に自由診療の場合に制限するというのはちよつと難しいかもしれないと思つていますね。

今の医療の、現在の医療環境と患者との関係、費用の掛け方だと、医師は開業の方に流れるし、看護師さんは一年たつと二〇%ぐらゐ辞めちゃうんです。それで看護師にならない、ほかの職に就いていく。これは止められないと思います。

今、医療のいろんな制度の話していますけど、そんなのと関係なしに、もうみんなどんどん辞めちゃうつていうことなんです。それで、これは、ただで実際に医師や看護師の本意ではないと思うんです。本格的な医療現場で働くのはやっぱりみんな好きなんです。私は思うに、都会で大きな保険会社が民間の医療保険を売り出したら、私は成功すると思つています。大きな病院で出資して私費の診療をする。看護師の配置を二倍にする、優秀な医師を雇い入れる。気持ち良く働いて良質な医療が提供できるとなつたら、給与はほんのちよつとだけ増やすぐらゐでいいかもしれないし、あるいは、むしろ少な勤務をなくしたら高い給与は不要かもしれません。

優秀な医師を集めるには病院の質を上げるのが最も重要で、外部委員会が医療の質を判定して徹底した質の管理を行う。スウェーデンのような無過失補償制度も、もうそういう民間の保険でやっしてしまうと。ただ、現在の保険診療よりはるかに

良質の医療を提供するにしても、勤務医の収入がアメリカなんかには比べると、勤務医に關してです、特に大病院で働いている勤務医の収入ははるかに低い。ですから、それから富裕層は相対的に健康です。貧しい人と全く異なります。ですから、保険料は合衆国に比べたらはるかに安くできるはずなんです。そうすると、ビジネスで十分に、ビジネスの専門家が考えれば多分成功すると思つています。

リーダーとなり得る医師は全医師の五%以下だと思つてますね。リーダーになる医師がこういう病院に取り込まれるようになったら、もう後戻りは利かないといふふうに思います。こうなると、国民の中で受けられる医療に大きな差が出てきます。社会に明確な階層がつくられることになる。

私はいろんな方と議論して、特に医者仲間では常に議論している相手がいるんですけども、やっぱり崩壊は避けられないという意見の方が多いですね。これはここまでの議論とちよつと感じ違つていふ感じも。

ある有名な方は、崩壊してから立て直せばいい。それで、今もまだ医学部の入試は難しくて優秀な人が来ているから大丈夫だろうと言つていますが、私も、私は、崩壊すると、真つ当な医療が来ないとなると、みんな何かをやらうとする、そうするといふような動きが出てきます。そうすると元に戻れなくなるんじゃないかといふふうに危惧しております。

○福島みずほ君 地域間格差のことを一言お聞きをします。

医師、病院の偏在、今日も出ておりますが、小児救急科、産婦人科の不足などについて地域間格差が拡大しています。ただ、残念ながら法案は切迫する地方の実態にこたえる内容となつていないといふふうに思います。

料が違つてきたり、あるいは医療費適正化計画を都道府県が作るわけですが、そういうことなどについて、あるいは診療報酬も都道府県によつて違つてくるということが、診療報酬体系が変わつてくることがあるわけですが、そういうことについてどう思われますか。地域から病院がなくなつていく、あるいは小松参考人の話ではあります。地域から医療がどんどん悪くなつていくといふ話も聞きますので、お願いいたします。

○参考人(河内山哲朗君) 以前にはなかつたような話で、最近本当に身近なところでも起こるし、それから新聞やテレビでも報道されているとおりでございます。以前は離島の問題、過疎地の問題、これは自治医科大学等の設置によりまして、いろいろと離島でも過疎地でも診療所を設置すれば先生方来ていただくという、そういう仕組みができてきたんですが、最近、先ほど来お話がありますように、産婦人科の問題、小児科の問題、これはごくごく身近なところでも起こつておる、そういう問題だと思つております。

全国市長会としまして、来週、全国市長会議を開催するわけですが、是非、この数量的な先生方の地域的な偏在、それから診療科目の偏在、こういったものについて、これはもう自治体ではいかんともし難い問題でありますので、国あるいは都道府県において、やはり着実に実効性のある対策を講じてほしいと。これは特別に決議をする運びになるだろうと思つております。

あとは、やっぱり先生方、お医者さんの大学での学ぶ時点からのちよつといろいろな工夫も必要ではないかとか、いろいろとそういうこともよく市長同士の話の中からも出てまいりまして、ちよつと少くとも大学の方にもお考えいただきなさいということあるんじゃないかなといふようなことがございます。非常に難しい問題であり、なお切実な問題でございますので、これは医療制度改革の話とはちよつと別な話かもしませんが、深刻な問題が各地で起こつていくことは御指摘のとおりだと思つております。

料が違つてきたり、あるいは医療費適正化計画を都道府県が作るわけですが、そういうことなどについて、あるいは診療報酬も都道府県によつて違つてくることがあるわけですが、そういうことについてどう思われますか。地域から病院がなくなつていく、あるいは小松参考人の話ではあります。地域から医療がどんどん悪くなつていくといふ話も聞きますので、お願いいたします。

○参考人(小島茂君) 一点ほど御質問ありません。

一点目の地域の医師不足の問題です。今回の医療法改正法の中には、都道府県レベルでの医療計画を作るという、その中に具体的小児医療あるいは産科医療といった、各需要ごとに具体的に地域の医療機関あるいはネットワーク、そういうものをきちっとつくるということが入っています。それと、それを支えるために医療関係者の協議会をつくるというふうになっておりますけれども、それは圏内でのということについては一定の役割を果たさずだろーと思えますけれども、都道府県自体で医師不足の問題とかいう問題があります。それはなかなかそこだけでは解消できないと思います。それはやっぱり全国レベルで、医師養成の問題も含めてもつと抜本的な対応が必要であるというふうに思っております。

その関係でいえば、取りあえず新しく医師を養成するとなると、最低でも医学部六年、そして二年の臨床研修、八年掛かりますので、その間どうするかというのがあります。やはり中長期的には、今の自治医大の方式を国公立大学にも適用するという形で地元での医師確保ということを進める必要があるらうというふうに思います。それまで、じゃ待てないということもあります。それまで、じゃ次善策として、特に小児医療などについては、なぜ今小児医療の医師が過酷な状況にありまるといって、なかなか、共働きで親が働いていて、昼間は子供を医療機関に連れていけない、どうしても仕事終わってから夜間に集中するということが指摘されております。そういうものを一定解消するためには、やはり今子供を預かっている保育所あるいは幼稚園等に看護師あるいは保健師といった者を一定配置して、その方が体調悪くなれば親に代わって医療機関に連れていくといった、そういったようなことも是非やるべきじゃないかと。そういうことを当面の対応としてはやる。あるいは、地域の医療機関の集約、ネットワークというものを図っていくという総合的な対

応がまず必要ではないかというふうに思っております。それが一点。

もう一つの地域ごとの診療報酬の問題。今回の法案の中には、都道府県の知事からの要請によって、地域ごとの診療報酬の見直しといたしますか、そういうことを意見を述べる事ができる、それを受けて厚生労働大臣が対処するという仕組みになっておりますけれども、具体的に都道府県ごとの診療報酬というのは、どういうふうにならぬ調整が付くのかというの、なかなかこれは難しい問題だと思えますけれども、これは具体的にどういうことになるかはこれからだというふうに思っております。最終的には、診療報酬になれば中医師でも議論になりますので、私も中医師のメンバーでもありますので、もしそういうことになれば、全国レベルでの診療報酬と地域ごとの診療報酬との整合性といえますか、それをどう図るかということについて具体的な議論をこれからしていきたいというふうに思っております。

○福島みずほ君 住江参考人にお聞きをいたします。先ほど少し話をしていただけなんですが、後期高齢者専用の診療報酬体系が出てくることの問題点です。例えば人工腎臓の診療報酬は、年齢に関係なく現役も高齢者も同じにしたらどうかというふうにも思ったりするんですが、要するに七十五歳になると違う診療報酬体系になると、この点は大変不安が広がっていると思うんですが、その点についていかがでしょうか。○参考人(住江憲男君) おっしゃるとおりで、七十五歳以上の後期高齢者専用の診療報酬、すなわち、みどり医療、そしてまた終末期医療、具体的にそういう名前を命名とかそういうことではないと思えますけれども、そういう範囲に入られるということ自体が本当に厳しい問題だと思っております。人工透析というのは本当に社会復帰そのものでございまして、それさえしていただけでは本当

に、私も付き合っている方々おられますけれども、立派に日常生活を全うできるわけですから、そういうところを後期高齢者医療のところに入れて、何か安上がり医療的なそういうところを持っていかれることは、本当にそういう方々の社会復帰というのをやっぱり阻害する、そういう重大な課題だと思っております。

○福島みずほ君 次に、柳澤参考人にお聞きをいたします。先ほど子供たちの医療の免除の話がありました。民主党は、子供たちの医療の、それは親からの要請が強いので、マニフェストに掲げ、実は、出産費用の無料化も、去年、衆議院選挙で掲げました。柳澤参考人は小児科なので、産科のことを聞くと申し訳ないかもしれませんが、出産費用の無料化などについてはいかがですか。○参考人(柳澤正義君) それはお父さん、お母さんの側から見ると、安ければ安いほどいい、ただであればそれが最もふさわしいというか望ましいということも言えないことはないわけですが、乳幼児の医療費と同様に、これは何といえますか、非常に明確な何か根拠があるとかなんとかというよりも、感覚的な問題として、ただより安いものはないというふうな感じで、何がしかの費用の負担というものがやはり個人に求められるということとを私自身は否定はしないという立場でおります。

○福島みずほ君 小松参考人にお聞きをいたします。「医療崩壊」という本を読ませていただきました。アメリカについては、例えば最近読んだ本で、「市場原理が医療を滅ぼす アメリカの失敗」医学書院なんという本もありまして、日本が進むべきではない方向というの見えるんですが、あと、日本のいい制度を生かしつつ、どう今の問題点をクリアするか。医療崩壊と反対のことをやればいいということはいくぶん分かりますが、今のたくさんいろいろ問題がある中で、小松参考人が提言としてどういう

ことをお考えでしょうか。本や論文の中では、医療過誤の問題について、ある程度こういう制度があつたらどうかという提言はありましたけれども、医療過誤以外の点で、例えばこの医療崩壊を迎えないために日本の医療についてこういうことをやつたらどうかという点についてお聞かせください。

○参考人(小松秀樹君) 一つは、基本的には、今の医療は総額として安過ぎると思えます。日本の医療費の掛け方は、世界的に見て、比較の話です。これだけの医療費で、今の医療費でやれている国はほとんどないと思うんですね。それからもう一つ言えることは、それでもまだ頑張っている、もうちょっとしたらつぶれる。つぶれる、崩壊寸前にあるから、崩壊した後のお金の掛かり具合から考えたら、アメリカでは医療は産業になっていまして、お金が払えない人が一杯いるので、政府は日本よりはるかにお金出しているんですね、医療に。だから、つぶれたときのことを考えて、もうちょっと医療に私はお金を出した方がいいと思っております。それが一つ。それから、医療過誤の問題じゃないんですけども、医療の現場がとげとげしくなっているのは、やっぱりコンセプトの問題だと思っております。死生観、死生観と医療に何が期待をできるのか、それから医療が公共のものなのか、一杯自分でお金払ったら何でも言えるようなサービスなのかということなんです。公共のものはどういふうんだつたら、それを、公共のものはどういふうな扱いでみんなが大事にしないといけないかというようなことを話さないといけないかと思っております。医療についての、今の崩壊を防ぐのはもうむちゃくちゃ難しいと思うんですけども、とにかく考え方が全然違っていて、日本人のもう行動パターンも全然変わってきている。

それから、これ、やれるかどうか分からないんですけども、合意が得られるかどうか全然分らない。それでも、国民注視の中で、大舞台で根本的な議論をやるべきだというふうに私は思い

ます。

○福島みずほ君 ありがとうございます。

それでは、小島参考人にお聞きをします。

医療費適正化計画というのが医療費抑制策になつてしまふんではないかと、医療費抑制の問題についてどうお考えか、お聞かせください。

○参考人(小島茂君) 今回の医療法等の改正の中で医療、健康保険法の方ですかね、医療費適正化計画を都道府県ごとに作成するという事になつておりますけれども、御指摘のように、どうも今回の全体の流れの中で見ていると、本来の意味の適正化といいますが、やはり医療の中でもっと効率的に、あるいはすべきことは当然あるというふうに思っております。そういうところはやはり全体の医療費抑制というのが前面に押し出されているというふうには思っておりますので、そういう観点から見ると、今回の医療費適正化計画というの医療費抑制というところにながってしまう可能性はあると思っておりますので、そこはきちつとよく、地域、都道府県ごとに作る場合にはそこは十分関係者が配慮して、本来の意味での、都道府県ごとの医療計画と併せてその適正化計画というのを作る必要があるんだと。そういう意味では、被保険者代表としての労働組合の立場からも、各地域における、そこについては十分配慮した対応をしていきたいというふうには思っております。

○福島みずほ君 ありがとうございます。

以上です。

○委員長(山下英利君) 以上で参考人に対する質疑は終了をいたしました。

参考人の方々には、長時間にわたりまして大変貴重な御意見をお述べいただきまして、誠にありがとうございます。委員会を代表いたしまして厚く御礼を申し上げます。(拍手)

本日はこれにて散会をいたします。
午後四時三分散会