



て、特に未成年者の喫煙等に対し抑制効果を図るということが私は適切ではないかと考えているものであります。

その点に関する大臣の御所見を是非お聞かせいただきたいと思います。

○国務大臣(川崎一郎君) 今、武見委員から御指摘いただきました平成十八年度与党税制大綱、「たばこ」に関するあらゆる健康増進策を総合的に検討した結果を受け、「たばこ税等のあり方について、必要に応じ、検討する。」と記述されています。

一方、私ども厚生労働省のスタンスいたしましては、たばこ税に関しては、我が国が平成十六年六月に批准したたばこの規制に関する世界保健機関枠組条約において、たばこの価格及び課税の目的に寄与する効果的かつ重要な手段であるといふことを締約国は認識すると、これが私どもの基本的なスタンスと考えていらうと思つております。たばこ税の扱いについて、財政当局等との様々な意見の食い違いはござります。関係方面との意見を伺いながら、委員が言われたような方向を我が省としては目指していくということについては、これは基本的なスタンスとして維持しているかなうだらうと、こう思います。

一方で、厚生科学審議会の地域保健健康増進栄養部会において、たばこ対策に関する総合的な検討を今進めさせていただいているところでござります。

○武見敬三君 昨年の課税に引き続いて今年もたばこ課税を強化をして、そして年々徐々に徐々にたばこの価格を引き上げていくと、これは実はイギリス型でございます。このイギリス型のやり方を取りますと、たばこの収税というものがかなり

確実に確保できると同時に喫煙者を確実に抑制して国民の健康を守るという、一石二鳥という方法論だというふうに言われております。したがつて、いかに厚生労働省が頑張ってこの八月の税制改正要望の中にもそういうたばこ課税の強化というのをそういう健康を守るという視点から入れていただく。そのことを通じてやはり、昨今社会保障にかかる支出をただ削減しろという圧力ばかりが私はあることは決して健全だと思いません。

同時に、その適正化を図ると同時に、将来的にその財源を確保することを視野に入れると、私が私は一つの考え方だというふうに思いますが、大臣におかれましては是非ともこうした点についての御理解をいただきたいと思ひます。

その上で、今度は保険局長にお伺いします。

この都道府県別の診療報酬の特例について、国と都道府県で協議をして国が措置することになります。おるわけであります、今度の法案の中で給付については、医療制度改革大綱の中では不適切な格差を広げないという表現でございました。何ゆえ高齢者医療確保法第十四条においてはこの表現についても今回も嫌われたようですが、しかし別の言い方をしておられる。第十四条の言葉がどうも今回も採用しなかつたのか。この格差といふ言葉がどうも今回も嫌われたようですが、しかしある方向を用いた條文の例がほかに見当たらないということが一つございます。また、現在の案文によって同一の内容が簡明に表現されている、まあ表と裏の関係になろうかと思ひますけれども、簡明に表現されていると考えられることから、現在このような条文としているところでございます。

○武見敬三君 確認をさせてください。局長、そうするとこの不適切な格差を広げないということと同じ意味がこの公平に提供する観点から見てという部分に相当すると、こう理解してよろしいですね。

○政府参考人(水田邦雄君) 医療制度改革大綱におきましては、不適切な格差が生じないよう配慮するということが盛り込まれてございますので、この方針と趣旨、内容を同じくするものであると、いうことは確認させていただきたいと思います。

○武見敬三君 それで、内閣法制局の方に伺いたいと思いますけれども、この不適切な格差と、いうのは、格差という言葉自身の中に不適切という意味も含まれているということもあって、不適切な格差ということではどうもいろいろ言葉としておかしいんじゃないかというような疑問もあつたら

四条におきまして、厚生労働大臣は適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において都道府県別の診療報酬の特例を定めることができる旨の規定をしているところでございます。この規定は、平成十七年、昨年の十二月一日に政府・与党

医療改革協議会におきまして決定されました医療制度改訂大綱において、都道府県別の診療報酬の特例について国が措置する際、都道府県間ににおいて給付に不適切な格差が生じないよう配慮するとの方針が示されたところでございまして、これが受けた当該方針を実施するために設けたものでございまして、当該方針と趣旨、内容を同じくするものであります。

この御指摘の条文におきます具体的な規定ぶりについてでござりますけれども、不適切な格差といふ正にこの表現を用いた條文の例がほかに見当たらないということが一つございます。また、現在の案文によって同一の内容が簡明に表現されている、まあ表と裏の関係になろうかと思ひますけれども、簡明に表現されていると考えられることから、現在このように条文としているところでございます。

○武見敬三君 確認をさせてください。局長、そうするとこの不適切な格差を広げないということと同じ意味がこの公平に提供する観点から見てという部分に相当すると、こう理解してよろしいですね。

○政府参考人(水田邦雄君) 医療制度改革大綱における診療報酬と異なる定めをすることができると、こういう書き方になつてゐる。どうもその不適切な格差を広げないという表現のところが公平に提供する観点から見てとふうに組み替えられておるわけであります。

局長、これは実質不適切な格差をこうした都道府県間において起こすことがないよう特別な措置を講ずるという理解でよろしくごぞいますね。

○政府参考人(水田邦雄君) 医療制度改革大綱におきましては、不適切な格差が生じないよう配慮するということが盛り込まれてございますので、この方針と趣旨、内容を同じくするものであると、いうことは確認させていただきたいと思います。

○武見敬三君 それで、内閣法制局の方に伺いたいと思いますけれども、この不適切な格差と、いうのは、格差という言葉自身の中に不適切という意味も含まれているということもあって、不適切な格差ということではどうもいろいろ言葉としておかしいんじゃないかというような疑問もあつたら

ただ、格差という言葉であつたとすれば用例はあつたはずであつて、その格差という言葉を使うことに関しては法制局としては別に特に問題を認識しているわけではないと、こういうことでよろしいですか。

○政府参考人(外山秀行君) お答え申し上げます。

ただいまお尋ねの点につきまして、法律の条文における用例ということで申し上げますと、お話をございましたように、格差という表現 자체は各種用例がございます。一つだけ例を申し上げさせていただきますと、コンテンツの創造、保護及び活用の促進に関する法律第十条におきまして、「格差の是正を図るために必要な施策を講ずるものとする。」と、こういった規定もございます。

したがいまして、格差という表現につきましては、現に法律の条文の中で規定の内容に応じて用例がございますと、コンテンツの創造、保護及び活用の促進に関する法律第十条におきまして、「格差の是正を図るために必要な施策を講ずるものとする。」と、こういった規定もございます。

したがいまして、格差という表現につきましては、現に法律の条文の中で規定の内容に応じて用例がございますと、コンテンツの創造、保護及び活用の促進に関する法律第十条におきまして、「格差の是正を図るために必要な施策を講ずるものとする。」と、こういった規定もございます。

したがいまして、格差という表現は使えるということでございまして、

○武見敬三君 私がなぜこんなこと一々こだわつておるわけであります、今度の法案の中で給付は、現に法律の条文の中で規定の内容に応じて用例がございますと、コンテンツの創造、保護及び活用の促進に関する法律第十条におきまして、「格差の是正を図るために必要な施策を講ずるものとする。」と、こういった規定もございます。

したがいまして、格差という表現は使えるということでございまして、

○武見敬三君 私がなぜこんなこと一々こだわつておるかと、格差という言葉自身がある種の政治的意味を持ち始めた。そのことにについて、やはりそれをひとつ避けておきたいという配慮がどうも立法過程の中で多少動いたのかもしれないという懸念を私は持っています。しかし、やはり実際に社会の中でもうした格差が認められていいものと悪いものと、それはいろいろなケースがあるでしょう。しかしながら、医療の問題の中で格差の問題というのは、これは極めて深刻な事態をいろいろな形で招きますから、そういう点について私は、国民に対して説明するときの用語として私は引き続きこの格差という言葉には大変重要な意味があるというふうなことも認識した上で質問させていただいているわけであります。

その上で、保険局長、その次の「合理的であると認められる範囲内」って書いてある。これは説明をもう少ししていただかないと意味がよく分か

らない。これはどういう意味ですか。

○政府参考人(水田邦雄君) この診療報酬の特例を認める場合の具体的な範囲についてのお尋ねを考えますけれども、この規定の実際の適用は相当になります。平成二十年から医療費適正化計画が開始され、五年たってその翌年、実績評価をして、それを踏まえて行われるものではございますので、七、八年先の話になりますので、私どもいたしましては、この計画の実施状況を見ながら、関係者の御意見も伺いしながら、十分時間を持って研究していくかたいと、このように考えてございます。

もちろん、手順といたしまして、こういった特例の設定に当たりましては基本的な考え方をお示しをする、そういった踏むべき手順を踏みながら進めていきたいと、このように考えてございます。

診療報酬の特例についてあえて現在言えることを申し上げますと、具体的な項目といたしましては、例えば平均在院日数の短縮等の政策目標の実現ということの観点から考えまして、長期入院の是正に関するものなどが考えられますし、また、この特例が適用される都道府県につきましては、当該特例の内容に応じまして適正化計画の実績評価の結果も踏まえつつ、関係都道府県知事と協議した上で決定していくことにならうかと考えます。

先ほど、御質問そのものであります「合理的であると認められる範囲」ということにつきましては、これは繰り返しになりますけれども、これらこの計画の実施状況を見ながら検討していくかのように考えております。

○武見敬三君 これは各都道府県によつて、今後こうした各都道府県ごとに診療報酬というものを定めるということになった場合に、相当大きな格差が生ずるケースが想定できるわけであります。しかし、それはやはり国民皆保険の我が国の戦後培われてきた基本理念というものを壊すようなものであつては私はならないと思つ。

戦後の基本理念というのは、これは国民健康保険については、負担については公平、そして給付については平等という理念であったはずですよ。それはすなわち、お金持ちで所得がたくさんある人については保険料率としてより多額の保険料を払つていただく、したがつて保険料に関しては、所得に応じてその支払額が変わる、ある意味での所得の再分配装置というものの中にはきちんと組み込まれている、その上で公平性という言葉で表現してきました。

他方で、給付については、これはお金持ちであろうが貧しい人であろうが人の命というものにはこれは皆同じだと、これは同じく尊重しなきやいきをしますが、そういう命にかかる平等の観点を守るために、そういうものについては平等であるべきだということで、我が国は皆保険制度の中で給付については平等ということを言つてきました。

私が心配しているのは、このような各都道府県ごとに診療報酬を個別に策定するというような事態が将来起つたときに、この従来の我が国の中は、民全体に対して給付における平等という考え方方が壊れていくんではないかという点についての懸念を持っています。

従来の我が国は国民健康保険を維持していく上での基本的な理念としての負担の公平性、給付の平等性という点について、これを厚生労働大臣はどう理解しておられるのか。また同時に、厚生労働大臣は、この点について今後ともしっかりと維持していく、そういうつもりがあるのかどうか、是非お聞きしたいと思います。

○國務大臣(川崎二郎君) 我が国の医療保険制度において、診療報酬は全国共通のものとして厚生労働大臣が定めるものであることを基本としており、今回の改革法案においてもこの考え方は変えしておりません。

ただ、都道府県ごとの診療報酬の特例は、こうした基本的考え方を前提としながら、都道府県における医療費適正化の目標を達成するために必要な場合に、あらかじめ都道府県知事と協議するこ

となどにより、地域の実情も踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において設定することができる。冒頭申し上げましたように、厚生労働大臣が定める、知事から大臣に意見が上がつてくる、それを中医協で御議論をいたくと、こういうステップでございますので、そういう意味では正に書いてあるとおり特例中の特例という形で御理解をいただければ有り難いと思つております。

○武見敬三君 そういう御認識であるとすれば、実際にこうすることを実施するということになつた場合には、厚生労働省としてはこうした格差が著しく生ずることがないよう手段の措置を講ずるんだと、こういう理解でよろしゅうござりますね。

○國務大臣(川崎二郎君) そのとおりで結構でございます。

○武見敬三君 そこで、健康局長、今度は特定健診検査についてお聞きしたいと思います。

今度は、この特定健診検査、それぞれ特定保健指導と併せてしっかりと今度は法律に基づいて実施すべき措置が講ぜられることになります。

具体的には、各都道府県の中に地域・職域連携推進協議会の機能というものが改めて確立されるというふうに聞いているわけでありますけれども、その役割及び構成員といったものはどういうふうなことが考えられているのかであります。

このことを考えたときに、実は非常に難しい問題がたくさんあります。保険者が今まででは保険者責任で健診事業などを行ってきていました。しかし、改めて都道府県がこうした地域・職域連携推進協議会を設けて運営するということになるんだと私は理解しておるんです。そうすると、法律では、保険者責任で健診等を行うというふうにない一方で、それぞれ保険者責任で実施されることについての五か年計画等が設置されてくる。他方で、都道府県ごとに、たしかこれは十年計画ぐらいになりますかね、同じような今度は生活習慣病といふうに聞いています。この点についての健康局長、御認識を伺つておきたい。

○政府参考人(中島正治君) 地域と職域の連携を図りまして生活習慣病対策を効果的に行いますために、都道府県単位及び地域単位、これは保健所の所管区域等でござりますけれども、それぞれにおきまして関係機関等から構成される地域・職域連携推進協議会というものを設置することとし

ております。

この協議会におきましては、健康増進法の第九条に基づく健康増進事業実施者に対する健診検査の実施等に関する指針に位置付けられておりまして、都道府県についていえば、都道府県における健康課題の明確化、それから各種事業や研修の共通実施あるいは連携方策、また各種施設等の相互連携推進の方策等について協議をするものとされております。

この協議会は、都道府県内の地域保健及び職域保健の関係者といたしまして、都道府県関係部局等の行政機関、それからまた国保連合会等の医療保険者、また医師会等の地域の保健医療関係者、そして事業所の代表者等で構成することを想定しております。都道府県の健康増進計画の内容の充実でありますとか、健診、保健指導等の保健事業の推進に当たりまして、調整、連携を具体的に図ついく場としてその役割が期待されるところでございます。

○武見敬三君 この点については、従来ですと、本当に、例えば国民健康保険だつたら保険者、市町村、そうすると市町村がやる健康づくり事業なんというと、その市の中に住んでいても、政府管掌健康保険の被保険者だと組合健康保険の被保険者というのには除かれていたんですよ。しかし、地域社会の中の枠組みでこういう健康づくり事業というのを地域医療と連携して組み立てていかなですよ。

したがつて、その保険者同士の縦割りといふもののをどうやって地域という横の軸を組み込んで効果的なものにするのかということは、この地域・職域連携推進協議会をどのような人たちで構成してどのように運営するかに懸かってくるわけですから、健康局長、これは物すごく責任重いですよ。上手につくつていただきたいと思う。

その上で、実際に、今度は総務省の方に伺つておきたいけれども、こうした都道府県ごとにこういう生活習慣病にかかる様々な目標値を設定し、正直な話、スタッフもいなければ財源もなつかつたはずだ。その点についての財政責任についての考え方、さらにはどういう体制でそれを実行していく考え方をおられるのか、それをちょっとお聞きしておきたいと思います。

○政府参考人(清水治君) お答え申し上げます。医療費につきましては、國のみならず地方財政に對しましても大きな影響を与えるものでござりますので、國と地方が共同してその適正化に取り組むことが必要であると基本的に認識してござります。

このため、御案内とのおり、都道府県におきましては、國の定めます基本方針に則しまして都道府県医療適正化計画を策定して医療費の適正化に取り組むとともに、市町村国保が行います特定健診などに要する費用についてはその三分の一を負担するということで役割を担うこととしているところでございます。

なお、被用者保険に対する都道府県の行う補助が行います特定健診などに要する費用につきましては、厚生労働省におかれまして平成二十年度までに検討されると承知しております。

○武見敬三君 実際にこうしたことを念頭に入れながら、被用者保険が行います特定健診などに要する費用につきましてはその三分の一を負担するということで役割を担うこととしているところでございます。

このため、御案内とのおり、都道府県におきましては、國の定めます基本方針に則しまして都道府県医療適正化計画を策定して医療費の適正化に取り組むとともに、市町村国保が行います特定健診などに要する費用についてはその三分の一を負担するということで役割を担うこととしているところでございます。

○國務大臣川崎二郎君 現実に行う段階で、これ二十年の四月制度施行でございますけれども、今委員の御提言も受けながらしつかり議論してまいりたいと思います。

○武見敬三君 それで、もう一つ重要なことは皆健診の導入するんだということも言われてきている。しかし、これは言うなれば、保険者に對して、被保険者すべてをこうした四十歳以上は健診という対象者とするんだというようなことであります。しかし、そこで一つ抜けてくるのは、生活保護世帯の四十歳以上の方々なんですよ。この生活保護世帯の四十歳以上の方々というのは、実は極めていろいろな方、罹患率の高い方々です。それから、場合によつては精神疾患等の病で長期に入院しておられる方々もいるわけであります。

○武見敬三君 実際にこういう健康づくり事業、さらにその調整機能ということになると、やはり財源が必要になつてくることはもうお分かりのとおりなんです。したがつて、そういうものをどういう形で国そして地方で確保していくかということが、この説明を受けておきたいと思います。

○政府参考人(中島正治君) 今回、四十歳以上の

りることは、その財政責任といふものを考へたときに、保険料の財源からもこうした健診事業について財源が使われていくことになります。

と、やっぱり保険料の中のいわゆる従来の治療にかかる医療に支出していた部分の財源と、それからこのようない新たな予防給付的な財源というものをともに保険料財源として扱うということにすることによって従来の診療報酬の財源というものが不必要に縮小していくというようなことがあります。私はならないだろうと思ってるわけですが、したがつて、その点は十分、厚生労働大臣、財源配分については慎重に対応していただきたいということをお願い申し上げておきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○國務大臣川崎二郎君 現実に行う段階で、こ

れ二十年の四月制度施行でございますけれども、

今委員の御提言も受けながらしつかり議論してま

す健康増進事業に対しては、平成二十年度以降ど

ういった財政支援が可能かということにつきまし

ては、今後更に検討してまいりたいと考えております。

市町村が健康増進法に基づいて実施をいたしま

す健康増進事業に対しては、平成二十年度以降ど

ういった財政支援が可能かということにつきまし

ては、今後更に検討してまいりたいと考えております。

市町村において適切な対応をしていただくこ

ととなります。

市町村が健康増進法に基づいて実施をいたしま

す健康増進事業に対しては、平成二十年度以降ど

ういった財政支援が可能かということにつきまし

ては、今後更に検討してまいりたいと考えております。

市町村において適切な対応をしていただくこ

ととなります。

市町村において適切な対応をしていただくこ



思っております。

○渡辺孝男君 地域での差もあるようだということでありまして、やはり地域のそういうがんの動向等をきちんと調査をして、それに応じた地域対策というものも必要だなど、そのように思つております。

今、与党の方ではがん対策基本法という、そういう法を作つて、地域の検診あるいはその検診を踏まえ、あるいはいろんな統計、がんの統計等をきちんと取つて地域の状況をしっかりと把握していると、そういう趣旨も含めたがん対策基本法を提案をしているわけでありまして、こういう法律が通ればよりがん対策が進むのではないかと、そのように期待をしているところです。

そのような、今までお聞きしたような人口動態の統計等を踏まえた悪性新生物の今後の対策につきまして、川崎厚生労働大臣にお伺いをしたいと思います。

○國務大臣(川崎二郎君) 我が国においてがんは死亡原因の第一位であり、国民にとって重大な脅威となつてのことから、がん対策は重要な政策課題として取り組まなければならないものと考えております。

このため、がんの罹患率と死亡率の激減を目指し、国民、患者の視点に基づいて今後のがん対策を推進するため、昨年、がん対策推進アクションプラン二〇〇五を策定したところでござります。この中で、がん予防、早期発見の推進、がん医療の充実、がん医療技術の開発振興を進めており、本年度からは相談支援体制の拡充等を含むがん診療連携拠点病院の更なる機能強化とともに、国立がんセンターとのネットワーク化による情報提供体制や診療連携体制の強化に取り組むことといたしております。

私も先日、文科大臣、それから経産大臣と会合を持ちまして、三省との連携が特に重要だうと。特に、がんの診療の連携拠点病院、先ほど地域の数字を出していただきましたように、やはり

地域の実態をしっかりとつかんでいく。その核となるのは、やはり大学病院が参加してもらわなければなりません。

そこで、なかなか大学病院が参加してもられない地域がございました。また、拠点病院 자체が制度としてでき上がっていない地域もございました。おかげさまで、文科省からも連携出してもらいまして、そこの中に入りながら四十七都道府県が大体の体制を作り上げることができたなど。人材育成の面でもやはりしっかり大学との関係、文科省との関係詰めなければならないだろうと。

また、新しい技術開発ということになりますと、やはり研究開発予算、これは私どもございますけれども、経産省、文科省、それぞれ科学技術の予算を持っておりますので、そういったものを使いながら新しい医療技術開発というものを進めたいかなきやならない、そういう見た見地から三省がしっかりと連絡を取りながらやつていいこういうことを合意を改めてさせていただいたところでございます。

こうした目標に沿いながら各省と連携を取りながらしっかりと進めてまいりたいと考えております。

○渡辺孝男君 がんの検診につきましては、日本で遅れていたマンモグラフィーを用いた乳がん検診、これを進めようということでその緊急整備をやつておるわけですから、本年度もその予算を取つておるわけですが、実際にマンモグラフィーの緊急整備がどのように行われてきているのか、また乳がん検診の率がどのようになつているのか、その点についてお伺いをしたいと思います。

○政府参考人(磯部文雄君) 乳がん検診につきましては、専門家による検討会の提言を踏まえまして、平成十六年四月にそれまでの視触診からマンモグラフィーを原則とする等のがん検診指針の改正を行つたところでございます。それに基づきまして、マンモグラフィーによる乳がん検診の受診率の向上を目的としまして、平成十七年度からマ

ンモグラフィーの緊急整備に取り組んでおりま

す。

具体的には、マンモグラフィーによる乳がん検診の受診率を五〇%とするために必要な基盤整備といたしまして、十七年度、十八年度で検診専用のマンモグラフィーを五百台整備することを目標としておりまして、十七年度には二百三十台分の整備について交付いたしまして、十八年度は二百七十台の整備を見込んでいるところでございま

す。

乳がん検診の受診率につきましては、残念ながらまだマンモグラフィー緊急整備事業の前の状況しか把握しておりませんが、十六年度の受診率は乳がん検診全体で一・三%、このうちマンモグラフィーによるものは四・六%となつております。十五年度、それぞれ一二・九%、二・七%でございましたので、マンモグラフィーによる乳がん検診の受診率は向上していると思っております。

今後とも、マンモグラフィーによる乳がん検診の受診率が向上し、早期がんの発見につながるよう、必要な施策の推進に努めてまいります。

○渡辺孝男君 少しずつ向上はしているようですけれども、まだまだ目標には遠いということありますので、今回のマンモグラフィーの緊急整備等でより良い制度で乳がん検診が行われるように努力していただきたいと思います。

次に、本年度予算にも盛り込んでおりますがん診療連携拠点病院につきましては、医療計画等との整合性を図りつつ、各都道府県から推薦された医療機関について厚生労働省において指定を行つておられます。現在、全国で四十都道府県、百三十五か所となつております。

がん診療連携拠点病院につきましては、がん医療水準の均一化を推進する観点から、今後求められる機能や役割を明らかにするために、去年の七月に地域がん診療拠点病院の在り方検討会を設置しまして、指定要件の見直し等について検討を進めて、本年二月にがん診療連携拠点病院の整備

の開設に向け様々ながん対策に関する情報の収集、分析、発信など情報基盤の整備にかかる具体的な準備作業を進めております。

先ほど申し上げました地域の連携拠点病院といふものとしっかり連携を取りながら、情報を共有し、集め、また発信するということによつてしまつかり情報分析をしてまいりたいと考えております。

○渡辺孝男君 がん患者の方々からの御意見としては、がん対策情報センター、患者さんにとつてあるいは御家族にとつても利用しやすいような情報を提供していただきたいというのが大きな要望でございましたので、そういう要望に沿つます。

それから、先ほども大臣の方からお話をございましたがん診療連携拠点病院でそれとも、都道府県の方は大分、もうほぼそろつてきていると。地域の方もそういう拠点病院あるわけですから、都道府県とそして地域の方の設置状況と、今後の推進の計画といいますか、その点につきまして赤松副大臣の方からお答えをいただければと思います。

○副大臣(赤松正雄君) 先ほど来お話出でていますがん診療連携拠点病院につきましては、医療計画等との整合性を図りつつ、各都道府県から推薦された医療機関について厚生労働省において指定を行つておられます。現在、全国で四十都道府県、百三十五か所となつております。

がん診療連携拠点病院につきましては、がん医療水準の均一化を推進する観点から、今後求められる機能や役割を明らかにするために、去年の七月に地域がん診療拠点病院の在り方検討会を設置しまして、指定要件の見直し等について検討を進めて、本年二月にがん診療連携拠点病院の整備

五人の定員が措置されております。国立がんセン

ターエ内に本年五月一日に開設準備室を設置、十月の開設に向け様々ながん対策に関する情報の収集、分析、発信など情報基盤の整備にかかる具体的な準備作業を進めております。

この指針では、地域がん診療連携拠点病院は、一つは診療機能や医療連携機能の強化拡充、二つ



に看護師さんの配置の問題ですけれども、日勤にやはり手術等が多いんで、日勤の割合を、看護師さんの割合を増やしてもらって、準夜、深夜の場合を少し減らしてもらつて、全体としての枠は同じですけれども、そういうふうに柔軟に対応できないのかという要望がございましたので、この点も御配慮をいただきたいと思います。

残念ながら時間になりましたので、また次の、残つたものは次の機会に質問をさせていただきました。

○島田智哉子君 民主党・新緑風会の島田智哉子でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

まず、冒頭、長崎県佐世保市で起きました小学校六年生による同級生殺人事件の被害者御家族への情報開示の在り方についてお伺いいたしたいと思います。

先週の木曜日、六月一日で事件発生から二年が経過いたしました。お亡くなりになられましたお子さんの御冥福を心よりお祈りいたしたいと思います。

また、一日には被害者の御遺族、御手洗恭一さん、そしてまた加害児童の父親の手記が公表されました。御手洗さんの手記には、私は、罪を犯した子供が更生するには、その子が事件と真剣に向き合い、被害者や遺族に思いを寄せることが欠かせないと考えます、そして、その姿勢が被害者遺族に正確に伝わることで被害者側は更生状況を判断でき、わずかですが心は落ち着きますと、このよう改めて国や関係機関に対して情報開示を求めておられます。

私も三月二十二日にこの問題について質問いたしました。大臣から、しっかりと議論するのでもう少しお時間を下さいと、そのような御答弁がございました。今のお父様の手記にもございましたが、全く何の音さたもので、先日出向いて担当者と面談しましたが、検討中とのことでしたところがございました。私が質問した後、担当者に問い合わせました。検討中との回答し

につきましては、加害児童の更生、そして自立支援を基本に置きながら、被害者の御遺族の心情に配慮した場合にどのような対応ができるのか十分な検討が必要であると考えております。

こうしたことから、加害児童の更生に与える影響につきまして、児童自立支援施設の職員や心理的ケアに専門家が関わっておられるスタッフなどの間で、この加害者となつた子供の成長、発達の状況等を十分踏まえてしっかりと議論を今いただいているところでございます。あわせて、個人情報保護法など法律的な側面についても、法律の専門家の意見も聞いて検討をしているところでございます。

こうした検討を進めながら、あわせて、佐世保児童相談所それから自立支援施設の職員等々と意見交換を重ねているところでございまして、これらを踏まえながら更に検討を進めていきたいといふふうに考えております。

五月二十三日には、被害者の御遺族からの申出に基づきまして担当の課長がお会いをいたしまして、これまでの検討の状況を御説明をしているところでございます。

○島田智哉子君 この手記が公表された翌日の先週の金曜日、大臣の御発言の内容が報道されました。川崎厚生労働大臣は一日、話せる状況について既に担当課長から話をさせていただいたと述べ、これ以上の情報開示には否定的な考え方を明らかにした。父の気持ちは分かるが、加害者の子の更生が最優先だという姿勢は搖るがないと述べました。お父様の手記にもございましたが、全く何の音さたもので、先日出向いて担当者と面談しましたが、検討中のことでしたところがございました。私が質問した後、担当者に問い合わせました。検討中との回答し

責任でありまして、そのためには社会の疑問に答えることが国の責任であると思います。そして、何より御遺族のお気持ちにしっかりとおこなえになるべきだと思います。これは川崎大臣の責任で、大臣の任期中に明快な回答をすべきだと私は思います。

また、被害者のお父様は、子供を被害者にも、加害者にもしないために有用な情報は社会に還元し、少しでも社会の疑問や不安に応えてほしいと切に願います。それは加害児童の更生を阻害しない形で実現できると信じていますと、とても重みのある御遺族の御心情、そしてその事件が起ころなければ今も元気で過ごしているであろう被害者の女の子の命の尊嚴に対しても、大臣はいかがお答えになるでしょうか。

○国務大臣(川崎二郎君) まず第一に、被害者の遺族として加害者となつた児童が現在どのような状況にあるかなどについて知りたいというお気持ち、これは無理からぬところであり、その心情はお察しをいたしますし、また、どのような形でそのことをお伝えができるかということは大事だらうと思っております。

しかし、私が申し上げたのは、やはり加害児童の更生、自立支援がまず基本にある。一方で、今委員が言われたように、それを社会全体に明らかにしてやっていくということについては、私は必ずしもそういう方向はいい方法ではないだろうと。被害者のお父様のお気持ちは分かりますから、どこまで開示できるか。しかしそれは、場合によつては私も知らない方がいいだろうと。被害者のお父様のお気持ちは分かりますから、どこまで開示できるか。しかし、それはやはりその当事者同士の話だけにしておいていただきたいと。社会に対してそれを開示するということになりますと、正にここまで我々は開示できるかという話が

いをさせていただいて検討状況等をお話をさせていただいた。また、そういう会話が今後も続けられる事になるだろうと思われますけれども、そういった情報がある程度もたらされたときに、社会全体に還元されるということになると、私ども正直言つてなかなかちゅうちよせざるを得ないといふことは御理解を賜りたいなど。被害者の正に御理解を賜りたいと思います。

○島田智哉子君 私は、社会全体にすべてを開示してほしいというふうに申し上げたつもりではございません。誤解がございましたら申し訳ございません。理解を賜りたいと思います。

○島田智哉子君 私は、社会全体にすべてを開示してほしいということを勘案しながらどうすべきかということを考えていただくことで、どうぞ御理解を賜りたいと思います。

それでは、次に、小児医療の問題の中から、新生児集中治療管理室、NICUに長期入院している子供たちの問題についてお聞きいたします。先週金曜日の委員会の中で、柳澤参考人から、小児科医不足の問題の一つとして、NICUの医療に当たる新生児科医が絶対的に不足している、そのためリスクの高い母体の搬送を拒否する事態が起つていて、そうした問題についてのお話がございました。

我が国は周産期医療については急速に発展してまいりましたことから、多くのハイリスク新生児の命が救われております。このこと 자체は大変喜ばしいことですが、その一方で、人工呼吸を必要とする子供たちなど、NICUを退院する

ことができずに多くの子供たちが長期の入院を余儀なくされている実態がございます。そして、そのことで現状のNICUは常に満床に近い状態が続いておりまして、新生児を救命すべきべッドが常に制限されているという問題があります。そんな子供たちにとつて、真のクオリティー・オブ・ライフ、QOLを考えた医療を真剣に考えていかなければならぬと思います。正にその子供たちやお母さん、お父さんの立場に立った対応策が政府に求められているのではないかと強く感じております。

しかし、この問題は今になって深刻化したといふことではなくて、長年にわたる懸案事項であります。

ながら、政府としてこれまでどれだけこの問題に対応してきたのか非常に疑問を持つております。

例えば、昨年七月に、日本産婦人科学会など関係

学会からNICUの後方支援施設の充実等に関する要望書が当時の尾辻大臣に提出されておりますが、先日、そのことへの対応策を担当部局にお聞きしましたところ、後方支援施設の定義が明確でない、何ともしつけない御説明でございました

が、そもそもこうした実態をどのように把握され、どのような御認識をお持ちなのか。定義がないとおっしゃいますけれども、以前の厚生省心身障害研究あるいは厚生科学研究費補助金による研究等々、このNICUに関する研究というのは数多く行われてきたことを承知しておりますが、これまでに何件、どれくらいの予算を投入してきたのか、まずその点について御説明ください。

○政府参考人(北井久美子君) 厚生労働科学研究費等によります研究の実施状況でございますが、平成九年度からの数字でございますが、まず厚生省心身障害研究費補助金と厚生労働科学研究費補助金によります研究は、延べ三十八課題、予算額約六億九千円となつております。それから、成

育医療研究委託費によります研究では、延べ三課題、予算額約三千万となつております。これらの多くはNICUの医療の質の向上にかかわる研究でございます。そして、このうち特にNICUの

ところでございます。

○島田智哉子君

平成十一年度周産期医

療体制に関する研究、あるいは十六年度の小児科

産科若手医師の確保・育成に関する研究、それぞ

れの中でも、その実態調査と後方支援に関する調

査、そしてその充実の必要性も指摘されておりま

して、今になって後方支援施設の定義が明確でな

いからということでよろしいのかどうか。これま

で見れば相当集積されているわけですから、こう

いうふうな対策を取っていくのか、取らなければなら

ないのか、具体的に御検討いただかねばならない

と思ひます。

そこで、現在、このような長期入院を余儀なく

されている子供たちの実態について、どれくらい

の子供がどのような理由で長期入院をしているの

か、その御認識をお聞かせください。

○政府参考人(北井久美子君)

NICUにおきま

す長期入院についての実態でございますが、平成

十一年度の厚生科学研究周産期医療体制に関する

研究によりますと、全国のNICU三百七十二施

設において、平成十一年十一月一日現在の入院患

者数九千五百九十六名中、二十四%に当たる二千

二百八十五名の方が六十日以上入院しておられ

る長期入院患者でございました。

また、日本産婦人科医会の平成十七年に発表さ

れた調査によりますと、全国のNICU二百四十

八施設におきまして、一年以上NICUに入院し

ておられる患者は、平成十五年一年間で百三十名

というふうなことございました。この百三十名につきましては、早産による低出生体重、仮死状態での出生による呼吸障害、あるいはそれに付随する脳

障害、それから低酸素性虚血性脳症等がございま

して、人工呼吸による長期の管理が必要な患者さ

んが多いために長期の入院を要しているものと考

えております。

○島田智哉子君

十六年度の実態調査によります

ところです。

長期入院患者や後方支援施設に関する研究とし

ては、延べ五課題、予算額約六千万円となつてい

ておられます。

○島田智哉子君

理を行つてゐるのは六四・五%、人工呼吸を必要

とするのは六二・三%、そして退院見込みのない

子供たちが五八・五%、近隣に後方支援施設がな

いというケースが六六%と報告されています。

やはり、最大の問題は、人工呼吸の管理ができ

る施設が整備されていないことだと思います。

その意味では、呼吸管理のできる小児科病棟

なり障害児施設あるいは人工呼吸管理ができる病

院と療養の機能を持った中間施設など、新

しい概念の医療施設が必要なんだと想ひます。

例えば、このような小児科病棟あるいは障害児

施設の整備状況の現状はどのようになつております。

そこで、長期入院を余儀なく

されている子供たちの実態について、どれくらい

か、その御認識をお聞かせください。

○島田智哉子君

NICUにおきま

す長期入院についての実態でございますが、平成

十一年度の厚生科学研究周産期医療体制に関する

研究によりますと、全国のNICU三百七十二施

設において、平成十一年十一月一日現在の入院患

者数九千五百九十六名中、二十四%に当たる二千

二百八十五名の方が六十日以上入院しておられ

る長期入院患者でございました。

また、日本産婦人科医会の平成十七年に発表さ

れた調査によりますと、全国のNICU二百四十

八施設におきまして、一年以上NICUに入院し

ておられる患者は、平成十五年一年間で百三十名

というふうなことございました。この百三十名につきましては、早産による低出生体重、仮死状態での

出生による呼吸障害、あるいはそれに付随する脳

障害、それから低酸素性虚血性脳症等がございま

して、人工呼吸による長期の管理が必要な患者さ

んが多いために長期の入院を要しているものと考

えております。

○島田智哉子君

十六年度の実態調査によります

ところです。

長期入院患者や後方支援施設に関する研究とし

ては、延べ五課題、予算額約六千万円となつてい

ておられます。

○島田智哉子君

理を行つてゐるのは六四・五%、人工呼吸を必要

とするのは六二・三%、そして退院見込みのない

子供たちが五八・五%、近隣に後方支援施設がな

いというケースが六六%と報告されています。

やはり、最大の問題は、人工呼吸の管理ができ

る施設が整備されていないことだと思います。

その意味では、呼吸管理のできる小児科病棟

なり障害児施設あるいは人工呼吸管理ができる病

院と療養の機能を持った中間施設など、新

しい概念の医療施設が必要なんだと想ひます。

例えば、このような小児科病棟あるいは障害児

施設の整備状況の現状はどのようになつております。

そこで、現在、このようないくつかの施設におきま

す長期入院についての実態でございますが、平成

十一年度の厚生科学研究周産期医療体制に関する

研究によりますと、全国のNICU三百七十二施

設において、平成十一年十一月一日現在の入院患

者数九千五百九十六名中、二十四%に当たる二千

二百八十五名の方が六十日以上入院しておられ

る长期入院患者でございました。

また、日本産婦人科医会の平成十七年に発表さ

れた調査によりますと、全国のNICU二百四十

八施設におきまして、一年以上NICUに入院し

ておられる患者は、平成十五年一年間で百三十名

というふうなことございました。この百三十名につきましては、早産による低出生体重、仮死状態での

出生による呼吸障害、あるいはそれに付随する脳

障害、それから低酸素性虚血性脳症等がございま

して、人工呼吸による長期の管理が必要な患者さ

んが多いために長期の入院を要しているものと考

えております。

○島田智哉子君

十六年度の実態調査によります

ところです。

長期入院患者や後方支援施設に関する研究とし

ては、延べ五課題、予算額約六千万円となつてい

ておられます。

○島田智哉子君

理を行つてゐるのは六四・五%、人工呼吸を必要

とするのは六二・三%、そして退院見込みのない

子供たちが五八・五%、近隣に後方支援施設がな

いというケースが六六%と報告されています。

やはり、最大の問題は、人工呼吸の管理ができ

る施設が整備されていないことだと思います。

その意味では、呼吸管理のできる小児科病棟

なり障害児施設あるいは人工呼吸管理ができる病

院と療養の機能を持った中間施設など、新

しい概念の医療施設が必要なんだと想ひます。

例えば、このような小児科病棟あるいは障害児

施設の整備状況の現状はどのようになつております。

そこで、現在、このようないくつかの施設におきま

す長期入院についての実態でございますが、平成

十一年度の厚生科学研究周産期医療体制に関する

研究によりますと、全国のNICU三百七十二施

設において、平成十一年十一月一日現在の入院患

者数九千五百九十六名中、二十四%に当たる二千

二百八十五名の方が六十日以上入院しておられ

る长期入院患者でございました。

また、日本産婦人科医会の平成十七年に発表さ

れた調査によりますと、全国のNICU二百四十

八施設におきまして、一年以上NICUに入院し

ておられる患者は、平成十五年一年間で百三十名

というふうなことございました。この百三十名につきましては、早産による低出生体重、仮死状態での

出生による呼吸障害、あるいはそれに付随する脳

障害、それから低酸素性虚血性脳症等がございま

して、人工呼吸による長期の管理が必要な患者さ

んが多いために長期の入院を要しているものと考

えております。

○島田智哉子君

ありがとうございます。

特殊出生率も一・二五と大変な少子化でございま

して、周産期医療の充実こそ安心して産み育て

られるまづ第一歩であると私は思つております。

今後ともどうぞよろしくお願ひ申し上げます。

次に、今回の改正案による生活習慣病対策と市

町村保健師、管理栄養士の業務の全体像、そしてこの改正によって児童虐待予防や精神保健福祉などの対策にどのような影響を与えるのか、そうした視点からお聞きしてまいりたいと思います。

今回の改正案では、現行の老人保健法で規定されております保健事業の規定が削除され、特定健診などは医療保険者が担うこととされている一方で、健康増進法改正案十七条の市町村による生活習慣病相談等の実施は現行どおり市町村へ義務付けされるとされています。

市町村の業務で見ますと、生活習慣病対策のうち、個に着目した健診、保健指導部分であるハイリスクアプローチの部分は国保保険者が担い、ポビュレーションアプローチの部分はそのまま市町村の保健衛生部門が実施するということなんだと思いますが、私は、この国保保険者の業務、市町村のヘルス部門の業務、そしてそれぞれの財源構成やそれぞれに従事する保健師や管理栄養士などの雇用体系を明確にしておかなければ、今回の制度改正により、結果として住民へのサービス、とりわけ保健福祉部門でのサービスの低下につながるのではないかとの懸念を持つております。

厚生労働省の調査によりますと、自治体保健師の活動分野として、全国の総数約五千六百万件のうち老人保健が三十三百万件と半数以上を占め、以下母子保健、健康増進、精神保健福祉の順となつておりますけれども、今回の改正で現状の市町村の保健師業務のどの程度が保険者に移行すると考えればよいのでしょうか。

○政府参考人(中島正治君) 生活習慣病対策につきましては、これまで主に老人保健事業として実施してきたところでございますけれども、今回医療制度改革におきまして、糖尿病等に着目をいたしました健診、保健指導が医療保険者の業務となるわけでございます。

現在、市町村保健師が行つております業務のうち、今回の改革で医療保険者に移行する部分を正確に試算をするということはなかなか困難でござりますけれども、老人保健事業による健康診査に

相当する部分に該当すると考えられ、地域保健・老人保健事業報告により推計することは一応可能だということでございます。こういったことをしきみますと、市町村が実施をいたします保健事業のうちで老人保健事業に関する活動は全体のおよそ六割ということでございます。さらに、このうち健康診査に関する業務が約四割というようなことになつてございます。

なお、生活習慣病対策を効果的に行うためには、健康教育・健康相談といったポビュレーションアプローチも併せて実施することが重要でございます。いまして、老人保健事業として実施されてきた事業のうち、こうした事業については引き続き市町村が実施することになると考えてございます。

○島田智哉子君 市町村保健師の業務として、児童虐待への対応でありますとか精神保健福祉への対応など、これなどはアウトソーシングできるものではありませんから、行政の立場からしっかりと対応していくべきだというのが住民の声です。しかし、これまで老人保健への対応でなかなかそれらに手が回つていなかつたというのが現状ではないかと思います。

ただ、今後、老人保健部分の多くが保険者へ移り、その分保健師さんたちに余裕ができる、これまで手薄となつていた児童虐待分野などに十分な対応が取れるということでありましたら、それはそれで、この部分については住民にもメリットになるんだと思いますが、四月十四日、衆議院における健康局長の御答弁では、保健指導に係りますマントパワーにつきましては、平成二十年度以降、当初は市町村の保健師、管理栄養士等に中心的な役割を担つていただくことになりますが、これは保険財源で行う事業ですから、新たに国保特別会計で雇用する保健師ということになるんであります。それとも、現行の一般会計による保健師が保険者の業務も担つていくことなんでしょうか。

もし国保特別会計とということになると、昭和五十三年に国保から市町村に移管する以前の状態に戻すということになりますが、その問題をどう考えるのか。また、その場合、何よりも現行の一般会計の保健師を大幅に削減するということになりますが、いんでしょうか。

また、逆に、一般会計の現在の市町村保健師が保健指導を計画的に拡充をしていくという上で、一度明確に御答弁ください。

○政府参考人(中島正治君) 現状でそれぞれのケースについてメリット、デメリットを十分評価、比較検討したというわけではございませんので、今後、そういうものも含めて、また実態も

御指摘いただきました私の答弁につきましては、市町村の保健師、管理栄養士等により提供されております現行の健診等のサービス量に加えまして、今後、追加的に必要となりますサービス量を確保する方策として、保健師、管理栄養士等の資格を持ちながら実際には保健指導を提供する職に就いていない在宅の方々に活躍をしていただこうことや、保健師、管理栄養士等による保健サービスを提供する民間の事業者の有効活用などが考えられるという趣旨でお答えをさせていただきます。

いずれにいたしましても、市町村の職員として活躍されておられます保健師、管理栄養士等の専門職の方々につきましては、平成二十年度以降につきましても、市町村国保の事業として提供することとなります健診、保健指導においても中心的な役割を果たしていただく必要があると考えております。

○政府参考人(中島正治君) 医療保険者によります健診、保健指導が生活習慣病予防の効果を上げていく上では、健診によって対象者の状態を把握した上で、その健康課題に合わせた保健指導を提供していくことが必要でございます。

れません。どのように対応されるんでしょう。○政府参考人(中島正治君) 医療保険者によります健診、保健指導が生活習慣病予防の効果を上げていく上では、健診によって対象者の状態を把握した上で、その健康課題に合わせた保健指導を提供していくことが必要でございます。

年度からですから、もう期間も限られているので、その中で結論を出していかなくてはならないわけですが、既に児童虐待防止や精神保健福祉、障害者福祉などは市町村の重要な義務でありまして、介護も含めて仕事量がどんどん増えていきます。

仮に現行的一般会計の保健師さん、管理栄養士さんが削減されるということになりますと、住民へのサービスが低下することは間違いないことだと思います。その意味でも、今回の改正によって市町村保健師、管理栄養士を削減せざるを得ない状況は絶対に避けなければならないと思います。

今後の市町村保健師、管理栄養士の役割、責任も含めて大臣のお考えをお聞かせください。

○国務大臣(川崎一郎君) 市町村では、生活習慣病対策だけでなく、母子保健対策、障害者施策、更には介護予防や児童虐待防止対策など幅広く担つていただいている、地域保健の分野においてもその役割は今後更に重要な役割になっていくことから、地域の実情に精通した市町村の保健師、管理栄養士等の専門職が活躍できるような体制整備は重要と考えております。

一つは制度変更があるという中で、もう一つは市町村合併というテーマがあるように思います。従来県がやっていた部分が、市が担つていく部分がこれから増えしていくだろうと。一方で、基礎的自治体ができるだけ大きな基盤となって財政基盤も充実した中でより専門職の職員が雇いややすくなる。町村においてはなかなかそういうことは可能ではないと思います。極めて限られた人數の中で専門職をたくさん雇うということは無理でござります。そういう意味では、財政規模が大きくなってきた中でこういう専門職をしっかりと充実、育てていくことができるかというのは市町村合併の中の大きな課題であろうし、また県との関係といふものも極めて重要なテーマに私はなっていくだらうと思っております。

〔委員長退席、理事岸宏一君着席〕  
こうした側面から、市町村の保健師、管理栄養

士等の育成、確保に当たって、国と都道府県がしっかりと連携取りながら、実施主体になります市町村、特に市がこれからは多くなると思います、市に対してもどういう応援をさせていただくことができるか。先ほど交付税の問題もございました。こうした問題を踏まえて、二十年実施でございましたので、総務省としっかりと議論はしてまいりました。

いずれにせよ、合併というもののが生かされれるような方向でこの専門職の養成というのは進めていかなければならぬなど、こういう思いをいたしております。

○島田智哉子君 それでは、健診項目についてお伺いします。

この項目については現在検討会で検討中という御答弁にしかならないと思いますので、あえてお聞きしませんけれども、例えば現行の老人保健法の健康診査項目の中でも新たな健診の対象にならない規定、十九条の二で対応するというその理解でよろしいでしょうか。

〔理事岸宏一君退席、委員長着席〕

○政府参考人(中島正治君) 医療保険者が実施をいたします特定健康診査の検査項目などの具体的な内容につきましては、現在、有識者、医療保険者に参加いただいております検討会で議論をしていただいているところでございます。

仮に現行の老人保健法に基づいて市町村が実施

しております健診のうちで、医療保険者が実施する特定健康診査に含まれないものがある場合につきましては、健康増進法を根拠に引き続き市町村において検討の上、実施をしていただくということなると考えております。

そして、条項の関係でございますが、市町村が健康増進法の第十七条及び新たに設けることとしております第十九条の二の規定に基づいて実施をいたします事業の内容につきましては、今後、省令等において明確にしてまいりたいと考えております。

○島田智哉子君 検討会の議事録を読ませていた

だけますと、今のところ、身体計測、血液検査、血圧、そしてそのほかにどの項目を含めるのかと、いうことが論点になっているようですがれども、例えば歯周疾患検査でありますとか骨粗鬆症検診。歯周疾患、自分の歯を保っている人の糖尿病、心筋梗塞の発症割合が低いということは既に証明されておりますけれども、この点については大臣も御承知のことと思います。その意味でも、私ども、從来から定期健診として歯科健診を行う必要性を言つてまいりました。

しかし、検討会の結果、仮に特定健診の項目に入らないとなった場合、健康増進法十九条の二に含まれますよと言われましても、その場合、市町村の財政負担割合はどうなるのでしょうか。現行老人保健法の国、都道府県、市町村の三分の一ずつ負担に比べて、改正案ではどのようになるのでしょうか。

○政府参考人(中島正治君) 今回、健康増進法の改正案におきまして、第八条の四項ということです、国は、都道府県又は市町村に対して健康増進計画に基づく事業に要する費用の一部を予算の範囲内において補助することができるという旨の規定を盛り込んでおるところでございます。

健康増進法に基づきます事業に対する国庫補助の在り方については、平成二十年度の施行に向けて、現在の国庫補助の内容なども精査した上で更に検討してまいりたいと考えております。

○島田智哉子君 どちらとでも取れるような、予算の範囲内において当該事業の要する費用の一部を補助することができると、これはどういう意味なのでしょうか。市町村にとつてはこれまでどおりの負担でよろしいのでしょうか。仮に市町村の負担が増えるということになりますと、実施して

いる市町村の減少、さらには住民の健康という面からも影響が大きいと思いますが、大臣、いかがでしょうか。

○国務大臣(川崎一郎君) 今御答弁しましたよう

町村が行う特定健康診査、特定保健指導について

は、老人保健法による健診等の費用負担と同様、国、都道府県が費用の三分の一ずつを持つと。市町村の行う健康づくりに関する事業について、今地方交付税措置、総額で約五百五十億円と聞いておりますけれども、こうした措置が続けております。

○島田智哉子君 それでは、資料の配付をお願いいたします。

〔資料配付〕

○島田智哉子君 引き続き、政府管掌健康保険の健診、保健指導実施体制についてお聞きしてまいります。

まずは、現行のシステムの中で行われている生

活習慣病の予防健診事業について御説明ください。

○政府参考人(青柳親房君) 現在、政府管掌健康保険の生活習慣病予防健診事業におきましては、被保険者等の生活習慣病の予防及び健康の保持増進を目的といたしまして、一つには三十五歳以上の被保険者及び四十歳以上の被扶養配偶者を対象といたします一般健診を実施しております。これとともに、その健診の結果に基づきまして、日常生活に注意を要する者等を対象に、保健師による被保険者及び四十歳以上の被扶養配偶者を対象といたします一般健診を実施しております。これとともに、その健診の結果に基づきまして、日常生活に注意を要する者等を対象に、保健師による被保険者及び四十歳以上の被扶養配偶者を対象といたします一般健診を実施しております。これ

とともに、その健診の結果に基づきまして、日常生活に注意を要する者等を対象に、保健師による

生活習慣の改善指導等を実施しているところでございます。

この事業は、現在、財團法人の社会保険健康保険財團に対しまして健診の申込みの受付あるいは事後指導等の業務を委託するとともに、健診の実施機関につきましては、これは別途に契約をいたしました医療機関に対しましてその健診の実施の委託をしている。こういう仕事の進め方をしております。

○島田智哉子君 その中の、財團法人社会保険健康保険財團との健診事業運営委託契約の委託契約内容と委託費について御説明ください。

○政府参考人(青柳親房君) ただいま若干触れましたので、繰り返しになる点、お許しいただき

たいと存じますが、社会保険健康事業財団に対しましては、ただいま申しました生活習慣病予防診事業のうち、一つには健診の申込書の受付、それから健診データ等の管理、さらに健診結果に基づく保健師による生活習慣改善指導の事務を委託しております。

また、これらの事務を行う経費といたしまして、平成十六年度の決算額で申し上げますと約四十九億円を委託費として支出しているところでございます。

○島田智哉子君 そこで、その委託費についてな

んですが、昨年十月、総務省行政評価局より、民間団体等を対象とした補助金等に関する行政評価・監視第一次結果の報告が明らかにされておりま

すが、その中で、正にこの委託契約に関連して、調査と補助金の在り方について二項目の調査をされ、厚生労働省に改善方策についても指摘さ

れております。

○島田智哉子君 その事例2—⑫、疾病予防検査等委託費の財団法人分について、どのような指摘があり、どのような対応をお取りになつたのでしょうか。

○政府参考人(青柳親房君) 2—⑫の指摘につい

てのお尋ねでござります。これは、疾病予防検査等委託費というのと、先ほど来申し上げておりますように、健診の申込書の受付に係ります事務費、それから健診データ等の管理費、こういったものが費用の内容でござりますが、その他これらの事業に必要な経費といたしまして、職員の健康の保持増進や安全管理等を目的とした法定外福利費も含まれております。

今回の勧告におきましては、この法定外福利費において、委託先である社会保険健康事業財団の職員の親睦食事会の経費等に支出されておりますことから、これが委託費の使い方としては不適正な支出ではないかといふ御指摘をいただいた

おきまして、委託先である社会保険健康事業財団の職員の親睦食事会の経費等に支出されておりますことから、これが委託費の使い方としては不適正な支出ではないかといふ御指摘をいただいたところをございます。この改善勧告を受けまして、平成十七年十月二

一日付けて、私どもの方から社会保険健康事業財団に対しまして、まずは自主点検調査を指示をいたしました。さらに、立入検査を行いまして、その結果、総務省の勧告で御指摘をいただいたものを含めて約四百十万元の委託費の不適正な支出が確認されました。これに基づきまして、社会保険健康事業財団に対し不適正に支出された金額の返還を命じ、本年の三月三十日にこの返還を受けたところでございます。

社会保険庁といたしましては、社会保険健康事業財団に対しまして、勧告で指摘された事項以外についても更に徹底して点検を進めるとともに、再発防止の措置といたしまして、まずは委託費の支出に関して証拠書類との突合、それから確認の徹底を図ること、さらに福利厚生費ということの範囲を明確にするということで、再発防止策を講じることを指示したところでございます。今後とも、委託費の適正な執行を確保するよう、万全の措置を講じてまいりたいと考えております。

○島田智哉子君 恐れ入ります。何年前からそれが行われていたんでしようか。

○政府参考人(青柳親房君) 私ども、委託費の書類の保存については五年間の保存ということでお尋ねでござりますので、五年以上前のものはちよつと確認が行われていたんでしようか。

○政府参考人(青柳親房君) 私ども、委託費の書類の保存については五年間の保存ということでお尋ねでござりますので、五年以上前のものはちよつと確認が行われていたんでしようか。

○島田智哉子君 恐れ入ります。何年前からそれが行われていたんでしようか。

に設けられているものでございます。

今回の勧告におきましては、顧問医師が十分に活用されていないと、したがってその経費の払い

方についても不適切ではないかという御指摘でございまして、業務内容を見直すとともに活動実績に応じた報酬とするよう御指摘をいただいたところでございます。

この改善勧告を受けまして、平成十七年の十月二十日付で、社会保険健康事業財団に対しましては、相談項目を明確化することで、さらには業務内容については相談項目を明確化することで、さらにその謝金については保健師の相談に対応した実績に応じた報酬とすることとの措置を平成十七年の十一月一日より行わせたところでございます。

○島田智哉子君 国民の保険料を不適切に使いつています。

そうした医師というのは、具体的にどのような医療機関の医師なんでしょうか。

○政府参考人(青柳親房君) 具体的には、例えば社会保険病院の院長先生であるとか、健康管理センターの長の方であるとか、あるいは、そいつた様々な医療機関の先生方が多うございます。結果的に私どもの健診事業とのつながりということでは、社会保険病院やそういう健健康管理センターというところのかかわりの先生が多くお加わりいただいているという形になつております。

○島田智哉子君 全く内々で貴重な保険料をぐるぐる回しているだけなんではないでしょうか。

○島田智哉子君 折しも年金不正免除の問題で国民の信頼を更に損なう異常事態にございます。また、昨年四月の本委員会での会議録も読ませていただきました

が、その中でこの財団に対して武見委員からの厳しい御指摘も読ませていただきました。

聞くところによると、こちらの財團でも、

最前線で活動されている保健師さんなど、土日、夜間に個別に事業所を訪問するなど、懸念にお取組みになつておられます。しかし、一部といえ

ば、国民だけでなく、そうした懸念に働く方々に對しても信頼を損なうものだと思います。

そこで、今後の対応ですが、保険者への健診、保健指導の義務付けは二十年四月、新たな公法人が保険者となる二十年十月、つまり義務付けが始まると、当初は現社会保険庁が保険者のままというこ

とになると思いますが、現行の財團との委託契約はどうのうにお考えでしょうか。

○副大臣(赤松正雄君) 今御指摘のように、社会保険健康事業財団に委託しているということは、理由としましては、受付やデータ管理等の事務を

全国統一的に行つことができる、あるいはまた事後指導を行うために十分な保健師の体制を確保していること、こういった理由から今日まで社会保険健康事業財団に委託をしてきたわけですが、御指摘のような非常に残念なことが起こりました。

そういうことも含めまして、今後どうするのか

という御指摘でございますが、全国健康保険協会における保健事業の進め方については運営委員会や各都道府県の支部に置かれる評議会において検討されることになるわけですが、一つは地域の実情を踏まえた保健事業を推進すること、二つは健診データの適切な管理、活用を行うこと、三つは業務の効率化を推進すること等の観点から、最も適切な実施体制になるようにこの全国健康保険協会において主導的判断をしていくべきものだと考えております。

先ほど来御指摘のようなことから、このありようというものを当然見直していかなくちゃいけない、そういう観点に立つて考えていただきたいと思っております。

○島田智哉子君 衆議院での大臣の御答弁では、

公法人においては都道府県ごとに支部を設置し、地域の実情に応じた保健事業や医療費適正化に向けた取組を推進するとされていたわけですから

も、結局、社会保険庁が敷いたレールを引き継がれるということではなくて、正に大臣がおつしやる地域の実情に応じた保健指導が展開されていくような、公平、公正な契約によって実施体制

を築いていくことが必要だと思います。大臣のお考えをお聞かせください。

○國務大臣(川崎二郎君) 全国健康保険協会においては、都道府県の支部ごとに地域の関係事業主や被保険者等から構成される評議会を設け、これらの方々の御意見を踏まえながら保健事業を実施していくこととしております。これによって、從来に比べ、地域の実情に応じた創意工夫を生かした取組を柔軟に展開できる、都道府県別の保険料率の下、地域の健診や医療費の状況等も踏まえて、保健事業の事業量を地域で主体的に決めることがであります。都道府県レベルで保険者間の連携が図りやすくなると考えており、協会においてこうした利点を生かして、地域の実情を踏まえた保健事業の展開が図られるものと考えております。

なお、平成二十年四月から、保険者については、生活習慣病に着目した健診、保健指導が義務付けられており、協会においても、これらを踏まえ、全国的に保健事業の一層の充実が図られるよう、国としても必要な指導に努めてまいりたい。いずれにせよ、新しい体系でスタートするわけでありますから、当然、そのトップに立つ人たちは全体を見直す中でやつていかなければならぬ。また、今御指摘いただいたようなことが二度と起らぬような体制をしっかりと引くように、私の方からも注意をしておきたいというよう思います。

○島田智哉子君 よろしくお願ひいたします。

次に、医師確保対策についてお聞きいたします。

この問題につきましては、衆議院でも様々な角度から御議論がございました。また、先週も大臣の御答弁の中で、女性医師が医療の分野で非常に多くなっている、女性バンクのお話もございました。そして、また、これまでにへき地医療や小児救急の分野で医師確保の事業を実施してこられたのも承知いたしております。しかし、果たしてそれぞれの実情をどれだけ把握された上で取り組まれているのか。そうした疑問を持つております。

したので、一点お聞きいたしたいと思います。これは昨年度から始められた事業ですけれども、小児救急医師確保等調整事業の事業内容と予算額、十七年度の実績について御説明ください。

○政府参考人(松谷有希雄君) 小児救急医師確保等調整事業についてでございますが、この事業は、都道府県ごとに小児科医師を含む関係者から成る協議会を設置いたしまして、小児救急医療体制の整備及び小児救急医師の確保を図るために検討、調整を行い、離職、退職等した小児科医師に對しまして再就業の募集等を行うとともに、就業の意思のある小児科医師について研修を実施するというものでございまして、御指摘のとおり、昨平成十七年度から実施しているところでございま

す。この予算額でございますが、平成十七年度は八千二百万円、平成十八年度は八千五百万円となっております。平成十七年度の交付実績でございます。県が四県、協議会を設置し、検討を行つたが、協議会を設置し、関係者による検討を行つたところが、実際に研修を実施した県が一県となつております。平成十七年度、十七年度に既に実施している県からは、引き続き実施する旨とともに、この確保を図る上で現実にならなか委員も御指摘のとおり、小児科医師の確保が現実的に困難であると、こういう声も承つているところでございます。

具体的に申しますと、都道府県において、離職、退職した医師等の小児科医師の掘り起こし作業を実施してもなかなか見付からなかつたというような声等を聞いているところでございます。各都道府県での小児救急医療体制の確保につきましては、都道府県が地域の医療資源の状況等、地域の実情に応じまして対応されるというふうに認識してございますけれども、厚生労働省といたしましては、こうした補助事業などを活用していただ

くためにも、今後小児科医師の確保と小児救急医療体制の整備に向けた都道府県の取組の実情をできるだけ把握し、取組の後れている都道府県に対しましては必要に応じ適切な助言を行ななど、事

業の効果的な実施に向けて更に努力してまいります。

○島田智哉子君 お聞きしたお話にもございました。また、どこにそういうた離職中でしかも復職してもいいという方がいらっしゃるのか。簡単に、発掘しとありますけれども、そのためには都道府県の職員が走り回らなければならない。しかも、そういう方というのは女性でして、女医でして、その意味で、先日來答弁にありました女性医師の再就業の講習会を始めたということですけれども、実態は同じであるわけですから、こうした事業を

それほど頻繁に受けることができない。そういう状況ですから、結果として夜間の救急に就いていただくことも難しいので、苦肉の策として昼間の一般診療に就いていただいて、その分、夜間の救急を担当する先生に休んでいただく。それで救急医師確保という事業の対象になつてている。

そういう実情もあるようとして、今年度も実施されるようすれども、そうした実情なりニーズ調査は行われたんでしょうか。

○政府参考人(松谷有希雄君) 今年度の小児救急医師確保等調整事業の実施につきましては、これから都道府県から国庫補助の申請を受け付けることといたしてございますが、昨年度、十七年度に既に実施している県からは、引き続き実施する旨とともに、この確保を図る上で現実にならなか

委員も御指摘のとおり、小児科医師の確保が現実的に困難であると、こういう声も承つているところですから、そういうた整備の方をしっかりとお考

えていただきたいと思いますが、大臣、そういうた

う気持ちでだれにでもあると思ひます。

ですから、そういうた整備の方をしっかりとお考

え、いかがでしようか。

○國務大臣(川崎二郎君) 産科においては、今年の研修を終えられていかれる方々の七割は女性の医師になつております。小児科が五割ぐらいだらうと思います。十年たつたら半分以上の産科のお医者様は女医さんの時代を迎えるだらうと。したがつて、医療機関自体が変わつていかなければならぬという意識をどう持つか、そこが一番大事だらうと思います。まだまだ体制がそういう方向に変わつていいといない。その中で、しかしながら行政としてもできるだけのことをしなきやならないという意識をどう持つか、そこが一番大事だらうと思います。まだまだ体制がそういう方向に変わつていいといない。その中で、しかしながら行政としてもできるだけのことをしなきやならないといつ中で、まだ歯車がうまくかみ合つていないと、委員が御指摘のとおりだらうと思います。

そこで、県等でやはり協議をしてもらうときに医師会の皆さん方に入つていただきたり、大学病院の方に入つていただきたり、また病院関係者の方々に入つていただきたり、いろんな方に入つていただいて御相談をいただくわけですねけれども、その議論の中で、やはり女性医師がお勤めいただ

を議論することが一番大事だらう。大変お忙しい方ですけれども、今やつぱり寄つてもらつて、女性医師といふものが、今例え三重県だったらこれだけいるんだということをやつぱりきちつと把握した上で進めていかないと物事が進まないのかなという感じはいたします。しかし、そういうものをやはりきつかけとしてつくつていかなきやならないと。

私も実は先日、産科と小児科の方々別々に、学会代表、医師会代表、それから若い女性の医師三人来ていただきいろいろ話を聞かしていただきました。その中で、やはり時代の変化の中で、一つは集約化といふものが進めていく中で、自分たちの働きやすい環境をつくつてほしいと、こういふ御要請が一番強かつたなという感じで受けさせていただいたところでございます。

したがつて、全体の構図と女性医師の働く意欲、極めて高いと思つております。そういうものを使うマッチングさせるようなことをしっかりと考へたいかなきやならない。その中の試みとして女性バンク等やつていて、すぐ成果上がらないじやないかと御批判いただいていることもよく分かりますけれども、やはりそうした形で寄りながら、協議しながら、前向きに進めなきやならないと思つておりますので、小児科の問題についても、確かに去年、実績が上がつていません。しかし、議論しながら体制を整備していくという面では、やはり続けていかなきやならない事業なのかななど。ただ、切り口がうまく整つてきたときには女性医師だけに焦点を当てた方がより目的がはつきりしていいかなと、こんな感じをいたしております。

○島田智哉子君 終わります。

○委員長(山下英利君) 午後一時二十分から再開することとし、休憩をいたします。

正午休憩

午後一時二十分開会

○委員長(山下英利君) ただいまから厚生労働委員会を開いたります。

休憩前に引き続き、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、質疑を行います。

質疑のある方は順次御発言願います。

○山本孝史君 民主党的山本孝史でございます。

久しぶりの質問なのでちょっと動搖しております。時間が四十五分と短いので、早速質問に入りたいというふうに思います。

今日は、大臣と議論をさせていただきたい最初のトータルとして医療制度を真ん中に置きながら、これから日本の社会保障の全体をどう考えていくのかということについてもう少し広い視野で展開すべきじゃないか、この間の本会議での質問をもう少し深掘りさせていただくような形で大臣に御質問させていただきたいというふうに思つております。

まず、この委員会、衆参ともにそうですけれども、医療費の将来推計が妥当かどうかということ

で議論がありましたけれども、私は、あれはあくまで推計ですから、推計を基にいろいろ議論し

てみても実は時間がもつたないだけだと思つております。しかも、その問題は二〇二五年の医療費がどうだということを言つていますが、二〇二五年は団塊の世代がちょうど七十五歳に達する時

期でして、私の問題意識はそれから先二〇三八年、今日お手元の資料にお配りをさせていただき

ました、実は死者数が百七十万人になる。今、

百八万人が去年ですけど、これに比べると大変言

わば多死社会が来るわけですね。この団塊の世代

が学校教育のときははプレハブの校舎で学ばせて

ただいたと、それが最期を迎えるときにはプレハ

ブ病棟になるのですかと、こう申し上げたのは、

つくる。片つ方で、病院の方は一般病棟も含めて

療養病床転換する、あるいは一般病棟も含めて少

なくなつていくわけですね。一方で、自宅の方は

そういう意味で、百七十万人の人たちのこの受

皿、その場所とそれぞれの数、病院、自宅あるいは施設というようなものについて、どういうふうに厚生省としてお考えになつておられるのか、お示しをいただきたいと思います。

○国務大臣(川崎二郎君) 二五年の議論をしていてもある意味では見通しという数字しかない、その十三年後をまた具体的に示せという御質問でござりますけれども、今、平成十五年の時点で病院、診療所で亡くなられる方が八一・六、自宅が一三・〇という数字になつております。これはもう委員も御承知だと思いますけれども、かつては昭和二十六年で……

○山本孝史君 済みません、時間が短いので。

○国務大臣(川崎二郎君) はい。昭和五十年でクロスしたわけです。八〇対二〇、自宅が八〇、医療現場が二〇という時代から、五十年にクロスして、今逆に八〇対二〇になつてている。それを基

本的には病院から在宅、若しくは介護施設の方へだんだん方向付けていこうというのが今度の施策だらうと思います。

さあ、五〇、五〇のところまで行けますかといふことになると、これまでいろんな議論があるだらうと私は思つています。ただ、方向付けは、私どもは、国民の六割が自分の最期の場所として生きるだけ自宅を選択したいと思つてゐることは事実ですから、政策誘導としては当然自宅なり、より自宅的なところへ持つていくべきだらうと。少なくとも医療施設で八一%が亡くなつておるといふ現状は少しづつ変えていかなければならぬと、このように考えております。

○山本孝史君 今の病院死亡率八〇%を半分四〇%にすると。しかし、百七十万人の四〇%ですから六十八万人、七十万人ぐらいということになると、どうやうか。だから、その数を、今介護施設をつくろうとしている、自宅に近い介護施設をつくる。片つ方で、病院の方は一般病棟も含めて

超える現状。また、医療費のお話もいただきましたけれども、医療費自体が、死亡直前に掛かる医療費が高額であると。そして今、御提起いただい

たように二〇三〇年代になりますと百五十万、百七十万人の方がお亡くなりになるだらうと。こうした状況を踏まえ、住み慣れた家庭

るというのは極めて厳しいだろう、介護なりあるいは医療の外付けがあつたとしても、という皆さんは御意見があつて、それが回り回つて実は高齢者医療の受け手ができるだけ少なくしたいというような乱暴な議論になつてくるわけですよ。この山をどうやつて乗り越えていくのかということについてのやつぱり将来見通しというものをしっかりと立てておくことが実は非常に重要なだと

いうことで、是非省内で検討してください。今の百八万人に対する死亡率、あるいはそのそれぞれの場所、ベッド数というものがこの山を迎える二〇二八年のときに、病院は何ベッドあるのか、もちろん全員が亡くなるための病院じゃありませんけれども、病院がどれだけのベッド数をもつていて、そして施設がどれだけのものを持つていて、そして自宅がおっしゃつているようになりますが可能になるための在宅の診療所等々の体制がどこまで整えられるのかと、このように是非御検討いただいて、私はそれが社会保障の将来の在り方像にかかる非常に根本的な問題だと思っています。

うもんですから、是非御議論をいただいて、まだどこまで整えられるのかと、このように思つては国会などに御報告をいただきたいということについて是の御報告をいただいて、私はそれが社会保障の在り方像にかかる非常に根本的な問題だと思つています。

それにかかわつて、大臣に、難しい質問で恐縮ですけれども、終末期医療の在り方について国民的な合意形成を得てこの高齢者医療制度の診療報酬を決める云々とおっしゃつてゐるんで、その合意形成を得るというのはどのようにしてその合意形成を得るというお考えになつておられるのでしょうか。

それにかかわつて、大臣に、難しい質問で恐縮ですけれども、終末期医療の在り方について国民的合意形成を得てこの高齢者医療制度の診療報酬を決める云々とおっしゃつてゐるんで、その合意形成を得るというお考えになつておられるので

しょうか。

○国務大臣(川崎二郎君) 今議論始めましたよ

うに、終末期医療につきまして、一つは、自宅で療養したいという回答が六割、現実の社会が八割を超える現状。また、医療費のお話もいただきました

けれども、医療費自体が、死亡直前に掛かる医療費が高額であると。そして今、御提起いただい

たように二〇三〇年代になりますと百五十万、百七十万人の方がお亡くなりになるだらうと。こうした状況を踏まえ、住み慣れた家庭

や地域で生活しながら最期を迎えるなど、残された期間を患者がより充実して過ごすことができるよう、また患者の意思が十分に尊重され、医療やケアに反映されるよう、後期高齢者にふさわしい診療報酬体系の構築について今検討させていただいております。

後期高齢者医療制度における終末期医療の診療報酬上の評価を検討するに当たっては、終末期医療が人の生死に深くかかわる問題であり、国民の関心も高く、また様々な考え方があることから、開かれた透明性の高い国民的な議論を経ていかなければならないだろう。そういう意味では、初めから政府がこういうものがいいというふうに想定をしてつくり上げていくことは無理だろうと思います。やはりいろんな意見を伺いながら、しかしながら、今、私申し上げましたように、病院で八〇%がお亡くなりになるというのは少しずつ誘導をしていかなければならぬだろう。それは本人の気持ちも、アンケートとして六〇%はなるべく自宅でということになりますから、そこをやはりどう形付けてくるのが、我々の一つの方向性、その中における終末期医療の在り方と、いうのはどうあつたらいいかというのをこれからしっかりと議論しながらやっていかなければならないだろう、このように思つております。

○山本孝史君 ちょっと私の意味が伝わってない

と思うんですが、厚生省の中で決めるわけにはいかないだろうと、こうおっしゃる、だからどういうふうにして決めていくのですかと私は聞いていきます。

終末期医療の在り方については、臓器移植の前の前段階であった脳死の問題について随分長い議論をしましたよね。脳死臨調をつくって議論をしてきました。そしてまた国会の中でも長いこと議論して國民合意を得てきたわけです。終末期医療の在り方の合意を得るというのは実はそれと同じぐらいに重い意味を持っているだろうと。

だから、厚生省の中で決めるわけにはいかないといふことを聞いていた後、何か皆さんからお話を聞いて

いたって私は國民合意ができるかどうか分からぬと思っているんですから、一体大臣の頭の中にいる仕組み、例えば検討会をつくるのか、あるいはこの國民合意を得るためのシステムというかその仕組みも、もっとと國民的な議論ができるような場を設けようと思つておられるのか、その辺のイメージはどうですかというのが私の質問です。もう一度お願いします。

○国務大臣(川崎二郎君) いろいろな意見を聞きながら診療報酬体系は決めなければならないだろ

うと思います。それからもう一つは、先ほどの議論あつたように、基本的には病院からできるだけ自宅の近くへという方向性は厚生労働省としては出していかなければならないだろうと。そういう

意味では、ある意味では厚生労働省が方向付けはしているじゃないかということになるかもしませんけれども、その過程の中で、さあいろいろな意見を聞きながら正に私どもが初めからこうありますと、方向性だけは二つ申し上げました。

○山本孝史君 質問を変えます。

大臣のイメージの中で末期とは何ですか、終末期とはどういうイメージですか。

○国務大臣(川崎二郎君) 一般的に言えば、医学的に見て患者が回復の見込みがなく死期が近い状態ということになろうと思います。しかし一方

○山本孝史君 今までの話は全部同じで、厚生労働省としてそろそろ結論を得ていかなければならぬだろうと。それは委員会でもいろいろ御議論ございましたけども、富山の例もありまして、厚生労働省としてそろそろ結論を得ていかなければならぬだろうという段階を迎えております。

○山本孝史君 今までの話は全部同じで、厚生労働省の中で結論を出さなきゃいけないとおっしゃるんだけれど、そのところが國民の合意がないと実

は厚生労働省が出した結論というのが本当にみんなが受け止められるのか。私は今、末期とは何か、終末期とは何かと申し上げましたよね。人間必ず死にますから、そういう意味では、常に死に向かって歩んでいるという意味では、私たちには限りがあるわけですね。年寄りだから終末期なんだ、若い

人たちは違うんだという話じゃないんですよ、それはやつぱり。病態によってそういうふうになります。しかも予後の余命、予後どれぐらい生きるか

という話は非常に判断が難しいんです。医者ではやさいんだろうと。それにしても、それでもなかなか御議論のあることだらうと思います。余命の

期間も含め終末期の状態について一律に定義する

ことは、病気には様々な種類があり、また個々の患者によって病状も異なることから、正直言つて国際的な課題の一つであると考えております。

ちよつと説明が長くなるので恐縮ですが、八年

ます。

厚生労働省としては、終末期医療は人の生死に深くかかわる問題であり、國民の関心も高く、ま

だ今後

在宅医療を推進していく上でも重要な課題

だと考

えています。

そこで、この一ヵ月ぐらい前で

す。

いたしましたのは、病院等で、尊厳死の問題で、積極的な治療というものを行わないと死に至るという場合について、医療現場の対応、これは三つに分けましてそのときお話し申し上げまし

た、積極的安楽死、間接的安楽死、治療行為の中止。治療行為の中止という場合だけにつきましては、そろそろ考え方を出していかなければならぬだろうと。それは委員会でもいろいろ御議論ございましたけども、富山の例もありまして、厚生労働省としてそろそろ結論を得ていかなければならぬだろうという段階を迎えております。

○山本孝史君 今までの話は全部同じで、厚生労働省の中で結論を出さなきゃいけないとおっしゃるんだけれど、そのところが國民の合意がないと実

は厚生労働省が出した結論というのが本当にみんなが受け止められるのか。私は今、末期とは何か、終

末期とは何かと申し上げましたよね。人間必ず死にますから、そういう意味では、常に死に向かって歩んでいるという意味では、私たちには限りがあるわけですね。年寄りだから終末期なんだ、若い

人たちは違うんだという話じゃないんですよ、それはやつぱり。病態によってそういうふうになります。しかも予後の余命、予後どれぐらい生きるか

という話は非常に判断が難しいんです。医者ではやさいんだろうと。それにしても、それでもなかなか御議論のあることだらうと思います。余命の

期間も含め終末期の状態について一律に定義する

ことは、病気には様々な種類があり、また個々の

患者によって病状も異なることから、正直言つて国際的な課題の一つであると考えております。

ちよつと説明が長くなるので恐縮ですが、八年

前

の平成十年四月二十四日の衆議院厚生委員会で、私、当

時衆議院議員でございましたけれども、

も、レセプト電算化について質問をいたしました。小泉厚生大臣も御出席で、その隣で高木俊明保険局長は既に医療機関は相当コンピューターは導入されていて、平成九年五月の時点では、支払基金が調べたデータでは、医科の病院ではレセプト件数の九八%が電算処理されており、病院数でいえば九三%がそういうシステムを導入している。診療所ではレセプトの七六%、約六割の診療所で既にコンピューターを導入している。今まで何がレセプト電算化のネックだったかといいますと、それぞれの医療機関が入れているコンピューターで作成されるフロッピーのシステムと、それから受け手の支払基金なりあるいは国保連合会で用意するシステムとが、整合性を取りれないといけないのだが、そうなつていい。どのような医療機関のソフトであつても転換できるようなシステムを十年度は導入していくということありますから、希望する病院、診療所については全部対応できる。また、病院、診療所も、一々それを紙に落とさないでフロッピーで請求できるわけですから、私は相当の病院、診療所がこれに参画しているだける、こう考えておりますというのがこの八年前の平成十年四月の私に対する保険局長の答弁でした。十年度には、レセプトの電算化はフロッピー渡しであつても全部できるんだと当時おっしゃつたんです。

会医療保険部会に提出された厚労省資料によりますと、この社会保険治療報酬支払基金分に関するレセプト電算処理の普及状況は二一・五%、病院ですよ、病院だけで二一・五%、九百三十八病院にとどまっています。十三年四月は、病院レセプト全体の〇・三%、十六病院。十七年九月でも、病院レセプト全体の二一・五%、九百三十八病院にとどまっている。普及目標も、平成十八年六月までに病院レセプトの七割以上とするというふうにしか言つていません。国保連合会のレセプト電算化の状況どうなつていて、こうおっしゃるわけです。

把握

も、レセプト電算化について質問をいたしました。小泉厚生大臣も御出席で、その隣で高木俊明保険局長は既に医療機関は相当コンピューターは導入されていて、平成九年五月の時点では、支払基金が調べたデータでは、医科の病院ではレセプト件数の九八%が電算処理されており、病院数でいえば九三%がそういうシステムを導入している。診療所ではレセプトの七六%、約六割の診療所で既にコンピューターを導入している。今まで何がレセプト電算化のネックだったかといいますと、それぞれの医療機関が入れているコンピューターで作成されるフロッピーのシステムと、それから受け手の支払基金なりあるいは国保連合会で用意するシステムとが、整合性を取りれないといけないのだが、そなつていい。どのような医療機関のソフトであつても転換できるようなシステムを十年度は導入していくことがありますから、希望する病院、診療所については全部対応できる。また、病院、診療所も、一々それを紙に落とさないでフロッピーで請求できるわけですから、私は相当の病院、診療所がこれに参画しているだける、こう考えておりますというのがこの八年前の平成十年四月の私に対する保険局長の答弁でした。十年度には、レセプトの電算化はフロッピー渡しであつても全部できるんだと当時おっしゃつたんです。

会医療保険部会に提出された厚労省資料によりますと、この社会保険治療報酬支払基金分に関するレセプト電算処理の普及状況は二一・五%、病院ですよ、病院だけで二一・五%、九百三十八病院にとどまっています。十三年四月は、病院レセプト全体の〇・三%、十六病院。十七年九月でも、病院レセプト全体の二一・五%、九百三十八病院にとどまっている。普及目標も、平成十八年六月までに病院レセプトの七割以上とするというふうにしか言つていません。国保連合会のレセプト電算化の状況どうなつていて、こうおっしゃるわけです。

把握

なぜ平成十年四月の高木局長の答弁にもかかわらずレセプト電算化が遅れたんですか。私は、支払基金あるいは国保連合会での事務の合理化の遅れが結局国民にツケ回しされているんじゃないかなと。すべての病院やあるいは診療所でのレセプト電算化を進めるべきではないかと私は思います。が、この八年前の答弁に対しての今の大臣の御見解を述べてください。

○國務大臣(川崎二郎君)

特にIT関係でございますけれども、私が現実にやつていた業界は、電波の業界が担当しておりますたけども、要はアナログ放送からデジタル放送に変える、そのときもいろいろ議論ありましたけども、もうここまでで切りますよという宣言をしなかつたことに最大問題があると思います。要は、紙もいいです、電子でもいいです、この両用を認めながら来た、したがつて余り進まなかつた。一方で、コンピューターの導入も、それぞれのコンピューターを導入して互換性がなかつたということが、二つの理由かなと思つております。

そこで昨年、私が就任しました直後に医療制度改革の議論があり、その中において多くの方々から、レセプトの電子化一〇〇%進めるべきだと、こういう御議論をいただいて、二十三年当初までに原則としてすべてのものがオンラインによつて請求をするようになつたのです。だから、十一年度には、レセプトの電子化一〇〇%進めるべきだ、これが決断をさせていただきました。実は、その時点ですべてのコンピューターを導入するためには、まだ医師会や歯科医師会や薬剤師会の皆さん方の

要は、それは当然行政側の責任としてはある。問題は、支払基金なり機械以外は認めませんよという決断はなかなかにいくと。これは当然のことだらう

と思います。

○山本孝史君

だから、紙の請求をいいと言つたときの紙は、自分たちで紙に打ち出しているんですよ。紙に打ち出したやつを、今度支払基金はそれをもう一遍読み取り機に掛けるんです。だから、レセプトの電子化一〇〇%進めるべきだと、こういう御議論をいただいて、二十三年当初までに原則としてすべてのものがオンラインによつて請求をするようになつたのです。だから、十一年度には、レセプトの電子化一〇〇%進めるべきだ、これが決断をさせていただきました。実は、その時点ですべてのコンピューターを導入するためには、まだ医師会や歯科医師会や薬剤師会の皆さん方の

要は、それは当然行政側の責任としてはある。問題は、支払基金なり機械以外は認めませんよという決断はなかなかにいくと。これは当然のことだらう

と思います。

○山本孝史君

だから、紙の請求をいいと言つたときの紙は、自分たちで紙に打ち出しているんですよ。紙に打ち出したやつを、今度支払基金はそれをもう一遍読み取り機に掛けるんです。だから、レセプトの電子化一〇〇%進めるべきだと、こういう御議論をいただいて、二十三年当初までに原則としてすべてのものがオンラインによつて請求をするようになつたのです。だから、十一年度には、レセプトの電子化一〇〇%進めるべきだ、これが決断をさせていただきました。実は、その時点ですべてのコンピューターを導入するためには、まだ医師会や歯科医師会や薬剤師会の皆さん方の

要は、それは当然行政側の責任としてはある。問題は、支払基金なり機械以外は認めませんよという決断はなかなかにいくと。これは当然のことだらう

と思います。

○國務大臣(川崎二郎君)

もちろん勧めている人、みんなある意味では労働者ですから、休みを取りながらやるわけですから、当然三人いようが五人いようが、代わりばんこにひとつは診療を受けるわけですから、二人のお医者さんだから二つのものしか要らないというのは、基本的には認識が間違つてゐるだらうなと思います。

○山本孝史君

今言ひませんでしたが、これ実は実例で、北海道のせたな町で起つてゐる話ですね。三町が合併する、その旧瀬棚町のところで一生懸命頑張つてました。しかし、別の町の町会議員さんが町長になられて、三人いても二つしか診療所がないから要らないじゃないかと言つた途端に、医者は自分たちがやつてきたことは何も全く認められていなかつたというので辞めちやつたん

と少なくなるはずだというのが議論だつたんですね。その点も実は遅れたんです、だからその意味で、二十三年までこの時点は待たなきやいけなくなつてしまふ。

その意味で大臣の認識は違います。これやつたら、認識違つし、幾ら言つたつて時間がもつたないので私はもうやめますけれども、しかしそこは、認識が違うということだけは、是非御自身として周りの方からお聞き及びをいただければなつてしまふ。

それから、特に質問通告しておませんので、大臣のお気持ちでお考えをいただいてお答えいたければと思いますけれども、地域医療で一生懸命頑張つてゐる診療所があるんですね。そこに三人の医師がいる、一人の薬剤師さんがいる、あるいは作業療法士もいる。地域の往診等もしておられる。ここが町村合併ということになつて、新しい町長さんがこんなふうに言われたんですよ。その診療所には診療室が二つしかない、二つしか診療室がないのにお医者さんは三人要らないんじやないかと、こういうふうに町長が言われたんです。が、この発言について大臣、どのように受け止められますか。

○國務大臣(川崎二郎君)

もちろん勧めている人、みんなある意味では労働者ですから、休みを取りながらやるわけですから、当然三人いようが五人いようが、代わりばんこにひとつは診療を受けるわけですから、二人のお医者さんだから二つのものしか要らないというのは、基本的には認識が間違つてゐるだらうなと思います。

○山本孝史君

今言ひませんでしたが、これ実は実例で、北海道のせたな町で起つてゐる話ですね。三町が合併する、その旧瀬棚町のところで一生懸命頑張つてました。しかし、別の町の町会議員さんが町長になられて、三人いても二つしか診療所がないから要らないじゃないかと言つた途端に、医者は自分たちがやつてきたことは何も全く認められていなかつたというので辞めちやつたん

と少くなるはずだというのが議論だつたんですね。その点も実は遅れたんです、だからその意味で、二十三年までこの時点は待たなきやいけなくなつてしまふ。

その意味で大臣の認識は違います。これやつたら、認識違つし、幾ら言つたつて時間がもつたないので私はもうやめますけれども、しかし

そこは、認識が違うということだけは、是非御

自身として周りの方からお聞き及びをいただければなつてしまふ。

それから、特に質問通告しておませんので、大臣のお気持ちでお考えをいただいてお答えいたければと思いますけれども、地域医療で一生懸命頑張つてゐる診療所があるんですね。そこに三人の医師がいる、一人の薬剤師さんがいる、あるいは作業療法士もいる。地域の往診等もしておられる。ここが町村合併ということになつて、新しい町長さんがこんなふうに言われたんですよ。その診療所には診療室が二つしかない、二つしか診療室がないのにお医者さんは三人要らないんじやないかと、こういうふうに町長が言われたんです。が、この発言について大臣、どのように受け止められますか。

○國務大臣(川崎二郎君)

もちろん勧めている人、みんなある意味では労働者ですから、休みを取りながらやるわけですから、当然三人いようが五人いようが、代わりばんこにひとつは診療を受けるわけですから、二人のお医者さんだから二つのものしか要らないというのは、基本的には認識が間違つてゐるだらうなと思います。

○山本孝史君

今言ひませんでしたが、これ実は

実例で、北海道のせたな町で起つてゐる話ですね。三町が合併する、その旧瀬棚町のところで一生懸命頑張つてました。しかし、別の町の町会議員さんが町長になられて、三人いても二つしか診療所がないから要らないじゃないかと言つた途端に、医者は自分たちがやつてきたことは何も全く認められていなかつたというので辞めちやつたん

と少くなるはずだというのが議論だつたんですね。その点も実は遅れたんです、だからその意味で、二十三年までこの時点は待たなきやいけなくなつてしまふ。

その意味で大臣の認識は違います。これやつたら、認識違つし、幾ら言つたつて時間がもつたので私はもうやめますけれども、しかし

そこは、認識が違うということだけは、是非御

自身として周りの方からお聞き及びをいただければなつてしまふ。

それから、特に質問通告しておませんので、大臣のお気持ちでお考えをいただいてお答えいたければと思いますけれども、地域医療で一生懸命頑張つてゐる診療所があるんですね。そこに三人の医師がいる、一人の薬剤師さんがいる、あるいは作業療法士もいる。地域の往診等もしておられる。ここが町村合併ということになつて、新しい町長さんがこんなふうに言われたんですよ。その診療所には診療室が二つしかない、二つしか診療室がないのにお医者さんは三人要らないんじやないかと、こういうふうに町長が言われたんです。が、この発言について大臣、どのように受け止められますか。

○國務大臣(川崎二郎君)

もちろん勧めている人、みんなある意味では労働者ですから、休みを取りながらやるわけですから、当然三人いようが五人いようが、代わりばんこにひとつは診療を受けるわけですから、二人のお医者さんだから二つのものしか要らないというのは、基本的には認識が間違つてゐるだらうなと思います。

○山本孝史君

今言ひませんでしたが、これ実は

実例で、北海道のせたな町で起つてゐる話ですね。三町が合併する、その旧瀬棚町のところで一生懸命頑張つてました。しかし、別の町の町会議員さんが町長になられて、三人いても二つしか診療所がないから要らないじゃないかと言つた途端に、医者は自分たちがやつてきたことは何も全く認められていなかつたというので辞めちやつたん

と少くなるはずだというのが議論だつたんですね。その点も実は遅れたんです、だからその意味で、二十三年までこの時点は待たなきやいけなくなつてしまふ。

その意味で大臣の認識は違います。これやつたら、認識違つし、幾ら言つたつて時間がもつたので私はもうやめますけれども、しかし

そこは、認識が違うということだけは、是非御

自身として周りの方からお聞き及びをいただければなつてしまふ。

それから、特に質問通告しておませんので、大臣のお気持ちでお考えをいただいてお答えいたければと思いますけれども、地域医療で一生懸命頑張つてゐる診療所があるんですね。そこに三人の医師がいる、一人の薬剤師さんがいる、あるいは作業療法士もいる。地域の往診等もしておられる。ここが町村合併ということになつて、新しい町長さんがこんなふうに言われたんですよ。その診療所には診療室が二つしかない、二つしか診療室がないのにお医者さんは三人要らないんじやないかと、こういうふうに町長が言われたんです。が、この発言について大臣、どのように受け止められますか。

○國務大臣(川崎二郎君)

もちろん勧めている人、みんなある意味では労働者ですから、休みを取りながらやるわけですから、当然三人いようが五人いようが、代わりばんこにひとつは診療を受けるわけですから、二人のお医者さんだから二つのものしか要らないというのは、基本的には認識が間違つてゐるだらうなと思います。

○山本孝史君

今言ひませんでしたが、これ実は

実例で、北海道のせたな町で起つてゐる話ですね。三町が合併する、その旧瀬棚町のところで一生懸命頑張つてました。しかし、別の町の町会議員さんが町長になられて、三人いても二つしか診療所がないから要らないじゃないかと言つた途端に、医者は自分たちがやつてきたことは何も全く認められていなかつたというので辞めちやつたん

と少くなるはずだというのが議論だつたんですね。その点も実は遅れたんです、だからその意味で、二十三年までこの時点は待たなきやいけなくなつてしまふ。

その意味で大臣の認識は違います。これやつたら、認識違つし、幾ら言つたつて時間がもつたので私はもうやめますけれども、しかし

そこは、認識が違うということだけは、是非御

自身として周りの方からお聞き及びをいただければなつてしまふ。

それから、特に質問通告しておませんので、大臣のお気持ちでお考えをいただいてお答えいたければと思いますけれども、地域医療で一生懸命頑張つてゐる診療所があるんですね。そこに三人の医師がいる、一人の薬剤師さんがいる、あるいは作業療法士もいる。地域の往診等もしておられる。ここが町村合併ということになつて、新しい町長さんがこんなふうに言われたんですよ。その診療所には診療室が二つしかない、二つしか診療室がないのにお医者さんは三人要らないんじやないかと、こういうふうに町長が言われたんです。が、この発言について大臣、どのように受け止められますか。

○國務大臣(川崎二郎君)

もちろん勧めている人、みんなある意味では労働者ですから、休みを取りながらやるわけですから、当然三人いようが五人いようが、代わりばんこにひとつは診療を受けるわけですから、二人のお医者さんだから二つのものしか要らないというのは、基本的には認識が間違つてゐるだらうなと思います。

○山本孝史君

今言ひませんでしたが、これ実は

実例で、北海道のせたな町で起つてゐる話ですね。三町が合併する、その旧瀬棚町のところで一生懸命頑張つてました。しかし、別の町の町会議員さんが町長になられて、三人いても二つしか診療所がないから要らないじゃないかと言つた途端に、医者は自分たちがやつてきたことは何も全く認められていなかつたというので辞めちやつたん

と少くなるはずだというのが議論だつたんですね。その点も実は遅れたんです、だからその意味で、二十三年までこの時点は待たなきやいけなくなつてしまふ。

その意味で大臣の認識は違います。これやつたら、認識違つし、幾ら言つたつて時間がもつたので私はもうやめますけれども、しかし

そこは、認識が違うということだけは、是非御

自身として周りの方からお聞き及びをいただければなつてしまふ。

それから、特に質問通告しておませんので、大臣のお気持ちでお考えをいただいてお答えいたければと思いますけれども、地域医療で一生懸命頑張つてゐる診療所があるんですね。そこに三人の医師がいる、一人の薬剤師さんがいる、あるいは作業療法士もいる。地域の往診等もしておられる。ここが町村合併ということになつて、新しい町長さんがこんなふうに言われたんですよ。その診療所には診療室が二つしかない、二つしか診療室がないのにお医者さんは三人要らないんじやないかと、こういうふうに町長が言われたんです。が、この発言について大臣、どのように受け止められますか。

○國務大臣(川崎二郎君)

もちろん勧めている人、みんなある意味では労働者ですから、休みを取りながらやるわけですから、当然三人いようが五人いようが、代わりばんこにひとつは診療を受けるわけですから、二人のお医者さんだから二つのものしか要らないというのは、基本的には認識が間違つてゐるだらうなと思います。

○山本孝史君

今言ひませんでしたが、これ実は

実例で、北海道のせたな町で起つてゐる話ですね。三町が合併する、その旧瀬棚町のところで一生懸命頑張つてました。しかし、別の町の町会議員さんが町長になられて、三人いても二つしか診療所がないから要らないじゃないかと言つた途端に、医者は自分たちがやつてきたことは何も全く認められていなかつたというので辞めちやつたん

と少くなるはずだというのが議論だつたんですね。その点も実は遅れたんです、だからその意味で、二十三年までこの時点は待たなきやいけなくなつてしまふ。

結局、その医者として思つたのは、それは入院患者もいますよと、手術もするんです、検査もするんです。その間も往診に行って外を回つているんですけど、お休みなしで実は皆さんやつておられたんですよ。ここは実は地域医療がその意味では崩壊したんです。

だから、首長さんなりあるいは行政にかかわつておられる方が、一生懸命頑張つておられるお医者さんたちの思いをちゃんと受け止めてそれなりの体制を取つてあげるということが私は非常に重要だというふうに思います。

もう一つ思つたのは、地域医療にかかる医者は地域医療の現場でしか育てられない。だから、そこに研修医なりを受け止めて一緒にやつっているんだと。しかし、そのことも理解してもらえないというのは、結局、割を食つたのはそこの町民なわけですね。

それから、実は今日申し上げたいのは、今までいろんな議論がありますけど、やっぱり一生懸命病院のお医者さん頑張つておられるんです。私の主治医は、報酬を考えていたら病院では働けないとおっしゃいます。もう一人の、これ、地元の主治医は、私、今度健康保険財政のことで議論するんですがと言つたら、私はボーナスは〇・五ヶ月消してあります。うちの職員は一人もつける人はいません。それぐらい全員で経費削減、あるいは自分たちも報酬をちょっと横に置いておいてでもその医療を守りたいという思いで頑張つてくれる。

だから、何をやつてほしいかといえば、そんな小手先で診療報酬を付けてくれというのではなくて、やっぱり余裕がない、人が欲しい、もっとスタッフが欲しいというのが一番の思いなんですね。だから、そのところを是非、現場で頑張つておられるお医者さんの、先ほどのせたな町のお医者さんの例も含めてですけれども、大臣も地元の産婦人科あるいは小児科のお話を聞いておられる

ようですが、いろんなところのお声を是非聞いていただきたいと思います。

診療報酬体系でいろいろやつてみても、結局、欲深か村の村長さんがいて、うまくその制度を活用してしまったような人たちがいるもんだから、非常に難しいんですよね。

医者をたくさん増やせと言うけど、医者を増やしたら、多分みんなビル診に流れるんですよ。私が、ビル診つて初めてこの間聞いて、ビル診つて何つて聞いたら、ビルで開業しておられるお医者さんたち。この方たちは、土曜日、日曜日休みなんですよ。で、もう朝の九時から夕方五時とか六時になつたらみんな終わっちゃうわけです。病院側も困つてます。ビル診から急性期の患者を持つてこられても、治療した後その病院には戻せないですよ、地域医療やつてくれないから。

だから、今の若いお医者さんたちの考え方でいく

と、単純に医者を増やしても、ビル診が増えるだけだったら日本の医療の水準は上がらない。したがつて、私が申し上げたいのは、やっぱり急性期病院等での人員配置を見直して、お医者さんなり薬剤師さん、病棟薬剤師さんも欲しいし、あるいはコメディカルな方たちもつと欲しいと思います。

もう一つは、そこへしっかりと、例えば急性期の病院に私たちも今回付けさせていただいたつもりですけれども、多分委員の御提案はもう少し付けると、そして人員がたくさん、何も医師だけではなくていろんな人たちが働けるように医療費をもう少しそこの部分を手厚くしようと、こういう御議論だろうと思います。

そこは、多分この議論ずっと私どもも続いているのをどう考えていくか。私どももこの国会が終わりますと歳入歳出問題の議論をいたすわけでありますけれども、やはり負担が小さくして大きい給付といいうものはなかなか難しい議論になるんだけれども、やはり負担が小さくして大きい給付といいう意味では、医療の負担と給付を正直、若い人が負担し切れるのかという議論が一番最初にあって、私ども今回の改革を御提案をさせていただいている。

ですから、今の負担はどうなりますかという議論と、第一段階にございました二〇三八年、私どもは二〇二五年で想定いたしましたけれども、この段階で我々が二千万を超える、それをだれが負担するんですかというときにある程度の医療費の適正化を図つていかなければならぬだろうという意味では、医療の負担と給付を正直に考えていくかというところが今大きな議論でございます。

一方の議論としては、やはりできるだけ削減しろという議論がある。一方で、今委員のように、できるだけ急性期のものを手厚くして、そこはそれがじやだれが負担するんだということをもう少し議論の中で詰めさせていただければ有り難いなど、

医療の専門家をどうやって育てていくかというところに期していかなければならぬだろうと、こうお話をいただきました。

また、各県の状況を議論をしておりましたときにも、例えば新潟の話をいたしましたときは、やっぱり新潟市というのは随分お医者さんいるんですねと。問題は、新潟県の中に、新潟市にはいるんだけどやはり地方になかなかいない。こうした問題をどうやって解決していくかというのが今回の議論の中で一番大きな議論に、私は衆議院の段階ではなつていただろうと思っております。そこを、県を中心にながら、私ども協力しながら、何とか集約化を進めながらやつていかなきゃなりませんねという議論をさんざんいたしてまいったところでございます。

もう一つは、そこへしっかりと、例えば急性期の病院に私たちも今回付けさせていたいたいたつもりですけれども、多分委員の御提案はもう少し付けると、そして人員がたくさん、何も医師だけではなくていろんな人たちが働けるように医療費をもう少しそこの部分を手厚くしようと、こういう御議論だろうと思います。

そこは、多分この議論ずっと私どもも続いているのをどう考えていくか。私どももこの国会が終わりますと歳入歳出問題の議論をいたすわけでありますけれども、やはり負担が小さくして大きい給付といいうものはなかなか難しい議論になるんだろうと。そういう意味では、医療の負担と給付を正直、若い人が負担し切れるのかという議論が一番最初にあって、私どもも今回の改革を御提案をさせていただいている。

はり国民に選択を問うべきなんだと思うんです。今まで下げていつたら医療の水準は下がつていくことはもう目に見えているわけですか

ら、この程度の負担でこの程度の水準でいいということを国民が選択するのか。あるいは、ちゃんと

とした急性期の病院やります、あるいはちゃんと地域でも診療体制が取れます、そのためには余分にこれだけの費用が掛かりますけれども、それは提供体制のビジョンを描きながら、こつち側で掛かる費用がありますがどうでしようかという、そういううつぱり選択を国民にさせてもらえるよう医療ビジョン、医療提供体制の姿というものをやりませんねという議論をさんざんいたしてまいったところでございます。

○国務大臣(川崎二郎君) その中で、一番最初に山本議員が御提案いたしましたように、現実問題、同じ団塊の世代でございますけれども、我々が高齢期というものを迎えたときには、今お話しございましたように百七十万人亡くなる、約、七十五歳以上が二千万人という時代を迎える。そこを正直、若い人が負担し切れるのかという議論が一番最初にあって、私どもも今回の改革を御提案をさせていただいている。

ですから、今の負担はどうなりますかという議論と、第一段階にございました二〇三八年、私どもは二〇二五年で想定いたしましたけれども、この段階で我々が二千万を超える、それをだれが負担するんですかというときにある程度の医療費の適正化を図つていかなければならぬだろうという意味では、医療の負担と給付を正直に考えていくかというところが今大きな議論でございます。

訴えさせていただいているところでございます。

○山本孝史君 そこは、高齢者医療制度の在り方だとか終末期医療だとか、あるいは高齢者医療制度における診療報酬体系をどうするかとお聞きしますと、それはこれから考えますと、こうなるか

う切り口で、ある意味では国民に選択という形で訴えさせていただいているところでございます。

○山本孝史君 そこは、高齢者医療制度の在り方だとか終末期医療だとか、あるいは高齢者医療制度における診療報酬体系をどうするかとお聞きしますと、それはこれから考えますと、こうなるか

う、それは何も提示しておられるわけじゃないわけですよ。そんなことを言つておられるんじやないん

だから、今の医療水準を上げていくためにはどうするのか。もちろんそこにたくさんの方たちが増えてきますから、死亡する方が増えてくるという中でどうするかありますけど、急性期の病院を通じても今の医療水準これでいいのかという、そしてこれだけの費用の負担なのかと。いやいや、もつとやっぱり皆さんちゃんととした医療を望まれるのであればこれだけの負担が要りますよというような問題提起をするのが厚労省の役割であつて、医療費を削減する先頭に立つて旗を振るのが厚生省の役割ではないと私は申し上げているのであります。だから、その点をよく踏まえていただいて、最初に百七十万人亡くなるときどうしますかといふビジョンを示してくれと言つたのと同じように、こういったところもしっかりとビジョンを示すということをやつていただきたいと思います。

あと、簡単に答えてください、私の幾つかの疑問です。

療養病床の転換支援金を保険財政から支出することについて私は反対です。理屈が立たないと思つています。しかしながら、健保財政を軽減するから認められるんだけど、こういうふうにおつしやるので、そうならば、精神病院に入つておられる方たちの入院期間を短縮するためにグループホームを建設する、その費用も健康保険財政から支出できるという理屈が成り立つと思いまますけれども、そう認識してよろしいんでしょうか。

○国務大臣(川崎二郎君) 委員が私どもの答弁まで基本的にはお話しいたしました。療養病床からの医療の転換金については、基本的には医療費に資するということから、当然、それを使うことについては健保財政上許されるだろうと、こういうふうに考えております。

この病床転換助成事業は、法律の附則の中に位置付け、五年ごとに助成対象や延長の適否について見直しを行うということになりますので、このグループホームの費用を負担することについては

するのか。もちろんそこにたくさんの方たちが増えてきますから、死亡する方が増えてくるという中でどうするかありますけど、急性期の病院を通じても今の医療水準これでいいのかという、そしてこれだけの費用の負担なのかと。いやいや、もつとやっぱり皆さんちゃんととした医療を望まれるのであればこれだけの負担が要りますよというような問題提起をするのが厚労省の役割であつて、医療費を削減する先頭に立つて旗を振るのが厚生省の役割ではないと私は申し上げているのであります。だから、その点をよく踏まえていただいて、最初に百七十万人亡くなるときどうしますかといふビジョンを示してくれと言つたのと同じように、こういったところもしっかりとビジョンを示すということをやつていただきたいと思います。

あと、簡単に答えてください、私の幾つかの疑問です。

○山本孝史君 次の課題ということは、支出するものでできるという認識ですね。

○国務大臣(川崎二郎君) 最終的に、療養病床の話をまず切り出しにいたしておりますけれども、一般的の病床やそうしたものを転換していくときに支出はでき得るだろうと思つております。

○山本孝史君 だから、午前中の武見先生の御質問にあるように、一体自分たちの保険料はどこへ行つてしまふんだという形になるから、ここは本当に乗つけて取りやすいところから取るということになつていい。そのことはやつぱりちょっとやめていただきたい。おかしい、筋が立たないと私は思います。

それから、健診データの取扱いなんですかとも、今、現在政管健保に入つていて事業所で労働安全衛生法に基づいて健康診断を受ける、このデータについては保険者の方から提出を求められれば出さなければいけないということになつていいと思つています。しかしながら、健保財政を軽減するから認められるんだけど、こういうふうにおつしやるので、そうならば、精神病院に入つておられる方たちの入院期間を短縮するためにグ

ループホームを建設する、その費用も健康保険財政から支出来ますかといふうで。高齢者医療制度でのレセプトデータは全部広域連合に行つて、そこが保管しなければいけないと言つてはいる。

○政府参考人(水田邦雄君) それは、正に御指摘のとおりの展開にならうかと思います。

○山本孝史君 そのときに、労安法に基づいて事業所がやつてある健診でかなりばらつきがあると思いますんですけど、私が総務課長でしたので健診担当やりましたけれど、それはそうすると、名前だとか住所だとか、それぞの健診データを一タガ、高齢者の場合は広域連合の方にあつて、しかも各労安法で持つてあるやつは事業所にある。

○国務大臣(川崎二郎君) 今回の改正において、保険者に対し特定健診や特定保健指導のデータの保有を義務付けいたします。これは、保健

次回の課題というふうに考えさせていただいております。

○山本孝史君 次の課題ということは、支出する

ことができるという認識ですね。

○政府参考人(水田邦雄君) 結局、全国健康保険協会の場合は、中小企業等にお勤めの方につきましては、保健指導は全国保険協会がやるわけですので、市町村と、何と申しますか、これ正に市町村として保健指導をやるわけではありません。

○山本孝史君 その支部のところが、そうすると各事業所に對して、あんたのところで労安法に基づいて健診したならそのデータをうちによこせと、こういうことがあります。

○山本孝史君 今度政管健保を都道府県単位

に、健康保険協会でたつけ、これ分かれますよね。その支部のところが、そうすると各事業所にデータを保険者が保有できるようにするためには義務付けをいたしたものでございます。

○山本孝史君 今度政管健保を都道府県単位に、健康保険協会でたつけ、これ分かれますよね。その支部のところが、そうすると各事業所にデータを保険者が保有できるようになります。

○山本孝史君 保険協会にそれだけの指導をするべきでございまして、そういう場合には市町村に委託をして行つて、そのデータをまた全国保険協会がもつて、それを特定保健指導に結び付けます。

○政府参考人(水田邦雄君) それは正に保険者が

運営する場合と外注、アウトソーシングでやる場合とございますが、いずれにしても責任は保険者が負つて保健指導を行つていう展開になります。

○政府参考人(水田邦雄君) それは正に保険者がその特定保健指導を行つ。もちろん、これ当該保険者が行つ場合と外注、アウトソーシングでやる場合とございますが、いずれにしても責任は保険者が負つて保健指導を行つていう展開になります。

○山本孝史君 その財源はどこから持つてくるんですか。

○政府参考人(水田邦雄君) 基本的には保険料と、それから加入者の、利用者の一部負担によります。これがつきましては国が補助できるという規定を置いておりますので、まだ、その実は補助水準決まっておりませんけれども、考え方としてその一部について国も補助をするという財源構成になつてござります。

○山本孝史君 時間がないので、私、その話を聞きましたが、二つ問題があると思うんですね。一つは、健診データの取扱いという非常にセンシティブな情報をやり取りするということについて、どの程度規定を置くのかと。個人情報保護法のときに医療情報は全部対象外になつて、いますよね。今、実はがん対策基本法をやりながら、がん登録で随分とドンバチやつてあるわけですよ。そ

れ絶対駄目だとこうおっしゃるわけ。片一方でそうおっしゃりながら、この健診データをそんな簡単にやり取りしていいのかなどというのは、それはやつぱり個人情報の保護なり、あるいは健診データの取扱い、これ言うと医師は守秘義務が掛かっています、当然どこにも守秘義務が掛かっていますとこちうおっしゃるんだけれども、そういう話もっとちゃんととした制度を作らないとか嬉しいと思うのと、それからそれを保険協会で健診診断も多分できるでしょうし、指導もできる、それは外注できる、その財源は保険料だという話になつたときに、今までの厚生省の外郭団体の仕事ぶりを見ていると、何か厚労省の天下り先が増えて、あんまり効率のいい仕事をしていないような形にならんじやないかと。せつかく社会保険の保険料で造つたいろいろな施設を整理しようという話をしてきたときに、結局そいつの生き延び策を考えただけの話かいというふうに、僕なんかは根性悪いですから、そう受け止めますけれども、そこはやつぱりもつと整理してもらわないと、多分保険者として私は納得しないと思います。私だったら納得しません。

五分までですでの残り一分、ごめんなさい。済みません。

資料の説明だけしておきます。お配りしました

資料の後ろに、大阪市の国民健康保険加入者の皆様へというページの資料を付けています。私は、大阪市の国民健康保険に加入しておりますので今年の四月に送られてきました。保険料の賦課方式を住民税方式から所得比例方式に変えるという通知になっております。

この間本会議で申し上げたように、政令指定都市の幾つかが今どんどん変わってきてる。結局、住民税方式で残るのは、東京二十三区と都下の三市と、それから政令指定都市の幾つかの市だけが実はこの住民税方式に残っているんですね。だから、渡邊年金局長に来てもらったのは、い

つもこの議論をすると、自営業者とサラリーマンとの間の所得の捕捉云々ができないから保険料の賦課方式は一つでできないんだと、こうおっしゃるんだけれど、実は、国民健康保険上はかなり多く国民が、今もちろん応能、応益割ありますけれども、応能割の部分については所得比例で負担をされている。何をするかというと、収入から基礎控除部分だけを引くという形のものをベースに、しかも給与所得以外のものも含めて課税対象にして、そして所得比例でその保険料を決めているんです。

だから、やれるはずだと私は思つていてます。

そういう意味で、基礎年金部分の保険料の賦課方式も、私は時間がないので答弁求めませんけど、変えるべきだと思う。年金制度、一・二五ままで下がってきて、出生率が、年金よいよもたない、早くもたなくなつてきてる。名目年金下限法を置いてるから余計にもたなくなつてきてるんじゃないかと私は思う。その議論も要ると思う。

最大の問題は、やっぱり基礎年金三分の一から二分の一に引き上げるというのが、中途半端な引き上げに多くのお金を使うんぢやなくて、民主党が主張しているように、全額税方式にするか、あるいは三分の一のままでいくか、新制度の中でどちらにすべきだったと私は思います。その議論が実は欠けたので、私も質問するチャンスが余りないと思うので、この部分だけ申し上げておきたかったわけ。

年金制度の、年金制度体系、今度絶対変えなきゃいけなくなるんで、そのときを踏まえて、中途半端はやめにして、全額税方式か、あるいは税

は低所得者に集中的に投入して、保険料を払えない人がいるんで、私は前からそう言つてたんだけれど、改めてそう申し上げておきたいと思います。

最後、がん対策の話。

済みません、大臣、厚生省の中にがん対策推進本部があることは御承知だと思いますけれども、去年の秋御就任以来、御出席されたことがあります。

○山本孝史君 失礼な聞き方、聞きましたけれども、尾辻厚生大臣のときにつくられたけど、結局、去年の秋以来この六月まで一回も出席されてないんですよ。だから、対策推進本部は結局形骸化しているわけ。

だから、今、基本法の中で申し上げてているように、がん対策会議あるいは推進協議会をちゃんとつくつて法定化して、議論をして、どんな対策が進んでいるのか、その進捗状況どうか、あるいはどのぐらい成果が出てきたのかということを報告するような仕組みを法定化しないと、本当の意味でがん対策は進まないと思っています。

どなたかが御質問されたがん診療拠点病院も、四十まで来ましたとおっしゃった。なぜ遅れたのかといえば、大学病院が入らなかつたからです。結局は、文科省が持つててる病院と厚労省が持つててる病院との間の連携が悪いから、ここ

で、イギリスに、これ研究のためでも何でもないですよ、医師として、もう渡つてしましました。今は、元気な高齢者の方も海外へ移住する方が非常に多いというふうに聞いている。これは、ブレーメンドリンという表され方してますね。優秀な人材あるいは能力が海外へ流出していると。

この事態は、イギリスが相当な危機を覚えて今の政策取つたわけですけども、日本も近い傾向にあります。

三番、医療費削減はサービス、革新的医薬品の供給不足に陥る。

これが世界の経験則です。この轍を踏んではいけないと、そういう趣旨で質問を進めたいたいと思います。

究極的には、私は、ちょっと誤解を恐れず言います。その中で、どうして今回、医療費の将来推計についてですが、これはもうずっと議論されたの町、安心して死ねる町を目指すんだと、そのように私は思つてます。

私が引き継ぎたいと思います。それが理由というわけではないですが、昨日質問通告した二十一問、相当順番を変えてやりますので、対応していただきたいと、そのように思います。

私が常々言つてますように、十九世紀後半のビスマルク以来、重工業の発達以来、高福社の時

から一般の方が一・二%の増加と、これは二〇〇一年から二〇〇五年まで。これに対して、政府は、高齢者が三・二%、若年者が二・一%の増加と、平均で出しているわけですね。これは七年度から十一年度まで五年間。

私たちが作った「崖っぷち日本の医療を救う」という中に書いておりますけれども、私たちの推計は、平成六年から平成十五年まで十年間、この医療費の平均は、高齢者では〇・二%、若年者で〇・七%の増加なんですね。これを二〇二五年度まで累乗していくば、医療給付費だけで政府案と二十二兆円の差がある。五十六兆対三十四兆。

こういった大ざっぱな、あるいは信じられるのかどうか分からぬような推計に基づいて今なぜ医療費抑制が喫緊の課題になつてゐるのかと。この点が非常に大きな問題だと改めて言わせていただきます。

そして、本日は、前回に引き続きまして、私は医療法等の一部改正について質問いたしますが、何が大事かと。

これらの医療は、自己決定権の尊重と生命の尊厳にかかわっているわけです。生命的尊厳といふのは、生きている者も、亡くなつた者に対するものであります。この観点から、先週私ポイントを挙げました。それは情報の公開だと、それから説明だとか、そして相談に応じる体制だと、医療事故の原因を究明する機関の設置なんだ。そして、もつと大事なことは、日本の医療の質、病院の質を客観的に評価するシステムがない。それが評価と説明責任を果たせない今の医療の現実だと、私はそう思つてゐます。

そして、医療法等の一部改正について一つ一つ行きます。

まず一番の患者等への医療に関する情報提供の推進、この中で、六条関係ですけど、入退院における治療計画等の文書による説明の義務付け、これは私はいいんだと思います。クリニカルバス、クリティカルバス、今はクリティカルバスに統一されているようですが、これも私はそこで必

要なことは、説明の前に、やっぱり病名を含めた同意は得られているのかということがまず前提条件だろうと私は思っています。患者さんの同意というのがこれ必要なんですね。いきなり医療機関に来て、転院であつて、説明が始まると、そこに病名を含めた告知、この患者さん

の同意は得られているのかということがまず前提条件だろうと私は思っています。

今、がん対策基本法の話が出ましたけれども、公明党さんの案の中には、放射線治療のことをかなり重要視されて書かれているような印象がござりますけれども、放射線治療医がなぜ増えてこなかつたかと。これは、放射線治療をやるということはイコールがんだということに近かつたわけですね。がんだということを患者さんに告知することのコンセンサスが得られたのつて、まだ十年もたつていません。

私は、大学にいた当時、九六年ぐらい、日本、全部の患者さん、良性、悪性含めて全部の患者さ

んにアンケートを取りました。自分の病名に対しても悪性腫瘍であつても告知してほしいかと、九五%以上が告知してほしいと。家族がその立場になつたら告知した方がいいと思うかと、半分がイヤースですね。ですから、それから数年たつてもまだ日本にとっては、特に悪性腫瘍の場合、告知するかどうかのコンセンサスつてないんですね。このこと、同意がまず説明の前に必要だという点が一点。

それから、もし文書による説明の義務付け、違反した場合の罰則規定があるんですか、その点を教えてください。

○政府参考人(松谷有希雄君) 御質問でございま

す。患者さんが提供される医療に関して適切な説明を受け、理解した上で医療を受けるということを支援することは大変大事なことでございま

す。ですから、いきなりそこに入院されたときに、文書へ残す説明が始まる段階の前にやっぱり同意

り具体的に推進をするということから、病院又は診療所の管理者に対しまして、診療を主として担当するお医者さんの氏名、あるいは入院の原因となつた傷病名、主要な病状、入院中に行われる検査、手術、投薬などの治療に関する計画などを記載した文書を患者さん又はその家族に対して交付

して、適切な説明を行うことを義務付けることといたしてございますが、その運用に当たりましては、患者さんの病状等について十分説明をし理解を得るということが望ましいというふうに考えてございます。

○足立信也君 それは言いましたよ。

○政府参考人(松谷有希雄君) はい。

それで、先生の御指摘の、患者さんのこれらについての理解を得た上で文書を交付するということが、この本来の改正の趣旨であるというふうに考えてございます。

また、もう一つの御質問でございます交付等の義務に関する罰則規定でございますが、これについての罰則規定は設けてございませんけれども、医療法におきましては、病院等の管理者につきまして都道府県知事が立入検査、報告徴収、あるいは管理者の変更命令等を行う権限を定めているところでございまして、規制の実効性を担保するということにつきましては十分に可能と考えております。

○足立信也君 そうですね、そのままいくと二回説明が必ず必要という話になつてくるんですね。ですから、説明の前に患者さんの、あるいは家族の希望、同意を前提の上でとかいう文言を必ず付ける必要があるんだろうと私は思っています。

次は、同じ六条関係で、自己決定に資する情報の提供というところに行きます。

これが、この中でやっぱり患者さんが一番知りたいこと、そこにあるドクターの専門性、専門医はどれくらいいるのか、あるいはその病院、そのドクターの治療成績はどうなのかと、この情報がやっぱり欲しがつていてるんですね。

ただ、日本は異常な国でして、これほどメディアを通じてドクターショッピングをおおつているような国はほかにはないわけですね。名医のところで手術してもらいたいという話があつたにしては言わないことが多いんですよ。それは、病院に行つたらどういう説明を受けるか分からぬから、自分から先入観を植え付けるような説明は避けるんですよ。これ現状なんですよ。

ですから、いきなりそこに入院されたときに、文書へ残す説明が始まる段階の前にやっぱり同意

言つていいのか、あるいは自分が除外して家族だけに説明してほしいのか、そういうことの同意を得る、このきっかけがないんですよ、最初に。このことをどう考えるんですかと言つたんです。

○政府参考人(松谷有希雄君) 今回の改正の一一番の趣旨でございますので、その運用に当たりましては、もちろん患者さんの家族内での状況、あるいは患者さんのかかっている病気又はその病状等によつてその対応は様々だらうとは思いますけれども、いずれにしても、それらについて、病状等につきましては十分説明をし、理解をしていただき、その上で、例えば家族に話すのか、あるいは患者さん限りにするのか、あるいは病名についてどの程度のあれをするのか、ということについて御納得をいただくということは、もちろんこの制度を運用する上での前提となるというふうに考えております。

○政府参考人(松谷有希雄君) 今回の改正の一一番の趣旨でございますので、その運用に当たりましては、もちろん患者さんの家族内での状況、あるいは患者さんのかかっている病気又はその病状等によつてその対応は様々だらうとは思いますけれども、いざれにしても、それらについて、病状等につきましては十分説明をし、理解をしていただ

も、生命に一番関係した肝臓の転移を手術したのは、胃がん、大腸がんの専門医じゃないですよ。別の科の先生ですよ、あるいは別のグループの先生ですよ。そういう実態なんですね。でも、ドクターショッピングで、日本の名医何人ですか、そんな話でその人に集まっていく。これは間違った事態ですよ。その病院のその科の客観的な評価どうのがどうしても必要なんですよ。

難しい面がございます。あるいは、客観的に評価するための比較可能な基準やデータの収集方法が確立をしていないというようなものもございまして、直ちに公表することについて課題が残されてゐるわけでございます。

ことといたしているわけでござりますが、人員配置基準等につきましては変えない予定にしてござりますけれども、今御指摘のとおり、医療計画の中で基準病床数にはカウントをするということといたすところでござります。

いか、三十分を目標に計画を立てる、そういう通院時間という概念についてはいかがでしよう。  
○政府参考人(松谷有希雄君) 今回の医療計画制度におきましても、療養病床及び一般病床の基準病床数を設定する圏域という位置付けでの従来の二次医療圏の考え方を残しているわけでござります。

アメリカで、レディングの悲劇というのを御存じだと思いますけど、白内障の患者さん、ほとんど異常がないのに心臓のバイパス手術を片つ端からやつていったと。健康であればあるほどリスクは低いし、成績は上がるわけですね。この成績を公表されたら、みんなそこに集まりますよ。これは経済的な理由からだつたわけですけど、成績というものはいかに客觀性を保つか。先ほどがんセンターの話ございましたけれども、この客觀的な治療成績あるいは個人に帰さない、今は実際に研修医も一杯いるわけですから、一つの手術にしても、何というか、分担作業に近いようななど

○足立信也君 恐らく行き着くところは同じだと思います  
論文とか学会発表とか、そこを通過したものしか  
公表できないような形にならざるを得ないんだと  
私は思います。何とかセンター、何とかセン  
ターって、そこに患者さん集まるわけですから、  
合併症があったら拒否するとか、そういうことも  
ありますからね。是非、客觀性ということは必要  
なんだろうと、その点はよろしくお願いします。  
次は、医療計画の見直し等を通じた医療機関の  
分化、連携の推進という項目のところですね、十  
三条關係。

○足立信也君　特例を認めるということですね。あり得るということですね。はい、分かりました。

次は、医療計画、当然これは都道府県が作成するわけですが、それに当たってはどうしてもやっぱり基準がないといけないし、恐らく厚生労働省の方で基準に近いものは定めるんだと思います。

情報提供の、そのまた一番大事なところでございまして、患者さんの医療の選択に資するよう医療機関に関する一定の情報をすべての医療機関から都道府県に報告を求めて、それを集約して分かりやすい形で患者さんあるいは地域の住民に情報提供する仕組みを創設するなど、その充実を図っているわけでございます。

今御指摘の各医療機関の手術死亡率などの治療成績などの医療情報、いわゆる機微に触れる情報といいますか、センシティブな情報でございますが、こういったものにつきましては、患者さんが、こういったものを評価する際に必要性がある情報を得るために、医療機関を選択をし、あるいは評価する際に必要性の高い情報であると、いう面もございますが、一方で、今御指摘のとおり、重症度別の患者さんの取扱件数によってこの手術の成績等は大きく異

有床診療所の四十八時間入院規制、これが撤廃されます。ということは、当然医師、看護師等の人員配置基準が規定されるわけですが、衆議院だつたと思いますが、既存の施設については政令で定める日からこの人員配置基準の規定に入る、医療計画に入ると、定める日から入る。新設のものは最初からこの医療計画の中に入つて、つまり病床規制等を受けるというわけですよね。

となると、今、医師不足の問題、産婦人科の問題、かなり言われておりますけれども、地域で新たな産婦人科のクリニックを開業しようとするば、今の医療計画で満たされていればそこはできないという事態になるんでしょうか。

○政府参考人 松谷有希雄君 今回、有床診療所の四十八時間の規制、入院期間制限の廃止をする

そこで、基準の中でも私が必要だと思うことは、目標とするベッド数それから医師数、それと同時に通院時間、どれぐらいでたどり着けるような目標設定をしているのかということが大事なんだろうと、それがなければ都道府県で医療計画立てるの非常に難しいなど私は思っています。

況を明らかにしていただくということを新たに盛り込んでおられるわけでございますが、この場合につきましては、必ずしも二次医療圏という従前の医療計画、圏域に限定することなく構築をしていただきたいと、いうふうに考えておるところでござります。

有床診療所の四十八時間入院規制、これが撤廃されます。ということは、当然医師、看護師等の人員配置基準が規定されるわけですけど、衆議院だったと思いますが、既存の施設については政令で定める日からこの人員配置基準の規定に入るところ、医療計画に入ると、定める日から入る。新設のものは最初からこの医療計画の中に入つて、つまり病床規制等を受けるというわけですよね。

となると、今、医師不足の問題、産婦人科の問題、かなり言われておりますけれども、地域で新たな産婦人科のクリニックを開業しようとするば、今の医療計画で満たされたざればそこはでき

そこで、基準の中でお私が必要だと思うことは、目標とするベッド数それから医師数、それと同時に通院時間、どれぐらいでたどり着けるような目標設定をしているのかということが大事なんだろうと、それがなければ都道府県で医療計画立てるの非常に難しいなと私は思っています。

そこで、まず通院時間なんですが、日本の救急車を利用した病院への到着時間、これ平均三十分というふうに聞いております。となれば、通常の通院ですね、この通院はどれぐらいの時間内に到達できればよしとするという考え方で計画を立案、す。

そこで、まず通院時間なんですが、日本の救急車を利用した病院への到達時間、これ平均三十分というふうに聞いております。となれば、通常の通院ですね、この通院はどれぐらいの時間内に到達でさればよしとするという考え方を立案基準を考える予定なんでしょうか。例えば、一時間以内に到達、病院へ行ければいいではないかと、あるいは三十分じゃないといけないんじやな

**〇足立信也君** 基本的には二次医療圏、あるいはその二次医療圏の枠を超えて、大体の、生活している地域からどれぐらいの時間帯で診療所あるいは病院が必要なんだ、その大きな目標というのはやっぱり私、必要なんだと思いますよ。是うのはやつぱり私は考慮していただきたいと思います。

第七部 厚生労働委員会会議録第二十四号

当たり十四・三、これはドイツ八・九、イギリス四・二、アメリカ三・三と、こういうの出ています、おっしゃっています。当然のことながら、日本の場合は精神病床も療養型病床もすべて入ってますね。これは精神病床と療養型病床除くと、一般病床だけでは人口千人当たり七・一になるんですね、計算すると。ということは、欧米とほとんど変わらないわけですよ。

で、私がお聞きしたいのは、とはいながらも、精神病床は七万床、社会的入院を減らしたいので削減する。療養病床は、これも今議論の真中最中でございますけれども、二十三三万減らすと。

ということは、人口千人当たりの目標の病床数がこれぐらいだと言つてもらえば一般病床は何床削減する予定かというのがもう分かるわけですね。この一般病床の削減目標についてはまだ触れられておりませんので、大臣が人口千人当たり日本は多いと、減らす必要があると。じゃ、どれぐらいの数を目標にされているのか、教えてください。

○政府参考人(松谷有希雄君) 我が国の病床数につきましては、今御指摘のとおり人口千人当たりの病床数が十四・三床と諸外国と比較して多く、それを背景にいたしまして、病床百床当たりでいうと医師数、看護師数とも諸外国と比べて少ないといったような課題があるわけございます。今後、急性期医療への医療従事者の重点的な配置など、限られた医療資源を有効に活用して安全、安心で質が高い医療を効率的に提供する体制を確保するということから、一般病床などの病床数を適正な水準としていくことは重要な課題でございます。

一般病床の病床数削減に係る目標というものは現在のところ設定してございませんけれども、医療計画制度におきましては都道府県が地域の医療需要などを踏まえて基準病床数を定めるということとされておるところでございまして、こうした仕組みを通じまして、それぞれごとに病床数の管理を行つてあるというところでございます。なお、今回の医療制度改革におきましては、医

## 療連携体制の構築による医療機能の分化、連携を

通じまして、総入院期間を短縮する医療計画制度の見直しを行うとともに、今回の十八年度の診療報酬改定におきましても、急性期入院医療における手厚い看護体制を整備する観点から一定の評価を行うなどの措置を講じてあるところでございまして、これらによりまして一般病床の平均在院日数が短縮される結果、将来的には一般病床の減少につながるというふうに考えております。

○足立信也君 看護師の配置とかいろいろ、市場原理を利用して自然淘汰を持つという感じの答弁に聞こえます。

一般病床の削減目標はないということでしたのが、社会的入院というのは社会的な要因がいろいろあって入院せざるを得ない、これを生み出したのは正に政治であつて、それは何も精神病床、療養型病床だけに限られていることはありません。一般病床だって当然あるんですね。そこにたどり六・七を目指しております。

地域や診療所による医師不足問題への対応、三十条関係。ただし、医師数については最後あるいは次回に回します、相当多くの内容がありますので。医師不足問題への対応についてです。

まず、文部科学大臣の答弁は、どうも医師不足だという認識の下で答えられているように感じますが、川崎大臣は足りなくはないと、偏在の問題でございませんけれども、百人毎年医師を養成をしつづけますけれども、百人毎年医師を養成をしている。それがしつかり地域に定着しますれば、各県ともかなりの数字になつてましたと思ひますけれども、現実の話が、一つは、一番高いのは徳島でたしか二八二、指數的に申し上げれば、平均が二一一、埼玉が一二三四という数字になりますでしょうか。そういう意味では、大体、これ田中角栄さんの時代でしようか、一県一大学を造つて、もちろん私学等あるところもござります。北海道ですと三つございますけれども、百人毎年医師を養成をしています。それがしつかり地域に定着しますれば、

まず、文部科学大臣の答弁は、どうも医師不足だという認識の下で答えられているように感じますが、川崎大臣は足りなくはないと、偏在の問題でございませんけれども、百人毎年医師を養成をしつづけますけれども、百人毎年医師を養成をしています。それがしつかり地域に定着しますれば、各県ともかなりの数字になつてましたと思ひますけれども、現実の話が、一つは、一番高いのは徳島でたしか二八二、指數的に申し上げれば、平均が二一一、埼玉が一二三四という数字になります。それがしつかり地域に定着しますれば、各県ともかなりの数字になつてましたと思ひますけれども、現実の話が、一つは、一番高いのは徳島でたしか二八二、指數的に申し上げれば、平均が二一一、埼玉が一二三四という数字になります。それがしつかり地域に定着しますれば、各県ともかなりの数字になつてましたと思ひますけれども、現実の話が、一つは、一番高いのは徳島でたしか二八二、指數的に申し上げれば、平均が二一一、埼玉が一二三四という数字になります。それがしつかり地域に定着しますれば、各県ともかなりの数字になつてましたと思ひますけれども、現実の話が、一つは、一番高いのは徳島でたしか二八二、指數的に申し上げれば、平均が二一一、埼玉が一二三四という数字になります。

産科、小児科については集約化が必要だとおっしゃいました。これについてもまたじっくり話をしたいのですが、大臣は、都会で妊娠されて出産を控えた若い妊婦の方が里帰りをして自分のふるさと、地域で、地方で里帰り出産をするということは、この集約化の中に考慮されたんですか。私は、集約化が必要だと、偏在だとおっしゃいました。これについてもまたじっくり話をしたいのですが、大臣は、都会で妊娠されて出産を控えた若い妊婦の方が里帰りをして自分のふるさと、地域で、地方で里帰り出産をするということは、この集約化の中に考慮されたんですか。私は、集約化が必要だと、偏在だとおっしゃいました。これについてもまたじっくり話をしたいのですが、大臣は、都会で妊娠されて出産を控えた若い妊婦の方が里帰りをして自分のふるさと、地域で、地方で里帰り出産をするということは、この集約化の中に考慮されたんですか。これが偏在ですよね。その偏在の、実際上、今まで何回か医師の需給に関する検討会つてやられて

いますけれども、基準がどこにあって、どこがそれをオーバーしていてどこが足りないんだと、そういうきちっとしたデータに基づいての偏在解消という意味でおっしゃっているんだと思いますが、その点の基準と多いところを示していただきたい。

この二点ですね。里帰り分娩と基準と、その基準に対して多いところと少ないところ。そういう認識でお答えいただきたいと思います。

○国務大臣(川崎一郎君) 今、里帰りの問題で私は

のところに三重県の例が来てまして、正直申し上げて里帰りでお産をされる方が多い、一方でそ

の医療機関の集約化の問題について今様々議論をいたしております。

具体的に申し上げると、ある市が六人の施設を持つて、隣の市が二人の医師を持っている、そこを県の主導で集約化、というのは六名いたところが四名になつてしまふ。産科というものの提供するときにはどうあつたらいいだろうかと当事者同士随分議論をしていただいたようございますけれども、なかなか当事者同士では結論を得なかつたということで大学の主導で、結論として外來の二名の方は残す、外来を残す、しかしながらお産をされるときについては一医療機関に集約させたいなどと大学側の提案があつたようございます。

それに対して、外来ではなく、その二名も常にいてもらつてお産ができる体制を整えてくれといふことで、今様々な議論をされているところでございますけれども、最終的にやはり医療の安全といふものを考えいつたときに、そこは集約化をしなければならないだろうと。そうなると、ふだんの健診、外來はできますけれども、お産をされるときには三十分か四十分車で走つてもらわなきやらない。このことについて様々な議論がされておるようありますけれども、そのところは医療の安全という問題も含めて県なり大学が判断をした話でありますので、私が直接口を出す話ではなかろうという判断を今いたしております。

そういう意味では、かつては二人お医者さんがいらっしゃつて自分の地元へ帰れたら十分のところはどうも産めない状況にならざるを得ない。この問題についていろいろ議論がされておりますけれども、そこは先ほど申し上げた県が主導を取りながら集約化といふことで御理解をいただきたいし、入院ということがなれば当然安全というものが担保されなければなりませんので、そのような対応が取られておると、そういうケースが多いと思います、正直申し上げて。過去はいた、自分のふるさとへ帰ればいた、しかしながら今は隣の市へ集約化されてしまったということについて様々な、従来と違うじやないかというお話をいたしますけれども、現実に生まれる子供の数が減ってきておることも事実でございますので、何とか住民の皆さん方に御理解をいただくようにしていかなければならぬだろうというように一つは思っています。

それから、偏在の問題については先ほど申し上げましたように、徳島が二八二という数字になつてますし、埼玉三四でございますので、そういった意味では地域的な偏在はあるでしょう。

それから、診療科で申し上げれば、産科が、子供の数に比較して考えていけば減つてきておませんけれども、医師数というものを考えていけば減つていつている診療科になつてているんだろうと理解をいたしております。

小児科の問題については、現実に医師数、絶対数としても増えてきておりますけれども、午前中

議論いたしておりましたように、女医さんが増え

てきておることも事実でございますので、同じよ

うに集約化を図つて仕事の形を変えていかないと現実の医師数というものを確保できない、確保で

きないがゆえにまたその医師がお辞めになつてしまふと、悪循環をいたしておりますので、そういう意味ではやはり集約化のスピードを速めないと

労働問題として大きな課題を余計持つことになる

だろうと、このように思つております。

○足立信也君 里帰り分娩の話ですと、今の大臣

の具体的なお話ですと、これは都会と地方の二極化がますます進むというか、自分の生まれ育つたところはどうも産めない状況にならざるを得ないという趣旨だったと思いますね。

後半の部分は、私は、都道府県が医療計画を作り中で、医師は偏在しているんだというんであれば、その都道府県の中での偏在、どれぐらいの基準に対し、どこが多くてどこが少ない。例えば今まで、昭和五十九年の佐々木委員会ですかか、それから平成六年の前川委員会ですか、二次医療圏内で、どの二次医療圏では医師が過剰な状態にあって、どこでは不足しているというのをデータは出しているはずです。その基準になるところと、実際に、都道府県の中での偏在という実態を教えてくださいと言つたんです。

○政府参考人(松谷有希雄君) 過去二回の医師需要の検討会は、看護の需給とちょっと違いました

て、全体でのマクロの推計ということで、二次医療圏の数字を積み上げるというやり方を取つてお

りませんので、先生お求めのような形での数字はないということでございますが、絶対的に医師がどの水準であるべきかということについては、これはだれが決めるというものではなく、ゴールドスタンダードというものがあるわけではございません。

医師はもちろん多ければ多いほどそれは便利なわけですから、これは全体として、そのときの我が国あるいはその地方、その地域での医師の状況ということが関係するようですが、そういう

グロスの話を置いてもあるので、今回の医師

についてはそういう絶対論でどこだという議論で

はなくして、具体的にその医療圏、あるいはその

県、都道府県において具体的にどこで足りなくなつて、あるいはどこにお医者さんがいらっしゃるのかというようなことを具体的に見ながら、それに対する対応を推し進めしていくことが実際のことではないかと思っております。

もちろん、県全体で本当に、県全体であればそ

のなかで何とかやりくりすることはできますし、県

全体として少ないということであれば、もう少し

ブラックで対応をしなければならないということ

でございまして、この場合には国もお手伝いをする必要がありますかなどと思っております。

○足立信也君 不足ではない、偏在だと言つてお

きながら、都道府県内での偏在の状況が把握できていませんかとお尋ねですね。だから納得できません

いんですよ、ずっと衆議院の議論でも。少なくとも

何でも丸投げみたいな話をされても非常に困るんですけどね。

二次医療圏で足りているところ、足りていないところって、私一部知っていますので、これは

そういうデータとしてこの委員会に提出してほしいなと思うんですが、いかがでしょうか。

○委員長(山下英利君) 理事会で協議をいたしました。

○委員長(山下英利君) はい。

○委員長(山下英利君) 質問を続けてください。

○足立信也君 それでは次、四番、五番をちょっと入れ替えますね。まず、医療従事者の資質の向上というところに関係していきます。

○足立信也君 私、先ほど、一昨年以来、評価と説明責任の時代に入ったというのを何度も繰り返しているんで

すが、そこで大事なのは、医療機関の質の評価、そして医療の質の評価なんですね。これ、がん治

療の均てん化という言葉も使われておりますよう

に、あるいは標準治療のガイドラインというのも三十疾患に近く作られております。そういう標準

治療がこの医療機関でどれだけやられているか、その結果がどうだつたか、そういうふうな医療機

関の質、そこで提供されている医療の質を評価するというシステムが必ず必要なんですね。

今、日本にある医療機能評価機構というのは、

それは私も内部の人間よく存じ上げておりますけれども、やはりハードの評価なんですね。安全面、衛生面、そういうことはどうかと。そ

うなくて、ソフトの、中で行われている医療の

質の評価ということがこの国にはどうも欠けていると私は思うんですが、そのことについて、今後の希望でもあるいは目標でもよろしいですから教えてください。

○政府参考人(松谷有希雄君) 日本医療機能評価機構において各病院の客観的な評価というのが行われているわけでござりますけれども、もちろんこれは希望に基づいて行われておりますが、評価の手法についてはいろいろな学問的な議論がございますが、マクロでは、御存じのとおり、構造的なもの、あるいは医療のプロセス、そして医療の結果といったような三つに区分されるというふうに伺っております。

医療機能評価機構においては、できるだけその三者が評価の対象にできるよう今研究を進められており、この三つに伺っておりますけれども、客観的に見られるとしても、構造的な面、あるいは少しプロセスに入ったところというようなところに今の段階はあるというふうに伺っております。

患者さんが医療に関する選択を適切に行って良質な医療を受けるということから、そういう評価の情報を得るということも大変大切でございまして、これにつきましては、その内容、評価の手法の開発も含めて進めていくことが大事だというふうに思っております。

また、治療法につきましても、いわゆるエビデンス・ペースト・メイシンですか、根拠に基づく医療ということに基づいた診療ガイドラインといふものを策定するということによってその質の向上に努めるということも、この評価機構等にも御協力をいただいて進めているところでございます。

医療の結果、アウトカムと言いますが、ここでの評価につきましてはまだまだ難しい面もございますけれども、先ほどの医療情報の各医療機関からの提供の中で申し上げたところでございますけれども、これを比較可能なものにするというような手法の開発を通じてできるだけオープンなものに

できるように努めてまいりたいと思っております。

○足立信也君 次から三つぐらいはこれまで飛ばさざるを得ません。

次から三つぐらいはこれまで飛ばさざるを得ません。

医療安全支援センターについて。

私は、今実際に医療機関に掛かっている患者さんがその事後に、例えば手術の後だと、その後に別の医療機関に相談に掛かれるということが非常に大事なんだと思っています。それが都道府県やあるいは保健所といったような行政機関ではなくて、医療機関に相談に掛かれるということが非常に大事なんだと思っています。がん診療拠点病院やあるいは小児科に対する地域の小児科センター、そういうものを活用しながら二次医療圏内に是非ともそういう相談機能を兼ね備えた医療機関が必要なんだと、このことを主張させていた

べきだと思います。

飛ばしまして、去年の六月に日本学術会議が提言を出されました。これは医療事故再発防止と被害者救済ということの提言ですね。

その中でやっぱり医療関連死というものが大変問題になってきて、今回も福島、大野病院の事案もござりますけれども、これは何といってもその要點は、提言の要點は、医療関連死が発生した場合、その過誤、過失を問うことなく、第三者機関において届け出る、届出がまず第三者機関であるという

こと。それから、第三者機関は医療事故の科学的分析と予防策樹立を図ると。そして三つ目に、第三者機関は被害者側への有効で迅速な救済措置の実施のためのADR導入や被害補償制度の構築を図るということが提言されています。

私たち民主党は、医療関連死だけではなくて異状死、これは、例えはこれは事故死と扱われたものあるいは自殺と扱われたもの、実はそこに犯罪がかかる可能性だって否定できないわけですね。そういった亡くなつた方への生命の尊

厳、これは私は死因の究明だと、そのように繰り返しておりますけれども、この死因を究明するシステムあるいはその届出先というものが第三者である必要性が絶対にあると思っています。

今現在、これは医師法二十一條の関係で警察に届けられるわけですが、異状死届出件数が二〇〇三年で二百五十件、そのうち立件は一割以下ですよ。医療関連、特に医療関連に関しては警察に届けても何の立件もできないということなんです。

モデル事業があります、恐らくモデル事業のことを触れられると思うのですが、私は、このモデル事業には大変な問題があつて全く第三者機関になつてないということがすべての根源だと思つております。この提言を、日本学術会議の提言を生かすための医療事故の再発防止と被害者救済には結構ですから、それ以外の分野で考え方を教えてください。

○國務大臣(川崎二郎君) 日本学術会議の提言においては、医療事故の再発防止、過誤、過失を問わない、第三者機関への届出、被害者の迅速救済のための第三者機関による裁判外紛争処理制度や被害者補償制度の導入が提言されております。これら

の課題について、医療事故の再発防止や萎縮の防止に加え、不足が指摘されている産科医の確保という観点からも検討を進めていくべきだと考えております。

問題は、医療関連死などの原因を中立的に究明する体制をどのようにするか。実は、午前の答弁で申し上げた産科の皆さん方お集まりいただいて、この中立的機関をどうやってつくれるかと御議論として、東京なり大阪に置いていらっしゃらないかという議論がありました。しかし、現実、やはり解剖しなければならないということになる

ことがあります。

○足立信也君 そのモデル事業の問題点は、遺族側がこれは調べてほしい、モデル事業に登録してほしいということを言えないということ、それから総合調整医は警察へ届けるのかモデル事業に回すのか判断する権限が全く与えられていないと、少なからず問題があります。

まだ積み残しが一杯あります。ただ、その中でどうしても私言つておきたいことは、医師数のことは次回へ譲りますが、今までの政策、先ほど医師の需給の検討会の話でも、医師が過剰になると医療費が高騰してしまふんだと、過剰診療を触発

してしまったんだと、そういう概念でずっと進んできているんですね。実は、平成二年のときの検討でも、診療所ブーム、開業ブームというのがあったんですけれども、それは医師が過剰になつて病院へ就職できなくなつたというふうに判断しているんですね。大変な間違い。私は、今の矢崎先生が中心となつておられる検討会のどういう結論を出されたのか、非常に期待をしているところです。繰り返しますが、世界の轍を踏まないこと。医療費抑制は医療の質の低下を招く、人材の確保ができないくなる、そしてサービスの供給不足に陥るなどという世界が踏んできた轍を日本が踏まないように、一つ一つの質を改善することが今医療制度改革の最大の論点だと思っております。どうか御検討をよろしくお願いしたいとの、私もまた機会がございましたらもう一度質問をさせていただきたい、そのように思います。

○朝日俊弘君 民主党・新緑風会の朝日です。

時間がもつたないので、早速質問に入ります。

まず、前回の宿題から始めます。

私が今中心的に質問しているのは老人保健法、全部改正されて高齢者の医療の確保に関する法律案について順次質問させていただいているのですが、これ全部で百七十二条ありますし、附則を足すと二百を超えるんですが、十三と十四のところで止まっていますので、着々と明確な答えをいただきたいと思います。そうしないと終わりまで行きませんので、お願いしたいと思います。

さて、十三条、十四条、これは今日、午前中に同僚委員からも御質問がありました。高齢者の医療の確保に関する法律の第二章に医療費適正化の計画及び医療費適正化の推進というのがあつて、その第十三条と十四条にかかる質問を前回いたしました。そのときの答弁はどうも腑に落ちませんでしたので、もう一遍よく考えて、ちゃんとした答えをくださいと言いました。

十三条は診療報酬体系全般にかかる問題、十

四条は診療報酬の都道府県のレベルの特例に関する問題、こういうふうになつています。ところが、全般に関する問題については都道府県から意見が提出できる。そして意見が提出されたら大臣がそれを配慮して定めるように努めなければならぬと、こういう、言わば努力規定というか、義務規定まではいかないのだと思いますが、そういう書きぶりになつてます。ところが、十四条の特例に関していうと、都道府県から意見を出すといふ話はなくて、大臣が決める、ただし、あらかじめ都道府県知事と協議しなさいと、こういう書きぶりになつてます。これ、どうも腑に落ちないんですね。腑に落ちるように説明してください。

○政府参考人(水田邦雄君) お答えいたします。

まず、高齢者の医療の確保に関する法律案の第

十三条の方でござりますけれども、これは今委員

御指摘のとおり、この診療報酬は全国共通のもの

として厚生労働大臣が設定するものであるという

こと前提にしながら、この全国共通の診療報酬を

定めるに当たって、都道府県から意見が提出され

たときにはこれに配慮して定めるように努めなければならぬということを、言わばこれは確認的

に規定したものでございまして、趣旨いたしま

しては、この医療費適正化に取り組む都道府県か

らの様々な意見を踏まえてこういった診療報酬の

見直しを行つて、医療費適正化に係る都道府県の

取組を支援するということを明確にしたものでござります。現実の手続といいたしましては、中医協への諮問、答申を経て大臣が決定するということ

で、あくまでも努力規定ということでございま

す。

一方で、第十四条の規定は、この診療報酬に特例を設ける、この診療報酬の例外のことを規定したものでございまして、言わばこれは創設的に規定したものでございます。

この手順でございますけれども、まず特例を講

じた方がいいという都道府県あるいは項目という

のは、全国の適正化計画の実績評価を踏まえ、前

四条は診療報酬の都道府県のレベルの特例に関する問題、こういうふうになつています。ところが、全般に関する問題については都道府県から意見が提出できる。そして意見が提出されたら大臣

がそれを配慮して定めるように努めなければならぬと、こういう、言わば努力規定というか、義務規定まではいかないのだと思いますが、そういう書きぶりになつてます。ところが、十四条の特例に関していうと、都道府県から意見を出すといふ

こととなるということでござりますので、全国の視点から見て、県間バランスから見て公平であるということが担保された上で、提案でなきやな

ることとなるということでござります。

そういう意味で、この点でも、内容的にも全国の視点とすることが不可欠でございますので、こ

れにつきましてはまず厚生労働大臣が提案するこ

ととしているわけでござります。ただ、この手続

がありますので、特例の対象となる関係都道府県

知事の納得を得て行うよう協議した上で設定す

ることとしておるわけでござります。

繰り返しになりますけれども、両方とも診療報

酬の見直しという手段を使いまして、都道府県に

による医療費適正化の取組を支援するという点では

共通をしておりますけれども、十三条の方は全国

共通の診療報酬を定めるに当たっての配慮事項を

確認的に規定したものである一方、十四条は全国

共通の診療報酬の例外として都道府県ごとの特例

について創設的に規定したものでございまして、

趣旨を異にいたしますので、都道府県の関与の在

り方が異なるものであるわけであります。

もうちょっとと言いますと、やはり繰り返しにな

るかもしれませんけれども、診療報酬の例外を設

ける場合につきまして、全国の状況との比較で設

けなければならない、そういうことまで都道府県

知事さんにお願いをするというのは、これは過重

な負担になるのではないかと、こういう判断が

あつたところでござります。

○朝日俊弘君 前回よりも一步前進はしたと思う

んですけど、ただ、私、午前中の武見委員の考え

提としながら、各都道府県の計画の実績評価を踏まえて選定をすると。つまり、全国計画の実績評価を踏まえて個々の都道府県の計画を評価すると

いう視点がまず必要であるのが一点。

それからもう一つは、これは午前中も出ました

けれども、特例措置における適切な医療を

これが配慮して定めるように努めなければならぬないと、こういう、言わば努力規定というか、義務規定まではいかないのだと思いますが、そういう書きぶりになつてます。ところが、十四条の特例に関していうと、都道府県から意見を出すといふ

こととなるということでござりますので、全国の視点から見て、県間バランスから見て公平であ

るということが担保された上で、提案でなきやな

ることとなるということでござります。

そういう意味で、この点でも、内容的にも全国の視点とすることが不可欠でございますので、こ

れにつきましてはまず厚生労働大臣が提案するこ

ととしているわけでござります。ただ、この手続

がありますので、特例の対象となる関係都道府県

知事の納得を得て行うよう協議した上で設定す

ることとしておるわけでござります。

繰り返しになりますけれども、両方とも診療報

酬の見直しという手段を使いまして、都道府県に

による医療費適正化の取組を支援するという点では

共通をしておりますけれども、十三条の方は全国

共通の診療報酬を定めるに当たっての配慮事項を

確認的に規定したものである一方、十四条は全国

共通の診療報酬の例外として都道府県ごとの特例

について創設的に規定したものでございまして、

趣旨を異にいたしますので、都道府県の関与の在

り方が異なるものであるわけであります。

もうちょっとと言いますと、やはり繰り返しにな

るかもしれませんけれども、診療報酬の例外を設

ける場合につきまして、全国の状況との比較で設

けなければならない、そういうことまで都道府県

知事さんにお願いをするというのは、これは過重

な負担になるのではないかと、こういう判断が

あつたところでござります。

○朝日俊弘君 前回よりも一步前進はしたと思う

んですけど、ただ、私、午前中の武見委員の考え

方とはちょっと違います。むしろ都道府県レベルの特例というのは積極的に設けてもいいんじゃないでしょうかと思つてます。その場合に、高齢者の医療費の適正化という適正化の中身が問題になります。例えば、長期入院をできるだけ短くしようと

いうことを考える場合に、診療報酬は二通りのアプローチがある。一つは、急性期に点数を加算するというやり方。それから長期入院を、点数を

低減を強化して低く付けるというやり方もある。

だから、そういう意味で、文字どおり適切な方法

で診療報酬の特例を設けるというんだつたら、もつと積極的にやつていいと思っているんです、私は。例外中の例外というか、特例中の特例って午前中、今日答弁されましたけれども。

というのは、今回いろいろ都道府県の保険者と

しての役割が結構強められていますから、そういう意味でいくと、都道府県が費用、コストの問題とこれは給付の問題とについて相当一定程度力を

持つていいと思っています。そういう意味で、この点でも、内容的にも全国の視点とすることが不可欠でございますので、こ

れにつきましてはまず厚生労働大臣が提案するこ

ととしているわけでござります。ただ、この手続

がありますので、特例の対象となる関係都道府県

知事の納得を得て行うよう協議した上で設定す

ることとしておるわけでござります。

繰り返しになりますけれども、両方とも診療報

酬の見直しという手段を使いまして、都道府県に

による医療費適正化の取組を支援するという点では

共通をしておりますけれども、十三条の方は全国

共通の診療報酬を定めるに当たっての配慮事項を

確認的に規定したものである一方、十四条は全国

共通の診療報酬の例外として都道府県ごとの特例

について創設的に規定したものでございまして、

趣旨を異にいたしますので、都道府県の関与の在

り方が異なるものであるわけであります。

もうちょっとと言いますと、やはり繰り返しにな

るかもしれませんけれども、診療報酬の例外を設

ける場合につきまして、全国の状況との比較で設

けなければならない、そういうことまで都道府県

知事さんにお願いをするというのは、これは過重

な負担になるのではないかと、こういう判断が

あつたところでござります。

○朝日俊弘君 前回よりも一步前進はしたと思う

んですけど、ただ、私、午前中の武見委員の考え

してしまったんだと、そういう概念でずっと進んできているんですね。実は、平成二年のときの検討でも、診療所ブーム、開業ブームというのがあったんですけれども、それは医師が過剰になつて病院へ就職できなくなつたというふうに判断しているんですね。大変な間違い。私は、今の矢崎先生が中心となつておられる検討会のどういう結論を出されたのか、非常に期待をしているところです。繰り返しますが、世界の轍を踏まないこと。医療費抑制は医療の質の低下を招く、人材の確保ができないくなる、そしてサービスの供給不足に陥るなどという世界が踏んできた轍を日本が踏まないように、一つ一つの質を改善することが今医療制度改革の最大の論点だと思っております。どうか御検討をよろしくお願いしたいとの、私もまた機会がございましたらもう一度質問をさせていただきたい、そのように思います。

○朝日俊弘君 民主党・新緑風会の朝日です。

時間がもつたないので、早速質問に入ります。

まず、前回の宿題から始めます。

私が今中心的に質問しているのは老人保健法、全部改正されて高齢者の医療の確保に関する法律案について順次質問させていただいているのですが、これ全部で百七十二条ありますし、附則を足すと二百を超えるんですが、十三と十四のところで止まっていますので、着々と明確な答えをいただきたいと思います。そうしないと終わりまで行きませんので、お願いしたいと思います。

さて、十三条、十四条、これは今日、午前中に

同僚委員からも御質問がありました。高齢者の医療の確保に関する法律の第二章に医療費適正化の計画及び医療費適正化の推進というのがあつて、その第十三条と十四条にかかる質問を前回いたしました。そのときの答弁はどうも腑に落ちませんでしたので、もう一遍よく考えて、ちゃんとした答えをくださいと言いました。

十三条は診療報酬体系全般にかかる問題、十

〔委員長退席、理事岸宏一君着席〕  
年金制度については基本的に国が責任を持つ。介護については市町村が主体になる。一方で、医療といふサービスを提供するときに、その問題の中心になるのは、国がすべてをやっている時代からだんだんだんだん県へ移行していく時代。既に病院開設の許可や医療計画の作成など、地域の医療提供体制の整備に関しては県に責任を持つていただいている。そして、医療費適正化計画についても、都道府県ごとに医療費の地域差があり、地域の医療体制に責任を有する都道府県に関与してもらうということで、今回は国と都道府県が重層的に責任を担いながら医療費適正化については進めていくこと、こういう考え方であろうと思います。しかし、時代の変化の流れとしては、その主役が国からだんだんだんだん県に移っていくといふ流れにあることは私は間違いないだろうと思います。

そういう一つの流れ、特に私どもはそういう中で政策目標や計画の作成手法の開発、財政支援、人材研修などの援助をまだこれからやっていこうと。そういう意味では、すべての都道府県が今現在医療全体の受け手としてやれるまでの体制が整っているかということになると、正に進んでいる段階だらうと、いうふうに私は認識いたしました。

今回のこの診療報酬の特例につきましては、一時は、医療のそういう意味では担い手になつていただいている都道府県から、診療報酬の問題について我々に提言ができるという一つの切り口。これ全体の医療費についてですね、診療報酬について。もう一つは、都道府県が自分の実績を見ながら、地域の事情を踏まえて私どもと協議を行うこと。これについては大臣は尊重するという切り口が作られておるといふことがあります。

ただ一方で、今段階においては、やはり都道府県間に公平に提供する観点から合理的であると認められる範囲内において設定すること。そこが、先生からですと、もう少ししかり移譲し

ろつていう話ですが、私も武見委員にお答え申し上げたように、今回は特例という切り口にさせていただいているということでござります。たゞ、流れ全体は都道府県がより自立していく方向になつていくことは間違いないと思つております。

## 〔理事岸宏一君退席、委員長着席〕

○朝日俊弘君 私も流れそのものは否定するつもりは全くない。むしろ、先ほども申し上げたように、都道府県がもつと両面にわたつて力を發揮できるようすべきだと思ってますから。

ただ、そうすると、例えば、繰り返し答弁は求めませんけど、十四条でいえば、この特例についても都道府県から発議があつてもいいんじゃないかなと。何も大臣の方からしなきや、それで協議があつてもいいんじやないかと私は思う。そしたら、多少、十四条と十三条とがバランスが取れてくるなと思います。これは私の意見。

それで、その次にちょっと、もう少し細かくこの説明を聞こうと思ったんですが、午前中の武見委員の御質問とダブりますので、次の説明に関する質問は飛ばします。

もう一つ宿題がありました。今回の老人保健法の全部改正で、従来の老人保健法に基づく市町村が実施してきた老人保健事業が、法律の根拠を失うことになる。そうすると、どうなるんだろうといふことが私の心配事でした。例えば、従来からO政府参考人(中島正治君) 従来、老人保健事業として市町村が実施してまいりました事業のうちで基本健診に相当する部分につきましては、特定健康診査、特定保健指導、いわゆるハイリスクアプローチというような言い方もしておりますが、ということで、今後医疗保险者に中心的な役割を担つていただくこととしておりますけれども、地域住民全體についての健康増進を図る責務、このものが市町村にあるということは何ら変更されるものではなくて、そういう意味で地域保健の枠組みを大きく変更するということはないといふふうに認識をしております。

また、市町村におきましては、生活習慣病対策だけではなく、母子保健対策、障害者施策、更是介護予防や児童の虐待防止対策などを幅広く担つていただいておりまして、市町村の保健師、管理栄養士等の専門職の方々には引き続き地域保健の分野において重要な役割を担つていただく必

要があるというふうに考えております。このため、国としても都道府県と連携をいたしまして、資質の向上に向けた研修の推進などに積極的に取り組みたいと考えております。

O朝日俊弘君 まだ不十分ですね。要するに、制度がかなり大きく変わるんだから、特に今までそれぞれの市町村、現場で日々と積み上げてこられた人たちに対して、これからこう変わるからこういうことをやってほしいと、もつと明確に示さなければなりませんといふふうに思つてみても得心いきませんという話をしました。

この問題は、先ほど同僚の島田委員からもありましたので繰り返してお尋ねすることはやめますが、ただ、そのことと関連して、地域保健法という法律がある。今回は何か、いろいろ見てみても地域保健法の改正は提案されていない。健康増進法は確かに一部改正がされているので、それで十分かどうかは別として、そこはきちんと配慮してあるんだけど、何でこういうふうにごろごろ大きく変わるものに、とりわけ市町村の実施事業がころと変わるために、地域保健法の改正が何でないのだろうか。法改正がストレートに要らないまでも、法律に基づく基本指針というのはあるはずだ。これはきちつと書き換えないで、新しい制度変更に対応できないんじやないかといふふうに私は思うんですけど、その点はどうですか。

O政府参考人(中島正治君) これは、これまで御説明を申し上げましたように、生活習慣病対策にかかる部分については、私どもの認識としては本指針も書き改めるということになるんですか。そういう機会を通じて、こういうふうに変わることになりますよね。当然、今回の法改正を踏まえて、基本指針も書き改めるということになるんです。なぜ言えないので改めて、もう一遍聞きます。

O政府参考人(中島正治君) これは、これまで御説明を申し上げましたように、生活習慣病対策にかかる部分については、私どもの認識としては地域保健法に規定する役割そのものを大きく変えたものではないということから、そういった部分の必要性は特にないのではないかといふふうに認識をしておりましたけれども、基本指針についての必要性は特にないのではないかといふふうに認識をしておりましたけれども、基本指針について今後更にそういった部分での見直しが必要かどうかについては更に検討してまいりたいと思います。

○朝日俊弘君 検討してください。老人保健事業という言葉が入っているんですよ、基本指針の中にも。老人保健事業はなくなるんでしょう。だつたら、当然変えなきやいけないのですか。当たり前のことをちゃんとやつていないで提案なんかしないんな。

次、職場における健康づくり。

今回の法改正で保険者が特定健診等をやることになった。ところで、従来から労働安全衛生法に基づいて職場の健康づくりが取り組まれている。そうすると、今回の改正で実施が義務付けられた

保険者がやるべき範囲と、従来の労働安全衛生法に基づいてやる範囲と、それも被用者本人とその家族と違つてくると思いますので、どういう事業内容をどういう費用負担の在り方でどういう優先順位でやるのか、説明してください。

○政府参考人(水田邦雄君) まず、私の方から両者の関係について御説明したいと思いますけれども、結論から申し上げますと、被用者保険の被保險者本人でございます労働者については、引き続き労働安全衛生法に基づく事業主健診が優先する仕組みとしてございます。

具体的に申し上げますと、今回の制度改正におきまして労働安全衛生法の改正を行つてございませんけれども、高齢者医療確保法の中で、被保險者がこの労働安全衛生法に基づいて行われます事業主健診など特定健診に相当する健診を受けることがでける場合には、保険者はその被保險者に対する特定健診の実施義務は免除されるという形で調整をしてございます。

また、事業主によります事業主健診と保険者による健診が人間ドックなどの形で一体的に実施されるということも想定されるわけでありますけれども、その場合にはこの高齢者の医療確保法の中で事業主健診を保険者に委託して実施することが可能といたしまして、その場合には事業主は保険者に対して委託の費用を支払わなきゃならないと、このよう規定をしているところでございます。

○朝日俊弘君 それだけですか。まだあるよね。

○政府参考人(水田邦雄君) それから、実施方法につきましては、それぞれの保険者が加入者の利便性を勘案しながら適切な方法を取ることとしてござりますけれども、一般的には被用者保険の被

保険者本人につきましては職域単位での集団健診や人間ドックにより提供されると。国保の被保険者につきましては、地元の保健センター等での個別健診、あるいはクリニック等の医療機関での個別健診により提供されることが多いと考えられるわけでございます。

また、被用者保険の被扶養者につきましては、法律上の枠組みといたしまして、市町村国保等、他の保険者による健診を活用できることとしてございまして、地元市町村を始めとした身近な場所で受診できるよう保険者間の協力体制を構築して、受診者の利便を確保するように努めてまいりたいと考えてございます。

それから、健診項目につきましては、これは正に今、特定健診そのものの健診項目等を検討会において検討しているところでございますので、その上で確定をいたしたいと考えてございます。

それから、財源についての御質問があつたと思いますけれども、先ほど言いましたように、その費用負担、これ被用者保険、被保險者本人の場合には先ほども申し上げましたように労働安全法に

よります事業主健診が主体になるわけであります。その他、その被扶養者等の場合につきましては、原則として保険料と利用者本人の負担としつつ、一部国庫による補助、この補助対象あるいは

補助水準は今後検討することとしてございますけれども、国庫による補助を行う予定でございます。それから市町村国保の被保險者の場合には、

保険料と利用者本人の負担のほか、現在の老人保健事業と同様でございますけれども、健診費用等の一部につきまして国と都道府県が三分の一ずつ負担をすると、このようにしてございます。

○朝日俊弘君 そうすると、少なくとも被用者本人は労働安全衛生法に基づく事業主健診が優先します。しかし、目的的に十分でない場合とか、あ

るいは特に追加してやる場合とか、さらには被用者本人の家族については保険者の責任でそれぞれ

やつていただくと、こうしたことだと思いまますけれども、たまたま一つ不思議に思うのは、国保の場合はよく分かりますよ。国保に入っている人の場合、市町村の保健センター等を利用して健診をやつ

てから、ところが介護保険の方はもうこの四月から施行を迎えているということで、今ちょうど中途半端な過渡期というか、移行期にあると思うんですけれども、法律上の枠組みといたしまして、市町村国保等、他の保険者による健診を利用できることとしておりませんで、居住されている地元市町村での健診事業を活用すると。これまだ費用負担関係をどうするか、

詳細これから決めなければなりませんけれども、やはり、まずはそれは受診者の利便性ということを第一に考えて組み立てていきたいと、このように考えております。

○朝日俊弘君 そうすると、家族については地域で国保にお願いをする、委託をするのかな。もちろん実質的には市町村におられる保健師さん等の力をかりながらやると、こういうことになるという理解でよろしいですか。

○政府参考人(水田邦雄君) 基本的に、法律の枠組みで想定しているのは正にそういう市町村国保の枠組みを利用するということございますが、概念的にはそのほかに外注をする、アウトソーシングをするというようなやり方もこれは可能であると思いますので、それは各被用者保険の保険者が正に利便を考えながら定めていくと、いうことになろうかと思います。

○朝日俊弘君 アウトソーシングの話はまた後で触れます。

資料を配つてください。

〔資料配付〕

○朝日俊弘君 次の質問は、実はややこしいんですけど、今のは労働安全衛生法との関係だと。今度は介護保険法との関係が出てくる。

去年の介護保険法の改正によって給付の面でも介護予防、それから地域支援事業の中でも介護予防にかかる様々な活動が介護保険法によって実施されるということになる。

その中身を見ると、介護予防に関する地域支援事業の中身と、従来老人保健事業で行つてい

ますけれども、かなりオーバーラップすると。しか

め、今審議している法案は平成二十年四月の施行

が、それはどうします。

だから、ところが介護保険の方はもうこの四月から施行を迎えているということで、今ちょうど中途半端な過渡期というか、移行期にあると思うんですけれども、法律上の枠組みといたしまして、市町村国保等、他の保険者による健診を利用できることとしておりませんで、居住されている地元市町村での健診事業を活用すると。これまだ費用負担関係をどうするか、詳細これから決めなければなりませんけれども、やはり、まずはそれは受診者の利便性ということを第一に考えて組み立てていきたいと、このように考えております。

○政府参考人(水田邦雄君) それにつきましては、十七年度までの老人保健事業の評価につきましては、十六年度に有識者から成る老人保健事業の見直しに関する検討会において検討が行われました。

そこで問題点といたしまして、一つは、介護予防の観点から、介護予防を中心とする高齢者に対する取組が十分でないことが指摘され、また二つ目に、生活習慣病対策の観点からは、一つには、医療保険者が行う健診等との役割分担が不明確である、二つには、受診者に対するフォローアップが不十分であるといった課題が指摘されました。

それに基づきまして、委員御指摘のとおり、昨年の介護保険法の改正によりまして、介護予防を中心とするサービスを強化する観点から、六十五歳以上の高齢者に対しまして、これまで老人保健事業で実施してきた機能訓練、健康教育等を再編しまして、平成十八年度より地域支援事業において実施することいたしました。それがこの真ん中の欄の一番下の六十五歳以上(地域支援事業)の茶色の部分でございます。

それから、介護予防の観点から実施する生活機能評価に関する検査項目、これは、老人保健事業における基本健診、基本健康診査の項目に追加して実施するとしたところでございます。

実はこれ、この表にはちょっと書けていませんが、真ん中の四十歳以上的基本健診の中、右端に出ておりますが、六十五歳以上の介護予防のための生活機能評価(地域支援事業)と書

いてありますが、これが十八年度、十九年度は基本健康診査の中において実施するということになつております。

また一方、もう一つの課題であります生活習慣病対策の観点からの課題につきましては、今まで老人保健事業として実施してきました基本健康診査につきまして、平成二十年度から、一番右の欄になりますが、高齢者医療法に基づきます特定健診を義務付けるということいたしました。これが緑の部分でございます。

それから、二十年度から、六十五歳以上の者に対する介護予防のための生活機能評価につきましては、先ほど申し上げました十八年、十九年地域支援事業として実施しておりますものを、地域支援事業として二十年度からは保険者による特定健康診査と連携を取りながら実施していくことと、右端の茶色の部分でございます。

また、老人保健事業として実施してきました四十歳から六十四歳の健康相談事業等につきましては、平成二十年度からは健康増進法に基づく事業として市町村が引き続き実施するということといたしました。これが右の欄の黄色の部分でございます。

なお、右下にあります注でございますが、先ほど申し上げました特定健康診査と並びまして保険者がやる特定保健指導ということで、これは実際に高齢者医療確保法の二十四条に基づきまして保険者が健康教育あるいは健康相談等を実施するということで、ちょっと図には書き切れていませんが、この緑の薄い膜が下にまで入つていていいましょうか、そういう関係で一部の保健指導等は保険者がやるということになつております。

○朝日俊弘君 分かりやすい図をかけてくれと言つたのに今の説明は分かりにくいですね。それで、分かりにくいうことが言いたかったんですよ。

大臣、今回、老人保健法を改正して高齢者の医療の確保に関する法律というのを作ると、その中

で適正化計画が作られ、あるいは特定健診が義務付けられると、こうなると。ところが、医療の側から切り口で切つてあるものだから、健康づくり、健康増進の方からきちんと組み立ててないものだから継ぎはぎになつてているんです、こういうふうに。だから、例えばさつきから何回も説明が出てくる健康増進法というのがあるでしょう。それから、私が申し上げた地域保健法というのがある。六十五歳以上になると介護保険法。これは全部絡んでくるんですよ。で、悲しいかな健康増進法は全体の組立てをうまく組み立てるようになってないんですよ。だから、あっちを変え、こっちを変えということでその都度その都度壁塗つてきたと、こういう感じなんですね。

そこで、是非大臣に検討してほしい。改めて、職場と地域における健康づくり、健康増進活動のためのより体系的、総合的な法整備を検討してほしい。前回、私、質問の中で、健康増進法を改めて健康増進基本法にしろと言いましたが、訂正しまして、増進を取りまして、健康基本法というものを枠組みをまずつくって、その中で幾つかかわる整備をうまく体系付けるという作業を、ヘルスの側から、保健事業の側からきちんと見て作り上げてほしいと思う、医療の側から見たり介護の側から見たりするんじやなくて、と思うんですねが、どうですか。

○国務大臣(川崎二郎君) 新たな法を作れという御提案で、今法案審議いたいでいるところでござりますので、そこは検討課題としてお許しを賜りたいと思います。

一方で、先ほどの議論の中で、健康増進法、また地域健康基本法、地域保健法が、におきましてもう少し指針といふんですか、明確にやつていけという御指摘をいただきました。横で聞いていて私もそのように思いますので、しっかりと検討させてます、そのことについては。

○朝日俊弘君 是非検討をお願いします。

ようやく第二章第二節第十八条まで来ました。特定健康診査等基本指針に関する条文がここから始まるんですが、まず最初にお尋ねしたいのは、今回、健康診査について、その範囲を「政令で定められた生活習慣病に関する健康診査」というふうに特定していますよね。何で特定したんだろうかということと、どの範囲までをこの特定健康診査に入れるのかということについて考え方をお示しください。

もつと具体的に言うと、例えばがんは入らない渡辺委員が三大成人病あるいは三大生活習慣病といふうにおっしゃっていて、がんも含めて話しておられましたよね。隣で全部含めるんですけどねって話をしていたんですけど、どうも説明を聞くと、がん検診とか、あるいは今は非常に関連して問題になつてゐるウイルス性肝炎の検診などはこの中に入つてないと。すると、非常に限定的に糖尿病その他政令で定める生活習慣病つて非常に限定しているのは何でかと、そのままエビデンスはあるのかと。

○政府参考人(中島正治君) 今回、医療保険者に義務付けることになります特定健康診査につきましては、内臓脂肪症候群の考え方方に着目をいたしました。内臓脂肪症候群その他の政令で定める生活習慣病つて非常に限定しているのは何でかと、そのままエビデンスはあるのかと。

この特定期間診査の具体的な対象疾患につきましては、現在、有識者や医療保険者に参画いただきました検討会において検討をしていただいているところですけれども、糖尿病のはか高血圧症、高脂血症、さらに重症化した結果としての脳血管疾患有あるいは心疾患などをスクリーニングできるような内容とすることを予定しております。

この特定期間診査の具体的な対象疾患につきましては、現在、有識者や医療保険者に参画いただきました検討会において検討をしていただいているところですけれども、糖尿病のはか高血圧症、高脂血症、さらに重症化した結果としての脳血管疾患有あるいは心疾患などをスクリーニングできるような内容とすることを予定しております。

がん検診につきましては、平成十年度に一般財源化された以降につきましては、法律に基づかなければ片仮名でメタボリックシンドロームとい

い市町村の事業として実施されてきてるわけですが、今回改めて健康増進法に基づく事業として法律上の位置付けを明確化いたしまして、都道府県の健康増進計画に目標を設けるなど取組を推進してまいりたいと考えております。

いずれにしましても、これまで市町村が実施してまいりました事業のうちで医療保険者に実施が義務付けられる特定健康診査、特定保健指導以外の事業につきましては、健康増進法等に基づいて、都道府県の健康増進計画に目標を設けるなど取組を推進してまいりたいと考えております。

いすれにしましても、これまで市町村が実施してまいりました事業のうちで医療保険者に実施が義務付けられる特定健康診査、特定保健指導以外の事業につきましては、健康増進法等に基づいて、都道府県の健康増進計画に目標を設けるなど取組を推進してまいりたいと考えております。

○朝日俊弘君 そうすると、ちょっとその問題と関連して、一番最後の質問に飛びます、いったん御説明で、内臓脂肪症候群、これは最近はやりのメタボリックシンドロームということとイングドロームと、文字どおりその名前を付けている人がいるんですね。厚生労働省は何でメタボリックシンドローム内臓脂肪症候群と訳すのか。これ、まず訳が間違つてると。

それからもう一つは、シンドロームというと、コレルかどうか。私が調べたんでは、内臓脂肪症候群というのは英語で言うとビセラルファットシンドロームと、文字どおりその名前を付けている人がいるんですね。厚生労働省は何でメタボリックシンドローム内臓脂肪症候群と訳すのか。これ、まず訳が間違つてると。

これらからもう一つは、シンドロームというと、これ病名なんですね。だから診断基準がある。本来、生活習慣病予防のための前段階でいろいろ問題点をキヤッチしていろいろやつていくうじやないかという話だつたんで、診断して病名にちやつて、病気にしちやつて、じゃ後薬飲ませるかという話になつちやう。

生活習慣病予防対策は、余りに医学モデルあるいは疾病モデルを強調し過ぎると患者なりになるんですよ。あなた、ここが異常です、だからお医者さん行きなさい、こうなつちやうんです。かえつて医療費増えちゃうんですよ、本当に。だから、これは老人保健事業の、総括の中にも出てきているんですよ。だから、そこをきちんと踏まえて新しい施策を開拓してほしいわけ。それにもかかわらず、今の説明でいうと、またしても訳の分

うのを出してきて、その訳は内臓脂肪症候群と。

全然納得いかないので、これは多分技官にお答えいただくいろいろと答えにくい点があると思ふから、あえて医療の素人である大臣に、ちょっとおかしいと思いませんか。

○国務大臣(川崎一郎君) このことについても随分御議論いただいていることでございますけれども、生活習慣病対策を充実強化するため内臓脂肪症候群の考え方によることとしたのは、これまで糖尿病、高血圧症、高脂血症といった生活習慣病がそれぞれらばらの病態としてとらえられ、生活習慣の改善よりも個々の病態に応じた薬の使用が安易に行われてきた面もあったのではないかとの反省に立つものでございます。内臓脂肪に着目することにより、安易に薬に頼らず、適度な運動やバランスの取れた食生活といった生活習慣の改善が有効であることが理解され、行動を変えるきっかけとなることを期待するものでございります。一方、内臓脂肪症候群の考え方を導入することで、逆に安易な薬の使用が増えたといったことはあってはならないことであり、正しい知識の普及啓発を図りながら具体的な対策を進めてまいりたいと思っております。

生活習慣病対策の推進については、内臓脂肪症候群のみに着目するのではなく、内臓脂肪症候群に該当しない生活習慣病の有病者、予備軍への対策や生活習慣病予防に関する普及啓発も含め、総合的に推進してまいりたいと考えております。

○朝日俊弘君 大臣に意見求めているのに、読んじゃ駄目ですよ。あえて医療に素人の大臣に率直な御意見をと思ったんで。

ちよつと検討してほいいんです。学会レベルではあるいは研究レベルではいろいろと言われているのは知っています。私も幾つか勉強してみました。先日も同僚の足立委員からもいろんな意見があるということで、学会や研究会レベルでいろんな発表してもらうのは大きいに結構、ただその概念を説明するのに内臓脂肪症候群をチエックし

てという言い方をされると、これは国の責任になつちやう。だから、学問レベル、医学レベルの

議論は議論として、国の制度、政策の中にきちんと取り入れる場合はもつと概念を吟味してほしいわけ。メタボリックシンドロームという使い方あるいは内臓脂肪症候群という表現は誤解を招くし、またミスリードする。だから、これは違った概念を、ちょっとと知恵出して考えてください。これは注文しておきます。

次に行きます。

一つ、第二十条の実施の範囲の説明については飛ばしまして、そのことと関連して、今回もなぜか四十歳以上という年齢が書いてあるんですね。ところが、老人保健事業について、見直しに関する検討会が二年前でしたかね、老人保健事業をやつてきていて、その中の反省点の一つとして、四十歳以前三十九歳まで、その報告書には人生の折り返し点なんて書いてある。要するに、そのころまでに生活習慣病できちゃうんです。だから、生活習慣病対策の強化はむしろ三十九歳以前

で、四十歳以前三十九歳まで、その報告書には人間の反対も、これにつきましても実施に努める。それから、保険者のいろいろ健診事業がございまして、引き続き進んで取り組んでいたくことを求めてまいりたいと考えてございま

す。

したがいまして、繰り返しになりますけど、義務付けるのは四十歳以上でございますけれども、それ以前のところからやはり様々な形での努力と

いうものはしていく形になろうかと思います。

○朝日俊弘君 そしたら、四十歳以上の受診者と四十歳未満の受診者とを同等に費用負担も含めて扱っていただけるんですか。その四十歳未満は、何でしたつけ、できるように努めなきゃいけない、違った、できるという、で、四十歳以上は義務付けると。年齢によつて扱いが違うわけですか、対応が違うわけですか。それとも、一緒なんですか。だったら、四十つて書く必要ないよね。

○政府参考人(水田邦雄君) 保険者の健診事業につきまして四十歳以上としておりませんけれども、これは医療保険者に対する実施を義務付けている年齢なわけでございます。その義務付けの年齢といたしましては、この現在の老人保健事業の基本

委員会指摘のとおり、四十歳未満の方から、生まえているわけでございます。ただ、この義務付けている健診等がすべてではございません。

ういった生活習慣の改善に向けたいわゆるボビュレーションアプローチについても積極的に、これ

は市町村が中心になろうかと思いますが、やっていただくということがございます。

それから、先ほどお話ししました、労働安全衛生法に基づく健診、これは当然ながら四十歳未満の方であつても被用者については行われます。それから、保険者のいろいろ健診事業がございまして、努力義務ということを言つてゐるわけですが、これにつきましても、四十歳未満の方に対する、保険者につきましても実施に努める。こととして、努力義務ということを言つてゐるわけですが、四十歳以上と相変わらずの決め方をしたこ

とにつけは極めて不満です。

さて次に、二つ三つ飛ばしまして、第二十八条、保険者は、特定健康診査等について、病院又は診療所その他適當と認められるものに対し、その実施を委託することができる、こうあります。この病院又は診療所というのはよく分かるんですけど、その他適當と認められるものについてどのようにお考えか。何か政令か省令できちつと決められるんですか。それも含めて御説明ください。

○政府参考人(中島正治君) 今回の法案の中においては、病院又は診療所その他適當と認められるものに対する実施を委託することができるとされ、このようにお考えか。何か政令か省令できちつと決められるんですか。それも含めて御説明ください。

○朝日俊弘君 さあ、まず、特定健康診査及び特定保健指導についてお聞きしますが、先ほど申し上げました検討会においては、特定健康診査及び特定保健指導の実施を委託することができるとされ、このようにお考えか。何か政令か省令できちつと決められるんですか。それも含めて御説明ください。

○政府参考人(水田邦雄君) 保険者の健診事業につきましては、実施に努めるということにしてございます。

一般的に外部委託に関しまして、健診について言えば、健診の精度管理の徹底が必要であるとか、あるいは健診の従事者の資質が担保されていることなどが求められるということも考えられますし、また、保健指導についても同様に、保健指導についての専門的な知識、技術を有する者が実施しているということに対しまして国からの補助も行うという、それは裏腹の関係があると

思つておりまして、四十歳未満の方につきましては、これが一般どおり、保険料源あるいはその利用者の負担という形でこれ構成していただくのがかなと思つております。そこを具体的にどうするかは保険者のお決めになることでござりますけれども、やはり国からの補助という点では、この義務付けている四十歳以上の方の健診について補助

を行つていう規定にしてございます。

○朝日俊弘君 いずれにしても、老人保健事業の総括をきちっと踏まえて新しい政策を開拓してほしかつたというふうに思います。そういう点では、どういう事情があつたのかよく分かりませんけど、四十歳以上と相変わらずの決め方をしたことにつけは極めて不満です。

さて次に、二つ三つ飛ばしまして、第二十八条、保健指導等について、病院又は診療所その他適當と認められるものについてお聞きしますが、何か政令か省令できちつと決められるんですか。それも含めて御説明ください。

○政府参考人(中島正治君) さあ、まず、特定健康診査及び特定保健指導についてお聞きしますが、先ほど申し上げました検討会においては、特定健康診査及び特定保健指導の実施を委託することができるとされ、このようにお考えか。何か政令か省令できちつと決められるんですか。それも含めて御説明ください。

○朝日俊弘君 さあ、まず、特定健康診査及び特定保健指導についてお聞きしますが、先ほど申し上げました検討会においては、特定健康診査及び特定保健指導の実施を委託することができるとされ、このようにお考えか。何か政令か省令できちつと決められるんですか。それも含めて御説明ください。

○政府参考人(水田邦雄君) 保険者の健診事業につきましては、実施に努めるということにしてござります。

一般的に外部委託に関しまして、健診について言えば、健診の精度管理の徹底が必要であるとか、あるいは健診の従事者の資質が担保されていることなどが求められるということも考えられますし、また、保健指導についても同様に、保健指導についての専門的な知識、技術を有する者が実施しているということに対しまして国からの補助も行うという、それは裏腹の関係があると

思つておりまして、四十歳未満の方につきましては、これが一般どおり、保険料源あるいはその利用者の負担という形でこれ構成していただくのがかなと思つております。そこを具体的にどうするかは保険者のお決めになることでござりますけれども、やはり国からの補助という点では、この義務付けている四十歳以上の方の健診について補助

おきましてそれが担保される体制も必要と考えております。

今後、こうした点につきまして、より具体的な内容を検討した上で基準を定めることとしておりまして、委託先の事業者につきまして一定の質の確保を図ることができるものにしたいというふうに考えております。

○朝日俊弘君 是非、質の確保というか精度管理がちゃんとできるような取組をしてほしいんですが、そこで、ちょっと最後になりますが、大臣に聞きます。

今件と関連して、日本経団連が、さすがに四月十八日段階で、我々がまだ審議していない段階で要望書を出しているんです。日本経団連の中にヘルスケア産業部会というのを発足させたと、去年。四月十八日付けで「生活習慣病予防に係る特定健康診査・特定保健指導のアウトソース推進に向けて」と、こういう要望書が出ている。そのこども、要望の主な論点というところに、どうも二つほど気になる。

一つは、生活習慣病対策に関する成果目標をちゃんと設定しろ、その場合の成果目標の指標は抑制する医療費の額だと。それからもう一つ、アウトソース先の能力等について、施設や資格にかかる基準が過重にならないようにすると、こういう要望項目が上がっているんです。これちょっと虫が良過ぎるんじゃないかと思うんですが、この日本経団連からの要望について大臣はどうお考えですか。

○国務大臣(川崎一郎君) 今初めて読んでいるんですけども、一つは、先ほど議論になつた四十歳未満を対象とした生活習慣病対策における企業と健康保険組合の連携推進、これはいいですね、これいいと思います。

それで、問題は、成果目標ということを余り短絡的にこう言われますと、正直申し上げて、やはり質というものをどうやって担保するか、それから、先ほど局長から答弁いたしましたけど、あ

くまで個人情報、正にセンシティブ情報でございまますので、そうした管理がきちっとされることが前提でなければならぬと。一方、私は厚生労働大臣でございますので、労働問題でよく経済界と話し合う場がございます。したがって、しっかりと意見は聞きたいと思います。しかしながら、医療を担当される皆さん方、そしてこういう保健事業をずっとされてきた経験者の皆さん方の声をしっかりと聞きながら対応はしまりたいと、要望は要望として見させていただきます。

○朝日俊弘君 もう終わりますが、是非、健診にしきるあるいは保健指導にしろ、提供されるサービスの質というかレベルというか、それが大変重要なようにならなきゃいけないんですね。こっちの健診のデータとこっちの健診のデータと違うようじゃ話にならない。そういうことも含めて是非きちんと話を聞いていただければと思います。

○小池晃君 日本共産党的小池晃です。

混合診療の問題についてお聞きをします。本案では、保険外併用療養費が制度化され、これで保険外の自己負担が一層拡大するのではないかという問題であります。

六十三条では、保険外併用療養費の支給対象として評価療養と選定療養が示されていますが、これは現行の特定療養費の支給対象としての選定療養と高度先進医療、この仕組みとどう違うのか、これが具体的に申しますと、高度先進医療につきましては、技術ごとに実施可能な医療機関の要件を定めまして、それを満たすものを特定承認保険医療機関として承認する仕組みに、それから先進医療につきましては、技術ごとの実施可能な医療機関の要件を定めまして、それを満たすものは届出により実施可能な仕組みにそれぞれ改めたところでございまして、これが現行制度になつてゐるわけでございます。

一方で、特定療養費制度のうち選定療養につきましては、この中身が差額ベッドなどからその他治療に及びます様々なものが混在していると、こういう指摘がなされたわけであります。これらを踏まえた上で、今回の改革法案に移るわけでありますけれども、まず高度先進医療につきまして、手続の簡素化の観点から、医療機関と技術の組合せによる承認制を廃止いたしまして、将来的な保険導入のための評価を行つものであるかどうかという観点から、現行の高度先進医療と選定療養とを再構成しまして、高度な医療技術や治験中の医薬品など、将来的に保険導入のための評価を行うものを評価療養と位置付けまして、それからわざる差額ベッドなど、保険導入を前提と

併用を認める制度でございますけれども、患者の視点から見ますと、このような制度の対象になるか否か、必ずしも医療技術が高度であるかどうかということは関係なく、必ずしも高度でない先進的な医療技術につきましてもこのような形で保険診療との併用が認められますと、早期に少ない負担で治療を受けることができるのではないか、あるいは医療機関と医療技術の組合せで承認する仕組みが現在取られておりますけれども、これで認められるまでに時間が掛かり過ぎるんじやないかと、こういった指摘がございまして、必ずしも高度でない先進的な医療技術につきましても保険導入の前段階として保険診療との併用を認めるだと思いますし、それが相互にある程度比較できるようにならなきゃいけないんですね。こっちの健診のデータとこっちの健診のデータと違うようじゃ話にならない。そういうことも含めて是非きちんと話を聞いていただければと思います。

以上で終わります。

○小池晃君 答弁、短くお願ひします。

評価療養の定義としては、今回、「高度の医療技術を用いた療養その他の療養」とあるんですが、この「その他」というのは一体何なのか。これでほんなんのものも入ってきて歯止めがなくなつてしまふんじゃないかという懸念があるんですが、そこはどうですか。簡潔にお願ひしますね。

○政府参考人(水田邦雄君) この「その他の療養」ということでござりますけれども、条文中に明記されました「高度の医療技術を用いた療養」のほか、治験中の医薬品等が該当するものと考えてございます。

ただ、この具体的な類型を今後どうするかといふことにつきましては、当然ながら、これは中医協におきまして公開の議論を経た上で厚生労働大臣が指定することとしてござります。

○小池晃君 や、だから歯止めはあるのかといふふうに聞いたんですけど、中医協で議論するといふことだけなわけですね。

それから、その選定療養としては、腫瘍マーカーの検査とか精神科デイケアなんかの回数を超える医療行為も含まれていますが、これは選定療養といふふうに入つてしまえば、今の説明にあるように、将来にわたつて保険適用の対象として検討しないということになつてしまふ。しかし、こうした医療行為というのは、本来は医療上の必要性があればこれは当然保険で見るべきものだと思うんですが、保険適用の道を将来にわたつて閉ざしてしまうということは問題があるんじゃないですか。

まず、現行の特定療養費制度のうちで高度先進医療につきましては、これは保険導入前の技術でありまして、中医協の下の専門家による組織における科学的評価の結果を踏まえて保険診療との併用を認める制度でございますけれども、患者の視点から見ますと、このような制度の対象になるか否か、必ずしも医療技術が高度であるかどうかということは関係なく、必ずしも高度でない先進的な医療技術につきましてもこのような形で保険診療との併用が認められますと、早期に少ない負担で治療を受けるができるのではないか、あるいは医療機関と医療技術の組合せで承認する仕組みが現在取られておりますけれども、これで認められるまでに時間が掛かり過ぎるんじやないかと、こういった指摘がございまして、必ずしも高度でない先進的な医療技術につきましても保険導入の前段階として保険診療との併用を認めるだと思いますし、それが相互にある程度比較できるようにならなきゃいけないんですね。こっちの健診のデータとこっちの健診のデータと違うようじゃ話にならない。そういうことも含めて是非きちんと話を聞いていただければと思います。

<p>○政府参考人(水田邦雄君) この点につきましては、現在、保険給付を行うに当たりまして、委員御承知のとおり、制限回数が設けられている医療行為がございます。そのうちで腫瘍マーカー検査など、患者の要望に従いまして、患者の自由な選択の下に制限回数を超えて行われることが想定されるものにつきましては、保険給付との併用を認めているところでございます。</p> <p>このような制限回数を超える医療行為につきましては、医療上の必要性に乏しいために制限回数が設けられているということを踏まえますと、将来的な保険導入のための評価を行う療養には該当せず、患者の選択に係るものであることから、改正後の選定療養として位置付けられるものでございます。</p> <p>ただ、その制限回数を超える医療行為の中に、現時点におきましては医療上の必要性が乏しいと判断されるものでありまして、新たな医学的知見が得られるなど、言わば想定外の状況の変化によりまして医療上の必要性が生ずる場合も考えられるわけでございまして、仮にそうした状況が生じた場合には、制限回数の当否について検討するという形で保険導入について検討することも、これは考え方でございます。</p> <p>○小池晃君 大臣にお聞きしますが、その評価療養に入れば、これはすべて今説明あつたように保険適用の検討対象となっていくわけで、これは当然、安全性、有効性など確認されば速やかに保険適用する、この大原則、変わらないですね。</p> <p>○国務大臣(川崎二郎君) 基本的には変わりはありません。評価療養として、保険診療と保険外診療との併用が認められた技術については、専門家による組織において有効性、安全性等について定期的検証評価を行い、その結果を踏まえ、保険導入を行うこととしております。</p> <p>○小池晃君 ちょっとと具体的に聞きたいんです。</p> <p>一昨年、規制改革・民間開放推進会議が混合診療を容認るべき具体例として五例を挙げています。これ、当時大問題になりました、いわゆる</p>	<p>外保連、外科系学会社会保険委員会連合会長の出月康夫先生などは、すべて厳密な医学的適用に基づいて実施されるべきものであり、すべて直接保険に適用を急ぐべきものであると主張されました。</p> <p>この五例についてどうなつたのか、保険適用されていないことであればなぜか、御説明ください。</p>	<p>○政府参考人(水田邦雄君) 五例につきまして順次御説明させていただきたいと思います。</p> <p>一つ目が、乳がん治療により摘出された乳房の再建術ということでございまして、従来は筋皮弁術といつては保険適用されておりましたけれども、平成十八年度の、今回の診療報酬改定において、新たに乳房再建術として独立した点数を設定したところでございます。この乳房再建に当りまして人工乳房を使用する場合もありますが、この人工乳房につきましては、実は我が国において薬事法上承認された製品がないということがございます。したがいまして、これは治験が実施されば評価療養の対象とされることになるものでございます。</p> <p>二つ目、舌がん摘除後の形成術についてでございますが、これは従来から筋皮弁術等として保険適用されているものでございます。</p> <p>三番目、P.P.H法による痔治療でございますけれども、これは昨年十一月から先進医療として特定療養費制度が適用されてございます。</p> <p>それとも、これは今年十一月から施行医療として特</p>	<p>もう一体どれだけの技術がこの中から保険適用になつたのか、お示しください。</p> <p>○政府参考人(水田邦雄君) 委員御指摘のとおり、この高度先進医療制度、昭和五十九年、一九八四年に創設されたわけでございます。これまで延べ百八十五の技術が承認されてございます。このうち六十六の技術が高度先進医療から保険導入にされたものでございまして、内容を申し上げますと、内容を申しますか……</p> <p>○小池晃君 もういいです。</p> <p>○政府参考人(水田邦雄君) いいですか。</p> <p>六十六の技術が保険導入されてござります。</p> <p>○小池晃君 もういいです。</p> <p>○政府参考人(水田邦雄君) いいですか。</p> <p>六十六の技術が保険導入されてござります。</p> <p>○小池晃君 二十年間でわずか六十なんですね。</p> <p>一方で、今年の診療報酬改定だけ見ても、高度先進を経由せずに直接保険適用された技術が五十九あります。</p> <p>したがいまして、全体を通じまして今回は今までの特定療養費制度を改めまして、保険に導入される技術、特に新しい技術についてはやはり一つの流れ、透明で、流れというものをつくるということも眼目の一つでございます。その結果として、患者さんにとつてそういうメリットを早く享受できるということもある点は御理解いただけたと思います。</p> <p>○小池晃君 自由診療よりも、特定療養費あるいは保険外併用療法になった方が負担は少なくなるというのは、それは分かるんですね。</p> <p>実態で見ると、例えば先ほど例があつたP.P.Hという自動吻合器による痔の治療があります。これは、痔の手術というのは大体通常の手術でありますね。しかし、今回こういう、大臣の合意があって、直接保険適用を、もちろんよく検討して下さい。高高度先進にいくというのに例外的な存在であつて、直接保険適用を、もちろんよく検討して下さい。</p> <p>今までは、必要な医療技術というのは、いったん高度先進にいくというのが例外的な存在であつて、直接保険適用を、もちろんよく検討して下さい。が、入つてくるというのが主流だったと思うんですね。しかし、今回こういう、大臣の合意があり、法律でこういう保険外併用療法という仕組みができ、評価療養(選定療養)という形ができるのですね。しかし、法律でこういう保険外併用療法といふ評価療養に入るという動きが、流れが強まるんじやないだらうか。</p> <p>それから、最後、五番目、盲腸ポート手術についてでございますけれども、これにつきましては保険外負担の対象というものは広がっていく危険があるんじゃないかなといふふうに危惧するんですね。がつてくると、非常に危惧するのは、いつたん評価療養に入るという動きが、流れが強まるんじやないだらうか。</p> <p>局長、私、こうした制度の下では今まで以上に保険外負担の対象というのは広がっていく危険があるんですけど、その点はいかがですか。</p> <p>○政府参考人(水田邦雄君) その点については</p>	<p>險適用されていたと。残り四つのうち三つは薬事法の問題なんですね、これ。規制改革会議などは、これが新しい治療を受けられないのは問題だと、混合診療だと言うけれども、これ問題はやっぱり薬事法の承認申請が行われていないということだと、ちょっとレベルの違う問題なんだということだと思つうんです。</p> <p>そもそも八四年から高度先進の制度始まって、もう一体どれだけの技術がこの中から保険適用になつたのか、お示しください。</p> <p>○政府参考人(水田邦雄君) 委員御指摘のとおり、この高度先進医療制度、昭和五十九年、一九八四年に創設されたわけでございます。これまで延べ百八十五の技術が承認されてございます。このうち六十六の技術が高度先進医療から保険導入にされたものでございまして、内容を申し上げますと、内容を申しますか……</p> <p>○小池晃君 もういいです。</p> <p>○政府参考人(水田邦雄君) いいですか。</p> <p>六十六の技術が保険導入されてござります。</p> <p>○小池晃君 二十年間でわずか六十なんですね。</p> <p>一方で、今年の診療報酬改定だけ見ても、高度先進を経由せずに直接保険適用された技術が五十九あります。</p> <p>したがいまして、全体を通じまして今回は今までの特定療養費制度を改めまして、保険に導入される技術、特に新しい技術についてはやはり一つの流れ、透明で、流れというものをつくるということも眼目の一つでございます。その結果として、患者さんにとつてそういうメリットを早く享受できるということもある点は御理解いただけたと思います。</p> <p>○小池晃君 自由診療よりも、特定療養費あるいは保険外併用療法になった方が負担は少なくなるというのは、それは分かるんですね。</p> <p>実態で見ると、例えば先ほど例があつたP.P.Hという自動吻合器による痔の治療があります。これは、痔の手術というのは大体通常の手術でありますね。しかし、法律でこういう保険外併用療法といふ評価療養に入るという動きが、流れが強まるんじやないだらうか。</p> <p>それから、最後、五番目、盲腸ポート手術についてでございますけれども、これにつきましては保険外負担の対象というのは広がっていく危険があるんですけど、その点はいかがですか。</p> <p>○政府参考人(水田邦雄君) その点については</p>
--	--	---	---	--

もちろん、おっしゃるように、これは自由診療だつたら全部丸ごとなんだから、それよりいいじゃないかというふうにおっしゃりたいんだと思ふんですが、私は、このPPHなんというのは本当に速やかに保険適用すべきものではない。これは本当に速やかに保険適用すべきものではないんだと思ふ。PPHのものはそんなに別に目新しろうかと。機械そのものはそんなに別に目新しいものじゃないんです。似たような機械を大腸がんの手術で使っているんです。しかも、何でもかんでもPPHになるかというと、これ医学的には適用をかなり限られるという話も実はあるんですね。

ですから、やはりこういうものは速やかに保険適用するという道こそ大事であって、私、非常に危惧するのは、今回のようにこういう評価療養あるいは選定療養という仕組みができると、保険で利かないような範囲が安易に広がる、そういう仕組みになりかねないのではないか。そうすれば、日本の医療保険というのはどんどんどんどん、まあいわゆる公私二階建て型の仕組みになっていかねないのではないか。そうなれば、正に貧富の差が治療の差、二、三日の入院が一週間、十日間、こういうことになつてしまふのではないか。

大臣、基本的な認識としてこういう方向に日本の医療が、保険外と保険負担の二階建ての仕組みにどんどん歯止めなく進んでしまうということは私はあつてはならないと思うんですが、大臣、いかがですか。

○国務大臣(川崎二郎君) これは先ほどもお答え申し上げたように、基本的には保険導入を行うこととしておりますので、そうした御指摘、御懸念はいただかないでいいんだろうと思っておりまます。

今回の改革の基本は、必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保すると、この基本を立っております。評価療養として保険診療と保険外診療との併用が認められた技術については、先ほど申し上げたように、有効性、安全性等について定期的に検証、評価、これ隨時行います。その

結果を踏まえ保険導入を行ふこととしておりますので、金持しか先進医療を受けられなくなると、いうおそれはないと考えております。○小池晃君 しかし、こんなこと言つている人たちは本來は本当に速やかに保険適用すべきものではない。PPHのものはそんなに別に目新しろうかと。機械そのものはそんなに別に目新しいものじゃないんです。似たような機械を大腸がんの手術で使っているんです。しかも、何でもかんでもPPHになるかというと、これ医学的には適用をかなり限られるという話も実はあるんですね。

ですから、やはりこういうものは速やかに保険適用するという道こそ大事であって、私、非常に危惧するのは、今回のようにこういう評価療養あるいは選定療養という仕組みができると、保険で利かないような範囲が安易に広がる、そういう仕組みになりかねないのではないか。そうすれば、日本は医療保険というのはどんどんどんどん、まあいわゆる公私二階建て型の仕組みになつていかねないのではないか。そうなれば、正に貧富の差が治療の差、二、三日の入院が一週間、十日間、こういうことになつてしまふのではないか。

大臣、基本的な認識としてこういう方向に日本の医療が、保険外と保険負担の二階建ての仕組みにどんどん歯止めなく進んでしまうということは私はあつてはならないと思うんですが、大臣、いかがですか。

○国務大臣(川崎二郎君) 御指摘の資料は、平成十三年十月十日の財政制度審議会の合同部会にて、混合診療の旗振り役をやつておられるのは内閣府の規制改革・民間開放推進会議、今日室長に来ていただいています。

○政府参考人(水田邦雄君) 御指摘の資料は、平成十三年十月十日の財政制度審議会の合同部会にて、混合診療の旗振り役をやつておられるのは内閣府の規制改革・民間開放推進会議、今日室長に来ていただいています。

○小池晃君 ちょっと角度を変えて聞きたいんですけど、そもそも、混合診療の旗振り役をやつておられるのは内閣府の規制改革・民間開放推進会議、今日室長に来ていただいています。

○政府参考人(水田邦雄君) おととし十一月にも委員会で質問をして、この推進室にはどんなところから企業が来ているんだと聞いたら、結構、保険会社とか一杯来て、とんでもないというそういう質問をしたんですけど、その後どうなつてているか。今この規制改革・民間開放推進室に多数の民間企業から出向者いると思うんですが、この出向元の企業名を列挙していただきたいと思います。

○政府参考人(田中孝文君) 現在、室員は現時点で合計三十三名、うち十七名がいわゆる民間からの非常勤の公務員でございます。

○国務大臣(川崎二郎君) 財政諮問会議等では、外国人労働者問題や、医療の何といいますかキャップ制の話とか、はつきり私も物を言つておりますので、また、先ほどから申し上げたように、国民皆保険制度をきちっと守るという立場から言つべきことは言つてまいります。

○小池晃君 何かあんまりまだ言つていらっしゃらないよう思つてます。やっぱりきちっとこれは物を言つべきだと。

○国務大臣(川崎二郎君) 本筋團連なんかはこれかなり強く公的保険の守備範囲を小さくするということは言つてます。それはなぜかといえば、公的保険の守備範囲小さくなれば企業の保険料負担小さくなるというのが一番の理由だろうと思うんですが、アメリカからの

結果を踏まえ保険導入を行ふこととしております。

○小池晃君 現時点ではと、すごい何か腰が引けたような言い方に聞こえるんですけど、大臣、こういう財務省が言つているようなことはどんでもないと思いませんか。それ、どうなんですか。これは、それとも将来的にはこういうところも検討の可能性になるとおっしゃるんですか。

そこで、混合診療の例としてこんなことを挙げておられます。医師の指名、指名料ですね、セカンドオピニオンの紹介、先発薬剤の使用、通常よりも高度な医療機器、これ括弧してMRIを言つておられる、の利用、それから手厚い看護体制、終末期医療の提供。

こういうものを混合診療の対象にするというこ

とにねれば、私は、大臣はそういうことはないと言つたけど、正に貧富の格差が治療の格差、命の格差にもなりかねない。こんな提案を厚労省としては容認されるんですか。

○政府参考人(水田邦雄君) 御指摘の資料は、平成十三年十月十日の財政制度審議会の合同部会にて、混合診療の旗振り役をやつておられるのは内閣府の規制改革・民間開放推進会議、今日室長に来ていただいています。

○小池晃君 ちょっと角度を変えて聞きたいんですけど、そもそも、混合診療の旗振り役をやつておられるのは内閣府の規制改革・民間開放推進会議、今日室長に来ていただいています。

○政府参考人(水田邦雄君) おととし十一月にも委員会で質問をして、この推進室にはどんなところから企業が来ているんだと聞いたら、結構、保険会社とか一杯来て、とんでもないというそういう質問をしたんですけど、その後どうなつてているか。今この規制改革・民間開放推進室に多数の民間企業から出向者いると思うんですが、この出向元の企業名を列挙していただきたいと思います。

○政府参考人(田中孝文君) 現在、室員は現時点で合計三十三名、うち十七名がいわゆる民間からの非常勤の公務員でございます。

○国務大臣(川崎二郎君) 財政諮問会議等では、外国人労働者問題や、医療の何といいますかキャップ制の話とか、はつきり私も物を言つておりますので、また、先ほどから申し上げたように、国民皆保険制度をきちっと守るという立場から言つべきことは言つてまいります。

○小池晃君 何かあんまりまだ言つていらっしゃらないよう思つてます。やっぱりきちっとこれは物を言つべきだと。

○国務大臣(川崎二郎君) 本筋團連なんかはこれかなり強く公的保険の守備範囲を小さくするということは言つてます。それはなぜかといえば、公的保険の守備範囲小さくなれば企業の保険料負担小さくなるというのが一番の理由だろうと思うんですが、アメリカからの

結果を踏まえ保険導入を行ふこととしております。

○小池晃君 現在、室員は現時点で合計三十三名、うち十七名がいわゆる民間からの非常勤の公務員でございます。

○国務大臣(川崎二郎君) 財政諮問会議等では、外国人労働者問題や、医療の何といいますかキャップ制の話とか、はつきり私も物を言つておりますので、また、先ほどから申し上げたように、国民皆保険制度をきちっと守るという立場から言つべきことは言つてまいります。

○小池晃君 何かあんまりまだ言つていらっしゃらないよう思つてます。やっぱりきちっとこれは物を言つべきだと。

○国務大臣(川崎二郎君) 本筋團連なんかはこれかなり強く公的保険の守備範囲を小さくするということは言つてます。それはなぜかといえば、公的保険の守備範囲小さくなれば企業の保険料負担小さくなるというのが

要求もあるわけですよ。

これ二〇〇一年の小泉首相とブッシュ大統領の合意では、投資イニシアチブというのがつくられました。この二〇〇五年の報告書には、混合診療の解禁、これは明記されています、アメリカ側の要請として。

それから、在日米国商工会議所というのは、これは一貫して株式会社による病院経営や混合診療を迫っています。ホームページを見ますと、こんなことが出ているんですね。年間を通じて主要議員や政府高官と意見交換するほか、国会ドアノックと呼ばれる議員への個別訪問もやっている。私の部屋はノックされたことないんですけど、与党の先生のところは来ているのかもしれない。こういう働き掛けをやっている。

それから、二〇〇四年十一月二十二日の規制改

革・民間開放推進会議では、わざわざアメリカ大使館から公使を招いて意見聞いて、この公使は医療について四つの提言している。営利目的の病院、医療サービスの外部委託、特区の利用、そして混合診療だと。こういういろんな動きがあつた上での法案が出てきている。

私は、こうした経過を見れば、この法案がアメリカからの混合診療解禁という強い圧力に応じる第一歩になる、そういう危険性極めて強いというふうに思いますが、大臣、この点いかがですか。

○國務大臣(川崎二郎君) 先ほどからお答えいたしておりますとおり、国民皆保険制度をしっかりと守りながらやっていきたいと。今回の改革は、そうした中で、安全面に十分配慮しながら、保険導入前的新規技術であつても、適切なルールの枠組みの中で入院に要する基本的費用等の保険診療との併用を可能とすることにより、患者が早期に少ない負担で診療を受けられるようになります。そういう意味では、大原則きちっと守つていいけど、新しい医療というものが患者を受けられるということについては多少小池委員も評価いたしました。患者の視点に立つて、これまで全額自

己負担であつたものについて保険診療との併用を可能とすることにより自己負担を軽減するものであり、そういう意味では、米国がいろんなことを言つてきたことは事実でございますけれども、私どもなりにしつかり議論をした結果、今回御提案をさせていただいているというものでございま

す。

○小池晃君 私は、保険証一枚でだれでもどんな病気でも掛かれるというのが日本の医療の一一番いところだと思つておりますし、そういうた社会を壊すようなことは絶対に許されないというふうに思つております。この問題引き続き取り上げていきたいというふうに思います。

資料をお配りください。

【資料配付】

○小池晃君 後半、看護師の問題について取り上げたいと思うんです。

医療の現場については、医師不足も大変深刻ですが、看護師不足も深刻です。福岡放送の三月の報道番組で、看護師不足、特集されていますが、看護師不足も深刻です。福岡放送の三月の報道番組で、看護師不足、特集されていますが、看護師の姿を紹介しております。彼女が言つているのは、食事や仮眠どころか、十時間ほぼ立ち放し、事故が起らなければ幸運だしかない。一年前より更に仕事が忙しくなった。そして、医師や患者、同僚など周囲に優しくなれなくなつたと。

○國務大臣(川崎二郎君) 先ほどお答えいたしておりますとおり、国民皆保険制度をしっかりと守りながらやっていきたいと。今回の改革は、そうした中で、安全面に十分配慮しながら、保険導入前的新規技術であつても、適切なルールの枠組みの中で入院に要する基本的費用等の保険診療との併用を可能とすることにより、患者が早期に少ない負担で診療を受けられるようになります。そういう意味では、大原則きちっと守つていいけど、新しい医療というものが患者を受けられるということについては多少小池委員も評価いたしました。患者の視点に立つて、これまで全額自

があつた上に業務量が今激増している、大臣は衆議院の答弁で、看護師の労働実態については事業者の責任だという答弁されているんですが、私は事業者の努力だけでは克服できないような段階に来ているのではないかと思うんですが、その点、いかがですか。

○國務大臣(川崎二郎君) 看護職員の労働実態等について各般の調査等を通じて把握しておりますが、例えば平均夜勤回数や平均週所定労働時間等については、今御指摘でございますけれども、着実に改善していると理解しております。平均夜勤回数、平成元年が九回、十三年の調査では八・三回になってきております。また、平均週所定労働時間、正職員の場合、元年が四十三時間九分、平成十三年で三十九時間二十七分、これは看護職員実態調査からでございます。

一方で、医療技術の進歩、患者の高齢化、重症化、平均在院日数の短縮化等により、看護職員の役割は複雑多様化し、その業務密度は高まつていると。これははある意味では委員と同じ受け止め方をいたしております。医療の安全を確保し良質な医療を提供するためには、看護職員の確保とともに、勤務条件や職場環境等を改善していくことが重要であると認識しております。

今後とも、看護師等の養成、処遇の改善、就業の推進等、総合的な看護師確保対策は進めてまいりたいと考えております。

○小池晃君 月九日が八日に近づいたなんて当たり前で、八日というのは目標だったわけで、それを超えて、八日以上の実態が残つていて、そういうレポートをしておりまして。介護が必要な患者が増えた、医療の進歩で高齢者の手術ができる言つたように、仕事の中身が全然変わってきている。密度が極めて高度になつてきているというこ

とを私は見逃すことできないと思うんです。

そこで、その看護師の養成をどう進めるかなんですが、お配りした資料は昨年十二月の第六次看護職員需給見通しであります。これ、現在の不足数四万一千七百人が五年後には一万五千九百人まで改善するというけど、果たして本当なのか。今

回は、その配置数を算定する上で医療機関の実態調査を行い、また都道府県に示した策定方針には看護職員の労働条件整備を考慮するということを明記している。これはいいことだと思うんです。

具体的には、週四十時間労働、産前産後休暇、育児休業の全員取得、年休、介護休業取得に必要な人員を見込むこと、夜勤は三人以上基本、月八回、研修に必要な人員確保。こういったものを算定の条件にしているんです。これは、以前から都道府県のいろんな算定がばらばらだというふうに指摘されて、こうなつたはず。

ところが、検討会報告書を見ますと、今回の策定に当たって、年休取得数を達成した数字を基に算定した医療機関や都道府県もあつたとされている。すなわち、確保すべき労働条件を整備して、すべてやつたわけじゃないくて、その基準を引き下げて需要数を算定したところがあつたということなんですね。

そこで、局長にお聞きしますが、きちんと年休取得数を達成した数字を基に必要な看護師の人員を算定したところはどれだけあるのか。そうでないとこは実現可能な数字というの是一体どういう基準だったのか。そもそも、これ非常に大事な作業なんですけれども、都道府県から上がつてきたり数値について、今のような点について厚労省として検証はしたのか。お答えください。

○政務参考人(松谷有希雄君) 御指摘の第六次看護師需給見通しにつきましては、その見通しに

関する検討会が取りまとめました策定方針に基づきまして、看護職員の確保を推進する責務を有する都道府県ごとに各医療機関等に対する実態調査を具体的に行いまして、関係団体などから参加協力を得て設置した検討の場で策定をしたわけでございます。

需要につきましては、保健医療福祉政策推進の観点から望ましいと考えられる事項を提示した上で、各医療機関等の判断を踏まえ把握することを基本といたしまして、前提とされる勤務条件につ

きましては、週四十時間労働、週休二日制、産前産後休業……

○小池晃君 それはもういい。

○政府参考人(松谷有希雄君) いいですか、育児休業の全員取得のほか、年次有給休暇については法定休暇日数の消化等を基本の方針として示したところでございます。実際の需要の策定に際ましては、年次有給休暇について、策定方針に基づきまして達成された方が望ましいと考えられる日数を基に算定した医療機関等や都道府県があつた一方で、御指摘のとおり、実現可能な数値を基に策定した都道府県もあつたことなど、医療機関等や都道府県によつて勤務条件の改善の見込み具合は異なつております。

今回の需給見通しは、勤務条件の改善見込み具合を実際どの程度と見込むかも含めまして、厚生労働省が示した策定方針に基づきまして各都道府県ごとに作成したものを積み上げるということを基本に策定をしたわけでございます。したがいまして、需給見通しの前提となつております勤務条件につきましては、事務的に厚生労働省において検証を行うというものではなくて、むしろ今回実施した実態調査を通じて把握した情報や関係機関との協力体制を活用して、地域の実情に即した看護職員確保対策を講ずるという方が適当であるというふうに考えてございます。

○小池晃君 要するに、もう都道府県がやつたそのままの数字を積み上げただけだという話なんですよ、条件示したけれどもね。やっぱりこの数字が不確かなものでは正確な見通しにならないと思うんです。

例えば、前提条件で有給休暇取得率一〇〇%という条件になつてゐるんですが、昨年の日本医労連のアンケートでは年間五日未満が三〇・九%、これ五年前より大幅に増えています。それから、日本看護協会の調査でも十日以内が五四・五%、

平均だと八・二日だというんですね。これ厚生労働省の調査では、一年間に使える有休の日数二十日以上持つてゐる人が九割以上なんですね。全看護職員百二十五万人の未消化分を仮に十日というふうに、二十日のうち八・二が平均だというんですから、少なく見て十日として、一人年二百四十日出勤として計算すれば、これだけで五万二千人が足りないということになる。三人夜勤で月八日以内の基準というのも、これ実際、厚労省の調査では月九日以上が四割弱、しかも五割が二人以下夜勤なんですね、実態としては。

局長、端的にお答えいただきたいんですけど、三人夜勤で月八日以内という厚労省示した基準でシフトを組んだ場合には、それで新たにどれだけ看護師が必要になるのか、試算はあるんでしようか。

○政府参考人(松谷有希雄君) 今御指摘の、一人当たり夜勤時間が一月当たり六十四時間以内、八時間の八回ということ、そして三人以上の夜勤を基本とするということとしているわけでございまが、今回の需給見通しはこうした策定方針を示した上で先ほどのような形で各都道府県において算定したものであることから、御指摘のすべての医療機関について三人夜勤体制、月八回の当直と仮定を置いた場合に必要となる看護師数の試算は行つております。

○小池晃君 行つておりますんといつても、こられ、厚労省と都道府県が協力すれば見込み数出せないはずないわけなんですよ。やっぱり非常に不十分だというふうに思う。

日本医労連は、今回の策定方針の基準で需給見通し出すなら二百万人は最低必要だということです、根拠も示して厚労省にも要求しているというふうに聞いていますし、私は医療現場の声をもつと真摯に耳傾けるべきだと思うんです。

それから、供給の問題です。

大臣は衆議院の答弁で、看護師の総数は足りてないんだと、離職した有資格者が五十五万人いるんだというふうに答弁されていますが、この五十

五万人の推定の根拠、年齢構成、看護歴なんかはこれ把握されているんでしょうか。

○政府参考人(松谷有希雄君) 潜在看護師五十五万人の推定根拠でございますけれども、平成十六年七月に行いましたこの推計は、対象年齢を六十歳までといたしまして、免許保持者数から就業者数を減じて平成十四年末現在数を大まかに推計

したというものです。

具体的に申し上げますと、まず免許保持者数につきましては、看護師等学校養成所の各年の入学時年の年齢構成比を用いまして卒業時点での年齢構成を算出をする、これに毎年の国家試験合格率を乗じて免許取得時点での年齢分布を推計をいたしております。さらに、この免許取得時点での年齢分布を基に各年ごとに生存率を乗じまして、平成十四年末の六十五歳以下の免許保持者数を約七十七万人と推計したところでございます。この

約百七十七万人から六十五歳以下の就業者数、約百二十二万人でございますが、これを差し引きまして、平成十四年末現在の潜在看護職員数を約五十五万人と推計したことになります。

したがいまして、年齢につきましては実態を勘査したもののとつてございますが、就業歴、再就業の実態を勘査したものではございません。

○小池晃君 だから、余りこの数字、五十五万人というのも根拠があるものではないんですね。し

かも、第六次見通しでは、表に示されているように、再就業者数だけが五年間年々増加していくとも増えるというんですね。

この再就業者数がこれだけ増える根拠はあるん

でしょか、局長。

○政府参考人(松谷有希雄君) この需給見通しの策定におきましては、供給につきましては現状及び今後の動向を踏まえて把握するが、その際、都道府県において一定の政策効果も加味することとされたところでございます。

このうち、再就業者数がございますけれども、ナースバンク及びハローワークの実績、実態調査

結果によつて把握いたしました再就業者数を基に推計したものでございまして、今御指摘のとおり、十八年の八万五千人から二十二年には九万八千人と約一万三千人増加しているところでござい

ます。

○小池晃君 ちょっと余り具体的な根拠はお示しにならなかつた。

私も、ある県の担当者に聞いたんですね。そう

たら、その方こう言つてゐる。再就業者数の見通しはあくまで努力目標だと、ここしか数動かないか。確かにそ�です。新卒者の数動かないから、ここしか動かせないから、年五%ずつ向上させる数字にした、別に根拠はないど、こういうふうにおつしやつてゐる。

そもそもこの再就業者数、要するに、いつたん看護師辞めた人がまた働くかと思うような今環境はどうかということだと思います。今、平均在院日数短縮迫られている、医療現場、コスト削減迫られている、インフォームド・コンセント、院内感染対策、医療事故対策、みんな大事ですが、労働密度は高まる一方だ。こういう中で、いつたん辞めた人が本当に就職しようと思うだろうか。日本看護協会の最近の調査では、平均在院日数の短い施設ほど離職率が高いという、そういう結果もう出でている、これが実態なんですよ。実際、神奈川県のナースセンターで再就業の実績聞いたならば、この七年間で就職実績は千八百二十三人から千三百十二人に連続して後退しているといふんですね。

これ大臣、こういう厳しい労働環境が統けば、再就業者が増えるどころか、私は減ることさえ懸念されるんじゃないかと。こんなふうに一万三千人もこれから再就業者が増えるような今現場の環境にあるとお思ひですか。

○国務大臣(川崎二郎君) 県のデータを基にこの間も少し議論をさせてもらいました。看護協会、医師会、また県当局、また私どものハローワーク、そうしたものが各県において協議を重ねながらしっかりととした体制をつくり上げてゐるところ

は、今お話をいたいたい再就業者数がある意味では増えてきていると、体制がやっぱりしつかり整備できていないところはその足取りが重いということは事実でございます。

そういう意味で、各県におきましてしつかりとした体制が取れるように私どもしつかり支援をしていかなきやならないと。現実問題、そうした機能が十分まだ機能していないということも事実だらうと思っております。

○小池晃君 極めてこの再就業者対策というのは不十分だと私、思います。

そもそもこの需給見通しというのを見ていただくと、毎年五万人の新規の就業者数があるんです。が、その二倍を超える退職者数が出るという構造なんですよ。そういう中で、再就業者が増えていくからその不足数は減っていくと。これは本当に私、無理があると思うんですね、こういう構造。辞める人の方が入る人よりも二倍多いという基本構造の中でやつていくということに非常に無理があるというふうに思う。

私は、需給見通しについても、需要の部分も供給についてもいろんな不十分点あると思う、都道府県に対しきちんと基準どおり計算させることはもうもちろんだと思うんですが、局長、これ需給見通し全体についてやはり抜本的に見直していかうことが必要なんじゃないですか。

○政府参考人(松谷有希雄君) 需給見通しの考え方でございますが、必要量について測定方法あるいは算定方法等についてはいろいろな考え方があるわけでござります。修学場所別の推計作業のみでは各施設が本当に必要としている数が反映されないでないんではないかという指摘もございまして、今回は都道府県ごとに実態調査を各医療機関に対して行いまして、各関係団体などが参加協力を得て設置した検討の場で作成をしたと、先ほど申し上げたような形での検討をしたわけでござります。また、需要面につきましては、保健医療福祉施策推進の観点から望ましいと考えられる事項を提示した上で、各医療機関等の判断を踏まえて

○小池晃君 これ、やっぱり抜本的に見直すべきだというふうに思います。

大臣、そもそも今度の法案、本法案は、医療機関への平均在院日数削減、診療報酬の引下げなどがメジロ押しなくなっている。こういう中で一番最初にしわ寄せ来るのは看護師の労働だというふうに思うんですね。その結果が医療の低下、患者の命、健康にも響いてくるわけであります。

大臣、このような、医療現場に対して物すごい圧力を掛けるような、経営的なあるいは日数減らしということでの圧力をかけるようなやり方というのは、今の看護師の労働の実態更に悪化させることなしに、一律に機械的な目標を押し付けてプレッシャーをかけるようなやり方というのは、大臣おつしやつたように、今看護現場は必死に努力して少しでも労働環境を良くしようと努力している、そういう努力をぶち壊すことになるんですよ。私は、そういう意味では本当に改革すべきことというのは全く間違っているし、今のこういう労働実態改善する、そのためには抜本的な手を打つことこそ医療現場、特に病院医療の現場では一番求められている改革であるということを申し上げたい。

最後に、これだけ厳しい労働条件の下で働いている中で、今、成果主義賃金制度が看護の職場に持ち込まれているということを紹介したい。

NTT東日本関東病院ですが、二〇〇一年から看護師に成果主義が導入されています。個人単位の目標をチャレンジシートに記入をする。その達成度を看護師長がランクを付けると。S、A、B、C、Dの五段階だと。資格賃金は五割、成果賃金が五割、一時金にも影響するから、年間数十万円の格差が生まれるんですね。

看護師さんに直接話を聞くと、人が足りずになると必ず頑張って何とかいい医療をと働いています。これは事実だと思います。

御指摘の成果主義に関して、能力主義、成果主義により賃金の決定を行っている企業があること、また医療の分野でもそのような観点からの取組を行っている事例も参考にして、医療の質や経営の成果、貢献度といった点を視野に入れた待遇、賃金制度の導入について検討していく必要があると考えております。

一方で、患者の視点に立った安全、安心で質の高い医療を受ける体制を構築するためには、複数の医療専門職がチームを組み、それぞれの役割を果たしていくことが重要だと考えております。そ

は、これらの両者のバランス、現実の現場での問題と、それから政策上こうあるべきだというもののバランスをどのように取るかということです。また改めて検討してまいりたいと思つております。

○小池晃君 私は順番が全く逆だと思うんですね。看護体制を厚くすれば結果としてケアは向上するし、ケア内容が濃密化するし、その結果、平均在院日数が減っていくということになれば、それは非常にいいことだと思いますよ。

ところが、そういう現場に対する手当てをすることなしに、一律に機械的な目標を押し付けてプレッシャーをかけるようなやり方というのは、大臣おつしやつたように、今看護現場は必死に努力して少しでも労働環境を良くしようと努力している、そういう努力をぶち壊すことになるんですよ。私は、そういう意味では本当に改革すべきことというのは全く間違っているし、今のこういう労働実態改善する、そのためには抜本的な手を打つことこそ医療現場、特に病院医療の現場では一番求められている改革であるということを申し上げたい。

最後に、これだけ厳しい労働条件の下で働いている中で、今、成果主義賃金制度が看護の職場に持ち込まれているということを紹介したい。

NTT東日本関東病院ですが、二〇〇一年から看護師に成果主義が導入されています。個人単位の目標をチャレンジシートに記入をする。その達成度を看護師長がランクを付けると。S、A、B、C、Dの五段階だと。資格賃金は五割、成果賃金が五割、一時金にも影響するから、年間数十万円の格差が生まれるんですね。

看護師さんに直接話を聞くと、人が足りずになると必ず頑張って何とかいい医療をと働いています。これは事実だと思います。

御指摘の成果主義に関して、能力主義、成果主義により賃金の決定を行っている企業があること、また医療の分野でもそのような観点からの取組を行っている事例も参考にして、医療の質や経営の成果、貢献度といった点を視野に入れた待遇、賃金制度の導入について検討していく必要があると考えております。

これは今、小池委員もチーム医療ということをお触れになりました。特に、看護サービスにおいては人材を量的のみならず質的に充実させることができ不可欠となります。業績を適正に評価するシステムを機能させるなどして、常に看護職員が満足感を持つて職務に従事できる環境を整えることが何よりも大事だと考えております。

○小池晃君 今の大臣の発言に照らせば、私は成果主義賃金の導入についてはこれは認めるべきでないというふうに申し上げます。

以上で終わります。

○委員長(山下英利君) 政府参考人の出席要求に関する件についてお諮りいたします。

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を図るための医療法等の一部を改正する法律案の審査のため、本日の委員会に厚生労働大臣官房審議官黒川達夫君を政府参考人として出席を求め、その説明を聴取したいと存じますが、御異議ございませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○委員長(山下英利君) 御異議ないと認め、さよう決定をいたします。

○福島みづほ君 社民党の福島みづほです。

まず冒頭、先日の参考人質疑の中で、医療崩壊ということが参考人の中から指摘されました。小松参考人がアメリカ、イギリスのように医療費削減、抑制策を取った結果について医療崩壊が起きたことを指摘されました。

それで、一番最初にちょっと漠然とお聞きをい

たしますが、大臣に、今回の医療改革により、医療費抑制が非常に大きな課題と言われておりますが、先に医療費抑制を実施し失敗例の多いイギリス及びアメリカの医療の前例についてどのように見ていらっしゃるでしょうか。

○国務大臣(川崎一郎君) イギリスとアメリカの例を質問されました。

イギリスにおいては、医療サービスの供給が国

の責任で行われ、その費用の大部分が国の一般財源によって賄われるというNHS、国民保健サービス方式の下、一九八〇年半ばから支出の伸びを

抑制したことなどから、診療待ちの患者の行列、入院待機患者の増加、年度末の病院閉鎖等の大きさ他方、アメリカについては、六十五歳以上の高齢者と障害者を対象としたメディケア、低所得者を対象としたメディケードを除き、公的な医療保障制度は存在せず、総人口の約一五%に当たる約四千五百万人が公的医療保障制度が適用されず民間医療保険にも加入していない無保険者であり、長年にわたり社会問題となつていると承知しております。

いずれにしても、我が国においては急速な高齢化の進展により医療費の増加が見込まれる中、国民の安心の基盤である国民皆保険制度を堅持する、ここがアメリカ等との最大違いだらうと思いまます。将来にわたり持続可能な制度としていくため、安心信頼の医療を確保しつつ、給付と保険料、税といった負担の均衡を図り、医療費を適正化していく必要があると認識しておりますし、私自身担当いたしております。諸外国から日本の介護保険制度そして医療制度を御評価いただいている、海外から見た場合ですよ、評価いただいている人々の御議論をいただいていると認識をしております。

○福島みづほ君 社民党は、今回の高齢者自己負担増、制度設計についてやはり医療を壊すものであると反対をしております。

ところで、介護保険の改定でホテルコストなどの上昇により、特養老人ホームから出なければならぬ人が出たか、ショートステイを手控える人が出たのではないか、その調査をどう行つていらっしゃるでしょうか。

○政府参考人(磯部文雄君) 昨年十月の施行の食

費、居住費の見直しにおきまして、介護保険施設等における食費、居住費についての在宅の方との公平性の観点から保険給付の対象外としたところです。

○福島みづほ君 もちろん日本の医療制度には多

くの課題がありますが、ただ、医療費抑制策をやったイギリスで医療崩壊が起きて医者が逃げ出しました。アメリカにおいて国民皆保険制度でないために何千万人という人たちが保険を持つて、すさまじい状況があるわけです。今大臣がおっしゃったように。

○国務大臣(川崎一郎君) いつも私申し上げていますとおり、我々団塊の世代、来年から六十になります。社会保障制度の中でお世話になる段階をを迎えつつある。

一方で、我々の数が極めて大きいものですから、そうした時代、若者に負担してもらわなければなりませんけれども、若者の負担がどのぐらい耐えられるかというものを常に見通しをしながらやつていかなきやならない。そこで、正にお年寄りの皆さん方、若者もこういう医療制度ならばお互いに協力し合おうという制度をつくつていかなければならんだろうと、このように思つております。その一番柱が国民皆保険制度ございまますから、みんなで負担をし合いながら、そして譲り合いをしながら、この制度をやはりしっかりとしたものに取り上げていかなきやならない、また直すべきものは直していかなければならぬと、このように思つております。

○福島みづほ君 社民党は、今回高齢者自己負担増、制度設計についてやはり医療を壊すものであると反対をしております。

ところで、介護保険の改定でホテルコストなどの上昇により、特養老人ホームから出なければならぬ人が出たか、ショートステイを手控える人が出たのではないか、その調査をどう行つていらっしゃるでしょうか。

○政府参考人(磯部文雄君) 昨年十月の施行の食

費、居住費の見直しにおきまして、介護保険施設等における食費、居住費についての在宅の方との公平性の観点から保険給付の対象外としたところです。

○福島みづほ君 ほとんどのなかつたものというこ

とですが、私たちのところには違うデータが来ております。

例ええば宮城県は五月十九日、昨年十月からの介護保険施設の食費、居住費の自己負担により、県内四十五施設百五十二人の利用者が自己負担の増加を理由に退所したとする調査結果を公表しております。調査期間中の退所者総数の六%と割合は低いですけれども、実際百五十二人が自己負担増で退所をしている。この中で、県はこの調査結果を厚生労働省老健局に提出、負担軽減措置の

対象となる第一、第三段階のいわゆる低所得者でも自己負担増を理由に退所しているということがあります。

全国的な利用者負担の実態調査というのをやつていらっしゃるんでしょうか。

○政府参考人(磯部文雄君) 今の宮城の例はちょっと私の手元の資料にはございませんが、先ほど申し上げましたように、この退所者の調査については、さらに、先ほども申し上げたように一つの理由として居住費、食費が理由であるけれども、ほかの理由もあるといったこともございまして、相当アンケート調査としては難しいものでございます。

そういう意味で、またちょっと宮城の例も調べたいと思いますが、そうした地方公共団体からの情報収集で一定の傾向を把握していると考えております。また、全国調査はしております。

○福島みずほ君 全国調査をすべきではないですか。また、退所する理由は複数あるかもしれません。しかし、自己負担増で退所をしたのがどれくらいの割合なのか。それが物すごく高くななくても一定数の人々が自己負担増を理由に退所をしたということが重要だと思います。

この介護保険については附帯決議が付いていて、そういう経済的な理由で退所者が出たり、行き場を失う人がないようにというのが付いていたと思いますが、全国調査をやるべきではないですか。

○政府参考人(磯部文雄君) 繰り返しになりますが、地方公共団体との情報収集によりまして一定の傾向を把握しているつもりでございますし、また、それ以上のなかなか詳細な情報を得るのは困難であるということ、それから、個別の具体ケースについて各保険者の相談窓口でまず対応してもらいたいというようなことから、国が直接調査を行うことは考えておりませんが、今御指摘のちょっと宮城県の例については調べたいと考えております。

○福島みずほ君 問題です。この委員会の中で、

ホテルコストなどをすることで出ていかなくちゃならない人いるのではないかと野党はそれぞれあります。私たちのところに障害者自立支援法案や介護保険の結果、困っていることが、いろんな声が寄せられます。厚生労働省こそ、この厚生労働委員会の審議を受けて、附帯決議を受けて、質疑を受けてつくったわけですから、全国調査をすべきだと考えます。

今回、ホテルコストが医療制度改革の中に入っているからこそ質問しています。全国調査をすべきじゃないですか。

○政府参考人(磯部文雄君) 繰り返しになりますが、私どもとしては、地方公共団体との情報収集等によりまして、それのみが理由で出されている方はほとんどないと承知しておりますし、調査の実際の難しさからも現在直接行なうことは考えておりません。

○福島みずほ君 このことで時間を割くのはちょっともつたいないですが、そのことだけではなくて複数の理由でもいいんですよ。自己負担増も理由で退所した人がどれぐらいか、四十七都道府県すべて老健局に上がってきていますか。

○政府参考人(磯部文雄君) すべてで実施しているわけではないと思いますので、全部を把握しているわけではございません。

○福島みずほ君 幾つ上がっていますか。

○政府参考人(磯部文雄君) 手元にある資料では十六県でございます。

○福島みずほ君 是非全国調査をするようにお願いします。つまり、この厚生労働委員会で多くの議員が懸念を表明をいたしました。今回、医療制度でホテルコストやるわけですから、実際どのよ

くて退所をしなくちゃいけない高齢者がいることは重いと思います。今回、そのことを踏まえて、むしろ病院の中での負担増についての議論もすべきであるというように考えます。

ところで、高齢者自己負担の影響について、更にお聞きをいたします。

○政府参考人(水田邦雄君) 医療保険と介護保険の自己負担の合算制に関し、上限額を超えた費用負担はどのように保険者が支払っていくということになるのでしょうか。

○政府参考人(水田邦雄君) 医療保険と介護保険の自己負担の合算額が著しく高額になる場合の対応ということでございまして、平成二十年度から、介護保険受給者が存在する医療保険各制度の世帯につきまして、医療と介護の自己負担の合算額が負担限度額を超える場合に、被保険者の申請に基づいて、その差額を医療保険者から支給することとしてございます。

負担限度額につきましては、七十五歳以上的一般所得者につきまして年額五十六万円とするごとに、医療保険各制度や所得区分ごとの限度額を踏まえましてきめ細かく設定することを考えています。

お尋ねの、この自己負担限度額を超えた分の給付に必要な費用につきましては、医療と介護の自己負担額の割合に応じて医療保険者と介護保険者が案分してそれぞれ負担するということを考えてございます。

○福島みずほ君 具体的にどういうふうになるんでしょうか。例えば、政府・与党大綱では「入院に係る医療費については、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額にとどめることを検討する」とされておりますが、具体的な手続はどうなるのでしょうか。例えば、いったん払って求償していくのか、それとも窓口でその限度額ということとどまるのか。いかがでしょうか。

○政府参考人(水田邦雄君) 政府・与党の改革大綱におきまして、入院の医療費につきまして「窓

口での支払いを自己負担限度額にとどめる」と統一的な調査、お願いいたします。これのみが理

院されています。これは入院の場合でございますんで、ほどの医療と介護の合算制度とはまたこれ全然別

の問題でございます。一つの医療機関にずっと入院されている方についての特例でございますんで、これにつきましては、この医療機関の窓口での支払を高額療養費制度における自己負担限度額にとどまして、償還される分を支払う必要はないようにしてくださいと考えてございます。

具体的な手続でございますけれども、これは被保険者の事前の申請に基づきまして、一医療機関ごとの入院費用の支払を被保険者の所得区分に応じた自己負担限度額にとどめることいたしまして、その自己負担限度額を超えた部分については保険者から医療機関へ直接支払う方向で検討しているわけでございます。

事前にこの申請に基づいてと申しますのは、各病院におきましては、その被保険者の所得の水準が分からぬわけであります。高額療養費は御存じのとおり所得区分ごとに変わっておりますので、まず事前に申請していただいて所得区分を確定して、その上で病院が計算できるようになると、ということからこうした手續が取られているわけでございます。

なお、この制度の利用に当たって、所得制限を設けるということは考えてございません。

○福島みずほ君 ちょっとよく分からぬので、例えば車いすやいろんな人たちからも言われるんですが、いつたん払つて、例えば八十万、で、償還は後で受ける。でも、八十万のお金払うのがとても大変だという声をいろんな人から聞きました。難病の場合やいろんなことも、最終的には償還を受けるんだけれども、窓口で八十万とか五十五万、そのお金が払えないという声を大変聞くんですね。だからこの質問をしているんですけど、具体的に、いったん払うんですか、それとも払わなくともいいんですか。

○政府参考人(水田邦雄君) 入院の場合でござい

ますけれども、窓口で払う必要はなくなる、その部分についてですね、それは払う必要はなくなるということです。

○福島みずほ君 次に、資格証明書の問題についてお聞きをいたします。

新たに設けられる後期高齢者医療制度のことなんですが、現行の国保においては、資格証明書交付者は窓口でいったん全額を支払って、後に保険給付分七割が償還されることが多く、一度の高額の治療費を払えない人が大変苦しい思いをしております。さつまちよつと共通のことですけれども。

この点につき、よりきめ細かい低所得者への配慮を行うべきと考えますが、いかがでしょうか。

○政府参考人(水田邦雄君) まず、現行の国民健康保険制度における資格証明書制度についてござりますけれども、これは被保険者間の公平を確保すると。これは、国保も相互扶助の制度でありますので、国民皆保険を維持するためにはやはり保険料を払つていただくことが基本でありますので、そういう公平を確保する。それから一年以上の滞納状態の続く被保険者に対する窓口の機会を増やすと、こういう目的から行つて、保険者の窓口に来訪してもらつて給付相談によりまして、保険者におきましては、接觸の機会を増やして、保険料を少しで納めていただけるよう個々の被保険者の状況に応じたきめ細やかな納付相談を行うように指導してきているところでございます。

また、低所得等の事情のある被保険者の方々につきましては、保険料を軽減するほか、保険料を納付することができない特別な事情がある場合に資格証明書を交付しないなどの措置を講じているところでございます。

逆に言いますと、こういった特別の事情がない場合で御負担いただけるような方につきまして

は、これはやはり御負担していただくのが原則でございますので、一年以上滞納状態が続けばこの資格証明書を交付すると。したがつて、窓口でいたん全額を払つていただく、そしてその後で七割を償還するということです。

これは、この制度自体、保険料収納確保のために有効な策であると、こういう御意見、保険者が市町村において適切な運用が行われるように留意してまいりたいと考えてございます。

それに続きまして、委員の方から後期高齢者医療確保法においてもこれがあるじゃないかということを御指摘になつたと思ひますけれども、それも正に御説のとおりでございまして、後期高齢者一人お一人に被保険者として保険料を御負担いたくということにしてござりますので、被保険者間の公平性と制度の安定性を確保するという観点から、保険料を特別な事情なく滞納された方々につきましては、国保と同様に資格証明書を発行し、償還払いによる給付を行うこととしてござります。

○福島みずほ君 資格証明書交付はだから一定前払なわけですが、やっぱり問題点はいたん全額払わなくちゃいけない。後で償還を受けるんですが、多くの人はそのいたん全額払うというのがなかなかできないという声がありまして、低所得者への配慮はどうのようにきめ細かく行われるかが重要だと思います。

○福島みずほ君 でも、丁寧に説明されても払えないものは払えないということはあると思うんですね。ですから、これは、今回は、幾らかということやどういうものを低所得者に対し配慮した運用をするかは書き込まれてないんですけども、この点について不安が大変あるわけです。いったん、政令で定める事情がある場合は保険証の取上げを猶予すること、これがどの程度なるのかという政令の中身とか、ですから、この点について問題があるということを指摘をしておきます。

○政府参考人(水田邦雄君) 特別な事情ということでござりますけれども、国保と同様の事情とする方向で検討してございまして、具体的には、世帯主がその財産につき災害を受け、又は盗難にかかること、二つ目に、世帯主と、その者と生計を一にする親族が病気にかかり、又は負傷したこと、三つ目に、世帯主がその事業を廃止し、又は

休止したなどの事由がある場合とすることとしてございます。

それで、この後期高齢者医療制度におきましても、低所得者対策ということで、保険料につきましても、まず応能保険料につきましては所得額に応じた低い額若しくは対象外にするということがございまして、応能保険料につきましても軽減措置を設けることとしてございます。

○福島みずほ君 ちょっと、低所得者に対する十と、もう少し詳しく話してください。

○政府参考人(水田邦雄君) それは、低所得者に対する対策そのものは、これは法定をいたしますので、どのくらいの所得であれば軽減措置をどのように講ずるかということは、これは、そういう軽減措置を講ずるということ自体はまず法定でございますけれども、具体的にはそれぞれ保険者にゆだねられている部分もありますが、いずれにせよ、決められたそういった制度を適用するということについて丁寧に被保険者に説明をするように指導をしていただきたいと、このように考えております。

○福島みずほ君 でも、丁寧に説明されても払えないものは払えないということはあると思うんですね。ですから、これは、今回、幾らかということやどういうものを低所得者に対し配慮した運用をするかは書き込まれてないんですけども、この点について不安が大変あるわけです。いったん、政令で定める事情がある場合は保険証の取上げを猶予すること、これがどの程度なるのかといふ政令の中身とか、ですから、この点について問題があるということを指摘をしておきます。

○政府参考人(水田邦雄君) 保険ごとの独立性と、あれでございますが、現役制度でありますればそれは保険制度として完結をしているわけでありますが、後期高齢者医療制度について申し上げますと、それは随分いろいろ申し上げていますように、高齢者の保険料が一割、それから現役の制度からの支援金が四割、公費が約五割と、こういふ関係で費用の持ち合いがなされるわけでござります。

○福島みずほ君 私は、世代間におけるある種の支え合いはもちろん必要だと思うのですが、た

たのは高額療養費の上限額のことです。

か。これは、年齢で、平成二十年度以降になりますけれども、七十五歳以上の方でありますと、一般の方の場合は高額療養費の定額部分が八万円プラス一%，それが、多数該当とありますと、一ヶ月以上続きますと四万四千四百円に固定される。それから、外来につきましては四万四千四百円というのが個人ごとに定められております。

全体の自己負担限度額について言いますと、一般所得者につきましては四万四千四百円、低所得者、住民税非課税の方につきましては二万四千六百円、さらに低所得者の中でも年金收入が八十万円以下の方につきましては一万五千円と、こういふ数字でございます。

外来につきましては、先ほど現役並み所得四万四千四百円申し上げましたけれども、一般は一万千円、低所得者につきましては八千円と、こういった水準で考えてございます。

○福島みずほ君 上限額を超えた費用負担をどのように保険者が支払うのでしょうか。

○政府参考人(水田邦雄君) 上限額を超えた部分は保険者が保険給付として高額療養費でありますとしてお払いをすると、保険料財源で基本的に貯われるということです。

○福島みずほ君 これについては、保険ごとの独立性や、そういうものはきちっと保たれるということでおろしいのでしょうか。

○政府参考人(水田邦雄君) 保険ごとの独立性と、あれでございますが、現役制度でありますればそれは保険制度として完結をしているわけであります。それは随分いろいろ申し上げていますように、高齢者の保険料が一割、それから現役の制度からの支援金が四割、公費が約五割と、こういふ関係で費用の持ち合いがなされるわけでござります。

だ、保険制度ではなくて支援金という形になつていくことが保険制度という形からいいのかどうか。税金と保険との関係がだんだん不明確になつていいいるのではないかということをちよつと危惧をいたします。

○国務大臣(川崎二郎君) 目的規定にある、これは大臣にお聞きをしたいんですが、目的規定にある国民の共同連帯等の理念といふのは何でしようか。大臣はこれまでの答弁の中で社会連帯ということを使つていらつしゃいますけれども、社会連帯と国民の共同連帯の違いは何でしようか。

○国務大臣(川崎二郎君) 例えれば、私が七十五歳になつたときに二千万人を超える後期高齢者になりました。当然、今は千二百万人を想定していますから、掛ける人たちは増えてきますよね。掛け金額が今は一割ですが、一割以上になります。ですから、まず我々は払うという前提の中で、しかし我々の負担だけでは、また税が足されたとしてもこの保険制度というのもたない。したがつて、若者に支援をしてもらおうという中で仕上がっていると。そういう意味では、世代間の応援し合いの中でこの制度ができ上がっておると思いますので、そういう意味では、国民全体が協力し合うというシステムの中で後期高齢者医療制度というのでき上がっています。

特に若者に対して、七十五歳以上のお年寄りに対する支援はみんなで幾らやつているんですけど

いうことを明確にしようということが今回の最大のねらいだろうと思つております。

○福島みずほ君 今、私がお聞きをしたかったのは、実は社会連帯というのと共同連帯ということに意味の違いがあるかということ、保険ではなくて支援金という形でやることで、ある意味保険料が税金化するような面があるのではないかとい

う点についていかがでしようか。

○国務大臣(川崎二郎君) 支援金自体も、各個人が納めた保険料の中から保険者が支援をしてもらつてているということでござりますから、保険制度全体の運用になる、国民皆保険制度全体の運

用からなつていて。

それから、共同連帯と……

○福島みずほ君 社会連帯。

にどういう違いがあるのか、私はよく分かりません。

○福島みずほ君 大臣が共同連帯ではなく社会連帯というふうに使つていらつしやるので、その意味。それから、この後期高齢者の制度そのものがきちっと成り立つていくのかどうかということに大変疑問を持っております。

○福島みずほ君 後期高齢者診療報酬については前回もお聞きをしましたが、改めてお聞きをいたします。

○福島みずほ君 昨年十二月の政府大綱においては、「後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるよう、新たな診療報酬体系を構築する。」とされ

ています。この中では、終末期医療の在り方につ

いての合意形成もうたわれております。与党大綱

の該当箇所は、「新たな体系においては、終末期医

療の在り方に於いての合意形成を得て、患者の尊

厳を大切にした医療が提供されるよう、適切に評

価をするというふうになつております。

○福島みずほ君 私が一番違和感を持つて理解できないのは、七

十五を境目にして診療報酬体系が全く変わるこ

と、七十五歳になつたときには後期高齢者の心身

の特性等にふさわしい医療が提供できるとなつ

て、患者の尊厳を大切にした医療が提供されるよ

う適切に評価をするというふうになつてゐるわけ

です。言葉を換えて言えば、後期高齢者になつた

ら、本人の意思、希望とは無関係に、これまでの

医療サービスとは質的に異なる医療を提供しよう

という発想なのか、仮にそうだとすればその合理

的根拠は何なのかな、説明をしてください。

○政府参考人(水田邦雄君) 今、患者の尊厳を大

きましても、これは存続させることでござ

いまして、正に新たな診療報酬体系の提案と

いうのがなされたわけでございますので、それを前

提にいたしまして、その事前の措置として、ただ

多いそういう同一のものにつきましては、これは

簡素化する観点から一本化をすると、高齢者の心

身の特性を踏まえて引き続き存続させることが適

当なものは、これは存続させることでござ

いまして、正に新たな診療報酬体系の提案と

いうものがなされたわけでございますので、それを前

提にいたしまして、その事前の措置として、ただ

いま申し上げましたような整理を行つたところで

ございます。

○福島みずほ君 よく分かりません。一般といわ

ゆる高齢者と分かれていたのが今年の診療報酬改

定により一本化されたと。にもかかわらず、平成

二十年度に再び一般と高齢者が分かれることが提

言されるということがやっぱりよく分からぬで

すね。

○政府参考人(水田邦雄君) この後期高齢者につきましては、こういつた終末医療というものが大変多いわけでござりますので、それについてやはり正面から考へる、考へた上で診療報酬を設けたということがこの年齢層については必要なんじやないかということでこういつた政府・与党の指摘があつたものと考へております。

○福島みずほ君 私は、今回の医療制度のこの後期高齢者、前期と分けて、特に後期高齢者診療報酬体系を根本的に変えてしまう。そして、そこに入ると終末期医療の在り方についての合意形成を経てと変わっちゃうわけですね。これは実は私は一番理解ができないところで、一步間違えると、現代版うば捨て山ではないでありますけれど、七十五歳を区切つてなぜ報酬体系を変え、ここから終末期医療が出てくるのか。先ほどからも出でておりますが、生活習慣病であれ終末期医療であれ、年齢に

の老人診療報酬について、一般と同じものはこれに簡素化をする、同じでないものは残す、こういった整理を行つたわけでございます。

○福島みずほ君 やつぱり分かりません。なぜ一本化したのをもう一回分けるのか。それから、与党大綱でも、ちょっと戻つて済みませんが、私はなぜ七十五歳を境にこういうふうに診療報酬体系が変わるのが理解できません。七十五歳まで生きれば個人差の方がはるかに大きいし、そこで、よううかん切るみたいにぱちっとそこで変わるということはないだろうというふうに思つて、私はまだ理解ができないところです。

○政府参考人(水田邦雄君) 今年の診療報酬改定数表が一般的な診療報酬単数表と別建てとされているのを改め一本化したことと矛盾を来すというこのことはないでしようか。

○政府参考人(水田邦雄君) それは、後期高齢者につきましてはこういつた終末医療というものが大変多いわけでござりますので、それについてやはり正面から考へる、考へた上で診療報酬を設けたということがこの年齢層については必要なんじやないかということでこういつた政府・与党の指摘があつたものと考へております。

○福島みずほ君 私は、今回の医療制度のこの後期高齢者、前期と分けて、特に後期高齢者診療報酬体系を根本的に変えてしまう。そして、そこに入ると終末期医療の在り方についての合意形成を経てと変わっちゃうわけですね。これは実は私は一番理解ができないところで、一步間違えると、現代版うば捨て山ではないでありますけれど、七十五歳を区切つてなぜ報酬体系を変え、ここから終末期医療が出てくるのか。先ほどからも出でておりますが、生活習慣病であれ終末期医療であれ、年齢に

終末期医療は関係があるわけです。七十五歳になつた途端に終末期医療で別の報酬体系でと言わいたら、元気な七十五歳は怒るというか、やつぱりこれは根拠がないというふうに思います。年齢を区切ることのおかしさというのがやはり全く納得がいきません。個人差の方がはるかに大きいわけで、七十五歳以上で元気な国会議員なんて山ほどいるのですから、これはやっぱり非常におかしいというふうに思います。

それで、後期高齢者の診療報酬の在り方について、一部報道で疾病ごとの定額制、かかりつけ医の登録患者数に応じて報酬を決める人頭払い制など具体的な内容が報道されておりますけれども、既に方向性は固まっているのでしょうか。

○政府参考人(水田邦雄君) 後期高齢者的新たな診療報酬体系につきましては様々な考え方があり、ただいま委員からもいたいたわけでござりますけれども、考え方があろうかと思ひますが、現時点におきまして厚生労働省いたしまして御指摘の記事にあるような人頭払い制あるいは疾病ごとの定額制などといった具体的な支払方法を採用すると、こういった方針を固めたという事実はございません。

○福島みづほ君 では、これは誤報なんでしょうか。あるいは、将来こうなることはないのでしょうか。

○政府参考人(水田邦雄君) 私どもがこういった支払方法を採用する方針を固めた事実はないわけでありますので、もしそれがあるというんであれば、それは誤報になるわけであります。

○福島みづほ君 じゃ、質問を変えます。

将来、疾病ごとの定額制、かかりつけ医の登録患者数に応じて報酬を決める人頭払い制などはオプション、選択肢として検討されていますか。

○福島みづほ君 具体的でなくとも、選択肢とし

てあります。

○政府参考人(水田邦雄君) お申しますが、この問題を検討していくのでしようか。その際、後期高齢者の利益を代表する者の参画を確保すべきだと考えますが、いかがでしょうか。また、終末期医療そのものは後期高齢者に限定せず、より広い世代にかかる問題として国民的に検討されるべきだと考えますが、いかがですか。

○政府参考人(水田邦雄君) この後期高齢者の診療報酬の在り方とどまらずでございますけれども、この診療報酬の決定の在り方ということにつきまして、昨年七月にこれは中医協改革といふことで中医協の在り方に関する有識者会議というものが報告書をまとめたところでございまして、診療報酬改定に係る基本的な医療政策の審議につきましては中医協以外の厚生労働大臣の下の諮問機関において検討を行なうと、そこで診療報酬改定に係る基本方針を定めて、中医協においてはその基本方針に基づいて具体的な点数設定に関する審議を行なうこととしてございまして、ケースは違いますが、それも異なるんじやないのかなという気がいたします。

十八年度改正におきましては、基本方針を審議いたしました社会保険審議会がこの基本方針を審議したわけでござりますけれども、その関係部会には老年医学の研究者が参画しておられます。また具体的な点数設定に係ります審議を行なった中医協におきましても老人診療報酬の分野の専門委員二名の参画を得て検討を進めたところでござい

る場合には、それは一つそういう形でお出しをするということじゃないかと思います。プロセスで、この間も申し上げましたけれども、手順としては事前に考え方をお示しし、御議論を経た上で決めていくといふことです。

○福島みづほ君 なぜしつこく質問するかとい

てやはりこういうものにつきましては事前に考え

るということがあります。プロセスを取つて、いつ

で、この間も申し上げましたけれども、手順とし

てやはりこういうものにつきましては事前に考え

るということがあります。プロセスを取つて、いつ

こういったプロセスを経て十八年度の診療報酬改定を進めたわけでありますし、今後についても基本的にこういう形を踏まえて検討体制について今後検討していくかと思います。

当然ながら御指摘の高齢者の意見が審議に反映できるよな、そういう点につきましては十分意用いてまいりたいと、このように考えております。

○福島みづほ君 次に、C型肝炎の治療拡充についてお聞きをいたします。

我が国でのC型肝炎患者は百五十万人とも二百万人とも言われております。また、日本の肝がんの八〇%はC型肝炎が原因であり、日本では毎年約四十万人が肝がんで亡くなっています。こうした現状を考えたとき、C型肝炎の治療体制拡充のため、国として積極的に推進していくべきと考えますが、いかがでしょうか。

○福島みづほ君 次に、C型肝炎の治療拡充についてお聞きをいたします。

我が国でのC型肝炎患者は百五十万人とも二百万人とも言われております。また、日本の肝がんの八〇%はC型肝炎が原因であり、日本では毎年約四十万人が肝がんで亡くなっています。こうした現状を考えたとき、C型肝炎の治療体制拡充のため、国として積極的に推進していくべきと考えますが、いかがでしょうか。具体的にどのような施策をなさるおつもりでしようか。

○政府参考人(中島正治君) C型肝炎につきましては、これまで国民に対しての普及啓発、それから診療体制の整備など様々な対策に取り組んできたところでございますけれども、近年新たな治療法が開発をされなど、肝炎治療を取り巻く状況も変化をしてきましたというところから、平成十七年の三月に専門家会議を開催をいたしまして、更なる推進方策について御議論をいただきたいと思います。

○福島みづほ君 同年八月に報告書が取りまとめられたところでございました。

この報告書の中におきまして、C型肝炎診療の地域の偏在等が問題点として指摘をされているこ

とを踏まえまして、地域の実情に応じてC型肝炎

診療体制の充実が図られますよう都道府県等にお

いて地域の保健医療関係者から成るC型肝炎診療

協議会を設置をいたしますとともに、C型肝炎治

療の均等人権が図られますよう、その診療体制にかかわる対策について専門的な協議を行う全国C型肝炎診療懇談会を、これは厚生労働省として開催することとしております。

是非、検査や治療に対する経済的支援を実施す

ることにつきましては、C型肝炎患者は医療の提

供によって疾病的治癒、軽快が期待されること、また著しく高額の治療費を要する状態、期間が永

く続くこと、多額の自己負担は一定額程度にとどまっているところでございます。

なお、検査や治療に対する経済的支援を実施す

ることにつきましては、C型肝炎患者は医療の提

供によって疾病的治癒、軽快が期待されること、また著しく高額の治療費を要する状態、期間が永

く続くこと、多額の自己負担は一定額程度にとどまっているところでございます。

○福島みづほ君 ただ、患者さんたちの中から

は、是非やはり、例えば医療保険の高額療養費制度は月額七万円を超えた場合のみ補助が出ると。

是れ、高額療養費制度の例外の特殊指定にイン

ターフェロン治療をしてほしいという要望等が多くの方にも寄せられております。その意味で、是非それをよろしくお願ひします。

インター/フェロン治療は非常に重い副作用がある、なかなかつらいという話を聞きます。働きながら治療を続けるのは大変困難である。ちよつとこれはアイデアというか要望なんですが、育児休業制度のような治療休業制度というものが取れないか。つまり、肝炎やほかのもそうかもしませんが、定期的にきちんと治療に行けば働き続けことができる。ただ、それがうまくいかないと仕事を辞めざるを得ない。何とかその治療休業制度のようなものが導入できないか。

これは、現行法にはありませんから、アイデアとして是非聞いていただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○政府参考人(青木農君) 委員のアイデアというお話をございました。

病気休暇ということで就労条件総合調査、平成十七年にいたしました調査では、全国で二二%ほど病気休暇という制度が企業の中において行われております。

こういった、委員の言葉でおっしゃれば治療休業制度、病気休暇制度は、治療をしながら雇用を継続していくことができるという点で労働者にとって有利な制度であるという面がある一方で、事業者によりましては労働者の休業期間中はその労務の提供が得られないという面もございます。それからまた、我が国においては年次有給休暇を使って通院等をするということもございまして、年休が一部、いわゆることでいう治療休業なり病気休暇の機能を果たしているという面もございます。

したがって、治療休業制度の整備については、その社会的必要性や民間企業における普及状況などを見つつ検討していくべき課題かなというふうに認識をいたしております。

○委員長(山下英利君) 時間。

○福島みづほ君 時間、はい、分かりました。

では、終わります。

○委員長(山下英利君) 本日の質疑はこの程度にとどめます。

○委員長(山下英利君) 委員派遣承認要求に関する件についてお詫びをいたします。

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を図るための医療法等の一部を改正する法律案につき、現地において意見を聽取るため、来る十二日、北海道に委員派遣を行いたいと存じますが、御異議ございませんか。

「異議なし」と呼ぶ者あり

○委員長(山下英利君) 御異議ないと認めます。

つきましては、派遣委員等の決定は、これを委員長に御一任願いたと存じますが、御異議ございませんか。

「異議なし」と呼ぶ者あり

○委員長(山下英利君) 御異議ないと認め、さよ

う決定をいたします。

本日はこれにて散会をいたします。

午後五時二十三分散会

スの整備・拡充を行うことに関する請願(第二〇六九号)

一、患者負担増中止に関する請願(第二〇七〇号)

一、患者負担増計画中止と保険で安心してかかる医療に関する請願(第二二一八七号)

一、患者負担増計画中止と保険で安心してかかる医療に関する請願(第二二一八八号)

一、患者負担増計画中止と保険で安心してかかる医療に関する請願(第二二一八九号)

一、患者負担増への反対、保険で安心してかかる医療に関する請願(第二二一〇六号)

一、患者・国民の願いである安心で行き届いた医療の確立に関する請願(第二二一〇七号)

一、患者負担増計画の中止と保険で安心してかかる医療に関する請願(第二二一〇八号)

一、患者負担増計画の中止と保険で安心してかかる医療に関する請願(第二二一〇九号)

一、患者負担増計画の中止と保険で安心してかかる医療に関する請願(第二二一〇九九号)

一、患者負担増計画の中止と保険で安心してかかる医療に関する請願(第二二一〇九九号)

一、患者負担増計画の中止と保険で安心してかかる医療に関する請願(第二二一〇九九号)

一、患者負担増計画の中止と保険で安心してかかる医療に関する請願(第二二一〇九九号)

一、患者負担増計画の中止と保険で安心してかかる医療に関する請願(第二二一〇九九号)

一、患者負担増計画の中止と保険で安心してかかる医療に関する請願(第二二一〇九九号)

一、患者負担増計画の中止と保険で安心してかかる医療に関する請願(第二二一〇九九号)

一、患者負担増計画の中止と保険で安心してかかる医療に関する請願(第二二一〇九九号)

一、患者の負担増反対、保険で安心してかかる医療に関する請願(第二二一七七号)

一、総合的な肝疾患対策の拡充に関する請願(第二二一七六号)

一、患者の負担増反対、保険で安心してかかる医療に関する請願(第二二一七七号)

一、患者負担増計画の中止と保険で安心してかかる医療に関する請願(第二二一七七号)

一、患者負担増計画の中止と保険で安心してかかる医療に関する請願(第二二一七八号)

一、無年金の在日外国人障害者・高齢者の救済に関する請願(第二二一七八号)

一、患者負担増計画の中止と保険で安心してかかる医療に関する請願(第二二一七八号)

一、カネミ油症被害者の抜本的な恒久救済対策に関する請願(第二二三三七号)

一、カネミ油症被害者の抜本的な恒久救済対策

第七部 厚生労働委員会会議録第二十四号 平成十八年六月六日 [参議院]



第二〇七〇号 平成十八年五月十九日受理

患者負担増中止に関する請願

請願者 さいたま市大宮区高鼻町二ノ三二一  
一ノ三 長田大 外四百三名

紹介議員 家西 悟君

この請願の趣旨は、第一四九七号と同じである。

第二〇九九号 平成十八年五月十九日受理

患者負担増計画中止と保険で安心してかかる医療に関する請願

請願者 北九州市八幡西区千代ヶ崎三ノ一  
三ノ二四 阿部治美 外五百七十  
八名

紹介議員 仁比 聰平君

この請願の趣旨は、第一一七三号と同じである。

第二一〇三号 平成十八年五月十九日受理

患者負担増計画中止と保険で安心してかかる医療に関する請願

請願者 兵庫県明石市松江四〇八ノ二 吉  
田耕次 外七千百八十二名

紹介議員 水岡 俊一君

この請願の趣旨は、第一一七三号と同じである。

第二一〇六号 平成十八年五月十九日受理

患者負担増計画中止と保険で安心してかかる医療に関する請願

請願者 神戸市中央区海岸通一ノ二ノ三一  
ノ五F 八木秀満 外三千四百五  
十二名

紹介議員 辻 泰弘君

この請願の趣旨は、第一一七三号と同じである。

第二一〇七号 平成十八年五月十九日受理

患者負担増への反対、保険で安心してかかる医療に関する請願

請願者 大阪市城東区野江一ノ二ノ三 高  
本英司 外百八十八名

紹介議員 市田 忠義君

この請願の趣旨は、第一一七三号と同じである。

この請願の趣旨は、第四八一号と同じである。

第二二〇八号 平成十八年五月十九日受理

患者・国民の願いである安心で行き届いた医療の確立に関する請願

請願者 東京都府中市若松町五ノ七 高見  
沢芳雄 外二十六名

紹介議員 市田 忠義君

この請願の趣旨は、第一九三九号と同じである。

第二二二三号 平成十八年五月二十二日受理

患者負担増計画の中止と保険で安心してかかる医療に関する請願

請願者 東京都大田区東六郷一ノ二二ノ一  
六 秋山一 外三十七名

紹介議員 市田 忠義君

この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第二二二三号 平成十八年五月二十二日受理

無免許マッサージから國民を守る法改正に関する請願

請願者 和歌山県有田市宮崎町二、四九六  
ノ四一 鳥田拓生

紹介議員 世耕 弘成君

この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。

第二二五六号 平成十八年五月二十二日受理

無免許マッサージから國民を守る法改正に関する請願

請願者 神奈川県中郡二宮町山西一、四四  
ノ四 佐藤勇 外四百九十九名

紹介議員 世耕 弘成君

この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。

第二二五六号 平成十八年五月二十二日受理

無免許マッサージから國民を守る法改正に関する請願

請願者 横浜市戸塚区川上町九二六ノ一  
馬場義実 外五百十三名

紹介議員 福山 哲郎君

この請願の趣旨は、第一一七三号と同じである。

第二二五六号 平成十八年五月二十二日受理

無年金の在日外国人障害者・高齢者の救済に関する請願

請願者 横浜市戸塚区川上町九二六ノ一  
馬場義実 外五百十三名

紹介議員 福山 哲郎君

この請願の趣旨は、第一一七三号と同じである。

第二二五六号 平成十八年五月二十二日受理

無年金の在日外国人障害者・高齢者の救済に関する請願

請願者 大阪市東住吉区杭全二ノ一ノ一  
洪恵子 外四百九十九名

紹介議員 福島みづほ君

この請願の趣旨は、第二一五六号と同じである。

第二二五六号 平成十八年五月二十二日受理

無年金の在日外国人障害者・高齢者の救済に関する請願

請願者 大阪市東住吉区杭全二ノ一ノ一  
恒

紹介議員 福島みづほ君

この請願の趣旨は、第二一五六号と同じである。

第二二五六号 平成十八年五月二十二日受理

無年金の在日外国人障害者・高齢者の救済に関する請願

請願者 德島市沖浜町東畑五六一ノ三  
恒

た。在日外国人高齢者についても救済措置は何ら講じられていない。日本も批准している国際人権規約や難民条約では、社会保障上の内外人平等が規定されている。無年金の在日外国人の大多数を占めるのは在日韓国・朝鮮人で、日本の植民地支配の過程でやむを得ず日本に移り住むことになり、戦後、一方的に日本国籍を剥奪されながら、様々な事情のため、日本に住み続けることになった。国際的に見ても、植民地支配をしていた国は旧植民地出身者に対して社会保障面での平等待遇をするのが、難民条約締結以前からの常識である。

講じられていない。日本も批准している国際人権規約や難民条約では、社会保障上の内外人平等が規定されている。無年金の在日外国人の大多数を占めるのは在日韓国・朝鮮人で、日本の植民地支配の過程でやむを得ず日本に移り住むことになり、戦後、一方的に日本国籍を剥奪されながら、経過措置が行われなかつたため、現在四三歳以上の障害者や八〇歳以上の高齢者は、無年金のままに放置されている。日本人に対しては、制度の不備によって無年金加入の道が開かれた。しかし、経過措置が行わなければならぬ。難民条約発効(一九八二年一月)に伴い国民年金法から国籍要件が撤廃され、定住外国人にも国民年金加入の道が開かれた。しかし、経過措置が採られた。無年金者が出ないように対策が講じられてきたが、在日外国人に対しては同じような措置は採られず、無年金者が残された。重度障害者の場合、無収入か、働いても月二~三万円と低賃金であることが多く、年金は主要な収入源になつてゐる。この年金さえないと、ほとんどの無年金在外国人障害者は最低限の生活が成り立つていな。特定障害給付金法の附則には、在日障害者についてはあると認めるときは所要の措置を講じるとある。しかも多くの地方自治体では以前からその必要性を認め、自治体独自で特別給付金制度を実施し、毎年のように国への制度整備の要望もなされてゐる。無年金の在日外国人高齢者は、日本の植民地支配による苦労を最も受けた世代であり、戦後も日本社会の中でも差別され、多くは劣悪な環境に追いやられ、それでもなお、必死に働き税金も納めている。そういう世代の在日高齢者が、月額三万円程度の老齢福祉年金すら受けられないものである。本人の責任によらず無年金となつてゐる在日外国人をこのまま放置すること、日本が批准した各種の人権条約の内外人平等原則に反する。国会が人権条約を遵守し、歴史の

反省の上に立つて在日外国人の人権として年金保障を実現することを求める。

ついては、次の事項について実現を図られたい。

一、特定障害者に対する特別障害給付金の支給に

関する法律を改正し、同法に定める特定障害者に無年金の在日外国人障害者を含めること。

二、無年金の在日外国人高齢者に、老齢基礎年金相当の給付金を支給する制度措置を講じること。

第二一五七号 平成十八年五月二十二日受理  
無年金の在日外国人障害者・高齢者の救済に関する請願

請願者 神奈川県中郡二宮町山西一、四四  
九ノ四 佐藤勇 外四百九十九名

紹介議員 家西 悟君

この請願の趣旨は、第二一五六号と同じである。

第21158号 平成十八年五月二十二日受理  
無年金の在日外国人障害者・高齢者の救済に関する請願

請願者 京都市中京区西ノ京北小路町二〇  
井上光昭 外四百九十九名

紹介議員 大田 昌秀君

この請願の趣旨は、第二一五六号と同じである。

第21159号 平成十八年五月二十二日受理  
無年金の在日外国人障害者・高齢者の救済に関する請願

請願者 洪恵子 外四百九十九名

紹介議員 福島みづほ君

この請願の趣旨は、第二一五六号と同じである。

第21160号 平成十八年五月二十二日受理  
無年金の在日外国人障害者・高齢者の救済に関する請願

請願者 德島市沖浜町東畑五六一ノ三  
恒

紹介議員 福島みづほ君

この請願の趣旨は、第二一五六号と同じである。

第21161号 平成十八年五月二十二日受理  
無年金の在日外国人障害者・高齢者の救済に関する請願

請願者 大阪市東住吉区杭全二ノ一ノ一  
恒

紹介議員 福島みづほ君

この請願の趣旨は、第二一五六号と同じである。

第21162号 平成十八年五月二十二日受理  
無年金の在日外国人障害者・高齢者の救済に関する請願

請願者 市田 忠義君

この請願の趣旨は、第二一五六号と同じである。

紹介議員 石真 北岡 秀二君  
この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。

第二一六一号 平成十八年五月二十二日受理  
無免許マッサージから国民を守る法改正に関する請願

請願者 德島市富田橋五ノ一三ノ六 西浩士

この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。  
紹介議員 小池 正勝君

第二一六二号 平成十八年五月二十二日受理  
無免許マッサージから国民を守る法改正に関する請願

請願者 沖縄県島尻郡南風原町字兼城二一ノ五 中本与一

この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。  
紹介議員 大田 昌秀君

第二一六三号 平成十八年五月二十二日受理  
この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。  
紹介議員 田端サエ子

第二一六四号 平成十八年五月二十二日受理  
この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。  
紹介議員 糸数 慶子君

第二一六五号 平成十八年五月二十二日受理  
この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。  
紹介議員 七 鈴木和彦

第二一六六号 平成十八年五月二十二日受理  
医療改悪や庶民大増税をやめ最低保障年金制度を実現することに関する請願

請願者 富山県砺波市高波一、三四八 中島真理 外千七百五十四名

第二一六七号 平成十八年五月二十二日受理  
医療改悪や庶民大増税をやめ最低保障年金制度を実現することに関する請願

請願者 滋賀県大津市小野水明一ノ二四ノ二 前田剛 外千七百五十四名

第二一六八号 平成十八年五月二十二日受理  
医療改悪や庶民大増税をやめ最低保障年金制度を実現することに関する請願

請願者 東京都町田市高ヶ坂一、七五七 橋山和弘 外千七百五十四名

第二一六九号 平成十八年五月二十二日受理  
医療改悪や庶民大増税をやめ最低保障年金制度を実現することに関する請願

請願者 札幌市西区発寒一条一ノ一ノ六 須藤哲司 外千七百五十四名

この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。  
紹介議員 坂本由紀子君

第二一七〇号 平成十八年五月二十二日受理  
患者負担増計画中止と保険で安心してかかる医療に関する請願

請願者 德島市富田橋五ノ一三ノ六 西浩士

この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。  
紹介議員 石真 北岡 秀二君

請願者 名古屋市港区木場町九ノ一一ノ一

この請願の趣旨は、第一一七三号と同じである。  
紹介議員 井上 哲士君

第二一六六号 平成十八年五月二十二日受理  
医療改悪や庶民大増税をやめ最低保障年金制度を実現することに関する請願

請願者 富山県砺波市高波一、三四八 中島真理 外千七百五十四名

第二一七一号 平成十八年五月二十二日受理  
医療改悪や庶民大増税をやめ最低保障年金制度を実現することに関する請願

請願者 大阪府吹田市佐井寺南が丘五ノ九一 柏木光 外千七百五十四名

第二一七二号 平成十八年五月二十二日受理  
医療改悪や庶民大増税をやめ最低保障年金制度を実現することに関する請願

請願者 秋田県横手市十文字町上佐吉開三五ノ三 菊地勝夫 外千七百五十四名

第二一七三号 平成十八年五月二十二日受理  
医療改悪や庶民大増税をやめ最低保障年金制度を実現することに関する請願

請願者 熊本県人吉市九日町七六 宮山直子 外千七百五十四名

第二一七四号 平成十八年五月二十二日受理  
医療改悪や庶民大増税をやめ最低保障年金制度を実現することに関する請願

請願者 仁比 聰平君

第二一七五号 平成十八年五月二十二日受理  
医療改悪や庶民大増税をやめ最低保障年金制度を実現することに関する請願

請願者 一 松田守 外三百四十二名

第二一七六号 平成十八年五月二十二日受理  
総合的な肝疾患対策の拡充に関する請願

請願者 静岡県伊豆の国市長瀬四ノ二一ノ一 松田守

第二一七七号 平成十八年五月二十二日受理  
この請願の趣旨は、第一七八二号と同じである。  
紹介議員 坂本由紀子君

この請願の趣旨は、第一七八二号と同じである。  
紹介議員 一 松田守

第二一七八号 平成十八年五月二十二日受理  
医療改悪や庶民大増税をやめ最低保障年金制度を実現することに関する請願

請願者 山梨県笛吹市一宮町竹原田一、一七五ノ七 伊藤龍吾 外四百二十名

この請願の趣旨は、第一四五五号と同じである。  
紹介議員 小池 晃君

この請願の趣旨は、第一四五五号と同じである。

第二一七五号 平成十八年五月二十二日受理  
障害者自立支援法の撤廃に関する請願

請願者 茨城県つくば市竹園一ノ五ノ三ノ二〇二 望月昭彦 外二千六百七十三名

第二一七一号 平成十八年五月二十二日受理  
障害者自立支援法は無料か低額で行われているので、その額は事実上上限もなく極めて高額である。障害者の多くは月に六六、〇〇〇円から八〇、〇〇〇円の障害年金で暮らしており、生活が成り立たない。また、実質的な介護保険との統合がねらわれている。介護保険では介護量の最高が一日四時間である。介護保険は介助の国家保障をなくし当事者の自己責任にしてしまうものである。自立支援法の次には国民の健康で文化的な生活を保障した憲法第二十五条を改悪・廃止して生存権保障を廃止しようとしている。

ついては、障害者自立支援法に反対し、撤廃するとともに必要な介助・医療を全額公費で保障されたい。

この請願の趣旨は、第一四五五号と同じである。  
紹介議員 純方 靖夫君

この請願の趣旨は、第一四五五号と同じである。  
紹介議員 大門 実紀史君

この請願の趣旨は、第一四五五号と同じである。  
紹介議員 子 外千七百五十四名

この請願の趣旨は、第一四五五号と同じである。  
紹介議員 仁比 聰平君

この請願の趣旨は、第一四五五号と同じである。  
紹介議員 仁比 聰平君

この請願の趣旨は、第一四五五号と同じである。  
紹介議員 仁比 聰平君

この請願の趣旨は、第一四五五号と同じである。  
紹介議員 仁比 聰平君

この請願の趣旨は、第一七八二号と同じである。  
紹介議員 仁比 聰平君

一、健保三割を二割に戻すなど患者負担を軽減すること。

二、入院時の食費、部屋代などの患者負担を増やさないこと。

三、高齢者の患者負担と保険料の引上げを行わないこと。

四、必要な医療は公的医療保険で保障すること。

五、医師、看護師の増員や医療の質と安全性が確保できるよう診療報酬を改善すること。

六、就学前までの医療費無料化を国の制度として創設すること。

第二一七八号 平成十八年五月二十二日受理

患者負担増計画中止と保険で安心してかかる医療に関する請願

第二一七八号 平成十八年五月二十二日受理

患者負担増計画中止と保険で安心してかかる医療に関する請願

第二一七八号 平成十八年五月二十二日受理

この請願の趣旨は、第一一七三号と同じである。

第二一八六号 平成十八年五月二十二日受理

無年金の在日外国人障害者・高齢者の救済に関する請願

第二一八六号 平成十八年五月二十二日受理

この請願の趣旨は、第一一七三号と同じである。

第二一八七号 平成十八年五月二十二日受理

患者負担増計画中止と保険で安心してかかる医療に関する請願

第二一八七号 平成十八年五月二十二日受理

この請願の趣旨は、第二一五六号と同じである。

第二一八七号 平成十八年五月二十二日受理

患者負担増計画中止と保険で安心してかかる医療に関する請願

第二一八八号 平成十八年五月二十二日受理

この請願の趣旨は、第一一七三号と同じである。

第二一八八号 平成十八年五月二十二日受理

患者負担増の反対、保険で安心してかかる医療

にに関する請願  
請願者 名古屋市熱田区六番一ノ七一ノ九  
大川浩正 外三千二名

紹介議員 井上 哲士君  
尾由美子 外三千二名

この請願の趣旨は、第三九号と同じである。

第二一八九号 平成十八年五月二十二日受理

患者・国民負担増計画の中止と保険で安心してかかる医療に関する請願

請願者 名古屋市港区正徳町四ノ一九 加能美恵子 外二百四名  
紹介議員 井上 哲士君  
この請願の趣旨は、第三六四号と同じである。

第二一九〇号 平成十八年五月二十二日受理

患者負担増計画の中止と保険で安心してかかる医療に関する請願

請願者 名古屋市熱田区三本松町二一ノ一  
一ノ二〇六 西本義弘 外四千百十一名  
紹介議員 井上 哲士君  
この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第二一九一号 平成十八年五月二十二日受理

患者・国民負担増計画中止と保険で安心してかかる医療に関する請願

請願者 岐阜県多治見市市之倉町一二ノ三  
五三ノ二一七 吉良多喜夫 外二千九十九名  
紹介議員 井上 哲士君  
この請願の趣旨は、第六一一号と同じである。

第二一九二号 平成十八年五月二十二日受理

患者負担増計画中止と保険で安心してかかる医療に関する請願

請願者 静岡市駿河区小鹿三ノ一六ノ五  
宮倉慎二 外七百八十九名  
紹介議員 横葉賀津也君  
この請願の趣旨は、第一一七三号と同じである。

第二一九三号 平成十八年五月二十二日受理

患者負担増計画の中止と保険で安心してかかる医療に関する請願

請願者 平成十八年五月二十二日受理

この請願の趣旨は、第一一七三号と同じである。

第二一九四号 平成十八年五月二十二日受理

患者負担増計画の中止と保険で安心してかかる医療に関する請願

請願者 東京都大田区東六郷一ノ二五ノ九  
堀尾仁 外千九百五十二名  
紹介議員 井上 哲士君  
この請願の趣旨は、第一一七三号と同じである。

第二一九五号 平成十八年五月二十二日受理

患者負担増計画の中止と保険で安心してかかる医療に関する請願

請願者 東京都安城市新田町小山一七  
愛知県安城市新田町小山一七  
紹介議員 緒方 靖夫君  
この請願の趣旨は、第一一七三号と同じである。

第二一九六号 平成十八年五月二十二日受理

患者負担増計画の中止と保険で安心してかかる医療に関する請願

請願者 東京都大田区東六郷一ノ二五ノ九  
池田泰子 外八十五名  
紹介議員 緒方 靖夫君  
この請願の趣旨は、第一一七三号と同じである。

この請願の趣旨は、第二一七七号と同じである。

この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第二一九三号 平成十八年五月二十二日受理

医療費負担増反対、患者負担の軽減に関する請願

請願者 愛知県西尾市米津町宮浦六八 龍  
紹介議員 井上 哲士君  
尾由美子 外三千二名

この請願の趣旨は、第一一九三号と同じである。

第二一九四号 平成十八年五月二十二日受理

患者・国民負担増計画の中止と保険で安心してかかる医療に関する請願

請願者 東京都昭島市松原町一ノ九ノ一七  
石岡正行 外十名  
紹介議員 緒方 靖夫君  
この請願の趣旨は、第一一九三号と同じである。

第二一九五号 平成十八年五月二十二日受理

患者・国民の願いである安心で行き届いた医療の確立に関する請願

請願者 東京都昭島市松原町一ノ九ノ一七  
石岡正行 外十名  
紹介議員 緒方 靖夫君  
この請願の趣旨は、第一一九三号と同じである。

第二一九六号 平成十八年五月二十二日受理

無年金の在日外国人障害者・高齢者の救済に関する請願

請願者 京都市南区東九条北松ノ木町一二  
李幸宏 外五百名  
紹介議員 福本 潤一君  
この請願の趣旨は、第二一五六号と同じである。

第二一九七号 平成十八年五月二十二日受理

無年金の在日外国人障害者・高齢者の救済に関する請願

請願者 京都市左京区岩倉花園町四ノ二一  
二〇三 永井哲 外五百名  
紹介議員 黒岩 宇洋君  
この請願の趣旨は、第二一五六号と同じである。

第二一九九号 平成十八年五月二十三日受理

無免許マッサージから国民を守る法改正に関する請願

請願者 山梨県中央市井之口六二一〇ノ一  
安河内芳秀  
紹介議員 中島 真人君  
この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。

第二二〇〇号 平成十八年五月二十三日受理

無免許マッサージから国民を守る法改正に関する請願

請願者 神戸市中央区加納町六ノ六ノ三  
山下裕路  
この請願の趣旨は、第一一七三号と同じである。

紹介議員 朝日 俊弘君  
この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。

第二二〇一號 平成十八年五月二十三日受理  
カネミ油症被害者の抜本的な恒久救済対策の完全実施に関する請願

請願者 東京都日野市豊田四ノ二五ノ六  
山本英次 外九十九名

紹介議員 朝日 俊弘君  
この請願の趣旨は、第一三二九号と同じである。

請願者 東京都平野市二三三九号と同じである。

第二二〇二號 平成十八年五月二十三日受理  
総合的な肝疾患対策の拡充に関する請願

請願者 兵庫県川西市清和台西二ノ四ノ五  
七 小野口茂子 外五百五十三名

紹介議員 朝日 俊弘君  
この請願の趣旨は、第一七八二号と同じである。

請願者 神戸市須磨区北町三ノ六ノ一八  
金宣吉 外四百九十九名

紹介議員 朝日 俊弘君  
この請願の趣旨は、第二二五六号と同じである。

請願者 神戸市須磨区北町三ノ六ノ一八  
金宣吉 外四百九十九名  
この請願の趣旨は、第二二五六号と同じである。  
力ネミ油症被害者の抜本的な恒久救済対策の完全実施に関する請願

請願者 神奈川県相模原市相模原六ノ八ノ  
九 斎藤奈美 外百九名

紹介議員 木庭健太郎君  
この請願の趣旨は、第一三二九号と同じである。

第二二一七號 平成十八年五月二十三日受理  
患者負担増計画の中止と保険で安心してかかるる請願

請願者 東京都立川市羽衣町一ノ二ノ一一  
ノ二〇一 内藤隆豊 外六百五十

紹介議員 平野 達男君  
この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第二二一八號 平成十八年五月二十三日受理  
患者負担増計画の中止と保険で安心してかかるる請願

請願者 東京都八王子市大桑寺町六一四  
平井登志夫 外五百八十二名

紹介議員 谷 博之君  
この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第二二二一號 平成十八年五月二十三日受理  
医療に関する請願

請願者 東京都練馬区石神井町一ノ一ノ四  
八ノ五〇四 辻川寿之 外二十六

紹介議員 下田 敦子君  
この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第二二二二號 平成十八年五月二十三日受理  
医療に関する請願

請願者 東京都練馬区石神井町一ノ一ノ四  
八ノ五〇四 辻川寿之 外二十六

紹介議員 下田 敦子君  
この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第二二二三號 平成十八年五月二十三日受理  
医療に関する請願

請願者 東京都練馬区石神井町一ノ一ノ四  
八ノ五〇四 辻川寿之 外二十六

紹介議員 下田 敦子君  
この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第二二二四號 平成十八年五月二十三日受理  
医療に関する請願

請願者 東京都練馬区石神井町一ノ一ノ四  
八ノ五〇四 辻川寿之 外二十六

紹介議員 下田 敦子君  
この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第二二二五號 平成十八年五月二十三日受理  
医療に関する請願

請願者 東京都大田区西六郷四ノ三ノ一八  
内田重明 外三十九名

紹介議員 吉川 春子君  
この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第二二二六號 平成十八年五月二十三日受理  
医療に関する請願

請願者 東京都大田区西六郷四ノ三ノ一八  
内田重明 外三十九名

紹介議員 吉川 春子君  
この請願の趣旨は、第一三三九号と同じである。

第二二二七號 平成十八年五月二十三日受理  
患者負担増計画の中止と保険で安心してかかるる請願

請願者 東京都八王子市大桑寺町六一四  
平井登志夫 外五百八十二名

紹介議員 谷 博之君  
この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第二二二八號 平成十八年五月二十三日受理  
医療に関する請願

請願者 東京都八王子市大桑寺町六一四  
平井登志夫 外五百八十二名

紹介議員 谷 博之君  
この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第二二二九號 平成十八年五月二十三日受理  
患者負担増計画の中止と保険で安心してかかるる請願

請願者 東京都八王子市大桑寺町六一四  
平井登志夫 外五百八十二名

紹介議員 谷 博之君  
この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第二二二三〇號 平成十八年五月二十三日受理  
医療に関する請願

請願者 東京都八王子市大桑寺町六一四  
平井登志夫 外五百八十二名

紹介議員 谷 博之君  
この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第二二二三一號 平成十八年五月二十三日受理  
医療に関する請願

請願者 東京都八王子市大桑寺町六一四  
平井登志夫 外五百八十二名

紹介議員 谷 博之君  
この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第二二二三二號 平成十八年五月二十三日受理  
医療に関する請願

請願者 東京都八王子市大桑寺町六一四  
平井登志夫 外五百八十二名

紹介議員 谷 博之君  
この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第二二二五一号 平成十八年五月二十三日受理  
無免許マッサージから国民を守る法改正に関する請願

請願者 北海道留萌郡小平町字本町一四三  
山田博幸

紹介議員 小川 勝也君  
この請願の趣旨は、第八六一號と同じである。

第二二二五二號 平成十八年五月二十三日受理  
患者負担増の反対、保険で安心してかかるる医療に関する請願

請願者 堺市東区日置荘西町六ノ一ノ二九  
後藤剛 外千五百二名

紹介議員 小林美恵子君  
この請願の趣旨は、第三九号と同じである。

第二二二五三號 平成十八年五月二十三日受理  
患者負担増計画の中止と保険で安心してかかるる医療に関する請願

請願者 大阪府箕面市小野原東五ノ一八ノ  
三三ノ一〇三 清田浩泰 外四百五十四名

紹介議員 小林美恵子君  
この請願の趣旨は、第一一七三号と同じである。

第二二二五四號 平成十八年五月二十三日受理  
患者負担増反対、保険で安心してかかるる医療に関する請願

請願者 大阪府守口市東光町二ノ五ノ一〇  
浅井哲夫 外二百六十九名

紹介議員 小林美恵子君  
この請願の趣旨は、第一一七三号と同じである。

第二二二五〇號 平成十八年五月二十三日受理  
患者・国民の願いである安心で行き届いた医療の確立に関する請願

請願者 東京都昭島市宮沢町二ノ一四ノ二  
田中昭吾 外四十九名

紹介議員 小林美恵子君  
この請願の趣旨は、第一一七三号と同じである。

この請願の趣旨は、第一九三九号と同じである。

食費・居住費負担増(月一・八万円増)をやめること。

第二二五六号 平成十八年五月二十三日受理  
無年金の在日外国人障害者・高齢者の救済に関する請願

請願者 愛知県知多郡東浦町大字猪川東米田 鄭秀永 外五百名

紹介議員 荒木 清寛君

この請願の趣旨は、第二二五六号と同じである。

第二二六〇号 平成十八年五月二十三日受理  
療養病床の廃止・削減及び患者負担増の反対に関する請願

請願者 名古屋市瑞穂区春山町一ノ一〇 池潤 外千名

紹介議員 井上 哲士君

政府は、通常国会に医療制度改革法案を提出した。法案には、入所介護や長期入院を扱っている

療養病床(五万床)を大幅に削減し、二〇一二年度には介護療養病床は廃止、医療療養病床一万床に盛り込まれている。政府は、削減する二三万床で療養している人々を介護施設や

在宅に移すと言っているが、特別養護老人ホームの待機者数は全国で三八万人を超えており、このままでは、地域から安心して療養できる施設や

ベッドがなくなり、更なる介護難民、療養難民を生み出すことになる。また、法案には、高齢者の患者負担を大幅に引き上げることも含まれている。高齢化の進行とともに、今後、独居や高齢者世帯の増加が予想される。療養病床の廃止・削減や高齢者の患者負担増の法案は直ちに撤回し、医療・介護の環境整備・拡充を求める。

ついては、次の事項について実現を図られたい。

一、入所介護や長期入院を担う療養病床の廃止・削減を行わないこと。

二、高齢者の患者負担増(七〇→七四歳一割→二割、現役並み所得者二割→三割)や長期入院の

この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。

団法人山口県視覚障害者団体連合 会会長 外尾政美

第二二七四号 平成十八年五月二十四日受理  
無免許マッサージから国民を守る法改正に関する請願

請願者 沖縄県那覇市寄宮一ノ三三ノ二 渡嘉敷綏秀

紹介議員 喜納 昌吉君

この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。

第二二七五号 平成十八年五月二十四日受理  
患者負担増計画中止と保険で安心してかかるる医療に関する請願

請願者 愛知県知多郡南知多町内海中之郷 井上 哲士君

紹介議員 井上 哲士君

この請願の趣旨は、第一一七三号と同じである。

第二二六三号 平成十八年五月二十三日受理  
医療改革法案の撤回と医療の充実に関する請願

請願者 東京都足立区弘道一ノ一九ノ五 森寺勝朗 外七百二十三名

紹介議員 井上 哲士君

この請願の趣旨は、第一一七三号と同じである。

第二二七六号 平成十八年五月二十四日受理  
介護療養病床の全廃、医療療養病床の大幅削減に反対し、療養・介護の環境及びサービスの整備・拡充を行うことに関する請願

請願者 名古屋市中区金山二ノ一二二ノ六 加藤瑠美子 外千五十四名

紹介議員 大塚 耕平君

この請願の趣旨は、第一一七三号と同じである。

第二二七七号 平成十八年五月二十四日受理  
無免許マッサージから國民を守る法改正に関する請願

請願者 茨城県水戸市中央一ノ六ノ一五 岩田重造

紹介議員 郡司 彰君

この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。

第二二七八号 平成十八年五月二十四日受理  
無年金の在日外国人障害者・高齢者の救済に関する請願

請願者 滋賀県甲賀市甲南町新治二、〇六 九 大河原淳子 外四百九十九名

紹介議員 山本 孝史君

この請願の趣旨は、第二二五六号と同じである。

第二二七九号 平成十八年五月二十四日受理  
無免許マッサージから國民を守る法改正に関する請願

請願者 山口県下関市関西町一ノ一〇 社

この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。

団法人山口県視覚障害者団体連合 会会長 外尾政美

第二二九一号 平成十八年五月二十五日受理  
無年金の在日外国人障害者・高齢者の救済に関する請願

請願者 滋賀県大津市南郷四ノ二六ノ九 高橋恵子 外四百九十九名

紹介議員 松岡 徹君

この請願の趣旨は、第二二五六号と同じである。

第二二九二号 平成十八年五月二十五日受理  
無年金の在日外国人障害者・高齢者の救済に関する請願

請願者 滋賀県大津市南郷四ノ二六ノ九 高橋恵子 外四百九十九名

紹介議員 松岡 徹君

この請願の趣旨は、第二二五六号と同じである。

第二二九三号 平成十八年五月二十四日受理  
無免許マッサージから國民を守る法改正に関する請願

請願者 山口県下関市関西町一ノ一〇 社

請願者 岡山県倉敷市老松町五ノ一ノ五八  
岩崎雅子 外四百九十九名  
紹介議員 蓮 紗君  
この請願の趣旨は、第二一五六号と同じである。

第二二九七号 平成十八年五月二十五日受理  
無免許マッサージから国民を守る法改正に関する請願  
請願者 横浜市金沢区六浦南五ノ一一ノ六  
ノ六〇七 高橋節子  
紹介議員 渡辺 孝男君  
この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。

第二二九八号 平成十八年五月二十五日受理  
無免許マッサージから国民を守る法改正に関する請願  
請願者 静岡市葵区籠上一ノ四六 千代元  
紹介議員 藤本 祐司君  
この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。

第二二九九号 平成十八年五月二十五日受理  
無免許マッサージから国民を守る法改正に関する請願  
請願者 長崎市風頭町二五ノ三 川崎七七  
紹介議員 生 大塚 直史君  
この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。

第二三〇〇号 平成十八年五月二十五日受理  
無免許マッサージから国民を守る法改正に関する請願  
請願者 山梨県甲府市屋形一ノ五ノ九 広  
紹介議員 藤井 基之君  
この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。

第二三〇一号 平成十八年五月二十五日受理  
安心して透析を受けられる医療制度改革に関する請願  
請願者 東京都杉並区久我山四ノ二ノ二六  
紹介議員 内田孝一 外九百九十九名  
この請願の趣旨は、第六四四号と同じである。

第二三〇二号 平成十八年五月二十五日受理  
腎疾患総合対策の早期確立に関する請願  
請願者 富山県下新川郡入善町舟見一、九  
一九 上野啓二 外二千百六十七  
紹介議員 広野 ただし君  
この請願の趣旨は、第九六九号と同じである。

第二三〇三号 平成十八年五月二十五日受理  
無免許マッサージから国民を守る法改正に関する請願  
請願者 東京都中野区東中野五ノ一七ノ一  
○ 横川文枝 外七百五名  
紹介議員 藤井 基之君  
この請願の趣旨は、第一七八二号と同じである。

第二三〇四号 平成十八年五月二十五日受理  
無免許マッサージから国民を守る法改正に関する請願  
請願者 神奈川県藤沢市辻堂六ノ二〇ノ三  
四 山田洋介  
紹介議員 藤井 基之君  
この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。

第二三〇五号 平成十八年五月二十五日受理  
無免許マッサージから国民を守る法改正に関する請願  
請願者 山梨県甲府市屋形一ノ五ノ九 広  
紹介議員 中島 真人君  
この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。

第二三〇七号 平成十八年五月二十五日受理  
腎疾患総合対策の早期確立に関する請願  
請願者 東京都杉並区久我山四ノ二ノ二六  
紹介議員 内田孝一 外九百九十九名  
この請願の趣旨は、第六四四号と同じである。

第二三一一号 平成十八年五月二十五日受理  
無免許マッサージから国民を守る法改正に関する請願  
請願者 東京都中野区東中野五ノ一七ノ一  
○ 横川文枝 外七百五名  
紹介議員 藤井 基之君  
この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。

請願者 山梨県甲府市湯村三ノ一五ノ一八  
相吉義春  
紹介議員 奥石 東君  
この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。