

參議院厚生労働委員会會議録第二十七号

(三七八)

員、朝日俊弘委員、小池晃委員、福島みずほ委員及び私、岸宏一の十二名で、昨十二日、北海道において地方公聴会を開催し、六名の公述人から意見を聴取した後、委員からの質疑が行われました。

ます。公述の要旨はついて報告いたします。

最初に奈井町長の北良治君からは医療費適正化計画の中に医療と介護の両面にわたる総合的な地域医療・ケア体制の整備を盛り込むべきであること、療養病床の再編は評価するが、経過措置の間に安心して移行できる受皿の整備が重要であること、高齢者の負担見直しに当たっては十分な低所得者対策が必要であることなどの意見が述べられました。

次に、北海道医師会常任理事の山本直也君からは、法案に医療費の伸び率管理が盛り込まれること、高齢者の負担見直しに当たっては、かかった点は評価できること、北海道においては、多くの地域で産科・小児科医の不足が深刻化していること、また、高齢化率が高い一方で在宅介護の基盤が弱いため、療養病床の大削減は困難が多いことなど意見が述べられました。

次に、医療法人社団平成醫塾吉小牧東病院理事長・院長の橋本洋一君からは、療養病床の大削減は十分な審議が必要であること、今回の診療報酬改定における入院基本料の区分には疑問が多く、療養病床を有する病院にとって打撃が大きいこと、民間病院の健全経営を維持するためには、診療報酬の引下げ幅の縮小等が必要であることなどの意見が述べられました。

次に、株式会社トータルヘルスサービス代表取締役社長の細川暉子さんからは、これから医療は予防の分野に重点を置くべきであること、病気の予防策や生活指導等の情報提供を日ごろから行うこととで病気にならない未病が実現できること、生活習慣病だけでなく白内障等加齢に伴い予測される病気に対しても健診や啓蒙活動が必要であることなどの意見が述べられました。

次に、北海道労働者医療協会副理事長の堀毛清史君からは、療養病床の削減や療養病床に係る診

療報酬改定は地域医療・地域介護の崩壊につながる

ます。  
医療従事者の資質の向上及びチーム医療についてお伺いいたします。

○下田敦子君 ありがとうございました。  
我が国は、この百年の間に、医師、そしてそれに伴う看護婦さんですね、看護師、大変一生懸命医療の場をやりこなしてこられた歴史がございました。戦後の昭和二十二年、二十三年の第一次ベ

医療の場をやりこなしてこられた歴史がござります。戦後の昭和二十二年、二十三年の第一次ベビーブームのときに既に今日の二〇〇七年問題を

二

T、STなど養成し始める必要があつたと思います。

いれはる人材育成の時間と人手が掛かります。ところが、今局長の御答弁にありましたよう

に、ほんと我が國のいわゆるコメディカルス  
タッフと言われる人たちは戦後生まれ、しかもな

おかつ最も必要な資格者である例えは臨床工学士、手術場にはなくてはならない人などなどはつ

い最近生まれているという状況がござります。せんだつて、私どもの委員会でもちよつと二のこと

についてお話をさせていただいていたんですが、何かございまば今法案の中の医師の下呪、看護師の

何などいえは今法案の中で医師の不足 看護師の不足、したがつてこれらのその資格者の増を図るに、看護の問題、二、三、二二二、二二三、二二四、

とか資質の向上を図るということにはかりのみ目  
が行つて いる ような 状況がござ います。

そこで、医師、看護師不足、これらのチーム医療について厚生労働省はいかがお考えであります

○國務大臣(川崎二郎君) 医療機関において安全  
か、お尋ねいたします。

で質の高い医療を患者に提供するためには、今お話ししただけでも、医師や看護師だけ

ではなく、その他の医療従事者も含め、関係者が十分な連携を図りつつ適切な役割分担に志して業

務を行うチーム医療の考え方が重要であると考えております。したがつて、医療機関では、医療機

能や規模、患者の状態などの状況に応じて適切に医療従事者が配置され、連携が図られ、医療機関では医療機

医療従事者が配置され、連携を図り、チーム医療を行うことが必要と考えております。

なお、今回の医療法改正においては、一つの医療機関内における関係職種の連携だけでなく、例

えば医療機関の管理者が患者の退院時に在宅医療を提供する者等との連携を図るいわゆる退院調整





所への転送を図るなどの措置を行うこととしております。

今後とも、文部科学省といたしましては、緊急

被曝医療活動を充実強化するため、関係省庁及び

地方自治体と協力して、体制の整備と充実に取り組んでまいります。

○下田敦子君 それでは、混合診療についてお尋ねをしたいと思っておりましたが、これをいろいろ資料を見ております間に、日本政府へのアメリカ政府からの要望書というのに出会いました。読めば読むほど、これは郵政民営化のときに櫻井委員が質問されました。アメリカのロバート・ゼーリック国務副長官の竹中大臣に対するあの質問は印象的でありましたが、非常に国民に知らされていない医薬のやり取りがあるということが何となく想像して余りあるものがあります。

それで、一々質問させていただく時間がありますが、こういうことが書かれています。

二〇〇一年、ブッシュ大統領と小泉総理大臣が立ち上げた成長のための日米経済パートナーシップの下、日本の市場開放をより一層促すことを目的として、さらにアメリカは、知的財産権、これは大事です、日本でも痛くない注射針など発明いたしましたし、持ち合わせているものだと思いますが、こういう知的財産権、そして医療、農業、民営化、競争政策などにおいて、小泉政権が改革の実施が重要であると位置付けた分野の問題に引き続き焦点を当てる。アメリカ政府は、日本にこうすることを要求できる、そして日本からこの要望書を、お答えが返ってくることを喜ばしく思うというふうなことをいろいろ書いてありました。

医薬品それから医療機器の規制改革との関連問題といふところでありますと、時間がありませんので一点だけ、血液製剤に絞ってだけお尋ねをしたいと思います。

これに関しても、アメリカの企業に対し、販売や製造の機会を公平に与えることにより、公平に透明性を持って扱うことを求めると書いてあります。これは、WHOの規定は、血液製剤は自國

製品として一〇〇%作り、使うこととすることがかつて出されたのを記憶しております。

現在、アメリカの製品が何%入っているのか、

かしてこれをこの要望に伴つてどのようにお考え

なのか、それをお尋ねしたいと思います。

○国務大臣(川崎一郎君) まず、血友病関係のもにつきましては自給率一〇〇%でございます。

血漿分画製剤の中でも、アルブミン製剤、これが五

四%、国内自給でございます。グロブリン製剤、八九%ございます。

その他、当然外国から入って

いるということになります。アメリカと特定でき

るかどうか、ちょっと資料を持つていません

で、少なくとも輸入であるということでございま

す。

お尋ねのこととございますけれども、血液製剤

については、安全な血液製剤の安定供給の確保に

関する法律、血液法により、倫理性や安定供給の

観点から、原則として国内で行われる献血により

得られた血液を原料として国内自給することとさ

れどおり、厚生労働省としてはその推進に取り組

んでおります。基本的には平成二十年を目途に、

国内自給の達成を目指すという目標でやらせてい

ただいております。

一方、二〇〇五年十二月、米国政府から血液製

剤に関する要望においては、米国企業に対し、

販売や製造の機会を公平に与えることにより、公

平に透明性を持つて扱うことを求めるにされてお

ります。ただ、このことは血液製剤の国内自給の

方針そのものについて反対しているわけではない

と私ども理解いたしております。

厚生労働省としては、国内で行われている献血

により得られた血液を原料として国内自給達成を

進めるに当たっては、貿易上のルールに沿って、患者

の一点だけ、血液製剤に絞ってだけお尋ねを

したいと思います。

これに関しても、アメリカの企業に対して、販

売や製造の機会を公平に与えることにより、公平

に透明性を持つて扱うことと求めると書いてあり

ます。これは、WHOの規定は、血液製剤は自國

を達成するため、血漿分画製剤の製造体制の在り方に関する検討会において、今最終結論を得るべく検討をいたいでいるところでございます。

○下田敦子君 時間がなくなりましたのでこれで終わさせていただきますが、厚生労働大臣と規制改革担当大臣との間で合意した事項はすべて対応

済みというのが何か所か出てまいります。是非、情報を開しながら国民に余り不安を与えない

ような運びをお願い申し上げまして、質問を終わらせていただきます。

どうもありがとうございました。

○森ゆうこ君 民主党・新緑風会の森ゆうこでございます。

本日は、馳文部科学副大臣にお越しをいただきま

した。医師不足の問題、全体としては不足して

いるわけではないけれども地域偏在があるとい

うことは川崎厚生労働大臣もお認めになつたところ

でございますけれども、その問題に関する具体的

な解決策がいまだに何も示されておりません。こ

の地域における医師確保の問題は、官僚に任せること

だけではなく、政治が私は決断をすべきであると

考えております。したがつて、担当部局ではな

く、国会議員・政治家である馳文部科学副大臣に

明快なる御答弁をいただきたいということで本日お越しをいただきました。

まず、地域での勤務を条件とした奨学金制度を導入している例があると聞きますけれども、済みません、その前に、皆さんに、お手元に資料が配られたと思います。私の方から説明をさせていただきたいと思います。

先日も地方の大学の医学部の定員増について伺

いましたけれども、今、医学部の医学科における

地域を指定した、つまり地域枠についてお手元の

資料をこちらいただきたいと思います。ごらんの

とおり、今年度、十八年度、十六大学で百二十一

人と、昨年度に比べますと急増をしております。

これは、各地域において様々な取組がなされた結果だというふうに認識しておりますけれども。

そこで、このほか、地域での勤務を条件とした

奨学金制度を導入している例があると聞いておりますが、その実態をどのように把握していらっしゃるのか、馳副大臣伺いたいと思います。

今年五月現在ということで自治体、地域等、事

情を伺いまして調べてみました。二十三の県と一つの市、これは静岡県掛川市でありますけれども、地域枠を設けて特別一般枠も含めて入学をいたいたそのインセンティブの一つとして奨学金を貸与する制度を取つておるところがございま

す。大体平均して貸与期間の一・五倍ないしは二

倍ぐらい、その特定の地域において勤務をいた

ければ返還を免除するということで、やはり医

部生の入口の段階から、ある志を持つていただき

て地域医療に貢献しようとする、そういう学生を

育てて、医師としてへき地、またそういう公的

医療機関で働いていただくことを誘導するよう

にしているということを理解しております。

○森ゆうこ君 五月二十二日の山本孝史議員の質

問に対する答弁で、小坂文部科学大臣が、入学時

においても、今ほどお話をありましたように、入

学時においても地域医療への参加を求めていくこ

とは、地域医療問題の対応策として有効であると

考えており、文部科学省としては各大学等の積極

的な対応を今後とも要請していく、このように答

弁されたわけでございますが、副大臣に伺いま

す、馳副大臣に伺いたいんですけれども、これまで具体的にどのような要請を大学に行つてこれらたのか、また今後どのような要請を行つていくつもりなのか、ただいまのようにまた元気な御答

弁をいただきたいと思います。

○副大臣(馳浩君) 今ほど申し上げたように、二

十四の県、市でこういった誘導策によつて、偏在

はありますけれども、できる限りやはり地域の公

的医療機関で働いていただく医学生、お医者さん

を育てて配置していくこうということにしておりま

すので、これは具体的に申し上げますと、平成十

八年、今年ですけど、五月十八日には国立大学医

学部長会議、社団法人日本私立医科大学協会総

会、五月十九日には全国医学部長病院長会議、六月八日には国立大学医学部長等との意見交換、六月十二日、昨日ですね、大学病院を有する国立大学長の会、それから六月二十二日には国立大学附属病院長会議等を通じて、いわゆる地域枠の導入についてのお願い、要請をすることにいたしております。

森委員から御指摘ありましたように、偏在ということでありますから、やはりいかにしてその特定の地域において医療活動を生涯の生きがい、目標としてやつていただきかどうかということを導いていくことは重要な観点だと思いますので、そのためのインセンティブもあらゆる方策を取つていくべきと考えております。

○森ゆうこ君 地域枠の決定については、それはそれぞれの大学からの要望に従つて文部科学省としてはきちんとそれを認めていく、検討の上、認めていくということによろしいでしょうか、念のためのインセンティブもあらゆる方策を取つていくべきと考えております。

○副大臣(馳浩君) 御指摘のとおりです。○森ゆうこ君 それでは、定員増に関してはいかがでしょうか。度々この委員会でも指摘をされております。また、衆議院の方でも指摘をされておりますが、これは厚生労働省マターではないといふことでなかなかよい御答弁がいただけないわけですけれども、医学部の定員増に関しましてはいかがでしょうか。

○副大臣(馳浩君) 一概に定員を増やしたからという問題ではないという考え方であります。ただ、各国立大学法人、医学部を抱えておる大学の要望等を、そして実態等をお伺いしながら対応していくべき問題と考えています。

○森ゆうこ君 この問題についても副大臣が自ら各大学の要望を聞かれましたでしょうか。

○副大臣(馳浩君) 私としてはまだ聞いてはおりません。当然、部署部署、つかつかさで対応しているところであります。

○森ゆうこ君 先ほども申しましたように、担当部局、要するに官僚に任せておいてもこの問題は

解決しないんですよ。アクションというのが馳文部科学副大臣の、まあ勝手に私が考えたヤツチコピードと思うんですけれども、是非まず聞いていただきたい。

私は、土曜日も地元に帰りまして、新潟大学の学長さんに、定員増についてまた更にやつてくれと

いう、質問をですよ、お話をいただきました。までは要望を受ける、そして可能な限り定員増を図るという方向で検討していただきたいと思いますが、政治家としての御答弁をお願いいたします。

○副大臣(馳浩君)

私も是非聞いてみたいと思つて

ているんですよ。

私は石川県ですけれども、やはり産婦人科、小児科等、やっぱり特定の分野についてはとつても足りないと、是非枠をつくって養成してくれといふ声も地元では伺っておりますが、全国的な状況はどうなのかなと。そして、これは当然医師会の方にも話をお聞きし、医療関係者からもお話を伺いながら、とりわけ過疎地域の、公的医療機関に頼らざるを得ないわけなんですね、その地域の方々は。そこにおけるやっぱり医療の提供体制をどう考えるかということと連動して、加えて医師の偏在ということを考えなきやいけないと思つておりますので、森委員おっしゃるように、私のところでもやはり実態をお伺いした上での定員についての判断をせざるを得ないというふうに思つております。

○副大臣(馳浩君)

これらは、定員の問題は学部の改組の話と通ずる問題でありますので、私がさつきから何度も答弁しているように、実態をお伺いした上で判断をしなければならないと、こういうふうに申し上げておりますので、早々に、私は今まで聞いておりませんけれども、要望のある大学等の声を聞いて判断をいたします。

○森ゆうこ君 何かすつきりしないんですが、川崎厚生労働大臣、いかがでしょうか。この医師の定数の問題は文部科学省の問題だつていうふうにここではなかなか大臣がきちっとした御答弁をいたしてないんですけども、せつかく副大臣をお呼びしたんで、厚生労働大臣の方からも要請していただけないでしようか。

○國務大臣(川崎二郎君)

基本的には、閣議決定でございますから、内閣全体でこの問題を考えな

きやならぬと、文科省の副大臣に決めろと言つて

もそれは決まらない、これから議論でございま

す。

一つは、例えば青森とか私の三重県でいいます

と、百名の定員がござりますけれども、現実問題、地元へなかなか残つてもらえない。青森だとほとんど関東圏に戻つてしまふ。私のところ

は、逆に今研修制度、新しい研修制度の中で三重大学に残つてるのは三名だけというような状況になつております。また、将来的に戻つてきてく

れる可能性のある人、こうやってチェックしてい

かならないのか私も存じませんが、国会がある場合には私どももこうして委員会に張り付いておりますので、終了次第、できる限りの医学部の先生、病院長ですね、大学の先生方にお話は伺つてみたいと思つております。

○森ゆうこ君 やつていただけるということでおろしいんですか。伺つてみたいとかじやなくて、やつて、きちんと検討して、対応するというふうなことを今ここで御答弁いただかないともう来年度のこれは予算に反映することは今ここで答弁してもらわないと、何にも具体的に進みませんよ、副大臣。

○副大臣(馳浩君)

これは、定員の問題は学部の改組の話と通ずる問題でありますので、私がさつきから何度も答弁しているように、実態をお伺いした上で判断をしなければならないと、こういうふうに申し上げておりますので、早々に、私は今まで聞いておりませんけれども、要望のある大学等の声を聞いて判断をいたします。

○森ゆうこ君 何かすつきりしないんですが、川

崎厚生労働大臣、いかがでしょうか。この医師の定数の問題は文部科学省の問題だつていうふうにここではなかなか大臣がきちっとした御答弁をいたしてないんですけども、せつかく副大臣をお呼びしたんで、厚生労働大臣の方からも要請していただけないでしようか。

○國務大臣(川崎二郎君)

基本的には、閣議決定でございますから、内閣全体でこの問題を考えな

きますと、やっぱり三重県出身者が三重県へ戻つててくれる、他の大学へ行つた場合もそうあります。そういう意味では、地域で、地域枠とかそういうものにつくることによって解決できる県と、それから、新潟もその対象になるのかもしれません、新潟とか福島とか、一県一大学という定数の中果たして今後足りるかどうかという問題が当然出てくるだろうと。

一方で、六年、十年後には三十万人体制になるわけですから、これから定数を増やすことによつて本当に実効性上がるものになるかどうかという議論もしていかなければならぬだろうと。来年定数を増やしましても七年掛かるわけですから、そういつた意味では、そういうものの議論をしつかりしながらやらやらなきやならぬと。その基礎となるデータは、今、医師の状況を今調査をさせておりますので、それを持つて文科省としつかり議論をしてまいりたいと、こう思つております。

○森ゆうこ君 私としてはちょっとすつきりしない。これだけ医師不足ということが叫ばれている中で、特効薬はないと思うんですけれども、少なくとも、あつ、すぐこれをやつてくれるんだなどいうもつと突つ込んだ具体策を、これをやりますという答弁をいたさきたかったんですけども、納得できませんけれども、こればかりやつていいわけにいきませんので、次に行きたいと思いま

す。

馳副大臣、ありがとうございました。

○委員長(山下英利君)

退席していただいて結構

しいですか。

○森ゆうこ君 はい、結構です。

○委員長(山下英利君)

退席していただいて結構

です。

○森ゆうこ君 この医師の不足の問題、これを解決するために、私は医療事故の問題をきちんと何らかの対策を取つていかなければならないというふうに思つております。



アがないということですか、厚生労働省は。次の質問に絡めてまた見解を伺いたいと思います。  
時間も限られておりますので、次の質問に移らせていただきたいと思います。  
医療事故につきまして、続けて質問させていた  
だきたいと思ひます。

先ほど、事故の定義というものがそもそもも決まっていないという問題を指摘させていただいたわけですけれども、さはさりながら、患者・家族に対する相談支援体制の在り方というものをきちんと構築していくことが必要だと思います。そのような相談支援体制は現在どのようになつていいのでしょうか、御答弁をお願いいたします。

○政府参考人(松谷有希雄君) 医療に関して、患者さん、あるいはその家族からの相談に対応する体制を確保することは重要なことでございます。このため、医療法施行規則におきまして、特定機能病院及び臨床研修病院に対して患者相談窓口の設置について義務付けているところでござります。

また、患者さんやその家族からの医療に関する相談に中立公平に対応する体制の確保という観点から、医療の提供を行う当事者としての医療機関とは別に、第三者としての立場から都道府県等が相談に応じる医療安全支援センターの設置を平成十五年度から進めているところでございます。

これまでに、すべての都道府県に少なくとも1か所設置されまして、二次医療圏レベルに設置されたものを含めますと、全国で三百三十か所が設置されているところでございます。相談窓口に設置されたものは、医師や看護師等の職員が配置されてございまして、都道府県や保健所設置市区におきましてはセンターの機能として、患者さんやその家族からの苦

情や相談に対応することとともに、必要に応じて医療機関に助言すること等を明確にしたところでござります。

○森ゆうこ君 そこで伺いたいんですけれども、今ほどは医療安全支援センターの設置状況について御報告がありましたが、弁護士が結成した医療事故相談センターと今ほどの御報告の医療安全支援センターとの関係はどうのようになつているのでしょうか。

○政府参考人(松谷有希雄君) 委員御指摘の弁護士さんによる医療事故に関する相談センターが各地で設置され、医療事故被害者に対する法律相談活動が行われているというふうに伺つております。

医療安全支援センターにおきましては、活動方

針等を協議するためには、医療安全推進協議会を設けることといたしてございますが、例えば愛知県及び名古屋市の医療安全支援センターにおきましては、医療事故相談センターの弁護士さんが医療安全推進協議会の委員として参加していらっしゃいます。また、地域における患者さんやその家族からの相談内容によっては法律の専門家との連携が適切なものもあることから、必要に応じて医療事務相談センター等と連絡をとっています。

故相談センター等と連絡調整を行っているといつ  
状況でございます。

地域の医療関係団体や消費者相談センター等、他の機関と連携を図るよう努めておるところでござります。

○森ゆうこ君 この医療事故の問題につきましては、いたずらに医療紛争として訴訟にならないで解決した方が私は患者さんのためにも、それから医療従事者のためにもなると思います。

それで、紛争をせずに、裁判せず解決する方法としてADR等を活用した第三者による患者と医療機関側の意思の疎通を図るべきではないかと考えますが、その点についてはいかがでしょうか。

○政府参考人(松谷有希雄君) 医療機関に対する  
苦情の多くは、患者さん、家族と医療機関とのコ  
ミュニケーションが十分でないことが考え  
られますので、患者等と医療機関との意思疎通を  
図る上で第三者による相談等を活用するといふこ  
とも有用であると認識してございます。  
このため、厚生労働省におきましても、従来か  
ら、医療機関以外の第三者による相談窓口といった  
しまして今申し上げました医療安全支援センター  
を設置してきたところでございます。また、今回  
の法案につきましても、このセンターを制度化  
し、その機能の強化を図つているというところで  
ございます。  
あわせまして、研修の実施によりましてセン  
ターの職員資質の向上を図るなど、話合いが円滑

に行われるような環境整備にも併せて努めておるところでございます。  
御指摘のADR、裁判外紛争処理制度でござりますが、これの活用につきましては、この医療安全支援センターの活用も含めまして、裁判外紛争処理制度の在り方に関し、現在厚生労働科学研究におきまして諸外国の制度等について研究を行つてゐるところでございます。  
○森ゆう二君 その結果が出来るのは、つゞくつか。

年目かによりますけれども、あと一、二年の間に  
はこれの研究の成果は出てくると思います。  
ただ、この研究成果を待つてということではなく  
くて、この成果をもちろん待ちますけれども、併  
せて今モデル事業等も行っているところでござい  
まして、各方面の意見、審議会の意見等も含めま  
して、ADRというものをどのように進めていくく  
かということについては検討を進めていきたいと  
思っております。

○森ゆうこ君 大臣に一言伺いたいんですけど  
も、こういうようなものを活用してきちんととした

被害者の救済制度というものを早期に私は構築すべきではないかと考えます。通告はしておりますけれども、二年待って、三年待つてという話では、これはますます医療現場の荒廃というものが進むのではないか。また、患者さん、そして被害者、家族等々の苦痛というものが解消されないのではないかと考えます。

通告していなくて申し訳ないんですが、ある程度の期間を少し政治家として示していただければ有り難いんですけれども、そのようなADR等も活用したきちんとした救済制度等の構築について大臣の御所見を伺いたいと思います。

○國務大臣(川崎二郎君) 医療事故の問題で、福島県の大野病院でしたでしょうか、ああいうケースの場合について、届出を第三者機関にして、そ

これは正に医療関係者の皆さん方から強い御要望のあることであり、司法がすぐ介入するということではなくて、第三者機関に届けてしまふなりその実態を把握してもらうということが医療機関からの一つの提案だらうと思っています。

一方で、被害者の皆さん方からいきますと、やはり治療に当たられたお医者様との間のコミュニケーションの問題等もありますので、最終的には弁護士をもつて争う、司法をもつて争うということになるかもしれませんけれども、その前に、医療安全支援センターでしっかりとお話を聞かせていただいて、専門家も含めてそういうものに対応できるよういう制度を持たせていただいております。その支援センターでやつていく中で、裁判でもつてやつた方がいいか、ADRみたいな形で

処理をした方がいいか、これはいろんな方法、方

向が出てくるであろうと思いますので、もちろんADRでやつていくのも当然一つの処理手段だらうといふように私も思つております。

だから、そういう意味では、もう少し議論をさせていただいて方向性は出さなきゃならぬと、こう思います。

○森ゆうこ君 この問題に関しては後で櫻井委員の方からもまた詳しく述べていただきたいと思うんですけども。

きちんとした救済制度をつくる。その中で、医療というのはある意味リスクがあるわけございまして、医療事故に遭われた患者さんにやはり補償をきちんと円滑に行うことが非常に重要な創設する必要があるというふうに考えますが、大臣の御所見はいかがでしようか。

○国務大臣(川崎二郎君) これは今現状を申し上げますと、医療事故に遭われた患者に対する補償について、病院や医師が民間の医療賠償責任保険に入ることなどにより対応されております。問題は、この医療賠償責任保険に入る人が少ないために国が強制で掛けたらどうだという御提案だらうと思いますけれども、基本的にはやはり民間の保険というものを使う方がいいんではないかというふうに思います。しかし、国で何か担保しながら、国が強制で掛けたらどうだという議論も一つのお考え方としてあることは私ども承知しております。

ただ、国がそういう形で入るということになりまして、これは自賠責も同じでございますが、警察が事故の認定を行なうことでござりますので、補償の前提となる事実関係をだれかが認定しないと、国の強制という保険になりますと、それが動いていかないということになります。そうしたものも含めて議論をしなければならないだろうと。

また、現実に医療賠償責任保険にどのくらい医

師の方が入られているか、ちょっと私今数字を

持つておりませんので後で、その実態で、この民間保険にきちっと入つてあるということなら、あえて国が自賠責保険を掛ける必要はないだらうと、このように理解をいたしております。

○森ゆうこ君 交通事故と比較して申し訳ないですけれども、そもそも医療事故の実態というのは、先ほどの議論の中でもありましたように全体を把握していらっしゃらないんですね、厚生労働省は。ますそのことは問題だと思いますし、ある研究報告によりますと、年間の医療事故による死者数は二万六千人という、このような御報告もあります。

一方で、交通事故は七、八千人というような現状の中で、我々もみんな運転免許を持っている。運転するときには交通事故を起こすリスクがあるわけですね。そして、歩行者等も被害者になるリスクがある。そのときに、重大な過失または故意ではないのに、一々裁判になつて、またその補償等がきちんとされないということでは非常に不幸な結果を招くと思いますので、私はそういう意味で、医療にはやはりリスクがあるという観点から立てば、このような自動車の自賠責保険のようないくつかの医療と介護の連携の好事例も広がらないのではないかと、このような懸念がますます強まつてまいりました。

そこで、医療と介護の連携を円滑に推進するためには、足立議員が指摘されたように、医療と介護の連携を十分に果たせるような診療報酬、そして介護報酬を設定していく必要があると考えます

が、いかがでしようか。また、診療報酬以外にどのような課題があるのか、そしてそうした課題にどのように取り組まれるおつもりなのか、最後に伺いたいと思います。大臣。

○国務大臣(川崎二郎君) 今御指摘いただきました医療と介護の連携、高齢者に對して良質な医療、介護サービスを効率的に提供してその生活の質を改善していくという観点から重要な課題だと考へております。このため、医療保険サービスと介護保険サービスの間で円滑な連携が得られるよう、診療報酬及び介護報酬において様々な仕組みを設けております。

例えば、診療報酬において、先ほどお話をいたしましたように、地域では地道に医療と介護の連携を模索する動きが広まっております。このことを考へますと、尾道市の方例がございます。いわゆる尾道方式のように、主治医とケアマネジャーがケアカンファレンスに参加して医療と介護の機能分担と連携を果たしています。しかし、退院時

は重要であると考えます。

そこで、今回の医療法改正によって、「病院又は診療所の管理者は、患者を退院させるときは、間保険にきちっと入つてあるということなら、あえて国が自賠責保険を掛ける必要はないだらうと、このように理解をいたしております。

○森ゆうこ君 交通事故と比較して申し訳ないですけれども、そもそも医療事故の実態というのは、先ほどの議論の中でもありましたように全体を把握していらっしゃらないんですね、厚生労働省は。ますそのことは問題だと思いますし、ある研究報告によりますと、年間の医療事故による死者数は二万六千人という、このような御報告もあります。

一方で、交通事故は七、八千人というような現状の中で、我々もみんな運転免許を持っている。運転するときには交通事故を起こすリスクがあるわけですね。そして、歩行者等も被害者になるリスクがある。そのときに、重大な過失または故意ではないのに、一々裁判になつて、またその補償等がきちんとされないということでは非常に不幸な結果を招くと思いますので、私はそういう意味で、医療にはやはりリスクがあるという観点から立てば、このような自動車の自賠責保険のようないくつかの医療と介護の連携の好事例も広がらないのではないかと、このような懸念がますます強まつてまいりました。

そこで、医療と介護の連携を円滑に推進するためには、足立議員が指摘されたように、医療と介護の連携を十分に果たせるような診療報酬、そして介護報酬を設定していく必要があると考えます

が、いかがでしようか。また、診療報酬以外にど

ういうふうに考えております。

時間があまりませんので、最後の方の質問に移らせていただきたいと思います。

この問題に関する議論としては、医療と介護の機能分担、そして連携の必要性について最後に質問させていただきたいたいと思います。

ただ、国がそういう形で入るということになり

範囲を拡大する。診療報酬上の在宅療養支援診療所の届出に当たつて、介護支援専門員等との連携を要件とする。介護報酬において、介護支援専門員が、要介護者の退院、退所に当たつて、病院、施設等と居宅サービス事業者との連携を図りつつ、居宅サービス計画を策定した際の加算を創設する等の措置を講じております。

一方、今御指摘いたしましたリハビリテーションについては、限られた医療保険財源を発症後早期のリハビリテーションや集中的かつ専門的なりハビリテーションに重点的に配分する一方、症状が固定した後の機能の維持を目的とするリハビリテーションについては介護保険で対応するといふことにさせていただきました。医療保険によるサービスと介護保険によるサービスが適切に提携するためには、主治医と介護支援専門員との間の連携が、今何が必要だと言われば、せつねにさしていただきました。このところをしっかりと積み上げていけるような対策を組んでいくことが極めて重要だと考えております。

○森ゆうこ君 時間ですので、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詫びをいたします。

○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詫びをいたします。

〔「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、さよう決定いたします。

○櫻井充君 民主党・新緑風会の櫻井でございます。

今いろいろ議論をお伺いしておりましたが、なかなか具体的に、こうしていただきたいと、こういう方向にしていくんだと、その方向性がなかなか見

えてこないと、そこが一番大きな問題なのかなと  
思いますし、大臣、もう一つ、これ現場で何が  
困っているのかというと、制度がころころころ  
ろ変わることです。つまり、そういうことに対し  
て設備投資をしました。ところが、今度は療養病  
床のところはまた変えなきやいけないわけです  
ね。こういうことをやられたら現場は何ともなり  
ませんよ。医療費が削減されているだけの問題で  
はなくして、こういうことをきちんととした形でやつ  
ていただきないと、つまり将来推計そのもの 자체  
将来どういうふうにしていくんだということがき  
ませんよ。医療費が削減されているだけの問題で  
はなくして、こういうことをきちんとすることになつていい  
んだろうと思いますし、もし制度を変えるとし  
ても、前段、例えば一年とか二年とかの猶予期間  
を持つとか、こういう方向でやつていきたいと  
か、そういうことをやらないとかなり大変だと思  
いますね。

前回の診療報酬体系のときも、整形外科が相当  
利益を出しているからなのかもしれません、M  
R-Iの点数が物すごく激減されるわけです。私の  
知り合いの方などは、MR-Iを導入してわずか  
三ヶ月後に保険点数が変わって、もう四苦八苦し  
ておりますね。ですから、そういうような混乱を  
避けるためにもう少しきちんとした制度設計をし  
ていただければ有り難いなど、そう思います。  
その意味で、医療費のことについて相当議論は  
されていると思いますが、まず経済財政諮問会議  
の方々の答申の案として、平成三十七年度には四  
十二兆円でやつていいけど、こういうふうな  
提示がございました。

時間がないので端的にお答えいただきたいと思  
いますが、この医療費の水準できちんとした適切  
な医療が提供できるとお考えなんでしょうか。  
○政府参考人 松山健士君) 先生ただいま御指摘  
の点でございますけれども、お断りいたしておき  
たいと思いますのは、御指摘の議論、経済財政諮  
問会議の議論は昨年夏から秋にかけてまして……  
○櫻井充君 端的に答えてくださいよ。時間がな  
いんです。

○政府参考人(松山健士君) はい。昨年秋にかけて行われた議論でございます。

○櫻井充君 ちゃんと端的に答えてくれよ。

○政府参考人(松山健士君) はい。その議論でござりますけれども、諮問会議では、有識者議員か  
ら、今後急速な高齢化の進展に伴いまして医療費の増大が見込まれる中、国民の安心の基盤である  
皆保険を負担面から見て持続可能なものとするた  
めには経済規模とその動向に留意する必要がある  
という認識の下、民間議員から、例えばというこ  
とで、名目GDPに高齢化を加味したマクロ経済  
指標を用いて医療給付費の伸びを抑制するとい  
うことについて提案がございました。

しかし、その後、厚生労働大臣からもいろんな  
お話を伺いましたして、その後の議論の中で、政府・  
与党協議会、先生御存じのとおりでございますけ  
れども、最終的には政府・与党協議会で……

○櫻井充君 結構です。そんなの聞いてませんか  
ら。いいです、もう。

○政府参考人(松山健士君) 医療制度改革大綱が  
取りまとめられたと、そのように承知をいたして  
おります。

○櫻井充君 時間がないんだから、端的に答弁し  
てください。ここはお願ひしておきます。

申し上げたい点がありますが、私は、この四十  
二兆円という数字が適切だったのかどうかという  
ことをお伺いしているんです。これで適切な医療  
が提供できるとお考えですか。そのことでこれは  
提案されたんですね。その点についてだけ私はお  
伺いしたいんです。これは経済の規模から推定し  
たものであつて、経済の点から考えてこの四十二  
兆円を出されたということなんですね、今の答弁  
は。つまり、医療全体としてきちんとした適切な  
医療が提供できるかどうかの観点ではなくて経済  
的な点から出してきた数字ですね。

○政府参考人(松山健士君) 今の点でございます  
けれども、結論的には経済の面から出された数字  
である。それは、一点だけ補足です、その医療  
保険制度を負担面から見て維持可能であるかどうか

かと、そういう観点から出されたものと、そのように承知しております。

○櫻井充君 その負担面からというのは、恐らく大きいくは国の財政ということになるんだろうと思いますが、それでよろしいんでしょうか。

○政府参考人（松山健士君） 財政のみならず保険料も含めまして国民が負担していくことが可能かと、そういう観点であろうと思います。

○櫻井充君 財務省にお伺いしますが、今、国の負担は八兆円、税金は八兆円程度だったかと思います。道路特定財源だけで十兆円を超える財源があるわけであって、道路にこれだけのお金を使うこと、そして医療費にこれだけしか使わないということ、これが適切なんでしょうか。

○政府参考人（鈴木正規君） 国の財政事情、委員御承知のとおり大変厳しゅうございますので、ただいまあらゆる経費につきまして節減の努力をお願いしてきているところでございまして、お話をございました道路事業につきましても、公共事業ベースでこの五年で二〇%を超える削減を努めるなど、そういう意味ではあらゆる経費について節減合理化の御努力をお願いしているということをございます。

○櫻井充君 私がお伺いしたいのは、削減するしないの問題ではなくて、財務省が最終的な要するに割合を決めるわけでしょう。例えば厚生労働省が、四十二兆円ではなくて、この年に例えれば財務省からすれば、それはできませんという相談論を言えば百兆円にしたいといったつて、それは財務省からすれば、それはできませんという相談になるんであって、そうすると、その調整は全部財務省が最終的に行うはずですね。そうすると、財務省として考えられるところは、いわゆる公共事業費とそれから社会保障、特に医療に対しての税金の投入額のバランスが今これでいいとお考えなのかどうか、私はそれをお伺いしているだけですよ。

○政府参考人（鈴木正規君） そういう意味で、各経費についていろいろそれぞれの経費の特殊性、その性格に応じて削減の御努力をお願いしている

ところでございますけれども、こうした結果、医療を含めました社会保障関係費の一般歳出に占める割合は、平成十二年度三五%程度でございましたけれども、それが年々上がつております。在四四%を超えるところまで上がつております。○櫻井充君 つまり現状が、これが適正だということなんですね。私はそういうふうにお伺いしているんです。

○政府参考人(鈴木正規君) 毎年、政府部内で十分議論をいたしまして、その時点での最善の予算を提出させていただいているということでございます。

○櫻井充君 なるほど、これがベストの選択だということだということだけはよく分かりました。

それでは、先ほど国民負担というお話をありました、私は一つ提案させていただきたいことがあります。それはこの国の生命保険料がどれだけ支払われているかということです。特に第三分野の伸び率は極めて大きくて、昨年度だけで約五千億円あります。アメリカンファミリーの、これコマーシャルを見ていただければ分かりますが、アメリカンファミリーは今一番選ばれている、医療保険も今一番選ばれているのはアフラックだと、これは大きな間違いです。一番選ばれているというか、少なくとも日本で一番選ばれている、そしてきちんとされている医療保険制度は、これは国民皆保険制度であるわけです。つまり、こういうふう、まず国民の皆さんに誤った情報を伝えるということは、僕は大きな問題だと思っております。

そして、もう一つ申し上げれば、例えばアメリカでステントを四本ぐらい入れると医療費は幾らぐらい掛かるかというと、九百万弱掛かります。アメリカの保険ですと保険の支払の上限が決まっていますから、例えばこの間、日本で旅行中に幸にも心筋梗塞になられた方は四本ステントを入れて、そのときに全額で保険料は六百万しか出ま

せんでした。二つの保険会社に入つておられました。結局自費で幾らかというと、二百数十万支払うことになつたんですが、医療費を掛け合いまして、最終的に百五十万で済んでおります。ただし、そういうことがあるので民間保険に相当な額で入らないといけないというのが、これアメリカの医療保険制度なんですね。

ところが、じや日本でもし四本スティントを入れたとすると、一体入院費で幾ら掛かるかというと、まあ二百五十五万円ぐらいだろうと思いますが、少なくとも上限が決まっていますから、七万何がしか若しくはその倍の負担であって、要するに十数万円のところの負担で済むんだろうと思います。そうすると、今テレビのコマーシャルでじやんじやん流れていますが、一日入院したら一万円出ますと、三十日入院したら三十万出ます、こんなお金必要ないんですね。

こういったものを、本来であれば 民間の第三分野に投資されることではなくて、これを公的皆保険に回すシステムをつくっていくことの方が私は大事ではないのかな。この国の医療制度の一番すばらしいことは国民皆保険制度であって、それをまず維持するシステムをつくるべきだと、私はそう考えますが、厚生労働大臣、いかがでございましょうか。

○國務大臣(川崎二郎君) もちろん、国の制度として国民皆保険制度を守つていくというのが私どもの一番基本方針でござります。

一方で、民間保険が様々な形でPRをしてい る。もちろん、その内容に問題があれば政府の方からも勧めを申し上げて、かなづしまうな、こちら

○櫻井充君 私は今ずっと財政金融委員会におりますが、その第三分野のところの保険がどういう経緯で入ってきたか、大臣、御存じでしょうか。

うと思ひます。しかし、現実、国民皆保険制度という制度と、多分、民間の保険の中でも一番入っているのはというPRでしようから、誤解を招くような部分があれば私どもチェックはしてみたいと、こう思ひます。

結局、こここの部分はアメリカの保険会社が独占的に入ってまいりました。そして、大事な点は、日本の生命保険会社はここにずっと手を出せなくて、そしてアメリカのところがほとんどのシェアを取った上でやつと日本のところの企業が参入でききるようになつていいているんですよ。これが対日要望書にあるんですから。つまり、こういつてアメリカの人たち、アメリカの企業の利益を出すためにこんなことをやらせる必要性、僕はないと思つていいいるんですね。ですから、日本の国民皆保険制度が、すばらしい制度を守るために、まずここを僕は是正していく必要性があるんだと思つて、いるんです。

その意味で、もう一歩お話ししますが、財界が  
として優遇税制を掛けられているかと思います  
が、その優遇税制によつて税どしての、税収、本  
來得られるべき税収が幾ら損失されているんで

○政府参考人(佐々木豊成君) 御質問は生命保険料控除に係る減収額であると存じますけれども、平成十八年度減収額の見込みでおよそ二千六百億円でございます。

もう一つは、なぜこの制度ができたのかといふと、貯蓄を推進するからこういった形の税額控除が創設されたと私は記憶しておりますが、それでよろしいでしょうか。

ときの理由として、長期貯蓄を奨励するための誘因的な措置であるというふうに言われております。○櫻井充君 この国は貯蓄から投資に変わつて、いつてはいるはずなんですね。あつたとすると、まずこういう税制そのもの自体を変えていく必要があるんじゃないでしょうか。改めて、なぜこういうことを申し上げているの

卷之三

卷之三

卷之三

国民の皆さんに対して誤った情報が提供されていて、誤ったお金の使い方をされているんだから、それを是正していくくださいと言うのは、これは当然のことなんじゃないですか。そして、何回も申し上げますが、そういうことをやることの方々が国民皆保険制度を維持できることにつながつていくんじゃないだろうかと、私はそう思いますけれど

れども、是非、大臣、そういう観点から改めて検討していただきたい。

特に、コマーシャルなど、かなり、かなりですね、我々からしてみると誇大広告ではないのかなあと。先ほど申し上げましたとおり、日本で一番売れている医療保険だと。この医療保険がないとさも安心できないような、そういうような内容になります。そのことを改めて強調しておきたいと

それから、医師の問題についてくる質問がございましたが、改めてお伺いしたいのは、平成二十九年になると医師は過剰になると。そのときの医師数の設定の要件ですね、どういうことを、今は例えば入院ベッド十六に医者一人、それから外来四十人に医者一人という、そういう要件で医者の数を、必要数を算出しているんでしょうが、その平成二十九年のときに必要な医師数という、その

算定要件を教えていただけますか。  
○政府参考人(松谷有希雄君) 平成十年に行われ  
ました医師の需給に関する検討会では、必要医師  
数は患者数の動向や救急医へき地医療などの特定  
の分野における必要数を積み上げて求めたござい  
ます。そこで、医師の需給を算定する上に重要な基  
準として、医師の年齢構成を考慮して算定を行  
っておりました。

まして、因病のあるべき数を基に指言された上位推計と現状での医療提供体制を基に推計された下位推計を作成しているところでございます。

○櫻井充君　そんなの知っています。ですから、例えばどのくらいの割合で医師が必要だというところの医師定数をまず積み上げていく根拠となるところの要件を教えてくださいと申し上げているんですよ。

これ、通告していますからね。



えでしょ。

○政府参考人(磯田文雄君) 大学院生の大学病院における診療への従事につきましては、自身の研究や診療技術の向上等を目的として診療に従事していると認識しておりますけれども、診療の実態が本来の目的と懸け離れているような場合には本来の目的に沿うように改めるほか、実態によっては雇用契約を締結し、雇用実態に見合った報酬を支払うなどの対応も検討するなど適切な対応を各大学に促しているところでございます。

また、大学院生の研究の状況や意向、大学病院の体制、地域の実情等に応じて大学院生が大学病院以外で診療に従事することも考えられると思います。今後とも、大学院や大学病院がその機能を十分発揮できるよう努めるとともに、厚生労働省、総務省とも連携し、地域における医師の確保に取り組んでいるところでございます。

○櫻井充君 川崎大臣、もう医師免許を持つたら管轄は文部科学省から厚生労働省に移した方が私はいいと思いますけど、いかがですか。

○国務大臣(川崎一郎君) 一方で、大学病院で働くということになれば、これは当然大学病院の権限の中にありますから、文部省の管轄下に入つていくということについては、これは否定できないだろうと思います。

○櫻井充君 大学病院そのものが文部科学省にあることに関しては、じゃ大臣はいかがお考えですか。

○国務大臣(川崎一郎君) これを切り離すことができるかということですね、文科省、病院だけを。多分、大学病院の実態からいくと難しいんだろうと思います。

○櫻井充君 大学病院の実態から難しいことはよく分かつておりますが、しかしそのためには様々な弊害があることも事実ではないでしょうか。

例えば、あそこは、特定機能病院に関していうと大学病院も指定から外れたはずですが、たしかにが指定した病院ということになつて、どんなに

大学病院が不適切なことをやつていたとしても、これは研修指定病院から外れないんですね。ま

ず、こういうところから改めていく必要性があると僕は思つてゐるんですよ。つまり、文科省そのものだけにそこを任せることではなくて、もうこれは金融の業界なんかも全部そうなっていますけれども、言わばきちんととした形で共管するといふ、そのままで一步としてそういう考え方方に立べきではないのかなと、そう思いますけれども、いかがですか。

○国務大臣(川崎一郎君) 御指摘いたいた件について、文科省と私どもの連携をしっかりとしていくかなきやならないという形で私は受け止めさせていただいております。

先ほどの大学の定員問題、地域枠問題とか、文科大臣が言われましたのは自治医科大学のようにその地域に十年やつてもらうことなどができないだろうかとか、いろんな御提案を小坂さんからもらつていて。私の方も申し上げている。一方で、担当者レベルでもう少しやり合わせなきやならぬ。

そういう意味では、人事交流も含めて、この部門をしっかりとやっていかなきやならないと。言われるよう、両省がしっかりと目を光させてやつていいく部門というように考えております。

○櫻井充君 こういうことはいつから取組されたんですか。

私は、この間、財政金融委員会で、証券取引法等の一部を改正する法律で物すごく苦労したのは商品先物の扱いについてだつたんですよ。これ、農水、経産として、金融庁は全然手出せなかつたんですよ。ですから、そのためには招請勧誘が残念ながらまた原則盛り込まれて、これ消費者の方々は物すごく苦労されているんですね。縦割り行政のもう、何というか、弊害というのはもう様々見られるわけですよ。

文部科学省に、僕ら、おかしい思つてゐるのは、私たち、免許を厚生労働大臣からいただきたいといふんですよ。厚生労働大臣からいただいたつて、どんなん

て、働く先は今度は文部科学省にごちやごちやござつて、こここのところは。

そして、今回の独立行政法人になつて研究者の方々、相当苦労されています。ああいうシステムを文科省に任せていることそのものが僕は問題だと思つてゐるんですね。やはり、医療の研究そのもの自体はそれは今度は教育の分野だけではなくて、医療という今度はそこの提供体制のところに全部関係してくることになるわけだから、ここ

のところはそんな交流へつたくれの問題じやなく、共管にするかしないかは、これは大臣の当事者で話をすべきことであつて、それは大臣がこれは政治家として決断されることですよ。大臣としてどうお考えですか。

○国務大臣(川崎一郎君) この議論、昨日かおとといの答弁で少し申し上げたように、医官というものは多くが厚生労働省の中になります。約三百三十名ですか。そういう意味では、その中の百十名が例えは総務省、例えは文科省、例えは防衛庁といふことに向かっているのが実態でございます。そういった意味では、医療の専門家が文科省という分野にも入りながら、お互の調整をしながらやつてはいる。これはかなり前からやらせていただいている。

ただ、私ども、小坂さんとお話し申し上げているのは、もう少いろんな問題で前向きに進めなきやならないという認識の下で話合いをさせていただいているところでございます。

○櫻井充君 こういうところをちゃんとやつていくのがこれは政治家の役割だと思ってますので、是非頑張つていただきたいと思います。

医師の需給問題は、平成二十九年には過剰になると、そのうです、これは推計で。つまり、医師を増やす、定員を増やすとか増やさないと先ほど大臣がおつしやつたのは、これ、今から増やしても六年後ですからねつて。ですから、このままいくと、あと十年間は国民の皆さん、医師が足りないけど我慢してくださいと言つてゐるようなもの

なのかなと、私は先ほどの答弁、そう感じました。

一方で、歯医者はどうなつてゐるかというと、もう完全な供給過剰ですね。もう都市部は相当廃業されている方が出てきています。そうすると、歯科の方に關しての需給問題一切手を付けてないというのは、これ一体どういうことなんでしょう。

○国務大臣(川崎一郎君) 歯科医師数が供給過剰になつて、かなりこれも文科省と話しています。もう少し踏み込んでくれないかと。まだいい返事はもらつていません。

しかし、全体の数を見たときに何らかの対策を打たなきやならぬ状況にはあると、こういう認識でござります。

○櫻井充君 文科省、なぜいい返事ができないんですか。

○政府参考人(磯田文雄君) 文部科学省におきましては、平成十年に厚生省で需給に関する検討が行われた、新規参入医師数を更に一〇%程度抑制すると、この方針の下に……

○櫻井充君 医師じゃない歯医者だよ。

○政府参考人(磯田文雄君) 失礼しました。歯科医師でございました。失礼しました。

新規参入歯科医師を更に一〇%程度抑制するということで、各國公私立大学に対しまして入学定員の削減を各種会議等の機会をとらえて要請を行つてきているところでございます。

平成十一年度以降平成十七年度までに、歯学部では国立大学四十五人、私立大学二名の削減といふところでござります。今後とも、各大学等に働き掛けてまいりたいということで考えておりま

す。

○櫻井充君 大臣、医師が増えた際に、医師を養成するときには相当なお金が掛かって、だから供給過剰になつたら問題だつて書いてありますよ。これは歯医者も同じですよ。一人育てるのに三千万から四千万ぐらい掛かりますよね。そのお金が

完全に無駄になつてゐるやうなわけです。そして、ましてや私立に入られる方々、親がそれは相当な負担をされて、歯医者になれなかつたらどうなるんですか。

そして、もう一つ言えは、そういう供給過剰の状態にあるから、大変申し訳ないけど、過剰診療していかないと食べていけない人たちが山のようないるという、これ、実態をどう解決していくのかということ、これ大変な問題ですよ。これこそ早期に是正していただきやいけないと想いますけれども、大臣の決意をお述べいただけますか。

○國務大臣(川崎二郎君) 実は、この問題点、歯科医師会の皆さん方、新しい体制になつてございましたので、私の方から実は切り出しがしてあるんです。どういうふうに、先ほどの議論のように当然業界の意見もしっかりと聞けと、こういうお話をございますので、実はこういう問題についてどう考へるか、一方で文科省はどう考へるかと、そういうことで、正に調整をしなきゃならぬ課題であると思つております。

○櫻井充君 不思議なのは、医師が足りない業界

から話はちゃんと聞いてるんですか、じや。

地方自治体の話はちゃんと聞いているんですか。

そういうのは聞いているのかどうか分かりませんが、そちらにも対策を取らない。そして、こちら側は多いのに、じや、これから聞きましょう、そしてそれから対策を取りましよう。要するに何もしていないといふとじゃないですか、これじや。こんなことやつていたら国民の皆さんにとって大変なことになりますよ。それこそ福島の県立大野病院のところは、これは産婦人科が閉鎖になりましたからね。そうすると、どこで産むことになるんでしようか。

つまり、リスクを持つて、先ほどの話になりますが、要するに医療ミスと医療事故のところのまづ区分けをしていただきやいけない。リスクのある患者さんに対してリスクを持つて治療するということは、事故とミスとをまずきちんと

していただきやいけないし、時間がないの

で、私は、そういう点でいうと、無過失補償のような制度を設けてやらないといけないんじゃないですか。

このことによって、医療従事者は医療従事者である程度リスクがあつても安心して医療に携わることができるし、患者さんは患者さんにとってみたつて今は訴訟をして勝たないと補償が得られない。そうでない重症な人たちもかなりいらっしゃつて、そういう人たちに対する補償制度を充実させることが大事で、むしろ民間の保険会社にやつてもらんだつたらこういう分野のところの保険を担つてもらった方が私はいいんじやないのかなど、そう思いますけど、大臣、いかがでしよう。

○國務大臣(川崎二郎君) 一つは、正にその補償の問題にどう国が関与するか、また財源的にどうするかと、こういう問題が一つあるだろう。もう一つは、医療事故と決定されるのかどうか、そういうものが起きたときに、第三者の機関に届けて、それでしつかり解明をしてもらう、この二つの制度をしつかりつくつてほしいと。これは、話を聞いているのかというお話をございましたから、この間もいろんな皆さん方、産科の皆さん方来ていただき、学会また医師会、また診療に当たりて、方向性としてはその二つの方向性があるなど

いふように私も理解いたしております。

○櫻井充君 よろしくお願ひします。

これは、今、産婦人科や医療関係者からといふことになつてますが、むしろこれ患者さんにございますが、さらに実施に当たりましては、カレント調査の中で、歯科医師の方から文書作成のために治療時間を削らざるを得ない、こういう意見でありますとか、歯科医師の目から見た患者の意見といふことでござりますけれども、患者から説明文書は不要ではないかといった意見が出されたものと承知をしてござります。

事務負担の点につきましては、私ども、必要、適切な範囲で文書提供をお願いしたということをございますが、さらに実施に当たりましては、カレントでありますとかレセプトの記載につきまして、運用面での簡素化を行うなど、事務負担の軽減にも配慮したところございます。

それから、ただこの文書提供を受けた患者の意識につきましては、実は私ども今回の改定前、平成十七年二月でございますが、日本歯科医学會が行つた調査によりますと、説明用紙を受領してい

ました。その結果、厚生労働省として今どう考えていらっしゃるのか、御答弁いただけますでしょうか。

○政府参考人(水田邦雄君) 委員が申されたのは、今回の診療報酬改定で患者への情報提供を推進する、そのときに文書により患者に情報提供することを指導管理料の算定要件にしたということに関するものだと思います。

委員が独自に行われたアンケート調査、私ども拝見させていただきましたけれども、一日当たりの文書提供患者数は約十八人、それから文書提供に費やす一日当たりの時間が約九十四分というこ

とであつたと承知をしてござりますけれども、ま

ず時間に關して申し上げますと、今回の改定に當たりまして私どもが参考いたしました日本歯科医学会のタイムスケーディー調査の結果、すなはち文書提供を伴う情報提供に要する時間が平均で四分から十分程度といふことでございましたので、大体これは同じような結果であつたんじやないかと、このように考えてござります。つまり、事実関係としては私ども共通の認識でござります。

それからもう一つ、委員が独自に行われたアン

ケート調査の中で、歯科医師の方から文書作成の

ために治療時間を削らざるを得ない、こういう意

見でありますとか、歯科医師の目から見た患者の

意見といふことでござりますけれども、患者から

説明文書は不要ではないかといった意見が出され

たものと承知をしてござります。

○櫻井充君 済みません、秋ですか。私はもうこ

の間終りましたよ、まあ二千件弱ですけどね。

厚生省、どのくらいやられるのか分かりません

が、これ現場の歯医者さんだけじゃなくて患者さ

んかも本当に待ち時間が長くなつて診療時間短

くなつて困るって言われてることをなぜそんな

秋からやるんですか。

それからもう一つ、これ日本歯科医学會の私は

報告書をいただいて見ましたが、これは非常に分

かりやすかつたという点でいうと確かに四四・五

対二六・四ですよ。ですがね、普通はこういう取

り方しないじゃないですか。非常に分かりやす

かつたと分かりやすかつたとを合わせた数字出し

てくるじゃないですか。しかも、今回の全体の初

診時の説明用紙なしの中で無回答というのが一

七・三%もあつて、こちら側の説明ありのところ

はほとんどないんですよ。つまりは、厚生労働省

からしてみれば、この無回答はよく分からなかつたのところに入れてこれはカウントしていること

と一緒に入つて、この無回答と一緒ですよ。こんな恣意的なやり方をしてみた

ら、それは、そのところの有意差を取つてみて

有意差がありましたと言つたらこれおかしな話で

すよ。この無回答がなくなつて、分かりやすかつた、非常に分かりやすかつたを足すと九五%ぐら

いと八八%ぐらいで、ほとんど有意差ないで

よ、これは、ほとんどじやありません、有意差出

ませんよ、統計学的に言つたら。そして、この総括の中でも、今までも説明は十分受けています。ただ、分かりにくいと書いてあるのは、恐らくはその診療内容について分かりにくいということだと思います。

それから、歯科医学会の名譽のために言つておきますが、歯科医学会は今回のこういうことのためにやつてているのではなくて、あくまでかかりつけ初診のことについてのみやつたのであって、毎回毎回出さなきやいけないのかという意識調査とは違いますからね、これは、言つておきますが。つまり、元々違つていて形でやつてある調査をねじ曲げて、都合のいい形でデータとして出してくること自体はアンフェアエイジやないです。この間そういう答弁をされたからちゃんと全部調べましたよ。学会の関係者にお伺いしました。しかし、やつていることは違いますからね。このデータを用ひる、今の数字の、おかしいと、私はおかしいと思いますが、大臣、私のこの考え方を聞いてどうお考えになるでしょうか。

○國務大臣(川崎一郎君) 実は櫻井委員からそういう御質問を過日いたしましたので、歯科医師会の幹部の皆さんがあつたときも直接お話をさせていただきました。先ほど申し上げたように、いろいろな作成方法の簡略化、資料が重複しないようによると、うなことで通達を四月末と五月ですか、出させていただいた、それによつてある程度改善をされてきていたというお話を聞かしていただいたところでございます。一方で、我々はやはりしつかり検証もしなきやならぬという中で、検証をしていくことやらしていただきたいと思います。

○櫻井充君 調査されるんなら調査されるで結構ですが、秋などと言わずに今すぐ始めてもらいたい。そうじゃないと本当に現場の歯医者さんとそれから患者さんが苦労されている。

それからもう一つは、大変申し訳ないけど、現場で本当に最前線でやつてている方々とその会の運営のために診療時間をそこに割いている方々と意

識は全く違いますからね。特に、若手の開業医の方々は歯科の供給過剰によって相当苦労されていて、そこの中でもまた時間を削減しなきやいなければいい。いい医療を提供したいと思つてもできない。この声をきちんと聞いていただけたら有り難いなと思います。

最後に、今回の後期高齢者医療制度保険料について質問させていただきますが、この後期の医療制度の保険料で、基礎年金の受給者、基礎年金七十九万円の方、この方は応益負担で九百円だと。ところが、子供と同居すると応益負担が三千円になると。なぜ子供と同居すると保険料が上がるんですか。

○政府参考人(水田邦雄君) 後期高齢者医療制度の保険料についてのお尋ねでござりますけれども、まずこの保険料につきましては、公的年金制度の充実化、成熟化ということで、高齢者の経済的、社会的自立を踏まえて、被保険者である高齢者お一人お一人に対して保険料を賦課することを基本にしているわけでございます。

その際、この後期高齢者の方々が約八割が現行の国民健康保険に加入しておられて、その大半が住民税を課税されていないという事情がございます。したがいまして、所得把握が難しいという事情がございます。もう一方で、社会実態といったまして世帯単位で生計が維持されているということを考慮いたしますと、保険料を軽減する際の基準につきましては、現行の国保と同様、世帯としての負担能力に着目して決定するということが適当であると考えてございます。

したがいまして、保険料を決定する際に世帯としての負担能力に着目するので、同居する場合は高くなるということがございますし、お一人で、完全にお一人の世帯ということになりますと、基礎年金だけでありますと御指摘のように月額九百円程度になると、このような結果になるとわかります。

○櫻井充君 それは、制度の説明はそれで分かつております。なぜそういうことがまかり通るんで

つまり、例えば、今私はおふろと別れて生活していますが、体も動かなくなつたんで、じゃ我が家に引き取りましょうといったらこれ保険料上がるんです。まだ私に余裕があつたらそれは払えるかもしれないけれど、そうでなくてかつてはやっている方にしてみれば、なぜ毎月二千二百円の差が出てくるんですか。家族と同居すると保険料が上がるなんという制度があつたら、これは家族と同居するなと言つてはいるよなもんぢやないですか。違いますか、大臣。大臣。  
○國務大臣(川崎二郎君) 今御答弁させていただいたように、世帯の負担能力という形で算定をさせていただいているというように考えております。  
○櫻井充君 それは分かつております。世帯でそうやつて負担しろということは、親と同居すると負担が増えるということになりますね。そういう認識ですよ、これは。そのことが国民の皆さんに受け入れられると思ひですか。  
○國務大臣(川崎二郎君) 確かに、できるだけ同居を進めていきたいということは一つの大きな方針でございます。しかし、一方で、どういう御負担をお互いが公平の中でやつていくかという中で、負担能力がある人たちには、大変厳しい負担になるかもしれませんけれども、お願いをしていくべきないと、このように思つております。  
○櫻井充君 お願ひするのは自由ですが、公平にお願いしていただきたい。  
つまり、例えは介護保険なら介護保険で、まあ介護保険じゃなくてもいいです、御家族がやはり子供さんと、自宅で亡くなりたいといつても、一人でそこで生活することは無理な話ですから、最後は家族と同居することになるんですよ。その家族と同居をすると保険料が上がりますという制度はあるんでしょうか。ましてや、例えは家族と同居して少しでも介護保険を、そういう負担を掛けないように努力しようと思つて家族が介護するような形になつたとしても、この人たちは医療保険

だつて何だつて全部負担させられるということになつたら、これは家族をばらばらにするような制度じゃないですか。私はおかしいと思いますけど、大臣違いますかね。大臣○政府参考人(水田邦雄君) まず、親子の同居、別居ということが必要しも別の要素で、この保険料だけで決まつてくるものではないと思いますし、むしろ居住でありますとか生計維持関係の上に立つて、それに保険料を適用していくと、保険関係を適用していくと、こういうことだと思います。

したがいまして、社会実態として世帯が分離していれば分離する扱いになるし、一緒であれば同様に扱うということをごぞいます。

○櫻井充君 大臣、今の国の制度を見ると、いかどうかは別としてですよ、ゼロ歳児保育を推進したら、これは子供と、赤ん坊と別れて生活しなさいということですね。介護の施設介護をどんどん充実しなさいと言つてつたら、これは最後は別れて生活しなさいということですね。そうではなくて、じや今度は在宅介護だと、在宅医療だと。じや、今度は女性は、働く女性は、女性のためにと言つて政策を取られてますね、でも女性は、じやどうするんですか。その家の例えれば女性が出ていつて、女性が面倒見ることが全部がおかしいと言われて、じや男性がそこのところに入つていくんでしようか。つまり、今の制度設計を見てくると、すべての方向性がばらばらでしかないんじゃないのかなと、そう思います。もう一度申し上げると、今の制度設計そのもの自体で全部絵をかいて見てください、厚生労働省がおっしゃつているようなこと。これで本当に成り立つていいでしょうか。

それから、何度も申し上げますが、こういう形で家族が家族を面倒見よう、そういう家族が少なくなつてきている中で、この家族が家族を面倒見ようといつたときには家族の負担として保険料が引き上がるなんという、こういうばかな制度をつくられたら同居しなくなりますよ。いいです。

か。今まで別々に暮らしていたら九百円だったのに、引き取つたら三千円になるんですからね。そういうような、同居すると不利になるような制度設計にすること自体、私は問題だと思いますし、むしろ高齢の方々と一緒に暮らしたら、高齢者扶養控除とかそういうような制度を創設して、家族一緒に暮らしましようよという、そういう風をつくつていくべきではないのかなと、私はそう思つております。そのことを指摘して、質問を終わらせていただきます。

どうもありがとうございました。

○委員長(山下英利君) 午後一時三十分から再開することとし、休憩いたします。

午後零時十六分休憩

午後一時三十九分開会

○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。

委員の異動について御報告いたします。本日、櫻井充君が委員を辞任され、その補欠として家西悟君が選任されました。

○委員長(山下英利君) 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。

○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。

私は、思春期における子供の心の問題についてお聞きいたしたいと思います。先週の本会議で、自殺対策基本法が參議院で可決をいたしました。これまで超党派でお取り組みいたしてまいりました議員の皆様に心より敬意を表する次第でございます。この自殺の中でも、思春期の自殺ということで

見ましたときに、今年三月に報告がありました健やか親子21中間評価報告の中で十代の女子について増加傾向にあることが指摘されておりました。そこで、まず十代の自殺の状況について御説明ください。

○政府参考人(白石順一君) 今御指摘いただきまして、健やか親子21の中間報告を今年の三月に発表いたしましたが、その数字で策定時の平成十二年と平成十六年の値を比較してみますと、十歳から十四歳、男女合わせてござりますけれども、人口十万人対一一から〇・八と若干減少しておりますが、十五歳から十九歳では六・四から七・五へと増加しております。また、特に御指摘いただきました女子につきましては、十歳から十四歳の場合〇・五から〇・八、十五歳から十九歳では三・八から五・七と若干ではございますが増加傾向にあります。

○島田智哉子君 参議院を可決しました自殺対策基本法の中では、「基本的施策」、「調査研究の推進等」として、「国及び地方公共団体は、自殺の防止等に関して、調査研究を推進し、並びに情報の収集、整理、分析及び提供を行うものとする。」こととされております。

そこで、文科省にお聞きをいたします。

文科省では児童生徒の自殺者数について、児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査の中で報告されています。平成十七年九月の公表されたものの中で、平成十六年度の全国の公立の小学校、中学校及び高等学校の児童生徒の自殺者数は、小学生で四人、中学生で三十人、高校生で九十一人の合計百二十五人の子供たちが自殺によって亡くなつたとしております。しかし、他方、警察庁の自殺の概要資料によると、平成十六年の自殺者数は小学生十名、中学生七十人、高校生二百四人、合計二百八十四人とされております。それぞれの自殺者数は大きく異なつております。これは暦年と年度の違いがあるにしましても、余りにもその数に乖離がございます。

その大きな理由として、文科省の調査は公立学校に限定をしております。なぜ公立学校に限定されているのでしょうか。これでは、調査研究を行ふにしても分析を行うにしても、その実態の把握すらされていないということになると思いますが、この点についてどういった理由があるのでしょうか。

○政府参考人(山中伸一君) 文部科学省でござります。

先生御指摘のとおり、文部科学省で自殺に関する調査の一環としては生徒指導上の諸問題に関する調査の一環として実施しているところでございます。これは、いろいろないじめの問題でござりますとか、問題が発生いたしましたときにその状況を把握しようとという過程で調査してきているその一環でございますけれども、先生御指摘のとおり、文部科学省の調査は公立の学校、小中高等学校を対象としているということがございまして、警察庁の調査の方は国公私を問わず小中高校生が調査の対象になつておりますので、その数が文部科学省の百二十五人に対して、警察の方の調査でございますと二百八十四人といった状況になつているところでございます。これは、文部科学省で調査いたしました場合に、調査の協力が得られやすい公立学校をまず調査してきたというところがあつたところでございます。

また、数の把握の点でござりますけれども、警察庁の調査でござりますと捜査権限がある警察が行うということがあるのに対し、文部科学省の把握の方は、あくまでも学校、それからそれを通じまして教育委員会が把握できた情報を基にしているという点がございまして、保護者がそういう自殺という情報を提供を望まないという場合には自殺の情報を把握することが困難な点も、そういう事情もあるのではないかとも考えられるところでございます。しかししながら、先生御指摘のとおりでございますけれども、学校、教育委員会において調査を行つてもその主たる理由が特定できぬという場合にこのその他に計上されるといふことがあります。具体的にその他の理由が特定できないといふことがあります。具体的にその他の理由が不明の場合にはその他の記入していくだけの調査しているところでございます。

○政府参考人(山中伸一君) 現在の児童生徒の問題行動等に関する調査でござりますけれども、この調査の中で、自殺の原因について、家庭不和、学業不振などの項目に分かれていますが、その他が最も多く、全体の六二・四%となつております。このその他とは何でしょうか。

○島田智哉子君 是非そのようにお願いいたします。公立学校だけが子供たちが行つてゐるわけではありませんので、広く全般的にお調べいただきたいと思います。

○島田智哉子君 は是非そのようにお願いいたします。公立学校だけが行つてゐるわけではありませんので、広く全般的にお調べいただきたいと思います。

○島田智哉子君 は是非そのようにお願いいたします。公立学校だけが行つてゐるわけではありませんので、広く全般的にお調べいただきたいと思います。

○島田智哉子君 は是非そのようにお願いいたします。公立学校だけが行つてゐるわけではありませんので、広く全般的にお調べいただきたいと思います。

○島田智哉子君 調査についてはもつと真剣に行つていただきたいと思います。自殺は未然に防ぐことができるわけですから、その調査というものがいかに大切であるかということをもう一度御



るのか、それはそうそう簡単なことではないと思ひます。

やはり一緒に暮らしたいと望んでも、親世代からしますと遠く離れた娘や息子たちの住む都会へ行きたくない、そんなケースもあるでしょうし、

その場合はできる限り福祉サービスを利用しながら自立した生活を送つていただければ、それはそれでお互いが望み選択した結果であれば幸せなんだろうと思いますが、しかし、逆に年老いた親だけで生活できなくなつて、どうしても都会に住む子供たちのところで生活を選択するケースも多々あることだと思います。

また、別の選択として、どうしても子供の家では暮らすことができず、福祉施設への入所を選択する場合もございます。ただ、現状の待機状況を見ますと、それもそんなに簡単なことではありませんから、家の間取り一つ取つても大変、しかも介護が必要であれば子供夫婦のどちらかが仕事を休むとか辞めなければならぬケースも出てきます。それでも家族のきずなで三世代が支え合つて生活していくとする家族に対して、私は社会として支え合い、支援していくことが必要なんだと思ひます。大臣は今後の少子高齢社会における望ましい家族像についてどのようにお考えでしょうか。

○國務大臣(川崎一郎君) 私が三十一歳でしたか、初めて選挙出たとき、落選したときですけれども、今言われた三世代同居というもの強く訴えました。田舎ではどんどん人口が減つてきている中でござりますので、おじいちゃん、おばあちゃんと息子と孫たちが一緒に暮らしていける社会をできるだけつくりたいというのが選挙の一一番大きなスローガンでございましたけれども、二十余年たつて、社会全体が何となくその逆の方向へ進みつつある、核家族化がより進んできたと、こういう感はいたしております。

しかし一方で、できるだけやはり地域に企業等が進出をされて、地元で就職をして世代が引き継がれていく社会というのは望ましいな。しかし、

一方で見ていて、それでいても必ずしも同居

しない、十五分ぐらいのところに住んでますといふ回答が特に二十代の夫婦には多いようございます。何かあつたらすぐ行ける、お母さんのところにそれこそ夕飯だけ取りに行って帰っちゃうと

か、こんなことが多いようでございます。三十四代、四十代になると地方においては大体同居の方に向に変わつてきている。二十代のときは何となく近くで夫婦だけで住むと、こういうケースが多い

よう思いますけれども、一緒に住むのがいいのか、スープの冷めない距離にいるのがいいのか。

いずれにせよ、親子というものはなるべく近くに住んでいたいなと思いますけれども、息子が就職決まって地方に行つてしましましたので、そう思つております。

○島田智哉子君 私は、大臣がそうして三世代でお住まいになつていらした、そういう人間的な温かさというんでしょうか、親孝行な方だなと私はいつも思つておりました。そうした高齢者への配慮ですか、国としてメッセージが一つ一つ政策に込められていかなければならぬと私は思つております。

○島田智哉子君 そうした観点からお伺いいたしたいと思いますが、今回新しく導入することを提案されておりますが、高額医療・高額介護合算制度について、その内容と趣旨の御説明をお願いいたします。

○政府参考人(水田邦雄君) この新しい制度の基になりますのが高額療養費制度でございますけれども、ここにおきましては、原則として医療保険制度におきます世帯単位で所得に応じた自己負担限度額としてございまして、高齢者等につきましては限度額を低く抑えると、こういったきめ細かな配慮を行つてあるところでございます。

その趣旨を踏まえまして、この新しい高額医療・高額介護合算制度におきましても、医療保険各制度の世帯における所得の状況に応じましてその負担限度額をきめ細かく設定することを考えてございます。

つまり、自己負担額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被保険者から支給するというものでござります。

この負担限度額についてでござりますけれども、これまでまして、例示、具体的に申し上

も、七十五歳以上の一般所得者につきましては年間五十六万円と、これを基本にいたしまして、医療保険各制度あるいは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ございます。

これによりまして、医療保険と介護保険の自己負担の合算額が著しく高額となる場合の負担軽減が図られます。このように考えております。

○島田智哉子君 今後、一人っ子同士の結婚といふ場合なども考えられると思うんですね。子供夫婦の両方の親と同居するという家族スタイル、こういうことを選択する人も増えてくるのかもしれません。

そうしたときに、子供夫婦であつたりあるいは孫たちが病気やけがで入院、多額の医療費が掛かったとして、そして親が病気で入院したり介護が必要で、その医療費や介護費用が高額になるケースがあつた場合に、例えば子供夫婦や孫は国保であつて、親は七十五歳以上であれば後期高齢者医療制度ということになりますが、この場合の同一世帯の家族についてはすべて合算の対象になるんでしょうか。

○政府参考人(水田邦雄君) この新しい制度の基になりますのが高額療養費制度でござりますけれども、ここにおきましては、原則として医療保険制度におきます世帯単位で所得に応じた自己負担限度額としてございまして、高齢者等につきましては限度額を低く抑えると、こういったきめ細かな配慮を行つてあるところでございます。

その趣旨を踏まえまして、この新しい高額医療・高額介護合算制度におきましても、医療保険各制度の世帯における所得の状況に応じましてその負担限度額をきめ細かく設定することを考えてございます。

それからもう一つは、実務的なことでございますが、異なる被保険者間、異なる医療保険者間で合算を行う場合は、これはかなり事務的に難しい問題がござります。

こういった問題を考えまして、御指摘のようないい處につきましては合算対象とならないという扱いにしているわけでありまして、この点、御理解いただきたいと思います。

○島田智哉子君 もつと分かりやすいといいなど

思うんですけれども。

社会的入院をなくす方向であるならば、やはり施設が家かということになつていくわけなんですね。だから、こういった制度でもつと心のある政策を取つていかないと、家族のきずなを弱めてしまう制度では私はいけないんだと思います。

保険料の普通徴収の規定 高齢者医療確保法第八条の二項では「世帯主は、市町村が当該世帯に属する被保険者の保険料を普通徴収の方法によつて徴収しようとする場合において、当該保険料を連帶して納付する義務を負う。」と、保険料の納付義務については同一世帯となつています。

そして、何より、子供の学費もかさんで、親と一緒になると間取りも増えて、家のローン又は家賃ですとか、ぎりぎりの生活。しかし、家族のきずなで助け合いながら生活されている方々、老人福祉施設も簡単に入れる状況にはなくて、独りで老後生活ができなくなつた場合など、それぞれが望む望まないにかかるわざるを得なくななる場合もあり得ることだと思います。

そうした親世代と同居を選択する息子や娘の子供たち世代に対して応援するというメッセージが国としては是非とも必要なんではないでしょうか。それほど財政的にも影響があるとは思えません。大臣の御家族のケースの場合、お母様の医療費や介護費用と大臣の医療費は、お母様が後期高齢者といふことであれば合算されないというわけですが、この三世代同居に対する支援という観点から見ましても、この点、せめて連帯納付義務の対象となる世帯主と後期高齢者医療制度に入する高齢者については合算対象とするようにしていただきたい、そしてそれが国として三世代同居を支援していくというこのメッセージにつながるのではないかと私は思います。

三世代同居で保育所を利用する場合、祖父母が所得がある場合は、合算で保険料を算定することから大変高額になつていく。今家族の単位が崩壊して個になりつづあると私は思つております。特殊出生率も本当に、一・二五でしょうか、大変低

くなつて危機感を感じております。

○委員長(山下英利君) 島田君、時間が来ておりますので、まとめてください。

○島田智哉子君 はい。同居をすればそういうのが、大臣のこれらの政治判断をお願いいたしたいと思いますが、大臣のこれらはいかがでしょうか。

○國務大臣(川崎二郎君) まず、委員の御提案の同居をした方が有利になるようなメツセージ、税制とかそういういろんなものでしつかり考えるべきだらうということは私もそう思います。

一方、この制度を自分で照らして考えてみたとき、今同居しております妻の母親は年金が多分五、六十万しかないと思いますので、非常に低い限度額に抑えられる。母親が私と全部一緒にいることになると、八万幾らになりますね、私の所得で勘定されますから。そういう意味では、母親が病気になったときは割合分けていた方が限度額は低く設定されますから有利になる。しかし、母親と私の妻が一緒に病気になつちゃつたと、こいうときは確かに委員が言われるような場合に相当するのかなと。

実は、頭の中ですと委員の質問を読ませていただきながら考えまして、今のところでいうと、必ずしも一緒にになることが、私の所得がすべてに適用されてしましますから余り有利ではないなもう少し勉強させていただいて有利な形を将来的につくつていかなきやならぬと。これはよく御提案は承らせていただきて、勉強させていただいたいと、このよう思います。

○島田智哉子君 終わります。

○足立信也君 民主黨の足立信也です。

この法案の審議の前に同僚の朝日委員と相談してましたことなんですが、一人とも医師でありますから、朝日先輩には健康保険法のことを中心にやつていただきたい、私は良質な医療をという医療法の方を中心になつてきました。まだまだ残つております。そして、私自身も健保法については聞いたとしておきたいことが一杯ございます。

ので、時間の許す限り御協力をよろしくお願ひしたいと、そのように思います。

ちょうどと通告しておりませんが、最初に大臣にお聞きいたします。

世界は、この十年、医療の質をいかに良くするかという動きをずっとしてきてるんですね。その大事なこととして、提供されるべきサービスが

提供されない場合がある、そして明らかに効果があるというエビデンスが得られているサービスがまだ各国で差があると、こういったことが医療の質の改善として挙げられているんですね。

それに對して、この前も言いましたが、将来推計、あるいは現状の医療の質をしつかり変えいくんだということではなく、将来推計に基づいた医療費抑制策というものは医療の質の低下を必ず招くと、そして人材の確保や離職の防止が非常に難しくなるんだと、サービスや医薬品の供給不足に陥る可能性もあると。これは、OECD三十か国が話合いを持つてまとめた本に書かれてあるわけですね。これがそつです。二〇〇四年にまとめられて、去年、日本語訳で出ております。

大臣、私は、二十三年間の外科医としての経験と、それから、がんを扱つてきた人間、そして各学会、がん学会、外科学会、その方たちの意見を一杯聞いてきました。そして、ある意味、研究者としての仕事もありましたから、そのことも踏まえて、我が党では「崖っぷち日本の医療を救う」という冊子を作らせていただきました。大臣、この本、読みましたか。

○國務大臣(川崎二郎君) 読んでおりません。

○足立信也君 これは厚生労働省が訳されています。これを十分に参考しながら私は冊子を作つてきましたつもりです。

順次やつておりましたが、今、五番目まで来までは、医療法について入ります。

まず、私は、患者さんが相談するところというのは、一つ大事なことは、自分が掛かっている医療機関ではないところに相談する体制があること、そしてそれは、例えば行政、役所のようなどころではなくて医療機関に、「医療の専門家、現場の経験のある人に相談したい」ということが大事な

ことがあります。そのため、例えば行政、役所のように思つております。

その点におきまして、今、安全支援センターというのが設置されておりますが、これは、どこに設置されていてだれが相談に乗つてているんですか。

○政府参考人(松谷有希雄君) 医療安全支援センターがどこに設置されているかということでございませんけれども、これは、医療機関とは別に第三者としての立場から都道府県等が相談に応じるということで、都道府県ないしは保健所設置市あるいは保健所設置区に設置をしているものでござい

ます。

もちろん、相談に来られる方は、医療に掛かられる患者さんあるいはその家族という方々が来られて、苦情や相談に対応するということで、医療機関に対する助言等も今回明確にしたところでございます。

今回の法案では、御存じのとおり、この医療安全支援センターの制度化を行つて、その機能を明確にしたということでございます。

○足立信也君 役所の窓口とかあるいは保健所、全支援センターの制度化を行つて、その機能を明確にしたということでございます。

それももちろんよろしいんでしょうが、私は、せつかく、がんに関しては地域がん拠点病院、あるいは小児に関しては二次医療圏内でそういうセンターを設けるという構想もあるわけですから、やはりそのような医療機関に相談できる窓口をしっかりと設置すると、そのことが大事なんだといふことを申し上げておきたいと思います。

次に、日本医療機能評価機構、ここには医療安全支援センター総合支援事業というのがございまして、そのパンフレットといいますか、見ますと、これ、国民への情報提供というのが業務の内容として掲げられておりますが、実際、この評価機構

から国民へ対して情報の提供というのはどのようなものがあるんですか。

○政府参考人(松谷有希雄君) 日本医療機能評価機構におきましては、その本来的な機能として、医療機関の第三者的な評価を行うほか、医療安全支援センターの総合支援あるいは医療事故等に関する情報の収集、分析、提供というようなことをやっているわけでございまして、その機能の一つとして、一般国民に対する情報提供も行つてているところでございます。

どの医療機関が第三者的な機能評価を受けたのか、あるいは医療安全支援センターの総合支援で申しますれば、センターの業務内容あるいは身近な相談窓口の紹介、あるいはセンター職員や医療機関に対する研修の状況及びセンターで受けた相談の傾向などの情報提供、それから研修を受けた支援センター職員を通じての相談内容に沿つた情報提供、また医療事故等に関する情報提供につきましては、特定機能病院等から報告された情報を収集、分析をいたしまして、そのまとめにつきましては、特定機能病院等から報告された情報を収集、分析を行つて、そのまとめにつきましては、医療事故等につきましては冊子も作成をしております。

この情報提供につきましては、この機構のホームページ等を通じまして情報提供を行つております。事業の予算額は一億二千万円ということとなつてございます。

○足立信也君 事故防止センター。班を設けまして、六人の事務局員の人員体制で業務を行つております。事業の予算額は一億二千万円ということとなつてございます。

この情報提供につきましては、この機構のホームページ等を通じまして情報提供を行つております。事業の予算額は一億二千万円ということとなつてございます。

○足立信也君 いろんな面での、多分それ、質問の二番と三番、今までお答えになられたんだと思います。三番では何を聞こうと思ったかといふと、医療事故防止センターという補助金事業があります。そのことも今触れられたんだと思うんです。

追加で質問させていただきますが、今内容はこういうことをやっているというのをおっしゃいました。どのように 국민に知らされているのか、これが一点。

それから、先ほど医療安全支援センター・総合支援事業という、これ委託事業ですね、そのことをさつき聞いたわけですね。この十八年度予算とそれにかかる人員、それから今度の質問である医療事故防止センター、これ補助金事業ですね、それからかかる予算と人員、それをお答えください

さい。

○政府参考人(松谷有希雄君) まず医療安全支援センター・総合支援事業でございますが、事業の予算額は六千二百万円でございまして、四人の人員として、医療機関の第三者的な評価を行なうほか、医療安全支援センターの総合支援あるいは医療事故等に関する情報の収集、分析、提供というようなことをやっているわけでございまして、その機能の一つとして、一般国民に対する情報提供も行つてているところでございます。

○足立信也君 事故防止センター。

○政府参考人(松谷有希雄君) 医療事故に関する情報提供の関係でござりますけれども、これにつきましては、医療安全にかかる医療専門職、安全管理の専門家などで構成される二十六人の分析班を設けまして、六人の事務局員の人員体制で業務を行つております。事業の予算額は一億二千万円ということとなつてございます。

○足立信也君 合わせると一億八千二百萬、国の医療の安全あるいは事故防止に関して中枢的にやられているところ、この件に関しては一億八千二百万で終わらせようと。このことが、良質な医療を提供する体制で果たしてうまくいくのかな、実際に分析されていて、その予防策、解決策まで提示できるような体制になつているのかなつて、多くの疑問が私はあるわけです。

○足立信也君 そして、午前中にありました、無過失補償制度のことがありました、医療事故に関してですね。

これはなるほど私は必要だと思ってるんですけど、この無過失医療制度、検討会、審議会で国の方から委託されてやられていると思います。今、私の同級生がそのメンバーの一人ですが、これまでの条件が、きちんと、報告だけではなく調査機関を、第三者的な調査機関があつて、そして無過失

補償制度に該当するのか、あるいは訴訟に該当するのか、民事なのかということの判断、医療がどの程度かかわっているかということを調査する機関がないと意味ない話なんですね。その大前提があるんです。このことを前回まで私はずっと申し

上げてきたわけです。

次に行きます。

三番、いよいよ地域や診療所による医師不足問題への対応というところです。

資料をそろんください。これ、もう何度も皆さん、目で見られていると思うんですが、大事な点は、これはO E C D三十か国で、日本の人口、この場合は千人になるんですね。十万人に直すと、日本が三十か国中二十七番、二百人ですね、十万人当たり。もっと大事なのは、これは何を言いたいか。プラクティシングファイシャンズと書いていますね。要するに、医療に従事している人の数をきちんと出しているんですよ。ですから私は、今日午前中の議論にもありましたように、医師免許を持っている人の数ではなくて医療機関に従事している人の数が大事なんですね。

そして、この右側にあるのはもつと大事なこと

です。じゃ、医師をどういうふうに増やそうとしているのか、減らそうとしているのかということです。日本よりも十万人当たりの医師数の少ない国は、すべて日本よりも多く増やそうとしております。そして、日本よりも多い国でも、これざつと見て、半分以上は更に増やそうとしているということなんですね。

午前中、どれぐらいの、策定の要因は何があるかということと、それから基準はどうぐらい考えるかという話がありました。そのことで私はこれを、資料を前回求めたわけですね。

これが、実は私、理事会へ諮つていただいた全議員に届けてほしいといった内容が、二次医療圏別人口十万人当たりの従事している医師数、表の資料の二番目です。これは全部を全委員には渡さないということですので、表紙だけ。よろしいですか、ないんですか。

○政府参考人(松谷有希雄君) この調査は医師・歯科医師・薬剤師調査というものでございまして、それぞれの医師、歯科医師、薬剤師から二年に一度お届けをいただく、法律に基づいて御報告をいただくというものでございますので、医療機関を通じた調査ではございませんので、重複はないものと思っております。

○足立信也君 ここで、先ほどの資料の説明へ入らせていただきます。

もう一度、二の二をそろんください。

この上の段、赤い線で区切ったのは、今、日本の平均が、従事している医師数は二百一と私言いました。ということは、それより左側、二百八十

分布に表しました。

まず、これを眺めている間に一つお聞きしたいのは、今まで衆議院から参議院へ、十六年度末の医師数は二十七万七千人という話がずっと出ております。では、医療機関に従事している医師数、看護師数は何人でしょうか。

○政府参考人(松谷有希雄君) 国内の医療機関に従事している医師数につきましては、平成十六年の医師・歯科医師・薬剤師調査によりますと、平成十六年十二月末現在で二十五万六千六百六十八人となつております。

○足立信也君 それは、私がお渡ししました二の一番右の欄、ごめんなさい、右から四番目になりますが、人数ですからね、これを足し合わせると二十五万六千六百六十八名になるわけですね。これを十万人で割ると、十万人当たり二百一人という数になるわけですね。大臣答弁は二十七万をベースに二百六人というふうに来ているわけですね。

では、この中で重複ですね。例えば、私が大学に勤めている間は、うちの科は平日の他の病院へ行くこと禁止でしたが、科によつては週に一回数時間とか、それは地域医療のためということで仕事へ行かれる、そういう方はその非常勤医師という扱いにもなつていて、これ、重複はあるんですか、ないんですか。

○政府参考人(松谷有希雄君) この調査は医師・歯科医師・薬剤師調査というものでございまして、それぞれの医師、歯科医師、薬剤師から二年に一度お届けをいただく、法律に基づいて御報告をいただくというものでございますので、医療機関を通じた調査ではございませんので、重複はないものと思っております。

○足立信也君 ここでも、先ほどの資料の説明へ入らせていただきます。

もう一度、二の二をそろんください。

この上の段、赤い線で区切ったのは、今、日本の平均が、従事している医師数は二百一と私言いました。ということは、それより左側、二百八十

二の二次医療圏はここに達していないということです。

そして、十万人当たり二百から二百五十分まではちょっとと小刻みに出してみました。これは、大臣が平成二十九年には三十万人になる。それ以降は過剰になると、そのときの人口を一億二千万すると人口十万人当たり二百五十人です。この二百五十人というラインで区切ってみました。

それ以上医師が存在する二次医療圏は、全国三百七十のうち四十六個です。そこに、将来これ以上は過剰だとおっしゃる一百五十というラインの、現在で二百五十以上医師がいる、人口十万人当たりですよ、二次医療圏数を書き出してみました。全国で三十五都道府県。で、四十六・二次医療圏ということなんですね。

これは、例えば北海道は二次医療圏が二十一個あるのに、今現在二百五十人以上いるとこは一か所しかない。で、当然のことながら、十二県は一つもないわけですね。これで、都道府県内で対処し切れることはその枠を超えてやるしか偏在を解消せよという根拠はどこにあるのかといふことをまずお聞きしたい。

その点について、前回の質問で、都道府県の中では対処し切れないものはその枠を超えてやるしかないという話でしたが、実際上、こういう現実なことですね。千人を超えております。ある区だけですけどね。

この分析をさらにやって、果たして都道府県内でどれほどの偏在の解消ができると思ひですか。その点をお聞かせください。

○政府参考人(松谷有希雄君) 二次医療圏ごとの詳細な分析でございますが、これを見ますると、特定の、例えば各都道府県で中心的な場所の二次医療圏に医師が集中をしているということを表しているのではないかと思つております。また、全國で二百五十人以上いる

ところはそういうことだということであろうかと思います。

どの程度が足りるか足りないかということでござりますけれども、全体で見ますと、二百八十二府県の中で高いところというところからこういったところにどのような形で医療の提供を進めていくことができるのかということをまず考えるということではないかと思いますが、それが困難な場合もあるうかと思いますので、そのための手だてもまた場合によつては必要になるのではないかとうふうに考えております。

○足立信也君

実際に上は都道府県内では無理だと

いうことなんですね。

それと、先ほど私はこれ、理事会に対しても、委員長に資料請求しました。これは委員にはどうもお出しできることなんですが、これは、もう一つ私、一ページ目だけ出しましたが、非常に重要なのは、診療所に勤務している医師、それから病院へ勤務している医師もしっかりと数が出ていっている医師もしっかりと数が出ていっている医事課へお願いして出していただいたら、数の需給状況あるいは設定をするに当たつて非常に重要な資料だと思います。

ただし、これは、こういう形で計算をしてくださいと医政局医事課へお願いして出していただいたものですよ。通常はこういうデータを用いていいといふことなんですね。医事課の方には非常に短期間に御努力いただいて、大変ありがとうございます。

〔委員長退席、理事岸宏一君着席〕

先ほど、医療の質の改善に向かつてこの十年世

界は動いてきたと、そのように申し上げました。患者さんが要求する、要望するサービスの質を上げれば上げるほど、それに従事する人間の数といふのはやっぱり必要になつてくるんですね。

私は、今、なぜこれほど医師不足という問題が表面に出てきたか。これは、やはり常勤の医師数が非常に足りなくなつてきたんですね。大学の独法化にあると私は思つています。大学が女性医師に対する偏在を解消せよという根拠はどこにあるのかといふことをまずお聞きしたい。

ので、そのようなデータとしては統計調査からは把握できないということになつてござります。

それぞれどの程度の常勤職員、非常勤職員が病院に勤務しているかということについて、医療法第二十五条に基づく立入検査結果を取つてございますが、その中では、常勤、非常勤についても個票に戻りますと区別がござりますので、これを集計し直すことにおいて算出することは可能でござりますので、お時間をいただければ算出させていただきたいと考えております。

○足立信也君

私は先ほどいろいろな立場のことを

言いましたが、実は日本では、これが事故死なんか、あるいは病死なのか自殺なのか、あるいは事件なのか、その死因を明確にする大切な病理医あるいは法医学者も非常に足りない。あるいは、外

から見ると、行政に携わる医師というのも足りない。そして、基礎医学の研究者も足りない。

つまり、医療機関に従事していない医師も足りないと言われているわけです。そして、医療機関に従事している医師の数を出していただいたら、

常勤、非常勤の区別はないけれども、O E C D の平均が今二百九十九人、十万人当たり二百九十九人という事態の中で二百一と。そして、二百五十分に達したらもうそれ以上は要らないという根拠が一体どこにあるのかといふことを私は改めて申し上げたいと、そのように思います。

一割削減という形が出てきて、大臣が非常にようおっしゃられる平成六年から十年までの、この

前川委員会の中では、先日も言いましたように、医師需給に関する検討委員会の報告の話が出ました

が、先日もちらつと触れましたが、医師の過剰は医療費の高騰を招くんだと、そういう強

いとも基礎的な認識があるんですね。

一割削減といふ形が出てきて、大臣が非常に

くおっしゃられる平成六年から十年までの、この

前川委員会の中では、先日も言いましたように、

平成二年以降、病院から開業医へ流れの方が増え

てきた。これは、もう病院では医師が過剰状態で就職できないから開業の方へ回つてているという、

そういう共通認識がどうもあった。それから、

今、医師不足の問題でいろいろ言われております

卒後臨床研修、これによって、二年間研修するこ

とによつて総医師数としては五%削減効果がある

ないといううんではなくて、その女性医師に対する労働環境の整備をしてこなかつたということが一番の原因だと私は思つています。

今、二十九歳以下では男性医師は毎年百人減つてゐる。ところが、女性医師は、三十代から四十代にかけて結婚、出産、育児等で半数の方が辞める、常勤ではなくなる。このことが一番の問題で、これは私が、そうですね、大学卒業して数年、ですから、今からもう十五年ぐらい前、既に女性の医学部の学生は四〇%超えていましたね、四〇%、私の大学の場合。それぐらい、もう昔からの話なんですね。このことを改善してこなかつたと、あるいは目を向けなかつたと、これが非常に大きいじやないかと私は思います。そして、今まで医師需給に関する検討委員会の報告の話が出ました

が、先日もちらつと触れましたが、医師の過剰は医療費の高騰を招くんだと、そういう強

いとも基礎的な認識があるんですね。

一割削減といふ形が出てきて、大臣が非常に

くおっしゃられる平成六年から十年までの、この

前川委員会の中では、先日も言いましたように、

平成二年以降、病院から開業医へ流れの方が増え

てきた。これは、もう病院では医師が過剰状態で就職できないから開業の方へ回つていているという、

そういう共通認識がどうもあった。それから、

今、医師不足の問題でいろいろ言わせております

卒後臨床研修、これによって、二年間研修するこ

とによつて総医師数としては五%削減効果がある

と。これは本末転倒の話なんですね。

これちょっと、先ほど女性医師のことをちらつと私言いましたので、もうちょっとと詳しく言いま

すと、小児科学会が大学やあるいは急性期の大

きな病院を対象に調べたアンケートで、女性医師が妊娠したとき深夜勤務あるいは当直の免除がないのが三割、産休の代替要員がないのが五割、産休中の身分保障がないのが二割、育児休業制度がないのが三割、こういう状態なんですね。このこ

とをまずすぐにやらなければ女性は常勤の職場へ

—

戻つてこない、そのことを強くまずは訴えたいと  
私は思います。

そして、医師需給に関して、勤務状況調査とい  
うのを厚生労働省やられました。この中で、じや  
実際に、今医療現場で働いている人間がどれだけ

間と週八十分間以上勤務の割合、これを教えてください。

なお、この報告で、今御質問の週八十時間以上勤いている者の割合につきましては、勤務時間の取り方もあるため確定的には申し上げられませんが、仮に、例え休憩時間も含めたその病院にいる時間、在院時間といたしますと、勤務医で一五・三%、開業医で二・四%、また外来診療、入院診療、それから教育研究を合わせた時間で見ますると、勤務医で四・八%、開業医で〇・七%の方が週八十時間以上勤いているということになつております。

○政府参考人(松谷有希雄君) 休憩時間も含めた在院時間、要するに、病院に行ってから帰るまでの時間が長くなります。そのうちの診療、外來、入院の診療、教育研究の部分、休憩等を除いた時間が合わせた時間の方でございます。そつちの方がちょっとと短いということになります。

○足立信也君 衆議院からずっと、大学病院が抱え込んでいる、大学に人を一杯呼び寄せて、卒後臨床研修の必修化によって、そして市中病院の医

師が減っているという議論がずっとありましたね、私はそうは思っていないんですね。先ほど言いました独歩化がかなり絡んでいるんだと思つていますが。

今数として、厚生労働省が同じく十五の国立大学病院の計六十診療科を対象に行つた調査がござりますね。これで週八十時間以上の勤務をしている人のパーセンテージ、三七%ですね、大学、今、お話をすと一五・三%です。二倍以上、週八十時間以上働いている状況なんですね。参考人の意見陳述でもございました急性期病院の疲弊は極度に來っている、大学病院も同じよう、急性期病院と同じように疲弊した状態で元気がない、さらに教育研究もやらなければならない、こういう実態で病院にいる時間、週八十時間以上いる方が三七%だというのが現状です。

これは非常に危険な状況で、もちろん労働基準法違反で過労死認定にもかかわつてくる程度なん

ですが、調査をすると九十時間未満はそれほどストレスは増えないと書いてあるんですが、九十時間を超えると、うつ病とか疲労感のストレス反応が労働時間に比例して増えていくことが出ています。そして、最初は自分の自由時間を削るけれども、八十時間以上になると睡眠時間を削るという非常に危険な状況になつていて。こういうことに対しては今、ドイツで大ストrikeが行われていて、大学病院に勤める医師たちのストライキが続いております。こんな労働条件ではやつておられない。

私は、そういう状況だけはお話しするとして、先ほどなぜ独法化と言ったのは、そうは言いながらも少しずつ、労働基準局の努力、指導などによりまして少しずつ改善してきている。それから、独法化によつてやはり労働基準法ができるだけ守らなきやいけないという方向性で人が必要になつてきているんですね、法を犯さないために。このことが実は大きいんだと思います。

伺いしたいんですけど、私は医療機関に従事する医師の数も従事しない医師の数も非常に世界的に見て少ないということを申し上げてきた。だとすると、緊急避難的に今増やすための努力があ

そこで、自治医大のよう、十年間地域医療を義務付ける、奨学金という形で、返済しなくても済むのはそういう義務付けという意見ございましてね。私はこれ非常に危険だとある意味思つてゐるんです。それは今、医学部六年、臨床研修二年、合わせて最低八年ですね。そこから十年間義務付けられた場合に、日本が今世界のトップクラスにある基礎医学の研究者がいなくなりますよ。これは是非とも避けなければいけない。ここ数年ずっととノーベル医学賞候補には名前が挙がつてゐる人もおりますけれども、彼らはやっぱり二十代後半に非常にいい研究をやつております。この芽が摘まれる可能性がある。これをすべてに適用す

るのではありませんし、十八歳のときに現役で行って、二十六歳で働くとなつて、これから十年間地方へというこの義務化は非常に厳しいと思います。

そこで、私自身の経験でもあるんですけれども、入学当時は、例えば防衛医大、自治医大、私立の医科大学、国立一期校、二期校、公立医大と、六回ぐらい受験の機会があつたですね。自治医大に合格した方で国立の医学部へ合格した方は辞退者が多かつたです。これは、九年間という義務があるから、ない方がいいということで辞退さ

れた方、非常に多かつたと私は記憶しています。  
そこで、これ調べるの難しいかもしません  
が、今現在、自治医大の受験者で、都道府県のレベルで選考される方、あるいは栃木に行つて最終選考の方もいると思いますが、辞退者つてどれぐらいいらっしゃるんでしょう。

まして、合格後に辞退した人数は、第一次試験におきましては合格者三百十四名中十六名、第二次試験におきましては合格者百六名中十二名であると承知しております。

の足立信七君　非常に多いと思いませんが、一書  
以上が辞退するんですよ。やはり十八歳の時点で  
将来の義務化まで含んだ決断をするのは無理です  
よ。そして、医学を大学で勉強するということは  
必ずしも、皆さんには医師イコール臨床医と思われ  
るかもしませんが、そうじゃないです。やはり  
基礎医学へ進む人間、社会医学へ進む人間、いろ  
んな人間を育てたいし、そういう場面を見せな  
きやいけない。それを十八歳の時点から、どの程  
度考えられているか分かりませんけれども、強制  
していくのは私は非常に無理があると、そのよう  
に思います。一割以上の辞退者というのは普通の  
事態ではないと思います。

そこで、じゃ、どうしたらしいかと。午前中も  
地方枠ですか、の話がありましたが、現状など

うなつてゐるかと。  
私の大学の例で言ひますと、元々定員が百人。  
医学部というのは義務は六年以上百八十八単位で  
すね。百人いた、それを、先ほど言つたいろいろな  
委員会で医師は削減しなきやいけないということ  
で一割減になつて九十人になつた。そして、その  
九十人の中に推薦枠というのがあつて、何人にす  
るか、二十人とか二十五人とか。地方枠というの  
はその推薦枠の中にはすぎないんですね。じゃ、こ  
れをどんどんどんどん広げていつたら、推薦枠以  
外の一般入試、頑張つて勉強した方の枠がどんど

ん狹められることになるんですね。  
私が提案したいのは、定員百人、仮に、今仮の  
話です、百人と出でていますが、それを一割で九十  
人にした。残り十あるんですよ。この十で今何を  
やっているかというと、編入学ですね。編入学と  
いうのは、その十の枠の中で幾らでもいいわけで  
すよ。今、編入学、いわゆる学士入学という話  
聞いたことあると思うんですが、この規定は、大  
学で、他の大学で取得した六十単位までは認めよ

うということですね。ですから、もちろん、ほか

の大学を卒業した方も六十単位認めてもらつて三年から編入、あるいは卒業していなくてもそれだけの単位を認められて入つてくるという枠があるわけですね。

私は、その編入学の中にも、編入枠の中にも地

方枠というのを設けたらどうかと。つまり、百から九十へ減つたその中の、推薦枠の中のさらに地方枠以外にも、百から九十に減つたその残りの十の差、その中に地方枠というものを設けたらどうかということを考えておりますが、その点についてはいかがでしょうか。

○政府参考人(磯田文雄君) 今御指摘の学士編入制度でございますが、平成十年度以降、各大学の医学部で導入が進められておりまして、平成十七年度現在、国立二十九大学、私立八大学において実施されておりますが、地域医療に従事する医師の養成の観点からは編入学生に占める県内出身者の割合や卒業生の県内の医療機関への定着状況等を見守る必要があります。

こうした状況の中で、御指摘のような学士編入の募集人員の一部を地域枠、当該都道府県の高等学校等卒業者の枠として設定した大学の例や、現在検討を進められている大学の例も承知しており、このような取組は地域に貢献する医師の確保のための取組の一つであり得ると考えております。

○足立信也君 もう一つ提案したいのは、ほかの学部、ほかの大学を卒業した人は六十単位まで認められると。今日、午前中、歯科医師が余つてきている、歯学部の入学定員の削減もしているという話が出てきました。歯学部の学生というのは六年間の教育を受けた後に卒後臨床研修もやると、こうなりました。人体解剖も行い、基礎医学もきちんと勉強している。歯学部の学生が、例えば六十単位ではなくて、百単位まで認めるという枠を設定すれば、歯学部から医学部への編入が、四年生へ入つたりといふことが可能になるんじゃないでしょうか。これは一番現時点では最速の医師養

成の手段の一つかと思いますが。

例えば、六十単位という枠を、六年間のそういう教育を受けた、あるいは保健学科でもあり得るかと思いますが、これを広げるという可能性はありますか。

○政府参考人(磯田文雄君) 今御指摘のような御

意見も一部にはあるということは伺っておりますが、現在、私どもいたしましては、そのような御提案も含めた様々な取組について工夫、改善の検討を重ねておりますが、そのような検討の中で考えてまいるべき事項と考えているところでございます。

○足立信也君 じゃ、検討をお願いします。

先ほど、十八歳で、将来十年間の間あつちへ行けということを言るのは非常に難しいと私は言いました。私は、やはり医師になつて、前期の卒後臨床研修が終わつた三年目、ここにやはり国としては科ごとに標準数あるいは目標数というものを掲げてあげた方が選ぶ側の人間も選びやすいと思います。必ずしもそれは、衆議院の議論で職業選択の自由とかいう話が出ておりましたが、科を選ぶということは、私自身の経験からいって、それほど人生を左右するようなことはないという印象がござります。もっとやはり目標設定数というものははつきりしていいんじやないかと、そのように思います。

医療法改革のもう最後になりますが、六番目の医療法人制度改革。私は、これは、この改革案、解散時の残余財産の帰属先の制限あるいは社会医療法人債の発行、そして基本的に、公的であると云ふことと公益性を持つということは同義ではないと私はずっと思つておりますので、基本的にこの改革案、私は賛成です。

しかしながら、やはり先ほどからの議論をずっと聞いておりまして、高齢者が特に増えてくる時代に、医療と介護のすき間はないんですね。シーモレスですよ。だとしたら、私は、特養もこの社会医療法人が併設できるということは必要ななんではないかと思います、個人的な意見ですけれど、これ

ども。

それでは次に、生活習慣病のこともちよつとあるんですが、どうしても触れないきやいけない高齢者の自己負担の増加、これはちょっと看過できないので、資料をごらんください。

これはまず日銀の調査です。家計の金融資産に

関する世論調査、日銀のものです。

貯蓄、つまり預貯金ですね、の保有世帯と非保

有世帯、これスケール違います。保有世帯の方は

上が一〇〇、非保有世帯は上が三〇、で、このよう

に推移しています。意図的と思われるかどうか

分かりませんが、交差地点は二〇〇一年、現内閣

の誕生のときです。これだけでは分かりづらい、

あるいは所得格差は高齢者一人世帯の増加によ

る、ジニ係数の変化はそれが原因ではないかと、

はつきりした所得格差はないというような意見も

ござりますので、分かりやすく、次の資料をごら

んください。

これは、年代ごと、そして年間収入ごと、貯蓄のない世帯、ある世帯を三次元的にこの日銀から

いただいたデータで作つてみました。貯蓄のない

世帯、二十代から七十代まで全部増えている。こ

れ年間収入別に見ると、貯蓄のない世帯といふ

は、やはりさすがに一千万以上の収入のところは

貯蓄のない世帯がそれほど増えてはいない。しか

し、それ以下、一千万以下の世帯においては貯蓄

のない世帯がどんどん増えていくということで

す。

やはり高齢者は自分の健康あるいは生活のために貯蓄を取り崩して今の生活を保つてはいる、あるいは保てない人ももういるかもしねれない、こういいう現状なんですね。

そこで私は、かねがね言つていますように、元々老人保健法の中ではこれはなぜ高齢者の自己負担が少なかつたのか。これは、生理的機能の低

下あるいは併存する疾患が多い、例えば手術をし

た後でも合併症を併発しやすい、そういうリスク

があつたから自己負担は低く抑えられてきた、そ

うですね。ところが、現役並みの所得があれば、

現役並み所得と称して一般の方と同じ自己負担をお願いするという考え方が果たして正しいのか。障害者自立支援法のときにも言いましたが、障害者というのは、その障害の原因になつた疾患、病気以外の病気で医療機関へ受診する機会が三倍以上ある。高齢者は四倍以上だと言わっている。それだけリスクが高いような状況の人には、いわゆる健常弱者の人に、所得の面で現役並みと同じであつたらリスクを顧みず同じ負担を設けるという考え方本当にいいんだろうかということです。

確認のためお聞きしたいんですが、障害者自立支援法における自立支援医療の中で自己負担の限度額というのがありますね。それ以外の病気で受診した場合、今回、自己負担限度額という、少し増額されますが、あるわけです。それは自立支援医療の分は除外されてトータルの医療で掛かつた上限が今回の医療保険における上限額、自己限度額の設定ですね。これは確認したいと思います。

○政府参考人(水田邦雄君) 御指摘の、自立支援医療を受ける障害者に対する高額医療費の適用の問題でございますけれども、計算過程に即して申し上げますと、まず自立支援医療の対象となる医療における自己負担額を算出いたします。次に、この自立支援医療の対象外の医療に係る医療保険の定率負担分を算出いたします。その両者を合算した上で、合算額が医療保険における自己負担限度額を超える場合にその超えた額と同額の高額療養費が支給されるということになります。

したがいまして、いずれにしましても、自立支援医療の対象となる医療と対象外である医療の両方を受けた場合でありましても、最終的な自己負担額が医療保険の自己負担限度額を超えることはないという結果になります。

○足立信也君 安心いたしました。ちょっと一部、厚生労働省の方でもちよつとそこら辺理解されてなかつた方がいらっしゃつたので、あえて聞きました。

現役並み所得の話を今したわけですが、これ

実際、説明によりますと、現役並み所得と把握される方が百二十万人から、七十歳以上高齢者ですよ、二百万人という、八十万人増える。その現役並み所得の判断は、一人世帯の場合は年収で三百八十万ですね、二人の場合は五百二十万。その現役並みの収入と言われる方が八十万人増える。実際は保険料も上がり、年金給付も下がりという中で八十万人増える。

そして、十分な低所得者対策をしますと言われますが、いわゆる低所得者とされる方々、これが五十万人減るんですね、計算上は。これで、現役並み所得とされる人が八十万人増えて、低所得者とされる人が五十万人減るという、これが十分な低所得者対策を取っていますという説明になるんでしょうか。その点をお答えください。

○政府参考人(水田邦雄君) 新たに現役並み所得者になる方の数は、実はこれ、現在百二十万でそれが改正後二百万ということで、単純に差を計算しますと八十万人でございますが、これ四捨五入の関係がありまして、実は実際には九十万人の方が新たにこの現役並み所得者になるわけでありますけれども、それから、もう一つおっしゃいまして、低所得者のうち五十万人が一般の所得者になるということになります。

これ、それぞれにつきまして、言つてみますと経過措置なりを講じているということをございますし、申し上げておりますのは、現役並み所得の方につきましては、例えば外来につきましては、入院と異なつて受診回数が多くても自己負担限度額に達することは少ないということを考慮しまして、高齢者につきましては入院、外来を合わせた自己負担限度額とは別に外来に掛かる自己負担限度額、月額四万四千四百円でござりますけれども、それを設けることとしたというふうに、個別それにつきまして、それぞれの状況に応じまして特例措置なりを講じているということを申し上げているつもりでございます。

○足立信也君 低所得者という対象は少なくなると、この事実は変わらない。現役並み所得だとい

う対象者も増えるということです。  
今日の最後に、大臣にお伺いしたいと思いま

す。私たちは、年齢で区切るなど、そして、患者さんの望みをできるだけかなえるように努力する、テーラードメディスン、まあいろんな言われ方しますけれども、一人一人の状態に合った治療を選

ぶ、これが理想だと、そのように思つております。そのためには、十分な注意が必要ですし、例えば手術した後は十分にフォローアップしないと危険です、危ない。ある意味、医療費は増えるでしょう。ただ、世の中はそういうふうに動いています。それが正しいんだと、自己決定に基づいて行えば正しいんだと、私は思つています。そのこ

と、高齢者医療制度を設けて、これから診療報酬をつくり上げるということを言われておりまます。高齢者にふさわしいということと、一人一人の状況に応じた、その人に合った医療、テーラードメディスンという考え方、矛盾はないですか、どのように大臣は整合性を求めておりますか、それだけお聞かせください。

○国務大臣(川崎二郎君) もちろん医療の提供に当たっては、患者個々人の病態等を踏まえた適切な対応をなさるということはまず基本だろうと思ひます。そういう意味では、まず、国民皆保険制度の中で保険によって医療は提供される、これをまず守らなければならないだらうと思ひます。

一方で、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい新たな診療報酬体系を構築すると。これを、後期高齢者全体を典型的にとらえるのではなく、いずれにせよ、七十五歳以上のお年寄り、いろいろあっても、我々が一日も早く職場に復帰するための受ける医療と、後期高齢者がそういう意味では、それぞれにつきまして、それぞれの状況に応じまして特例措置なりを講じているということを申し上げているつもりでございます。

いておりますとおり、患者個々人の病態を踏まえた医療というものが原則にはなつてくるのか。よくそこはこの間も少し申し上げたんですけれども、二〇二五年の目標ということが出させていただきました四十八兆円、そのうち後期高齢者の医療には二十三兆円が掛かることになるだろう。そういう意味では、その当時、私どもが、約二千万人でございますけれども、一人当たりの単価が非常に急激に下がる、削減するという

ような体系にはしていらないということは御理解賜りたいと思います。

○足立信也君 終わりますが、まだまだ私も聞きたいことはございます。そして、大臣も、この本を一度は読まれて、もつと時間をかけて審議した方がいいのではないかなど思つてくれれば幸いだと思います。

○朝日俊弘君 民主党・新緑風会の朝日です。三度目の機会をいたしました。ありがとうございます。

引き続き、老人保健法の全部改正、高齢者の医療の確保に関する法律について逐次お尋ねをしていきたいと思います。

ただ、信題が幾つか残つておりましたから、先に宿題を片付けます。

その第一、五月三十日の当委員会における質疑の中で、私は、高齢者の医療の確保に関する法律のスタートはいつからなんですかというふうにお尋ねしました。そうしたら、いつもあつさりと、法律的には施行期日で決めておりますというお答えでした。

私は、聞きたかったのは、施行期日ではないです。施行期日はもう平成二十年の四月というのが分かっていることで、例えば、気になつたのは、今回提案されている健康増進法の第六条を見ますと、こういう書きぶりになつてゐるんです。「高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号)」の規定により」と、こう書いて

ありますね。あれつ、待てよ、高齢者の医療のあるんですね。あれつ、待てよ、高齢者の医療の

確保に関する法律は平成二十年四月ではなかつたのか、何でここに五十七年と出てくるのか。よくよく考えたらこれは老人保健法が制定された年いつからスタートするんですかということをお聞きしたんです。もう一遍お尋ねします。

○政務参考人(水田邦雄君) ちょっと答弁が不十分だったかもしれません。

順序を追つて御説明いたしますと、まず、現行の老人保健法は昭和五十七年八月十七日に公布されまして、委員御指摘のとおり昭和五十八年二月一日に施行されまして、その後数次の改正を経て現在に至つてゐるものでございます。

法律の一部改正の場合には、もちろん改正法の施行日はそれぞれ改正する内容に応じて設定されるわけでございますけれども、基となつた法律、今回でいいますと老人保健法自体につきましては、この制定時の施行日及び法律番号は変わらないわけでございます。

○朝日俊弘君 法律案附則第一条规定号において平成二十年四月一日と規定しております。

法律の題名及び目的規定を始め、改正される規定につきましては平成二十年四月一日から施行されることになりますけれども、これまでの改

正と同様、老人保健法の一部改正でございますので、老人保健法改め高齢者の医療の確保に関する規定につきましては平成二十年四月一日から施

行されることになりますけれども、これまでの改

正と同様、老人保健法の一部改正でございますので、老人保健法改め高齢者の医療の確保に関する規定につきましては平成二十年四月一日から施

行されることになりますけれども、これまでの改

正と同様、老人保健法の一部改正でございますので、老人保健法改め高齢者の医療の確保に関する規定につきましては平成二十年四月一日から施

行されることになりますけれども、これまでの改

正と同様、老人保健法の一部改正でございますので、老人保健法改め高齢者の医療の確保に関する規定につきましては平成二十年四月一日から施

行されることになりますけれども、これまでの改

正と同様、老人保健法の一部改正でございますので、老人保健法改め高齢者の医療の確保に関する規定につきましては平成二十年四月一日から施

行されることになりますけれども、これまでの改

正と同様、老人保健法の一部改正でございますので、老人保健法改め高齢者の医療の確保に関する規定につきましては平成二十年四月一日から施

行されることになりますけれども、これまでの改

正と同様、老人保健法の一部改正でございますので、老人保健法改め高齢者の医療の確保に関する規定につきましては平成二十年四月一日から施

た、特に、国や市町村が中心になつて住民の健康の保持、増進に努めるという責務規定を削つた、だから法律は変わつたと思つてはいる。このところをはつきりしておかなきやいけないと思うんです、今のお答えは、あくまでも老人保健法の一部改正だというふうに、あらかじめ変えておいて一部改正だというふうに強弁されているというふうにしか思えない。

次行きます。

もう一つ宿題がありました。六月六日、今回の法律改正の中で何で地域保健法も併せて改正がなかつたのかということをお尋ねしました。私は基本的に地域保健法の改正が連動してしかるべきだったと思うのですが、百歩譲って、地域保健法に基づく基本指針というのがあるので、これはきちっと考えていく必要があるんじゃないかという話をしました。そうしたら大臣は、もう少し明確にやつていけということで指示をしましたと、こういうお話でしたので、大臣からの答弁は結構ですが、それを受けて局長の方はどう受け止めているのかがいまいちはつきりしないんです。だから改めてお尋ねします。

地域保健法に基づく基本指針について、中身を読んでみると、やっぱり今の老人保健法があることを前提にした書きぶりになつていています。例えば、市町村及び都道府県は、老人保健対策の実施に当たつては、明らかにそし書いてある。だから、少なくとも、少なくとも今回の法律ができることによつて、改めて地域保健法の枠組みやあるいは地域保健法に基づく基本指針についてきつちり検討をし、改めるところを改めるというふうにしなければならないんじやないかと私は思いますが、どうですか。

○政府参考人(中島正三郎君) ただいま御指摘の地域保健法に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針につきましては、地域保健対策の円滑な実施及び総合的な推進を図るために、地域保健体系の下で国、都道府県、市町村等が取り組むべき方向性を示しているものでございます。

今回の医療制度改革におきまして、生活習慣病

対策も含めて、国、都道府県、市町村及び保険者等がどのような役割を担つていく必要があるかと

いうことにつきましては、健康増進法の基本方針において示すことに加えまして、地域保健法に基づく基本指針についても今回の改革の趣旨を踏まえまして、その内容の必要な見直しを検討してまいりたいと思っております。

○朝日俊弘君 よろしくお願ひします。

大臣、一言追加しておきますと、健康問題については何か、一つは今回高齢者の医療法で定める、もう一つは介護保険法で定める、もう一つは労働安全衛生法で定めるというふうに、これならばに切られちやつてはいるんですよ。そうじゃなくして、健康増進あるいは健康の保持の観点から法律を全体を組み立て直さないとうまいかないんです。ですから、ここは是非、今後の実施に当たります。さて、次に、やつと四十八条まで来ました。

高齢者の医療制度についてお尋ねをします。こ

の点については既に幾つかの同僚議員からの御質問もありましたので、私は絞つて広域連合の問題についてお尋ねしたいと思います。

どうしてこの四十八条の書きぶりが二つの点で納得できないんですね。一つは、「市町村は、後期高齢者医療の事務を処理するため、都道府県の区域ごとに当該区域内のすべての市町村が加入する広域連合を設けるものとする。」この「事務を処理するため」と「設けるものとする」という書きぶりがどうもよく分からぬ、腑に落ちない。

まず先に、「広域連合を設けるものとする」という書きぶりは、これは義務規定なんだろうと思うんですね。この規定に基づく後期高齢者医療制度の運営については自治事務なのか法定受託事務なのか。もし何らかの理由でこの設置に反対した場合にはどうするのか。国は

代執行するのか、お答えください。

○国務大臣(川崎一郎君) 今法案をお読みいただ

きました、「市町村は、後期高齢者医療の事務を処理するため、都道府県の区域ごとに当該区域内のすべての市町村が加入する広域連合を設けるものとする。」この規定についてでございます。

この市町村による広域連合の設置及び広域連合が処理する後期高齢者医療の事務は地方自治法上の自治事務であります。また、広域連合の設置は、この規定により市町村に義務付けられているものでございます。自治事務について代執行する仕組みはございませんが、厚生労働省としては、今後財政の広域化及び安定化の必要性といった広域連合の設置の趣旨を市町村に説明するなど、広域連合の円滑な設置に向けて最大限努力してまいりたいと思います。現在の段階において、法案の趣旨は御理解いただいていると思つております。現在、広域連合に加入しないという市町村は把握はできておりません。

一方で、是正要求はできるのかということになりますと、地方自治法上では、各大臣は、市町村の自治事務の処理が法令の規定に違反していると認めるとき、又は著しく適正を欠き、かつ、明らかに公益を害していると認めるときは、都道府県知事に対し違反の是正又は改善のための必要な措置を講ずべきことを当該市町村に求めるよう指示することができると、こういう規定の置き方に

なつております。そついた意味では、どうして県と相談をして、県の方から要請をしていただくなつております。そして、そのような法体系になつております。

○朝日俊弘君 少し分かっただけけど、それで

もどうしても嫌だとかあるいはできないとかならないで、はうするんですか。

○国務大臣(川崎一郎君) 法律構成上はこれ以上

ありません。我々は代執行はできない。したがつて、我々はます制度をしっかりと説明をすると、それでも御理解いただけない場合は県に要請をす

る、県の方から市町村に要請してほしいと。その

ときに我々の場合は県に指示することができる

されておりますけど、県が今度市町村に対してどこまで命令権といふんですか指示権を持つてあるか、そこがちょっと私どもではよく分かりませんので、逆に総務省の方でちょっと調べて、場合によつては後で報告申し上げます。

○朝日俊弘君 そんなこともありますので、後でお尋ねします。

それで、一つ飛ばして、もう一つの納得できな

いという理由が、高齢者の医療の事務を処理するため、これが、この書きぶりが全く無責任。この法案の質問の最初のときに後期高齢者医療制度と

いうのは社会保険かどうかという話をしました。社会保険の枠組みで組み立てているという話もありました。とすれば、この広域連合は明らかに保険者と位置付けるべきなんです。なぜ保険者と位置付けて、その保険者としての保険者機能を十分に発揮できるよう、むしろそこを強調すべき

じゃなかつたかと私は思つんですね。

もう既に御存じのとおり、現在の、これ大臣もお答えになつてはいる、老人保健制度の一つの大きな問題点は保険者機能が発揮できないと。もちろん健康保険からお金をいただいて、拠出していただけで、それが市町村で給付する。なかなかそこ

に保険者機能が十分に発揮できなかつたから新しく制度をつくりましょうというになつたと大臣自身おっしゃいました。

何で後期高齢者医療の事務を処理するためとも事務的に書いて、しかも保険者という位置付けを明確にあえて書かないでこんな規定ぶりをしたのか。

○国務大臣(川崎一郎君) これについては随分御議論いただいておることは承知いたしております。

法案では、後期高齢者医療の事務を処理するための広域連合を設ける旨の規定を置いておりますが、この規定における後期高齢者医療の事務には保険料の決定、保険給付が含まれており、財政責

任を持つ運営主体であるという意味では広域連合が保険者であるということは明確であることから保険者という規定は置いておりませんが、広域連合が保険者機能を發揮する上で支障はないものと考えております。

○朝日俊弘君 保険者であることが明確であると、何かどこかで書いてありますか。それとも何かで示しますか。ちょっとしつこいようすでけれども、あなたたちは保険者ですよというふうにちゃんと言つてほしいんですよ。明確にどこかで書くか示すかしてほしいんですよ。ここに書かなくていいとおっしゃるんだつたら、どこかに書いていただけませんか。

○政府参考人(水田邦雄君) それをどういう形で書くかは別といたしまして、保険者といいますか、財政責任を負う主体であるということはこれは繰り返し答弁しておりますし、これまでどのようない形であれ明らかにしていただきたいと思つております。

○朝日俊弘君 違う、違う。そんなことを聞いているんじやなくて、保険者機能を遺憾なく發揮してくださいということを書いてほしいと言つているんです。

○政府参考人(水田邦雄君) それはもうはつきりそのように明らかにしていきたいと。文書によりまして明らかにしていきたいと思います。

○朝日俊弘君 何によつて。  
○政府参考人(水田邦雄君) 今申し上げましたのは、文書ということを申し上げました。いろんな会議でも申し上げますし、これ実は、広域連合で給付とそれから保険料、財政の両方の責任を併せ持つということは一番の眼目であります。したがいまして、この点は明らかにすることいたしました。

○朝日俊弘君 どうも、私がしつこくこだわるのは、どこかでやつぱり妥協したんじやないか、どこかであいまいに、うまく持つていただきたいんじやないか、そんな気持ちがあるんじやないかという気がしてなりませんので、はつきりと後期高齢者

医療の運営を担う広域連合は保険者なんだよと、だから保険者機能を遺憾なく発揮するんだよといふことはきつちり書いていただきたい。でないとこの法律そのものの組立てがうそになるというふうに思います。

さて次に、総務省の方においでいただきました。

まず、広域連合を設置する場合の法的根拠について改めてちょっと勉強をしたい。と同時に、現在ある広域連合、これまだできてから余り年数たってないと思うんですけども、どれくらいあって、どれくらいの自治体の数が参加した広域連合が実際にできているのか、ちょっと教えてほしいんですね。私が知るところでは、全部の市町村が参加する広域連合が全都道府県にできるなんですが、地方自治法の第三編、特別地方公共団体という位置付けの中での、このうちの三章の中で、地方公共団体の組合といふものの中の一類型として広域連合が位置付けられているところでございます。

○政府参考人(高部正男君) お答えを申し上げます。

広域連合でございますが、平成六年に制度化されたものでございます。これも委員御案内かと思いますが、地方自治法の第三編、特別地方公共団体といふ位置付けの中での、このうちの三章の中で、地方公共団体の組合といふものの中の一類型として広域連合が位置付けられているところでございます。

〔委員長退席、理事岸宏一君着席〕

そして、広域連合は、都道府県や市区町村等がその事務で広域にわたり処理することが適当であると認めるものに関し、広域にわたる総合的な計画を作成し、その事務の管理及び執行について広域計画の実施のために必要な連絡調整を行つて、その事務のための運営組織を設置するための協定書等の許可を受け設置することができるというような仕組みでございます。

○朝日俊弘君 次に、もう一つ勉強させてください。

広域連合、これは一般的な規定ぶりの説明で結構ですが、広域連合ということになると、その運営の仕組みあるいは政策決定の範囲とかプロセス

成十七年四月一日現在の数値を把握しているところでございますが、七十一件ございまして構成団体の数は延べで二県、百三十五市、三百三十一町、百四十九村、四組合というふうになつてゐるところでございます。また、広域連合が処理する主な事務の種類は、厚生福祉、介護保険でございますとか老人福祉、それからごみ処理やし尿処理などの環境衛生、防災といったようなものが處理する事務となつてゐるところでございます。

最後に御指摘ございました、都道府県単位ですべての市町村が参加する、すべての市町村を構成団体とするような広域連合でございますけれども、これは全国で二件の例がございまして、これにはいずれも人づくり等を目的とするものでございまして、二件存在すると。日本全国じゅうの全県という意味じゃなくて、ある県の中で全市町村が入つてゐるような広域連合というのが二つござります。

以上が状況でございます。

○朝日俊弘君 念のため確認ですけれども、少なくとも、今回提案されているように、すべての自治体が都道府県ごとに参加してそれを全国すべての県につくるというような例はないですね。○政府参考人(高部正男君) 先ほどお答えしたところでおいでございまして、おっしゃられるとおり、日本国じゅうの四十七都道府県すべてでの市町村を構成団体とする広域連合といったような仕組みは承知しております。

広域連合でございますけれども、規約に定めるところによりまして、先ほど申し上げましたように、議会や長等の執行機関が置かれることになるわけでございます。規約により処理することとされた事務でございますとか広域計画の作成、その実施のために必要な連絡調整を行うということになるわけでございます。規約により処理することとされている事務は、その広域連合が責任を持つて処理するということになるわけでございます。

いろいろ申し上げましたけれども、基本的には特別地方公共団体でございますが、長と議会が置かれますので、おおむね一つの市町村と同じような格好で議会が意思決定し執行するというような仕組みで運営される、規約でいろいろ定める部分はありますけれども、そういうものだというふうに御理解いただけたらと思います。

○朝日俊弘君 おおよそどういうものかというのが、御説明いただいたわけですが、それであるとすると、多分この法律を提出する前に厚生労働省から総務省の方に事前の御相談があつて、こういふふうにしようと思うがどうかという相談があつ

とか最終的な責任の所在とか、制度上どういう規定になりつてゐるのか、ちょっと御説明ください。

○政府参考人(高部正男君) 先ほど申し上げましたように、広域連合も地方公共団体の組合の一類型として位置付けられているところでございます。

そこで、都道府県や市区町村等がその事務で広域にわたり処理することが適当であると認めるものについて共同処理をするために設置するものでございます。

〔理事岸宏一君退席、委員長着席〕

たと思うんですね。そのときに総務省は何でこんな法律を認めたのかなど、いまだに私思議なんです。というのは、今御説明いただいた地方自治法に定める規定ぶりは、主語は市町村なんですね、市町村がこうこうこういうものをつくることができる。なのに、今度は違うんですよ。先ほども言いましたけれども、四十八条に「すべての市町村が加入する広域連合を設けるものとする。」これ主語も何もよく分からぬような。だから、私は、最終的には自治体の判断、市町村の判断があつてしかるべきと思うから、それで先ほどしつこく聞いていたんです。どうしても嫌だと言つた場合どうするの、あるいはできないという場合はどうするの。そういうことを重々承知している総務省が何でこういう提案をするかを了解したのか、非常に理解し難いんですけれども、ちょっとと説明してください。

○政府参考人(高部正男君) 制度の設計に当たりまして、厚生労働省の方から私どもの方にお話を

いたしました。その中で、るる既に御説明がありました。どうしてかとも思いますが、財政運営の広域化あるいは安定化という観点でこういう仕組みが必要だということで御説明いただいたところでございました。

御指摘ございましたように、地方自治法の規定は一般的な仕組みでございますので、組合にして

も広域連合にしても事務の共同処理等のために市町村等が自分たちでこういう形で処理しようとする仕組みではありますけれども、そういう一般的な仕組みがあることを前提に厚生労働省の方でいろいろ御検討をいただいて今回の制度設計をされたものというふうに理解しております。この辺については私どもいたしましても説明をしていただいたところでござります。

○朝日俊弘君 いや、説明していただいたのは分かったんです。当然説明あつてしかるべき、何でオーケーと言つたのかというのが分からぬと。あくまでも地方自治法に定める、一部事務組合といふものもあるし広域連合というのもある、それ

はより広域的にやつた方がうまくいくだろうと市町村が判断した場合に自分たちでつくることがでありますよ。そこがスタートなんですよ。ところが、今回は高齢者の医療の確保に関する法律の第四十八条につくるものとすると、こう書いました。連合というのはそんな趣旨にある意味では悪用されていいんですか。

○政府参考人(高部正男君) 御指摘ございましたように、自治法の仕組みは市町村等が、先ほど言いましたように、事務の広域処理、共同処理と

いたような観点で自分たちで制度を組み立て、そういう事務処理をしていくことがいいといつたように、事務の広域処理等に転換するための手続等々について定めている仕組みであることは御指摘のとおりでございます。

今般の仕組みにつきましては、厚生労働省の方で今回の後期高齢者医療制度をつくるに際してどういう仕組みがいいのかいろいろ御検討をされ

た上で、こういう仕組みが必要だということで御説明をいただき、いろんな、何といいますか、総合的に判断して、こういう仕組みを取ることについて私どもいたしましても理解をしたということにとでござります。

○朝日俊弘君 今度、ちょっと別の機会に大臣と一緒にやり取りやつてみようと思います。どうも今

の答えでは納得いかない。

それで、次に移ります。

幾つかの質問をすつ飛ばしまして、療養型の転換の話に話を一気に持つてきます。

法律の中では、一番最後の附則というところに

本則ではなくて附則になつています。

そこで、まず最初にお聞きしたいのは、この病床転換助成事業の概要について、その対象の範囲

はどのようにものかどういうものに転換する場合なかつたんですか。

それから、期間限定ということがございまし

た。これは政令で定める期間における事業といふうに位置付けてございます。これは法律そのもの

の有効期限を定めます。限界立法とは異なりますけれども、事業の存続の必要性を一定期間ごとに見直すという仕組みとして設けているわけでござ

ります。

具体的には、医療費適正化計画の計画期間にこ

の事業の実施期間をそろえまして、施行時におき

ましては期限を平成二十四年度末というふうに政

令に規定をいたしまして、その後も継続するかどうか、

御説明ください。

○政府参考人(水田邦雄君) 病床転換助成事業についてござります。

これにつきましては、委員御指摘のとおり、附則に定めているわけでありますけれども、事業の概要といつましても、まず都道府県を実施主体としているわけでございます。医療療養病床等の長期入院病床を老人保健施設等に転換するための費用の一部を助成するというものでございます。

助成対象範囲といつましても、法律上のます

規定ぶりを申し上げますと、病床の種別のうち厚生労働省令で定めるものの病床数を減少させるとともに、介護保険施設その他厚生労働省令で定め

る施設の新設又は増設により、病床の減少数に相当する数の範囲内において入所定員を増加させる

こととしてござります。

具体的な内容でありますけれども、平成二十年から平成二十四年度の第一期医療費適正化計画の期間におきましては、転換元の病床といたしましては医療療養病床を定めまして、転換先の施設といたしましては老人保健施設のほか有料老人ホームやケアハウス、認知症高齢者グループホームを助成の対象に加える考へでございます。なお、転換先の大半は老人保健施設を想定しているところでございます。

それから、転換整備の方法といたしましては、改修による転換のほか、新規の建て替えによる整備も対象とする考へでござります。

それから、期間限定ということがございまし

た。これは政令で定める期間における事業といふうに位置付けてございます。これは法律そのもの

の有効期限を定めます。限界立法とは異なりますけれども、事業の存続の必要性を一定期間ごとに見直すという仕組みとして設けているわけでござ

ります。

○政府参考人(水田邦雄君) この病床転換助成事業、またこれから御質問もあるうかと思ひますけ

れども、医療保険財源の活用を図ることとしてござりますので、医療保険が適用されている病床か

らの転換に対して実施されるものでございます。

したがいまして、介護保険が適用される病床、具

体的には介護療養病床からの転換をその対象に、

この高齢者医療確保法に言うところの病床転換助成事業ではこれは含めてございません。

一方で、これにつきましては、老人保健局の方で別途対応しているものと考えております。

○政府参考人(磯部文雄君) 介護療養病床を老人保健施設等に転換する際には、市町村が必要と判断した場合には地域介護・福祉空間整備等交付金を活用できるようする予定でございます。

ただ、その具体的な助成内容は、本法律制定後、今後、本交付金全体に係る市町村のニーズも踏まえた上で詰めていくこととしております。

○朝日俊弘君 そうすると、もうちょっと質問してから聞きます。

今の介護療養病床と関連するんですが、従来、診療報酬上の枠組みだたと思ひますけど、精神病床の中に老人性痴呆疾患治療病棟とか療養病棟とかというのがありました。まあ今日的に言うと高齢者認知症治療病棟というのかな。この中に療養病床とあるんですね、老人性認知症療養病床。これはたしか介護保険の方で見ていたいっている分だから、そうすると介護療養病床というふうに思ひますが、その含まれるのかなというふうに思ひますが、その際の転換支援方策はどうなるのか、念のため確認させてください。

○政府参考人(磯部文雄君) 老人性認知症疾患治療病棟につきましては、十八年度の診療報酬改定におきまして、認知症疾患に対する入院医療を重視する観点から看護職員の人員配置基準等の見直しを行つたところでございまして、引き続き医療保険適用として診療報酬上の評価を行つております。これは治療病棟の方です。

療養病棟でございますが、療養病棟は二つに分かれおりまして、医療保険適用の部分、これにつきましては十六年度の診療報酬改定の経過措置によりまして、本年の三月三十一日をもつて廃止されたところでございます。そして、療養病棟のうちのもう一つの介護保険適用の部分につきましては、引き続き介護保険適用として介護報酬上の評価を行つておられるところでございます。

そこで、介護保険適用の療養病棟、老人性認知症療養病棟ですが、は介護療養型の医療施設

の一部でございますので、今回の再編を踏まえま

して、医療保険適用の治療病棟やあるいは老人保健施設等の介護施設に転換するということになろ

うかと思います。その場合に、例えば療養病棟が

老人保健施設等に転換する場合にも、円滑な転換を促進する観点から、療養病床に対する転換支援策と同様の措置を講ずることとしております。

○朝日俊弘君 そうすると、こういうことですかね。従来、精神病床の中の一部で認知症の療養病床を引き受けているんだけれども、既に医療保険の適用からは外れて今は介護の保険の適用を受けているけれども、それも廃止すると。そうすると、両方ともなくなるので認知症の療養病床はもう要らないと、こうなるんですか。

○政府参考人(磯部文雄君) 先ほども、最初にも申し上げましたが、認知症の治療病棟、医療保険適用の治療病棟は引き続き残ります。療養病棟の方は、御指摘のとおり医療保険につきましてはも

う既にございませんし、介護保険につきましては六年後、六年間を経て、治療病棟に移るがあるい

は老健施設等に転換していくだくということにならうと思っています。

○朝日俊弘君 だから、そうすると認知症の療養病床はなくなると。そういう方たちはどこでケア

するんですか。どこでケアするの。なくなっちゃうんでしよう。制度上なくすんだから、そしたらどうするという答えがなきや。

○政府参考人(磯部文雄君) 繰り返しになりますが、その場合には、その御老人の方の状況にもよると思いますけれども、老人性認知症疾患治療病棟、医療保険適用の治療病棟になるか、あるいは

老人保健施設等の介護施設でそうした方々のケアをするということにならうかと思います。

○朝日俊弘君 おおよそそのことで影響を受ける

護保険適用の方の療養病床は四千八百床、それか

ら医療保険適用の療養病床が七千床というのが昨年末の状況です。

○朝日俊弘君 これはちょっとどこまで関係者の皆さんと十分お詰めいただいたのか、やや不信感

が残りますが、少し改めてこの問題については、

きちっと御説明をいただける資料を作つて、関係者の皆さんにも見ていただけるようなものを作つていただきたいと思います。少なくとも一万、二

万程度の数の対象となる施設があるわけですし、しかもそこに入つておられる認知症の方がいるわけでも、これを全部治療病棟に移したらいいでしょ

うという話ではないだろうと思うんですね。是非これから、特に気になつていますのは、認知症に

対するアプローチの仕方が厚生労働省の中でも

ちょっとばらついてるんですね、精神保健福祉課からアプローチする場合と、介護保険の方からアプローチする場合と。だから、その谷間に落ちつこちやうと大変なことになるなと思うので、改めて

ちょっときちっとその説明ができる資料を作つていただいて、機会をつくってください。これはお

願いします。

さて、もう一遍全体の話に戻します。

療養病床を医療療養病床にしろ介護療養病床に

しろ、それをできるだけ少なくしていく方向に持つていく、そのためできるだけ円滑な転換を

進めていく方向、これは私は方向としては認めた

いと思います。ただ、問題はその転換をしていくための必要条件をどうやって整えるかということだろうと思うんですね。

そこで、幾つか課題別にお尋ねしたいと思いま

す。

私の問題意識は、確かに療養病床に言わば社会的入院という形で入院していることは必ずしも適切な状態ではないだろうと。しかし、その病床数を削減すればそれでいいということではなくて、

その社会的入院と言われる理由を一つ一つぶしきかないといけないと、克服していかないといけない、こ

ういうことだと思います。

そこで、現在入院している方たちにどういう社会的理由があるのかということを考えてみます

と、まずは単純に高齢者のための住宅がない、少ないと、いうことが一つあると思うんですね。必ずしもまだ介護が必要な状態にはなつてない。しか

し、先ほど三世代住宅の話もありましたけど、な

かなか高齢者自身でアパート借りるにもなかなか借りれないということがあります。有料老人ホームも結構高いということもある。さてどうい

う施策を、つまり高齢者の皆さんに對して高齢者のニーズに対応した住宅を造ろうという施策が一

方であつていいと思うんですね。

まず、これについて、これはどうやら厚生労働省の仕事ではなくて国土交通省の仕事らしいの

で、今日は来ていただいていますから、一遍、國土交通省としてこれまでどういうことをやつてこられたのか、そしてこれからどんなふうにやってこられるのか、いつうとされているのか、是非御説明をいただきたいと思います。

省の仕事ではなくて国土交通省の仕事らしいの

で、今日は来ていただいていますから、一遍、國

土交通省としてこれまでどういうことをやつてこられたのか、そしてこれからどんなふうにやってこられるのか、いつうとされているのか、是非御説明をいただきたいと思います。

○政府参考人(山本繁太郎君) 高齢者が安心して自立した生活を送るために、高齢者のニーズに対応した住宅供給を推進することは大変大事な課題であると考えております。

このために、まず公営住宅についてでございま

すが、平成三年度から新たに整備するものにつきましてパリアフリー化することを標準といたしま

した。その上で、大規模な公営住宅などを建て替える際には福祉施設等との併設を原則とするこ

と、それから福祉部局と連携をいたしましてライ

フサポート・アドバイザーを配置した公共賃貸住

宅でござりますシルバーウェディングというプロ

ジェクトを進めまいりまして、高齢者のニーズに対応した公営住宅の整備を進めてきたところでございます。

また、平成十三年に制定していただきました高

齢者の居住の安定確保に関する法律に基づきまし

て、高齢者世帯に対してパリアフリー化された居

住環境を備えた高齢者向け優良賃貸住宅を整備す

る民間事業者に対し助成を行いますとともに、高齢者の円滑な人居を促進するために、高齢者の入居を拒否しない民間の賃貸住宅の登録制度を設けてしまいました。

さらに、昨年の十二月でございますが、高齢者の多様な住宅ニーズに対応するため、専ら高齢者世帯を対象としている賃貸住宅につきまして、より詳細な情報提供を行う高齢者専用賃貸住宅制度を位置付けたところでございます。

これらの施策によりまして、民間事業者による高齢者の生活に適した住宅の供給を促進する取組を行つてまいりつてあるところでございます。

なお、今国会で制定していただきました住生活基本法の基本理念におきまして、住生活の安定の確保及び向上の促進に関する施策の推進は、高齢者などの居住の安定の確保が図られることを旨として行わなければならぬものとすることが定められました。

住宅政策といたしましては、今後、この理念に基づきまして、更に積極的に高齢者のニーズに対応した住宅供給に取り組んでまいりたいと考えております。

○朝日俊弘君 ありがとうございました。

いろいろ取組されているということを御説明いたしましたが、一つ苦言を呈すれば、宣伝が下手といふか、PRが必ずしも十分できていないのではないか。だから、利用される方たちに届いていないのではないかという気がしますのと、それから、せつかく厚生労働省といろいろそういう意味では連携をしながらやつてあるわけですから、せめてこの厚生労働委員会の皆さんには、こんなものがあるよというパンフレットの一枚ぐらいい持つてきてもらうと有り難いなと思いますので、これは要請をしておきます。

それと、今後の課題として二つ宿題を出しておきますから、また一年ぐらいたつてから聞きます。

一つは、保証人の問題なんですね。高齢者だけだと嫌がる人、家主がいるんですよ。これ、共同

して何か連帯保証するような仕組みなんかはできないのかなどというのが一つ。それからもう一つは、グループリビングというのかな、高齢者が何とか、元気な者同士が、似た者同士集まって一緒に暮らそうよという、そういうときにに対するつくり方が日本は何かもう一つ一つの小さな家庭みたいになつくり方になつていて、グループリビングでいるようなものに対する支援もあつていいのかなというふうに思います。是非この二つは検討していただければと思います。わざわざ来ていただいて、宿題持つて帰つていただいて恐縮ですけど、よろしくお願ひします。

さて、課題のその二是、やっぱり厚生労働省の方で、現在ある老人保健施設とか特別養護老人ホームなどの介護施設やケアハウス、あるいは有料老人ホーム、グループホーム等についてどういうふうに整備を進めていくのか、こういうことにについて改めてお尋ねをしたいと思います。

そのことと併せて、一緒に聞いちゃいますが、健保法の改正案の附則に検討規定が付けられています。それを読んでみると、療養病床再編後ににおけると、これまた随分先の話を書いています。再編がうまく進むかどうかがよく分からぬのに、こんな先のことを書いていいのかなと思うんですが、再編後における老人保健施設、特別養護老人施設に関する再整理、基本的な在り方の検討等について、いつごろ、どういう場で検討する予定なのかも併せてお聞きしたいと思います。

○朝日俊弘君 そうすると、現在ある審議会とは別途検討会を設けるという理解でいいですか。そこまで決めてない。

○政府参考人(穀部文雄君) そこも含めて検討事項でございます。

○朝日俊弘君 それではその次に、課題のその三は、在宅あるいはグループホームとかケアハウスとか、いわゆる入所施設型ではない地域の様々な居住されている方たちに対して、一つは在宅の、居宅介護サービスの充実と、もう一つは訪問看護などの医療関連サービスを多様化し豊富化するため厚生労働省として、介護入所型の介護施設の整備とその再編成についてどう考えているのか、御説明ください。

○政府参考人(穀部文雄君) 介護サービス基盤の整備につきましては、できるだけ住み慣れた自宅や地域で生活が続けられることを基本としつつ、在宅で介護を受けることが困難な方のために入所あるいは居住系サービスの整備を進めていくことが基本だと考えております。

全国的に見ますと、かなり入所、居住系サービスの整備が進んでいる地域があります一方で、都市部、特に首都圏におきましては、今後、高齢者人口が著しく増加し、特に独り暮らしや夫婦のみの高齢者が増えてくることが予想されており、このようなニーズの増大に対応した計画的な基盤整備を進めしていくことが必要であるうというふうに考えております。

それから、御指摘の附則の件でございますが、ここには、入所者の状態に応じてふさわしいサービスを提供する観点から、老人保健施設等の基本的な在り方や入所者に対する医療の在り方等について検討を行う旨の規定が盛り込まれております。三つを二つとか二つを一つとか、そこまで具体的なことが考えられているわけではございません。

また、この検討方法につきましては、本法案の成立後でできるだけ速やかに検討会を始めたいと思っておりますが、具体的な検討の場やスケジュールにつきましては今後詰めていきたいと考えております。

○朝日俊弘君 そうすると、現在ある審議会とは別途検討会を設けるという理解でいいですか。そこまで決めてない。

○政府参考人(穀部文雄君) そこも含めて検討事項でございます。

○朝日俊弘君 それではその次に、課題のその三

は、在宅あるいはグループホームとかケアハウスとか、いわゆる入所施設型ではない地域の様々な居住されている方たちに対して、一つは在宅の、居宅介護サービスの充実と、もう一つは訪問看護などの医療関連サービスを多様化し豊富化するため厚生労働省として、介護入所型の介護施設の整備とその再編成についてどう考えているのか、御説明ください。

そこについてはどう考えておられるのか。つまり、私がずっと聞いているのは、国土交通省における住まいの確保と、それから厚生労働省における施設介護の再編整備と、それから在宅ケアの充実と、この三拍子がそろわないと駄目だと思ってるんですね。その点についてどう考えているのか、お聞かせください。

○政府参考人(穀部文雄君) 介護保険の制度創設以来、在宅サービスの利用の伸びが特に顕著でございまして、事業者の参入も進み、在宅サービスの基盤の充実が図られてきていると認識しております。

昨年の介護保険制度改革におきまして、高齢者世帯の増加や認知症高齢者の増加に対応するため、具体的に申し上げますと、夜間対応型の訪問介護という制度を設けました。また、小規模多機能型の居宅介護の創設というのもいたしました。それから、地域の相談支援の拠点となります地域包括支援センターの創設なども行っております。

それから、これは本年度の介護報酬改定においてございますが、中重度者への対応を強化しますでございますが、中重度者への対応を強化する、在宅でですね、在宅の中重度者への対応を強化するということで、一つは、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ方の通所の場所として、療養施設に関する再整理、基本的な在り方の検討等について、いつごろ、どういう場で検討する予定なのかも併せてお聞きしたいと思います。

読み方によつては、今まで介護施設は三種類あつた。介護療養型があつて、老健施設があつて、特別養護老人ホームがあつた。今回、六年後までには介護療養施設を削ります、廃止しますよとこうなつた。残る二つも今後は一本化するということの前提で考えるのかなと思ってみたり、これは先読み過ぎかもしれませんけど、ちょっとそこまで決めてない。

○政府参考人(穀部文雄君) そこも含めて検討事項でございます。

○朝日俊弘君 それではその次に、課題のその三は、在宅あるいはグループホームとかケアハウスとか、いわゆる入所施設型ではない地域の様々な居住されている方たちに対して、一つは在宅の、居宅介護サービスの充実と、もう一つは訪問看護などの医療関連サービスを多様化し豊富化するため厚生労働省として、介護入所型の介護施設の整備とその再編成についてどう考えているのか、御説明ください。

また、入院あるいは入所しているところから退院する際の退院時の円滑な在宅復帰のために、今日も少し議論がございましたが、地域包括支援センターによる医療機関とケアマネジャーの連携の形成、それから退院時に在宅からのケアマネジメントが、ケアマネジャーが行きまして、そのケアマネジメントに対しまして加算を創設するという

ことで、医療と介護の連携を図つております。

それから、具体的に、これは診療報酬の方でござりますが、十八年度から新たに在宅療養支援診療所というのを位置付けまして、二十四時間体制、特に介護との関係で申し上げますと、当該診療所から介護保険給付の対象となりますケアハウスや有料老人ホームに入居している末期のがんの患者さんを訪問して診療した場合に新たに診療報酬を算定できるなどの対応を図つてきているところでございます。

○朝日俊弘君 今、ざっと三つの領域に分けて、私なりに克服すべき課題について整理をしてみましたが、以上の話、やり取りをお聞きになつて大臣から総括的にコメントいただきたいと思うんですが、繰り返しますけれども、私は方向としては是とします。しかし、そのことを進めていくに当たっては、いわゆる社会的入院となつた事例の一つ一つの社会的理由を解決、克服しなければ駄目だと、そのための施策の具体的な拡充、充実と併せてこの転換の話を進めていかなければ、これはある意味で無責任と言わざるを得ないと思うんですが、大臣のお考へをお聞きします。

○国務大臣(川崎一郎君) 療養病床の問題は、昭和四十年の老人医療費無料化以降、病院が高齢者介護の受皿となつてきた社会的入院問題として三十年來の懸案となつており、介護保険法施行後六年を経て、介護基盤の整備も進んだことから、積年の課題を整理し、いわゆる社会的入院を是正することとしたものでございます。

療養病床の患者が入院している理由については、在宅でも対応できるが家族の受け入れ体制が整わないためといった社会的入院と考えるものがあるものと認識いたしております。

一つは、療養病床の入院理由、症状に応じた医学的管理を受けることが必要なため、これが四四%。在宅でも対応できるが、家族の受け入れ体制が整わないので、そのうえ、そのうえでござります。そうしたことから、今、国土交通省なり私どもの担当から、そうしたものに合わせながら

ら、正に療養病床の利用者が在宅等へ復帰するに当たつてどのような体制整備が必要かということを今委員から御質問いただき、答えさせていただきました。

私たちも、退院前から、ケアマネジャー、その方の身体状況や御家族の状況、住宅状況なども踏まえたが、以上の話、やり取りをお聞きになつて大臣から総括的にコメントいただきましたけれども、練り返しますけれども、私は方向としては是とします。しかし、そのことを進めていくに当たっては、いわゆる社会的入院となつた事例の一つ一つの社会的理由を解決、克服しなければ駄目だと、そのための施策の具体的な拡充、充実と併せてこの転換の話を進めていかなければ、これはある意味で無責任と言わざるを得ないと思うんですが、大臣のお考へをお聞きします。

○朝日俊弘君 それで、あと残された時間が少なくて、この転換を支える環境づくりを進める観点から、先ほどこれも答弁いたしましたけれども、地域包括支援センター、ここを中心とした地域包括ケアのネットワークを活用することとしており、こうした取組を着実に推進していくことにより社会的入院の是正を図つてまいりたいと考えております。

○朝日俊弘君 それで、あと残された時間が少なくて、この転換を支える環境づくりを進める観点から、先ほどこれも答弁いたしましたけれども、地域包括支援センター、ここを中心とした地域包括ケアのネットワークを活用することとしており、こうした取組を着実に推進していくことにより社会的入院の是正を図つてまいりたいと考えております。

○国務大臣(川崎一郎君) 療養病床の問題は、昭和四十年の老人医療費無料化以降、病院が高齢者介護の受皿となつてきた社会的入院問題として三十年來の懸案となつており、介護保険法施行後六年を経て、介護基盤の整備も進んだことから、積年の課題を整理し、いわゆる社会的入院を是正することとしたものでございます。

一方、介護療養型の転換については、どうやら別のスキームでやるということになる。介護保険の方には病床転換奨励金みたいなのがないですね。そうすると、介護保険の方は介護保険の保険料は使わない、一般財源でやると、こういうことになつてくるのかな。ほとんど中身的には一緒

もう一つは、保険者からの支援金でありまして、この病床転換に伴いまして後期高齢者の医療費が適正化されるということで、この支援も、地域包括支援センター、ここを中心とした地域包括ケアのネットワークを活用することとしており、こうした取組を着実に推進していくことにより社会的入院の是正を図つてまいりたいと考えております。

もう一つは、保険者からの支援金でありまして、この病床転換に伴いまして後期高齢者の医療費が適正化されるということで、この支援も、地域包括支援センター、ここを中心とした地域包括ケアのネットワークを活用することとしており、こうした取組を着実に推進していくことにより社会的入院の是正を図つてまいりたいと考えております。

もう一つは、保険者からの支援金でありまして、この病床転換に伴いまして後期高齢者の医療費が適正化されるということで、この支援も、地域包括支援センター、ここを中心とした地域包括ケアのネットワークを活用することとしており、こうした取組を着実に推進していくことにより社会的入院の是正を図つてまいりたいと考えております。

もう一つは、保険者からの支援金でありまして、この病床転換に伴いまして後期高齢者の医療費が適正化されるということで、この支援も、地域包括支援センター、ここを中心とした地域包括ケアのネットワークを活用することとしており、こうした取組を着実に推進していくことにより社会的入院の是正を図つてまいりたいと考えております。

一方、介護療養型の転換については、どうやら別のスキームでやるということになる。介護保険の方には病床転換奨励金みたいなのがないですね。そうすると、介護保険の方は介護保険の保険料は使わない、一般財源でやると、こういうことになつてくるのかな。ほとんど中身的には一緒

も、まず、これは基本的には都道府県の事業として構成しているわけでありまして、都道府県、医療提供体制に責任を有する、医療計画にも責任を有する、それから医療費適正化計画につきましては、それから医療費適正化計画につきましては、都道府県が一般財源により費用の一部を支弁するという構成を取りつています。ただ、これに加えまして、國も医療費適正化に責任を持つているということから、一般財源により都道府県への交付金を負担するというのが一つはございます。

また、今回の介護保険法制度の改正においては、在宅生活の継続を支える環境づくりを進める観点から、先ほどこれも答弁いたしましたけれども、地域包括支援センター、ここを中心とした地域包括ケアのネットワークを活用することとしており、こうした取組を着実に推進していくことにより社会的入院の是正を図つてまいりたいと考えております。

また、今回の介護保険法制度の改正においては、在宅生活の継続を支える環境づくりを進める観点から、先ほどこれも答弁いたしましたけれども、地域包括支援センター、ここを中心とした地域包括ケアのネットワークを活用することとしており、こうした取組を着実に推進していくことにより社会的入院の是正を図つてまいりたいと考えております。

また、今回の介護保険法制度の改正においては、在宅生活の継続を支える環境づくりを進める観点から、先ほどこれも答弁いたしましたけれども、地域包括支援センター、ここを中心とした地域包括ケアのネットワークを活用することとしており、こうした取組を着実に推進していくことにより社会的入院の是正を図つてまいりたいと考えております。

一方、介護療養型の転換については、どうやら別のスキームでやるということになる。介護保険の方には病床転換奨励金みたいなのがないですね。そうすると、介護保険の方は介護保険の保険料は使わない、一般財源でやると、こういうことになつてくるのかな。ほとんど中身的には一緒

○政府参考人(水田邦雄君) まず、病床転換助成事業、医療保険のサイドの話でございますけれども、それぞれ説明してください。

○政府参考人(水田邦雄君) 介護保険の方につきましては、社会福祉施設整備費補助金というのがあると、元々古くからある特養あるいは老健等に対する施設整備についてございました。それが十六年度から十七年度になりますときに、先ほど申し上げました地域介護・福祉空間整備等交付金ということがあります。

一方、介護療養型の転換については、どうやら別のスキームでやるということになる。介護保険の方には病床転換奨励金みたいなのがないですね。そうすると、介護保険の方は介護保険の保険料は使わない、一般財源でやると、こういうことになつてくるのかな。ほとんど中身的には一緒

○政府参考人(水田邦雄君) 介護保険の方につきましては、社会福祉施設整備費補助金というのがあると、元々古くからある特養あるいは老健等に対する施設整備についてございました。それが十六年度から十七年度になりますときに、先ほど申し上げました地域介護・福祉空間整備等交付金ということがあります。

○小池晃君 日本共産党の小池晃です。

審議やればやるほど問題点が明らかになつてきております。今日も新たな問題が幾つか浮かび上がつてきていると思うんですが、私は、そもそも

の発端である医療費の将来推計の問題を改めて取り上げたい。

これは、今年三月の予算委員会の締め総でも私質問をいたしました。そのときの論点というのではなくて、五年以上前の数字を使っている数字ではないかということ、そのことによつて二〇二五年の医療費が過大推計になつてゐるんではなかということを指摘したんですが、今日、今お配りしている資料の一枚目が、そのとき私が予算委員会で配付した資料、厚労省からもらつた資料です。

ところが、この資料の七十歳未満の一人当たり医療費の伸び率が、数字が間違つていてと、それを最近言い出しております。どうしたことなのか、なぜ間違つたのか、説明してください。

○政府参考人(水田邦雄君) ただいま委員が引用された資料でござりますけれども、これは三月に厚生労働省が議員に対し示した資料でござります。これは、議員からのお求めにできるだけ回答すべく、毎年度の数値、平成十二度以降も毎年度の数値を提出させていただいたところでござります。

これらの数値は、昨年四月の経済財政諮問会議におきまして、いわゆる医療費の自然増が必要とも経済成長と連動するわけではないということをお示しするためにこの医療費の伸びを分解した資料を提出しております。この資料を作成する過程で、医療費の伸びを様々な形で要因分析する必要が生じまして、それに応じて一定の前提で計算してあります。

しかし、この数値を用いた計算の手法というこにつきましては、これは繰り返し申し上げてますように、平成十二年度以降、介護保険制度の創設、あるいは平成十四年に健保の三割負担の導入と、医療費に大きな影響を与える制度改正が毎年のようにあつたということから、医療費の自然

伸び率を見るためにはこれらの精度が落ちるなどの問題があるということで、医療費の将来見通しの前提には使わなかつたということをございます。

それで、ただ、手元にあったものは、議員のお求めに応じて提出したということです。それも議員の求めに応じて提出したということです。

○小池晃君 今の説明、全く意味不明ですか。本当に一人当たり伸び率というのがいろんな数字を持つてゐるということになるじゃないですか。その都度、都合のいい数字を使つてゐるということになるわけですよ。

じゃ、その将来推計に使つたものは何かという

ことで出てきたのが一枚目のこの表なわけです。これは、一人当たり医療費の伸び率というのは、私は純粹にその年の一人当たりの医療費の伸び率を使つてゐるのかと思つたらそうじゃなかつたんですね。実はいろんな細工がしてあつた。要するに、各種の補正をやつてゐるわけです。補正是二つあつて、一つは制度改定による補正で、もう一つは高齢化の影響による補正だというわけですね。それを示してゐるのがこの一枚目の資料なんですね。この結果、七十歳未満の一般の医療費の伸び率は二・一%であり、七十歳以上の高齢者の伸び率が三・二%になつたというわけなんですが、ちょっととこれ細かく中身を見ていきたい。もう一枚めくつていただきて、制度改定の効果がどう出たのかということをこういうふうに厚労省、説明しているわけです。

これは、九七年と九八年と制度改定の影響が出ていると言ふんです。それは後で議論をするとして、九七年。これ九七年の制度改定の計算の仕方が、平成九年の四月からが直後の期間とされてゐるんですが、これ九七年の制度改定というのは九月にやつてゐるんですね。何で九月に制度改定したのに四月からが直後の期間で、そういう補正を行ふんでしょうか。

○政府参考人(水田邦雄君) 平成九年度、一九九七年の制度改定において、健保の二割負担

の導入あるいは老人の一部負担の引上げなどが実施されたわけでございますけれども、確かに、委員御指摘のとおり、制度改定の施行は九月でございます。一般的には九月からその影響が出るものと考えられます。が、法案提出時点におきましては五月の施行を前提に制度改定の内容が早くから報道されましたことから、毎月の医療費の伸びの実績を観察していましたところ、明らかにこの四月以降、伸び率が低下してゐるわけであります。アナンスメント効果ではないかと私ども言つておりますけれども、こういった効果が出た、それが実績上明らかになつたということをございますので、平成九年度の制度改定につきまして、四月から制度改定の影響が出ていたために、この四月から一年間の伸び率というものを基礎にして考えたということでございます。

○小池晃君 もうこれ本当に奇妙な話だと思います。アナウンス効果というのは、アナウンス効果があつて、その前は普通は増えるんですよ。それがその制度改定の前から減つてゐるんだと。これは本当に、私、恣意的な数字のマジックといいますか、普通だつたら、九月の改定だから、伸び率は二・一%であり、七十歳以上の高齢者の伸び率が三・二%になつたというわけなんですが、ちょっととこれ細かく中身を見ていきたい。もう一枚めくつていただきて、制度改定の効果がどう出たのかということをこういうふうに厚労省、説明しているわけです。

これは、九八年にも、先ほどの二枚目の表にありますように、制度改定による影響つて補正してあるんですね。九八年、何の制度改定もないじゃないですか。

しかも、九八年にも、先ほどの二枚目の表にありますとおり、平成九年度の制度改定、九月に実施されているわけでありまして、一般に、制度改定が実施された月からおむね一年間その影響が出て、その後、従来の伸び率に戻るということは経験的に確認されているわけでありまして、そういう意味では、平成九年度の制度改定、九月実施

でございますので、平成十年までこの改正の効果が、影響が及んでいるということで計算をしたものです。

○小池晃君 それもおかしいじゃないですか。だって、四月から影響出でいるんだつたら、一年だつたら四月で終わりでしよう。何でそれが九八年まで行くんですか。これ論理がここでもまたすり替わつてゐるわけですね。

しかも、さらに、九九年の制度改定の影響は、それを見ますと、これは直後の期間は九九年の七月になつてゐるんです。しかも、これはどうも入院外の医療費に限つて補正したようなんですね。これ九七年の補正と全く手法が違いますが、これはなぜですか。

○政府参考人(水田邦雄君) 平成十一年度、一九九九年の制度改定におきましては、七月から高齢者の薬剤負担を国庫で肩代わりするという措置を実施したわけでございますけれども、これは外来、入院外医療費にしか影響がないことから、入院外医療費につきまして、直後の期間、平成十一年七月から平成十二年三月までの期間をいたしまして、その期間の対前年同月の伸び率は六・〇%。それから、参照期間は平成十年九月から平成十一年六月までの期間でございまして、その間に伸びが四・一%とこのことでございます。その差は一・九%でございますけれども、外来、入院外の医療費は約半分でございますので、それに二分の一を掛ける。それから、七月施行による影響といったしまして、十二分の九といふものを掛けましてござります。

○政府参考人(水田邦雄君) 先ほど御指摘がありましたがとおり、平成九年度の制度改定、九月に実施されているわけでありまして、一般に、制度改定が実施された月からおむね一年間その影響が出たかも知れないっていふんで適当に補正、それぞれによつて全然補正の取り方が違うなんですね。九八年、何の制度改定もないじゃないですか。

○小池晃君 私、本当にこれいい加減だと思いまず。補正するというんであれば、一定の原則に基づいて客観的な基準でやらなければ、ちょっと影響が出たかも知れないっていふんで適当に補正、それぞれによつて全然補正の取り方が違うなんですね。九八年、何の制度改定もないじゃないですか。

○小池晃君 私、本当にこれは客観的な数字にならないというふうに申し上げたい。

しかも、その上、四枚目を見ていただきたい

ですが、高齢化の効果についてもこれは補正、これが控除って書いてあるんですね。要するに、高齢化による影響というのは、これはきちっと人口構成の推移から計算すると〇・六%になるわけですね。それが〇・五%になっているんですね。これはなぜですか。

○政府参考人(水田邦雄君) 医療費の将来見通しに用いる一人当たり医療費の伸び率の算定に当たりましては、実績率から、実績値から制度改正効果のほかに、年齢構成の高齢化による効果、いわゆる高齢化効果を補正しているところでございました。これは、将来に向けては将来推計人口を用いたために、いったん高齢化の影響を除くということが必要であるために、この控除の措置を取つているわけでございます。

医療費の将来見通しで用いました平成七年から平成十一年度の一般の高齢化効果の具体的な計算につきましては、これは、平成六年度の国民医療費の年齢階級別の人口を乗じまして診療費の総額を算出しまして、さらに全体の人口で割りますと、一人当たり医療費十四・四三万円になるわけになります。この、同じく平成六年の国民医療費の年齢階級別一人当たり診療費に平成十一年度の年齢階級別の人口を乗じたところでございますが、これは結局、高齢化の影響がこの人口構成の変化に表れるわけであります。これを全体の人口で除しまして一人当たり医療費を算出すると、十四・八九万円になるわけであります。この結果、この五年における年齢階級別の人一人当たり伸び率は〇・六%でございます。

最後に、この国民医療費には老人保健制度に含まれる障害認定者の医療費が含まれておりますので、これにより数値が大きくなる影響があるため、〇・一%を控除して〇・五%としたところでございます。

○小池晃君 だから、本当にこれ補正に次ぐ補正、もう数字を本当にいじくっているんですね、

厚労省は、私は、一人当たりの伸び率を伸ばしましたという説明を聞いて、それはもう単純な実際の数字を伸ばしているのかと思ついたらば、高齢化の補正というのもかなりいい加減なものかな

の、それから高齢化の補正があるし、制度改革の都度その都度違う仕組みであるし、制度改革の、それをやつていてるから結局厚労省自身も訳分かんなくなつていてんじやないですか。今、私、そういうふうにしか思えないんですよ、これ。

大臣にお聞きしたいんですけど、この一人当たり医療費の伸び率のこの補正のやり方、大臣、これ普通の人が聞いたら、余りにも恣意的だというふうに感じるんじゃないでしょうか。こういう前提に基づく医療費の将来推計というのが法案の根拠になつていてるんじやないですか。

○国務大臣(川崎二郎君) 将来見通しについては、衆議院におきましたが、これは正当性がないといふことになるんじやないです。

○国務大臣(川崎二郎君) 将来見通しについてもいろいろな議論をいたしておりますし、私どもも、二〇二五年の数字については正直言つて目安。過去のいろんな予測も必ずしも当たつていないと、こういう御批判もいたしているところでございます。したがつて、これは私どもは機械的に算出しまして、過去の一定期間の実績を取りながらやらせていただきましたと、このように考えております。

○小池晃君 もう答えられないんだと思うんです御説明申し上げたように、若干の補正すべきものは補正させていただいていると、このように考えております。

○小池晃君 もう答えられないんだと思うんですが、これ、目安だ目安だというふうに、医療費伸びるんだって、そんな大ざっぱな議論されたら困るんですよ。これ二〇二五年の医療費というのは十兆も二十兆もこれ変わつてくるわけですよ。しかも、目安だ目安だとおっしゃるけれども、与党の皆さんにはこれを根拠にしてるんですね。

例えれば四月十二日の公明新聞にはこうあるんであります。改革の背景には、高齢化の急速な進行で増加の一途をたどる医療費の伸びをどう抑制するかという、先送りが許されない課題がある。厚生労働省の推計によると、現在三十一兆五千億円の国民医療費が、二〇二五年には六十五兆円にまで膨らむことが見込まれる。将来の変化を織り込んだ改革を実現することは、正に政治に課せられた責任であると。

正に与党が、この六十五兆円という数字を正にしきの御旗にして、これでは大変だろう、だから制度改定などと、だから痛みはしようがないんだと、そう宣伝しているんじゃないですか。九月の改定の影響が

四月から出ていました、だから補正しました。これが機械的じやないですよ、極めて恣意的ですよ。こういうやり方では、正に法案の正当性の根拠、崩れているじゃないかと、そう言つているんです。どうですか。

○国務大臣(川崎二郎君) まず、法案の正当性につきましては、先ほどから申し上げているとおり、将来見通しについては様々な御意見がござります。しかし、私どもは、こうした算式、数式によって出させていただきましたということを明確にいたしております。また一方で、後期高齢者の数が増える中でやはり医療費というものがある程度大きなものにならざるを得ない。これは国民の皆さん方にもよく御理解をいただいているところだらうと思つております。

二番目の問題で、恣意的かと言われば、るゝ御説明申し上げたように、若干の補正すべきものは補正させていただいていると、このように考えております。

○小池晃君 もう答えられないんだと思うんですが、これ、目安だ目安だというふうに、医療費伸びるんだって、そんな大ざっぱな議論されたら困るんですよ。これ二〇二五年の医療費というのは十兆も二十兆もこれ変わつてくるわけですよ。しかも、目安だ目安だとおっしゃるけれども、与党の皆さんにはこれを根拠にしてるんですね。

○政府参考人(水田邦雄君) 出産手当金及び傷病手当金についてのお尋ねでございますけれども、大正十一年の健康保険法の制定当初から法定給付とされてございます。ただ、給付につきましては、療養の給付と同様に昭和二年一月から開始をされているものでございます。

○政管健保、健保組合のみならず、国公共済、地方共済、私学共済、併せて改正されるわけですが、この手当金が作られたのはいつか。その理由を簡単に説明してください。

○政府参考人(水田邦雄君) 出産手当金及び傷病手当金についてのお尋ねでございますけれども、大正十一年の健康保険法の制定当初から法定給付とされてございます。ただ、給付につきましては、療養の給付と同様に昭和二年一月から開始をされております。

まず、このうち出産手当金につきましては、被保険者が出産の前後における一定期間内において労務に服さなかつたことによる所得の喪失又は減少を補い、生活の保障を行うことを目的としているものでございます。

また、傷病手当金につきましては、被保険者が疾病又は負傷の療養のため労務に服さなかつたことによる所得の喪失又は減少を補い、生活の保障を行うことを目的としているものでございます。

○小池晃君 これ八十年ぶりの改定になるわけであります。任意継続被保険者に手当金を支給しないということになる。今まででは任意継続の被保険者と強制保険の被保険者は区別していました。この理由はどういうことでしょう。

○政府参考人(水田邦雄君) 区別してなかった理由というのは明らかでございませんけれども、同じ被保険者であるということから支給していたものだと思います。

ただ、内容を見てみますと、まず労務に服しなかつたことによる所得の損失を補てんするという観点から今回見直しを行いまして、こういった任意継続被保険者に対しましては廃止をする等の措置をとったところでございます。

○小池晃君 その区別していなかつた理由も分からぬといふ。そういうときに今回の改定で任意継続

分は廃止するというのは、私はこれは極めて無責任ではないかと思うんですね。なぜ給付を見直すのか、今説明ありましたけれども、私はそれは理由になつてないというふうに思います。

加えて、埋葬料のことについても聞きますが、これも一九二二年ですね、作られたのは。これ、なぜ報酬比例にしてきたのか、説明してください。

○政府参考人(水田邦雄君) 埋葬料につきましては、創設当時は必ずしも、大正十一年の健康保険法の制定当初から法定給付とされているところでございます。

この埋葬料、被保険者が死亡した場合にその埋葬に要する費用を保障いたしまして、遺族の救済

ないし弔意を図ることを目的として創設されたものと承知してございます。

その支給額につきましては、創設当時は必ずしも保険医療機関の整備が十分でない中で保険料負担はお願いするわけでありますので、こういった負担への理解が得られるよう、報酬比例の負担に

対して埋葬料の額も報酬比例の支給としたものと考えられます。

それから、あえて、先ほどちょっと傷病手当金、出産手当金のところで答弁漏れましたけれども、今回の全体の措置いたしましては、賞与を含めた水準とするために、賃金の六割相当額から三分の一に改善するということが一方でございましたで、合理的に説明が付く部分につきましては合理化をしたということでございます。

○政府参考人(水田邦雄君) 区別してなかつた理

由といふ

にも私ならぬといふうに思います。

今御説明ありましたが、八十年前の話じゃなく

て、ずっと最近まで報酬比例で来たのを、これ標

定額の五万円にする。その理由はなぜですか。

○政府参考人(水田邦雄君) 現金給付の見直し、

今回行つたわけでございますけれども、これにつ

きましては、少子化対策の観点も踏まえました充

実を図る一方で、給付の重点化を図るということ

がこの理由でございます。

埋葬料につきましては、先ほど申し上げました

とおり、制度創設当初からの状況と異なりまし

て、保険医療機関の整備も進みまして保険料負担

への理解も得られてきた一方で、埋葬に要する費

用自体は必ずしも報酬に比例するものではないわ

けでございますので、これと連動させる必然性に

乏しいことから定額化を図ることとしたものでござります。

また、その金額につきましては、国民健康保険

における葬祭料、葬祭費の平均額が約五万円であ

る、そういうこと等を踏まえまして五万円とす

るごとに定めています。

○小池晃君 国保とは運営主体も違えば保険料も

違つたわけで、全く五万円にする説明にはならない

と思います。

定額の五万円にした場合の財政効果、平成十五

年度決算の支給実績は幾らで、五万円にするとど

うなるんでしようか。

○政府参考人(水田邦雄君) 平成十五年度、二〇〇

〇年間の被用者保険制度において支給された埋

葬料等は、約二十二万件、四百三十億円でござります。

○小池晃君 だから、三百二十一億円も削減され

るということになるんですね。これ、結構大きい

問題だと私は思う。出産一時金増やしますよと大

きなことになります。

○小池晃君 任意継続の人には何の合理的な説明

にも私ならぬといふうに思います。

これ、説明ペーパー一枚もないんですよ。私、

まともにこういう問題説明もなしに、健保、共済

含めて大改正、八十年ぶり。大臣、今のこういう

やり方で説明責任果たしているというふうに言え

るんですか。被保険者からの理解を得られるとお

思ひます。

○國務大臣(川崎二郎君) 是非御理解を賜りたい

と思います。厳しい医療保険財政の下で、一方

で、少子化に対応する給付ということで今回の取

りまとめを行わさせていただきました。

改めて申し上げますと、出産育児一時金につい

て三十万円から三十五万円に引上げ、傷病手当金

及び出産手当金について賞与を含めた水準とする

ため、賃金の六割相当額から三分の二相当額に引

上げる。傷病手当金及び出産手当金について、傷

病等により労務に服すことのできなくなつた者に

対する所得保障という性格を踏まえ、任意継続被

保険者等に対する支給については廃止、埋葬料に

ついては、国保が今五万円でございましたので全

て、出産一時金、出産手当金等少子化の方向へこ

の保険料の使い道をこういう形にさせていただい

たと。時代の一つの方向性でございますので、是非御理解を賜りたいと思います。

○小池晃君 医療費適正化の名で、葬儀やあるいは病気など暮らしの基本、一番深刻なときにおける

給付も切り捨てる、安心料さえむり取るという

やり方は私は容認できないということを申し上げ

たいと思います。

さらに、今回、医療費適正化が高齢者医療確保

法の法的目的に盛り込まれる。医療費適正化基本

方針を定め、メタボリックシンドローム対策など

様々な事項、在院日数の短縮などを定めた医療費

適正化計画ということを定めると。医療計画の中

では、疾病別の年間総入院期間の短縮、在宅みと

り率の向上、地域連携クリティカルパスの普及、

こういった目標を新たに掲げると。数値目標を定

め、達成状況を都道府県にチエックさせて診療

報酬にも反映する。余り問題があれば、厚生労働

大臣が都道府県との特例とというペナルティーを

課してまで入院日数を減らすという仕組みであります。

大臣、この医療内容を充実させて、結果として

在院日数が減少していく、医療費も減少する、こ

れは歓迎すべきことだと私は思つてます。在院日

数を減らすことは悪だと思つてません。しかし手法

として、例えば厚労省の医療課長がどんな発言し

ているかというと、ある医療団体との懇談で、こ

れは家で死ねということだと、病院に連れてくる

など、とにかく病院には来ないでと思つているん

だと、こういう発言もしてます。

私は、この入院削減の、在院日数削減の数値目標

を決め、在宅みとり率の向上も目標として掲げ

る、こういうやり方すれば、結局患者の追い出し

競争ということになつてくるし、そうしたやり方

が国民の命や健康に私は重大な悪影響を与えるの

は必ずではないかというふうに思つてますが、大

臣、いかがですか。

○國務大臣(川崎二郎君) 今回の医療制度改革の

中で、諸外国と比べて極めて長い我が国の平均在

院日数を短縮する、大きな目標であることは事実

でございます。限られた医療資源を有效地に活用

して、効率的で質の高い医療を実現するためには、

各医療機関が適切に役割を分担し、医療機関同士

が連携して疾病的状況に応じた適切な医療を提供

していく必要がある。

このため、今般の改革においては、医療費適

正化計画に基づき、生活習慣病対策や長期入院の是

正などに取り組むと同時に、医療計画制度を見直

し、脳卒中、がん、小児救急医療など事業ごとに

地域における医療連携体制を構築し、それを医療

計画に具体的に位置付けることといたしております。

これにより、急性期から回復を経て在宅に戻

るまで、治療が途中で中断することなく、切れ目

のない医療提供体制を実現し、転院、退院後も考

慮した適切な医療の確保が図られるように対応し

ます。

第七部 厚生労働委員会会議録第二十七号(その一) 平成十八年六月十三日 【参議院】

てまいりたいと考えております。

○小池晃君 いや、だからそうならないでしようと言っているんでですよ、こういうやり方したらば、機械的な数値目標を押し付けるというやり方をしたらば。そういうことを指摘しているんであります。

統いて、基本健診、特定健診の問題、ちょっと聞きたいんですが、今回老健法に基づいて地方自治体が行つてきた基本健診が廃止されて特定健診ということになつていくというやうなことがあります。これは、保険者に対する保険料を財源とする特定健診の実施を義務付ける。これは、保険というのは保険事故に対する給付というのは保険原理だと思うんですが、私はこれ保険原理を超えることになりますが、なんじやないかと思うんですが、その点いかがですか。

○政府参考人(水田邦雄君) これは我が国の医療保険制度におきまして、従来から保健事業の推進によりまして疾病又は負傷の発生率が減少する、ひいては保険給付を適切なものにすることにながらるということで、保険者の財政の安定化も図られるということに基づきまして、健診等の保健事業を保険料を財源とする事業と位置付けて既に実施をしてきているわけでございます。

今回の改正におきましては、保険者が行います保健事業のうち、生活習慣病に着目した健診、保健指導につきましては、加入者の健康増進に資するところもに医療費の適正化効果が期待されるということでござりますので、取組を確実なものとするために努力義務から義務へと改めるところでござりますけれども、医療保険におきまして、保健事業を行う基本的な考え方そのものは從来と何ら変わることがございません。そういう意味で、社会保険の考え方にはこれのつとつたものであると考えております。

○小池晃君 今のは説明になつてないと思いますね。この部分が保険原理を超えないという説明にはなつてないというふうに思います。加えて、加入者全員の健診の記録を長期間にわ

たつて管理すると。これ、個人情報保護という観点からも極めて問題があるんじゃないかというふうに思うんです。これ、全国レベルで健診情報を集中管理するようなことも考えているんであります。

○政府参考人(水田邦雄君)

今回の改正におきまして、保険者に対しましてはデータの保存ということを義務付けることとしてございます。これ

は、保健指導のときに過去の健診データの推移を活用する、あるいは保健指導後の健診データの改善状況から見まして、保健指導を行う事業者の評価あるいは選定に活用すると、こういうことが考えられるわけでございます。

一方、国におきましては、統計的な処理を行うためのデータの収集あるいは分析ということはあり得ると考えておりますけれども、個人を特定した記録の管理等を行うことは、これは考えてございません。

○小池晃君 といつても、私、非常にこれは危険なことになると思うんですね。統計のためだけだと言うけれども、情報としては行くわけですか。健康情報の国家管理は、私は国民は望んでいいというふうに思います。これも問題点だと思います。

加えて、医療保険の加入者の特定健診の受診達成状況が悪い場合には、後期高齢者の医療費に充てられる特定保険料を高くすると。この理由は一体何ですか。両者の間にどのような因果関係があるんですか。

○政府参考人(水田邦雄君) 委員御指摘のとおり、各保険者における特定健診等達成状況を踏まえまして、後期高齢者支援金の加算、減算の措置を付けるという努力をしたところとしないところで差を付けるというのは、ある意味でそれはインセンティブという面でも理由があることだと考えておきますけれども、それはもちろん市町村

国保の財政に影響はあるわけですが、それどころか、その点は制度設計とも関連いたしますので、実施までに関係者の御意見も伺いながら具体的な設定については考えていくないと、このように考えております。

○小池晃君 こういう重大な問題を考えていません。

の医療費の適正化につながることを踏まえまして、こうした保険者の努力を評価し、特定健診や特定保健指導の実施に向けたインセンティブとするためにこういった加減算の措置を設けているわけでございます。

○小池晃君 健診の達成状況を高めるということは大事なことだと思いますが、その結果が後期高齢者の時代に発症するというのはエビデンスがないというふうに思います。極めていい加減な話だというふうに思います。

さらに、被用者保険に比べれば、市町村国保というのは健診率の引上げはなかなか困難ではないかというふうに思うんです。市町村国保の財政をこれは圧迫することになるんじやないです。た老人保健事業では国と都道府県が三分の一ずつ負担していくということでございますので、引き続き同様にこういった負担を行うことを考えていくところでございます。

○小池晃君 いや、違うんです。私が聞いているのは、市町村国保と被用者保険を比べれば、健診、なかなか市町村国保はいろいろと困難な状況はあるだろう。そういう中で、これが特定保険料の問題に跳ね返つてくれれば国保財政を悪化させるんじゃないですかと聞いています。

○政府参考人(水田邦雄君) その点は、正に健診費用を掛けることによって高齢者医療の負担を下げるという努力をしたところとしないところで差を付けるというのは、ある意味でそれはインセンティブという面でも理由があることだと考えておきます。その結果として、それはもちろん市町村

国保の財政に影響はあるわけですが、それどころか、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や、あるいは心疾患等をスクリーニングできるような内容ということを予定しております。

○政府参考人(水田邦雄君) その点は、制度設計とともに関連いたしますので、実施までに関係者の御意見も伺いながら具体的な設定については考えていくないと、このように考えております。

○小池晃君 医療保険者によります特定健診につきましては、従来の老人保健事業の基本健康診査と同様、採血などの医行為が含まれる内容となる予定でありまして、こうした特定健診の実施方法

ということ自体が大問題ですよ。

それから、健診の問題で日本経団連がこんなことを言っている。今年の四月十四日に、生活習慣病予防に係る特定健康診査・特定保健指導のアツソースの推進に向けてという要望書です。これは、アウトソース先の能力・信頼性等に関する評価基準を早急に整備し公表すべき、施設や有資格者に関する基準が過重になるのはアウトソース先の自主性・多様性の阻害につながり望ましくない」と、こう言っている。この記者会見で日本経団連の高橋秀夫産業本部長はこう言っているんですね。フィットネスクラブなどに健診機器を設置した上で医師がアドバイザーになるか立ち会うなどすれば恐らく民間でもできるだろう。日本経団連の会員でもある電機メーカーなどが計測機器を開発すれば、医師がすべてを計測しなくても、保健師であつてもよいのではないか、こんなことを言つているんですね。

老健事業の基本健診というのは、これは医療機関かそれに準ずる施設で行われております。それは正に医師が、健診というのはこれは診断を伴う行為だからだというふうに思っています。日本経団連言つているように、医者はアドバイザーとか立会い者でいいんだと、こういうことを検討しているんです。

老健事業の基本健診というのは、これは医療機関かそれに準ずる施設で行われております。それは正に医師が、健診というのはこれは診断を伴う行為だからだというふうに思っています。日本経団連言つているように、医者はアドバイザーとか立会い者でいいんだと、こういうことを検討しているんです。

○政府参考人(中島正治君) 今回、医療保険者に義務付けられます特定健康診査の具体的な健診項目につきましては、現在、有識者や医療保険者にも御参加をいたいた検討会において検討をしていただいているところでございます。糖尿病のはじめに高血圧症、高脂血症、さらに重症化した結果としての脳血管疾患や、あるいは心疾患等をスクリーニングできるような内容ということを予定しております。

○政府参考人(中島正治君) その点は、制度設計とともに関連いたしますので、実施までに関係者の御意見も伺いながら具体的な設定については考えていくないと、このように考えております。

医療保険者によります特定健診につきましては、従来の老人保健事業の基本健康診査と同様、採血などの医行為が含まれる内容となる予定でありまして、こうした特定健診の実施方法

としましては、集団健診として市町村保健センターや職場の診療所等で実施する方法、あるいは医療機関に個別委託する方法などが考えられます。したがって、診療所のないフィットネスクラブにおいてこうした特定健康診査を実施するといつたことは考えてはおらない状況でござります。

○小池晃君 さらに、この特定健診規制緩和、外注化で本当に営利企業のマーケットにするなんということは絶対に許されないことだということを申し上げておきたいというふうに思います。

それから、昨日の公聴会でも大問題になりました介護療養病床の廃止と医療療養病床の大削減問題、これ、与党推薦の公述人からも懸念が表明されました。

今回の診療報酬、七月から改定されるものですが、これは医療療養病床から介護施設などへの移行を強力に誘導する性格のものであります。一方で、介護保険の参酌標準の上限、ここに今現実としては病床数張り付いている。参酌標準変えない限り、老健施設への転換が事実上不可能な県が数多く存在している。これ大変な混乱になつてゐると思います。今回の法改正やあるいは診療報酬の改定、これを前にして廃業を決意すると、そういう病院も出てきている。

老健局長、私、これは第三期の参酌標準、直ちに見直す、あるいは柔軟な運用を認める、手だてがなければこれは大変な混乱が生まれると思いますが、いかがですか。

○政府参考人(磯部文雄君) 第三期は十八年度から二十年度の三か年でございまして、介護保険事業につきましては各市町村がこの間のサービス見込み量や保険給付などを明らかにした計画を策定しまして、それに基づいて保険料を設定し終えたというところでございます。その中で各市町村は医療療養病床が介護施設等に転換する分の費用を見込んで介護保険料を設定しているわけでもございませんし、仮に現行計画の見込み量以上の転換を認めた場合には保険料が不足するということに

としましては、集団健診として市町村保健センターや職場の診療所等で実施する方法、あるいは医療機関に個別委託する方法などが考えられます。したがって、診療所のないフィットネスクラブにおいてこうした特定健康診査を実施すると、いったことは考えてはおらない状況でございま申し上げておきたいと、いうふうに思います。

なりますので、私どもいたしましては第三期の途中で参考標準を見直すことは考えておりません。

者の医療の必要性等に応じた評価を導入することとし、具体的には、医療の必要性の高い患者に係る医療については評価を引き上げるとともに、医療の必要性の低い患者に係る医療については評価を引き下げるところでございます。

こうした診療報酬体系の施行に当たっては、通常四月実施ということでございますけれども、医療機関への周知期間等を勘案して七月施行といったところがございます。

なお、医療区分一の患者について医療療養病床で対応する場合にあっても、医療の必要性が低い治療機関への周知期間等を勘案して七月実施といったところでございます。

なんていうのは余りにも、私、国民に対して無責  
任過ぎるというふうに思いますが、大臣、いかが  
ですか。

○國務大臣(川崎二郎君) これは衆議院でも御答  
弁させていただき、参議院でも御答弁させていた  
だいてまいりました。また、一方で、先ほど申し  
上げたように、介護保険移行準備病棟という一つ  
の制度も設けながらやつてまいりたいと思つてお  
りますので、あとは一つ一つの事例を我々丹念に  
見ながら対応してまいりたいと思つております。

○小池晃君 事例ができて追い出されてからでは

○小池晃君　さらに、この特定健診規制緩和、外注化で本当に営利企業のマーケットにするなんどいうことは絶対に許されないことだということを申し上げておきたいというふうに思います。それから、昨日の公聴会でも大問題になりました介護療養病床の廃止と医療療養病床の大幅削減問題、これ、与党推薦の公述人からも懸念が表明されました。

んな法案出してくるからこういう混乱が生まれるんじやないですか。こういう診療報酬改定やら大混乱になるんじゃないですか。余りにも無責任だし、三期の計画があるから変えられません、これは余りに私は無謀、無理な議論であるというふうに言わざるを得ないというふうに思うんです。

療機関への周知期間等を勘案して七月施行としたところでござります。

なお、医療区分一の患者について医療療養病床で対応する場合にあっても、医療の必要性が低い患者が多く入院する病棟については、平成二十四年三月までの経過措置として、医師、看護職員の配置を薄くする場合でも診療報酬上の評価を下げる算定できる介護保険移行準備病棟を認める予

の制度も設けながらやつてまいりたいと思っておりますので、あとは一つ一つの事例を我々丹念に見ながら対応してまいりたいと思つております。  
○小池晃君 事例ができて追い出されてからでは遅いんですよ。この法律ができればそういう人が出てくるんですよ。その一人一人にとつてみれば、それは人生の問題であり、命の問題になるんですよ。そういう無責任な発言は私許されないと

今回の診療報酬、七月から改定されるものですが、これは医療療養病床から介護施設などへの移行を強力に誘導する性格のものであります。一方で、介護保険の参酌標準の上限、ここに今現実としては病床数張り付いている。参酌標準変えない限り、老健施設への転換が事実上不可能な県が数多く存在している。これ大変な混乱になつてゐると思います。今回の法改正やあるいは診療報酬の改定、これを前にして廃業を決意すると、そういう病院も出てきている。

るな実態が出されて、特に北海道、根室、釧路の地域は、療養病床なくなるだけじゃなくて、それに伴つてやつぱり急性期医療にも大きな影響を与えてくるということが、これは報告をされました。地域医療が崩壊するんだと、そういう声まで上がっているわけです。これ、七月からなんですよ、もう診療報酬の改定は。これは、医療療養病床に入院している、医療区分一とされると、これ明らかに追い出すことを目的とした診療報酬になつている。一方で、こんな診療報酬で追い立て

定であり、医療機関がコストを引き下げて入院医療を継続する選択肢を設けることとしたほか、さらに、このような措置を講じてもなお一時的な資金の不足が生じた場合には独立行政法人福祉医療機構の融資を受けることができる」とするとの措置を講じることといたしております。

いずれにせよ、六年掛かって療養病床の転換を図るわけでございますけれども、その経過期間の中でしつかり状況をウォッチしながらやつてまいりたいと考えております。

思う。追い込む手だけはつくりながら、それを救う手だてすら取ろうとしない。いろいろとおっしゃつたことでは救いにならないんですよ。これは余りにも私、無責任過ぎるということを指摘しておきます。こういうやり方で法案を通すなんということは断じて許されないというふうに思っていますね。

がん対策の問題を最後に取り上げます。

がん対策が言われております。これは非常に大事なことだと思いますが、これはがん検診の助

老健局長、私、これは第三期の参酌標準、直ちに見直す、あるいは柔軟な運用を認める、手だてがなければこれは大変な混乱が生まれると思いま  
すが、いかがですか。

る仕組みだけはつくりながら、参酌標準がありますからそつちは変えられません、受皿はつくれませんと。これはあんまりじゃないですか。私、こういうやり方は本当に理不尽だし、この

○小池晃君 最初のときの答弁と全く同じで、一歩も進んでないんですよ、これだけ危惧が表明されていながら。

成が九八年に地方の裁量を広げることで一般交付金になつた。これ以降、検診の受診率低下しているんです。東京では、二十三区中十四区、三十市町村中二十二、六八%の自治体ががん検診

問題は与党推薦の公述人からも危惧が表明されている。私、参酌標準見直せないとこののであれば、これは七月からの療養病床に係る診療報酬改定、これを見送る見直すということがなければ、私は行政としても余りにも無責任な姿勢だと思われても仕方ないと思うんですが、大臣、いかがですか。

○小池晃君 最初のときの答弁と全く同じで、一步も進んでないんですよ、これだけ危惧が表明されていながら、大臣、六年掛かってというけれども、六年じゃないんですよ。この七月から改定になるんですよ。もうすぐ患者さんの側は追い出しが、そして病院の側は経営困難がということになる構造がもう七月にはできるんですよ。にもかかわらず六年あるからいいんだと、こういう議論じゃないでしよう。

私、これだけ問題がいろいろ出されているのに、最初に言つた答弁を一步も変えない、このまま通してくださいよ、これ余りにも硬直した姿勢じゃないですか。こんなやり方で法案通してくれ

成が九八年に地方の裁量を広げるということです。般交付金になつた。これ以降、検診の受診率低下しているんです。東京では、二十三区中十四区、三十市町村中二十二、六八%の自治体ががん検診を有料化しています。それ以外も含めて大多数が有料化を検討している。有料化されると受診率下がるというはどこでも出ています。がん検診の受診率は、この間全体としては非常に伸びていない実態がある。だとすれば、私、この一般財源化ということを見直す必要があるのでないかと思ふんですね。

者の医療の必要性等に応じた評価を導入することとし、具体的には、医療の必要性の高い患者に係る医療については評価を引き上げるとともに、医療の必要性の低い患者に係る医療については評価を引き下げたところでございます。

こうした診療報酬体系の施行に当たっては、通常四月実施ということをございますけれども、医療機関への周知期間等を勘案して七月施行としたところでござります。

なお、医療区分一の患者について医療療養病床で対応する場合にあっても、医療の必要性が低い患者が多く入院する病棟については、平成二十四年三月までの経過措置として、医師・看護職員の配置を薄くする場合でも診療報酬上の評価を下げる算定できる介護保険移行準備病棟を認める予定であり、医療機関がコストを引き下げて入院医療を継続する選択肢を設けることとしたほか、さらに、このような措置を講じてもなお一時的な資金の不足が生じた場合には独立行政法人福祉医療機構の融資を受けることができるることとするとの措置を講じることとしております。

いずれにせよ、六年掛かって療養病床の転換を図るわけでございますけれども、その経過期間の中でしっかりと状況をウォッチしながらやつてまいりたいと考えております。

○小池晃君 最初のときの答弁と全く同じで、一步も進んでないんですよ、これだけ危惧が表明されているながら。

大臣、六年掛かってというけれども、六年じゃないんですよ。この七月から改定になるんですよ。もうすぐになると患者さんの側は追い出しが、そして病院の側は経営困難がということになる構造がもう七月にはできるんですよ。にもかかわらず六年あるからいいんだと、こういう議論じゃないでしょ。

○國務大臣（川崎二郎君） これは衆議院でも御答弁させていただき、参議院でも御答弁させていただいてまいりました。また、一方で、先ほど申上げたように、介護保険移行準備病棟という一つの制度も設けながらやつてまいりたいと思つておりますので、あとは一つ一つの事例を我々丹念に見ながら対応してまいりたいと思つております。

○小池義君 事例がてきて追いで出されてからでは遅いんですよ。この法律ができればそういう人が出てくるんですよ。その一人一人にとつてみれば、それは人生の問題であり、命の問題になるんですよ。そういう無責任な発言は私許されないと思う。追い込む手だけはつくりながら、それを救う手だけすら取ろうとしない。いろいろとおっしゃったことでは救いにならないんですよ。これは余りにも私、無責任過ぎるということを指摘しておきます。こういうやり方で法案を通しながらということは断じて許されないというふうに思っていますね。

がん対策の問題を最後に取り上げます。

がん対策が言われております。これは非常に大事なことだと思いますが、これはがん検診の助成が九八年に地方の裁量を広げることで一般交付金になつた。これ以降、検診の受診率低下しているんです。東京では、二十三区中十四区、三十市町村中二十二、六八%の自治体ががん検診を有料化しています。それ以外も含めて大多数が有料化を検討している。有料化されると受診率下がるというのもどこでも出ています。がん検診の受診率は、この間全体としては非常に伸びていないう実態がある。だとすれば、私、この一般財源化ということを見直す必要があるのでないかと思うんですね。

総務省にがん検診の交付金の交付額を聞きますと、九八年以来ずっと六百四十億円と、変わらぬ

○政府参考人(礪部文雄君) 費用負担のお話がござ  
いつたつて無理があるというふうに思うんです。  
こういうときに自治体の責任だということだけでは  
済ませていいのかとそういうことが問われているん  
じゃないですか。老健局長、このがん検診の問題  
について、一般財源化について見直す必要がある  
んじゃないですか。

方を見直す必要があるんじゃないですか。少なくとも私は一般財源化によって有料化が広がつているという実態についてこれ調査をする。先ほど局長が前から有料でやっているところ多かったと言ふけれども、実態調査なんかやられていないんですよ。だから、この一般財源化でどういう事態が起こっているのかちゃんと調査する。大臣、このぐらいのことやるべきじゃないですか。

○小池晃君 一般財源化は正しいというのは私は驚いています。これ検診が増えるほど国の補助金も増えるという仕組みと、幾ら、受診者が増えれば自治体の持ち出しが増えるという仕組みは、自治体にとってみれば天と地ほども違いますよ。だからこそこれだけ有料化が広がっているんです。がん対策が必要だと言ひながらこういう制度を見直そとはしないというのは、私はこれでは政府の言うがん対策も絵にかいたものにならぬ

おきまして考え方が示されたわけでありまして、慢性期の入院医療の在り方につきまして、医療の必要度あるいはA.D.L.の区分、こうしたものについて見直しを行うという方針が既に示されておりまして、二年掛けまして、中医協の下の専門的な調査・専門委員会におきまして調査をし、その上でこの新しい療養医療費の診療報酬の中身を定めたものでございます。それは全体として療養病床の再編成という流れと軌を一にするといいますか合致した整合性のあるものと考えてございます。

○福島みずほ君 結局、療養病床削減のために七

---

中の介護保険のサービス見込み量でございますが、我々が集計したところによりますと、十八年から二十年で、例えば老人保健施設ですと二万六千床ぐらいの増加の予定を立てております。それからまた、介護療養施設が仮にそのまま老人保健施設に変わることになりますと、これは都道府県の御判断でございますが、基本的に介護保険の保険料の中でのやりくりになりますので、恐らく認められるだらうと思います。それから、介護療養の中で医療の必要の高いものにつきましては、例えば医療の療養型に移るとも考えられます。この場合にも、これも都道府県の御判断によりますけれども、介護保険の療養の空きの部分につきまして、例えば老人保健施設を造るといった現行内でのやりくりもできるものと考えております。

○福島みずほ君 法案では、参酌標準、ベッド規制を見直すよう配慮することとされております。

しかし、今答弁があつたとおり、これは自治体が

行う、実際に行うのは市町村なので、国が果たし

てこういうものを作つても、適正に運用されると

いう保障は一切ありません。とにかくひどいこと

なんですよ。

この法案を作る、七月一日にはもう診療報酬体

系を変えてしまう、病院側がもたなくなつてしま

う。参酌基準はあつて、ベッド規制があつて、市

町村に期待するけどそれは先の話。しかも、それ

が本当に担保されるかどうかは分からぬわけで

すよ。いかがですか。

○政府参考人(磯部文雄君) 七月の先ほどお話を

ございましたので、ちょっと三期に限つて申し上

げましたが、第四期、すなわち二十一年度から二

十三年度の事業につきましては、これから厚生労

働省が参酌標準を示し、先ほど申し上げましたよ

うな、それぞれ都道府県が事業支援計画、あるいは市町村が事業計画を立てていくということにな

ろうと思います。その場合におきましては、我々

も、今回この法律が通りましたら、介護療養

型の病床の再編ということを踏まえまして、そ

した参酌標準を定め、それをそれぞれの都道府県の方に実施をお願いするということにならうかと思ひます。

確かに、最終的に法的な義務という点ではございませんけれども、介護保険及び医療保険におきまして負担を勘案すれば、多くの自治体におきまして、国の方針性について御理解いただけるものと考へております。

○福島みずほ君 都道府県では、一般病床から療養病床への変更は認めないと黙つているところもあります。

厚生労働省がひどいと思うのは、午前中も出ました、猫の目のように政策が変わることです。一

九九〇年、ゴーレッドプランが出てくる。一九九三年、平成五年、療養型病床群の創設、医療法の改

正が行われます。二〇〇一年には療養病床の創設、医療法の改正をやります。去年はこの委員会で介護保険の改正をやりました。そのときにこんなことは全く議論されなかつたんですよ。全く議論されなかつた。

日本療養病床協会からのたくさんのペーパーも出ておりますが、私が病院の経営者だったら本当に怒り狂うだろうというふうに思います。信用して

疗養病床を増やし、まじめにやろうと思つたら、七月一日から突然診療報酬が改定になる。

参酌基準はどうなるか分からぬ。病院は経営が成り立つていいかであります。患者だつて大変ですよ。家族だつて大変。順番が違うぢやないです

か。

○政府参考人(水田邦雄君) 診療報酬のことである

りますんで、私どもの考え方、申し述べたいと思ひますけれども。

まず、今回の改定におきまして、医療の必要度が高い人につきましてはむしろ診療報酬上がるわけあります。したがつて、多くの方が医療の必要度が高いところはある意味上がりりますし、下が

ないという状況があるわけです。今回一番影響を受けるのはこの医療区分の非常に低い方、ほ

とんど、介護施設での対応がほとんどのところが

診療報酬が下がるということになるわけでありました。今年四月に根室市の隣保院附属病院が閉鎖されたこと、そのことなどの記述もありました。公述人の一人は、吹雪の中、裸で放り出されました。

大臣、昨日の地方公聴会のそれぞれの切実な声をどう受け止められましたか。

うなもんだといふうに言いました。

大臣、衆、それからこちらの行政改革の特別委員会、衆、すつと国会で答弁をいたしております。

直接は聞いておりません。しかし、一方で、今までおきましたので、平成二十三年度末までは、むしろそういった医療の必要度が低い方が入つておられたので、これまでの医療移行準備病棟というものを設けまして、報酬水準は同じで受け取れども、コストを下げるということで対応する

と、こういう道を開くことによって対応しようと思つておりますし、それから、先ほど老健局長が

思つておりますし、それから、先ほど老健局長がちょっとと言いましたけれども、介護療養病棟と医療療養病棟、あるいは医療療養病棟を二つ持つて

いるというところでは、こういった医療区分の配置を様々考えることによって対応を緩和すること

ができるようかと思ひます。

そういう対応が難しいのは、療養病棟、医療療養病棟だけ持つて、しかもそこに入つておられる方が医療区分が一でADLも一

と、こういう方々のところをどうするかというこ

とでございますが、それにつきましては数も少なく

かろうと思つておりますので、必要があれば個別にも相談に応じたいと、このように考えております。

○福島みずほ君 個別に相談に応じたいという意味が全く分かりません。

先ほど答弁されたじゃないですか。今回の療養病床の削減と七月一日に行われる診療報酬の改定

は軌を一にして、整合性があるという答弁でした。結局、療養病床の数を減らすために診療報酬の体系変えて追い出すんですよ。採算が合わない

いうふうにして兵糧攻めにして追い出しますよ。

こういう政策を厚労省が平原とやつて答弁しているのかといふうに思ひます。

地方公聴会で多くの公述人が療養病床、特に北海道でしたから非常に困るということ、行き場がなくなるということ、そのことを力説をいた

が非常に増えてるという声が出て、結局この法案が通った後の問題点も完璧にあぶり出している。それで、私が分からるのは、ちょっと教えてください、医療型病床と介護型病床、これはどうやって区別するんですか。

○政府参考人(松谷有希雄君) 医療法では一般病床のほかに療養病床というのが決められてございまして、いわゆる医療型、介護型というのはそれの病床においてどの保険を適用しているか、医療保険が適用の場合が医療保険適用型の医療型療養病床、介護保険を適用している病床が介護保険適用型療養病床と、こういうことになつております。

○福島みずほ君なぜ私がこの質問をするかといふと、医療型病床と介護型病床で全廃とそれから削減となつてます。ところが実際はこれが、今日もずっと委員の方から出でておりますが、介護と医療つてシームレスである。両方重なつたり、両方必要だつたり、有機的であつたりするわけですね。そうしますと、介護型病床と医療型病床に分けて、一方は全廃、一方は削減といつたところで、一体どういうふうに仕分をするのか、これは実はよく分かりません。

大臣、この厚生労働委員会でどうも議論がかみ合わなくて、私としては非常に怒り狂つてしまふんです。が、吹雪の中を裸でぼうり出すのかということが公述人から言われました。この間、村山参考人はこう言いました。病院に来ないでねと、それから來ても早く退院してねと。要するに、長期入院していますと単価が下がつていきますから、病院に来ないでねと、来ても早く退院してねと、そういう法案だと。私はもう一つ思うのは、病気になつても家でじつとして余り薬飲まないでねという、そういう法案ではないかと。七十五歳になつたらちょっと覚悟してねというそういう法案ではないかと、そういうふうに思います。そういう声はどうお聞きになれますか。

○国務大臣(川崎一郎君) そこはいろいろお話し

申し上げておりますとおり、私どもが後期高齢者を迎えたときに大体四十八兆円ほどのお金が掛かるであろうと。その中で、後期高齢者医療だけでも二十三兆円という金額が掛かるんだということをお示ししているわけです。

今、福島委員の言われるようなことがあれば、これはもう正にそんな予算は掛からないじやないかという議論になりますので、私どもは、医療費というものはこのぐらいの中で、国民が負担し得る中でやつて、こうということで御提案申し上げているわけで、正に雪の中ぼうり出そと、こんなことは一切考えておりません。

○福島みずほ君いや、しかし、七月一日に診療報酬が改定になつて病院の経営が困難になれば、実際は、帰つてください、もう駄目ですということは動かせないわけだから、そこには連れていくべきだからといって病院の中では抱え込むことできない、だからといって病院の中では抱え込むことができない。だつたら、もう無理やり退院してください、そうなりますよ。実際、病院の閉鎖で各地でそういうことが起きているわけです。だとしたら、このシステムが何を生むかというのを考へていただきたい。よつて、反対です。

アメリカは国民皆保険ではありません。日本の倍ぐらい医療費が掛かっていると言われます。むろん、国民皆保険でなく、十分な医療を提供しないことがむしろ高負担になるといういい例だといふふうに私は思います。

次に、これは先日から質問していることです。が、介護保険施設及び療養病床における食費、居住費負担問題に関して、統一的な調査を厚生労働省を提案をしました。自分たちの都合のいい法案を作るときには統一的な調査をして、自分たちが作つた法案でどういう問題が起きたかといふことについては統一的な調査をされないんでしようか、してください。

○国務大臣(川崎一郎君) これはこの間も、都道府県から調査、また政令指定都市等から調査した結果について一部御報告申し上げました。対して、厚生労働省が直接施設に当たるべきではないかと御意見でありますけれども、私の方から、多くの、ほんどの都道府県にそうした資料が、都道府県に対し対象者調査の情報提供につき協力依頼をいたしました。

こうした資料がまとまり次第、御報告を申し上げます。

○福島みずほ君 社会的入院があるかどうかについては、厚生労働省は統一的な調査をされていました。

そこで、介護保険の改定のときには附帯決議で、「介護保険施設等における食費及び居住費を保険給付の対象外とするに当たっては、利用者の負担が過重なものとなるないよう負担上限額を設定し、低所得者への配慮を激変緩和に努めること。」など、例えば社会福祉法人に過重な負担とならないよう適正な措置を検討すること、こういう附帯決議が付いております。

本当にそうなつてはいるかどうか、きつと厚生労働省として調査をしていただきたい。というのは、各地の調査結果、幾つか見ましたが、非常にばらばらなんですね。ですから、厚生労働省としても、厚生労働省が提案しこの国会で成立させた法案が現実に何を生じているのか、その検証が必要だと考えますが、いかがですか。

○国務大臣(川崎一郎君) それは、先ほどからも御答弁申し上げてますとおり、医療につきましてこれだけあるのだと厚生労働省は調査をして本法案を提出しました。自分たちの都合のいい法案はやらないと言つてはいるわけです。これやつてくださいといふのは私の希望です。社会的入院がこれだけあるのだと厚生労働省は調査をして本法も、また介護保険につきましても、それぞれ国の方で都道府県においても地域の実態という声を聞きながら様々な方策を練つてることも事実でござりますので、私の方から、都道府県から全部もらうようにすると、こう御答弁申し上げて、福島委員もそれをやるようになります。

○福島みずほ君 よろしくお願いします。

次に、看護職員の在り方について質問いたします。現在、検討会で検討中ですが、より質の高い看護職員育成のために看護基礎教育制度の改正にかかる

○國務大臣(川崎一郎君) 何回か御答弁さして  
り掛かるべきだと考えますが、大臣、いかがで  
しょうか。大臣。

○国務大臣(川崎二郎君) 何回か御答弁さしていいだいたいと思いますけれども、医療の高度化等、

近年の医療を取り巻く環境の変化に伴い、医療従事者の資質の向上が強く求められております。一方、看護師について、看護師学校養成所修了時時点の能力と看護現場で求められている能力の間に乖離があり、必要な能力が必ずしも身に付いていないのではないか等の指摘があることから、その資質の向上を図っていくことが重要であると考えております。

そこで、看護師の養成の在り方に置いて、同時に、三月より看護基礎教育の充実に関する検討会を開催し、検討しているところでござります。

今後、格調会での格調結果を踏まえ、医療安全を確保し良質な医療を提供するための看護師の資質の向上に引き続き取り組んでまいりたいと考えております。いずれにいたしましても、来年は予算付けをしてやりたいと、このように考えております。

○福島みづほ君 卒後臨床研修を制度化すべきだと考えますが、いかがですか。

○政府参考人(松谷有希雄君) 医療の高度化や患者さんのニーズの増大、多様化を踏まえまして、新人看護職員の資質の向上を図っていくということは重要なことだと思っております。

このため、平成十五年度には新人看護職員の研修到達目標及び研修指導指針等を作成をいたしましたところでございまして、平成十六年度からこれを活用をして講習を開始しているところでございます。しかし、今年度からはその教育責任者、教育担当者の実務研修を行っているところでございます。新人看護職員の研修については、今後、また検討会等からの御意見もいただいておるところでございまして、その課題等について引き続き検討してまいりたいと思っております。

○福島みづほ君 現在は病院側の努力のみなの  
で、是非やつていただきて離職率を減らして  
いただきたいと思います。

だきたいと思います。  
保健師の確保についてはいかがですか。

○政府参考人(中島正治君) 健診や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対象者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あり、保健師の役割はますます大きくなっていくものと考えております。効果的な保健指導を提供する上で、保健師だけでなく管理栄養士なども含めた様々な職種の活用も進めていくこ

これが重要と考えております。  
このため 医療保険者による保健指導を計画的に  
に拡大していくに当たりましては、市町村の保健  
師、管理栄養士に加えまして、在宅の保健師、管  
理栄養士、あるいは保健指導を提供する外部の保

健サービス機関等の活用によるマンパワーの確保と有効活用を推進していくこととしております。またさらに、都道府県や医療保険者、関係団体とも連携をいたしまして、研修の充実を図るなど、保健師及び管理栄養士等のマンパワーの資質の向上にも努めてまいりたいと考えております。

○福島みづほ君 現在、この委員会でも労働条件の話がかなり出ましたが、現在、新人看護師が一年以内に離職する率は九・三%です。看護師の離職防止のためどのような策を考えていらっしゃいますか。

今まで、奨励することが必要であると考えるこ

いう答弁ばかりでしたので、いつなのか、いつか  
らこういうことを考えるのか、どういう施策を考  
えているのか、お聞かせください。

で推移していくございまして、これは、全産業の離職率、一六%でございますが、また特に女性の離職率は一九・六%でござります、これよりは低い水

率は一九・六%でござります、これよりは低い水準となつてゐるところでござります。

看護は国民の保健医療に関し重要な役割を果たすとしておりまして、高度な専門的知識と技能を有する看護職員を確保する必要があることから、従来から看護師等の人材確保法等に基づきまして、養成力の確保、離職の防止、再就業の促進などの総合的な看護職員確保対策を実施しているところでござります。特に、職場環境の改善による離職の防止に関しては従来から院内保育所の整備等

の診療報酬改定では急性期入院医療における手厚い看護体制等の評価を行つたところでございま  
す。

さらに、新人看護職員につきましては、看護基

職教育の充実 それから新人看護職員に対する研修を充実するなど、離職を防止して定着を図るためにの施策を講じてまいりたいと思っております。○福島みづほ君 前回の答弁から余り変わつてないような気もしますが、もう少し踏み込んでお願ひします。

育といったようなことについての検討もスタートしているところでございまして、そこらでもいろいろな提言がなされると思いますが、それらを踏まえて更に前向きに進めていきたいと思っております。

県が十九、二十四時間体制で実施している県の数はわずか大阪と大分だけです。現在は国からお金が出て、二十六の都道府県が小児緊急相談医療を

が出て、二十六の都道府県が小児緊急相談医療を既に行っているわけですが、依然医師不足により

対応しきれないなど、整備されていない部分も大きいです。  
そこで、小児緊急相談事業において看護師が相談を行う認定看護師制度の導入、あるいは現在二つの県しか二十四時間電話相談を行っていますが、これをもつと拡張していくなど、きちんと制度化したらよいと考えますが、いかがでしょうか。

(政府参考人(松谷有希雄君) 従指揮の小児疾患電話相談事業でござりますが、これにつきましては、医師のみの対応が難しいなど、地域の実情によりまして、看護師等、医師以外の者が電話相談に一時的に対応する場合においては、小児科医師

による支援体制が確立されているのであれは看護師による電話相談についても実施できるよう指導しているところでございます。

また、二十四時間体制等の充実でございますが、小児急救電話相談事業の更なる普及ということから、一つには今御指摘のようにすべての都道府県でまず実施すること、それから今普及してございます携帯電話から短縮ダイヤル、シャープ八〇〇番でございますが、これでアクセスができるようになります、それから地域の実情に応じた深夜帯での電話相談体制を整備するということ、更なる充実を図っていきたいと考えております。

○福島みずほ君 すべての都道府県で電話相談をやつていいことなどについて徹底した、是非指導とか、指導通知を出してください。お願ひします。どうですか。

○政府参考人(松谷有希雄君) 通知というよりも実際にやつていただくことが大事でござりますので、全都道府県でやるように徹底的に指導してまいりたいと思つております。

○福島みずほ君 肝炎について改めてお聞きをいたします。

薬害ファイブリノーゲンの問題についてです。これは諸外国ではかなり早い段階で問題があるといふになつていてもかかわらず、日本では取組が遅かつたと。アメリカでは七七年に肝炎リスクの軽減を目的に承認取消となりましたけれども、日本はその後も販売が認められております。この薬害ファイブリノーゲンの問題について、どうお考えでしょうか。

○委員長(山下英利君) どなたに質問ですか。

の間はアスベストの問題でしたけれども、繰り返し繰り返し國の対応が遅いじゃないかという質問を私たちにはなればならないということが多いのです。今回の医療制度の改革においてもう少し薬害の問題や、もっと議論されてもよかつたんです。大臣、この薬害防止のために厚生労働省はこうするという決意を示してください。

○国務大臣(川崎二郎君) これは医療制度改革というよりも薬事法改正のときにも御議論を賜りました。少しあるからと思いますが、大臣、この薬害防止のために運用されるべきであることを確認させていただきます。

特に、遺族に対するカルテ開示については、開示することで患者本人と医療関係者との人間関係が悪化したり、患者の心理に重大な影響を与えることはないのですから、要求があつた場合は原則開示るべきと考えますが、いかがですか。

○政府参考人(松谷有希雄君) お尋ねのとおり、私も反省をしながら、体制を立て直したいということをしながらこうしたこと起こさないように努力をしてまいりたいと、こう思つております。

また、今係争中でございますけれども、こうしたものを受けながら、我々も日々の仕事、点検をしながらこうしたこと起こさないように努力をしてまいりたいと、こう思つております。

○福島みずほ君 薬害の問題で共通項は、外国ではもうやめたにもかかわらず日本ではそのまま使い続けて、告知やいろんなことが遅れるということが非常に薬害を生んでいるというふうに思いますが、これには政官業の癒着やいろんな問題もあるのではないかと思いますが、この点についてはまだ後日、薬害防止とそれからこのファイブリノーゲンの問題について、係争中ですが、明確に、外国では使うのをやめたにもかかわらず日本では使つたという、この問題がありますので、厚生労働省として徹底的にやつていただきたいというふうに思います。

カルテの開示について一言お聞きをいたしました。

これは、個人情報保護法により医療機関はカル

テ開示に原則として応諾する義務を負うこととされていますが、カルテ開示に関しては平成十五年

れています。また、医療過誤については、

カルテ開示については、本来なら本法案にカルテ

が出てこないとかという問題もありますので、

カルテ開示については、それは一つの考え方

で、遺族の人たちの、あるいは被害に遭つた患者

さんの救済とお医者さんのやつぱりリスクを冒さ

ざるを得ない点の調整等の制度化について今後は

非一緒に協議をしたいと思います。

高齢者医療制度については、この委員会でも多

くの意見が出て、私自身も質問をしてきました。

私自身の根本的な疑問は、七十五歳以上でハイリ

スクの人たちのための集団で制度をつくるとい

うことがやはりどう考えても理解できません。高

齢者医療を年齢輪切りにすることは介護保険の

エージフリー化の流れと逆行をしています。

一言、医療保険部会などで出ていた六十五歳で

区切る案が採用されなかつたのはなぜですか。七

十五歳がなぜかということをお聞きします。

○政府参考人(水田邦雄君) まず、介護保険におきまして被保険者範囲の見直しが課題となつて

いることは承知しているわけでありますけれども、

一方、医療保険におきましては、昭和三十六年以

来、まず国民皆保険というのがあつたと、その中

でこの高齢者の医療費をどのように分担するかと

いうことが医療保険においては課題であるとい

うことございまして、介護保険と医療保険ではま

ず事情が違つという点は強調しておきたいと思

います。

その上で、この社会保障審議会医療保険部会に

おきまして、年齢につきまして、一つは高齢者の

心身の特性、あるいは、まだ元気な方の多い前期

高齢者、こういう方々をその支えられる側として

位置付けていいのかといった観点から、これはや

はり七十五歳以上の者にするべきであるという意見がある一方で、年金制度との整合性、あるいは、七十五歳以上とした場合には、六十五歳から複雑なものになるので六十五歳で区切るべきである、こういったことがあったわけでございますけれども、最終的には、政府・与党の議論を経まして、七十五歳以上の後期高齢者につきまして独立した制度を設けるということになったわけでございます。

その論拠でございますけれども、これは繰り返し御答弁させていただいておりますけれども、七十五歳以上の後期高齢者につきましては、その生理的機能の低下、あるいは日常生活動作能力の低下による症状が増加すると、あるいは生活習慣病などを原因とする疾患を中心に入院による受療が増加すると、こういった特性がございます。その特性に応じたサービスを提供する必要があるということと。

それからもう一つは、今後、高齢化の進展によりまして七十五歳以上の後期高齢者の給付費が増大いたします。二〇二五年時点では二十三兆円、医療給付費全体の四七%を占めるわけでございまして、限られた財源の中で公費を重点的に投入する観点から、対象者を重點化するという考え方方に基づきまして、既に現行老人保健制度におきまして平成十四年度改正によりまして対象年齢を七十五歳から七十五歳に引き上げているものでございまして、新たな独立制度におきましてもこの七十五歳以上という年齢区分を踏襲することとしたものでございます。

○福島みずほ君 長く答弁していただきました  
が、なぜ七十五歳かというのはやはりちょっとと  
本的には分かりません。  
保険者の再編統合についてちょっと細かく聞こ  
うと思いましたが、ちょっと時間がなくなつてしま  
ました。

○政府参考人(水田邦雄君) 平成十五年におきましては、市町村国保の一人当たり保険料は、年間保険料調定額の全国平均値で約七万八千円となってござります。一方、最も保険料が高い保険者の一人当たり年間保険料調定額は約十一万六千円、最も保険料が低い保険者では約二万四千円でございまして、最高を最低で割りますと四・九倍となつてございます。

ただ、これは都道府県別という単位で見ますと、最も高い都道府県で八万六千円、低い都道府県で五万四千円でございまして、一・六倍の差と、このように縮まるわけでござります。

○福島みづほ君 平成十四年度よりも保険料格差が拡大していないということで、ちょっとほつとしました。

ただ、今回の法案がもし成立をすれば、広域連合における診療報酬体系も違つたり、あるいは一体保険料がどうなるのかといった地域間の格差の問題もいずれ出てくるのではないかというふうに思つております。

大臣、最後にといふか、もうちょっと時間があるんですが、お聞きしたいのは、私が今回の法案で一番危惧するのは、社会的入院は問題だけれども、行き場がない人は一体どうするのか。午前中に大臣は在宅を進めたいというふうにおっしゃいました。今、在宅と老老介護は半々だというふうにも言われています。

ただ、これからいろいろなライフスタイルの人がありますので、子供がない人もいる、子供がいても外国にいるかもしれない、遠くにいるかもしれない。あるいは、離別、死別、夫婦の間でもあるでしょうし、結婚していない人もいるかもしれない。い。

そうしますと、在宅で見るということを進めるとしても、面倒を見てくれる人がいない。北海道などでも強く声が出来ましたが、吹雪の中、在宅医療とか言わても、掛かれないのでよね、地

域で。つまり、在宅診療の在宅医療支援というのをちゃんとやれる環境がない限り、在宅を進めると言われても、病院はない、何もない、独りぼつちというもう悲惨な状況になるわけです。私は、高齢者の人、病気の人を結局やっぱりはうり出す結果になるこの法案はどうしても大きな危惧を感じざるを得ません。大臣、在宅を進めるというのは結構なんですが、在宅を進めることができない、その現実について、どうお考へでしようか。

○國務大臣(川崎二郎君) まず、療養病床の転換については、老健施設等が多いだろうという考え方をいたしております。もう一方で、やはり在宅というものを進めていきたい中で、先ほど国土交通省が来ておりましたけれども、住宅、例えばバリアフリーの住宅とか、そういう形での整備を今国土交通省として急いでもらっております。私どもは、ケアハウスとかグループホームとか、より在宅に近い形、在宅といつてももう全部家かと言わると確かに違います。在宅の形の環境に近い形のものを我々は積み上げながら、その中で自分たちの住みかとして選んでいただくというものをしっかりとつくり出していくことが一番大事だらうと。もう御指摘いただいたように、追い出しつつながらないようにしっかりとやりたいと思います。

○福島みづほ君 バリアフリーの家は結構なんですが、そもそも在宅医療支援がなければ病院を出ても行き場がないというふうに思います。

大臣ははつきりと保険免責反対ということをこの間明言をしてくださいました。厚生労働省も国民皆保険を守るという強い立場から、保険免責反対ということによろしいですね。

最後に決意表明してください。

○福島みずほ君 終わります。

○委員長(山下英利君) この際、お諮りをいたします。

両案に対する質疑を終局することに賛成の方の挙手を願います。(発言する者あり)挙手を願います。

○委員長(山下英利君) 多数と認めます。よつて、両案に対する質疑は終局することと決定いたしました。

これより討論に入ります。

御意見のある方は賛否を明らかにしてお述べ願います。

討論ありませんか。討論をしてください。(発言する者あり)御静粛に。着席してください。――委員長の指示に従ってください。着席をしてください。――御意見のある方は賛否を明らかにしてお述べを願います。討論のある方は挙手を願います。――円より子君、円より子君、討論してください。――討論に入つてください。――討論に入つてください。――御意見のある方は賛否を明らかにしてお述べを願います。(発言する者あり) 静粛に。委員は着席してください。――討論に入つてください。――討論に入つてください。――委員長の指示に従つてください。――はい。――円より子君、円君、討論ありませんか。――円より子君 あります。

○委員長(山下英利君) じゃ、討論に入つてください。

○円より子君 反対することはたくさんありますよ、もちろん。

○委員長(山下英利君) 討論に入つてください。――どうぞ。着席してください。――討論に入つていますので、討論に入つてください。――委員長の指示に従つてください。着席してください。――もう既に討論に入つておりますので、討論に入つてください。――討論に入つてください。――着席してください。――円より子君、討論に入つてください。

○円より子君 民主党の筆頭理事をしております円より子です。

やっと今三十二時間の参議院での審議が終わり、しかし多くの重要な問題が提起されました。また、与野党を問わずどの議員からも、そして参考人や公述人の方々からも、この法案が通ることに多くの危惧と懸念が出されました。その問題点、懸念も全く払拭されないままこうして終局の採決が行われたことに国民に対してのこれは裏切り行為だと思います。小泉さんのやる気のなさ、責任放棄の態度が国会にまで伝染したのでしょうか。

私たち民主党は、怒りを持って席を立ち、法案採決を欠席することもできるのですが、そうしたところでこの法案は通つてしまふでしょう。そうするよりも、国民の皆様にどれだけこの法案が国民生活に密接なかかわりのある重要な法案であるか、そして様々な問題点があるか、これを更に知つていただくために反対討論をすることにしました。また、政省令や運用で歯止めを掛けないために附帯決議を付けることを決意いたしました。

我が国の医療制度は今崩壊の危機にさらされています。相次ぐ産科、小児科の閉鎖、特定の診療地や診療科やへき地における医師不足、このような悪条件の中、医師を始めとする医療従事者の皆さんは過重労働に耐え、自分の生活まで犠牲にして医療の質が低下しないよう涙ぐましい努力を続けておられます。

しかし、こうした医療現場の純粹に患者を救いたいという責任感と使命感だけで医療制度を支えることはもはや限界に来ております。我が国の医療費は諸外国と比べても決して高いものではありません。にもかかわらず、小泉政権は、診療報酬を引き下げるとともに、医療費適正化という美名の下に医療費の削減や抑制を図り、医療現場を更に苦しめようとしています。

衆参の審議を通じ、イギリスでは長年の医療費

抑制政策によつて医療が崩壊したという認識が求められました。サッチャー政権が効率と競争を廃し、医療従事者の士気が大幅に低下しました。日本では日常的に行われる超音波検査をある患者は二年間も待たされ、風邪で主治医に診てもらおうとしても、二、三日先まで予約が取れないといいます。

布拉政権は医療費の大幅拡大を宣言し、その立て直しを図りましたが、五年間の改革を経ても医療制度を再び改善するには至つておらず、いかに医療費抑制によつて崩壊した医療を再建することが困難であるかを物語っています。希望格差社会とも健康格差社会とも呼ばれている今、我々は、社会全体の共通の財産である医療を享受する機会の格差の解消に努め、結果の不平等をなくさなければなりません。

健康保険証を返還する世帯が二〇〇〇年度の十万世帯から、五年後の二〇〇五年には百三十万世帯に激増し、受診が遅れて病状が悪化したり、死亡した患者すら多数いるということは御存じですね。小泉政権の五年間は、こうした人々や自殺者を増やしただけであり、国民の財産であるはずの医療が多くの国民から奪われ続けた歳月でした。

そして、今回の医療制度改革は、医療費の削減だけを目指した改革以外の何物でもありません。以下、両法律案の反対の理由を申し述べます。

反対の理由の第一は、合理的な根拠のない医療給付費の将来設計を基に制度改革を実施しようとする点です。

政府は、このままで二〇二五年に五十六兆円となる医療給付費を医療制度改革により抑制する必要があるとしています。ところが、この数値は表明するものであります。

反対の理由の第二は、新たな後期高齢者医療制度の創設が高齢者の医療の質の低下を招く危険性がある点です。

医療費適正計画が高齢者の医療の確保に関する度導入の効果が反映されておりません。

一方、政府のこれまでの医療費の将来推計は予測値と実際の将来推計が大きく乖離しており、平成七年の推計で平成十四年度に五十兆円となるとされていた国民医療費は実際には三十二・一兆円にとどまっています。経済成長の伸び率の鈍化や制度改革の影響はあつたとしても、余りにも乖離しているのではないかでしょうか。

当委員会に参考人として御出席いただきました日本医師会の竹嶋副会長も、厚生労働省が示す国民医療費の将来推計値が毎回その予測値と実際の結果が大きく乖離しているにもかかわらず、今回の医療制度改革は、こうした推計を基に医療費の将来高騰の危機感を募らせ、ひいては、公的給付を抑えて、代わりに国民負担増、とりわけ医療を受ける際の患者の負担増を強いているとしか私どもには理解できないという旨の意見を述べられております。

今医療制度改革に求められているのは、世界最高水準の医療制度を維持しながら、いかに医療の質を高めていくかにあります。したがつて、医療費の議論は各医療分野における質の改革を積み重ねた結果についてなされるべきであります。与党推薦の参考人でさえ疑問を抱いている根拠の乏しい医療費の将来推計を基に、苦しむ医療現場の実情に目を向けることなく、これまでにも増して医療費を抑制しようとする今回の医療制度改革に私は強い怒りを感じるとともに、改めて反対の意思を表明するものであります。

反対の理由の第二は、新たな後期高齢者医療制度の創設が高齢者の医療の質の低下を招く危険性がある点です。

法律に規定されていることからも分かるとおり、今後高齢者医療費に対する削減圧力が掛かるることは必至であります。しかも、終末期医療やみどりの医療はどうあるべきか、リビングウイルに対する国民の合意形成のための道筋をどう付けるのか、高齢者に対する診療報酬の具体的な中身はどうなつてているのか、これらは審議を通じても明らかにされることはありませんでした。これでどうして高齢者医療の切捨てにつながらないと言えるのでしょうか。後期高齢者医療制度が高齢者の皆さんに安心して医療を受けてもらえる制度などつているとは到底思えません。

また、高齢者医療保険制度の創設は、高齢者の医療費問題の解決にならないばかりか、現行の老人保健制度の抱える問題、すなわち現役世代による支援と高齢者自身の保険料及び自己負担増を強いるだけであり、問題を拡大するだけに終わってしまいます。

反対の理由の第三は、健診、保健指導の手法に多くの懸念がある点です。

政府は、今後、メタボリックシンドロームの概念に基づいて健診や保健指導を行おうとしています。しかし、このメタボリックシンドロームの概念は内臓脂肪蓄積型という疾患の診断基準にすぎません。これでは逆に患者を増やし、医療費を引き上げる結果となりかねません。また、これまでの老人保健事業について、健診、保健指導は保険者が、健診、保健指導以外の保健事業は市町村が実施するなど、一貫性を欠いていると言わざるを得ません。

そもそも国民の健康を維持して医療費の抑制を図ると言いつつ、多くの労働者は依然として長時間の残業を強いられ、将来への明るい見通しも持てずに心身ともに疲れ切っています。また、食生活の欧米化が多く現代病の原因であると言われながら、食料自給率は先進国で最低水準のままであり、いかにして食料の自給率を上げていくのか。医療は医療だけを議論して済む問題ではありません。そうした社会経済政策にかかわる骨太の

戦略を示してこそ、責任ある医療制度改革についての議論ができるのではないでしょうか。

反対の理由の第四は、先ほどから何度も出ております療養病床の再編成が行き場のない介護難民を生み出す可能性が高い点です。

療養病床の再編という重要な事項を厚生労働省は唐突に提案し、十分な議論を経ないまま、その方針を決定しました。しかし、平成十八年度から始まる第三期介護保険事業計画において介護療養型医療施設の廃止と診療報酬改定による療養病床再編計画が盛り込まれていないことを考へると、現場が混乱することは避けられない状況があり、介護等のケアも保障されない中、退院を余儀なくされる入院患者が続出することは必至であります。しかも、老健施設などへの転換コストについて、その見通しが明確に示されないまま、その病床転換のための支援金は保険給付とは全く関係のない貴重な保険料財源から支出するとしています。

療養病床に入院する高齢者の実態を無視し、在宅療養や介護サービスの受皿の見通しのないまま、性急に療養病床を削減するやり方には矛盾を感じざるを得ません。

我が国の大都市部における住宅事情で一体どのように在宅療養や在宅介護を実施することができるのか。また、社会的入院を強いられている患者の家族状況はどうなっているのか。厚生労働省は、現在療養病床に入院している患者の方々の家庭や住宅の状況を調査せず、また病床転換に必要な細やかな施策について国土交通省などの関係府省とも協議、検討した形跡もないのに、どうしてこの法案を成立させることができるでしょうか。

反対の理由の第五は、医師不足問題の課題的に確に対応できていない点です。医師不足問題の方針を転換しませんでした。しかも、平成十七年度中を取りまとめるとしてきた医師の需給見通しを、医療制度改革法案が審議されているにもかかわらず、

ず、八月まで先延ばしにいたしました。

当委員会に参考人として御出席いただきました熊本市民病院の橋本本医師は、我が国は世界の中で一番選択肢がある非常に恵まれた国であるにもかかわらず、急性期病院の医師が非常に少ないという問題がある。また、急性期病院の医師とナースが非常に消耗しているという現状がある旨の意見を述べられました。

医師不足が引き起こす過重労働、過重労働に耐えられない医師の離職により更に過酷さが増す急 性期病院。日本看護協会の調査では、二〇〇四年度に医療機関に就職した新人看護師の実に八〇%以上が辞めないと回答しました。

こうした過重労働がたり、次々と医師や看護師が離職していく救急医療の現場を直視せず、医師の需給の見通しも示さない中、医療の集約化と重点化だけでの難局を乗り切ろうとするやり方は疑問を呈さざるを得ません。

とりわけ、我が国において急速な少子化が進展する中で、次代の社会を担う子供たちの命を守るために、小児救急医療体制の整備を始め小児医療の充実が喫緊の課題であるにもかかわらず、政府はそのために必要な施策を何ら示していません。

当委員会における審議の中でも、医師の偏在、地域間格差、小児医療の不採算性、勤務医の過重労働などの問題に政府からは納得のできる答弁はございませんでした。

また、お産についても、産婦人科医の減少や偏在の問題に緊急に取り組む必要がありますが、一方で、正常出産を扱う助産師についてはその活用について全く触れられておらず、むしろ助産医の開業を抑制するかのような嘱託医制度の変更が盛り込まれているだけです。これでどうして安心して満足のいくお産ができるのでしょうか。我が国

の少子化を食い止めることができるというので

しょうか。

反対理由の第六は、医療事故対策が不十分である点です。

医療事故の原因が医師個人の不注意のみなら

ず、システムの問題にあることについては一般的に認識が確立しています。しかし、今回の法案では、そうした問題意識を持って現状を分析し、必要なシステムの改善は提案された形跡はございま

せん。これでは今後も事故を起こした医療当事者が個人にその責任を押し付けるだけで、そして不幸にも医療事故で亡くなつた方々や残された方に対する最大の務めである事故原因の究明と二度と悲劇を繰り返さないということは止められることができます。こうしたことをするためには、異状死の届出制度の見直しも含めた医療事故報告制度を確立し、医療事故の収集、分析、再発防止等の措置を講じることが不可欠であります。

反対理由の第七は、公的医療保険制度の再編成の方針は問題解決にほど遠い内容であることで多様化する雇用就労形態に対応できる公的医療保険制度をいかに目指すのか、その中でいかに保険者の機能強化を図るのか、また、ますます深刻化する国民健康保険制度をどう再構築するのか、そうした展望が全く示されておりません。

最後に、医療費適正化計画の策定、実行及び国民健康保険、政管健保等の運営など都道府県の役割が強化されているものの、そのための権限と財源及び人材の確保が担保されておりません。三位一体の改革の名の下に国が責任を放棄し、地方に負担を押し付けているのと同じ構図です。そのため、実際に適正な計画が策定され実施に移されるかどうか、疑問を持たざるを得ません。

以上、本法案に反対の理由を申し述べてまいりました。

また、お産についても、産婦人科医の減少や偏在の問題に緊急に取り組む必要がありますが、一方で、正常出産を扱う助産師についてはその活用について全く触れられておらず、むしろ助産医の開業を抑制するかのような嘱託医制度の変更が盛り込まれているだけです。これでどうして安心して満足のいくお産ができるのでしょうか。我が国には戻りません。私たち民主党は、医療制度の崩壊を食い止め、日本の医療を再構築し、国民が求める理想的な医療に一步でも近づけるよう、これからも努力を重ねていくことをここに宣言いたします。

大変終局は残念ではありますが、私の反対討論を終わります。

○中村博彦君 私は、自由民主党及び公明党を代表して、ただいま議題となつております健康保険法等の一部を改正する法律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対し、賛成の立場から討論をい

たします。

我が国は、国民皆保険の下、だれもが安心して医療を受けることができる医療体制を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成しました。

しかししながら、急速な高齢化や医療技術の進歩、国民の意識の変化など大きな環境変化に直面している中、国民皆保険を堅持し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとするとともに、国民の医療に対する安心、信頼を確保し、質の高い医療サービスが適正に提供される医療提供体制を確立するため、患者の視点に立った制度全般にわたる改革を行うことが今我々に求められている重要な責務であると考えております。

今回、政府から提出された法案は、政府・与党医療改革協議会において取りまとめられた医療制度改革大綱に沿って医療の安心、信頼を確保するとともに、国民皆保険制度を堅持することを目的として、医療制度の構造改革を行ふものであります。

まず、健康保険法等の一部を改正する法律案について申し上げます。

この法律案は、生活習慣病対策の充実や平均住院日数の短縮などの中長期的な方策に患者負担の見直しなどの短期的な方策を組み合わせた医療費適正化の総合的な推進、七十五歳以上の高齢者を対象とした独立した医療制度の下、現役世代との負担の公平化、明確化を図ることを目的とした新たな高齢者医療制度の創設、国民健康保険及び被用者保険とともに、都道府県単位を軸とした再編統合や、かねてから課題であった社会的入院の是正のための療養病床の再編等の措置を講ずることを主な内容としております。

これらの取組により、予防を重視し、必要な医療を確保しつつ医療給付費の伸びを適正なものとしていくことや、超高齢化時代を展望した安定的な高齢者医療制度の創設、給付の平等を図りつつ、負担の公平と財政運営の安定化を図ることが可能になると考えます。

次に、良質な医療を提供する体制の確立を図るために医療法等の一部を改正する法律案について申し上げます。

この法律案は、患者等への医療に関する情報提供の推進、医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化、提供の推進、地域や診療科による医師偏在問題への対応等の措置を講ずることを中心としています。

これらの取組により、患者による医療に関する適正な選択を支援していくことや、地域において切れ目なく医療が提供される医療連携を実現していくこと、へき地等の特定の地域や小児科、産科などの特定の診療科における医師偏在問題に対応し、都道府県が中心になって地域における医師確保を推進することが可能となり、質の高い医療を安心して受けられる体制が構築されていくこととを考えます。高齢化の進展に伴い医療費の増大が見込まれる中で、将来にわたり持続可能な医療保険制度とするためには、給付と負担の均衡を図り、良質かつ効率的な医療の提供を行う必要があります。

今回の政府提案の法案はこうした課題に対応した改革であり、安心の基盤である医療制度を子孫の世代にまで引き継ぎ、皆保険制度の下、良質な医療を国民に将来にわたって提供し続けていくためには成立させなければならないと考えております。

以上で私の賛成討論を終わります。

○小池晃君 私は、日本共産党を代表して、健康保険法及び医療法の一部改正案に対し、反対の討論を行います。

委員会の運営というのは全体の合意で行うべきものであり、それは議会制民主主義の最低限の

ルールであるというふうに思います。多数をもつて押し切るというやり方は、議会の自殺行為であるというふうに言わざるを得ません。

今日の審議でも問題点は次々と出されました。この法律案でも問題点は次々と出されました。

理事会では、与党の理事からも欠点のある法案だということは本当に許し難いことで、怒りを込めて私、抗議をしたいというふうに思いました。

先ほど与党の議員は、世界一の医療だというふうに誇られましたが、その医療をつくったのは自民党でも公明党でもありません。それをつくったのは患者さんであり、医療従事者であり、国民であります。正にその努力をぶち壊そうとしているのがこの法案であり、このままでは子や孫にばらばらになつた医療制度、ばらばらになつた医療保険制度を引き継ぐことになってしまつのではないでしようか。

本法案は、具体的には高齢者や重症患者に情け容赦ない負担を強いる、そして後期高齢者医療制度という差別医療の仕組み、療養病床の大削減など、二十一世紀の日本の医療を大きくゆがめるものであります。さらに、混合診療の拡大によって、保険証一枚あればだれでもどんな病気でも診てもらえる日本の医療制度の根幹を揺るがす法案であると言わざるを得ません。

多くの問題点が指摘されたにもかかわらず、いまだに、一度たりとも政府から納得の得られる説明はされていないと思います。与党の議員の質問に對してもまともな答弁はなかつた。最後まで納得のいく説明はなかつたというふうに言わざるを得ません。このような段階で審議を打ち切り、採決を行うことは、繰り返しますが、国会の責任放棄以外の何物でもないということを申し上げたいと思います。

本法案に反対する第一の理由は、患者、高齢者の負担増の深刻さです。

今年度の患者負担増は、平年度ベースで千七百億円であり、今回の改悪法案に盛り込まれた負担

増がすべて実現される、実施される〇八年度には二千九百億円に上ります。七十歳から七十四歳までの患者負担の一割から二割への引上げ分だけで年間千二百億円、一人当たり年間二万円もの負担増です。

療養病床の居住費、食費の徴収、高額療養費の自己負担額の引上げも、入院患者、重症患者に重くのし掛かるもので到底容認できません。

医療費の負担増は、受診抑制を招き、深刻な健康新被害をもたらします。しかし、川崎厚生労働大臣は、必要な医療は妨げられないと繰り返すだけで、その根拠は全く示されませんでした。

反対する第二の理由は、七十五歳以上の高齢者を対象とした後期高齢者医療制度の創設が、保険料負担とともに、高齢者への差別医療をもたらすものであるからです。

新制度では、七十五歳以上のすべての高齢者が保険料を徴収し、滞納者から保険証を取り上げることまで法定化しています。現役世代の保険料を現役向けと高齢者向けに明示的に区分することと相まって、介護保険と同様の給付抑制につながるものであります。

しかも、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しています。この点について、川崎大臣が差別医療となる可能性を否定しなかつたことも重大です。

後期高齢者医療制度の創設は、六十五歳以上の透析患者などの障害者、あるいは高齢者への医療給付費を抑制し、憲法違反の差別医療をもたらすものであり、断じて認めるることはできません。

反対の第三の理由は、療養病床を六年間で二十三万床も削減することが地域の医療と介護に深刻な打撃となることです。

先ほど切れ目なく医療を提供するとおっしゃいましたが、正に切れ目だらけ、ばらばらに地域の医療が切離されてしまうのではないかでしょうか。

決め付けて、点数を大幅に引き下げ、文字どおり病院から追い出そうとしており、事態は切迫しております。これは与党の議員も指摘をしています。

厚生省は、療養病床に入院している人の半分以上に医療の必要性がないと言いますが、審議を通じてその根拠に合理性がないことも明らかになりました。

方公聴会で、与党推薦の公述人からも、病床が更に少なくなるのは大変な苦しみだ、病床が廃止されても在宅に戻れない人が多いのが現実だ、また受皿づくりだと懸念の声が出されました。こうした声を直接聞いておきながら法案を通してしまふ、これこそ正に無責任なのではないでしょうか。

反対の第四の理由は、混合診療の本格的導入によつて保険の利かない医療が拡大し、所得の格差が治療の格差、命の格差となる危険を一層拡大させるとするからです。

保険の利く診療と保険の利かない診療を併用する混合診療は、必要な医療はすべて保険で行うといふ公的保険の大原則を崩すものです。

しかも、この背景には、自分たちの保険料負担を軽減させたいという日本の大企業、財界と、日本の医療を新たなもうけ口にしようとねらつているアメリカの保険会社、医療業界の強い要求があることは、大臣も審議の中で米国からいろいろ言つてきたことは事実と認めましたとおりであります。なぜ日本は保険会社や医療産業のもうけのためには国民の命や健康、国民皆保険制度が犠牲にならなければならないのか、余りにも理不尽であります。

反対の第五は、健診の在り方を大きく変質させるからです。

現在は老人保健制度に基づき、市町村が住民の健診に責任を持つていますが、この制度をなくし、健保組合など各保険者に健診が義務付けられます。健診を積極的に行うこと自体は必要ですが、市町村の責任をなくすことは公衆衛生の観点

から見て問題です。

健診の実施率や効果に応じて七十五歳以上の後期高齢者制度に出す負担金の額に格差を付ける、健診率の低いところはペナルティーとして増額する、これは全く筋違いの話であり、行く行くは、健診を受けなければ病気になつたのは自己責任だと言われ、保険で見ないということにもつながりかねません。

さらに、政管健保については、保険料を引き上げる仕組みを盛り込んだ上、強制保険である政管健保を、公法人と称する民間に運営をゆだねることは、国の責任の後退にはかなりません。このようなやり方は、社会保険庁の改革とは無縁であり、容認できないということも申し上げておきたいたいと思います。

法案の前提となる医療費の将来推計についても、医療費の伸び率に極めて恣意的な補正が行われており、伸び率の期間の取り方も併せて過大な推計であると言わざるを得ません。法案の前提が完全に崩れていると申し上げたいと思います。

最後に、すべての国民は貧富にかかわりなく医療を受ける権利を持つており、国はその権利を保障する義務を負うべきです。そのためにも、窓口負担の引上げをやめ、引き下げる。保険診療が可能な医療を狭めるのではなく、充実させる。削減されてきた国庫負担を計画的に元に戻す。この立場に立つて、日本の医療を立て直すことこそ強く求められているということを指摘をして、私の反対討論を終わります。

○福島みずほ君 私は、社会民主党・護憲連合を代表して、政府提出の健康保険法等の一部を改正する法律案及び医療法等の一部を改正する法律案について反対討論を行います。

政府提出の法案は、明確に欠陥法案です。与党の議員も、そして与野党を問わず、参考人、公述の人たちも政府提出の法案に懸念を表明し、あるいは明確に批判をしました。これだけ問題があることが与野党間で明らかであるにもかかわらず、採決の段階に至つたことは極めて残念です。

反対の第一の理由は、医療給付費の削減や特定

療養費制度の改変による混合診療の拡大などによつて、国民の共通財産である国民皆保険制度が縮小させられ、さらに医療に所得格差が持ち込まれることです。

更なる医療費抑制政策は、国民、患者、医療現場、地方に負担を押し付けるばかりではなく、小児緊急医療、産科医療の不足、医師の偏在、多発する医療事故、医療従事者の労働条件の悪化と士気の低下など、既に危機的な状況にある諸課題を取り返しの付かない事態へと追いやるものです。

第二の理由は、高齢者及び重症の患者に対する負担の押し付けと医療の切捨てです。

高齢患者の窓口負担割合の引上げ、高額療養費支援の縮小、療養病床における食費、居住費の自己負担化など、何重もの負担は高齢者の家計を直撃し、患者が必要な医療を受けることを困難にします。

第三の理由は、地域の受皿が担保されないまま三十八万床の療養病床を六年間で六割削減することです。

実な社会基盤の整備なしに数量のみの機械的な削減が行われれば、多くの医療難民、介護難民が発生することは明らかです。また、介護型療養病床の全廃、老人保健法の実質的な廃止が昨年の介護保険法改正の際には全く示されず、今回のように形で行われることは断じて許されません。

第四の理由は、保険制度を逸脱した高齢者医療制度の新設です。

負担増を労働で補うことのできない七十五歳以上上の高齢者に新たな保険料負担を求めるることは、そもそも無理です。しかも、保険料を滞納すれば保険証は取り上げられるのです。また、リスクの高いものを一々くりにして新たな診療報酬体系を設けることは、厳しい財政状況にあつて医療内容の引下げにつながる危険があります。

さらに、後期高齢者医療制度支援金、前期高齢者医療制度納付金などの特定保険料は、現役世代に於けるボリュームに重点を置いています。メタボリックシンドロームについても、既にアメリカ、ヨーロッパの学会が批判的に吟味すべき、科学的エビデンスがないと指摘し、本年四月の日本内科学会総会でも異論が続出しています。国民の健康不安をあげ、エビデンスに基づく適切な健康診断、保健指導が行われなければ国民は健康を害し、医療費の増大は避けられません。

医療改革において最も優先すべきは、国民の立場に立つた医療の中身の改善と医療提供体制の充実、そして国民の信頼を得る医療保険制度の構築です。

しかし、政府案には国民の医療、健康に対する明確なビジョンも戦略も何ら示されておりません。医療は命に直結をしています。命に関する格差拡大を生み、国民の命を軽視する政府案には断固として反対をいたします。

小泉構造改革のこの五年間の間に、健康保険の改悪、そして年金の改悪、去年は介護保険の改悪、障害者自立支援法案、そして今回は医療の改悪、負担増、そういう事態を迎えました。福祉の切捨てをし格差拡大をしていく、その後の総仕上げとして医療制度改悪法案が成立することには断固として納得できません。

以上で反対討論といたします。

に給付を伴わない保険料負担を強制的に課すもので、しかも、将来的に増加する特定保険料には上限が掛かつております。

第五の理由は、生活習慣病対策として健診検査や保健指導を全面的に組み替え、外部委託を可能にし、民間企業に市場を拡大させていることで予防、公衆衛生を保険財源で行えるようにしている点も非常に問題です。

厚労省が生活習慣病対策の診断基準としてメタボリックシンドロームに重点を置いていることに大きな疑問があります。メタボリックシンドロームについても、既にアメリカ、ヨーロッパの学会が批判的に吟味すべき、科学的エビデンスがないと指摘し、本年四月の日本内科学会総会でも異論が続出しています。国民の健康不安をあげ、エビデンスに基づく適切な健康診断、保健指導が行われなければ国民は健康を害し、医療費の増大は避けられません。

医療改革において最も優先すべきは、国民の立場に立つた医療の中身の改善と医療提供体制の充実、そして国民の信頼を得る医療保険制度の構築です。

しかし、政府案には国民の医療、健康に対する明確なビジョンも戦略も何ら示されておりません。医療は命に直結をしています。命に関する格差拡大を生み、国民の命を軽視する政府案には断固として反対をいたします。

小泉構造改革のこの五年間の間に、健康保険の改悪、そして年金の改悪、去年は介護保険の改悪、障害者自立支援法案、そして今回は医療の改悪、負担増、そういう事態を迎えました。福祉の切捨てをし格差拡大をしていく、その後の総仕上げとして医療制度改悪法案が成立することには断固として納得できません。

私は、ただいま残念ながら可決されました健保法の一部を改正する法律案及び医療法の一部を改正する法律案に対し、自由民主党、民主党・新緑風会及び公明党の各会派共同提案による附帯決議案を提出いたします。

○津田弥太郎君 民主党・新緑風会の津田弥太郎です。

私は、ただいま残念ながら可決されました健保法の一部を改正する法律案及び医療法の一部を改正する法律案に対し、自由民主党、民主党・新緑風会及び公明党の各会派共同提案による附帯決議案を提出いたします。

○委員長(山下英利君) 多数と認めます。よつて、本案は多数をもつて原案どおり可決すべきものと決定いたしました。

この際、津田君から発言を求められておりますので、これを許します。津田弥太郎君。

○津田弥太郎君 民主党・新緑風会の津田弥太郎です。

私は、ただいま残念ながら可決されました健保法の一部を改正する法律案及び医療法の一部を改正する法律案に対し、自由民主党、民主党・新緑風会及び公明党の各会派共同提案による附帯決議案を提出いたします。

採決を行います。

本案に賛成の方の挙手を願います。

〔賛成者挙手〕

○委員長(山下英利君) 多数と認めます。よつて、本案は多数をもつて原案どおり可決すべきものと決定いたしました。

次に、良質な医療を提供する体制の確立を図るために医療法等の一部を改正する法律案の採決を行います。

厚労省が生活習慣病対策の診断基準としてメタボリックシンドロームに重点を置いていることに大きな疑問があります。メタボリックシンドロームについても、既にアメリカ、ヨーロッパの学会が批判的に吟味すべき、科学的エビデンスがないと指摘し、本年四月の日本内科学会総会でも異論が続出しています。国民の健康不安をあげ、エビデンスに基づく適切な健康診断、保健指導が行われなければ国民は健康を害し、医療費の増大は避けられません。

医療改革において最も優先すべきは、国民の立場に立つた医療の中身の改善と医療提供体制の充実、そして国民の信頼を得る医療保険制度の構築です。

しかし、政府案には国民の医療、健康に対する明確なビジョンも戦略も何ら示されておりません。医療は命に直結をしています。命に関する格差拡大を生み、国民の命を軽視する政府案には断固として反対をいたします。

小泉構造改革のこの五年間の間に、健康保険の改悪、そして年金の改悪、去年は介護保険の改悪、障害者自立支援法案、そして今は医療の改悪、負担増、そういう事態を迎えました。福祉の切捨てをし格差拡大をしていく、その後の総仕上げとして医療制度改悪法案が成立することには断固として納得できません。

私は、ただいま残念ながら可決されました健保法の一部を改正する法律案及び医療法の一部を改正する法律案に対し、自由民主党、民主党・新緑風会及び公明党の各会派共同提案による附帯決議案を提出いたします。

採決を行います。

本案に賛成の方の挙手を願います。

〔賛成者挙手〕

な支援に努めること。また、後期高齢者支援金を負担する保険者等の意見が広域連合の運営に反映されるよう、保険者協議会の活用等について指導を行うとともに、意見を聞く場の設定について検討を進めること。

三、後期高齢者医療の新たな医療報酬体系については、必要かつ適切な医療の確保を前提とし、その上でその心身の特性等にふさわしい診療報酬とするため、基本的な考え方を平成十八年度中を目途に取りまとめ、国民的な議論に供した上で策定すること。

四、高齢者の負担については、高齢者に対する高額療養費の自己負担限度額の設定、療養病床に入院する高齢者の食費及び居住費の負担の設定、後期高齢者医療制度の保険料の基準の策定に当たって、その負担が過度とならないよう留意し、低所得者への十分な配慮を行うこと。特に、被用者保険の被扶養者に対する新たな保険料負担については、特段の軽減措置を講ずること。

五、後期高齢者支援金、前期高齢者納付金等については、その負担の歯止めとなるよう、保険料率の内訳の明示、著しく負担が高くなる保険者への配慮措置などを含めた方策を検討すること。あわせて、現行制度と比較して急激な負担増とならないよう、激変緩和のための適切な措置を講ずること。

九、生活習慣病予防を強力に推進するために、市町村に加え、保険者又はその委託先等に、地域医療を担う関係者の協力を得つつ、保健指導の担い手である保健師又は管理栄養士等を適正に配置するよう努め、計画的に実行できる体制を整備し、その効果の検証を行うこと。

十、療養病床の再編成に当たっては、すべての転換を希望する介護療養病床及び医療療養病床が老人保健施設等に確実に転換し得るため、老人保健施設の構造設備基準や経過的な療養病床の類型の人員配置基準につき適切な対応を図るとともに、今後の推移も踏まえ、介護保険事業支援計画も含め各般にわたる必要な転換支援策を講ずること。また、そこの進捗状況を適切に把握し、利用者や関係者の不安に応え、特別養護老人ホーム、老人保ビスに係る利用者負担とを調整する仕組みに

ついて、今後早期に検討すること。

七、レセプトのオンライン化については目標年次までの完全実施を確実なものとするよう努めるとともに、これと併せて個別の医療内容・単価の分かる領収証の発行の普及に努めること。

八、今後の保健事業の推進に当たっては、生活習慣病の予防健診や住民の健康増進のための事業を充実するよう、地域医療を担う関係者の協力を得つつ、医療保険者や市町村の健

診・保健指導の実施体制の確保に一層努めるとともに、入手した個人データについては、委託先を含め個人情報保護法の観点から万全な管理体制を確立すること。さらに、地域・職域における健康づくりを体系的・総合的に行うために、生活習慣病予防に向けた国民運動を積極的に展開するとともに、生活習慣病予防対策の実施状況を踏まえ、必要に応じ健康増進法の見直しについて検討すること。また、被扶養者の健診の普及を図るために、その利用者負担も含め機会の確保に十分に配慮すること。

十一、産科・小児科を中心とする特定の診療科及びべき地医療における医師不足問題に対応するため、地域の実情を考慮した医療機能の効果的な集約化・重点化の促進と拠点病院への搬送体制の整備、大学医学部の入学定員の地元枠の設定、地域の病院に医師を紹介する体制の見直し等について、地域医療の関係者が参画する都道府県の医療対策協議会における検討を踏まえ、必要な措置が講ぜられるよう支援を行うこと。

十二、小児救急医療については、小児救急医療拠点病院への支援等による二十四時間対応が可能な体制の確保、小児救急電話相談事業等保護者が深夜等でも相談ができるような施策の充実、患者の容態に応じた適切な受診についての啓発に努めること。

十三、安心して出産できる体制の整備を進めること。地域における産科医療の拠点化・システム化を図るとともに、助産師の一層の活用を図ること。また、母と子の安全のため、助産所の連携医療機関が確実に確保されるよう努めること。

十四、小児医療・産科医療両者の連携・協力の下に、地域における周産期医療体制の整備を図るとともに、NICU(新生児集中治療室)の確保と、その長期入院患者の後方支援施設も含めた支援体制の構築に努めること。

十五、医療の高度化、チーム医療の推進、安心・安全の医療の確保など、医療をめぐる状況の変化や国民のニーズを踏まえ、質の高いケア体制の計画的な整備を支援する観点から、地域ケアを整備する指針を策定し、都道府県との連携を図りつつ、療養病床の円滑な転換を含めた地域におけるサービスの整備や退院時の相談・支援の充実などに努めること。

十六、入院時の治療計画等に関する書面の交付及び説明に当たっては、患者又はその家族に十分な理解と同意が得られるよう配慮すべきことを医療関係者に対し周知すること。

十七、医療計画制度の見直しに当たっては、数値目標の設定や、達成のための措置の結果、地域格差が生じたり、患者・住民が不利益を被ることがないよう配慮すること。また、医療連携体制の構築に当たっては、地域の医療提供者の意見を十分尊重するとともに、地域医療連携については、地域連携クリティカルパスの普及等を通じた連携体制の確立を図るため、診療報酬上の評価等によりその支援に努めること。さらに、在宅医療を推進するため、診療報酬上の在宅医療の対象範囲の見直しを検討すること。

十八、社会医療法人については、地域の医療連携体制の一員として、地域住民の信頼の下、適正な運営が図られるよう指導すること。

十九、医療事故対策については、事故の背景等について人員配置や組織・機構などの観点から調査分析を進めるとともに、医師法第二十三条に基づく届出制度の取扱いを含め、第三者機関による調査、紛争解決の仕組み等について必要な検討を行うこと。

二十、臨床修練制度における対象資格の拡大に当たっては、低賃金・劣悪な労働条件の下での労働につながることがないよう、改正の目的等の周知に努めること。

二十一、国民生活の安心を保障するため、将来にわたり国民皆保険制度を堅持し、平成十四年の健康保険法等の一部を改正する法律附則第二条第一項に明記された、「医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする。」ことを始めとして、安易に公的医療保険の範囲の縮小を行わず、現行の公的医療保険の堅持に努めること。また、今後の医療制度改革に当たっては、個々の制度見直しのみならず、社会保障全体の在り方に深く留意し、国民の視点に立った給付と負担の関係を明らかにすること。

右決議する。

以上でございます。

○委員長(山下英利君) ただいま津田君から提出されました附帯決議案を議題とし、採決を行います。

本附帯決議案に賛成の方の挙手を願います。

(賛成者挙手)

○委員長(山下英利君) 多数と認めます。よって、津田君提出の附帯決議案は多數をもつて本委員会の決議とすることに決定をいたしました。ただいまの決議に対し、川崎厚生労働大臣から発言を求めておりますので、この際、これを許します。川崎厚生労働大臣。

○国務大臣(川崎一郎君) ただいま御決議のありました本法案に対する附帯決議につきましては、その趣旨を十分尊重し、努力してまいる所存でございます。

○委員長(山下英利君) なお、審査報告書の作成につきましては、これを委員長に御一任願いたい

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、さよう決定をいたします。

本日はこれにて散会いたします。

午後六時三十六分散会

【参照】

北海道地方公聴会速記録

〔本号(その二)に掲載〕

六月八日本委員会に左の案件が付託された。

一、公共事業における労働者と中小業者の仕事と適正な収入の確保等に関する請願(第二三

二四号)

一、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(第二三二九号)

一、サービス利用の制限や負担増など介護保険の改悪に反対し、改善を行うことに関する請

願(第二三三三号)

一、安心で行き届いた医療・介護に関する請願(第二三三三三号)

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(第二三三四号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二三八八号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二三八九号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二三九〇号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二三九一号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二三九二号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二三九三号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二三九四号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二三九五号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二三九六号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二三九七号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二三九八号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二三九九号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二四〇〇号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二四〇一号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二四〇二号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二四〇三号)

予算の大幅増額に関する請願(第二三六七号)一、てんかんを持つ人の医療と福祉の向上に関する請願(第二三六八号)(第二三六九号)(第二三七〇号)(第二三七一号)(第二三七二号)(第二三七三号)(第二三七四号)(第二三七五号)(第二三七六号)(第二三七七号)(第二三七八号)

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(第二三七九号)(第二三八〇号)(第二三八一号)(第二三八二号)(第二三八三号)(第二三八四号)(第二三八五号)(第二三八六号)(第二三八七号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二三八八号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二三八九号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二三九〇号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二三九一号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二三九二号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二三九三号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二三九四号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二三九五号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二三九六号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二三九七号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二三九八号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二三九九号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二四〇〇号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二四〇一号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二四〇二号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二四〇三号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二四〇四号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二四〇五号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二四〇六号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二四〇七号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二四〇八号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二四〇九号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二四一〇号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二四一一号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二四一二号)

一、介護療養病床の全廃・医療療養病床の大削減に反対し、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(第二四一三号)

号)(第二四一二号)(第二四二二号)  
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(第二四二三号)  
一、難病・長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願(第二四二四号)  
(第二四二五号)(第二四二六号)(第二四二八号)(第二四二九号)(第二四三〇号)(第二四三三号)(第二四三五号)(第二四三六号)(第二四三七号)

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(第二四三八号)  
一、無免許マッサージから国民を守る法改正に関する請願(第二四三九号)

一、難病・長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願(第二四四五号)  
(第二四四六号)

一、難病・長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願(第二四四五号)  
(第二四四六号)

一、無免許マッサージから国民を守る法改正に関する請願(第二四四七号)

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(第二四四八号)

一、安心で行き届いた医療・介護に関する請願(第二四四九号)

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(第二四五〇号)

一、難病・長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願(第二四五六号)  
(第二四五七号)

一、難病・長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願(第二四五六号)  
(第二四五六号)

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(第二四五六号)

一、難病・長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願(第二四五六号)  
(第二四五六号)

一、難病・長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願(第二四五六号)  
(第二四五六号)

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(第二四五六号)

一、難病・長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願(第二四五六号)  
(第二四五六号)

一、憲法第二十五条を守り、国民の命と暮らしの保障に関する請願(第二四六八号)

一、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(第二四六九号)

一、てんかんを持つ人の医療と福祉の向上に関する請願(第二四七〇号)

一、難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願(第二五三二号)

(第二五三三号)

一、公共事業における労働者と中小業者の仕事と適正な収入の確保等に関する請願(第二四五七二号)

(第二四五七三号)(第二四七四号)

一、公共事業における労働者と中小業者の仕事と適正な収入の確保等に関する請願(第二四七五号)

(第二四五七六号)

一、公共事業における労働者と中小業者の仕事と適正な収入の確保等に関する請願(第二四五七七号)

(第二四五七八号)

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(第二四五七九号)

一、難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願(第二五〇八号)

(第二五〇九号)

一、公共事業における労働者と中小業者の仕事と適正な収入の確保等に関する請願(第二五〇九号)

一、難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願(第二五〇九号)

(第二五〇九号)

一、公共事業における労働者と中小業者の仕事と適正な収入の確保等に関する請願(第二五〇九号)

一、てんかんを持つ人の医療と福祉の向上に関する請願(第二五九五号)

一、介護療養病床の全廃、医療療養病床の大削減に反対し、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(第二五六九六号)

(第二五六九七号)

一、医療改革法案の撤回と医療の充実に関する請願(第二五六九八号)

(第二五六九九号)

一、総合的な肝疾患対策の拡充に関する請願(第二五六九号)

(第二五六九号)

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(第二五六九号)

(第二五六九号)

一、患者・国民負担増計画中止、保険で安心してかかる医療に関する請願(第二五六九号)

(第二五六九号)

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(第二五六九号)

(第二五六九号)

一、小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願(第二五六九号)

(第二五六九号)

一、難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願(第二五六九号)

(第二五六九号)

一、難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願(第二五六九号)

(第二五六九号)

一、難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願(第二五六九号)

(第二五六九号)

一、難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願(第二五六九号)

(第二五六九号)

一、難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願(第二五六九号)

(第二五六九号)

一、難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願(第二五六九号)

(第二五六九号)

一、公共事業における労働者と中小業者の仕事と適正な収入の確保等に関する請願(第二五六九号)

(第二五六九号)

一、小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願(第二五六九号)

(第二五六九号)

一、介護療養病床の全廃、医療療養病床の大削減に反対し、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(第二五六九号)

(第二五六九号)

一、医療改革法案の撤回と医療の充実に関する請願(第二五六九号)

(第二五六九号)

一、総合的な肝疾患対策の拡充に関する請願(第二五六九号)

(第二五六九号)

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(第二五六九号)

(第二五六九号)

一、患者・国民負担増計画中止、保険で安心してかかる医療に関する請願(第二五六九号)

(第二五六九号)

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(第二五六九号)

(第二五六九号)

一、小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願(第二五六九号)

(第二五六九号)

一、難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願(第二五六九号)

(第二五六九号)

一、難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願(第二五六九号)

(第二五六九号)

一、難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願(第二五六九号)

(第二五六九号)

一、難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願(第二五六九号)

(第二五六九号)

一、公共事業における労働者と中小業者の仕事と適正な収入の確保等に関する請願(第二五六九号)

(第二五六九号)

一、公共事業における労働者と中小業者の仕事と適正な収入の確保等に関する請願(第二五六九号)

(第二五六九号)

七二七号) (第二七二八号) (第二七二九号) (第二七三〇号) (第二七三一號) (第二七三三号)  
二、公共事業における労働者と中小業者の仕事  
と適正な収入の確保等に関する請願(第二七三三号)

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(第二七三四号)

一、小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願(第二七三九号) (第二七四〇号) (第二七四一号) (第二七四二号) (第二七四三号)

一、難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願(第二七四五号) (第二七四五五号)

一、無免許マッサージから国民を守る法改正に関する請願(第二七四六号)

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(第二七四七号)

一、患者・国民負担増計画中止、保険で安心してかかる医療に関する請願(第二七四八号)

一、小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願(第二七四九号)

第二三三二号 平成十八年五月二十六日受理  
公共交通における労働者と中小業者の仕事と適正な収入の確保等に関する請願

請願者 広島市南区松川町一ノ七 土井一彦 外百九十九名

紹介議員 田 英夫君

二〇〇五年、福岡西方沖地震を始め、梅雨前線や相次ぐ台風の上陸による災害が発生し、多くの尊い命と財産が犠牲になった。私たちの国土は、地震や噴火、風水害が発生しやすく、さらに地球温暖化と市街地再開発などの影響で、都心の気温上昇、豪雨水害などが発生しており、これらに対する防災対策が急がれる。一方、建設業界においては、長期に及ぶ不況による市場の縮小と競争の激化によって、採算無視の指し値発注や下請代金・賃金の切下げ・不払などが横行し、業者・労働者が倒産、夜逃げ、賃金不払、自殺に追い込まれる深刻な事態に陥っている。また、深刻になつてゐるアスベスト被害の対策について、早急な対応が求められている。国民の安全を保障する防災対策暮らしの基礎となる環境保全事業、住民生活向上につながる公共事業を求める同時に、現職場で働く労働者の公正な賃金・労働条件を確保し、地域経済を支える建設業者が適切な収入を確保できるよう、対策を求める。良質な社会資本の整備と公共施設の維持管理及び公正な事業執行ができるよう、国・地方自治体、その他発注機関、職場の体制を充実するよう強く求める。

ついては、次の事項について実現を図られたい。  
一、公共交通を防災、生活、環境保全優先に転換するためには、  
1 アスベストの飛散防止や適切な処理方法を早急に確立するとともにアスベス曝露に伴う健康被害を防ぐこと。じん肺・アスベス  
被害者の労働災害認定基準を大幅に緩和し、すべての被害者を補償すること。

二、公共交通において、労働者と中小業者の仕事と適正な収入を確保するために、  
1 公契約法(公共交通における賃金等確保法)の制定など法体系を整備すること。

2 労働者送出事業(建設業務労働者就労機会確保事業)により不当に建設労働者の賃金を始めとする労働条件が悪化しないような措置を講ずること。

第三三三二号 平成十八年五月二十六日受理  
公共交通における労働者と中小業者の仕事と適正な収入の確保等に関する請願

請願者 埼玉県春日部市藤塚一、〇九四ノ七 鳥居昭次 外九十九名

紹介議員 大久保 勉君

この請願の趣旨は、第一三三九号と同じである。

第三三三三号 平成十八年五月二十六日受理  
安心で行き届いた医療・介護に関する請願

請願者 横浜市磯子区杉田七ノ一八ノ五 鈴木悦子 外二十九名

紹介議員 小池 晃君

この請願の趣旨は、第一一八九〇号と同じである。

第三三三七号 平成十八年五月二十六日受理  
医療改革法案の撤回と医療の充実に関する請願

請願者 東京都北区堀船三ノ一六ノ一ノ二一四 千葉直 外千二百七名

紹介議員 小池 晃君

この請願の趣旨は、第一七二〇号と同じである。

第三三三八号 平成十八年五月二十六日受理  
医療改革法案の撤回と医療の充実に関する請願

請願者 埼玉県桶川市坂田一四三 大森正

に反対し、改善を行うことに関する請願

請願者 横浜市鶴見区潮田町一ノ六〇 海老原要三 外百五十四名

紹介議員 小池 晃君

この請願の趣旨は、第四四六号と同じである。

第三三三四号 平成十八年五月二十六日受理  
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 横浜市神奈川区白幡上町二五ノ五 大藏敏夫 外千七百名

紹介議員 小池 晃君

この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第三三三五号 平成十八年五月二十六日受理  
介護療養病床の全廃、医療療養病床の大削減に反対し、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 神奈川県大和市下鶴間二ノ三ノ二 八ノ三〇一 橋爪祐司 外三百十一名

紹介議員 小池 晃君

この請願の趣旨は、第一三九号と同じである。

第三三三六号 平成十八年五月二十六日受理  
患者・国民負担増計画の中止及び保険で安心してかかる医療に関する請願

請願者 川崎市高津区下作延四〇八ノ二 石井浩一 外四百六名

紹介議員 小池 晃君

この請願の趣旨は、第一一八九〇号と同じである。

第三三三七号 平成十八年五月二十六日受理  
医療改革法案の撤回と医療の充実に関する請願

請願者 東京都北区堀船三ノ一六ノ一ノ二一四 千葉直 外千二百七名

紹介議員 小池 晃君

この請願の趣旨は、第一七二〇号と同じである。

第三三三八号 平成十八年五月二十六日受理  
医療改革法案の撤回と医療の充実に関する請願

請願者 埼玉県桶川市坂田一四三 大森正

紹介議員 小池 晃君

この請願の趣旨は、第一七二〇号と同じである。

紹介議員 昭 外六百三十五名  
吉川 春子君  
この請願の趣旨は、第一七二〇号と同じである。

第三三四三号 平成十八年五月二十九日受理

FOP(進行性骨化性線維異形成症)の特定疾患治療研究事業の対象疾患への指定(難病指定)に関する請願

請願者 奈良県桜井市戒重一九二ノ一ノA  
ノ五〇一 岩本仁美 外四千六百六十一名

紹介議員 岡田 直樹君  
FOPは「進行性骨化性線維異形成症」は、約二〇〇万人に一人の割合で発症すると言われ、いまだ不明な部分が多く治療法も確立されていない。この疾患は、筋肉が骨に変化し、骨が身体の関節を固め、あらゆる部分の動きの自由を奪っていく。身体の変形に伴い、呼吸器官や内臓への影響も出てくる。医師・看護師の中でも認知度は低く、支援団体もないため、患者有志の活動により、患者が二十数名いることを確認している。この疾患は、進行性を持つこともあり、それに症状も違い、限度のない病状の悪化に不安を抱えながら生活している。アメリカでは、最近になって原因遺伝子を同定したという論文が報告されたが、治療法の確立にはまだ多くの研究が必要とされている。一日も早く国の難病認定を受ければれるよう求める。

患に認定すること。  
二、全国どこでも 医療関係者がFOPの認識を持ち診察に当たるよう指導すること。  
三、医療費の自己負担の軽減と、進行に伴い使用を余儀なくされる福祉機器の経済的負担の軽減を図ること。  
四、地域における保健医療福祉の充実・連携を図ること。

五、QOLの向上を目指した福祉施設の推進を指導すること。

第三三六七号 平成十八年五月二十九日受理  
保育・学童保育・子育て支援施策の拡充と予算の大枠増額に関する請願

請願者 德島市佐古七番町八ノ一三 神野 美昭 外三名  
この請願の趣旨は、第四一〇号と同じである。

紹介議員 小池 晃君  
第三三六八号 平成十八年五月二十九日受理  
てんかんを持つ人の医療と福祉の向上に関する請願

請願者 三重県伊勢市宮後二ノ四二〇  
西村佳子 外二千六百四十一名  
この請願の趣旨は、第三三六八号と同じである。

紹介議員 朝日 俊弘君  
第三三六九号 平成十八年五月二十九日受理  
てんかんを持つ人の医療と福祉の向上に関する請願

請願者 富山市下富居一ノ八ノ一五 塚本 敬太 外二千六百四十九名  
この請願の趣旨は、第三三六八号と同じである。

紹介議員 水落 敏栄君  
第三三七〇号 平成十八年五月二十九日受理  
てんかんを持つ人の医療と福祉の向上に関する請願

請願者 栃木県下都賀郡石橋町上台八三五  
ノ三 渡辺真 外千三百九十九名  
この請願の趣旨は、第三三六八号と同じである。

紹介議員 西島 英利君  
第三三七一号 平成十八年五月二十九日受理  
てんかんを持つ人の医療と福祉の向上に関する請願

請願者 埼玉県鴻巣市宮地二ノ一ノ二十五  
松下美津江 外二千八百九十九名  
この請願の趣旨は、第三三六八号と同じである。

紹介議員 木庭健太郎君  
第三三七二号 平成十八年五月二十九日受理  
てんかんを持つ人の医療と福祉の向上に関する請願

請願者 松下智哉子君  
第三三七三号 平成十八年五月二十九日受理  
三、てんかんを持つ人に対する障害者雇用率への現すること。

二、公共輸送機関での運賃割引は国会で採択されたいにもかかわらず、いまだに実現していない。

実現のために国との補助制度を創設すること。

行政法人国立病院機構宇多野病院の体制整備をすること。

ついては、社会参加をしやすくするため、早急に次の事項について実現を図らなければならない。

一、てんかんを含む専門的医療への補助制度を創設し、打切りや縮小からすこと。当面、独立

二、全国どこでも 医療関係者がFOPの認識を持ち診察に当たるよう指導すること。

三、医療費の自己負担の軽減と、進行に伴い使用を余儀なくされる福祉機器の経済的負担の軽減を図ること。

四、地域における保健医療福祉の充実・連携を図ること。

場を、特例会社としてあるいは、福祉工場としてつくること。  
五、難治性てんかんを持つ人にとつて、医療的ケアを含む生活支援体制の構築が必要である。安心して生活できるケアホームなどを整備すること。

六、てんかんを持つ人が地域で生活できるように、安心・安全なグループホームなどを整備すること。  
七、てんかんを持つ人の公費負担医療を後退させないこと。

八、障害種別の福祉法ではなく、総合的な福祉法を早急に制定すること。

七、てんかんを持つ人の公費負担医療を後退させないこと。  
八、障害種別の福祉法ではなく、総合的な福祉法を早急に制定すること。

七、てんかんを持つ人が地域で生活できるように、安心・安全なグループホームなどを整備すること。  
八、障害種別の福祉法ではなく、総合的な福祉法を早急に制定すること。

七、てんかんを持つ人の公費負担医療を後退させないこと。

八、障害種別の福祉法ではなく、総合的な福祉法を早急に制定すること。

七、てんかんを持つ人が地域で生活できるように、安心・安全なグループホームなどを整備すること。

八、障害種別の福祉法ではなく、総合的な福祉法を早急に制定すること。

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 大阪市西成区玉出東二ノ一〇ノ一  
三 嵐村禮子 外二千六百五十二  
この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

紹介議員 山下 栄一君  
第三三七三号 平成十八年五月二十九日受理  
難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 茨城県古河市桜町一ノ四四 中山 幸子 外七千五百二  
この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

紹介議員 島田智哉子君  
第三三七四号 平成十八年五月二十九日受理  
難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 宮崎県串間市大字西方三、〇九五  
浅井恒子 外二千百八十八名  
この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

紹介議員 小斉平敏文君  
第三三七五号 平成十八年五月二十九日受理  
難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 北九州市門司区片上町八ノ一ノ五  
〇八 中野愛梨 外千九百八十六  
この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

紹介議員 木庭健太郎君  
第三三七六号 平成十八年五月二十九日受理  
難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 宮崎市本郷北方二、六五三ノ四六  
横山真三 外千九百九十九名  
この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

紹介議員 松下 新平君  
第三三七二号 平成十八年五月二十九日受理  
この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第三七七号

平成十八年五月二十九日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 茨城県坂東市みむら一、一五二ノ一  
倉持藤市 外九千百三十二名

紹介議員 小林 元君

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第三三七八号

平成十八年五月二十九日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 佐賀市鍋島町鍋島一、四〇七 井  
手元大 外千二百五十七名

紹介議員 岩永 浩美君

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第三三七九号

平成十八年五月二十九日受理

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 京都市下京区西七条西久保町一八  
ノ二 長谷川光昭 外六千四百七十五名

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。

第三三八〇号

平成十八年五月二十九日受理

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 堺市堺区三宝町五丁二九〇ノ五一  
山本美枝子 外六千四百七十五名

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。

第三三八一號

平成十八年五月二十九日受理

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 平成十八年五月二十九日受理

この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

請願者 東京都三鷹市井口二ノ六ノ三 関  
夏代 外六千四百七十五名

紹介議員 緒方 靖夫君

この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第三三八二号

平成十八年五月二十九日受理

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 札幌市北区北十九条西六ノ一ノ二  
田澤利弘 外六千四百七十五名

紹介議員 紙 智子君

この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第三三八三号

平成十八年五月二十九日受理

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 川崎市幸区新塚越一ノ二ノ一  
百七十五名

紹介議員 小池 晃君

この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第三三八四号

平成十八年五月二十九日受理

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 奈良市芝辻町三ノ一ノ八 森川正  
彦 外六千四百七十五名

紹介議員 小林美恵子君

この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第三三八五号

平成十八年五月二十九日受理

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 仙台市青葉区米ヶ袋二ノ四ノ五  
十五名

紹介議員 大門実紀史君

この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第三三八六号

平成十八年五月二十九日受理

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 仙台市青葉区米ヶ袋二ノ四ノ五  
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。

請願者 東京都江戸川区東小岩三ノ五ノ一  
八 上村美恵子 外千三百八十二

紹介議員 緒方 靖夫君

この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。

請願者 宮崎市高洲町一五ーノ六 長友征  
子 外六千四百七十五名

紹介議員 仁比 聰平君

この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第三三八七号

平成十八年五月二十九日受理

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 東京都杉並区阿佐谷北三ノ三六ノ  
二〇 広瀬隆弘 外六千四百七十  
五名

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。

第三三八八号

平成十八年五月二十九日受理

介護療養病床の全廃、医療療養病床の大削減に反対し、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 京都府京田辺市草内法福寺一二ノ  
一二 高橋幸子 外千三百八十二  
名

紹介議員 井上 哲士君

この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。

第三三九二号

平成十八年五月二十九日受理

介護療養病床の全廃、医療療養病床の大削減に反対し、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 千葉県浦安市富岡三ノ三ノAノ四  
一 赤穂ひろ子 外千三百八十一  
二名

紹介議員 小池 晃君

この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。

第三三九三号

平成十八年五月二十九日受理

介護療養病床の全廃、医療療養病床の大削減に反対し、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 大阪市住之江区御崎一ノ四ノ一五  
柳岡悦子 外千三百八十二  
名

紹介議員 小林美恵子君

この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。

請願者 東京都江戸川区東小岩三ノ五ノ一  
八 上村美恵子 外千三百八十二  
紹介議員 緒方 靖夫君

この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。

請願者 宮崎市高洲町一五ーノ六 長友征  
子 外六千四百七十五名

紹介議員 仁比 聰平君

この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第三三九四号

平成十八年五月二十九日受理

介護療養病床の全廃、医療療養病床の大削減に反対し、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 大阪市住之江区御崎一ノ四ノ一五  
柳岡悦子 外千三百八十二  
名

紹介議員 小林美恵子君

この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。

第三三九五号

平成十八年五月二十九日受理

介護療養病床の全廃、医療療養病床の大削減に反対し、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 大阪市住之江区御崎一ノ四ノ一五  
柳岡悦子 外千三百八十二  
名

紹介議員 小林美恵子君

この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。

第三三九六号

平成十八年五月二十九日受理

介護療養病床の全廃、医療療養病床の大削減に反対し、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 大阪市住之江区御崎一ノ四ノ一五  
柳岡悦子 外千三百八十二  
名

紹介議員 小林美恵子君

この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。

第三三九七号

平成十八年五月二十九日受理

介護療養病床の全廃、医療療養病床の大削減に反対し、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 大阪市住之江区御崎一ノ四ノ一五  
柳岡悦子 外千三百八十二  
名

紹介議員 小林美恵子君

この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。

第五一

拡充を行うことに関する請願

請願者 さいたま市大宮区吉敷町二ノ七四

ノーノ、三〇一 加藤かな子

外千三百八十二名

紹介議員 大門実紀史君

この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。

第三三九五号 平成十八年五月二十九日受理

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 高知県香美市土佐山田町百石町一

ノ一三ノ一九 弘瀬和佳 外千三

百八十二名

紹介議員 仁比 聰平君

この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。

第三三九六号 平成十八年五月二十九日受理

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 吉川 春子君

この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。

第三三九七号 平成十八年五月二十九日受理

サービス利用の制限や負担増など介護保険の改悪に反対し、改善を行うことに関する請願

請願者 徳島市北沖洲一ノ八ノ三四ノAノ

一 重松麻里子 外四名

紹介議員 仁比 聰平君

この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。

第三三九八号 平成十八年五月二十九日受理  
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 大阪市生野区新今里一ノ一四ノ一

八 林恵美 外四百九十九名

紹介議員 木庭健太郎君

この請願の趣旨は、第二一五六号と同じである。

外千三百八十二名

紹介議員 大門実紀史君

この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。

第三三九九号 平成十八年五月二十九日受理

無年金の在日外国人障害者・高齢者の救済に関する請願

四ノ一一 原地美智穂 外四百

九十九名

紹介議員 鰐淵 洋子君

この請願の趣旨は、第二一五六号と同じである。

第三四〇〇号 平成十八年五月二十九日受理

無免許マッサージから国民を守る法改正に関する請願

紹介議員 ○ 市原滋夫

この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。

第三四〇一号 平成十八年五月二十九日受理

無免許マッサージから国民を守る法改正に関する請願

紹介議員 今泉 昭君

この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。

第三四〇二号 平成十八年五月二十九日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

紹介議員 ○ 岩永 造美君

この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。

第三四〇三号 平成十八年五月二十九日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

紹介議員 二、一四七 佐野茂美

この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。

第三四〇四号 平成十八年五月二十九日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

紹介議員 三、森田強 外四千六十九名

この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。

第三四〇五号 平成十八年五月二十九日受理

はり灸治療の健康保険適用の拡大に関する請願

紹介議員 三、森田強 外四千六十九名

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

的対策に関する請願

紹介議員 坂本由紀子君

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第三四一五号 平成十八年五月二十九日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

紹介議員 静岡県裾野市佐野一、一四〇ノ一

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第三四一六号 平成十八年五月二十九日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

紹介議員 三、森田強 外四千六十九名

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第三四一七号 平成十八年五月二十九日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

紹介議員 久代勝 外二千名

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第三四一八号 平成十八年五月二十九日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

紹介議員 朝日 俊弘君

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第三四一九号 平成十八年五月二十九日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

紹介議員 兵庫県南あわじ市松帆慶野三四三

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

的対策に関する請願

紹介議員 朝日 俊弘君

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第三四二〇号 平成十八年五月二十九日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

紹介議員 一、三九二 梅本司 外千名

的対策に関する請願

紹介議員 芝 博一君

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第三四二一號 平成十八年五月二十九日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

紹介議員 三、九二一 梅本司 外千名

的対策に関する請願

紹介議員 岩手県江刺市愛宕字海老島一五六

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第三四二二號 平成十八年五月二十九日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

紹介議員 千田ミツ 外二千名

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第二四二三号 平成十八年五月二十九日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 札幌市中央区南四条西一〇丁目  
伴圭介 外八百四十三名

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第二四二三号 平成十八年五月二十九日受理

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 横須賀市桜が丘二ノ一八ノ一 山下純 外四百九十九名

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第二四二三号 平成十八年五月二十九日受理

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 加藤 修一君

この請願の趣旨は、第二一五六号と同じである。

第二四二四号 平成十八年五月二十九日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 岩手県上閉伊郡大槌町栄町一四ノ五 八幡吉郎 外二千名

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第二四二四号 平成十八年五月二十九日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 平野 達男君

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第二四二五号 平成十八年五月二十九日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 和歌山市湊一、八二〇ノ五六 八

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第二四二五号 平成十八年五月二十九日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 田実 外二千二百一十七名

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第二四二六号 平成十八年五月二十九日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 札幌市中央区南四条西一〇丁目  
平井孝 外八百七十五名

紹介議員 峰崎 直樹君  
この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第二四二八号 平成十八年五月二十九日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 福岡県豊前市大字八屋一、二一二二  
ノ九 末門清美 外五千六百五十二名

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第二四二九号 平成十八年五月三十日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 札幌市中央区南四条西一〇丁目  
福井美静 外千八百七十九名

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第二四二九号 平成十八年五月三十日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 札幌市中央区南四条西一〇丁目  
小川 勝也君

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第二四二九号 平成十八年五月三十日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 札幌市中央区南四条西一〇丁目  
加藤 修一君

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第二四二九号 平成十八年五月三十日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 札幌市中央区南四条西一〇丁目  
福井美静 外千八百七十九名

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第二四二九号 平成十八年五月三十日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 札幌市中央区南四条西一〇丁目  
松井章教 外八百五十三名

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第二四二九号 平成十八年五月三十日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 札幌市中央区南四条西一〇丁目  
孝子 外七千九百三十八名

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第二四二九号 平成十八年五月三十日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 札幌市中央区南四条西一〇丁目  
田中一太君

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第二四二九号 平成十八年五月三十日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 札幌市中央区南四条西一〇丁目  
原口明雄 外四千七百三十名

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

請願者 札幌市中央区南四条西一〇丁目  
成田愛子 外二千六百九十二名

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 岩田道代 外五千五百四十五名

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 山下八洲夫君

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 京都府宇治市木幡南山九一ノ一三  
南村勝則 外四百九十九名

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 京都府宇治市木幡南山九一ノ一三  
南村勝則 外四百九十九名

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 横浜市金沢区六浦南一ノ三七ノ一  
杉田久雄 温君

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 横浜市金沢区六浦南一ノ三七ノ一  
杉田久雄 温君

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 横浜市金沢区六浦南一ノ三七ノ一  
鶴保 庸介君

紹介議員 谷 博之君  
この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

第二四四六號 平成十八年五月三十日受理  
難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 静岡県磐田市福田中島七七一寺 田綾子 外四千二百七十四名

紹介議員 棚葉賀津也君  
この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

第二四四七號 平成十八年五月三十日受理  
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 大分市上野町八ノ七 三浦隆  
紹介議員 後藤 博子君

この請願の趣旨は、第八六一號と同じである。  
安心で行き届いた医療・介護に関する請願

請願者 北海道函館市東山町一七九ノ六一  
紹介議員 紙 智子君

この請願の趣旨は、第四四六號と同じである。  
患者・国民負担増計画の中止と保険で安心してかかるべき請願

第二四四八號 平成十八年五月三十日受理  
安心で行き届いた医療・介護に関する請願

請願者 近藤展子 外一万五千五百七十五  
紹介議員 紙 智子君

この請願の趣旨は、第四六〇號と同じである。  
紹介議員 仁比 聰平君

この請願の趣旨は、第一三九九號と同じである。  
紹介議員 金井直 外二千四百十一名

この請願の趣旨は、第二七〇號と同じである。  
紹介議員 小池 晃君

この請願の趣旨は、第三六四號と同じである。  
紹介議員 紙 智子君

この請願の趣旨は、第三六四號と同じである。  
紹介議員 紙 智子君

紹介議員 紙 智子君

この請願の趣旨は、第一七二〇號と同じである。

第二四五五號 平成十八年五月三十日受理  
難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 札幌市中央区南四条四一〇丁目 杉山逸子 外千八百五十一名

紹介議員 紙 智子君  
この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

第二四六六號 平成十八年五月三十日受理  
患者負担増計画の中止と保険で安心してかかるべき請願

請願者 愛媛県松山市余戸東一ノ七ノ二〇  
近藤安一 外一万千百四十八名

紹介議員 佐藤 泰弘君  
この請願の趣旨は、第一三六八號と同じである。

第二四六七號 平成十八年五月三十日受理  
介護療養病床の全廃、医療療養病床の大削減に反対し、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 愛媛県松山市保免上二ノ六ノ一八  
渡部真弓 外千五百二十九名

紹介議員 佐藤 雄平君  
この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

第二四六八號 平成十八年五月三十日受理  
憲法第二十五条を守り、国民の命と暮らしの保障に関する請願

請願者 東京都足立区花畠七ノ一九ノ二  
紹介議員 金井直 外二千四百十一名

この請願の趣旨は、第一三九九號と同じである。  
紹介議員 仁比 聰平君

この請願の趣旨は、第一三九九號と同じである。  
紹介議員 渡部真弓 外千五百二十九名

この請願の趣旨は、第一三九九號と同じである。  
紹介議員 佐藤 雄平君

この請願の趣旨は、第一三九九號と同じである。  
紹介議員 金井直 外二千四百十一名

この請願の趣旨は、第一三九九號と同じである。  
紹介議員 小池 晃君

この請願の趣旨は、第一三九九號と同じである。  
紹介議員 金井直 外二千四百十一名

この請願の趣旨は、第一三九九號と同じである。  
紹介議員 小池 晃君

この請願の趣旨は、第一三九九號と同じである。  
紹介議員 金井直 外二千四百十一名

この請願の趣旨は、第一三九九號と同じである。  
紹介議員 小池 晃君

この請願の趣旨は、第一三九九號と同じである。  
紹介議員 金井直 外二千四百十一名

九 今富吉江 外一万八千六百五

紹介議員 小池 晃君  
この請願の趣旨は、第一四二五號と同じである。

第二四七〇號 平成十八年五月三十日受理  
てんかんを持つ人の医療と福祉の向上に関する請願

請願者 大阪府茨木市耳原三ノ一二ノ五  
藤本美咲 外二千二百七十四名

紹介議員 佐藤 泰弘君  
この請願の趣旨は、第一三六八號と同じである。

第二四七一號 平成十八年五月三十日受理  
難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 福島市松川町沼袋字戸ノ内八二九  
ノ一 長尾良子 外九百四十四名

紹介議員 佐藤 雄平君  
この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

第二四七二號 平成十八年五月三十日受理  
難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 兵庫県高砂市米田町米田九二五ノ二  
二ノ一、五一四 久保卓也 外一  
万二千五百三十一名

紹介議員 佐藤 泰弘君  
この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

第二四七三號 平成十八年五月三十日受理  
難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 長野県松本市芳川小屋三九八ノ八  
林輝 外千五百六十名

紹介議員 清水嘉与子君  
この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

第二四七四號 平成十八年五月三十日受理  
難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 神奈川県横須賀市鴨居三ノ三〇ノ一〇 多田彰 外三千三百三十二名

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 三重県龟山市山下町二五 増村貞治 外九百九十九名

紹介議員 高橋 千秋君  
この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

第二四五七號 平成十八年五月三十日受理  
公共事業における労働者と中小業者の仕事と適正な収入の確保等に関する請願

請願者 福島県郡山市安積町荒井字柴宮山二七ノ一五六 佐藤廣子 外四百八十一名

紹介議員 佐藤 雄平君  
この請願の趣旨は、第二三三四號と同じである。

第二四五八號 平成十八年五月三十日受理  
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 川崎市中原区新城中町一一ノ一  
鈴木利之 外四百九十九名

紹介議員 又市 征治君  
この請願の趣旨は、第二二五六號と同じである。

第二四五九號 平成十八年五月三十日受理  
難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 福井県今立郡池田町魚見八八ノ三  
田中善嗣 外千六百九名

紹介議員 清水嘉与子君  
この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

第二五〇九號 平成十八年五月三十日受理  
難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 福井県今立郡池田町魚見八八ノ三  
田中善嗣 外千六百九名

紹介議員 清水嘉与子君  
この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

第二五〇九號 平成十八年五月三十日受理  
難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 神奈川県横須賀市鴨居三ノ三〇ノ一〇 多田彰 外三千三百三十二名

紹介議員 円 より子君  
この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

第二五一〇号 平成十八年五月三十日受理  
てんかんを持つ人の医療と福祉の向上に関する請願

請願者 大阪府豊中市東豊中町五ノ二〇ノ九名

紹介議員 円 より子君

この請願の趣旨は、第二三六八號と同じである。

第二五一三号 平成十八年五月三十日受理  
難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 埼玉県志木市幸町四ノ一六ノ一六内谷正行 外八千名

紹介議員 家西 悟君

この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

第二五二五号 平成十八年五月三十一日受理  
難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 東京都品川区東品川三ノ二二ノ二〇ノ一〇九 佐々木英二 外四千二百二十九名

紹介議員 中原 爽君

この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

第二五六六号 平成十八年五月三十一日受理  
難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 京都市右京区太秦一ノ井町三三ノ四二 今井久藏 外二千名

紹介議員 福山 哲郎君

この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

第二五七号 平成十八年五月三十一日受理  
難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

紹介議員 円 より子君

的対策に関する請願  
請願者 北九州市八幡西区野面一ノ一七ノ一九 千々和修 外一万二千名

紹介議員 西島 英利君

この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

第二五一八号 平成十八年五月三十一日受理  
医療制度を守り拡充することに関する請願

請願者 京都市南区吉祥院西ノ茶屋町四三森本文子 外九百九十九名

紹介議員 福山 哲郎君

我が国の医療制度は、いつでも、どこでも、だれでもどこでもだれでも医療にかかる優れた評価を得ている。しかし、第一六四回国会に、この制度を破壊しかねない制度改革関連法案が提出され、改法案では、医療保険を都道府県単位に再編しようとしているが、地域の医療費水準が、直接住民の保険料や医療機関の診療報酬、自治体財政などに跳ね返る仕組みにされることから、自治体は保険医療費の抑制を目的として住民・医療機関の保健・予防・医療活動や地域の医療の在り方まで管理せざるを得なくなる。国は、保険医療費の抑制を自治体間の競争を通じて実現させようとしている。しかし、医療費適正化のための重なる柱とされている生活習慣病対策は、四〇歳以上までのすべての国民を対象に、その所属する医療保険の保険者における生活習慣病健診と生活指導を受け、平均在院日数の短い自治体などを目標に、五年間で地域の平均在院(入院)日数や生活習慣病患者及び予備軍を削減させる仕組みまで導入しようとしている。しかし、医療費適正化のための重要な柱とされている生活習慣病対策は、四〇歳以上までのすべての国民を対象に、その所属する医療保険の保険者における生活習慣病健診と生活指導を促すものの、国は、国民生活を取り巻く環境や収入・労働条件の改善などを行おうとはしていない。同じように高齢者を対象とした新たな医療保険の創設も、高齢者の保険医療費の削減が目的となり、自助努力ではどうにもならない暮らしや労働条件の悪化責任に目をつむり、国民にだけ

なつおり、高齢者の医療を別枠にすることで高齢者の医療費は、高齢者が自分で負担するという

自己責任を押し付ける生活習慣病対策は見直すこと。

4 医療費適正化計画制度の導入によって地域の住民・保険者・医療機関・自治体を、果てしない医療費引下げ競争に巻き込む医療保険の都道府県単位化には反対すること。

5 公的保険医療に使う医療費を削減する一方で、お金がなければ良い医療が受けられなくなる保険医療と保険外医療の併用(混合診療)制度を拡大することはやめること。

6 地域的偏在を是正するために、全体として不足している医師・看護師の確保のための政策を確立すること。

7 第二五二三号 平成十八年五月三十一日受理  
難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 山口県下関市前勝谷町六ノ一〇〇芳正君

この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

第二五二三号 平成十八年五月三十一日受理  
難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 京都市山科区西野山桜ノ馬場町二二八〇五 倉本早百合 外千九百四十八名

紹介議員 西田 吉宏君

この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

第二五二四号 平成十八年五月三十一日受理  
総合的な肝疾患対策の拡充に関する請願

請願者 山形県酒田市宮内字本楯三八丸山由美 外二千二百七十五名

紹介議員 松岡 徹君

この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

第二五二五号 平成十八年五月三十一日受理  
この請願の趣旨は、第一七八二号と同じである。

第七部 厚生労働委員会会議録第二十七号(その一) 平成十八年六月十三日 【参議院】

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 岩手県盛岡市緑が丘一ノ一七ノ二

紹介議員 工藤堅太郎君

この請願の趣旨は、第三六四号と同じである。

第二五二六号 平成十八年五月三十一日受理

てんかんを持つ人の医療と福祉の向上に関する請願

請願者 群馬県桐生市相生町二ノ三一ノ二

青木勝幸 外二千八百九十九名

紹介議員 家西 悟君

この請願の趣旨は、第二三六八号と同じである。

第二五二七号 平成十八年五月三十一日受理

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 山形県米沢市万世町桑山一、一五

六 嵐田とみ 外四十九名

紹介議員 小川 敏夫君

この請願の趣旨は、第一三二九号と同じである。

第二五三一号 平成十八年五月三十一日受理

助産所と自宅における出産の安全性の確保と支援に関する請願

請願者 福岡県嘉麻市千手一、八六二ノ二

正中恵理子 外三百九十一名

紹介議員 辻 泰弘君

この請願の趣旨は、第一四六八号と同じである。

第二五三二号 平成十八年五月三十一日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 熊本県宇土市網津町一、四一八ノ四

池田博幸 外九千四百三十三名

紹介議員 松村 祥史君

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第二五三三号 平成十八年五月三十一日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 東京都江東区三好四ノ七ノ四 石川あさみ 外五千五百四十三名

紹介議員 緒方 靖夫君

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

第二五三四号 平成十八年五月三十一日受理

総合的な肝疾患対策の拡充に関する請願

請願者 東京都日野市上田三三七ノ四 赤坂堯 外二千二百三十八名

紹介議員 前川 清成君

この請願の趣旨は、第一七八二号と同じである。

第二五三五号 平成十八年五月三十一日受理

公共交通事業における労働者と中小業者の仕事と適正な収入の確保等に関する請願

請願者 埼玉県秩父市永田町九ノ三 榊原浩幸 外四百六十二名

紹介議員 緒方 靖夫君

この請願の趣旨は、第二三三三四号と同じである。

第二五三六号 平成十八年五月三十一日受理

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 川崎市宮前区南平台一九ノ一ノ三

紹介議員 ○二 矢吹定子 外四百九十九名

この請願の趣旨は、第二一五六号と同じである。

第二五四一号 平成十八年五月三十一日受理

患者・国民負担増計画中止、保険で安心してかかる医療に関する請願

請願者 東京都東大和市向原六ノ一、一五五ノ二八 佐藤昭子 外九百六十六名

紹介議員 紙 智子君

この請願の趣旨は、第二四五五号と同じである。

第二四五五号 平成十八年五月三十一日受理

国の乳幼児医療費無料制度創設に関する請願

請願者 名古屋市北区清水一ノ一九ノ八

紹介議員 西京子 外七千五百二十四名

この請願の趣旨は、第二四五五号と同じである。

第二四五七号 平成十八年五月三十一日受理

国の乳幼児医療費無料制度創設に関する請願

請願者 千葉県船橋市三咲六ノ六ノ一〇

紹介議員 谷 博之君

小泉内閣は、今国会に医療制度改革関連法案を提出、高齢者をねらい撃ちした大幅な負担増を行おうとしている。また、医療保険制度を再編し、医療に対する国の責任を後退させ、自治体に責任を転嫁しようとしている。既に、保険料や自己負担を引き上げ、さらに高齢者までこれを拡大、そのうえ保険給付を削減、民間の医療保険へ国民を誘導して公的医療保険の空洞化をねらう、このような改革を進めれば、日本の医療は荒廃の一途をたどる。また、四月からの診療報酬の大幅な引下げが、医療機関の収入を減らし、医療水準の低下や、今まで深く深刻な看護師などの人手不足に拍車が掛かることが危惧される。高額な患者負担と強引な医療費の抑制は、患者・国民の医療を受ける権利を脅かし、受診抑制による病気の早期発見・早期治療を妨げ、重症化による医療費の増加を招く。保険で安心してかかる医療が、患者・国民の共通の願いである。医療に対する国の位置付けと責任を強め、国庫負担の増額など財政措置を強化するよう求める。

ついては、次の事項について実現を図られたい。

一、健保三割負担を二割負担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し、保険のきかない医療行為を増やさないこと。

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に診療報酬を改善すること。

第二五四六号 平成十八年五月三十一日受理

国の乳幼児医療費無料制度創設に関する請願

請願者 埼玉県飯能市美杉台一ノ二〇ノ六

青木みや子 外七千五百二十四名

この請願の趣旨は、第二四五五号と同じである。

第二五四七号 平成十八年五月三十一日受理

国の乳幼児医療費無料制度創設に関する請願

請願者 千葉県船橋市三咲六ノ六ノ一〇

この請願の趣旨は、第二四五五号と同じである。

子育ての大きな不安の一つに、子供の病気がある。子供は病気のかなりやすく、抵抗力が弱いため重症化することも多く、病気の早期発見・早期治療を支える環境が非常に大切である。その一つとして、子供の医療費の心配をなくすることは、大切な子育て支援になる。乳幼児の医療費無料制度は、既に全都道府県全市区町村で実施され、親たちへの大きな励ましとなっている。しかし、市町村の独自制度として行われているために、財政困難などを理由として制度内容には大きな格差がある。例えば、助成対象年齢は、一歳児までの所もあるれば高校卒業までを対象としている所もある。どこに生まれ住んでも、子供は等しく大切に育てられなければならない。そのためには、国として制度を創設し、市町村を支援していくことが求められている。参議院では二〇〇一年六月、すべての政党・会派一致で「少子化対策推進に関する決議」を採択した。その中で、政府に対し「乳幼児医療費の国庫助成等を「重点的に取り組むべきである」と求めた。また、この数年間に、国の制度創設を求める意見書が四割を超える都道府県議会・市区町村議会で採択されている。

ついては、安心して子供を産み、育てることのできる社会への第一歩とするため、次の事項について実現を図られたい。

一、小学校就学前までの子供を対象とした国療費無料制度を早期に創設すること。

二、できる社会への第一歩とするため、次の事項について実現を図られたい。

一、小学校就学前までの子供を対象とした国療費無料制度を早期に創設すること。

二、できる社会への第一歩とするため、次の事項について実現を図られたい。

一、小学校就学前までの子供を対象とした国療費無料制度を早期に創設すること。

二、できる社会への第一歩とするため、次の事項について実現を図られたい。

一、小学校就学前までの子供を対象とした国療費無料制度を早期に創設すること。

二、できる社会への第一歩とするため、次の事項について実現を図られたい。

一、小学校就学前までの子供を対象とした国療費無料制度を早期に創設すること。

二、できる社会への第一歩とするため、次の事項について実現を図られたい。

一、小学校就学前までの子供を対象とした国療費無料制度を早期に創設すること。

二、できる社会への第一歩とするため、次の事項について実現を図られたい。



請願者 福井市寺前町三ノ一ノ七 小林義 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。
第二五七九号 平成十八年六月一日受理 請願者 東京都小金井市緑町四ノ一七ノ一 名 六 杉田清子 外二千五百七十八	総合的な肝疾患対策の拡充に関する請願
紹介議員 国井 正幸君	この請願の趣旨は、第一七八二号と同じである。
第二五八七号 平成十八年六月一日受理 難病・長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願	この請願の趣旨は、第一七八二号と同じである。
請願者 高知市東秦泉寺四七〇ノ一一五 紹介議員 広田 一君	この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。
第二五八八号 平成十八年六月一日受理 難病・長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願	この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。
請願者 群馬県太田市太子町六七 小池奈 奈美 外八千二百八十八名	この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。
紹介議員 富岡由紀夫君 請願者 和歌山市六十谷三六三ノ三 塩崎 真 外七千九百九十九名	この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。
第二五九号 平成十八年六月一日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 紹介議員 鶴保 康介君	この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二五九〇号 平成十八年六月一日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 紹介議員 鶴保 康介君	この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二五九一号 平成十八年六月一日受理 請願者 東京外環状線沿線の区域に於ける小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 紹介議員 佐藤和也君	この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二五九二号 平成十八年六月一日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 東京都中野区中央五ノ四一ノ一八 ノ五F 坂本昭 外二千九十九名	この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
紹介議員 藤本 祐司君	この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。
第二五九三号 平成十八年六月一日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 広島市中区吉島東一ノ二四ノ二九 笠原真弓 外九百九十九名	この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
紹介議員 亀井 郁夫君	この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。
第二五九四号 平成十八年六月一日受理 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 紹介議員 沢口孝志君	この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。
請願者 宮崎県小林市細野一六七 桑原大 祐 外二千七名	この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。
第二五九五号 平成十八年六月一日受理 請願者 岩手県北上市内野町七ノ二二 十九名	この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。
紹介議員 水岡 俊一君	この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二五六〇号 平成十八年六月一日受理 請願者 神戸市北区鈴蘭台南町七ノ二二 二ノ二B 乾玲子 外千九百九十九名 和 田範子 外二千八百九十九名	この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
紹介議員 福島みづほ君	この請願の趣旨は、第三三六八号と同じである。
第二五六一〇号 平成十八年六月一日受理 請願者 青森県上北郡野辺地町字枇杷野五 〇ノ二九 十枝内一幸 外二千二 十九名	この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
紹介議員 浜四津敏子君	この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二五六〇九号 平成十八年六月一日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 千葉県浦安市日の出二二ノ一ノB ノ一、一〇一 卯月英喜 外九百 九十九名	この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
紹介議員 滝澤敏子君	この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二五六一〇号 平成十八年六月一日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 京都府福知山市新庄六四一ノ一 一 西本栄子 外一千四百二十名	この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
紹介議員 山東 昭子君	この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二五六一一号 平成十八年六月一日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 青森県上北郡野辺地町字枇杷野五 〇ノ二九 十枝内一幸 外二千二 十九名	この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
紹介議員 田名部匡省君	この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六一二号

平成十八年六月一日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 大阪市旭区太子橋一ノ一六ノ二二

西口直美

外千九百九十九名

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

紹介議員 福島みづほ君

平成十八年六月一日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 東京都三鷹市下連雀三ノ三〇ノ一

二ノ八〇一

井上智恵子

外九百九十九名

平成十八年六月一日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 東京都三鷹市下連雀三ノ三〇ノ一

二ノ八〇一

井上智恵子

外九百九十九名

平成十八年六月一日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 山口那津男君

平成十八年六月一日受理

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

紹介議員 山口那津男君

平成十八年六月一日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 東京都三鷹市下連雀三ノ三〇ノ一

二ノ八〇一

井上智恵子

外九百九十九名

平成十八年六月一日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 相田京子 外九百九十九名

紹介議員 佐藤 雄平君

平成十八年六月一日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 埼玉県鳩ヶ谷市三ノ七一〇 佐々木 章 外九百九十九名

紹介議員 佐藤 泰三君

平成十八年六月一日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 埼玉県鳩ヶ谷市三ノ七一〇 佐々木 章 外九百九十九名

紹介議員 佐藤 泰三君

平成十八年六月一日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 埼玉県鳩ヶ谷市三ノ七一〇 佐々木 章 外九百九十九名

紹介議員 佐藤 泰三君

平成十八年六月一日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 埼玉県鳩ヶ谷市三ノ七一〇 佐々木 章 外九百九十九名

紹介議員 佐藤 泰三君

平成十八年六月一日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 埼玉県鳩ヶ谷市三ノ七一〇 佐々木 章 外九百九十九名

紹介議員 佐藤 泰三君

平成十八年六月一日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 埼玉県鳩ヶ谷市三ノ七一〇 佐々木 章 外九百九十九名

紹介議員 佐藤 泰三君

平成十八年六月一日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 埼玉県鳩ヶ谷市三ノ七一〇 佐々木 章 外九百九十九名

紹介議員 佐藤 泰三君

平成十八年六月一日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 埼玉県鳩ヶ谷市三ノ七一〇 佐々木 章 外九百九十九名

紹介議員 佐藤 泰三君

平成十八年六月一日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 埼玉県鳩ヶ谷市三ノ七一〇 佐々木 章 外九百九十九名

紹介議員 佐藤 泰三君

平成十八年六月一日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 埼玉県鳩ヶ谷市三ノ七一〇 佐々木 章 外九百九十九名

紹介議員 佐藤 泰三君

平成十八年六月一日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 埼玉県鳩ヶ谷市三ノ七一〇 佐々木 章 外九百九十九名

紹介議員 佐藤 泰三君

平成十八年六月一日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 埼玉県鳩ヶ谷市三ノ七一〇 佐々木 章 外九百九十九名

紹介議員 佐藤 泰三君

平成十八年六月一日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 埼玉県鳩ヶ谷市三ノ七一〇 佐々木 章 外九百九十九名

紹介議員 佐藤 泰三君

平成十八年六月一日受理

紹介議員 円 より子君

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六二九号 平成十八年六月一日受理

患者・国民負担増計画中止、保険で安心してかかる医療に関する請願

第二六二九号 平成十八年六月一日受理

請願者 東京都新宿区西落合三ノ八〇一八

望月清 外千二百七十五名

紹介議員 田 英夫君

この請願の趣旨は、第二五四二号と同じである。

この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。

第二六三〇号 平成十八年六月一日受理

公共事業における労働者と中小業者の仕事と適正な収入の確保等に関する請願

第二六三〇号 平成十八年六月一日受理

請願者 大阪府枚方市香里ヶ丘一〇ノ三、七三三ノ一 西村政司 外二百四十九名

紹介議員 大江 康弘君

この請願の趣旨は、第二三三四号と同じである。

この請願の趣旨は、第二三三四号と同じである。

第二六三三号 平成十八年六月一日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

第二六三三号 平成十八年六月一日受理

請願者 滋賀県彦根市西沼波町本ノ前三三二ノ四 上坂千春 外九百九十九名

紹介議員 郡司 彰君

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

この請願の趣旨は、第二三三四号と同じである。

第二六三三号 平成十八年六月一日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

第二六三三号 平成十八年六月一日受理

請願者 滋賀県草津市木川町八〇八 渡辺篤 外千九百九十九名

紹介議員 有村 治子君

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

この請願の趣旨は、第二五四二号と同じである。

第二六三三号 平成十八年六月一日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

第二六三三号 平成十八年六月一日受理

請願者 大阪府吹田市朝日が丘町一九ノ六 山野絵美 外九百九十九名

紹介議員 尾立 源幸君

この請願の趣旨は、第一三六一号と同じである。

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六三三号 平成十八年六月一日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

第二六三三号 平成十八年六月一日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

第二六三三号 平成十八年六月一日受理

請願者 大阪府岸和田市神須屋町一二八

藤本武彦 外二千七百三十三名

山野絵美 外九百九十九名

紹介議員 尾立 源幸君

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

この請願の趣旨は、第二五四二号と同じである。

第二六一七号 平成十八年六月一日受理

第七部 厚生労働委員会会議録第二十七号(その二) 平成十八年六月十三日

【参議院】

五九

紹介議員 荒井 正吾君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六三四号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 愛媛県今治市旦甲三四九 武田正子 外千九百九十九名

紹介議員 山本 順三君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六三五号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 滋賀県蒲生郡竜王町山之上二、五四二ノ五 堀尾美佐子 外九百九十九名

紹介議員 那谷屋正義君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六三六号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 埼玉県川越市諏訪町一二ノ一五 大平定一 外三千百二十九名

紹介議員 島田智哉子君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六三七号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 大阪市城東区古市三ノ一七ノ二六 ノ七一〇 山城肇 外二千九百九十九名

紹介議員 朝日 俊弘君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六三八号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 大阪府南河内郡千早赤阪村小吹六八ノ二一七 斎藤大 外二千九百九十九名

紹介議員 高嶋 良充君 渡辺健次 外千九百九十九名

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六三九号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 八ノ二一七 斎藤大 外二千九百九十九名

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六四〇号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 小峯寿々子 外九百九十九名

紹介議員 大久保 勉君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。  
第二六四〇号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 福岡県福津市光陽台三ノ九ノ五 小峯寿々子 外九百九十九名

紹介議員 大久保 勉君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六四一号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 京都府与謝郡与謝野町字石川五九 一ノ一 織戸和歌菜 外千九百九十九名

紹介議員 若林 秀樹君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六四二号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 奈良市西大寺北町一ノ六ノ七 桑山大祐 外千九百九十九名

紹介議員 前田 武志君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六四三号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 沖縄県那覇市首里石嶺町一ノ七四 一ノ一 吉川嘉朝 外千九百九十九名

紹介議員 糸数 康子君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六四四号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 高知市長浜四、三三七ノ四一 仲澤潔 外千九百九十九名

紹介議員 江田 五月君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六四五号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 神戸市北区西大池一ノ六ノ三三ノ三〇三 仲盛円 外千九百九十九名

紹介議員 森元 恒雄君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六四六号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 島根県浜田市原井町九二三ノ三四四 渡辺健次 外千九百九十九名

紹介議員 高嶋 良充君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六四七号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 千葉県佐倉市八王子台五ノ七ノ一 五 長野弘信 外千九百九十九名

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 滋賀県犬上郡甲良町尼子一、二三二木村宮子 外千九百九十九名

紹介議員 小林 正夫君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。  
第二六四九号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 香川県高松市屋島東町五八九ノ七 前田宏慈 外千九百九十九名

紹介議員 真鍋 賢二君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六五〇号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 沖縄県那覇市首里石嶺町一ノ七四 一吉川嘉朝 外千九百九十九名

紹介議員 糸数 康子君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六五一号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 高知市長浜四、三三七ノ四一 仲澤潔 外千九百九十九名

紹介議員 江田 五月君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六五二号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 神戸市北区西大池一ノ六ノ三三ノ三〇三 仲盛円 外千九百九十九名

紹介議員 森元 恒雄君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六五三号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 宮崎県延岡市小野町五、八三五 甲斐優 外千九百九十九名

紹介議員 松下 新平君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六五六号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 埼玉県鶴ヶ島市脚折一、五九四六 高橋行成 外千九百九十九名

紹介議員 吉川 春子君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六六〇号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 埼玉県鶴ヶ島市脚折一、五九四六 高橋行成 外千九百九十九名

紹介議員 吉川 春子君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

紹介議員 今泉 昭君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。  
第二六五六号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 沖縄県那覇市松尾二ノ二二ノ三二 喜納卓也 外千九百九十九名

紹介議員 大田 昌秀君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。  
第二六五七号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 大分県臼杵市西福良二組 二村浩次 外二百四十九名

紹介議員 大田 昌秀君  
この請願の趣旨は、第二三三二四号と同じである。  
第二六五八号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 渡邊ゆう子 外千九百九十九名

紹介議員 大田 昌秀君  
この請願の趣旨は、第二三三二四号と同じである。  
第二六五九号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 宮崎県延岡市小野町五、八三五 甲斐優 外千九百九十九名

紹介議員 松下 新平君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六六〇号 平成十八年六月一日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 埼玉県鶴ヶ島市脚折一、五九四六 高橋行成 外千九百九十九名

紹介議員 吉川 春子君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六六二号 平成十八年六月一日受理	紹介議員 山下八洲夫君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 奈良県桜井市大福四〇五ノ七 藤本勇 外九百九十九名	紹介議員 山下栄一君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二六六四号 平成十八年六月二日受理	紹介議員 山下栄一君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 奈良市東紀寺町二ノ五ノ六 古木一夫 外九百九十九名	紹介議員 荒井正吾君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二六六五号 平成十八年六月二日受理	紹介議員 荒井正吾君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 宮崎県延岡市大貫町六ノ二六ノ一 中山エミ子 外九百九十九名	紹介議員 西島英利君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二六六六号 平成十八年六月二日受理	紹介議員 平野達男君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 岩手県奥州市水沢区横町七七ノ一 近藤有慶 外九百九十九名	紹介議員 平野達男君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二六六七号 平成十八年六月二日受理	紹介議員 平野達男君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 福島県天童市長岡北一ノ一ノ四一 佐藤健 外九百九十九名	紹介議員 阿部正俊君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二六六八号 平成十八年六月二日受理	紹介議員 阿部正俊君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 岐阜県関市上三ノ二ノ八 清水奈美 外九百九十九名	紹介議員 横井栄一君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二六六九号 平成十八年六月二日受理	紹介議員 横井栄一君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 岐阜県関市上三ノ二ノ八 清水奈美 外九百九十九名	紹介議員 横井栄一君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二六七〇号 平成十八年六月二日受理	紹介議員 木俣佳丈君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 長野市川中島町今井一、七二八 浦田誠一 外九百九十九名	紹介議員 吉田博美君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二六七一号 平成十八年六月二日受理	紹介議員 吉田博美君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 福島県米子市岩倉町四二 佐々木陽介 外九百九十九名	紹介議員 田村耕太郎君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二六七二号 平成十八年六月二日受理	紹介議員 田村耕太郎君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 福島県八女郡星野村一、四三五 山口繁人 外二千七百九名	紹介議員 犬塚直史君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二六七三号 平成十八年六月二日受理	紹介議員 犬塚直史君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 滋賀県米原市井之口五七七 三原婦二子 外千百二十九名	紹介議員 横井充君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二六七四号 平成十八年六月二日受理	紹介議員 横井充君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 川崎市中原区宮内二ノ二六ノ二四 ○半田智夫 外九百九十九名	紹介議員 山本保君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二六七五号 平成十八年六月二日受理	紹介議員 中原爽君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 秋田市浜田字館ノ丸一四三 田口毅 外九百九十九名	紹介議員 鈴木陽悦君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二六七六号 平成十八年六月二日受理	紹介議員 鈴木陽悦君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 東京都三鷹市下連雀四ノ九ノ一五 野中進 外九百九十九名	紹介議員 蓬 航君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二六七七号 平成十八年六月二日受理	紹介議員 蓬航君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 岐阜市金屋町二ノ一九 坂井田実 外百八十四名	紹介議員 山下八洲夫君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二六七八号 平成十八年六月二日受理	紹介議員 山下八洲夫君 この請願の趣旨は、第二三三四四号と同じである。
公共事業における労働者と中小業者の仕事と適正な収入の確保等に関する請願 請願者 岐阜市金屋町二ノ一九 坂井田実 外百八十四名	紹介議員 山下八洲夫君 この請願の趣旨は、第二三三四四号と同じである。
第二六七八一号 平成十八年六月二日受理	紹介議員 山下八洲夫君 この請願の趣旨は、第二三三四四号と同じである。
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 岐阜市登美石越町南郷字愛宕一〇四ノ一 安部軍一 外百六十三名	紹介議員 山本保君 この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。
第二六七八二号 平成十八年六月二日受理	紹介議員 山本保君 この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 東京都板橋区前野町二ノ二五ノ二 痛病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願	紹介議員 横井充君 この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。
第二六七八三号 平成十八年六月二日受理	紹介議員 横井充君 この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 東京都板橋区前野町二ノ二五ノ二 痛病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願	紹介議員 横井充君 この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。
第二六七八四号 平成十八年六月二日受理	紹介議員 横井充君 この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 川崎市中原区宮内二ノ二六ノ二四 原政博 外四百九十九名	紹介議員 山本保君 この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

第二六八九号 平成十八年六月二日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 富山市新園町一二〇ノ一 舟木広

紹介議員 河合 常則君  
和外千七十九名

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六九〇号 平成十八年六月二日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 滋賀県蒲生郡安土町上豊浦一、三

九七 辻井舞子 外三千一名

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六九一号 平成十八年六月二日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 神戸市北区藤原台中町四ノ六ノ三

木戸口美世子 外二千九百九十

紹介議員 直嶋 正行君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六九二号 平成十八年六月二日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 山梨県甲府市北新二ノ一ノ一 清

水正 中島 真人君

紹介議員 中島 真人君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六九三号 平成十八年六月二日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 堺市堺区石津町三ノ八ノ四五 矢

島満夫 外九百九十九名

紹介議員 北岡 秀二君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六九四号 平成十八年六月二日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 福島県双葉郡富岡町上郡山岩井戸

河合 常則君  
和外千七十九名

紹介議員 六四 渡辺典子 外九百九十九名  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 京都府福知山市下篠尾八一二ノ四

森田新治 外千七百八十九名

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六九五号 平成十八年六月二日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 京都府福知山市下篠尾八一二ノ三

九七 辻井舞子 外三千一名

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六九六号 平成十八年六月二日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 大分市緑が丘二ノ一ノ五 薄田

一 外千八百三十二名

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六九七号 平成十八年六月二日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 大阪府吹田市泉町五ノ一五ノ一二

大城緑 外千九百九十九名

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六九八号 平成十八年六月二日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 香川県高松市十川西町九四二ノ四

笠井敬子 外千九百九十九名

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二六九九号 平成十八年六月二日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 千葉県佐倉市大崎台四ノ二一ノ一

八 宮田順一 外三千九百九十九名

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

紹介議員 高野 博勝君

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 群馬県前橋市二之宮町一、三〇二

千葉久子 外五千五百一名

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二七〇〇号 平成十八年六月二日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 東京都青梅市今寺五ノ一六ノ六

成富カツ子 外九百九十九名

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二七〇一号 平成十八年六月二日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 東京都青梅市今寺五ノ一六ノ六

成富カツ子 外九百九十九名

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二七〇二号 平成十八年六月二日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 滋賀県近江八幡市本町一ノ三ノ一

福本恵 外四千九百九十九名

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二七〇三号 平成十八年六月二日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 長野県伊那市伊那部二、三六九ノ

三 小牧藤男 外三千九百九十九

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二七〇四号 平成十八年六月二日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 志賀武尚 外九百九十九名

志賀武尚 外九百九十九名

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

紹介議員 北澤 俊美君

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 大阪府貝塚市三ツ松一、二二五

八ノ三〇六 荒木耕三 外二千七  
百三十二名

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二七〇五号 平成十八年六月二日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 大阪府貝塚市三ツ松一、二二五

八ノ三〇六 荒木耕三 外二千七  
百三十二名

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二七〇六号 平成十八年六月二日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 大阪府貝塚市三ツ松一、二二五

八ノ三〇六 荒木耕三 外二千七  
百三十二名

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二七〇七号 平成十八年六月二日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 兵庫県姫路市夢前町前之庄八一〇

ノ一五一 松本雅也 外千九百九

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二七〇八号 平成十八年六月二日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 長野県小県郡丸子町上丸子二、〇

八八ノ二 宮嶋英邉 外千五百八  
十六名

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二七〇九号 平成十八年六月二日受理  
小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願  
請願者 和田ひろ子君

和田ひろ子君

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

紹介議員 北澤 俊美君

この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

第二七一〇號 平成十八年六月二日受理  
難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 福島県耶麻郡磐梯町大谷大字西前田四、〇九七 小林竹子 外七百五十九名

紹介議員 和田ひろ子君

この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

第二七一一号 平成十八年六月二日受理

患者負担増計画の中止と保険で安心してかかるる医疗に関する請願

請願者 埼玉県飯能市原市場一、〇七三岩崎清 外一万二千五百四十六名

この請願の趣旨は、第四六〇號と同じである。

第二七一一号 平成十八年六月二日受理

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 北海道北見市山下町三ノ一ノ三一岩渕満 外九百五十一名

紹介議員 紙 智子君

この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。

第二七一二号 平成十八年六月二日受理

この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。

請願者 北海道赤平市昭和町一ノ八五 竹田不二雄 外五十七名

紹介議員 紙 智子君

この請願の趣旨は、第一七二〇號と同じである。

第二七二三号 平成十八年六月二日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 愛媛県八幡浜市若山三ノ一八二ノ一井上ひとみ 外千九百九十

紹介議員 紙 智子君

この請願の趣旨は、第一七二〇號と同じである。

第二七二六号 平成十八年六月二日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 滋賀県彦根市豊郷町吉田 安藤浩司 外九百九十九名

紹介議員 渡辺 孝男君

この請願の趣旨は、第一七二〇號と同じである。

紹介議員 九名 関谷 勝嗣君

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二七二六号 平成十八年六月二日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 群馬県前橋市二之宮町一、二九六ノ二 小泉陽子 外九百九十九名

紹介議員 加藤 修一君

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二七二七号 平成十八年六月二日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 宮崎県延岡市大貫町六ノ二六ノ一中山廣 外千九百九十九名

紹介議員 渕上 貞雄君

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二七二八号 平成十八年六月二日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 福岡県前原市前原西二ノ二七ノ二二 西原沙紀 外千九百九十九名

紹介議員 鰐淵 洋子君

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二七二九号 平成十八年六月二日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 埼玉県草加市松江三ノ一ノ三九ノ五〇六 高橋圭介 外九百九十九

紹介議員 家西 悟君

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二七三〇号 平成十八年六月二日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 滋賀県彦根市豊郷町吉田 安藤浩司 外九百九十九名

紹介議員 渡辺 孝男君

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二七三一号 平成十八年六月二日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 愛知県一宮市大和町妙興寺字山王

紹介議員 佐藤 泰介君

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二七三二号 平成十八年六月二日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 山口市下小鯨二、一九二ノ四 黒川靖 外二千九百九十九名

紹介議員 南野知恵子君

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二七三三号 平成十八年六月二日受理

公共事業における労働者と中小業者の仕事と適正な収入の確保等に関する請願

請願者 福島県いわき市平鎌田江ノ上一九ノ二 永山正人 外二百四十九名

紹介議員 工藤堅太郎君

この請願の趣旨は、第二三三四号と同じである。

第二七三四号 平成十八年六月二日受理

患者負担増計画の中止と保険で安心してかかるる医疗に関する請願

請願者 東京都渋谷区本町六ノ三七ノ一鈴木新一 外二十五名

紹介議員 大久保 勉君

この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

第二七三五号 平成十八年六月二日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 群馬県伊勢崎市境平塚一、〇九九ノ二 濑澤嘉子 外千名

紹介議員 伊藤 基隆君

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二七四〇号 平成十八年六月二日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 広島市安佐北区真亀二ノ八ノ一〇畠山未来 外九百九十九名

紹介議員 柳田 稔君

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二七四一号 平成十八年六月二日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 滋賀県草津市追分町九八ノ一三橋田正人 外二千九百九十九名

紹介議員 市田 忠義君

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二七四二号 平成十八年六月二日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 福岡県八女郡星野村一、四三五山口妙代 外九百九十九名

紹介議員 木庭健太郎君

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二七四三号 平成十八年六月二日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 群馬県伊勢崎市境平塚一、〇九九ノ二 濑澤嘉子 外千名

紹介議員 伊藤 基隆君

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二七四四号 平成十八年六月二日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 佐賀県杵島郡江北町上小田一、六一五ノ一八 松下健次 外千二百名

紹介議員 木庭健太郎君

この請願の趣旨は、第二三六一號と同じである。

第二七四五号 平成十八年六月二日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

第七部 厚生労働委員会会議録第二十七号(その一) 平成十八年六月十三日 [参議院]



第二七五四号 平成十八年六月五日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 青森県上北郡野辺地町中道一七ノ一五 中村伸大 外九百九十九名 紹介議員 下田 敦子君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二七五五号 平成十八年六月五日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 千葉県茂原市上林一五八ノ一ノ二 一二五 笹川勇次 外九百九十九名 紹介議員 柳澤 光美君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二七五六号 平成十八年六月五日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 さいたま市緑区井沼方六四七ノ三 一〇五 筒崎廣正 外九百九十九名 紹介議員 伊藤 基隆君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二七五六号 平成十八年六月五日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 さいたま市緑区井沼方六四七ノ三 一〇五 筒崎廣正 外九百九十九名 紹介議員 伊藤 基隆君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願 請願者 滋賀県東近江市北坂町七〇三 今 紹介議員 村 善朗 外千四百一名 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願 請願者 滋賀県東近江市北坂町七〇三 今 紹介議員 村 善朗 外千四百一名 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 滋賀県野洲市三宅一、五六五ノ二 九十九名 紹介議員 藤末 健三君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 滋賀県野洲市三宅一、五六五ノ二 九十九名 紹介議員 藤末 健三君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 大阪府吹田市千里山西四ノ三九ノ一 五十一名 紹介議員 白浜 一良君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 大阪府吹田市千里山西四ノ三九ノ一 五十一名 紹介議員 白浜 一良君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 京都府舞鶴市京田三九三ノ一〇一二 五十一名 紹介議員 高橋久和 外千九百九十九名 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 京都府舞鶴市京田三九三ノ一〇一二 五十一名 紹介議員 高橋久和 外千九百九十九名 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 兵庫県姫路市夢前町前之庄七三六 二 松本優子 外千九百九十九名 紹介議員 藤原 正司君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 兵庫県姫路市夢前町前之庄七三六 二 松本優子 外千九百九十九名 紹介議員 藤原 正司君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 山田勇 外千九百九十九名 紹介議員 黒岩 宇洋君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 山田勇 外千九百九十九名 紹介議員 黒岩 宇洋君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 浅尾進治 外二千九百九十九名 紹介議員 大門 実紀史君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 浅尾進治 外二千九百九十九名 紹介議員 大門 実紀史君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 神奈川県秦野市平沢三五六 一 正志 外千百七十四名 紹介議員 大門 実紀史君 この請願の趣旨は、第二三三二四号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 神奈川県秦野市平沢三五六 一 正志 外千百七十四名 紹介議員 大門 実紀史君 この請願の趣旨は、第二三三二四号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 札幌市西区発寒六条一三ノ三ノ二 一 塩田桂子 外一万八十九名 紹介議員 大門 実紀史君 この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願 請願者 札幌市西区発寒六条一三ノ三ノ二 一 塩田桂子 外一万八十九名 紹介議員 大門 実紀史君 この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 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 北海道苦小牧市明野新町二ノ八ノ一 一二 吉崎三恵 外二万一千六百三十九名 紹介議員 紙 智子君 この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 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 北海道苦小牧市明野新町二ノ八ノ一 一二 吉崎三恵 外二万一千六百三十九名 紹介議員 紙 智子君 この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 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 北海道苦小牧市明野新町二ノ八ノ一 一二 吉崎三恵 外二万一千六百三十九名 紹介議員 紙 智子君 この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 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 埼玉県三郷市さつき平一ノ五ノ二 一 一 塩田桂子 外一万八十九名 紹介議員 大門 実紀史君 この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 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 埼玉県三郷市さつき平一ノ五ノ二 一 一 塩田桂子 外一万八十九名 紹介議員 大門 実紀史君 この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 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 静岡県磐田市中泉一、五八八ノ二 一 一 松下信雄 紹介議員 竹山 裕君 この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 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 静岡県磐田市中泉一、五八八ノ二 一 一 松下信雄 紹介議員 竹山 裕君 この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 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 北九州市小倉北区上到津四ノ一 一 一 平山未歩子 外三千九十八名 紹介議員 仁比 聰平君 この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 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 北九州市小倉北区上到津四ノ一 一 一 平山未歩子 外三千九十八名 紹介議員 仁比 聰平君 この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 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 福井市西学園二ノ六一二 西城健 この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。
第二七五七号 平成十八年六月五日受理 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 福井市西学園二ノ六一二 西城健 この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。

紹介議員 井上 哲士君 次 外二千五百七十六名  
この請願の趣旨は、第一九三九号と同じである。

第二七八五号 平成十八年六月五日受理

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 大阪府高石市綾園三ノ六ノ一三 浜野さゆり 外二千五百七十六名

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。

第二七九六号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 東京都三鷹市下連雀三ノ三〇ノ一 二ノ八〇 井上隆冬 外九百九十一名

紹介議員 鈴木 寛君 この請願の趣旨は、第一九三九号と同じである。

第二七九七号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 埼玉県入間郡毛呂山町目白台一ノ三〇ノ一五 本間光浩 外九百九十九名

紹介議員 荻原 健司君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二七八九号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 京都府京丹後市久美浜町小桑 入十九名

紹介議員 江隆治 外千九百九十九名 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二八〇一号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 京都府吹田市山東四ノ三二ノ五 平成十八年六月五日受理

紹介議員 井上 哲士君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二八一一号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 大阪府吹田市山東四ノ三二ノ五 平成十八年六月五日受理

紹介議員 小林 恵子君 この請願の趣旨は、第一九三九号と同じである。

第二八二一号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 松村康和 外三千九百九十九名

紹介議員 藤永加奈子 外九百九十九名 この請願の趣旨は、第一九三九号と同じである。

紹介議員 小林 恵子君 九十九名  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二八〇〇号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 京都市中京区御前通松原下ル 木村敏之 外千四百八十名

紹介議員 福山 哲郎君 この請願の趣旨は、第二五七八号と同じである。

第二八〇一号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 京都市伏見区桃山町大津町二ノ六〇四 近藤定信 外二千三百八十一名

紹介議員 井上 哲士君 この請願の趣旨は、第一二三六一號と同じである。

第二八〇二号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 京都市伏見区桃山町大津町二ノ六〇四 近藤定信 外二千三百八十一名

紹介議員 井上 哲士君 この請願の趣旨は、第二五七八号と同じである。

第二八〇三号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 熊本市月出一ノ三ノ一四 上野修 一外二千名

紹介議員 木村 仁君 この請願の趣旨は、第二五七八号と同じである。

第二八〇四号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 熊本市月出一ノ三ノ一四 上野修 一外二千名

紹介議員 木村 仁君 この請願の趣旨は、第二五七八号と同じである。

第二八〇五号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 佐賀県小城市小城町畠田五六ノ五 笠原貴裕 外千九百九十九名

紹介議員 岩永 浩美君 この請願の趣旨は、第二五七八号と同じである。

第二八〇六号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 新潟県長岡市川崎三ノ二、三八三ノ一ノ一一 斎藤信夫 外九百九十九名

紹介議員 黒岩 宇洋君 この請願の趣旨は、第二三三二四号と同じである。

第二八〇七号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 千葉県松戸市大金平三ノ二二〇ノ一 関水清 外五十八名

紹介議員 円 より子君 この請願の趣旨は、第三六四号と同じである。

紹介議員 仁比 聰平君 九十九名  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二八一三号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 長野県上田市中之条四〇八ノ一四 山口昭彦 外千九百九十九名

紹介議員 若林 正俊君 この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二八一四号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 福田世志子 外一万七百名

紹介議員 景山俊太郎君 この請願の趣旨は、第一二三六一號と同じである。

第二八一五号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 福岡県田川市第一団地一一、一二一、二二一、二二二 西森勝 外三百二十七名

紹介議員 仁比 聰平君 この請願の趣旨は、第一二三六一號と同じである。

第二八一六号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 新潟県長岡市川崎三ノ二、三八三ノ一ノ一一 斎藤信夫 外九百九十九名

紹介議員 黒岩 宇洋君 この請願の趣旨は、第二三三二四号と同じである。

第二八一七号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 新潟県松戸市新松戸七ノ六三ノ五

紹介議員 円 より子君 この請願の趣旨は、第二三三二四号と同じである。

第二八一八号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 千葉県松戸市大金平三ノ二二〇ノ一 関水清 外五十八名

紹介議員 円 より子君 この請願の趣旨は、第三六四号と同じである。

紹介議員 円 より子君 一百四十九名  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二八一九号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 千葉県松戸市新松戸七ノ六三ノ五

紹介議員 円 より子君 この請願の趣旨は、第三六四号と同じである。

第二八二〇号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 千葉県松戸市大金平三ノ二二〇ノ一

紹介議員 円 より子君 この請願の趣旨は、第三六四号と同じである。

第二八二一号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 千葉県松戸市大金平三ノ二二〇ノ一

紹介議員 円 より子君 この請願の趣旨は、第三六四号と同じである。

第二八二二号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 千葉県松戸市大金平三ノ二二〇ノ一

紹介議員 円 より子君 この請願の趣旨は、第三六四号と同じである。

第二八二三号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 千葉県松戸市大金平三ノ二二〇ノ一

紹介議員 円 より子君 この請願の趣旨は、第三六四号と同じである。

第二八二四号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 千葉県松戸市大金平三ノ二二〇ノ一

紹介議員 円 より子君 この請願の趣旨は、第三六四号と同じである。

紹介議員 円 より子君 一百四十九名  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二八二五号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 千葉県松戸市大金平三ノ二二〇ノ一

紹介議員 円 より子君 この請願の趣旨は、第三六四号と同じである。

第二八二六号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 千葉県松戸市大金平三ノ二二〇ノ一

紹介議員 円 より子君 この請願の趣旨は、第三六四号と同じである。

第二八二七号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 千葉県松戸市大金平三ノ二二〇ノ一

紹介議員 円 より子君 この請願の趣旨は、第三六四号と同じである。

第二八二八号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 千葉県松戸市大金平三ノ二二〇ノ一

紹介議員 円 より子君 この請願の趣旨は、第三六四号と同じである。

第二八二九号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 千葉県松戸市大金平三ノ二二〇ノ一

紹介議員 円 より子君 この請願の趣旨は、第三六四号と同じである。

第二八二三号 平成十八年六月五日受理

小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願

請願者 千葉県松戸市大金平三ノ二二〇ノ一

紹介議員 円 より子君 この請願の趣旨は、第三六四号と同じである。

第二八二一号 平成十八年六月五日受理 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 東京都葛飾区青戸八ノ二〇ノ七 青砥喜久 外二百八十四名	紹介議員 円 より子君	この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。
第二八二二号 平成十八年六月五日受理 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 千葉県松戸市大金平三ノ二一〇ノ 一 関水清 外四十二名	紹介議員 円 より子君	この請願の趣旨は、第四六〇号と同じである。
第二八二四号 平成十八年六月六日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願	請願者 千葉県市原市平戻二、〇八七 岩 瀬昭男 外九百九十九名	紹介議員 柳澤 光美君	この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。
第二八二四号 平成十八年六月六日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願	請願者 千葉県市原市平戻二、〇八七 岩 瀬昭男 外九百九十九名	紹介議員 柳澤 光美君	この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。
第二八二九号 平成十八年六月六日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願	請願者 滝川喜代子 外二千九百九十九名	紹介議員 辻 泰弘君	この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二八二九号 平成十八年六月六日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願	請願者 滝川喜代子 外二千九百九十九名	紹介議員 辻 泰弘君	この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二八四六号 平成十八年六月六日受理 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 大阪市城東区今福西三ノ六ノ六 溝畠喜代子 外二千九百九十九名	紹介議員 辻 泰弘君	この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二八四六号 平成十八年六月六日受理 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 大阪府岸和田市荒木町二ノ二二ノ一 百七十六名	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。
第二八四七号 平成十八年六月六日受理 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 大阪市住之江区浜口西三ノ二ノ一 六ノ一〇四 今村純子 外五千四百七十六名	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。
第二八四八号 平成十八年六月六日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願	請願者 大阪府岸和田市西之内町四一ノ三 九 野上直幸 外九百九十九名	紹介議員 山下 栄一君	この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二八四八号 平成十八年六月六日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願	請願者 大阪府岸和田市西之内町四一ノ三 九 野上直幸 外九百九十九名	紹介議員 山下 栄一君	この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二八五三号 平成十八年六月六日受理 患者・国民負担増計画中止、保険で安心してかか れる医療に関する請願	請願者 長野県下高井郡山ノ内町平穏三、 四一五ノ二 小野沢隆雄 外五千四百十八名	紹介議員 紙 智子君	この請願の趣旨は、第一三九九号と同じである。
第二八五四号 平成十八年六月六日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願	請願者 長野県上田市古里三七一 今井み どり 外千九百九十九名	紹介議員 羽田雄一郎君	この請願の趣旨は、第二五四一号と同じである。
第二八五〇号 平成十八年六月六日受理 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 兵庫県姫路市広畠区夢前町古瀬畑 二一四 本條久代 外三十四名	紹介議員 緒方 靖夫君	この請願の趣旨は、第一四〇一号と同じである。
第二八五一号 平成十八年六月六日受理 いつでもどこでもだれでも医療にかかる優れた 医療制度を守り拡充することに関する請願	請願者 佐賀県小城市牛津町乙柳九四三ノ 三一 吉田省二 外千九百九十九名	紹介議員 小林美恵子君	この請願の趣旨は、第一九三九号と同じである。
第二八五二号 平成十八年六月六日受理 難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合 的対策に関する請願	請願者 佐賀県杵島郡江北町山口三、三九 〇ノ一 森きみ子	紹介議員 陣内 孝雄君	この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。
第二八五三号 平成十八年六月六日受理 小規模作業所等の成人期障害者施策に関する請願	請願者 秋田県由利本荘市岩城福俣字谷池 三三〇 星川正彦 外九百九十九名	紹介議員 陣内 孝雄君	この請願の趣旨は、第八六一号と同じである。

紹介議員 金田 勝年君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二八六三号 平成十八年六月六日受理

小規模作業所等の成人期障害者施設に関する請願

請願者 群馬県高崎市倉賀野町二、一九五  
ノ二 吉沢誠 外九百九十九名

紹介議員 中曾根弘文君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二八六四号 平成十八年六月六日受理

小規模作業所等の成人期障害者施設に関する請願

請願者 福岡県前原市前原西二ノ一七ノ三  
西原由紀子 外千九百九十九名

紹介議員 吉村剛太郎君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二八六五号 平成十八年六月六日受理

小規模作業所等の成人期障害者施設に関する請願

請願者 岐阜市柳津町上佐波一ノ三三三一ノ  
Bノ一〇三 信田秀行 外九百九  
十九名

紹介議員 大野つや子君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二八六六号 平成十八年六月六日受理

小規模作業所等の成人期障害者施設に関する請願

請願者 熊本県鹿本郡植木町内六九七ノ二  
鉢田幸征 外二千九百九十九名

紹介議員 三浦 一水君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二八六七号 平成十八年六月六日受理

小規模作業所等の成人期障害者施設に関する請願

請願者 大阪府岸和田市西之内町四一ノ三  
九 新家武志 外九百九十九名

紹介議員 山本 孝史君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二八六八号 平成十八年六月六日受理

小規模作業所等の成人期障害者施設に関する請願

請願者 さいたま市岩槻区宮町一ノ二ノ一  
六ノ五 山岸雅彦 外八百九十九  
名

紹介議員 横浜市西区戸部本町四三ノ三ノ二  
請願者 千葉 景子君

紹介議員 田中博 外四百九十九名  
○二 中村章

この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

紹介議員 小泉 昭男君  
この請願の趣旨は、第八六一號と同じである。

第二八六八号 平成十八年六月六日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 群馬県藤岡市藤岡六三二ノ六 浅見美智子 外八千五十五名

紹介議員 中曾根弘文君  
この請願の趣旨は、第一三六一號と同じである。

第二八六九号 平成十八年六月六日受理

FOP(進行性骨化性線維異形成症)の特定疾患治療研究事業の対象疾患への指定(難病指定)に関する請願

請願者 岐阜市寿町四ノ四 高橋幸雄

紹介議員 大野つや子君  
この請願の趣旨は、第二三三四三號と同じである。

第二八七〇号 平成十八年六月六日受理

難病、長期慢性疾患、小児慢性疾患に対する総合的対策に関する請願

請願者 大阪府泉南市信達市場八九三ノ二  
ノ九〇一 道上忠良 外二千六百

紹介議員 山本 孝史君  
この請願の趣旨は、第一三三六一號と同じである。

第二八七一号 平成十八年六月六日受理

小規模作業所等の成人期障害者施設に関する請願

請願者 大阪府岸和田市西之内町四一ノ三  
九 新家武志 外九百九十九名

紹介議員 山本 孝史君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二八七二号 平成十八年六月六日受理

小規模作業所等の成人期障害者施設に関する請願

請願者 大阪府岸和田市西之内町四一ノ三  
九 新家武志 外九百九十九名

紹介議員 山本 孝史君  
この請願の趣旨は、第二五七七号と同じである。

第二八七三号 平成十八年六月六日受理

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 横浜市西区戸部本町四三ノ三ノ二  
○二 中村章

紹介議員 小泉 昭男君  
この請願の趣旨は、第八六一號と同じである。

第二八七四号 平成十八年六月六日受理

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 大阪市城東区鳴野西一ノ一五ノ一  
○ 田中博 外四百九十九名

紹介議員 谷合 正明君  
この請願の趣旨は、第二一五六号と同じである。

第二八七五号 平成十八年六月六日受理

がん対策審査のため、本委員会に左の案件が付託された。

一、がん対策基本法案(衆)

がん対策基本法案

がん対策基本法案(衆)

第一条 この法律は、我が国のがん対策がこれまでの取組により進展し、成果を収めてきたものの、なお、がんが国民の疾病による死亡の最大の原因となっている等がんが国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている現状にかんがみ、がん対策の一層の充実を図るために、がんの責務

第六条 国民は、喫煙、食生活、運動その他の生活習慣が健康に及ぼす影響等がんに関する正しい知識を持ち、がんの予防に必要な注意を払うよう努めるとともに、必要に応じ、がん検診を受けるよう努めなければならない。

(医師等の責務)

第七条 医師その他の医療関係者は、国及び地方公共団体が講ずるがん対策に協力し、がんの予防に寄与するよう努めるとともに、がん患者の置かれている状況を深く認識し、良質かつ適切ながん医療を行うよう努めなければならない。

(法制上の措置等)

第八条 政府は、がん対策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講じなければならない。

第二章 がん対策推進基本計画等

(がん対策推進基本計画)

第九条 政府は、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の推進に関する基本的な計画(以下「がん対策推進基本計画」という。)を策定しなければならない。

2 がん対策推進基本計画に定める施策については、原則として、当該施策の具体的な目標及びその達成の時期を定めるものとする。

3 厚生労働大臣は、がん対策推進基本計画の案を作成し、閣議の決定を求めるなければならない。

4 厚生労働大臣は、がん対策推進基本計画の案を作成しようとするときは、関係行政機関の長と協議するとともに、がん対策推進協議会の意見を聞くものとする。

5 政府は、がん対策推進基本計画を策定したときは、遅滞なく、これを国会に報告するとともに、インターネットの利用その他適切な方法により公表しなければならない。

6 政府は、適時に、第二項の規定により定める目標の達成状況を調査し、その結果をインターネットの利用その他適切な方法により公表しなければならない。

7 政府は、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及びがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも五年ごとに、がん対策推進基本計画に検討を加え、必要があると認めるときに変更しなければならない。

8 第三項から第五項までの規定は、がん対策推進基本計画の変更について準用する。

(関係行政機関への要請)

第十一条 厚生労働大臣は、必要があると認めたときは、関係行政機関の長に対して、がん対策推進基本計画の策定のための資料の提出又はがん

対策推進基本計画において定められた施策であつて当該行政機関の所管に係るもの実施について、必要な要請をすることができる。

(都道府県がん対策推進計画)

第十二条 都道府県は、がん対策推進基本計画を基本とするとともに、当該都道府県におけるがん患者に対するがん医療の提供の状況等を踏まえ、当該都道府県におけるがん対策の推進に関する計画(以下「都道府県がん対策推進計画」という。)を策定しなければならない。

2 都道府県がん対策推進計画は、医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第三十条の四第一項に規定する医療計画、健康増進法(平成十四年法律第百三号)第八条第一項に規定する都道府県健康増進計画、介護保険法第百八十八条第一項に規定する都道府県介護保険事業支援計画その他の法令の規定による計画であつて保健、医療又は福祉に関する事項を定めるものと調和が保たれたものでなければならない。

3 都道府県は、都道府県がん対策推進計画を策定したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。

4 都道府県は、当該都道府県におけるがん医療に関する状況の変化を勘案し、及び当該都道府県におけるがん対策の効果に関する評価を行ふべきは、遅滞なく、これを公表しなければならない。

5 政府は、適時に、第二項の規定により定める目標の達成状況を調査し、その結果をインターネットの利用その他適切な方法により公表しなければならない。

5 第三項の規定は、都道府県がん対策推進計画の変更について準用する。

(がんの予防の推進)

第一節 基本的施策

第十二条 国及び地方公共団体は、喫煙、食生活、運動その他の生活習慣及び生活環境が健康に及ぼす影響に関する啓発及び知識の普及その他のがんの予防の推進のために必要な施策を講ずるものとする。

第十三条 国及び地方公共団体は、がんの早期発見について、必要な要請をすることができる。

(がん検診の質の向上等)

第十四条 国及び地方公共団体は、手術、放射線療法、化学療法その他のがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成を図るために必要な施策を講ずるものとする。

第二節 がん医療の均てん化の促進等(専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成)

第十五条 国及び地方公共団体は、手術、放射線療法、化学療法その他のがん医療に携わる専門居住する地域にかかわらず等しくそのがんの状態に応じた適切ながん医療を受けることができるよう、専門的ながん医療の提供等を行う医療機関の整備を図るために必要な施策を講ずるものとする。

(医療機関の整備等)

第十六条 国及び地方公共団体は、がん患者がそ

の居住する地域にかかわらず等しくそのがんの状態に応じた適切ながん医療を受けることがで

きるよう、専門的ながん医療の提供等を行う医

療機関の整備を図るために必要な施策を講ずるものとする。

(がん患者の療養生活の質の維持向上)

第十七条 国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにしてこと、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保することその他のがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする。

(がん医療に関する情報の収集提供体制の整備等)

第十八条 国及び地方公共団体は、がん医療に関する情報の収集及び提供を行う体制を整備するために必要な施策を講ずるとともに、がん患者及びその家族に対する相談支援等を推進するため必要な施策を講ずるものとする。

第十九条 国及び地方公共団体は、がん患者のがんの罹患、転帰その他の状況を把握し、分析するための取組を支援するために必要な施策を講ずるものとする。

第二節 研究の推進等

2 国及び地方公共団体は、がん患者のがんの罹患、転帰その他の状況を把握し、分析するための取組を支援するために必要な施策を講ずるものとする。

第三節 研究の推進等

第十九条 国及び地方公共団体は、がんの本態解明、革新的ながんの予防、診断及び治療に関する方法の開発その他のがんの罹患率及びがんによる死亡率の低下に資する事項についての研究が促進され、並びにその成果が活用されるよう必要な施策を講ずるものとする。

2 国及び地方公共団体は、がん医療を行う上で特に必要性が高い医薬品及び医療機器の早期の規定期にによる製造販売の承認に資するようその治験が迅速かつ確実に行われ、並びにがん医療に係る標準的な治療方法の開発に係る臨床研究が円滑に行われる環境の整備のために必要な施策を講ずるものとする。

第四节 がん対策推進協議会

第十九条 厚生労働省に、がん対策推進基本計画に關し、第九条第四項(同条第八項において準

用する場合を含む。)に規定する事項を処理するため、がん対策推進協議会(以下「協議会」という。)を置く。

第二十条 協議会は、委員二十人以内で組織する。

2 協議会の委員は、がん患者及びその家族又は遺族を代表する者、がん医療に従事する者並びに学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命する。

3 協議会の委員は、非常勤とする。  
4 前三項に定めるもののほか、協議会の組織及び運営に関する必要な事項は、政令で定める。

附則

(施行期日)

第一条 この法律は、平成十九年四月一日から施行する。

(厚生労働省設置法の一部改正)

第二条 厚生労働省設置法(平成十一年法律第九十七号)の一部を次のように改正する。

第四条第一項第十七号の次に次の二号を加える。

十七の二 がん対策基本法(平成十八年法律第十九号)第九条第一項に規定するがん

対策推進基本計画の策定及び推進に関する

こと。

第六条第一項中「独立行政法人評価委員会」を「独立行政法人評価委員会  
がん対策推進協議会」に改める。

第十一條の二の次に次の二条を加える。  
(がん対策推進協議会)

第十一条の三 がん対策推進協議会について  
は、がん対策基本法(これに基づく命令を含む。)の定めるところによる。



平成十八年六月二十二日印刷

平成十八年六月二十二日発行

参議院事務局

印刷者 国立印刷局

## 第一百六十四回会

## 参議院厚生労働委員会会議録第二十七号(その一)

(三七八)

〔本号(その一)参照〕

北海道地方公聴会速記録

期日 平成十八年六月十二日(月曜日)

場所 千歳市

千歳全日空ホテル

派遣委員

団長 委員長

理事 理事

〔午後一時開会〕

○団長(山下英利君) ただいまから参議院厚生労働委員会北海道地方公聴会を開会いたします。

私は、本日の会議を主宰いたします厚生労働委員会

員長の山下英利でございます。どうぞよろしくお願い申上げます。

まず、私どもの委員を紹介いたします。

自由民主党所属の岸宏一理事であります。

民主党・新緑風会所属の円より子理事でございます。

公明党所属の渡辺孝男理事でございます。

自由民主党所属の清水嘉与子委員でございます。

同じく、自由民主党所属の西島英利委員でございます。

同じく、自由民主党所属の水落敏栄委員でございます。

同じく、自由民主党所属の足立信也委員でございます。

民主党・新緑風会所属の朝日俊弘委員でございます。

民主党・新緑風会所属の福島みづほ委員でございます。

以上の十二名でございます。よろしくお願ひ申します。

日本共産党所属の小池晃委員でございます。

社会民主党・護憲連合所属の福島みづほ委員でございます。

以上のお十二名でございます。よろしくお願ひ申します。

参議院厚生労働委員会におきましては、目下、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に医療法等の一部を改正する法律案について審査を行つておりますが、本日は、両案について関心の深い関係各界の皆様方から貴重な御意見を賜るため、当地において地方公聴会を開会することにいたしました次第でございます。何とぞ特段の御協力をよろしくお願い申上げます。

次に、公述人の方々を御紹介申上げます。

北海道医師会常任理事の山本直也公述人でございます。

医療法人社団平成医療苦小牧東病院理事長・院長の橋本洋一公述人でございます。

株式会社トータルヘルスサービス代表取締役社長の細川瞳子公述人でございます。

北海道勤労者医療協会副理事長の堀毛清史公述人でございます。

社会福祉士の片山憲公述人でございます。

以上の六名の方々でございます。

この際、公述人の方々に一言ございさつを申し上げます。

皆様には、御多用の中、本公聴会に御出席を賜りまして、誠にありがとうございます。

両案につきまして皆様方から忌憚のない御意見を拝聴し、今後の委員会審査の参考にいたしたいと存じておりますので、どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

次に、議事の進め方について申し上げます。

まず、公述人の方々からお一人十分以内で順次御意見をお述べいただき、その後、委員の質疑にお答えをいただきたいと存じます。

なお、御発言は着席のままで結構でございます。

地域において住民が安心して生活できる地域づくりを進めるためには、保健、医療、福祉の総合的、一体的サービスの提供が必要であります。これが効果的な取組を行うために、保健師の配置、生活習慣病の要因分析データの提供等、都道府県、国としての支援措置を講じていただきたいとが前提でなければならないと思います。

特に、生活習慣病予防対策につきましては、保険者が中心となりまして、健診、保健指導を始めとした各種事業を展開することとされたが、保険者が効果的な取組を行うために、保健師の配置、生活習慣病の要因分析データの提供等、都道府県、国としての支援措置を講じていただきたいと思います。

地域において住民が安心して生活できる地域づくりを進めるためには、保健、医療、福祉の総合的、一体的サービスの提供が必要であります。このような理念の下、都市部を除き、地方の市町村では合併による統廃合、病院・医師確保の問題を抱え、特に地域医療を取り巻く環境は非常に厳しいものがございます。

奈井江町では、平成六年より、地元診療所の医師と町立国保病院医師とのいわゆる病診連携事業に取り組み、病院の一部病床、十二床でございますが、診療所の医師に開放いたしまして、継続してかかりつけ医として診療に当たり、また高度医療機器や検査業務の共同利用を行いまして、医療費の削減に努力しております。

また、町内の老人保健施設、特別養護老人ホームの入所者に対しましても、病院同様、地元開業医師が引き続き診療に当たっております。

らには、病院内に設置している在宅支援室における退院から在宅へのサービスのつなぎの時点では地元開業医師がかかわり、地域医療を核として地域包括ケアシステムの体制が確立されております。

今後は、さらに広域的視点に立った病院間、診療所等のいわゆる機能連携、機能分担を目指すとともに、あわせて医師確保の問題をどうするかが重要となります。このような中で、隣の市における二次医療圏のセンター病院と、昨年十月に、医師の派遣に関する機能分担の中の病床の有効利用に関すること、高度医療機器の共同利用に関すること等、八項目にわたりまして医療連携の協定を結びました。地域における医療資源の有効活用による安定的、継続的な医療体制づくりに取り組んでおります。

また、北海道では、道内三医育大学、北大、札幌医大、旭川医大、二市七町の各市町村長、北海道医師会、二十二機関三十二名で構成されている北海道医療対策協議会を設置して、協議会の主な検討、協議の内容等として、医師確保が困難な市町村立病院に対し三医育大学、市町村、民間病院、北海道がネットワークを組みながら調整を行う新たな医師派遣紹介システムの構築について、医師養成のために三医育大学の大学入学定員の中の地元地域枠の設定、市町村との連携の中の選学金制度導入について、新しい地域医療体制の在り方として病院間の機能分担、広域連携推進の方策について、この三点を協議の柱といたしまして、現在、取組を進めているところであります。

このような地域医療の新たな姿を模索しながら、また医師確保問題に積極的に取り組みなが

ら、予防、入院から在宅医療までの切れ目のない形での医療と介護の両面にわたる総合的な地域医療・ケア体制の整備といった取組を、国とともに都道府県で作成する医療費適正化計画の中に盛り込みながら取り組んでいただきたい。

また、療養病床の廃止についてでございます

が、今回の改正で療養病床を大きく再編することとなっていますが、医療と介護を明確に区分しながら、本来の医療の必要度の高い方への適切な療養病床での提供と、医療の必要度が低い方への介護施設、在宅ケアへの結び付きの中で、個々の状態に適したサービスの提供を推進するということでは大変重要なことであり、評価に値するものだと思います。

しかしながら、現在入院している方の状況の中では、慢性的疾患等医療の必要度が低い方で寝たきり状態、又は認知症を持つ介護度四又は五の重度で、在宅に戻りたくても家族介護の問題等で戻れない、いわゆる社会的入院のケースが非常に多いことも現実であります。

今後、六年間の経過措置の中で、中長期的に老人保健施設、ケアハウス等また在宅ケアの整備以外にこのような方が安⼼して移行できる受皿づくりを含め、整備をお願いしたいと思います。

保険給付の内容、範囲の見直しについてでござ

いますが、今回の医療制度改革法案の中では、高齢者の医療費負担の見直しが挙げられているが、これから高齢化の波、医療保険制度の維持、継続していくためには、国民全体が制度を守り、ともに支え合うことが重要であると思われます。その点については、現役並みの所得者に関してはある程度必要なことと認識しております。

しかししながら、高齢者の中では低所得者が非常に数多くあります。少ない年金の中で、医療ばかりでなく介護を含めた医療費用負担の中で大変つらい生活を送られている方も数多く存在いたします。

このようしたことから、今回の改革に当たりましては、低所得者への対策を十分考慮して進めていただきたいと思います。現在の改正案について

は、現行のままでございますから、このことを堅持していただきたいとお願いを申し上げるところでございます。

次に、医療保険制度の一本化についてでございます。

保険給付の内容、範囲の見直しについてでございますが、負担と給付の公平化を図るために、我々市町村は、かねてから医療保険制度の一本化を主張してきました。一本化により、保険運営の広域化による保険基盤の強化及び負担と給付の統一化が図られる事となる。今回の医療制度改革大綱に明記され、基本方針に示される方向が再認識され

ているところでございます。これは前進ととらえているところでございます。

また、高齢者医療については、時間がちょっととございませんからはしょって申し上げますが、国保財政を単独で運営することが財政的に非常に厳しい、事務的にも困難でございますから、そこで、平成十年八月に、私どもは既に一市五町で空知中部広域連合を設立いたしまして、十二年から介護保険とともに国民健康保険、老人保健事業の広域的保険者として運営を進めているところでございます。

今般の改革案におきましても、後期高齢者医療制度の財政運営の主体が広域連合となったことは、財政運営の広域化及び安定化という観点から評価できるものと考えておりますが、これは市町村だけでなく、国、都道府県の責任を分担すべきものと考えております。保険料の未納や見込みを超える医療費の増加によって、必要な給付を保険料で賄えないという財政リスクは広域連合としても起これ得るものでありまして、こうした財政リスクの軽減を図るために、広域連合や市町村だけではなく、都道府県や国の役割が欠かせず、それぞれに財政責任を果たしていくだけシステムづくりが必要であると思います。

国民健康保険の財政…………まだいいですか、もう少しよろしくございますか。国民健康保険の財政安定化についてでございますが、我が国の医療保険制度につきましては、自営業者や無職者等を対象とする市町村国保と政管健保及び組合健保から構成される被用者保険に大きく二分される構造となつておりますが、国民健康保険制度は、ほかの医療保険に属さない人をすべて受け入れる構造

ですが、負担と給付の公平化を図るため、我々市町村は、かねてから医療保険制度の一本化を主張してきました。一本化により、保険運営の広域化による保険基盤の強化及び負担と給付の統一化が図られる事となる。今回の医療制度改革大綱に明記され、基本方針に示される方向が再認識され

しているところでございます。これは前進ととらえているところでございます。

また、北海道は今日はもう寒さの中におりますけれども、我々北海道人も寒さの中において、本当に御苦労さまでございます。

それでは、北海道医師会、医療者の一員としまして、北海道の地域医療を担っております現場の医療担当者の一員としまして、今回の医療制度改革案に対して意見を簡単に申し上げます。

数字をできるだけ参考のために申し上げたいと思いますので、後ほど、資料をお手元に配付してございますので、参考をお願いいたします。

基本的には、今回の改定は、副作用を伴う苦い薬を飲むといいますか、合併症のあり得るつらい手術を前に決断をする患者さん方の気持ちというのはこんなものなのかなという、改めて考え方をされたものでございます。

少し残念だなと思っていますが、合併症のあり得るつらい生活を前に決断をする患者さん方の気持ちのはこんなものなのかなという、改めて考え方をされたものでございます。

この医療制度の基盤を成す財源の在り方というのも、負担と給付の整合性、それから管理運営主体の中立性ということ、中長期的な視野の取組ら

の国民に真っ正面から問うべき課題が十分に論議

されたのかなど、そういう思いをいたしました。

我々の立場からいいますと、まず第一に国民全員で最初に最も重要な議論すべきことは、近い将来も含めましての日本の国民医療費、公的給付といふものが国民所得の何%程度が振り向かれるべきものなのかと。財源というのは、この五十年も続いております税、保険の割合、形というものはこんな形でよいのだろうかと、そういう基本的な論議をしていただきたいなという切実な思いを持つておりました。

また、弊害あるいは無駄が多いと一般的にはECDの先進国でよく言われております中央政府によるその日暮らしのごとき単年度主義の社会保障あるいは社会保障基金の財源の管理運営を、生活に密着する部分というものは何とか中立性の高い効率的な管理主体に変えていくべきではないかと。また、中長期的な視点で財政運営をしていくべきでないかという当たり前の論争をもっと深くやつていただきたかったというのが私たちの立場でございます。また、中長期的な視点で財政運営をしていくべきでないかという当たり前の値ではないかと我々は主張してまいりました。

現在のマスコミの方々を中心にする、流れている、情報操作にも等しいのではないかと思われるようなよく分からぬ、根拠の何が薄弱な財政破綻キャンペーンというんでしようか、誠に声高な、改革に名をかりた支出の抑制策しかもうあり得ないというような、非常に劇場型のポピュリズムとやめられるようなやり方、状況には、怒りというよりもちょっと悲しみを感じております。

一方で、私たちにとっては良かったなというような思いを一方では感じてございます。経済財政面からの医療費の抑制に隔たった、経済財政諮問会議が打ち出した、いわゆるキャップ制とか伸び率管理といった極めて乱暴で、我々専門的な現場

の立場からいうとちょっと粗野な意見ではない

か、そういう主張が排除されまして、少なくとも

五枚目をお願いいたします。

これはもう本当に命にかかることでございま

すので、小児救急ということで、このような地域に集中した大型病院に機能を集中してございま

す。このためにはどうしても、北海道は広域で寒冷で広いございますので、搬送手段を何としても

整備しなければなりません。これは医療の世界だけでも持続可能にすることを目指してと、医療の

政策の積み上げの案として少なくともこの政府案が出てきたということに、それで、その内容があくまで患者中心の国民皆保険制度を将来からの政策の積み上げの案として少なくともこの

立場からいうところと、こういうところはすべての厚生省の官僚の方々を中心とする真っ当な、下

羽幌というところと、そういうところも高うござい

ます。こういう数字が出てございます。

二枚目の資料をお願いします。

これは、北海道のそこの同じ地域における産婦人科のお医者さんの数でございます。その代表的な場所をイメージとして数字を抜いてございま

す。

まず、右の根室の方の数字を見てください。こ

の一一番最初の赤で書いてある数字は、人口当たりのあつてほしの産婦人科医の数でございます。六名という数字。実際には三名しかおりません、右の数字でございます。その下は勤務形態でございま

す。一番左が開業医の方の数で、真ん中は常勤の勤務医の数でございます。右は大学や大手の病院から参ります非常勤の先生方の数でございます。こういう形になつてます。三名のうち一人の方が開業医で、市立病院にお二人の方が勤務してございます。こういう状態です。人口が八万六千ござります。年間八百七十件ございます。これは我々医療の現場から見ますと、この体制で不可能な数字でございます。あり得ないことが起きていい

るということは、近隣の医療施設の整つた地域に行つているということをございます。同様のことが一番下の日高の地方も、ここは、五・八人必要などころに二人しかいらっしゃいません。こういう状況です。

これを後ほど、またあれば説明申し上げます。

三枚目をお願いいたします。

これは小児科医の数でございます。同様の傾向

がござります。医療資源の乏しい地方があるとい

うことございます。

その次の四ページ目をお願いします。

以上で終わります。

○公述人(橋本洋一君) ありがとうございます。

○公述人(橋本洋一君) ありがとうございます。

○公述人(橋本洋一君) 私は、苦小牧で病院を経

時間が制限されておりますので、総論的な私たちの気持ち、考え方は以上で終わりにいたします。て、今回の生活予防対策、あるいは扶養家族の健診の保健導入ら、新しい取組に対しまして評価することは多々ございますけれども、そういうことは抜きにいたしまして、我々の北海道の地域医療の直面する現場からの問題点、それから苦しみと状況でございます。お手元の資料を参照してください。

これは、第二次保健医療福祉圏といいまして、二十一の区域に分けてございます、北海道は、これでは、今まで十分論議されております北海道の状況でございます。お手元の資料を参照してください。

これは、第二次保健医療福祉圏といいまして、二十一の区域に分けてございます、北海道は、これが北海道の状態が書いてございます。

まずは第一点でございます、医師の偏在と不足。これは、今まで十分論議されております北海道の状況でございます。お手元の資料を参考してください。

これは、第二次保健医療福祉圏といいまして、二十一の区域に分けてございます、北海道は、これが北海道の状態が書いてございます。

これは、今まで十分論議されております北海道の状況でございます。お手元の資料を参考してください。

○公述人(橋本洋一君) ありがとうございます。

○公述人(橋本洋一君) ありがとうございます。

○公述人(橋本洋一君) 私は、苦小牧で病院を経

営している苦小牧東病院の構本と申します。このことに対しまして、深く感謝申し上げる次第でございます。

さて、私の方からは、民間中小病院の一経営者及び毎日、直接患者と接している一医師として、このたびの健康保険法等の一部を改正する法律案の医療費適正化推進の中、特に療養病床の再編とそれにかかる今年四月の診療報酬改定について、やや具体的な内容となります。意見をお述べさせていただきます。

まず初めに、当院の紹介をさせていただきま

す。「私たち、医療サービスを通じ、地域社会に安心・安全を提供します」を理念として、平成元年、北海道苫小牧市の東部住宅街に開院し、今年十月には満十七年を迎えます。急性期、亜急性期、慢性期の領域に対応する二百六十床の内科、リハビリテーション病院ですが、平成十六年十一月には、日本医療機能評価機構の病院機能評価をバージョン四・〇で新規取得しております。

当院の特徴といたしまして、開院当初よりリハビリテーションの充実を図つてまいりました。回復期リハビリテーション病棟は、平成十二年十二月、北海道内の第一号の認定を受け、平成十五年八月には、東胆振地域リハビリテーション推進会議の事務局病院として指定、平成十六年七月、日本リハビリテーション医学会研修施設に認定、今年一月には、日本医療機能評価機構のリハビリテーション付加機能の認定を全国七番目、道内二番目で取得するなど、東胆振地域、日高地域におけるリハビリテーションの中核病院としてリハビリ機能の向上に努めています。

さて、今般の医療制度改革関連法案の全体について整理いたしますと、昨年十二月、政府・与党で、国が進める今後の医療制度改革の方向性が明示され、柱として、一、安心・信頼の確保と予防の重視、二、医療費の適正化の推進、三、新高齢

者医療制度の創設、四、診療報酬の引下げの四つが掲げられました。

これは、中長期的な改革の展望というよりは、ことに対しまして、深く感謝申し上げる次第でござります。

さて、私の方からは、民間中小病院の一経営者及び毎日、直接患者と接している一医師として、このたびの健康保険法等の一部を改正する法律案の医療費適正化推進の中、特に療養病床の再編とそれにかかる今年四月の診療報酬改定について、やや具体的な内容となります。意見をお述べさせていただきます。

まず初めに、当院の紹介をさせていただきま

す。「私たち、医療サービスを通じ、地域社会に安心・安全を提供します」を理念として、平成元年、北海道苫小牧市の東部住宅街に開院し、今年十月には満十七年を迎えます。急性期、亜急性期、慢性期の領域に対応する二百六十床の内科、リハビリテーション病院ですが、平成十六年十一月には、日本医療機能評価機構の病院機能評価をバージョン四・〇で新規取得しております。

当院の特徴といたしまして、開院当初よりリハビリテーションの充実を図つてまいりました。回復期リハビリテーション病棟は、平成十二年十二月、北海道内の第一号の認定を受け、平成十五年八月には、東胆振地域リハビリテーション推進会議の事務局病院として指定、平成十六年七月、日本リハビリテーション医学会研修施設に認定、今年一月には、日本医療機能評価機構のリハビリテーション付加機能の認定を全国七番目、道内二番目で取得するなど、東胆振地域、日高地域におけるリハビリテーションの中核病院としてリハビリ機能の向上に努めています。

さて、今般の医療制度改革関連法案の全体について整理いたしますと、昨年十二月、政府・与党で、国が進める今後の医療制度改革の方向性が明示され、柱として、一、安心・信頼の確保と予防の重視、二、医療費の適正化の推進、三、新高齢

はありません。

先般、診療報酬と介護報酬の同時改定が実施されました。慢性期入院医療については、病態、日常生活動作能力、ADLですね、それから看護の必要度等に応じた包括評価を進めるとともに、介護保険との役割分担の明確化を図るという平成十

五年三月の閣議決定を受け、その後の各種審議会等の議論、昨年十月、厚生労働省の医療制度改革改定がなされました。この医療制度改革大綱に基づいて、医療制度改

革関連法案が今般の健康保険法等改定案と良質な

審議されているところですが、健康保険法等改定案の中で、医療費適正化につきましては、中長期

の対策である在院日数の短縮と生活習慣病予防な

ど、短期の対策では、患者負担の見直し、括弧

内などを組み合わせ取り組むことで医療費の伸びを抑えることを主眼としております。

また、医療法等改定案につきまして、目玉とし

ては医療計画制度の見直しがあり、一、医療機能

療養病床を医療保険適用に限定、さらには、北海

道でも地方において在宅分野の整備が不十分な中

で、介護を含む療養病床三十八万床を十五万床ま

で削減すると打ち出されたことは誠に寝耳に水の

感があり、十分に審議を尽くす必要があると考え

ます。

導入当時から物議を醸していった療養病床の医療

保険適用型と介護保険適用型の問題が未解決のま

まであったことに対し、療養病床を医療保険適用

に限定することは一つの決着には違いません

が、今回も療養病床にかかる診療報酬改定の特

徴と問題点について申し上げたいと思います。

まず、今回の療養病床にかかる診療報酬改定

の最大の特徴は、入院基本料を看護職員の配置に

による評価から患者の医療必要度やADLに応じて

点数を付ける、主に医療必要度ですが、患者分類

による包括評価に転換したことと、患者分類の適

用に伴い、重度障害者など向けの特殊疾患療養病

床入院料が七月から廃止、一般や精神病床を除き

ますが、廃止される点です。

お手元の資料三ページを御参照ください。

患者分類による包括評価は、医療療養病棟で医

療区分、ADL区分に基づいて九分類、認知機能

分類を加えて十一分類に患者が分類されています。

が、医療必要度のないかあるいは少ない人、医療

病棟、特殊疾患療養病棟が二病棟、二が一病棟

区分一、これはすべて介護保険でといった考え方

が適切であるかどうか。特に、医療区分の一の範

疇には医療必要度の少ない人も入るという点で疑問を持たざるを得ません。

また、医療区分の分類について、資料四ページにございますが、かつて特殊疾患療養病棟入院料の一の範疇であった医療必要度の高い神経難病、一

般に進行性であり、原因不明か原因が究明されて

いても根治療法がないか、あつても効果が限定さ

れており、一般的に根治療法を有する神経・筋疾患や脊髄損傷、

主に頭髄損傷で四肢麻痺による著しいADL障害のみならず、神経因性膀胱、知覚障害を有する等

に加えて、一般病棟での治療対象である肺炎、尿

路感染症等が医療区分三ではなく医療区分二に含

まれていることは理解し難く、一方、医療区分三

は医師及び看護師による二十四時間体制での監

視、管理を要する状態とされ、さながらICUを

思われていることは理解し難く、医療区分三

は医師及び看護師による二十四時間体制での監

視、管理を要する状態とされ、さながらICUを

思われる極めて重篤な病態とされている点も同様

に理解し難いと考えます。病院機能の分化という

過程が平成になつてから医療改革の柱のはず

が、一般病棟で対応するような患者を療養病棟入

院基本料の医療区分に入れるのは病院機能分化の

面でも逆行と言えるのではないかと思つています。

また、一般病棟、精神病棟の特殊疾患療養病

床入院料と新しい医療区分における新点数との差が余

りにも極端過ぎる点が挙げられます。

当院は、一般病棟、回復期リハビリテーション

病床区分を療養から一般へ移行し、その上で特殊

疾患療養病棟を届け出直すことを検討している医

療機関もあります。

最大の問題として、従来の特殊疾患療養病棟入

院料と新しい医療区分における新点数との差が余

りにも極端過ぎる点が挙げられます。

当院は、一般病棟、回復期リハビリテーション

病床区分を療養から一般へ移行し、その上で特殊

疾患療養病棟を届け出直すことを検討している医

療機関もあります。

療養病棟は三病棟あり、特殊疾患療養病棟を運営している病院には一層深刻な改定となつていています。特殊疾患療養病棟入院料一と比較して、医療区分三のケースで約一二%減、医療区分二のケースでは実に約三三%減の点数となつております。特殊疾患療養病棟入院料二でも、医療区分二のケースで約一六%減、医療区分一のケースに至つては約五二%減と制裁的な点数設定であり、六年後は療養病床十五万床達成のため、あるいは医療必要度の低い患者の療養病床から介護保険施設又は在宅へシフト促進のためとしても、民間病院が地域医療を支え健全経営を維持していくには、減少幅をせめて議決定した三・一六から五%程度とするか、又は段階的な引下げをするなどの対応が不可欠と考えます。

この間、全国各地からの同様の声があり、厚生労働省も四月に入つてようやく特殊疾患療養病棟

入院料等の見直しに伴う措置として、医療区分における経過措置を通知しました。資料の七ページです。これは神經難病等に該当する患者を二年間に限り医療区分三にみなす措置ですが、これにつきましては是非とも期間限定をせずに対応すべきであり、今後も強く主張していきたいと考えております。

非常に時間が差し迫つますが、看護師の問題

に踏まえ、当院の機能、特色を生かし、二つ目の回復期リハビリテーション病棟を特殊疾患療養病

棟から移行を予定しております。

当院といたしましては、今後も地域及び患者の

医療ニーズにこたえ、質の高い医療を安定して提

供し、地域医療に貢献していきたいと考えております。

○団長(山下英利君) ありがとうございます。

次に、細川公述人にお願いいたします。

○公述人(細川瞳子君) 細川でございます。大き

な時代の変革のときに、このように私見を述べさ

せていただけの機会を得ましたことをとても幸せ

に思つております。

私は、自治体の保健婦をやりました後、三年や

りました後、小学校と高校の養護教諭を務めまし

て、二十年の公務員生活の中で多くのいろいろな

思いを胸に秘めまして、そちらに、お手元にござ

りますよう、ちょっと御紹介させていただいて

おりましたが、脱サラ、いわゆる脱サラをしてしま

て、もう行政から離れたと。とにかく自分の思

いを、本当に世の中を見て今必要だと思うことを

やつてみようということで、十六年前に会社をつ

くりました。これも今考えますとNPOで良かった

と思いますが、多分、このことは医療といふよ

うな段階の前の生活者の立場の世界ですので、多

分こういうお話は余り今回意義がないかなとも思

いましたが、その中で幾つかの立場でお話しした

中央の方に向かつて言つてあげようと、そういう

ぐらいの思いになりまして、地域の先生方にも多

くの御協力をいただいて、いわゆる私たちが未病

という、病気にならないための手立てといふもの、これが本当にいいサービスであれば、世の中

の生活者の自立と幸せのために必要なことであれ

ば、お金を出してでも、自費でも成り立つはず

だと、それが成り立たないんだとしたら多分私の

立場があるというふうに飛び出しました。具

体的なことはそちらに書いてありますので、本当に何も持たずに頭の中の理念一つで飛び出してしまいましたが、多くの仲間をおかけさまで

全国に持つことができました。

この十六年の間で今やっていますことは、具体的には一つは、健保組合ございますね、健保組合

はいろんなことをやっていらっしゃいますが、財政云々のことでのなかなか、保健施設活動といいま

すか、保健師を置けないと、いうようなことがあります。それで、そこの委託を受けております。で

から、道外の製薬会社ですとか大きな企業の、

ルス・プロモーション・プランというのが出来まし

た。本当にこのときは、私だけじゃなくて、多く

の全国のドクターや公衆衛生で働く人たちは時代

が変わったと思つたと思います。なぜならば、本

當に具体的な健診の結果に基づいて、生活者の立

場で生活改善を提案することによって、その費用

は国と企業から出て、要するにその人の幸せにな

るためのことに私たちがようやく手が行くという

ふうに思つたわけです。

ですが、なかなか本当に、今も思つております

が、すべてのこととに規制緩和がなくて、それでも

う全国が全部特区になつてくれればいいというふ

うにそのときも思つましたんですが、本当にオ

ホーツクの小さなエリアですので、そこのエリア

の中では中央がこんなにすばらしいことをやると

いつことが同じようにできないということに気

が付きました。

では、田舎ならではのやり方でそのメッセージ

を、逆にこんなふうにできるんだよということを

思つて、じや私が北海道全部を引き受けようという

ことを、じや公述人にお願いいたしました。

北海道電力のおかげで本当にここまでやつてまい

りました。

それだけに、私の願いすることは、本当に世の

中、文明はどんどん進歩しているんだ、で、医療

というか治療ということを受けなくとも、もつと

もっと情報が豊かであれば私たちはそういう不幸

な道を行かなくても済む、要するに、医療依存で

北海道電力のおかげで本当にここまでやつてしま

りました。

その中で、私の願いすることは、本当に世の

中、文明はどんどん進歩しているんだ、で、医療

というか治療ということを受けなくとも、もつと

もっと情報が豊かであれば私たちはそういう不幸

な道を行かなくても済む、要するに、医療依存で

北海道電力のおかげで本当にここまでやつてしま

りました。

それだけに、私の願いすることは、本当に世の

中、文明はどんどん進歩しているんだ、で、医療

というか治療ということを受けなくとも、もつと

もっと情報が豊かであれば私たちはそういう不幸

な道を行かなくても済む、要するに、医療依存で

北海道電力のおかげで本当にここまでやつてしま

りました。

その中で、私の願いすることは、本当に世の

中、文明はどんどん進歩しているんだ、で、医療

というか治療ということを受けなくとも、もつと

もっと情報が豊かであれば私たちはそういう不幸

な道を行かなくても済む、要するに、医療依存で

北海道電力のおかげで本当にここまでやつてしま

りました。

その中で、私の願いとは、本当に世の中には病院

はいろいろなことをやつていらっしゃいますが、財

政云々のことでのなかなか、保健施設活動といいま

すか、保健師を置けないと、いうようなことがあります。それで、そこの委託を受けております。で

から、道外の製薬会社ですとか大きな企業の、

ノムの医療の時代が目の前にありますと、いろいろな情報をありますときに、規制緩和の云々で問

題になつておりますが、薬に頼らなくて、ちよと熱は耐えてみよう、下痢はちよともう少し耐えてみようというような生活者としての能力をアップする情報とそれから文明の手だけを本当に伝えることが幸せに結び付くのではないかというふうに思いますので、今回のように大きな変革のときに、制度の設計理念といいますか、脈々と私たちに哲学を投げ掛けてほしいと思います。

ところが、見ますと、まだ本当に不勉強ですが、経済破綻ですか医療費が掛かるとか、もうお金、お金、お金の論理しか出てきません。私は、そうであるから、もう本当にもつと自分で自分を鍛えようぞと思う人たちでも、例えば七十五歳から後期高齢者と、そうかと。私たちは、活動としてはサードエージというジャンル含みまして、サードエージというのは、要するに、これから社会に貢献するんだと、自由を得てもつともっと人間らしく、果敢に闘うといいますか、能力アップしながら生きていくんだという人たちにとってみれば、七十五、えつ、もう後期かふうにも思つたりもいたします。

私が本当に申し上げていることは、勝手な持論でございますが、例えば健保の中で取り上げられようとしている特定健診なんかも糖尿病云々ということだけになつておりますが、私たちはもう百歳まで生きます。であれば、白内障になつたり縁内障になつたり、男の方だつたら前立腺肥大になつたり、もうおよそ予測の付くそういう人生イベントがありますので、そういうものに對して啓蒙活動と未病対策というものを是非進めるようなことがどこからか生まれてこないか。また、生活者の自由裁量が利くようなそういうような設計がなければ、今幾ら健康保険があるといつても、自分で皆さん、小児保険とか、まあペット保険は別ですが、そういうふうにいろいろな民間保険に

行つて自由裁量しようというほどに健康意識やもちよと熱は耐えてみよう、下痢はちよともう少し耐えてみようというような生活者としての能力をアップする情報とそれから文明の手だけを本当に伝えることが幸せに結び付くのではないかというふうに思います。本当に伝えることが幸運に結び付くのではないかというふうに思います。

今、イギリスなんかの情報も、随分医療破綻を起こして、医療従事者の問題とか起きているようですが、最近、私の周辺にいるドクターたちは本当にこの予防活動ということに大変に進んでいらっしゃいます。本当にそういう面では、病院の中での医療給付経済構造よりも、もうちょっとそ

のシフトをすらして、予防の方に、今お医者様たちの多くの深い経験と英知をそちらの方に持つていく。要するに、医療法人の規制じゃなくて、規制緩和の方に向けることによって、もっとウエルネスのジャンルに医療従事者がどんどん、正しいことができていれば私たちにとつても幸せであります。

最後になりますが、WHOの健康定義の中にはスピリチュアルという言葉が入つて、ここ十年以上いろいろ議論されておりますが、やはり終末医療や何かを考えますときに、もつと心のケアといいますか、それから私たちの死生観をも規定するような多くの情報と、そういうことが、この医療だけではなく、私たちの生きしていく力になることもあります。だからこそ、私たちの死生観をも規定する

音楽だつたり、芸術だつたり、大自然の空気だつたり、景色だつたり、小川の音だつたりするかもしれません、そういうことも本当に私たちの免

疫力を、それから未病というふうに、究極のことでも盛られてはいいのではないかというふうに思つたりします。また、そういう予防給付のようないいかなどいうふうに思つております。

大変早口で思いのたけだけを述べさせていただきました。ありがとうございました。

公述人

○団長(山下英利君) ありがとうございました。

次に、堀毛公述人にお願いをいたします。堀毛

○公述人(堀毛清史君) 北海道勤医協の堀毛でございます。本日は、こういう公述の場を与えていただき、本当にありがとうございました。

私は、この三月まで釧路の勤医協の病院で療養病棟を持ちながら釧根地域の医療に当たつてきましたが、最近、私の周辺にいるドクターたちは本当にこの予防活動といふことに大変に進んでいらっしゃいます。本当にそういう面では、病院の

中での医療給付経済構造よりも、もうちょっとそ

のシフトをすらして、予防の方に、今お医者様たちの多くの深い経験と英知をそちらの方に持つていく。要するに、医療法人の規制じゃなくて、規制緩和の方に向けることによって、もっとウエルネスのジャンルに医療従事者がどんどん、正しいことができていれば私たちにとつても幸せであります。

私のレジュメの一一番後ろのところにカラーの一枚のレジュメが付いております。せっかく今日は委員の皆さんに北海道に来ていただきましたので、私の撮った写真で少し北海道気分を味わっていただこうと思いまして、一枚目は水の摩周湖な

んですけれども、これを使いながら御説明したいと思います。

今年の三月末でもって根室市の隣保院附屬病院が閉院となりました。根室は約三万の人口ですが、この病院はその根室市の唯一の療養病床を有する病院でした。閉院によつて入院中の五十七人の患者さんが、言葉はいいかどうか分かりませんが、強制退院となりました。行き先がなかなか決まりずに最終的には十八人が市外の病院へ転入し、十四人が転入先が見付からなかったために在宅の条件が十分整わない中での自宅への退院となりました。既に四人が亡くなられたというふうに聞いております。退院されて自宅へ戻つて、その日に熱発、肺炎で市立病院に入院された方もありました。

この中で、八十四歳の男性、隣保院に入院されたときには寝たきり状態だったのですが、少しずつリハビリを続けておりました。今回の事態でおうちに帰ることを余儀なくされ、五十七歳の息子さん、二人暮らしになつたわけですが、建設会社に勤めておられた息子さんは、父親を見るために会社を辞められ、約三十万あつた収入がアルバイトの五万円となり、朝から晩までお父さんのおむづ、それから車いす介助をやるというような生活

また、ある患者さんの家族は漁業をしておられて、朝三時から夕方まで仕事をしておられたのを、その親の面倒を見るためにお昼に一遍現場から帰つてきて、そしてもう一度漁業に出るというような生活をされている方もあります。

根室全体がこのことで大変な状況になりました。私が今回最も強調したい発言の趣旨は、今回法案についての意見を申し述べたいというふうに思います。

私のレジュメの右上をごらんください。私は、これが根室だけの事態ではないと考えております。例えば釧路市、人口が十九万の北海道の中では中核都市に相当しますが、市内の医療機関は現在、急性期病院、専門科を中心とした病院、療養型病院に分けられます。

私のレジュメの右上をごらんください。

一九八〇年代から九〇年代初頭にかけては、それぞの病院が単独で言わば外来も入院もその後のフォローもしておられる時代がございました。

しかし、高齢者人口の増加に伴い、そしてまた第四次医療法が制定される際に、それぞの病院が地域においての役割を鮮明にすることが強く求められました。現在、釧路では、この黄色と緑とブルーに分けておりますような形での、急性期を担当される病院、専門科病院、療養病棟を中心とした病院となっています。高齢者は、肺炎などかいろんな病気が悪化しますと急性期病院や専門分化した病院に運ばれます。そこでは入院期間が非常に短くなつております。一週間、二週間という

会員の家族は漁業をしておられて、朝三時から夕方まで仕事をしておられたのを、その親の面倒を見るためにお昼に一遍現場から帰つてきて、そしてもう一度漁業に出るというような生活をされている方もあります。

また、ある患者さんの家族は漁業をしておられて、朝三時から夕方まで仕事をしておられたのを、その親の面倒を見るためにお昼に一遍現場から帰つてきて、そしてもう一度漁業に出るというような生活をされている方もあります。

しかし、高齢者の場合には、いつたん急性病変化した場合に全身の様々な臓器が一緒に悪化することが多く、一遍に元の体に戻れるわけではございません。したがって、その際にリハビリ機能を持つ病院や療養病床を持つ病院への転入院が必要になります。そして、そこでの一一定在宅への準備が進んだ段階で在宅ないし施設へといふのが一般的な方向かと思いますが、釧路の場合には、まず在宅で自分の家族を見る力が極めて弱うございます。在宅で見るためには、家族がしっかり介護ができるか、そのことを経済的にやっていけるかどうか、医療機関や行政との連携が十分か、地域の町内会で支えがあるかどうか、そういうことが必要になってくると思いますが、極めて不十分な状態です。

そして、一方でも、一つのついの住みかとなるべき特別養護老人ホームが三百七十ベッドほどあります。そこは今満床で、待ちベッド患者数が千四百人から千五百人。特養は、基本的には死亡退院以外には簡単に空きませんので、これらの方

が大勢待つておられる。どこで待っているかというと、在宅の条件のない中での在宅で待つておら

れるか、療養病床で待つておられるわけです。したがって、療養病床が空かない。療養病床が空かないで、急性期の病院の先生方は大変な御苦労をなさつて急性期病棟でそういった患者さんを診るか、何とか引き受けてしまつて釧路以外の近隣のところへ頼むか、大変な御苦労をされているわけです。

そうしますと、療養病床がその中で閉院あるいは内容的に縮小ということになってしまいますと、そこへ送っていた患者さんが送れなくなる、急性期のベッドが空かないために急性変化した患者さんを診るところがなくなる、こういう構図になるわけです。したがって、療養病床が閉鎖するかどうかではなくて、その地域全体の医療、介護を支える機能が崩壊しかねない構図になってしまいます。

こういったことは決して釧路単独の問題ではなくて、道内の地域病院の、あるいは地域の実情が

ほとんどがこれと同様なものというふうに考えられます。

ほんとどがこれと同様なものというふうに考えられます。

○公述人(片山憲君) 御紹介ありがとうございます。片山と申します。

まずは、本日、このような貴重な機会を与えてくださいました皆様に感謝申し上げます、また、日ごろより厚生労働行政に御尽力されている皆様方に敬意を表したいと思います。

私は、社会福祉法人北海道社会事業協会岩内病院で社会福祉士として、また精神保健福祉士として、現在では介護支援専門員として日々業務を行っております。今日は、日々の実践から今回のテーマに関しまして幾つかの御意見を述べさせていただきたいと思います。

私は、北海道内では療養病床が三万床、法案が実施された場合には一万二千床まで減ることになります。この中で各地で苦勞が続く。いわゆる医師も看護婦もいなくてベッドもない、介護が必要な、医療が必要な人が難民となつてあふれ返るという事態が想定されるわけです。しかも、医療区分一の御老人は、一見安定して見えても、感染や転倒などで容易に病状は悪化します。そういう点での医療の必要性ということを全く抜きにして、社会的に入院だからといって地域にあたかも吹雪の中に裸で追い出すようなことは、とっても残酷なことだというふうに私は思います。

今必要なのは、在宅で暮らしたいという高齢者の希望をかなえるために、行政の責任で基盤整備を整えて、そして医療機関や介護に携わる人々が一緒になつて町づくりを進める。急変時の対応はもちろんですけれども、広くリハビリ、介護を充実させて、急性期医療から療養、在宅、そういうものを全面的に支えていく中でお年寄りを温かく見守ることだというふうに思います。

私は、北海道の高齢者が本当に誇りを持って、みんなから尊敬されて暮らしておられるのかといふことを心配いたします。釧路でこういうことを聞きました。高齢者は尊敬されているんだろうか。釧路では、国鉄がつぶれ、漁業が駄目になり、炭鉱が駄目になり、酪農があえいでいる、そういう中で、高齢者は自分たちが伝えるべき技術がどんどんなくなってきた、誇りと一緒になくなってきたんだというふうにおっしゃった方がありました。

そういう高齢者に付らい思いをさせない、温かい私は行政と、そして周りのみんなでネットワークをつくることが今こそ必要だということを強調して、私の発言とさせていただきます。

○団長(山下英利君) ありがとうございました。片山公述人。

個人の福祉に貢献するということに難しさを感じています。

しかし、医療や福祉の目的は、競争して個人的な利益を得ることが重要なのではなく、すべての国民がひとしくサービスを享受できることに大きな意味を持つと考えます。日々の実践から、事例を通じ意見を述べさせていただきます。事例紹介に移ります。

M氏、八十歳、男性。家族構成は、主介護者の妻七十六歳、長男五十一歳との三人暮らしで、農家を営んでいます。

これまでの経過としまして、平成十三年八月、交通事故により受傷。救急処置後、ヘリコプターで二十分のS市立病院へ搬送、形成外科にて緊急手術が行われています。傷病名は、左眼球破裂による失明、左頸骨骨折、左上顎骨骨折等であります。

初めに、我が国における現代社会の一側面は、長期的に人口の少子高齢化と経済の低成長が続いている状況にあります。この問題は、現象として高齢者に対する財政支出の増大とそれを支える若年者の財政負担の増大をもたらし、医療、福祉の支出を含めた政府支出の効率的な使用が求められています。

私は、働く岩内病院は、北海道の南西部に位置する地域にあり、診療圏域人口二万六千六百十四人、有床病数二百四十六床で、うち療養型病棟九十床を有し、本地域における唯一の基幹病院として子供から高齢者までの幅広い医療を担っています。しかし、病院経営は地域住民にとっての医療機関としての重要な役割とは裏腹に非常に厳しい状況にあり、経済的な効率が求められるようになっています。

その一つとして、在院日数の問題があり、継続して医療を受ける必要があると思われる患者の受け入れ先をめぐり、対応に苦慮しています。また、看護やリハビリテーションの実際では、自分たちの持てる知識や技術が十分に發揮されないまま退院をさせなければならないというジレンマも存在しています。私の十二年余りの医療、介護、福祉をつなぐ実践を通して、地域医療を守ること、

そういう高齢者に付らい思いをさせない、温かい私は行政と、そして周りのみんなでネットワークをつくことが今こそ必要だということを強調して、私の発言とさせていただきます。

○団長(山下英利君) ありがとうございました。片山公述人。

現在の障害特性としましては、日常生活動作では、すべての動作においてほぼ全介助の状況にあります。認知症のレベルは、不快なものについて言語、非言語でアピールすることはできますが、介護についての協力や理解はできない状況に

あり、昼夜の逆転も見られ、介護者の負担となっています。

具体的な介護の手間としましては、洗顔、ひげそり、食事介助、口腔ケア、移乗・移動の介助、ベッド上の体位変換、服薬、点眼薬の介助、受診介助等が挙げられます。また、介護に対して拒否、抵抗を示すときもあり、介護者の手にはひつかき傷が絶えません。介護保険で言う介護度は要介護度五です。

現在利用している福祉サービスは、訪問看護週二回、通所リハビリテーション週一回、通所介護週一回、移送サービス月一回、福祉用具のレンタル、ベッドと車いすなどとなっています。

現在の生活上の問題点としては、一、誤嚥、転倒、床擦れの危険性は依然として高く、医療との連携が不可欠です。二、在宅で利用できるサービスに限界があり、在宅生活では家族介護に大きく依存しています。三、農家を営んでおり、農繁期は介護者も労働に駆り出されるため、一定期間の入院を考慮してくれる医療機関との連携が必要です。四、俗に言う老老介護であり、身体機能の低下と認知症を呈している本事例では、長期的な在宅介護は困難と言わざるを得ません。

最後に、意見に代えて述べさせていただきたいと思います。

一、本事例では救急医療が病状の予後を最小限にとどめることができました。北海道という広大な地域性を考慮した救急医療の充実が予後の医療費削減に運動するを考えられます。二、在宅生活を支える上で、サービス利用者の基礎疾患と要介護状態への支援の在り方は、医療保険と介護保険の具体的施策の連携、融和が求められています。

三、医療依存度の高い人へのショートステイは現行の介護保険制度では制限されていることが多く、病院を利用してのメディカルショートステイが要求されていると考えます。四、主介護者の高齢化に伴い、老老介護の実態が明らかになりました。介護者のレスパイトを目的としたショートステイの充実は緊急課題であると考えます。

以上、つたないお話を失礼しましたが、御清聴ありがとうございました。

○団長(山下英利君) わりがとうございました。

以上で公述の方々の御意見の陳述は終わりました。

それでは、これより公述人に対する質疑を行います。

なお、委員の質疑時間が限られていますので、公述の方々には御答弁を簡潔にお願い申します。

名を待つてからお願いを申し上げます。

○水落敏栄君 自由民主党の水落敏栄でございます。

それでは、質疑のある方は順次御発言願います。

公述人の皆様には、お忙しいところありがとうございます。また、貴重なお話を聞きいたしました。大変参考になりましたことを感謝いたします。

十五分という限られた時間でございますので、奈井江町長の北公述人と医師会常任理事の山本公述人のお二人にお考えをお聞きしたいと思います。

健保法等の一部を改正する法律案並びに良好な医療を提供する体制の確立を図るために医療法等の一部を改正する法律案でありますが、新たな高齢者医療制度の創設、生活習慣病予防等による医療費の適正化、医療の質の向上を主眼としておるわけであります。

そうした中で、社会的入院、つまり入院治療の必要がないのに、家庭の事情や介護施設が見付からない等の理由で退院できない方が少なくないという問題への対応が課題となつております。その多くは高齢者の方々であります。

そこで、厚生労働省は療養病床の実態調査を行っておりまして、その結果として、医療保険適用型、介護保険

適用型のいずれでも医師による医療の提供をほとんど必要としない、そうした患者が半数、週一度程度で済む場合を合わせると約八割に上ったというデータから、法案に療養病床の六割削減を盛り込んでおります。六割削減の内訳は、介護療養病床、これは十三万床であります、二〇一一年度末までに全廃する、医療型療養病床は二十五万床であります、これも二〇一二年度までに十五万床に減らすということであります。

そこで、公述人にお伺いします。私が心配しているのは、病院からの退院を余儀なくされた入院患者の皆さんがどこに行くのかということであります。特別養護老人ホームも老人保健施設も満床のところがほとんどであります。また、自宅療養といつても、家族は勤務や授業があり面倒を見ることができない。こういうことから、介護難民が生まれるのではないかと危惧しております。

つまり、療養病床の再編に伴う受皿整備が必要ですけれども、北公述人に町長の立場から、また山本公述人に医師会の立場から、それぞれどのように考えておられるのか、お聞きします。

○公述人(北良治君) それでは、今、水落先生の御質問といいますか、に私なりの考え方を申し上げたいと思う次第でございます。

そこで、今お話をございましたように、いわゆる療養型病床群、介護型、医療系、特に介護型が全部廃止される、医療系についてもこれまでベッド数を大きく減らすということについては、私どもも非常に困惑しているところでございます。

ただししかし、その中で、先ほどもちょっと申し上げましたように、医療と介護を明確に区分しないかなければ、将来、中長期的に見ますと、何といいましても、いわゆる医療の制度を確保していくという点では、そういう点では、やはり必要度の低い方といいますか、医療の必要度の低い方についてはできるだけ在宅に持つていかなきやいけない。

しかし、今ここで申し上げましたように、在宅の介護力は非常に弱まっているということもあり

ますから、この六か年の経過期間の中で私ども自治体として身近な皆さん方をどう支えていくかと、いうことを真剣に検討しなければなりませんが、同時に、老健施設とか、あるいはまた様々な介護的なグループホームなんかもそうでございます。それでは、これまでございます、受皿整備をこの間にどうしていくか。

やはり、国も真剣になつて考えていただくと、私どもも真剣になつて考えていく、そしてその中で介護難民が絶対に起きないよう、せっかく申し上げましたように、医療と介護を明確に分けていくという中でございますから、その区分分けの中で介護難民が出ないよう方策を整備していくかなりやいけない。国はやはりある面ではそういう、何といいますか、受皿整備をきちんとした方向性としてはそなえざるを得ないだろうというふうに私どもも考えています。そのためには生活重視型施設の整備も視野に入れた安心感のあるサービスの受皿づくりの必要があるんではないかと、私なりに考えていています。

○公述人(山本直也君) ただいまの御質問でござりますが、私の方は、では資料の六を用いて御説明申し上げます。

先ほどの根室のことが一例でございますけれども、北海道の場合は、この問題でやはり大きな影響を受けるのはこの濃い黄色の地域でございます。札幌や旭川という都市には、ほとんどこういう問題ということでは大きな影響は受けないんだろうと思いますけれども、この地方の問題をどうするかという、これが、ただ介護の問題ではなくて、医療と密接な問題なんですね。

根室の例を取りますと、これがただでさえマイナス百九床という、平均値から低いベッド数の中で療養型という形で何とか維持していた医療の要素、薄いながら用意していたものが、それさえも少なくなるということ、これは大変な苦しみでございまして、これを何とか地域ごとの幅のある対

応をしていかなければならないというのが我々の立場でございます。

もう一つ、私たちの悩みを申し上げますが、家族の介護力といいますか、そういう問題に対しまして、北海道はやはり長野のようなモデルと言われるような地域と全く違いまして、離婚率は日本で一番の地域でございますし、持家もそんな高い率ではございません。それから、高齢化率は非常に高いと、一番高いところは四〇%ほどございましたし、この地方は大体三五%を超えてござります。ということは、先ほど家探ししても介護力なきないという、私、極端な言い方をしました。それが我々北海道の地方の現状だらうと思うんですね。

特に北海道は産業構造の転換が遅れてござります。物や機械は効率を考えて移すことはできますけれども、人というものは簡単にそういう効率だけで動かすことできないというのが現状だらうと思ひます。

我々は、医療の現場で直面してございます、人に接する仕事でございます。是非ともソフトランディングするための幅の広い対応力を考えていただきたいたと。こういう流れは国としては当然の流れだと思うんですけれども、そこにいわゆる幅の広い対応力を与えていただきたいというのが私たちの現実のお願いでございます。

○水落敏栄君 ありがとうございました。

次に、高齢者の負担増についてお聞きしたいと思います。

少子高齢化がますます進む中で、高齢者医療費の増加を少しでも緩和するために高齢者の患者負担を見直そうということで、法案に示されております。その内容はもう御承知のとおりでございますが、七十歳以上の現役並み所得者、この場合、単身で年収三百八十万円以上、夫婦二人世帯で年収五百二十万円以上の方ですが、これらの方々について窓口負担を現行の二割から三割に引き上げる、七十歳から七十四歳の窓口負担を現在の一割から二割負担にする、療養病床に入院している高

齢者に食費、居住費の負担を求める等であります。

そこで、北公述人と山本公述人にお伺いしますけれども、私は、少子高齢社会の中で支え手である現役層が減っていく以上致し方ないのかなと、こうも思います。また、現役並み所得の方々については相応の負担もやむを得ないんじゃないかな、このようにも思ひますが、一方、低所得の方には十分な対策を講じるべきだ、このようにも思つております。

こうした高齢者の窓口負担増についてお二人の公述人はどのように思つておられるか、端的にお聞かせいただきたいと思います。

○公述人(北良治君) 今ほどのお話をございますが、私どもはできるだけ、言うまでもございませんが、高齢者の医療費負担を上げないようにしていただきたいたい、こういう願いは同じだと思います。

ただしかし、今お話をございましたように、やはり世代間で支えていく、世代間の公平性ということを考えますと、ある程度の負担といふものはやむを得ない点もあるだろうと。しかし、やはり何といつても懸念され心配されることは低所得層でございまして、これがやはり耐えられない、そういう人たちに対するは、やはりきちっとした対策を、政策を掲げながら、取りながらやつていたただなければ、私どもも、直接住民に接する者といたしましては、一番その線が心配でございます。

特に、私どもの地方については高齢者が多い、低所得者が多いと、こういうこともござりますから、そのシフトをきちっとしていただく、ネットワークをきちっとしていくだくと、これが一番大切なことで、ただ、私どもいたしましては、

これまでに得ただけの負担をしていても、あるいはそれだけの、三倍、四倍のお金を払うということが、これが現実でございますから。

まあ外来だけを取つただけの場合でしかれども、そうなりますと、同じ割合の負担をしていても、若い人はそれはそれだけの、三倍、四倍のお金を払うということが、これが現実でございますから。

入院で高額療養の枠といふのはござりますけれども、それでもその枠といふのは大変な負担だらうというのが私たちの実感でございます。

もう一つ、例を挙げて本当に申し訳ありませんけれども、畠正憲さんという動物作家を御存じだと思います。私たち北海道の人間にとってはとても大きくなつてくると。私の出身は新潟でございま

すけれども、私の出身地の新潟県の阿賀病院では、常勤医の大変な退職で診療科の一部を開鎖したこと、こうした事実もございました。

○水落敏栄君 ありがとうございました。

同じ意味で、今先生がお話をあつたようなことと同じ意見になるかと思ひますが、そういうつもりで私もおります。

○公述人(山本直也君) それでは、私の方から。ただいまの高齢者の窓口負担のことです。北海道すけれども、私たちの実感としましては、北海道の現実の中では、こういう高い収入を持つているお年寄りというのはかなり少ないと印象を持ってございます。これが私たちの実感です。

私の母は、例を申し上げまして、お金を払つていいだらうと思っております。収入のある方は当然そのくらいの責任取つてもよろしい、私個人としてはそのように思つております。しかし、一般的には大変少のうござります、そういう方々

は。

それから、高齢者の場合は、一般的なイメージでござりますが、有病率がやはりかなり高いといふのがありますと、外来で掛かる数はやっぱり三倍から四倍というのがこれは通常でございます。まあ外来だけを取つただけの場合でしかれども、そうなりますと、同じ割合の負担をしていても、若い人はそれはそれだけの、三倍、四倍のお金を払うということが、これが現実でございますから。

そのためには、私は、それを心配されることは不可能でございます。

といった意味で、今先生がお話をあつたようなことと同じ意見になるかと思ひますが、そういうつもりで私もおります。

○公述人(山本直也君) それでは、私の方から。ただいまの高齢者の窓口負担のことです。

ただいまの高齢者の窓口負担のことでございま

すけれども、私たちの実感としましては、北海道の現実の中では、こういう高い収入を持つているお年寄りといふのはかなり少ないと印象

を持ってございます。これが私たちの実感です。

私の母は、例を申し上げまして、お金を払つていいだらうと思っております。収入のある方は当然そのくらいの責任取つてもよろしい、私個人としてはそのように思つております。しかし、一般的には大変少のうござります、そういう方々は。

それから、高齢者の場合は、一般的なイメージでござりますが、有病率がやはりかなり高いといふのがありますと、外来で掛かる数はやっぱり三倍から四倍というのがこれは通常でございます。まあ外来だけを取つただけの場合でしかれども、そうなりますと、同じ割合の負担をしていても、若い人はそれはそれだけの、三倍、四倍のお金を払うということが、これが現実でございますから。

そのためには、私は、それを心配されることは不可能でございます。

○水落敏栄君 医師不足について、先ほど山本公述人からある説明がございました。私も本当に大変だと思っております。

小児科につきましては、休日であろうと夜間であらうと診察が求められる大変な過重労働、それから産婦人科も、生まれてくる赤ちゃんはもう昼ばかりではございませんからこれまた大変な重労働で、そうした意味からもお医者さんになり手がいなくなつてくると。私の出身は新潟でございま

すけれども、私の出身地の新潟県の阿賀病院では、常勤医の大変な退職で診療科の一部を開鎖したこと、こうした事実もございました。

政府は、へき地や小児科、産科を中心とする医師の確保については、都道府県が中心となつて大

学病院など地域の医療関係者と話し合いを行つて医師の効果的な確保とか配置を図る仕組み、医学部の卒業生が地元に残るようにする方策、また小児科、産科の診療報酬上の評価を充実させる、こうしたことを考えておりますけれども、

しかし医師不足問題についてこれらの方策に即効性が期待することはできない、こう思つていま

す。

特に、私どもの地方については高齢者が多い、低所得者が多いと、こういうこともござりますから、そのシフトをきちっとしていただく、ネットワークをきちっととしていただくと、これが一番大切なことで、ただ、私どもいたしましては、

そのためには、私は、それを心配されることは不可能でございます。

○水落敏栄君 ありがとうございました。

ました。奥様、日本でも一流だと言われる、赤坂にございます前田先生のところの病院にお世話に

なりましてお元気になられ、大変良かったと思ひます。

けれども、私は、大変シヨックを受けたと言われております。その後、悩みながら栃木の方にお戻りになりました。その農場をお造りになつたと。

苦しみだ記事を読んだことがございます。

お金のある方はそのくらいのお力があるんで、私たちももうそれはそれでやむを得なかつたんだ

らうなと思いますが、私たちのように、北海道で生まれて現実に長くいる人間にとつたらそのよう

なことは不可能でございまして、現実にいる現場の人が何とか大切に守つていただきたいというの

が私たちの切実な気持ちでございます。

○水落敏栄君 医師不足について、先ほど山本公述人からある説明がございました。私も本当に大

変だと思っております。

小児科につきましては、休日であろうと夜間であらうと診察が求められる大変な過重労働、それから産婦人科も、生まれてくる赤ちゃんはもう昼ばかりではございませんからこれまた大変な重労働で、そうした意味からもお医者さんになり手がいなくなつてくると。私の出身は新潟でございま

すけれども、私の出身地の新潟県の阿賀病院では、常勤医の大変な退職で診療科の一部を開鎖したこと、こうした事実もございました。

政府は、へき地や小児科、産科を中心とする医

師の確保については、都道府県が中心となつて大

学病院など地域の医療関係者と話し合いを行つて医

師の効果的な確保とか配置を図る仕組み、医学部

の卒業生が地元に残るようにする方策、また小児

科、産科の診療報酬上の評価を充実させる、こう

したことを見ておりますけれども、

しかし医師不足問題についてこれらの方策に即効性が期待することはできない、こう思つていま

す。

先ほど、本当に北海道の深刻な医師不足のことについて山本公述人からお話をございましたけれども、山本公述人としてはそつとした状況をどのよう

にこれから対応していかれるのか、また今後どうしたらしいのか、また政府に對してこうしたことを行ったらしいかというふうな御要望があつたから、残り時間があとちょっとしかございませんので、二分以内でおまとめいただければと思いまます。

○公述人(山本直也君) 資料の四をちょっとと説明させていただきたいと思います。

これは、周産期の母子の医療センターのモデル図でございますが、北海道も、やむを得ずといいますか、安全のために医療の効率化を図る制度として医療資源をこのようない形で集中してござります。その次の五ページでございますが、小児の救急医療体制も、このようない輪番制の地域とそれから拠点病院構想とを用いまして、何よりも効率といふのはあくまでも制度の効率でありまして、患者さん方にとって効率がいいということではございません。あくまでも安全を優先するしかないといふのが現状だらうと思います、北海道の場合ですから、大変な負担が患者さんや家族には掛かるだらうと思っております。

そのような中で、産婦人科の数の激変といふことはもう目を覆うような状態でござります。これ

は、二ページにあるとおりでございます。このような過激といいますか、大変な状況の中で産科の先生が働いておられます。西島先生もお医者さんでございますから、いろんな細かいことをお分かり。

私の同級生の個人のお話をさせてもらいます。産婦人科の医者として、私の同級生三人産婦人科の医者になりましたけど、二人は心筋梗塞と急性期の病気で五十代にしてしまいました。年間百四十の出産をやつていた、地域の中で、やざるを得ない状況に追いやられました。これは個人の数字ですから何とも言えませんけど、そのような厳しい、私たちの仲間からとりましたら大変だんだなという意識しかございません。そのようなのが北海道の現実でございます。

それから、御存じのように、医療の安全という

ことで、裁判の多発ということで若い先生方がもしゃから対応していかれるのか、また今後どうしたらしいのか、また政府に對してこうしたことを行ったらしいかというふうな御要望があつたから、残り時間があとちょっとしかございませんので、二分以内でおまとめいただければと思いまます。一つのことを解決すれば解決するような問題だとは決して思いません。多くの原因を排除しながら、直しながら、何とか小児科と産科の方に若い先生が夢を持つていただけるような体制をつくつてていくのが我々みんなの責任だらうと思つてます。一つの答えでどうにかなるという問題ではございません。このように考えております。

○水落敏栄君 ありがとうございます。

○円より子君 民主党の円より子でございます。今日は皆様ありがとうございます。

参議院では、これまでに对政府質疑を二十六時間やつてまいりました。そして、参考人質疑も二回、そして今日、北海道にお邪魔いたしまして、皆様方に来ていただいて地方公聴会という形になつたのでございますが、私ども、今回の医療制度改革は医療費を抑制することが主眼であつて、こういうことをしていっては、我が国の医療制度、もう壊れて、一度壊れてしまえばもう元には戻らないんじゃないかな、そういう思いをしておりまし

て、反対の立場から審議を進めてきたんですが、これは二ページにあるとおりでございます。このようないふな過激といいますか、大変な状況の中で産科の先生が働いておられます。西島先生もお医者さんでございますから、いろんな細かいことをお分かり。

そのような中で、産婦人科の数の激変といふことはもう目を覆うような状態でござります。これ

は、二ページにあるとおりでございます。このようないふな過激といいますか、大変な状況の中で産科の先生が働いておられます。西島先生もお医者さんでございますから、いろんな細かいことをお分かり。

れども、これが社会的入所になるだけではないかとも言われておりまし、それから在宅についても、先ほど片山さんからお話をありましたように、私の周りでも、在宅で介護をするために仕事を辞めざるを得なくて食べていけないという人はありますし、それから北海道のような広いところでは例えドクターヘリのようなことも整備しなければいけませんし、何よりも経済が疲弊していくは、それぞれの方が経済的にどんなに家族を介護したくてもできないという状況があるわけ

で、もう政府が、どの省ももうござつてこのことをしっかりとやらなければいけないというときに、先ほど山本さんからもソフトランディングが必要だと、六年の経過措置の間にどれだけのことをやれるかということがあるんですが、実際、橋本さん、堀毛さんにお伺いしたいんですけど、閉鎖とかそういうものが起きたり、また待機で特養が入れないというようなときに、在宅やそういう人たち、難民が出ないようにするには本当にどんな具体的な施策があるのかどうか、できればお聞きしたいと思います。

ただ、残念ながらまだパワー不足でございまして、それが完璧な状況になつていいことは事実であります、少なくとも、目の前に患者さんがいるというふうなときには、少なくとも、高齢であつてもやつぱりそれなりの治療を、一般病棟での治療を必要とするような方々である場合、やはりそういう形で

対して、緊急避難的な状況を、ここまで行つたらこれはもう大変だというような方がかなりいらっしゃいますから、そういう方をそういうことで察入院するというんですか、そういうようなことに

私は、一つは、当院でやつてることとは、訪問診療というんですか、それをかなり整備していつて、実際に自宅にいらっしゃつて、いつでも

私たち、一つは、当院でやつてることとは、訪問診療というんですか、それをかなり整備していつて、実際に自宅にいらっしゃつて、いつでも

担つてきたといったことなんですね。そういう、ちょっとお答えに合致することばかりじやなくて申し訳ないんですけども、そういう経過があることを、やはり時間を掛け少しこの受皿づくりをきちんと整備していくことが必要だと思います。若い先生が夢を持つていただけるような体制をつくつていくのが我々みんなの責任だらうと思つています。

そうしたときに、往診ができる医者とか二十四時間やつてまいりました。そして、参考人質疑も二回、そして今日、北海道にお邪魔いたしまして、皆様方に来ていただいて地方公聴会という形になつたのでございますが、私ども、今回の医療制度改革は医療費を抑制することが主眼であつて、こういうことをしていっては、我が国の医療制度、もう壊れて、一度壊れてしまえばもう元には戻らないんじゃないかな、そういう思いをしておりまして、反対の立場から審議を進めてきたんですが、これは二ページにあるとおりでございます。このようないふな過激といいますか、大変な状況の中で産科の先生が働いておられます。西島先生もお医者さんでございますから、いろんな細かいことをお分かり。

そのような中で、産婦人科の数の激変といふことはもう目を覆うような状態でござります。これ

は、二ページにあるとおりでございます。このようないふな過激といいますか、大変な状況の中で産科の先生が働いておられます。西島先生もお医者さんでございますから、いろんな細かいことをお分かり。

言われている医療の一の方も、先ほど申し上げましたように、いつでも急変することがあり得る医療と介護がともに必要な人だという認識が私は必要だと思います。行政上で医療と介護を区分して対応することは大事であっても、同じ患者さんを、この人は医療の方、この人は介護の方というふうに分けるのは、人間を臓器別に分けるのが不自然なのと同じように不自然なことだと私は思います。

したがつて、そこの地域で暮らしていく、先ほど円理事がおつしやった諸条件、経済的な、家のことも含めて、そして何よりも、医療機関や行政の皆さんや、それから介護福祉を担当する人方がネットワークをつくって、そこでそういう人方を支えていけるような社会づくりを長期的にはする、そのためには人にお金も掛けるし、そのことを尊重する社会をつくり上げることがどうしても必要だというふうに私は考えます。

○円より子君 ありがとうございます。

細川公述人にお伺いします。  
財源とか医療費の方からばかり見していく、本当に人を見ていないというような法案がたくさん、医療の今回もそうなんですが、あります、地域で予防、未病ですね、未病つて大変面白い言葉だと思うんですが、そういうことをやっていらっしゃると。医療でやはり、地域で見ていらっしゃる人というのがすごく大事だなというのがあるんです、今の日本では医療費、人になんと使われて、適正に使われているとお思いでしようか。

○公述人(細川暉子君) 本当に私見ですけども、私は、介護保険がスタートするときに、もちろんケアマネの試験も受けて勉強もしたし、大変期待をしました。見てみると、すばらしい、見たことがないような立派なのがどんどん建ちまして、それを、私はドクターのネットワークがたくさんありますので、相談に来られたのは建設屋さんでして、実はこういうのをしたいと言うので、私は私の周辺のドクターとお話ししました。細川さん、それはやめた方がいいと。で、私も、制度の方向

性を見る意味でそうだなと思いましたし、今も本当に介護予防の活動をやつていて初めて、何かもう一度炎が付くような思いをしております。でも、本当に大きな流れの中で、国の大切な税金とか、最も効果良く、最終的に国民の幸せにこう流れでこう使われるのだというところが本当に大事ではないかなというふうに思います。

言葉は悪いですが、病院の院長の高級車になつたり、それから、言葉は悪いですが、実際に私は検診車も、今胃がん検診車持っています、対応として。その前ももう一度。本当に何も持たないんですけど、ネットワークと創意工夫と、苦しいからいろいろな方法を考え、多くの人材の人と働き合を相談することによって、今は道外の先生方とのネットワークも大変良くて、実際に検診のよいうなこともできています。その検診は、検診をやりたかったわけではなくて、その後の保健指導をするために、やはりメディカルデータが即自分のところにあって、説得力があって、効果が測定できてと、そういうことの実際にやるにはどうしたらいいかということで作り出したことです、決してビルを建てなくしておきります。十何年やっておりまます。もう管内では年間三千人ほどの健康管理をしております。本当に事業所は、もう二十人とか三十人の事業所に検診車が行きますので、本当に皆さんのが心配してくれて、社長さんたる人といふふうに、お金に頼つたり、受け手のところが、薬代に、の大きな巨大な製薬会社に流れたりというような、どこかに何かひずみがあるのではありませんが、これは大変だということで慌てて機材の持ち運びから、いろんな御紹介をしてくださつたりします。

そういうふうに、お金に頼つたり、受け手のところが、薬代に、の大きな巨大な製薬会社に流れたりというような、どこかに何かひずみがあるのではありませんが、これは大変だということで慌てて機材の持ち運びから、いろんな御紹介をしてくださつたりします。

○円より子君 山本公述人と橋本公述人にお伺いしたいと思います。

○公述人(山本直也君) 私も、大変つらい、北海道の人たちは今大変な状況だらうなという。実は、昨年の予算の決算が税収不足で二十億近い赤字になるということが分かりました。北海道の予算は二兆八千億ほどこの数年ござりますけれども、赤字団体に落ちる寸前であると、これが現実でございます。私の兄弟も実は役人でございましたので、その悩みはよく分かります。

産業は福祉の糧であるという有名な言葉がございます。北海道の今の産業の状況は先ほどの釧路のお話にあつたとおりでございまして、社会そのものの構造が変化している中で、お年寄りに大きな負担を、悲しみを与えていたりするんだろうということは誠につらいことでござりますけれども、私たちの世代も含めて次の世代のことを考えましたときに、本当につらいことを耐えながら物をやつていかなければならぬ。

このたびは、政府の方から、私たちが願つた案とは少しは違いますけれども、最悪の形でなくなります。しかし、これは大変だということで慌てて機材の持ち運びから、いろんな御紹介をしてくださつたりします。

○公述人(橋本洋一君) 非常に今、七十五歳以上

医療というのは国民の財産でござりますけれども、これがすべての国民が効率的に平等に分け合える改革と今回の法案がなつてあるのか。そういう意味で医療費適正化というものが、適正化なんだけが高齢者になるんじゃないかなというふうな危惧を抱くぐらい、お年寄りといいますか、確かに先進諸国ども、その中で日本が特に高齢化率が非常に加速している状況にはあります。が、高齢化率ということに基づいてエージングに伴う医療的な疾患の合併率が非常に高くなると、この医療区分二に書いてありますパークリンソン病関連疾患なんかもその代表でありますし、ここに書いていませんけれども、アルツハイマー病とかアルツハイマー型痴呆とか、そういう高齢化とともに増していく疾患が非常に多くございますね。だから、高齢者という年齢、そういう方々が社会で今活躍できないという状況があるからといふう、ちょっと私自身の独断と偏見もあるかもしれませんけれども、そういう方に対する費用といふうのはできるだけ抑えようという試みが片っ方でされていることは事実だと思いますけれども、しかしそれと反対に、いわゆる合併率の高さといふう面ではやはり高齢になればなるほどそうだといふう、そういうデータは客観的にはいろいろな発表をされています。それを薬物治療に偏った治療だけやれるとは私は思っていませんし、リハビリテーションがすべてをかなえるとも思つていませんが、そういういたものを複合的に活用して、やはりそういういった方々のQOLを高めるということが現在の医療に課せられた課題だと思いますけれども。

今回のこの医療区分の分類は、アメリカのRUG3分類に準じたものとはいえ、非常に、さつきも申し上げましたけれども、本当にこれをモデル病院として、国の方でそういうことで適正なこの金額できちんと運営していくけるモデルを見せていただきたいと。私は、正直言いまして、これはきちんとしたことは絶対できないと思っています。

だから、その対症療法として、先ほどちょっとお示ししましたけれども、この七ページでされ

ども、厚生労働省の、神経難病等に含まれるものの中において、今度、仮性球麻痺とかそいつたものをそこに加えて暫定的な措置を二年間とりました。が、この仮性球麻痺というのは多発性脳梗塞とか何かに多い、特に出る。もちろんそれ以外に、ちょっと専門的な話になつて恐縮ですけれども、も、脳梗塞というものの上の障害ですね、その神経核の上の障害が両方に現れた場合において出てくる疾患ですけれども、そういう重症なものを今回は暫定的に医療区分三に加えるということでしたけれども、これは是非、何回も申し上げますけれども、これは是非、何回も申し上げますけれども、暫定的にするんじゃなくて、これからもずっとこれを維持していただきたいと思いますし、実際にそういった方は嚥下障害とか構音障害、言葉が出ないとか、特に嚥下障害というのは命にかかわりますから、栄養摂取の面で。そういう方々はやむを得ず、いろいろ議論はあるでしょうけれども、胃瘻造設なんかするんですけれども、そういう方のある部分で肺炎とか何かで亡くなる方が非常に多いというのも事実なんですね。

だから、今までこの社会の中において一生懸命頑張つてこられた高齢者の方にとって無慈悲にならないような、やはりそれの障害とか、いろいろ持つた方が一般の我々の社会の中において生きていくという感じの中で在宅を進めていくことについては私も賛成ですし、今行っています回復期リハビリテーション病棟の結果として、日本全国で毎年、今までのデータで七万数千人が自宅に帰かれているという、そういう実際の実態もあるんですね。

だから、私は、療養型病床群自身が一番最後の住みかと考へるべきかどうかということについてお母さんたちは、だんなさんがちょっと具合悪くいう部分もやっぱりあることは事実です。それを完全にもうそなんだと決め付けることはやっぱりしないで、やっぱりそれをできるだけ自宅復帰にしていきたいというか、私たちが自分が住みたいところはどこなのかということを自分で自問自

答しながらそれが実現していくような社会をやっぱりつくつていくべきだと思います。

○渡辺孝男君 ありがとうございます。

今日は公述人の皆様に貴重な御意見をいただきまして、ありがとうございました。

○円より子君 ありがとうございます。

○渡辺孝男君 公明党的渡辺孝男でございます。

今日は公述人の皆様に貴重な御意見をいただきまして、ありがとうございました。

まず最初に、北公述人の方にお伺いをしたいんですが、やはり病気になってから、重症化してから医療を行うと高額な医療になつてしまつという

ことで、やっぱり保健ですね、健康を保つ方の保健に入れていく、治療から予防の方も大変努力をされているということであります。何か子供さんの方からの健康対策というものもされてい

るということをございますので、この点ちょっと

お聞かせいただけばと思ひます。

○公述人(北良治君) 今、渡辺先生のお話でござりますが、私どもの町はやはり今お話をあつたよ

うに予防と。そして、そのためには何といつて

も、名前でも生活習慣病になつておりますから、

その予防対策として、やはり子供のときからその

生活を変えていく努力、そのためには実態を把握

しようということで、小学生、中学生、高校生も

含めてござりますけれども、児童に対して、子

供たちに対して健診をやつております。健康診断

をします。そのデータを見ますと、非常に肥満が

多いとか、あるいは疾病内容のものを含んでいるだ

とか、こういった人たちが意外に多かつたと。

ということは、やはり今、朝食をきちんと食べ

て、さらにはまた生活をきちっとするということ

がなかなかかななくなってきた。したがつて、その

データを皆さん、家庭のお母さん方に示します。

お母さんたちは、だんなさんがちょっと具合悪く

なつても余り関心ないんですけど、子供たちがやは

り異常であるということになりますと大変な関心

を示しまして、それが保健運動につながつていつ

てある。

そして、それがいわゆる子供たちから家庭へ、

りますから、専門的になりますと専門医のところに行かなければいけません。そこも先ほど申し上げましたように病病連携で、これまで隣の病院と連携し合いながら、患者に安心、安全のネットワークをつくつていつております。

それが効果として地域住民の安心、安全をつ

くつていると同時に、先ほどもちょっと申し上げ

ましたが、あの地域としては老人医療費も下げ

きておりますし、言えば健康で、健康寿命長くて幸せいしくということが子供のときからいわゆるその習慣を付けていくという展開をしているわ

けでございます。

もう一つは、やはり医師不足というお話を今ご

ざいました。地域で医師の偏在といいますか、診

療科におきましても数においてもなかなか不足を

解消できないということありますけれども、北

公述人の方では、地域の広域の市町村で連携をし

ながら、病院の方も共同の病床を持つておられ

て、開業医、かかりつけの医師がそこを利用しな

がらやつていてるということでござりますけれども、これは非常に多くの地域でも参考になるので

はないかなと思いますが、これの効果等につきま

してお話をいただければと思います。

○公述人(北良治君) 今、渡辺先生からお話をあり

ましたように、先ほどもお話し申し上げましたけ

ども、病診連携をやらせていただいておりま

す。これは、いわゆる民間医の皆さん方が私ども

をリードしていただきまして、指導していただき

まして、奈井江町の町立国保病院で、開放型病院

という共同型病院ということで、民間の先生方

が、患者さんが入院が必要になると奈井江町立国

保病院に入院していただく。そして、併せて診

療、検査等も全部、町立国保病院の医療機器を全

部使つていただき、そして医療の継続性、それ

から町立国保病院と共にでカルテを持ち合わせな

がら一人の患者に対してきちっと対策を練る。そ

して、私どもはプライマリーケアを中心としてお

りますから、専門的になりますと専門医のところに行かなければいけません。そこも先ほど申し上げましたように病病連携で、これまで隣の病院と連携し合いながら、患者に安心、安全のネットワークをつくつていつております。

それが効果として地域住民の安心、安全をつくりつづいております。

○円より子君 ありがとうございます。

○渡辺孝男君 公明党的渡辺孝男でございます。

今日は公述人の皆様に貴重な御意見をいただきまして、ありがとうございました。

まず最初に、北公述人の方にお伺いをしたいんですが、やはり病気になってから、重症化してから力を入れていく、治療から予防の方でも大変努力をされているということであります。何か子供さんの方からの健康対策というものが本當に大切なのかなというふうに思つていてるわ

けでございます。

もう一つは、やはり医師不足というお話を今ございました。地域で医師の偏在といいますか、診療科におきましても数においてもなかなか不足を解消できないということありますけれども、北公述人の方では、地域の広域の市町村で連携をし、名前でも生活習慣病になつておりますから、その予防対策として、やはり子供のときからその生活を変えていく努力、そのためには実態を把握しようということで、小学生、中学生、高校生も含めてござりますけれども、児童に対して、子供たちに対して健診をやつております。健康診断をします。そのデータを見ますと、非常に肥満が多いとか、あるいは貧血が多いとか、あるいは疾病内容のものを含んでいるだけ

とか、こういった人たちが意外に多かつたと。ということは、やはり今、朝食をきちんと食べて、さらにはまた生活をきちっとするということがなかなかかななくなってきた。したがつて、そのデータを皆さん、家庭のお母さん方に示します。お母さんたちは、だんなさんがちょっと具合悪くなつても余り関心ないんですけど、子供たちがやはり異常であるということになりますと大変な関心を示しまして、それが保健運動につながつていつてある。

そして、それがいわゆる子供たちから家庭へ、そこで、それが地域の皆さんに良質な医療を、サービスを提供していくということは非常に大事なんですが、しかしました北海道のことを考えますと、地域の医師不足というの

いんですが、そのように病病連携あるいは病診連携で地域の皆さんに良質な医療を、サービスを提供していくということは非常に大事なんですが、しかしました北海道のことを考えますと、地域の医師不足というの

いんですが、そのように病病連携あるいは病診連携で地域の皆さんに良質な医療を、サービスを提供していくということは非常に大事なんですが、しかしました北海道のことを考えますと、地域の医師不足というの

の三つの医療機関が協力をしていただいていること、いう地域医療にも貢献をしていただいていることがありますけれども、なかなか地域、北海道内でもそういう医師を十分に確保するというのは難しいと思うんですが、道外からもそういう地域医療に従事するという方をどう確保していくのか、その点は何かいろいろ協議がなされているんでしょう。

○公述人(山本直也君) 私の資料の、一番最後の資料、九枚目の資料でございます。平成十六年度と十七年度の医学部を卒業した研修医の二年間の状況でございます。一番左の数字が研修医の数でございます。それから、大きな病院のこととは四角い枠に書いてございますけれども。

では、一番分かりやすい場所で一番下の方を見てください。日高の方でございます、日高地方でございます。上の列が十六年、下の列が十七年とござります。そういうふうにこれは表してございでございまして、施設数、実際にやっているのが二番目でゼロでございます。私のところはやりますよと言つて手を挙げているところがこれは一つござります。そういうふうにこれが一つでございます。北海道全体で見ますと、大変中央に出ていますよと言つて、研修制度のなかつたときに比べますと本当に少ない状態になつているというのがこの数字でございます。

例えば、旭川医大というのを見てください。右側の上に書いてございます。一年目が六十四人の枠があつたんでござりますけど三十八人しか応募がなかつたと。翌月は二十五名でございます。

今、旭川医大の私の友達の教授たちは悲鳴を上げているというのが現状でございます、どうするんだと。この研修医制度の形というものがどれだけ大きな影響を今残しているかと。良かれと思ってやつたことでござりますけれども、弱いところに大きな影響を与えているということだろうと思ひます。北大も札幌医大もそれほどいい数字ではございません。北海道全体がこのような数字でございます。

この三つの医療機関が協力ををしていただいている地域医療にも貢献をしていただいていることがありますけれども、なかなか地域、北海道内でもそういう医師を十分に確保するというのは難しいと思うんですが、道外からもそういう地域医療に従事するという方をどう確保していくのか、その点は何かいろいろ協議がなされているんでしょう。

○公述人(山本直也君) 私の資料の、一番最後の資料、九枚目の資料でございます。平成十六年度と十七年度の医学部を卒業した研修医の二年間の状況でございます。一番左の数字が研修医の数でございます。それから、大きな病院のこととは四角い枠に書いてございますけれども。

では、一番分かりやすい場所で一番下の方を見てください。日高の方でございます、日高地方でございます。上の列が十六年、下の列が十七年とござります。そういうふうにこれは表してございでございまして、施設数、実際にやっているのが二番目でゼロでございます。私のところはやりますよと言つて手を挙げているところがこれは一つでございます。北海道全体で見ますと、大変中央に出ていますよと言つて、研修制度のなかつたときに比べますと本当に少ない状態になつているというのがこの数字でございます。

例えば、旭川医大というのを見てください。右側の上に書いてございます。一年目が六十四人の枠があつたんでござりますけど三十八人しか応募がなかつたと。翌月は二十五名でございます。

今、旭川医大の私の友達の教授たちは悲鳴を上げているのが現状でございます、どうするんだと。この研修医制度の形というものがどれだけ大きな影響を今残しているかと。良かれと思ってやつたことでござりますけれども、弱いところに大きな影響を与えているということだろうと思ひます。北大も札幌医大もそれほどいい数字ではございません。北海道全体がこのような数字でございます。

この中で私たちが考えていかなければならないことは、予防は今言つたように本当に大切でございますけれども、なかなか地域、北海道内でもありますから、そういうことをやっていかなければなりませんが、現実問題としては、大学の医局どころは何かいろいろ協議がなされているんでしょう。

○公述人(山本直也君) 私の資料の、四番最後の資料、九枚目の資料、ごらんにあります。室蘭にある大手の四百床近い病院の産婦人科が医者がいなくなつて大学引き上げたと、医局が成り立たないから引き上げるという話でございまして、まあ本当にどうしようかということで目の前が真っ暗な状態だというのが実情と。

ただ、北海道というのは、努力、地域のためには、定年で、就職なさつてお辞めになつた方を熟年ドクターバンクということで選んで積極的に送るようなシステムと、女性のお医者さんが増えています。そういうことで、これをいかに活用するかということで、保育その他含めて、女性の休眠状態の先生方ができるだけ社会的に活用すると、女性ドクターバンクというのも今動いてございます。

そのような中で何とか、産科、小児科の減少する大きな流れの中で、北海道のこの困難な状況の中で、我々今努力していることでござりますけれども、何せ制度の効率化を図りながら、安全第一に何とか図つていきたい。そして、医師の応募を、どのような魅力のある研修制度を設けながらこのようないくべきな状況で受けけるような、そういう努力もしてございます。しかし、本当に大変な状況だというのがこんな数字で表れております。

○渡辺幸男君 北海道、大変広い地域をカバーしているわけでありますけど、先ほどもお話をございましたが、北海道ではドクターハウスで、また救急の患者等、地域に専門医がないときにはやはり専門の病院に運ばなければいけない、そこで治療を受けなければいけないということでありますけれども、北海道ではドクターハウスでました救急の患者等、地域に専門医がないときなど。この研修医制度の形というものがどれだけ始まつたといふのが私たちの希望でございます。

○渡辺幸男君 先ほど、未病の対策というものが健康を保つために大事であるということで、今、公明党の方も未病を含めた統合医療ということで推進をしているわけですが、これが非常に事業が一事業行われておりますが、これが非常に立つんではないかと私どもは考えて、公明党は

もう崩壊寸前にあるということでございます。

室蘭にある大手の四百床近い病院の産婦人科が医者がいなくなつて大学引き上げたと、医局が成り立たないから引き上げるという話でございまして、まあ本当にどうしようかということで目の前が真っ暗な状態だというのが実情と。

ただ、北海道というのは、努力、地域のためには、定年で、就職なさつてお辞めになつた方を熟年ドクターバンクということで選んで積極的に送るようなシステムと、女性のお医者さんが増えています。そういうことで、これをいかに活用するかということで、保育その他含めて、女性の休眠状態の先生方ができるだけ社会的に活用すると、女性ドクターバンクというのも今動いてございます。

そのような中で何とか、産科、小児科の減少する大きな流れの中で、北海道のこの困難な状況の中で、我々今努力していることでござりますけれども、何せ制度の効率化を図りながら、安全第一に何とか図つていきたい。そして、医師の応募を、どのような魅力のある研修制度を設けながらこのようないくべきな状況で受けけるような、そういう努力もしてございます。しかし、本当に大変な状況だというのがこんな数字で表れております。

○渡辺幸男君 北海道、大変広い地域をカバーしているわけでありますけど、先ほどもお話をございましたが、北海道ではドクターハウスで、また救急の患者等、地域に専門医がないときにはやはり専門の病院に運ばなければいけない、そこで治療を受けなければいけないということでありますけれども、北海道ではドクターハウスでました救急の患者等、地域に専門医がないときなど。この研修医制度の形というものがどれだけ始まつたといふのが私たちの希望でございます。

○渡辺幸男君 先ほど、未病の対策というものが健康を保つために大事であるということで、今、公明党の方も未病を含めた統合医療ということで推進をしているわけですが、これが非常に事業が一事業行われておりますが、これが非常に立つんではないかと私どもは考えて、公明党は

考えますと、今後どの程度そういう救急等でドクターハリのニーズがあるのか、もしお考えがございましたら教えていただければと思います。山本公述人です。

○団長(山下英利君) 山本公述人、お願いします。

○公述人(細川瞳子君) 今のは、本当に道内の、具体的に言いますと、例えば信金健保組合というのがあります。ですから、函館信金から稚内信金まで、皆さんのがん診断後のデータをパソコンの中に入れまして、それを持つて、実際に、データとか文書は行くけれども、やはり人をその日から、今日から変わろうというようなことは、やはりフェイス・ツー・フェイスでなければ説得力がありますので、今年はこれに絞ろう、五年間で十名単位だったと思います。

今、私は、この地図を見まして、札幌を中心にしてグリーンの線が走つてございます。患者の搬送の方向を示しておると同時に、これは患者の年間の数を太さで示しております。ちょっと大分前に作った記録で、これ、ちょっと記憶に十分ないんですけども、釧路からこの細い線で行つているのが十名単位だったと思いますので、この太い形でドクターハリが動いてございます。これが北海道の今の、機能の集中している札幌を中心にして動いている現状でございます。

このようなものが、これだけでなく、整備された高速道路を使いながら救急患者を運べると。冬六ヶ月間、私たちの土地は雪で埋まりますので、何としても安全に患者さんを図ると。大変不便でございますけど、効率というのは制度のための効率で、患者さんにとつてはもう効率どころではございませんで苦しみですけれども、安全を優先してと、何とかこのように医療の資源を集中してやつていただきたいという、是非ともドクターハリを始めとした社会的な基盤を応援していただきたいというの私が私たちの希望でございます。

○渡辺幸男君 先ほど、未病の対策というものが健康を保つために大事であるということで、今、公明党の方も未病を含めた統合医療ということで推進をしているわけですが、これが非常に事業が一事業行われておりますが、これが非常に立つんではないかと私どもは考えて、公明党は

間ですけれども、お話をいただければと思います。細川公述人の方ですけれども。

○団長(山下英利君) 細川公述人、簡単にお願いいたします。

○公述人(細川瞳子君) 今のは、本当に道内の、具体的に言いますと、例えば信金健保組合というのがあります。ですから、函館信金から稚内信金まで、皆さんのがん診断後のデータをパソコンの中に入れまして、それを持つて、実際に、データとか文書は行くけれども、やはり人をその日から、今日から変わろうというようなことは、やはりフェイス・ツー・フェイスでなければ説得力がありますので、今年はこれに絞ろう、五年間で十名単位だったと思います。

今、私は、この地図を見まして、札幌を中心にしてグリーンの線が走つてございます。患者の搬送の方向を示しておると同時に、これは患者の年間の数を太さで示しております。ちょっと大分前に作った記録で、これ、ちょっと記憶に十分ない

ちやいけないと交通事故を起こしちゃいけない  
というような話から含めて、事前に何時間かを事業主が時間を取つてくれる。貴重な労働時間でも、みんな講堂に集まつて話を聞こうと、うようなことを実際にしていただいております。

○渡辺孝男君 ありがとうございました。

○小池晃君 日本共産党の小池晃です。

国会の中では、法案の枠組みについて言わば議論をしているんですが、実際に施行されるのは現場であり、医療現場ということといえば、本当に今日のお話でリアルな実態をお聞きすることができただというふうに思つております。

堀毛公述人には最初にお伺いしたいんです  
が、やはり北海道の場合、医師不足の問題が非常に深刻だということが先ほどから話に出でおり  
ます。この問題について、その原因とかあるいは  
解決方法について御意見をお聞かせください。

○公述人(堀毛清史君) 堀毛でございます。

北海道の医師不足は本当に深刻だというふうに  
思つておりますし、この二年間で医師派遣を打ち  
切られた自治体病院が全体の四分の一に上るとい  
うふうに言われております。内科が一番多いんで  
すけれども、産婦人科と小児科が多くて、北海  
道には無医地区と呼ばれるところが一杯あるわけ  
ですけれども、無産科医地区、無小児科医地区が  
増えてくると、ですから、私は、地産地消とい  
ういう地域が広がつて、安心して  
子供を産めない地域が広がつて、うようが実  
態です。あるいは、そこの地域にたつた一つしか  
ない医療機関や、それから先ほどのよくなつた  
一つしかない療養病棟が崩れていくというのが大  
きな特徴になつていています。

私は、この医師不足についてどうしても一言申  
し上げたいのが臨床研修制度についてです。この  
間実施されましたこの制度については、当初、多  
くの問題を抱えながらも、私は基本的には大きな  
前進面が主たる評価だというふうに考えていま  
す。この新しい研修制度の下でそれぞれの医師

が、本当に総合的な力量のある医療、患者さんに  
対して誠実に向き合う医師がたくさん生まれてき  
ているということを強く実感しております。

しかし、その一方で、この制度が一つのきっかけ  
になつて大学からの派遣が引き揚げられた。こ  
れは、大学の先生が何か樂をしようだとかそうい  
う思いでやつたことではなくて、大学そのものが

今大変な状況になつております。旭川医大では実  
際には大学に残られる先生方が三十を切るというよ  
うな事態になつて、大学の基本的な診療  
や研究そのものが本当に崩壊の危機にさらされて  
いるというようなことがあります。

私は、今回の医師不足については、確かに科に  
おける偏在、地域における偏在もあるには違ひな  
いんですけども、そもそも日本においての絶対  
的医師不足が根底にあるという見方をしており  
ます。ここをどう見るかがやはり一番大きいと考  
えています。その元々の絶対的医師不足のところ  
へ、研修の先生方を基本的には直接的な医師労働  
から外すという研修の位置付けをすれば、日本全  
体の一〇%の医師が減った勘定になるわけなんで  
すよね。ですから、直接的にはそれが問題のよう  
に見えているということかというふうに考えて  
います。

私は、この医師不足問題については、長期的に  
見たときには間違いなく、日本の政策として医師  
を充実強化するという方針を取らない限りは、そ  
のほかのどんな方針を取つても、根底が絶対的医  
師不足にあるということを乗り越えることはでき  
ないのでないかというふうに考えます。

したがつて、そのところが一番の強調点です

が、それと同時に、そうなるまで私たちは手をこ  
まねいでいるわけにはいきませんので、私は、先

ほど山本先生が具体的な提案を幾つかされまし  
た。本当に私も賛成です。それと同時に、大学、  
医療機関とそれから民間の研修病院、これが今一  
緒になってニボボの会と、うものをつくりまし  
て、北海道全体の研修医養成に責任を持とうとい  
う大変意気高い取組が行わられております。これ

と、地域の自治体病院や医師会の先生方、こう  
いった力を結集して道内全体の研修のレベルを上  
げるとともに、場合によつては、そこで医師の派  
遣も含めた検討をできるようなネットワークづく  
りが必要なんではないかというふうに考えます。

そうしなければ、やはりいろんな条件の下で、  
単純に現在いる医師の中で個人の責任だけに任し  
ていては、その医師の研修やそれから医師の生活  
そのものがいろんな困難にぶつかるわけです。こ  
こには、公的な責任と私たち医療機関に従事して  
いる者が一緒になつてそれをつくり出す力、それ  
が必要だというふうに考えて、います。

○小池晃君 ありがとうございました。

加えて、この法案の問題点、療養病床のことを  
公述人は中心にお話しされたんですが、何といつ  
ても負担増ということが当面の問題としてもある  
わけですが、これについての地域の皆さんの方の声、  
患者さん方の声、ありましたら御紹介ください。

○公述人(堀毛清史君) 実際に私のところへ見え  
ている患者さんでは、圧倒的に多いのが薬の間引  
きでございます。薬を毎日飲まなければいけない  
のを、二日、三日に一回にする。それから、話題  
になつておりますジエネリック製品を是非とも導  
入してほしい。これには極力私どももこたえるよ  
うにしておりますが、そういうことがあります。

しかし、それと同時に、食べるものを食べないで  
何とかしのいでいるというお年寄りがたくさんあ  
るのも事実です。

○小池晃君 いや、療養病床の削減の大刀針が出  
て、七月にはもうすぐにこの診療報酬の医療区分  
の問題が持ち込まれて、かなり病院の経営自体も  
深刻になるし、あるいは追い出しという事態も想  
定し得ると思うんですが、これが北海道の医療全  
体に、急性期の医療も含めてどんな影響を与える  
というふうにお考えかということです。

○公述人(山本直也君) 先ほどから申しています  
とおり、やはり地域に圧倒的な差の違いが出てく  
るというものが現状でございます。

○公述人(山本直也君) 先ほどから申しています  
とおり、やはり地域に圧倒的な差の違いが出てく  
るというものが現状でございます。

医療資源の弱い地域は、慢性期の病床が急性期  
病院と何の差もない形で働いているというのが現  
状だろうと思うんです。必要な病床と、基準病床  
そのものなんだろうと思います。それが同じよう  
な形で、条件の悪いという、経済的な条件が悪い  
というだけで同じ比率で減つて、いた場合に大き  
な打撃を恐らく、このような不利な資源の状況に  
あるところは圧倒的な影響を受けるだろうと、そ  
れを大変心配しております。

○小池晃君 続いて、橋本公述人に療養病床のこ  
とをお伺いしたいんですけども、七月からすぐ診療  
報酬の問題が始まる、一方で収納標準はそのまま

私の一生は何だったのかと自問自答の毎日です。  
さらには、九十歳の父は入院中です。何とか医療  
費は支払つていいけれど、いつまでもつか分かり  
ません。病院に行くたびに早く死ねばよかったと  
いうふうに思つてあります。

その父、一体いつから年寄りにこんなことを言わ  
せる世の中になつたのか。戦後頑張つてきた両親  
に豊かな老後を送らせてあげたい。

こういった声がたくさん寄せられております。

○小池晃君 ありがとうございました。

統いて、山本公述人にお伺いしたいんですけども、  
療養病床の問題で、この七月からもう診療報酬の  
大幅な改定があります。これが急性期病院も含め  
て地域の医療に大きな影響を与えるのではないか  
という点については公述人はどんな御意見をお持  
ちで、どうか。

○公述人(山本直也君) もう一度、急性期病床と  
の……

にしておくと。これ見直すのかということを国会で問われて、厚労省の方はこれは変えられないと言ふんですね。言わば、出ていけということだけであつて、受皿としては当面転換できないと。こういう実態をどういうふうにお考えになりますか。

○公述人(橋本洋一君) ちょっと先ほどは時間がなくてお話し申し上げなかつたんですけども、今おっしゃつたように、参酌標準によつて平成二十年まで三年間、結局、何といりますか、そういう規定期の数自身が撤廃されない限り、いわゆる療養病床の方からは、医療区分の一の人とか何かといふのは、片つ方でもう病院には入院する必要ないんだと言わんばかりの点数を付けられて、実際にそのことで医療機関から、そちらから強制退院という言葉はいかかうか分かりませんけど、そういう状況になりつつある中で、受皿の方は全然変わつていいわけですね。

だから、これは早速、まず受皿づくりを緊急避難的というか、まずこの参酌標準をすぐ撤廃していただかなかつたら、もうおつしやるとおりどうしようもないと思いますね。だから、受皿自身をつくりますよといついてもそれが全然動いていない。しかし実際に、その大本の言わば社会的入院だと言われている医療区分の人たち自身に対するこういう点数が実際にもう七月一日から実行されようとしていますから、これはもう早急にそういうことについて手当てしていただきたい限り、正に療養難民は目の前にもうあふれ出てくるだろうということは必至だと思います。

○小池晃君 ありがとうございました。

北公述人にお伺いしたいんですが、低所得者対策の重要性を強調されておりました。私の方も、この間、医療・介護・年金、それぞれそれなりの低所得者対策あつたかも知れぬけれども、こう立て続けにやられると、全体としてどういう影響が出るのかということをまとめて検討しているんだろうかというのは非常に疑問に思うんですが、そういうトータルとして、この間、連続して毎年のようにやられている社会保障の制度改定によ

る、特に低所得者への影響をどんなふうにお考えですか。

○公述人(北良治君) 今、小池先生がおつしやつたことなんですが、医療・介護・年金含めて全般的に大きく変化してきておる。しかも、特に介護についても、介護保険等の負担も増えたこともこれまで事実でございますけれども、そしてまた今回、医療の問題ありますけれども、

ただ、私ども考えるに、確かに低所得者、私のところも、非常に地方は多いものですから、先ほど申し上げましたように、この対策をきつとし

ていただくということが大前提だと、こういうふうに思つております。その中では、この法案その形はある程度取つてきているんじゃないとか、本当にこの最低限を切つていないのか、それから、医療の面での憲法二十五条を支える国民皆保険制度が根本から崩れようとしているのではないかと、いうふうに勉強いたしました。こうした方が本

私は、今回の中身がそういう問題でもあると、いうふうに考えておりますので、是非とも、日本が医療をどうするのか、憲法二十五条に保障されている基本的人権を守るためにどうするのかといふことをうんと時間を掛けつつかりと議論をしていただきたい、このことを強く願つています。

○小池晃君 ありがとうございました。

○福島みずほ君 社民党的福島みずほです。今日は、公述の皆さん、本当にありがとうございます。現場の様々な問題点を具体的にあるいは包括的に分かりやすく話をしてくれます。

○福島みずほ君 本日は、療養型病棟、特に医療保険での療養型病棟を削減していくことになると、こういった人たちがどこで医療の処置を受けて、どういった生活をして、また、先ほども紹介しましたように、老老介護なわけですから、経営栄養もして認知症もあつてといふことでいくと、七十数歳の彼女には非常に過酷であると、そういう問題を家族にゆだねるのは。

また、あとは、介護保険の医療処置に関しては余りきちんと議論されていない中での介護という言葉でくるには余りにもやつぱり僕は危険だと思います。

そこで、片山公述人にもお聞きをいたします。病院が、療養病床が九十床ということで基幹病院ということです。また、ケースの中で長期的な在宅介護は困難という人の紹介もしてあります。

○公述人(片山聖君) 療養型病棟の削減に関するところは、私は報告を聞いたんですが、同じような理由で、

費用を切り出せなくて草を食べて飢えをしのいでいた人だとかがこの間、報告をされております。

私は、医師になるに当たつて、日本国憲法二十一

五条になぜ最低限という言葉が入つてゐるのかと分するというのは具体的にどういったことなのかなどいうふうに思つうんですね。

○福島みずほ君 ありがとうございます。

も、これから少子化だつたり、子供がない人だつたり、遠くに子供がいたり、十分在宅療養ができない中で、今日皆さんが指摘されたように、高齢者が行き場がなくなってしまうということが大変よく分かりました。

ところで、せつかく北海道に来ましたので、格差の拡大の中で地域の格差が拡大をしていると、北海道の中では病院が閉鎖されるというNHKの番組なども見たりをしております。

それで、堀毛公述人にお聞きをいたします。

ちょっとばくつとした話で申し訳ありませんが、民営化できるものは民営化、あるいは格差拡大、地域の中から病院がどんどんなくなっています。北海道新聞の中でも、先ほどの話でも病院の閉鎖の話がありましたが、全体的にそういう問題について一言教えてください。

○公述人(堀毛清史君) 北海道全域をすべて私が、民営化できるものは民営化、あるいは格差拡大、地域の中から病院がどんどんなくなっています。北海道新聞の中でも、先ほどの話でも病院の閉鎖の話がありましたが、全体的にそういう問題について一言教えてください。

そういう人方をどうやって支えていくのかというものが大変きっと御苦労されている中身だろうといふうに思つんですよね。ですから、そこについでは私は公的な援助がはつきりなければ、一般的に民営化だけで物事がうまくいくというふうには全く考えておりません。だから、そこについ意見をお聞かせください。

○福島みづほ君 山本公述人にお聞きをいたしました。

す。

北海道医師会の意見書を拝見して、そのとおりだというふうに思つたんですが、特にお聞きしたのは、入院時の食費、居住費の負担という問題と、それから保険免責の創設の問題についての御意見をお聞かせください。

○福島みづほ君 山本公述人(山本直也君)

一題目の質問、入院、何でござりますか。

○福島みづほ君 済みません、入院時の食費、居住費の負担の問題について。

○公述人(山本直也君)

ああそうですか、はい、

○公述人(山本直也君)

福島みづほ君 保険免責ですね。

○公述人(山本直也君)

保険免責ですね。はい、

○公述人(山本直也君)

福島みづほ君 分かりました。これが一点目ですね。二点目は。

○公述人(山本直也君)

福島みづほ君 保険免責ですね。

○公述人(山本直也君)

福島みづほ君 保険免責ですね。はい、

○公述人(山本直也君)

福島みづほ君 分かりました。これが二点目ですね。

○公述人(山本直也君)

福島みづほ君 保険免責ですね。

○公述人(山本直也君)

福島みづほ君 保険免責ですね。はい、

一度いたところなんですが、それはもう有名な産炭地の立派な市でございましたけれども、産業の構造の喪失の中で二百億の負債を抱えて、もう病院の維持、市立病院の維持はもうほとんど不可能だろという状態になつておられます。そのようないふうに思つる要素の中での負担の問題として、私としてはどうえざるを得ないとして、払えない人がいるんだろうと思ひます。払える人は払つてもらうというのが残された道なのかなというの、私は生身の医者でございますから、目の前にはかかるか分かりません、しかし、目の前にいる人間を相手にして一つ一つをそのようにして判断しております。そのくらいらしい状態にございます。これが一つ目のお答えです。

保険免責制は、もうこれ以上こんなことをやつたら日本の医療保険制度は崩壊します。絶対反対でございます。そのことは申します。

○福島みづほ君 ありがとうございます。

今回の改正案では、七十五歳から以上の人に

いてロックで制度をつくると、広域連合で都道府県でやるということなんですが、ここ北海道は北海道という単位での広域連合になると、そして

七十五歳以上の人にについては診療報酬体系も違うものができるわけです。これは北海道でどのように機能するのか、うまく機能するのか、それについて橋本公述人の御意見をお聞かせください。

○公述人(橋本洋一君) 食費といいますか、それはもう御存じのようにかなり前から、厚生労働省

というか要素を持つものを今回これは無視してい

る部分がやつぱりあると。それがまず一点です

ね。

これは北海道の特性と言つていいかどうか分か

りませんけれども、北海道は非常に寒いし、御存

じのように、雪とかが多くてほかの地域に比べると冬は非活動的になつて余り外へ行つたりしな

るなど、そういうことがあります。

このホテル費の問題自体は、実を言うと、よく

考へていただければ分かるんですけど、一般

病棟に入院される方にはもちろんされないわけ

ですね。したら、このホテル費の議論というのは何

かといふと、実際に住む家の住居費の代わりに

払つてくださいという考え方なんですね。そうし

ますと、そういうようなところでは長期について

ずっと入院すること自身は良くないということを

建前として言い、そして在宅復帰に、良くなつた

ら帰るんだということを言われていたが片つ方

でホテル費を要求するといふんですか、そういうこ

とを一つ申し上げたいんですけど、したら回

復期の場合ももちろんそれは要求されない、した

ら療養型の中ににおいて今言つた高齢な方は自宅復

帰自身が少ないから、だからでいいんじゃないか

という議論になつてしまふのかもしれませんけれども、もちろん裕福な御高齢な方からお金を取る

のは全然儀は構わないと思ひますけれども、先ほ

ど山本先生もおっしゃられましたように、北海道

だけがどうか分かりませんけれども、北海道にお

いて必ずしもその御高齢な方が十分そういうこと

に対して支払ができるというような状況にはない

ということは事実でありますし、今実際に各医療

機関において十分な、現時点においても未納の方

といふんですか、そういう方が増えてきつたある

ことは現実でして、やはりそういうことについて分

もうちょっと冷静に客観的なデータに基づいて分析していただきたいと思いま

す。

○福島みずほ君 残りません。

○福島みずほ君

どうもありがとうございます。

○団長(山下英利君) 以上で公述人に対する質疑

は終了をいたしました。

この際、公述人の皆様に一言御礼を申し上げま

す。

ですが、私自身は七十五歳で年齢を区切ることが理解ができないと。診療報酬体系を変えると、悪くすると七十五歳以上の人には、終末期医療ではないですけれども、北海道新聞にもちょっと書いてあります。七十五歳以上的人はみどり推進という形に行ってしまうのではないかというふうなことも思うのですが、橋本公述人、この点はいかがですか。

○公述人(橋本洋一君) 男性の平均寿命、女性の平均寿命で考えますと、男性の場合は、七十五歳以上であと何年といいますと、八十に届いていないものですから、実際に、何というんですか、それが適用される年数は非常に少ないかもしれませんけれども。

それにもしても、世界一の長寿国になっている日本において七十五歳以上までどのよう生き方をするかというか、完全にもう痴呆に陥つて寝たきりになつて、そして無理やりに生かされているという状況である場合もあつたり、いろいろ議論はあるところですが、これはなかなか難しいですけれども、年齢でその方の状況をどこまで正確にチェックできるかということなんですね。

そんなこと言つたら切りないじゃないかと言われるかもしませんけれども、この方の健康寿命は何年なんという議論というのはいろいろされま

すけれども、一つの年齢で、どこかで基準を作らなくちゃいけないということは事実ですけれども、七十五歳という年齢が出てきたという中にお

いては、後期高齢者の数がかつての高齢者の数に合致するぐらいにどんどん増えているわけですね。

そこはどうも焦点が当てられているという感じがして致し方ないんですけども。

ちょっときちんととした御返答になつてあるかど

うかは分かりませんけれども、そういうしたことな

す。

○団長(山下英利君) 以上で公述人に対する質疑

は終了をいたしました。

皆様には、長時間にわたりまして大変貴重な御意見をお述べいただきまして、誠にありがとうございました。委員会を代表して心から厚く御礼を申し上げます。本日の御意見、審査の参考にさせていただきたいと、このように存じております。

(拍手)

○公述人(橋本洋一君) 以上をもちまして参議院厚生労働委員会北海道

地方公聴会を閉会といたします。

〔午後三時三十二分閉会〕





平成十八年六月二十二日印刷

平成十八年六月二十三日発行

参議院事務局

印刷者 国立印刷局

D